

## 건강보험 의료행위의 비용구조

오영숙\*, 강길원\*\*†

\* 건강보험심사평가원 의료수가연구개발단

\*\* 충북대학교 의과대학 의료정보학및관리학교실†

### <Abstract>

## Cost Structure of Medical Services in Korean National Health Insurance

Young-Sook Oh\*, Gil-Won Kang\*\*†

\* *Department for Development of Relative Value Scale, Health Insurance Review & Assessment Service*

\*\* *Department of Health Informatics and Management, College of Medicine, Chungbuk National University†*

Health insurance fees are set by relative value scales and conversion factors. Since 2008 the conversion factor has been classified into 7 according to the provider type, and a separate contract has been made respectively. As such classification of the conversion factor reflects only the different characteristics of providers, however, further classification to reflect the different cost structures of providers is proposed. Cost varies according to the type of not only providers but also services each provider supply. In fact different cost structures of providers are the result of their different services. This study analyzed the cost structure of medical services to propose a new approach to the classification of the conversion factor.

\* 접수 : 2009년 12월 17일, 수정 : 2010년 1월 8일, 심사완료 : 2010년 3월 4일

† 교신저자 : 강길원, 전화번호 : 043-261-2838 이동전화 : 010-2832-2946 FAX : 043-261-3459  
이메일 : gilwon67@hanmail.net 주소 : 충북 청주시 흥덕구 상봉로 410 충북대학교 의과대학  
의료정보학및관리학교실

\* 이 연구는 2008년도 충북대학교 학술연구지원사업의 연구비 지원에 의하여 연구되었음

This study analyzed the cost structure of medical services using cost data constructed in the revision study of relative value scales. The cost data consist of doctor's fee, support staff's fee, cost of medical equipments, cost of medical supplies and indirect cost. The proportion of each cost component to the total cost was analyzed in terms of service department and service type. 72 service groups are defined in terms of the combination of service department and service type. Through cluster analysis, 72 service groups were reduced into 7 clusters each of which has a similar cost structure.

Conversion factor is contracted annually to reflect the change in the cost of providing medical services. So the classification of conversion factor has to be based on the cost structures of medical services, not the characteristics of providers. Service clusters derived in this study can be used as a new classification for health insurance fee contract.

*Key Words : Cost Structure, Medical Procedures, Conversion Factor*

## I. 서 론

현재 건강보험수가는 행위별 상대가치점수에 환산지수를 곱하여 결정되고 있다. 상대가치점수는 각 의료행위의 가치를 상대적으로 비교하여 화폐단위가 아닌 '점수'로 표현한 것이고, 환산지수는 수가를 금액으로 표현하기 위해서 필요한 점수당 단가이다. 즉 상대가치점수는 수가의 상대적 구조를, 환산지수는 수가의 절대적 수준을 나타낸다(신영전 등, 2006). 수가를 이렇게 분리한 것은 수가의 상대적 구조는 비교적 안정적인 반면, 수가의 절대적 수준은 물가인상을 등을 반영하여 매년 변경해 주어야 하기 때문이다.

수가 수준을 나타내는 환산지수는 2001년부터 매년 국민건강보험공단과 의료제공자 대표단체의 계약에 의해 결정하고 있다. 이렇게 결정된 환산지수는 2007년까지는 모든 유형의 요양기관에 단일하게 적용되었다. 그러나 모든 요양기관을 대표하는 하나의 환산지수를 산출하거나 활용하는 것은 현실적이지 못하다는 지적에 따라, 2008년부터는 요양기관을 의과병원, 의과의원, 치과, 한방, 약국, 조산원, 보건기관 등 7개 유형으로 구분하고, 보건기관을 포함한 7개 유형별로 별도의 환산지수 계약을 하게 되었다.

하지만 현재의 유형분류에 대해서 개선이 필요하다는 지적이 많다. 병원의 규모별로 전문종합, 종합, 중소병원으로 분류하고, 기능별로 일반, 전문, 정신, 요양 병원 등으로 세분화하는 것이 합리적이라는 주장도 있고(최병호, 2008), 더 나아가서 의원을 전문과목별로 세분화하고 약국도 문전약국과 동네약국으로 세분화하자는 제안도 있다(김진현, 2006).

위와 같은 제안은 요양기관의 특성만을 고려하는 것으로, 정작 수가를 매기는 의료행위의 특

성을 고려하지 못하고 있다. 의료행위의 종류별로 비용구조가 다르기 때문에, 환산지수의 조정을 달라도 되는 것이 합리적일 것이다. 예를 들어 인건비 인상률과 장비비, 재료비의 인상률이 다른 상황에서, 인건비의 비중이 높은 행위와 장비비 또는 재료비의 비중이 높은 행위에 대해서 동일한 환산지수 인상률을 적용하는 것은 합리적이지 않다. 물론 요양기관의 종류별로 수행하는 행위들이 다르기 때문에 요양기관별 분류에 행위종류의 차이가 일정 부분 반영되어 있기는 하지만, 서로 다른 유형의 요양기관에서 동일한 의료행위가 이루어지는 경우가 더 많기 때문에, 요양기관의 특성만을 고려한 유형 분류는 한계가 있을 수밖에 없다.

하지만 지금까지 개별 의료행위들의 비용구조에 대해서는 밝혀진 바가 없었기 때문에 행위별로 다른 비용구조를 환산지수 계약에 반영할 방법이 없었다. 그러나 2006년에 발표된 상대가치개정연구를 통해서 전체 건강보험 행위의 비용구조에 대한 정보를 이용할 수 있게 되었다. 이 연구에서는 각 의료행위별로 의사(약사)비용뿐만 아니라 보조인력 인건비, 재료비, 장비비 등 진료비용을 구분하여 제시하고 있다(건강보험심사평가원, 2006). 이 연구에서 구축한 행위별 비용자료의 적정성에 대해서 논란이 없는 것은 아니지만 유형분류 개선에 필요한 의료행위의 특성을 평가하는 데는 충분한 자료로 볼 수 있다. 이러한 점에 착안하여 본 연구에서는 상대가치개정연구에서 구축한 행위별 비용자료를 이용해서 우리나라 건강보험 의료행위의 비용구조를 규명하고, 이러한 기초자료를 바탕으로 유형별 수가계약의 개선방향을 제시하고자 하였다.

## II. 연구방법

이 연구에서는 건강보험 급여행위를 대상으로 진료과와 행위유형을 구분한 다음, 상대가치개정연구의 기초 자료인 행위별 비용자료와 행위빈도자료를 이용하여 진료과별, 행위유형별 비용구조를 분석하고자 하였다.

본 연구의 대상 행위는 상대가치개정연구에서 의사비용, 보조인력 인건비, 장비비, 재료비 등 구성요소별 비용자료가 구축된 행위들로 한정하였다. 그리고 보험분류코드는 있지만 상대가치점수 연구대상이 아닌 식대, 혈액료, 장비사용료 등은 제외하였다. 이런 과정을 거쳐서 선정된 최종 행위수는 5,163개로 의과 4,775개, 치과 231개, 한방 99개, 약국 58개였다.

행위의 진료과 구분은 상대가치개정연구 시 근거자료를 구축한 진료과로서 해당 행위를 주로 시행하는 진료과 중심으로 되어 있다. 하지만 의과에서 공통으로 발생하는 행위는 의과공통으로, 진찰 또는 입원행위와 같이 빈도가 높고 기본이 되는 행위들은 기본진료료로 구분하였다. 치과, 한방, 약국부문은 부문 자체를 하나의 진료과로 간주하였다 결과적으로 전체 행위를 총 27개의 진료과로 구분하였다.

행위유형은 상대가치개정연구에서 개발한 행위유형을 일부 보완하여 사용하였다. 상대가치개정연구 시에는 행위가 보편적으로 이루어지는 장소와 특성에 따라 검체검사, 기능검사, 기본

진료, 마취, 방사선종양치료, 병실외래처치, 분만, 사회사업, 수술, 인터벤션시술, 치료실처치 등 11개로 분류하였다. 본 연구에서는 이러한 분류를 참고로 상대가치개정연구에 참여하였던 의사와 심사간호사 등으로 이루어진 전문가그룹에서 유사한 비용구조를 가진 것으로 판단되는 행위유형을 재분류하였다. 구분 기준은 각 행위의 목적에 따라 기본진료, 수술, 처치, 인터벤션 시술, 검사, 약국행위 6개로 크게 구분하고, 이를 다시 방법, 시술 장소 등 행위특성을 고려하여 세부적으로 기본진료 세 개(외래진찰과 입원, 기타)로, 의과의 수술은 두 개(전신마취, 국소마취)로, 검사는 검사유형별 특성을 고려하여 세 개(영상검사, 검체검사, 기능검사)로 세분류하였다. 한방이나 약국 등 부문별 특성에 따라 공통으로 할 수 없는 행위들은 독립적인 행위유형을 별도로 구분하였는데 한방의 침술, 비침술, 약국행위가 그 예이다. 이러한 과정을 거쳐 총 13개의 행위유형을 정의하였다(그림 1).

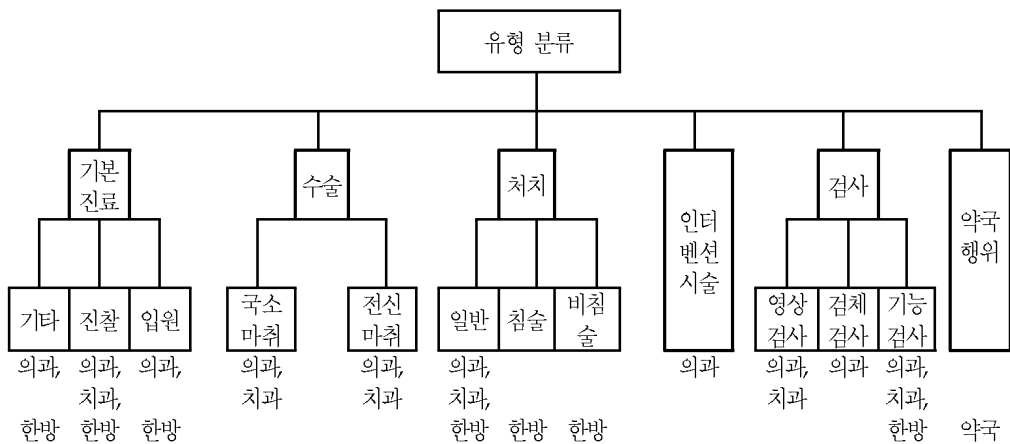


그림 1. 행위유형의 구분

행위특성을 기준으로 분류한 각 유형별 행위 수는 수술유형이 전체 5,163행위 중 1,937개 (37.5%)로 가장 많았고, 다음으로 검체검사 1,072(20.8%)개, 영상검사 791개(15.3%), 처치 639개(12.4%), 기능검사는 422개(8.2%) 순이었다(표 1).

이 연구에서 사용한 행위별 비용자료는 의사협회 등 전문가단체에서 제시한 의사업무량, 임상전문가패널에서 구축한 행위별 직접비용자료, 그리고 의료기관 회계조사 결과를 이용한 변환지수 등을 이용하여 추정되었다. 상대가치개정연구에서 각 행위의 비용은 의사비용, 보조인력 인건비, 장비비, 재료비, 간접비, 의료사고 위험도비용을 구분하여 제시되어 있다. 의사비용은 의료행위를 하는 주시술자인 의사의 비용을 나타내는 것으로, 회계조사를 통해서 파악한 전체 의사인건비(전공의 제외)를 의사업무량을 이용해서 행위별로 배분하여 결정되었다. 보조인력인건비는 주시술자인 의사를 제외한 나머지 인력(전공의, 간호사, 의료기사 등)

표 1. 연구 대상 행위의 유형 구분 현황

행위유형		의과	치과	한방	약국	계	백분율
기본	기타	8		19		27	0.4%
	입원	48		25		73	1.4%
진료	진찰	11	4	7		22	0.5%
	소 계	67	4	51		122	2.4%
수술	국소마취	531	135			666	12.9%
	전신마취	1,271				1,271	24.6%
	소 계	1,802	135			1,937	37.5%
처치	일반	537	62	13		627	12.1%
	침술			12		12	0.2%
	비침술			15		15	0.3%
	소 계	537	62	40		639	12.4%
인터벤션시술		122				122	2.4%
검사	영상검사	769	22			791	15.3%
	검체검사	1,072				1,072	20.8%
	기능검사	406	8	8		422	8.2%
	소 계	2,247	30	8		2,285	44.3%
약국행위					58	58	1.1%
총 계		4,775	231	99	58	5,163	100.0%

의 인건비를 나타내는 것으로, 임상전문가패널에서 구축한 행위별 보조인력 인건비에 회계조사를 통해 추정된 변환지수를 적용하여 결정되었다. 보조인력 인건비와 마찬가지로 재료비나 장비비도 임상전문가패널에서 구축한 행위별 재료비와 장비비에 회계조사를 통해 추정된 변환지수를 적용하여 추정하였다. 간접비는 회계조사에서 나온 전체 간접비를 직접비(의사비용, 보조인력 인건비, 장비비, 재료비)에 따라 배분하여 결정하였다. 의료사고 위험도비용은 별도의 과정을 통해서 조사된 진료과별 의료사고비용을 의사업무량에 따라 행위별로 배분하여 결정되었다(건강보험심사평가원, 2006). 이 연구에서는 이러한 비용구조와 정의를 그대로 유지하였지만, 의료사고 위험도비용은 간접비에 포함시켜 결과를 제시하였다.

이렇게 도출된 최종 행위별 비용자료에 2007년도 행위빈도를 가중 평균하여 상기에서 구분한 진료과별, 행위유형별 비용구조를 분석하였다. 비용구조는 의사비용, 보조인력 인건비, 장비비, 재료비, 간접비 등 각각의 비용요소가 전체 비용에서 차지하는 비중으로 제시하였다.

같은 진료과 내에서도 행위유형에 따라 비용구조가 다를 수 있고, 반대로 같은 행위유형이라고 하더라도 진료과에 따라 비용구조가 다를 수 있기 때문에, 26개 진료과(치과, 한방, 약국 제외, 기본진료는 3개로 구분)와 10개 행위유형을 조합하여 총 79개의 그룹을 정의하고 각 그룹의 비용구조를 분석하였다. 이후 비용구조의 유사성에 근거하여 79개 그룹을 몇 개의 그룹으로 통합하기 위해서 의사비용, 보조인력 인건비, 장비비, 재료비, 간접비 등 각 비용요소들을

설명변수로 사용해서 군집분석을 시행하였다. 군집화 방법은 군집중심(centroid)간의 거리에 가중치를 부여하여 군집간의 거리를 계산하는 Ward's method를 적용하였다. 또한 군집분석 결과, 적정 군집개수는 군집개수별 설명력( $R^2$ )의 변화정도를 고려하여 결정하였으며, 통계분석 도구는 SAS 8.2를 사용하였다. 치과, 한방, 약국부문은 하나의 진료과로 보았기 때문에 별도의 통합분석은 시행하지 않았다.

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 진료과별 비용구조

진료과별 분석결과 간접비를 제외하면 의사(약사)비용이 여타 비용에 비해 높은 진료과는 소아청소년과, 안과, 외과, 의과공통, 치과, 한방, 약국 등 7개였다. 보조인력 인건비 비중이 간접비를 제외한 여타 비용에 비해 높게 나온 진료과는 내과, 마취통증의학과, 신경과 등 13개로 분석되었다. 장비비 비중이 간접비를 제외한 여타 비용에 비해 높은 진료과는 방사선종양학과, 영상의학과, 비뇨기과, 신경외과 등 4개로 분석되었다. 재료비 비중이 간접비를 제외한 여타 비용에 비해 높은 진료과는 진단검사의학과와 핵의학과 등 2개로 분석되었다(표 2).

#### 2. 행위유형별 비용구조

##### (1) 의과

행위유형별로 비용구조를 분석한 결과 의과의 경우 기본진료\_진찰과 기본진료\_기타에서는 의사비용의 비중이 각각 69.8%, 66.5%로 여타 비용에 비해 월등히 높았고, 기본진료\_입원, 수술, 처치는 보조인력 인건비 비중이 21.7%~44.9%로 여타 비용에 비해 높았다. 인터벤션시술과 영상검사는 장비비 비중이 30.7%~35.7%로 간접비를 제외한 여타 비용에 비해 높았고, 검체검사는 재료비 비중이 38.6%로 여타 비용에 비해 높아, 행위유형별로 비용구조의 차이가 있음을 확인할 수 있었다(표 3).

##### (2) 치과

치과의 경우에는 기본진료\_진찰과 수술, 처치 등에서 의사비용의 비중이 35.2%~ 55.3%로 여타 비용에 비해 높았지만, 영상검사는 보조인력 인건비 비중이 35.8%로 여타 비용에 비해 높아 행위유형별로 비용구조의 차이가 있음을 확인할 수 있었다(표 4).

##### (3) 한방

한방의 경우 기본진료 진찰, 처치의 침술과 비침술, 기능검사에서 의사비용의 비중이 39.2% ~ 82%로 여타비용에 비해 높았으며, 기본진료\_기타에서는 보조인력의 인건비 비중이 52.5%로 여타 비용에 비해 높았다(표 5).

표 2. 진료과별 비용구조

연번	진료과	의사(약사) 비용	보조인력 인건비	장비비	재료비	간접비	비용합계
1	기본진료_기타	66.5%	17.8%	0.0%	1.8%	13.9%	100.0%
	기본진료_입원	17.9%	44.9%	2.3%	3.0%	31.9%	100.0%
	기본진료_진찰	69.8%	16.8%	0.0%	0.5%	12.8%	100.0%
2	내과	16.7%	28.0%	11.6%	10.9%	32.9%	100.0%
3	마취통증의학과	24.0%	30.7%	7.2%	8.2%	29.9%	100.0%
4	방사선종양학과	3.7%	8.5%	47.6%	3.1%	37.1%	100.0%
5	병리과	16.2%	28.4%	7.8%	15.4%	32.2%	100.0%
6	비뇨기과	18.3%	16.5%	24.8%	7.8%	32.5%	100.0%
7	산부인과	18.4%	29.7%	3.8%	10.6%	37.4%	100.0%
8	성형외과	20.3%	31.9%	7.3%	7.4%	33.1%	100.0%
9	소아청소년과	34.1%	30.9%	5.0%	3.8%	26.2%	100.0%
10	신경과	16.4%	30.7%	6.9%	12.6%	33.4%	100.0%
11	신경외과	13.4%	16.0%	23.3%	8.0%	39.3%	100.0%
12	안과	30.1%	24.9%	10.1%	7.2%	27.7%	100.0%
13	영상의학과	10.9%	19.9%	30.9%	4.0%	34.3%	100.0%
14	외과	21.8%	21.8%	6.9%	15.7%	33.9%	100.0%
15	응급의학과	30.1%	35.4%	1.0%	4.8%	28.8%	100.0%
16	의과공통	45.5%	22.0%	3.3%	7.0%	22.2%	100.0%
17	이비인후과	22.8%	24.3%	10.4%	12.5%	30.1%	100.0%
18	재활의학과	12.9%	35.6%	2.5%	15.3%	33.6%	100.0%
19	정신과	34.8%	37.2%	1.1%	1.5%	25.3%	100.0%
20	정형외과	16.6%	29.4%	8.5%	10.9%	34.5%	100.0%
21	진단검사의학과	1.7%	9.1%	11.5%	39.9%	37.8%	100.0%
22	피부과	24.1%	26.0%	3.7%	16.7%	29.5%	100.0%
23	핵의학과	2.2%	22.5%	10.3%	27.4%	37.6%	100.0%
24	흉부외과	15.4%	22.0%	8.4%	12.1%	42.2%	100.0%
25	치과	44.3%	23.6%	8.6%	7.4%	16.1%	100.0%
26	한방	59.7%	9.8%	1.1%	15.3%	14.0%	100.0%
27	약국	54.7%	11.5%	0.7%	2.1%	31.2%	100.0%

표 3. 행위유형별 비용구조(의과)

행위유형	의사비용	보조인력 인건비	장비비	재료비	간접비	비용합계
기본진료_진찰	69.8%	16.8%	0.0%	0.5%	12.8%	100.0%
기본진료_입원	17.9%	44.9%	2.3%	3.0%	32.1%	100.0%
기본진료_기타	66.5%	17.8%	0.0%	1.8%	13.9%	100.0%
수술_국소마취	18.0%	21.7%	12.8%	13.8%	33.8%	100.0%
수술_전신마취	17.6%	22.5%	11.9%	12.7%	35.2%	100.0%
처치	24.8%	29.0%	7.6%	8.9%	29.7%	100.0%
인터벤션시술	8.1%	12.7%	35.7%	7.7%	35.8%	100.0%
영상검사	10.5%	20.2%	30.7%	4.3%	34.4%	100.0%
검체검사	2.3%	10.7%	10.9%	38.6%	37.5%	100.0%
기능검사	26.3%	25.9%	8.2%	10.1%	29.7%	100.0%
합계	35.4%	21.7%	6.6%	10.6%	25.7%	100.0%

표 4. 행위유형별 비용구조(치과)

행위유형	의사비용	보조인력 인건비	장비비	재료비	간접비	비용합계
기본진료_진찰	35.2%	23.5%	19.7%	3.0%	18.6%	100.0%
수술	49.1%	20.6%	2.5%	13.0%	14.9%	100.0%
처치	53.2%	22.3%	2.2%	8.7%	13.5%	100.0%
영상검사	28.2%	35.8%	6.9%	8.4%	20.8%	100.0%
기능검사	55.3%	22.9%	2.9%	5.7%	13.2%	100.0%
합계	44.3%	23.6%	8.6%	7.4%	16.1%	100.0%

표 5. 행위유형별 비용구조(한방)

행위유형	의사비용	보조인력 인건비	장비비	재료비	간접비	비용합계
기본진료_진찰	77.2%	6.2%	3.8%	4.7%	8.1%	100.0%
기본진료_입원	31.2%	30.9%	8.5%	6.3%	23.1%	100.0%
기본진료_기타	0.0%	52.5%	4.3%	10.0%	33.4%	100.0%
처치_침술	61.3%	12.3%	0.2%	12.5%	13.6%	100.0%
처치_비침술	39.2%	6.3%	0.1%	33.8%	20.6%	100.0%
처치_일반	27.5%	5.0%	0.1%	43.1%	24.4%	100.0%
기능검사	82.0%	6.2%	2.6%	2.8%	6.5%	100.0%
총합계	59.7%	9.8%	1.1%	15.3%	14.0%	100.0%

### 3. 진료과별, 행위유형별 비용구조 통합분석

진료과목-행위유형 조합을 이용한 79개 행위그룹에 대한 군집분석 결과, 80%이상의 설명력을 보이는 7개 군집을 최종적으로 도출하였다. 군집의 개수는 군집 추가로 인한 설명력 증가가 2% 이상이 되는 마지막 지점을 선택하였다. 최종 분류된 7개 군집의 특성을 살펴보면 다음과 같다(표 6).

[군집1]로 분류된 개체는 총 11개로, 장비비가 월등히 높은 내과 및 소아과의 인터벤션시술과 핵의학\_영상검사 항목들이 포함되어 있다.

[군집2]로 분류된 개체는 총 23개로, 보조인력 인건비가 상대적으로 높은 병리검사 및 신경과 기능검사 그리고 내과계의 수술 항목들이 포함되어 있다.

[군집3]으로 분류된 개체는 총 8개로, 보조인력 인건비가 월등히 높은 마취과 기능검사 및 안과의 처치, 재활의학과 기능검사 항목들이 포함되어 있다.

[군집4]로 분류된 개체는 총 19개로, 의사비용과 보조인력 인건비가 장비비나 재료비에 비해서 상대적으로 높은 내과 기능검사, 산부인과 기능검사 및 처치, 이비인후과와 정



신과 처치 항목들이 포함되어 있다.

[군집5]로 분류된 개체는 총 4개로, 의사비용이 월등히 높은 기본진료\_진찰과 의과공통의 처치항목들이 포함되어 있다.

[군집6]으로 분류된 개체는 총 5개로, 장비비가 상대적으로 높은 신경외과와 안과의 전신마취에 의한 수술항목들이 포함되어 있다.

[군집7]로 분류된 개체는 총 9개로, 재료가 상대적으로 높은 산부인과, 진단검사, 핵의학과의 검체검사와 성형외과, 흉부외과의 처치 항목들이 포함되어 있다.

표 6. 진료과-행위유형 통합그룹에 대한 군집분석 결과

군집	진료과목-행위유형 통합그룹 명칭	포함 그룹수
1	내과_영상검사, 내과_인터벤션시술, 소아과_인터벤션시술, 영상의학과_수술_국소마취, 영상의학과_인터벤션시술, 영상의학과_처치, 핵의학과_영상검사, 방사선종양학과_처치, 신경외과_처치, 비뇨기과_국소마취, 진단검사의학과_처치	11
2	신경과_기능검사, 재활의학과_처치, 피부과_기능검사, 피부과_처치, 내과_수술_국소마취, 내과_처치, 내과_수술_전신마취, 비뇨기과_처치, 산부인과_수술_국소마취, 산부인과_수술_전신마취, 성형외과_수술_국소마취, 신경외과_수술_국소마취, 외과_수술_국소마취, 외과_수술_전신마취, 이비인후과_수술_국소마취, 이비인후과_수술_전신마취, 정형외과_기능검사, 정형외과_수술_국소마취, 정형외과_수술_전신마취, 흉부외과_기능검사, 흉부외과_수술_전신마취, 병리과_검체검사, 소아과_검체검사,	23
3	기본진료_입원, 마취과_기능검사, 안과_처치, 재활의학과_기능검사, 정신과_기능검사, 정형외과_수술_처치, 핵의학과_처치, 의과공통_영상검사	8
4	내과_기능검사, 마취과_수술_국소마취, 마취과_처치, 비뇨기과_전신마취, 산부인과_기능검사, 산부인과_처치, 성형외과_수술_전신마취, 소아과_기능검사, 소아과_처치, 신경외과_기능검사, 안과_기능검사, 안과_수술_국소마취, 외과_인터벤션시술, 외과_처치, 응급의학과_처치, 이비인후과_기능검사, 이비인후과_인터벤션시술, 이비인후과_처치, 정신과_처치	19
5	기본진료_기타, 기본진료_진찰, 의과공통_처치, 비뇨기과_기능검사	4
6	영상의학과_기능검사, 영상의학과_영상검사, 응급의학과_기능검사 신경외과_수술_전신마취, 안과_수술_전신마취	5
7	산부인과_검체검사, 진단검사의학과_검체검사, 핵의학과_검체검사, 핵의학과_기능검사, 성형외과_처치, 흉부외과_처치, 의과공통_수술_국소마취, 의과공통_수술_전신마취, 피부과_수술_국소마취,	9
	총 계	79

최종 분류된 7개 군집의 비용구조를 분석해 보면, 4군집과 5군집에서 각각 의사비용이 28.8%, 57.3%로 높았고, 2군집과 3군집에서는 보조인력 인건비가 27.0%, 44.9%로 높게 나타났다. 1군집과 6군집은 장비비가 38.6%, 24.7%로 높았고, 7군집은 재료비가 28.4%로 높게 나타났다(표 7).

표 7. 진료과-행위유형 통합그룹 군집별 비용구조

군집	포함 그룹 수	의사비용	보조인력 인건비	장비비	재료비	간접비
1	11	7.5%	12.1%	38.6%	5.8%	36.0%
2	23	16.9%	27.0%	7.1%	14.5%	34.5%
3	8	16.9%	44.9%	3.6%	2.1%	32.5%
4	19	28.8%	28.4%	5.7%	7.4%	29.8%
5	4	57.3%	17.9%	1.9%	4.8%	18.1%
6	5	18.2%	17.4%	24.7%	6.6%	33.2%
7	9	14.0%	19.9%	3.5%	28.4%	34.3%
합계	79	20.3%	25.2%	11.2%	10.9%	32.4%

## IV. 고 찰

환산지수가 이미 의과병원, 의과의원, 치과, 한방, 약국 등으로 나누어져서 별도 계약이 되고 있지만, 이를 좀 더 세분화하는 제안이 지속적으로 이루어지고 있다. 김진현 등의 연구(2006)에서는 의과의 경우 종합전문병원, 종합병원, 병원, 의원 등으로 세분화하여 계약을 하자는 제안이 이루어졌다. 더 나아가 의과의원과 전문병원을 진료과목별로 몇 개의 그룹으로 나누자는 제안이 이루어졌다. 치과나 한방의 경우 종합전문병원 내 치과(한방)병원, 치과(한방)병원, 치과(한방)의원으로 세분화하고, 약국의 경우 병원 내 약국과 개원약국으로 세분화하는 안을 제시하였다. 이러한 안은 요양기관의 특성만을 고려한 것으로 행위별로 다른 비용구조를 환산지수에 적절하게 반영하지 못하는 단점이 있다.

환산지수는 상대가치점수와 원가라는 두 가지 요소에 의해 지배되는 구조를 지니고 있다(오동일, 2002). 상대가치점수는 수가의 상대적 구조를 나타내는 것으로 장기간 고정적 값을 가지는 반면, 원가는 투입요소의 비용 변화를 반영하여 수시로 변하는 성격을 가지고 있다. 환산지수를 매년 계약하는 것은 이렇게 수시로 변하는 원가를 건강보험수가에 적절히 반영하는 기전으로서의 의미를 지니고 있다.

이런 측면을 고려할 경우 환산지수 계약을 위한 유형분류는 요양기관그룹이 아니라, 유사한 비용구조를 가지는 행위그룹을 대상으로 해야 한다. 요양기관의 특성별로 투입비용의 차이가 있을 수 있지만, 동일한 의료행위일 경우 시행되는 기관이 다르다고 하더라도 비용구조는 유사하다고 가정할 수 있다. 비용구조가 동일하다면 비용 상승률은 동일할 것이기 때문에 동일한 행위일 경우 시행 기관의 종류에 상관없이 동일한 환산지수 인상률을 적용해야 할 것이다. 이런 점에서 의과를 병원과 의원으로 분리하고 환산지수 인상률을 달리 적용하는 것은 투입비용의 변화를 수가에 반영하는 환산지수 본래의 기능과는 맞지 않는다고 볼 수 있다.

동일 의료행위라고 하더라도 병원별로 그리고 의사별로 비용구조가 조금씩 다를 수 있다. 하지만 이러한 차이보다는 의료행위간 비용구조의 차이가 더 크다. 또한 건강보험에서는 이러한 병원별, 의사별 편차를 인정하지 않고, 평균적인 비용구조에 근거해서 상대가치를 산출하여 수가를 정하고 있다. 이는 동일한 행위에 대해서는 병원이나 의사와는 무관하게 동일한 보상을 하겠다는 기본적인 수가보상원칙에 근거한다고 할 수 있다. 이러한 원칙에 비추어 보면 시행기관과는 무관하게 동일한 의료행위는 동일한 비용구조를 가진다는 가정을 할 수 있을 것이다.

그렇다면 수가계약을 위한 행위그룹을 어떻게 정의할 수 있을 것인가? 상기 분석결과 진료과별, 행위유형별로 비용구조가 큰 차이가 있는 것으로 나타났다. 이러한 점을 고려할 경우 진료과별, 행위유형별로 행위그룹을 정의할 수 있지만, 이렇게 정의된 수십 개의 그룹을 대상으로 일일이 수가계약을 하는 것은 현실적인 방안이 되지 못한다. 유형이 너무 세분화될 경우 계약의 효율성이 떨어질 수 있고, 반면 지나치게 단순하면 유형 내에서 갈등이 발생하고 차별화의 요구가 커질 수 있다. 따라서 이 연구에서는 진료과와 행위유형을 조합하여 만든 79개 그룹을 7개 군집으로 축소하여 제시하였다. 7개 군집을 성격별로 구분하여 수가계약을 위한 의과의 유형분류를 제시하면 다음과 같다.

- 유형1> 의사비용이 주된 행위그룹(군집5)
- 유형2> 의사비용과 보조인력인건비 순으로 인건비가 높은 행위그룹(군집4)
- 유형3> 보조인력인건비와 의사비용 순으로 인건비가 높은 행위그룹(군집2)
- 유형4> 보조인력인건비가 주된 행위그룹(군집3)
- 유형5> 장비비와 의사비용이 높은 행위그룹(군집6)
- 유형6> 장비비가 주된 행위그룹(군집1)
- 유형7> 재료비가 높은 행위그룹(군집7)

치과나 한방의 경우도 유사하게 행위그룹을 정의할 수 있지만, 이 연구에서는 추가적인 분석을 하지 못하였다. 그리고 이번 연구에서 제시한 안은 개략적인 안으로 추후 이해단체들 간의

조정을 통해서 각 유형에 포함되는 행위들은 세부적으로 조정해 나갈 수 있을 것이다.

위와 같이 비용구조가 유사한 행위들을 묶어서 유형을 분류하는 것은 환산지수 인상률을 객관적으로 산출하기 위한 것이다. 기존에는 요양기관의 경영수지 자료나 원가분석 자료를 이용해서 유형별 환산지수를 산출하였는데, 이런 자료들은 수집하기 어려울 뿐만 아니라 자료의 신뢰성이나 대표성이 항상 논란의 대상이 되었다(최병호 등, 2007) 하지만 행위그룹을 기준으로 한 새로운 유형 분류가 정착이 되면, 각 유형의 비용 인상률을 객관적으로 산출할 수 있어서 환산지수 인상률 결정이 용이해질 수 있다. 각 유형별로 비용구조가 밝혀져 있고, 각 비용요소별로 상세내역자료가 구축되어 있기 때문에, 비중이 큰 대표적인 항목들을 선정하여 물가바스켓을 만들면, 각 유형별로 비용 인상률을 비교적 정확하게 추정할 수 있다. 환산지수 조정은 이러한 비용 인상률에 근거해서 이해당사자들 간의 협상을 통해서 결정될 수 있을 것이다.

하지만 새로운 유형분류가 도입이 되더라도 수가수준을 둘러싼 해묵은 갈등이 완전히 해결되기는 어려울 것이다. 환산지수 수준을 둘러싼 갈등의 근저에는 급여-비급여의 수익 및 비용 불균형이 있다. 급여부분에서 보상받지 못하는 비용을 비급여부분에서 벌충하는 현재의 왜곡된 수입 및 비용구조가 지속되는 한 환산지수를 둘러싼 논쟁은 해결되기가 어렵다(강길원, 2009). 환산지수를 둘러싼 이해당사자들의 갈등을 근본적으로 해결하기 위해서는 비급여부분의 과도한 이윤을 없애거나 축소하고 급여부분에 대한 적정보상을 하는 근본적인 지불제도 개편이 필요하다. 하지만 새로운 유형분류가 정착이 되면, 객관적인 환산지수 인상률 도출이 가능해지기 때문에 환산지수 인상률을 둘러싼 이해당사자들의 갈등을 줄이는 데는 큰 기여를 할 수 있을 것이다.

위와 같은 유형별로 수가계약을 할 경우 각 유형의 계약을 누가 담당할 것인지가 문제가 될 수 있다. 각 유형별로 협상대표를 선정할 수도 있지만, 한 유형 내에 다양한 진료과가 포함되어 있어서 유형별로 협상대표를 선정하는 것은 비효율적일 수 있다. 따라서 현재와 같이 병원협회와 의사협회가 각 진료과의 입장을 대변하여 계약을 체결하는 것이 효율적인 것이다. 예를 들어 의사비용이 높은 유형 1과 2는 의사협회가, 보조인력 인건비나 장비비, 재료비가 높은 유형 3~7은 병원협회가 주도하여 협상을 진행할 수 있을 것이다.

이 연구의 가장 큰 제한점은 비용구조 추정을 위해서 활용한 기초자료가 아직 불완전하다는 점이다. 이 연구에 사용한 비용자료는 상대가치개정연구에서 구축한 행위별 직접비용자료와 의료기관 회계조사자료에 기초를 두고 있다. 임상전문가패널이 작성한 행위별 직접비용자료는 수십만 줄에 달하는 방대한 자료로, 진료과별 조정이나 작성 오류에 대한 충분한 검증이 이루어지지 못하여 자료가 안정적으로 구축되었다고 보기가 어렵다. 또한 회계조사자료도 300여개 기관을 포함하는 대규모 조사 결과이긴 하지만 자료의 정확도 문제나 대표성 부분에 대해서는 논란의 여지가 남아 있다(강길원 등, 2007). 이러한 문제점이 있지만 이 연구에서는 상대가치개정연구에서 밝혀진 의료비용 구조가 의료행위의 특성을 평가하는 데는 충분한 자료로 판단하였다. 하지만 행위별 비용자료의 적정성에 대해서 향후 지속적인 검토가 이루어질 필요가 있다.

## 참 고 문 헌

- 강길원, 이충섭. 건강보험 상대가치 개정 연구의 성과와 한계. 보건행정학회지 2007 ; 17(3)  
: 1-25
- 강길원. 만성질환 증가와 진료비지불제도 개혁 방안. 2009년 보건행정학회 추계학술대회 연세  
집. 2009
- 건강보험심사평가원. 상대가치점수 개정연구 보고서. 서울 : 건강보험심사평가원 ; 2006
- 김진현, 최병호. 건강보험 환산지수의 유형별 분류방안. 대한예방한의학회지 2006 ; 10(2) :  
147-158
- 감신, 강길원, 김창엽, 박웅섭, 박형근, 신영전 등. 보건의료개혁의 새로운 모색. 서울 : 한올아  
카데미 ; 2006. : 143-191
- 오동일. 우리나라 행위별 수가의 환산지수 연구 흐름. 산업과학연구 2002 ; 12 : 1-25
- 이평수. 요양급여비용 유형별 계약의 과제와 발전방향. HIRA정책동향 2008 ; 2(1) : 16-19
- 최병호, 허순임, 강길원, 은상준, 신자은, 문상호 등. 건강보험 급여비 지불체계 개편방안. 서울  
:국민건강보험공단 ; 2007 : 76-94
- 최병호. 유형별 수가계약을 어떻게 볼 것인가? 앞으로의 진로는? HIRA정책동향 2008 ; 2(1)  
: 6-10