



## HOT ISSUES

# 수가협상 방식 이대로 관철은가?

## 지불자 · 보험자의 관점에서

### 1. 들어가는 말

건강보험에서 제공되는 보건의료서비스에 대한 지불액 중에서 서비스 단가별 가격 즉 행위수가는 공단과 공급자단체 간의 계약에 의해서 결정된다. 엄격히 말하면 수가 계약되는 것이 아니고 수가 수준을 결정하는 두 요소 즉, 상대가치점수와 환산지수(상대가치점수의 단가) 중에서 환산지수가 계약되는 것이다. 상대가치는 상대가치기획위원회를 거쳐 건강보험정책심의회(이하 '건정심')에서 결정되기 때문이다. 그리고 행위별수가제 하에서 의료제공자에게 지불되는 금액의 수준은 이러한 수가 수준 외에도 제공량/빈도라는 요인이 함께 작동해 결정되는 점도 간과해서는 안 된다.

지난 6월 1일 공단과 7개 유형 간의 2018년도 건강보험 요양급여비용(환산지수) 인상률 협상이 타결됐다. 병원은 1.7%, 의원은 3.1%였고, 전체 평균은 2.28%이었다. 2014년 환산지수 인상률이 2.36%였는데 건강보험 급여비는 8.2% 증가했고, 2015년 환산지수 인상률이 2.20%이었는데 건강보험급여비는 6.7% 증가한 것에 비추어 볼 때, 2018년 인상률 2.28%는 건강보험급여비

7%대의 증가율을 가져올 것으로 예상된다. 급여비 지출액은 환산지수 인상 외에도 상대가치 점수의 확대, 행위 빈도의 증가 등이 작용하기 때문이다.<sup>1)</sup>

이러한 환산지수 인상률이 적절한 것인지, 병원·의원 각각의 유형별 인상률이 형평성 있게 결정됐는지에 대해서는 각자의 입장에 따라서 의견이 다를 것이다. 여기서는 의료공급자에게 서비스를 받고 대가를 지불하는 국민 또는 국민을 대신해서 서비스의 구매를 하는 보험자의 관점에서 현행 협상방식을 평가하고 대안을 제시해본다.

### 2. 환산지수 협상의 경과

#### 1) 협상의 진행

1970년대에 우리나라에 공적 건강보험이 시작된 이후 의료제공자들은 보험수가의 계약제를 계속 요구했다. 이는 수가의 결정 과정에 적극적으로 참여해서 수가 수준을 높이겠다는 의도였다. 2000년에 건보통합시대가 되면서 이러한 오랜 요구는 마침내 실현됐다. 국민건강보험법이 약제 및 치료재를 제외한 소위 '요양급여비용'을 보험자 대표와 의약계 대표들의 1년 단위 계

1) 물론 건강보험급여지출에는 행위에 대한 지출 외에도 치료재료 및 의약품비가 포함되나 이들을 분모 및 분자에서 동시에 제외한다고 해도 인상을 자체에는 큰 변화가 없을 것이다.





## 환산지수 계약의 추이

협상 년도	적용 년도	인상률	비고
2000	2001	+7.08%	건정심 표결 (가입자 퇴장)
2001	2002	-2.9%	건정심 표결 (가입자, 공급자 일부 퇴장)
2002	2003	+2.97%	건정심 표결 (가입자 퇴장)
2003	2004	+2.65%	건정심 표결 (가입자 퇴장)
2004	2005	+2.99%	건정심 합의 (제도개선소위 합의)
2005	2006	+3.58%	계약 (유형별 수가계약 부대조건)
2006	2007	+2.3%	건정심 표결 (가입자 퇴장)
2007	2008	전체평균 +1.94%	병원, 의원은 건정심 표결 (의협, 병협 퇴장). 나머지는 계약
2008	2009	전체 평균 +2.22%	의원은 건정심 표결 (의협 퇴장). 나머지는 계약
2009	2010	전체평균 +2.05%	병원, 의원은 건정심 합의 (약제비를 절감한다는 부대조건). 나머지는 계약
2010	2011	전체평균 +1.64%	의원은 건정심 합의 (약품비 절감 및 의원 회계 투명화에 노력한다는 부대 조건). 나머지는 계약
2011	2012	전체평균 +2.20%	병원은 건정심 합의(병원 7개 질병군 포괄수가제의 확대, 환산지수 모형 공동연구, 병원경영합리화 노력 부대조건). 나머지는 계약
2012	2013	전체평균 +2.36%	치과는 건정심 합의(치과 보험급여 확대 방안 공동연구 부대조건). 의원은 건정심 결정(의협 불참). 나머지는 계약
2013	2014	전체평균 +2.36%	전체 계약 타결
2014	2015	전체평균 +2.20%	치과, 한방은 건정심 합의. 나머지는 계약
2015	2016	전체평균 +1.99%	병원, 치과는 건정심 합의. 나머지는 계약
2016	2017	전체평균 +2.37%	전체 계약 타결
2017	2018	전체평균 +2.28%	전체 계약 타결

출처 : 건강보험정책심의위원회 안전 및 건강보험공단의 내부 자료 취합

약으로 정하도록 규정한 것이다.<sup>2)</sup>

하지만 2001년부터 시작된 수가계약은 의료계의 의도대로만 진행되지는 않았다. 공단의 재정운영위원회의 가입자 대표들이 수가계약에 관여하고 있기 때문이었다. 당사자 간의 계약이지만 위원회의 공익위원으로 참여하는 보건복지부의 역할은 여전히 컸다.

처음에는 6개 공급자 단체의 대표가 참여하는 '요양급여비용협의회'가 공단과 협상을 해서 결정하는 단일 환산지수가 적용됐다. 하지만 2001년의 첫 환산지수 계약에서만 합의가 이뤄졌고, 그 뒤로는 2005년 계약까지 모두 결렬돼 건정심에서 환산지수 인상률이 결정되는 과정이 반복됐다. 2006년 환산지수 계약에서는

2) 건강보험공단 이사장은 재정운영위원회 심의를 거친 안을 기반으로 해서 협상에 임한다. 계약이 성립되지 않을 때는 보건복지부 장관이 건정심의 심의 의결을 거쳐 정하여 고시하도록 되어있다. 시행령은 요양급여비용 중에서도 상대가치점수의 단가 즉, 환산지수만을 계약의 대상으로 하고 있다. 점수 자체는 계약대상이 아니며 조정 기간도 정해져 있지 않고, 보건복지부 장관이 건강정책심의위원회의 심의를 거쳐 고시하도록 되어 있다.





2007년 환산지수부터 유형별로 계약을 한다는 부대결의 하에 3.58%의 높은 인상률이 인정되면서 계약 합의가 처음으로 이뤄졌다. 유형별 계약에 대한 약속은 그간 협상의 과정에서 환산지수의 인상률에 요양기관별 특성을 반영할 필요성이 제기됨에 따라 이뤄진 것이다. 하지만 2006년의 2007년 수가계약에서 공급자단체들은 이러한 부대결의를 이행하지 않았고, 수가계약은 법정기일을 넘기게 되어 결국 환산지수는 건정심의 의결을 거쳐 2.3%의 단일 인상률로 결정됐다. 마침내 2008년 환산지수부터는 유형별 계약방식으로 이뤄졌다. 유형별 계약으로 전환됐지만 전환 첫 해부터 병원과 의원의 계약이 무산되고, 한방, 약국, 조산원만 계약이 체결됐다. 그 후 매년 일부 유형의 계약이 무산되고 건정심에서 결정되는 과정이 반복되다가, 2014년 환산지수에서 유형별 계약 시작 이후 처음으로 전체 유형에서 계약이 타결됐다. 그 뒤로 2015년 환산지수는 치과와 한방에서 결렬됐고, 2016년은 병원과 치과에서 결렬돼 결국 건정심에서 결정됐다. 최근의 2017년 및 2018년 환산지수는 전체 유형에서 계약이 타결됐다.

## 2) 협상의 결과

환산지수 계약제가 시작된 2001년 이후 2018년 환산지수까지 연평균 인상률은 2.34%였다. 이를 두고 공급자 측은 같은 기간의 소비자물가 인상률에도 못 미친다는 불만을 제기한다. 실제로 2001~2015년 사이의 소비자물가인상률은 연평균 2.8%였다. 하지만 수가 자체는 환산지수만이 아니고 상대가치점수의 변화에 의해서도 결정된다는 점을 잊어서는 안된다. 2010~2015년 사이에 환산지수는 연평균 2.1% 증가했지만 상대가치점수도 연평균 1.9% 증가해 수가는 4.1% 올랐다. 여기에 1인 진료량의 증가가 2.1% 있었고, 건강보험적용인구의 증가 0.6%가 더해져서 건강보험 진료비 증가율은 연평균 6.9%가 된 것이다.

## 3. 수가협상방식에 대한 논의

작년과 올해 두 번에 걸쳐 전 유형의 환산지수 계약이 타결되면서 외견상으로는 현재의 유형별 계약방식이 정착되고 있는 듯한 인상을 주고 있다. 하지만 현행 방식에 대한 불만도 제기되고 있다. 특히 유형별 계약





방식 도입 이후 분할통치 당하는 억울함을 피력하고 있는 공급자 측으로부터의 불만이 많아 보인다. 하지만 가입자 내지 보험자로부터의 불만도 제기된다.

#### 1) 공급자들의 불만

공급자 단체들의 불만은 ▲첫째, 공단이 근거로 하고 있는 환산지수 조정률 근거 마련을 위한 외부연구용역과 그 결과에 대한 불만 ▲둘째, 재정운영위원회에서 공단 협상팀에게 제시되는 것으로 알려져 있는 수가인상의 가이드라인, 특히 조정폭(소위 '밴딩폭')의 운영방식에 대한 불만 ▲셋째, 협상의 절차와 과정 전반에 대한 불만으로 요약된다.

첫째 불만과 관련해서 보자. 유형별 계약이 시작되면서 과거 '요양급여비용협의회'가 공단과 협상을 해서 단일 환산지수를 결정하던 때와는 달리 공단과 각 단체들은 각각 연구용역을 달리하게 됐다. 이에 따라 각자 자기에게 유리한 연구결과를 갖고 협상에 임하게 됐다. 아무래도 단일 공단의 협상력이 더 커지고 공단의 연구결과에 따라 인상률이 결정되는 경향을 보이게 되자 특히 공단 연구용역의 객관성에 대한 문제 제기과 불만이 계속되고 있다. 하지만 산발적인 불만은 제기할지 몰라도 연구내용 자체에 대한 설득력 있는 반대논리나 이를 대체할만한 연구결과를 제시하지는 못하고

있다.

둘째 불만과 관련해서 보자. 재정운영위원회는 매년의 환산지수의 협상 개시에 앞서 공단에 수가인상의 가이드라인을 제시하는데, 공식적인 것은 아니지만 이러한 가이드라인에는 전년 대비 추가 지출금액 총액을 의미하는 조정폭(소위 '밴딩폭')이 제시되는 것으로 알려져 있다. 이는 건강보험재정상황, 물가인상률 등 다양한 변수가 고려되어 결정된다. 물론 연구용역의 중간결과도 참고자료가 된다. 일단 전체 조정폭과 유형별 인상률 순위가 결정되면 협상과정이 어찌됐든 인상률은 거의 사전에 결정되는 결과가 된다. 공급자들은 이것이 협상의 의미를 반감시키게 되므로, 차라리 조정폭을 공개해서 불필요한 낭비를 줄이자고 주장한다. 하지만 공단의 입장에서 볼 때 가장 중요한 협상카드를 공개하는 것은 협상력을 떨어뜨리게 되므로 응하기 어렵다. 이것이 알려지지 않은 상태에서 서로 최선의 결과를 얻기 위해서 노력하는 자세를 보이게 될 것이다.

셋째 불만과 관련해서 보자. 공급자 단체들은 협상을 진행하는 과정에서의 건강보험공단의 태도를 문제시하고 있다. 건강보험공단 측이 무조건 자신들의 인상률을 받아들이라는 압력을 가하고, 건정심으로 가면 공단이 제시하는 수치보다 더 낮아질 수 있다는 위협을 하면서 협상을 진행한다는 것이다. 이런 상황에서 협상이





결렬되면 결렬된 유형만 건정심으로 넘어가서 논의가 진행되는 건정심 소위에서 가입자 측은 계약 미체결에 따른 페널티로 수가협상 당시보다 낮은 수가인상안을 주장하면서 압박하고 그래도 공급자 측이 이를 받아들이지 않으면 건정심 전체회의의 표결에서 가입자와 공익이 합심해서 가입자 측의 안을 성사시킨다는 것이다. 협상에 임하는 각 유형별 대표들로서는 그러한 느낌을 받을 수 있을 것이다. 협상의 한쪽 당사자는 하나인데 공급자는 다수이기 때문에 수요독점적 상황에 있기 때문이다. 하지만 건정심에서 공익위원들이 반드시 공급자에 반해서 가입자의 의견에만 동조하라는 법은 없다. 실제로 과거에 공익위원이 공급자 측의 의견에 동조하여 표결이 이루어지는데 불만을 표명하면서 가입자들이 퇴장한 경우도 있었다.

## 2) 가입자들의 불만

가입자들로부터도 불만이 나온다. 가입자 대표의 모임인 가입자포럼은 2015년 환산지수 인상률이 예년보다 높게 결정되자 “건보공단의 재정운영위원회를 건강보험가입자위원회로 명칭을 변경하고 가입자의 대표성을 강화해야 하며, 건강보험료 결정권한도 가입자위원회에 환원시켜 재정운영위원회가 보험재정의 수입에 맞춰 지출을 할 수 있도록 재정운영 및 관리방식을 개선해야한다”고 주장한 바 있다.

## 6. 제언

최근 두 번에 걸쳐 전 유형의 환산지수 계약이 타결되면서 유형별 계약의 협상이 어느 정도 틀을 잡아가고 있는 것은 사실이다. 하지만 유형별 계약도 어느 덧 10년을 넘어가면서 현재의 방식이 가지는 경직성 등을 재검토하고 변화를 도모할 필요가 있어 보인다.

첫째, 매년 환산지수 협상을 하기보다는 2년에 한번씩 하는 것을 고려해볼 필요가 있다. ‘상대가치점수’는 서비스 항목 간의 투입 비용의 상대적 변화를 고려하는 것으로, 이러한 변화가 단기간에 일어나는 것은 아니기 때문에 지금까지는 약 5년 정도의 기간을 두고 변

화를 반영하는 것으로 해왔다. ‘환산지수’는 물가 등 제반 비용과 경영환경의 변화를 반영하지는 취지로 매년 계약을 통해 인상률을 결정해왔다. 하지만 저성장시대에 접어들고 물가도 안정되어있는 오늘날 환산지수의 인상률을 매년 새로이 정하는 것은 적절치 않은 것으로 보인다. 상대가치점수방식도 취하지 않고 있고 따라서 상대가치점수의 변화도 정기적으로 하고 있지 않은 일본에서 수가(일본은 이를 ‘진료보수’라고 함)의 개정을 2년에 한번씩 하고 있는 것도 참고가 된다.

둘째, 병원의 경우 유형을 보다 세분화할 필요가 있다. 사실 30병상 이상의 의료기관을 전부 합쳐서 단일 환산지수를 적용하는 것은 무리다. 병원, 요양병원, 종합병원, 상급종합병원, 심지어 소위 ‘빅5병원’은 너무도 서비스의 내용과 진료환경이 다르다. 이러한 상이한 의료기관을 비슷한 몇 개의 유형으로 세분화해 환산지수를 달리하면 오히려 각각의 환산지수 협상에도 도움이 될 것이다. 병원이 한 개의 거대한 유형이 되면 환산지수 협상에서 ‘병원’ 유형의 인상률을 높이기 어렵게 된다. 전체 조정폭이 정해져 있는 상황 하에서 병원 유형의 환산지수 인상률을 조금만 높이려면 다른 여러 유형의 인상률 또는 다른 특정 유형의 상당히 큰 인상률을 상쇄해야 하기 때문이다. 그간 병원이 가장 낮은 인상률로 계약을 계속한 것도 이와 무관하지 않다.

셋째, 조금 장기적으로는 유형별로 빈도의 증가와 환산지수 인상률을 연동시킴으로써 협상을 보다 과학적으로 진행하고 협상을 위한 시간적 낭비를 줄일 필요가 있다. 이는 각 공급자 단체별로 자율성을 높이고, 의료제공자들이 물량적 확대보다는 질적 제고에 집중할 수 있는 환경을 조성하게 될 것이다. [kba](#)



정형선

연세대학교 보건과학대학 보건행정학과 교수  
동경대학교 보건학 박사, 보건경제·정책학회  
장, 사회보장학회장을 역임했고, 현재 건강보험  
정책심의위원회 부위원장 겸 소위원회 위원장을  
맡고 있다.

