

미국의 진료비용지역보정지수



정설희 연구위원
건강보험심사평가원 급여정책연구팀

1. 들어가며

진료비지불제도는 의료공급자의 진료활동에 대한 보상체계로 의료서비스의 질, 진료비, 국민들의 의료서비스에 대한 접근성, 행정의 효율성, 의료 공급자와 환자의 행태 변화 등을 고려하여 설계되어야 한다. 현재 우리나라의 주된 진료비 지불제도인 행위별진료비 지불보상 체계는 투입된 의료자원에 기초하여 평균적인 수준의 건강보험 수가를 책정하여 의료기관에 지불하고 있다. 의료기관 유형에 따라 중별가산제도를 운영하고는 있으나 균일한 수가로 인해 비용의 차이가 적절하게 반영되지 못하고 의료기관규모별, 진료부문별, 지역별 지불보상에 있어서의 불균형이 초래된다는 문제가 제기되고 있다. 이에 정부에서도 수가 및 지불제도 개선을 국정과제로 선정하고 행위별수가제도를 보완하기로 한 바 있으며¹⁾ 일부에서는 지역별 환산지수 차별화나 진료실적이 낮은 지역에 대한 수가인상 등의 방안이 제시되기도 하였다.²⁾ 특히 지역 간 지불보상의 불균형은 의료취약지역의 발생을 초래할 수도 있다는 면에서 해결방안을 모색해야 한다는 요구가 제기되어 왔다.

일부 외국에서도 지역 간 진료비용의 차이를 보정하거나 지역특성에 따른 미충족 의료의 발생을 방지하기 위한 노력을 기울이고 있다. 대표적인 사례로 미국의 ‘지역별 진료비용 보정

1) 국정과제 48. 「의료보장성 강화 및 지속가능성 제고」(박근혜 정부 국정과제, 2013.05.28) “획일적 수가 및 가산체계를 개편하고 행위별 수가제를 보완”

2) 2013년 국회 보건복지위원회 ‘수가 차등화’ 실현 요구(2013.6.17~21. 임시국회): ‘빈도는 낮지만 고가치의 의료행위 등에 더 많은 수가 책정, 의료취약지 근무 의사에게 더 많은 수가 책정’ 요구

지수' 나 의료취약지역에 대한 수가 가산, 일본의 일부 수가 항목에 대한 가산이나 의료 취약 지역 및 취약분야에 대한 재정지원을 들 수 있다.

이 글에서는 상대가치점수 산출 시 지역별 진료비용의 차이를 반영하는 지표인 미국의 '진료비용지역보정지수(Geographic Practice Cost Index, GPCI)(이하 지역보정지수)' 운영 현황과 운영상의 쟁점을 고찰하고 지역보정지수 사용에 따른 한계를 고찰하였다.

2. 우리나라와 미국의 상대가치점수에 따른 지불보상금액 산출체계의 차이점

우리나라는 1977년 의료보험을 도입할 때부터 진료비 지불을 위해 행위별수가제를 사용하였다. 도입 시 점수제를 운영하다가 1981년부터는 금액제로 변경하여 수가를 책정하였다. 그러나 항목간 수가 불균형 등의 문제가 제기됨에 따라 1994년에 구성된 '의료보장개혁위원회'가 미국의 상대가치점수체계 도입을 권고하였으며, 2001년부터 상대가치점수제도가 운영되고 있다. 이에 따라 의료기관이 받게 되는 지불보상금액은 각 의료행위별로 산출된 상대가치점수에 점수당 단가 즉 환산지수를 곱하여 산출된다. 여기에 기본진료료, 식대 등 일부 항목을 제외한 의료행위에 대해서는 종별가산률이 적용되어 의료기관 종별 유형에 따라 달리 책정된 진료비를 지불받게 된다.

우리나라의 상대가치점수는 업무량, 진료비용, 위험도로 구성된다. 업무량은 주시술자의 시간, 노력에 대한 보상으로 의료행위를 제공하는 데 투입되는 시간과 강도를 고려하여 설정된다. 진료비용에는 임상인력 인건비, 장비비, 재료비가 포함되며 위험도에는 의료사고와 관련된 분쟁해결비용이 포함된다(건강보험심사평가원, 2013).

우리나라의 의료행위 수가 = 상대가치점수(점) × 환산지수(원) × 종별 가산율(%)

상대가치점수 = 업무량 상대가치점수 + 진료비용 상대가치점수 + 위험도 상대가치점수

* **종별가산율** : 상급종합 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15%

미국의 상대가치점수 구성요소는 우리나라와 동일한 의사업무량, 진료비용, 위험도로 구성된다. 그러나 최종 점수는 각 요소별 점수에 진료비용지역보정지수를 곱한 후 각각의 값을 합하여 산출되며, 최종 보상금액은 이 값에 환산지수를 곱하여 결정된다.

따라서 미국과 한국의 행위별수가 산출체계의 차이점은 지역보정지수의 적용 여부이다.

미국 외래서비스에 대한 지불보상금액

$$Payment_{K,L} = \{ [GPCI_{W,L} \times RVU_{W,K}] + [GPCI_{PE,L} \times RVU_{PE,K}] + [GPCI_{MP,L} \times RVU_{MP,K}] \} \times CF$$

의사업무량 진료비용 의료사고배상보험료

* **GPCI**: Geographic Practice Cost Index

* **CF**: Conversion Factor(환산지수)

3. 미국의 지역보정지수 산출

가. 개요

지역보정지수는 미국의료보장청(Center for Medicare and Medicaid Services, CMS)이 사회보장법(Social Security Act) 제1848(E)에 따라 1992년 메디케어의 의사 보수 지불에 처음 적용하였다. 지역보정지수는 최소 3년마다 개정하도록 하고 있다(Dalton 등, 2013; MaCurdy 등, 2011). 도입 후 2006년까지는 매 3년마다 개정하였으나 2006년 이후부터는 2년마다 개정하고 있다(AMA, 2013). 또한 지역보정지수는 재정중립 원칙에 따라 설정되기 때문에 메디케어 전체 의사의 진료비 지불금액에는 영향을 미치지 않으나 지역간 지불금액의 재분배에는 영향을 미치게 된다(AMA, 2013).

나. 지역의 구분

메디케어 진료비 지불 지역단위(localities)는 의사서비스에 대한 진료비 양을 정하는 데 사용하기 위하여 미국의료보장청이 설정한 지역구분이다. 이 지역단위는 주 전체가 될 수도 있고 몇 개의 카운티를 합한 것이 될 수도 있다(AMA, 2013). 1992년 이전에는 240개의 지역단위가 있었으나, 자원기준 상대가치점수제도 도입된 1992년도에 210개로 감소되었다. 이후 경제발전, 인구이동, 임금과 임대료 등의 비용구조 변화를 반영하여 89개 지역으로 1996년도에 설정된 이후 현재까지 89개로 구분되어 운영되고 있다(O'Brien-Strain 등, 2008; AMA, 2013).

다. 지역보정지수의 산출

지역보정지수는 상대가치점수를 구성하는 3가지 요소에 대해 지역별 비용의 변이를 조정하기 위해 사용하는 것으로 비용이 높은 지역의 지수는 높고, 비용이 낮은 지역의 지수는

낮게 설정된다.

의사업무량 지역보정지수와 의료사고배상보험료 지역보정지수는 하나의 지수로 산출되며 진료비용 지역보정지수는 다음의 네 가지 항목으로 구성되는데, 이 중 치료재료 및 의료장비 비용을 제외한 세 개 항목에 대해 지수를 각각 산출한 뒤 이들의 가중평균을 구하여 사용한다 (MaCurdy 등, 2011).

진료비용(PE) 지역보정지수 구성요소

- 직원(근로자) 임금지수 (employee wage index) : 고용 인력에 대한 지역별 임금을 측정
- 의원 임대료 지수 (office rent index) : 일반적으로 의사의 진료실 임대료의 지역별 차이를 측정
- 치료재료 및 의료장비 등 (equipment, supplies, and other) : 전화료 및 우편요금부터 치료재료 비용에 이르기까지 광범위한 자료를 측정. 다만, 대부분의 상품이 전국적인 시장을 통해 구매되므로 지역 간 비용의 변이를 보정하지 않음.
- 서비스 구매 지수 (purchased services index) : 회계, 법률, 광고, 컨설팅, 조정 등 외부 기업과 계약하여 서비스를 구매한 비용을 산출함. 2012년부터 반영

지역보정지수 6차 개정에 사용한 구성요소별 자료원은 다음과 같다(표 1).

표 1. 지역보정지수 6차 개정에 사용된 자료원 (미국)

구성요소	6차 개정 (2012년)에 사용된 자료원
의사업무량 GPCI	2006-2008 노동통계국 산업고용통계 ¹⁾
진료비용 GPCI	
- 직원임금	2006-2008 노동통계국 산업고용통계
- 임대료	2006-2008 미국지역사회조사 ²⁾
- 서비스 구매비용	2006-2008 노동통계국 산업고용통계
- 구매서비스 비중	CMS 노동관련 분류체계 (Labor-Related Classification)
- 장비, 치료재료, 기타	모든 카운티에 동일하게 1.00 부여
의료사고배상보험료 GPCI	2006-2007 의료사고배상보험료
비용 배분 가중치(Cost Share Weights)	2006 MEI weights ³⁾
카운티별 상대가치점수(County RVU Weights)	2009 상대가치점수(RVUs)

주: 1) BLS Occupational Employment Statistics

2) American Community Survey, 매년 약 3백만 가구를 표본추출하여 조사

3) Medicare Economic Index weights, 의사가 특정 산업으로부터 구매한 계약 서비스의 비중(share)을 파악하고 이에 따라 가중치 부여
자료: MaCurdy 등, 2011.

1) 의사업무량 지역보정지수(O'Brien-Strain 등, 2010a)

의사업무량 지역보정지수를 산출하는 데에는 2006-2008 노동통계국의 산업고용통계(Occupational Employment Statistics) 자료가 사용되었다. 의사업무량 지역보정지수를 계산하는 데 사용된 임금 자료는 의사의 임금이 아니라 다음 7개 비교 직업군의 임금 자료이다: ① 건축가 및 설계 ② 컴퓨터, 수학, 생명 및 물리 과학 ③ 사회 과학, 사회 및 SOC 서비스 및 법률 ④ 교육, 훈련, 및 도서관 사서 ⑤ 간호사 ⑥ 약사 ⑦ 예술, 디자인, 엔터테인먼트, 스포츠, 미디어.

의사업무량 산출은 다음 과정을 거쳐 산출된다(그림 1). 재정중립지수를 적용한다는 것은 어떤 환산지수가 결정되든, 개정된 의사업무량 지역보정지수로 계산된 지불액이 이전년도의 의사업무량 지역보정지수 하에서의 지불액과 같아지도록 해야 한다는 것이다.

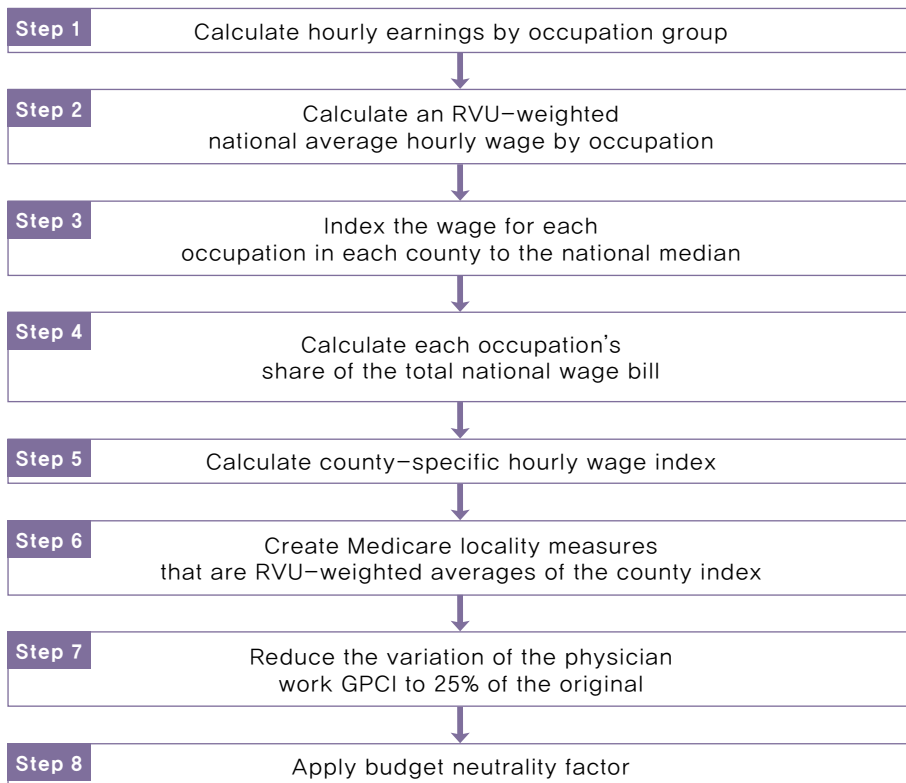


그림 1. 의사업무량 지역보정지수 산출과정

2) 진료비용 지역보정지수

진료비용 지역보정지수는 ① 근로자 임금지수 ② 임대료 지수 ③ 장비, 치료재료 등 기타 진료비용 ④ 서비스 구매비용 지수의 가중평균이다. 이 중 장비나 치료재료비용은 전국단위로 구매되므로 모든 카운티에 동일한 가중치를 부여한다. 진료비용 지역보정지수는 다음과 같은 과정을 거쳐서 산출된다(MaCurdy 등, 2011).

① 1단계: 네개 진료비용 항목 각각에 대한 지수 산출

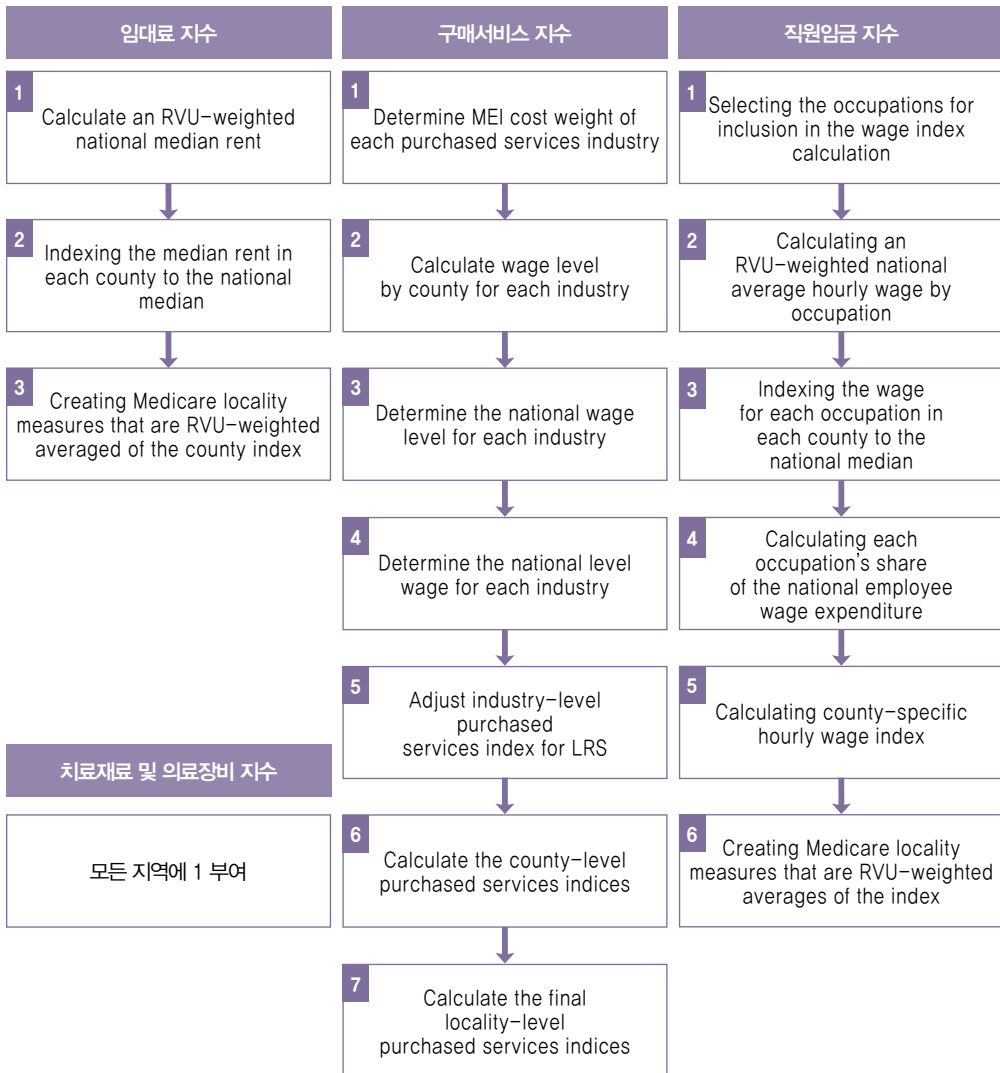


그림 2. 진료비용 구성항목의 지수 산출과정

주: LRS: Industry Labor Related Share

② 2단계: MEI cost share weights에서 도출된 진료비용 항목별 비용점유율에 각각의 가중치를 적용하여 각 지수들을 통합

[산출사례]

$$GPCI_{PE,L} = .40374 \times X_{W,L} + .17728 \times X_{R,L} + .41898 \times X_{S,L}$$

$GPCI_{PE,L}$: L 메디케어 지역의 진료비용 GPCI

$X_{W,L}$: L 메디케어 지역의 임금지수

$X_{R,L}$: L 메디케어 지역의 사무실 임대료 지수

$X_{S,L}$: 장비/치료재료 요소 = 1.0, 각 L 메디케어 지역에 대해서

* 2012년도 이전 사례이므로 구매서비스지수는 제외됨.

3. 재정중립지수(budget neutrality factor) 적용

[사례]

$$BN_{PE} = \frac{\sum_L GPCI_{PE,P,L} \times RVU_{PE,U,L}}{\sum_L GPCI_{PE,U,L} \times RVU_{PE,U,L}}$$

BN_{PE} : 진료비용 지역보정지수의 예산중립지수

$GPCI_{PE,U,L}$: 수정된 L 지역의 진료비용 GPCI

$GPCI_{PE,P,L}$: 이전의 L 지역의 진료비용 GPCI

$RVU_{PE,U,L}$: 갱신된 L 지역의 총 진료비용 RVUs

3) 의료사고배상보험료 지역보정지수(O'Brien-Strain 등, 2010a)

의료사고배상보험료 지역보정지수는 다음 과정을 거쳐 산출한다. 먼저, 각 주별 전문과목별 상대가치의 합을 산출, 전문과목별 보험자별 보험료 취합, 지역별 보험사별로 보정된 시장 점유율을 파악하고, 시장점유율을 이용하여 카운티별 평균 보험료를 산출한다. 이어서 각 카운티의 의료과실보험료 상대가치와 각 카운티의 평균 연간 보험료를 곱한 후 모든 카운티의 의료과실보험료 상대가치의 총합으로 나누어 전국 평균 의료과실보험료를 산출하고, 카운티별 보험료를 전국 평균으로 나누어 지수화시킨다. 이렇게 산출된 카운티 지수를 상대가치점수로 가중평균한 메디케어 지역별 지수 산출한 후 마지막으로 의료과실보험료 지역보정지수의 예산중립지수를 산출하는 과정을 거친다(그림 3).

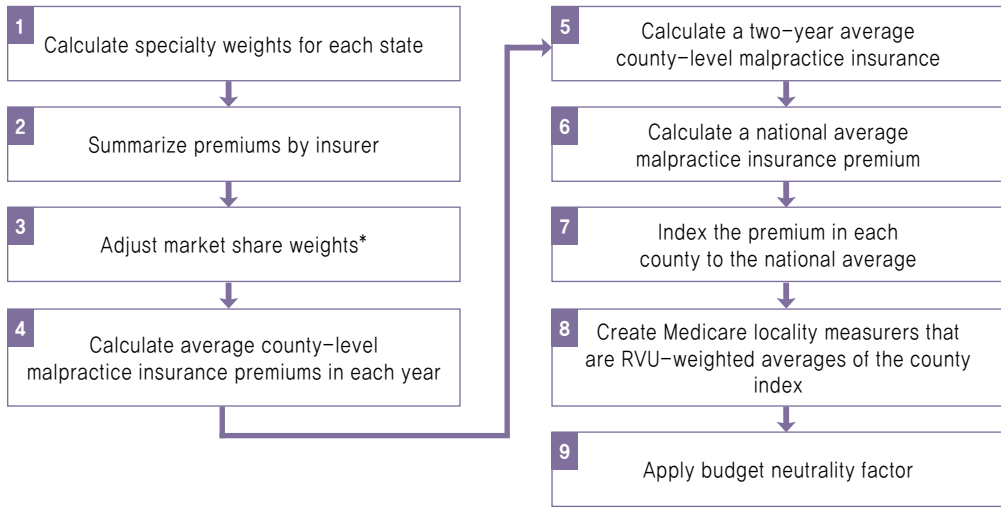


그림 3. 의료사고 배상보험료 지역보정지수 산출 과정

4) 지역보정지수 사용이 지역별 진료비 수준에 미치는 영향

세 개의 지역보정지수가 지역별 의사 진료비 상환 수준에 미치는 영향은 지역보정영향지수 (Geographic Adjustment Factor, GAF)를 활용하여 알 수 있다(MaCurdy 등, 2011).

$$GAF_L = [GPCI_{W,L} \times 0.48266] + [GPCI_{PE,L} \times 0.47439] + [GPCI_{MP,L} \times 0.04295]$$

*GAF는 세 개 GPCI의 가중평균이며, 비용의 점유율에 따른 가중치는 2006년 의료경제지수(Medicare Economic Index, MEI)에 의해 결정됨.

표 2. 미국의 2000년 기준 및 2006년 기준 MEI를 사용한 비용 배분 가중치

비용범주	비용 가중치 (%)		지역별로 보정된 비용 점유 가중치 (%)	
	CY2011	CY2012	CY2011	CY2012
Physician Work	52.466	48.266	13.117	12.067
Practice Expense	43.669	47.439	30.863	34.387
- Employee Compensation	18.654	19.153	18.654	19.153
- Office Rent	12.209	10.223	12.209	10.223
- Purchased Services	N/A	8.095	N/A	5.011
- Equipment, Supplies, and Other	12.806	9.968	0	0
Malpractice Insurance	3.865	4.295	3.865	4.295
Total	100.00	100.00	47.845	50.749

5) 업무량 지역보정지수를 산출 관련 쟁점(MedPAC, 2013)³⁾

미국에서 외래 상대가치점수 구성요소에 지역보정지수를 사용하는 것과 관련해 특히 의 사업무량 지역보정지수를 사용하는데 대하여 논란이 있다. 먼저 반대하는 입장에서는 크게 두 가지 이유를 들고 있는데, 첫 번째 이유로 생활비와 주거환경(amenity)은 서로 상쇄된다는 것을 들고 있다. 예를 들어 스트레스나 소음 등 좋지 않은 환경에서 일하는 경우 더 많이 보상을 받고, 편의시설이나 거주 환경이 좋은 경우 상대적으로 낮은 임금을 줘도 된다고 하는 주장이 있다. 두번째 이유로 의사 및 보건의료전문가 노동시장의 특성을 들고 있는데, ① 개원한 보건의료전문가의 수입에는 투자수익률이 포함되어 있으며, ② 시장지배력(market power)의 문제, 즉 일부 지역에서는 보건의료전문가가 보험자에 비해 협상에 있어 우월한 지위를 갖고 있으며, ③ 환자를 의뢰할 전문가나 병원과 같은 대체재나 보완재인 생산요소의 가용성이 최고소득(또는 수익잠재력, earning potentials)에 영향을 준다는 것이다. 이외에도 업무량이 동일하면 보상도 동일해야 하며, 노동시장이 전국적이라는 점, 지방소재 의료기관 경우 생활비가 낮더라도 지방에서 의사를 고용하려면 더 많은 급여를 주어야 한다는 점 등이 반대 이유로 제시되고 있다. 또한 지역보정지수 사용이 비용, 서비스의 질, 접근성에 미치는 영향을 평가하였으나 뚜렷한 효과를 측정하기 어려웠다는 점도 지역보정지수 사용에 대한 이견의 근거로 제시되고 있다.

반면 업무량 지역보정지수를 사용하는 데 찬성하는 사람들은 지역 간 생활비의 차이를 보상해야 하며, 비용이 많이 드는 지역의 서비스에 대한 수급자의 접근성 보장, 의사나 보건의료전문가의 업무를 진료비용이나 의료사고배상보험료와 같은 서비스 생산 요소의 하나로 간주하여 진료비용 보정지수를 사용하는 것과 동일한 선상에서 사용해야 하며, 병원과 같은 다른 공급자에 대하여 메디케어 진료비를 지불할 때 보정하는 것과 일관성을 유지해야 하는 점 등을 들고 있다.

4. 나가며

본 글에서는 미국 상대가치체계에서 사용하는 지역보정지수의 산출과정과 쟁점을 고찰하였다. 우리나라에서도 지역이나 의료기관 규모에 따른 진료비용 보상의 불균형 문제와 이에 대한 대안을 모색할 필요성이 꾸준히 제기되어 왔다. 진료비용의 차이를 반영해야 한다는 목소리 또한 제기된 바 있다. 미국의 지역보정지수 현황 고찰 결과를 중심으로 우리나라에서 진료비 지불보상 불균형 해소방안을 모색할 때 고려해야 할 점을 정리하면 다음과 같다.

3) MedPAC(2013)에서 발간한 Medicare and the Health Care Delivery System 8장의 내용을 요약하였음. 또한 Dalton 등(2013)의 보고서의 내용을 토대로 보완

먼저 미국에서 지역보정지수를 사용하는 것과 관련해 제기된 다음과 같은 문제점들에 대한 고려가 필요하다. 첫째, 지역보정지수의 사용이 서비스의 질, 접근성에 미치는 영향을 평가하였으나 뚜렷한 효과를 측정하기 어려웠다는 것이다(MedPAC, 2013). 둘째, 보정지수 산출에 사용되는 자료의 확보 용이성과 정확성에 대한 문제이다. 대표적인 것이 의사업무량 산출에 의사 수입자료가 아닌 그 외 7개 직업군의 임금자료를 사용한다는 점이다. 셋째, 3장에서 살펴본것듯이 의사업무량 지역보정지수의 사용 적정성에 대해 제기되는 의문이다.

또한, 지역보정지수는 비용에 기반한 접근방법이기 때문에 이 방법을 사용하여 진료비를 배분하면 농어촌지역 소재 의료기관처럼 임대료나 직원인건비 등 비용은 낮으나 시장의 규모가 작아 어쩔 수 없이 고비용 구조로 운영될 수밖에 없는 기관들의 경영상태는 더욱 악화되는 현상을 초래할 수 있다. 이는 결과적으로 현재도 주요 문제로 지적되는 의료취약지역의 발생을 더욱 가속화시킬 수 있다. 미국에서는 이러한 문제를 해결하기 위해 2003년도 메디케어 현대화법(Medicare Modernization Act of 2003)에 따라 의사업무량 지역보정지수는 지역보정지수가 낮은 지역에서의 보정지수 사용에 따른 영향을 제한하기 위해 지역보정지수 하한값(floor)를 정하고, 1.0 미만인 지역은 1로 설정하도록 하였다. 또한 MIPPA2008(Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008)에 따라 알래스카는 1.50으로 설정하도록 하고 있다(AMA, 2013).

우리나라에서 지역간 진료비 지불보상 불균형 해소방안을 검토할 때에는 지역보정지수의 한계를 고려할 때 의료취약지역 지원방안에 대한 검토가 수반되어야 할 것으로 보인다. 미국은 취약지역 문제를 해소하기 위하여 해당 지역 의료기관 전체 진료비에 대한 가산, 특정 공급자 또는 특정 항목에 대한 수가가산, 실제 병원운영에 소요되는 비용 지원 등 다양한 방법을 시행하고 있다(MedPAC, 2012). 일본도 낙도나 오지 의료시설에 대한 시설이나 설비 보조금, 운병비 지원 등 다양한 지원 정책을 시행하고 있다(후생노동성, 2012a; 2012b; 2012c). 따라서 우리나라도 다양한 정책방안들을 모색하여 의료취약지역의 해소에 노력해야 할 것으로 보인다.

지역보정지수는 재정중립을 원칙으로 적용하기 때문에 건강보험 총진료비용의 규모에는 변화가 없으나 지역 간 진료비의 배분에 영향을 미치게 된다. 따라서 지역보정지수를 사용하는 경우 지역 특성에 따라 현재 진료비 수입보다 더 많이 또는 더 적게 받는 기관들이 발생하게 된다. 이에 대한 의료기관들의 동의를 끌어내기가 쉽지는 않을 것으로 보인다.

따라서 진료비용 지불보상 불균형 문제를 해결하기 위한 방안을 설계할 때에는 해당 방안이 건강보험재정, 의료공급자, 의료소비자에게 미치는 영향에 대한 면밀한 검토가 이루어져야 하며, 지역보정지수 이외에 다양한 정책방안들의 모색이 이루어져야 할 것으로 보인다. 🌐

참고문헌

- 건강보험심사평가원. 임상전문가패널과 함께 하는 상대가치 매뉴얼. 서울; 건강보험심사평가원; 2013.
- AMA. Medicare RBRVS : 2013 The Physician's Guide. American Medical Association. 2013.
- Dalton K, Pope GC, Adamache W, Ballis B. Geographic Adjustment of Medicare Payments for the work of Physicians and Other Health Professionals. MedPAC. 2013.
- MaCurdy T, Shafrin J, Bounds M, Pham D. Revisions to the Sixth Update of the Geographic Practice Cost Index: Final Report. Acumen. 2011.
- MedPAC. Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System. 2012.
- MedPAC. Report to the Congress: Medicare and the Health Care Delivery System. 2013.
- M. O'Brien-Strain, W. Addison, E. Coombs, N. Hinnebusch, M. Johansson, S. McClellan. Review of Alternative GPCI Payment Locality Structures. Acumen, LLC. 2008.
- O'brien-Strain M, Addison W, Theobald N. Preliminary Report on the Sixth Update of the Geographic Practice Cost Index for the Medicare Physician Fee Schedule. Acumen, LLC. 2010a.
- O'brien-Strain M, McClellan S, Frances S, Theobald N. Final Report on GPCI Malpractice RVUs for the CY 2010 Medicare Physician Fee Schedule Rule. Acumen, LLC. 2010b.
- 후생노동성. 医療施設等設備整備費補助金の概要. 후생노동성; 2012a.
- 후생노동성. 医療施設等施設整備費補助金の概要. 후생노동성; 2012b.
- 후생노동성. 医療施設等運営費等補助金の概要. 후생노동성; 2012c.