

## 상대가치 2차 전면 개정 주요 내용 및 과제

김 영 재

교보생명 부속의원 원장  
kyj650@daum.net



---

〈편집자 주〉 지난 해 12월 건강심에서 2차 상대가치 개편안이 처음 보고되었다. 수술과 처치, 기능행위, 영상 및 검체 등 5개 진료행위의 상대가치점수 조정을 통해 총 8,500억 원(수가 인하분 5,000억 원+건강보험 재정 3,500억 원)을 투입하는 방안이다. 이를 통해 수술·처치·기능검사의 원가보상률을 90% 수준으로 조정하겠다고 한다. 특히 위기에 처한 외과계에서 이번 상대가치 2차 개정에 기대감을 갖는 모양새다.

이에 이번 2차 상대가치점수 전면개정의 주요내용은 무엇인지, 또 앞으로의 과제는 무엇이 주어졌는지에 대해서 살펴보는 것이 의미를 갖는다.

---

## 서론

2001년 1월 도입된 상대가치 점수는 도입 이전에 고시된 점수를 환산지수로 나누어 결정한 것으로서 기존 점수를 그대로 반영했다는 점에서 의료공급자간에 도입된 점수에 대한 상당한 불만을 가지고 있었다. 이에 2003년부터 4년에 걸쳐서 첫 번째 전면개정 작업을 수행하였고 2010년부터 2번째 전면개정 작업을 수행하였고 도입을 앞두고 있다. 1차 전면개정 작업에서 많은 실수가 있었기에 의사 업무량에 대한 과별 총점 고정, 개별 행위에 대한 총 점수에 대한 과별 총점 고정을 할 수밖에 없었다. 또한 급여 행위에 대한 원가 부분을 보면 1차 연구 결과 우리나라 급여 의료 행위의 원가 보상 수준이 73.9% 수준으로 나왔다[1]. 2차 연구에서는 원가 보전율이 90.91%가 나왔다.<sup>1)</sup>

또한 2차 연구에서는 1차 연구에서의 문제점을 보완해서 연구를 했어야 했는데 현실에서는 그러지 못했다. 금년에 2차 연구 결과가 도입 되고 나면 3차 연구가 시작될 것이다. 1, 2차 연구결과를 되돌아보고 3차 연구에서의 해결 방안에 대해서 논하고자 한다.

## 우리나라의 상대가치 수가 도입

1963년 의료 보험이 도입되기 이전에는 의료 행위 가격이 정해져 있지 않았다. 의사들이 자율적으로 수가를 정해서 환자에게 청구를 했다. 의료 보험 도입

이후 잠시 일본처럼 물기(物技)에 따른 상대가치 점수를 사용하였지만 실질적으로는 보건복지부의 고시에 의해서 결정되었다. 1990년 김한중, 조우현 교수는 “RBRVS와 우리나라 의료 보험 수가체계”란 연제에서 기존 고시제의 문제점 해결 방안으로서 미국에서 사용하고 있는 RBRVS 제도 도입의 필요성을 제기 하였다. 미국 RBRVS 점수는 의료 행위에 투입하는 자원을 근거해서 만들었다는 점에서 원가 수준을 파악할 수 있다는 점을 고려해서 낮은 의료 보험 수가에 대한 해결책으로 사용할 수 있을 것이라고 생각하였다.

1994년 ‘의료보장개혁위원회’에서 자원기준 상대가치 개발을 정책대안으로 제시하고 연세대학교 보건정책 및 관리 연구소를 책임 연구기관으로 하여 전문적 연구 수행을 하도록 하였다[2]. 1998년과 1999년도 연구결과에 대한 1, 2차 조정을 거쳐 2001년 의약분업과 함께 도입되었다. 도입 당시는 기존의 고시가에 근거해서 환산지수를 결정하고 고시가를 결정된 환산지수로 나누어 결정한 것이 불과했지만, 상대가치 제도는 각 의료 행위의 상대가치를 상호 합의와 합리성을 바탕으로 결정하고 의료계와 보험자간에 환산지수 계약에 의해서 보험수가가 결정되므로 기존 고시의 문제점이 해결될 수 있는 제도로 볼 수 있어 도입에 적극적이었다. 이후, 2번의 전면 개정 연구가 있었지만 이런 문제 해결은 되지 못했다.

도입한지 벌써 17년이 지났고, 2번의 전면 개정 작업이 있었지만 기존의 문제도 해결되지 않았고 아직도 상대가치를 둘러싼 많은 이해관계가 대립되고 있으며 여전히 많은 불만이 있다[3].

1) 의과 건강보험급여 행위수익+종별가산율 원가보전율

구분	유형						합계
	수술	처치	기능검사	검체검사	영상검사	기본진료	
상급병원	71.89%	70.27%	53.84%	188.42%	196.45%	51.22%	82.77%
종합병원	91.25%	82.80%	97.09%	179.45%	172.30%	54.20%	89.67%
의원	87.73%	100.34%	87.76%	127.03%	83.91%	96.65%	96.16%
평균	84.17%	88.65%	82.70%	174.33%	170.08%	78.33%	90.91%

## 2차 전면개정 작업과정과 문제점

### 1. 상대가치 전면개정 작업

#### 1) 1차 상대가치 전면 개정 작업

대한의사협회 산하 상대가치 개정위원회에서 주  
도적으로 4,941개 의과 의료 행위(비급여 608개,  
신설 64 행위 포함)에 대해서 의료 행위 정의와 의  
사 업무량 산출 작업을 하였다. 진료비용은 건강보  
험심사평가원의 상대가치 연구개발단에서 수행하  
였으며 18개 전문과 진료비용 패널(230여명: 의  
사, 간호사 및 임상인력 협회 추천)을 만들어 수행  
하였다. 동시에 top down valuation을 위해서 표  
본기관 비용상세조사(원가 중심점별 하향식 방법)  
와 기관단위 비용조사(전국단위 하향식 방법)을 수  
행하였다.

#### 2) 2차 상대가치 전면 개정 작업

1차 연구와 가장 큰 차이점은 유형별 즉 수술, 처  
치, 기능, 영상, 검체검사 5가지 유형으로 검증하여  
유형별 총점 고정 하에서 과간의 벽을 허무는 작업을  
수행하였다는 것이다. 의사업무량은 의사협회 산하  
상대가치개정위원회에서 수행하였고 진료비용은 건  
강보험심사평가원 상대가치 개발단에서 동료평가를  
통해서 수행하였다.

### 2. 연구 문제점

#### 1) 1차 상대가치 전면 개정 작업에서의 문제점

**상대가치 제도는 도입한지 벌써 17년이 지났고,  
2번의 전면 개정작업이 있었지만  
기존의 문제도 해결되지 않았고,  
아직도 상대가치를 둘러싼 많은 이해관계가  
대립되고 있으며 여전히 많은 불만이 있다.**

230여 명의 전문가들이 참가하여 진행한 전면개  
정 연구로, 참가한 사람들이 같은 기준을 가지고 적용  
해야 했지만 사전에 연구에 대한 충분한 동의가 없어  
서 연구 참여자간에 다른 기준을 가지고 자료가 구축  
되었다는 점이 가장 문제의 시작이라 할 수 있다. 즉,  
대학병원의 이상적 상황을 고려해서 자료를 구축하  
는 것이 원칙<sup>2)</sup>이었는데 이를 충분히 공감하지 못해  
서 어떤 패널은 대학병원의 이상적 상황을 고려해서,  
어느 패널은 현실을 반영, 또 다른 패널은 의원급의  
현실을 반영해서 데이터를 구축하는 일이 나타났다.

benchmark를 만들 때에는 이상적 상황이라는  
점이 오히려 과잉으로 적용되는 경향이 있었으며, 이  
렇게 만들어진 benchmark를 이용하는데 있어서도  
서로 다른 기준을 가지고 적용하였다. 치료재료 구축  
에 있어서도 같은 일이 반복되었다. 임의비급여 재료,  
행위포함재료 별도 보상재료, 비급여 재료 등이 혼재  
되어 자료가 구축되었다.

이 결과 진료비용 자료의 경우 회계 조사결과를 대  
비해 보면 5배, 많게는 10배까지 자료가 구축되었다.  
이로 인해서 과별 불균형이 오히려 심화되었다<sup>3)</sup>. 급  
여 행위에 대한 원가 보전율이 73.9%로 원가 미만이  
라는 점도 연구에 영향을 크게 미쳤다. 재정중립 하에  
서 상대가치조정을 해야 하지만, 급여수가가 전체적  
으로 원가 미만이인 상황에서는 일부 행위의 상대가치

2) 낮은 수가로 인해서 의료기관은 무리해서 의료 서비스를 제공해야만 할 수 있다. 상대가치 제도를 통해서 적정 수가 제공되면 행위 정의와 내용이 적정 서비스를 제공할 수 있도록 구축되어야 하는데 당시 무리한 현실을 그대로 반영하면 이런 점이 개선될 수 없을 것이다. 이에 연구 원칙으로 대학병원의 이상적상황을 고려해서 구축하려 하였다.

의 하향 조정이 어렵다. 즉 상대적으로 다른 행위들에 비해서는 상대가치가 높지만 여전히 수가가 원가 미만인 행위의 상대가치를 하향 조정하는 것은 해당 과의 입장에서 수용이 곤란했기 때문이다.

### 2) 2차 상대가치 전면 개정 작업에서의 문제점

유형별로 나누어 검증하였다는 점에서는 1차 보다 나은 방법이지만 1차 때의 문제점은 여전히 개선되지 못하였다. 참가한 연구자 간의 연구에 대한 이해와 다른 기준을 가지고 접근했다는 점도 여전했다. 모든 연구를 1차 연구 자료를 가지고 이를 바탕으로 진행되었다. 시술 중 시간 검증에 있어서 전신마취를 하는 수술의 경우 전신마취 기록을 가지고 시술 중 시간을 검증하였다. 시술 중 시간이 점수에 미치는 영향이 크다보니 과도하게 수술 중 시간을 요구하는 전문과도 있었으며 관심 없는 전문과도 있었다. 전신마취를 하지 않는 행위는 검증할 수 없어 전문과의 주장을 받아들일 수밖에 없었다.

의사 업무량 점수를 대표행위에 대해서 상대가치 위원들의 투표에 의해서 결정했는데 일부 감정적인 점수 결정이 있었다. 대표행위에 대한 투표결과가 해당 전문과 관리 행위에 대해서 미치는 영향이 크기에 투표 결과에 대한 불만이 많았다. 진료비용에 대해서는 건강보험 심사평원원에서 동료평가를 통해서 진행되었다.

기존의 benchmark의 문제점을 거론하고 진료비용도 상대가치라는 점에서 benchmark의 간소화가 상대가치 점수를 내는데 도움이 된다는 점을 강조했음에도 과의 이해에 의해 오히려 더 복잡해지는 일도 발생했다. 거기에 이미 문제가 많은 1차 연구 구축자

료를 기초로 하였다는 점에서 이 문제를 해소하는데 너무나 역부족이었다. 회계조사에서도 대표성 문제가 제기되었다. top down valuation을 하기 위한 회계조사도 병원계의 충분한 협조가 부족해서 결국 협조 잘해주는 병원에서 회계조사 연구를 수행해야 했다. 즉 현장 조사 자료나 회계 조사 자료 모두 대표성을 확보하기 어려웠다.

### 3) 2차 상대가치 전면 개정 작업에서의 유형간 재정 이동

2차 전면 개정 작업은 충분한 준비 시간 없이 수술 유형에 대해서 급작스럽게 진행되었다. 1차 연구에서 과간 조정을 하지 못했다는 점에서 과간을 벽을 허무는 단초를 마련할 수 있다는 점, 그리고 수술은 과간의 벽을 허물고 상대가치를 구하기 상대적으로 쉽다는 점, 그리고 원가 보전율이 낮다는 점, 외과계열의 전공의 확보가 어렵다는 점 등이 감안되어 순증을 약속 받고 급작스럽게 시작되었다. 연말까지는 끝내야 순증 가능하다는 말에 급하게 시작되었고 시간이 매우 부족하여 결국 1차 때의 문제점이었던 참여 연구자간의 같은 기준 적용을 위한 충분한 연구자 미팅 없이 시작되었다.

하지만 안타깝게도 정해진 기간 내에 수술 유형에 대한 상대가치 점수 도출이 어렵게 되었고 순연되면서 수술 유형에 대한 순증을 통한 점수가 우선 적용되지 못하고 연이서 나머지 유형도 모두 2차 연구에 준비 없이 들어가게 된 것이다. 유형 연구와 더불어 회계 조사가 이루어졌고 그 결과 유형별 원가가 도출되었다. 그 결과는 표1과 같다.

표 1 |

구분	기본진료료		5개 유형				
	진찰	입원	수술	치치	기능	검체	영상
규모	7조	4조	1.7조	4.6조	1.2조	3.4조	2.7조
원가보전율	75%		76%	85%	74%	159%	122%

검체와 영상의 원가보전율이 높다는 점을 감안해서 여기서 5,000억을 빼서 수술, 처지, 기능 검사 유형으로 5,000억을 이동시키고 3,500억을 더 투여해서 수술, 처지, 기능 유형의 원가보전율을 90% 수준으로 하려하고 있으며 도입기간은 3.5년에 걸쳐 25%씩 단계적으로 도입한다. 3,500억은 순증이 아니고 수가 계약 시 이만큼을 감안하기로 했다. 즉 2017~18년 투입금액은 2019년에 2019~20년 투입금액은 2021년도에 감안하기로 했다. 또한 소요재정 1,500억 규모의 행위 재분류 등을 추진하기로 했고 검체영상 검사 질 평가를 수가와 연계하기로 했다.

하지만 검체와 영상 유형이 원가보전율이 높은 것은 단순히 점수를 잘 받아서가 아니고 빈도가 늘어나면서 원가보전율에 영향을 미친 것이다. 고가의 장비비에 대한 장비가동률, 고정비, 변동비 등을 감안한다면 빈도를 늘리면 검체와 영상 검사는 쉽게 원가보전율을 100% 이상으로 갈수 있으며 나머지 행위는 행위의 빈도를 늘리기 어렵다는 점에서 원가보전율이 좋아질 수 없는데, 단순히 원가보전율만 가지고 유형간 이동을 결정한 것은 이상적 의료 서비스 제공이라는 상대가치 연구 원칙을 스스로 저버린 것이며 향후에도 무리해서 검사를 해야 할 유인을 만들었다고 생각된다. 또한, 검체와 영상 수가중 상당수가 의원급 및 각 진료 전문과와 이해관계가 있는 부분임에도 이를 질 연계수가로 하면서 의원급과 해당 전문과의 수익감소로 이어질 수 있는 결정을 한 것은 유감이다.

### 3차 상대가치 전면개정에 대한 제언

1차 연구에서 방대한 의료 행위에 대한 행위 정의와 전형적 사례와 구체적으로 제공되는 서비스 내용을 모두 정리했다는 점, 시술 전·중·후 시간, 의료행위의 상대적 강도와 의료 행위에 직접적으로 관여하

**2차의 전면개정이 있었지만 아직도 대다수가 현재의 연구 결과를 만족하지 못하고 있다. 기본진료료, 특히 의사의 가장 기본이라 할 수 있는 진찰 관련 원가보전율에 대한 배려가 전혀 없었다는 점에서 많은 아쉬움이 있다.**

는 임상인력의 시간, 장비, 재료에 대한 구체적 데이터를 구축하였으며 2차에서 1차 연구 결과를 가지고 유형별 구분해서 상대가치 점수를 결정하여 과간의 벽을 유형 내에서 허물었다는 점, 시술 중 시간에 대한 일부 검증 경험을 가졌다는 점에서 2번에 걸친 전면 개정의 의의를 찾을 수 있을 것이다. 하지만 아직도 대다수가 현재의 연구 결과를 만족하지 못하고 있다. 또한 기본진료료, 특히 의사의 가장 기본이라 할 수 있는 진찰료에 대한 원가보전율에 대한 배려가 전혀 없었다는 점에서 많은 아쉬움이 있다. 3차 전면개정에서는 기본진료료를 포함해서 2차례의 전면개정에서의 경험을 바탕으로 제대로 된 연구 결과가 반영되기를 희망하면서 3차 연구 방안을 제언해보고자 한다. 개선방안 1-3은 2014년 원고에서도 주장했던 것인데 3년이 지나도 똑같다. 하지만 가장 중요한 기본 전제이므로 다시 한 번 더 주장한다.

### 상대가치 제도 운영의 개선 방안

1. 의사협회가 주도적으로 할 수 있도록 공식화해야 한다.

발전하는 의료 행위의 등재와 개정, 그리고 삭제제를 원활하게 하기 위해서는 전문가 단체의 참여가 절대적이며 또한 상대가치 점수 산정에서도 마찬가지다. 의료 행위의 변화는 의료기술 발전과 같이 빠르게 적용되어야 한다. 이것은 단순히 코드를 부여하는 것이

아닌 현재 우리나라의 의료 현 상황을 파악해서 미래를 준비하게 하는데도 중요한 일이다. 상대가치 점수에서 의사 업무량 상대가치는 제공되는 의료 서비스에 투입되는 의사의 시간과 강도에 의해서 결정이 된다. 이것에 대해서는 의료서비스를 제공하는 의사들이 가장 잘 알 수밖에 없는 부분이다. 진료비용 역시 서비스를 제공하는 현장에 있는 의사들이 가장 잘 알고 있는 부분이다. 이런 부분에 대해서는 대한의사협회가 주도적으로 할 수 있도록 해야 한다. 그러면서 건강보험심사평가원 상대가치개발팀이 이 모임에 참가를 해서 점수 산정 과정에 관여하여 프로세스의 정당성과 결과 산출의 합리성을 검증하면 된다. 이를 위해서 의사협회 산하에 있는 상대가치개정위원회와 의료행위심의위원회를 공식적으로 인정하고 제도적, 재정적 뒷받침을 해야 한다.

## 2. 연구 참여자가 연구에 대한 이해를 하는데 충분한 시간을 투자해야 한다.

많은 참가자들이 참여하는 만큼 컨센서스(consensus: 합의) 형성에 많은 시간을 투자를 해야 한다. 먼저 연구 참여자를 선정해서 충분히 교육해야 한다. 상대가치 제도에 대한 이해와 상대가치 점수 산정에 대한 이해 그리고 타과에 존중을 가질 수 있도록 하는 등 참가자들이 충분히 제도에 대한 컨센서스 형성을 한 다음에 연구를 진행해야 한다.

## 3. 원가 보전율을 100% + 알파로 해야 한다.

무엇보다 원가보전이 되지 않는 원가 이하의 수가를 개선해야 한다. 상대가치는 행위간의 상대가치를 비교해서 만들어지는 점수인데 환산지수를 곱하면 바로 수가가 나온다는 점에서 모든 행위가 원가보다 수가가 적다면 아무리 상대가치 점수를 제대로 산정

하려고 해도 머릿속에서 수가가 바로 계산이 되면서 제대로 된 점수를 산정할 수 없게 만들고 있다. 의료의 왜곡을 만든다는 점에서 가장 먼저 개선해야 할 부분이 이 부분이라고 생각하며 다음 3차 개정 연구에서 유형별내에서 과 간의 벽을 허물고 상대가치 점수를 산정한다는 점에서 충분한 재정 투입으로 제대로 된 상대가치 연구 점수 산정의 토대가 되었으면 한다.

## 4. 행위 분류를 제대로 해야 한다.

1번에서 언급한 것처럼 행위 분류는 수가 지불단위로서의 기능뿐만 아니라 통계자료로서의 가치와 국제사회와의 비교 등을 통해서 미래를 준비할 수 있는 것이야 함에도 우리나라는 출발부터 지급에 초점이 맞추어져 있어 준용이나 주항목 등을 사용하고 있고 이로 인해서 의료 현실이 왜곡되고 또한 상대가치 점수를 산정하는데도 영향을 미치고 있다. 또한 세분화의 원칙도 없고, 행위의 진입과 퇴출기전에 마련되어 있지 못하다. 상대가치를 제대로 하기 위한 기본전제가 행위 분류를 제대로 하는 것이다. 각 행위의 정의가 구체적이어야 하며 의학적 특성이 반영되어 있어야 하고 같은 수준의 세분화가 필요하다.

## 5. 패밀리 정리 및 참조행위 선정

행위 분류를 먼저 제대로 하고나서 현재의 패밀리 분류에 대해서 검증 및 재조정이 필요하다. 그러고 나서 각 패밀리에서 대표행위를 선정하여 이를 참조행위로 운영해야 한다. 대표 행위 선정원칙은 먼저 빈도가 많아야 하고 다른 위원들이 해당 행위에 대해서 쉽게 알 수 있어 검증하는데 도움이 될 수 있어야 하고 패밀리 내에서 극단값이 아닌 적절한 중간값 정도를 선택해서 다른 행위에 대해서 점수를 산정하는데 있어서도 도움이 될 수 있어야 한다. 또한 미국 CPT 행

위와 매칭이 가능하여 점수 산정에 참고 할 수 있는 객관적 자료로 이용할 수 있어야 한다. 이렇게 선정된 대표행위에 대해서 철저한 검증을 통해서 모두가 인정할 수 있는 상대가치 점수를 산출하고 향후 모든 점수 산정의 기준 값으로 이용할 수 있는 참조행위로 사용한다. 모든 패밀리에 대한 참조행위를 이렇게 구축해야 한다.

### 6. benchmark를 개선한다.

기존의 benchmark를 개선할 필요가 있다. 기존의 benchmark는 너무 복잡하고 이상적 상황을 강조하다 보니 너무 세세한 내용까지 들어가 있어 오히려 혼란을 야기 하고 있다. 진료비용 상대가치도 상대가치 이므로 상대가치를 산출할 수 있을 정도면 되는데 너무 복잡하다 보니 일부는 너무 많은 직접 비용자료가 구축되고 일부는 적게 구축되어 데이터 구축에 균일성이 없다 보니 점수가 왜곡된다. 동일 기준을 적용해서 상대가치만 내면 되므로 누구나 쉽고 간단하게 그리고 균일하게 구축될 수 있도록 개선이 필요하다.

### 7. 동료평가 위원회 운영을 개선한다.

기존의 동료평가의 경우 수술 유형의 위원과 나머지 유형의 위원이 달라 동일한 기준을 유지하기 힘들었으며 소속 전문과의 행위 논의 시 이해관계로 인해서 왜곡될 가능성도 있었다. 가능한 한 3차에서는 신뢰할 수 있는 동료평가 위원을 구성해서 연구 종료까지 동일하게 운영되도록 해야 하며 동일한 기준을 적용할 수 있도록 해야 한다. 그러기 위해서는 상대가치에 충분한 이해를 가지고 있는 위원으로 구성해야 하며 이해관계 있는 행위 심의 시에는 논의에서 빠져 왜곡되지 않도록 하는 등의 심의 원칙을 엄격하게 적용할 필요가 있다.

### 8. 상대가치 전문위원과 패널 병원 제도 운영

상대가치 제도에 대한 이해가 쉽지 않으며 처음 상대가치 제도를 접하는 위원들은 소속 전문과의 이해관계에 민감할 수밖에 없다. 하지만 상대가치 제도에 대한 충분한 이해가 생기면 상대가치 제도의 지속성에 대한 고민과 합리적인 상대가치 제도 운영의 필요성에 대한 이해가 생기면서 상대가치 점수 산정에 있어서도 합리적으로 접근할 수 있다. 그래서 합리적인 상대가치 제도 운영을 위해서 전문과별로 상대가치 전문위원제도를 운영할 필요가 있다. 전문과 별로 30명 정도 의원, 병원, 대학병원 등을 고려해서 선발해서 상대가치에 대한 충분한 교육을 제공하고 임기도 단기간이 아닌 장기간 하도록 해야 한다. 또한 패널 병원을 운영해서 대표성을 가지고 회계조사나 원가조사, 시술 중 시간 조사 등에 있어서 활용할 수 있도록 할 필요가 있다.

### 9. 진찰료 개선 작업과 1차의료

행위별 수가제도 하에서 상대가치제도에서는 신의료기술을 많이 도입할 수 있는 전문과에 유리한 제도이다. 즉 행위별 수가제도에서 신의료기술을 도입하면 도입 할수록 도움이 되며 동시에 상대가치 점수를 상대적으로 높게 받은 경우가 많아 더욱 도움이 된다. 그러므로 진찰료 밖에 없는 1차 의료에 상대적으로 불리할 수밖에 없으며 시간이 지날수록 그 편차가 더 커질 수밖에 없다. 그러기에 1차 진료에 관련 수가를 진찰료 수가 조정이나 수사 신설 등을 통해서 정책적으로 만들어 줄 필요가 있다. 수가 신설에는 예방진료나 만성질환 관리 수가가 해당 되며 진찰료 수가 조정 부분에서는 1차 진료의 대부분이라 할 수 있는 진찰료에 대한 상대가치 점수 조정이나 미국의 경우에서처럼 진찰료 세분화가 있다.

1, 2차 전면개정 작업 중에 진찰료 상대가치 점수 산정에 대한 요구가 많았으나 워낙 차지하는 분율이 크다 보니 요구에 부응하기가 힘들었다. 하지만 기본진료료 원가 보존율이 75% 수준이어서 3차 전면개정 작업의 가장 주된 작업이 진찰료 상대가치 개선으로 고려되고 있다. 3차 작업이 기대가 되는 이유이다. 다만 상대가치 점수를 산정함에 있어서 진찰료를 기존의 행위처럼 시간과 강도의 단순비교만 가지고 해서 는 안 된다.

최근 의학의 눈부신 발전으로 인해 새로운 또는 고도의 발달된 의료기술이 의료행위에 미치는 절대적 영향력은 어느 누구도 부인할 수 없지만 진찰이 진료 행위(의료행위)의 기본적인 첫 출발임과 동시에 가장 중요한 핵심요소임 역시 아무도 부정하지 못한다. 즉 진찰은 의사의 무형적인 사고, 판단, 선택을 절대적으로 필요로 하기 때문에 의사만이 할 수 있는 전문적 고유 업무이다. 진찰이 갖는 의의가 이렇게 의미심장

함에도 불구하고 실제 임상진료현장에서는 진찰의 중요성이 과소평가되고 있으며, 건강보험 측면에서도 진찰료 또는 기본진료료 항목은 항상 평가 절하되어 있다. 이번 연구에도 단순히 시간과 강도를 가지고 상대가치를 산출해서는 안 되며 진찰이 가지는 가치가 반영된 점수 산정이 되어야 한다.

## 결론

2003년부터 14년 동안 2번의 전면 개정 작업에 참여 했지만 아직도 해결 못한 문제가 너무도 많다. 새롭게 시작하는 3차 전면개정에서는 기존의 문제점을 해결하고 동시에 모두가 만족할 수 있는 결과가 만들어 졌으면 좋겠다. 또한 기본진료료 특히 진찰료에 대한 적정 급여가 이루어 질수 있는 합리적 결과가 나오기를 기대해 본다.

### 참고문헌

- 1) 상대가치점수 개정연구보고서, 건강보험심사평가원, 2006.
- 2) 의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발, 연세대학교 보건정책 및 관리 연구소 한국보건의료관리 연구원, 1997.
- 3) 건강보험 상대가치 개정 연구의 성과와 한계, 강길원, 이충섭, 보건행정학회지: 제 17권 제 3호, 2007.
- 4) 상대가치제도 운영개선, 전문가 단체가 주도해야, 김영재, 의료정책포럼: Vol. 12 No. 1, 2014.
- 5) 상대가치 개정과 의료계에 미치는 영향, 이영구, 임상보험의학회, 2017.
- 6) 건강보험 30년과 대한의사협회, 대한의사협회, 2007.
- 7) 한걸음 전진을 위하여, 김방철, 2003.
- 8) 병원 경영수지 분석자료에 의한 원가분석 연구, 서울대학교 경영연구소, 2001.
- 9) 유형별 상대가치 개선을 위한 의료기관 회계조사 최종결과 설명회, 한국보건사회연구원, 2012.
- 10) 한국형 의료행위분류 행위정의 개발 및 관리체계 구축(의과 2단계)을 위한 연구 최종 보고서, 대한의사협회, 2011.
- 11) 건강보험 상대가치 수가제도, 박은철, 대한신장학회지: 제 22권 부록 2호, 2003.