

Medicare의 SGR을 우리나라에 도입하기 위한 전제

오 동 일*

The Success requirement of implementing Medicare's SGR in Korea

O Dong Il*

요 약 Medicare에서는 급증하는 진료비 증가를 통제하고 양질의 의료서비스를 제공하기 위하여 일종의 예산통제시스템인 SGR을 도입하여 시행하고 있다. SGR에 대한 비판이 있긴 하나 진료비 급증을 통제하는데 나름대로 기여한 것으로 평가받고 있다. 본 연구에서는 노인인구증가, 급여율 증가 등으로 의료비가 급증하고 있는 우리나라의 현 상황에서 Medicare의 SGR의 의미, 문제점을 살펴보고 수가계약제가 시행되고 있는 우리의 경우 성공적으로 SGR을 적용하기 위한 전제 조건 등을 살펴본다.

Abstract The SGR system which is the basis for setting Medicare conversion factor updates was enacted since 1992. The SGR sets a target rate of spending growth based on factors influencing medical costs. In our situation of Fee Contracts in Korea, there exist much conflicts with SGR. This article seeks how we can implement the SGR system successfully in Korea. The major points are estimation of real economic parameters, adjustment of prior estimation, consideration of important factors influencing medical costs.

Key Words : Medicare, SGR (Sustainable Growth Rate), conversion factor, physician fee schedule

1. 서 론

1.1 연구배경 및 필요성

진료비가 과다하게 증가하는 현재의 상황에서 적절한 진료비 통제가 없는 경우 지속적인 재정적자로 인한 국민부담의 증가현상이 초래될 수 있다. 정부의 재정안정화대책으로 재정적자가 약간 줄어들고는 있지만 재정안정화대책이 시행되고 있는 2002년 9월 현재의 상황에서도 진료비 증가가 지속되고 있고 재정적자는 지속적으로 확대되고 있다. 본 연구는 SGR(Sustainable Growth Rate: 지속가능성장률)제도가 수가계약제 하에서 보다 객관적이고 수용 가능한 환산지수 개정을 위한 기초 자료를 제공하고 환산지수 개정 시 기초적인 판단 기준을 제공해 줄 수 있으나 제도 도입시 문제점을 최소화 하는 것이 필요함을 보여준다.

또한 SGR과 같은 예산통제제도는 환산지수를 외국의 시행 예에 따라 자동적으로 조정하는 메커니즘을 도입함으로써 상대가치 기반의 수가계약제의 원활한 운영이 가능할 수도 있다. 재정적자의 해소를 위해서는 지

속가능성장률에 기초를 둔 수가수준을 결정함으로써 공급자 요인과 수요자 요인에 의해 급증하는 의료비 수준을 적절한 범위 내에서 조절할 필요가 있다.

의료공급자와 의료소비자가 공감할 수 있는 기초 환산지수를 바탕으로 이 값에 SGR에 입각한 환산지수 조정율을 적용한다면 복잡한 정치적 과정에서 수반되는 고비용·저효율의 개정절차를 개선할 수 있을 것이다.

1.2 연구목적 및 방법

미국 메디케어에서 사용되고 있는 SGR을 우리 환경에서 사용할 수 있는지 알아보고 SGR을 도입하기 위한 전제 조건과 모형, 그리고 SGR의 문제점을 살펴봄으로써 보험수가 결정을 위한 도구로서 SGR의 적용가능성에 대해 탐구한다. SGR에 영향을 미치는 다양한 요소들을 파악하고 SGR의 예측을 위한 각 요소들을 살펴보고 성공적인 제도 정착을 위한 전제를 살펴본다. 우선 문헌조사를 통해 미국 Medicare의 SGR제도를 간략히 고찰하고 우리의 수가계약제 하에서 SGR을 도입하기 위한 전제 조건과 모형, 그리고 SGR의 운용방식을 알아본다. SGR에 영향을 미치는 다양한 요소들을 파악하고 SGR 개념 자체의 문제점, 적용 과정상의 문제점, 행위적 측면의 문제 등을 살펴본다.

*상명대학교 금융보험학부 교수
Tel: 041-550-5323

2. Medicare의 SGR

미국 Medicare에서는 1997년부터 SGR을 시행하고 있는데 SGR 시행 전인 1990년부터 1996년까지 MVPS를 시행해 왔다[5]. 그런데 MVPS에서는 수술, 일차진료, 비수술 등 세 가지 의료이용 조정기준과 환산지수를 사용함으로써 급여수준의 왜곡을 가져와 메디케어 수가의 근본 취지인 자원기준 상대가치의 근본원칙을 반영하지 못했다.

또한 과거 의료 이용 추세를 감안하고 어떤 의미에서는 독단적으로 4%를 감하여 지출 증가율 목표를 설정하는데 이러한 목표의 현실 적합성이 점차 상실되며 2년 전 목표와 2년전 실제 지출액을 비교함으로써 현재 시점의 목표설정과 실제지출액을 비교하지 못한 것으로 평가받고 있다. 따라서 이와 같은 문제점을 해소하기 위해 SGR을 도입한 것이다.

2.1 SGR의 의의

SGR은 의사서비스 제공에 따른 비용의 증가율을 통제하기 위한 제도로 1997년 8월 5일 발효된 1997년의 균형예산법(BBA) 4503조에 따라 개정된 사회보장법 1848(f)조에 근거해 MVPS가 대체됨으로써 도입되었다. [6] 이 법에 근거해 사전에 미리 정해진 공식에 따라 SGR은 자동적으로 산출된다. SGR은 비용을 직접적으로 통제하는 방식이 아니라 만약 SGR에 근거한 목표원가가 실제 발생원가보다 크다면 의사서비스에 대한 비용지출이 삭감되지 않고 오히려 차년도에 환산지수 조정이 증가하는 반면 실제 지출액이 SGR 목표보다 더 크다면 차 년도에 PAF는 감소하게 된다. 즉 사전에 설정된 목표지출액과 사후적으로 달성된 실제 지출액의 크기를 비교해 불리한 차이가 발생한 경우에는 환산지수를 낮추어 예산균형을 맞추고 유리한 차이가 발생한 경우에는 환산지수를 높게 함으로써 예산균형을 맞추는 방법이다. 이는 관리회계에서의 표준원가에 의한 차이 분석과 같은 논리이다. 즉,

실제지출액 > 예산지출액 → 불리한 차이 →

환산지수 하향 조정 유도

실제지출액 < 예산지출액 → 유리한 차이 →

환산지수 상향 조정 유도

사회보장법 1848(d)(3)에 따르면 1996년 4월 1일부터 환산지수를 조정하고자 하는 년도의 전년도까지 실제 각 년도별로 발생한 지출액을 모두 합한 누적적 지출액과 각 년도별 허용예산액을 모두 합하여 누적적 허용 예산액을 사용하므로 2003년의 SGR은 1996년 4월

1일부터 2002년 12월 31일까지의 허용 및 실제 지출액을 사용하게 되며 2003년의 목표예산액은 2002년의 실제 지출액에 SGR만큼 곱한 값이 된다.

또한 공법 106-113인 1999년의 Medicare, Medicaid 그리고 SCHIP의 균형예산수정법(BBRA) 211조에 따라 개정된 사회보장법 1848(d)(1)(E)에 의해 보건료 재정청(HCFA)은 2000년부터 메디케어 수가 조정위원회(MedPAC)와 대중에 차 년도에 의사서비스 보상에 사용될 적용될 SGR과 환산지수 추정치(estimate) 및 관련 근거가 된 자료를 3월 1일까지 공시하도록 되어 있으며 차 년도에 실제 적용되는 SGR과 허용예산액, 환산지수 조정률, 환산지수 그리고 관련된 자료를 최대한 보완하여 당해 연도 11월 1일까지는 연방기록보존성(Federal Register)에 의해 공표하도록 되어 있다[5].

2.2 SGR 구조

메디케어의 SGR은 다음과 같은 네 가지 요소들의 곱으로 구성된다[5].

SGR=의사수가 변화율×대상지수 변화율×

1인당 실질GDP변화율×법과 제도에 의한 변화율

MVPS와는 달리 SGR에서는 의사서비스의 진료량과 강도 대신에 1인당 실질 GDP변화율을 사용함으로써 국내 경제성장률과 목표진료비 성장률을 연계시킴으로써 의사서비스에 대한 보상을 경제발전 정도에 맞추어 부담 가능한 수준에서 의료비 증가를 조절한다. SGR은 보험재정에 부담을 주지 않고 유지할 수 있는 급여비 증가율로서의 의미가 있고 보험재정의 건전성을 악화시키지 않으면서 증가시킬 수 있는 보험재정의 크기나 보험재정의 부채비율을 증가시키지 않고 늘릴 수 있는 급여비 확대의 정도라고 해석이 가능하겠다.

즉 경영학적으로 본다면 기업 재무관리에서 적절한 성장이 가능한 정도는 자기자본이익률×(1-배당율)로 주어질 수 있으므로 의료분야의 SGR도 보험재정이 더 이상 악화되지 않으면서 일정 정도의 속도로 의사서비스에 대해 보상할 수 있는 증가정도를 의미한다고 볼 수 있다.

환산지수의 개정은 매년 MVPS와 마찬가지로 의사 서비스를 생산하는데 투입되는 다양한 투입요소들의 가중 평균인 MEI를 기준으로 갱신되는데 MEI가 전적으로 모두 수용되는 것은 아니고 PAF에 의해 보정 받게 되며 PAF에 의한 보정의 정도는 실제지출액이 목표 지출액을 어느 정도 달성하였는가에 의존하게 된다. 예를 들어 2003년 의사서비스 보상을 위한 PAF는 다음 식과 같이 주어졌다.

$$\begin{aligned}
 & PAF_{2003} \\
 &= \frac{\text{목표지출액}_{2002} - \text{실제지출액}_{2002}}{\text{실제지출액}_{2002}} \times 0.75 \\
 &+ \frac{\text{목표지출액}_{(4/96-12/02)} - \text{실제지출액}_{(4/96-12/02)}}{\text{실제지출액}_{2002} \times (1 + \text{지속가능한성장률}_{2003})} \\
 &\quad \times 0.33 \\
 &= \frac{624 - 677}{677} \times 0.75 + \frac{3648 - 3803}{677 \times (1 + 0.06)} \times 0.33 = \\
 &\quad -13.1\%
 \end{aligned}$$

목표지출액₂₀₀₂=624억불
 실제지출액₂₀₀₂=677억불
 목표누적지출액_(4/96-12/02)=3648억불
 실제누적지출액_(4/96-12/02)=3803억불
 2003년 SGR예측치=6%

MVPS와 다르게 SGR은 당해연도의 목표지출액과 실제지출액과 함께 1996년 4분기부터 당해 연도까지 누적된 목표지출액과 실제 지출액을 비교하여 PAF를 산출한다. 사회보장법 1848(d)(3)(D)조에서는 PAF를 3% 보다 크거나 -7% 보다 작지 못하도록 규정하고 있으므로 이 범위를 벗어나는 PAF는 이 범위로 조정되어야 하므로 2003년도 PAF는 -13.1%에서 -7%로 조정되도록 하고 있다.

2.3 SGR 추정치 수정과 환산지수 조정

2.3.1 연초의 예측치

SGR에 대한 연초의 예측치와 연말의 예측치 간에는 차이가 발생하므로 보다 개선된 연말 추정치를 반영하여 환산지수를 조정하기 위하여 메디케어에서는 예측치의 수정과 조정과정을 도입하고 있다. 차년도의 SGR과 환산지수 수정치는 관련 법규에 따라 매년도 3월 1일을 기한으로 예측치가 공시되고 매년도 11월 1일을 기한으로 확정치가 공시되는 과정을 거치는데 예측치와 확정치는 각 요소들에 대한 추정치와 확정치의 차이로 인해 값의 차이가 발생하므로 상반기 환산지수를 공시한 후 하반기 환산지수로 조정한다.

예를 들어 2001년 3월 1일에 공시된 각 요소별 예측치와 SGR추정치가 나타나 있는데 이 값들은 하반기에 보다 더 정확한 자료의 수집과 예측에 따라 수정된다.

실제 MEI와 환산지수 조정률, 그리고 2002년 예측치를 비교하면 2001년까지의 수치는 확정된 값이나 2002년은 예측치로 3월 시점에서는 MEI가 1.8%이고 최종적인 확정치가 0.1%로 공시되었으나 이 값은 관련 요

Table 1. 2002년도 환산지수 (추정치: 2001년 3월)

2001년도 환산지수	\$ 38.2581
메디케어 경제지수(MEI)	1.8%(1.018)
PAF	-1.5%(0.985)
기타 요인(범위나 규정의 변화 등)	-0.4%(0.996)
총 증가(감소)율	-0.1%(0.999)
2002년도 환산지수	\$ 38.2198

1) 1848(d)(4)(F)에서는 2001~2004년까지는 -0.2%, 2005년에는 +0.8%를 조정하도록 요구하고 있음. 1998년 11월 2일 공표된 수가 최종법안에 따르면 의사들은 수가 인하 폭의 대략 30% 정도를 만회하기 위해서 진료량과 강도를 증가시킬 것이라는 수리적인 가정에 따라 조정된 것임. 수가인하에 따른 예상되는 진료량 증가로 인해 0.2%를 삭감한 것임. 만약 진료량과 강도가 예상대로 발생하지 않는다면 SGR시스템에서는 미래 환산지수 조정률을 증가시킴으로써 과거 삭감분을 만회하게 됨.

소들의 예측치가 보다 명확하게 밝혀지는 11월 시점에서는 수정될 수 있다(Table 1).

2.3.2 연말의 확정치

2001년 3월 상반기 자료에 그 이후 기간 동안 획득 가능한 정보를 반영하여 예측오차를 보다 축소시킨 2001년 11월의 확정 공시된 예측치는 3월 예측치에 비하여 수가증가율, 등록자수 증가율은 높은 반면 1인당 GDP변화율, 법과 제도 변화로 인한 증가율은 낮아 전체적으로는 3월 예측치보다 SGR이 0.4% 정도 감소한 것으로 나타났다.

2년도 하반기에 확정된 환산지수는 상반기 예측치와는 달리 비록 MEI가상반기 예측치에 비하여 0.8% (2.6%~1.8%)증가하였으나 PAF가 상반기 예측치에 비해 5.5%(7.0%~1.5%) 감소하고 상대가치점수조정에 따른 재정중립을 위한 조정(-0.46%)에 따라 크게 하락하였다. 그 결과 상반기 예측치는 환산지수를 0.1% 차감 조정하는 것인 반면 하반기 확정치는 환산지수를 5.4% 차감 조정하는 것으로 나타나 예측치 수정에 따른 환산지수 조정폭이 상당히 큼을 알 수 있다. 실제 MEI와 환산지수 조정률, 그리고 2002년 예측치를 비교하면 Table 2와 같다.

3. SGR의 성공적인 도입을 위한 제안

앞에서 살펴본 메디케어의 SGR은 매우 단순하면서도 효과적으로 진료비 상승을 억제할 수 있는 유용한 수단이나 다음과 같은 문제점이 있다. 본 연구에서는 이러한 문제점을 제시하고 성공적인 제도 도입을 위한

Table 2. 2002년도 환산지수 (확정치: 2001년 11월)

2001년도 환산지수	\$ 38.2581
메디케어 경제지수(MEI)	2.6%(1.026)
PAF	-7.0%(0.930)
기타 요인(법이나 규정의 변화 등) ¹⁾	-0.2%(0.998)
2002년 수정	-4.8%(0.9523)
상대가치점수개정을 반영한 예산중립조정 ²⁾	-0.46%(0.9954)
진료량과 강도조정 ³⁾	-0.18%(0.9982)
총 증가(감소)율	-5.4%(0.9462)
2002년도 환산지수	\$ 36.1992

1) 1848(d)(4)(F)에서는 2001~2004년까지는 -0.2%, 2005년에는 +0.8%를 조정하도록 요구하고 있음.

2) 2001년 11월에 공표된 최종 수가보상안 규정에 의하면 최근 완성된 의료행위 검토에 결과 상대가치점수가 증가하므로 환산지수에 0.46%를 차감함.

3) 1998년 11월 2일 공표된 수가 최종법안에 따르면 의사들은 수가인하 폭의 대략 30% 정도를 만회하기 위해서 진료량과 강도를 증가시킬 것이라는 수리적인 가정에 따라 조정된 것임. 수가인하에 따른 예상되는 진료량 증가로 인해 0.18%를 삭감한 것임. 만약 진료량과 강도가 예상대로 발생하지 않는다면 SGR시스템에서는 미래 환산지수 조정률을 증가시킴으로써 과거 삭감분을 만회한다고 가정함.

몇 가지 제안을 제시한다.

3.1 SGR 도입시 예상되는 문제점

3.1.1 개념 자체의 문제

우선 의료비와 1인당 실질 GDP성장률간의 관계가 모호하다.

1인당 실질 GDP가 비록 진료비 증가와 상관관계가 많은 변수이고 국민경제 전체적으로 부담할 수 있는 의료비의 전체적인 수준과 관련되어 있다 하더라도 의료비 상승의 목표수준이 1인당 실질 GDP성장률에 맞추어져 설계되어야 한다는 논리는 의료의 성장 정도와 상이할 수 있고 의료 발전 정도가 GDP 성장률 이상이 되어서는 안 된다는 점으로 한정될 수 있다.

둘째, SGR을 구성하는 요소를 어느 범위까지로 둘 것인가이다.

SGR은 기본적으로 의료비의 증가율을 나타내므로 의료비의 증가요인들의 묶음이라고 할 수 있다. 따라서 의료비의 증가요인을 가장 잘 나타내 줄 수 있는 요인들로 구성되어야 한다. 그러나 의료비의 증가요인이 많을 뿐만 아니라 상호 연관되어 있어 개별적인 요인으로 분리 불가능한 부분도 상당수 존재하여 어느 범위까지

SGR의 구성요소로 인식해야 할 것인가 하는 범위의 문제가 존재한다.

셋째, 비의료적 요인에 의해 의료 행위 통제가 이루어질 수 있다.

거시적 차원의 목표 지출액이 설정되고 실제 지출액이 목표지출액을 달성하였는가가 주요한 이슈가 되어 본질적으로 의료적인 문제가 비의료적인 문제와 혼합되어 환자가 필요로 하는 적절한 진료를 받을 수 없거나 과잉진료를 받을 가능성이 존재한다.

넷째, SGR 제도 적용을 위해서는 국가 간 각 종 제도의 차이에 대해 고려해야 한다.

우선 경제 변동성에 따른 적용 타당성의 문제이다. 미국의 경우 1인당 실질 GDP성장률 뿐만 아니라 물가 수준의 안정으로 MEI가 안정적이므로 의료비 지출 통제 방식으로서 SGR과 같은 정해진 공식에 따른 자동조정적 메카니즘이 타당성을 가질 수 있으나 우리의 경우 GDP나 MEI의 변동이 크고 경제 전반에 걸친 변동성이 높은 국가에서 SGR과 같은 자동조정 메카니즘이 어느 정도 의료지출 통제에 도움을 줄 수 있는지에 대한 효과가 불확실하다.

다섯째, 건강보험의 대체성 부족에 따른 적용 타당성의 문제를 살펴야 한다.

우리의 경우 미국과는 달리 건강보험을 대체할만한 보험이 존재하지 않는 상황에서 메디케어에서 채택하고 있는 미국 SGR을 도입하는 경우 의사의 선택권이 제약을 받게 되고 미국에서와 같이 법과 제도에 의한 강제적인 삭감이 이루어지는 경우 제도의 지속 가능 여부 자체가 불투명해진다.

여섯째, 단기 적용시에는 문제점이 과생할 가능성이 있다.

SGR은 기본적으로 단기 모형이 아니라 장기적인 관점에서 의료비의 증가속도와 양을 조절하고자 하는 제도이므로 단기간에만 사용하는 경우에는 의료공급이 왜곡될 가능성이 있다. 각종 추정치와 실제치의 차이가 존재할 뿐만 아니라 여러 기에 걸쳐 적용함으로써 추정 오류를 최소화하고 목표범위 내에서 진료비를 변동시키고자 하는 의도를 달성할 수 없다.

3.1.2 적용 메카니즘의 문제

첫째, 환산지수의 불안정성과 비대칭성에 관한 추가적인 검토가 필요하다.

실제지출액과 목표지출액이 가까운 범위 내에서 움직이지 않는 경우에는 산출된 환산지수가 안정적이지 않을 수 있다. 특히 실제지출액이 목표지출액에 미달하는 현상이 지속되는 경우 그 효과가 누적되어 환산지수가 지속적으로 증가하는 현상(거품효과)이 발생할 수 있고 그 정도는 실제지출액이 목표지출액을 초과하는

경우에 비하여 더 심각하게 나타날 수 있어 환산지수의 조정이 비대칭적인 구조를 취할 가능성이 있다.

둘째, 환산지수를 조정하기 위한 매우 다양한 모형이 존재해 선택의 문제가 있다.

실제지출액과 목표지출액을 비교해서 조정을 가하는 방식은 매우 다양하게 존재할 수 있다. 당해 연도분에 대한 가중치와 누적연도에 대한 가중치의 부여도 다양하며 가중치가 1이 되지 않을 수도 있는 등 단일한 모형을 정하는 과정 또한 어려움이 예상되며 모형에 따라서 환산지수가 변하는 정도가 상이하므로 실제치와 목표치의 차이에 대한 탄력성도 상이하다.

셋째, SGR 추정에 어려움이 있고 가변적인 요소가 많다.

SGR을 추정하기 위해서는 관련 요소들의 추정이 필요한데 관련 요소들의 작은 변화에도 불구하고 각 요소들의 변화의 상승작용으로 인하여 SGR의 변화 폭은 클 수 있어 목표 진료비 수준이 안정적이지 않아 이해당사자들의 동의 과정이 어려울 수도 있다.

넷째, 목표지출액 설정오류에 따른 환산지수의 왜곡 가능성이 존재한다.

SGR제도 도입과 관련된 추정치가 시점에 따라 상이하고 추정치가 현실을 잘 반영하지 못하는 경우에는 설정된 목표지출액의 의미가 반감할 뿐만 아니라 목표지출액에 의존하는 조정률이 의미를 상실함으로써 환산지수가 비현실적으로 과대(소)될 가능성이 상존한다.

다섯째, 환산지수 변동폭을 인위적으로 조정하는 경우 반발이 예상된다.

미국의 경우 환산지수의 급격한 변동으로 인한 문제점을 줄이기 위하여 환산지수의 변동폭을 상한은 MEI +3%로, 하한은 MEI -7%로 움직이게 설정하고 있으나 이론적인 근거가 부족하고 논란의 여지가 있다. 이런 형태의 환산지수의 변동폭 제한은 우리나라와 같이 이해 충돌이 심한 환경하에서는 마찰을 일으킬 가능성이 많다.

3.1.3 행위적 측면의 문제

우선, 의료비 지출에 대한 동기 부여 역할이 미흡할 수 있다.

사전적으로 설정된 목표지출액을 달성하기 위해서 노력하면서 진료하는 의사와 목표지출액과는 무관하게 진료를 하는 의사가 있는 경우 실제 지출액이 목표지출액을 초과하는 상황이 발생하면 조정률이 음수가 되어 목표지출액을 삭감당하게 됨. 그 결과 목표달성을 위해서 열심히 노력한 의사는 목표달성을 위해서 노력했음에도 불구하고 자신의 수입도 감소하고 다음연도의 전체적인 목표지출액도 감소하게 되는 이중의 고통을 당할 수 있어 목표지출액을 달성하고자 하는 인센티브가

부족할 수 있다.

둘째, 의사 개인의 도덕적 헤이와 역선택의 동기가 존재한다.

목표지출액을 달성하고자 하는 동기부여가 되지 않고 오히려 목표지출액을 달성하는 경우에 자신의 노력에 비해 상대적인 불이익의 가능성마저 있으므로 보다 세부적인 적절한 형태의 모니터링시스템과 유인구조를 설계하지 않는다면 진료행위를 직접적으로 관찰하고 통제할 수 있는 견제 수단이 없는 상태에서 도덕적 헤이와 역선택의 가능성 존재한다.

셋째, 연말 효과가 발생할 가능성이 높다.

실제지출액과 목표지출액의 관계에 따라 연말 효과가 나타날 가능성이 있다. 실제지출액이 목표지출액에 미달하는 경우에는 충분히 목표를 달성할 가능성이 있고 내년도 목표지출액이 감소할 가능성이 줄어들므로 과도한 진료가 수행될 가능성이 있고 반대로 실제지출액이 목표지출액을 초과하는 경우에는 내년도 목표지출액의 삭감을 방지하기 위해서 실제지출액을 통제하려고 하는 경향이 연말로 갈수록 강하게 나타날 가능성이 존재한다.

3.2 성공적인 SGR 도입을 위한 조건

3.2.1 수가계약제하의 SGR 도입 전제

첫째, SGR 도입을 위한 관련 법 규정 등 정비와 보완이 필요하다.

SGR을 시행하고 있는 미국은 법 규정에 의해 조정안을 제시하지 않는 경우 환산지수가 조정되도록 되어 있으나 우리는 수가를 계약하는 체계로 SGR이 시행되기 위해서는 협상이 결렬되는 경우에 이 제도가 자연스럽게 채택되도록 하는 규정의 신설이나 보완이 필요하다.

둘째, 목표일치성을 부여할 필요가 있다.

SGR을 시행하는 경우 개인적인 목표와 전체의 목표가 충돌해 목표일치성이 상실될 수도 있으므로 전체 목표 달성을 위해서는 이 제도를 시행하되 개인적인 차원에서 진료비 목표를 의식하게 하고 동기를 부여하며 SGR과 상호 보완될 수 있는 개인 차원의 목표달성제도도 병행되어야 한다.

셋째, 의료기관 종별로 SGR을 각 각 적용하는 방안에 대한 검토가 필요하다.

의료, 약국으로 분리한 후 개별적으로 이 제도를 도입하고 의과를 다시 세분화하여 의과, 치과, 약국에 대해 실시하면서 점차적으로 그 대상을 세분화하여 각 영역 내에서 목표지출액을 부여하는 방식을 적용하거나, 처음부터 병원, 의원, 치과, 약국 등 가능한 한 세분화된 단위까지 SGR을 실시해 전체적인 자원배분목표를 달성하도록 하는 방안도 검토할 수 있다. 이럴 경우 목

표지출액 달성율이 높은 의료기관에 많은 진료비 배분하는 방안이 자연스럽게 적용될 수 있고 특성이 유사한 종내에서 원가효익이 고취될 수 있을 것이다.

넷째, 총액예산제 등 예산수립 제도와 연계할 가능성을 검토해야 한다.

유럽 등에서 실시되고 있는 총액예산제의 특성을 파악하고 상호 장점과 단점, 적용메커니즘 상의 문제점, 그리고 세부적인 적용 절차 등을 SGR과 비교 분석함으로써 두 제도를 연계해서 시행하거나 두 제도를 결합해서 신 모형을 제시하는 방안도 고려해볼 수 있다.

다섯째, 보험료수입과 지출 양 측면에서 동시에 적용할 수 있는 기전을 마련한다.

SGR을 의료비 지출 쪽에서만 적용하는 경우 의료공급자 측에만 통제가 이루어지므로 목표의료비지출과 더불어 목표보험료 징수를 위한 큰 목표예산제도로써 SGR을 동시에 적용하는 방안도 검토할 수 있을 것이다. 급여비지출과 보험료징수의 양자가 변동하는 원인이 서로 상이할 수 있으나 양자를 건강보험재정이라는 틀 속에서 변동요인 중 차이 나는 부분만 별도로 조정한다.

마지막으로 의료집단 전체 수준과 개인적 수준의 동기를 일치시켜주는 정책수단이 필요하다. 거시적 측면에서 SGR을 도입하는 경우에도 의사 개인 입장에서 도덕적 위험과 역선택 문제가 발생할 수 있으므로 의사 개인 차원에서 의료비 절감을 위한 동기부여 정책이 SGR제도 도입과 함께 실시되어야 한다.

3.2.2 환산지수 조정의 정교화를 위한 SGR의 도입 전제

첫째, SGR에서 제시하는 환산지수에 대한 다수의 수용성을 확보한다.

미국의 경우 법률에 따라 강제적으로 SGR을 실시하고 있고 정해진 규정에 따라 2001~2004년까지는 -0.2%, 2005년에는 +0.8%를 조정하도록 되어 있는 등 제도의 수용에 문제가 없지만 우리의 경우 수가계약제를 바탕으로 계약 당사자의 자유로운 의사가 우선시 되도록 계약당사자의 유리하거나 불리한 정도에 따라 수용하거나 거부할 수 있으므로 제도의 취지와 메커니즘에 대한 상호이해를 전제로 수용성을 먼저 확보하여야 한다.

둘째, 환산지수 변동의 안정성을 확보한다.

SGR이 물가상승분에 의료계의 목표지출액 달성 성과에 따라 환산지수의 변동을 연계시키는 제도인데 실제지출액이 목표지출액에 미달하는 정도가 커짐에 따라 환산지수는 크게 증가하는 현상이 나타나므로 이를 적절하게 통제할 수 있는 수단이 필요하다. 그러나 환산지수 조정을 위한 또 다른 제도는 명확한 근거를 바탕

으로 도입하여야 할 것이다.

세째, 수가가 행위변화에 미치는 영향 정도를 반영하도록 설계되어야 한다.

미국의 경우 수가가 인하되는 경우 수입감소의 30% 정도를 만회하기 위해서 진료량과 강도를 증가시킬 것이라는 수리적인 가정에 따라 수가인하에 따른 예상되는 진료량 증가로 인해 0.2%를 삭감하고 있는데 우리의 경우 수가가 의료행위에 미치는 영향의 정도에 대해 축적되어 있는 연구가 부족하므로 이런 부분에 대한 의료계의 이해가 전제되어야 한다.

넷째, 예측치를 수정할 수 있는 조정 과정 도입이 전제되어야 한다.

SGR 적용을 위해 1인당 실질GDP와 MEI 등을 추정하게 되는데 이 과정에서 필연적으로 추정오류가 발생하므로 미국의 경우 수가가 인하되는 경우 수입감소의 30% 정도를 만회하기 위해서 진료량과 강도를 증가시킬 것이라는 수리적인 가정에 따라 수가인하에 따른 예상되는 진료량 증가로 인해 0.2%를 삭감하고 있는데 우리의 경우 수가가 의료행위에 미치는 영향의 정도에 대해 축적되어 있는 연구가 부족하므로 이런 부분에 대한 의료계의 이해가 전제되어야 한다.

마지막으로 예측치를 수정할 수 있는 정보 수집 체계가 정비되어야 한다.

SGR 적용을 위해 1인당 실질GDP와 MEI 등을 추정하게 되는데 이 과정에서 필연적으로 추정오류가 발생하므로 매년 5월경에 그 해 예상되는 경제지표를 참조로 차년도의 1인당 GDP성장을 등의 정보를 수집한 후 SGR을 공시하고 수가계약시점 전에 보다 정확한 경제정보가 수집되면 재추정된 SGR을 기반으로 예측된 환산지수를 공시할 수 있도록 경제정보 수집을 위한 상시 체계를 갖추어야 할 필요가 있다.

참고문헌

- [1] 서울대학교 경영연구소, “병의원경영수지분석자료에 의한 원가분석연구”, 2001. 12.
- [2] 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, “의료보험수가개편을 위한 3차 연구”, 1999.
- [3] Health Care Financing Administration, “Estimated Sustainable Growth Rate and Conversion Factor, for Medicare Payments to Physicians in 2003”, HCFA, March 1, 2002.
- [4] Medicare Payment Advisory Commission, “Report to the Congress: Medicare Payment Policy”, March, 2001.