

건강보험 상대가치 개정 연구의 성과와 한계

강길원[†], 이충섭^{*}

충북대학교 의과대학 의료정보학 및 관리학교실[†]

국민건강보험공단 건강보험심사평가원 상대가치점수연구개발단^{*}

<Abstract>

The Refinement Project of Health Insurance Relative Value Scales : Results and Limits

Gil-Won Kang[†], Choong-Sup Lee^{*}

Department of Health Informatics and Management,

College of Medicine, Chungbuk National University[†]

Department for Development of Relative Value Scale, Health Insurance Review Agency^{}*

Relative value scales introduced in 2001 remarkably improved health insurance fee schedule, but current relative value scales have many problems. In the beginning the government intended to introduce 'resource based relative value scales(RBRVSs)' like USA, but political adjustment of RBRVS studied in 1997 weakened the relationship between relative value scale and resource consumption. So unbalance of health insurance fees are existing till now. Also relative value was not divided to physician work and practice expense, and malpractice fee was not divided separately

To correct the unbalance of current relative value scales, the refinement project of health insurance relative value scales started in 2003. The project team divided relative value scales into three components, which are physician work, practice expense, malpractice fee. Physician work was studied by professional organizations like Korean medical association. To develop

※ 이 논문은 건강보험심사평가원에서 2006년 12월에 발간된 '상대가치점수 개정연구 보고서'의 내용에 근거하여 작성되었다.

* 접수 : 2007년 6월 7일, 심사완료 : 2007년 9월 3일

† 교신저자 : 강길원, 충북대학교 의과대학 의료정보학 및 관리학교실

the practice expense relative value, project team organized clinical practice expert panels(CPEPs) composed of physicians, nurses, and medical technicians. CPEPs constructed direct expense data like labor costs, material costs, equipment costs about each medical procedures. The practice expense relative values of medical procedures were developed by the allocation of the institution level direct & indirect costs according to CPEPs direct costs. Institution level direct & indirect costs were collected in 21 hospitals, 98 medical clinics, 53 dental clinics, 78 oriental clinics, and 46 pharmacies. The malpractice fee relative values were developed through the survey of malpractice related costs of hospitals, clinics, pharmacies.

Putting together three components of relative values in one scale, the final relative values were made. The final relative values were calculated under budget neutrality by medical departments, that is, total relative value score of a department was same before and after the revision. but malpractice fee relative value scores were added to total scores of relative values. So total score of a department was increased by the malpractice fee relative value score of that department.

This project failed in making 'resource based' relative value scales in the true sense of the word, because the total relative value scores of medical departments were fixed. However the project team constructed the objective basis of relative value scale like physician's work, direct practice expense, malpractice fee. So step by step making process of the basis, the fixation of total scores by the departments will be resolved and the resource based relative value scale will be introduced in true sense.

Key Words : RBRVS,, Relative Value Scale, Health Insurance

I. 서 론

2001년에 도입된 상대가치점수는 근거가 불명확하였던 기존 수가체계를 크게 개선하였지만, 상대가치 도입 과정에서 연구 결과가 정책적으로 조정되면서, 수가의 불균형이 여전히 지속되고 있다(한국보건사회연구원, 2004). 즉 수가의 급격한 조정에 따른 재정 부담과 집단 간 수입변화에 따른 갈등을 감안하여 기존 고시점수가 연구점수의 84% 미만인 행위들만 84% 수준으로 점수를 상향 조정한 반면, 84% 이상인 행위들은 점수를 하향 조정하지 않았으므로 행위간 수가 불균형이 지속되고 있다. 또한 현재의 상대가치점수는 10년 전의 자료를 기초로 하여 계산된 것으로서, 1996년 이후에 이루어진 의학기술의 발전이나 의료 환경의 변

화를 제대로 반영하지 못하고 있다. 그리고 의사비용(의사업무량 상대가치로 표현)과 진료비용(진료비용 상대가치로 표현)이 구분된 1차 연구 결과와는 달리 최종적으로 도입된 상대가치는 의사비용과 진료비용이 통합되어 활용에 제약이 있을 뿐만 아니라, 미국에서는 별도로 구분되어 있는 의료사고 비용에 대한 보상(위험도 상대가치로 표현)이 별도로 구분되어 있지 않다는 제한점도 있다.

현재의 상대가치체계가 가지는 이러한 문제점들을 해결하기 위해 보건복지부는 '건강보험정책심의위원회' 산하에 「상대가치운영기획단」을 두고 상대가치체계의 개선 방향을 검토하게 되었다. 상대가치운영기획단은 현행 상대가치체계의 전면적인 개편을 위해 아래와 같은 3가지 개선 방향을 정하였다.

1. 의사비용과 진료비용의 분리 : 현재 하나로 묶여져 있는 의사비용과 진료비용을 구분하여, 진료비용이 상대적으로 높을 수밖에 없는 병원에 대한 적정 보상 기전을 마련한다.
2. 치료재료 비용 분리 : 행위수가에 포함되어 적정 보상이 되지 않고 있는 치료재료 비용을 분리하여 별도 보상한다.
3. 진료 위험도 반영 : 의료사고에 따른 비용을 위험도 상대가치로 별도 구분하여 수가에 반영한다.

위와 같은 3가지 개선 사항을 반영한 상대가치를 2006년에 도입한다는 계획 하에 보건복지부는 2년에 걸친 연구용역을 추진하게 되었으며 심사평가원 내에 설치된 「상대가치점수연구개발단」이 연구사업을 수행하게 되었다. 「상대가치점수연구개발단」은 2003년 8월부터 개정 연구를 시작하여 2006년 9월에 최종 결과를 발표하게 되었다.

II. 방 법

상대가치 개정을 위해 상대가치점수연구개발단은 먼저 수가의 단위가 되는 행위들을 정의하고 행위분류체계를 개선하였다. 상대가치점수는 상대가치의 3가지 구성요소인 의사업무량, 진료비용, 위험도로 구분하여 연구를 추진하였고, 연구 결과 도출된 3가지 상대가치를 통합하여 행위별 상대가치점수를 결정하였다. 이후 의과, 치과, 한방, 약국 부문의 상대가치점수를 하나로 통합하는 과정을 거쳤다(그림 1).

1. 행위분류 검토 및 의사업무량 상대가치 개발

상대가치 개발에 앞서 의사협회, 치과의사협회, 한의사협회, 약사회 등 관련 단체를 통해서 상대가치 책정의 단위가 되는 행위들의 적응증, 실시방법, 전형적인 사례를 정의하였고, 필요

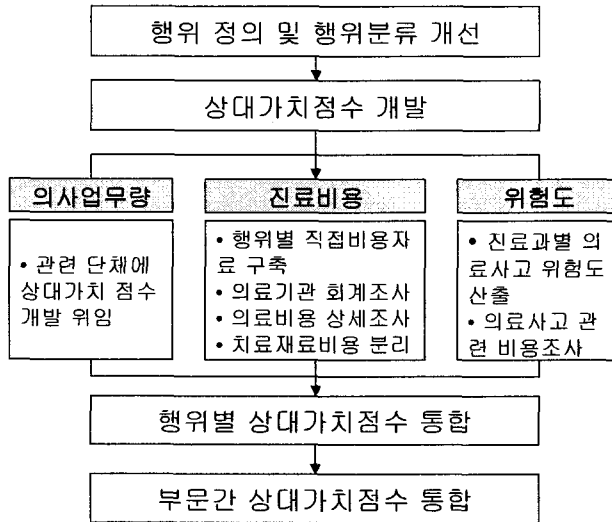


그림 1. 상대가치 개정연구 개요

시 일부 행위분류를 개선하였다. 그리고 의사들의 전문적 노력에 대한 보상액인 의사업무량 상대가치를 관련 단체에 위임하여 개발하였다. 관련 단체에서는 행위 수행 시간과 강도를 고려하여 의사업무량 상대가치를 개발하였다(대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의학협회, 대한약사회, 2005).

2. 진료비용 상대가치 개발 및 치료재료비용 분리 방안 검토

진료비용은 행위 관련 직접비용과 행위와 직접 관련되지 않는 간접비용으로 구분할 수 있다. 행위 관련 직접비용에는 의사 인건비(전공의 제외)를 제외한 임상인력에 대한 인건비, 별도 보상되지 않는 치료재료비(예 : 거즈, 솜붕대, 소공포 등), 행위에 사용된 의료장비 감가상각비 등이 포함되고, 간접비용에는 행정인력 인건비, 사무용품비, 통신비, 전력료, 건물 감가상각비 등 기타 비용이 포함된다.

진료비용을 구성하는 요소가 복잡하고, 의료기관별로 편차가 크기 때문에 이 연구에서는 우리나라 전체 의료기관을 대표할 수 있고, 실제 사용된 자원 소모량을 정확하게 반영하기 위해서 기관 단위 비용 조사, 행위별 직접비용자료 구축, 표본기관비용 상세 조사 등 다각적인 접근 방법을 고안하였다. 진료비용 상대가치는 대표성 있는 다수의 기관을 대상으로 조사한 기관단위 진료비용을, 전문가패널에서 구축한 직접비용자료를 이용해서 행위별로 배부하여 결정하였다. 그리고 이렇게 결정되는 진료비용 상대가치의 타당성을 평가하기 위해 소수의 표본기관을 대상으로 진료비용 상세조사를 실시하였다(그림 2).

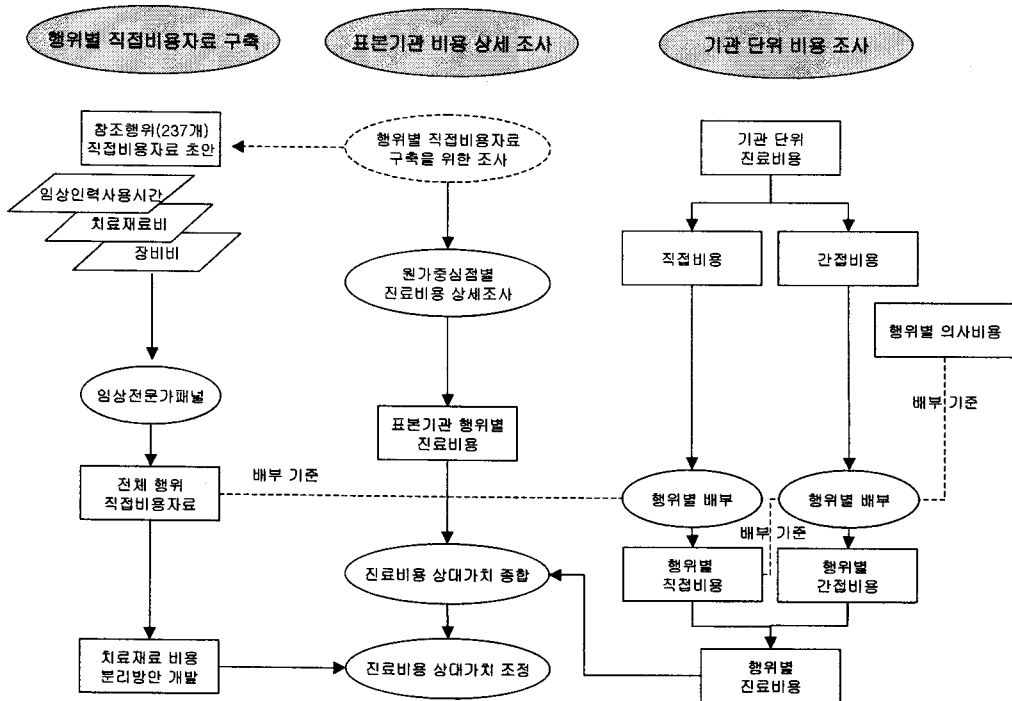


그림 2. 진료비용 상대가치 개발 개요

1) 기관단위 진료비용 조사

부문(의과, 치과, 한방, 약국)별, 종별로 총 320개 의료기관을 대상으로 의료기관 회계조사를 시행하여 기관단위 진료비용 자료를 수집하였다. 기관단위 비용은 인건비, 재료비, 장비비 등 직접비용항목과 관리비 등 간접비를 구분하여 조사하였으며, 건강보험 관련 비용을 도출하기 위해서 의료의 사업과 비급여 관련 비용을 함께 조사하여 전체 비용에서 차감하였다(서울대학교 경영연구소, 1995).

아울러 건강보험 청구자료를 이용해서 해당 기관들의 빈도자료를 수집하였으나, 빈도자료를 알 수 없는 서면청구 기관과 극단적 비용자료를 보이는 기관을 제외하고 최종적으로 296개 기관의 자료를 진료비용 상대가치 도출에 사용하였다<표 1>.

2) 행위별 직접비용자료 구축

진료비용 상대가치의 합리적 산정을 위해 미국 CPEPs(Clinical Practice Expert Panels)에서 했던 것(Abt Associates Inc., 1997; American Medical Association, 2005)과 마찬가지로 각 행위별로 직접비용 항목을 구체적으로 명시하였다. 행위별 직접비용자료는 각 행위를 수

〈표 1〉 기관별 비용 및 빈도 자료 구축 기관 수

종별구분	최초수집	서면청구제외	극단치 제외	최종 사용 기관수
종합전문	5		1	4
종합병원	14	3	2	9
병원	16	5	3	8
의원	104	5	1	98
치과	56		3	53
한방	79	1		78
약국	46			46
합계	320	14	10	296

행하는데 필요한 임상인력 인건비, 의료장비 비용, 치료재료 비용으로 구성되며, 표본기관 조사와 임상전문가 패널조사를 통해서 구축하였다.

표본기관 조사는 4개 대학병원에서 실시되었으며 유사행위그룹(Family라 명명)별로 하나씩의 대표행위를 뽑아서 구성된 237개 참조행위를 대상으로 실시되었다. 참조행위들을 수행하는데 필요한 임상인력 참여시간과 사용하는 재료 및 장비 내역을 조사표와 인터뷰를 통해서 수집하였으며, 재료 및 장비 가격은 병원의 전산자료를 이용해서 파악하였다. 이렇게 조사된 참조행위 직접비용자료는 나머지 전체 행위들의 직접비용자료를 구축하기 위한 참고자료로 활용되었다.

전체 행위에 대한 최종적인 직접비용자료 구축은 임상전문가 패널 조사를 통해서 이루어졌다. 임상전문가 패널은 진료영역별로 18개 분과패널과 1개의 조정패널로 구성되었으며, 분과패널은 해당 분과에 귀속된 행위들의 직접비용자료를 일차적으로 구축하는 역할을 수행하였다. 분과패널에는 전문의 129명, 간호사 56명, 임상병리사 14명, 방사선사 6명, 물리치료사 6명, 임상심리사 2명, 치과위생사 3명, 의학물리사 1명, 작업치료사 1명, 약사 5명 등 총 223명이 참여하였다. 조정패널은 분과패널에서 제출된 의견을 검토하고, 분과패널간 이견이 있을 경우 조정하는 역할을 하였다. 또한 분과패널의 운영을 지원하기 위해, 직접비용자료 작성 방법과 관련된 세부 사항을 검토하고 통일된 작성 방법을 제시하였다. 조정패널은 분과패널 위원장, 진료과별 대표, 임상병리사, 방사선사, 물리치료사 등 직종별 대표 등 총 31명으로 구성하였다.

임상전문가패널은 각 행위들에 대해서 직종별 임상인력 참여시간, 필요한 치료재료 종류 및 사용량, 사용하는 장비 종류 및 시간 자료를 제시하였다. 이를 비용자료로 환산하기 위해서 상대가치연구개발단에서는 직종별 임금과 치료재료 및 장비 가격 조사를 실시하였다. 직

종별 임금은 기관단위 진료비용 조사 시 함께 조사하였으며, 치료재료 및 장비 가격은 의료기기협회를 통한 업체 조사와 4개 대학병원의 구매가격 조사를 통해서 결정하였다. 동일한 물품이라고 하더라도 다양한 가격이 존재할 수 있기 때문에 최소값과 최대값의 중간값을 해당 재료 및 장비 가격으로 사용하였다.

3) 표본기관 비용 상세조사

소수의 표본기관을 대상으로 경영학적 원가분석 방법을 적용하여, 진료부서별로 원가중심점(cost center)을 세분화하고, 원가중심점별로 진료비용과 행위빈도를 조사하였다. 표본기관 비용 상세조사는 기관단위 진료비용과 행위별 직접비용자료를 이용해서 추정한 행위별 진료비용을 검토하기 위한 목적으로 사용하였다.

4) 행위별 진료비용 상대가치 도출

행위별 진료비용은 행위별 직접비용과 행위별 간접비용을 합하여 도출하였다. 행위별 직접비용은 기관단위로 조사된 직접비용 총액을 임상전문가패널에서 구축한 직접비용자료를 이용하여 행위별로 배부하여 결정하였다. 배부 과정은 인건비, 재료비, 장비비로 나누어서 각각 이루어졌다. 행위별 간접비용은 배부 과정을 거쳐 결정된 행위별 직접비용과 행위별 의사비용을 합한 값을 기준으로 전체 간접비를 행위별로 배부하여 결정하였다. 진료비용은 의사업무량과는 달리 금액으로 표현되기 때문에, 금액을 상대가치로 간주하였다.

5) 치료재료 비용 분리

의학기술의 발달로 고가 치료재료 사용이 급속하게 증가하고 있지만, 별도 보상되지 않는 경우가 많아, 의료기관이 경제적인 손실을 감수하거나 환자에게 재료비용을 직접 받는 불법 행위를 할 수밖에 없다는 지적이 계속 제기되어 왔다(연세대학교 의과대학 예방의학교실, 1999). 이러한 문제를 해결하기 위해서 행위 수가에서 치료재료비용을 분리하여 별도 보상하는 방안을 검토하게 되었다.

이 연구에서는 행위에 포함되어 별도 보상되지 않는 치료재료를 분류하고, 행위별 직접비용자료 구축을 통해서 각 행위 수행에 사용되는 치료재료의 가격과 사용량을 파악하였다. 이후 행위에 포함된 치료재료 중에서 별도 보상이 필요한 치료재료를 구분하고, 빠져나간 치료재료비만큼 진료비용 상대가치를 조정하는 과정을 거쳤다.

별도보상 검토 치료재료는 성격에 따라, '기존 비보험 재료'와 '기존 행위수가 포함 재료'로 구분하고, 임상전문가패널에서 제출한 금액을 행위별로 계산하였다. 기존 비보험 재료는 행위수가로는 보상이 불충분하여 의료기관에서 환자에게 재료비용을 직접 청구하는 재료(임의

비급여재료)나 환자에게 비용을 별도 청구하지 않고 병원이 비용을 부담하는 재료(병원부담 재료)로 정의하였고, 기존 행위수가포함 재료는 '기존 비보험 재료'와 대응되는 개념으로, 환자에게 재료비용을 별도로 청구하지 않고 행위수가로 비용을 충당하는 재료로 정의하였다. 기존 행위수가 포함 재료는 관련 재료비를 상대가치점수로 변환한 다음, 별도 보상되는 상대가치점수만큼 현행 상대가치 총점에서 차감하였지만, 기존 비보험 재료는 현행 수가로는 보상이 되지 않는다고 판단하여 별도 보상으로 인한 상대가치 총점 차감은 하지 않았다.

이후 별도보상 검토 치료재료 중 행위에 필수적이고 환자 상태에 따른 동일 행위내 사용량 편차가 작은 재료들은 별도 보상하기 보다는 행위수가에 포함시켜 보상하는 것이 적절하다는 '상대가치운영기획단'의 결정에 따라 별도 보상으로 검토한 일부 재료들을 별도보상하지 않는 것으로 조정하였다. 단 기존 비보험 재료를 행위수가에 포함시킬 경우 해당 재료비만큼 상대가치총점을 증가시키는 것으로 하였다. 이에 따라 행위수가에 포함시키는 것으로 조정된 기존 비보험 재료가 있는 진료과의 경우, 상대가치 총점이 해당 재료비만큼 순증하는 방식으로 최종 상대가치점수가 도출되었다.

3. 위험도 상대가치 개발

의료사고와 관련된 보험이 발달된 미국과는 달리 우리나라에서는 위험도 상대가치의 근거가 되는 진료과별 보험료 자료가 없다. 따라서 보험료 대신 의료사고 빈도나 관련 비용을 직접 조사할 수밖에 없다. 의료사고 빈도나 관련 비용 조사를 위해 연구개발단에서는 전문 기관에 의뢰하여, 의료사고와 관련된 법원 판결문, 소비자보호원 자료, 의사협회 공제조합 자료 등을 수집 검토하고 의료기관 조사를 수행하였다(연세대학교 의료법윤리학연구소, 2005). 이러한 자료를 바탕으로 진료과별 위험도를 추정하였으며, 행위별 위험도는 미국과 마찬가지로 해당 행위를 수행하는 진료과목들의 위험도를 빈도 가중 평균한 다음 의사업무량 상대가치를 곱하여 결정하였다. 그리고 위험도와 관련된 총 비용을 추정하고 공청회 등 의견수렴 과정을 거쳐서 배정 가능한 위험도 상대가치 총점을 정하였다. 이렇게 결정된 위험도 상대가치 총점을 위험도에 따라 행위별로 배분하여 최종적인 '행위별 위험도 상대가치'를 결정하였다(그림 3).

하지만 의과의 경우 전체 위험도 총점을 행위별 위험도와 의사업무량에 따라 배분하지 않고, 대신 기본진료와 진료과목별로 배정 가능한 위험도 총점을 각각 추정한 다음, 행위별 위험도를 계산하였다. 기본진료와 관련된 위험도 총점은 전체 건강보험 진료비에서 기본진료가 차지하는 진료비 비중을 이용해서 추정하였고, 진료과별 위험도 총점은 해당 진료과에서 조사된 위험도 총점에서 기본진료가 차지하는 위험도 총점을 빼서 구하였다. 그리고 행위

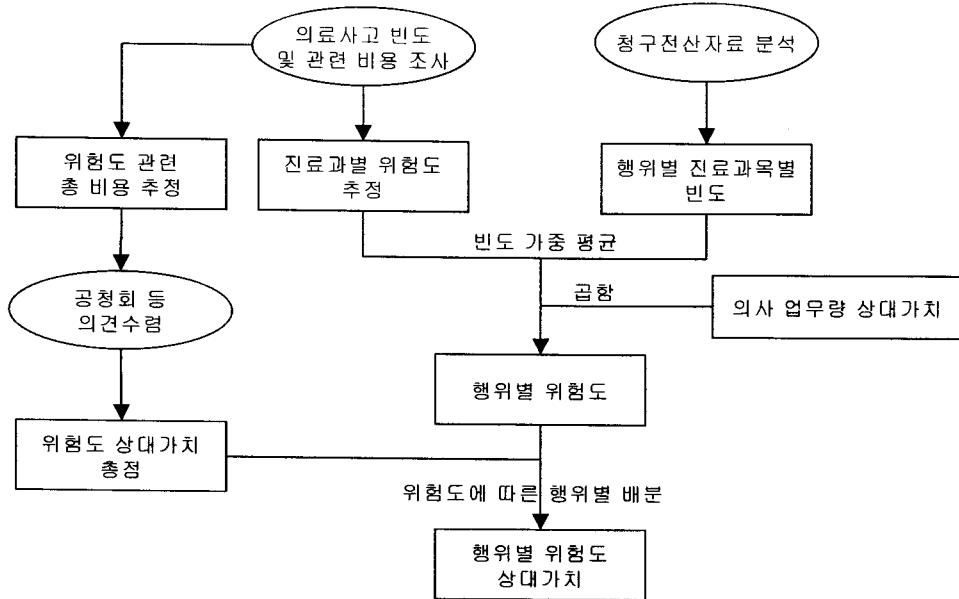


그림 3. 위험도 상대가치 개발 개요

별 위험도도 시행 진료과 구성이 달라서 유사 행위들의 위험도 상대가치가 달라지는 것을 막기 위해 패밀리별로 동일한 값을 가지도록 조정하였다. 또한 동일 패밀리에 속하는 유사 행위들이 시행 진료과가 달라서 위험도 비용이 큰 차이를 보일 경우, 해당 패밀리의 위험도 상대가치점수를 통합하여 의사업무량에 따라 위험도 상대가치점수를 재분배하는 조정과정을 거쳤다.

4. 행위별 상대가치점수 통합 및 조정

영역별로 구한 상대가치는 서로 다른 척도를 가지고 있기 때문에 이를 하나의 척도로 통합하는 작업이 필요하고, 개발된 상대가치는 현행 상대가치점수 척도와 절대적 수준에서 차이가 있어서 이를 조정해줄 필요가 있었다.

각각 구해진 의사업무량 상대가치와 진료비용 상대가치는 의료기관 회계조사에서 조사된 의사비용과 진료비용을 이용해서 단일한 척도로 통합하였다. 여기서 의사비용은 의사(전공의 및 수련의 제외) 인건비와 의사 인건비에 대응하는 간접비로 정의하였으며, 진료비용은 의사를 제외한 기타 임상인력 인건비(전공의 및 수련의 포함), 재료비, 장비비 등 직접 진료비용과 이와 대응하는 간접비로 정의하였다.

$$\text{의사비용} = \text{의사 인건비 총액} + \text{전체 간접비} \times \text{의사 인건비} / (\text{의사 인건비} + \text{직접진료비용})$$

$$\text{진료비용} = \text{직접진료비용 총액} + \text{전체 간접비} \times \text{직접진료비용} / (\text{의사 인건비} + \text{직접진료비용})$$

현행 상대가치점수 척도와 절대적 수준을 맞추기 위해서 의사업무량 총점과 진료비용 총점을 합한 값이 현행 상대가치 총점과 동일하게 조정하였다. 즉 상대가치 총점을 고정한 상태에서 신 상대가치점수를 도출하였다. 상대가치 총점 고정은 원칙적으로는 부문(의과, 치과, 한방, 약국)과 진료과 구분 없이 전체에 대해서 적용해야 하나, 상대가치점수의 급격한 변화를 막기 위해서 단계적 조정을 전체로 부문별, 진료과별로 이루어졌다. 또한 추가적인 연구가 필요한 기본진료 부분에 대한 상대가치점수는 현행을 유지하는 것으로 하였다. 부문별 상대가치총점은 2003년 빈도 기준으로 실제 발생한 총점을 가지고 계산하였지만, 진료과별 총점은 진료과별로 실제 발생한 상대가치 총점을 알기 어렵기 때문에, 의료행위들을 성격에 따라 진료별로 구분한 다음, 해당 행위들의 상대가치총점을 진료과별로 합산하여 구하였다.

위험도 상대가치는 상대가치 총점 고정과는 무관하게 별개로 계산하였다. 위험도 상대가치는 행위별 의료사고 비용을 2003년 환산지수(55.4)로 나눈 다음, 중별 가산으로 인한 증가율을 보정하여 구하였다. 최종 상대가치점수는 총점 고정 하에서 구한 의사업무량 상대가치와 진료비용 상대가치에 위험도 상대가치를 더해서 구하였다.

진료과별, 부문별로 상대가치 총점을 고정하였기 때문에, 유사 행위간 상대가치 점수가 큰 차이를 보이는 경우가 발생하여 이러한 행위들은 정책적으로 상대가치점수를 동일하게 조정하였다. 즉 동일 패밀리에 속하는 유사한 행위들이 배정된 진료과가 달라서 상대가치점수가 달리 나오는 경우, 이를 각 과별 발생빈도로 가중평균 하여 단일 상대가치점수로 통일시켰다. 단 이로 인해 진료과별로 상대가치총점이 증가하거나 감소하는 경우, 증가 혹은 감소하는 총점만큼 해당 진료과에 속한 기타 행위들의 상대가치점수를 일률적으로 감소 혹은 증가시켰다(그림 4).

III. 결 과

1. 의사업무량 상대가치 개발 결과

각 전문 단체에서 제출한 의사업무량(약국의 경우 약사업무량)은 척도가 각각 다를 뿐만

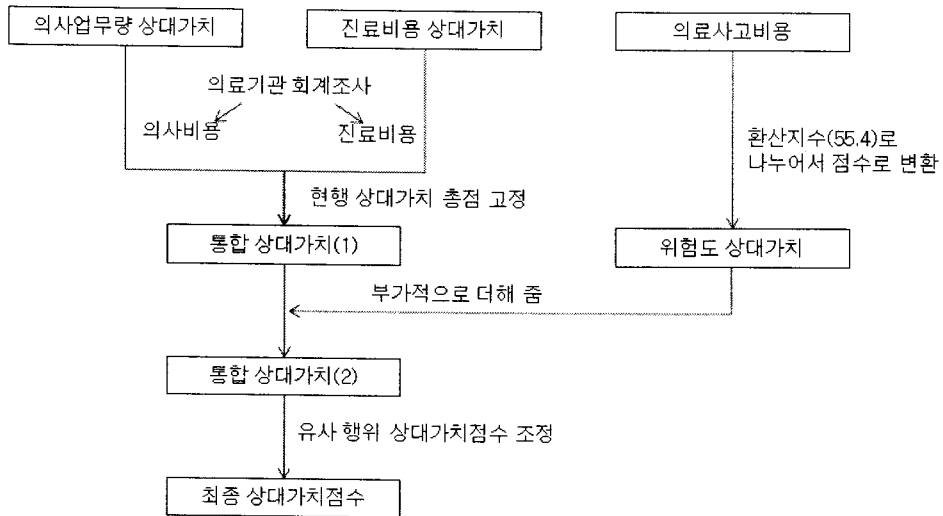


그림 4. 행위별 상대가치점수 통합 및 조정 과정

아니라 현행 상대가치점수와도 척도가 달라서 일대일 비교가 어렵다. 따라서 각 단체에서 제출한 의사업무량 총점과 현행 상대가치 총점이 동일하게 척도를 통일시켜서 행위유형별로 의사업무량 상대가치 개발 현황을 살펴보았다.

의과외의 경우 현행 상대가치점수와 대비하여 볼 때 진찰과 병실외래처치에 상대적으로 높은 의사업무량 상대가치를 부여하였던 반면, 치과나 한방의 경우 상대적으로 낮은 의사업무량 상대가치를 부여하여 대비를 보였다. 의사의 역할이 적은 검체검사, 방사선종양치료의 경우 상대적으로 의사업무량이 낮게 매겨졌으며, 나머지 행위유형에서는 0.42에서 0.51로 현행 상대가치 대비 의사업무량 상대가치의 비가 유사한 분포를 보였다.

치과의 경우 현행 상대가치와 대비하였을 때 수술과 기능검사의 의사업무량 상대가치가 낮았으며, 반면 치료실 처치와 병실외래처치의 의사업무량 상대가치가 높았다. 한방의 경우도 치료실 처치의 의사업무량이 현행 상대가치와 대비하여 보았을 때 높게 제출되었다. 하지만 병실외래처치의 경우 의과나 치과와는 달리 의사업무량이 낮게 제출되었다. 약국의 경우 약사들이 주로 관여하는 조제료의 약사 업무량이 상대적으로 높았다<표 2>.

2. 진료비용 상대가치 개발 결과

1) 기관단위 진료비용 조사

조사된 기관의 기관당 평균 총 비용은 종합전문요양기관이 1,263억 원, 종합병원이 306억 원, 병원이 76억 원, 의과의원이 4억 5천 만원, 치과의원이 4억 2천 만원, 한의원이 2억 9천

만원, 약국이 1억4천 만원이었다<표 3>.

<표 2> 행위유형별 현행 상대가치 총점 대비 제출 의사업무량 총점 비율

행위유형	의과	치과	한방	약국
진찰	1.66	0.62	0.51	
입원	0.49		0.20	
수술	0.42	0.79		
분만	0.42			
인터벤션시술	0.45			
방사선종양치료	0.17			
마취	0.51			
치료실처치	0.47	1.36	1.45	
병실외래처치	1.05	1.27	0.34	
기능검사	0.46	0.75	0.91	
검체검사	0.10			
의약품관리료	0.00			0.53
조제료	0.00		0.00	1.23
기타	2.74		3.69	0.47
전체	1.00	1.00	1.00	1.00

주1) 부문별로 제출 의사업무량 총점과 현행 상대가치 총점이 동일하게 되도록 제출 의사업무량의 척도를 보정한 다음 비교한 결과임.

주2) 현행 상대가치총점은 2005년 상대가치점수에 2003년 행위빈도를 적용하여 계산한 값을 사용함.

<표 3> 조사 기관의 연간 총 의료사업비(기관당 1년 평균 금액)

(단위 : 천원)

구분	종합전문 요양기관	종합병원	병원	의과의원	치과의원	한의원	약국
전문의(약사) 인건비	15,381,573	3,767,789	832,218	135,166	134,185	121,264	77,494
보조 의사 인건비	7,123,663	1,023,982	74,506	-	-	-	-
기타 임상인력 인건비	28,379,472	6,359,995	1,255,162	63,977	69,880	27,751	15,884
행정관리직 인건비	13,762,314	2,929,028	576,155	24,387	4,969	18,265	582
재료비+약품비	41,219,586	7,936,166	2,487,263	59,510	92,457	46,683	2,300 ^{주1)}
의료장비비	4,287,256	1,912,038	262,942	16,748	9,316	2,833	803
관리비	15,728,610	6,371,471	1,894,498	150,373	111,272	73,968	42,169
의료사고비용	438,440	306,932	228,168	2,582	170	256	6
합 계	126,320,915	30,607,402	7,610,912	452,745	422,249	291,021	139,239

주1) 약국의 경우 약품구입비가 제외된 수치임

비급여 비용이나 별도 보상하는 약제 및 치료재료 비용을 제외한 급여 의료행위 대응 비용은 종합전문요양기관이 664억 원, 종합병원이 171억 원, 병원이 41억 원, 의과의원이 3억 5천 만원, 치과의원이 2억 원, 한의원이 1억 6천 만원, 약국이 1억 1천 만원이었다.<표 4>.

<표 4> 조사 기관의 연간 급여 의료행위 대응 의료사업비(기관당 1년 평균 금액)

(단위 : 천원)

구분	종합전문 요양기관	종합병원	병원	의과의원	치과의원	한의원	약국
전문의(약사) 인건비	8,490,048	2,412,593	537,478	108,159	64,717	65,971	60,022
보조 의사 인건비	4,793,365	626,457	67,240	0	0	0	
기타 임상인력 인건비	21,064,042	4,644,917	907,628	52,666	32,635	16,585	12,909
행정관리직 인건비	8,695,056	1,934,676	393,200	18,516	2,555	10,822	418
재료비+약품비	9,089,860	1,400,126	549,343	31,391	40,448	24,909	1,991
의료장비비	3,406,475	1,440,705	198,383	12,457	4,645	1,691	635
관리비	10,459,987	4,412,341	1,351,504	122,656	54,223	44,339	33,068
의료사고비용	354,734	230,444	187,452	1,750	98	154	3
합 계	66,353,568	17,102,258	4,192,227	347,596	199,322	164,471	109,046

2) 행위별 직접비용자료 구축

행위별로 직접비용자료를 구축한 결과 5,158개 행위들의 직접비용자료를 (표 2)와 같은 양식으로 구축하였다. 진찰료, 입원료 등 기본진료의 경우 개별 행위별로 직접비용을 작성하는 것이 어렵기 때문에, 진료부서(cost center), 즉 외래진찰실이나 1개 병동을 단위로 하여 1개 월을 기준으로 직접비용 자료를 구축한 다음, 진찰횟수나 입원일수로 나누어 행위 건당 직접비용 자료를 구축하였다. 기본진료에 관한 직접비용을 조사하기 위해서 연구개발단에서는 4개 병원(종합전문 3개, 종합 1개)을 대상으로 조사를 실시하였으며, 최종 직접비용자료는 임상전문가패널의 검토 및 조정 과정을 거쳐서 결정되었다<표 5>.

3) 진료비용 상대가치 도출 결과

임상전문가패널 조사와 기관단위 진료비용 조사를 통해서 도출된 진료비용 상대가치도의 사업무량 상대가치와 마찬가지로 진료비용 상대가치 총점과 현행 상대가치 총점이 동일하도록 척도를 조정하여 행위유형별로 비교하여 보았다.

의과의 경우 의사사업무량과는 달리 진찰이나 병실외래처치의 진료비용 상대가치가 현행 상

〈표 5〉 행위별 직접비용자료 양식 및 자료수

구분	임상인력인건비	치료재료비	의료장비 감가상각비
자료수 (의과기준)	155,973 records	154,494 records	120,712 records
자료 내용	작성 진료과 행위유형 행위코드 행위명 시술전, 중, 후 구분 인력명 참여 인력수 참여 시간(분) 업무 기술 업무상제기술 분당인건비 임상인력인건비	작성 진료과 행위유형 행위코드 행위명 재료코드 재료명 단위 사용량 반복사용횟수 반복사용횟수 반영 사용량 필수/선택 구분 사용률(선택 항목의 경우) 최소가격 최대가격 비용산정가격 ^{주1)} 치료재료비	작성 진료과 행위유형 행위코드 행위명 장비코드 장비명 사용개수 사용시간 필수/선택 구분 사용률(선택 항목의 경우) 최소가격 최대가격 비용산정가격 감가상각기간 ^{주1)} 장비가동률 장비감가상각비

* 최소와 최대의 중간값 사용

대가치에 비해 상대적으로 낮았으며, 고가의 장비를 많이 사용하는 인터벤션시술, 방사선종양치료, 검체검사의 진료비용 상대가치가 높았다. 조제료의 경우 약국에 비해 현행 상대가치가 낮게 되어 있어서 현행 상대가치 대비 진료비용 상대가치의 비가 높게 나타났다. 나머지 행위유형에서는 현행 상대가치 대비 진료비용 상대가치의 비가 1.10 - 1.38로 큰 차이를 보이지 않았다.

치과의 경우 수술과 기능검사가 현행상대가치 대비 진료비용 상대가치가 높았으며, 나머지 행위들은 0.90에서 1.03으로 큰 차이를 보이지 않았다. 한방의 경우 의과와 마찬가지로 조제료의 진료비용이 높았으며, 치료실치치와 병실외래치치의 진료비용이 현행 상대가치 대비 높은 값을 보였다<표 6>.

4) 치료재료 비용 분리

치료재료 별도보상 검토 결과 기존 비보험재료로 375품목, 기존 행위수가 포함재료로 172 품목이 선정되었다. 별도보상 검토 치료재료는 아래와 같은 두 가지 기준에 의해 선정되었다.

〈표 6〉 행위유형별 현행 상대가치 총점 대비 진료비용 상대가치 총점 비율

행위유형	의과	치과	한방	약국
진찰	0.40	0.90	0.22	
입원	1.33		0.69	
수술	1.10	2.20		
분만	1.04			
인터벤션시술	3.01			
방사선종양치료	3.01			
마취	1.23			
치료실처치	1.38	1.03	1.75	
병실외래처치	0.78	0.95	1.22	
기능검사	1.19	1.51	0.28	
검체검사	2.57			
의약품관리료	0.44			1.08
조제료	3.67		3.28	1.04
기타	0.84		1.64	0.72
전체	1.00	1.00	1.00	1.00

주1) 부문별로 진료비용 상대가치 총점과 현행 상대가치 총점이 동일하게 되도록 진료비용 상대가치의 척도를 보정한 다음 비교한 결과임

주2) 현행 상대가치총점은 2005년 상대가치점수에 2003년 행위빈도를 적용하여 계산한 값을 사용함.

첫째 행위 수가에 비해 고가여서 '기존 비보험'형태로 운영되고 있을 것이라고 추정되는 치료재료

둘째 봉합사나 지혈제와 같이 상병이나 행위에 따라 별도 보상 여부가 달라서 전체적인 조정이 필요한 치료재료

선정된 기존 비보험 재료는 임상전문가패널 제출 비용 기준으로는 9,391억 원, 재료비 변환지수를 적용하여 실제 비용을 추정하면 3,476억 원 정도인 것으로 나타났다<표 7>.

3. 위험도 상대가치 개발 결과

의료사고 해결비용이 가장 높은 진료과는 산부인과로 469억원으로 조사되었고, 내과가 253억원으로 조사되었다. 의과는 2003년 기준으로 1,965억의 의료사고 비용이 조사되었고, 치과는 43억원, 한방은 80억원, 약국은 32억원의 의료사고 비용이 조사되었다. 의사1인당 의료사

<표 7>

별도보상 검토 재료 규모

(단위 : 백만원)

	기존 비보험 재료		기존 행위수가 포함 재료	
	임상전문가패널 제출비용 기준	회계조사에 따른 실 비용 추정 ^{주1)}	임상전문가패널 제출비용 기준	회계조사에 따른 실 비용 추정
의과	614,338	224,538	73,096	26,716
치과	310,217	105,924	6,181	2,111
한방	14,525	17,108	0	0
합계	939,081	347,571	79,278	28,827

주1) 임상전문가패널에서 제출한 비용은 실제 상황이 아니라 이상적인 상황을 가정하여 작성한 것이기 때문에, 실제 비용과는 차이가 있을 수 있다. 이를 보정하기 위해서 기관단위 진료비용 조사에서 조사된 실제 재료비용과, 임상전문가패널에서 제출한 행위별 재료비를 기준으로 추정된 해당 기관의 재료비를 비교하여 임상전문가패널에서 제출한 재료비를 실제 재료비로 변환하는 변환지수를 계산하였다. 재료비 변환지수는 의과의 경우 0.37, 치과의 경우 0.34, 한방의 경우 1.18이었다.

고 해결비용이 가장 낮은 진단검사의학과를 기준으로 각 진료과별 위험도(risk factor)를 추정한 결과 신경외과가 192.6으로 가장 높은 값을 보였다<표 8>.

앞에서와 마찬가지로 도출된 위험도 상대가치 총점과 현행 상대가치 총점이 동일하도록 척도를 조정하여 행위유형별로 비교하여 보았다.

의과의 경우 분만이 6.44로 현행 상대가치 대비 위험도 상대가치가 가장 높았으며, 수술이 2.89로 그 다음으로 높은 값을 보였다. 치과의 경우 치료실처치가 현행 상대가치 대비 위험도 상대가치가 높았으며, 의과와는 달리 수술의 위험도 상대가치가 현행 상대가치 대비 낮게 추정되었다. 한방의 경우도 기타를 제외하면 치료실 처치가 현행 상대가치 대비 위험도 상대가치가 높은 것으로 나타났다. 약국의 경우 조제료의 위험도 상대가치가 현행 상대가치 대비 가장 높은 값을 보였다<표 9>.

4. 최종 상대가치 개발 결과

부문별로 상대가치총점을 고정하여 상대가치점수를 도출하였지만, 위험도 부분과 기존비보험 재료비는 부가적으로 처리하였기 때문에 상대가치총점의 증가가 있었다. 상대가치총점에서 차감한 기존 행위수가포함 별도보상검토재료비를 함께 고려할 경우 의과의 경우 2.2%, 치과는 2.9%, 한방은 0.9%, 약국은 0.2%의 상대가치총점 증가가 있었다. 상대가치총점 차감 없이 별도보상으로 검토한 기존비보험 재료비는 의과 전체 총점의 1.6%, 치과는 9.5%, 한방은 5%이었다<표 10>.

〈표 8〉 진료과별 의료사고 해결비용 및 위험도(2003년 기준)

(단위 : 원)

진료과목	진료과별 의료사고 해결비용	의사1인당 의료사고 해결비용	진료과별위험도 (RISK FACTOR)
신경외과	22,222,326,893	13,164,886	192.6
흉부외과	8,704,235,910	10,589,095	154.9
산부인과	46,939,999,070	9,440,869	138.1
정형외과	23,224,394,684	6,066,979	88.8
외과	21,475,688,147	4,602,591	67.3
안과	7,702,168,119	3,826,214	56.0
신경과	3,359,874,358	3,376,758	49.4
소아과	14,520,158,775	3,325,735	48.7
성형외과	3,792,138,895	3,200,117	46.8
응급의학과	1,512,925,880	3,106,624	45.5
내과	25,366,068,982	2,740,796	40.1
피부과	2,220,267,851	1,630,153	23.9
이비인후과	3,752,842,119	1,448,415	21.2
마취과	2,888,313,044	1,087,467	15.9
비뇨기과	1,709,409,761	972,361	14.2
기타	982,419,403	843,278	12.3
정신과	1,532,574,268	808,746	11.8
가정의학과	2,947,258,209	700,561	10.3
재활의학과	589,451,642	672,123	9.8
방사선종양과	157,187,104	551,534	8.1
진단방사선과	373,319,373	182,820	2.7
일반과	451,912,925	152,983	2.2
진단검사의학과	39,296,776	68,342	1.0
의과 전체	196,483,880,576	3,468,750	
치과	4,327,744,683	313,289	4.6
한방	8,035,643,684	851,053	12.5
약국	3,212,332,326	119,364	1.8

의과의 경우 진료과별로 상대가치총점을 고정하였지만, 부가적으로 처리한 위험도 상대가치로 인해 산부인과의 경우 111.5%, 흉부외과의 경우 112.6%, 신경외과의 경우 110.2% 상대가치총점이 증가하였다(기존 행위수가포함 별도보상검토 재료 포함). 기존 비보험 별도보상검토 재료는 정형외과가 21.5%로 가장 많았고, 안과 17.9%, 비뇨기과 4.0% 순이었다<표 11>.

〈표 9〉 행위유형별 현행 상대가치 총점 대비 위험도 상대가치 총점 비율

행위유형	의과	치과	한방	약국
진찰	1.25	0.62	0.32	
입원	0.44		0.13	
수술	2.89	0.95		
분만	6.44			
인터벤션시술	0.74			
방사선중양치료	0.14			
마취	0.74			
치료실처치	0.99	1.36	1.70	
병실외래처치	1.19	1.27	0.21	
기능검사	0.43	0.75	0.57	
검체검사	0.00			
의약품관리료	0.00			0.53
조제료	0.00		0.00	1.23
기타	1.80		2.29	0.47
전체	1.00	1.00	1.00	1.00

주1) 부문별로 위험도 상대가치 총점과 현행 상대가치 총점이 동일하게 되도록 위험도 상대가치의 척도를 보정한 다음 비교한 결과임

주2) 현행 상대가치총점은 2005년 상대가치점수에 2003년 행위빈도를 적용하여 계산한 값을 사용함.

〈표 10〉 부분별 상대가치 도출 결과

(단위 : 백만점, %)

구분	기존 상대가치 총점(A)	신 상대가치 총점(B)	변화율 (B/A)	기존행위수 가포함별도 보상검토재료비(C)	(B+C)/A	기존비보험 별도보상검토재료비(D)	D/A
의과	192,524	196,458	102.0%	367	102.2%	3,020	1.6%
치과	16,205	16,641	102.7%	36	102.9%	1,535	9.5%
한방	15,934	16,077	100.9%	0	100.9%	790	5.0%
약국	31,024	31,080	100.2%	0	100.2%	0	0.0%

〈표 11〉 의과 진료과별 상대가치 도출 결과

(단위 : 백만점, %)

진료과	기존 상대가치 총점(A)	구성비	신 상대가치 총점(B)	B/A	기존행위수 가포함별도 보상검토 재료비(C)	(B+C)/A	기존비보 협별도보 상검토재 료비(D)	D/A
기본진료_기타	1,939	1.01%	1,954	100.8%	0	100.8%	0	0.0%
기본진료_약국	1,085	0.56%	1,085	100.0%	0	100.0%	0	0.0%
기본진료_입원	24,549	12.75%	24,763	100.9%	0	100.9%	0	0.0%
기본진료_진찰	76,381	39.67%	78,294	102.5%	0	102.5%	0	0.0%
내과	10,266	5.33%	10,730	104.5%	2	104.5%	148	1.4%
마취과	4,686	2.43%	4,954	105.7%	1	105.7%	420	9.0%
방사선종양학과	1,226	0.64%	1,229	100.2%	0	100.2%	0	0.0%
병리과	1,066	0.55%	1,067	100.1%	0	100.1%	0	0.0%
비뇨기과	1,546	0.80%	1,526	98.7%	37	101.1%	62	4.0%
산부인과	2,088	1.08%	2,291	109.7%	36	111.5%	144	6.9%
성형외과	144	0.07%	143	99.1%	7	104.3%	2	1.0%
소아과	40	0.02%	41	103.6%	0	104.2%	0	0.3%
신경과	741	0.38%	763	103.0%	0	103.0%	0	0.0%
신경외과	1,030	0.54%	1,110	107.7%	25	110.2%	108	10.5%
안과	3,848	2.00%	3,954	102.7%	14	103.1%	690	17.9%
약국	1,201	0.62%	1,201	100.0%	0	100.0%	0	0.0%
영상의학과	10,488	5.45%	10,692	101.9%	0	101.9%	58	0.6%
외과	2,581	1.34%	2,639	102.3%	85	105.5%	465	18.0%
응급의학과	103	0.05%	106	103.3%	0	103.3%	0	0.0%
이비인후과	2,480	1.29%	2,489	100.4%	11	100.8%	256	10.3%
재활의학과	6,939	3.60%	6,970	100.4%	0	100.4%	0	0.0%
정신과	2,843	1.48%	2,855	100.4%	0	100.4%	0	0.0%
정형외과	2,910	1.51%	2,975	102.2%	52	104.0%	625	21.5%
진단검사의학과	17,426	9.05%	17,427	100.0%	0	100.0%	0	0.0%
피부과	500	0.26%	494	98.9%	11	101.1%	7	1.4%
핵의학과	1,658	0.86%	1,683	101.5%	0	101.5%	0	0.0%
흉부외과	757	0.39%	836	110.4%	17	112.6%	35	4.6%
의과공통	12,004	6.23%	12,186	101.5%	68	102.1%	0	0.0%
총 합계	192,524	100.00%	196,458	102.0%	367	102.2%	3,020	1.6%

진료과별로는 상대가치 총점을 고정하였기 때문에 큰 변화가 없었지만, 행위유형별로는 기존 상대가치와 신 상대가치 간에 큰 폭의 변화를 보였다. 인터벤션시술의 상대가치가 177.3% 증가하였고, 방사선중양치료, 검체검사, 기능검사(영상의학과검사 포함)의 상대가치는 소폭 감소하였다<표 12>.

〈표 12〉 의과 행위유형별 상대가치 총점 변화

(단위 : 백만 점, %)

행위유형	현행 상대가치 총합	신 상대가치 총합	변화율
검체검사	19,620	19,541	99.6%
기능검사	14,651	14,511	99.0%
기본진료	102,688	104,830	102.1%
마취	2,275	2,339	102.8%
방사선중양치료	1,235	1,219	98.7%
병실외래처치	14,694	14,837	101.0%
분만	642	651	101.4%
사회사업	11	16	152.0%
수술	10,121	10,260	101.4%
약국	2,286	2,286	100.0%
인터벤션시술	1,118	1,982	177.3%
치료실처치	20,717	20,832	100.6%
미분류	2,469	2,173	88.0%
총 합계	192,528	195,477	101.5%

치과의 경우 행위로 포함으로 재조정된 기존 비보험 재료비 만큼 상대가치총점이 증가하여 기존에 비해 상대가치총점이 2.9% 증가하였다. 위험도로 인한 증가분 0.5%를 제외한 나머지 2.3%는 기존 비보험 재료비로 인한 총점 증가로 볼 수 있다. 분과별로는 보존과가 108.6%, 구강내과가 105.6% 증가하였다<표 13>.

한방의 경우 현행 상대가치를 유지한 기본진료를 제외하면 구술부항의 상대가치가 295.5%로 크게 증가하였고, 침술, 기능검사, 한방처치의 상대가치점수가 감소하였다<표 14>.

약국의 경우 행위 정의의 변경으로 조제기본료가 646.3% 증가하고, 대신 조제료가 80.5%로 감소하였다. 복약지도료가 116.8%로 소폭 증가한 반면 약국관리료는 58.1%, 의약품관리료는 78.0%로 감소하였으며 전체적으로는 위험도 상대가치의 별도 산정으로 인해 0.2% 상대가치 총점이 증가하였다<표 15>.

〈표 13〉 치과 분과별 상대가치 총점 변화

(단위 : 점, %)

분과	기존 상대가치 총점(A)	신 상대가치 총점(B)	B/A	기존행위수가포 함별도보상검토 재료비(C)	(B+C)/A
기본진료	6,532,612,179	6,553,596,626	100.3%	0	100.3%
구강내과	23,335,411	24,643,083	105.6%	0	105.6%
구강외과	1,187,877,445	1,188,723,975	100.1%	32,730,978	102.8%
방사선과	902,715,535	917,955,726	101.7%	0	101.7%
보존과	5,942,537,218	6,453,310,799	108.6%	0	108.6%
소아치과	11,316,062	9,852,931	87.1%	0	87.1%
치과마취	658,612,175	598,428,175	90.9%	0	90.9%
치주과	945,619,652	894,214,520	94.6%	3,464,033	94.9%
총 합계	16,204,625,676	16,640,725,835	102.7%	36,195,011	102.9%

〈표 14〉 한방 분야별 상대가치 총점 변화

(단위 : 점, %)

분야 구분	현행상대가치 총점(A)	신 상대가치 총점(B)	B/A
기본진료_입원	476,248,077	476,834,623	100.1%
기본진료_진찰	6,842,831,742	6,864,091,409	100.3%
기본진료_기타	96,788,228	96,788,228	100.0%
구술부황	756,788,120	2,236,576,285	295.5%
기능검사	129,333,615	54,225,830	41.9%
조제료	84,826,364	68,797,451	81.1%
침술	7,236,653,744	5,731,759,409	79.2%
한방처치	11,925,431	5,129,738	43.0%
기타	298,343,659	543,155,274	182.1%
총 합계	15,933,738,979	16,077,358,248	100.9%

〈표 15〉 약국 행위유형별 상대가치 총점 변화

(단위 : 점, %)

구분	기존 상대가치 총점(A)	신 상대가치 총점(B)	변화율(B/A)
복약지도료	3,713,507,081	4,339,181,652	116.8%
약국관리료	4,401,603,659	2,559,060,912	58.1%
의약품관리료	5,516,537,111	4,303,015,313	78.0%
조제기본료	1,038,358,512	6,711,046,495	646.3%
조제료	16,353,558,360	13,168,044,816	80.5%
총 합계	31,023,564,723	31,080,349,188	100.2%

전체 상대가치에서 의사(약사)업무량, 진료비용, 위험도 상대가치가 차지하는 구성비는 부문별로 차이가 있어서 의사(약사)업무량 경우 한방이 64.5%로 가장 높은 것으로 계산되었고 의과의 경우 전체 상대가치점수의 36.0%를 차지하는 것으로 나타났다. 위험도 상대가치는 의과가 1.8%로 가장 높았고, 약국이 0.2%로 가장 낮았다.

〈표 16〉 의사(약사)업무량, 진료비용, 위험도 상대가치 구성비

구분	의사(약사)업무량	진료비용	위험도	합계
의과	36.0%	62.2%	1.8%	100.0%
치과	43.6%	55.9%	0.5%	100.0%
한방	64.5%	34.6%	0.9%	100.0%
약국	54.8%	45.0%	0.2%	100.0%

IV. 토 의

현재의 상대가치점수는 많은 변형 과정을 거쳤지만 1997년 상대가치연구(연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1997)에 기초해 있다. 하지만 1997년의 상대가치연구는 아래와 같은 점에서 한계를 가지고 있었다.

첫째, 상대가치 도출에 사용한 행위분류체계가 의료보험 수가항목과 달라서 보험에 바로 적용할 수 없었다는 점이다. 상대가치 개발 당시 수가구조개편을 염두에 두고 개발된 한국표준(치과)의료행위분류는 항목수가 너무 많고, 급여 및 비급여의 구분이 없으며, 항목의 정의가 명확하지 않다는 이유로 의료보험에 적용되지 못하고 기존 보험코드를 기준으로 재분류 작업이 이루어졌다(연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1998). 이 과정에서 5,510개의 행위가 최종적으로는 3,214로 축소되었다. 이에 따라 1차 연구 시 구한 상대가치 값들이 그대로 반영되지 못하고 가중 평균 등의 과정을 거치면서 부정확하게 반영될 수밖에 없었다.

둘째, 진료비용 상대가치를 도출하기 위해서 사용한 비용자료가 일부 기관에 한정되어 있어서 대표성이 부족하였다. 진료비용 상대가치를 도출하기 위해서 8개의 표본 병원(3차기관 : 4곳, 종합병원 : 3곳, 병원 : 1곳)을 대상으로 원가분석을 하였지만, 조사된 표본 병원의 진료비용이 전체 의료기관의 진료비용을 대표하는지에 대해서는 논란의 소지가 있었다. 특히 의원급 기관이 포함되어 있지 않기 때문에, 조사된 진료비용이 전체 의료기관을 대표하는 진료비용으로 보기 어려운 측면이 있었다.

셋째, 행위별 진료비용을 도출할 때 각 행위의 진료비용이 의사업무량 상대가치에 비례한

다는 가정을 사용하였다. 그러나 의사업무량 상대가치와 각 행위의 진료비용이 비례하지 않는 경우가 있을 수 있다. 예를 들어 의사업무량은 크지 않지만, 고가의 재료나 장비의 사용으로 진료비용은 높을 수 있고, 그 반대의 경우도 있을 수 있다. 1997년 상대가치연구 시에는 행위별로 진료비용자료를 구축하지 못하였기 때문에, 다른 대안이 없었다고 할 수 있지만, 전체 행위 비용의 70% 가량을 차지하는 진료비용을 정확하게 추정하지 못하였기 때문에 진정한 자원기준 상대가치 도출에는 미치지 못하였다고 할 수 있다.

이 연구는 기존 연구의 위와 같은 한계점들을 극복하기 위해서 첫째 현행 건강보험 수가항목을 기준으로 상대가치점수를 도출하였으며, 둘째 부문별로 대표성이 있는 300여개 기관의 비용자료를 수집하여 진료비용 자료의 대표성을 높이고자 하였으며, 셋째 행위별 직접비용자료를 구축하여 기존 연구에서 정확하게 추정하지 못 하였던 진료비용 상대가치를 정확하게 추정하고자 하였다. 아울러 기존 연구에서는 고려하지 못했던 위험도 상대가치를 새로이 추가하고, 치료재료 분리 검토를 통해서 행위 수가의 포함 범위를 좀 더 명확하게 하였다.

이러한 개선 과정을 통해서 이 연구는 아래와 같은 측면에서 큰 성과를 거두었다고 할 수 있다.

첫째, 행위 정의를 명확하게 하고, 행위 정의에 따른 의사업무량 및 직접비용자료를 구축하여 상대가치의 객관적인 근거자료를 구축하였다. 초기 연도 자료는 불완전하지만, 향후 지속적인 보완을 통해서 상대가치 결정 및 관리의 일대 혁신을 마련할 수 있는 토대가 될 수 있을 것이다.

둘째, 현재 하나로 합쳐져 있는 상대가치를 의사업무량과 진료비용으로 분리하였고 위험도 상대가치를 신설하였다. 의사업무량과 진료비용의 분리는 향후 개방방원 도입이나 지불보상제도 개혁을 용이하게 만들 수 있으며, 위험도 상대가치 신설은 의료사고 관련 비용의 적정 보상을 위한 출발점이 될 수 있다.

셋째, 행위에 포함시키기 어려운 치료재료를 별도로 분리하여 명시하였다. 특히 기존에 환자부담으로 임의 처리되는 재료를 별도 보상으로 처리하여 환자의 실질적인 의료비 부담 경감뿐만 아니라 치료재료 관리기전의 투명화로 치료재료와 관련된 요양기관과 보험자간 갈등을 상당부분 해소할 수 있을 것으로 기대된다.

넷째, 진료과목내 수가불균형이 심하던 행위의 상대가치점수를 조정하고 행위분류 개선이 필요한 일부 행위를 재분류하였다. 이를 통해 비용과 수가의 비정상적인 차이로 인해 발생하는 의료 왜곡을 최소화하여 양질의 의료가 합리적으로 제공될 수 있는 기반을 조성하였다.

이 연구의 가장 큰 목적은 현실을 반영한 객관적인 상대가치점수를 도출하여 상대가치체계의 불균형으로 인한 의료 왜곡을 시정하는 것이었다. 하지만 급여수가가 전체적으로 소요된 비용에 미치지 못하는 상황에서, 상대적으로 비용이 낮다고 하여 상대가치를 하향 조정하

기는 사실상 어려웠다. 즉 상대적으로 다른 행위들에 비해서는 상대가치가 높지만 여전히 수가 소요 비용 미만인 행위의 상대가치를 하향 조정하는 것은 사실상의 수가 인하이기 때문에 해당과의 입장에서는 수용이 어려운 것이 사실이다. 상대가치연구를 위해 119개 의과 병원 및 의원급 의료기관을 대상으로 실시한 의료기관 회계조사 결과, 급여 행위는 들어간 비용에 비해 수입이 적고, 반대로 비급여 행위는 들어간 비용에 비해 수입이 큰 것으로 나타났다(건강보험심사평가원, 2006). 즉 급여에서 모자라는 비용을 비급여로 보충하고 있는 구조를 가지고 있는 것으로 나타났다. 비급여가 진료과별로 큰 차이를 보이는 상황에서 원가 미만의 급여 행위에 대한 큰 폭의 상대가치 조정은 경우에 따라서는 진료과별 수입 격차를 더 심화시키는 방향으로 작용할 수도 있다. 이러한 현실적인 문제 때문에 이 연구에서는 부문별, 진료과별 상대가치 총점을 고정하여 상대가치 점수를 도출할 수밖에 없었다. 따라서 이 연구는 진정한 의미의 ‘자원기준(Resource Based)’ 상대가치점수 도출에는 실패하였다고 할 수 있다. 이러한 근본적 한계를 극복하기 위해서는 향후 단계적으로 부문별, 진료과별 벽을 없앨 필요가 있다. 이를 위해서는 현재와 같은 급여-비급여의 수입 및 비용의 불균형 관계를 시정하고 급여행위에 대한 적절한 보상이 전제되어야 한다. 따라서 진정한 의미의 자원기준 상대가치체계가 도입되기 위해서는 상대가치점수의 조정뿐만 아니라 수가수준의 조정이 동반되어야 한다. 아울러 급여 부분에서 모자라는 비용을 비급여에서 보충하고 있는 현재의 구조에서 급여수가 인상은 급여 확대를 통한 비급여의 축소와 비급여에 대한 관리 기전의 강화와 함께 추진되어야지 사회적 설득력을 얻을 수 있기 때문에, 급여 확대와 비급여 서비스에 대한 관리 기전 강화가 동시에 추진되어야 한다.

이 연구의 또 다른 한계는 수십만 줄에 해당하는 방대한 자료를 짧은 기간에 구축하면서, 진료과별 조정이 충분하지 못하였고, 작성 오류에 대한 충분한 검증이 이루어지지 못하였다는 점이다. 이로 인해 기초 자료인 의사업무량과 직접비용자료가 아직까지는 안정적으로 구축되었다고 보기 어려운 측면이 있다. 따라서 향후 지속적인 검증 및 보완 작업이 뒤따라야 할 것으로 보인다. 이러한 지속적인 자료 보완이 이루어지면 진료과별 총점 고정 없이 근거 자료에 따라 상대가치 점수가 일관되게 결정될 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원. 상대가치점수 개정연구 보고서. 2006
- 대한약사회. 행위분류 정비 및 업무량 상대가치개발 연구. 2004.
- 대한의사협회. 의과 행위분류 정비 및 의사업무량 상대가치 개발 연구. 2004.
- 대한치과의사협회. 행위분류 정비 및 의사업무량 상대가치개발 연구. 2004.

- 대한한의사협회. 한방행위분류정비 및 업무량 상대가치 개발 연구. 2004.
- 서울대학교 경영연구소. 진료비용 상대가치점수 개발을 위한 회계조사 연구용역. 2005.
- 연세대학교 보건정책 및 관리연구소. 의료보험 수가구조개편을 위한 2차 연구보고서. 1998.
- 연세대학교 보건정책 및 관리연구소. 의료보험 수가구조개편을 위한 3차 연구. 1999.
- 연세대학교 보건정책 및 관리연구소. 한국보건의료관리연구원. 의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발. 1997.
- 연세대학교 의과대학 예방의학교실. 진료용 재료의 적정 보상방안 마련에 관한 연구. 1999.
- 한국보건사회연구원. 진료비지불보상제도 개선방안. 2004
- Abt Associates Inc. Report on Clinical Practice Expert Panel(CPEP) Direct Cost Estimation. April 30, 1997.
- American Medical Association. Medicare RBRVS : The Physicians' Guide 2005. 2005.