한국 표준의료행위별 상대가치

고려대학교 의과대학 핵의학교실
최 재 걸

변화하는 환경, 새로운 제도

의료계는 급격하게 변화하는 환경에 놓여있다. 1999년 11월 15일 약가실거래가 상환조치 이후 1차 의료의 중심인 내과계 동네의원들이 경영난의 위기에 처해 있는데다, 2000년 7월 1일부터는 의약분업, 의보통합, 지불체계의 대변혁인 환자군별 포괄수가제(DRG), 요양급여비용 계약제(수가계약제), 심사기구의 독립 등의 조치가 연이어 시행되어서 급격한 보건의료 환경의 변화가 예상된다. 이처럼 급변하는 환경에 적절히 대처하기 위하여 새로운 제도를 더 잘 이해할 필요가 있다. 이에 현행 의료보험 수가체계의 획기적인 변화라고 할 수 있는 요양급여비용계약제(이하 수가계약제)와 수가계약제의 기준으로서의 의료행위별 상대가치의 개념, 개발과정과 의미를 논하고자 한다.

현행 의료보험 수가체계의 문제

우리 나라의 의료보험은 저부담-저수가-저급여 정책이다. 저수가정책의 출발은 지난 77년의 의료보험 도입과 함께 시작되었고, 전국민에게 확대된 89년에 더욱 왜곡되었다. 12년이라는 짧은 기간 내에 전국민으로 확대된 의료보험이 국민복지에 기여한 바는 과소평가 할 수 없으나 의료보험의 양적팽창에 정책적 우선순위를 부여함으로써 국민들의 부담을 최소화할 수밖에 없었고, 이것이 급여의 범위와 수가 수준도 함께 최소화한 근본원인 것이다.

현행 의료보험수가제도의 문제점은 첫째 정부가 고시하는 의료보험수가의 수준이 원가에 미치지 못하고 있기 때문에(64.8%) 의료기관 경영이 매우 어렵고, 둘째 항목별 수가의 불균형 때문에 진료행태가 왜곡되고 의료인의 배출 및 분포에도 악영향을 미치고 있으며, 셋째 수가구조와 개정 과정의 합리성이 미흡하여 수가조정이 체계적이지 못하며 동시에 관련 전문단체의 참여가 어렵다는 것이다.

정부는 보험재정과 물가정책만을 고려한 상태에서 보험수가의 인상률을 정해 왔기 때문에 요양기관의 요구가 반영되기 어렵게 되어 있다. 저수가정책은 의료기관의 재정상태를 기형적으로 만들었을 뿐만 아니라, 의료보험 제도에 대한 국민의 불만을 팽배시키는 결과도 낳고 있다. 보험료가 적고 경질환 진료에 대한 본인부담금이 낮은 반면 중병에 걸렸을 때는 비급여 항목이 지나치게 많아서 보험으로서의 역할을 제대로 수행하지 못하고 있기 때문이다.

의료행위 상대가치 개발 배경 및 경과

1. 배 경

우리 나라에서 자원기준 상대가치가 거론된 것은 1990년이며, 이후 1992년 연세대 보건정책 및 관리연구소에서 미국 메디케어 의료수가와 우리의 보험수가와 비교하여 수가 간의 불균형이 47배까지 존재한다는 것을 밝힌 바 있다. 정부에서도 이러한 문제점을 인식하고 1994년 '의료보장개혁위원회'에서 상대가치를 이용한 의료보험수가 구조개편이 제안되었으며 이를 위해 '의료보험수가구조개편협의회'를 구성하였다. 대한의사협회에서는 상대가치가 우리 나라의 의료수가문제를 해결하는 방안으로 인식하고 이를 위해 1995년 5월부터 한국표준의료 행위분류(KCPM, Korean Classification of Procedures in Medicine) 제정 작업을 시작하여 1년간의 기간과 24개 학회가 참여하여 이를 완성하였다. 1996년 6월 보건복지부, 대한의사협회, 대한병원협회, 대한

치과의사협회가 공동 출연하여 의료보험수가구조개편을 위한 상대가치 개발 연구를 연세대학교 보건정책 및 관리연구소에 용역을 주어 1997년 10월 연구가 완료되었다.

2000년 7월부터 국민건강보험법의 시행으로 정부가 일방적으로 고시해왔던 의보수가를 의료공급자(의약계)와 보험자(국민건강보험공단) 사이의 계약으로 전환하도록 하는 수가계약제가 시행된다. 이 수가계약제 아래에서는 상대가치에 대한 환산점수를 정함으로써 수가가 결정되게 된다.

2. 의료행위의 분류와 상대가치의 개념

의료행위란 의학의 학문적 성과를 현실에서 구체화시키는 과정이다. 그러므로 의료행위의 합리적 분류와 정리를 통하여 의학의 과학성을 담보할 수 있다. 의료행위에 대한 과학적 분류체계에 대한 정리는 1976년 WHO가 International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)을 정리 발간한 것이 최초이다. 이후 미국의사협회(AMA)에서는 1966년 메디케어에 대한 적용을 위하여 표준의료행위분류(CPT; Physicians Current Procedural Terminology)를 만들었으며 이후 매년 보완하고 있다.

1970년에 하버드대의 Dr. Hsiao가 의사의 진료행위에 투입되는 총 자원을 바탕으로 한 자원기준 상대가치(RBRVS, Resource-Based Relative Value Scale)를 도출하는 공식을 발표하고 이 공식을 이용하여 CPT에 대한 RVS를 도출하는데 적용하였다. 자원기준 상대가치는 의료행위에 투입되는 자원을 기초로 산출한 상대적 가치이다. 이는 전문직업인인 의사들이 시행하는 의료행위에 대한 보수를 결정하는 것이 용이하지 않기 때문에 절대적 가치가 아닌 상대적 가치로 접근하여 점수화하고 이를 금액화하는 환산지수를 통해 보수를 결정짓는 수가보상의 방법으로 1992년부터 미국 메디케어의 요양급여에 사용되고 있다. 상대가치를 메디케어 지불의 근거로 삼는 미국은 의사비용과 의료비용을 엄격히 구분하고 있는 분업화의 본보기를 가진 수가체계를 갖고 있다.

RBRVS의 의료수가 모형은 아래와 같이 상대가치와 환산지수의 결합으로 이루어진다. 이러한 의료수가 모형을 제시한 것은 두 성분의 특성이 상이하고, 그 값의 변동기간에 차이가 있기 때문이다. 즉 상대가치는 의료내적 특성(의학의 발달, 의료기술의 발전 등)을 반영하며, 환산지수는 의료외적 특성(임금 및 물가의 변동 등)을 반영하고 있다.

의료수가=[상대가치(의사 업무량)+상대가치(진료비용)]X환산지수

이 RBRVS를 산출하는 공식의 기본 바탕은 가능한 합리적으로 의사의 업무량을 측정하는데 있다. 즉 의사의 업무량은 직접 의료서비스를 시행하는 업무(Intraservice work)와 의료서비스 전,후의 업무(pre & postservice work)를 측정한 양에 실제 비용과 졸업 후 훈련 기회비용을 곱하여 RBRVS를 결정한다. 여기에 필요한 Intraservice work를 측정하기 위해서는 1) 시간, 2) 정신적 노력, 3) 지식 및 판단력, 4) 기술, 5) 육체적 노력 및 6) 스트레스 등의 6개의 지표를 객관적으로 만들어 작성하며, pre & postservice work에는 사용한 시간과 시간당 업무량 비의 함수로 계산한다.

예를 들면 의사의 업무량은 호흡곤란을 주소로 내원한 50세 남자에서 병력청취 및 심음을 포함한 내과적 진찰을 시행함을 의사업무량 100점으로 정하였을 때, 32세 여자가 우하복부의 통증으로 외래를 처음 방문한 그 환자의 진찰에 소요된 의사의 업무량을 상대가치로 나타낸 것이다.

3. 한국표준의료행위 분류 및 상대가치 개발 과정(표 1)

4. 표준의료행위 분류체계(표 2)

표준의료 행위 용어 분류체계는 각각의 의료행위 항목에 6자리의 번호를 부여함으로써 이루어진다. 앞의 2자리는 대분류나 중분류 상의 의료행위의 항목의 위치를 나타내고(예: 29: 핵의학 영상검사), 뒤의 2자리는 세분류 또는 세분류 내에서의 위치를 나타낸다.(예: 08: 폐) 점(.) 이후의 2자리는 세분류 내에서의 항목에 대한 일련번호를 표시한다.(예: 00: 환기 스캔, Xe-133)(표 3)

표 1. 한국표준의료행위 분류 및 상대가치 개발과정

구분	내용	주관기관
기술적 조정	1단계 : 의료행위 항목의 기술	의사협회
	2단계 : 의료행위 항목의 상대가치 산출 의사업무량 상대가치 진료비용 상대가치	의사협회, 연구기관
	3단계 : 상대가치의 환산지수 결정	복지부 연금보험국
정책적 조정	4단계 : 의료보험 수가의 정책적 조정	의료보험 심의 위원회 복지부, 재경부 소비자단체 보험자단체 의료계

표 2. 표준의료행위 분류체계

항 목	대분류번호	
Ⅰ. 예방의료 및 건강증진	11-12	
Ⅱ. 진찰 및 관리	13-19	
Ⅲ. 검사	21-39	기능검사, 영상검사, 생검 및 검체 채취, 병리검사
Ⅳ. 내시경	41-45	
Ⅴ. 치료 및 처치	51-74	정신치료, 비관혈적 처치, 관혈적 처치, 마취, 치료방사선
Ⅵ. 재활	81-84	

표준의료행위 분류개발항목: 8,445개 항목(1997. 10)

표 3. 표준의료행위 분류체계의 예

분류기호	의료행위명	의사업무량 상대가치	진료비용 상대가치	상대가치합
2908.00	폐환기 스캔, Xe-133	43.87	751.20	795.07
2908.01	폐환기 스캔, aerosol	43.87	751.20	795.07
2908.03	폐환기 스캔, Technegas	42.36	751.20	793.56
2908.05	폐환기 스캔	44.20	500.80	545.00
2908.10	폐환기 스캔, 영역별 관류비	39.89	500.80	540.69
2540.05	위장조영촬영	111.05	473.82	584.87
4342.00	상부소화관내시경검사(단순)	125.62	432.79	558.41

5. 환산지수의 개발

연구에서는 상대가치를 금액으로 바꾸어주는 환산지수는 네 가지 방법을 사용하여 산출하였다. 첫째, 급여의 변동이 없으며 의료보험재정에 변동을 주지 않는 재정중립에 의한 환산지수, 둘째 현재 의료보험료 인상률을 적용할 때 적용하고 있는 경영수지분석을 통해 의료기관 단위에서 수입과 비용의 균형을 맞추기 위한 경영수지분석에 의한 환산지수, 셋째 자원기준상대가치를 적용하였을 때 얻을 수 있는 총수입이 그 의료기관에서 사용하는 총비용과 같다는 조건을 만족하는 원가분석에 의한 환산지수, 넷째 의료의 질을 높이기 위하여 투자를 늘릴 경우 소용되는 비용을 계산하여 추가적인 수가 인상율을 감안한 의료의 질향상을 위한 환산지수를 산출하였다(표 4).

상대가치 개발의 영향

본래 취지대로라면 RBRVS가 시행된다면 현행 의료보험수가보다 약 30% 정도의 수입증대가 있으리라고 예상된다(3년동안, 매년 10%)씩, 또한 원가분석에 의한 환산지수를 적용하여 시행효과를 분석한 결과 1년간 급여 의료비 총액을 기준으로 한 경우에는 약 54.32%의 의료비가 증가하였는데 이중 기본진찰료의 경우는 64.0%, 검사료는 4.1%, 투약 및 주사료는 59.4%, 처치 및 수술료는 69.3%씩 증가하게 된다(1998. 대한의사협회).

수가계약제

1. 수가계약제란 무엇인가?

정부는 그동안 의료보험수가를 일방적으로 고시하였다. 그러나 앞으로 수가계약제가 시행되면 의료보험수가는 보험자와 공급자(의료계) 두 당사자들 간의 계약에 의해서 결정된다. 2000년 7월 1일부터 시행된 건강보험법 제42조 1항을 보면 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한다고 되어 있다. 이의 취지에 대해서는 의약계와 학계 모두 긍정적인 반응을 보이고 있다. 이런 취지만 본다면 겉으로는 의료인들에게 상당히 유리한 조건을 보이는 듯하다.

2. 수가계약제에 대한 논란

현재 정부가 제시하고 있는 수가계약제는 계약당사자인 보험자와 의약계간의 형평성에 문제가 있으며, 계약 내용과 범위가 제한되어 있고, 계약이 체결되지 않는 경우에 문제가 있다.

건강보험법 제42조 1항에 의하면 계약의 당사자는 국민건강보험공단과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자로 비용계약의 이해 당사자인 보험자와 의약계간의 계약이라고 명시하고 있다. 따라서 계약 당사자가 아닌 복지부를 포함한 기관이나 단체는 제3자적 입장에 처해 있는 것이다. 비록 복지부가 건강보험사업을 관장하고 있으나 수가계약에 있어서는 중립적 입장을 유지해야 한다. 그러나 법 제42조 6항에는 보험자측 계약당사자인 공단이 건강보험심사평가원에 자료를 요청할 경우 성실하게 제공하도록 하고 있으나, 의약계의 요청에 대해서는 법규정이 없다. 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하는 심사평가원은 그 설립 취지에 따라 보험자와 의료공급자 사이에 중립적 위치에 있어야 한다. 그러므로 심사평가원은 공단과 의료공급자를 동등하게 취급해야 하나 법상으로는 평등이 보장되지 않는다.

표 4. 대안별 환산지수(1997, 연구보고 결과)

	방법	환산지수(원/점)
현상유지	재정중립	32.923
	경영수지분석	34.266
의료의 질향상	경영수지분석에 의한	38.032
	원가분석에 의한	56.365

표 5. 국민건강보험법 및 시행령

법	시행령
제 4 조 (건강보험심의조정위원회) ① 제39조 제2항의 요양급여의 기준과 제42조 제3항의 규정에 의한 요양급여비용 기타 건강보험에 관한 주요 사항을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 건강보험심의조정위원회(이하 "심의조정위원회"라 한다)를 둔다. ② 심의조정위원회는 다음 각호의 위원으로 구성한다. 1. 보험자·가입자 및 사용자를 대표하는 위원 8인 2. 의약계를 대표하는 위원 6인 3. 공익을 대표하는 위원 6인 제42조 (요양급여비용의 산정 등) ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다. ② 제1항의 규정에 의하여 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 각 요양기관간에 체결된 것으로 본다. ③ 제1항의 규정에 의한 계약은 계약기간의 만료일 전 3월 이내에 체결하여야 하며, 그 기한 내에 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. ④ 제1항 또는 제3항의 규정에 의하여 요양급여비용이 정하여지는 경우에 보건복지 부장관은 그 요양급여비용의 내역을 지체없이 고시하여야 한다. ⑤ 공단의 이사장은 제1항의 규정에 의한 계약을 체결하는 때에는 제31조의 규정에 의한 재정운영위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다. ⑥ 제55조의 규정에 의한 건강보험심사평가원은 공단의 이사장이 제1항의 규정에 의한 계약을 체결하기 위하여 필요한 자료를 요청하는 경우에는, 이에 성실히 응하여야 한다. ⑦ 제1항의 규정에 의한 계약의 내용 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. 제83조 (자료의 제공) ① 공단 및 심사평가원은 국가·지방자치단체·요양기관 기타 공공단체 등에 대하여 건강보험사업을 위하여 필요한 자료의 제공을 요청할 수 있다. ② 제1항의 규정에 의하여 자료의 제공을 요청받은 국가·지방자치단체·요양기관 기타 공공단체 등은 성실히 이에 응하여야 한다.	제23조 (요양급여비용계약의 당사자인 의약계를 대표하는 자) ① 법 제42조 제1항에서 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자라 함은 제2항 내지 제4항의 규정에 의한 요양급여비용협의회(이하 협의회라 한다)의 위원장을 말한다. ② 협의회는 다음 각호의 위원으로 구성한다. 1. 의료법 제3조의 규정에 의한 종합병원·병원·치과병원·한방병원 및 요양병원을 개설한 자가 설립한 전국적 조직을 가지는 각 단체의 장 2. 의료법 제26조의 규정에 의하여 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사가 설립한 전국적 조직을 가지는 각 단체의 장 3. 약사법 제11조의 규정에 의하여 설립된 전국적 조직을 가지는 단체의 장 4. 지역보건법에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 보건진료소를 대표하는 자로 보건복지부장관이 지명한 자 5. 기타 의약계를 대표할 수 있는 자로서 제1호 내지 제3호의 규정에 해당되지 아니하는 자중 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 자 ③ 제1항 및 제2항의 규정에 의한 협의회의 위원장은 협의회의 위원중 호선된 자로 한다. 제24조 (계약의 내용 등) ① 법 제42조 제1항의 규정에 의한 계약은 제2항의 규정에 의한 각 요양급여의 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 체결한다. ② 요양급여의 상대가치점수는 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목간에 상대적 점수로 나타낸 것으로 하되, 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 이를 고시한다. ③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제39조 제1항 제2호의 약제·치료재료에 대한 비용은 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 정하여 고시하는 금액의 범위안에서 요양기관이 당해 약제 및 치료재료를 구입한 금액으로 하되, 약제 및 치료재료 구입금액의 결정기준·결정절차 기타 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. ④ 제1항의 규정에 의하여 계약을 체결할 때 상대가치점수가 고시되지 아니한 새로운 요양급여항목의 비용에 대한 계약은 제2항의 규정에 의하여 동 항목의 상대가치점수가 고시되는 날에 계약이 체결된 것으로 보되, 요양기관이 동 항목에 대한 요양급여를 최초로 실시한 날부터 이를 적용한다.

또한 수가계약당사자인 공단 이사장은 수가계약시 공단 내 재정운영위원회의 심의 및 의결을 거쳐야 하며 또한 복지부장관은 계약의 금액 등에 대해 공단에 의견을 제시할 수 있으므로 이는 공단 이사장의 계약에 대한 탄력성을 제한하게 되는 결과를 초래하고 비용계약에 있어 재정운영위원회의 역할이 중요하게 된다.

수가계약의 내용과 범위를 보면, 요양급여의 기준, 약제 및 재료비의 상한가 설정, 요양급여별 상대가치 점수 등을 복지부 건강보험심의조정위원회의 심의를 거쳐 복지부장관이 결정한 후 약제 및 재료비 등을 제외한 행위료(기술료)에 대한 점수당 단가만을 계약의 대상으로 하도록 시행령에 규정되어 있다. 이에 대하여 의사협회는 요양급여 8가지를 모두 계약의 대상에 포함시키는 것이 계약의 취지에 합당하다고 주장하고 있다(표 6).

계약 시행 3개월 전까지 계약이 체결되지 않을 경우 심의조정위원회의 심의를 거쳐서 복지부장관이 수가를 고시하도록 되어 있다. 여기에서 일종의 중재기구인 심의조정위원회의 인적구성은 양당사자간의 형평성이 보장되어야 하므로 의약계에서 추천하는 자와 공단에서 추천하는 자는 물론 양 당사자가 추천하는 공익대표도 포함돼야 할 것이다. 참고로 독일은 연방보험의사협회와 연방질병금고협회간에 총괄계약을 체결하는데 계약 불성립의 경우 중재청의 다수결 판단에 의한다. 중재청은 의사협회 및 금고협회의 대리인이 각각 동수로 참가하고 3인의 공익대표가 참여하게 되어 있다.

수가계약의 기본적인 원칙은 당사자간 형평성이 존중돼야 함에도 불구하고 건강보험법상 수가계약

표 6. 수가계약제 범위에 대한 상반된 입장

쟁점	정부	의사협회
수가계약의 대 상	· 약제비와 재료비를 제외한 의료행위(기술)에 대한 상대가치 점수당 단가만 계약대상으로 하고, 나머지는 보건복지부가 결정.	· 현재 약제비와 재료비가 실구입가제로 보상되지 않고 있기 때문에 계약의 대상에서 제외할 수 없다. · 요양급여의 대상은 □ 상대가치 점수 □ 상대가치 점수당 단가 □ 총인상율, 진료행위부문별, 기본진료료 등 □ 의약품 보상가격 □ 특정 치료 재료대 □ DRG수가 □ 신의료기술 등 수시 추가 인정 보험급여 대상수가 □ 진료수가 산정지침(심사지침)의 요양급여 대상이 여덟 가지이므로 당연히 계약의 대상에도 포함되어야 한다. · 상대가치 점수당 단가만을 계약대상으로 하는 것은 보상할 비용을 결정하는 여러 단계중 한 단계에만 국한된 것으로 전체적 합리성을 보장할 수 없으며, 계약범위를 최소화하여 계약제의 본질을 크게 훼손시킬 우려가 있다. 그러므로 비용계약의 내용은 전 단계로 확대돼야 한다. 또한 포괄수가제가 실시될 경우 포괄수가 역시 계약 대상에 포함시켜야 한다.
수가계약의 내 용	· 복지부장관이 고시로 정한 상대가치 점수당 단가 비용결정의 마지막 단계인 점수당 단가만을 고려	· 요양급여기준을 결정하는 과정에서부터 상대가치의 결정, 상대가치점수의 점수당 단가를 결정하는 모든 과정에 의료계가 참여해야 한다

의 관련 조문이나 정부당국의 태도를 보면 간섭으로 일관하는 규제된 계약이고, 계약제와 고시제가 혼합된 반계약 반고시제의 인상을 주고 있다. 수가계약제가 성공적이고 효율적으로 체결되려면 정부의 간섭은 배제되고 보험자와 의약계의 대표자간에 타결을 보도록 해야 하며, 그러기 위해서는 건강보험법 제42조 3항, 6항의 내용이 수정돼야 하고, 시행령 제24조를 수정 보완해야 한다.

3. 수가계약제와 관련한 의사협회의 요구안 (2000-8-30)

1) 쌍무협상의 원활한 진행과 성공적인 계약체결을 유도하기 위하여 각 의료부문별로 「요양급여비용계약추진협의회」를 설치. 동 위원회는 의약계와 공단이 동수 참여하여 공익대표가 위원장을 맡아 요양급여비용의 결정에 영향을 미치는 제반요소들에 대한 충분한 검토와 협의를 거쳐 원활한 합의를 도모하라.

2) 요양기관 협의체의 대표는 그 동안 수가계약제를 연구하고 주장해온 의사협회의 회장이 담당하게 하여 수가 계약제 협의의 구성, 운영방안, 정책, 협상과정, 용역, 연구, 자료수집 등 총괄기능을 담당하게 하라.

3) 이의신청처리의 전문성을 보장하기 위해 심사평가원 이의신청위원회를 3개 부문(의과, 치과, 한의과)별로 설치하고 각 위원회에 관련 의료인단체에서 위원 4인 추천하도록 하라.

4) 요양기관과 의료보험관리공단과의 상호평등의 계약관계를 보장하라.

5) 요양급여비용의 공급자 측 계약주체를 각 의료부문 별 단위단체의 대표로 하라.

6) 심의조정위원회 산하에 의료계와 공단, 동수로 구성된 '중재소위원회'를 설치하여 계약을 알선, 중재토록 하고 동 소위원회에서 조정된 내용을 심의조정위원회에서 존중할 수 있도록 하는 절차를 마련하고, 소위원회의 구성, 운영에 관하여 필요한 사항을 법률로 규정하라.

7) 상대가치 점수 당 단가만을 계약하는 안을 철회하고 의료행위분류, 상대가치, 상대가치점수 당 단가, 요양급여기준, 심사평가기준, 급여/비급여의 분류, 약제 및 진료 재료대의 가격협약, 진료보수지불제도 등의 산출근거가 되는 주요 요소들을 계약범위에 포함하고, 모법에 어긋나는 시행령 24조를 개정하여 법 42조 1항을 준수하라.

4. 수가계약제 시행을 위한 준비

수가계약제의 실시는 계약이 체결될 경우는 커다란 문제점이 없어 보이지만 체결이 되지 않았을 경우에는 많은 문제가 내포되어 있다. 의료계는 나름대로의 준비를 통해 수가계약제가 좋은 방향으로 발전될 수 있도록 노력해야 한다.

수가계약은 매년 체결해야 한다. 올해만 넘긴다고 해서 해결될 문제가 아니기 때문에, 전문성을 갖고 이 작업을 연속적으로 수행할 수 있는 각 단체별 실무반을 편성해 자료수집, 분석, 토의 등의 절차를 밟아 범의료계 차원의 대책 및 협상기구를 안정적인 기구의 마련이 절실하다.