

건강보험 수가조정 과정과 방법에 대한 연구

연 구 자

경영·사회팀

책임연구원 : 임금자

연 구 원 : 채유미
최진우

<제 목 차 례>

요 약 문	1
제1장 서 론	5
제1절 연구배경 및 목적	5
제2절 연구방법	6
제3절 연구기대효과	8
제2장 우리나라의 의료보험수가제도	9
제1절 의료보험 수가제도의 현황	9
1. 의료수가의 구조	9
2. 의료수가의 수준	16
제2절 의료보험수가의 형성과정	19
1. 의료보험수가의 형성과정	19
2. 의료보험수가의 책정 과정	21
3. 의료보험수가 인상률 결정에 관한 기존의 연구	22
제3절 의료보험수가 결정 과정	25
1. 의료보험수가 인상률 결정과정	25
2. 의료보험 수가 인상과정	34
3. 의원급 의료기관의 실제 수가 조정률	36
4. 연도별 진찰료, 처방료 및 조제료 조정 과정	37
제4절 의료보험약가의 관리제도	40

1. 보험약관관리제도의 변천사	40
2. 의료보험 약가 조정 현황	46

제3장 건강보험 수가인상률 산정방법 -상대가치 수가체계 도입 이전49

제1절 보험수가 산정의 일반적인 방법	49
1. 한국생산성본부의 수가인상률 산출에 관한 방법	53
2. 삼일회계법인의 수가인상률 산출에 관한 방법	55
3. 한국보건의료관리연구원의 수가인상률 산출에 관한 방법	57
제2절 기본적자율이 고려되지 않은 수가 산정 방법	62
1. 한국개발연구원의 수가인상률 산출에 관한 방법	62
2. 상대가치 2차 연구	63
제3절 물가인상률이 고려되지 않은 수가산정 방법	66
제4절 소결	67

제4장 건강보험 수가인상률 산정방법 -상대가치 수가체계 도입 이후70

제1절 '병·의원 경영수지 분석자료에 의한 원가분석 연구' (2001.12)에 관한 비판적 고찰	70
1. 머리말	70
2. 원가기준 환산지수 산출 방법에 대한 비판	75
3. 경영수지기준 환산지수 산출 방법에 대한 비판	84
4. 의원 경영수지 분석에 대한 비판	91
5. 의사소득의 국가간 비교	98
제2절 2002년 '병원의 환산지수 산정 연구'에 관한 비판적 고찰	100
1. 원가기준 환산지수 산출 방법에 대한 비판	100
2. 경영수지기준 환산지수 산출 방법에 대한 비판	102
제3절 2002년 '요양기관종별 경영수지분석 자료에 대한 원가분석 연구'에 대한 고찰	106
1. 기존 연구와 동일한 계산 방법 사용	106
2. 비급여 상대가치 총점의 과대계산에 의한	

급여진료비용의 과소계산 가능성	108
3. 자본비용의 처리문제	108
제4절 소결	109
제5장 결론 및 정책제언	111
제1절 결론	111
제2절 정책제언	113
1. 원가기준 환산지수 채택 제의	113
2. 상대가치 조정	115
3. 활동기준원가계산 적용	115
4. 경영분석팀 구성 제의	116
5. 회계시스템의 정비	116
<부록 표 1> 서울대학교 경영연구소의 병원용 조사표	117
<부록 표 2> 서울대학교 경영연구소의 의원용 조사표	127
<부록 표 3> 의료사업비 대비 이자비용과 법인세	128
<부록 표 4> 급여수익중 행위료 비중(2001.1. 기준)	128
<부록 표 5> 1997년 의원의 수익과 비용추정	129
<부록 표 6> 건강보험수입금액 추정 (1997년)	129
<부록 표 7> 병원 인건비	130
<부록 표 8.1> 의료전문가가 제시한 진료과별 표준장비목록과 금액	131
<부록 표 8.2> 의료전문가가 제시한 진료과별 표준장비목록과 금액	132
<부록 표 9> 의원 관리비명세서	133
<부록 표 10> 의원당 관리비 및 의약분업 대비 비용추계(대한의사협회)	135
<부록 표 11> 의원용 표준 재무제표	136
<부록 표 12> 재무비율분석	138
참고문헌	145

〈표 차 례〉

<표 1> 상대가치제도 도입을 위한 연구 기간 및 내용	11
<표 2> DRG지불제도 시범사업 현황	13
<표 3> 진찰료와 조제료 건수별 보험지급 비율	14
<표 4> 대만의 외래환자수에 따른 차등수가제 현황	15
<표 5> 국가별 보험료를 및 국민의료비중 가계부문 비율	18
<표 6> 의료보험수가 책정에 관한 변천사	21
<표 7> 연도별 의료기관 경영수지 분석 연구기관	23
<표 8> 진료수가 인상을 결정과정	26
<표 9> 연도별 관련기관의 의료보험 수가인상률과 건강보험제도의 변화	27
<표 10> 수가계약제 실시 이후 수가 결정 과정	32
<표 11> 의료보험수가와 소비자 물가지수 및 명목임금 인상률 비교	35
<표 12> 의원급 의료기관의 수가 조정현황(1999-2003)	36
<표 13> 의원급 의료기관의 연도별 진찰료 조정 현황	37
<표 14> 2000년도 처방조제료와 원외처방료 인상내역	39
<표 15> 진찰료와 처방료 통합시 조건표	39
<표 16> 우리나라 의료보험 약가제도의 개요	46
<표 17> 연도별 보험약가 조정 현황	48
<표 18> 1991년도 기본조정을 계산	56
<표 19> 1991년도 수지조정을 계산	56
<표 20> 1991년도 보험수가 조정을 계산	57
<표 21> 1993년도 의료보험 수가조정을 요약표	59
<표 22> 수가인상 시기에 따른 수가인상률 요약표	59
<표 23> 비용의범주 및 거시경제지표	64
<표 24> 수가인상률 건의안과 고시인상률의 비교	69
<표 25> 병원의 수익항목	73
<표 26> 병원의 비용항목	73

<표 27> 의원급 의료기관의 수익항목	74
<표 28> 의원급 의료기관의 비용항목	74
<표 29> 제조업의 원가구조	75
<표 30> 의료기관의 원가구조	75
<표 31> 환산지수의 유형	76
<표 32> 의료기관 종별 환산지수와 현행 환산지수의 관계(방안 1-1)	80
<표 33> 의료기관 종별 환산지수와 현행 환산지수의 관계 (방안 1-2)	81
<표 34> 전체 환산지수 (접근법 3)	82
<표 35> 2001년 상반기 의료기관 종별 경영수지 유형별 원가보전을	87
<표 36> 2002년 추정 의료기관 종별 경영수지 유형별 원가보전을	87
<표 37> 2001년 상반기 경영수지 기준 환산지수	88
<표 38> 2002년 경영수지 기준 환산지수	88
<표 39> 의원수익 측정방안	92
<표 40> 2001년 진료과별 추정수익 (방안1-1)	93
<표 41> 2001년 진료과별 추정수익 (방안1-2)	93
<표 42> 2001년 진료과별 총추정수익 (방안2-1)	94
<표 43> 2001년 의원당 총추정수익	94
<표 44> 진료과별 2001년 비용 추정액	95
<표 45> 진료과별 2001년 예상 순이익 및 총소득 (산술평균)	96
<표 46> 진료과별 2001년 예상 순이익 및 총소득 (중위수)	97
<표 47> 의원 방안별 결합환산지수	98
<표 48> 병·의원의 결합 환산지수 (2001년)	98
<표 49> 한국과 일본의 소득비교	99
<표 50> 한국과 미국의 소득비교	100
<표 51> 2002년 분석결과 산출된 병원 원가기준 환산지수	101
<표 52> 균등수익률법에 의한 원가배분의 예	102
<표 53> 2002년 분석결과 산출된 병원 경영수지기준	103
<표 54> 조사대상 의원의 응답률	106
<표 55> 2002년 분석결과 산출된 의원급 의료기관의 환산지수	108

<그림 차례>

그림 1. 연구방법	7
그림 2. 건강보험수가 결정 과정	31

요 약 문

지난 1977년 우리나라에 의료보험이 도입되고 1989년에 전국민의료보험이 실시된 이래 의료기관의 문턱이 낮아지면서 전국민은 손쉽게 의료기관을 이용할 수 있게 되었고, 국민의 의료에 대한 기본적 욕구는 어느 정도 충족되었다. 이렇게 우리나라 의료보험의 역사는 일천하지만 양적인 측면에서는 커다란 성과를 이루었다. 그러나 다른 한편에서는 본인부담금이 높고 의료서비스중 일부분만이 급여의 범위에 포함되며 진료수가가 낮게 책정되는 등 국민과 의료계에서 불만이 제기 되고 있다.

전국민의료보험제도가 실시되고 의료기관의 강제지정이 실시된 이래로 의료수가가 어떻게 결정되는냐에 따라 의료기관의 경영 및 보험제정이 크게 영향을 받고 있다. 따라서 의료기관과 공단에서는 의료수가의 결정에 많은 관심을 갖고 있지만 정부의 낮은 의료수가 정책으로 인하여 경영의 어려움을 겪고 있는 의료기관이 증가하고 있다. 현행 의료수가 정책의 문제점은 의료수가가 의료행위별 원가에 기초하지 않고 의료기관의 경영수지, 특히 병원의 경영수지를 기초로 하여 결정된다는 점을 들 수 있다. 또한 최신의 의료서비스가 의료수가에 전혀 반영되지 않고 있기 때문에 적절한 보상을 받지 못하고 있다는 점을 들 수 있다.

본 연구는 우리나라의 의료보험제도에 있어서 의료수가의 조정과정과 그동안 실시된 의료기관 경영수지분석방법들을 각 연구기관별로 분석하여 그 특성과 문제점을 살펴본다.

먼저 우리나라 의료보험수가제도의 변천과정을 살펴본 후 건강보험수가인상률 산정의 방법을 상대가치 수가체계가 도입되기 이전과 이후로 구분하여 검토한다.

상대가치 수가체계가 도입되기 이전에는 의료기관의 경영수지를 토대로 보험수가의 적정인상률을 도출하였고, 여기에 다시 물가상승률을 고려하여 의료수가가 결정되었다. 경영수지분석에 이용된 회계자료의 신뢰성 결여는 분석의 결과에 대한 신뢰성의 부족으로 이어졌다. 또한 재정경제부의 물가상승률을 고려한 수가정책으로 인하여 의료기관의 경영수지 분석

의 결과는 의료보험 수가의 결정에 크게 영향을 미치지 못하고 회석되는 경우가 많았음을 알 수 있다. 우리나라의 의료수가 결정은 진료행위의 원가에 기초해서 결정되지 않았음을 알 수 있다. 그보다는 의료기관의 경영수지 분석의 결과와 물가상승률이 의료수가의 조정에 가장 커다란 영향을 미치는 요인으로 작용하였다. 이와 같이 의료보험수가가 원가에 기초하지 않고 결정되기 때문에 의료보험 수가항목간의 상대적인 불균형을 초래하게 된다. 제공되는 의료서비스중에는 계량화할 수 없는 항목이 많고, 이중 특히 기술 위주의 서비스에 대한 원가분석이 어려워 의료보험의 수가가 상대적으로 낮게 책정될 여지가 있다.

경영수지분석의 결과에 따라 의료보험수가의 인상률을 제안하는 방법이 의료기관의 경영상태를 의료보험수가에 반영할 수 있다는 장점도 있지만, 여러 가지 문제점이 있어 수가 인상률을 제안하는 또 다른 방법으로 거시경제지표를 이용한 의료보험경제지수와 의료이용량조정기준을 제안하게 되었다. 하지만 의료보험경제지수에 의해 수가 인상률을 제안하는 방법도 사용되는 기초자료의 신뢰성과 객관성에 문제가 있었다. 회계자료 자체에 문제가 있음에도 불구하고 의료보험경제지수는 비용발생에 따른 손익여부가 아니라 비용구성비율이 그 연구의 초점이기 때문에 신뢰성이 높다는 것인데, 이는 회계자료자체가 신뢰할 수 없으면 비용구성비율도 신뢰성이 없음을 간과한 것이라 할 수 있다. 경영수지분석에서나 의료보험경제지수를 이용한 수가 인상률 산출방법 모두 의원급 의료기관에 대한 분석이 배제되는 문제점을 가지고 있다.

2000년 국민건강보험법이 제정되면서 의료보험수가는 상대가치 점수제도에 기초하여 결정되도록 변경되었다. 상대가치 수가체계가 도입된 이후의 보험수가 인상률 계산방식은 그 이전과는 방법을 달리하고 있다. 기본적으로 의료행위별 원가계산에 기초한 방법을 적용하고자 노력하였다. 원가계산에 기초한 환산지수를 산출하기 위해서는 우선 개별 의료행위에 대한 원가가 파악되어야 하는데 의료기관의 원가계산시스템이 매우 낙후되어 있기 때문에 의료수가의 결정에 기초가 될 원가정보의 제공도 체계적으로 이루어지지 못하는 문제점이 있다. 원가기준 환산지수를 도출하기 위한 분석을 하면서 ‘원가’의 개념에 대한 범위를 상당히 축소하였다.

그 대표적인 예는 2002년도의 환산지수를 산정하기 위해 의료기관의 비용을 계산함에 있어서 자기자본 비용을 제외하였다는 점을 들 수 있다. 자기자본의 자본비용은 실제로 발생한 이자비용이 아니고 기회비용이므로 무시해도 된다고 보는 시각이 있을 수 있다. 그러나 이것은 일관성이 결여되어 있으며 비논리적인 것으로서 잘못된 판단이다. 비영리단체인 종합병원에서 출자금이 정부나 공공기관에서 공익을 위해 무상제공 되었다면 그 출자금에 대한 자본비용을 무시할 수 있는 경우는 있지만 실질적으로 영리단체로 분류되어 법인소득세를 납부하는 의료기관이라면 자기자본에 대한 자본비용을 비용으로서 보지 않는 것은 일관성이 결여되었을 뿐만 아니라 형평성에도 맞지 않은 판단이다. 이러한 판단은 결국 의료기관이 자기자본으로 운영하는 것을 차단하게 되고 오히려 차입에 의해 자본을 조달하는 것을 유리하게 만들어 의료업계가 지나치게 차입금의 비율을 높게 가지도록 유도하는 바람직하지 않은 현상을 초래하게 된다. 이렇게 된다면 의료기관은 경영성과와는 관계없이 매월 실질적인 이자를 지급하여야 하기 때문에 경우에 따라서는 손실이 발생하거나 현금흐름이 원활하지 못하게 되는 등 심각한 경영위기를 초래할 수 있으며, 이는 양질의 의료 서비스를 제공하는 것이 결국에는 어렵게 된다는 문제점이 있다.

경영수지 분석에 의한 환산지수를 결정하는 것은 의료기관에서 발생한 수익과 비용이 급여 또는 비급여 어느 부분에서 발생하였는지에 대한 구분이 없이 의료기관의 전체 수익과 비용을 맞추는 손익분기를 달성하는 수준에서 환산지수를 결정하는 방법으로서, 비급여수익으로 급여수익을 보조하도록 하는 정책이다. 경영수지를 기준으로 하는 환산지수를 산출함에 있어 중요한 것은 의료기관에서 발생한 손익중 어떠한 손익을 적용하느냐에 따라 원가보전율이 달라진다는 것이다. 또한 수지균형을 달성하는 수준에서 환산지수를 결정하고자 하는 정책은 비현실성과 부당성의 측면에서 그 문제점이 있다. 즉 개별의료기관의 급여부분과 비급여부분 전체에서 발생하는 수익과 비용에 대한 수지균형을 달성하는 환산지수를 결정하는 것은 불가능한 것으로서 비현실적이라는 것이다. 이는 급여와 비급여의 비중이 고정되어 있지 않아 과거와 미래의 배합비중이 달라지기 때문이다. 과거의 비중을 기준으로 환산지수를 계산하는 것은 의미가 없다. 또한 의료기관별이나 진료과목별로도 급여와 비급여의 비중이 다르기 때

문에 어떤 환산지수를 사용하더라도 개별 의료기관의 수지균형은 달성되지 않는다. 결국 환산지수 수가체계 이후의 분석은 평균적인 수지균형을 달성하는 환산지수를 계산할 뿐인데 이는 의미가 없다. 다음은 건강보험의 환산지수로서 경영수지를 분석하여 이용하는 것은 비급여수익이 급여비용을 보조하도록 하는 방식으로서 자원의 효율적인 배분, 보험의 위험분담 기능, 의료기관과 보험가입자의 의료관련 의사결정의 면에서 부당하고 바람직하지 않은 부작용을 초래한다는 문제점을 안고 있다.

비급여수익으로 급여비용을 보조하면, 결국 급여비용의 일부를 비급여 의료비를 지급하는 환자에게 전가하는 것이다. 비급여수익으로 급여비용을 보조하는 정책은 지소하기 보다는 급여비용의 급여수익으로 충당할 수 있도록 의료수가를 현실화하여 환자와 보호자의 비급여의료비 부담을 줄이는 것이 더 사회적으로 바람직하다. 비급여수익으로 급여비용을 보조하도록 하는 경영환산지수를 사용하는 것은 낮은 의료수가의 수준을 유지하기 위함이며, 이는 우수의료인력이 비보험의료행위로 물리게 하는 자원의 비효율적인 배분을 초래하고 있다.

의료기관의 원가중 가장 큰 비중을 차지하는 것은 인건비이며 그 중에서도 의사의 인건비이다. 환산지수를 산출하기 위한 연구에서는 이러한 인건비를 외국과 비료하며 비현실적으로 계산하여 비용을 과소계산함으로써 의료기관의 원가를 임의적으로 낮춘 것으로 보인다. 외국의 의사인건비와 비교하여 의료기관의 인건비를 산출하는 것 보다는 우리나라의 유사한 전문직 인건비와 비교하여 의료인의 인건비를 산출하는 것이 보다 현실적이다.

의료수가의 결정이 우리나라 의료보험제도의 핵심이 되고 있는 현실에서는 의료기관의 경영수지분석을 기초로 하여 의료수가를 결정하게 되면 우리나라 의료기관은 지속적으로 존속하기 어렵게 될 것이다. 따라서 의료수가는 철저하게 의료행위에 대한 원가계산을 근거로 하여 결정되어야 한다.

개별 의료행위에 대한 적절한 의료수가는 의료행위간 상대가치가 적절하다는 것을 전제로 한다. 따라서 타당한 의료수가를 산정하기 위해서는 먼저 상대가치 산출모형의 타당성 분석이 실행되어야 할 것이다.