

# 상대가치 전면개정에 대한 소고

# Focus

글 · 박 상 근  
인제대 백중앙의료원 부의료원장



## I. 전면개정 배경 및 과정 요약

우리나라에 상대가치 점수제가 의료비 지불제도로 도입된 과정은 1997년도 행위별 상대가치점수 1차 연구가 수행되어 행위별 상대가치 점수를 개발하였으나 이의 적용에 대하여 여러 문제점이 도출되어 2000년도까지 2차 연구 후 2001년 고시되어 현재에 이르고 있다. 그 후 매년 상대가치 점수를 수가로 전환하는 환산 지수를 보험자와 공급자간에 협의하여 계약해 왔으며, 의협 내에 설치된 26개과로 구성된 상대가치 개정위원회에서는 대부분의 임상 각과들이 수용하는 범위 안에서 현행 상대가치 중 불합리하게 책정되어 시정이 불가피한 행위별 상대가치를 부분적으로 개정해 왔다. 그러던 중 상대가치운영기획단은 현행 상대가치점수체계의 불합리성으로 인한 전면 개정의 불가피성을 제기하여 심사평가원의 상대가치점수연구개발단에게 전면개정에 대한 연구용역을 맡겼다. 2003년 10월 상대가치점수연구개발단은 의료계 관련인사들을 소집하여 이에 대한 설명회를 개최하였다. 주요 내용은 현 행위별 상대가치점수에는 의사 업무량, 진료

비(인건비, 재료비,약품비, 장비비 등 포함), 간접비 그리고 위험도에 대한 비용이 구분되지 않았고 그 근거가 명확치 않아 전면 개정이 불가피하다고 연구 배경을 설명하였으며 연구에 대한 모형과 시간표를 제시하였다. 의료계 참석자들은 각 진료행위에 포함된 세부항목에 대한 비용지불이 간과된 그간의 수가 체제에 대하여 맺힌 한이 있어 새로운 패러다임의 상대가치 전면개정의 청사진에 대한 기대가 대단하였다. 행위별 의사업무량 상대가치와 진료비 직접비용 산출을 위한 행위의 정의, 전형적 사례와 이를 근거로 한 직접진료비용의 기본 틀이 될 필수 인력, 세부행위와 소요시간, 재료, 약품, 장비 등에 대한 자료를 각 학회가 맡아서 작성하게 되었으니 더욱더 고무적이었다. 이 작업을 수행하기 위하여 의협 내 상대가치 개정위원회를 의료계의 최고 의결기관으로 하고 업무의 효율성을 기하기 위하여 상대가치연구단을 결성하였다. 또한 심사평가원의 상대가치점수연구개발단은 각 학회별로 진료비 직접비용 산출을 위한 CPEP(clinical practice expert panel)과 각 학회간의 의견을 조율하기 위한 각 학회 대표를 구성원으로 하는 조정패널을 결

성하였다. 1차적으로 행위 정의 및 전형적 사례와 의사업무량 개발 연구에 착수하였다. 의사업무량 전면 개정은 이를 처음부터 다시 시작하기에는 업무가 과중하고 시간적 제한 때문에 이에 대해서는 각 학회별로 1차 연구의 의사업무량을 기본으로 검토하여 최종안을 제시하도록 하였으며, Rash 방법의 도입 등 여러 방안을 시도하였으나 과별 합의점 도출이 어려워 과간 총점 중립 하에 과내 행위별 불균형을 잡아 주고 극히 과소평가된 몇몇과에 대하여 소폭 개정을 골자로 하는 극히 제한된 부분개정 후 그 안을 연구개발단에 제출하였다. 다음은 행위별 직접진료비용 산출인데 이를 위하여 CPEP 위원들은 해당 과별 의료행위에 대한 인력, 시간,약품, 재료, 장비 등등 모든 내용을 빠짐없이 꼭꼭 담아서 행위별 원가 산출을 위한 기본 자료의 틀을 작성하였다. 이어 조정패널에서는 과별로 작성한 내용을 조합하여 유사 공통행위에 대하여 일률적 적용을 위하여 표준 protocol 모형을 도출하였다.

한편 심사평가원의 상대가치점수연구개발단에서는 두 가지 검증 방안을 채택하였다. 하나는 의료비 관련 기관별 회계조사이고 다른 하나는 의료행위에 대한 상세조사, 부서별 비용 중심점(cost center) 산출 및 재료, 약품, 장비 가격에 대한 시장 조사 등의 직접적인 검증 방법이었다. 그리고 이 과정을 통하여 CPEP 자료에 근거한 원가를 재조정하기 위한 전환지수가 산출되어 최초의 원가 계산이 현실적 환경에 적응되는 과정을 통한 새로운 원가로 산출되었다. 이 원가에 의료기관별 상세조사로 만들어진 위험도 비용을 행위별 차등 전환지수로 계산하여 포함시켰다. 마지막으로 현 재정 중립적 기본 틀 안에서 과별 총점 고정 하에

행위별로 신 상대가치 점수를 산출하였다. 그리고 산출된 신상대가치의 적용에 대해서는 매년 20%씩 점진적으로 적용하기로 제안되었다.

위험도 상대가치는 그 동안 간과된 분야로 연구 결과에 따라 추가 재원으로 분야별로 차등 지급되어야 한다는 막바지 과정에서 상대적으로 적게 할당된 약사회 및 다른 직능 단체의 거센 반발로 주춤하고 있는 실정이다. 2006년 9월 25일 최종적으로 개최된 공청회에서도 의협은 원가 보전, 위험도 상대가치 연구결과대로 배분, 기본 진찰료에 대한 적정 보상을 제시하였고 병협은 적절한 수가 보상을 위한 재정 지원을 우선으로 한 전면개정 적용, 입원료 상대가치의 원가 보전, 연구 결과에 따른 위험도 상대가치의 순증, 치료재료 비용의 상대가치 체제에서의 분리와 의사 비용 상대가치의 적정성 보장을 제시하였고 다른 의료공급자들도 비슷한 의견을 제시하였으나 위험도 상대가치 배분에 대해서는 불만을 토로하면서 당사자간 합의가 선행된 다음 전면개정이 적용되어야 한다고 강조하였다. 경제단체 대표자와 보험공단 대표자는 수가를 조건으로 한 상대가치 전면개정을 하여서는 안되며 단지 행위별 상대가치의 올바른 균형을 잡아주는 역할만을 하여야 한다고 강조하면서 원가 계산을 할 필요는 없었고 위험도에 대한 재원 추가 여부에 대하여도 언급할 사안 이 아니었다고 연구에 대한 불만을 토로하였다.

## II. 문제점

상대가치점수제도를 전면적으로 개정하기 위해서는 그 동안 원천적으로 낮게 책정되었던 수가를 현실

화하기 위한 충분한 재정 지원이 선행된 후에 행위별 상대가치의 적정성을 검증하고 개정 작업에 착수해야 하는 것이 순서이다. 그러나 이번 개정 작업의 말미에 와서는 상대가치 총점 고정 및 재정 중립 원칙이 적용되면서 그 동안 착실히 진행되던 개정 작업의 의미가 흐려져 버렸다.

그간 연구 과정을 세세히 들여다보면 여러 문제점들이 표출되었으며 이를 시정하기 위하여 연구자들이 순발력을 발휘하여 최대한의 공정성과 객관성 그리고 합리성을 유지하고자 노력하였음을 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고 본 연구결과는 여러 가지 문제점을 안고 있다. 첫째 각 행위별 수가를 교과서적으로 수행하기 위하여 필요한 원가가 아니라 현실적으로 주어진 재정의 틀에 끼워 맞추었다는 것이다. 그리고 현재의 재정 또한 애당초부터 시장 원리에 따른 것이 아니라 통제적 가격 결정에 의한 저수가로 도출된 것으로 현실성이 없는바 현행 회계 조사를 통하여 이를 근거로 비용을 산출하였다는 것은 전면개정의 의미가 없다는 것이다. 둘째는 과별로 제시한 진료비 직접 비용 산출을 위한 자료에 대하여 객관적이고 합리적인 검토가 없었다는 점이다. 물론 연구개발단 요원들이 몇몇 의료기관을 방문하여 상세조사를 통하여 검토하는 과정이 있었으나 그 대표성이나 통계적 유의성에 대한 부족함을 지적하고 싶다. 그리고 이 자료를 기초로 CPEP에서 제시한 자료를 일괄적으로 전환지수를 곱하여 보정하였다는 점이다. 셋째는 상대가치 점수에 의료재료 및 약품비가 모두 포함되어 있다는 것이다. 이 부분은 현행 실거래가로 상환되고 있는 부분으로써 의용공학의 발전 속도가 빨라 그 수가가 매

우 가파르게 상승하고 있다. 바로 이 비용부분이 의료인들이 가장 우려하는 것으로 수가의 대부분을 차지하고 있으며 그 동안 관행적으로 환자에게 부담시키던 비용을 상대가치 점수에 포함시킴으로써 다른 모든 의료행위에 영향을 주어 행위 위주의 의료행위가 기존의 상대가치 점수보다 신상대가치점수가 낮아지는 큰 요인이 되었다. 이 점은 연구개발단에서도 문제의 심각성을 인식한 것으로 별도보상이라는 항목으로 재정비하여 상대가치를 보정하였지만 과별 참여도와 처리 방법에 따라 여전히 왜곡의 가능성은 남아있으며 이 부분을 어떻게 해결할 것인지에 대하여 수가에 미치는 영향이 미대할 것으로 예상된다. 향후 치료 재료 및 약품 등은 상대가치와 별도로 분리시키는 새로운 수가체제로 발전시켜야 할 것이다. 넷째는 의사 업무량에 대한 것이다. 본 전면개정에서는 의사업무량을 업무의 전문성, 난이도 및 정신적 스트레스 등을 전혀 고려하지 않은 채 단순히 소요시간에 의해 추정하였다. 이와 같은 수가 체계가 바로 의료의 왜곡을 초래하는 한 요인이 될 수 있다. 개방병원제도 도입을 위해서는 의사업무량에 대한 적절한 수가체제가 필요하다. 그러나 현 재정 중립적 틀 안에서 획일적으로 배분된 의사 비용은 현실을 반영하지 못하는 수치로 전면개정의 의지를 살리지 못하고 있다. 다섯째 연구 과정에 대한 문제점이다. 바쁜 일정과 적극적인 의료계의 협조 결여 등으로 충분한 검토가 되지 못했으며 전문 의료인들이 주체가 되어 검증되지 못했다는 것과 앞에서 지적했지만 회계조사나 상세조사 기관의 대표성과 수적 열세에 문제가 있다는 점이다. 여섯째 기본진료, 입원 및 각과 공통의료행위가 차지하는 비용이 전체 비용의 64%로 약 2/3를 차지하고 있

며 결국 나머지가 각과의 주요 의료행위에 배분된 것으로 이처럼 적은 부분 배분을 위하여 2년 반 이상을 고생하였다는 것이 우리를 서글프게 한 현실이다. 마지막으로 총 상대가치점수 고정 하에 신상대가치점수를 도출하였고 위험도 상대가치를 추가하여 결과적으로는 1.8%의 상승효과가 있다고 하지만 난이도가 높은 생명에 직결되는 대부분의 의료행위의 신상대가치점수가 오히려 하향 조정된 점은 매우 유감스런 결과이며 이와 같은 풍선 효과로 인한 과간 갈등이 심화되고 이 결과로 도출된 현행 상대가치 점수보다도 하향 조정된 새로운 점수체제를 해당 학회가 받아들일지 의구심이 간다.

### III. 결론 및 제언

금번 상대가치 점수 전면 개정연구는 나름대로 긍정적인 측면이 없지 않다. 우리나라 현행 의료행위를 재정리하고 정의하고 설명하고 전형적인 사례를 제시함으로써 KCPM 관리를 위한 기초를 마련하였다. 이는 추후 지속적으로 관리되어야 할 것이다. 또한 행위별 원가를 의사업무량, 직접진료비용, 간접비 및 위험도 비용 별로 산출하였다는 점이다. 이와 같은 분야별 상대가치로 분류된 신 상대가치점수 개발 과정에서 범한 오류는 충분한 시간을 두고 재검증하여 합리적이고 객관성이 있는 상대가치점수체제로 추후 재 보완되어야 할 것이다. 연구개발단에서도 이 점을 감안하여 2007년도 고시에정인 상대가치점수는 신 상대가치점수 20%, 기존상대가치점수 80%를 합산하여 정하기로하고 그 이후 20%씩 증가하여 5년 동안에 걸쳐 신 상대가치를 점진적으

로 적용하기로 하였다.

이번 연구로 재정적 측면에서는 현재 시행되고 있는 모든 의료행위가 원가의 81% 정도라는 것을 밝혀냈으며 이 부분은 추후 점진적으로 현실화되어야하며 교과서적 의료행위를 수행하기 위해서는 이보다 훨씬 많은 재원의 투입이 필요하다는 것을 객관적으로 밝혔다. 신 상대가치점수에 산정된 의사 업무량 비용이 현실성이 없어 개방형 병원 혹은 의료시스템 변화에 적용하는데 문제점이 제기되는 바 의사업무량에 대한 심도있는 재검토와 우선적인 배분이 필요하며 의사업무의 난이도, 전문성 및 정신적 스트레스에 대한 판정지표를 개발하여 행위별 의사 업무량의 차등화가 이루어져야 할 것이다. 수시로 변하며 향후 의료비의 점유율이 점진적으로 높아질 의료재료와 약품에 대해서는 실거래가 상환제를 사용하고 있는 현실에 맞추어 별도의 수가 체제로 운용하여야 할 것이다.

의료행위별 상대가치점수의 정답이 있을 수는 없다. 그러나 합리적이고 객관적인 점수 개발을 위한 이상적인 시스템 운용은 반드시 필요하다. 이제 막 절대적이고 이상적이지는 못하지만 나름대로 검증 과정을 거친 우리나라에서 행해지고 있는 의료행위에 대한 새로운 상대가치 점수가 개발되었다. 앞에서 지적한대로 신 상대가치점수제는 많은 문제점을 안고 있는 것이 사실이다. 그러나 이를 기본 바탕으로 하여 향후 이상적 시스템을 구축하여 보완하고 개선하고 새로운 의료행위에 대한 상대가치 점수를 산출하는 자발적 내적 제도의 틀을 마련하여야 할 것이다. **KHA**