2013

한국보건행정학회
제 2차 정책토론회

건강보험수가결정 메카니즘과 거버넌스

일시: 2013. 3. 14(목), 14:00~18:00

장소: 한국보건사회연구원 본관 대강당

주관: 한국보건행정학회

주최: 한국보건행정학회, 한국보건사회연구원

한국보건행정학회 Korean Academy of Health Policy and Management

KIHASA 한국보건사회연구원 Korea Institute for Health and Social Affairs

프로그램

14:00 ~14:10 | 개회

인사말 **최병호** 한국보건행정학회 회장

14:10 ~16:10 | Session Ⅰ

좌 장 **사공진** 한양대학교 경제학부 교수

발표 1 **건강보험 진료비와 환산지수**
전기홍 아주대 의대 예방의학 교수

발표 2 **상대가치 현황 및 발전방향**
박은철 연세의대 예방의학 교수

발표 3 **건강보험 원가체계 구축방안**
이해종 연세대 보건행정학과 교수

발표 4 **건강보험 수가결정의 거버넌스 이슈**
신의철 가톨릭의대 예방의학 교수

16:10 ~16:30 | 휴식

16:30 ~17:30 | Session Ⅱ

토 론 (가나다순)
강길원 충북대학교 의대 의료정보 및 관리학 교수
권순만 서울대학교 보건대학원 원장
보건복지부 보험정책과장
서창진 한양대학교 경영대학 교수
신영석 한국보건사회연구원 부원장
정형선 연세대학교 보건과학대학 보건행정학과 교수

17:30 ~18:00 | 자유토론

18:00 | 폐회

목차

Session I

발표 1 **건강보험 진료비와 환산지수** ····· 07
전기홍 아주대 의대 예방의학 교수

발표 2 **상대가치 현황 및 발전방향** ····· 67
박은철 연세의대 예방의학 교수

발표 3 **건강보험 원가체계 구축방안** ····· 97
이해종 연세대 보건행정학과 교수

발표 4 **건강보험 수가결정의 거버넌스 이슈** ····· 111
신의철 가톨릭의대 예방의학 교수

주제발표 1

건강보험 진료비와 환산지수

전기홍

아주대 의대 예방의학 교수

건강보험 진료비와 환산지수

아주대학교 의과대학 예방의학교실 전 기 홍

1. 의료비 증가와 합리적인 행위별수가제 운영 필요성

○ 노인인구의 증가, 의료기관의 증가, 보장성 확대, 고가약 처방 증가, 신 의료기술의 발달 그리고 소득수준 향상에 따른 의료서비스에 대한 수요의 증가는 건강보험의 급여비 지출을 증가시켰으며, 2000년 대 이후로 증가 속도는 더욱 가파르게 변하고 있음.

○ 2001년 보험급여비가 약 13조 원이던 것이 2010년에는 약 34조 원, 2011년에는 약 36조 원에 이르러 10여 년 사이에 약 2.7배 증가함. 이는 연평균 약 11% 증가한 것임(신영석 외, 2011).

○ 우리나라의 의료비 증가 속도는 전체 경제성장과 국민소득의 증가 속도를 상회하고 있음. OECD 자료를 보면 우리나라 GDP 대비 의료비 비율의 평균 증가율(2005-2010)은 4.9%로 OECD 평균 증가율(2005-2010) 1.84%보다 약 2배 이상 빠르게 진행되고 있음. 지난 30년간 GDP 대비 의료비 비율은 2000년경부터 지속적으로 증가하여 7%를 상회하였음.

○ 건강보험 진료비와 국고지원금을 제외한 보험료 수입을 비교하면 최근 들어 그 차이가 벌어지고 있는 것을 알 수 있음. 이는 건강보험의 재정안정에 위험 신호가 온 것으로 볼 수 있음. 따라서 건강보험제도의 지속가능성을 확보하기 위한 재정 안정에 관심을 기울여야 하며, 근본적인 해결책을 준비해야 함.

○ 우리나라는 행위별수가제 하에서 가격에 해당하는 환산지수 조절을 통해 건강보험 진료비를 관리하고 있음.

○ 2000년부터 시행된 국민건강보험법에 따라 자원기준상대가치체계에 의한 점수 제도가 시행되었고, 진료비용의 산정을 공급자와 보험자와의 계약에 의해 정하도록 하였음. 그러나 그 동안 공급자와 보험자 사이에 원하는 환산지수 수준의 차이로 제대로 수가계약 협상이 이루어지지 못하였고, 건강보험정책심의위원회에서 결정할 수밖에 없었음.

○ 초기 환산지수 산출은 원가분석 연구에 의해 이루어졌으나, 사용된 자료의 불명확성 및 원가분석 항목의 적합성 여부 등으로 수가 계약 시마다 논란의 대상이 되고 있음. 이후 미국 메디케어에서 사용하고 있는 SGR의 개념을 이용한 환산지수 산출 방식이 도입되었지만, 이 또한 기준연도의 설정 및 거시경제지표에 대한 서로 다른 견해로 인해 최선의 방식으로 자리 잡지 못하고 있음.

○ 행위별수가제 하에서 국가의 부담 능력에 맞는 건강보험 재정 지출이 이루어지기 위해서는 합리적인 행위별수가제 운영과 적절한 환산지수의 결정이 동시에 달성되어야 함. 이를 위해서는 진료비를 결정하는 요인들을 분석하고 이들의 증가요인을 적절하게 반영하는 틀과 이를 근거로 합리적으로 운영되는 행위별 수가제를 기대할 수 있도록 제도를 만들고 합의할 필요가 있음.

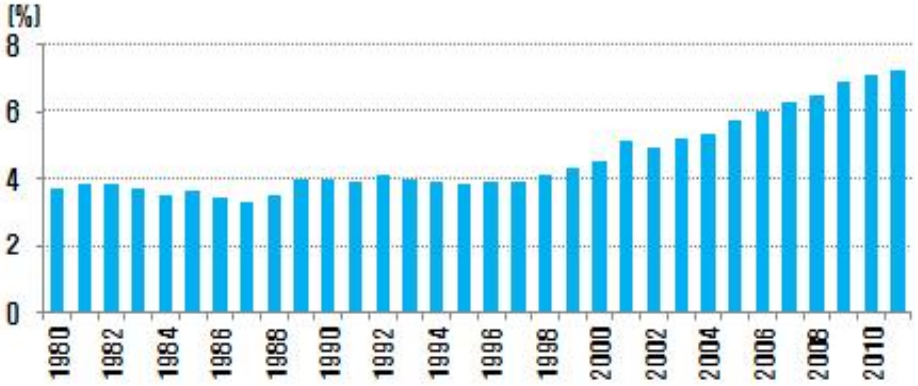


그림 1. 우리나라 연도별 GDP 대비 국민의료비

2. 한국의 상대가치수가체계 문제점

○ 2001년 1월부터 시행된 상대가치점수제는 그 이전 행위별 '금액제'로 운영되었던 수가체계를 '상대가치점수×환산지수' 형태의 '점수제'로 전환한 것임.

○ 상대가치점수제는 미국의 자원기준 상대가치점수(RBRVS: Resource-Based Relative Value Scale)제도를 원용함. 1994년 의료보장개혁위원회가 우리나라 의료보험수가의 구조조정을 위해 상대가치점수제도를 도입하기로 결의함.

○ 최초의 1차 연구결과는 미국의 RBRVS 체계를 원용하였고 상대가치점수제의 '토대'가 되었다는 상징성을 남김. 2, 3차 연구를 거친 최종 연구점수는 처음의 연구결과와는 달리 항목별 의사업무량 상대가치와 진료비용 상대가치의 구분을 없앰.

○ 미국의 CPT(Current Procedural Terminology)체계에 따랐던 행위분류는 항목간 축소·변형 과정을 반복하여 항목 수[1]와 내용에 있어서 이전에 적용되던 의료보험 수가코

1) 1차 연구를 위해 '한국표준의료(치과)행위분류'를 새로이 시도하였다. 당시 2,411개의 수가 항목을 5,510개(비급여 제외) 의 행위로 재분류하였으나 행위수가 너무 많고, 급여 및 비급여의 구분이 없고, 항목의 정의가 불명확하고, 급여의 단위 정립이 미흡하다는 등의 이유로 의료보험에 적용되지 못하고 기존 보험코드를 기준으로 재분류 작업을 거쳐 4,454개의 수가코드가 만들어졌고 (2차 연구), 이후 행위 숫자는 더 축소되어 최종적으로 2001년에 도입된 수가 항목은 3,214개였다. 이 행위수 축소 과정은 1차 연구의 상대가치값들을 가중평균 등의 방법을 통해 새로이 축소된 항목으로 대응시키는 변형 결과를 낳았다.

드에서 크게 벗어나지 않도록 회귀함.

○ 이 상대가치점수는 인상 요인(의과의 경우, 0.84를 곱한 상대가치점수보다 기존점수가 낮은 경우)은 반영하고, 인하 요인의 경우에는 기존점수를 유지시켜[2] 항목간 불균형 해소라는 본래의 목적을 훼손함

- 우리나라 상대가치체계의 문제점을 크게 두 가지 들면, 첫째가 과 간 총점 고정의 원칙에 의한 자원 배분 비효율성을 들 수 있음
  - 상대가치가 실제 업무량, 투입시간, 위험도 등을 반영한 실제치가 아닌 형태로 운영 중이지만 상대가치 점수를 과간 경계를 넘어 조정하기 어려운 현실적인 한계가 있음. 과간 불균형은 전문의 수급뿐만 아니라 의료자원 배분의 비효율성을 초래함.
- 둘째가 비용 항목간 자원 구성 배분의 어려움을 들 수 있음
  - 미국은 입원료 등 병원비용이 빠지고, 진단검사 등이 제외되어 전체의 1/3에도 못 미치는 영역에서 RBRVS체계가 설계·운영되고 있으나 우리는 (일부 DRG지불 부분을 제외하면) 거의 모든 보험급여 영역을 RBRVS체계로 해결하고 있음
  - 입원료가 진찰료와 얽히고, 검사료가 수술료와 섞여 (나아가, 의과의 논의가 치과와 한방, 약국까지도 고려해야 하는) 해결 난망의 상황이 되고 있음

3. 우리나라 환산지수 결정과 산정 방식

○ 법적인 절차를 보면, 일차적으로 가입자를 대표하는 건강보험공단의 이사장[3]과 각 유형별 대표간의 계약에 의거하되, 차년도 계약은 전 계약기간 만료일의 75일 전까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 건강보험정책심의원회의 의결을 거쳐 결정하도록 함

○ 현재 우라나라에서 환산지수를 산정하는 방식은 크게 두 가지로 대별할 수 있으며, 지수모형과 SGR 모형에 의한 방식임

1) 지수모형

2) [의과의 경우]
인상요인 : 기존점수 < 0.84 × 연구점수 -> 고시점수 = 2/3 × 기존점수 + 1/3 × 연구점수
(1) (단, 고시점수 ≤ 0.84 × 연구점수, 고시점수 ≤ 2 × 기존점수)
(2) 인하요인 : 기존점수 > 0.84 × 연구점수 -> 고시점수 = 기존점수
(3) [치과의 경우]
(4) 인상요인 : 기존점수 < 0.7 × 연구점수 -> 고시점수 = 5/6 × 기존점수 + 1/6 × 연구점수
(5) (단, 고시점수 ≤ 0.7 × 연구점수, 고시점수 ≤ 1.24 × 기존점수)
(6) 인하요인 : 기존점수 > 0.7 × 연구점수 -> 고시점수 = 기존점수

3) 공단의 이사장은 수가 계약관련 재정운영위원회의[1] 심의·의결을 거치도록 되어있음.

○ 지수모형은 의료기관의 수익과 비용증가를 토대로 산정함.

○ 과거 원가보존율, 경영수지율 등 논란이 많았던 부분을 모두 무시하고, 다음 연도 환산지수는 전년도 대비 수익증가와 비용증가만을 고려함.

○ 전년 대비 수익증가율이 비용증가율보다 크면 환산지수를 인하하고 비용증가율이 수익증가율보다 높으면 환산지수를 인상함.

○ 수익증가율은 전년대비 건강보험과 의료급여 진료비 증가를 기관당으로 계산하여 증가율을 계산함.

○ 비용증가율의 경우는 의료기관 운영에 들어가는 비용구성을 인건비, 관리비, 재료비로 구분하여 각각 인건비 상승률, 소비자물가 상승률, 의료기기 등 보건업 생산자물가 상승률 등을 반영하여 전년대비 비용증가율을 산정함.

2) SGR 모형

○ SGR(Sustainable Growth Rate) 모형은 다음 연도 예상 가능한 목표 진료비를 산출하고 목표진료비와 실제진료비간의 차이를 이용하여 환산지수 결정함

○ 다음 연도에 예상되는 목표진료비는 의사 수가, 대상자 수 변화, 1인당 실질 GDP증가율, 법과제도에 의한 변화율을 반영하여 산정하고 이때 전연도 대비 진료비 목표진료비 증가율을 SGR이라고 함<표 1>.

표 1. 환산지수 계약 및 결정의 경과

	계약 시 제시된 환산지수		의 결		
	건강보험공단	요양급여비용 협의회	조정률	의결된 환산지수	형태
2001년도	-	-	+ 7.08%	55.4원	-
2002년도	50.7원	66.7원	- 2.9%	53.8원	건정심
2003년도	50.0원	66.4원	+ 2.97%	55.4원	건정심
2004년도	1차 : 51.5원 2차 : 52.15원	1차: 66.7원 2차: 57.0-60.5원	+ 2.65%	56.9원	건정심
2005년도	유형별 계약하되 평균 55.7원	61.9원	+ 2.99%	58.6원	건정심
2006년도	유형별 계약하되 평균 -2.68% 인하	8.7% 인상	+ 3.58% (계약)	60.7원	계약
2007년도	유형별 계약하되 1.65% 인상	5.1% 인상	+2.3%	62.1원	건정심
2008년도	전체 평균 2% 이내		전체 평균 +1.94%	의원(보건기관 포함) : 2.3%, 병원 : 1.5% 약국 : 1.7%, 치과의원 : 2.9%, 한의원 : 2.9%, 조산소 : 30%	합의 계약 및 건정심
2009년도	전체 평균 2.36% 이내		전체 평균 +2.20%	의원 : 2.1%, 병원 : 2.0%, 약국 : 2.2%, 치과의원 : 3.5%, 한의원 : 3.7%, 조산소 : 9.3%, 보건기관 : 2.6%	합의 계약 및 건정심
2010년도	전체 평균 2% 이내		전체 평균 +2.01%	의원 : 3.0%, 병원 : 1.4%, 약국 : 1.9%, 치과의원 : 2.9%, 한의원 : 1.9%, 조산소 : 6.0%, 보건기관 : 1.8%	합의 계약 및 건정심
2011년도	전체 평균 1.6% 이내		전체 평균 +1.69%	의원 : 2.3%, 병원 : 1.0%, 약국 : 2.2%, 치과의원 : 3.5%, 한의원 : 3.0%, 조산소 : 7.0%, 보건기관 : 2.5%	
2012년도	전체평균 2% 이내		전체 평균 +1.99%	의원 : 2.8%, 병원 : 1.7%, 약국 : 2.6%, 치과의원 : 2.6%, 한의원 : 2.6%, 조산소 : 4.2%, 보건기관 : 2.0%	합의 계약 및 건정심

주) 2010년도 의원과 병원은 약제비를 절감한다는 조건하에 계약
주) 2007년 이전까지는 단일환산지수가 의결되었으나 2008년부터는 7개 유형으로 나누어 계약

4. 우리나라 환산지수 운영의 문제점

1) 환산지수 결정 구조의 다원화

○ 환산지수는 공단 산하 재정운영위원회의 심의를 통하여 환산지수 협상안을 공단 이사장에게 제시하고 의료계에서는 의료계 대표들로 구성된 요양급여비용 협의회에서 환산지수를 심의하여 요양급여비용 협의회 회장에게 제시함.

○ 공단 재정운영위원회는 공단 자체의 연구결과, 비용(인건비와 물가)의 변동, 수익(건강보험과 의료급여)의 변동, 전체와 기관 당 공급의 변동(기관수와 병상 수 등), 건강보험재정의 변동 등을 근거로 수가 인상의 상한선을 제한함.

○ 공급자(의료계) 측은 병원이 제출한 재무제표 자료를 근거로 해서 수입/지출 구조를 파악을 통하여 환산지수를 제시함. 공단 이사장과 요양급여비용 협의회 회장 간에 환산지수를 협상하여 협상이 타결되면 그대로 확정이 되고, 양자 간에 협상이 실패하게 되면 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)에 부의되어 의결 절차를 거침.

○ 가입자 측과 공급자 측이 서로 다른 입장에서 수가를 제시하면서 협상에 임하기 때문에 모든 유형과 합의를 이루기는 어려운 구조임.
○ 타결하지 못한 단체의 수가는 건정심에 의해 결정되어야 하나, 건정심은 가입자, 공급자, 공익대표로 구성되어 있기 때문에 가입자와 공급자간 합의는 애당초 기대하기 어렵고 궁극적으로 공익이 중재안을 제출할 수밖에 없으며 이는 곧 투표에 의해 가부를 결정하는 구조임.
  - 공익은 단일수가 방식에서는 충분히 중립적인 자세를 견지할 수 있으나 유형별 계약제에서는 이미 계약에 도달한 유형에 대해 고려할 수밖에 없음.
  - 만약 건정심에 올라온 유형들에 대한 최종 결정수가가 공단에서 1차 협상 시 제시했던 수가보다 높게 형성된다면 학습효과에 의해 내년도 1차 협상은 훨씬 어려운 상황에 직면할 것이고 아마 거의 모든 유형이 건정심에 올라올 것이기 때문임.

○ 공익 안을 결정하는 데 이처럼 현실에 대한 고려가 우선한다면 공익 안은 재정운영위원회가 제시안 기준을 벗어나기 어려움.

2) 환산지수 결정시 연구 결과 반영 미흡

○ 현행 환산지수 계약 시 보험자와 공급자간 각자 자기 방식대로 계산을 하고, 각자 자기가 유리한 결과들에 대해서만 자료를 제시하여 매년 2% 내외에서 수가인상이 결정되어 왔음.

○ 국민건강보험공단은 매년 환산지수 연구를 외부용역으로 진행하고 있지만, 연구결과는 단지 유형별 인상률 순위를 결정하는 정도만 반영되고, 계약되는 환산지수의 절대규모는 결정에는 그대로 반영되고 있지 않았음.

○ 공단 연구는 환산지수 계산 시 과거 진료비의 가격과 양을 모두 고려하여 계산을 하고 있지만, 이 결과보다는 단기적인 정치적 합의 등을 통해 수가가 결정되는 구조임.

○ 결과적으로 1-2% 내에서의 수가를 인상하지만, 전체적으로 10%의 진료비 증가로 이어졌음에도 불구하고 다음해에는 새로운 논리에 의해 다시 수가가 인상되는 구조임.

3) 상대가치점수가 반영 안 됨

○ 진료비의 결정 과정에 있어서 정책적 조정의 대상은 가중평균상대가치점수(R)와 환산지수(C)임.
- 이 둘의 곱이 평균가격(P)이므로, 가격의 변동은 환산지수(C)의 변동에 의해서 뿐 아니라 가중평균상대가치점수(R)의 조정에 의해서도 일어남을 알 수 있음.
- 원칙적으로 상대가치점수의 조정 시에는 가중평균상대가치점수(R)가 변하지 않도록 해야 함.

○ 그러나 현실적으로 가중평균상대가치점수(R)의 조정이 있을 수밖에 없었다면 환산지수(C)의 계약에서 이것이 반영되어야 함.

○ 가중평균상대가치점수(R)의 상향조정이 있었으면 환산지수(C)에서 그만큼 하향조정해야 하고, 반대로 가중평균상대가치점수(R)의 하향조정이 있었으면 환산지수(C)를 그만큼 상향조정해야 하는 것임.

4) 빈도의 증감이 반영되지 못하는 구조

○ 현재와 같이 빈도의 증감이 여과 없이 의료기관에 대한 지불액에 반영되는 것은 총점고정 내지 재정중립의 전제를 무너뜨리는 것임.

○ 상대가치 부분에서 이러한 원칙이 지켜지지 못한다면 환산지수에서라도 이를 보정할 필요가 생기게 됨.

○ 진료량에 해당하는 $V=(N \times Q)$는 지금까지는 공급자와 환자 사이에서 결정되는 것이고 의료에 대한 수요를 반영하는 것이기 때문에 최소한 환산지수 계약에서는 고려대상이 아닌 것으로 간주되었음.

○ 이는 재정중립의 원칙에서 볼 때 문제가 있는 관행임.
- 재정중립은 평균상대가치점수(R)만을 고정한다고 지켜지는 것이 아니라, 평균상대가치점수(R)나 '개별 상대가치점수의 단순합계'에서 변화가 없더라도 빈도가 많아지면 진료비는 높아짐.

○ 절대적인 빈도의 변화가 없더라도, 상대가치점수가 높은 행위의 상대적 빈도가 증가

하면 요양기관에 돌아가는 총점수(N × Q × R)는 증가하게 됨.

○ 따라서 향후 환산지수 계약 시 단순 환산지수 인상이외에 상대가치점수 상승, 진료비량의 증가 등 가격과 양을 총괄하는 개념에서 환산지수 계약이 필요함.

5. 건강보험 진료비 결정과 환산지수

○ 건강보험 진료비는 통상 진찰 및 행위 진료비, 약품비, 치료재료비로 구분함. 이 중 약품비와 치료재료비는 상한금액 내에서 실거래가로 상환하므로 가격은 의료기관의 거래원가임. 진찰 및 행위 진료비는 행위별 상대가치 점수에 환산지수를 곱한 가격으로 결정됨.

○ 따라서 건강보험 진료비 중 원가로 보상하는 약품비와 치료재료비를 제외하고 건강보험 진료비를 결정하는 요인을 서비스량(volume)과 가격(price)으로 본다면 둘 간의 곱으로 진료비를 결정하는 결정론적 모형임. 구체적으로 진찰 및 행위진료비는 서비스량에 해당하는 빈도와 상대가치점수의 곱인 상대가치총점과 가격지수에 해당하는 환산지수의 곱으로 설명할 수 있음[그림 2].

○ [그림 2]에서 보는 바와 같이 2004년 이후 진료비 증가 원인은 대부분 서비스량의 증가에 기인하고 있음을 알 수 있음.

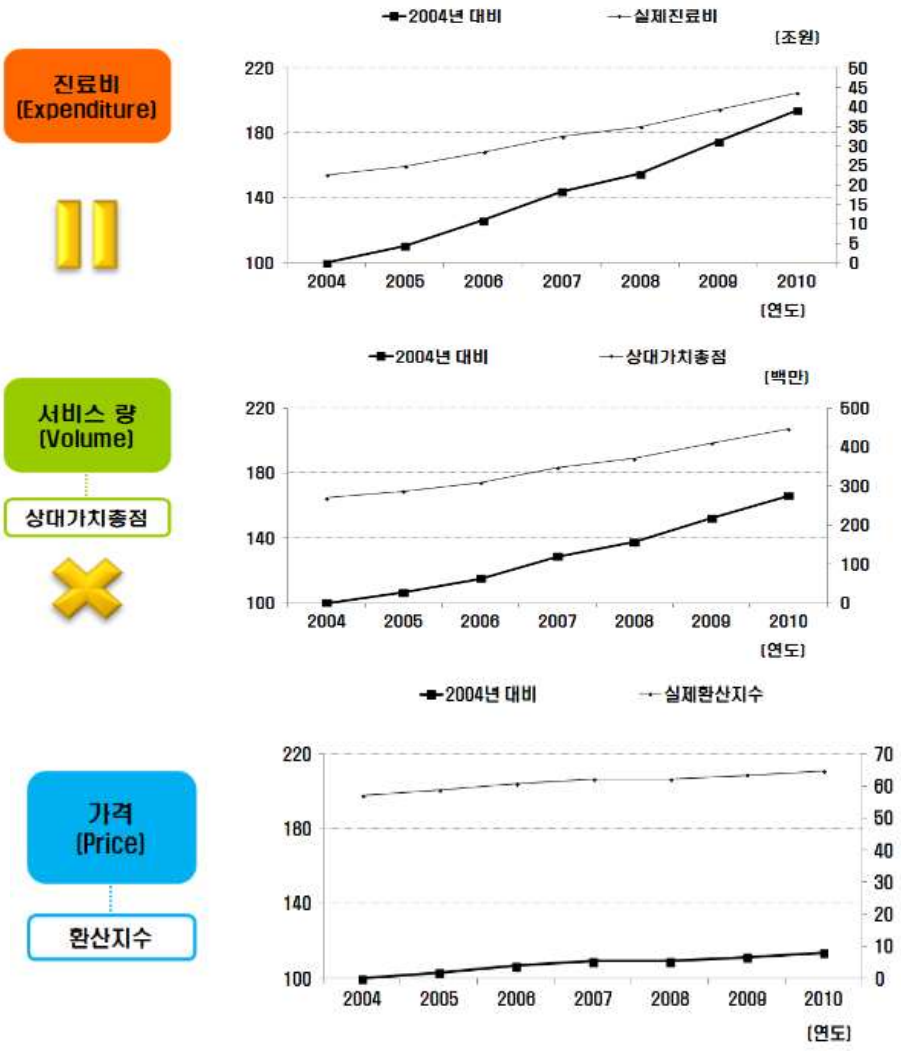


그림 2. 건강보험 진료비 증가의 결정 요인

○ 진료비 증가 요인을 더 구체적으로 보면 <표 2>과 같이 구분할 수 있음. 생산자 물가지수 혹은 임금지수로 표현되는 물가 상승, 국민소득 증가에 따른 지불 능력 향상으로 더 나은 질의 의료와 신기술 등의 고급 의료 선호에 의한 의료이용 패턴 변화, 적용 인구 증가와 노인인구 증가에 따른 인구구조 변화로 인한 자연적 수요 증가 요인을 구조적인 증가 요인으로 볼 수 있을 것임.

○ 건강보험 급여 보장 범위 확대와 급여기준 변화에 따른 건강보험 급여 확대, 의료기술 발달에 따른 신 의료기술의 급여 인정과 보건의료 정책상 필요에 의한 수가 인상 등의 정부 혹은 보험자의 건강보험 정책 요구에 의한 증가 요인이 있음.

○ 그 외에 공급자에 의한 요인으로 의사 수 증가와 의료기관 수 증가에 의한 공급자 수와 관련된 요인과 행위별수가제 하에서 수요 유인에 의한 요인이 있을 것임. 또 소비자 요인으로 앞서 언급한 기대수준 향상에 따른 요구 증가 외에 적절치 않은 의

료이용 행태 요인 등이 있음.

표 2. 진료비 증가요인

요인	측정변수	빈도	가격	강도	증가원인평가
물가지수	생산자 물가지수		○		구조적
	임금지수		○		구조적
지불능력 향상	GDP	○		○	구조적
자연적 수요 증가	인구 증가	○			구조적
	노인인구 구성비 변화	○		○	구조적
급여(보장성) 확대	급여 보장 범위 및 급여 기준 변화	○		○	보험자(정부)
의료기술 발달	신의료기술 급여 인정	○		○	보험자(정부)
보건의료 정책	필요에 의한 수가 인상		○		보험자(정부)
공급자	의사/의료기관 수 증가	○			비효율성 존재
	수요 요인	○		○	비효율성 존재
소비자	환자 의료이용 행태	○			비효율성 존재

○ 이런 많은 요인들 중 중복되는 부분도 있고 필연적으로 반영할 수밖에 없는 불가피한 증가 요인도 있는 반면에 건강보험 재정지속성에 장애가 되는 비효율적인 요인들이 혼재해 있음. 그러나 이것을 명확히 가려서 환산지수 인상에 반영해 줄 부분과 그렇지 않은 부분으로 나누는 것은 매우 복잡하고 어려운 일임.

○ 그럼에도 불구하고 건강보험 진료비 증가를 타당한 선에서 억제하고 건강보험 재정을 안정적으로 운영하기 위해서는 공급자와의 협상을 통해 합리적인 수준에서 인정할 수 있는 진료비 증가 부분을 결정해야 함.

○ 상기 언급한 증가 요인들의 과거 10년 동안 증가 추이를 보았음. 2001년을 100으로 하고 각 연도의 지표를 표시하였음.

- 의사 수와 1인당 내원일수가 지난 10년 동안 지속적으로 증가하고 있음[그림 3, 그림 4]
- 서비스 강도에 해당하는 치료일당 진료비 증가가 가장 높은 증가율을 보였고, 노인인구 수, 만성질환 유병자 수의 증가율이 큼을 알 수 있음[그림 5].
- 물가지수는 의료 물가지수가 소비자 물가지수보다 더 높은 증가율을 보였음[그림 6].

○ 국민의료비 증가가 문제가 되는 이유는 단순히 그 수준이나 증가 속도가 빠르다는 것에 있지 않음. 그 보다는 비용-효과적이지 않은 의료체계의 특성이 국민의 건강을 향상시키지 못하면서 비효율적인 자원 사용을 지속적으로 한다는데 문제가 있음

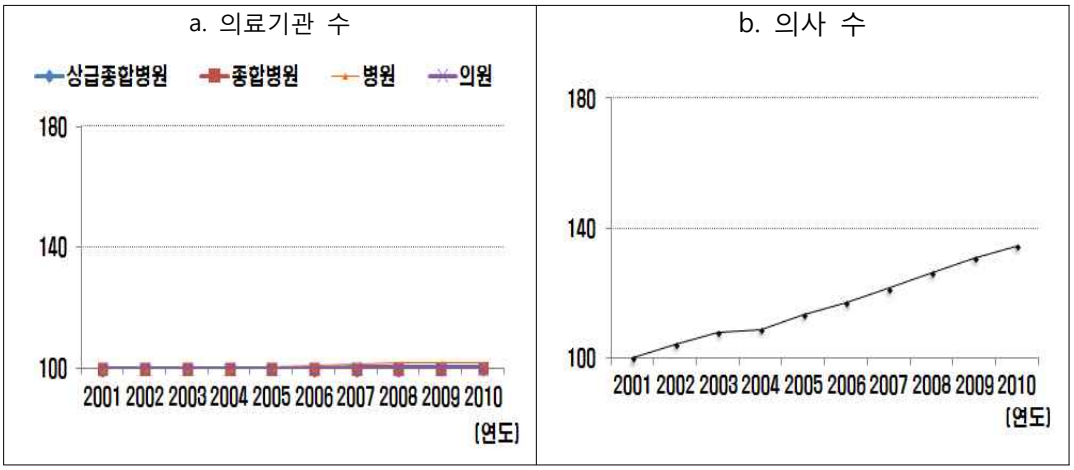


그림 3. 건강보험 진료비 증가요인 - 공급자 요인

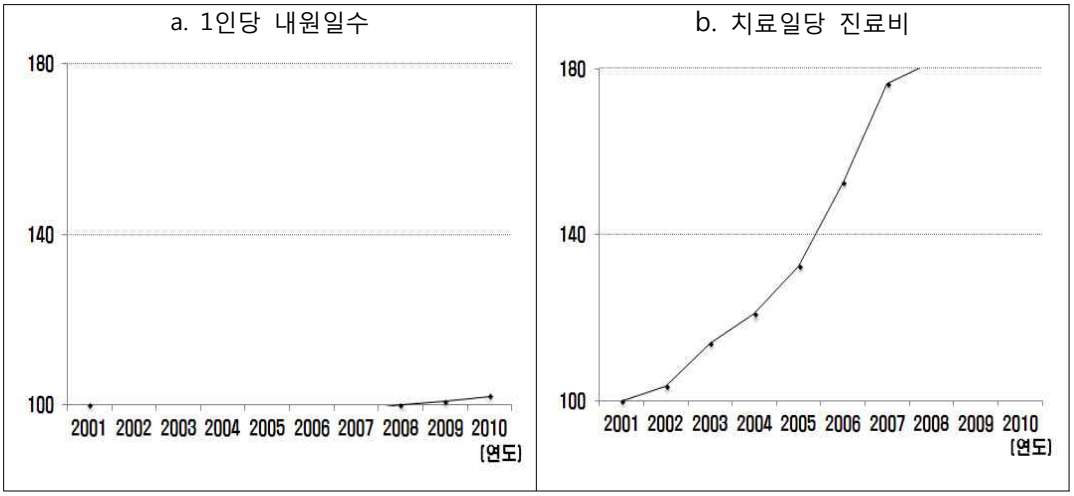


그림 4. 건강보험 진료비 증가요인 - 서비스 강도

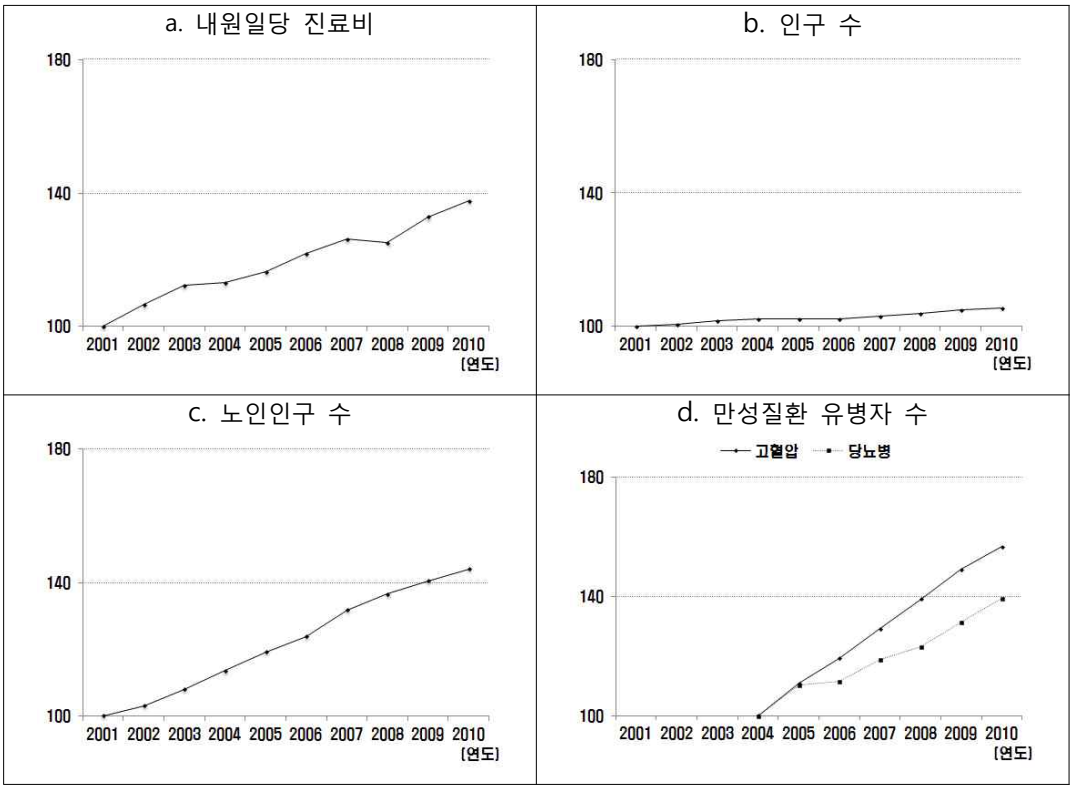


그림 5. 건강보험 진료비 증가요인 - 서비스 강도

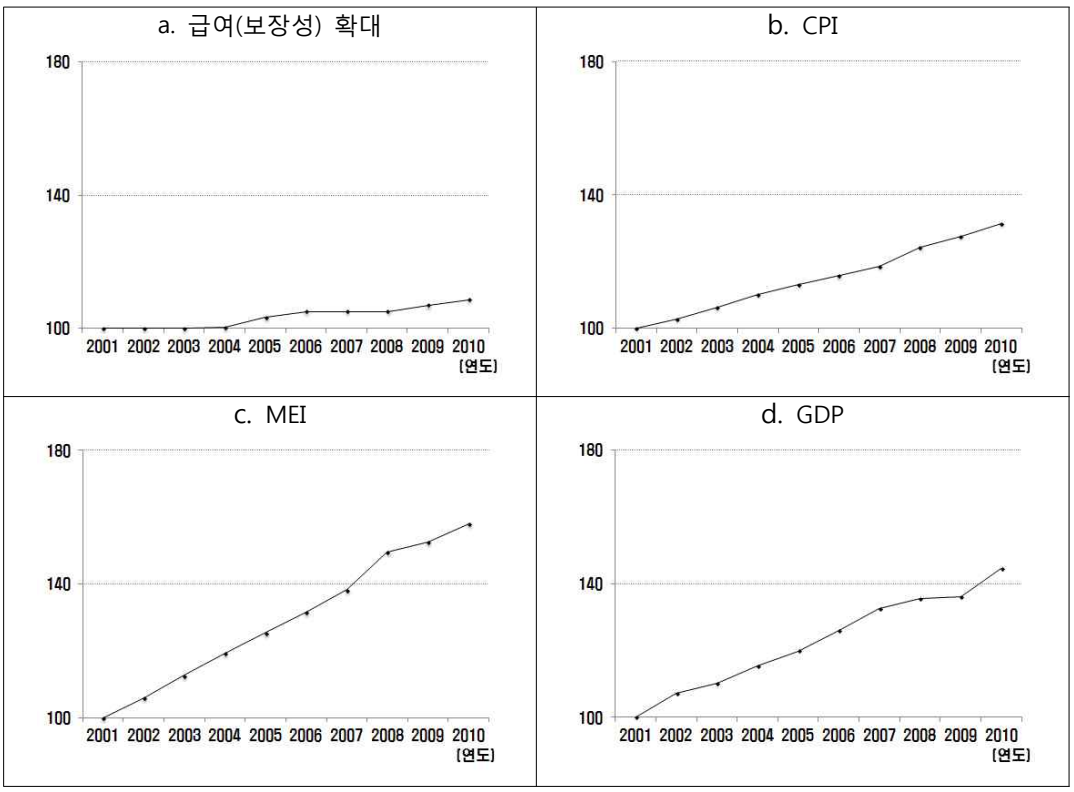


그림 6. 건강보험 진료비 증가요인 - 건강보험 및 경제관련 지표

6. 독일의 의료보험법 개혁

가. 1990년대 보건의료개혁[4)]

○ 1980년대에 서독의 보건의료계획은 국가 수입의 성장만큼의 비율로 보건의료지출 증가를 제한하는 것이었음. 그럼에도 불구하고 지속적으로 증가하는 보건의료비 지출을 억제하기 위한 방안으로 1993년에 도입한 보건의료 개혁에서 의사와 의약품 비용 지출에 대한 총액 예산을 적용하였음. 여기에는 가격 통제 뿐만 아니라, 의사 인력 공급의 제한, 의사의 경제적 생산성 모니터링 강화, 약품비에 대한 본인부담 증가를 통한 서비스 양을 통제하기 위한 정책을 도입함.

○ 1993년 개혁 전에는 의사 비용 지출의 통제의 관점을 가격에 집중하였음. 1977년의 보건의료비 억제 법안(Health Care Cost Containment Act)에서 질병기금(sickness funds)이 의사협회와 독립적으로 의사서비스 예산을 협상하는 자유를 제한하였음.

○ 미국의 RBRVS와 유사한 Uniform Evaluation Standard(Einheitlicher Bewertungsma Bstab)를 만들고 총 지출 수준과 환산지수(conversion factor)의 균형을 맞추어 협상하도록 하였음. 의사들은 행위별수가제로 상환하도록 하였고, 지출 수준을 정하는 기준은 과거 의료이용량, 물가 인상과 임금 인상 수준이었음.

○ 1987년에 의사 비용의 증가를 제한하기 위해 처음으로 의료비 지출에 각 질병금고의 평균 임금 인상 수준으로 상한을 적용하였음. 환산지수는 분기마다 실제 서비스량에 의해 후향적(retrospective)으로 계산하여 Uniform Evaluation Standard에 따라 가격을 정하고 이것에 근거하여 의사들에게 상환하였음. 따라서 의사들은 서비스를 제공하는 시점에서는 실제 가격을 알 수 없음. 더 강하게 비용을 통제하기 위해 예산을 4개의 영역으로 나누어 적용하였는데, 의료비 지출을 기본 진료, 검사, 예방 서비스와 외래에서의 특별 서비스로 나누어 산출하였음.

○ Brenner와 Rublee("The 1987 Revision of Physician Fees in Germany")는 1986년과 1987년 자료를 비교한 결과 의사 수입은 단지 0.5% 증가한 반면 질병기금에 대한 의사당 청구 상대가치점수는 9% 증가한 것을 발견하였음. 이것은 총액 예산에 근거하여 서비스 량에 의한 의사 수가를 통제한 결과 의사 지출은 통제하였지만 서비스 빈도 증가는 통제하지 못한 결과임.

○ 1993년 보건의료구조조정법(Health Care Structure Act, 1993)에 따르면, 의사, 의약

4) Kaus_Dirk Henke, Margaret A. Murray, Claudia Ade. Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States. Health Affairs, 13(4) 1994; 7-21

품 비용지출에 총액예산을 적용함. 더 이상 질병기금의 평균 수입 증가율만큼의 상한으로 분기마다 의사 비용 지출을 제한하는 대신에 연간 증가율을 목표로 하지만 타당한 서비스량 증가로 인한 지출 증가를 인정하는 것으로 변화하였음.

○ 이전에는 오직 가격만 통제(총 지출수준과 환산지수의 균형을 맞추어 협상)하였으나, 1993년부터 의사인력 공급제한(지역별 의사 면허 수 제한), 의사 생산성 모니터링, 약품비 본인부담 증가를 통한 서비스량에 대한 통제를 시작함.

○ 1999년부터는 68세 이상 의사의 면허권 박탈, 무작위적 실사, 경제성 감시(economic monitor)를 시행하였음. 예를 들어, 의사는 서비스 제공량이 동종업계 평균의 15%를 초과하면 개별 감사를 받고, 25%를 초과하면 수익을 반환해야 함. 의사가 판결에 불복하는 경우, 이의를 제기할 수 있으나 추가적인 소득 삭감의 위험이 있음. 경제성 감시 제도 도입으로 의사 중 7%가 치료행위에 대해 설명을 해야 했고, 겨우 2%의 의사들만 소득 삭감의 제재를 받음.

○ 환산지수를 3개 영역으로 나누었고, 지난 해 하반기의 환산지수를 적용한 결과 1 혹은 2 사분기 적용인구 일인당 지출 증가율이 어느 하나라도 일인당 수입 증가율보다 1% 이상 크다면, 3 혹은 4 사분기 에는 해당 영역의 환산지수를 인하함. 반대로 수입 증가율보다 1% 이상 적다면 3 혹은 4 사분기에 환산지수를 인상함.

○ 1992년에 지출 상한 기전에 의해 의사비용 지출 증가율이 억제되었다고 하더라도 질병기금 가입자의 수입 증가율보다 높았음. 그 해 3사분기 동안 의사비용 지출 증가율이 8.6%인데 반해 국가의 임금 인상률은 4.8%이었음. 4 사분기에 환산지수를 인하하여 증가율을 3.8%로 낮추었고, 결과적으로 그 해 의사비용 지출 증가율은 7.2%로 하였는데 이는 가입자 수입 증가율 5.1%에 비해 2% 높은 것이었음.

○ 정부가 장려해야 할 필요가 있는 서비스 영역에 대해서는 일반 의사비용 지출 증가율보다 높은 증가율을 인정해 주었음. 외래 수술과 예방의료가 대표적인 예이고 외래 수술은 수입 증가율보다 10% 더 높게 상한을 설정하였고 예방의료는 6%를 더 추가하였음.

○ 의사비용 지출 상한은 1995년 까지 직접 서비스 양에 영향을 미치지 않는 대신에 개업 의사 수를 통제하고 전문의 대신할 수 있는 가정의를 장려하면서 장기적인 관점에서 서비스 양에 간접적으로 영향을 주고자 하였음.

○ 지난 30년 동안 일인당 의사 수는 급격히 증가하였음. 1970년에 1.69명, 1980년에 2.21명, 1990년에 3.11명이고 미국의 1990년 2.32명에 비해서도 높은 것을 알 수 있

음. 독일 정부는 법적으로 의과대학 정원을 감축할 없으나, 주 정부는 개업 외래 의사 수를 줄일 수 있기 때문에 지역 내 의사 수용량의 110%를 초과하면 새로운 외래 개업 허가를 제한함.

○ 의사비용 지출의 상한은 서비스량에 영향을 주게 되는데, 그 이유는 개별 의사들이 행위별수가제에 의해 상환받기 때문임. 서비스량을 늘리는 유인을 억제하기 위해 진료 패턴에 대한 무작위 감사(audit)나 경제성 감시(monitoring)를 질병금고와 의사회를 대표하는 위원회에서 수행함. 처방패턴 등 서비스 수준을 의사의 전문영역의 평균과 비교하는 방법을 사용하여 한도(25%)를 넘으면 지불된 금액을 반환하도록 요구 받게 됨.

나. 2000년대 보건의료개혁

○ 2003년에 2단계로 구성된 의료보험 개혁안이 마련되었음. 1단계에서는 상병수당을 가입자 단독 부담으로 전환하고, 경제 전반에 걸쳐 혜택이 돌아가는 급여는 조세로 부담하며, 본인부담 및 개원의 수수료를 높이고, 연금에 대한 보험료 부과 등의 조항이 포함되었음. 2단계는 장기적으로 보험료의 재원 자체를 변경하려는 계획이 포함됨.

○ 의료보험경쟁강화법(2007.2)에 포함된 내용은 전 국민의 의료보험 의무 가입, 의료서비스 개선, 공공 및 민간 의료보험 관리 기구의 현대화, 건강기금의 도입을 중심으로 하는 의료보험 재정 방식의 변화 등임.

○ 질병금고에 속한 가입자들이 동일한 보험요율이 적용되고, 그렇게 납입된 보험료와 조세수입은 건강기금에 모아진 뒤 개별 질병금고에 배정됨. 질병금고가 건강기금으로부터 받은 재원으로 운영이 충분하지 않은 경우에는 추가적인 보험료를 가입자에게 부과할 수 있고, 그 반대의 경우에는 남은 재원을 가입자들에게 환급하게 됨.

7. 미국 Medicare의 SGR의 도입

○ 미국 Medicare에서는 1990년에 MVPS(Medicare Volume Performance Standards)방식을 통하여 환산지수를 개정하였음. 1990년에는 모든 의료행위에 대하여 단일하게 적용하였고 1991년부터 1993년까지는 외과 의료행위, 내과 의료행위에 대하여 각각 다른 MVPS를 사용하였으며, 1994년부터 1996년까지는 외과, 내과, 1차 진료 세 가지 종류의 MVPS를 사용하였음(김정희, 2004).

○ MVPS는 다음 네 가지 요소들의 곱으로 결정되며 이 요소들의 곱 이외에 의료비 지

출의 상승폭을 줄이기 위하여 자동적으로 4%를 차감하여 MVPS를 정함.

MVPS = 의사수가 변화율 × 대상자수 변화율 × 의사서비스 양과 강도의 변화율 × 법과 제도에 의한 변화율

○ 실제 지출 증가율과 MVPS에 의한 목표 진료비의 차이를 고려한 행위조정요소(PAF, Performance Adjustment Factor)를 구함. 월 청구 자료의 취합 시점이 2년 정도 지나야 완벽해 지기 때문에 2년 전 자료를 기초로 PAF를 구함.

PAF_t = 실제지출증가율$_{t-2}$ - $MVPS_{t-2}$

○ MEI와 MVPS를 고려한 환산지수 조정률을 산출함. 환산지수 조정률은 급격한 감소를 방지하기 위하여 5% 감소를 하한선으로 함.

환산지수 조정률 = MEI + PAF + 법과 제도에 의한 조정률
환산지수$_t$ = 환산지수$_{t-1}$ × 환산지수 조정률

○ 외과, 내과, 1차 진료 등 세 가지 의료이용 조정 기준과 환산지수를 사용함으로써 급여 수준의 왜곡을 가져와 메디케어 수가의 자원기준상대가치의 근본 원칙을 반영하지 못하게 되었음.

○ 과거의 의료이용 추세에 4%를 감하여 지출 증가율 목표를 결정하였는데 이는 의사가 진료의 양과 강도를 얼마나 억제하였건 간에 매년 4%씩 더 낮은 환산지수 조정률을 사용해야 한다는 것을 의미하기 때문에 비현실적인 목표가 되고 있음.

○ 2년 전의 목표와 2년 전의 실제 지출액을 비교함으로써 현재 시점의 목표설정과 실제 지출액을 비교하지 못함(김정희, 2004).

○ 위와 같은 MVPS의 여러 가지 문제점으로 인하여 1998년 SGR(Sustainable Growth Rate)제도가 도입되었음. SGR 방식은 모든 의료행위에 대해 단 하나의 환산지수와 환산지수 조정률이 사용되며, 기존 MVPS에 사용된 네 가지 요소 중 하나인 의사 서비스량과 강도의 변화율 대신에 일인당 실질국내총생산의 추정 성장률을 사용함. 또한 MVPS의 2년 전의 실제와 목표치를 비교하는 연간 비교 방법이 아닌 기준년도 이래 누적된 실제 지출과 목표 지출을 비교하여 매년 환산지수가 갱신됨.

가. SGR의 기본 개념 및 의의

○ 비용을 직접적으로 통제하는 것이 아니라 SGR에 근거한 목표 지출액과 실제 발생한 지출액의 차이를 환산지수 조정률에 반영함. 목표 지출액과 실제 발생한 지출액의 크기를 비교해 실제지출액이 더 많을 경우 환산지수를 낮추어 예산 균형을 맞추고 더 낮을 경우에는 환산지수를 높여 예산 균형을 맞추는 방법임.

○ 기준연도(1996년)부터 당해 연도까지 모든 연도의 목표 진료비와 실제 진료비를 각각 합산하여 비교함으로써 진료비 목표를 수립하는 누적 개념의 제도임. 진료비의 목표치를 정하고 실제 발생한 진료비를 목표치에 접근시키기 위하여 상대가치점수의 환산지수를 조정하는 것이 SGR 개념에 의한 수가통제 방식의 핵심임(김정희, 2004).

○ 위와 같은 개념의 SGR을 통하여 의료공급자 수의 증가에 따른 자동적인 진료비 증가를 제어할 수 있으며, 자료의 객관성과 신뢰성 문제로 인한 불필요한 논란과 갈등을 최소화 할 수 있음(김진현, 2008).

나. SGR의 구조

○ 미국의 SGR은 사회보장법 1848(d)(3)에 따라 1996년 4월 1일부터 환산지수를 조정하고자 하는 연도의 전년도까지 실제 각 연도별로 발생한 지출액을 모두 합한 누적 지출액과 각 연도별 허용예산액을 모두 합하여 누적 허용 예산액을 사용함(김정희, 2004).

○ 1999년 균형예산수정법(BBRA) 211조에 따라 개정된 사회보장법에 의해 보건의료재정청(CMS)은 2000년부터 메디케어 수가조정 위원회와 함께 다음년도에 의사서비스 보상에 사용될 SGR과 환산지수 추정치 및 관련 근거가 될 자료를 3월 1일까지 공시하도록 하였으며 차년도에 실제 적용되는 SGR과 허용 예산액, 환산지수 조정률, 환산지수 그리고 관련된 자료를 최대한 보완하여 당해 연도 11월 1일까지는 연방기록보존성에 의해 공표해야 함(김정희, 2004).

○ 이는 SGR 운용과 관련된 연초와 연말의 예측치가 차이가 나기 때문에 보다 개선된 연말의 추정치를 반영하여 환산지수를 조정하기 위한 것이며, 매년 3월 1일을 기준으로 차년도의 예측치가 공시되고 11월 1일을 기한으로 확정치가 공시되며 상반기 환산지수를 공시한 후 하반기 환산지수로 조정하도록 되어 있음(김정희, 2004).

○ SGR은 MVPS와 달리 의사서비스의 진료량과 강도 대신에 1인당 실질 GDP 변화율을 사용함으로써 국내 경제성장률과 목표진료비 성장률을 연계시켜 의사서비스에 대

한 보상을 경제발전 정도에 맞추어 부담 가능한 수준에서 의료비 증가를 조절함.

SGR = 의사수가 변화율 × 대상자수 변화율 × 1인당 실질 GDP 변화율 × 법과 제도에 의한 변화율 × 법과 제도에 의한 변화율

※ 의사수가 변화율(가중평균 의료비용 인상률)
= (MEI×0.84)+(DLT×0.08)+(DRUG×0.08)

※ DLT(Diagnostic Laboratory Test) : 진찰에 필요한 실험실 검사

○ 당해 연도의 목표지출액 및 실제지출액과 함께 1996년 4 사분기부터 당해 연도 누적된 목표지출액 및 실제지출액을 비교하여 PAF를 산출함, 사회보장법에 의해 PAF를 3%보다 크거나 -7%보다 작지 못하도록 규정하고 있으므로 이 범위를 벗어나는 PAF는 이 범위로 조정됨.

PAF_t =

$$\frac{\text{목표지출액}_{t-1} - \text{실제지출액}_{t-1}}{\text{실제지출액}_{t-1}} \times 0.75 + \frac{\text{목표지출액}_{t0 \sim t-1} - \text{실제지출액}_{t0 \sim t-1}}{\text{실제지출액}_{t-1} \times (1 + SGR_t)} \times 0.33$$

단, $\text{목표지출액}_{t+1} = \text{목표지출액}_t \times SGR_{t+1}$, $\text{목표지출액}_{t0} = \text{실제지출액}_{t0}$

※ 당해 연도의 목표진료비와 실제진료비의 차이와 누적된 진료비의 차이에 각각 0.75와 0.33을 곱하는 이유는 모의실험 결과를 토대로 당해 연도 차이와 기준연도로부터 당해 연도의 누적된 차이의 균형을 맞추기 위한 것임.

○ MEI와 SGR을 고려한 환산지수 조정률을 산출함.

$\text{환산지수 조정률}_t = MEI_t \times PAF_t$

$\text{환산지수}_t = \text{환산지수}_{t-1} \times \text{환산지수 조정률}_t$

다. SGR 방식을 통한 우리나라 환산지수 산정

○ 앞서 제시한 공식을 활용하여 국내 실정에 맞는 대변수(proxy variable)를 적용하여 네 가지 요소인 적용 인구 변화율, 급여범위 확대율, 인구구조 보정지수, 일인당 실질소득 상승률(GDP 상승률)의 곱으로 SGR을 산정하였음.

○ 네 가지 변수 중 적용 인구 변화는 건강보험 대상자 수 변화율이고 급여 범위의 확대율은 급여 범위 확대로 인한 진료비 증가액의 전년도 건강보험 진료비 대비 증가율임. 인구구조 보정지수는 인구구조의 변화, 주로 고령화에 의한 진료비의 증가분을 반영하는 지수임.

○ 인구구조 보정지수는 인구의 연령별 구성비의 변화에 의한 진료비 변화를 전년도 연령 구간별 평균진료비를 고정하고, 연령 구간별 인구구조가 변했을 때 전년도 대비 진료비 증가율로 표현한 것임.

인구구조 변화에 의한 진료비 변화 =

$$\frac{\sum_i \text{적용인구수}_{i,t} \times 1\text{인당 진료비}_{i,t-1}}{\sum_i \text{적용인구수}_{i,t-1} \times 1\text{인당진료비}_{i,t-1}} \times \frac{\text{인구수}_{t-1}}{\text{인구수}_t}$$

(i= 5세 단위로 나눈 연령구간, t=연도)

○ 산출한 SGR을 토대로 미국의 PAF 메카니즘을 적용시켜 연도별(2004년 ~ 2010년) PAF를 구하였음<표 3>.

표 3. 연도별 SGR과 구성변수들의 결과값

연도	적용인구 변화	급여범위 확대	인구구조 보정지수	일인당 실질소득 상승률	SGR
2004	1.0057	1.033	1.012	1.046	1.100
2005	1.0004	1.010	1.012	1.040	1.063
2006	1.0004	1.040	1.010	1.052	1.106
2007	1.0086	1.028	1.019	1.051	1.111
2008	1.0071	1.001	1.016	1.023	1.048
2009	1.0094	1.003	1.019	1.003	1.035
2010	1.0060	1.011	1.018	1.063	1.101

○ 위 요소들로부터 얻은 데이터를 토대로 연도별 실제 진료비를 대입하여 진료수가 조정률과, 추정 환산지수를 산출하였음<표 4>. <표 5, 표 6>은 환산지수 대상 진료비의 산출 내역을 다룬 표임.

○ 우리나라 실제 환산지수와 실제 자료를 적용하여 구한 추정 환산지수를 비교하면 [그림 7]과 같음. 2004년을 기준으로 하였고 5년 후인 2009년부터 누적부분의 적자가 커서 추정 환산지수가 급격히 감소하는 것을 볼 수 있음.

표 4. 연도별 PAF

연도	PAF 전년도 진료비 대비 목표진료비와의 차이(A)	PAF 누적부분(B)	PAF (A*0.75+B*0.33)
2004	-	-	-
2005	-	-	-
2006	-0.037	-0.034	-0.039
2007	-0.027	-0.054	-0.038
2008	-0.036	-0.084	-0.054
2009	-0.051	-0.128	-0.081
2010	-0.052	-0.160	-0.091

표 5. 연도별 실제 진료비, 목표 진료비, 추정 진료비 및 추정 환산지수

연도	실제진료비		목표진료비		추정 진료비			PAF+	MEI	진료 수가 조정률+	추정 환산 지수+
	진료비	환산지수 대상 진료비	환산지수 대상진료 비	누적 진료비	환산지수 대상진료 비	진료비	누적 진료비				
2004	22,506	15,330	15,330	22,506	15,330	22,506	22,506	-	-	-	56.9
2005	24,962	16,797	16,298	46,869	17,243	25,307	47,813	-	0.057	0.057	60.2
2006	28,402	18,788	18,029	74,520	18,785	28,407	76,220	-0.039	0.050	0.009	60.7
2007	32,389	21,527	20,022	105,405	21,148	32,011	108,231	-0.038	0.045	0.005	61.0
2008	34,869	23,042	20,986	138,218	22,749	34,576	142,807	-0.054	0.064	0.006	61.4
2009	39,339	25,995	21,717	173,280	23,626	36,970	179,777	-0.081	0.021	-0.061	57.6
2010	43,628	28,887	23,902	211,924	24,189	38,930	218,708	-0.091	0.034	-0.060	54.1

※ 2004년은 실제 진료비이고 2005년부터 전년도 목표 진료비 * 당해연도 SGR

※※ 2004년은 실제 진료비이고 2005년부터 추정환산지수를 적용한 진료비

+ 2004년을 기준으로 연차별로 한해씩 상대가치 총점과 약품비, 치료재료비는 실제자료를 이용하여 계산한 결과임

표 6. 연도별 환산지수 관련 지표

연도	건강보험 진료비(%)	환산지수 관련					약품비(%)	치료재료비 (%)
		환산지수 대상 진료비			실제 환산 지수	실제 상대가치 총점		
		기본진료비	행위 진료비	소계(%)				
2004	22,355,887 (100)	6,997,393 (31.3)	8,182,255 (36.6)	15,179,648 (67.9)	56.9	266777.6	6,353,542 (28.4)	822,697 (3.7)
2005	24,796,777 (100)	7,620,888 (30.7)	9,111,612 (36.8)	16,732,500 (67.4)	58.6	285537.5	7,228,868 (29.2)	835,409 (3.4)
2006	28,557,970 (100)	8,634,005 (30.2)	10,301,838 (36.1)	18,935,843 (66.3)	60.7	311957.9	8,404,056 (29.4)	1,218,071 (4.3)
2007	32,258,975 (100)	9,717,871 (30.1)	11,678,611 (36.2)	21,396,888 (66.2)	62.1	344555.4	9,512,620 (29.5)	1,349,874 (4.2)
2008	35,036,562 (100)	10,325,304 (29.5)	12,884,584 (36.8)	23,209,888 (66.2)	62.2	373149.3	10,303,620 (29.5)	1,523,054 (4.4)
2009	39,429,565 (100)	11,735,190 (29.8)	14,349,471 (36.4)	26,085,162 (66.2)	63.4	411437.9	11,654,592 (29.6)	1,689,805 (4.3)
2010	43,657,028 (100)	12,698,773 (29.1)	16,216,471 (37.1)	28,915,244 (66.2)	64.7	446912.6	12,769,409 (29.3)	1,972,375 (4.5)
2011	46,076,036 (100)	13,199,725 (28.7)	17,402,029 (37.8)				13,428,957 (29.2)	2,045,325 (4.4)

※ 종별환산지수를 종별 요양급여비의 비율로 가중치를 줌

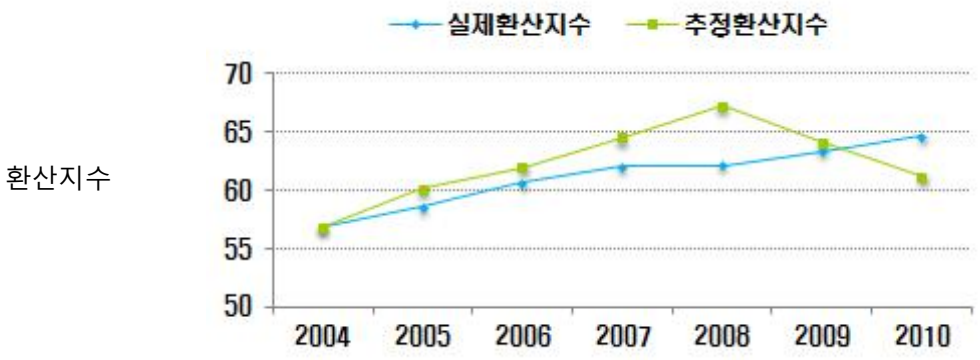


그림 7. 실제 환산지수 및 추정 환산지수

○ 이와 같이 우리나라에서 미국의 SGR 방식의 환산지수를 적용하는 데에는 여러가지 문제가 있을 것으로 예상되며 다음과 같음.

- 누적부분에서 일정치 않은 국고보조금 등으로 인한 재정적자의 영향을 지속적으로 가지고 가야 함.
- 받아들일 수 있는 증가를 SGR과 MEI(의료물가지수)에 의한 구조적 증가요인으로 한정함.
- 미국의 의료보장 대상인 Medicare의 의사 수가만을 대상으로 했기 때문에 경직될 수 있음.
- 진료비 증가 억제 방안의 핵심대상인 서비스 빈도 증가를 반영하지 않고 있음.

8. 캐나다의 의료보험 재정관리

가. 의료비 증가 관리의 배경[5)]

○ 미국의 입장에서 볼 때 캐나다의 의료보험 제도는 재정 조달과 주민에 대한 규제에서 정부에게 많은 역할을 하도록 위임하고 있는 것이 미국과는 크게 다름.

○ 1980년 대 말부터 캐나다의 의료비용 지출 증가에 대해 주 정부가 크게 압박을 느끼고 이를 다루기 위해 의사 단체들과 갈등을 가질 수 밖에 없는 이슈인 목표 지출 혹은 상한을 적용하는 정책을 제안하였음. 특히 의사가 제공하는 서비스의 양과 관련된 문제임.

○ 이미 캐나다는 1980년대에 미국의 메디케어의 경험을 바탕으로 수가 하나로는 의사 비용 지출의 증가를 성공적으로 통제할 수 없다는 것을 증명하고 이를 받아들이고 있었음(Roper W L, 1988; Rice T; 1987).

○ 그 이유는 많은 연구들이 의사 수가를 동결하면 서비스 빈도가 급격히 증가한다는 사실에 근거함(Barer ML, 1988).

○ 행위별수가제에서 의료비 지출을 통제하는 데 사용할 수 있는 방법은 수가를 조정할 때 제공된 서비스량의 변화를 반영하는 것임. 예를 들어 서비스 이용이 예상보다 3% 증가했다고 가정하면 다음 해 해당 서비스의 수가를 상응하는 만큼 인하함으로써 시간차를 두고 지출 증가를 억제하게 됨. 이런 전략이 1990년대에 많은 공공의료보험을 하는 정부에서 받아들이고 있었음. 서독에서는 수가 협상 시 양을 동시에 고려하였고 그 후 캐나다의 주 정부들이 이를 받아들였음.

나. 캐나다 주별 의료비 증가 관리

○ 브리티시컬럼비아

- 1985-1986년 협상에서 수가를 동결하고 전향적으로 이용 증가의 한계를 정했는데 인구 증가로 인한 이용 증가 1.5%와 그 외의 요인에 의한 부분 2%로 하였음. 이를 초과하는 어떤 증가분도 의사가 책임지는 것으로 하고 다음 해에 후향적으로 수가를 조정하였음.
- 1986-1987년 합의는 총 이용 증가율 3%(인구 증가 1%, 새로운 의료기술 2%)로 하고, 이를 초과하면 수상 보유 기금과 차기년도 수가 인상에 대비한 예산 기금에

5) Jonathan Lomas, Catherine Fooks, Thomas Rice, Roberta J Labelle. Paying Physicians in Canada: Minding Our Ps and Qs. Health Affair Spring 1989

서 동등하게 각출함. 또 기금 유보금을 더 초과하면 내년도 계약 시 다시 협상하게 됨.

○ 만니토바

- 1984-1985년도 초기에 합의에서 2% 수가 인상을 하면서 미래 수가 인상은 한계 이상의 의료 이용 증가에 대해 조정하기로 하였음. 이용 증가 요인은 "불가피한(attributed)" 증가(보험 적용 인구 증가, 의사 수 증가, 공중보건 사건에 의한 증가, 새롭게 적용된 서비스에 의한 증가)와 "피할 수 있는(unattributed)" 증가(그 외 모든 요인)로 구분하였는데, 미래 수가 인상률은 피할 수 있는 증가를 최소화함으로써 줄여 나갈 수 있음.
- 1986-1987년도 협상에서 합의에 이르지 못했는데 두 가지 이슈가 핵심이었음. 수가 인상의 크기와 피할 수 있는 이용 증가의 산출 방법이었음. 두 가지 이슈를 분리하여 논의하였고 최종 단계 결정에서 동시에 다루어 해결하였음. 그 해 5.7% 수가 인상을 하였고 그 중 불가피한 증가 요인 3.8% 피할 수 있는 증가 요인 1.9%로 하였음.

○ 온타리오

- 1981년과 1982년 수가 협상 시에 의료이용량에 대해 논의하였으나 의료이용량 통제는 실제 반영되지 않았고, 1982년에 향후 5년간의 수가계약을 체결하였음. 1987-1988 협상은 두 달 후에 진상조사 위원회로 넘어 갔고, 그 동안 의료이용 증가는 전반적인 수가 인상의 후향적인 사실 기반으로서 논의되었으나 합의는 이루지 못하였음.
- 진상 조사 위원회는 의사당 의료이용의 지속적인 증가는 의사 수입에 중요하게 기여하므로 재정적 책임을 정부와 의사가 공유해야 한다고 결론을 내렸으며, 전년도 의사 이용 증가율 1.5% 중 절반에 해당하는 0.75%를 당해 연도 평균 수가에서 인하하는 것으로 하였음.
- 위원회는 기여분을 정하는 이유로 더 정교한 분석 도구가 없는 상태에서 정부와 의사의 비율을 반반으로 하는 것이 비교적 합리적이라고 하였음.
- 1988-1989년도에도 역시 위원회로 갔는데 평균 수가 인상률에 대한 합의 실패 때문임. 위원회는 전년도 의료이용 증가율에 기반을 두어 수가 인상을 조정하는 것으로 중재하였고 인구 증가를 보정하고 의료이용 증가율을 2.3%로 추정하였고 50:50의 원칙을 적용하여 1.15%의 수가 인하를 권고하였으나 정부가 이를 거부하고 처음의 제안인 1.75%를 주장하였음. 1988년 12월까지 합의하지 못하다가 정부의 직권으로 1.75%로 정하고 더 나아가 지금까지의 협상 절차를 모두 취소하고 새로운 협상 기전을 만들기로 하였는데 핵심은 의사에 대한 의료이용 통제 기전을 적용하는 것이었음.

○ 퀘벡

- 의료이용을 통제하는 퀘벡의 접근은 캐나다의 다른 주나 미국 등 다른 나라에서 적용하기에는 쉽지 않지만 관심 있게 분석할 가치가 있음. 퀘벡의 특별한 정치적 문화와 언어 장벽 등이 정부로 하여금 의사비용에 관한 개입 정책을 다른 곳 보다 더 강하게 적용 가능하게 하였음.
- 퀘벡의 의료이용 통제는 다른 주와 많은 차이가 있음. 우선 의사당 목표 수입과 예상되는 의사 수에 의해 총 금액을 산출하고, 따라서 의사 수의 증가는 상한 설정에 매우 중요한 요인이 됨. 일차진료의사의 경우 3개월간의 지출 상한을 계산하고 어떤 분기에 상한을 초과하면 원래 수가의 1/4만을 지급받음. 그 후에 총 청구액에 의해 전체 지출 상한 목표와 따져서 차기년도 수가를 조정함.
- 퀘벡의 상한 접근은 일차진료의사와 전문의 서비스 전체 비용 지출에 대해 상한을 적용할 뿐만 아니라 일차진료의사에 대한 개인적인 수입 상한도 정하였음. 주 정부는 개인 일차진료의사의 수입 상한을 초과하는 경우에 강력하게 수가를 인하하며, 또 전체 비용 지출이 상한을 초과하는 경우에는 차기년도 재정을 위해 수가 인하에 의해 얻어진 비용만큼을 기금으로 축적하였음.
- 이 지역 의사회는 개인 수입을 보호하는 것보다 전문가의 의료행위에 대한 규제적인 간섭을 사전에 막는 것에 더 관심이 컸음. 실제로 일차진료의사 개인의 수입 상한을 정하는 정책이 정부에 의해 주도된 것이 아니고 의사회의 요청에 의해 도입되었음.

9. 의료비 지출 관리의 개념

○ 의료비 지출 관리의 핵심은 외부환경의 국가 경제요인이 허용하는 범위에서 의사와 병원에 대한 의료비 지출액에 상한 한도를 도입하는 것임(Mougeot M. 과 Naegelen F., 2005).

○ 캐나다에서 의료비 지출을 통제하기 위해 사용된 접근방법을 크게 두 가지로 나눌 수 있는데, "임계치 접근(Threshold approach)"와 "상한 접근(capping approach)" 방법임. 공통의 원칙은 의사 진료 이용 증가율에 대해 피드백 한다는 것인데, 임계치 접근방법은 지출의 절대적인 한계치를 두지 않고, 대신에 미리 예상되는 이용 증가율을 정하거나 협상함. 상한 접근방법은 연간 지출을 정하고 이용량 증가에 대한 가격 조정을 통해 최종에는 이를 초과하지 않도록 함. 각각의 접근방법들을 "목표량(target)"과 "상한(cap)"의 개념으로 정리할 수 있음.

○ 임계치 접근의 원칙은 서비스 양 증가에 따른 비용 증가분 전체를 자동적으로 책임

지우지 않는다는 것이고, 의사 집단과 주 정부가 공동으로 책임지며, 초과분의 일정 부분에 대해 의사단체에 재정적 부담을 주는 것으로 함.

○ 임계치 접근 방법을 1990년 당시 캐나다의 4 개 주-브리티시 컬럼비아, 만니토바, 사스캐치완, 온타리오-가 채택하였음. 이 접근은 의사 수입은 협상의 대상이 아니라는 의사의 입장을 존중하는 것으로 통제는 주 정부의 지출 차원에서 이루어지는 것이며 의사의 수입 수준의 차원에서 지출을 다루지 않겠다는 개념임. 의료이용의 임계치는 전년도 이용량이거나 전년도 이용량에 인구 증가, 의사 수 증가, 자연 재해에 따른 의료이용 증가, 새로운 기술 도입에 따른 증가 등을 고려한 일정 부분 추가된 이용량으로 함.

○ 또 한계치 설정은 전향적으로 할 수도 있고, 후향적으로도 가능함. 전향적 설정은 허용할 수 있는 증가 원인을 합의하는 과정을 거치며, 온타리오를 제외한 3 개 주가 이 설정을 사용함. 온타리오는 이용량 증가 크기를 이미 안 상태에서 협상을 하는 후향적 설정을 함. 이 방법을 사용하는 온타리오 주 정부의 의도는 분명한데 협상 테이블에 이미 행해진 분명한 자료를 가지고 협상을 하겠다는 것임.

○ 주 정부가 임계치를 초과한 이용량에 의한 지출을 보상하는 방법은 크게 3 가지가 있음. 초과한 만큼을 다음 해 수가인상률에서 인하 조정하는 방법(온타리오, 만니토바), 정해진 기간 동안 삭감된 수가로 진료하는 방법(브리티시 컬럼비아)과 그 해에 증가 예상되는 이용량을 상쇄할 수 있는 인하율로 수가를 조정하여 지불하는 방법(사스카치완 제안)임.

○ 이 두 접근방법을 요약하면 <표 7>임.

표 7. 캐나다의 의료비 지출 관리 접근방법

	임계치 접근 (Threshold approach)	상한 접근 (Capping approach)
공통	의사 진료 서비스빈도 증가에 대해 피드백 함	
핵심개념	목표량(Target)	상한(Cap)
지출한계	×	○
이용증가율 한계	○	×
원칙	서비스 증가에 따른 비용 증가분 전체에 대한 책임을 의사와 주정부가 같이 가짐	지출 한계를 두고 이용증가에 대해 수가 조정
고려	구조적 요인에 의한 증가를 인정하면서 주정부 지출 차원에서 통제 결정	- 다른 나라에서 적용하기는 어려움 - 퀘벡의 특수한 지역문화와 언어장벽으로 가능 - 의사의 개인 수입의 상한을 의사회 주도로 설정
전향적 후향적	- 전향적일 수도 있고, 후향적일 수도 있음 - 전향적 설정은 허용할 수 있는 증가원인을 합의하는 과정 필요 (브리티시 컬럼비아, 만니토바, 사스캐치완) - 후향적 설정은 이용량 증가를 안 상태에서 협상(온타리오)	

10. 우리나라 의료비 지출 관리 적용 타당성 검토

○ 우리나라에서도 지속적으로 의료비 증가를 유발하는 행위별수가제의 서비스량을 통제하기 위한 대안으로 다른 진료비 지불제도(총액계약제, DRG 등) 도입에 대한 논의와 연구가 진행되어 왔음.

○ 유럽의 대부분의 국가들에서는 비용 통제를 위해 진료비 총액을 제한하는 총액예산제를 주로 채택하고 있음. 유럽의 경우는 공공병원이 의료공급체제의 많은 부분을 담당하고 있기 때문에 우리나라와는 환경의 차이가 있지만, 대만의 경우 우리나라와 비슷한 민간중심의 의료공급체제를 유지하고 있음에도 총액예산제를 도입하였음. 예산제가 아니더라도 포괄수가제나 진료비 목표 관리제와 같은 비용 억제 장치를 관리하는 것이 세계적인 동향임(신영석 외, 2010).

○ 그러나, 공급자인 의료계에서는 총액계약제 도입 시 의료의 질 저하 또는 의료기술의 발전을 저해할 수 있는 부작용이 있으며, 새로운 제도의 도입으로 혼란을 가중

하는 것 보다 행위별수가제 하에서 비합리적인 요소와 제도적 허점을 고쳐나가는 것이 필요하다고 주장함.

○ 여러 가지 이유로 행위별수가제도의 근간을 바꾸는 것은 어려운 일임. 그렇다면 행위별수가제도 하에서 건강보험 재정의 지속성을 위한 방안을 모색해야 함.

○ 급여진료비를 환산지수(가격)과 상대가치총점(서비스량)의 곱으로 본다면, 현실적으로 가격의 통제 외에 서비스량에 대한 통제 기전이 없는 현재 상황에서 의료비 상승을 관리하기 위해서는 지출액의 목표를 산출하고 서비스량을 반영하여 환산지수를 결정할 수 있는 기전에 대한 연구가 필요함.

○ 앞서 조사한 바와 같이 행위별수가제 하에서 의료비 상승을 관리하기 위한 미국 메디케어의 SGR 개념을 바탕으로 한 목표 진료비 산출 방식을 도입할 수 있음.

○ 진료비 중에서 협상의 대상이 되는 서비스 비용은 단위당 가격(수가), 의사 일인당 의료서비스량, 그리고 의사 수(공급)의 곱에 의해 결정됨. 최근에 정부와 의사회의 협상 내용이 가격에서 총 의료비용으로 변화함에 따라 총 의료비용을 관리하기 위한 다양한 방법들이 협상의 대상이 되고 있음. 국가 주도의 의료체계에서 협상의 당사자가 보건부처에서 재정부처로 변화하고, 의료이용도 의사 수급, 고소득 의사 등의 이슈에 대한 관심이 증가하고 있음.

○ 결국 의료비용을 관리하기 위한 협상의 핵심은 예산을 초과하는 비용분을 정부와 공급자 사이에 어떻게 배분할 것인가의 문제임. 즉 인구 증가, 노령화, 의사 증가 등에 의한 의료비용 증가와 같이 정당화될 수 있는 비용 증가분의 크기가 어느 정도인가의 문제임. 정당화될 수 있는 비용 증가분의 양에 대한 정확한 추정은 구체적인 내용을 분석하기 위한 자료분석체계 및 정보체계의 중요성을 높이고, 의료이용도 심사, 기술 평가, 진료지침, 의료의 질 등에 관한 논의를 촉발시키고 있음.

가. 우리나라의 의료비 증가 관리 방안

○ 일부 의료급여를 제외하고 전 국민이 건강보험 적용 대상자인 우리나라에서 서비스 공급자는 거의 민간 의료기관에 의존함. 따라서 서비스 제공 과정에서 의료비 지출을 통제할 수 있는 기전이 거의 없음.

○ 정부 혹은 보험자는 행위별수가제의 진료비 지불제도하에서 수가만을 통제함으로써 진료비 지출을 억제해야함.

○ 가격으로 대변되는 환산지수 즉, 수가 수준만 통제하고 서비스 빈도에 대해서는 통제기전이 없음. 공급자는 수가의 통제 때문에 빈도를 확대하여 수입을 확보하고자 하고, 가입자는 보험의 특성상 의료 서비스에 대한 욕구가 발생할 때 필요 이상의 소비를 할 가능성이 높음.

○ 현재와 같은 수가 수준 통제 기전만으로는 행위별수가제 하에서 서비스 빈도 확대에 의한 의료비 증가를 조절할 수 없음.

○ 선행연구들을 통해 의료비 증가 관리 방안을 살펴보면 크게 4가지로 나누어 볼 수 있음.

① 진료비 지불제도 개선

1) 단계적 진료비 상한제
2) 일차의료 보상 기전 강화

② 건강보험 보장성 강화

1) 급여 관련 결정 과정의 개선
2) 공보험의 보장성 강화와 민간보험 활성화

③ 수가 결정 방식의 개선

1) 수가 결정 구조의 재정비
2) 협상 자료에 대한 합의
3) 수가, 보험료 자동 결정 산식 개발

④ 건강보험 재정의 확충

1) 보험료 수입 확대를 위한 고려
2) 형평성 있는 보험료 부과체계로의 개선

나. 외국의 의료비 증가 관리 방안

○ 건강보험의 역사가 오래된 외국의 경우 역시 재정 안정을 위한 대책을 마련하는 데에 부단한 노력을 하였음. 과거에는 주로 진료비의 증가를 억제하는 데에 정책의 초점을 두었음. 초반에는 가격 부문의 통제를 통해 진료비를 조절하려고 하였으나, 서비스량이 통제되지 않아 조절이 실패하였고, 이후에는 서비스량 통제를 반영한 정책들이 나타났음. 최근에는 증거에 근거한(evidence-based) 의료의 질 평가와 의료서비스에 대한 전반적인 모니터링을 통한 진료비 조절 쪽으로 시선을 돌리기 시작하였음 [그림 8]

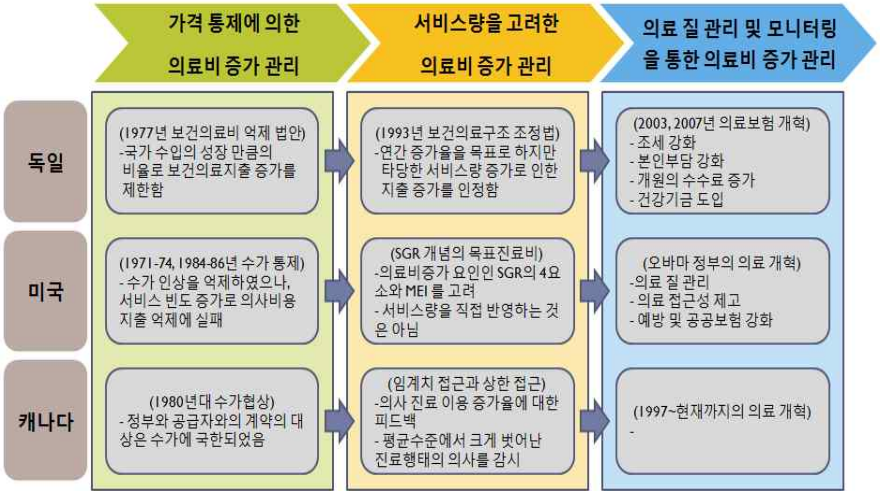


그림 8. 외국의 재정안정 대책의 변화

1) 가격 통제에서 서비스량을 연계한 의료비 증가 관리[6)]

○ 보건의료비 지출 억제 방식의 핵심은 외부 환경의 국가 경제요인이 허용하는 범위에서 의사와 병원에 대한 의료비 지출액에 상한을 도입하는 것으로 생각할 수 있음.

○ 가격 통제가 보건의료비 지출 증가를 억제하거나 증가율을 낮추는데 효과적인 방법인가에 대한 많은 논란이 있어 왔고, 경험적으로도 서비스 빈도를 증가시킴으로서 가격 통제 효과를 모두 상쇄시키는 것을 보여주었음. 이것을 공급자의 진료행태로 인한 상쇄(behavioral offset) 혹은 빈도로서 대응(volume response)이라고 함.

○ 빈도로서 대응(volume response)은 보건의료정책 상 중요한 역할을 하기 때문에 많은 연구가 있었고 이 현상이 있다고 증명한 많은 연구가 있음. Congressional Budget Office 등등.

○ 수가 인하로 인한 의료이용량 증가에 따른 수요 유발 요인과 공급자 유인요인이 있을 수 있음. 환자 입장에서는 자신들의 소득 증가율보다 적게 인상된 가격이 환자들의 의료이용을 유발할 수 있음. 또 공급자는 수입의 감소를 만회하기 위해 서비스 수요를 유인할 수 있음. 그러나 보건의료비 지출의 측면에서 보면 수요 측이건 공급 측이건 상관없이 의료이용 증가로 인한 보건의료비 지출 증가의 결과는 같음.

○ 따라서 빈도 증가로 대응하는 증명된 기전이 존재하는 여건에서 가격 통제만으로는 보건의료비 증가를 억제하기 위한 정책 수단으로서 충분치 못함. 미국 메디케어 프

6) Michel Mougeot, Florence Naegelen. Hospital price regulaion and expenditure cap policy. Journal of health Economics 24 (2005) 55-72

로그램에서 1989년 옴니버스 예산법(Omnibus Budget Reconciliation Act)에 의한 의사 수가 인하 결과 10% 가격 인하마다 3.7% 서비스 빈도 증가가 있었다는 연구결과가 있었는데, 금액으로 따지면 1불 인하에 0.37불에 해당하는 빈도 증가가 있었음.

○ 미국에서 1960년 대 이후로 의사 수가를 통제한 적이 두 번 있는데, 1971-1974년에 Economic Stabilization Program에서 하였고, 1984-86년에 메디케어 수가 동결이 있었음. 1971-74년에 수가 인상을 3% 이하에서 억제한 결과 매년 평균 10% 정도 빈도 증가가 있었고, 그 후 수가 통제를 풀은 후 수가는 가파르게 올라갔으나 빈도는 실제적으로 감소하였음. 또 1984-86년 수가 동결도 의사비용 지출 억제에 실패했는데, 그 2년 동안 거의 30% 정도의 서비스 빈도 증가가 있었음.

○ 종합하면, 의사들의 주요 관심사는 서비스량을 고려한 수가 계약이 수입을 제한하느냐이기 때문에, 이런 면에서 임계치접근이 상한 접근보다 정부와 의사 간의 타협이 성사될 수 있는 해결 안이라고 할 수 있음. 임계치 접근은 개인 수입을 통제하지 않고 의사 서비스를 위해 마련된 기금을 규제함. 그럼에도 불구하고 의사회는 법에 제소하거나 정책 포기를 위한 정치적 압력을 넣고, 규제를 반영한 차기년도 계약을 거부하는 등의 반응을 보였음.

○ 그러나 결과적으로 보면 수가에 의료이용 증가율을 반영하는 기전이 개념적으로 점차 안정화되면서 캐나다의 경우 더 많은 주가 이를 채택하고 있음. 총 비용 지출에 대한 통제와 함께 행위별수가제에 의한 상환 기전의 합리적 적용이 지속적으로 이루어지고 개선되어야 서비스량을 반영한 수가 통제가 성공할 수 있음.

2) 증거에 근거한 의료의 질 관리를 통한 의료비 증가 관리

○ 이전의 개혁들은 의료수요 억제를 위한 대책이 중심이었지만, 2000년대 이후의 의료보험 개혁은 비용 억제 대책 외에 새로운 서비스 전달체계와 선불제 지불방식을 도입하여 재정 안정을 모색하였음.

○ 의료비 증가로 고민하고 있는 미국 오바마 정부의 의료개혁의 배경에는 의료 사각지대의 증가 문제, 의료서비스의 효율성 저하 문제, 의료의 질 저하 문제가 있음. 의료개혁의 방향은 의료비 지출의 효율성 제고, 의료의 접근성 향상, 예방의학 및 공공보건 강화에 초점이 맞추어져 있음.

○ 의료비 지출의 효율화를 위해 제약사 및 보험사의 경쟁을 활성화시켜 과도한 이익을 억제하고, IT시스템 도입을 통해 비용 절감 및 의료서비스의 효율성을 제고하고자 함.

○ 정부 지원의 공공보험을 확대하여 의료 사각지대에 놓인 국민들에게 보험의 혜택을 제공하려고 함. 이를 위해 공공보험과 민간보험 간의 경쟁으로 낮은 보험료를 유도하여 모든 국민들이 의료서비스를 쉽게 받을 수 있도록 보장함.

○ 의료보험거래소(NHIE: National Health Insurance Exchange)를 설립하여 모든 필수적인 임상 예방서비스를 보험화시켜 예방의학 및 공공보건을 강화하도록 함. 암 조기진단프로그램을 확대하고 에이즈, 말라리아, 결핵 등 감염성 질환에 대한 사전 예방활동 강화 및 건강증진 프로그램의 활성화 등의 다양한 계획을 준비 중임.

11. 앨버타 모형 개발

가. 앨버타 수가 결정식

○ 캐나다 앨버타의 수가 결정 방식은 진료비 증가 요인을 가능한 많이 반영할 수 있는 구조화된 모형으로 받아들일 수 있음. 이 연구에서는 캐나다 앨버타의 수가 결정 방식을 기본 틀로 하고 계수들을 결정하는 방법을 우리나라에 적합하게 수정하여 사용하였고 앨버타 모형이라고 부름.

○ 앨버타 모형은 [그림 9]와 같은 일차방정식에 근거함. x 축, y 축은 모두 증가율이며, [그림 9]의 x 축 t-1년도의 서비스 빈도 증가율이고 y 축은 t년도의 가격(수가)상승률 혹은 총 진료비 지출 증가율임.

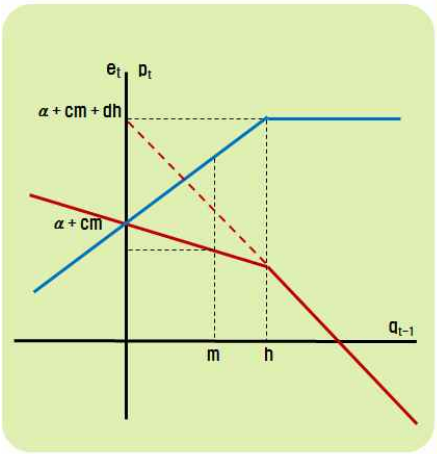
○ t년도의 진료비 지출 증가율 et를 가격 상승률 pt와 빈도 증가율 qt의 관계로 표현하면 식 ① 과 같음

$$1+et = (1+pt) * (1+qt) = 1+pt+qt+pt * qt \quad \cdots\cdots\cdots \text{식 ①}$$

○ 여기에서 pt * qt 는 매우 적기 때문에 무시하면 식 ②가 됨

$$pt = et-qt \quad \cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots\cdots \text{식 ②}$$

○ 기울기가 -1인 pt에 대한 qt의 일차방정식으로 표현되며 et는 상수가 됨. 캐나다 앨버타는 et를 소비자물가지수의 일차함수로 보고 a만큼의 증가율을 기본으로 인정하고 b(기울기)의 비율로 소비자물가지수에 비례해서 더해 줌으로써 이만큼에 해당하는 증가율을 기본적으로 진료비 증가율로 인정함.



$$1+e_t=(1+p_t)\times(1+q_t)$$
$$=1+p_t+q_t+p_t\times q_t$$
$$p_t=e_t-q_t$$
$$p_t=(a+b(CPI_{t-1}))-c(q_t-m)-d(q_t-h)$$
m은 허용하한, h는 허용상한
$$p_t(m)=(a+b(CPI_{t-1}))-c(q_t-m),\ where\ q_t<h$$
$$p_t(h)=(a+b(CPI_{t-1}))-c(q_t-m)-d(q_t-h),$$
$$where\ q_t\geq h$$
$$p_t(m)=\alpha-cq_t+cm=-cq_t+(\alpha+cm)$$
$$p_t(h)=\alpha-(c+d)q_t+cm+dh=-(c+d)q_t+(\alpha+cm+dh)$$
$$e_t(m)=\alpha-cq_t+cm+q_t=(1-c)q_t+(\alpha+cm)$$
$$e_t(h)=\alpha-(c+d)q_t+cm+dh+q_t=(1-(c+d))q_t+(\alpha+cm+dh)$$
$$c=\frac{(\alpha+cm)}{q_t}=\frac{(\alpha+cm)-e_t+q_t}{q_t}$$
$$d=\frac{e_t-\alpha-cm-(1-c)q_t}{h-q_t}$$

그림 9. 앨버타 모형

○ 또 서비스 빈도 증가율은 하한과 상한을 두어 하한에 해당하는 서비스 빈도 증가율은 일정 부분 기본적으로 인정하나, 상한 이상으로 서비스 빈도가 증가하면 진료비 지출 증가를 '0'으로 하도록 새로운 기울기로서 수가인상률을 조정하는 기전을 사용함. 이를 식으로 표현하면 식 ③과 같음

pt = (a+b(CPIt-1))-c(qt-m)-d(qt-h) ・・・・・・・・・・・・・ 식 ③

(m은 인정 하한, h는 허용 상한임)

○ 이를 서비스 빈도 증가율 정도에 따라 식을 분리하면 ④, ⑤와 같음

pt(m) = (a+b(CPIt-1))-c(qt-m), where qt < h ・・・・・・・ 식 ④

pt(h) = (a+b(CPIt-1))-c(qt-m)-d(qt-m), where qt ≧ h ・・・ 식 ⑤

○ a+b(CPIt-1)을 α라고 하고 pt에 대해 정리하면

pt(m) = α-cqt+cm = -cqt+(α+cm) ・・・・・・・・・・・・・・・ 식 ⑥

pt(h) = α-(c+d)qt+cm+dh = -(c+d)qt+(α+(m+dh)) ・・・・・・・・식 ⑦

○ 진료비 지출 증가율을 함수로 정리하면 ⑧, ⑨와 같음

et(m) = α-cqt+cm+qt = (1-c)qt+(α+cm) ・・・・・・・・・・식 ⑧

et(h) = α-(c+d)qt+cm+dh+qt = (1-(c+d))qt+(α+cm+dh) ・・・식 ⑨

나. 앨버타 모형의 해석

○ 전년도에 비해 서비스 증가율이 '0'이면 pt에 대한 일차방정식 절편에 해당하는

α +c * m 만큼 수가를 인상할 수 있다는 것임. 즉 CPI에 의한 구조적인 진료비 지출 증가율에 인정할 수 있는 서비스 증가율(m)과 기울기(c)의 절대값을 곱한 만큼을 추가로 인정한다는 의미임.

○ t-1년도의 서비스 빈도 증가율이 허용 상한에 도달할 때까지는 서비스 빈도 증가율이 '0'일 때보다 서비스 빈도 증가율에 c 만큼의 비율로 t년도 가격을 낮추게 됨.

○ t-1년도의 서비스 빈도 증가율이 허용 상한을 넘으면 허용 상한(h)부터 (-1)의 기울기로 t년도 가격 상승률을 낮춤. 그렇게 함으로써 허용 상한부터 진료비 증가율을 '0'으로 함.

다. 앨버타 모형의 적용

○ [그림 10(좌)]에 의해 t-1년도의 서비스 빈도 증가율 "①"과 정해진 공식에 의해 t년도의 수가인상률이 "②"로 정해짐.

○ t년도에는 "②"의 수가인상률에 의해 결정된 수가에 의해 급여되므로 t년도 중에는 서비스 빈도가 증가하더라도 수가를 조절할 수 없음. 따라서 t년도 진료비 증가율 et는 t년도 수가인상률 pt에 서비스 빈도 증가율 qt를 더한 만큼이 됨[그림 10(우)].

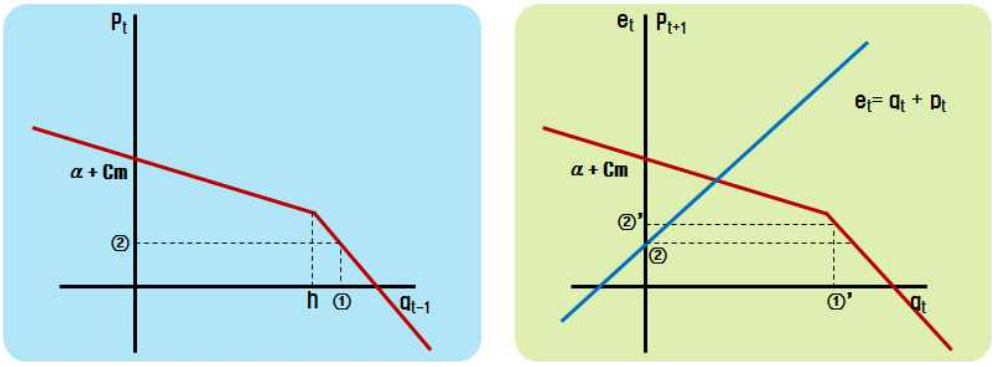


그림 10. 앨버타 모형의 적용

○ 반면 t+1년도는 t년도의 서비스 빈도 증가율인 "①'"에 해당하는 "②'"에서 수가인상률이 결정됨[그림 10(우)].

라. 앨버타 모형의 응용

○ 만약에 앨버타 모형에 진료비 지출 증가율의 상한을 도입하면 [그림 11]과 같이 됨.

○ t년도 진료비 지출 증가율을 M에서 억제한다고 가정하면 t-1년도의 서비스 빈도 증가율의 상한이 h에서 h'로 줄어들게 되며 t-1년도의 서비스 빈도가 전년도에 비해 h' 이상으로 증가했다면 t년도 수가인상률은 h'부터 시작되는 기울기 -1의 직선에 의해 결정됨.

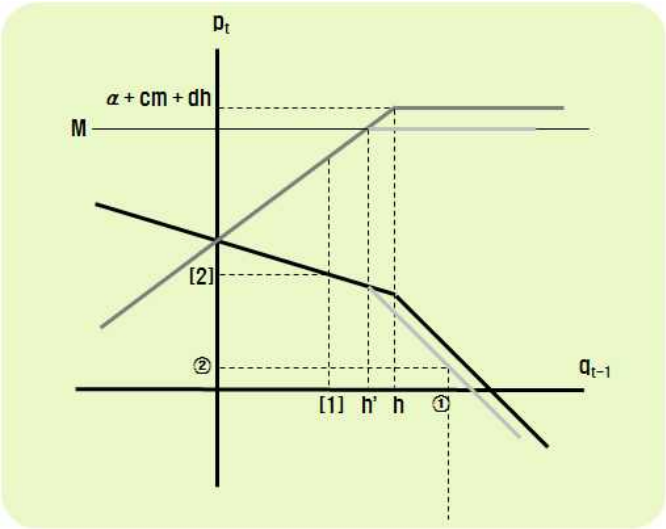


그림 11. 앨버타 모형에 진료비 지출 증가율의 상한을 도입

12. 앨버타 모형 시뮬레이션

가. 7개 시나리오에 의한 시뮬레이션 결과 요약

○ 총 7개의 시나리오를 실제 건강보험 자료를 사용한 시뮬레이션을 하고 실제 환산지수와 비교하였음.

○ 7개의 시나리오는 <표 8>와 같음. 대안의 설정은 크게 4가지인데, 첫째, 진료비 지출 증가율 결정지표를 CPI 혹은 MEI로 하였고, 둘째, b를 0.75 혹은 0.9로 하였으며, 셋째는 c를 0.15와 0.25로 하였음. 마지막으로 가장 기본적인 시나리오에 진료비 지출 증가율 상한으로 10%를 적용하였음.

○ 시뮬레이션 결과로서 모형에 의한 추정 환산지수와 전년도와 비교한 수가인상률을 제시하였고, 환산지수 조정에 따른 직장 건강보험의 보험요율과 지역 건강보험의 점수당 금액을 산출하였음.

○ 시뮬레이션 결과 CPI보다 MEI를 사용한 결과의 추정 환산지수가 높게 나왔으며 대

안에 따른 환산지수의 변이 정도가 크지 않아 비교적 안정된 모형임을 알 수 있었음.

○ 기본 시뮬레이션 대안인 시나리오 1을 이용하여 모형 적용 예를 설명하면 <표 9>와 같고 이를 그래프로 풀면 [그림 6-4]와 같음.

표 8. 7개의 시나리오

			시나리오1		시나리오2		시나리오3		시나리오4		시나리오5		시나리오6		시나리오7	
지출관련지수			CPI		CPI		CPI		CPI		MEI		MEI		MEI	
a			0.01		0.01		0.01		0.01		0.01		0.01		0.01	
b			0.75		0.75		0.9		0.75		0.75		0.75		0.9	
c			0.15		0.25		0.15		0.15		0.15		0.25		0.15	
d			0.85		0.75		0.85		0.85		0.85		0.75		0.85	
지출상한			없음		없음		없음		0.1		없음		없음		없음	
	실제 수가 인상률 (%)	실제 환산 지수	추정 수가 인상률 (%)	추정 환산 지수	추정 수가 인상률 (%)	추정 환산 지수	추정 수가 인상률 (%)	추정 환산 지수	추정 수가 인상률 (%)	추정 환산 지수	추정 수가 인상률 (%)	추정 환산 지수	추정 수가 인상률 (%)	추정 환산 지수	추정 수가 인상률 (%)	추정 환산 지수
2007	2.3	62.1		60.7		60.7		60.7		60.7		60.7		60.7		60.7
2008	0.1	62.2	3.3	62.7	3.6	62.9	3.7	63	1.9	61.9	4.8	63.6	5.1	63.8	5.5	64
2009	2	63.4	2.8	64.5	2.5	64.5	3.5	65.2	0.8	62.4	4.1	66.2	3.8	66.2	5	67.2
2010	2.1	64.7	-0.6	64.1	-1	63.8	-0.2	65	-0.6	62	-1.1	65.5	-1.5	65.2	-0.8	66.7
2011	1.4	65.6	3.9	66.6	4.3	66.6	4.3	67.8	3.9	64.4	4.2	68.2	4.6	68.2	4.7	69.8
	직장 보험율 (증가율 (%))	지역 점수당 금액 (증가율 (%))	추정 보험율 (증가율 (%))	추정 점수당 금액 (증가율 (%))	추정 보험율 (증가율 (%))	추정 점수당 금액 (증가율 (%))	추정 보험율 (증가율 (%))	추정 점수당 금액 (증가율 (%))	추정 보험율 (증가율 (%))	추정 점수당 금액 (증가율 (%))	추정 보험율 (증가율 (%))	추정 점수당 금액 (증가율 (%))	추정 보험율 (증가율 (%))	추정 점수당 금액 (증가율 (%))	추정 보험율 (증가율 (%))	추정 점수당 금액 (증가율 (%))
2007	4.77	139.9	4.46	130.8	4.46	130.8	4.46	130.8	4.46	130.8	4.46	130.8	4.46	130.8	4.46	130.8
2008	5.08	148.9	4.55	133.4	4.56	133.6	4.46	133.7	4.52	132.4	4.59	134.4	4.59	134.6	4.6	134.9
	-6.43	-6.43	-2.06	-2	-2.23	-2.16	-2.27	-2.21	-1.28	-1.21	-2.86	-2.8	-3.03	-2.96	-3.23	-3.17
2009	5.08	148.9	4.89	143.2	4.89	143.2	4.92	144.1	4.8	140.6	4.96	145.4	4.96	145.4	5	146.7
	0	0	-7.39	-7.39	-7.21	-7.21	-781	-7.81	-6.22	-6.22	-8.15	-8.15	-7.97	-7.97	-8.72	-8.72
2010	5.33	156.2	5.26	154.1	5.25	153.8	5.3	155.3	5.17	151.4	5.32	155.9	5.31	155.5	5.37	157.5
	-4.9	-4.9	-7.62	-7.6	-7.38	-7.36	-7.83	-7.81	-7.72	-7.7	-7.26	-7.24	-7.02	-7	-7.4	-7.38

표 9. 기본 시뮬레이션 대안인 시나리오 1을 이용하여 모형 적용 예

	2007	2008	2009	2010	2011
상대가치총점증가율	0.081	0.092	0.106	0.058	0.043
CPI	0.025	0.047	0.028	0.03	0.04
하한(SGR)	0.111	0.048	0.035	0.101	-
의료기관수증가(50% 반영)	0.054	0.038	0.019	0.023	-
소비자유인부분	0	0.012	0.031	0	-
상한	0.137	0.079	0.075	0.112	-
가격인상률	0.033	0.028	-0.01	0.039	-
추정환산지수	62.7	64.5	64.1	66.6	-
전년도추정환산지수	60.7	62.7	64.5	64.1	66.6
실제환산지수	62.1	62.2	63.4	64.7	65.6

◇ 지출 결정 지수 = CPI, a = 0.01, b = 0.75
◇ c = 0.15,d = 0.85
◇ 지출 상한 없음

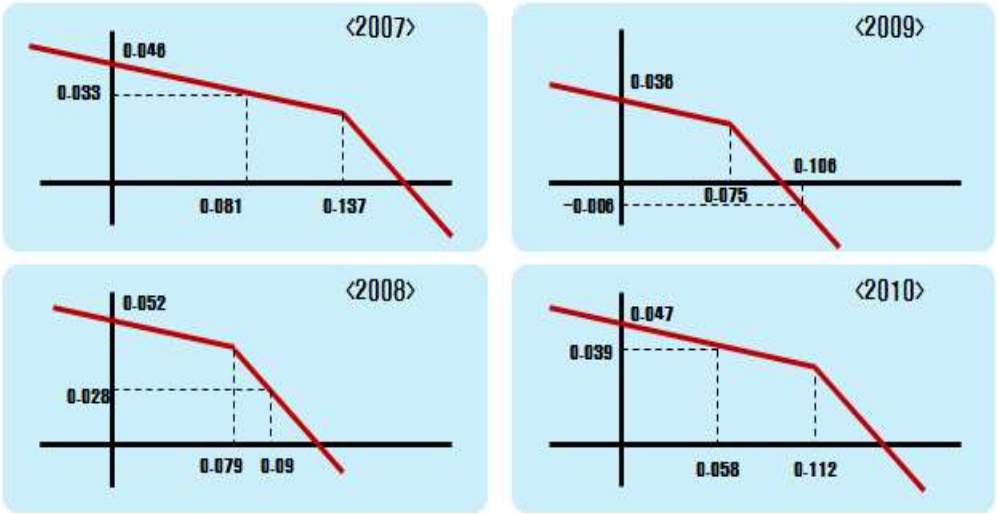


그림 12. 기본 시뮬레이션 대안인 시나리오 1을 이용하여 모형 적용 그래프

나. 앨버타 모형 적용 시 결정해야 하는 모수들

○ 앨버타 모형을 실제 적용한다면 다음과 같은 내용을 결정해야 할 것임.

○ 진료비 지출 증가율 결정지수에 해당하는 지표를 CPI로 할 것인지 MEI로 할 것인지 그 외 다른 것으로 할 것인지와 기본으로 인정하는 진료비 지출 증가율 a와 결정지수에 대한 계수 b임.

○ 서비스 빈도 증가율 하한에 해당하는 m은 인정 가능한 증가 요인을 뜻하며, 어떤 증가 요인과 각 요인별 사용할 지표 종류를 무엇으로 할 것인지 결정하고, 수용할

수 있는 서비스 빈도 증가율의 한계를 둘 것인지 등을 결정하는 것임. 이 연구모형에서는 적용 인구증가율, 급여범위 확대로 인한 증가율, 실질 소득증가율, 인구구조 변화로 인한 증가율을 적용하였음. 당 시뮬레이션에서는 <표 10>과 같은 4가지 요인을 적용하였음.

○ 서비스 빈도 증가율 상한에 해당하는 h는 추가로 인정할 수 있는 부분에 대한 것으로 협의(협상)을 통해 조율할 수 있을 것임. 가장 결정하기 어려운 부분으로 판단되며, 공급자 수요 유인과 소비자 수요 유발 요인에 해당하는 부분 중 얼마만큼을 인정할 것인가의 문제임. 당 시뮬레이션에서는 전년도 대비 의료기관 수 증가율의 50%를 공급자 요인으로, 수요자 욕구 증가로 인한 증가율로 반영한 정도는 실제 증가율이 상한을 초과하지 않았을 경우에 지금까지 인정할 수 있는 증가율과의 차이의 50%를 수요자 요인으로 받아들였음.

○ 서비스 빈도 증가율이 허용 상한보다 작을 경우의 기울기인 c임. c를 결정하면 c+d=1이므로 d는 따라서 결정됨. 그러나 h보다 큰 서비스 빈도 증가율에 대해 진료비 지출 증가율을 '0'으로 하지 않는다면 d는 기울기에 따라 다시 결정해야 할 것임.

표 10. 앨버타 모형에 근거한 결정계수들

구분	캐나다 모형	선택 및 결정의 문제	당 모형 적용
α	et = a + b(CPIt-1)	- CPI 혹은 MEI - MEI의 내용 (의료기관 종별 비용 항목 비중, proxy 지표 선택 등) - a,b 계수 협상	구조적인 가격 증가요인 • 소비자물가 인상률(CPI) 혹은 의료물가 인상률(MEI) • a=0.01, b=0.25 혹은 0.33
m	서비스 빈도 증가율 하한	적용요인 선택	구조적인 빈도 증가요인 • 적용인구 증가율 • 급여범위 확대로 인한 증가율 • 실질 소득 증가율 • 노인인구 증가로 인한 인구구조 변화에 따른 증가율
h	서비스 빈도 증가율 상한	- 의료기관종별가중치 - 받아들일 수 있는 유인 요인 정도	허용할 수 있는 공급자 수요자요인 • 의료기관(의사)수 증가로 인한 증가율 • 수요자의 욕구증가로 인한 증가율
c	pt<h 때 단위 빈도 증가에 따른 수가 인하율	협상	0.15혹은0.25
d	pt≥h 때 단위 빈도 증가에 따른 수가 인하율	협상	0.85혹은0.75
qt		전년도 실제치 반영	qt-1

다. 의료기관 종별 추정 환산지수 산출 결과

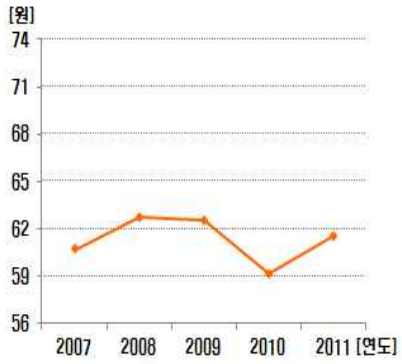
○ 시뮬레이션 시나리오에 따라 의료기관 종별로 환산지수를 산출하였고 실제의 병원과 의원 환산지수와 비교하였음<표 11-표 17>, [그림 13-그림 19].

○ 상급종합병원의 추정 환산지수가 서비스 빈도 증가에 따라 감소하는 결과를 자주 보였고, 종합병원과 의원의 추정 환산지수는 실제 병원과 의원 환산지수와 비슷한 경향을 보여주고 있음을 알 수 있음. 병원의 추정 환산지수의 변이가 큰 것은 요양병원 수 증가에 따라 서비스 빈도 증가가 컸기 때문일 것으로 생각됨.

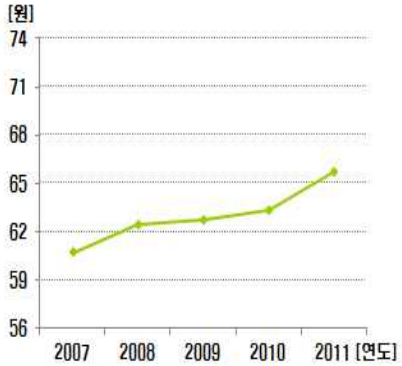
○ 의료기관 종별 추정 환산지수의 결과가 서비스 빈도 증감 정도를 적절한 수준에서 반영하여 실제 환산지수와 크게 차이나지 않아 안정된 모형의 적용 결과라고 판단되며 우리나라에 적용하는 데에 이론적으로 적합할 것으로 판단됨.

표 11. 시나리오 1에 의한 의료기관 종별, 연도별 추정 가격 인상률과 환산지수

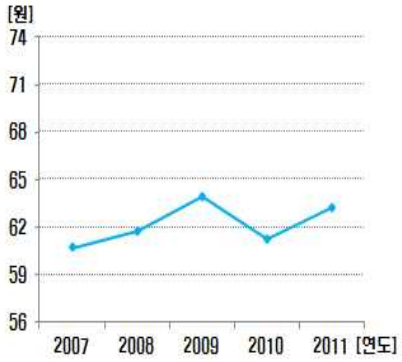
의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합병원	2007	0.079	0.034	62.1		62.7
	2008	0.143	-0.004	62.2	62.7	62.5
	2009	0.182	-0.054	63.4	62.5	59.2
	2010	0.051	0.040	64.3	59.2	61.5
	2011	0.034		64.9	61.5	
종합병원	2007	0.111	0.029	62.1		62.5
	2008	0.128	0.005	62.2	62.5	62.8
	2009	0.073	0.009	63.4	62.8	63.3
	2010	0.064	0.038	64.3	63.3	65.7
	2011	0.062		64.9	65.7	
병원	2007	0.191	0.017	62.1		61.7
	2008	0.111	0.036	62.2	61.7	63.9
	2009	0.191	-0.042	63.4	63.9	61.3
	2010	0.102	0.032	64.3	61.3	63.2
	2011	0.101		64.9	63.2	
의원	2007	0.041	0.039	62.1		63.1
	2008	0.050	0.045	62.1	63.1	65.9
	2009	0.063	0.018	63.4	65.9	67.1
	2010	0.043	0.041	65.3	67.1	69.8
	2011	0.018		66.6	69.8	



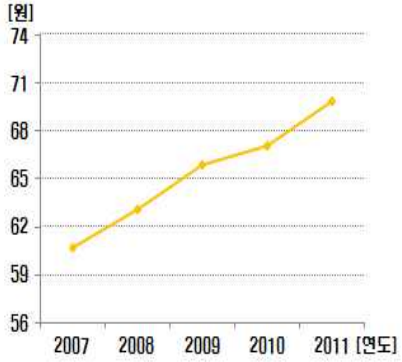
a. 상급종합병원



b. 종합병원



c. 병원

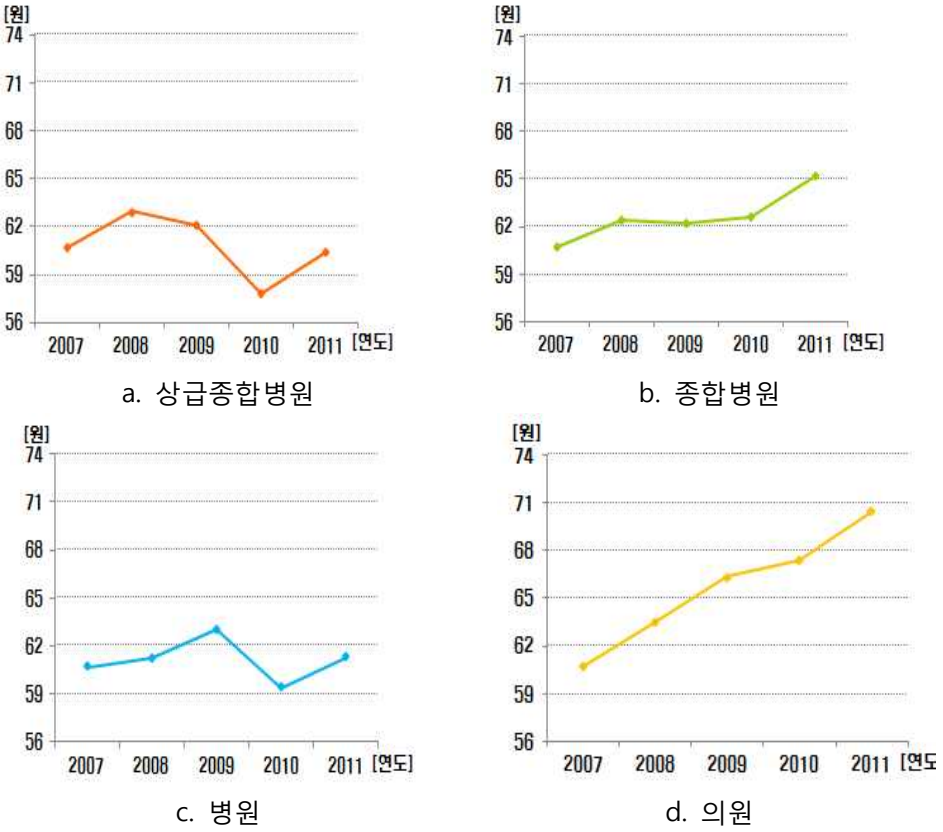


d. 의원

그림 13. 시나리오1 추정 환산지수

표 12. 시나리오 2에 의한 의료기관 종별, 연도별 추정 가격 인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합병원	2007	0.079	0.037	62.1		62.9
	2008	0.143	-0.013	62.2	62.9	62.1
	2009	0.182	-0.068	63.4	62.1	57.9
	2010	0.051	0.045	64.3	57.9	60.4
	2011	0.034		64.9	60.4	
종합병원	2007	0.111	0.029	62.1		62.5
	2008	0.128	-0.003	62.2	62.5	62.2
	2009	0.073	0.005	63.4	62.2	62.6
	2010	0.064	0.041	64.3	62.6	65.2
	2011	0.062		64.9	65.2	
병원	2007	0.191	0.009	62.1		61.2
	2008	0.111	0.029	62.2	61.2	63.0
	2009	0.191	-0.057	63.4	63.0	59.4
	2010	0.102	0.032	64.3	59.4	61.3
	2011	0.101		64.9	61.3	
의원	2007	0.041	0.046	62.1		63.5
	2008	0.050	0.045	62.1	63.5	66.4
	2009	0.063	0.015	63.4	66.4	67.4
	2010	0.043	0.047	65.3	67.4	70.5
	2011	0.018		66.6	70.5	



a. 상급종합병원 b. 종합병원

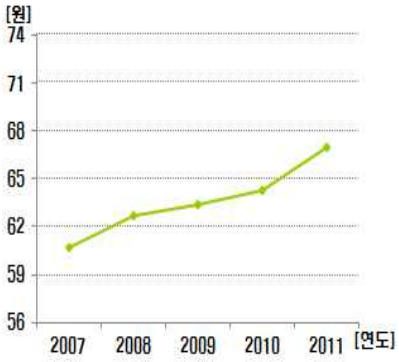
c. 병원 d. 의원

그림 14. 시나리오2 추정 환산지수

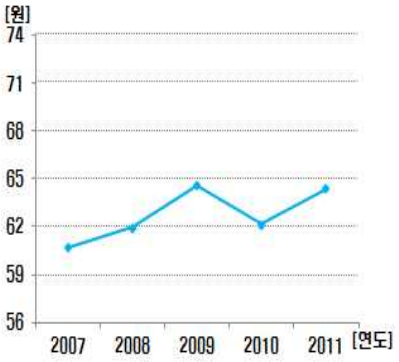
표 13. 시나리오 3에 의한 의료기관 종별, 연도별 추정 가격 인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합병원	2007	0.079	0.038	62.1		63.0
	2008	0.143	0.003	62.2	63.0	63.2
	2009	0.182	-0.049	63.4	63.2	60.1
	2010	0.051	0.044	64.3	60.1	62.7
	2011	0.034		64.9	62.7	
종합병원	2007	0.111	0.033	62.1		62.7
	2008	0.128	0.012	62.2	62.7	63.4
	2009	0.073	0.013	63.4	63.4	64.3
	2010	0.064	0.042	64.3	64.3	67.0
	2011	0.062		64.9	67.0	
병원	2007	0.191	0.021	62.1		62.0
	2008	0.111	0.043	62.2	62.0	64.6
	2009	0.191	-0.038	63.4	64.6	62.2
	2010	0.102	0.036	64.3	62.2	64.4
	2011	0.101		64.9	64.4	
의원	2007	0.041	0.043	62.1		63.3
	2008	0.050	0.052	62.1	63.3	66.6
	2009	0.063	0.022	63.4	66.6	68.1
	2010	0.043	0.045	65.3	68.1	71.2
	2011	0.018		66.6	71.2	

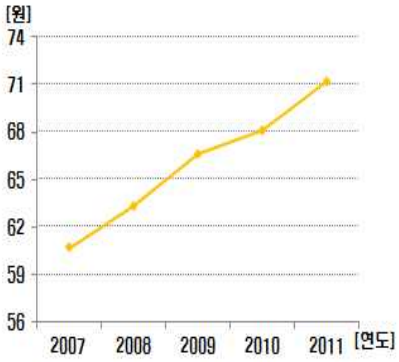
a. 상급종합병원



b. 종합병원



c. 병원



d. 의원

그림 15. 시나리오3 추정 환산지수

표 14. 시나리오 4에 의한 의료기관 종별, 연도별 추정 가격 인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
전체	2007	0.081	0.019	62.1		61.9
	2008	0.092	0.008	62.2	61.9	62.4
	2009	0.106	-0.006	63.4	62.4	62.0
	2010	0.058	0.039	64.7	62.0	64.4
	2011	0.043		65.6	64.4	

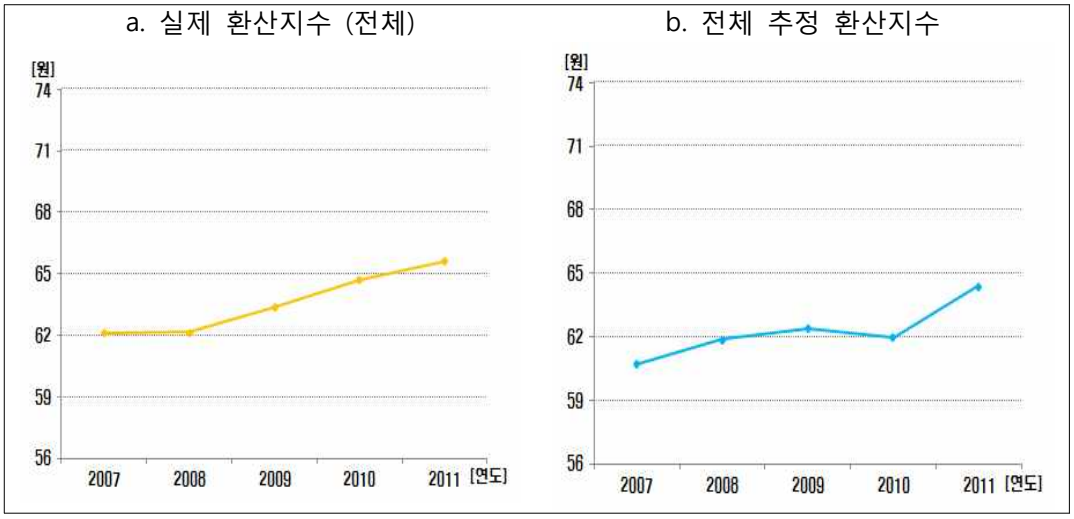
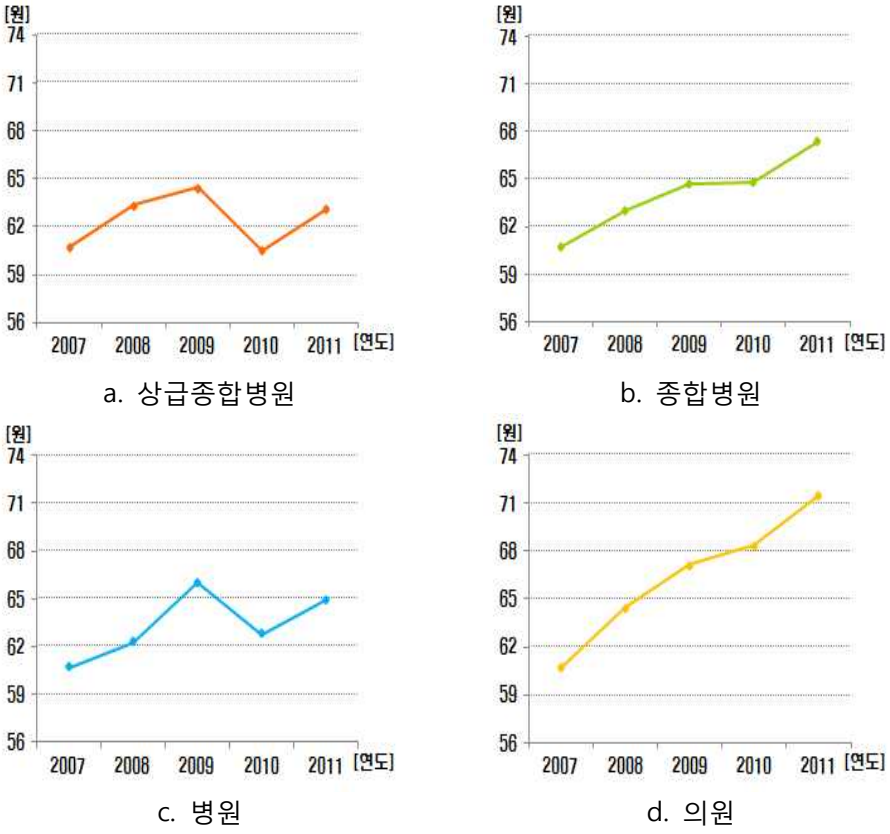


그림 16. 시나리오4 추정 환산지수

표 15. 시나리오 5에 의한 의료기관 종별, 연도별 추정 가격 인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합 병원	2007	0.079	0.043	62.1		63.3
	2008	0.143	0.018	62.2	63.3	64.5
	2009	0.182	-0.061	63.4	64.5	60.5
	2010	0.051	0.042	64.3	60.5	63.1
	2011	0.034		64.9	63.1	
종합병원	2007	0.111	0.039	62.1		63.0
	2008	0.128	0.026	62.2	63.0	64.7
	2009	0.073	0.002	63.4	64.7	64.8
	2010	0.064	0.040	64.3	64.8	67.4
	2011	0.062		64.9	67.4	
병원	2007	0.191	0.026	62.1		62.3
	2008	0.111	0.060	62.2	62.3	66.1
	2009	0.191	-0.050	63.4	66.1	62.8
	2010	0.102	0.034	64.3	62.8	64.9
	2011	0.101		64.9	64.9	
의원	2007	0.041	0.062	62.1		64.5
	2008	0.050	0.042	62.1	64.5	67.1
	2009	0.063	0.018	63.4	67.1	68.3
	2010	0.043	0.046	65.3	68.3	71.5
	2011	0.018		66.6	71.5	



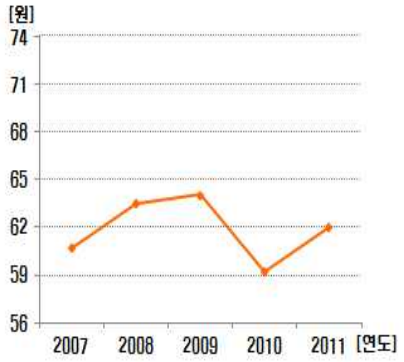
a. 상급종합병원 b. 종합병원

c. 병원 d. 의원

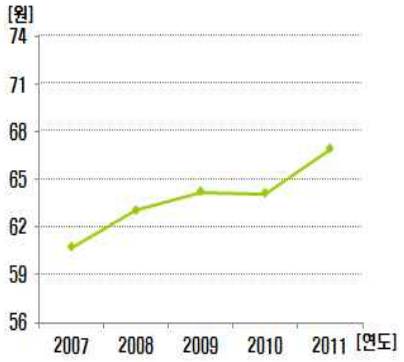
그림 17. 시나리오5 추정 환산지수

표 16. 시나리오 6에 의한 의료기관 종별, 연도별 추정 가격 인상률과 환산지수

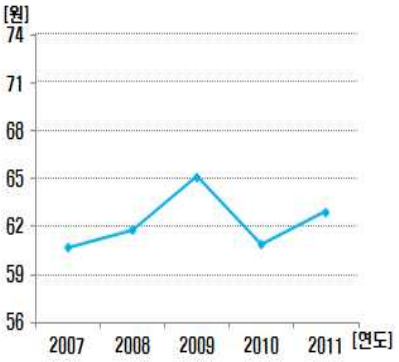
의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합병원	2007	0.079	0.047	62.1		63.5
	2008	0.143	0.008	62.2	63.5	64.1
	2009	0.182	-0.076	63.4	64.1	59.2
	2010	0.051	0.047	64.3	59.2	62.0
	2011	0.034		64.9	62.0	
종합병원	2007	0.111	0.039	62.1		63.0
	2008	0.128	0.018	62.2	63.0	64.2
	2009	0.073	-0.002	63.4	64.2	64.1
	2010	0.064	0.044	64.3	64.1	66.9
	2011	0.062		64.9	66.9	
병원	2007	0.191	0.018	62.1		61.8
	2008	0.111	0.054	62.2	61.8	65.1
	2009	0.191	-0.065	63.4	65.1	60.9
	2010	0.102	0.034	64.3	60.9	63.0
	2011	0.101		64.9	63.0	
의원	2007	0.041	0.069	62.1		64.9
	2008	0.050	0.042	62.1	64.9	67.6
	2009	0.063	0.015	63.4	67.6	68.6
	2010	0.043	0.052	65.3	68.6	72.1
	2011	0.018		66.6	72.1	



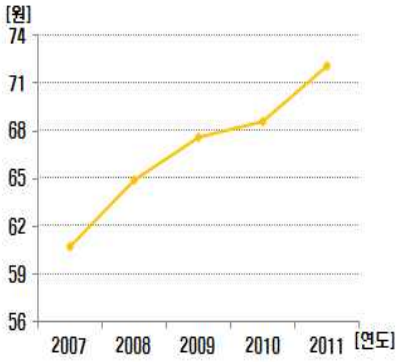
a. 상급종합병원



b. 종합병원



c. 병원

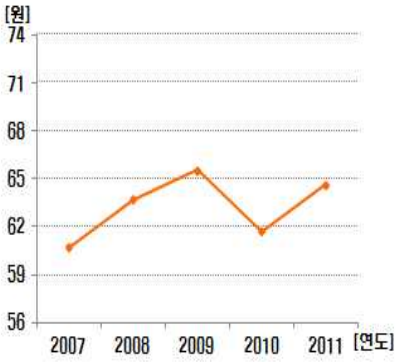


d. 의원

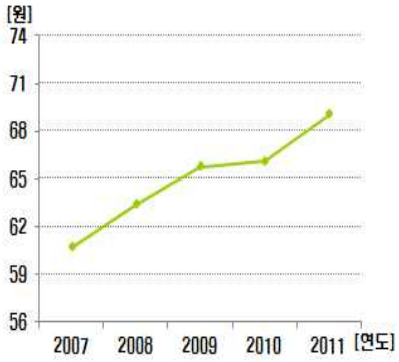
그림 18. 시나리오6 추정 환산지수

표 17. 시나리오 7에 의한 의료기관 종별, 연도별 추정 가격 인상률과 환산지수

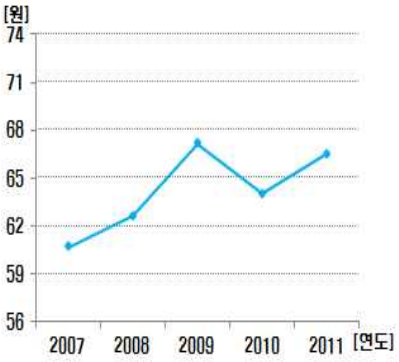
의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합병원	2007	0.079	0.049	62.1		63.7
	2008	0.143	0.029	62.2	63.7	65.5
	2009	0.182	-0.058	63.4	65.5	61.7
	2010	0.051	0.047	64.3	61.7	64.6
	2011	0.034		64.9	64.6	
종합병원	2007	0.111	0.044	62.1		63.4
	2008	0.128	0.038	62.2	63.4	65.8
	2009	0.073	0.005	63.4	65.8	66.1
	2010	0.064	0.045	64.3	66.1	69.1
	2011	0.062		64.9	69.1	
병원	2007	0.191	0.032	62.1		62.6
	2008	0.111	0.072	62.2	62.6	67.2
	2009	0.191	-0.047	63.4	67.2	64.0
	2010	0.102	0.039	64.3	64.0	66.5
	2011	0.101		64.9	66.5	
의원	2007	0.041	0.070	62.1		65.0
	2008	0.050	0.048	62.1	65.0	68.1
	2009	0.063	0.022	63.4	68.1	69.6
	2010	0.043	0.052	65.3	69.6	73.1
	2011	0.018		66.6	73.1	



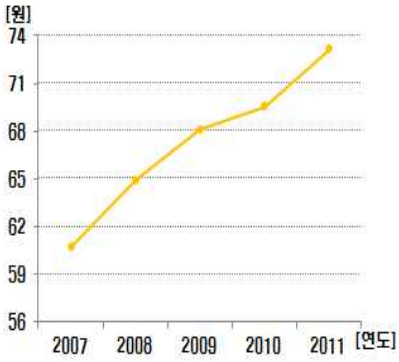
a. 상급종합병원



b. 종합병원



c. 병원



d. 의원

그림 19. 시나리오7 추정 환산지수

라. 행위유형별 환산지수

○ 환산지수를 의료기관 종별에 따라 행위유형별로 시뮬레이션한 결과가 <표 18-표 26>임.

○ 상급종합병원의 대부분 행위유형에서 환산지수가 연도에 따라 감소하는 것을 볼 수 있으며 행위 빈도가 전년도에 비해 많이 증가한 수술, 처치, 검체검사, 영상검사가 많은 의료기관 종별에서 감소하는 것을 알 수 있음[그림 20-그림 22].

○ 행위별수가제 하에서 공급자 유인 수요가 있을 가능성이 높은 행위유형이 있으며 이를 관리하기 위해서는 행위유형별 환산지수의 적용이 유용할 것으로 판단됨.

표 18. 행위유형 DRG의 의료기관 종별, 연도별 추정 가격인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합 병원	2007	0.058	0.037	62.1		62.9
	2008	-0.236	0.088	62.2	62.9	68.5
	2009	-1.000	0.186	63.4	68.5	81.2
	2010	-	-	64.3	81.2	
	2011	-		64.9		
종합병원	2007	-0.006	0.047	62.1		63.5
	2008	-0.097	0.067	62.2	63.5	67.8
	2009	-0.070	0.046	63.4	67.8	70.9
	2010	-0.153	0.070	64.3	70.9	75.9
	2011	0.045		64.9	75.9	
병원	2007	0.049	0.038	62.1		63.0
	2008	-0.007	0.053	62.2	63.0	66.4
	2009	-0.030	0.040	63.4	66.4	69.1
	2010	0.004	0.047	64.3	69.1	72.3
	2011	0.190		64.9	72.3	
의원	2007	0.074	0.034	62.1		62.8
	2008	0.061	0.040	62.1	62.8	65.3
	2009	0.059	0.020	63.4	65.3	66.6
	2010	0.035	0.042	65.3	66.6	69.4
	2011	-0.003		66.6	69.4	

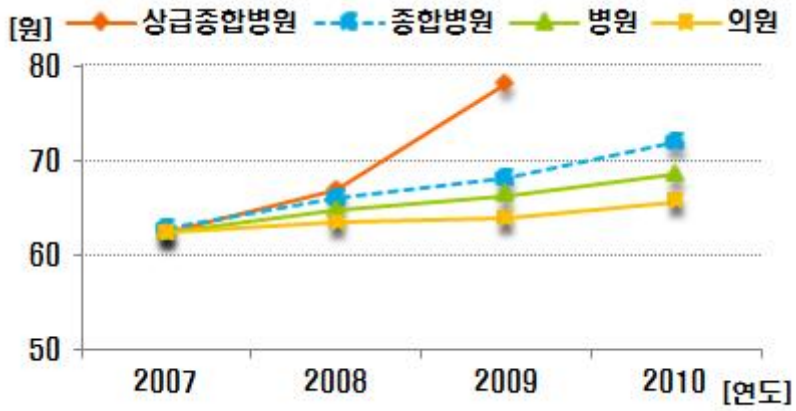
표 19. 행위유형 수술의 의료기관 종별, 연도별 추정 가격인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합 병원	2007	0.047	0.039	62.1		63.0
	2008	0.153	-0.010	62.2	63.0	62.4
	2009	0.143	-0.031	63.4	62.4	60.5
	2010	0.077	0.036	64.3	60.5	62.7
	2011	0.071		64.9	62.7	
종합병원	2007	0.092	0.032	62.1		62.6
	2008	0.132	0.003	62.2	62.6	62.8
	2009	0.018	0.033	63.4	62.8	64.9
	2010	0.176	-0.008	64.3	64.9	64.4
	2011	0.093		64.9	64.4	
병원	2007	0.223	0.012	62.1		61.4
	2008	0.222	-0.023	62.2	61.4	60.0
	2009	0.148	-0.017	63.4	60.0	59.0
	2010	0.121	0.029	64.3	59.0	60.7
	2011	0.098		64.9	60.7	
의원	2007	0.076	0.034	62.1		62.8
	2008	0.021	0.049	62.1	62.8	65.9
	2009	0.034	0.031	63.4	65.9	67.9
	2010	0.257	-0.055	65.3	67.9	64.2
	2011	0.075		66.6	64.2	

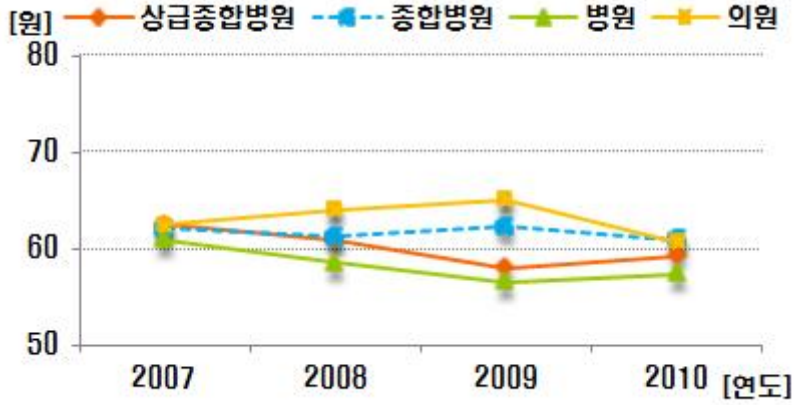
표 20. 행위유형 처치의 의료기관 종별, 연도별 추정 가격인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합 병원	2007	0.047	0.038	62.1		63.0
	2008	0.143	-0.004	62.2	63.0	62.8
	2009	0.112	-0.013	63.4	62.8	61.9
	2010	0.066	0.037	64.3	61.9	64.3
	2011	0.041		64.9	64.3	
종합병원	2007	0.088	0.032	62.1		62.7
	2008	0.149	-0.007	62.2	62.7	62.2
	2009	0.025	0.032	63.4	62.2	64.2
	2010	0.109	0.031	64.3	64.2	66.2
	2011	0.075		64.9	66.2	
병원	2007	0.345	-0.055	62.1		57.3
	2008	0.067	0.042	62.2	57.3	59.8
	2009	0.247	-0.074	63.4	59.8	55.4
	2010	0.172	0.006	64.3	55.4	55.7
	2011	0.123		64.9	55.7	
의원	2007	0.063	0.036	62.1		62.9
	2008	0.064	0.039	62.1	62.9	65.3
	2009	0.066	0.016	63.4	65.3	66.4
	2010	0.048	0.040	65.3	66.4	69.1
	2011	0.048		66.6	69.1	

DRG



수술



처치

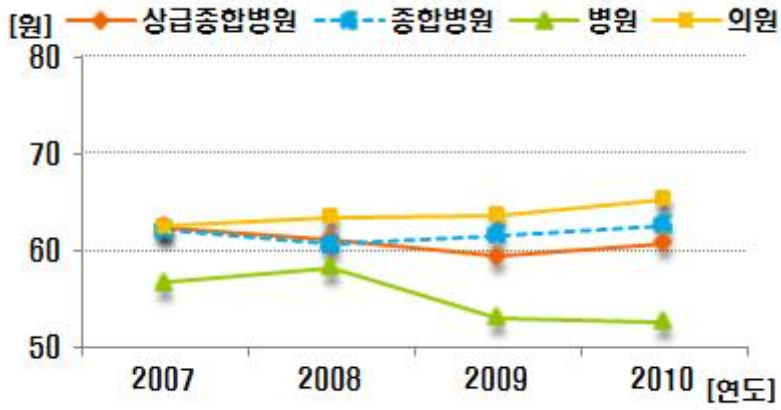


그림 20. 행위

표 21. 행위유형 검체검사의 의료기관 종별, 연도별 추정 가격인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합 병원	2007	0.107	0.030	62.1		62.5
	2008	0.151	-0.009	62.2	62.5	62.0
	2009	0.233	-0.082	63.4	62.0	56.9
	2010	0.056	0.039	64.3	56.9	59.1
	2011	0.062		64.9	59.1	
종합병원	2007	0.136	0.020	62.1		61.9
	2008	0.137	0.000	62.2	61.9	61.9
	2009	0.101	-0.007	63.4	61.9	61.5
	2010	0.089	0.034	64.3	61.5	63.6
	2011	0.089		64.9	63.6	
병원	2007	0.232	0.010	62.1		61.3
	2008	0.043	0.046	62.2	61.3	64.1
	2009	0.289	-0.098	63.4	64.1	57.8
	2010	0.103	0.032	64.3	57.8	59.6
	2011	0.103		64.9	59.6	
의원	2007	0.113	0.029	62.1		62.4
	2008	0.072	0.034	62.1	62.4	64.6
	2009	0.182	-0.050	63.4	64.6	61.3
	2010	0.076	0.036	65.3	61.3	63.5
	2011	0.096		66.6	63.5	

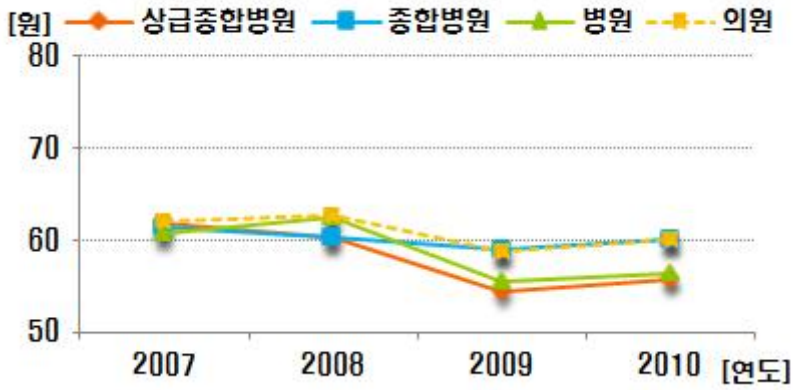
표 22. 행위유형 기능검사의 의료기관 종별, 연도별 추정 가격인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합 병원	2007	0.049	0.038	62.1		63.0
	2008	0.139	-0.001	62.2	63.0	62.9
	2009	0.168	-0.045	63.4	62.9	60.1
	2010	0.062	0.038	64.3	60.1	62.4
	2011	0.045		64.9	62.4	
종합병원	2007	0.098	0.031	62.1		62.6
	2008	0.117	0.011	62.2	62.6	63.3
	2009	0.033	0.031	63.4	63.3	65.2
	2010	0.100	0.032	64.3	65.2	67.3
	2011	0.063		64.9	67.3	
병원	2007	0.156	0.022	62.1		62.0
	2008	0.116	0.035	62.2	62.0	64.2
	2009	0.201	-0.047	63.4	64.2	61.2
	2010	0.101	0.032	64.3	61.2	63.1
	2011	0.132		64.9	63.1	
의원	2007	0.048	0.038	62.1		63.0
	2008	0.059	0.042	62.1	63.0	65.7
	2009	0.100	-0.003	63.4	65.7	65.4
	2010	0.079	0.035	65.3	65.4	67.8
	2011	0.055		66.6	67.8	

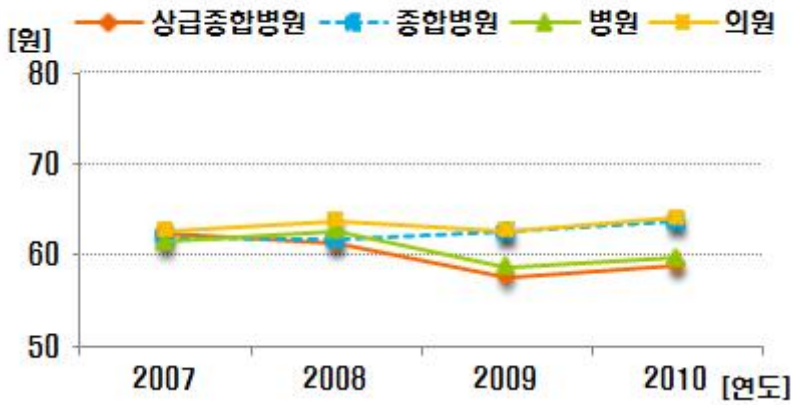
표 23. 행위유형 영상검사의 의료기관 종별, 연도별 추정 가격인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합 병원	2007	0.170	0.000	62.1		60.7
	2008	0.174	-0.022	62.2	60.7	59.4
	2009	0.186	-0.056	63.4	59.4	56.1
	2010	0.081	0.035	64.3	56.1	58.1
	2011	0.051		64.9	58.1	
종합병원	2007	0.207	-0.021	62.1		59.4
	2008	0.169	-0.019	62.2	59.4	58.3
	2009	0.063	0.015	63.4	58.3	59.2
	2010	0.150	0.007	64.3	59.2	59.6
	2011	0.118		64.9	59.6	
병원	2007	0.215	0.013	62.1		61.5
	2008	0.133	0.027	62.2	61.5	63.2
	2009	0.200	-0.047	63.4	63.2	60.2
	2010	0.146	0.021	64.3	60.2	61.5
	2011	0.156		64.9	61.5	
의원	2007	0.086	0.033	62.1		62.7
	2008	0.042	0.046	62.1	62.7	65.6
	2009	0.074	0.012	63.4	65.6	66.3
	2010	0.060	0.038	65.3	66.3	68.9
	2011	0.057		66.6	68.9	

검체
검사



기능
검사



영상
검사

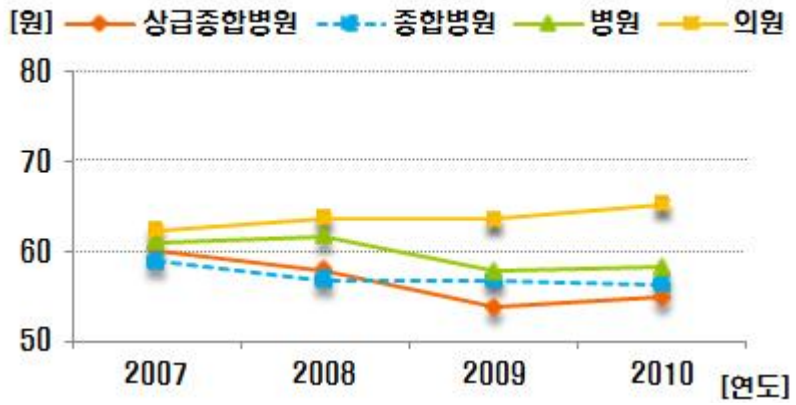


그림 21. 검사

표 24. 행위유형 진찰의 의료기관 종별, 연도별 추정 가격인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합병원	2007	0.047	0.038	62.1		63.0
	2008	0.063	0.042	62.2	63.0	65.7
	2009	0.263	-0.100	63.4	65.7	59.1
	2010	0.081	0.035	64.3	59.1	61.2
	2011	-0.014		64.9	61.2	
종합병원	2007	0.066	0.036	62.1		62.9
	2008	0.094	0.024	62.2	62.9	64.4
	2009	0.084	0.003	63.4	64.4	64.6
	2010	0.035	0.042	64.3	64.6	67.3
	2011	0.037		64.9	67.3	
병원	2007	0.124	0.027	62.1		62.3
	2008	0.131	0.029	62.2	62.3	64.1
	2009	0.152	-0.019	63.4	64.1	62.9
	2010	0.079	0.035	64.3	62.9	65.1
	2011	0.076		64.9	65.1	
의원	2007	0.018	0.043	62.1		63.3
	2008	0.040	0.046	62.1	63.3	66.2
	2009	0.047	0.027	63.4	66.2	68.0
	2010	0.028	0.043	65.3	68.0	70.9
	2011	0.003		66.6	70.9	

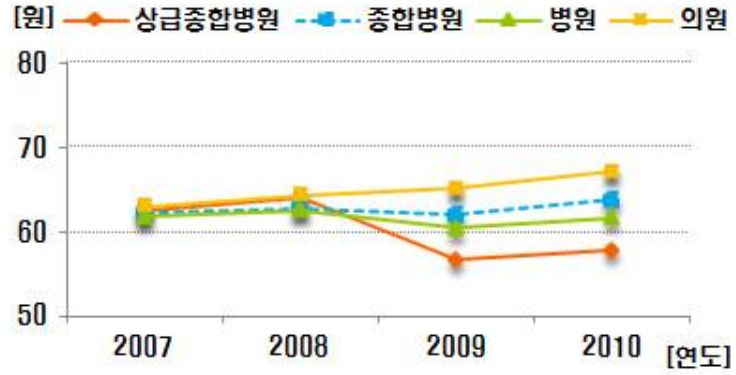
표 25. 행위유형 입원의 의료기관 종별, 연도별 추정 가격인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합병원	2007	0.025	0.042	62.1		63.2
	2008	0.150	-0.008	62.2	63.2	62.7
	2009	0.074	0.009	63.4	62.7	63.3
	2010	0.059	0.038	64.3	63.3	65.7
	2011	0.015		64.9	65.7	
종합병원	2007	0.111	0.029	62.1		62.5
	2008	0.151	-0.009	62.2	62.5	61.9
	2009	-0.001	0.036	63.4	61.9	64.2
	2010	0.113	0.028	64.3	64.2	66.0
	2011	0.044		64.9	66.0	
병원	2007	0.123	0.027	62.1		62.3
	2008	0.196	-0.009	62.2	62.3	61.8
	2009	0.150	-0.018	63.4	61.8	60.7
	2010	0.127	0.028	64.3	60.7	62.4
	2011	0.072		64.9	62.4	
의원	2007	0.104	0.030	62.1		62.5
	2008	0.111	0.012	62.1	62.5	63.2
	2009	0.041	0.030	63.4	63.2	65.1
	2010	0.021	0.044	65.3	65.1	68.0
	2011	-0.058		66.6	68.0	

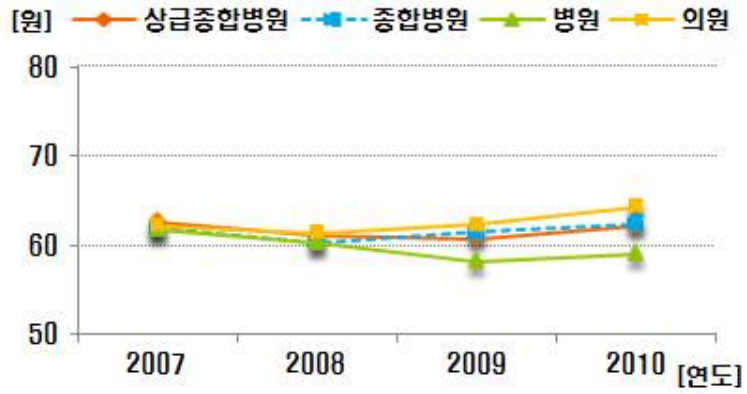
표 26. 행위유형 기타의 의료기관 종별, 연도별 추정 가격인상률과 환산지수

의료기관 종별	연도	상대가치 총점 증가율	추정 가격 인상률	환산지수		
				실제 환산지수	전년도 추정 환산지수	추정 환산지수
상급종합 병원	2007	0.096	0.031	62.1		62.6
	2008	0.129	0.004	62.2	62.6	62.9
	2009	0.272	-0.105	63.4	62.9	56.3
	2010	0.055	0.039	64.3	56.3	58.4
	2011	-0.025		64.9	58.4	
종합병원	2007	0.127	0.025	62.1		62.2
	2008	0.148	-0.007	62.2	62.2	61.8
	2009	0.110	-0.012	63.4	61.8	61.1
	2010	0.099	0.032	64.3	61.1	63.1
	2011	0.019		64.9	63.1	
병원	2007	0.176	0.019	62.1		61.9
	2008	0.038	0.047	62.2	61.9	64.7
	2009	0.092	0.015	63.4	64.7	65.7
	2010	0.281	-0.057	64.3	65.7	62.0
	2011	0.078		64.9	62.0	
의원	2007	0.099	0.031	62.1		62.6
	2008	0.110	0.012	62.1	62.6	63.3
	2009	0.073	0.012	63.4	63.3	64.1
	2010	0.103	0.032	65.3	64.1	66.1
	2011	0.064		66.6	66.1	

진찰



입원



기타

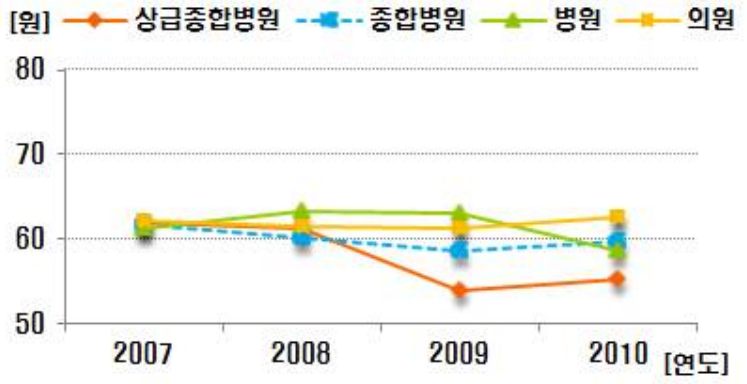


그림 22. 기본진료

13. 결론 및 제언

가. 결론

○ 지난 30여 년간 건강보험은 의료서비스 측면에서 질적으로 발전했을 뿐만 아니라 양적으로도 눈에 띄는 성장을 해왔음. 노인인구의 증가, 의료기관의 증가, 보장성 확대, 신 의료 기술의 발달 그리고 소득수준 향상 등 의료서비스에 대한 수요의 증가는 건강보험의 지출을 증가시켰으며, 앞으로 지출 규모는 더욱 커질 것으로 예상됨.

○ 그러나 건강보험의 지출인 진료비와 정부의 지원금을 제외한 순수 보험료 수입을 비교하면 수입보다 지출이 많은 상황이고, 이는 건강보험의 재정안정에 위험 신호가 온 것으로 볼 수 있는 상황임.

○ 우리나라는 진료 서비스 가격에 해당하는 환산지수를 통제하여 진료비 지출을 억제하고 건강보험 재정 안정을 유지하려고 시도해 왔지만, 서비스량의 지속적인 증가로 인해 가격 통제의 효과가 상쇄되었음. 결국 서비스량을 고려하지 않은 환산지수의 결정은 재정 안정성을 담보하는 방안이 될 수 없음이 증명된 셈임.

○ 선행 연구와 외국의 사례를 통해 우리나라 건강보험과 행위별수가제 하에서 적용 가능한 서비스량을 고려한 환산지수와 보험요율의 결정 모형 개발이 필요한 상황임.

○ 독일, 미국, 캐나다, 대만 등 외국의 의료비 증가 관리 방안을 조사・연구하였고, 캐나다에서 서비스량에 대한 통제가 성공적으로 이루어졌고 의료비 증가 관리를 효과적으로 수행하고 있다고 인식되고 있음. 미국에서도 자국과 캐나다를 비교하면서 자국의 정책 실패와 캐나다의 정책 성공을 인정하고 미국에 도입하여 적용하고자 함.

○ 캐나다는 의료비 증가 관리에 대한 접근 방식으로 임계치 접근(Threshold approach)과 상한 접근(Capping approach)의 두 가지 방식을 사용하고 있으며, 10개 주별로 각각 다른 접근법을 적용하고 있음. 그 중 앨버타 주의 수가결정방식(Adjusted Fee Formula)이 가장 합리적이라고 판단하였음.

○ 캐나다 앨버타의 수가결정방식은 진료비 증가 요인을 가능한 많이 반영할 수 있는 구조화된 모형으로 받아들일 수 있음. 이 연구에서는 캐나다 앨버타의 수가결정방식을 기본 틀로 하고 계수들을 결정하는 방법을 우리나라에 적합하게 만들어 사용하였고 앨버타 모형이라고 부름.

○ 이 연구의 앨버타 모형에서는 기본적으로 받아들이는 가격결정 경제지표인 CPI 또는

MEI(의료경제물가지수)와 수용할 수 있는 구조적 요인에 의한 서비스 증가율(m)의 일정부분을 추가로 인정함. 여기서 전년도 대비 서비스량이 증가한 만큼에 해당하는 일정 비율을 감하여 차기년도 수가 인상률을 정함.

○ 앨버타 모형에서 사전에 결정해야 하는 모수들을 기준으로 총 7개의 시나리오를 실제 건강보험 자료를 사용한 시뮬레이션을 하고 실제 환산지수와 비교하였음.

○ 시뮬레이션 결과 상급종합병원의 환산지수가 서비스 빈도 증가에 따라 감소하는 결과를 자주 보였고, 종합병원과 의원의 환산지수는 실제 병원과 의원 환산지수와 비슷한 경향을 보여주고 있었음.

○ 상급종합병원의 추정 환산지수가 서비스 빈도 증가에 따라 감소하는 결과를 자주 보였고, 종합병원과 의원의 추정 환산지수는 실제 병원과 의원 환산지수와 비슷한 경향을 보여주고 있음을 알 수 있음. 병원의 추정 환산지수의 변이가 큰 것은 요양병원 수 증가에 따라 서비스 빈도 증가가 컸기 때문일 것으로 생각됨.

○ 의료기관 종별 추정 환산지수의 결과가 서비스 빈도 증감 정도를 적절한 수준에서 반영하여 실제 환산지수와 크게 차이나지 않아 안정된 모형의 적용 결과라고 판단되며 우리나라에 적용하는 데에 이론적으로 적합할 것으로 판단됨.

○ 보험료 수입과 급여비의 재정 균형을 전제하고 시뮬레이션에 의한 추정 환산지수에 근거한 직장과 지역보험의 보험료율을 추정하였음. 실제 재정 지출대 수입 비율보다 낮게 나와 안정된 건강보험 재정 운영을 이룰 수 있었음.

○ 시나리오별 추정 보험료의 결과도 거의 일관된 결과를 보여주고 있는데 급여와 보험료 수입의 재정 균형을 전제했기 때문에 추정 재정 지출대 수입 비율은 연도마다 102-103%의 일정한 양상을 보이고 있으며 실제 환산지수보다 시뮬레이션 결과 환산지수가 대부분 작아 보험료율과 점수당 금액이 실제보다 적은 것을 알 수 있음.

○ 행위유형별로 시뮬레이션한 결과 상급종합병원의 대부분 행위유형에서 환산지수가 연도에 따라 감소하는 것을 볼 수 있으며 행위 빈도가 전년도에 비해 많이 증가한 수술, 처치, 검체검사, 영상검사가 많은 의료기관 종별에서 감소하는 것을 알 수 있음. 행위별수가제 하에서 공급자 유인 수요가 있을 가능성이 높은 행위유형이 있으며 이를 관리하기 위해서는 행위유형별 환산지수의 적용이 유용할 것으로 판단됨.

나. 제언

○ 지속적으로 증가하는 건강보험 진료비에 의해 위협받는 건강보험 재정을 안정적으로 운영하기 위한 핵심 성공요인은 예상 가능한 수준에서 급여진료비 증가를 억제하는 것임. 보험자와 공급자가 생각하는 진료비의 규모와 증가 수준에 차이가 있어 건강보험 비용 지출 수준의 합의가 쉽지 않은 과제임.

○ 따라서 합리적인 수준의 서비스 빈도 증가를 수용하면서 적절한 수준의 가격 인상요인을 받아들이는 현명한 접근이 필요함. 이 연구에서 제안한 서비스량을 연계한 가격결정 기전은 건강보험 재정 안정성을 위한 핵심 성공요인의 수행 전략으로 매우 타당한 것으로 판단됨.

○ 추가적으로 서비스량을 연계한 가격 결정이 성공하기 위해서는 서비스량이 합리적으로 배분되어야 함. 그러므로 현재 운영 중인 행위별수가제가 국가 보건의료정책 근간에 맞게 운영될 수 있도록 가격 결정 기전과 연계되도록 해야 함.

○ 합리적인 행위별수가제에 근간한 서비스량 연계 가격 결정 정책 방향으로서 다음과 같은 제안을 할 수 있을 것임.
- 지역별로 환산지수를 차별화 하여 서비스빈도 증가율이 안정적이거나 적어 절대적인 서비스량이 다른 지역보다 적은 곳의 환산지수를 높여 지역 간 의료서비스 제공체계의 균형 발전을 이룸.
- 행위유형별로 서비스 빈도 증가율이 높아 건강보험 재정에 부담되는 행위유형에 대한 가격 조정은 행위별수가제의 전반적인 틀을 유지하면서 합리적 수준으로 가격을 조정할 수 있는 대안일 것임.
- 일차진료의 강화를 위한 정책 반영으로 삼차 의료기관으로 환자 쏠림이 있는 경우에 의료기관 종별을 더 세분화 하여 환산지수를 정함으로써 행위별수가제 하에서 의료자원의 배분을 합리적으로 할 수 있을 것임.

○ 서비스량을 연계한 수가결정은 사전에 결정 기전에 해당하는 모든 조건에 대한 합의가 전제되어야 함. 연구에서도 정리하였지만 사전에 결정해야 할 내용을 다시 한 번 나열하면 다음과 같음.
- 서비스 빈도 혹은 진료비 한도 크기를 결정하는 요인
- 한도 초과 시 인하율 결정 기전
- 인정해야 할 의료이용 증가 요인
- 협상 논의 기전

○ 자동재정 안정장치

- 이 연구에서 제안하는 자동재정 안정장치는 전년도 서비스량을 고려한 당해 연도 환산지수를 산출하고 이 환산지수와 예상되는 해당연도 서비스량에 의해 추정 급여진료비 규모를 결정함.
- 예상 지출 급여진료비와 국고지원금 등 추가 재원을 고려하여 당해 연도 보험료와 점수당 단가를 결정하는 방식임.
- 당해 연도 서비스 빈도가 급증하여 건강보험 재정 적자가 발생할 수 있으나 서비스 빈도 증가가 자연스럽게 차기년도 환산지수에 반영될 수 있어 안정적으로 건강보험 재정을 운영할 수 있을 것임.
- 더하여 이런 기전의 정착화는 건강보험 운영을 합리적으로 할 수 있을 뿐만 아니라 우리나라 보건의료체계를 비용-효과적이고 체계적인 운영이 가능한 합리적 행위별수가제가 될 것임.

주제발표 2

상대가치 현황 및 발전방향

박은철

연세대 의대 예방의학 교수

2013 한국보건행정학회

제2차 정책토론회

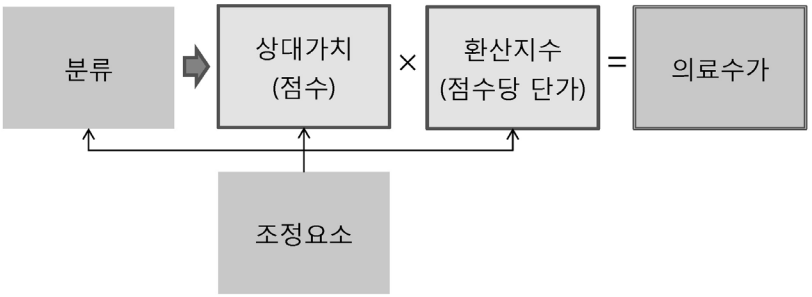
상대가치 현황 및 발전방향

예방의학교실
박은철

연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

진료비 지불제도의 틀

지불제도	행위별, 소모자원별	서비스묶음별 (포괄지불제)	소비자 (공급자)
의사	행위당 수가	의사 DRGs	인두제 , 봉급제 총액계약제
병원	행위당 수가 재원일당 수가	DRGs	총액예산제
의사 + 병원	행위별 수가제	신포괄수가제 DPC	



연세대학교
YONSEI UNIVERSITY

상대가치점수 개념

- 상대가치 점수
  - 소요된 자원 소모량을 기준으로 요양급여 의료 행위의 가치를 상대적으로 비교한 점수
    - RBRVS: Resource-Based Relative Value Scale
  - 건강보험수가 = 상대가치점수 * 환산지수
    - 환산지수: 점수당 단가(계약대상)

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치점수 기본구조

- 업무량 상대가치
  - □ 의사(약사)의 전문적 노력에 대한 보상
  - □ 시간 및 강도(의료기술/육체적 노력, 정신적 노력/판단력, 스트레스)를 고려하여 책정
- 진료비용 상대가치
  - □ 주시술자인 의사를 제외한 임상인력에 대한 보상 및 치료재료, 장비, 기타 관리비
  - □ 각 행위별 인건비, 장비비, 재료비 등을 직접 파악하여 책정
- 위험도 상대가치
  - □ 의료사고 비용에 대한 보상
  - □ 진료과별 의료사고 보험료 등을 이용하여 추정

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치점수 규모

- 부문별 구성비: 총 3,845억점

부 문	행위수	전체		업무량		진료비용		위험도	
		총액	구성비(%)	총액	%	총액	%	총액	%
의 과	5,243	201,231	77.3	64,596	32.3	132,417	66.1	3,249	1.6
치 과	230	14,182	5.4	6,077	42.9	8,040	56.7	65	0.5
한 방	137	17,629	6.8	11,498	66.4	5,679	32.8	146	0.8
약 국	36	27,295	10.5	15,498	56.8	11,746	43.0	52	0.2
총 계	5,646	260,337	100.0	97,669	37.7	157,882	60.9	3,511	1.4

주. 총액 = '12년 점수(1차 개정 상대가치 연구 100% 반영 점수) × 2010년 빈도 × 2012년 환산지수

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치점수 관리

■ 상대가치점수 관리기전

□ 상대가치점수제 도입(2001) 이후 변동된 가치 변화를 반영하고 점수 불균형 조정을 등을 위하여 5년 주기로 상대가치점수 개정

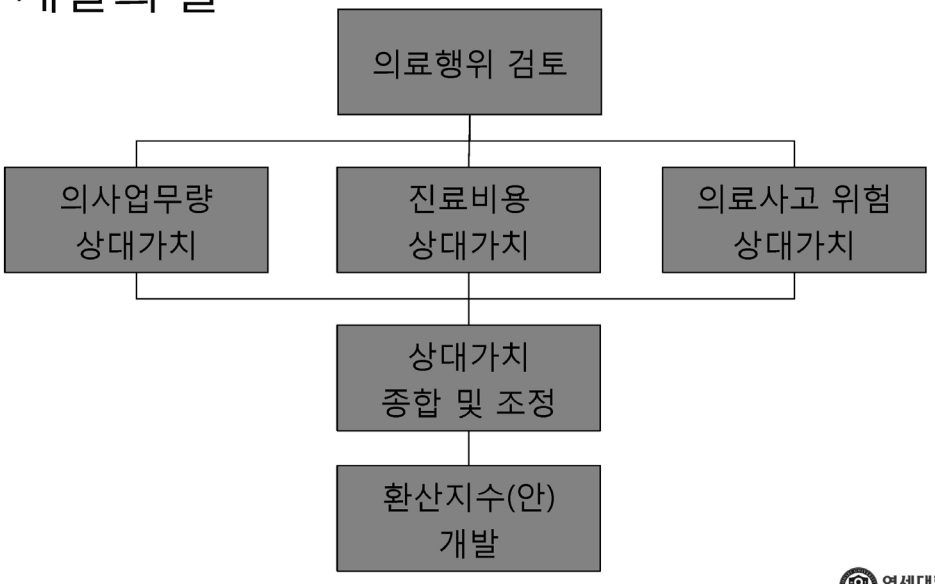
□ 1차 연구(2003~2006), 2차 연구(2010. 4~2012)

개발대상	개발주체	심평원
업무량 개발	의.약사 및 공급자단체	상대가치 통합 및 조정 (임상전문가패널)
진료비용 개발	임상전문가패널 및 심평원	
위험도 개발	전문연구기관	

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 제정 연구(1996~2000)

■ 개발의 틀



연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 제정 연구(1996~2000)

■ 분류

□ 1995 한국표준의료행위분류(KCPM, Korean Classification Procedures in Medicine)

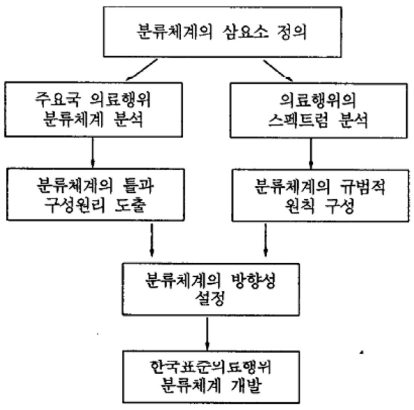


표 2. 한국표준의료행위 분류의 대분류 및 중분류체계

Ⅰ. 예방 및 건강증진
- 예방상담 및 위험요인 중재
- 예방접종/예방적 화학요법
- 선별검사
- 지역사회 예방의료

Ⅱ. 진찰 및 관리
- 기본진찰
- 자문
- 중환자실 관리

Ⅲ. 검사
- 기능 검사*
- 영상 검사
- 병리 검사
- 생검 및 검체채취*

Ⅳ. 내시경*

Ⅴ. 치료 및 처치
- 정신치료
- 비관혈적 치료
- 관혈적 치료*
- 마취*
- 방사선 치료

Ⅵ. 재활치료

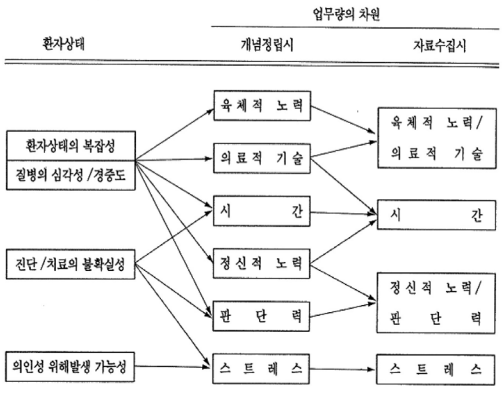
주) * 표시는 해부학적 체계를 분류체계의 틀로 사용하는 부분이다.

박형욱, 손명세, 김한중, 박은철, 유승흠. 한국표준의료행위분류체계 개발. 예방의학회지 1996; 29(4): 877-897

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 제정 연구(1996~2000)

■ 업무량 상대가치



〈그림 1〉 환자상태와 업무량 차원과의 관계

조우현, 손명세, 박은철, 김한중, 김양균, 허영주, 강형곤. 의사 업무량 측정 및 분석. 보건행정학회지 1995; 5(2):213-229

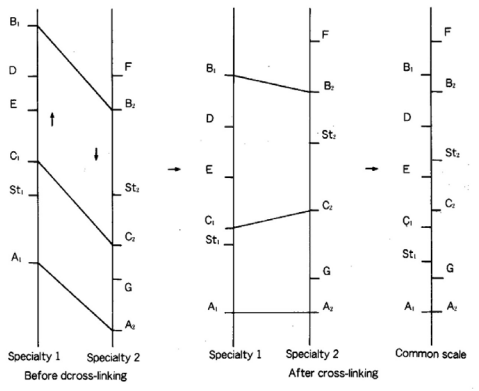


Fig.1. The concept of cross linkage.

Sohn M, Park EC, Kang HG, Kim HJ, Hur YJ. Cross-specialty linkage and extrapolation of Resource-Based Relative Value Scale. Yonsei Medical Journal 1995; 36(6): 497-507

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 제정 연구(1996~2000)

■ 진료비용 상대가치

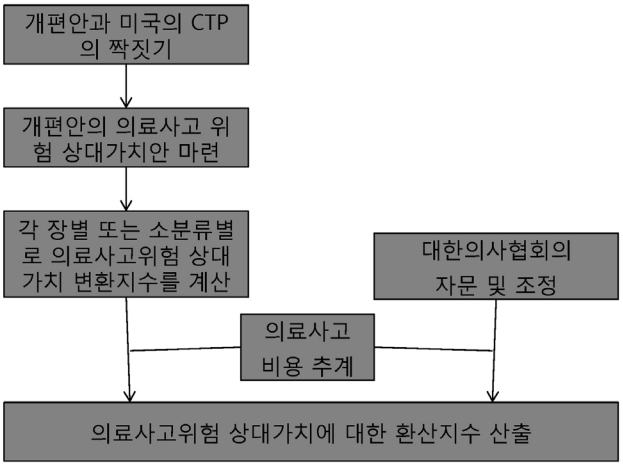
한국 RBRVS	미국 RBRVS
-병원관련 비용 포함	-병원관련 비용 제외
-원가중심점을 이용한 진료 행위별 상대가치 개발	-일반외과를 기준으로 진료 과별 상대가치 개발
-일차자료 이용	-이차자료 이용

김한중, 손명세, 조우현, 박은철, 전병율, 이선희, 강형곤, 허영주, 원종욱, 김양균.
상대가치 개발의 총괄. 보건행정학회지 1995; 5(2):202-212

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 제정 연구(1996~2000)

■ 의료사고위험 상대가치



유승흠, 김한중, 조우현, 손명세, 박은철, 지영건, 문기태, 이상규, 이준혁, 설재웅, 임은주, 홍재석.
의료보험 수가구조개편을 위한 4차 연구. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 2000

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 제정 연구(1996~2000)

■ 환산지수의 개발

	환산지수(원/점)	재정에 대한 효과(%)
의료보험 재정중립	32.923	-
의료기관 경영수지분석	34.266	4.08
원가분석	50.784	54.25
의료의 질 향상	56.365	71.20

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 1차 개정연구(2003~2006)

- 기간
  - □ 2003. 8 ~ 2006. 12 (2008년 단계적 도입)
- 연구기관
  - □ 심평원 상대가치연구개발단
- 개선방향
  - □ 의사비용과 진료비용의 분리
  - □ 진료위험도의 반영
    - ■ 의료사고 분쟁해결비용을 조사하여 진료과목별, 부문별 진료위험도 반영
  - □ 치료재료비용 분리
    - ■ 치료재료의 기술발당 등 고가화, 별도보상 치료재료 기준이 상이한 493개 품목에 대해 별도 보상항목 검토
    - ■ 기존 행위수가 포함 재료 166개 품목: 상대가치점수의 하향 조정 (총점 감소)
    - ■ 필수 치료재료 91개 품목: 심무검토를 거쳐 다시 행위료에 포함

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 1차 개정연구(2003~2006)

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 1차 개정연구(2003~2006)

- 신상대가치점수 매년 20%씩 단계적 도입 (위험 상대가치: 100%)
  - □ 급격한 상대가치점수 조정으로 인한 혼란 방지
  - □ 2008 상대가치 고시점수

    = 기존 상대가치점수 * 80% + 신상대가치점수 * 20% + 위험도 상대가치점수 * 100%
  - □ 2012 연구점수 100% 반영

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

1차 개정연구 한계점

■ 진료과간 총점 고정” 45개 진료과(기본진료, 약국 포함)

□ 세부분과: 외과 9개, 내과 10개 세부분과별 총점 고정

관리진료과	진료비용 총점고정 지수	관리진료과	진료비용 총점고정 지수	관리진료과	진료비용 총점고정 지수
내과_감염	0.0073	외과_간담췌	0.0240	비뇨기과	0.0193
내과_내분비	0.0171	외과_내분비	0.0267	산부인과	0.0182
내과_류마티스	0.0167	외과_대장항문	0.0254	성형외과	0.0172
내과_소화기	0.0170	외과_소아	0.0372	소아청소년과	0.0077

□ 진료과 총점 규모의 불균형, 직접비용 규모의 불균형

- 내과 감염 1,000원 → 7.3점 부여
- 흉부외과 1,000원 → 35.9점 부여

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

1차 개정연구 한계점

- 단일 회계조사 변화지수: 인건비, 장비비, 재료비, 간접비 별
  - □ 모든 진료과목, 모든 행위에 동일한 변화지수 적용

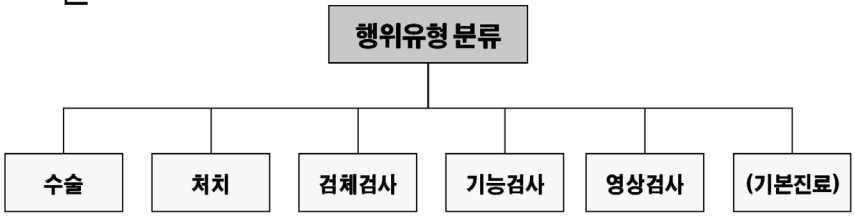
인건비 변환지수	재료비 변환지수	장비비 변환지수	간접비 변환지수
0.22	0.37	0.34	62.36%

- 근거자료의 불안정
  - □ 짧은 기간 직접비용 구축으로 인한 오류 가능성
  - □ 진료과목간 직접비용 크기에 대한 충분한 검토가 이루어지지 못함

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

2차 상대가치 개정 모형

- 유형별 상대가치 산출
  - □ 진료과목간 상대가치 불균형 조정은 관련 전문학회간 이해관계 대립, 갈등 등 문제점 발생
  - □ 진료과목간 상대가치 조정이라는 직접적인 방법보다는 유사한 행위특성을 기준으로 그룹화 (예: 수술, 처치, 검사 등)하여 불균형 조정
  - □ 상대가치 산출원칙: 진료과목 → 유형별 산출체계로 전환



연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

2차 상대가치 개정모형

■ 진료과별 원가대비 보상수준 조정

□ 행위유형별 원가보상 수준을 검토하여 진료과 간 상대적 불균형 해소, 지불의 합리성 제고

■ 상대가치 근거자료 지속적 보완

□ 2005년 기준 직접비용자료, 2003년 기준 의료사고해결비용, 2003년 기준 의료기관 회계조사 등의 지속적 보완, 조정

→ 2010년 기준 빈도, 근거자료 구축, 요양기관 조사 추진

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 총액 규모

	구분	항목수	12년 총점 (백만점)	12년총액 (십억원)	총액 구성비
의과	미산출	431	144,245	9,724	37.3%
	기본진료	230	140,421	9,470	36.4%
	제외 (미배정 및 원내약국)	201	3,824	253	1.0%
	산출	4,812	155,871	10,399	39.9%
	수술	2,003	22,807	1,518	5.8%
	처치	481	51,686	3,468	13.3%
	기능	410	15,003	1,006	3.9%
	검체	1,085	39,249	2,607	10.0%
	영상	833	27,126	1,800	6.9%
	총계	5,243	300,116	20,123	77.3%
치과		230	19,775	1,422	5.5%
한방		137	24,970	1,763	6.8%
약국		36	39,673	2,729	10.5%
총계		5,646	384,534	26,037	100.0%

주) 신상대가치총점(신상대가치점수 × '09년 시행빈도) 및 총액('11년 환산지수) 규모

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 2차 개정연구(2010~2013)

- 연구과제명
  - □ 업무량 상대가치 개선 및 행위분류, 정의 개발
    - ■ 의협, 치협, 한의협, 약사회
  - □ 진료비용 상대가치 개선을 위한 연구 및 조사
    - ■ 직접 진료비용(인건비, 장비비, 재료비) 근거자료 구축, 조정
      - □ 임상전문가 패널 및 심평원
    - ■ 의료기관 회계조사 통한 적정성 검증
      - □ 한국보건사회연구원
  - □ 위험도 상대가치 개선 위한 의료사고 비용조사
    - ■ 연세대 산학협력단

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

기존 상대가치 연구와 방법론 비교

구 분	상대가치 개정 연구방법론 (2006년)	2차 개정 연구방법론
업무량 상대가치	Magnitude Estimation에 의한 의사 업무량 상대가치 개발	의사업무량 근거자료(시간 및 강도) 개발을 통한 진료과목간 업무량 조정
진료비용 상대가치	직접비용자료 구축을 통한 진료비용 상대가치 개발 (임상전문가패널)	직접비용자료의 상호검증을 통한 조정 (동료평가 방식에 의한 유형별 직접비용 자료의 검증)
위험도 상대가치	의료사고분쟁해결비용 조사를 통한 위험도 상대가치 개발	의료사고분쟁해결비용 재조사를 통한 추계비용의 적정성 검증
요양기관 회계조사	의료기관 단위별 원가 및 경영수지 분석	원가중심 단위별 경영수지 분석
상대가치 산출	부문별 / 진료과별 총점고정(재정중립) 하 상대가치 점수산출	원가중심단위 경영수지 반영한 행위유형별(수술, 검사 등) 상대가치 점수산출

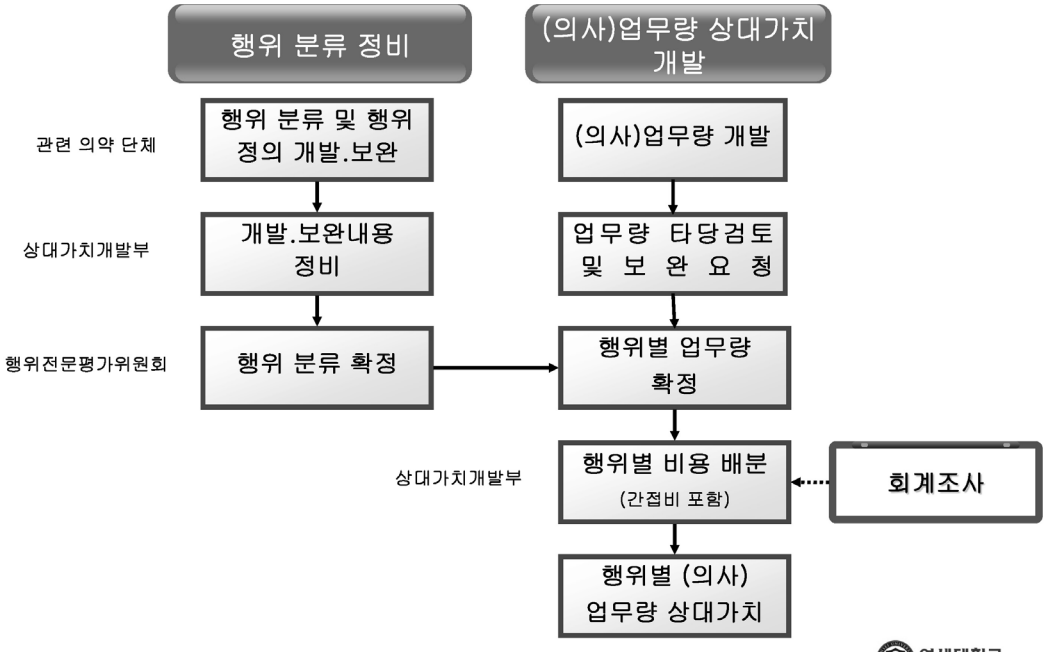
연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

주요 수행과제: 행위분류 / 업무량 조정

사업추진배경	1996년 '한국표준의료행위분류(대한의사협회)' 발간 후 보완, 조정, 관리체계미흡 상대가치 개정연구(2006)시에는 건강보험 급여행위에 국한
주요사업내용	급여행위 외 비급여 등을 포함한 포괄적 의료행위 분류체계 구축 의사업무량 근거자료 구축 (시술시간 및 강도) 행위분류/행위정의 인증 및 지속적 관리체계 구축
추진방법 및 주요일정	사업명 : 한국형 의료행위분류 행위정의 개발 및 관리체계 구축을 위한 사업 추진기관 : 의협, 치협, 한의협, 약사회 추진일정 : '10년 5월~ '11년 12월(의협), 그 외 기관 '11년(1년) /~'12.5월
기대효과 및 활용방안	비급여를 포괄하는 의료행위 분류체계 구축 국제 의료행위 분류체계간 비교 가능성 진료과목간 업무량 상대가치의 불균형 개선

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

행위분류 정비 및 업무량 상대가치



연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

업무량 제출 결과

- 의과
  - □ 수술 > 처치 > 기능 > 검체 > 영상 순으로 업무량 증가하여 제출

부문		1차 개정연구 (천점) (A)	2차 개정연구 (천점) (B)	B / A
의과	수 술	6,096,923	11,045,775	**1.81**
	처 치	2,151,437	3,123,861	**1.45**
	기능검사	26,309,016	36,262,337	**1.38**
	검체검사	8,156,936	10,745,662	**1.32**
	영상검사	4,057,040	4,699,273	**1.16**
치 과		24,540,208	24,535,269	**1.00**
한 방		44,929,593	46,843,125	**1.04**
약 국		70,135,304	173,983,920	**2.48**

주1) 2010년 빈도 기준, 업무량종별빈도 : (전문가단계 업무량점수) X 빈도 X 종별가산율

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

주요 수행과제: 직접비용자료 구축

사업추진배경
- 상대가치 개정연구 시 단 기간내 5천여 행위에 대한 직접비용자료 구축으로 작성오류 존재
- (의과)개별 진료과목별 직접비용자료 독립적 구축으로 진료과목간 편차 존재

주요사업내용
- 의료행위별 임상인력참여시간, 치료재료사용량, 의료장비사용시간에 대한 검증 : 현장조사 및 동료평가
- 기 구축된 행위별 직접비용자료(인건비, 재료비, 장비비) 변화 반영 및 개정 연구 이후 신설행위(~'09년)의 직접비용자료 구축

추진방법 및 주요일정
- 사업명 : 유형별 진료비용 상대가치 개선을 위한 직접비용자료의 보완
- 임상전문가패널(직접비용개선소위 등 전문가패널)을 통한 직접비용 조정
- 추진일정 : '11년5월~ '13.2~3월 예정

기대효과 및 활용방안
- 개정연구 이후 신설행위('06년 이후 신설고시)에 대한 상대가치 점수산출
- 진료과목간 진료비용 상대가치의 불균형 개선

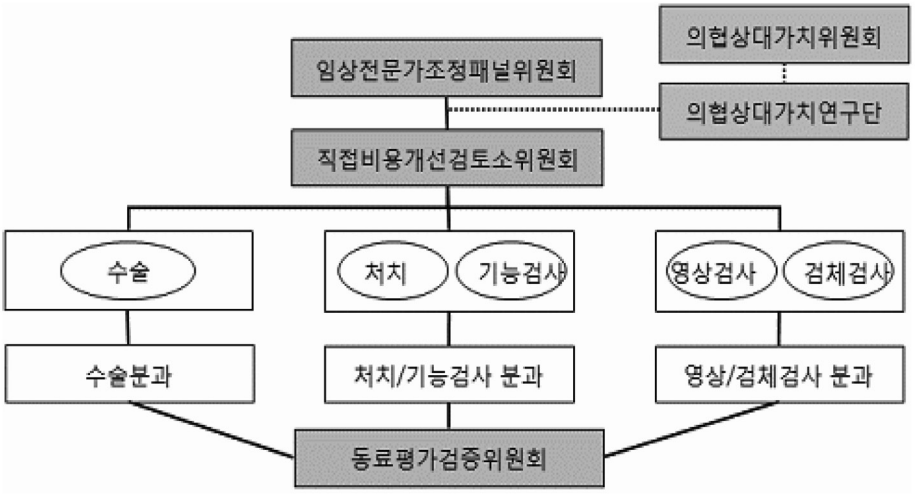
연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

직접진료비용 구축: 임상전문가패널 운영

- 임상전문가패널(CPEP)
  - □ 목적
    - ■ 각 행위에 소요되는 직접비용(인건비, 재료비, 장비비) 자료 구축
  - □ 구성: 행위 수행과 관련된 전문가
    - ■ 의사, 치과의사, 한의사, 간호사, 물리치료사, 방사선사, 임상병리사 등 230 여명 참여
  - □ 역할
    - ■ 분과패널: 분과(의과 21개 진료과, 치료, 한방, 약국) 별로 배정
    - ■ 행위의 직접비용 자료 작성
    - ■ 의과조정패널: 분과패널 운영 지원 및 의견 조정

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

2차 개정: CPEP 운영 구조



* '10~'12년 현재 : 총 190여회_CPEP 회의

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

직접비용자료 구축 예시

■ 충수절제술 예시

인력사용시간 : 테이블

관리진료과	작성패널명	행위유형	행위코드	행위명	구분	인력코드	인력명	인력수	시간(분)	업무내용
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	시술전	DR	보조의사	1	10	수술계획수립
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	시술전	RN	간호사	2	5	수술 장비, 기구 및 물품 준비
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	시술전	AN	간호조무사	1	5	수술 장비, 기구 및 물품 준비
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	시술전	RN	간호사	1	3	수술전 계수 확인 및 기록
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	시술전	DR	보조의사	1	0.5	업무 인력

처치재료사용량 : 테이블

관리진료과	작성패널명	행위유형	행위코드	행위명	재료코드	패널재출재료명칭	단위	사용량	반복사용횟수	최종사용량	사용구분	사용률(%)
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	MM15330	크란조, IL	BTL	3	1	3	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	MM15150	생리식염수, IL	BTL	7	1	7	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	MM01280	MONOSOF 3/0, SINGLE NEEDLE	EA	1	1	1	선택	50
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	MM01930	SOFSILK 1/0, NON NEEDLE	EA	2	1	2	필수	100

의료장비사용시간 : 테이블

관리진료과	작성패널명	행위유형	행위코드	행위명	장비코드	패널재출장비명칭	계수	사용시간(분)	사용구분	사용률(%)
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME17230	TRANSFER JAR	1	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME16870	BOWL, 500CC, 8호	2	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME10140	수술상, 일반형, 할자	1	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME10040	말판, 1단	2	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME16790	BOWL	2	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME17120	SPONGE CAN	1	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME46680	RESTRAINT, ARM (1PAIR)	1	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME17090	KIDNEY BASIN	1	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME17120	SPONGE CAN	1	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME16880	BOWL, 1000CC, 9호	1	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME46950	CART, DRESSING	1	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME16990	GAUZE CAN	1	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME46700	RESTRAINT, KNEE (1PAIR	1	80	필수	100
외과,대장항문	외과	수술	M32650	충수절제술(단순)	ME11160	LIGASURE	1	80	필수	100

** CPEP비용은 동일기준 적용 하에 상대가치 산출을 위해 구축된 자료로 급여기준과 심사기준으로 활용하기에 더 많은 정제와 보완이 필요

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

직접비용자료 조정 결과

'12.11.26일 기준

	유형	직접비용 행위코드 수	1차 CPEP비용총합 (십억원)	2차 CPEP비용총합 (십억원)	2차/1차
의과	수술	1,884	1,770	1,814	**102%**
	처치	444	4,342	4,943	**114%**
	기능	380	1,666	1,543	**93%**
	검체	926	7,119	6,793	**95%**
	영상	552	2,250	1,603	**71%**

- 2차 개정 유형별 직접비용 규모
  - □ 처치 > 수술 > 기능검사 > 검체검사 > 영상검사
- 현재 유형내 행위별 균형성 조정작업 진행
  - □ 유형내 행위별 직접비용 불균형(업무시간, 장비가격, 재료사용량 등)
    → 유형내 행위별 직접비용자료 조정 중(수술 시술 중 시간 현장조사 등)

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

주요수행과제: 의료사고해결비용 조사

사업추진배경

- 위험도 상대가치 개발을 위해 조사된 부문별 / 진료과별 의료사고분쟁해결 비용 규모에 대한 적정성 논란
- 상대가치 개정 연구 이후 의학기술의 변화, 소비자 인식의 변화 등 의료사고분쟁해결비용 변화의 주기적 반영

주요조사내용

- 분쟁해결 비용 : 법원판결문, 제3자 중재기구, 의협공제회, 의료사고 배상책임보험(단체보험) 자료
- 분쟁관련 비용 : 자체해결합의금, 기회비용(손실/휴업 등) 및 부대비용(변호사 비용, 보험료 비용 등), 의료사고예방관리비용 등

추진방법 및 주요일정

- 사업명 : 위험도 상대가치 개선을 위한 의료사고비용 조사
- 추진기관 : 연세대학교 산학협력단
- 추진일정 : 2011.5월~ '12.3월 (설명회 5월)

기대효과 및 활용방안

- 부문 및 진료과별 의료사고분쟁해결비용 적정성 검증 도구로 활용
- 부문별 / 진료과별 의료사고 분쟁해결비용에 따른 위험도 총점규모 설정
- 행위별 적정 위험도 상대가치 산출

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

위험도 조사결과

(단위 : 백만원)

관리진료과	2010년도 기준 실제 보상 위험도비용 (A)	연구결과 최소값기준 비용 (B)	차액 (B-A)
정형외과	37,232	29,029	8,203
신경외과	35,625	22,296	13,330
산부인과	75,283	22,235	53,048
내과	40,665	21,116	19,549
외과	34,428	14,769	19,660
응급의학과	2,425	8,910	-6,485
소아청소년과	23,278	8,544	14,734
이비인후과	6,016	3,906	2,110
안과	12,348	2,136	10,212
정신과	2,457	1,749	707
마취통증의학과	4,630	1,505	3,125
비뇨기과	2,740	1,383	1,357
신경과	5,386	1,221	4,166
흉부외과	13,954	1,058	12,896
영상의학과	598	773	-175
성형외과	6,079	529	5,550
병리과		529	-529
재활의학과	945	305	640
피부과	3,559	203	3,356
가정의학과	4,725	163	4,562
진단검사의학과	63	142	-79
방사선종양학과	252	-	252
합계	312,691	142,502	170,189

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

주요 수행과제: 원가중심 단위별 회계조사

사업추진배경	▪ 상대가치 개정연구 이후 의학기술 발전, 수가변화 등에 따른 의료기관 수입 및 비용 변화의 주기적 반영 ▪ 원가중심 단위의 경영수지 분석을 통한 유형별 수가구조의 균형성 확보
주요조사내용	▪ 의료기관 원가분석 관련 문헌고찰 및 원가산출모형 검토 ▪ 대표성 있는 표본추출방법에 의한 의료기관 선정 : 종별, 진료비규모별/ 지역변수 등 고려 (조사참여 : 300개소 이상) ▪ 원가중심 단위별 수입 및 비용산출 ➔ 원가중심 단위별 경영수지 분석
추진방법 및 주요일정	▪ 사업명 : 유형별 상대가치 개선을 위한 원가중심 단위별 회계조사 ▪ 추진기관 : 한국보건사회연구원 ▪ 추진일정 : '11년5월~'12.7월까지 진행 (6월 설명회)
기대효과 및 활용방안	▪ 직접비용자료의 보완 및 조정에 따른 적정성 검증도구 ▪ 의사업무량(의사인건비) 및 진료비용(직접진료비용) 상대가치의 구성비율 ▪ 유형별 상대가치 총점규모(재정규모) 설정

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

회계조사 대상기관수

■ 표본 선정

□ 진료비 규모(상, 중, 하), 지역구분(대도시, 중소도시), 진료과목(의원급)

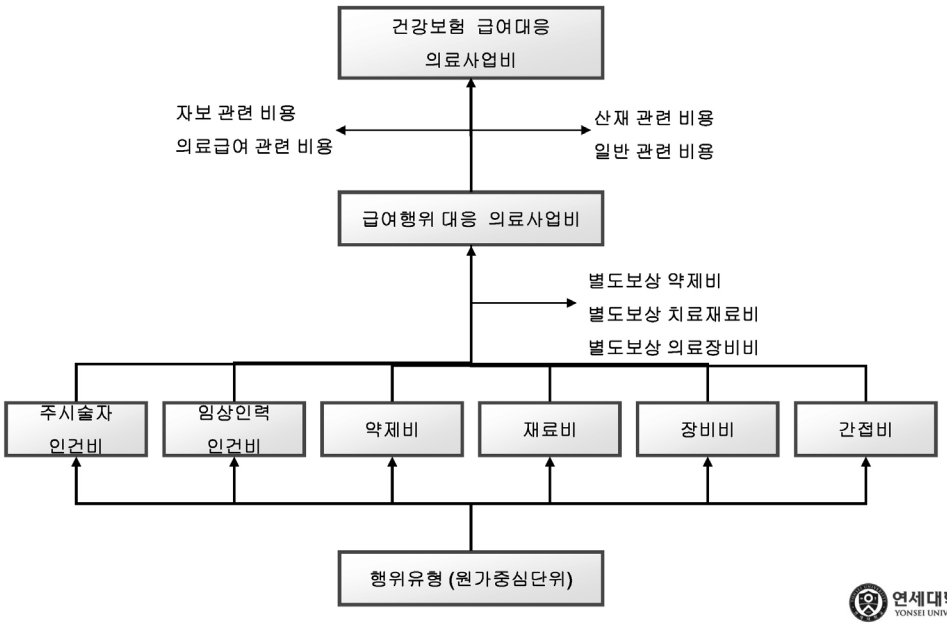
■ 최종분석 기관수: 257개

유 형	분석기관수(2차)
상급병원급	2
종합병원급	6
병원급	0
의원급	95
치과부문	38
한방부문	20
약국부문	96
계	257

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

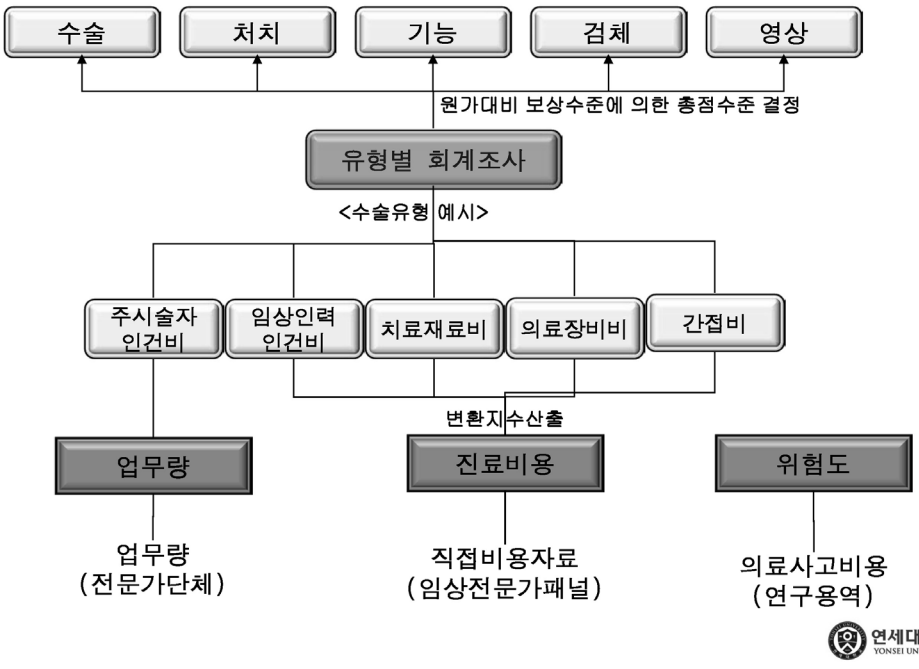
회계조사: 급여 대응 비용의 추정

< 건강보험 급여 대응 비용의 추정 >



연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

회계조사: 상대가치 산출모형



연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

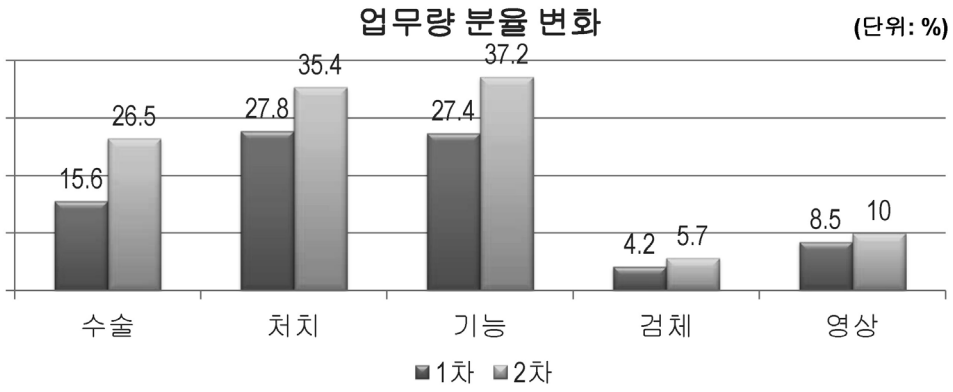
회계조사: 부문별/종별 원가보존율

부문	유형	원가보전율
의과	수술	76.8%
	처치	85.8%
	기능	91.6%
	검체	162.1%
	영상	141.2%
치과		78.5%
한방		95.3%
약국		98.7%

주) 검체 유형은 자동화검사 수가 인하 관련 총점 인하 분 원가보전율 반영
영상 유형은 CT, MRI, PET 수가 인하 관련 총점 인하 분 원가 보전율 반영

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

회계조사: 업무량/진료비용 총점설정



■ 행위유형별 의사업무량 총점 규모의 설정

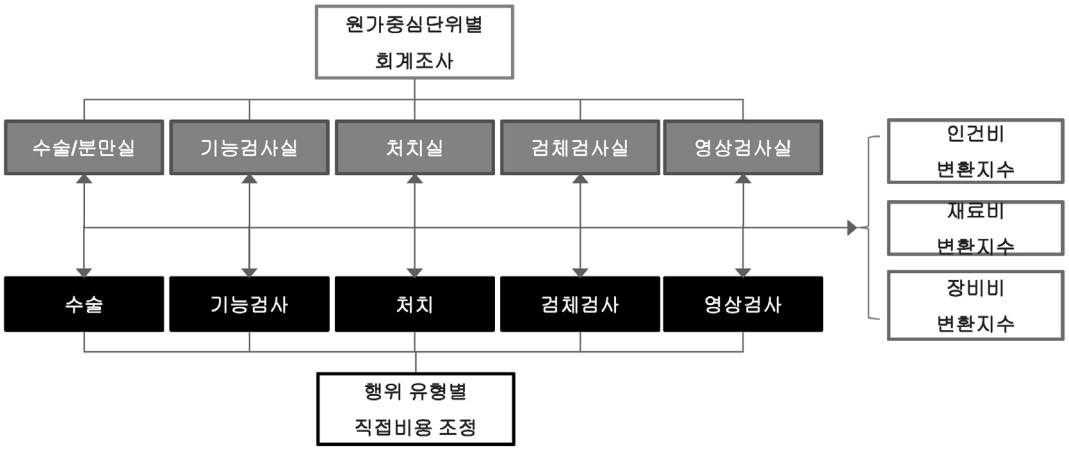
□ 유형별 주시술자 인건비 비중을 의사업무량 상대가치 총점으로 설정

□ 1차에 비해 전체적으로 2차의 의사 업무량 비중이 높아짐

.

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

회계조사: 변환지수 산출모형



- 변환지수 산출 : 회계조사 결과 및 직접비용자료 규모를 비교 산출
  - 임상인력 인건비 : 직접비용의 인건비 규모와 비교하여 인건비 변환지수 산출
  - 치료재료비 : 직접비용의 치료재료비 규모와 비교하여 인건비 변환지수 산출
  - 의료장비 감가상각비 : 직접비용의 의료장비비 규모와 비교하여 인건비 변환지수 산출
  - 간접비 : 직접비용 대응 간접비비율 산출

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

변환지수 산출결과: 1차 연구와 비교

부문	개선유형	업무량비율	인건비	장비비	재료비	직접비용 대비 간접비율
의과	수술	22.3%	0.68	0.59	0.42	36.8%
	처치		0.27	0.54	0.30	40.6%
	기능		0.36	0.36	0.16	37.6%
	검체		0.21	0.21	0.22	15.0%
	영상		0.94	0.31	0.50	40.8%
	합계		0.35	0.39	0.21	33.8%
치과	의원	52.10%	0.36	0.26	0.42	45.7%
	병원		0.53	0.37	0.43	94.3%
	소계		0.37	0.27	0.42	48.8%
한방		66.3%	0.03	0.54	1.43	60.2%
약국		49.0%	1.04	0.04	0.06	49.8%

주) 1차 : 업무량 분율 5개 유형 16.6%, 인건비 0.22, 장비비 0.34, 재료비 0.37, 간접비 62.36%

- 변환지수는 직접비용 크기에 반비례
  - 변환지수 산식 : CPEP비용 / 회계조사비용

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

종합: 연구분야별 결과 활용

- 한국형 의료행위분류 행위정의 개발 및 관리체계 구축을 위한 사업
  - 의료행위 분류체계 검토(건강보험 급여 행위와의 호환성)
  - 지속적 관리체계에 대한 실무 검토
  - 업무량 근거자료(시간 및 강도)를 활용한 의사업무량 산출
- 원가중심 단위별 회계조사
  - 유형별 의사인건비, 임상인력인건비, 재료비, 장비비, 간접비 비중검토
  - 업무량 및 진료비용 상대가치 구성 요소 분리
  - 유형별 총점규모의 설정 및 유형간 상대가치 통합 조정
- 유형별 진료비용 상대가치 개선을 위한 직접비용 자료의 보완
  - 직접비용자료와 회계조사 비용 수준과 비교
  - 직접비용자료 보완을 통한 진료비용 상대가치 산출
- 의료사고분쟁해결비용 검토
  - 부문 및 진료과별 추계비용 결과 검토: 위험도 총점규모의 설정
  - 행위별 위험도 상대가치 산출

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

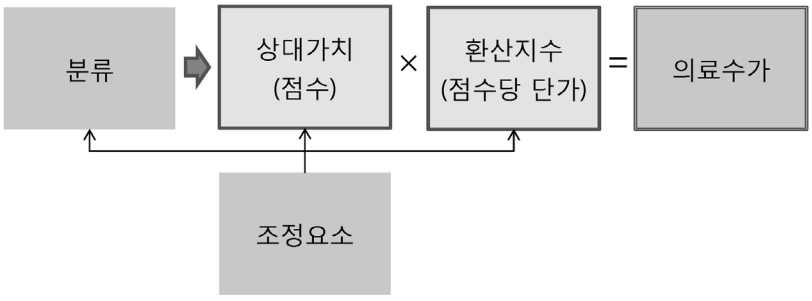
향후 추진일정

- 2차 개정 상대가치점수 산출, 조정
  - 진료과별 의견수렴(12. 11~ 12)
  - 임상전문가패널회의(12. 12 ~ 2013. 3)
  - 건강보험정책심의위원회 보고
    - 2차 연구결과 보고 및 도입방법 논의
      - 도입시기 및 도입방법 결정

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

진료비 지불제도의 틀

지불제도	행위별, 소모자원별	서비스묶음별 (포괄지불제)	소비자 (공급자)
의사	행위당 수가	의사 DRGs	인두제 , 봉급제 총액계약제
병원	행위당 수가 재원일당 수가	DRGs	총액예산제
의사 + 병원	행위별 수가제	신포괄수가제 DPC	



연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

진료비 지불제도

- 진료비 지불제도 개편의 고려사항
  - 개편의 동인
  - 한국적 현실
    - 지불대상(의사 + 병원)
    - 수가수준
    - 비급여

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

지불단위에 따른 분류

	행위별, 소모자원별	서비스묶음별 (포괄지불제)	소비자 (공급자)
의사	행위당 수가	의사 DRGs	인두제 , 봉급제 총액계약제
병원	행위당 수가 재원일당 수가	DRGs	총액예산제
의사 + 병원	행위별 수가제	신포괄수가제 DPC	

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

지불단위에 따른 분류

- 행위별 수가제
  - 의료계
    - 급여와 비급여
    - 한국의료행위분류(KCPM)
  - 신의료기술
- 포괄지불제(DRG, 신포괄, DPC)
  - 병원 보상 vs 의사와 병원 보상

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 개정

- 5년 주기 개정작업
- 업무량 상대가치
  - 의료계
  - 진료과목별 총점 고정
- 진료비용 상대가치
  - 임상전문가패널
    - 직접비용(인건비, 장비비, 재료비 등)의 근거자료
    - Bottom-up
  - 부문별(수술, 처치, 기능, 검체, 영상) 원가분석
    - 부문별 총점 고정
- 위험도 상대가치
  - 판결문, 제3차중재, 의협공제회, 설문조사 등

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

상대가치 개정 방향

■ 5년 주기 개정

□ 진료과목별(부문별) 총점 고정

⇒ 원가중심점별 접근

행위별 원가분석에 의한 상대가치 산출

■ 1년 주기 개정

□ 임상전문가패널(CPEP)에 의한 개정

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

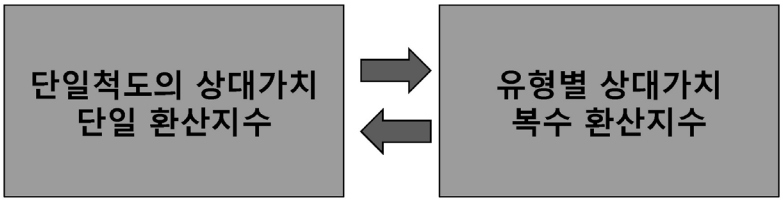
환산지수

구분	환산지수			추가소요 재정(억원)	협상결과
	2012	2013	(인상률)		
병원	65.7	67.5	2.2	3,138	체결
의원	68.5	70.1	(2.4)	1,854	결렬
치과	71.9	73.8	(2.7)	276	결렬
한방	70.6	72.5	2.7	413	체결
약국	68.8	70.8	2.9	657	체결
조산원	104.2	106.9	2.6	0.19	체결
보건기관	67.7	69.1	2.1	27	체결
평균			2.36	6,364	체결

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

환산지수 개편방안

■ 통합 환산지수(2001~2007)
⇒ 부문별 환산지수(2008~2013)
⇒ 통합 환산지수(?)



연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

환산지수 개편방안

■ 일차 자료에 의한 근거
□행위별 원가분석에 환산지수의 산출
□환산지수 결정근거의 근거

■ 이차 자료에 의한 근거
□환산지수의 추정
■ SGR, HIEI

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

진료비 지불제도를 위한 자료수집

- 행위별 원가분석을 패널 의료기관 선정과 회계자료의 수집
  - □분류
    - ■ 포괄지불제의 분류
  - □상대가치
    - ■ 진료과목별 총점 고정에서 탈피
  - □환산지수
    - ■ 일차자료에 의한 환산지수 산출

연세대학교 YONSEI UNIVERSITY

주제발표 3

건강보험 원가체계 구축방안

이해종

연세대 의대 보건행정학과 교수

건강보험 원가체계 구축방안

연세대학교 의과대학 보건행정교실 이 해 종

1. 우리나라 수가계산 방법

1) 수가계산 방법에 대한 검토

○ 수가에는 크게 보험수가와 비보험수가로 나눌 수 있으며, 보험수가는 다시 급여수가와 비급여수가로 구분됨. 여기서 국가가 통제하는 수가는 보험수가이며, 이러한 수가는 매년 국민건강보험공단과 의료공급자단체가 모여서 협상에 의해서 결정됨.

○ 우리나라의 진료비는 크게 행위별 수가와 DRG별 수가로 구분할 수 있는데, 행위별 수가와 DRG수가는 다음과 같은 방식으로 진료비가 결정됨(참조: 국민건강보험 공단. 포괄수가 관리방안. 2012).

행위별 수가 = 상대가치점수 x 환산지수 x 종별가산율(현재는 유형별환산지수로 대체)

DRG진료비 = 행위별 급여진료비 평균 + DRG수가에 포함된 행위별 비급여 진료비 평균 + 비보험 진료비 평균 * 0.5 + 종별 인센티브

DRG진료비(신포괄수가) = (포괄 및 비포괄(20%) 행위별진료비) x 병원별 조정계수 + 정책 인센티브

○ 상대가치점수란 진료행위별로 소요되는 의사들의 진료시간, 노력 등 업무량과 기타 별도로 보상되지 않는 인력 및 시설, 장비 등의 비용을 고려하여 산출한 항목 간의 상대가치를 점수로 표시한 것이며, 환산지수란 물가 등의 수가 상승을 고려하여 매년 계산된 상대가치 1점당 가격을 의미함. 종별가산율이란 계산된 수가가 의료기관 종별로 차별하여 지급하는 것이지만, 현재는 종별로 환산지수를 정하기 때문에 이 의미는 크게 없음.

표 1. 기관간 환산지수 조정률

	상급종합병원		종합병원		병원	
	총진료비 기준	행위료 기준	총진료비 기준	행위료 기준	총진료비 기준	행위료 기준
공단 연구[1)]	-2.4%	-2.3%	-4.7%	-4.9%	-18.4%	-18.7%
병협 연구[2)]	16.3%	17.3%	16.0%	16.9%	0.2%	0,5%

참고: 1)안태식. 2012년도 유형별 환산지수 연구. 국민건강보험공단, 2011
2)오동일. 2012년 병원급 환산지수 산출 및 공단 수가제도 중장기 발전방안 연구 검토와 평가. 대한병원협회, 2011

○ 환산지수 계산방법에는 크게 거시적 자료를 가지고 분석하는 SGR(Sustainable Growth Rate)법과 MEI(Medicare Economic Index)법이 있으며, 미시적 자료를 가지고 분석하는 원가계산법과 경영수지환산법이 있음. 이 중에서 현재 우리나라에서 기본이 되는 두 가지 방법은 SGR법과 원가계산법임.

○ SGR(Sustainable Growth Rate)법이란 수가상승요인을 찾아서 상승요인별로 영향을 미치는 거시지표를 가지고 수가상승률을 계산하는 방법임. 이 방법은 거시자료를 이용하기 때문에 손쉽고 객관적인 자료로 계산할 수 있다는 장점이 있으나 의료기관의 실증가요인(의료기술의 발달 등)을 제대로 반영하지 못한다는 단점이 있음. 이에 반해 원가계산법은 의료서비스 제공에 따라 발생하는 각 의료기관의 원가를 분석하여 원가상승요인을 수가에 반영하는 방법임. 이 방법은 의료기관에게서 실제로 발생하는 원가를 수가에 반영함으로써 실제 원가상승분을 적절히 보상할 수 있다는 장점이 있으나, 조사대상인 의료기관의 원가자료 왜곡 혹은 자료의 부정확성으로 인하여 정확한 원가를 계산하기 어렵다는 단점이 있음.

2) 현 수가체계의 문제점

○ 현재 우리나라 수가결정의 2대요소인 상대가치와 환산지수 중에서 상대가치는 전체 파이를 나누는 개념이며 의학적인 관점에서 결정되는 경향이 강하기 때문에 공급자간에 분쟁 소지는 있으나 외부적으로는 그리 큰 분쟁은 없는 상태임. 이에 반해 환산지수는 원가상승분을 보상하는 개념으로, 파이 규모를 결정하는 문제이기 때문에 공급자와 수요자 간의 갈등요소가 존재함.

○ 원래 수가라는 것이 발생된 원가를 보상한다는 개념을 가지고 있기 때문에 의료기관이 사용된 자원을 원가계산을 통하여 적절히 보상하는 것이 합리적임. 그러나 원가계산법은 다음과 같은 문제점으로 인하여 손쉽게 계산하기가 어려움이 있음.

- 표본의료기관의 선택 문제: 모든 의료기관의 원가계산을 할 수 없기 때문에 원가계산을 위한 표본의료기관을 선택하게 되는데, 이때 선택된 표본의료기관이 의료기관을 대표할 수 있는지에 대한 의문이 발생함. 특히 현재와 같이 소수의 의료기관 만을 선발하여 조사하는 경우는 대표성 문제가 늘 발생함.
- 의료기관 원가자료의 부정확성 문제: 현재 우리나라 의료기관의 원가자료는 불명확하고 내용이 충분하게 수집되지 못하고 있는 것이 사실임. 또한 제공된 의료기관의 회계 및 원가자료에서도 부정확한 면이 있어 자료의 신뢰성이 문제됨.
- 원가 내용 및 계산방법에서 표준화된 규칙이 없는 문제: 원가자료를 수집하여 수가별 원가를 계산하기 위해서는 발생원가를 효율적이고 객관적으로 계산하는 절차가 필요하나, 원가계산을 하기 위한 표준지침서 및 표준방법론들이 현재 부재한 상태임.
- 표준원가를 정의하기가 어려움: 의료기관의 발생원가에는 수많은 비효율성이 내재되어있기 때문에 발생원가를 그대로 보상해 주어야할 것인가 하는 의문이 발생. 즉, 얼마가 진정한 보상의 표준이 되는 원가인가를 정의하기 어렵기 때문에 원가계산의 의미가 없다는 것임. 이 부분에 대해서는 원가계산을 시행하는 국가(호주 및

대부분의 유럽국가) 대부분이 평균개념을 표준원가로 정리하고 이를 기준으로 수가를 계산하는 경우가 많음.

○ 이러한 이유 때문에 현재 원가계산법을 근거로 한 수가결정체계는 각 이해관계자들에게 신뢰를 받지 못하고 있는 상태임. 하지만 각 이해관계자들은 지속적으로 표본의료기관을 선정하여 원가조사를 하고 있는데, 이는 합리적인 결과를 산출하여 사용할 의도이기보다는 수가협상에서 유리한 위치를 점하기 위한 단순한 과정인 경우가 많음.

○ 한편, 같은 개념을 가지고 계산되는 SGR법에서도 이해당사자 간에 계산결과에서 차이가 발생함<표1 참조>. 이는 SGR법이 객관적인 자료를 근거로 쉽게 협상이 가능하다는 가정 하에 출발한 거시지표에 의한 계산방법임을 감안하면, 그 역할을 제대로 못하고 있음을 알 수 있음. SGR법에서 차이가 나는 이유는 계산에 어떤 지표를 사용하느냐하는 것과 같은 지표라도 다른 값을 적용하느냐에 따른 차이로 크게 구분할 수 있음.

3) 대안의 검토

○ 현재는 단순하지만 보다 객관적인 자료를 사용하고 있는 SGR법에 의해서 의사결정을 하는 경우가 많음. 그러나 연구하는 기관에 따라 다른 계산결과를 생성하기 때문에 이해관계자들 간에 갈등과 불신들이 발생하게 하는데, 이는 상호 협조와 보완을 하여야 할 의료계와 보험자 단체에게는 큰 사회적 비용을 초래하는 요인이기도 함.

○ 이해관계자들이 상호 효율적인 협의과정을 통하여 수가를 결정하지 못하는 가장 중요한 이유는 협상을 위한 객관적인 자료가 없기 때문임. 즉, 의료서비스 제공에 소요되는 원가가 얼마나 되는지에 대한 명확한 자료가 없다는 점임. 의료서비스원가를 정확히 계산하지 못하고 있는 상황에서 SGR법 같이 임의연도를 기준연도로 잡고 다음연도의 상승률만을 계산하는 방법으로는 의료계의 보상욕구를 정확히 해결할 수 없음.

○ 따라서 이 모든 갈등의 해결책은 의료기관이 의료서비스를 제공하면서 발생하는 원가가 정확히 얼마인지를 파악하는 것부터 출발하여야 함. 의료서비스를 제공 시 발생하는 실제원가를 객관적으로 파악하고, 이를 기반으로 수가가 적절하게 보상되고 있는지에 대한 협의를 진행하면 갈등요소가 많이 사라질 것으로 판단됨.

○ 물론 일부 학자들은 발생원가를 보상해야 할 원가인지에 대한 반론을 제기하고 있는데, 이는 발생원가에는 비효율적인 원가가 포함되어 있기 때문이라는 것. 그러나 의료기관의 발생원가를 정확히 계산하는 것 자체가 정책적 의사결정의 중요한 자료임. 따라서 원가가 정확하게 계산되면, 이를 기반으로 현재의 수가수준을 검증할 수 있고, 이를 기반으로 수가협상의 시작이 가능하기 때문에 원가계산은 미래지향적으로 매우 필요한 작업임.

○ 따라서 정확히 원가를 계산하는 것이 관건임. 정확한 원가는 오직 신만이 알지만, 정

확한 방법론을 가지면, 보다 정확한 원가를 알 수 있음. 현재와 같은 소수의 의료기관을 샘플로 하여 단순한 원가계산을 해서는 정확한 원가를 계산할 수 없기 때문에, 정확한 원가계산을 위해서는 각 의료기관에서 보다 세밀하고 정교한 원가계산시스템을 구축할 필요가 있음.

○ 의료기관에서 원가자료를 작성하는 것은 처음에는 매우 어려운 작업이나, 일단 자료작성의 기본 틀을 구축하고 나면, 다음 해부터는 보다 손쉽게 원가자료를 작성할 수 있음. 따라서 원가자료 수집에 한번 참여한 의료기관은 지속적으로 참여할 수 있도록 유도하기 위해 원가자료 수집을 위한 패널(panel)의료기관을 구축하고, 이 의료기관에게서 지속적으로 원가자료를 제공받는 것이 효율적임.

○ 한편, 각 의료기관에서의 계산하는 대부분의 원가계산은 정확한 원가계산을 위한 전산원가시스템이 구축되지 않는 한, 전통적인 방법에 의한 원가계산이 대부분임. 전통적인 원가계산 방법은 소모된 자원원가를 정확히 원가대상에게 배분하지 못한다(원가배분문제)는 단점이 있기 때문에, 이를 개선하기 위한 방법으로 ABC(activity based costing)원가를 도입할 필요가 있음.

○ 전통적인 원가계산방식과 ABC에 입각한 원가계산방법의 차이는 발생한 원가를 얼마나 정확하게 원가중심점(혹은 원가대상) 별로 계산 할 수 있는가 하는 점임. 원가중심점 별로 직접 발생한 원가는 문제가 되지 않으나, 공통적인 원가로 발생하는 간접비용의 경우는 얼마나 정확하게 원가중심점별로 원가를 배분할 것인가에 따라 정확성이 달라짐. 이때 전통적인 원가계산 방법보다는 ABC원가계산방법이 보다 정확하게 원가를 계산할 수 있다고 알려져 있음.

○ 이러한 전통적인 원가계산 방법과 ABC원가계산방법의 차이점을 요약하면 다음과 같음[그림1].
- 전통적인 원가계산은 자원이 발생한 곳에서 원가대상으로 단순히 배분하는 반면, ABC에 의한 원가계산은 인과관계를 기초로 하여 원가를 활동에 배분한 다음에, 이것을 다시 원가대상에 배분하는 방식을 사용함.
- 따라서 전통적인 원가계산은 원가발생을 정확히 원가대상에 배분하기 어려운 반면에, ABC에 의한 원가방식을 채택하게 되면, 활동을 기반으로 하여 원가를 계산하기 때문에 보다 정확한 원가계산이 가능해짐.

○ 한편 ABC에 의한 계산 배분되는 원가대상에는 시행과별, 수가별, DRG별, 환자별(약간의 순서개념이 포함되어 있음) 등 다양하게 적용할 수 있음. 핵심은 시행과별까지 원가를 정확히 집계가능하다면 그 다음단계는 손쉽게 원가를 계산할 수 있음.

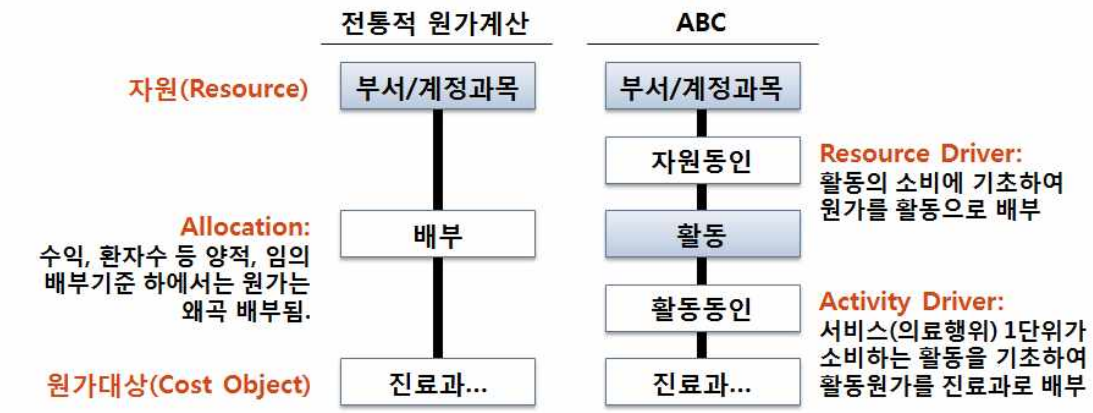


그림 1. 전통적 원가계산과 ABC원가계산 방법

○ 현재 각 의료기관이 어떤 원가계산을 사용하고 있는지에 대한 정확한 판단은 할 수 없으나, ABC 원가계산을 활용하여 원가계산을 하고 있는 병원들은 약 50여개로 알려져 있음. 전통적 원가계산에 의한 원가산정은 병원마다 그 개념과 내용이 다르기 때문에 정확한 숫자 확인은 어려우나, 병원이 전산화되고, 원가계산 프로그램이 확산됨에 따라 점차 원가계산을 하는 병원들이 증가하고 있으며, 동시에 보다 세분적인 원가계산을 하고 있는 병원들도 늘고 있는 실정임.

2. 외국 DRG 수가 결정방법

1) DRG 수가 결정체계

○ DRG에서의 수가결정과 지불체계는 일차적으로 환자분류체계를 통하여 환자의 유형을 분류 한 후, 각 분류에 맞는 환자특성자료, 임상자료, 원가자료 등을 수집함. 이러한 자료를 기반으로 수가결정에 필요한 기본적인 틀(setting)을 완성함. 수가결정 틀을 기초로 하여 서비스량, 열외군, 고비용군 등을 고려하여 협상을 걸쳐 최종적으로 실제 수가로 지급됨.

○ 이 때 중요하게 검토되는 것 중에 하나가 바로 원가자료 임. 사용된 원가를 파악하여, 그것을 기반으로 지급총액을 결정하는 기초자료로 삼고 있음.

○ 이러한 내용은 국가마다 조금씩 차이를 보이고 있는데, 독일의 경우를 중심으로 보다 세분하면 [그림 2]와 같이 정리됨.

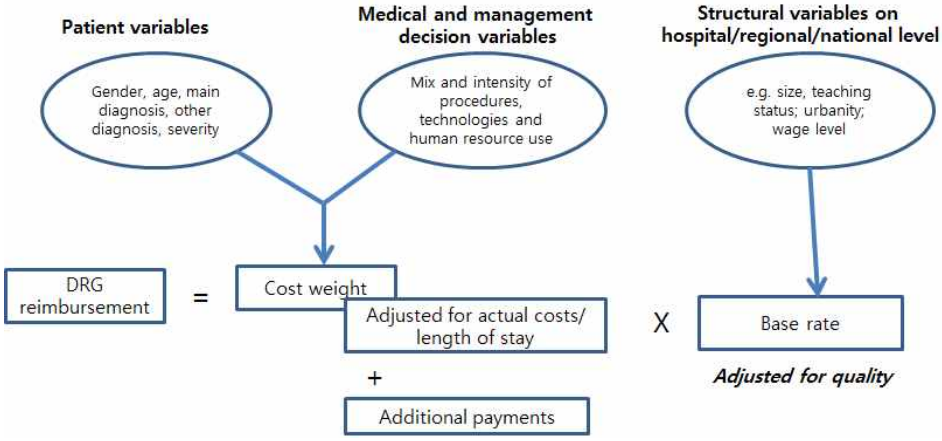


그림 2. 독일의 수가 결정 방법

○ 여기서 Cost weight의 개념은 환자 및 임상적인 특성에 따라 구분된 원가의 차이에 대한 가중치로, DRG 환자를 치료하는데 소요되는 병원자원의 상대적인 양의 평균을 의미함. 소요되는 자원을 정확히 계산하기 위해서는 원가를 사용하는 것이 최적이나, 원가를 구축하기 어려운 국가에서는 이를 대신하는 청구액 혹은 서비스 활동자료 등을 활용하기도 함. 이를 계산하는 방식에는 상대적 가중치 방식, 점수방식, 요금방식이 있음. 우리나라의 경우에는 "질병의 상대가치"에 해당되는 상대적 가중치 개념임.

○ 한편 Base rate는 조정계수라고도 하며 처리하는 의료기관의 특성과 물가변동 등의 현실을 반영 지표임. 이 base rate는 몇 년을 걸쳐 조정된 후에 평균의 개념으로 수렴하고 있는데, 이는 각 병원들에게 표준의 개념으로 자리 잡게 하는 요인으로 작용하고 있음. 현재는 병원보다는 지역에 따라 조정되는 경향이 강함. 우리나라에 바로 적용하기 어렵지만, 일반적으로 "환산지수"에 해당되는 개념임.

○ 이러나 개념을 근간으로 하여 각 국가마다 추가하거나, 수정하는 항목이 다르며, cost weight(원가가중치)와 base rate(기준비율)을 어떻게 계산하느냐에 따라 다양한 방법론과 계산 결과를 창출하고 있음.

2) 국가별 원가계산 활용정도

○ 수가결정에 있어서(원가가중치와 기준비율 결정 시) 원가계산을 어느 정도 활용하느냐는 국가마다 약간씩 다른데, 일반적으로 원가가중치를 외국에서 수입하는 경우는 제외하고는 대부분의 국가에서 원가계산을 근거로 하여 DRG 가격결정에 활용하고 있음.

○ 정확한 DRG 결정을 위해서는 원가계산의 정확성이 필수적이기 때문에 대부분의 국가에서 국가적인 차원에서 원가계산 지침을 마련하고 있음. 특히 유럽 국가 중에서 영국, 네덜란드, 포르투갈 같은 국가에서는 전 병원이 원가계산을 의무적으로 적용하도록 하고 있음<표 2 참조>.

표 2. 국가별 원가계산시스템 적용

구분	원가계산시스템 의무적용	국가별 원가계산지침	원가계산자료를 DRG가격결정에 활용	비고
오스트리아			○	
영국	○	○	○	
에스토니아			○	
핀란드			○	
프랑스		○	○	
독일		○	○	
아일랜드		○		원가가중치 수입
네덜란드	○	○	○	
폴란드				원가가중치 수입
포르투갈	○	○		원가가중치 수입
스페인				원가가중치 수입
스웨덴		○	○	

○ 원가계산을 하기 위해서는 병원에 대한 원가자료를 수집하고 있어야 하는데, 각 국가마다 수집비율은 다르나 원가자료 수집을 위한 샘플병원들 확보에 심혈을 기울이고 있음.

3) 원가계산의 정확성 정도

○ 국가마다 원가계산을 활용하는 정도에서 차이가 크게 발생함. 때로는 청구액을 기준으로 하는 경우와 상대적 원가를 기준으로 산출하는 경우도 있음. 그러나 원칙적으로는 정확하게 산출할 수 만 있다면 원가를 사용하는 것이 불필요한 논란을 없앨 수 있는 장점이 있음. 많은 국가들이 정확한 원가를 계산하기 위한 여러 방법들을 개발하고 있는 중임.

○ 일반적 원가를 계산하는 방식에서는 다음과 같이 크게 2가지 구분으로 분류할 수 있음. 즉, 병원서비스의 구체화 정도에 따라서 Gross(Macro) costing과 Micro costing으로 구분하고, 병원서비스의 측정방법에 따라 하향식(Top down)과 상향식(Bottom up)으로 구분함.

○ Gross costing이란 병원서비스의 수준을 개괄적으로 파악해서 서비스영역을 크게 잡고 이를 기준으로 원가계산을 하는 것을 말하며, Micro costing이란 병원서비스를 세분하여 보다 구체적인 방법으로 원가를 계산하는 것을 말함. 예를 들어 영상의학과 서비스로 원가를 계산하는 경우와 이를 다시 세분하여 CT서비스까지 세분하는 경우로 구분할 수 있다면 전자는 Gross costing에 해당되며, 후자는 Micro costing에 해당됨.

○ Top down costing 이란 각 항목별 비용을 계산한 후에, 이를 일정한 배분기준에 따라 배분한 후에 원가대상별로 원가를 계산하는 방식이며 Bottom up costing이란 원가대상별로 원가를 직접 집계(재료비, 의사 시간 등) 한 후, 이를 합하여 원가를 계산하는 방식을 말함. 그러나 Bottom up costing의 경우라도 모든 원가를 다 이렇게 할 수는

없기 때문에 어느 수준(예를 들면 간접비의 경우)에서는 배분기준을 적용하여야 함.

○ 따라서 이러한 두 가지 구분을 결합하면 [그림 3]과 같이 4가지 경우가 발생함. 이중에서 bottom up과 micro costing이 가장 적정성이 높은 방법임.

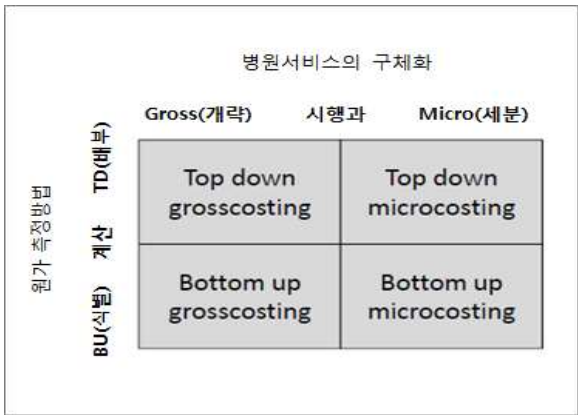


그림 3. 일반적인 원가계산 방식

○ 한편 각 국가 원가계산방법을 검토하면 <표 3>과 같음.

표 3. 국가별 원가계산방법

	각 부서에 간접비 원가 배분	환자에게 직접비 원가 배분
호주	병원별 상이	Gross costing
영국	Direct	Top down microcosting
에스토니아	Direct	Top down microcosting(주로)
핀란드	Direct	Bottom up microcoting
프랑스	Step down	Top down microcosting(주로)
독일	Step down(가급적)	Bottom up microcoting(주로)
네덜란드	Direct	Bottom up microcoting
스웨덴	Direct	Bottom up microcoting

참고자료 : Diagnosis-Related Groups in Europe, 2011

3. 우리나라 병원원가담당자들의 원가에 대한 인식

○ 총 200여명의 원가관련 세미나 참석인원 중에서 조사에 참여한 인원은 103명이며, 설문조사는 주로 원가를 잘 알거나 관심이 있는 사람들을 중심으로 분석한 것임. 따라서 설문의견은 원가개념을 가지고 있는 병원관계자들을 중심으로 의견을 수렴한 것이기 때문에 의견이 편중될 수도 있으나, 원가의 특성상 이러한 개념이 없는 사람들에게는 의견 수렴하는 것이 부적절하다고 판단하여 관계자를 중심으로 조사하였음.

○ 설문내용을 종합하면 우리나라 병원들의 원가계산의 문제점은 다음과 같음.

- 규모가 크지 않은 병원들은 아직도 원가계산에 대한 깊은 관심이 없음.
- 원가계산을 하고자 할 경우에도 표준원가계산 방법론(원가규정이나 지침 등)이 없음.
- 병원들이 원가의 중요성은 인식하고 있으나, 자금 여력 때문에 이를 계산하기 위한 시스템구축에 투자를 쉽게 하지 못하고 있음.
- 병원들이 수가산정용 원가를 정부에 제공하는 데에는 불안해하고 있음. 이유는 원가를 다른 곳에 사용할 가능성에 대한 염려가 많음
- 정확한 원가계산을 위한 방법론(ABC등) 에 대한 이해가 부족함.

○ 이러한 문제점을 개선하기 위한 방법에는 다음과 같은 부분을 고려되어야 한다는 의견이있음.
- 정확한 원가수집과 그 결과에 의한 원가를 기초로 하여 수가금액을 정확히 결정할 수 있으며, 이를 기반으로 공급자와 보험자 간의 갈등을 해결할 수 있다는 기본인식
- 원가수집은 정확하고 객관적인 자료에 근거를 하여야 한다(정확성과 객관성의 원칙)는 인식이 공급자와 수요자간에 공유할 필요가 있음.
- 병원들이 적용할 표준원가의 개념을 정립하고 이에 맞는 표준안을 지속적으로 개선해나갈 필요가 있다는 인식이 필요함. 즉 원가를 계산하는 방법과 표준 등은 실제 원가를 시행하는 공급자들이 결정해 나가는 것이 원칙이며, 이를 위해 의협이나 병협에서 자발적으로 "원가계산 원칙과 준칙"을 제정하는 것이 바람직함. 이에 반해 계산된 원가와 이를 기반으로 한 수가결정 간에는 정확히 일치가 있을 수 없기 때문에 적절한 수가결정을 위한 정부와 공급자간에 협의를 위한 지침이 필요함.

○ 이를 근거로 향후 개선방향을 제시하면 다음과 같음.
- 병원들에게 원가계산을 위한 표준지침서를 제공하여야 함.
- 병원들의 원가를 수집하기 위해서는 병원들이 가지는 불안과 의심을 해결해야 함.
- 수집된 원가는 독립된 조직에서 목적에 맞게 사용된다는 인식을 정확히 심어주어야 함.
- 병원들에게 참여를 독려하기 위하여 원가계산 및 수집을 위한 여러 지원을 제공해야 함.
- 수집된 원가들은 수가계산을 위한 기본 자료가 될 수 있도록 체계적이어야 함.

4. 효율적인 원가계산을 위한 기본적인 틀

1) 국내 적용을 위한 원가계산 방법 검토

○ 원가계산은 매우 복잡한 과정이며, 많은 자료를 필요로 함. 원가계산 결과는 기초자료를 산출하는 병원 기간계시스템(legacy system)의 수준, 병원의 자료관리 역량, 자료의 수집가능성 등에 크게 영향을 받음.

○ 우리나라의 경우 종합병원은 우수한 기간계시스템을 바탕으로 양질의 자료를 산출하고 있으나 병/의원 경우는 자료가 제대로 관리되지 않아 이를 감안하여 원가계산방법을 적용할 필요가 있음.

○ 수가별 원가계산을 위해서는 시행과별 원가정보가 필수적임. 이는 시행과별로 원가구조의 차이가 크며, 시행과에서 환자에게 서비스가 실시되기 때문임. 시행과에서 수가별 원가정보를 산출하는 경로는 크게 두 가지로 나누어 질 수 있는데, 하나는 수가별 원가계산이고, 다른 하나는 환자별 원가계산임. 독일, 영국 등 유럽 및 호주에서는 DRG 원가계산을 위해 환자별 원가계산을 채택하고 있고 우리나라 병원의 경우는 수가별 원가계산을 적용하고 있음. 이러한 차이는 지불제도의 차이 및 원가계산의 정보활용도 차이에서 비롯된다고 볼 수 있음.

○ 병원서비스지불을 위해 행위별수가제를 경험하지 않은 유럽과 호주의 경우는 개별 수가별로 원가계산을 수행할 이유가 없고, 수가결정이라는 대외적 정보제공의 목적으로 원가계산이 수행되므로 비교적 단순한 방식인 환자별 원가계산을 채택하였음. 반면, 우리나라는 행위별수가제가 기본 지불제도이므로 수가별 원가계산이 필요함.

○ DRG별 원가계산을 위해서도 수가별 원가계산이 더 적합한데, 그 이유는 다음과 같음.
- 첫째 수가별 원가계산은 가장 정확한 원가계산방법임. 환자별 원가계산은 시행과에서 환자로 배부한 후 DRG로 취합하는 방법인데, 이 과정에서 환자별로 인식되는 직접비는 주로 재료비 및 수술 및 마취원가로서 환자별 마취 및 수술시간으로 환자별로 배부됨. 반면, 수가별 원가계산은 시행과에서 수가로 배부한 후 DRG로 취합하는 방법으로서 재료비 외에 직접인건비(의사/간호/기사시간) 및 직접감가상각비(장비시간)를 수가별로 배부하여 환자별 원가계산에 비해 훨씬 더 많은 원가를 직접 수가로 귀속(또는 배부)할 수 있음.
- 둘째, 수가별 원가계산은 다양한 지불제도에 유연하게 적용될 수 있는 방법임. 현재 지불제도인 행위별수가제에 정확히 대응되며, 현재 시범사업으로 수행되고 있는 신포괄수가제에도 적합함. 신포괄수가가 포괄수가인 기준수가, 일당수가 및 행위별수가의 조합으로 구성되어 있기 때문임. 향후 포괄수가제도가 어떻게 발전될지 모르는 상황에서 가장 상세한 수준인 수가별 원가계산체계를 구축해야 미래 지불제도방향에 유연하게 대응할 수 있음.
- 셋째, 수가별 원가계산은 정보 활용도가 매우 높은 계산방법임. 개별 DRG에 대해 재무적 관점의 임상경로(Critical Pathway)정보를 제공하고, 포괄수가제 하에서 병원의 운영 효율성 개선에 도움을 줄 수 있음.

○ 간접비의 합리적 배부를 위해서 활동기준원가계산 및 상호배부 방식을 권장하되, 기초자료가 미흡한 병/의원을 위해서 전통적 원가계산과 직접배부 및 단계배부 방식도 적용할 수 있도록 하는 것이 바람직함.

○ 원가계산의 흐름 관점에서는 수가별 재료 사용량 및 시간을 집계하여 직접비를 계산하는 상향식(Bottom-up) 방법과 간접비를 위에서부터 배부하는 하향식(Top-down) 방법을 혼용하는 것이 바람직함.

○ 한편 기간계시스템이 잘 구축되어 있는 종합병원이상의 경우는 개별원가계산을 권장하고, 기초자료산출이 어려운 병/의원의 경우는 표준원가계산방식을 적용하는 것이 바람직함<표 4 참조>. 여기서 개별원가계산이란 각 병원들이 원가를 직접 계산하는 방법이고 표준원가계산이란 표준자료를 수집하여 국가가 계산하는 방법임.

표 4. 개별원가계산과 표준원가계산의 적용 방안

구분	개별원가계산	표준원가계산
대상	종합병원	병/의원
방법	병원에서 실제 산출하고 있는 원가를 수집하여 대표값을 정의	원가계산을 위한 기초자료를 병원 등으로부터 수집하여 정부에서 원가를 직접 계산
사례	독일, 호주, 영국 등 DRG가격 결정	상대가치점수 산정연구
장점	공급자 합의 도출 수월	기초자료 수집이 상대적으로 수월
단점	원가계산시스템을 보유하고 있는 충분한 샘플 병원수 확보 필요	결과에 대한 공급자 신뢰 확보가 어려움.

2) ABC원가계산 적용의 문제점과 대처 방안

○ ABC에 의한 원가계산은 원가를 보다 정확히 계산할 수 있다는 장점은 있으나, 이를 적용하기 위해서는 다음과 같은 어려운 점이 있음.
- ABC시스템 도입에 필요한 초기비용 : 활동분석과 측정비용이 많이 소요되기 때문에 정보 수집에 따른 비용 및 초기 투자비용 필요
- 활동분석에 대한 타당성 입증의 어려움 : 활동에 대한 명확한 정의나 구분에 대한 일관된 기준이 존재하지 않으며 활동분석에 대한 타당성 평가가 어려움.
- 원가동인의 발견이 어렵고, 원가동인의 선택이 자의적일 가능성이 높음.
- 원가동인요인과 원가가 비례적으로 변화한다는 가정의 취약성이 존재할 수 있음.
- 간접비 중 서비스 조직에 직접 배부하기 위해 다양한 조업도가 존재하는 병원의 경우에 조업도에 의해 자의적으로 배부하는 경우가 많기 때문에 활동수준원가계산의 정확성에 문제를 제기할 수 있음.

○ 따라서 ABC을 실제로 적용하기 위해서는 다음과 같은 내용들이 검토되고, 이에 대한 대처방안이 구축되어야 함.

① 원가계산 없이 현재와 같이 기존의 수가 구조를 그대로 가져 갈 것인가?
- 현재의 수가는 구체적인 원가계산이 없는 상태에서 진료비(청구액)를 기준으로 수가를 결정하는 구조를 가지고 가고 있음. 이러한 내면에서 정확한 원가를 피한 채로 손쉬운 진료청구액으로 가지고 수가를 결정하는 문제점이 있음.
- 따라서 언젠가는 원가를 정확히 계산해야 하는데, 원가계산의 어려움으로 인하여 이것을 언제까지 미룰 것인가에 대한 결정이 이루어져야 함.

② 수가결정을 위한 원가계산을 ABC원가계산이 아닌 보다 단순한 원가계산으로 대체 가능한가?

- 정확한 원가계산을 하여야 한다면, 과연 어떤 방식을 도입할 것인가에 대한 결정을 하여야 함.
- 전통적인 원가계산방식과 같은 단순한 원가계산도 가능하지만, 장기적으로는 ABC와 같은 보다 정확한 원가계산이 필요함. 동시에 병원들에게도 경영개선의 여지를 제공할 수 있는 장점이 있음.
- 따라서 장기적으로는 ABC 원가를 도입하는 데, 그 시기를 언제로 할 것인가에 대한 의사결정이 있어야 함.

③ 정확한 원가계산을 위해 정부가 어느 정도 투자를 할 것인가?

- ABC에 의한 원가를 계산하기 위해서는 의료기관이 원가계산을 위해 어느 정도의 초기자금을 투자하여야 하는데, 현재의 의료기관의 사정상 이러한 투자여력이 많지 않음.
- 따라서 민간의료기관이 자발적으로 원가계산시스템을 구축할 때까지 기다릴 것인가 아니면 정부가 정책적인 지원을 해 줄 것인가를 결정하여야 함.
- 정부의 정책적인 지원에 대한 논리는 민간의료기관이 비영리이기 때문에 합리적인 경영을 하도록 지원하는 것이 정부의 역할이며, 적정한 원가계산이 가능하면 의료서비스 제공시 보다 저렴한 원가를 통한 진료비 절감 혜택과과 수가의 적정성 평가로 인한 공급자와의 마찰을 줄일 수 있기 때문임.
- 정부가 지원한다면 얼마의 금액으로 어떻게 지원할 것인가에 대한 의사결정이 이루어 져야 함.

④ 의료기관이 원가계산에 참여하는 것이 비용보다 효과가 더 클 것인가?

- 의료기관이 원가계산을 하는 것이 의료기관에게 유리할 것인가에 따라 의료기관의 참여가 결정되기 때문에 이에 대한 명확한 측정과 논의가 필요함.
- 의료기관의 원가계산 참여는 원가계산을 위한 추가적인 인력소모 및 원가정보의 누출 등의 기회비용이 존재할 수 있음. 그러나 참여를 통하여 의료기관이 자신들의 낭비적인 원가활동을 파악하고 개선할 수 있다는 점과 원가를 통한 적절한 수가보상이 가능하다는 점에서 유익함이 존재함.
- 따라서 의료기관이 원가계산 및 원가정보 제공하는 것이 의료기관에게 효과적인지에 대한 정보를 제공해 주어야 함. 동시에 비효과적인 측면이 있다면 이에 대한 개선 및 정책적 지원에 대한 의사결정이 있어야 함.

주제발표 4

건강보험 수가결정의 거버넌스 이슈

신의철

가톨릭 의대 예방의학 교수

건강보험 수가결정의 거버넌스 이슈

2013. 3. 14(목)

가톨릭의대 예방의학교실 교수 신의철

의료수가 결정기전의 변천과정

- 『인가제』 시기: 의료법이 제정된 1951년~1976년
  - 국민의료법에 의거 소관 지방행정장, 서울특별시장 또는 도지사, 보건사회부장관, 도지사 인가 등으로 변천
- 『고시제』 시기: 당연의료보험이 도입된 1977년~2000년
  - 의료보험법 의거
  - 보건사회부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 정한 기준에 의거 요양급여비용을 산정
  - 정부의 통제
- 『계약제』 시기: 상대가치제가 도입된 2001년~현재
  - 국민건강보험법 의거
  - 공단이사장과 요양기관 대표가 요양급여비용을 계약

(자료: 지영건, 2008)

2

수가계약제 도입배경 및 의의

- 긍정적 변화로 공공건강보험의 자율성 증진
- 건강보험의 두 당사자(보험자,제공자)간 협상을 통한 합리적인 수가결정 기제 운용
- 2000년 의약분업, 약제비 실거래가 상환제 실시에 따른 제로 약가마진으로 인한 의료계의 적자우려 불식장치 (이상돈, 2009).

3

'계약'의 정의

- 법학적 관점에서 계약은 법적 효과의 발생을 목적으로 하는 사람과 사람들 사이의 의사에 따른 합의(위키백과).

- 법률상의 효과를 목적으로 두 사람 이상의 의사의 합치에 의하여 성립하는 법률 행위. 일방이 이를 신청하고 상대방이 이를 승낙함으로써 성립됨 (네이버 한자사전).

4

계약제의 성과

- 2000년~2010년 간 단 한차례만 계약 성사
- 계약제는 사실상 실패로 판단.

계약 년도	계약 유형	계약 여부	최종결정	비고
2000	단일	(고시)	건정심 표결	가입자 퇴장
2001	단일	X	건정심 표결	공급자, 가입자 일부 퇴장
2002	단일	X	건정심 표결	가입자 퇴장
2003	단일	X	건정심 표결	가입자 퇴장
2004	단일	X	건정심 합의	제도개선 소위에서 합의
2005	단일	O	계약	유형별 수가계약 부대조건
2006	단일	X	건정심 표결	가입자 퇴장
2007	7개 유형	5개	병원, 의원 건정심 표결	의협, 병협 퇴장
2008	7개 유형	6개	의원 건정심 표결	의협 퇴장
2009	7개 유형	5개	병원, 의원 건정심 합의	약제비 절감 부대조건 합의
2010	7개 유형	6개	의원 건정심 합의	

자료: 김진현 등, 2009년도 요양급여비용 환산지수 연구(2008). 보건복지부 보도자료(2010)

5

글의 목적

- 현행 요양급여 수가계약 과정, 건정심의 구성 및 운영의 문제점이 많은 문헌들에서 제기
- 이를 바탕으로 수가계약제의 문제를 governance 차원에서 기술
  - 어떤 집단이 수가결정과정에 지배구조로 작용하며,
  - 의사결정구조에 어떠한 문제가 있는지 고찰
  - 개선안 정리

6

현행 건강보험수가 결정 방식

- 국민건강보험공단의 이사장과 의약계를 대표하는 자가 요양급여비용을 계약으로 정하도록 규정 (국민건강보험법 제45조 제1항).
  - 의약계 대표자는 병원협회장, 의사협회장, 치과의사협회장, 한의사협회장, 약사회장, 조산사 또는 간호사협회장
  - 계약의 내용은 요양급여의 각 항목에 대한 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 함(국민건강보험법 시행령 21조).
- 건강보험심사평가원은 공단의 이사장이 계약을 체결하기 위하여 필요한 자료를 요청하면, 그에 성실히 따라야 함(국민건강보험법 제45조).

7

- 국민건강보험공단 이사장은 요양급여비용 계약을 체결할 때, 재정운영위원회 심의·의결을 거쳐야 함(국민건강보험법 제45조 제5항).
  - 재정운영위원회의 심의·의결을 거치지 않고 체결한 요양급여비용 계약은 무효.
- 계약기간 만료일의 75일 전까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 함.

8

건강보험정책심의위원회

- 요양급여의 기준, 요양급여비용에 관한 사항, 직장가입자의 보험료율, 지역가입자의 보험료부과 점수당 금액, 그 밖에 대통령령으로 정하는 건강보험에 관한 주요 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 건정심을 둠(국민건강보험법 제4조).
- 건정심은 위원장 1명, 부위원장 1명을 포함하여 25명의 위원으로 구성.
  - 가입자대표 8인, 의약계대표 8인, 공익대표 8인(국민건강보험법 제4조 4항).
  - 위원장은 보건복지부차관이 되고, 부위원장은 위원 중에서 위원장이 지명하는 사람.
  - 건정심 위원은 보건복지부장관이 임명 또는 위촉함.

9

건강보험 재정운영위원회

- 요양급여비용의 계약 및 결손 처분 등 보험재정에 관련된 사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 재정운영위원회를 둠(국민건강보험법 제33조)
- 재정운영위원회 구성 등
  - 직장가입자를 대표하는 위원 10명
    - 노동조합과 사용자단체에서 추천하는 각 5명
  - 지역가입자를 대표하는 위원 10명
    - 대통령령으로 정하는 바에 따라 농어업인 단체·도시자영업자단체 및 시민단체에서 추천하는 사람
  - 공익을 대표하는 위원 10명
    - 대통령령으로 정하는 관계 공무원 및 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 (국민건강보험법 제34조)

10

건강보험 수가계약결정 과정

11

관련 연구

저자	연구결과
감사원 (2004)	• 상대가치점수, 환산지수, 요양기관 종별 가산율, 차등수가제 등 요양급여비용 산정이 신뢰성 없는 자료를 기초로 이루어지고 있어 매년 지불하는 진료비가 적정한지도 알 수 없을 뿐만 아니라 상대가치점수 결정, 요양기관 종별 가산율 및 차등수가제는 제도를 도입한 목적과 다르게 운영하고 있음. • 건정심 위원 구성에 있어 공익대표 중 공무원 2인을 제외한 나머지 위원은 보다 중립적인 입장을 견지하면서 독립적이고 객관적인 의사를 표현할 수 있는 자를 임명 또는 위촉할 것.
이상돈 (2009)	• 현행 수가계약제는 '고시제'로 탈바꿈되어 계약의 의미가 사실상 빈사상태에 이르렀다고 진단.
KDI (2012)	• 가입자 대표와 공익대표를 건정심에 포함시키고 의결권을 부여함으로써 계약관계에 기초한 보험자와 공급자간의 협상이 아니라 정부의 입장에 도덕적 우위를 부여하여 그대로 관철시키는 구조로 되어 있다는 점을 지적. • 의사결정과정의 책무성과 민주성을 균형 있게 추구하기 위해서는 의사결정 수준과 주체에 따른 범위를 재구조화한 법률 개정이 필요.
정석훈 (2012)	• 공단 재정운영위원회와 건정심의 구성 및 기능의 문제 • 사실상의 고시제 운영 프로세스 • 보험자 및 의약계간의 정보 불균형 • 비정상적인 저수가 문제 • 계약의 내용과 직접 관련이 없는 부대조건 제시 문제

12

감사원 보고서(2004)

- 국민건강보험이 정부의 주도로 운영되고 있어 운영의 효율성이 떨어지고, 기관간 갈등 발생
- 국민건강보험의 보험자 역할
  - 보건복지부가 실질적 보험자 역할을 함으로써 이해관계자의 조정역 수행 어려움
  - 공단과 보건복지부와의 역할에 대한 이견으로 기관간 갈등 발생
- 건정심의 구성 및 운영
  - 보건복지부의 의향대로 사안이 결정되도록 공익대표를 임명, 위촉
    - · 공익대표 8인 중 6인. 복지부, 재경부, 공단, 심평원, 보사연, 보건산업진흥원.
  - 심의안건의 자료,설명이 충실치 않아 형식적 심의, 의결절차로 전락
  - 한시적 운영으로 동일문제 발생에 대한 방안마련 못함
- 감사결과에 대한 관계기관 동의

13

- 원인
  - 기존의 다수보험자를 규율하던 구 의료보험법을 단일보험자에 맞게 정비되지 못한 채 자구만 고쳐서 제정
  - "건정심"을 정부에서 주도적으로 운영하기 위한 것으로 판단
- 개선사항
  - 보건복지부는 보험정책을, 공단은 보험운영의 주체가 될 수 있도록 건강보험법 상 역할을 명확히 규정(통보)
  - 건정심 (권고)

    -공익대표 중 공무원 2인을 제외한 나머지 위원은 중립적, 독립적, 객관적인 의사를 표현할 수 있는 자 임명, 위촉

    - 안건의 산출근거, 설명자료 첨부하여 심의,의결이 형식적 절차로 전락방지

    - 운영시한 종료 후에도 지속적인 연계, 심의 가능하도록 운영

14

- (감사원법 제34조의2) ② 권고 또는 통보를 받은 소속 장관, 감독기관의 장 또는 해당 기관의 장은 그 처리결과를 감사원에 통보하여야 함

15

KDI 보고서

- 지배구조상 문제점 지적
- 건정심은 급여기준과 보험료율 등 보험운영의 기본 틀 이외에 '그 외 건강보험 관련 주요사항'까지 의결하도록 규정하여 사실상 모든 주요결정을 관장.
- 건정심 논의과정에서 사안에 대해 설명하거나 책임지는 주체가 불명확하여 책무성 측면에서 심각한 문제 야기
  - 명목상 건정심을 통과했기 때문에 결정의 원칙, 근거 설명이 불명확
  - 책무성이 모호한 의사결정 구조는 정부의 정책의지를 관철시키기 유리
  - 정치상황에도 손쉽게 이용되는 문제점

16

- 수가 경우도 계약관계에 기초한 보험자와 공급자간 협상이 아니라 정부의 입장에 도덕적 우위를 부여하여 그대로 관철
- 결국, 건정심은 정부의 의지를 용이하게 관철시키는 장치.
- 개선안
  - 정부와 건정심의 역할 재정립
  - 국가적 중요성을 갖는 결정과 보험자/공급자 협상 사항을 구분
    -구체적 급여포함여부, 의료기관 유형별 보수 등
  - 보험당사자간 민주적 협상이 가능하도록 구조개편 필요
    -사회보험원칙과 규제의 틀 속에 보험자/공급자 협상기구를 운영

17

병원계, "박근혜 정부, 건강보험수가 구조 개선해야"

병협 김윤수 회장, 논평 통해 규제 중심 정책 개선 피력

기사입력시간 : 2012-12-20 12:24:43 최종편집시간 : 2012-12-20 12:24:43 문성호 기자

병원계가 박근혜 후보의 대통령 당선을 축하하며, 새로운 정부에 건강보험수가 결정구조의 개선을 요구했다.

보험·제도

의료계, "수가결정구조가 단지 공평했으면 하는 바람 뿐"

수가결정구조, 방식 문제 공감..해결책 온도차
보건복지위원들 대거 참여 속 보건복지부 불참

기사입력시간 2012.11.22 13:34:10 의협신문 최승원 기자 | choisw@doctorsnews.co.kr

뉴스
보건정책

수가결정구조 개선 위한 난상토론

병협·복지부 '조정기구 설립' 설립에 한 목소리

이명여 기자 | mylee@thedr.co.kr

정책·행정

수가 결정 개선 방식, '동상이몽'

공정·중립적 조정기능 제도화엔 모두 공감

안치영 기자 synsizer@bosa.co.kr ▶기자의 다른 기사 보기

입력 : 2012-11-22 10:33 프린트 이메일 기사목록

불합리한 수가 결정구조 개선 필요하다

협상 아닌 정부 정책 관철시키는 모순된 구조
책무성 모호하고 단기적 정치상황에 손쉽게 이용돼

18

외국사례

- 사회보험 채택 국가사례들
- 국가에 영향을 미치는 사회정책적 문제와 사회보험 당사자간 협상으로 결정되어야 할 문제를 구분하여 책무성과 민주성을 보장.
  - 보충성의 원칙: 협약당사자만으로 해결할 수 없는 사안에 대해서만 국가가 개입
  - 예산상한, 급여원칙, 보험료 수준은 국가차원의 결정
- 국가수준의 사회보험위원회는 자문역할
  - 보험자, 공급자 대표, 중립위원으로 구성, 의결권 없음.

19

각국의 건강보험정책 결정 수준과 주체

국가	의사결정 수준과 주체
프랑스	· 국가적 수준(법률, 보험운영의 기본적 틀) · 보건부(승인) · 사회보험협회(구체적 서비스 포함/제외 여부) · 의료적 자문기구(구체적 서비스 포함/제외에 관한 자문)
독일	· 국가적 수준(법률, 보험운영의 기본적 틀) · 보건부(승인) · 사회보험 연방위원회(구체적 서비스 목록) · 병원 진료비 상환 관련 기구 결정(연방위원회 내 병원분과의 보조 하에) · 진료수가 관련 결정(DRG 목록) · 의사(개별 병원 수준에서 서비스 우선순위)
네덜란드	· 국가적 수준(법률, 보험운영의 기본적 틀) · 보건부(시행령) · 진료수가 결정 기구(DBC 체계) · 의사(개별 병원 수준에서 서비스 우선순위)
잉글랜드	· 국가적 수준(법률, 기본적 틀) · 보건부(급여목록) · 일차 의료 트러스트(서비스 양과 상환수준에 관해 공급자와 협상)

자료: Schreyogg, J., "Defining the 'Health Benefit Basket' in nine European countries," European Journal of Health Economics, Vol. 6, 2005.

20

독일

- 사회보험의 자율성이 높은 대표적 국가
- 예산상한, 급여원칙, 보험료수준은 국가차원의 결정
- 연방위원회는 보험자대표, 공급자 대표, 중립위원으로 구성. 의결권 없음.
  - 의사대표위원: 9인 (연방보험계약의사협회에서 임명)
  - 의료보험조합대표위원: 9인 (연방질병금고 연합회에서 임명)
  - 공익대표위원: 3인 (위원장 1인, 중립위원 2인)
    - 중립위원은 공급자, 보험자대표가 각각 1명씩 제안
    - 상대 측에서 인정하지 않는 위원은 임명될 수 없음.
- 수가계약은 보험자(질병금고)와 공급자(보험계약의사협회, 병원)가 계약
  - 계약 당사자들이 동등한 입장에서 분쟁에 대한 조정, 중재 시도

21

수가결정과정의 지배구조 측면 문제점 종합

- "계약관계에 기초한 당사자간의 협상이 아니라 정부의 도덕우위적 입장을 관철시키는 지배구조"
- 정부의 역할
  - 건강보험정책결정 사항에 대해 건정심을 통해 개입
  - 책무성 회피
- 건정심의 역할
  - 위원장 및 공익위원의 정부중심 구성
  - 주요 건강보험 정책사안 뿐 아니라 보험당사자 협상사안에 대해 의결권을 가지고 관여
  - 한시적 합의결정 방식으로 인하여
    - ✓ 사안의 논의절차 객관성, 투명성 미약
    - ✓ 결정사안에 대한 지속적 책무성 취약

22

- 공단 및 재정운영위원회의 역할
  - 재정운영위원회의 수가계약 의결권부여로 공단이 계약 당사자임에도 불구하고 독립적 협상 및 계약권한 부재
- 심사평가원의 역할
  - 보험자에게만 수가계약을 위한 자료제공 협조
- 제공자의 역할
  - 계약당사자로의 협상권한 제한
- 공단-제공자간 협상 조정중재기구의 부재
  - 보험자와 제공자가 동등한 위치에서 수가계약을 협상, 조정할 수 있는 기구 부재

23

수가결정계약제의 개선방안

- 정부의 역할 새롭게 규명
  - 건강보험정책의 주요사안에 대한 책무성 유지
- 건정심의 역할 새롭게 규명
  - 건강보험 운영의 기본적 틀에 국한
  - 자문 및 조사역할에 집중
  - 위원 구성의 합리적 개선
- 공단 및 재정운영위원회의 역할 새롭게 부여
  - 공단은 수가계약 당사자로서의 독립적 자율적 지위 부여
  - 재정운영위원회의 수가계약 의결권 제한

24

수가결정계약제의 개선방안

- 보험자-제공자간 조정기구 설립
  - 협상가능 건강보험 안건에 대해 중재하는 기구
  - 보험자, 제공자 동수, 상호 인정하는 소수의 공익으로 구성
- 상기 개선방안들은
  - 이미 다양한 기관(특히 감사원), 연구자들을 통해 중복적으로 제안.
  - 조속히 개선하여 당사자간 화합을 이루고 건전한 건강보험 체계를 구축하는 것은 사회적 책무

25

참고문헌

감사원(사회·복지감사국 총괄과). 국민건강보험 운영실태. 2004.

윤희숙. 건강보험 보장성 확대과정을 통해 본 건강보험 성과지표와 의사결정의 책무성 문제. KDI 현안분석, 2012.

이상돈. 수가계약제의 이론과 현실. 세창출판사, 2009.

이용균. 건강보험 수가계약제의 문제점과 정책적 이슈. 한국병원경영연구원 이슈페이퍼 제10호. 2011.

정석훈. 건강보험 수가계약제의 문제점과 건강보험정책심의위원회 구성 개선방안. 한국병원경영연구원 연구보고서, 2012.

지영건. 우리나라 수가결정구조의 현황. 의료정책포럼 2008;8(4).

최희경. 의료보험수가 결정 과정과 정부의 역할. 한국행정학보 2004;38(2);127-147.

황선줄. 현행 요양급여비용 계약제(수가계약제)의 법률적 문제점. 의료정책포럼 2008;8(4).

26

MEMO