

한의임상진료지침 연계 건강보험 지불모형 개발을 위한 한 의사 진료행태 및 모형 수용도 조사

김동수¹⁾ · 임병목¹⁾²⁾ · 한동운³⁾ · 박지은¹⁾ · 정형선^{4)*}

¹⁾ 한국한의학연구원 정책표준기획팀, ²⁾ 부산대학교 한의학전문대학원 인문사회의학부

³⁾ 한양대학교 의과대학 예방의학교실, ⁴⁾ 연세대학교 보건과학대학 보건행정학과

Survey on practice behavior and model acceptance of traditional Korean medicine(TKM) doctors in order to develop health insurance payment model related with TKM clinical practice guidelines(CPGs).

Dongsu Kim¹⁾, Byungmook Lim²⁾, Dongwoon Han³⁾, Ji-eun Park¹⁾ & Hyoung-Sun Jung^{4)*}

¹⁾ Policy & Standards Planning Team, KM Standards Centers, Korea Institute of Oriental Medicine

²⁾ Division of Humanities and Social Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University

³⁾ Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Hanyang University

⁴⁾ Department of Health Administration, College of Health Sciences, Yonsei University

Abstract

Objectives : The purpose of this study is to investigate the practice patterns of traditional Korean medicine (TKM) doctors and the acceptance of payment model in order to develop a new TKM health insurance payment model linked with TKM clinical practice guidelines (CPGs).

Methods : Lumbar herniated intervertebral disc (HIVD) and idiopathic facial palsy (IFP) were selected as a test diseases to develop a new TKM payment model. The level of benefit coverage in the National Health Insurance (NHI) was designed. The survey asked 228 TKM doctors about their practice patterns in HIVD and IFP patients and acceptance of new payment model.

Results : Mean of medical cost for treatment of HIVD was 441,000 KW, mean of treatment period ranged from 4.9 to 17.5 weeks, and mean of number of treatment ranged from 14.6 to 50.4 HIVD patients. In the case of IFP, mean of medical cost for treatment of IFP was 468,000 KW, mean of treatment period was at least 4.2 and up to 15.9 weeks and mean of number of treatment ranged from 14.2 to 52 IFP patients.

Conclusions : Current study suggests that mixed payment model of per-visit and episode-based model seem to be proper. The model 1 bundles both items which were covered and not covered by NHI in a rational way. The model 2 is based on the development and application of critical pathway. Lastly, model 3 suggests bundling of items covered by current NHI. Acceptance of TKM doctors is expected to be highest in the model 3.

• 접수 : 2017년 10월 18일 • 수정접수 : 2017년 11월 20일 • 채택 : 2017년 11월 25일

*교신저자 : 정형선, 강원도 원주시 연세대길1 연세대학교 보건과학대학 보건행정학과

전화 : 033-760-2343, 전자우편 : jeonghs@yonsei.ac.kr

Key words : Clinical practice guideline, Health insurance, Payment model, Traditional Korea medical doctor survey, Traditional Korean medicine

I. 서론

박근혜정부는 ‘모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강수준 향상’을 목표로 「2014-2018 건강보험 증기보장성 강화계획」을 수립하였고¹⁾, 이 계획에 따라 4대 중증질환의료비 완화, 3대 비급여 축소 등의 보장성 강화 정책이 진행되었다. 문재인정부에서도 ‘비급여의 전면 급여화’를 내세운 소위 ‘문재인케어’를 국정과제 차원에서 추진하면서²⁾ 보장성 강화라는 정책 방향은 계속되고 있다. 이러한 정부의 보장성 강화 정책과 맥을 같이 하여 한의 분야에서도 최근 추나요법과 의·한 협진이 건강보험 급여화의 대상이 되었다.

한의 건강보험은 전체 건강보험의 확대 규모에 비해 상대적으로 급여확대가 크지 않아 전체 건강보험에서의 진료비 비중은 2006년 4.3%에서 2015년 4.0%로 감소하였다. 그리고 대표적인 비급여 치료수단인 탕약의 감소와 함께 전체 한의 비급여가 정제되어 있어³⁾ 한의계에서는 한의 건강보험 보장성 확대에 대한 관심이 높아지고 있다. 그러나 한의약 분야의 추가적인 보장성 확대는 매우 제한적이다. 그 주요 이유는 한약의 급여화가 한의사, 약사, 한약사 등 직능간의 관계 속에서 결정되고, 신의료기술 등재가 용이하지 않아 새로운 급여 행위를 추가하기 어려우며, 기존에 고시된 한의약의 의료행위 중 비급여 목록은 5개의 검사와 6개의 시술 및 처치로 매우 적기 때문이다⁴⁾. 따라서 급여 확대와 관련한 기존 행위별수가제의 한계가 드러나게 되었으며, 이를 극복하기 위한 방안이 요구되고 있다. 그 중 하나가 임상진료지침에서 제시한 권고등급을 행위의 과학적 근거로 삼고 이를 바탕으로 권고등급이 높은 행위들을 묶어서(bundle) 지불 보상하는 방안이다. 이러한 한의계의 급여 확대 방안은 보건복지부의 제3차 한의약육성발전계획 내의 핵심적인 정책 중 하나로 반영되어 한의표준임상진료지침 개발과 이의 활용 및 확산을 위한 건강보험 급여 확대가 계획에 포함되게 되었

다⁵⁾.

현재 한의 건강보험 지불보상은 행위별 수가제에 의해서만 이루어지고 있다. 행위별 수가제는 가장 오래되고 일반적인 지불방식이자 시장의 거래 관행에 가장 가까운 방법으로 지불정확도를 높일 수 있는 방법이나, 공급자의 서비스 제공량을 늘려 의료비를 상승시키는 것으로 알려져 있다⁶⁾. 최근 미국을 비롯한 선진 각국에서는 증가하는 의료비에 대처하기 위해 수가 단위를 묶는 시도가 이루어지고 있다. 행위의 통합된 범위가 넓어질수록 의료의 공급이 보다 효율화될 가능성이 높기 때문이다⁷⁾. 우리나라에서도 행위별 수가제의 한계를 극복하기 위한 정책들이 강구되어 왔다. 한방에서도 이러한 요구에 부응하여 총액계약제⁸⁾⁹⁾와 방문당정액제⁹⁾에 대한 논의들이 있었다. 그러나 의료서비스의 질적인 수준을 고려하여 한방의 비급여 행위를 급여화 할 수 있는 지불제도를 다룬 연구는 없었다. 본 연구는 한의사의 진료형태와 모형 수용도를 조사분석하여 이를 바탕으로 임상진료지침과 연계된 새로운 지불모형을 개발하기 위한 것이다.

II. 연구방법

본 연구의 목적은 임상진료지침과 연계된 지불모형을 개발하는 것이며, 이를 위해 지불의 정확도를 높이고 지불모형을 현실화하기 위한 한의사 대상 설문조사를 진행하였고 조사결과를 바탕으로 적절한 지불모형을 고찰하였다. 진료형태 설문조사의 정확성을 높이기 위해 시범적인 질환 두 가지를 선정하였으며 지불모형의 기초적인 방향을 설정한 이후에 설문조사를 진행하였다. 지불모형이 한의사의 진료 현실을 얼마나 정확히 반영할 수 있을지를 파악하기 위해 해당 질환에 대한 한의사별 진료의 변이를 조사하였고, 한의사들의 지불모형 수용도를 추가로 살펴보았다. 구체적인 방법은 아래와 같다.

1. 질환 선정

2016년 5월 현재 개발되어있는 한의임상진료지침은 총 15개이다⁵⁾. 본 연구에서는 우선 이 중 개발 방법이 명확하고 다양한 시술이 포함되어 있는지와 임상진료지침 평가도구(Appraisal of Guideline Research & Evaluation II, AGREE II) 평가를 거쳤는지를 기준으로 요추추간판탈출증, 아토피피부염, 족관절염좌, 견비통, 특발성 안면신경마비의 5가지 질환을 선정하였다. 다음으로 이들 질환에 대한 임상전문가, 건강보험 전문가 및 ‘한의임상진료지침 개발 사업단’의 자문을 통해 각 질환별 임상진료지침에 포함된 비급여 행위의 범위, 자원소모의 변이 정도, 한의 임상을 대표할 수 있는지 여부, 진료 특성 등을 고려하여 요추추간판탈출증과 특발성 안면신경마비를 연구 대상 질환으로 선정하였다.

2. 건강보험 급여 포함 수준 설정

기 개발된 한의 임상진료지침에 제시된 진료행위의 권고등급은 ‘A-사용할 것을 매우 권고함’, ‘B-사용할 것을 권고함’, ‘C-사용할 것을 선택적으로 권고함’, ‘D-사용하지 않을 것을 권고함’, ‘GPP-임상진료지침 개발그룹의 임상적 경험에 근거하였을 경우 권고함’으로 구분된다. 이에 따르면 A 등급과 B 등급의 근거 수준이 높고 사용이 권고되고 있으므로, 한의임상진료지침 개발팀의 자문회의를 거쳐 본 모형에서는 권고등급 A와 B등급을 급여에 포함하였다. 원칙적으로 특정한 행위가 건강보험 급여에 포함되기 위해서는 ‘임상적 효과’와 ‘경제성’이 동시에 만족되어야 하지만 기 개발 한의임상진료지침에는 경제성 평가가 포함되어있지 않아 권고등급에 의한 ‘임상적 효과’만을 기준으로 하여 설정하였다.

3. 조사 방법 및 통계 처리

본 연구에서는 대한한 의사협회의 협조를 얻어 대한한 의사협회 홈페이지에 등록되어있는 한의사 16,324명을 대상으로 온라인 설문조사 업체를 통해 온라인 조사를 시행하였다. 조사기간은 2016년 10월 17일부터 2016년 11월 5일까지 약 3주간 진행되었으며 온라인 설문조사 업체를 통해 이메일은 대상자들에게 2회 발송되었

고, 설문 안내를 위한 SMS도 1회 발송되었다. 연구 참여자는 이메일을 통해 받은 웹페이지에서 설문을 작성하였다. 응답자의 인적사항과 건강보험 지불모형에 대한 수용도 문항은 공통문항으로 모든 응답자가 응답하고, 현재 진료를 수행하고 있는지 여부를 물어 수행하고 있지 않은 응답자는 진료행태에 대한 문항은 응답하지 않도록 설계하였다.

조사 내용은 응답자의 인적사항에 대한 문항 5문항, 요추추간판탈출증과 특발성 안면신경마비의 진료 행태에 대한 문항 각 16문항, 건강보험 지불모형에 대한 수용도 문항 4문항으로 구성되었다. 진료행태에 대한 문항은 외래에 국한하고 있는 바, 진료한 환자 수, 치료 수단별 시술 빈도, 진료비, 치료 기간, 치료 횟수, 진단 방법으로 구성되었다. ‘새로운 수가모형 모델에 대한 동의 정도’를 묻는 문항(Table 5)은 행위별 수가모형, 방문당 수가모형, 에피소드당 수가모형의 세 가지 모형을 대상으로 했다. 자세한 질의 내용은 Table 1과 같다.

Table 1. Characteristics of Each Payment Model

Model	Characteristics
Fee-for-service	• 현재의 청구 시스템과 같이 각 시술을 하였을 경우에 <u>시술별로 행위별보상 방식대로 수가 지급</u>
Per-visit	• 보험 적용되는 시술들을 모아 표준 치료 매뉴얼을 개발하고 해당 시술들을 모두 시술한 경우에 약간의 인센티브를 추가하여 <u>환자 방문당 일정액의 수가를 지급</u>
Episode-based	• 보험 적용되는 시술들을 모아 표준 치료 매뉴얼을 개발하고 해당 시술들을 모두 시술한 경우에 약간의 인센티브를 추가하여 <u>환자의 치료 전 과정(초진부터 치료 완료까지)에 대한 일정액의 수가를 지급</u>

수집된 설문 자료는 웹페이지를 통해 자동적으로 엑셀 프로그램으로 구축되었다. 응답자의 인적사항과 건강보험 지불모형에 대한 수용도 문항은 빈도분석을 시행하였다. 진료행태 문항 중 연속변수는 평균값을 살펴 보았고 명목변수는 빈도분석을 시행하였다.

III. 연구결과

1. 조사 응답자

총 16,324명에 대한 이메일 조사 결과 응답자는

228명이었다. 이 중 남성의 비율은 86.0%이었다. 큰 무기관은 한의원(78.5%) 한방병원(12.7%), 기타(4.8%), 요양병원(2.2%) 보건소 및 보건지소(1.8%) 순이었다. 임상경력은 10년 이상 20년 미만인 대상자는 42.1%로 가장 많았다. 연구 조사 당시에 임상에 참여하고 있다고 응답한 대상자는 214명(93.86%)로 이들만이 진료 형태 문항에 응답하였다(Table 2, 참조).

2. 진료 형태

연구대상 환자 10회 외래 방문기간 중에 제공하는 치료행위에 대한 분석결과는 Table 3과 같다. 이들의 요추추간판탈출증환자에 시행한 다빈도 치료행위의 평균 빈도는 침 9.8회, 부항 6.9회, 약침 4.1회, 한약(비

Table 2. General Characteristics of TKM Doctors in the Survey

구분		n	%
Total		228	100.0
Gender	Male	196	86.0
	Female	32	14.0
Age	< 40	91	40.0
	40-49	83	36.4
	≥50	54	23.7
Affiliation	TKM hospital	29	12.7
	TKM Clinic	179	78.5
	Health center	4	1.8
	Long-term-care hospitals	5	2.2
	Others	11	4.8
Clinical experience (years)	None	0	0.0
	< 10	72	31.6
	10-19	96	42.1
	20-29	41	18.0
	≥30	19	8.3
Currently practicing	Yes	214	93.9
	No	14	6.1
Number of visits to health facilities within 1 month per disease (mean±SD)	Lumbar herniated intervertebral disc	53.3 ± 218.9	
	Idiopathic facial palsy	5.9 ± 21.4	

Table 3. The Number of Main Therapy during 10 Visits in Lumbar Herniated Intervertebral Disc and Idiopathic Facial Palsy (unit: n)

Lumbar herniated intervertebral disc (n=214)		Idiopathic facial palsy (n=214)	
Main therapy	mean±SD	Main therapy	mean±SD
Acupuncture	9.8±1.2	Acupuncture	9.0±3.0
Coping	6.9±3.4	Physical therapy	6.5±4.6
Pharmacopuncture	4.1±3.9	Electro-acupuncture	6.1±4.9
Traditional herbal medicines (not covered by NHI)	3.4±3.7	Traditional herbal medicines (not covered by NHI)	3.6±4.0
Moxibustion	3.3±4.0	Pharmacopuncture	2.5±3.7
Chuna	2.5±3.3	Modern formulated herbal medicines (covered by NHI)	1.9±3.4
Modern formulated herbal medicines (covered by NHI)	2.4±3.3	Others	1.3±3.1
Others	2.0±3.7	Thread embedding acupuncture	0.3±1.4

보험용) 3.4회, 뜸 3.3회의 순이었다. 또한 특발성 안면신경마비환자들에 대한 평균 빈도는 침이 9.0회로 가장 많았고, 다음으로 물리치료 6.5회, 전침 6.1회, 비보험용 한약제제 3.6회, 약침 2.5회, 보험용 한약제제 1.9회, 매선 0.3회의 순이었다.

65세 미만 연구대상환자의 10회 외래 방문시에 제공하는 치료행위의 평균 진료비에 대한 분석결과는 Table 4와 같다. 요추추간판탈출증환자에 시행한 다빈도 치료행위의 평균 진료비는 44만1천원이었으며, 이 중 공단청구금액이 43.8%(19.3만원), 환자부담금액이 56.2%(24.9만원)이었다. 외래 방문시 소요되는 환자 진료 기간은 최소 4.9주 최대 17.5주였고 진료횟수는 최소 15회 최대 50회였다. 또한 특발성 안면신경마비 환자에 대한 평균진료비는 평균 46만8천원이었으며, 그 중 공

단청구금액이 44.0%(20만6천원), 환자부담금액이 56.0%(26만2천원)이었다. 환자 진료 기간은 최소 4.2주 최대 15.9주였고 진료횟수는 최소 14.1회 최대 52.0회였다.

대상자들에 의하여 시행된 연구대상환자 진단을 위한 확진방법에 대한 분석결과는 Table 5와 같다. 이들의 요추추간판탈출증에 대한 확진 방법은 ‘환자의 양방 병의원 검사결과 확인’에 38.5%, ‘환자의 임상소견으로 판단’에 36.6%의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 ‘양방 병의원 검사의뢰’ 15.9%, ‘원내 현대의학적 진단검사기 활용’ 3.6% 순이었다. 특발성 안면신경마비 환자의 확진방법에 이들은 ‘환자의 임상소견으로 판단’에 57.3%의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 ‘환자의 양방 병의원 검사결과 확인’ 25.3%, ‘양방 병의원 검사의뢰’ 10.7% 순이었다.

Table 4. The Medical Cost, Treatment Period, and the Number of Treatment in each Disease (unit: n, 10,000 KW)

	Lumbar herniated intervertebral disc (n=214)		Idiopathic facial palsy (n=214)	
	n	mean±SD	n	mean±SD
Medical cost (assumption: 10 visits)				
Benefit (paid by NHIS) (10,000 KW)	206	18.9±7.8	202	18.8±8.4
Co-payment (paid by patients including items not covered by NHI) (10,000 KW)	207	24.9±35.4	203	26.2±32.6
Total treatment period (weeks)				
Minimum	211	4.9±3.7	209	4.2±2.8
Maximum	210	17.5±15.7	208	15.9±12.7
Total number of treatment during total treatment period (number)				
Minimum	213	14.6±17.0	210	14.2±8.2
Maximum	211	50.4±42.0	209	52±40.9

Table 5. Method for Definite Diagnosis in Lumbar Herniated Intervertebral Disc and Idiopathic Facial Palsy

	Lumbar herniated intervertebral disc		Idiopathic facial palsy	
	n	%	n	%
Confirming test results undergone in the clinics/hospitals	182	38.5	90	25.3
Referring test to clinics/hospitals	75	15.9	38	10.7
Judging based on clinical findings	173	36.6	204	57.3
Utilizing modern medical diagnostic devices	17	3.6	11	3.1
Utilizing TKM diagnostic devices	12	2.5	11	3.1
Others	14	3.0	2	0.6
Total	473	100	356	100

3. 새로운 지불모형 수용도

대상자들의 새로운 수가모형을 수용할 판단 기준에 대한 자료분석결과는 Table 6와 같다. 새로운 수가모형 수용에 대한 판단 기준으로, 대상자들은 ‘적정한 건강보험수가 보장’에 64.4%의 가장 높은 응답율을 보였으며, 다음으로 ‘비급여 진료 행위의 보험급여 적용’ 22.8%, ‘진료에 대한 의료인의 권한 확대’ 9.7% 순이었다(Fig 1. 참조).

새로운 수가모형 모델에 대한 동의 정도에 대해 대상자들은 ‘행위별 수가모형’에 대하여는 ‘다소 동의’가 46.9%, ‘전적으로 동의’가 44.3%이었고, ‘방문당 수가모형’에 대하여는 ‘다소 동의’가 38.6%, ‘전적으로 동의’가 14.5%이었다. 마지막으로 ‘에피소드당 수가모형’에 대하여는 대상자들은 ‘다소 동의’에 25.4%, ‘전적으로 동의’에 9.7%이었다(Table 6. 참조).

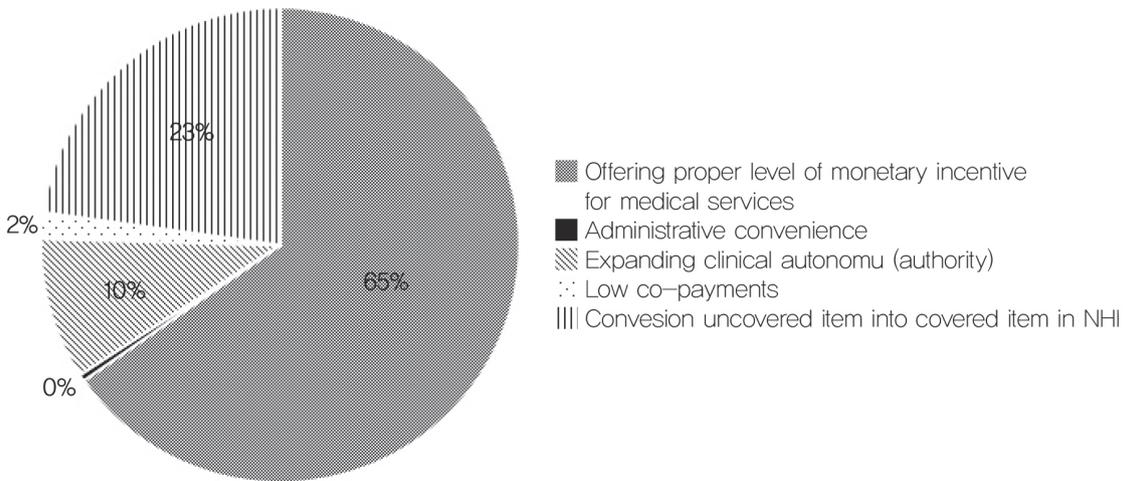


Fig 1. Priorities of TKM Doctors in Accepting for New Payment Model

Table 6. Opinion of TKM Doctors on New Payment Model

	Fee-for-service		Per-visit		Episode-based	
	n	%	n	%	n	%
Strongly agree	101	44,3	33	14,5	22	9,7
Agree	107	46,9	88	38,6	58	25,4
Disagree	9	4,0	53	23,3	57	25,0
Strongly disagree	2	0,9	40	17,5	68	29,8
Don't know	9	4,0	14	6,1	23	10,1
Total	228	100	228	100	228	100

IV. 고찰

1. 지불 단위에 대한 고찰

진료비 지불제도는 행위별수가제(fee-for-service), 건당정액제(case budget)와 일당정액제(per diem budget) 등을 포함하는 묶음지불제(bundled payment), 인두제(capitation fee) 등으로 구분 가능하다. 본 연구에서 임상진료지침과 연계한 지불제도 모형을 개발하는 것은 근거있는 행위 그룹들을 제공하도록 유도하여 의료의 질을 높이는데 의미가 있다. 따라서 질병 단위로 구성된 임상진료지침을 지불모형에 담기 어려운 인두제는 지불모형에서 배제하였으며, 지불단위에 따라 개별 행위단위, 방문건단위, 에피소드 단위의 3가지 지불모형을 검토하였다.

묶음지불제 중 에피소드당 지불은 한의의료서비스의

양상과 큰 차이가 있었다. 에피소드당 지불은 급성질환 환자에 대한 외과적 시술에 적합성이 큰 지불 방식으로 시술 방식이 표준화 되어있고 환자에 따라 입원일수 등 자원 소모의 변이가 크지 않은 경우에 적합한다. 조사결과 요추추간판탈출증의 한의 진료는 진료기간에 대한 응답자간 편차는 최소 진료기간의 변이계수(표준편차를 평균으로 나눈 값)가 75.5%, 최대 진료기간의 변이계수는 89.7%에 이르러, 에피소드당 지불을 적용하기 어려웠다. 특발성 안면신경마비는 요추추간판탈출증보다 편차가 크지는 않았으나 최소 진료기간은 66.7%, 최대 진료기간은 79.9%였다. 또한 진료기간에 대한 편차는 진료 횟수에 그대로 반영되어 진료 기간 중 진료 횟수의 변이계수도 두 질환 모두 80%내외로 높았다. 이는 진료비일 경우 더욱 심해지는데 10회 진료시 환자 본인부담금액의 변이계수가 요추추간판탈출증은 142%, 특발성 안면신경마비는 124%에 달하였다(Table 4. 참조). 이러한 한의임상계에서의 진료 편차의 이유로는 첫째, 에피소드 단위로 환자군 분류가 되어있지 않은 것을 들 수 있다. 현재 운용되고 있는 한의 외래환자분류체계(KOPG-KM)는 의료기관의 진료비용을 상대비교를 통해 관리하기 위하여 개발된 것으로 행위별수가제를 기반으로 한 자원소모량을 기준으로 하고 있어¹⁰⁾ 에피소드 단위 환자군 분류를 적용하는데 한계가 있다. 둘째, 비슷한 중증도의 환자라도 진료 표준화가 제대로 이루어져 있지 못한 것도 한 원인이다. 임상현실에서의 진료편차 뿐만 아니라 한의사의 인식도 에피소드 당 지불 적용이 어려움을 가져온다. 한의사들은 행위별 지불에 90%이상이 동의하였고 에피소드당 지불은 동의 비율이 35%에 불과하였다(Table 6. 참조). 한의사들은 행위별 지불을 선호하는 것이 조사결과에서 확인된다.

이를 고려할 때 지불단위는 방문건당 지불과 행위별 지불의 혼합모형이 적절할 것으로 여겨진다. 임병묵⁹⁾은 한의사들이 건강보험 청구시 일정한 청구패턴을 정해놓는 비율이 44%였으며 모든 질환에서 침술, 특수, 뜸, 부항의 조합이 약 76%에 달한다는 점 등을 들어 방문건당 정액제를 제안한 바 있다. 한의사들도 방문건당 지불에 대한 저항은 그리 크지 않았다. 동의가 53.1%인 반면 반대가 40.8%로 10% 이상 높았다(Table 6. 참조). 다만 전적으로 반대하는 비율이 17.5%로 높은 반면 동의하는 한의사들은 대부분 다소 동의하는 것으로 나타나 한의사들의 동의가 조건부 동의인 것으로 보인다. 2012년도 설문조사에 의하면 한의사들이 방문

당 정액제 수용 조건으로 '일정 수준의 진료비가 산정된다면 고려할 수 있다'가 48%에 이르렀다⁹⁾. 이러한 경향은 본 연구에서도 유사하였는데 새로운 지불모형 수용의 판단기준에 대해 65%가 '적정한 건강보험 수가 보장'으로 지불모형 형태 자체보다는 이후 적용되는 보험수가가 제도 수용에 더 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다(Fig 1. 참조). 그러나 방문건당 지불과 행위별 지불은 모두 공급자의 행위량에 따라 진료비가 증가할 수 있는 사후적진료비보상제(retrospective service-based financing)이기 때문에¹¹⁾ 진료비의 적절한 제어를 위해서는 에피소드당 지불 모형을 참고하여 활용할 필요가 있다.

2. 묶음 범위에 대한 고찰

방문건당 지불과 행위별 지불의 혼합을 위해서는 급여에 포함된 행위들 중 단일한 수가로 묶여지는 단위와 행위별 단위를 구분할 필요가 있다. 임병묵⁹⁾은 의하면 한의사들의 진료행태를 볼 때 건강보험에서 방문건당 진료비가 적절하다고 밝힌바 있다. 본 연구에서도 10회 진료비 공단 청구금액이 두 질환 모두 변이계수가 50%를 넘지 않아 현재 급여 행위에 대해서는 단일한 수가로 묶여질 수 있을 것으로 보인다. 기존 급여행위의 묶음 지불은 한의사의 진료 자율성의 측면에서도 필요하다. 현재 한의 급여 행위들은 침, 뜸, 부항 등이 대부분의 질환에 보편적으로 활용되어 왔기 때문에 이를 질환마다 급여를 달리하여 복잡하게 구성하기 보다는, 한의사들의 임상적 판단에 맡기는 것이 한의사들의 진료 자율성을 보장함과 동시에 환자들의 특수한 임상적 상황에 맞는 진료도 할 수 있게 할 것이다. 그리고 기존 급여 행위들의 수가는 시술 및 치료의 경우 대부분 5천 원 내외이기 때문에 지불 관리의 용이성을 위해 묶음 지불 단위에 포함하는 것이 적절해 보인다. 다만, 치매 검사, 인성검사 등 특수한 검사의 경우 수가가 2만원에 달하는 경우가 있어 제외하는 것이 좋을 것으로 보이며, 한약제제는 1회 방문당 투약일을 제한하지 않는다면 투약일에 따라 수가가 크게 달라지기 때문에 추가 연구 및 논의가 필요할 것으로 보인다.

기존 급여 행위 이외의 임상진료지침 상 권고등급 B 이상의 행위에 대한 처리는 묶음 단위에 포함되는 형태와 기준에 따라 세 가지 방안으로 구분될 수 있다. 1안은 기존 비급여 행위들을 비급여 진료내역의 가격, 빈

도 등 분석을 통해 묶음 단위에 포함할지 여부를 결정 하되 최대한 합리적으로 묶음 범위를 넓히는 방안이다. 예를 들어 본 연구에서의 조사 결과 요추추간판탈출증 환자의 10회 진료시 추나는 평균 2.5회, 약침은 4.1회 진료하였다. 추나의 관행가격이 15,900원-26,200원¹²⁾ 이고 약침은 자동차 보험 수가가 7,570원-11,360원¹³⁾ 인 것으로 볼 때 이를 매회 반드시 진료해야하는 묶음 단위에 포함하기에는 무리가 있어 보인다. 특발성 안면 신경마비에서의 매선과 약침도 각 평균 0.3회, 2.5회에 불과하여 역시 묶음단위에 포함되기 어려울 것으로 보인다. 다만 추나와 약침은 가격의 차이가 크지 않으므로 임상적으로 추나와 약침을 반드시 동시에 시술해야하는 경우가 아니라면 ‘추나 또는 약침’의 단위를 신설하여 수가 단위를 단순화 할 필요가 있다. 그러나 한 약은 1회 제공단위를 1재로 규정하여 진료비의 편차를 줄이더라도 1재의 가격이 14만원-19만원¹⁴⁾으로 크기 때문에 묶음 단위에 포함하기에는 무리가 있다. 2안은 임상 매뉴얼에 기반한 방안이다. 대만은 우리나라와 유사한 건강보험 체계를 갖고 있으면서 ‘특정질병 외래관리 강화(特定疾病門診加強照護)’라는 프로그램을 통해 방문건당 정액제를 시행하고 있는데¹⁵⁾, 이때 묶여지는 행위의 범위와 행정절차를 간략히 ‘표준진료절차’를 통해 규정한다¹⁶⁾. 이처럼 각 질환의 임상적 특징을 반영하여 에피소드 단위로 임상매뉴얼을 개발한 후 이에 기반 하여 묶음 단위를 설정할 필요가 있다. 이 방안은 앞서의 방문당 지불모형의 행위량을 에피소드단위의 임상매뉴얼을 통해 제어할 수 있다는 점에서 의미가 있다. 3안은 기존 급여 행위들만 묶음 단위에 포함하고 나머지 행위들은 모두 각 행위별로 지불을 하는 형태로 가장 행위별 지불에 가까운 모형이다.

이 3가지 모형 안의 특징 비교를 정리하면 Table 7

과 같다.

3. 지불모형 개발 원칙에 대한 고찰

강길원¹⁷⁾은 지불 방법들을 비교하기 위해 4가지 기준을 제시하였다. 첫째 ‘비용절감’, 둘째 ‘과소 서비스에 인한 의료의 질 저하 가능성’, 셋째 ‘고가 서비스에 대한 접근성’, 넷째 ‘관리의 용이성’이다. 이들은 여러 지불모형의 상대적인 장·단점들을 입체적으로 파악할 수 있는 기준으로 여겨지나 본 연구는 의료의 질을 높이기 위한 방안으로 임상진료지침과 연계한 지불모형을 만들기 위한 것이므로 ‘의료의 질 저하 가능성’ 기준을 ‘진료지침 권고사항 반영’ 기준으로 수정할 필요가 있을 것으로 보인다. 또한 한의약 의료서비스 중 고가 서비스인 침약이 세 가지 모델 모두에서 임상진료지침에 의해 결정되어 ‘고가 서비스에 대한 접근성’이 큰 의미를 갖고 있지 않으며, 개발된 새로운 수가모형이 현실화 되는 것도 중요한 목표 중 하나이기 때문에 이를 ‘공급자 수용도’로 대체하였다. 결국 본 연구에서 사용하는 지불모형 개발의 기준은 지침 권고사항 반영, 공급자 수용도, 행정적 관리의 용이성, 의료비 절감의 4가지이다.

지침 권고사항의 반영 측면에서 2안은 임상매뉴얼을 통해서 가장 충실히 내용을 반영할 수 있다. 공급자 수용도는 설문조사 결과 3안이 가장 높고 1안, 2안 순이었다. 행정관리의 용이성은 1안이 단순 묶음 방식이라는 점에서 가장 높으나 2안은 임상매뉴얼을 확인해 하고, 3안은 개별 건을 심사해야 한다는 점에서 절차적 복잡성이 있을 것으로 보인다. 에피소드 당 묶음지불은 행위별 지불에 비해 의료비용을 감소시키는 것으로 알려져 있는바⁷⁾ 2안이 묶음 범위가 넓으면서도 행위량에

Table 7. Comparison of New Payment Models

Main characteristics	Model 1	Model 2	Model 3
Criterion for inclusion of non-covered items in the NHI	based on the analysis of current treatment data	based on the critical pathway	fee-for-services
Limitation of the number of visits and treatment	not limited	limited if item is not included in the critical pathway	not limited
Benefit coverage of the items beyond recommendations of CPGs	not included	partially included	not included
The number of charges per disease	≤3	≤3	depends on the coverage level of items

Table 8. Comparison of Each Payment Model by Criteria

Criteria of new payment system	Model 1	Model 2	Model 3
Reflecting of recommendation in CPGs	++	+++	+
Acceptance of medical service providers	++	+	+++
Administrative convenience	+++	++	++
Lower medical cost	++	+++	+

†The size of effectiveness : + low, ++ moderate, +++ high

일정한 제약을 가한다는 점에서 의료비 절감에 가장 효과적이고, 3안은 공급자의 행위가 전혀 제한되지 않는다는 점에서 가장 비용이 클 것으로 보인다. 이를 정리하면 Table 8과 같다. 이러한 묶음지불 방식은 미국 메디케어에서 적용되어 비용감소, 협력진료의 증가, 의료의 질 향상 성과를 보였으나 환자의 공급자 선택 제한, 과소의료와 같은 부작용을 발생시키기도 했다¹⁸⁾. 그러나 이들 부작용은 성과기반 지불(pay for performance)방식에 의해 극복 가능하다고 알려져 있어 이를 적용하여 보완할 필요가 있다¹⁸⁾.

4. 연구의 제한점과 의의

본 연구는 설문에 응답한 한의사가 총 228명에 불과해 전체 한의사를 대표하기 어렵고 또한 진료 행태를 건강보험 데이터 등을 활용한 실제 데이터를 통해 확인하지 못하고 한의사의 설문조사로 확인하여 불완전한 기억에 의존하고 있다. 지불모형 개발 원칙에 대한 고찰도 구체적인 데이터에 기반한 근거를 마련하지 못하고 기존 문헌에 의존하여 판단하고 있다. 그러나 한의계에서 의료서비스의 질적인 수준을 고려하여 한의 임상진료지침과 연계한 수가모형을 개발하는 첫 연구이며, 또한 이를 위해 기존 행위별 수가제 이외에 포괄적 수가개발의 가능성을 타진하였다는 것에 의의가 있다.

V. 결론

본 연구에서는 한의임상진료지침과 연계된 새로운 한의 건강보험 지불모형을 개발하기 위하여 한의사들의 진료행태 및 지불모형 수용도를 조사·분석한 바, 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 한의사들은 새로운 수가모형에 대해 행위별 수가모형을 가장 선호하였으나, 방문당 수가모형, 에

피소드당 수가모형에 대해서도 조건부 동의를 하고 있었으며, 이러한 동의의 조건은 적절한 수가보장이 가장 많아 제도 설계시 수가에 대한 고려가 중요할 것으로 보인다.

2. 지불단위는 방문건당 지불과 행위별 지불이 혼합된 모형이 적절하고 진료비 관리를 위해 에피소드당 지불 모형을 참고할 필요가 있다.
3. 묶음 범위는 묶음 단위에 포함되는 형태와 기준에 따라 기존 비급여 행위들을 최대한 합리적으로 묶음 범위에 포함하는 1안, 임상 매뉴얼을 개발하여 이에 기반하는 2안, 기존 급여 행위들만 묶음 단위에 포함하는 3안을 제시한 바, ‘지침 권고사항 반영’은 2안, ‘공급자 수용도’는 3안, ‘행정 관리 용이성’은 1안, ‘의료비 절감’은 2안이 강점을 보였다. 구체적인 모형 설계를 위해 추가적인 연구가 필요하다.

감사의 글

이 논문은 건강보험심사평가원 「한의 표준임상진료지침을 연계한 新수가모형 개발 기획연구」와 한국한의학회 연구원 「한의 정책 기반 연구사업(K17612)」의 연구비 지원을 받아 수행된 결과로 이에 감사드립니다.

참고문헌

1. Ministry of Health & Welfare. 2014–2018 Mid-term plan about benefit extension of health insurance. 2015.
2. National Planning and Advisory Committee. 5 years plan of Moon’s government administration. 2017.
3. Kim D & Lim B. The trend of Korean Medicine utilization in 2008–2013. Journal of Society

- of Preventive Korean Medicine 2017 ; 21(1) : 57-66
4. The Association of Korean Medicine. Fee & payment standard of Korean medicine at health insurance. 2016.
 5. Ministry of Health & Welfare.. 3rd Comprehensive development plan of Korean medicine 2016-2020. 2016.
 6. Kim CY. A theory about health security. Han-ul academy. 2009.
 7. David MC, Kaushik G. The Potential for Cost Savings through Bundled Episode Payments. *N Engl J Med* 2012;366:1075-1077
 8. Kim J, Kim EH, Kim YH. Designing a Global Budget Payment System for Oriental Medical Services in the National Health Insurance. *Journal of Society of Preventive Korean Medicine* 2010;14(1):77-96
 9. Pusan National University School of Korean Medicine. Rationalization plan of Korean medicine health insurance payment system. 2012.
 10. Health Insurance Review & Assessment Service. Inpatient Classification System in Korean Medicine(KOPG-KM) Version 2.1. 2016.
 11. Song KM, Kim YO, Kim YS. A Study on Improvement of the Korean National Health Insurance(NHI) Reimbursement System to Prepare the Aged Society. *The Journal of Koreana Association Occupational Therapy Policy for Aged Industry* 2013;5(1):27-37
 12. Pusan National University School of Korean Medicine. Study on pilot project about health insurance benefit of chuna therapy. *Korean Society Chuna manual medicine for Spine & Nerve*. 2015.
 13. The Association of Korean Medicine. Fee & payment standard of Korean medicine at health insurance. 2016.
 14. Huang DS, Shin HK. A Survey of the Status of Management and Prices of Herbal Medicines : Traditional Korean Medicine Institutions. *The Journal of Korean Medicine* 2011;32(5): 90-99
 15. Kim D, Kwon SH, Chung SH, Ahn BR, Lim B. The Health Insurance system and the Quality Improvement Policies for Chinese Medicine in Taiwan. *Journal of Society of Preventive Korean Medicine* 2016;20(2):27-38
 16. 中醫門診醫療服務審查執行會 台北區分會. 中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案. 2012.
 17. Shin YS, Kim YI. Health Policy and Management. Seoul National University Press. 2013.
 18. Sood N, Huckfeldt PJ, Escarce JJ, Grabowski DC, Newhouse JP. Medicare's bundled payment pilot for acute postacute care: analysis and recommendations on where to begin. *Health Affairs* 2011;30(9):1708-1717