

연구보고서 2003-08

국민건강보험 총액예산제 도입방안 연구

최 병 호
신 윤 정

한국보건사회연구원

머 리 말

사회보험으로써 국민건강보험제도가 1977년에 도입되면서 진료비용의 지불보상방식은 행위별수가제를 줄곧 적용하여 왔다. 행위별수가제하에서 행위별 보상구조의 불균형문제에 대한 불만이 누적되면서 2001년부터는 행위별 자원투입량에 비례하는 상대가치수가제를 채택하였다. 행위별수가제하에서는 의료공급자가 불필요하게 진료량을 늘림으로써 의료자원을 낭비하는 유인을 갖게 된다는 것이 통설이다. 이에 따라 정부는 입원진료부문에서 진단건당 지불제인 DRG 지불방식을 시범사업을 거쳐 8개질환군에 대하여 2002년부터 적용하였는데, 의료계의 반발에 부닥쳐 전국적인 적용을 하지 못하고 DRG 적용을 선택하는 의료기관에 적용하였다.

최근에 참여정부의 5개년 보건복지계획을 수립하는 과정에서 진료비지불제도의 개편을 단계적으로 추진하는 계획을 수립하면서 국공립병원에 대한 총액예산제의 도입을 검토하고 있다. 일각의 보건의료전문가들은 의료자원이용의 효율화를 위해서 지불보상방식의 포괄화가 바람직하며, 그 방안으로 DRG의 전국적 용이나 총액예산제의 도입을 제안하여 왔다. 이는 행위별수가제가 안고 있는 비용유발적인 행태와 함께 최근에 재정적 위기를 맞고 있는 건강보험의 재정건실화를 도모하기 위한 정책수단으로도 거론되고 있다. 그러나 총액예산제에 대해서는 그 개념이나 구체적인 실행방안에 대한 연구가 많지 않은 형편이다.

그 동안 본원은 건강보험 재정안정화를 위해 다각도로 정책제안을 한 바 있다. 재정위기 시기인 2001년에 “국민건강보험 재정안정체계 구축을 위한 제도 개선방안”(2001. 5)과 “국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화 방안”(2001. 12), “국민건강보험의 재정건실화방안”(2002.12) 등 연구를 수행하였다. 이에 대한 후속연구로써 본 보고서는 지불보상제도의 측면에서 의료자원배분의 효율화를 위한 총액예산제의 도입방안을 검토하고 있다.

본 연구는 본원의 최병호 연구위원의 책임 하에 신윤정 책임연구원이 공동으로 수행하였다. 연구진은 지불제도로써 총액예산제의 선진국에서의 운용실태를 연구하고 시사점을 도출하였다. 특히 선진국과 우리나라의 보건의료여건에 상당한 차이가 있기 때문에 우리나라의 의료여건에 적합한지 타당성을 검토하고 우리 실정에 적합한 총액예산제의 도입과 실행방안을 제시하는 데에 노력을 기울였다. 연구진은 계약제 형태의 총액예산제의 도입을 권고하고 있으며, 총액진료비의 규모산정방법과 배분기준, 그리고 예산제 도입의 선결과제와 기대효과에 대하여 논의하고 있다.

본 연구는 우리나라에서 총액예산제를 도입하기 위한 시론적이고 제도적인 측면의 연구이며, 향후 논의가 구체화되면서 현실에 적용 가능한 실천적이고 계량적인 연구가 진행되어야 할 것이다.

본보고서의 작성과정에서 학계의 전문가들의 의견을 집약하려고 노력하였으며, 원내 워크숍을 통하여 원내 연구자들의 의견을 수용하려 노력하였다. 연구진은 본고를 세심히 읽고 완성하는 데에 귀중한 조언을 해 준 서울대학교 보건대학원의 양봉민 교수, 서울시립대학교의 이준영 교수, 그리고 본원의 조재국 선임연구위원과 정영호 연구위원에게 사의를 표하고 있다. 연구의 진행과정에서 자료정리와 편집에 애쓴 박효숙 주임연구조원에게도 사의를 표하고 있다.

끝으로 본보고서의 내용은 저자들의 의견이며 내용상의 하자 역시 저자들의 책임이며 본원의 공식적인 견해는 아님을 밝혀둔다.

2003년 12월

한국보건사회연구원
원 장 박 순 일

목 차

요 약	9
I. 서 론	24
II. 기존 연구와 이론적 고찰	26
1. 기존 연구	26
2. 이론적 검토	27
III. 선진국의 진료비지불제도와 총액예산제	32
1. 진료비지불제도의 유형	32
2. 진료비통제를 위한 외국의 지불제도 사례	52
3. 건강보험재정운영 유형과 지불제도	58
4. OECD국가의 총액예산제와 시사점	62
5. 독일의 총액예산제 운영사례와 성과	67
6. 캐나다 개원의 총액예산제 운영사례와 성과	82
7. 네덜란드 총액예산제 운영사례와 성과	92
8. 영국 총액예산제 운영사례와 성과	96
9. 홍콩 총액예산제 운영사례와 성과	97
10. 미국 총액예산제 도입과 관련한 이슈들	101

IV. 대만의 총액예산제와 시사점	105
1. 대만의 총액예산제 운영현황	105
2. 대만과 한국의 비교로부터의 시사점	107
V. 총액계약방식의 예산제 도입방안	118
1. 외국 예산제의 시사점과 우리나라의 여건 분석	118
2. 예산제의 기본구도	128
3. 총액규모의 산정과 배분	134
4. 계약의 절차와 내용	137
5. 예산제 도입의 선결과제와 기대효과	140
VI. 결론 및 정책건의	143
참고문헌	146

표 목 차

〈표 III- 1〉	지불제도 유형별 성과 비교	50
〈표 III- 2〉	지불제도 유형별 지불근거와 서비스 단위	51
〈표 III- 3〉	선진국의 건강보험 재정운영방식 유형별 진료비지불제도	60
〈표 III- 4〉	OECD 국가의 보건의료시스템의 특징과 예산제 채택여부	64
〈표 III- 5〉	OECD 국가의 총액예산제의 적용 영역과 운영방식(1992년)	65
〈표 III- 6〉	총액예산제 도입 국가들의 특징 (1990년 기준)	66
〈표 III- 7〉	독일 1993년 의료개혁법 이후 의료비 지출 구성비의 변화	78
〈표 III- 8〉	독일의 1993년 의료개혁법 이후 모조약품 시장 점유율의 변화	79
〈표 III- 9〉	독일 약제비 지출상승의 요인별 분석	80
〈표 III-10〉	1995년 캐나다 주 정부의 총액예산형태	84
〈표 III-11〉	1995년 캐나다 주정부의 개인 의사 소득 상한제	86
〈표 III-12〉	총액예산도입에 따른 의사 진료량의 증가 :	
	Alberta와 Nova Scotia	88
〈표 III-13〉	Alberta와 Nova Scotia의 진료관련 경제 환경: 1987~1992	89
〈표 III-14〉	홍콩에서의 공공 의료비 지출액, 1980~1990	97
〈표 III-15〉	홍콩에서의 병원 병상수 추이, 1980~1990	99
〈표 III-16〉	1987년 홍콩의 외래 방문수와 진료당 소요시간	100
〈표 IV- 1〉	대만과 한국의 사회경제적 여건	109
〈표 IV- 2〉	대만과 한국의 의료시장 여건 : 인력	109
〈표 IV- 3〉	대만과 한국의 의료시장 여건 : 시설	110
〈표 IV- 4〉	대만과 한국의 건강보험제도 특징	111
〈표 IV- 5〉	대만과 한국의 건강보험 적용인구 (가입)	111
〈표 IV- 6〉	대만과 한국의 건강보험 재원조달	112

<표 IV- 7> 대만과 한국의 건강보험급여	113
<표 IV- 8> 대만과 한국의 건강보험 지불보상제도	114
<표 IV- 9> 대만과 한국의 건강보험 재정상황 및 재정안정대책	115
<표 IV-10> 대만과 한국의 건강보험 관리운영체계	116
<표 IV-11> 대만과 한국의 건강보험 발전방향	117
<표 V- 1> 독일의 예산제 도입과 평가	121
<표 V- 2> 네덜란드의 예산제 도입과 평가	122
<표 V- 3> 정부의 건강보험발전 5개년 계획: 2004~08년	127
<표 V- 4> 예산제 도입의 인센티브 구조 : 의료공급자	141
<표 V- 5> 예산제 도입의 인센티브 구조 : 의료소비자	142
<표 V- 6> 예산제 도입의 인센티브 구조 : 정부(보험자)	142

도 목 차

[도 III-1] 의료보험의 조세운영방식에 따른 진료비지불체계	61
[도 III-2] 의료보험의 사회보험 운영방식에 따른 진료비지불체계	61
[도 III-3] 서독 개원의 진료비 지출 증가율과 보험조합수입증가율	70
[도 III-4] 독일 의료보험조합수입 증가율과 병원 진료비 지출 증가율의 비교(1971~1996)	75
[도 III-5] 1993년 전년 동월대비 독일 보험 약제비 지출 변화율	82
[도 III-6] 미국의 진료비 목표제 수식도	102
[도 V-1] 총액예산제 도입의 정책선택	129

Abstract

A Study on Introduction of Global Budgeting to the National Health Insurance

Despite its positive effect on increasing the quality of healthcare services and practitioners' self-regulation, the current fee-for-service system has been often criticized as an inefficient means of curbing expenditures and distributing resources. Most advanced countries have been adopting global budgeting system to induce cost-effective treatment behaviors from healthcare providers and to increase equity in the National Health Insurance. In this context, this study aims to examine the appropriateness of introducing global budgeting into Korea. To this end, this study: i) theoretically reviews previous studies and the pros and cons of global budgeting; ii) examines reimbursement systems in advanced countries, with a special emphasis on Taiwan's case, and draws implications for Korea; and iii) propose ways to introduce global budgeting to the National Health Insurance. With its in-depth examination of risk factors and proposed solutions associated with the introduction of global budgeting, this study will contribute to further research on improvement of reimbursement system. Also, in proposing ways to make global budgeting beneficial to consumers, providers and the insurer, this study can serve as an effective bridging tool between various interest groups.

요 약

I. 연구목적

- 건강보험의 진료비지불제도로써 현행 행위별 수가제는 자원배분의 효율성이나 의료비용 억제 측면에서 문제점이 있는 제도로써 비판받고 있음.
- 이에 따라 의료자원이용의 효율성을 제고하고 건강보험의 재정을 안정화시키기 위하여 새로운 진료비지불제도의 모색이 필요한 상황임.
- 본 연구에서는 사후적(retrospective) 진료비지불제도인 현행 행위별수가제의 대안으로 의료서비스 제공자에게 지불되는 진료비를 사전적(prospective)으로 예측가능한 총액으로 지불하는 총액예산제의 도입방안을 검토하고자 함.

II. 총액예산제의 이론적 고찰

- 효율성의 관점에서 보면 총액예산제는 단순히 예산을 제약하고자 하는 비용통제기전이 아닌 의료서비스의 질을 고려한 비용 대비 효과성 (quality-based cost-effectiveness)의 향상에 초점이 모아져야 함.
- 형평성 측면에서 총액예산제는 공급자간의 과도한 이윤 격차를 줄이는 기전을 마련할 수 있으며, 과도한 본인부담을 부과할 필요가 없기 때문에 환자의 의료비 부담의 형평을 개선 할 수 있음.
- 총액예산규모의 결정과 예산의 배분에는 의료부문의 부가가치와 고용유발 효과를 고려하고, 의료비 투입으로 인한 건강수준 향상효과를 고려함으로써 의료부문에 대한 자원배분의 효율성을 제고하도록 하여야 함.

- 총액예산제 도입으로 발생할 수 있는 공급자들의 집단적 저항, 의료계 내부의 갈등과 로비, 보험자의 역할조정, 자유로운 의료이용을 제약하는 새로운 형태의 소비자 규제 등 장애요인들에 대처하는 방안이 마련되어야 함.
- 예산제를 의료공급자들이 수용할 수 있고, 예산제하에서 의료서비스의 질이 그다지 떨어지지 않도록 뒷받침할 수 있는 보건의료시스템을 정비하는 것이 필요함.

III. 외국의 지불제도와 총액예산제

1. 지불방식의 포괄화 경향: 총액예산제로의 이행

- 1960년대 이후 의료비가 폭발적으로 증가하면서 공보험(또는 국가보건예산)에 대한 압박이 심해짐. 이에 따라 1970년대부터 의료비 지출에 대해 규제하기 시작.
- 의료비 지출 규제방식의 핵심은 발생비용을 사후적으로 후지불 보상제도(Retrospective Payment System)에서 미리 정해진 진료비 목표를 설정하는 선지불 보상제도(Prospective Payment System)로의 이행.
- 가장 지출억제 효과가 높은 선지불 보상방식으로 총액예산제를 들 수 있으며, 거의 모든 유럽국가에서 1970년대 ~ 1990년대 사이에 도입함.
- 총액예산제의 적용 진료영역은 병원부문 혹은 의원부문에 시작하여 점차 전 진료영역으로 확대되어 왔음. 약제부문에 대해서도 예산제를 적용하는 경향
- 사 례
 - 캐나다: 병원부문에 대한 spending limit 설정(1970년대), 일부주(Alberta, Quebec 등)에서는 협상을 통해 의원진료부문의 예산총액 결정

- 프랑스: 공공병원에 대해 일당정액제 → 총액예산제 전환(1984~1985)
 민간병원도 행위당수가제+일당정액제 → 총액예산제 전환(1993)
 약제비 지출 총액의 목표설정방식 도입(1994).
- 독 일: 병원부문 일당정액제 → 총액예산제 전환(1984~1986)
 의원급 전체에 대한 예산상한 도입(1977)
 처방약제비에 대한 예산제 도입(1993)
- 네덜란드 : 1983년 병원부문에 대한 선지불 예산제 도입

2. 진료부문별 지불방식

가. 병원부문

□ 예산제

- 예산제 도입 국가는 일방적 통제방식에서 벗어나 실적위주의 접근법 (performance-related approach)으로 바꿈으로서 공급자간의 경쟁을 유도
- 과거에 전년도예산 기준 증액방식(historical budgeting)에서 최근에는 DRGs 와 같은 활동기준 예산제(activity-adjusted prospective budgeting)로 바뀌고 있음.
- 예산의 배분기준은 일당정액제 → 건당정액제 → DRG 로 전환 추세
- 서유럽 국가에서는 병원진료비를 의사서비스, 숙박형 서비스, 진료보조인력 서비스 비용으로 분리하여 생각하는 경향이 강함.
 - 의사서비스는 행위수가제를 유지(개원의와의 협약요금을 적용하는 경향)하고 있으나, 보다 정확하게 성과를 측정하고 자원을 효율적으로 사용할 수 있는 인센티브를 부여하기 위해 DRG를 이용하는 사례가 증가하고 있음.
 - 숙박형 서비스 비용 및 진료보조인력 서비스 비용에 대해서는 일당

정액제를 유지하는 경향

□ DRGs

- 행위수가제나 일당제 운영국가들은 DRG 시스템으로 이행하는 추세임.
- 행위수가제에 비해 보험자 대 개별 병원간에 경쟁적인 계약을 체결하는데 더욱 용이한 시스템이 되기 때문임.
- 오스트리아와 이태리는 일당정액 지불제에서 DRG 시스템으로 전환¹⁾; 스웨덴도 DRG를 도입하였고, 핀란드도 DRG로 지불; 영국은 Health Related Groups이라 알려진 DRGs를 행위와 지불을 기록하기 위하여 개발중

나. 개원의부문

□ 총액계약방식

- 총액에 대해 상한을 엄격히 제한하는 방식에서 목표치를 관리하는 방식으로 전환하여 왔음.
- 총액의 인상률은 물가상승률, 임금상승률, 경제성장률 등 상황에 따라 가변적이며, 예산의 배분은 의료행위량(행위별수가제에 기초)에 비례하여 배분함(행위 1점당 단가는 총액진료비를 총청구점수로 나누어 산출).
- NHS system은 일차진료의나 캐나다의 family doctor, HMO와 계약을 맺은 일차진료의들에게 인두제로 배분

□ 의사행위료의 목표관리제

- 미국의 경우 행위별 상대가치에 근거한 수가제도를 운영하면서 총액목표를 관리하는 방식으로 운영

1) 오스트리아는 병원 외래에 대해서도 DRG를 적용

다. 약제비 부문

- 독일은 의사가 처방한 약제비가 예산총액을 초과할 경우 일정 초과액까지는 보험의사가 부담하고, 그 이상 초과분은 제약회사가 부담하도록 함. 다만, 입원시 약제비는 입원비에 포함함.
- 프랑스는 국가적으로 의료보험 전체지출의 목표를 설정하고, 총액을 입원, 외래, 약제 등 부문별로 그리고 지역별로 구분하여 배분함. 이에 따라 보험수가와 보험료, 공공병원 예산, 약가, 약사수와 의과대학생수 등을 규제함.

라. 요양 부문

- 원가보상방식이나 일당제에서 자원이용량에 근거한 RUG(Resource Utilization Group)으로 전환하는 추세에 있음.
- 미국: 메디케어에서 2002. 10월부터 LTC(long-term-care) DRGs 적용 시작
- 일본: 2000. 4월부터 장기요양보험제도 도입하여 환자기능군별(6등급) 일당 정액수가
- 독일: 1996부터 장기요양보험제도 도입하여 환자기능군별(3등급) 월 정액급여

3. 외국의 지불제도로부터의 시사점

- 1970~80년대 증가하는 진료비에 대처하고, 의료보장성을 확보하기 위한 지불보상제도로써 예산제를 채택 → 논리적 근거: 한정된 자원으로 보건의료 서비스를 효율적이고 형평하게 제공하는 자원배분방법으로써 ‘총액예산제’ 도입
- 정부가 직접 보건의료서비스를 제공하는 국가들이 쉽게 예산제를 채택하였으나, 의료비의 과도한 급증에 따라 사회보험방식의 국가들에서도 예산총액을 계약하는 방식의 예산제를 채택

- 병원의 관리비용과 의사의 직접적인 행위료간에는 구분하여 접근함으로써 의사서비스의 질적인 수준을 유지하려 함. 다만, 의사서비스에 대한 보상도 개별 서비스 하나하나에 대한 보상에서 진료활동(activity)과 같은 성과에 기초한 보상방식으로 전환하는 경향
- 병원비용의 배분기준은 일당제에서 DRG('activity-based reimbursement')로 전환하는 것이 일반적인 추세이며, 공공병원 혹은 비영리병원이 많은 현실에서 병원에 대한 자본투자비용은 별도로 지원하는 것이 일반적인 경향
- 외국의 경험에서 볼 때에 취약한 점은 비용의 전가(cost-shifting)를 적절히 통제할 기전이 허술하였다는 점임.
- 의료공급자들이 이윤을 확보하거나 숨기기 위해 자신에게 유리한 정보를 전략적으로 제공하려 함.
- 예산제는 의료공급량에 대한 규제가 함께 이루어져야 성과를 거둘 수 있는 점도 눈여겨보아야 할 것임.
- 예산규모의 결정과정상 무리한 운영은 예산제의 성공적 정착에 한계로 작용하였고, 병원 유형별 기능의 복잡성을 고려한 기능별 예산배분으로 이행하여 왔고, 포괄적인 배분 보다는 개별공급자별 구체화된 배분이 예산제의 기대효과를 제고
- 정신과나 간호요양과 같은 비교적 환자의 질환형태가 정형화되고 비용발생의 변이가 크지 않은 경우에 예산제가 성공적으로 뿌리내릴 수 있었음.

4. 대만의 총액예산제와 시사점

- 대만은 1995년 3월부터 정부 운영의 단일보험자방식으로 전국민건강보험을 출범시킨 후 총액예산제를 1998년 치과, 1999년 한방, 2001년 의원, 2002년 7월 병원의 순서대로 도입하기 시작하였음.

- 대만의 국민의료비는 2000년 GDP 대비 5.44%인데 한국은 2001년 기준으로 6.8%로써 대만이 낮게 통제되고 있음. 그 이유는 총액예산제 도입으로 진료비통제기전이 우리 보다 효과적인 점도 있겠지만 다음과 같은 이유들에도 기인하고 있음.
 - 의료공급의 인프라 측면에서 보면, 의료인력의 공급이 낮게 통제되어 왔음.
 - 건강보험제도의 운영에 있어서 대만은 정부가 보험자로서 직영한 데에 비해 우리나라는 공단이나 심평원과 같은 준공공기관이 관리함으로써 정부 직영시스템이 비용통제에 비교적 유리하였을 것임.
 - 대만의 건강보험은 급여범위가 포괄적이어서 비용통제의 범위가 넓은 데에 비해, 우리나라는 비보험비중이 높아 비용통제 밖에 있는 진료영역이 넓은 데에서 의료비통제기전의 효과성에서 차이가 났음.

IV. 총액계약방식의 예산제 도입방안

1. 외국 예산제의 시사점과 우리나라 여건분석

가. 외국 예산제의 시사점

- 병원의 경우 예산제하에서 일당정액이나 포괄수가 방식으로 배분하더라도 의사의 진료행위에 대해서는 별도의 보상시스템을 유지하여 의사서비스의 질적인 수준을 유지하려 함
- 개원의에 대해서는 총액예산제를 시행하더라도 배분은 행위별수가에 의존하는 경향이 강함. 외래진료에 대한 보상도 개별서비스에 기초한 보상('service-based')에서 진료활동에 기초한 포괄적 보상('activity-based')으로 전환하려는 경향이 나타나고 있음.
- 약제비에 대한 예산계약은 의사의 과도한 처방행위를 제어하는 데에 일차

적인 목적을 두고 있고, 이차적으로는 제약회사의 과잉 판매를 억제하려는 기전을 장착하려 함.

- 예산제 도입에 따른 진료비 억제 혹은 자원배분효율의 성공 유무를 판별하기 위해서는 어느 부문으로 비용이 전가되지 않았는지를 검토하여야 할 것임.
- 개원의사에 대한 예산제 적용에 있어서 예산목표제 보다는 예산상한제를 적용하여야 비용통제효과를 가지적으로 거둘 수 있었으나, 의사들의 상당한 저항에 부딪치고 예산제에 대한 공급자들의 협조를 이끌어내는 데에 어려움을 가증시켰음.
- 추세적 예산(historical budgeting)을 적용하면 기대하는 비용억제효과를 얻기 어려우며 의원에 대한 예산제약으로 인하여 의원 환자의 병원의뢰 증가로 병원으로의 비용이전을 유인하여 병원이 상당한 압박을 받게 되었음.
- 예산제약을 지키지 않을 때에 의사와 제약회사가 부담하도록 한 것은 다시 많은 약제비를 요하는 환자를 병원으로 의뢰하게끔 유인하였고 의사들이 처방을 자제함으로써 약사들이 직접 조제하는 약의 비중이 늘어나게 하는 원인을 제공하기도 하였음.

나. 우리나라 여건분석

- 공공병상이 외국에 비해 적음 → 공공병원부문에 예산제를 우선적으로 적용할 것을 고려할만함.
- 의료비중 정부지출비중이 낮으나 사회보험비중은 높음 → 외국의 경험으로 볼 때에 정부재원의 비중이 낮다고 예산제를 도입하기 어려운 결정적인 장애요인은 아님.
- 민간부담비중이 높음 (보험급여범위가 좁음) → 비급여로의 비용전가(cost-shifting)가 우려되므로 보험진료비에 예산제를 도입하기 위해서는 비보

협 진료부문으로의 비용전가를 막는 기전을 개발하여야 함.

- 입원비중이 낮고, 외래비중이 높음 그리고 병원과 의원의 기능이 중복되고 있음 → 병원의 입원/외래 전체를 대상으로 예산제를 적용하여야 할 것임.
- 전국민을 가입자로 하는 건강보험제도를 시행하고 있음 → 건강보험가입집단과 비가입집단간에 비용전가(cost-shifting)가 일어날 가능성이 없음.
- 의료기관이 법적으로는 비영리이지만 현실적으로는 영리를 추구하고, 설립은 시장에 맡겨두고 있음 → 이는 예산제 도입시 공급자의 저항을 불러일으킬 수 있는 장애요인임.
- 환자들은 의료이용에 거의 제한을 받지 않음 → 예산제 도입을 불가능하게 할 결정적인 사항은 아니지만, 예산제를 도입한다면 제도의 설계에 세심한 주의가 필요할 것임.

2. 예산제 도입의 기본구도

- 예산목표는 과학적인 공식에 따른 준거에 따르되, 의료정책이나 경제사회적 상황 변화를 수용하는 유연성을 두는 것이 바람직함.
- 엄격한 규칙에 의한 예산배분 보다는 내부시장원리에 입각한 협상과 경쟁에 의한 예산배분이 바람직할 것임.
- 인구기준으로 예산배분을 접근하기에는 무리가 있으므로 진료부문별로 접근하여야 할 것임.
- 예산의 증가율은 진료내용과 진료의 질 등을 근거로 과거진료비를 평가하고 이러한 평가를 토대로 예산의 규모나 증가 정도를 결정하는 것이 좋을 것임.

- 예산제의 적용범위는 설득과 타협에 바탕을 두고 적용이 용이한 부문부터 도입하여 점차 확대해나가는 것이 바람직함.
- 예산규모는 의료부문에 어느 정도의 재원이 배분되는 것이 타당한가의 관점에서 정해져야 하며 고령화에 따른 의료수요의 자연적인 증가현상도 감안하여야 할 것임.
- 예산제의 운영은 정부나 보험자가 어느 정도 개입하는 형태로 운영하다가, 의료단체들이 자율적인 예산배분을 요청하고 의료공급자와 보험자간 쌍방향 협상이 가능한 분위기가 형성될 때에 정부의 개입을 줄여나가는 방안이 적절할 것임.

3. 총액규모의 산정과 배분

- 총진료비규모는 지속가능한 수준의 진료비규모에 α 를 고려할 수 있음.
 - 지속가능성은 경제성장, 의료물가, 인구구조변화 등을 고려할 수 있으며 미국의 SGR(sustainable growth rate)의 적용을 하나의 준거로 삼을 수 있음.
 - α 는 의료정책적 목적이나 의료산업의 육성 등을 고려하여 부문별 예산에 대한 인센티브를 도입할 수 있을 것임.
- 총액진료비를 진료부문별로 배분할 때에는 진료부문별 행위료, 재료 및 검사, 약제비 등 원가구성의 변화와 의료정책적 측면을 고려하여야 할 것임.
 - 여기서 고려할 수 있는 진료부문은 의과·치과·한방·약국 등 진료과별 분류와 병원·개원의 등 의료기관유형을 감안할 수 있을 것임.

4. 계약의 절차와 내용

- 계약의 절차는 소비자를 대리한 보험자단체와 공급자들을 대표하는 공급자단체가 雙方獨占(Bilateral Monopoly)的 協商에 의해 예산을 결정하는 것이

바람직함.

- 그러나 현재의 여건으로서는 양 당사자들이 협상의 대표로써 권한을 위임받기에 상당히 어려운 구조적인 문제가 있기 때문에 소비자, 공급자, 공익 3자간 합의에 의해 결정하는 구도를 유지하는 것이 현실성이 높음.

- 계약의 내용은 전체 진료부문을 포괄하는 총액진료비 규모에 대해 우선 협의가 이루어지고 각 진료부문별 예산이 축차적으로 결정되는 단계를 거쳐야 할 것임.

5. 예산제 도입의 선결과제

- 의료서비스 공급자에 대한 사후 모니터링 구축 및 의료의 질 관리를 위한 평가시스템을 도입하여야 함.
- 의료서비스 공급자에게 배정된 예산이 투명하게 집행되었나를 점검하는 시스템을 구축하여야 함.
- 예산제도가 도입되면 의료공급자가 비급여 서비스를 증가시킬 경제적 유인을 갖게 되므로 예산제도의 도입에 앞서 보험급여를 확충하는 것이 필요함.
 - 보험급여를 확충하기 어려운 경우, 비보험진료부문의 투명성을 확보하여야 함.
- 예산제도 성공을 위해 정보체계를 통해 의료비 지출수준의 모니터링, 예산을 초과하는 의료비지출 원인의 신속한 파악, 특히 병원의 신뢰할 수 있는 회계기준 정립이 필요함.
- 기타 DRG 나 상대가치점수체계의 개선이 필요하며, 재원조달방식을 재검토하고 진료비심사시스템의 개편이 뒤따라야 함.

6. 예산제 도입의 기대효과

가. 의료공급자 측면

- 불필요하게 낭비되던 진료원가를 절감할 유인을 제공하고, 공급자간 환자유치를 위한 과잉경쟁으로 인한 자원의 낭비를 줄임.
 - 이에 따라 의료공급자의 기존 이윤이 유지되거나 이윤이 증가할 수도 있음.
 - 또한 의료공급자들간 수입격차를 줄이는 효과를 거둘 수 있음.
 - 의료인의 진료자율성을 제고하고, 의료단체의 자율적인 통제메커니즘을 구축할 수 있음.
- 예산제의 비적용 진료부문으로 비용전가(cost-shifting), 특히 비보험진료부문으로 비용을 전가하려는 노력이 발생할 수 있음.
 - 의료단체간, 의료기관간 수입배분의 갈등이 발생할 수 있음.

나. 의료소비자측면

- 공급자의 불필요한 진료 감소로 비용부담이 줄어들 수 있음.
 - 반면에 과소진료가 나타나면 질 저하의 가능성이 있음. 입원진료의 경우 입원환자의 대기가 길어져 수술(치치)의 적절한 시기를 놓칠 가능성
- 소비자의 이용통제를 위한 강한 본인부담제에 의존할 필요가 없음.
- 진료의뢰절차를 준수하거나 수술여부 검토 등 의료이용에 일정한 제한이 필요할 수 있음.

다. 정부(보험자) 측면

- 보험진료비의 통제가능성 증대로 거시적인 자원배분의 효율성을 달성할 수 있고, 보험진료비의 예측가능성 확보로 재정운영의 효율성을 제고할 수 있음.
- 행위수가제하에서 복잡한 청구·심사 등 관리비용이 예산제하에서는 절감 가능
- 예산규모의 합의 도출과정에서 공급자, 소비자, 정부(보험자)간 갈등을 조정하는 역할이 필요할 수 있고, 예산배분이 의료단체에 맡겨지지 않고, 정부(보험자)가 배분과정에 개입하게 될 때에 정부(보험자)의 조정자로서의 역할 부담이 증가함.

V. 결론 및 정책건의

- 선진국에서 시행하고 있는 총액예산제를 단기적으로 도입하기에는 우리 의료시장의 특성상 많은 장애요인을 안고 있음. 우리의 장애요인과 그 장애를 극복하기 위한 대안을 검토한 결과는 다음과 같음.
- 보험제도권밖의 비보험 진료부문이 과다하므로 보험진료비총액을 계약하더라도 비보험진료부문으로 비용을 전가하는 왜곡을 방지하여야 함.
 - 해법은 보험급여를 확대함으로써 비보험부문을 축소하는 것이나, 재원 조달의 한계를 감안하여 대부분의 필수적인 진료는 보험의 적용을 받도록 하되 본인부담율을 조정하는 방안을 검토함.
 - 다른 방법은 비보험진료의 투명성을 확보하는 시스템을 구축하는 것으로써 ‘전자진료카드’의 도입을 검토함.
- 의료기관의 대부분은 민간의 자본으로 설립되고 의료기관 개설에 대한 규제가 거의 없어 의료기관수가 증가하는 경우 의료기관에 대한 총액진료비

배분의 갈등이 발생할 수 있으므로 이를 최소화하여야 함.

- 의료서비스의 질(성과)과 연계한 총액예산을 계약하되, 배분을 의료공급자단체에 맡기고, 의료기관 및 병상, 의료인력 등 의료자원에 대해 의료계에서 스스로 조절할 수 있는 자율을 부여하는 방안을 검토할 수 있음.
- 그러나 자율권을 부여할 경우 독점적 지위를 이용한 수익극대화 전략을 추구할 수 있음. 따라서 서비스의 질 확보를 위한 의료자원 투입기준을 마련하거나, 서비스 질 평가에 근거한 성과중심의 예산제를 도입함.

□ 병원과 의원간 기능미분화로 총액진료비의 배분상 기술적인 한계가 있음

- 예산제 초기에는 병원과 의원의 입원진료와 외래진료로 구분하여 예산을 배분하되, 점진적으로 병원은 입원진료에서 더 많은 마진을, 의원은 외래진료에서 더 많은 마진을 얻도록 하는 등 의료기관 종류별 기능의 전문화를 유도하는 방향으로 예산배분 시스템을 짜야 함.

□ 지역별 진료권이 거의 폐지되었으므로 총액진료비를 지역별로 배분하는 것이 어려움.

- 지역별 진료권을 설정하되, 의료이용을 제한하지는 않으면서 진료권 밖의 진료에 대해 공급자에 더 적은 배분을, 환자에게는 더 많은 본인부담을 부과함으로써 실질적인 진료권을 구축하도록 유인하는 방안을 검토

□ 총액진료비를 통제하는 대신에 의료공급에 대한 규제를 완화하기 위해서 요양기관 계약제로 전환하는 방안을 검토

- 요양기관 뿐아니라 요양기관내의 병상이나 의사에 대해서 보험병상과 보험의사로 계약할 것을 검토

□ 총액예산과 의료서비스의 질(성과)만 계약하는 방식을 취하지 않는 한, 진료영역별 지불보상방식(즉 행위별수가 혹은 DRG, 일당제, 인두제 등)을 비

- 못한 보험약가, 재료대를 포함하는 포괄적인 계약이 되어야 할 것임.
- 특히 계약의 메카니즘은 진료행위와 의약품 및 재료의 항목별 가격구조의 왜곡을 시정하고, 투명하고 객관적인 준칙에 따르도록 함.
 - 또한 국고지원예산과 더불어 예산과정과 같이 맞물려 돌아가야 하고, 보험료의 인상과도 연계되어 전체 보험재정의 흐름과 맥을 같이하여야 할 것임.
- 계약의 당사자로서 보험자의 대표성을 확보하는 기전이 마련되어야 할 것이며, 의약계 대표의 선출 절차가 합의되어야 할 것임.
- 쌍방 협상과 더불어 공익대표의 중재하에 계약이 성립되는 의사결정시스템의 구축이 필요함.
- 마지막으로 계약방식의 예산제는 진료비 예측이 어려운 후불보상방식의 지불제도를 예측가능한 선지불방식인 예산제로 전환하는 패러다임의 변화임.
- 거시적으로 보건의료에 투입하는 자원배분의 적정성을 확보하면서, 주어진 예산계약 내에서 내부적인 효율성과 형평성을 제고하려는 데에 근본적인 목적이 있음.
 - 내부적인 효율성을 제고하기 위해서 건강수준을 향상하는 비용효과성 제고에 초점을 맞추고, 엄격한 규제 보다는 성과에 기반한 계약방식을 통하여 ‘내부경쟁시스템’을 적극 활용하여야 함.

I. 서론

우리나라의 건강보험제도는 1996년부터 재정수지가 적자로 돌아서기 시작하였고, 2001년에는 보험재정이 급격히 악화되는 위기를 맞이하였다. 이러한 재정 위기는 노인인구 증가, 수진율 증가, 의사수 증가 등 그 동안 누적된 잠재적인 재정불안 요인과 더불어 의약분업의 시행 전후에 취해진 수가 인상에서 기인하고 있다. 의약분업 시행 전후에 인상된 수가의 적정성 문제는 논란의 대상이 되고 있으며 현행 행위별 수가제가 유지되는 한 수가에 관한 논쟁은 계속될 것이다.

건강보험재정을 불안정하게 만드는 큰 요인중의 하나는 현행 행위별수가제를 꼽고 있다. 즉 행위별 수가제는 의사의 진료자율성을 보장하고 의료서비스의 질을 유지하는 측면에서는 장점이 있으나, 의료비용억제 및 자원배분의 효율성 측면에서 문제점이 있는 제도로 비판받고 있다. NHS(국민보건서비스)나 NHI(전국민의료보험)체계를 가지고 있는 각국은 행위별 수가제를 의료공급자의 비용절감적인 의료행태를 유도할 수 있는 선불제로 바꾸는 방식으로 의료비 증가에 대처하여 왔다.

우리나라는 그동안 보험료 인상, 본인부담금 조정, 각종 보험약 가격인하 정책 등의 건강보험 재정안정화 방안을 시행하여 왔으나, 의료서비스 수요량 결정에 큰 영향을 미치는 의료공급자의 행태를 비용절감적인 방식으로 바꾸지 않고는 그 효과가 제한적일 수밖에 없다. 따라서 건강보험의 재정을 근본적으로 안정화시키고 의료자원이용의 효율성을 제고하기 위해 새로운 급여비 지불제도의 모색이 필요한 상황이다.

본 연구의 목적은 사후적(retrospective) 진료비지불제도인 현행 행위별수가제의 대안으로 의료서비스 제공자에게 지불되는 진료비를 사전적(prospective)으로 결정된 총액으로 지불되는 총액예산제의 도입방안을 검토하고자 한다.

연구방법은 문헌연구를 통하여 총액예산제에 관한 이론적 고찰을 시도하고, 효과적인 총액예산제의 모형을 구축하기 위해 이러한 제도를 시행하고 있는 외국의 사례를 분석하였다. 그리고 우리나라의 의료여건하에서 총액예산제 도입의 타당성을 검토하고, 제도 도입을 위한 기본적인 구상과 제도의 설계, 그리고 계약의 절차 등 예산제 도입에 필요한 구조적인 틀을 제시하고자 한다.

II. 기존 연구와 이론적 고찰

1. 기존 연구

의료보험 통합체계하에서 현행 행위별수가제의 대안으로 의료비 총액예산제가 장기적인 관점에서 검토의 가치가 높다고 지적하고, 외국의 의료비 총액예산제도의 특성과 장단점을 시론적 성격에서 논의한 연구들로서 최병호(1998, 2000), 최병호 외(1998), 권순만(1999, 2000), 이준영(2000a, 2000b) 등이 있다. 그 외 양봉민 외(2001)는 치과부문에서 요양급여비용계약제의 개선방안 및 계약시 보험자가 준비하여야 할 사항과 계약의 내용을 제시하는 보고서에서, 현행 행위별수가제의 대안으로 좀 더 효과적인 진료비 지불제도, 즉, 총액예산에 기초한 계약제의 도입을 중장기적인 목표로 제시하였다. 전창배, 고수경(2001)은 외국의 총액예산제 운영실태를 소개하였고, 고수경(2002)은 우리나라에 병원(전문종합요양기관)에 대한 예산제 실시를 위한 예산배분방식에 대한 실증적인 연구를 시도하였다.

한편 외국의 경우 많은 논문들이 쏟아져 나왔으며, 대부분 국가별 사례에 의한 경험과 평가를 시도한 것들이 많으며, OECD나 European Union 등에서 회원국들의 총액예산제 사례를 종합한 연구들이 있고, 유럽 지역이나 북아메리카 국가의 예산제를 비교한 지역별 연구들도 있다. Bishop et al(1994), Holahan(1996)의 연구는 총액예산제 도입의 이론과 전략을 소개한 총론적인 연구를 하였다.²⁾

2) Abel-Smith(1992), Abel-Smith, Mossialos(1994), Anell and Svarvar(1999), Altman and Cohen(1993), Ashby and Greene(1993), Barer(1995), Bishop et al(1994), Busse(1997), Busse and Howorth(1999), Barer and Sanmartin(1996), Bishop and Wallack(1996), Calltorp(1996), Clive(1996), Danzon(1992), Dixon and Mossialos(2002), Embacher and Schneider(2002), Glaser(1993), Glaser(1993), Glennerster(1996), Henke and Ade(1994), Henke, Murray, Ade(1994), Holahan, Linda, Stephan(1994), Hurley and Card(1996), Hurley and Goldsmith(1997), Maarse(1996), Redmon and Yakoboski(1995),

외국의 총액예산제 실시 경험에서 볼 때 총액예산 방식을 통해 경제적인 인센티브를 제공하는 것은 비용절감적인 진료행태를 유도하는 데는 유효한 방식이기는 하지만 과소진료 위험이 증가함에 따른 질적 논란과 다른 서비스로의 비용이전문제(cost-shifting)가 발생하는 것으로 나타난다. 우리나라 의료환경에서도 이러한 부작용 발생을 고려하여 연구가 수행되어야 할 것이다.

2. 이론적 검토

가. 미시경제학적 접근

미시경제학적인 효율과 형평의 관점에서 총액예산제를 평가하자. 먼저 효율성의 관점에서 보면 단순히 비용 대비 수량적인 실적이 아닌 질적인 문제를 고려한 비용효과성의 제고(quality-based cost-effectiveness)에 초점이 모아져야 한다. 즉 비용통제(‘예산제약’)하에서 내부적인 자원배분의 효율성을 제고하여야 한다. 이를 공급자와 소비자, 정부로 나누어 접근해보자.

공급자 측면에서는 첫째, 예산제약하에서 원가절감 동기(cost incentive)를 가지도록 함으로써 행위수가제하에서와 비교하여 이윤을 유지하거나 그 이상의 이윤을 누릴 수 있다면 예산제를 받아들일 것이다. 둘째로 행위수가제하에서는 공급자간에 환자 유치를 위한 과잉경쟁을 유발함으로써 비효율이 발생할 수 있는데, 예산제하에서는 이러한 비효율을 완화하는 기전을 마련할 수 있다. 셋째로 예산제 적용진료부문(예, 입원)으로부터 비적용 진료부문(예, 외래)으로 비용을 전가(cost-shifting)할 우려가 있다. 특히 우리나라의 경우 비급여부문으로 비용을 전가할 우려가 있다. 따라서 이러한 비용전가기전을 차단하는 것이 예산제 성공의 조건이 될 것이다.

소비자 측면에서는 첫째, 공급자의 원가절감 추구행위로부터 과소진료 혹은 질이 저하될 가능성이 존재한다. 이러한 문제를 통제하기 위하여 보완장치가

Saltman(1997), Schlottmann(2002), Wiley(1992), Wolfe and Moran(1993) 등이 있음.

필요하다. 예를 들어, 質이나 성과 평가를 기초로 성과예산제를 도입하는 것이 하나의 방안이 될 것이다. 둘째로 행위수가제하에서의 불필요한 과잉진료의 부작용이 제거될 것이다. 의료의 특성상 적정이상의 과잉진료는 건강에 무익하거나 오히려 해로울 수 있는데, 행위수가제하에서의 악성 거품이 제거될 수 있다. 셋째로 공급자의 이윤동기 약화로 환자의 대기(waiting)가 길어질 가능성이 있다. 선진국 경험에 의하면 이러한 queing 문제의 해법으로 공보험 적용을 받지 않는 사립병원을 허용하거나, 민간보험의 시장진입을 활성화하고 있다.

정부(보험자)의 입장에서는 첫째, 보험진료비의 통제가 가능하여 보험재정을 안정적으로 가져갈 수 있다. 둘째로 진료비의 예측가능성이 어느 정도 확보됨으로써 보험료와 국고지원 등 재정운용의 효율성을 향상시킬 수 있다. 셋째로 행위수가제하에서의 세밀한 청구 및 심사비용이 절감됨으로써 관리비용을 절감할 수 있을 것이다.

형평성의 관점에서 공급자와 소비자 측면으로 나누어 접근해보자.

공급자 측면에서는 현행 행위수가제하에서 환자 확보를 위한 공급자간 과도한 경쟁이 공급자간 수입격차를 확대하고 있다. 이러한 공급자간의 과도한 이윤의 격차를 줄이는 기전을 예산제하에서는 비교적 쉽게 공급자간 합의에 의하여 마련할 수 있다.

소비자 측면에서 보면, 행위수가제하에서 비용억제의 기전은 주로 본인부담제에 의존하는 경향이 있는데, 이러한 본인부담은 환자간 의료비부담의 형평을 저해한다. 그러나 예산제하에서는 과도한 본인부담제에 의존할 필요는 없기 때문에 의료비부담의 형평을 개선할 수 있을 것이다. 우리나라의 경우 비급여 본인부담이 커 보험진료비 총액제한은 비급여본인부담으로 비용이 전가되고, 이에 따라 본인부담이 증대될 우려가 있다. 이러한 우려는 앞서 얘기한 바와 같이 비용전가의 기전을 차단하는 장치가 필요하다.

나. 거시경제학적 접근

거시적 효율성(macro-efficiency)의 관점에서 예산제를 평가해보자. 즉, 전체 국

가자원 중에서 의료부문에 대한 적절한 자원배분이 필요하다는 측면이다. 왜냐하면 의료서비스의 특성들인 정보비대칭, 도덕적 해이, 공급자독점 등으로 시장 기능에 의하여 자원배분이 효과적으로 작동하지 않을 것이기 때문이다. 의료부문에 과도한 자원의 쏠림은 거시적 비효율을 야기한다. 그러나 예산제약에 의한 과소한 자원배분 역시 거시적 비효율을 야기할 수 있다.

그렇다면 적절한 자원배분의 기준은 무엇인가? 몇 가지 기준을 제시한다면, 첫째, 의료부문의 부가가치(성장) 유발효과이다. 여기에는 의료산업적인 맥락에서 전방효과와 후방효과가 어우러져 부가가치가 계산될 것이다. 의료부문 특히 의료서비스부문의 부가가치가 타부문에 비해 크다면 의료서비스 부문에 대해 더 많은 자원배분이 이루어지는 것이 타당할 것이다. 둘째로 고용유발효과이다. 의료서비스부문은 노동집약적인 경향이 있다. 의료서비스 관련인력이 과잉공급된 상황하에서는 의료서비스부문의 성장은 실업을 흡수할 수 있다. 또한 의료부문의 성장은 서비스 제공에 필요한 파생인력들 즉 병원행정직원이나 병원경영전문가의 고용이 필요하고, 의료서비스의 확대는 의약품이나 의료재료 및 기기에 대한 수요를 유발함으로써 제약산업이나 관련 산업의 고용증대를 유발할 것이다. 셋째로 의료비투입의 건강수준향상 효과이다. 이 부분이 가장 중요할 수 있다. 거시경제적인 관점에서 의료부문의 생산성을 측정하는 데에 가장 큰 난관이 여기에 있다. 다른 산업부문은 부가가치나 GDP(성장)에 대한 기여도를 계산할 수 있으나, 보건의료부문의 성과는 이러한 양적인 지표로 측정하기가 어렵다. 즉, 궁극적으로 의료비투입의 목적함수는 거시적인 건강수준 증진이다. 그런데 건강생산함수('health production function')에 따르면 의료비투입이 증가함에 따라 건강수준의 향상 속도가 체감하는 경향이 있다. 그러나 이러한 기준을 계량적으로 측정하는 데에 기술적인 장애가 많다.

다. 정치적 실현가능성(Political Feasibility and Consensus)

예산규모에 대한 통제가 공급자의 이윤을 감소시킬 것이라는 우려 때문에 공급자들의 집단적인 저항을 예상할 수 있다. 그리고 예산이 소비자-공급자-공익

간 합의체에서 결정될 때에 합의도출의 어려움이 존재한다. 공급자들 가운데에 주로 경쟁력있는 공급자(예, 유명 대형병원이나 환자수 많은 의원들)의 불안감이 저항의 일선에 포진할 것이다.

예산의 배분이 공급자단체의 자율에 맡겨진다면 배분과정에서 예상되는 의료계내부의 갈등과 로비를 예상할 수 있다. 그러나 정부(보험자)가 배분과정에 개입할 경우에는 정부의 조정자로서의 부담이 커질 것이다.

그리고 예산제 도입이 추진될 경우 의료부문별로 예산제 도입이 불리하다고 판단될 경우 예산제 적용을 반대하는 논리에 대한 홍보전이 예상된다. 현재로서는 각 단체가 구성되어 있는 의과, 치과, 한방, 약제 부문별로 이해득실에 대한 계산이 치열하게 벌어질 것이다. 혹은 의원급, 병원급, 약국 등 개업형태에 따라 예산제의 득실에 대한 입장이 다를 수 있다.

예산제를 도입하면서 진료비심사와 지불이 의료단체 자율로 이루어질 경우 건강보험공단이나 심평원의 기능 축소(혹은 전환)로 인한 구조조정 문제도 대두될 것이다. 다만, 구조조정이 이루어지더라도 이들 관리인력 중 대부분이 의료단체의 관리시스템으로 이전된다면 고용불안은 해소될 것이다. 또한 의료단체가 심사와 지불기능을 공단이나 심평원에 위탁한다면 구조조정문제는 발생하지 않을 수 있다.

예산제 도입의 전제조건으로 소비자에 대한 규제(예, 진료의뢰절차 강화)가 이루어질 때에 자유로운 의료이용을 제약하는 새로운 형태의 소비자불만이 나타날 가능성이 있다. 그리고 예산제 도입의 전제조건으로 공급자에 대한 규제(예, 의료기관 설립, 병상, 장비에 대한 규제)는 공급자의 저항을 불러일으킬 가능성이 있다.

라. 예산제가 성공하기 위한 보건의료시스템의 조건(Desirable Conditions of Health Care System)

예산제가 성공할 수 있는 보건의료시스템의 조건은 있는가? 즉 지불보상제로서 예산제를 의료공급자들이 수용할 수 있고, 예산제하에서 의료서비스의 질

이 그다지 떨어지지 않도록 보건의료시스템이 뒷받침할 수 있는 적합한 여건은 어떤 것인가에 대한 것이다. 여기서 적합하다는 것은 보건의료시스템 전체의 효율이나 형평(의료접근성)의 측면에서 다른 지불제도와 비교하여 우수함을 유지하여야 함을 의미한다.

만약 이러한 조건들을 갖추지 못한다 하더라도 예산제가 지향하는 목적을 달성할 수 있는 보완방법들이 있다면 예산제의 도입이 가능할 것이다.

Ⅲ. 선진국의 진료비지불제도와 총액예산제

1. 진료비지불제도의 유형³⁾

가. 사회보험에서 공급자 지불체계의 중요성

사회의료보험은 기본적으로 보험자(insurance body)와 피보험자(insured persons)로 구성되어 있으며, 피보험자가 보험급여범위에 있는 의료서비스를 필요로 하는 경우 의료서비스 공급자(provider)로부터 서비스를 제공받는 구조로 되어 있다. 의사, 간호사, 제약회사에 해당되는 의료서비스 공급자는 사회보험체계 하에서 보험계약 당사자(보험자와 피보험자) 외의 제 3자로 간주된다. 이러한 의료 서비스 공급자들은 서비스를 제공하는 댓가로 지불보상을 받고 있기 때문에 사회의료보험체계에서는 지출 부문으로 간주되고 있다.

의료비 지출규모는 의료 서비스 공급량과 각각의 서비스에 대한 가격으로 결정된다. 진료비 지불제도는 의료 서비스 공급량과 서비스 가격에 영향력을 행사함으로써 의료비 지출 규모에 영향을 미친다. 의사와 병원은 환자들로 하여금 진료 행위와 약품에 대한 수요를 갖도록 유도한다. 즉, 환자들이 필요로 하는 진료와 약품의 종류와 규모를 선택하는 것은 환자 자신들이 아니라 의료기관인 것이다.

이러한 이유로 인해 의료 공급자들, 특히 의사들이 환자들에게 유인수요를 갖게끔 하는 메카니즘을 이해하는 것이 중요하다. 의료 서비스 공급자들은 자신들의 수입을 극대화하려는데 주된 관심을 갖고 있다. 직면하고 있는 진료비 지불보상제도에 따라 의료기관은 수입 극대화를 다음과 같은 방식으로 추구한다. ① 가능한 많은 치료를 행한다 ② 환자들의 호감을 산다(예를 들어 많은

3) 본 절은 Charles Normand and Axel Weber, Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, WHO and ILO, 1994 에 소개된 지불제도의 유형을 설명한다. 학술적인 측면에서는 깊이가 다소 떨어지나 쉽게 이해할 수 있는 입문서로서는 잘 정리되어 있다.

약을 처방하여 환자들로 하여금 적절한 치료를 받고 있다고 믿게끔 함) ③ 재정적 능력이 없거나 위험한 상황에 처해있는 환자들을 병원으로 보낸다 ④ 불필요한 재진료를 받게끔 한다 ⑤ 투자비용을 보상받기 위해 이미 구입한 값비싼 의료기기를 남용한다

의료서비스 공급자로 하여금 양질의 서비스를 제공하게 하기 위해 진료비 지불보상제도는 공급자가 합당한 수입을 받도록 설계되어야 한다. 또한 적정한 수입이 보장되어야 양질의 의료인들로부터 피보험자들이 지속적인 의료 서비스를 제공 받을 수 있을 것이다.

진료비 지불보상제도는 앞서 언급한 불필요하고 낭비적인 의료행위를 막도록 설계되어야 할 것이다. 진료비 지불보상제도는 진료비를 통제하는 주된 기전이기 때문에 적절하게 설계하는 것이 상당히 중요한 과제이다. 각 나라는 다양한 진료비 지불보상제도를 채택하고 있으며 경우에 따라서는 여러 유형을 복합적으로 사용하고 있기도 하다. 다음의 각 절은 주요 진료비 지불보상제도의 유형과, 각각의 지불보상제도가 의료의 질, 진료비 억제, 관리에 미친 영향에 대해서 논의한다.

나. 행위별 수가제(Fee for service and price per item)

1) 개념

행위별수가제는 가장 일반적이고 시장원리에 근접한 진료비 지불보상제도이다. 의료 서비스 공급자들은 그들이 제공하는 각각의 치료행위와 의약품에 대해 보상받는다. 예를 들어 의사는 그들이 행한 진료나 검사에 대해 보상받으며, 약사는 환자에게 제공한 약품에 대해 보상받는다. 병원 또한 병원의사에 의해 제공된 치료행위나 입원수용에 대해 지불받는다. 행위별 수가제하에서 의사들은 환자의 지불 능력만큼 의료비를 청구할 수 있기 때문에 진료비의 규모는 통제되기 어렵다.

행위별 수가제는 수가표(fee schedule)에 의해 진료비를 책정한다. 수가는 모

든 의료공급자에게 강제적으로 적용되며 청구되는 진료비의 상한선과 하한선을 결정한다. 독일의 경우, 사회의료보험에 의해 보장받는 환자를 치료하는 의사들은 반드시 정해진 수가에 따라 진료비를 청구해야 하며, 수가보다 높거나 낮은 진료비를 청구할 수 없다. 프랑스와 벨지움에서는 참조가격의 형태(recommended set of prices)로 수가 존재한다. 따라서 의사들은 수가표에 기재된 가격보다 높은 진료비를 청구할 수 있는 선택권이 있다. 몇몇의 국가에서는 의사들이 수가보다 높은 진료비를 청구할 수는 없으나 낮은 진료비는 청구할 수 있는 권한이 있다.

일반적으로 수가는 다음과 같은 두 가지 주요한 기능을 갖고 있다. 첫째, 보험자에게 청구되는 급여항목을 명시한다. 급여항목은 새로운 의료기술을 따라가고 소비와 처방 행태, 병리학의 발달에 대응하기 위해 자주 새로이 갱신되어야 한다. 둘째, 각각의 급여항목에 대한 가격을 제시해 준다. 가격은 물가상승에 의해 보정되고 기술·치료 발달을 고려해서 설정되어야 한다.

수가는 환자와 의사 모두에게 중요한 기능을 하기 때문에 수가를 확정하여 보험자로 하여금 정해진 수가에 따라 지불하게끔 하는 것이 중요하다. 만일 의사가 수가에 따라 진료비를 청구하지 않는다면 환자들은 상당한 규모의 진료비를 지불해야만 할 것이다. 강제적으로 수가를 부여함으로써 보험자와 환자는 그들이 기대하는 진료비에 대해 의심의 여지를 갖지 않게 된다.

강제적인 수가를 부여함으로써 의사들 역시 이득을 얻게 되는데 그 이유는 어떤 항목이 급여 가능하며 얼마만큼의 진료비가 청구 가능한지 수가에 명백히 설정해 놓음으로써 환자와 의사 사이에 논쟁의 여지를 남기지 않기 때문이다. 최소한의 수가를 선정하는 것이 의사 입장에서 유리한데 그 이유는 환자가 부담능력이 있는 한도 내에서 의사들이 많은 진료행위를 행할 수 있기 때문이다.

같은 논리가 병원과 약국 같은 다른 의료서비스 공급자에게도 적용된다. 불행히도 많은 나라가 약품에 대한 가격표(price list)를 갖고 있지 않다. 약품 가격표가 없는 나라에서 제약회사와 약국은 그들이 원하는 대로 약품비를 청구하고 있다. 프랑스와 같이 의무적으로 약품 가격표를 도입한 국가에서는 이러한 가격표의 사용이 진료비 통제에 효과가 있다는 것이 증명되었다. 약품가격표는

급여약품항목과 각 약품 항목별 가격을 기재하고 있다. 의료보험조합은 모든 약품에 대해서 급여해주는 것이 아니라 약품 가격표에 기재된 약품에 한해서 급여를 해주고 있다. 프랑스의 경우 약품 가격표에 기재되는 약품항목을 결정하기 위해 신청을 받고 있다. 독일은 특정 상표의 약품이 아닌 약품성분을 약품 가격표에 기재함으로써 보험자가 제약회사에 상관없이 특정 약품성분에 대해 보상하도록 하고 있다. 약품가격은 프랑스와 같이 특정약품에 대해서 기재하거나 독일과 같이 특정 약품성분에 대해서 기재하고 있다.

2) 진료비 계산 방식

행위별 수가제하에서 진료비는 수가표에 기초하여 산출된다. 수가표는 보험자와 국가 보건국의 협의하에 결정되거나 보험자와 의료서비스 공급자간의 협상에 의해 결정된다. 이 두 방법의 조합으로서 의사협회와 보험자간에 수가를 협상하고, 국가 보건국이 협상된 수가를 승인함으로써 결정되기도 한다. 수가표는 각 행위별 (약품의 경우 품목당)실제가격을 표시하거나 행위별 점수와 점당 단가로서 표시하기도 한다. 행위별 점수와 점당 단가를 표시하는 수가표는 다음과 같은 장점이 있다. 첫째, 점당 단가를 쉽게 보정함으로써 물가상승 등 가격변화를 반영하여 수가를 재조정할 수 있다. 둘째, 미리 진료비 예산을 결정하거나 협상하는 것이 가능하며 점당 단가를 조정함으로써 총 진료비를 예산범위 내로 유지시킬 수 있다. 이러한 방식에 의해 의료 서비스 공급자들이 진료비 전체 예산을 증가시키는 것을 막을 수 있다. 수가표에는 2,000개 이상의 항목이 포함되며, 약품은 급여항목에 한해 개별 약품을 기재하는가 혹은 특정 성분을 기재하는가에 따라 수천개의 항목이 포함된다.

특정 진료행위에 대한 비용은 첫째, 진료에 사용된 요소들(노동력, 자본비용, 재료비), 둘째, 사용된 단위별 요소들의 수량, 셋째, 각 요소들의 단위별 가격, 세 항목에 근거하여 결정된다. 사용된 각 요소들의 수량에 단위가격을 곱하여 각 요소별 비용을 산출하고 요소별 가격들을 더하여 한 진료 행위에 대한 진료비를 계산한다. 행위별 비용을 결정하는데 있어서 가장 중요한 점은 의사들의

노동비용을 어떻게 계산하는가이다. 의사노동비용은 협상을 통해 결정하거나 과거의 경험을 기초로 결정한다.

3) 비용절감, 의료의 질, 관리에 미치는 영향

행위별 수가제 하에서 의료서비스 공급자들은 진료행위를 증대하거나, 짧은 시간 동안에 진료를 행하는 등 서비스의 질을 저하시킬 수 있다. 뿐만 아니라 간호사나 기술자등 임금이 낮은 의료인에게 필요이상의 진료를 위임함으로써 수익 극대화를 꾀하기도 한다. 진료비가 계산되는 방식이 보여주듯이 행위별 수가제하에서 공급자들은 가능하면 많은 진료를 행하고자 하는 강한 유인을 갖게 된다. 진료행위를 늘림으로써 의사들은 자신들의 수입을 증대시키며, 필요이상의 경상비용을 사용함으로써 추가적인 이득을 획득한다. 즉, 행위별 수가제는 의사들로 하여금 불필요한 진료행위를 행하도록 유도함으로써 진료비 증가를 초래하는 명백한 유인을 갖고 있다.

행위별 수가제가 의료 서비스 질에 어떠한 영향을 미치는가는 명백하지 않다. 행위별 수가제는 건당 진료행위를 증가시키기 위해 각 진료행위에 소요되는 시간을 가능하면 줄이고자 하는 유인이 있다. 또한 총 이윤을 극대화시키기 위해 비숙련 의료인에게 진료를 떠넘기려는 유인이 존재하기도 한다. 이러한 진료시간의 단축과 비숙련 의료인에 의한 진료는 의료의 질을 떨어뜨린다고 볼 수 있다. 다른 한편으로 공급자들은 진료를 제공하려는 강한 유인을 가지고 있기 때문에 의료의 질에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 또한 행위별 수가제는 공급자간의 경쟁을 유도하기 때문에 의료의 질이 좋지 않은 공급자는 환자를 지속적으로 보유할 수 없게 된다.

종합적으로 살펴볼 때, 행위별 수가제는 과잉 진료를 초래할 우려가 있으나 환자들이 양질의 진료를 받을 수 있다는 장점도 가지고 있다. 행위별 수가제가 진료행위에 미치는 영향력은 수가표의 설계에 달려 있다. 특정 진료행위를 고무시키기 위해서는 수가를 소요되는 실제비용이상으로 책정시키면 된다. 비숙련 의료인에게 전이되는 특정 서비스에 대한 과잉진료를 막기 위해서는 이 서

비스에 대한 수가를 실제 비용보다 낮게 책정 할 수 있다.

관리측면에서 볼 때 행위별 수가제는 가장 비용이 많이 드는 진료비 지불보상제도이다. 의료 서비스 공급자에게 있어서 청구절차는 복잡하고 비용이 든다. 보험자에게도 비용청구절차는 비용이 들며 부정청구를 근절하기 위해 감시체계를 설계하는데도 만만치 않은 비용이 든다.

다. 포괄수가제 (Case payment)

1) 개념

포괄수가제는 치료행위(treatment)가 아닌 건(case)에 기초하여 진료비를 부과하는 방식이다. 포괄수가제는 진단명에 관계없이 건당 정액을 부과하는 방식과 진단명에 따라 정액을 부과하는 방식이 있다. 첫 번째 방식은 포괄수가제의 가장 간단한 형식으로, 질환이 아무리 심각하거나 환자를 치료하는데 어떤 자원이 소요되었는지 상관없이 의사들은 건당 정액을 지불받는다.

두 번째 방식은 건 분류 체계(case classification)에 기초하여 진료비를 책정한다. 가장 잘 알려진 건 분류체계인 DRG (diagnosis-related groups)는 470여개의 진단명 그룹을 설정해 놓았다. DRG 체계는 병원 입원환자에 대한 진료비를 책정하는데 가장 많이 사용되고 있다. 공급자는 환자가 속하는 DRG 진단명에 따라 진료비를 보상받는다. 진단마다 여러 등급이 존재하며 진단등급에 따라 진료비는 다양하게 책정된다. 이러한 두 번째 방식에 의한 포괄수과제는 첫 번째 방식보다 더 많은 다양성을 허용한다.

포괄수과제는 특정 건이나 진단명에 지불되는 예산을 바탕으로 하고 있다. 의료 서비스 공급자가 환자를 치료하는데 드는 비용이 공급자들이 지불보상 받은 금액보다 많다면 공급자들은 손해를 볼 것이며, 반대로 치료비용이 지불보상 비용보다 적다면 공급자들은 이윤을 얻을 것이다.

포괄수과제는 특성상 가정의, 전문의, 치과 의사, 심리치료사, 병원, 보건소 같이 개인 건당 진료를 다루는 의료 서비스 공급자에게 적용 가능하며 약국에는

적용하기 어렵다.

2) 진료비 계산 방법

건당 정액 포괄수가제는 진료비를 계산하기가 상당히 용이하다. 건당 정액을 계산하기 위해서 우선 평균적인 의사들이 특정 기간에 다룬 총 건수를 추정하여야 한다. 다음 단계는 같은 기간에 의료기관이 지출한 평균 총비용을 계산한다. 이 평균 총 비용을 평균 총 건수로 나누어 건당 정액을 계산한다. 건당 정액은 전문과목별로 다르며 의료기관의 종류에 따라서도 다르다.

건당 정액을 부과하는 포괄수가제의 장점은 이용하기가 상당히 간편하다는 것이다. 단점은 공급자가 다루고 있는 다양한 건들의 서로 다른 요구사항들을 차별화할 수 없다는 점이다. 진료과목별로 차별화되지 않은 정액 포괄 수가제가 적용된다면, 의사들은 암치료를 다루는 건이나 감기를 다루는 건에 대해서 똑같은 진료비를 보상받게 될 것이다. 이러한 이유로 건당 정액 포괄수가제는 비슷한 난이도의 건을 다루는 의료 서비스 공급자에게 적용되어야 합당할 것이다.

DRG 진료비 계산 방법은 건당 정액 포괄수가제 보다 복잡하다. 우선 DRG 방식이 적용 가능한 진단명 목록을 나열하여야 한다. 진단명 목록은 각 진단에 필요한 서로 다른 요구사항들을 상세하게 기술하여야 하는 한편, 간편함이라는 장점을 유지하기 위해 행위별 수가제하에서의 수가표 같이 상세해서는 안된다. 각 진단명 치료에 요구되는 요소들과 각각의 단위 가격을 곱한 것을 합함으로써 진단명별 진료비를 계산하는 방법은 행위별 수가제에서 진료비를 계산하는 방법과 유사하다. 행위별 수가제와 다른 점은 각 질환이 표준화된 진료지침에 따라 진료된다는 가정을 따른다는 점이다.

3) 비용절감, 의료의 질, 관리에 미치는 영향

이론상 포괄수가제는 과잉진료를 유발한다는 행위별 수가제의 단점을 피할 수 있다. 그러나 진료행위가 아닌 진단명에 따라 보상받기 때문에 의사들은 다음과 같은 방법에 따라 수입 극대화를 꾀한다. 첫째, 환자가 실제로 보이는 증

상보다 복잡한 진단명을 기록한다. 한 진단명에 여러 등급이 있는 경우 가장 심각한 등급을 선택한다. 둘째, 허위 진료건을 청구한다. 셋째, 건당 진료시간과 사용약품수를 줄이는 등 건당 비용을 줄임으로써 의료의 질을 저하시킨다. 넷째, 비용 대비 이득이 많은 건들만을 선택하며 그렇지 않은 건들은 다른 공급자에게 전가시킨다.

이러한 공급자들의 부적절한 이윤 추구 행위는 각 진단명 그룹을 상세하게 기술함으로써 막을 수 있다. 공급자들이 진단명에 갖는 영향력은 수가표에 기재되어 있는 항목수에 비례하여 증가하기 때문에 수가표에 기재되는 항목수를 제한함으로써 의사들의 영향력을 감소시킬 수 있다. 종합적으로 고려해 볼때 포괄수가제가 성공적으로 수행되기 위해서는 환자들에게 적절한 진단명이 적용되어야 하며, 환자가 필요 이상으로 공급자들 사이에서 이동되어서는 안되며, 일정 수준의 의료의 질이 유지되어야 한다.

일반적으로 진단명별 포괄 수가제가 행위별 수가제보다 더 나은 진료비 지불 보상제도이다. 의사들이 진단명을 허위로 기재할 가능성은 있지만 행위별 수가제하에서 보다는 의사들의 허위행위가 보다 더 잘 통제될 수 있다. 그러나 포괄수가제를 적용한 많은 나라의 사례를 살펴보면 의사들이 청구건수를 증가시키며, 진료비용을 감독하거나 청구의 적절함을 평가하는데 많은 비용이 소요된다는 사실이 지적되었다.

관리비용을 살펴볼 때 건당 일정 비용 포괄 수가제는 행위별 수가제보다 행정비용이 훨씬 적게 소요되나 진단명별 포괄수가제는 행위별 수가제보다 행정비용이 그다지 많이 절감되지 않는다는 사실이 발견되었다.

라. 일당 지불제

1) 개념

일당 지불제는 장기환자를 다루는 의료 서비스 공급자에게 진료비를 보상하기 위해 사용하는 방법으로 주로 병원에 적용된다. 이론적으로 일당지불제는

요양 서비스를 제공하는 간호사에게도 적용이 가능하다. 일당 비용은 개별 환자를 하루에 진료하는데 드는 모든 비용 -치료, 약품과 붕대, 보철, 편의시설이 용비 등-을 포함한다. 대학병원 일당비용이 지방병원 일당비용보다 높은 등 공급자간에 일당비용은 어느 정도 차이가 있기는 하지만 같은 공급자가 진료를 행하는 경우에는 어떤 치료가 요구되든지 관계없이 같은 금액의 일당비용이 적용된다. 일당비용은 공급자와 보험자 사이의 협상을 통해 결정된다.

2) 진료비 계산 방법

일당 지불제를 계산하기 위해서는 보상될 수 있다고 간주되는 비용을 법이나 규정으로 상세히 기록해야 한다. 각 공급자가 특정기간 동안에 지출한 총 비용을 같은 기간 동안의 입내원일수(patient days)로 나누어 일당을 계산한다. 전년도의 총비용과 입내원일수 자료를 이용하여 당해연도의 일당비용을 연초부터 결정한다. 해당 연도의 특정 시점에서 실제비용이 연초에 결정된 비용을 초과하는 경우 일당비용의 보정이 가능하다. 즉, 실제비용이 더 높은 경우 일당을 올리며 실제비용이 낮은 경우 일당을 낮춘다. 일당비용을 조정하기 때문에 병원이 이익을 얻거나 손해를 입는 경우가 일어나지 않는다. 일당을 미리 결정하고 사후보정을 행하지 않는 경우도 있는데 이 경우에는 공급자들이 이익을 얻거나 손해를 입는 것이 가능하다.

3) 비용절감, 의료의 질, 관리에 미치는 영향

일당지불제하에서 의료기관은 총비용과 입내원일수에 영향력을 끼침으로써 진료비 지출 규모에 영향을 미친다. 일당비용이 고정되어 있다면 의료기관은 이윤극대화를 위해 비용을 줄이고 입내원일수를 증가시키려는 유인을 갖게 된다. 의료기관이 경영합리화를 통해 비용을 줄인다면 긍정적인 효과를 갖게 될 것이다. 의료기관간의 경쟁정도와 서비스 질 통제여하에 따라 의료기관은 서비스 질 저하를 통해 비용 절감을 유도하려 할 것이다.

일당 비용 조정이 가능하다면 의료기관이 유발하는 모든 비용은 곧 지불보상

될 것이기 때문에 비용을 절감하고자하는 유인은 없게 된다. 그러나 환자의 입내원일수를 증가시키고자 의료기관이 환자들을 필요이상 기간동안 병원에 입원시키려하는 유인은 그대로 남게 된다. 이러한 의료기관의 입내원일수 증대 행위는 총액예산을 적용함으로써 방지될 수 있다.

일당 지불제에 드는 관리비용은 다른 지불제도와 비교해 볼 때 상대적으로 낮다. 진료비를 계산하기 위해서 수가표나 급여항목목록 등이 필요하지 않다. 일당 비용을 결정하기 위해서는 상세한 병원회계장부가 필요하며 병원간 비교를 가능하게 할 수 있도록 단일화된 회계장부를 이용해야 할 것이다.

마. 보너스 지불제

1) 개념

보너스 지불제는 특정 목표를 달성하기 위한 유인책으로서 보너스를 공급자에게 지불하는 제도이다. 여기서의 특정목표는 경제적인 성격을 가진 것일 수도 있으며, 한 나라의 보건의료정책 목표와 연관이 있는 것일 수도 있다. 경제적인 성격을 지닌 목표의 예로는 약품비 지출을 감소시키는 것을 들 수 있다. 약품은 의사들에 의해 처방되기 때문에 의사들로 하여금 적은 약품을 처방케하는 유인을 제공함으로써 약품 소비량은 감소될 수 있다. 약품 소비량 감소를 위한 유인책으로 환자당 처방 비용이 평균 처방비용보다 낮은 의사들에게 보너스를 지불하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

보건의료정책 목표의 예로는 일정비율의 인구가 예방접종을 맞게 하는 것을 들 수 있다. 이 목표를 달성하는 방법의 하나로 의사가 관리하는 환자 중 일정비율의 환자에게 예방접종을 완수한 의사에게 보너스를 지불하는 방안을 생각해 볼 수 있다.

2) 진료비 계산방법

보너스 지불제를 수행하기 위해서는 목표 달성여부를 감독할 엄격한 체계가

마련되어 있어야 한다. 목표달성을 감독하는 체계가 없으면 의사들이 부정행위를 범할 소지가 많기 때문이다. 따라서 처방비용이 낮은 의사에게 보너스를 지불하기 위해서는 처방내역을 상세히 기록할 필요가 있으며, 일정비용의 예방접종을 완수한 의사들에게 보너스를 지불하기 위해서는 예방접종을 받은 모든 사람들의 이름을 기록해야 한다.

보너스량을 결정하는 일반적인 규칙은 없으나 의사들에게 유인을 제공할 만큼의 충분한 금액은 되어야 한다. 의사 수입의 한 부분으로서 보너스가 계산된다면 보너스를 책정하는데 추가적인 관리비용이 소요되지 않는다.

3) 비용절감, 의료의 질과 관리에 미치는 영향

낮은 비용의 약품을 처방한 의사에게 부여하는 보너스 지불제는 진료비 억제에 상당히 효과적일 수 있다. 그러나 의사로 하여금 환자가 필요로 하는 처방수준 이하로 처방하도록 하는 것은 보너스 지불제의 본래 의도와는 상반되는 것이다. 그러므로 보너스 지불제도는 이루고자하는 목표 달성, 예를 들어 낮은 처방비용에 초점을 두어야지 단순히 약품소비 절감에 중점을 두어서는 안될 것이다.

보너스 지불제도에 드는 관리비용은 처방이나 예방접종여부를 기록하는 시스템이 존재하느냐의 여부에 달려 있다. 보너스 지불제도를 도입하기 위해서 기록 시스템을 도입해야 한다면 추가적인 관리비용으로 인해 이득보다는 더 많은 비용이 소요될 것이다.

바. 정액제 (Flat-rate payment)

1) 개념

정액제는 특별한 투자에 대한 재정지원을 위한 제도이다. 예를 들어 공급자가 의료장비를 구입하기 위한 고정된 예산을 지불 받는다. 재정지원을 위한 이러한 시스템이 도입되기 위해서는 예산평가를 위한 기초가 마련되어야 한다. 의사들이 정액제에 의해 지불보상 받을 때 의사들의 전문영역에 근거해서 보상

규모가 결정되어야 할 것이다. 정액제 하에서 의사들은 특정기간 - 일반적으로 1년 - 단위의 예산을 할당 받는다. 이 예산은 의료장비를 구입하기 위해 차용한 자금의 분할 상환금과 이자 지불액을 포함하여야 한다.

방사선과 의사같이 고액 의료장비를 다루는 의사들의 자본비용을 재정 지원 하는 것은 문제가 있는데 그 이유는 정액제에 따라 보상되는 금액이 의사들의 수입보다 높기 때문이다. 따라서 정액제는 가정의나 소아과 의사 같이 가격이 높지 않은 의료장비를 다루는 의사들의 자본 비용을 재정지원 하는데 더 적절하고 여겨진다. 정액제는 의료장비를 구입하는데 드는 비용 이외에 다른 비용, 예를 들면 직원을 고용하는데 소요되는 비용을 지원하는데 이용되기도 한다. 독일의 경우, 의원 이외에 병원이 의료장비를 구입하는데도 정액제가 적용되는데 이때 병원의 병상수에 따라 병원들은 서로 다른 정액을 지불 받는다.

2) 진료비 계산 방법

정액비용은 개별 공급자의 특정 의료장비 비용을 기준으로 계산한다. 의료장비와 가구 등 모든 필요한 품목을 확정하며 각 품목의 내구연수, 부채 분할 상환금, 연간 이자비용 등도 고려한다.

정률제 시스템을 운영하는 데는 두 가지 방식이 있다. 첫 번째 방식은 개별 의사의 투자행위를 감독하는 것이다. 이 경우 의사들은 의료장비를 구입하였다는 증명을 보이기 위해 영수증을 보관하여야 한다. 당해연도에 쓰지 않은 비용은 내년 지불비용에서 감해진다. 두 번째 방식은 의사에게 일정 비용의 투자예산을 제공하는 것이다. 의사는 장비에 소요되는 비용을 효율적으로 사용함으로써 이윤을 남길 수 있다. 두 경우 모두 표준화된 의료장비 목록을 제시하여 공급자에게 투자결정을 위한 지침을 제공한다.

3) 비용절감, 의료의 질과 관리에 미치는 영향

정액제가 비용절감, 질, 관리에 미치는 영향은 정액제 시스템이 운영되는 방식에 달려 있다. 위에서 언급했듯이 정액제 운영방식은 재정지원과 감독이 수반되

는 가변적 예산방식과 질 감독이 수반되는 고정된 예산방식 두 가지로 구분된다. 가변적 예산방식의 경우, 공급자는 투자하지 않은 돈은 곧 잃어버릴 것이라는 생각에 모든 예산을 소비하려는 동기가 발생된다. 따라서 이 경우 공급자는 필요하지도 않은 장비를 구입하게 된다. 이 방식에서 보험자는 표준장비목록을 제시하며 불필요한 고가의 장비에 대한 투자는 목록에서 제외시킨다.

고정된 예산방식의 경우, 공급자가 의료장비를 보다 싼 가격에 구입한다면 나머지 비용은 공급자의 이윤으로 확보할 수 있다. 따라서 공급자가 보다 저렴한 가격으로 의료장비를 구입하려고 하는 유인이 제공된다. 그러나 보다 저렴한 가격을 찾을 때까지 장비를 구입하지 않고 기다리거나 혹은 아예 장비를 구입하려하지 않는 경우도 발생한다. 이러한 이유로 인하여 구입하여야 하는 장비의 분명한 목록과 구입하는 장비의 질에 대한 통제가 뒤따라야 한다.

정액제를 적용하는데 드는 관리비용은 일반적으로 상당히 낮다. 정액제하에서 필요한 관리 기능은 주로 정액책정과 비용감독이다. 일단 기준이 설정되면 잘 바뀌지 않으며 감독은 간헐적으로 행해진다.

사. 인두제(Capitation fee)

1) 개념

인두제는 일정기간 동안 개별 보험가입자에게 제공되는 의료서비스에 대한 비용을 보상한다. 진료비는 일정기간 동안 의료서비스를 보험가입자에게 차별 없이 제공할 책임이 있는 공급자에게 지급된다. 인두제하에서 보험가입자가 급여기간 동안 의료서비스를 전혀 이용하지 않는 경우 공급자는 이윤을 얻게된다. 그러나 보험가입자가 만성질환을 갖고 있어 외래진료를 자주 받고 장기간 입원하는 경우 실제 진료비가 두당비용보다 높게 된다.

인두제는 보험가입자가 선택한 공급자에게만 적용된다. 공급자간 경쟁을 유발하고 의료의 질을 보장하기 위해서는 보험가입자에게 공급자를 정기적으로 변경하여 선택할 수 있는 권한이 주어져야 한다.

인두제는 간단한 체계와 복잡한 체계 두 가지로 적용되고 있는데 간단한 체계에서 공급자는 각 환자별로 일정한 진료비를 제공받는다. 복잡한 체계에서 공급자는 환자의 나이, 성별, 거주지등에 따라 차이가 있는 진료비를 보상받는다.

인두제는 1차 의료와 병원에 적합한 진료비 지불보상방법이다. 의료기관이 환자 두당 진료비를 지불 받았을 때 의료기관은 보험가입자에게 1차와 2차 진료를 모두 제공할 의무가 있다. 이중인두제(dual capitation)하에서는 1차 의료 공급자에게 1차 진료에 대한 환자 두당 진료비가 지불되며, 2차 진료를 제공하는 공급자에게는 1차 의료 공급자와는 별도의 2차 진료에 대한 환자 두당 진료비가 지불된다. 이중인두제 하에서는 1차 의료공급자에 대한 “gatekeeper”로서의 역할이 강화되며 2차 진료 여부에 대한 합리적인 권고를 하게 된다. 개인 전문의나 약국에게 인두제를 적용하는 것을 적절하지 못하다. 개인 전문의 경우 포괄수가제나 행위별 수가제가 더 적절하다.

2) 진료비 계산방법

인두제는 두당 비용과 인두제에 등록된 공급자와 각각의 공급자에게 할당된 환자들을 기록한 인두제등록목록으로 구성되어 있다. 보험자가 이러한 인두제 등록목록을 관리한다. 진료비가 공급자에게 지불되기 위해서 환자들은 보험자에게 어떤 의사와 병원을 이용하기로 선택했는지 밝혀야 한다.

두당 비용은 공급자의 노동비, 재료비, 자본비용 등을 합한 총 비용을 공급자당 환자수로 나눔으로써 얻어진다. 두당 비용이 계산되고 나면 공급자들은 인두제등록목록에서 각각의 공급자에게 할당된 각각의 환자에 대한 진료비를 지불받는다. 의료의 질을 보장하기 위해 의료기관에 할당되는 환자수는 제한된다.

3) 비용절감, 의료의 질과 관리에 미치는 영향

인두제는 진료비를 절감하는데 상당히 효과적이다. 인두제하에서는 공급자들이 비용을 낭비하거나 불필요한 비용을 초래하는 기전이 제공되지 않는다. 인두제는 환자와 지속적인 계약을 잠재적으로 맺은 공급자들에게 적용하는 것이

적절하다. 특히 1차 의료 공급자에게 인두제가 적용될때 보험가입자는 한 의사와 지속적인 관계를 형성하여 환자에 대한 오랜 진료경력을 쌓게 된다. 이러한 1차 의료공급자와의 지속적인 관계형성은 의사들로 하여금 환자들의 상태를 보다 정확히 파악하여 위급시 적절하게 2차 의료공급자에게 환자를 이송하게 한다. 따라서 인두제는 환자들의 질병과 만성질환을 보다 효과적으로 예방할 수 있는 효과를 가져올 수 있다.

그러나 인두제하에서도 양질의 진료를 제공하려는 유인을 감소시킬 수 있는 가능성이 존재한다. 공급자는 자신에게 할당된 환자에 대해서 받을 수 있는 진료비가 보장되기 때문에 환자에게 양질의 진료를 제공하려는 유인을 갖지 않게 된다. 이러한 문제는 환자로 하여금 담당의사와 병원을 자유로이 변경할 수 있게 하는 권한을 부여함으로써 막을 수 있다. 이러한 메커니즘을 이용해서 의료의 질을 보장하기 위해서는 추가적으로 환자를 할당받을 수 있는 충분한 수의 의료공급자가 존재하여야 한다. 인두제하에서 의료의 질을 보장할 수 있는 또 다른 방법은 공급자에 대한 명백한 기준을 설정하고 공급자가 이 기준에 미치지 못하는 경우 인두제 등록목록에서 삭제하는 것이다.

행위별 수가제와 비교해 보았을 때 인두제는 관리비용이 매우 적게 든다. 환자들이 의료 공급자를 변경할 경우에만 추가적인 관리비용이 든다.

아. 봉급제(Salary)

1) 개념

봉급제는 의료 공급자와 보험자간의 노동 계약에 기초한다. 이러한 노동계약 하에서 보험자는 의료 공급자에게 월급여와 사회보장 기여분 등 추가보수를 지급한다. 월 급여를 받는 의료공급자는 시간제로 일을 하기 때문에 공급자가 제공한 의료 공급량이 아닌 일한 시간에 기초하여 보상을 받는다. 또한 진료한 환자수에 관계없이 항상 일정한 급여를 지급받는다. 의료장비, 의료재료, 추가적인 인건비는 보험자로부터 지급받는다.

노동계약은 상근 혹은 비상근으로 맺는다. 보험자와 계약된 근무 시간 외의

시간에는 민간진료 등 추가적인 진료를 행할 수 있다. 계약 외 추가적인 진료를 행할 때 의사가 보험자 소유의 의료기관에서 진료를 행한다면 의사는 의료기관 사용비용을 보험자에 지불해야 한다.

노동계약은 가정의, 간호사, 약사, 심리치료사, 보철 제조자등 모든 유형의 의료 공급자와 체결할 수 있다. 노동계약은 성격상 병원, 보건소, 제약회사와 같은 의료 공급자와는 체결할 수 없다. 보험자가 병원을 소유하는 경우 의료진들은 봉급제를 기초로 고용된다. 이때 보험자가 인력, 의료재료, 자본비용 등을 관리하는 책임을 지며 의료의 질을 보장한다.

2) 진료비 계산방법

봉급제를 적용하기 위해서는 다음과 같은 사항이 고려되어야 한다. 첫째, 보험자의 요구사항을 충족시킬 수 있는 의료진들이 노동계약서에 서명하여야 하며 보험자는 이들 의료진들과 노동계약을 규정하고 협상하여야 한다. 둘째, 의료진들이 일할 수 있는 의료시설을 조직하고 관리하여야 한다. 이것에는 의료시설의 임대나 취득, 의료재료와 장비의 구매, 간호사, 행정직원 등의 고용을 포함한다. 셋째, 직원의 조직과 관리가 필요하다. 따라서 의료진을 고용하는 보험자는 지불하는 봉급외의 추가적인 비용이 소요된다는 사실을 명심해야 한다. 이러한 추가적인 관리비용이 봉급에 소요되는 비용보다 더 높다.

3) 비용절감, 의료의 질과 관리에 미치는 영향

의료인들을 고용하는 것과 독립적인 개별 의료인들과 계약을 맺는 것 중 어느 것이 의료 서비스를 제공하는데 있어서 더 효율적이고 비용절감적인가 밝히기는 어렵다. 그러나 몇몇의 증거들은 의료인들을 고용하는 체계가 독립적인 의료인들과 계약을 맺는 체계보다 진료비를 지불하는데 있어서 더 비용절감적이라는 것을 보여준다.

고용된 의료인은 독립적인 의료인에 비해 진료를 잘 수행하고 높은 수준의 진료를 행하도록 하는 유인을 적게 받는다. 그러나 고용 의료인의 동기여부는

급여수준, 승진 가능성, 개인책임영역, 의사결정범위 등에 의해 많이 좌우된다. 보험자가 경영하는 의료기관은 공공기관과 비슷한 성격을 띠게 될 가능성이 높아 조직이 관료주의적, 형식주의적으로 흐르기 쉽고 유연성과 동기부여가 결여될 가능성이 높다.

보험자가 경영하는 의료기관으로 구성된 체계는 독립적인 의료기관으로 구성된 체계보다 관리비용이 더 많이 든다. 그 이유는 모든 관리비용을 보험자가 떠맡아야 하기 때문이다. 의료인을 고용하는 체계는 다음과 같은 사항에 주의하여야 한다. 첫째, 의료인들의 노동력을 보다 싼 가격으로 획득해야 한다. 둘째, 의료인들 사이에 같은 수준의 수행능력 (진료의 양과 질)을 보장하여야 한다. 셋째, 효율적인 조직관리와 구성이 요청된다.

봉급제를 실시하고 있는 나라에서 낮은 봉급을 받는 의사들이 환자에게 불법적으로 추가적인 진료비를 요구하는 등 비공식적인 행위별수가제가 봉급제를 대체하는 현상이 발견되기도 하였다. 이렇게 불법적으로 회수한 진료비는 상당한 액수에 다다른다고 보고되었다.

자. 예산제(Budget)

1) 개념

예산제는 주어진 기간동안 공급자에 의해 제공되는 진료 서비스와 약품에 대한 총비용을 사전에 미리 책정하여 지불하는 제도이다. 통상적으로 실제진료비가 예산을 초과하는 경우 공급자들이 부족분을 감수하여야 하며 반대의 경우는 공급자들이 이득을 얻게 된다. 예산제하에서 공급자와 보험자는 예상치 못한 비용 증가라는 위험을 떠안게 된다. 즉, 보험자는 실제비용이 예산보다 낮아질 수 있다는 위험을 갖게 되며, 공급자는 반대로 실제비용이 예산보다 높아질 수 있다는 위험을 갖게 된다.

예산은 고정되어 있거나 혹은 가변적일 수도 있다. 보험자와 공급자는 특정 요인의 변화가 예산 규모에 영향을 미칠 수 있다는데 동의할 수 있다. 이러한

예산제는 의사와 병원 등 다양한 종류의 공급자에게 적용될 수 있다. 약품, 보조서비스, 보철 등에 대한 수요는 의사들의 처방에 따라 영향을 받기 때문에 의사와 병원에 대해 예산제가 적용되는 한 이러한 분야에도 예산제는 적용될 수 있다. 따라서 의사들은 실제로 약품, 보조 서비스, 보철 등에 대해 개별적인 예산을 부여받는다고 볼 수 있다.

예산이 주어짐에 따라 의사들이 이윤을 얻을 수 있는 가능성이 제공되기 때문에 의사들은 주어진 예산을 효율적으로 사용하려는 동기를 부여 받는다. 이러한 예산의 효율적인 사용과 더불어 정액제와 보너스제와 같이 의료의 질을 보장하는 체제가 마련되어야 한다.

환자들이 2차 진료를 받기 위해서는 반드시 1차 진료를 통해 허가를 받아야 하기 때문에 1차 진료에 적용되는 예산을 가지고 2차 진료까지 재정지원하는 것은 이론상으로는 가능하다. 그러나 실제로 2차 진료까지 적용되는 예산은 1차 진료에만 적용되는 예산보다 규모가 크며 추가적인 책임까지 요청된다.

2) 진료비 계산방법

예산은 명백하게 제시된 예산규정과 협상체제하에서 설정되어야 한다. 예산은 투입요소를 기준으로 혹은 결과물을 기준으로 설정될 수 있다. 투입요소 기준예산은 공급자의 과거 비용경험을 기준으로 설정된다. 비용경험은 특정 공급자의 실제비용과 같은 규모와 종류의 공급자간 평균비용을 제시해준다.

결과물기준예산은 공급자의 수행정도에 기초하여 책정된다. 수행정도를 추정하는 것은 비용을 추정하는 것보다 훨씬 어렵다. 수행정도는 진료 행위수나 제공된 약품수를 의미하는 것이 아니라 공급자가 보험자에게 제출한 건수를 의미한다. 환자들의 나이, 성별, 인구사회학적 특징, 경제적 환경 등이 건수에 영향을 미친다.

3) 비용절감, 의료의 질과 관리에 미치는 영향

예산제를 도입한 대부분 나라의 경험을 살펴보면, 특히 병원부문에 도입한 프랑스와 캐나다의 경우, 예산제가 진료비 절감에 상당히 효과적이었다는 사실

이 발견되었다. 예산제하에서 공급자는 진료비를 절감하려는 유인을 갖게 된다. 그러나 예산제는 돈을 절약하기 위해 반드시 필요한 경우에도 비싼 약품과 처치를 피하고, 비용이 드는 치료를 비용이 적은 그러나 효과적이지 못한 치료로 대체하는 부작용을 낳기도 한다.

이러한 의료의 질 저하 부작용은 다음과 같은 방법으로 해결될 수 있다. 첫째, 실제 유병율의 정도에 따라 예산을 탄력적으로 운영할 수 있다. 둘째, 의료의 질을 감독할 수 있는 체제를 도입한다. 셋째, 공급자 사이에 환자 유치를 위한 경쟁 시스템을 도입한다. 예산제하에서는 행위별 수가제보다 적은 관리비용이 소요된다.

차. 각 지불체계의 비교

다음에 나오는 <표 III-1>, <표 III-2>는 여러 가지 진료비지불체계와 그들이 비용절감, 질과 관리에 미치는 영향을 요약한 것이다. 어떤 체제는 다른 체계에 비해 여러 가지 측면에서 더 많은 장점을 갖고 있다. 예를 들어 인두제는 비용절감과 관리측면에서 다른 체제보다 더 높은 평가를 받고 있다. 이런 보수지불체계 중에서 하나를 선택하는 것은 쉽지 않은 일이며, 한 나라에서 가장 효율적인 체제는 그 나라의 사정에 따라 달라질 수 있다.

<표 III-1> 지불제도 유형별 성과 비교

지불제도 유형	비용절감	질	관리
행위별수가제	매우 낮다	매우 좋다	매우 어렵다
포괄수가제	좋다	보통	어렵다
일당지불제	보통	낮다	매우 쉽다
보너스 지불제	좋다	좋다	쉽다
정액제	좋다	좋다	쉽다
인두제	매우 좋다	보통	매우 쉽다
봉급제	보통	낮다	쉽다
예산제	매우 좋다	보통	쉽다

〈표 III-2〉 지불제도 유형별 지불근거와 서비스 단위

	지불보상의 근거	서비스 단위
행위별 수가제	한 가지 행위나 상품	진료수거나 가격의 계산
포괄수가제	하나의 환례진단	진료수가
일당지불제	입원일	청구서의 계산, 협상
보너스 지불제	특수 행위(예를 들어 예방접종)나 행태(낮은 처방률)	항목표, 계산
정액제	승인된 투자	승인받은 항목표, 계산, 협상
인두제	일정기간(보통 1년) 동안 한 사람에게 제공한 모든 서비스	계산, 협상
봉급제	노동시간(보통 1개월)	협상
예산제	일정 기간 의료보험 가입자에게 제공한 모든 서비스	계산, 협상

이런 보수체계는 서로 조합될 수 있기 때문에 여러 가지 다양한 방법을 선택할 수 있다. 조합의 예를 들면 기본적인 보수지불체계로서 인두제를 채택하고 특수한 행위(예: 예방접종, 예방 서비스)에 대해서는 행위별수가제를 적용하며, 승인된 투자에는 정액제를 적용하고, 약품과 보조 서비스에는 예산제를 적용하는 방법을 들 수 있다. 앞에서 예를 든 여러 가지 방법을 조합하여 만든 보수지불체계는 사실상 영국에서 사용되고 있는 방법과 비슷하다. 영국 체계하에서 일반의는 자신에게 등록된 개인별로 인두제 수가를 지불받으며 인두제 수가는 지역(농촌과 도시)에 따라 달라진다. 야간 진료, 모성 서비스, 성인 예방접종과 같은 서비스 비용은 따로 지불한다. 그리고 일정한 업무량을 달성하면(예: 유아 예방접종) 보너스를 지불 받는다. 일반의는 일반 경비도 보상받으며, 장비와 같은 다른 지출은 허가를 받는다.

2. 진료비통제를 위한 외국의 지불제도 사례

의료공급자에 대한 진료비 지불방식이 의료비에 미치는 영향이 매우 크기 때문에 선진국에서는 여러 가지 개혁을 추진하였다. 유럽의 대부분의 국가들에서는 비용통제를 위해 가장 간단한 방법인 진료비총액을 제한하는 총액예산제를 주로 채택하고 있다. 물론 공공병원이 많은 부분을 차지하고 있기 때문에 정부의 예산운용과 같이 보건의료부문도 예외없이 예산제를 적용하는 것이 양출제 입이라는 예산원칙에도 부합하고 비용통제에도 유리하였을 것이다. 그러나 의료기관이 대부분 민간에 의해 설립되고 운영되는 국가에서 총액예산제를 적용하기에는 간단치 않을 것이다. 대만은 민간중심의 의료공급체제를 유지하고 있음에도 불구하고 총액예산제를 도입한 국가로써 많은 연구의 대상이 된다. 예산제를 도입하지 않더라도 포괄수가제나 진료비목표관리제와 같은 각종 비용억제장치를 강구하는 것이 세계적인 동향이다. 여기서는 의료비를 억제하는 몇가지 진료비지불제도를 살펴본다. 다만, 행위별수가제에 의한 상대가치수가제는 별도로 논의하고자 한다.⁴⁾

가. 병원 일당지불제와 건당지불제

통상 병원 입원환자에 대해 1인당 1일 평균비용을 지불하는 시스템을 독일과 프랑스가 사용하였다. 이는 의료비의 예측가능성을 높이고, 환자수에 비례한 예산제약에 의하여 비용을 적절하게 통제하려는 메커니즘에 입각하고 있다. 다만, 수술 등 의사와 직접 관련비용은 서비스 대가를 지불하도록 하였다. 독일은 1996년에 1일당 정액과 1건당 포괄지불제의 혼합방식으로 전환하였다. 일당지불제나 건당지불제 모두 예산상 제약과 투입비용을 절감하려는 유인을 제공하는 지불방식이다. 일당지불제가 보다 단순하고 예산제약을 강화하는 반면에 의료공급자가 질병종류별로 자율적인 진료를 하는 데에는 제약이 많다고 볼 수

4) 본절의 내용은 최병호, 신현웅, 『국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화방안』, 2001에 기초하고 있으며, 건강보험공단의 조사자료 2000. 12월 및 2001. 5월의 내용을 참조하였다.

있다. 병원의 특성이나 입원환자들의 질병양상에 따른 다양성을 포괄하기 위해서 건당지불제를 병용하는 것이 합당할 것이다.

현재 우리나라의 의료시스템은 전국의 요양기관 이용에 제한이 없고, 지역별, 요양기관종별로 입원환자의 특성에 차이가 많아 일당지불방식을 탄력성있게 차등 적용하는 방안을 도출하는 것이 쉽지 않을 것이다.

나. 병원 총액예산제

프랑스는 먼저 공공병원에 대하여 전국 22개 지방병원청(ARH)이 지역내 병원별로 예산을 배분한다. 공공병원은 전년도 실적을 근거로 시설투자계획과 예산, 질병군별진료비자료(GHM; 프랑스식 DRG)를 ARH에 제출하고, ARH에서 타당성을 심사하며, GHM에 근거한 관리회계기법을 사용하여 차년도 예산을 결정하는 방식으로 운영한다.

다음으로 민간영리 및 비영리 병원에 대하여 의사진료비는 개원의 협약요금에 준하여 지불하고, 병원진료비는 ARH와 병원과의 개별계약에 의해 1일당 정액과 1일(회)당 포괄지불제를 병용한다.

우리나라의 경우 국공립 병원에 대하여 예산제를 우선 도입할 것을 검토할 수 있으나, 국립대학병원과 지방공사 의료원은 민간병원과의 경쟁력에 있어서 상당한 차이가 있고 그 특성에도 차이가 있어 예산총액을 결정하는 것이 쉽지 않을 것이다. 그리고 환자의 공공병원 선택이 지역으로 제한이 되지 않고 전국적으로 이용에 제한이 없는 상황 하에서 차년도 예산을 계획하고 추후 정산하는 방법을 개발하는 것이 그다지 용이하지는 않을 것이다.

다. 개원의 총액계약제

프랑스의 경우 개원의에 대한 총액계약제는 1994년 전국 협약으로 진료비총액 증가율의 목표를 설정하였고, 이어 1996년에는 총액증가율을 물가상승률 범위 내로 결정하였다. 그리고 1997년에는 총액증가율이 목표치를 초과할 경우 의사가 의료비 반환을 하도록 규제하였으나, 개인별 의료비 초과분에 대해 전

체가 연대책임을 지는 것은 위헌으로 판결되어 반환이 일어나지 않고 있다⁵⁾.

독일은 각 질병금고가 州보험협회와 총액 계약하고, 보험협회가 각 개원의에게 의료행위량(행위별수가제에 기초)에 비례하여 배분한다. 총액의 인상률은 기본임금의 상승률 범위 내에서 억제하고, 행위 1점당 단가는 총액진료비를 총청구점수로 나누어 산출하여 정산한다.

개원의에 대한 총액계약제를 우리나라에 적용할 때에 우선 중소병원과 확연히 구분되는 개원을을 정의하여야 한다. 그러나 중소병원의 경영이 어려워져 한계선상에 있는 소규모 병원은 병상을 줄임으로써 의원으로 전환이 가능하므로 중소병원과 개원의원(혹은 집단개원의원)간의 기능분화가 쉽지 않다. 개원의들이 일차의료를 담당하는 선진국 의료체계와는 달리 대부분 전문의들이기 때문에 개원의협회가 발족하더라도 전문과목별 개원의에 대한 총액진료예산의 배분이 매우 복잡해질 것이고 전문과목별로 배분문제를 둘러싼 갈등이 표출될 것이다.

라. 포괄수가제

미국은 메디케어 입원환자에 대하여 진단명에 근거한 포괄수가제(DRG)를 도입하고 있고 외래에 대하여도 포괄수가제(APG) 도입을 서두르고 있다. 독일은 외과적 치료 패턴에 따른 통상 진료비 근거(94종, 1998년)에 포괄수가제를 도입하고 있다. 프랑스는 질병군별진료비자료(GHM; 프랑스식 DRG)를 총액예산의 산정에 이용하는 방식을 사용하고 있다.

의료비 통제의 방안으로서 병원에 대해서는 DRG 시스템으로 이행하는 국가가 증가하고 있다. DRG에 의한 지불시스템이 행위별수가제에 비해 보험자 대 개별병원간에 경쟁적인 계약을 체결하는 데에 더욱 용이한 시스템이 되기 때문이다. 오스트리아와 이태리는 일당정액 지불제에서 DRG 시스템으로 전환하였다. 오스트리아는 병원 외래에 대해서도 DRG를 적용하고 있다. 덴마크 역시 DRG 적용을 더욱 확대하고 있다. 노르웨이는 총액예산제로 병원을 운영하고 있는데 1997

5) 프랑스는 국가적으로 의료보험 전체지출의 목표를 설정하고, 총액을 입원, 외래, 약제 등 부문별로 그리고 지역별로 구분하여 배분한다. 이에 따라 보험수가와 보험료, 공공병원 예산, 약가, 약사수와 의과대학생수 등을 규제하고 있다.

년 7월부터 건당지불방식(activity-based)을 추가하였다(최병호, 2000, 6).

다. 특수병원에 대한 적정비용기준(Reasonable Costs Basis) 지불방식(미국)

미국의 메디케어 입원의 경우 DRG에 근거한 선지불제도는 급성병원의 입원 서비스에 중점을 두었기 때문에 모든 병원 및 서비스에 적용되지는 않았다. 정신병원, 재활병원, 정신 및 재활병동, 알코올·마약병동, 소아병동, 장기요양병원 등 특수병원에 대해서는 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 지불보상에 일정한 上限을 두는 방식을 취하였다(최병호, 1999, 6).

바. 약제비 총액예산제

독일은 의사가 처방한 약제비가 예산총액을 초과할 경우, 일정 초과액까지는 보험의가 부담하고, 그 이상 초과분은 제약회사가 부담하도록 한다. 다만, 입원시 약제비는 입원비에 포함한다.

사. 진료비 후불상환제

프랑스는 의료기관이나 약국에 先지불(수표⁶⁾나 카드)후, 보험자로부터 後상환하는 시스템이다. 단, 입원진료는 현물급여 방식이다. 이 방식에 따르면 환자의 입장에서는 자신의 예금계좌에서 직접 진료비가 빠져나가기 때문에 의료이용을 비교적 자제하게 될 것이다. 물론 진료비중 상당부분은 다시 보험자로부터 상환받겠지만 본인부담을 제외한 부분만 상환받기 때문에 비용에 민감해질 가능성이 있다. 의료기관의 입장에서는 환자로부터 직접 지불을 받기 때문에 자금운용 측면에서 여유가 있을 것이다. 그리고 환자의 지불능력을 어느 정도

6) 우리나라에서 통상 사용하는 현금과 다름없는 수표가 아닌 개인신용을 담보로 한 일종의 개인어음(personal check)의 형태일 것이다.

감안하게 될 것이다.

우리나라의 경우 이 제도를 적용하기 위해서는 몇 가지 검토가 필요하다. 신용카드를 사용하지 않는 환자의 경우 직접 많은 현금을 준비하여야 하는 불편이 있다. 특히 저소득층의 경우 상당한 애로가 있을 것이다. 의료기관의 입장에서는 신용카드 사용 수수료문제를 다시 제기할 것이나, 환자로부터 직접 진료비를 지급받는 편의성과 경제성 때문에 수수료문제를 제기하지 않을 수도 있다. 그리고 대부분 신용카드로 결제하게 되면 의료기관의 매출이 투명하게 드러나는 장점이 있는 동시에 제도 도입을 꺼려하는 움직임이 있을 것이다. 특히 급여와 비급여 진료비를 분리하여 결제하기가 어려울 것이므로 비급여 진료비를 파악할 수 있을 것이다.

아. 의료저축제도

의료저축제도는 의료보험료를 가족이나 본인 명의의 의료저축계좌에 적립하고, 저축계좌의 적립금에서 의료비를 충당하는 제도이다. 장래에 발생할지도 모르는 의료비에 대비하여 미리 저축하여 노후의 의료비 발생에 대비하는 측면이 강하다. 현재의 의료보험제도는 자신이 내는 보험료와 자신이 쓰는 의료비와는 전혀 무관하다. 따라서 자신이 병의원을 전혀 이용하지 않더라도 병의원을 이용하는 누군가를 위해서 보험료를 계속 내어야 한다. 반면 의료저축제도에서는 자신이 쓰는 의료비와 내는 보험료가 그대로 연결된다. 병의원을 이용하지 않아 적립되는 금액은 다른 용도로 활용이 가능하다.

싱가포르의 의료저축제도는 Medisave, Medishield, Medifund로 세부분으로 구성되고 있다.

첫째, Medisave(1984년)는 통상적인 입원 및 외래진료비용의 조달을 위한 목적에서 도입되었다. 보험료는 근로자의 경우 35세 이하 6%, 35~45세까지 7%, 45세 이상 8%로 연령에 따라 차등을 두고 있다. 자영자는 과세소득자는 근로자와 동일하고, 비과세소득자는 연령구간별로 정액을 부담한다. 불입액에 대해 세금이 면제되고, 적립금에 대해 시중은행 이자를 보장한다. 55세에 달하면 최소한의 적

립금을 제외하고 인출하여 주택구입이나 학자금 등으로 활용이 가능하다.

둘째는 Medishield와 Medishield Plus(Plan A, Plan B)(1990)제도로써 장기 입원을 요하는 중증질환에 대비한 사회보험방식이다. Deductible과 Co-insurance(20%)를 혼용한 본인부담방식을 채택하고 있다. 70세 이전에 가입하여 75세까지 급여가 보장되며, 본인이 가입하지 않겠다는 의사를 표시하지 않는 한 자동적으로 가입(Medisave 가입자의 78%가 가입)된다. 보험료는 연령이 올라갈수록 많아지지만(75세까지 보험료 불입), 소득수준에 무관한 정액으로써 Medisave에서 자동 인출된다.

셋째, Medifund(1993)는 가난한 계층에 대한 진료비 보조를 위하여 도입되었다. Medisave, Medishield, 정부 보조금 등으로도 의료비를 충당할 수 없을 때에 지원된다. 다만, 수혜자가 미리 정해져 있지는 않고, 병원내의 의료복지요원들이 보조를 신청하는 사람들을 ‘병원 Medifund 위원회’에 상정하여 위원회 결정에 따라 보조금 정도를 결정(신청자의 99%가 혜택)한다. 다만, 국공립 의료기관에서만 진료를 받을 수 있다.

넷째로 최근 노인요양을 위한 Eldershield(2002)를 도입하였다. 40~69세 사이의 연령층이 가입할 수 있고 임의가입이다. Eldershield 는 ADL 6개중 3개 장애노인에 대해 혜택을 주며 월 300불(현금), 60개월 한도로 지급한다. 이에 앞서 정부는 2000년 4월 ElderCare Fund를 설립하였으며, 저소득중산층의 step-down care를 위하여 기금의 이자수입으로 지역병원, 호스피스, 간병시설, 재활, 가정간호에 지원한다. 기금규모는 2000년 5억불이었고, 2010년까지 25억불을 조성할 계획이다.

우리나라에 싱가포르식 의료저축제도를 도입하는 데에는 의료환경에 있어서 차이가 있음을 유의하여야 한다. 우선 공공의료기반이 확충(병원급 이상 중 80%가 공공부문)되어 있다. 그리고 공공의료기관에 대한 정부보조로 의료이용료가 저렴하다. 공공병원의 C class는 80% 보조, B2 class(6병상)는 65% 보조, B1 class(3~4인 병상)는 20% 보조, A class 0% 보조를 받는다. 외래진료는 성인 50% 보조, 어린이/노인 75% 보조를 받는다. 비영리 복지기관(지역사회, 재택의료, 재택간호: 소위 VWO: Voluntary Welfare Organizations)에 운영비의 50% 보조, 자본비용의 90%를 지원함으로써 값싸게 이용하고 있다. 또한 높은 정규

직 고용상태와 낮은 자영자 비율(8%)이 제도의 성공적 요인임을 간과할 수 없다. 특히 저축계좌와 의료기관간 전산정보체계가 구축되어 신속한 처리(Medisave는 3일내, Medishield 는 7일내 지급)를 할 수 있는 인프라가 바탕이 되고 있다.

우리나라에 의료저축제를 도입할 경우 어떤 방식으로 도입하느냐에 따라 다르겠지만, 양봉민(2000)의 연구에 의하면 보험재정 중 67%가 절감이 가능하다고 추정하였고, 최병호 외(2001)에 의하면 의료비가 최소 20%에서 최대 50%까지 절감이 가능할 것으로 추정하였다.

의료저축제 도입의 긍정적인 기대효과로써는 한정된 재원내에서 우선 고액진료비용을 보장함으로써 위험분산을 강화할 수 있고, 비용의식적인 의료이용 관행으로 의료비를 절감하고 건강한 생활습관을 유인하게 한다. 또한 소액진료비 청구권에 대해서는 관리비용을 절감할 수 있으며, 생애에 걸친 의료비저축으로 노인의료비에 대처하기에 용이하다. 그리고 의료시장내 경쟁 강화로 의료서비스 질을 제고할 수 있고, 기금 운용으로 국내저축 증대나 자본시장 확충이라는 부대적인 효과를 낼 수 있다. 반면에 문제점으로는 소득재분배 기능을 약화시키고 건강에 대한 개인의 책임 전가로 한계계층의 건강이 악화될 우려가 있다.

3. 건강보험재정운영 유형과 지불제도

외국, 특히 유럽의 대부분의 국가는 의료보험을 국가의 사회보장제도의 일환으로 도입하여 운영하고 있으며, 조세로 재원을 조달하는 국민의료서비스(NHS: National Health Services)제도로 운영하는 국가와 사회보험료로 재원을 조달하여 질병금고(우리나라의 과거 의료보험조합에 해당)에 의해 운영하는 국가로 대별할 수 있다.

어느 국가의 경우라도 의료수요자(환자)는 의료공급자(병원, 의원)와의 재정적 관계를 위해 제3자(보험자)에게 상당히 의존하게 된다. 제3자인 보험자는 의료공급자에게 진료비를 지불하는 주체로서 정부, 질병금고(‘의료보험조합’) 혹

은 민간보험자로 구분할 수 있다. 여기서는 의료보험 재정운영방식의 유형, 즉 조세재정방식, 사회보험재정방식(단, 민간보험방식 제외)에 따라 의료수요자(환자), 보험자 그리고 의료공급자들간의 주요한 관계를 간략히 살펴본다.⁷⁾

조세방식으로 운영하는 국가로서는 이태리, 스페인⁸⁾, 스웨덴, 영국이 해당되며, 유럽 이외 국가로써 캐나다, 뉴질랜드를 들 수 있다. 정부가 일반조세(general tax) 혹은 임금소득세(payroll tax)로부터 의료보장재원을 조달한다. 보통 재원은 중앙조직에 의해 조달되어 여러 가지 방법으로 지방조직에 분배된다. 지방조직은 의료공급자(일반의, 병원)에 대해 제3지불자로서의 역할을 한다. 한편 캐나다와 스웨덴은 지방조직에서 조세를 직접조달하기도 한다.

사회보험방식으로 운영하는 국가로서는 프랑스, 독일, 네덜란드이며, 유럽 이외 일본이 있다. 질병금고가 보험자의 역할을 하며, 직종별 혹은 지역별로 조직된다. 피보험자는 금고에 소득비례 보험료를 지불한다. 금고는 비영리이며 강제적으로 조직된다. 금고의 가입이 누구에게나 다 허용되면 금고간의 경쟁이 존재하게 되고, 가입자격이 제한되면 경쟁이 제한될 것이다. 금고는 의사 및 병원과 의료서비스내용에 대해 협상한다. 이러한 협상은 지역별 혹은 국가적 차원

7) 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 診療行為別 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.

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.

8) 스페인은 사회보험료방식으로 전환

에서 행해지며 일반적으로 정부가 개입하게 된다.

금고간에 보험료수준의 차이가 발생하는데 이는 금고간 가입자집단의 질병발생구조상의 차이를 반영한다. 프랑스와 네덜란드의 경우 이러한 금고간의 보험료차이를 평균화하기 위하여 중앙위험조정장치(central risk adjustment mechanism)를 운영하고 있다. 독일은 일부 국민을 대상으로 보험료를 조정하고 있다. 한편 프랑스는 일부 진료에 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.

〈표 III-3〉 선진국의 건강보험 재정운영방식 유형별 진료비지불제도

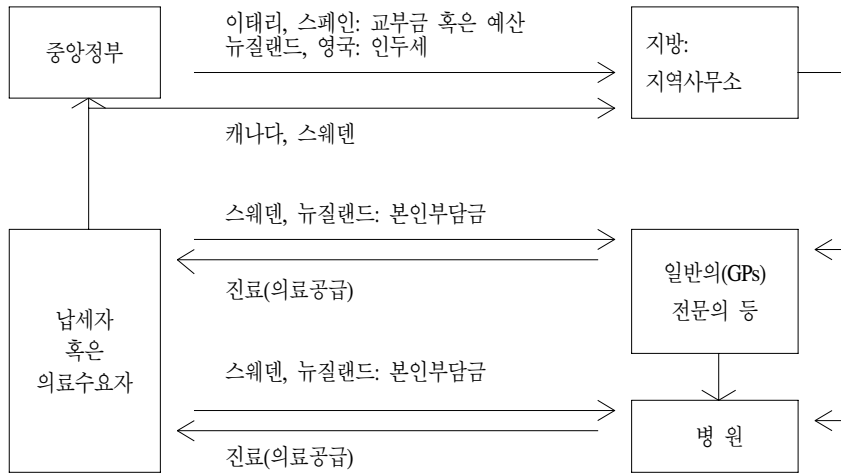
사회보험 운영방식 국가			
	보험금고-GPs ¹	보험금고-병원	GPs/병원-환자
프랑스	행위별수가제 (양자간 매년 '행위별진료보수협약체결로 진료비증가율 억제)	예산제(공공), 행위별수가제 혹은 일당지불제(민간)	본인부담제 (先본인부담후 금고로부터 보상)
독 일	예산범위내 행위별수가제 (질병금고연합회와 보험의협회간 총액예산 협의, 보험의협회가 보수 배분)	질병균별지불(cost-per-case)에 기초한 선불제	정액본인부담:입원일당 12마르크(년14일한), 초과와 약제급여의 본인부담
	진료보수총액증가율을 임금상승율이하로 규제		
네덜란드	인두제 혹은 연간정액제	예산제	예산제
	예산균형 위주의 정치적협상		
일 본	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
영 국	인두제(GP fund holder)	계약제(병원 독립채산제)	-

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

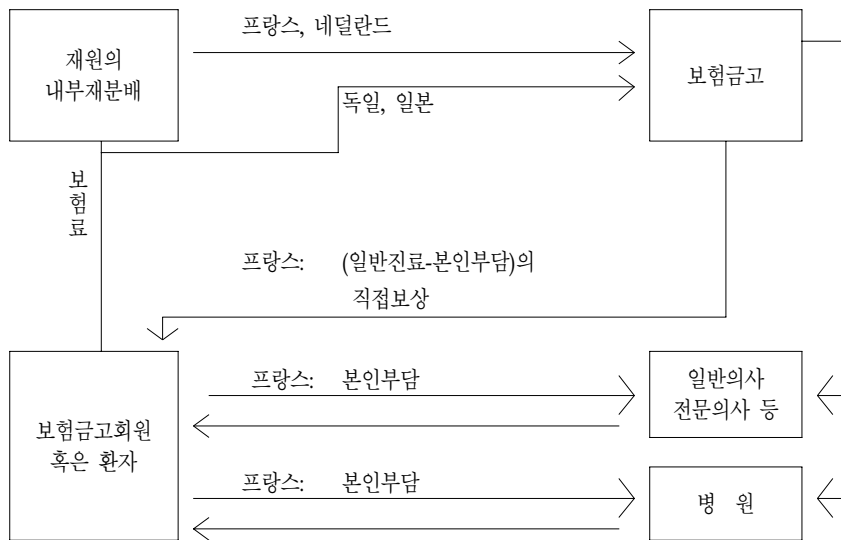
2) 스페인의 경우 6개의 독립된 지방과 11개 지방을 하나의 조직으로 통합관리함.

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

[도 III-1] 의료보험의 조세운영방식에 따른 진료비지불체계



[도 III-2] 의료보험의 사회보험 운영방식에 따른 진료비지불체계



4. OECD국가의 총액예산제와 시사점

가. OECD 국가의 총액예산제 운영개요⁹⁾

OECD 국가들이 낮은 의료비용으로 거의 전국민에게 의료서비스를 보장해 줄 수 있는 가장 큰 이유는 이들 국가들이 “총액예산”(global budgets)이나 “지출 상한”(expenditure caps)을 이용하여 병원과 의사의 지출을 억제하기 때문이다. 총액예산제는 1970~80년대 많은 유럽 국가들이 진료비 급등을 경험했을 때 진료비 억제 정책으로 대부분 사용했던 방법이다. 실제로 General Accounting Office의 연구 결과에 따르면 총액예산과 지출상한 제도의 도입이 물가상승을 보정한 의료비 증가를 9~17% 하락시킨다고 한다.

OECD 각국은 그들 나라만의 유일한 총액예산제를 자국의 특이한 정치적 경제적 상황과 보건의료체계의 조합위에서 발전시켜 왔다. OECD 각 나라의 사회적 정치적 특성들이 이들 나라가 그들 고유의 총액예산제를 형성하고 발전시켜 현재의 상태를 오게 하는데 어떤 영향을 미쳤는가 알아보는 것은 의료비 증가 문제를 해결하기 위해 노력하고 있는 다른 국가들에게 유익한 시사점을 줄 것이다.

총액예산을 실시하는 국가들이 그들 나라만의 유일한 형태의 총액 예산제를 도입하여 실시하고 있다는 사실을 미루어 보아 한 나라의 보건의료체계의 특징이 그 나라 총액 예산제의 도입여부와 예산제의 형태에 큰 영향을 미치고 있다고 판단된다. 보건의료체계 특징 중 진료비 보상방식, 재원조달 방식, 민간보험과 총액예산제간의 관계를 고찰해 보면 다음과 같다.

정부가 병원과 의사의 모든 운영비용을 지불하는 나라 대부분이 총액예산제를 실시하고 있다는 사실로 미루어 볼 때 공급자 보상방식과 총액예산제는 밀접한 관계가 있다는 것을 알 수 있다.¹⁰⁾ 이는 재원조달과 의료서비스 공급의

9) Wolfe Patrice R. and Donald W. Moran (1992), Global Budgeting in OECD Countries, Lewin-ICF.

10) 여기서 공급자에 대한 보상방식은 의료공급자가 정부(중앙 혹은 지방)로부터 직접 보상받느냐 아니면 보험금고로부터 간접적으로 지불보상받느냐에 따라 구분된다. 병원의 경우는 자본비용은 제외하고 경상운영비용의 경우에 한정한다.

대부분의 국가들은 공급자들 전체 혹은 일부에 대해서라도 정부의 직접 보상방식을 채택하며, 영국이나 캐나다는 전적으로 직접 지불보상(지방보건당국이 지불)한다. 프랑스는 정부소유 공공병원에만 예산제를 적용(또한 공공병원은 민간보험환자를 받을 수 없음)한다. 그러나

직접적인 연결이 총액예산을 협상하고 관리하는데 용이하게 하기 때문이다. 재원조달방식과 총액예산제 사이의 관계는 모호하다. 총액예산을 실시하는 대부분의 국가가 목적세나 일반조세수입을 통해 예산을 배분 받으나 이것은 의료보험의 “일반적”인 특성 때문인 것이다. 민간보험의 역할과 총액예산제는 긴밀한 관계가 있다고 보인다. 민간보험은 정부가 예산을 계획하고 관리하는데 제약을 가져온다. 때문에 민간보험이 존재하는 프랑스의 경우 공공병원에만 총액예산제를 실시하고 공공병원이 민간보험가입자를 진료하지 않도록 하고 있다.

총액예산제 도입을 결정하는데 있어서는 재정상의 이유뿐만 아니라 사회적 신념, 이해집단의 영향력, 정부개입의 정도 등이 영향을 미친다. 국민건강보험 제도는 보건의료 서비스가 모든 국민들에게 제공되어야 한다는 신념하에 도입된 제도이다. 이러한 사회적 신념과 국민건강보험의 도입여부는 상당히 높은 상관관계를 보이고 있다. 1990년 OECD 10개국의 조사에 따르면 국민건강보험을 실시하는 국가의 국민 상당수가 재원이 부유한 사람으로부터 가난한 사람에게 재분배되어야 하며 모든 국민들이 소득 수준에 상관없이 높은 수준의 의료 서비스를 제공받아야 한다고 믿고 있다고 한다. 1970~80년대에 진료비 급등과 더불어 도입된 총액예산제는 이러한 사회적 형평성을 이룩하고자 하는 국민건강보험을 유지하려는 목적에서 추진되었다고 볼 수 있다.

총액예산제 도입 여부는 의료서비스 공급자, 정부, 의료보험조합, 소비자등의 이해당사자에 의해 영향을 받는다. 이들 이해 당사자들은 예산제 도입의 여부와 예산제 실행형태에 압력을 행사하며 이들의 상대적인 영향력에 따라 많은 결정사항이 좌우된다. 그러나 정부가 우세적인 권력을 갖고 있는 경우에는 보건의료개혁을 추진할 때 정부의 영향력이 가장 크게 나타난다. 의료공급자들은 대개 지불보상관련 정책에 영향을 끼친다. 예를 들어 의사협회는 진료비상한제도가 진료행위에 대한 의사들의 직권을 제한하는 행위라고 비난하고 있다.

총액예산을 도입하는 대부분의 나라에서 이해 당사자끼리의 협상이 중요한 역할을 하며 협상을 통해 이해집단들은 각자의 의견을 개진하고 타협을 찾고 있다. 재원을 정부가 직접 지원하는 경우 총액예산을 도입하기가 수월하나 반드시 정부

민간병원은 공보험과 계약(일당지불) (* 민간보험환자 받음)한다. 독일은 공보험조합 및 사보험과의 협상에 의해 지불보상한다.

의 직접지원이 총액예산을 도입하기 위한 선결조건을 아니다. 강력한 정부에 의해 사회보장제도를 실시하는 국가에서만 총액예산제도가 성공했다는 증거는 없다.

〈표 III-4〉 OECD 국가의 보건의료시스템의 특징과 예산제 채택여부(1992년)

국 가	공급자 보상방식		재원조달방식					민간보험 시장	예산제
	정부 직접 지원	보험자 간접 지원	환자 본인부담	사업장 민간보험	보험료/목적세 (Payroll tax)	일반조세수입	기타		
호주	Yes	Yes	NA	NA	NA	의사서비스: 소득세 1.5% 병원: 연방세, 주세	NA	Yes	Yes
오스트리아	(1)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
벨기에	NA	Yes	Yes	NA	Payroll tax		보조금	인구의 1%	NA
캐나다	Yes	NA	British Columbia와 Alberta	NA	1.9% payroll tax in Ontario	Yes	기부금	인구의 90% 보충급여보험	Yes
덴마크	Yes	NA	약제와 치과부분	NA	Payroll tax	Yes	NA	NA	Yes
핀란드	Yes	NA	Nominal cost sharing	NA	Payroll tax	Yes	NA	NA	Yes
프랑스	Yes	Yes	서비스유형별 차등	NA	Payroll tax	보조금	NA	인구의 1.5% + 보충급여보험	Yes
독일	NA	Yes	제한된 본인부담	NA	Payroll and pension taxes	(2)	NA	인구의 9%; 보충보험은 인구의 7%	의사서비스에 대해
그리스	(1)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
아이슬란드	(1)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Yes
아일랜드	Yes	Yes	Yes	NA	NA	Yes	NA	Yes	Yes
이태리	(1)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Yes
일본	Yes	Yes	10~30% 본인부담	NA	Payroll tax	국고보조: 정부의 관리비지원	Gifts to physicians	일부 보충보험	No
룩셈부르크	(1)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	No (as of early 1980s)
네덜란드	NA	Yes	Premiums	Premiums	Payroll tax	특별의료비에 지원	NA	보충보험	Yes
뉴질랜드	(1)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
노르웨이	(1)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Yes
포르투갈	(1)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Yes
스페인	Yes	Yes	Yes	NA	NA	Yes	NA	Yes	Yes
스웨덴	Yes	NA	약제, 치과부분	NA	payroll tax의 10%	조세로부터 72% + 국고보조	NA	NA	Yes
스위스	Yes	Yes	Yes	Yes	NA	NA	NA	인구의 2%	Canton of Vaud only
영국	Yes	Limited as of 3/91	3%	NA	12%	85%	NA	인구의 9% 보충보험	Yes

주: (1) 미확인

(2) 실업자는 연방노동부와 지방정부의 복지당국에 의해 재원조달이 됨.

자료: Wolfe, P. R and D. W. Moran, "Global Budgeting in the OECD Countries", *Health Care Financing Review*, Vol.14, No.3, Spring 1993.

NOTE: NA is not applicable.

<표 III-5> OECD 국가의 총액예산제의 적용 영역과 운영방식 (1992년)

국가	공급부문	지출부문	서비스 유형	예산결정방식	예산초과시 대응	재원	지역별 예산
호주	공공병원	운영비용 costs	-	주 정부 통제	사보험환자 받으면 주 정부 예산 삭감	주세+연방보조금	주 단위
벨기에	수련병원	운영비용+ 자본비용	MRI	공보험금고 예산 (MRI 감가상각, 운영비용과 방사선사 보상)	추가지원 없음	사회보험료, 주 보조금	NA
	계약회사	-	처방약	공보험금고가 약 소비액에 상한	단가 삭감	NA	NA
캐나다	의사	-	외래	협상	내년도 수가 삭감	연방/지방 세 수입	주 단위
	병원	운영비용	-	협상	특별예산 운영	상동	상동
핀란드	병원/의원	운영비용	-	다면적 검토	NA	국가세수입	주 단위
프랑스	공공병원	운영비용 + 건립 및 고가장비 비용	-	국가전체의 목표치하에 병원과 정부간 협상	지역별 재조정 (maneuvering margin)	Payroll tax; 월별 예산배정	지역단위
독일 ¹⁾	의사	-	외래	공보험금고협회와 의사협회간 협상	NA	Payroll taxes; 의사협회에서 의사에게 배분	지역단위
네덜란드	병원	운영비용 + 일부 자본비용	Inventory and equipment only	병원과 공보험금고간 협상	None	Payroll tax, 보험료, 증질환기금	NA
	의사	-	외래	협상을 통해 소득상한 결정(진료량 제약)	공식에 따라 추가 소득 인정	상동	NA
스웨덴	병원	운영비용	-	협상	NA	지방/연방세	지방단위
스위스	병원	운영비용	-	협상	NA	연방정부	Canton of Vaud only
영국	병원과 의사	운영비용 + 자본비용	전체적용 (처방약 포함)	보건부가 결정	추가지원 없음	일반세수입	200개 지역보건국

주: 1991년 9월에 사무직근로자 대상 대체금고(substitute funds)는 의사서비스에 대해 상한을 철폐
 자료: Wolfe, P. R and D. W. Moran, "Global Budgeting in the OECD Countries", *Health Care Financing Review*, Vol.14, No.3, Spring 1993.
 NOTE: NA is not applicable.

〈표 III-6〉 총액예산제 도입 국가들의 특징 (1990년 기준)

예산제 적용?	예산제 적용분야	국가	공공병상 비중	입원비 비중	약제비 비중	공보험 가입비중	의료비중 정부지출 비중	의료비중 사회보험 비중	의료비중 민간보험비중	
적용 국가	병원과 의사	영국	0.968		0.139	전국민	83.6		3.3	
		핀란드	0.957	44.7	0.070	전국민	70.3	10.6	2.1	
		네덜란드		49.2	0.060		4.7	62.4		
		캐나다	0.979	49		전국민	73.5	1.1	8.1	
	병원	스웨덴	0.924		0.058	전국민				
		스위스		47.9	0.109		99.5	18.3	48.2	
	공공병원	호주	0.488	46.5	0.064	전국민	67.1		11.4	
		프랑스	0.648	46	0.110		99.4	2.3	74.3	
	수련병원과 제약회사 의사 (93년 병원과 약제비)	벨기에			32.8		97.3			
		독일	0.510	34.7	0.075		88.8	10.8	65.4	
		덴마크			56.7		전국민	82.7	0	1.3
		아이슬란드			54.9	0.155	전국민	52.8	33.9	
아일랜드				42.7	0.178	전국민	65.7	7.4	8.5	
NA	이태리	0.765		61.7		전국민	79	0.3	0.6	
	노르웨이			32.3	0.177	전국민	83.4			
	포르투갈	0.809		44.1		99	55.6	21.9	0.8	
	스페인	0.679		60.4		전국민	82.4		3.7	
	뉴질랜드			26.4		전국민	98.8		2.8	
비적용 국가	-	일본	0.295	33	0.166	전국민	27.8			
		룩셈부르크		26.4			20.9			
		한국	0.081	26.5		전국민	10.1	34.3	8.7	
참고) 대만 (병원, 의원 적용)			0.20	33.0		전국민				

자료: OECD Health Data 2001, 1990년 수치임. 한국은 2000년 수치임.

나. OECD 국가의 총액예산제로부터의 시사점

첫째, 병원예산제는 공공병상비중이 높은 국가에서 도입하는 경향이 있다. 즉 공공병상비중이 51%로 낮은 독일의 경우 의원에 예산제를 적용하였다. 그러나 병원부문으로의 cost-shifting 이 일어나자 1993년 병원예산제를 도입하였다.

둘째, 공공병상이 낮은 국가는 주로 공공병원에 한정하여 예산제를 도입하는 경향이 있다.

셋째, 입원비중이 높은 국가가 병원예산제를 도입하는 경향이 있다. 다만, 구체적인 사례를 더 확인할 필요가 있다.

넷째, 의료비중 정부지출비중이 높은 국가가 예산제를 적용하는 경향이 있다.

그러나 네덜란드는 사회보험재원 비중이 높아도 병원/의원 예산제를 적용한다. 프랑스 역시 사회보험비중이 높아도 예산제를 적용한다. 단, 공공병원만 적용한다. 독일 역시 사회보험비중 높아도 예산제를 적용한다.

다섯째, 민간보험비중이 높은 국가가 총액예산제를 적용하는 경향성을 띤다. 네덜란드와 독일은 민간보험비중이 가장 높은 국가(병원/의원 예산제)이며, 호주와 프랑스는 공공병원예산제를 적용한다. 다만, 아일랜드는 좀더 확인이 필요하다.

따라서 우리나라에 시사점을 줄 수 있는 국가로는 네덜란드, 독일, 대만이 된다. 스위스도 좋은 샘플이지만 너무 작은 나라이다. 아일랜드와 스페인은 좀더 자료조사가 필요하다.

5. 독일의 총액예산제 운영사례와 성과

가. 개원의 총액예산제¹¹⁾

독일은 1993년 의료개혁을 통해 개원의(physician)에 대한 총액예산제를 강화하고 약제비에 대한 총액예산제를 도입하였다. 1993년 이전에는 의료비가 기존에 설정된 예산수준을 어느 정도 넘는 것을 허용하였으나 1993년 의료개혁은 개원의 진료비 지출 증가율을 의료보험조합수입(income of members of the sickness funds) 증가율 수준으로 제한하였다. 1993년 의료개혁으로 인해 처음으로 치과에 대해 총액 예산제가 도입되었으며, 약제비 지출 증가를 억제하기 위해 약제비 본인부담수준을 인상했으며, 약제비 상한을 초과하는 의사를 재정위 기그룹으로 간주하는 정책을 도입하였다.

독일의 보건의료 시스템은 진료비를 효과적으로 통제하는 동시에 전 국민에게 보편적인 의료서비스를 제공하는 모범적인 시스템으로 여겨져 왔다. 그러나 GDP에서 의료비가 차지하는 비중이 1970년 6%에서 1991년 9.1%로 증가하자

11) Henke, Klaus-Dirk, Margaret A. Murray, and Claudia Ade (1994), "Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States," *Health Affairs*, 1994 fall.

독일 정부는 이러한 의료비 증가에 고심을 하기 시작하였다. 증가하는 의료비를 억제하기 위해 1993년 독일 정부는 모든 보건의료분야에 있어서 비용증가를 억제하는 포괄적인 개혁을 단행하게 되었다. 1993년 개혁의 특징은 전체적인 의료비 통제를 위해 진료비를 통제했을 뿐만 아니라 진료량 통제에도 중점을 두었다는 데 있다. 진료비 통제를 위해 총액예산제 개혁을 시도했으며 진료량 통제를 위해서는 의사 진료량을 제한하고, 의사진료행태 감독을 강화하고, 용량에 따른 약제비 본인부담제를 도입하였다. 따라서 이러한 독일의 1993년 보건 의료개혁은 진료비와 진료량을 동시에 통제함으로써 의료비 증가를 억제한 좋은 사례를 보여준다.

1) 1993년 이전의 개혁들

1993년 이전에는 주로 진료비 통제를 통해 개원의 진료비 지출을 억제하고자 하였다. 1977년 보건의료 개혁을 통해 Health Care Cost Containment Act를 제정하여 의사진료비 예산설정에서 의사협회들과 독립적으로 협상하는 의료보험조합의 자율권을 제한하기 시작하였다. 또한 미국의 RBRVS와 비슷한 상대가치인 Uniform Evaluation Standard를 도입하여 의료보험조합과 의사협회가 진료비 총액수준과 환산지수를 협상할 때 사용하기 시작했다. Uniform Evaluation Standard 제도 도입을 통하여 상대가치가 환산지수에 의해 독일 마르크화로 환산되고 이러한 방식에 의해 의사들은 행위별 수가제에 의해 지불 보상받게 되었다. 과거 진료량, 물가 상승, 임금 인상 등을 고려하여 전체 의료비 지출 수준을 결정함으로써 진료비 증가 억제를 위하여 노력하였다.

1980년대 의료개혁은 총 진료비 수준을 직접적으로 통제하기 위해 의사 진료비 지불제도를 한 층 더 수정하였다. 진료비 상한제를 1987년 처음으로 도입하여 개원의 진료비 지출 증가율 수준을 의료보험조합수입 증가율 수준으로 제한하였다. 환산지수는 해당 분기의 실제 진료량이 알려지고 난 후 회귀적으로 계산되었다. 따라서 의사들은 진료를 행할 때 행한 진료에 대해 실제로 얼마큼 보상받을지 알 수 없는 문제점을 안게 되었다. 진료비 증가를 한 층 더 억

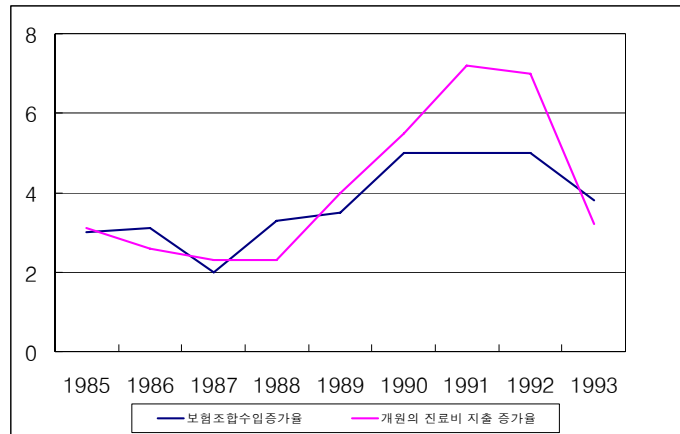
제하기 위해 예산과 지출은 기본 진료, 실험실 진료, 예방 진료, 외래 특별 진료로 나뉘어 계산되었다. Uniform Evaluation Standard의 개정을 통해 진찰, 신체 검사, 예방치료의 상대가치를 높여 가정의에 의해 제공되는 진료의 상대가치를 인상하였다.

1987년 수행된 진료비 상한제는 다음과 같은 효과를 가져왔다. 1986년 4분기와 1987년 4분기 동안 의사 1인당 청구권수는 9% 상승했으나 의사들의 평균 소득 증가는 0.5% 증가에 그쳤다. 의사들의 평균 소득 수준은 급격하게 변하지 않았으나 최상위 소득수준에 있던 의사들의 소득이 평균으로 가까워진 동시에 최하위 소득수준에 있던 의사들의 소득은 평균으로 가까워졌다.

1992년 개혁을 통해서도 진료비 상한제(expenditure cap mechanism)가 진료비 목표제(expenditure targeting mechanism)로 변경되었다. 진료비 목표제하에서는 더 이상 개원의 진료비 지출 증가를 매분기마다 그 분기의 보험조합수입 증가율로 제한하지 않았다. 목표 진료비는 연간 증가율에 따라 설정되었으며 진료량 증가가 적절하다고 판단되는 특정 지출에 관해서는 목표 진료비를 넘는 것을 허용하였다.

진료비 목표제를 통한 새로운 환산지수 결정방식에 의해 의사들은 자신들이 제공하는 진료에 대해 얼마만큼 보상받을 수 있게 되는지 미리 알 수 있게 되었다. 진료비 목표제가 1992년 개원의 진료비 지출을 억제하는 효과를 가져오기는 했으나 진료비 증가율은 여전히 보험조합수입 증가율보다 높았다. 1992년 1~3분기 서독 의료보험조합수입이 4.8% 증가한데 반해 의사 진료비 지출은 8.6% 증가하였다. 개원의 진료비 지출 증가율을 의료보험조합수입 증가율 수준으로 낮추기 위해 1992년 4분기 환산지수를 낮게 조정하였다. 이 결과 개원의 진료비 지출 증가가 4분기 3.8%로 낮아져 연간 개원의 진료비 지출이 7.2%로 낮아졌으나 여전히 연간 의료보험조합수입 증가율 5.1% 보다는 높은 양상을 보였다.

[도 III-3] 서독 개원의 진료비 지출 증가율과 보험조합수입증가율: 1985~1993



자료: Henke, Klaus-Dirk, Margaret A. Murray, and Claudis Ade, "Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States," *Health Affairs*, 1994 fall.

2) 1993년 의료개혁의 특징과 효과

계속적으로 증가하는 의료비를 억제하기 위해 독일 정부는 1992년 말에 새로운 의료개혁법을 단행하여 1993년부터 시행하기 시작하였다. 1993년 의료개혁이 갖는 가장 큰 특징은 개원의 진료비 지출과 약제비뿐만 아니라 진료량 자체도 통제하였다는 것이다. 특정 그룹이 정해진 의료보험조합을 선택하도록 하는 제한을 없애 재정 위험 부담을 형평화하도록 하였으며 병원 진료비 지불체도를 개혁하여 기존의 일당제를 환자의 상태에 따라 진료비를 미리 책정하는 예산제로 전환하였다.

1992년 보건개혁이 특정 부분의 진료비 지출 증가율이 의료보험조합수입 증가율을 초과하는 것을 허용했던 것과 달리 1993~95년 모든 부분의 진료비 지출 증가율을 의료보험조합수입 증가율 수준으로 제한하였다. 환산지수는 1992년과 같은 방식으로 책정하여 매해 1~2분기 환산지수를 미리 협상하여 의사들이 자신의 진료에 대해 얼마만큼 보상받을 수 있는지 사전에 알 수 있도록 하였다. 1~2분기 동안의 실제 진료비가 상한을 초과하는 경우, 3~4분기의 환

산지수를 인하하도록 하였다. 1993년 개원의 진료비 총액은 1991년 개원의 실제 진료비에 1992년과 1993년 의료보험조합수입 증가율 고려하여 책정하였으며, 1994년 개원의 진료비 총액은 1993년 개원의 실제 진료비에 1994년 의료보험조합수입 증가율을 적용하여 책정하였다.

진료비 증가 억제를 위한 이전의 개혁들이 주로 높은 본인부담을 부과하는 등 소비자 측면에서의 비용 억제이었던 반면, 1993년 개혁은 주로 공급자 측면에서의 비용 억제였다고 볼 수 있다. 1993년 개혁을 통해 기대되는 총 10조 마르크화 의료비 절감 중 공급자 측면에서의 비용 억제가 7.5 조를 기여하고 소비자 측면에서의 비용억제가 2.5 조를 기여하는 것으로 추정되었다

외래 수술과 예방치료 이용을 활성화시키고 예상되는 동독 지역의 의료수요 증가를 위해 동독 지역에 대해서는 일반 개원의 진료비 지출보다 높은 진료비 지출 증가율을 허용하였다. 1993년 외래 수술비는 1991년 실제 외래 수술비 지출을 기준으로 1992~1993년 의료보험조합수입 증가율에 10%를 더한 증가율을 적용하여 책정하였으며, 1994년과 1995년 외래 수술비는 전년도 실제 지출액을 기준으로 당해연도 의료보험조합수입 증가율에 10%를 더한 증가율을 적용하여 책정하였다. 예방진료는 당해연도 의료보험조합수입 증가율에 6%을 더한 증가율을 적용하여 계산하였다.

1993년 의료개혁이 가져온 성과는 다음과 같다. 개혁이 단행되기 전 1992년 개원의 진료비 지출 증가율이 의료보험조합수입 증가율보다 2% 높았으나 개혁이 단행된 후 1993년 진료비 지출 증가율은 3%로 의료보험조합수입 증가율 3.9%에 근접하게 되었다. 1993년 개혁 이전에 치과의사들은 일반의사들보다 높은 평균 임금을 받고 있었으며 치과진료는 총액예산제 적용에서 제외되고 있었다. 새로운 개혁의 단행으로 치과 진료비 지출 증가는 1993~95년 의료보험조합수입 증가율 수준으로 제한되었다. 틀니와 치열 교정에 대한 비용은 1992년 수준에서 10% 인하하였으며 기술적인 치료에 대한 비용은 5%로 인하하였다. 치과의사들은 치아 충전에 대해 2년간의 보증을 하도록 규정하였다. 이와 같은 치과 진료비 지불방식의 변화로 인해 2.1조 마르크화가 절감되었으며 1992년 9.6%였던 치과 진료비 증가율이 1993년 2.2%로 하락하게 되었다.

1993년 개혁의 특징 중의 하나는 진료량을 통제함으로써 장기적으로 진료비 지출을 억제하고자 시도하였다는 것이다. 이러한 진료량 통제를 위해서 의사수를 규제하고 전문의에 비해 일반 가정의를 활성화 시키는데 중점을 두었다. 독일에서 인구 1,000명당 의사수는 1970년 1.69명에서 1980년 2.21명으로, 1990년 3.11명으로 증가하였는데 이렇게 증가하는 의사수를 제한하기 위해 다음과 같은 조치를 취하였다. 한 지역의 의사수가 의사수용한도의 110%를 초과하는 경우 그 지역에서 개업하려는 의사들에게 면허발급에 있어서 제한을 두었다. 도시인 구밀집지역에서 내과 의사 1인당 주민 3,919명을 넘지 않도록 하고, 지방의 경우 내과 의사 1인당 주민 7,790명을 넘지 않도록 하였다. 1999년부터 68세 이상의 의사에 대한 의사면허를 취소하기로 하였으며 회귀적으로 1993년 이전 20년 동안 면허가 유지되도록 하였다. 진찰실 진료비용을 절감시켜 비축된 자금으로 일반 가정의에 대한 보상을 향상시켰으며 일반 가정의에 의해 보급되는 예방의 료서비스에 대한 지출비용을 전체적인 진료비 보다 6% 높도록 허가하였다.

나. 병원 총액예산제¹²⁾

1990년대는 독일 보건의료체계에서 상당히 많은 변화가 일어났던 시기이다. 다른 선진국과 마찬가지로 독일은 의료의 질을 보장하면서 증가하는 진료비를 억제하고자 많은 개혁을 시도하였으며 1992년부터는 병원 진료비를 직접적으로 규제하고자 하였다. 이 시기는 독일이 동독과 서독의 보건의료시스템을 통합시켜야 하는 상황에 처한 때이기도 하다. 이 장에서는 최근의 보건의료개혁들, 특히 1992년에 도입된 보건의료구조법에 대해 서술하고 이 개혁들이 병원의 체계, 이용, 진료비 지출, 외래부분과의 관계에 미친 영향에 대해 고찰한다.

아주 최근까지 독일의 보건의료체계에서 병원과 외래간에는 분명한 경계가 있었다. 외래진료는 배타적으로 의사와 지역 의사협회의 권한하에 있었으며 의

12) Busse, Reinhard and Friedrich W. Schwartz (1997), "Financing Reforms in the German Hospital Sector: From Full Cost Cover Principle to Prospective Case Fees," *Medical Care* Vol.35, No.10: O540-O545 supplement.

래의사들은 입원진료를 제공할 수 없었다. 이러한 외래와 입원의 경계는 분리된 환자진료를 야기시켰으며 이중 진료와 이중 기술투자를 초래해 진료비 증가를 가져왔다. 병원 부문에 대한 의료개혁은 외래와 입원 경계 문제 해결에 중점을 두고 행해졌다.

1972년 병원 재정법이 제정된 이래 병원은 두 가지 방법으로 재정지원을 받아왔는데 투자비용(capital cost)은 주정부로부터 운영비용(operating cost)은 의료보험연합회로부터 지원을 받아왔다. 투자비용을 지원받기 위해서 병원은 주 정부의 병원 플랜(state hospital plans)에 속해 있어야 하는데, 이 병원 플랜은 진료 과목당 의사수와 병상수를 제한하고 있었다. 병원은 운영비용을 의료보험연합회와의 협상을 통해 보상받고 있었다. 운영비용은 1972년 병원 재정법의 일부인 “전액보상원칙”(full cost cover principal)에 근거하여 보상받고 있었기 때문에 병원 운영비의 전부는 보상되어야만 했다. 실제적인 병원 진료비 보상은 주 정부가 개별 병원에 대해 사후적으로 일당비용을 결정하여 모든 건수에 적용하여 이루어 졌다. 병원 진료비 지불에 대한 협상은 개별 병원 차원에서 이루어지고 있었다. 보험료율은 의료보험조합수입 증가비율만큼 상승하도록 하였다.

1) 독일 병원 총액예산제 도입의 배경

1972년 제정된 병원 재정법은 1992년까지 독일 병원의 지불보상제도에 적용되고 있었다. 1992년 전에는 진료비 증가 억제를 위한 정책이 병원외의 다른 부분에 치중되고 있었으며 아주 미약하게나마 병원 진료비 보상에 대한 개정이 이루어 졌었다. 1992년 보건의료구조법은 처음으로 광범위하게 병원 진료비 억제를 위해 취해진 조치이다. 이 법안은 병원 진료비 지불보상에 있어서 과거 20년 동안 핵심을 이루어 왔던 몇 가지 사항을 개혁시켰다. 병원 진료비 보상의 근간을 이루어 왔던 전액보상원칙이 폐지되고 각 병원에 연방보건부에 의해 책정된 총액예산을 1993년부터 1995년까지 적용하기로 하였다. 각 병원의 1992년 진료비 지출액을 총액을 계산하기 위한 기초로 사용하였으며 총액의 증가는 의료보험조합수입 증가율로 제한하기로 하였다.

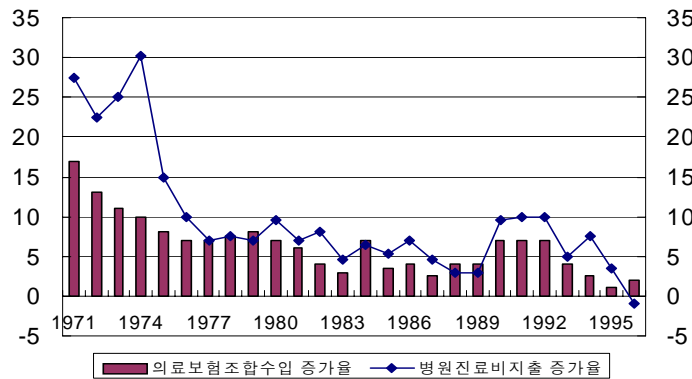
시범사업적 성격을 띠고 있었던 1993~95년 총액예산제가 이어 1996년 새로운 형태의 총액예산제가 다시 도입되었다. 진료행위에 보다 밀접하게 관련시켜 진료비를 보상하기 위해 건당비용(case fee)과 절차비용(procedure fee) 두 형태의 총액예산을 도입하였다. 건당비용은 특정 질환으로 인하여 병원에 입원한 경우, 이에 대한 비용을 전액 보상하기 위해 마련된 것으로 70개 이상의 특정 질환에 대해 설정해 놓았다. 절차비용은 병원입원 중에 발생하는 150여개의 치료항목에 대해 설정해 놓았다. 건당비용과 절차비용에 대한 보상수준은 각각의 건과 절차에 해당하는 상대가치에 환산지수를 곱해서 결정되었다. 동일상병에 대하여 독일의 건당비용은 미국의 DRG 수준의 30~60%인 것으로 나타났다. 전체 병원 입원 중 1/4 이하가 절차비용에 의해 보상되었다. 약품, 소아과, 정신과에 대해서는 이러한 건당비용이 적용되지 않았으나 부인과와 조산과 질환의 50%, 안과질환의 2/3가 건당비용에 의해 보상되었다.

새로운 예산형태와 지불보상제도를 도입한 것 이외에도 낮은 비용의 진료를 촉진하기 위해 외래와 병원간의 엄격한 구별을 완화시켰다. 병원이 진료이외의 시간에 외래수술과 외래진료를 행할 수 있도록 허가했다.

2) 독일 병원 총액예산제 도입의 성과

1970년 이래 독일 병원부문에 대한 진료비 지출이 현격하게 증가하였으며 대부분의 경우 병원 진료비 지출 증가율이 의료보험조합수입 증가율보다 높은 수준이었다. 1970년대 진료비 증가의 주된 원인은 병원병상부족을 해결하려는 새로운 계획의 도입과 전액보상원칙 때문인 것으로 파악되었다. 병원진료비증가 억제 노력 부족으로 1인당 GDP에서 병원진료비가 차지하는 비중이 1975년 1.9%에서 1995년 2.4%로 증가하였다. 이러한 병원 진료비 지출 증가는 1975년 이래 의료보험조합 지출증가의 2/3를 차지하였으며 1988년 이후부터는 의료보험조합 지출증가의 모든 부분을 차지하게 되었다.

[도 III-4] 독일 의료보험조합수입 증가율과 병원 진료비 지출 증가율의 비교(1971~1996)



주: 서독의 경우만 해당됨.
 자료: Busse, Reinhard and Friedrich W. Schwartz (1997), "Financing Reforms in the German Hospital Sector: From Full Cost Cover Principle to Prospective Case Fees," *Medical Care*, Vol.35, No.10: O540-O545 supplement.

이러한 병원 진료비 증가 추세는 1992년 보건구조법이 통과될 때까지 지속되었다. 총액예산이 도입된 1993~95년 기간 동안 서독에서 의료보험 가입자당 입원비 지출은 16.5% 증가한 반면 의료보험조합수입은 겨우 7.4% 증가하였다. 동독의 경우 가입자당 입원비 지출은 43.2% 증가한 반면 의료보험조합수입은 28.9% 증가하였다. 이러한 예상치 못한 결과가 야기된 가장 큰 원인은 개별 병원의 과거 연도 예산까지 수정하였던 것에서 비롯된 것으로 파악되었다. 서독에서의 간호사 인력증가와 동독 병원의 수리비용도 병원 진료비 지출 증가 원인으로 간주되었다.

1996년 더 엄격한 병원 예산법인 Hospital Expenditure Stabilizing Act가 통과되었다. 이 법은 병원에 대한 총액예산 적용기간을 1996년까지 연장시켰으며, 표준화된 요양시간 적용을 폐지하였고, 병원예산의 증가를 공공기관의 임금 증가율에 맞추었다. 이 결과 1996년 입원에 대한 의료보험조합지출이 0.7% 감소하였다. 1996년 입원 지출비의 감소는 단지 총액예산제의 도입으로만 이루어진 것으

로 볼 수는 없는데 그 이유는 1993년부터 총액예산제가 도입되었으나 1993~1995년 입원지출비 감소에는 총액예산제 도입이 별다른 영향을 미치지 않았기 때문이다.

다. 약품비에 대한 총액예산제¹³⁾

1) 1993년 의료개혁에 의한 약품비 규제

독일은 약품비 지출을 억제하기 위해 중앙정부, 의료보험연합회(Lander association of the sickness funds), 의사들은 약품에 대해 총액예산을 적용하기로 합의하고 1993년 약품에 대해 총액예산을 처음으로 실시하였다. 이 제도의 도입에 의하여 다음해의 약품비 예산액이 사전에 미리 합의되었으며 결정된 예산 총액은 일반의와 전문의 모두에게 적용이 되었다. 예산총액은 보험가입자의 인구학적 특성, 약품가격, 급여비중, 기술변화 등을 고려하여 결정되었다. 실제 지출한 약품비가 그 해 책정된 예산액을 초과하는 경우 그 초과분을 내년도 예산에서 의사협회와 제약회사가 보상해야만 했다. 1993년 예산은 1991년 예산에 기초하여 24조 마르크화로 결정되었다. 실제 약제비 지출이 예산액 24조 마르크화를 초과하는 경우, 초과액 280만 마르크화까지는 의사들의 예산을 삭감하기로 하였으며 그 이상일 경우에는 제약회사가 의료보험연합회에 보상하기로 하였다. 총액예산을 도입한 결과, 의사들이 방문한 환자들을 병원에 보내는 행위가 늘어났다고 보고되었다.

예산제약의 목적으로 처방지침서가 각각의 치료에 대한 평균 처방한도를 결정하였으며 이 처방지침서를 토대로 진료행위를 감독하기도 하였다. 의사의 처방내역이 처방한도의 15%를 초과하는 경우 의사의 처방행위는 감사대상이 되었으며 25%가 넘는 경우는 의사가 차액을 보상해야만 했다. 의사는 초과 처방에 대해 의의를 제시할 수 있으나 환자의 상태가 초과 처방이 필요하다는 사실

13) Ulrich, Volker and Eberhard Wille (1996) "Healthcare Reform and Expenditure on Drugs: The German Situation," *PharmacoEconomics*, 10 suppl 2: 81-88.

을 보증해야만 했다.

1993년 의료개혁은 약제비 본인부담에도 변화를 가져왔다. 1993년까지 약제비 본인부담금은 약품 소매가에 따라 결정되었다. 약품비 30마르크화까지는 본인부담금을 3마르크화 부담시켰으며, 약품비 30~50마르크화까지는 본인부담금 5마르크화, 약품비가 50마르크화를 넘는 경우는 본인부담을 7마르크화 부담시켰다. 1994년 약제비에 대한 본인부담부과 방식이 바뀌어 처방 약품 수량에 따라 본인부담을 부과하기 시작했다. 소량구매(10개 알약 포장)에 대해서는 3마르크화, 중량구매(20개 알약포장)에 대해서는 5마르크화, 대량구매(100개 알약포장)에 대해서는 7마르크화를 본인부담으로 부과하였다. 이전과는 달리 이러한 본인부담제는 참조가격이 적용되는 약품에 대해서도 실시하였다.

1983년이래 환자가 모든 금액을 지불해야하는 약품 품목이 있었다. 이 품목은 주로 경증 질환치료를 위한 OTC 약품들을 포함하고 있었다. 이 품목의 약품들은 1996년 1월까지 급여대상 약품으로 전환되도록 되어있었다. 1993년 의료개혁법은 4년 임기의 11명의 전문가로 구성된 “Institute for Medicines”을 설립하여 급여항목 약품을 권고하도록 하였다. 예외적인 경우로, 의사들은 처방내역을 정당화할 수 있다면 권고된 약품 이외의 약품을 처방할 수 있었다. 제약회사와 의사들은 이러한 약품권고가 너무 심한 규제라면서 약품권고에 반대하였으나 약품권고내용은 바뀌어지지 않았다.

정부는 참조가격이 적용되지 않는 약품의 가격을 다음과 같은 방식으로 규제하였다. 1993-94년 동안 처방약의 가격은 1992년의 95% 수준으로, 비처방약의 가격은 1992년의 98% 수준으로 동결시켰다. 1992년 5월부터 12월 사이에 판매 개시된 약품의 경우 처방약품 가격은 5%, 비처방약품 가격은 2% 하락시켰다. 1992년 이후에 판매개시된 약품에 한해서는 1993~94년에 가격 인상을 허용하지 않았다. 이러한 가격규제는 연방정부의료보험에 의해 보장되지 않는 약품, 즉, 민간보험에 의해 보상되는 약품과 개인이 전액 부담해야하는 약품에게도 적용되었다.

2) 1993년 의료개혁법이 약제비 지출에 미친 영향

1993년 의료개혁법은 연방정부 의료보험의 약품비 지출을 5조 마르크화 이상 감소시켰다. 1992년이래 약품비 지출은 19% 감소하였으며 총 의료보험지출에서 약품비 지출이 차지하는 비중은 1992년 16.1%에서 1993년 13.1%로 하락하였다. 이러한 약품비 지출의 절감은 의사들의 처방행태 변화로 인해 3조 마르크화가 감소하였으며, 낮은 약품가격과 참조가격 적용범위 확대로 인해 1조 마르크화가 감소되었고, 본인부담금의 인상으로 인해 1조 마르크화 감소된 것으로 파악되었다.

〈표 III-7〉 독일 1993년 의료개혁법 이후 의료비 지출 구성비의 변화

구분	1970	1975	1980	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
의원	22.9	19.4	17.9	18.1	16.9	18.4	18.2	17.6	17.2	18.0	17.6
치과	7.2	7.1	6.4	6.1	6.0	6.2	6.1	6.0	6.1	6.3	6.2
병원	25.2	30.6	29.6	32.2	31.8	33.1	33.2	32.4	32.1	34.3	34.3
약국	17.7	15.3	14.3	15.3	16.0	16.4	16.3	16.2	16.1	13.1	12.9
의료부조	2.8	4.4	5.7	6.0	6.9	6.4	6.5	6.4	6.3	6.6	6.8
틀니	3.5	7.2	8.6	7.1	7.5	3.9	3.6	3.7	4.1	3.0	3.2
기타	20.7	16.0	17.5	15.2	14.9	15.6	16.1	17.7	18.1	18.7	19.0

자료: Ulrich, Volker and Eberhard Wille (1996) "Healthcare Reform and Expenditure on Drugs: The German Situation," *Pharmacoeconomics*, 10 suppl 2: 81~88.

1993년 의료개혁법에 의해 추진된 진료비 억제정책은 약품시장의 괄목할만한 구조변화를 가져왔다. 1980년대 후반까지 독일 약품시장은 현격한 이분구조를 가지고 있어서 연구중심 제약회사는 혁신적인 약품만을 생산하고 카피약 제조회사는 값싼 모조 약품(generic drug)만을 생산하고 있었다. 연구중심의 제약회사는 수익의 대부분을 연구와 개발비에 투자하고 있었으며 연구수행을 위한 정부의 보조금은 받지 못하고 있었다. 연구중심의 회사들은 주요약의 효능과 품질을 두고 경쟁을 하고 있었다.

값싼 모조 약품은 브랜드 약품보다 싼 값에 팔리면서 상당한 수익을 올리고 있었다. 그러나 약품의 낮은 가격 탄력도로 인해 모조약품의 경쟁력은 약화되

었다. 환자들은 약품 가격에 그다지 민감하게 반응하지 않았는데 그 이유는 약품비가 보험에 의해 보장되었기 때문이었다. 정치가들은 약제비 본인부담을 인상하거나 약품에 대한 가격 탄력도를 증가시키기보다는 의사들의 처방 행태를 변화시켜 모조 약품 판매를 증가시키고자 하였다. 의사들의 처방행태를 변화시키기 위해서 약품의 구성물질과 부작용, 약품간의 가격 비교, 약제비 상환액 등의 정보를 의사들에게 제공하였다. 일련의 이러한 규제들은 모조약품 지출 비중을 증가시켰다. 1980년대 초반 모조약품의 보험 약품시장 점유율은 겨우 11% 이었는데 1988년 20.4%로 인상되었으며 총 약품 판매수익의 15.3%를 차지하게 되었다.

〈표 III-8〉 독일의 1993년 의료개혁법 이후 모조약품 시장 점유율의 변화

연도	모조약품수	동일효능약품시장		전체 시장	
		처방비중	판매수익비중	처방비중	판매수익비중
1987	256	45.7	31.4	17.2	13.2
1988	281	50.4	39.7	20.4	15.3
1989	290	53.2	42.2	21.9	16.3
1990	306	55.5	44.9	23.8	17.0
1991	307	57.7	48.1	26.6	18.9
1992	299	58.3	48.5	29.4	22.1
1993	319	67.5	59.4	38.0	30.8

자료: Ulrich, Volker and Eberhard Wille (1996) "Healthcare Reform and Expenditure on Drugs: The German Situation," *PharmacoEconomics*, 10 suppl 2: 81-88.

1993년 보건의료개혁으로 인해 모조 약품의 시장점유율은 더욱 가속화되었다. 1993년 모조약품은 총 처방약품의 38%를 차지하게 되었으며 총 판매수익의 30.8%를 차지하게 되었다. 동일효능약품 시장에서 모조약품의 비중은 더욱 커져 총 처방약품의 67.5%와 총 판매 수익의 59.4%를 차지하게 되었다. 1993년 도입된 약제비에 대한 예산제약은 이러한 모조약품의 시장점유율 확장을 가속화 시켰다. 1993년 1월 참조가격제는 보험적용약품의 45%에만 적용되고 있었는데 1995년까지 보험적용약품의 75%에 참조가격제를 적용하는 계획을 마련하였다. 참조가격적용으로 인한 재정절감은 1996년 현재 거의 1.1조 마르크화에

달하게 되었으나 의료비 지출절감으로서의 참조가격제의 역할은 곧 한계에 달할 것으로 예상되고 있다.

1987~1993년 동안 약품가격 상승은 약품비 지출에 있어서 상대적으로 적은 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 1989년과 1993년을 제외하고 매해 처방수가 약품가격상승보다 빠르게 증가하는 것으로 나타났다. 1993년 도입된 진료비 지출억제정책은 처방수와 약품가격의 현격한 감소를 야기 시켰다. 아래 표에서는 약제비 지출의 변동 원인을 다른 약품을 처방함으로써 기인된 것(interdrug effect)과 같은 약품을 처방하되 포장단위와 다른 경구방법을 사용함으로써 기인된 것(intradrug effect)으로 나누어 살펴보았다. 1993년 interdrug 효과가 음인 것으로 나타났다. 이는 1993년 약제비 총액예산제 도입으로 인한 약제비 지출 절감이 의사들로 하여금 값비싼 약품에서 싼 약품으로 대체하여 처방하게 함으로써 야기된 것이라는 증거를 보여주고 있다.

〈표 III-9〉 독일 약제비 지출상승의 요인별 분석

연도	성장률(%)			요인별 기여도		
	판매액	처방수	가격	총상승율	interdrug 효과	intradrug 효과
1987	6.8	3.7	0.7	2.3	0.4	1.9
1988	8.5	4.1	1.4	2.7	0.8	1.9
1989	0.8	-3.5	1.0	2.9	0.0	2.9
1990	6.5	5.3	-0.1	1.3	-0.4	1.7
1991	10.8	3.8	1.5	5.1	2.5	2.7
1992	9.8	3.2	2.0	4.3	1.8	2.5
1993	-14.5	-10.4	-3.9	-0.8	-0.9	0.1

주: interdrug 효과는 다른 약품을 처방함으로써 기인된 판매액의 변화를 나타내며 intradrug 효과는 같은 약품을 처방하되 다른 포장단위와 경구방법을 사용함으로써 기인된 판매액의 변화를 나타냄.

자료: Ulrich, Volker and Eberhard Wille (1996) "Healthcare Reform and Expenditure on Drugs: The German Situation," *PharmacoEconomics*, 10 suppl 2: 81-88.

1993년 개혁의 특징 중의 하나는 의사들에게 재정적 위기감을 조성함으로써 의사들이 상당한 영향력을 발휘하는 약제비 지출 증가를 제한시켰다는 것이다.

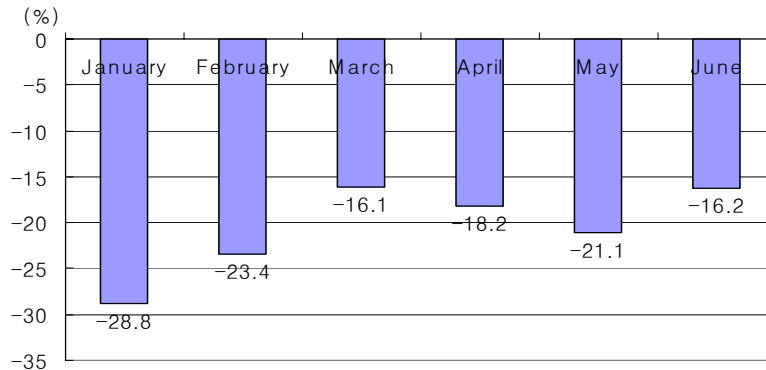
1993년 약제비 지출 상한을 1991년 지출과 동일한 수준인 24조 마르크화로 제한하였다. 약제비 지출이 24조 마르크화를 넘는 경우, 초과액 280만 마르크화까지는 초과분을 내년도 진료비 예산에서 제한하였고 초과액이 280만 마르크화를 넘는 경우, 제약회사로 하여금 초과액을 의료보험조합에 변상하도록 하였다.

의사들 처방 수준 감독을 통하여 의사들이 평균보다 15% 이상 처방을 할 경우 감시 대상이 되도록 하고, 25% 이상일 경우 의사들의 임금이 삭감되도록 하였다. 1993~94년에는 참조가격제(Reference Price System)에 포함되지 않는 약품 가격을 5%인하 하였으며 OTC 약품 가격을 2% 인하하였다. 1993년에는 가격에 따른 약제비 본인부담제를 의무화시켰으며 1994년부터는 약품소비에 대한 유인을 억제시키기 위해 “가격”에 따른 약제비 본인부담제를 약품 “소비량”에 따른 본인부담제로 변경시켰다. 이에 따라 소량의 약품에 대해서는 3마르크화, 중량의 약품에 대해서는 5마르크화, 대량의 약품에 대해서는 7마르크화의 본인부담을 부과하기 시작했다.

이러한 1993년 약제비 상한제는 의사들이 처방수준을 낮추는데 크게 기여하여 1993년 6월 하루분 처방수는 1992년 동월 대비 10.5% 감소하였다. 약제비 상한제 도입직전 1992년 12월 약품 지출비가 24.9% 상승했었으나 약제비 상한제 도입후 전체적인 약품 지출비는 1993년 1월 1992년 동월 대비 28.8% 감소하였으며, 1993년 2월 동월 대비 23.4% 감소하였다. 이에 1993년 6월 약품비 지출 수준은 1992년 동월 대비 16.2% 낮은 수준을 기록하게 되었다.

1993년 말 약제비 지출 총액은 23.883만 마르크에 달해 약제비 상한액 24만 마르크를 초과하지 않았다. 이러한 약제비 상한제로 인해 약제비를 2만 마르크 절약한 것으로 추정되었으나 실제로는 직접조제약에 대한 지출이 늘었고 약제비 상한제에 의해 제약받지 않는 병원 의사들에게 개인 의사들이 약제비를 전가했을 가능성이 있다는 사실이 지적되었다. 실제로 1993년 1-7월까지 의사들이 환자들을 다른 의사들에게 보내는 행위가 전년도에 비해 9% 높았으며, 병원으로 보내는 행위는 10% 높았다. 이러한 사실은 1.3만 마르크의 직접 약제비 지출과 1.5만 마르크의 간접 약제비 지출을 초래했다.

[도 III-5] 1993년 전년 동월대비 독일 보험 약제비 지출 변화율



자료: Henke, Klaus-Dirk, Margaret A. Murray, and Claudis Ade (1994), "Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States," *Health Affairs*, 1994 fall.

6. 캐나다 개원의 총액예산제 운영사례와 성과¹⁴⁾

1980년대에 들어와서 캐나다 보건관련 재정지출이 급속히 증가하게 되자 캐나다 연방정부와 주정부는 개원의 진료비 지불보상제도(physician reimbursement policy)에 많은 개혁을 단행하기 시작하였다. 1980년대 후반에 일어나기 시작한 개원의 진료비 지불보상제도의 여러 가지 변화들은 후에 계속적으로 단행된 진료비 지출 증가 억제 정책의 시발점이 되었다. 이 시기에 캐나다 주 정부는 진료비 증가를 억제하기 위한 노력의 일환으로 단지 수가를 협상하는 것 이상의 정책을 펼쳐 나가기 시작했다. 특히 진료비가 협상된 예산을 초과하는 경우에는 수가변동과 연계시켜 진료비를 억제하고자 하는 노력을 몇 개의 주 정부에서 시행하기 시작했다.

낮은 경제성장과 연방정부로부터의 받는 보조금의 절감은 캐나다 주정부로 하여금 재정위기를 직면하게 하였으며, 이에 캐나다 주정부는 진료비 억제 정

14) Barer, Morris L., Jonathan Lomas and Claudia Sanmartin(1996) "Medical Cost Controls in Canada," *Health Affairs*, summer 1996.

책에 한층 박차를 가하였다. 역사적으로 행위별 수가제에 근거한 의사 진료비 보상방식은 의사들의 진료행위 강도를 통제할 어떤 기전도 갖고 있지 못했기 때문에 주 정부 재정을 악화시키는 가장 큰 원인으로 작용하고 있었다. 본 장에서는 캐나다 진료비 억제를 위한 최근의 정책들을 고찰하고, 정책의 변화와 결과에 대해 분석하며, 이러한 정책들이 가져온 부작용에 대해서도 고찰한다.

가. 캐나다 총액예산제의 특징

캐나다 주 정부는 예산을 초과하는 진료비에 대해서 의사들이 모두 보상하는 “엄격한 예산제(hard cap)”와 의사와 주정부가 함께 책임을 지는 “미약한 예산제(soft cap)”를 함께 실시하고 있다. 1995년 현재 Yukon과 Northwest를 제외한 캐나다의 모든 주 정부는 hard cap 혹은 soft cap 형태의 총액예산제를 도입하고 있으며 10개 주 정부 중 8개 주 정부가 hard cap을 도입하고 있다.

Hard cap이 진료비를 통제하는데 효과가 있는가의 여부는 예산이 어느 수준에서 설정되느냐에 달려 있다. 주 정부마다 다른 예산결정방식을 취하고 있는데 인구증가, 인구특성의 변화, 새로이 면허를 취득하는 의사수, 신기술등을 고려하여 결정하고 있다. 의사 진료비 지출 수준만 낮추기 위해서가 아니라 전반적인 공공 지출을 줄이고자 하는 의도에서 Alberta와 같은 주에서는 진료비 예산을 지난해 수준보다 낮게 책정하고 있다.

실제 진료비와 예산액의 차이는 예측수가비례할당제(anticipatory across-the-board fee proration)나 회귀수가비례할당(retrospective fee proration)에 의해 보정한다. 예측수가비례할당제 방식은 회계연도의 진료비 지출을 계산한 뒤 실제 진료비 지출이 예산액에 맞추어지도록 수가 수준을 결정하는 방식이다. 회귀수가비례할당방식은 실제 진료비가 예산을 초과하는 경우 다음해의 수가를 인하하거나 혹은 초과 부분이 보상될 때까지 인하된 수가를 적용하는 방식을 말한다.

〈표 III-10〉 1995년 캐나다 주 정부의 총액예산형태

주	예산제 형태	예산결정요인	예산초과지출보정방식	분쟁조정
British Columbia	Soft/hard	수가인상	예측수가비례할당	구속적 중재(1997)
Alberta	Hard	재정목표	회귀수가비례할당	기대적 중재
Saskatchewan	Soft	연간 1%이상 서비스량 증가; 새로운 서비스 항목	회귀수가비례할당	의료분쟁보정위원회
Manitoba	Soft	공식적이지 않음	회귀선택적수가비례할당	Mnitoba 의료협회 의료계 대표, 학계권고
Ontario	Hard	보건국이 결정	회귀수가비례할당	정부의 독자적 결정
Quebec	Hard	보건국의 전체 지출액	현재 논의중임	없음
New Brunswick	Hard	새 의사, 새 서비스, 협상된 수가	예측수가비례할당	없음
Nova Scotia	Hard	재정목표	회귀수가비례할당	공동관리협회, 상호간의 협의에 따라 조정함
Price Edward Island	Hard	인구특성, 새서비스, 새 의사	예측수가비례할당	공동협상협회, 공식적 분쟁해결기구가 없음
Newfoundland	Hard	인구 성장과 고령화, 승인된 의사수 변화, 신기술	예측수가비례할당	없음

자료: Barer, Morris L., Jonathan Lomas and Claudia Sanmartin (1996) "Medical Cost Controls in Canada," *Health Affairs*, summer 1996

나. 총액예산제와 더불어 실시한 정책들

캐나다는 보다 효과적인 진료비 통제를 위하여 총액예산제 도입과 더불어 의사공급을 제한하고 의사소득을 제한하는 정책을 함께 실시하였다. 의사 공급제한 정책은 수가차별화, 진료비청구제한, 국외 의과대학 졸업자에 대한 정책, 의과대학 입학자 수의 통제의 네 가지 방법을 통해 수행되었다. 수가차별화 정책은 신규 등록 의사에게 수가의 일부만 지불함으로써(예를 들어 Price Edward Island에서는 신규 의사에게 병원이 부여하는 특혜없이 수가의 50%만 지불하였음) 의사들로 하여금 그 주에서 개업하려는 의욕을 꺾으려는 의도에서 실시되

었다. 이 정책은 의사들을 캐나다 지역내에 고르게 분포하게 함으로써 캐나다 각 주에 진료비 지출 비용을 고르게 분배 시키는 결과를 가져왔다. 진료비청구 제한과 국외 의과대학 졸업자에 대한 정책은 신규 의사들이 공공에 의해 지불되는 진료비를 받지 못하게 함으로써 보다 직접적으로 의사수를 통제하는 방식이다. 의과 대학 입학자 수의 통제는 진료비 증가 억제에 위한 단기적인 효력은 없으나 장기적으로 진료비를 통제하기 위한 중요한 정책이라고 볼 수 있다. 의과대학 입학자수의 통제는 장기적으로 의료비 지출을 억제하는 가장 효과적인 정책이나 효과가 나타나기에는 상당히 긴 시간을 요구한다.

1995년 현재 Northwest만 제외하고 모든 주에서 의사 공급제한 정책을 실시하고 있다. British Columbia, Prince Edward Island, Newfoundland, Yukon에서는 새로 면허를 발급받은 의사에게 50%의 수가만을 적용하고 있다. 주정부 의료보험조합에 진료비를 청구할 수 있는 권한을 의사에게 부여하기 위하여 엄격한 선택기준을 적용하고 있다. Manitoba, Ontario, New Brunswick, Nova Scotia에서는 진료비 청구서 수를 제한하는 정책을 펼치고 있다.

1989년 이래 네 주 정부가 Quebec주와 연합하여 미약한 개인 의사 소득 상한제(soft individual physician income cap)를 실시하였다. 이 조치는 수입이 많은 의사를 규제하려는 의도에서 실시된 것으로 개인의사 소득상한액 규모와 실제 소득이 상한액을 초과할 경우 취해지는 제재조치는 주마다 다양하다. 예를 들어 Newfoundland 주의 경우 일반의가 회계연도에 300,000불 이상 수입을 얻는 경우 추가되는 50,000 불에 한해서는 67% 만이 지급하며, 350,000불 이상을 넘는 금액에 한해서는 1/3만 지불하도록 하였다. 전문의에 대해서는 400,000 불을 초과하는 경우 67%를 지불하고, 450,000불을 초과하는 경우에는 1/3 만 지불하도록 하였다.

〈표 III-11〉 1995년 캐나다 주정부의 개인 의사 소득 상한제

주	소득초과에 대한 보상방식
Ontario	\$404,000 초과시 67% 지불 \$454,000 초과시 33% 지불
Quebec	일반의 경우, 3개월분 상한금 초과시 25% 지불 전문의 경우, \$300,000 연간 hard cap 적용
Nova Scotia	청구수준에 따라 수가를 조정 적용함 \$140,000 초과시 88% 지불 \$400,000 초과시 75% 지불
Prince Edward Island	평균임금의 1.75배를 넘는 경우, \$25,000까지 75% 지불 그 이상의 \$25,000까지 50% 지불 그 이후에는 25% 지불
Newfoundland	일반의 경우, \$300,000 초과하는 경우 67% 지불하고 \$350,000 초과하는 경우 33% 지불 전문의 경우, \$400,000 초과하는 경우 67% 지불하고 \$450,000 초과하는 경우 33% 지불

주: 화폐단위는 캐나다 달러임

자료: Barer, Morris L., Jonathan Lomas and Claudia Sanmartin, "Medical Cost Controls in Canada," *Health Affairs*, summer 1996.

다. 캐나다 총액예산 도입의 효과

캐나다가 총액예산제도를 도입한 1990대년 이후 진료비의 급속한 증가는 어느 정도 안정이 되었다. 1989~1993년 동안 1인당 실질 진료비 증가는 연평균 0.5%를 보였는데 이는 1980년대 연평균 증가율 4%에 비교하면 상당히 낮은 수치이다. 각 개별 주에 대하여 총액예산제 도입 효과를 면밀히 분석한 결과는 아직 없다. 그 동안 행해진 연구 결과에 따르면 개별 주들은 총액예산제를 도입함으로써 서로 다른 경험을 한 것으로 나타났다. Ontario주의 경우 1983~1990년 동안 총액예산제는 의사 1인당 진료비 수준을 절감하는데 기여하지 못한 것으로 나타났다. 갈수록 더해지는 제약적인 환경과 의사 1인당 환자수의 감소에도 불구하고 Ontario의 의사들은 진료비 청구수를 증가시킨 것으로 나타났다. British Columbia는 1980년대 중반 총액예산제와 더불어 진료비 청구수 제한을 도입하였다. 이러한 정책은 그 후에 총액예산제도를 도입한 주와 비교해 볼 때 더 효과적으로 진료비를 절감한 것으로 나타났다. 총액예산제 도입에 따

른 진료비 절감의 여러 증거들을 토대로 주 정부들은 총액예산제가 성공적으로 진료비 증가를 억제할 수 있는 정책이라는 것에 확신하게 되었고 총액예산제도를 정착시키는데 더 결의적인 태도를 보이게 되었다.

라. Alberta 주와 Nova Scotia 주의 사례¹⁵⁾

Alberta와 Nova Scotia 두 주는 총액예산제를 1992년 4월부터 장기적인 계획으로 도입하였다. Alberta는 전년도 진료비 지출에서 5.5% 상승한 수준을 총액예산제 도입 첫해의 총액으로 설정하였으며 이후의 해에 대해서 예산을 증가시키는 계획을 세웠다. Nova Scotia는 총액예산제를 도입한 첫 두해까지는 예산을 증가시키지 않으며 세 번째 연도에 가서 예산을 3% 증가하고 그 이후 계속적으로 예산을 증가하는 계획을 세웠다. 총액예산제를 실시한 18개월 이후 두 주에 모두 새로운 정부가 들어섰고 이 새로운 정부는 예산절감계획을 세웠다. Alberta는 1995년 5월 10%의 예산절감을 합의하였으며 같은 해 12월에 추가적으로 5%의 절감을 합의 하였다. Nova Scotia는 1995년 5월 향후 2년간 예산을 7.5% 절감하는데 합의를 보았다. Alberta와 Nova Scotia 모두 총액예산을 도입한 첫해의 경험을 바탕으로 총액예산제도와 관련 규정을 재정비 하였다.

총액예산도입에 따른 의사 진료량의 변화는 두 주 사이에 현격한 차이를 보였다. 각 주의 진료비 증가를 비교한 <표 III-12>는 Alberta 경우 의사 진료량이 잘 통제된 반면 Nova Scotia의 경우 의사 진료량이 증가했다는 것을 보여준다.

15) Hurley, Jeremiah and Jonathan Lomas, and Laurie J. Goldsmith(1997) "Physician Responses to Global Physician Expenditure Budgets in Canada: A Common Property Perspective," *The Milbank Quarterly*, Vol.75, No.3.

〈표 III-12〉 총액예산도입에 따른 의사 진료량의 증가 : Alberta와 Nova Scotia

연도	Alberta					Nova Scotia				
	총 지출		의사 1인당 지출			총 지출		의사 1인당 지출		
	지출 (만불)	1991~92 년 대비 증가율	의사 수	의사 1인당 지출	1991-92 년 대비 증가율	지출 (만불)	1991-92년 대비 증가율	의사 수	의사 1인당 지출	1991-92년 대비 증가율
1991/92	823.5	1.000	4,351	189,266	1.000	266.2	1.000	1,760	151,250	1.000
1992/93	832.4	1.011	4,441	187,435	0.990	272.7	1.025	1,759	155,031	1.027
1993/94	825.0	1.002	4,584	179,973	0.950	277.2	1.041	1,857	149,273	0.987
1994/95	842.7	1.023	4,552	185,127	0.978	286.7	1.077	1,775	161,521	1.068

자료: Hurley, Jeremiah and Jonathan Lomas, and Laurie J. Goldsmith(1997) "Physician Responses to Global Physician Expenditure Budgets in Canada: A Common Property Perspective," *The Milbank Quarterly*, Vol. 75, No.3.

Nova Scotia는 지속적인 의사 진료량 증가로 인해 1994~95년 동안 총 진료비 지출은 1991~92년 대비 7.7% 상승하였으며, 의사 1인당 지출은 1991~92년 대비 6.8% 상승하게 되었다. 이러한 의사 진료량 증가로 인해 진료비 지출을 예산 범위내로 유지시키기 위해 수가를 인하하였다.

Alberta의 경우 총액예산제를 도입한 첫 두해 거의 의사 진료량의 변화가 없었으며, 세 번째 해에 약간의 진료량의 증가가 있었다. 이러한 미약한 진료량 증가로 인해 1994~95년에 1991~92년 대비 총지출의 증가는 2.3%로 나타났으며, 의사 1인당 지출액은 1991~92년 대비 2.2% 하락하였다. 1993년 8월 0.9%의 수가 인하로 인해 의사 진료량은 3-4% 하락하였다.

Nova Scotia가 의사 진료량 증가 억제책을 그들의 총액예산제 정책내에 도입했음에도 불구하고 진료량이 증가한 사실은 놀랄 만한 일이었다. Nova Scotia는 총액예산제를 도입함과 동시에 의사 개인 진료비 청구한도(individual-level billing thresholds)를 실시했다. 의사 개인 진료비 청구한도는 의사 개인이 예산의 과도한 부분을 점유할 수 없도록 함으로써 의사 진료량을 억제하고자 도입된 것이다. 진료량 증가 억제 유인책 도입 여부에 초점을 두고 본다면 의사 개인 진료비 청구한도를 도입한 Nova Scotia의 의사 진료량이 Alberta 보다 낮을 것으로 기대되었다. 그러나 상반된 결과는 Alberta가 Nova Scotia 보다 의사 진료량 증가를 낮도록 야기한 다른 원인이 있는 것으로 파악되었다.

Alberta와 Nova Scotia는 다음과 같은 점에서 차이가 났기 때문에 총액예산제 도입후 서로 다른 의사 진료량의 변화를 보였다. 첫째, 총액예산제도를 도입함에 따라 두주에서 개업하고 있는 의사들은 서로 다른 강도의 경제적 압박을 직면하였다. 총액예산제도 도입초기에 Nova Scotia의 의사들은 Alberta 의사들과 비교해 볼 때 더 많은 경제적 압박을 느꼈다. 둘째, 두 주에서 모두 총액예산제를 도입함에 따라 긴장된 분위기가 조성되었지만 Alberta가 정부와 의료협회간의 건설적인 관계를 유지하는데 더 성공하였다. 이러한 요인들은 서로 얽혀서 의사 진료량 증가 문제를 악화시켰다. 더 큰 경제적 압박이 진료량 증가를 야기 시켰으며, 증가하는 진료량으로 인해 정부와 의료협회간의 관계는 악화되었고, 악화된 관계는 다시 진료량의 증가를 가져오게 하였다

Alberta와 Nova Scotia에서 총액예산제가 도입되었을 때 두 주의 의사들이 서로 다른 경제적인 압박에 직면하게 된 대표적인 이유는 각 주에서 채택한 예산 규모가 달랐기 때문이다. 다음 표는 총액예산제가 도입되기 전년도에 경제적 배경에 관한 몇 가지 지표를 보여준다.

〈표 III-13〉 Alberta와 Nova Scotia의 진료관련 경제 환경: 1987~1992

		1987~88	1988~89	1989~90	1990~91	1991~92	평균
전국단위 수가수준 (주평균=100)	Nova Scotia	112.0	116.8	111.1	111.0	-	112.7
	Alberta	119.9	120.0	114.6	115.3	-	117.7
주단위 수가수준 (1986=100)	Nova Scotia	103.0	107.5	108.9	112.5	115.6	12.2 (연평균 증가)
	Alberta	100.7	102.7	105.9	109.0	113.8	12.9 (연평균 증가)
100,000명당 의사수	Nova Scotia	179.5	185.6	192.6	191.3	191.0	188.0
	Alberta	156.6	163.6	164.2	163.1	165.8	162.6
의사 1인당 명목연간진료비	Nova Scotia	-	-	122,297	125,588	132,747	126,877
	Alberta	-	-	151,233	156,005	169,075	158,771
의사 1인당 실질연간진료비 (1986기준)	Nova Scotia	-	-	112,302	111,633	114,833	112,923
	Alberta	-	-	142,807	143,124	148,572	144,834

자료: Hurley, Jeremiah and Jonathan Lomas, and Laurie J. Goldsmith(1997) "Physician Responses to Global Physician Expenditure Budgets in Canada: A Common Property Perspective," *The Milbank Quarterly*, Vol.75, No.3.

<표 III-13>은 총액예산제도가 도입될 당시 Nova Scotia 의사들이 더 많은 경제적 압박상태에 있었다는 것을 제시해 준다. 비록 총액예산제가 도입되기 전 5년 동안의 수가 연평균 증가율은 두 주가 비슷한 증가율을 보이고 있으나 (12.2 대 12.9) 수가 수준은 Nova Scotia가 Alberta보다 낮은 것을 볼 수 있다. 5년 동안의 평균 수가는 Nova Scotia가 112.7인데 반해 Alberta는 117.7이다. 그 밖에도 인구당 의사수와 의사수 증가율이 Nova Scotia가 Alberta 보다 높다. (188.0 대 162.6, 6.4 대 5.9). 종합적으로 살펴볼 때 낮은 수가와 높은 의사밀도가 Nova Scotia를 Alberta보다 의사 1인당 진료비를 \$30,000 낮도록 초래했으며 또 낮은 진료비 성장률을 갖도록 했다. 이와 더불어 수가 수준을 결정하는데 결정적인 역할을 하는 의사 1인당 진료량은 Nova Scotia가 Alberta보다 1.5배 더 높은 상승률을 보였다.

두 주가 총액예산제를 도입할 때 책정했던 예산규모의 차이도 두 주가 의사 진료량 차이를 보인 원인으로 파악된다. Nova Scotia는 전년도 실제 진료비에서 전혀 증가하지 않은 액수를 예산으로 설정하였는데 이러한 엄격한 예산이 의사들에게는 압박요인으로 작용했다. 진료비 초과지출로 인해 야기된 수가인하는 의사들에게 점점 더 손실을 가져다 주는 요인으로 작용했다. 즉 소득을 유지하기 위해 일을 열심히 하면 수가 수준은 떨어지고 그래서 더 열심히 일하면 수가수준은 더 떨어지는 양상이 계속되었다. 반대로 Alberta의 초기 예산 증가는 총액예산정책을 의사들에게 바람직한 것으로 인식하게 하여 진료량 증가로 이어지게 하는 압박요인으로 작용하지 않았다.

그러나 Alberta에서 초기의 예산증가는 곧 사라지고 예산을 절감하는 정책으로 바뀌었다. 예산제약하에서의 진료량 증가요인으로 파악되는 의사공급 증가율과 인구 증가율은 Alberta가 Nova Scotia 보다 높게 되었다. 그러므로 총액예산제 도입 초기에는 Alberta의 예산증가정책이 Nova Scotia보다 낮은 진료량을 가져 온 것으로 이유라고 간주되지만, 이러한 예산증가정책은 곧 Alberta에서 사라졌다. 따라서 예산증가정책이 반드시 Alberta의 진료량 통제에 지속적인 요인으로 작용했다고 보기는 어려우며 예산증가정책 이외의 다른 원인이 있는 것으로 파악되었다. 그 또 다른 원인은 두 주가 서로 다른 예산협상방식을 취했기 때문이었다.

두 주는 총액을 협상하고 합의하는데 있어서 서로 다른 방식을 취했으며 결정된 총액에 대해서 Alberta가 Nova Scotia 보다 더 많은 의사들의 동의를 받았다. Alberta와 비교해 보았을 때 Nova Scotia는 총액협상에 있어서 의료협회와 정부간의 불안정한 관계가 계속되었으며 의사들은 협상에서 소외된다는 느낌을 가졌다.

1970년대와 1980년대에 Nova Scotia 의료협회 (Medical Society of Nova Scotia: MSNS)와 주정부가 채택하던 협상방식은 상호조정방식으로 친분이 있는 사람들끼리 비공식적으로 협상이 이루어졌다. 이러한 사적인 접근방식은 협상을 하고 수가를 결정하는 데는 효과적으로 작용하였으나 예산을 절감하는 문제에 있어서는 그다지 효과적이지 못하였다. 의사들은 예산절감에 대해서 개인적인 모욕감과 배반감을 느꼈다. 사적인 협상접근 방식의 불안정성으로 인해 의료협회와 정부간의 관계는 점차 단절되기 시작하였으며 총액예산 관련문제를 다루는 능력도 흔들리게 되었다. 1995년 3월 의료협회와 정부간의 협상이 두 번이나 결렬되었으며 의료협회는 총액예산을 다루는 정부와 의사 합동 위원회에서 탈퇴하였다.

Alberta 역시 1990년대 초반 상호조정협상 방식을 취했으나 이러한 협상방식은 협상상대방을 서로 신뢰하지 않는 당사자주의적이고 대립적인 방식이었다. 초기의 대립적인 방식에서 정부와 의료협회는 의견차이와 갈등을 해소하기 위하여 강력한 제도적인 접근방식을 택하였다. 예산절감으로 야기된 긴장된 관계에도 불구하고 정부와 의료협회는 문제를 객관적으로 다룰 수 있었으며 건설적인 관계를 유지하고 민감한 문제들을 해결해 나갈 수 있었다. 따라서 정부와 의료협회간의 관계는 Nova Scotia 경우처럼 단절되지 않았다.

예산협상에 있어서 두 주는 상당히 다른 협상방식을 이용했다. Nova Scotia의 의료협회는 협상당사자의 책임과 책임수행방법을 가능한 명백하게 밝히는 협상유형을 추구했다. 반대로 Alberta는 총액이 도입되었을 때 발생할 수 있는 예상치 못한 경우에 대비해 특별한 문제가 발생했을 경우 해결방식이 마련될 수 있는 융통성있는 협약을 추구했다. 예를 들어 Alberta는 진료비가 총액이 넘을 경우 누가 책임을 지는가는 명백하게 밝혔으나 이를 책임지는 방법에 대해서는 자유롭게 하였다. 또한 책임지는 방식을 결정하는데 있어서 의사들의 자문을 구했다.

이러한 Nova Scotia와 Alberta의 다른 협상방식은 다음의 두 가지 결과를 가져왔다. Nova Scotia의 접근방식은 정부가 협약을 위반하였을 때 의사들에게 상당히 큰 배반감과 환멸을 불러일으켰다. 그러나 더 주목해야 할 점은 협상의 경직성으로 인해 의사들이 그들의 의견을 총액예산제를 도입함에 있어서 반영할 기회를 갖지 못하였다는 것이다.

계약승인절차에 있어서 Alberta는 Nova Scotia에 비해 의사들의 승인을 더 많이 받아들이고 있었다. Nova Scotia의 승인절차는 오직 의료협회 최고 위원회의 동의만을 요구 했다. 그러나 Alberta의 최종승인은 의료협회 의사들의 투표에 의한 기준을 요구했다. 투표결과 73%의 의사들이 비준한 것으로 나타났다. 이러한 의사 비준절차는 총액 예산제가 처음 도입된 민감한 시기에 의사들의 의견을 개진할 수 있는 기회를 부여하였다. 또한 3/4이 넘는 의사들의 비준은 그 후 의사협회로부터의 비판을 막아주는 역할을 했다.

7. 네덜란드 총액예산제 운영사례와 성과¹⁶⁾

가. 전반적인 경향

네덜란드에서는 1970년대 초반 보건의료 지출의 연간 증가율이 12~16%로 변화하여 과도한 보건의료지출에 대한 우려가 시작되었다. GDP 대비 보건의료 지출 비중이 1970년대 6.1%에서 1980년대 8.3%에 이르러 보건의료지출의 급속한 성장을 막아야 한다는 인식이 보건 정책입안자들 사이에서 일반화되었다.

이에 1983년 급성기 병원 부문에 총액예산제도 실시하였고 곧이어 간호요양소, 정신병원등의 다른 보건의료시설에도 총액예산제가 적용되기 시작하였다. 1989년부터는 의사의 보건의료제공이 총액예산제의 적용을 받기 시작하였으며 전문의 진료에 대해서는 지출을 제한하는 “총예산”(macro-budget)을 도입하기 시작하였다.

16) Maarse, Hans A.M. "Fixed Budgets in the Inpatient Sector: the Case of the Netherlands," in *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, ed. Schwartz, F. W. et al., 1996.

네덜란드가 도입한 총액예산제의 특징을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 총액예산을 통해 일정 회계연도에 공급자 혹은 공급자 단체가 사용할 수 있는 자원의 총량을 제한하였다. 공급자들은 여전히 행위별 수가제로 보상받았으나 공급자가 예산 제한을 초과하면 다음 연도의 수가를 삭감함으로써 예산초과분을 상쇄시켰다. 둘째, 정부가 보건의료에 사용될 자원의 총량을 결정하고 난 뒤 보건부가 병원 서비스 부문별 예산을 결정하였다. 부문별로 정해진 예산은 “예산배정 모형”을 이용하여 공급자별 예산으로 쪼개졌다. 보험자는 공급자 기관과 의료서비스 제공 계약을 체결하기 위해 협상을 하여야 했다. 병원이 예산을 초과하여 지출하면 병원이 초과분에 대해 책임을 지고 보상하나 예산초과가 보험자와 병원간의 계약된 총량이 보건부에 의해 허용된 예산 상한을 초과하였기 때문에 발생한 것이라면 예산초과를 상쇄하기 위한 조치가 병원과 보험자 공동으로 이루어졌다. 셋째, 총액예산은 공공지출과 민간지출 모두를 포함하였다. 이는 비용억제 프로그램이 단지 공적 보건의료지출을 억제하는 것이 아니라 전체 보건의료지출을 억제해야 한다는 생각을 반영하기 위함이었다. 예산을 결정하기 위한 의사결정은 “합리적 접근법”과 “정치적 접근법”에 의해 이루어졌다. 합리적 접근법은 보건의료에 대한 수요 변화, 신기술의 영향, 비용 등의 정보에 입각하여 예산을 결정하며 정치적 접근법은 기관간의 협상 결과에 따라 예산을 결정하였다. 대체적으로 예산결정은 합리적 접근법과 정치적 접근법이 혼재되어 일어났으며 정보의 부족, 정보의 선택적인 사용, 참여자간의 이해충돌, 해결해야 하는 당면과제 등에 의해 영향받았다.

네덜란드는 이와 같은 총액예산제를 도입함으로써 다음과 같은 효과를 보았다. 첫째, 1992~1993년 정신과 병원, 외래 정신 진료소, 간호 요양소, 정신지체자 진료시설에 도입된 총액예산제는 비교적 효과적이라고 평가되었다. 이들 부문에 대한 초과지출은 대개 0.5% 이내였고 지출상한에 미달되는 경우도 있었다. 둘째, 공급자별 예산이 없는 부문별 예산제는 덜 효과적이라고 평가되었다. 전문의 진료에 대한 지출 총액이 1980~1989년에는 연평균 2.6% 증가하였으나 총액예산이 도입된 1989년 이후 1990~1992년 동안 연평균 6.3% 증가하였다.

네덜란드는 총액예산제를 시행함으로써 앞서 지적된 효과와 더불어 다음과

같은 문제도 발생되었다 첫째, 지출이 미리 결정된 예산 이내로 유지될지 파악하기 위한 시기적절하고 신뢰성있는 정보가 필요하나 이러한 필요는 종종 충족되지 않았다. 보건부는 자료를 수집함에 있어 공급자가 제공하는 정보에 의존할 수밖에 없었는데 이는 공급자가 전략적으로 정보를 제공할 유인을 제공하였다. 둘째, 서비스 공급량의 계약이 초과지출의 원인이 되고 있는데 예산배분모형에는 서비스 총량을 억제하기 위한 기전이 들어있지 않았다. 셋째, 총액예산은 의료서비스를 위한 총예산을 정할뿐 직접적으로 의료서비스량을 규제하지 않았다. 지출이 총액예산 내에서 유지되지 않았다는 것이 판명되면 보건부는 초과지출분을 보상하기 위해 다음해의 수가를 인하하는 기전을 사용하였다. 이러한 후향적 수가인하는 의사들이 “죄수의 딜레마”에 빠지게 하여 의료 서비스량을 증가시키는 요인으로 작용하였다. 그 예로 1989년 전문의에 대한 부문별 총액예산이 도입된 후 1982~1988년 동안 1%였던 입원부분의 의료서비스 증가율은 1989~1992년 2.1%로 증가하고 같은 기간 외래부분 의료서비스 증가율은 2.4%에서 4.2%로 증가한 것을 들 수 있다.

나. 병원 총액예산제

네덜란드에서 1983년까지 병원부문을 위한 재원조달은 상한이 적용되지 않았다. 병원수가 중앙위원회의 가이드라인을 통해 병원부문의 비용이 규제되었는데 이 가이드라인은 의료서비스량 자체를 통제하지 않았던 것이다. 예상 추정액을 예상 재원일수로 나눈 환자 일당 정액을 주된 지불보상방법으로 사용하였는데 이러한 지불구조는 병원이 비용절감과 효율성 증대를 위해 노력하지 않고 서비스량을 늘리도록 하는 유인을 제공하였다.

1983년 총액예산제를 도입하여 보건부가 병원부문에 부문별 예산을 강제하기 시작하였다. 도입초기에는 병원 부문 예산을 1982년 예산에 약간의 보정을 가하는 수준에서 결정하고 개별 병원별로 사전적 예산을 결정하였다. 이러한 총액예산의 도입으로 병원을 더 이상 서비스량을 늘릴 수 없게 되었으며 적립금을 남기게 되면 모두 수익이 되었지만 적자가 있게 되면 전부 책임을 지게 되

었다. 전문의들이 총액예산제가 전문직 자율성을 제한하는 것이므로 받아들일 수 없다고 주장하였기 때문에 병원예산을 병원내에서 행위별 수가제로 지불받는 전문의의 수입은 포함하지 않았다.

네덜란드에서 도입한 병원부문 총액예산제의 특징은 다음과 같다. 도입초기 1983년에는 “추세적 예산결정모형(historical budgeting)”에 근거하여 예산결정하였다. 이 방식에 의하여 1982년 지출수준에 물가인상율과 몇 가지 비용인상 요인을 보정하여 개별병원에 예산을 배정하였다. 이러한 추세적 예산결정모형은 병원 예산제 수용을 쉽게 하고 병원간 예산 이동을 크게 초래하지 않는다는 장점이 지적되었다. 그러나 지출이 적었던 효율적인 병원에 불이익을 주고 지출이 많았던 비효율적인 병원에 이익을 준다는 단점이 노출되었으며 또한 병원의 수용능력 변화를 예산에 반영하기가 어렵다는 점이 지적되었다.

이러한 문제점으로 인해 1988년 “기능적 예산모형”(functional budgeting)을 도입하게 되었다. 기능적 예산모형 하에서는 가용성 요소, 수용능력 요소, 서비스공급량 요소들로 모형을 구성하여 동일한 업무를 수행하는 병원에 동일한 예산이 지불되게끔 하였다. 따라서 대규모 병원일수록 복잡한 서비스를 수행함에 따라 비용이 더 많이 들 것으로 예상되어 대규모 병원일수록 높은 수가를 받게 되었다.

이러한 병원 총액예산제의 도입결과는 1983년과 1988년까지는 비교적 성공적이었다. 즉, 예산과 지출간의 차이가 1984년을 제외하고는 별다른 차이를 보이지 않았다. 그러나 1989~1991년까지는 예산과 지출간에 상당한 차이가 관찰되었는데 그 원인으로 다음과 같은 사항이 지적되었다. 첫째, 예산은 지출을 억제할 필요성에 의해 주로 정치적 영향에 의해 결정되었으며 병원의 업무량 증가를 고려하지 않았다. 둘째, 서비스 공급량 계약시 지출목표를 지나치게 낮게 설정하였다. 셋째, 기능적 예산설정 모형에 합병효과, 대출금 이자 비용에 대한 보상등 지출증가 기전이 포함되어 있었다.

8. 영국 총액예산제 운영사례와 성과¹⁷⁾

NHS가 출현한 이후 첫 2년 동안 영국 병원의 진료비는 개별 병원의 청구에 의해 결정되었으나 이러한 상향식 체계로 인해 의료비지출규모가 급속히 증가하자 1950~51년부터 병원지출에 관해 총액예산한도가 처음으로 실시되었다. 1976년부터는 현금상한체계를 도입함으로써 NHS의 예산이 인플레이션을 감안하여 결정되도록 하고 추후 가격등락에 상관없이 예산변화를 허용하지 않도록 하였다.

이러한 총액예산제도의 도입으로 인해 1950년대 이후 영국의 보건의료비 지출은 비교적 느리게 증가하였다. 서구의 다른 나라와 비교했을 때 보건의료비 총액의 증가와 공적보건의료비 규모가 상대적으로 적은 편이어서 영국의 NHS는 OECD로부터 괄목할 만한 비용-효과적인 제도로 평가 받았다.

영국이 도입한 총액예산제의 특징은 다음과 같다. 예산총액을 결정하는데 있어서 인구통계학적요인, 공공의 기대/유지해야하는 서비스 수준, 충족되지 않은 욕구, 의료기술의 진전, 공공의 보건을 위협하는 장애요소, 상대가격 효과, 효율성 증대에 따라 비용이 절감되는 규모, 개혁에 수반되는 투자비용, 정치적 측면 등을 고려하였다.

NHS 시행초기에는 병원의 전년도 지출 비율에 따라 지역별로 자금을 배분하였으나 1977~78년부터 인두제 원칙을 기본으로 인구에 따라 지역별 목표를 설정하는 방식을 도입하였다. 1976년 자원배분실무팀이 인구의 크기, 연령별·성별 보건의료서비스 이용량, 지역별 사망률 및 질병률 차이를 반영하는 배분방식 사용을 제안하였으며 배분방식 도입이후 십년간 지역간 자원배분 불균형이 감소되었다. 1993년에는 기존의 배분방식에 보건의료 욕구를 개선시키는 요소(사망률 대신 질병률 사용, 지역별 요소 비용 차이 보정 등)를 추가한 새로운 배분방식을 제안하였다.

1차 진료에 대한 예산 배분을 위해 지역의 수요를 평가하고 있다. 이러한 수요평가를 위해서 평균 개업의사수, 인구의 연령구조, 지리적 분산 혹은 크기, 타인종 및 여성 의사, 접근 여부 및 접근 용이성, 지방의 특정한 수요, 낙후된

17) Smee, Clive H. "Setting Regional Allocations and National Budgets in the UK," in *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, ed. Schwartz, F. W. et al. (1996)

지역 여부 및 오벽지 지역여부, 특정한 거주지역 선호도 등을 고려하고 있다.

9. 홍콩 총액예산제 운영사례와 성과¹⁸⁾

홍콩은 1980년대에 병원 서비스의 질과 규모는 하락시키지 않으면서 병원 진료비 지출 증가를 억제하는 문제에 직면하게 되었다. 홍콩의 정책 입안자들은 많은 병원 진료비 지불 보상방식 중 총액예산제를 통한 중앙 통제 방식이 병원 진료비 지출 증가를 억제하는데 가장 효과적인 정책이라는데 합의를 보았다. 그러나 총액예산제를 도입하는데 있어서 “진료비 통제”와 “서비스의 질”이라는 상충관계 문제에 직면하게 되었다. 홍콩은 병원 부분에 총액예산제를 도입함으로써 병원 진료비 지출 증가 억제라는 효과를 얻었지만, 병원 서비스의 질 저하라는 또 다른 문제를 갖게 되었다. 또한 인구가 성장하고 경제가 번영했던 1980년대 한창 증가했던 국민들의 보건의료서비스에 대한 욕구를 정부가 계획 하였던 병원설립으로 충족시키지 못했다는 문제점도 지적되었다.

〈표 III-14〉 홍콩에서의 공공 의료비 지출액, 1980~1990

(단위: 홍콩 달러)

연도	실질 공공 의료비 지출(만불)	실질 성장률 (%)	정부총지출에서 차지하는 비중(%)	GDP에서 차지하는 비중(%)
1980	1635	22.8	6.9	1.4
1981	1857	13.5	7.4	1.2
1982	1880	1.3	6.3	1.2
1983	1948	3.6	6.4	1.2
1984	2131	9.4	7.4	1.2
1985	2494	17.1	8.4	1.4
1986	2877	15.4	9.0	1.4
1987	3004	4.4	9.0	1.3
1988	3222	7.2	8.7	1.3
1989	3769	17.0	8.9	1.5
1990	4562	21.0	9.3	1.8

자료: Hong Kong Yearbooks, 1980~1991.

18) Chu, David, K. W. (1992), "Global Budgeting of Hospitals in Hong Kong," *Soc. Sci. Med.* Vol.35, No.7. 857~868.

홍콩에서의 공공병원은 총액예산제에 의해 운영되고 있다. 홍콩에서의 병원 총액예산제는 일단 총액이 정부에 의해 결정되고 나면 추가적인 재원은 조달되지 않는 것을 원칙으로 하고 있다. 다음표는 홍콩에서의 공공 의료비 지출액과 이의 실질 성장률, 공공 의료비 지출액이 정부 총지출액과 GDP에서 차지하는 비중을 보여 준다.

위의 표는 공공 의료비 지출액의 실질 성장률이 계속적으로 증가하고 있는 것을 보여주고 있다. 이러한 증가에도 불구하고 총 정부지출에서 공공 의료비 지출이 차지하고 있는 비중은 1980년대 동안 6~9% 수준을 유지하고 있는 것으로 나타났다. 게다가 공공 의료비 지출액이 GDP에서 차지하고 있는 비중도 1.2~1.8%를 유지하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 통계치는 홍콩 정부가 의료비 지출 증가를 비교적 잘 통제하고 있다는 것을 암시해 준다. 홍콩 정부는 진료비 증가를 억제하고자 계층적 구조를 통해 예산을 심의하며, 엄격하게 추가 재원을 허용하지 않으며, 초과 지출에 대해서는 개별 병원이 책임을 지게하고 있다. 이러한 진료비 증가 억제 기전이 홍콩 의료비 증가 억제에 크게 기여한 것으로 파악된다. 의료 신기술 도입과 의료 이용량 증가가 진료비 증가 압박 요인으로 작용했던 1980년대에 이러한 진료비 억제책은 혁신적인 정책으로 간주되었다.

그러나 의료비 지출에 대한 엄격한 통제는 한정된 자원만을 병원에 제공하는 문제를 야기 시켰다. 국민의 증가하는 의료 서비스에 대한 욕구를 충족시킬 수 있는 보건의료시설의 기반이 제한된 예산으로 인해 확충되지 못하였다. 1980년 동안 병원 병상수의 연평균 증가율은 상당히 낮은 수준을 보였다. 아래 표는 1980년대 연평균 병상수 증가율이 공공병원 경우 3.1%, 정부보조 병원경우 0.9%, 민간병원 경우 1.2%인 것을 보이고 있다. 병상수의 부족은 총액예산제도에 대한 국민의 불만을 불러 일으켰다.

<표 III-15> 홍콩에서의 병원 병상수 추이, 1980~1990

연도	인구 10,000명당 병상수	성장률		
		공공병원 (%)	공공 보조 병원 (%)	민간 병원 (%)
1980	39.6	2.7	-0.5	1.5
1981	40.5	6.4	2.0	-0.5
1982	41.9	4.1	5.3	7.3
1983	42.0	1.7	1.2	0.1
1984	43.7	8.4	2.6	1.1
1985	44.2	4.7	0.5	-0.3
1986	43.1	0.0	-0.2	-2.5
1987	43.4	4.0	-0.6	2.3
1988	42.9	-0.5	0.4	3.3
1989	42.4	0.4	-0.4	0.5
1990	42.5	2.6	-0.8	0.7
평균 성장률		3.1%	0.9%	1.2%

자료: Hong Kong Yearbooks, 1980~1991.

증가하는 환자 수에 비해 고정된 수의 의료 서비스 시설은 환자로 하여금 오랜 시간을 대기하면서 짧은 시간 진료를 받게 하는 등의 간접적인 비용을 부담시켰다. 홍콩에서는 응급상황을 제외하고는 외래의사의 허락 없이는 입원할 수 없게 되어있다. 외래 의사에 대해 제한된 수의 진료가 허락되었기 때문에 환자들이 새벽 6시부터 병원 앞에 줄을 서는 일이 허다하게 되었으며 하루에 진료할 수 있는 환자의 수를 훨씬 넘는 수의 환자가 외래 진료를 받고자 하였다. <표 III-16>은 1987년 외래 병원 진료 횟수와 진료시간을 보여준다. 외래 의사 진료당 소요되는 시간이 일반의 경우 3.8분 전문의 경우 1.8분인 것으로 나타났다. 외래 진료의 경우 오직 심각한 증상을 보이는 환자들에게만 의사가 집중적으로 진료할 수 있었으며 심각한 증상이 잠재되어 있는 환자에 대해서는 의사가 제대로 진료하지 못하였다.

〈표 III-16〉 1987년 홍콩의 외래 방문수와 진료당 소요시간

	일반 외래 의원	전문 외래 의원
총방문자수	5,083,967	10,386,999
의원수	97	97
의원당 평균 총 방문자수	52,412	107,082
연간 진료일수	365	365
의원당 하루 방문자수	144	293
하루 평균 총 진료시간	9(540분)	9(540분)
한 진료당 평균 소요시간	3.8	1.8

자료: Medical and Health Department, Director of Medical and Health Services 1987~1988 Departmental Report.

환자가 외래 진료에서 승인되어 입원이 허락된다 할지라도 즉각적으로 입원 서비스를 제공 받지 못할 수도 있었다. 병원 입원 승인을 받고나서 덜 긴박한 문제를 갖고 있는 환자들은 대기자 명단에 올려졌으며 더 위급한 증상을 갖고 있는 환자나 응급환자부터 우선 입원 할 수 있었다. 관동맥 바이패스 수술 환자의 경우 4개월 동안 대기자 명단에 있어야 하는 경우도 발생하였다. 입원 치료를 받아야 하는 급성적이지는 않으나 만성질환을 갖고 있는 환자의 경우, 외래 치료를 위해 전문 외래 병원으로 보내는 경우도 발생했다. 이러한 사실로 인해 위의 표에서 나타났듯이 1987년 전문외래의원의 방문자수가 일반외래의원의 방문자수의 두 배에 달하게 되었다.

민간 외래 의사의 허가를 통해 민간병원에 입원하는 것은 상대적으로 용이했으나 민간 외래의사와 민간 병원의 진료비는 공공에 비해 가격이 높았다. 이러한 양상은 홍콩 보건의료시스템을 하나는 정부에 의해 조직되고 재정지원되며 서비스가 공급되는 공공병원과 다른 하나는 높은 비용을 지불할 수 있는 능력이 있는 사람들이 이용하는 민간병원 두 부류로 나뉘게 하였다.

접근성의 문제와 더불어 병원 서비스의 질 저하도 지적되었다. 병원의 질을 유지하기 위하여 필요한 새로운 장비를 구입하는데 있어 정부의 재정 지원을 받을 수 없다는 많은 불평이 제기되었다. 이에 상위 계열에 속하는 병원은 서비스의 질을 유지하거나 향상 시킬 수 있었으나 하위 계열에 속하는 병원은 서비스의 질이 하락하는 문제에 직면하게 되었다.

10. 미국 총액예산제 도입과 관련한 이슈들

미국은 민간 그리고 공공의료부문에 포괄적으로 총액예산제를 도입하여 실행하고 있지는 않으나 의료비 지출 억제를 위해 수행하고 있는 총액예산의 기법을 특정부분에 적용하여 실시하고 있다. 그 예로 연방정부차원에서는 Department of Veterans Affairs, Military Health Service System, Indian Health System를 들 수 있으며 주정부차원에서는 Medicaid 프로그램 등을 들 수 있다. 몇 개의 주에서는 민간병원에도 총액예산제와 비슷한 기능을 수행하는 일당제, 건당제, 예산제한제등을 통해 진료비 지출을 억제하고 있다.¹⁹⁾

미국의 정책입안자들은 Medicare와 Medicaid의 경험과 Canada 제도 고찰을 통해 의사들이 진료비감소를 상쇄하기 위해 진료량을 증가시킨다는 것을 잘 알고 있다. 최근 Medicare 의사 진료비 지불보상 개혁에서는 VPS 제도를 도입함으로써 진료비뿐만 아니라 진료량까지 통제하려고 노력하였다. 의료량통제기준(VPS) 기준의 환산지수 산정방법은 다음과 같다.

$$CF(\text{환산지수 증가율})_t = MEK(\text{의료물가지수})_t \times \frac{1 + VPS(\text{진료비목표증가율})_{t-2}}{1 + \text{진료비실제증가율}_{t-2}}$$

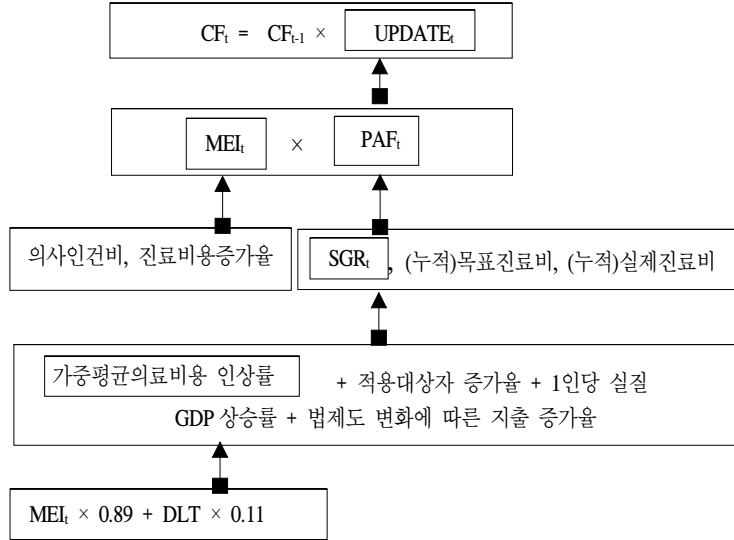
$$VPS(\text{진료비목표증가율})_t = \text{물가상승율}_t + \text{대상자증가율}_t +$$

$$\text{진료량(강도)변화율}_{t-(t-5)} + \text{법·제도변화에 의한 지출증가율}_t - 4\%$$

VPS 기준의 환산지수는 1992년에 모든 의료행위에 대한 단일환산지수를 적용하였으나, 1993년에 외과와 비외과로 구분한 환산지수를 적용하였고, 1994년 이후에 외과, 일차진료, 기타 비외과로 구분한 환산지수를 적용하였다. 그러나 VPS는 진료량과 강도증가를 통제하는 유인이 없어 과잉진료를 통제할 수 있는 영향력이 약하다고 알려져 있다. 전체적인 진료량과 강도가 기대 수준보다 높다면 결과적으로 의사들의 소득 증가율이 감소되겠지만, 미국의 현행 행위별 수가제 하에서 의사들은 자신들의 소득을 증가시키기 위해 환자들에게 필요없는 진료를 원하게 할 유인을 갖고 있다는 문제점이 지적되고 있다.

19) Wolfe Patrice R. and Donald W. Moran (1992), Global Budgeting in OECD Countries, Lewin-ICF.

[도 III-6] 미국의 진료비 목표제 수식도



- CF : 환산지수(Conversion Factor)
- UPDATE : 환산지수 인상률
- MEI : 의료서비스 제공에 필요한 투입요인들의 비용상승률을 반영하되, 투입요인들의 구성비중을 가중치로 이용한 평균적인 가격변화(Medicare Economic Index) (투입요인)
 의사 자신의 업무량 = 임금(wages and salaries) + 임금 외 보상(fringe benefits)
 관리비용 = 병원 종사자 임금 및 임금 외 보상 + 진료실 비용(office expense) + 의료자재 비용(medical materials and supplies) + 기타 비용(병원차량 유지비용 등)
- PAF : 목표진료비와 실제진료비간 차이 보정지수(Performance Adjustment Factor)

$$PAF_t = \frac{\text{목표진료비}_{t-1} - \text{실제진료비}_{t-1}}{\text{실제진료비}_{t-1}} \times 0.75 + \frac{\text{목표진료비}_{t_0 \sim (t-1)} - \text{실제진료비}_{t_0 \sim (t-1)}}{\text{실제진료비}_{t-1} \times (1 + SGR_t)} \times 0.33$$

t = 연도, t0 = 기준연도(1996년)

t0 ~ (t-1) = t0 부터 t-1까지 합산

* 기준연도(1996년)의 실제진료비는 인정하고 시작함.

목표진료비_{t-1} = 목표진료비_{t-2} × (1 + SGR_{t-1})

- SGR : 지속 가능한 목표진료비 증가율(Sustainable Growth Rate)
- DLT : 진단(Dignostic laboratory test) 비용 증감률

이에 따라 1997년 8월 법 개정(Balanced Budget Act of 1997)으로 VPS 기준의 환산지수 산정의 문제점을 보완하고자 SGR(지속가능성장률) 기준의 환산지수 산정방법으로 대체하였다. 그리고 1999년에 개정된 법안(Balanced Budget Refinement Act of 1999)으로 현재의 SGR개념이 수립되었다.

SGR 목표진료비제도는 일년 단위로 진료비 목표를 정하는 VPS와는 달리 기준년도(1996년)부터 당해 년도까지의 모든 연도의 목표진료비와 실제진료비를 각각 합산하여 비교를 통해 진료비 목표를 수립하는 누적(cumulative)개념이다.

미국은 총액예산기법을 이미 부분적으로 실행하고 있기 때문에 현재 미국에서의 총액예산제 관련 이슈는 총액예산의 도입 여부라기보다는 어떻게 지역적, 인구계층별, 보건의료시설별로 포괄적인 총액예산제를 확대 적용하여 실시하는 가이다. 현재 미국에서 논의 되고 있는 총액예산제 관련 이슈를 요약적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 진료비 증가가 총액예산이 적용되지 않은 부분으로 전가될 수 있으므로 총액예산은 광범위한 부분에 걸쳐 적용되어야 한다고 보고 있다. 예를 들어 병원 부분에만 총액예산제가 도입된다면 병원을 대체하는 부분의 비용으로 비용이 전가될 수 있어 전체 보건의료체계와 관련된 진료비를 통제하는 한계에 봉착하게 될 것이라는 것이다. 또한 총액 예산 도입과 더불어 단위당 진료비용뿐만 아니라 진료량 자체도 함께 통제하는 기전이 함께 마련되어야 한다고 보고 있다.

둘째, 지나치게 제약이 가해진 예산은 자칫 효율성을 저해할 우려가 있으므로 현실감 있는 예산총액이 책정되어야 한다고 주장한다. 미국은 OECD 국가들과는 비교가 안되는 대규모의 보건의료체계를 지니고 있으므로 예산총액을 부분별로 나눌 때 OECD 국가에서는 경험해 보지 못한 복잡한 정치적 문제에 직면할 수 있다. 따라서 예산배분은 이해당사자들간의 협상보다는 입법절차를 통해 결정하는 것이 적절할 것이라고 보고 있다.

셋째, 미국보건의료체계의 상당한 부분이 경제적 규제를 받아 보지 않은 민간기업이다. 미국은 이제까지 민간기업의 수익에 제한을 가하는 정책을 수행한 적이 없으며 민간기업들도 정부규제에 그다지 협조적이지 않아 이러한 점이 총

액예산제를 도입하는데 걸림돌이 될 것으로 파악하고 있다.

넷째, 독일의 경험에서 시사해 주듯이 비정부기관을 포함하여 협상에 임할때 총액예산제는 보다 성공적으로 수행될 것으로 보고 있다.

다섯째, 총액예산제는 한정된 자원을 배분하는 제도이므로 공급자에 대한 지불보상, 허용되는 진료량, 허용되는 기술진보, 다양한 계층의 접근성등의 상충 관계를 고려해야 한다.

여섯째, 총액예산제는 민간참여를 허용하는 부분보다는 공급량과 공급자 보상수준이 결정되어 총진료비가 통제되는 공공부분에서 보다 성공할 수 있다고 본다.

IV. 대만의 총액예산제와 시사점²⁰⁾

1. 대만의 총액예산제 운영현황

대만은 국민의 41%에 해당하던 자영자에 대한 건강보험적용을 확대하면서 12개지역으로 분리운영되던 건강보험을 통합하면서 1995년 3월부터 정부 운영의 단일보험자방식으로 전국민건강보험을 출범시켰다. 전국민건강보험 출범 이후 대만 정부는 지불제도를 총액예산제를 도입하기 시작하였다. 총액예산제를 도입하였지만 공식적으로는 ‘총액예산제하의 행위별수가제’로 표현하고 있다.

이 제도는 치과(1998), 한방(1999), 의원(2001), 병원(2002. 7)의 순서대로 도입하였다. 총액예산하에서 행위별수가에 근거하여 배분하지만, 일부 입원 질환은 50개 DRG에 의해 배분하며, 도서산간 지역은 인두제(capitation payment)에 의하고 있다.

가. 총액예산의 규모

총액예산규모는 다음과 같은 산정식에 의하며 분기별로 정산한다.

총액예산 = 개인당 평균의료비 × 의료비성장율 × 가입자수

의료비성장율 = 1 + 협상불가능요소 + 협상가능요소

협상불가능요소: 성·연령구조와 의료비용지수

여기서, 의료비용지수중 ① 인건비는 임금지수, ② 약제비 및 기기비용은 도매가격지수(WPI), ③ 기타비용은 소매가격지수(CPI)에 의해 산정한다. 협상가능요소는 급여범위 혹은 수가항목의 변화, 의료의 질 변화, 건강상태 변화, 의

20) 대만의 사례를 별도의 장으로 분리하여 살펴보는 것은 예산제를 도입한 선진국들과는 달리 우리나라의 사회경제적 환경과 보건의료시스템이 유사하기 때문에 우리나라에 주는 시사점이 있다고 판단하였기 때문이다.

료이용 및 강도(intensity) 변화, 가입자의 지불의사(willingness to pay) 등을 고려하여 산정 한다.

이에 따라 2002년도 총액예산의 증가율은 병원 상반기에 3.72%, 하반기에 4.0%였고, 의원이 3.72%, 치과가 2.50%, 한방이 2.00%였다.

총액예산제 시행에 의하여 1995년 3월 이후 2001년 12월까지 지출증가율은 연 6.26%로 통제되었으나, 수입증가율은 연 4.26%에 불과하여 1998년에 당기적자를 시현한 이후 2001년도의 적자액 대비 지출액은 5.34%에 달하게 되었다.

나. 총액예산의 배분

총액예산의 배분은 다음 3단계로 이루어진다.

1단계: 부문별로 배분(병원, 의원, 한방, 치과, 기타)

2단계: 부문내에서 다시 세 부문으로 배분(외래, 약제비, 조제료, 예방, case payment, 외래수술, 만성질환, 소외지역)

3단계: 외래부문의 비용은 6개 권역별로 배분(Risk-adjusted capitation; 지역별로 상이한 의료비발생위험을 반영)

병원예산은 지역별로 배분을 하지 않고 급성·중증질환비용, 약제비, 외래·입원비율, 행위수가와 포괄수가의 범위, 의료의 질 등에 근거하여 배분한다. 총액예산제하에서 흔히 의료의 질이 떨어질 것을 우려하여 의료의 질 평가에 근거하여 배분을 달리 하는데, 환자의 평가(Report card information), 과정/성과/효과성 지표, 예방과 질병관리에 대한 인센티브 등의 보완책을 내 놓고 있다.

2002년도 총액예산의 종별 배분은 병원 65.27%, 의원 22.16%, 치과 8.07%, 한방 4.50%였다.

한편 대만은 요양기관계약제를 시행하고 있는데, 2001년 현재 약 91%가 계약하고 있다. 요양기관종별로 계약률을 보면 병원 97%, 의원 88%, 치과 97%, 한방병원 97%, 한방의원 87%, 약국 41%('96)였다.

다. 총액예산의 결정절차

총액예산이 결정되는 절차는 다음과 같다.

- 1단계: 보건부에서 6월이전에 총액예산을 범위를 정하여 총리에게 보고한다.
- 2단계: 보건부의 건강보험 의료비조정위원회(NHI Health Care Cost Arbitration Committee)에서 예산총액과 증가율, 배분 formular 등을 협상한다. 3개월 전에 협상이 되어야 한다.
- 3단계 : 상기 시한내에 계약이 체결되면 예산총액이 결정되고, 계약이 실패할 경우 보건부에 회송되어 보건부에서 결정한다.
- 4단계 : 보건부 외청인 BNHI(건강보험청)에서 보험료를 산정하고, 지역별 예산을 배정한다.
- 5단계 : 총액예산위원회(의협, 치협, 한의협이 참여)에서 수가의 상대가치를 책정한다.

현재 대만은 지불제도를 계속 개혁하려는 움직임을 보이고 있다. DRG 범위를 좀더 확대하려고 하고, 상대가치수가의 구조를 합리화하기 위해 상대가치제도(RBRVS)의 도입을 검토하고 있다. 또한 인두제(Capitation)의 확대 적용가능성을 타진하고 있다. 의료 질(outcome)에 근거한 지불보상을 위하여 'Fee-for-service'를 'Fee-for-outcome'으로 전환하려고 노력하고 있다. 우선적으로 암, 당뇨, 천식, 결핵 등에 이러한 의료의 질 평가작업을 하고 있다.

2. 대만과 한국의 비교로부터의 시사점

대만은 한국과 가장 사회경제적 여건이 유사하여 우리에게 많은 시사점을 줄 수 있는 국가이다. 대만의 국민의료비는 2000년 GDP 대비 5.44%인데 한국은 2001년 기준으로 6.8%로써 대만이 낮게 통제되고 있다. 그 이유는 총액예산제 도입으로 진료비통제기전이 우리 보다 효과적인 점도 있겠지만 다른 이유들도 기인한다.

첫째, 의료공급의 인프라 측면에서 보면, 의료인력의 공급이 낮게 통제되어 왔다. 즉 인구대비 의사수, 간호사수, 약사수 등이 낮음을 알 수 있다. 다만, 치과 의사는 우리보다 많은 데, 치과부문에 총액예산제를 먼저 도입한 이유의 일면을 볼 수 있다. 의료시설은 공공병상이 20%로 한국의 16% 보다 많으며, 특히 요양병상이 12%로 한국의 1% 보다 많아 비교적 비용을 통제하는 데에 유리한 환경이었다.

둘째, 건강보험제도의 운영에 있어서 대만은 정부가 보험자로서 직영한 데에 비해 우리나라는 공단이나 심평원과 같은 준공공기관이 관리함으로써 정부 직영시스템이 비용통제에 비교적 유리하였을 것이다. 즉 대만은 1995년 전국민보험(통합) 이후 지불제도로서 예산제를 치과(1998), 한방(1999), 의원(2001), 병원(2002. 7)에 적용하는 발빠른 행보를 보여왔다. 이는 대만 정부의 강력한 힘을 바탕으로 정부가 직접 보험자로서 역할을 강력하게 수행하였기 때문이었을 것이다. 반면에 한국은 1989년 전국민보험 이후 1998~2003년에 걸쳐 통합이 진행되었고 지불제도에 대한 이해관계자들간의 논쟁으로 2001년에 상대가치행위수가를 도입하였으나 미국의 진료비목표제와 같은 통제기전을 장착하지 못하였다. 그리고 입원부문의 DRG 도입도 의무적으로 적용하지 못하였다.

한편 관리비용에 있어서 정부 직영인 대만은 관리인력이 정규직 1800명, 계약직 1900명인 데에 비해 우리나라는 건강보험공단 정규직 10,500명에 심사평가원 정규직 1,160명에 계약직 300명으로써 건강보험적용인구에 비교하여 우리나라의 관리인력이 많아 관리비용이 상대적으로 많이 발생한다.

셋째, 대만의 건강보험은 급여범위가 포괄적이어서 비용통제의 범위가 넓은 데에 비해, 우리나라는 비보험비중이 높아 비용통제 밖에 있는 진료영역이 넓은 데에서 의료비통제기전의 효과성에서 차이가 났다.

이러한 의료비통제 여건의 차이 때문에 1995~2000년간 건강보험의 지출증가율은 대만이 연 6.3%였고, 우리나라는 연 16%였다. 이는 경제성장률이나 고령화의 진행속도에 비추어 보아서도 우리나라의 진료비증가율이 높았음을 알 수 있다.

<표 IV-1> 대만과 한국의 사회경제적 여건

특징		대만		한국	
		사회보험: 통합방식		사회보험: 통합방식	
인구·사회					
인구·사회	인구규모(천명)	2002	22,627	47,640	
	인구밀도(km ² 당)	1999	611	469	
	노령화(% (65세 이상 인구))	2000	8.6	7.2	
	평균수명(세)	2000	남 72.6, 여 78.3	75.9(남 72.1, 여 79.5)	
	합계출산율(명)	2000	1.38 (2000)	1.47 ('00)	
	조사망률(천명당)	2000	5.7	5.2	
	영아사망률(출생 1,000명당)	2000	5.86	6.2 ('99)	
경제					
경제	GDP(10억 달러)	2001	282.2	422.2	
	1인당 소득(\$)	2001	12,941	10,013 ('02)	
	경제성장률(%)	2000→01	5.9 → -2.2	9.3→3.0	
	수출/GDP(%)	2001	43.69	35.63	
	대출금리	2001	3.69 (플금리)	7.71	
	소비자물가상승률(%)	'98-'01	0.73 ('98-00)	2.4	

<표 IV-2> 대만과 한국의 의료시장 여건: 인력

	대만	한국 (2001)
보건의료비 대 GDP(%), 2000	5.44	6.8
공공	3.48 (사회보험 3.02, 정부 0.46)	3.32 (사회보험 2.55, 정부 0.77)
민간	1.96	3.48
의사수	24,790 ('96)	57,939 ('01)
만명당 의사수	11.5 (치과, 한의 포함 16.3)	12.2 (치과, 한의 포함 17.5)
약사	12,169 ('96) (Assisted pharmacist 7,498)	29,635
인구만명당	5.65	6.26
치과의사	7,254 ('96)	15,425
인구만명당	3.37	3.26
간호사	61,494 ('96)	153,665
인구만명당	28.57	32.46

〈표 IV-3〉 대만과 한국의 의료시장 여건 : 시설

	대만	한국 ('01)
의료기관수	<p>총 18,116 ('01) 병원 578, 의원 9,319, 한방병원 45, 한의원 2,551, 치과 5,623 건보계약기관 16,558 (91%) 병원 565(97%) 의원 8,256(88%) 치과 5,468(97%) 한방병원 44(97%) 한의원 2,225(87%) 약국 41('96)</p> <p>공공 대 민간 병원 (공공 16%, 민간 84%) 공공 95개, 민간 503개 의원 (공공 3%, 민간 97%) 공공 424개, 민간 15,536개 (* 건강보험계약기관 기준)</p>	<p>종합병원 278 병원 1194 일반병원 706 치과병원 71 한방병원 139 의원 21,340 치과의원 10,790 한의원 7,558 보건기관 3,403 약국 18,372</p> <p>공공 대 민간 병원: 공공 7%, 민간 93% 의료기관: 공공 9%, 민간 91%</p>
병상	<p>천명당 4.25 (보험기준) 총병상 104,111 ('96) (4인실 기준병상 67,951) (차액 병상 23,288) 보험병상 92,000 급성 104,683 (기준 67%) 만성 14,047 (기준 97%) 공공 : 민간 = 20% : 80% 급성 : 요양 = 88% : 12%</p>	<p>천명당 6.6 천명당 5.6 ('00) 일반병상 4.9 요양병상 0.067 병상수 311,967 병원 222,513 의원 88,668 보건기관 671 공공 : 민간 = 16% : 84% 급성 : 요양 = 99% : 1%</p>
의료전달체계	-	<p>1차: 의원급과 병원 2차: 종합전문요양기관</p>

<표 IV-4> 대만과 한국의 건강보험제도 특징

대만	한국
정부 통제 시스템 민간의료자원 주도 Referral system 부재 (의료공급자 선택의 자유) 병원 서비스 평가(매3년) 병원 외래부문 방대 정부 운영의 단일보험자방식(1995. 3): 12개 보험을 통합하고 자영자(41%) 확대 총액예산제하의 행위별수가제 : 치과(1998), 한방(1999), 의원(2001), 병원(2002. 7)	사회보험 단일보험자 방식 1977 도입, 1989 전국민보험 2000. 7 통합보험, 의약분업 (조직 통합, 재정 직장·지역 분리) 민간의료자원 주도 Referral system 취약(의료공급자 선택의 자유) 요양기관 외래부문 방대 상대가치행위수가제(2001) DRG (선택적 적용, 2001)

<표 IV-5> 대만과 한국의 건강보험 적용인구 (가입)

대만	한국
전국민의 96.25% 납부 (2001) 1군: 공무원, 교원, 피용자, 고용주, 고소득자영자, 전문직(52.9%) 2군: 자영자(직종별 협회회원), 선원(17.4%) 3군: 농어민(15.4%) 4군: 군인(0.4%) 5군: 저소득자(0.7%) 6군: 퇴역군인, 군인유가족, 기타(13.2%) 부양률: 평균 0.77 (각군별로 0.82, 0.79, 0.57, 1.1, 0.0, 0.0) (*부양율 0 인 가입자가 66%)	전인구 적용 건강보험: 96.86% -직장: 38.64% -공교: 9.74% -지역: 48.48% 의료급여: 3.14% 피부양률 평균 1.84 직장: 1.84 공교: 2.38 지역: 1.71

〈표 IV-6〉 대만과 한국의 건강보험 재원조달

대만 (1US=35T\$)	한국
보험료 (30개 표준소득등급) 15,840T\$ ~ 60,800T\$ (최고-최저 3.8배)	직장보험: 보험료율 3.63% ('02) (사용주 50%, 근로자 50%)
가입자보험료 = 소득 × 4.25% × 본인분담률 × (1+피부양자수) (*피부양자는 최대 5인)	근로자 본인보험료 월 53,260원 공교 본인보험료 월 77,345원 * 최고-최저 180배
고용주보험료 = 소득 × 4.25% × 고용주분담률 × 0.77(피부양률 평균)	지역보험: 가입자부담 약 55% 국고 40%, 담배부담금 5% (지역재정의 10%에 해당하는 담배부담금은 직장, 지역의 노인의료비에 배분)
보험료배분비율(%): 고용주 32, 피부험자 40, 정부 28	세대당 본인보험료 월 60,986원
정부분담률: 저소득, 원호대상자 100% 원호대상자가족, 농어민 70% 공무원 60%, 교원 30% 지역주민 40%, 피용자 10%	* 보험료결정은 건강보험정책심의위원회에서 의결
사용자분담률 교원 30%, 피용자, 군인 60%	
* 보험료인상은 정부가 결정	

<표 IV-7> 대만과 한국의 건강보험급여

대만	한국
<p>외래이용율 14.8 (1인당 연간)</p> <p>입원회수 12.66 (100명당)</p> <p>외래 본인부담(US\$) :</p> <p style="padding-left: 20px;">Teaching Hosp. 6.0</p> <p style="padding-left: 20px;">Regional Hosp. 4.0</p> <p style="padding-left: 20px;">District Hosp. 1.5</p> <p style="padding-left: 20px;">Clinic 1.5</p> <p>(*응급은 각각 12, 6, 4.5, 4.5; 치과, 한방은 모두 1.5)</p> <p>입원 본인부담(US\$)</p> <p>30일 이내 10%, 31-60일 20%, 61일 이상 30%</p> <p>(만성병실: 30일 이내 5%, 31-90일 10%, 91-180일 20%, 181+ 30%)</p> <p>약제비 본인부담(US\$) : 3불 이하 무료</p> <p>3~29불 → 0.6~6불 (상한 6불)</p> <p>검사료 본인부담 : 3불 이하 무료</p> <p>3~43불 → 0.6~8.6불 (상한 8.6불)</p> <p>본인부담 상한제</p> <p>입원당 686 US\$, 연간누적 1,143 US\$</p> <p>(급성 30일 이내, 만성 180일 이내)</p> <p>본인부담 면제</p> <p>중증질환(31개), 분만, 예방, 도서산간지역, 저소득자, 퇴역군인</p> <p>* 외래 본인부담 요인별 비중(%)</p> <p>비급여(54.5), 보충급여차액(15.9), 비계약기관 진료(10.3), 건강보험증미지참(4.5), 미가입(3.4), 본인부담 간호(1.1), 기타(10.3) (1996)</p>	<p>외래 이용률 12.2 (1인당 연간)</p> <p>입원회수 10.1 (100명당)</p> <p>조제건수 5.4 (1인당 연간)</p> <p>외래본인부담</p> <p>의원: 15,000원 이하 정액 3,000원</p> <p>초과시 총진료비의 30% 정률</p> <p>병원: 총진료비의 40%</p> <p>종합병원: 총진료비의 55%</p> <p>종합전문요양기관: 진찰료전액 + 진찰료를 제외한 진료비의 55%</p> <p>약국: 10,000원 이하 정액 1,500원</p> <p>초과시 총진료비의 30% 정률</p> <p>입원본인부담: 20%</p> <p>* 11개 희귀질환자 본인부담 경감</p> <p>* 65세 이상 노인은 의원급과 약국에서 본인부담 경감</p> <p>* 고액진료비 본인부담보상금제도:</p> <p>30일간 법정본인부담이 120만원인 경우 120만원이상 금액에 대하여 50%보상</p>

〈표 IV-8〉 대만과 한국의 건강보험 지불보상제도

대만	한국
총액예산제하의 행위별수가제 - 50개 DRG - capitation payment (도서산간)	상대가치점수에 따른 행위별 수가제(2001년) - 공단과 요양기관대표간 계약, 계약 실패시 건강보험정책심의위원회에서 의결
총액예산=개인당 평균의료비×성장율(1+협상불가능요소+협상가능요소)×가입자수(분기별 정산)	DRG (2001) 63개 K-DRG 시행 선택적 적용 (1800개 기관)
총액예산배분 1단계: 부문별 배분(병원, 의원, 한방, 치과, 기타) 2단계: 부문내 세부 배분(외래, 약제비, 조제료, 예방, case payment, 외래수술, 만성질환, 소외지역) 3단계: 외래비용의 6개 권역별 배분 (Risk-adjusted capitation)	의료급여제도의 정신과진료는 일당정액제 요양기관 강제지정제
* 병원예산은 지역별배분 안함.(급성·중증질환비용, 약제비, 외래·입원비용, 행위수가·포괄수가 범위, 질 근거지불 배분)	
의료의 질 보장장치 환자의 평가(Report card information) 과정/성과/효과성 지표 예방과 질병관리에 대한 인센티브	
요양기관계약제 (91%, 2001) 병원 97%, 의원 88%, 치과 97%, 한방병원 97%, 한방의원 87%, 약국 41%('96)	

주: 협상불가능요소: 성·연령구조, 의료비용지수(①인건비는 임금지수, ②약제비 및 기기비용은 도매가격지수(WPI), ③기타비용은 소매가격지수(CPI))

협상가능요소: 급여범위 혹은 수가항목의 변화, 의료의 질 변화, 건강상태 변화, 의료이용 및 intensity 변화, 가입자의 지불의사(willingness to pay)

<표 IV-9> 대만과 한국의 건강보험 재정상황 및 재정안정대책

대만	한국
1995. 3~2001. 12 간 지출증가율 연 6.26% 수입증가율 연 4.26% (1998년 당기적자 시현)	1995~2000년간 지출증가율 연 16.02% 수입증가율 연 11.69% 보험료 연 14.96% 국고 연 15.50%
2001 적자/지출 = 5.34%	2001년 증가율
총액예산 증가율 (2002년) 병원 3.72%(상반기), 4.0%(하반기) 의원 3.72% 치과 2.50% 한방 2.00%	지출: 32.17% 수입: 20.82% 보험료: 22.51% 국고: 69.05%
총액예산 종별 배분 2002 병원 65.27% 의원 22.16% 치과 8.07% 한방 4.50%	2001년 당기적자: 2조3190억원 직장 1조8580억원 지역 4610억원
지출구성 (2001) 외래 67%, 입원 33%	2001년 적자/지출비율=16.44%
	2001년 요양기관 종별 지출비중 - 종합전문: 12.48% - 종합병원: 11.63% - 병원: 6.16% - 의원: 42.65% - 보건기관: 0.74% - 약국: 26.34%
	외래:입원 = 72.7% : 27.3%

<표 IV-10> 대만과 한국의 건강보험 관리운영체계

대만	한국
<p>보건부 장관</p> <p>단일보험자(중앙건강보험국)</p> <p>6개 권역별 운영: 징수, 지불, 심사, 요양기관계약 (22개 출장소)</p> <p>인력: 1,762(*96), 본부 340, 지부 1,422 입시직 1,894명</p> <p>1인 1 보험카드 (IC 카드)</p> <p>징수를 가입자단체(약45만개)에 위탁 (eg. 사업장, 농수협, 직종단체, 일선행정기관, 원호처)</p> <p>보험자와 의료공급자간 전국적 전산망 구축 (자격, 환자기록, 청구, 심사 등이 전산매체)로 이루어</p> <p>총액예산 절차</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 보건부: 6월이전에 총액예산 범위 작성 → 총리 보고 2) NHI Health Care Cost Arbitration Committee : 총액, 증가율, 배분 formular 협상(3개월 전) 3) 시한내에 계약체결되면 결정 4) 계약 실패시, 보건부에 회송 5) 보건부에서 결정 6) BNHI(건강보험청): 보험료 산정, 지역별 예산 배정 7) 총액예산위원회: 수가의 상대가치 책정 (의협, 치협, 한의협) 	<p>보건복지부 장관</p> <p>집행기관 : 국민건강보험공단, 심사평가원</p> <p>국민건강보험공단</p> <ul style="list-style-type: none"> - 관리조직은 통합, 재정은 직장과 지역으로 구분 (2003년 7월 통합) <p>국민건강보험공단 조직</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6개의 지역본부 - 227개 지사 <p>인력</p> <p>공단 11,413명 (2001년 5월 기준)</p> <p>심사평가원 1,163 (2002) + 계약직 300</p>

<표 IV-11> 대만과 한국의 건강보험 발전방향

대 만	한 국
<p>IC 카드 추진 2002. 7월 시작, 2003년 말까지 전면 시행 종이카드, 유아건강기록부, 중증질환자증명서, 산전진찰기록부 통합 (개인기본정보, 건보정보, 의료정보, 보건행정정보 등 4종)</p> <p>지불제도 개혁 총액예산제 개선 DRG 범위 확대, 상대가치 합리화 Capitation RBRVS 도입</p> <p>의료 질(outcome)에 근거한 지불보상 Fee-for-service → Fee-for-outcome(암, 당뇨, 천식, 결핵)</p> <p>본인부담금 인상</p>	<p>상대가치 전면 개편 (2005년) · 의사업무량과 진료비용 분리 · 진료비목표제 도입 추진</p> <p>DRG 질병군 확대와 전국 적용 추진 공공병원 총액예산제 도입 추진</p> <p>급여범위의 확대 (현재 52% → 2008년 70%)</p> <p>본인부담상한제 도입 추진 (2004년) · 소액진료비 본인부담 강화 검토</p> <p>약가실거래가 파악/약가재평가제도 표준진료지침, 표준처방지침 개발</p> <p>장기요양서비스 확대 (방문간호, 요양병동 등) · 장기요양보험제도 도입 추진(2007년)</p> <p>IC 카드 도입 논의</p>

V. 총액계약방식의 예산제 도입방안

1. 외국 예산제의 시사점과 우리나라의 여건 분석

가. 외국의 예산제 운영경험으로부터의 시사점

선진외국에서 총액예산제를 도입한 배경에는 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 1970~80년대에 급증하는 진료비에 대처하기 위한 것이었고, 두 번째는 국민건강보험제도의 목적을 이루고 제도를 유지하기 위해서는 소득수준에 상관없이 높은 수준의 의료서비스를 제공함으로써 사회적 형평성을 달성하는 것이다. 이를 위한 지불보상제도로서는 예산제가 적합하였던 것이다. 이러한 도입배경에 깔려있는 중요한 사실은 한정된 국가자원으로 보건의료서비스를 효율적으로 그리고 형평하게 제공하는 자원배분방법으로써 ‘총액예산제’가 탄생한 것이다.

예산제는 처음에는 정부가 직접 재원을 조달하여 보건의료서비스를 제공하는 국가들에서 쉽게 채택하였으나, 의료비의 과도한 급증에 따라 보건의료부문에 대한 정부의 직접적 개입방식이 예산제 도입의 선결조건은 아니게 되었다. 이에 따라 각국은 개별국가의 보건의료시스템에 적합한 고유한 예산제를 채택하게 되었다.

선진국의 예산제 운영경험으로부터 우리가 얻을 수 있는 시사점을 보다 진료영역별로 좀 더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

병원의 경우 예산제하에서 일당정액이나 건당정액제(case payment; DRG 형태)와 같은 포괄수가 방식으로 배분되더라도 의사의 진료행위에 대해서는 별도의 보상시스템(주로 행위별수가제)을 유지하고 있다. 의사행위료는 개원의에 준하는 지불보상이 이루어지는 것이 통상적이다. 즉 병원의 관리비용과 의사의 직접적인 행위료간에는 구분하여 접근함으로써 의사서비스의 질적인 수준을 유

지하려 한다. 다만, 후술하듯이 의사서비스에 대한 보상도 개별 서비스 하나하나에 대한 보상에서 진료활동(activity)과 같은 성과에 기초한 보상방식으로 전환하려는 움직임이 나타나고 있다. 그리고 병원비용의 배분기준은 일당제에서 DRG ('activity-based reimbursement')로 전환하는 것이 일반적인 추세이며, 공공병원 혹은 비영리병원이 많은 현실에서 병원에 대한 자본투자비용은 별도로 지원되는 것이 일반적인 경향이다.

개원의에 대해서는 총액예산제를 시행하더라도 배분은 행위별수가에 의존하는 경향이 강하다. 그러나 외래진료에 대한 보상도 개별서비스에 기초한 보상('service-based')에서 진료활동에 기초한 포괄적 보상('activity-based')로 전환하려는 경향이 나타나고 있다.

약제비에 대한 예산계약은 의사의 과도한 처방행위를 제어하는 데에 일차적인 목적을 두고 있고, 이차적으로는 제약회사의 과잉 판매를 억제하려는 기전을 장착하려 한다. 그 대표적인 국가가 독일이다.

외국의 예산제의 운영 경험에서 볼 때에 가장 취약한 점은 비용의 전가(cost-shifting)를 적절히 통제할 기전이 허술하였다는 점이다. 예산제 도입에 따른 진료비 억제 혹은 자원배분효율의 성공 유무를 판별하기 위해서는 예산제가 적용된 진료부문의 의료비지출만을 보아서는 안되고 어느 부문으로 비용이 전가되지 않았는지를 검토하여야 한다.

외국의 예산제 운영사례에서 독일과 네덜란드, 대만이 우리나라와 유사한 형태의 건강보험방식으로 운영하고 있으므로 우리에게 주는 시사점이 크며, 이들 국가들로부터의 경험을 정리하자면 다음과 같다.

개원의사에 대한 예산제 적용에 있어서 예산목표제 보다는 예산상한제를 적용하여야 비용통제효과를 가시적으로 거둘 수 있었으나, 의사들의 의원경영의 불확실성으로 혼란을 야기함으로써 상당한 저항에 부딪치고 예산제에 대한 공급자들의 협조를 이끌어내는 데에 어려움을 가중시켰다. 공급자들은 나름대로 자신들의 이윤을 확보하거나 숨기기 위해 자신에게 유리한 정보를 전략적으로 제공하려 하였다. 그리고 예산제는 의료공급량에 대한 규제가 함께 이루어져야 성과를 거둘 수 있는 점도 눈여겨보아야 할 것이다.

병원예산제로부터 얻을 수 있는 시사점은 독일의 경우 추세적 예산(historical budgeting)을 적용하면 기대하는 비용억제효과를 얻기 어렵다는 경험이며, 의원에 대한 예산제약으로 인하여 의원 환자의 병원의뢰 증가로 병원으로의 비용이전을 유인하여 병원이 상당한 압박을 받게 되었다. 이에 따라 병원부문의 외래수술과 외래진료를 허용하게 된 배경으로 작용한 것으로 이해된다. 외래수술은 병원의 비용압박을 완화하기 위한 수단이 되며, 이를 권장하기 위하여 외래수술에 대한 예산의 추가증액을 허용한 이유가 되기도 하였다. 한편 네덜란드의 경우 추세적 예산이나 기능별예산이나가 비용억제의 중요한 기전이 아닌 것으로 판단되었다. 기능별예산으로 하더라도 예산규모의 결정과정상 무리한 운영이 예산제를 갈등없이 성공적으로 정착시키는 데에 한계로 작용하였다. 다만, 기능별예산이 병원 유형별 기능의 복잡성을 고려한 예산배분의 합리성을 제고한다는 점에서 더 바람직하다 할 수 있다. 그리고 예산배분이 포괄적인 형태로 배분되기 보다는 조밀한 형태로 개별공급자별로 구체화된 배분이 예산제의 기대효과를 제고할 수 있었다. 정신과나 간호요양과 같은 비교적 환자의 질환형태가 정형화되고 비용발생의 변이가 크지 않은 경우에 예산제가 성공적으로 뿌리내릴 수 있었다.

독일은 약제비에 대한 예산제약까지 감행하였다. 예산제약을 지키지 않을 때에 의사와 제약회사가 부담하도록 하였는데, 이것이 다시 많은 약제비를 요하는 환자를 병원으로 의뢰하게끔 유인하였고 의사들이 처방을 자제함으로써 약사들이 직접 조제하는 약의 비중이 늘어나게 하는 원인을 제공하기도 하였다. 또한 비교적 값이 싼 일반약(generic drug)을 처방하도록 유인하는 파급효과를 낳기도 하였다. 결국 독일의 경험으로 볼 때에 의료공급자들은 각자의 위치에서 기존의 수입을 방어하기 위한 행태의 변화를 꾀하고, 이에 따라 여러 가지 형태의 비용전가(cost-shifting)의 게임이 다자간에 벌어지게 된다. 이러한 복잡한 게임의 구조를 잘 예측하여 정부(보험자)는 지불보상제도를 잘 디자인하여야 함을 알 수 있다.

<표 V-1> 독일의 예산제 도입과 평가

	비용억제(‘예산제’) 방식	효과와 평가
1987년	‘진료비상한제’ 도입 (진료부문별 상한제) - 진료비증가를 보험료수입증가만큼만 허용하여, 초과시에는 삭감(* 이에 따라 의사들은 진료 수입을 예상할 수 없었음)	- 의사 1인당 청구건수는 9% 증가, 소득은 0.5% 상승에 그침 - 고소득의사와 저소득의사간 수입의 평균화 경향이 나타남.
1992년	‘진료비목표제’ 도입 - 목표치 초과시 다음연도의 환산지수를 조정하므로 의사들은 진료수입의 예상이 가능하였음 - 특정진료부문의 진료량증가가 적절하면 목표치 초과를 허용	보험수입증가율 4.8% 보다 높은 진료비증가율 8.6% 시현
1993년	보건의료구조법(1992)에 따른 의료개혁 “이전 개혁은 주로 높은 본인부담에 의존하는 소비자측면의 비용억제였으나, ‘93 개혁은 공급자측면의 비용억제에 중점”	
병원	- 전액보상원칙 폐지하여 총액예산 적용(‘93~95년 시범사업) : 예산 base 는 ‘92년 진료비로 하고, 증가율은 보험수입증가율에 연동 - ‘96년 신 예산제 : case fee(70여개) + procedure fee(150여개) 적용; 예산증가를 공공기관임금 증가율에 연동 - 병원과 개원의간 엄격한 구분 완화 → 외래수술과 외래진료 허용 · 외래수술 활성화위해 10% 추가 증가 허용	- ‘93~95년간 서독의 입원비지출은 16.5% 증가, 반면 수입은 7.4% 증가(*동독은 입원비 43.2% 증가, 수입은 28.9% 증가) - 이러한 비용억제의 실패원인은 예산 base를 높게 산정; 의원에서 병원으로의 환자의뢰 증가
	- 보험료수입증가율에 연동 - 진료량 통제 · 의사수 규제: 지역별 의사수용한도의 1.1배 초과시 개업을 제한 · ‘99년부터 68세이상 면허 취소 · 전문의 보다 일반가정의 활성화 → 예방진료부문의 증가율은 6% 추가 증가 허용 - 초과부문에 예산제 적용	- ‘92년 대비 진료비증가율(3%) 이 보험수입증가율(3.9%)를 하회 (특히 치과 증가율은 ‘92년 9.6%에서 ‘93년 2.2%로)
	- 예산제 도입 · 예산규모는 인구, 약가, 급여비중, 기술 고려 - 실제치가 예산치 초과시, 일정초과액까지는 의협이 부담하고, 그 이상 초과액은 제약회사 부담 - 처방지침서 시행 : 처방한도의 15% 초과시 감사의 대상이 되고, 25% 초과시 차액을 보상(단, 의사가 이의제기 가능하나 입증하여야 함)	- ‘92년 대비 약품비 19% 감소, 약품비비중은 16.1%→13.1% - 일반약(generic drug) 활성화 · 처방약의 29%에서 38%로 · 약판매수익의 22%에서 31%로 - 비용전가 · 약국의 직접조제약 매출 증가 · 병원의사에게 전가(의원에서 환자의 병원의뢰 10% 증가)

〈표 V-2〉 네덜란드의 예산제 도입과 평가

	비용억제(‘예산제’) 방식	효과와 평가
특징	1) 예산상한제: 예산초과시 다음 연도의 수가 삭감 2) 총예산은 공공지출과 민간지출을 포함하여 전체 의료지출을 억제 3) 예산결정방식: 합리적 접근법과 정치적 접근법 병용 - 합리적 접근: 의료수요, 신기술, 비용 등 정보에 입각한 산정 - 정치적 접근: 협상	문제점들 1) 예산범위내로 지출을 관리할 수 있는 적절한 정보의 확보 어려움 → 공급자의 정보에 의존하는 한계 때문(즉 공급자의 전략적인 정보 제공) 2) 공급량의 ‘계약’이 초과지출의 원인: 예산배분모형에 총량억제기전이 부재 3) 총예산만 정할 뿐 서비스량 규제가 없음 → 예산초과시 사후적인 수가인하는 의사수입 보전을 위해 다시 서비스량을 늘리게 하는 ‘죄수의 딜레마’에 빠짐.
병원	1983년: ‘historical budgeting’ 도입 - 1982년 base로 물가 및 비용 인상 적용 - 예산초과시 다음 해에 수가 삭감 - 단, 행위수가로 보상받는 전문의 진료는 제외 1988년: ‘functional budgeting’ 도입 - 기능중심 예산배정으로 대규모병원일 수록 많은 예산 배분 가능	1983~88년간은 비교적 성공적으로 평가 1989~91년간 예산을 초과하는 현상 발생 그 이유 : ①예산규모가 비용억제 차원에서 정치적으로 무리하게 결정 (병원의 업무량 증가를 고려하지 못함) ②지출목표를 지나치게 낮게 설정 ③기능예산 산정시, 대출금의 이자, 병원간 합병효과를 고려하지 못함
전문의	1989년 전문의 부문별 예산제 도입	공급자별 예산이 없는 부문별 예산제는 덜 효과적으로 평가 → 전문의 진료비지출이 1980~89년은 연평균 2.6% 증가, 1989~1992년간은 연평균 6.3% 증가
기타	1992~93년 정신병원, 외래정신진료소, 간호요양소 등에 예산제 도입	정신병원, 외래정신진료소, 간호요양소 등 예산제는 효과적 → 초과지출이 0.5%이내 혹은 상한에 미달

나. 우리나라의 여건과 전망

총액예산제를 운영하는 국가들의 여건과 비교하여 제도 도입의 장애요인과 현실적인 가능성을 검토해 보자.

첫째, 공공병상이 외국에 비해 적다. 이는 외국경험에 비추어 공공병원부문에 예산제를 우선적으로 적용할 것을 고려할만하다. 다만, 국립병원들의 기능이 민

간병원과 거의 유사하여 공공의료의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있기 때문에 국립병원의 기능을 개편하기 전까지는 예산제를 도입하기에 제약이 많을 것이다. 그러나 지방공사의료원과 같이 정부의 예산에 많이 의존하고 환자의 구성도 민간병원에 비해 의료급여환자나 저소득환자들이 많이 이용하는 경우에는 예산제의 적용이 쉽게 이루어질 수 있다. 이들 공공병원에 대한 예산제 운영의 경험이 민간병원의 예산제 적용에 시사점을 줄 수 있을 것이다. 그런데 민간병원에 예산제를 적용하더라도 민간병원을 영리법인과 비영리법인으로 구분하게 될 경우에는 비영리법인에 대해 우선적인 적용이 가능할 것이다.

둘째, 의료비중 정부지출비중이 낮다. 그러나 사회보험비중은 높다. 외국의 경험으로 볼 때에 정부재원의 비중이 낮다고 예산제를 도입하기 어려운 결정적인 장애요인은 아니다. 사회보험비중이 높은 독일, 네덜란드 등 유럽국가들과 대만이 예산제를 적극적으로 도입하여 활용하고 있다.

셋째, 민간부담비중이 높다. 즉 보험급여범위가 좁다. 이는 비급여료의 비용전가(cost-shifting)를 우려할 수 있다. 따라서 보험진료비에 예산제를 도입하기 위해서는 비보험 진료부문의 비용전가를 막는 기전을 개발하여야 함을 의미한다. 즉, 비보험진료부문의 투명성을 제고할 수 있는 시스템이 도입되어야 한다.

넷째, 입원비중이 낮고, 외래비중이 높다. 그리고 병원과 의원이 기능이 중복되고 있다. 우선 외래진료부문이 비교적 방만하다고 판단할 수 있는데, 외래진료를 통제하기 위해서는 의원예산제를 먼저 도입하는 것이 타당한 것 같으나, 우리나라의 특성상 병원의 외래기능이 높은 것을 감안하여야 한다. 외국의 경우 의원에 예산제 적용한 후에 병원으로의 비용전가 때문에 병원예산제를 시행한 경험에 의하면 의원과 병원을 함께 시행하는 것이 타당할 수 있다. 특히 우리나라의 경우 병원에 입원과 외래가 공존하고 있어 양자간 비용전가의 위험성은 매우 높다. 따라서 병원의 입원/외래 전체를 대상으로 예산제를 적용하여야 할 것이다. 그러나 이때에 예산배분의 방식이 외국에 비해 매우 복잡해질 가능성이 있다. 외국의 경우 병원에서 발생하는 비용을 병원관리비용과 전문의 서비스비용으로 나누어 예산제를 적용하고 있는데, 우리나라의 경우 이러한 분리

시스템을 도입하게 되는 과정에서 상당한 혼란을 야기할 수 있다. 또한 외래비중이 높은 데에는 의약분업 이후에 약국부문이 크게 늘어난 데에 기인함으로써 유의하여야 한다. 따라서 약제비에 대한 예산제약기전을 동시에 정착하는 방안을 함께 검토하여야 함을 알 수 있다. 독일의 경험에서와 같이 의사의 처방통제가 약국의 비보험 약제비를 늘릴 가능성을 염두에 두어야 한다.

다섯째, 전국민을 가입자로 하는 건강보험제도를 시행하고 있다. 이는 예산제 도입의 좋은 조건이다. 즉, 건강보험가입집단과 비가입집단간에 비용전가(cost-shifting)가 일어날 가능성이 없다. 유럽국가들 중 전국민을 공보험에 강제 가입시키지 않는 국가들이 상당수 있다. 예를 들면, 네덜란드, 독일, 벨기에, 스페인(공무원은 선택적) 등이다. 이들 국가들의 경우 민간보험에 가입하는 환자들에게 비용을 전가할 수 있다. 미국의 경우 메디케어나 메디케이드 환자에 대한 정부의 비용통제기전으로 의료비용이 민간보험 가입자에게로 전가되는 현상을 경험하고 있다.²¹⁾

여섯째, 의료기관이 법적으로는 비영리이지만 현실적으로는 영리를 추구하고, 설립은 시장에 맡겨두고 있다. 이는 예산제 도입시 공급자의 저항을 불러일으킬 수 있는 장애요인이다. 즉 예산제를 도입하면 공급자의 의료시장 진입을 암묵적으로 통제하거나, 진입에 규제가 없다하더라도 시장내에서 공급자간 경쟁이 치열해지고 경쟁의 심화가 예산규모의 확대나 예산제의 폐지를 주장하는 원인으로 작용할 것이다. 선진국의 경험에서 보듯이 의료공급량의 규제가 함께 있어야 예산제가 비교적 성공할 수 있음과 같이 예산제 도입의 선결과제로 의료기관의 개업을 규제하거나 병상이나 의료장비 등 각종 공급의 규제가 필요할 것이다. 그러나 이러한 공급규제가 홍콩과 같이 의료서비스의 질을 떨어뜨리고 환자의 대기시간을 늘리는 부작용을 초래할 수 있다. 그리고 시설 및 장비 투

21) 미국 병원의 수입 대비 비용 조사자료에 의하면, 1991년 기준으로 메디케이드 환자는 평균적으로 비용의 82%를 지불하고, 메디케어 환자는 88%를 지불하고 다른 정부 의료보장프로그램의 환자들은 100%를 지불하고, 민간보험 등 사적 환자는 130%를 지불한다. (자료: U.S. Congressional Budget Office, Prospective Payment Assessment Commission of Data 1991. From AHA's Annual Survey of Hospitals. 재인용문헌 : Paul J. Feldstein, Health Policy Issues : an economic perspective, 1999)

자 등 서비스의 질 개선을 통하여 많은 환자를 확보하려는 공급자의 노력을 억제함으로써 공급자들의 저항에 부딪칠 수 있다. 적절한 균형을 유지하는 것이 관건이 될 것이다.

일곱째, 환자들은 의료이용에 거의 제한을 받지 않는다. 전국 어디서나 의료이용에 제한이 없고, 일차의료를 거치지 않고도 이차, 삼차의료에 접근이 가능하다. 이는 예산제 도입을 불가능하게 할 결정적인 사항은 아니지만, 예산제를 도입한다면 제도의 설계에 세심한 주의가 필요할 것이다. 선진유럽국가의 어느 정도 규제된 의료이용 시스템이나 공급시스템과 비교하면 상당히 어려운 조건에 처해 있음은 분명하다. 만약 환자의뢰절차를 지키도록 요구하는 새로운 형태의 규제가 가해질 때에 환자들의 불만과 불편에 처해질 수 있다. 따라서 공급자들의 저항과 더불어 환자들의 불편이 겹쳐질 때에 예산제에 대한 비판이 거세어질 수 있다. 환자의 불편을 설득하기 위해서 환자의 본인부담을 획기적으로 낮추어주는 조치가 필요하고, 공급자들의 저항을 완화하기 위해서 보충적인 민간보험이나 선택적인 민간보험, 요양기관계약제의 도입과 같은 새로운 탈출구가 필요할지 모른다.

한편 참여정부의 보건복지 5개년 계획과 같은 정부의 정책적 비전에 따라 총액예산제의 방향도 영향을 받을 것이다.²²⁾

우선 공공보건의료기능을 강화하려 한다. 공공보건의료의 인프라를 확충하기 위하여 국가중앙의료원→광역단위 대학병원→지역거점병원→보건소(지소)간 공공의료기관간 연계체계를 구축하고 조직 및 기능을 확충한다. 이러한 공공의료의 강화는 총액예산제 도입의 좋은 여건을 마련할 것이다.

의료빈곤층, 희귀·난치성 질환자, 차상위 빈곤층에 대한 의료안전망을 강화하고, 공공병원에서 퇴원후 지속관리가 필요한 환자에게 가정간호사업 수행을 의무화한다. 이는 공공병원 중심의 예산제 도입으로 외래부문으로의 비용전가를 줄일 수 있는 여건이 조성될 수 있다. 또한 병의원 가정간호사업과 방문보건사업을 연계하는 체계를 구축하려 하는데, 이는 민간부문과 공공부문간 비용전가

22) 다음 두가지 자료에 근거하고 있다. 보건의료발전기획단, 「참여정부 보건의료발전계획」, 2003. 12과 참여복지기획단, 「참여복지5개년계획」, 2003. 12.

를 차단하는 데에 기여할 것이다.

한편 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위하여 기본필수진료에 대한 보험급여를 확대함으로써 현행 52%의 보험급여율을 2008년까지 70%수준으로 확대하려는 계획은 보험진료비 예산제 적용에 따라 비보험부문으로의 비용전가를 완화할 수 있는 여건이 조성된다.

진료비지불제도의 개선방향으로서는 지불제도가 진료비를 적절히 통제할 수 있으면서 적절한 진료가 행해질 수 있는 유인을 동시에 갖추도록 하고 있으며, 이를 위하여 단일 지불제도를 채택하기 보다는 진료영역별 특성에 적합한 지불제도를 적용하는 것이 바람직하다고 제시하고 있다. 이를 위하여 상대가치행위수가제는 상대가치의 지속적인 재평가와 보완이 요구되고, DRG는 다빈도이면서 진료비의 변동폭이 비교적 안정된 질환들부터 적용해서 적용질환군의 범주를 확대해나가되 의료기관유형별 기능을 감안한 수가체계의 재검토를 제시하고 있다. 이에 따라 DRG는 국공립병원에 대해서 당연 적용하고, 민간병원에 대해서는 부작용을 보완하면서 적용질병군을 확대할 것을 제시하고 있다. 특히 외래진료에 대해서도 다빈도이면서 표준적인 진료가 가능한 질환에 대한 외래포괄수가제(APG)를 개발할 것을 계획하고 있다. 만성퇴행성 질환부문에서는 요양병원이나 요양병동에 적용되는 정액방식의 수가를 개발할 필요성을 제시하고 있다. 그리고 총액예산제(Global Budgeting)는 보험진료비의 총액을 적절히 통제하고 재정운영의 예측가능성을 제고하여 효율적인 재정운영이 가능하고, 강력한 환자의 본인부담제를 적용하지 않아도 되는 장점을 제시하는 한편 의료의 질 하락을 방지하기 위한 기전이 보완되어야 할 것을 제시하고 있다. 한편 요양기관계약제와 총액예산제를 동시에 시행하기에는 무리가 따를 것이므로 요양기관계약제가 우선 시행되고 정착되는 단계에서 총액예산제의 도입 가능성을 논의하는 순서가 바람직하다고 밝히고 있다. 마지막으로 우리나라의 의료여건을 감안한 토대위에 진료부문별 특성에 따라 다양한 지불제도를 개발하고, 시범사업을 통한 평가를 거쳐 지불보상제도의 적용가능성을 결정하여야 할 것으로 전체적인 방향을 제시하고 있다.

<표 V-3> 정부의 건강보험발전 5개년 계획: 2004~08년

	1단계 (2004~05)	2단계 (2006~07)	3단계 (2008)
	제도발전의 기반구축	재정균형 달성과 제도개편 추진	제도개편의 완성
급여 (보장성 강화)	<ul style="list-style-type: none"> 급여구조조정을 통한 보장성강화 <ul style="list-style-type: none"> - 본인부담보상제 + 상한제 - 소액진료비 본인부담 조정 - 응급·중증(희귀)질환 보장성 강화 (특히 의료빈곤층의 의료보장 강화) 보험료체납자 축소 	<ul style="list-style-type: none"> 필수진료범위의 정립 비급여중 필수진료의 보험급여화 추진 의료행위·약제·장비의 평가인정과 보험급여 인정시스템 도입 보험료체납자의 단계적 해소 	<ul style="list-style-type: none"> 필수진료의 보장성 확보 의료빈곤층에 대한 의료안정망 구축
재정 (재정건실화, 부담 형평성 확보)	<ul style="list-style-type: none"> 당기재정수지 균형과 수지 개선 <ul style="list-style-type: none"> - 보험료 인상과 재원 확충 진료비목표관리제 모형개발 직장과 지역간 분담형평성 확보 새로운 국고지원 기준 및 방식 연구·방안 마련 4대 사회보험간 자료연계 등 자영자소득과약 강화 	<ul style="list-style-type: none"> 누적재정수지 균형 회복과 흑자 시험 <ul style="list-style-type: none"> - 보험료 인상과 재원 확충 (담배, 술, 휘발유 등) 진료비목표관리제 시범사업 새로운 자격관리 시스템 및 보험료부과체계 개발 (공평부과체계 개발) 새로운 국고지원방식 적용 	<ul style="list-style-type: none"> 누적재정수지 흑자 진료비목표관리제 시행 공평하고 효율적인 자격관리 및 보험료부과체계 적용 효율적인 재원조달기전 마련
지불제도 (지불보상의 비용효과성 제고)	<ul style="list-style-type: none"> DRG 확대 질병군 연구 국공립병원 총액계약제 모형개발 및 시범사업 기관단위 심사와 진료적정성 평가의 기반 구축 행위별 상대가치 재평가 진료부문별로 다양한 지불보상모형의 개발 	<ul style="list-style-type: none"> DRG 확대 질병군 시범사업 행위별 상대가치의 보정 다양한 지불보상모형의 시범사업 총액계약제의 국공립병원 시범사업 진료적정성 평가시스템 구축 	<ul style="list-style-type: none"> DRG 질병군 확대 진료부문별로 다양한 지불제도의 적용 국공립기관 총액계약제 적용 진료적정성과 지불보상의 효과적인 연계
관리운영 (관리시스템 개편과 서비스개선)	<ul style="list-style-type: none"> 전국민 자격, 부담, 급여의 정보 전산망 구축 전자(IC)카드 도입 방안 마련 통합운영의 내부경쟁시스템 도입 사례관리(특히 고위험, 고액질환) 시범사업 확대와 적용 건강위험관리 시스템 개발 	<ul style="list-style-type: none"> 전자(IC)카드 도입 <ul style="list-style-type: none"> - 보험자와 공급자간 전산망 연결 급여·비급여 진료정보 관리 건강위험관리 시스템 구축 의료패널 구축 (개인 및 가족의 의료정보 시계열 DB) 	<ul style="list-style-type: none"> 정보전산망에 의한 효율적인 통합관리 시스템 구축 생애주기 건강위험관리를 위한 보험자기능 확보

자료: 참여복지기획단, 「참여복지5개년계획」, 2003. 12.

2. 예산제의 기본구도

가. 개 요

우리나라의 의료여건과 앞으로의 전망에 비추어 예산제를 도입할 경우의 기본적인 구도를 다음과 같이 제안하고자 한다. 이해를 쉽게 하기 위해 [도 V-1]와 같이 예산제 도입을 위한 정책선택의 축차적 모형을 소개한 Bishop(1994)의 예시에 따라 설명해보자. 전국적인 예산제 도입을 결정하였을 경우 예산상한을 얼마나 엄격하게 규제할 것인가에 따라 예산규모의 신축성이 영향을 받게 된다. 예산상한을 엄격히 규제할 경우 상한은 과학적인 공식에 의해 결정되기 보다는 정치적으로 결정될 가능성이 있다. 정치적으로 결정될 경우 선진국의 예에서 보았듯이 비현실적으로 낮은 수준으로 통제하여 상한을 지키지 못하는 경우가 발생할 수 있다. 따라서 예산상한은 과학적인 공식에 따른 준거에 따르되, 의료정책이나 경제사회적 상황 변화를 수용하는 유연성을 두는 것이 바람직하다.

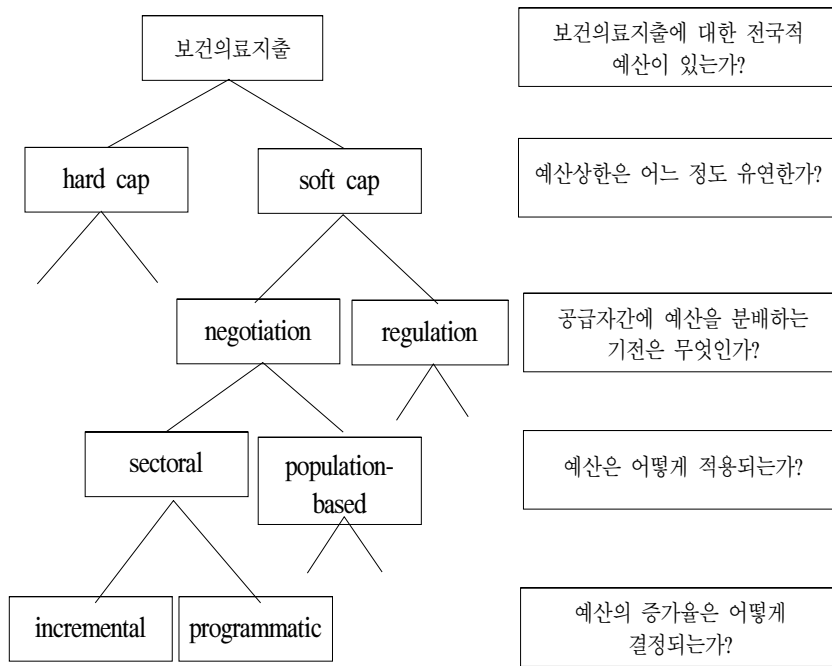
예산상한에 어느 정도의 유연성을 둘 때에 예산의 분배를 공급자와 보험자간 협상에 의할 것인가 혹은 보험자(정부)가 개입하여 규제할 것인가의 문제가 대두된다. 예산제 자체가 진료비규모를 통제하려는 규제의 속성이 있기 때문에 배분은 규제에서 비교적 자유롭게 운영하는 것이 바람직할 것이다. 그리고 예산제는 예산계약내에서 투입비용구조의 조정을 통하여 내부적인 효율화를 지향하려는 데에 근본적인 목적이 있기 때문에 엄격한 규칙에 의한 예산배분 보다는 내부시장원리에 입각한 협상과 경쟁에 의한 예산배분이 바람직할 것이다. 다만, 협상과정에서 성과에 입각한(performance-based) 공정한 배분이 이루어지기 위해서는 배분의 공식(formula)이 개발되고, 이를 준거로 활용할 수 있을 것이다.

예산배분이 인구기준으로 배분될 것인가, 혹은 진료부문별로 배분될 것인가도 결정할 필요가 있는데, 우리나라와 같이 인구밀집도가 높고 지역간 의료이용의 이동이 빈번하고 의료전달체계가 정착되지 못한 환경하에서는 인구기준으로 예산배분을 접근하기에는 무리가 있다. 따라서 진료부문별로 접근하여야 할

것이다.

마지막으로 예산의 증가율은 과거진료비에 근거하여 정할 것인가 아니면 기능이나 성과에 근거하여 정할 것인가의 문제이다. 생각건대, 과거진료비 실적을 무시해서도 안되지만 진료내용과 진료의 질 등을 근거로 과거진료비를 평가하고 이러한 평가를 토대로 예산의 규모나 증가 정도를 결정하는 것이 좋을 것이다.

[도 V-1] 총액예산제 도입의 정책선택



자료: Bishop, 1994

나. 예산제의 적용범위

예산제의 적용범위를 모든 진료영역에 적용할 것인가, 비교적 쉽게 적용가능한 진료영역에 적용할 것인가에 대한 선택에 부딪힌다. 선진국의 역사적 경험에 의하면 진료비통제가 필요하고 적용이 용이한 부문부터 시작하여 비용의 전가가 나타남에 따라 단계적으로 적용범위를 확장하여 나갔다.

비용의 전가 문제를 고려하면 모든 진료영역을 대상으로 도입하는 것이 바람직하지만, 설득과 타협에 바탕을 두고 전략적으로 접근하기 위해서는 적용이 용이한 부문부터 도입하여 점차 확대해나가는 것이 바람직해 보인다. 그러나 우리나라의 길지 않은 경험에 의하면 새로운 제도의 단계적인 도입이 저항에 부딪치면서 좌절되거나 왜곡된 형태로 이행되는 경우가 있었다. 반면에 일시적인 도입이 초기에 많은 사회적 비용을 야기하고, 제도의 보완이나 개선이 다시 이해관계자간 대립으로 실현되지 못하고 불안정한 모습을 지닌 채 제도가 유지되는 경우도 있었다. 결국 단계적이고 점진적인 도입이나 일시적인 도입 양쪽 모두 장단점을 지니게 마련이다. 생각건대, 예산제의 경우 이미 선진국들의 경험을 알고 있기 때문에 비용전가가 발생하지 않는 부문부터 적용을 하고 평가를 거친 뒤에 일시에 전면 도입하는 것이 좋다고 여겨진다. 대부분의 국가들의 지불제도가 이미 행위별수가제를 포기하거나 계속 유지하지 않는 추세에 있으며 예산제의 형태로 이미 이행된 상태이다. 문제는 예산제하에서의 배분방식에 주로 정책적 관심이 좁혀지고 있다. 배분방식에 있어서 행위별수가제를 유지하거나 포괄화된 수가방식을 사용하는 것이다. 모든 진료영역에 예산제를 도입하기 위해서는 세심한 준비와 예측이 필요하고 이해관계자들간의 합의와 설득이 전제되어야 도입 이후의 분란이나 왜곡을 최소화할 수 있을 것이다.

다. 예산규모와 예산배분

예산규모는 다각적인 측면에서 검토되어야 할 것이다. 우선 국가자원배분의 효율성 측면에서 의료부문에 어느 정도의 재원이 배분되는 것이 타당하느냐 하

는 관점에서 접근하여야 한다. 즉, 다른 부문과 비교하여 의료부문에 대해 국민들이 어느 정도의 가치를 부여하느냐가 관건이 된다. 통상 국가가 선진국에 완전히 진입하기 전의 성장과정에 있을 때에 의료수요의 소득탄력성이 1 이상인 점에 비추어보면 경제성장률 보다 다소 높은 의료비성장률을 고려할 수 있다. 그러나 이미 고성장단계를 지난 시점부터는 경제성장률 정도가 예산증가율의 준거가 될 것이다. 이는 국민의 부담능력을 반영하는 장치이기도 하다. 다른 하나의 관점은 고령화에 따른 의료수요의 자연적인 증가현상을 감안하여야 할 것이다. 그리고 의료기술의 발전에 따른 고가화 경향을 반영할 필요가 있는 반면에 기술발전에 의한 비용인하요인을 반영하여야 할 것이다. 그 외 질병양상의 변화에 따른 비용변화를 고려하여야 할 것이다. 다른 한편으로는 의료비투입의 비용효과성에 근거한 비용의 구조조정과 연계한 규모를 결정하는 것도 중요하다. 즉 고비용의 치료중심 의료에서 비용절감적인 예방의료나 건강증진을 강조할 경우 진료영역의 특성에 따른 비용규모를 산정하고 이에 따른 전체 규모의 재산정이 필요하다. 이렇게 예산규모의 산정에는 상당히 복잡한 계산이 필요하다. 그리고 정치적인 관점에서의 논의도 규모를 결정하는 데에 배제할 수 없는 요인이다.

한편 예산규모를 결정하는 것은 보험이 적용되는 진료영역에만 한정된다. 그러나 의료서비스시장에 참여하는 소비자나 공급자는 보험과 비보험을 별도로 분리하여 생각하지는 않는다. 의료서비스는 보험과 비보험 진료가 통합적으로 이루어지기 때문에 소비자의 부담이나 공급자의 수입은 전체적인 의료서비스의 틀속에서 결정된다. 따라서 예산규모의 결정에는 비보험 진료부문도 고려되어야 타당하다. 이를 위해서는 비보험부문의 투명성을 담보할 수 있는 시스템이 갖추어져야 한다. 의료서비스를 받을 때에 서비스내역과 비용이 기록되고 비용결재도 가능한 전자카드(IC 카드 형태의 'MedCard')의 일상적인 사용이 의무화된다면 투명성이 담보될 것이다.

예산규모가 결정되면 진료부문별로 예산이 배분되어야 하는데, 예산규모의 결정보다도 각 의료단체나 개별공급자 입장에서는 예산배분이 더 중요하고 현실적인 관심사항이 될 것이다. 주어진 총예산의 범위내에서 어느 단체와 공급

자가 많은 지분을 확보할 것이냐에 대해 촉각을 곤두세울 것이다. 예산제 도입 초기에는 기존의 배분상태를 존중할 수밖에 없을 것이다. 도입 이후에 점진적으로 각 부문별 성과 평가를 근거로 각 부문별 부가가치(‘환자의 선호가 반영되어야 한다’)와 의료정책상의 목적을 감안한 기능별 배분이 이루어져야 할 것이다. 부문간 배분구조가 변화할 때에는 각 부문별 공급구조의 조정이 동시에 이루어져야 갈등을 최소화할 것이다. 각 부문내에서 개별 공급자에 대한 배분은 초기단계에는 기존의 보상방식(즉 행위별수가제)을 유지하는 것이 혼란을 줄이고 수용성이 클 것이다. 초기단계를 지나면서 부문별 예산배분이 재조정되면서 개별공급자의 서비스 수준이나 성과에 기초하여 포괄화된 형태의 보상방식으로 전환하는 것이 관리비용을 줄이고 의사의 진료자율성과 의료기관 경영의 유연성을 제고하는 데에 도움이 될 것이다.

라. 예산제의 운영

예산제의 운영은 보험자(정부)와 공급자간 ‘계약’에 기초하여 예산규모의 결정이나 예산의 부문별 배분이 결정되는 것이 바람직하다. 계약방식의 예산제 운영이 대부분의 사회보험방식의 국가에서 채택되고 있다. 다만, 계약과정에서 정부나 보험자의 영향력이 얼마나 강하냐에 따라 차이가 난다. 대만의 경우는 보험자로서의 정부의 힘이 강하게 작용하는 국가이다. 미국과 같이 연방정부가 진료비규모를 통제하는 기전을 갖고 있으면서도 의회가 평가하고 최종결정권을 갖는 의회 중심의 국가도 있다. 캐나다의 예에서 예산결정이 투명한 절차에 의하지 않고 의료단체와 비공식적인 협의를 진행한 경우에 당초의 기대효과를 실현하는 데에 많은 한계를 노출한 경험을 참고하여야 한다.

우리나라의 경우 수가수준(‘행위수가의 환산지수’)의 계약 경험에서 볼 때에 아직까지 합리적인 협상과 타협의 문화가 정착되지 못하고 있다. 보험자와 공급자 양자간 계약은 세 차례에 걸쳐 시도되었으나 아직까지 성공적인 계약을 맺지 못하였다. 세 차례에 걸친 계약의 실패는 가입자-공급자-공익 3자로 구성된 정부위원회(‘건강보험정책심의위원회’)에서 최종적으로 조율하는 절차에 의

해 이루어져 왔다. 그러나 상기 위원회에서든 원만한 논의가 이루어지지 못하여 가입자단체나 의료공급자단체 중 일방이 퇴장한 가운데에 공익대표(정부, 보험자, 전문가)의 판단에 의하여 결정되어 왔다. 예산제를 도입할 경우에도 이와 유사한 과정을 되풀이할 가능성이 짙다. 더구나 의료단체들간 예산의 배분 문제는 더욱 논의과정을 복잡하게 만들 것이다. 이러한 문제를 피하기 위해서 총예산만 정하고, 예산의 배분은 의료단체에 맡기는 방안을 생각할 수도 있다.

예산배분을 의료단체에 맡기는 경우에 의료단체들간 협상의 진통은 있겠지만 시간이 흘러감에 따라 자체적으로 방법을 개발할 수 있을 것이다. 또한 예산이 배분된 뒤에 각 의료단체와 개별 공급자간 배분방식이 개발되어야 할 것이다.

반면 보험자가 예산배분에 개입하게 되면, 보험자와 의료단체간에 계약이 이루어지고, 다시 각 지역별 보험관리자와 개별공급자간 계약이 이루어질 수 있다.

어떤 방식의 운영시스템에도 장단점이 있다. 의료공급자의 자율에 맡기는 경우에는 보험자의 의료서비스의 질 평가기능이 강화되어야 할 것이고, 보험자가 배분과 계약에 관여하게 될 때에는 의료공급자들간의 갈등과 저항을 조정하는 능력이 있어야 한다. 현재로서는 보험자의 질 평가기능이나 갈등 조정기능이 취약하다. 따라서 예산제를 도입하게 될 때에는 보험자의 새로운 기능과 능력 배양을 위한 개편이 필요하다. 동시에 의료단체들은 소속된 회원들을 관리하고 조정하는 새로운 역할의 개편이 필요하다.

현재의 여건으로서는 정부나 보험자가 어느 정도 개입하는 형태의 예산제로 운영하다가, 예산제가 정착되어 나가는 시점에서 자연스럽게 의료단체들이 자율적인 예산배분을 요청하고 의료공급자와 보험자간 쌍방 협상이 가능한 분위기가 형성될 때에 정부의 개입을 줄여나가는 방안이 연착륙에 도움이 될 것으로 본다.

3. 총액규모의 산정과 배분

가. 개요

총진료비규모는 지속가능한 수준의 진료비규모에 조정분(α)을 고려할 수 있다. 여기서 지속가능성은 경제성장, 의료물가, 인구구조변화 등을 고려할 수 있다. 후술하는 미국의 SGR(sustainable growth rate)의 적용을 하나의 준거로 삼을 수 있다. α 는 의료정책적 목적이나 의료산업의 육성 등을 고려하여 부문별 예산에 대한 인센티브를 도입할 수 있을 것이다.

총액진료비를 부문별 진료비로 배분할 때에는 진료부문별 행위료, 재료 및 검사, 약제비 등 원가구성의 변화와 의료정책적 측면을 고려하여야 할 것이다. 여기서 고려할 수 있는 진료부문은 의과·치과·한방·약국 등 진료과별 분류와 병원·개원의 등 의료기관유형을 감안할 수 있을 것이다.

나. 규모의 산정방법

예산총액은 GDP 성장률, 임금인상, 물가상승, 인구증가 및 연령별 구성비율, 질병추이, 의료공급자 수와 구조, 의료기술 등을 포함한 신뢰할 수 있는 예산 결정모형개발이 필요하다. 여기서는 지속가능한 진료비증가율(SGR: Sustainable Growth Rate)을 추계하여 사용하고 있는 미국의 진료비 목표제를 참고하고자 한다. 미국의 경우 초기 목표진료비는 해당 연도의 실제 발생한 진료비로 산정하고, 초기 목표진료비가 수립된 다음 연도부터의 목표진료비는 전년도 목표진료비에 SGR의 증감률을 반영하고 있다. SGR은 가중평균 의료비용 인상률, 적용대상자 증가율, 1인당 실질GDP 상승률, 법(제도)변화에 따른 지출증가율(예: 급여확대) 등의 4가지 요인을 합산하여 추정한다.

SGR 시스템의 메커니즘을 간략하게 소개하면 다음과 같다.

$$\square \text{ 목표치} = \text{전년도 목표치} \times \text{SGR}$$

□ $SGR = MEI \times \text{1인당실질소득상승률} \times \text{인구증가율} \times \text{인구구조보정지수} \times \text{보험급여행위확대지수}$

□ $MEI = \text{의료기관 원가항목별 순수한 물가증가율의 가중평균치}$

$$MEI_{2003} = \sum_i \text{비용항목별비중}_i \times \text{비용항목별가격인상율}_{2003, i}$$

단, 임금인상률은 노동생산성상승률을 제외함. 그러나 노동생산성상승률의 불안정성과 신뢰성 문제 때문에 실질소득상승률을 대리변수로 사용

□ $\text{인구구조보정지수} = \text{노인인구증가와 같은 인구적 요인에 의한 비용증가분을 반영하는 지수}$

□ 보험적용범위 조정계수

$$\text{보험적용범위조정계수} = \frac{\text{행위항목 조정에 따른 행위료증감분}_{2003}}{1 + \frac{\text{전체행위료}_{2003} - \text{행위항목 조정에 따른 행위료증감분}_{2003}}{\text{전체행위료}_{2003}}}$$

* 행위항목과 빈도의 변화가 있더라도 상대가치총점내에서 예산중립(budget neutrality)원칙에 의하여 상대가치점수를 조정함.

다. 예산의 배분방법

예산의 배분은 공급자의 자율적인 배분에 맡기는 것이 원칙적으로 바람직하다. 즉 지식과 정보를 가지고 있는 의료공급자단체가 자율적인 통제시스템(self-governing mechanism)을 가지고 수행하도록 한다. 그러나 공급자들의 역량이 못미치거나 공급자들이 스스로 정보시스템을 구축하지 못할 때에 정부가 배분과정에서 조정기능을 발휘할 수 있을 것이다.

어떤 방식으로 배분하든 간에 예산배분모형의 개발은 필요하다. 현실적으로나 이론적으로나 추세적 예산배정모형(historical budgeting model)은 적합하지 않으나 초기단계에서의 수용성을 감안할 수밖에 없을 것이다. 기존의 진료비 실적과 더불어 기능적 예산배정 모형(functional budgeting model)을 함께 고려

하는 방안이 타당할 것이다.

예산배분은 의료기관종별, 진료부문별, 지역별 등 다양한 영역으로 구분이 가능할 것이다. 그런데 각 영역에 있어서 개별공급자간 진료비의 변이가 크게 발생할 가능성이 있다. 진료비의 변이에 미치는 요인들을 밝혀내는 작업이 기능별예산책정과 연계된다. 진료비 변이의 분석단위는 입원 질환의 경우 현재의 ICD-10 분류에 의한 상병단위로 하거나 DRG 분류에 의한 진단명단위로 할 수 있다. 외래진료의 경우에는 외래 포괄수가제인 APG를 개발하여 분석단위로 삼을 수 있을 것이다.

변이를 설명하는 요인으로는 의료기관종별 기능차이, 질환의 중증도와 환자 구성의 차이(case-mix), 그리고 투입인력과 시설, 장비의 차이를 감안할 수 있다. 비교적 진료비의 변이가 크지 않고 안정적인 진료부문이 각 요인들의 변이도 안정적인 가능성이 높아 예산제를 적용할 때에 가장 저항이 적을 수 있다. 그런데 진료비변이를 설명하는 요인들을 계량적으로 찾아낸다고 하더라도 산정공식(formular)은 표준적인 산식이기 때문에 설명(반영)하지 못하는 요인들이 존재하게 되며, 이때에 어떻게 공평을 담보할 수 있느냐가 관건이 된다. 즉 현실과 통계 사이의 괴리를 주의해야 한다. 통계적으로 99%의 설명력을 갖는다 하더라도 상당수가 예측치에서 벗어나는 표본들이 존재할 수 밖에 없다. 또 하나의 문제는 formular 에 의해 실제진료비를 가장 잘 fitting 하는 산정모형을 개발하더라도 현재의 실제진료비(즉 보험진료비) 자체가 왜곡을 안고 있을 가능성이 크기 때문에 왜곡된 진료비를 정당화시키는 예측모형을 개발할 오류를 범할 수 있음에 주의하여야 한다.

4. 계약의 절차와 내용

가. 계약의 절차

계약의 절차는 소비자를 대리한 보험자단체와 공급자들을 대표하는 공급자단체가 쌍방독점(Bilateral Monopoly)적 협상에 의해 예산을 결정하는 것이 바람직하다. 그러나 현재의 여건으로서는 양 당사자들이 협상의 대표로써 권한을 위임받기에 상당히 어려운 구조적인 문제가 있기 때문에 소비자, 공급자, 공익(보험자와 정부 포함) 3자간 합의에 의해 결정(현재의 건강보험정책심의위원회와 유사한 결정기구)하는 구도를 유지하는 것이 현실성이 높다.

의약계대표의 대표성 문제를 보면 의약계는 병원협회, 의사협회, 치과의사협회, 약사회, 한의사회, 간호사회, 그 외 치과병원협회, 한방병원협회, 간호조무사회 등 현재 요양급여비용협의회를 구성하는 다양한 단체들이 구성되어 있다. 이들 단체를 대표하는 1인을 정하기란 쉽지 않다. 단체간 내부협상에 의하여 계약내용을 합의하고, 합의내용을 계약 당사자인 대표자에게 포괄적으로 위임하는 방안을 검토할 수 있으나 현실적으로 실현가능성이 높지는 않을 것이다.

보험자로서 건강보험공단의 이사장 역시 책임있는 당사자가 되기에는 한계를 안고 있다. 진료비에 대한 계약은 보험료와 연계되어 있으며 법적으로 보험료 개정의 실질적인 권한은 정부에 달려있다. 그리고 진료비는 국고지원 예산과 직결되면 예산편성을 하는 보건복지부와 정부예산안을 확정짓는 기획예산처의 손에 달려있으므로 공단은 역시 한계를 갖고 있다. 근본적으로는 공단 이사장이 과연 가입자를 대표하는 대표성이 있는가가 중요하다. 계약의 실질적인 당사자는 가입자와 공급자이며, 공단은 가입자를 대신하여 계약의 당사자가 되는 principle-agent 의 관계에 놓여있기 때문이다. 공단이 대표성을 확보하기 위한 기전을 마련하여야 할 것이다.²³⁾

23) 여기에서 공단의 법적 위치에 대한 논쟁이 일어날 수 있다. 공단이 정부의 건강보험 사업을 위임(혹은 위탁)받아 수행하는 기관이나 혹은 가입자의 건강보험을 위한 가입자 대표기관이

대안으로는 명목상 공단 이사장과 의약계 대표간 계약을 체결하되, 사전에 양측 실무진간 다자간 협상을 통해 결정하는 방안이다. 다자간 협상에서 민간 공익대표가 협상의 중재자가 될 수 있다. 혹은 양자간 협상에 의하되, 현재의 건강보험정책심의위원회를 중재위원회로 승격시켜 공익대표들로 중재위원을 구성하고 중재위원회에 대해 결정권한을 부여하는 것이다.

정부가 계약의 절차와 과정에 있어서 조정자로서의 역할이 요구된다면, 다음과 같은 절차를 생각해볼 수 있다.

- 1단계 : 보건복지부에서 계약내용에 대한 지침(guideline)을 4월말까지 공고
 - 계약내용에는 총액진료비규모, 부문별 진료비배분, 상대가치 등 비교적 구체적인 내용을 포함
- 2단계 : 의약단체, 가입자단체(공단)에서 6월말까지 의견서 제출
- 3단계 : 보건복지부내의 「총액계약위원회」에서 9월말까지 심의²⁴⁾
- 4단계 : 가입자단체와 의료공급자간 10월 15일까지 계약을 체결
- 5단계 : 계약체결에 실패할 경우 보건복지부내 「건강보장정책심의위원회」에서 심의의결²⁵⁾

나 하는 문제이다. 전자의 경우라면 정부 즉 복지부가 계약의 당사자가 되어야 할 것 같은데, 복지부가 가입자의 이익을 대표할 수 있는가에 대한 법리논쟁이 일어날 것이다.

- 24) 대만의 "의료비용협정위원회"(Medical Expense Arbitration Committee)와 유사한 조직의 운영도 검토할 수 있다(대만 중앙건강보험국, 1997). 1996년 11월 조직되어 의료비용을 억제하기 위하여 총액예산제를 추진하고 진료비 심사절차를 확립함으로써 의료공급자의 비용의식을 촉진시킴(위원회는 27인으로써 의료공급자 9인, 가입자대표 및 전문가 9인, 정부대표 9인).

* 주요 TASK: 보험자와 공급자간 예산분배방식, 의료비용의 적정성장률, 합리적인 진료비 지불 표준 연구, 지부별 외래 및 입원비용의 분배협정, 의사·중의사·치과의사·약사서비스 및 약제비 등 비례적 분배, 의약분업제도 등

- 25) 총액진료비와 더불어 환자본인부담과 보험료 산정, 국고지원분이 동위원회에서 심의되어야 할 것이다.

나. 계약의 내용

계약의 내용은 전체 진료부문을 포괄하는 총액진료비 규모에 대해 우선 협의가 이루어지고 각 진료부문별 예산이 축차적으로 결정되는 단계를 거쳐야 할 것이다.

□ 총진료비 계약

- 행위료, 재료 및 검사, 약제비 등 총보험진료비규모에 대하여 의료공급자와 보험자간에 계약

□ 행위료 계약

- 행위료계약에는 총액, 상대가치점수, 환산지수를 포함
 - 상대가치에는 의사업무량, 관리비용, 의료사고위험 상대가치 포함
- 진료부문별로 계약을 검토
 - 의과, 치과, 한방, 약국으로 나누고, 다시 병원과 개원의로 구분
- 검사 및 별도의 치료재료에 대해 계약을 검토 -

□ DRG 계약

- DRG 적용 의료기관에 대하여 총액, DRG 상대가치, 환산지수를 계약
- DRG에 포함되는 행위료, 재료 및 약제에 대해

□ 약제비 계약

- 약제비계약은 총액계약을 원칙으로 하되, 전문약/일반약과 상품명/성분명 등 약제비 부문별 총액을 계약하는 형태도 검토
- 진료부문별로 의과, 치과, 한방의 입원약제비와 약국약제비로 구분
 - 다만, 분업예외환자(장애인, 정신질환자)에 대한 외래약제비를 별도 계약하고, 분업예외지역의 약제비도 별도 계약

5. 예산제 도입의 선결과제와 기대효과

가. 예산제 도입의 선결과제

예산제를 도입할 경우에 선결되어야 할 과제들은 다음과 같다.

첫째, 의료서비스 공급자에 대한 사후 모니터링(monitoring) 시스템 구축 및 의료의 질 관리를 위한 평가시스템을 도입하여야 한다.

둘째, 의료서비스 공급자에게 배정된 예산이 투명하게 집행되었나를 점검하는 시스템을 구축하여야 한다. 총액예산제에서는 공급자가 의료의 질을 향상시키려는 동기가 없으므로 의료의 질을 측정하는 평가시스템 구축이 필요하다.

셋째, 예산제도가 도입되면 의료공급자가 비급여 서비스를 증가시킬 경제적 유인을 갖게 되므로 예산제도의 도입에 앞서 의료보험의 급여를 확충하는 것이 필수적이다. 급여 확충이 어려운 경우 비용전가를 최소화할 수 있는 기전을 마련해야 한다.

넷째, 예산제의 성공을 위해 정보체계를 통해 의료비 지출수준의 모니터링, 예산을 초과하는 의료비지출 원인의 신속한 파악, 특히 병원의 신뢰할 수 있는 회계기준 정립이 필요하다.

다섯째, 배분기준으로써 DRG 나 상대가치점수체계의 개선이 필요하다. 여기에는 의사진료비와 병원진료비의 구분을 검토하여야 한다. 특히 관건이 되는 것은 환자중증도와 진료강도가 높은 전문종합병원 등에 대한 보상수준의 검토(현재 전문종합병원의 DRG 참여율이 4.8%에 불과)가 필요하다.

여섯째, 재원조달방식을 재검토해야 할지도 모른다. 예산제 도입과 더불어 보장성을 확보하기 위해서는 보험료의 대폭 인상이 불가피한데, 현재의 보험료부과체계하에서 보험료 저항을 예상하면 조세재원조달방식으로의 전환 가능성을 신중히 검토하여야 한다.

일곱째, 진료비심사시스템의 개편이 따라야 한다. 예산제하에서 진료비의 심사는 의료계에서 담당하는 방안을 검토할 수 있으며, 심평원에 위탁을 할 수도 있을 것이다. 그러나 진료적정성 평가는 보험자가 수행해야 하므로 건강보험관

리자의 기능재편이 필요하다.

나. 예산제 도입의 기대효과

〈표 V-4〉 예산제 도입의 인센티브 구조 : 의료공급자

부 문	예상되는 파급효과와 대처방안
자원배분 효율성	행위수가제하에서 불필요하게 낭비되던 진료원가를 절약하고, 공급자간 환자유치를 위한 과잉경쟁으로 인한 자원의 낭비를 줄임.
	예산제 적용-진료부문에서 비적용 진료부문으로 비용전가(cost-shifting)의 가능성 (특히 비보험진료부문으로 비용전가) → 비보험진료의 축소가 장기적인 해결책이지만, 단기적으로는 비보험진료내역의 투명성을 제고하는 장치가 필요함.
공급자 이윤	행위수가에 비해 예산제하에서 원가절감의 유인이 강하게 작용하여, 불필요한 진료(투입) 감소 → 행위수가제하에서와 비교하여 이윤을 유지하거나 그 이상의 이윤의 확보가 가능
	예산계약으로 인한 이윤감소의 불안감 대두; 특히 환자수 많은 진료과목이나 의료기관의 경우 행위수가제하에서와 비교하여 이윤이 감소될 가능성이 있음. → 그러나 행위수가제하에서 공급자간 과잉경쟁으로 인한 이윤 격차가 벌어지는 것 보다는 예산제하에서의 적절한 배분기전이 도입된다면 공급자간 이윤 격차를 축소하는 긍정적인 효과를 기대함.
내부 갈등과 규제 문제	예산배분이 공급자단체 자율에 맡겨질 때에 단체간 갈등 혹은 의료기관간 갈등이 발생할 가능성 대두 → 장기적으로는 의료단체의 회계자료 및 진료정보수집 능력이 제고되고, 조정능력이 강화될 것으로 전망함.
	예산제하에서 공급규제의 가능성 대두, 즉 총예산의 제약하에서 의료계의 적절한 이윤을 확보하기 위해서 의료기관 설립, 의사수, 병상수, 장비 등에 대한 규제가 필요할 것임. → 공급규제는 의료계의 자율에 맡기되, 의료의 질관리를 위한 규제는 정부(보험자)의 개입이 필요할 것임.

<표 V-5> 예산제 도입의 인센티브 구조 : 의료소비자

부 문	예상되는 파급효과와 대처방안
의료의 질	행위수가제하에서의 불필요한 과잉진료의 부작용이 감소되나, 공급자의 과소진료로 질 저하의 가능성 대두 → 과소진료를 막기 위해서 성과예산제(performance-based budgeting) 도입을 검토
	입원환자의 대기(waiting)가 길어져 수술(처치)의 적절한 시기를 놓칠 가능성 대두 → 입원 여부 및 입원의 긴급성을 검토(utilization review); 혹은 보완적인 대책으로 공보험의 적용을 받지 않는 의료기관을 허용(‘요양기관계약제’)하거나 민간보험이 일정한 역할을 담당
의료접근성	행위수가제하에서의 진료비통제기전은 본인부담제에 주로 의존하나, 예산제하에서는 본인부담에 크게 의존할 필요가 없는 장점이 있음. → 다만, 비보험부담이 있기 때문에 비보험진료를 축소하여야 함.
	행위수가제하에서는 이윤동기에 의하여 많은 환자(대신 짧은 진료시간)를 진료하게 되나, 예산제하에서는 이러한 유인이 약화되어 환자의 대기가 길어져 접근성이 떨어질 가능성 대두 → 환자등록제를 통하여 지속적인 관리가 이루어지면 불필요한 방문이 줄어들어 접근성에 큰 제약을 받지 않을 수 있음.
규제 문제	현재 환자의 자유로운 의료이용이 허용되나, 예산제하에서는 진료의외절차를 준수하거나 수술여부 검토 등 의료이용에 일정한 제한이 필요할 수 있음.

<표 V-6> 예산제 도입의 인센티브 구조 : 정부(보험자)

부 문	예상되는 파급효과와 대처방안
자원배분 효율성 (비용통제)	보험진료비의 통제가능성 증대로 거시적인 자원배분의 효율성 달성. 즉 전체자원중 보건의료부문에 대한 적정수준의 배분 → 자원배분의 기준은 1) 의료부문의 부가가치(성장) 유발효과, 2) 고용유발효과, 3) 건강수준향상효과를 고려함.
	보험진료비의 예측가능성 확보로 재정운영의 효율성 제고 행위수가제하에서 복잡한 청구·심사 등 관리비용이 예산제하에서는 절감 가능 → 의료기관별 심사 및 지불(예산배분)이 의료단체에 맡겨지면 보험자(건보공단과 심평원)의 기능이 축소되나, 의료단체가 심사 및 지불기능을 보험자에 위탁하면 보험자의 기능은 크게 축소되지 않을 것임. 진료적정성 및 의료의 질 관리기능이 강화될 것임. → 의료단체의 자율에 맡겨지더라도 보험관리인력이 의료단체의 심사·지불·질 관리 조직으로 이관되면 인력의 조정은 크게 발생하지 않을 것임.
갈 등 (조정역할)	예산규모의 합의 도출과정에서 공급자, 소비자, 정부(보험자)간 갈등이 발생 → 예산규모 산정의 투명성 확보와 객관적인 근거 마련이 필요하고, 정부(보험자) 및 공익대표의 조정능력의 배양이 필요 예산배분이 의료단체에 맡겨지지 않고, 정부(보험자)가 배분과정에 개입하게 될 때에 정부(보험자)의 조정자로서의 역할부담이 증가함.

VI. 결론 및 정책건의

외국에서 시행하고 있는 총액예산제를 단기적으로 도입하기에는 우리 의료시장의 특성상 많은 장애요인을 안고 있다. 즉 우리의 장애요인과 그 장애를 극복하기 위한 대안을 검토한 결과는 다음과 같다.

첫째, 보험제도권밖의 비보험 진료부문이 과다하므로 보험진료비총액을 계약하더라도 비보험진료부문으로 비용을 전가하는 왜곡이 발생하게 된다. 이러한 문제를 최소화하기 위한 근본적인 해법은 보험급여를 확대함으로써 비보험부문을 축소하는 것이다. 그러나 재원조달의 어려움 때문에 현행법상의 본인부담제 하에서 보험급여를 단기간내에 확대하기가 곤란할 것이다. 따라서 대부분의 필수적인 진료는 보험의 적용을 받도록 하되, 재원의 한계를 고려하여 본인부담율을 조정하는 방안을 검토할 수 있다. 다른 방법은 비보험진료의 투명성을 확보함으로써 보험진료로부터 비보험으로의 비용전가를 명료하게 파악할 수 있도록 시스템을 구축하는 것이다. 이를 위해서는 전자진료카드의 도입을 통하여 환자 진료비용내역이 보험과 비보험으로 구분되어 파악될 수 있도록 하는 방안을 강구할 수 있다.

둘째, 의료기관의 대부분은 민간의 자본으로 설립되고 의료기관 개설에 대한 규제가 거의 없어 의료기관수가 증가하는 경우 의료기관에 대한 총액진료비의 배분에 혼란이 발생한다. 이에 대해서는 총액진료비의 배분을 의료공급자단체에 맡기고, 의료기관 및 병상, 의료인력 등 의료자원에 대해 의료계에서 스스로 조절할 수 있는 자율을 부여하는 방안을 검토할 수 있다. 그런데 의료계에 자율권을 부여할 경우 의료산업의 독점적인 성격상 의료시장에의 진입규제를 스스로 강화함으로써 독점적 지위를 이용한 지나친 수익극대화 전략(rent-seeking behavior)을 추구할 수 있다. 이러한 문제를 개선하기 위해서는 정부(보험자)와 공급자간 협의를 통하여 의료서비스의 질을 확보하기 위한 적정량의 의료자원

투입에 대한 기준이 필요할 것이다. 그리고 진료비총액을 계약할 때에 의료서비스의 질 평가에 근거한 성과중심의 예산제를 도입함으로써 문제를 최소화할 수 있다.

셋째, 병원과 의원간 기능의 미분화로 총액진료비의 배분상 기술적인 한계가 있다. 이에 대해서는 예산제 초기에는 병원과 의원의 입원진료와 외래진료로 구분하여 예산을 배분하는 방안을 채택하고, 점진적으로 병원과 의원의 기능분화를 유인하기 위하여 병원은 입원진료에서 더 많은 마진을, 의원은 외래진료에서 더 많은 마진을 얻도록 진료비 배분기준을 단계적으로 조정하는 방안을 추진해나가야 할 것이다. 즉 의료기관 종류별 기능의 전문화를 유도하는 방향으로 예산의 배분시스템을 짜야할 것이다.

넷째, 지역별 진료권이 거의 폐지되었으므로 총액진료비를 지역별로 배분하는 것은 불합리하다. 이에 대해서는 지역별 진료권을 설정하되, 진료권 밖의 의료이용을 제한하지는 않더라도 진료권 밖의 진료에 대해서는 공급자에 대해 더 적은 배분을, 환자에게는 더 많은 본인부담을 부과함으로써 실질적인 진료권을 점진적으로 구축하도록 유인하는 방안을 검토할 수 있다. 다만, 환자의퇴절차를 거쳐 진료하는 경우에 대해서는 예외 조치를 취하여야 할 것이다.

다섯째, 총액진료비를 통제하는 대신에 의료공급에 대한 규제를 완화하기 위해서 의료기관과 약국 등 요양기관들에 대한 당연지정제를 계약제로 전환하는 방안을 적극 검토하여야 한다. 요양기관 뿐 아니라 요양기관내의 병상이나 의사에 대해서 보험병상과 보험의사로 계약할 것을 검토할 수 있다. 그리고 보험요양기관과 보험병상, 보험의사에 대해 건당표준진료비, 의사 1인당 표준진료량, 병상당 표준진료량 등에 대한 기준을 마련하는 것도 방법이 될 것이다.

여섯째, 계약방식의 예산제가 보험자와 의료공급자간에 총액과 의료서비스의 질(성과)만 계약하는 방식을 취하지 않는 한, 계약은 진료영역별 지불보상방식(즉 행위별수가 혹은 DRG, 일당제, 인두제 등)에 대한 계약이 필요하고, 나아가 보험약가, 재료대를 포함하는 포괄적인 계약이 되어야 할 것이다. 특히 계약내용의 메커니즘은 진료행위와 의약품 및 재료의 항목별 가격구조의 왜곡을 시정하고 가격이 어느 일방의 '힘'에 좌우되지 않고 투명하고 객관적으로 일정한

준칙에 따라 결정되도록 하는 장치가 되어야 한다. 그리고 이러한 계약은 매년 정기적으로 일정한 절차에 따르는 ‘準則’을 확립하여야 한다. 또한 국고지원예산과 더불어 예산과정과 같이 맞물려 돌아가야 하고, 보험료의 인상과도 연계되어 전체 보험재정의 흐름과 맥을 같이하여야 할 것이다.

일곱째, 계약의 당사자로서 보험자의 대표성을 확보하는 기전이 마련되어야 할 것이며, 의약계 대표의 선출 절차가 합의되어야 할 것이다. 쌍방 협상과 더불어 공익대표의 중재하에 계약이 성립되는 의사결정시스템의 구축이 필요하다. 현재의 건강보험심의조정위원회를 공익대표로 구성된 중재위원회로 발전시키고 동 위원회에게 결정권한을 부여하는 방안을 검토할 수 있다.

마지막으로 계약방식의 예산제는 현재 진료비의 예측이 어려운 후불보상방식의 지불제도를 예측가능한 선지불방식인 예산제로 전환하는 패러다임의 변화임을 유념하여야 한다. 그리고 거시적으로 전체 자원 중에서 보건의료에 투입하는 자원배분의 적정성을 확보하면서, 주어진 예산계약 내에서 내부적인 효율성과 형평성을 제고하려는 데에 근본적인 목적이 있다. 내부적인 효율성을 제고하기 위해서 자원투입 대비 건강수준을 향상하는 비용효과성 제고에 초점을 맞추어 예산의 배분과 의료시스템의 구조조정이 병행되어야 한다. 이러한 내부 효율성을 높이기 위한 접근법으로써 엄격한 규제 보다는 성과에 기반한 계약방식을 통하여 ‘내부경쟁시스템’을 적극 활용하는 데에 정책적인 노력이 필요하다.

참 고 문 헌

- 고수경, 『병원별 예산제 실시를 위한 병원예산결정방식과 적용방안』, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 2002. 12.
- 권순만, 『의료비 총액예산제에 관한 시론』, 『보건경제연구』, 제5권, 한국보건경제학회, 1999.
- 권순만, 『건강보험 요양급여비용계약제 시행방안에 관한 고찰』, 『보건경제연구』, 제6권, 2000. 6.
- 양봉민, 권순만, 김진현, 문혁수, 『치과 요양급여비용계약제에 대한 연구』, 서울대학교 보건대학원, 2000. 7.
- 이준영, 『한국의료보험의 새로운 운영방식 모색』, 『한국사회복지학회 2000년 춘계학술대회 발표논문집』, 한국사회복지학회, 2000. 6.
- 이준영, 『한국의료보험제도 운영방식의 전환』, 『의료복지서비스와 의료정책』, 신라대학교 사회과학연구소, 2000. 2.
- 전창배, 고수경 편역, 주요국의 총액예산제 운영실태와 쟁점, 국민건강보험공단 사회보장연구센터, 2001.
- 최병호, 『의료보험 수가체계 개편방향의 모색』, 『보건경제연구』(제4권), 한국보건경제학회, 1998. 5.
- 최병호, 권순만, 신현웅, 『의료보험통합에 따른 진료비지불체계 개편 연구』, 한국보건사회연구원, 1998. 12.
- 최병호, 『건강보험 요양급여비용계약제 시행의 정책적 고찰』, 『보건경제연구』, 제6권, 한국보건경제학회, 2000. 6.

- 최병호, 신현웅, 『국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화방안』, 2001.
- 보건의료발전기획단, 『참여정부 보건의료발전계획』, 2003. 12.
- 참여복지기획단, 『참여복지5개년계획』, 2003. 12.
- Abel-Smith, B., Cost containment and new priorities in the European community, *The Milbank Quarterly*, 3, 1992, 393~416.
- Abel-Smith, B. Mossialos E. Cost containment and health care reform: a study of the European Union, *Health policy*, 1994: 89(2), 89~134.
- Altman, S. and A. Cohen, "The Need for a national Global Budget," *Health Affairs*, supplement 1993.
- Anell A. and Svarvar P., Health care reforms and cost containment in Sweden, In: Mossialos E. and Grand J. (Eds), *Health care and cost containment in the European Union*, Ashgate, 1999.
- 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, 216~234.
- Barer M., Hospital Financing in Canada, In: Herdman, R.C.(Eds), *Hospital Financing in seven countries*, OTA-BP_H-148, 1995.
- Barer, Morris L., Jonathan Lomas and Claudia Sanmartin (1996) "Medical Cost Controls in Canada," *Health Affairs*, summer 1996.
- Bishop, C. et al., *Evaluation of Global Budgeting Strategies*, 1994.

- Bishop, C. and S. Wallack, "National Health Expenditure Limits: The Case for a Global Budget Process," *Milbank Quarterly* 74:3, 1996.
- Busse R. and F. W. Schwartz, Financing reforms in the German hospital sector: from full cost principle to prospective case fees, *Medical Care*, 1997: 35(10): OS40-49.
- Busse R. and C. Howorth, Cost containment in Germany: twenty years experience, In: Mossialos E. and Grand J.(Eds), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, 1999.
- Calltorp J., Swedish experience with fixed regional budgets, In: Schwartz, F. Glennerster H. and Saltman R. (Eds), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Johnson Wiley & Sons Ltd, England, 1996.
- Charles Normand and Axel Weber, *Social Health Insurance: A Guidebook for Planning*, WHO and ILO, 1994.
- Chu, David, K. W., "Global Budgeting of Hospitals in Hong Kong," *Soc. Sci. Med.* Vol 35, no 7., 1992, 857 ~ 868.
- Clive H. Smee, Setting Regional Allocations and National Budgets in the UK, In: Friedrich Wilhelm Schwartz (eds), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, 1996.
- Danzon, P., "Hidden Overhead Costs: Is Canada's System Really Less Expensive ?" *Health Affairs*, Spring 1992, 21 ~ 43.
- Dixon A. and Mossialos E., *Health Care Systems in eight countries: trend and challenges*, *European Observatory on Health Care System*, 2002.

- Embacher G. and Schneider R., The Austrian procedures and diagnosis oriented hospital system, In; *Proceeding of the 18th International Case Mix Conference*, Austria, 2002.
- Glaser, W., "How Expenditure Caps and Expenditure Targets Really Work," *Milbank Quarterly* 71:1, 1993.
- Glennerster H., Fixed budgets for fundholding general practitioners in the UK, In: Schwartz, F. Glennerster H. and Saltman R. (Eds), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Johnson Wiley & Sons Ltd, England, 1996.
- Henke, K., M. Murray and C. Ade, "Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States," *Health Affairs*, Fall 1994.
- Holahan, J., Linda JB, Stephan Z, Strategies for implementing Global Budget, *The Milbank Quarterly*, Vol.72, No.3, 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, 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.
- Maarse H., Fixed budget in the inpatient sector: the case of the Netherlands, In: Schwartz, F. Glennerster H. and Saltman R. (Eds), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Johnson Wiley & Sons Ltd, England, 1996.

- NERA, *Financing Health Care with Particular Reference to Medicines*, Vol.1, May 1993.
- Redmon D., Yakoboski P., The nominal and real effects of hospital global budgets in France, *Inquiry*, 1995: 32: 174~83.
- Paul J. Feldstein, *Health Policy Issues: an economic perspective*, 1999.
- Saltman R., *European health care reform*, WHO Regional Office for Europe, 1997.
- Schlottmann N., The implementation of DRG's in Germany, In; *Proceeding of the 18th international case mix conference*, Austria, 2002.
- Smee, Clive H. "Setting Regional Allocations and National Budgets in the UK," In: Schwartz, F. W. et al., *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, 1996.
- Ulrich, Volker and Eberhard Wille, "Healthcare Reform and Expenditure on Drugs: The German Situation," *PhamacoEconomics*, 10 suppl 2, 1996, 81~88.
- Wiley, M. H., Hospital financing reform and case-mix measurement: and international review, *Health Care Financing Review*, 13(4): 119-33, 1992.
- Wolfe, P. R and D. W. Moran, Global Budgeting in the OECD Countries, *Health Care Financing Review*, Vol.14, No.3, Spring 1993.

