

건강보험 수가 결정 체계의 재정비 방향



How to Improve the National Health Insurance
Fee-for-Service Schedule

신영석 | 한국보건사회연구원 선임연구위원

건강보험 수가는 행위별 자원 투입량 기준으로 산정된 상대가치 점수에 물가 변동, 진료비 증감 정도를 반영한 환산지수를 곱하고 여기에 가산율을 곱하면 도출된다. 행위별 적정 수가 산정은 자원 배분의 최적화를 위해 반드시 추구해야 할 목표이다. 수가 결정 체계의 재정비는 적정 수가 도출을 위한 첩경이기 때문이다. 이를 위해 이 글에서는 상대가치 산출 체계와 환산지수 계약 방법에서 나타나는 문제점을 적시하고 이를 해결할 수 있는 방안을 제시하고자 한다. 가산제도 도입 취지의 지속 여부 등을 탐색하면서 가산제도 정비 방향에 대해서도 제시한다. 유형별, 의료기관 종별 상대가치 총점의 비율을 고정하여 행위별 상대가치의 불균형이 자원 배분의 왜곡으로 연결되지 않도록 해야 한다. 환산지수도 인건비와 비인건비를 구분하여 인건비는 소비자 물가인상률과 연계하고, 비인건비는 의료이용량과 연계함으로써 두 부문의 특성을 차별화할 필요가 있다. 그동안 각각 운용·관리되어 왔던 상대가치, 환산지수, 가산제도가 개별적으로 수정·보완되면서 최종적으로는 한 틀 속에서 운용되어야만 적정 수가에 근접할 수 있을 것이다.

1. 들어가며

일반 상품이나 서비스의 경우 다수의 공급자와 수요자가 판매 및 구입을 위한 각각의 의사를 표출하여 상호 의견이 일치하는 지점에서 거래가 이루어진다. 즉 전통적인 경제이론에서는 시장을

매개로 완전자유경쟁에 의해 결정된 가격이 효율을 극대화한다. 균형가격은 자원 배분의 최적화를 달성하는 지점이기도 하다. 상품이나 서비스의 성격에 따라 또는 공급자나 수요자 수의 과소에 따라 거래가격이 최적의 자원 배분을 저해하는 경우도 있다. 상품의 질이 우수하거나 공급자

가 독점 또는 과점일 경우 상품이나 서비스의 공급자가 절대적으로 우월한 위치에서 가격을 결정하므로 자원 배분의 최적화가 어렵다. 이런 경우 독과점 금지법 등의 법적 규제를 통해 거래가격이 완전경쟁에 의한 균형가격에 근접하도록 제도화하고 있다.

의료서비스는 그 어떤 가치와도 바꿀 수 없는 건강, 생명을 매개로 거래되는 성격을 갖고 있다. 의료서비스가 완전경쟁에 의해 자원 배분의 최적화를 달성하기 어려운 이유이다. 따라서 건강보험 수가를 적절하게 유지하는 것은 제도의 지속가능성, 합리성, 효율성 등을 달성하는 첩경이기도 하다. 즉 단위당 가격(수가)은 보장성 수준을 통해 국민의 부담 정도와 연계될 뿐만 아니라 적절한 서비스를 제공할 수 있는 환경(인력, 장비 등 의료 자원의 배분, 적정 보상에 따른 적정 서비스양 제공)을 조성하고, 궁극적으로 국민의 건강 수준을 결정할 수도 있다. 의료의 가치(저비용, 높은 의료의 질)를 제고하기 위해서는 수가 체계를 합리적으로 설계하는 것이 무엇보다 중요하다.

이 글에서는 현행 우리나라 수가 결정 체계를 고찰하여 문제점을 도출하고 이를 해결할 수 있는 경로를 모색하고자 한다.

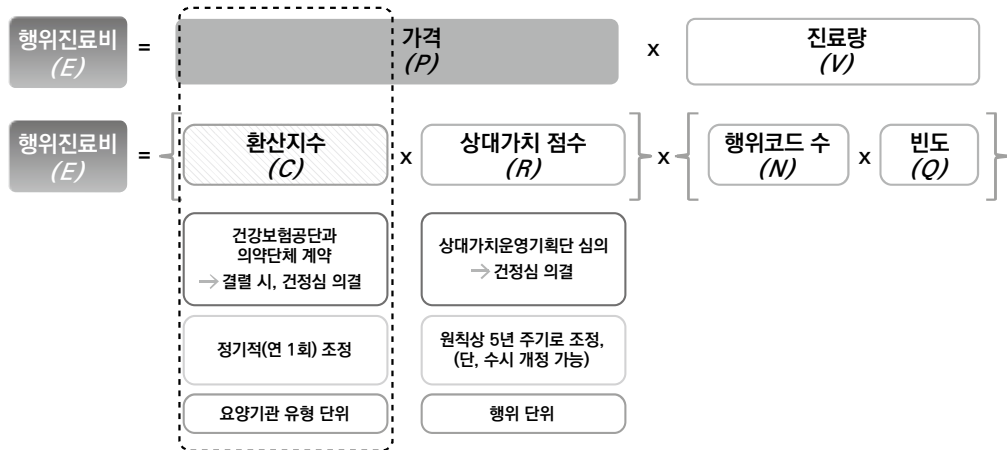
2. 수가 구조에 대한 이해

우리나라 건강보험 지불제도는 현재 행위별 수가제(fee for service)를 기본으로 한다. 총진료비는 보험 수가(평균 가격)에 행위코드 수, 행

위코드의 평균 빈도, 가산율을 곱하여 산출한다. 보험 수가는 상대가치 점수에 환산지수를 곱한 것이다. 상대가치는 행위별 수가제에서 지불 단위가 되는 의료행위를 분류하고, 분류된 행위별 의사가 투입하는 자원(의사 업무량)에 대한 상대가치(행위별 투입 시간, 강도 등 반영), 행위별 의사 외 인건비(간호사, 의료기사 등), 장비비, 재료비, 간접비 등을 반영한 진료비용 상대가치, 그리고 위험도 상대가치를 합하여 도출한다. 즉 행위별 의사 업무량, 진료비용, 그리고 위험도의 합으로 산출한다. 5800여 개의 행위에 대해 기준행위 대비 상대적인 자원 투입량을 기준으로 행위별 점수를 도출한다. 산출한 상대가치를 지불 단위로 바꾸는 계수가 환산지수이다. 환산지수는 통상 매년 1회씩 조정되는 계수로, 지난 1년간 물가 상승 정도, 진료비 증가 정도 등을 반영하여 유형별(의원, 병원, 치과, 한의원, 약국, 보건소, 조산소)로 공급자 대표와 건강보험공단 간 계약에 의해 도출된다.

실제로 적용되는 수가는 상대가치와 환산지수의 곱에 의해 산출된 보험수가에 가산율을 곱한 것이다. 가산제도는 자원 투입 및 난이도 등을 반영하여 산출된 상대가치 외에 의료기관의 특성 등을 고려하고 정책적 필요에 따라 소정 상대가치 점수에 일정 비율 혹은 일정 점수를 가산하는 제도이다. 의료기관의 특성을 반영한 종별 가산, 진료과 혹은 질환 가산, 서비스 제공 시간에 대한 가산, 대상자에 따른 가산 등 다양하게 운용되고 있다.

그림 1. 건강보험 진료비 구성



자료: 신현웅, 이해중, 신정우, 하슬잎, 여나금. (2016). 2017년 유형별 환산지수 연구. p. 37에서 일부 수정.

가. 상대가치 구조 및 산출 과정

상대가치는 전술한 바와 같이 의료인이 수행하는 행위의 표준시간 및 강도에 근거하여 산출한 의사 업무량, 주 시술자 외 인건비, 진료시설, 장비비, 치료 재료 등 치료에 소요된 진료비용 그리고 법원 판결문, 자체 해결 비용 등과 같이 진료과별로 소요된 의료사고 비용 등으로 얻어진 위험도의 합으로 정의된다. 의사 업무량은 의사협회, 약사협회 등 전문단체에서 산출하고, 건강보험심사평가원에서 구축한 임상전문가패널(CPEP: Clinical Practice Expert Panel)이 진료비용을 행위별로 산정한다. 위험도는 별도의 용역 과

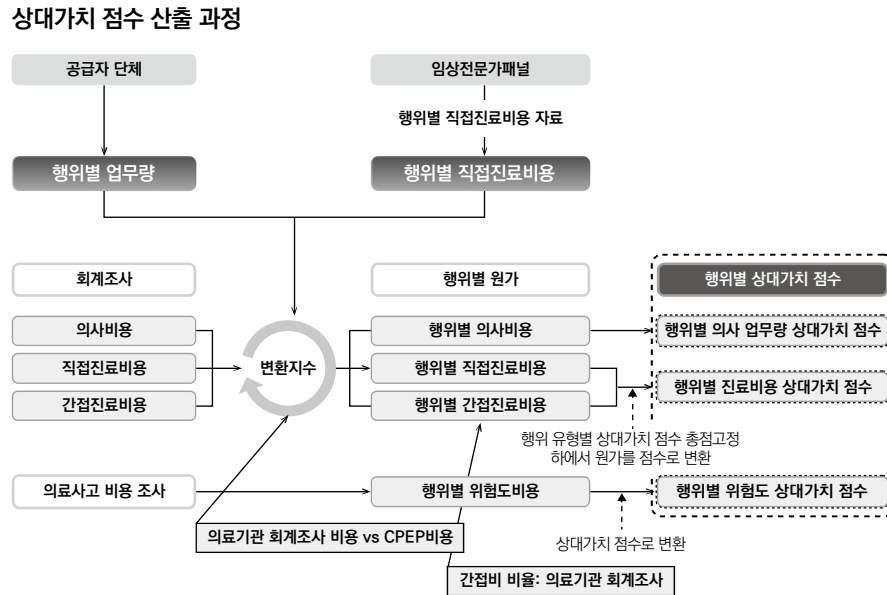
제를 발주하여 도출한 바 있다. 각각 산정된 의사 업무량, 진료비용, 위험도는 회계조사를 통해 정확성을 검증받는다. 회계조사(원가 중심 단위별 경영수지 분석)를 통해 도출된 주 시술자 인건비 비율이 의사 업무량으로 간주되고, 재료비, 장비비, 주 임상의사를 제외한 인건비 등은 임상전문가패널¹⁾에서 구축한 내용이 회계조사 결과에 의해 재조정²⁾된다. 상대가치 산출 과정은 [그림 2]와 같다.

나. 환산지수 산출 방법

물가의 변동 정도, 진료비의 증감 정도 등이

1) 동료평가 방식에 의한 상호 검증을 통해 유형(기본 진료, 수술, 처치, 기능검사, 영상검사, 검체검사)별 직접비용 자료가 검증된다.
2) 임상전문가패널이 구축한 특정 행위의 직접진료비용(장비비, 재료비 등)이 100이고 회계조사에서 100이 도출되었다면 직접진료비용은 회계조사 결과를 준용하여 10분의 1로 조정된다. 여기서 10분의 1이 변환지수라는 이름으로 사용된다.

그림 2. 상대가치 점수 산출 체계



자료: 신영석, 강희정, 신현웅, 황도경, 김수진, 김소운, 김세중. (2018). 제3차 상대가치 개편방안 연구. p. 37.

반영되어 건강보험 수가가 매년 조정된다. 행위별 상대가치 점수와 수가의 연결고리가 바로 환산지수이다. 2001년 상대가치 체계가 도입된 이후 환산지수는 매년 조정되었다. 그동안 환산지수 계약을 위해 사용되었던 방법은 다양하다. 상대가치 점수와 빈도수가 변화하여도 건강보험 재정에 미치는 영향을 중립적으로 유지해 주는 재정 중립 환산지수, 건강보험 관련 의료 수익이 의료행위에 투입한 원가를 보상하는 수준의 원가 기준 환산지수, 의료기관의 총수익과 총비용을 대응시켜 의료 수익으로 의료비용을 충당하게 하는 경영수지 환산지수, 특정 연도의 환산지수를 진실이라고 가정하고 의료물가지수, 요양급여 수

익 등의 변동치만 반영하는 지수모형 환산지수, 진료비(행위료)의 목표치(전년도 목표치에 SGR (Sustainable Growth Rate)를 곱하여 산정)를 정하고 실제치를 목표치에 근접시키는 SGR모형에 의한 환산지수 등이 그동안 대표적으로 사용되었다. 다만 이렇게 도출된 환산지수는 실제 계약에 참고가 될 뿐이었다. 유형(의원, 병원, 치과 의원, 한의원, 약국)별 환산지수 인상폭에 대한 순서를 결정하는 데 참고 자료로 활용되었다. 2007년까지는 모든 요양기관에 단일 환산지수가 사용되었으나 요양기관의 특성에 따라 경영수지 상황이 다른 상태에서 동일한 환산지수를 적용하는 것은 경영상의 왜곡을 낳을 수 있다는 비

판³⁾에 따라 2008년부터 유형별 환산지수를 적용하고 있다. 단일 환산지수가 적용되던 2003년부터 2007년까지 환산지수의 연평균 인상률은 약 2.76%였으나, 유형별 환산지수 방식으로 전환된 이후에는 연평균 인상률이 2.16%(2008~2019년)로 낮아졌다.

다. 가산제도 현황 및 실태

자원 투입 및 난이도를 기준으로 상대가치가 결정된다는 기본 원칙이 적용되고 있지만, 제도 도입 당시 자원 투입량 기준 점수가 산정된 것이 아니라 환산지수를 매개로 기존의 관행 수가를 역산해서 행위별 상대가치 점수가 부여되었다. 이런 문제를 해결하고자 그동안 두 차례에 걸쳐 상대가치가 개편되었다. 1차 개편(2008년 7월)에서는 진료 과목 간 총점이 고정된 상태에서 진료 과목 내 행위만 높낮이가 조정되었을 뿐, 진료 과목의 경계를 넘어서 조정되지는 못했다. 2차 개편(2017년 7월)에서는 모든 행위를 6개 유형(수술, 처치, 검체검사, 영상검사, 기능검사, 기본진료)으로 분류하여 진료 과목 간 경계를 초월하여 조정하고자 하였으나 여전히 유형 간 자원 투입 기준 상대가치의 개념과는 거리가 있다. 이러한 상대가치 체계의 불균형을 부분적으로라도 조정하기 위해 또는 정책적 필요⁴⁾에 따라 가산제도

가 적극적으로 사용되었다. 2019년 현재 약 28 종류의 가산제도가 적용되고 있다. 요양기관 경영 환경의 차이를 반영하기 위해 종별 가산제도가, 전문의·간호사 등의 인력 확보 정도에 따라 인력 가산이, 노인·장애인·소아 등 환자 대상에 따라 환자 가산이, 야간이나 공휴일 등의 시간 가산 등이 적용되고 있다. 그 외에도 입원 환자 식대, 초음파 검사료 가산, 입원 기간 차등 가산, 화상치료 등의 수술 가산 등이 있다.

3. 수가 결정 체계의 문제점 및 개선 방향

수가의 구성 요소인 상대가치, 환산지수, 가산제도 각각의 문제점들을 우선 도출하고, 통합하여 수가 결정 체계의 문제점을 살펴보고자 한다.

가. 상대가치 산출 방법의 문제점 및 개선 방향

의사 업무량은 의사협회에서 개발한 업무량 점수에 회계조사의 업무량 분율(실제로는 의사 인건비 비율)을 반영하여 조정·산출하고 있으나, 관련 전문가 단체인 협회 및 학회에서 개발한 의사 업무량은 진료 과목 간 조정·합의된 의사 업무량으로 보기에는 한계가 있다. 시간 조사, 마취 조사, 의무기록 조사, 건강보험청구 조사 등은 이

3) 유형별 환산지수 적용의 논거: ① 환자나 질환의 종류에 따라 제공되는 의료서비스 특성이 다를 수 있고 의료서비스 특성에 따라 요양기관의 양태가 다르게 나타날 수 있다. ② 이러한 차이는 요양기관 유형별로 경영 구조를 차별화하여 진료비 차이를 발생시킨다. ③ 유형별 비급여 진료 비중의 차이, 유형별 상대가치 구조의 왜곡 정도는 경영수지(혹은 원가 구조)의 차이를 유형별로 유발한다.

4) 홍부외과 가산의 경우 전공의 지원율이 낮아 이를 해소하고자 홍부외과 행위에 가산 적용을 한다.

표 1. 수가 가산제도 현황

구분		가산제도	가산 비율
기관	종별 가산	요양기관 종별 가산	15~30% 가산
질환·진료과목		내과질환자, 소아환자, 정신질환자 입원료 가산	입원료 30% 가산
인력	전문의	진단검사의학과, 병리학과, 영상의학과	10~30% 가산
		핵의학과	10~30% 가산
		외과, 흉부외과	20~100% 가산
	의사 확보	의사 인력 확보 수준에 따른 요양병원 입원료 차등제	입원료 (20% 가산 - 50% 감산)
	간호사 확보	입원 환자 간호관리료 차등제	입원료 (70% 가산 - 5% 감산)
		성인 또는 소아 중환자실 입원 환자 간호관리료 차등제	입원료 (45% 가산 - 25% 감산)
		신생아 중환자실 입원 환자 간호관리료 차등제	입원료 (45% 가산 - 25% 감산)
		간호 인력 확보 수준에 따른 요양병원 입원료 차등제	입원료 (60% 가산 - 50% 감산)
환자(대상)	신생아 가산		마취료, 침술료 60% 가산
	소아 가산		진찰료 10~30% 가산
	노인 가산		마취료 30% 가산
	뇌성마비 및 정신지체장애인 치과진찰료		진찰료 9.03점 상대가치 가산
	장애인 임신부 자연분만		분만 50% 가산
	야간 분만 가산		• 오전 8~9시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정 점수의 50% 가산 • 오후 10시~다음 날 오전 6시에 분만을 시행한 경우에는 소정 점수의 100% 가산
	분만 취약지 소재 요양기관 분만 가산		분만 취약지 소재 요양기관에서 분만한 경우 처치 및 수술료, 조산료 소정 점수의 200% 가산
	고위험 분만 가산		위험 분만에 해당되는 경우에는 처치 및 수술료, 조산료 소 정 점수의 30%를 추가 가산
시간	야간 및 공휴 가산		진찰료(30% 가산), 행위(50% 가산)
	응급의료 야간 가산		50% 가산
	토요일, 공휴일 건강검진 가산		토요일 및 공휴일에 건강검진 시 30% 가산
기타	입원 환자 식대		영양사 상근 여부에 따라 550원(일반식), 620~1100원(치 료식) 가산
	핵의학영상진단, 마취 방법별 특성		30% 가산
	초음파 검사료 가산		• 만 8세 미만의 소아에 대해서는 소정 점수의 20% 가산 • 도플러 검사를 실시한 경우 소정 점수의 10% 가산 • 조영제를 사용하여 검사한 경우 소정 점수의 30% 가산
	기능검사(디지털뇌파, 다혈관촬영, 천자)		50% 가산
	수술(화상치료, 장기이식)		30% 가산
	입원 기간 차등		입원료 10~15% 감산

자료: 1) 신영석, 강희정, 신현웅, 황도경, 김수진, 김소운, 김세중. (2018). 3차 상대가치 개편 방안 연구. pp. 256~257.

2) 건강보험심사평가원. (2018). 건강보험요양급여비용.

루어지고 있으나, 강도에 대한 조사는 전문가 단체 간 이견으로 시행되지 못하고 있다. 의사 업무량 근거 자료의 객관화를 위해 시술 중 시간에 대한 타당성 있는 조사와 더불어 강도를 반영할 수 있는 메커니즘 설계가 요구된다. 의료행위 시술 시 주 시술자의 전문성 정도에 대해 인턴, 레지던트 몇 년차, 전문의 몇 년차 수준에서 시술이 가능한지 등으로 정리하여 의료행위 정의 기술서 개발 시에 포함하도록 할 필요가 있다.

의사 업무량 이외 진료비용 상대가치 점수 산출의 핵심은 임상전문가패널(CPEP)에서 구축한 근거 자료이다. 임상전문가패널에서 구축한 진료비용은 제도 도입 시에도 문제가 제기된 바 있다. 즉, 진료과별 임상전문가패널에서 구축한 CPEP 비용은 수준별 작성 편차가 클 뿐만 아니라 근거 자료 작성 방법에서도 차이가 존재한다. 임상 인력의 업무 시간에 대한 편차도 크고, 사용되는 재료와 의료장비의 수준별 차이도 크다. 2차 상대가치에서는 이러한 작성 편차를 최소화하고자 상당 부분 CPEP비용에 대한 표준화를 시도하였으나 여전히 한계가 있다. CPEP비용 자료의 작성 편차를 줄일 수 있는 방안에 대한 지속적인 논의가 필요하다. 현재의 방대한 직접비용 자료를 세세한 수준까지 나열하기보다 주 장비의 사용 시간, 임상 인력의 주된 업무 수행 시간, 필수 치료 재료 등으로 단순화할 필요가 있다. 위험도 상대가치는 의료사고 관련 자료원 확보가 중요하다. 1차 상대가치 연구에서는 설문조사를 통해 추정하였고, 2차 상대가치 연구에서는 책임보험료 수

준을 통해 분쟁 해결 비용을 추계한 바 있다. 사회적으로 만족할 수 있는 수준의 신뢰성이 높은 자료에 의거해 위험도 비용을 추계하는 것이 바람직할 것으로 판단되며, 의료사고 발생률과 관련해서는 한국의료분쟁조정중재원 등의 자료가 대안으로 활용될 수 있을 것으로 판단된다.

변환지수 사용에 대한 논란 등을 감안하여 회계조사 틀을 체계화할 필요가 있다. 의료기관 회계조사의 방법은 기관 단위 회계조사에서 원가 중심 단위 회계조사로 발전해 왔다. 2차 상대가치에서는 5개 유형(수술, 처치, 기능검사, 영상검사, 검체검사)에 대한 수가 대비 보상 수준을 산출하였고, 유형별 회계조사 변환지수를 산출하였다. 향후 의료기관 회계조사에서는 신뢰성과 대표성, 타당성 문제를 해결할 수 있어야 한다. 이를 위해 원가 시스템을 적용하고 있는 의료기관의 회계조사를 확대하고, 중장기적으로 패널 병원 형태의 조사로 전환할 필요가 있다.

표준화된 원가 계산 지침 마련 및 모델 병원을 통한 관련 비용 정보(주 시술자 인건비 등) 구축도 필요하다. 현재 의사 업무량은 개정 전 총점에 회계조사상의 인건비 비율을 적용하여 산출하는 구조로, 시장가격 기준의 인건비가 반영되는 구조이다. 권역별, 지역별, 의료기관 종별로 다수의 모델 병원을 통해 적정 비용 정보를 구축하고 건강보험정책심의위원회 산하 소위원회 등 별도 조직을 마련해 원가 계산 지침 등 관련 사항을 논의하고 사회적 합의 절차를 거치는 방안을 논의할 필요가 있다. 실제로 대부분의 선도 국가에서는

병원에 대한 지불 목적으로 원가 계산 지침을 제정하여 운영하고 있다. 영국, 네덜란드, 포르투갈은 표준화된 원가 계산 지침을 바탕으로 원가 계산 시스템을 요양기관 운영에 의무적으로 적용하고 있다.

진료비용 상대가치 점수 산출 시 임상전문가 패널에 의해 작성된 직접비용 자료를 토대로 의료기관 회계조사 결과를 직접비용 자료의 배부 기준으로 사용하기 위해 행위 유형별로 인건비, 장비비, 재료비에 변환지수를 적용하고 있다. 즉, 개별 의료행위 간의 상대적 가치는 CPEP 정보에 의해 결정되고, 단일 행위 내 비용 구성비(인건비, 장비비, 재료비)는 회계조사 결과에 의해 결정되는 구조이다. 그러나 여전히 개별 행위에 대한 직접비용(원가)을 파악하기는 어렵고, 사전적으로 인건비와 비인건비(재료비, 장비비) 원가 상승률에 대한 차이가 있으며, 변환지수의 적용으로 인해 일부 치료 재료나 장비의 원가보전율이 매우 낮아지는 문제가 발생하기도 한다. 이를 해결하기 위해서는 첫째, 회계조사 결과의 대표성, 신뢰성을 담보할 수 있어야 한다. 회계조사를 정례화(매년 또는 2년 주기)하되 중장기적으로는 패널 병원 체계의 도입이 시급하다. 조사 결과가 안정화되면 그 결과를 활용하여 변환지수와 업무량 산출지수 등을 활용할 수 있을 것이다. 둘째, CPEP 결과와 전문가 단체의 업무량 점수를 그대로 활용하되 기존 체계의 총점수를 유지하는 방향으로 조정계수를 도입할 수 있다. 즉, 변환지수를 이용하지 않고 CPEP의 직접비 정보를 수

용하고 전년도 기준 진료비용 상대가치 총점에 맞춰 점수를 산출하는 방식으로 산출 체계를 수정하는 방안이다. 이를 위해서는 전문가 단체나 CPEP의 합리화 과정이 필요하다. 현행처럼 전문가 단체에 업무량 개발을 위임하되 단체 내에서 합의가 이루어지지 않는 사항에 대해 별도의 조정위원회를 운영하여 합의안을 도출하고, 공공의료기관의 전자의무기록(EMR: Electronic Medical Records) 자료 등을 확보하여 객관성을 담보한다.

현재 산출 체계에서 진료비용 상대가치 점수는 행위 유형별·비용 항목별(인건비, 재료비, 장비비) 변환지수가 적용되고, 의사 업무량 점수는 종별이나 행위 유형에 관계없이 주 시술자의 인건비 비율(예: 30%)이 일괄적으로 적용된다. 사실상 의사 업무량 상대가치 점수 총점을 결정하는 주 시술자의 인건비 비율은 의료기관 종별, 행위 유형별로 상이할 수 있으며, 진료비용 점수 산출 과정에 포함되는 변환지수도 의료기관 종별로 차이가 있을 가능성이 높다. 이에 더해 같은 행위에 대해서도 요양기관 종별로 빈도의 차이는 매우 크게 나타난다. 이에 따라 특정 행위에 대한 원가보전율이 개별 의료기관마다 다를 수 있고, 결과적으로 전체 급여 배분의 왜곡이 발생할 가능성이 높다. 이로 인해 다양한 공급자와 이해관계자들이 참여하는 의사 결정 구조에서 요양기관 종별 갈등이 심화되고 수가 계약의 수용성이 낮아지게 되며, 원가보전율이 낮은 개별 의료기관 관점에서는 비급여 수익을 높이려는 행태가 나타

나거나 필요 의료 인력의 고용량을 감소시킬 수 있다. 즉 비용 구조가 다름에도 요양기관 종별 구분 없이 동일 행위에 동일 수가가 적용되면, 상대적으로 빈도가 높은 기관은 원가 대비 수익이 높아 더 질 좋은 서비스를 제공할 수 있는 환경이 조성됨으로써 이러한 기관에 대한 수요를 더욱 증폭시키는 악순환이 되풀이된다. 현재 우리 의료 환경에서 상급종합병원, 특히 빅(Big) 5로 불리는 거대 의료기관이 여기에 해당된다고 할 수 있다. 반면 지방의 중소병원은 상대적으로 수요(빈도)가 적어 원가 대비 수익이 낮으므로 필요한 의료 인력을 고용하지 못하게 되고, 이는 의료서비스의 질적 수준 저하를 불러온다. 당연히 수요는 더 줄어들게 되어 영세한 상황에 처하거나 불필요한 서비스를 제공함으로써 자원 낭비를 초래하게 된다. 현재 상대가치 산출 체계의 근본적인 문제라 하겠다. 전달체계를 정상화하기 위한 많은 노력을 수포로 만드는 근본 원인이라 하겠다. 현재 상대가치 체계가 부익부 빈익빈 현상을 가속화하여 의료기관의 양극화, 쏠림현상의 심화를 촉발하는 것이다. 이는 국민의 부담 증가 및 의료의 질 하락과 직결되어 국민의 편익이 감소될 수 있다. 따라서 의료기관 종별 수익(수입 및 비용) 구조의 차이를 반영하여 의사 업무량과 진료비용 상대가치 점수를 산출하는 방식으로 상대가치 산출 체계를 전환하는 것을 검토할 필요가 있다.

일차적으로 행위별 상대가치의 정확도를 제고하는 측면에서 현재 행위 유형별, 비용 항목별 접근 방식에서 '의료기관 종별(병원급, 의원, 치과,

한방, 약국)' 차원을 추가하여 실태를 파악하고, 종별 모델기관에 대한 빈도 및 진료비용 정보를 구축하여 수가체계 개선 기반을 마련할 수 있다. 종별(병원급, 의원급) 및 7개 유형별(검체, 기능, 입원, 진찰, 수술, 영상, 처치) 적정 상대가치 점수 비율을 산정하고 이를 기반으로 종별 7개 유형별 상대가치 총점의 비율을 고정할 것을 제안한다. 유형별 상대가치가 균형을 이루지 못하면 상대적으로 상대가치가 높게 책정된 유형으로 자원 배분이 쏠리게 되어 효율성이 저해되고, 그 부담은 국민에게 돌아간다. 의원의 진찰료 비율은 2000년 59.3%에서 2017년 36.2%로 감소한 반면, 검사료는 2000년 7.4%에서 2017년 11.0%로 증가하였고, 영상진단 및 방사선치료는 2000년 2.6%에서 2017년 3.6%로 증가하였다. 2011년 회계조사에서 건강보험 급여행위 기준 검체(174.57%)와 영상(169.88%)은 원가보전율이 100%를 넘고, 기본 진료는 94.0%에 머물렀다(신영석 외, 2012, p. 34). 보상의 불균형이 자원 배분의 왜곡을 초래하는 것이다. 이러한 비효율을 줄이기 위해 과거 5년간 종별·유형별 상대가치 총점의 변화, 의료전달체계의 정책적 지향을 반영하여 사회적 합의 기전에 의한 종별·유형별 상대가치 총점 비율을 고정하고 총점 비율의 변동 한계(예: $\pm 2\%$)를 설정하되 지난 3년간 가중평균(20%, 30%, 50% 반영)이 지속적으로 변동 허용 범위를 벗어난 경우 전문가 등으로 구성된 위원회를 통해 비율을 조정할 수 있다.

나. 환산지수 결정 체계의 문제점 및 해결 방안

수가 수준(환산지수)은 매년 5월 일차적으로 가입자를 대표하는 건강보험공단의 이사장과 각 유형별 대표 간의 계약에 의해 결정된다. 단, 공단의 이사장은 수가 계약 관련 재정운영위원회⁵⁾의 심의를 거치도록 되어 있다. 만약 1차 협상에서 계약이 체결되지 않을 경우 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 보건복지부 장관이 결정하도록 되어 있다.

2001년 이후 2007년까지 요양기관의 종류와 상관없이 모든 요양기관에 단일 환산지수가 적용되었다. 2008년부터는 요양기관 경영 환경의 차이를 반영할 필요에 의해 유형별로 별도의 환산지수를 계약하고 있다. 수가 협상 시 공정한 게임의 법칙이 적용되고 있는지 검토해 볼 필요가 있다. 재정운영위원회는 가입자들의 대표로 구성되어 있기 때문에 최소 인상안을 공단 이사장에게 위임한다. 따라서 공단이 주어진 인상안 범위 내에서 모든 유형과 환산지수 합의를 도출하는 것은 사실상 불가능하다. 유형별 환산지수 계약 방식으로 변경된 2008년 이후 지금까지 한 번도 모든 유형과 1차 협상(공단과 유형별 대표 간)에서 결정된 경우는 없었다. 1차 협상에서 계약이 결렬된 유형에 대해서는 재정운영위원회에서 해당 유형에 페널티를 부여해야 한다는 부대조건을 첨부하여 최종 결정 단계인 건강보험정책심의위

원회에 회부한다. 건강보험정책심의위원회는 가입자, 공급자, 공익 대표로 구성되어 있기 때문에 가입자와 공급자 간 합의는 애당초 기대하기 어렵고 궁극적으로 공익 대표가 중재안을 제출할 수밖에 없다. 공익 대표는 가입자와 공급자의 주장을 중립적인 위치에서 판단하여 자체적인 안을 만들어야 하나 유형별 계약제에서는 이미 계약에 도달한 유형을 고려할 수밖에 없다. 만약 건강보험정책심의위원회에 올라온 유형들에 대해 최종 의결 수가가 공단에서 1차 협상 시 제시했던 것보다 높게 형성된다면, 학습 효과에 의해 다음 연도 1차 협상은 훨씬 어려운 상황에 직면할 것이다. 공익안을 결정하는 데 이처럼 현실에 대한 고려가 우선한다면 공익안은 재정운영위원회가 제시한 기준을 벗어나기 어렵다. 즉 공단과 건정심을 통해 두 차례에 걸쳐 수가가 협상되지만 공급자의 주장은 정당성 여부와 상관없이 허공의 메아리일 뿐이다. 유형별 계약 방식 이전(2007년까지)까지 최종 확정 환산지수는 매년 공단의 제시안과 공급자의 제시안 사이에서 의결되었다. 공단의 제시안보다 평균 3.37원이 높았고, 공급자의 제시안보다 평균 5.33원이 낮았다. 2002년과 2003년에는 양측의 제시안 사이에 상당한 격차가 있었으나 이후 간격이 좁혀졌다. 2004년과 2006년은 공급자의 의견에 더 접근하여 결정되었고, 2005년과 2007년은 공단의 의견에 근접하여 의결되었다. 즉 매년 합의는 이루지 못하더

5) 20명의 가입자 대표와 10명의 공익 대표로 구성되며, 보험료 결손 처분 등 건강보험 재정 관련 주요 의제를 심의한다.

표 2. 환산지수 계약 및 결정 경과

	계약 시 제시된 환산지수		의결		
	건강보험공단	요양급여비용 협의회	조정률	의결된 환산지수	형태
2001년도	-	-	+7.08%	55.4원	-
2002년도	50.7원	66.7원	-2.9%	53.8원	건정심
2003년도	50.0원	66.4원	+2.97%	55.4원	건정심
2004년도	1차: 51.5원 2차: 52.15원	1차: 66.7원 2차: 57.0~60.5원	+2.65%	56.9원	건정심
2005년도	유형별 계약하되 평균 55.7원	61.9원	+2.99%	58.6원	건정심
2006년도	유형별 계약하되 평균 -2.68% 인하	8.7% 인상	+3.58% (계약)	60.7원	계약
2007년도	유형별 계약하되 1.65% 인상	5.1% 인상	+2.3%	62.1원	건정심

	계약 시 제시된 환산지수		의결								형태
	건강보험공단	요양급여비용 협의회	평균 조정률	의결된 환산지수							
				의원	병원	약국	치과 의원	한의원	조산소	보건 기관	
2008년도	잔체 평균 2% 이내		+1.94%	2.3% (보건기관 포함)	1.5%	1.7%	2.9%	2.9%	30%		의원, 병원 결렬
2009년도	잔체 평균 2.36% 이내		+2.22%	2.1%	2.0%	2.2%	3.5%	3.7%	9.3%	2.6%	의원 결렬
2010년도	잔체 평균 2% 이내		+2.05%	3.0%	1.4%	1.9%	2.9%	1.9%	6.0%	1.8%	의원, 병원 결렬
2011년도			+1.64%	2.0%	1.0%	2.2%	3.5%	3.0%	7.0%	2.5%	의원 결렬
2012년도	잔체 평균 2% 이내		+2.20%	2.8%	1.7%	2.5%	2.6%	2.6%	4.2%	2.0%	병원 결렬
2013년도			+2.36%	2.4%	2.2%	2.9%	2.7%	2.7%	2.6%	2.1%	의원, 치과 결렬
2014년도			+2.36%	3.0%	1.9%	2.8%	2.7%	2.6%	2.9%	2.7%	합의 계약
2015년도			+2.0%	3.0%	1.7%	3.1%	2.2%	2.1%	3.2%	2.9%	치과, 한방 결렬
2016년도			+1.99%	2.9%	1.4%	3.0%	1.9%	2.2%	3.2%	2.5%	병원 결렬
2017년도			+2.37%	3.1%	1.8%	3.5%	2.4%	3.0%	3.7%	2.9%	합의 계약
2018년도			+2.28%	3.1%	1.7%	2.9%	2.7%	2.9%	3.4%	2.8%	합의 계약
2018년 기준 환산지수	의원	병원	치과	한방		약국		보건기관		조산원	
	81.4	73.5	83.1	82.3		82.4		79.3		125.5	

자료: 신영석, (2018). 건강보험 수가체계에 대한 이해. 건강보험공단 상생협의회 발제 자료. pp. 16~19.

라도 양측의 의견을 반영한 협상에 의해 의결되었다. 유형별 계약 방식으로 바뀐 이후에는 매번 가입자의 의견을 반영한 공단의 제시안보다 낮은 수준에서 의결⁶⁾되었다. 유형별 계약제가 도입된 이후 가입자의 의견(재정운영위원회의 의견)이 100% 반영되었다는 사실은 수가의 높고 낮음의 문제가 아닌 결정 구조에 기인한다. 가입자는 소비자로서 당연히 낮은 가격을 선호하게 되고, 이러한 현상이 지속된다면 궁극적으로 자원 분배가 왜곡되어 중장기적으로 그 피해는 소비자인 가입자에게 돌아가게 된다. 따라서 수가 결정 구조의 개선이 필요하다 하겠다.

새로운 수가 결정 체계는 다음과 같은 원칙이 준수될 필요가 있다. 첫째, 가입자(국민)의 참여가 보장되어야 한다. 둘째, 사회적 합의가 중시되어야 한다. 즉 정당한 게임의 법칙이 성립되어야 한다. 수가는 가입자뿐 아니라 공급자에게도 절대적인 영향을 미친다. 불필요한 갈등과 분열이 야기되지 않도록 하기 위해서는 합의 정신이 중요하다. 셋째, 자원 배분의 왜곡을 최소화하는 효율성을 추구할 필요가 있다. 최소한의 부담으로 최대의 보장을 실현하는 보험자 역할 확립이 필요하다. 이러한 원칙을 지키는 데는 계약 당사자 간 신뢰가 무엇보다 중요하다. 협상 자료로 사용될 데이터에 대한 합의가 필요하다. 가입자와 공급자가 공동으로 연구단을 구성하여 연구 방법,

필요 데이터, 데이터 구득 방법 등에 대해 합의하고 연구 결과에 승복할 것을 사전에 합의할 필요가 있다. 그럼에도 불구하고 1차 협상에서 결렬된 유형이 발생하면 2차 협상(건강보험정책심의위원회)에서 공익 대표는 완전히 중립적인 자세에서 중재안을 마련할 필요가 있다.

다. 가산제도 개편 방향

대부분의 가산제도는 정책적 필요에 따라 도입되었으나, 도입 이후 여건 변화에 따른 타당성 평가와 환류 없이 계속 적용되고 있다. 즉 가산제도는 원가 분석 등 객관적인 타당성 분석 없이 정책적 필요에 따라 산발적으로 도입되었기 때문에 일부 제도는 논란이 되고 있다. 따라서 가산제도 당초 도입 목적의 달성 여부와 도입 취지 부합 여부에 대한 재평가가 필요하다. 더욱이 종별 가산제도 및 간호관리로 차등제를 제외한 가산제도 대부분의 가산 항목이 상대가치 총점에 포함되어 있지 않아 수가 인상의 우회로로 인식되기도 한다. 가산 항목별 원가 분석을 통해 자원 투입이 명백한 가산제도(예: 소아 가산, 시간 가산 등)는 기존의 상대가치 점수를 상향 조정하고, 제도 도입 목적이 완성되었거나 도입 취지가 상실된 가산제도, 근거가 명확지 않은 가산제도는 폐지할 것을 제안한다. 폐지로 결정된 항목에 투입된 재정은 다른 분야의 저수가 항목을 조정하는 데 활

6) 2010년에는 의원과 병원이 약제비를 절감(약 4000억 원)하겠다는 부대조건을 받아들여 최종 인상률은 재정운영위원회가 제시한 2.0%보다 높은 2.1%로 의결되었고, 2012년에는 7개 질환군에 대해 포괄수가제를 시행하는 것에 동의한다는 조건하에 재정운영위원회 제시안보다 높은 2.2%에 의결되었다.

용될 수 있다. 다만 여러 여건을 고려하여 부득이 당분간 유지되어야 할 가산제도는 현행 체계를 유지하되 최소화하며 일정 기간마다 재평가하여 존속 여부를 결정한다. 내과, 소아과, 정신과 질환으로 입원한 환자에 대해 입원료 30%를 가산하고 있는 제도는 외과계에 비해 내과계의 수익 구조가 취약하다는 판단하에 도입되었으나, 현실에서도 유효한지는 재검토할 필요가 있다. 간호관리료 차등제는 간호사 확보 수준에 따라 수가 보상을 단계별로 높임으로써 의료의 질을 높이고자 도입되었으나 70% 이상의 의료기관이 등급 외 기관으로 신고조차 하지 않아 제도의 존속 여부를 재검토할 필요가 있다.

4. 나가며

자원 배분의 최적화를 위해서는 행위별 적정 수가가 무엇보다 중요한 과제이다. 적정 수가를 도출하기 위한 첩경은 수가 결정 체계를 정상화하는 것이다. 수가를 구성하는 상대가치, 환산지수, 가산제도가 그동안 각각 독립적으로 관리되어 적정 수가를 추구하는 데 한계가 있었다. 수가 결정의 기준은 상대가치 체계이다. 현재 행위 유형별, 비용 항목별 접근 방식에서 '의료기관 종별(병원급, 의원, 치과, 한방, 약국)' 차원을 추가하여 실태를 파악하고 이를 토대로 유형별, 의료기관 종별 상대가치 총점의 비율을 고정하여 행위별 상대가치의 불균형이 자원 배분의 왜곡으로 연결되지 않도록 체계를 재정비할 필요가 있다.

환산지수도 인건비와 비인건비를 구분하여 인건비는 소비자 물가인상률과 연계하고, 비인건비는 의료이용량과 연계함으로써 두 부문의 특성을 반영한 계약체계가 필요할 것으로 판단된다. 전달 체계의 정상화 등 정책적 의지도 반영될 필요가 있다. 현행 종별 가산제도를 개편하여 고난도 중증 질환에 대한 상급종합병원 행위료는 대폭 인상하되 경증 질환 행위료는 역방향으로 설계하는 등 수가 결정 체계를 상호 연동하여 설계할 필요가 있다. 즉 상대가치, 환산지수, 가산제도가 한 틀 속에서 운용되고 결정되는 수가 결정 체계로 다시 태어나야 한다. ■

참고문헌

- 건강보험심사평가원. (2018). 건강보험요양급여 비용.
- 김영재. (2007). 상대가치 2차 전면 개정 주요 내용 및 과제. 의료정책포럼 이슈&진단.
- 박은철, 권호근, 최병호, 이상규, 이후연, 이대희,... 전현선. (2003). 상대가치에 기초한 건강보험 수가의 적정성 평가. 연세대학교 보건정책 및 관리 연구소.
- 신영석. (2018). 건강보험 수가체계에 대한 이해. 건강보험공단 상생협의회 발제자료.
- 신영석, 강희정, 신현웅, 황도경, 김수진, 김소운,... 김세중. (2018). 제3차 상대가치 개편방안 연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 신영석, 김동진, 황도경, 김소운, 오수진, 나종익. (2016). 내과질환자 입원료 가산에 대한 개선방안연구. 원주: 건강보험심사평가원, 한국

- 보건사회연구원.
- 신영석, 신현웅, 유근춘, 신호성, 박실비아, 김진현,...김성재. (2012). 유형별 상대가치 개선을 위한 의료기관 회계조사 연구. 서울: 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원.
- 신현웅, 이해중, 신정우, 하솔잎, 여나금. (2016). 2017년도 유형별 환산지수 연구. 원주: 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원.
- 이충섭, 강길원, 변성애, 강라원, 강희정, 고영,...김준현. (2006). 상대가치점수 개정연구 보고서. 서울: 건강보험심사평가원 상대가치점수연구개발단.
- AMA/Specialty Society RVS Update Committee(RUC). (2017). The RUC Relativity Assessment Workgroup Progress Report – October 2017.
- CMS, Calculation of PE RVUs Under Methodology for Selected Codes (CY2018). <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeeSched/PFS-Federal-Regulation-Notices-Items/CMS-1676-F.html>
- InEK. (2017). Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018.
- Van Kesteren, & Matthew Peter. (2014). Activity-Based Costing and Inter-District Flows in the New Zealand Public Health Sector. Master's thesis. Victoria University of Wellington. <http://hdl.handle.net/10063/3633>