

연구보고서(수시) 2020-05

의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

고든솔
신영석·이수빈

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

【연구책임자】

고든솔 한국보건사회연구원 부연구위원

【공동연구진】

신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원

이수빈 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서(수시) 2020-05

**의료기관 진료비 특성에 따른
건강보험 수가 구성 요인 분석**

발행일 2020년 11월
발행인 조흥식
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일(제8-142호)
인쇄처 (주)삼일기획

발|간|사

우리나라 건강보험과 보건의료체계의 성과는 국내·외적으로 높은 평가를 받고 있다. 1989년 전 국민 의료보험이 도입된 이후 자원과 서비스 공급량은 꾸준히 늘어왔다. GDP 대비 국민의료비는 1980년대 3.6%에서 2019년 8.0%로 증가했고, 질병 치료 중심의 의료보험을 넘어 예방과 건강 증진까지 포괄하며 보장 범위를 확대해가고 있다. 그러나 짧은 기간에 이룬 성과에도 불구하고 낮은 보장률과 높은 의료비 부담은 건강보험 제도의 여전한 과제로 남아 있다. 인구 고령화와 생산 가능 인구의 감소, 질병구조의 변화는 건강보험 재정을 위협하고 있고, 보장성은 확대해가면서 재정의 지속가능성을 유지해야 하는 과제에 직면해 있다.

보건의료 환경에서 적정 수가는 자원 배분의 최적화와 건강보험의 지속가능성, 합리성, 효율성을 달성하기 위한 전제 조건이다. 이는 국민의 의료비 부담 정도와 직결될 뿐 아니라, 보건의료 서비스가 제공되는 환경을 조성하는 데 영향을 미치는 점에서 중요하다.

이러한 배경에서 이 연구는 건강보험 수가 구성 요인의 해결과제를 파악하고, 진료비 분석을 통해 수가제도의 개선 방안을 제시하였다. 따라서 환자가 적정 의료서비스를 적절한 시기에 적절한 장소에서 받을 수 있는 의료체계 구축 방안을 모색하는 데 기초 자료가 되길 기대한다.

끝으로 본 보고서의 내용은 연구진의 의견이며, 한국보건사회연구원의 공식적인 입장이 아님을 밝힌다.

2020년 11월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식



Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	7
제1절 연구의 배경 및 목적	9
제2절 연구의 내용 및 방법	12
제2장 건강보험 수가체계에 대한 이론적 논의	15
제1절 건강보험 수가체계 개요	17
제2절 수가 구성 요인 현황 및 과제	22
제3절 수가체계와 의료전달체계	44
제3장 진료비 증가 요인과 의료기관 진료비 특성	53
제1절 건강보험 진료비 경향과 증가 요인	55
제2절 의료기관 진료비 특성	71
제4장 건강보험 수가 구성 요인 개선 방안	107
제1절 건강보험 수가 개선 방안	109
제2절 개선 방안 시뮬레이션	111
제5장 결론 및 제언	119
제1절 주요 연구 결과	121
제2절 결론 및 정책 제언	123
참고문헌	131

표 목차

〈표 1-1〉 연구 방법	13
〈표 2-1〉 요양급여비용의 결정	18
〈표 2-2〉 수가 구성 요인별 정의 및 결정 방법	20
〈표 2-3〉 상대가치 구성 요소	22
〈표 2-4〉 상대가치 개편 경과	23
〈표 2-5〉 기본진료료 문제점과 해결 방향	24
〈표 2-6〉 기본진료료 현황	24
〈표 2-7〉 기본진료료 행위 수(의과)	25
〈표 2-8〉 진찰료 구성 요소의 변화 과정	25
〈표 2-9〉 진찰료 상대가치점수 구성	26
〈표 2-10〉 입원료 구성 요소	27
〈표 2-11〉 입원료 상대가치점수 구성	28
〈표 2-12〉 입원료 수가 현황	28
〈표 2-13〉 행위유형별 원가 보상 수준	29
〈표 2-14〉 요양기관종별 기본진료료 차이	31
〈표 2-15〉 요양기관종별 외래관리료	32
〈표 2-16〉 환산지수 산출 모형	33
〈표 2-17〉 연도별 환산지수 계약 결렬 유형	35
〈표 2-18〉 연도별 유형별 환산지수	35
〈표 2-19〉 연도별 물가 상승률, 환산지수 인상률 및 건강보험 재정 증가율	36
〈표 2-20〉 연도별 환산지수 및 종별 가산 적용 수가	39
〈표 2-21〉 종별 기본진료료 현황	40
〈표 2-22〉 종별 가산제도 이력	42
〈표 2-23〉 의료법상 의료기관종별 구분	44
〈표 2-24〉 의료기관종별 표준업무	45
〈표 2-25〉 질병군별 환자 정의	47
〈표 2-26〉 의료전달체계 구성	48



〈표 2-27〉 의료전달체계 관련 경과	50
〈표 2-28〉 의료전달체계 개선 단기대책 주요 내용	51
〈표 2-29〉 상급종합병원 3기 및 4기 지정 기준	52
〈표 3-1〉 연도별 GDP 및 진료비 추이	57
〈표 3-2〉 진료비 관련 가격 변수의 연도별 증가율	58
〈표 3-3〉 건강보험 진료비 추이	60
〈표 3-4〉 적용인구수 추이	61
〈표 3-5〉 1인당 내원일수 추이	61
〈표 3-6〉 내원일당 진료비 추이	62
〈표 3-7〉 진료비 구성 요소별 기여도	63
〈표 3-8〉 진료비 구성 요소별 기여도: 진료형태별	64
〈표 3-9〉 진료비 구성 요소별 기여도: 요양기관종별	66
〈표 3-10〉 물가지수 및 수가지수 추이	67
〈표 3-11〉 연도별 건강보험 행위 항목 수	68
〈표 3-12〉 수가 변화의 요인	70
〈표 3-13〉 의료기관 진료비 특성 분석 개요	71
〈표 3-14〉 요양기관종별 입원/외래 진료비 비중 변화	72
〈표 3-15〉 요양기관종별 입내원일수 추이	74
〈표 3-16〉 요양기관종별·진료항목별 진료비 추이	75
〈표 3-17〉 요양기관종별·진료항목별 진료비 점유율 변화	77
〈표 3-18〉 중증도별·요양기관종별 입원일수 점유율	79
〈표 3-19〉 요양기관종별·중증도별 입원일수 점유율	80
〈표 3-20〉 요양기관종별·중증도별 입원일수 점유율	81
〈표 3-21〉 상급종합병원 중증도별 환자 및 진료비 비율	83
〈표 3-22〉 국립대병원 경증 외래환자 비율(2019년 상반기)	84
〈표 3-23〉 요양기관종별 건강보험 보장률 및 비급여 본인부담률	85
〈표 3-24〉 요양기관종별 총 진료비 변동 기여도	87

〈표 3-25〉 진료형태별 진료비 추이	90
〈표 3-26〉 진료형태별 진료비 변동 기여도	91
〈표 3-27〉 진료형태별·요양기관종별 진료비 점유율 추이: 전체	93
〈표 3-28〉 진료형태별·요양기관종별 진료비 점유율 추이: 4개 종별	94
〈표 3-29〉 진료형태별·요양기관종별 입내원일수 점유율 추이: 4개 종별	95
〈표 3-30〉 요양기관종별 진료비 점유율 추이: 4개 종별	96
〈표 3-31〉 요양기관종별 입원 진료비 변동 기여도	97
〈표 3-32〉 요양기관종별 외래 진료비 변동 기여도	98
〈표 3-33〉 진료항별 진료비 점유율 추이	100
〈표 3-34〉 주요 진료항별·요양급여종별 진료비 점유율 추이	101
〈표 3-35〉 행위유형별 원가보상 수준	103
〈표 3-36〉 의료수익 대비 의료원가율	103
〈표 3-37〉 건강보험급여행위 원가(비용)보상률	104
〈표 3-38〉 요양기관종별 행위유형별 급여행위 대응 비용 구성비	105
〈표 4-1〉 2019년 요양기관종별 진료비	111
〈표 4-2〉 기본진료료 수준별 진료비 변화량	112
〈표 4-3〉 환산지수 수준별 진료비 변화량	114
〈표 4-4〉 시나리오별 진료비 변화량	117
〈표 4-5〉 진료비 변화량 기준 가산율 변화	118
〈표 5-1〉 의료기관 진료비 특성에 따른 수가 구성 요인 개선 방향	123
〈표 5-2〉 환산지수에 따른 진료비 변화량(2019년 기준)	125
〈표 5-3〉 환산지수에 따른 기본진료료 변화량(2019년 기준)	126
〈표 5-4〉 요양기관종별 기본진료료 변화량(2019년 기준)	126

그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 연구 수행체계	12
[그림 2-1] 건강보험 진료비 지급체계	17
[그림 2-2] 요양급여비용(수가) 결정	19
[그림 2-3] 진찰료 상대가치점수 구성	26
[그림 2-4] 요양기관종별 입원료 수준	27
[그림 2-5] 행위유형별 원가 보상 수준의 변화	30
[그림 2-6] 요양기관종별 외래관리료	32
[그림 2-7] 환산지수 결정 과정	34
[그림 2-8] 연도별 물가 상승률, 환산지수 인상률 및 건강보험 재정 증가율	37
[그림 2-9] 연도별 환산지수 및 수가 역전 현상	39
[그림 2-10] 요양기관종별 초진 진찰료	41
[그림 2-11] 2020년 요양기관종별 수가 개요	43
[그림 3-1] 건강보험 진료비 및 급여비 추이	55
[그림 3-2] 2019년 진료비 증가 기여도	56
[그림 3-3] 진료비 구성 요소	59
[그림 3-4] 진료비 구성 요소별 기여도	63
[그림 3-5] 진료비 구성 요소 세분화: 수가 요인	67
[그림 3-6] 수가 요인의 진료비 증가 기여도	68
[그림 3-7] 진료비 증가 요인 구분	69
[그림 3-8] 요양기관종별 입원/외래 점유율 추이	73
[그림 3-9] 요양기관종별·진료항목별 진료비 점유율 추이	76
[그림 3-10] 의료기관종별 중증질환(산정특례) 입원일수 점유율	78
[그림 3-11] 요양기관종별·중증도별 입원일수 점유율	80
[그림 3-12] 요양기관종별 외래 경증질환 내원일수 점유율	82
[그림 3-13] 요양기관종별 진료비 점유율 추이	86
[그림 3-14] 요양기관종별 진료비 변동 절대기여도: 4개 종별	89
[그림 3-15] 진료형태별 진료비 점유율 추이	90



[그림 3-16] 진료형태별 진료비 변동 절대기여도	91
[그림 3-17] 진료형태별·요양기관종별 진료비 점유율 추이: 4개 종별	94
[그림 3-18] 진료형태별·요양기관종별 입내원일수 점유율 추이: 4개 종별	95
[그림 3-19] 요양기관종별 입원 및 외래 진료비 변동 절대기여도: 4개 종별	99
[그림 3-20] 요양기관종별 주요 진료항별 진료비 변동 절대기여도: 4개 종별	102
[그림 4-1] 수가 구성 요인 주요 과제	109
[그림 4-2] 시나리오(안)	116



Abstract

Improvements to the National Health Insurance Fee Schedule Based on the Characteristics of Medical Expenses

Project Head: Go, Dun-Sol

This study analyzed the characteristics of medical expenses in Korea using healthcare utilization data to suggest improvements to the national health insurance fee schedule.

The main problems of the fee system are the reversal of the conversion index and the low compensation for examination fees. These can distort the allocation of resources and introduce dysfunction into the delivery system in healthcare services, which can also be identified through an analysis of medical expenses. While the share of outpatient treatment among hospital expenses increased, its share of clinic expenses decreased. The proportion of total medical expenses for clinics decreased, and that of outpatient medical expenses also showed a decreasing trend.

The study suggests improvements to the national health insurance fee schedule based on scenario-based simulation results by unifying the conversion index and examination fees.

*Key words: national health insurance, fee schedule, medical expenses

Co-Researchers: Shin, Young-Seok·Lee, Subin



1. 연구의 배경 및 목적

진료비 수가는 행위에 소요되는 업무량, 자원을 상대적인 가치로 점수화한 상대가치점수에 점수당 단가인 환산지수의 곱으로 산출되며, 일부 행위에 따라 가산 점수 혹은 비율이 적용되어 결정된다. 기존 적정 수가에 대한 논의와 요구는 지속되었다. 특히 최근에 제3차 상대가치 개편을 앞두고 요인별 문제 해결의 방향성을 제시하는 연구가 있었다. 그러나 수가를 구성하는 요인 개별 제도에 대한 논의와 이를 연계하여 개편해야 한다는 제언 정도에 그쳤을 뿐, 요인별 개편 방향이 어떤 영향을 줄지에 대한 고민이나 고려는 부족하였다.

수가체계의 개선은 의료전달체계 정상화 차원에서도 고민되어야 하는 바, 본 연구를 통해 수가 구성 요인의 과제를 살펴보고, 이를 해결하기 위한 개선 방안을 제시하였다. 또한 개선 방안을 마련하는 데 현재 우리나라 의료기관 진료비 특성을 분석하여 고려하였다.

2. 주요 연구 결과

수가 구성 요인별 현안을 고찰한 결과, 상대가치점수와 관련하여 기본 진료료의 낮은 보상 수준과 행위유형 간 보상의 불균형은 의원의 진찰 진료 비중이 감소되는 현상으로 이어져 의료전달체계 왜곡을 심화시켰다. 또한 병원의 환산지수 인상률보다 높은 의원의 환산지수 인상률은 병원과 의원 간 수가 역전 현상을 야기하였다. 병원과 의원 간 수가 역전 현상은 의료전달체계의 왜곡을 더욱 심화시킬 수 있다. 종별 가산제도는 요양기관의 규모에 따라 다른 시설, 인력, 장비 투자비용을 반영하고자 도입되었으나 모든 의료행위에 동일한 가산율이 일괄 적용되기 때문에 요양

4 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

기관에 따라서는 불필요한 검사나 처치를 유인하는 기전으로 작용할 수 있다. 종별 가산제도의 목적인 종별 기능의 정상화를 통하여 바람직한 의료전달체계 구축을 도모할 수 있어야 한다. 결국 근본적 해결을 위해서는 환산지수, 상대가치점수, 종별 가산을 포함한 수가결정구조에 대하여 종합적인 개선 방안이 필요하다.

이러한 수가 구성 요인의 문제점이 의료기관 진료비 특성에 미치는 영향력을 파악하고자 의료기관종별, 진료행태별, 행위유형별 진료비를 분석하였다. 진료형태에 따라서 병원급 외래 진료비 비중이 증가하는 반면, 의원급 외래 진료비는 감소하는 경향을 보였다. 이는 국민의료비 부담과 재정 지출을 증가시켜 자원의 합리적 활용을 저해한다. 특히 병원급 진찰료 비중이 증가한 것에 비해 의원급 진찰료 비중은 감소하였는데, 이는 다른 행위유형에 비해 낮은 진찰료의 보상 수준과 종별 보상 수준에 대한 차등이 낮아지면서 의료이용체계에 영향을 미친 것으로 보인다. 결과적으로 병원과 의원의 낮은 건강보험 보장률을 확인할 수 있었다. 또한 의료기관의 건강보험 진료비를 의료전달체계 기능의 관점에서 볼 때 그 기능이 미비하였다. 요양기관종별 진료비는 병원급에서 증가하는 반면, 의원급에서 감소하였으며, 특히 외래 진료비에 대한 의원 점유율은 감소하는 추세를 보였다. 수가 개선을 통해서 자원 배분의 최적화를 위한다면 전달체계가 제 기능을 할 수 있도록 개선되어야 하고, 현재의 종별 진료비 특성을 봤을 때 병원급의 외래 비대와 의원급의 외래 축소를 해결하면서 즉 표준 업무에 따른 종별 제 기능을 할 수 있는 방향으로 개선되어야 한다.

본 연구에서 파악한 의료기관 진료비 특성에 따른 수가 구성 요인의 해결과제는 기본진료료의 개선과 환산지수로 인한 수가 역전 현상의 해소, 종별 가산의 기능 확립이다. 이를 연계하되 재정 중립과 전달체계 기능 유지가 전제될 수 있는 방안을 검토하고자 하였다.

3. 결론 및 시사점

본 연구에서는 기존에 논의되었던 건강보험 수가 구성 요인의 개선 방안을 종합적으로 제시하는 데 2019년 진료비 통계를 활용하여 시뮬레이션을 시도하였다. 수가체계 전반에 대한 개편이 필요한 시기에 개선 방안 제시와 더불어 실제 자료를 통한 분석 결과는 정책 방향을 결정하는 데 기초 자료로 활용될 수 있다. 세부적인 제도 보완과 필요한 정책적 개선 사항이 함께 고려되어 정책 실행의 완성도를 높임으로써 환자가 걱정 의료서비스를 적절한 시기에 적절한 장소에서 받을 수 있는 의료체계 구축 방안을 모색하는 데 활용되길 기대한다.

* 주요 용어: 건강보험, 수가체계, 진료비, 요양급여비용

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

1. 연구 배경

건강보험은 지난 30년 동안 보편적 의료서비스를 제공하면서 국민 건강 수준을 향상시키는 데 기여했다. 1989년 전 국민 의료보험 도입 당시 71.2세였던 우리나라 국민의 기대수명은 2018년 82.7년으로 OECD 평균 80.7년을 상회하게 되었고(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2020), 영아사망률과 암사망률 등의 건강지표도 크게 개선되었다. 건강보험은 질병 치료 중심의 의료보험을 넘어 예방과 건강 증진까지 포괄하며 보장 범위를 확대해가고 있다.

그러나 낮은 보장률과 높은 국민의료비 부담은 건강보험제도의 과제로 남아 있다. 우리나라 경상의료비 중 정부 및 의무가입제도 비중은 59.9%로 OECD 평균 73.8%보다 낮은 수준이며, 사회보험을 운영하고 있는 대표적인 국가 독일(84.6%), 프랑스(83.6%), 일본(84.1%)보다 낮은 편이다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2020). 반면 경상의료비 중 가계 직접부담 비중은 32.5%로 2008년 37.1%에 비해 감소하고 있지만, OECD 평균보다는 높은 수준이다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2020).

건강보험 진료비는 2008년 348,690억 원 대비 2019년 864,775억 원으로 연평균 8.6% 증가하였다. 전년 대비 증가율은 2009년 12.8%로 가장 높았으며, 이후 2012년 3.4%로 증가 추이가 둔화됐으나, 최근 2018년 12.0%, 2019년 11.4%로 높아지고 있다. GDP 대비 경상의료비

10 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

는 2019년 8.0%로 OECD 평균보다 낮은 수준이지만 의료비 증가속도는 OECD 회원국 중 가장 빠른 것으로 알려져 있다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2020).

건강보험 진료비는 진료량에 가격인 수가를 곱하여 결정된다. 진료량을 결정하는 의료이용량을 보면, 우리나라 환자 1인당 평균 재원일수는 19.1일로 OECD 평균 8.1일의 두 배 이상 수준이고, 외래 진료 횟수는 연간 16.6회로 OECD 최고 수준이다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2020). 인구 고령화와 생산 가능 인구의 감소, 질병구조의 변화로 인해 이용량은 지속적으로 증가할 것이며, 그에 따라 건강보험 재정의 지속가능성을 위협할 것이다. 양적인 수준과 더불어 의료이용체계 측면에서는 지난 10년간 의료기관종별 진료비 점유율이 의원급에서는 지속적으로 하락한 반면, 상급종합병원에서는 증가하였다. 경증질환 치료 측면에서도 대형병원 이용을 선호하는 추세로 합리적인 의료이용과 양질의 서비스 제공의 장애 요인이 되고 있다.

진료행위 가격인 수가는 상대가치점수와 환산지수, 종별 가산이 적용되어 결정된다. 보건의료 환경에서 적정 수가는 자원 배분의 최적화와 건강보험의 지속가능성을 위한 전제 조건이자 국민 의료비 부담 정도를 결정하고, 의료서비스가 제공되는 환경에 영향을 주어 국민 건강 수준과도 연결된다. 적정 수가에 대한 정의는 관점에 따라 달라질 수 있으나, 수가 제도의 개선은 의료행위의 왜곡 현상을 해소할 수 있어야 함과 동시에 의료의 전문성과 질 수준은 개선되면서 적정 진료가 가능할 수 있는 수준으로 유지되어야 할 것이다.

보건의료 부문의 특성상 가격 결정 과정에서 정부의 개입은 필수적이지만 의료기관의 90% 이상이 민간 의료기관인 환경에서 가격규제정책은 부정적 효과를 초래하기도 한다. 단순히 가격만 규제할 경우 불필요한 수

요나 비급여 서비스가 증가할 수 있고, 서비스의 질이 저하될 수도 있다. 수가 불균형은 의료기관의 진료 특성에 따라 달라질 수밖에 없어 일괄적으로 조정할 경우 편차가 발생하게 된다. 개별 행위마다 다르게 산정되는 수가에 따라 요양기관종별, 진료행태별, 행위유형별, 진료과목별, 질환별로 다른 특성을 결정하게 되고, 수가 구성 요인에 따른 영향력도 달라진다. 따라서 의료기관의 진료비 특성을 고려한 수가 조정이 필수적이다. 합리적인 진료비용에 대한 공정한 보상뿐 아니라 진료 영역 간 보상 수준 격차를 해소할 수 있는 수가제도에 대한 논의가 필요하다.

그간 건강보험 수가제도의 문제점과 개선 방안을 논의한 연구에서 상대가치점수, 환산지수, 가산제도는 개별적으로 다루어졌다. 요인별 문제점은 이미 제기된 바 있으나 이를 연계한 개선 방안이 제시되기에는 제한적이었다. 기본진료료를 포함한 3차 상대가치점수와 가산제도가 2022년부터 개편될 예정으로 수가제도 전반 구조 개편에 대한 논의와 방안 모색이 필요한 시점이다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 건강보험 수가 구성 요인인 상대가치점수, 환산지수, 종별 가산제도의 현황과 문제점을 의료기관 진료비 경향을 통해 파악하고, 수가제도의 개선 방안을 제시하는 데 있다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 내용

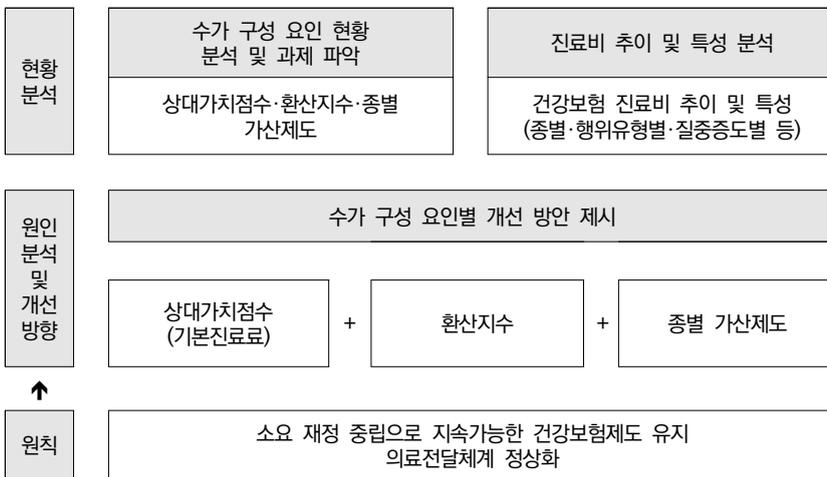
본 연구의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 건강보험 수가 구성 요인 현황을 분석하고, 해결과제를 파악한다. 상대가치점수, 환산지수, 종별 가산제도를 포함한 수가제도의 문제점과 해결과제를 검토한다.

둘째, 건강보험 진료비 경향과 의료기관 진료비 특성을 분석한다. 건강보험 진료비 증가 요인을 분석하고, 요양기관종별 주요 기능, 행위유형별 진료 경향, 전달체계 기능 등을 확인한다.

셋째, 수가 구성 요인별 개선 방안을 제시한다. 의료기관 진료비 특성을 고려하여 수가 구성 요인의 개선 방안을 제시하고, 시뮬레이션을 통해 그 타당성을 검토한다.

[그림 1-1] 연구 수행체계



2. 연구 방법

건강보험 수가 구성 요인의 현황과 과제를 파악하고자 선행연구, 관련 법과 규정 등을 고찰하였다. 진료비 분석을 위해서는 관련 통계자료를 수집하여 분석하였다. 건강보험 진료비 분석은 국민건강보험공단의 건강보험주요통계와 진료비실태조사, 건강보험심사평가원의 진료비통계를 활용하였다. 건강보험 외 진료비 분석은 상대가치개편을 위한 회계조사연구결과, 병원경영분석, 중소병원경영지원 및 정책개발사업보고서 등의 자료원을 활용하였다. 수가 구성 요인의 개선 방안을 제시하고 타당성을 검토하는 데에는 통계자료를 활용하여 시뮬레이션을 실시하였다.

〈표 1-1〉 연구 방법

구분	목표	연구 방법
1단계	수가 구성 요인 현황 분석 및 과제 파악	<ul style="list-style-type: none"> · 선행연구 및 관련 법·규정 고찰 · 관련 통계자료 수집 및 분석
2단계	진료비 추이 및 특성	<ul style="list-style-type: none"> · 통계자료 분석 <ul style="list-style-type: none"> - 건강보험주요통계(국민건강보험공단) - 진료비실태조사(국민건강보험공단) - 진료비통계(건강보험심사평가원)
3단계	개선 방안 제시	<ul style="list-style-type: none"> · 통계자료를 활용한 시뮬레이션



제2장

건강보험 수가체계에 대한 이론적 논의

제1절 건강보험 수가체계 개요

제2절 수가 구성 요인 현황 및 과제

제3절 수가체계와 의료전달체계

제 2 장

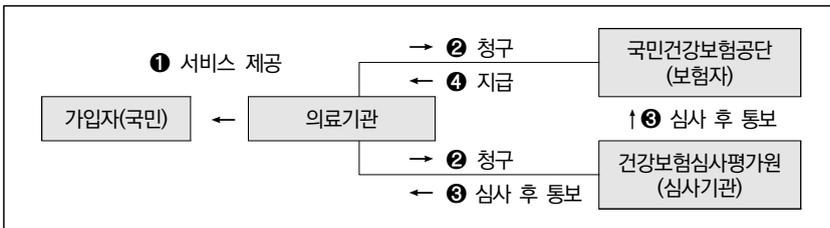
건강보험 수가체계에 대한 이론적 논의

제1절 건강보험 수가체계 개요

1. 건강보험 수가의 결정

의료기관은 의료서비스를 제공한 후, 국민건강보험공단(이하 공단)과 건강보험심사평가원(이하 심평원)에 요양급여비용의 지급을 청구하고 심평원의 심사 결과에 따라 결정된 비용을 공단으로부터 지급받는다.

[그림 2-1] 건강보험 진료비 지급체계



자료: 국민건강보험법 제47조.

요양급여비용이란 국민건강보험법 제41조 제1항에 규정된 행위(진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 및 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송)에 대한 비용, 즉 수가를 의미한다. 우리나라 건강보험 지불제도는 개별 진료행위에 대한 가격 기준을 정해두고 제공 서비스에 해당하는 진료비를 지불하는 행위별 수가제(fee for service)를 기본으로 한다. 따라서 행위별 수가를 산출하게 되는데, 국민건강보험법 제45조에 따르면 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계 대

18 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

표가 계약으로 정하도록 되어 있다. 이때 계약의 내용은 국민건강보험법 시행령 제21조에 명시되어 있으며, 상대가치점수의 점수당 단가(환산지수)를 정하는 것이다.

〈표 2-1〉 영양급여비용의 결정

구분	내용
국민건강보험법	<p>제45조(요양급여비용의 산정 등)</p> <p>① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.</p> <p>② 제1항에 따라 계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 사이에 체결된 것으로 본다.</p> <p>③ 제1항에 따른 계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 심의위원회의 의결을 거쳐 요양급여비용을 정한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항에 따라 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.</p> <p>④ 제1항 또는 제3항에 따라 요양급여비용이 정해지면 보건복지부장관은 그 요양급여비용의 명세를 지체 없이 고시하여야 한다.</p> <p>⑤ 공단의 이사장은 제33조에 따른 재정운영위원회의 심의·의결을 거쳐 제1항에 따른 계약을 체결하여야 한다.</p> <p>⑥ 심사평가원은 공단의 이사장이 제1항에 따른 계약을 체결하기 위하여 필요한 자료를 요청하면 그 요청에 성실히 따라야 한다.</p> <p>⑦ 제1항에 따른 계약의 내용과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>
국민건강보험법 시행령	<p>제21조(계약의 내용 등)</p> <p>① 법 제45조제1항에 따른 계약은 공단의 이사장과 제20조 각 호에 따른 사람이 유형별 요양기관을 대표하여 체결하며, 계약의 내용은 요양급여의 각 항목에 대한 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 한다.</p> <p>② 제1항에 따른 요양급여 각 항목에 대한 상대가치점수는 요양급여에 드는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양, 요양급여의 위험도 및 요양급여에 따른 사회적 편익 등을 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타낸 것으로 하며, 보건복지부장관이 심의위원회의 심의·의결을 거쳐 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고시한다.</p> <p>③ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 요양급여의 상대가치점수를 산정할 수 있다.</p> <p>1. 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에서 입원진료를 받는 경우: 해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제·치료재료의 비용을 합산하여 증세의 경중도(輕重度)의 구분에 따른 1일당 상대가치점수로 산정</p>

구분	내용
	<p>2. 「의료법」 제3조제2항제1호가목에 따른 의원, 같은 항 제3호가목에 따른 병원, 같은 호 라목에 따른 요양병원, 같은 호 마목에 따른 종합병원, 같은 법 제3조의4에 따른 상급종합병원 또는 「지역보건법」 제12조에 따른 보건료원에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군[진단명, 시술명, 중증도(重症度), 나이 등을 기준으로 분류한 환자집단을 말한다]에 대하여 입원진료를 받는 경우: 해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제·치료재료의 비용을 포괄하여 입원 건당 하나의 상대가치점수로 산정</p> <p>3. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조에 따라 호스피스·완화료를 받는 경우: 해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제·치료재료의 비용을 합산하여 1일당 상대가치점수로 산정</p> <p>④ 제1항에 따라 계약을 체결할 때 상대가치점수가 고시되지 아니한 새로운 요양급여 항목의 비용에 대한 계약은 제2항에 따라 보건복지부장관이 같은 항목의 상대가치점수를 고시하는 날에 체결된 것으로 본다. 이 경우 그 계약은 그 고시일 이후 최초로 실시된 해당 항목의 요양급여부터 적용한다.</p>

자료: 국민건강보험법, 국민건강보험법 시행령.

제공된 서비스 행위에 대한 가격, 즉 수가는 국민건강보험법 제45조에 따른 상대가치점수의 점수당 단가(요양기관 유형별 환산지수)에 행위별 상대가치점수의 곱으로 산출되며, 일부 행위에 따라 가산이 적용되어 결정된다. 가산제도는 자원 투입 정도에 따라 결정되는 상대가치 외에 정책적 필요에 따라 일정 비율 혹은 점수를 가산하는 제도이다.

[그림 2-2] 요양급여비용(수가) 결정



자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

20 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

수가 결정체계에서 상대가치점수는 의료 내적인 특성을 반영하게 되고, 환산지수는 의료 외적인 특성을 반영하게 된다. 그러나 가격 관리 기전인 상대가치점수와 조정 기전인 환산지수는 독립적으로 작용하고 있어 상호 연계가 미흡하다.

〈표 2-2〉 수가 구성 요인별 정의 및 결정 방법

구분	상대가치점수	환산지수	가산
근거	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제12조(상대가치점수등의 조정 등) ※ 상대가치점수는 보건복지부장관 고시	국민건강보험법 제45조(요양급여비용의 산정 등)	보건복지부 고시로 운영(국민건강보험법상 근거는 없음)
정의	요양급여에 소요되는 시간·노력 등의 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 상대적으로 비교한 점수	물가 등의 수가 상승을 고려하여 계산된 상대가치 1점당 가격	기존의 소정 상대가치점수에 일정 수준을 가하는 제도
단위	행위 단위	요양기관 유형 단위	-
	원칙상 5년 주기 조정 (단, 수시 개정 가능)	정기적(연 1회) 조정	-
결정 방법	자원기준상대가치체계 (RBRSV, Resource-Based Relative Value Scale)	국민건강보험공단 이사장과 의약계 대표가 계약으로 정함	종별 가산, 내소정 입원료 가산, 야간·공휴·응급 가산, 소아·노인 가산, 진료과별 가산 등

자료: 국민건강보험법, 국민건강보험법 시행령, 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

2. 수가 결정체계의 의의

요양급여비용은 의료기관이 제공한 서비스에 대한 보상이므로 의료기관의 수입과 보험자의 지출에 절대적인 영향을 미친다. 또한 의료서비스

이용자, 즉 가입자의 본인부담금에 영향을 주고, 건강보험료 부담의 크기를 좌우하게 된다. 이에 요양급여비용의 결정과 관련하여 수요자인 가입자와 보험자, 공급자인 의료기관의 이해관계는 상충되어 갈등을 겪을 수밖에 없다. 정부는 수가 인상에 소극적인 반면, 의료공급자는 수가 인상을 물가 인상률을 밀돌아 경영 악화를 야기하고 있으므로 대폭적인 수가 인상이 필요하다고 주장한다.

보건의료 부문의 특성상 가격 결정 과정에서 정부의 개입은 필수적이지만 의료기관의 90% 이상이 민간 의료기관인 환경에서 가격규제정책은 부정적 효과를 초래하기도 한다. 단순히 가격만 규제할 경우 불필요한 수요나 비급여 서비스가 증가할 수 있고, 서비스의 질이 저하될 수도 있다. 적정 수가에 대한 정의는 관점에 따라 달라질 수 있으나, 수가제도의 개선은 의료행위의 왜곡 현상을 해소할 수 있어야 함과 동시에 의료의 전문성과 질 수준은 개선되면서 적정 진료가 가능할 수 있는 수준으로 유지되어야 할 것이다.

보건의료 환경에서 적정 수가 산정은 자원 배분의 최적화와 건강보험의 지속가능성, 합리성, 효율성을 달성하기 위한 전제 조건이다. 국민의 의료비 부담 정도와 직결될 뿐 아니라, 서비스가 제공되는 환경을 조성하는 데 영향 요인이 되며, 국민의 건강 수준과도 연결된다. 개별 행위마다 다르게 산정되는 수가에 따라 요양기관종별, 진료행태별, 행위유형별, 진료과목별, 질환별로 다른 특성을 결정하게 되고, 수가 구성 요인에 따른 영향력도 달라진다. 수가 불균형은 의료기관의 진료 특성에 따라 달라질 수밖에 없어 일괄적으로 조정할 경우 편차가 발생하게 된다. 따라서 의료기관의 진료비 특성을 고려한 수가 조정이 필수적이며, 합리적인 진료비용에 대한 공정한 보상뿐 아니라 진료 영역 간 보상 수준 격차를 해소할 수 있는 수가제도에 대한 논의가 필요하다.

제2절 수가 구성 요인 현황 및 과제

1. 상대가치점수

가. 제도 개요 및 현황

상대가치점수는 의료인이 제공하는 행위의 의사업무량, 진료비용, 위험도의 합으로 정의된다. 업무량은 의사가 행위에 소요한 시간과 강도에 근거하여 산출하며, 진료비용은 주시술자인 의사를 제외한 임상인력과 장비비, 재료비, 간접비를 고려하여 산출한다. 위험도는 진료과별 의료사고 보험료를 이용하여 산출한다. 제2차 상대가치 연구 결과, 의과에서 의사업무량의 비중은 22%, 진료비용(직접비용)은 77%, 위험도 상대가치는 1%로 산출되었다.

〈표 2-3〉 상대가치 구성 요소

구성 요소	주요 내용	산출 근거자료
업무량	주시술자의 시간, 노력에 대한 보상 의료행위 시간 및 강도(육체적·기술적 노력, 정신적 스트레스) 반영	행위정의기술서에 따른 업무량 점수 (전문가 단체 개발)
진료비용	임상인력 인건비, 장비비, 재료비 보상 - 임상인력의 업무와 참여 시간 - 의료장비·기구의 사용 개수와 사용 시간 - 별도 보상되지 않는 의료소모품 종류별 사용량	의료기관 회계조사 의료행위별 직접비용 조사 자료
위험도	의료사고와 관련된 분쟁해결비용 보상 - 의료사고 빈도, 관련 비용 조사를 통해 의료사고 전체 비용 추정 및 진료과별, 행위별 위험도 산출	의료사고 관련 분쟁해결비용 조사 자료

자료: 국민건강보험법 시행령.

이처럼 소요된 자료원소모량을 기준으로 요양급여 의료행위의 가치를 상대적으로 비교하는 RBRVS(Resource-Based Relative Value Scale)

기반의 점수체계는 1994년, 의료보장개혁위원회를 통해 도입이 추진되어 1997년부터 기초 연구를 바탕으로 2001년 도입되었다. 상대가치점수의 신규 항목 도입, 점수 조정 등은 상대가치운영기획단과 행위전문위원회의 심의를 거쳐 건강보험정책심의위원회에서 의결되고, 주기적인 전면 개편은 5년에 한 번씩 이루어지는 것으로 알려져 있으나 실제로는 그보다 개편 주기가 길어지고 있다.

그동안 2008~2012년에는 1차 개편이, 2017~2020년에는 2차 개편이 이루어졌다. 1차 개편 때에는 상대가치점수를 객관화하고, 40개 진료과목 간 불균형을 조정하고자 하였다. 2차 개편은 행위유형별 불균형을 조정하여 의료진이 직접 의료행위를 하는 진료 영역의 상대가치를 높이는 방향으로 진행되었다. 2017년에 발표된 2차 상대가치 개편안은 지난 4년간 해마다 25%씩 수가에 반영되었다. 그 결과, 검체검사와 영상검사의 수가는 일정 부분 낮아졌고, 수술이나 내시경 분야 등의 행위 수가는 상대적으로 높아졌다.

〈표 2-4〉 상대가치 개편 경과

구분	상대가치 도입 (2001년)	1차 개편 (2008~2012년)	2차 개편 (2017~2020년)
성과	· 상대가치 개념 정립 · 점수제 최초 도입	· 점수의 객관화 · 40개 진료과목 내 불균형 조정	· 5개 유형별 불균형 조정 · 재정 투입 및 이동을 통한 실질적 구조 개편 추진
한계	· 기존 관행 수가 인정 · 상대가치 불균형 유지	· 진료과목별 총점 고정 · 유형 간 불균형 해소 한계	· 입원료 및 진찰료 제외 · 5개 유형 내 불균형 지속

자료: 보건복지부(2018. 06. 28.).

현재 3차 개편을 위한 회계조사, 의사업무량 개발, 위험도 연구 등이 진행 중이거나 완료되었으며, 2023년부터 2026년까지 단계적으로 적용될 예정이다. 3차 개편은 기존에 논의되지 못한 기본진료료를 중심으로 이뤄진다.

24 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 2-5〉 기본진료료 문제점과 해결 방향

문제점	해결 방향	비고
상대가치 개념에 부합하지 못함	의사업무량, 진료비용, 위험도 등 상대가치 개념에 맞는 설계	정책 지향을 위한 별도의 정책가치 도출
진료과목 간, 유형 간 형평성의 한계	기본진료 개념에 따른 진료과별 불형평성을 기타 상대가치 조정으로 극복	비급여의 급여화와 연계
시간 및 중증도 반영	시간을 반영한 이원화 진찰료 도입 중증도를 반영한 이원화 입원료 도입	회계조사 결과를 토대로 기준 설정
가치 기반의 한계	만성질환 관리·예방 등 효과가 높다고 인정되는 경우 정책가치를 통해 반영	증상기적으로 의료의 질평가지원금과 연계

자료: 신영석 외(2018).

1) 기본진료료

기본진료료는 진찰료와 입원료로 구분된다. 그 외 교육·상담, 환자 안전, 의료질 향상을 포함하는 관리료가 기본진료료에 포함된다.

〈표 2-6〉 기본진료료 현황

유형(항목 수)	항목	
진찰료(3)	외래환자 진찰료(초진, 재진), 교육·상담료, 회송료	
입원료(8)	입원료, 집중치료실 입원료(뇌졸중, 고위험입산부), 무균치료실 입원료, 낮병동 입원료, 신생아 입원료(신생아실, 모자동실, 신생아 모유수유간호 관리료), 중환자실 입원료(일반, 신생아, 소아), 격리실 입원료(일반, 음압), 납차폐특수치료실 입원료	
협의·통합진료(4)	협의 진찰료, 다학제통합 진료료, 심장통합 진료료, 비만수술통합 진료료	
관리료 (26)	교육·상담	만성질환 관리료, 항암화학요법 부작용 및 반응 평가료
	전담인력 확충	집중영양 치료료, 야간전담간호사 관리료, 야간진료 관리료
	고위험 환자 관리	고위험입산부 집중관리료, 정신의학적 집중관리료, 정맥내 혈전용해술 관리료, 치과 안전관찰료, 마약류 관리료, 회복 관리료(회복실), 소아 진정관리료
	환자 안전	중환자실 내 격리관리료, 감염예방·관리료, 입원환자 안전관리료, 외래 항암주사 관리료, 치과 집중관리료
	의료질 향상	의료질평가 지원금, 전문병원 관리료, 전문병원 의료질 지원금
	기타	의약품 관리료, 혈액 관리료, 보육기(장비 사용), 가정간호 기본방문료, 수면검사실 관리료, 뇌사장기기증자 관리료

자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

2020년 기준 기본진료료 행위는 5단 코드 기준 진찰료 10개(초진 4개, 재진 6개), 입원료 247개(일반병실 입원료 128개, 중환자실 입원료 55개), 그 외 관리료 306개로 모두 563개이다. 2017년 기준 412개 대비 151개(36.6%)가 증가하였으며 주로 관리료 행위가 추가되었다.

〈표 2-7〉 기본진료료 행위 수(의과)

(단위: 개)

연도	총계	진찰료			입원료				그 외
		계	초진	재진	계	일반 병실	중환자실	기타 입원료	
2017	412	10	4	6	181	84	49	48	221
2020	563	10	4	6	247	128	55	64	306

자료: 건강보험요양급여비용(2017년 7월판, 2020년 3월판).

2) 진찰료

진찰료는 기본진찰료와 외래관리료로 구분된다. 2001년 7월 의약 분업 이후 불필요한 처방과 약물 오남용을 억제하기 위해 원외처방료를 외래관리료에 통합하여 산정하고 있다. 기본진찰료는 병원 관리와 진찰권 발급 등에 소요되는 비용으로, 외래관리료는 외래환자의 처방과 조제 등에 소요되는 비용으로 규정하고, 처방행위는 외래관리료에 포함하여 원외처방료를 삭제하였다. 2001년 12월, 외래환자 조제·복약지도료가 신설되어 외래관리료는 외래환자의 처방 등에 소요되는 비용으로 수정되었다. 진찰료 구성 요소의 변화 과정은 다음과 같다.

〈표 2-8〉 진찰료 구성 요소의 변화 과정

시기	1977.7.1.	1983.10.1.	1999.11.15.	2000.4.1.	2001.7.1.
진찰료 구성 요소	진찰료	진찰료	의학진찰료	진찰료	기본진찰료
	외래병원 관리료	외래병원 관리료	외래병원 관리료		외래관리료
	처방전료	원외처방료	원외처방료	원외처방료	

자료: 이정찬·이평수·김계현·김한나(2012).

26 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

기본진찰료는 종별에 관계없이 동일하게 적용되고, 외래관리료는 종별로 차등 적용된다. 기본진찰료와 외래관리료를 합한 진찰료는 초진과 재진 모두 상급종합병원에서 가장 높고, 의원에서 가장 낮다. 원칙적으로 진찰료와 입원료 등의 기본진료행위는 종별 가산율이 적용되지 않지만, 상대가치 수준 자체가 종별로 차등화되어 있다.

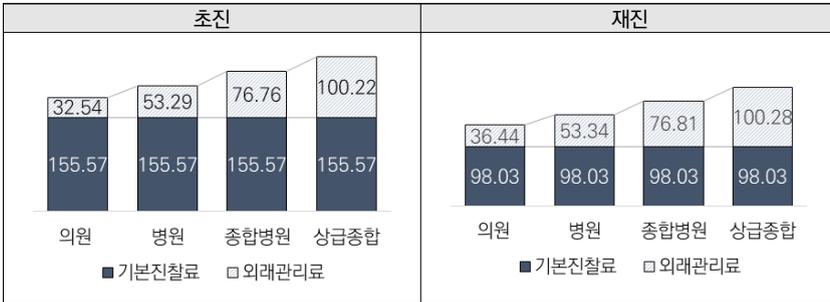
〈표 2-9〉 진찰료 상대가치점수 구성

(단위: 점)

구분	초진			재진		
	진찰료계	기본진찰료	외래관리료	진찰료계	기본진찰료	외래관리료
의원	188.11	155.57	32.54	134.47	98.03	36.44
병원	208.86		53.29	151.37		53.34
종합병원	232.33		76.76	174.84		76.81
상급종합	255.79		100.22	198.31		100.28

자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

[그림 2-3] 진찰료 상대가치점수 구성



자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

3) 입원료

입원료의 경우 요양기관종별에 따라 다르게 산정되며, 현행 입원료의 총점은 의학관리료(40%), 간호관리료(25%), 병원관리료(35%)로 구성된다. 의학관리료는 의사의 입원 관련 직접행위에 대한 서비스료이며, 간호

관리료는 간호인력의 서비스료이고, 병원관리료는 입원에 소요되는 관리 및 행정비용에 해당한다.

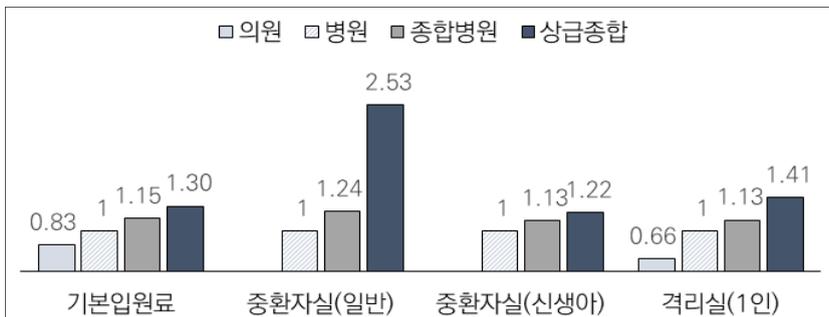
〈표 2-10〉 입원료 구성 요소

구분	내용
의학관리료	의사가 입원실 내에서 환자에게 제공한 회진, 질병의 치료 및 상담, 교육과 같은 직접행위와 의무기록 및 진료계획 수립 등의 간접행위를 포함한 모든 의사서비스료
간호관리료	간호사 및 기타 간호인력이 입원실 내에서 환자에게 제공한 투약, 주사, 간호, 상담, 간호기록지 작성, 환자 진료행위보조 등의 간접행위를 포함한 모든 간호서비스료
병원관리료	입원환자 환자복, 침구 등 세탁비용, 입원실 공간 사용비, 비품 및 시설관리, 행정 및 관리비 등을 포함한 비용

자료: 건강보험심사평가원(2020. 01.)

요양기관종별 입원료는 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원 순으로 높은 점수체계를 갖는다. 기본입원료를 기준으로 요양기관종별 입원료 상대가치점수는 병원(431.60점=1) 대비 의원이 0.83배, 종합병원이 1.15배, 상급종합병원이 1.30배 수준이다. 중환자실의 경우 병원(1,520.15점=1) 대비 종합병원이 1.24배, 상급종합병원이 2.53배 높다.

[그림 2-4] 요양기관종별 입원료 수준



주: 병원(=1) 대비 상대가치점수 수준.

자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

28 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 2-11〉 입원료 상대가치점수 구성

(단위: 점)

구분		총 점수	구성		
			의학관리료(40%)	간호관리료(25%)	병원관리료(35%)
기본 입원료	의원	358.86	143.54	89.72	125.60
	병원	431.60	172.64	107.90	151.06
	종합병원	495.54	198.22	123.89	173.44
	상급종합	561.44	224.58	140.36	196.50
중환자실 (일반)	병원	1,520.15	608.06	380.04	532.05
	종합병원	1,884.40	753.76	471.10	659.54
	상급종합	3,852.62	1,541.05	963.16	1,348.42
중환자실 (신생아)	병원	3,328.37	1,331.35	832.09	1,164.93
	종합병원	3,755.24	1,502.10	938.81	1,314.33
	상급종합	4,074.04	1,629.62	1,018.51	1,425.91
격리실 (1인)	의원	1,628.85	651.54	407.21	570.10
	병원	2,456.66	982.66	614.17	859.83
	종합병원	2,779.40	1,111.76	694.85	972.79
	상급종합	3,459.88	1,383.95	864.97	1,210.96

자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

상대가치점수에 단가(환산지수)를 적용한 입원료 수가는 기본입원료를 기준으로 병원 32,890원(=1) 대비 의원이 0.94배, 종합병원이 1.15배, 상급종합병원이 1.30배 수준이다. 상급종합병원의 쏠림 현상을 방지하고자 환자 본인부담을 차등 적용하고 있다.

〈표 2-12〉 입원료 수가 현황

(단위: 원, %)

구분		기본입원료	5인실	4인실	3인실	2인실
의원	수가	30,790	40,030	49,260	-	-
	환자부담	20%	20%	20%	-	-
병원	수가	32,890	42,750	52,620	63,150	73,670
	환자부담	20%	20%	20%	30%	40%
종합 병원	수가	37,760	49,090	60,420	72,500	90,620
	환자부담	20%	20%	20%	30%	40%
상급 종합	수가	42,780	55,620	68,450	82,140	109,520
	환자부담	20%	20%	30%	40%	50%

자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

나. 문제의식 및 해결과제

상대가치점수와 관련하여 의사업무량 근거 자료의 객관화, 진료비용 산출 자료의 신뢰성, 회계조사의 체계화 등 산출 방법에 대한 문제의식과 해결과제가 제기되어 왔으나, 본 연구에서는 3차 개편의 핵심 중 하나인 기본진료료를 중심으로 논의하고자 한다.

1) 진찰료: 기본진료료의 낮은 원가보상 수준과 행위유형 간 불균형

기본진료료는 여러 관리료의 신설과 입원료 인상 등 수가 개정이 이루어졌으나, 2001년 상대가치점수제도의 도입 이후 두 차례 시행된 개편 과정에서는 그 대상에서 제외되었다. 이에 진찰의 중요성에도 불구하고 다른 행위에 비해 상대적으로 저평가돼 있다는 주장과 함께 진찰료 개선 요구는 의료계를 중심으로 지속적으로 제기되어왔다(이정찬 외, 2012).

회계조사 연구 결과(신영석 외, 2018; 신영석 외, 2019)에 따르면, 종합병원 고용 의사 인건비를 기준으로 산출한 기본진료료 원가 보상 수준은 2차 연구 75% 대비 3차 연구 86.7%로 11.7% 증가하였다. 기능검사, 검체검사, 영상검사에 비하면 기본진료료 원가 보상 수준은 낮은 편이다.

〈표 2-13〉 행위유형별 원가 보상 수준

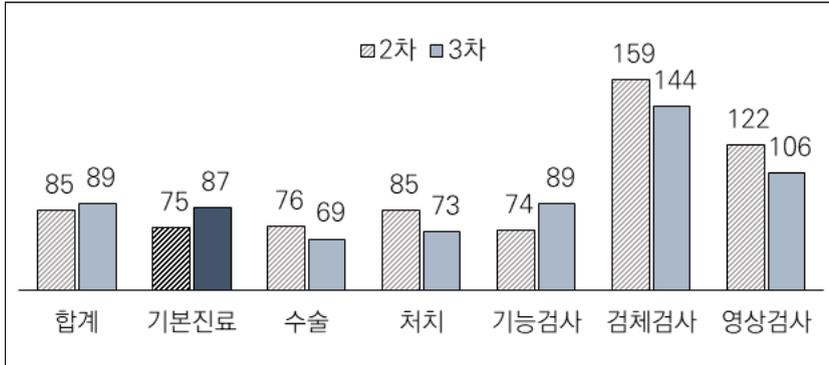
(단위: %)

유형구분	2차 회계조사	3차 회계조사	2~3차 변화
기본진료	75	86.7	11.7
수술	76	68.8	-7.2
처치	85	72.9	-12.1
기능검사	74	89.0	15.0
검체검사	159	144.2	-14.8
영상검사	122	106.2	-15.8

자료: 신영석 외(2018), 신영석 외(2019).

[그림 2-5] 행위유형별 원가 보상 수준의 변화

(단위: %)



자료: 신영석 외(2018), 신영석 외(2019).

2) 진찰료: 의료전달체계 왜곡 심화

기본진료에 대한 요양급여비용의 비중은 감소 추세에 있다. 전체 요양급여비용 중 진찰료가 차지하는 비중은 2008년 26.9%에서 2019년 19.1%로 감소하였으며, 입원료는 14.0%에서 12.5%로 감소하였다. 특히 의원급 진료비 중 진찰료 비중은 2008년 55.6%에서 2019년 43.7%로 감소하였다. 반면, 검체 및 영상검사의 진료행위로 인한 진료비 점유율은 증가하였다. 진료비 중 진찰료 비중이 감소하고, 검사를 포함한 그 외 행위 비중이 증가하는 구조는 진찰의 중요성이 축소되고 있는 현상을 간접적으로 보여준다.

의원의 주 수입원인 진찰료와 기본진료료의 낮은 보상 수준과 다른 행위 간의 불균형은 의원의 기능 축소로까지 이어진다. 이는 결국 대형병원으로의 쏠림 현상을 심화시켜 자원 낭비와 의료비 상승의 원인이 된다. 이용자 입장에서는 병원과 의원 간 낮은 가격 차이로 인해 대형병원을 더 선호하게 될 것이며, 공급자 입장에서는 대형병원의 상대적으로 높은 보상으로 시설과 장비 고도화에 투자할 여력이 생길 것이다.

〈표 2-14〉 영양기관종별 기본진료료 차이

(단위: 점)

분류	상대가치점수		의원 초진 대비 비율	
	초진	재진	초진	재진
의원	188.11	134.47	1.00	0.71
병원	208.86	151.37	1.11	0.80
종합병원	232.33	174.84	1.24	0.93
상급종합	255.79	198.31	1.36	1.05

자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

3) 입원료: 영양기관종별 기능을 고려하지 않은 단일 보상 체계

현재의 입원료는 입원환자의 증증도에 대한 반영 없이 단일 체계로 보상하고 있다. 물론 중환자실과 집중치료실이 존재하고 행위 수가가 입원료에 적용되고 있지만, 그 외 급성기 입원환자에 대한 증증도는 고려되지 않는다.

4) 기본진료료: 산정 방식의 검토 필요성

진찰료는 기본진찰료와 외래관리료로 이원화된 구조를 띠고 있으며, 다른 의료행위는 상대가치 구성 요소인 의사업무량, 진료비용, 위험도로 구분되어 있다. 진찰료 중 기본진찰료는 의료기관종별로 동일하지만, 외래관리료는 종별로 차이가 나며 의원급보다 병원급 의료기관의 외래관리료가 더 높다. 외래관리료는 초진이 재진보다 낮으며, 초진에 소요되는 시간과 자원이 재진보다 많은 것을 고려하면 모순적이다. 의원급과 병원급 진찰료의 차이는 외래관리료의 차이로 발생하는 것인데, 의원급의 경우 초진과 재진에 있어 외래관리료의 차이가 상대적으로 큰 반면, 병원급은 그 차이가 거의 없다. 진찰료의 경우 의료행위라는 성격을 가지고 있음에도 불구하고 종별 가산이 적용되지 않고 있어 종별 가산제도에 대한 근본적인 검토가 필요하다.

32 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 2-15〉 요양기관종별 외래관리료

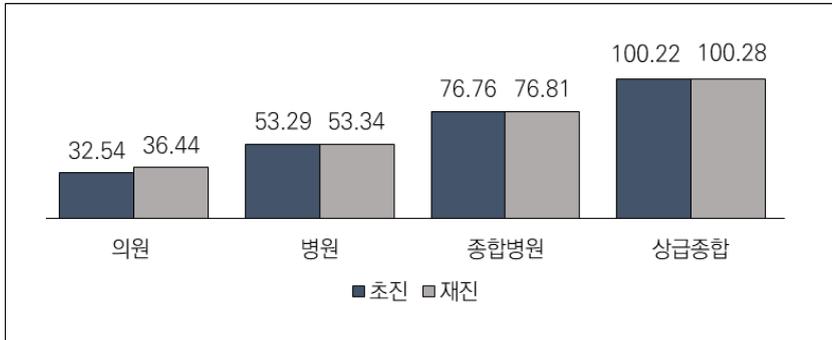
(단위: 점)

구분	의원	병원	종합병원	상급종합
초진	32.54	53.29	76.76	100.22
재진	36.44	53.34	76.81	100.28
초진-재진 차이	-3.9	-0.05	-0.05	-0.06

자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

[그림 2-6] 요양기관종별 외래관리료

(단위: 점)



자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

입원료는 의학관리료, 간호관리료, 병원관리료로 구성되어 있으며 소정점수의 비중은 각각 40%, 25%, 35%이다. 그러나 입원환자의 각 관리료 비중에 대한 명확한 근거는 부족하다. 실제 일반병동 원가 자료를 분석한 결과에 따르면, 대부분의 병원에서 의학관리료와 병원관리료의 원가보전율이 높게 나타났으며, 간호관리료의 경우 입원료 중 간호관리료의 비중이 원가보다 낮은 것으로 확인되었다(신영석 외, 2019).

진찰료는 요양기관종별 차등 없이 단일 진찰료 상대가치를 설정하여 전달체계 합리화와 연계하고, 입원료는 중증도(의학 필요도, 간호 요구도)를 반영하여 조정해야 할 필요성이 제기되고 있다.

2. 환산지수

가. 제도 개요 및 현황

1) 환산지수 산출의 근거

환산지수는 상대가치점수당 단가를 나타내는 개념으로 수가 결정체제에서 조절기제의 기능을 가지고 있다. 2000년 국민건강보험법 개정 당시에는 요양기관종별을 구분하지 않고 단일 환산지수로 계약 및 적용하였다. 그 후 병원과 의원의 경영 형태가 다르다는 것은 물론 진료과인 의과, 치과, 약국, 한방의 의료서비스 형태 차이를 반영하고자 2008년부터는 의원, 병원, 치과의원, 한의원, 약국, 보건기관, 조산원으로 구분하여 유형별로 적용했다. 매년 수가 상한선을 검토하기 위해 인건비와 물가, 진료비, 자원 등의 공급, 재정의 변동 요인을 근거로 결정하며, 국민건강보험공단과 의료단체가 협상을 거쳐 계약을 체결한다.

환산지수 산출에 사용되었던 방법은 <표 2-16>과 같다. 수가계약제 도입 초기에는 원가분석 방법과 경영수지분석 방법이 주로 적용되다가 유형별 환산지수체계가 도입된 이후에는 지수 모형과 SGR(Sustainable Growth Rate) 모형이 주로 적용되었다. 2014년부터는 중장기 개선 모형인 AR(Acceptable Rate) 모형이 SGR 모형과 함께 고려되고 있다.

<표 2-16> 환산지수 산출 모형

방법	적용 연도	내용
재정 중립	2001	상대가치점수와 빈도수가 변화해도 건강보험 재정에 미치는 영향을 중립적으로 유지
원가 기준	2002~2011	건강보험 관련 의료수익이 의료행위에 투입한 원가를 보상하는 수준으로 산정
경영수지 분석	2001~2003, 2005~2006, 2010	의료기관의 총수익과 총비용을 대응시켜 의료수익으로 의료비용을 충당

34 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

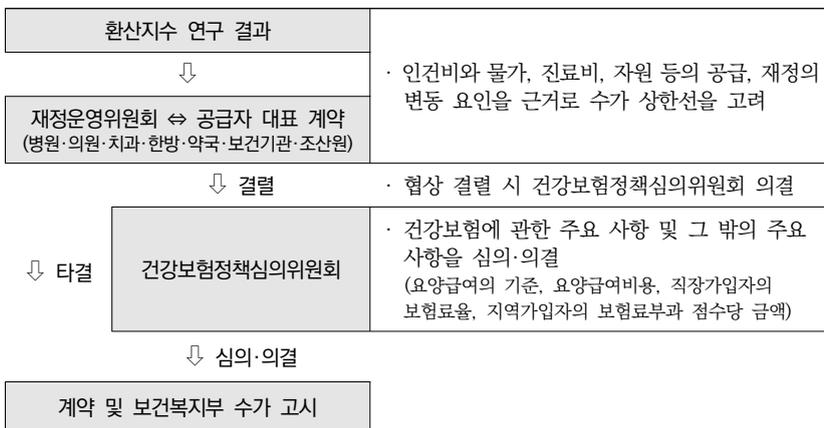
방법	적용 연도	내용
지수 모형	2007~2017	특정 연도의 환산지수를 진실로 가정, 의료물가지수, 요양급여수익 등의 변동치만 반영하는 모형
SGR 모형	2004, 2007~2020	진료비의 목표치를 정하고 실제치를 목표치에 근접시킬 수 있도록 지수를 조정하는 방식 (목표치는 전년도 목표치에 SGR을 곱하여 산정)
AR 모형	2014~2020	인정 가능한 증가율을 산출한 후, 유형별 진료비 실적을 고려하여 환산지수 조정률에 차이를 두는 방식

주: SGR, Sustainable Growth Rate; AR, Acceptable Rate.
 자료: 배재용 외(2020).

2) 계약 거버넌스

환산지수는 매년 수행된 연구 결과를 토대로 수가 상한선을 고려하여 협상 및 결정된다. 공단 산하 재정운영위원회와 유형별 대표 간 협상으로 이뤄지는데, 기간 내 계약이 이루어지지 않을 경우, 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)로 회부되어 의결 과정을 거치게 된다. 2008년 이후 2014년, 2017년, 2018년을 제외하고 계약이 결렬되어 건정심에서 결정하고 있다.

[그림 2-7] 환산지수 결정 과정



자료: 국민건강보험법, 국민건강보험법 시행령.

〈표 2-17〉 연도별 환산지수 계약 결렬 유형

연도	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21
결렬 유형	병원 의원	의원	병원 의원	의원	병원	의원 치과	-	치과 한방	병원 치과	-	-	의원 치과	의원	병원 의원 치과

자료: 국민건강보험공단(2019. 06. 01.), 국민건강보험공단(2020. 06. 02.).

3) 연도별 환산지수 현황

의과 의원 및 병원의 환산지수는 2020년 기준 병원 76.2원, 의원 85.8원이었으며, 2021년 병원 77.3원, 의원 87.6원으로 각각 1.6%, 2.4% 인상되었다. 2008년 유형별 환산지수 도입 이후 2021년까지 병원 환산지수는 연평균 1.7% 증가한 반면, 의원은 2.8% 증가하였다.

〈표 2-18〉 연도별 유형별 환산지수

(단위: 원, %)

연도	병원	의원	치과	한방	약국	보건기관	조산원	인상률
2001				55.4				7.1%
2002				53.8				-2.9%
2003				55.4				3.0%
2004				56.9				2.7%
2005				58.6				3.0%
2006				60.7				3.6%
2007				62.1				2.3%
2008	62.2	62.1	63.6	63.3	63.1	62.1	80.7	1.9%
2009	63.4	63.4	65.8	65.6	64.5	63.7	88.2	2.2%
2010	64.3	65.3	67.7	66.8	65.7	64.8	93.5	2.1%
2011	64.9	66.6	70.1	68.8	67.1	66.4	100.0	1.6%
2012	66.0	68.5	71.9	70.6	68.8	67.7	104.2	2.2%
2013	67.5	70.1	73.8	72.5	70.8	69.1	106.9	2.4%
2014	68.8	72.2	75.8	74.4	72.8	71.0	110.0	2.4%
2015	70.0	74.4	77.5	76.0	75.1	73.1	113.5	2.2%
2016	71.0	76.6	79.0	77.7	77.4	74.9	117.1	2.0%
2017	72.3	79.0	80.9	80.0	80.1	77.1	121.4	2.4%
2018	73.5	81.4	83.1	82.3	82.4	79.3	125.5	2.3%
2019	74.9	83.4	84.8	84.8	85.0	81.5	130.1	2.4%
2020	76.2	85.8	87.4	87.3	88.0	83.8	135.2	2.3%
2021	77.3	87.6	88.7	89.8	90.9	86.1	140.3	2.0%
유형별	24.3%	41.1%	39.5%	41.9%	44.1%	38.6%	73.9%	-
연평균	1.7%	2.7%	2.6%	2.7%	2.8%	2.5%	4.3%	-

자료: 국민건강보험공단(2019. 06. 01.), 국민건강보험공단(2020. 06. 02.).

나. 문제의식 및 해결과제

1) 환산지수의 기능 및 역할

환산지수를 상대가치점수당 단가로 매년 계약하는 것은 행위별 상대가치점수가 합리적이라는 가정 하에 매년 물가인상분 정도의 수가 변화를 반영하기 위함이다. 그러나 환산지수에 따른 종별 차등폭이 감소하고 있고, 심지어 역전되면서 환산지수의 목적과 역할이 불분명해졌다. 요양기관종별 기능을 고려하여 설정한 종별 가산율이 적용되고 있는 상황에서 종별 가산제도와 환산지수가 충돌되지 않도록 보완할 필요가 있다. 결국 근본적 해결을 위해서는 환산지수, 상대가치점수, 종별 가산을 포함한 수가 결정구조에 대한 종합적 개선 방안이 필요하다. 이와 같은 문제점은 최근의 선행연구에서도 지적된 바 있다(정형선 외, 2019; 배재용 외, 2020).

환산지수는 2008년부터 2018년까지 21.7%(2019년 24%) 인상된 반면, 건강보험료 재정은 75.1%(수입 73.5%) 증가하였다. 이에 의료계는 수가 인상률에 비해 건강보험 재정 증가율이 크고 진료행위량 증가를 우려하여 수가 인상이 어렵다는 정부의 입장을 반박하며, 수가 정상화를 위한 의-정 협의의 필요성을 강조하고 있다.

〈표 2-19〉 연도별 물가 상승률, 환산지수 인상률 및 건강보험 재정 증가율

(단위: %)

연도	소비자 물가 상승률	수가(환산지수) 인상률	건강보험 재정 증가율	건강보험 수입 증가율
2003	3.5	3.0	-	-
2004	3.6	2.7	8.5	13.4
2005	2.8	3.0	15.3	8.7
2006	2.2	3.5	14.2	11.1
2007	2.5	2.3	13.5	15.5
2008	4.7	1.9	9.2	14.9
2009	2.8	2.2	10.3	4.8
2010	3.0	2.1	12.0	8.8

연도	소비자 물가 상승률	수가(환산지수) 인상률	건강보험 재정 증가율	건강보험 수입 증가율
2011	4.0	1.6	6.7	15.7
2012	2.2	2.2	5.1	10.5
2013	1.3	2.4	5.4	7.3
2014	1.3	2.4	8.5	6.6
2015	0.7	2.2	7.6	6.6
2016	1.0	2.0	11.6	7.4
2017	1.9	2.4	8.0	5.9
2018	1.5	2.3	13.2	7.1
2019	0.4	2.4	13.8	9.6

주: 수가(환산지수) 인상률은 유형별 인상률의 평균.
 자료: 통계청(2020a), 국민건강보험공단 건강보험주요통계(각 연도).

[그림 2-8] 연도별 물가 상승률, 환산지수 인상 및 건강보험 재정 증가율



자료: 통계청(2020a), 국민건강보험공단 건강보험주요통계(각 연도).

2) 환산지수 계약 거버넌스

환산지수 협상이 결렬되어 건정심에 상정된 경우, 재정운영위원회의 상한선을 초과하여 결정하게 되면 협상 단계에서 기 타결한 유형에는 불합리한 구조가 된다. 가입자 중심의 재정운영위원회는 수가 인상폭을 최소화하는 방향으로 안을 제시할 가능성이 크다. 수가 산정 시 환산지수가

적정 인상 요인을 반영하는 제 역할을 할 수 있도록 합리적인 의사결정과정이 뒷받침되어야 한다.

또한 병의원 간 역전 현상을 해소하기 위해 환산지수 계약구조를 바꾼다면, 이러한 거버넌스 체계에 대한 효율화 방안 논의는 필수적이다. 가입자, 공급자, 보험자 간 합리적인 협상 과정을 마련하여 전년 대비 적정 인상 요인을 반영하는 환산지수의 제 기능을 도모하고 건정심 및 재정운영위원회 간 기능 구분으로 운영을 효율화할 필요가 있다.

3) 병의원 수가 역전 현상

병원의 환산지수 인상률보다 높은 의원의 환산지수 인상률은 병원과 의원 간 수가 역전 현상을 야기하였다. 의원의 환산지수 인상률은 병원의 환산지수 인상률보다 높아 2010년 의원 환산지수 65.3은 병원 환산지수 64.3을 상회하였다. 이후 종별 가산율을 적용한 다음에도 의원급 환산지수는 2014년 83.0원으로 병원 82.6원보다 상회, 2017년 90.9원으로 종합병원 90.4원을 상회하였다. 그리고 2021년 의원종별 가산율 적용 환산지수는 100.7원으로 상급종합병원의 100.5원보다 높게 나타났다. 이러한 병원과 의원 간 수가 격차는 현재의 환산지수 계약 체계가 지속될 경우 더욱 심화될 것이다.

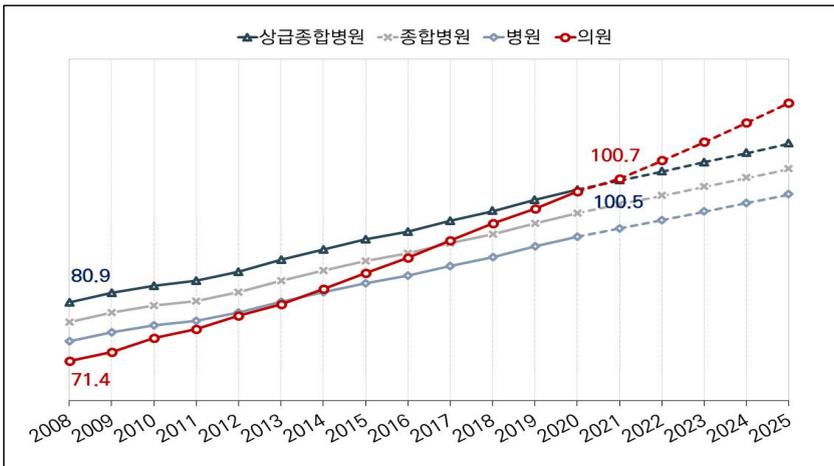
병원과 의원 간 수가 역전 현상은 의료전달체계의 문제를 더욱 악화시킨다. 동일한 서비스를 이용할 때, 병원의 비용 부담이 적어지는 현상을 일으키게 되고, 이로 인해 대형병원 환자의 쏠림 현상이 심화될 수 있다. 또한 의료서비스 가치 측면에서 의원급이 병원급보다 더 많은 보상을 받을 만한 가치가 있는지 의문이 제기될 수 있다(윤태영 외, 2017).

물론 환산지수가 역전되더라도 병원과 의원 간 행위 내용에는 차이가 있어 단순히 의원이 병원보다 더 큰 보상을 받는다고 할 수는 없으나, 이를 해결하기 위한 개선책은 필요한 시점이다. 수가 역전 현상이나 의료전

달체계 측면을 고려하고 전달체계 내에서 요양기관의 역할이 다른 만큼 의료전달체계 역전 현상을 막기 위해서라도 수가 역전 문제는 해결되어야 한다.

[그림 2-9] 연도별 환산지수 및 수가 역전 현상

(단위: 원)



자료: 국민건강보험공단(2019. 06. 01.), 국민건강보험공단(2020. 06. 02.).

<표 2-20> 연도별 환산지수 및 종별 가산 적용 수가

(단위: 원, %)

연도	환산지수				종별 가산 적용 수가			
	병원	인상률	의원	인상률	상급종합 (30%)	종합병원 (25%)	병원 (20%)	의원 (15%)
2008	62.2	-	62.1	-	80.9	77.8	74.6	71.4
2009	63.4	1.9%	63.4	2.1%	82.4	79.3	76.1	72.9
2010	64.3	1.4%	65.3	3.0%	83.6	80.4	77.2	75.1
2011	64.9	0.9%	66.6	2.0%	84.4	81.1	77.9	76.6
2012	66.0	1.7%	68.5	2.9%	85.8	82.5	79.2	78.8
2013	67.5	2.3%	70.1	2.3%	87.8	84.4	81.0	80.6
2014	68.8	1.9%	72.2	3.0%	89.4	86.0	82.6	83.0
2015	70.0	1.7%	74.4	3.0%	91.0	87.5	84.0	85.6
2016	71.0	1.4%	76.6	3.0%	92.3	88.8	85.2	88.1
2017	72.3	1.8%	79.0	3.1%	94.0	90.4	86.8	90.9
2018	73.5	1.7%	81.4	3.0%	95.6	91.9	88.2	93.6
2019	74.9	1.9%	83.4	2.5%	97.4	93.6	89.9	95.9

40 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

연도	환산지수				종별 가산 적용 수가			
	병원	인상률	의원	인상률	상급종합 (30%)	종합병원 (25%)	병원 (20%)	의원 (15%)
2020	76.2	1.7%	85.8	2.9%	99.1	95.3	91.4	98.7
2021	77.3	1.6%	87.6	2.4%	100.5	96.6	92.8	100.7
2022	78.6		90.0		102.2	98.3	94.4	103.5
2023	80.0		92.5		104.0	100.0	96.0	106.4
2024	81.4	1.7%	95.1	2.8%	105.8	101.8	97.7	109.4
2025	82.8		97.8		107.7	103.5	99.4	112.4

주: 2022년 이후는 유형별 최근 5년(2017~2021년) 인상률의 평균을 적용하여 산출함.
 자료: 국민건강보험공단(2019. 06. 01.), 국민건강보험공단(2020. 06. 02.).

병원과 의원 간 환산지수 역전 현상은 초진 진찰료에서도 확인할 수 있다. 2019년부터 의원급 외래 초진 진찰료는 15,690원으로 병원급 15,640원보다 높은 수준이 되었다. 2020년 기준 환산지수를 적용한 외래 초진 진찰료 역시 병원급 15,920원보다 의원급 16,140원이 더 높고, 그 격차(50원→220원)는 심화되었다.

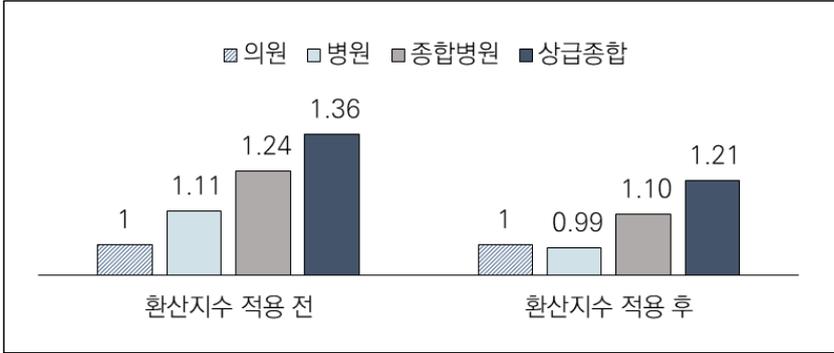
〈표 2-21〉 종별 기본진료료 현황

(단위: 점, 원)

구분	상대가치점수(점)			환산 지수 (원)	기본진료료 (원)	의원 대비 비율		
	기본 진찰료	외래 관리료	계			환산지수 적용 전	환산지수 적용 후	
외 래	초 진	상급종합	100.22	255.79	76.2	19,490	1.36	1.21
		종합병원	76.76	232.33		17,700	1.24	1.10
		병원	53.29	208.86		15,920	1.11	0.99
		의원	32.54	188.11		16,140	1.00	1.00
재 진		상급종합	99.28	198.31	76.2	15,110	1.47	1.31
		종합병원	75.81	174.84		13,320	1.30	1.15
		병원	52.34	151.37		11,530	1.13	1.00
		의원	35.44	134.47		11,540	1.00	1.00
입 원		상급종합	-	561.44	76.2	42,780	1.56	1.39
		종합병원	-	495.54		37,760	1.38	1.23
		병원	-	431.60		32,890	1.20	1.07
		의원	-	358.86		30,790	1.00	1.00

주: 2020년 수가 기준.
 자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판), 국민건강보험공단(2019. 06. 01.).

[그림 2-10] 영양기관종별 초진 진찰료



주: 의원(=1) 대비 초진 진찰료 수준, 2020년 수가 기준.

자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판), 국민건강보험공단(2019. 06. 01.).

3. 수가 가산제도

가. 제도 개요 및 현황

가산제도는 상대가치 기반의 지불제도 하에 지불 정확성을 확보하고 특정 목적을 달성하기 위해 기존의 소정 상대가치점수에 일정 수준을 가감하는 제도이다. 대표적인 가산제도 유형으로는 의료기관종별에 따른 가산(종별 가산)과 질환·진료과목을 대상으로 하는 가산(내·소·정 가산 등), 인력에 관한 가산(간호관리료차등제 등), 환자의 특성에 따른 가산(신생아, 소아, 노인, 장애인 가산), 진료 시간에 따른 가산(야간 및 공휴 가산, 응급의료 야간 가산 등) 등이 있다. 가산하는 방식에 따라 점수가산과 비율가산으로 나눌 수 있다. 점수가산은 5단 코드 기준 행위 상대가치 점수에 일정 점수를 더하여 가산하는 방법이며, 비율가산은 5단 코드 기준 행위 상대가치점수에 일정 비율을 곱하여 가산하는 방법이다. 보건복지부 고시로 운영하며, 건강보험법상 근거는 없다.

42 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

동일한 서비스에는 동일한 점수가 적용되는 상대가치점수제도에서 모든 의료기관에 획일적으로 적용되는 수가를 보완하고, 종별 역할과 기능이 제대로 작동할 수 있도록 자본재, 인력, 관리비, 연구개발, 교육 등의 소용 비용을 추가로 지원하는 체계를 마련하였다. 의료전달체계의 합리화를 목적으로 도입되었으며, 진찰료와 입원료가 포함된 기본진료료를 제외한 행위, 처치·수술·검사료·주사료 등을 대상으로 적용된다. 지역을 구분하여 도입·운영되다가 현재는 상급종합병원 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15% 기준으로 적용된다.

〈표 2-22〉 종별 가산제도 이력

구분		77.7.	79.1.	85.6.	89.7. (전 국민 의료보험)	94.7.	95.4.	98.7. (국민의료 보험법)	00.4.		
상급 종합 병원	서울 대도시	20%	20%	20%	30%						
	중소도시 농어촌	16%	16%								
종합 병원	서울 대도시	12%	10%	10%	13%			15%	17%	20%	
	중소도시 농어촌	8%									6%
병원	서울 대도시	10%	10%	10%	13%			15%	17%	20%	
	중소도시 농어촌	8%									6%
의원	서울 대도시	4%	4%	4%	7%			9%	10%	13%	15%
	중소도시 농어촌	2%									

자료: 건강보험심사평가원(2020. 03.).

나. 문제의식 및 해결과제

1) 타당성 및 적절성

현행 종별 가산은 요양기관종별 역할과 기능이 아닌 요양기관의 규모에 따라서 가산 비율이 커지는 단순체계로 구성된다. 질환의 증증도나 행위에 관계없이 요양기관의 규모가 클수록(상급종합병원일수록) 높은 가산율이 적용되어 병원급 이상에서 입원보다 외래 진료 비중이 높게 나타나는 등 도입 목적인 의료전달체계 개선에는 기여하지 못하고 있다. 모든 의료행위에 동일한 가산율이 일괄 적용되기 때문에 요양기관이 불필요한 검사나 처치를 유인하는 기전으로 작용할 수 있다. 종별 가산제도의 목적인 종별 기능의 정상화를 통한 바람직한 의료전달체계 구축을 도모할 수 있어야 한다.

[그림 2-11] 2020년 요양기관종별 수가 개요

(단위: 점, 원, %)

기본진료료 외 의료행위	=	상대가치점수	×	환산지수(원)	×	종별 가산(%)	=	단가 (종별 가산 적용 환산지수)
의원		행위별 상대가치점수		85.8		15%		98.7
병원				76.2		20%		91.4
종합병원						25%		95.3
상급종합						30%		99.1

기본 진료료	=	기본진료료 상대가치(점)			×	환산지수 (원)	=	기본진료료(원)		
		외래		입원				외래		입원
		초진	재진				초진	재진		
의원		188.11	134.47	358.86	85.8	16,140	11,540	30,790		
병원		208.86	151.37	431.60	76.2	15,920	11,530	32,890		
종합병원		232.33	174.84	495.54		17,700	13,320	37,760		
상급종합		255.79	198.31	561.44		19,490	15,110	42,780		

자료: 건강보험요양급여비용(2020년 3월판).

제3절 수가체계와 의료전달체계

수가제도를 논의할 때 의료전달체계와 연계하여 고려하는 것은 필수적이다. 의료서비스의 가격 결정은 국민의 의료이용 결정에 영향을 주고, 공급자의 서비스 제공 결정에 영향을 준다. 이에 우리나라 의료시스템에서 전달체계의 개념과 기존 논의를 살펴보고자 한다.

1. 의료전달체계

의료제공체계에서 전달체계는 의료법에 의한 의료기관 분류 기준에 따른다. 의료법 제3조에서 정의하는 의료기관은 의원급 의료기관과 병원급 의료기관, 조산원으로 구분된다. 의원급 의료기관은 주로 외래환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로 정의하고 있으며 의원, 치과의원, 한의원을 포함한다. 병원급 의료기관은 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로 정의하고 있으며 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원을 포함한다.

〈표 2-23〉 의료법상 의료기관종별 구분

구분(종별)	정의	종류
의원급 의료기관	의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관	의원 치과의원 한의원
병원급 의료기관	의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관	병원 치과병원 한방병원 요양병원 정신병원 종합병원
조산원	조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건 활동과 교육·상담을 하는 의료기관	-

자료: 의료법 제3조.

의료법상 의료기관 설립 기준에 따른 종별 구분은 병상 수와 진료과목 수를 기준으로 한다. 병원은 30병상 이상, 종합병원은 100병상 이상을 갖추어야 하며, 종합병원 중 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 7개 이상 진료과목을 갖추도록 하고 있다. 300병상을 초과할 경우에는 9개 이상 진료과목을 갖추도록 하고, 상급종합병원은 20개 이상 진료과목을 갖추도록 하고 있다.

또한 보건복지부는 「의료기관의 종류별 표준업무 규정」(보건복지부 고시 제2011-69호, 2011.6.24. 제정)을 통해 의원, 병원과 종합병원, 상급종합병원의 표준업무와 권장질환을 제시하였다. 의료기관의 의료서비스 제공과 환자의 의료이용의 적정성을 기하고 국민의 건강 증진과 의료자원의 효율적 활용에 기여함을 목적으로 하고 있다. 의원은 경증 외래 진료를 담당하도록 하고, 병원과 종합병원은 일반적인 입원과 수술 진료, 전문적인 관리가 필요한 환자의 진료를 담당하도록 하였다. 상급종합병원은 수술, 시술 등 고난이도의 치료기술을 필요로 하는 중증 질환과 희귀·난치성 질환 진료를 담당하도록 하였다.

〈표 2-24〉 의료기관종별 표준업무

구분	표준업무
의원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 간단하고 흔한 질병에 대한 외래 진료 2. 질병의 예방 및 상담 등 포괄적인 의료서비스 3. 지역사회 주민의 건강 보호와 증진을 위한 건강 관리 4. 장기 치료가 필요한 만성질환을 가진 환자로서 입원할 필요가 없는 환자의 진료 5. 간단한 외과적 수술이나 처치 등 그 밖의 통원치료가 가능한 환자의 진료 6. 다른 의원급 의료기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료 7. 병원, 종합병원, 상급종합병원의 표준업무에 부합하는 진료를 마친 후 회송 받은 환자의 진료
병원· 종합병원	<ol style="list-style-type: none"> 1. 일반적인 입원, 수술 진료 2. 분야별로 보다 전문적인 관리가 필요한 환자의 진료 3. 장기 치료가 필요한 만성질환을 가진 환자로서 입원할 필요가 있는 환자의 진료

46 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

구분	표준업무
	4. 당해 의료기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 당해 의료기관에서 직접 경과 관찰이 필요한 환자의 진료 5. 의원 또는 다른 병원, 종합병원으로부터 의뢰받은 환자의 진료 6. 제5조 각 호에 해당하나 합병증 등 다른 질환을 동반하여 당해 의료기관에서 입원, 수술 등이 필요한 환자의 진료 7. 상급종합병원으로부터 회송받은 환자의 진료 8. 장기 입원이 필요한 환자의 진료
상급종합병원	1. 수술, 시술 등 고난이도의 치료기술을 필요로 하는 중한 질병의 진료 2. 치사율이 높고 합병증 발생 가능성이 높은 질환을 가진 환자의 진료 3. 다수 진료과목의 진료와 특수 시설·장비의 이용이 필요한 환자의 진료 4. 희귀·난치성 질환을 가진 환자의 진료 5. 중증질환에 대한 전문진료 분야별 전문진료센터의 운영 6. 당해 의료기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 당해 의료기관에서 직접 경과 관찰이 필요한 환자의 진료 7. 의원, 병원, 종합병원 또는 다른 상급종합병원으로부터 의뢰받은 환자의 진료 8. 제5조 및 제6조 각 호에 해당하나 합병증 등 다른 질환을 동반하여 당해 의료기관에서 입원, 수술 등이 필요한 환자의 진료 9. 의료인 교육, 의료에 관한 연구와 개발 등 의료의 발전과 확산

자료: 보건복지부 고시 제2011-69호.

그러나 ‘의료기관의 종류별 표준업무 분류와 권장질환 예시에 부합하는 기능과 역할을 할 수 있도록 노력하여야 한다.’는 적용 조항으로 의료 제공체계에서 전달체계는 권장 사안에 그치고 있다.

상급종합병원 지정 기준으로 질병군별 환자의 구성 비율을 포함, 중증 질환 입원환자 비율의 최소 기준과 경증질환 외래환자 비율의 최대 기준을 적용하여 적정 역할을 유도하고 있으나, 기준이 낮아 진료 기능을 변화시키는 데에는 한계가 있다.

〈표 2-25〉 질병군별 환자 정의

구분	질병군 수	정의	질환 예
전문진료 질병군	462	희귀성 질병, 합병증 발생의 가능성이 높은 질병, 치사율이 높은 질병, 진단 난이도가 높은 질병, 진단을 위한 연구가 필요한 질병	간·폐·심장·췌장·소장 이식술, 기관절개술, 주요 두개내 혈관수술, 신경계 신생물, 악성종양수술 등
일반진료 질병군	588	모든 의료기관에서 진료가 가능하거나 진료를 하여도 되는 질병	소화성 궤양수술, 충수의 질환, 고관절 전 치환술, 담석 제거를 위한 체외충격파쇄석술 등
단순진료 질병군	100	진료가 간단한 질병, 일반적으로 진료의 결과가 치명적이 아닌 질병, 그 밖에 상급종합병원에서 진료를 받지 않아도 되는 질병 ※ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부고시 제2020-229호, 2020.10.16., 일부개정) 별표6. 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상	중이염 및 상기도 감염, 기관지염, 고혈압, 당뇨병, 서혜 및 대퇴부 탈장수술, 피부궤양, 질식분만(경산) 등

자료: 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙, 상급종합병원의 지정 및 평가 규정.

의료이용 단계에서 전달체계는 크게 두 가지 단계로 구분된다. 국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조에서는 요양급여의 절차를 1단계 요양급여(상급종합병원 제외)와 2단계 요양급여(상급종합병원)로 구분, 환자는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받도록 규정되어 있다. 의료이용체계에서도 전달체계에 대한 제한 없이 자유롭다. 상급종합병원 진료 시 건강보험을 적용받기 위해서는 의뢰서가 요구되지만 요양급여비용의 본인부담 전제 하에서는 의뢰서 없이도 이용 가능하다.

48 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 2-26〉 의료전달체계 구성

구분	의료제공체계					의료이용체계	
	의료법-설립 기준			보건복지부 행정규칙		국민건강보험법	
	단계	병상	진료과목	단계	표준업무 (권장사항)	요건	본인부담 률(외래)
상급 종합	4단계	300 초과	20개 이상	3단계	입원/중증	2단계 (1단계의 의뢰서)	60%
종합 병원	3단계	300 초과	9개 이상	2단계	입원/경증	1단계	50%
		100 이상 ~300 이하	7개 이상				
병원급	2단계	30 이상 ~100 미만	-				40%
의원급	1단계	30 미만	-	1단계	외래/경증		30%

자료: 보건복지부 고시 제2011-69호, 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙, 상급종합병원의 지정 및 평가 규정.

2. 의료전달체계 관련 제도 경과

1989년 전 국민 의료보험 시작과 함께 ‘진료권’ 제도를 도입하였다. 전국을 생활권에 따라 나누어 도를 중심으로 8개의 대진료권, 시·군을 중심으로 142개 중진료권을 설정하였다. 환자는 부득이한 사유를 제외하고는 의료보험증에 표시된 진료권 내에 속한 의료기관에서 진료를 받아야 했다. 이는 지역 간 균형 발전을 도모하고 환자의 쏠림 현상을 해소하기 위한 목적으로 시행되었다. 그러나 거주 지역을 중심으로 의료이용을 제한함에 따른 불편을 고려하여 규제 개혁 차원에서 1998년에 이를 폐지하였다(보건복지부, 1998. 08. 03.).

진료권 개념이 폐지된 후 환자는 어느 병원이든 제약 없이 이용 가능해졌다. 그러나 의료기관 종류별로 역할과 기능이 실질적으로 미분화되고

수도권 중심으로 자원이 집중되면서 의료기관 간 경쟁 가속화, 병상과 장비 등에 대한 불필요한 투자, 인력 불균형 등 고비용·비효율을 초래하게 됐다.

2011년 정부는 ‘의료기관 기능 재정립 기본계획’을 마련하여 의원, 병원, 상급종합병원의 기능을 재정립하고자 하였다. 그러나 이해관계자 간 합의에 이르지 못해 실현되지 못하였으며, 그 결과 상급종합병원 중심의 의료이용은 오히려 증가하였고, 특히 외래 중심의 경증환자 진료가 증가하는 경향을 보였다.

그동안 건강보험 보장성 확대로 의료이용 부담이 감소하면서 질병의 경중에 관계없이 늘어나는 대형병원 선호 경향에 대해서는 증가에 대한 우려가 제기되었다. 비효율적인 의료체계는 고령화 등으로 급격히 증가하는 의료수요에 대한 적절한 대응을 점점 더 어렵게 만들었고 장기적인 지속가능성에도 부정적 영향을 미치고 있다.

2017년 발표된 국정과제 중 「의료공공성 확보 및 환자 중심 의료서비스 제공」의 주요 내용으로 ‘지역사회 기반 의료체계’를 포함해 2020년까지 1차 의료기관과 대형병원의 역할 정립을 위한 수가구조 개편 방안 마련이 제시되었다. 동네 의원 중심의 1차 의료기관은 만성질환 관리를 포함한 경증질환 치료를, 대형병원은 중증질환과 입원 진료를 중심으로 하도록 재정립하는 것이다.

50 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 2-27〉 의료전달체계 관련 경과

시기	주요 내용 및 과제
1989	- 진료권 개념 도입(8대 대진료권, 142개 중진료권) · 전 국민 의료보험 도입 시 진료권 내 진료 원칙 설정
1998	- 진료권 개념 폐지 · 거주 지역 중심으로 이용권 제한은 불합리하다는 이유로, 규제 개혁 차원에서 폐지
2011	- 「의료기관 기능 재정립 기본계획」 수립 · 전달체계 문제점 진단 및 정책 대안 마련 추진 · ('09~'10) 복지부, 의료계, 유관기관, 전문가, 시민단체 등으로 협의회 운영 · ('11) 기본계획 발표 [주요 과제] ▶ 의료기관 기능 명확화 ▶ 체계적 의료이용 유도 ▶ 의원 질 제고 ▶ 병원 전문화 등 ▶ 의료자원 관리체계 선진화
2016~ 2018	- 「의료전달체계 개선 협의체」 운영 · ('16.1) 의료계, 소비자단체, 학회, 전문가 등으로 협의체 구성 · ('18.1) 2년간 14차 회의를 통해 기능 중심의 의료기관 개념을 도입하려는 권고문(안)을 마련하였으나 합의하지 못하고 종료 [주요 과제] ▶ 의료기관 기능에 따른 역할 정립, 지원체계 강화 ▶ 수가체계 개선 ▶ 환자의료 회송, 진료정보 교류 등 협력체계 구축 ▶ 소비자 정보제공 강화 ▶ 의료자원 관리체계 강화
2017~	- 의료기관 기능 정립 관련 국정과제 추진 중 · 지역사회 기반의 환자 중심 의료체계 강화 과제 [주요 과제] ▶ 의료기관 종류별 기능에 부합하는 수가체계 마련, 가산제도 정비 ▶ 1차 의료기관은 만성질환 등에 대한 포괄적인 의료서비스 제공 및 생활습관 의료이용 안내자 기능 강화 ▶ 상급종합병원 중심 의뢰회송 기관 확대 및 수가 조정 시범사업 추진, 진료정보 교류 인프라 조성 ▶ 보건의료인력 종합계획 수립 및 법 제도 정비

자료: 보건복지부(2019. 11. 22.).

3. 의료전달체계 관련 최근의 논의

2019년 9월, 정부는 합리적 의료이용과 지역의료 활성화를 위한 ‘의료 전달체계 개선 단기대책’을 발표하였다. 수도권 상급종합병원으로 환자 집중을 해소하고자 상급종합병원 지정 기준을 개선, 중증진료에 대한 수가 보상은 높이고 경증진료에 대한 수가 보상은 낮추는 조치를 시행하고자 하였다.

〈표 2-28〉 의료전달체계 개선 단기대책 주요 내용

상급종합병원	<ul style="list-style-type: none"> - 경증환자 진료 시 의료질평가지원금 미지급 및 종별 가산율(30%) 배제 * 경증 외래환자(100개 질환) 대상 - 상급종합병원 지정 기준 강화(중증환자 입원 비율 최소 기준 상향) - 중증환자 진료병원 평가 점수 추가 부여 - ‘상급종합병원’에서 ‘중증종합병원’으로 변경
환자	<ul style="list-style-type: none"> - 상급종합병원 이용 시 경증 외래환자 본인부담률 단계적 인상
지역병원	<ul style="list-style-type: none"> - 경증환자 대상 지역병의원으로서의 회송 기준 강화 - 상급종합병원 의뢰 시 종이의뢰서 폐지 - ‘지역우수병원’ 지정

자료: 보건복지부(2019. 09. 04.).

단기대책에 따른 4기 상급종합병원 지정 기준(안)에서는 입원환자 중 중증 환자, 즉 전문진료질병군 비율 최소 기준을 상향하여 중증 기준을 강화하고자 하였다. 2018년도 기준 3기 상급종합병원 42개소 중 31개소의 전문진료질병군 비율은 44% 미만이었다(보건복지부, 2019. 09. 04.). 반면, 경증 입원 및 외래환자 비율의 최대 기준은 하향하여 경증 제한을 강화하였다. 2018년도 기준 3기 상급종합병원 42개소 중 경증 입원환자 비율이 8.4% 이상, 경증 외래환자 비율이 4.5% 이상인 의료기관은 30여 개였다(보건복지부, 2019.09.04.).

52 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

또한 상급종합병원의 명칭을 ‘중증종합병원’으로 변경하여 중증환자를 중점적으로 진료하는 의료기관임을 명확히 알 수 있도록 의료법 개정을 계획한 바 있다.

〈표 2-29〉 상급종합병원 3기 및 4기 지정 기준

구분				상급종합병원 3기 지정 기준 (‘18~’20)	⇒	상급종합병원 4기 지정 기준(안) (‘21~’23)
인원	중증	전문진료 질병군	절대	21% 이상		30% 이상
			상대	21~35% 6~10점 차등		30~44% 6~10점 차등
	경증	단순진료 질병군	절대	16% 이하		14% 이하
			상대	-		14~8.4% 6~10점 차등
외래	경증	의원중점 외래질병 (52개)	절대	17% 이하		11% 이하
			상대	-		11~4.5% 6~10점 차등

자료: 보건복지부(2019. 09. 04.).

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

진료비 증가 요인과 의료기관 진료비 특성

제1절 건강보험 진료비 경향과 증가 요인

제2절 의료기관 진료비 특성

제 3 장

진료비 증가 요인과 의료기관 진료비 특성

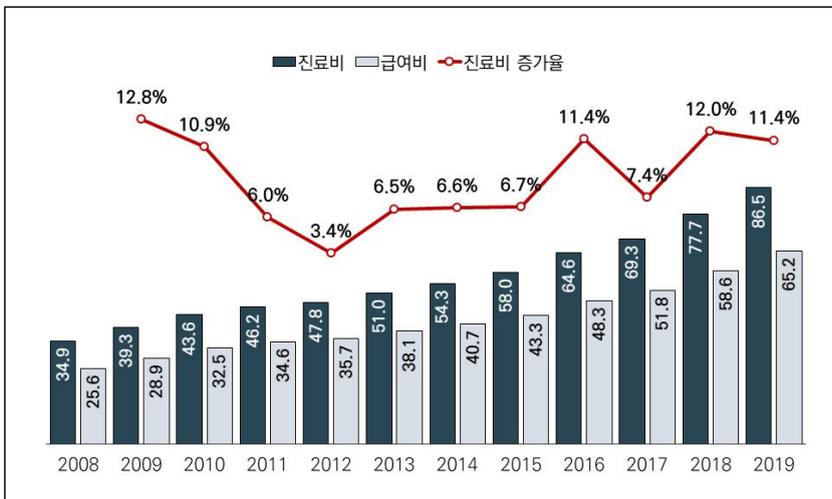
제1절 건강보험 진료비 경향과 증가 요인

1. 진료비 경향

건강보험 진료비 증가율은 2008년 348,690억 원 대비 2019년 864,775억 원으로 연평균 8.6%였다. 전년 대비 진료비 증가율은 2009년 12.8%로 가장 높은 증가율을 보였다. 이후 2012년 3.4%로 증가 추이가 둔화됐으나, 최근 2018년에는 12.0%로, 2019년에는 11.4%로 증가율이 높아지고 있다.

[그림 3-1] 건강보험 진료비 및 급여비 추이

(단위: 조 원, %)



자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

56 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

건강보험 진료비 대비 급여비 비중은 2019년 75.4%였으며, 2008년 73.4% 대비 1.9%p 증가하였다.

2019년 건강보험 진료비 증가액 총 8조 8,192억 원(100%)에 대한 기여도를 진료형태별로 분해하면, 입원 진료비 37.3%, 외래 진료비 47.6%, 약국 진료비 15.1% 기여로 구성된다. 요양기관종별로 분해하면 입원 진료비 증가분은 종합병원 48.7%, 상급종합병원 19.4%, 병원 14.2%, 의원 4.9%로 구성, 외래 진료비 증가분은 의원 41.5%, 종합병원 15.8%, 상급종합병원 10.2%로 구성된다.

[그림 3-2] 2019년 진료비 증가 기여도

(단위: 억 원, %)

총 진료비 △ 8조 8,192억 원 100.0% (11.4%)	입원 △ 32,888 37.3% (4.2%)	상급종합	△ 6,384	19.4%	(0.8%)	
		종합병원	△ 16,012	48.7%	(2.1%)	
		병원	△ 4,685	14.2%	(0.6%)	
		의원	△ 1,617	4.9%	(0.2%)	
	외래 △ 41,986 47.6% (5.4%)	상급종합	△ 4,281	10.2%	(0.6%)	
		종합병원	△ 6,641	15.8%	(0.9%)	
		병원	△ 3,131	7.5%	(0.4%)	
		의원	△ 17,411	41.5%	(2.2%)	
	약국 △ 13,318 15.1% (1.7%)					

주: 상대기여도(절대기여도).

상대기여도 = 전체 진료비 증감분 / 해당 항목의 진료비 증감분 × 100

절대기여도 = 해당 항목의 상대기여도(기여율) × 전체 진료비 증감률

자료: 국민건강보험공단, 2019년 건강보험주요통계 자료를 이용하여 작성함.

건강보험 진료비 증가 추이를 소득 및 물가 증가 추이와 비교해보면, 진료비는 GDP보다 빠르게 증가하여 GDP 대비 진료비 비율이 2008년 3.0%에서 2019년 4.5%까지 증가하였다. GDP는 연평균 4.7% 증가한 반면, 진료비는 8.6% 증가하여 진료비 증가속도가 GDP 증가속도의 1.8 배 수준이었다. 경상의료비를 기준으로 비교했을 때에도 경상의료비 증가율이 GDP 증가율보다 높아 GDP 대비 경상의료비 비율은 2008년 5.4%에서 2019년 8.0%까지 증가하였다.

〈표 3-1〉 연도별 GDP 및 진료비 추이

(단위: 조 원, %)

연도	GDP(A)	진료비(B)	B/A	경상의료비(C)	C/A
2008	1,154	35	3.0%	62	5.4%
2009	1,205	39	3.3%	70	5.8%
2010	1,323	44	3.3%	78	5.9%
2011	1,389	46	3.3%	83	6.0%
2012	1,440	48	3.3%	88	6.1%
2013	1,501	51	3.4%	94	6.2%
2014	1,563	54	3.5%	101	6.5%
2015	1,658	58	3.5%	110	6.7%
2016	1,741	65	3.7%	120	6.9%
2017	1,836	69	3.8%	130	7.1%
2018	1,898	78	4.1%	143	7.5%
2019	1,919	86	4.5%	154	8.0%
연평균 증가율	4.7%	8.6%	-	8.6%	-

자료: 통계청(2020b), 통계청(2020c), 국민건강보험공단 건강보험주요통계(각 연도).

국내총생산(GDP)의 연평균 증가율(4.5%)에서 물가 상승률(1.8%)을 제외할 경우, 실질 성장률은 2.7% 수준이며, 진료비 연평균 증가율(8.6%)에서 환산지수 증가율(2.2%)을 제외할 경우, 실질 진료비 증가율은 6.4% 수준, 약제비를 제외한 진료비는 환산지수 증가율을 제외하면 7.3% 수준이다.

〈표 3-2〉 진료비 관련 가격 변수의 연도별 증가율

(단위: %)

연도	GDP	소비자 물가지수	진료비	진료비 (약가제외)	수가 수준 (환산지수)	급여비	보험료
2009	4.4	2.8	12.8	13.1	2.2	13.0	4.8
2010	9.7	3.0	10.9	12.2	2.1	12.4	8.8
2011	5.0	4.0	6.0	6.2	1.6	6.4	15.7
2012	3.7	2.2	3.4	5.6	2.2	3.3	10.5
2013	4.2	1.3	6.5	8.4	2.4	6.8	7.3
2014	4.1	1.3	6.6	7.0	2.4	6.7	6.6
2015	6.1	0.7	6.7	7.3	2.2	6.5	6.6
2016	5.0	1.0	11.4	12.1	2.0	11.5	7.4
2017	5.5	1.9	7.4	7.4	2.4	7.2	5.9
2018	3.4	1.5	12.0	13.3	2.3	13.0	6.9
2019	1.1	0.4	11.4	12.2	2.4	11.2	9.7
연평균	4.7	1.8	8.6	9.5	2.2	8.9	8.2

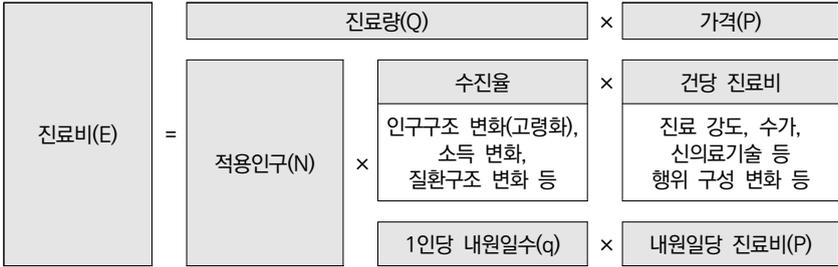
주: 수가수준은 유형별 환산지수 인상률의 평균임.
 자료: 통계청(2020a), 통계청(2020b), 국민건강보험공단 건강보험주요통계(각 연도).

2. 진료비 증가 요인

가. 건강보험 진료비 구성

진료비는 건강보험 적용인구, 수진율, 건당 진료비의 곱으로 산출된다. 수진율은 고령화를 포함한 인구구조의 변화, 가입자의 소득 변화, 질환구조의 변화 등에 영향을 받으며, 건당 진료비는 진료 강도, 수가, 신의료기술 등의 도입으로 행위 구성이 변화하는 등의 요인에 영향을 받는다. 진료비를 산출하는 데 활용되는 국민건강보험 청구 자료는 요양기관이 진료비를 지급받기 위한 목적으로 청구한 자료이기 때문에 요양기관의 청구형태(동일 입원 건에 대한 분리 청구 등)에 따라 다를 수 있다. 이에 내원일수를 기준으로 의료이용 규모를 파악할 수 있으며, 진료비 구성 요소는 [그림 3-3]과 같다.

[그림 3-3] 진료비 구성 요소



적용인구수와 수진율의 곱은 총 내원일수로 진료량(Q) 요소가 되며, 내원일당 진료비는 가격(P) 요소로 이를 식으로 표현하면 다음과 같다(식 1).

$Et = \sum Qt \times \sum Pt$ $= \sum (Nt \times qt \times Pt) \quad (\text{식 1})$ <p style="margin-left: 20px;">Et = t년도 건강보험 진료비</p> <p style="margin-left: 20px;">Nt = t년도 건강보험 적용인구수</p> <p style="margin-left: 20px;">qt = t년도 1인당 서비스 이용량(내원일수)</p> <p style="margin-left: 20px;">Pt = t년도 서비스 가격(내원일당 진료비)</p>

나. 진료비 증가 기여도

진료비는 구성 요소인 적용인구수, 1인당 내원일수, 내원일당 진료비에 따라 달라진다. 즉 진료비 증가는 적용인구 규모의 변화, 1인당 내원일수의 변화, 내원일당 진료비 변화의 곱으로 산출되며, (식 2)와 같이 나타낼 수 있다. 또한 진료비 증가율은 (식 2)에 자연 로그를 취함으로써 적용인구수 증가율, 1인당 내원일수 증가율, 내원일당 진료비 증가율의 합으로 나타낼 수 있다(식 3).

$(Et+1/Et) = (Nt+1/Nt) \times (qt+1/qt) \times (Pt+1/Pt) \quad (\text{식 2})$ $\ln(Et+1/Et) = \ln(Nt+1/Nt) + \ln(qt+1/qt) + \ln(Pt+1/Pt) \quad (\text{식 3})$

1) 진료비 구성 요소별 기여도

진료비는 2008년부터 2019년까지 연평균 8.6%로 증가하였으며, 2018년 대비 2019년 진료비는 11.4% 증가하였다. 입원과 외래 및 약국 진료비로 구분해보면 입원 진료비는 연평균 10.4%, 외래 진료비는 8.8%, 약국 진료비는 5.9% 증가하여 입원 진료비의 증가율이 컸다. 최근 2년간 추이를 보면, 2018년에는 외래 진료비 증가율 대비 입원 진료비의 증가율이 컸으나, 2019년에는 입원 진료비 증가율보다 외래 진료비 증가율이 더 컸다.

〈표 3-3〉 건강보험 진료비 추이

(단위: 조 원, %)

연도	계		입원		외래		약국	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2008	34.9	-	10.9	-	14.4	-	9.5	-
2009	39.3	12.8%	12.4	13.7%	16.3	12.6%	10.7	12.1%
2010	43.6	10.9%	14.4	16.6%	17.7	8.9%	11.5	7.4%
2011	46.2	6.0%	15.4	6.9%	18.7	5.7%	12.1	5.3%
2012	47.8	3.4%	16.2	4.8%	19.9	6.2%	11.8	-2.5%
2013	51.0	6.5%	17.9	10.6%	21.2	6.7%	11.9	0.7%
2014	54.3	6.6%	18.9	5.9%	22.9	8.0%	12.5	5.2%
2015	58.0	6.7%	20.7	9.4%	24.2	5.5%	13.1	4.8%
2016	64.6	11.4%	23.7	14.6%	26.6	10.0%	14.3	9.1%
2017	69.3	7.4%	25.0	5.4%	29.0	9.3%	15.3	7.1%
2018	77.7	12.0%	29.0	15.7%	32.3	11.2%	16.4	7.5%
2019	86.5	11.4%	32.3	11.4%	36.5	13.0%	17.8	8.1%
연평균 증가율	-	8.6%	-	10.4%	-	8.8%	-	5.9%

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

건강보험 적용 대상자는 2008년 4,816만 명에서 2019년 5,139만 명으로 6.7% 증가하였으며, 연평균 증가율은 0.6%였다. 직장가입자는 연평균 1.9%로 계속 증가한 반면, 지역가입자는 2017년까지 감소하다가 2018년부터 증가하여 연평균 -2.0% 증가율을 보였다.

〈표 3-4〉 적용인구수 추이

(단위: 만 명, %)

연도	의료보장 계		건강보험				의료급여	
			직장		지역			
2008	5,000	-	3,042	-	1,774	-	184	-
2009	5,029	0.6%	3,141	3.3%	1,720	-3.1%	168	-8.9%
2010	5,058	0.6%	3,238	3.1%	1,652	-3.9%	167	-0.2%
2011	5,091	0.6%	3,326	2.7%	1,604	-2.9%	161	-3.9%
2012	5,117	0.5%	3,411	2.6%	1,556	-3.0%	151	-6.4%
2013	5,145	0.5%	3,501	2.6%	1,498	-3.7%	146	-3.2%
2014	5,176	0.6%	3,560	1.7%	1,471	-1.8%	144	-1.2%
2015	5,203	0.5%	3,622	1.7%	1,427	-3.1%	154	7.2%
2016	5,227	0.5%	3,667	1.2%	1,409	-1.2%	151	-2.3%
2017	5,243	0.3%	3,690	0.6%	1,404	-0.3%	149	-1.6%
2018	5,256	0.2%	3,699	0.2%	1,408	0.3%	148	-0.1%
2019	5,288	0.6%	3,723	0.6%	1,416	0.6%	149	0.3%
연평균	-	0.5%	-	1.9%	-	-2.0%	-	-1.8%

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

1인당 내원일수는 연평균 2.1% 증가하였으며, 입원에서의 증가율이 4.8%로 가장 높았으며, 외래 1.8%, 약국 1.2% 순이었다.

〈표 3-5〉 1인당 내원일수 추이

(단위: 일, %)

연도	계		입원		외래		약국	
	내원일수	증가율	내원일수	증가율	내원일수	증가율	내원일수	증가율
2008	16.8	-	1.7	-	15.1	-	8.8	-
2009	18.0	6.8%	1.9	9.4%	16.1	6.5%	9.4	6.4%
2010	18.6	3.2%	2.1	11.1%	16.4	2.3%	9.5	1.4%
2011	18.8	1.4%	2.2	3.9%	16.6	1.1%	9.6	1.1%
2012	19.2	2.0%	2.3	4.5%	16.9	1.7%	9.9	2.2%
2013	19.4	1.1%	2.5	8.0%	16.9	0.2%	9.7	-2.0%
2014	19.7	1.3%	2.6	3.8%	17.1	1.0%	9.7	0.7%
2015	19.6	-0.4%	2.7	2.7%	17.0	-0.8%	9.6	-1.2%
2016	20.2	2.8%	2.8	5.3%	17.4	2.4%	9.9	3.0%
2017	20.3	0.6%	2.8	-0.7%	17.5	0.9%	10.0	0.6%
2018	20.6	1.6%	2.9	4.1%	17.7	1.2%	10.1	1.1%
2019	21.2	2.8%	2.9	0.8%	18.3	3.1%	10.1	0.5%
연평균	-	2.1%	-	4.8%	-	1.8%	-	1.2%

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

62 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

내원일당 진료비는 연평균 6.6% 증가하였으며, 진료형태에 따라서는 외래 6.3%, 입원 4.8%, 약국 4.0% 순으로 높은 연평균 증가율을 보였다. 입원일당 진료비는 2018년과 2019년에 각각 10.9%, 10.0% 증가하여 전년도 대비 증가율이 높았다.

〈표 3-6〉 내원일당 진료비 추이

(단위: 만 원, %)

연도	계		입원		외래		약국	
	일당 진료비	증가율	일당 진료비	증가율	일당 진료비	증가율	일당 진료비	증가율
2008	31.3	-	129.8	-	19.9	-	22.5	-
2009	32.9	5.0%	133.7	3.0%	20.9	4.8%	23.5	4.4%
2010	35.5	7.9%	139.3	4.2%	22.1	5.7%	24.7	5.2%
2011	36.9	4.0%	142.3	2.1%	22.9	3.7%	25.5	3.4%
2012	37.9	2.7%	141.7	-0.4%	23.8	3.7%	24.2	-5.3%
2013	40.4	6.5%	144.2	1.8%	25.1	5.7%	24.7	2.1%
2014	42.4	5.0%	146.1	1.4%	26.7	6.3%	25.6	3.8%
2015	45.4	7.1%	154.8	5.9%	28.2	5.8%	27.0	5.5%
2016	49.3	8.6%	167.8	8.4%	30.2	7.0%	28.5	5.5%
2017	52.4	6.3%	177.3	5.6%	32.6	7.9%	30.2	6.0%
2018	58.2	11.2%	196.6	10.9%	35.7	9.5%	32.0	6.0%
2019	63.3	8.7%	216.2	10.0%	38.9	9.1%	34.3	7.1%
연평균	-	6.6%	-	4.8%	-	6.3%	-	4.0%

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

2008년부터 2019년까지 진료비는 148.0% 증가하였으며, 동일 기간 내 적용인구수는 6.7%, 1인당 내원일수는 25.8%, 내원일당 진료비는 84.7% 증가하였다.

진료비 연평균 증가율 8.6%는 적용인구 증가 6.8%, 1인당 내원일수 증가 24.6%, 입내원일당 진료비 76.6%의 기여로 이루어졌다. 진료비 증가에 대한 기여도는 진료량(Q) 변화로 인한 증가분보다 가격(P) 변화로 인한 증가분이 더 컸으며, 가격 영향력은 입원보다 외래 진료비에서 더 크게 나타났다.

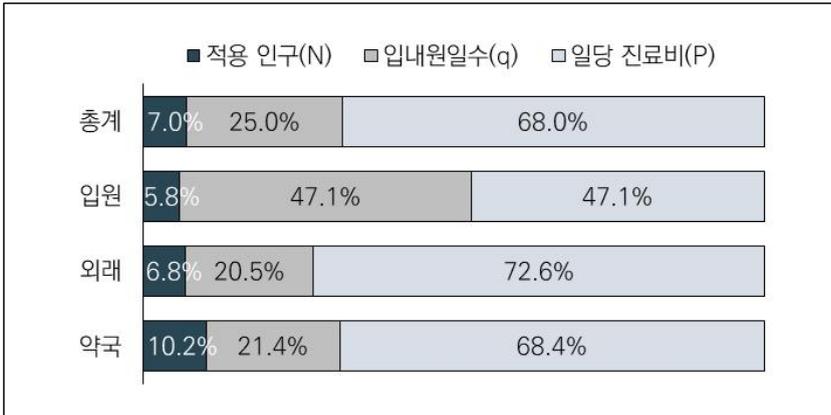
〈표 3-7〉 진료비 구성 요소별 기여도

(단위: %)

구성 요소	증가율(2008~2019년)	기여도(2008~2019년)
적용인구(N)	0.6	7.0
내원일수(q)	2.1	25.0
일당 진료비(P)	5.8	68.0
총 진료비(E)	8.6	100.0

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

[그림 3-4] 진료비 구성 요소별 기여도



자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

진료형태별로 구분해보면, 입원 진료비 연평균 증가율 10.4%에 대한 기여도는 적용인구 증가 5.8%와 1인당 내원일수 증가 및 내원일당 진료비 증가 각각 47.1%였다. 외래 진료비 연평균 증가율 8.8%는 적용인구 증가 6.8%, 1인당 내원일수 증가 20.5%, 내원일당 진료비 72.6%의 기여로 구성되어 입원 진료비에 비해 내원일당 진료비의 기여도가 더 컸다. 약국 진료비의 경우 연평균 증가율 5.9%는 적용인구 증가 10.2%, 내원일수 증가 21.4%, 내원일당 진료비 68.4%의 기여로 이루어졌으며, 입원 및 외래 진료비에 비해 적용인구 증가 기여도가 상대적으로 더 컸다.

64 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 3-8〉 진료비 구성 요소별 기여도: 진료형태별

(단위: %)

총 진료비								
연도	증가율				기여도			
	진료비 (E)	적용 인구(N)	내원 일수(q)	일당 진료비(P)	진료비 (E)	적용 인구(N)	내원 일수(q)	일당 진료비(P)
2009	12.8	0.9	6.8	4.7	100	7.6	54.7	37.8
2010	10.9	0.6	3.2	6.7	100	5.7	30.7	63.6
2011	6.0	0.8	1.4	3.7	100	13.5	23.3	63.2
2012	3.4	0.7	2.0	0.7	100	21.6	58.8	19.6
2013	6.5	0.7	1.1	4.6	100	10.3	17.4	72.4
2014	6.6	0.7	1.3	4.5	100	10.1	20.3	69.7
2015	6.7	0.3	-0.4	6.5	100	5.3	-5.5	100.1
2016	11.4	0.5	2.8	8.0	100	4.8	24.7	70.5
2017	7.4	0.3	0.6	6.2	100	4.9	8.8	86.3
2018	12.0	0.3	1.6	9.9	100	2.2	13.7	84.1
2019	11.4	0.6	2.8	7.8	100	5.6	24.9	69.5
평균	8.6	0.6	2.1	5.8	100	7.0	25.0	68.0
입원								
연도	증가율				기여도			
	진료비 (E)	적용 인구(N)	내원 일수(q)	일당 진료비(P)	진료비 (E)	적용 인구(N)	내원 일수(q)	일당 진료비(P)
2009	13.7	0.9	9.4	3.0	100	7.0	70.3	22.7
2010	16.6	0.6	11.1	4.2	100	3.8	69.9	26.3
2011	6.9	0.8	3.9	2.1	100	11.8	57.0	31.3
2012	4.8	0.7	4.5	-0.4	100	15.5	93.9	-9.5
2013	10.6	0.7	8.0	1.8	100	6.3	76.7	17.0
2014	5.9	0.7	3.8	1.4	100	11.3	65.0	23.7
2015	9.4	0.3	2.7	5.9	100	3.9	30.1	66.1
2016	14.6	0.5	5.3	8.4	100	3.8	37.3	58.9
2017	5.4	0.3	-0.7	5.6	100	6.6	-12.5	105.9
2018	15.7	0.3	4.1	10.9	100	1.7	26.7	71.6
2019	11.4	0.6	0.8	10.0	100	5.5	6.9	87.6
평균	10.4	0.6	4.8	4.8	100	5.8	47.1	47.1

외래								
연도	증가율				기여도			
	진료비 (E)	적용 인구(N)	내원 일수(q)	일당 진료비(P)	진료비 (E)	적용 인구(N)	내원 일수(q)	일당 진료비(P)
2009	12.6	0.9	6.5	4.8	100	7.7	53.2	39.1
2010	8.9	0.6	2.3	5.7	100	7.0	26.8	66.2
2011	5.7	0.8	1.1	3.7	100	14.3	19.1	66.6
2012	6.2	0.7	1.7	3.7	100	12.1	27.7	60.2
2013	6.7	0.7	0.2	5.7	100	10.0	3.0	87.0
2014	8.0	0.7	1.0	6.3	100	8.3	12.2	79.6
2015	5.5	0.3	-0.8	5.8	100	6.5	-15.3	108.8
2016	10.0	0.5	2.4	7.0	100	5.5	24.2	70.3
2017	9.3	0.3	0.9	7.9	100	3.9	9.4	86.7
2018	11.2	0.3	1.2	9.5	100	2.3	11.1	86.6
2019	13.0	0.6	3.1	9.1	100	4.9	24.5	70.7
평균	8.8	0.6	1.8	6.3	100	6.8	20.5	72.6
약국								
연도	증가율				기여도			
	진료비 (E)	적용 인구(N)	내원 일수(q)	일당 진료비(P)	진료비 (E)	적용 인구(N)	내원 일수(q)	일당 진료비(P)
2009	12.1	0.9	6.4	4.4	100	8.0	54.7	37.3
2010	7.4	0.6	1.4	5.2	100	8.4	19.0	72.6
2011	5.3	0.8	1.1	3.4	100	15.2	19.8	65.0
2012	-2.5	0.7	2.2	-5.3	100	-31.3	-95.6	226.8
2013	0.7	0.7	-2.0	2.1	100	94.6	-292.1	297.6
2014	5.2	0.7	0.7	3.8	100	12.8	13.1	74.2
2015	4.8	0.3	-1.2	5.5	100	7.5	-26.2	118.7
2016	9.1	0.5	3.0	5.5	100	6.0	32.9	61.1
2017	7.1	0.3	0.6	6.0	100	5.0	9.1	85.9
2018	7.5	0.3	1.1	6.0	100	3.5	14.8	81.7
2019	8.1	0.6	0.5	7.1	100	7.6	5.7	86.7
평균	5.9	0.6	1.2	4.0	100	10.2	21.4	68.4

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

2) 요양기관종별 진료비 증가 기여도

2008년부터 2019년까지 진료량 증가 기여도는 요양기관종별로 병원 50.7%, 상급종합병원 44.5%, 종합병원 41.2%, 의원 22.2% 순이었다. 병원의 내원일수로 인한 증가 기여율은 50.7%로 일당 진료비로 인한 증가 기여율 49.3%보다 높았다. 의원은 일당 진료비로 인한 증가 기여율이 77.8%로 진료비 증가에 대한 가격 기여도가 높았다.

입원 진료비의 경우 모든 요양기관에서 일당 진료비로 인한 증가 기여율이 높았다. 외래 진료비의 경우 병원급 이상에서는 내원일수의 증가 기여도가 높은 반면, 의원급에서는 일당 진료비 기여도가 내원일수 기여도보다 더 높았다.

〈표 3-9〉 진료비 구성 요소별 기여도: 요양기관종별

(단위: %)

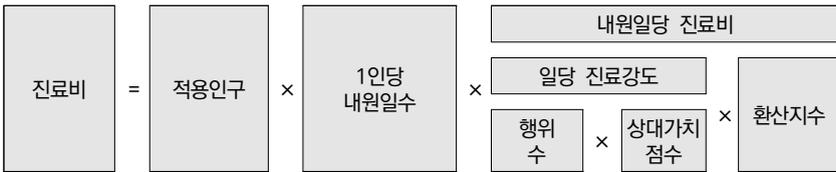
구분	증가율	기여도	
		내원일수(Q)	일당 진료비(P)
총 진료비			
계	8.6	32.1	67.9
상급종합병원	10.1	44.5	55.5
종합병원	9.8	41.2	58.8
병원	9.4	50.7	49.3
의원	6.8	22.2	77.8
입원			
계	10.4	53.1	46.9
상급종합병원	10.0	22.9	77.1
종합병원	10.2	25.4	74.6
병원	8.8	30.8	69.2
의원	2.8	-130.2	230.2
외래			
계	7.7	31.1	68.9
상급종합병원	10.1	53.8	46.2
종합병원	9.1	51.4	48.6
병원	10.4	55.2	44.8
의원	7.3	22.2	77.8

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

3) 진료비 증가의 영향 요인과 수가 요인

진료비 구성 요소 중 내원일당 진료비는 행위별 수가제에서 일당 진료강도와 환산지수로 세분화할 수 있으며, 일당 진료강도는 행위 수와 상대가치점으로 세분화할 수 있다.

[그림 3-5] 진료비 구성 요소 세분화: 수가 요인



환산지수는 유형별 평균을 기준으로 2008년 이후 연평균 2.2% 인상되었다. 환산지수 변화 추이를 소비자물가지수 변화 추이와 비교했을 때, 물가지수는 2008년 대비 2019년 20.1% 증가한 반면, 수가지수는 동일 기간 동안 24.2% 증가하였다.

〈표 3-10〉 물가지수 및 수가지수 추이

(단위: %)

연도	물가인상률	물가지수	수가(환산지수) 인상률	수가지수
2008	-	100.0	-	100.0
2009	2.8	102.8	2.2	102.2
2010	3.0	105.8	2.1	104.3
2011	4.0	109.8	1.6	105.9
2012	2.2	112.0	2.2	108.1
2013	1.3	113.3	2.4	110.5
2014	1.3	114.6	2.4	112.9
2015	0.7	115.3	2.2	115.1
2016	1.0	116.3	2.0	117.1
2017	1.9	118.2	2.4	119.5
2018	1.5	119.7	2.3	121.8
2019	0.4	120.1	2.4	124.2

주: 수가 수준은 유형별 수가 인상률의 평균, 지수는 2008년을 100으로 하였을 때 연도별 누적지수.
자료: 통계청(2020a), 국민건강보험공단 건강보험주요통계(각 연도).

68 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

건강보험 행위 급여·비급여 항목 수는 2010년부터 2019년까지 연평균 1.1% 증가하였다. 이 중 급여 항목은 2010년 7,348개에서 2019년 8,401개로 연평균 1.5% 증가하였고, 비급여 항목은 감소 추세에 있다.

〈표 3-11〉 연도별 건강보험 행위 항목 수

(단위: 개, %)

연도	기준일	계	급여		비급여	
			개수	비중	개수	비중
2010	2010-12-31	7,996	7,348	91.9%	648	8.1%
2011	2011-12-31	7,935	7,255	91.4%	680	8.6%
2012	2013-03-01	8,075	7,355	91.1%	720	8.9%
2013	2014-04-01	8,132	7,389	90.9%	743	9.1%
2014	2015-04-01	8,430	7,694	91.3%	736	8.7%
2015	2016-02-01	9,002	8,350	92.8%	652	7.2%
2016	2017-02-01	9,115	8,625	94.6%	490	5.4%
2017	2018-01-31	8,987	8,498	94.6%	489	5.4%
2018	2019-01-31	9,246	8,781	95.0%	465	5.0%
2019	2020-04-30	8,812	8,401	95.3%	411	4.7%
연평균 증가율	-	1.1%	1.5%	92.9%	-4.9%	7.1%

자료: 건강보험심사평가원, 손에 잡히는 의료 심사·평가 길잡이 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

환산지수와 행위 항목 수 변화 추이를 반영할 경우, 가격 관련 요인인 일당 진료비(P) 총 증가율 5.8%는 일당 진료강도 3.6%와 환산지수 증가율 2.2%로 구성된 것이며, 일당 진료강도는 행위 수 증가분 1.5%와 그 외 상대가치점수 등의 증가분 2.1%로 구성된 것이다.

〔그림 3-6〕 수가 요인의 진료비 증가 기여도

(단위: %)

총 진료비			
8.6(100)			
적용인구	내원일수	일당 진료비	
0.6(7.0)	2.1(25.0)	5.8(68.0)	
		일당 진료강도	환산지수
		3.6(42.0)	
		행위 수	상대가치점수 등
		1.5(17.7)	2.1(24.3)
			2.2(25.9)

주: 증가율(기여도).

'행위 수' 증가율은 자료를 확인할 수 있는 2010년 이후 연평균 증가율(1.5%)을 적용함.

'상대가치점수 등'은 가격 관련 요인 중 잔차 개념으로 산출함.

진료비 구성 요인 분해를 통해 수가 요인의 영향력을 간접적으로 확인할 수 있으나 이는 행위별 수가제가 적용되는 진료행위에만 해당되는 것이고, 환산지수의 변화만으로 수가 변화가 진료비 증가에 미치는 영향력을 파악하는 데는 제한적일 수 있다. 행위 수와 각 행위의 평균 빈도, 환산지수와 상대가치점수 등으로 세분화한다면 정교한 기여도 분해도 가능하다.

진료비 증가에 기여하는 구성 요인은 인구구조의 변화, 소득 수준 등과 같은 외부 요인에 의해 영향을 받는다. 고령화에 따른 노인 인구의 의료 이용 횟수 증가로 인해 진료량이 증가할 수 있고, 인력과 장비 등의 자원 증가로 인해 의료서비스 접근성이 향상되어 진료량이 증가할 수도 있다. 반면, 수가지수의 인상, 급여 항목의 증가와 본인부담률 변화는 가격에 영향을 줄 수 있다.

진료비의 증가에 영향을 주는 요인을 내원일당 진료비(P)의 증가, 내원일수(Q)의 증가, 내원일당 진료비와 내원일수의 복합 요인(P&Q)으로 구분하여 표현하면 [그림 3-7]과 같다.

[그림 3-7] 진료비 증가 요인 구분



70 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

상대가치점수와 행위량에 변화를 주는 요인으로는 앞서 기여도 분해를 통해 확인할 수 있는 환자 수의 변화와 행위 수의 변화 등도 있지만, 요양기관종별 구성이나 환자의 증증도 구성에 따라서도 수가와 진료량은 영향을 받는다(〈표 3-12〉). 다음 절에서는 요양기관종별 구성, 환자 구성과 같은 지표를 포함하여 의료기관 진료비 특성을 파악하고자 한다.

〈표 3-12〉 수가 변화의 요인

구분	요인	방향	내용
점수의 변화 요인	요양기관종별 구성	의원<병원<종합병원<상급종합	- 의료기관종별 차등 적용되는 가산율(15~30%)로 동일한 행위에 대한 제공량이 같더라도 의료기관종별 구성에 따라 상대가치 총점이 달라짐 · 같은 행위라도 대형병원일수록 상대가치 총점은 증가함
	환자 구성	단순질환군 <전문질환군	- 서비스 제공량이 동일하더라도 환자 구성에 따라 상대가치 총점이 달라짐 · 상대가치점수가 낮은 행위가 상대적으로 많이 제공되는 단순질환군에 비해 상대가치점수가 높은 행위가 상대적으로 많이 제공되는 전문질환군으로 이동하면 상대가치 총점은 증가함
	행위 구성	기존 기술 <신의료기술	- 목적이 같은 행위라도 상대가치점수가 높은 행위는 상대가치 총점을 증가시킴 · 상대가치점수가 높은 신의료기술이 도입되어 상대가치점수가 상대적으로 낮은 기존 기술을 대체하는 경우 상대가치 총점은 증가함
	행위 코드의 신설과 삭제	삭제-총점 감소 신설-총점 증가	- 특정 행위가 급여화되면서 수가 코드가 신설되고 삭제되는 경우에도 총점이 변화함
행위량 변화 요인	환자 수	인구사회학적 요인(고령화 등)	- 고령인구의 증가, 소득 수준의 증가 등 인구학적·사회적·경제적 요인으로 인한 변화 · 입원 또는 외래환자 수가 증가할 수 있음
	행위량	동일 질환 기준 행위량 증가	- 동일한 환자에게 더 많은 행위를 제공하는 것으로 의료서비스 질 향상을 도모할 수도 있으나 환자 일인당 진료비가 증가하게 됨 · 의료제공자 요인이 작용하기도 함
	환자 구성	단순질환군 <전문질환군	- 단순질환군에서의 행위량이 전문질환군 환자 구성으로 변화할 경우 가격 변화가 없더라도 총점은 증가함

주: 정형선 외(2019).

제2절 의료기관 진료비 특성

의료기관종별 주요 기능과 의료전달체계 기능을 주제로 의료기관 진료비 특성을 확인하였다. 진료비 통계는 건강보험공단의 건강보험주요통계와 건강보험심사평가원의 진료비주요통계를 활용하였으며, 2008년부터 2019년까지의 자료를 대상으로 하였다.

〈표 3-13〉 의료기관 진료비 특성 분석 개요

주제	기준	구분	지표
요양기관종별 주요 기능	진료형태별	입원/외래/약국	입원·외래 비중 변화 입원·외래 점유율 추이 입내원일수 비중 추이
	진료항별	12대 항목	진료비 및 점유율 추이 진료비 변동 기여도
	보상 수준	6개 유형	원가보상률
	중증도별	경증/중증	진료비 및 점유율 추이
	보장률 및 비급여		요양기관종별 건강보험 보장률 비급여 본인부담률
의료전달체계 기능	요양기관종별	상급종합/종합 병원/병원/의원	진료비 및 점유율 추이 진료비 변동 기여도
	진료형태별	입원/외래/약국	진료비 및 점유율 추이 진료비 변동 기여도
	진료형태·요양기관종별		진료비 및 점유율 추이 입내원일수 점유율 추이 입원·외래 진료비 변동 기여도

1. 요양기관종별 주요 진료 기능

먼저 요양기관종별 주요 진료 기능을 살펴보고자 한다. 표준업무 규정 에 따르면 의원은 주로 외래환자, 병원 및 종합병원은 입원환자, 상급종합병원은 중증질환자를 대상으로 진료하도록 되어 있다.

가. 진료행태별

요양기관종별 주요 기능에 따라 의료서비스를 제공하고 있는지 확인하고자 종별 입원 및 외래 진료비의 비중을 확인하였다. 2019년 요양기관종별 진료비 중 입원 진료비가 차지하는 비중은 종합병원 66.8%, 상급종합병원 64.7%, 병원 64.3%, 의원 8.8% 순으로 높았다. 상급종합병원, 병원, 의원은 2008년 대비 진료비 중 입원 진료비 비중이 감소하고 외래 진료비 비중이 증가한 반면, 종합병원은 입원 진료비 비중이 증가하고 외래 진료비 비중이 감소하였다.

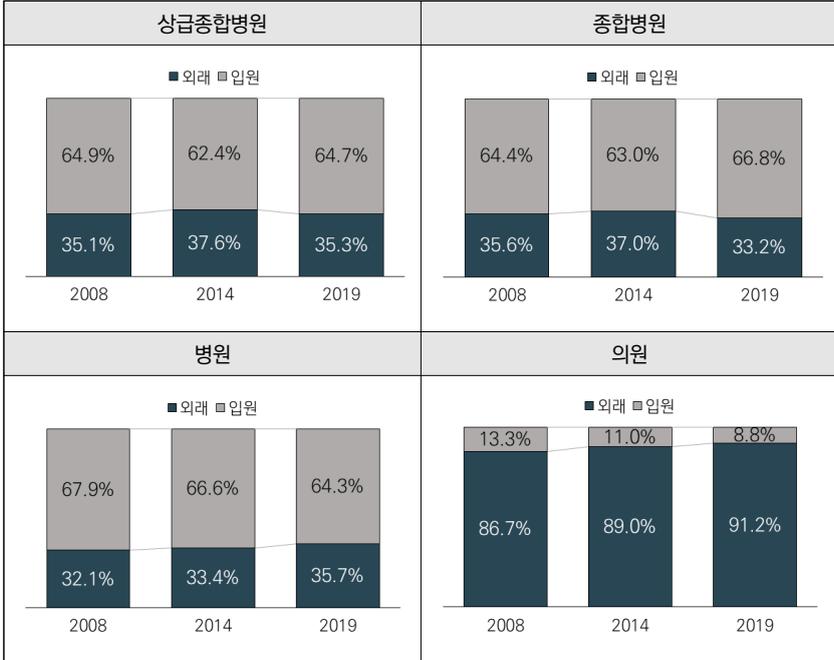
〈표 3-14〉 요양기관종별 입원/외래 진료비 비중 변화

(단위: 조 원, %)

종별	2008년			2019년			외래 비중 변화 (2008~2019년)
	진료비	입원	외래	진료비	입원	외래	
전체	25.3	43.0%	57.0%	68.7	46.9%	53.1%	▽ -3.9%p
상급종합	5.3	64.9%	35.1%	15.1	64.7%	35.3%	△ 0.3%p
종합병원	5.3	64.4%	35.6%	14.8	66.8%	33.2%	▽ -2.4%p
병원	2.9	67.9%	32.1%	7.7	64.3%	35.7%	△ 3.5%p
의원	8.2	13.3%	86.7%	17.0	8.8%	91.2%	△ 4.5%p

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

[그림 3-8] 요양기관종별 입원/외래 점유율 추이



자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

요양기관종별 진료 기능에 따른 추이를 입내원일수를 통해 살펴보면, 2008년 대비 2019년 입원일수는 연평균 0.5% 감소하였는데, 상급종합병원과 종합병원의 입원일수는 각각 2.1%, 2.4% 증가한 반면, 병원과 의원의 입원일수는 각각 2.8%, 4.2% 감소하였다. 2008년 대비 2019년 외래 내원일수는 연평균 2.2% 증가하였으며, 상급종합병원의 외래 내원일수 증가량이 가장 컸다.

74 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 3-15〉 요양기관종별 입내원일수 추이

(단위: 천 일, %)

구분		2008년	2014년	2019년	연평균 증가율
전체	계	658,282	753,854	808,924	1.9%
	상급종합	36,984	50,630	57,741	4.1%
	종합병원	65,348	84,018	98,489	3.8%
	병원	78,231	91,788	95,435	1.8%
	의원	477,718	527,418	557,259	1.4%
입원	계	83,052	80,624	78,377	-0.5%
	상급종합	12,652	14,643	15,858	2.1%
	종합병원	21,593	25,567	28,009	2.4%
	병원	37,580	30,798	27,511	-2.8%
	의원	11,227	9,616	6,999	-4.2%
외래	계	575,229	673,229	730,547	2.2%
	상급종합	24,332	35,986	41,883	5.1%
	종합병원	43,755	58,451	70,480	4.4%
	병원	40,651	60,990	67,924	4.8%
	의원	466,491	517,802	550,260	1.5%

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

나. 진료항별

의료기관종별 12대 진료항목별 진료 추이를 살펴보면, 상급종합병원의 진료비 중 진찰료가 차지하는 비중은 2008년 6.4% 대비 2019년 9.7%로 3.3%p 증가한 반면, 검사·영상진단·방사선 치료료는 0.6%p 감소했고 투약·주사·마취료는 6.2%p 감소하였다. 병원의 경우, 기타(이학요법료, 정신요법료, 특수장비, 특수재료, 선별급여, 정액수가) 항을 제외한 모든 항의 비중이 감소하였다. 이는 요양병원을 포함하고 있어 요양병원 정액수가를 포함한 기타 진료비의 비중이 2008년 2.1%에서 2009년 19.0%, 2019년 31.4%까지 증가하였다. 의원 진료비 중 진찰료가 차지하는 비중은 2008년 55.6%에서 43.7%로 11.9%p 감소하였으며, 검사·영상진단·방사선 치료료가 차지하는 비중이 2008년 10.4% 대비 2019년 19.7%로 다른 항에 비해 크게 증가하였다(9.3%p).

〈표 3-16〉 요양기관종별·진료항목별 진료비 추이

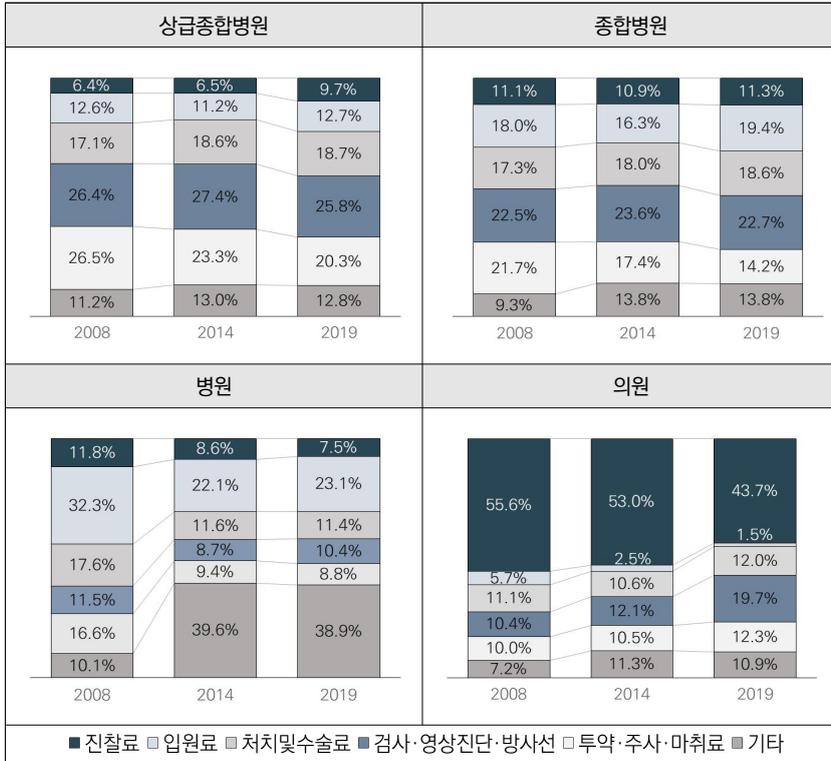
(단위: 억 원, %)

종별	구분	2008년	2014년	2019년	연평균 증가율
총계	계	239,689	397,537	650,807	9.5%
	진찰료	64,365	89,268	124,263	6.2%
	입원료	33,604	45,811	81,317	8.4%
	처치·수술료	39,812	68,179	126,258	11.1%
	검사·영상진단·방사선 치료료	40,138	66,576	122,100	10.6%
	투약·주사·마취료	40,906	56,556	84,885	6.9%
	기타	20,864	71,147	111,984	16.5%
상급 종합	계	53,289	85,649	149,705	9.8%
	진찰료	3,393	5,561	14,513	14.1%
	입원료	6,695	9,568	19,048	10.0%
	처치·수술료	9,110	15,900	28,044	10.8%
	검사·영상진단·방사선 치료료	14,046	23,489	38,577	9.6%
	투약·주사·마취료	14,102	19,971	30,334	7.2%
	기타	5,943	11,161	19,189	11.2%
종합 병원	계	53,242	83,378	147,210	9.7%
	진찰료	5,930	9,104	16,680	9.9%
	입원료	9,569	13,579	28,616	10.5%
	처치·수술료	9,232	14,972	27,399	10.4%
	검사·영상진단·방사선 치료료	12,002	19,654	33,377	9.7%
	투약·주사·마취료	11,532	14,546	20,898	5.6%
	기타	4,977	11,522	20,239	13.6%
병원	계	39,165	89,411	135,008	11.9%
	진찰료	4,637	7,687	10,142	7.4%
	입원료	12,661	19,765	31,155	8.5%
	처치·수술료	6,890	10,339	15,337	7.5%
	검사·영상진단·방사선 치료료	4,519	7,784	14,002	10.8%
	투약·주사·마취료	6,496	8,448	11,907	5.7%
	기타	3,962	35,388	52,465	26.5%
의원	계	82,469	113,134	168,644	6.7%
	진찰료	45,861	59,913	73,633	4.4%
	입원료	4,664	2,869	2,460	-5.6%
	처치·수술료	9,171	11,960	20,269	7.5%
	검사·영상진단·방사선 치료료	8,576	13,707	33,201	13.1%
	투약·주사·마취료	8,229	11,908	20,726	8.8%
	기타	5,968	12,777	18,356	10.8%

주: '기타'는 이학요법료, 정신요법료 및 특수장비, 특수재료, 선별급여, 정액수가를 포함함.
 심사결정 기준, 한방 및 약국 실적 제외, 병원에는 요양병원 심사실적이 포함되어 있음.
 자료: 건강보험심사평가원, 진료비 심사실적 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

76 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

[그림 3-9] 요양기관종별·진료항목별 진료비 점유율 추이



주: '기타'는 이학요법료, 정신요법료 및 특수장비, 특수재료, 선별급여, 정액수가를 포함함.
 심사결정 기준, 한방 및 약국 실적 제외, 병원에는 요양병원 심사실적이 포함되어 있음.
 자료: 건강보험심사평가원, 진료비 심사실적 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

의원급 의료기관의 주 수입원인 진찰료 비중은 계속 감소하는 반면, 검사 등을 통한 진료비 비중은 증가하고 있다. 의원 진료비 중 진찰료 비중은 2008년 55.6%에서 2017년 49.1%, 50% 미만으로 감소하여 2019년 43.7%까지 감소하였다.

〈표 3-17〉 요양기관종별·진료항목별 진료비 점유율 변화

(단위: %)

구분	2008년				2019년			
	계	상급종합 병원	종합병원	의원	계	상급종합 병원	종합병원	의원
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
진찰료	26.9	6.4	11.1	11.8	19.1	9.7	11.3	7.5
입원료	14.0	12.6	18.0	32.3	12.5	12.7	19.4	23.1
투약료	4.1	6.7	5.6	4.9	2.3	3.6	3.1	2.2
주사료	10.7	17.8	14.3	9.4	7.9	15.0	9.9	4.5
마취료	2.3	1.9	1.8	2.3	2.8	1.7	1.3	2.1
이학요법료	3.2	0.7	1.3	5.9	2.6	0.5	1.1	6.4
정신요법료	1.0	0.4	0.4	2.1	0.8	0.3	0.3	1.1
처치·수술료	16.6	17.1	17.3	17.6	19.4	18.7	18.6	11.4
검사료	11.7	18.3	16.3	8.1	14.4	18.4	17.5	8.3
영상진단·방사선 치료료	5.0	8.0	6.2	3.5	4.4	7.3	5.2	2.1
특수장비	3.1	6.2	5.4	1.9	2.5	4.5	4.6	1.3
CT료	0.9	2.1	1.6	0.3	1.5	2.5	3.1	0.8
MRI료	0.5	1.8	0.6	0.0	0.2	0.6	0.3	0.0
PET료	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
장루·요루치료재료	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
신별급여	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	2.4	1.5	0.9
본인부담 50%	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	1.9	2.3	3.1
정책수가	0.0	0.0	0.0	0.0	5.7	0.2	0.5	0.1
요양병원 정액수가	0.0	0.0	0.0	0.0				

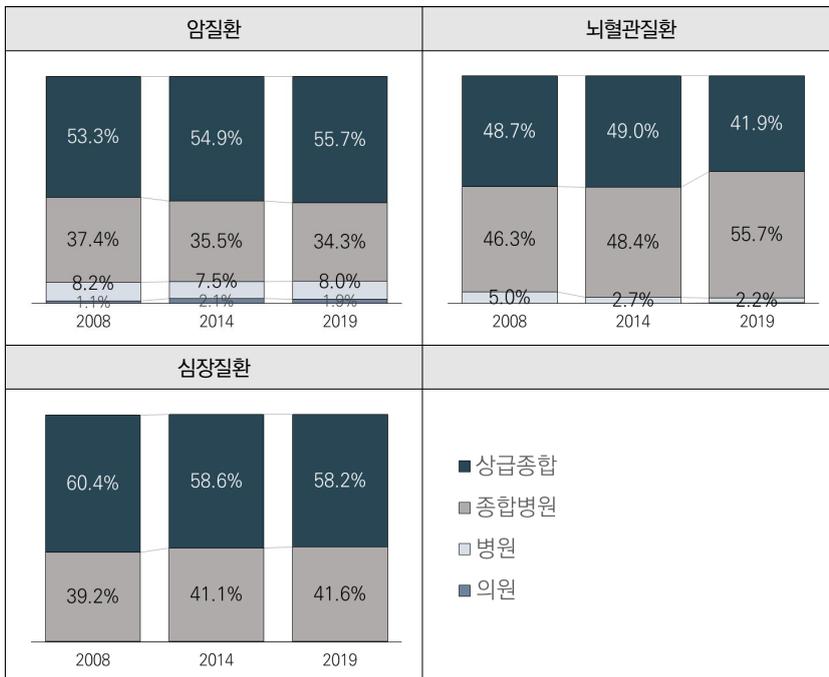
주: 심사결정 기준, 한방 및 약국 실적 제외, 병원에는 요양병원 심사실적이 포함되어 있음.
 자료: 건강보험심사평가원, 진료비 심사실적 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

다. 중증도별

질환 중증도에 따른 진료 비중을 파악하여 요양기관종별 주요 진료 기능을 확인하고자 하였다.

중증질환자 산정특례 대상인 암질환과 뇌혈관질환, 심장질환을 중심으로 질환별 입원일수의 종별 점유율을 확인한 결과, 암질환의 상급종합병원 점유율은 증가한 반면, 뇌혈관 및 심장질환의 상급종합병원과 병원 점유율은 감소하고 종합병원의 점유율은 증가하였다.

[그림 3-10] 의료기관종별 중증질환(산정특례) 입원일수 점유율



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단(2020).

국민보건의료실태조사(박수경 외, 2017) 결과, 상급종합병원의 지정 및 평가 기준의 입원환자 구성 기준에 따라 전문진료질병군, 일반진료질병군, 단순진료질병군으로 구분했을 때, 상급종합병원의 전문질환 입원일수 점유율은 2011년 62.7%에서 2016년 64.5%로 증가하였다. 상급종합병원을 제외한 종합병원, 병원, 의원에서는 전문진료질병군 점유율이 감소하였다. 단순질환 입원일수 점유율은 종합병원과 병원에서 증가하였으며, 병상 규모에 따라서 100병상 미만 병원과 100병상 이상 300병상 미만 병원에서 증가하였다.

〈표 3-18〉 중증도별·요양기관종별 입원일수 점유율

(단위: %)

구분		2011년	2016년	점유율 변화
단순	계	100.0	100.0	-
	상급종합	6.5	6.4	-0.1%p
	종합병원	29.4	33.3	3.8%p
	병원	39.8	40.6	0.8%p
	의원	24.2	19.7	-4.5%p
일반	계	100.0	100.0	-
	상급종합	23.4	21.2	-2.2%p
	종합병원	42.0	44.0	2.0%p
	병원	28.7	30.1	1.4%p
	의원	5.8	4.7	-1.2%p
전문	계	100.0	100.0	-
	상급종합	62.7	64.5	1.8%p
	종합병원	33.1	31.9	-1.1%p
	병원	3.5	3.1	-0.4%p
	의원	0.7	0.5	-0.2%p

자료: 박수경 외(2017).

요양기관종별로 질환 난이도에 따른 입원 진료 경향을 살펴보면, 상급종합병원에서 총 입원일수 대비 전문진료질병군 입원일수 구성비는 2011년 25.7%에서 2016년 32.5%로 6.8%p 증가한 반면, 단순진료질병군 입원일수 구성비는 2.5%p 감소하였다. 그러나 의원에서 단순진료질병군 입원일수는 감소, 일반진료질병군 입원일수는 증가하였다.

80 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

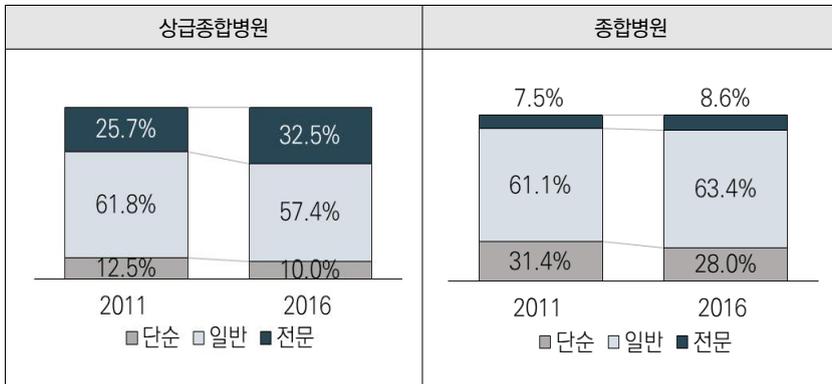
〈표 3-19〉 요양기관종별·중증도별 입원일수 점유율

(단위: %)

구분		2011년	2016년	점유율 변화
	계	100.0	100.0	-
	단순	12.5	10.0	-2.5%p
	일반	61.8	57.4	-4.3%p
	전문	25.7	32.5	6.8%p
종합병원	계	100.0	100.0	-
	단순	31.4	28.0	-3.4%p
	일반	61.1	63.4	2.3%p
	전문	7.5	8.6	1.1%p
병원	계	100.0	100.0	-
	단순	50.0	43.7	-6.3%p
	일반	49.1	55.3	6.2%p
	전문	0.9	1.1	0.1%p
의원	계	100.0	100.0	-
	단순	74.9	70.8	-4.1%p
	일반	24.6	28.6	4.0%p
	전문	0.5	0.6	0.1%p

주: 미분류 질환 제외.
자료: 박수경 외(2017).

〔그림 3-11〕 요양기관종별·중증도별 입원일수 점유율



주: 미분류 질환 제외.
자료: 박수경 외(2017).

입원환자 중증도를 DRG Complication and Comorbidity Level (CCL)에 따라 경증(0), 중등도(1), 중증(2, 3, 4)으로 분류한 결과에서는 상급종합병원 중증환자 입원일수 비중은 0.7%p 증가한 반면, 경증환자 입원일수는 2.2%p 감소하였다.

〈표 3-20〉 요양기관종별·중증도별 입원일수 점유율

(단위: %)

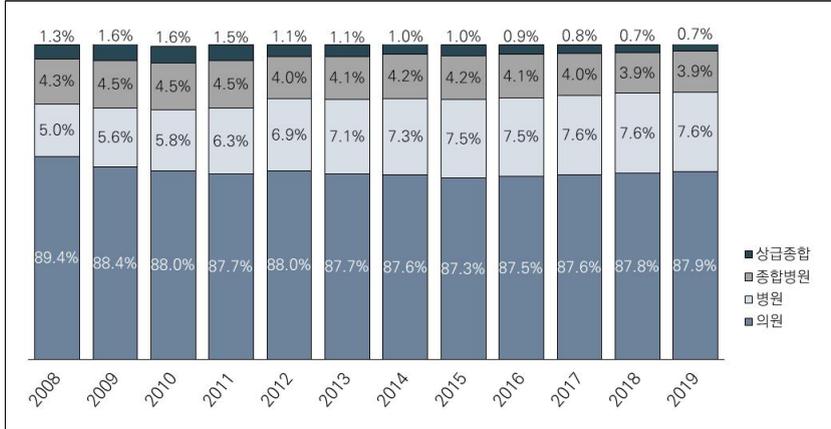
구분		2011년	2016년	점유율 변화
상급종합	계	100.0	100.0	-
	경증	49.2	47.0	-2.2%p
	중등도	20.7	22.2	1.5%p
	중증	30.1	30.8	0.7%p
종합병원	계	100.0	100.0	-
	경증	45.8	44.5	-1.3%p
	중등도	24.0	23.5	-0.5%p
	중증	30.2	32.0	1.8%p
병원	계	100.0	100.0	-
	경증	59.2	56.3	-2.9%p
	중등도	21.3	22.7	1.5%p
	중증	19.5	21.0	1.4%p
의원	계	100.0	100.0	-
	경증	84.8	82.4	-2.4%p
	중등도	11.4	12.8	1.4%p
	중증	3.8	4.8	1.0%p

자료: 박수경 외(2017).

경증질환의 경우, 약제비 본인부담 차등제 적용 52개 질환 대상 중별 외래 내원일수 점유율은 2008년 대비 2019년 병원급에서 2.6%p 증가 하였으며, 상급종합병원 및 종합병원 점유율은 각각 0.6%p, 0.4%p 감소 하였다. 2011년 약제비 본인부담 차등 적용 후 점유율 감소폭이 커졌으나, 같은 기간 내 의원 점유율은 89.4%에서 87.9%로 1.5%p 감소하였다 (한승진, 2020).

82 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

[그림 3-12] 요양기관종별 외래 경증질환 내원일수 점유율



자료: 한승진(2020).

표준업무상 전문질환군과 중증질환을 중심으로 진료해야 하는 상급종합병원의 중증도별 환자 비율을 확인했을 때, 전문진료질병군 비율이 상승하는 반면 일반진료질병군 비율과 단순진료질병군 비율은 지속적으로 감소하였다.

상급종합병원 전문진료질병군 입원 비율은 2015년 33.3%에서 2018년 44.9%로 11.6%p 증가하였으며, 단순진료질병군 입원 비율은 10.3%에서 8.9%로 1.4%p 감소하였다. 외래환자도 마찬가지로 전문진료질병군 외래 비율은 91.1%에서 93.8%로 2.7%p 증가하였으며, 단순진료질병군 외래환자 외래 비율은 8.9%에서 6.2%로 2.7%p 감소하였다.

진료비 비율에서도 같은 경향을 보였다. 전문진료질병군 입원 진료비 비율은 7.8%p 증가한 반면, 단순진료질병군 입원 진료비 비율은 0.4%p 감소하였다. 외래 진료비 역시 전문진료질병군 외래 진료비 비율은 1.4%p 감소, 단순진료질병군 외래 진료비 비율은 1.4%p 감소하였다.

〈표 3-21〉 상급종합병원 중증도별 환자 및 진료비 비율

(단위: 천 명, 억 원, %)

구분	연도	전체	전문	%	단순	%
환자 수(천 명)						
입원	2015	2,022	673	33.3%	208	10.3%
	2016	1,954	712	36.4%	189	9.7%
	2017	973	376	38.7%	90	9.3%
	2018	2,042	917	44.9%	182	8.9%
외래	2015	38,817	35,350	91.1%	3,467	8.9%
	2016	41,337	38,032	92.0%	3,305	8.0%
	2017	41,803	38,882	93.0%	2,921	7.0%
	2018	42,194	39,574	93.8%	2,620	6.2%
진료비(억 원)						
입원	2015	64,027	32,631	51.0%	2,887	4.5%
	2016	73,559	36,981	50.3%	3,353	4.6%
	2017	81,494	41,153	50.5%	3,686	4.5%
	2018	88,420	52,004	58.8%	3,621	4.1%
외래	2015	36,574	34,887	95.4%	1,687	4.6%
	2016	40,991	39,324	95.9%	1,667	4.1%
	2017	45,215	43,588	96.4%	1,627	3.6%
	2018	50,165	48,563	96.8%	1,601	3.2%

주: 2017년 실환자 수는 상반기(1~6월) 자료, 진료비는 1년 자료임.

2015~2017년은 KDRG ver3.5, 2018년은 KDRG ver4.2 적용함.

외래 경증질환은 「본인일부담금 산정특례에 관한 기준」 별표6의 상병에 해당함.

자료: 청년의사(2019. 07. 12.), 정춘숙 의원실 자료(건강보험심사평가원 제출 자료) 기준.

그러나 상급종합병원 외래환자 비중과 경증환자 비율은 병원마다 상이한데, 10개 국립대병원 평균 경증 외래환자 비율은 22.2%로 이 중 8개 상급종합병원 평균 외래환자 비율은 19.6%였다.

84 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 3-22〉 국립대병원 경증 외래환자 비율(2019년 상반기)

(단위: 명, %, 일)

병원	구분	외래 초진환자 수(명)	경증환자 수(명)	경증환자 비율	외래 대기 일수(일)
계	-	320,639	71,893	22.4%	12.8
강원대병원	종합병원	24,643	6,797	27.6%	6.5
경북대병원	상급종합병원	23,966	5,602	23.4%	13.9
경상대병원	상급종합병원	15,326	3,866	25.2%	4.9
부산대병원	상급종합병원	23,909	3,353	14.0%	21.5
서울대병원	상급종합병원	87,233	23,265	26.7%	29.0
전남대병원	상급종합병원	38,656	2,590	6.7%	8.4
전북대병원	상급종합병원	35,477	6,078	17.1%	10.7
제주대병원	종합병원	22,472	7,550	33.6%	18.1
충남대병원	상급종합병원	30,803	9,497	30.8%	6.4
충북대병원	상급종합병원	18,154	2,295	12.6%	8.0

자료: 청년외사(2019. 09. 28.), 윤일규 의원실 자료 기준.

라. 건강보험 보장률과 비급여

건강보험 보장률은 2008년부터 2018년까지 연평균 1.0% 증가하여 2018년 68.4%를 기록하고 있다. 요양기관종별 건강보험 보장률은 상급종합병원 74.7%, 종합병원 71.9%, 의원 56.6%, 병원 52.2% 순이며, 비급여 본인부담률은 병원 33.0%, 의원 31.0%, 종합병원 11.6%, 상급종합병원 11.4% 순이다. 상급종합병원과 종합병원 건강보험 보장률은 증가한 반면, 병원과 의원 보장률은 감소하였으며, 비급여 본인부담률은 병원과 의원에서 증가했고 상급종합병원과 종합병원에서 감소하였다.

〈표 3-23〉 요양기관종별 건강보험 보장률 및 비급여 본인부담률

(단위: %)

연도	전체	상급종합	종합병원	병원	의원
건강보험 보장률					
2008	61.7	58.9	65.0	59.7	66.8
2009	64.3	60.0	66.2	65.0	74.8
2010	63.9	61.3	63.7	63.7	61.9
2011	64.4	60.6	66.3	61.6	60.9
2012	64.6	61.7	66.2	58.7	65.0
2013	63.7	62.1	66.9	56.3	56.9
2014	64.5	64.1	67.1	58.0	55.7
2015	65.7	66.4	67.2	55.0	59.7
2016	66.1	68.8	68.7	53.4	60.9
2017	66.2	71.5	69.9	51.7	53.7
2018	68.4	74.7	71.9	52.2	56.6
연평균 증가율	1.0	2.4	1.0	-1.3	-1.6
비급여 본인부담률					
2008	23.3	28.2	20.5	23.5	14.6
2009	19.6	29.0	15.0	17.1	8.4
2010	20.5	28.0	19.2	18.7	22.5
2011	21.3	29.4	19.4	21.9	22.7
2012	20.5	27.1	19.4	25.7	19.3
2013	20.9	26.3	17.3	28.0	26.7
2014	19.4	22.3	16.6	25.3	30.3
2015	18.1	19.8	16.2	29.0	26.1
2016	17.8	17.4	15.3	30.2	23.1
2017	18.0	14.7	14.5	33.1	33.5
2018	15.6	11.4	11.6	33.0	31.0
연평균 증가율	-3.9	-8.7	-5.5	3.5	7.8

자료: 국민건강보험공단(2019).

2. 의료전달체계 기능

건강보험 진료비를 통해 의료전달체계 기능 현황을 확인하고자 하였다. 요양기관종별 진료비 점유율 추이와 진료형태별 진료비 점유율 추이를 통해 의료전달체계 내에서 요양기관종별 기능을 파악하였다.

가. 요양기관종별 진료비 점유율: 병원급 증가와 의원 감소

요양기관종별 진료비 추이를 살펴본 결과, 2008년부터 2019년까지 연평균 상급종합병원 10.1%, 종합병원 9.8%, 병원 9.4%, 요양병원 17.6%, 의원 6.8% 증가하였다. 2019년 진료비 864,775억 원 중 요양기관종별 점유율은 상급종합병원 17.5%, 종합병원 17.2%, 병원 9.0%, 요양병원 6.8%, 의원 19.6%, 기타(치과, 한방, 보건의료기관) 9.4%, 약국 20.5%였다.

[그림 3-13] 요양기관종별 진료비 점유율 추이

2008	15.1%	15.2%	8.3%	2.9%	23.6%	7.6%	27.4%
2009	15.9%	14.3%	8.8%	3.4%	22.8%	7.6%	27.2%
2010	16.3%	14.9%	9.2%	4.0%	21.9%	7.4%	26.3%
2011	15.8%	14.9%	9.5%	4.6%	21.6%	7.5%	26.2%
2012	15.7%	14.6%	10.0%	5.4%	21.8%	7.7%	24.7%
2013	16.0%	15.3%	9.9%	6.2%	21.0%	8.3%	23.3%
2014	15.6%	15.3%	9.6%	6.9%	20.8%	8.9%	22.9%
2015	15.7%	15.4%	9.5%	7.3%	20.3%	9.2%	22.6%
2016	16.9%	15.8%	9.0%	7.3%	19.5%	9.4%	22.1%
2017	16.2%	15.9%	9.2%	7.4%	19.8%	9.6%	22.1%
2018	18.1%	16.2%	9.0%	7.1%	19.4%	9.1%	21.2%
2019	17.5%	17.2%	9.0%	6.8%	19.6%	9.4%	20.5%

상급종합 종합병원 병원 요양병원 의원 기타 약국

주: '기타'는 치과병의원, 한방병의원, 보건의료기관을 포함함.
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

전체 진료비 중 종별 진료비가 차지하는 비중은 2008년 대비 병원급에서 증가(상급종합병원 2.4%p, 종합병원 2.0%p, 병원 0.7%p, 요양병원 4.0%p)한 반면, 의원(-4.0%p)과 약국(-6.8%p)에서는 감소하였다. 특히 전체 진료비 중 의원 진료비가 차지하는 비중은 2008년 23.6%에서 2014년 20.8%로, 2019년 19.6%로 지속적인 감소 추세를 보였다.

2008년부터 2019년까지 연도별 총 진료비 증가액에 대한 요양기관종별 상대기여도의 평균은 상급종합병원이 17.3%로 가장 높았으며, 종합병원과 의원 각 17.1%, 요양병원 12.2%, 병원 10.8% 순으로 높았다. 또한 2008년부터 2019년 진료비 증가율 연평균 8.6%에 대한 요양기관종별 절대기여도는 상급종합병원 1.6%, 종합병원 1.5%, 의원과 약국 각각 1.4%, 병원과 기타 의료기관 각각 0.9% 순이었다.

〈표 3-24〉 요양기관종별 총 진료비 변동 기여도

(단위: 억 원, %)

연도	진료비 증가액 (억 원)	상대기여도(%)						
		상급 종합	종합 병원	병원	요양 병원	의원	기타	약국
2009	44,700	22.0	8.0	13.2	7.2	16.4	7.4	25.8
2010	42,893	19.8	20.4	12.0	9.7	13.9	5.9	18.4
2011	26,096	8.0	14.1	14.6	15.1	16.1	8.6	23.4
2012	15,933	13.5	7.5	24.5	29.2	29.2	14.8	-18.8
2013	31,229	20.6	24.9	9.1	18.5	7.5	16.8	2.5
2014	33,629	9.7	15.4	4.2	16.3	18.3	18.4	17.7
2015	36,376	17.4	16.4	9.0	13.2	13.1	14.1	16.8
2016	66,222	27.6	19.3	4.9	7.5	12.2	10.5	17.9
2017	47,584	5.7	17.4	10.7	8.3	23.3	13.3	21.4
2018	83,231	34.0	19.0	7.3	5.1	16.6	4.3	13.7
2019	88,192	12.1	25.7	8.9	4.5	21.6	12.2	15.1
연평균	-	17.3	17.1	10.8	12.2	17.1	11.5	14.0

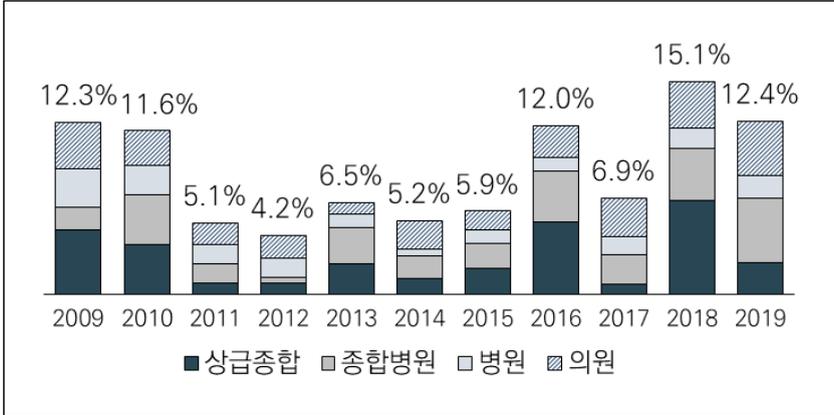
88 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

연도	진료비 증가율 (%)	절대기여도(%)						
		상급 종합	종합 병원	병원	요양 병원	의원	기타	약국
2009	12.8	2.8	1.0	1.7	0.9	2.1	1.0	3.3
2010	10.9	2.2	2.2	1.3	1.1	1.5	0.6	2.0
2011	6.0	0.5	0.8	0.9	0.9	1.0	0.5	1.4
2012	3.5	0.5	0.3	0.8	1.0	1.0	0.5	-0.7
2013	6.5	1.3	1.6	0.6	1.2	0.5	1.1	0.2
2014	6.8	0.7	1.0	0.3	1.1	1.2	1.3	1.2
2015	6.5	1.1	1.1	0.6	0.9	0.8	0.9	1.1
2016	11.4	3.2	2.2	0.6	0.9	1.4	1.2	2.0
2017	7.4	0.4	1.3	0.8	0.6	1.7	1.0	1.6
2018	12.0	4.1	2.3	0.9	0.6	2.0	0.5	1.6
2019	11.4	1.4	2.9	1.0	0.5	2.5	1.4	1.7
연평균	8.6	1.6	1.5	0.9	0.9	1.4	0.9	1.4

주: '기타'는 치과병의원, 한방병의원, 보건의료기관을 포함함.
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

총 진료비 중 약국 및 치과병의원, 한방병의원, 조산원, 보건기관, 요양병원 진료비를 제외하고, 4개 종별(상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원) 의료기관 진료비만을 한정할 경우, 2019년 의료기관 진료비 54.7조 원은 상급종합병원 27.6%, 종합병원 27.2%, 병원 14.2%, 의원 31.1%로 구성된다. 2019년 진료비 증가액 8조 8,192억 원 중 4개 종별 의료기관 진료비 증가로 인한 증가액은 68.2%인 6조 161억 원으로 종별 기여도는 상급종합병원 17.7%, 종합병원 37.7%, 병원 13.0%, 의원 31.6%였다.

[그림 3-14] 요양기관종별 진료비 변동 절대기여도: 4개 종별



자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

나. 진료형태별 진료비 점유율

진료형태, 즉 외래와 입원 기능으로 구분하여 살펴보면, 진료비의 증가율이 높은 입원은 2008년부터 2019년까지 연평균 약 10.4% 증가하여 외래 8.8%보다 높은 증가율을 보였다.

2019년 진료형태별 진료비 점유율은 입원 37.3%, 외래 42.2%, 약국 20.5%로 2008년 대비 입원 진료비 점유율은 6.1%p 증가한 반면, 입원 진료비 점유율은 0.8%p 증가했고 약국 진료비 점유율은 6.8%p 감소하였다.

90 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 3-25〉 진료형태별 진료비 추이

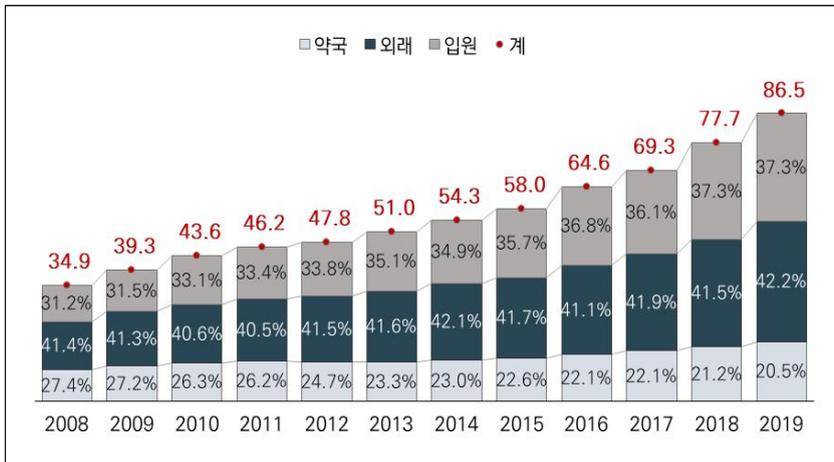
(단위: 조 원, %)

연도	금액(조 원)				전년 대비 증가율(%)			
	계	입원	외래	약국	계	입원	외래	약국
2008	34.9	10.9	14.4	9.5	-	-	-	-
2009	39.3	12.4	16.3	10.7	12.8	13.7	12.6	12.1
2010	43.6	14.4	17.7	11.5	10.9	16.6	8.9	7.4
2011	46.2	15.4	18.7	12.1	6.0	6.9	5.7	5.3
2012	47.8	16.2	19.9	11.8	3.4	4.8	6.2	-2.5
2013	51.0	17.9	21.2	11.9	6.5	10.6	6.7	0.7
2014	54.3	18.9	22.9	12.5	6.6	5.9	8.0	5.2
2015	58.0	20.7	24.2	13.1	6.7	9.4	5.5	4.8
2016	64.6	23.7	26.6	14.3	11.4	14.6	10.0	9.1
2017	69.3	25.0	29.0	15.3	7.4	5.4	9.3	7.1
2018	77.7	29.0	32.3	16.4	12.0	15.7	11.2	7.5
2019	86.5	32.3	36.5	17.8	11.4	11.4	13.0	8.1
연평균	-	-	-	-	8.6	10.4	8.8	5.9

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

〔그림 3-15〕 진료형태별 진료비 점유율 추이

(단위: 조 원, %)



자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

2019년 진료비 증가액 8조 8,192억 원은 입원 진료비 3조 2,888억 원, 외래 진료비 4조 1,986억 원, 약국 진료비 1조 3,318억 원으로 진료 형태별 진료비 증가 기여율은 입원 37.3%, 외래 47.6%, 약국 15.1%였다. 2009년부터 2019년까지 평균 기여율은 입원 41.6%, 외래 44.4%, 약국 14.0%였다.

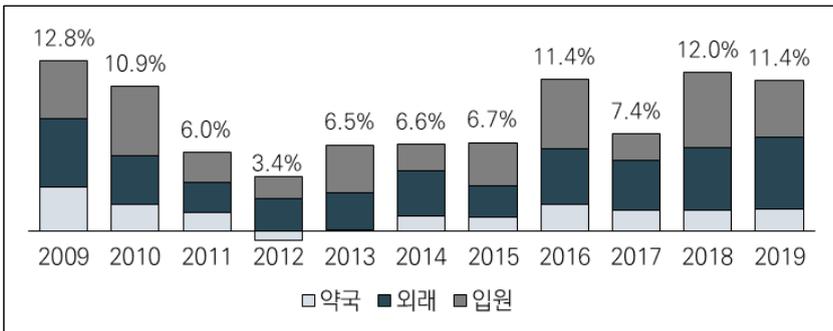
〈표 3-26〉 진료형태별 진료비 변동 기여도

(단위: 억 원, %)

연도	증가액 (억 원)	상대기여도(%)			증가율 (%)	절대기여도(%)		
		입원	외래	약국		입원	외래	약국
2009	44,700	33.5	40.7	25.8	12.8	4.3	5.2	3.3
2010	42,893	47.8	33.8	18.4	10.9	5.2	3.7	2.0
2011	26,096	38.2	38.3	23.4	6.0	2.3	2.3	1.4
2012	15,933	46.1	72.8	-18.9	3.4	1.6	2.5	-0.7
2013	31,229	55.0	42.4	2.5	6.5	3.6	2.8	0.2
2014	33,629	31.2	50.5	18.3	6.6	2.1	3.3	1.2
2015	36,376	48.9	34.7	16.4	6.7	3.3	2.3	1.1
2016	66,222	45.7	36.3	17.9	11.4	5.2	4.2	2.0
2017	47,584	26.9	51.7	21.4	7.4	2.0	3.8	1.6
2018	83,231	47.3	39.0	13.7	12.0	5.7	4.7	1.6
2019	88,192	37.3	47.6	15.1	11.4	4.2	5.4	1.7
연평균	-	41.6	44.4	14.0	8.6	3.6	3.7	1.4

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

[그림 3-16] 진료형태별 진료비 변동 절대기여도



자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

다. 진료형태별·요양기관종별 진료비: 외래 의원 점유율 감소

요양기관종별로 입원과 외래 중 어떤 진료행태를 중심으로 제공하고 있는지 살펴보고자 진료비 점유율을 입원과 외래로 구분하여 확인하였다. 입원 진료비는 요양병원 점유율의 증가로 다른 병원급 및 의원 점유율이 감소하였으며, 외래의 경우 병원급 이상의 진료비 비중은 증가한 반면, 의원과 약국 진료비 비중은 감소하였다.

2019년 입원 진료비 32.3조 원의 의료기관종별 점유율은 상급종합병원 30.3%, 종합병원 30.8%, 병원 15.4%, 요양병원 17.9%, 의원 4.6%, 기타 1.0%였다. 2008년 대비 입원 진료비 점유율은 요양병원에서만 증가(9.2%p)하였으며, 의원(-5.4%p), 병원(-2.6%p), 상급종합병원(-1.1%), 종합병원(-0.5%p) 순으로 감소하였다.

2019년 외래 진료비 54.2조 원의 의료기관종별 점유율은 상급종합병원 9.8%, 종합병원 9.1%, 병원 5.1%, 요양병원 0.3%, 의원 28.6%, 기타 14.4%, 약국 32.8%였다. 이 중 약국 진료비 17.8조 원을 제외한 의료기관 진료비 36.5조 원의 종별 점유율은 상급종합병원 14.6%, 종합병원 13.5%, 병원 7.6%, 요양병원 0.4%, 의원 42.5%, 기타 21.4%였다. 2008년 대비 외래 진료비의 점유율은 종합병원과 병원에서 1.2%p, 상급종합병원 2.1%p, 기타 3.6%p 증가하였으며, 약국과 의원은 각각 7.0%p, 1.2%p 감소하였다. 약국 진료비를 제외한 의료기관 진료비 중 종별 비중은 2008년 대비 의원에서만 감소(-7.0%p)하였으며, 상급종합병원 1.9%p, 종합병원 0.5%p, 병원 1.1%p, 요양병원 0.1%p, 기타 3.5%p 증가하였다.

〈표 3-27〉 진료형태별·요양기관종별 진료비 점유율 추이: 전체

(단위: %)

구분		2008년	2014년	2019년	차이	증가율
전체	총계	100.0	100.0	100.0	-	8.6
	의료기관	72.6	77.1	79.5	6.8%	9.5
	- 상급종합	15.1	15.6	17.5	2.4%p	10.1
	- 종합병원	15.2	15.3	17.2	2.0%p	9.8
	- 병원	8.3	9.6	9.0	0.7%p	9.4
	- 요양병원	2.9	6.9	6.8	4.0%p	17.6
	- 의원	23.6	20.8	19.6	-4.0%p	6.8
	- 기타	7.6	8.9	9.4	1.8%p	10.7
약국	27.4	22.9	20.5	-6.8%p	5.8	
입원	총계	100.0	100.0	100.0	-	10.4
	의료기관	100.0	100.0	100.0	-	10.4
	- 상급종합	31.4	27.9	30.3	-1.1%p	10.0
	- 종합병원	31.3	27.5	30.8	-0.5%p	10.2
	- 병원	18.0	18.2	15.4	-2.6%p	8.8
	- 요양병원	8.7	19.1	17.9	9.2%p	17.9
	- 의원	10.1	6.5	4.6	-5.4%p	2.8
	- 기타	0.6	0.9	1.0	0.4%p	15.7
약국	-	-	-	-	-	
외래	총계	100.0	100.0	100.0	-	7.7
	의료기관	60.2	64.7	67.2	7.0%p	8.8
	- 상급종합	7.7	9.0	9.8	2.1%p	10.1
	- 종합병원	7.9	8.7	9.1	1.2%p	9.1
	- 병원	3.9	4.9	5.1	1.2%p	10.4
	- 요양병원	0.2	0.3	0.3	0.1%p	10.1
	- 의원	29.8	28.5	28.6	-1.2%p	7.3
	- 기타	10.8	13.3	14.4	3.6%p	10.5
약국	39.8	35.3	32.8	-7.0%p	5.8	

주: 기타는 치과병의원, 한방병의원, 조산원, 보건기관을 포함함.

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

총 진료비 중 약국 및 치과병의원, 한방병의원, 조산원, 보건기관, 요양병원 진료비를 제외하고, 4개 종별(상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원) 의료기관 진료비만을 한정할 경우, 종별 진료비 점유율은 입원의 경우 상급종합병원(2.8%p)과 종합병원(3.5%p)에서는 증가했고 병원(-0.8%p)과 의원(-5.4%p)에서는 감소하였다.

외래 진료비 비중 점유율은 2008년 대비 의원급에서만 감소(-6.2%p)

94 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

하였고, 병원급에서는 모두 증가하였다. 그중 상급종합병원의 점유율이 가장 크게 증가(3.1%p)했는데, 병원(1.8%p), 종합병원(1.3%p) 순으로 증가했다.

입원 진료비 26.2조 원은 종합병원 37.9%, 상급종합병원 37.3% 비중이 높았으며, 외래 진료비 28.6조 원은 의원급 비중이 54.3%로 가장 높았고, 상급종합병원 18.7%, 종합병원 17.3%, 병원 9.7% 순으로 높았다.

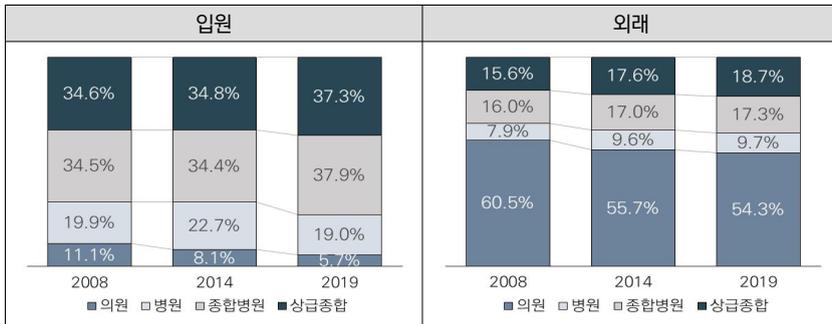
〈표 3-28〉 진료형태별·요양기관종별 진료비 점유율 추이: 4개 종별

(단위: %)

구분		2008년	2014년	2019년	점유율 변화
전체	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합	24.3	25.5	27.6	3.4%p
	종합병원	24.4	24.9	27.2	2.8%p
	병원	13.3	15.6	14.2	0.8%p
	의원	38.0	34.0	31.1	-6.9%p
입원	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합	34.6	34.8	37.3	2.8%p
	종합병원	34.5	34.4	37.9	3.5%p
	병원	19.9	22.7	19.0	-0.8%p
	의원	11.1	8.1	5.7	-5.4%p
외래	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합	15.6	17.6	18.7	3.1%p
	종합병원	16.0	17.0	17.3	1.3%p
	병원	7.9	9.6	9.7	1.8%p
	의원	60.5	55.7	54.3	-6.2%p

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

[그림 3-17] 진료형태별·요양기관종별 진료비 점유율 추이: 4개 종별



자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

요양기관종별 입내원일수 점유율을 살펴보면, 2008년부터 2019년까지의 종별 진료 실적은 상급종합병원과 종합병원에서는 증가 경향을 보였고, 병원과 의원에서는 감소 경향을 보였다. 입원일수 점유율은 종별로 상급종합병원 -1.8%p, 종합병원 -2.4%p, 병원 -18.8%p, 의원 -6.5%p 변화한 반면, 외래 내원일수 점유율은 의원에서만 감소 추세를 보였다.

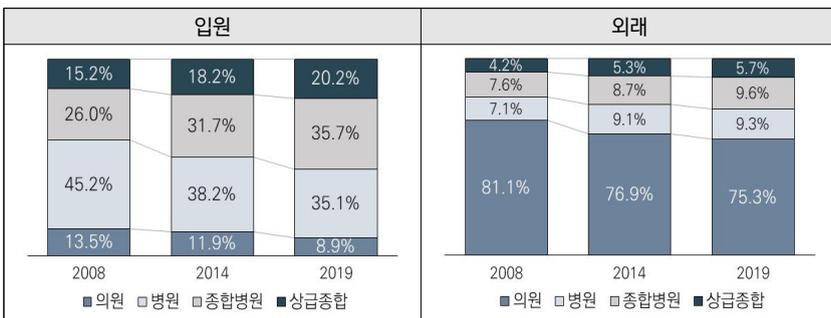
〈표 3-29〉 진료형태별·요양기관종별 입내원일수 점유율 추이: 4개 종별

(단위: %)

구분		2008년	2014년	2019년	점유율 변화
전체	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합 종합병원	5.6	6.7	7.1	1.5%p
	병원	9.9	11.1	12.2	2.2%p
	의원	11.9	12.2	11.8	-0.1%p
입원	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합 종합병원	15.2	18.2	20.2	5.0%p
	병원	26.0	31.7	35.7	9.7%p
	의원	45.2	38.2	35.1	-10.1%p
외래	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합 종합병원	4.2	5.3	5.7	1.5%p
	병원	7.6	8.7	9.6	2.0%p
	의원	7.1	9.1	9.3	2.2%p
	의원	81.1	76.9	75.3	-5.8%p

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

〔그림 3-18〕 진료형태별·요양기관종별 입내원일수 점유율 추이: 4개 종별



자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

96 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 3-30〉 요양기관종별 진료비 점유율 추이: 4개 종별

(단위: 개소, 조 원, %)

종별	2008년			2019년			점유율 변화 (2008~ 2019년)
	기관 수 (개소)	진료비 (조 원)	점유율 (%)	기관 수 (개소)	진료비 (조 원)	점유율 (%)	
계	28,033	21.7	100.0	34,336	54.7	100.0	-
상급종합	43	5.3	24.3	42	15.1	27.6	3.4%p
종합병원	269	5.3	24.4	314	14.8	27.2	2.8%p
병원	1,193	2.9	13.3	1,489	7.7	14.2	0.8%p
의원	26,528	8.2	38.0	32,491	17.0	31.1	-6.9%p

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

2008년부터 2019년까지 입원 진료비 변동에 대한 요양기관종별 상대 기여도의 평균은 요양병원 29.0%, 종합병원 27.1%, 상급종합병원 24.2%, 병원 16.6%, 의원 1.6%, 기타 1.4% 순이었으며, 절대기여도는 연평균 상급종합병원 3.0%, 종합병원 2.9%, 요양병원 2.5%, 병원 1.6%, 의원 0.2%, 기타 0.1% 순이었다.

외래 진료비의 경우, 2008년부터 2019년까지 변동에 대한 요양기관종별 상대기여도의 평균은 의원 28.4%, 약국 23.0%, 기타 19.0%, 상급종합병원 12.0%, 종합병원 10.3%, 병원 6.9%, 요양병원 0.4% 순이었으며, 절대기여도는 연평균 의원과 약국 각각 2.1%, 기타 1.3%, 상급종합병원 0.9%, 종합병원 0.8%, 병원 0.5% 순이었다.

〈표 3-31〉 요양기관종별 입원 진료비 변동 기여도

(단위: 억 원, %)

연도	진료비 증가액 (억 원)	상대기여도(%)					
		상급 종합	종합 병원	병원	요양 병원	의원	기타
2009	14,955	36.1	10.9	26.5	20.6	5.4	0.6
2010	20,508	28.9	29.6	17.1	19.9	3.8	0.7
2011	9,977	7.6	24.0	25.4	39.1	2.7	1.2
2012	7,426	0.4	1.6	35.2	62.0	-2.2	2.9
2013	17,111	27.5	30.7	9.5	33.3	-2.1	1.2
2014	11,525	18.1	24.7	6.5	48.2	1.0	1.5
2015	16,788	29.3	28.1	13.1	27.8	-0.2	2.1
2016	30,246	43.3	33.1	6.1	16.2	0.2	1.1
2017	12,822	6.5	38.7	19.4	30.3	2.4	2.8
2018	39,391	49.2	28.3	10.1	10.6	1.4	0.4
2019	32,889	19.4	48.7	14.2	11.2	4.9	1.5
연평균	-	24.2	27.1	16.6	29.0	1.6	1.4
연도	진료비 증가율 (%)	절대기여도(%)					
		상급 종합	종합 병원	병원	요양 병원	의원	기타
2009	13.7	5.0	1.5	3.6	2.8	0.7	0.1
2010	16.6	4.8	4.9	2.8	3.3	0.6	0.1
2011	6.9	0.5	1.7	1.8	2.7	0.2	0.1
2012	4.8	0.0	0.1	1.7	3.0	-0.1	0.1
2013	10.6	2.9	3.2	1.0	3.5	-0.2	0.1
2014	6.4	1.2	1.6	0.4	3.1	0.1	0.1
2015	8.8	2.6	2.5	1.2	2.4	0.0	0.2
2016	14.6	6.3	4.8	0.9	2.4	0.0	0.2
2017	5.4	0.4	2.1	1.0	1.6	0.1	0.2
2018	15.7	7.7	4.5	1.6	1.7	0.2	0.1
2019	11.4	2.2	5.5	1.6	1.3	0.6	0.2
연평균	10.4	3.0	2.9	1.6	2.5	0.2	0.1

주: '기타'는 치과병의원, 한방병의원, 보건의료기관을 포함함.

자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

98 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

〈표 3-32〉 요양기관종별 외래 진료비 변동 기여도

(단위: 억 원, %)

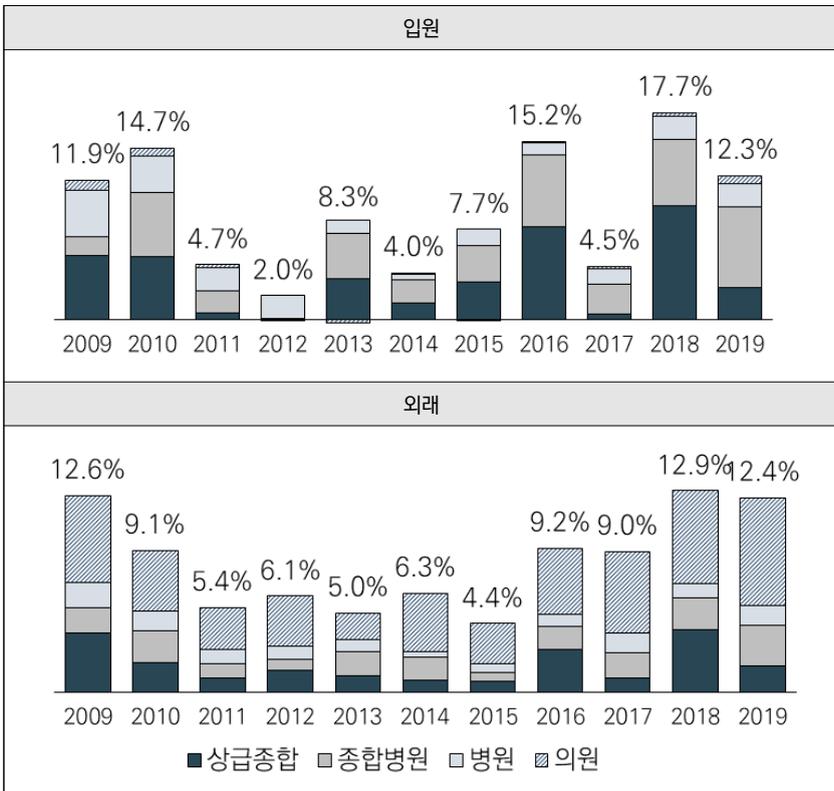
연도	진료비 증가액 (억 원)	상대기여도(%)						
		상급 종합	종합 병원	병원	요양 병원	의원	약국	기타
2009	29,745	14.9	6.5	6.5	0.5	21.9	38.8	10.9
2010	22,385	11.4	11.9	7.4	0.3	23.1	35.2	10.7
2011	16,119	8.2	8.0	8.0	0.3	24.5	37.9	13.1
2012	8,587	24.9	12.7	15.3	0.8	56.4	-35.1	25.0
2013	14,038	12.3	17.9	8.7	0.5	19.3	5.6	35.8
2014	23,185	5.5	10.7	3.0	0.5	26.9	26.5	26.8
2015	18,554	6.6	5.9	5.2	0.1	25.1	32.1	25.0
2016	35,929	14.4	7.7	3.9	0.2	22.3	33.1	18.4
2017	34,762	5.4	9.5	7.4	0.2	31.0	29.3	17.2
2018	43,840	20.3	10.6	4.9	0.2	30.2	26.0	7.8
2019	55,303	7.7	12.0	5.7	0.5	31.5	24.1	18.5
연평균	-	12.0	10.3	6.9	0.4	28.4	23.0	19.0

연도	진료비 증가율 (%)	절대기여도(%)						
		상급 종합	종합 병원	병원	요양 병원	의원	약국	기타
2009	12.4	1.9	0.8	0.8	0.1	2.7	4.8	1.4
2010	8.3	0.9	1.0	0.6	0.0	1.9	2.9	0.9
2011	5.5	0.5	0.4	0.4	0.0	1.4	2.1	0.7
2012	2.8	0.7	0.4	0.4	0.0	1.6	-1.0	0.7
2013	4.4	0.5	0.8	0.4	0.0	0.9	0.2	1.6
2014	7.0	0.4	0.8	0.2	0.0	1.9	1.9	1.9
2015	5.2	0.3	0.3	0.3	0.0	1.3	1.7	1.3
2016	9.6	1.4	0.7	0.4	0.0	2.2	3.2	1.8
2017	8.5	0.5	0.8	0.6	0.0	2.6	2.5	1.5
2018	9.9	2.0	1.0	0.5	0.0	3.0	2.6	0.8
2019	11.4	0.9	1.4	0.6	0.1	3.6	2.7	2.1
연평균	7.7	0.9	0.8	0.5	0.0	2.1	2.1	1.3

주: '기타'는 치과병의원, 한방병의원, 보건의료기관을 포함함.
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

약국 및 치과병의원, 한방병의원, 조산원, 보건기관, 요양병원 진료비를 제외하고 4개 종별(상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원) 의료기관 진료비만을 한정할 경우, 2019년 4개 종별 입원 진료비 증가분 총 2조 8,698억 원은 종합병원 55.8%, 상급종합병원 22.2%, 병원 16.3%, 의원 5.6% 순으로 기여도가 높았다. 외래 진료비의 경우, 2019년 4개 종별 외래 진료비 증가분 총 3조 1,463억 원은 의원 55.3%, 종합병원 21.1%, 상급종합병원 20.3%, 병원 11.8% 순으로 기여도가 높았다.

[그림 3-19] 요양기관종별 입원 및 외래 진료비 변동 절대기여도: 4개 종별



자료: 국민건강보험공단, 건강보험주요통계 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

라. 진료항별 점유율: 진찰료 감소

12대 진료내역항별 진료비 중 진찰료는 2008년부터 2019년까지 연평균 6.2%, 입원료는 8.4% 증가하였다. 연평균 증가율이 높은 진료항은 마취료 11.7%, 검사료 11.5%, 처치·수술료 11.1% 순이었다.

12대 진료내역항별 진료비 점유율은 2008년 기준 진찰료 26.9%, 입원료 14.0%, 처치·수술료 16.6%, 검사료 11.7% 등이었다. 2019년 진찰료와 입원료가 차지하는 비중은 2008년 대비 각각 7.8%p, 1.5%p 감소하여 전체 진료비 중 19.1%, 12.5%를 차지하였다. 진료비 점유율이 2008년 대비 증가한 항은 처치·수술료 2.8%p, 검사료 2.6%p였다. 기타 항목(특수장비, 특수재료, 선별급여, 정액수가)은 CT, MRI, PET을 포함한 특수장비비용에 대한 급여화가 확대됨에 따라 전체 진료비에서 차지하는 비중이 증가하였다.

〈표 3-33〉 진료항별 진료비 점유율 추이

(단위: %)

구분	2008년	2014년	2019년	점유율 변화	연평균 증가율
계	100.0	100.0	100.0	-	-
진찰료	26.9	22.5	19.1	-7.8%p	6.2
입원료	14.0	11.5	12.5	-1.5%p	8.4
투약료	4.1	3.2	2.3	-1.8%p	3.8
주사료	10.7	8.6	7.9	-2.8%p	6.6
마취료	2.3	2.5	2.8	0.5%p	11.7
이학요법료	3.2	3.2	2.6	-0.6%p	7.6
정신요법료	1.0	0.8	0.8	-0.2%p	7.6
처치·수술료	16.6	17.2	19.4	2.8%p	11.1
검사료	11.7	12.3	14.4	2.6%p	11.5
영상진단·방사선 치료료	5.0	4.5	4.4	-0.6%p	8.2
기타	4.5	13.9	13.8	9.2%p	21.2

주: '기타'는 특수장비, 특수재료, 선별급여, 정액수가를 포함함.

심사결정 기준, 한방 및 약국 실적 제외, 병원에는 요양병원 심사실적이 포함되어 있음.
 자료: 건강보험심사평가원, 진료비 심사실적 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

〈표 3-34〉 주요 진료항별·요양급여종별 진료비 점유율 추이

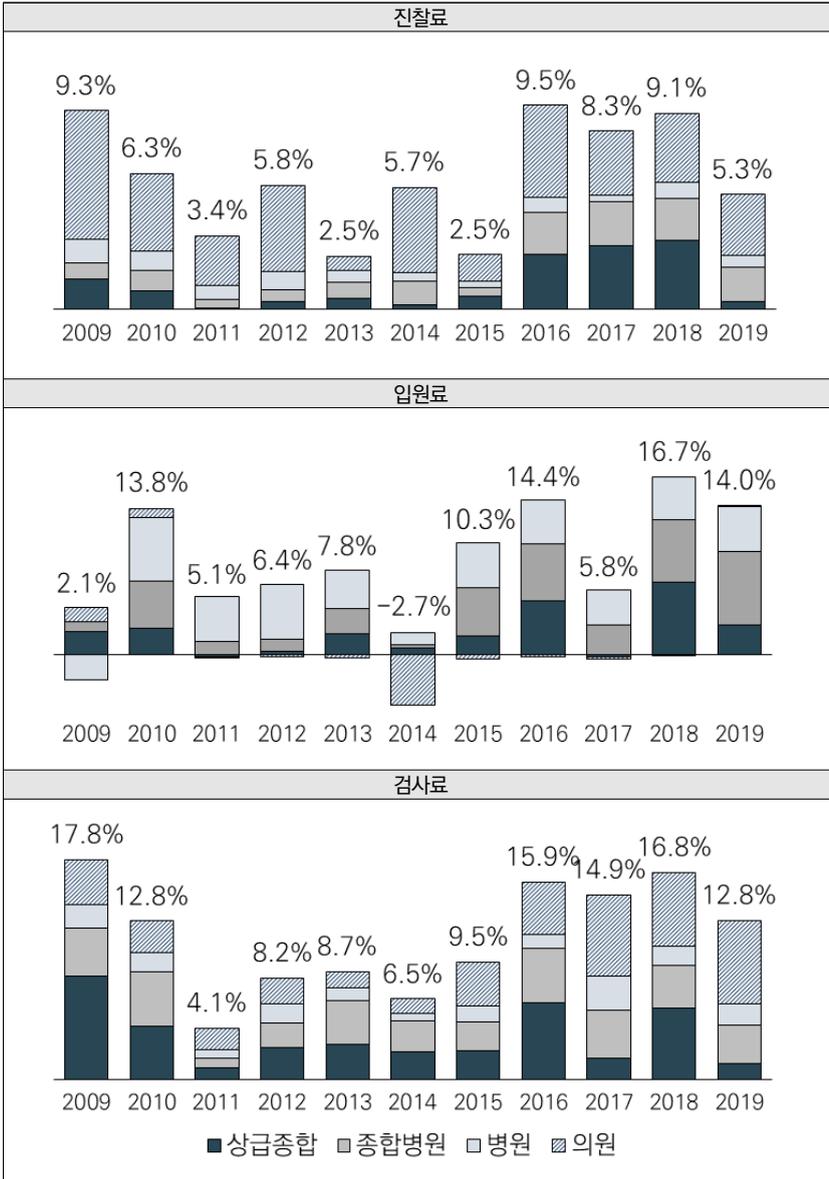
(단위: %)

구분		2008년	2014년	2019년	점유율 변화
진찰료	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합	5.7	6.8	12.6	7.0%p
	종합병원	9.9	11.1	14.5	4.6%p
	병원	7.8	9.3	8.8	1.1%p
	의원	76.7	72.8	64.0	-12.6%p
입원료	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합	28.5	29.7	35.2	6.7%p
	종합병원	19.9	20.9	23.4	3.5%p
	병원	37.7	43.2	38.3	0.6%p
	의원	13.9	6.3	3.0	-10.9%p
처치·수술료	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합	26.5	29.9	30.8	4.3%p
	종합병원	26.8	28.2	30.1	3.3%p
	병원	20.0	19.4	16.8	-3.2%p
	의원	26.7	22.5	22.3	-4.4%p
검사료	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합	34.9	35.1	29.6	-5.3%p
	종합병원	31.1	30.7	27.6	-3.4%p
	병원	11.3	11.9	12.0	0.7%p
	의원	22.8	22.3	30.8	8.0%p
영상진단·방사선 치료료	계	100.0	100.0	100.0	-
	상급종합	38.4	39.9	42.2	3.8%p
	종합병원	29.7	29.6	29.4	-0.3%p
	병원	12.2	12.4	11.0	-1.3%p
	의원	19.7	18.1	17.4	-2.3%p

주: 심사결정 기준, 한방 및 약국 실적 제외, 병원에는 요양병원 심사실적이 포함되어 있음.
 자료: 건강보험심사평가원, 진료비 심사실적 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

4개 요양기관종별 2019년 진찰료 진료비 증가 5,824억 원의 기여도는 의원 52.3%, 종합병원 18.8%, 상급종합병원 16.9%, 병원 12.0% 순이었으며, 입원료 증가 9,975억 원의 기여도는 종합병원 32.0%, 상급종합병원 22.1%, 병원 25.4%, 의원 20.5% 순이었다. 검사료 증가 10,600억 원의 기여도는 의원 30.7%, 상급종합병원 29.1%, 종합병원 27.3%, 병원 12.9% 순이었다.

[그림 3-20] 요양기관종별 주요 진료항별 진료비 변동 절대기여도: 4개 종별



주: 심사결정 기준, 한방 및 약국 실적 제외, 병원에는 요양병원 심사실적이 포함되어 있음.
 자료: 건강보험심사평가원, 진료비 심사실적 각 연도 자료를 이용하여 작성함.

마. 원가(비용)보상 수준

2차 상대가치 개편에서 6개 유형별 원가보상률은 85%로 검체검사 159%, 영상검사 122%, 처치 85%, 수술 76%, 기능검사 74%, 기본진료 75% 순이었다.

〈표 3-35〉 행위유형별 원가보상 수준

(단위: %)

행위유형	합계	기본진료	수술	처치	기능검사	검체검사	영상검사
기존	85	75	76	85	74	159	122
개선	-	-	90			142	116

자료: 라포르시안(2017. 04. 25.).

원가보상률은 요양기관 규모에 따라 다르게 나타나는데, 2015년 기준 160병상 미만 종합병원에서의 원가보상률이 가장 높게 나타났으며, 2006년부터 2015년까지의 연평균 증가율을 보면 상급종합병원 및 160~300병상 종합병원에서는 감소 추세를 보였고, 그 외 병원에서는 증가 추세를 보였다.

〈표 3-36〉 의료수익 대비 의료원가율

(단위: %)

연도	평균	종합병원				병원
		상급종합	300병상 이상	160~300 병상	160병상 미만	
2006	95.1	97.0	96.1	93.3	100.0	90.8
2007	97.1	99.8	99.3	95.5	101.1	92.3
2008	99.0	99.6	103.0	98.6	104.3	95.7
2009	94.8	93.6	98.6	95.2	96.5	87.7
2010	95.3	96.2	99.4	96.2	102.8	87.0
2011	97.6	97.7	100.4	98.5	105.4	88.0

104 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

연도	평균	종합병원				병원
		상급종합	300병상 이상	160~300 병상	160병상 미만	
2012	99.0	98.6	101.0	99.3	105.7	91.6
2013	99.8	99.2	101.1	98.4	103.2	96.4
2014	98.3	98.2	97.5	99.0	97.3	-
2015	98.0	98.7	98.7	96.6	101.4	96.2
연평균 증가율	0.3	-0.04	0.1	-0.2	0.6	0.7

자료: 박재산·김지은·황준원·윤영규·김혜지(2015).

3차 상대가치 개편을 위한 회계조사에서 병원급 및 의원급 회계조사 결과를 종합하여 의과의 원가(비용)보상률을 산출한 바 있다. 원장의사 인건비 분류에 따라 제시한 3가지 안에서 모두 검체검사와 영상검사는 100% 이상이었으며 기능검사, 기본진료료, 처치, 수술 순이었다.

〈표 3-37〉 건강보험급여행위 원가(비용)보상률

(단위: %)

행위유형	건강보험급여행위 원가(비용)보상률 가중 평균		
	1안) 종합병원 고용의사 평균 인건비	2안) 회계조사 응답치	3안) 노동 당기순이익
기본진료	86.7	84.7	85.5
수술	68.8	69.6	69.2
처치	72.9	72.2	72.7
기능검사	89.0	87.1	89.1
검체검사	144.2	143.3	143.8
영상검사	106.2	106.0	106.3

자료: 신영석 외(2019).

행위유형에 따른 진료비 추이는 급여행위 대비 비용항목 구성비에서도 확인할 수 있다.

〈표 3-38〉 요양기관종별 행위유형별 급여행위 대응 비용 구성비

(단위: %)

종별	유형	의사 인건비		임상 인건비	비보상 재료비	장비비	간접비
		주 시술자	보조 시술자				
의원	기본진료	45.1	-	8.0	9.9	0.9	36.1
	수술	36.5	-	8.6	6.6	9.0	39.2
	처치	33.7	-	19.3	5.0	2.8	39.3
	기능검사	37.4	-	12.4	7.2	8.8	34.1
	검체검사	37.6	-	12.3	9.4	2.7	38.1
	영상검사	30.1	-	17.0	5.3	13.9	33.6
	계	41.1	-	10.9	8.5	3.0	36.5
병원	기본진료	17.0	-	30.3	7.4	2.7	42.6
	수술	13.9	-	21.9	8.8	4.8	50.6
	처치	11.5	-	26.4	4.0	2.4	55.7
	기능검사	13.2	-	24.7	15.3	5.8	41.1
	검체검사	10.2	-	16.5	5.7	2.2	65.4
	영상검사	6.3	-	9.1	2.5	5.6	76.4
	계	13.5	-	24.4	8.2	3.8	50.1
종합 병원	기본진료	22.5	4.7	36.6	2.1	1.6	32.6
	수술	19.9	5.4	27.6	10.1	6.6	30.4
	처치	19.1	9.9	31.1	4.3	2.3	33.3
	기능검사	19.7	1.3	30.5	5.4	10.3	32.7
	검체검사	11.2	2.9	19.3	29.5	3.7	33.4
	영상검사	16.6	2.2	25.2	4.7	14.4	36.9
	계	19.0	5.2	28.8	9.0	5.7	32.4
상급 종합 병원	기본진료	15.4	5.7	34.8	2.5	1.4	40.2
	수술	18.2	6.1	25.3	11.1	7.9	31.4
	처치	15.4	10.8	34.3	5.8	2.6	31.0
	기능검사	19.5	3.3	30.4	9.3	8.1	29.5
	검체검사	8.0	1.8	19.4	42.6	3.0	25.3
	영상검사	15.6	2.0	25.7	5.9	13.3	37.5
	계	15.0	5.6	28.7	12.4	5.2	33.0

자료: 신영석 외(2019).



제4장

건강보험 수가 구성 요인 개선 방안

제1절 건강보험 수가 개선 방안

제2절 개선 방안 시뮬레이션

제4장

건강보험 수가 구성 요인 개선 방안

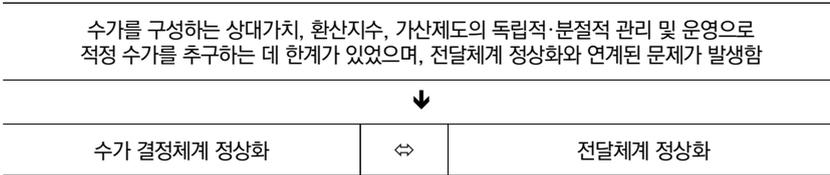
제1절 건강보험 수가 개선 방안

수가 구성 요인인 상대가치점수, 환산지수, 가산제도와 관련한 주요 과제는 [그림 4-1]과 같다. 수가제도의 문제점과 개선의 필요성에 대해서는 기존의 논의에서도 지속적으로 제기된 바 있으나 요인별로 독립적이고 분절적으로 다루었다. 기본진료료를 포함한 3차 상대가치와 가산제도는 2022년부터 개편될 예정이다. 따라서 상대가치, 환산지수, 가산제도를 포함한 수가제도의 전반적인 구조 개편에 대한 논의와 대응 방안이 필요하며, 전달체계 정상화와 연계된 문제가 발생함에 따라 동일한 정책 방향성을 가지고 통합적으로 연계될 수 있는 체계가 필요하다.

[그림 4-1] 수가 구성 요인 주요 과제

구분	현행	문제점	해결과제
상대가치 점수	<ul style="list-style-type: none"> · (진찰료) 종별 동일한 기본진찰료 및 외래관리료의 차등 · 행위유형 간 불균형 	<ul style="list-style-type: none"> · 초진 진찰료 의원-병원 간 역전 현상 · 쏠림 현상 심화 · 의료기관 양극화 	<ul style="list-style-type: none"> · 전달체계에 따른 합리적 종별 진료비 크기 조정 · 의료기관종별, 행위유형별 차이 반영 (원가보전 수준)
환산지수	<ul style="list-style-type: none"> · 조절기제의 역할·기능 · 동일 행위 기준 병원급 보다 높은 의원 수가 	<ul style="list-style-type: none"> · 수가 역전 현상 심화 · 자원 분배 원칙 및 의료전달 체계 왜곡 	<ul style="list-style-type: none"> · 환산지수의 기능 및 역할 회복
종별 가산	<ul style="list-style-type: none"> · 요양기관 규모에 따라 가산 비율이 커지는 단순체계 · 모든 의료행위에 동일 가산을 일괄 적용 	<ul style="list-style-type: none"> · 의료전달체계 개선 기여 한계 · 종별 차등폭이 적어지면서 목적 및 역할이 불명확 	<ul style="list-style-type: none"> · 요양기관종별 역할과 기능에 따른 보상





현재 진찰료와 입원료는 요양기관종별로 차등 적용된다. 상대가치 개편에서 기본진료료의 인상이 예상되며, 개편의 방안으로 시간 차등 진찰료, 중증도 보정 입원료 등이 제시된 바 있다. 본 연구에서는 인상의 수준을 고려하고자 기본진료료의 수준을 요양기관종별 수준과 평균 수준을 기준으로 변화량을 검토하였다.

요양급여비용 계약의 대상이 되는 환산지수와 관련하여 병원과 종합병원보다 높은 의원의 수가를 개선해야 한다는 필요성은 이미 제기된 바 있다. 신영석(2019)의 연구에서 빈도에 따라 가격이 인하될 수 있는 장비비와 재료비도 동시에 인상되므로 환산지수의 제 기능과 역할 회복이 필요하다고 지적하였다. 수가 역전 현상은 자원 배분에 역기능을 초래하여 의료전달체계의 문제를 악화시킨다. 병원의 의원보다 낮은 수가는 동일한 서비스를 이용할 때, 의원보다 병원의 비용 부담이 적어지는 현상이 발생하게 된다. 이 때문에 대형병원 환자의 쏠림 현상이 심화될 수 있다. 환산지수 계약 방식에 대해서는 윤태영 외(2017)의 연구에서도 제안된 바 있다. 병원급 단일 환산지수 적용으로 합리적인 원가 반영에 한계가 있으므로 전문적 기능에 따라 병원급 유형을 세분화하는 방안을 제안하였다. 정형선 외(2019) 및 신현웅 외(2019)의 연구에서는 병원과 의원 수준, 평균 수준을 고려하여 통합하는 방안을 제시된 바 있다. 본 연구에서는 두 유형 간 수준을 최소 및 최대 기준으로 하여 평균과 평균보다 낮은 수준, 높은 수준을 모두 적용하였다.

재정 중립을 위해서는 기능이 모호한 종별 가산제도를 활용하는 방안

을 검토하였다. 가산제도의 도입 취지와 기능을 회복하되, 재정 중립을 유지하기 위해 환산지수와 기본진료료 조정에 따라 종별 가산율을 조정할 수 있다. 진료비 변화량을 기준으로 현행 종별 가산율에 반영하였다.

제2절 개선 방안 시뮬레이션

2019년 진료비를 기준으로 시뮬레이션하여 앞 절에서 제시한 수가 구성 요인의 개선 방안을 살펴보고 그 타당성을 검토하고자 하였다. 이를 위해 행위별 수가가 적용되는 진료비를 대상으로 하였다.

〈표 4-1〉 2019년 요양기관종별 진료비

(단위: 억 원, 일)

구분		행위별 수가 대상 진료비(억 원)				입내원일수(일)
		총계	기본진료료 및 진료행위료			
			소계	기본진료료	진료행위료	
상급 종합	합계	150,998	108,573	34,815	73,758	58,508,262
	입원	97,639	70,814	26,034	44,780	15,975,991
	외래	53,358	37,758	8,780	28,978	42,532,271
종합 병원	합계	148,470	116,434	46,196	70,238	99,540,917
	입원	99,216	75,932	34,801	41,131	28,288,491
	외래	49,253	40,502	11,395	29,107	71,252,426
병원	합계	77,411	62,013	27,286	34,727	97,791,437
	입원	49,805	37,087	18,393	18,694	28,608,731
	외래	27,606	24,927	8,893	16,033	69,182,706
의원	합계	169,856	153,083	76,846	76,237	561,622,015
	입원	14,922	6,573	2,716	3,856	7,066,814
	외래	154,933	146,510	74,130	72,381	554,555,201

자료: 국민건강보험공단, 2019년 건강보험주요통계를 이용하여 작성함.

1. 기본진료료

2019년 기준 외래 진찰료는 초진과 재진의 평균을 기준으로 할 때 상급종합병원은 17,006원, 종합병원은 15,249원, 병원은 13,491원, 의원은 13,452원이다. 입원료는 간호등급 2등급을 기준으로 할 때 상급종합병원은 64,366원, 종합병원은 56,811원, 병원은 51,632원, 의원은 29,929원이다.

기본진료료를 요양기관종별 수준과 평균 수준으로 고려할 경우, 기본진료료의 변화량과 변화율을 산출하였다. 요양기관종별 평균을 기준으로 상급종합병원과 종합병원의 기본진료료는 낮아지고, 병원과 의원의 기본진료료는 높아진다. 요양기관종별 변화율은 상급종합병원 -2.1%, 종합병원 -1.4%, 병원 0.8%, 의원 5.3% 수준이다. 상급종합병원 수준을 기준으로 종합병원 6.4%, 병원 6.1%, 의원 28.6%의 변화를 보이고, 의원 수준을 기준으로 상급종합병원 -4.6%, 종합병원 -16.7%, 병원 -6.3%의 변화를 보인다. 종합병원 수준을 기준으로 상급종합병원 -1.3%, 병원 2.7%, 의원 15.3% 변화하며, 병원 수준을 기준으로 상급종합병원 -2.3%, 종합병원 -1.8%, 의원 1.0% 변화한다.

〈표 4-2〉 기본진료료 수준별 진료비 변화량

(단위: 원, 억 원, %)

구분		현행	① 평균	기본진료료	변화량		변화율
상급 종합	입원	64,366	50,685 14,799	8,097	-2,186	-3,124	-2.1%
	외래	17,006		6,294	-939		
종합 병원	입원	56,811		14,338	-1,733	-2,053	-1.4%
	외래	15,249		10,545	-320		
병원	입원	51,632		14,500	-271	634	0.8%
	외래	13,491		10,238	905		
의원	입원	29,929		3,582	1,467	8,940	5.3%
	외래	13,452		82,070	7,473		

제4장 건강보험 수가 구성 요인 개선 방안 113

구분		현행	㉒ 상급종합	기본진료료	변화량		변화율	
상급 종합	입원	64,366	64,366 17,006	10,283	-	-	-	
	외래	17,006		7,233	-	-	-	
종합 병원	입원	56,811		18,208	2,137	3,390	6.4%	
	외래	15,249		12,117	1,252			
병원	입원	51,632		18,414	3,643	6,075	6.1%	
	외래	13,491		11,765	2,432			
의원	입원	29,929		4,549	2,434	22,145	28.6%	
	외래	13,452		94,308	19,711			
구분		현행		㉓ 종합병원	기본진료료	변화량		변화율
상급 종합	입원	64,366		56,811 15,249	9,076	-1,207	-1,955	-1.3%
	외래	17,006			6,486	-748		
종합 병원	입원	56,811			16,071	-	-	-
	외래	15,249	10,865		-			
병원	입원	51,632	16,253		1,482	2,698	2.7%	
	외래	13,491	10,549		1,216			
의원	입원	29,929	4,015		1,900	11,865	15.3%	
	외래	13,452	84,561		9,965			
구분		현행	㉔ 병원		기본진료료	변화량		변화율
상급 종합	입원	64,366	51,632 13,491		8,249	-2,034	-3,530	-2.3%
	외래	17,006			5,738	-1,495		
종합 병원	입원	56,811			14,606	-1,465	-2,717	-1.8%
	외래	15,249		9,612	-1,253			
병원	입원	51,632		14,771	-	-	-	
	외래	13,491		9,333	-			
의원	입원	29,929		3,649	1,534	1,750	1.0%	
	외래	13,452		74,813	216			
구분		현행		㉕ 의원	기본진료료	변화량		변화율
상급 종합	입원	64,366		29,929 13,452	4,781	-5,502	-7,013	-4.6%
	외래	17,006			5,721	-1,512		
종합 병원	입원	56,811			8,466	-7,605	-8,885	-16.7%
	외래	15,249	9,585		-1,280			
병원	입원	51,632	8,562		-6,209	-6,236	-6.3%	
	외래	13,491	9,306		-27			
의원	입원	29,929	2,115		-	-	-	
	외래	13,452	74,596		-			

주: 입원료는 기본입원료 간호등급 2등급을 기준으로 함. 외래 진찰료는 초진과 재진 평균으로 함.

2. 환산지수

환산지수 계약 방식에 대해서는 병원급 유형을 세분화하는 방안(윤태영 외, 2017) 또는 병원과 의원 유형을 단일화하는 방안(신현웅 외, 2019; 정형선 외, 2019; 배재용 외, 2020)이 제시된 바 있다.

본 연구에서는 두 유형 간 수준을 최소 및 최대 기준으로 하여 사분위수를 방안으로 검토하였다. 두 수준 간의 평균과 평균 수준보다 높고 낮은 수준을 반영하여 변화 수준을 다양하게 검토해보고자 하였다. 최소 수준인 병원급 환산지수를 의원에 적용할 경우 의원 진료비는 10.2% 감소하게 되고, 최고 수준인 의원급 환산지수를 병원급에 적용할 경우 병원급 진료비는 11.3% 증가하게 된다. 병원과 의원 유형 간 환산지수를 두 유형 간 평균 수준인 79.2를 적용할 경우 행위별 수가 대상 총 진료비는 병원급에서는 5.7%, 의원급에서는 -5.0% 변화한다. 평균 수준보다 낮은 77.1을 적용할 경우 병원급은 2.9%, 의원급은 -7.6% 변화한다. 평균 수준보다 높은 81.3을 적용할 경우 병원급은 8.5%, 의원급은 -2.5% 변화한다.

〈표 4-3〉 환산지수 수준별 진료비 변화량

(단위: 점, 억 원, %)

구분		현행	① 병원	진료비	변화량		변화율
병원급	입원	74.9	74.9	246,661	-	-	-
	외래			130,218	-	-	-
의원	입원	83.4		13,402	-1,521	-17,311	-10.2%
	외래			139,143	-15,791		
구분		현행	② 77.1	진료비	변화량		변화율
상급 종합	입원	74.9	77.1	100,507	2,868	4,435	2.9%
	외래			54,926	1,567		
종합 병원	입원			102,130	2,914	4,361	
	외래			50,700	1,447		

제4장 건강보험 수가 구성 요인 개선 방안 115

병원	입원 외래			51,268 28,417	1,463 811	2,274	
의원	입원 외래	83.4		13,795 143,230	-1,127 -11,704	-12,831	-7.6%
구분		현행	㉓ 79.2	진료비	변화량		변화율
상급 종합	입원 외래	74.9	79.2	103,245 56,422	5,605 3,063	8,669	5.7%
종합 병원	입원 외래			104,912 52,081	5,696 2,828	8,524	
병원	입원 외래			52,664 29,191	2,859 1,585	4,444	
의원	입원 외래	83.4		14,171 147,131	-751 -7,802	-8,554	-5.0%
구분		현행	㉔ 81.3	진료비	변화량		변화율
상급 종합	입원 외래	74.9	81.3	105,982 57,918	8,343 4,559	12,902	8.5%
종합 병원	입원 외래			107,694 53,462	8,478 4,209	12,686	
병원	입원 외래			54,061 29,965	4,256 2,359	6,615	
의원	입원 외래	83.4		14,547 151,032	-376 -3,901	-4,277	-2.5%
구분		현행	㉕ 의원	진료비	변화량		변화율
상급 종합	입원 외래	74.9	83.4	108,720 59,414	11,081 6,055	17,136	11.3%
종합 병원	입원 외래			110,476 54,843	11,260 5,589	16,849	
병원	입원 외래			55,457 30,739	5,652 3,133	8,785	
의원	입원 외래	83.4		14,922 154,933	- -	- -	- -

3. 시나리오별 변화량

기본진료료와 환산지수의 조정 방안 조합별로 시나리오를 구성하여 재정 중립의 관점에서 검토하였다.

[그림 4-2] 시나리오(안)



기본진료료가 요양기관종별 평균 수준일 경우 총 진료비는 4,397억 원이 증가하고, 환산지수가 77.1 수준일 경우 총 진료비는 1,761억 원이 감소한다. 이에 총 진료비는 2,636억 원(0.5%) 증가하며, 종별로는 상급종합병원은 0.9%, 종합병원은 1.6%, 병원은 3.8%, 의원은 -2.3% 변화한다.

기본진료료가 요양기관종별 평균 수준이면서 환산지수가 79.2 수준일 경우에는 총 진료비는 17,479억 원(3.2%) 증가하며, 종별로 상급종합병원은 3.7%, 종합병원은 4.4%, 병원은 6.6%, 의원은 0.2% 변화한다.

기본진료료가 병원급 수준일 경우에는 4,497억 원의 진료비가 감소하여 환산지수 수준에 따라 총 진료비는 각각 6,258억 원이 감소하고(-6.3%), 8,586억 원이 증가한다(8.7%).

〈표 4-4〉 시나리오별 진료비 변화량

(단위: 억 원, %)

구분	기본진료료		환산지수		변화량	변화율
상급종합		-3,124		4,435	1,311	0.9%
종합병원	①	-2,053	②	4,361	2,308	1.6%
병원		634		2,274	2,908	3.8%
의원		8,940		-12,831	-3,891	-2.3%
계		4,397		-1,761	2,636	0.5%
상급종합		-3,124		8,669	5,544	3.7%
종합병원	①	-2,053	③	8,524	6,470	4.4%
병원		634		4,444	5,078	6.6%
의원		8,940		-8,554	386	0.2%
계		4,397		13,083	17,479	3.2%
상급종합		-3,530		4,435	906	0.6%
종합병원	④	-2,717	②	4,361	1,643	1.7%
병원		-		2,274	2,274	4.3%
의원		1,750		-12,831	-11,081	-7.5%
계		-4,497		-1,761	-6,258	-6.3%
상급종합		-3,530		8,669	5,139	3.4%
종합병원	④	-2,717	⑤	8,524	5,806	5.9%
병원		-		4,444	4,444	8.3%
의원		1,750		-8,554	-6,804	-4.6%
계		-4,497		13,083	8,586	8.7%

진료비 변화량을 기준으로 현행 종별 가산율에 반영하면 <표 4-5>와 같다.

<표 4-5> 진료비 변화량 기준 가산율 변화

(단위: 억 원, %)

구분		종별 가산 금액		가산율	변화량	변화량 기준 가산율	
1-1) 기본진료료-평균, 환산지수-77.1							
상급 종합	입원	9,319	15,708	30%	1,311	27%	28%
	외래	6,389					
종합 병원	입원	6,283	11,590	25%	2,308	20%	20%
	외래	5,308					
병원	입원	2,479	4,862	20%	2,908	8%	10%
	외래	2,383					
의원	입원	457	8,465	15%	-3,891	22%	4%
	외래	8,007					
1-2) 기본진료료-평균, 환산지수-79.2							
상급 종합	입원	9,319	15,708	30%	5,544	19%	19%
	외래	6,389					
종합 병원	입원	6,283	11,590	25%	6,470	11%	9%
	외래	5,308					
병원	입원	2,479	4,862	20%	5,078	-1%	-1%
	외래	2,383					
의원	입원	457	8,465	15%	386	16%	-8%
	외래	8,007					
2-1) 기본진료료-병원, 환산지수-77.1							
상급 종합	입원	9,319	15,708	30%	906	28%	27%
	외래	6,389					
종합 병원	입원	6,283	11,590	25%	1,643	21%	19%
	외래	5,308					
병원	입원	2,479	4,862	20%	2,274	11%	8%
	외래	2,383					
의원	입원	457	8,465	15%	-11,081	35%	2%
	외래	8,007					
2-2) 기본진료료-의원, 환산지수-79.2							
상급 종합	입원	9,319	15,708	30%	5,139	20%	19%
	외래	6,389					
종합 병원	입원	6,283	11,590	25%	5,806	12%	8%
	외래	5,308					
병원	입원	2,479	4,862	20%	4,444	2%	-3%
	외래	2,383					
의원	입원	457	8,465	15%	-6,804	27%	-11%
	외래	8,007					

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제5장

결론 및 제언

제1절 주요 연구 결과

제2절 결론 및 정책 제언

제 5 장 결론 및 제언

제1절 주요 연구 결과

건강보험 진료비 수가는 행위에 소요되는 업무량과 자원을 상대적인 가치로 점수화한 상대가치점수에 점수당 단가인 환산지수의 곱으로 산출되며, 일부 행위에 따라 가산 점수 혹은 비율이 적용되어 결정된다. 수가 구성 요인별 현안을 고찰한 결과, 상대가치점수와 관련하여 기본진료료의 낮은 보상 수준과 행위유형 간 보상의 불균형은 의원의 진찰 진료 비중이 감소되는 현상으로 이어졌다. 또한 병원의 환산지수 인상률보다 높은 의원의 환산지수 인상률은 병원과 의원 간 수가 역전 현상을 야기하여 의료전달체계의 왜곡을 더욱 심화시킨다. 종별 가산제도는 요양기관 규모에 따라 상이한 투자비용의 차이를 반영하고자 도입되었으나 모든 의료행위에 동일한 가산율이 일괄 적용되기 때문에 요양기관이 불필요한 검사나 처치를 유인하는 기전으로 작용하게 되었다.

기존 건강보험 수가 구성 요인의 개선 방안에 대한 연구는 상대가치점수, 환산지수, 가산제도를 개별적으로 다루었다. 각 요인에 대한 문제점은 지속적으로 제기된 바 있으나 독립적이고 분절적으로 관리·운영되어 적정 수가를 추구하는 데 한계가 있었다. 전달체계 정상화와 연계된 문제가 발생함에 따라 분절적으로 운영되던 방식에서 동일한 정책 방향성을 가지고 통합적으로 연계될 수 있는 체계가 필요하다.

의료기관종별 주요 기능과 의료전달체계 기능을 주제로 의료기관 진료비 특성을 확인하였다. 요양기관종별 주요 진료 기능과 경향을 파악한 결과, 진료형태에 따라서 병원급 외래 진료비 비중이 증가하는 반면, 의원

에서의 외래 진료비 비중은 감소하는 경향을 보였다. 이는 국민의료비 부담과 재정 지출을 증가시켜 자원의 합리적 활용을 저해하는 요인이 된다. 특히 병원급 진찰료 비중이 증가한 것에 비해 의원의 진찰료 비중은 감소하였는데, 이는 다른 행위유형에 비해 낮은 진찰료의 보상 수준과 종별 보상 수준에 대한 차등이 낮아지면서 의료이용 체계에 영향을 미친 것으로 보인다. 결과적으로 병원과 의원에서의 낮은 건강보험 보장률을 확인할 수 있었다. 이는 진찰료의 정상화, 특히 의원과 병원급의 진찰료 인상과 종별 기능에 따른 보상체계를 확립하면 해결할 수 있을 것이다.

또한 의료기관의 건강보험 진료비를 전달체계 관점에서 분석한 결과, 기능에 한계가 있었다. 요양기관종별 진료비는 병원급에서 증가한 반면, 의원에서 감소하였으며, 특히 외래 진료비에 대한 의원 점유율은 감소 추세를 보였다. 수가 개선을 통해서 자원 배분의 최적화를 위한다면 전달체계가 제 기능을 할 수 있도록 개선되어야 하고, 현재의 종별 진료비 특성을 봤을 때 병원급의 외래 기능 비대와 의원급의 외래 기능 축소를 해결하면서 즉 표준업무에 따른 종별 제 기능을 할 수 있는 방향으로 개선되어야 한다.

수가 구성 요인의 개선 방안을 기본진료료와 환산지수의 수준에 따라 2019년 진료비를 기준으로 시뮬레이션하였다. 기본진료료의 경우, 요양기관종별 평균 기본진료료를 기준으로 변화율은 상급종합병원 -2.1%, 종합병원 -1.4%, 병원 0.8%, 의원 5.3%이다. 환산지수의 경우, 병원과 의원 평균 수준인 79.2를 기준으로 행위별 수가 대상 총 진료비는 병원급에서 5.7%, 의원급에서는 -5.0% 변화한다. 더불어 기본진료료와 환산지수의 기준 조합별로 시나리오를 구성하여 재정 중립의 관점에서 타당성을 검토하였다.

제2절 결론 및 정책 제언

1. 결론 및 시사점

건강보험 진료비를 구성하는 요인 중 가격은 공급자와 보험자의 계약으로 체결되는 환산지수와 상대가치점수에 의해 결정되고, 진료량은 공급자와 환자 사이에서 결정된다. 결국 보험자와 정부가 결정 과정에 참여할 수 있는 가격 요인이 정책의 수단이 된다. 물론 건강보험 진료비 증가에 영향을 주는 요인으로는 고령화를 포함한 인구구조의 변화, 보장성 강화 정책과 같은 관련 제도의 변화 등 다양한 요인이 있다. 요인별 영향력은 연도별로 다르겠지만 2008년 이후 진료비 경향에서 진료량(Q)과 가격(P)에 따른 기여도를 분석한 결과, 가격 변화로 인한 기여도가 큼을 확인할 수 있었다. 더불어 의료기관종별 주요 기능과 의료전달체계 기능을 주제로 의료기관 진료비 특성을 확인한 결과는 <표 5-1>과 같다.

<표 5-1> 의료기관 진료비 특성에 따른 수가 구성 요인 개선 방향

주제	지표	진료비 특성	영향 요인 (수가 구성)	해결 방안
요양기관 종별 기능	진료 형태	- 병원급 외래 진료비·입내원일수 비중 증가 대비 의원 외래 진료비·입내원일수 비중 감소 - 국민의료비 부담과 재정 지출의 증가	진찰료의 보상 수준 낮은 종별 보상 수준 차등격차	진찰료 정상화 (인상)
	진료항	- 병원급 진찰료 비중 증가 대비 의원 진찰료 비중 감소 - 진찰료 비중이 지속 감소(특히 의원급) 대비 검사 등 진료비 비중 증가		기능에 따른 보상체계 + 본인부담 활용
	보장률	- 병원과 의원에서의 낮은 보장률 및 높은 비급여 본인부담률		

124 의료기관 진료비 특성에 따른 건강보험 수가 구성 요인 분석

주제	지표	진료비 특성	영향 요인 (수가 구성)	해결 방안
	중증도	- 상급종합병원 전문질환군 진료 경향 증가 추세 - 경증질환 의원 점유율 감소 (병원의 경증질환 진료 증가)	질환 중증도 미반영 보상체계	기능-중증도 반영 보상체계
	전달체계 기능	- 진료비 점유율 병원급 증가 및 의원 감소 - 의원의 외래 진료비 점유율 감소 - 의원의 진찰료 점유율 감소 추이		전달체계 정상화

본 연구에서 파악한 의료기관 진료비 특성에 따른 수가 구성 요인의 해결과제는 수가 역전과 기본진료료의 인상, 종별 가산의 기능을 확립하는 것이다. 이를 연계하여 개선하되 재정 중립과 전달체계 기능 유지를 전제할 수 있는 방안을 진료비 자료를 통한 시뮬레이션 결과로 제시하였다.

2. 정책 제언

가. 연구 결과의 활용 방안

본 연구는 기존에 논의되었던 건강보험 수가 구성 요인의 개선 방안을 종합적으로 제시하는 데 2019년 진료비 통계를 활용하여 시뮬레이션을 시도하였다. 수가체계 전반에 대한 개편이 필요한 시기에 개선 방안 제시와 더불어 실제 자료를 통한 시뮬레이션 결과를 제공함으로써 정책 방향을 결정하는 데 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다. 이와 더불어 세부적인 제도 보완과 정책적 개선 사항을 함께 고려하여 정책 실행의 완성도를 높일 필요가 있다.

본 연구 결과를 바탕으로 수가 개선 방안의 단계별 적용 방안을 제시해

보면, 1단계는 병원과 의원 간 수가 역전 현상을 해소하여 합리적 자원 배분이 되도록 하고, 2단계는 행위유형 간 불균형을 해소하고 기본진료료의 낮은 보상 수준을 해결하기 위해 기본진료료를 인상하는 것이다. 3단계는 기능이 미비한 종별 가산 제도를 활용하여 소요 재정의 중립 원칙을 적용할 수 있다. 단계별 시뮬레이션 결과는 다음과 같다.

〈표 5-2〉 환산지수에 따른 진료비 변화(2019년 기준)

(단위: 점, %)

구분	환산 지수 (2019)	진료비 변화율				
		병원 (74.9)	Q1 (77.1)	Q2-평균 (79.2)	Q3 (81.3)	의원 (83.4)
상급종합 종합병원 병원	74.9	-	증가			
			2.9%	5.7%	8.5%	11.3%
의원	83.4	감소				-
		-10.2%	-7.6%	-5.0%	-2.5%	

주: 2019년 진료비(기본진료료 및 행위료) 기준.

환산지수 변화로 인한 의원의 진료비 변화량은 기본진료료 인상으로 보상할 수 있다. 현재 진찰료와 입원료는 요양기관종별로 차등 적용된다(의원<병원<종합병원<상급종합). 요양기관종별 평균으로 조정할 경우, 병원급 진료비는 감소하는 반면, 기본진료의 비중이 높은 의원급 진료비는 증가한다.

〈표 5-3〉 환산지수에 따른 기본진료료 변화(2019년 기준)

(단위: 점, 원)

구분		상대가치 점수(점)	환산지수(원)		기본진료료(원)			
			2019	변화	2019	변화	변화량	
외래	초진	상급종합	255.79	74.9	79.2	19,159	20,259	1,100
		종합병원	232.33			17,402	18,401	999
		병원	208.86			15,644	16,542	898
		의원	188.11			15,688	14,898	-790
	재진	상급종합	198.31	74.9	79.2	14,853	15,706	853
		종합병원	174.84			13,096	13,847	752
		병원	151.37			11,338	11,989	651
		의원	134.47			11,215	10,650	-565
입원	상급종합	859.36	74.9	79.2	64,366	68,061	3,695	
	종합병원	758.49			56,811	60,072	3,262	
	병원	689.35			51,632	54,597	2,964	
	의원	358.86			29,929	28,422	-1,507	

주: 입원료는 기본입원료 간호등급 2등급을 기준으로 함.

진찰료와 입원료 인상 수준에 따라 정도에는 차이가 있겠지만 재정 중립을 위해 기능이 모호한 종별 가산제도를 활용할 수 있다. 가산제도의 도입 취지와 기능을 회복하되, 재정 중립을 유지하기 위해 종별 가산율 개선 방안을 고려할 수 있다.

〈표 5-4〉 요양기관종별 기본진료료 변화(2019년 기준)

(단위: 점, 원, %)

구분		상대가치 점수(점)	기본진료료 (원)	기본진료료 변화량(원)		
				종합병원급	종별 평균	병원급
외래	상급종합	227.05	17,006	-1,757	-2,207	-3,515
	종합병원	203.59	15,249	-	-450	-1,758
	병원	180.12	13,491	1,758	1,309	-
	의원	161.29	13,452	1,797	1,348	39
입원	상급종합	859.36	64,366	-7,555	-13,682	-12,734
	종합병원	758.49	56,811	-	-6,127	-5,179
	병원	689.35	51,632	5,179	-948	-
	의원	358.86	29,929	26,882	20,756	21,703

주: 입원료는 기본입원료 간호등급 2등급을 기준으로 함. 외래 진찰료는 초진과 재진 평균으로 함.

나. 향후 연구를 위한 제언

수가제도 개선 방안의 시뮬레이션에서 종별 가산의 적용 방식은 재정을 활용할 목적으로 고려되었다. 따라서 합리적 개편을 위해서는 요양기관종별 차등 가산율이 산출·적용되어야 한다. 종별 가산 개선 방안을 환산지수와 기본진료료 변화에 따른 진료비 변화량을 기준으로 고려할 경우, 병원종별 가산의 비율이 음(-)의 값으로 산출된다. 이는 병원의 환산지수와 기본진료료 수준은 종합병원과 상급종합병원이 유사한 반면, 진료비 구성은 상대적으로 입원 비중이 높은 종합병원과 상급종합병원에 비해 외래 진료비가 더 높기 때문으로 판단된다. 따라서 진찰료 조정에 따라 입원 진료비 감소분 대비 외래 진료비 증가분이 커지게 된다. 2000년대 병상 공급 과잉 상태로 접어들면서 의원과 기능이 중복되는 중소형 병원의 병상이 주로 증가하였다. 이에 진료형태별(입원·외래) 진료비 구성은 의원과 유사하나 수가 적용 기준은 병원에 준하고 있어 요양기관종별 기능에 따른 조정 시 불균형을 야기할 수밖에 없다. 전달체계 내에서도 역할이 제한되는 만큼 병원의 기능에 대한 추가적인 논의와 재정립이 필요하다.

이를 위해 요양기관종별 기능에 따른 추가 조정을 적용할 수 있다. 종별 가산제도를 기능 가산으로 활용하는 방안은 선행연구에서도 이미 제안된 바 있는데, 요양기관종별 표준업무 규정에 따른 제 기능을 할 수 있도록, 즉 병원급은 중증환자 입원 진료를 중심으로 할 수 있도록 하고, 의원은 경증환자 외래 진료를 중심으로 할 수 있도록 조정할 수 있다.

병원과 의원의 종별 가산은 가산제도의 정책가치 점수화를 통해 해결할 수 있다. 상대가치 개편 논의에서 제시된 것은 정책 가산의 도입이다. 1차 진료 기능 활성화를 위한 정책가치 부여 방안은 경증질환을 활용할

수 있다. 1차 진료에 해당하는 질환은 기존의 대한의사협회에서 의원급 역점질환으로 급성상기도감염·급성부비동염·위식도역류병·천식·두드러기 등 52개 질환을 지정한 바 있다. 이후 대한의사협회 정책연구소는 전문과목별 개원의협의회와 관련 학회의 의견을 수렴하여 마련한 예비목록을 추가, 총 177개를 포함하는 방안을 검토하였다(신영석 외, 2018). 제도적 측면에서 가벼운 경증 52개 질환에 대해서는 2018년 11월 1일부터 48개 질환이 추가되었다. 해당 질환으로 상급종합병원 및 종합병원에서 외래 진료를 받을 시 발급된 처방전에 따라 약국에서 조제 받을 경우 약제비의 본인부담률이 차등 적용되고 있다. 약제비의 본인부담률에 차등을 두는 취지는 상대적으로 경한 질환은 의원에서, 중한 질환은 대형병원에서 중점적으로 다루도록 하여 의료기관 간 적절한 역할 분담을 도모하려는 것이다.

환산지수 산출 및 계약 방법을 논의하기에 앞서 계약 거버넌스에 대한 논의도 필요하다. 재정운영위원회는 공단 연구에 따른 근거로 수가 상한선을 고려하지만 2008년 요양기관 유형별 환산지수 체계로 전환된 이후 환산지수는 재정운영위원회에서 정한 상한선 이내에서 결정되어왔다. 협상이 결렬되어 건정심에 상정될 경우, 재정운영위원회의 상한선을 초과하여 결정하게 되면 협상 단계에서 기 타결한 유형에는 불합리한 결과가 된다. 가입자 중심의 재정운영위원회는 수가 인상폭을 최소화하는 방향으로 안을 제시할 가능성이 크다. 수가 산정 시 환산지수가 적정 인상 요인을 반영하는 제 역할을 할 수 있도록 합리적인 의사결정과정의 뒷받침되어야 한다.

기본진료료와 환산지수가 개선된다 하더라도 추가적으로 해결되어야 할 과제는 여전히 남아 있다. 의원급 진료과별 불균형을 조정하는 것이 그 중 하나이다. 진찰의 비중이 높은 의원의 보상을 위해 진찰료 인상이

이루어지더라도 보상 수준은 진료과별로 다를 것이다. 행위유형에 따른 보상 수준으로 확인할 수 있듯이 진찰 중심의 의원 진료과와 검사 중심 혹은 비급여 중심의 진료과와의 보상 수준은 여전히 불균형을 보일 것이다. 따라서 진료과별 불균형을 조정할 수 있는 방안이 필요하다. 이와 더불어 전달체계 정상화를 위해서는 종별 본인부담 수준을 조정하는 방안 등을 활용할 수 있다.



법령 및 관련 규정

「국민건강보험법」(법률 제17196호, 2020. 4. 7., 일부개정)

「국민건강보험법 시행령」(대통령령 제31096호, 2020. 10. 7., 일부개정)

「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」(보건복지부령 제738호, 2020. 6. 29., 일부개정)

「상급종합병원의 지정 및 평가 규정」(보건복지부고시 제2020-123호, 2020. 6. 29., 일부개정)

「의료기관의 종류별 표준업무 규정」(보건복지부고시 제2020-140호, 2020. 7. 1., 타법개정)

「의료법」(법률 제17472호, 2020. 8. 11., 타법개정)

국내문헌

박수경·김주은·이호진·좌용권·곽미숙·김영식 ... 배현지. (2017). **국민보건의료 실태조사**. 청주: 한국보건산업진흥원.

박재산·김지은·황준원·윤영규·김혜지. (2015). **중소병원 경영지원 및 정책개발 사업 보고서**. 청주: 한국보건산업진흥원.

배재용·신현웅·오영호·최소영·김혜운·김수정. (2020). **2021년도 유형별 환산 지수 연구**. 원주: 국민건강보험공단, 세종: 한국보건사회연구원.

보건복지부, 한국보건사회연구원. (2020). **OECD Health Statistics 2020**. 세종: 보건복지부, 세종: 한국보건사회연구원.

신영석·강희정·신현웅·황도경·김수진·김소운 ... 김세중. (2018). **제3차 상대가치 개편 방안 연구**. 원주: 건강보험심사평가원, 세종: 한국보건사회연구원.

신영석·강희정·윤강재·황도경·박실비아·이수형 ... 김진호. (2019). **3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구**. 원주: 건강보험심사평가원, 세종: 한국보건사회연구원.

- 신영석. (2019). 건강보험 수가 결정 체계의 재정비 방향. **보건복지포럼**, 272(0), 39-52.
- 신현웅·신영석·배재용·여나금·오수진·유혜영 ... 김진호. (2019). **2020년도 유형별 환산지수 연구**. 원주: 국민건강보험공단, 세종: 한국보건사회연구원.
- 윤태영·오인환·안정훈·임성원·이예린·문강희. (2017). **2018년도 유형별 환산지수 연구**. 원주: 국민건강보험공단, 서울: 경희대학교 의과대학·의학전문대학원.
- 이정찬·이평수·김계현·김하나. (2012). **진찰료 산정구조의 문제점 및 개선방안**. 서울: 의료정책연구소.
- 정형선·신현웅·윤석준·이건세·한동운·김한성 ... 김진호. (2019). **종별기능 정상화 및 의료전달체계 확립을 위한 수가가산제도 개선방안 연구**. 원주: 건강보험심사평가원, 원주: 연세대학교 산학협력단.
- 한승진. (2020). 의료이용 추이 모니터링 현황 분석. **HIRA 정책동향**, 14(3), 41-53.

온라인자료

건강보험심사평가원. (2020. 01.) 주제별수가이력-기본진료료.

건강보험심사평가원 홈페이지.

<http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020033000000>

에서 2020. 10. 22. 인출.

건강보험심사평가원. (2020. 03.) 수가제도개요-요양기관종별 가산율.

건강보험심사평가원 홈페이지.

<http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020028000000>

에서 2020. 10. 22. 인출.

국민건강보험공단. (2019. 06. 01.) 2020년도 요양급여비용 계약, 평균 2.29% 인상, 6개 단체와 체결. **국민건강보험공단 보도자료.**

<https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaea01600m01.do?mode=view&articleNo=129747&article.offset=500&articleLimit=50>

에서 2020. 10. 28. 인출.

국민건강보험공단. (2020. 06. 02.) 2021년도 요양급여비용 계약, 평균 1.99% 인상, 4개 단체와 체결. **국민건강보험공단 보도자료.**

<https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaea01600m01.do?mode=view&articleNo=137284&article.offset=150&articleLimit=50>

에서 2020. 10. 28. 인출.

라포르시안. (2017. 04. 25.) 2차 상대가치개편안 의결…수술·처치·기능검사 원가 90% 보상. **라포르시안 보도자료.**

<http://www.rapportian.com/news/articleView.html?idxno=103455>에서 2020. 10. 28. 인출.

보건복지부. (1998. 08. 03.). 의료보험 진료권 폐지. **보건복지부 보도자료.**

http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1054&CONT_SEQ=18167에서 2020. 11. 5. 인출.

보건복지부. (2018. 06. 28.). 2019년 건강보험료율 인상률 3.49%(6.24%→6.46%)로 결정. **보건복지부 보도자료.**

https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=345249&page=1에서 2020. 10. 22. 인출.

보건복지부. (2019. 09. 04.). 대형병원, 중증환자 중심으로 확 바뀐다. **보건복지부 보도자료.**

http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=350707에서 2020. 11. 5. 인출.

보건복지부. (2019. 11. 22.). 의료전달체계 현황 및 개선 방향. **2019 KMDIA 보험위원회 정책포럼 발표자료.**

<https://www.khidi.or.kr/board/view?pageNum=1&rowCnt=20&no1=7&linkId=48811136&refMenuId=MENU01525&menuId=MEN>

U01521&maxIndex=00488111369998&minIndex=000020939899
98&schType=1&schText=KMDIA&schStartDate=&schEndDate=&
boardStyle=&categoryId=&continent=&country=에서 2020. 11. 5.
인출.

청년 의사. (2019. 07. 12.). 문케어 후 상급종병 환자 쏠림? 증증환자비율
늘어난 것. **청년 의사 보도자료.**

[http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=107
0209](http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1070209)에서 2020. 11. 6. 인출.

청년 의사. (2019. 09. 28.). 상급종합병원 유지하려면 경증환자 절반 이상
줄여야 하는 서울대병원. **청년 의사 보도자료.**

[http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=107
2674](http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1072674)에서 2020. 11. 6. 인출.

통계자료

건강보험심사평가원. (2017). **건강보험요양급여비용(2017년 7월판).**

[https://www.hira.or.kr/co/ebook/list.do?pgmid=HIRAA0304020
00000](https://www.hira.or.kr/co/ebook/list.do?pgmid=HIRAA03040200000)에서 2020. 10. 22. 인출.

건강보험심사평가원. (2020). **건강보험요양급여비용(2020년 3월판).**

[https://www.hira.or.kr/co/ebook/list.do?pgmid=HIRAA0304020
00000](https://www.hira.or.kr/co/ebook/list.do?pgmid=HIRAA03040200000)에서 2020.10.22. 인출.

건강보험심사평가원. (2008~2019). **손에 잡히는 의료 심사·평가 길잡이.**

[https://www.hira.or.kr/co/ebook/list.do?pgmid=HIRAA0304020
00000](https://www.hira.or.kr/co/ebook/list.do?pgmid=HIRAA03040200000)에서 2020.10.22. 인출.

건강보험심사평가원. (2008~2019). **진료비 심사실적.**

[https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045030
000](https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA02004503000)에서 2020. 10. 5. 인출.

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단(2020). 2019 **건강보험통계연보.**

<https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045020>

000에서 2020. 10. 5. 인출.

국민건강보험공단. (2008~2019). **건강보험주요통계**.

<https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec06400m01.do>에서
2020. 10. 5. 인출.

국민건강보험공단. (2019). **2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사**.

<https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07800m01.do>에서
2020. 10. 5. 인출.

통계청(2020a). **KOSIS>국내통계>임금/물가>소비자물가지조사(통계청)**.

https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?publicationYN=Y&statId=1964001#P2_6.3에서 2020. 10. 9. 인출.

통계청(2020b). **KOSIS>국내통계>국민계정>국민계정(한국은행)**.

https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01&parentId=Q.1;#SelectStatsBoxDiv에서 2020. 10. 9. 인출.

통계청(2020c). **KOSIS>국내통계>보건>국민보건계정(보건복지부)**.

https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01&parentId=F.1;F_18.2;#SelectStatsBoxDiv에서 2020. 10. 9. 인출.

간행물 회원제 안내

회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

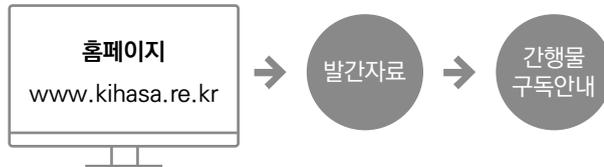
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지
사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>