『제3차 상대가치 개편 방안 연구 용역』
제3차 상대가치 개편 관련 개편 방안 검토를 위한 기관 방문
-출장 보고서-

2017년 12월

신영석 선임연구위원
김소운 전문연구원

KiHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

1. 출장 개요

1) 개요

○ 과제명 : (수탁) 제3차 상대가치 개편 방안 연구 용역

○ 일시 : (신영석 선임연구위원) 2017.11.29. (수) ~ 2017.12.7.(목)

(김소운 전문연구원) 2017.11.30. (목) ~ 2017.12.7.(목)

○ 출장자 : 신영석 선임연구위원, 김소운 전문연구원

○ 방문기관 : 미국 의사협회, 미국병원협회, 워싱턴한인의사회, 죠지메이슨 대학, Urban Institute, RAND 연구소

2) 목적 및 세부 일정

○ 출장목적 : 제3차 상대가치 개편 관련 개편 방안 검토를 위한 기관 방문

○ 활용계획

- 제3차 상대가치 개편 관련 기본진료룔 개편 방안 마련의 근거자료로 활용

○ 세부일정

날짜	행선지	방문기관/면담자	활동사항
2017.11.29	미국/시카고	인천 -〉 미국/시카고	
2017.11.30	미국/시카고	AMA(미국의사협회)/ Laurie McGraw, Jay Ahlman, Sherry Smith, Paul Bielat, Marie Mideman, Zach Hochstetler, Matt Menning	✓ 주요목적 : 미국의 상대가치(RBRVS) 개정 과정 파악 • E&M 서비스 비용 개정 내용 검토 • 상대가치 개정 거버넌스 검토 • CPT 데이터 생산 및 조정 시스템 • RBRVS 업데이트 시스템
2017.12.1	미국/시카고	AHA(미국병원협회/ Tony Spohn, Kim Bays, Brenda Stenger, Diana Culbertson, Erik Rasmussen, Doug Shaw, Jay Bhatt, Ryan Frazier)	✓ 주요목적 : 입원료 결정과정 및 조정 절차 검토 • 입원료 차등 기전 검토 : 5단계 중증도 구분 • MS-DRG 내용 검토
2017.12.3	미국/워싱턴DC	워싱턴한인의사회/Victor Kim, Oki Kwon 등 4인, (주미대사관)박민수	✓ 주요목적 : 미국 의료 현장에서 메디케어 기본진료료 수준의 적정성 • 한국의 기본진료의 범위와 미국의 기본진료(E&M 서비스) 범위의 차이 • 클리닉에서 기본진료 구성 항목 검토 • 미국 의사협회의 역할 및 거버넌스 논의
2017.12.4	미국/버지니아	죠지메이슨 대학/Peter Kongstved, Gibert Gimm, Chanuo Jeung	✓ 주요목적 : 미국 지불제도 개관 논의 • 메디케어의 지불체계를 통해 질을 향상시킬 수 있는 메카니즘 검토 • 의료 질 기반 인센티브 시스템 • MS-DRG에서 case-rating 및 구분 기전 검토 • 위험 보정 방법 논의
2017.12.5	미국/워싱턴DC	Urban Institute/Stephen Zuckerman, Bob Berenson	• 진찰료 결정을 위한 자료 수집 절차 및 과정 논의 • 메디케어에서의 진찰료 상대가치 검토 • 민간보험에서 입원료 결정 과정 논의
	미국/버지니아	RAND 연구소/Andrew W. Mulcahy	• 상대가치 제도의 연구 동향 검토 • 가치기반 지불 제도 논의 • 상대가치 산출과정 논의 • 산출시 고려 요소 : Provider work, Practice expense, Malpractice expense • intra-service intensity (IWPUT)
2017.09.03	한국/인천	미국/워싱턴DC -〉인천 이동	

2. 주요 회의 내용

1) AMA(미국의사협회)

◈ 일시 : 2017년 11월 30일

◈ 안 건: 미국의 상대가치 개정 과정 파악 미국의 진찰료(기본 진료료) 구성 항목 논의

◈ 참석자: 원외) AMA(미국의사협회) Laurie McGraw, Jay Ahlman, Sherry Smith, Paul Bielat, Marie Mideman, Zach Hochstetler, Matt Menning , 대한의사협회 이근영, 홍순철, 대한병원협회 이성규, 이다미
원내) 신영석 선임연구위원, 김소운 전문연구원

◈ 회의내용:

○ 미국의 상대가치(RBRVS) 개정 과정 파악
-E&M 서비스 비용 개정 내용 검토
-상대가치 개정 거버넌스 검토
-CPT 데이터 생산 및 조정 시스템
-RBRVS 업데이트 시스템

○ 상대가치 개정 거버넌스 검토 : RUC (RVS Update Committee)

□ 상대가치개정위원회(RUC) 구성

- 위원장(Chair)
- 의사협회 대표(American Medical Association)
- CPT 개정 패널(CPT Editorial Panel)
- 정골의학협회(American Osteopathic Association)
- 보건의료전문가자문위원회(Health Care Professionals Advisory Committee)
- 진료비용 자문위원회(Practice Expense Subcommittee)
- 각 진료과별 대표

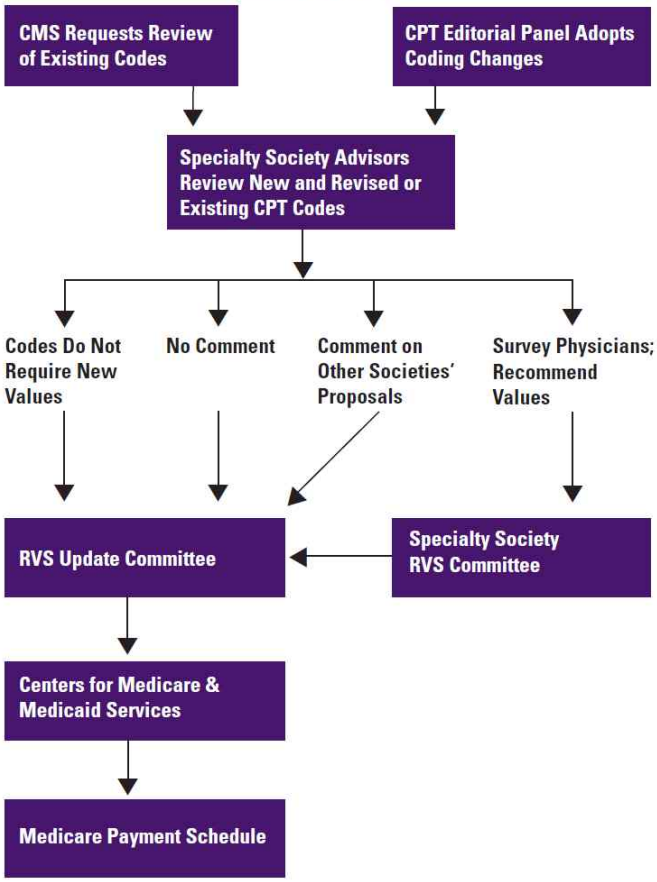
Anesthesiology Hematology* Cardiology Cardiothoracic Surgery Colon and Rectal Surgery* Dermatology Emergency Medicine Family Medicine General Surgery Geriatric Medicine Internal Medicine Neurology Neurosurgery	Obstetrics/Gynecology Ophthalmology Orthopaedic Surgery Otolaryngology Pathology Pediatrics Plastic Surgery Primary Care* Psychiatry Radiology Rheumatology* Urology *(*Indicates rotating seat)*

□ 상대가치점수 결정과정

○ 상대가치점수(Relative Value Scale, RVS)의 업데이트 과정

- 상대가치의 개정은 기본적으로 의사협회(AMA)와 전문과목별 학회(national medical specialty societies)가 관여하는 위원회의 권고를 기반으로 이루어짐
- (개정절차) 새로운 시술의 상대가치점수 산출 요청 → CPT 패널 소집 및 코드 신설 여부 논의→ CPT 패널에 의해 새로운 코드를 부여받은 행위에 대해 상대가치개정위원회(RUC)에서 수가 산정(해당 행위 관련 전문학회에 문의 → 전문학회에서는 서베이를 통한 업무량 수가 산정 및 진료비용 데이터 구축 → RUC 회의에 상정, 상대가치점수 결정) → CMS 제출 및 고시
- RUC의 상대가치개정작업은 크게 1년 개정작업과 5년 개정작업으로 나누어 진행하며, 1년 개정작업은 새로운 의료행위가 CPT코드에 등재되거나, 행위의 내용이 변경된 경우 새로운 상대가치점수를 부여하는 과정으로 매년 개정 작업을 진행하고 있으며, 5년 개정작업은 기존 상대가치점수 중 재검토가 필요한 행위에 대한 점수를 개정하는 과정

[그림] 메디케어 상대가치점수(Payment Schedule) 결정 과정



□ CPT

○ 내과적·외과적·진단적 행위에 대한 행위분류체계로, 미국의사협회에 의해 개발되었고 유지·보수되고 있음.

- ICD 분류체계에 행위분류가 포함되어 있지만, 이는 입원환자 진료 환경에서 제공된 의료 행위만을 포함함
- 의료 종사자들과 지불자(민간, 정부) 간 행정, 재정 및 분석 등의 목적에서 진료 서비스와 행위에 대한 표준화된 정보 교환을 위해 개발됨
- 진료비 상환을 위해 공급자가 환자에게 제공한 서비스와 행위를 지불자에게 보고하고 의사서비스를 코딩하기 위해 사용되며, 미국의 보건의료 산업 내에서 지역 간에 신뢰성 있는 커뮤니케이션을 위한 효과적인 수단으로서 역할을 함

○ 미국내 모든 진료 분야(입원, 외래 등)에서 제공된 의사의 의료 행위를 코딩하는데 사용됨

○ CPT 코드는 다섯 자리의 숫자로 이루어져 있으며, 총 6개의 주요 분류로 나누어지고 각 주요분류는 신체 부위, 서비스, 진단에 따라세 분류되며, CPT 행위 코드는 현재 약 7,800개임.

□ 상대가치점수 결정 거버넌스

○ (상대가치개정위원회(AMA/Specialty RVS Update Committee, RUC)) 1991년 표준의료행위코드(CPT)의 상대가치점수 개정 관련(행위코드 추가 및 수정) 업무 수행을 위해 수립, 총 31명으로 구성되며 이 중 21명은 각 진료과별 전문학회에서 임명하고, 4명은 일차의료 대표(primary care representative)(1인)와 내과전문의(internal medicine subspecialty)(2인), 기타 전문학회 멤버(1인)로 구성 되고, 위원장을 포함한 나머지 6명은 진료비용자문위원회 위원장, 의사협회 대표, 정골의학협회, 보건의료전문가자문위원회, CPT 개정 패널로 구성

- (자문위원회(Advisory Committee)) RUC에 대한 자문을 위해 약 118개의 전문과별로 대표 1인씩을 선출하여 구성되며, RUC에 의해 개발된 서베이 기법을 활용하여 진료과별 상대가치에 관한 의견을 제시
- (진료비용 자문위원회(Practice Expense Advisory Committee, PEAC)) 진료비용(physician practice expense) 데이터 구축 과정의 모니터링 담당, 상대가치 산출에 활용되는 행위별 직접 진료 비용(임상인력, 각종 재료, 장비 등)의 검토, 새로운 행위코드에 대한 직접비용 검토의견을 RUC에 보고(2004년 3월 활동 종료)
- (임상전문가패널(Clinical Practice Expert Panels, CPEPs)) 자원기준 진료비용 상대가치는 각 행위별로 투입된 인건비, 재료비, 장비비 등 직접비용 요소를 일일이 추정하여 계산되는데, 이러한 직접비용자료구축을 위해 15개의 임상전문가패널을 운영하고, 이렇게 구축된 직접비용자료는 초기에는 불안정하여 진료과별 총진료비용을 행위별로 배분하는 기준으로만 사용하였음.

○ (표준의료행위코드(Current Procedural Terminology, CPT) 패널) 의사협회에서는 1963년 표준의료행위코드(CPT)를 출간, 보건의료에 관련된 서비스는 모두 CPT 코드를 부여하여 사용하고 있으며 부여된 코드에 대한 상대가치점수는 RUC에서 담당함. CPT 개정 패널에서는 CPT의 등재, 변경, 업데이트 등을 담당하고 있으며 패널 위원은 총 17명으로, 이 중 13명은 미국 의사협회에서 임명하고 나머지는 보험자, 병원협회, 보건의료 전문인 자문위원회에서 참여함

○ 상대성 평가 작업반(Relativity Assessment Workgroup)의 신설

- Medpac이 2006년 의회에 제출한 보고서에는 RUC의 5년 검토 절차(RUC's Five year review process)가 업무량 RVUs의 (감소보다는) 증가를 일으킨다는 주장이 담겨있었으며, 과대평가된 의사서비스를 확인하는 RUC의 능력에 대한 우려도 담겨 있었음.
- Medpac은 과대평가된 서비스를 발견하기 위한 독립된 전문가 패널을 만들기를 권고하며, 새로운 패널은 다양한 통계 기법에 따라 과대평가된 서비스를 규정해야 함을 제안함.
- Medpac은 2007, 2008년에도 이와 같은 제안을 되풀이하였으며 서비스 볼륨의 증가가 잘 못된 평가를 반증하는 것이라고 주장함.
- RUC는 조직의 전문성(가치를 규정할 수 있는)과 역사를 강조하며, 2006년 10월에 상대성 평가 작업반(Relativity Assessment Workgroup)을 설립함.

2) AHA(미국병원협회)

◈ 일시 : 2017년 12월 1일

◈ 안 건: 입원료 결정과정 및 조정 절차 검토 입원료 구성 항목 조사

◈ 참석자: 원외) AHA (미국병원협회) Tony Spohn, Kim Bays, Brenda Stenger, Diana Culbertson, Erik Rasmussen, Doug Shaw, Jay Bhatt, Ryan Frazier, 대한의사협회 이근영, 홍순철, 대한병원협회 이성규, 이다미
원내) 신영석 선임연구위원, 김소운 전문연구원

◈ 회의내용:

○ 입원료 결정과정 및 조정 절차 검토
-입원료 차등 기전 검토 : 5단계 중증도 구분
-MS-DRG 내용 검토
○ 입원료 구성 항목 검토

○ 의료기관 회계조사, 원가조사 방법 및 조사표 검토
-매년 AHA 회원기관을 대상으로 조사하여 AHA 및 정부의 백데어터로 활용
-조사표 항목 조사

□ 미국의 입원비용과 의사비용 분리 구조

○ 입원환자는 포괄수가제의 적용을 받고 의사비용은 상대가치 제도의 적용을 받음.

○ 메디케어 입원환자 비용은 해당 병원의 DRG 상대 가중비율(relative weight of DRG)로 보정하여 산정하고 있음.

- DRG 상대 가중비율(relative weight of DRG) DRG군에 속한 환자의 평균 자원 이용량을 모든 메디케어 환자 퇴원건의 평균자원 이용량으로 나누어 산출
- 메디케어는 입원환자 비용은 적정수준의 90% 정도를 보장하고 있으며,
- 병원은 민간 보험과의 수가 계약을 통해 부족분을 보완 : 총 입원료의 25%가 메디케어 환자임.
- 입원환자 비용을 결정하는 IPPS(Inpatient Prospective Payment System)에서는 보정지수로 지역적 요인과 MS-DRG 점수, 정책가산 등을 반영
  - 지역적 요인-임금지수(Wage Index) 또는 생계비 조정(COLA, cost-of-living adjustment)
  - 정책가산-저소득층 환자진료 가산, 교육병원 가산, 열외군에 대한 추가비용 등

□ 미국의 입원료 지불제도(병원 비용)

○ 미국은 병원 진료비 지불 단위인 DRG의 기저 행위분류체계와 행위별수가(Fee-for-service)의 행위분류체계가 구분되어 있음.

- DRG 시스템에 활용되는 행위분류체계와 행위별수가제를 위한 행위분류체계 각각

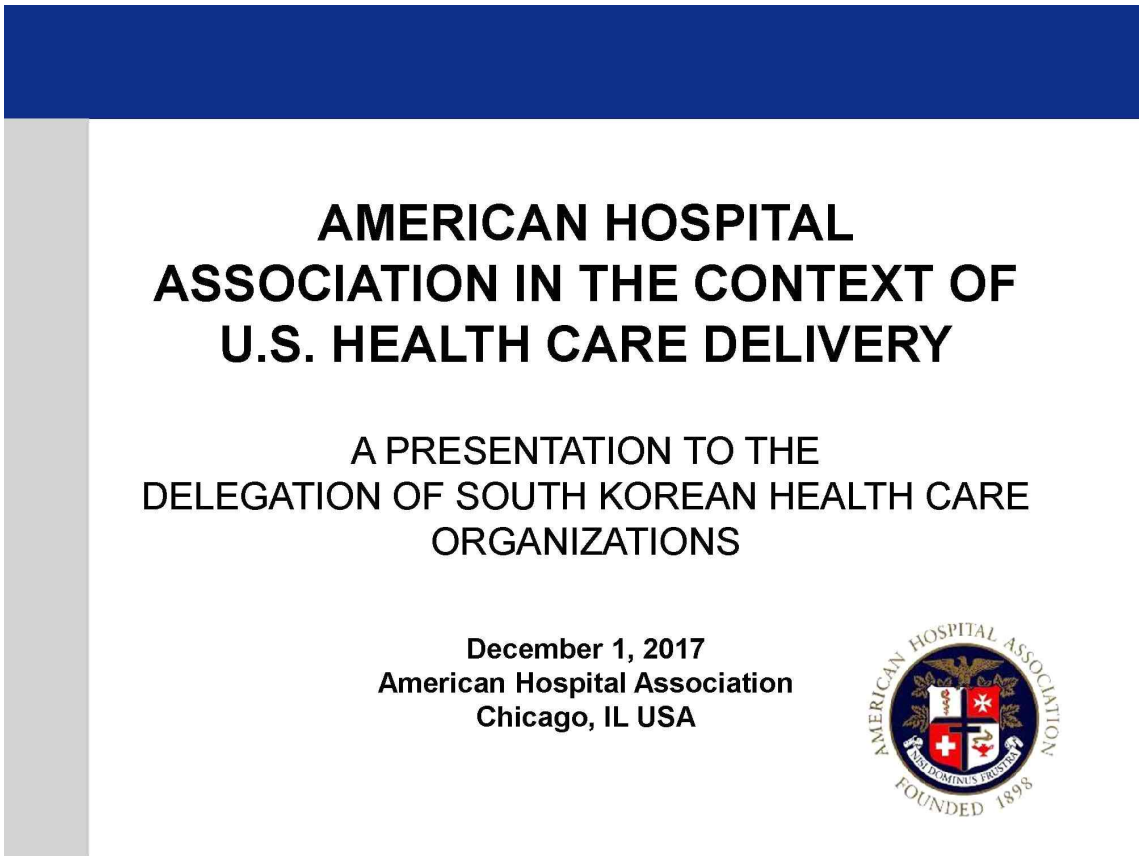
운영하고 있음.

- 미국은 입원환자의 병원비용을 보상하는 방법으로 DRG를 활용하여 보상하고 입원 및 외래환자에게 제공된 의사 서비스는 행위별 수가제로 보상

○ DRG 환자분류체계는 진단분류와 행위분류 두 가지 조합으로, 미국의 DRG는 진단분류인 ICD-10-CM과 행위분류인ICD-10-PCS으로 구분되어 있음.

- 행위별 수가제를 위해서는Current Procedural Terminology(CPT)가 사용됨

□ (참고) 발표자료 : 미국 병원협회의 역할 및 미국과 한국의 병원 환경 비교



Presentation Objectives

- Introduction
- Overview
  - Compare South Korea and U.S.
  - U.S. health care system in context
- Overview of AHA and Member Relations

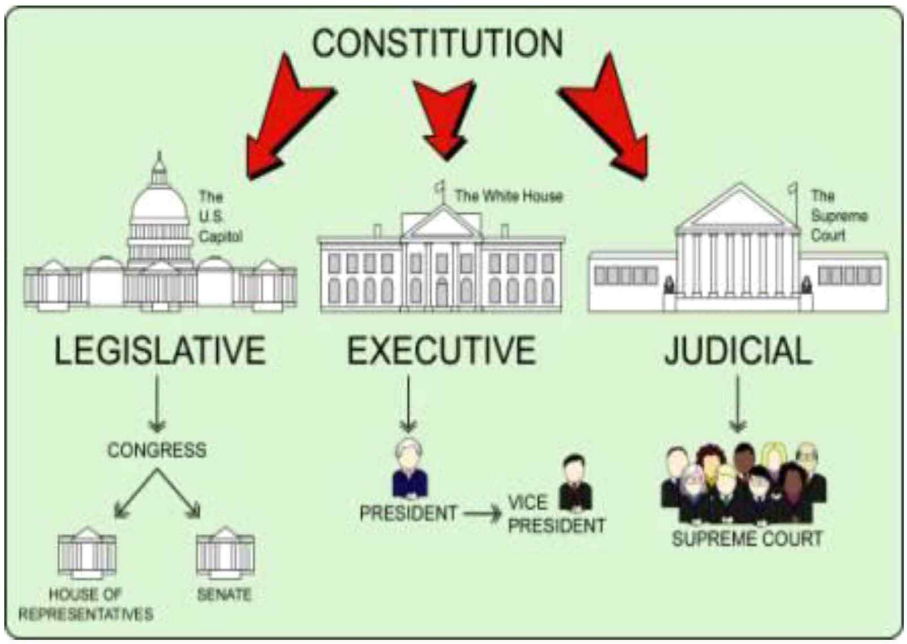
2

Key U.S. Health Care Trends: Summary

- Consumers will take on more control.
- As a payer, the federal government will dominate the health care market.
- Insurance reimbursements will continue to shrink.
- Employers will retain coverage while pushing for lower prices.

3

Context: Overview of U.S. Government



4

US Government Overview

5

KiHASA 한국보건사회연구원 Korea Institute for Health and Social Affairs

Context and Comparison: South Korea and U.S.

	Republic of South Korea	United States
Cabinet	State Council appointed by the president on the prime minister's recommendation	Cabinet appointed by the president with Senate approval
Head of government	President Moon Jae-In; Prime minister Lee Nak-yon; and Minister of Health and Welfare Park Neunghoo	President Donald Trump; Vice President Mike Pence; and Acting Secretary of Health and Human Services (HHS) Eric Hargan
Government type	Republic	Constitution-based federal republic; strong democratic tradition
Judicial branch	Supreme Court of South Korea	Supreme Court
Legislative branch	Unicameral National Assembly or Gukhoe	Bicameral Congress (House of Representatives and Senate)

Context: Overview of U.S. Health Delivery System

Purchasers

Native American nations
Federal
**Medicare
**Medicaid
**Veterans
**Military
**Public health
**Justice system
State
**Medicaid
**Public health
**Other
Employers
**Self-funded
**Insurance
Individuals
**Insured
**Self-pay

People

**Insured
**Uninsured

Providers

**Physicians
**Nurses
**Hospitals and health systems
**Public health services
**Clinics
**Rehabilitation services
**Long-term care facilities and nursing home
**Hospice
**Pharmaceutical companies
**Device makers

Third party payers

**Insurance companies

**Unions

**Cooperatives

7

KiHASA 한국보건사회연구원 Korea Institute for Health and Social Affairs

Compared to U.S., South Koreans…

- Number 49 M people relative to 323 M in the U.S.;
- Have universal access to health care;
- Are 56% less likely to be unemployed;
- Have 14% less free time;
- Make 37% less money;
- Are 86% less likely to be in prison;
- Spend 81% less money on health care;
- Are 79% less likely to be murdered;
- Experience 31% less of a class divide;
- Use 25% less electricity;
- Are 36% less likely to die in infancy;
- Consume 21% less oil;
- Are 83% less likely to have HIV/AIDS;
- Live 0.24 years longer (ranked 11th in the world);
- Have 39% fewer babies.

8

Hospitals in South Korea

Among 34 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) nations, South Korea is has the second largest number of hospital beds per 1000 people at 9.56 beds compared to:

Sweden at 2.71/1000;
Canada at 2.75/1000;
UK at 2.95/1000; and
U.S. at 3.05/1000.

9

Overview of U.S. Hospitals

Total Number of All U.S. Registered Hospitals	5,564
Number of U.S. Community Hospitals	4,862
Number of Nongovernment Not-for-Profit Community Hospitals	2,845
Number of Investor-Owned (For-Profit) Community Hospitals	1,034
Number of State and Local Government Community Hospitals	983
Number of Federal Government Hospitals	212
Number of Nonfederal Psychiatric Hospitals	401
Number of Nonfederal Long Term Care Hospitals	79

10

Location of U.S. Hospitals

Number of Rural Community Hospitals	1,829
Number of Urban Community Hospitals	3,033
Number of Community Hospitals in a System	3,198
Number of Community Hospitals in a Network	1,677

11

3) 워싱턴 한인의사회

◈ 일시 : 2017년 12월 3일

◈ 안 건: 미국 기본진료료 지불 체계 논의

◈ 참석자: 원외) (워싱턴한인의사회) Victor Kim, Oki Kwon 등 4인,
(주미대사관) 박민수 대한의사협회 이근영, 홍순철, 대한병원협회 이성규, 이다미
원내) 신영석 선임연구위원, 김소운 전문연구원

◈ 회의내용:

○ 미국 의료 현장에서 메디케어 기본진료료 수준의 적정성
- 한국의 기본진료의 범위와 미국의 기본진료(E&M 서비스) 범위의 차이

○ 클리닉에서 기본진료 구성 항목 검토

○ 미국 의사협회의 역할 및 거버넌스 논의

□ 상대가치 개편에 있어 미국 의사협회의 역할

- 미국 의사협회는 매년 이루어지는 CPT코드의 개정 결과를 상대가치 개정 과정에 적용시킴.
- 주기적으로 CPT코드와 상대가치 개정연구를 실시하여, CMS에게 상대가치점수 개정에 대한 권고 내용을 지속적으로 보고하고 있으며, CMS는 전문가 조직인 의사협회에 대한 신뢰가 있음.

□ 미국 의료 현장에서 메디케어 기본진료료 수준의 적정성

- (외래초진 진찰료) 2016년 기준으로 한국은 14,410원으로 진료시간과 무관하게 비용이 측정되어 있으나, 미국의 경우 10분에서 60분 5단계로 차등화하여 약 5불에서 24불로 세분화되어 있음.
  - 이러한 미국의 외래 진찰료 차등화는 환자의 중증도에 따라 차등적으로 진료시간을 배분하여, 환자가 양질의 진료를 제공받을 수 있도록 하기위함임.

□ 의료사고 위험 상대가치

○ 위험도 비용을 결정하는 요소에는 의료 사고 빈도 및 사고 비용 등이 포함되며 의료 사고 위험 상대가치는 의료 사고에 따른 배상 금액 등을 조사하여 각 전문과목별로 배분한 것임

- 미국의 경우에는 의료비 자체에 전체 의료 비용의 약 5% 정도를 의료 사고의 위험부담금으로 책정하고 있는 상황

- 현재 우리나라에서는 의료사고에 대한 위험 도가 분리되어 있지 않아 위험도가 높은 진료과에 대한 배려가 이루어지지 않고 있음

4) 죠지메이슨 대학

◈ 일시 : 2017년 12월 4일

◈ 안 건: 지불제도 개관, 미국 상대가치 제도 전반에 대한 논의

◈ 참석자: 원외) (죠지메이슨 대학) Peter Kongstved, Gibert Gimm, Chanuo Jeung, 대한의사협회 이근영, 홍순철, 대한병원협회 이성규, 이다미
원내) 신영석 선임연구위원, 김소운 전문연구원

◈ 회의내용:

○ 미국 지불제도 개관 논의
-메디케어의 지불체계를 통해 질을 향상시킬 수 있는 메카니즘 검토
-의료 질 기반 인센티브 시스템

□ 미국 지불제도 개관

○ 미국의 의료보장체계는 민간보험이 주를 이루나, Medicare나 Medicaid와 같은 공적인 형태의 보험도 존재함.

- 민간보험에서도 의사서비스에 대한 보상은 메디케어(Medicare)의 RBRVS를 수정한 형태에 기반을 두고 이루어짐.

○ 메디케어

- 입원서비스에 대한 보상은 DRG로, 의사서비스에 대한 보상은 행위별수가로(이하, FFS) 지급이 이루어짐.
- 처방약에 대해서는 보조금이 지급됨.
- 장기요양서비스 및 홈헬스와 같은 경우는 사전지불방식이며 제한된 기간동안 급여를 제공함.

○ 메디케이드(Medicaid) & CHIP(Children's Health Insurance Program)

- 입원서비스에 대한 보상은 대부분 DRG에 기반을 두고 있으며, 비용상환제, 일당정액제도 보완적으로 사용됨.
- 의사서비스에 대한 보상은 주마다 약간의 차이는 있지만 주로 FFS를 사용하고, 주에 따라서는 부분적으로 인두제가 사용되기도 함.

- 처방약은 할인된 평균도매가격(DAWP)를 사용함.
- 장기요양서비스와 홈헬스의 경우는 주로 사전지불이 이루어지고, 비용상환제가 사용되기도 함.

○ 메디케어 제도 하에서의 수가 조정은 의사업무량과 SGR 조정을 통해 이루어짐.

- 일정기준에 근거하여 각각의 의료행위에 부여한 상대적 점수(RBRVS)와 이를 금액으로 바꾸어주기 위한 환산지수에 바탕을 두고 지급이 이루어짐.
- 의사업무량 조정은 업무량에 업무량 조정지수(Work RUV adjustor)를 적용하여 재정중립을 달성하는 것임. 업무량 조정지수는 주로 상대가치개정연구와 함께 재정소요(업무량 조정에 따른 상대가치점수 변동)를 감안하여 산출함.
- SGR의 조정(환산지수)은 구성요소(의료물가지수변화율, 적용 인구 및 GDP의 변화율, 법과 제도에 의한 변화율) 외에도 상대가치 점수총량 변동에 따른 재정중립 보정지수를 반영하여 이루어지고 있음.

□ 메디케어서의 자원기준상대가치점수(Resource-Based Relative Value Scale; RBRVS)

- 자원에 들어간 비용에 기초해서 결정된 수가가 의사 서비스에 대해서 지불될 필요가 있었음.
- 대부분의 공공 및 민간 지불자는 메디케어의 RBRVS를 사용함.

○ 메디케어의 RBRVS는 의사업무량(Physician Work), 진료비용(Practice Expense), 위험도(Professional Liability Insurance; PLI)로 구성됨.

- 의사업무량: 의사나 자격을 갖춘 의료 전문 인력이 서비스를 제공하는데 소요된 시간, 기술과 육체적 노동, 정신적 노력과 판단, 환자에 의해 발생 가능한 스트레스로 결정됨.
- 진료비용: 초기에는 1991년 이후의 메디케어 승인 요금과 각 전문과의 수익의 구성으로 형성됨. 이후, 1999년 CMS는 의료서비스가 제공된 장소에 따라 달리 부여된 CPT코드 각각에 대해서 자원에 기초한 진료비용의 상대적인 가치로 전환하였으며, 2002년까지 완벽하게 전환됨.
- 위험도: CMS는 2000년에 위험도상대가치를 도입함.

○ 메디케어 RBRVS 지불금은 서비스의 비용과 환산지수의 곱으로 결정되며, 지역가산(Geographic practice cost index; GPCI)에 의해서 최종 조정됨.

- Medicare Payment = Total RVU × Conversion Factor

- Total RVU = [(work RVU × work GPCI) + (practice expense RVU× practice expense GPCI) + (malpractice RVU ×malpractice GPCI)]

5) Urban Institute

◈ 일시 : 2017년 12월 4일

◈ 안 건: 진찰료 결정을 위한 자료 수집 절차 및 과정 논의, 민간보험에서 입원료 결정 과정 논의

◈ 참석자: 원외) (Urban Institute) Stephen Zuckerman, Bob Berenson,
대한의사협회 이근영, 홍순철, 대한병원협회 이성규, 이다미
원내) 신영석 선임연구위원, 김소운 전문연구원

◈ 회의내용:

○ 진찰료 결정을 위한 자료 수집 절차 및 과정 논의

○ 메디케어에서의 진찰료 상대가치 검토

□ 미국의 RBRVS 개정

○ RBRVS를 도입하고 나서 의사서비스에 대한 메디케어 지불체계 지속적인 개정을 진행함.

- CPT 코드의 개정과 신규코드의 생성이 매년 이루어짐.
- 업무량 가치에 있어서 다섯 차례(1997년, 2002년, 2007년, 2012년, 2017년)의 개정이 이루어짐.
- 자원기준 진료비용 상대가치의 도입(1999년)과 위험도 상대가치의 도입(2000년)이 이루어짐.

○ 미국의 메디케어의 환산지수 조정 기전

- 1992-199 : 의료이용 조정기준(VPS)
- 1997-2015.4 : 지속가능성장률(SGR)
  - 2015-2019 : 0.5% 인상
  - 2019-2025 : 새로운 제도(MIPS or others) 도입 예정
  - MIPS (Merit-Based Incentive Payment System)

    : Performance Score (0 – 100) : Quality, resource use, meaningful use of

HER, clinical practice improvement activities

: 총액(증가) 내에서 조정

- Alternative payment mechanisms

: 0.75% 인상과 다른 지불방법 0.25% 인상

○ 2007년, 2012년 개정 내용

- E&M 서비스의 업무량이 상대가치 개정 이후 크게 변화했다는 의견이 두드러져,27개 전문과의 합의 내용이 CMS에 제출됨.
- E&M 서비스의 가치 측정이 현재 부적합하고 개선되어야 할 필요가 있다는 의견이 도출되어 받아드려짐.
  - 내과의 경우, 강도, 복잡성, 시간, 환자의 중증도가 크게 증가하였고, 기본 처치 전후로 이루어지는 서비스의 강도, 복합성이 증가함.
  - E&M 서비스의 단위 시간 당 업무량이 다른 서비스의 단위 시간 당 업무량에 비해서 적음.
  - 4/5의 E&M 서비스의 업무량 상대가치가 향상됨.
- CMS는 E&M 서비스에 관한 RUC의 모든 권고 사항을 수용하였음.

□ RBRVS 개정에서 AMA/Specialty Society Relative Value Scale Update Committee (RUC) 역할

○ RUC의 구성: 마취학, 내과, 병리학, 심장학, 신경학, 소아과, 피부과, 신경외과, 소아외과, 응급의학, 신장학, 성형외과, 가정의학, 산부인과, 1차 의료(클리닉), 일반외과학, 안과학, 정신의학, 노인의학, 정형외과, 방사선학, 혈액종양내과/종양학, 이비인후과학, 비뇨기과학, 그밖에도 미국의사협회(AMA)가 임명한 사람들을 비롯하여 CPT패널, 미국Osteopathic Association, 진료비용 분과위원회, 의료인연합회 대표가 포함됨.

- AMA/Specialty Society Relative Value Scale Update Committee (RUC)는 전문가 패널로서, 의사 가운데 자발적으로 지원한 이들로 구성된 독립 단체 이며 약 60여명의 회원으로 구성됨.
- 이들은 독립적인 판단에 따라 움직이고, 그들의 전문과(specialty)를 옹호하지는 않음.
- RUC가 권고안을 개발하는 절차는 CPT를 개정하는 것과 CMS에 의해 수가가 업데

이트 되는 것과도 밀접한 연관이 있음.

- CPT는 코드의 변화를 고려하기 위하여 연간 세 차례의 미팅이 이루어지며 이를 기반으로 CMS는 메디케어 RVS를 업데이트함.
  - CPT패널 회의에서는 새로운 처치 코드를 승인하는 등 각종 논의를 진행함.
  - 이미 사용 중인 코드에 대한 개정 작업도 이루어짐.
  - 7,000여개가 넘는 CPT코드가 모두 RUC 평가의 대상이 되는 것은 아님. RUC가 평가하는 것은 이중에서 2/3 정도이며, 나머지는 CMS/기타 코드로 분류되어 관리가 됨.

○ RUC의 검토는 다음의 7단계를 거침.

- 1. 새로 생기거나 변경된 CPT 코드는 CMS가 검토를 요청한 기존의 코드와 함께 RUC 직원에게 제출됨.
- 2. RUC 자문위원회의 구성원은 이를 검토하고 자신이 속한 단체의 관심 수준을 표시함.
- 3. AMA 직원은 새로 생기거나 개정된 코드에 대한 전문가협회의 평가를 받기 위해서 조사지를 배포함.
- 4. 전문과(Specialty) RVS 위원회는 조사를 수행하고, 결과를 검토하고 RUC에게 제안할 내용을 준비함.
- 5. 전문과 고문(Specialty advisors)은 RUC 회의에서 권고안을 배포함.
- 6. RUC는 specialty society's recommendation을 수용할 지, 아니면 다시 돌려보낼지 혹은 CMS에 제출하기 전에 수정을 할 지 등을 결정함.

6) RAND 연구소

◈ 일시 : 2017년 12월 5일

◈ 안 건: 상대가치 제도의 연구 동향, 상대가치 산출과정 논의

◈ 참석자: 원외) (RAND 연구소) Andrew W. Mulcahy, 대한의사협회 이근영, 홍순철, 대한병원협회 이성규, 이다미
원내) 신영석 선임연구위원, 김소운 전문연구원

◈ 회의내용:

○ 상대가치 제도의 연구 동향 검토

○ 가치기반 지불 제도 논의

○ 상대가치 산출과정 논의
-산출시 고려 요소 : Provider work, Practice expense, Malpractice expense
-intra-service intensity (IWPUT)

□ 미국의 RBRVS(Resource-Based Relative Value Scale)의 구성 및 범위

○ RBRVS는 의료제공자(의사)의 업무(Provider work)와 진료 비용(Practice expense), 의료과실 비용(Malpractice expense)을 커버하고 있음.

○ 각각의 행위는 상대가치(relative value units :RVUs)개념에서 가치가 측정됨.

○ 비용 = 총 RVUs (relative value units :RVUs) 환산지수(conversion factor)

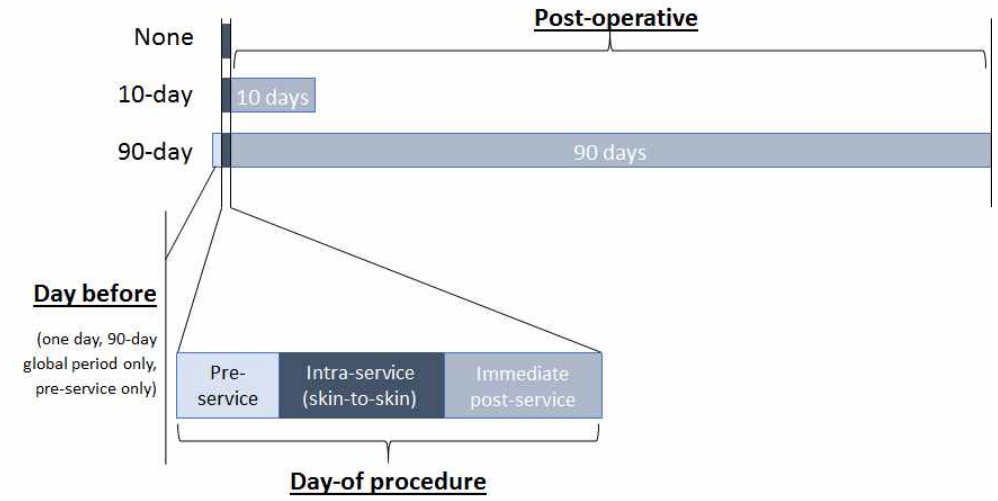
○ RVU 가치평가는 하버드연구팀에 의해 시행되었고, 의사협회 RUC과 CMS에 의해 모니터링되고 업데이트됨.

○ 상대가치점수의 구성비(2016년 기준) 는 의사업무량 51%, 진료비용 43%, 위험도 6%임.

○ Bundling: Global Periods

○ RBRVS 산출관련 예시

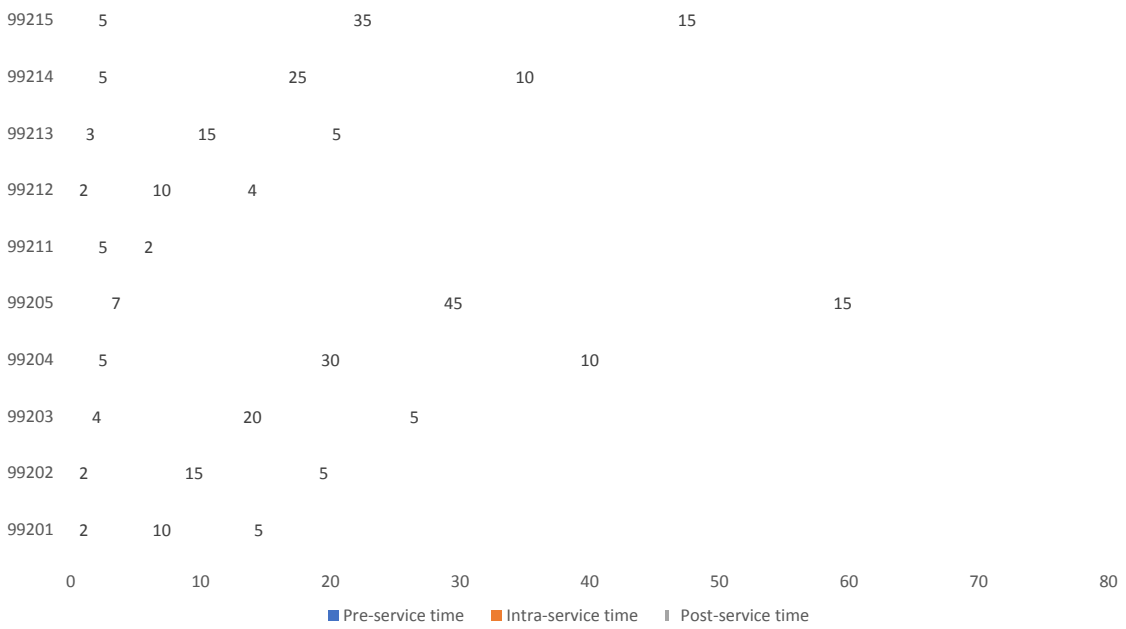
- CPT 33510 (CABG, vein only, single coronary venous graft)의 경우 총 RVUs (facility)은 **58.29점**임.
- **의사업무량(Work RVUs): 34.98점**
  - Pre-service : 1.84점
  - Intra-service: 14.94점



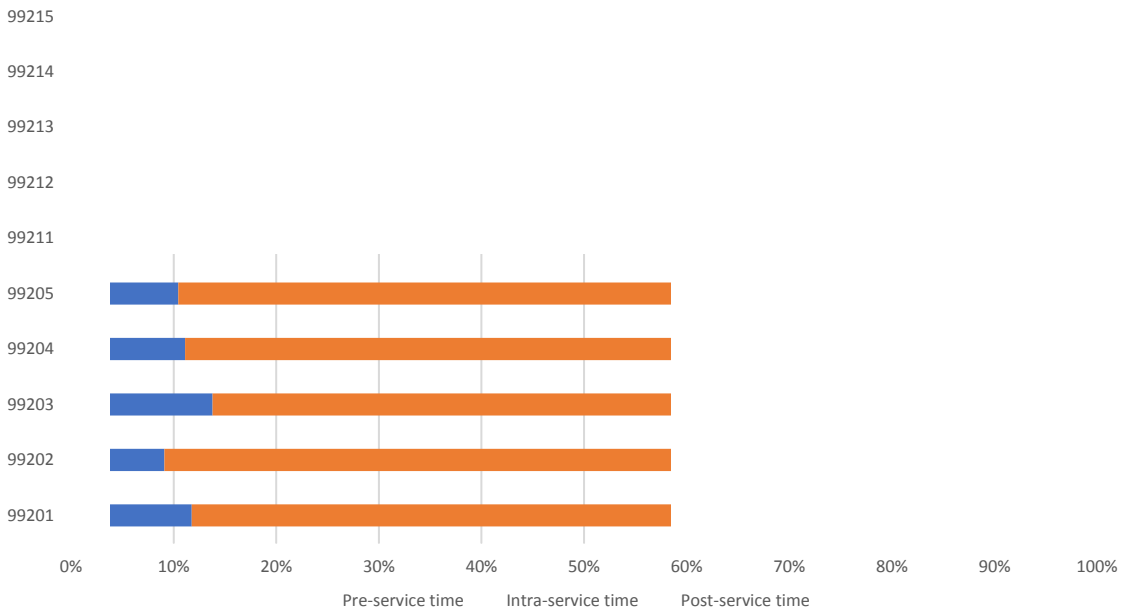
- Post-service: 0.90점
- Post-operative(수술 후) E&M: 17.30점

- 진료비용(Practice expense: RVUs): 14.90점
- 의료과실 비용(Malpratice expense RVUs): 8.41점
- 비용: 58.29 RVUs(점) * $34.04 ($/RVU, 환사지수) =총 $1,984

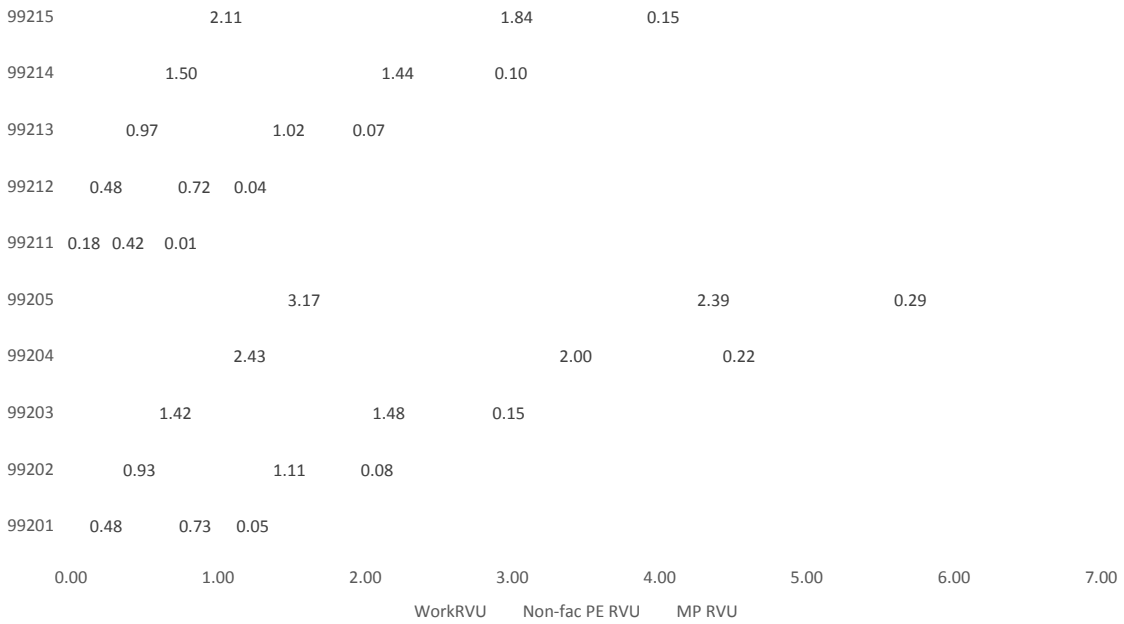
○ 일부 E&M Services에서 각 요소별 소요 시간



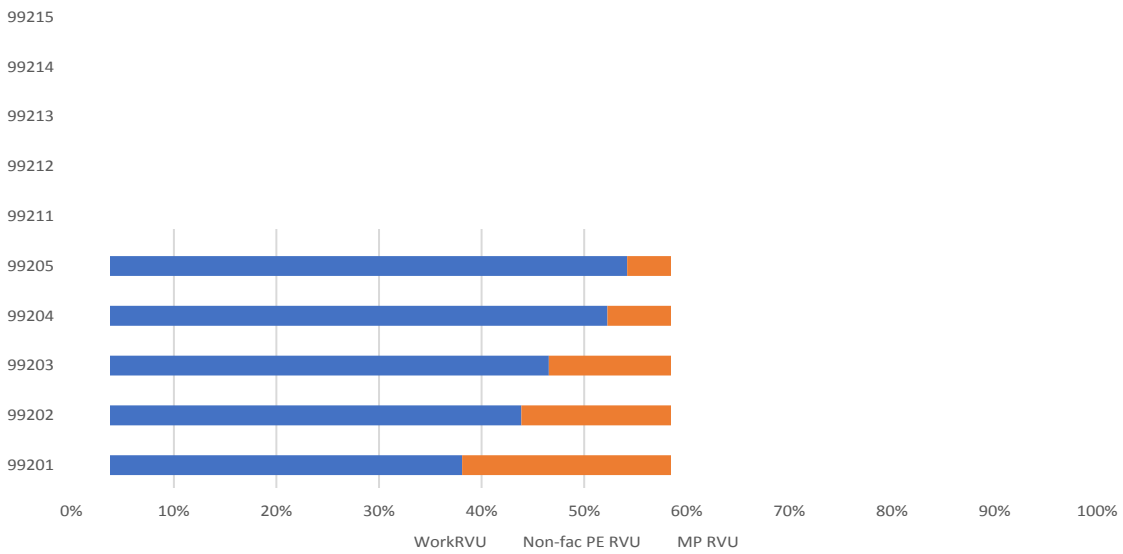
○ 일부 E&M Services에서 각 요소별 소요 시간 비중(%)



○ 일부 E&M Services에서 각 요소별 업무량



○ 일부 E&M Services에서 각 요소별 업무량 비중(%)



□ RBRVS 상대가치 산출시 고려 요소 : IWPUT

○ IWPUT(intra-service intensity 의료행위 강도)를 독립적으로 평가하는 것이 RBRVS 상대가치 산출이 가장 중요한 이슈임.

○ 투입시간과 강도를 구분하는 것이 어려움.

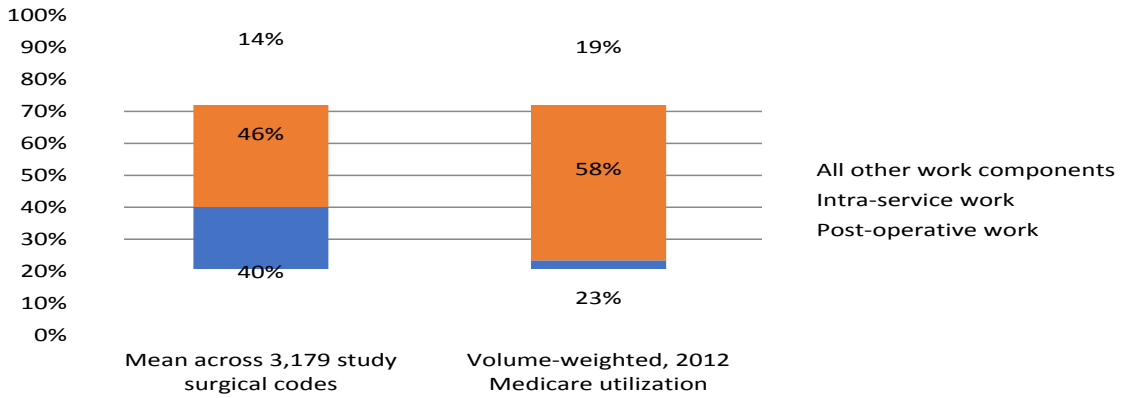
- IWPUT(intra-service intensity)의 간접적 측정
  - IWPUT= Intra-service Work(의료행위 업무)/Intra-Service time(의료행위 투입시간)
- 많은 IWPUT(intra-service intensity)의 가치는 의미없을 수 있음.

○ Post-operative E&M(수술후 E&M)의 비중

- 수술후 E&M의 비중(구성비)은 평균적으로 40%이나, 가중치를 적용한 경우 메디케어의 경우 약 23%임.

○ IWPUT(intra-service intensity 의료행위 강도)와 특성과의 관계

- IWPUT은 재원일수의 중간값, ICU 일수의 중간값, 환자의 연령의 중간값, 복합질환 개



수의 중간값, 사망률, 의사결정의 긴급성, 의료과실의 위험성, 의사의 경력과 상관관계를 보임.

□ RBRVS 개정에서 최근 이슈

○ RVUs 산출을 위한 평가값(조사한 수치)와 실제 의료현장에서 행해지는 실제값과 차이를 보임.

- 업무량 상대가치 측정을 위해 시간과 강도를 조사하는 것이 쉽지 않음.
- 두가기 이상의 서비스가 동시에 행해질 경우 측정이 더욱 어려워짐.
- 미국 RBRVS에서 시간의 경우에는 단순리 가이드라인의 역할을 하는 것으로, 지켜지지 않는다고 별도의 제재는 없음.

○ 환자 중증도 반영

- 환자의 중증도에 따라 응급과 입원는 4단계, 외래는 5단계로 환자를 구분하고 있었으나, 업코딩의 문제 등으로 인해, 최근 입원의 경우에는 2단계로 축소됨.
- 환자의 위험도와 재원일수에 따라 진료비를 차등화 하고 있음.

○ 최근 E/M의 점수를 올려, E/M을 강화하고다 하는 정부의 노력이 이루어 지고 있음.

- 장기적으로 의료비용을 줄이기 위해 E/M의 강도와 복합성을 높게 평가하여, 가치를 강화하고 상대가치 점수를 향상함.
- 2007년 이후 매 개정시마다 E&M 서비스의 업무량 상대가치 향상됨.