



National Health Insurance System of Korea: Resource-Based Relative Value Scale and a New Healthcare Policy

우리나라의 건강보험 수가 시스템: 상대가치 그리고 새로운 건강보험 보장성 강화 대책

Joon-Il Choi, MD*

Department of Radiology, Seoul St. Mary's Hospital, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

The resource-based relative value scale (RBRVS) compares the value of a medical practice to the consumption of resources, which consist of the work of the physician, practice expenses, and professional liability insurance. At the time of the 2nd revision of RBRVS, the fee for radiological examinations had been reduced due to the high preservation rate. In RBRVS, practice expenses account for most of the compensation of radiological examinations, and physicians' work is relatively undervalued. A new healthcare policy (Moon Jae-In care) consists of the expansion of the National Health Insurance (NHI) coverage, reduction of patient charges for the vulnerable class, and support for catastrophic medical expenses. However, Moon Jae-In care is expected to negatively affect the NHI in Korea financially. The expansion of the insurance coverage for ultrasonography and MRI examinations is a significant part of the Moon Jae-In care, and radiological societies should establish fair compensations for physicians' work within the field of radiology while implementing the Moon Jae-In care.

Index terms Health Insurance; Resource Based Relative Value Scale; Magnetic Resonance Imaging; Ultrasonography

서론

건강보험 수가는 의사로서 매일매일의 진료과정에서 마주치게 되는 실질적인 문제이다. 자신의 진료 영역에서 불균형해 보이는 행위 수가나 지나치게 저평가되어 있는 재료비 등을 알게 되는 경우, 건강보험 수가를 누가 정하고 어떻게 정해지는지 의문을 갖게 되곤 한다. 또 해마다 결정된다는 수가 협상은 무엇을 협상하는 건지 이해하기 어렵기도 하다. 도대체 우

Received June 17, 2020
Revised July 18, 2020
Accepted July 20, 2020

*Corresponding author
Joon-Il Choi, MD
Department of Radiology,
Seoul St. Mary's Hospital,
College of Medicine,
The Catholic University of Korea,
222 Banpo-daero, Seocho-gu,
Seoul 06591, Korea.

Tel 82-2-2258-1431
Fax 82-2-599-6771
E-mail dumkycji@gmail.com

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ORCID iD

Joon-Il Choi
<https://orcid.org/0000-0003-0018-8712>

리나라에서 건강보험 수가란 어떤 원칙과 과정을 통해 결정되는 것일까?

우리나라 건강보험 수가 체계는 상대가치(resource-based relative value scale; 이하 RBRVS)를 기반으로 한 행위별수가제(fee-for-service)이다. 수가 결정 과정을 알기 위해서는 상대가치 체계의 이해가 필요하다. 보험 관련 업무를 맡고 있는 사람들 사이에 농담으로 “기승전수가”란 말이 있을 정도로 건강보험 관련 정책에서 가장 중요한 요소가 수가 그 자체이므로 상대가치 체계의 이해는 우리나라 건강보험 체계의 이해에 바탕이 된다고 할 수 있다.

이 글에서는 상대가치 체계란 무엇인지, 이것이 언제 우리나라에 도입되었고 어떻게 작동을 하는지, 상대가치에 의해 영상의학 관련 수가는 어떤 영향을 받아왔는지를 정리해보고자 한다. 또한 후반부에는 최근의 화두인 ‘새로운 건강보험 보장성 강화 대책(문재인케어)’에 대해 알아보고, 이 정책이 영상의학과에 미치는 영향을 살펴보고자 한다.

상대가치란? 주요 개념 소개

상대가치 점수란 “소모된 자원의 양을 기준으로 요양급여 의료행위의 가치를 상대적으로 비교한 점수”로서, 요양급여의 가치는 의사의 시간과 노력, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산출하는 것이다. 각 행위의 건강보험 수가는 그 행위의 상대가치 점수에 매년 협상을 통해 결정되는 환산지수(conversion factor)를 곱한 뒤, 여기에 다시 종별가산율(의원 115%, 병원 120%, 종합병원 125%, 상급종합병원 130%)을 곱하여 결정된다. 즉 아래와 같은 수식으로 수가가 결정되는 것이다.

특정 행위의 건강보험 수가 = 해당 행위의 상대가치 점수 × 환산지수 × 종별가산율

예를 들면, 2020년 기준 두부 전산화단층촬영, 조영제를 사용하지 않는 경우(분류번호 다-245, 코드 HA451)는, 상대가치 점수가 773.87이다. 환산지수는 2020년 기준 의원급이 85.8점, 병원급이 76.2점이므로 해당 행위를 의원에서 한다면 $773.87 \times 85.8 \times 115\% = 76358$ 원이 수가가 되고, 종합병원에서 한다면 $773.87 \times 76.2 \times 125\% = 74,187$ 원이 된다. 위 예에서 알 수 있듯이 우리나라에서는 동일 행위의 수가가 의료기관 종별로 다르며, 상급종합병원 > 의원 > 종합병원 > 병원 순서로 수가가 높다. 의원급의 환산지수가 병원급(병원, 종합병원, 상급종합병원에서 동일하게 적용)보다 높은 것은, 의원급이 병원급에 비하여 장비가동률 등 각종 효율이 떨어지는 것을 보정해 주기 위해서이며, 대형 병원으로의 환자 쏠림이 계속될 경우 지속적으로 의원급의 환산지수가 병원급보다 높아질 것으로 예상된다 현재 의원급 의료기관의 수가 인상률이 병원급 의료기관 대비 1.5배 정도인 점을 고려하면 2021년에는 동일 행위의 의원급 의료기관의 수가 상급종합병원보다 높아질 것으로 예상된다. 또한 영상검사의 경우(초음파 및 문재인케어가 적용되어 판독료가 분리된 MRI 제외), 위 수가에 10%의 상급 영상의학과 전문의 가산료가 책정될 수 있는데, 이는 뒤에 설명할 정책수가의 한 종류이다.

상대가치 점수는 세 가지 부분으로 나누어지는데 이는 의사업무량[physician work relative

value units (이하 RVU)], 진료비용(practice expense RVU), 위험도(professional liability insurance expense RVU)이다. 의사업무량은 주시술자의 시간과 노력 정도에 대한 보상, 진료비용은 임상인력(보조인력) 인건비(labor cost), 장비비(equipment cost), 재료비(supplies cost), 간접비(indirect expenses) 등의 보상, 위험도는 의료사고와 관련된 분쟁 해결 비용 보상으로 정의할 수 있다(Fig. 1) (1).

의사업무량은 주시술자인 의사의 행위에 대한 보상으로 행위에 들어가는 시술 중 시간(시술 전, 시술 후 시간 제외)과 분당 업무량의 곱으로 결정이 되며, 미국의사협회가 개발한 current procedural terminology (이하 CPT) 업무량 및 진료과별 대표행위 비교 방식을 통해 대한의사협회 등 전문가 단체에서 점수를 개발하게 된다. 진료비용은 각종 보조인력(보조 의사 포함)의 인건비, 재료비, 장비비 등의 직접비와 부동산 임대료, 행정직원 급여, 각종 공과금 등 간접비를 반영하며, 의사, 간호사 등 의료인력으로 구성된 임상전문가패널의 자문을 받아 건강보험심사평가원(심평원)에서 개발한다. 위험도는 추상적으로 “이 행위는 합병증이 많고 위험한 행위니까 위험도가 높아야 한다”의 개념은 아니며, 각 행위에 의한 의료 분쟁이 발생하는 경우 그 분쟁을 해결하기 위한 비용을 점수화한 것으로, 전문 연구기관에서 의료사고 관련 비용을 조사하고 배상책임 보험 비용을 고려하여 위험도를 산출한다(2). 2차 상대가치 개편 때에는 연세대학교 의료법 윤리연구소에서 의료사고 분쟁해결 비용 및 행위 유형, 진료과별 비용을 조사하여 행위별 위험도 상대가치를 산출하였다(Table 1) (3).

의사업무량과 진료비용의 경우 검증도 받게 되는데, 의사업무량은 주로 동료평가(타과 위원들에 의한 평가)를 통해 이루어지며, 수술 등의 행위는 마취 시작 시간과 종료 시간 등 전자의무기록 상 검증이 가능한 경우에는 정확한 시간 산정이 이루어지기도 한다. 진료비용의 경우 역시 동료평가가 이루어진다. 이 외에도 회계 조사에 따른 검증도 진행되는데 전문가 단체에서 개발한 의사업무량과 임상전문가패널이 구축한 직접비용 자료를 회계 조사에 따른 실제 투입 비용과 비교하여 과장된 부분이 없는지를 검증하는 것이다. 여기서 변환지수라는 것이 적용되는데 변환지수는 실제 회계조사에서 조사된 진료비용을 임상전문가패널이 구축한 진료비용으로 나눈 것으로, 구축된 진료비용이 얼마나 과장되었는지를 정량화하는 것이다(Table 2) (3). 결국 진료비용을 과도하게 책정해 놓은 경우 실제 회계 조사로 이를 축소시키겠다는 의도로 도입된 지수이며 변환지수가 과도하게 적용되는 경우가 많아 의료현장에서 많은 불만을 갖고 있기도 하다.

Table 1. Professional Liability Insurance Expenses for Risk of Procedures

Procedure Groups	1st Revision of Korean RBRVS (100 million KRW)	2nd Revision of Korean RBRVS (100 million KRW)	Rate of Change (%)
Surgery	634	632	100
Treatment	638	655	103
Functional exam	313	288	92
Laboratory exam	3	3	118
Radiological exam	35	45	128
Total	1623	1623	100

KRW = Korean won, RBRVU = resource-based relative value scale

Table 2. Conversion Indices of Direct Expenses in the Second Revision of the Korean RBRVU

Procedures	Labor	Equipment	Supplies	Indirect Expenses
Surgery	0.67	0.55	0.33	37.0
Treatment	0.27	0.67	0.25	40.6
Functional exam	0.35	0.33	0.21	37.8
Laboratory exam	0.21	0.26	0.23	15.0
Radiological exam	0.86	0.28	0.63	39.2

RBRVU = resource-based relative value scale

그 외 또 한 가지 이해해야 할 개념은 원가보상률로, 비용대비 수입 규모를 비교한 것으로 해당 행위에 들어가는 비용 대비 수입의 비율을 ABC 경영분석을 통하여 계산한 것이다. 영상검사의 경우 이 원가보상률이 높은 편으로 타과 및 정부의 공격 대상이 되는 원인이기도 하다.

정책수가

상대가치는 설명과 같이 각 행위에 투여된 자원(인적, 물적 자원, 위험도)을 고려하여 수가를 결정하는 것이지만 이런 방법만으로 수가를 결정하게 되는 경우, 상대적으로 힘들고 위험도가 높은 일에 대한 보상이 부족하게 되며, 의료의 질에 따른 보상 역시 잘 이루어지지 않는다. 이런 문제를 해결하기 위하여 단순히 상대가치를 위해 쌓아 놓은 의사업무량, 진료비용, 위험도에 더하여 정책적으로 수가를 추가해 주는 경우가 있는데 이를 정책수가라고 한다. 정책수가에는 대표적으로 내과, 소아과 정신과 입원 환자 가산, 상근 영상학과 전문의 가산료 등을 포함한 각종 가산제도, 때때로 이루어지는 각종 보상에 따른 수가 인상 등이 포함된다. 예를 들어 선택진료비가 축소/폐지되면서 의료질평가 지원금이 새로 생김과 동시에 각종 중증질환에 이루어지는 고도 수술, 처치, 기능검사 행위의 수가 인상 및 신설이 있었는데 이런 경우도 정책수가가 생긴 것이다. 또한 문제 인케어 진행에 따라서 발생하는 의료기관의 손실을 보상하기 위해 다양한 형태의 수가 인상이 이루어지기도 하는데 이 역시 정책수가라고 할 수 있다. 이와 같이 정책수가란 원가 분석을 통해 계산된 상대가치 외에 무형의 가치를 인정해 주는 것을 의미하며, 의료계 내의 불균형을 바로잡기 위해 반드시 필요하지만 반대로 기존의 상대가치 체계 근간을 흔드는 경향도 있어 논란의 근원이 되기도 한다. 또한 진료 환경과 정책의 변화에 따라 갑자기 수가가 크게 변동될 여지가 있어 건강보험 수가 체계의 안정성에 악영향을 끼칠 수도 있다.

우리나라의 상대가치 도입 역사

최초 도입

상대가치 시스템이 우리나라에 최초 도입된 것은 2001년으로, 미국의 RBRVS를 바탕으로 1994년부터 의료보장개형위원회 건의로 도입을 위한 연구가 시작되었다(4). 상대가치 시스템이 도입된 배경은 1977년 의료보험(현 건강보험)이 도입되었을 때 정해진 수가 수준에 대해 지속적인 문제

제기, 수가의 행위별, 유형별 불균형, 해마다 수가 개정이 이루어져야 하는데 모든 항목을 하나하나 바꿔야 하는 등의 어려움 등이었다. 최초로 정해진 보험수가는 글자 그대로 당시 받던 관행수가를 조사하여 이를 그냥 보험수가화 한 경우가 대부분이었는데, 당시 세금 문제 등 때문에 과소 신고한 경우도 흔했으며 관행수가 자체가 자원 투입에 대한 어떤 근거가 없이 정해졌기에 행위별, 유형별 불균형도 심했다. 또한 수가 구조를 개편하려고 해도 자원 대비 수가라는 합리적 기준이 없이 주먹구구로 이루어질 수밖에 없었던 문제점이 있었다. 이에 2001년 최초로 도입된 상대가치는 대한의사협회의 “한국표준의료행위분류”를 바탕으로 전문의들의 설문 조사를 통해 의사업무량을 측정하였고, 진료비용은 8개 의료기관의 원가분석을 통해 측정한 뒤 환산지수를 결정하였으며 이때 진료비용은 의사업무량과 비례한다는 가정을 사용하였다(5-7). 상대가치 체계 최초 도입 당시에는 급격한 수가 조정의 영향을 최소화하기 위하여 연구 점수의 부분적인 반영만이 이루어졌고, 이후의 의학기술 발전을 충분히 반영하지 못하였고, 의사업무량과 진료비용 상대가치 점수가 통합되어 있었고 위험도도 반영되지 않은 등의 여러 가지 문제점이 있어 기존의 행위별 불균형 등의 문제가 거의 해결되지 않았으며 상대가치를 도입했다는 정도의 의미만 있었다.

1차 상대가치 개편

2001년 상대가치 점수 도입 이후 변동된 가치를 반영하고 점수 불균형 조정 등을 위하여 5년 주기로 상대가치 점수 개정을 추진하기로 하였으며, 2003년에서 2006년에 걸쳐 1차 상대가치 점수 개편 연구가 이루어졌고, 개편된 점수가 2006년에서 2010년에 걸쳐 단계별로 적용되었다. 1차 개편에서는 처음으로 의사업무량과 진료비용을 분리하고, 별도보상 치료재료 항목을 신설하였으며 진료과목별 위험도를 반영하여 현재의 상대가치 시스템의 틀을 구축하였다. 1차 개편에서는 점수 불균형을 해결하기 위해 노력하였으나 개편을 연구 내용대로 진행하는 경우 특정과(흉부외과, 신경과, 영상의학과 등)의 수가가 급격히 하락하는 등의 문제가 있어 진료과목간 갈등이 발생, 실제 적용이 어려웠다. 이에 대안으로 진료과목별 총점을 고정하기로 하여 급격한 변화에 따른 충격을 줄일 수 있었으나 진료과목간 불균형 해소에는 미흡했다. 즉 외과 행위 전체의 상대가치를 고정하고 그 안에서 행위별 점수를 자원 소모량에 따라 조정할 결과, 외과 행위들 간의 점수의 경중은 어느 정도 맞출 수 있었으나 외과 행위 전체의 저평가를 해결할 수는 없었던 것이다. 또한 변환지수 역시 유형별, 의료기관 종별 차이 없이 단일 회계 조사 지수를 적용한 문제도 있었다(8).

2차 상대가치 개편

1차 개편 이후, 2010년에서 2016년에 걸쳐 2차 개편을 위한 연구가 이루어졌고 그 결과가 2017년에서 2020년에 걸쳐 4년간 단계적으로 적용되었다. 과별 총점을 고정했던 1차 개편과 달리, 2차 개편에서는 행위 불균형을 좀 더 적극적으로 조정하기 위하여 유형별 총점을 고정하였다. 즉 수술, 기능, 처치, 검체, 영상 5개 유형의 총점을 고정한 뒤 그 내부에서 조정이 이루어졌다. 예를 들어 1차 개편에서는 외과 수술들은 같은 외과 수술들끼리만 비교가 이루어졌다면 2차 개편에서는 외과, 신경외과, 흉부외과, 정형외과의 수술들이 모두 합쳐져서 새로 투입되는 자원량에 따른 조정이 이루어진 것이다(Fig. 2) (9). 이러한 변화로 2차 상대가치 개편에서는 동일 유형 내의 상대가치 점수

Fig. 1. The building components of RBRVU.

RBRVU consists of 1) the physician compensation for time, skill, and intensity of service, 2) direct (clinical labor, supplies, equipment) and indirect practice expenses, and 3) professional liability insurance for malpractice insurance premium.

RBRVU = resource-based relative value scale, RVU = relative value units

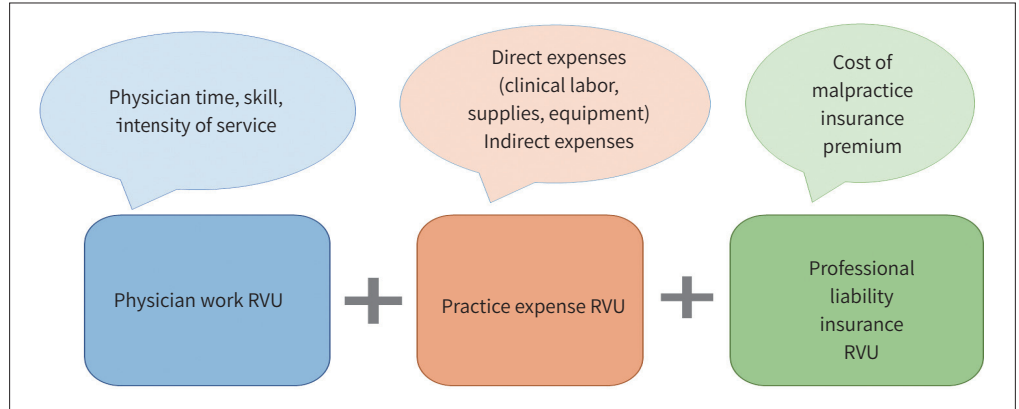
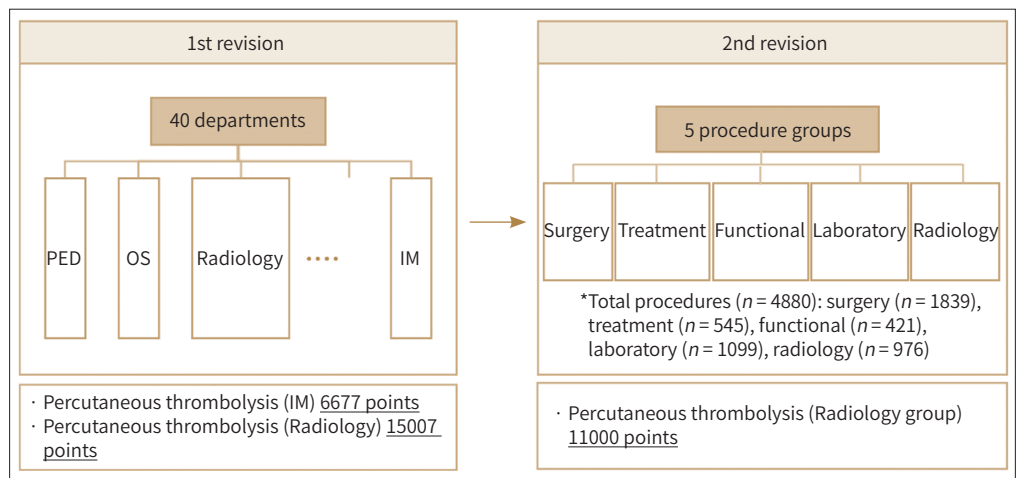


Fig. 2. Differences between the first and second revisions of RBRVU.

In the first revision, the calculation system for RVU was based on 40 medical departments, and the total score of the RVU was fixed for each department. In the second revision, a new calculation system, which was based on five procedure groups (surgery, treatment, function tests, laboratory examinations). Adapted from Yang et al. J Korean Soc Radiol 2017;77:205-210 (9).

IM = internal medicine, OS = orthopedic surgery, PED = pediatrics, RBRVU = resource-based relative value scale, RVU = relative value units



는 비교적 균형을 이루고, 서로 다른 전문과목이 시술하는 동일, 유사 행위 간의 균형은 맞출 수 있었으나, 여전히 유형별 불균형은 해소되지 않았다. 이에 5개 행위 유형 중 원가보전율이 100%를 상회하던 검체검사 유형(원가보전율 159%)와 영상검사 유형(원가보전율 122%)의 수가를 일부 인하하고, 그 재원과 정부의 재정 순증분 약 3500억 원을 이용하여 수술(원가보전율 76%), 처치(원가보전율 85%), 기능검사(원가보전율 74%) 유형의 수가를 인상하여 90%에 맞추는 유형 간 불균형 조정이 이루어졌다(Table 3, Fig 3) (9, 10). 참고로 영상유형에서 영상의학과가 관리진료과로 있는 행위의 비중은 약 70%이며, 그 외 핵의학과, 심장내과(심혈관 인터벤션), 방사선종양학과가 나머지 30%를 차지한다.

Table 3. Cost Compensation Rates of Basic Medical Care and the Five Procedure Groups

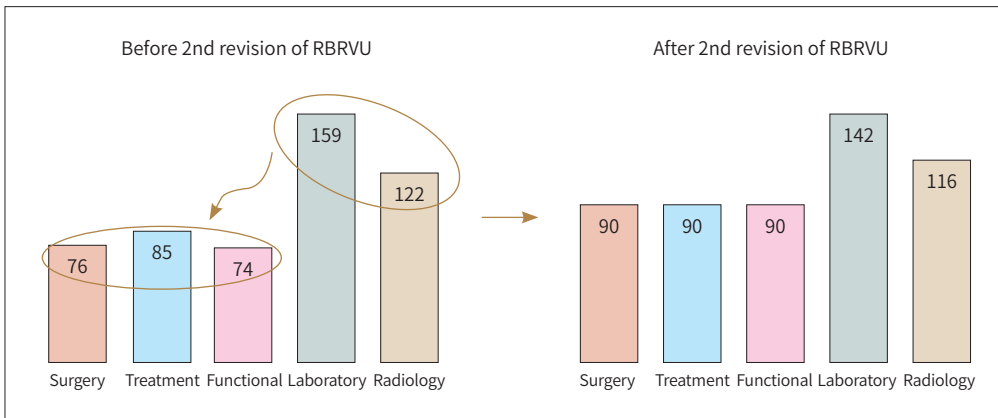
	Basic Medical Care		Procedure Groups				
	Medical Examination	Hospitalization	Surgery	Treatment	Functional	Laboratory	Radiology
Financial scale (trillion KRW)	7	4	1.7	4.6	1.2	3.4	2.7
Cost preservation rate (%)	75		76	85	74	159	122

KRW = Korean won

Fig. 3. The changes in the compensation rate based on the second revision of RBRVU.

The budgets from laboratory and radiological examinations are reallocated to the other procedure groups to increase their cost compensation rate up to 90%. Adapted from Yang et al. J Korean Soc Radiol 2017; 77:205-210 (9).

RBRVU = resource-based relative value scale



3차 상대가치 개편

2019년부터 시작된 3차 상대가치 개편 연구는 1) 기존에 다루지 않았던 기본진료비 개편과 2) 정책수가인 각종 가산제도 정비를 그 목표로 하고 있다. 기본진료비는 진찰료와 입원료를 의미하며, 원가보존율이 75% 정도인 것으로 계산되고 있다. 2차 상대가치 개편 당시 수술, 처치, 기능검사, 검체검사, 영상검사의 5개 행위 유형 재정규모가 약 13.6조 원이었으며 기본진료의 재정이 총 11조 원일 정도로 기본진료의 규모는 결코 작지 않다. 따라서 그 원가보존율을 높이기 위해서는 막대한 재정 투입이 필요한 상황이다. 또한, 가산제도는 다양한 가산제도가 여러 가지 정책 목표 하에 운영되고 있는 실정으로 각종 가산제도는 20가지가 넘는다. 가산제도는 상대가치 체계에서 평가된 수가가 아니라 정책적인 고려에서 도입된 정책수가로 투자된 자원에 따른 보상이라는 상대가치 시스템의 안정성을 저해하는 원인이 된다. 따라서 3차 개편에서는 기본진료비의 현실화와 함께 지나치게 복잡한 가산 시스템을 정비하여, 가능하면 상대가치 시스템 내로 포함되도록 변경하거나, 혹은 그 정책적 목표가 달성된 가산제도는 폐지하는 것을 목표로 하고 있다.

상대가치 개편이 영상검사 수가에 미친 영향

영상수가 역시 상대가치 개편에 따라 여러 가지 영향을 받았다. 대표적인 예가 2차 상대가치 개편에 따른 영상수가 인하이다. 영상수가는 Table 3에서 볼 수 있듯이 2차 상대가치 개편 당시 원가

보존율이 122%로 상당히 높은 편에 속하여 약 5%의 수가가 4년(2017~2020년)에 걸쳐 인하되었으며 검체 유형은 약 10.7% 인하되었다(Fig. 3) (9). 하지만 검체와 영상 유형이 원가보전율이 높은 것은 단순히 상대가치 점수가 높기 때문인 것은 아니며 과도하게 빈도가 늘어나면서 원가보전율에 영향을 미친 것이다. 고가의 장비비에 대한 장비가동률, 고정비, 변동비 등을 감안한다면 빈도를 늘리면 검체와 영상검사는 쉽게 원가보전율을 높일 수 있기에 단순히 원가보전율만 가지고 유형 간 재정 이동을 결정한 것은 이상적 의료 서비스 제공이라는 상대가치 연구 원칙을 저버린 것이다(10). 또한 가동률 증가에 의한 원가보존율 증가, 이에 따른 수가 인하의 악순환은 결국 영상 검사에 있어서 의사업무량의 감소를 가져올 수밖에 없다. 수가가 장비가동률 등에 연동된다면 장비가동률이 증가하는 만큼 영상학과 전문의의 업무 처리 속도 역시 증가되어야 하기에, 수가가 인하될수록 점점 더 의사업무량의 비중은 감소되고 영상학과 전문의들은 과도한 업무를 담당해야 하는 불합리한 상황에 빠지게 된다. 실제로 2차 상대가치 당시 자료에 따르면 의사업무량의 비중은 30%인 수술, 처치, 기능검사 유형과 달리 영상 유형은 10%에 불과하며 전체 수가의 89%를 진료비용이 차지하고 있다(Table 4) (3). 이는 전체 영상검사 수가의 30%가 판독료라는 건강보험 수가에 정의된 대전제와 맞지 않으며, 영상검사의 전체 점수 중 26~33%를 의사업무량이 차지하는 미국 CPT와도 큰 차이를 보여 영상유형에서 의사업무량이 지나치게 과소평가된 것을 알 수 있다. 따라서 영상검사 수가에서 과소평가되고 있는 의사업무량의 비중을 늘리는 것이 대한영상의학회의 주요 정책 목표가 되었다.

3차 상대가치 개편의 주요 목표인 가산료 정비는 향후 영상수가에 큰 영향을 미칠 수 있다. 1999년 배타적 판독료 폐지로 촉발된 영상학과와의 위기를 극복하기 위하여 도입된 상근 영상학과 전문의 가산료는 영상검사의 질을 담보하고 영상학과 전문성을 지키는 최후의 보루로 그 역할을 담당하고 있었다. 그러나 3차 개편을 맞아 영상학과 전문의 가산료는 폐지를 고려해야 할 대표적인 가산료로 인식되곤 한다. 이는 영상학과 전문의 가산료 도입의 배경 및 그 역할을 잘 이해하지 못하는 정책입안자들 때문이다. 일부에서는 1990년대 초반 기피과 전공의 수급을 위해 도입된 특수촬영의 영상학과 전문의의 배타적 판독료 제도와 전문의 가산료 제도를 혼동하고 있어 영상학과 전문의 지원율이 충분히 높은 현 상황에서는 폐지되어야 할 제도로 생각하

Table 4. Budget and Ratios of the Components of RBRVU in the Procedure Groups

Procedure Groups	Number of Procedures	Budget at 2nd Revision of RBRVU*	Physician Work		Practice Expense		Professional Liability Insurance	
			Cost*	Rate (%)	Cost*	Rate (%)	Cost*	Rate (%)
Surgery	1839	15350	3970	25.9	10748	70.0	632	4.1
Treatment	545	45290	15817	34.9	28818	63.6	655	1.4
Functional	421	12615	4802	38.1	7525	59.7	288	2.3
Laboratory	1099	34065	1953	5.7	32108	94.3	3	0.01
Radiology	976	25350	2662	10.5	22643	89.3	45	0.2
Total	4880	132669	29204	22.0	101843	76.8	1623	1.2

*Billion Korean won.

RBRVU = resource-based relative value scale

고 있다. 하지만 상근 영상의학과 전문의 가산료는 특수촬영의 배타적 판독료가 폐지된 뒤 영상 분야 전문성 강화를 위해 새로이 도입된 제도로 그 배경이 다르며, 영상검사의 최소한의 질을 보장하여 국민건강 향상에 도움이 되는 제도이다(11). 이에 대한영상의학회는 3차 개편 과정에서 전문의 가산료의 축소 혹은 폐지를 막기 위해 힘쓰고 있으며, 불안정한 가산제도가 아닌 영상의학과 의 배타적인 판독료를 다시 부활시키기 위해 노력하고 있으며 문재인케어 도입과 함께 MRI에서 독립된 판독료도 이러한 노력의 일환이라고 할 수 있다(7).

또한 원가의 75%에 불과한 기본진료비 정상화를 위해서는 재정이 투입되어야 하는데, 재정이 부족할 경우 여러 번의 수가 인하에도 불구하고 여전히 장비가동률 상승 등으로 원가보존율이 높은 영상 유형이 또다시 희생양이 되지 않을지 우려되는 점 역시 3차 상대가치 개편과 관련된 대한영상의학회의 고민거리이기도 하다.

새로운 건강보험 보장성 강화 대책

2017년 정부는 소위 문재인케어라 불리는 ‘새로운 건강보험 보장성 강화 대책’을 발표하였다. 그동안 지속적인 건강보험 보장성 확대에도 불구하고 건강보험의 의료비 보장률이 10여 년간 60% 초반에서 정체되었고 의료비가 소득 수준의 40%가 넘는 재난적 의료비 발생이 증가되어왔다(8). 이에 건강보험 보장성을 근본적으로 개선하기 위한 정책을 발표한 것으로, 큰 틀에서 1) 비급여의 급여화, 2) 저소득 계층의 본인부담금 상한제 확대, 3) 재난적 의료비 지원의 세 가지 요소로 구성되어 있다(Fig. 4) (12). 이 중 비급여의 급여화는 기존의 비급여 중 의학적으로 필수적인 것은 모두 급여화하겠다는 정책으로 의료계의 저항이 집중되는 부분이다. 우리나라 건강보험 체계에서는 급여 행위는 원가에 크게 미치지 못하여 대부분의 의료기관들이 급여 행위로 인한 손실을 비급여 행위를 고가로 시행하여 보존하고 있었는데, 문재인케어에서는 이러한 비급여 행위를 급여화하는 한편 기존의 저평가되어 있는 급여 행위의 수가를 인상하여 정상적인 의료기관 운영이 가능하게 해 주는 것으로 설계되었다(Fig. 5) (12). 하지만 그동안의 경험을 바탕으로 의료계에서는 이러한 급여 수가 인상이 비급여 손실을 보존할 만큼 충분하지 않을 것을 우려하고 있으며, 비급여의 급여화에 따른 수요 증가로 정부의 예상보다 훨씬 큰 재정이 들어갈 가능성과 장기적인 건강보험 재정 안정화에 큰 악영향을 끼칠 가능성이 클 것으로 예측하고 있다. 특히 정부에서 도입하고자 하는 선별진료는 비보험 행위를 급여로 변경하되 본인부담금을 최대 80%까지 적용하는 것인데, 이는 실질적으로 건강보험이 비용을 지급하지 않으면서 행위 가격만 통제하려는 의도로 보여 의료계의 강한 반대에 직면하고 있다.

문재인케어는 2022년까지 약 30조 6천억 원이 필요할 것으로 보이는데, 이를 충당하기 위하여 건강보험 재정 흑자로 적립한 20조 원에 달하는 건강보험 재정 적립금 중 절반인 10조 원, 건강보험료 인상분 및 정부 지원금 확대를 계획하고 있으나, 비급여의 급여화로 인한 수요 증가를 고려하면 이 재정 자체도 과소평가된 것으로 보인다. 향후 고령화 사회 진입에 따라 필요한 건강보험 재정을 고려하면 기존의 흑자분을 낭비할 때가 아니며(13), 건강보험료 인상과 정부 지원금 확대가 약속대로 이행될지 역시 불확실하다는 점에서 우려된다. 실제 뇌, 뇌혈관 MRI 급여 확대 과정

Fig. 4. The principal scheme of the new healthcare policy.

The final goal of the new healthcare policy is to reduce the patient charge through 1) the expansion of the NHI coverage, 2) reduction in patient charges for the vulnerable class, and 3) support for catastrophic medical expenses.

KRW = Korean won, NHI = National Health Insurance

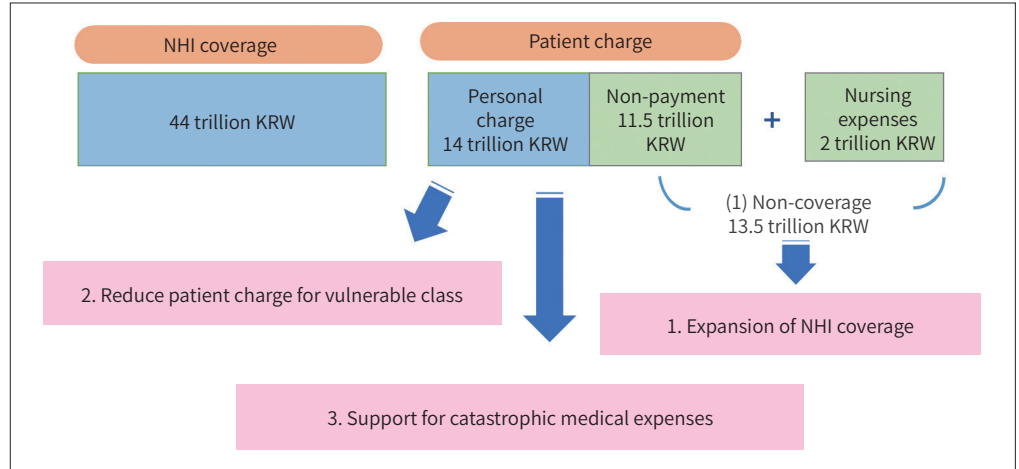
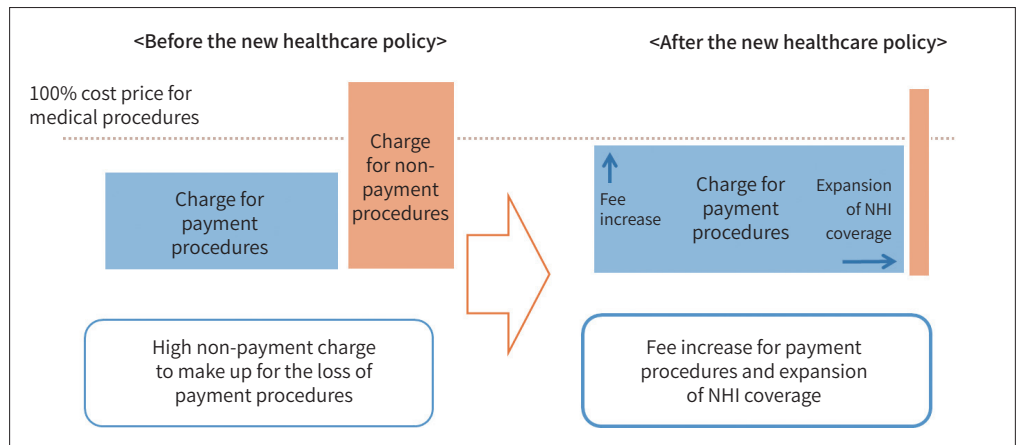


Fig. 5. Changes in the ratio and fee of the payment and non-payment procedures before and after the new healthcare policy.

Before the new healthcare policy, medical institutions charged higher fees for non-payment procedures to compensate for the losses from the payments for procedures because of their low-cost compensation rate. After the new healthcare policy, the fee for payment procedures will be increased, and the ratio of non-payment procedures will be decreased by the expansion of the NHI coverage.

NHI = National Health Insurance



에서 두통과 어지럼에 의한 MRI 검사는 시행 후 검사 폭증으로 다시 적응증을 축소하고 선별급여를 확대하였는데, 이는 비급여의 급여화 시 예상보다 큰 수요가 발생할 수 있고 재정 추계를 훨씬 뛰어넘는 비용이 필요할 수 있음을 잘 보여주는 사례라고 할 수 있다(14). 더군다나 2020년 발생한 코로나19 사태는, 향후 건강보험료 인상과 정부 지원금 확대가 문재인케어 영역에 사용되기 어려운 재정 환경을 만들고 있어 앞으로 문재인케어에 의한 재정 부족은 심화될 것으로 예상되며, 이에 따라 2020년 이후 문재인케어가 계획대로 진행될지는 불투명해진 상황이다. 또한, 문재인케어는 흔히 이루어지는 비급여의 급여화에만 집중하고 있으며 실제 원가 이하의 급여 수가를 정상화

하는 데는 턱없이 부족하고 희귀, 난치성 질환의 급여 확대는 후순위로 밀리는 경향이 있어, 재정 집행의 우선순위가 잘못되었다는 지적을 피하기 어렵다.

새로운 건강보험 보장성 강화 대책과 영상의학과

문재인케어는 영상의학과 영역에 큰 영향을 미치고 있는데, 이는 급여화 대상인 비급여 중 초음파와 MRI 검사 등 영상의학 검사가 차지하는 비중이 매우 크기 때문이다. 2015년 자료를 바탕으로 급여화하고자 하는 의과 부분 비급여의 전체 크기가 약 5조 7천억 원인데, 이 중 초음파와 MRI가 2조 2천억 원을 차지하여 전체의 약 40%에 해당된다. 따라서 정부에서는 문재인케어의 진행에 있어서 MRI와 초음파 급여 확대를 매우 중요하게 보고 있으며 이에 대한 타임테이블까지 제시한 상태이다(Table 5).

문재인케어 이전에는 그동안 비급여였던 MRI와 초음파가 급여로 변경되면서(14-16) 영상의학과 관련 수입이 크게 감소할 것이 우려되었다. 하지만 실제 적용 후에는 오히려 검사가 증가하며 병원 내 영상의학 관련 수입이 증가되었고, 이에 따라 영상의학과 전문의 인력 부족 사태가 발생하는 등의 예상치 못했던 상황이 벌어졌다. 하지만 이는 일시적인 현상일 수도 있으며, 지속적으로 검사가 증가하는 경우 두통, 어지럼의 뇌 MRI의 경우와 마찬가지로 적응증 축소, 본인부담금 증가 등의 정책 변화가 있을 수 있어 장기간의 영향은 좀 더 지켜봐야 한다.

대한영상의학학회에서는 문재인케어 관련하여 몇 가지 정책적인 목표를 갖고 있었다. 첫째, 영상 분야의 비급여의 급여화로 인한 의료기관의 손실은 가능하면 영상 분야에 보상이 되어야 한다. 의료계 일부와 정부에서는 영상 분야 급여 확대에 의한 의료기관의 손실을 영상 분야가 아닌 수술, 처치 등의 수가 인상으로 보존해 주려는 움직임이 있다. 하지만 이는 초음파나 MRI를 운영하는 의료기관이 아닌 다른 의료기관에 보존하게 되는 경향이 있어 손실을 본 당사자에 대한 보상이 어려운 문제점이 있으며, 특히 MRI의 경우 기존 급여 수가가 너무 낮았기에 손실 보상이 MRI 자체에 이루어지지 않는다면 MRI 운영기관에 큰 피해를 끼칠 수 있다. 따라서 MRI 수가 인상이 반드시 이루어져야 했으며 이러한 대한영상의학회의 주장이 지지를 얻어 MRI 수가는 판독료 분리 및

Table 5. Timetable for the Expansion of NHI Coverage of Ultrasonography and MRI by a New Healthcare Policy

Modality	2018	2019	2020	2021
Ultrasonography				
Anatomical parts	Upper abdomen Lower abdomen Urinary system	Male/female reproductive system	Breast Chest Heart	Musculoskeletal Thyroid/Neck Vascular
Percentage of budget (%)	23	25	26	26
MRI				
Anatomical parts	Brain MRI Brain/Neck MRA	Head and neck Body	Spine	Musculoskeletal
Percentage of budget (%)	26	9	32	33

MRA = magnetic resonance angiography, NHI = National Health Insurance

인상, 품질관리료 신설 등 다양한 방식으로 17~24%의 인상을 얻어낼 수 있었다(11). 둘째, 손실보상을 의사인건비, 품질관리료 등 그동안 보상이 제대로 이루어지지 않았던 영상학과 전문의의 노력에 대한 보상이 되도록 한다. 앞에서 설명한 바와 같이 그동안 수차례 반복된 수가 인하 과정에서 촬영료와 판독료가 분리되어 있지 않은 결과 영상학과 전문의의 의사업무량은 장비가동을 상승과 동일한 추세로 축소되어 왔다. 즉 장비가 두 배로 가동되어 수가가 30% 정도 인하되면, 동시에 영상학과 전문의도 업무 효율을 30% 증가시키지 않으면 기존 대비 의사인건비가 떨어질 수밖에 없는 상황이었다. 셋째, 영상학과 전문의의 가산료를 불안정한 가산에서 판독료로 변경하는 것을 추진하였다. 둘째와 셋째 목표를 달성하기 위하여 MRI에서 판독료가 촬영료에서 분리되었으며, 품질관리료가 신설되는 등 학회는 소기의 목적 중 일부를 달성할 수 있었다(11). 넷째, 초음파 급여 확대와 함께 초음파 시행 인력에 대한 확실한 정의와 규제 도입을 위해 노력하였다. 초음파 검사 시행 인력 문제는 오랫동안 학회와 회원들을 괴롭혀 온 문제였으며, 각종 무자격자에 의한 검사가 남발되는 문제가 있었지만 초음파 검사가 비급여 검사라는 이유로 실질적인 조치를 취하기가 어려웠다. 이에 급여 기준에 초음파 검사는 반드시 의사가 직접 시행해야 함을 명시하고자 노력하였고 비록 일부 불만족스러운 부분도 있었으나 의사가 직접 시행하거나 최소한 실시간으로 검사 전과정에 걸쳐 1:1 지도 감독을 해야 하는 기준을 관철시켜 기준에 원격 모니터를 이용한 1:다수의 모니터링 등을 핑계로 시행되던 불법적인 초음파 검사를 근절하기 위한 제도적인 근거를 마련하는 데는 성공하였다. 하지만 초음파 검사의 시행 주체의 명확한 정의는 아직도 숙제로 남아 있으며 향후에도 지속적인 노력이 필요하다.

결론

우리나라 건강보험 수가 체계의 근간이 되는 상대가치 시스템의 구성과 그 변천사, 그리고 최근 도입된 새로운 건강보험 보장성 강화 대책과 이들 정책이 영상의학과에 미치는 영향을 알아보았다. 의사업무량, 진료비용, 위험도로 구성되는 상대가치 제도는 수가의 합리적인 결정이라는 면에서 기존의 주먹구구식 방법보다 많은 장점이 있으나, 시스템 자체의 복잡함으로 인하여 개편 과정에서 각 전문과의 이익이 첨예하게 부딪치는 경향이 있으며, 의사에 대한 보상과 병원에 대한 보상이 분리되어 있지 않은 우리나라에서는 영상의학과에 불리하게 작용하는 경향이 있으며 실제 개편 과정에서 이러한 불이익을 경험하였다. 정책수가를 통한 가산제도는 현실적인 문제를 해결하는 좋은 대책이 될 수도 있지만 상대가치 체계의 안정성을 무너뜨리는 원인이 될 수 있으며, 정책입안자의 정치적 판단에 따라 갑자기 수가가 변동될 수 있는 위험성이 있다. 문재인케어는 비급여를 축소하고 급여 수가를 정상화하자는 합리적으로 보이는 정책이지만 실제 수요 증가 예측이 어렵고 재정 증가 폭도 예상을 뛰어넘을 수 있어 향후 건강보험 재정에 악영향을 끼칠 가능성이 높다. 영상검사는 문재인케어의 큰 부분을 차지하고 있으며, 영상의학과는 문재인케어 진행 과정에서 현명하게 대처하여 영상학과 전문의의 의사로서의 가치를 충분히 인정받을 수 있는 방향으로 정책 개선이 이루어지도록 노력해야 한다.

Conflicts of Interest

The author has no potential conflicts of interest to disclose.

REFERENCES

1. Shin YS. How to improve the national health insurance fee-for-service schedule. *Health and Welfare Forum* 2019;6:39-52
2. Kim MS. Expansion of professional liability insurance expense RVU. *Korean Medical Association Health Policy Forum* 2017;15:55-60
3. Health Insurance Review and Assessment Service. *Results of study on 2nd revision of Korean RBRVU*. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service 2017
4. Hahm MI. Trends and recommendations in the resource-based relative value system. *Korean J Vasc Endovasc Surg* 2004;20:276-282
5. Kim HJ, Sohn MS, Park EC, Yeom YK, Kim JH, Lee KT, et al. *Resource-based relative value scale for revision of health insurance cost*. Seoul: Yonsei University Institute of Health Services Research 1997
6. Korean Medical Association. *Korean standard classification of procedures in medicine*. Seoul: Korean Medical Association 1997
7. Park WS. Payment system of resource-based Relative Value Scale. *J Korean Med Assoc* 2001;44:921-926
8. Kim YS. Determination of health insurance fee schedule and strengthening policy for health insurance coverage. *Korean J Med* 2018;93:80-86
9. Yang DM. Second edition of research on relative value scales and cost reduction of radiologic tests. *J Korean Soc Radiol* 2017;77:205-210
10. Kim YJ. Main contents and tasks of second revision of RBRVU in Korea. *Korean Medical Association Health Policy Forum* 2017;15:61-68
11. Lee CW. History of the National Health Insurance cost for radiological examinations and value of the radiological report fee. *J Korean Soc Radiol* 2020;81:1038-1052
12. Ministry of Health and Welfare. Status of implementation of policy to strengthen National Health Insurance coverage and future plans. Available at: http://medicare1.nhis.or.kr/hongbo/static/html/minisite/file/bo-jangnews97_1.pdf. Published Jul 2019. Accessed Jul 1, 2020
13. Hea DS. The fantasy of new healthcare policy in Korea. *J Korean Med Assoc* 2017;60:936-939
14. Kim E. A new healthcare policy in Korea part 1: expanded reimbursement coverage of brain MRI, brain/neck MRA, and head and neck MRI by National Health Insurance. *J Korean Soc Radiol* 2020;81:1053-1068
15. Jang MJ, Park SJ. A new health care policy in Korea part 2: expansion of coverage by National Health Insurance on the abdominal ultrasound and MRI. *J Korean Soc Radiol* 2020;81:1069-1082
16. Shim YS, Park KJ. A new healthcare policy in Korea part 3: ultrasound and MRI in urogenital disorders. *J Korean Soc Radiol* 2020;81:1083-1095

우리나라의 건강보험 수가 시스템: 상대가치 그리고 새로운 건강보험 보장성 강화 대책

최준일*

상대가치란 소모된 자원의 양을 기준으로 의료행위의 가치를 상대적으로 비교한 점수로 의 사업무량, 진료비용, 위험도로 구성된다. 2차 상대가치 개정 당시 영상검사 수가는 높은 원가 보존율을 이유로 인하되었다. 영상검사 수가는 상대가치 체계에서 진료비용이 대부분을 차지하고 있으며, 의사업무량은 상대적으로 저평가되어 있다. 문재인케어라고 불리는 새로운 건강보험 보장성 강화 대책은 비급여의 급여화, 본인부담금 상한제 확대, 재난적 의료비 지원을 골자로 국민의 의료비 부담을 줄이는 것이 목표이며 향후 건강보험 재정에 부담이 늘어날 것으로 우려된다. MRI와 초음파 검사 급여 확대는 문재인케어에서 큰 비중을 차지하고 있으며 영상의학과는 문재인케어 적용 과정에서 저평가된 영상검사에서의 의사의 노동을 적절히 평가받을 수 있도록 노력해야 한다.

가톨릭대학교 의과대학 서울성모병원 영상학과