
醫療保險 統合에 따른
診療費 支拂體系 改編 研究

崔秉浩
權純晚
申鉉雄

韓國保健社會研究院

머 리 말

최근 「醫療保險統合推進企劃團」은 2000년 1월부터 직장조합을 포함한 관리운영을 통합관리 하도록 건의하였고, 이에 따라 정부에서는 통합법안인 國民健康保險法을 제정하기에 이르렀다. 따라서 의료보험 통합에 따라 그 동안 논의되어 오던 진료비지불보상제도에도 큰 변화를 예고하고 있다.

의료보험제도 출범당시 도입된 診療行爲別 酬價制(fee-for-service: FFS)에 대해서는 많은 비판이 있었다. 행위별수가제를 보완하기 위하여 資源基準相對價値體系(Resource Based Relative Value Scale: RBRVS)를 1997년에 개발하였고, 이를 토대로 현재의 酬價體系를 조정할 것을 검토 중에 있다. 한편 醫療保障改革委員會(1995)는 診斷名(Dignosis Related Groups: DRG)分類에 의한 지불제도 도입을 위한 시범사업을 실시할 것을 건의하였고, 1997년 2월부터 정상분만, 제왕절개술, 편도선수술, 맹장염수술, 백내장수술 등 5개 질병군을 대상으로 시범사업이 실시되고 있다. 한편 醫療改革委員會(1997)에서는 진료비총액을 관리하는 ‘診療費總額契約制’(혹은 예산제: Global Budgeting)의 도입 검토를 건의하였다.

의료보험통합으로 단일보험자가 구매독점자로서 의료공급자에 대한 협상력이 커진다면 진료비총액의 증가에 제한을 가할 수 있는 포괄적인 지불보상제도의 도입 가능성이 높아질 것이다. 특히 기존의 의료보험연합회에서 담당하던 진료비심사기능이 「健康保險審査評價院」으로 독립하여 진료비 심사 뿐 아니라 진료적정성 등 의료의 질을 평가하는 기능을 강조하고 있다. 이는 개별 행위에 대한 심사보다는 질환

에 대한 진료과정 및 질에 대한 평가가 중요시됨을 의미한다고 볼 수 있다.

본 보고서는 이러한 의료환경의 변화와 지불제도의 개편논의를 바탕으로 현행 진료비심사·지불체계의 개편방향을 모색하고자 하며, 진료비 請求-審査-支拂-事後管理 과정상의 개선방안을 제시함으로써 의료보험제도의 계약당사자인 消費者-供給者-保險者 3자간의 자원배분의 효율적인 흐름에 기여하도록 하였다.

본 보고서는 본원의 崔秉浩 부연구위원의 책임하에 서울대학교 보건대학원의 權純晚 교수와 본원의 申鉉雄 연구원과 공동으로 작성되었다. 본 보고서는 금년 보건복지부장관 자문기구로 발족된 『醫療保險統合推進企劃團』의 활동과 병행되어 작성되었으며, 본 연구책임자는 동 위원회에서의 진료비심사·지불체계 분과의 간사전문위원으로써 활동하였다. 특히 본 연구는 消費者 및 市民團體, 醫療供給者, 政策擔當者 및 學界 專門家의 여러 차례의 토론과 정책적 협의내용을 반영하고 있으므로 관련 분야 학자 및 정책담당자의 一讀을 권하는 바이다.

그리고 연구진은 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 아끼지 않은 본원의 鄭宇鎭 부연구위원 및 辛泳錫 책임연구원에게 감사하고 있다. 이 밖에도 본 보고서의 편집과정에서 본원의 관련 전문가들이 유익한 조언을 아끼지 않았다.

끝으로 본 보고서의 내용은 필자들의 개인적인 의견이며, 그들이 속한 기관의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

1998年 12月

韓國保健社會研究院

院長 鄭 敬 培

目次

要約	9
I. 序	26
II. 診療費 支拂體系의 現況과 問題點	30
1. 診療費 請求·審査의 現況과 問題點	30
2. 診療費 支拂制度 및 支給方法의 現況과 問題點	42
3. 診療費 事後管理의 現況과 問題點	45
III. 外國의 診療費 支拂制度와 經驗	49
1. 類型別 診療費 支拂制度와 改革動向	49
2. DRG 分類에 의한 先支拂制度	57
3. 臺灣의 統合醫療保險과 診療費支拂制度	71
IV. 現行 診療費支拂制度 改編에 관한 考察	78
1. 資源基準相對價值體系(RBRVS) 開發現況과 考察	78
2. 包括酬價制(DRG) 示範事業實施 現況과 考察	93
V. 醫療保險 統合에 따른 診療費 支拂體系의 改編	101
1. 醫療保險統合하의 診療費 支拂體系에 대한 基本視角	101
2. 診療費 請求·審査·支拂體系의 改編方向 摸索	102

3. 總額豫算制의 導入 妥當性 考察	116
4. 診療費 事後管理의 改善	126
VI. 結 論	130
參考文獻	135
附 錄	143
附錄 1. 醫療保險統合推進企劃團 建議案	145
附錄 2. 臺灣의 統合 醫療保險制度 運營現況	158

表 目 次

〈表 II-1〉 醫療保險聯合會 7個支部 地域別 請求處 現況	32
〈表 II-2〉 診療費 不當請求의 類型	33
〈表 II-3〉 年度別 調整事由別 審查調整現況	38
〈表 III-1〉 先進國의 醫療保險 診療費支拂制度	51
〈表 III-2〉 OECD 主要 7個國의 GDP 對比 總醫療費	53
〈表 III-3〉 OECD 會員國의 醫療費抑制 對策	54
〈表 III-4〉 類型別 醫療費 中 메디케어 部門이 차지하는 比重 推移(1970~1996年)	68

〈表 III-5〉 臺灣 健康保險의 診療費審查 削減率 (1995. 9~1996. 6月間 月平均)	73
〈表 III-6〉 中央醫療保險基金 設立과 保險給與管理의 競爭 導入에 대한 輿論 動向	76
〈表 V-1〉 健康保險公團-審查評價院間 關係定立에 대한 爭點	110

圖 目 次

〔圖 II-1〕 地域醫療保險 統合前 診療費 請求 體系	31
〔圖 II-2〕 地域醫療保險 統合 後 診療費 請求 體系	32
〔圖 II-3〕 診療費審查와 支給 節次	35
〔圖 II-4〕 診療費 事後管理節次	45
〔圖 III-1〕 醫療保險의 租稅運營方式에 따른 診療費支拂體系	52
〔圖 III-2〕 醫療保險의 社會保險 運營方式에 따른 診療費支拂體系	52
〔圖 III-3〕 美國 메디케어 患者의 入院, 治療日數 및 在院日數의 變化推移(1972~1995年)	64
〔圖 III-4〕 美國 메디케어의 外來費用과 在宅醫療費用의 比重 推移(1974~1995年)	65
〔圖 III-5〕 臺灣 健康保險의 새로운 改革構造	75
〔圖 V-1〕 健康保險公團과 審查評價院間 關係(第1案)	107
〔圖 V-2〕 健康保險公團과 審查評價院間 關係(第2案)	109
〔圖 V-3〕 醫療保險統合管理體系下에서의 診療費 事後管理	127
〔圖 V-4〕 受診者 事實調查事業 業務 흐름도	129

附表目次

〈附表 1〉 臺灣의 所得, 人口, 保健關聯 指標(1997年)	159
〈附表 2〉 臺灣의 健康保險의 被保險 對象者 類型	163
〈附表 3〉 臺灣 健康保險의 被保險者 類型別 適用人口와 扶養率	164
〈附表 4〉 臺灣 健康保險의 被扶養者數에 따른 被保險者數 分包	164
〈附表 5〉 臺灣 健康保險의 被保險者 類型別 被保險者, 使用者, 政府의 保險料 分擔率	166
〈附表 6〉 臺灣 健康保險의 被保險者數 規模別 保險加入者團體의 分包	167
〈附表 7〉 臺灣 健康保險의 外來 診察料의 法定 本人負擔金	169
〈附表 8〉 臺灣 健康保險의 外來 本人負擔의 主要要因	169
〈附表 9〉 臺灣 健康保險의 1日 診療患者數에 따른 診察料 補償金額	170
〈附表 10〉 臺灣 健康保險의 入院 本人負擔率	170

附圖目次

[附圖 1] 保健醫療技術 評價比重의 變化	148
[附圖 2] 臺灣 健康保險의 管理運營 組織體系	161
[附圖 3] 臺灣 國民醫療費 對 GNP 比重 推移(1983~1997年)	172
[附圖 4] 臺灣 健康保險의 財政收支 推計(1995~2001年)	172

要約

1. 研究背景

- 醫療保險統合에 따라 「國民健康保險公團」이 단일보험자로서 의료보험을 관리하고 진료비에 대한 심사와 진료적정성을 평가하기 위하여 「健康保險審査評價院」이 새로이 설립됨에 따라 기존의 진료비지불보상체계에 대한 재검토와 개편이 중요한 정책과제가 되어야 함.
 - 진료비지불보상체계란 진료비의 청구, 심사, 지불 및 사후관리를 포괄함.
- 의료보험제도 출범당시 도입된 診療行爲別 酬價制(fee-for-service: FFS)와 그 운영방법에 대해 많은 비판이 제기되어 왔음.
 - 의료공급자가 의료서비스의 量 및 頻度(quantity)를 증가시키려는 강한 유인을 갖게됨으로써 保險給與費가 급증하게 되고,
 - 의료수요자에게 필요한 適正水準을 넘어 서비스를 제공함으로써 자원의 낭비를 가져옴.
 - 과도한 抗生劑의 濫用, 방사선에의 過多露出, 각종 검사로 인한 不便과 混雜費用 등 超過 診療量이 소비자의 효용에 부정적 영향을 미칠 수 있음.
 - 매년 請求件數의 急增으로 의료기관의 청구비용 뿐 아니라 진료비 심사업무가 가중하여 자원낭비를 초래
 - 심사기구와 의료계간 의학의 專門性과 진료의 自律性에 대하여 마찰

- 3,000여 개에 달하는 수가항목이 변화하는 의료현실을 신속하게 반영하지 못하여 수가항목간 불균형이 발생하고, 이러한 가격불균형은 診療行態 歪曲 및 전공과목별 專攻醫供給의 不均衡을 초래
- 行爲別酬價制의 수가항목간 불균형을 시정하기 위하여 자원기준상 대가치체계(Resource Based Relative Value Scale: RBRVS)를 1997년에 개발하였으나, 行爲別酬價制가 갖는 한계점은 여전히 안고 있음.
- 醫療保障改革委員會(1994)는 진단명에 기초하여 지불단위를 포괄화하는 DRG(Diagnosis Related Groups) 분류체계에 의한 先支拂制(Prospective Payment System: PPS)에 대한 시범사업 실시를 건의
 - 1997년 2월부터 54개 의료기관이 참여하여 정상분만, 제왕절개술, 편도선수술, 맹장염수술, 백내장수술 등 5개 질병군을 대상으로 시범사업 실시
- 醫療改革委員會(1997)에서는 수가통제 중심의 정책에서 진료비총액 관리 중심으로 정책적 전환을 모색하고 이를 위해 장기적으로 ‘診療費總額契約制’(혹은 豫算制; Global Budgeting)의 도입 검토를 건의
- 이러한 지불제도의 논의동향은 지불단위를 포괄화하는 방향으로 개편함으로써 의료공급자가 豫算制約(budget constraint)하에서 의료재를 생산하는(즉 환자를 진료하는) 과정에서 의료자원을 보다 효율적으로 배분하려는 경제적 동기를 부여하려는 데에 목적이 있음.

2. 現行 診療費 支拂體系의 現況과 問題點

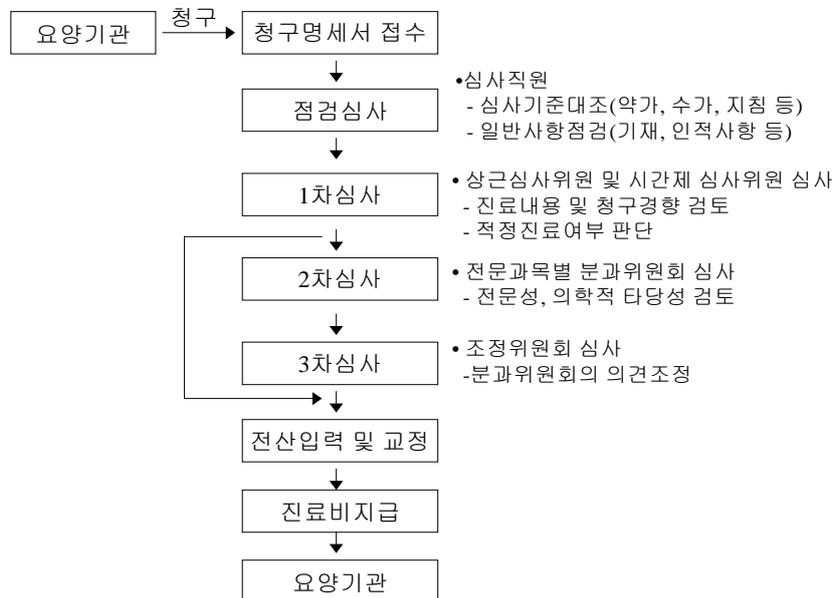
- 診療費 請求: 진료비의 不當請求의 유형은 다음 <表 1>과 같음.

〈表 1〉 診療費 不當請求의 類型

피보험자의 부당청구	의료기관의 부당청구	
	보험자에 대한 부당청구	피보험자에 대한 부당청구
<ul style="list-style-type: none"> • 제3자 가해행위 • 자격상실 후 급여 • 산재보험대상 • 자동차보험대상 • 급여기간 초과 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 과다 및 허위청구 	<ul style="list-style-type: none"> • 진료비 이중청구 • 보험급여사항을 비보험처리 • 지정진료비 허위징수 • 관행수가에 의한 본인부담금 과다징수

□ 診療費 審査 : 의사가 진료한 내용을 一般記載事項과 규정된 용어 및 항목에 의거 작성된 내용이 제기준과 규정에 적합하게 청구되었는지 여부를 심사직원이 확인·점검

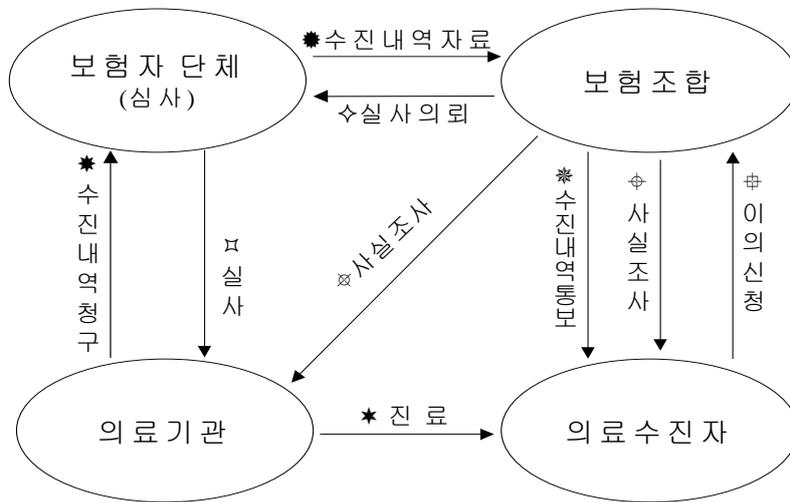
[圖 1] 診療費審査와 支給 節次



- 요양기관이 청구한 진료비 명세서와 심사기준사이에 차이가 있을 경우 진료비의 지불금액을 심사조정함.
 - 審査調整의 事由는 산정착오, 진료수가기준 적용착오, 요양급여기준 적용착오, 계산착오, 비급여사항청구, 진료내역과 다청구 등이 있음.
 - 현행 심사와 지불제도의 문제점은 다음과 같음.
 - 첫째, 심사조정의 대부분이 點檢審査에서 종결되고 실제 심사의 가장 중요한 목적인 진료의 適正性이나 妥當性을 판단하지 못한다는 비판이 지적되고 있음.
 - 둘째, 심사조직의 운영이나 업무처리에 있어서 보험자측에 심사권한이 있어 客觀性과 公正性이 결여된다는 지적이 많이 있음.
 - 셋째, 매년 請求件數 증가로 심사업무가 가중하여 불필요한 資源의 浪費와 醫療費 上昇을 促進하고 있다는 지적이 있음.
 - 넷째, 심사를 통한 보험재정의 통제에 대해 의료공급자들이 자신의 수입을 보전하기 위해 보험급여를 벗어나 非給與 項目을 증가시키고, 의료서비스의 歪曲을 가져와 의료전체에 부정적 역할을 할 가능성이 있음.
- 診療費 支給方式 : 원칙적으로 심사의 절차를 거쳐 타당한 진료비에 대하여 지불하는 後拂方式을 택하고 있고, 지급의 효율성을 위해 모든 조합이 醫療保險聯合會에 진료비를 위탁하는 預託制를 실시하고 있음.
- 후불에 따른 의료기관의 자금운영 압박을 덜어주기 위하여 설날과 추석에 일시적으로 적용하였던 診療費概算拂制度(先拂方式)를 '98년 2월부터 연중 실시하고 있음.

- 診療費 事後管理: 진료비의 사후관리를 위하여 療養機關에 의한 自律是正, 정부(연합회 실사팀)의 現地調査, 조합(공단)이 환자에게 수진내역을 통보하여 진료사실여부를 확인하는 受診內譯通報制 등이 있음.

[圖 2] 診療費 事後管理節次



- 진료비 사후관리의 문제점으로는 다음과 같음.
 - 요양기관 현지조사는 療養機關을 조사하는 것이므로 수진자에 대한 조사는 시행되지 않아 정확한 허위, 不當請求金額 파악이 어려움.
 - 수진내역통보제는 환자의 수진시점과 진료내역통보시점 사이가 길어 환자의 기억에 의존할 수밖에 없고, 환자의 의료 정보에 대한 무지 등으로 回信率이 저조
 - 사후조치후 적발된 요양기관에 대하여 不當利得金만 환수하

는 등 별다른 행정조치가 없으므로 재발 방지에 별효과가 없다는 것임.

3. 外國의 診療費支拂制度와 經驗

□ 선진국의 診療費支拂制度를 사회보험운영방식 국가와 조세운영방식 국가로 구분하여 정리하면 다음과 같음.

사회보험 운영방식 국가			
	보험금고-GPs ¹	보험금고-병원	GPs/병원-환자
프랑스	행위별수가제 (양자간 매년 '행위별진료 보수협약' 체결로 진료비 증가율 억제)	예산제(공공), 행위별수가제 혹은 일당 지불제(민간)	본인부담제 (先본인부담후 금고로부터 보상)
독일	예산범위내 행위별수가제 (질병금고연합회와 보험의 협회간 총액예산 협의, 보험의협회가 보수 배분)	질병군별지불(cost-per-case) 에 기초한 선불제	정액본인부담: 입원일당 12마르크 (년14일한), 치과와 약제급여의 본인부담
	진료보수총액증가율을 임금상승률이하로 규제		
네덜란드	인두제 혹은 연간정액제	예산제	예산제
	예산균형 위주의 정치적협상		
일본	행위별수가제	행위별수가제	행위별수가제
조세운영방식 국가			
	정부-GPs	정부-병원	GPs/병원-환자
이태리	인두제	예산제(공공), 일당지불(민간)	-
스페인	봉급제와 인두제 半半	예산제(공공), 일당지불(민간)	-
스웨덴	봉급제, 행위별수가제	예산제	본인부담제
영국	인두제(GP fund holder)	계약제(병원 독립채산제)	-

註: 1) GPs(General Practitioners)는 일차의료를 담당하는 일반의임.

2) 스페인은 6개 독립된 지방과 11개 지방을 하나의 조직으로 통합관리

資料: NERA, *Financing Health Care with Particular Reference to Medicines*, Vol.1, May 1993.

- 美國의 DRG분류에 의한 先支拂制(Prospective Payment System: PPS)의 운영경험
 - DRG 지불제도는 의료서비스의 양과 질에 관계없이 진단명에 따라 미리 책정된 定額診療費를 병의원에게 지불하는 제도
 - 1983년 老人醫療保險(Medicare)의 병원진료비 지불방식으로 채택하였으며, 제도의 도입효과는 다음과 같음.
 - 病院經營: 도입 당시에 비교적 높은 보상수준을 책정함으로써 초기 1~2년간은 병원의 이윤이 컸으나 이후 감소하면서 이윤이 負로 전환. 다만, 도시의 修鍊病院은 순이익을 나타내 병원 간 이윤의 격차 시현
 - 병원 전체의 이윤 역시 감소하였으나 3차 년도 이후에는 감소세가 둔화(메디케어 이외 부문에서의 이윤으로 메디케어로부터의 손실을 보충)
 - 병원의 유동성이 감소하고 負債增加로 재무상태가 나빠졌으나 閉業率에는 영향을 미치지 않음.
 - 診療行態: 입원율은 증가하지 않았고 오히려 감소. 병원의 재원 기간은 초기에 크게 단축, 이후 비교적 안정된 추세를 보이다가 '90년대 들어 다시 큰 폭으로 감소. 진료강도가 감소하는 경향
 - 그러나 在院期間 및 診療強度 減少는 외래진료 및 외래 수술의 증가와 재택의료의 증가, 기타 PPS가 적용되지 않은 진료분야 및 병원으로 대체되는 경향
 - 醫療産業: 제3자(민간보험 등)에 대한 비용전가를 예상하였으나 실증적으로 증명되지 않음. 醫療技術 擴散에 미칠 부정적 영향도 나타나지 않음.
 - 병원의 전문화 촉진, 병원경영의 조직문화가 보다 기업화되고, 경영기법도 세련. 단, 가시적인 성과는 불명확

- 患者診療의 質: 중증환자의 입원 거부, 진료강도 감소로 사망률 증가, 조기퇴원으로 재입원 증가, 타 병원으로의 移送(transfer) 증가, 진료과정상 質 下落 등의 우려는 일반화되지는 않음.
 - 다만, 퇴원시 환자상태의 불안정성이 증가하고 退院計劃 및 퇴원후 진료관리의 不實化가 나타남.
- 醫療費: 초기에 병원의료비 增加抑制에 效果를 발휘하였으나 장기적으로 큰 효과가 없는 경향. 의원의료비 부문으로의 대체 효과도 장기적으로 크게 나타나지 않음.
 - 병원외래로의 代替效果는 크게 나타남(병원입원비는 1983~86년간에 연평균 6% 증가, 반면 병원외래비용은 동 기간중 연평균 17% 증가).

□ 臺灣의 統合醫療保險과 診療費支拂

- 대만은 1995년 3월부터 통합관리체계 채택. 정부(“의료보험청”에 해당)가 보험자 역할을 하며, 보험자가 의료공급자를 강제 지정하지 않고 계약관계
- 진료비지불제도는 行爲別酬價制로 운영하며, DRG 지불제는 정상분만, 帝王切開, 血液透析(hemodialysis) 등 22개 상병에 대해 적용. 치과는 總額豫算制를 적용
- 진료비청구·심사에 있어서 보험자와 의료공급자간에 전국적인 電算網이 構築되어, 資格管理, 환자에 대한 기록, 진료비 청구 및 심사 등이 전산매체를 통하여 이루어짐.
- 진료비의 심사삭감율은 외래 3.4%, 입원 7.3%로써 우리(1.3%)에 비해 훨씬 높은 편
- 대만의 새로운 개혁추진 논의
 - 중앙에 「醫療保險基金」(NHI Foundation)을 설립하고, 산하에 복수의 保險給與管理者(carrier)를 조직

- 보험급여관리자는 의료공급자와 계약을 맺고 피보험자에게 의료서비스를 제공
- 피보험자는 보험료를 「醫療保險基金」에 납부하지만 보험급여관리자와 의료공급자를 선택 가능.
- 보험급여관리자는 “연합회”를 구성하며, 동 연합회와 「醫療保險基金」이 범정의료급여 및 부가급여에 대한 의료비총액을 협상

4. 現行 診療費支拂制度 改編에 관한 考察

□ 資源基準相對價値體系(RBRVS)에 대한 考察

- RBRVS 는 여러 의료서비스 가격간에 불균형이 존재하는 경우 상대가치의 개발을 통해 酬價構造上的 歪曲을 시정. 상대가치는 의료서비스의 생산에 소요된 자원(투입요소)을 기준으로 산정
- 미국은 예산중립의 가정 아래 상대가치 개발이 의료전문의들간에 所得再分配(제로섬게임)의 결과를 가져온 데 반해, 우리나라는 醫療酬價의 引上에 많은 관심이 모여지는 경향
- 시장에 대한 신뢰를 기반으로 소비자가 불완전하나마 합리적인 意思決定을 할 수 있다는 전제에 기초하고 있으나, 우리의 경우 정부가 수가를 결정해왔기 때문에 실제로 의존할 수 있는 시장에서의 均衡價格 資料가 존재하지 않는 한계가 있음.
- 미국은 주로 개원의사들을 위주로 개발되어 의사업무량의 측정이 가장 중요한 요소. 따라서 진료비용의 비중이 작았으나 진료비용에 대한 비교적 정확한 전국적 조사 자료가 있었음.
 - 반면 우리나라는 진료비용을 측정하기 위하여 대규모 병원의 자료를 이용. 그러나 의원과 병원간 진료행태 그리고 병

원 크기에 따른 병원간 진료행태는 다름.

- 相對價值 開發은 行爲別酬價制의 범위내에서 이루어지므로 비용상승적 경향을 본질적으로 변화시키지는 못함.
 - 醫療費上昇을 抑制하기 위하여 미국은 醫療量統制基準(Volume Performance Standard)을 도입
 - 이는 해마다 목표 의료비 상승률과 실제 상승률을 비교하여 이를 換算指數(酬價引上)의 결정에 반영
- 미국에서는 RBRVS 도입으로 이익을 본 의사 수가 손해를 본 의사 수보다 더 많았다는 점이 정책의 수용성을 높였음.
 - 소수의 高所得醫師의 수가를 대폭 감소시켜 다수의 상대적 低所得醫師들의 수가를 조금씩 인상시켰으므로, 美國醫師協會에서는 반대하지 않았음.

□ 우리나라 DRG 1차 示範事業에 대한 評價

- 對象 DRG: 문제발생 소지가 작은 傷病(진료비 변이가 작고, 진료방식에 대한 논란과 불확실성이 적고, 다빈도상병이며, DRG 분류정보조작이 어려운 질병)을 선정
 - 대부분의 상병입원진료에 확대 적용하여 전국적으로 도입하는 경우에 동일한 결과를 얻을 수 있을지는 의문
- 對象 醫療機關: 임의추출이 아닌 희망하는 기관 중심으로 선정 되었으므로 DRG 도입에 의해 병원경영에 크게 영향을 받지 않거나 유리하다고 판단하는 기관이 참여하였을 가능성
 - 전국적으로 실시될 경우 DRG의 不正的인 側面이 현실적으로 크게 나타날 가능성
- DRG 酬價(보상수준): 2개의 3차 진료기관을 수가산정에 이용. 따라서 기초자료의 客觀性和 대표성이 크게 문제
 - 의료기관의 원가분석에 의존하고 있어 자칫 현행 수가를 인

상하기 위한 수단으로 비쳐질 가능성

- 診療行態: 재원일수가 10% 단축되고, 특히 항생제 사용액이 24% 감소
 - 그러나 DRG 비참여기관의 재원일수는 오히려 2% 짧게 나타나, 참여기관의 선정에 문제 있음을 암시
 - 입원전, 퇴원후 외래 검사회수 및 외래방문회수가 증가하여 ‘外來代替’ 효과가 나타남.
- 醫療의 質: 수술후 합병症 발생률은 유의하게 증가하지 않았고, 재수술 및 사망률의 경우 발생 자체가 드물어 평가를 일단 유보하는 것이 타당
- 病院經營: 환자 1인당 진료비가 평균 15.4% 증가(행위별수가 적용과 비교하여)
 - 반면 비참여기관에 대해 DRG 적용을 가정할 경우 평균 4.7% 높게 나타나 DRG 적용이 유리하다고 판단한 기관이 시범사업에 참여하였을 가능성
- 患者本人負擔: DRG 비참여기관과의 비교에서 29% 감소
 - 한편 DRG 비적용 환자에게 부담이 전가되는 결과를 초래. 따라서 대상 DRG나 대상 의료기관을 단계적으로 확대할 경우 DRG 적용환자와 비적용환자간의 부담격차 우려
- 保險財政: 보험자부담이 평균 10.8% 증가. DRG를 전국적으로 확대할 경우 단기적으로 보험료의 급격한 인상이 예상된다.
 - 청구건 중 중증도 비율은 57% 였으나 연합회의 심사결정후 重症度は 24%로 대폭 낮아져 “DRG creep”(경증질환을 중증 질환으로 청구) 발생을 의심

5. 診療費 審査·支拂體系의 改編

□ 診療費審査體系의 改編: ‘健康保險審査評價院’의 기능 정립

- 진료의 적정성을 확보하기 위하여 진료비 심사의 專門性, 公正性 및 客觀性을 확보
 - 급여비용의 심사를 통한 過多, 虛偽 請求의 방지로 保險財政을 保護하고 타보험(산재보험 및 자동차보험 등을 포함 가능)의 審査業務를 위탁 수행
 - 診療給與의 適正性을 평가: 환자 상태에 따라 적정 서비스를 제공하는지를 평가하고, 특정 서비스의 기술능력과 결과 및 신기술의 잠정적 기술 認證·評價
 - 상시적인 의료서비스 모니터링시스템 운영을 위한 정보체계를 구축하고, 審査評價業務의 透明性 確保를 위하여 업무관련 각종 정보를 공개 및 제공
- 그러나 診療適正性 評價, 新技術의 認定·評價, 모니터링 정보시스템 등의 기능은 기존 의료보험연합회의 심사기구로써는 담당하기에 한계
 - 따라서 심사기능부터 정상화하는 노력을 우선하고 評價機能은 단계적으로 발전
- DRG 지불제도가 입원진료 전부분에 확대되는 경우 審査評價院의 審査業務는 대폭 간소화되는 대신 專門性은 보다 신장되어야 함.
- 總額契約制 혹은 豫算制가 도입되는 경우 진료비심사 및 酬價體系 등은 의료공급자 자율에 맡기는 것이 바람직
- 심사조직의 독립과 관련하여 우려되는 保險診療費의 增加를 불식시키기 위하여 보험자인 公團의 牽制 메커니즘이 필요

- 審査評價院의 심사결과에 대하여 공단이 異議申請하거나 再審査를 청구할 수 있어야 함.

□ 診療費支拂制度로써 ‘總額豫算制’의 導入 檢討

- 예산제도를 통하여 미리 결정된 最適水準의 의료비용 총량만큼만 의료부문에 재원을 투입함으로써 전체 의료비를 효과적으로 조정 가능
 - 行爲別酬價制는 의료서비스의 價格만을 규제하고 의료서비스의 量을 통제하지 못하는데 비해 예산제도는 가격과 양을 동시에 통제하므로 의료비를 조절하는데 더 효과적
 - DRG 지불제도 역시 포괄적으로 적용되지 않을때 적용되지 않는 영역으로의 費用轉嫁나 診斷分類의 變化 등에 의해 보건의료부문에서의 비용 상승을 조절하는데 어느 정도 한계
- 豫算制度는 국가전체 자원배분에 있어서 巨視的 效率性을 달성할 수 있으며, 의료부문에 지출 가능한 예산을 미리 정함으로써 豫測 可能性을 높일 수 있음.
 - 그러나 예산제도에 의해 費用切感의 壓迫이 너무 클 때에는 의료공급자의 行態에 歪曲이 생길 수 있으므로 의료의 質 관리가 중요
- 豫算規模의 決定: 소비자를 대리한 보험자단체와 공급자들을 대표하는 공급자단체가 雙方獨占(Bilateral Monopoly)的 協商에 의해 예산을 결정하는 방안이 효과적
 - 예산총액은 GDP 성장률, 임금인상, 물가상승, 인구증가 및 연령별 구성비율, 질병추이, 의료공급자 수와 구조, 의료기술 등을 포함한 신뢰할 수 있는 豫算決定模型 開發
- 豫算執行(配分): 지식과 정보를 가지고 있는 의료공급자단체가 自律的인 統制시스템(self-governing mechanism)을 가지고 수행하

는 것이 더 효율적

- 우리나라의 경우 의원과 병원 부문으로 나누어 각각의 入院과 外來 比率에 따라 예산을 배분하는 방안의 개발을 검토
 - 병원예산의 배분에는 DRG 분류에 의한 患者情報 이용
 - 豫算配分에는 슬라이딩스케일규제(sliding-scale regulation)를 적용. 즉 豫算配定額보다 실제 비용이 크면 다음해의 예산 배정액을 차액보다 작게 증가시키고, 그 반대의 경우 다음해의 豫算配定額을 差額보다 작게 감소
- － 豫算制度가 도입되면 의료공급자가 비급여 서비스를 증가시킬 經濟的 誘因을 갖게 되므로 豫算制度의 導入에 앞서 의료보험 급여를 확충하는 것이 필수적
- 豫算制度 成功을 위해 情報體系를 통해 의료비 지출수준의 모니터링, 예산을 초과하는 의료비지출 원인의 신속한 파악, 특히 병원의 신뢰할 수 있는 회계기준 정립이 필요

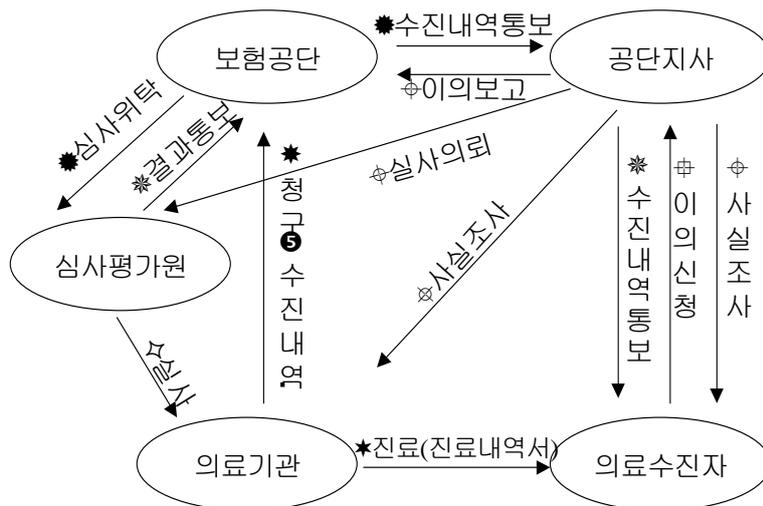
□ 診療費 請求 및 事後管理 改善

- － 受診內譯通報制는 문제점으로 제시되었던 受診內譯通報의 時點과 診療開始日間의 차이를 줄이기 위해 의료기관이 진료비 청구와 동시에 수진내역을 공단 지사 및 직장조합에 바로 통보할 수 있도록 함.
- 수진내역은 환자에게도 제공하여 의료서비스에 대한 정보를 알려줌으로써 수진내역통보제를 내실화 함.
- － 진료비 청구시 보험급여뿐 아니라 비보험진료 부문까지도 포함한 진료내역을 작성함으로써 不當請求部分을 억제하고 수진내역통보시에도 비보험을 포함한 진료내역을 통보하여 수진자들이 수진내역에 관심을 갖도록 함.
- － 受診內譯通報制와 병행하여 受診者 事實調査를 의무적으로 실

시하는 방안을 모색해 볼 수 있음.

- 공단 혹은 조합 또한 공단에서 적발한 不當請求 療養機關에 대한 사후처리는 부당청구 再發 防止를 위하여 행정청인 복지부에 실사를 의뢰
- 不當請求가 적발된 요양기관에 대한 현행의 行政處分을 강화하는 방안을 강구.

[圖 3] 醫療保險統合管理體系下에서의 診療費 事後管理



6. 結論

- 의료보험통합으로 통합된 單一保險者가 購買獨占者로서 의료공급자에 대한 협상력이 커진다면 진료비총액의 증가에 제한을 가할 수 있는 포괄적인 지불보상제도의 도입 가능성을 검토
- 특히 의료보험연합회에서 담당하던 진료비심사기능이 『健康保險審

- 査評價院』으로 독립하여 診療適正性 등 의료의 質을 평가하는 기능이 강조됨
- 개별 행위에 대한 심사보다는 질환에 대한 진료과정 및 질평가가 중요시되므로, DRG 分類에 의한 PPS나 總額豫算制 도입이 審査評價院의 설립취지에 합당
 - 다만, 豫算制를 도입하는 경우 審査評價院의 심사기능이 축소되고 評價機能이 강조될 것. 즉 심사는 醫療團體(醫師協會 혹은 病院協會)가 담당하게 될 가능성이 큼.
- DRG분류에 의한 선지불제도의 성공적 도입을 위해서는 의료의 질 저하 가능성에 대한 감시시스템, DRG 청구의 사실여부와 진료적 정성을 평가하기 위한 메카니즘이 필수적
- 이에 앞서 병원의 원가자료 등 會計 透明性和 상병분류체계의 科學的 構築, 새로운 질병 및 의학기술의 변화에 대응할 수 있는 정보데이터베이스의 지속적인 구축체계 필요
 - 향후 醫療保險 給與範圍를 확대함에 있어서 DRG를 충분히 활용할 필요
 - 任意非給與 혹은 非給與로 제공되는 진료서비스 및 진료재료를 DRG 진료수가에 포함함으로써 給與範圍를 실질적으로 확대 가능
 - 특히 重症疾患(catastrophic care)에 해당하는 상병이 발생하는 경우 患者本人負擔이 너무 높은 현 제도의 脆弱點을 보완할 수 있는 적절한 대안
- 예산제 도입을 위한 기초적인 연구가 필요
- DRG 도입에 따라 非給與가 급여화 되고 補償水準이 약간 높게 책정되어 출발한다면 保險財政이 크게 확대될 것

- 따라서 보험진료비 총액에 대한 제한이 필요하고, 그 예산 범위내에서 의료기관에 대한 예산배분 기준으로 DRG를 활용하는 방안 검토
 - 예산의 適正規模를 산정하기 위한 formular 개발, 醫療機關 種類別·診療部門別 구체적인 배분방법, 예산제하에서의 醫療傳達體系 및 醫療政策의 방향 등에 대한 연구 필요
- 단기적으로 현행 行爲別酬價制下에서 診療費 請求 및 事後管理의 改善을 통하여 진료비총액을 효과적으로 관리하는 것이 시급한 과제

I. 序

醫療保險制度에서 診療費支拂補償制度의 개편은 醫療保險統合의 역사에 못지 않게 오랜 동안 논의되어 왔다. 의료보험제도 출범당시 도입된 診療行爲別 酬價制(fee-for-service: FFS)와 그 운영방법에 대해 많은 보건의료 학자들과 의료인들이 비판을 가해왔다. 그 결과 1994년 운영되었던 「醫療保障改革委員會」에서 진단명에 기초하여 지불단위를 포괄화하는 DRG(Diagnosis Related Groups) 분류체계에 의한 先支拂制(Prospective Payment System: PPS)의 도입을 위한 시범사업을 실시할 것을 건의하였고, 1997년 2월부터 54개 의료기관이 참여하여 正常分娩, 帝王切開術, 편도선수술, 맹장염수술, 백내장수술 등 5개 질병군을 대상으로 1차 DRG 시범사업이 실시되었다. 한편 1997년에 운영한 「醫療改革委員會」에서는 酬價統制 중심의 정책에서 진료비총액관리 중심으로 정책적 전환을 모색하고 이를 위해 장기적으로 「診療費總額契約制」(혹은 豫算制; Global Budgeting)의 도입 검토를 건의하였다.

이러한 지불제도의 논의동향은 지불단위를 포괄화하는 방향으로 개편함으로써 의료공급자가 豫算制約(budget constraint)下에서 의료재를 생산하는(즉 환자를 진료하는) 과정에서 의료자원을 보다 효율적으로 배분하려는 경제적 동기를 부여하려는 데에 그 뿌리를 두고 있다.

診療行爲別酬價制란 환자 치료에 필요한 진료행위의 종류와 횟수, 사용된 의약품 및 재료의 수량 등 각각의 투입요소에 의해 진료비를 산정하여 지불하는 제도로써, 여기에 대한 비판의 주요 내용을 간추리면 다음과 같다(최병호, 1998).

첫째, 의료공급자가 자신의 일정한 목표수입을 확보하기 위해서는 保險酬價(price)수준이 낮은 경우¹⁾ 의료서비스의 量 및 頻度(quantity)를 증가시키려는 강한 유인을 갖게 된다. 이때 제공되는 진료량은 환

1) 보험수가가 낮지 않더라도 의료공급자는 진료행위 및 약제·재료 등을 적정한 정도 이상으로 늘림으로써 이윤을 극대화하려는 유인을 갖게 된다.

자에게 필요한 適正水準을 초과할 수 있다는 것이다. 문제는 초과되는 진료량이 다른 재화 및 서비스와는 달리 소비자의 효용에 不正的影響을 미칠 수 있다는 사실이다. 즉 과도한 항생제의 남용, 방사선에 의한 과다노출, 각종 검사로 인한 不便과 混雜費用 등 환자의 건강을 해칠 수 있다는 점이다.

둘째, 매년 請求件數의 急增으로 진료비 審査業務가 가중하여 불필요한 資源의 浪費를 초래하고 있다는 지적이다. 특히 의료기관의 진료비 청구비용이 가중되고 이로 인해 請求代行業이 성행하여 청구액의 일정 手數料(약 4~5%)를 지불하는 예가 많다. 이에 따라 실제 진료기록과 청구된 진료내용이 일치된다는 보장이 없는 것이다.

셋째, 진료의 개별행위를 대상으로 심사를 실시하기 때문에 심사기구와 의료계간에 醫學의 專門性和 診療의 自律性에 대한 마찰이 끊이지 않고 있다.

넷째, 3,000여 개에 달하는 수가항목이 변화하는 의료현실을 신속하게 반영하지 못하여 수가항목간 不均衡이 발생하게 되고, 이러한 행위별 價格不均衡은 진료행태의 왜곡을 낳고 나아가 전공과목별 專攻醫供給의 불균형을 초래하는 하나의 원인으로도 작용하고 있다는 비판이 제기되어 왔다.

이러한 診療行爲別酬價制의 問題點 가운데 수가항목간 불균형을 시정하기 위하여 행위별로 투입되는 資源(의사업무량 및 진료비용)에 기초하여 각 行爲別 相對價格을 체계화하는 資源基準相對價值體系(Resource Based Relative Value Scale: RBRVS)를 1997년에 개발하였고, 이를 토대로 현재의 酬價體系를 조정할 것을 검토 중에 있다. 그러나 RBRVS가 당초 미국의 의료환경에서 개발된 이론적 배경과 실증적 방법과는 相違되는 부분이 많다는 문제가 지적되고 있다(권순만, 1998). 그럼에도 불구하고 RBRVS가 수가항목간 왜곡을 어느 정도

시정할 수 있으리라 기대되지만 行爲別酬價制가 갖는 限界點은 여전히 안고 있다.

한편 진료비지불제도에 영향을 미칠 큰 變化는 2000년 1월부터 실시될 예정인 醫療保險統合이다. 통합이 어떤 성격을 갖느냐에 따라 지불제도에 많은 영향을 미칠 것이다. 통합된 단일보험자가 구매독점자로서 의료공급자에 대한 협상력이 커진다면 진료비총액의 증가에 제한을 가할 수 있는 포괄적인 지불보상제도의 도입 가능성이 높아질 것이다. 특히 기존의 의료보험연합회에서 담당하던 진료비심사기능이 「健康保險審査評價院」으로 독립하여 진료비 審査 뿐 아니라 診療適正性 등 의료의 질을 평가하는 기능이 강조됨에 따라 개별 행위에 대한 심사보다는 질환에 대한 診療過程 및 質에 대한 평가가 중요시됨에 따라 支拂補償制度도 DRG 분류체계에 의한 PPS나 總額豫算制를 도입하는 것이 보다 審査評價院의 設立趣旨에 맞을 것이다. 다만, 예산제를 도입하는 경우 심사평가원의 심사기능이 축소되고 평가기능이 강조됨에 따라 심사는 醫療團體(醫師協會 혹은 病院協會)가 담당하게 될 가능성이 크다.

본 보고서는 이러한 의료환경의 변화와 支拂制度의 개편논의를 바탕으로 현행 診療費審査·支拂體系의 개편방향을 모색하고자 하며, 보고서의 구성은 다음과 같다. 제2장에서는 현행 診療費의 請求, 審査 및 支拂, 그리고 診療費事後管理의 問題點을 파악하고자 한다. 제3장에서는 先進外國의 診療費支拂制度의 類型을 소개하고, 진료비지불제도와 함께 醫療費抑制對策을 살펴보고자 한다. 이와 함께 미국 메디케어의 DRG분류에 의한 先支拂制度의 운영경험을 살펴보고, 1995년에 醫療保險統合管理體系를 출범시킨 臺灣 健康保險制度의 진료비심사·지불체계의 운영현황에서 시사점을 도출하고자 한다. 제4장에서 현재 우리나라에서 추진중인 診療費支拂制度의 개편현황을 평가하고

자 하였다. 즉 相對價値體系(RBRVS) 개발에 대하여 비판적으로 고찰 하였으며, 현재 시범사업중인 DRG분류에 의한 선지불방식에 대하여 평가하고자 한다. 제5장에서 醫療保險統合에 따른 審査·支拂體系의 改編方向을 모색하고자 한다. 진료비심사의 개편에 대해서는 醫療保險統合推進企劃團에서 독립시키기로 건의한 健康保險審査評價院의 역할에 대하여 주로 논의하고자 하며, 지불제도로서는 總額豫算制의 導入妥當性を 고찰하고자 한다. 마지막으로 診療費의 請求 및 事後管理를 통한 진료비관리의 효율성을 제고하는 방안을 강구하고자 한다.

Ⅱ. 診療費 支拂體系의 現況과 問題點

1. 診療費 請求·審査의 現況과 問題點

가. 診療費 請求現況과 不當請求類型

1) 診療費 請求現況

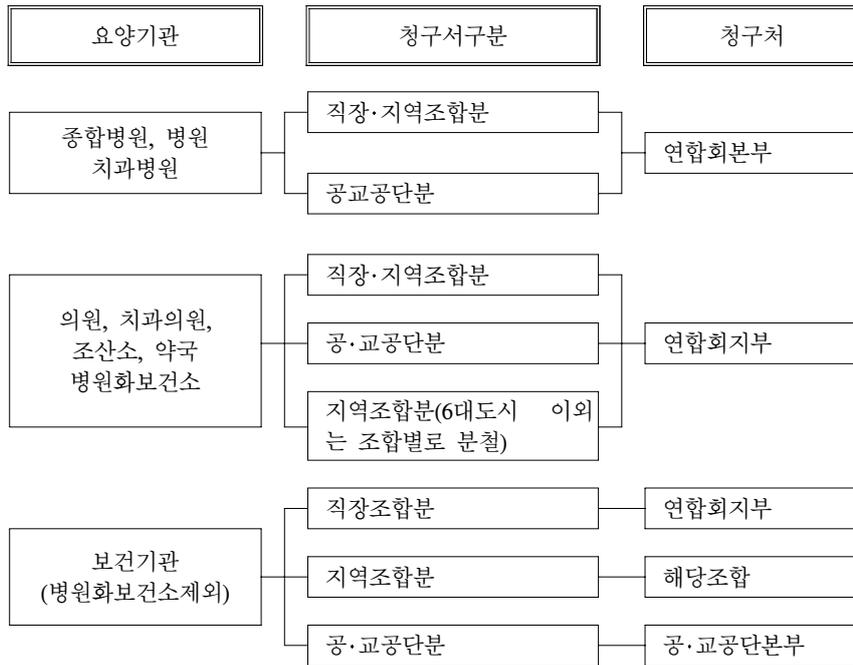
의료보험 진료비 청구방식은 醫療保險의 與件의 變化에 따라 조금씩 실정에 맞게 조정되었다. 지역조합의 경우 시행초기에 地域組合 診療費를 각 해당조합에서 지급 토록한 것은 시행과정에서 여러가지 문제점을 노출하게 되었다. 각 지역조합으로 診療費支給窓口가 다원화되자 조합은 조합대로 수많은 요양기관에 진료비를 지급하느라 업무량이 過多했고, 요양기관은 여러조합을 대상으로 청구하게되어 診療費 收入管理 業務가 복잡하게 되는 문제점이 있었으며, 보건복지부와 연합회도 조합별, 요양기관별 診療費 滯拂現況 把握이 곤란하다는 문제점이 노출되었다. 이러한 불편으로 인해 支給窓口 一元化要求가 있었으며 1990년 4월 1일을 기하여 지급창구를 연합회로 일원화하였다.

그래서 현재 診療費 請求方法은 아래 [圖 II-2]에서와 같이 종합병원(3차진료기관포함)과 병원, 치과병원, 한방병원, 한의원 등은 직장, 지역, 공교공단에 상관없이 聯合會本部로 직접 청구하도록 되어있고, 의원급인 의원, 치과의원, 조산원, 약국, 병원화 보건소등은 연합회 7개 지부로 청구하도록 되어있다. 그리고 保健機關(病院化保健所 제외)에 대하여 지역조합과 공·교공단은 각각 해당조합과 공교공단에 하도록 되어있고, 직장조합분은 의원급과 마찬가지로 연합회 지부로 청구

하도록 되어있다. 의원급과 보건기관의 경우 연합회 7개 지부로 청구할 때 所在地別 請求處는 <表 II-1>과 같다.

또한 청구방법에 있어 診療費明細書를 지역의료보험의 통합이전에는 직장·지역조합분과 공·교공단분으로 나누어서 분철하도록 되었으나, 98년 10월부터는 國民醫療保險管理公團分(지역조합분, 공·교공단분)과 직장조합분으로 나누어 청구하도록 변경되었다. [圖 II-1]과 [圖 II-2]는 지역의료보험의 통합전과 후의 진료비 청구체계를 나타낸 것이다.

[圖 II-1] 地域醫療保險 統合前 診療費 請求 體系



[圖 II-2] 地域醫療保險 統合('98. 10)後 診療費 請求 體系



<表 II-1> 醫療保險聯合會 7個支部 地域別 請求處 現況

지 역	청 구 처
서울, 경기(한수이북), 강원, 인천	연합회 서울지부
부산, 제주	연합회 부산지부
대구, 경북	연합회 대구지부
광주, 전남, 전북	연합회 광주지부
대전, 충남, 충북	연합회 대전지부
경기(한수이남)	연합회 경기지부
경남	연합회 경남지부

2) 診療費 不當請求類型 事例

診療費의 不當請求의 類型은 피보험자가 보험조합에 급여를 받을 수 없는 항목에 대하여 부당하게 급여를 받은 사례와 의료기관이 보

험자에게 過多 또는 虛僞로 금액을 청구할 수 있고, 의료기관이 피보험자에게 부당하게 의료비를 청구하여 진료비를 받는 사례가 있다. 이러한 不當請求의 자세한 유형은 <表 II-2>에서 설명하고 있다.

<表 II-2> 診療費 不當請求의 類型

피보험자의 부당청구	의료기관의 부당청구	
	조합에 대한 부당청구	피보험자에 대한 부당청구
<ul style="list-style-type: none"> · 제3자 가해행위 · 자격상실 후 급여 · 산재보험대상 · 자동차보험대상 · 급여기간 초과 등 	<ul style="list-style-type: none"> · 과다 및 허위청구 	<ul style="list-style-type: none"> · 진료비 이중청구 · 보험급여사항을 비보험처리 · 지정진료비 허위징수 · 관행수가에 의한 본인부담금 과다징수

(가) 診療費 二重請求

보험급여되는 수술료와 처치료에 대하여 보험청구함과 동시에 환자들에게 재료대, 처치행위료 등을 별도로 징수하여 이중으로 받는 사례가 있다. 원래 보험급여항목에 수술시 당연히 사용되는 봉합사, 거즈, 반창고, 소독포, 칼 등 각종 재료의 대금과 음수량 측정, 소변량 측정 등 간호사들의 單純處置行爲 등은 보험처리되는 수술료, 처치료, 입원환자 관리료 등에 이미 포함되어 있어 환자들에게 별도로 징수할 수 없도록 되어있다.

(나) 保險給與事項을 非保險處理

병원들은 보험급여대상인 진료행위를 한 다음 그 비용을 보험청구할 경우 소정의 수가 이상으로 받을 수가 없고, 또한 보험청구를 하더라도 의료보험연합회의 심사 등을 통하여 금액이 삭감되는 것을 피하기 위하여 保險給與事項을 非保險으로 처리하여 診療費 全額을 환

자에게 부담시키거나, 경우에 따라서는 그 금액도 소정의 수가보다 수배씩 받는 경우도 있다.

(다) 指定診療費 虛偽徵收

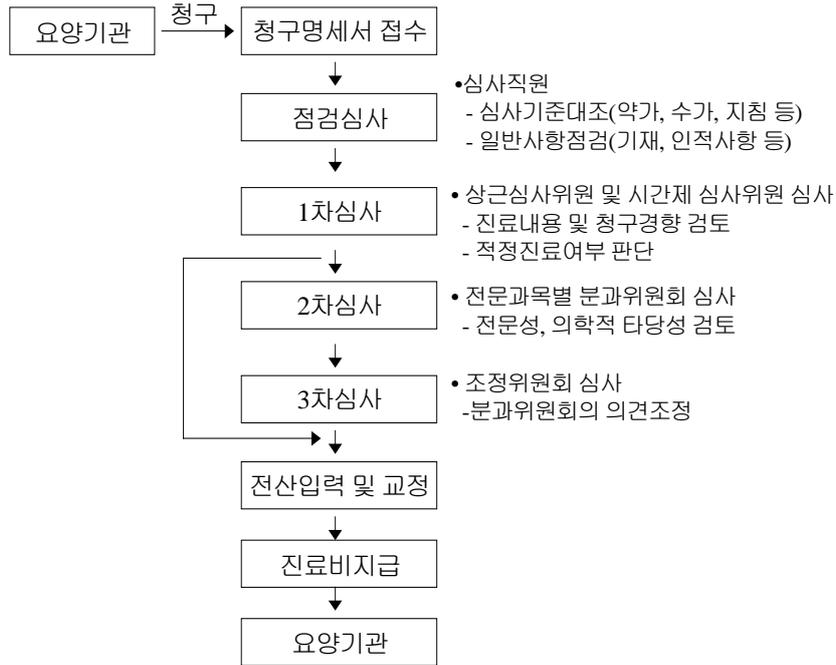
指定診療費는 양질의 의료서비스 제공 및 대형종합병원들의 영업이익 확보를 위하여 소정수가의 50~100%를 더 받을 수 있도록 한 제도로서, 의사경력 10년 이상의 전문의로서 指定診療醫師로 선정된 자의 진료행위에 대해서만 받게 되어 있다. 그러나 대부분의 병원들은 임상병리기사 등이 행한 소변검사, 배양검사, 간염검사 등 각종 검사에 대해서 지정진료비를 받고 있었고, 看護師나 修鍊醫등이 행한 관장행위, 도노행위, 단순처치 등 처치행위, 방사선기사가 행한 방사선촬영 등에 대해서까지 지정진료비를 받는 경우도 있다.

나. 診療費 審査現況과 問題點

1) 診療費 審査現況

현행 우리나라 의료보험의 진료비에 대한 심사는 診療行爲別 酬價制 하에서 의사가 진료한 내용을 一般記載事項과 규정된 용어 및 항목에 의거 작성된 내용이 제기준과 규정에 적합하게 청구되었는지 여부를 심사직원이 확인·점검하고, 療養給與基準에 의한 적정진료 여부는 진료내용의 專門性 및 難易度 등에 따라 1, 2, 3차의 심사절차를 거쳐 診療費審査委員會에서 심사한다.

[圖 II-3] 診療費審査와 支給 節次



좀더 구체적으로 설명하면 診療費 明細書의 審査는 청구내용에 따라 심사요원, 상근심사위원 및 시간제심사위원, 전문과목별 분과위원 심사 및 조정위원회 심사로 구분되어 단계별로 처리된다. 심사대상은 요양기관과 수진자 사이에 있었던 모든 진료행위이며, 그 중 수진자와 요양기관의 一般記載事項과 상병에 관한 사항 등 기재내용에 관한 點檢業務와 진료수가 기준 및 약제, 진료재료대 산정의 대조업무는 審査要員이 수행한다. 이 과정에서 투약, 처치, 검사, 수술 등의 진료기준에 적합하지 못하다고 판단되는 경우는 상근심사위원과 전문과목별 분과위원회에 의해 심사가 종결하고 있다.

심사 단계별로 심사 종류를 살펴보면 우선 點檢審査는 기재사항, 인적사항, 상병명, 수가점검, 약가대조, 증감표시, 심사요원 소견서 작

성, 진료비 심사의뢰 및 결정서 작성 등 一般的인 事項의 點檢 뿐만 아니라 審査指針이나 보건복지부 有權解釋에 적합한지 여부를 審査直員이 점검하고, 진료내용의 醫學的 妥當性 여부에 대한 판단 및 결정은 점검심사 완료 후 심사 각과를 담당하는 심사위원회에 의해 결정·처리된다.

1차 심사는 點檢審査에서 醫學的인 判斷이 要求되는 경우, 새로운 진료사례가 발생된 경우, 진료비가 고액이거나 수가적용이 애매한 경우에 한하여 상근심사위원 또는 시간제 심사위원이 診療內容 檢討와 請求傾向上 檢討 및 適正診療與否를 심사하는 과정을 거치게 된다.

2차 심사는 상근심사위원의 재량으로도 처리 못하는 高度의 專門的 判斷을 요하는 사항이나 醫學的인 妥當性에 대한 검토 등을 처리한다. 이같은 사항은 專門診療科目別로 구성된 분과위원회에 회부하여 심의 처리하게 되며, 이때 심사사례, 심사기준, 심사지침 등이 논의된다.

3차 심사는 심사조정위원회에서 전문과목별 분과위원간에 이견이 있어 결정하지 못한 사항에 대한 의견조정이 이루어진다.

이러한 절차를 거친 후 전산입력 및 교정과정과 診療費支給 및 資料出力過程을 거쳐 요양기관에 診療費를 지불한다.

심사방법에 있어 의원급 외래 진료분에 대하여 요양취급기관별 診療費 請求傾向과 審査調整 樣相과의 관계를 분석하여 傾向審査와 精密審査 두 가지로 구분하여 심사를 실시한다. 즉 청구경향과 심사조정 양상이 傾向審査를 실시하는 기준에 부합한 의원급 요양기관은 概括審査에 의해 바로 진료비를 지급하고, 기준을 초과하는 요양기관에 대해서는 精密審査를 실시한다. 병원급 이상 요양기관은 경향심사를 적용하지 않고 전부 정밀심사를 실시한다.

傾向審査에 대하여 자세히 설명하면, 연합회에 청구되어 심사·지급된 일정기간의 진료자료를 근거로 요양취급기관별 診療費 請求傾向과

審査調整 樣相과의 關係를 分析하여 比較적 件當診療費 등 진료지표가 낮아 精密審査의 必要性이 적다고 판단되는 요양취급기관의 진료비명세서에 대하여는 精密審査를 止揚하고, 그 경향을 比較분석한 통계수치를 반영하여 요양취급기관별로 심사강도를 달리하는 일종의 比較審査方法이다(의료보험연합회, 1997).

傾向審査를 적용하는 요양기관의 기준은 경향심사만을 했을 경우에 발생할 審査調整額 損失分과 精密審査를 하지 않음으로써 얻을 수 있는 심사의 제반 비용을 감안하여 기준을 설정하여 기준선이 많은 변화를 겪어 왔다. 이러한 傾向審査의 長點은 매년 급증하는 診療費 審査物量에 대하여 효율적이고 적절하게 대처할 수 있다는 점이지만, 傾向審査의 基準이 질병에 따라 각각 다른 輕重도와 종류를 반영할 수 없어 審査의 公平性이 위배될 수 있다는 단점도 내포하고 있다.

2) 診療費 審査調整 現況

診療費 審査調整은 요양기관이 청구한 진료비의 명세서와 심사기구의 심사기준사이에 차이가 있을 경우 診療費의 지불금액을 조정하는 것을 말한다. 이런 審査調整의 事由를 살펴보면 산정착오, 진료수가기준 적용착오, 요양급여기준 적용착오, 계산착오, 비급여사항, 진료내역 과다청구 등이 있다. 算定錯誤란 명세서상의 산정수가가 진료수가기준액표 및 약가기준액표 상의 수가와 일치하지 않는 단위금액의 착오를 말하고, 진료수가기준 적용착오는 진료수가기준의 산정지침과 분류항목 해석착오로 다른 항목을 적용하여 청구한 경우나 진료수가 산정방법과 상이하게 산정한 경우를 말한다. 審査調整事由의 대부분을 차지하는 療養給與基準 適用錯誤는 진료내역과 상병명을 대조 분석한 결과 요양급여기준에 위배된 청구를 한 경우를 말하는 것으로 예를 들어 과잉진료, 과잉검사 또는 연구목적으로 하는 진료·검사인 경우

와 과잉투약 및 주사, 엑스레이촬영, 그리고 상병명을 참조하여 동일 제제의 중복투여 조정 및 투여량의 조정 등이다.

이러한 조정사유별로 審査調整 現況을 살펴보면 다음 표와 같다.

〈表 II-3〉 年度別 調整事由別 診療費 審査調整現況

(단위: 백만원, %)

조정유형	1994년	1995년	1996년	1997년
계	57,517 (100.0)	84,070 (100.0)	122,843 (100.0)	102,932 (100.0)
산정착오	1,288 (2.2)	875 (1.0)	1,246 (1.0)	1,338 (1.3)
진료수가 적용착오	14,942 (26.0)	24,159 (28.7)	26,416 (21.5)	25,179 (24.5)
요양급여 기준착오	38,886 (67.6)	55,482 (66.0)	91,284 (74.3)	73,606 (71.5)
계산착오	35 (0.1)	41 (0.1)	112 (0.1)	95 (0.1)
비급여사항	148 (0.3)	500 (0.6)	361 (0.3)	207 (0.2)
소명자료 미제출	902 (1.5)	849 (1.0)	993 (0.8)	877 (0.9)
진료내역 과다청구	233 (0.4)	333 (0.4)	588 (0.5)	249 (0.2)
군지역외 산정착오	70 (0.1)	107 (0.1)	120 (0.1)	120 (0.1)
기 타	1,013 (1.8)	1,724 (2.1)	1,723 (1.4)	1,266 (1.2)

資料: 의료보험연합회 내부자료

3) 審査의 問題點

診療費審査는 의원급의 傾向審査와 병원급의 기관별 比較審査 도입, 간호사, 약사, 임상병리사, 물리치료사 등 심사인력의 다원화, 심사위원회에 개원의 참여와 전문과목별 분과위원회의 확대, 진료과목별 분리심사, 지역별 진료비심사위원회 설치, 심사지침의 공개, 審査調整內譯 통보의 세분화 등 심사의 客觀性, 公正性을 유지하기 위해 제도상 또는 업무상 상당한 발전을 보여왔다. 그러나 의료계입장에서

보면 診療費審査가 주로 保險財政次元에서 診療干涉이라는 부정적인 시각도 상존하고 있어서 심사에 대한 의료계의 不滿은 좀처럼 해소되지 않을 것으로 보인다.

여기에서는 심사의 理論的 考察과 現況分析을 통해서 나타난 문제점을 지적하기로 한다.

첫째, 심사조정의 대부분이 算定錯誤, 適用錯誤 등의 행정적인 착오와 해당질병에 대한 진료기준을 초과한 투약이나 검사를 지적하는 點檢審査에서 종결되고 실제 심사의 가장 중요한 목적인 진료의 적정성이나 타당성을 판단하지 못한다는 비판이 지적되고 있다. 점검심사는 審査基準, 有權解釋, 審査指針 등에 의해 정해진 범위에서 벗어나면 이를 청구착오, 과잉진료 등으로 조정하는 것이다. 따라서 명세서의 대부분이 주로 심사요원에 의한 점검으로 종결되어진다면 의료계로부터 심사의 公正性和 專門性에 대한 문제제기는 피할 수 없다고 본다. 따라서 문제는 審査基準과 審査指針에서 벗어난 진료의 경우에 의학적으로 판단되는 개별성과 전문성이 어느 정도 합리적으로 인정받을 수 있느냐에 달려 있는 것이다.

둘째, 심사조직의 운영이나 업무처리에 있어서 보험자 측에 審査權限이 있어 客觀性和 公正성이 결여된다는 지적이 많이 있다. 즉 공급자인 요양기관과 수요자 측인 보험자 사이에 심사하는 기능이 일방적으로 보험자 측에 있어 형평성이 결여되고, 보험자는 보험재정을 안정시키려는 유인이 있으므로 요양기관으로서는 단지 심사가 診療費削減을 위한 것으로 인식되어 불만의 여지가 많이 있다. 그래서 의료단체 등은 진료비 심사기구의 독립을 통해 公評한 審査와 의료 質의 객관적이고 적정한 평가를 요구하고 있다.

셋째, 診療行爲別 酬價制下에서 수가산정의 단위가 개별 진료행위와 약제로 되어 있기 때문에 의료공급자는 진료단위를 더 細分化하려

는 경향이 있다. 이와 같이 수가·약가 단위가 더 세분될수록 진료비의 청구 및 심사가 복잡해지고 또한 매년 請求件數의 급증으로 診療費 審査業務가 과중하여 불필요한 資源의 浪費와 醫療費 上昇을 促進하고 있다는 지적이다. 특히 의원급 요양기관의 경우 진료비 請求費用이 가중되고 있고, 이로 인해 음성적으로 診療費 請求代行業이 성행하여 청구액을 부풀려 청구하고 청구한 금액에서 일정 手數料(약 4~5%)를 챙기는 등의 不正的인 形態의 청구가 이루어지고 있다. 또한 이러한 청구에 의하면 실제 진료기록과 청구된 진료내용이 일치하지 않는 불합리한 경우가 발생하고 있다. 따라서 이 같은 문제점의 개선을 위한 방법으로 유사한 診療行爲의 包括化 또는 진료행위와 깊은 관련이 있는 材料의 包括化를 검토하여 支拂單位를 單純化시키는 작업이 필요하다고 본다.

넷째, 행위별 수가제하에서는 정부에 의해 진료단위별로 의료수가가 책정되어 적용되기 때문에 의사는 적어도 價格側面에서는 강력한 統制下에 놓이게 된다. 그러나 의료공급자가 자신의 일정한 目標收入을 확보하기 위해서 의료서비스의 量이나 頻度를 증가시킬 강한 유인을 갖게 된다. 이러한 경우 保險者 團體가 심사를 통한 의료서비스의 양이나 빈도를 통제하려할 것이고 다시 의료공급자는 자신의 수입을 補塡하기 위해 보험급여를 벗어나 非給與 項目을 증가시키고, 의료서비스의 歪曲을 가져와 의료전체에 부정적 역할을 미칠 가능성이 있다.

보험 실시이전에 소비자와의 情報의 非對稱으로 인해 가격과 진료량을 裁量的으로 운영하던 의사는 보험의 실시로 인해 가격측면에서 그 가능성을 상실하게 된다. 따라서 의사는 價格側面에서의 裁量權 喪失을 診療量側面에서 補塡하고자 할 것이다. 물론 의사가 의학적 극대화만을 목표로 하여 전혀 經濟的 要因(醫療酬價의 統制 등)에 의해 영향을 받지 않는다면 진료내용도 변화가 없을 것이다. 그러나 현

실에서 모든 의사가 환자의 건강문제만을 생각하는 完全代行者이기를 기대할 수는 없으므로, 酬價統制로 인한 진료내용이 變化하리라고 보는 것이 실제적일 것이다. 문제는 재량권의 활용 정도가 강화될 가능성이 높다는 점이다. 정부에 의해 통제된 수가수준이 시장가격 이상인 경우에는 ‘統制’의 의미가 없다. 따라서 시장가격 이하의 수가수준에서 보험실시 이전의 目標收入을 達成하기 위해서는 진료량을 보험실시 이전보다 재량적으로 증가시킬 수밖에 없다.

더욱이 의사와 환자사이처럼 醫師와 保險者間에도 情報의 非對稱은 존재하며, 정보의 비대칭을 전제로 한 의사의 행동양식은 여전히 효과적일 것이기 때문에 의사가 진료량 측면에서 재량권을 활용하리라고 보는 것에 큰 무리는 없다. 보험자는 재정능력에 따라서 保險給與 範圍를 限定시키고, 의학적 측면을 고려하여 진료내용을 규정하는 동시에 이의 준수여부를 ‘審査機構’를 통해 검색한다. 결국 요양취급기관으로 강제지정된 의사는 시장원리에서 벗어나 가격과 진료량 모두가 통제되는 체계하에 놓이게 된다.

그러나 심사기구가 적정진료를 위한 심사를 하는 것이 아니라 過剩診療에 대한 統制의 機能으로 보험재정의 보호측면을 중시하는 심사를 하고 있다. 따라서 위에서 언급한 것처럼 의사가 경제적인 요인을 감안하고 자신의 기대수입을 보전하려는 요인이 발생하여 다른 형태의 의료행태가 발생할 것이다. 즉 보험권을 벗어난 非給與 項目의 選好나 過度한 各種 檢査, 高價 藥劑의 使用 등 의료서비스의 質이나 適正性 確保와 상관없는 의료행태가 나타날 것이다.

2. 診療費 支拂制度 및 支給方法의 現況과 問題點

가. 診療費 支拂制度

現行 行爲別酬價制은 진료행위 항목별(약 3,000여 개)로 공급자의 진료량에 따라 事後에 支拂받으므로 항목별 가격만 통제하고 診療費 總額을 관리할 장치가 없다. 이에 따라 過剩診療와 진료비의 과도한 상승을 초래하는 단점이 있다는 지적이다. 또한 請求 및 審査業務가 過重하고, 심사기구와 의료계간에 診療의 專門性과 自律性에 대한 마찰이 있으며, 항목별 수가수준에 따라 고가진료행위의 선택 및 고가의약품의 선호 등을 초래하며, 따라서 의료서비스에 대한 질 관리에 한계를 나타내고 있다.

이러한 행위별 수가제는 그간 여러 차례의 수가조정이 있었으나 경제적 환경변화에 따른 醫療費用 上昇 部分을 보상하는데 목적이 있었으며, 수가간의 균형성을 유지하기 위한 체계적인 조정이 없었음에 따라 診療行爲別 酬價項目間의 不均衡 및 酬價水準의 不適當 등의 문제가 대두되었다.

이에 따라 1994년 醫療保障改革委員會에서 ‘資源基準 相對價値 開發’을 정책대안으로 제시하였고, 1995년 ‘醫療保險 酬價構造 改編協議會’를 구성하여 1997년 11월 ‘醫療保險 酬價構造 改編을 위한 相對價値 開發’ 연구를 완료하여 금년(1998년)에 연구결과를 기초로 현행 의료보험 수가체계 개선방안을 검토 중에 있다. 2000년부터는 資源基準 相對價値 酬價體系를 도입할 것을 고려하고 있다.

한편 현행 행위별 수가제도의 문제점을 해소하기 위한 개선방안으로 包括酬價制인 DRG(Diagnosis Related Group: 診斷名基準 患者群) 지불제도의 단계적 도입 및 실시를 검토 중에 있다. 1994년 醫療保障改

革委員會에서 입원진료비에 대한 ‘DGR支拂制度’의 단계적 도입·실시 방안이 건의되었고, 1995년 ‘DRG 支拂制度 導入 檢討協議會’를 구성하여 실시방안을 개발하였다.

이에 따라 1997년 DRG 지불제도 1차 시범사업이 실시되었다. 사업 대상기관은 시범적용 희망 요양기관 54개였으며, 사업대상 DRG는 다빈도 상병으로 요양기관간 진료비 편차가 크지 않으며 타 상병과 비교하여 비급여 항목이 비교적 적다고 판단되는 일반외과, 산부인과, 안과, 이비인후과의 4개 진료과의 5개 疾病群(수정체수술, 편도 아데노이드적출술, 충수돌기 절제술, 제왕절개술, 정상분만)을 선정하였다. 1998년 DRG 지불제도 2차 시범사업을 실시 중에 있다. 사업대상 DRG는 1차 년도와 동일하며, 시범사업기간은 1998년 2월부터 1999년 1월까지 1년간이며, 시범실시기관은 139개(1차 년도 시범사업 실시기관 포함)이다(3차기관: 11개, 종합병원: 62개, 병원: 28개, 의원: 38개).

나. 診療費 支給方法

진료비 지급은 원칙적으로 심사의 절차를 거쳐 타당한 診療費에 대하여 지불하는 後拂方式을 택하고 있다. 이런 방식은 요양기관이 서비스를 한 후 일정기간이 지난 후에 보상받는 것으로 療養機關에게는 상당한 損害를 강요하는 단점이 있다. 특히 IMF라는 경제 위기는 요양기관의 經營惡化를 초래하고 도산하는 병원들이 많아져가고 있어 후불방식의 지불제도는 더욱 문제가 되었다. 이런 문제점을 해결하기 위하여 설날과 추석에 일시적으로 적용하였던 診療費概算拂制度(先拂方式)를 확대하여 1998년 2월부터 전기간에 걸쳐 실시하고 있다.

1979년 보험자단체인 전국의료보험협의회에서 預託支給制를 실시하기 시작한 이후 예탁지급 대상요양기관이 조금씩 확대되어 1994년 1월 1일부로 모든 요양기관을 대상으로 하는 전면 예탁제가 시행되었

다. 그리고 概算拂制度가 전면적으로 실시되기 전에는 각 조합이 진료비를 예탁함으로써 예탁된 진료비를 지급하는 후불방식을 취하였다. 預託金額算定은 각 조합별로 전 3개월간의 심사결정된 월평균금액의 4/3(약 130%)에 상당하는 금액으로 정하고 있으며, 예탁제에 의해서 조성된 診療費 支給財源은 각 조합별로 구분하여 관리하고 있다.

診療費 概算拂制度란 요양기관이 진료비를 청구한 후 심사를 거쳐 지불을 받기까지 기간이 오래 걸리는 단점이 있어 요양기관이 손해를 입는 것을 補填해주기 위해 청구한 후 바로 청구액의 90%를 지급해주는 제도이다. 診療費 概算拂制度는 본래 명절 때와 같이 현금이 많이 필요한 때 연합회에서 非定期的으로 실시하던 제도였으나, IMF위기 이후 요양기관들이 經營이 惡化되어 가는 것을 방지하고자 지금은 정기적으로 실시하고 있다.

대상기관으로는 의료보험 요양기관으로 지정된 病院級 以上の 全體 醫療機關을 대상으로 하고 있다. 그러나 지급일을 기준으로 폐업한 요양기관이나 채권압류 대상 요양기관, 청구서상의 청구액 착오가 고의적이라고 판단되는 요양기관들은 개산불 대상요양기관에서 제외하고 있다.

概算支給額 算出은 요양기관으로부터 진료비가 청구되는 接受番號 單位로 3차 진료기관 및 특수진료 요양기관은 청구금액의 90%를 지급하도록 하고 있고, 3차 및 특수진료기관 이외 요양기관은 청구금액의 90%에 요양기관별 聯合會 平均 預託 支給率을 곱하여 지급하고 있다. 또한 신규지정 요양기관의 경우 예탁지급률은 인근지역 유사종별 요양기관 예탁지급을 반영하고, 예탁금 장기 미납조합 발생으로 지급재원부족 및 장기 미정산 발생시 預託金未納率도 반영하고 있다.

지급단위는 100만원 단위로 하고 있어 100만원 미만은 지급하지 않고 있으며 지급기한은 매월 診療費 支給計劃을 수립하여 접수일로부

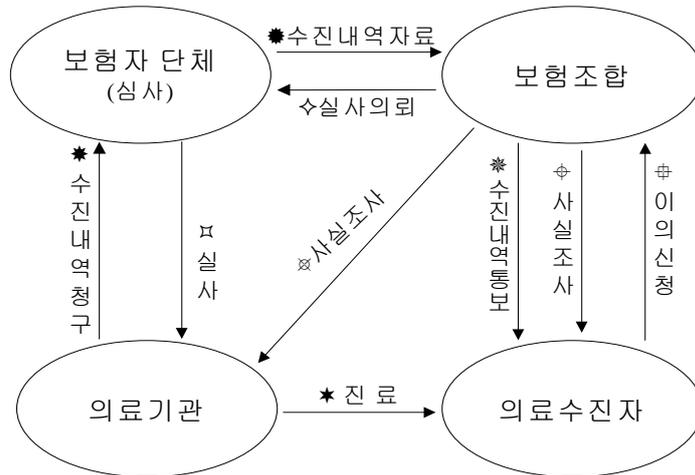
터 15일 이내 지급하고 있다. 지급방법은 월 정례지급과 개산지급을 병행하여 차수별(2~3일: 1개 차수)로 지급하고 있다.

3. 診療費 事後管理의 現況과 問題點

가. 事後管理 方法

사후관리업무는 피보험자들이 의료보험의 기본목적에 반하여 급여 받은 부당수급과 요양기관들이 重複·虛偽請求를 통해서 부당하게 취득한 금액에 대하여 환수하는 법적 제도적 장치를 말한다. 이 중에서 살펴보고자 하는 것은療養機關에 대한 진료비 사후관리업무이며 그 절차는 다음의 [圖 II-4]와 같다.

[圖 II-4] 診療費 事後管理節次



1) 療養機關 自律是正制度

요양기관 자율시정제도는 원칙적으로 의료인이나 의료단체에 그 자율권을 부여하여 적정진료 및 건전한 診療費 請求秩序를 확립하고 不當請求를 방지하고자 실시하고 있다. 또한 진료비심사제도의 脆弱點을 보완하여 保險財政의 安定과 피보험자의 診療費 適正負擔이 이루어질 수 있도록 전 요양기관을 대상으로 自律是正通報 및 現地調査 등 지도·감독을 실시하고 있다.

2) 現地調査制度

현지조사는 의료보험행정 관련부서인 보건복지부에서 문제가 있는 요양기관에 대하여 현지를 출장하여 광범위한 조사를 하는 제도로 허위, 부당청구하는 요양기관도 조사대상에 포함되고 있다. 또한 수진내역신고가 일정건수(요양기관별로 차이가 있음) 이상 허위, 부당청구한 것이 확인되면 현지조사대상이 된다.

3) 受診內譯通報制度

受診內譯通報制는 수진자에 대하여 의료보험이 적용된 부분 중 受診者가 負擔한 費用과 組合負擔金을 알려줌으로써 의료보험의 필요성과 비용부담의식을 고취하여 受診濫用을 豫防하고, 요양기관의 착오 또는 과다청구가 있을 경우는 정산 및 환수를 통하여 受診者의 權益을 保護하며, 요양기관에는 진료비의 適正請求를 유도하여 과다, 허위 청구 등을 예방하는 제도이다. 즉 진료비심사가 허위, 不當請求防止를 위한 의료보험연합회의 영역이라 한다면 受診內譯通報制는 조합에서 할수 있는 진료비 사후관리의 한 방법이다.

나. 事後管理의 問題點

1) 療養機關 現地調査制度의 問題

現地調査方法은 요양기관을 조사하는 것이므로 수진자에 대한 조사는 시행되지 않아 정확한 虛偽, 不當請求金額 파악이 어렵다. 특히 약국의 경우는 요양기관의 숫자가 많다보니 광범위한 조사가 어려울 뿐 아니라 현장과 밀접한 관계가 있는 조합보다 정보면에서 뒤떨어지는 약점이 있다. 또한 현지조사하는 조사팀의 수가 적어 실질적으로 조합에서 실사의뢰한 사례들에 대하여도 모두 실사하기가 어렵다는 문제점을 안고 있다. 藥局의 不當·虛位請求에 대해서는 각 지역별 조합에서 사실조사를 거쳐 고발조치하고 있으나, 이러한 사후관리를 성실히 수행하는 조합은 일부분에 그치고 있는 실정이다. 醫療保險聯合會 실사팀의 인력부족을 보완할 수 있는 방안으로 조합(향후에는 통합공단의 지사)에게 실사권을 부여하는 방안을 생각해 볼 수 있으나 不當請求 가능성이 있는 요양기관에 대한 事後管理가 조합의 고유업무에 있지 않으므로 조합직원들의 부당청구 적발노력의 동기부여가 부족하고, 또한 사실조사를 할 수 있는 法的 根據가 불분명하여 요양기관들에게 반발을 사고 있는 것이 문제점으로 제시되고 있다. 또한 실사권의 남용으로 발생하는 弊害防止에 대한 장치가 없을 경우 현실적으로 인 한계가 있다.

2) 受診內譯通報制의 問題

受診內譯通報制의 문제점은 가장 중요한 회신율이 저조하다는 것으로 수진내역이 수진자에게 통보되는 시점이 진료개시일로부터 오래 경과하여 기억하기도 힘들고 수진자의 관심도 떨어지고 있다. 둘째로 수진내역서에는 보험급여 대상만 적혀있어서 환자들이 非給與된 진료

와 구분할 정도의 전문성이 없고, 또한 受診內譯通報서가 일반인들이 알아보기에 힘들다는 단점이 있다. 기타 보험조합 직원들에게 受診內譯通報제에 대한 교육이 충실하지 못하여 형식적으로 운영되는 경우가 많다는 문제점이 지적된다.

3) 事後措置의 問題點

受診內譯通報제에 의해 적발된 요양기관에 대하여 不當利得金만 환수하는 등 별다른 행정조치가 없으므로 재발 방지에 별효과가 없다. 그리고 부당청구의 정도가 심한 요양기관에 대하여는 복지부에 실사를 의뢰하지만 위에서 말한 바와 같이 현지조사 하기가 현실적으로 어려워 不當請求를 억제하는 역할이 미비한 상태이다.

또한 현지조사에 의해 적발된 요양기관에 대하여도 부당이득금의 10배 이하의 과징금이나 또는 면허정지 등 가벼운 행정처분으로 不當請求 再發防止에 별효과가 없다. 즉 요양기관의 입장에서는 적발당할 確率과 적발로 인한 損失을 비교형량하여 부당한 진료행위의 규모와 계속성 여부를 판단할 것이다. 적발확률과 예상손실이 매우 낮다는 것이 일반적인 관측이고 보면 성실한 진료행위를 하는 의료인들이 상대적으로 피해를 입게되고, 이러한 상황이 반복되는 경우 성실하고 양심적인 의료인들의 醫療行態가 歪曲되는 악순환이 되풀이됨으로써 전체 의료계가 불신을 받는 현상은 우려할 만하다.

Ⅲ. 外國의 診療費 支拂制度와 經驗

1. 類型別 診療費 支拂制度와 改革動向

가. 先進國의 診療費支拂制度의 類型

외국, 특히 유럽의 대부분의 국가가 의료보험을 국가의 사회보장제도의 일환으로 도입하여 운영하고 있으며, 조세로 재원을 조달하는 국민醫療서비스(NHS: National Health Services)제도로 운영하는 국가와 社會保險料로 재원을 조달하여 疾病金庫(우리나라의 의료보험조합에 해당)에 의해 운영하는 국가로 대별할 수 있다.

어느 국가의 경우라도 醫療需要者(환자)는 醫療供給者(병원, 의원)와의 재정적 관계를 위해 제3자(保險者)에게 상당히 의존하게 된다. 제3자인 보험자는 의료공급자에게 진료비를 지불하는 주체로서 정부, 질병금고('의료보험조합') 혹은 민간보험자로 구분할 수 있다. 여기서는 의료보험 재정운영방식의 유형, 즉 租稅財政方式, 社會保險財政方式(단, 民間保險方式 제외)에 따라 의료수요자(환자), 보험자 그리고 의료공급자들간의 주요한 관계를 간략히 살펴본다.²⁾

2) 본절은 NERA보고서(1993, 1994)를 정리한 것이며, 유형분류에 따른 운영방식을 이해하기 위하여 의료공급자에 대한 診療費 支拂方式을 간략히 설명하면 다음과 같다.

첫째, 一次診療에 대한 지불방법상의 차이로,

- ① 診療行爲別 報酬制 혹은 酬價制(fee-for-service): 의료공급자의 진료행위 및 서비스항목별로 보수(혹은 가격)를 정하고, 후불제(retrospective payment)로 운영되는데, 행위별 보수는 보통 협정된 가격표에 의한다.
- ② 人頭制(capitation payment): 등록된 환자수에 대해 일정한 보수를 지불받으며 그 보수는 인구집단별로 다르게 적용될 수 있다.
- ③ 俸給制(salary): 의료당국(보험자)에 의해 고용되어 봉급을 받는다.

租稅方式으로 운영하는 국가로서는 이태리, 스페인, 스웨덴, 영국이 해당되며, 유럽 이외 국가로써 캐나다, 뉴질랜드를 들 수 있다. 정부가 一般租稅(general tax) 혹은 給與稅(payroll tax)로부터 의료보장재원을 조달한다. 보통 재원은 중앙조직에 의해 조달되어 여러가지 방법으로 지방조직에 분배된다. 地方組織은 의료공급자(일반의, 병원)에 대해 第3支拂者로서의 역할을 한다. 한편 캐나다와 스웨덴은 지방조직에서 조세를 직접조달하기도 한다.

社會保險方式으로 운영하는 국가로서는 프랑스, 독일, 네덜란드이며, 유럽 이외 일본이 있다. 疾病金庫가 보험자의 역할을 하며, 직종별 혹은 지역별로 조직된다. 피보험자는 금고에 所得比例 保險料를 지불한다. 금고는 非營利이며 강제적으로 조직된다. 금고의 가입이 누구에게나 다 허용되면 금고간의 경쟁이 존재하게 되고, 가입자격이 제한되면 경쟁이 제한될 것이다. 금고는 醫師 및 病院과 의료서비스 내용에 대해 協商한다. 이러한 협상은 지역별 혹은 국가적 차원에서 행해지며 일반적으로 정부가 개입하게 된다.

금고간에 보험료수준의 차이가 발생하는데 이는 금고간 가입자집단의 질병발생구조상의 차이를 반영한다. 프랑스와 네덜란드의 경우 이러한 金庫間의 保險料差異를 平準化하기 위하여 中央危險調整裝置(central risk adjustment mechanism)를 운영하고 있다. 독일은 일부 국민을 대상으로 보험료를 조정하고 있다. 한편 프랑스는 일부 진료에

둘째, 病院에 대한 지불방법상의 차이로,

- ① 疾病單位別 支拂(cost-per-case): 어떤 특정 종류의 질병(case)을 치료하는 데 요하는 진료서비스 집단을 추정하고, 이들에 대한 (진료행위별 수가에 따른) 비용을 산정하고, 그 평균적 비용을 해당 case에 대한 가격으로 산정한다.
- ② 日當支拂制(per diem rate): 입원기간에 대해 일당 일정액을 지불한다.
- ③ 總額豫算制(global budget): 연간 병원에 일정액이 지불되고 그 범위내에서 수요량을 조정하도록 한다. 총액예산은 보험자가 일방적으로 결정하거나, 지역 혹은 지방별로 공급자와 보험자간 협상에 의해 결정된다.

대해 질병금고가 환자에게 직접 지불하고, 환자는 다시 의료공급자에게 지불하는 특이한 방식으로 운영하고 있다.

질병금고는 그들의 피보험자에 대해 독점력을 지니고 있으나, 독일과 네덜란드에서는 피보험자가 질병금고를 선택할 수 있도록 하여 질병금고간의 경쟁제도가 도입되어 시행 중에 있다.

〈表 III-1〉 先進國의 醫療保險 診療費支拂制度

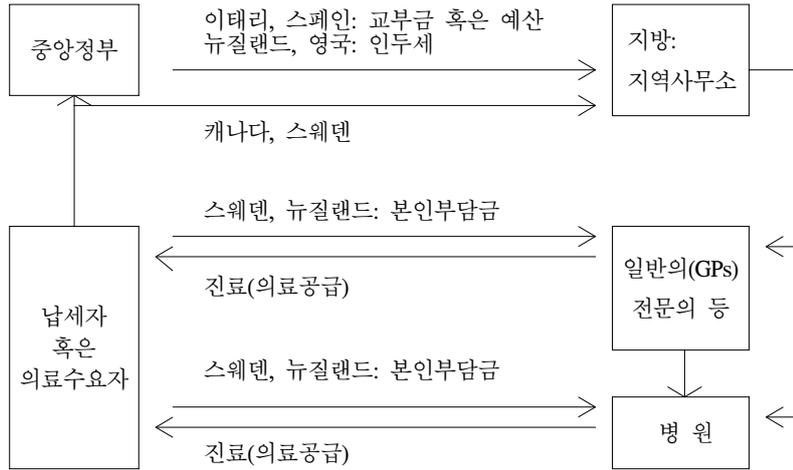
사회보험 운영방식 국가			
	보험금고-GPs ¹	보험금고-병원	GPs/병원-환자
프랑스	행위별수가제 (양자간 매년 '행위별진료 보수협약체결로 진료비 증가율 억제)	예산제(공공), 행위별수가제 혹은 일당지불제(민간)	본인부담제 (先 본인부담후 금고로 부터 보상)
독일	예산범위내 행위별수가제 (질병금고연합회와 보험의 협회간 총액예산 협의, 보 험협회가 보수 배분)	질병균별지불(cost-per-ca se)에 기초한 선불제	정액본인부담: 입원일 당 12마르크(년14일 한), 치과와 약제급여 의 본인부담
	진료보수총액증가율을 임금상승률 이하로 규제		
네덜 란드	인두제 혹은 연간정액제	예산제	예산제
	예산균형 위주의 정치적 협상		
일본	행위별수가제	행위별수가제	행위별수가제
조세운영방식 국가			
	정부-GPs	정부-병원	GPs/병원-환자
이태리	인두제	예산제(공공), 일당지불(민간)	-
스페인	봉급제와 인두제 半半	예산제(공공), 일당지불(민간)	-
스웨덴	봉급제, 행위별수가제	예산제	본인부담제
영국	인두제(GP fund holder)	계약제(병원 독립채산제)	-

註: 1) GPs(General Practitioners)는 일차의료를 담당하는 일반의 임.

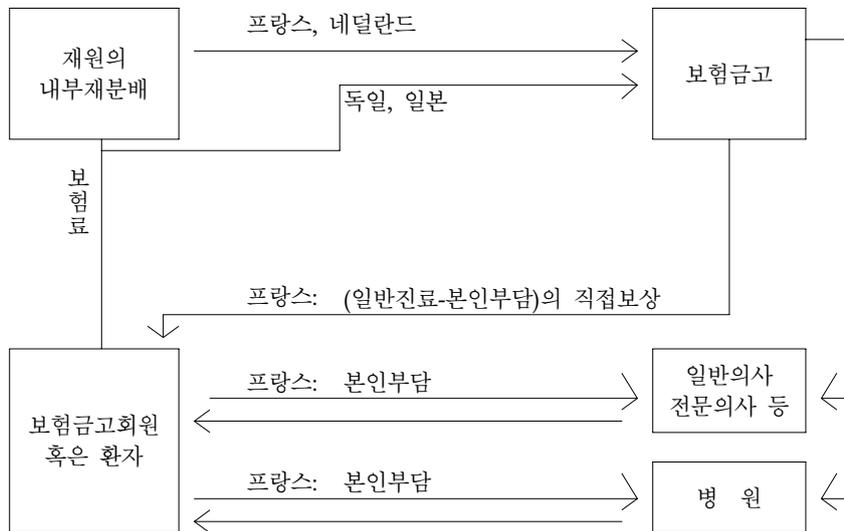
2) 스페인의 경우 6개의 독립된 지방과 11개 지방을 하나의 조직으로 통합관리함.

資料: NERA, *Financing Health Care with Particular Reference to Medicines*, Vol.1, May 1993.

[圖 III-1] 醫療保險의 租稅運營方式에 따른 診療費支拂體系



[圖 III-2] 醫療保險의 社會保險 運營方式에 따른 診療費支拂體系



나. 先進國의 醫療費抑制 對策

OECD 주요 7개국의 GDP 대비 總醫療費(평균)는 1960년의 4.3%에서 1995년 9.4%로 지속적으로 상승하여 왔다. 다만, 미국을 제외하고는 80년대 이후 증가속도가 둔화되고 있다. 이러한 의료비 증가 때문에 醫療費 抑制, 醫療給與의 效率化 및 의료자원의 適正 配置가 주요한 과제로 등장하였다.

〈表 III-2〉 OECD 主要 7個國의 GDP 對比 總醫療費

(단위: %)

국 가	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1995
미 국	5.3	7.4	8.4	9.2	10.7	12.7	14.2
일 본	3.0	4.6	5.6	6.6	6.7	6.0	7.2
독 일	4.8	5.9	8.1	8.4	9.5	8.9	10.4
프 랑 스	4.2	5.8	7.0	7.6	8.5	8.9	9.9
이탈리아	3.6	5.2	6.1	6.9	7.1	8.1	7.7
영 국	3.9	4.5	5.5	5.8	5.9	6.0	6.9
캐 나 다	5.5	7.1	7.2	7.4	8.4	9.2	9.7
7개국 평균	4.3	5.8	6.8	7.4	8.1	8.5	9.4

資料: OECD, *Health Data*, 각연도.

이러한 의료비 동향에 대처하기 위해서 대부분의 OECD 제국은 입원비용의 예산화(총액 규제), 病院建立 및 高價 醫療裝備의 購入 規制, 의료서비스의 量的 規制, 인건비의 삭감 등 거시 경제적인 통제를 하고 있다. 최근에 의료보험의 보험자 및 지역보건 당국의 역할을 강화해 總醫療費의 抑制와 의료서비스를 감독하고 있는 등 의료급여의 효율적인 제공에 노력하고 있다. 또한 患者負擔의 導入 및 引上에 의해 과도한 의료수요를 통제하고 있다.

최근 OECD 주요 선진국들의 의료비억제 대책은 자원의 효율적 이

용, 공급자 및 소비자의 유인수요 억제, 공공의료재정 및 의료기술의 평가 등에서 나타나는 데 그에 따른 각국의 동향은 <表 III-3>을 참조하기 바란다.

<表 III-3> OECD 主要 會員國의 醫療費抑制 對策

國家	資源의 效率的 利用	供給者 및 消費者의 誘引 需要 抑制	公共醫療財政 및 醫療技術 評價의 改善
호주 (공공의료공급 체계하에서의 조세재정 방식 채택)	<ul style="list-style-type: none"> • 의사수 증가의 억제 • 일반진료, 병리 및 진단 분야에 있어서 구조적 개혁의 실행 • 비용전가(cost shifting)에 대한 별칙부과 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여제도: 환자의 부담증가; 외국인에 대한 혜택금지; 의약품 등재목록에 대한 재사정; 제도의 남용을 방지하기 위한 자원의 제한당 • 수가스케줄을 재검토하고 환자부담을 증가시킴. 의료급여 지출의 상한을 사전에 결정하여 지출을 억제함. • 새로운 개업의들에게는 진료를 제한시키고, 수가인상을 억제하며, 수혜범위를 감축시키는 것과 같은 다양한 방법을 통하여 수혜범위를 제한함. 	<ul style="list-style-type: none"> • 공공의료재정: 피보험자들로 하여금 민간의료보험을 들 수 있도록 정부가 보험상품의 다양화를 피하고 있음; 민간의료보험에 지불되는 보험료를 할인해주고, 사보험에 가입하지 않은 고소득자들에게 조세를 통하여 제재를 가함. • 의료기술 평가: 호주의료기술자문위원회(AHTAC)는 효과적인 기술에만 보조금을 지불할 수 있도록 보조금에 대한 평가를 강화하고 국가계획체제가 자원의 효율적인 배분을 추구함.
캐나다 (공공의료공급 체계하에서의 조세재정 방식 채택)	<ul style="list-style-type: none"> • 주나 지방정부가 수요독점을 이용하여 비용억제정책을 시행 중 • 주정부의 병원부문에 대한 구조조정: 병원에 대한 합병, 병원수와 병상수 감축, 급성질환 시설을 지역의료시설로의 전환; 외래진료와 외래수술을 증가시킴 • 제도중심의 관리운영 구조를 지역중심구조로 대체 • 비의료서비스에 대한 계약제 도입(빌딩관리, 세탁소) 	<ul style="list-style-type: none"> • 봉급제와 같은 다른 지불제도를 이용하여 의사비용을 억제 • '비의료'서비스 부분의 보험급여 범위를 축소 • 부가급여에 대한 본인부담이나 이용료를 도입 또는 인상 	<ul style="list-style-type: none"> • 공공의료재정: 지방과 주정부의 재정상태는 연방기금에서 2003년까지 재정적인 보증을 함으로써 안정됨; 1997년에 110억\$, 98~99년에 125억\$ • 의료기술평가: 캐나다의료기술평가협의회(CCOHTA)의 고가진단장비와 같은 항목에 대한 평가; 일반적으로 지방/주 정부를 통하여 규제함.

<表 III-3> 계속

國家	資源의 效率의 利用	供給者 및 消費者의 誘引 需要 抑制	公共醫療財政 및 醫療技術 評價의 改善
프랑스 (공공·민간 의료 공급 체계하에 서의 사회 보험재정 방식채택)	<ul style="list-style-type: none"> 모든 의료인력의 전산화, 모든 보험제도에 의료기록을 담은 개인전산카드 (smart card) 도입. 국립 또는 지역보건위원회 설립 민간부문 의사에 대한 재교육 및 의료수준 현대화를 위한 기금 도입 실험적인 채널 및 네트워크를 통해 보건의료의 상세한 조정, 모든 환자에게 의료기록카드 배포 	<ul style="list-style-type: none"> 의료의 질을 높이기 위하여 의사들의 교육훈련의 무 부여 의료보험체제안에서 의료 통제를 강화 또는 발전시킴 일정한 형태의 의약품에 대한 지불보상 제한 입원, 외래, 처방 각 부문별 의료보험 지출의 목표를 설정, 또한 지역별 의료비용 목표도 설정. 목표에 괴리가 발생하는 경우, 그 차이는 각 부문별로 책임짐 	<ul style="list-style-type: none"> 의료기술평가: 1997년에 설립된 국립평가기관이 의료의 질과 전문성에 대하여 평가. 보험자가 의료기관에 의료비 지불을 하기에 앞서 의료서비스 및 처치, 공급 등에 대하여 평가.
독일 (공공·민간 의료 공급 체계하에 서의 사회 보험재정 방식채택)	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료개혁의 3단계 중 1, 2차는 의료보험의 성과와 재정 건전성을 자율적으로 통제하고 책임질 수 있는 구조조정을 하였음 피보험자의 선택에 의하여 일반의 혹은 일반의·전문 의 집단("network practices")과 맺는 계약시스템은 의료공급의 질과 경제적 효율성을 확보함. 의약품, 봉대 및 기타 진료서비스에 대한 지출 예산에 대하여도 합의를 함 동독지역의 경우 병원의 재정수요 증가에 따라 매년 보조금을 받음. 	<ul style="list-style-type: none"> 96년 63억 DM의 적자발생에 따라 환자일부 부담을 5DM으로 인상 보험료가 올라가면 피보험자의 본인부담도 증가하는 메카니즘 채택. 피보험자는 보험료가 인상되는 경우 보험계약을 종료하고 다른 조합을 선택할 수 있음. 피보험자 스스로의 책임과 개별의료보험조합의 재정적 책임을 강화 	<ul style="list-style-type: none"> 의료기술평가: 2차 개혁은 효과성을 측정하기 위한 시범사업 실시
네덜란드 (주로 민간 의료 공급 체계하에 서의 사회 보험재정 방식채택)		<ul style="list-style-type: none"> 병원에 대하여 수정된 총액 예산제도가 도입되고, 의료비지출 목표를 고정시키지 않음. 약제와 치과진료에 대한 비용 일부분담; 의료보험에 대한 일부본인부담 	<ul style="list-style-type: none"> 의료기술평가: 새로운 기술에 대한 실험은 소수의 전문 병원에 제한함. 실험 후 정부의 승인을 받은 다음 일반화하거나 일반화하기에 곤란한 경우는 특정 몇개 병원에서만 사용

〈表 III-3〉 계속

國家	資源의 效率的 利用	供給者 및 消費者의 誘引 需要 抑制	公共醫療財政 및 醫療技術 評價의 改善
일본 (공공·민간 의료공급 체계 하에서의 사회보험재정 방식 채택)	<ul style="list-style-type: none"> 입원환자의 입원기간을 단축 	<ul style="list-style-type: none"> 의료보험제도의 안정적 운영과 세대간 형평성 실현을 위하여 직장의료보험법 개정. 피보험자에 의한 비용일부 부담률을 조정, 노인에 대한 의료서비스 일부비용 분담 조정. 그리고 약품에 대한 환자의 일부부담제도 도입. 	<ul style="list-style-type: none"> 의료기술평가: 의료기술시스템(MTS)이 기술력을 평가
스웨덴 (주로 공공 의료공급 체계 하에서의 조세재정 방식 채택)	<ul style="list-style-type: none"> 1997년 이후부터 지방자치단체에 대해 주 정부의 보조금을 증가시킴(몇년동안 명목수준에서 주의 보조금을 동결했었음) 1997년 1월 1일 이후 약제와 관련한 재정 책임이 의료보험에서 지방자치정부로 이관. 약제자문위원회가 각 지방자치정부마다 설립됨. 	<ul style="list-style-type: none"> 본인부담제도 개정: 환자가 400 SEK까지의 약제비용에 대해서는 전액부담(연 상한선이 1300 SEK임) 의약품의 가격 메카니즘과 배분 및 판매에 관해 연구가 착수됨. 1998년 가을에 종결예정. 전반적인 통제를 통한 엄격한 비용억제조치시행 지방자치단체들의 지방세인상이 법에 의해 금지됨 	<ul style="list-style-type: none"> 기술 평가 위원회 운영
미국 (주로 민간 의료공급 체계 하에서의 자발적 보험)	<ul style="list-style-type: none"> 1998년 예산중 노인의료보장예산 1160억\$, 의료보호예산 130억\$ 삭감 1995년에 연방 노인의료보장(Medicare), 의료보호(Medicaid)와 관련된 의료체계에 부정청구나 오·남용에 의해 손실된 비용을 조사하기 위하여 "Operational Restore Trust"가 발족되었는데 그 손실비용이 거의 1억 8천 8백만\$정도로 추산 	<ul style="list-style-type: none"> 1993년 예산은 노인의료보장에 대한 많은 비용절약조치들을 포함: 요양원 등에 대하여 노인의료보장에 의해 지불된 가격의 상한선을 낮춤. 병원의 자본비용에 대한 보상을 낮춤, 일하고 있는 65~70세 노인에 대해 Medicare가 지불한 총액을 사보험자로부터 회수할 수 있다는 기존 법률조항의 확대 	<ul style="list-style-type: none"> 의료기술평가: 사보험자들에 의해 이미 실시되어 증거로 나타난 것에 한하여 실행관리

2. DRG 分類에 의한 先支拂制度(PPS)

가. DRG 支拂制度 導入의 期待效果和 豫想問題點

1) DRG의 概念과 期待效果

DRG 支拂制度를 간단히 정의하면, 의료서비스의 양과 질에 관계없이 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 定額診療費를 병의원에게 지불하는 제도이다. 이는 의료서비스도 일반 재화 및 서비스와 마찬가지로 의료공급자가 생산하는 最終生産物(product of hospital)을 거래의 단위로 파악하려는 것이다. 예를 들면, 맹장염 혹은 백내장수술 등 일반적으로 보편화된 질병군에 대해 입원일수, 주사 및 검사의 종류 및 회수등 진료내용에 관계없이 일정액의 진료비를 지급하는 것이다.

DRG(Diagnosis Related Group)란 입원환자들이 主診斷名 및 부상병명, 수술명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 類似한 疾病群으로 분류되는데, 이때 하나의 질병군이 DRG이다. DRG는 미국 Yale 대학에 의해 1960년대 말부터 10년간에 걸쳐 病院經營改善을 위해 개발된 입원환자분류체계로써, 1980년 뉴저지주의 지불제도로 시범적용(383 DRG)되었고, 1983년 467 DRG를 개발하여 미국 노인 의료보험(Medicare)의 病院診療費 支拂方式이 先拂制(PPS: Prospective Payment System)로 바뀌면서 전국적으로 적용하였다. 1989년에는 기존의 DRG가 환자 질병에 대한 重症度를 잘 반영하지 못한다는 비판에 따라 이를 반영한 1,144 Refined-DRG를 개발하였다. 우리나라의 경우 서울대학교 병원연구소에서 1986년 미국 DRG에 기초한 K-DRG를 개발하였고, 이어 1991년 R-DRG 에 기초한 K-DRG를 개발하였다.

DRG 지불제도의 기대효과로서는 다음 몇가지를 들 수 있다.

첫째, 의료자원의 最適配分과 醫療費 節減의 측면이다. 어떤 질병의

치료에 대하여 일정한 진료비가 사전에 정해지기 때문에 그 주어진 예산 범위내에서 투입서비스 및 재료를 최적으로 활용할 유인을 갖게 된다. 따라서 FFS하에서 제공되던 불필요한 의료서비스를 최소화하여 過剩診療나 醫藥品 誤濫用을 방지하고, 재원기간이 단축되거나, 불필요한 검사·서비스가 감소되리라 예상할 수 있다. 궁극적으로 의료자원의 최적 이용과 國民醫療費 節減에 기여할 것이라는 것이다.

둘째, 의료기관 經營合理化 側面이다. 앞서와 비슷한 이유로 병원 혹은 의원의 입장에서 산출물(질병치료)에 대한 가격이 이미 결정되어 있으므로 그 產出物에 투입되는 비용을 최소화함으로써 최대한의 이윤을 확보하려 할 것이므로 의료기관의 자발적인 경영합리화를 유도할 수 있을 것이라는 것이다.

이러한 두 가지 이유로 상당량의 ‘slack’³⁾이 소진됨에 따라 재정적으로 崩壞하거나 환자진료에 있어서 妥協 등을 수반하지 않을 것이라고 기대하였다.

셋째, 보험관리비용 절감 측면이다. 診療費請求 및 審査가 개별 행위 및 재료를 대상으로 하지 않고 질병단위로 하기 때문에 청구·심사 건수가 줄어들게 된다. 따라서 진료비 청구 및 심사에 필요한 업무량과 비용을 대폭 감소시킴으로써 의료기관의 請求關聯 費用과 보험자의 審査費用이 절감된다. 또한 진료비 심사에 수반하는 보험자와 의료기관간 갈등을 완화할 수 있다는 부수적인 효과도 거둘 수 있다.

2) DRG 支拂制度 導入時 豫想問題點

DRG의 많은 장점에도 불구하고 의료공급자 입장에서 이윤을 추구하기 위한 또 다른 形態의 歪曲을 끊임없이 창출하는 것은 당연한 경제적 현실로 이해할 수 있다. DRG 도입에 따른 예상문제점을 미국

3) ‘slack’이란 자원의 비생산적 배분, 불필요한 부가진료나 진료일수 등을 의미

등 선진국의 경험에서 유추해 볼 수 있다.

첫째, 생산물(진료)에 투입되는 요소의 수를 줄이거나 投入原價를 줄임으로써 이윤을 확보하려는 유인을 갖게 될 것이다. 이에 따라 의학적으로 적정한 진료에 필요한(혹은 필수적인) 檢査, 投藥 및 診療行爲를 회피함으로써 의료의 질을 저하시킬 가능성이 있다.⁴⁾ 이는 경우에 따라 FFS 하에서의 過剩診療 보다 더 많은 자원낭비를 초래할 수 있을 것이다. 즉 過小診療에 의해 충분히 치료되지 못한 환자가 다시 의료기관을 찾게 되고 동일 진단명하에 진료비가 다시 발생한다면, 결과적으로 진료비가 이중 발생하고 적정이상의 과잉진료가 행해질 것이다.

둘째, DRG는 진단명에 따라 일정한 진료비를 지급하므로, 의료공급자가 이윤을 증가시키기 위해서는 진단명을 늘리게 될 것이다('Diagnosis split'). 즉 불필요한 입원이나 퇴원후 재입원을 조장할 가능성이 있다. 또한 지불 스케줄이 한가지 진단에 대해 몇가지 상이한 等級을 가진다면, 환자의 실제 상태보다 더욱 복잡한 診斷名을 기재함으로써 공급자는 가장 높은 등급을 선택할 것이다('DRG creep'). 다른 하나의 방법은 진단명을 의도적으로 分離('unbundling')함으로써 한번의 진료로 필요한 질병을 두 번에 나누어 진료하게 되는 비효율을 초래할 수 있다. 과거경험을 통해 볼 때 疾病單位別支拂制(특히 DRG) 하에서 의료공급자가 지속적으로 진료비청구를 극대화하려 하고, 청구내역에 대한 監視 및 確認費用이 상당히 높음을 보여주고 있다.

셋째, 전체 의료비 측면에서 입원서비스에 대한 DRG 의 도입이 DRG 진단명에 해당하는 상병부문에서 기대하는 효과를 얻는다 하더라도 다른 부문의 진료비가 증가하는 代替效果가 나타날 수 있다. 즉

4) 또한 새로운 의료기술이나 의약품·재료등이 DRG에 적절히 반영되지 못할 경우 기술개발이나 의료의 질적 개선에 장애가 예상될 수 있다.

입원진료비가 줄어드는 만큼, 그 대체효과로써 외래진료비가 증가할 가능성이 있다. 또한 최상의 費用-效果比率(cost-effectiveness ratio)을 가진 질병을 진료하고, 비용 효과적이지 못한 질환에 대해서는 가능한 다른 공급자(병원)에게 移送(transfer)할 가능성이 있다.

마지막으로 환자의 健康과 병원의 收入간 올바른 均衡을 보장할 장치가 PPS에 내재되어 있지 않다는 것이다. 즉 병원이 의료의 질을 유지하려 할 때 病院經營이 악화되는 결과를 초래할 수 있다. 그리고 일단 기존에 존재하던 slack이 사라졌을 때, PPS는 병원의 生存과 진료의 質 사이의 선택을 강요할 것이다.⁵⁾ 이러한 선택은 모든 인센티브 지불제도들의 핵심이다. 즉 후자를 유지할 수 있는 ‘carrot’과 생존에 실패하는 ‘stick’간의 相半關係(tradeoff)가 전국적 기준을 도입하는 경우에 나타나는 우려사항이다. 전국적인 통일기준은 고비용구조를 갖는 수많은 병원의 실패를 양산할 것이다.

나. 美國 메디케어의 DRG 支拂制度 導入 效果

미국 Medicare에 PPS를 1983년에 도입하면서 새로운 제도의 도입 효과를 분석하기 위한 연구가 1990년대 초반까지 활발하게 진행되었다.

대부분의 문헌들은 PPS가 도입되기 前과 後를 비교하고 PPS가 도입되지 않은 4개 州(메릴랜드, 메사추세츠, 뉴저지, 뉴욕)와의 비교연구를 수행하였다. 이들 연구문헌들의 한계점은 PPS 제도의 도입초기 3~4년간을 대상으로 하였으므로 단기적인 효과만을 볼 수밖에 없다는 점⁶⁾과 PPS 제도외적인 의료환경적인 변화가 복합적으로 작용하여

5) 의료비의 추가적 투입이 추가적인 의료혜택을 가져다주지 않는 어떤 점(point)을 모른다면, 우리는 비용억제시책이 언제 환자의 편익을 위협하거나 진료의 질을 떨어뜨리기 시작할 것인지 알 수가 없다. 따라서 진료패턴의 변화가 어떠하여야 하며, 진료비지불제도가 의료공급자를 위하여 어떠한 구조의 인센티브를 확립하여야 할 것인지 정확하게 아는 것은 어렵다(Russell, 1989; Lohr, Yordy, and Thier, 1988).

PPS 도입의 순수한 효과를 관찰하는 데에 한계가 있다는 점이다.⁷⁾ 다른 하나의 중요한 고려사항은 PPS 도입 첫해의 補償水準이 상당히 높았다는 점이다. 이에 따라 재원일수의 감축에 따른 질병진당 비용이 감소함에 따라 병원의 이윤폭이 증가하는 상황을 연출하게 되었다. 이는 도입 첫해를 정도에서 벗어나는 개입으로 만들었을 뿐 아니라 대부분의 병원들을 예상치 않은 흑자운영이라는 기대감을 갖게 만들었다. 이제 각 부문별로 구체적으로 살펴보기로 하자.

1) 病院經營에 미치는 影響: 支出이나 財政狀態

선지불제의 도입 당시에 제도의 성공을 위하여 정책적으로 비교적 높은 補償水準을 책정함으로써 PPS로부터 얻는 이윤만을 두고 볼 때, 초기 1~2년간은 병원의 이윤이 컸으나 이후 감소하면서 이윤이 負로 돌아섰다.⁸⁾ 다만, 도시의 修鍊病院은 순이익을 나타냄으로써 병원간 이윤의 격차가 벌어졌다. 병원 전체의 이윤 역시 감소하였으나 3차년도 이후에는 감소세가 둔화되었다. 전반적으로 메디케어 환자를 제외한 부문에서의 이윤으로 메디케어로부터의 손실을 보충하는 양상이 나타났다.

결국 PPS하의 管理價格(administered price)은 병원에 대한 補償水準을 통제함으로써 病院의 費用(原價)을 감소시키는 데에 기여하였다.

-
- 6) 이러한 짧은 기간에 관리자, 수혜자 및 의사들간의 행태변화를 관찰하기에는 한계가 있다. 따라서 지불제도의 지속적인 통제가 의료비지출, 임상 및 의료관리의 패턴에 어떻게 영향을 미치는지에 대한 분석 보다는 도입 초기의 일회성 효과를 보는데에 한정될 수밖에 없다.
 - 7) PPS 도입효과를 분석하는 데에 다른 제약요인들은 다음과 같다. 첫째, 외과적 의료 기술의 보급이 외래진료를 선호하게 만드는 경향, 둘째, 민간부문에서의 관리의료(managed care)의 보편적인 적용, 셋째, 재택진료 및 가정간호(home care, nursing home)의 자유화, 넷째, 80년대 초기에 메디케어의 호스피스 급여 등이다.
 - 8) 1985년 15.5%의 병원이 메디케어 입원환자로부터 적자를 보았으나 1990년에는 그 비율이 60%로 증가하였다(Fisher, 1992).

그러나 평균적으로, 통제된 보상수준 만큼 비용 조절이 충분하지 못하여 病院産業의 이윤폭은 줄어드는 결과를 낳았다.

병원의 유동성이 감소하고 부채가 증가함으로써 財務狀態가 나빠졌으나 폐업률에는 영향을 미치지 않은 것으로 평가된다. 다만, 지방의 소규모병원의 閉業率 增加에는 영향을 미쳤다. 한편 PPS 도입 초기에는 PPS가 경상비용에만 적용되어 자본투자에 대해서는 비용을 사후적으로 상환해 주었고, 그 결과 1980년대에는 병원의 설비투자는 감소하지 않았다(Kwon, 1995).

병원의 診療費支出 증가율이 뚜렷하게 감소하였으나 병원의 原價節減(費用抑制)에는 크게 성공하지 못하고 있다. 즉 일부 병원은 성공적 인데에 반해 다른 일부는 경쟁력이 떨어졌는데, 그 이유는 시장의 구조적 요소와 일정한 病院集團(예, 수련병원)에 대한 PPS의 추가적 보조 때문이다. 병원의 생산성 측면에서 진료강도와 재원일수가 감소하는 등 초기에 효율성이 증가하였으나 2차 년도 이후 진료강도와 재원일수 감소를 상쇄할 정도의 賃金外的 費用의 上昇으로 효율성이 반전되었다.

이러한 PPS가 병원경영에 미친 영향은 규모, 도시와 지방, PPS 압력정도 등에 따라 차이를 보이는 것으로 평가된다.

2) 診療行態에 미치는 影響

선지불제 도입 당시 정부가 염려했던 것은 병원이 입원율을 증가 시킴으로써 병원수입을 극대화하는 것이었다. 이를 방지하기 위해 同僚審査制度(Peer Review Organization: PRO)를 도입하기도 하였다. 그러나 우려와는 달리 입원율은 증가하지 않았고 오히려 감소하였다. 그 이유에 대해서는 동료심사제도가 효과를 발휘하였거나, 병원이 입원 증가 대신 외래 증가로 대체함으로써 이익을 보전하였거나, 혹은 입

원을 감소의 자연적 추세의 반영이라는 등 정확하게 규명이 이루어지지 않았다.

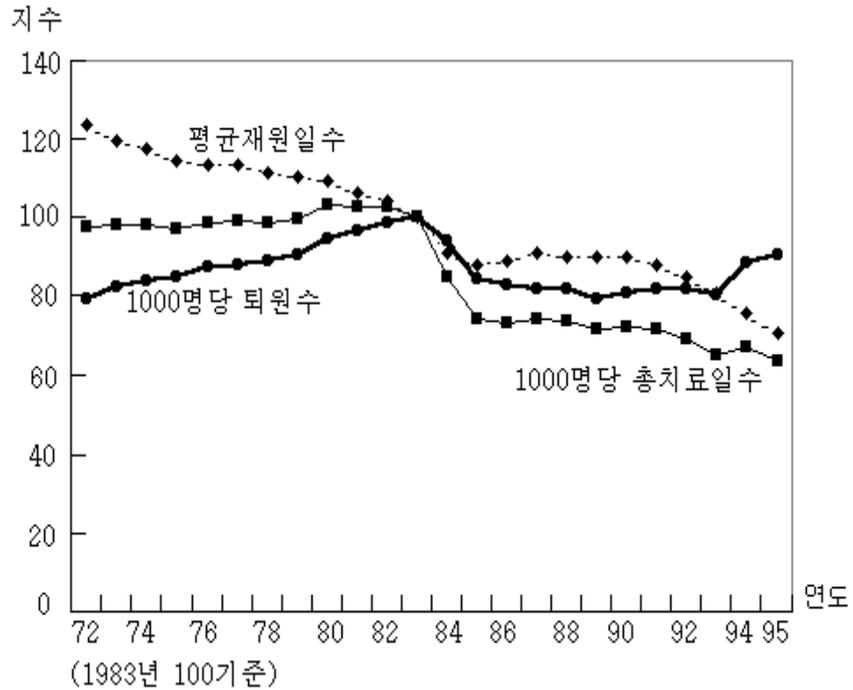
병원의 在院期間은 당초 기대효과대로 초기에 가장 크게 단축되었으며 이후 비교적 안정된 추세를 보이다가 '90년대 들어 다시 큰 폭으로 감소하고 있다. 한편 診療強度가 감소하거나, case mix 및 重症度가 증가하는 경향을 보였다(Carter, Newhouse and Relles, 1990). 그중 診療強度는 진료특성이나 연구자에 따라 차이가 있지만 대체로 감소하는 경향을 보였다. 그리고 중증도의 증가를 고려하면 재원일수의 단축효과는 더욱 크다고 볼 수 있다. 그러나 入院·在院期間 減少 및 診療強度 減少는 외래진료 및 외래 수술의 증가와 재택의료의 증가, 기타 PPS가 적용되지 않은 진료분야 및 병원으로 대체되는 경향을 보였다.

병원은 해당 진단명에 대해 되도록 병원수입에 도움이 되는 경증도의 환자를 유치하려 하고, 이러한 왜곡된 형태의 전문화는 주어진 진단명 내에서 輕症度 환자의 재원일수가 重症度 환자의 재원일수 보다 훨씬 적게 감소하는 결과를 낳게 된다 (Ellis and McGuire, 1996).

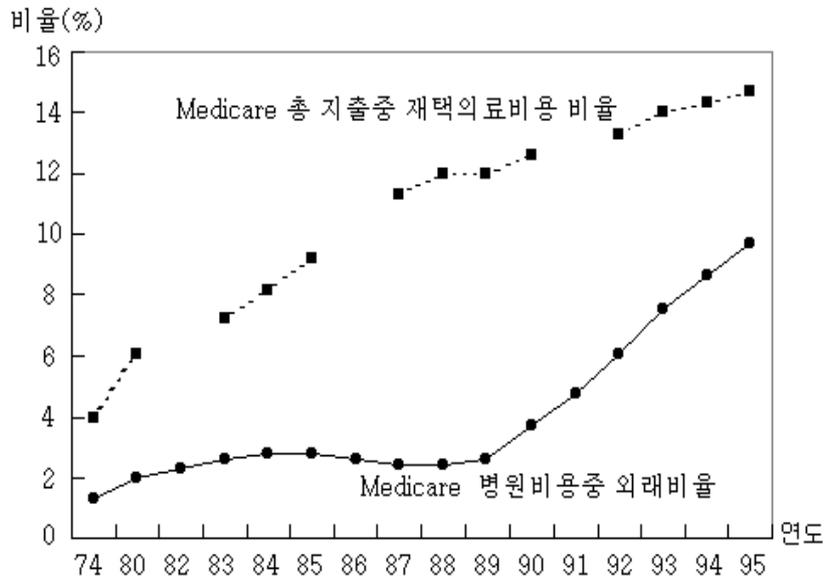
Kominski and Witsberger(1993)는 1979~1987년간의 메디케어 환자에 대한 병원 在院期間의 動向을 내과진료와 외과(수술)진료, 그리고 지역별로 분석하였다. 1985~1987년간에 외과부문에서의 재원기간이 증가하였는데, 그 이유는 대부분의 시술에 있어서 在院期間의 持續的 減少는 복잡하고 오랜 입원을 요하는 시술이 증가하는 경향에 의해 상쇄되었기 때문이다. 그들 연구의 결론은 PPS가 입원일수를 줄이는데에 중요하고도 지속적인 영향을 미쳤지만 PPS의 적용제외를 받는 의료부문에서의 입원일수 증가로 그 효과가 부분적으로 상쇄되고 있다고 밝혔다. 또한 PPS가 재원일수에 미치는 영향은 보다 장기간의 입원시술을 요하는 case-mix로의 전환을 통해 상쇄되어 왔으며, 이러

한 相殺效果는 보다 더 많은 외래수술의 이용과 의료기술의 발전에 기인하기도 한다. 단기입원의 감소와 장기입원의 증가 경향은 PPS와 직접 연관되지는 않는다 할지라도 PPS가 입원수술을 외래로 대체시키는 경향을 가속화한 것은 사실이다.

[圖 III-3] 美國 메디케어 患者의 入院, 治療日數 및 在院日數의 變化推移(1972~1995年)



[圖 III-4] 美國 메디케어의 外來費用과 在宅醫療費用의 比重 推移 (1974~1995年)



3) PPS가 醫療産業에 미친 影響

메디케어 환자가 입원하는 경우 한계비용이 다른 환자에 비하여 높기 때문에, 병원으로서 제3자(민간보험 등)에 대하여 價格(診療費)을 높게 책정함으로써 비용을 전가할 것이라 예상하였으나 실증적으로 증명되지는 않았다. 또 醫療技術의 擴散(technology diffusion)에 부정적일 것이라 예상하였으나 크게 영향을 미치지 않았다.

PPS하에서 병원은 가격과 원가간 마진을 증대시키기 위하여 전문화를 촉진시키게 될 것이라는 기대는 구현되고 있는 것으로 평가되었다. 전문적 서비스를 제공하는 병원이 다양화되고, 專門性 또한 다소 신장되었다. 병원경영의 조직문화가 더욱 기업화되고, 경영기법도 세련되었으나, 가시적인 경영상 변화는 불명확하였다.9)

병원의 경쟁양상에도 많은 변화를 가져왔다. 종래의 費用後拂制에서 고가의료장비와 첨단치료기법을 도입함으로써 병원경쟁이 사회적 비용을 증가시키는 비효율을 야기하였으나(Luft et al., 1986; Noether, 1988; Robinson and Luft, 1985), PPS 도입으로 그리고 HMO와 PPO의 활성화로 병원은 價格引下와 費用切感의 강한 인센티브를 갖게 되어 경쟁이 사회적 효율을 증가시키게 되었다(Dranove, Shanley and White, 1993; Zwanziger and Melnick, 1988).

4) 患者診療의 質에 미치는 影響

PPS 도입으로 비용이 많이 드는 중증환자의 입원을 거부하거나, 診療強度의 減少로 사망률이 증가하거나, 조기퇴원으로 재입원이 증가하거나, 타 병원으로의 移送(transfer)이 증가하거나, 진료과정상 질이 떨어지는 등의 우려는 일반화되지 않았다. 再入院率(특히, 지방·소규모 도시병원)과 타병원 移送率은 오히려 감소하는 경향을 보였고, 진료과정은 질적으로 개선(특히 지방·비수련병원)되었다. 다만, 진료의 질 개선은 PPS 도입이전의 추세가 연장된 것으로 해석된다.

진료의 질에 不正的 影響도 부분적으로 나타났다. 퇴원시 환자상태의 불안정성이 증가하고 퇴원계획 및 퇴원후 진료관리의 不實化가 나타나고 있다. 이는 PPS를 위협하는 문제점들이며 PPS가 이들 문제를 더욱 악화시키는 것 같다. 소규모 및 공공병원의 사망률은 DRG 補償水準에 다소 민감한 영향을 받았고, 대규모 도시병원의 재입원율은 다소 증가하였다. 또한 진료과정상 질은 지방·비수련 병원의 경우 크게 개선되었으나, 도시·수련병원의 경우 크게 개선되지 않음으로써 전반적인 진료의 질 개선의 연장선에서 볼 때 상대적으로 후퇴하였다

9) Shortell and Zajac(1990)에 의하면 외부환경 변화에 맞추어 효과적으로 전략적 적응과 변화를 이룬 병원일수록 그 성과가 높았다.

고 볼 수 있다.

마지막으로 PPS하에서 마진을 남기기 위한 동기 때문에 병원이 환자에게 필요한 충분한 진료를 제공하지 않을 것이라는 懷疑論이 우려되었다. 그러나 실상 병원과 의료진이 재정적인 利潤動機와 임상적인 適正性間에 올바른 균형을 유지하고 있는지에 대해 확실하게 알 방도는 없다는 것이 일반적인 평가다.

5) 醫療費에 미친 影響

메디케어가 의료비지출에 미친 영향을 巨視的인 指標를 통하여 살펴보자. 미국의 총 국민의료비는 1996년 기준 1조 351억불로써 GDP 대비 13.6%를 차지하고 있다. 1960년 5.1%, 1970년 7.1%, 1980년 8.9%, 1990년 12.2%로써 급속도로 증가하였다. 그러나 1991년 13.0%, 1992년 13.4%, 1993년 13.6%로 증가한 이후 그 수준을 계속 유지하고 있다. 국민의료비중 管理費用(공공부문 및 민간의료보험의 관리비용), 정부의 公衆保健活動支出, 研究費 등을 제외한 가계의료비는 '96년 9,072억불로써 국민의료비의 87.6%에 해당한다.

가계의료비중 메디케어가 차지하는 비중은 '70~80년간에 11.4%에서 16.8%까지 빠르게 신장하였으나 '90년에 17.8%로 증가세가 둔화된 것은 PPS의 導入效果로 해석될 수 있을 것이다.¹⁰⁾ 이는 메디케어가 병원의료비에서 차지하는 비중에서도 읽을 수 있다. '70년의 19.2%에서 '80년의 25.7%로 급증하였으나 '90년에 27.0%로써 완만한 증가를 보이고 있다. 그러나 메디케어 診療費의 比重은 '90년 이후의 추이에서 보듯이 다시 증가하고 있다. 이는 '93년 이후의 국민의료비의 對

10) 메디케어는 상당한 정도의 재정을 절약한 것으로 나타났는데, 그 이면에는 메디케어 이외의 공공 혹은 민간 지불주체가 상당한 정도의 반사적 혜택(spillover benefits)을 누리게 되면서 메디케어 수혜자의 재정적 부담은 크게 변화하지 않았다(Coulam and Gaumer, 1991).

GDP 비중에 변화가 없는 점을 감안하면 상당한 정도로 급증하고 있다. 특히 대 병원의료비 비중이 '90년 27.0%에서 '96년 33.0%로 증가율이 두드러지고 있다. 그러나 PPS 도입으로 의원의료비 부문으로의 대체효과는 장기적으로 크게 나타나지 않는 것 같다. 對 의원의료비 비중이 '80년 17.6%에서 '90년 20.0%로 증가하여 비교적 代替效果가 상당 정도 나타나는 듯하였다. 그러나 '90년 이후 오히려 비중이 감소하는 경향을 나타내었다. 그런데 유의 깊게 보아야 할 부분은 家庭看護費(nursing home care expenditures) 부문에서 메디케어의 비중이라든가 在宅醫療費(home health care expenditures) 부문에서의 비중이 '90년 이후 급증하고 있는데, 이는 노인층이 주요대상인 메디케어의 의료이용양태의 변화를 보여주는 것 하지만 PPS 도입이 미치는 대체효과가 부분적으로 작용한 것으로 해석할 여지는 있을 것이다.

〈表 III-4〉 美國의 類型別 醫療費 中 메디케어 部門이 차지하는 比重 推移(1970~1996年)

	對 가계의료비	對 병원의료비	對 의원의료비	對 가정간호비 ¹⁾	對 재택의료비 ²⁾
1970	11.4	19.2	12.2	3.4	-
1980	16.8	25.7	17.6	1.7	29.2
1990	17.8	27.0	20.0	3.4	22.9
1991	17.8	27.3	18.8	3.6	26.7
1992	18.6	29.1	17.8	5.3	30.6
1993	18.9	28.9	18.1	7.2	34.1
1994	20.0	30.4	19.0	8.8	39.1
1995	21.1	31.9	20.2	10.4	42.3
1996	21.8	33.0	21.1	11.4	45.0

註: 1) 家庭看護(nursing home care)는 간호관련 施設에 의해 제공되는 서비스를 의미함.

2) 재택의료(home health care)는 시설을 갖추지 않은 home health agencies에 의해 가정에 제공되는 의료서비스를 주로 의미함.

資料: Health Care Financing Administration, "Data View: National Health Expenditure, 1996", *Health Care Financing Review*, Vol.19, No.1, Fall 1997.에서 인용

6) PPS의 動向

PPS가 메디케어 입원환자를 중심으로 도입된 이후, 비교적 성공적으로 운영되어 온 것으로 평가되며 이에 따라 PPS의 적용을 받지 않은 진료부문에 확대할 것을 주장하는 연구가 진행되고 있으며 특히 病院外來 서비스에 대하여 PPS를 적용할 것을 美國 議會가 요청하고 있다.

우선 메디케어 PPS는 acute 병원의 입원서비스에 중점을 두었기 때문에 모든 병원 및 서비스에 적용되지는 않았다. 즉 精神病院, 再活病院, 長期療養(long-term care)病院, 小兒病院 등은 제외되었으며, 이들 병원들은 TEFRA(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, 1982)에 의한 지불방식의 적용을 받았다. 즉 豫算制約으로 인하여 기관 특성별로 실제 허용 가능한 비용을 산정하여 지불보상하는 방식을 취하였다.

이들 비적용 의료기관에서의 메디케어 건수는 1989년 44만 건에서 1991년 57만 건으로 30%정도가 증가하였다. 특히 再活病院은 이 기간 중 42%가 증가하였다. 이들 적용제외 의료기관에 대한 메디케어 지불보상액은 동 기간중 39%가 증가하였다(Saunders, 1993).

정신질환에 대한 지불방식은 在院期間이 짧을수록 疾患基準(episode)으로 보상되는 반면 在院期間이 길수록 일당기준으로 보상받는다. 이에 대해 단기재원환자에 대해서는 새로운 患者分類方式인 Psychiatric Patient Classifications¹¹⁾을 적용하고, 장기재원환자에 대해서는 일당 자원사용량 추정에 기초한 새로운 분류방식인 Long-Stay Psychiatric Patient Categories을 적용하는 지불방식을 채택함으로써, 급성질환 환자의 퇴원에 인센티브를 제공하면서 만성질환 환자에 대한 재정운용을 적절히 조화('transition pricing' method)시킬 것을 제안하고 있다(Fries, Durance, Nerenz, and Ashcraft, 1993).

11) 이 분류는 정신질환군에 대한 질환당 비용을 근거로 하는 DRGs보다는 우수한 것으로 판명되었음.

소아과 영역에서는 소아병원 및 환자들간의 중증도와 비용의 차이를 보다 정밀하게 분류한 小兒醫學的으로 수정된 DRGs(pediatric-modified DRGs: PM-DRGs)를 개발¹²⁾하여 적용할 때, 기존의 DRGs와 비교하여 在院期間과 費用(자원사용)의 변이에 대한 설명력이 훨씬 우수할 뿐 아니라 병원의 원내 관리 및 통제와 자원사용에 영향을 미치는 요소에 대한 연구목적의 측면에서 우수하다. 또한 고정된 예산하에서 PM-DRGs를 채택한다면 예산배정이 지역병원 및 소규모 수련병원에서 대규모 수련병원 및 소아병원으로 전환되고, 의료의 질 보장과 임신 중 진료의 地域中心體系를 유지하는 데에 있어서 의료의 질 및 결과 평가가 보다 중요하게 된다고 하였다(Payne and Schwartz, 1993).

한편 병원외래서비스의 급격한 증가로 미국 의회는 병원외래에 대한 메디케어 PPS의 개발을 요청함으로써 검토 중에 있다. 지역병원에서의 병원외래 방문건수는 1979~1983년間に 6%가 증가하였으나 1984~1988년간에는 27%가 증가하였다. 또한 병원 수입 중 외래의 비중이 1979년에는 12%를 차지하였으나 1989년에는 21%를 차지하였다(미 병원협회 자료, 1990). 이러한 증가의 가장 큰 원인은 입원진료 밖에서 허용되는 시술의 技術的 進步 때문이었으며, 특히 1983년의 PPS 도입이 큰 動因을 추가하였던 것이다. 메디케어내에서의 병원외래에 국한하여 볼때는 이러한 경향은 더욱 심화되었다. 병원입원비는 1983~1986년간에 연평균 6%가 증가한 반면 병원외래비용은 동 기간 중 연평균 17%가 증가하였다.¹³⁾ 따라서 메디케어의 병원외래의 높은 신장률은 외래 PPS에 대한 관심을 독려하고 있는 것이다(Miller and Sulvetta, 1992).

12) 신생아 퇴원분류에 있어서 더 적은 분류항목에 집중하는 대신 체중을 보다 자세하게 측정

13) 총메디케어 지불액중 차지하는 병원입원과 병원외래 비중은 1980년 각각 66%와 5%에서 1989년 각각 54%와 8%로 변화하였다.

3. 臺灣의 統合醫療保險과 診療費支拂制度

우리의 보건의료환경과 유사한 대만이 1995년 3월 자영자(인구의 40.3%)에 대한 의료보험 적용확대와 함께 정부에 의한 統合 管理體系로 운영하고 있는 바, 통합체계 하에서 診療費審査·支拂體系를 어떻게 운영하고 있는지 살펴보는 것은 우리에게 참고가 될 것이다.¹⁴⁾

가. 現況

대만의 건강보험 주관부처는 保健部(‘衛生署’: Department of Health)이며, 보험자는 우리와는 달리 정부조직으로써 醫療保險廳(‘中央健康保險局’: The Bureau of National Health Insurance, BNHI)이 담당하고 있다. 의료보험청은 본부와 6개 지부 및 22개 출장소로 운영되고 있으며, 특히 보험자가 6개의 直營 醫療施設(연합외래진료센터)을 운영하고 있다. 대부분의 집행업무는 각 支部 중심으로 운영되고 있고 의료기관의 관리 및 진료비 심사·지불업무까지 포괄하고 있다. 이는 우리나라의 경우 審査業務가 保險者(國民健康保險公團)에서 『健康保險 審査評價院』으로 독립되는 것과 차이가 있다.

한편 보험자와 의료공급자간의 指定·契約關係에 있어서 대만은 보험자가 의료공급자를 강제지정하지 않고 계약관계에 있으며, 계약율이 90%를 상회하고 있다.¹⁵⁾ 계약율이 높은 이유는 포괄적인 의료보험 給與範圍下에서 계약을 맺지 않는 병의원은 환자를 확보하기가 곤란할 것이기 때문이다. 다만, 非給與가 많은 整形外科(Plastic Surgery) 등

14) 대만의 건강보험제도에 대한 개요는 <부록 2>참조

15) 의료기관 종류별 계약율(1998년 1월)은 병원급 94%, 의원급 90%, 치과의원 97%, 한방의료기관 85%, 약국 40.5%(’96. 12)임.

은 주로 보험계약을 맺지 않고 있다.

診療費支拂制度는 行爲別酬價制(fee-for-service)로 운영되고 있다. 수 가항목은 약 3,290개이며, 의료보험약가는 약 26,936 항목의 가격을 공시하였으며 소모성 의료기구 및 재료는 약 5,729 항목으로 운영하고 있다. 한편 질병단위당 지불제(DRGs)는 正常分娩, 帝王切開, 血液透析(hemodialysis) 등 22개 상병에 대해 적용하고 있다.

치과 의사의 경우 總額豫算制를 적용하고 있는데, 총액예산의 규모는 다음 산식에 의해 결정된다.

$$\begin{aligned} \text{총액예산} = & \text{전년도 총액예산} \times (1 + \text{보험대상자증가율} + \text{인구구성변화} \\ & \text{가 의료비용에 미치는 영향률} + \text{의료서비스비용지수} + \\ & \text{보험급여범위가 미치는 영향} + \text{기타 협상요소}) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{여기서, 의료서비스비용지수} = & \text{의료비 중 인건비 비중} \times \text{임금상승률} \\ & + (1 - \text{의료비 중 인건비 비중}) \times \text{소비자물가상승률} \end{aligned}$$

대만이 우리에게 비해 보다 발전된 모습은 진료비청구·심사의 電算網構築에서 돋보인다. 보험자조직과 의료공급자간에 전국적으로 전산망이 구축되어 있어, 資格管理, 환자에 대한 記錄, 진료비 청구 및 심사 등이 電算媒體를 통하여 이루어지고 있다. 진료비 심사·지불은 중앙건강보험국의 6개 支部에서 담당하고 있으며, 또한 각 지부는 관할지역내 契約醫療機關을 管掌하고 있다. 심사는 예비 심사와 본 심사로 나누어지는데 예비 심사는 행정적인 사항에 대한 것으로 행정직원들에 의해 이루어지며 약 300명의 직원이 이를 담당하고 있다. 진료행위에 관한 심사는 본 심사에서 이루어지는데 심사 위원은 의사, 치과 의사, 중의의사로 구성되며 약 600명(각 지역별 100명) 이 각 地域醫師會의 指名을 받아 일하고 있다.

한편 대만은 보험자인 의료보험청 산하에 爭議審議委員會(Dispute

Mediation Committee)를 통합당시인 1995년 5월에 조직하여 피보험자, 피보험집단, 의료공급자 등이 보험자가 내린 처분사항에 대한 異議를 심의하도록 하였다. 현재 보험제도, 법률, 의약 전문가 등 28명으로 구성되어 있으며, 피보험자의 자격기준, 보험료 부과 및 보험급여 뿐 아니라 醫療機關 管理(無免許 등) 및 診療費支拂(醫療過誤, 不當請求 등) 등에 관한 쟁의의 최종심판기능을 하고 있다. 진료비 심사결과에 이의가 있을 경우 紛爭調整은 각 支部-本部-爭議審議委員會의 3단계에 걸쳐 이루어진다. 분쟁의 대상은 진료비심사결과 뿐 아니라 보험제도의 법적 권리 및 권한에 관련된 것도 포함하고 있다. 진료비의 심사삭감률은 외래 3.4%, 입원 7.3%로써 우리(1.3%)에 비해 훨씬 높은 편이다.

〈表 III-5〉 臺灣 健康保險의 診療費審查 削減率('95. 9~96. 6月間 月平均)
(단위: %)

	외래	입원
평균	3.42	7.29
의학센터	6.23	8.08
지역병원	7.24	6.98
지구병원	5.56	7.03
의원	1.99	2.11

대만의 醫療保險統合에서 가장 취약한 부분으로 지적되는 것이 의료비관리 분야이며, 통합 당시 몇가지 제약조건으로 인하여 總額豫算制度나 진료전달체계를 채택하지 못하고, 다만 診療費 審査를 통해 의료비를 통제하는 실정이다. 진료비 심사도 의사에 의해 이루어지도록 함으로써(Peer Review) 의료비 증가를 통제할 걱정한 기전이 없다는 비판을 받고 있기도 한다.

그러나 이에 대한 대만 의사협회의 평가는 다르다. 醫療保險酬價水

準이 낮을 뿐 아니라 여러 해 동안 조정되지 않았으며, 이러한 정부의 무관심한 태도는 의료서비스의 효율적인 제공과 의료성과에 나쁜 영향을 미쳤다고 보고 있다. 정부가 모든 병의원에 대하여 最新 電算 施設을 갖추도록 요구하였으므로 의료공급자들에게 많은 관리비용이 추가되었으며, 국민건강보험이 도입된 이후부터 외과 및 신경외과 의사수가 감소하였고 의과대학생들 또한 근래에 외과 및 신경외과를 기피하고 있다고 한다. 병원이 의사(레지던트)를 계속 붙잡아두지 못하고 있는데, 그 이유는 현행 診療費支拂制度에 있으며, 그 해결방안은 專攻과 熟練度에 따라 진료수가수준을 달리 적용하는 것임을 제안하고 있다.

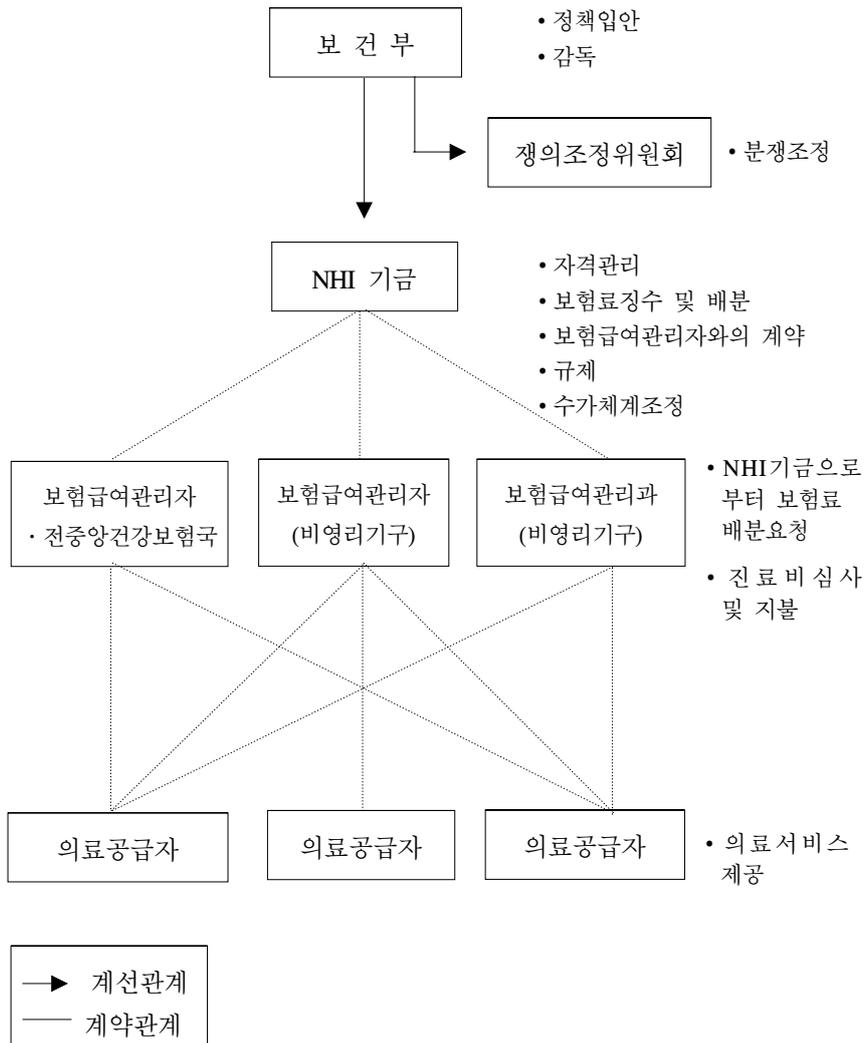
나. 새로운 改革 論議: 內部 競爭(internal market)시스템의 導入

진료비지불제도와 관련하여 새로운 개혁방안이 논의되고 있는바, 그 배경은 統合醫療保險下에서 전국민에 대한 의료보험 적용, 의료접근성 등 형평성 측면에서는 많은 성과를 거두었으나, 향후 의료비 증가 등 保險財政의 惡化에 대처하고 제도의 효율성을 강화하고자 하는데 있다. 이를 위한 제도개혁의 주요 골자는 피보험자의 더 많은 참여, 운영시스템의 자율성 제고, 의료서비스 제공에 있어서 더 많은 경쟁, 피보험자에게 더 많은 선택의 기회 부여 등이다.

새로운 개혁하의 관리운영의 주요 「틀」은 중앙에 「醫療保險基金」(NHI Foundation)을 설립하여 보험료 부과·징수 등 재정을 통합관리하고, 複數의 保險給與管理者(carrier)를 조직함으로써, 보험급여관리자는 의료공급자와 계약을 맺고 피보험자에게 의료서비스를 제공한다. 한편 피보험자는 보험료를 「의료보험기금」에 납부하지만 보험급여관리자와 의료공급자를 선택하도록 한다. 보험급여관리자는 “연합회”를 구성하여, 동 연합회와 「醫療保險基金」이 법정의료급여 및 부가급여에

대한 의료비총액을 협상한다.

[圖 III-5] 臺灣 健康保險의 새로운 改革構造



이러한 시스템 하에서 社會的 連帶를 유지하면서도 선택의 다원화와 새로운 활력을 불어넣을 수 있는 장점이 있는 반면에 관리비용이

증가할 가능성과 보험급여관리자간의 과점을 형성함으로써 기대하는 효과를 얻지 못할 수도 있다. 이러한 개혁에 대한 여론의 동향은 점차 긍정적인 방향으로 기울고 있다.

〈表 III-6〉 臺灣의 中央醫療保險基金 設立과 保險給與管理의 競爭 導入에 대한 輿論 動向

(단위: %)

		'96. 8	'97. 5	'98. 2
의료보험기금 설립	찬성	10	38	50
	반대	69	28	15
보험급여관리자 다원화	찬성	-	39	45
	반대	-	26	19

다. 우리에게 주는 時事點

우선 대만의 의료보험 '統合'의 의미는 조합방식에서 통합방식으로 전환한 것이 아니라, 保險給與 및 酬價體系의 프로그램별 분립 운영이 統合一元化로 이행한 것인 점에 유의할 필요가 있다. 우리와 매우 흡사한 의료시장을 가진 국가에서 그리고 단일보험자에 의한 통합운영의 경험에서 우리는 많은 시사점을 얻을 수 있다. 우리가 특히 유의하여야 할 점은 첫째, 환자의 본인부담에 대한 上限制를 도입함으로써 高額診療費 발생으로부터 피보험자를 보호할 수 있는 사회보험 본연의 기능에 충실하였다는 점이다. 둘째, 診療費抑制를 위한 여러 가지 노력을 경주하였다. 치과 의사의 경우 總額豫算制를 導入하였고, 외래의 경우 1일 진료환자수가 많을수록 진찰료를 비례적으로 감액지불 함으로써 진료량을 억제하였다.

특히 대만의 의료보험 통합 당시에 의료보험 진료비의 증가를 예상

하고 ‘總額豫算制’를 도입할 것을 검토하다가 무산된 점을 간과하여서는 안될 것이다.

새로운 개혁논의에서 중앙기금이 진료비총액을 복수의 보험급여관리자에게 배분하는 방안을 검토하고 있는 것은 총액 예산제 하에서의 內部市場의 競爭原理를 도입하려는 진일보한 노력으로 평가하여야 할 것이다. 이는 곧 과도한 정부부담의 한계로부터 해결책을 제공할 수 있다는 점에서도 의의를 찾을 수 있다.

의료공급자의 참여를 확대한 점도 눈여겨보아야 할 것이다. 의료기관과 계약을 통해 요양기관으로 지정하여 공급자의 자율성을 보장하고 醫療保險酬價 決定을 공급자와의 協商을 통하여 함으로써 자발적 참여를 유도하였다.

그러나 대만 제도의 문제점으로 지적되는 사항을 참고할 필요가 있다. 의료소비자, 공급자, 정부, 전문가간 협의에 의한 수가수준의 수시 개정으로 인하여 保險財政支出이 증가하고, 반면 보험료인상은 제약됨으로써 보험재정적자가 우려되고 있다. 이러한 적자는 정부의 부담으로 귀착됨으로써 정치적인 논란이 되고 있다. 대만 제도에서 가장 취약한 부분이 바로 醫療費 管理 分野이다. 제도를 실행할 당시 몇가지 제약조건으로 인하여 총액예산제도나 진료전달체계를 채택하지 못하고, 다만 진료비 심사를 통해 의료비를 통제하는 실정이다. 진료비 심사도 의사에 의해 이루어지도록 함으로써(Peer Review) 많은 장점(진료의 적정성 제고)에도 불구하고 의료비 증가를 통제할 적절한 기전이 없는 점도 눈여겨보아야 할 것이다.

IV. 現行 診療費支拂制度 改編에 관한 考察

1. 資源基準 相對價値體系(RBRVS) 開發現況과 考察

가. 背景

의료보험수가의 문제가 지속적으로 쟁점화되고 있는데, 이는 크게 수가 수준의 적정성, 서비스 항목간 이익률(수가와 생산비용의 차이)의 불균형문제, 그리고 酬價引上 및 調整節次의 문제 특히 수가조정이 기초할 수 있는 모형의 부재라는 세가지 문제로 귀결된다. 이에 정부에서는 미국에서 개발된 資源基準相對價値體系(RBRVS: Resource-Based Relative Value Scale)에 기초해 우리나라 진료행위의 資源基準相對價値體系(이하 相對價値體系로 약칭)를 조사함으로써 수가문제를 해결하려고 시도하고 있다.

미국 정부는 Medicare 외래 비용의 지속적인 상승을 억제하고 서비스간 수가와 비용의 차이에 있어서 불균형을 해소하기 위해 기존의 CPR (Customary-Prevailing-Reasonable)체계 대신 수가표(fee schedule)를 도입하기로 결정하고 수가책정의 기본모형으로 자원을 기준으로 한 相對價値體系를 선택하였다. 상대가치의 개발은 Hsiao와 그의 동료들(1988, 1992)에 의해 주도되었는데 상대가치를 결정하는 과정에서 각 전문영역간의 제로섬게임이 이루어져 外科醫師(surgery and procedure)들의 수가가 대폭 감소된 반면 一次診療部門(evaluation and management)의 수가는 인상되었다.

본 논문에서는 현실적으로 유용한 수가결정 방법을 제시하고 있는

相對價値體系의 개념적 틀에 대한 논의를 중심으로 상대가치체계의 연구구성요소 그리고 기대효과와 집행 등을 이론적인 관점에서 고찰하고자 한다.

나. 相對價値體系의 內容

상대가치체계는 다음의 두 가지 핵심 요소로 이루어져 있다.

첫째, 의료서비스의 상대가치를 개발하는 것을 목표로 하고 있다. 여러 의료서비스 가격간에 불균형이 존재한다는 믿음아래 상대가치의 개발을 통해 수가 구조상의 歪曲을 시정하고자 하는 것이다. 특정 의료서비스의 절대적 가격 결정이 이 연구의 한 부분이기는 하나 이는 최종적으로 정책적 판단에 의해 換算指數의 크기가 결정됨으로써 이루어지는 것이며 이 연구의 핵심은 아니다. 즉 相對價値體系의 開發은 수가수준보다는 수가구조의 개선에 중점이 두어졌다.

둘째, 의료서비스의 생산에 소요된 자원 즉 投入 要素를 기준으로 상대가치를 개발하고자 한다. 의료서비스의 가치를 결정하는데는 여러 방법이 있을 수 있겠으나 의료공급자가 투입한 자원에 기초해 상대가치를 개발하는 것이다. 따라서 측정된 투입자원의 양이 같은 한 서비스의 가치, 나아가 서비스의 가격은 동일하게 결정된다.

완전경쟁 시장에서는 限界社會便益과 限界社會費用이 같은 생산량에서 가격이 결정되고 동시에 이 생산량이 평균생산비용을 최소화하는 생산량과 일치하므로 분배적 효율과 기술적 효율이 동시에 달성된다. 그러나 의료부문에서는 進入障壁과 消費者無知(不完全情報)에 의해 경쟁이 저해됨으로써 시장구조는 필연적으로 완전경쟁으로부터 멀어질 수밖에 없다. 불완전 경쟁의 결과로 전반적으로 가격은 상승하게 된다. 또 서비스별로 소비자무지의 정도가 다르고 따라서 수요의 가격탄력성이 다를 때 그 결과로 가격의 왜곡 정도가 서비스마다 다

를 수 있다. 우리나라에서는 酬價改定(引上)시의 정책적 오류에 의해 상대가격이 왜곡되었을 수도 있다. 의료보험에 의한 수요의 증가는 이러한 의료부문의 시장실패를 더욱 촉진하고 있다.

상대가치체계에서는 완전경쟁 상태에서 가격이 最少平均費用과 같고 동시에 한계비용과도 동일하다는 점에 착안하여 이를 相對價值體系의 開發에 이용하였다. 즉 서비스 상대가치는 서비스를 제공하는데 소요된 상대적 비용(즉 비용의 비율)과 같아야 한다는 것이다. 따라서 상대가치체계에서는 완전경쟁에서의 균형 상태를 모방하여 투입요소의 상대적 비용을 측정함으로써 상대가치를 결정하고자 한다.

다. 相對價值體系의 理論的 考察

수많은 의료서비스의 가격을 결정하는 것은 몹시 어려운 작업이다. 정부에서 가격을 책정하는 대표적인 경우는 自然獨占企業의 규제로서 이는 公益產業(pulbic utility) 분야에서 흔히 볼 수 있다. 의료분야에서는 소비자무지를 간접적으로 보호하기 위해 그리고 공익산업에서는 規模의 經濟로 인한 생산효율성을 높이기 위해 정부가 진입장벽을 설치하는데 그 결과로 경쟁이 저해되고 분배효율성이 희생된다는 면에서는 공통적인 면이 있다. 일반적으로 자연독점산업은 생산비용의 측정이 용이하므로 생산비용에 適正投資利益率을 고려해줌으로써 가격을 통제하고 있다(이른바 rate-of-return regulation).¹⁶⁾ 하지만 자연독점기업의 수가 한정적이고 그들이 생산하는 재화가 주로 단일 품목임을 고려할 때 수많은 의료공급자가 제공하는 수많은 의료서비스의 가격

16) 물론 측정된 생산비용이 정당한 비용인지 즉 자연독점기업이 생산효율성을 높이기 위해 노력한 결과인 최소 생산비용인지 보장하기는 어렵다. 자연독점기업은 정부가 책정해주는 가격이 생산비용에 비례한다는 것을 알고 있으므로 비용절감의 인센티브가 약하기 때문이다. 자연독점기업의 가격규제에 대한 자세한 논의는 Viscusi, Vernon and Harrington(1991) 참조.

을 결정하는 것이 얼마나 어려운지는 쉽게 짐작할 수 있다. 따라서 현실적으로는 가장 덜 불완전한(차선의) 모형을 선택해야 하는 경우가 대부분이다.

1) 相對價値體系의 理論的 틀

(가) 最適價格과 生産費用函數

상대가치체계는 완전경쟁 상태에서의 最低生産費用을 기반으로 상대가치를 결정하는 것을 목표로 하고 있다. 그러나 投入資源의 費用을 측정하는 현실 시점에서의 의사들의 서베이된 진료행태는 완전경쟁하의 균형상태를 반영하는 것이 아니라 이미 불완전경쟁시장에서의 왜곡된 형태이다. 일반적으로 시장구조에 따라 공급자들의 생산행태가 다르다면 생산함수의 위치나 형태가 시장구조 즉 경쟁양상에 따라 바뀔 것이므로 불완전경쟁의 현 상황에서 측정된 생산비용은 완전경쟁상태의 그것과 다르다. 즉 完全競爭狀態의 模倣이 현실적으로 불가능한 것이다. 왜곡된 진료행태에 근거한 상대가치의 결정은 자칫 비효율적인 진료행태를 더욱 고착화시키는 副作用을 야기할 것이다.

나아가 비용이 측정되는 현재의 상황이 완전경쟁상태가 아니므로 限界生産費用과 平均生産費用이 달라지게 된다. 그렇다면 한계비용과 평균비용 중 어느 것을 측정하여야 하는가? 일반적으로 한계비용에 따라 가격을 책정하는 것이 효율적(분배적 효율)이다. 그러나 설비투자자와 같은 固定費 要素에 의해 한계비용이 평균비용보다 작을 경우가 대부분이므로 한계비용에 근거해 가격을 책정할 경우 공급자가 손실을 보므로 현실적으로는 평균비용에 근접하거나 혹은 한계비용으로부터 가장 덜 이탈하는 것이 목표가 된다.¹⁷⁾ 서베이에 응답한 의사들이

17) 자연독점산업의 경우에는 Ramsey 가격결정방법이나 이요소가격결정방법(Two-part

평균비용에 근거해서 혹은 한계비용을 염두에 두고 답변했는지는 확실하지 않다.

생산이론에 의하면 생산비용함수는 投入要素價格과 生産量에 의해 결정된다. 그러므로 동일한 의료서비스라 할지라도 생산규모에 따라서 생산비용은 달라지며(規模의 經濟) 나아가 의사가 한 종류의 서비스만을 생산하지 않는 한 의사가 제공하는 서비스의 종류에 따라 생산비용은 달라진다(範圍의 經濟). 相對價值體系는 이러한 서비스 규모나 범위를 고려하지 않았다(Baumgardner, 1992). 따라서 상대가치체계는 서베이에 응답한 의사들의(가상의) 평균적인 규모와 범위에 기초한 결과라고 볼 수 있다.

상대가치체계의 의도는 生産費用에 根據하여 가치를 결정하는 것이었으나 실제로는 투입되는 자원의 양(의사업무량)을 측정 후 생산비용이 자원양에 비례하리라고 가정한 것이다. 따라서 相對價值尺度라기보다는 相對費用尺度 엄밀하게는 相對業務量尺度라 할 수 있다. 그러나 투입자원양과 생산비용간에 존재하는 비례의 정도나 형태는 생산비용함수에 의해 결정되는데 생산비용은 투입요소의 시장가치를 고려한 것이다. 즉 동일한 양의 투입요소라 하더라도 그것의 가치나 비용은 예를 들어 그 자원요소의 희소성에 따라 다르다. 상대가치체계는 생산비용 대신 投入要素量을 측정함으로써 투입요소의 가격을 무시하였거나 혹은 모든 투입요소의 가격이 동일하다는 매우 강력한 가정을 한 결과가 되었다.

진료 투입요소 중 가장 핵심적인 醫師業務의 경우 의사업무량의 크기와 의사업무량의 가치가 반드시 같을 수는 없다. 동일한 의사 시간이라 할지라도 그 시간의 가치는 의사의 전문과에 따라 그리고 의사의 개인적 특성에 따라 다를 수 있다. 예를 들어 해당 서비스를 제공

tariff) 등을 사용할 수 있다(Viscusi, Vernon and Harrington, 1991).

하는 의사의 能力이나 相對的 稀少性에 따라 업무량의 가치가 다를 것이다. 업무량 요소 중 시간을 제외한 노력이나 기술적 강도가 의사별 투여 시간 가치의 차이를 어느 정도 반영할 수 있겠으나 그것이 완전하다고는 볼 수 없다. 또 예를 들어 수술은 의사자신을 포함한 투입요소간의 대체가 다른 영역(예: 내과)에 비해 어려우므로 의사시간의 機會費用 또는 業務量의 價値가 더 큰 것은 당연하다(Hadley, 1991). 즉 기회비용과 지대(rent: 독점력을 이용한 초과이익)는 구분되어야 한다. 지대는 인정하지 않아야 하지만 정당한 비용의 차이에 의한 이윤의 차이는 인정해야 할 것이다.

만약 생산요소 시장이 완전경쟁적이면 업무량과 업무량의 가치는 완전한 比例關係를 가질 것이나 산출물시장의 경쟁구조와 생산요소시장의 경쟁구조가 일치한다고는 보장할 수 없다. 상대가치체계는 업무량과 업무량의 가치가 같다고 암묵적으로 가정함으로써 產出物市場뿐 아니라 生産要素市場까지도 완전경쟁적이어야 함을 요구하고 따라서 모든 전문영역의 의사들 그리고 그들이 고용하는 모든 생산요소(간호사, 기구, 임대건물)에 대한 수익률이 같아야 한다는 강력한 가정을 하는 셈이다.

그리고 상대가치체계에서는 의사의 투입요소 중 본인의 노동력만이 고려되었다. 그러나 의원의 원장인 경우 본인의 의료노동력 뿐 아니라 경영자로서의 노동력과 노력을 투입하고 있는데 이러한 차이를 어떻게 상대가치체계에 고려해야 할 것인지 분명하지 않다.

(나) 相對價値 決定의 基準

상대가치체계는 의료서비스의 가치를 공급자가 생산에 사용한 투입요소에 근거하여 결정하였다. 시장에서 재화의 가치는 限界社會便益(需要)과 限界社會費用(供給)에 의해 결정된다. 그런데 상대가치체계에

서는 생산자가 생산에 투입한 자원의 가치만(엄밀하게는 자원의 양만) 고려되었을 뿐 소비자가 의료서비스로부터 얻는 가치는 제외되었다. 동일한 수준의 자원이 투입되었더라도 소비자에게 더 높은 편익을 창출할 수 있는 서비스의 가치는 더 높게 결정되어야 하지 않을까? 물론 의료분야에서의 消費者無知에 의해 소비자가 편익을 제대로 평가하기 어려울 수 있으나 전문가의 의견이나 평가를 통하여 消費者의 便益을 결정할 수 있다.

의료수가는 의료공급자들의 利益과 行態에 영향을 미침으로써 의료서비스의 量과 質 그리고 장기적인 醫療의 接近度에 큰 영향을 미친다. 따라서 의사가 투입한 자원에 대한 이익뿐만 아니라 소비자가 투입한 돈의 가치에 대해서도 관심을 가져야 할 것이다. 이를 위해 상대가치체계의 개발과정에 消費者의 便益을 고려하거나 이를 대신할 政府와 保險者의 역할이 필요하다. 만일 자원의 투입량이 아닌 생산비용을 토대로 의료서비스의 가치를 결정한다면 소비자의 價値(便益)를 불완전하게나마 고려할 수 있다. 위에서 언급한 것처럼 생산비용은 투입요소가격과 생산량의 함수이고 의료서비스의 특성상 재고가 불가능하여 생산량과 소비량이 같으므로 소비량의 크기가 생산비용에 반영되는 것이다. 그러나 자원의 투입량을 측정하였으므로 소비자의 편익 혹은 수요량은 반영되지 않았다.

상대가치체계는 의료서비스 이용량의 결정에 있어서 공급자의 주도적인 역할을 강조하고, 따라서 배분기능으로서의 가격보다 공급자의 원가를 補塡해 주는 가격의 기능이 좀 더 강조된 듯 하다. 시장가격이 갖는 配分機能을 고려한다면 실제 시장에서 결정된 가격을 기준으로 상대가치를 정할 수도 있는데(charge-based relative value system) 이는 투입된 자원을 측정하는 방법보다 적은 비용으로 상대가치를 결정할 수 있다는 장점이 있다. 시장가격기준 상대가치체계는 시장에서의

불완전경쟁으로 인하여 가격이 왜곡되었을 때 정확성이 부족하다는 점에서 문제가 될 수 있으나 費用構造 역시 불완전경쟁에 의해 왜곡될 수 있고 또 비용의 측정에 있어서의 여러 現實的 制約을 고려한다면 두 가지의 불완전한 대안 중 어떠한 것이 덜 불완전한지는 판단하기 어렵다.

미국에서는 시장에 대한 信賴를 기반으로 소비자가 불완전하나마 합리적인 의사결정을 할 수 있다고 보고 수요와 공급이 균형을 이루어 도출된 시장가격이 비용에 비해 좀더 체계적인 왜곡을 보일 것이라고 생각하여 시장가격에 기반한 相對價値 決定을 선호하는 주장 (Frech, 1991)도 있다. 그러나 우리나라에서는 의료보험 실시부터 정부가 수가를 결정해왔기 때문에 실제로 의존할 수 있는 시장에서의 均衡價格 자료가 존재하지 않으므로 현실적으로 시장가격을 중심으로 상대가치를 개발하는 것이 거의 불가능한 것이 사실이다.

2) 相對價値體系 開發의 構成要素

(가) 醫師의 業務量 測定

미국에서는 개원의사들을 상대로 의사업무량의 主觀的인 尺度에 관한 서베이를 실시하고 이 결과를 다시 전문영역의 의사집단이 검토하였다. 모든 標本調査가 다 그렇듯이 설문조사에 이용된 표본의 代表性이 매우 중요하다. 이는 특히 서베이의 내용이 객관적 사실의 조사가 아닌 주관적 판단의 경우에는 더욱 그러하다. 또 서베이에서 標準 醫療行爲分類(예, 미국의 CPT: Current Procedural Terminology)를 이용하더라도 분류된 의료서비스 내에서 구체적인 진료행위에 있어서 변이가 있을 수 있으므로 응답의사가 그 서비스(상황, 내용 등)를 어떻게 인식하고 이해하느냐에 따라 해당 서비스의 업무량에 부여하는 가

치가 다를 수 있다. 이는 의사 개인의 경험의 차이에 의해 많이 좌우될 것이다.

인간의 認知能力의 불완전성을 고려할 때 서베이를 통한 주관적 분류나 스케일링이 얼마나 일관적이고 정확할 수 있을지 의문이다. 업무량의 차원에 대한 분류(시간, 육체적 노력 및 의료적 기술, 정신적 노력 및 판단력, 스트레스)는 任意的이고 각 전문 의료 영역별로 또 개인의사별로 이러한 분류의 의미와 해석이 다를 수도 있다. 그리고 각 전문 의료 영역내에서 특정한 서비스를 기준으로 정하여 여타 다른 서비스들의 상대적 가치를 결정하는데 해당 서비스가 기준서비스로부터 멀어질수록 가치를 결정하기가 어려워진다. 즉 기준 서비스보다 가치가 훨씬 높거나 낮은 서비스의 경우 尺度의 信賴度가 감소될 것이다. 또 기준 서비스를 무엇으로 정하느냐에 따라 상대적인 가치의 산출이 바뀔 수 있다.

나아가 기본적인 서비스들에 대해서는 실제 서베이를 통하여 업무량을 구한 후 이를 해당 전문영역내의 다른 서비스들로 擴張/代入(extrapolation)하여 그들의 상대가치를 구하는 과정의 신뢰성도 주의깊게 검토되어야 한다. 무슨 기준으로 확장/대입하느냐에 따라 결과가 달라질 수도 있기 때문이다. 아마도 가장 힘든 작업중의 하나는 서로 다른 전문영역간에 업무량을 共通 尺度化하는 작업일 것이다. 특히 서베이에 직접 포함되지 않고 서베이된 서비스의 결과가 확장/대입된 서비스들간의 공통 척도는 더욱 客觀性이 결여될 수 있다. 따라서 이 과정에서는 가능한 한 경험있는 많은 의사들로부터 합의를 도출하는 것이 특히 중요할 것이다.

(나) 診療費用의 測定과 配分

診療費用(practice cost)은 의사의 업무량과 관계가 깊은 요소들(예,

간호사시간)은 사실상 限界費用으로 볼 수 있으므로 업무량에 비례해 배분하는 것이 타당하다. 그러나 미국에서는 한계비용적 요소로 보기 힘든 부분까지 업무량에 비례해 배분하였는데 이는 會計學的 慣行으로서는 문제가 없으나 경제학적 근거가 미약하다. 나아가 진료비용이 업무량에 비례해 배분될 경우 업무량의 측정시 발생된 오류가 진료비용에까지 영향을 미침으로써 誤謬의 結果가 증폭될 수 있다.

社會厚生의 損失을 최소화하는 방향으로 진료비용을 배분하기 위해서는 Ramsey의 가격결정을 응용할 수 있다. 이는 한계비용에 기초해 가격을 결정할 수 없을 때 사회후생의 손실을 최소화하기 위해서 需要의 價格彈力性을 고려하여 가격탄력성의 크기와 반비례하게 가격을 결정한다는 원리인데 따라서 가격탄력성이 큰 서비스에 대해 진료비용을 적게 배분함으로써 이에 근접한 효과를 거둘 수 있다. 만일 공급자가 醫療需要를 誘引하거나 또는 공급자가 소비자의 代理人 役割을 한다고 가정할 수 있을 경우에는 공급의 가격탄력성에 반비례해서 진료비용을 배분함으로써 社會厚生의 損失을 최소화 할 수 있을 것이다(Pauly, et al., 1991; Wedig, 1993).

미국에서는 相對價值體系가 주로 開院醫師들을 위주로 개발되었으므로 의사업무량의 측정이 상대가치 개발 과정에서 가장 중요한 요소였다. 따라서 진료비용의 비중이 작았고 진료비용에 대한 비교적 정확한 전국적 조사 자료가 있었다. 반면 우리나라에서는 상대가치의 개발이 병원의 酬價를 包括하며 진료비용을 측정하기 위하여 대규모 병원의 자료를 이용하였다(손명세, 1997). 그러나 의원과 병원간 診療行態 그리고 병원 크기에 따른 병원간 진료행태는 예를 들어 각 職域間 業務代替의 정도나 또 醫療技術(機械)依存도에 따라 다를 것이므로 각 서비스에 배분된 진료비용의 상대적 크기는 의원과 병원간 그리고 병원간에도 병원의 크기에 따라 다를 것이다. 또 진료비용이 醫

療行爲頻度を 기준으로 배분될 때 의원과 병원의 차이에 따라 그리고 병원 크기에 따라 여러 의료서비스의 상대적 빈도는 다를 수 있을 것이다. 따라서 대규모 병원을 기준으로 측정, 배분한 진료비용은 歪曲될 가능성이 있다.

의사의 업무량은 시간이 지남에 따라 쉽게 변화하지 않을 것이다. 그러나 醫療技術의 進歩에 의해 진료비용의 크기와 구조는 바뀌게 되고 이는 곧 상대가치의 변화를 야기한다. 우리나라에서는 진료비용의 비중이 크므로 이러한 의료기술의 진보에 따라 相對價值體系가 더 자주 개정되어야 할 것이다.

3) 相對價值體系의 施行과 期待效果

(가) 相對價值體系의 效果

수가와 공급량과의 관계를 생각해 보면 醫師誘引需要가 존재하지 않더라도 수가가 인상될 때 의사가 제공하는 서비스량은 증가 또는 감소될 수 있다. 酬價引上[下落]에 따른 代替效果가 所得效果보다 클 때에는 일반적인 공급곡선의 형태를 따라 서비스 공급량이 증가[감소]할 것이다. 그러나 소득효과가 대체효과보다 클 때에는 酬價引上[下落]에 따른 소득증가[감소]의 영향이 우세하여 서비스 공급량은 감소[증가]할 것이다. 나아가 의사유인수요가 존재한다면 수가의 상승[하락]이 의사유인수요를 감소[증가]시켜 서비스의 제공량은 줄어들[늘어날] 수도 있다. 물론 유인수요의 정도는 수요유인에 따른 心理的 費用과 餘暇時間減少 그리고 과도한 수요유인을 소비자가 인식할 경우의 명성의 저해와 이에 따른 수요감소 등 의사의 비효용요소에 의해 제한을 받는다(이른바 정교한 目標所得(sophiscated target income)理論). 이 경우 의사가 공급하는 서비스량은 수요유인에 의한 소득증가라는

限界便益과 앞서 언급한 효용감소에 따른 限界費用의 크기에 의해 최종적으로 결정된다.¹⁸⁾ 의사유인수요를 인정한다면 相對價值體系는 결국 공급자에게 유인수요의 인센티브를 각 서비스별로 동일화시키는 역할밖에 하지 않을 수도 있다(Pauly, 1991). 이렇듯 이론적 측면에서는 수가 변화에 의해 여러 多様な 結果가 가능하므로 상대가치체계의 실제효과는 실증적 이슈가 될 것이다.

하지만 의사들의 행태가 經濟的 誘引 못지 않게 규범, 가치나 믿음 등에 의해 좌우됨을 고려할 때 단순히 酬價의 調整을 통하여 공급자의 진료행태를 바꾸기는 쉽지 않을 것이다. 더구나 상대가치의 개발이 필연적으로 현재상태의 診療行爲에 기초할 수밖에 없는 한계를 고려하면 더욱 그러하다. 의사간 의료서비스의 生産性(費用-效果性) 즉 서로 다른 의료서비스가 소비자에게 제공하는 가치(혜택)에 대한 믿음이나 정보가 다르고 또 이러한 의견의 불일치가 환자 의료이용에서 체계적인 지역간 변이를 가져오는 가장 큰 요인이라는 최근 연구에 주목할 필요가 있다(Phelps, 1992).

이는 상대가치의 개발이 공급자의 적정 이윤을 보장하는데 공헌할 뿐 자칫 공급자 행태의 변화를 통한 消費者 便益의 提高(예: 의료의 질 향상)에는 큰 영향을 미치지 못할 것이라는 우려를 낳을 수 있다. 하지만 相對價值體系의 결정은 장기적으로 의대 졸업생들의 專門醫 領域 선택에 영향을 미침으로써 각 영역별 전문의 수에 변화를 가져 오리라 예상된다.

(나) 行爲別 酬價決定의 限界

行爲別酬價制下에서 의사는 마진(수가와 비용의 차이)이 큰 의료서

18) McGuire and Pauly(1991)는 순수이윤극대화 모형과 순수목표소득 모형을 포괄하는 일반화된 모형을 통해 유인수요와 의사행태를 잘 논의하고 있다.

비스일수록 공급량을 상대적으로 증가시킨다. 모든 의료서비스의 最適價格(최적 마진)을 완벽하게 결정한다면 의사는 서비스의 제공에 있어서 인센티브중립적(어떤 서비스에 대해서도 상대적으로 더 혹은 덜 공급할 인센티브가 없는 상태)이 될 것이다. 그러나 모든 개별 의료서비스 별로 최적 가격을 결정하는 것은 현실적으로 불가능하고 따라서 診療行態(의료서비스의 구성)의 왜곡은 피하기 어렵다. 이러한 비효율을 감소시키기 위해서는 궁극적으로 支拂補償單位를 확대함으로써 공급자가 최적 의료서비스의 조합으로부터 가장 덜 이탈하게 인센티브를 제공해야 할 필요가 있다.

상대가치의 개발은 행위별수가제의 범위 내에서 이루어지므로 상대가치체계는 行爲別酬價制가 가지는 비용상승적 경향을 본질적으로 변화시키지는 못한다. 이러한 의료비상승을 억제하기 위하여 미국 정부는 醫療量統制基準(Volume Performance Standard)을 도입하기로 하였다. 즉 해마다 목표 의료비 상승률과 실제 상승률을 비교하여 이를 換算指數의 결정에 반영하는 것이다. 그러나 의사들이 소규모 그룹으로 나뉘고 소규모 그룹을 기준으로 목표액이 결정되지 않는 한 나라 전체 차원에서의 목표액과 실제액의 비교는 개별 의사들의 道德的危害(費用切感 노력에 있어서의 無賃乘車)¹⁹⁾를 야기함으로써 의료비절감에 별다른 영향을 미치지 못할 것이다. 나아가 물가상승, 인구구조 변화, 의료기술의 발달, 수요의 변화, 정부재정지출에 의한 社會厚生의 變化 등을 고려하여 의료비의 適正成長率을 도출하고 이로부터 환산지수를 결정하는 과정은 가장 큰 과제로 남는다.

19) 다시 말하면, 의원 혹은 병원 개별적 입장에서는 전체 의료비의 억제를 생각할 필요가 없다. 전체 의료비 파이 중에서 자신의 비중을 늘리는 데에 신경을 쓰게 되고, 이러한 개별적 행태의 합은 결국 목표액을 상회하는 진료비를 낳을 것이다.

(다) 相對價値體系의 政治經濟

미국에서 相對價値體系는 복잡한 數式, 假定과 節次에 의해 과학적으로 도출되었다는 믿음을 심어줌으로써 각기 다른 전문의 집단간의 이해가 첨예하게 대립하는 상대수가 결정과정에 필요한 政治的인 同意를 비교적 쉽게 얻어낼 수 있었다. 학술적 모형이 제공하는 신뢰를 이용하여 특정 專門領域(예, 외과)의 수가를 낮추는데 합의를 도출할 수 있었으며 수가를 낮출 필요를 느끼고 있던 정부에게 도구적 근거를 제공해 준 셈이다. 또한 一次診療의 強化라는 시대적 요청에 부응한다는 면에서도 수술부문의 수가를 낮추어 일차진료분야의 수가를 인상하는 것이 정당화되었다.

또 미국에서는 정부의 예산중립을 가정했을 때 酬價引上에 의해 이익을 본 의사 수가 손해를 본 의사 수보다 더 많았다는 점이 이러한 급격한 政策變化를 가능하게 하였다. 소수의 고소득의사의 수가를 대폭 감소시켜 다수의 상대적 저소득의사들의 수가를 조금씩 인상시킨 결과가 되었으므로 美國醫師協會에서는 전체 회원의 이익을 대변하는 입장에서 상대가격체계를 반대하지 않았다. 나아가 美國醫師協會는 향후 정부와 공급자간의 협상에 의한 수가 결정이 피할 수 없는 추세임을 인정하고 이러한 정부와의 협상에서 主導的 役割을 함으로써 협회의 역할을 증대시킬 수 있다고 보고 상대가격체계를 지지하였다고 볼 수 있다(Noll, 1991).

4) 提言

상대가치체계는 적지 않은 理論的 限界를 지니고 있음에도 불구하고 현행의 行爲別 酬價制를 유지한다고 할 때 다른 代替的인 酬價決定模型을 찾기가 쉽지 않은 것이 사실이다. 개별 단위의 의료서비스

가격을 결정하는 완벽한 모형이 현실적으로 존재하기 힘들다면 과제는 相對價值體系의 正確性을 높이는 것 혹은 가능한 오류를 최소화하는 것으로 귀결될 것이다. 이를 위해서는 研究의 信賴性을 높이기 위하여 대표성이 있는 수준의 많은 표본을 서베이하고 전문 영역별 의사그룹이 서베이 결과를 면밀히 검토하는 多段階 節次를 거치는 것이 필요하다. 이를 토대로 상대가치체계 개발의 효과를 높이기 위해서는 醫師, 政府, 學界, 保險者, 消費者, 雇傭者와 같은 많은 이해당사자와 전문가들의 광범위한 공감대 형성이 중요할 것이다. 그러나 상대가치체계 개발의 모형을 제공한 미국에서는 豫算中立의 가정아래 상대가치의 개발이 의료전문의들간에 所得再分配의 결과를 가져온 데 반해 우리나라에서는 상대가치체계의 의의를 의료서비스간 그리고 전문의간 상대가치의 개발을 통해 장기적으로 醫師市場에서의 歪曲을 감소시킨다는 측면보다는 이를 통한 의료수가의 인상에 많은 관심이 모여지는 듯 하다.

보건의료체계에 많은 변화를 수반하는 중요한 보건정책인 支拂補償制度는 지불보상단위의 확대와 같은 장기적인 개선의 방향과 代案의 支拂補償制度의 형태에 대해서 적어도 학계에서나마 조금씩 오랜 시간을 두고 합의를 도출할 필요가 있다고 본다. 지금까지 지불보상제도는 이것이 國民醫療費에 미치는 영향에만 많은 초점이 맞추어져 왔다. 그러나 앞으로 이러한 지불보상제도에 대한 논의는 의료공급자의 행태의 변화를 통해 醫療消費者(消費者便益)에게 미치는 지불보상제도의 영향(의료의 질과 접근도)에 좀더 중점이 두어져야 할 것이다.²⁰⁾

20) 미국에서의 논의는 Kwon(1997), Mitchell, et al.(1987), Pauly(1994), Sloan and Hay(1986), Wilensky and Rossiter(1986) 등 참조

2. 包括酬價制(DRG) 示範事業實施 現況과 考察

가. 對象 醫療機關 및 適用對象 診斷群

1997년 2월부터 '98년 1월까지 시범사업에 참여를 희망한 54개 의료기관²¹⁾을 대상으로 DRG 시범사업이 실시되었다. 그 적용질환으로는 正常分娩, 帝王切開術, 扁桃腺手術, 盲腸炎手術, 白內障手術 등 5개 질병군이며, 이를 중증도와 연령(17세기준)에 따라 26개 세부내역으로 구분하였다.²²⁾

1998년 2월부터 1999년 1월까지 132개 의료기관²³⁾으로 示範事業 對象機關을 확대하여 2차 시범사업을 실시 중에 있다. 2차 시범사업의 대상 DRG는 1차시범사업과 동일하게 적용하였다.²⁴⁾ 2000년 1월까지 3차 시범사업을 실시한 후 평가결과에 따라 2002년부터 전면적으로 도입하려는 것이 정부의 계획이다.

대상 DRG 선정에 있어서 診療費 變異係數가 크지 않고, 의사들 사이에 진료방식에 대한 논란과 불확실성이 적고, 多頻度傷病이며, 非給與項目이 많지 않으며, DRG 分類情報造作이 어려운 질병군을 대상으로 하였다. 따라서 시범사업상에 있어서 문제발생의 소지가 작은 상병을 대상으로 선정하였으므로 적용대상 DRG수를 대부분의 입원진료에 확대 적용하여 전국적으로 도입하는 경우에 동일한 결과를 얻을 수 있을지는 그 판단을 유보할 수밖에 없을 것이다. 또한 현재 DRG

21) 3차기관 2개, 종합병원 22개, 병원 19개, 의원 11개이며, 이중 의원급은 서울·경기 지역에 한정

22) DRG 도입을 위하여 1995년 1월 「DRG 지불제도도입·검토협의회」 및 실무작업반을 구성하여 운영중에 있으며, 책임연구기관으로 한국보건의료관리연구원을 선정하였음.

23) 3차기관 11개, 종합병원 61개, 병원 29개, 의원 31개

24) 단, 수정체수술의 경우 단안과 양안 수술을 분리함으로써 26개 DRG를 29개로 확대하였다.

의 분류상 17세를 기준으로 연령이 분류되고 있는데, 65세 이상 노인
에 대한 추가적인 분류가 요청된다.

시범사업으로부터의 평가결과가 全國 擴大時에 그대로 적용될 것이
라고 단정하기에는 제약요인이 많다. 시범사업 대상기관이 전국적으로
任意抽出에 의해 선정 되었다기 보다 희망하는 기관 중심으로 선
정되었으므로 DRG 도입에 의해 병원경영에 크게 영향을 받지 않거나
유리하다고 판단하는 기관이 示範事業對象이 되었다는 것이다. 또한
시범사업기관으로 선정되었을 경우 계속 감시 받고 있기 때문에 진료
행태가 왜곡될 가능성이 의도적으로 억제될 가능성도 있다. 따라서
DRG가 전국적으로 실시될 경우 DRG의 不正的인 側面이 현실적으로
크게 나타날 가능성이 크므로 이에 대한 대비책이 세심하게 고려되어
야 할 것이다. 또한 시범사업 평가를 위해 자료를 제출한 기관이 불
충분하여 시범사업에 대한 정확한 평가에 制約要因으로 작용하였다.
예를 들어 DRG와 행위별수가를 비교하기 위한 자료를 제출한 기관이
20개이며, 입원환자 진료실적 자료를 제출한 기관이 17개였다.

향후 DRG를 전국적으로 도입하는 경우, 우선 대상 DRG를 시범기
관을 중심으로 가능한 모든 入院診療部門에 확대하고, 그 분석결과에
따라 전국적으로 동시에 확대하는 것이 바람직할 것이다.

나. DRG 酬價(補償水準)

진단명당 진료비에는 입원에서 퇴원할 때까지 환자에게 제공된 처
치, 검사 및 수술, 약제, 진료재료 등 모든 診療行爲(비보험 및 비급여
부분 포함)를 포함하되, 단, 食代, 上級病室料 差額, 指定診療料, MRI
및 超音波檢査料 등 5개 항목은 제외하였다. 따라서 환자는 비급여로
인정한 5개 항목을 환자가 전액부담하고, 종전에 환자가 全額 負擔하
던 진료재료, 검사, 약제 등은 DRG 진료비에 포함시켰다.

현 DRG 분류 체계 하에서, 基本診療料, 藥劑 및 材料代 3가지로 구성된 각 진단명의 기준수가 산정방법은 다음과 같다.

$$PRICE_{ij} = BASIC_{ij} + SERVICE_{ij} + MATERIAL_{ij}$$

i : DRG 번호, j : 의료기관종별

PRICE : DRG 수가

BASIC : 기본진료료

SERVICE : 행위료

MATERIAL : 약제 및 재료대

이러한 기준수가의 산정을 위하여 세가지 대안을 검토하였다. 대안 A는 의료보험 진료비청구내역에 기초한 保險酬價를 기준으로 하는 가격²⁵⁾, 대안 B는 의료기관의 診療記錄簿內譯에 기초하여 원가를 기준으로 하는 가격, 대안 C는 의사패널을 구성하여 진료프로토콜에 따른 원가에 기초한 가격 등이다. 검토결과, 대안 B의 가격을 선택하였다.

대안 B에 따른 구체적인 산정방안을 살펴보기로 하자. 강남성모병원의 원가자료와 영남대병원의 保險酬價와 一般酬價 자료 두가지를 사용하되 두 병원자료의 평균값을 각각 50%씩 가중평균하여 행위료와 약제 및 재료대를 산정하였다.²⁶⁾ 입원료는 의료기관종별 1일당 입원료에 平均在院日數를 곱하여 계산하였으며, 1일당 입원료는 1995년 한국보건의료관리연구원에서 수행한 原價分析 結果를 이용하였고 평균재원일수는 대안 A의 자료를 이용(400명이상 의료기관의 보험진료비 청구데이터베이스)하여 구하였다.²⁷⁾

25) 1994년 400명이상 의료기관의 보험진료비청구 데이터베이스 사용

26) 본 자료는 중증도분류 0 인 환자들의 값을 이용하였으므로 중증도분류 1 및 2 인 환자들의 값을 구하기 위해 1994년 의료보험자료로부터 중증도분류에 따른 진료비 비중을 계산하였다.

27) 다만, 수정체수술의 재원일수가 1994년 이후 크게 단축되었고, 특히 의원급에서

따라서 DRG 수가는 다음 산식에 의해 결정된다.

$$PDRG_{ij} = PERDIEM_j^{mean} \times STAY_i^{mean} + (1 + \alpha_j) \times SERVICE_i^{mean} + MATERIAL_i^{mean}$$

i : DRG 번호, j : 의료기관종별

PDRG : DRG 수가

PERDIEMmean : 1일당 평균입원료

STAYmean : 평균입원일수

α : 의료기관종별 가산율

SERVICEmean : 평균행위료

MATERIALmean : 약제 및 재료대 평균

기준수가의 산정에 있어서 문제점은 크게 두 가지를 지적할 수 있다. 첫째는 수가산정에 이용된 의료기관이 2개의 3차 진료기관을 대상으로 하였다. 따라서 기초자료의 객觀性和 代表性이 크게 문제된다. 두 번째 문제는 의료기관의 원가분석에 의존하고 있어 자칫 현행 수가를 인상하기 위한 수단으로 비쳐질 가능성이 높다. DRG 수가의 補償水準을 미국의 예에서처럼 초기에는 어느 정도 유인을 제공할 정도로 높게 책정하는 것은 바람직하다. 그러나 원가자료에 대한 객觀性和 信賴性を 제고시키기 위하여 병원 규모별로 층화추출한 병원을 대상으로 지속적인 모니터링을 통하여 원가분석을 하는 것이 타당할 것이다.

다. 診療行態와 醫療의 質

시범사업 실시 전과 후를 비교한 환자 1인당 診療費²⁸⁾가 평균 10%

이런 현상이 뚜렷하게 나타나, 1996년 1~6월 기간중의 의료보험 청구자료를 이용하였다.

감소하였는데, 그 내역은 在院日數가 10% 단축되고, 특히 항생제 사용액이 24% 감소된 것으로 나타나²⁹⁾ 성공적인 期待效果를 얻었다. 이러한 결과는 비급여 진료량도 함께 줄어드는 효과까지 갖게 될 것으로 생각된다. 왜냐하면 DRG 수가에 비급여부분이 포함되기 때문이다.

한편 시범사업 參與機關과 非參與機關과의 비교에서는 참여기관의 환자 1인당 총진료비는 비참여기관에 비해 평균 9.8% 적게 나타났다. 그러나 재원일수는 기대와는 달리 참여기관이 오히려 2% 길게 나타났다. 이는 참여기관과 비참여기관이 통계적으로 잘 디자인된 표본이 아니기 때문이라 판단된다. 따라서 분석결과의 대표성에 이의를 제기할 수 있을 것이다.

시범사업 후 각종 檢査回數는 입원기간 중에 줄어들었다. 그러나 입원 전후의 외래에서의 검사회수가 늘어나는 ‘外來代替’效果가 나타났다. 또한 시범사업 후 입원환자수의 변화는 없는 것으로 나타난 반면 입원환자 1인 기준으로 입원 前의 외래방문회수는 34% 증가하고 퇴원후의 外來訪問回數 또한 20%가 증가함으로써 역시 ‘외래대체’효과가 나타나고 있다.

라. 醫療의 質

진료량의 감소는 의료의 質 低下를 우려할 수 있는데, 시범사업 전후에 수술 후 합병증 발생률은 유의하게 증가하지 않았고, 재수술 및 사망률의 경우 발생 자체가 드물어 유의한 차이를 가려낼 수 없었다. 다만, 필수검사의 경우 수술전 필요검사가 시범사업 후 미시행률이

28) DRG 수가에 포함된 비급여를 제외한 현행 행위별수가제하에서의 급여범위로 비교하였음.

29) 항생제를 경구 항생제, 주사 항생제, 퇴원시 처방한 항생제로 3분하였을 때, 항생제비용 감소는 대부분 주사항생제 비용감소에서 나타났다. 그러나 퇴원후 외래방문시 처방한 항생제 비용이 늘어나는 대체효과가 나타났다.

상승하였으나 모든 기관의 공통된 현상은 아닌 것으로 나타났고, 수술 후 필요검사도 진단군별로 다른 양상을 나타내었다. 帝王切開 施術率은 충분만건수 중 34%로 나타나 여전히 높게 나타났다. 따라서 의료의 질에 대한 평가는 일단 유보하는 것이 타당할 것이다.

마. 病院經營 改善

시범사업 결과, DRG 급여범위내에서 환자 1인당 診療費가 行爲別 酬價制를 적용할 경우에 비해 평균 15.4% 높게 나타났다. 이는 DRG 보상수가를 높게 책정한 결과이다. 따라서 在院日數의 減少와 抗生劑 使用減少 등 비용감소를 감안하면 병원의 이윤이 증가하였을 것으로 판단된다. 한편 시범사업 비참여기관을 대상으로 DRG 적용을 가정했을 때 진료비는 평균 4.7% 높게 나타나 DRG 적용이 유리하다고 판단한 기관이 시범사업에 참여하였을 가능성을 뒷받침하고 있다. 이는 곧 참여기관에 대한 분석결과가 그대로 代表性을 갖기에는 무리가 있음을 보여주는 것이다.

시범사업 후 의료기관의 경영상태에 대한 구체적인 분석은 이루어지지 않아 추후 이의 보완이 요청된다. 그런데 1차 시범사업 54개 기관 중 46개 기관이 2차 시범사업에도 참여하고 있는데, 계속 참여이유로써 診療費支給期間 短縮(77%), 審査의 簡素化(68%), 行政 및 請求業務의 減少(68%) 등을 주요 이유로 응답하고 있으며 收益性 增加(34%)가 큰 이유는 아님을 밝히고 있다. 2차 시범사업에 불참하는 기관 또한 수익성 감소(14%)를 이유로 보지는 않는 것 같다. DRG 대상자가 적거나(57%) 행정 및 청구업무가 과다(57%)하기 때문으로 응답하고 있다. 따라서 지표상으로는 병원 경영개선이 분명히 이루어지는 것으로 판단되지만 설문에서는 病院 經營改善 效果가 큰 역할을 하지 않는 것으로 나타났다.

바. 患者 本人負擔

환자 본인부담은 평균적으로 20%이나, 입원일수에 따라 차등을 둠으로써 長期入院時에 본인부담이 많아지도록 설계하였다. 즉

$$\text{환자본인부담} = \text{기준수가} \times 0.1 + (\text{기준수가}/\text{평균입원일수}) \times 0.1 \times \text{입원일수}$$

이는 환자에게는 장기입원을 억제하려는 유인을 제공하고, 병원에게는 장기입원에 따른 財政的 損失을 보완해주는 역할을 한다. 다만, 병원은 장기입원에 따른 收入(식대, 병실료차액, 지정진료 등 비급여에서 발생하는 수입)과 損失(DRG 수가기준상 평균입원일수를 초과하는 경우)을 비교하게 될 것이다. 만약 전자가 크다면 입원이 장기화되고 이에 따라 추후에 DRG 수가를 조정할 때 평균재원일수가 늘어나는 副作用을 초래할 수 있을 것이다.

1차 시범사업 분석결과, 患者本人負擔은 시범사업 전과 후를 비교하지는 못했다. 다만, DRG 비참여기관과의 비교에서 29% 감소함으로써 소비자에게도 도움이 되는 것으로 나타났다. 이는 재원일수의 감소 등 진료량이 감소하였을 뿐 아니라 DRG 기준수가는 非保險 診療費가 포함되므로 구조적으로 시범사업 적용 환자의 일부부담이 줄어드는 것은 당연하게 된다. 이는 곧 DRG 비적용 환자에게 負擔이 轉嫁되는 결과를 초래할 수 있다. 따라서 DRG의 적용대상 질병이나 적용대상 기관을 단계적으로 확대할 경우, DRG 적용환자와 비적용환자간의 負擔의 隔差가 우려될 수 있다. 이러한 부담 전가를 방지하기 위해서는 일시에 적용을 확대하는 것이 바람직할 것이다.

사. 保險財政

시범사업 후 보험자 부담은 평균 10.8% 증가한 것으로 나타났는데 이는 DRG의 給與範圍가 行爲別酬價制에 비해 넓고 酬價補償水準 또한 높게 책정되었기 때문이다. 그런데 앞서 분석에서 환자1인당 診療費는 15.4% 높게 나타나고, 患者本人負擔은 29% 적게 나타난 것(비록 비참여기관과의 비교이지만)에 비추어 보면 保險者負擔이 기대보다 적게 증가한 것으로 보인다. 또한 DRG 수가 적용 참여기관의 보험자 부담이 행위별수가 적용 비참여기관에 비해 17.7% 높게 나타나, 향후 DRG를 전국적으로 확대할 경우 단기적으로 보험료의 급격한 인상이 예상된다. 또한 시범사업 기간 중 모니터링 대상이 된 청구건 중 重症度 比率은 57%였으나 연합회의 심사결정 후 중증도는 24%로 대폭 낮아져 “DRG creep” 발생의 의심이 간다. 그러므로 DRG를 단계적으로 확대하는 것이 현실적으로 타당하지만 단계적 확대에는 부담의 전가 등 왜곡이 일어날 가능성을 안고 있다.

아. 保險管理 效率性 및 滿足度

示範事業 分析結果는 진료비 지급기간이 과거의 한달에서 평균 8일로 단축되고, 청구·심사 업무량이 대폭 감소하는 등 보험관리 효율성이 증대되는 것으로 평가된다. 또한 시범사업에 대한 滿足度를 측정한 결과 60%로써 기대에 크게 미치지지는 않았으나 시범사업기간 중 중간 평가때의 52%에 비해 만족도가 상승하였다. 특히 환자와의 摩擦, 民願이 감소하고 진료비에 대한 신뢰가 증가한 것으로 평가되고 있다.

V. 醫療保險 統合에 따른 診療費 支拂體系의 改編

1. 醫療保險統合下的 診療費 支拂體系에 대한 基本視角

醫療保險統合은 관리조직(조합)의 통합을 통한 관리효율성 提高와 보험재정의 지역(조합)간 隔差 解消, 보험료부담의 계층간, 지역간 衡平性 提高 등의 측면이 일차적인 政策目標 및 政策效果로 받아들여지고 있다. 그러나 醫療保險統合이 시작되는 2000년을 의료보험의 역사에 중요한 전환점으로 삼아 보다 근원적인 개혁을 동시에 추진할 필요가 있다. 21세기와 함께 출범하는 의료보험통합하에서의 “國民健康保險”이 성공적인 제도로 나아가기 위해서는 의료보험의 보다 본질적인 부분, 즉 疾病危險으로부터 근본적으로 보장하고, 진료왜곡의 치유를 통한 의료서비스의 질적 개선으로 건강의 질을 개선하고, 의료자원의 보다 效率的인 活用(資源의 適正配分)으로 국민경제 전체의 厚生(welfare)을 증진시키는 것 등에 정책적 관심을 경주하여야 한다. 이러한 관점에서 본 보고서는 그 동안 의료보험의 틀 속에서 수요자, 공급자, 그리고 양자간 의료서비스의 거래를 媒介해주는 보험자간의 거래의 흐름에 대한 근본적인 논의를 다시 시작하여야 한다. 여기서 거래의 흐름이란 의료공급자가 의료소비자에 제공한 서비스 대가를 청구하고 보험자가 請求內容(量과 質)을 심사한 후에 지불하는 과정을 의미하고, 이러한 거래과정에 事後管理를 통한 정당한 거래의 확립까지를 포함한다.

醫療保險統合으로 그 동안 분산관리 되어 오던 지역 및 직장단위의

조합을 전국적인 하나의 保險者(“國民健康保險公團”)가 통합 관리함으로써 資格管理의 전국적인 연계를 확보하고 관리운영비를 절감하며, 이와 함께 保險料賦課基準 역시 전국적으로 단일기준을 적용함으로써 보험료부담의 衡平性を 提高하려는 것이 통합이 기대하는 효과일 것이다. 이러한 통합의 기대효과는 주로 의료소비자와 관련된 사항들이다. 본보고서에서는 의료공급자 측면에서 診療費請求-審査-支拂시스템을 효율적으로 개편하는 방안에 초점을 맞추고자 한다. 즉 병의원이 消費者(患者)에게 진료를 제공한 후에 진료비를 환자에게 직접 청구하지 않고 제3자(보험자)에게 청구하고 제3자는 의료서비스의 專門性에 무지한 환자를 대신하여 청구된 진료비의 妥當性を 심사한 후에 진료비를 지불하게 된다.³⁰⁾ 그런데 診療費審査·支拂體系는 조합관리 방식하에서도 그 동안 통합 운영되어 왔다는 점이다. 따라서 통합관리 방식하에서 심사·지불체계를 개편할 이유는 없어 보이지만 통합을 계기로 발전적인 관점에서 그 동안 심사·지불체계가 안고 있었던 문제점을 대폭 개선하고자 하는 것이다.

2. 診療費 請求·審査·支拂體系의 改編方向 摸索

가. 改編을 위한 問題認識

현행 진료비의 청구에서 심사, 지불과정과 관련되어 제기되어 온 문제점은 다음 몇 가지 관점에서 검토될 수 있다.

30) 진료비지불시스템은 의료소비자의 후생에도 영향을 미친다. 진료의 적정성에 대한 올바른 심사와 진료비지불방법(예, 후불 혹은 선불, 환자당 정액지불, 서비스 단위당 지불 혹은 질병단위당 포괄적 지불, 1년단위 총액예산지불 등)에 따라 의료공급자의 행태에 영향을 미치고, 공급자의 행태변화가 의료의 질 및 소비자의 부담에 영향을 미치게 된다.

첫째, 진료비 청구문제로써 診療費請求가 매우 복잡하여 청구에 소요되는 시간과 인력이 많이 소요되고, 경우에 따라서는 請求代行業體를 통한 진료비청구로 過多·不當請求의 가능성이 있다는 점이다.

둘째, 심사관련 문제로써 진료비심사를 보험자가 운영함에 따라 醫療界로부터 제기되는 문제점은 다음과 같다. 진료비심사의 公正性, 客觀性, 專門性에 관해 진료를 담당하는 의료인과 심사자간에 마찰이 계속 되었으며, 適正診療(醫學的 妥當性)보다는 과잉진료 억제 위주의 保險財政의 保護에 치우침으로써 진료의 질에 관한 심사는 거의 이루어지지 않고 있다는 지적이다. 의료보험제도 도입 후 帝王切開 分娩率이 지속적으로 상승하고 있고,³¹⁾ 항생제의 과다사용으로 耐性이 떨어지고 있는 현실이 이를 증명하고 있다. 또한 진료비 심사와 진료행위에 대한 평가가 상호 연계되지 않아 醫療의 正常化를 위한 유도기능이 미약하였다는 지적이다.

셋째, 診療費支給問題로써 진료제공시점에서 진료비를 지급 받기까지 장기간이 소요되어 의료기관 經營上 資金回轉 壓迫의 문제점이 제기되어 왔다. 다만, '98년 2월부터 概算拂制를 도입함으로써 진료비청구 접수 15일 이내에 진료비의 90%를 선지불하고 사후에 정산함으로써 이러한 문제를 완화하고 있다.

넷째, 진료비지불방식 문제로써 현행 行爲別酬價制는 의료비 관리기능이 微弱하다는 점이다. 행위별수가제는 診療行爲 項目別(약3,000여개)로 공급자의 진료량에 따라 진료비를 사후에 지불하므로 항목별 가격만 통제하고 진료비총액을 관리할 장치가 없다. 이에 따라 過剩診療와 진료비의 過多한 上昇을 초래하는 단점이 있다는 지적이다.

31) 의료보험의 전국민 적용(1989년)이후 분만건수(정상분만과 제왕절개 합계)중 제왕절개의 비중이 '90~97년간에 10.1%에서 36.0%로 급격히 증가하고 있다(의료보험 통계연보).

또한 모든 의료기관이 어떤 종류의 진료행위를 하더라도 동일한 수가를 보상받으므로 각 기관의 고유한 機能과 役割에 맞는 진료를 제공하지 못하게 되는 제약이 따른다. 특히 3차 의료기관의 경우 현행 의료보험 제도하에서 어떤 진료를 제공하더라도 1·2차 의료기관에 비하여 높은 수가를 받을 수 있도록 되어 있어, 기관간의 機能分擔보다는 의료 공급의 '獨占'을 심화시키고 있다는 비판 또한 못지 않다.

마지막으로 診療費의 事後管理 메커니즘이 미흡하다는 것이다. 청구 진료비의 審査過程에서 진료비의 약 1.25%('97년 총 진료비 8조8천억 중 1,110억원) 정도만 조정될 뿐 不當·虛偽請求에 대하여 체계적으로 관리되고 있지 않고 지난 '97년 12월 검찰청에서 조사한 大型綜合病院 非理事件³²⁾ 및 일부 언론에서 폭로하는 단발성에 그치고 있다.

나. 改編의 論點

1998년 중에 운영된 醫療保險統合推進企劃團에서는 상기 진료비심사·지불체제와 관련되어 제기되는 모든 문제점을 논의할 수 없었다. 여기서는 동 기획단에서 집중적으로 논의되었던 爭點事項을 정리하고자 한다. 주요 쟁점은 다음 세 가지로 압축할 수 있다.

첫째, 진료비를 심사할 조직을 保險者(公團)로부터 獨立시킬 것인가?

둘째, 독립시킨다면, 진료비의 청구와 심사권한의 소재, 保險者(公團)와 審査評價院間 관계를 어떻게 정립할 것인가?

셋째, 보험자가 의료기관을 強制指定할 것인지 혹은 양자간에 契約制로 운영할 것인가?

32) 13개병원 159억원 규모의 불법징수로써 세가지 유형이 있는데, 첫째는 진료비 이중청구(보험으로 청구함과 동시에 환자에게도 청구), 둘째는 보험적용대상 진료서비스를 비보험으로 처리, 셋째는 지정진료비의 허위징수로써 지정전문가가 행하지 않은 서비스에 대하여 지정진료비를 부과

1) 審査機構(“審査評價院”)의 獨立問題

진료비 심사기구를 독립운영하자는 제안 논리는 진료비의 공정하고 전문적인 심사 뿐 아니라 醫療의 質 평가기능까지 갖춘 『審査評價院』을 설립하여, 의료의 질 개선과 보험재정보호 양 목적을 균형 있게 달성하자는 데 있다. 이와 더불어 보험자와 의료공급자간 相互 牽制機能(“힘의 均衡”)을 확보할 수 있도록 하자는 것이다. 동 심사평가원은 상기 기능 외에 審査基準 및 療養給與基準을 개선하고, 진료의 適正性 및 費用效果性 등을 평가하고, 특히 4대 사회보험통합과 관련하여 産災保險 등 모든 진료비 청구의 전반적인 심사·평가기능을 하는 데에는 심사기구 獨立이 유리하다는 것이다. 공단내에 심사기구를 운영하는 경우 기존 조직의 硬直性이 상존하므로 현재 심사체계가 가진 의료의 質과 財政保護 側面的 문제를 근본적으로 개선하기 어려우며, 專門性을 활용한 다양한 접근방법의 활용이 어려울 것임을 비판하였다.

다음으로 保險者(公團)의 진료비심사기능 유지 논리는 새로운 기구 조직의 설립은 行政費用을 증가시켜 의료보험 통합이 지향하는 管理運營費 節減과는 거리가 있으며, 기존의 심사기능의 개선에 의하여 의료의 질 평가 기능을 추가할 수 있다는 것이다. 또한 審査機構의 獨立에 따른 진료의 적정성과 보험재정보호의 효과에 대한 檢證資料(“判斷基準”)가 없다는 것이다. 또한 심사평가원이 독립하는 경우 공단이 보험재정의 흐름을 통제하는 데에 한계가 있으며, 의학적 판단이 강조됨으로써 의료공급자의 영향력이 강화될 우려가 있음을 지적하였다. 한편 진료비지불방식이 包括酬價制나 總額契約制 등으로 전환할 경우 審査業務가 줄어들어서 결과적으로 현재 심사체계가 가진 문제의 상당 부분이 줄어들 수도 있음을 지적하였다.

2) 公團과 審査評價院의 關係定立

審査評價院이 獨立機構로 발족되는 경우, 보험자(공단)와 심사평가원의 관계정립에 대한 쟁점은 진료비 청구-심사-지불과 관련하여 진료비 청구를 어디에 하며 診療費의 審査權限은 누구에게 있는가, 그리고 공단이 審査評價院을 어떻게 견제할 것인가 등이다. 다만, 診療費 支給은 공단이 담당하는 데에 의견의 일치를 보았다. 이에 따라 기획단에서는 최종적으로 두 가지 대안이 대립되었다.

먼저 診療費 請求-審査-支拂과 관련하여,

- 1안) 진료비를 審査評價院을 거쳐 공단에 청구하되, 동 심사평가원에서 심사권을 가지고 ‘모든’ 진료비청구건수에 대해 심사
- 2안) 진료비를 「公團」에 청구하고, 동 공단이 심사권을 가지 되, 진료비조정이 요구되는 ‘專門審査’는 심사평가원에 의뢰

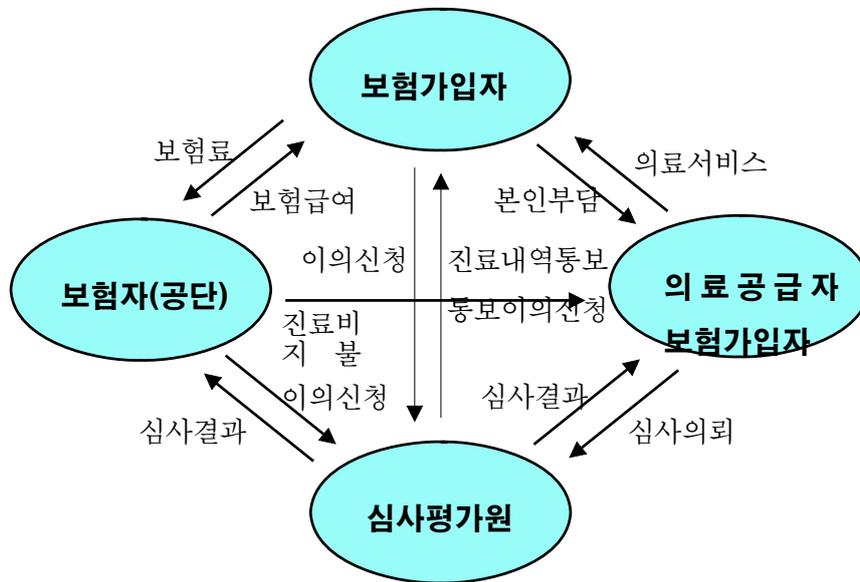
第1案의 主張根據:

- 審査評價院이 법적 지위를 부여받은 독립조직으로 설립되므로 진료비청구 및 심사와 관련한 모든 權限이 동 심사평가원에 부여되는 것이 妥當
- 공단이 진료비청구를 접수하여 심사평가원에 위탁할 경우 引繼過程에서 기록의 유지, 청구자료의 보관 및 이전, 이에 따른 인력과 공간의 이중성으로 業務遲延 및 浪費
- 진료기관으로부터 診療費 請求業務를 심사평가원이 담당하는 것

은 진료기관, 공단 및 심사평가원의 업무처리의 效率性和 便宜性 側面에서 적절

그러나 제1안의 문제점은 조직만 분리함으로써 현행 심사행태를 크게 개선할 수 없을 가능성이 있고, 심의평가 기능강화시 審査評價院의 조직과 인력이 방대하게 운영될 가능성이 크다. 그리고 공단이 심사평가원의 심사결과에 대하여 異議申請 또는 再審을 요구하기 위하여 공단에 추가적 인력이 투입되는 경우 二重的인 行政費用이 소요될 가능성이 있다. 즉 공단의 추가인력 업무팀은 수진자가 정당한 健康保險需給權을 가지고 있는지 여부와 심사평가원의 심사결과가 제반 급여·수가기준에 따라 적정하게 이루어졌는지를 확인하는 기능을 하게 된다.

[圖 V-1] 健康保險公團과 審査評價院間 關係(第1案)

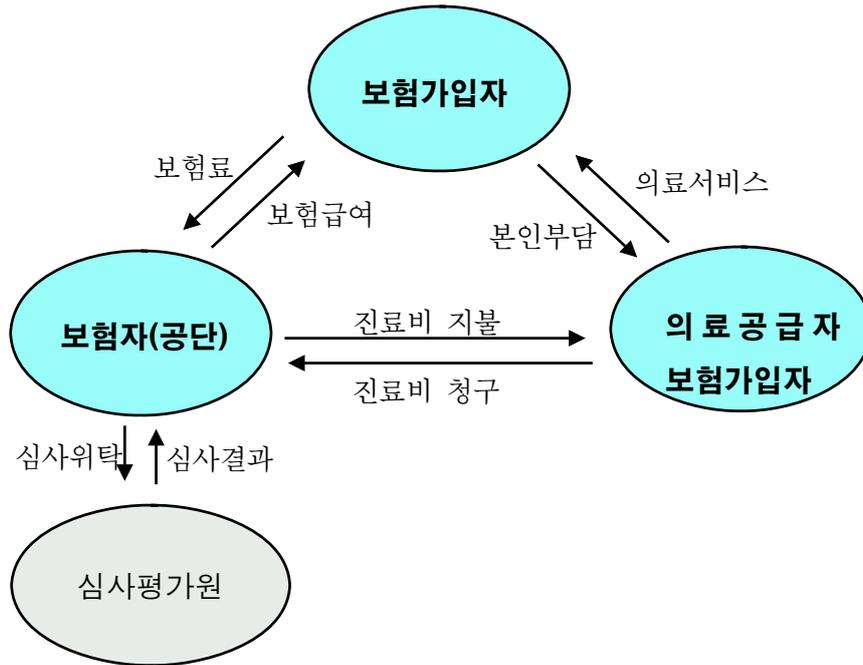


第2案의 主張根據 :

- 의료보험은 기본적으로 加入者-供給者-保險者 3자간 계약에서 출발하므로, 공급자는 가입자의 代理人(agent)인 保險者(‘公團’)에 請求(claim)하고 보험자가 심사하여 지불하는 것이 원칙
- 審査評價院의 조직을 작고 전문적인 기능으로 특화 할 수 있으며, 심사평가원이 진료내용에 관한 專門審査와 評價에 전념할 수 있으므로 심사평가원의 효율성 제고에 도움
- 診療費調整이 요구되지 않는 대부분의 진료비청구는 공단에서 신속히 지불하므로 진료비의 請求-支給期間이 단축됨.
- 심사권이 審査評價院에 있는 경우 심사결과에 대한 공단과 심사평가원 간의 紛爭 發生 가능

그러나 제2안의 문제점은 진료비 청구건 중에서 審査 委託對象(즉 診療費 調整對象) 선정시에 專門性이 요구되므로 전문인력이 필요하고, 이는 심사평가원의 專門人力과 중복되게 된다. 또한 診療費 調整對象의 객관적 기준 설정이 어렵다. 그리고 공단의 書類點檢과 심사평가원의 專門審査로 심사가 二分化됨으로써 심사의 연속성이 결여되고 진료비 관련자료의 일관성 있는 總括管理가 결여되는 문제가 발생한다. 또한 청구의 접수, 심사의뢰여부 검토, 심사평가원의 심사 등 業務節次의 分離는 시간, 인력, 비용의 낭비를 초래하게 될 것이다.

[圖 V-2] 健康保險公團과 審査評價院間 關係(第2案)



다음으로 공단의 심사평가원에 대한 牽制와 관련하여, 상기 1안과 2안에 따라 두 가지 대안으로 대립되었다.

- 1안) 진료비심사결과에 대한 이의는 공단이 급여사후관리 과정에서 異議申請(‘事後的 牽制’)하고, 장관의 진료기관에 대한 진료자료제출 요구권은 심사평가원에 위탁
- 2안) 진료비심사결과에 대하여 공단이 異議申請(‘事前的 牽制’)하고, 장관의 진료자료제출 요구권은 공단과 심사평가원 兩者에 위탁

제1안은 심사평가원의 심사결과에 따라 공단이 즉시 진료비를 지불함으로써 청구-지불 기간을 短縮하는 장점이 있는 반면, 진료기관에 대한 診療資料要請權이 공단에 주어지지 않아 사후적인 급여관리에 한계를 보인다.

제2안은 심사평가원의 심사결과에 대해 공단이 異議申請함으로써 청구-지불 기간이 길어지는 短點이 있는 반면, 전문심사를 요하는 청구건을 제외한 대부분의 청구건은 공단이 즉시 지불하므로 청구-지불 기간이 짧아지고 심사평가원이 심사에 보다 신중을 기하게 되고, 保險財政保護와 給與事後管理에 충실한 장점이 있다.

〈表 V-1〉 健康保險公團-審査評價院間 關係定立에 대한 爭點 整理

쟁점	1안	2안
진료비 청구-심사-지불 관련		
• 진료비 청구	심사평가원을 거쳐 공단에 청구	공단에 청구
• 진료비 심사권	심사평가원	공단. 단, 심사평가원에 심사 위탁
• 심사관장범위	심사평가원이 '모든' 심사 관장	공단: 서류점검 심사평가원: 전문심사
※ 진료비지불	공단이 심사결과 통보받아 즉시 지불	공단이 서류점검후 즉시 지불. 단, 전문심사는 결과 통보받아 지불
공단의 심사평가원 견제 관련		
• 진료비 이의신청	사후적 견제: 공단이 급여사후 관리 과정에서 이의신청 등 권리구제	사전적 견제: 공단이 심사평가 결과에 대하여 이의신청 가능
• 진료자료제출요구권한의 위탁	심사평가원에 위탁	공단과 심사평가원에 위탁

3) 保險者와 療養機關間 關係(指定制 vs 契約制)

보험자의 의료기관에 대한 요양기관 强制指定은 권리와 의무를 지니는 양주체간의 근본적인 不公正 關係라는 이의가 제기되고 있었다. 강제지정은 의료보험 導入 當時(1977년) 정치적 상황하에서 제한된 재정으로 醫療保障을 달성하려는 의도에서 제시된 방법이었으며, 초기 의료보험법의 根幹이었던 일본의 경우도 요양기관과 보험자간에 契約制를 도입하고 있으며, 대만의 경우도 계약제를 활용할 뿐만 아니라 强制指定制는 각국에서 그 예를 찾아보기 어렵다. 이러한 강제 지정 하에서 요양기관의 자구책으로서 비보험급여의 비대 등 왜곡된 醫療行態를 유발하였다는 비판이 제기되고 있다. 따라서 보험과 의료의 정상화라는 차원에서 강제지정의 再檢討가 요구되었다.

그러나 현 단계에서 계약제로 전환하는 경우 의료보험의 통합운영에 따른 組織의 未整備 및 保險財政의 不安定에 따른 혼란이 예상되고, 의료보험 본인부담금의 과다로 유명 의료기관을 중심으로 비계약 의료기관이 다수 발생할 우려가 있으며 계약관계에 미숙한 사회적 여건으로 당사자간의 문제해결 능력이 미흡할 우려가 있다. 즉 保險酬價 및 療養給與基準 등에 대한 협의가 안될 경우 극단적인 집단행동의 발생이 우려될 수 있다. 따라서 원칙적으로 계약제로 전환하는 것이 타당하나 現實與件을 감안하여 당분간 지정제를 유지하는 방향으로 의견이 모아졌다.

다. 審査·支拂體系의 改編方向

醫療保險統合에 따른 심사·지불체계 개편의 기본방향은 첫째, 진료의 적정성을 확보하기 위하여 진료비 심사의 專門性, 公正性 및 客觀性을 확보하는 것이고, 둘째, 의료비를 효과적으로 관리하고 保險財政

을 보호할 수 있는 診療費支拂制度의 改編을 적극 연구·검토하여야 할 것이다.

이에 따라 醫療保險統合推進企劃團에서는 진료비심사와 診療適正性 評價를 전담하기 위한 「健康保險審査評價院」을 독립조직으로 설립할 것을 건의하였으며, 이에 따라 동 심사평가원과 공단간의 力割分擔 및 關係定立에 대한 방향을 제시하였다.

1) 診療費審査體系: 「健康保險審査評價院」의 機能

醫療保險統合推進企劃團은 심사평가원의 기능과 역할을 다음과 같이 제안하였다. 첫째는 진료급여 비용의 심사기능으로써, 급여비용의 심사를 통한 過多, 虛偽 請求의 방지로 보험재정을 보호하고 他保險(産災保險 및 自動車保險 등을 포함 가능)의 審査業務를 위탁 수행한다. 둘째는 진료급여의 적정성을 평가하는 기능으로써 진료기관이 환자 상태에 따라 적정 서비스를 제공하는지를 평가하고, 특정 서비스의 施術能力과 결과 및 新技術의 잠정적 시술 인증·평가업무를 하도록 한다. 셋째, 고난도 특정 진료(시술) 및 신기술의 평가 및 試驗 認證機能을 하도록 한다. 넷째, 정보관리기능으로써 청구자료에 의한 상시적인 의료서비스 모니터링시스템(quality of care surveillance system)을 운영하고 이를 위한 情報體系를 구축하고, 審査評價業務의 透明性 확보를 위하여 업무관련 각종 정보를 공개 및 제공한다.

이러한 기획단의 제안은 원칙적이고 장기적인 관점에서 바람직한 방향이라고 판단된다. 그러나 통합이 시행되는 2000년이 불과 1년 남짓 남은 시점에서 이러한 기능을 모두 갖추기는 어려울 것이며, 특히 診療適正性 評價, 新技術의 認定·評價, 모니터링 정보시스템 등의 機能은 기존 의료보험연합회의 심사기능으로써는 담당하기에 한계가 있을 것이다. 더욱이 현재 이와 관련된 學術研究의 基盤도 매우 취약한

실정이다. 따라서 심사평가원의 운영은 심사기능부터 정상화하는 노력을 우선하고 평가기능은 단계적으로 발전시켜나가는 것이 바람직할 것이다. 문제는 심사평가원이 심사기능에 주로 머물고 평가기능을 소홀히 하는 경우에는 심사평가원이 왜 독립하였는지에 대한 비난이 消費者團體를 중심으로 각계에서 제기될 가능성이 높다. 평가기능을 강화할 경우에는 평가에 소요되는 예산이 많이 투입되는 대신 그 효과는 단기적으로 나타나지 않는 어려운 선택을 맞이할 수도 있다.

審査評價院의 기능에 있어서 다른 하나의 변수는 診療費支拂制度가 앞으로 어떻게 개편될 것이냐에 달려있다. 만약 DRG 지불제도가 입원진료 전 부문에 확대되는 경우 심사평가원의 審査業務는 대폭 簡素化되는 대신 專門性은 보다 신장되어야 할 것이다.

또한 총액계약제 혹은 예산제가 도입되는 경우 診療費審査 및 酬價體系 등은 의료공급자 자율에 맡기는 것이 바람직하다. 따라서 건강보험제도하에서 설립되는 “健康保險審査評價院”의 운영이 보다 의료공급자 중심으로 운영되거나, 현행 醫師協會 혹은 病院協會 등 의료공급자단체가 별도의 조직을 설립하여 진료비에 대한 심사, 지불(엄밀히 말하면, 총액예산의 의료공급자간 배분)을 담당하고 나아가 의료의 質 및 適正性에 대한 평가기능을 담당하여야 할 것이다.

심사평가원의 조직에 대하여 동 기획단은 本부와 支部(분사무소)로 구분하고, 본부에는 심사, 평가, 개발 및 지원 업무를 담당하는 부서를 설치하고 지부는 광역단위로 6~7개소를 설치하며, 심사 및 평가 등의 부서와 함께 同僚審査機構(PRO, Peer Review Organization)를 포함하는 診療審査評價委員會(支部)를 운영하도록 제안하였다. 또한 본부와 지부의 업무분담은 급여비용의 심사 및 평가는 원칙적으로 지부에서 담당하고, 본부는 關聯 指針 등을 개발하도록 하였다. 심사평가원의 조직 및 인력 또한 診療費支拂制度의 변화가 이루어지는 경우

상당한 개편이 뒤따라야 할 것이다.

2) 公團과 審査評價院間의 關係 定立

심사평가원이 독립 전문기관으로 발족되는 경우 건강보험 진료내용에 관한 심사평가의 專門性, 公正性, 客觀性을 최대한으로 인정하여야 할 것이다. 다만, 심사조직의 독립과 관련하여 우려되는 保險財政의 增加와 관련하여서는 보험자인 공단의 牽制와 均衡(check and balance) 메카니즘이 요구된다.

첫째, 진료비용에 관한 청구·심사 절차에 관하여 진료급여에 관한 비용은 보험자인 공단에 청구하는 것이 원칙적으로 타당하다. 이에 따라 공단이 진료비용의 심사를 독립기관인 審査評價院에 委託하고 그 결과에 따라 진료비용을 지급하여야 할 것이다. 즉 공단이 보험자로서 심사에 관한 權限을 갖되 심사평가원에 위탁하는 것이다.³³⁾

둘째, 심사평가원에 대한 공단의 牽制裝置로써, 심사평가원의 심사 결과에 대하여 공단이 異議申請할 수 있는 기전이 마련되어야 하고, 공단이 심사평가원의 심사결과에 대하여 상당한 문제를 발견할 때에는 再審査를 심사평가원에 청구할 수 있어야 할 것이다. 이러한 장치는 심사평가원이 보다 精密하고 적정한 심사에 노력하게 하는 動機附興가 될 뿐만 아니라 각 진료기관에 대해서도 過剩請求 自制를 촉구하는 계기가 될 것이다. 공단이 심사평가원의 심사결과에 대한 異議申請을 하기 위하여 별도의 심사조직을 갖는다면 유사기능이 重複됨으로써 관리비용의 낭비를 가져올 우려가 있을 것이다. 그러나 심사평가원의 심사평가결과에 대하여 牽制(double check)하고 보험재정을

33) 통합추진기획단의 소수의견으로써는 심사평가기능이 독립하는 만큼 동 기능을 심사평가원의 고유권한으로 부여하자는 의견이 제시되었고, 다른 하나는 심사평가원을 독립시키지 않고 공단내에 심사기구로 설치하는 것이 타당하다는 견해가 제시되었다.

관리하기 위한 최소한의 專門性を 갖춘 조직은 필요할 것이다. 마지막으로 審査業務의 公正性を 제고하기 위하여 진료심사평가위원회의 위원을 공단과 소비자단체에서 추천하는 것도 절차상의 消費者參與 및 牽制機能을 갖게 될 것이다.

3) 診療酬價 및 支拂制度 改善

현행 행위별 지불제도의 保險酬價水準 및 構造를 적정화하기 위하여 전반적인 보험수가수준을 조정하되, 서비스 항목별로 보편화된 새로운 의료기술, 새로운 약제 및 재료를 반영함으로써 醫療行態를 正常化하도록 한다. 수가수준을 조정하기 위하여 資源基準相對價值體系(RBRVS)를 적극 활용하며, 이와 함께 새로운 의료기술 및 재료를 인정하는 절차를 『健康保險審査評價院』에 마련하여, 보편성이 있는 항목을 보험급여화 하도록 한다. 保險酬價基準(“療養給與基準”)을 개편함에 있어서 의료소비자의 입장에서 불만이 있거나 불이익을 초래하는 기준의 개선도 함께 이루도록 하여야 할 것이다.

단기적으로 진료수가의 구조조정을 추진함과 더불어 진료비지불제도의 개편을 단계적으로 개발·도입하여야 할 것이다. 그 방안으로 포괄수가제(DRG)에 대한 시범사업을 실시·평가하여 전국적으로 적용함으로써 의료자원의 비용효과성을 제고할 것을 적극 검토하여야 할 것이다. 1998년 현재 132개 병의원을 대상으로 제2차 년도 DRG 시범사업을 실시 중에 있다. 한편 RBRVS의 도입이나 DRG분류에 따른 선지불제도 도입이 의료자원의 효율적 활용에 어느 정도 도움이 되리라 예상되지만, 전체 진료비의 증가를 근본적으로 통제하는 데에는 한계가 있을 것으로 판단된다. 그 대안으로써 총액진료비 계약제 혹은 총액예산제의 도입타당성에 대한 검토는 다음절에서 보다 구체적으로 논의한다.

3. 總額豫算制의 導入 妥當性 考察

가. 豫算制度의 特性(本質)

豫算制度는 해당 의료분야에 지출될 수 있는 총예산을 결정하는 것이 일반적인데 크게 豫算上限(Expenditure Cap 또는 Hard cap)과 豫算目標(Expenditure Target, Soft cap 또는 Threshold)로 나눌 수 있다 (Glaser, 1993). 豫算上限은 실제 의료비가 예산액을 초과할 때 超過分을 의료공급자가 전적으로 책임짐으로써 (예산초과액 만큼 내년도 수가 혹은 지불액을 삭감) 의료비 총액이 미리 결정된 예산을 초과할 수 없는 제도인데 비해 豫算目標은 의료비가 당기 예산을 초과할 때 다음기의 수가 혹은 예산 일부를 삭감하여 공급자들에게 豫算超過에 따른 책임을 부담시킴으로써 예산 초과분을 보험자와 공급자가 分擔하는 제도이다.

예산제도를 통하여 미리 결정된 最適水準의 醫療費用 총량만큼만 의료부문에 재원이 투입되게 조절함으로써 국가 전체 자원 중 의료부문에 투입될 수 있는 財政(資源)의 量을 조정할 수 있고 따라서 전체 의료비를 효과적으로 조정할 수 있다. 의료부문의 비용억제를 위해 전통적으로 사용되어 온 價格規制가 의료서비스의 가격만을 규제하고 의료서비스의 양을 통제하지 못하는데 비해 豫算制度는 價格과 量을 동시에 통제하므로 의료비용의 증가 속도를 조절하는데 더 효과적이다. 그리고 DRG 지불제도 역시 포괄적으로 적용되지 않을 때 적용되지 않는 영역으로의 費用轉嫁나 診斷分類의 變化 등에 의해 보건의료부문에서의 費用 上昇을 조절하는데 어느 정도 한계가 수정될 수 있다. 유한한 사회적 자원을 사용하는데 있어서 보건의료부문의 비효율적인 혹은 과도한 자원 이용은 다른 부문에 투입될 수 있는 자원의 양을 감소시킴을 고려할 때 豫算制度를 통하여 보건의료부문

에 투여될 社會的 資源의 量을 조정함으로써 이른바 국가 전체 자원 배분에 있어서 거시적 효율성을 달성할 수 있는 것이다. 나아가 의료 부문에 지출 가능한 예산을 미리 정함으로써 豫測 可能性을 높일 수 있다는 점 또한 豫算制度의 長點이다. 우리나라의 경우 의료재원의 흐름이 단일한 경로를 통해 이루어지므로 다수의 보험자에 의해 재원이 조달되는 의료제도에 비해 豫算制度의 導入이 더 용이할 것이다.³⁴⁾

하지만 예산제도에 의해 費用切感의 壓迫이 너무 클 때에는 의료공급자의 행태에 왜곡이 생길 수 있는데 예를 들어 의료공급자가 輕症의 患者를 선택하거나 필요한 서비스를 제공하지 않는 것과 같은 의료의 接近性 沮害 등의 문제점들이 발생할 수 있다. 따라서 예산제도 하에서는 의료의 질 관리가 중요한 역할을 수행하여야 한다. 治療의 結果에 기준해 의료의 질을 관리할 경우 예산제도는 의료서비스의 전달과정에 직접적으로 개입하지 않으면서 의료공급자에게 치료의 결과를 極大化할 수 있는 최적 의료서비스를 결합할 經濟的 誘因을 제공한다. 豫算制約下에서 투입요소들의 最適 結合을 통하여 비용을 최소화하는 공급자의 행태가 왜곡되지 않는 것이다. 이에 반해 價格規制에서는 규제자가 완전한 정보를 가지고 있지 않아서 모든 의료서비스의 가격을 정확히 비용과 비례하여 책정하는 것이 현실적으로 어렵다. 따라서 원가에 비해 상대적으로 높게 책정된 의료서비스는 過大 供給되고 원가에 비해 상대적으로 낮게 책정된 의료서비스는 過少 供給되는 비효율성을 야기한다.

34) 따라서 예산제도는 조세(일반재정수입)에 의해 의료재원이 조달되는 나라에서 전형적으로 이용되고 있다. 미국과 같이 다수의 민간보험자에 의해 재원이 조달되는 경우 예산제도의 도입은 주로 보험료의 증가에 상한을 두는 방법들이 제안되고 있다 (Altman and Cohen, 1993; Bishop and Wallack, 1996).

나. 豫算制度의 運營

1) 豫算決定節次

豫算制度의 目的은 사회적 자원의 합리적 배분과 효율적 이용에 있으므로 豫算制度의 導入을 위해서는 사회적 차원에서 의료부문에 투자하고자 하는 자원의 양을 합리적으로 결정하는 方法과 節次를 도출할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 의료서비스의 사회적 限界便益과 사회적 限界費用을 고려하는 것이 이상적이지만 현실적으로 어떤 방법으로 의료서비스의 사회적 편익과 비용을 고려할 것인지를 결정하기는 쉽지 않다.

합리적 公共選擇의 側面에서 보면 국민의 선호를 반영하기 위해 정치적 과정(예, 의회)을 이용할 수 있다. 그러나 의회는 소비자의 選好를 반영하기보다는 利益集團의 影響力에 더 민감하게 반응할 수 있기에 의료서비스의 社會的 (限界)便益을 고려하는 데에도 한계가 있을 수 있다. 또 의료부문의 예산을 예측하고 분석하여 의회에 제공하고 결정된 예산을 통제하는 기관이 별도로 필요할 것이다. 만일 消費者의 選好와 選擇보다는 의료의 필요를 기준으로 의료자원을 배분한다면 정치적 과정이나 의회에 의존하기보다 醫療의 必要度에 관한 연구를 통해 객관적 방안을 제시할 수 있는 정부 혹은 연구기관의 역할이 중요할 것이다.

다른 대안으로는 소비자를 대리한 보험자단체와 공급자들을 대표하는 공급자단체가 雙方獨占(Bilateral Monopoly)적 協商에 의해 예산을 결정할 수 있다. 이를 통해 소비자와 공급자의 選好를 동시에 반영함은 물론 의료공급자들의 예산에 대한 수용성을 높일 수 있다. 예산의 결정에 있어서 정부나 보험자의 일방적인 결정과 지시보다는 보험자와 공급자간 討論과 妥協을 통해 의료공급자에게 참여의 기회를 주는

것이 豫算制度의 成功에 効果적일 것이다. 그렇지 않을 경우 의료공급자들이 자신들에게 중대한 영향을 미치는 의사결정과정에서 소외된다는 정서가 생기고 그럴 경우 제도가 실패할 가능성이 크기 때문이다.

예산제도의 성공적인 導入과 施行을 위해서는 예산의 결정뿐 아니라 이의 執行(配分)過程을 고려할 필요가 있는데 예산의 결정과 배분은 필연적으로 매우 복잡한 과정을 필요로 하므로 공급자들의 受容性과 自發的 參與를 높이기 위해 여러가지 전략을 개발하여야 한다. 예산의 배분과 통제는 知識과 情報를 가지고 있는 의료공급자단체가 더 효율적으로 수행할 수 있는데 현실적으로 의료공급자단체에게 豫算配分과 統制의 역할을 부여하려면 예산 결정과정에도 그들을 참여시켜야 할 것이다. 즉 의료공급자와 의료보험자의 협상에 의해 전체 예산의 크기만을 결정하고 전체 예산을 개별 공급자에게 구체적으로 배분하고 醫療費用을 심사하는 것은 필요한 情報와 知識을 가지고 있는 의료공급자 단체가 주도하는 것이 합리적이다. 공급자 단체가 개별 의사들의 진료행위의 적정성을 심사, 통제하여 예산을 배분함으로써 진료비심사, 삭감 등과 관련된 공급자들의 불만이 감소하고 保險者의 負擔이 덜어질 것이다. 보험자와 공급자 단체간의 협상에 의해 총예산이 결정되면 의사회가 行爲別酬價制에 의해 예산을 개별 의사들에게 배분하고, 평균의 수준에서 크게 벗어난 醫療利用度나 診療行態를 보이는 의사를 감시 혹은 제재한다. 현재 독일과 캐나다가 이 제도를 사용중이다(Barer, Lomas and Sanmartin, 1996; Henke, Murray and Ade, 1994).

미리 결정된 예산은 의료공급자들의 입장에서는 共有財(Common Pool Resources)³⁵⁾의 성격을 갖는다. 이러한 공유재로 인한 비효율성은

35) 공유재단 소비에 있어서 경합성(Rivalry in consumption)과 배제불가능성(Nonexclusion)의 특성을 갖는 재화로 마을 공유의 저수지나 일반적인 자연자원이 그 예이다.

소비에 있어서 개인 차원의 한계편익이 社會(集團)的次元의 한계편익보다 커서 過多使用이 야기된다는 것이다. 의료비를 많이 청구하여 소득이 증가하는데 따른 편익은 개인이 누리는데 반하여 醫療費(豫算使用)의 증가에 따른 비용은 여러 동료 의료공급자들이 나누어 부담하므로 개별 의사의 입장에서는 청구액을 증가시킬 경제적 유인을 갖는다. 富의 外部效果(Negative externality)의 결과로 생기는 過多生産/消費와 동일한 경제적 유인의 특성을 가지는 이러한 공유재의 문제를 해결하는데 있어서 집단차원에서의 자발적 統制 手段(self-governing mechanism)이나 제도가 중요한 역할을 수행한다. 실제로 캐나다에서 豫算制度의 成果가 주별로 다르게 나타나는데 이러한 제도의 영향이 매우 큰 것으로 나타나고 있다(Hurley, Lomas and Goldsmith, 1997). 실제로 캐나다의 여러 주에서는 豫算超過時 모든 의사들에 대한 수가가 일률적으로 삭감되는 형평성의 문제를 해결하기 위하여 의사 일인당 所得上限線을 설정하고 이를 초과시 해당 의사에 대한 수가를 삭감하는 정책을 사용하고 있다.³⁶⁾

미국의 경우에도 메니지드케어(Managed Care; 예 HMO, PPO)가 성장하면서, 미리 결정된 가입자당 가격으로 (따라서 예산의 의미) 일정수의 가입자들에게 모든 필요한 의료서비스를 제공하도록 보험자가 醫療供給者 集團(주로 집단개원)과 계약을 체결하고 이러한 공급자집단이 구체적인 방법으로 개별 의사들에게 진료비를 배분하는 형식(이른바 Risk Contracting)이 늘어가고 있다. 물론 전국적 단위의 공급자단체와 보험자간의 雙方獨占的 協商의 형태는 아니고 다수의 보험자와 다수의 공급자집단간의 경쟁적 협상이지만, 협상에 의하여 총예산을 결정하고 공급자집단이 개별 의사에게 예산총액을 배분하며 보험자가

36) 캐나다의 Newfoundland, Nova Scotia, Prince Edward Island, Quebec, Ontario 주에서 사용하고 있다 (Hurley and Card, 1996).

개입하지 않는 메카니즘은 豫算制度와 동일하다. 또 미국 메디케어(Medicare)의 경우 資源基準相對價値(RBRV: Resource Based Relative Value)체계의 시행에 있어 실제 의료비용이 미리 결정된 목표예산을 초과할 때 이를 다음기의 환산지수 결정에 반영하여 酬價引上率을 감소시키는 정책을 사용하고 있다(Volume Performance Standard).

2) 豫算決定과 配分方法

우선 예산을 어느 부문별로 책정할 것인지 결정하여야 한다. 대부분의 나라에서는 의원, 병원, 그리고 약제비 각각에 대해 예산을 책정하고 있다. 물론 외국의 경우 의원과 병원의 구분에 의해 외래서비스와 입원서비스로 자연스러운 구분이 가능한데 비해 우리나라의 의료체계는 그러한 분화가 불가능하지만 醫院醫療費와 病院醫療費의 구분이 아닌 외래의료비와 입원의료비로 구분할 경우에는 외래의료비 예산도 의원과 병원간에 배분해야 하고 입원의료비 예산도 의원과 병원간에 배분해야 하는 어려움이 예상된다. 따라서 우리나라의 경우 의원과 병원 부문으로 나누어 예산을 확정하는 것이 타당할 것이다. 의원 혹은 외래 부문 예산도 예를 들어 일차의료서비스, 검사서비스, 전문의료서비스 등으로 구분하여 책정할 수 있겠으나 예산의 결정과 배분을 細分化할수록 비용통제의 효과는 크겠지만 豫算決定과 配分이 복잡해짐에 따른 사회적 비용의 증가가 예상된다. 예를 들어 각 부문간 최적 비율을 어떻게 정하여 어떤 기준으로 예산을 배분할 것인가의 문제를 해결하여야 한다. 또 세부적인 의료서비스별로 예산을 배정한다면 사회적으로 바람직하거나 費用效果的이어서 이용을 늘려야 할 필요가 있는 의료서비스에 대해서는 예산 배분을 증가할 수 있겠지만 예산이 각 부문별로 나뉘어 배분됨으로써 장기적으로는 부문간 효과적 대체가 저해되고 부문간 豫算 配定 比率이 고정될 가능성 등

이 문제점으로 예상된다. 예를 들어 만일 외래의료비와 입원의료비에 대해 별도의 예산이 책정된다면 외래수술과 같이 입원부문에서 외래부문으로의 효과적인 대체가 잘 이루어지지 않을 수 있다.

예산결정과 배분에 있어서 이를 전국 단위로 할 것인가 혹은 地域單位로 할 것인가 역시 고려하여야 한다. 일반적으로 지역 단위의 의사결정이 지역 상황의 고려에는 유리하나 협상이 늘어감에 따라 협상에 따른 사회적 비용이 증가하는 단점이 있다. 따라서 단일보험자인 우리나라의 경우에는 전국을 포괄하는 총 예산을 결정하는 것이 효과적일 것이며 만일 人口構成과 같이 중요한 특성이 地域別로 큰 차이를 보인다면 지역 상황을 고려한 예산배분이 필요할 것이다. 주정부와 주의사회의 협상에 의해 예산이 결정되는 캐나다의 경우에는 각 주별로 의사회가 의사당 예산액을 늘리기 위하여 타주 醫師免許 所持有者에게 불이익이 가도록 하는 예산분배정책을 도입하여 사회적 효율성과 형평성의 문제가 야기된바 있다(Barer, Lomas and Sanmartin, 1996).

의료부문의 豫算 總額을 결정하는데 있어서는 다양한 변수(지표)들을 고려하여야 한다. 예를 들어 예산을 GDP 성장률에 연계하여 결정한다면 이는 어느 정도의 의료비를 국민들이 감당할 수 있는가를 반영하는 효과를 가질 것이며 따라서 醫療費支出이 GDP보다 빨리 증가한다면 보건의료가 아닌 다른 분야에 투여될 수 있는 자원이 보건의료분야에 투여되어야 함을 의미한다(Ashby and Greene, 1993). 물론 보건의료비용 지출과 GDP와의 관계가 통계적으로 유의하지 않을 수도 있는데 이는 필수재로서 수요의 변동이 적은 醫療의 特性 혹은 不況이라 하더라도 실업의 증가에 따른 건강상태의 악화로 의료이용의 필요가 증가하는 현상 때문일 수 있다. 우리나라에서 豫算制度를 도입하기 위해서는 GDP를 포함하여 임금인상, 물가상승, 인구증가 및 연령별 구성비율, 질병추이, 의료공급자들의 수와 구조, 의료기술 등을

포함한 신뢰할 수 있는 豫算 決定 模型이 개발되어 예산을 결정하는데 있어서 客觀性이 보장되어야 할 것이다. 만일 각 요소들의 매년 변동폭이 너무 크면 장기적인 추세를 모형에 반영할 수 있을 것이다.

3) 病院豫算

開院醫師들에 대해서 협상을 통해 총예산을 결정하는 것과는 달리 대다수 병원의 설립주체가 공공 또는 비영리단체인 외국에서는 개별 병원 단위로 保險者(혹은 국가)에 의해 예산이 결정된다. 병원의 운영 비용은 배정된 예산에 의해 충당되고 병원의 資本(設備投資)費用은 별도로 보험자나 정부의 승인에 의해 이루어지는데 이는 보험자나 정부가 설비투자비용의 상당부분을 부담하기에 가능하다(Wolfe and Moran, 1993). 개별 병원에 배당되는 운영예산은 병원 소재 지역의 인구당 병상수, 환자당 직원수, 병원의 운영효율성, 환자중증도 등을 고려하여 결정된다. 병원의 경우 비용을 결정하는 요소들(예, case-mix, 의료이용도, 재원일수)을 비교적 잘 파악할 수 있고, 이러한 요소들이 시간이 지남에 따라 비교적 안정적인 추세를 가지므로 비용 역시 안정적인 경향을 보여서 個別 病院別로 豫算制度를 도입하기가 용이하다. DRG에 의한 환자들의 중증도를 병원 운영예산의 결정에 있어 중요한 기준 중의 하나로 이용하는 것이 효과적이며 실제로 병원에 대해 예산제도를 시행하고 있는 유럽의 많은 나라에서 이를 활용하거나 활용하는 것을 적극 검토하고 있다 (Wiley, 1992). 병원으로 하여금 費用最小化의 誘因을 갖도록 하기 위해 자연독점산업의 규제 정책중 하나인 슬라이딩스케일규제(sliding-scale regulation)를 적용하는 것이 효과적일 것이다. 즉 豫算配定額보다 실제 비용이 크면 다음해의 예산 배정액을 (차액보다 작게) 증가시키고, 예산 배정액보다 실제 비용이 작으면 다음해의 豫算配定額을 (차액보다 작게) 감소시키는 것이다.

단순히 과거 예산에 증가율을 적용해 다음 기간의 예산을 결정한다면 병원은 費用切感의 유인이 없을 것이다.

의원부문의 예산이 의사회와 보험자와의 협상에 의해 결정되는데 비해 병원부문에서는 개별 병원별로 보험자에 의해 예산이 결정된다. 이는 대다수 병원의 소유 혹은 자본투자 주체가 공공기관 혹은 비영리기관이어서 豫算割當과 같은 정부 혹은 보험자의 적극적인 개입에 대한 저항이 크지 않은 것과도 관련이 있다. 또 병원은 (개인) 의원과는 달리 비교적 객관적인 경영자료들이 공개되므로 비용의 통제가 의원보다 상대적으로 용이하다. 하지만 우리나라는 대다수 병원의 소유 주체가 (의사개인의) 民間營利資本이고 병원들의 경영자료가 투명하게 공개되지 않으며 또 의사들이 병원조직의 운영에 실질적으로 가장 강한 영향력을 행사하기 때문에 현실적으로 외국에서 의원부문에 豫算制度를 도입할 때 경험하는 어려운 점들을 병원부문에서도 똑같이 경험할 가능성이 높다. 그렇다면 우리나라에서는 병원부문에서도 病院團體와 保險者가 협상에 의해 예산 총액을 결정하고 결정된 예산을 병원단체가 개별병원들에 배분해야 할 지도 모른다. 그런데 병원단체는 의원에 비해 구성원간 동질성이 적어서 예산 배분과정에서 병원간 갈등이 몹시 클 것이므로 보험자가 직접 개별 병원에 대해 예산을 배정하는 것에 비해 보험자와 공급자단체간의 협상을 통한 방법이 반드시 더 효과적이라고 할 수는 없을 것이다.

다. 豫算制度의 導入을 위한 考慮事項

豫算制度가 성공하기 위해서는 명확하고 표준화된 규칙(게임의 룰)과 의사결정과정의 확립되어야 한다. 이를 통해 예산의 適用範圍, 크기, 決定方法, 보험자와 공급자간 異見의 調整 혹은 분쟁 해결 방법, 예산 초과시 다음기 예산조정 방법 등을 협상 주체인 보험자와 공급

자가 충분히 이해하고 있어야 한다. 하지만 모든 상황을 다 포괄하는 완벽한 규정과 제도는 현실적으로 불가능하므로 시행과정에서의 유연성에 어느 정도 의존할 수밖에 없고 따라서 보험자와 의료공급자 간에 신뢰와 파트너십을 구축하고 妥協과 折衷의 기술(문화)이 정착되어야 할 것이다. 예산제도가 정착되기까지는 특히 도입 초기에 많은 시행착오의 과정을 거칠 수밖에 없을 것이다. 따라서 國公立 醫療 部門부터 도입하는 것이 바람직하고 가능한 한 도입 첫해에는 예산의 압박이 너무 크지 않도록 예산의 크기를 결정할 필요가 있을 것이다.

예산제도가 도입되면 의료공급자가 비급여 서비스를 증가시킬 경제적 유인을 갖게 되므로 豫算制度의 導入에 앞서 의료보험의 급여를 확충하는 것이 필수적이다. 강력한 費用抑制的 診療費支拂制度가 특정영역에만 적용될 때에는 지불제도에 적용을 받는 영역에서 적용을 받지 않는 영역으로의 대체가 발생할 우려가 있으므로 급여를 확충하여 診療費支拂制度가 포괄적으로 운영되도록 하여야 할 것이다. 예를 들어 캐나다의 경우 공공의료보험의 包括的 給與體系에 포함되어 있는 일부 의료서비스를 급여에서 제외함으로써 예산의 압박에서 벗어나려는 시도가 있었다(Barer, Lomas and Sanmartin, 1996).

예산제도의 성공에 있어 情報體系의 役割 또한 중요할 것이다. 情報體系를 통해 의료비 지출수준의 모니터링, 예산을 초과하는 의료비 지출 원인의 신속한 파악, 豫算超過時 對處 方案의 수립 등의 업무를 효과적으로 수행할 수 있을 것이다. 나아가 의료이용도, 일인당 의료비용, 의원과 병원의 경영실태, 재무성과, 원가구조 등에 관한 객관적 자료를 토대로 의료서비스 공급 비용이 분석되어야 하며 특히 병원은 신뢰할 수 있는 회계기준이 정립되어야 한다. 情報體系는 豫算制度가 시행될 때 부작용으로 대두될 수 있는 의료의 질관리 문제를 해결하는데도 큰 역할을 할 수 있을 것이다. 이를 통해 보험자는 진료의 결

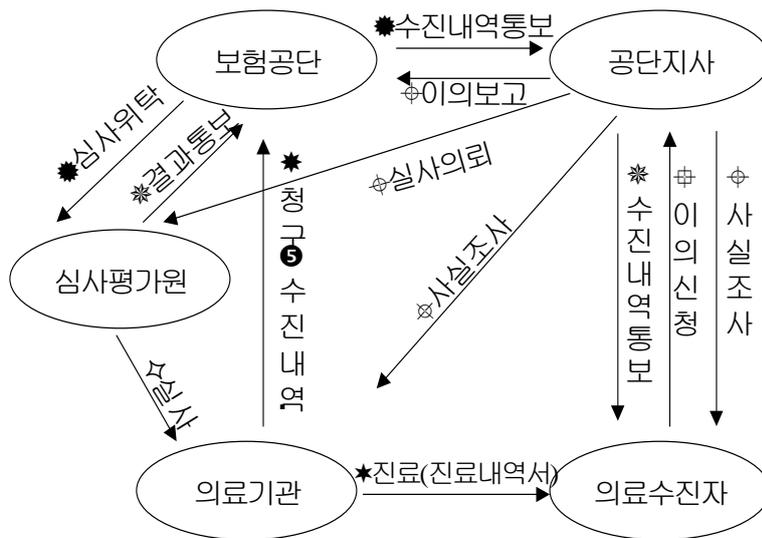
과에 근거하여 의료의 질을 평가하고 의료기관을 평가하며 그 결과를 공개함으로써 예산제도에 의해 醫療의 質과 의료에의 接近度가 하락하는 것을 방지하여야 한다. 의료과실조정제도 역시 피해보상의 차원을 넘어 의료공급자에게 의료의 질을 향상시킬 유인을 제공함으로써 효과적으로 의료의 질을 관리하는데 중요한 역할을 할 것이다.

4. 診療費 事後管理의 改善

가. 受診內譯通報制의 改善

수진내역통보제의 문제점으로 제시되었던 진료시점과 受診內譯通報時點間의 時差를 줄이기 위해 診療費請求를 받은 공단(실제로는 심사평가원)이 受診內譯을 공단지사에 바로 통보할 수 있도록 하여야 한다. 보험청구시 보험급여부분만을 청구하고 수진내역에도 보험부분만 통보되는데 비급여를 포함한 진료내역을 청구하고 통보함으로써 부당 청구부분을 실질적으로 抑制하여야 한다. 즉 급여, 비급여 뿐만 아니라 환자에게 받은 금액은 모두 요양기관으로부터 청구 받아 통보함으로써 환자들에게 혼돈을 막고 수진내역에 관심을 유발하도록 하여야 할 것이다. 또한 환자의 진료 당시에 의료공급자가 진료내역을 환자에게 제공함으로써 환자의 알 權利를 保護하고, 환자는 보험공단이 통보하는 수진내역과 대조함으로써 수진내역통보제가 실효를 거둘 수 있도록 하여야 할 것이다.

[圖 V-3] 醫療保險統合管理體系下에서의 診療費 事後管理



나. 受診者 事實調査 改善

受診內譯通報制와 병행하여 부당청구 가능성이 있는 요양기관에 대하여는 공단지사에서 受診者 事實調査를 실시하여 부당여부를 확인하도록 하고, 不當請求 적발노력의 결과를 차후 공단지사 경영평가의 항목으로 채택하여 동기를 부여하도록 하여야 한다.

공단지사에서 적발한 不當請求 療養機關에 대한 사후처리는 부당청구 再發 防止를 위하여 행정청인 복지부에 의뢰시에는 반드시 실사를 하고 실사결과를 공단지사에 통보하여야 한다.

또한 실사에 의하여 부당청구가 적발된 요양기관에 대한 현행의 행정처분도 미비하므로 行政處分을 강화하는 방안을 강구하여야 하는데 예를 들어 부당이득금의 환수금액은 부당청구 摘發確率을 추정하

여 부당청구를 통한 기대수익을 상회하는 수준으로 정하여야 할 것이다. 영업정지를 명하는 경우 영업정지기간의 계산도 유사한 방법으로 계산할 수 있으나, 부당이득금 환수보다는 훨씬 큰 효과를 발휘할 수 있다.

受診者 事實調査事業은 공단지사의 固有業務로 추가선정하고 그 방법은 아래에서 제시하는 업무절차를 고려할 수 있다. 그리고 조사사업의 사후처리부분은 현재보다 더욱 강화하는 방안을 모색하여, 受診者 事實調査가 실질적인 효과를 낼 수 있도록 공단의 권한 범위를 명시하는 법적 근거를 만들어야 할 것이다.

1) 事實調査 對象 療養機關의 選定

사실조사 대상요양기관을 선정하는 기준은 첫째, 진료건수 및 청구 금액이 타 요양기관에 비해 현저히 높은 기관 둘째, 受診內譯通報制에 의한 異議申請 다발 발생기관 셋째, 이의신청시 자격이상³⁷⁾ 진료비 청구 다 발생기관 넷째, 피보험자가 2개월 체납 중 진료 및 본인 부담환급금 다발생 기관 등 통상적인 관행에서 벗어난 진료기관을 대상으로 한다.

2) 事實調査方法

사실조사 대상 요양기관이 선정되면 요양기관에서 진료를 받았던 수진자 중 임의로 선별하여 관련 診療費 支給內譯을 출력한다. 다음으로 조사대상인 수진자 세대에 1차적으로 전화를 통하여 진료내역에 대하여 적정여부를 조사하고, 조사한 결과 부당청구를 했을 가능성이 있는 경우 수진자의 진료비 청구명세서 사본을 받는다. 전화조사시

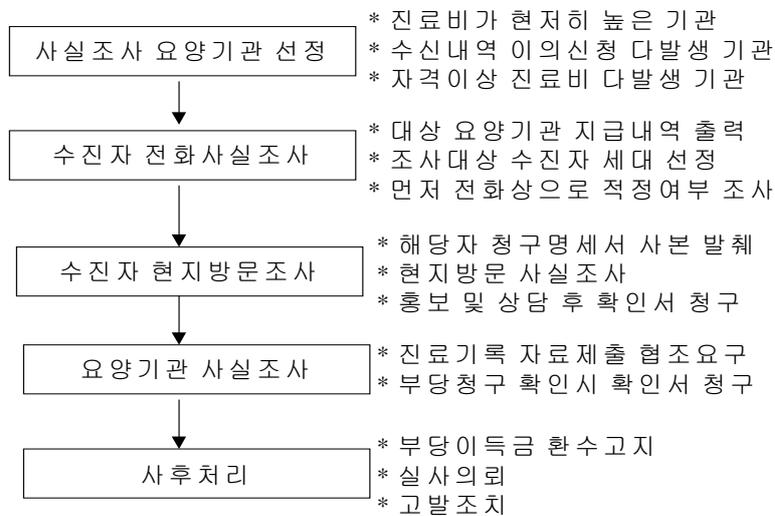
37) 사망후 진료, 해외출국후 진료, 군입대후 진료, 특수시설 수용후 진료 등

진료내역에 문제가 있을 것으로 추정되는 수진자 세대에 직접 現地訪問을 통하여 수진내역을 조사하고, 부당청구 된 것이 확인이 되면 수진자에게 부당청구 된 사실을 확인한다.

요양기관에 대한 사실여부를 확인하기 위하여 요양기관에 진료 Chart, 조제기록부, 본인부담금 수납대장 등 자료제출을 요구하고, 부당청구로 결정되면 해당 요양기관의 確認書를 청구한다

공단지사는 부당청구 요양기관에 대하여 不當利得金의 形態로 환수 고지를 하며, 고의적이고 반복적으로 부당청구하는 요양기관에 대하여는 연합회 실사의뢰 및 수사기관에 고발조치 한다.

[圖 V-4] 受診者 事實調查事業 業務 흐름도



VI. 結 論

의료보험 관리운영체계가 2000년부터 통합관리방식으로 운영됨에 따라 의료보험이 “건강보험”으로 거듭날 수 있도록 診療費審査·支拂體系의 효율성을 제고시키기 위한 이론적 검토와 정책적 제안이 본 연구의 핵심이다.

통합관리방식의 핵심은 전체 조합이 하나의 보험자(“건강보험관리공단”)로 통합되는 것이며, 특히 의료보험연합회에 소속되었던 진료비심사기능이 분리되어 “健康保險審査評價院”이라는 독립된 조직으로 발족한다는 점이 진료비심사·지불시스템에 큰 변화를 예고할 수 있다. 이러한 의료보험의 통합관리시대를 맞아 본 보고서에서 관심을 갖는 것은 의료공급자, 소비자, 보험자(정부)간에 형성되는 진료서비스의 제공과 진료비의 請求·審査·支拂 및 診療費 事後管理에 관한 부분이다. 의료보험의 이해당사자인 3자간 서비스의 공급과 수요 행태가 바람직하지 않고 왜곡된다면 자원의 낭비를 초래할 것이다. 이러한 왜곡을 초래하는 원인은 공급자, 소비자, 보험자(나아가 정부) 모두에 있다. 이에 대해 각자가 서로를 불신하거나 문제의 원인이 상대방에 있음을 지적하는 경우가 많은 것이 사실이다.

2000년 統合醫療保險時代에는 의료보험의 보다 본질적인 부분, 즉 질병위험으로부터 근본적으로 보장하고, 진료왜곡의 치유를 통한 의료서비스의 질적 개선으로 건강의 질을 개선하고, 의료자원의 보다 효율적인 활용(자원의 적정배분)으로 국민경제 전체의 厚生(welfare)을 증진시키는 것 등에 정책적 관심을 경주하여야 한다. 이러한 관점에서 의료보험의 틀 속에서 수요자, 공급자, 그리고 양자간 의료서비스

의 거래를 매개해주는 보험자간의 거래의 흐름에 대한 근본적인 논의를 다시 시작할 필요가 있다. 여기서 거래의 흐름이란 의료공급자가 의료소비자에게 제공한 서비스에 대하여 대가를 청구하는 것과 보험자가 請求內容(量과 質)을 심사한 후에 지불하는 과정, 그리고 사후관리를 통한 정당한 거래의 확립까지 포함한다.

醫療保險統合이 실시되는 2000년 1월부터 診療費支拂制度는 현행 行爲別酬價制(fee-for-service)를 유지할 수밖에 없으나,³⁸⁾ 모든 지불제도는 나름대로의 장단점을 가지고 있으며 완벽한 제도는 없을 것이다. 문제는 각국의 의료현실에 적합한 지불제도를 선택하고 얼마나 운영의 妙를 잘 살리는가에 달려 있을 것이다. 현행 행위별수가제에 기초한 의료보험제도가 도입되기 전의 우리나라 診療費支拂은 의사의 판단하에 진단명에 따라 진료비를 임의로 책정하였다. 그리고 의료보험이 적용되지 않는 非保險 診療費도 진단명에 근거하여 책정하는 것이 현실이다. 그 지불형태가 DRG와 거의 유사한 점으로 보아 우리의 醫療慣行에 비추어 DRG 지불제도가 우리에게 적합한 제도로 생각될 수 있다. 이러한 관점에서 DRG의 적용범위가 입원 뿐 아니라 외래서비스에도 적극적으로 도입될 필요성이 있을 것이며, 특히 외래 DRG 적용은 입원과 외래간 대체를 억제하는 期待效果를 거둘 것이다.

38) 진료비지불제도의 개편에 앞서 현실적으로 현행 진료수가의 개편원칙을 제시하면 다음과 같다. 첫째, 예산 중립적인 구조개혁이 타당할 것이다. 어느 일방의 회생을 강요하는 개혁은 실현가능성이 낮다. 의료시장의 내부적인 구조조정 측면에서 의료기관의 이윤 중립, 소비자의 보험료 및 본인진료비 부담 중립, 보험자의 보험재정 중립, 제약업계의 이윤 중립 등을 고려하여 개편의 틀을 논의하는 것이 일단 원초적인 갈등을 비껴나갈 수 있을 것이다. 둘째, 즉 의료관련 정책수단들의 협동(concerted action)이 필수적이다. 예를 들면, 지정진료수가 폐지, 보험수가의 인상조정, 보험약가제도의 개선(“관리비용을 가산한 평균실구입가제도”), 요양급여 기준의 개선, 본인일부부담제 개선(‘deductible’ 도입), 중증질환에 대한 보험급여 우선, 의약분업에 의한 보험재정 영향, 의료기관 중별 수가 가산을 조정 등 여러 가지 정책수단이 종합적인 연계를 갖고 추진되어야 한다.

그리고 많은 전문가 및 의료인들에게 DRG에 대한 유혹은 상당히 강하고 제도도입을 적극적으로 찬성하고 있다. DRG를 성공적으로 정착시키기 위해서는 DRG가 갖는 약점을 보완하고 기대효과를 충분히 거둘 수 있도록 신중한 준비가 필요하다. 이를 위해서는 특히 醫療의質 低下 가능성을 감시하고 DRG 청구의 사실 여부를 판단하고 진료의 적정성을 평가하기 위한 모니터링은 필수적이다. 이에 앞서 병원의 원가자료 등 會計 透明性과 상병분류체계를 과학적으로 구축하고 새로운 질병 및 의학기술의 변화에 대응할 수 있는 정보데이터베이스의 지속적인 구축체계가 선행되어야 할 것이다.

그리고 DRG 지불제도의 시범사업에 대한 평가를 동 제도를 개발한 기관에서 담당하고 있는바, 이는 평가의 公正性 側面에서 문제를 안고 있다. 따라서 DRG에 대한 전문평가는 다른 기관에서 담당하고, 최종평가는 정부, 보험자, 의료계, 소비자 대표, 전문가 등 공익대표가 내리는 것이 타당하리라 생각한다.

향후 의료보험 給與範圍를 확대함에 있어서 DRG를 충분히 활용할 필요가 있다. 즉 任意非給與 혹은 非給與로 제공되는 진료서비스 및 진료재료를 DRG 진료수가에 포함함으로써 급여범위를 실질적으로 확대하여야 할 것이다. 특히 重症疾患(catastrophic care)에 해당하는 상병이 발생하는 경우 患者本人負擔이 너무 높은 현 제도의 脆弱點을 보완할 수 있는 적절한 대안이 될 것이다.

한편 예산제의 도입을 위한 기초적인 연구가 진행되어야 할 것이다. DRG 도입에 따라 非給與가 급여화 되고 補償水準이 약간 높게 책정되어 출발한다면 保險財政이 크게 확대될 것이므로 보험진료비의 總額에 대한 제한이 필요하고, 그 예산 범위내에서 의료기관에 대한 예산배분의 기준으로 DRG를 활용하는 방안을 검토하여야 할 것이다. 따라서 예산의 適正規模를 산정하기 위한 formular의 개발, 의료기관

종류별·진료부문별 구체적인 배분방법, 예산제 하에서의 醫療傳達體系 및 醫療政策의 方向 등에 대한 연구가 필요하다.

診療費支拂制度는 급격히 전환하기보다는 일정한 기간(예, 5년)에 걸쳐 관찰하고 준비할 필요가 있다. 왜냐하면 현재의 심사기구, 특히 심사인력은 행위별수가제에 근거한 審査節次나 行態에 익숙해져 있고 DRG에 따른 상병별로 의료의 적정성을 심사·평가할 전문적인 심사환경이 마련되어 있지 않기 때문이다. 따라서 시간을 갖고 현 심사기구의 기능이 심사·평가할 수 있는 여건을 마련하고, 인력 또한 새로운 지불제도에 따른 심사의 專門性과 效率性을 갖추기 위한 교육이 필요할 것이다.

진료비 청구-심사-지불과정과 관련하여서 의료보험은 기본적으로 의료수요자-공급자-보험자 3자간의 관계에 기초하고 있으므로 진료급여비용에 대한 심사권한은 원칙적으로 보험자(공단)가 갖는 것이 타당할 것이다. 그러나 審査評價院을 審査評價 專門機關으로 독립시키는 경우, 실질적인 심사기능은 심사평가원이 갖게 될 것이며, 동 審査評價院이 비용효과적인 조직과 기능을 갖추도록 세심한 설계가 필요하다. 즉 진료적정화로 진료비가 節減되고 의료의 질 향상에 따른 편익이 독립기구 설립에 따른 비용을 능가하여야 한다. 이와 더불어 保險財政을 관리하는 공단의 입장에서 審査評價院의 진료비심사에 대한 牽制와 均衡(check and balance) 메커니즘이 보완되어야 할 것이다.

의료비의 효과적 관리와 관련하여 현 경제난국이 상당기간 지속될 것으로 전망됨에 따라 2000년 통합시점에서 보험료부담능력은 취약한데 보험진료비는 계속 증가함으로써 保險財政 危機가 초래되고, 재정 위기를 통합의 타트로 돌리는 통합회의론이 대두될 수 있다. 이에 대응하여 보험료수입의 확보방안도 강구하여야 하지만, 진료비청구상의 거품을 최소화하고 심사 및 실사 등 진료비에 대한 사전·사후관리를

강화하여야 한다. 특히 審査評價院과 情報共有體系를 구축하여 건강 보험공단의 중앙본부와 지역사무소의 공동노력에 의하여 診療費 事後 管理를 강화하는 시스템을 마련하여야 한다.

參 考 文 獻

- 권순만, 「선진국 정부의 병원정책」, 병원경영학회 학술대회 연세집, 1997. 11.
- 권순만, 「의료서비스 가격결정을 위한 자원기준 상대가치체계(RBRVS)의 비판적 고찰」, 『보건경제연구』, 제4권, 한국보건경제학회, 1998.
- 손명세, 「의료보험 수가구조 개편을 위한 상대가치 개발」, 의료개혁위원회 보고 자료, 1997.
- 의료보장개혁위원회, 『의료보장개혁과제와 정책방향』, 1994. 6.
- 의료보험연합회, 『의료보험의 발자취』, 1997. 7.
- 의료개혁위원회, 『의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제』, 1997. 12.
- 최병호, 『의료보험수가체계의 국제적 동향과 개편방향』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 최병호, 「의료보험수가체계의 개편방향 모색」, 『보건경제연구』, 제4권, 한국보건경제학회, 1998. 4.
- 최병호·권순만, 「진료비지불보상제도의 개편: DRG와 총액예산제를 중심으로」, 한국보건경제학회 추계학술대회 발표논문, 1998. 11.
- 한국보건의료관리연구원, 『DRG지불제도 '97년 시범사업 실시방안 연구』, 1997. 6.
- _____ , 『DRG지불제도 시범사업 제1차년도 평가 및 2차년도 실시방안 연구』, 1998. 6.

- Altman, S. and A. Cohen, "The Need for a National Global Budget," *Health Affairs*, supplement 1993,
- Ashby, J. and T. Greene, "Implications of a Global Budget for Facility-Based Health Spending", *Inquiry* 30, 1993.
- Barer, M., J. Lomas and C. Sanmartin, "Re-minding Our Ps and Qs: Medical Cost Controls in Canada," *Health Affairs*, 15:2, 1996, pp.216~234.
- Baumgardner, J., "Medicare Physician-Payment Reform and the Resource-Based Relative Value Scale: A Re-creation of Efficient Market Prices?", *American Economic Review*, 82:4, 1992, pp.1027~1030.
- Bishop, C. and S. Wallack, "National Health Expenditure Limits: The Case for a Global Budget Process", *Milbank Quarterly*, 74:3, 1996,
- Carter, G., J. Newhouse and D. Relles, "How Much Change in the Case Mix Index is DRG Creep?," *Journal of Health Economics*, Vol.9, No.4, 1990.
- Coulam, Robert F. and Gary L. Gaumer, "Medicare's Prospective Payment System: A Critical Appraisal," *Health Care Financing Review*, 1991 Annual Supplement, Health Care Financing Administration, 1991.
- Danzon, P., "Hidden Overhead Costs: Is Canada's System Really Less Expensive ?", *Health Affairs*, Spring 1992, pp.21~43.
- Dranove, D., M. Shanley and W. White, "Price and Concentration in Hospital Markets: the Switch from Patient-driven to Payer-driven Competition", *Journal of Law and Economics*, Vol.36, 1993.

- Ellis, R. and T. McGuire, "Hospital Response to Prospective Payment: Moral Hazard, Selection, and Practice-Style Effects", *Journal of Health Economics*, Vol.15, 1996.
- Fisher, C., "Hospital and Medicare Financial Performance under PPS, 1985-1990," *Health Care Financing Review*, Vol.14, No.1, Health Care Financing Administration, 1992.
- Frech III, H., "Overview of Policy Issues," in H. Frech III ed., *Regulating Doctors' Fees: Competition, Benefits, and Controls under Medicare*, 1991, pp.1~32.
- Fries, Brant E., Paul W. Durance, David R. Nerenz, and Marie L.F. Ashcraft, "A Comprehensive Payment Model for Short- and Long-Stay Psychiatric Patients", *Health Care Financing Review*, Vol.15, No.2, Health Care Financing Administration, 1993.
- Hadley, J., "Theoretical and Empirical Foundations of the Resource-Based Relative Value Scale," in H. Frech III ed., *Regulating Doctors' Fees: Competition, Benefits, and Controls under Medicare*, 1991, pp.97~125.
- Glaser, W., "How Expenditure Caps and Expenditure Targets Really Work", *Milbank Quarterly*, 71:1, 1993.
- Hsiao, W., et al., "Results, Potential Effects, and Implementation Issues of the Resource-Based Relative Value Scale," *JAMA*, 260:16, 1988, pp.2429~2438.

- Hsiao, W., et al., "An Overview of the Development and Refinement of the Resource-Based Relative Value Scale: The Foundation for Reform of U. S. Physician Payment," *Medical Care*, 30:11, 1992, Supplement NS1-NS12.
- Health Care Financing Administration, "Data View: National Health Expenditures, 1996," *Health Care Financing Review*, Vol.19, No.1, 1997.
- Henke, K., M. Murray and C. Ade, "Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States", *Health Affairs*, Fall 1994.
- Hurley, J. and R. Card, "Global Physician Budgets as Common-Property Resources: Some implications for Physicians and Medical Associations", *Canadian Medical Association Journal*, 154:8, 1996, pp.1161~1168.
- Hurley, J., J. Lomas and L. Goldsmith, "Physician Responses to Global Physician Expenditure Budgets in Canada: A Common Property Perspective," *Milbank Quarterly*, 75:3, 1997,
- Kominski, Gerald F. and Christina Witsberger, "Trends in Length of Stay for Medicare Patients: 1979~87", *Health Care Financing Review*, Vol.15, No.2, Health Care Financing Administration, 1993.
- Kwon, S., "Payment Systems for Providers in Health Insurance Markets," *Journal of Risk and Insurance*, 64:1, 1997, pp.155~173.
- Kwon, S., "Government Policy and Financial Performance of Regulated Industry: Legal Ownership and the Dynamic Effect of Regulation," *Korean Policy studies Review*, Vol.4, No.1, 1995.

- Lohr, K.N., Yordy, K.D., and Thier, S.O., "Current Issues in Quality of Care", *Health Affairs*, Vol.7, No.1, 1988.
- McGuire, T. and M. Pauly, "Physician Response to Fee Changes with Multiple Payers", *Journal of Health Economics* 10, 1991, pp.385~410.
- Miller, Mark E. and M. B. Sulvetta, *Health Care Financing Review*, Vol.14, No.2, Health Care Financing Administration, 1992.
- Mitchell, J., J. Cromwell, K. Calore and W. Stason, "Packaging Physician Services: Alternative Approaches to Medicare Part B Reimbursement: Symposium Report," *Inquiry* 24, 1987, pp.324~343.
- NERA, *Financing Health Care with Particular Reference to Medicines*, Vol.1~16, May 1993 and Vol.17, 1994.
- Noll, R., 1991, "On Regulating Prices for Physicians," in H. Frech III ed., *Regulating Doctors' Fees: Competition, Benefits, and Controls under Medicare*, AEI Press, pp. 381~386.
- Payne, Susan M.C. and Rachel M. Schwartz, "An Evaluation of Pediatric-Modified Diagnosis-Related Groups," *Health Care Financing Review*, Vol.15, No.2, Health Care Financing Administration, 1993.
- Pauly, M., *Doctors and Their Workshops: Economics Models of Physician Behavior*, University of Chicago Press, 1980.
- Pauly, M., "Fee Schedules and Utilization," in H. Frech III ed., *Regulating Doctors' Fees: Competition, Benefits, and Controls under Medicare*, AEI Press, 1991, pp.288~305.

- Pauly, M., "Paying Physicians as Agents: Fee-for-Service, Capitation, or Hybrids," in T. Abbott III, ed., *Health Care Policy and Regulation*, Kluwer, 1994, pp.163~174.
- Pauly, M., G. Wedig, S. Kwon, et al., *Allocating Practice Costs*, Final Report to HCFA, Leonard Davis Center of Health Economics, University of Pennsylvania, 1991.
- Phelps, C., "Diffusion of Information in Medical Care," *Journal of Economic Perspectives*, 6:3, 1992, pp.23~42.
- Russell, L. B., *Medicare's New Hospital Payment System: Is it Working?*, Washington, DC., The Brookings Institution, 1989.
- Saunders, William D., "Overview", *Health Care Financing Review*, Vol.15, No.2, Health Care Financing Administration, 1993.
- Shortell, S. and E. Zajac, "Health Care Organizations and the Development of the Strategic Management Perspective," in S. Mick, ed., *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*, Jossey-Bass, 1990.
- Sloan, F. and J. Hay, "Medicare Pricing Mechanisms for Physician Services: An Overview of Alternative Approaches," *Medical Care Review* 43:1, 1986, pp.59~132.
- Viscusi, W., J. Vernon and J. Harrington, *Economics of Regulation and Antitrust*, D. C. Heath, 1992.
- Wedig, G., "Ramsey Pricing and Supply-Side Incentives in Physician Markets" *Journal of Health Economics* 12, 1993, pp.365~384.

- Wilensky, G. and L. Rossiter, "Alternative Units of Payment for Physician Services: An Overview of the Issues," *Medical Care Review*, 43:11, 1986, pp.133~156.
- Wiley, M., "Hospital Financing Reform and Case-Mix Measurement: An International Review," *Health Care Financing Review*, 13:4, 1992, pp.119~133.
- Wolfe, P. and D. Moran, "Global Budgeting in the OECD Countries," *Health Care Financing Review*, 14:3, 1993, pp.55~76.
- Zwanziger, J. and G. Melnick, "The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California," *Journal of Health Economics*, Vol.7, 1988.

附 錄

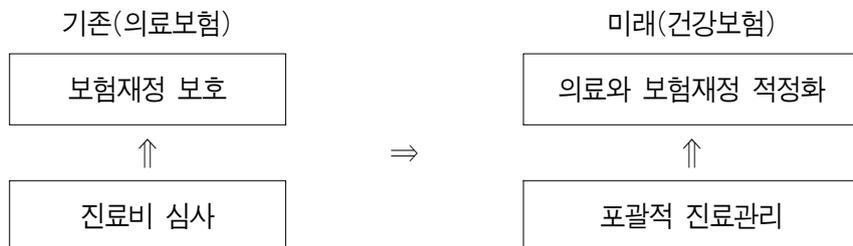
附錄 1. 醫療保險統合推進企劃團 建議案

醫療保險統合推進企劃團에서는 진료비심사·지불체계에 관한 기본 원칙으로써 첫째, 진료의 적정성을 확보하기 위하여 진료비 심사의 專門性, 公正性 및 客觀性을 확보하는 것이고, 둘째, 의료비를 효과적으로 관리하고 保險財政을 보호할 수 있는 다양한 진료비지불체도를 적극적으로 개발·활용하는 것이다. 이에 따라 진료비심사를 전담하기 위한 「健康保險審査評價院」을 설립하고 동 심사평가원과 공단간의 관계정립에 대한 의견을 제시하였으며, 진료비지불체도의 개편방향을 건의하였다.

1. 健康保險審査評價院의 設立과 運營

가. 審査評價院의 機能(役割)

審査評價院의 기본적인 역할은 포괄적 진료관리를 통한 의료와 保險財政의 適正化에 있다.



이를 위한 심사평가원의 기능과 역할을 다음과 같이 포괄적으로 제안하였다.

1) 診療給與 費用의 審査機能

급여비용의 심사를 통한 과다, 허위 청구의 방지로 保險財政을 보호하고 타보험(산재보험 및 자동차보험 등을 포함 가능)의 審査業務를 委託 수행한다.

진료비 청구에 대한 급여비용의 適正性을 심사하며, 다음 사항에 대하여는 精密審査의 對象으로 한다.

- 경향분석을 통해 파악된 열외군 환자(재원일 및 비용)
- 다빈도 질환, 고위험 질환 및 고액청구사례
- 환자에 의해 이의가 제기되거나 분쟁이 발생한 경우

2) 診療給與의 適正性 評價

진료급여의 적정성을 평가하는 기능으로써 진료기관이 환자 상태에 따라 적정 서비스를 제공하는지를 평가하고, 특정 서비스의 기술능력과 결과 및 신기술의 잠정적 기술 認證·評價業務를 하도록 한다.

급여 적정성의 상시적인 평가는 질환, 기술 및 진단명 부여를 포함한 기록의 적정성 등 기 선정된 분야별로 평가대상을 무작위로 선정하여 수행하며, 평가결과는 해당 기관에 통보하여 是正, 教育 및 指導 등의 조치를 유도한다.

이와 함께 청구자료에 의한 상시적인 의료서비스 모니터링시스템(Quality of care surveillance system)을 운영하고, 진료과정 및 결과상의 문제분야를 발견하고 원인을 규명하도록 하며 추후 적절한 평가를 위한 기준의 개발 등에 필요한 자료를 축적·분석한다.

나아가 진료기관의 적정성을 평가하는 기능까지도 수행할 것을 검토한다. 진료기관의 안전하고 적정한 보험진료급여 제공 여건 구비 여부와 제공된 서비스의 적정성 여부를 평가한다. 제공여건은 시설, 인력 등 구조여건 및 진료제공 과정 및 절차 등의 適合性을 의미하고, 제공결과는 진료결과의 적합성을 의미한다.

보험진료기관의 지정 타당성 평가의 일환으로 진료기관이 제출한 자료와 필요에 따라 전문 조사요원의 주기적 방문으로 적정성을 평가한다. 진료급여 청구자료에 의하여 형성된 의료서비스 모니터링 시스템을 이용하여 진료의 적합성을 사전에 분석하고 현지조사를 통한 평가를 병행한다. 진료기관 적합성 평가결과는 同僚審査機構의 활동, 교육 및 진료기관 지정 등에 반영하여 진료기관의 질적 향상을 도모할 수 있을 것이다. 필요시 평가기능 수행을 외부 기관 또는 단체에 위임할 수 있으며, 이 경우 평가원은 위임 기관 또는 단체의 평가기능 공정성 확보 방안을 제도화할 수 있다.

3) 高難度 特定 診療(施術)의 認證

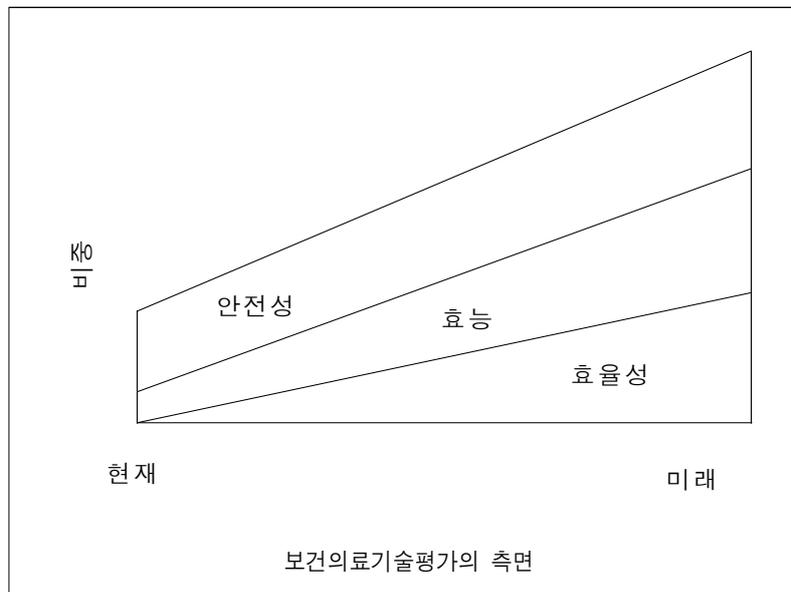
고난도 특정 진료(시술) 및 신기술의 평가 및 시험 인증기능을 하도록 한다. 고난도 특정 시술(장기 이식, 개심술 등)의 질적 적정성을 확보하기 위하여 특정 시술을 시행하고 있거나 시행하고자 진료기관을 대상으로 施行與件 및 施行結果를 평가한 후 특정 시술의 시행자격을 인증한다. 신기술의 보험적용 필요성 여부 판단 및 이에 따른 급여기준을 설정하기 위한 준비단계로 특정 진료기관이 신기술을 한정된 조건에서 잠정적으로 시행할 수 있도록 인증한다. 다만, 실제적인 평가 및 인증 여부 판단은 전문가 단체 등에 위임한다.

4) 新技術의 評價 및 試驗 認證(provisional certification)

신기술의 보험적용 필요성 여부 판단 및 이에 따른 급여기준을 설정하기 위한 준비단계로 특정 진료기관이 신기술을 한정된 조건에서 잠정적으로 시행할 수 있도록 인증한다. 구체적인 개별 제공자가 사용하는 시술, 장비, 약품 및 재료의 有效性, 安全性을 검토하는 데에는 민간의 전문가 혹은 기구를 활용하는 인증제도를 도입한다.

현재 보건의료기술의 평가는 안전성과 유효성을 강조하고 있으나 향후에는 효율성에 많은 비중을 두어야 할 것이다.

[附圖 1] 保健醫療技術 評價比重的 變化



5) 情報管理機能

청구자료에 의한 상시적인 의료서비스 모니터링시스템(quality of care surveillance system)을 운영하고 이를 위한 情報體系를 구축함으로써 의료서비스 이용유형, 변화추세, 진료비 변화추세 등을 지속적으로 분석한다.

또한 의료서비스 관련 정보를 수집하고 산출하여 Clinical Data Abstraction Center 기능을 수행함으로써 疾病統計, 診療費 統計 등을 발간하고 관련 각종 정보를 공개 및 제공한다.

6) 開發·教育 및 支援

보험給與 審査基準, 진료의 적정성 평가기준 및 평가방법, 진료기관 별 질 평가기준 및 평가방법, 특정 서비스 및 시술의 인증기준 등의 개발, 수정 및 보완을 위한 연구기능을 수행할 것을 검토한다.

구체적으로는 첫째, 진료비 지불제도, 수가체계, 수가수준 등 진료비 관련 각종 제도 및 정책의 개발, 둘째, 각종 시술, 의약품, 진료과정 등에 대한 평가 및 급여시 표준지침 등의 개발, 셋째, 각종 기준 및 평가방법, 청구자료 작성, 질 향상을 위한 활동 등에 대한 교육 및 지도, 넷째, 심사, 평가와 개발 등 관련 정보의 산출 및 제공 등이다.

그 외 의료서비스의 질에 대한 患者不滿의 接受 및 處理(보험급여에 대한 환자 불만은 건강보험공단에서 담당) 등을 검토한다.

나. 審査評價院의 組織

평가원의 최고 의사결정기구로 이사회를 설치하고, 심사평가의 고유 업무 수행을 위하여 진료심사평가위원회를 설치한다. 審査業務의 公

正性を 제고하기 위하여 진료심사평가위원회의 위원을 공단과 소비자 단체에서도 추천할 수 있도록 한다.

審査評價院의 組織은 본부와 지부(분사무소)로 구분하고, 본부에는 심사, 평가, 개발 및 지원 업무를 담당하는 부서를 설치한다. 지부는 광역단위로 6~7개소를 설치하며, 심사 및 평가 등의 부서와 함께 同僚審査機構(PRO, Peer Review Organization)를 포함하는 진료심사평가위원회(지부)를 운영한다. 평가업무 등 외부기관의 활용 등에 대비하기 위하여 특별위원회를 설치하도록 한다(예, 신기술평가위원회 등).

본부와 지부의 업무분담은 다음과 같이 한다.

먼저 급여비용의 심사 및 평가는 원칙적으로 지부에서 담당하고, 본부는 관련 지침 등을 개발하도록 한다. 진료기관의 질 평가는 본부에서 담당하거나 외부 기관에 위임 후 信賴性을 평가한다. 특정 서비스 프로그램 수행 인증 업무는 본부에서 담당하되 구체적인 업무는 전문 단체나 기관에 委任하도록 한다. 연구기능은 본부에서, 교육기능은 본부 및 지부에서 분야별로 구분하여 수행한다. 정보관리 업무는 중앙사무소에서 총괄 관리하되 地方事務所에서 일부를 담당하도록 한다.

2. 健康保險公團과 審査評價院間의 關係 定立

審査評價院을 독립 전문기관으로 만들어 건강보험 진료내용에 관한 심사평가의 專門性, 公正性, 客觀性은 최대한으로 인정한다. 단, 保險財政의 保護와 관련하여 공단의 牽制와 均衡(check and balance) 메커니즘이 요구된다.

첫째, 진료비용에 관한 청구·심사 절차에 관하여 진료급여에 관한

비용은 공단에 청구하되, 공단이 진료비용의 심사를 독립기관인 審査評價院에 委託하고 그 결과에 따라 진료비용을 지급한다. 즉 공단이 보험자로서 심사에 관한 권한을 갖되 심사평가원에 위탁한다.

그러나 이에 대한 소수의견이 계속 제기되었다.

즉 심사평가를 審査評價院의 固有權限으로 부여하자는 의견이 하나이고, 다른 하나는 審査評價院을 獨立시키지 않고 공단내에 심사기구로 설치하자는 것이다.

둘째, 심사평가원에 대한 공단의 견제장치로써, 審査評價院의 심사결과에 대하여 공단이 異議申請할 수 있는 조항을 명문화하고, 공단이 심사평가원의 審査結果에 대하여 상당한 문제가 발견할 때에는 재심사를 심사평가원에 청구할 수 있도록 한다. 공단이 심사결과에 대해 일부 확인하는 절차는 심사평가원이 보다 정밀하고 적절한 심사에 노력하게 하는 動機附與가 될 뿐만 아니라 각 진료기관에 대해서도 과잉청구 자제를 촉구하는 계기가 될 것이다. 그러나 공단이 심사평가원의 심사결과에 대한 異議申請을 하기 위하여 별도의 심사조직을 갖는 것은 아니다.

3. 診療酬價 및 支拂制度의 改編

가. 基本方向

진료의 適正성과 保險財政을 보호할 수 있는 다양한 診療費支拂制度를 적극적으로 개발·활용하도록 한다. 그 방안으로 包括酬價制(DRG), 診療費總額豫算制 등에 대한 시범사업을 2002년까지 실시·평가하여 적절한 지불제도를 채택함으로써 의료자원의 비용효과성을 제

고한다. 현재 132개 병의원을 대상으로 제2차 년도 DRG 시범사업을 실시 중에 있다.

또한 현행 행위별 지불제도의 保險酬價水準 및 構造를 적정화하기 위하여, 전반적인 보험수가수준을 조정하되, 서비스 항목별로 보편화된 새로운 의료기술, 새로운 약제 및 재료를 반영함으로써 의료행태를 정상화하도록 한다. 수가수준을 조정하기 위하여 資源基準相對價値體系(RBRVS)를 적극 활용하며, 이와 함께 새로운 의료기술 및 재료를 인정하는 절차를 「健康保險審査評價院」에 마련하여, 보편성이 있는 항목을 보험급여화 하도록 한다. 保險酬價基準(“療養給與基準”)을 개편함에 있어서 의료소비자의 입장에서 불만이 있거나 불이익을 초래하는 기준의 개선도 함께 이루도록 한다.

나. 診療費 支拂方法의 多樣化

1) 行爲別酬價制와 並行한 多樣한 支拂方法 摸索의 必要性

진료비 지불제도는 진료행위에 대한 보상의 의미가 있으나, 현실적으로는 의료 전체의 특성을 결정하는 가장 중요한 요소이다. 따라서 의료제도 개선을 위하여 진료비 지불방법의 개선을 적극적으로 모색할 필요가 있다.

현행 의료보험은 각각의 진료행위에 대해 따로 진료비를 지불하는 行爲別酬價制를 채택하고 있다. 이 제도는 오랫동안 시행되어 의료계 공자와 국민 모두에게 익숙하고 의학기술 발전을 촉진하는 장점을 가지고 있는 반면, 과잉진료와 진료비의 過多한 上昇을 초래하는 단점이 있다.

그러나 단기간 내에 현행 行爲別 酬價制를 근본적으로 개선하기는

어려울 것이므로 현행 수가제도의 골격을 유지하면서도 다양한 제도 운영으로 의료제도와 서비스의 합리적 개선을 유도하는 방향으로 수가제도가 改善·補完될 필요가 있다. 예를 들어, 일본에서도 원칙적으로 行爲別 酬價制를 채택하고 있으나, 노인 병원의 경우 과잉진료를 피하기 위하여 서비스의 양에 관계없이 일당 진료비를 지급하고 있다.

2) 單一酬價 制度의 補完

행위별수가제에 의한 현재의 의료비 보상방법은 개별 행위에 대한 수가의 보상으로 모든 요양기관에 동일하게 적용되고 있다. 이러한 체계 하에서는 모든 의료기관이 어떤 종류의 진료행위를 하더라도 원가를 보상받을 수 있으므로, 각 기관의 고유한 기능과 역할에 맞는 진료를 제공하는 것이 아니라 ‘利益’이 보장되는 진료를 경쟁적으로 제공하게 된다. 특히 3차 의료기관의 경우 현행 의료보험 제도하에서 어떤 진료를 제공하더라도 1, 2차 의료기관에 비하여 높은 수가를 받을 수 있도록 되어 있어, 기관간의 기능분담보다는 의료 공급의 ‘독점’을 심화시키고 있다. 따라서 원가를 보상한다는 개념보다는 요양기관의 기능과 특성을 고려하여 수가를 차등 적용할 필요가 있다. 예를 들면, 醫療傳達體系 段階別로 각각의 수준에 적합한 행위에 대해서는 상대적으로 유리한 수가를 적용하고, 그렇지 않은 경우(3차 진료기관이 1차 진료기관에 적합한 수준의 진료를 제공한 경우)에는 불리한 수가를 적용함으로써 의료기관 간의 力割分擔을 유도할 필요가 있다.

3) 醫療機關 加算率 制度의 補完

현행 행위별수가제는 의료기관별로 가산율이 적용되고 있으나, 의

료기관 종류별로 모든 기관에 동일한 가산율이 적용되고 있어서 제도로서 名分을 상실한 상태이다. 즉 3차 진료기관 중에도 기능이나 투자규모 등에 현격한 차이가 있음에도 불구하고 모든 기관에 30%의 가산율이 적용되고 있다. 그 결과 醫療機關의 機能이나 투자에 대한 보상에 합리성과 형평성이 결여된 상태이다. 따라서 保險財政의 節減, 국민에 대한 서비스의 향상 및 국가의료체계의 발전을 위하여 새로운 보상방안의 모색이 요구된다.

이를 위하여 醫療保險制度의 운영상 의료기관의 필수적인 機能의 補充을 위한 기관별 평가결과에 의한 자본적 비용에 대하여 의료기관별로 별도 지원하는 독일의 예를 참고할 수 있겠다.

4) 健康保險審議委員會의 酬價決定機能 強化

그간의 의료보험 수가 결정은 의료기관의 원가 개념 또는 의료의 정상화 차원보다는 정부의 물가억제정책 등 외부적 상황이 우선적으로 고려되어 결정되어 왔다. 이러한 저수가 정책은 醫療行爲 各各에 대한 가격을 통제하는 데에 지나지 않아, 공급자가 저수가 상황을 극복하기 위하여 진료건수를 늘리고 비보험 서비스(고가재료, 검사 등)를 증가시키려는 경향이 뚜렷하여 보험진료비 나아가 국민의료비 총량이 크게 증가하였다.

과학적인 원가 산정에 근거를 둔 합리적 수가결정을 위하여 정부, 보험자, 공급자가 모두 참여하는 中立的 決定機構에서 공정한 심의과정을 통해 수가 수준을 결정하는 것이 가장 바람직하다. 현재도 제도적으로는 “醫療保險審議委員會(醫療保險法 第5條)”가 급여기준과 수가 기준 등 의료보험정책에 대하여 심의를 담당하고 있으나, 현실적으로는 보건복지부장관의 자문기구로 사실상 결정권이 없고 기구의 활동

을 지원하는 사무국 등 조직도 없는 상태이다. 따라서 “健康保險審議委員會”가 실질적인 활동을 수행할 수 있는 여건이 제도적으로 마련되어야 한다. 즉, 위원회의 조직, 의사결정과정 및 결정결과에 대한 존중 등을 법적으로 보장하고 원활한 업무 수행을 위하여 전문인력으로 구성된 사무조직의 지원을 받을 수 있는 근거를 마련하여야 할 것이다.

4. 맺는 말

21세기와 함께 출범하는 의료보험통합 하에서의 “國民健康保險”이 성공적인 제도로 나아가기 위해서는 의료보험의 보다 본질적인 부분, 즉 질병위험으로부터 근본적으로 보장하고, 진료왜곡의 치유를 통한 의료서비스의 질적 개선으로 건강의 질을 개선하고, 의료자원의 보다 效率的인 活用(자원의 적정배분)으로 국민경제 전체의 厚生(welfare)을 증진시키는 것 등에 정책적 관심을 경주하여야 한다. 이러한 관점에서 의료보험의 틀 속에서 수요자, 공급자, 그리고 양자간 의료서비스의 거래를 매개해주는 보험자간의 거래의 흐름에 대한 근본적인 논의를 다시 시작하여야 할 것이다.³⁹⁾

본 장을 마치면서 마지막으로 진료비 심사·지불과 관련하여 몇가지 사항을 정리하고자 한다.

첫째, 診療費支拂制度와 관련하여, 醫療保險統合이 실시되는 2000년 1월부터는 현행 行爲別酬價制(fee-for-service)를 유지할 수밖에 없으나, 빠르면 정부 계획처럼 2002년부터 疾病單位別支拂制(DRGs) 등 다른

39) 여기서 거래의 흐름이란 의료공급자가 의료소비자에 대한 서비스제공에 대한 대가를 청구하고 보험자가 청구내용(양과 질)을 심사한 후에 지불하는 과정을 의미하고, 이러한 거래과정에 대한 사후적인 관리를 통한 정당한 거래를 확립하는 것 까지 포함한다.

지불제도와 병행하는 방안이 적극 검토되어야 한다. 이와 함께 우리의 의료여건이 미국보다는 유럽에 가까운 측면을 고려하면 “診療費總額豫算制” 도입을 전체 의료시스템과 연계하여 구체적으로 연구할 필요가 있다. 총액예산제하에서 행위별수가제와 DRG 등을 병행하여 운영할 수 있다는 점에서 신축적인 제도이다. 이와 함께 진료비 심사·지불시스템의 구축에 있어서 정부-보험자-의료소비자-의료공급자간 「牽制와 均衡」을 내재화하고, 내부시장원리에 의한 「競爭시스템」 도입 방안을 연구하여야 할 것이다.

둘째, 청구-심사-지불과정과 관련하여서는 의료보험은 기본적으로 의료수요자-공급자-보험자 3자간의 관계에 기초하고 있으므로 진료급여비용에 대한 審査權限은 원칙적으로 보험자(공단)가 갖는 것이 타당하다는 의견이 우세하였다. 그러나 「審査評價院」이 심사평가 전문기관으로 독립하는 경우, 실질적인 심사기능은 심사평가원이 갖게 될 것이며, 동 심사평가원이 비용효과적인 조직과 기능을 갖추도록 세심한 설계가 필요하다. 즉 診療適正化로 진료비가 절감되고 의료의 질 향상에 따른 편익이 독립기구 설립에 따른 비용을 능가하여야 한다. 이와 더불어 보험재정을 관리하는 공단의 입장에서 審査評價院의 診療費審査에 대한 牽制와 均衡(check and balance) 메커니즘을 보완하여야 할 것이다.

셋째, 의료비의 효과적 관리와 관련하여, 현 경제난국이 상당기간 지속될 것으로 전망됨에 따라 2000년 통합시점에서 보험료부담능력은 취약한데 보험진료비는 계속 증가함으로써 保險財政 危機가 초래되고, 재정위기를 통합의 탓으로 돌리는 통합회의론이 대두될 수 있다. 이에 대응하여 보험료수입의 확보방안도 강구하여야 하지만, 진료비 청구상의 거품을 최소화하고 심사 및 실사 등 진료비에 대한 사전·事

後管理를 강화하여야 한다. 특히 審査評價院과 情報共有體系를 구축하여 건강보험공단의 중앙본부와 지역사무소의 공동노력에 의하여 診療費 事後管理를 강화하는 시스템을 마련하여야 한다.

附錄 2. 臺灣의 統合 醫療保險制度 運營現況

1. 醫療保險 統合의 背景

대만이 의료보험을 통합한 배경에는 두 가지 관점이 있다. 첫째, 통합 이전에는 근로자에 대한 노동보험(농민건강보험 포함)과 공무원에 대한 공무원보험 양 제도로 분산·운영되고 있었고, 각 제도 내에서 피부양자와 퇴직자 등 대상집단별로 구분하여 12개 프로그램으로 독립된 회계로 운영하였다. 따라서 각 제도의 수가체계, 급여범위, 정보망체계 등이 서로 상이하여 관리상 비효율성 및 환자에 대한 차별대우 문제가 제기되어 일원화의 요구가 높았다. 둘째, 통합 이전에는 자영자 등 국민의 41%가 미적용되고 있었고 미적용계층에 대한 적용확대를 계기로 전국민에 대하여 일원화된 보험급여, 수가, 관리운영조직을 구축함으로써 사회적 연대를 강구하고자 하였다.

우리나라의 경우 조합방식으로 운영하고 있지만, 보험급여, 수가 및 진료비심사·지불 등이 일원화되어 있고, 1989년부터 자영자를 포함한 전국민 의료보험을 실시하고 있는 점에서 대만의 통합배경과는 차이가 있다. 다만, 직장과 지역조합간 재정격차, 보험료부담의 계층간·지역간 불공평과 같은 문제들이 통합의 배경이 되고 있다.

참고로 대만의 소득, 인구, 보건 관련지표는 <附表 1>과 같다. 소득이나 인구 고령화, 평균수명, 영아사망률 등 인구관련지표는 우리보다 약간 앞서 있으며, 인구규모를 고려한 병상수도 우리보다 많은 편이나 의사수는 적은 편이다.

〈附表 1〉 臺灣의 所得, 人口, 保健關聯 指標(1997年)

	대만	한국
• 1인당 GNP	US 13,233달러	US 9,511달러
• 인구	2160만명	4599만명
• 면적	3만 6천km ²	9만 9천km ²
• 인구밀도	596/km ²	454/km ²
• 65세 이상 인구비중	8%	6.3%
• 총출산율	1.775%	1.7('95)
• 영아사망률	6.4%	8.6('95)
• 평균수명	남 72세, 여 78세	남 69.6세, 여 77.4세
• GDP 대비 국민의료비	5.48% ('96)	4.75%('95)
• GDP 대비 의료보험 진료비	2.93%	2.10%
• 1000명당 병상수 ¹⁾ ('96)	4.8%	4.55%
• 1000명당 의사수 ²⁾ ('96)	1.15% (1.63)	1.29% (1.81)

註: 1) 대만의 공공부문의 병상수는 35.6%임.

2) ()내는 치과의사와 한의사를 포함한 수치임.

2. 統合 醫療保險制度의 運營 現況

가. 特徵

대만의 현행 통합건강보험제도의 특징은 다음과 같다.

첫째, 정부가 단일 보험자(『중앙건강보험국』: 우리의 “의료보험청”에 해당)가 되어 운영하고, 지역별로 6개 지부로 운영하고 있으며, 지부가 보험료 부과·징수, 진료비 심사 및 지불기능을 한다.

둘째, 적용대상자 1인 1 보험카드를 소지하고 있다. 의료기관 매회 방문시 카드에 검인을 받고, 6회 초과시 카드를 재발급 받도록 함으로써 의료기관 방문회수를 억제하려 한다.

셋째, 보험료는 소득 및 피부양자수에 비례하여 부과하며, 모든 피보험자에 대하여 일원화된 표준소득등급표(29등급)를 적용한다. 단, 농

어민과 일반자영자는 각각 5등급과 6등급을 일률적으로 적용한다.

넷째, 보험료 징수단위는 보험가입자단체를 활용함으로써 관리비용을 절감한다. 피보험자 개인이 소속 단체(사업장, 직종별 협회, 농수협, 일선행정기관 등)에 보험료를 납부하고, 보험자(‘중앙건강보험국’)가 이들 조직으로부터 징수한다. 이때, 정부는 각 단체에 대해 징수 수수료를 보조한다.

다섯째, 보험급여가 포괄적이며 환자본인부담의 상한제를 채택함으로써 사회보험 본연의 기능에 충실하다.

여섯째, 보험자와 의료공급자간 계약관계에 있으며(계약율이 약90% 상회), 진료비지불은 행위별수가제(fee-for-service)를 채택하였으나, 치과외의 경우 총액예산제를 적용하고 있다.

일곱째, 보험자와 의료공급자간에 전국적인 전산망이 구축되어 있어, 자격관리, 환자에 대한 기록, 진료비 청구 및 심사 등이 전산매체를 통하여 이루어진다.

마지막으로 생활보호 저소득계층이 전액 정부보조에 의하여 의료보험제도의 틀 속에서 적용되고 있다.

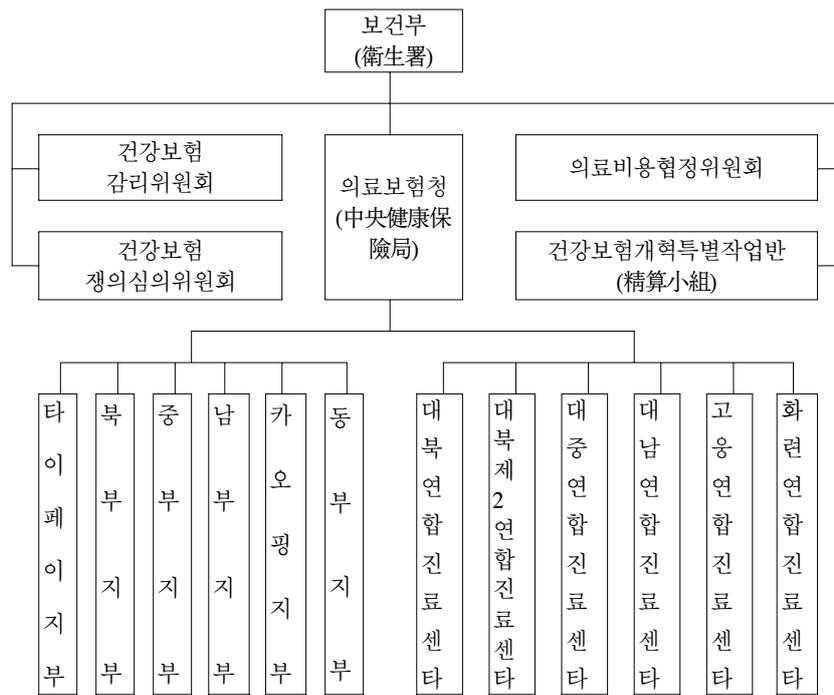
나. 組織

주관부처는 보건부(‘위생서’: Department of Health)로써 산하에 의료보험청(‘중앙건강보험국’: The Bureau of National Health Insurance, BNHI)이 보험자 역할을 하고 있다. 지역별로 6개 지부(22개 출장소)를 두고 있으며, 6개 보험자직영 의료시설(연합외래진료센터)을 운영하고 있다. 총 직원수(‘96. 12)는 1,762명으로 본부 340명, 지부 1,422명이며, 특히 1,894명의 임시직원을 활용하고 있는 점이 특징이다. 그 외 연합외래진료센터에 642명(+ 임시직 279명)의 직원이 있다.

대부분의 집행업무는 각 지부 중심으로 운영되고 있는데, 지부의

기능은 피보험자의 가입, 보험료부과·징수, 계약관계에 있는 의료기관의 관리, 진료비 심사·지불 등 대부분을 포괄하고 있다. 특히 6개 지부중 가장 큰 타이베이지부의 경우 총피보험대상자의 36%(740만 4,464), 보험가입자단체⁴⁰⁾(46만9111개)의 42%(19만 6,830개), 총보험료 수입의 38%, 총계약 의료기관중 32%, 진료비지불총액중 외래 29%, 입원 32%를 관장하고 있다(1997년말 기준).

[附圖 2] 臺灣 健康保險의 管理運營 組織體系



40) 보험가입자단체란 피보험자를 회원으로 하는 직종별 단체(협회 혹은 조합)로써, 대만의 경우 특히 발달되어 있는 점이 특징임.

보건복지부 산하에 보험자인 중앙건강보험국과 함께 각종 위원회를 운영하고 있다.

첫째, 건강보험 감리위원회(Supervisory Committee)는 중앙건강보험국의 활동(관리, 보험재정)을 심의 및 감사하기 위해 설립되었으며, 위원회는 총 28명의 비상임위원, 즉 정부(8명), 피보험자(5명), 의료공급자(5명), 사용자(5명), 의약·의료보험 전문가(5명) 등으로 구성되어 있다.

둘째, 건강보험 쟁의심의위원회(Dispute Mediation Committee)는 피보험자, 피보험집단, 의료공급자 등이 보험자가 내린 처분사항에 대한 이의를 심의하며, 현재 보험제도, 법률, 의약 전문가 등 28명으로 구성되어 있다. 그 주요 기능은 피보험자의 자격기준, 부과기준 보수에 대한 분쟁 심의, 보험료, 보험료체납에 따른 벌금, 보험급여에 관련된 분쟁 심의, 의료기관 관리(무면허 등), 진료비지불(의료과오, 부당청구 등), 법적 권리 및 권한에 관한 분쟁 심의 등이다.

셋째, 의료비용협정위원회(Medical Expense Arbitration Committee)는 의료비용을 억제하기 위하여 총액 예산제를 추진하고, 진료비 심사절차를 확립함으로써 의료공급자의 비용의식을 촉진시키는 것이 주요 임무이며, 위원회는 27인으로써 의료공급자(9인), 피보험자대표 및 전문가(9인), 정부대표(9인)로 구성되어 있다. 주요 과제는 다음과 같다. 보험자와 의료공급자간 총액예산 분배방안 증진, 의료비총액의 분배방식 설정 및 비용의 적정성장률, 합리적인 진료비지불 표준 연구로 의료체계의 정상적인 발전 도모, 지부별 외래 및 입원비용의 비례적 분배 협정, 의사, 중의사, 치과의사 외래서비스, 약사 서비스 및 약제비 등 비례적 분배, 의약분업제도 등이다.

다. 被保險對象 分類와 保險料 賦課·徵收

1) 被保險對象者 및 分類

1998년 1월 기준으로 전국민(2177만 명)의 96.1% 가 적용되고 있다. 피보험자는 다음과 같이 6개 군(Category), 13개종별(Class)로 분류되어 있다.

〈附表 2〉 臺灣의 健康保險의 被保險 對象者 類型

群(Category)	種(Class)
I. 임금근로자	① 공무원 혹은 공공기관, 공·사립학교의 정규직원 ② 기업체 혹은 기관(공·사)의 피용자 ③ 특정기관(①과②에 해당되지 않는)의 피용자 ④ 고용주 혹은 고소득 자영업자 ⑤ 전문직업인
II. 자영업자	① 특정고용주가 없거나 자영업자로서 직종별 단체(협회 혹은 조합)의 회원 ② 국립선원노조나 선주협회의 회원으로서 원양어업하는 선원
III. 농어민	① 농민수리조합의 회원 혹은 15세 이상으로서 실제 농업에 종사하는 자 ② 선주없이 어민협회 회원으로서 15세 이상으로서 실제 어업에 종사하는 자
IV. 군인가족	① 군인신분증서를 소지한 지원군인(장교, 하사, 병 포함) 가족의 세대주
V. 저소득계층	① 사회복지법에서 정의된 저소득가정의 세대주
VI. 퇴역군인 및 기타	① 퇴역군인, 군인유가족 등 ② 기타 세대주로써 Category 1~5의 피보험자 혹은 피부양자로 분류되지 아니한 자

보험가입자단체 총 45만2천개 중 피용자 및 고소득 자영자를 대상으로 하는 제1군이 44만8천개로써 대부분을 차지하고, 일반 자영자의 경우 2,283개, 농어민의 경우 344개에 의하여 보험료를 징수하고 있어

직종별 단체가 잘 발달되어 있음을 알 수 있다.

〈附表 3〉 臺灣 健康保險의 被保險者 類型別 適用人口와 扶養率
(’96. 12. 31.현재)

(단위: 명, 개소, %)

구분	총계	제1군	제2군	제3군	제4군	제5군	제6군
적용인구	20,042,151	10,679,303	3,991,248	3,152,489	82,822	110,354	2,025,935
비율	100.00	53.28	19.91	15.73	0.41	0.55	10.11
취급기관수 ²	452,005	448,337	2,283	344	2	494	545
부양률	0.77	0.820 ¹	0.793	0.565	1,109	-	-

註: 1) 공무원 및 사립교직원의 경우 1.33으로 가장 높음.

2) 취급기관은 사업장, 직종별 단체(농수협 등), 일선 행정기관 등 보험료 징수 편의를 위한 보험가입자단체임.

피부양자가 없는 피보험자가 전체의 65.7%를 차지함으로써 대부분의 적용인구가 피보험자화되어 있는 것이 특징이다.

〈附表 4〉 臺灣 健康保險의 被扶養者數에 따른 被保險者數 分包(’96. 11.)

피부양자수	0	1	2	3	4	5	6이상
피보험자 분포(%)	65.7	11.3	11.0	7.9	3.1	0.8	0.2

2) 健康保險카드制

건강보험 적용대상자에게 1인 1보험카드를 교부하고 있으며, 1996년 4,297만 6천매가 발행되었다. 카드는 의료기관 방문시 검인을 받게 되어 있으며, 최대 6회까지로 제한하고 6회 초과시 카드를 재교부 받도록 함으로써 소비자의 의료이용을 간접적으로 억제하는 효과를 거두도록 하였다.

카드 재발급의 편의성 제고를 위하여 중앙건강보험국 및 6개 지부, 23개 출장소, 연합외래진료센터, 지역 및 지구병원, 원호병원, 지방행정사무소, 보건진료소 등 167개 장소에서 발급이 가능하도록 하였으며, 카드 재발급에 필요한 보험료납부 여부를 검색하기 위하여, 카드 보유자에 대한 정보가 電算網을 통하여 확인 가능하도록 하였다.

보험가입자단체는 우편 혹은 팩스를 이용하여 카드 발급에 대한 예약이 가능하다.

3) 保險料 賦課 및 徵收

보험료의 부과는 표준소득등급표(29등급)에 의거하여 전국민에게 동일기준을 적용하고 있으며, 보험료 부과기준이 되는 표준소득은 조세전산망, 국민건강보험전산망, 노동보험(연금, 산재, 고용)전산망, 주민전산망간의 Data Base를 상호 비교·검토함으로써 실소득과의 격차를 줄이고 있다. 보험료부과에 상한선을 설정함으로써 최고 등급이 29등급으로 소득이 아무리 높아도 일정액이상의 보험료를 부담하지는 않는다. 최고등급(29등급)이 55,400 대만\$(254만 8천원), 최저등급(1등급)이 15,360 대만\$(70만 7천원)으로써 상한이 하한의 3.6배에 달하고 있다. 이는 우리의 직장의료보험의 1등급 7만 5천원, 53등급 190만원 이상(상한 없음)과 비교할 때 하한이 매우 높은 반면 상한을 둠으로써 보다 보험의 원리에 충실하다.

보험료율은 4.25%로 하고, 피부양자수에 비례하여 부과(5명까지)하고 있다. 1998년 현재 피보험자 1인당 피부양자수 0.88명임을 감안하면 피보험자당 평균보험료율은 약 8%에 달하고 있다. 대만은 여성의 취업율이 높아 부부가 취업을 할 경우에는 부부가 모두 보험료를 내도록 되어 있으며 피부양자는 부부 중 소득이 낮은 사람에게 귀속시켜 보험료 부담을 낮출 수 있는 것이 특징이다. 보험료율은 현행 4.25%에서 4.5%

로 인상조정 할 계획으로 있으나, 정치적인 어려움이 예상되고 있다.

피용자(임금근로자)의 보험료부과액은 다음과 같다.

$$\text{보수} \times 4.25\% \times \text{보험료 분담률} \times (1 + \text{피부양자수})$$

* 단, 피부양자수는 최대 5인까지 고려하고, 사용자의 경우 전국 평균피부양율 0.88을 적용함.

* 보험료분담률은 <부표 5>참조.

자영자는 단일 등급을 적용하고 있다. 택시기사, 목수, 양복점 주인, 식당주인과 같은 자영자들은 6등급, 농어촌에 거주하는 자영자들은 5등급, 의사, 변호사, 회계사와 같은 전문직 자영자, 20인 이상 고용 사업장 고용주의 경우는 최고 등급인 29 등급을 적용하고 있다.

제6군의 지역을 기반으로 한 피보험자의 경우 576元の 정액부담(US 19.2\$, 약27,000원)을 하고 있다.

저소득계층(분류 제5군)은 전액 정부부담이다.

<附表 5> 臺灣 健康保險의 被保險者 類型別 被保險者, 使用者, 政府의 保險料 分擔率

피보험대상		부담비율(%)		
		피보험인	사용자	정부
제1류	공무원 등	40	60	0
	사립학교교직원	40	30	30
	사업장 피용자(공공, 민간)	30	60	10
	사용자, 자영자(주로 고소득 전문직 및 기술직)	100	0	0
제2류	직종별 협회(union 혹은 association) 소속 자영자(예, 택시기사, 목수, 양복점, 식당주인 등), 외향선원	60	0	40
제3류	농민, 어민, 농전수리회회원	30	0	70
제4류	군인가족	40	60	0
제5류	저소득자	0	0	100
제6류	원호대상자	0	0	100
	원호대상자 가족	30	0	70
	지역에 근거한 피보험자(주로 직업과약 곤란자)	60	0	40

資料: 중앙건강보험국, 전민건강보험간개, 1997.

보험료 징수율은 96%로써 성공적으로 운영되고 있으며, 보험료 징수의 특징은 각 보험가입자단체(약 45만)를 통하여 중앙건강보험국이 징수하도록 함으로써 징수행정을 비교적 단순화시켰다. 보험가입자단체는 사업장, 직종별 단체(예, 농수협), 일선행정기관 등이다.

피보험자수 규모별 보험가입자단체의 분포를 볼 때, 20인 이하 규모가 전체의 89.6%, 21~50인 규모가 전체의 6.3%를 차지함으로써 50인 이하 규모가 전체의 96%로써, 보험료 징수단위가 소규모 집단별로 잘 조직되어 있음을 알 수 있다.

〈附表 6〉 臺灣 健康保險의 被保險者數 規模別 保險加入者團體의 分包

피보험자수 규모	단위집단수	구성비(%)
20인 이하	40만 2,857	89.6
21~ 50인	2만 8,507	6.3
51~ 100인	8,333	1.9
100~ 500인	7,270	1.6
500~ 1,000인	1,220	0.3
1,000~10,000인	1,363	0.3
10,000 이상	105	0.02

보험료징수 절차는 1단계로 중앙건강보험국이 각 보험가입자단체에 대해 고지서를 발부하고, 2단계로 각 단체는 개별 피보험자로부터 보험료를 징수하여 금융기관에 예탁하고, 금융기관에 예탁한 보험료수입이 중앙건강보험국에 납입된다. 이때 각 금융기관에 대해 보험료수납 서비스에 대한 인센티브로써 3일간 예치 가능하도록 한다.

다. 保險給與 範圍와 本人負擔 水準

1) 保險給與範圍

급여범위는 질병, 부상, 출산과 관련한 외래, 입원, 중의학, 분만, 재활, 예방서비스, 재가서비스, 만성정신병 재활 등에 이르기까지 포괄적으로 제공하고 있다. 특히 CT, MRI(자기공명 장치), ESWL(체외충격파 쇄석기) 등 대부분의 고가의료장비와 개심술 등 고가수술도 급여에 포함하고 있다. 예방서비스에는 40세 이상에 대한 각종 검사, 14회까지의 산전진찰, 6회까지의 영유아 성장발육검진 등이 포함되어 있다. 다만, 근로자에게 제공한 상병수당은 노동보험에 그대로 존치 하였다.

비급여항목은 예방접종, 미용외과수술, 치열교정, 수혈, 시험관수정, 인체실험, 근시수술, 인공유산, 식대, 병실료차액, 지정의사, 의치, 의안, 안경, 휠체어, 보청기 등 비치료성보장구 등으로써 우리와 유사한 항목이 다수 포함되어 있다.

한편 보험이 적용되는 총병상수는 9만 1,239개('96. 12)이며, 이중 보험이 적용되는 기준병상은 75%인 6만 7,951개(통상 4인실이 기준병상으로 분류)이며, 차액병실료가 적용되는 병상은 25%인 2만 3,288개이다.

2) 本人一部負擔

의료의 남용을 방지하기 위하여 의료 이용시 본인에게 診療費의 일부를 부담시키는 본인부담제도를 도입(단, 분만과 예방급여는 본인부담 제외)하였다.

외래의 경우 법적으로는 외래 및 응급방문 시 본인부담률은 20%이며, 진료의뢰 없이 진료받는 경우 지구병원은 30%, 지역병원은 40%, 종합병원은 50%의 본인부담률에 대한 근거규정을 두면서, 정액부담제를 동시에 고려하고 있다. 현재 본인부담 정액제를 실시하고

있는데, 요양기관 규모별, 진료부문별로 본인부담액을 <附表 7>와 같이 달리 하고 있다.

<附表 7> 臺灣 健康保險의 外來 診察料의 法定 本人負擔金(1997年)
(단위: NT\$)

요양기관 중별	일반	치과	중의	응급	진료비 대비(%)
종합병원 (academic medical center)	150	50	50	420	5.95
지역병원 (regional hospital)	100	50	50	210	7.35
지구병원 (district hospital)	50	50	50	150	6.05
1차진료소(의원 및 소형병원)	50	50	50	150	-

유의하여야 할 부분은 대만의 법정본인부담금을 포함한 전체 본인 부담금 중 비보험 진료가 차지하는 비중이 54.5%로서 과반수를 차지하고 있다는 점이다. 그 외 보험급여범위를 벗어나는 차액(예, 병실료 차액)이 16%, 보험계약을 맺지 않은 의료기관에서의 진료가 10%를 차지하고 있다.

<附表 8> 臺灣 健康保險의 外來 本人負擔의 主要要因

항목	비중(%)
비급여	54.5
보충적 급여에 의한 차액	15.9
보험 非契約 의료기관 진료	10.3
건강보험증 미지참	4.5
건강보험 미가입	3.4
본인부담 간호	1.1
기타	10.3

資料: 健保小組, 『全民健保門診病人醫療服務滿意度研究』, '96. 5.

외래에서 공급자의 과잉진료방지를 위해 1일 환자진료건수당 진찰료를 제한(volume adjusted outpatient visit payment rates)하고 있다.

〈附表 9〉 臺灣 健康保險의 1日 診療患者數에 따른 診察料 補償金額
(단위: NT\$)

일당 환자수	30인 이하	31~50인	51~70인	71~150인	151인 이상
처방은 하되 조제는 안하는 경우	255	245	205	145	125
의사가 직접 조제하는 경우	230	220	180	120	100

입원은 입원기간에 따라 본인부담률에 차등을 두고 있다. 급성질병은 30일 이내 10%, 31~60일 이내 20%, 61일 이후는 30%이며, 만성질병은 30일 이내 5%, 31~90일 이내 10%, 91~180일 이내 20%, 181일 이후 30%이다.

〈附表 10〉 臺灣 健康保險의 入院 本人負擔率
(단위: %)

급성병실			만성병실	
재원일수	본인부담률	진료비 대비	재원일수	본인부담률
30일이내	10	5.9	30일이내	5
31~60일	20		31~90일	10
61일 이상	30		91~180일	20
			181일 이상	30

3) 本人一部負擔(copayment)의 免除와 本人負擔上限制

분만, 일부 보건예방서비스, 저소득가계, 원호대상자와 그 가족, 산악 및 도서지역에 거주하는 주민, 특히 29개 중대상병에 대해서는 본인일부부담이 면제되고 있다.

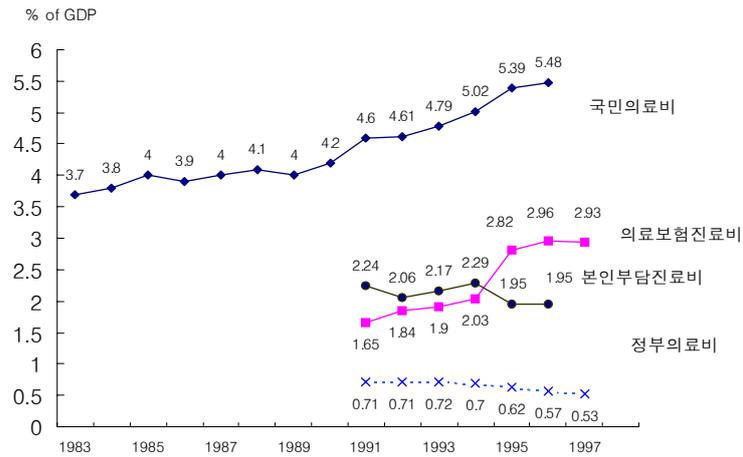
본인부담에도 상한선을 두고 있는데, 상한선에 대한 법률규정은 입원 건당 기준으로 1인당 평균국민소득의 6%, 1인당 연간진료비 기준으로 1인당 평균국민소득의 10% 이내이다. 이에 따라 현재 상한선은 입원 건당 NT \$18,540 이며, 1인당 연간 총액은 NT \$31,650을 초과할 수 없다. 상한액 이상은 중앙건강보험에서 부담한다. 단, 급성인 경우 30일 이내, 만성인 경우는 180일 이내에 퇴원시이며, 상기입원기간이 초과되는 경우는 정률로 본인이 부담한다.

라. 保險財政

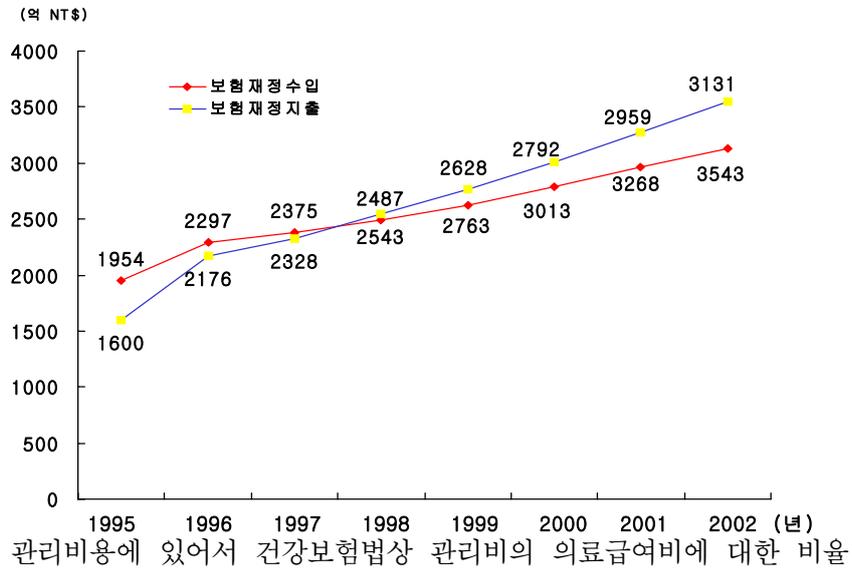
보험재정수입의 구성은 1997년 기준으로 피보험자 38.46%, 사용자 25.98%, 사용자로서의 정부 7.06%, 정부보조 28.5%이며, 보험재정지출은 입원 31.88%, 외래 66.88%, 적립금충당 1.24%로 구성되고 있다. 정부보조금은 중앙과 지방이 50%씩 분담하고 있다.

건강보험 급여비를 포함한 의료비 대 GNP 비중과 건강보험의 재정수지추계는 다음과 같다.

[附圖 3] 臺灣 國民醫療費 對 GNP 比重 推移(1983~1997年)



[附圖 4] 臺灣 健康保險의 財政收支 推計(1995~2001年)



이 3.5%로 상한을 두고 있는데, 관리비 대 의료비지출 비중은 1995년 3.30%에서 1996년 2.48%, 1997년 2.12%로 계속 낮아지고 있다. 한편 인건비 대 의료비지출은 '95년 1.12%, '96년 1.30%, '97년 1.13%로 나타나고 있다. 한편 자영자에 대한 직종별 협회를 통하여 보험료를 징수하는 경우, 협회에 대하여 징수비용을 보조하고 있음(1인당 10元 정도).

통합시 적립금 처리문제는 우리나라와 상황이 다르다. 통합 당시 의료보험은 노동보험과 공무원보험 양자간에 분산되어 있었고, 각 보험제도는 연금, 산재 및 고용보험을 포괄하고 있었다. 따라서 통합 당시 적립기금은 양 제도(연금, 산재 및 고용보험)에 모두 귀속시켰다.