

정책연구자료 97-09, 124쪽, 1,000부

醫療保險 酬價體系의 國際的 動向과
改編方向

崔秉浩
辛泳錫

韓國保健社會研究院

머 리 말

의료보험제도가 도입된지 20여년이 지났고, 내년 7월이면 全國民醫療保險이 시행된 지도 9년을 경과하게 된다. 그동안 의료보험제도의 문제점에 대하여 많은 논의가 진행되어 왔으며, 관련 학회, 연구소 및 각종 위원회를 통하여 다양한 개선방안이 제시되고 있다. 그중 보험수가수준 및 구조, 진료비지불방식 등 保險酬價體系에 대한 연구가 근래에 활발하게 전개되고 있다.

현행 의료보험수가체계에 대한 問題點은 크게 다음 세가지로 압축되고 있다. 첫째, 보험수가수준이 낮기 때문에 의료기관들은 경영수지를 맞추기 위하여 過剩 診療하거나 보험이 적용되지 않는 非給與 診療를 개발하게 되는 診療行態上 歪曲을 낳고 있다는 지적이다. 둘째, 보험수가의 構造上 歪曲問題이다. 진료과목별로 수가수준의 상대적 격차가 전문과목별 수입에 영향을 미침으로써 專攻醫 공급의 불균형을 야기하고 있으며, 진료서비스 수가항목간 왜곡은 의료서비스를 균형있게 제공하는 데에 실패하고 있다는 비판을 받고 있다. 셋째, 診療費의 支拂報償方式에 관련된 문제로써, 현행 行爲別酬價制에 기초한 진료비의 後拂報償制는 진료량을 적절히 통제하는 데에 한계를 지니고 있어 급증하는 진료비를 효과적으로 관리하기에 한계를 노출하고 있다는 것이다. 이러한 문제점을 보완하기 위하여 정부는 資源基準相對價値體系(RBRVS: Resource Based Relative Value Scale)를 도입하기 위한 연구를 진행하고 있으며, 또한 진료비지불을 疾病單位로 포괄화하는 包括酬價制(DRG: Dignosis Related Groups)를 일부 병원을 대상으로 시범사업을 실시중에 있다.

이러한 背景을 바탕으로 본 보고서는 醫療保險 酬價體系(진료비 지불방식)의 類型과 수가체계 및 財政運營의 國際的 動向을 소개하였고, 이를 통하여 현재 우리나라가 채택하고 있는 행위별수가 및 지불제도의 改編方向을 모색하는 데에 연구목적을 두고 있다.

본 보고서는 본원의 崔秉浩 부연구위원의 책임하에 辛泳錫 책임연구원과 공동으로 작성되었다. 본 보고서는 작년 11월에 국무총리 자문기구로 발족된 「醫療改革委員會」의 활동과 병행되어 작성되었으며, 본 연구책임자는 동위원회에서의 의료보험 수가체계개편안 마련에 깊이 관여하였다. 특히 본 연구 결과는 消費者 및 市民團體, 醫療供給者, 政策擔當者 및 學界 專門家의 의견을 충분히 수렴하고 여러 차례의 토론과 정책적 협의를 거쳐 도출되었기 때문에 관련 분야 학자 및 정책담당자의 一讀을 권하는 바이다.

그리고 연구진은 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 아끼지 않은 본원의 노인철 선임연구원 및 이견직 책임연구원에게 감사하고 있다. 이 밖에도 본 보고서의 편집과정에서 본원의 관련 전문가들이 유익한 조언을 아끼지 않았다. 특히 본보고서가 나오기까지의 자료수집 및 분석, 편집, 교정에 본원의 신현웅 연구원, 병원협회의 박상우 선생님, 의료보험연합회의 조정숙 선생님, 그리고 연구진행과정에서 본원에서 실습한 연세대학교 사회복지학과 석사과정에 재학중인 박지영씨에게 깊은 감사의 뜻을 표하고 있다.

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

1997年 12月
韓國保健社會研究院
院長 延 河 清

目次

| | |
|--|-----|
| 要約 | 9 |
| I. 序 | 19 |
| II. 醫療保險 酬價體系的 類型 比較 | 22 |
| 1. 醫療保險 酬價體系的 重要性 | 22 |
| 2. 醫療保險 酬價體系的 類型과 酬價算定方式 | 24 |
| 3. 醫療保險 酬價體系 類型別 醫療費抑制, 醫療의 質 및 管理運營에 미치는 影響 比較 | 41 |
| III. 醫療保險 酬價體系와 保險財政運營의 國際的 動向 | 51 |
| 1. 概 觀 | 51 |
| 2. 醫療費 抑制를 위한 酬價體系的 改革 動向 | 57 |
| 3. 醫療保險 財政運營의 動向 | 68 |
| IV. 우리나라 醫療保險 酬價體系的 改編方向 | 82 |
| 1. 現況 및 問題點 | 82 |
| 2. 酬價體系 改編의 基本 「틀」 | 93 |
| 3. 酬價體系的 改編方向 | 95 |
| 參考文獻 | 103 |
| 附錄 | 107 |
| 附錄 1. NERA의 標準醫療保險 財政運營 模型 | 108 |
| 附錄 2. NERA의 標準醫療保險 財政運營 模型으로의 改革方向과 節次 | 113 |

| | |
|---|-----|
| 附錄 3. 우리나라 醫療保險 財政運營에 대한 NERA의 改革勸告案 | 119 |
| 附錄 4. 現行 醫療保險 審議委員會의 機能과 構成 | 122 |
| 附錄 5. 保險酬價 水準算定과 關聯한 爭點事項 檢討 | 123 |

表 目 次

| | |
|--|----|
| <表 II- 1> 行爲別酬價制의 適用 | 26 |
| <表 II- 2> 行爲當 酬價 算定 例 | 28 |
| <表 II- 3> 單位當 支拂制度의 適用 | 29 |
| <表 II- 4> 日當 支拂制의 適用 | 31 |
| <表 II- 5> 보너스 支拂制의 適用 | 33 |
| <表 II- 6> 定額支拂制의 適用 | 34 |
| <表 II- 7> 人頭制의 適用 | 36 |
| <表 II- 8> 俸給制의 適用 | 38 |
| <表 II- 9> 豫算制의 適用 | 39 |
| <表 II-10> 診療費 支拂制度別 主要 特徵 | 49 |
| <表 II-11> 診療費 支拂制度間 成果의 比較 | 49 |
| <表 III- 1> 醫療保險의 租稅運營方式 國家의 診療費 支拂制度 | 53 |
| <表 III- 2> 醫療保險의 社會保險運營方式 國家의 診療費 支拂制度 | 55 |
| <表 III- 3> OECD 主要 7個國의 GDP 對比 總醫療費 | 58 |
| <表 III- 4> 主要國의 醫療費 抑制 對策 | 60 |

| | |
|---|----|
| 〈表 III- 5〉 OECD 會員國의 醫療費抑制 對策 | 65 |
| 〈表 IV- 1〉 保險酬價上昇과 診療強度增加 推移 | 82 |
| 〈表 IV- 2〉 病院의 廢業 및 新規設立 推移 | 83 |
| 〈表 IV- 3〉 醫院級 醫療機關의 休廢業 및 新規設立 推移 | 84 |
| 〈表 IV- 4〉 高價醫療裝備 保有量의 國制比較 | 84 |
| 〈表 IV- 5〉 專攻醫의 專門科目別 選好度 | 85 |
| 〈表 IV- 6〉 大型醫療機關 選好 推移 | 87 |
| 〈表 IV- 7〉 非給與 項目中 指定診療料의 比重 | 87 |
| 〈表 IV- 8〉 保險診療費와 GDP의 增加推移 | 92 |
| 〈表 IV- 9〉 醫療保險 酬價體系 改編의 期待效果 | 96 |

圖 目 次

| | |
|---|----|
| 〔圖 III-1〕 醫療保險의 租稅運營方式 | 53 |
| 〔圖 III-2〕 醫療保險의 社會保險 運營方式 | 55 |
| 〔圖 III-3〕 醫療財政의 民間保險運營方式 | 56 |
| 〔圖 IV-1〕 酬價引上率과 診療費引上率間의 比較 | 83 |
| 〔圖 IV-2〕 醫療保險酬價, 公共料金, 賃金의 年度別 上昇率 推移 | 90 |
| 〔圖 IV-3〕 醫療保險酬價, 公共料金, 賃金 上昇率 累積指數 | 90 |
| 〔圖 IV-4〕 醫療保險酬價와 保健醫療物價 上昇率의 年度別 比較 | 91 |
| 〔圖 IV-5〕 保險診療費上昇率과 GDP上昇率 比較 | 92 |

附圖目次

| | |
|---|-----|
| [附圖 1] NERA의 標準 醫療保險 財政運營方式: 競爭과 衡平의 醫療保障制度 | 112 |
|---|-----|

要約

1. 現行 醫療保險 酬價體系의 問題點

- 現行 醫療보험제도의 문제점을 醫療보험 수가체계의 측면에서 접근할 때, 다음과 같은 원인을 지적할 수 있음.
 - 첫째, 보험수가수준이 낮아 醫療기관의 수입확보를 위한 過多 診療 및 보험이 적용되지 않는 非給與 診療의 개발을 유도하는 한편,
 - 낮은 수가는 醫療소비자의 불필요한 醫療이용을 부분적으로 조장하고 있음.
 - 수가 통제하에서 醫療기관은 가격경쟁 보다는 시설 및 서비스 경쟁을 통한 顧客(환자)을 確保하고 있으며, 이와 함께 환자의 大型病院 選好로 의원 및 중소병원의 경영이 상대적으로 어려워지고 있음.
 - 둘째, 保險酬價構造가 歪曲되어 있음. 즉 진료과목별 왜곡은 專攻醫 供給의 不均衡을 야기하며, 진료서비스 항목간 왜곡은 균형있는 醫療서비스의 제공을 확보하지 못하고 있음.
 - 셋째, 現行 行爲別酬價制에 기초한 진료비의 後拂報償制는 진료량에 대한 통제 메카니즘이 결여되어 있으므로, 진료비증가를 효과적으로 관리하기에 한계가 있음.
 - 1991~96년간 보험수가는 연평균 6.7%씩 증가하였으나, 보험진료비는 연평균 19.0%씩 상승하고 있음.

2. 醫療保險 診療費 支拂制度의 國際的 動向

가. 一次診療에 대한 診療費支拂方法

- 診療行爲別 報酬制 혹은 酬價制(Fee-for-service): 의료공급자의 진료 행위 및 서비스항목별로 보수(혹은 가격)를 정하고, 후불제(Retrospective Payment)로 운영되며, 행위별 보수는 보통 협정된 가격표에 의함.
- 人頭制(Capitation Payment): 등록된 환자수에 대해 일정한 보수를 지불받으며 그 보수는 인구집단별로 다르게 적용될 수 있음.
- 俸給制(Salary): 의료당국(보험자)에 의해 고용되어 봉급을 받음.
- 評價: 일반적으로 診療行爲別 酬價制는 過剩診療를, 人頭制는 過小診療를 유인할 것으로 예상되고, 실제로 진료행위별 수가제는 과잉진료를 야기하는 것으로 입증되고 있음.
 - 인두제가 실제로 과소진료를 야기하는지는 확실하지 않으나(이유는 부분적으로 의료윤리가 작용하기 때문), 限界的으로 良質의 醫藥品使用을 抑制할 유인을 제공할 것임.

나. 病院에 대한 診療費支拂方法

- 疾病單位別 支拂(Cost-per-case): 어떤 특정 종류의 질병(Case)을 치료하는 데 필요한 진료서비스 집단을 추정하고, 이들에 대한 (진료 행위별 수가에 따른) 비용을 산정하고, 그 평균적 비용을 해당 Case에 대한 가격으로 산정
- 日當支拂制(Per Diem Rate): 입원기간에 대해 일당 일정액을 지불

- 總額豫算制(Global Budget): 연간 병원에 일정액이 지불되고 그 범위 내에서 수요량을 조정함. 총액예산은 보험자가 일방적으로 결정하거나, 지역 혹은 지방별로 공급자와 보험자간 협상에 의해 결정됨.
- 評價: 病院에 대한 支拂方式은 醫院(병원의사)에 대한 지불방식보다 아직까지는 덜 중요함. 왜냐하면 醫師들이 사실상 醫療資源配分の 대부분을 결정하기 때문임.
 - 그러나 先拂制(Prospective Payment System)도입은 이러한 현상을 변화시킬 것임. 선불제는 병원 및 병원의사(혹은 병원을 이용하는 의원들)를 포함한 병원의 의료지출결정의 동기를 변화시킬 것임. 국제적으로 아직까지 例外的인 지불방식임.
 - 總額豫算制는 병원이 예산범위내에서 가능한 많은 진료를 할 수 있는 효율적 동기를 부여하지만, 이러한 동기는 실제 진료결정을 내리는 의사들에게 미치지 않는데에 문제가 있음.
 - 또한 病院經營者가 지출을 統制하는 한 방법으로서 ‘bed blockers’를 용인(즉 비용이 적게 드는 회복기의 환자를 필요이상의 장기입원을 허용). 이는 資源의 浪費임.
 - 병원의사들은 대부분 俸給制로 지불되며, 일부 행위별 보수로 보충됨. 병원의 賣出額과 效率性은 그들의 결정에 의존함.

다. 醫療保險 財政運營方式과 診療費 支拂制度

- 의료보험의 진료비지불제도는 의료보험 재정운영방법을 사회보험 방식으로 하느냐, 조세운영방식으로 하느냐와 밀접한 관련을 맺고 있음.
 - 조세운영방식을 따를 때, 봉급제, 인두제, 일당지불제, 예산제 등 포괄적인 지불제도를 채택하고 있음.

- 사회보험운영방식하에서는 행위별수가제, 질병단위별수가제를 주로 채택하면서, 예산제 등을 혼용하고 있음.

〈表 1〉 先進國의 醫療保險 財政運營方式과 診療費支拂制度

| 사회보험 운영방식 국가 | | | |
|--------------|--|---------------------------------------|--|
| | 보험금고-GPs ¹⁾ | 보험금고-병원 | GPs/병원-환자 |
| 프랑스 | 행위별수가제 (양자간 매년 행위별진료보수 협약체결로 진료비증가율 억제) | 예산제(공공), 행위별수가제 혹은 일당지불제(민간) | 본인부담제 (先본인부담후 금고로부터 보상) |
| 독일 | 예산범위내 행위별수가제 (질병금고연합회와 보험협회 간 총액예산 협의, 보험협회가 보수 배분) | 질병군별지불(Cost- per-case)에 기초한 선불제 | 정액본인부담: 입원 일당 12마르크 (연 14일한), 치과와 약제급여의 본인부담 |
| | 진료보수총액증가율을 임금상승률 이하로 규제 | | |
| 네덜 란드 | 인두제 혹은 연간정액제 | 예산제 | 예산제 |
| | 예산균형 위주의 정치적협상 | | |
| 일본 | 행위별수가제 | 행위별수가제 | 행위별수가제 |
| 조세운영방식 국가 | | | |
| | 정부-GPs | 정부-병원 | GPs/병원-환자 |
| 이태리 | 인두제 | 예산제(공공), 일당지불(민간) | - |
| 스페인 | 봉급제와 인두제 半半 | 예산제(공공), 일당지불(민간) | - |
| 스웨덴 | 봉급제, 행위별수가제 | 예산제 | 본인부담제 |
| 영국 | 인두제(GP fund holder) | 계약제 (병원 독립채산제) | - |

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

3. 醫療費 抑制를 위한 診療費 支拂制度의 改革 動向

- 人口高齡化에 따른 費用負擔의 增加와 그로 인한 財源調達對策, 그리고 市場 메카니즘의 缺如로 인한 의료서비스의 非效率 등이 1990년대 先進國의 중요한 과제가 되고 있음.
 - OECD 주요 7개국의 GDP대비 總醫療費는 증가일로에 있으며 2000년에는 10%에 달할 것으로 예상됨.
- 의료비증가에 대처하기 위해서 대부분의 OECD제국은 入院費用의 豫算化, 病院建立 및 高價 醫療裝備의 購入規制, 의료서비스의 量的規制, 人件費의 削減 등 거시경제적인 통제를 하고 있음.
 - 그외 患者의 本人負擔制를 導入하거나 引上하고, 의료시장에서 공급이 수요를 창출하는 경향이 있기 때문에 醫療供給能力의 統制가 醫療費 抑制의 주요한 수단으로 작용하고 있음.
- 診療費 支拂制度의 轉換
 - 獨逸: ‘실비용 보충원칙’을 폐지하고 진료에 따른 보상 도입. 종래의 1인 1일당 정액요양비가 건당포괄지불, 특별보수, 진료 과목별 요양비 및 기초요양비로 전환
 - 프랑스: 1996년 이후 병원, 개업의 모두 진료보수의 상승률을 물가상승률 이하로 규제
 - 美國: Medicare 입원환자를 질병분류별로 사전에 정해진 진료보수를 병원에 지불하는 예상진료비 지불제도(DRGs)를 1983년에 도입, 1996년 1월부터는 資源基準 相對價値酬價體系(RBRVS)에 의해 지불
- 醫療制度內의 競爭原理 導入
 - 의료서비스의 질을 유지하면서 의료비 증가를 억제하고자 하는

정책으로 의료시장내에 경쟁원리를 도입하고자 하는 정책이 주목받고 있음.

- 美國: PPO(Preferred Provider's Organization)하에서 保險會社가 의사에게 환자를 유인해 주는 대신 입원시 事前許可 조건으로 계약을 체결함. 또한 의사는 보험회사에게 저렴한 비용을 제시
- 뉴질랜드: 1993년 개혁을 통하여 병원이 제공하는 의료서비스 질과 가격에 대한 평가를 기초로 예산을 할당함으로써 病院間 競争을 誘導
- 獨逸: 신규가입자는 1996년부터, 이미 가입되어 있는 피보험자는 1997년부터 保險者(금고)를 자유롭게 選擇하는 동시에 보험자도 醫療機關을 자유롭게 선택하도록 함으로써 경쟁 촉진

4. 우리나라 醫療保險 酬價體系의 改編方向

- 진료행태의 정상화를 통한 의료서비스의 질적 개선과 의료자원의 효율적 이용, 그리고 의료기관의 경영정상화 및 국민의료비 부담의 적정화를 위한 정책방향은 다음과 같음.

가. 保險酬價體系 改編의 기본틀

- 보험진료수가정책은 지나친 수가통제 정책에서 資源利用의 效率性, 國民健康의 향상, 의료공급자의 생산(診療)行態 및 의료수요자의 醫療利用行態의 정상화를 통한 의료의 질 향상 등 보다 근원적인 정책목표를 염두에 두어야 함.
- 이를 위한 수가체계 개편의 기본 「틀」은 다음과 같음.
 - 첫째로 保險酬價構造를 適正化하는 것으로 수가구조의 진료과

목 및 서비스항목간 왜곡을 시정함으로써 의료자원을 효율적으로 활용함.

- 둘째, 保險酬價水準의 適正化로 의료기관들에 대한 적정 진료 수입 확보와 적정진료량으로 의료서비스 질을 향상
- 셋째, 과도한 保險診療費의 效果的 統制裝置를 마련함. 진료비 효과적 통제를 통해 국민의료비 적정화 및 보험재정 건실성을 확보함.
- 한편 의료보험수가와 직접 연계된 指定診療料와 의료기관 規模別 酬價加算率, 産災保險 및 自動車保險 진료비를 포함한 포괄적인 관점에서의 정책수립이 필요함.

□ 따라서 수가체계의 개편은 일차적으로 수가구조의 적정화가 확보되어야 하며, 이를 바탕으로 가격(보험수가)을 적정수준으로 끌어올리는 한편 진료량을 적정수준으로 끌어내리는(불필요한 공급 및 수요 등 ‘거품’의 제거) 방향으로 정책을 추진하여야 함.

- 그러나 진료량에 대한 직접적인 통제는 한계가 있으므로, 診療費總額을 管理하는 정책을 기초로 하여 의료계에서 자율적으로 진료량을 통제하도록 유도하는 것이 바람직함.
- 또한 진료비통제를 통하여 진료량이 줄어들더라도 診療效果는 감소하지 않으며, 오히려 不必要한 진료나 의약품 및 의료기기 사용의 誤濫用을 줄일 수 있는 긍정적 효과를 기대함.

나. 保險酬價構造의 適正化

□ 보험수가구조를 적정화하는 것이 우선과제이며, 의료행위에 소요되는 資源投入量(업무량 및 투입비용)에 기초하여 수가를 조정하는 「相對價値酬價體系」의 도입을 추진함.

- 1998년부터 단계적으로 추진하여 2000년부터 실시하는 방안을 강구함.
- 診療傳達體系를 正常化하기 위하여 의료기관종별 酬價加算率 정책의 전환을 모색함. 대안으로써 의료기관 규모보다는 1, 2, 3차 機能別 診療特性이 반영될 수 있는 수가체계를 개발함.
 - 1차 의료관련 수가(진찰료 등)를 상대적으로 대폭 인상시키고, 3차 의료에 대해 치료 중심에서 연구기능을 강화할 수 있도록 관련수가를 대폭 인상하거나 신설함.
- 專門醫療人力 需給適正化를 위해 진료를 기피하는 전공과목과 관련된 수가항목을 상대적으로 큰 폭으로 인상(예, 외과수술료, 치료방사선, 마취 등)하도록 하며, 이를 위하여 상대가치수가체계의 연구결과를 이용함.
- 종합병원급 이상에서 전문의 진료에 대해 기준수가의 100%를 가산하는 “指定診療制”는 단기적으로 진료의사의 자격을 제한하고 (예: 전문의 경력 10년 이상), 장기적으로 閉止하는 방안을 검토함.
 - 지정진료 규제 및 폐지에 따른 收入減少에 대해서는 수가체계 개편 등 다른 수단에 의해 補填함.
- 人口政策이 양적 관리에서 質的 管理로 전환하고 있는 점에 비추어 生涯週期別로 나타나는 疾病危險을 적극 豫防하고 健康의 質을 향상하기 위한 진료수가정책을 검토함.
 - 예로써 出産時 정상분만수가, 40대 사망위험요인과 관련한 예방 및 치료 관련수가(위암, 순환기계 질환 등), 老年期 고혈압 등

다. 保險酬價水準의 適正化

- 보험수가를 적정수준으로 현실화하기 위하여 「醫療保險 酬價算定模型」에 기초하여 수가인상율을 산정하는 準則에 대한 合意를 이루되,
 - 수가산정 기준은 의료기관 經營分析, 物價(환율인상 포함), 保險 財政, 醫療費 增加要因(노령화 등) 등 4가지 요소에 기초하고,
 - 수가수준의 최종 결정은 의료소비자, 공급자, 정부, 보험자 및 정부가 참여 하는 「醫療保險酬價 審議委員會」를 신설하여 매년 정기적으로 수행하도록 함.
 - 동위원회의 수가심의기능에는 수가수준 및 수가구조의 조정 뿐 아니라 總診療費의 動向, 의료환경 변화 및 보험급여 확대에 따른 새로운 酬價項目의 新設 등을 심의하도록 함.
 - 동위원회의 수가심을 원활히 하고 심의활동을 보좌하기 위하여 관계전문가 및 정책실무자로 구성된 ‘醫療保險酬價 算定 專門委員會’를 운영함.

라. 診療費의 效果的 統制方案 마련

- 보험수가에 대한 가격통제정책을 診療費總額을 효과적으로 統制하는 방향으로 政策的 轉換을 모색함. 이와 더불어 수가수준 보다는 진료수가의 構造調整에 정책적인 중점을 두어야 할 것임.
- 진료비지불제도의 개편은 장기간이 소요될 수 있으므로, 短期的으로는 診療費審査 및 實查機能을 강화함으로써 부당·과잉청구 등 불필요한 진료량(‘거품’)을 제거하고,
 - 진료비 심사의 효율성을 제고하기 위하여 진료비를 電子文書交換方式(EDI: Electronic Document Interchange)에 의하여 請求하도록

록 의료보험 電算網을 조속히 구축함.

- 사전적 심사와 병행하여 事後的으로 標本醫療機關(지역별, 규모별)을 선정하여 실시하고, 실시결과 부당·과잉청구가 적발되는 경우 강한 벌칙을 부가함.
- 長期的으로 診療費支拂制度의 改編을 모색함(예: 진료비총액을 보험자단체와 공급자단체간에 계약하는 ‘진료비총액계약제’).
- 의료기관에서 信用卡에 의한 診療費 決濟를 의무화함으로써, 환자의 편의를 도모하고 영수증 발급을 통해 투명성을 확보함.
 - 이를 통하여 診療費 總額規模를 파악함으로써 진료비 총액관리를 위한 정책 수립과 진료비지불제도 개편의 여건을 마련할 수 있음.

I. 序

醫療保險制度의 導入으로 많은 국민이 현대의료의 혜택을 접하게 되었으며, 이러한 획기적인 醫療接近性의 제고는 低酬價政策(이는 곧 낮은 보험료부담과 직결)이 기여한 바가 크다. 그러나 제도 도입 20년이 지나면서 그동안 국민소득수준의 상승과 함께 의료 서비스에 대한 욕구는 서비스의 양에서 질로 전환하고 있으나, 한편 저수가는 低保險料-低給與와 직접 연결되며, 저급여와 저수가로 인한 비보험진료의 개발에 의해 환자본인부담이 증가하고 있어 양적인 의료접근성(특히 저소득층)이 제한되고 있는 실정이다.

이러한 제도상 문제점을 醫療保險 酬價體系의 측면에서 보다 구체적으로 접근하면 다음과 같다.

첫째, 보험수가수준이 낮아 醫療機關의 收入確保를 위한 過多診療 및 보험이 적용되지 않는 非給與 診療의 개발을 유도하는 결과를 낳는 한편, 의료소비자의 불필요한 의료이용을 부분적으로 조장하고 있다. 특히 수가 통제하에서 의료기관은 가격경쟁보다는 시설 및 서비스 경쟁을 통한 顧客(환자)을 確保하고 있으며, 이와 함께 환자의 大型病院 選好로 일차의료를 담당하는 의원 및 중소병원의 경영이 상대적으로 어려워지고 있다.

둘째, 保險酬價構造가 歪曲되어 있다. 즉 진료과목별 왜곡은 專攻醫 供給의 不均衡을 야기하며, 진료서비스 항목간 왜곡은 균형있는 의료서비스의 제공을 확보하지 못하고 있다.

셋째, 진료량 투입에 따라 진료비를 지급하는 현행 行爲別酬價制는 診療量에 대한 統制裝置가 缺如되어 있으므로, 진료비증가를 효과적

으로 관리하기에 한계가 있다. 한가지 예로써 1991~96년간 보험수가는 연평균 6.7%씩 증가하였으나, 보험진료비는 연평균 19.0%(1인당 진료비는 연 15.9%)씩 상승하였다. 즉 價格統制에만 의존할 뿐 진료량에 대한 통제를 결여할 경우 낮은 수가하에서 과잉진료를 유도하는 등 진료왜곡 현상을 유발할 수 있다.

이러한 문제점들로 인하여 의료보험수가체계를 개편하고자 하는데, 이를 둘러싸고 있는 의료공급자, 의료수요자, 보험자 및 정부 각각의 時角들은 다음과 같다.

첫째, 醫療供給者는 보험수가수준이 낮아 病醫院 經營이 어려워지고, 수입확보를 위한 과잉진료 및 비급여 개발 등 적정진료가 곤란하여 의료서비스 질이 떨어져 國民의 信賴를 받지 못하는 어려움을 호소하고 있다.

둘째, 醫療需要者는 보험수가가 인상되는 경우 보험료부담이 증가할 뿐아니라 환자의 직접부담도 증가하게 되며, 또한 수가인상이 서비스 향상으로 연결될 수 있는지에 대해 의문을 제기하고 있다.

셋째, 政府는 보험수가가 인상되면 國庫負擔(1997년 1조 5천억원)이 더욱 증가하게 되어 예산확보의 압박을 받게 되고, 물가인상 등 국민생계비 부담을 가중시키는 한편 수가인상이 의료서비스의 질 향상을 통한 국민후생이 증진될 것인지에 대해 확신하지 못하고 있다. 특히 의료기관의 경영수지와 보험수가 양자간의 관계에 대해, 정부, 의료소비자 및 의료공급자간에 신뢰가 구축되지 못하고 있으며 객관적인 자료가 제시되지 못하고 있다.

본 보고서의 목적은 이러한 問題認識을 바탕으로 의료보험 수가체계의 개편방향을 모색하는 데에 있으며, 이를 위하여 診療費支拂制度와 관련한 國際的 動向을 소개하고,¹⁾ 우리나라의 현실과 문제점을 분

1) 용어에 있어서, 의료보험 진료비지불제도와 수가체계는 혼용되어 사용되고 있다.

석하고 있다. 본보고서의 구성은 다음과 같다. II장에서 의료 보험 수가체계의 國際的 類型을 알기 쉽게 소개하고, 수가제도 유형별로 수가산정방식과 의료비억제, 의료의 질 및 관리운영에 미치는 영향 등을 논의한다. III장에서는 수가체계(진료비지불제도)와 그와 관련된 의료보험 재정운영에 대한 선진국들의 동향을 파악하였다. 특히 의료비억제를 위한 수가체계의 개혁동향과 의료보험 재정운영의 동향을 논의하고자 한다. 이를 바탕으로 IV장에서는 우리나라의 현행 진료비지불제도를 포함한 酬價體系의 현황과 문제점을 분석하고 향후의 改編 方向을 논의하고자 한다.

여기서 ‘수가체계’에는 의료공급자의 진료비 청구, 보험자의 심사 및 진료비지불의 과정을 포함하고 있으며, 현재 행위별수가제하에서의 수가수준 및 수가항목별 구조 등을 포괄하는 넓은 의미로 사용하고자 한다. 따라서 진료비지불 혹은 수가체계는 실제로 의료보험 재정운영과 직간접적으로 연계되어 있다.

II. 醫療保險 酬價體系의 類型 比較

의료보험수가체계의 국제적 유형비교에서 수가체계란 醫療供給者에 대한 支拂方式으로써, 여러 가지 유형이 있다. 본 장에서는 치료비 지불제도가 왜 중요한지, 그리고 진료비지불제도의 유형별로 각 지불제도의 간략한 설명, 수가산정방법, 의료비억제, 의료의 질 및 관리운영에 미치는 영향 등 비교·정리하고자 한다.²⁾

1. 醫療保險 酬價體系의 重要性

의료보험은 被保險者와 保險者간의 계약으로 구성되며, 보험자는 피보험자가 지불하는 보험료로부터 基金을 형성하여 피보험자가 필요로 하는 서비스를 제공하게 된다. 그러나 의료보험의 構成要因중 빠질 수 없는 것이 의료서비스 供給者이다. 즉 병원, 의사, 간호사, 그리고 제약산업과 같은 의료공급자없이 보건의료가 있을 수 없다. 의료공급자들은 의료보험의 “지출면”을 대표한다.

간단하게 말하면, 保健醫療에서의 지출은 의료서비스에 이용되는 財貨와 서비스의 양 그리고 그들의 價格으로 결정된다. 이러한 요인들은 모두 다 수가체계(즉 의료공급자에 대한 支拂方式)의 형태에 의해 영향을 받는다. 일단 환자가 의료공급자들과 접촉하는 첫단계를

2) 본장의 내용은 의료보험에 대한 깊은 지식이 없는 일반독자나 정책담당자들이 의료보험수가체계에 대하여 비교적 이해하기 쉽게 정리한 것이다. 본장은 주로 Normand and Weber(1994)를 참조하였다. 따라서 비교적 전문적 지식이 있는 독자들은 본장을 생략하여도 좋을 것이다.

밟으면 의료공급자(특히 의사와 병원)는 의료수요자인 환자가 필요로 하는 의료서비스의 수요를 결정할 수 있다. 다시말하면 진료의 질과 종류를 결정하는 자는 환자가 아니라 의사인 것이다.

따라서 의료공급자에 대한 支拂制度를 設計하는 데에 있어서 공급자의 動機를 고려하는 것은 매우 重要하다. 특히 의사들의 경우 다른 전문직업인들과 마찬가지로 그들의 수입을 極大化하는데 관심이 있을 것이다. 診療費 支拂制度가 어떤 형태이든 수입극대화의 목표를 달성하고자 할 것이다. 그 방안으로써 다음 몇가지를 들 수 있다. 첫째, 가능한 한 진료량을 늘린다. 둘째, 가능한 한 많은 환자를 유인한다(예를 들어, 많은 약을 처방함으로써 환자들이 적절한 진료를 받고 있다는 것을 주지시킴) 셋째, 수입 확보에 크게 도움이 되지 않거나 진료하기에 까다로운 조건을 가진 환자를 다른 공급자(병원 등)에게 후송시킨다. 넷째, 환자가 여러번 방문하도록 권유한다(심지어 불필요할 경우에도 권유) 다섯째, 의료공급자가 구입한 고가의의료장비의 비용을 회수하기 위하여 불필요한 경우에도 환자에게 사용한다.

供給者에 대한 診療費支拂制度는 공급자들이 良質의 서비스를 제공하도록 동기를 부여하고, 해외의 더 나은 보수의 일자리로 옮겨가는 것을 막기위해 공급자에게 합당한 所得을 얻도록 허용해야 한다. 공급자에 대한 합당한 소득보장은 피보험자들에 대한 의료서비스 제공에 필요한 양질 의료진을 지속적으로 공급하는 데에 도움이 될 것이다.

또한 診療費 支拂制度는 상기에 기술한 불필요한 서비스 제공과 낭비들을 방지할 수 있도록 잘 설계되어야 한다. 따라서 診療費 支拂制度를 잘 설계하는 것은 올바른 費用抑制의 주요한 手段이기 때문에 매우 중요한 과제이다. 여러 가지의 診療費 支拂制度가 존재하고, 상이한 메커니즘의 다양한 조합이 가능할 것이다.

2. 醫療保險 酬價體系의 類型과 酬價算定方式

가. 行爲別 酬價制度(Fee-for-service)

1) 概要

행위별수가제 하에서는 특정한 서비스에 대한 價格과 藥品이나 醫療器具에 대한 항목당 가격을 공급자에게 지불하는 것이다. 예를 들어, 의사는 相談이나 檢査에 대해 지불받으며, 약사는 한 팩의 약이나 일정한 알약, 유동액이나 가루에 대해 지불받는 것이다. 또 병원은 의사에 의해 제공되는 특정한 치료행위와 入院施設 사용에 대해 지불받는다. 이런 요금이나 가격은 통제불가능할 수도 있는데, 이는 공급자가 시장이 지불하려고 하는 만큼 價格을 부과할 수 있다는 것을 의미한다.

행위별수가제 하에서 고려해야할 중요한 사안 중 하나가 가격 스케줄(Fee or Price Schedule)이다. 가격 스케줄은 강제적일 수도 있고 賦課되는 가격의 上限이나 下限을 나타낼 수도 있다. 예를 들어 독일에서는 의료보험 환자들을 다루는 의사들은 반드시 스케줄에 따라야 한다. 스케줄 요금 보다 더 요금을 부과하거나 더 적게 부과하는 것은 허용되지 않는다. 프랑스와 벨기에 에서는 가격 스케줄은 勸獎價格을 나타낸다. 의사들은 스케줄에 올라있는 가격보다 더 높게 부과할 수 있는 選擇權을 가진다. 어떤나라에서 의사들은 기준보다 더 높게 부과하는 것이 허용되지 않고 스케줄요금보다 더 낮게 부과하는 것은 허용된다.

일반적으로 가격 스케줄은 두가지 機能을 가진다.

첫째, 의료보험이 적용되는 醫療行爲와 서비스에 대한 情報를 의료수요자들에게 제공한다. 그러한 目錄은 새로운 의학기술에 뒤떨어지지 않도록, 그리고 의료수요, 처방과 전염병 등의 발전에 대응하기 위

해서 수시로 更新되어야 한다.

둘째, 이러한 행위와 서비스의 價格에 대한 情報를 의료수요자들에게 제공하는 것이다. 가격은 인플레이션에 대처해 調整되거나, 의료기술 및 처치방법상의 발전을 고려하여야 할 것이다.

가격 스케줄은 환자와 의사 양쪽에 다 중요하다. 만약 강제적인 가격 스케줄이 없다면, 보험자는 費用을 억제하기 위해서는 가격수준을 固定시켜야 할 것이다. 만약 보험자가 의사가 청구하는 어떤 가격이라도 지불한다면, 증가하는 비용은 심각한 문제가 될 것이다. 환자와 의사는 진료비(가격)에 관하여 암묵적인 동의에 도달하고, 보험자(보험금고)와 피보험자는 비용을 감당해야 할 것이다. 따라서 보험자가 지불해야 하는 가격을 구체적으로 명시하는 것이 중요하다.

만약 의사가 가격스케줄에 따라야 할 義務가 없다면, 환자는 치료를 위한 요금의 대부분을 지불해야만 할 것이다. 보험자와 피보험자의 관점에서 보면 의사들이 따라야하는 강제적인 가격스케줄을 가지는 것이 유리한데, 왜냐하면 강제적인 가격스케줄이 없는 경우 의사가 피보험자의 기대비용 이상으로 請求하지 않았는가 하는 疑問을 가질 수 있기 때문이다. 또한 의사의 관점에서는 환자와 의사간의 논쟁에 대한 여지를 남기지 않고 어느 항목과 요금이 부과가 가능한지 파악할 수 있는 가격스케줄을 가지는 것이 유리하다. 의사의 관점에서 最善의 해결책은 最低價格스케줄인데, 그렇게 함으로써 성공적인 의사는 환자가 더 지불하고자 하는 의지가 있을 때 더 부과할 수 있기 때문이다.

상기와 같은 論議가 병원과 약사를 포함한 다른 보건의료공급자에게도 적용된다. 불행하게도 많은 국가들이 醫藥品에 대한 價格目錄을 여전히 가지고 있지 않다. 이러한 나라들에서 제약회사와 약사는 가격을 자유롭게 결정한다. 의무적인 약품목록을 도입해온 프랑스같은 나라는 그것이 費用抑制 道具로서 유용하다는 것을 발견하였다.

醫藥品에 대한 價格리스트에는 다음과 같은 두가지 情報를 내포하고 있다.

첫째, 適用醫藥品: 의료보험은 사용되는 모든 의약품에 대해 보상하지 않고 목록에 오른 항목에 대해서만 지불한다. 프랑스에서는 목록에 포함된 항목인지를 監視하는 제도를 가지고 있다. 특정 商品名 (Brand or Product) 보다는 실제 成分(Ingredient) 목록을 사용할 수도 있다(독일). 이는 의료보험이 제조회사에 관계없이 특정 성분에 대해서만 지불함을 의미한다.

둘째, 價格: 가격은 특정 의약품에 대한 목록을 구성하거나(프랑스), 또는 특정 성분에 대한 목록을 구성한다(독일).

〈表 II-1〉은 행위별수가제하에서 의료공급자에 대한 지불기준과 진료비청구서의 서비스단위를 보여주고 있다.

〈表 II-1〉 行爲別酬價制의 適用

| 의료공급자 | 지불기준 | 서비스단위 |
|------------|---------------------|----------|
| 가정의, 치과의 | 수가기준표(fee schedule) | 행위 |
| 전문의 | 수가기준표 | 행위 |
| 병원(입원, 외래) | 수가기준표 | 행위, 재원일수 |
| 약국 | 가격목록(price list) | 항목 |
| 보조서비스 | 수가기준표 | 행위 |
| 보철 | 가격목록 | 항목 |

2) 酬價算定方法

행위별 수가지불제는 수가스케줄에 기초해야한다. 이 스케줄은 정부와 협의를 통해 보험자에 의해 결정되거나 보험자와 의료공급자간의 협상으로 결정될 수 있다. 양자간의 조합 또한 가능한데, 즉 의료공급자단체와 보험자가 요금스케줄을 협상하고 정부에 의해서 승인하

는 형태가 된다.

수가스케줄은 行爲別로 價格을 산정하는 방안과 行爲別 點數를 부여하고 점수당 가격을 곱함으로써 산정하는 방안이 있다. 後者의 경우 다음과 같은 장점이 있다. 첫째, 행위별로 점수가 정해지면 가격은 쉽게 조정이 가능하다. 의사들은 의료행위에 대한 명시적인 스케줄이 필요하며, 행위별 요금은 인플레이와 같은 잦은 가격변동요인에 따라 신속적으로 조정이 가능하다. 둘째, 사전에 모든 의료서비스에 대한 총액예산을 정하거나 협상하는 것이 가능하며 이러한 예산범위내에서 점수당 가격을 결정할 수 있다. 이에 따라 의료공급자는 총액예산을 증가시킬 수 없도록 하는 것이다.

가격스케줄을 설계하는데 있어서 정책입안자들이 고려해야 할 사항은 의사의 所得水準, 구체적 의료서비스 제공에 따른 推定費用, 바람직한 誘引體系 등이다.

수가스케줄은 매우 복잡하다. 의료행위는 2,000여 종류로 분류되며(우리나라의 경우 약 3,000여종), 의약품은 수천가지 이상으로써 상품명으로 등재되느냐 성분명으로 등재되느냐, 혹은 의료보험 적용범위에 따라 리스트의 복잡성에 차이가 날 수 있다. 구체적 의료행위에 대한 가격은 投入된 요소들(노동, 자본비용, 재료 등), 요소단위당 가격, 투입요소의 양 등을 이용하여 결정된다. 한 의료행위의 가격은 따라서 투입한 양에 단위당 가격을 곱하여 결정되어지는데 그 예가 <表 II-2>에 보여진다. 투입요소가 產出物과 직접적으로 관련되어지는 노동이나 재료들은 비용계산이 비교적 쉬운 반면 산출결과와 간접적으로 연결되는 자본비용이나, 렌트, 관리운영비 등은 쉽지 않다. 그러나 행위별수가제 하에서 가장 중요한 문제는 의사의 勞動費用에 대한 계산이다. 이는 協商을 통하거나 기존의 소득관행에 따라 결정된다.

〈表 II-2〉 行爲當 酬價 算定 例

| 요소 | | 단위 | 가격 | 요소 비용 |
|----------------|-------|-----|----------|---------|
| 직접비용 (가변비용) | 의사 | 10분 | \$0.5/분 | \$5.00 |
| | 간호사 | 10분 | \$0.2/분 | \$2.00 |
| | 재료 | | | \$2.00 |
| 합 | | | | \$9.00 |
| 간접비용 (고정비용) | 임대료 | 10분 | \$0.18/분 | \$1.80 |
| | 자본비용 | 10분 | \$0.05/분 | \$0.50 |
| | 관리운영비 | 10분 | \$0.05/분 | \$0.50 |
| 합 | | | | \$2.80 |
| 총 비용 | | | | \$11.80 |

나. 疾病單位當 支拂制度(Case Payment)

1) 概要

疾病單位當 支拂制度는 질병치료에 포함되는 개별적인 의료서비스 (혹은 행위) 대신에 질병단위 그 자체에 기초하고 있다. 의사가 다루는 각 질병단위별로 수가가 지불되는데, 두가지 다른 체계로 구별될 수 있을 것이다.

첫째, 診斷된 疾病의 種類와 관계없이 질병단위당 일정한 定額을 지불하는 것이다.

둘째, 질병의 診斷名에 따라 질병단위별로 정액을 지불하는 것이다.

첫번째 형태는 단위당 支拂制度의 가장 단순한 형태이다. 그것은 진료의 難易度나 진료에 소요되는 投入資源과 관계없이 각 질병단위별로 의사들에게 동일한 보상을 해 주는 것이다.

두번째 형태는 疾病의 分類體系를 사용한다. 가장 널리 알려진 사례 분류는 DRG(Diagnosis-related Groups: 흔히 ‘포괄수가제’로 통칭되고 있음)체계인데, 약 470가지 진단그룹을 구분하고 있다. 비록 그 체

계가 달리 적용될 수도 있지만, DRG 체계는 가장 普遍的으로 사용된다. 의료공급자는 환자들의 질병단위에 따라 보상을 받는다. 질병군에 대한 판정은 檢査結果에 따른 처치가 이루어진 후 퇴원시에 결정된다. 어떤 질병군에 대해서는 等級에 差等を 둘 수 있고, 질병군을 治療하는데 드는 平均費用에 따라 수가는 변할 수 있다. 이러한 체계는 위에서 설명된 첫번째 형태보다 더 높은 등급의 차별화를 허용한다.

간략하게 설명하면 單位當 支拂制度는 특정한 질병의 처치나 진단에 대해 지불된 “豫算”에 기초한다. 만약 처치비용이 수가보다 더 크다면 공급자가 손해를 보고, 반대로 처치비용이 수가보다 더 적다면 공급자는 이익을 보게 되는 것이다.

질병단위당 지불제도는 서비스가 가정의라든가 전문의, 치과의, 물리치료사, 병원이나 건강센터와 같이 개별 질병단위에 관련되어 있는 공급자에 대해 사용될 수 있는 반면 藥局과 같이 항목별로 판매하는 공급자에게는 적합하지 않다(表 II-3 參照).

〈表 II-3〉 單位當 支拂制度의 適用

| 공급자 | 지불 기준 | 서비스 단위 |
|------------------|---------------------------|----------------------------|
| 가정의, 치과의 | 수가 스케줄(Fee Schedule) | 진단명(Diagnosis) |
| 전문의 | 정액지불제(Lump Sum) 수가 스케줄 | 평균적사례(Average Case) 진단명 |
| 병원(입원과 가능한 외래처치) | 정액지불제 수가 스케줄 | 평균적사례 진단명 |
| 약국 | 불가능 | 진단명 |
| 보조서비스 | 수가 스케줄 | - |
| 보철 | 불가능 | - |

2) 酬價算定方法

단위당 지불제도에 있어 疾病單位(Case)당 지불되는 정액제만으로 운영한다면 수가산정은 매우 쉽다. 그것은 어떤 기간동안(대개 1년) 평균적인 의사나 병원이 다루는 사례 수를 추산하고, 다음 단계는 같은 기간동안 의원의 平均的인 總費用(또는 병원의 총 운영경비 평균)을 구함으로써, 사례당 평균소요금액을 산정할 수 있다. 이 금액은 각각의 專門醫 범주(가정의, 안과의, 정형외과의, 소아과의 등등)나 각각의 병원 또는 어떤 범주의 병원에 따라 다를 수 있다.

단위당 정액제의 長點은 운영하기가 매우 쉽다는 것이다. 단점은 供給者가 직면하게 될 지도 모를 여러 가지 상황을 차별화하지 못하는 데에 있다. 공급자는 단순한 感氣나 癌을 다루는데 대해 동일한 보상을 받을 것이다(만약 다른 전공분야에 대해 다른 정액제가 적용되지 않는다면). 이러한 이유로 이러한 지불방식은 의료공급자들이 취급하는 질병들이 모두 동일한 정도의 複雜性을 가질 때에 최상으로 작용한다.

이에 비해 DRG체계는 상당한 정교성을 요구한다. 그러한 체계를 구축하는 첫번째 단계는 가능한 疾病診斷名 目錄을 작성하는 것이다. 이 목록은 가능한 한 많은 진단명별로 진단내역을 기술할 수 있도록 상세해야 한다. 다른 한편으로는 單純함의 장점을 동시에 가지기 위해 행위별수가처럼 지나치게 상세하게 되는 것은 피해야 한다. DRG 수가는 행위별 수가 스케줄과 유사하게 질병단위당 평균비용(요인별 단위숫자×단위당 소요비용)을 계산함으로써 산정된다. 행위별 수가 스케줄과의 차이점은 각 질병의 진료과정에서의 제반문제는 標準的인 處置節次(Standard Treatment Protocol)에 따라 취급된다는 것이다.

다. 日當制(Daily Charge)

1) 概要

일당수가(Per Diem Fees)나 일당제는 장기간 환자를 치료하는 의료 공급자에 대한 지불방식으로 사용된다. 일당제는 병원의 지불방식에만 적용되며, 이론적으로는 다른 상황에서도 일당제를 적용하는 것이 가능하다(예를 들면, 長期 在宅看護를 하는 간호사에 대한 수가보상).

일당수는 매일 매환자에 대한 모든 서비스와 비용(진료, 약품과 봉대, 보철물, 시설 등)을 포괄한다. 의료공급자들간에 소요비용에 차이가 발생하더라도(예, 농어촌지역의 병원 보다는 대학병원에서의 진료비용이 더 클 것), 일당수는 항상 동일하게 산정된다. 일당수는 공급자(병원)와 보험자간 協商으로 결정될 것이다(表 II-4 參照).

〈表 II-4〉 日當 支拂制의 適用

| 의료공급자 | 지불기반 | 서비스단위 |
|----------|-----------|-------|
| 가정의, 치과의 | 적용불가 | - |
| 전문의 | 적용불가 | - |
| 병원 | 정액 혹은 조정액 | 입원일수 |
| 약국 | 적용불가 | - |
| 보조 서비스 | 정액 또는 조정액 | 진료일수 |
| 보철 | 적용불가 | - |

2) 酬價算定方式

일당수는 상대적으로 산정하기가 간편하다. 수가산정을 위해서는 소요비용(예: 인력, 재료, 투자비용)에 대한 상세한 내역이 필요하다. 산정의 기초가 되는 것은 어떤 기간동안(보통은 1년) 의료공급자별 총비용이며, 이를 동 기간동안의 진료일수로 나누어 일당수를 계산한다.

총비용과 진료일수는 전년도 値를 사용하여 당해연도 초에 결정되는데, 실제비용이 예상비용과 상당한 차이가 상당한 정도로 차이가 난다면 조정이 가능할 것이다(만약 실제비용이 더 높다면 일당수가 인상되며, 더 낮다면 일당수가 삭감될 것이다). 일당수가 조정가능하기 때문에 病院은 적자나 흑자를 기록하지는 않는다.

한편 사전에 일당수를 고정시켜 사후에 조정하지 않을 수도 있다. 이러한 경우는 적자나 흑자가 발생할 수 있다. 만약 일당수의 조정이 허용되지 않는다면 피보험자의 유병을 증가에서 초래된 비용 상승의 위험을 보험자가 안게 된다.

라. 보너스 支拂制(Bonus Payment)

1) 概要

보너스는 어떤 目標들을 달성하는 동기부여로서 공급자에게 지불되는 것이다. 이러한 목표들은 經濟的 目標 혹은 국가의 健康政策 目標와 관련된다.

예를 들어 경제적 목표가 醫藥品에 대한 費用請求를 낮추는 것이라 하면 의사에게 처방을 줄일 수 있는 동기를 부여함으로써 의약품소비는 감소될 수 있다. 이는 환자당 처방비용이 같은 專攻의 다른 의사들의 평균 처방비용보다 낮은 의사에게 보너스를 지불함으로써 이러한 목표는 달성된다.

건강정책 목표의 하나의 예는 국민에 대한 豫防接種率을 높이는 것이다. 높은 예방접종 실적을 올리는 가정의에게 보너스를 지불하는 것이다. 보너스 지불제는 다른 豫防的 의료목표를 증진시키는데 이용될 수 있다.

2) 酬價算定方式

보너스 시스템의 성공은 목표의 達成을 감시하기 위한 정교한 통제 메커니즘을 요구한다. 그렇지 않으면 악용될 위험이 있다. 이것은 예를 들면 의사에 의해 내려진 모든 처방은 등록되어야 한다거나 모든 豫防接種이 중복 예방접종을 피하기 위하여 豫防接種者의 이름으로 등록되어야 한다는 것을 뜻한다.

보너스의 산정에 대한 일반적 規則은 없으나 의사에게 동기부여가 될 정도로 높아야 한다. 만약 평균적인 의사의 수입의 일부분으로 계산된다면 추가적인 行政費用은 없을 것이다.

〈表 II-5〉 보너스 支拂制의 適用

| 의료공급자 | 지불기준 | 서비스단위 |
|----------|------|-----------------|
| 가정의, 치과의 | 일괄지불 | 특정 목표(예: 예방접종률) |
| 전문의 | 일괄지불 | 특정 목표, 특정 행동유형 |
| 병원 | 일괄지불 | 특정 목표, 특정 행동유형 |
| 약국 | 적용불가 | - |
| 보조 서비스 | 적용불가 | - |
| 보철 | 적용불가 | - |

마. 定額 支拂制(Flat-rate Payment)

1) 概要

정액 지불제는 특정한 投資財源에 대한 재정운영방식으로 자주 사용된다. 예를 들면, 의료공급자들은 장비구매를 위한 고정예산을 받을 수 있다. 이때 예산산정의 근거가 필요한데, 의사들이 정액(flat-rate)으로 지불받는다면, 그 근거는 의사의 전공이 될 것이다(예를 들어 가정의, 안과의, 방사선 의사 등). 이 시스템 하에서 각 의사들은 어떤 기

간동안(일반적으로 1년간) 豫算을 할당받게 되는데 그 예산은 割賦償還(Amortization)과 裝備를 購買하는데 필요한 자본에 대한 이자를 포함해야 한다.

그러나 방사선 의사들과 같이 고가장비를 가지고 일하는 의사들의 자본비용에 대한 財政運營을 뒷받침하기는 어렵다. 왜냐하면 정액 지불액이 의사의 소득보다 더 높을 것이기 때문이다. 정액 지불제는 보다 덜 비싼 장비를 가지고 일하는 공급자들(가정의나 소아과의)의 의료장비 비용에 대한 재정운영을 財政運營方式으로 사용될 때 덜 복잡하다.

정액지불제는 다른 종류의 비용산정에 사용될 수도 있다. 예를 들면 의사는 의사보조인력의 비용에 대한 예산을 할당받을 수 있다. 게다가 정액지불제는 다른 공급자(예, 병원)를 위한 재원으로 사용될 수 있다. 이러한 경우에 병원은 병상수에 근거해 장비를 구매하기 위한 一括定額支拂을 받을 수도 있다. 독일의 병원들은 이런식으로 재정이 充當되어진다.

〈表 II-6〉 定額支拂制의 適用

| 의료공급자 | 지불기준 | 서비스단위 |
|----------|------|-------|
| 가정의, 치과의 | 일괄지불 | 의료장비 |
| 전문의 | 상동 | 상동 |
| 병원 | 상동 | 상동 |
| 약국 | 적용불가 | - |
| 보조서비스 | 적용불가 | - |
| 보철 | 적용불가 | - |

2) 酬價算定方式

정액지불제는 관련 專攻別 공급자의 통상상적인 裝備投資費用에 근

거하여 산정된다. 장비, 기구, 가구, 기계 등과 같은 모든 필요한 장비별 내구연수가 割賦償還과 연간 이자부담액 등과 함께 계산되어야 한다. 이자는 시기적으로 변동하며, 할부상환은 技術進步에 따라 변할 수도 있다. 즉 기존 장비가 낙후됨으로써 가치가 떨어질 수도 있다.

이러한 시스템을 운영하는 방법에는 두가지가 있다. 하나는 각 의사들에 의해 취해진 投資를 監視하는 것이다. 이 경우는 연간 구매한 장비에 대한 영수증이 의사에게 요구된다. 사용되지 않은 돈은 차기로 이월된다. 다른 하나는 의사에게 투자에 필요한 예산을 부여함으로써 의사들에게 이윤을 남기기 위한 유인을 제공한다. 두 방안 모두 투자결정의 지침으로써 장비의 標準的인 目錄이 작성되고 각 공급자들에게 표준목록이 부여되어야 한다.

바. 人頭制(Capitation Fee)

1) 概要

人頭制는 일정기간(보통 1년)에 걸쳐 피보험자 1인에 대한 서비스에 대해 적용된다. 수가는 의료공급자에게 차등없이 일정 보험적용기간 동안 지불된다. 인두제의 원리는 危險分散에 근거하고 있다. 즉 어떤 피보험자는 적용기간동안 전혀 의료서비스를 받지 않음으로써 공급자가 이익을 취하게 되고 어떤 피보험자들은 만성질환을 갖고 있어 잦은 방문이나 入院을 요함으로써 人頭當 酬價를 초과하는 費用을 초래할 있다.

인두수는 피보험자에 의해 선택된 의료서비스 공급자에게 지불된다. 競爭과 良質의 서비스를 장려하기 위해서는 피보험자는 정기적으로 선택된 공급자를 바꿀 권리를 가져야만 한다.

인두제는 단순한 형태와 보다 정교한 형태로 운영된다. 단순 시스

템하에서 공급자는 登録患者當 동일 수가를 받는다. 보다 정교한 시스템에서는 환자의 연령, 성별 또는 주거지역과 같은 변수에 따라 수가를 변동시킨다.

인두제는 一次醫療와 病院의 支拂制度로 적합한데, 일차 혹은 이차수준의 의료서비스에도 적용될 수도 있다. 때로 병원에 인두제가 적용될 때, 병원은 일차와 이차 의료 양자의 기능을 갖게 된다. 또한 “二重(Dual)” 인두수가 가능하데, 피보험자에 의해 선택된 일차 의료기관이 한가지 인두수가를 지불받고, 피보험자에 의해 선택된 병원이 이차의료에 대한 수가를 따로 지불받는 시스템이다. 이러한 예에서는 이차의료에 대한 守門將(Gate Keeper)으로서 일차의료의 역할이 강화된다. 즉 이차의료에 대한 의료이용을 배분하는 역할(Ration Device)을 하게 된다.

專門醫의 경우, 독립 혹은 집단 개업하는 경우 인두제는 적합하지 않다. 전문의 개인에 대해서는 질병단위당수가제 혹은 행위별수가제 등 다른 지불시스템이 보다 적용 가능성이 크며, 인두제는 약국에 적용할 수가 없다.

〈表 II-7〉 人頭制의 適用

| 공급자 | 지불근거 | 서비스단위 |
|----------|----------------------------------|-----------------------|
| 가정의, 치과의 | 등록환자당 정액 | 일정기간 동안 제공되는 모든 의료서비스 |
| 전문의 | 적용 어려움(인두제가 적용되는 병원에 근무하지 않으면) | |
| 병원 | 등록환자당 정액 | 일정기간 동안 제공되는 모든 의료서비스 |
| 약국 | 일반적으로 적용불가(병원 약제 서비스에 유용할 수도 있음) | |
| 보조 서비스 | 적용불가 | |
| 보철 | 적용불가 | |

2) 酬價算定方式

인두제는 두가지 要素로 구성된다. 첫째는 酬價 그 자체이고, 둘째는 등록된 의료서비스 공급자(의사 혹은 병원)와 각 공급자에게 등록된 患者들이다. 이 등록 리스트의 운영 및 관리가 보험자의 責務이다. 환자는 자신이 선택한 의사나 병원을 보험자에게 신고하여야 하고 그 럼으로써 공급자는 지불받을 수 있다.

수가는 의사의 醫療供給에 소요되는 推計費用(인건비, 재료, 자본비용지출과 보조인력)을 의사당 환자 수로 나눔으로써 산정된다. 인두수가 한번 산정이 되면 공급자는 자신을 선택한 피보험자당 수가를 보상받는다. 의사나 병원에 등록할 수 있는 환자의 숫자는 質的 水準을 유지하기 위해 제한되어야 하고, 供給者間의 競爭을 유지하기 위해서는 일정기간(대개 1년) 후에는 환자가 공급자를 바꿀 기회를 가져야 한다.

사. 俸給制(Salary)

1) 概要

봉급제는 통상 공급자와 보험자간의 勤勞契約에 근거하고 있다. 계약에 따라 보험자는 의료공급자에 대한 월급과 사회보장분담금 등을 부담한다. 피고용인은 진료서비스의 양이 근로시간에 따라 보상받는다. 자신의 診療患者數와는 관계없이 동일하다. 의료장비, 재료, 그리고 의료보조인력 등은 보험자에 의해 제공되어진다.

勤勞契約은 풀타임이나 파트타임제로 될 수 있다. 그것은 보험자를 위해 진료하지 않을 때는 다른 사적인 진찰이 허용될 수 있다. 만약 공급자가 사적인 목적으로 보험자 소유의 시설을 사용하는 경우에는 그에 상당하는 비용을 부담해야 한다.

勤勞契約은 모든 종류의 의료공급자(가정의, 간호사, 약사, 물리치료사, 인공보철물 제작자 등)에게 적용가능하다. 따라서 병원, 건강센터 혹은 제약산업과 같은 공급자 단위에는 적용 가능하지 않다.

그러나 보험자는 병원을 소유할 수 있고 이 경우 의료공급자들은 봉급제에 의해 고용되고, 보험자는 부수적인 요인, 즉 투입재료와 자본을 관리한다. 이것은 보험자가 이러한 요소들의 組合을 관리하고 의료서비스의 질을 보장할 책임을 지고 있음을 의미한다.

2) 酬價算定方式

계약에 의한 수가산정, 즉 봉급산정은 다음 세가지 요소로 구성된다. 첫째, 보험자가 필요로 하고 근로계약을 맺는 의료인력; 이들과 근로계약조건을 협상하는 것이다. 둘째, 피용자가 근로수단을 조직하고 관리하는 것이다(건물을 빌리거나 구입, 재료와 장비 구입, 간호사 등 보조인력 고용). 셋째, 인력 조직 및 관리(보수, 조세, 사회보장 및 사회서비스, 직무분석, 조직체계, 관리감독, 승진 등).

보험자는 봉급외에 다른 비용을 고려하여야 한다. 이런 관련된 비용은 俸給費用 만큼이나 높다(表 II-8 參照).

〈表 II-8〉 俸給制의 適用

| 의료공급자 | 지불기준 | 서비스단위 |
|-----------|---------|-------|
| 가정의, 치과의 | 근로계약 | 매월 |
| 전문의 | 근로계약 | 매월 |
| 독립병원 | 적용불가 | - |
| 보험자소유의 병원 | 근로계약 | 매월 |
| 약국 | 근로계약 | 매월 |
| 의약품 | 적용불가 | - |
| 보조 서비스 | 근로계약 | 매월 |
| 보철 | 제한적인 적용 | - |

아. 豫算制(Budget)

1) 概要

‘예산’은 일정기간 동안 제공된 서비스나 생산물의 총비용을 포괄하는 총액이다. 통상 공급자는 이윤을 낼 수도 적자를 감수할 수도 있다. 예산제하에서 공급자와 보험자 모두 어느 정도의 위험을 안게 된다. 즉 뜻하지 않게 유병율이 增加하거나 예상치 않은 비용이 발생했을 때 그 손실을 감당해야 한다. 보험자 측면에서는 실제 발생비용이 예산보다 낮을 때에는 보험자가 위험을 안게 되고, 반면에 발생비용이 예산보다 더 높을 때에는 공급자가 위험을 안게 된다.

예산은 고정되거나 변동될 수 있다. 예를 들면 보험자와 공급자는 어떤 變數의 변화에 따라 예산의 조정에 합의할 수 있다(예를 들면 유병율에서의 극단적인 변화).

예산제는 많은 종류의 의료서비스 공급자에 적용될 수 있는데, 醫師와 病院은 직접 예산을 할당받게 된다. 의약품, 보조서비스나 인공보철물같은 의료서비스는 간접적인 예산에 의해 재정지원을 받을 수 있다. 이들 서비스나 생산물에 대한 수요는 의사의 처방에 의존하기 때문에 이러한 간접 재정지원방식은 적절하다. 따라서 의사들은 예산사용에 대한 책임을 져야 한다. 실제로 이것은 의사가 의약품과 보조서비스, 인공보철물에 대해서는 독립된 예산을 받는다는 것을 의미한다(表 II-9 參照).

의사가 間接的인 예산상에서 剩餘金(혹은 적자)를 내는 것이 허용된다면, 예산을 효율적으로 관리할 동기가 존재하게 된다. 이러한 경우에 예산은 반드시 의료서비스의 질 통제 시스템과 연계되어야 한다(정액 지불제와 보너스 지불제 참조).

〈表 II-9〉 豫算制의 適用

| 의료공급자 | 지불기준 | 서비스단위 |
|----------|---|--------------------------------------|
| 가정의, 치과의 | 매년 또는 분할분에 대한 총체적으로 지불할 수 있는 양: 매년 의약품과 보조 서비스의 처방에 대한 정액 | 일정기간동안의 가입자에 대한 모든 서비스; 처방당 혹은 처방항목당 |
| 전문의 | 매년 또는 분할분에 대한 총체적으로 지불할 수 있는 양: 매년 의약품과 보조 서비스의 처방에 대한 정액 | 상동 |
| 병원 | 매년 또는 분할분에 대한 총체적으로 지불할 수 있는 양 | 상동 |
| 약국 | 위의 가정의, 치과의 참조 | 상동 |
| 보조 서비스 | 위의 가정의, 치과의 참조 | |
| 인공 보철물 | 적용불가 | |

이론상 一次診療醫의 통제하에서 예산을 사용하여 二次診療(전문의와 병원)에 대해 예산제를 적용하는 것이 가능하다. 왜냐하면 전자는 보통 환자가 이차적 의료에 접근해야 하는지 아닌지를 決定하기 때문이다. 그러나 이것은 실제로 적용하기에 어려울 수 있는데 그 이유는 이러한 예산이 일차진료의 자신의 예산보다도 훨씬 클 수 있고 상당한 정도의 추가적인 책임도 동반하기 때문이다.

2) 酬價算定方式

예산은 세부적인 일련의 예산상 규제와 협상체계하에서 산정된다. 예산은 투입을 기준으로 혹은 산출을 기준으로 산정될 수 있는데, 투입기준 예산은 경험적인 공급비용에 기초하고, 그 비용은 공급요소별 실제 발생비용, 그리고 동일 규모(병상수) 및 동일 종류(전문성)의 모든 공급요소들의 평균 비용들에 의하여 산정되어진다.

산출기준 예산은 공급자의 業績에 의해 평가된다. 업적 評價는 비

용을 推算하는 것보다 더 어렵다. 업적은 행위 횟수나 사용된 재화를 뜻하지 않으며 제공된 케이스의 종류와 수를 뜻한다. 케이스에 대한 평가는 환자의 성별, 나이와 社會文化的인 조합을 포함하는 다양한 요인, 經濟的인 環境 등에 달려있다. 이러한 자료는 의사 및 병원을 등록하게 함으로서 얻을 수 있다.

3. 醫療保險 酬價體系 類型別 醫療費抑制, 醫療의 質 및 管理運營에 미치는 影響 比較

가. 行爲別 酬價制度(Fee-for-service)

행위별수가제하에서 의료공급자가 收入極大化를 도모하는 세가지 방안이 있다. 첫째는 진료량을 늘리는 것, 둘째는 서비스의 질을 낮추는 것(예: 진료시간을 줄임), 셋째는 많은 의료서비스를 급여수준이 낮은 간호사와 같은 의료보조인력에게 위임하는 것이다.

수가를 산정하는 방법이 주어지면 공급자는 그 방법내에서 가능한 한 진료량을 많이 늘리려는 강한 動機賦與를 가지는 것은 당연하다. 진료량을 늘림으로써 의사는 수입을 늘리고, 수가의 간접비용 산정시에 고려된 진료량 보다 더 많은 진료를 함으로써 追加的인 利潤을 추구하고자 한다.

따라서 행위별수가제가 진료량을 늘리려는 동기를 부여하고, 경우에 따라서는 불필요한 의료서비스를 제공함으로써 높은 의료비용을 초래한다는 것은 명백한 것 같다.

그러나 의료서비스 質에 미치는 영향은 그렇게 명백하지 않다. 행위별수가제하에서는 행위당 가능한 한 時間을 적게 投入함으로써 진료량을 극대화하고, 또한 비교적 질적 수준이 낮은 의료인력을 투입

함으로써 總利潤을 늘리려는 동기가 있다. 이러한 요인들은 의료서비스 질의 향상에 부정적 영향을 미칠 것이다. 한편 의료공급자도 근로(진료서비스)동기를 가지며, 만약 공급자 사이에 競爭이 있다면 서비스의 질을 악화시키는 것이 쉽지 않을 것이다.

요약하자면 행위별수가체계는 過剩生産의 우려가 있지만 더 높은 서비스의 질을 가져올 수도 있다. 나아가 행위별수가체계의 효과는 수가스케줄을 어떻게 설계하느냐에 달려 있다. 만약 예를 들어 어떤 서비스가 장려되어야 한다면 수가는 실제의 서비스 소요비용보다 높게 조정되어야 하고 특정한 서비스의 과잉생산을 못하도록 막는 것이 라면 수가는 실제의 비용보다 약간 낮게 책정되어야 할 것이다.

管理運營의 측면에서 보면 행위별 수가제도가 診療費支拂制度 유형 중에서 가장 비싼 형태가 될 것이다. 공급자에게는 醫療費請求가 複雑하고 많은 비용이 소요된다. 보험자로서도 청구된 내용의 審査에 많은 費用이 들고 不當請求를 방지하기 위하여 많은 비용이 소요되는 監視(모니터링)시스템을 갖추어야 한다.

나. 疾病單位當 支拂制度(Case Payment)

이론상 단위당 지불제도는 행위별 수가제의 단점 즉, 가능한 한 많은 서비스를 제공하려는 동기를 없앤다. 그러나 질병진단명에 따라 수가가 지불되는 구조하에서 의료공급자는 다음과 같은 방법에 의하여 收入極大化를 시도할 수 있다.

첫째, 환자의 실제 상태보다 더욱 복잡한 診斷名을 기재한다. 만약 지불 스케줄이 한가지 진단에 대해 몇가지 상이한 等級을 가진다면, 공급자는 가장 높은 등급을 선택할 것이다(소위 “DRG Creep”). 둘째, 診斷名目錄에 없는 진단명으로 請求한다. 셋째, 診療의 質을 낮춤으로써 단위당 비용(진료에 사용되는 시간과 물적 자원)을 낮춘다. 넷째,

최상의 비용-효과비율(Cost-benefit Ratio)을 가진 질병을 진료하고, 비용효과적이지 못한 질환에 대해서는 가능한 한 다른 공급자(병원)에게 후송한다.

그러나 이러한 문제점은 어느 정도까지는 다음에 의해 완화될 수 있다. 첫째는 각 질병진단명을 詳細하게 명시하는 것이고, 둘째는 수가스케줄에 열거된 항목수를 제한하는 것이다. 왜냐하면 스케줄상의 진단항목수에 비례하여 의료공급자의 진단에 미치는 영향은 증가하기 때문이다.

그러나 이러한 두가지 해결책 사이에는 상쇄적 관계(trade-off)가 있기 때문에 진단에 기초한 시스템은 엄격한 통제를 요한다. 또한 각 진단명이 올바른 질병군으로 분류될 수 있도록 해야하고, 불필요하게 환자가 다른 의사에게 후송되는 일이 없도록 하며, 어느 정도 醫療의 質이 보장될 수 있도록 엄격한 統制가 있어야 한다.

통제에 따르는 비용은 保險者의 負擔이다. 확실한 통제의 필요성은 보험자는 성공적인 請求管理 시스템을 가져야 함을 의미한다. 의료공급자간 競爭은 의료서비스 질의 향상에 도움을 주지만 그래도 서비스 질을 통제할 필요성은 남아 있다.

일반적으로 診斷에 기초한 질병단위별 지불제도가 행위별 수가제보다 우월한 점은 어떤 거짓(Fraud) 진료의 기회가 제한된다는 것이며, 진단명을 조작하는 정도에 그칠 것이라는 것이다. 그러나 불행하게도 과거경험을 통해 볼 때 질병단위별지불제(특히 DRG)하에서 의료공급자가 지속적으로 진료비청구를 극대화하려 하고, 청구내역에 대한 監視 및 確認費用이 상당히 높음을 보여주고 있다.

管理運營의 측면에서 살펴보면 단위당 일반 정액지불방식이 행위별 수가제에 비해서 상당히 우월하다. 그러나 진단명에 기초한 지불제도는 행위별수가제에 비하여 그렇게 저렴하지는 않다.

다. 日當制(Daily Charge)

일당제 하에서 병원이 영향력을 행사할 수 있는 부분은 單位時間當 총비용과 진료일수이다. 만약 일당수가 고정된다면, 병원은 총비용을 절감하거나 진료일수를 증가시킴으로써 이윤을 증가시킬 동기를 가질 것이다. 반면 병원이 관리효율화를 통해 비용을 절감한다면, 이것은 바람직한 현상이 된다. 병원이 의료서비스의 질을 희생시키면서 비용절감을 꾀할 것인지 여부는 경쟁의 정도와 의료서비스 질의 통제 시스템에 달려있다.

일당수가 조정가능하다면 병원은 비용을 절감할 동기가 사라질 것이다. 왜냐하면 발생된 비용이 어떻게든 보상될 것이기 때문이다. 그러나 진료일수를 늘릴 동기는 여전히 가지기 때문에 병원으로서는 필요이상으로 환자를 병원에 붙잡아 둘 것이다.

병원에서의 총비용중 상당부분이 固定費用이고, 可變費用은 20% 정도이므로 병원은 가능한 한 환자를 장기간 체류시키는 것이 유리할 것이다. 만약 보험자가 병원에 대하여 총액예산의 한도를 정한다면 이러한 효과가 억제될 것이다.

일당수가제하에서 管理運營費는 상대적으로 적게 들 것이다. 수가 스케줄이나 상세한 의료서비스 목록이 필요치 않다. 물론 병원에 대한 상세한 회계 시스템이 일당수를 협상하는 근거로 필요하다. 그러한 회계시스템 기준은 모든 병원이 같아야 하고 그들간의 비교가 가능해야 한다.

라. 보너스 支拂制(Bonus Payment)

보너스지불제의 목표가 의약품소비를 감소시키는 것이라면 의료비용억제에 중요한 영향을 미칠 수 있다. 그러나 보너스제가 의사들로

하여금 실제로 필요한 약들을 처방하기를 주저하도록 하지는 말아야 한다는 것을 확실히 하는 것은 중요하다.

行政費用은 처방, 예방접종 등을 위한 등록 시스템이 있느냐에 달려있다. 만약 등록 시스템을 새로이 개발해야 한다면 보너스시스템은 그것이 절약하는 것보다 더 많은 비용을 초래할 수도 있다.

마. 定額 支拂制(Flat-rate Payment)

비용억제, 의료서비스의 질 그리고 관리운영에 미치는 영향은 정액 지불제가 다뤄지는 방식에 달려있다. 위에 언급한대로 보통은 두가지 방법의 定額支拂이 있다. 재정에 대한 감시시스템을 내재한 可變豫算制, 그리고 의료서비스 질의 통제메카니즘을 내재한 固定豫算制이다.

可變豫算의 경우에 공급자는 필요치 않은 장비구입 등 전체예산을 사용할 동기를 가진다. 다른 한편으로는 이런 재정방법은 보험자가 장비의 標準化를 명시하도록 하고 어떤 불필요한 고비용 투자는 투자 예산이 충분히 크지 않기 때문에 배제된다.

고정예산의 동기부여는 다르다. 만약 공급자가 좋은 가격에 장비를 살 수 있다면 그의 개인적인 소득을 늘리거나 추가적인 투자를 위해 예산을 남길 수 있다. 이러한 경우 공급자는 저렴한 장비를 구매할 동기를 갖게 되고, 전혀 장비를 구매하지 않거나 구매를 연기할 동기를 가진다. 이러한 이유로 장비에 대한 明示인 明細를 수립하는 것과 의료서비스의 질 통제를 확실히 할 다른 조치를 세우는 것이 중요하다.

정액지불 시스템하에서 관리운영의 기능은 주로 정액지불의 평가와 감시에 있으며, 그 비용은 일반적으로 매우 낮다. 정액지불제가 일단 일련의 의사집단이나 병원들에 적용되면 관리운영이 크게 변하지 않을 것이다. 따라서 監視 機能은 한정된 경우에 제한될 것이다.

바. 人頭制(Capitation Fee)

비용억제에 대해 인두제가 미치는 영향은 매우 肯定的이다. 공급자가 영향을 주어 낭비나 불필요한 비용을 초래할 변수는 없기 때문이다.

인두제는 患者와 持續的인 接觸을 가지는 공급자에 적합하다. 1차 의료 공급자에 특히 적합한데, 가입자가 지속적으로 한 의사를 이용하고 病歷(Medical History)이 알려진 임상적 관계를 구축하도록 獎勵하기 때문이다. 따라서 가벼운 질환과 만성질환에 보다 효과적으로 대처할 수 있으며, 급성질환이나 만성질환의 급성으로의 전환국면에 대처하여서도 환자를 적절히 후송하는 등 신속히 대처할 수 있다.

그러나 인두제는 良質의 서비스를 공급하려는 동기부여를 줄일 수 있는 가능성도 있다. 공급자가 그의 리스트에 있는 각 사람에 대한 지불을 보장받는다면 양질의 서비스를 제공할 동기가 없어질 수도 있다. 위에 언급했듯이 이 문제는 환자에게 의사를 바꿀 권한을 줌으로써 해결될 수도 있다. 즉 질 낮은 의료서비스를 제공하는 의사는 환자를 확보하기가 어려울 것이다. 그러나 이는 환자가 좋은 의사를 선택할 기회가 주어질 수 있을만큼 충분한 수의 의사가 확보되어 있고, 그 의사의 등록환자 리스트에 아직 여유가 있을 경우에만 가능하다. 그 問題를 解決하는 다른 방법은 공급자에 대해 명백한 기준을 확립하고 적용하는 것이다. 공급자들이 이러한 기준을 충족하지 못하면 보험자는 공급자 목록에서 그들을 제외할 수 있을 것이다.

관리운영측면에서 인두제는 관리운영비가 매우 낮다. 특히 행위별 수가제와 비교하면 그렇다. 단, 행정적 복잡성은 환자가 의료공급자를 바꿀 때에만 발생한다.

사. 俸給制(Salary)

일반적으로 보험자가 의료공급자를 고용하는 것과 獨立된 供給者와 계약을 하는 것 양자중 어느 것이 효율성과 비용절감 측면에서 유리한지 명확하지 않다. 그러나 의료서비스의 공급비용에 있어서 고용시스템이 독립적인 공급자 시스템에서 보다 낮을 수 있다는 것이다. 반면 의료인력이 고용되는 경우는 독립된 공급자의 경우보다 생산성을 높이기 위한 동기부여가 더 적을 수도 있다. 그러나 피고용인에 대한 동기부여는 관리운영의 질에 달려있다(봉급수준, 승진기회, 조직과 개인의 책임부여, 의사결정의 재량범위 등). 한가지 위험은 보험자가 다른 준 공공 기관과 유사해질 수 있다는 것인데 그것은 官僚化, 形式主義, 硬直性과 動機缺如의 경향 등이다.

保險者管理下 공급체계에 있어서의 관리비용이 독립된 공급자시스템에서 보다 더 높을 수 있는데, 이러한 追加費用은 보험자의 부담이 될 것이다. 또한 피고용공급자 시스템하에서 결정적으로 중요한 문제는 과연 보험자가 공급자의 노동을 보다 싸게 획득할 수 있는지 또는 최소한 독립된 공급자시스템하에서와 같은 정도의 의료의 질과 양을 보장할 수 있는지 독립된 공급자 보다 더 효율적 관리와 조직을 보증할 수 있는지 여부일 것이다.

현존하는 운영사례는 그다지 성공적이지 못하지만 그렇다고 성공이 불가능한 것을 의하지는 않는다. 공급자의 봉급수준이 낮은 국가들에 있어서 환자들이 의사들에게 불법적으로 추가 지불하는 예가 종종 발생하고 있다. 일부 국가에서는 의사소득의 상당부분이 이러한 陰性收入으로 구성된다. 실상 저봉급수준은 비공식적인 행위별수가제가 봉급제를 대체함을 의미할 수 있다.

아. 豫算制(Budget)

예산시스템을 구축한 국가에서, 특히 병원부문의 경우(예, 프랑스, 캐나다) 費用抑制에 대한 좋은 경험이 있다: 예산제 도입이 비용의 감소 혹은 적어도 비용증가의 억제를 초래하였다.

豫算시스템하에서 공급자는 비용을 억제시키고자 하는 동기를 갖는다. 어떤 경우에는 비싼 의약품과 수술을 회피함으로써 비용을 절약하고자 하고 심지어 그것들이 필요한 경우라도 상대적으로 비용이 저렴한(효과면에서 떨어지더라도) 치료를 대신함으로써 비용을 절약하는 시도로 이어진다.

이러한 문제는 실제 有病率에 따른 柔軟한 豫算制度의 도입이나 의료서비스의 질 통제수단 또는 병원과 다른 공급자간의 환자확보 경쟁 등에 의해 해결될 수 있다. 끝으로 예산 시스템은 관리운영비면에서 행위별 수가 시스템보다 효율적일 것이다.

자. 酬價制度間 比較

〈表 II-10〉 및 〈表 II-11〉은 상이한 지불 시스템별로 比較 要約을 보여주고 있다. 醫療費用抑制, 醫療서비스의 質과 管理運營에 대한 效果 또한 보여준다. 어떤 시스템은 다른 것들에 대해서 명백한 長點을 가지고 있다. 예를 들면 인두제는 費用抑制와 管理運營 양쪽에서 점수가 높다. 시스템들 사이에서 선택하는 것은 쉽지 않으며, 국가별로 가장 效率的인 시스템은 각국의 상황에 달려있다.

이러한 시스템은 혼합된 형태로 적용할 수 있다. 지불제도들의 조합으로 일련의 동기부여를 만들어 낼 수 있고 어떤 행위를 獎勵하거나 부적절한 건강 서비스 공급 패턴을 억제할 수 있다. 예를 들면 기본 시스템으로서 인두제를 적용하고 어떤 행위에 대해서는 행위별 수가제

(예: 예방접종, 예방적 의료), 자본투자에 대해서는 정액제, 의약품과 보조 서비스에 대해서는 예산제의 혼용이 가능하다.

〈表 II-10〉 診療費 支拂制度別 主要 特徵

| 지불제도 | 지불기준 | 기술적 요구사항 |
|----------------------|---|-------------------|
| 행위별 수가제 (항목당 가격제) | 단일 치료 행위 또는 항목 | 요금이나 가격스케줄의 산정 |
| 질병단위당 지불제 | 단일 질병군 | 요금 스케줄 |
| 일당제 | 진료일수 | 요금산정, 협상 |
| 보너스 지불제 | 특정행위(예를 들어, 예방주사) 혹은 행태(예를 들어, 낮은 처방률) | 목록, 산정 |
| 정액제 | 투자 | 항목목록, 산정, 협상 |
| 인두제 | 일정 기간동안 한사람에 대한 모든 서비스(대개 1년) | 산정, 협상 |
| 봉급제 | 근무기간(대개 1달) | 협상 |
| 예산제 | 일정 기간동안 의료보험 가입자에 대한 모든 서비스 | 산정, 협상 |

〈表 II-11〉 診療費 支拂制度間 成果의 比較

| 수가체계 유형 | 의료비용 억제 | 의료의 질 | 관리운영 |
|---------|---------|-------|--------|
| 행위별 수가제 | 아주 나쁨 | 아주 좋음 | 매우 어려움 |
| 포괄수가제 | 좋음 | 적당 | 어려움 |
| 일당제 | 적당 | 나쁨 | 아주 쉬움 |
| 보너스 지불제 | 좋음 | 좋음 | 쉬움 |
| 정액제 | 좋음 | 좋음 | 쉬움 |
| 인두제 | 매우 좋음 | 적당 | 아주 쉬움 |
| 봉급제 | 적당 | 나쁨 | 쉬움 |
| 예산제 | 매우 좋음 | 적당 | 쉬움 |

위에 설명된 것과 유사한 혼재된 지불시스템이 영국에서 사용되고 있다. 영국의 지불시스템하에서 일반 개업의는 본인에게 등록된 피보험자당 人頭 料金を支給받는데 최대 환자의 수는 정해져 있다. 人頭制는 병원이 위치한 곳에 따라 달라지기도 한다(도시 또는 농촌). 또한 夜間 진료, 母性 서비스와 成人 豫防接種을 포함하는 특정한 서비스별 수가도 지불된다. 특정한 目標에 도달하기 위한 보너스 支拂制度도 있다(예: 어린이에 대한 예방접종). 또한 一般醫들은 間接費에 대해 補償받고 設備과 같은 기타 비용에 대해서도 보상을 받기도 한다.

Ⅲ. 醫療保險 酬價體系와 保險財政運營의 國際的 動向

본장에서는 의료보험 수가체계를 의료보험의 전반적인 재정운영의 틀속에서 국제적인 동향을 살펴보고자 한다. 의료보험 재정운영의 유형과 수가체계(진료비지불제도)를 개관하고, 이어 의료비억제를 위한 수가체계의 개혁동향과 의료보험제도와 보험재정운영의 동향을 소개하고자 한다.

1. 概 觀

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

어느 국가의 경우라도 醫療需要者(환자)는 醫療供給者(병원, 의원)와의 재정적 관계를 위해 제3자(保險者)에게 상당히 의존하게 된다. 제3자인 보험자는 의료공급자에게 진료비를 지불하는 주체로서 정부, 질병금고(‘의료보험조합’), 혹은 민간보험자로 구분할 수 있다. 이에 따라 의료보험 재정운영방식은 세가지 유형으로 나눌 수 있는데, 租稅財政方式, 社會保險財政方式 및 民間保險方式 등이다. 각 유형별 의료수요자(환자), 보험자 그리고 의료공급자들간의 주요한 관계를 간략히

살펴본다.

이러한 유형분류에 따른 운영방식을 이해하기 위하여 의료공급자에 대한 診療費 支拂方式을 간략히 설명하면 다음과 같다.³⁾

첫째, 一次診療에 대한 지불방법상의 차이로

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

둘째, 病院에 대한 지불방법상의 차이로,

- ① 疾病單位別 支拂: 어떤 특정 종류의 질병을 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: 입원기간에 대해 일당 일정액을 지불한다.
- ③ 總額豫算制: 연간 병원에 일정액이 지불되고 그 범위내에서 수요량을 조정하도록 한다. 총액예산은 보험자가 일방적으로 결정하거나, 지역 혹은 지방별로 공급자와 보험자간 협상에 의해 결정된다.

3) 보다 상세한 설명은 제2절을 참조하기 바람.

가. 租稅財政方式

해당국가로서는 이태리, 스페인, 스웨덴, 영국이 해당되며, 유럽 이외 국가로써 캐나다, 뉴질랜드를 들 수 있다. 정부가 一般租稅(General Tax) 혹은 給與稅(Payroll Tax)로부터 의료보장재원을 조달한다. 보통 재원은 중앙조직에 의해 조달되어 여러가지 방법으로 지방조직에 분배된다. 地方組織은 의료공급자(일반의, 병원)에 대해 第3支拂者로서의 역할을 한다. 한편 캐나다와 스웨덴은 지방조직에서 조세를 직접조달하기도 한다. 조세재정운영방식은 <表 III-1> 과 [圖 III-1]로 정리될 수 있다.

<表 III-1> 醫療保險의 租稅運營方式 國家의 診療費 支拂制度

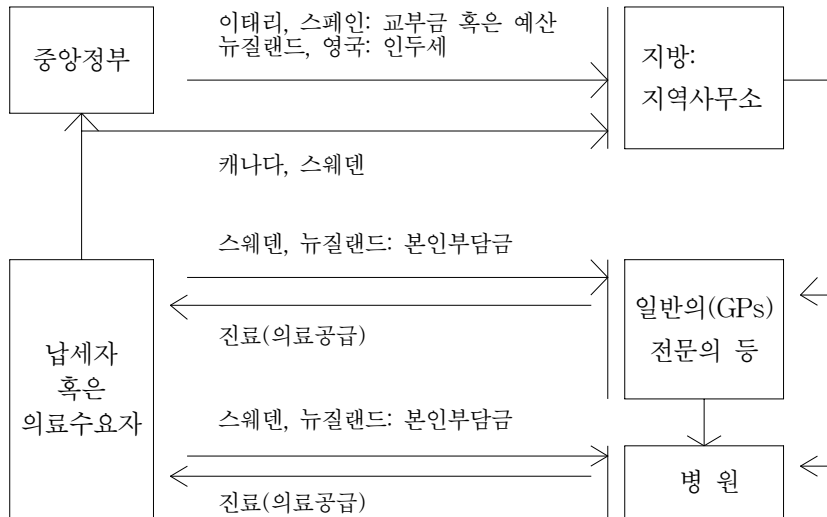
| | 정부-GPs ¹⁾ | 정부-병원 | GPs/병원-환자 | 납세자-정부 |
|-------------------|------------------------|----------------------|-----------|---------------------------------|
| 이태리 | 인두제 | 예산제(공공), 일당지불(민간) | - | 사회보장각출, 국세교부금 (21지역, 600사무소) |
| 스페인 ²⁾ | 봉급제와 인두제 併存 | 예산제(공공), 일당지불(민간) | - | 국세와 사회보장각출 (6지방 1기관) |
| 스웨덴 | 봉급제 행위별수가제 | 예산제 | 본인 부담제 | 지방세와 국가보험료 (26개 지방) |
| 영국 | 인두제(GP Fund Holder) | 계약제(병원 독립채산제) | - | 국세와 국가보험료 (16지방, 190사무소) |

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

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

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

[圖 III-1] 醫療保險의 租稅運營方式



나. 社會保險財政方式(질병금고에 의한 재정운영)

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

금고간에 보험료수준의 차이가 발생하는데 이는 금고간 가입자집단의 질병발생구조상의 차이를 반영한다. 프랑스, 특히 네덜란드의 경우 이러한 金庫間의 保險料差異를 平準化하기 위하여 中央危險調整裝置 (Central Risk Adjustment Mechanism)를 운영하고 있다. 독일은 일부 국

민을 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 시행중에 있다. 사회보험 재정운영 방식은 <表 III-2>와 [圖 III-2]로 정리될 수 있다.

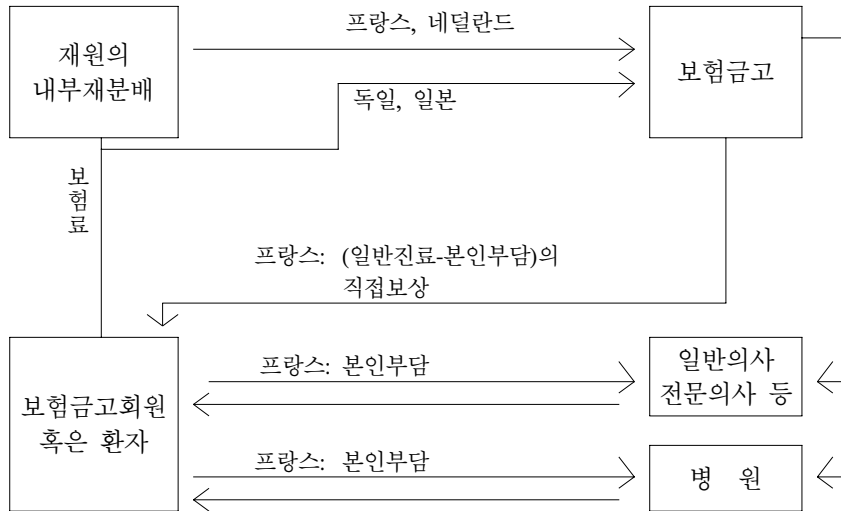
<表 III-2> 醫療保險의 社會保險運營方式 國家의 診療費 支拂制度

| | 보험금고-GPs ¹⁾ | 보험금고-병원 | GPs/병원-환자 | 보험가입자-금고 |
|------|--|---------------------------------|--|---|
| 프랑스 | 행위별수가제 (양자간 매년 '행위별진료보수 협약체결로 진료비 증가율 억제) | 예산제(공공), 행위별수가제 혹은 일당지불제 (민간) | 본인부담제 (先 본인 부담후 금고로부터 보상) | 비경쟁적 금고에 대한 강제소득비례보험료 (재원의 내부재분배) 본인부담금보험의 경쟁적 금고에 임의각출 |
| 독일 | 예산범위내 행위별수가제 (질병금고연합회와 보험의협회간 총액 예산 협의, 보험의 협회가 보수 배분) | 질병균별지불 (Cost-per-case)에 기초한 선불제 | 정액본인부담: 입원일당 12마르크 (년14일한), 치과와 약제급여의 본인부담 | 비경쟁적 금고에 대한 강제적 소득비례보험료 혹은 대체적 경쟁금고에 대한 강제적, 임의적 각출 (제한된 재원의 내부재분배) |
| | 진료보수총액증가율을 임금상승률 이하로 규제 | | | |
| 네덜란드 | 인두제 혹은 연간정액제 | 예산제 | 예산제 | 중앙금고에 강제소득비례 보험료, 경쟁적 금고에 정액각출, 중앙금고가 금고에 인두제식 지불 |
| | 예산균형 위주의 정치적협상 | | | |
| 일본 | 행위별수가제 | 행위별수가제 | 행위별수가제 | 비경쟁적금고에 강제소득 비례보험료와 정부보조 |

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

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

[圖 III-2] 醫療保險의 社會保險 運營方式

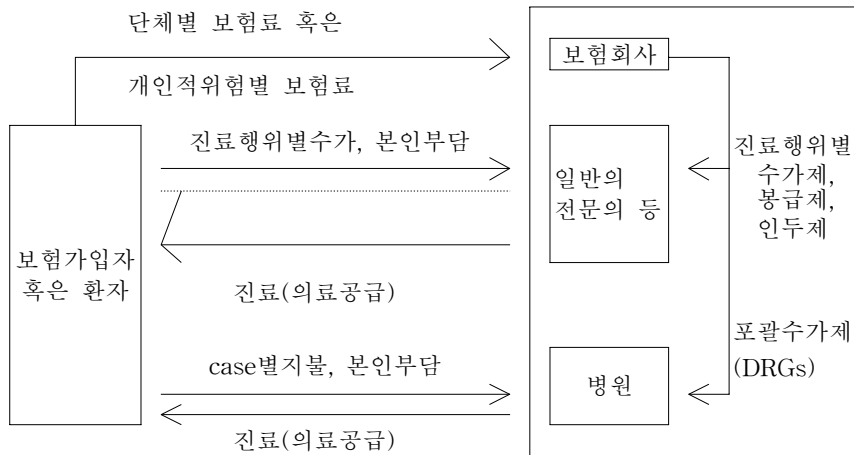


다. 民間保險財政方式

民間保險方式으로 대표적이며 유일한 국가는 미국이며, 조세에 의해 지원받는 醫療保護制度가 상당부분 존재하지만 대부분이 競爭的 民間保險에 의해 운영되고 있다. 개인의 보험가입은 그들 자신의 책임하에 이루어지며, 보통 피용자의 경우 보수의 일부분으로서 제공받는다. 의료공급자에 대한 支拂方式은 매우 多樣하며, 保險者가 供給者를 所有하는 형태도 있다.

保險料는 소득비례가 아닌, 個人別 疾病發生 혹은 團體別 疾病發生 危險에 따른다. 州 및 聯邦정부는 老齡者 및 貧困階層에 대해 보험을 적용하고 있으나, 상당한 국민들이 아직 보험적용에서 배제되어 있다.

[圖 III-3] 醫療財政의 民間保險運營方式



2. 醫療費 抑制를 위한 酬價體系의 改革 動向

가. 先進國의 醫療費 動向

OECD 주요 7개국의 GDP 대비 總醫療費(평균)는 1960년의 4.3%에서 1992년 9.3%로 상승하는 등 증가일로에 있으며, 2000년에는 10%에 달할 것으로 예상되고 있다. 이 때문에 醫療費 抑制, 의료급여의 效率化 및 의료자원의 適正 配置가 주요한 과제이다. OECD 諸國에서는 1인당 의료비와 1인당 GDP가 밀접하게 관련되고 있는데, 이는 醫療需要의 多樣化, 醫療機關의 增加, 새로운 醫療裝備와 醫療技術의 補給 등을 포함하는 복합적인 요인이 국민소득과 상관관계에 있기 때문이다. 또 대부분의 OECD 諸國은 의료서비스 가격이 다른 물가보다도 상승률이 높다. 한편 의료서비스의 가격이 다른 물가에 비교해 상대적으로 낮은 국가는 프랑스와 일본이다(表 III-3 參照).

〈表 III-3〉 OECD 主要 7個國의 GDP 對比 總醫療費

(단위: %)

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

資料: OECD, Health Data, 1997.

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

선진제국의 의료개혁은 대부분 醫療費 抑制에 초점이 맞추어져 있으며, 이를 위한 정책대안은 〈表 III-4〉와 같다.

나. 各國의 診療費支拂制度의 轉換

의료비용 삭감의 동기를 부여하고자 채택된 정책들로는, (1) 성과불제에서 정액불제(Fee-for-Payment)로의 이행, (2) 총액 병원 예산제도, (3) 의료비 증가율의 상한선 설정 등이 있다. 아래에서는 구체적인 정책을 국가별로 검토해 보고자 한다.

1) 美國

기존의 의료시장에서 압도적으로 활용되던 성과불제방식에서 疾病群別 支拂制에 기초한 豫想診療費 支拂制度(PPS: Prospective Payment System)나 資源基準 相對價値방식으로 전환되어 가고 있다. 메디케어 입원환자를 疾病分類別로 분류하여 실제 입원일수 및 처방된 의료서비스의 양에 관계없이 각 분류별로 사전에 정해진 진료보수를 병원에 지불하는 豫想診療費 支拂制度를 1983년에 도입하였고, 1996년 1월부터 메디케어 프로그램은 100% RBRVS에 의해 지불되고 있다. RBRVS에 대하여 美國 내에서 종합적인 분석이 이루어지지 않은 상태이나 긍정적인 자료들이 나오고 있다.

2) 獨逸

각 병원이 필요로 하는 비용에 따라 지불되는 ‘實費用 補充 原則’을 취하고 있었던 獨逸에서는 1992년 제정된 의료보장 구조법에 근거하여 ‘實費用 補充 原則’을 폐지하고 급여에 따른 보수가 도입되어 종래의 1인 1일당 정액 요양비가 건당 包括支拂, 特別 報酬, 진료 과목별 療養費 및 基礎療養費로 전환되었다.

件當 包括支拂은 과거에 병원마다 정해졌던 보수와는 달리 州內의 통일가격이기 때문에 경제적인 병원은 흑자가, 비경제적인 병원은 적자가 발생하게 된다. 또한 보수의 금액이 재원 일수와 무관하기 때문에 재원 일수를 불필요하게 연장시킬 필요가 없어진다. 특별보수에 관해서도 州內의 통일 가격이 있기 때문에 경제적인 급여를 촉진하는 인센티브를 기대할 수 있다. 件當 包括支拂 및 特別報酬의 대상이 되지 않는 급여는 각 병원의 진료과목마다 정해지므로 환자를 필요 이상으로 입원시킬 필요가 없어지고 이 때문에 費用의 透明性이 확보되

어 경제성의 인센티브가 강화된다.

〈表 III-4〉 主要國의 醫療費 抑制 對策

| 구 분 | 대 책 |
|----------------------------------|---|
| 환자 본인 부담의 도입 및 인상 (cost-sharing) | 외래 의료비의 본인부담률 인상 —프랑스('93): 25 → 30% |
| | 입원 의료비의 본인부담 도입 및 인상 —독일: '83년 도입 → '91, '93, '94년 인상 —프랑스: '83년 도입 → '91, '93, '96년 인상 |
| 의료공급 능력의 규제 | 의사수 관리 —독일('99년 예정): 보험의 68세 정년제 —독일('93): 보험의 인가 제한의 강화 —프랑스('93): 의과대학 정원의 축소 |
| 진료 보수체계의 재검토 | 정액불제도의 도입 —미국 ('83): Medicare에 대한 정액불제도의 도입 ('96): Medicare 프로그램은 100% RBRVS에 의해 지불 —독일('96): 질병 분류별 정액불방식의 도입 |
| | 병원 예산제도의 도입 —프랑스('84): 공립병원의 총액 예산제도 도입 |
| | 의료비 증가율의 규제 —독일('93): 임금상승률로 의료비 증가율의 상한 설정 —프랑스 ('93): 진료협약으로 개업의 의료비 증가율의 상한 설정 ('94): 제약회사와의 합의 하에 약제비 증가율의 설정 ('96): 물가상승률로 개업의, 병원의 의료비 증가율의 상한 설정 |
| 의료제도에 대한 경쟁 원리의 도입 | 의료기관등의 경쟁 촉진 —미국('70년대): HMO 우대 정책 —뉴질랜드('93): 내부 시장 정책 —독일('93): 피보험자의 보험자 선택권 확대, 보험자 합병의 규제 완화 |

資料: 의료보험관리공단, 『의보동향』, 1996(No.122, 127, 128), 1997(No.132).

3) 프랑스

醫療費 抑制에 대한 동기를 부여하는 정책으로 공립병원에 대해서 연간 예산 총액을 사전에 한정하는 정책이 1984년에 도입되었다. 또한 成果拂制 支拂方式이던 開業醫의 진료보수에 대해서도 개업의 단체와 의료보험자간에 매년 체결되는 ‘醫療行爲別 診療報酬 協約’에서 診療報酬 전체의 증가율을 규제하는 정책이 1992년에 채택되었다. 또한 1995년에 쥐페 수상이 발표한 社會保障改革案에서는 1996년 이후 병원, 개업의 모두 診療報酬의 上昇率을 물가상승률 이하로 하는 규제가 제시되었다.

다. 醫療費抑制을 위한 다른 政策手段

1) 患者 本人負擔의 導入 및 引上

醫療費 抑制 對策의 일환으로 프랑스에서는 1993년 외래 의료비의 本人負擔率을 25%에서 30%로 인상하였고, 입원 의료비의 本人負擔도 3차례에 걸쳐 인상하였다. 獨逸 또한 1983년에 도입된 入院 醫療費의 본인부담률을 3차례에 걸쳐 인상하였다. 따라서 고액 및 과잉서비스가 제공되더라도 부담감이 없었던 환자(수요자)에게 醫療費 抑制 유인책으로 本人負擔率制 도입 및 인상이 이루어졌다.

2) 醫療供給 能力의 規制

의사 및 병상수를 억제함으로써 醫療費를 抑制하려는 즉, 공급을 통제함으로써 의료비를 감축하고자 하는 정책이 독일 및 프랑스 등에서 시행되고 있다.

1993년부터 獨逸에서는 保險醫를 인가하는 제도에 규제를 강화하고

프랑스에서는 의과대학의 정원을 축소하고 있다. 또한 독일에서는 保險醫의 정년을 68세로 규정하는 정책을 1999년부터 시행할 예정이다. 의료시장에서는 공급이 수요를 창출하는 경향이 있기 때문에 醫療供給 能力의 統制가 醫療費 抑制의 주요한 수단으로 작용하고 있다.

3) 醫療制度內的 競爭原理 導入

患者 本人負擔 導入 및 引上, 醫療供給의 規制, 診療報酬體系의 轉換 등 의료제도의 개혁은 의료비를 억제하는 효과를 가지고 있지만, 醫療供給機關이 費用 抑制를 추구하는 나머지, 필요한 의료서비스를 적절하게 공급하지 못하거나 의료서비스의 질적 저하를 초래할 가능성을 가지고 있다. 成果拂制에서 定額拂制로 이행하는 경우 재원 일수 등을 불필요하게 연장시킬 필요가 없어진 반면 필요한 서비스를 간과할 가능성이 존재한다. 이러한 배경에서 의료서비스의 질을 유지 하면서 의료비용을 억제하고자 하는 정책으로 의료시장내에 경쟁원리를 도입하고자 하는 정책이 주목받고 있다. 일본의 경우에 지방자치단체의 장이 保險醫 및 요양기관을 지정하고 있지만 최근 몇 개 先進國에서는 의료비를 지불하는 자에게 요양기관을 선택하도록 함으로써 醫療機關 相互間的 競爭을 유발하고 있다. 그래서 최근 日本의 醫療改革委員會에서도 보험자의 자율성을 확립하고 직접 의료 기관과 보험계약을 체결할 수 있는 권한 부여 등의 논의를 하고 있다. 아래에서는 각국별 최근 의료제도 개혁으로 競爭原理를 도입한 몇 개국의 사례를 소개하고자 한다.

가) 美國

전국민 의료보험제도가 존재하지 않는 미국에서는 1973년 기업이 종업원에게 醫療保險의 惠澤을 제공하기 위해서 HMO(Health Main

-tenance Organization)식 의료보험을 선택하도록 의무화하였다. 1980년대에 들어와서 의료비 부담 절감을 위한 민간기업의 노력이 본격화됨과 동시에 公的 醫療保險(Medicare or Medicaid)에서도 醫療給與의 提供을 HMO에 위탁하는 방식이 도입되었다. 그 이후 HMO는 급격히 확산되어 1995년 기준 전체 의료시장의 약 35%를 점유하게 되었다. 한편 定額拂制를 지불수단으로 채택하고 있는 HMO의 단점을 해결하고자 PPO(Preferred Provider's Organization)가 생성되었다. PPO는 醫療供給者 측의 문제점을 保障性 保險(Indemnity Insurance)을 통하여 시정하고 수요 탄력성이 높은 그룹을 상대로 HMO와 유사한 보험제도를 창출하기 위해 만들어진 제도로써 의사는 보험회사에게 낮은 가격을 제시하고 보험회사는 患者 誘引을 보장해 주는 대신 입원시 사전 허가문제 등을 조건부로 계약을 체결한다. 즉, HMO를 견제하기 위하여 자체적으로 HMO를 변형시킨 PPO에서는 保險者와 醫療 供給者가 계약을 행하는 성격을 갖고 있기 때문에 HMO내에서, PPO와 HMO 사이 또는 PPO끼리 경쟁을 통하여 의료서비스 질의 저하를 피할 수 있다. 미국의 1994년 의료비는 전년도 대비 6.4% 증가로 최근 30년간 추세에 비추어 상당히 낮은 증가를 나타내고 있는 데 그 원인으로서 HMO 등의 보급 및 경쟁원리 등을 내세우고 있다.

나) 뉴질랜드

1993년 의료개혁 이전에는 각 지역별로 설치된 ‘地域保健委員會’라는 공공기관이 공립병원을 所有·運營하여 지역주민에게 의료서비스를 제공하고 있었다. 1993년 의료제도 개혁을 통하여 ‘地域保健委員會’를 공립병원을 所有·運營하는 공기업인 國立保健機構와 각 공공병원예산을 할당하는 地方保健局으로 구분하여 병원간 경쟁을 유도하고 있다. 地方保健局은 공립병원 및 사립병원 등에 예산을 할당하고, 이

에 따라 병원측은 그 병원을 방문한 환자(수요자)에게 일정량의 의료 서비스를 제공하게 된다. 각 병원은 의료서비스의 질을 제고하고 의료서비스 價格의 適正化를 통하여 다른 공립병원 및 사립병원과의 경쟁을 하게 된다. 이러한 경쟁의 결과가 지방보건국이 각 병원에 할당하는 예산에 반영되는 것이다.

다) 獨逸

1993년부터 실시되고 있는 제2차 構造改革法(공적 의료보험 제도의 구조개선 및 안정 확보에 관한 법률, GSG)의 기본적인 이념은 보험자 간의 재정 조정에 의해서 부담의 공평을 확보하며, 의료보험에 市場原理를 도입하여 제도의 효율화를 꾀하는 것에 있었다. 개혁의 핵심인 시장원리의 도입을 위해 피보험자의 保險者 選擇의 自由와 診療報酬 契約의 規制 緩和라는 두 개의 정책이 정해졌다. 신규 가입자를 1996년부터, 이미 가입되어 있는 피보험자는 1997년부터 보험자(금고)를 자유롭게 선택할 수 있게 되고, 지금까지 지역질병금고에 가입하고 있는 사람도 補充金庫에 제한없이 가입할 수 있게 되는 등 선택의 폭이 넓어졌다. 보험자 선택의 목적은 피보험자의 확보를 둘러싼 질병금고간의 競爭을 誘導하여, 보다 낮은 보험료율, 良質의 醫療給與 서비스를 제공할 수 있게 하는 것이다. 이에 따라 1993년 개혁에서는 질병금고의 합병에 관한 규제를 완화하여 250개 지역질병금고가 1995년에 10개 지역질병금고로 통합되었고, 1995년에 獨逸政府가 의회에 제출한 『醫療保險改革法案』에서는 질병금고가 의료기관을 자유롭게 선택할 수 있는 제도의 도입이 제안되는 등 앞으로 의료서비스 시장에서의 경쟁이 더욱 더 촉진될 가능성이 있다.

라. 最近의 OECD會員國의 醫療費 抑制 對策

〈表 III-5〉 OECD 會員國의 醫療費抑制 對策

| 國 家 | 資源의 效率的 利用 | 供給者 및 消費者의 誘引 需要 抑制 | 公共醫療財政 및 醫療技術 評價의 改善 |
|---|---|--|---|
| <p>호주 (공공의료공급 체계하에서의 조세재정 방식 채택)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 의사수 증가의 억제 • 일반진료, 병리 및 진단 분야에 있어서 구조적 개혁의 실행 • 비용전가(cost shifting)에 대한 벌칙부과 | <ul style="list-style-type: none"> • 약제급여제도: 환자의 부담증가; 외국인에 대한 혜택금지; 의약품 등재목록에 대한 재사정; 제도의 남용을 방지하기 위한 자원의 재할당 • 수가스케줄을 재검토하고 환자부담을 증가시킴. 의료급여 지출의 상한을 사전에 결정하여 지출을 억제함. • 새로운 개업의 들에게는 진료를 제한시키고, 수가인상을 억제하며, 수혜범위를 감축시키는 것과 같은 다양한 방법을 통하여 수혜범위를 제한함. | <ul style="list-style-type: none"> • 공공의료재정: 피보험자들로 하여금 민간의료 보험을 들 수 있도록 정부가 보험상품의 다양화를 꾀하고 있음; 민간의료보험에 지불되는 보험료를 할인해 주고, 사보험에 가입하지 않은 고소득자들에게 조세를 통하여 제재를 가함. • 의료기술 평가: 호주의료기술자문위원회(AHTAC)는 효과적인 기술에만 보조금을 지불할 수 있도록 보조금에 대한 평가를 강화하고 국가계획체제가 자원의 효율적인 배분을 추구함. |
| <p>캐나다 (공공의료공급 체계하에서의 조세재정 방식 채택)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 주나 지방정부가 수요 독점을 이용하여 비용억제정책을 시행중 • 주정부의 병원부문에 대한 구조조정: 병원에 대한 합병, 병원수와 병상수 감축, 급성질환시설을 지역의료시설로의 전환; 외래진료와외래수술을 증가시킴 • 제도중심의 관리운영 구조를 지역중심 구조로 대체 • 비의료서비스에 대한 계약제 도입 (빌딩관리, 세탁소) | <ul style="list-style-type: none"> • 봉급제와 같은 다른 지불제도를 이용하여 의사비용을 억제 • “비의료”서비스 부분의 보험급여 범위를 축소 • 부가급여에 대한 본인부담이나 이용료를 도입 또는 인상 | <ul style="list-style-type: none"> • 공공의료재정: 지방과 주정부의 재정상태는 연방기금에서 2003년까지 재정적인 보증을 함으로써 안정됨; 1997년에 110억\$, 1998~1999년에 125억\$ • 의료기술평가: 캐나다의료기술평가협의회(CCOHTA)의 고가진단장비와 같은 항목에 대한 평가; 일반적으로 지방/주 정부를 통하여 규제함 |

| 國 家 | 資源의 效率的 利用 | 供給者 및 消費者의 誘引 需要 抑制 | 公共醫療財政 및 醫療技術 評價의 改善 |
|---|--|---|---|
| 프랑스 (공공·민간 의료공급체계하에서의 사회보험재정방식 채택) | <ul style="list-style-type: none"> • 모든의료인력의 전산화, 모든 보험제도에 의료기록을 담은 개인전산카드(smart card) 도입. • 국립 또는 지역보건위원회 설립 • 민간부문 의사에 대한 재교육 및 의료수준 현대화를 위한 기금 도입 • 실험적인 채널 및 네트워크를 통해 보건의료의 상세한 조정, 모든 환자들에게 의료기록카드 배포 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료의 질을 높이기 위하여 의사들의 교육훈련의무 부여 • 의료보험체계안에서 의료통제를 강화 또는 발전시킴. • 일정한 형태의 의약품에 대한 지불보상 제한 • 입원, 외래, 처방 각 부문별 의료보험 지출의 목표를 설정, 또한 지역별 의료비용 목표도 설정. 목표에 괴리가 발생하는 경우, 그 차이는 각 부문별로 책임짐. | <ul style="list-style-type: none"> • 의료기술평가: 1997년에 설립된 국립평가기관이 의료의 질과 전문성에 대하여 평가. 보험자가 의료기관에 의료비 지불을 하기에 앞서 의료서비스 및 처치, 공급 등에 대하여 평가 |
| 독일 (공공·민간 의료공급체계하에서의 사회보험재정방식 채택) | <ul style="list-style-type: none"> • 보건의료개혁의 3단계 중 1, 2차는 의료보험의 성과와 재정의 건전성을 자율적으로 통제하고 책임질 수 있는구조조정을 하였음. • 피보험자의 선택에 의하여 일반의 혹은 일반의·전문의 집단("network practices")과 맺는 계약 시스템은 의료공급의 질과 경제적 효율성을 확보함. 의약품, 봉대 및 기타 진료서비스에 대한 지출 예산에 대하여도 합의를 함. • 동독지역의 경우 병원의 재정수요 증가에 따라 매년 보조금을 받음. | <ul style="list-style-type: none"> • 1996년 63억 DM의 적자발생에 따라 환자 일부 부담을 5DM으로 인상 • 보험료가 올라가면 피보험자의 본인부담도 증가하는 메카니즘 채택. 피보험자는 보험료가 인상되는 경우 보험계약을 종료하고 다른 조합을 선택할 수 있음. • 피보험자 스스로의 책임과 개별 의료보험조합의 재정적 책임을 강화 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료기술평가: 2차 개혁은 효과성을 측정하기 위한 시범사업 실시 |
| 네덜란드 (주로 민간의료공급 체계하에서의 사회보험재정방식 채택) | | <ul style="list-style-type: none"> • 병원에 대하여 수정된 총액 예산제도가 도입되고, 의료비지출 목표를 고정시키지 않음. 약제와 치과진료에 대한 비용 일부분담; 의료보험에 대한 일부본인부담 | <ul style="list-style-type: none"> • 의료기술평가: 새로운 기술에 대한 실험은 소수의 전문 병원에 제한함. 실험후 정부의 승인을 받은 다음 일반화하거나 일반화하기에 곤란한 경우는 특정 몇개 병원에서만 사용 |

〈表 III-5〉 계속

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

註: 본 자료는 OECD의 사회보장 장관회의 (1998년 6월)를 앞두고 각국의 사회보장정책에 대한 조사자료에서 발췌한 것임.

3. 醫療保險 財政運營의 動向

가. 醫療市場의 特徵과 醫療保險制度 運營의 目的

1) 醫療市場의 特徵

의료시장의 경제적 특징은 다음 세가지로 요약할 수 있다.

첫째, 多數의 사람들이 參與한다. 다수의 실제적, 잠재적 소비자(즉, 환자)에 의해 수요되고 상당수의 공급자(즉 일차진료의, 병원, 약사 등)에 의해 제공된다.

둘째, 의료비는 2~3인의 공급자보다 하나의 공급자가 제공할 때 필연적으로 더 낮아지는 것은 아니다. 극히 소수의 경우에 自然的 獨占을 형성한다.

셋째, 의료재는 個人的으로 消費된다. 대부분의 경우에 각개인이 지불하고 타인의 소비수준이나 건강상태에 영향을 미치지 않으면서 소비한다.

이러한 특성들로 인해 의료시장은 競爭的 市場이라고 할 수 있다. 즉 경쟁이 의료자원배분의 가장 효율적인 수단일 수 있다. 그러한 시장에서 공급자는 수요자확보를 위해 경쟁하고 소비자는 공급자를 선택하게 된다. 공급자는 의료원가에 따라 가격을 책정하고 소비자는 필요와 예산에 따라 여러 의료서비스에 대한 選好를 표시한다. 그 결과 市場에서 형성되는 價格은 각 消費者에게 제공되는 醫療서비스의 種類, 質, 그리고 水準에 영향을 미치게 된다.

이러한 의료시장에서 선진각국에서의 현안과제가 되고 있는 醫療費 抑制와 相關한 문제에 초점을 맞추어 보자. 醫療市場에 保險이 도입되는 경우에 被保險者(의료수요자) 본인이 지불하는 價格과 醫師(의료 공급자)가 第3者(보험조합 혹은 보험회사)로부터 지불받는 價格이 別

途로 책정될 수 있다. 따라서 醫療費用的 統制(Regulation)를 위해 두 가지 代案을 제시할 수 있다. 즉 醫療需要측면에서의 費用分擔⁴⁾과 醫療供給측면에서의 費用分擔을 생각할 수 있다. 前者의 경우는 환자가 本人負擔分이나 일정액 범위내에서 保險適用排除의 형태로 비용을 부담하는 것이며, 後者의 경우는 의료공급자의 醫療서비스 供給誘引에 변화를 주는 것이다.

2) 醫療保險制度 運營의 目的

保健醫療란 하나의 필수적인 社會制度로서 뿐만아니라 經濟的으로도 중요한 市場을 형성하고 있으며, 醫療市場의 效率性은 診療傳達의 改善과 診療生産性의 향상에 달려 있다. 의료시장은 他 市場에 비해 公共的인 성격이 강하기 때문에 政府가 介入하게 되며, 政府介入의 형태와 정도는 각국의 의료시장의 特徵에 따라 상이하게 나타나고 있다.

지난 십수년간 先進各國의 國民經濟에서 차지하는 醫療市場規模는 급속히 伸張되어 국민들의 醫療費負擔(국민들의 직접부담이든 조세 혹은 각출료를 통한 부담이든)이 限界에 이르고 있어 醫療費抑制를 위한 改革案이 각국에서 마련되고 있다. 따라서 世界的으로 醫療財政運營의 궁극적 目標은 醫療의 質을 維持하면서도 醫療費를 節減하는 것이며 그러한 가운데 衡平和 效率을 제고하는 데에 있다.

그런데 醫療改革은 의료부문의 문제의 심각성에서 비롯되는 점도 있지만, 각국의 經濟政策이 政府介入으로부터 市場的 接近으로 전환하는 世界的인 추세속에서 논의되고 있다. 이러한 현상은 선진국 뿐 아니라 중앙 및 동유럽, 중앙아시아, 아프리카, 그리고 중앙 및 남아

4) 醫療費의 統制를 위해 진료시에 수요자가 비용의 일부를 事前的으로 부담하도록 하는 本人負擔金制는 Coinsurance, Copayment, Cost-sharing Regulation 등이 있다. 이에 대해 본인이 대부분 부담한 후 事後的으로 일정비용을 報償받는 Reimbursement System이 있다.

메리카의 경우에도 마찬가지이다. 이 모든 지역에 있어서 의료개혁은 의료부문만의 再調整이라기 보다 전반적인 社會的 轉換의 한 과정에 있다(Creese, 1994).

의료개혁의 양대목적인 效率性和 衡平性(사회적 연대)에 대하여 좀더 구체적으로 살펴보자.

1) 效率性: 의료제도는 효율적인 재정방식과 의료급여제공을 고취시켜야 한다. 진료의 총량과 구성은 需要者의 選好를 반영하여야 한다. 供給者와 需要者는 經濟的인 效率性범위를 초과하거나 혹은 미달하는 진료를 제공하거나 소비하는 부적절한 동기에 의해 유인되어서는 안 된다. 또한 의료제도는 환자와 의사에 의해 표출되는 새로운 機會와 必要에 반응하여야 한다. 의료는 費用效果的인 醫療技術과 醫藥品을 사용하여 고도의 專門性으로 제공되어야 한다. 또한 의료발전의 혁신을 자극하여야 한다.

2) 社會的 連帶: 의료제도는 모든 국민이 支拂能力에 관계없이 必須的인 의료서비스에 접근할 수 있어야 한다. 이는 의료제도내에서 財源의 再分配가 일어나야 함을 의미한다. 지불능력에 관계없는 의료접근은 진료의 모든 측면에 이를 필요는 없으나 保障된 醫療給與(Guaranteed Health Care Package)는 필요하다. 保障된 醫療給與의 定義에 대한 社會的 合意가 필요하다.

醫療財政運營(Health Care Financing System)의 목적은 상기에 지적한 것과 함께 Ellis and McGuire(1993)는 세가지 目的을 들고 있다. 첫째, 醫療費用負擔의 財政的 危險으로 부터 需要者를 保護하는 것이고, 두 번째, 醫療서비스 水準과 種類를 效率的으로 제공하는 것이며, 세 번째, 需要者와 供給者 양자에게 公正하여야 한다는 것이다.⁵⁾

5) Ellis and McGuire (1993)는 需要 및 供給측면에서의 醫療費用分擔의 論理的 根據와 그 限界, 그리고 相對的 長點을 검토하였으며, 주로 상기한 첫째와 두번째 목적의

先進國의 醫療制度는 組織, 財政 및 診療傳達體系 등에 있어서 국가별로 차이가 나는데, 그 이유는 醫療需要에 대한 哲學, 診療基準, 診療의 質과 社會倫理的 측면 등의 차이로부터 비롯된다. 이러한 의료제도의 차이에서 人的資本의 형성기회를 歪曲(distortion)할 수 있으며, 이러한 경제적 왜곡은 고용주 및 피용자가 지불하는 비용, 즉 직접적으로는 各출료, 간접적으로는 조세와 관련된다(Schneider외, 1992). 특히 總括稅가 아닌 各출료 혹은 조세의 賦課形態에 따른 왜곡 보다는, 支拂體系와 함께 의료서비스 給與體系에 따른 需要와 供給行態의 歪曲이 중요한 논점이 된다. 이러한 왜곡을 줄이고 의료비를 절감하려는 노력이 선진국을 중심으로 활발하게 논의되고 실천되고 있다.

근래에 미국⁶⁾을 비롯한 유럽諸國⁷⁾에서 醫療費抑制를 위한 각종 改

短期 達成에 초점을 두고 있다. 그리고 供給 및 需要측면에서의 費用分擔이 醫療制度의 公正性에 어떻게 영향을 미치는지, 그리고 技術導入의 長期效果를 언급하고 있다.

- 6) 美國의 클린턴 行政府는 선진국중 最高水準인 醫療費를 抑制하고 醫療保障에서 疏外된 계층을 구제하기 위해 醫療改革을 進行하였었다. 그 주요 改革方向은 다음과 같이 요약될 수 있다. 첫째, 最小限의 醫療給與保障 둘째, 기존의 일정조건에 연계된 保險適用에서의 脫皮, 셋째, 비용억제를 위해 醫療商品들(Health Plans)간의 競爭促進(Managed Competition), 넷째, 의료보험제도에의 事業主 參與의 의무화, 다섯째, 失業者 및 보험 혜택을 받을 수 없었던 사람들에 대한 醫療保險에의 接近을 보장한다는 것이다. 그의 考慮事項으로서, ① 사업주 및 피용자 各출료에 대한 租稅免除(Full Tax Exemption)를 排除, ② 釀出料부담의 事業主로부터 消費者로의 轉嫁可能性 검토, ③ 醫療供給者에게 지불되는 비용을 價格統制(Price Control)나 總額豫算制(Global Budgeting)를 통한 통제 등이다. 마지막의 가격통제 및 예산제를 제외하면 모두 醫療市場의 需要側面에 직접 영향을 미치는 것들이어서, 國家醫療改革에서 비용억제 및 효율성제고 차원에서 중요한 역할을 하리라 기대되는 供給側面의 費用分擔은 소홀히 취급되고 있다(Ellis and McGuire, 1993).
- 7) 유럽각국의 醫療改革도 주로 醫療費統制에 그 목적이 있으며, 유럽統合의 움직임과 더불어 유럽共同醫療體系의 構想도 논의되고 있다. 즉 EU공동진료지역을 설정하여 수요와 공급의 자유로운 이동(Intra-European Migration)이 보장되도록 함으로서, 供給측면에서는 醫療供給選擇의 自由에 의한 직업기회의 확대와 의료공급자간의 협력을 증진하는 계기가 되며, 需要측면에서는 醫療需要의 多樣성과 本人負擔率의 차이로 인해 수요자에게 誘인을 제공하게 된다. 이러한 단일시장(Single

革措置가 행해지고 있으며, 그 대부분은 醫療制度의 財政運營方式의 改革에 집중되어 있다.

나. 醫療保險 財政運營에 있어서 政府와 民間의 役割

1) 醫療保險 財政運營과 政府의 役割

의료시장에서의 政府의 役割은 세계은행의 World Development Report 1993에서 밝혔듯이 醫療資源의 生産과 配分の 순수한 市場의 接近은 不平等하고 非效率的이다. 규제와 재정운영을 통한 政府의 介入은 국민들간의 사회적 연대와 경제적 효율을 위해서 필요한 것이다 (Creese, 1994). 政府개입의 이유로서 몇가지를 열거하면 다음과 같다.

첫째, 개인의 醫療需要는 예상할 수 없으며, 실제 발생시 소요비용은 개인이 감당하기 어려울 수 있다.

둘째, 醫療費의 豫測不可能性은 의료보험이란 제도를 만들었다. 경쟁적 의료시장에서 경쟁적 보험회사들은 의료비의 예상지출수준을 맞출 수 있는 의료보험료를 부과한다.

셋째, 그러한 시장에서 보험료는 개인의 所得水準과는 무관하게 危險屬性(Risk Characteristics)에 따라 변화한다. 그 결과, 의료보험을 살 수 없는 사람들이 존재할 것이다.

따라서 競爭的 市場이 제공할 수 없는 再分配의 기능을 政府가 맡아 社會保險을 실시하게 된다. 이러한 社會保險의 役割은 政府가 직접 담당하거나 政府의 관리, 감독을 받는 보험금고가 하게 된다. 그런데 政府의 규제를 받는 의료보험시장은 새로운 문제를 야기한다. 즉

Internal Market)에 의한 새로운 수요와 공급기회는 각국의 1인당 소득과 건강수준이 접근한다면 긍정적인 경제사회적 유인을 가져올 것이다. 또한 진료의 효율성, 규제와 보상 등의 측면에서 개선되리라 예상된다(Schneider외, 1992).

보험료가 보험가입자의 평균예상비용에 근거하여 책정되므로, 보험자는 疾病發生危險이 낮은 가입자를 選好하게 된다. 동시에 건강한 자들은 사회보험을 회피하려 하며 스스로 책임을 지려할 것이다. 이렇게 되면 사회보험내에 질병발생정도가 높은 자들만 잔존하게 될 것이다.

이러한 보험시장에서 派生되는 逆機能을 방지하기 위하여 대부분의 국가에서는 政府의 規制를 더욱 강화하게 된다. 즉 보험회사가 질병 위험도에 관계없이 피보험자의 가입(일정 보험료율하에서)을 거절하지 못하도록 강제하고, 동시에 개인이 지불하는 보험료가 예상의료비용을 초과하더라도 加入을 強制시키고 있다.

그런데 강제적 보험은 의료재정 및 급여의 競爭範圍를 萎縮시키고, 需要者の 選好範圍를 또한 制限하게 된다. 選擇은 경제적 효율성 달성에 중요한 요소이다. 왜냐하면 선택의 표시는 보험자, 의료공급자 및 의료기술과 의약품 공급자에 대한 滿足 혹은 不滿足의 信號(Signal)이기 때문이다. 市場, 혹은 他 分權化된 制度가 소비자의 수요에 더욱 적절히 반응하게 된다. 따라서 의료제도를 조직화하는 데 중심적인 문제는 效率性和 社會的 連帶간의 합리적이고 수용가능한 均衡을 발견하는 것으로 요약될 수 있다.

과도한 정부개입은 公共醫療서비스 제공에 있어서의 비효율과 불형평을 야기하게 되므로 市場메카니즘과의 적절한 均衡을 유지하여야 하는데, 이러한 문제는 이론적이라기 보다는 經驗的인 문제에 가깝다.

많은 국가에서 정책의 중심을 私的 部門으로 移動시키고 있다. 즉 사적 진료를 허용하거나 공공의료와 결합하여 제공하고, 부가적 서비스(예; 세탁, 청소, 장비보수 등)를 공공부문에서 適用除外(Contracting out)하고 있다. 이외에 “受動的인 私有化”(Passive Privatization)政策을 시도하고 있다. 즉 정부예산을 제한함으로써 공공의료서비스에 대한 유인을 감소시켜 비공공의료를 선택하도록 하는 방법이다.⁸⁾ 선진산업

국가의 경우(예: 서유럽, 뉴질랜드, 북미) 政策의 중심은 公共 및 私的 財政간의 移動보다는 공공의료제도의 成果改善에 더 많다.

이러한 私有化 혹은 私營化의 추세속에서 정부의 책임은 축소되지만 공적 규제는 필수적이다. 정부책임의 사적 부문에의 양여(Transfer of Responsibility)는 비례적으로 형평성을 악화시키고 또한 공공부문의 성과개선에 소홀하기 쉽게 된다. 공공의료의 성과개선을 위한 정책수단을 선택하는 데에는 명확한 정책목표가 필요하며, 이러한 목표의 설정은 政府의 役割이어야 한다(Creese, 1994).

2) 醫療保險 財源調達에서의 政府와 民間의 役割

어떤 국가도 완전한 公的 혹은 私的財源에만 의존하지는 않으며, 양자로 구성되고 있다. 미국의 경우 公共財源이 약 40%정도이며 주로 Medicare와 Medicaid에 사용되며, 선진국중 가장 낮은 공공재원임에도 불구하고 GDP의 5.3%를 차지하고 있다. 스웨덴은 89%가 공공재원으로 가장 높은 비중이다.

財源調達의 經濟的 問題는 공적이냐 사적이냐 보다도 強制的이나 自發的이나가 더 중요할 것이다. 예를 들어, 本人負擔(프랑스에서 모든 사적 지출의 1/2)은 자발적이라 할 수 없다.

組織면에서도, 독일의 질병금고는 自治組織이지만 財源조달은 強制的이다. 재정제도를 공공부문에서 民間部門으로 轉換하더라도 財源조

8) 칠레는 1970년대에 공공의료를 시장으로 환원시키는 정책(privatization)을 썼으며, 그러한 정책은 실행하는 데 많은 어려움이 있었다. 때마침 깊은 불황에 있어 부담 능력이 못미쳐 저소득층의 의료접근도를 더욱 어렵게 만들었고, 대부분의 연령층에 있어서 사망율과 유병율이 증가하였다. 이러한 불형평을 해소하기 위해 1990년 이래로 중앙정부의 예산은 계속 증가하고 있다. 한편 중국은 지난 10년간에 년 10% 이상의 경제성장에도 불구하고 정부의 역할을 축소시켜왔다. 따라서 경제적 성공에 따른 전체적인 건강수준은 향상되었으나 소득계층간의 불형평은 심화되었다. 유병율, 특히 결핵은 상당한 증가세를 보였다.

달이 強制的인 한 자발적이라 할 수 없다. 높은 사적 의료비지출의 비중을 가지지만 만족도가 높은 국가가 있다. 캐나다, 네덜란드 및 독일은 私的醫療費支出이 GDP의 2%를 초과한다. 그러나 이러한 만족이 총의료비를 증가시키는 私的醫療費로부터 오는건지 혹은 사적의료비를 통한 개인의 追加的 選擇機會로부터 오는건지는 확실하지 않다.

3) 醫療保險 給與에서의 政府와 民間의 役割

醫療費財源이 公的으로 조달된다고 하여 의료공급이 공적으로 공급되는 것은 아니다. 캐나다의 경우 74%가 중앙 및 지방정부에 의해 재원이 조달되지만 과반수이상의 병원이 공공소유가 아닌 自發的인 非營利 宗教的 組織이며, 지불능력에 관계없이 모든 환자를 받아들여도록 되어 있다. 그 병원들은 公的 契約으로 깊이 관련되어 있어 공적 병원으로 분류할 수도 있을 것이나, 공공재원에 의해 급여를 제공하는 私的所有의 病院이다. 南部 이태리의 경우 國家醫療는 民間病院에 깊이 의존하고 있다. 즉 공공재원의 지원을 받는 환자의 11%가 민간 영리병원에서 치료를 받으며, 민간병원수입의 87%는 공공재원에서 온다. 일본의 경우, 대부분의 병원과 의원이 民間所有로 되어 있다.

따라서 민간병원은 일정한 계약에 의해 공적으로 재원조달된 의료 급여를 공급할 수 있다. 반대로 영국과 스페인에서와 같이 公共病院에서 私的負擔으로 의료서비스를 구입할 수도 있다. 스웨덴을 제외한 대부분의 국가에서 공공재원에 의한 일차진료는 민간 의사들에 의해 제공된다.

한편 국가가 제공하는 국민에 대한 基本的인 의료서비스의 範圍로서 흔히 醫療給與保障(GHCP: Guaranteed Health Care Package)에 대한 논의가 진행되어 왔다. 모든 국가에서 GHCP를 명시적, 묵시적 혹은 일반적으로 정의하고 있는데, 캐나다의 Canada Health Act, 미국의 Medicare

와 Medicaid, 독일의 Health Care Act 및 일본의 National Uniform Reimbursement Fee Schedule 등을 들 수 있다.

GHCP의 엄격한 範圍의 規程은 어려우며, 새로운 급여가 追加되거나 다른 급여가 代替될 수도 있다. 국가간에 GHCP의 정의도 달라진다. 캐나다는 醫藥品購入을 배제하고 있으나 영국은 약간의 본인부담으로 포함시키고 있다. 또한 영국과 같이 無料一次診療를 포함시키는 반면 프랑스와 뉴질랜드는 배제하고 있다. 費用抑制에 대응하여 범위를 엄격하게 하려는 경향이 있다.

개인의 다양한 疾病危險을 分類하고자 하는 민간보험회사에게 GHCP의 保證을 기대할 수는 없다. 따라서 이러한 위험의 多樣性を 平均化시키는 1인지불자의 國家醫療制度(예, 영국, 뉴질랜드, 캐나다)가 하나의 극단적 대안이 된다. 한편 이러한 양극단의 中間으로서 독일, 프랑스, 네덜란드, 일본 등이 채택하고 있는 GHCP에 대한 多支拂者제도로써 金庫가 있으며 환자의 건강상태에 관계없이 가입이 강제된다. 따라서 금고간에 위험발생도가 다를 수 있다.

즉 독일의 경우 금고의 피보험자는 위험에 관계없이 소득비례 정율 보험료를 지불하나 금고간에 保險料率에 差異가 발생한다. 일본도 이와 비슷하다. 네덜란드와 프랑스의 경우 어떤 금고의 가입자라도 같은 보험료를 지불하고 개별 금고의 危險差異를 보상한다.

다. 醫療保險 酬價體系(診療費支拂制度)

1) 一次診療醫에 대한 支拂方式

대부분의 국가에서 일차진료의는 獨立的인 自營者로서, 부분적으로 혹은 전체적으로 공공의료를 제공하는 契約關係에 있다. 다만 스웨덴의 경우 대다수의 일차진료의는 俸給制의 公務員이다. 가장 일반적인

支拂方式은 診療行爲別 수가제이며, 캐나다, 프랑스, 독일, 일본, 미국, 그리고 뉴질랜드 등이 있다. 다른 하나의 방식은 人頭制이며, 이태리, 네덜란드, 영국 등이 이에 속한다. 스페인은 人頭制와 俸給制를 혼용하고 있다.

일반적으로 診療行爲別 酬價制는 過剩診療를, 人頭制는 過小診療를 유인할 것으로 예상되고 있다. 실제로 진료행위별 수가제는 과잉진료를 야기하는 것으로 입증되고 있다. 캐나다는 비용억제의 방편으로 인두제의 사용증가를 실험하고 있다. 그런데 인두제가 실제로 과소진료를 야기하는지는 확실하지 않다. 그 이유는 부분적으로 의료윤리가 작용하기 때문이라 볼 수 있다. 그러나 人頭制가 限界的으로 良質의 醫藥品使用을 抑制할 유인을 제공한다. 이태리의 경우 인두제로 지불 받는 의사는 환자의 요구(병원에서의 진료의뢰)에 더욱 잘 부응하려고 하고 수술에 필요한 시설투자에 인색하다.

2) 病院과 醫院(혹은 病院醫師)에 대한 支拂方式

病院에 대한 支拂方式은 醫院(병원 의사)에 대한 지불방식보다는 아직까지는 덜 중요하다. 왜냐하면 醫師들이 사실상 醫療資源配分의 대부분을 결정하기 때문이다. 그러나 先拂制 도입에 의해 이러한 현상은 변화할 것이다. 선불제는 미국에서의 Medicare와 Managed Care 보험자들, 그리고 기타 국가들에서의 민영보험자들과 같은 조직에서 실행되고 있다. 선불제는 병원 및 병원 의사(혹은 병원을 이용하는 의원들)를 포함한 병원의 의료지출결정의 동기를 변화시킬 것이다. 그러나 국제적으로 선불제는 아직까지 例外的인 지불방식에 속한다.

대부분의 公共病院은 總額豫算制로 운영된다. 그러나 독일의 경우 日當支拂制에 의하고 일본은 행위별수가제에 의한다. 民營病院은 보통 行爲別酬價制와 日當支拂制에 의한다.

總額豫算制는 병원이 예산범위내에서 가능한 많은 진료를 할 수 있는 효율적 동기를 부여한다고 한다. 그러나 불행히도 이러한 동기는 실제 진료결정을 내리는 의사들에게 미치지 않는다. 이태리와 스페인의 경우 예산의 초과지출이 상례화되어 이러한 동기가 약화되고 있다. 예산제가 비교적 잘 운용되는 영국의 경우 의사들은 豫算不足(‘Underfunding’)으로 인식하고 있다.

病院經營者가 그들 의사들의 지출을 統制하는 한 방법으로서 ‘Bed Blockers’를 용인하는 것이다. 즉 비용이 적게 드는 회복기의 환자를 필요이상의 장기간입원을 허용하는 것이다. 이는 資源의 浪費로써, 캐나다와 영국에서 문제가 되고 있다. 또한 일당지불제를 채택하고 있는 독일의 경우 유사한 현상이 일어나고 있다.

民營病院은 보통 행위별수가제와 일당지불제의 혼합으로 지불되며, 의료비청구액은 민영보험사의 전문가를 통해 審査될 것이다. 이러한 의료서비스 구입자(보험사)의 도입은 效率性增大의 중요한 한 방법이 될 것이다.

병원의사들은 대부분 俸給制로 지불되며, 일부 행위별 보수로 보충된다. 병원의 賣出額과 效率性은 그들의 결정에 의존한다. 영국에서는 정부의 ‘Resource Management Initiative’를 통해 의사들을 病院經營에 直接的으로 參與하게 한다. 미국의 경우 Medicare와 HMO와 같은 보험자가 병원의사의 결정에 많은 영향을 미치도록 노력한다.

라. 本人一部負擔制

本人一部負擔制는 널리 채택되고 있지만 모든 국가가 다 채택하지는 않는다. 캐나다의 경우 GHCP에 대한 본인부담은 없다. 그러나 지방별 附加給與에 대한 일부 본인부담이 있으며 이러한 경향은 증대하고 있다. 영국에서는 안과, 치과 및 일부 처방약에 한정하여 본인부담

이 있다. 한편 프랑스의 경우 본인일부부담과 전액부담이 광범위하고 상당한 부분을 차지하고 있으며, 일차진료와 병원진료에까지 적용되고 있다. 따라서 본인부담에 대한 보험제도가 일반화되어 있다. 일본의 경우 본인부담율은 제도종류에 따라 10~30%에 달하고 있다.

需要抑制을 위한 본인부담제는 현실적으로는 限界에 부닥치고 있다. 일부 국가에서는 본인부담이 수요억제효과를 가질 수 없도록 낮아야 한다는 사회적 고려가 있다. 그 이상이 되면 本人負擔에 대한 保險을 들 것이기 때문이다. 본인부담이 適切한 범위내에서 사용된다면 過剩需要를 緩和시킨다는 경험은 있다. 그렇다면 현실적으로 본인부담을 보험화시킬 정도에 까지 이르지 않고 과잉수요를 억제할 수준은 어떻게 결정되는지가 문제가 된다.

마. 醫療費 上昇과 醫療保險制度 改革方向

1) 새로운 醫療技術의 擴散과 醫療費 上昇

의료기술의 진보와 확산이 의료비 상승을 주도하는 큰 요인의 하나로 인식되고 있다. 진보된 의료기술은 高所得 국가에서 사용되지만 새로운 의료설비과 장비는 일반적으로 의료재원과 공급이 民營化된 국가에서 더욱 빨리 확산된다. 캐나다는 인접 미국에 비해 고도의 의료시설면에서 훨씬 뒤처지고 있다. 이는 단일재정체제하에서의 새로운 투자에 대한 억제에 기인한다. 官僚化는 시장경제하의 경쟁금고체제보다 새로운 의료에 대한 수요에 둔감할 것이다. 영국의 경우 선진적 의료기술(예, Magnetic Resonance Imaging Scanners: 자기공명장치)은 공공투자기금보다는 慈善基金에 의해 도입되어 왔다. 이태리의 경우 대부분의 신기술은 민영병원에서 도입되고 公共病院은 民營病院과의 競爭의 결과 신기술의 도입이 强制되고 있다.

이러한 사실은 민간부문이 선진기술의 적정한 도입으로 유도한다는 것을 의미하지는 않는다. 미국과 이태리의 일부 지방은 過剩設備로 유향화되기도 한다. 한편 기술 혹은 시설이용에 대해 일차적 결정을 하는 일차진료의가 이들 시설을 도입할 재정적 유인이 있는 경우가 문제가 된다. 즉 이들 장비가 그들 의원에 설치되거나 환자를 병원에 의뢰함으로써 일정한 보상을 보장받는 경우가 이에 해당한다.

2) 醫療費 上昇과 醫療保險制度的 改革方向

의료비상승압력의 근본적 원인은 첫째, 앞서 논의한 빠른 技術進步와 技術의 擴散으로서, 더 나은 진료행위에 대한 需要增加와 더불어 진료 영역을 확장시킨다. 둘째, 老齡化로서 더 많은 진료를 필요로 한다.⁹⁾

일부 국가에서는 높은 의료비를 醫師와 같은 投入要素의 相對的 費用증가에 원인을 돌리기도 한다. 그 이유로서는, 첫째, 의료인력의 기술 및 전문성의 향상, 둘째, 공급부족 혹은 인위적인 보수인상, 셋째, 기존 의료인력의 남용 등이다.

일반적으로 醫師人力 供給制限이 인위적인 의사보수를 인상시킨다고는 생각하지는 않는다. 그러나 캐나다에서와 같이 醫療供給의 獨占이 의사의 서비스비용을 증대시키는 것 같다. 과거에는 이러한 공급 독점에 대해 政府는 需要獨占으로서 대처해왔다. 근래에는 영국과 뉴질랜드에서와 같이 의사 및 타 의료인력들이 각각 契約制하에서 協商하도록 하는 競爭的 環境을 조성하도록 한다.

總醫療費支出을 궁극적으로 결정하는 것은 매일 매일의 진료결정을 내리는 醫師들이다. 이는 재정이 정부, 질병금고 혹은 경쟁적 보험자

9) 의료비지출 구성요소의 크기순으로 열거하면, 시설을 포함한 병원, 의료장비와 병원전문인에 대한 지불, 일차진료, 의약품구입 등이다. 병원진료비가 40~50%, 일차진료가 15~25%, 의약품이 8~25% 정도로 구성된다.

중 누구에 의해 이루어지는 적용된다. 英國의 경우, 의료수요의 주된 결정은 병원 의사의 개인적 결정과 함께 GPs의 處方과 依賴의 축적에서 온다. 이러한 결정을 중앙에서 분배된 재원이 수용할 수 없으면 환자의 대기기간이 길어질 것이다. 이러한 결과는 정치적인 해결을 요구하고 공적 혹은 사적 재원의 추가적 증대를 야기할 것이다.

따라서 醫師들이 醫療資源을 效率的으로 配分할 수 있는 誘引을 제공하여야 할 것이다. 이러한 유인은 각국의 환경에 따라 달라야 하겠지만 국제비교의 경험에 의하면, 一次診療醫에 대해서는 人頭制 혹은 本人負擔에 의한 行爲別수가제 등의 도입을 건의할 수 있다. 病院에 대해서는 疾病case別 先拂制를 제의하고 있다.

한편 자원조달 및 급여에 대한公私의 역할은 상호 배반적이라기보다 補助的이며, 대부분의 국가에서 양자를 調和시키고 있다. 資源의 의료부문에의 配分과 의료부문내의 자원분배는 醫療財政의 役割이다. 公的 單一支拂者體制는 효율성에 대한 충분한 유인을 제공하지 못하는 것 같고 더구나 의료비억제에도 성공하지 못하는 것 같다. 民間保險체제는 상대적으로 효율적이지만 皆保險 제공에 실패하기 때문에 양자의 조화가 필요하다.

모든 국가들이 그들의 의료제도를 改革하는 과정에 있으며 그러한 개혁의 방향은 서로 接近하는 傾向을 보이고 있다. 미국은 순수한 경쟁적인 민간보험자와 공급자 체제에서 벗어나고 있다. 스웨덴, 캐나다, 뉴질랜드, 영국 등 공공의료체제하의 국가들은 체제내에 競爭과 效率를 도입하려하고 있다. 양자간 움직임의 어딘가에 장기적으로 나아가려는 共同的 場이 있을 것이다.

IV. 우리나라 醫療保險 酬價體系의 改編方向

1. 現況 및 問題點

가. 낮은 保險酬價와 酬價構造의 歪曲

1) 低酬價로 인한 不必要한 過剩診療 誘發, 非給與 診療 選好 및 醫療機關 經營惡化

낮은 보험수가로 인하여 의료기관들은 收入損失 補填을 위하여 重複 및 過剩診療를 하고 있으며, 수익성이 낮은 급여항목을 기피하고 수익성이 높은 非給與 項目을 선호하고 있다.

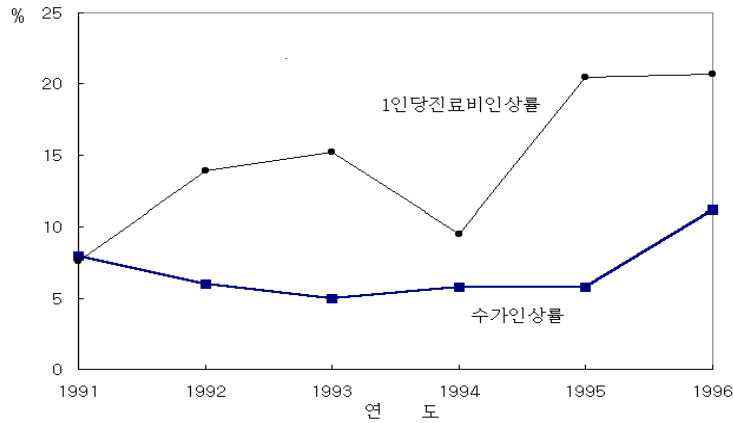
이러한 저보험수가는 필요 이상으로 진료강도를 강화시키고 非給與 項目 진료에 치중하게 하고 있다. 또한 價格競爭 보다는 고객 확보를 위한 경쟁을 하고 있어 적정수입을 확보하기 어려운 의료기관일수록 과잉진료 및 非給與部門 診療를 통하여 경영을 정상화하려는 노력을 할 것이다.

〈表 IV-1〉 保險酬價上昇과 診療強度增加 推移

| | 1991 | 1993 | 1995 |
|-----------|------|-------|-------|
| 보험수가 | 100 | 111.3 | 128.2 |
| 일당진료비 | 100 | 120.0 | 144.0 |
| 1인당진료비 | 100 | 131.2 | 173.1 |
| ※ 1인당내원일수 | 100 | 109.4 | 120.2 |

資料: 의료보험연합회, 『'95 의료보험통계연보』, 1996.

[圖 IV-1] 酬價引上率과 診療費引上率間的 比較



의료기관의 경영상태를 보면, 우선 病院의 廢業 및 新規設立 推移는 <表 IV-2>와 같으며, 신규설립률이 폐업률 보다는 높지만 폐업률이 최근 3년간 급증하고 있다. 특히 순설립률(신규설립률-폐업률)은 지속적으로 하락하고 있다.

<表 IV-2> 病院의 廢業 및 新規設立 推移

(단위: %, 개소)

| | 1985~87 | 1988~90 | 1991~93 | 1994~96 |
|-----------|---------|---------|---------|---------|
| 폐업률 | 10.2 | 6.6 | 6.7 | 15.2 |
| 신규설립률 | 15.8 | 18.6 | 14.6 | 18.6 |
| 순설립률 | 5.6 | 12.0 | 7.9 | 3.4 |
| 備考: 등록병원수 | 531 | 595 | 650 | 771 |
| 폐업병원수 | 51 | 35 | 40 | 99 |
| 신규병원수 | 84 | 99 | 95 | 121 |

註: 1) 폐업 및 신규설립률은 기간중 폐업 및 신규설립 병원수를 기간말 등록병원수로 나눈 것임.

2) 병원소유권이전은 폐업 및 신규설립에 포함되어 있음.

3) 순설립률은 신규설립률에서 폐업률을 제한 것임.

資料: 대한병원협회, 『전국병원명부』, 각년도.

의원급의 경우에도 新規設立率이 休廢業率을 능가하지만 신규설립률은 감소하고 폐업률은 증가함으로써 순설립률은 계속 하락하고 있다. 특히 대도시지역의 경영이 매우 어렵다.

〈表 IV-3〉 醫院級 醫療機關의 休廢業 및 新規設立 推移

(단위: %)

| | 1994 | 1995 | 1996 |
|----------------|------|------|------|
| 휴폐업률 | 5.8 | 7.0 | 7.0 |
| 휴폐업이전율 | 6.2 | 8.5 | 8.1 |
| 신규개업률 | 10.8 | 10.4 | 9.8 |
| 순설립률 | 5.0 | 3.4 | 2.8 |
| 비고(서울, 부산, 대구) | | | |
| 순설립률 | 3.1 | 1.3 | 0.9 |
| 신규개업률 | 10.0 | 8.2 | 8.0 |
| 휴폐업률 | 6.9 | 6.9 | 7.1 |

- 註: 1) 미보고 지역은 '94년 인천, 경북, '95년 충남, 경남, '96년 인천, 광주
 2) 휴폐업 및 신규설립률은 폐업 및 신규설립 의원수를 총의원수로 나눈 것임.
 3) 순설립률은 신규개업률에서 휴폐업률을 제한 것임.

資料: 대한의사협회, 내부자료

〈表 IV-4〉 高價醫療裝備 保有量의 國制比較

| | 인구100만명당 설치대수 | | | 1인당GDP (US \$) |
|-----------|---------------|-----|------|-------------------|
| | CT | MRI | ESWL | |
| 한 국 ('96) | 17.1 | 4.8 | 2.8 | 10,076 ('95) |
| 일 본 ('90) | 40.3 | 5.9 | 2.3 | 37,048 ('94) |
| 영 국 ('92) | 2.2 | 0.3 | 0.2 | 17,736 ('94) |
| 서 독 ('92) | 0.9 | 0.5 | 7.1 | 22,294 ('95) |
| 프랑스 ('90) | 7.2 | 1.2 | 0.6 | 22,788 ('94) |
| 덴마크 ('92) | 4.4 | 0.6 | 0.4 | 28,110 ('94) |

資料: 노인철 외, 『의료시장 개방에 따른 의료서비스 경쟁력 강화방안』, 1996.

더구나 의료기관들이 高價醫療裝備를 경쟁적으로 도입하고 있고,

의료이용자는 高價醫療가 良質醫療로 잘못 인식되는 경향이 있다. 그래서 醫療供給者는 費用 補填을 위해 불필요한 검사를 남발하는 경향이 많다.

2) 酬價構造 歪曲으로 非正常的인 診療行態 誘引 및 醫師人力 供給의 不均衡

保險酬價項目間 不均衡은 진료행위 및 투약의 왜곡 뿐아니라 진료 과목별 수입에 영향을 미쳐 專攻醫의 균형있는 供給에 差跌을 초래하고 있다(表 IV-5 參照). 기술료의 상대적인 억제는 投藥 및 檢査의 濫用, 高價의 診療材料 使用 등을 야기하고 있다¹⁰⁾. 그리고 專攻醫의 專門科目別 選好度에 있어서 외과, 소아과, 방사선과는 기피하고 내과, 정신과, 피부과, 안과 등을 선호하는 경향이 나타나고 있다.

〈表 IV-5〉 專攻醫의 專門科目別 選好度

| | | 1992 | 1994 | 1996 |
|-----------|---------|------|------|------|
| 비인기 과목 | 소 아 과 | 101 | 98 | 90 |
| | 일 반 외 과 | 79 | 75 | 66 |
| | 흉 부 외 과 | 58 | 55 | 35 |
| | 마 취 과 | 63 | 66 | 59 |
| | 치료방사선과 | 65 | 36 | 30 |
| 인기과목 | 내 과 | 130 | 128 | 133 |
| | 정 신 과 | 129 | 141 | 158 |
| | 피 부 과 | 114 | 127 | 138 |
| | 안 과 | 106 | 117 | 141 |
| | 재활의학과 | 85 | 122 | 127 |

註: 선호도는 전과목 평균응시율(응시자수/정원수)을 100으로 기준할 때의 과목별 응시율임.

資料: 대한병원협회, 내부자료

10) 보험진료비중 약제비가 큰 비중을 차지하고 있음. 특히 '90년 27.8%에서 '96년 31.1%로 증가

酬價水準의 上向調整은 진료비를 증가시키고 이에 따라 保險財政收支 均衡을 맞추기 위해 보험료를 인상시켜야 하는 한계점이 있다. 특히 지역조합에 대한 國庫負擔金과 의료보호에 대한 國庫支援豫算의 증액을 수반하게 되므로 수가에 대한 政策決定은 포괄적인 문제를 내포하고 있다.

3) 指定診療制의 非正常的 運營 및 醫療機關 規模別 酬價加算率의 實效性 低下

사회보험제도로서의 의료보험제도의 診療價格(혹은 보수)은 정부의 규제하에 전국적으로 통일된 기준이 적용되고 있으나, 몇가지 예외를 허용하고 있다. 즉 의료기관 규모별로 基準酬價에 일정한 가산율을 적용하고 있다(3차 30%, 종합병원 23%, 병원 15%, 의원 10%). 또한, 종합병원급 이상에 대해 전문의 진료에 대해서는 指定診療料로서 기준수가의 50~100%(대부분 100%)를 가산하고 있다.

의료기관 규모별 가산율은 醫療機關 資本費用(시설투자)의 차이를 반영하고, 가격차이에 의한 의료전달체계 정착을 유인할 의도로 시행되고 있다. 그러나 가산율에 의한 가격차별 정책이 환자의 大型醫療機關 選好行態를 교정하는 데에는 실패하고 있으며, 가산율 산정의 과학적인 근거가 미흡하다.

더구나 의료기관 규모별 外來 本人一部負擔率의 差等(의원 30%, 병원 40%, 종합병원 55%)을 추가적으로 고려할 때 환자의 대형병원 선호행태는 더욱 극명하다. 또한 향후 기본 네개 진료과목만 갖추면 종합병원을 표방할 수 있는 등 의료기관종별에 대한 규제가 완화되는 경우 종별가산율에 대한 재검토가 필요하다.

〈表 IV-6〉 大型醫療機關 選好 推移

| | | 의 원 | | 병 원 | | 종합병원 | |
|----------------|------|--------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | | | 지수 | | 지수 | | 지수 |
| 의료기관수 | 1980 | 6,344 | 100 | 240 | 100 | 82 | 100 |
| | 1990 | 10,935 | 172 | 328 | 137 | 228 | 278 |
| | 1994 | 13,647 | 215 | 380 | 158 | 252 | 307 |
| 병 상 수 | 1980 | 24,876 | 100 | 17,269 | 100 | 20,386 | 100 |
| | 1990 | 33,011 | 133 | 19,425 | 112 | 66,625 | 327 |
| | 1994 | 39,836 | 160 | 30,161 | 175 | 91,172 | 447 |
| 상근의사수 | 1981 | 6,826 | 100 | 1,177 | 100 | 5,914 | 100 |
| | 1990 | 11,402 | 167 | 1,668 | 142 | 14,838 | 251 |
| | 1994 | 14,559 | 213 | 2,066 | 176 | 20,515 | 347 |
| 보험진료비 비중(%) | 1981 | 53.1 | | 11.8 | | 35.1 | |
| | 1990 | 47.9 | | 8.0 | | 44.1 | |
| | 1994 | 41.9 | | 8.4 | | 49.6 | |

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각년도.
의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각년도.

지정진료제(특진)는 세부전공에 관계없이 전문의이면 指定診療를 하는 등 본연의 취지에서 벗어나 있다. 지정진료료는 保險酬價基準 中 行爲料에 50~100%를 가산하여 부과하도록 하고 있으나(거의 100%를 부과하고 있음), 의사의 행위와 직접 관계가 없는 入院料 및 臨床病理檢査 등 진료비에 지정 진료비가 부과되거나 기준이상의 과다한 진료비가 부과되고 있는 실정이다.

〈表 IV-7〉 非給與 項目中 指定診療料의 比重

(단위: %)

| | 3차 기관 | 종합병원 |
|-------|-------|-------|
| 지정진료료 | 38.8 | 21.0 |
| 식 대 | 22.1 | 31.3 |
| 상급병실료 | 21.5 | 21.8 |
| 기 타 | 17.6 | 26.0 |
| 계 | 100.0 | 100.0 |

註: 종합병원급 283개중 지정진료제가 적용되는 3차기관 40개, 종합병원(400 병상 이상) 64개를 대상으로 하여, 표본조합이 조사한 자료임.

나. 酬價水準 算定の 客觀性 未洽 및 決定節次의 合理性 缺如

醫療保險酬價는 의료보험제도 도입 이후 정부에 의해 규제되어 왔고, 수가수준의 결정을 위한 객관적 기준이 마련되어 있지 않고 결정과정상 醫療消費者와 供給者의 의견이 충분히 반영되고 있지 않았다. 이러한 현행 醫療保險酬價의 算定 및 決定節次를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 보건복지부는 의료기관에 대한 ‘經營收支分析’을 연구기관에 의뢰하여 수가인상조정률을 건의하도록 한다.

둘째, 이러한 건의를 기초로 보건복지부는 物價水準이나 保險財政 등을 고려하여 조정안을 제시한다.

셋째, 보건복지부의 조정안은 재정경제원과 最終 協議하여 결정된다.

1) 酬價引上率 算定の 信賴性과 客觀性 未洽

제도 도입 이후 酬價引上調整은 병원경영분석 자료에 의해 행하여져 왔는데, 1978~81년, 1987년은 한국생산성본부, 1982~86년은 보건사회연구원, 1988년 보건의료정책연구소, 1989년 한국개발연구원, 1990~92년 삼일회계, 1992년 이후는 의료관리연구원에서 수행되어졌으며, 1994년 서울대학교 보건대학원의 연구가 있었다.

대부분의 酬價引上率 算定方法은 다음과 같다.

$$\begin{aligned} \text{수가인상률} = & \text{인건비 비중} \times \text{임금상승률(단, 의사의 경우 소비자물} \\ & \text{가 상승률 혹은 경제성장률)} + \text{의약품등 재료비 비중} \\ & \times \text{소비자물가상승률(혹은 도매물가상승률)} + \text{관리비} \\ & \text{비중} \times \text{소비자물가 상승률(혹은 GNP deflator)} + \alpha(\text{감} \\ & \text{가상각비, 환경변화요인 등}) \end{aligned}$$

이러한 算定方法上 문제는 의료기관의 經營收支分析의 根據가 되는 회계상 자료의 信賴性과 客觀性을 보장할 수 없다는 데에 있다. 따라

서 연구결과를 정책에 반영하기 위한 논리적 근거를 제공하는 데에 한계가 있다.

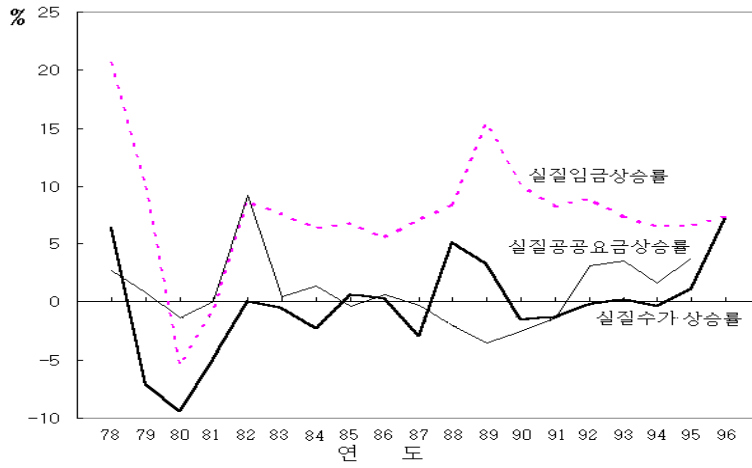
2) 酬價 決定節次의 合理性 缺如

醫療保險酬價의 決定構造가 소비자와 공급자의 의견이 반영되는 데에 미흡하다. 또한 수가인상의 시기가 매년 정기적으로 결정되지 못하여, 병원경영의 예측 가능성을 낮추고 정부와 의료계간의 紛爭의 素地가 되고 있고, 醫療保險酬價 기준이 법률상 소비자, 공급자 및 공익대표등으로 구성된 ‘醫療保險審議委員會’를 심의를 거쳐 결정하도록 되어 있으나 동 위원회가 그 기능을 충분히 수행하지 못하고 있다 (附錄 3 參照).

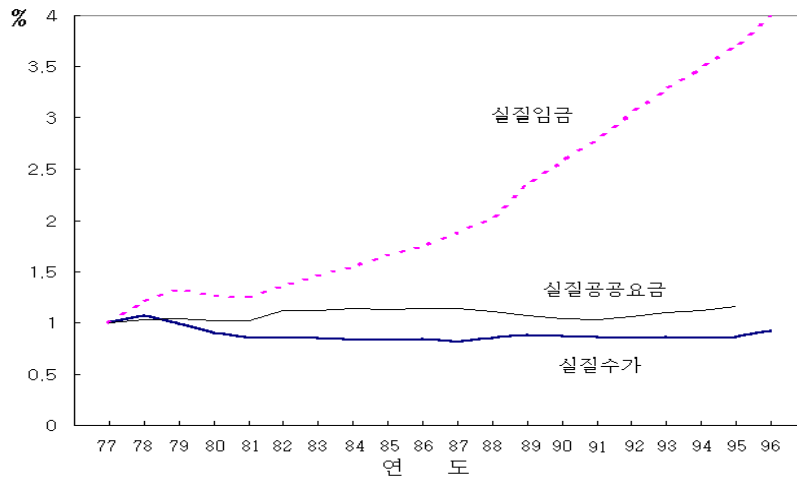
정부의 物價抑制 論理 側面에서 保險酬價를 산정하는데 이러한 保險酬價는 관인요금으로 분류되어 있고, 消費者 物價指數 470품목중 保險酬價와 직접 관련된 보건의료항목은 9개 항목(보건의료서비스 8개항목, 의약품중 한방약 1개항목)이며, 物價上昇 寄與度는 0.0319이다. 그러나 9개항목의 保險酬價 關聯項目이 보건의료물가를 대표하는데에는 한계가 있다. 즉 9개항목에서 제외된 給與項目, 非保險 一般酬價, 韓方醫療關聯 支出 등이 의료물가에 큰 영향을 미치고 있다. 한편 의료보험수가가 관인요금으로 분류되어 있지만, 公共料金 引上率과 비교하여도 낮게 통제되어 왔다.

또한 특히 공공서비스료와 의료보험수를 비교할 때 주의하여야 할 점은, 공공서비스는 공급자가 수요를 유인하기 어려운 데에 비하여, 의료서비스는 供給者(의사)가 需要(환자의 진료량)을 결정할 수 있다는 것이며, 따라서 가격통제에 의한 총지출 통제가 의료부문의 경우 한계가 있다는 점에서 診療費總額 統制가 가격통제보다 유효한 政策手段이 될 것이다.

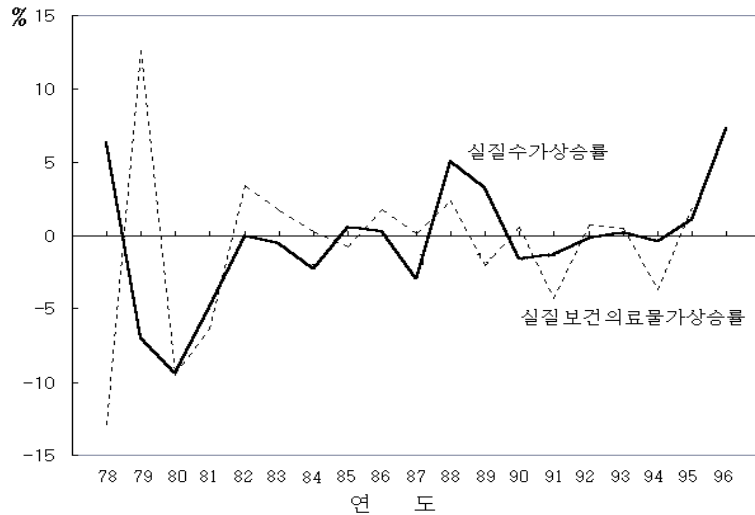
[圖 IV-2] 醫療保險酬價, 公共料金, 賃金の 年度別 上昇率 推移



[圖 IV-3] 醫療保險酬價, 公共料金, 賃金 上昇率 累積指數



[圖 IV-4] 醫療保險酬價와 保健醫療物價 上昇率의 年度別 比較



다. 急增하는 保險診療費

1) 低酬價下에서 診療量 急增에 의한 醫療費 上昇

의료보험제도의 도입은 의료수요의 급격한 증가를 가져왔으며 또한 행위별수가제 하에서 醫療供給者의 誘引需要 창출노력으로 의료비지출이 지속적이며 급속한 속도로 상승하고 있는 추세이다. 또한 의료 서비스의 需要者와 供給者側에서 상호 비용의식적인 인센티브 장치가 없어 過多利用, 過剩診療, 高價醫療利用 등으로 의료자원이 낭비되고 있다.

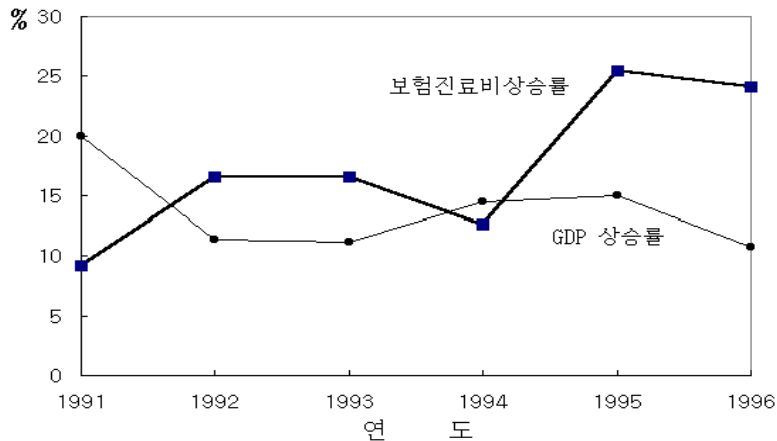
〈表 IV-8〉 保險診療費와 GDP의 增加推移

(단위: 10억원, %)

| | 보험진료비 | 증가율 | GDP | 증가율 |
|------|-------|-------|---------|-------|
| 1991 | 3,201 | - | 215,734 | - |
| 1992 | 3,731 | 16.56 | 240,392 | 11.43 |
| 1993 | 4,348 | 16.54 | 267,146 | 11.13 |
| 1994 | 4,897 | 12.63 | 305,970 | 14.53 |
| 1995 | 6,144 | 25.46 | 351,975 | 15.04 |
| 1996 | 7,624 | 24.08 | 389,979 | 10.80 |
| 평균 | | 18.95 | | 12.57 |

註: 보험진료비는 보험급여비 + 환자본인의 법정 일부부담분

〔圖 IV-5〕 保險診療費上昇率과 GDP上昇率 比較



醫療保險酬價와 직접 관련된 診療費(의료보호, 자동차보험, 산재보험 포함)는 1995년 기준 7조 8780억원이며, 이는 國民醫療費(16조 4827억¹¹⁾으로 추정의 약 1/2 에 해당한다. 총진료비(7조 8780억원)의

11) 자세한 국민의료비추정은 신종각, 임재영(1997) 참조

구성은 의료보험 78.0%, 의료보호 8.4%, 자동차보험 10.1%, 산재보험 3.5%로 되어 있다. 또한 공무원, 사립학교교직원 및 군인 등 3개 공적 연금제도하의 公務上療養費도 보험수가에 기초하고 있으므로 이를 합산하면 보험수가에 기초한 總診療費는 더욱 증가할 것이다.

2) 現行 行爲別 診療費 支拂制度의 醫療費 管理機能 微弱

현행 行爲別酬價制는 공급자의 진료량에 따라 사후에 지불받으므로 항목별 가격만 통제하고 診療費總額을 관리할 장치가 없다. 또한 請求 및 審査業務가 과중하고, 審査機構와 醫療界間에 진료의 전문성과 자율성에 대한 마찰이 있으며, 항목별 수가수준에 따라 高價診療行爲의 選擇 및 高價醫藥品の 選好 등을 초래하며, 따라서 의료서비스에 대한 질 관리에 한계를 나타내고 있다. 한편 의료기관의 診療費請求를 청구대행업체에 위탁함으로써 診療費의 過多·不當請求의 가능성이 있다. 위탁받은 청구대행업체는 청구액의 3~5%의 수수료를 받고 있으며, 그외에도 환자의 정보를 불법으로 이용할 위험이 있다.

더구나 향후 보험급여확대, 노령화 및 보험수가수준 현실화가 이루어지는 경우 진료비의 증가가 가속될 것으로 예상된다.

2. 酬價體系 改編의 基本 「틀」

국가정책으로서 의료보험의 진료수가정책은 지나친 酬價統制 政策에서 자원이용의 효율성, 국민건강의 향상, 의료공급자의 생산(진료)행태 및 의료수요자의 醫療利用行態의 正常化를 통한 의료의 질 향상 등 보다 근원적인 정책목표를 염두에 두어야 할 것이다.

적정진료에 의한 醫療의 質과 의료자원 이용의 效率性 提高 및 의

료기관의 경영정상화 등 다각적인 목표를 달성하기 위한 醫療保險酬價體系改編의 基本 「틀」은 다음과 같다.

우선 첫째로 保險酬價구조를 적정화하는 것으로 수가구조의 진료과목 및 서비스항목간 왜곡 완화를 통하여 의료자원을 효율적으로 활용하여야 할 것이다. 특히 相對價值酬價體系(RBRVS)를 기초한 수가구조의 조정이나 일차의료 정상화를 위한 수가구조의 조정이 필요하다.

둘째, 保險酬價水準의 適正化로 의료기관들에 대한 適正 診療收入 確保와 적정진료량으로 의료서비스 질을 향상하여야 한다. 이러한 수가 적정화를 위하여 酬價算定模型에 의한 수가인상률을 산정하고, 인상률을 결정할 때 소비자, 공급자, 보험자 및 정부간 협의에 의한 민주적인 절차에 따라 매년 정기적으로 인상조정하여야 한다.

셋째, 과도한 보험진료비의 효과적 통제장치가 마련되어야 한다. 진료비 효과적 통제를 통해 國民醫療費 適正化 및 保險財政 健全性 確保하여야 한다. 그러한 방안으로 단기적으로 진료비 심사 및 실사를 강화하고, 의료기관들의 領收證發給을 義務化하며, 장기적으로 診療費支拂 制度의 개편을 통한 診療費 總額管理로 통제하여야 한다.

한편 保險酬價체계와 관련하여 保險酬價와 직접 연계된 指定診療料와 의료기관 규모별 수가가산율, 산재보험 진료비 및 자동차보험 진료비를 포함한 포괄적인 관점에서의 政策樹立이 필요하다.

따라서 수가체계의 개편은 일차적으로 수가구조의 적정화가 확보되어야 하며, 이를 바탕으로 價格(保險酬價)을 적정수준으로 끌어올리는 한편 진료량을 適正水準으로 끌어내리는(불필요한 공급 및 수요 등 ‘거품’의 제거) 방향으로 정책을 추진하여야 할 것이다. 그러나 진료량에 대한 직접적인 통제는 한계가 있으므로, 診療費總額을 관리하는 정책을 기초로 하여 의료계에서 자율적으로 진료량을 통제하도록 유도하는 것이 바람직하다. 또한 진료비에 대한 통제를 통하여 진료량

이 줄어들더라도 치료효과는 감소하지 않으며, 오히려 불필요한 진료나 의약품 및 의료기기 사용의 오남용을 줄일 수 있는 肯定的 效果를 기대할 수 있다.

3. 酬價體系의 改編方向

진료행태의 정상화를 통한 의료서비스의 질적 개선과 의료자원의 효율적 이용, 그리고 의료기관의 경영정상화 및 국민의료비 부담의 적정화를 위하여 몇가지 대안을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 보험수가구조를 적정화하는 것이 우선과제로써 의료행위에 소요되는 자원투입량에 기초하여 수가를 조정하는 「相對價值酬價體系」를 1998년부터 단계적으로 도입하여 2000년에 전면 실시하고, 주기적으로 相對價值體系를 재평가한다. 이와 병행하여 2000년 이전에는 필요에 비하여 과소 제공되거나 기피되는 진료서비스 수가를 우선적으로 인상시키는 부분적인 構造調整을 시행하여야 한다.

둘째, 보험수가수준을 적정수준으로 현실화하는 것으로 「醫療保險 酬價算定模型」에 기초하여 酬價引上率을 산정하되, 「醫療保險 酬價 審議委員會」를 신설하여 의료소비자, 공급자, 보험자 및 정부간 협의에 의하여 매년 정기적으로 수가인상률을 결정한다.

셋째, 진료비를 효과적으로 관리할 장치를 마련하기 위해 단기적으로는 진료비 심사 및 실사 기능 강화와 영수증발급의 의무화를 통하여 不當·過剩請求 등 ‘거품’을 제거하고, 장기적으로는 診療費支拂制度의 改編을 통한 진료비 총액관리 중심으로 정책적 전환을 모색한다.

이러한 수가체계 개편의 기대효과는 <表 IV-9>와 같다.

〈表 IV-9〉 醫療保險 酬價體系 改編의 期待效果

| | 醫療需要者 | 醫療供給者 | 保險者(정부) |
|-----------------------------------|----------------------|--|---|
| 酬價構造調整 | | | |
| 相對價值酬價體系(RBRVS) *부분적인 수가 구조 조정 | -진료정상화로 적정진료 혜택 | -자원투입에 대한 정당한 보상(공급자 간 형평성 제고) -구조조정을 통한 수가 현실화 기여 -전공의 공급 왜곡 시정 | -보험재정의 비용 효과성 제고 -국가예산집행의 효율성 증대 |
| 指定診療制 縮小(혹은 閉止) | -본인부담 감소 | -종합병원 수입 감소 | -급여지출 감소의 간접적 유인 제공 |
| 酬價水準 適正化 | | | |
| 酬價引上調整 | -보험료 인상 -서비스개선 기대 | -수입증대 -적정진료여건 마련 | -보험재정 압박 (보건복지부) -정부부담 증가 (재정경제원) |
| 診療費 統制 | | | |
| 審査·實査 강화 | -‘거품’제거로 적정 진료 | -진료 전문성, 자율성 저해 우려 | -불필요한 보험 재정 절약 -국고 절약 |
| 總額契約制 (예산제) | -과잉진료 억제 -과소진료 우려 | -예산제약내 경영효율화 유인 -의료계 자율적 진료량 통제 | -보험재정의 통제 및 예측가능성 증대 -국고지원의 한계 설정 명확화 |

가. 保險酬價 構造의 適正化

1) 相對價值酬價體系의 導入·實施

진료행위별 수가항목간 형평성을 유지하기 위하여 『相對價值酬價體系』를 1998년부터 단계적으로 도입하여 2000년에 전면 실시하고, 주기적으로 상대가치체계를 재평가한다. 여기서 『相對價值酬價體系』란

醫療供給者의 醫療行爲에 소요되는 資源投入(업무량 및 투입비용)에 기초하여 수가구조를 조정하는 제도로써, 相對價値酬價體系 導入의 基礎가 되는 새로운 표준의료행위 분류(9,000여개)를 保險酬價項目(현재 3,300여개)으로 적용하기 위한 준비작업(전산화 작업 등)이 추진되어야 한다.

2) 診療傳達體系 正常化와 專攻醫需給 適正化를 위한 酬價構造 調整

相對價値酬價體系에 의한 수가구조조정 외에 診療傳達體系의 正常化와 專攻醫 需給을 適正化 하기 위한 수가구조 조정이 필요하다. 진료전달체계를 정상화하기 위하여 醫療機關種別 酬價加算率 政策의 전환을 모색하여야 하며, 대안으로써 의료기관 규모보다는 1, 2, 3차 기능별 診療特性이 반영될 수 있는 酬價體系를 개발하여 적용하도록 한다. 즉 1차 의료관련 수가(진찰료 등)를 상대적으로 대폭 인상시키고, 3차 의료에 대해 치료 중심에서 연구기능을 강화할 수 있도록 關聯酬價를 대폭 인상하거나 신설하도록 한다.

또한 專門醫療人力 需給適正化를 위해 진료를 기피하는 專攻科目과 관련되는 수가 항목을 상대적으로 큰 폭으로 인상(예, 외과수술료, 치료방사선, 마취 등)하도록 하여야 하며, 이를 위하여 相對價値酬價體系의 연구결과를 이용하도록 한다.

3) 指定診療制('特診')의 規制 強化 및 長期的인 閉止 檢討

종합병원급 이상에서 전문의 진료에 대해 기준수가의 100%를 가산하는 지정진료제 운영에 대한 규제를 강화하기 위하여, 단기적으로는 지정진료의사의 자격을 제한하고(예: 전문의 경력 10년 이상), 장기적으로는 指定診療制를 폐지하는 방안을 검토하여야 한다. 指定診療 規制 및 廢止에 따른 수입감소에 대해서는 수가체계개편 등 다른 수단

에 의해 보전하도록 한다.

4) 人口의 質的 管理 側面에서의 酬價構造 調整 檢討

인구정책이 양적 관리에서 질적 관리로 전환하고 있는 점에 비추어 생애주기별로 나타나는 疾病危險을 적극 豫防하고 건강의 질을 향상하기 위한 診療酬價政策을 검토한다. 예로써 출산시 정상분만수가, 40대 사망위험요인과 관련한 예방 및 치료 관련수가(위암, 순환기계 질환 등), 노년기 고혈압 등을 들 수 있다.

나. 保險酬價 水準의 適正化

수가수준의 적절한 현실화의 기준은 理論的·科學的으로 산정하기 어렵다. 그 이유는 수가인상이 이루어 짐과 아울러 진료량이 자율적으로 통제되지 않는다면 酬價現實化가 기대하는 효과(예: 적정진료, 서비스 개선)를 얻을 수 없기 때문이다. 醫療保險 酬價水準의 算定과 관련한 爭點事項에 대하여는 附錄 4를 참조하기 바란다.

1) 『醫療保險 酬價算定模型』에 따른 酬價引上率 算定

수가인상률 산정의 과학적 기준 설정의 한계에도 불구하고, 保險酬價算定 模型에 따른 수가인상률의 준칙을 합의하는 것이 바람직하다. 또한 수가산정모형에는 병원경영수지와 관련된 미시적 변수와 國民醫療費, 物價, 賃金 등 거시경제적 변수가 포함되도록 한다.

보험수가산정 모형은 다음 네 가지 기준에 따른 수가인상률을 기초로 각 기준별 가중치를 적용하여 平均引上率을 산정하도록 한다.

(기준 1) 醫療機關 經營 側面: 병원경영분석상 인건비, 의약품등 재료비, 관리비, 연구개발비 등 구성항목별로 항목별 가격

지수와 비중(Weight)을 곱한 가중평균(Weighted Average)에 의해 인상률을 결정.

(기준 2) 物價 側面: 공공서비스 가격 인상률을 기준으로 함.

(기준 3) 保險財政 側面: 보험진료비 증가율을 GDP 증가율로 통제하는 경우 진료량의 증가추세를 차감한 수가인상률을 계산함.

(기준 4) 醫療費 關聯指標 側面: 연령별 진료비(U-curve)를 기초로 인구 노령화에 따른 진료비 증가추이를 반영하고, 기타 보험급여 확대에 따른 평균적인 수가수준 인하 요인을 고려함.

4가지 기준별 가중치는 후술하는 「醫療保險酬價 審議委員會」에서 협상에 의해 결정한다.

특히 유의하여야 할 점으로써, 수가산정모형에 의한 수가의 평균적인 인상조정률은 수가항목간 구조가 적정하다는 전제를 기초로 하여야 하며, 수가구조가 적정하지 못할 경우에 모든 항목을 균일하게 인상하는 것은 오히려 왜곡을 심화시키는 비효율을 낳을 것이다.

2) 「醫療保險酬價審議委員會」의 新設을 통한 酬價決定의 專門性和 合理性 確保

수가결정과정의 透明性和 客觀性을 확보하기 위하여 「醫療保險酬價 審議委員會」를 신설하여 수가심의기능을 강화한다. 동위원회에는 수요자와 공급자, 보험자 대표가 참여할 뿐 아니라 국무총리실, 보건복지부 및 재정경제원의 참여를 통한 부처간 의견을 조율하도록 하며, 실질적인 酬價審議機能을 부여하기 위하여 보건복지부장관을 통하여 보험자 및 요양기관에 대해 필요한 資料 要請과 經營實查를 할 수 있도록 한다.

동위원회의 酬價審議機能에는 수가수준 및 수가구조의 조정 뿐 아니라 총진료비의 동향, 의료환경 변화 및 보험급여 확대에 따른 새로운 酬價項目의 新設 등을 심의하도록 한다.

의료환경변화로는 의공학 및 의약학의 발달에 따른 새로운 醫療技術行爲, 集團開院, 通院手術(Day-surgery), 특수클리닉 및 전문병원, 豫防診療, 家庭看護, 長期療養院 등 새로운 수요에 따른 수가를 개발한다. 醫療保險 酬價審議委員會의 酬價審議를 원활히 하고 심의활동을 보좌하기 위하여 위원회는 관계전문가 및 정책실무자로 구성된 ‘醫療保險酬價 算定 專門委員會’를 운영하도록 한다.

다. 診療費의 效果的 管理裝置 마련

1) 政府의 酬價政策의 轉換: 診療費 總額 管理와 酬價構造 調整

정부는 수가인상률 통제에 의한 低酬價政策이 진료비를 효과적으로 억제하는 데에는 한계가 있음을 인식하고, 診療費總額을 관리하는 방향으로의 정책적 전환이 필요하다. 이와 더불어 수가수준 보다는 진료수가의 구조조정에 정책적인 관심을 기울여야 할 것이다.

診療費總額을 관리하기 위해서는 장기적으로 診療費總額 契約制와 같은 診療費支拂制度의 改編을 모색하고, 단기적으로는 진료비 심사 및 실사제도의 강화, 영수증 발급의 의무화 등을 통하여 진료비의 不當·過剩 請求 등 ‘거품’을 제거하도록 하여야 한다.

2) 長期的으로 診療費支拂制度의 改編 摸索

의료비의 효율적인 관리와 적정진료행태를 확보하기 위해 장기적으로 診療費支拂制度의 改編을 모색한다. 이러한 하나의 대안으로 보험자(단체)와 공급자(단체)간 계약에 의해 診療費總額을 정하는 診療費

總額 契約制의 導入을 장기적으로 검토할 수 있다. 즉 진료비총액의 예산 제약하에 공급자가 투입요소들의 최적결합을 통하여 투입비용을 최소화하려는 유인을 이끌어냄으로써 行爲別 酬價制에 의한 진료행태의 왜곡을 막을 수 있으며, 이는 가격통제와 같이 의료공급자의 진료 과정에 保險者(정부)가 직접 개입함으로써 진료행태가 歪曲되는 비효율성도 피할 수 있다.

이러한 豫算制가 도입되기 위해서는 診療費總額이 의료기관별로 배분되는 豫算割當方案이 개발되어야 한다. 진료비지불의 세계적 추세는 가격통제에서 총진료비 통제(가격×공급량×서비스종류)로 통제의 단위가 확장되고 있다(附錄 3 參照). 예를 들어, 예산의 증가를 GDP증가 및 노령화속도 등과 연계 가능하며, 구체적인 예산 배분(진료비심사 포함)은 필요한 정보와 지식을 가지고 있는 醫療供給者 團體가 주도하는 것이 합리적이다.

診療費總額契約制와 같은 예산제가 도입되기 위한 보완장치 사항은 다음과 같다.

첫째, 의원과 병원의 경영실태, 재무성과와 원가구조 등에 관한 객관적 자료와 특히 병원의 회계기준이 정립되어야 한다.

둘째, 診療傳達體系의 確立을 통한 의료기관의 기능적 분화 및 一般醫와 專門醫間 역할분담이 정립되어야 한다.

셋째, 總額診療費 契約制가 특정 진료영역(즉 보험진료)에만 적용될 때에는 비보험 진료영역으로의 대체효과가 발생할 우려가 있으므로 보험급여의 지속적인 확충이 필요하다.

넷째, 의료의 질 관리를 위한 시스템이 구축되어야 한다. 즉 경증의 환자를 선택하거나 필요한 의료서비스를 제공하지 않을 가능성이 있으므로 醫療서비스 評價制度가 확립되어야 한다.

다섯째, 醫療紛爭調整制度가 정착되어야 한다.

여섯째, 의료공급자단체의 협상대상인 보험자(혹은 보험자단체)가 확립되어야 하며, 협상의 문화를 정착하기 위한 상당기간의 試行錯誤와 經驗이 필요할 것이다.

3) 診療費 審査 및 實查制度의 強化

診療費支拂制度의 改編은 장기간이 소요될 수 있으므로, 단기적으로 진료비의 효과적 통제를 위하여 진료비 심사 및 실사제도를 강화하고, 진료비 심사의 효율성을 제고하기 위하여 진료비를 電子文書交換方式에 의하여 청구하도록 의료보험 전산망을 조속히 구축하고, 진료비 심사기법도 개발하도록 한다. 이러한 사전적 심사와 병행하여 사후적으로 標本醫療機關(지역별, 규모별)을 선정하여 실사하고, 실사 결과 不當·過剩請求가 적발되는 경우 강한 벌칙을 부가하도록 한다.

4) 信用卡 決濟에 의한 領收證 發給의 義務化

모든 의료기관에서 신용카드에 의한 진료비 결제를 의무화함으로써, 환자의 편의를 도모하고 領收證 發給을 통해 투명성을 확보하도록 한다. 이를 통하여 진료비 총액규모를 파악함으로써 診療費 總額管理를 위한 政策 樹立과 診療費支拂制度 개편의 여건을 마련할 수 있다.

參 考 文 獻

- 권순원 외, 『의료보험요양취급기관 경영수지분석 연구보고서』, 한국개발연구원, 1989.
- 魯仁喆 외, 『醫療市場 開放에 따른 의료서비스 競爭力 強化方案』, 韓國保健社會研究院, 1996.
- 辛宗珏, 林裁永, 『1995년도 우리나라의 國民醫療費와 推移分析』, 『보건복지포럼』 통권 제14호, 1997.
- 大韓病院協會, 『全國病院名簿』, 각년도.
- 保健福祉部, 『保健福祉統計年譜』, 각년도.
- 보건의료정책연구소, 『의료보험수가조정을 위한 연구보고서』, 1988. 12.
- 삼일회계법인, 『의료보험요양취급기관 경영수지분석 연구보고서』, 1990.
- _____, 『의료보험요양취급기관 경영수지분석 연구보고서』, 1991.
- _____, 『의료보험요양취급기관 경영수지분석 연구보고서』, 1992.
- 서울대학교 보건대학원, 『'95년도 의료보험수가적정조정률 산정에 관한 연구』, 1994.
- 醫療保障改革委員會, 『醫療保障改革課題와 政策方向』, 1994.
- 醫療保險管理公團, 『外國의 醫療保障動向』, 1993.
- _____, 『醫療保險統計年譜』, 각년도.
- _____, 『醫保動向』, No.122, 127, 128, 132.

醫療保險聯合會, 『醫療保險統計年譜』, 各년도.

統計廳, 『物價年譜』, 各년도.

한국생산성본부, 『의료보험수가 적정화방안 조사연구보고서』, 1979.

_____, 『의료보험요양수급기관 경영수지 조사연구보고서』, 1981.

_____, 『의료보험요양수급기관 경영분석 연구보고서』, 1987.

韓國銀行, 『經濟統計年譜』, 各년도.

한국인구보건연구원, 『의료보험수가 적정화방안 연구보고서』, 1985.

한국의료관리연구원, 『의료보험요양취급기관 경영수지분석 연구보고서』,
1992.

_____, 『'94년도 의료보험 수가조정률에 관한 연구』, 1993.

_____, 『'95년 의료보험수가 산정방법론 개발을 위한
세미나』, 1994. 9.

_____, 『의료보험 수가정책의 발전방향』, 1994.

Charles Normand and Axel Weber, *Social Health Insurance: a Guidebook
for Planning*, World Health Organizaton, 1994.

Creese, Andrew, "Global Trends in Health Care Reform," *World Health
Forum*, Vol.15, No.4, 1994, pp.317~322, 1994.

Ellis, Randall P. and Thomas G. McGuire, "Supply-Side and Demand-Side
Cost Sharing in Health Care," *Journal of Economic Perspectives*,
Vol.7, No.4, 1993, pp.135~151.

NERA, *Financing Health Care with Particular Reference to Medicines*,
Vol.1~16, May 1993 and Vol.17, 1994.

OECD, *OECD Health Systems, V.1: Facts and Trends 1960-1991*, 1993

_____, *The OECD Observer*, No.192, 1995. 1.

Schneider, Markus, Rudolf K. H. Dennerlein, Aynur Kose, Lea Scholtes,
“Health Care in the EC Member States(Health Policy Special
Issue),” *Health Policy*, Vol.20, No.1&2, Elsevier Science Publishers
B.V., 1992.

World Bank, *World Development Report*, 1993.

附 錄

附錄 1. NERA의 標準醫療保險 財政運營 模型

여기에서는 NERA (National Economic Research Associates)¹²⁾가 제안하는 標準的 醫療保障模型을 소개하고자 한다.

適用範圍: 基本的 醫療保障給與에 대한 包括的 適用은 강제적이다.

構造: 個人은 GHCP에 대해 그들이 保險者(보험금고)를 選擇할 수 있으며, 보험자는 가입을 거절하지 못한다.

財政: GHCP에 대한 財源은 세가지로 구분된다. 첫째, 所得比例 保險料는 중앙금고에 납입된다. 중앙금고로부터 각 보험자(보험금고)는 등록환자당 고정된 危險比例의 인두제로 지불받는다. 둘째, 개인은 그들이 선택한 보험금고에 危險比例 保險料를 납입한다. 그 보험료는 금고간에 달라진다. 셋째, GHCP범위내의 모든 서비스에 대한 강제적인 本人負擔이 있다.

支拂方式: 保險者(보험금고)는 의료공급자가 해당 가입자에게 제공한 진료에 대해 보상한다. 보상수준은 協議된 契約 혹은 시장에 의한 標準價格을 통해 결정될 것이다.

의료제도의 주요 참가자는 保險者, 醫療供給者, 政府, 醫療需要者(환자), 그리고 醫療技術 및 醫藥品の 供給者 등이다. 그러면 이들의 역할과 관계에 대해 좀더 구체적으로 설명해보자.

12) NERA는 세계적인 전문용역회사인 Marsh & McLennan의 자회사로서, 1961년 설립되었고, 본부는 New York의 White Plains에 있으며 Brussel에 연구시설을 갖고 유럽과 미국 각지에 사무소를 운영하고 있다. NERA는 규제와 경쟁, 정책평가, 경영전략 등에 미시경제학의 응용을 통한 자문을 주로 하고 있다.

가. 適用範圍

醫療財政은 정부 보다는 주로 保險金庫를 통해 이루어진다. 보험금고의 공식적 역할은 GHCP에 포함된 서비스를 그들의 가입자를 위하여 구입하는 것이다. GHCP는 加入者의 權利를 규정하고 社會的 連帶에 대한 사회적 입장을 반영하고 있다. GHCP는 支拂能力에 관계없이 의료행위와의 접근이 필요한 일련의 상태로 정의된다. 여러가지로 정의될 수 있겠지만 하나의 가능한 정의방법으로서 다음 세가지 기준을 만족시키는 상태들을 포함하여야 한다.

첫째, 질병상태에 대한 어떤 형태의 진료를 방해한다면 그 환자의 健康上 威脅이 되며, 둘째, 질병상태의 치유에 일반적인 소득수준에 비추어 많은 費用이 요하며, 셋째, 환자에게 치료비를 과거의 貯蓄으로서 충당하도록 기대하는 것이 비합리적일 경우이다. 물론 다른 정의방법도 가능할 것이다. 보험금고가 예상가입자에게 제공하는 모든 의료서비스는 최소한 GHCP를 포함하여야 한다. 가입자들은 낮은 보험료를 조건으로 어떤 서비스를 배제하려는 의료서비스 상품을 살 수 없다. GHCP에 대한 보험금고에의 가입을 모든 국민에게 義務化하며, 보험금고는 GHCP의 적용을 희망하는 어떤 가입자라도 가입을 거절할 수 없도록 한다.

나. 財政

보험금고는 GHCP내의 서비스제공에 대한 비용에 대해 가입자들에게 보험료를 청구한다. 보험료는 가입자의 本人負擔을 포함한 다음과 같은 세가지 財源으로 구성된다.

첫째, 所得比例保險料로서 정부에 의해 Payroll Tax로 징수되어 중앙

금고에 넘겨진다. 중앙금고는 보험자(금고)에게 등록된 가입자당 危險比例의 人頭制로 지불한다.

둘째, 가입자가 직접 보험금고에 지불하는 보험료이며, 금고간에 保險料隔差가 존재하게 된다. 그 격차는 다음 두가지 조건에 의존하게 된다.

- a) 중앙금고에 의해 고려되지 않은 殘存危險: 이는 개인의 통제밖에 놓여있는 요소와는 관련되지 않는다. 개인이 통제불가능한 위험은 中央金庫가 조정한다. 잔존위험은 生活行態的 要因(예; 흡연)과 관련되며, 인두제에서 배제된다.
- b) 의료서비스를 구입하는 競爭的 保險金庫의 效率性: 경쟁적 의료시장에서 환자가 보험금고에 직접 지불하는 것은 보험자가 환자의 선호에 부응하도록 하는 유인을 제공한다. 보험자는 양질의 費用效果的인 의료를 구입하려 노력할 것이다.

셋째, 환자의 本人負擔分으로 이는 모든 환자와 모든 진료에 적용된다.

각국은 예상 의료비지출이 어떤 비중으로 이러한 세가지 재원으로 충당되어야 할 지를 결정할 것이다.¹³⁾ 保險金庫는 GHCP의 적용에서 제외되는 의료서비스를 가입자에게 제공할 수 있으며, GHCP범위 내의 서비스라도 가입자에게 더 많은 選擇의 機會 혹은 보다 良質의 서비스(예; 병원의 독실)를 제공할 수 있다. 이에 따른 追加的인 保險料는 競爭市場에서 보험자간에 결정될 것이다.

13) 네덜란드는 NERA가 제안하는 표준의료보장모형과 유사한 제도를 현재 도입하고 있다. 의료비지출의 85%는 소득비례 보험료로 조달되고, 15%는 개인이 직접 보험금고에 지불한다. 그리고 본인부담은 없다.

다. 診療費 支拂方式

醫療供給者로서는 일차진료의, 병원, 간병시설(Nursing and Community Homes), 그리고 의약품 생산자 및 유통업자 등이다. 모든 잠재적인 공급자는 일정한 자격조건에 따라 의료시장에의 자유로이 進入할 수 있도록 한다. 의약품공급자는 구입자, 즉 보험금고에 의해 보상되며 다음과 같은 두가지 경로를 통해 공급하게 된다.

- a) 標準價格에 의한 公開市場販賣: 표준가격은 병원에서의 질병군별 지불제, 의원에서의 진료행위별 수가제, 의료보조용품, 기술 및 의약품에 대한 가격을 기준으로 책정되는 것이 통상이다.
- b) 개별 공급자(병원) 혹은 공급자단체(의원들)와 보험자간에 協議된 契約

라. 政府의 役割

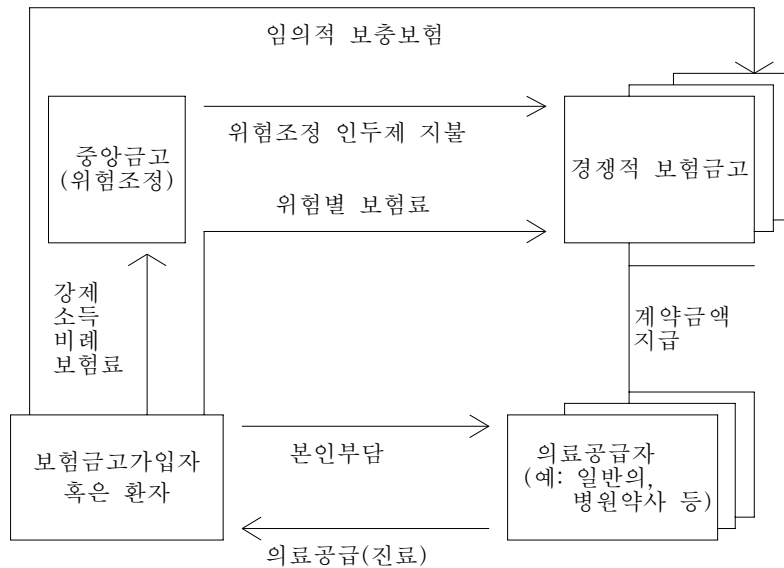
정부의 주역할은 모든 보험금고와 의료공급자가 일정한 조건을 충족시키고 있는지를 확인하는 것이다. 정부는 보험금고와 공급자간의 競爭을 監督하거나 필요할 경우 規制하기 위한 기구를 설립한다. 그 기구의 역할은 談合여부를 조사하고 合併에 대한 인가 등이다. 정부는 또한 醫藥品檢查機構를 설립할 수 있다.

정부는 의료시장에서 選好를 표시하기 어려운 의료수요자(예; 정신 질환자)를 위한 保險者의 역할을 하는 기구를 설립할 수 있다. 사회적 연대를 위해 이 기구의 재원은 중앙금고에서 조달될 수 있다. 정부는 GHCP의 내용과 중앙금고에 의한 危險調整事業을 관리, 감독한다. 중앙금고는 보험금고들에 의해 관리된다.

理想的인 제도로서 NERA는 여러 가지 지불방법들의 複合的인 지불제도를 제안하고 있으며, 주로 네덜란드의 제도와 그 개혁안을 원

형으로 하고 있다. 그 표준모형은 [附圖 1]과 같다. NERA의 제안에 따른 개혁의 방향과 절차에 대하여는 附錄 2를 참조하기 바라며, 우리나라의 의료보험 재정운영에 대한 改革勸告案은 附錄 3을 참조하기 바란다.

[附圖 1] NERA의 標準 醫療保險 財政運營方式: 競爭과 衡平의 醫療保障制度



附錄 2. NERA의 標準醫療保險 財政運營 模型으로의 改革方向과 節次

1. 改革方向

NERA의 標準模型은 市場經濟組織에 바탕을 두고 있는 産業化된 국가들의 醫療改革의 指針을 제공한다. 표준모형은 개혁의 궁극적 목표를 제시하지만 장기적으로 실현이 어려울 수도 있다. 특히 표준모형의 재정방식은 복잡하며 기존의 운영방식에 대한 상당한 개혁없이 적용되기가 어려울 것이다. 한편 비교적 쉽게 개혁이 가능한 분야 이더라도 政治的으로 수용하기 어려울 수가 있다.

여기서는 표준모형의 경쟁적인 재정운영구조를 향한 기존 의료제도의 장기개혁방향을 언급한다.

첫째, 租稅에 의한 재정운영유형의 경우(예: 캐나다, 이태리, 뉴질랜드, 스페인, 스웨덴, 영국) 地方事務所들간에 危險을 相計하고 정부가 통상 중앙금고의 역할을 수행한다. 개혁은 먼저 단기적으로 기존 지방청 혹은 지방사무소를 自律的이고 分權化된 購買組織(보험자)으로 전환하고, 다음에 장기적으로 이들을 競爭的 保險者(보험금고)로 전환시키는 것이다.

둘째, 社會保險에 의한 재정운영유형의 경우(예: 프랑스, 독일, 일본, 네덜란드) 보험자는 卞자율적이고 非이운동기적인 보험금고의 역할을 한다. 일부 국가의 경우 보험금고간 어느 정도의 경쟁이 있는 경우도 있다. 표준모형에 비교하여 사회보험방식은 금고들간 포괄적인 위험상계기능을 갖고 있지 못하다. 개혁은 먼저 단기적으로 금고들간의

어떠한 형태의 保險料報償 (예: 금고간의 保險料均衡)¹⁴⁾ 제도를 확립하는 것이고, 다음에 장기적으로 自律的이고 分權化된 商業的인 금고의 발전을 유도하는 것이다.

셋째, 民營保險에 의한 재정운영유형의 경우(예: 美國) 경쟁적인 이윤추구의 보험금고에 의해 재정이 운영된다. 금고들간에 보상기능은 존재하지 않는다. 政府의 介入(예: 조세면제)없이 보험적용의 疏外集團이 존재하게 된다. 標準模型과 비교하여 民營保險方式은 모든 국민에게 지불능력에 관계없는 GHCP를 보장하지 못한다. 개혁은 강제적인 國民皆保險을 도입하는 것이다.

어떠한 유형의 재정방식에 의하든지, 의료서비스는 복합적인 公共 및 民間供給者에 의해 제공된다. 대다수 국가들의 경우(예: 네덜란드, 독일, 영국, 스웨덴, 미국) 醫療供給者들은 自律的이고, 어느 정도 競爭的인 사업자로서의 역할을 가속화하고 있다. 이러한 현상은 표준모형과 근사하다. 의료재정방식이 개혁되지 않는다면, 정부는 어떤 재정적 문제가 발생할 때마다 개입하게 될 것이다. 이러한 정부의 개입은 의료비억제 수단으로서 총액예산제를 취하려 할 것이다. 따라서 의료시장이 獨立的인 保險者, 自律的인 供給者, 그리고 消費者主權에 바탕을 두도록 개혁되어야 할 것이다.

2. 改革의 段階的 節次

표준모형으로의 개혁을 위한 단계적 절차는 다음과 같이 요약가능하다.

14) 국가에 따라 보험금고가입자에게 직접적인 조세면제(tax credit) 혹은 다른 형태의 보조금 제공이 다른 하나의 방법이 될 수 있을 것이다.

가. 適用(Coverage):

1. GHCP의 定義 혹은 再定義
2. 強制的인 皆保險의 확립

나. 構造(Structure):

3. 보험자(금고)간의 保險料 均等化
4. 보험자의 財政不安定性 緩和
5. 의료서비스 購入者의 정립

다. 財政(Funding):

6. 의료제도의 總財政의 增加
7. 保險料의 조세로부터의 分離

라. 支拂方式(Incentives):

8. 病院의 疾病群別 支拂方式으로의 전환
9. 本人負擔制의 도입

이러한 개혁의 단계적 절차는 국가별로 다르게 적용될 것이다. 개혁단계는 네가지 군으로 구분되어 각각 설명될 수 있다.

첫째, 適用은 社會的 連帶의 확보로서, 모든 국민이 지불능력에 관계없이 일정한 의료서비스(GHCP)에 접근가능하도록 하는 것이다. GHCP는 각국이 모호하게 규정하여 伸縮的인 해석이 가능할 수 있다. 따라서 GHCP가 보장되지 못하거나 지속적인 비용증가하에서 제공될 수 있다. 강제적인 개보험은 미국의 경우에만 해당될 것이다.

둘째, 構造는 의료체계내의 제도, 조직 혹은 기구를 특정 개혁안을

향해 변경시키는 것이다.

保險者間の 保險料 均等化는 보험자가 피보험자의 질병위험별로 선택적으로 가입을 허용하는 것을 방지하기 위한 것이다. 危險比例보험료는 보험금고간의 보험료수준의 다양한 격차를 낳아 보험적용에서 소외되는 집단을 초래하게 될 것이다. 이는 조세재정방식의 경우에는 해당되지 않는다. 社會保險방식으로 운영되는 국가중 네덜란드는 中央金庫를 설립하고 있는 중이며, 프랑스는 이미 중앙금고를 운영하고 있다. 일본의 경우 자영자를 포함하는 국민건강보험에 보조금제도를 운영하고 있다. 그러나 독일의 경우 금고간의 보상제도가 없으나(연금수급자의 경우는 예외) 최근의 개혁안은 이를 고려하고 있다. 미국의 경우 강제보험이 도입되면 보험자간의 보험료보상제도가 필요할 것이다.

保險者의 財政的 不安定性的 緩和에 있어서는 일단 중앙금고가 설립되면 의료구입자(지방사무소 혹은 보험자)는 인두제형태의 예산을 받는다. 이에 따라 地域間的 負擔의 衡平性이 제고되고, 이러한 예산은 예상의료비지출과 연계되어 의료서비스구입을 효율화시켜 금고의 ‘Commercialisation’로 이르게 한다. 이러한 개혁은 구입자(보험자)간의 競爭의 持續的 誘導를 위한 선결과제이다. 캐나다, 스웨덴, 미국을 제외한 모든 국가에서 危險調整된 人頭制 도입을 진행시키고 있고, 네덜란드, 영국, 뉴질랜드에서는 이미 시행되고 있다. 美國이 ‘Managed Competition’ 모델로 개혁된다면 보험료의 배분을 위한 위험조정제도가 필요할 것이다. 캐나다와 스웨덴은 특별한 경우로서 양국 모두 지역의료서비스에 근간을 두고 있고 지방사무소(캐나다의 ‘Province’, 스웨덴의 ‘County council’)는 조세로 재원을 조달하고 있어 이들 국가의 경우 개혁이 요구된다.¹⁵⁾

15) 미국의 경우 이러한 문제의 접근은 다르다. 강제적 보험이 도입되면 인두제 도입의 필요성은 보상체계의 속성에 의존할 것이다. 중앙금고가 도입되면 재원은 중

醫療서비스購入者の 定立에 있어서, 地域別 分權化가 이루어진 캐나다와 스웨덴의 경우 각 지역 스스로가 독립적인 조세조달주체로 기능하기에는 규모가 너무 작으므로 중앙정부가 조세조달주체가 되고 각 지역사무소가 정부로부터 인두제예산을 할당받아 의료서비스 구매자로서의 역할을 하도록 한다.

셋째, 財政은 의료제도의 巨視的 成果를 변화시키려는 개혁안이다.

일부 국가들의 경우 의료재정의 증가가 필요하다. 이태리, 스페인 및 영국은 醫療財政水準이 낮다고 판단된다. 이에 따라 이태리와 영국에서는 待期list에서 벗어나 민간의료를 찾는 경향이 있다. 스페인의 1인당 의료비지출이 산업화된 국가중 매우 낮다. 本人負擔制의 도입과 더불어 중앙정부의 재정증가는 사회적 연대와 효율성의 상당한 개선을 가져올 것이다. 세 국가 모두 本人負擔制가 없다.

醫療保險料를 租稅에서 分離하는 것은 기존 의료비의 透明性을 제고시킨다. 의료비증가는 일반조세보다는 보험료에 의해 재원이 조달될 것이다. 보험금고가 없는 국가의 경우 보험금고의 도입이전에 선결되어야 할 것이다. 일단 보험금고가 설립되면 GHCP급여에 필요한 보험료가 산정될 것이다. 따라서 캐나다, 뉴질랜드, 스페인, 스웨덴 및 영국은 保險料制度를 도입하여야 할 것이다. 스페인은 1980년대에 국가보험제도에서 조세제도로 전환하였으며 이는 NERA의 제안에 역행하고 있다.

넷째, 支拂方式은 供給者와 需要者의 經濟的 行態를 변화시키려는 財政的 誘引을 도입하는 것이다.

構造的으로 標準模型과 근접한 의료제도는 병원에 대한 지불방식이

양에서 각 경쟁적 금고로 흐르게 되고 인두제산식이 필요할 것이다. 한편 보상체계가 개인에 대한 조세감면의 형태를 취하게 되면 금고(보험자)간의 보상체계는 불필요하고 인두제도 필요없을 것이다.

Prospective 질병별 지불제를 채택할 때 가장 잘 적용될 것이다. 일본과 미국을 제외한 모든 국가에서 변화가 필요하다. 독일의 경우 많은 전문분야에서 근래에 도입되었다. 미국은 나아가 DRGs방식을 채택하여 미국 의료제도의 근간으로 삼고 있다. 한편 인두제하에서는 의료서비스가 과소공급되는 경향이 있으므로 더욱 복잡한 지불방식의 개발이 뒤따라야 할 것이다.

本人負擔制의 도입은 의료소비자의 非效率的인 이용을 抑制할 것이다. 의료소비수준의 결정에 消費者의 選擇을 強化할 것이다. 표준모형은 모든 의료서비스에 적용할 것을 제안하고 있으나 소득수준에 비추어 일정한 상한을 두도록 권고한다. 本人負擔制가 없는 국가는 캐나다, 이태리, 네덜란드, 스페인 및 영국 등이다. 독일의 경우 GP서비스에 확장하여야 할 것이다.

附錄 3. 우리나라 醫療保險 財政運營에 대한 NERA의 改革勸告案

1. 社會的 連帶 強化

가. 保險料隔差 緩和

- 職場, 公教組合의 組合員資格 생애에 걸쳐 유지: 퇴직자에 대한 지역보험의 재정부담 완화, 공평성과 세대간 사회연대 강화, 경로사상에 합치
- 지역조합 補助金支援方式 變更: 조합별 위험요인 (소득, 연령, 성별, 피부양자수) 을 고려한 공식개발
- 고액진료비 등 財政安定基金 擴大: 중앙의 위험조정장치에서 운영, 기금에의 기여금은 조합별 위험요인에 따라 결정.
- 고액 본인부담금 보상제도 고려

나. 保險給與範圍 擴大

병원시설 및 장비사용을 효율화함. 급여일수는 365일로 확장

다. 本人負擔率 減少

모든 의료서비스에 적용함

라. 民間保險導入 自制

향후 사회보험의 적용가능성이 없는 분야에 국한

2. 費用意識의 鼓吹

가. 包括酬價制 導入

- 초기에 高價病院서비스로부터 시작하여 개인의원으로 확대
- 포괄수가제는 자원의 투입량을 최소화함
- 따라서 醫療의 質 統制 必要: 조합(보험자)의 역할 강화

나. 組合에 대한 選擇可能

조합간 경쟁강화로 경영합리화 유도

다. 價格協商은 정부보다는 保險組合의 役割

- 가격통제를 투입에서 산출로 전환(*行爲別酬價制에서는 투입가격 통제)
- 즉 규제되지 않은 투입시장에서의 競爭 提高

3. 醫療의 質 強化

가. 醫療의 質 監視制度

- 의료의 질-진단과 치료과정, 자원의 사용과 삶의 질에 대한 비판적 분석
- 의협의 지원에 의해 정부가 주도: 지역별 위원회 설립 (전문과목별 의사와 1차 의원 대표를 포괄함)
- 정착을 위해 초기에 제재 필요: 조합의 권한강화(지불정지 등)

나. 保險組合의 役割 強化

의료구매자로서의 조합이 권한과 유인을 갖도록 함. 수동적 전달자에서 능동적 보험자로 역할 전환

4. 政府의 役割

- 조합간 경쟁과 병원간 경쟁 감독
- 의료의 질 감시 및 자격인정, FDA와 같은 의약품승인기관 운영
- 교육 및 연구기관

5. 其他

- 개인의원 및 약국: 의사처방 필요한 약품목록 작성, 약국보험급여의 본인부담금 체계의 단순화
- 약품도매: 도매의 전국화, 병원입찰시 제약회사와 공식계약관계
- 병원약국: 처방의 일반공개를 의무화
- 의약품: 약품명 표기의무화로 약품구입 경쟁

附錄 4. 現行 醫療保險 審議委員會의 機能과 構成

의료보험법 제5조(의료보험심의위원회)

- ① 제29조 제3항의 규정에 의한 요양급여의 기준과 제35조 제1항의 규정에 의한 요양급여 및 분만급여에 관한 비용의 기준 기타 의료보험사업에 관한 주요사항을 심의하고 보건복지부장관의 자문에 응하기 위하여 보건복지부에 의료보험심의위원회를 둔다.

□ 의료보험법 제5조②항과 동 시행령에 따라 현재 심의위원회의 구성은 다음과 같음.

- 보험자대표 2인(보험자단체 추천)
 - 피보험자대표 4인(노동조합 2인, 농어민단체, 소비자단체 각 1인)
 - 사용자대표 2인(사용자단체 추천)
 - 의약계대표 8인(의약계대표단체 추천)
 - 공익대표 5인(보건복지부 차관, 의정국장, 연금보험국장, 학계 2인)
- 위원장: 보건복지부 차관

□ 의료보험법 제29조 3항: 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한기준 등 요양급여의 기준은 보건복지부 장관이 정한다.

□ 의료보험법 제35조 1항: 요양급여 또는 분만급여에 관한 비용은 보건복지부 장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 정한 기준에 의하여 산정한 금액으로 한다.

附錄 5. 保險酬價 水準算定과 關聯한 爭點事項 檢討

첫째, 수가를 인상할 경우 서비스의 질이 향상될 것인가?

- 수가를 인상하는 경우 불필요한 의료이용이 자제되고, 의료공급량도 적정 하게 이루어진다면 의료의 질은 향상될 것임. 그러나 의료공급자가 유인수요를 통한 공급량을 줄이지 않는다면 질 향상은 기대하기 어려움.
- 또한, 의료수요가 공급을 초과하는 상황이 계속된다면 서비스의 질이 가격에 비탄력적으로 작용할 가능성이 있음.
- 그러나 비급여부문의 개발 등 진료왜곡은 완화될 것임.

둘째, 수가는 소비자물가상승률 및 임금상승률 등 경제지표중 어느 쪽을 기준으로 결정되어야 하는 것인가?

- 최소한 이론적으로는 정답이 없는 것 같음. 더구나 보험이 적용되지 않는 일반수가가 상당한 부분을 차지함으로써 이중가격구조의 존재는 이론적으로나 실증적으로 수가산정의 한계로 작용함.
- 진료수가를 의료상품에 대한 가격으로 보느냐, 의료공급자에 대한 보수로 보느냐가 하나의 기준이 될 수 있음. 양자의 조합이 타당할 것 같음.

셋째, 제도 도입당시(1977년) 보험수가는 시장의 평균적인 수가의 1/2 수준으로 통 제됨으로써, 그동안의 수입결손분을 보상하여야 할 것인가?

- 보험제도 도입으로 잠재적 수요가 창출되고, 일반수가가 통제수가에 대한 반작용으로써 잠재적인 시장가격 이상으로 상승되어 왔다면 반드시 성립하는 논리는 못됨. 또한 보상한다 하더라도 보상받을 객체의 존재가 불명확함.

넷째, 국민소득에 비하여 국민의료비 수준이 여전히 낮기 때문에 수가를 인상하더라도 국민의 부담여력은 충분한가?

- 한국의 국민의료비의 대 GDP 비는 5% 정도로 추정되고 있는데, 어느 정도가 적절한 수준인지에 대한 기준을 제시하기에는 어려움

다섯째, 낮은 수가는 의료이용 강도를 증가시키므로 의료비증가의 주요인 인가?

- 저수가 때문에 공급자가 유인수요를 어느정도 증가시키는지에 대한 실증적 증거에 대해서는 외국의 여러 연구에서도 뚜렷한 결론에 이르지 못하고 있음.
- 그러나 우리나라의 경우 저수가로 인한 부분적인 과잉진료 및 불필요한 진료의 단편적인 증거들은 쉽게 발견할 수 있음.