



Second Edition of Research on Relative Value Scales and Cost Reduction of Radiologic Tests

2차 상대가치 개정과 영상검사 수가인하

Dal Mo Yang, MD*

Department of Radiology, Kyung Hee University Hospital at Gangdong, Seoul, Korea

From 2010 to 2015, the Ministry of Health and Welfare conducted the second edition of research on the relative value scale to correct the imbalance in the current relative value scale among medical departments by converting the current system, which yields calculations according to each of the 40 medical departments, to a new calculation system based on five procedures (surgery, treatment, function tests, laboratory examinations, and radiologic examinations). As a result of this research, a total of 850 billion won was reallocated to the procedures that have low cost recovery rates, such as surgery, treatment, and function tests, in order to correct the imbalance. This figure included a sum of 350 billion won from health insurance financial inputs and 500 billion won which consisted of 363.7 billion won earned through cost reduction of laboratory examinations and 136.3 billion won from radiologic examinations which have a relatively high cost recovery rate. For the growth of radiology, it is very important to obtain an appropriate relative value unit for radiologic tests. If the cost of radiologic tests were to be reduced simply because of their high cost recovery rate, there will be serious consequences to the future of radiology. Because the government takes only the cost recovery rate into account while establishing the cost policy, it should be seriously considered not to pursue quantitative growth by increasing the number of radiologic tests. Instead, we should mainly focus on qualitative issues such as reducing the number of double-checking redundant and unnecessary tests, and on creating a policy of differential cost by qualitative management of radiologic equipment.

Index terms

Relative Value Scales
Radiography

Received May 11, 2017

Revised July 5, 2017

Accepted July 6, 2017

*Corresponding author: Dal Mo Yang, MD
Department of Radiology, Kyung Hee University Hospital at Gangdong, 892 Dongnam-ro, Gangdong-gu, Seoul 05278, Korea.
Tel. 82-2-440-6183 Fax. 82-2-440-6932
E-mail: dmy2988@daum.net

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서론

2016년 12월에 건강보험정책심의회의위원회에서 2차 상대가치개정 세부추진계획안이 통과되어 2017년 7월부터 시행되었다. 이로써 영상검사 수가는 앞으로 4년간 단계적으로 1363억 원 인하된다. 2차 상대가치 개정 연구는 2010년부터 2015년까지 진료과 간 상대가치 불균형 해소를 위해 상대가치 산출체계를 진료과별에서 행위유형별(수술, 처치, 기능검사, 검체검사, 영상검사)로 전환하여 검토를 진행하였고, 현재 원가에 미치지 못하는 수술, 처치 등 인적자원 투입이 많은 행위에 대해 높은 보상이 이루어지도록 유형별 불균형을 조정하기로 하였고, 원가보상률이 높은 검체검사에서의 3637억 원과 영상검사에서의

1363억 원을 합한 5000억 원 규모의 수가를 인하하고, 이에 상응하는 추가재원을 투입하여 제도개선의 동력을 확보하기로 하였다. 검체 및 영상검사 수가인하로 확보한 5000억 원과 건강보험 재정 투입금 3500억 원을 합한 8500억 원을 수술, 처치, 기능검사에 투입하여 원가보상률을 90% 수준으로 조정하기로 하였다.

최근 수년간 영상검사 수가는 여러 차례에 걸쳐 인하된 바 있는데, 2012년 CT 15.5%, MRI 24% 수가가 인하되었으며, 2014년 선택진료비 축소로 인해 영상검사 수가 인하 효과가 발생하였다. 그리고 이번에 2차 상대가치 개정으로 영상검사는 원가보상률이 높다는 이유로 또다시 수가가 인하되었다.

영상검사의 적절한 상대가치점수를 확보하는 것은 영상의학

과의 발전에 매우 중요하며 전공의 충원율과도 밀접한 관련이 있다. 따라서 이처럼 원가보상률이 높다는 이유로 영상검사의 수가가 인하되는 것은 영상의학과 미래에 좋지 않은 영향을 초래할 수 있으므로 이에 대한 적절한 대책이 필요하다.

저자는 우리나라의 수가 시스템, 즉 상대가치 수가제도에 대한 기본적인 이해가 필요하다고 생각하여 이 보고를 통해 상대가치제도가 무엇인지, 1차 및 2차 상대가치 개정 내용이 어떤 것인지, 상대가치 개정에 따른 영상검사 수가에 어떠한 변화가 발생하였는지 기술하고자 한다.

상대가치 도입(2001년)

배 경

1977년 의료보험 도입 시 사용한 수가체계는 기존의 관행수거나 외국의 수가를 참조해서 만들어진 것으로 객관적인 근거가 결여되어 있었고, 행위 항목 간 수가 불균형이 있었다. 항목 간 수가 불균형은 특정 진료과의 위축을 가져오는 등 심각한 의료왜곡을 초래할 수 있기 때문에, 1994년 의료보장개혁위원회의 건의에 따라, 항목 간 수가 불균형을 시정하기 위한 방법으로 미국 상대가치점수체계(Resource Based Relative Value Scale) 도입이 추진되었다. 1998년 11월에서 1999년 10월까지 의료보험 수가항목 분류별 상대가치점수를 산출하여, 2001년 1월 1일 상대가치 점수가 도입되었다(1).

우리나라의 상대가치는 4단계에 걸쳐 산출되었는데, 1단계는 의료행위분류 검토, 2단계는 설문을 통해 의사업무량을 측정하였다. 3단계는 의료기관의 원가분석을 통해 진료비용의 상대가치를 측정하였고, 4단계는 상대가치를 금액화하는 환산지수를 개발하였다(2).

의료행위분류는 1996년 대한의사협회에서 발간한 ‘한국표준 의료행위분류(Korean Classification of Procedures in Medicines)’와 대한치과의사협회에서 발간한 ‘한국표준치과의료행위분류(Korean Classification of Procedures in Dentistry)’를 사용하였다(3, 4).

의사업무량 상대가치 산출은 두 단계로 진행하였다. 1단계는 25개 전문학회별로 약 300명의 전문의에 대해 19~33개의 의료행위 상대가치를 측정하였고, 총 조사대상자 수는 8338명이었으며, 응답자 수는 3259명으로 응답률은 39.1%였다. 2단계는 1단계에서 구한 의사업무량을 기준으로 하여 모든 의료행위의 의사업무량을 측정하였다. 전문과목 내 세부 전문과목별로 30명을 우편 설문조사 하였고, 총 조사항목 수는 7090개, 응답률은 77.1%였다.

진료비용 상대가치는 원가분석과 의료행위별 빈도자료를 확

보할 수 있는 8개 병원자료를 이용하여 3단계에 걸쳐 산출하였다. 1단계에서는 영상촬영실 또는 수술실과 같이 비용을 독립적으로 집계하는 단위인 원가중심점을 설정하였다. 2단계에서는 원가중심점별로 원가를 집계하였는데, 원가중심점에서 발생하는 의료보조인력의 인건비, 재료비, 기기의 감가상각비 등을 집계하였다. 3단계에서는 원가중심점별로 집계된 원가를 의료행위별로 배분하여 의료행위별 원가를 산출하였다. 원가중심점 내에서는 진료비용이 의사업무량과 비례한다는 가정을 사용하여 의료행위별 배분기준은 대부분 의사업무량을 사용하였다(5).

개 요

상대가치점수(relative value units; 이하 RVUs)는 각 의료행위에 사용되는 시간, 노력 등의 업무량, 인력, 시설, 장비 등 자원의 양과 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 상대적으로 비교하여 화폐단위가 아닌 점수로 표현한 것이다(6). 상대가치점수는 의사업무량 상대가치점수(physician work RVUs), 진료비용 상대가치점수(practice expense RVUs), 위험도 상대가치점수(professional liability insurance RVUs)로 구성된다. 의사업무량 상대가치는 주시술자인 의사의 노력에 대한 보상으로 행위시간과 강도를 고려한 상대가치이며, 진료비용 상대가치는 주시술자를 제외한 의사, 간호사 등 임상인력의 인건비(labor costs), 진료에 사용되는 시설과 의료장비(equipment costs) 및 의료소모품(material costs) 등을 고려한 상대가치이다. 위험도 상대가치는 의료사고와 관련된 분쟁해결비용을 고려한 상대가치로 의료사고 빈도 및 관련비용 조사를 통해 의료사고 전체비용 추정 및 진료과별, 행위별 위험도를 산출한다(7). 의과공통의 경우 2015년 기준으로 총 상대가치점수 중에서 의사업무량이 16.1%, 진료비용 82.7%, 위험도가 1.2%를 차지하고 있다. 하지만 영상유형의 경우는 고가 영상장비가 진료비용에 포함되고 있어서 진료비용이 의과공통에 비해 높은 92%를 차지하고, 의사업무량과 위험도는 각각 8%, 0.1%를 차지하고 있다. 영상유형이 다른 유형에 비해 위험도의 비중이 낮은 것은 의료사고 분쟁해결비용이 적기 때문이다. 하지만, 영상유형의 위험도에 투시나 중재시술에 따른 X-선 노출로 인한 의료진의 위험도를 반영하지 않은 점은 추후 상대가치 개정 시 지적할 필요가 있다.

2017년 4월 현재 코드 HA465 조영제를 사용하는 복부 CT의 경우, 상대가치점수는 1413.27점이다. 이 중 의사업무량은 62.61점, 진료비용은 1350.31점, 위험도는 0.35점이다. 진료비용 1350.31점은 인건비 378.47점, 재료비 226.14점, 장비비 745.7점으로 구성되어 있다(Table 1).

현행 건강보험수가는 의사업무량 상대가치, 진료비용 상대가치, 위험도 상대가치를 합한 상대가치점수에 매년 보건복지

Table 1. Relative Value Scale for Abdominal CT Using Contrast Media (HA465)

Composition	Relative Value Units
Physician work	62.61
Practice expense	
Labor costs	378.47
Material costs	226.14
Equipment costs	745.7
Professional liability insurance	0.35
Total	1413.27

부 장관이 정하여 고시하는 건강보험요양급여비용인 점수당 단가(환산지수)를 곱한 비용이 된다.

$$\text{건강보험수가} = \text{상대가치점수} \times \text{유형별 점수당 단가(환산지수)}$$

현재 2017년 환산지수는 의원급 79원, 병원급 72.3원으로 각 행위의 상대가치점수에 환산지수를 곱하면 그 행위의 수가가 된다. 예를 들어 조영제를 사용하는 복부CT 상대가치점수가 1413.27점이므로 병원에서의 수가는 $1413.27 \times 72.3\text{원} = 102179\text{원}$ 이 된다. 여기에 병원 20%, 종합병원 25%, 상급종합병원 30%의 종별가산율을 적용하면 최종 수가가 된다. 의원은 $1413.27 \times 79\text{원} = 111650\text{원}$ 에 의원 가산율 15%를 적용한 것이 최종 수가이다.

1차 상대가치 개정(2006년)

2001년 상대가치의 문제점

2001년 도입된 상대가치는 기존 수가체계를 크게 개선하였지만, 수가의 급격한 조정에 따른 재정 부담과 집단 간 수입변화에 따른 갈등을 감안하여 기존 고시점수가 연구점수의 84% 미만인 행위들만 84% 수준으로 점수를 상향 조정하고, 84% 이상인 행위들은 점수를 하향 조정하지 않아 행위 간 수가 불균형이 여전히 지속되었다. 그리고 1997년 이후의 의학기술의 발전이나 의료경쟁환경의 변화를 충분히 반영하지 못하였으며, 도입단계에서 의사업무량 및 진료비용 상대가치점수가 통합되어 상대가치점수의 구성요소가 분리되지 않았고, 또한 위험도 상대가치점수가 반영되지 않았다. 복잡한 조정과정을 거쳐 상대가치점수가 산출되었기 때문에 2001년부터 적용된 상대가치점수의 객관적인 근거를 찾기가 어렵고, 정책적 상황에 따른 불규칙적인 개정으로 상대가치점수의 왜곡이 심화되었다.

2001년의 상대가치의 구체적인 한계는 다음과 같다(8). 첫째, 상대가치 도출에 사용한 행위분류체계가 의료보험 수가항목과 달라서 보험에 바로 적용하기가 힘들었다. 상대가치개발 당

시 수가구조개편을 두고 개발된 한국표준의료행위분류는 항목 수가 너무 많고, 급여 및 비급여의 구분이 없으며, 행위정의가 명확하지 않았다. 이로 인하여 한국표준의료행위분류는 상대가치에 적용되지 못하였고 기존 보험코드를 기준으로 재분류 작업이 이루어지면서 5510개의 행위가 3214개로 축소되었다. 이 과정에서 1차 연구에서 구한 상대가치 값들이 그대로 반영되지 못하고 가중 평균 등의 과정을 거치면서 부정확하게 반영되었다. 둘째, 진료비용 상대가치를 도출하기 위해 8개 병원(3차 기관; 4. 종합병원; 3. 병원; 1)을 대상으로 원가분석을 하였지만, 조사된 병원의 수가 너무 적어 조사된 병원의 진료비용이 전체 의료기관의 진료비용을 대표할 수 있는지에 대한 논란이 있었고, 의원급 기관이 포함되지 않았기 때문에 전체 의료기관을 대표한다고 할 수 없었다. 셋째, 행위별 진료비용을 도출할 때 각 행위의 진료비용이 의사업무량 상대가치에 비례한다는 가정을 사용하였지만, 의사업무량 상대가치와 진료비용이 비례하지 않는 경우가 있을 수 있다. 예를 들어 고가의 장비를 사용하는 경우 진료비용은 높지만 의사업무량은 크지 않을 수 있다. 1997년 당시 상대가치연구 시 행위별 진료비용 자료를 구축하지 못함으로 인해 전체 행위 비용의 70% 가량을 차지하는 진료비용을 정확하게 추정하지 못해 진정한 상대가치 도출에는 미치지 못했다.

내 용

1차 상대가치의 문제점들을 해결하기 위해 보건복지부는 '건강보험정책심의위원회' 산하에 '상대가치운영기획단'을 두고 상대가치체계의 개선 방향을 검토하였고, 다음과 같은 3가지 개선 방향을 정하였다. 첫째, 하나로 통합되어 있는 의사업무량과 진료비용을 구분하여 진료비용이 상대적으로 높을 수밖에 없는 병원에 대한 적정 보상기전을 마련한다. 둘째, 행위수가에 포함되어 보상이 되지 않고 있는 치료재료 비용을 분리하여 별도 보상한다. 셋째, 의료사고에 따른 비용을 위험도 상대가치로 별도 구분하여 수가에 반영한다.

상대가치 개정을 위해 건강보험심사평가원의 상대가치점수연구개발단은 수가의 단위가 되는 행위들을 정의하고 행위분류체계 개선 및 다음과 작업을 수행하였다(8). 첫째, 행위정의에 따른 의사업무량 및 직접비용자료를 구축하여 객관적인 근거자료를 구축하였다. 둘째, 하나로 합쳐져 있는 의사업무량과 진료비용을 분리하였고, 위험도 상대가치를 신설하였다. 셋째, 행위에 포함시키기 어려운 치료재료를 별도로 분리하여 명시하였다. 넷째, 진료과목 내 수가 불균형이 심한 행위의 상대가치점수를 조정하고 행위분류 개선이 필요한 일부 행위를 재분류하였다.

대한의사협회 산하에 상대가치위원회가 있고, 상대가치위원

2차 상대가치 개정

회 산하에는 상대가치연구단과 의료행위심의위원회(Korean Classification of Procedural Terminology)가 운영되고 있고, 상대가치연구단에서는 의사업무량 산출 작업을 수행하고, 의료행위심의위원회에서는 행위재분류 작업 및 행위정의 작업을 수행하고 있다(7). 1차 상대가치 개정기간 동안 상대가치연구단과 의료행위심의위원회는 4941개 의과 의료행위(비급여 608개, 신설 64개 행위 포함)에 대해서 의료행위 정의와 의사업무량 산출작업을 하였다.

상대가치점수 개정연구(2006)를 통해 근거자료(업무량, 진료비용, 위험도)에 기반한 신상대가치점수가 마련되었고, 급격한 상대가치점수 조정으로 인한 혼란 방지를 위해 2012년에 신상대가치점수 100% 도입을 목표로 2008년부터 매년 20%씩 단계적으로 도입비율을 증가시켰다.

$$2008\text{년 상대가치점수} = [(기존상대가치점수 \times 80\%) + (\text{신상대가치점수} \times 20\%)] + \text{위험도} \times 100\%$$

2차 상대가치 개정(2015년)

1차 상대가치 개정(2006년)의 문제점

재정중립 하에서 상대가치 조정을 해야 하지만, 급여수가가 전체적으로 소요비용보다 낮은 상황에서는 상대가치의 하향 조정이 매우 어렵다. 즉, 상대적으로 다른 행위들에 비해서 상대가치점수가 높지만 여전히 수가가 원가에 못 미치는 행위의 상대가치점수를 하향 조정하는 것은 해당 과에서 수용이 불가능하므로 어쩔 수 없이 진료과별 총점 고정이라는 방법을 사용할 수밖에 없었다. 따라서 진료과목 간의 불균형이 해소되지 않아 진료형태의 왜곡이 계속되었다. 또한 방대한 자료를 짧은 기간에 구축하면서 진료과별 조정이 충분히 이루어지지 못했고, 작

성 오류에 대한 충분한 검증이 이루어지지 못하여 기초자료인 의사업무량과 직접비용 자료가 아직은 안정적으로 구축되었고 보기 어려웠다(7).

추진배경 및 필요성

상대가치는 자원소모량을 기준으로 의료행위의 가치를 상대비교한 점수로 5~8년의 주기적인 재조정이 필요하며, 현행 상대가치점수 체계는 2003년 비용자료를 기반으로 설계된 것으로 그간의 변화된 비용(인건비, 재료비, 장비비 등)의 반영의 필요성이 대두되었다. 상대가치 불균형은 건강보험 시스템의 비효율성을 초래하는데, 현재 수술, 처치 등의 상대가치가 저평가된 분야에서 전공의 부족, 시설투자 감소와 같은 의료서비스 공급저하로 인해 의료의 질 저하를 초래할 가능성이 있고, 이와 반대로 고가의 장비가 필요한 검체, 영상검사 등은 상대가치가 높게 평가되어 있어 과잉투자 및 서비스 과잉공급을 유발하여 건강보험의 재정 건전성을 위협하고 있는 실정이었다. 20차례의 상대가치운영기획단 논의(2014.5~2015.12) 및 가입자대표, 의학단체 및 관련학회의 의견을 거치고, 건강보험 재정흑자로 구조조정을 위한 재원 투입 여력이 확보되면서 상대가치 재개정을 추진하게 되었다.

내 용

의사업무량, 진료비용, 위험도의 비용변화와 같은 임상현실을 적정하게 반영하고 진료과목 간 갈등을 완화하고 진료과 간 불균형을 해소하기 위해 상대가치 산출체계를 진료과별에서 행위유형별(수술, 처치, 기능, 검체, 영상)로 전환하기로 하였다(Fig. 1). 진료과 간 상대가치 불균형 조정은 관련 전문학회 사이의 이해관계 대립이나 갈등이 심화될 수 있고, 향후 제도개선을 위한 수용성에도 문제가 발생할 수 있으므로, 진료과 간 조정이라는

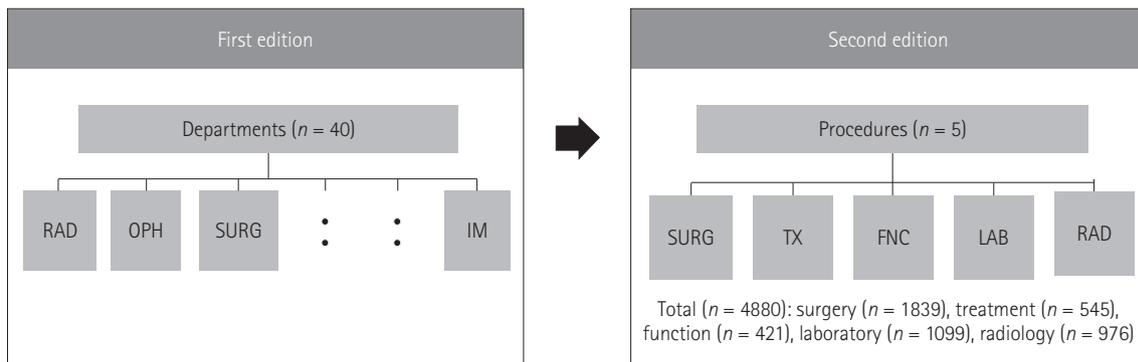


Fig. 1. In the first revision of the relative value scale, the calculation system of relative value scales is based on 40 medical departments and the total score of the relative value scale is fixed for each department. The second revision is conducted to correct the imbalance in current relative value scales among medical departments by converting the calculation system from being based on each of the 40 medical departments to a new calculation system based on five procedures (surgery, treatment, function tests, laboratory examinations, and radiologic examinations). FNC = function, IM = internal medicine, LAB = laboratory, OPH = ophthalmology, RAD = radiology, SURG = surgery, TX = treatment

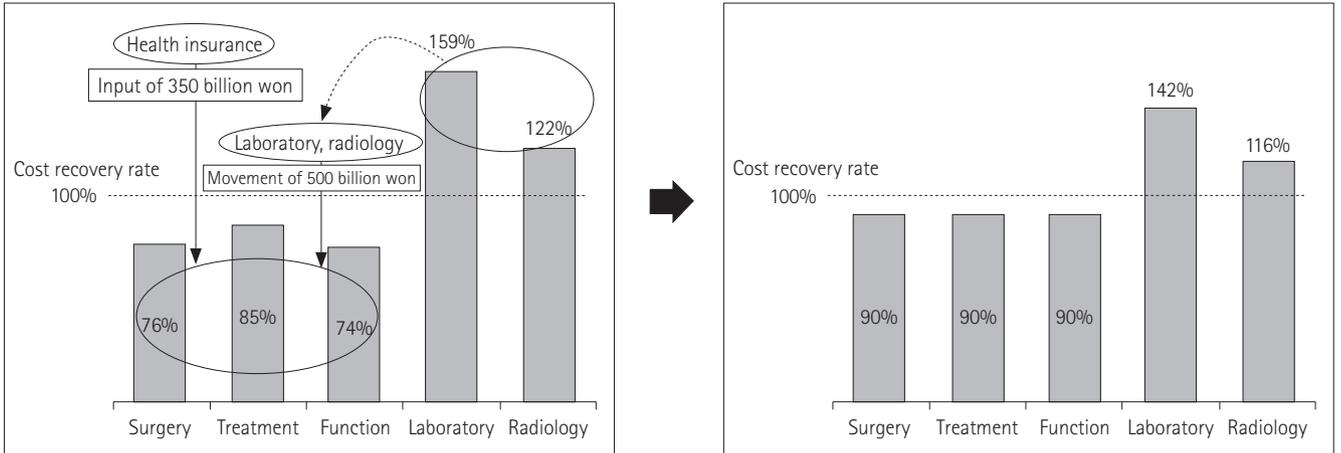


Fig. 2. The changes in the cost recovery rate according to the second revision of the relative value scale. A total of 850 billion won, which is a sum of 500 billion won (363.7 billion won earned through cost reduction of laboratory examinations plus 136.3 billion won from radiologic examinations) and 350 billion won from health insurance financial inputs, is reallocated to the procedures that have low cost recovery rates in order to increase their cost recovery rate to 90%.

직접적인 방법보다는 유사한 행위특성을 기준으로 그룹화하여 불균형을 조정하려는 시도였다. 의사협회에서 의사업무량, 행위 분류 개발연구, 행위재분류 연구 등을 수행하여 4880개 행위의 의사업무량 점수와 행위정의 개정안을 도출하고 재분류가 필요한 항목들을 정비하였다(2010~2013년). 건강보험심사평가원은 진료비용(인건비, 장비비, 재료비 등) 자료의 개정안을 작성하고, 한국보건사회연구원에 회계조사 연구용역을 의뢰하여 상대가치점수 구성요소들의 개정안을 도출하였다(2010~2014년). 보건복지부는 의사협회와 심사평가원의 도출안에 대한 검토 및 논의를 위해 건강보험정책심의위원회 산하 상대가치운 영기획단을 구성하여 구체적인 도입 방안을 검토하였다(2014~2015년). 의사협회 산하 상대가치위원회에서 원가보상률이 낮은 유형에 대한 추가적인 보상을 요구하였고, 환산지수 계약과 연계는 바람직하지 않음을 지적하였다.

수술, 처치 등 인적자원 투입이 많은 행위에 대해 높은 보상이 이루어지도록 유형별 불균형을 조정하기로 하였고, 원가보상률이 높은 검체검사에서의 3637억 원과 영상검사에서의 1363억 원을 합한 5000억 원 규모의 수가를 인하하고, 이에 상응하는 추가재원을 투입하여 제도개선의 동력을 확보하기로 하였다. 검체 및 영상검사 수가인하로 확보한 5000억 원과 건강보험 재정 투입금 3500억 원을 합한 8500억 원을 수술, 처치, 기능검사에 투입하여 원가보상률을 90% 수준으로 조정하기로 하였다(Fig. 2). 검체 및 영상검사의 급격한 수가인하로 인한 혼란을 최소화하기 위해 4년간(2017~2020년) 단계적으로 적용하기로 하여, 영상검사의 경우 4년 동안 매년 340억 원(영상검사 수가의 1.25%)의 수가인하 요인이 발생한다. 또한 검체 및 영상검사 영역에서는 빈도 및 질 관리 부분에서 수가차등화 방안 도입

이 추진되고 있다.

맺음말

최근 수년간 영상검사 수가의 여러 차례에 걸쳐 인하되었음에도 불구하고 이번에 2차 상대가치 개정에서 영상검사의 원가보상률이 높다는 이유로 또다시 수가의 인하되었다. 2차 상대가치 개정으로 검체 및 영상검사의 수가의 인하됨에도 불구하고 수술, 처치, 기능 유형의 원가보상률이 100%에 못 미치는 90% 정도이며, 검체검사는 142%, 영상검사는 116%로 여전히 100%를 상회하고 있어 여전히 수가인하의 요인을 가지고 있다. 상대가치 개정은 약 5년마다 주기적으로 이루어질 예정이며, 추후 다시 영상검사의 원가보상률이 다른 유형에 비해 상승할 경우 또 수가인하라는 고통이 반복될지도 모른다.

앞으로 노인인구 및 중증질환자의 증가로 영상검사 건수는 계속해서 증가할 것이다. 영상의학과 전문의 일자리, 전공의 충원율을 고려해야 하겠지만, 영상검사 건수 증가와 같은 양적인 성장을 추구하는 것은 원가보상률과 연계하는 정부의 수가정책 때문에 신중해야 한다. 대신 환자의 진단이나 치료에 꼭 필요한 영상검사는 시행하되 중복검사 또는 불필요한 영상검사는 줄이고, 영상장비의 품질관리에 의한 차등수가와 같은 대책을 마련하는 등의 영상검사의 적절한 질 관리에 중점을 두어야 할 것이다.

REFERENCES

1. Hahm MI. Trends and recommendations in the resource-

based relative value system. *J Korean Soc Vasc Surg* 2004; 20:276-281

2. Kim HJ, Sohn MS, Park EC, Yeom YK, Kim JH, Lee KT, et al. *Resource-based relative value scale for revision of health insurance cost*. Yonsei University Institute of Health Services Research, 1997
3. Korean Medical Association. *Korean standard classification of procedures in medicine*. Seoul: Korean Medical Association, 1997
4. Korean Dental Association. *Korean standard classification of procedures in dentistry*. Seoul: Korean Dental Association, 1997
5. Park WS. Payment system of resource-based Relative Value Scale. *J Korean Med Assoc* 2001;44:921-926
6. Park EC. Payment system of resource-based relative value scale. *Korean J Nephrol* 2003;22:426-437
7. Kim YJ. An organization of professionals should revise the resource-based relative value system. *Health Policy Forum* 2014;12:16-24
8. Kang GW, Lee CS. The refinement project of health insurance relative value scales: results and limits. *Health Policy Manag* 2007;17:1-25

2차 상대가치 개정과 영상검사 수가인하

양 달 모*

2차 상대가치(relative value scale) 개정 연구는 보건복지부 주관으로 2010년부터 2015년까지 진료과 간 상대가치 불균형 해소를 위해 상대가치 산출체계를 진료과별에서 행위유형별(수술, 처치, 기능검사, 검체검사, 영상검사)로 전환하여 검토를 진행하였다. 2차 상대가치 개정 결과, 원가보상률이 높은 검체검사(3637억 원)와 영상검사(1363억 원)의 수가인하로 확보한 5000억 원과 건강보험 재정 투입금 3500억 원을 합한 8500억 원을 현재 원가에 미치지 못하는 수술, 처치, 기능검사에 투입하여 유형별 불균형이 조정되었다. 영상검사의 적절한 상대가치점수를 확보하는 것은 영상의학과의 발전에 매우 중요하며, 원가보상률이 높다는 이유로 영상검사의 수가 인하되는 것은 영상의학과의 미래에 좋지 않은 영향을 초래할 수 있다. 앞으로 영상검사 건수 증가와 같은 양적인 성장을 추구하는 것은 원가보상률과 연계하는 정부의 수가정책 때문에 신중해야 한다. 대신 환자의 진단이나 치료에 꼭 필요한 영상검사는 시행하되 중복검사 또는 불필요한 영상검사는 줄이고, 영상장비의 품질관리에 의한 차등수가와 같은 대책을 마련하는 등의 영상검사의 적절한 질관리에 중점을 두어야 할 것이다.

강동경희대학교병원 영상의학과