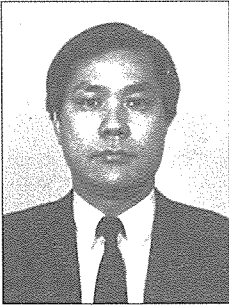


치과의료보험의 정책과 개선방향



서영수/대한치과 의사협회
보험이사

치과의료보험의 문제점

불합리한 치과의료보험 수가체계

치과의료보험의 시작은 최소한의 기초치료였다. 전체 치과진료 수입에 비하면 보험비중이 극히 적었다. 관행수가의 절반정도밖에 안되는 봉사수가였어도 보험항목이 적은 것만 해도 고맙게(?) 생각한 치과계는 소극적이었다.

의과분야의 사활을 건 적극적 자세와는 대조적이었다. 보험자측에서도 경영압박을 고려해서 치과분야의 봉사수가보다 위료수가의 은전을 베풀었다. 치과분야와 의과분야의 형평성을 잃게 하는 원인이었다. 그간의 수가인상, 항목신설, 개선요구도 이와 맥을 같이 하였다. 그 결과 치과분야의 의료보험수가는 정부 공식 인상률의 평균 76.65%(95년)에 불과했고, 의과의 평균인상을 124.95%에 비하면 의과의 61.3% 수준이었다.

의과중심의 의료보험체제하에서 치과분야의 수가인상을 별도 관리, 보험비중이 낮아 인상요인이 적다는 점, 보험재정보호를 위한 항목신설의 억제 등이 그 배경을 이루고 있다. 의료보험 초기의 기초치료 항목(44개항, 75개 수가)이 20년이 지난 지금 거의 모든 진료에 확대 적용되고 있음에도 60여개 항목 120여개 수가에 불과하다.

진료수입도 비보험 중심에서 보험중심으로 바뀌고 있다. 게다가 치과의사 수나 치과의료기관 수의 증가율은 의과분야를 앞지르고 있고, 그만큼 보철, 교정 등 비급여 진료수입은 격감되어 의과보다 경영압박이 가중되고 있다. 이 와중에 21세기를 목전에 두고 노인틀니 등 급여범위를 더욱 확대해나갈 전망이다. 의료보험 초기에 보험비중이 무시할 정도여서 큰 영향이 없을 것이라고 미소 짓던 치과분야는 세월이 갈수록 보험에 의존하는 일그러진 얼굴이 되어, 우거지상이던 의과분야의 퍼진 얼굴과는 대조를 이룬다.

없애야 할 준용제도

치과의료보험 발전의 또 하나의 걸림돌은 보험항목으로 명시되지 아니한 항목을 유사항목수가에 준용하는 제도이다. 의료보험 제정을 보호하기 위해 신설항목을 최대한 억제하여 봉사수가에 묶어 놓고, 모든 의료를 보험화시키면서, 그로 인한 수가인상요인을 없애자는 데 있다. 치과계는 학문이나 의료기술이 과거 10년에 비해 엄청난 발전을 했는데 83년 이후 14년간 신설항목은 5개에 불과하며, 치과의료야 미분화의 초기 단계에 계속 머물고 있음을 알 수 있다. 그만큼 국민이 새로운 양질의 의료혜택을 못 받고 있는 셈이다.

현재 보철, 교정 등 비보험 분야를 제외하고도 일반수가 항목이 3, 4백여개에 달하며, 특히 표준치과의료 행위 분류에 의하면 이것의 배에 달하는 수가 항목이 있는데도 이 모든 행위를 현재의 60여개 항목 1백20여개의 수가에 준용하라는 '하면 된다'는 군인정신이 잘 배어든 제도이다.

엄연히 난이도나 진료시간이 다른 독립된 행위인데도 합리적 수가 보상을 기피함은 의료의 왜곡을 조장하는 것이며 결국 국민이 피해를 보게 된다.

국민소득이 높아지고 국민의 의료욕구도 높아진 지금은 생존이 문제였던 과거와는 다르다. 한국 의료관리연구원 발표에 따르면 94년 의료비 중 각계 직접부담률이 53.4%에 이르고 정부나 의료보험, 산재 등 공공부분 부담률은 28.5%에 불과해서 개도국 30%에도 못 미치는 실정의 정부는 타분야의 할 일도 산적해 있으니 국민과 의료인은 어려움을 참고 복지국가 건설에 협조해 달라는 얘기다. 우리나라의 위상이 무조건 참고 견디는 미덕만을 강조하는 수준은 아니다.

하루빨리 의료의 미분화와 하향평준화를 지양하고 의료의 전문화, 신기술의 흡수를 뒷받침해서 질높은 의료혜택을 받을 수 있도록 준용제도를 폐지하는 전진적 자세가 필요하다.

자율지도의 개선

의료의 하향평준화. 이것도 의료보험의 대명사이다. 앞서의 여러 요인 외에도 자율지도라는 제도가 큰 역할을 하고 있다. 건강진료비, 건강래원일수, 건강투약일수를 전국 평균치와 비교하여 개인적 수치가 일정을 이상되면 별점을 주고 누적되면 실사를 통해 낮추도록 유도하는 제도이다.

기계를 고치는 것도 아닌데, 환자와 의사에 따라 개인차가 있을 수가 있고, 치료절해도 다를 수 있는데 전국 평균의 틀에 맞추어 넣음은 규격진료를 하라는 말이다. 특히 치과분야의 치주치료는 이 제도의 엄청난 희생물이다. 치과의 2대 질환의 하나이고 국민의 80% 이상이 치주질환을 앓고 있는데도 실제 보험청구 빈도는 5% 이내에 머물고 있다.

더욱이 치과의 평균진료비 개념은 의과와는 사뭇 다르다. 의과는 의원급일 경우 대부분 상병명이 하나인 경우가 많다. 그러나 치과는 우식증, 치주염, 치수염 등 다양한 상병명을 동시에 치료하는 경우가 허다한데 상병명이 몇 개이든 명세서상 맨 상단의 상병명을 기준으로 평균진료비를 산출해서 그 규격에 맞추는 것이다. 전산처리의 어려움을 이유로 그 불합리성을 개선하지 못한다고 하나, 이 제도는 진료비 심사와 직접 연계되어서 심사를 까다롭게 할수록 평균진료비는 더욱 낮아, 진료비가 왜곡될 수 있다.

게다가 상병명에 따른 통계는 순수한 그 상병명의 통계가 아니므로 보험제정을 보호하는 의미로 아무런 통계적 의미도 없다. 치과의 평균진료비 제도의 개선, 상병명당 평균진료비 개념, 평균진료비에 대한 가중치의 폭 등 조속한 개선책이 필요하다.

상대가치기준에 의한 수가구조의 개편

의료보험 수가구조의 불합리성을 개선하기 위해 보건복지부에서는 상대가치기준에 의한 수가체계를 연내에 마쳐서 내년부터 단계적으로 실시하겠다고 발표했다. 그러나 이 수가체계는 원산지가 미국인데다, 우리의 의료체계와는 다르고 더구나 치과의 경우는 연구된 바도 없다.

그런데 우리나라에서는 치과분야까지를 포함해서 모든 의료행위를 기준 서비스를 중심으로 상대적 업무량을 산출하고 그에 따라 진료비용을 배분하여 원가를 산출한다는 것이다. 이론적으로는 맞을지 모르나 치과의 경우 의과와 다른 특수성이 있고 또 포괄적 개념의 진료가 많아 이를 행위별로 정확하게 구분하는 어려움도 따른다.

결과에 많은 논란이 예상되며 설령 좋은 결과가 나왔다고 해도 정부의 재정지원 없이 물가안정논리에 끌려간다면 이 연구는 오히려 왜곡 적용될 소지도 있다.

치과의료보험의 개선

의료보험의 제반 문제점을 해결하기 위해서는 불합리한 수가구조가 무엇보다 먼저 개선되어야 한다. 상대가치 연구에 많은 기대를 걸고 있으나 어떤 결과가 나올지는 모르고 연구가 잘못되어 현수가수준보다 낮게 나온다고 해도 의료기관의 경영압박의 골간이 되고 있는 현 의료보험수준의 수가보다 최소한 낮아서는 안된다. 현수가보다 높은 수준의 진료항목에 대해서는 과감한 개선이 있지 않으면 안된다.

심사상 불합리한 점, 자율지도, 항목준용제도 등은 양질의 진료를 위해 개선되어야 한다. 의료보험의 규격진료를 고집하면 그만큼 진료는 왜곡될 수밖에 없다. 심사기구도 독립시켜서 삭감을 위한 심사가 되어서는 안되며, 치과의료의 발전에 부응하여 항목신설도 적극 검토해야 한다.

70세 이상 노인들니를 내년부터 보험급여화하여 단계적으로 실시하겠다고 정부는 밝히고 있다. 매우 우려할만한 일이며, 의료보험이 안고 있는 문제점을 또다시 되풀이하겠다는 의지로밖에 보이지 않는다. 저수가-저부담-저만족의 의료보험 등식으로는 노인들니는 풀리지 않는다.

저만족 틀니란 쓸 수 없는 틀니를 의미하기 때문에 충분한 정부지원 없이 생색내는 저질틀니는 의사환자의 마찰, 환자의 불만, 의료자원 낭비만 초래할 뿐이다. 의료보험의 급여기간 연장과 컴퓨터 단층촬영의 급여범위 확대로 의료보험 관리공단의 제정이 내년이면 '바닥'을 드러낼 것 같다는 급여비 지출의 심각한 문제가 거론되는 이 마당에 노인들니 급여는 신중한 재고를 요한다. 실시한다면 보험급여가 아닌 노인복지차원의 현금급여가 타당하리라 생각된다. '삶의 질'을 위한다면 오히려 노인들니보다도 치아보존을 위한 기본진료쪽을 더 활성화시켜야 하며, 장기적으로 볼 때 엄청난 보험제정을 줄일 수 있는 길이라고 생각된다.

21세기의 의료보험은 급여범위가 더욱 확대될 전망이며 국민의 보험료 부담도 가중되리라 생각된다. 오히려 모든 의료를 의료보험으로 감싸안은 강제지정보다는 자유계약제와 사보험의 활성화가 의료보험제정의 보호와 높아진 국민의 의료요구를 동시에 만족시켜 주는 길이라 생각된다.