

# 의료보험수가의 현실화

이 종 길

(세브란스병원 행정부원장)

## 1. 서 론

의료인이 의료를 제공한 행위에 대한 대가로 지불되는 의료수가의 가격기준이 우리나라에서는 피보험자인 의료수요자와 의료기관인 공급자를 정부가 통제한다는 원칙하에 보험자와 의료기관의 계약에 의해서가 아닌 정부에서 정해지고 있으며 또 그 수가의 체계도 진료보수지불제도면에서 행위별수가체제를 선택하여 의료행위를 技와 物로 나누고 다시 技(skill)에 대해서는 약 1,600가지로 분류하고 藥 및 材料도 4,200여종으로 구분하여 각각에 대해서 원가를 부여하고 실제 행해진 진료내용중에서 행위부분에 대하여 일부 가산율을 적용하고 약에 대해서는 원가에 대해서만 보상하고 있다. 그런데 이러한 원가산출방식에서 내 개인적인 생각을 회의적인 결론을 지을 수 밖에 없다. 그 이유로는 77년 의료보험이 일부계층을 대상으로 최초로 시행될 당시 피보험자에 적용될 의료보험 진료수가를 제정하기 위하여 보사부 2인, 의협 4인, 병협 3인 등 9인으로 구성된 의료수가제정조사위원회가 구성되어 일본을 중심으로 각국의 의료보험제도를 참고로 하여 의료보험 진료수가기준액표를 제정한 것으로 되어 있으나 실질적으로는 수가를 정하는 기준에 있어서는 보사부에서 몇개 표준병원의 1976년도 연간수입액을 근거로 하여 마련된 안이 그대로 채택되었다고 한다.

이렇듯 그 객관타당성에 문제점을 노정한 의료보험

진료수가가 당시에는 의료계가 보험제도에 대해서 큰 관심을 보이지 못했던 탓으로 별 무리없이 시행되었고 또 정부 나름대로는 의료보험시행에 대한 시기적 급박감으로 선시행 후보완의 의지하에 시행되어 오늘날에 이르고 있으나 현재까지도 적정한 수가의 책정기준이 마련되지 못하였고 미봉책으로 2~3년마다 극히 부분적인 인상을 해줌으로써 원가에 접근하려고 했으나 그 인상률은 오히려 물가상승률에도 미치지 못하는 정도에 그쳐(표 1) 77년 당시 관행수가의 반에도 미치지 못한 수가는 의료보험실시이후 지금도 문제점으로 되어 있었다. 그런데 1989년 7월 1일 전국민의료보험을 실시하면서도 이런 문제점들이 극복되지 못하고 종전 시행되던 수가에서 9% 인상하는 수준(실질 인상률 5%)에 그쳐 논쟁의 불씨를 그대로 남겨 두었다.

우리나라의 의료공급의 대부분이 민간의료에 의하여 주도되어 왔으나 병원의 재정적 문제로 국가의 보조가 이루어진 적은 한번도 없으며 앞으로도 기대하기 어려운 실정이다. 따라서 병원의 운영은 스스로의 경영능력에 의존할 수 밖에 없는데 경영적자로 폐원을 하게 될 경우 그 원인이 내부적인 문제보다는 제도상에서 비롯된 것이라면 이것은 의료계에 국한될 문제가 아니라 국민건강보존차원에서 비난받아야 할 대상이라 생각된다.

정부의 방침이 아직까지 신생병원의 등장을 예로들어 병원경영을 낙관적으로 보고 있다면 큰 착각의 소치가 아닐 수 없다. 이런 점에서 의료보험수가의 현

〈표 1〉 연도별 보험수가지수 및 타물가지수의 비교

연 도	보험수가(A)	도매물가(B)	소비자물가(C)	의료부문(D)
1977	100	100	100	100
1978	100	112	115	111
1979	134	133	135	133
1980	160	184	174	176
1981	187	222	211	208
1982	200	232	227	235
1983	209	233	235	245
1984	209	234	240	250
1985	215	236	246	254
1986	221	229	252	263
1987	221	236	261	273
1988	248	240	279	291

자료 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 1988. 경제기획원 조사통계국, 한국통계연감 1987, 1988.

실하는 여러가지 풀어야할 과제들 중에 최우선순위가 아닌가 한다. 따라서 본 소고에서는 수가에 관련된 비현실적 문제점들을 다시 한번 조명해보고 개선안을 제시해 보고자 한다.

## 2. 현행수가의 문제점

현행 의료보험수가의 문제점으로 지적될 수 있는 것으로서 먼저 수가체계가 항목전체에 걸쳐서 단일수가를 유지하고 있는 즉 획일적으로 구성되어 있다는 것이다. 이러한 체계는 의료기관의 규모별(병상수, 인력, 장비, 시설) 의료수준별(일반의와 전문의) 의료등급별(일반의료기관과 고도의료를 담당할 수 있는 특수의료기관) 등이 전혀 고려되어 있지 않는 것이며 아울러 병원의 선택성이 배제되어 있는 점이다. 이런 문제점을 일부 보완하기 위해서 의료전달체계가 실시된 89년 7월 1일 3차 진료기관의 경우 30%, 종합병원 23%, 병원 13%, 의원 7% 등 행위료 가산율을 조정함으로써 의료기관의 등급을 3분류에서 4분류하는 신축성을 보이고 있으나 단일수가자체의 구조적 문제로 문제해결에는 큰 거리감이 있는 것이다.

다음으로 행위별수가체도의 문제인데 진료행위간의 수가가 형평 및 균형을 제대로 유지하여야 하나 수가의 책정당시 적용된 기준자체가 모호하여 합리성을 상실하였고 수가항목이 상당히 세분화되어 있다고는 하나 실제 진료비심사에 있어 의료의 특성 및 의료의 質的·量的 발전으로 인하여 그 이상의 유권해석이나 이에

준하는 진료비 심사지침이 생겨나 진료비심사기관과 요양취급기관과의 마찰이 끊이지 않고 있는 점이다. 특히 행위별수가제의 단점으로 지적되고 있는 과잉진료의 문제가 보험자단체에 의해 지나친 간섭으로 발전되어 진료의 기능과 진료의 질을 위축시키고 있다. 이것은 의료보험 요양급여기준에서도 잘 나타나 있는데 이 기준의 III. 진료기준 1. 다에 의하면 「진료는 의료보험진료기준에 의한 보편적인 진료를 하여야 한다」고 하여 마치 의료의 질적수준이 의료보험제도에서 급여하고 있는 수준정도로 보편화된 의료, 바꾸어 말한다면 진료의 평준화를 유도하는 뜻으로 풀이되며 실제적으로 진료비 심사기관에서는 이러한 기준을 대원칙으로 삼아 심사에 임하고 있다. 반면에 의료계에서는 몇차례의 경제개발계획의 성과로 국민경제가 성장함에 힘입어 세계적인 의료에 접근하기 위해서 부단한 노력과 아울러 많은 연구비를 투여하여 기초의 학의 발전은 물론 임상의학의 발전을 위해 人的, 物的 투자를 하고 있는 점과 너무나 대조적이 아닐 수 없고 국민의 건강에 직결된 양질의 의료발전에 위배되는 정책이라 아니할 수 없다.

다음으로는 수가를 조정하는 과정상의 문제점이다. 현행 의료보험수가를 공공요금의 하나로 보아 수가 그 자체를 정부가 통제하고 관리하고 있으며 이제까지의 수가를 조정하는 결정과정을 살펴보면 먼저 표본병원을 선정하고 그 표본병원의 수입, 지출구조를 파악하고 입원환자와 외래환자를 보험과 비보험으로 구분하여 입원, 외래별, 환자별수입률을 측정하고 차기년도의

총수입과 지출의 균형과 소비자물가를 고려하여 최종인상률을 결정하는데 이러한 수리적인상률의 자료는 한국생산성본부나 인구보건연구원 등에 용역을 주어 보고된 자료를 참작하는 정도로 이루어져 온 점이다.

그런데 이러한 수가정책의 문제점으로

첫째는 의료보험수가의 기준액 자체가 제대로 분석되어 정해지지 않은 상태에서 수가를 인상시킨다는 것은 체계성을 유지하지 못한 것으로 아무리 수가를 조정한다 하더라도 그 수가가 실제로 원가 이상인지 아닌지 조차도 알 수가 없는 수가의 기준성 문제가 대두될 수 있다.

둘째는 이러한 연구기관에 용역을 주어 연구를 맡기는 이유가 확실치 않다. 즉, 연구기관에 용역을 주었다면 그 연구결과를 참작하여 수가를 조정하여야 함에도 연구는 연구대로 뿐이고 실제로 수가기준을 정하는데 있어서는 연구결과와는 관련없이 정부의 경제정책상의 한자리 숫자로 수가를 책정하는 것이 상례처럼 되어 왔다는 점을 들 수 있다.

셋째는 연구기관의 연구방법상의 문제인데 지금까지 해온 과정을 보면 대부분 중소규모의 병원을 몇개 선택하여 일년동안의 수치분석을 통한 결과를 토대로 인상률을 택하고 있는데 해당 기관의 대표성 문제 즉 병원경영의 양호와 불량에 따라 결과치가 달라질 수 있을 것이고 또 병원회계표준화가 정해지지 않은 상태에서 어느 병원에다 그 기준을 맞추어야 할지가 뚜렷하지 못한 불분명한 상태에서 얻어진 결과의 신빙성 문제가 거론될 수 있다.

넷째로 지적할 수 있는 것은 인상수가의 실질인상률이다. 77년 이후 부정기적으로 비록 소폭이나마 수가가 인상조정되어 오고 있는데 이때 인상률의 산정기준이 애매하다. 일반적인 인상률의 산출방법은 여러가지가 있으나 주로 사용되는 것은 산술평균치와 가중평균치라고 볼 수 있고 인상의 방법도 원래 있던 기준가격에 인상가격을 적용시킨 후 인상률을 산출하는데 의료보험수가 인상의 경우는 먼저 인상률부터 정해 놓은 후에 원래 기준가격에 맞추어 가는 역산적인 정책을 취하여 온 것이다. 그런데 우리나라의 수가체계는 행위별수가제를 택하고 있어서 보사부에서 고시된 이 행위별 수가의 종류가 약 1,600여종에 달하고 있으며 각 행위를 기본진료료, 검사료, 방사선료, 주사

및 투약, 수술 및 처치료 등 10여가지 카테고리로 분류되어 어떤 부분에 어느 정도로 조정하느냐에 따라 그 결과가 달라질 수 있는 등 여러가지 변수가 작용하고 있는데도 이를 어떤 원칙아래 분배하여 결정하고 있는데 의문이다. 서론에서도 언급하였듯이 89년 7월 1일 수가인상률은 8%라고 하나 실질인상효과는 5%라고 하는 것과 일맥상통한 내용인 것이다.

### 3. 개선방안

수가에 관련된 문제점들이 이외에도 많이 있고 또 개선방안도 여러 각도로 논의될 수 있겠으나 조속히 시정을 요하는 부분은

첫째, 수가에 대한 기본골격의 재편성-단일수가제의 탈피이다.

자유민주사회에서 추구하고 있는 가장 아름다운 대원칙 중의 하나가 평등이지만 이 평등의 개념도 시대가 변천하면서 절대적 평등의 개념에서 상대적 평등의 개념으로 옮겨가고 있는 것은 周知의 사실인 것이다. 의료행위에 대한 보수를 지불한다는 측면에서 볼때에도 이러한 원칙의 적용은 너무나 당연하다고 보고 싶다. 따라서 아무리 의료보험에 관련된 제도가 국가주도하에 수행되고 있다고 하여도 이들 보수에 대하여 평등의 원칙을 무시할 수는 없는 것이다. 오랜 세월동안 상당한 경험 지식 경륜을 쌓아온 의사와 그렇지 않고 이제 전공의과정을 거친 의사와의 보수가 동일하게 적용된다는 것은 절대적 평등에 입안된 과오라고 생각되므로 현재 단일수가체제로 구성된 수가를 몇가지 수가체제로 편성하여 운영하는 것이 바람직하다고 생각한다.

둘째, 수가에 대한 원초적인 원가분석작업이 새로이 시도되어야 하겠다. 이를 위해 77년도에 의료보험수가를 제정하기 위하여 조사되었던 각종 입안자료들이 공개되어야 할 것이다. 대외비정책이 오랜 관료사회의 관습인양 되어왔으나 내외의 환경변화가 이제는 공개 행정쪽으로 흐르고 있다는 것을 주시해 볼 필요가 있다. 이해당사자들이 납득할 수 있는 행정이 오히려 효과를 거둘 수 있을 것으로 보인다. 과거의 자료를 평가, 분석하고 의료기관과 서로의 머리를 맞대고 애로사항을 논의하고 합리적인 기준점을 찾는 새로운 수가작업이 시도되어야 하겠다. 또한 원가분석의 방법이 대부분

인건비, 재료비, 관리비로 구분하여 산정되는데 가장 비중이 높은 인건비에 있어서도 부분인건비를 공통적으로 각 의료기관에 적용할 수 있는 기초비용을 산정한다는 것이나 재료비의 경우 시술별로 사용되는 재료의 표준화가 먼저 논의되어야 하는 것과 관리비의 경우도 병원의 경영상태에 따라 많은 격차를 보일 것이므로 병원회계표준화가 선행되어야 하는 등 난제들이 많이 가로 막을 것이다. 그러나 시간이 걸리더라도 기초적인 작업이 시작되면 그 과정에서 나타나는 애로사항들은 합의하에 해결해나가면 되리라고 보여지고 이렇게 한번 기초가 다져지면 그 다음은 시간이 흐르면서 개선 보완되어 나갈 것이므로 토대마련이 중요하다고 보여진다. 그리고 원가분석에 대한 조사병원을 가능하다면 전국병원에 대한 원가분석을 하는 것이 보다 근사치에 가까워지는 것이나 불가능하다면 표본 대상의 병원의 수를 충분하게 늘리도록 하여야 하겠다.

셋째, 다원화된 수가표 제정과 보험자와 의료기관의 계약제 운영이다. 우리와 유사한 수가체계를 운용하고 있는 이웃나라 일본에서는 진료수가 기준액표가 甲表, 乙表로 구분되어 甲表는 종합병원, 乙表는 의원급이 선택 사용하는 제도를 택하고 있다. 외국의 제도를 무비판적으로 수용한다는 측면이 아니고 보다 깊은 성찰하에 검토해 볼 가치는 있다고 생각된다. 우리의 경우 예를 들자면 의원급을 중심으로 하여 기본진료료 비중을 높게한 수가표, 대학병원의 특수성을 감안하여 수술료 비중을 높게 한 수가표, 기타 검사부분을 높게한 수가표라든지 또는 이런 부분들을 서로 혼합한 수가표 등 3~4가지로 구분된 수가표를 제정하는 것이다. 그 다음으로 이렇게 제정된 수가표를 정부의 일방적이고 획일적인 운용에서 벗어나 보험자와 의료기관의 자율적인 계약에 의해 운영되도록 하는 것이 바람직하다고 생각된다.

넷째, 현행수가가 현실적으로 높으나 낮으냐를 논의하기 전에 반드시 개선되어야 할 점은 당연히 보수로 지불되어야 할 부분들이 현행 의료보험진료수가 기준액표상에 전혀 등재되어 있지 않아 보상이 되지 않고 있는 부분들인데 그 예를 들어 본다

(1) 외래에서 인정되고 있는 조제료가 입원환자의 경우 인정되지 않고 있는 점

(2) 수술 및 처치시에 사용되는 고가의 재료를 대부분

인정하지 않고 있으며 설사 인정되는 부분이라 할지라도 단 1%의 마진의 보장도 없이 실구입가대로 산정하도록 되어 있는 점

(3) 환자치료상 불가피하게 사용된 수입의약품도 수술 및 처치에 사용된 재료대와 마찬가지로 실구입가대로 산정하도록 되어 있는 점

(4) 고도의 시술행위 즉 미세수술(microsurgery) 또는 레이저(laser)에 의한 시술이 각 분야에 확대되어 가고 있음에도 전혀 인정하고 있지 않는 점

(5) 근로기준법상에 1일 법정근로시간을 8시간으로 규정하여 그 이외시간에 근무를 할 경우는 정상근로시간임금의 150%를 시간외수당으로 가산하여 지급하도록 되어 있으나 현행 의료보험수가기준에는 진찰료는 19시부터 익일 09시까지만 소정금액의 50%를, 수술 및 처치에는 20시부터 익일 08시까지 소정금액의 40%를 가산토록되어 있어 근로기준법에서 정한 시간대와 맞지 않음을 물론 검사, 방사선 등의 진료항목에는 적용규정이 없어 근로기준법에서 보장하고 있는 근로자의 보사에 대한 기준을 의료보험진료수가기준에서 충분히 수용하고 있지 못한 점 등이다.

#### 4. 결 어

끝으로 전국민 의료보험실시, 의료전달체계구축, 의약분업실시 등 붓물터지는 의료정책변화의 흐름속에서 의료계는 이 시험을 일대과도기적 성숙의 단계로 평가하지 않을 수 없는 동시에 커다란 위기상황속에 접어 있다고도 보여진다. 모든 의료기관이 국민보건의료에 관한 소임을 다하고 이 어려운 고비를 무난히 넘긴다면 2천년대는 우리나라의 의료수준이 세계적인 수준에 도달할 수 있게 될 것이라 본다.

90년 2월 수가개정을 앞두고 정부에 강력히 건의하는 바는 89년 6월에 일어난 요양취급기관 지정서반납 및 진료거부 등의 불미스러운 일이 왜 일어났는가를 분석하여 수가개정에 임해야 할 것으로 믿는다. 당시에 의료계에서도 단지 몇 % 인상해달라는 주장보다는 수가의 현실성주장이 더 지배적이었으므로 정부에서도 단편적 수리에 연연하지 말고 거시적 차원의 해결방안을 모색하여야 할 것이다. \*