

## 의료기관 인공신장실의 원가계산에 의한 적정수가에 관한 연구

문승권\*<sup>†</sup>, 이윤석\*\*

다산경영정보연구원 원장\*, 남서울대학교 보건행정학과 교수\*\*

### <Abstract>

#### Study on optimal treatment payment by cost accounting in the artificiality kidney center in medical institutions

Seung-Kwon Moon\*<sup>†</sup>, Yun-Seok Lee\*\*

*Chief of Dasan Management Information Research Ins.\*,  
Professor, Dept. of Public Health Administration, Namseoul University\*\**

This study is to research cost accounting practice and to analyze propriety of patients' medical payment in artificiality kidney center.

The researched cost datum of the year 2012 are as follows.

- Hemodialysis medical treatment was reimbursed as much as 158,001 won in case of health insured patients, but payed-off as much as 135,810 won.
- The average figure of the total hospitals and clinic center is 1,603,303 won, and one time cost of hemodialysis treatment is 154,487 won.

Optimal treatment pay are suggested as follows.

First, Regardless of the notified classification from MOHW(Ministry of Health and Welfare), 136,000 won of fixed price payment classification needs to be reclassified by patients, severity and to be rearranged by fixed price payment system of hospitals.

Second, Fixed payment code notified by the Ministry of Health and Welfare is recommended to be simplifies and to reflect according to contents of the

\* 투고일자 : 2013년 5월 14일, 수정일자 : 2013년 6월 7일, 게재확정일자 : 2013년 6월 18일

† 교신저자 : 문승권, 다산경영정보연구원, 전화 : 010-2898-3860, E-Mail : skmoon38@hanmail.net

medical treatment rendered to patients.

Third, Establishment of artificial kidney center has to be risk managed because of its huge investment.

Fourth, Cost analysis model has to be maintained as basis together with appropriate application of conversion index model mixed with SGR model.

*Key words : artificiality kidney center, cost accounting, optimal treatment payment*

## I. 서 론

인공신장실 내 혈액투석 진료행위는 상급종합병원, 종합병원과 병원, 의원급 의료기관에서 이루어지고 있으며 의료기관의 규모와 특성에 따라 다양하고 투입원가의 보상 수준이 다르다. 혈액투석 환자의 특성상 장애인의 비중이 많아 건강보험수가에 비해 의료급여 혈액투석 수가가 낮고 진료비 보상에서도 원가보상 수준이 낮아 혈액투석 진료 서비스가 저하할 가능성이 있다.

이러한 혈액투석 환경에 대응하고자 의료급여 인공신장실을 이용하는 의료급여환자의 건강권을 확보를 위한 간담회가 개최된 바 있다(신상진 국회의원의실, 2010. 1. 7).

이선희 등(2004)은 정액수가제 도입 후 의료급여 혈액투석환자의 투석횟수 및 진료비 연구에서 진료비를 보상하기 위해 과잉진료 행태의 변화는 없었다고 밝혔다.

정두채(2006)는 혈액투석 원가분석에서 2005년을 기준으로 산출한 결과, 혈액투석 1회당 원가가 145,094원으로 조사하였다. 이에 수지균형원칙을 적용하여 11.57%의 인상을 제안하였는데, 그 이후 인공신장내과에 대한 원가실태조사가 이루어지지 않았다. 위와 같은 선행연구 이후 인공신장실의 원가계산을 통해 적정수가를 산출할 필요가 있다.

이에 따라 의료기관의 인공신장실 내 유형별 신장병 환자의 진료실적과 혈액투석 진료 자원의 투입요소를 분석하고 표준이 되는 의료기관의 인공신장실 혈액투석의 원가와 진료비를 분석하여 혈액투석 진료비 보상의 적정성을 검토할 필요가 있다.

본 연구에서는 의료급여 외래 혈액투석 정액수가제가 시행된 2001년 이후 의료기관 경영 등 그 동안의 환경 변화에 따라 인공신장실의 원가계산을 통해 적정한 수가 연구를 수행하고자 원가분석을 실시하게 되었다.

## II. 이론적 고찰

### 1. 의료수가제도의 내용

우리나라의 국민건강보험제도 하에서 의료기관 진료비 지불방식은 행위별수가제(Fee for Service)의 수가계약제로서 의료행위에 대한 상대가치와 환산지수를 곱하여 산정되는 방식을 도입하고 있다. 1977년에 전국국민건강보험제도가 실시된 이후 1999년까지는 수가고시제에 의한 행위별수가가 점수 또는 금액으로 정부에 의해 결정되었으며, 2000년 이후에는 국민건강보험법의 규정에 따라 의료공급자 단체의 대표와 국민건강보험공단 이사장이 환산지수의 값을 협의, 계약하는 방식으로 전환되었다.

국민건강보험법에 의하면, 보건복지부는 의료공급자와 연구기관이 제시한 상대가치 점수를 고시하고 이를 기준으로 보험자 대표와 의료공급자 대표는 상대가치의 점수당 단가를 계약하게 된다. 이 과정에서 국민건강보험공단은 부설 재정심의위원회의 심의를 거쳐 공단 이사장이 계약 당사자가 되고, 의료공급자는 각 전문직종별 의료공급자 대표들이 참여한 요양급여비용협의회를 구성하여 계약을 체결하게 된다. 건강보험 진료행위의 상대가치점수는 건강보험공단과 의료공급자 대표의 요양급여비용협의회 간 계약의 대상이 아니고 보건복지부에서 상대가치운영기획단과 수가조정소위원회, 건강보험정책심의위원회의 심의를 거쳐 고시하는 사항으로 되어있다.

### 2. 선행연구 고찰

황인경(1987)은 투석료 원가계산을 위하여 기본진료료와 진료행위 간에 직접비, 간접비가 각 지불수가에 대응하는 기준의 모호성을 지적하였다. 또한 환자에게 투석행위를 제공하는데 투여되는 모든 직접원가 즉, 재료비, 인건비, 각종 경비는 투석행위료에 포함되고, 의료수익에 대응하여 간접적으로 발생시키는 진료지원부서의 각종 원가는 기본진료료의 관리료에 해당되므로 인건비, 관리비 항목이 원가계산의 대상이 되어야 한다고 하였다.

대한투석전문의협회(2001)는 의료급여환자의 외래혈액투석수가가 포괄화 고시(보건복지부 고시 제2001-56호, 2001. 10. 31)에 의한 정액수가제인 혈액투석수가에 대한 문제점을 대한의사협회에 다음과 같이 제기하였다.

첫째, 기본투석 원가 140,522원(투석액, 약제비, 검사료, 조혈자극제인 Epo 투여비는 제외)에 비해 혈액투석관련 의료수가는 1회당 인공신장투석이 56,800원, 투석시 사용된 재료비 33,900원(투석액, 약제비, 검사료, 조혈자극제인 Epo 투여비는 제외)으로

상대적으로 너무 낮은 편이다.

둘째, 각 의료기관에서 실제 지급 받은 진료비는 45개 의료기관을 대상으로 조사한 결과, 1회당 평균 144,025원으로 산출되어 투석 1회당 136,000원의 가격은 기본 투석원가보다 낮아 실질적인 수가 인하의 결과가 된다.

셋째, 2000년 말 기준으로 혈액투석 환자 중 의료급여환자는 45%를 차지하고 있다. 지역별로 편차는 있지만 각 의료기관별 의료급여환자 비율은 1차 의료기관의 경우 약 65% 수준이다. 하지만 지방의 경우 약 90%가 의료급여 환자이며, 종합병원은 20~30% 수준이다.

따라서 현행 정액수가가 의료급여환자에 한정하더라도 의료급여환자 비율이 40% 초과할 경우 의료기관의 정상적인 경영을 어렵게 할 가능성이 있다고 본다.

손승환(2003)은 혈액투석 수가와 급여기준 등 투석 관련 의료보장제도를 분석한 결과, 건강보험의 혈액투석 상대가치 수준과 의료급여 혈액투석 정액수가제의 문제점을 다음과 같이 제기하였다.

첫째, 혈액투석 의료수가가 너무 비현실적이어서 혈액투석 분야를 더욱 어렵게 만드는 요인으로 작용해왔다. 즉 1983년부터 20년간 혈액투석수가(재료대 포함)의 증가율이 140%이지만, 누적물가인상지수는 248%, 수가누적인상지수는 370%까지 인상되어 사실상 혈액투석수가는 인하된 상태에 있다.

둘째, 의료급여환자 외래혈액투석의 정액수가제도(136,000원)는 질환의 중증도, 합병증 유무 등을 고려하여 동일 상병의 수가를 등급화하는 포괄수가제와 다르게 질환의 상태, 의료기관 간 차이(가산율)를 반영하지 않는 단일가격으로 진료비를 보상하므로 수가구조가 왜곡되어 있다.

이선희 등(2004)은 정액수가제 도입 후 의료급여 혈액투석환자의 투석횟수 및 진료비에 미치는 영향에 관한 연구(대한예방의학회지 제3권 제3호, 2004. 8)에서 다음과 같은 결과를 도출하였다.

첫째, 정액수가제 도입으로 감소된 투석 1회당 진료비를 보상하기 위해 투석치료기관이 의료급여환자의 투석횟수를 증가시키는 과잉진료 투석진료행태의 변화는 없었다고 하였다.

둘째, 의료급여 정액수가제 도입은 의료급여 재정 절감효과 측면에서는 성공적인 것으로 보였다. 하지만 건강보험진료비에 전가, 의료급여환자 진료 거부 등의 문제점을 야기할 가능성을 언급하였다. 즉 의료급여 투석진료비 감소비율이 큰 종합병원 및 종합전문요양기관에서 건강보험 투석진료비가 크게 증가한 현상이 이를 간접적으로 증명하였다고 진단하였다.

셋째, 의료급여진료비는 2001년에 비해 2002년에 유의한 감소를 보인 반면, 건강보험은 반대로 2002년에 유의한 증가를 보였다. 이는 DRG 도입으로 인해 입원진료비는 감소하는 대신 외래진료비가 증가한 것과 유사하다. 이러한 결과를 바탕으로 혈액투석 의료기관에서 두 의료보장제도를 같이 운영하고 있는 현실에서 어느 한 제도만의 진료비 절감대책 만으로는 재정절감에 한계가 있다고 설명하였다.

대한신장내과학회에서 2005년에 시행한 혈액투석에 대한 원가분석(정두채, 2005)의 결과는 다음과 같다. 전체 의료기관의 평균 원가는 2005년 기준으로 투석 1회당 원가가 145,094원, 병원급은 144,716원, 의원급은 145,988원으로 조사되었다. 이 결과는 2006년 기준의 건강보험수가 상승률 3.5%를 고려하면, 평균 원가는 155,537원(2006년 기준)으로 건강보험수가와 비교시 3,227원의 차이에 불과하다. 이 연구의 결과를 반영하여 수지균형 수준으로 수가를 조정한다면 의료급여 혈액투석 정액수가를 151,980원(인상율 11.75%) 으로 인상할 필요가 있다고 제안한 바 있다.

경상대학교 건강증진사업단에서 수행한 「의료급여 혈액투석환자의 수가체계 개선(박기서, 2007)의 주요 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 내원일당 진료비에서 의료급여환자들이 정액수가의 영향으로 인해 건강보험환자에 비해 20,004원 적었지만, 의료급여환자의 환자 1인당 내원일수가 131.2일로서 건강보험의 109.6일에 비하여 21.6일이 더 많아 환자 1인당 총진료비는 의료급여 20,641,717원, 건강보험 19,437,655원으로 의료급여가 상대적으로 더 많았다.

둘째, 의료급여 혈액투석환자들은 정액점수에 의한 정액수가제를 고려해야 할 것이다. 이 경우 정액점수제는 기존의 진료행위에 대한 환산지수를 이용하였다. 정액점수제에 의한 정액수가제의 장점으로는 정액수가의 틀을 유지하면서 적절한 정액수가를 산정할 수 있고, 투석서비스의 질관리가 가능하다는 것이다.

셋째, 의료급여환자 외래 혈액투석에 대한 정액점수는 1,829.3점에 통합가산율 14.1%를 적용한 258점을 추가한 2,087.3점으로 하였으며, 이에 의한 정액수가는 126,699원(2006년 기준)이며, 사용되는 약제와 투석액 등은 정액(2001년 기준 20,000원)으로 가산하도록 제안하였다.

대한신장학회(2012)에서는 혈액투석 수가에 관한 문제점을 다음과 같이 제기하였다.

첫째, 만성신장병관련 보험재정의 대부분을 차지하는 말기신부전 치료인 투석관련 보험급여(의료급여 포함)은 수가의 수준, 약제 사용기준, 심사 과정 등에서 많은 문제점이 있으며, 최근에는 환자 진료의 질에 영향을 미치고, 의료기관 경영을 압박하는 수준에까지 이르게 되었다.

둘째, 혈액투석에 대한 의료수가가 너무 비현실적이라는 것이다. 혈액투석(1회당 재

료대 포함) 보험수가는 1977년 52,120원으로 처음 인정된 후 2008년에는 97,980원으로 변경되었는데, 이는 1977년도를 기준으로 보면, 2006년 건강보험수가지수는 810%, 2006년 물가인상지수는 634%로 상승된 것에 비해, 2008년 혈액투석수가는 188% 인상에 불과해 상대적으로 인하되었음을 알 수 있다. 이는 경제적으로 어려운 투석환자들의 이용자 입장을 우선적으로 고려하고, 각 의료기관의 편법 운영이 영향을 미쳤을 것이며, 관련 의료인의 객관적 자료를 통한 정책 담당자에 대한 충분한 설득 노력이 부족함 등이 원인일 것이다.

셋째, 만성신부전환자는 고액의 진료비가 요구되는 중증 환자이지만, 소수라는 점이다. 2005년 투석환자는 5만여 명이며, 여기에 소요된 총 비용은 8천억원 정도로 추정되고 있다. 이는 전체 인구 중 투석환자 비율이 0.14%인데 반해, 전체 보험재정에서 소요되는 비율은 3% 정도로 심한 불균형을 이룬다. 일정 수준의 보험재정으로 전 국민에게 공평한 의료보장을 하기 위해서는 일부 소수에게 재정이 집중되는 현상은 항상 감시의 대상이 된다. 따라서 보험재정의 불균형 초래 원인은 투석수가의 동결, 적정성 평가의 우선 대상, 의료급여 정액수가제, 무리한 심사과정 등으로 추정된다.

전기홍(2013)은 “합리적인 행위별 수가제에 근간한 서비스량을 연계 가격 결정 정책방향으로 지역별로 환산지수를 차별화하여 서비스 빈도 증가율이 안정적이거나 적어 절대적인 서비스량이 다른 지역보다 적은 곳의 환산지수를 높여 지역간 의료서비스 제공체계의 균형 발전을 이룰 수 있고, 1차 진료의 강화를 위한 정책 반영으로 3차 의료기관으로 환자 쏠림이 있는 경우에 의료기관 중별을 더 세분화하여 환산지수를 정함으로써 행위별수가제 하에서 의료자원의 배분을 합리적으로 할 수 있다”고 강조했다(한 의신문, 2013. 3. 22).

이해중(2013)은 ‘건강보험 원가체계 구축방안’에 대해 “원가계산은 매우 복잡한 과정이며, 많은 자료를 필요로 하는데 원가계산 결과는 기초자료를 산출하는 병원 기간제 시스템(Legacy System)의 수준, 병원의 자료관리 역량, 자료의 수집가능성 등에 크게 영향을 받고 있다”고 지적했다.

즉, “원가계산의 흐름 관점에서는 수가별 재료 사용량 및 시간을 집계하여 직접비를 계산하는 상향식(Bottom-up) 방법과 간접비를 위에서부터 배부하는 하향식(Top-down) 방법을 혼용하는 것이 바람직하다”고 밝혔다. 신의철(2013)은 ‘건강보험 수가 결정의 거버넌스 이슈’ 발표를 통해 “수가결정계약제의 개선방안으로 정부 및 건강보험정책심의위원회의 역할을 새롭게 규명하고, 계약당사자로서의 독립적 자율적 지위를 부여하는 등 공단의 보험자 역할을 부여하는 한편 보험자-제공자 간 조정기구 설립이 필요하다”고 언급했다.

선행연구를 종합적으로 고찰하면, 2001년에 136,000원으로 결정된 의료급여 외래

혈액투석 정액수가 현재까지 상향 조정되지 않은 채 유지되어 왔기 때문에 의료기관에서 투입자원의 감축과 비용절감을 통해 위기에 대응해 왔을 것으로 추정된다.

투입자원 감축과 비용절감은 혈액투석 진료서비스의 질적 저하와 내·외부 고객의 불만요인으로 작용하게 된다. 또한 혈액투석 진료에 적정 수익을 보장하지 않아 적자가 누적되면 결국 의료기관의 재투자 능력을 상실하게 되어 혈액투석 장비·재료가 부실해질 우려도 있다. 따라서 혈액투석 수가를 원가를 보전하는 수준으로 조정할 필요가 있으며, 특히 의료급여 외래 혈액투석 정액수가의 상향 조정이 필요할 것으로 판단된다.

### 3. 혈액투석 수가 구조

#### 1) 의료수가 수준의 결정 기준

##### (1) 금액고시제

건강보험법이 2000년 7월에 개정되기 이전의 의료수가 수준의 결정은 보건복지부가 전문연구기관에 수가 수준에 관한 연구용역을 의뢰하여 수가 조정안을 도출한 뒤, 이를 기초로 물가상승률 등을 감안하여 의료계 및 기획재정부와 협의에 의해 수가 항목별로 금액을 고시하는 금액제의 형태를 도입하였다.

##### (2) 수가계약제

2000년 7월 국민건강보험법 실시로 건강보험 수가는 기존의 고시제에서 보험자와 공급자간의 계약에 의해 결정되도록 되었으며, 2001년부터는 기존 행위별수가제에서의 문제점으로 제기되고 있는 수가 항목 간의 불균형을 해소하고 수가 조정 과정에 대한 합리성을 높이기 위해 상대가치체계에 의한 점수제가 도입되어 현재까지 적용하고 있다. 따라서 점수제 하에서는 1점당 수가금액으로 전환시키는 기준금액인 환산지수를 결정하기 위한 보험자와 공급자간의 합의계약이 전제가 되고 있다.

##### (3) 년도별 환산지수의 변화

수가계약제에 의한 점수당 환산지수는 2001년부터 시행되었으나, 본 연구와 관련하여 년도별 환산지수는 <표 1>과 같이 2006년부터 2013년까지 제시한다. 이 표에 의하면 2007년까지는 모든 요양기관이 동일한 환산지수를 적용하여 수가를 산정하였으나 2008년부터는 요양기관 유형별로 구분하여 상이한 환산지수를 적용하여 수가에 반영하고 있다. 따라서 2006년의 환산지수 60.7원을 기준으로 하며, 2011년에 병원급은 64.9원으로 4.2원(6.92%)이 인상된 반면, 의원은 5.9원(9.72%)이 인상된 것으로 나타났다. 2012년에 병원급은 66.0원으로 5.3원(8.73%)이 인상된 반면, 의원은 7.8원(12.85%)이 인상된 것으로 나타났다. 2013년에 병원급은 67.5원으로 6.8원(11.20%)이 인상된 반면, 의원은 9.4원(15.49%)이 인상된 것으로 나타났다.

<표 1>

년도별 환산지수의 추이

(단위 : 원)

유형별 분류	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
종합병원, 병원 및 요양병원	60.7	62.1	62.2	63.4	64.3	64.9	66.0	67.5
의 원			62.1	63.4	65.3	66.6	68.5	70.1

2) 혈액투석수가 수준의 결정기준

(1) 건강보험 수가

건강보험에서의 혈액투석수가의 요소는 기본행위료, 필수 사용재료, 약제로 구성되어 있다. 기본행위료는 보건복지부 고시에 의한 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수의 분류번호 자-702에서 1회당 상대가치점수로 표시된다. 사용된 재료대에는 Dialyser, Tubing Set, Fistula Needle, IV Set, Syringe, Protector 등이 포함되며, 필수 약제에는 Heparin, Heparin 길항제, 생리식염수 등이 포함되어 있으며, 정액제로 산정하고 있다. 또한 혈액투석시 사용된 투석액은 별도로 산정하도록 되어 있다. 2006년부터 2011년까지 년도별 혈액투석의 상대가치 점수는 <표 2>와 같다.

즉, 재료 및 약제료는 2006~2011년 33,900원으로 일정하였으나 2007~2008년은 35,940원으로 6.0% 상향 조정되었다. 2006년도와 2007년의 혈액투석 점수는 1,025.27점으로 동일한 투석점수를 적용하였으며, 2008년은 2007년보다 6.7점(0.65%)이 상향 조정되었고, 2009년은 2008년보다 16.1점(1.53%), 2010년은 전년 대비 10.32점(0.98%), 2011년은 2010년보다 10.07점(0.95%) 상향 조정되었음을 알 수 있다.

<표 2>

년도별 혈액투석 상대가치점수 변화

년 도	점 수	비 고
2006	1,025.27	
2007	1,025.27	재료 및 약제료 35,940원(2007.11.1 ~ 2008.4.30)
2008	1,031.97	
2009	1,048.07	
2010	1,058.39	
2011	1,068.46	



(2) 의료급여 수가

의료급여환자의 혈액투석 수가는 보건복지부 고시 「의료급여 수가의 기준 및 일반기준」 제7조에 의거 의료기관 종별에 관계없이 136,000원의 정액수가를 산정하도록 되어 있다. 이 경우 혈액투석 1회당 정액수가는 진찰료, 혈액투석수기료, 재료대, 투석액, 필수경구약제 및 Erythropoietin 제제 등 투석당일 투여된 약제 및 검사료 등이 포함된 포괄수가이다. 또한 혈액투석의 정액수가 136,000원은 2000년 고시된 이후 현재까지 동일한 금액으로 시행되고 있다.

(3) 년도별 혈액투석 기본행위료 금액 비교

혈액투석 기본행위료는 해당항목의 상대가치 점수에 환산지수를 곱하여 계산하는 것이며, 건강보험 수가를 기준으로 년도별 의료기관 종류별 기본행위료의 금액을 비교하면 <표 3>과 같다. 이 표에 의하면 동일한 환산지수를 적용한 년도별 의원급과 병원급의 혈액투석 행위금액은 2006년 62,230원, 2007년 63,670원으로 동일하였으며, 상이한 환산지수를 적용한 2008년과 2009년에도 의원과 병원에 적용하는 환산지수에는 차이가 없어서 2008년에는 혈액투석 행위금액은 64,090원, 2009년은 66,450원으로 의원과 병원 모두 같은 금액을 적용하고 있다. 그러나 2010년과 2011년에는 의원과 병원에 적용하는 환산지수의 차이로 인하여 혈액투석 행위금액에도 차이가 발생하여 2011년을 기준으로 의원은 71,160원인데 비해 병원은 69,340원으로 의원이 병원보다 1,820원이 상향 조정되었다. 또한 이러한 행위금액은 2006년 62,230원을 기준으로 2011년 의원은 14.35%, 병원은 11.43% 인상된 결과를 보이고 있다.

<표 3> 년도별 종류별 건강보험 혈액투석 기본행위료의 금액 비교

(단위 : 점, 원)

년 도	투석 행위 점수	환산지수	의 원	병 원
2006	1,025.27	60.7	62,230	62,230
2007	1,025.27	62.1	63,670	63,670
2008	1,031.97	62.1	64,090	64,090
		62.2		
2009	1,048.07	63.4	66,450	66,450
		63.4		
2010	1,058.39	65.3	69,110	68,050
		64.3		
2011	1,068.46	66.6	71,160	69,340
		64.9		
인상률	2006년기준 2011년		14.35%	11.43%

3) 의료기관 종별 혈액투석 진료비 차이

(1) 년도별 건강보험 1회당 혈액투석 진료비

건강보험환자가 혈액투석 진료를 받을 경우 1회당 진료비를 년도별 및 의료기관 종류별로 구분하여 계산하면 <표 4>와 같다. 이 경우 진찰료는 재진진찰료를 적용하였으며, 가산금액은 각 의료기관의 종별 가산을 의원 15%, 병원 20%를 적용하여 계산하였다. 또한 정액제로 되어 있는 필수 재료비 및 약제료는 33,900원으로 산정하였다. 그러나 이 금액에는 투석시 사용되는 투석액과 필수 경구약제 및 Erythropoietin(적혈구 생성 촉진 인자) 제제 등은 제외된 것으로 제외된 금액을 포함하면 1회당 혈액투석 진료비가 된다.

<표 4> 년도별 의료기관 종류별 건강보험 1회당 혈액투석 진료비

(단위 : 원)

년 도	구 분	의 원	병 원
2006	재진진찰료	7,960	8,980
	투석행위료	62,230	62,230
	가산금액	9,335	12,446
	재료약제료	33,900	33,900
	총진료비	113,425	117,556
2007	재진진찰료	8,140	9,190
	투석행위료	63,670	63,670
	가산금액	9,551	12,734
	재료약제료	33,900	33,900
	총진료비	115,261	119,494
2008	재진진찰료	8,350	9,420
	투석행위료	64,090	64,190
	가산금액	9,614	12,838
	재료약제료	33,900	33,900
	총진료비	115,954	120,348
2009	재진진찰료	8,530	9,600
	투석행위료	66,450	66,450
	가산금액	9,968	13,290
	재료약제료	33,900	33,900
	총진료비	118,848	123,240

년 도	구 분	의 원	병 원
2010	재진 진찰료	8,780	9,730
	투석 행위료	69,110	68,050
	가산금액	10,367	13,610
	재료 약제료	33,900	33,900
	총진료비	122,157	125,290
2011	재진 진찰료	8,960	9,820
	투석 행위료	71,160	69,340
	가산금액	10,674	13,868
	재료 약제료	33,900	33,900
	총진료비	124,694	126,928

(주) 투석액은 투석금액에 포함되지 않음.

<표 4>에 의하면 건강보험환자가 의원에서 혈액투석을 받을 경우 투석액을 제외한 총진료비가 2006년은 113,425원이고, 병원은 117,556원으로 의원과 병원의 혈액투석 진료비 차이는 4,131원으로 나타났다. 또한 2006년부터 상대가치점수 및 환산지수가 매년 미미하게 인상되어 의원의 경우 2011년은 2006년보다 11,269원(9.93%) 인상된 124,694원이다.

#### (2) 년도별 의료급여 1회당 혈액투석 진료비

의료급여 혈액투석 1회당 진료비는 정액수가로 136,000원이며, 2000년 기준으로 결정된 이후 인상 조정 없이 일정금액을 유지하고 있다. 의료급여 정액수는 진찰료, 투석행위료, 투석액 및 약제료 등이 포함된 금액이다.

### 4. 혈액투석 적정성 평가

#### 1) 적정성 평가의 목적

건강보험심사평가원은 2012년 9월부터 인력과 장비, 혈액투석 기관을 대상으로 외래 진료분야 적정성 평가계획을 실시하게 되었다.

국내에서도 혈액투석 환자의 지속적 증가로 인해 의료비가 상승하고 있으며, 특히 당뇨, 고혈압 질환이 말기신부전증의 주요한 원인을 차지하고 있어 뇌졸중, 심혈관질환, 감염 등으로 인한 사망률이 높은 편이다. 따라서 환자관리에 대한 질 평가의 필요성이 대두되어 2008년부터 건강보험심사평가원에서 혈액투석 적정성 평가를 실시하였다. 혈

액투석 평가의 목적은 혈액투석의 질적 수준을 지속적으로 평가하고, 그 결과를 요양기관에 피드백 함으로써 요양기관의 자발적인 질 향상을 도모하며 국민에게 의료서비스 이용에 필요한 정보를 제공하여 궁극적으로 환자의 건강을 보호하는데 있다.

2) 적정성 평가 지표 내용

혈액투석병원에 대한 적정성 평가는 혈액투석 수가코드(O7020, O9991)가 발생한 전체 요양기관으로 구조 7개, 과정 5개, 결과부문 6개로 총 16개 평가지표를 통해 적정성을 <표 5>과 같이 평가하게 된다.

<표 5> 혈액투석 적정성 평가 지표

영역		지표명
구조	인력	· 혈액투석을 전문으로 하는 의사 비율 · 의사 1인당 1일 평균 투석횟수 · 2년 이상 혈액투석 경력을 가진 간호사 비율 · 간호사 1인당 1일 평균 투석횟수
	장비	· B형 간염 환자용 격리 혈액투석기 최소 보유대수 · 혈액투석실 응급장비 보유 여부
	시설	· 수질검사 실시주기 충족률
과정	혈액투석 적절도	· 혈액투석 적절도 검사 실시주기 충족률 · 혈액투석 적절도 충족 관리률
	혈관관리	· 동정맥류 협착증 모니터링 충족률
	정기검사	· 정기검사 실시주기 충족률
	빈혈관리	· 철분제 투여율
결과	혈액투석적절도	· 혈액투석적절도 충족률
	무기질관리	· 칼슘×인 충족률
	빈혈관리	· Hb 10g/dl 미만인 환자 비율 · 철 저장능 충족률
	혈압관리	· 수축기 혈압 충족률 · 이완기 혈압 충족률

### Ⅲ. 연구방법

본 연구는 선행연구의 고찰을 통한 문헌연구와 인공신장실을 설치하고 있는 병의원급 의료기관을 대상으로 구조화 된 설문지 조사를 통하여 분석을 실시하였다.

첫째, 문헌연구에서는 학위논문과 전문 학술지에 게재된 의료원가분석에 관한 연구자료를 활용하였다.

둘째, 경영실적 및 원가분석자료는 해당 의료기관을 대상으로 한 설문지와 결산자료

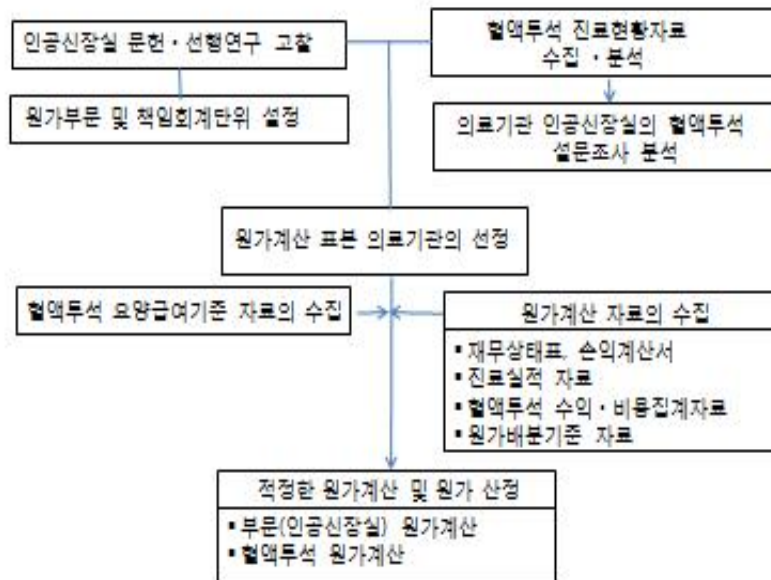
를 수집하여 분석을 하였다.

셋째, 원가 부문 및 책임회계단위를 설정하고 혈액투석 요양급여기준관련 자료의 수집, 재무상태표, 환자진료실적 등 원가계산 자료의 수집을 통해 인공지능장실의 부문별 원가계산에 의해 혈액투석원가를 산출하였다.

## 1. 연구모형의 설계

### 1) 연구의 틀

본 연구는 혈액투석 관련 문헌과 선행연구의 고찰, 의료기관의 진료행위에 대한 분석 결과를 고려하여 원가계산 모형을 구축하고 표본 의료기관을 대상으로 인공지능장실(또는 혈액투석실)의 원가계산 기준설정에 관한 자료를 수집하여 원가를 산출하였다<그림 1>.

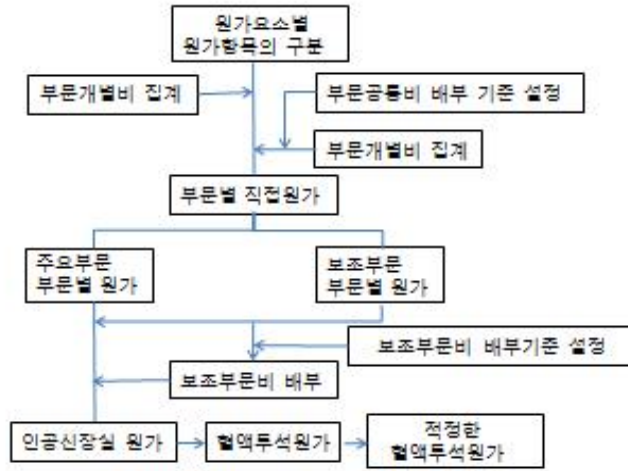


<그림 1> 연구의 틀

### 2) 원가계산의 체계

부문별원가계산 방법에 의해 인공지능장실의 원가를 산출한 후 진료량(혈액투석 횟수) 또는 의료수익을 기준으로 원가를 산출하였다<그림 2>.

부문개별비와 부문공통비의 집계 과정에 의료급여·건강보험 이외의 환자 비용, 비급여 혈액투석 진료비용, 미활용 장비 관련 비용과 미활동 관리비를 분리하였다.



<그림 2> 원가계산의 체계

## 2. 자료의 조사방법

혈액투석 의료기관(782개소) 중에서 건강보험심사평가원의 자료를 통해 의료기관 중 별 분포와 적정성 평가등급의 분포를 고려하여 원가계산 대상 표본 의료기관 20개소(의원 14개소, 병원 6개소)를 선정하였다. 이는 의원, 병원급의 각 중위수에 해당하는 의료기관을 표본으로 하여 원가계산 자료를 「혈액투석 비용조사표(의원)」과 「병원 혈액투석 원가계산을 위한 설문서」에 의해 다음과 같이 자료를 수집하였으며, 원가계산 자료가 미흡한 의료기관을 제외하고 17개소(의원 12개소, 병원 5개소)의 원가를 집계하였다.

- ① 투입자원 : 면적, 병상, 혈액투석기 보유대수, 투입인력
- ② 진료실적 : 연환자수, 의료수익
- ③ 인력 및 인건비
- ④ 의약품비와 치료재료비
- ⑤ 관리비(시설관리비, 영업관리비)

## IV. 연구 결과

### 1. 외래 혈액투석 환자당 진료비

의료기관별, 의료보장형태별 외래 혈액투석환자 1인당 혈액투석진료비는 <표 6>과 같이 분석되었다.

전체 의료기관의 평균진료비는 산술평균 152,668원(중위평균 155,324원)으로 분석되었으며 건강보험환자의 산술평균은 158,001원(중위평균 163,052원), 의료급여환자의 산술평균은 135,810원(중위평균 139,071원)으로 분석되었다.

건강보험환자의 외래 혈액투석환자 1인당 혈액투석 진료비는 병원은 169,414원, 의원은 152,734원으로 분석되었고, 의료급여환자의 외래 혈액투석환자 1인당 혈액투석 진료비는 병원은 148,489원, 의원은 129,959원으로 분석되었다.

<표 6> 의료기관별 외래 혈액투석 환자 1인당 진료비

(단위 : 원)

의료기관		건강보험	의료급여	계
병원	평균	169,414	148,489	165,038
의원	평균	152,734	129,959	146,959
전체	산술평균	158,001	135,810	152,668
	중위평균	163,052	139,071	155,324

## 2. 인공신장실 원가의 집계

의료기관별 혈액투석실 원가와 혈액투석 1회당 원가의 산출결과는 <표 7>, <표 8>과 같다.

전체 의료기관의 평균 혈액투석실 원가는 1,603,303천원, 병원은 1,977,830천원, 의원은 1,361,930천원으로 집계되었다. 전체 의료기관의 혈액투석 1회당 원가는 평균 154,487원으로 분석되었으며 병원은 190,490원, 의원은 141,395원으로 분석되었다.

혈액투석 1회당 병원과 의원의 전체 평균원가(154,487원)가 투석환자 1인당 진료비(152,668원)에 비해 다소 많게 산출되었으나 혈액투석실 원가와 혈액투석 1회당 원가의 대표 값으로는 산술평균이 유효할 것으로 판단된다.

<표 7> 의료기관 종별 인공신장실 평균원가

의료기관 종별	인공신장실 원가(천원)	혈액투석 1회당 원가(원)
병원	1,977,830	190,490
의원	1,361,930	141,395
전체평균	1,603,303	154,487

〈표 8〉 인공신장실 원가의 분포

(단위: 천원)

구분		병원	의원	전체
산술 평균		1,977,830	1,361,930	1,603,303
범위	최대	4,206,620	2,667,910	4,702,401
	최소	987,461	749,611	749,611
중위 평균		1,803,201	1,297,450	1,397,850

의료기관 중별 혈액투석 1회당 원가의 범위는 병원은 최소 151,536원에서 최대 216,215원, 의원급은 최소 124,423원에서 최대 160,612원으로 분포되었다. 전체 의료기관의 혈액투석 1회당 원가의 평균은 158,870원으로 분석되었으며 병원은 평균 190,490원, 반면에 의원은 141,395원으로 분석되었다<표 9>.

의료기관 중별 평균 원가 간에는 차이가 있으나 전체 원가의 산술평균(158,870원)과 중위평균(145,267원) 사이에 차이가 크지 않다. 특히 표본 수가 많은 의원의 경우 산술평균(141,395원)과 중위평균(144,110원)의 값이 근사치이므로 전체 분석대상 의료기관의 혈액투석 1회당 원가의 산술평균인 158,870원이 대표값이 되는 것으로 판단된다.

〈표 9〉 혈액투석 1회당 원가의 분포

(단위 : 원)

구분		병원	의원	전체
산술평균		190,490	141,395	158,870
범위	최대	216,215	160,612	216,215
	최소	151,536	124,423	151,536
중위평균		196,615	144,110	145,267

### 3. 의료급여 외래 혈액투석 원가의 산출

의료기관별로 인공신장실 의료급여 외래 혈액투석 원가는 다음과 같은 기준에 의해 배분, 집계되었다.

첫째, 의약품비 중 비급여로 분류되는 의약품비를 제외하였다.

둘째, 치료재료비 중 비급여로 분류되는 치료재료비를 제외하였다.

셋째, 인건비, 관리비와 부문공통비 배부는 전체 혈액투석 환자 수에서 의료급여 환자 수가 차지하는 비율에 의해 산출되었다.



분석대상 의료기관의 의료기관별 의료급여 외래 혈액투석 원가와 외래 혈액투석 1회당 원가의 분석 결과는 <표 10>과 같다.

<표 10> 의료기관별 의료급여 외래 평균 혈액투석 원가

의료기관	의료급여 혈액투석 원가 (천원)	혈액투석 1회당 원가 (원)
병원	364,412	146,310
의원	302,479	141,494
전체평균	318,994	142,779

의료급여 혈액투석 원가는 병원이 평균 364,412천원, 의원이 평균 302,479천원으로 집계되었으며 전체 의료기관(17개소)의 평균은 318,994천원으로 집계되었다<표 11>.

<표 11> 의료급여 외래 혈액투석 원가의 분포

(단위: 천원)

구 분	병원	의원	전체
산술평균	364,412	302,479	318,994
범위	최대	651,810	666,979
	최소	235,809	175,228
중위평균	289,706	253,707	291,672

의료급여 외래 혈액투석 1회당 원가의 전체 평균은 145,576원으로 분석되었으며 병원이 156,843원, 의원이 141,243원으로 분석되었다. 전체 분석대상 의료기관의 산술평균은 의료급여 중위평균 142,179원과 큰 차이가 없다<표 12>. 따라서 2011년도의 비용자료에 의한 의료급여 외래 혈액투석 1회당 원가는 145,576원인 것으로 판단된다.

<표 12> 의료급여 외래 혈액투석 1회당 원가의 분포

(단위: 천원)

구 분	병원	의원	전체
산술평균	156,843	141,243	145,576
범위	최대	198,973	198,973
	최소	30,137	118,112
중위평균	149,055	142,179	142,775

#### 4. 인공신장실의 적정수가 산정

인공신장실의 혈액투석원가 분석에서 2005년 기준으로 조사한 이후 원가 실태조사가 이루어지지 않았다. 건강보험 환자의 경우에는 진료비가 행위별수가제로서 상대가치점수와 환산지수에 의해 산정된다. 반면에 의료급여환자는 정액수가제로 운영되어지고 있다.

의료기관 유형별로 신부전증 환자의 진료실적과 인적·물적 투입요소를 분석하고 표준이 되는 의료기관의 인공신장실 혈액투석의 원가와 수익을 분석하여 혈액투석 진료비 보상수준의 적정성을 검토할 필요가 있다.

즉, 의료급여환자들에게 적용되는 낮은 금액으로 인하여 약제, 검사 등에서 건강보험환자들에 비하여 차별가격이 될 가능성이 있으며, 건강보험환자들에 비하여 의료급여환자들에 대한 진료기피 현상이 초래될 수도 있다.

본 연구에서는 위와 같은 특성을 고려하여 의료기관의 인공신장실 부문에 대한 원가계산을 수행한 결과 다음과 같이 적정한 수가를 산정, 제시하고자 한다.

첫째, 혈액원가 상대가치점수가 2006~2011년까지 1,025.27에서 1,068.46으로 상향 조정되었음에도 재료 및 약제료는 33,900원으로 고정되어 있으므로 상대가치점수와 정액진료비에 있어서 거시경제지표인 물가상승 등 요인을 충분히 반영하고 탄력적인 조정이 요구된다.

둘째, 보건복지부에서 고시한 의료급여환자의 혈액투석수가 기준이 의료기관 종별과 무관하게 정액수가인 136,000원으로 산정하도록 되어 있다. 이는 정기적 원가분석과 실태조사에 의한 건강보험심사평가원, 의사협회 등의 가격결정 기구에 의해 의료기관 종별 정액수가제 적용 등 조정이 필요하다.

셋째, 2005년부터 요양기관별로 다른 환산지수를 수가에 반영하고 있다. 하지만 종합병원, 병원, 요양병원별로 분류하여 환산지수를 적용하지 않아 의료기관 종별 특성과 자료조사에 근거하여 환산지수를 다르게 적용해야 한다.

즉, 건강보험과 의료급여 혈액투석 환자의 혈액투석 진료행위를 고려하여 병원이용률, 대형병원의 경우는 인공신장실과 복막투석실 환자 이용실태, 진료비 등을 정기적인 실태조사를 통해 반영하도록 한다.

넷째, 의료기관 종별 및 건강보험과 의료급여로 분류하여 혈액투석 수가의 원가보상율을 적용하도록 한다. 이를 위해 혈액투석 행위료, 치료재료비, 약제비(투석약, 경구약)로 원가항목을 분류하고 경비에 대해서도 세부 계정과목 범위를 정하고 원가보상율을 적용해야 한다. 경상대학교 연구(2007)에서는 정액점수에 통합 가산율(14%)을 정

하도록 제시했으나 경제적 원가보상율을 적용할 필요가 있다. 즉 경영자의 인건비, 투자비용 등 기회비용을 반영하도록 한다. 인건비 계정과목에서는 의료기사 등에 대해 인공신장실을 이용한 부분에 대한 공통비만을 배분하도록 한다.

다섯째, 혈액투석 예정원가와 실제원가를 분리하여 산출하고 원가 차이 발생시 차이 부분을 보전하도록 한다. 특히 물가변동율과 임금상승률을 적용할 경우 물가조사기관, 통계청, 한국은행 등 자료 제공기관을 명시하고, 관리비 및 부문 공통비 항목에서 전체 및 보건의료 소비자물가지수, 생산자물가지수, 예금은행 대출금리, 근로자 평균임금 인상률을 병행하여 계정과목 특성에 따라 공시하여 적용하도록 한다.

여섯째, 외래환자의 경우 진단, 투약, 투석횟수에 대해 진료횟수, 요양급여 금액이 환산누적점수에 반영되도록 하며, 만성질환 외래환자는 국가 사회보장 기능을 고려하여 투석주기를 반영하여 요양급여액에 대해 최고 한도를 설정하도록 한다. 이는 만성질환 환자이더라도 과잉진료를 스스로 통제하는 장치가 필요하기 때문이다.

일곱째, 혈액투석 적정성 평가지표의 개선이다. 인공신장실의 시설, 인력에 대해 가중치를 높게 배점할 필요가 있다. 적정성 평가 기준으로 구조지표, 과정지표, 결과지표로 분류되는데, 의료급여 환자들에 있어서는 결과지표 보다는 구조지표에 대한 평가시의 지표에 대한 배점을 더 높게 부여해야 한다.

## V. 결 론

본 연구는 의료기관의 인공신장실 의료급여 원가계산을 통해 적정한 의료수가를 연구하는데 목적이 있다. 이에 따른 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 외래 혈액투석 환자당 진료비에서는 건강보험환자는 158,001원, 의료급여환자는 135,810원으로 분석되어 건강보험환자가 의료급여환자에 비해 22,191원(16.3%) 높게 분석되었다.

의료급여환자의 외래 혈액투석환자 1인당 혈액투석진료비에서는 병원이 148,489원, 의원이 129,959원으로 병원이 의원에 비해 18,530원(14.3%) 높게 조사되었다.

또한 건강보험환자의 외래 혈액투석환자 1인당 혈액투석진료비에서도 병원이 169,414원, 의원이 152,734원으로 병원이 의원에 비해 16,680원(10.9%) 높게 분석되었다.

둘째, 인공신장실의 평균원가에서는 병의원 전체평균 1,603,303원, 혈액투석 1회당 원가 154,487원으로 분석되었다.

셋째, 의료급여 외래 혈액투석 원가에서는 의료급여 외래 혈액투석 원가 중 전체 평균이 318,994천원, 혈액투석 1회당 원가 142,779원으로 분석되었다. 한편, 혈액투석 1회당 원가에서 병원은 146,310원, 의원은 141,494원으로 조사되어 예상보다 병원과 의원간 차이가 미미한 것으로 분석되었다.

본 연구에서는 혈액투석 진료의 특성을 고려하여 분석한 후 원가계산을 통한 의료기관 종별 인공신장실의 적정한 수가를 다음과 같이 제시한다.

첫째, 황인경(1987) 연구에서 투석료 원가계산을 위해 기본진료료와 진료료 행위간에 직접비, 간접비가 지불수가에 대응하는 기준의 모호성을 언급하였다. 이에 구체적으로 수가보상과 원가보상의 적정기준을 설정하도록 할 필요가 있다. 수가보상과 가격수준에서 공급자 스스로 조정하여 생산을 결정하고 실제원가보다 낮을 경우 공급 부족에 의해 의료의 질 저하의 가능성이 있다. 이에 따라 실제원가 인정범위를 설정하고, 규모별 중위수 값의 의료기관을 선정하고 결산보고서, 환자이용실적 자료 등 객관적 자료를 활용하고 아버취-존슨효과에 의한 의료시설의 고급화, 과잉투자의 유인 제공으로 인하여 이용자에게 전가될 가능성을 배제하도록 한다.

둘째, 경상대학교(2007) 연구에서 의료급여 혈액투석 환자들은 정액점수제를 강조하였는데 본 연구에서도 의료기관 종별로 분류하여 원가계산을 통해 분석한 것이다. 혈액투석진료의 특성상 정액점수제 기준에 의한 정액수가제를 적용할 필요가 있다고 본다. 정액수가제에 의해 적정한 정액수가의 산정으로 혈액투석서비스의 질관리가 가능하기 때문이다.

이선희 외(2004) 연구에서도 정액수가제 도입으로 감소된 투석 1회당 진료비를 보상하기 위해 투석치료기관이 의료급여환자의 투석횟수를 증가시키는 과잉진료행위를 지적하였다. 즉 정액수가제 하에서 환자의 등급 분류 및 각 등급에 따라 수가가 결정되어야 한다. 이는 환자 중증도가 분류되지 않는 상태에서는 중증도에 따라 진료량의 변화가 큰 부분은 정액수가제 적용에서 제외되어야 최소한의 적정진료가 가능하다고 본다. 또한 의료기관 종별 가산율의 차이를 반영하여 중증 질환자에 대한 진료 보장이 가능하도록 해야 하며, 정액수가로 묶여 있는 의료급여환자의 수가를 보상 받고자 건강보험환자들의 혈액투석횟수를 증가시킬 유인을 배제하도록 한다.

셋째, 합리적 지불보상방식을 채택하기 위해서는 극단적인 행태나 실제 지출하는 의료재원이 과다, 과소의 경우의 의료기관들은 차등 보상하는 모델을 설정하도록 한다. 이를 위해 일당 정액제를 기본으로 하면서 투석치료, 고가장비 설치에 관련된 변동비용 등에 의해 행위별 보상방식을 고려한다.

넷째, 혈액투석수가 관련 내용(보건복지부 고시 2006-93)을 보면, 다음과 같이 개

선이 필요하다. “제7조 ①항에서 만성신부전증환자가 외래혈액투석 시에는 의료급여기관 종별에 불구하고 1회당 136,000원(코드 09991)의 정액수가로 산정한다. 다만, 약사법 제21조 제5항에 의한 처방전을 발행하여 진료한 경우에는 제1조(급여비용 산정)에 의한다”라고 명시되어 있다.

그러나 정액수가 코드가 하나로 단일화되면서 환자가 투석 중 처치 받은 내용을 구체화할 필요가 있다.

또한 건강보험환자들은 행위별수가이므로 약을 조제함이 의사들에게 경제적 이득을 부여하지만 의료급여환자들에게는 상대적으로 불리하므로 환자의 의료보장 형태에 따라 차이가 발생하게 되어 이러한 차이 요인이 발생하지 않도록 보완할 필요가 있다.

특히, 기본진료료와 진료 행위간에 직접비, 간접비가 각 지불단위에 대응하는 규정을 명시해야 한다. 이를 위해 재료비, 인건비, 각종 경비는 원가요소로서 투석행위에 반영하고 지원관리부서의 인건비, 관리비 등 기본진료료에서 관리료로 산입되도록 보건복지부에 지침을 설정, 고시하도록 보완한다.

다섯째, 인공신장실 설치와 관련 초기 투자비용이 막대함에 대한 리스크관리가 필요하다. 즉 혈액투석과 관련하여 초기 시설투자 규모가 크고 소모성 재료비의 비율이 높다. 이는 투석환자 증가율은 미미한데 초기 투자에 대한 회수기간이 길어지게 됨에 따라 의료기관경영의 위협요인으로 작용하게 된다. 또한 투석관련 재료는 고가의 수입품으로 환율 변동에 의한 리스크가 크므로 이에 따른 의료장비 구매시점과 환율변동 추이를 고려하여 대응함이 필요하다.

여섯째, 혈액투석과 관련된 수가 결정은 원가계산에 근거한 합리적인 과정을 거쳐야 하므로 의료급여 기본투석원가 140,522원(건물 및 시설 감가상각비, 인건비, 투석 소모품비만 포함되며, 투석액, 약제비, 검사비, Epo 투여비는 제외) 이상으로 혈액투석원가를 보상해야 한다.

정액수가제도를 시행하려면, 합리적인 원가계산을 산출한 이후 평균 약제비, 검사료가 적용되어야 하므로 본 연구에서는 185,384원과 198,306원 사이가 적절한 정액수가로 판단된다.

합병증이 많고 응급상황이 자주 발생하는 말기 신부전증의 특성상 질병의 중증도에 따라 세분화하지 않고, 전부 동일한 수가로 규정함은 DRG(포괄수가제)로 보아 합리적이지 못하므로 합병증의 유무와 환자상태 등을 고려하여 질병 중증도에 따른 차별적인 수가의 적용이 필요하다.

일곱째, 환산지수 모형의 적절한 적용이 필요하다. 현재 원가분석모형, SGR모형(목표 진료비와 실제 진료비와의 차이를 보정), 수익-비용지수모형이 있다. 이중 원가분석

모형을 기반으로 SGR모형을 혼합한 모형을 적용한다. 즉 원가기준 환산지수에서 건강보험과 의료급여 수익을 동시에 고려하고 경영수지기준 환산지수에서도 비급여수익을 고려하고 원가 산출시에도 각 계정과목과 기회비용 인정범위를 설정하도록 한다.

여덟째, 기본투석원가 항목에 대한 분류 기준, 건강보험심사평가원의 협조에 의한 평균 의료기관 Data를 근거로 원가를 산출하며, 의료수가를 현실화하기 위해 물가인상지수, 금리 등 거시경제지표를 자동적으로 반영, 에스컬레이트하는 방안을 검토하도록 한다.

아홉째, 향후 과제로는 ABC원가분석시스템을 도입하여 활동기준 매뉴얼에 따른 원가계산이 필요하며, 야간 및 공휴일 근무에 대한 혈액투석 가산과 의료기관 종별 가산과 환자 중증도, 장애인 등급에 따라 분류에 의해 차등 적용함을 검토할 필요가 있다.

## 참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원(2006). 상대가치점수 개정 연구 보고서
- 국민건강보험공단(2003). 수가조정기준에 관한 연구
- 남서울대학교 보건의료개발연구소(2007). 의원급 의료기관 2008년도 요양급여비용 계약을 위한 환산지수 연구, 2007. 9
- 대한신장학회, 신장관련제도개선위원회(2009). 의료급여 수가의 개선에 관한 검토 요청 건
- 대한의사협회(2009). 기본진료료(외래진찰료) 재평가 연구 보고서, 19-25
- 대한투석전문의협회(2001). 의료급여환자의 외래혈액투석수가 포괄화 고시(보건복지부 고시 제2001-56호, 2001. 10. 31)
- 박기수 외(2007). 의료급여 혈액투석환자의 수가 체계 개선, 경상대학교 건강증진사업 지원단, 61-67
- 보건복지부(2010). 고시 제2010-112호 건강보험요양급여비용의 개정(환산지수)
- 보건복지부(2010). 고시 제2010-123호 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여상대가치 점수(2005-2009)
- 서울시립대학교 산업경영연구소(2000). 의원급 의료기관 경영수지분석에 의한 적정진료 모델 연구, 57-65
- 손승환(2004). 투석관련 건강보험의 문제점. 대한신장학회지, Vol. 22(2): 392-405
- 신의철(2013). 2013 보건행정학회 제2차 정책토론회, 2013. 3. 14

- 이선희 외(2004). 정액수가제 도입이 의료급여 혈액투석환자의 투석횟수 및 진료비에 미치는 영향. J Prev Med Public Health 2004, 37(3): 260-266
- 이영기(2011). 인공신장실 설치기준 마련을 위한 조사 연구
- 이해종(2013). 2013 보건행정학회 제2차 정책토론회, 2013. 3. 14
- 전기홍(2013). 한의신문, 2013. 3. 22
- 정두채 외(2005). 의료기관의 혈액투석 원가 및 의료수가의 적정성 분석 연구, 남서울대학교 보건의료개발연구소, 9-13
- 한국병원경영연구원·건강증진사업지원단(2007). 정신과 의료급여 수가체계 및 제도 개선방안, 34-49
- Daugirdas JT., Blake PG. Ing TS(2007). Handbook of Dialysis, forth edition
- Devereaux PI, Schunemann HJ, Racindran N, B handari M, Garg AX, Choi PTL, Grant BJB, Haines T, Lacchetti C, Weaver B, lavis JN, Cook DJ, Haslam DRS, Sullivan T, Guyatt GH(2002). Comparison of mortality between private for-profit and private not-for profit hemodialysis centers: A systematic review and meta-analysis. JAMA, 288(19): 2449-2457
- Garg PP, Frick KD, Diener-West M, Powe NR. Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation(1990). New England Journal of Medicine, 1990; 341(22): 1653-1660
- Henrich WL(2009). Principles and Practice of Dialysis, fourth edition
- Northwest Renal Network(2005). Monitoring your dialysis water treatment system