
崔秉浩* · 申潤貞**

(prospective) 가
가
1970~80 가
가
가
()
가
가
()
가 DRG,)
가,
:

:
..

et al(1994), Holahan(1996)

가
(cost-shifting)가
가

2.

1)

가

(quality-based cost-effectiveness)

()

incentive) 가 가 (cost

가

(,)

(,) 가(cost-shifting)

가 가 가

가

가 , 가
가 , 가
가 , 가

(waiting)가 가

() , 가가

가 가

가

가

가

가 , 가 가

가 가

2)

(macro-efficiency) 가 .

가 .

가? 가

가가 ()

가 가가 가 .

가가 가

가

가

가가 GDP()

가

(health production function)

가

가

가 .

3)

가 (Political Feasibility and Consensus)

가

가 (, 가

)

()가

가 , , ,

()

가

(,

)가

가 .

(, , ,)

가 .

4) 가 (Desirable Conditions of Health Care System)

(Desirable Conditions of

OECD

. OECD

가

가?

가

가

가

()

가

가

가

가

가

가

가

?)

1. OECD 가

OECD Moran(1992)

Wolfe and

. OECD 가

가

가가

“ ”

가

가

가 “

(global budgets) ” “

가

(expenditure caps) ”

1)

가 ()

1970~1980

가

가

General Accounting Office

가

가 9~17%

) .

() .

() (*) .

2 OECD 가 (1992)

가							
		costs	-			+	
		+	MRI	(MRI 가 가)	가		NA
		-		가	가	NA	NA
		-			가	/	
		/	-		NA	가	
		+	가	-	가	(maneuvering margin)	Payroll tax;
	1)	-			NA		Payroll taxes;
		+	Inventory and equipment only		None		Payroll tax, NA
		-		()	가		NA
		-			NA	/	
		-			NA		Canton of Vaud only
		+	()	가	가		200

: 1) 1991 9 (substitute funds)
 : Wolfe, P.R and D.W. Moran, "Global Budgeting in the OECD Countries"; Health Care Financing Review, Spring 1993, Vol. 14, No. 3
 NOTE: NA is not applicable.

3 가 (1990)

		가				가			
			0.968		0.139		83.6		3.3
			0.957	44.7	0.070		70.3	10.6	2.1
				49.2	0.060	73.9	4.7	62.4	
			0.979	49			73.5	1.1	8.1
			0.924		0.058				
				47.9	0.109	99.5	18.3	48.2	
			0.488	46.5	0.064		67.1		11.4
			0.648	46	0.110	99.4	2.3	74.3	10.9
				32.8		97.3			
가	(93)		0.510	34.7	0.075	88.8	10.8	65.4	7.2
				56.7			82.7	0	1.3
				54.9	0.155		52.8	33.9	
							65.7	7.4	8.5
			0.765	42.7	0.178		79	0.3	0.6
				61.7			83.4		
			0.809	32.3	0.177				0.8
			0.679	44.1		99	55.6	21.9	3.7
				60.4			82.4		2.8
가	-		0.295	33	0.166		27.8		
				26.4		98.8	20.9		
		1)	0.081	26.5			10.1	34.3	8.7
		()	0.20	33.0					

: 1) 2000
 : OECD Health Data 2001, 1990

가
 가

51%

cost-shifting 1993
 가
 가가
 가
 가가
 /
 가가
 가 가(/
)
 가

2.

1970 ~ 1980
 가
 가
 가
 가
 가
 가
 가

가
 가
 (case payment; DRG)
 가
 (가)
 (activity)
 DRG(activity-based reimbursement)
 가
 (service-based)
 based)
 가가
 가
 (cost-shifting)
 가
 가

가 (Maarse, 1996; Henke and Ade, 1994; Busse and Schwarz, 1997; Busse and Howorth, 1999).

< 4> 가

	()	가
1987	' () 가 가 (*)	- 1 9% 가, 0.5%
1992	' 가	가 4.8% 가 8.6%
1993	" (1992) "	, 1993
	- (1993 ~1995): base 1992 , 가 가 - 1996 : case fee(70)+ procedure fee(150) ; 가 가 • 10% 가 가	- 1993~1995 16.5% 가, 7.4% 가(* 43.2% 가, 28.9% 가) - base ; 가
	- 가 • : 1.1 • 1999 68 • 가 가 6% 가 가	- 1992 가 (3%) 가 (3.9%) (가 1992 9.6% 1993 2.2%)

< 4>

	()	가
	- • 가 , 가 , - 가 , , - : 15% (, 가 가)	- 1992 19% , 16.1% 13.1% (generic drug) • 29% 38% • 22% 31% - 가 • 가 • 가(10% 가)

< 5> 가

	()	가
	1) 가 : 2) 3) : - : , , - :	1) () 2) ' , ') : 3) 가 가
	1983 : ' historical budgeting ' - 1982 base 가 - , 가 1988 : ' functional budgeting ' - 가	1983~1988 가 1989~1991 : 가 () , ,
	1989	가 1980~1989 2.6% 가, 1989~1992 6.3% 가
	1992~1993	, , , , 0.5%

가

가

(generic drug)

가

가(cost-shifting)

()

가

(historical budgeting)

가

1.

가

가

가

가

가

가

가

가

(Ulrich and Wille,

가

1996).

가

(case-mix),

가

가

가

- 3

(

)

(formular)

가

가

()

가

(, , 가)

가

가

99%

가

formular

가 fitting

(

)

가

가

5.

()

가

가

가

가

가

가

가

가 가

가

가

가,

가

가

(Barer, Lomas, and Sanmartin, 1996).

가 (가)

가

가

가

가

가 가 가

(rent-seeking behavior)
()

가
가

가

1
가
()
(가 DRG,)
가 가

가 가 ‘ ’ 가

가

가

가

, 『 』 , 2002. 12.

, 『 』 5 , , 1999.

, 『 』 6 , 2000. 6.

, 『 』 , 2000. 7.

, 『 』 2000 , 2000. 6.

, 『 』 , 2000. 2.

, 『 』 , 2001.

, 『 가 』 『 (4) , , 1998. 5.

. 『 』 , 1998. 12.

, 『 』 6 , , 2000. 6.

. 『 가 』 『 2001 , 『 』 2003. 12.

, 『 5 』 『 2003. 12.

Barer, Morris L., Jonathan Lomas and Claudia Sanmartin, " Medical Cost Controls in Canada," Health Affairs, summer 1996.

- Bishop, C. et al., Evaluation of Global Budgeting Strategies, 1994.
- Busse R. and F.W. Schwartz, Financing reforms in the German hospital sector: from full cost principle to prospective case fees, *Medical Care*, 1997: 35(10): OS40-49.
- Busse R. and C. Howorth, Cost containment in Germany: twenty years experience, In: Mossialos E. and Grand J.(Eds), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, 1999.
- Henke, K., M. Murray and C. Ade, "Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States," *Health Affairs*, Fall 1994.
- Maarse H., Fixed budget in the inpatient sector: the case of the Netherlands, In: Schwartz, F. Glennerster H. and Saltman R. (Eds), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Johnson Wiley & Sons Ltd, England, 1996.
- Ulrich, Volker and Eberhard Wille, "Healthcare Reform and Expenditure on Drugs: The German Situation," *Pharmaco Economics*, 10 suppl 2, 1996, 81-88.
- Wolfe, P.R and D.W. Moran, Global Budgeting in the OECD Countries, *Health Care Financing Review*, Spring 1993, Vol. 14, No. 3

Summary

A Study on the Introduction of Global Budgeting to the National Health Insurance

ByongHo Tchoe · Yoon-Jeong Shin

Despite its positive effect on increasing the quality of healthcare services and practitioner's self-regulation, the current fee-for-service reimbursement has been often criticized as an inefficient means of curbing expenditures and allocating resources. Most advanced countries have been adopting global budgeting system to induce cost-effective treatment behaviors from healthcare providers and to increase equity in the National Health Insurance. In this context, this study aims to examine the appropriateness of introducing global budgeting into Korea. To this end, this study: i) theoretically reviews previous studies and the pros and cons of global budgeting; ii) examine reimbursement systems in advanced countries, and draws implications for Korea; and iii) propose ways to introduce global budgeting to the National Health Insurance. With its in-depth examination of risk factors and proposed solutions associated with the introduction of global budgeting, this study will contribute to further research on improvement of reimbursement system. Also, in proposing ways to make global budgeting beneficial to consumers, providers and the insurer, this study can serve as an effective bridging tool between various interest groups.