

상대가치 개발의 총괄

연세의대 예방의학교실, 보건복지부 *

김한중, 손명세, 조우현, 박은철, 전병율*, 이선희, 강형곤, 허영주, 원종욱, 김양균

〈Abstract〉

An Overview of Korean Resource – Based Relative Value Scale

Han Joong Kim, Myongsei Sohn, Woo Hyun Cho, Eun-Cheol Park,

Byung-Yool Cheon*, Sun Hee Lee, Hyoung Gon Kang,

Young Joo Heo, Jong Ok Won, Yang Kun Kim

Department of Preventive Medicine and Public Health,

College of Medicine, Yonsei Univ.

** Ministry of Health and Welfare*

In Korea, Resource-Based Relative Value Scale(RBRVS) is suggesting to the alternative of Korean Medical Fee Schedule. This study developed to methodology of RBRVS applicable to Korean situation and applied to services of internal medicine and general surgery.

Our methodology of RBRVS is basically same to Hsiao's. But there are some differences between our method and Hsiao's because Korean medical situation differs to American. The first difference is method of measurement of work. The Unit of work in our study is total work including intra-service work and pre-/post-service work. Secondly, in extrapolation, we use primary data gathered to small group of physician. Tertiarily, in

measurement of practice cost, we directly survey to budget data of hospitals and analyse practice costs by service. Some results are presented in a companion article.

Key words : RBRVS(Resource-Based Relative Value Scale), Medical Fee Schedule

I. 서 론

의료보험이 도입되기 전 의료보험 수가를 제정하기 위하여 일인당 연간의료비 추계, 업종별 근로자 월보험료 부담액 및 부담률, 일본의 의료보험 진료수가 및 보험제도 조사 등을 통해 1976년 11월 10일 의료보험수가제도 조사위원회를 설치하여 1977년 6월 9일 수가기준이 제정 공포되었다. 이때 대한병원 협회에서는 건의서의 형태로 수가기준의 불만을 제시한 이래, 우리나라 의료보험 수가의 적정성에 대한 논란이 계속되고 있다.

이 논란을 종합하면 수가수준이 낮게 책정되어 있다는 것과 서비스 또는 항목간의 상대가치가 합리적이지 못하다는 것이다(김한중 등, 1992a). 의료수가 수준은 원칙적으로 의료비용과 적정이익을 보상할 수 있어야 하나, 보험재정의 안정 및 물가안정 정책 등에 영향을 받게 된다. 그러나 수가항목간의 상대가치가 균형성을 유지하고 있지 못하다면 상대적으로 보상이 많은 서비스를 선호하게 되어 진료행태와 자원을 왜곡시키는 결과를 초래하게 되고, 장기적으로는 상대적으로 보상이 많은 진료과와 지역을 선호하여 의료인의 배출 및 분포에도 영향을 미치게 되므로(Hsiao 등, 1988b) 상대가치의 불균형성은 사회 전반에 아무런 이익이 되지 않는다.

낮은 수가수준과 서비스간의 상대가치의 불균형성은 의료수가 개편과정에서 유발되고 있다. 현재의 의료수가 개편과정은 첫단계로 몇개 병원의 회계자료에 근거한 경영수지 분석을 통해서 인상률을 제한하고 있는데 회계자료의 신뢰성 및 객관성에 문제가 있어 왜곡된 결과가 도출될 가능성이 있으며, 매년 실시하므로서 중복 및 낭비적 요소와 더불어 철저성이 결여되어 있다. 두번째 단계로 복잡한 병원경영수지 분석결과에 기초한 제안 인상률을 물가당국과 협의하고 있는데 - 현재 의료보험수가중 8개 항목이 물가지표 항목에 포함되어 있음 - 주로 물가당국의 물가 논리에 밀려서 적절한 보상을 받기 어려운 현실이며 1977년 의료보험 수가가 낮게 결정된 이후 물가에 의해 수가가 결정되므로써 매년 인상률에 의해서는 적정 수준으로의 제고가 어렵다. 세번째 단계가 협의된 인상률을 가지고 각 학회 등의 건의를

받아 보건복지부 연금보험국의 판단에 따라 항목별로 인상하고 있는데 - 의료보험 수가 제정이후 1982년 제4차 개정이전까지는 수가가 현재의 금액이 아니라 점수제를 사용하여 항목별 균형성을 유지할 수 있는 구조는 갖추었으나 점수제의 장점인 수가간의 균형성을 유지하는 방법으로 수가인상은 되지 않았다. 이는 학회 등의 문제인식에 따라 항목 인상에 영향을 주어 수가간의 균형성을 저해 할뿐만 아니라 새로운 시술행위를 추가하는 것도 보험재정관련 판단에 의해 추가되어 전문가 집단의 불만의 소지가 되고 있다.

한편, 의료수가에 있어 정책적인 측면에서 살펴보면 의료보험수가, 일반수가, 자동차보험 수가, 산재수가 등 다양한 의료수가가 존재하고 있으며, 각 수가를 관장하고 있는 부서가 차이가 있을 뿐만 아니라 수가간의 일관성도 결여되어 있다. 또한 의료정책의 수행에 있어 수가 정책은 가장 중요한 정책수단중 하나이나 의료정책과 의료수가정책을 연계할 수 있는 체계를 갖추고 있지 못하다.

이와 같은 의료수가와 관련된 문제점을 합리적으로 개선하기 위해서는 먼저 의료수가의 항목을 체계적으로 분류하고, 이에 따른 조정과정을 합리화하며, 수가 조정에 있어 각 과정에 적합한 부서에서 담당케 해야 할 것이고, 의료수가를 식 1과 같이 모형화해야 할 것이다. 새로운 의료수가의 모형은 먼저 의료 수가를 이전의 점수제의 개념인 의료서비스의 상대가치와 환산지수로 구분하고, 의료서비스의 상대가치를 의사가 직접 서비스하는 부분(의사 업무량의 상대가치)과 서비스를 하기 위해 필요로 하는 의사의외적 부분(진료비용의 상대가치)으로 구분하며, 이에 의료서비스의 정책적 요소를 반영할 수 있는 변수를 포함시킨다.

$$\text{의료수가} = (\text{상대가치}_{\text{의사업무량}} + \text{상대가치}_{\text{진료비용}}) \times \text{의료정책변수} \times \text{환산지수} \dots\dots\dots\text{식 1}$$

의료서비스 상대가치(Resource-Based Relative Value Scale, RBRVS)의 개념은 하바드대학교 Hsiao에 의해 연구개발되어 1992년 1월 미국 메디케어의 의사진료비 상환방법으로 사용되고 있다. 미국의 경우 기존의 관행수가(Customary Prevailing Reasonable, CPR)는 수가조정(fee screening)으로서 합리적인 의사진료비에 보상에 문제점이 제기되어 결정수가(fee schedule)인 상대가치를 도입하게 되었다(PPRC, 1989). 우리나라의 경우 현재 사용하고 있는 의료보험 수가가 결정수가의 형태이나 수가간의 균형성이 결여되어 있어 RBRVS의 도입은 행위별 수가제를 계속 유지하면서 의료수가를 합리적으로 개선하는 대안이라 할 수 있다(김한중 등, 1992a).

따라서 이 논문에서는 의료서비스 상대가치 개발의 전반적인 방법론은 제시하고, Hsiao의 개발모형

과 우리의 개발모형을 비교하며, 개발된 모형중 의사업무량에 대한 상대가치를 대상으로 내과 및 일반 외과를 대상으로 실제 적용한 방법을 개괄적으로 기술하겠다.

II. 상대가치 개발 방법론

이 장에서는 행위별 수가제를 적용하고 있는 우리나라의 현행 의료수가 체제를 그대로 유지한다는 가정하에 제시될 수 있는 대안인 상대가치(RBRVS)의 개발방법론을 기술하고, Hsiao의 모형과 비교하고자 한다. Hsiao의 상대가치 개발모형에 대해서는 몇차례 소개된 바 있어(김한중과 조우현, 1990; 김한중 등, 1992a) 이 논문에서는 우리의 방법론과 일치하는 부분은 간략히 기술하고 차이가 나는 부분에 대해서 중점적으로 기술하였다.

의료서비스에 대한 상대가치의 개발과정은 4단계로 구분될 수 있는데 첫째, 의사의 업무량을 측정하는 단계이고, 둘째, 상대가치를 확대하는 단계이며, 셋째, 전문과목간 비교의 단계이고, 넷째, 진료비용의 상대가치를 측정하는 단계로 각 단계로 기술하였다.

1. 의사업무량 측정

의사서비스의 상대가치를 산출하는데 있어 가장 중요한 단계는 의사 업무량을 신뢰성 및 타당성있게 측정하는 것이다. 의사 업무량을 측정하는데 있어 Hsiao는 많은 업적을 이루었으며 이를 계기로 미국 메디케어에 자신이 개발한 상대가치를 적용시킬 수 있었다(Hsiao 등, 1979; Hsiao 등, 1988a; Hsiao 등, 1990; HCFA, 1991; PPRC, 1991). Hsiao가 개발한 의사업무량 측정방법은 의료서비스를 실시하는 의사의 업무량을 개념적으로 6가지 차원, 즉, 육체적 노력, 의료적 기술, 시간, 정신적 노력, 판단력, 스트레스로 구분하였으나 자료수집시 단순화를 위해 4가지 차원, 육체적 노력 및 의료적 기술, 시간, 정신적 노력 및 판단력, 스트레스로 구분하여 업무량을 측정하였다.

이 연구에서도 의사 업무량을 측정하는데 있어 기본적으로 Hsiao의 모형을 그대로 이용하였는데 이중 시간은 서비스를 수행하는데 실제 소요된 시간을 설문으로 측정하며 업무량 강도에 해당되는 나머지 3가지 요소는 magnitude estimation 방법¹⁾으로 측정하였다. 그리고 총업무량에 대해서도 magnitude estimation을 적용하여 조사하고 이를 업무량의 4가지 구성요소와의 관련성을 분석하므로써 업

무량의 4가지 구성요소와의 관련성을 분석하므로써 업무량 측정의 신뢰성과 일관성을 제고하고자 한다.

그러나 Hsiao는 의사의 전체 업무량을 실제 서비스를 수행하는데 소요되는 업무량(intra-service work)과 사전, 사후 서비스의 업무량(pre- /post-service work)으로 구분하여 측정하였으나 우리나라의 경우 실제 서비스 수행에 따른 사전, 사후 서비스범위를 명확하게 구분하기 어려울 뿐 아니라, 사전 및 사후 서비스에 투입되어지는 업무량의 크기가 미국에 비해 작으며, 사전, 사후 서비스 업무량을 구분하여 측정하므로써 다른 서비스의 업무량을 측정하는 기회를 상실하게 되므로 이 연구에서는 사전 및 사후서비스를 포함한 전체 업무량을 조사하고자 하였다.

한편, 이 연구에서 사용한 소집단(family)은 Hsiao의 연구에서 사용한 그것과 개념은 유사하나, Hsiao 연구의 경우 조사되지 않은 서비스에 대한 확대를 위해 사용하였으나 이 연구에서는 진료과의 서비스 전체를 대표할 수 있는 서비스(이하 '대표서비스'라 함)를 선정하는데 사용하였는데 대표서비스는 각 소집단에서 하나씩 선택하므로써 벤치마크(benchmark)로 이용하였다.

2. 상대가치 확대

의사 업무량을 측정하는데 있어 Hsiao의 연구에서도 모든 의료서비스에 대해 직접 조사하지 않고 소집단 개념을 도입하여 일부의 서비스만을 조사하여 확대하였는데 이 연구에서도 소집단의 개념을 이용하여 대표서비스만을 내과 및 일반외과 의사 전체에게 조사하였다. 모든 의료서비스에 대해 의사 업무량을 모두 측정한다는 것은 비용이나 시간면에서 힘들기 때문에 서비스의 성격이 유사한 집단(이 연구에서는 이를 '소집단'이라 함)으로 구분하고 이를 통해 전체 서비스로 확대하였다. Hsiao는 조사되지 않은 서비스의 업무량 추계에 있어 1차 연구에서는 직접적인 자료를 구하지 않고 기존 메디케어에 청구된 급여자료를 이용하여 추계하였는데 이는 유사한 성격을 지닌 소집단내에서는 서비스에 대한 청구액의 상대가치가 균형적일 것이라는 가정하에서 확대되어진 것이었다(Kelly 등, 1988). 그러나 3차 연구에서는 조사되지 않은 서비스의 업무량을 추계하는데 있어 기존의 방법을 보완하기 위하여 소집단판단법(small-group judgement methods)을 이용하였다(Leape 등, 1992).

1) magnitude estimation은 기준되는 서비스 항목을 100으로 할 때 기준항목에 비해 A 항목의 업무량이 두 배일 경우 A 항목의 업무량을 200으로 기입하는 방법으로서 시간에 비해 상대적으로 주관적인 인식과 판단이 개재되는 업무량 강도 요소들을 측정하는데 반복성과 정확성을 높일 수 있는 장점이 있다.

한편, 우리나라의 경우 확대과정을 위한 소집단 개념을 이용할 수 있는 자료는 정부에서 고시한 의료보험 수가에 있는데 이를 통해 확대과정을 수행하는 것은 문제점이 있다. 의료보험 초기에 의료보험의 수가체계를 상대가치를 감안하여 점수로 표현하고 이에 대한 환산지수를 곱하여 수가로 사용하였으나 그 후 환산지수의 용도가 크지 않다고 판단하여 이를 없애고 현재의 수가체계를 유지하고 있으며, 매년 수가인상시기에 의료계의 외부적 환경 변화에 의한 요인과 의학기술의 발전 등에 의한 내부적 요인을 충분히 감안하지 않은 채 수가항목을 개별적으로 인상시키면서 최근에 와서는 수가의 상대적 균형을 상실하게 되었기 때문이다²⁾. 따라서 우리나라의 경우 확대과정을 위해 Hsiao의 모형을 그대로 적용할 수 없고 개발모형 단계에서 소집단판단법을 이용하여 확대과정을 위한 자료를 직접 수집하였다.

한편, 하나의 전문과목내 전체 의사를 대상으로 설문하여 수집한 대표서비스와 세부전문의에게 설문하여 수집한 세부서비스를 연결하는 과정은 Hsiao팀의 전문과목별 비교의 방법을 사용하였는데 즉, 이 증가산법에 의한 최소자승법을 사용하였다(Hsiao 등, 1992). 그러나 전문과목별 비교와 개념적으로 일부 상이한 측면이 있는데 전문과목별 비교가 각 전문과목의 일부 서비스를 중심으로 연결되는데 반해, 확대과정은 모든 대표서비스가 세부전문의과목의 서비스와 연결되므로 대표서비스의 업무량이 해당 진료과 업무량의 상대가치에 더욱 크게 영향을 미치게 된다. 이 연구에서 사용한 확대과정은 Hsiao팀의 소집단이 하나의 서비스를 기준으로 결정론적으로 산출한 것과는 달리 여러 연결서비스를 기준으로 서비스 업무량의 평균과 분산을 분석과정에 포함시키므로 보다 정교한 방법이라 할 수 있다.

3. 전문과목별 비교

전문과목별 비교는 전문과목별로 산출된 상대가치를 전문과목간 공통된 상대가치(common scale)로 조정하기 위한 과정이며 전문과목간 동일하게 시술하는 서비스(same services)를 대상으로 하거나 비교가 가능한 비교서비스(equivalent services)를 결정하는 작업이 중요한 관건이 된다. 이 연구에서는 내과 및 일반외과에서 실시하고 있는 동일 서비스를 대상으로 전문과목별 비교를 실시하였으며 비교과정의 수학적 모형은 Hsiao팀의 모형과 동일하다(Braun 등, 1988).

2) 한국의 의료보험수가와 Hsiao의 RBRVS를 비교하여 우리나라 수가의 상대적 균형성을 검증한 결과(김한중 외, 1992) 비교가능했던 221개의 서비스에 있어서 RBRVS에 대한 한국수가의 비의 범위는 8.1에서 379.3으로 가장 작은 비에 대한 가장 큰 비의 차이가 47배였다.

4. 진료비용의 측정

한국에서는 미국과 달리 의사에 대한 보상과 병원에 대한 보상으로 구분되어 있다. 미국의 경우 병원과 관련된 비용은 진료비용에서 제외되고 단지 클리닉에서의 개업비용만을 포함하나, 한국의 경우 의원의 개업비용뿐만 아니라 병원에서의 비용도 진료비용에 포함하게 된다. 이 연구에서 측정해야할 진료비용의 부분은 미국에 비해 훨씬 크기 때문에 진료비용의 측정방법이 정교하여야 한다.

따라서 진료비용의 측정은 Hsiao팀의 모형과 가장 상이한 부분중 하나로 Hsiao팀은 이차자료(secondary data)를 이용하여 일반외과를 기준으로 상대치로 측정한 반면(Becker 등, 1988), 이 연구에서는 일차자료(primary data)인 실제 병원회계를 이용하였다. 원가중심점(cost center)을 구분하고 이를 중심으로 업무량과 시간을 적용, 배분하여 각 행위별 상대가치를 측정하였다(김한중 등, 1994).

5. Hsiao모형과의 비교

이상에서 기술한 이 연구의 모형과 Hsiao모형을 비교하여 종합하여 보면 의사업무량 측정단계에서 Hsiao모형은 의사의 업무량의 측정을 실제 업무량과, 사전 및 사후 서비스 업무량으로 구분하여 실제 업무량은 업무량의 구성요인별로 세부적으로 조사하여 자료를 수집한데 반해 사전, 사후 업무량은 실제 업무량을 기초로 추정하였다(표 1). 이 연구에서는 의사 업무량을 측정하는데 사전, 사후 서비스를 포함한 총업무량만을 측정하였으나 측정항목에 있어서는 Hsiao 모형을 그대로 따르고자 한다.

2단계인 상대가치의 확대과정은 Hsiao모형과 이 연구의 모형이 가장 큰 차이를 보이고 있는 부분으로 Hsiao의 모형이 소집단의 개념을 사용하고 있으나 이 연구에서는 세부전문과목의 세부전문의에게 직접 설문에 의해 자료를 수집하여 공통된 상대가치화하는 과정을 거쳤다. 이는 Hsiao모형의 경우 메디케어에서 청구된 금액이 소집단내에서 상대적 균형성을 지니고 있다는 가정하에 이를 통해 확대하였으나 연간 청구건수가 200건 이하의 서비스에 대한 확대, 그리고 소집단내의 균형성 가정의 한계로 인해 Hsiao의 연구에서도 이를 전문가의 모임인 소집단 판단법(small-group judgement methods)에 의해 확대된 모든 서비스를 재검토하는 과정을 거쳤다(Leape 등, 1992).

우리나라의 경우 의료보험 진료수가 기준에 의한 수가가 소집단내에서 상대가치에 의한 균형성이 미흡하기 때문에 상대가치의 확대를 위하여 세부전문의에게 직접 설문하였다. 설문의 대상으로는 대학병원에 근무하는 해당분야의 전문가들이며 조사한 항목은 서비스별 시간 및 총업무량으로 시간은 서비스

수행에 소요된 시간을 설문하였고, 업무량은 magnitude estimation으로 측정하였다. 하나의 전문과목내에서 전체 의사들에게 수집된 대표서비스와 세부전문의에게서 수집된 세부서비스를 연결하기 위하여 Hsiao의 전문과목별 비교방법을 이 과정에도 사용하였다.

3단계인 전문과목별 비교는 Hsiao의 방법론과 동일하다. 전문과목별 비교에서는 Hsiao 팀에서 제안 비교서비스 항목수를 8개 이상으로 유지하고자 하였다(Braun 등, 1988).

4단계인 진료비용의 측정은 Hsiao팀이 이차자료를 이용하여 진료과목별 상대가치를 추정한 반면, 이 연구에서는 일차자료를 이용하여 진료행위별 상대가치를 측정하여 더 정교한 방법론을 사용하였는데 그 이유는 우리나라의 경우 진료비용에 병원 인력, 시설 및 장비의 부분을 포함하기 때문이다.

<표 1> 이 연구의 모형과 Hsiao 모형과의 비교

구 분	연구 모형	Hsiao 모형
단계 1 의사업무량 측정	<ul style="list-style-type: none"> · 실제 및 사전, 사후 업무량을 종합한 전체 업무량 측정 - 측정항목 : 업무량, 시간, 의료적 기술 및 육체적 노력, 정신적 노력 및 판단력, 스트레스 · 소집단 개념 도입 	<ul style="list-style-type: none"> · 실제업무량(intra-service work) 측정 - 측정항목 : 업무량, 시간, 의료적 기술 및 육체적 노력, 정신적 노력 및 판단력, 스트레스 · 사전, 사후 업무량(pre- /post service work) 추정
단계 2 상대가치 확대	<ul style="list-style-type: none"> · 세부전문과목 개념 도입 · 소집단내 확대에 사용된 자료 : 3차 진료기관에서 근무하는 전문가 패널을 통해 수집된 자료 - 측정항목 : 업무량 및 시간 · 전문과목과 세부전문과목간의 비교 서비스 이용하여 확대함 	<ul style="list-style-type: none"> · 소집단 개념 적용 · 소집단내 확대에 사용된 자료 : 메디케어 청구금액 · 청구금액 대 조사된 상대가치의 비를 이용하여 확대함
단계 3 전문과목별 비교	<ul style="list-style-type: none"> · 비교서비스 이용 · Tukey bi-weight method로 비교 시킴 	<ul style="list-style-type: none"> · 작동
단계 4 진료비용의 측정	<ul style="list-style-type: none"> · 병원관련 비용 포함 · 원가중심점을 이용한 진료행위별 상대가치 개발 · 일차자료를 이용 	<ul style="list-style-type: none"> · 병원관련 비용 제외 · 일반외과를 기준으로 진료과별 상대가치 개발 · 이차자료를 이용

Ⅲ. 제 언

이 연구는 현행 의료수가간의 불균형성을 제거하기 위한 대안으로 제시되고 있는 투입자원을 근거한 상대가치(Resource-Based Relative Value Scale)에 대한 논문의 총괄이다. 지금까지의 RBRVS와 관련된 논문들은 한국에서 RBRVS의 실제적용에 대한 타당성(김한중과 조우현, 1990), Hsiao 팀의 연구한 방법론의 소개(김한중 등, 1992a), 미국의 RBRVS와 한국의 의료보험 수가간의 비교(김한중 등, 1992b), RBRVS의 한국적 방법론의 개발(김한중 등, 1994) 등이다. 그러나 이 논문들은 자체 개발한 방법론을 이용하여 내과와 일반외과의 서비스를 대상으로 사전연구(pilot study)를 시행하여 기술한 것으로 한국에서 RBRVS를 실제 적용한 첫 연구이다.

이 연구에서는 미국에서 개발되고 Medicare에 실제 적용하고 있는 상대가치의 방법론을 한국적 현실에 맞추어 개발한 방법론은 사용하였다. 기본적 골격은 Hsiao의 방법론과 동일하다고 할 수 있으나 한국과 미국의 의료의 차이에 의해 방법론을 수정하고 적용하였다. 의사의 업무량 측정에 있어 변형된 방법론은 허영주 등(1995)에 의해 검증하여 한국적 현실에서는 의사업무량의 전체로 측정하는 것이 바람직하다는 결과를 이미 발표하였다.

상대가치의 확대과정은 미국의 경우 이차자료를 이용하고 전문가집단에 의해 검토하였으나 우리나라의 경우 사용할 수 있는 이차자료가 없어 직접 조사하였는데 이는 Leape 등(1992)의 연구에 타당성을 검증받은 바 있다. 진료비용의 측정에 있어 우리나라의 경우 병원과 관련된 비용을 포함하기 때문에 미국에 비해 측정의 정교성이 강조되어야 하며, 미국의 경우 상대가치 연구자인 Hsiao팀과 정부인 의료재정청(Health Care Financing Administration)이 진료비용의 적용에 있어 이견을 보여 그 대안으로서 우리의 진료비용 측정 방법론은 검토하고 있다(Latimar와 Becker, 1992). 따라서 진료비용의 측정에 있어 실제 조사한 우리의 방법론이 Hsiao의 방법론보다 우위에 있다고 할 수 있다. 구체적인 내용은 다음에 연속되는 논문에서 기술하였다.

상대가치의 개발에 있어 사전 과정은 의료행위를 합리적으로 기술하는 것이다. 의료행위의 기술은 행위별 수가제의 기본단위로 합리적인 의료행위의 기술은 상대가치 개발에 있어 필수적인 단계라 할 수 있다. 의료행위를 기술하는데 있어 미국의 경우 CPT(Current Procedural Terminology)를 미국의 학협회(AMA, 1995)에서 매년 발간하고 있는데 반해 우리나라의 경우 의료행위 기술에 있어서 체계성 및 합리성이 떨어진다고 할 수 있다. 따라서 우리나라의 경우 의료행위의 기술이 상대가치 개발의 전제가 되어야 할 것이다.

상대가치는 매우 과학적인 방법론을 사용하나 기본적으로는 전문가 집단인 의사들의 의견을 합리적으로 집합하는 과정이라 할 수 있다. 개발된 상대가치의 합리성을 제고하기 위해서는 전문가 집단의 적극적인 참여 및 신뢰성있는 응답이 필수적이다. 따라서 상대가치의 개발에 있어 전문가 집단의 참여는 체계적으로 보장되어야 할 것이다.

상대가치가 개발된 이후 상대가치를 의료수가로 환산하기 위해서 환산지수(conversion factor)를 산출하는 과정이 필요한데 환산지수의 결정은 의료계 자체뿐만 아니라 정부 및 보험자의 참여도 필요하다. 또한 현재 적용되고 있는 가산요율 등의 의료정책요소를 산출하는 과정이 필요하다. 환산지수나 의료정책요소는 합리적으로 개발된 상대가치 개발의 다음 과제라 할 수 있으며 이를 개발하는데 있어 합리성을 제고할 수 있는 체계가 필요하다.

참 고 문 헌

- 김한중, 조우현, 손명세, 박은철(이상 연세의대 예방의학교실), 염용권, 박하영, 안인환, 양동현, 이선희, 이윤태, 이용균(이상 한국의료관리연구원). 상대가치에 따른 의료수가 산출방법 개발 -표준 의료수가 개발에 관한 연구 1차 보고서. 연세의대 예방의학교실, 한국의료관리연구원, 1994. 2
- 김한중, 조우현, 손명세, 박은철. 한국과 미국의 기술료에 대한 상대가치 비교. 보건행정학회지 1992; 2(2) : 1-16
- 김한중, 조우현, 이종길, 이해중, 전기홍, 박태규, 손명세, 박은철, 최혜선, 정상혁, 이선희, 김양균. 의료보험수가제도의 합리적 개선방안. 연세대학교 인구 및 보건개발연구소, 1992. 1.
- 김한중, 조우현. RBRVS과 우리나라 의료보험 수가체계. 한국보건행정학회 1990년도 학술연제집, 1990. 11.
- 허영주, 손명세, 박은철, 강형근, 김한중. 산부인과 의사의 일부 서비스 진료업무량 측정방법 비교에 관한 연구. 예방의학회지 1995; 28(3) : 623-639
- American Medical Association. Common Procedural Terminology. American Medical Association, Chicago, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995
- Becker ER, Dunn D, Hsiao WC. Relative cost differences among physicians specialty practices, JAMA 1988; 260(16) : 2397-2402

- Braun P, Yntema DB, Dunn D, DeNicola M, Ketcham T, Verrilli D, Hsiao WC, Cross-specialty linkage of Resource-Based Relative Value Scales : Linking specialties by services and procedures of equal work, JAMA 1988; 260(16) : 2390-2396
- Health Care Financing Administration. Medicare program; Fee schedule for physicians services, Federal Register 1991b; 56(227) : 59501-59819
- Health Care Financing Administration. Medicare program; Fee schedule for physicians services; Proposed rule, Federal Register 1991a; 56(108) 25792-25978
- Hsiao WC, Braun P, Becker E, Causino N, Couch NP, DeNicola M, Dunn D, Kelly NL, Ketcham T, Sobol A, Verrilli D, Yntema DB. A National Study of Resource-Based Relative Value Scales for Physician Services : Final Report. Harvard School of Public Health, Cambridge, Massachusetts, 1988
- Hsiao WC, Braun P, Becker ER, Dunn DL, Kelly NL, Yntema DB. A National Study of Resource-Based Relative Value Scales for Physician Services : Phase II. Final Report. Harvard School of Public Health, Cambridge, Massachusetts, 1990.
- Hsiao WC, Braun P, Dunn D, Becker ER. Resource-based relative values. JAMA 1988; 260(28) : 2347-2353
- Hsiao WC, Stason WB. Toward developing a relative value scale for medical and surgical services. Health Care Financing Review 1979; Fall : 183-211
- Kelly NL, Hsiao WC, Braun P, Sobol A, DeNicola M. Extrapolation of measures of work for surveyed services to other services. JAMA 1988; 260(28) : 2379-2384
- Latimer EA, Becker ER. Incorporating practice costs into the Resource-Based Relative Value Scale. Medical Care 1992; 30(11) : NS50-60
- Leape L, Freshour MA, Yntema D, Hsiao W. Small-group judgment methods for determining resource-based relative values. Medical Care 1992; 30(11) : NS28-39
- Physician Payment Review Commission. Annual Report of Congress, 1989. Washington DC, 1989
- Physician Payment Review Commission. Annual Report to Congress, 1991. Washington DC, 1991