
SGR 기준의 건강보험수가 산정 연구

최병호*, 신윤정**, 신현웅***

건강보험수가(환산지수)를 의료기관의 원가(경영)분석에 의하여 산정하게 되면 의료공급이 증가함에 따라 진료비의 증가를 허용할 수밖에 없는 구조적인 문제점이 있었다. 그리고 의료기관이 제공하는 자료의 신뢰성 때문에 계산결과에 대해 매년 갈등이 되풀이되는 관례를 답습하여 왔다.

본 연구는 기존의 환산지수 산정방법의 한계를 극복하는 방안으로써 미국 메디케어의 SGR 방식을 우리 현실에 맞게 수정 보완한 모형을 구축하였다. 이에 따르면 매년도의 진료비의 목표치를 정하여 관리하게 되므로 의료공급자수의 증가에 따른 자동적인 진료비증가를 제어하게 된다. SGR 방식에 의한 계산결과, 2004년도의 환산지수는 2003년 환산지수 55.4원 보다 2.66~2.93% 인상된 56.87~57.02원으로 나타났다.

SGR 방식의 환산지수 산정은 정부가 발표하는 공식적이고 객관적인 지표들을 이용함으로써 자료의 객관성과 신뢰성 문제로 인한 불필요한 논란과 갈등을 최소화할 수 있다. 그리고 환산지수 갱신의 자동조정 메커니즘과 목표진료비를 설정함에 따라 보험재정규모의 예측가능성이 향상됨으로써 보험료 및 국고지원의 조달목표액을 결정하는 데에 용이할 것이다. 장기적으로는 현행 행위별수가제의 보완적 및 대체적인 지불방식으로써 진료비총액 계약제의 도입 타당성을 검토하는 기초자료로서 활용할 수 있을 것이다.

그러나 SGR 방식의 환산지수 산정시스템이 정착되기 위해서는 SGR 환산지수 계산에서 제외되는 비급여부문의 의료행위에 대한 투명성과 유효성을 확보하고, 진료부문별 진료량의 증감에 대한 모니터링, 청구된 진료비에 대한 적정성 평가시스템이 함께 작동되어야 할 것이다. 이와 함께 상대가치 점수의 진료부문별, 진료행위별 적정한 구조조정이 이루어져야 할 것이다.

주요용어: 건강보험수가, SGR, 환산지수

* 한국보건사회연구원 연구위원

** 한국보건사회연구원 부연구위원

*** 한국보건사회연구원 선임연구원

I. 머리말

우리나라에서 사회의료보험제도를 도입하면서 의료서비스의 행위에 대한 지불보상방식으로 서비스 행위별로 가격을 책정하여 보상하는 행위별수가제(fee-for-service)를 채택하여 왔다. 이러한 행위별수가제하에서 행위별 보상구조가 불균형하다는 비판이 꾸준히 제기되어 오면서 서비스에 투입되는 자원량에 기초하여 가치를 부여하는 자원기준상대가치(Resource-Based Relative Value Scale: RBRVS)에 근거한 행위별수가제를 2001년 1월부터 도입하였다.

상대가치 수가는 크게 두 부분으로 구성되어 있다. 하나는 행위별 상대가치점수이고, 다른 하나는 환산지수(‘점당 단가’)로서, 수가는 상대가치점수와 환산지수를 곱하여 산정된다. 그동안 환산지수를 결정하기 위한 연구는 주로 요양기관의 원가 및 경영분석을 중심으로 한 미시적인 방법으로 대규모의 연구가 이루어졌다. 그러나 매년 되풀이되는 경영분석 연구는 많은 비용이 소요될 뿐 아니라 자료의 대표성과 신뢰성, 계산방법의 공정성과 객관성에 대하여 가입자단체와 의료계간에 갈등이 되풀이되었고, 환산지수를 결정하기까지 소모적인 논쟁이 반복되고 있다. 따라서 거시적인 지표들을 활용하여 산정할 수 있는 비용효과적인 모형을 개발할 필요성이 부각되었다. 이러한 거시적인 모형은 물가 및 경제성장, 가입자수의 증가와 같은 비교적 객관적이고 이해관계자들이 쉽게 동의할 수 있는 보편적인 자료에 바탕을 둬으로써 환산지수 산정 과정에서 다수의 지지와 협조를 이끌어낼 수 있는 모형의 제시가 필요하였다.

본 연구는 의료물가상승이나 경제성장 등 거시적인 지표들의 변화를 적절하게 반영하여 진료비의 목표관리가 가능하도록 차년도의 환산지수를 갱신하는 메커니즘을 개발하고자 한다. 즉, 매년 거시적인 변수들의 변화

에 따라 자동적으로 환산지수가 산정 될 수 있는 새로운 환산지수 모형을 개발하고자 한다. 또한 본 연구는 환산지수의 산정방식을 미국에서 적용하는 방식에 따르는 것이 전체 상대가치시스템의 작동원리에 적합하다는 전제하에 시작되었다. 즉, 미국의 환산지수산정은 요양기관에 대한 원가 혹은 경영수지를 보전하는 적절한 수준을 제시하기보다는 의료자원의 거시적인 배분측면에서 정부가 부담가능한 진료비목표(‘정확하게는 행위료의 목표치임’)를 정하고 실제발생 진료비가 목표치를 장기적으로 초과하지 않도록 환산지수를 자동적으로 조정하려는 메커니즘에 바탕을 두고 있다. 이러한 메커니즘은 부담의 지속가능성에 근거하고 있기 때문에 SGR(Sustainable growth rate)방식에 따른 환산지수 산정방법이라 할 수 있다. 이 방법에 따르면 환산지수를 보다 간편하게 산정할 수 있고, 행위별수가제가 본질적으로 갖는 의료비증가의 경향성을 일정한 목표치하에서 관리할 수 있는 장점이 있다. 그런데 본 연구에서는 미국의 환산지수 산정방식을 무조건 따르지는 않았다. 우리나라의 경제사회적 특성을 고려하였고, 계산의 기초가 되는 자료의 제약을 감안하여 우리나라 실정에 맞도록 환산지수의 산정방식을 수정보완하였다.

II. SGR 기준의 수가산정방법

SGR 기준의 수가산정은 미국의 상대가치수가 시스템에서 개발된 것이다. 이 제도의 배경을 먼저 간략히 이해하는 것이 필요하다. 미국은 전국민 건강보험제도를 도입하는 대신에 은퇴노인에 대한 연방건강보험제도(Medicare)를 도입하였다. 메디케어 제도하에서의 진료비지불은 병원관리비용에 대해서는 포괄수가제(DRG)로 지불보상하고 있으며, 의사의 진료행위료에 대해서는 행위별수가제(Fee-for-service)로 지불보상하고 있다.

행위별수가는 자원기준상대가치체계(RBRVS)를 따르고 있는데,

RBRVS 지불체계의 주요 구성요소는 크게 상대가치점수(Relative Value Units: RVUs)와 환산지수(Conversion Factor: CF), 지역에 따른 조정계수(Geographic Practice Cost Index: GPCIs)와 메디케어 비계약의사에 대한 지불보상금의 제한(Limits on Balanced Billing) 등 네 가지로 볼 수 있다. 여기서 다시 RVUs는 의사업무량(Physician Work) RVUs, 진료비용(Practice Expense) RVUs, 의료책임보험(Professional Liability Insurance: PLI) 등 세 가지로 구성되어진다.¹⁾ GPCIs는 의료서비스 제공에 소요되는 자원비용에 있어서의 지역간 차이를 보정하기 위해 전국평균에 대한 상대적 가치를 반영한 지표로서, RVUs의 구성요소에 따라 의사업무량의 GPCI, 진료비용의 GPCI, 의료책임보험의 GPCI로 구분할 수 있다.

환산지수(CF)는 과거에는 의료물가(MEI: Medical Economic Index)에 근거하여 수가상승률(‘환산지수’)을 산정하였다. 그러나 의료물가만에 의한 수가통제는 의료이용량을 통제하지 못하는 한계를 드러냄으로써 총진료비는 증가하게 되었다. 상대가치수가제도(RBRVS)를 1992년 1월에 도입하면서 환산지수는 진료량과 강도의 증가를 감안하는 시스템을 도입하였다. 이에 따라 처음에는 의료량통제기준(VPS: Volume

Performance System) 기준에 의하여 산정하였으나, 1998년부터는 지속가능성기준(SGR: Sustainable Growth Rate)에 의한 산정방법으로 전환하였다.

먼저 의료량통제기준(VPS) 기준의 환산지수 산정방법은 다음과 같다. 이 방법은 총괄예산조정법(OBRA)에 의해 1990년부터 1997년까지 사용한 환산지수조정 방법으로 연간 실제 의료비 지출액과 VPS에 의한 목표치를 비교하여 환산지수를 조정한다. VPS 기준의 환산지수는 1992년에 모든 의료행위에 대한 단일환산지수를 적용하였으나, 1993년에 외과와 비외과로 구분한 환산지수를 적용하였고, 1994년 이후에 외과, 일차진료, 기타 비외과로 구분한 환산지수를 적용하였다.

법에 따라 연도별 VPS 개정안이 계산되어지는데 의회는 이 안을 수정할 수 있도록 되어 있다. 복지부장관(The Secretary of DHHS)은 매년 4월 15일까지 의회에 추천안을 제출하여야 하며 의회의 의사수가검토위원회(PPRC)는 추천안을 검토한 후 독자적인 안을 5월 15일까지 제출하여야 하므로 의회가 독자적으로 증가율에 대한 기준을 설정할 수 있지만 만약 독자적인 안을 제출하지 않는 경우에는 자동적인 공식에 의해서 VPS가 결정되어지는 구조이다.

VPS 기준에 의한 환산지수의 산정은 다음의 공식에 의한다.

$$\text{환산지수}(CF)_t = \text{환산지수}(CF)_{t-1} \times \text{환산지수조정률}(Update)_t$$

$$Update(\text{환산지수조정률})_t = MEI(\text{의료물가지수})_t \times \frac{1 + VPS(\text{진료비목표증가율})_{t,2}}{1 + \text{진료비실제증가율}_{t,2}}$$

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

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

여기서 VPS 계산식에서 4%를 제외하는 이유는 의료비지출의 상승폭을 줄이기 위한 것이다. 1991년부터 매년 4월에 보건복지부장관은 다음해의 환산지수 조정안을 의회에 제출해야 하는데, 이 때 당해 연도의 VPS와 실제 지출액의 변화율, 의료서비스의 양과 강도, 의료에 대한 접근

1) 의사업무량을 결정하는 데 사용되는 요인으로 첫째, 서비스를 제공하는 데 소요되는 시간 둘째, 기술적인 노련함과 육체적인 수고 셋째, 정신적으로 요구되는 수고와 판단 넷째, 환자에게 발생 가능한 위험에 기인한 스트레스 등을 들 수 있다. 진료비용은 임대료, 직원급여, 이윤, 의료장비, 진료재료 공급을 포함한 의사의 진료행위에 대한 총비용을 말한다. 이러한 진료비용은 Facility, Non facility 진료비용으로 구분되어지는데 Non facility setting은 개원의(physician office), 독립된 영상센터(freestanding imaging center), 독립된 조직검사실(independent pathology lab)을 포함하고, Facility setting은 그 밖의 모든 setting을 포함하고 있다. 즉, 병원, 통원수술실, 전문간호시설(skilled nursing facility), 부분병원(partial hospital) 등이 있다. 의료책임보험은 의사가 행하는 의료행위의 사고위험에 대하여 보호받기 위해서 가입하는 보험으로 CMS는 Medicare지불액을 계산하기 위한 3가지 주요 요소 중 하나로 이것을 포함시켰다. PLI RVUs는 각 CPT 코드별로 계산되고 각 전문가가 제공하는 기여율에 그 전문분야의 위험요소값을 곱하여 얻어진다. 이런 세 가지 구성요소가 총진료비에서 차지하는 비중은 각각 55%, 42%, 3%이다.

도, 의료보험 경제지수 등을 포함하는 요소들을 고려하여야 한다. VPS 와 실제지출 증가율의 계산에서 시차를 2년으로 둔 것은 진료비 월청구자료의 취합 시점이 2년 정도 지나야 완벽해 지므로 2년 전 자료를 기초로 한 것이다. MEI는 급격한 증가를 방지하기 위한 상한은 없는 대신 환산지수 조정률은 급격한 감소를 방지하기 위하여 5% 감소한 값을 하한선으로 정한다.

VPS 기준의 문제점은 첫째, 수술, 1차진료, 비수술 등 세 가지 분야로 나누어 진료량(강도)의 변화 기준을 달리 산정함으로써 메디케어 수가의 근본 취지인 자원기준 상대가치의 근본원칙을 반영하지 못한다는 비판이 제기되었다.²⁾ 둘째, 과거의 의료이용추세를 감안하고 임의로 4%를 감하여 지출 증가율 목표를 설정하는데 이러한 목표의 현실적합성이 점차 상실되었다. 2년전의 목표와 2년전의 실제 지출액을 비교함으로써 현재 시점의 목표설정과 실제지출액을 비교하지 못하는 한계점도 있다.

VPS 기준의 환산지수 산정의 한계를 보완하기 위하여 개발된 것이 지속가능성장률(SGR) 기준의 환산지수이며, 산정방법은 1997년 8월 법 개정(Balanced Budget Act of 1997)으로 VPS 기준의 환산지수 산정방법을 대체하였다. 그리고 1999년에 개정된 법안(Balanced Budget Refinement Act of 1999)으로 현재의 SGR개념이 수립되었다. SGR 목표진료비제도는 1년 단위로 진료비 목표를 정하는 VPS와는 달리 기준년도(1996년)부터 당해 년도까지의 모든 연도의 목표진료비와 실제진료비를 각각 합산하여 비교를 통해 진료비 목표를 수립하는 누적(cumulative)개념이다.

SGR 기준의 진료비목표제는 다음 [그림 1]과 같이 설명할 수 있다. 당연도 환산지수(CF: Conversion Factor)는 전년도 환산지수에

2) 다시 말하면 자원기준상대가치는 모든 진료부문에 동일하게 적용되어야 하고, 상대가치가 제대로 측정되었다면 진료부문별 진료량의 변화는 동일한 가중치로 측정되어야 한다. 그런데 진료부문별로 진료량의 변화를 부문별로 다른 기준으로 측정한다면 상대가치 원칙에 어긋나게 된다.

UPDATE(환산지수 인상률)을 곱하여 계산된다. UPDATE는 의료물가지수(MEI: Medicare Economic Index)에 보정지수(UAF 혹은 PAF: Update or Performance Adjustment Factor)를 곱하여 계산한다. 여기서 MEI는 의료서비스 제공에 필요한 투입요인들의 비용상승률을 반영하되, 투입요인들의 구성비중을 가중치로 이용한 평균적인 가격변화로 계산된다. 투입요인은 다음과 같다.

$$\text{의사 자신의 업무량} = \text{임금(wages and salaries)} + \text{임금 외 보상 (fringe benefits)}$$

$$\text{관리비용} = \text{병원 종사자 임금 및 임금 외 보상} + \text{진료실 비용(office expense)} + \text{의료자재 비용(medical materials and supplies)} + \text{기타 비용(병원차량 유지비용 등)}$$

PAF는 목표진료비와 실제진료비간의 차이를 보정하는 지수로서 진료비의 목표치를 정해 놓고 실제 발생한 진료비가 목표치를 초과하지 않도록 보정하려는 메카니즘을 반영하고 있다. 즉,

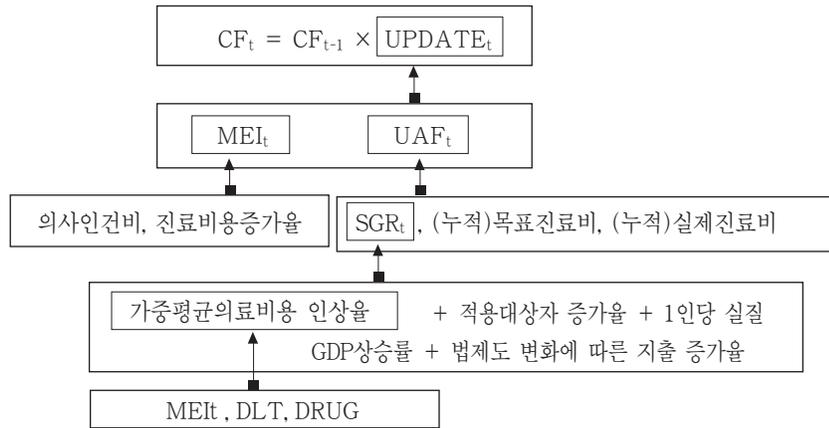
$$PAF_t = \frac{\text{목표진료비}_{t-1} - \text{실제진료비}_{t-1}}{\text{실제진료비}_{t-1}} \times 0.75 + \frac{\text{목표진료비}_{t_0-(t-1)} - \text{실제진료비}_{t_0-(t-1)}}{\text{실제진료비}_{t-1} \times (1+SGR_t)} \times 0.33^3$$

여기서, t는 연도, t0는 기준연도(1996년)이며, t0~(t-1)는 t0부터 t-1까지 합산함을 의미한다. 기준연도(1996년)의 실제진료비는 인정하고 시작한다.

$$\text{목표진료비}_{t-1} = \text{목표진료비}_{t-2} \times (1 + SGR_{t-1})$$

3) 본 수식의 전반부에는 0.75를 곱하고, 후반부에는 0.33을 곱하는 이유는 과거의 실제 데이터를 갖고 시뮬레이션해 본 결과, 후반부에는 0.33을 적용하는 것이 합리적이었던 판단을 내렸다고 한다(미국 메디케어 SGR 담당자와의 이메일 교신을 통해 확인).

[그림 1] 미국의 SGR기준의 진료비 목표제 수식도



SGR은 지속가능한 목표진료비 증가율(Sustainable Growth Rate)이며, 앞서의 MEI 인상률에 적용대상자의 증가율, 1인당 실질GDP상승률, 법과 제도에 의한 지출증가율(예, 보험급여범위확대에 따른 지출증가율)을 곱하여 산정한다. 다시말하면, 목표진료비의 증가한도는 의료물가의 증가와 적용인구의 증가속도, 소득의 상승정도 등을 감안하는 것을 의미한다. MEI의 산정에는 의료행위 외에 진단의 중요성을 감안하여 진단비용의 증감율(DLT: Dignostic laboratory test)이나 의료행위에 수반되는 의약품의 가격변화율(DRUG) 등을 감안할 수 있다.

SGR의 메카니즘을 다시 한번 설명하면, SGR은 Medicare 진료비 지출 증가를 억제하기 위해 적용하고 있는 연간 증가율이다. SGR을 통한 진료비 증가억제는 실제 진료비가 SGR을 바탕으로 책정된 목표 진료비보다 높게 되는 경우 수가를 낮게 조정하고, 반대로 실제 진료비가 목표 진료비보다 낮게 되는 경우 수가를 높게 조정하는 방식을 통해 이루어지고 있다. SGR은 시산하는 해의 9월 1일자로 이용 가능한 자료를 이용하여 매해 11월 1일 이전에 보고하도록 규정하고 있다. 일단 처음으로 추정된 SGR은 이 후 이용 자료가 갱신됨에 따라 추가적으로 두 번 더 개정하도록 하고 있다.

구체적인 계산사례를 2004년도 환산지수를 중심으로 제시하자면 다음 [그림 2]와 같다.

[그림 2] 미국 Medicare 제도 하에서의 2004년 진료비 산정방식

$$\begin{aligned}
 [1] \text{ Payment}_{2004} &= \text{Total RVU} * \text{CF}_{2004} \\
 [2] \text{ CF}_{2004} &= \text{CF}_{2003} * \text{update}_{2004} ; \quad 35,1339 = 36,7856 * 0,9551 \\
 [3] \text{ update}_{2004} &= (1 + \text{MEI}_{2004}) * (1 + \text{UAF}_{2004}) * (1 + \text{Other}_{2004}) \\
 0,9551 &= (1 + 0,029) * (1 - 0,070) * (1 - 0,020) \\
 [4] \text{ UAF}_{2004} &= \frac{\text{Target}_{2003} - \text{Actual}_{2003}}{\text{Actual}_{2003}} * 0,75 + \\
 &\quad \frac{\text{Target}_{1996,4 \sim 2003,12} - \text{Actual}_{1996,4 \sim 2003,12}}{\text{Actual}_{2003} * \text{SGR}_{2004}} * 0,33 \\
 - 0,090 &= \frac{71,7 - 77,8}{77,8} * 0,75 + \frac{454,2 - 462,0}{77,8 * 1,074} * 0,33 \\
 [5] \text{ Target}_{2003} &= \text{Target}_{2002} * \text{SGR}_{2003} ; \quad 71,7 = 67,2 * 1,067 \\
 [6] \text{ SGR}_{2004} &= (1 + \text{Fee}_{2004}) * (1 + \text{Enrollment}_{2004}) * (1 + \text{GDP}_{2004}) * \\
 &\quad (1 + \text{Law}_{2004}) \\
 1,074 &= (1 + 0,027) * (1 + 0,017) * (1 + 0,028) * (1 + 0,000) \\
 [7] \text{ Fee}_{2004} &= (\text{physician}_{2004} * 0,803) + (\text{laboratory}_{2004} * 0,074) + (\text{Drug}_{2004} * 0,123) \\
 0,027 &= (0,029 * 0,803) + (0,021 * 0,074) + (0,020 * 0,123) \\
 [8] \text{ physician}_{2004} &= \text{MEI}_{2004} = 0,029
 \end{aligned}$$

- 주: 1) Payment₂₀₀₄: 2004년 진료비, Total RVU: 총 상대가치 점수, CF₂₀₀₄: 2004년 환산지수
- 2) CF₂₀₀₃: 2003년 환산지수(\$36,7856), update₂₀₀₄: 2004년 진료수가 조정률
- 3) MEI₂₀₀₄: 2004년 MEI는 0.029로 추정됨. Other₂₀₀₄: 2004년도에 예상되는 법이나 규정의 변화 등 기타 요인에 의한 진료비 감소분
- 4) Target₂₀₀₃: 2003년 목표진료비, Actual₂₀₀₃: 2003년 실제진료비(\$77.8 billion),

Target_{1996,4~2003,12}: 2003년 누적 목표진료비(\$454.2 billion), Actual_{1996,4~2003,12}: 2003년 누적 실제진료비(\$462 billion), Medicare 규정은 UAF를 -0.070보다 낮지 않고 0.03보다 크지 않도록 하고 있어 2004년도 UAF로 계산 결과의 한 -0.090을 사용하지 않고 -0.070를 사용하였다.

- 5) Target₂₀₀₂: 2002년 목표진료비(\$67.2 billion), SGR₂₀₀₃: 2003년 SGR(1.067)
- 6) Fee₂₀₀₄: 2004년 의료비용 추정 변화율, Enrollment₂₀₀₄: 2004년 Medicare 수급자수 추정 변화율(1.7%), GDP₂₀₀₄: 2004년 1인당 실질 GDP 추정 상승률(2.8%), Law₂₀₀₄: 법이나 규제의 변화로 기인된 지출의 추정 변화율(0%)
- 7) physician₂₀₀₄: 2004년 의사서비스비용 증가율(2004년 MEI 추정치 2.9%를 사용), laboratory₂₀₀₄: 2004년 검사비용 증가율(2.1%), drugs₂₀₀₄: 약품비용 2004년도 증가율(2.0%)

자료: Federal Register(2003), *Medicare Program: Revisions to Payment Policies Under the Physician Fee Schedule for Calendar Year 2004: Final Rule*, Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services.

해당연도의 환산지수는 이전연도의 환산지수에 해당연도 진료수가 조정률(update)을 곱함으로써 구한다. 미국 메디케어의 2004년 환산지수는 \$35.1339로 산정되었는데, 이는 2003년 환산지수 \$36.7856에 2004년 진료수가 조정률 0.9551을 곱함으로써 얻어진 것이다.

진료수가 조정률은 MEI(Medicare Economic Index)에 1을 더한 수치에 보정계수(update adjustment factor: UAF)에 1을 더한 수치를 곱함으로써 구하도록 규정하고 있다. 2004년 진료수가 조정률 계산에는 추가적으로 법이나 규정의 변화 등 기타 요인에 의한 진료비 감소분 -0.2%에 1을 더한 수치를 곱하여 계산하도록 규정하였다. 따라서 2004년 진료수가 조정률은 2004년 MEI 추정치인 2.9%에 1을 더한 수치인 1.029에, 2004년 UAF인 -7.0%에 1을 더한 수치인 0.930을 곱하고, 이에 추가적으로 -0.2%에 1을 더한 수치인 0.998를 곱함으로써 0.9551로 산정되었다. 진료수가 조정률(update)은 이전연도 보정계수(prior year adjustment component)와 누적연도 보정계수(cumulative adjustment component)의 합으로 구한다⁴⁾. 이전연도 보정계수는 이전연도의 목표진

4) 여기서 이전연도라 함은 새로운 진료수가 조정률이 정해진 해의 이전 연도를 의미한다.

료비와 이전연도의 실제진료비간의 차이를 이전연도의 실제진료비로 나누고, 이 수치에 0.75를 곱하여 구한다. 누적연도 보정계수를 구하기 위해서는 우선 1996년 4월부터 이전연도 12월까지의 목표진료비 누적치와 같은 기간동안의 실제진료비 누적치 간의 차이를 구한다. 이 수치를 이전연도의 실제진료비와 해당연도의 SGR을 곱한 수치로 나누고, 이 수치에 0.33을 곱함으로써 구한다. 이러한 산식에 따라 2004년도 UAF는 -0.090으로 계산되었다. 규정에 따르면 UAF는 -0.070보다 낮지 않고 0.03보다 크지 않도록 하고 있어 2004년도 UAF는 -0.070으로 책정되었다.

SGR의 계산은 다음과 같다. 의료비용 추정 변화율(Fee)은 의료서비스비용(physician), 검사비용(laboratory), 약품비용(drugs)의 2004년도 증가분을 각 내역이 SGR 증가율에 미치는 비중으로 가중 평균한 수치를 사용하였다. 의료서비스비용 증가율은 2004년 MEI 추정치인 2.9%, 검사비용 증가율은 2004년 소비자물가 상승률(CPI-U) 추정치인 2.1%, 약품비용 증가율은 2.0%로 추정하여 이용하였다. 의료서비스비용, 검사비용, 약품비용이 SGR 증가율에 미치는 비중은 각각 80.3%, 7.4%, 12.3%로 추정하여 사용하였다.⁵⁾ Medicare 수급자수의 추정 변화율(Enrollment)은 2003~2004년 기간동안 Medicare 평균 수급자수의 증가율 추정치인 1.7%를 이용하였다. Medicare-Choice에 가입한 사람은 SGR 증가율에 고려할 대상이 아니라는 판단 하에 Medicare-Choice 가입자수는 총 수급자수에서 제외하였다. 수급자수 증가율을 구하는데 있어서 가장 문제가 되는 것은 2004년도 Medicare-Choice 가입자수를 2003년도에 어떻게 추정하는가였다. 정확한 가입자 수는 2004

2004년 환산지수를 산정하는데 있어서 2004년 진료수가 조정률을 이용했으므로 2004년 환산지수 산정에 있어서 이전연도는 2003년이 된다.

5) MEI는 Laspeyres 유형의 가격지수로서 의사 진료행위에 투입되는 요소 비용이 진료비 원가에서 차지하는 비중을 그 투입요소의 해당 연도 가격 증가율에 곱하여 추정한다. 현재 미국에서 사용하고 있는 MEI 추정방식은 1987년에 개정된 기본골격을 따르고 있으며 시대와 환경의 변화에 대응해 나가기 위해 진료비 원가 구성항목, 각 항목이 총 원가에서 차지하는 비중(가중치), 각 항목의 가격지표를 새로이 갱신해 나가고 있다.

년도에 가서야 알 수 있는 까닭에 가입자수 증가율은 이후 SGR 개정 절차에서 보다 정확하게 반영될 것이다. 1인당 실질 GDP의 2003~2004년 상승률은 2.8%로 추정하였다. 경제상황에 대한 보다 정확한 정보를 얻을 수 있는 2004년에 가서 GDP 상승률은 보다 현실에 가까운 수치로 변경될 것이다. 2004년도에는 법이나 규정의 변경이 지출에 별다른 영향을 미치지 않을 것으로 판단되어 이 부분이 SGR 변화에 미치는 영향은 0%가 될 것으로 추정하였다.

Ⅲ. 한국형 SGR 기준의 수가산정방안

우리나라에 미국의 SGR 시스템에 의한 상대가치 환산지수 산정모형을 적용하기 위해서는 우리 현실을 반영한 수정 모형을 구축하는 것이 타당할 것이다. 즉 미국과 같은 SGR 방식을 적용하기 위해서는 기초자료의 한계를 감안해야 하고, 초기 도입시점에는 미국식의 계산방식을 그대로 응용하기 어렵기 때문이다. 본 연구에서 우리나라의 SGR 시스템의 메커니즘을 개략적으로 설명하면 다음과 같다.

첫째, 진료비(행위료)의 목표치를 정하고, 실제치를 목표치에 근접시킬 수 있도록 환산지수(수가수준)를 조정한다.

둘째, 목표치는 전년도 목표치에 SGR을 곱하여 산정한다.

$$\text{즉, 목표치} = \text{전년도 목표치} \times \text{SGR}$$

셋째, SGR은 의료물가(MEI), 실질소득상승, 인구증가, 인구고령화와 같은 인구구조의 변화를 보정하는 지수, 그리고 보험적용범위의 확대 여부 등을 고려하여 산정한다. 즉,

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

여기서 MEI는 의료기관들의 원가항목별 가격상승률(혹은 인하율)에 원가항목별 비중을 곱한 가중평균치로 계산된다. 인구구조보정지수는 노인 인구증가와 같은 인구적 요인에 의한 의료비용의 자연증가분을 반영하는 지수로 이해할 수 있다.

따라서, 실제치가 목표치를 상회하게 되면 환산지수를 인하 조정하고, 반대로 실제치가 목표치를 하회하면 환산지수를 인상 조정하는 방향성을 가지고 환산지수를 조정함으로써 진료비의 목표치에 따라 실제 진료비가 발생하도록 자동적으로 조정하는 것이 골자이다.

우리나라의 경우 앞서와 같이 2004년도를 기준으로 한 환산지수 산정 모형은 다음과 같으며, 다음의 계산절차를 따른다.

1) 환산지수₂₀₀₄ = 환산지수₂₀₀₃ × 환산지수인상률₂₀₀₄

2) 환산지수인상률 :

$$\text{환산지수인상률}_{2004} = \text{의료물가상승률(MEI)}_{2003} \times \text{목표진료비와 실제진료비간 차이보정계수(PAF)}_{2003}$$

3) MEI의 산정 :

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

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

4) PAF의 산정:

$$\text{PAF}_{2003} = 1 + \frac{(\text{목표진료비}_{2003} - \text{실제진료비}_{2003})}{\text{실제진료비}_{2003}} = \frac{\text{목표진료비}_{2003}}{\text{실제진료비}_{2003}}$$

5) 목표진료비 :

$$\text{목표진료비}_{2003} = \text{목표진료비}_{2002} \times \text{SGR}_{2003}$$

여기서, 2002년 목표진료비는 2002년 실제진료비를 사용할 것을 검토하며, 2004년 이후의 환산지수 계산시에는 2003년 이후의

목표진료비와 실제진료비의 누적치를 이용하는 계산방식을 적용함.

6) SGR의 산정:

$$SGR_{2003} = MEI_{2003} \times \text{적용인구증가율}_{2003} \times \text{1인당실질 GDP 증가율}_{2003} \times \text{보험적용범위조정계수}_{2003} \times \text{인구구조보정계수}_{2003}$$

7) 보험적용범위조정계수 :

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

여기서, 2003년도에 행위급여범위가 확대되지 않았고, 행위항목 조정은 큰 변화가 없으므로 보험적용범위조정계수는 1.0을 사용함. 급여범위가 확대되지 않았으면서도 행위항목과 빈도의 변화가 있다면 행위상대가치점수의 총규모를 유지하도록 상대가치점수를 내부적으로 조정하여야 함. 이를 예산중립(budget neutrality)의 원칙이라 함.

8) 인구구조보정계수:

인구구조보정계수는 인구구조의 변화, 주로 고령화에 의한 순수한 자연적인 행위료의 증가분을 반영하는 계수이며, 세 가지 대안을 고려할 수 있다.

- 1안) 연령별 인구구조의 변화에 따른 행위료의 순수한 자연증가분 반영
- 2안) 1안에 기초하되, 입원과 외래로 구분하여 순수한 자연증가분 반영
- 3안) 연령별 인구구조 대신에 연령별 의료이용구조의 변화에 따른 행위료의 순수한 자연증가분을 반영(*의료이용지표로는 외래의 경우 내원일수, 입원의 경우 재원일수를 적용

▷ 1안

$$\text{인구구조보정계수} = \frac{\sum_j \text{적용인구수}_{2003,j} \times \frac{\text{적용인구}_{2002}}{\text{적용인구}_{2003}} \times \text{1인당행위료}_{2002,j}}{\sum_j \text{적용인구수}_{2002,j} \times \text{1인당행위료}_{2002,j}}$$

j = 연령

▷ 2안

$$\text{인구구조보정계수} = \frac{\sum_j \text{적용인구수}_{2003,j} \times \frac{\text{적용인구}_{2002}}{\text{적용인구}_{2003}} \times \text{1인당 외래행위료}_{2002,j} \times \alpha}{\sum_j \text{적용인구수}_{2002,j} \times \text{1인당 외래행위료}_{2002,j}} + \frac{\sum_j \text{적용인구수}_{2003,j} \times \frac{\text{적용인구}_{2002}}{\text{적용인구}_{2003}} \times \text{1인당 입원행위료}_{2002,j} \times (1-\alpha)}{\sum_j \text{적용인구수}_{2002,j} \times \text{1인당 입원행위료}_{2002,j}}$$

j = 연령 α = 외래 행위료비중

▷ 3안

$$\text{인구구조보정계수} = \frac{\sum_j \text{내원일수}_{2003,j} \times \frac{\text{내원일수}_{2002}}{\text{내원일수}_{2003}} \times \text{내원일당진료비}_{2002,j}}{\sum_j \text{내원일수}_{2002,j} \times \text{내원일당진료비}_{2002,j}}$$

- * 입원의 경우 연령별 재원일수와 일당진료비 자료를 이용하여 계산
- * 외래의 경우 연령별 내원일수와 일당진료비 자료를 이용하여 계산
- * 동 계산결과를 이용하여 요양기관종별 행위료 비중을 가중치로 이용한 평균을 구하여 고령화계수를 계산

한편 계산을 위한 근거자료의 시점이 문제가 된다. 즉, 2004년도 환산지수는 해당연도의 보건의료물가나 경제성장률 등을 반영하여야 정확하지만, 현실적으로는 가능하지 않으므로 이전연도(즉, 2003년)의 지표들을 기초로 계산한다. 기존의 원가분석 연구들에서 2002년도와 2003년도의 환산지수 연구들은 이전 연도의 자료에 근거하여 계산하여 왔다. 그러나 2003년도 자료를 사용하더라도 연간(2003년 1~12월) 자료를 이용할 수 없으므로 상반기 자료를 이용하도록 한다. 따라서 각종 지표의 증가율은 2002년 상반기 대비 2003년 상반기의 증가율을 이용한다.

그런데 이러한 시점의 차이에서 발생하는 문제점을 추후에 보정하도록 하는 보완방안을 마련하여야 한다. 즉, 상반기 자료를 이용함에 따른 왜곡은 차년도(2005년도)의 환산지수 산정시에 보정하도록 한다. 즉, 2003년 1~12월 자료를 이용하여 2004년 환산지수를 재계산하고, 그 결과를 기존의 환산지수와 비교하여 차이를 보정한다. 예를 들면,

$$\text{환산지수}_{2005} = \text{환산지수}_{2005}(\text{2004상반기자료}) + [\text{환산지수}_{2003}(\text{보정후}) - \text{환산지수}_{2003}(\text{보정전})]$$

마지막으로 본 환산지수 산정모형을 쉽게 이해하도록 하기 위하여 예를 들어보자. 거시적인 지표들을 다음과 같이 가정하자. MEI 3%, 1인당실질소득상승률 3%, 인구증가율 1%, 인구구조보정지수 3%, 보험급여확대 0%로 가정하자. 이에 따라 SGR은 $\text{MEI} \times 1\text{인당실질소득상승률} \times \text{인구증가율} \times \text{인구구조보정지수} \times \text{보험급여행위확대지수}$ 에 의하여 계산되며, 계산결과 $\text{SGR} = 1.1037$ 이 된다. 따라서 목표증가율은 10.37%가 된다. 만약 실제치 증가율 = 8%일 경우 $\text{UAF} = 1.1037 \div 1.08 = 1.0220$ 이 되고, 환산지수 = $\text{MEI} \times \text{PAF} = 1.03 \times 1.0220 = 1.0526$ 이 된다. 따라서 환산지수는 5.26% 인상되어야 한다. 만약 실제치 증가율 = 12%일 경우, $\text{UAF} = 1.1037 \div 1.12 = 0.9854$ 이 되고, 환산지수 = $\text{MEI} \times \text{PAF} = 1.03 \times 0.9854 = 1.0150$ 이 된다. 따라서 환산지수는 1.5% 인상되어야 한다.

IV. SGR 기준의 수가산정 결과

SGR 기준의 수가산정의 기초자료는 인구증가율은 통계청의 인구추계자료(<http://www.nso.go.kr>)를 이용하였고, 1인당 실질GDP 성장률은 2003년 상반기에 2002년 상반기 대비 2.75% 증가(1995년 불변가격기준)하였다. 1인당 GDP는 2003년 상반기에 2002년 상반기 대비 2.14% 증가하였다. 행위료 자료는 2002년 총진료비와 2003년 총진료비 자료를 토대로 총진료비 중 행위료가 차지하는 비율을 곱한 값을 이용하였다. 행위료 비중은 2002년의 경우 건강보험심사평가원 내부자료를 이용하였고, 2003년은 국민건강보험공단의 내부자료를 이용하였다. 의료물가지수(MEI)는 원가구성 항목과 각 항목이 원가에서 차지하는 비중은 2002년 “요양기관종별 경영수지 분석자료에 의한 원가분석 연구(이하 2002년 원가분석연구)”에서 제시된 자료를 이용하였다. 2002년 원가분석연구는 종합전문요양기관, 종합병원, 병원, 의원, 치과, 한의원, 약국에 해당하는 각 요양기관종별 원가 비중을 제시하였다. 요양기관종별 공통적으로 원가 구성항목을 크게 인건비, 관리비, 재료비로 구분하고 각각의 인건비, 관리비, 재료비 항목을 적절한 세부항목으로 구분한 뒤 각각의 항목이 전체 원가에서 차지하는 비중을 제시했다.⁶⁾

인건비는 원장 의사, 고용 의사, 간호직, 약무직 기타 고용인의 인건비를 따로 구분하지 않고 모두 합한 비중을 사용하였다. 인건비를 세부항목별로 구분하지 않은 이유는 의사, 간호사, 약사 각각에 대한 임금지표를 구하기 어려웠기 때문이다. 또한 보건업과 관련된 최근의 임금자료를 발표하는 노

6) 2002년 원가분석연구는 연구방법론에 따라 요양기관종별로 차이가 있는 인건비, 관리비, 재료비의 세부항목을 제시하였다.

동부의 매월노동통계조사가 직종별 구분없는 평균임금 자료를 제공하고 있기 때문에 인건비 비중을 세부 항목으로 구분하지 않고 사용하는 것이 적절할 것으로 판단되었다.

관리비와 재료비의 세부항목과 이 세부항목들이 각각의 총 원가에서 차지하는 비중은 2002년 원가분석연구가 제시하는 수치를 사용하였다. 원가 분석연구가 의원, 치과, 약국에 대해서 재료비 항목을 세부항목 구분없이 제시하고 있었기에 본 연구에서도 세부항목별로 구분하지 않았다.

원가 구성 항목별 비용 상승률 중 인건비 상승률은 노동부 매월노동통계조사에서 발표하는 보건업 임금자료를 사용하여 계산하였다. 매월노동통계조사는 임금자료를 산업별로 구분되어 제시하고 있는데, 2002년 1월 조사부터 통계청에서 2000년에 개정된 한국표준산업분류에 따라 산업구분을 하고 있다. 2000년 한국표준산업분류가 '보건업'을 '보건 및 사회복지산업'에서 분리함에 따라 보건업에 대한 임금 통계자료가 가능해졌다. 2002년 상반기와 2003년 상반기 보건업 평균임금은 아래 표에 제시된 바와 같다. 두 기간 동안 보건업 평균임금은 5.93% 증가하였는데 이는 전산업 임금상승률 10.6%보다 낮은 것으로 나타났다. 임금상승률에 생산성 증가분을 보정하기 위해 1인당 실질 GDP 상승률 자료를 이용하였다. 1인당 실질 GDP는 통계청이 발표하는 해당 년도의 1/4분기와 2/4분기 실질 GDP를 합하여 해당연도의 추계인구로 나누어 산출하였다. 한국생산성본부 발표하는 노동생산성지수도 생산성 보정을 위한 자료로 고려되었으나 1인당 실질 GDP의 증가율이 생산성 보정을 위한 더 신뢰성 있는 자료라 판단되어 생산성 보정을 위한 자료로 사용하지 않았다.

관리비 항목과 재료비 항목에 해당되는 가격지표는 통계청이 발표하는 소비자 물가지수와 생산자 물가지수를 기준으로 각 항목에 적절한 가격지표라고 판단되는 지수항목을 선택했다. 진료기관이 도매가격으로 구입한다고 판단되는 항목에 한해서는 생산자 물가지수를, 소매가격으로 구입한다고 판단되는 항목에 대해서는 소비자 물가지수를 적용하였다. 예를 들어 병원급 진료기관이 관리비 내역 중 전기수도료와 연료비를 도매가격으로

지불한다고 판단하여 전기수도료 항목에 대해서는 전력수도 및 도시가스 생산자 물가지수를, 연료비 항목에 대해서는 원유정제유 생산자 물가지수를 사용하였다.

치과와 한의원을 포함한 의원급의 경우, 관리비에 해당하는 항목을 소매가격으로 지불한다고 판단되었다. 따라서 건물관련비와 임대비용은 집세 소비자물가지수를, 전기요금, 수도요금, 연료비, 통신비에 해당하는 항목은 각각 전기료 소비자 물가지수, 수도료 소비자 물가지수, 연료 소비자 물가지수, 통신 소비자 물가지수를 사용하였다.

특정한 가격지수가 적용된다기보다는 전반적인 소비자 물가가 적용된다고 판단되는 항목에 대해서는 총지수 소비자물가를 적용하였으며, 전반적인 생산자 물가가 적용된다고 판단되는 항목은 총지수 생산자물가를 적용하였다. 약국 관리비 중 약국기기와 비품 항목은 도매가격과 소매가격으로 구입하는 품목이 절반씩 차지한다고 판단되어 총지수 생산자 물가와 총지수 소비자 물가의 평균치를 가격지수로 사용하였다.

재료비에 해당하는 품목에 대해서 의료기관은 대체적으로 도매가격으로 구입한다고 판단되어 각 항목에 적절한 생산자물가를 적용하였다. 약품비에는 인체 의약품 생산자물가지수를, 급식재료비에는 식료품 생산자물가를 적용하였다. 한의원의 조제 및 탕전소모품비, 일반 의료소모품비, 기타 재료비에 한해서는 전반적인 생산자 물가가 적용된다고 판단되어 총지수 생산자물가지수를 적용하였다.

병원급의 진료재료비, 한의원의 치료재료비, 그리고 세부 항목 구분없이 제시된 의원급, 치과, 약국의 재료비에 대해서는 인체의약품 생산자 물가지수와 의료기기 생산자 물가지수를 가중 평균치한 보건 생산자물가를 적용하였다. 2003년 상반기에 인체의약품과 의료기기 생산자 물가의 전년 동기 대비 증가율은 각각 -0.2%와 4.95%를 보였다. 이 증가량을 인체 의약품과 의료기기 항목이 총 생산자 물가에서 차지하는 비중인 7과 11을 사용하여 가중 평균한 0.48%를 보건 생산자물가 상승률로 사용하였다. 2003년 상반기 각 물가지수의 전년 동기대비 증가율을 보면, 2003 상반기

에 총 지수 소비자 물가는 전년 동기대비 3.72% 상승하였으며 총 지수 생산자 물가는 2.16% 상승한 것으로 나타났다. 소비자 물가 지수 항목 중 수도료와 연료 소비자 물가는 11% 이상의 상승률을 보였으며 전기료와 통신 소비자 물가는 각각 4%와 5% 이상의 하락세를 보였다. 생산자 물가 지수 중 원유 정제유 생산자 물가는 전년 동기 대비 16% 이상의 가파른 상승세를 보였다. 그러나 보건관련 생산자 물가는 전년도 상반기와 비교해 그다지 큰 상승률을 보이지 않았다. 인체 의약품 지수와 의료기기 지수의 가중 평균치인 보건 생산자 물가는 인체 의약품 생산자 물가지수의 -0.2% 하락으로 인해 전년 동기대비 0.48% 상승에 그쳤다.(통계청 기본분류 소비자물가지수, 품목별 생산자물가지수) 소비자 물가지수의 상반기 자료는 해당연도의 1/4분기와 2/4분기의 평균값이며 생산자 물가지수의 상반기 자료는 해당연도의 1~6월까지의 평균값을 이용하였다.

요양기관 종별 2004년 MEI는 다음과 같은 방식에 의해 추계하였다. 원가구성 항목에 해당하는 2003년 가격지수를 2002년을 100 기준으로 환산한 뒤에 2002년 100 대비 증가율을 계산했다. 이 증가율을 원가구성 항목 비중으로 곱하여 각각의 가중증가 수치를 구한 뒤 가중증가의 총합이 2002년 100 기준에서 상승한 비율을 구하여 MEI를 추계하였다. 인건비의 2003년 지수는 1인당 실질 GDP 상승률 2.14%를 제하고 산출함으로써 생산성 증가분을 보정하였다.

이에 따라 목표진료비와 실제진료비의 계산결과 및 PAF는 <표 1>과 같으며, 환산지수의 계산결과는 <표 2>와 같다.

<표 1> 한국형 SGR 기준의 목표진료비와 실제진료비 (PAF)

	2002년 행위료	2003년 행위료	실질 증가율	2003년 목표진료비	PAF
I 안	6,493,236	6,967,089	1.07297	6,937,028	0.9957
II 안	6,493,236	6,967,089	1.07297	6,937,106	0.9957
III 안	6,493,236	6,967,089	1.07297	6,955,575	0.9983

<표 2> 한국형 SGR 기준의 환산지수 산정결과

	행위료 실제증가율	MEI	인구구조변 동보정계수	SGR	PAF	환산지수 인상률	2004 환산지수
I 안	1.07297	1.0310	1.008460	1.0683	0.9957	1.02656	56.87
II 안			1.008472	1.0684	0.9957	1.02657	56.87
III 안			1.011157	1.0712	0.9983	1.02930	57.02

- 주: 1) 2003년 환산지수는 55.4
 2) 대안은 인구구조변화보정계수의 산정방법의 차이에 따름.
 1안: 연령별 인구구조의 변화에 따른 행위료의 순수한 자연증가분 반영
 2안: 1안에 기초하되, 입원과 외래로 구분하여 순수한 자연증가분 반영
 3안: 연령별 인구구조 대신에 연령별 의료이용구조의 변화에 따른 행위료의 순수한 자연증가분을 반영(*의료이용지표로는 외래의 경우 내원일수, 입원의 경우 재원일수를 적용)

V. 맺는말

건강보험수가수준을 산정하는 방법으로써 주로 요양기관의 원가분석이나 경영수지분석에 의존하는 방식이 안고 있는 문제점에 대한 비판으로부터 본 연구는 시작되었다. 즉, 기존의 의료기관 원가(경영)분석에 의하여 환자지수를 산정하게 되면 의료공급자수가 증가하게 됨에 따라 진료비의 증가를 허용할 수밖에 없는 구조적인 문제점이 치명적이었다. 그리고 의료기관들이 제공하는 자료에 의존할 수밖에 없어 공급자들이 의도적으로 자

신에게 유리한 정보를 제공할 가능성도 안고 있다. 또한 원가분석과 경영수지분석에 의한 환산지수의 산정 결과에 상당한 격차가 존재하게 됨으로써 의료공급자와 가입자간에 매년 갈등이 되풀이되었고 양자의 중간선에서 적당히 결정되는 관례를 계속 답습하여 왔다.

본 연구는 이러한 기존의 환산지수 산정방법의 한계를 극복하는 새로운 방법을 제시하였다. 즉, 환산지수의 산정을 미국 메디케어의 행위별수가제 하에서 운영하고 있는 SGR 방식을 채택하였고, 이를 우리나라의 현실에 맞게 수정보완한 모형을 구축하였다. 이에 따르면 매년도의 진료비의 목표치를 정하여 관리하게 되므로 의료공급자수의 증가에 따른 자동적인 진료비증가를 제어하게 된다. 그리고 원가분석과 경영분석에 따른 두 가지 답이 아닌 SGR 방식에 의한 하나의 답을 제시하고, 의료공급자들이 제공하는 정보에 완전히 의존하는 문제점에서 자유로울 수 있는 장점들을 지녔다.

SGR 방식에 의한 계산결과, 2004년도의 환산지수는 2003년 환산지수 55.4원 보다 2.66~2.93% 인상된 56.87~57.02원으로 나타났다. 환산지수 산정에 있어서 소폭의 변화를 제시한 것은 노인인구의 증가나 영유아인구의 감소와 같은 인구구조의 변동이 진료비의 증감에 미치는 영향을 반영하는 방법에 있어서 세 가지 대안에 따른 결과이다.

SGR 방식에 의한 환산지수의 산정은 통계청이나 한국은행, 노동부 등 정부가 발표하는 공식적이고 객관적인 지표들을 이용하여 계산되었기 때문에 누가 계산하더라도 필자들이 계산한 결과와 동일한 수치를 얻을 수 있어 수가계약 과정에서 자료의 객관성과 신뢰성 문제로 인한 불필요한 논란과 갈등을 최소화할 수 있다. 그리고 본 모형은 환산지수 갱신의 자동조정 메커니즘과 목표진료비를 설정함에 따라 보험진료비(및 보험급여비) 규모의 예측가능성이 향상됨으로써 보험료 및 국고 재원의 조달목표액을 결정하는 데에 용이할 것이다. 이에 따라 건강보험재정운용계획을 비교적 안정적으로 수립하는 데에 기여할 수 있다. 장기적으로는 현행 행위별수가제의 보완적 및 대체적인 지불방식으로써 진료비총액계약제의 도입의 타

당성을 검토하는 기초자료로서 활용할 수 있을 것이다.

그러나 본 모형이 환산지수 산정과 관련한 모든 문제를 이의없이 해결할 수 있다는 것은 아니다. 어떤 시스템이라도 장단점을 지니고 있다. 따라서 본 모형의 과제들을 언급하고자 한다. 환산지수의 산정모형에 어떤 요소들이 투입되는 것이 적절하며, 어떻게 계산하는 것이 합리적인 방법인지에 대해 이해당사자간 구체적인 합의가 필요할 것이다. 본 연구의 과정에서 아쉬운 점은 본 모형에 대해 의료계나 가입자단체로부터 어떤 구체적인 비판이나 제안을 거의 받지 않았다는 점이다. 즉, 의료계나 가입자측은 환산지수의 결과수치에만 과도하게 관심을 가졌고 방법론에 대해서는 그다지 깊게 검토하지 않았던 것 같다.

그리고 모든 진료부문에 공통으로 적용되는 단일환산지수를 제시하였기 때문에 진료부문별 진료량의 증감의 차이를 반영하지 못한다는 점이다. 예를 들어, 어느 특정 진료부문의 진료량이 급격히 늘어나면 그 진료부문의 진료수입은 증가하고 상대적으로 진료량이 늘어나지 않거나 줄어든 진료부문의 진료수입은 감소하게 된다. 물론 이러한 현상은 기존의 환산지수 산정시스템을 적용하여도 마찬가지이다. 대안으로써 진료부문별로 환산지수를 달리 적용하지는 견해가 대두되기도 하고, 단일환산지수를 적용하되 부문별로 상대가치점수를 조정하자는 대안이 대두되기도 한다.

또한 SGR에 의한 환산지수의 통제는 비급여진료부문의 팽창을 우려하기도 한다. 이는 기존 행위수가제하에서 낮은 보험수가 때문에 비급여를 늘리는 현상과 유사한 문제이지만, SGR 시스템하에서는 그러한 우려가 더욱 클 것이라는 점이다. 이러한 문제는 근원적으로는 보험급여범위를 확대하여야 할 것이고, 그 이전에 비급여진료의 투명성을 어느정도 확보하는 시스템이 갖추어져야 할 것이다. 특히 비급여진료부문에서 행해지는 의료행위들의 유효성에 대해 별로 규제가 없기 때문에 비급여진료가 불필요하게 늘어날 가능성이 있으므로 이들 의료행위들에 대해 정부가 인정하는 시스템이 갖추어져야 할 것이다.

마지막으로 환산지수의 통제로 의료기관의 수입이 압박을 받게 되면 진

료량을 증대시켜 수입을 늘리려 할 것이고, 많은 공급자들이 이러한 행태를 답습하게 된다면 전체진료량이 증대하게 되어 다시 환산지수가 인하되어야 하는 악순환이 되풀이될 가능성이 있다. 따라서 의료공급자들의 불필요한 진료행위의 증대에 대해 건강보험심사평가원에서 기관단위의 표준진료비 비교를 통한 심사시스템과 진료적정성 평가를 통하여 내부적으로 통제하는 메커니즘이 작동되어야 할 것이다.

결론적으로 SGR 방식에 따른 환산지수의 산정시스템이 정착되기 위해서는 지속 가능한 적절한 진료비목표치하에서 비급여 의료행위에 대한 투명성과 유효성을 확보하고, 진료부문별 진료량의 증감에 대한 모니터링, 청구된 진료비에 대한 적정성 평가시스템이 함께 작동되어야 할 것이다. 이와 함께 상대가치점수의 진료부문별, 진료행위별 적정한 구조조정이 이루어져야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 노동부, “매월노동통계조사”, 각연도.
- 서울대학교 경영연구소, 『병의원 경영수지분석자료에 의한 원가분석연구』, 2001.12.
- 서울대학교 경영연구소, 『경제성장률과 의료환경변화를 고려한 수가정책시사점분석』, 2002.5.
- 서울대학교 경영연구소, 연세대학교 보건정책및관리연구소, 한국보건산업진흥원, 한국보건사회연구원, 『요양기관종별 경영수지분석자료에 의한 원가분석연구』, 2002.12.
- 통계청, 인구추계자료, 각연도.
- 통계청 DB, “국내총생산”, “산업별 노동생산성 지수”, “기본분류 소비자물가지수”, “품목별 생산자 물가지수”, 2002-2003.
- 한국보건사회연구원, 『상대가치 행위수가의 적정성 평가와 상대가치 고시 점수 조정방안』, 2001.
- 한국생산성본부, 산업별 노동생산성, 각연도.
- Federal Register, *Medicare Program: Revisions to Payment Policies Under the Physician Fee Schedule for Calendar Year 2004 Final Rule*, Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services, 2003.
- Health Care Financing Administration, “Estimated Sustainable Growth Rate and Conversion Factor, for Medicare Payments to Physicians in 2003”, HCFA Website (<http://www.hcfa.gov>). March 1, 2002.
- CMS Website: <http://www.cms.gov>

Summary

Sustainable Growth Rate(SGR) based Estimation of the National Health Insurance Fee Level

Byongho Tchoe, Yoon-Jeong Shin, HyounWoong Shin

It was a general method to calculate the fee level of social health insurance by the cost analysis of medical institutions. This method has entailed problems such that medical expenditures are likely to increase proportionally according to the increasing supply of hospitals and clinics, and the credibility of provider's cost reports has always been doubtful every year.

This article suggests a new method to overcome the limitations of the cost analysis which is a revised version of Sustainable Growth Rate(SGR) based calculation of Medicare's fee level(so called 'conversion factor') in USA. SGR system manages to maintain a certain target expenditure and contains the automatic increase of expenditures according to medical providers' increments. The result calculated by the SGR system shows that the conversion factor is 56.87~57.02 won which is increased 2.66~2.93% compared to 55.4 won in 2003.

The calculation of SGR based conversion factor would minimise an unnecessary disputes by utilising the official indicators published by government, and improve the predictability how the national health insurance expenditure will increase. To introduce SGR system successfully, the non-insured sector's medical expenditures should be controlled, and if not, some of health insurance expenditures will be transferred to the medical cost outside of national health insurance.