

# 식대급여화에 대한 소고(小考)

글·정영호  
대한병원협회 보험이사  
인천한림병원장



2005년 6월 27일 보건복지부에서 모든 입원환자의 식대를 2006년 1월 1일부터 보험적용하겠다고 발표한 이래로 거의 1년만인 지난 6월 1일부터 입원환자 식대의 급여가 시행되었다.

식대급여화 방안이 발표된 후 이 문제에 대한 병원협회의 실무담당자로 지명된 필자는 식대보험 적용의 기본적인 틀을 어떻게 짜는 것이 전체 회원 병원에 도움이 되고, 병원협회에서 용역으로 시행한 상명대 오동일 교수의 '병원 입원환자식대의 원가 분석에 관한 연구'에서 나타난 바와 같은 지역별, 종별, 급식유형별 원가 차이를 합리적으로 표현해 낼 것인지 병원협회 보험부 직원들과 많은 고민을 하였다.

그것은 병원 경영적 측면에서 입원환자의 식대가 병원의 정책이나 지역별 경쟁관계, 분포환자의 특성에 따라 그 회계적 의미가 다르고 원가 편차가 크기 때문에 협회 보험팀에서는 가장 적절한 식대급여화 모델은 '참조 가격제'가 되어야 한다고 판단하여 참조 가격제에 대해 보건복지부와 건강보험공단, 가입자단체등에 그 당위성을 역설하였으나 받아들여지지 않음으로써 처음부터 합리적이고 이상적인 선택수단

이 제한된데다, 건보공단과 소비자 단체에서 병원급 식서비스의 특성과 다양한 원가요인들을 무시하고 현실이 전혀 반영되지 않은 '단일 가격제'를 4000원에도 미치지 못하는 식대원가로 제시함에 따라 이러한 단일가만큼은 무슨일이 있어도 받아들일 수 없다는 현실인식이 바닥에 깔려 있기 때문이었다.

우여곡절 끝에 '기본식대 + 가산항목'이라는 급식서비스의 품질과 식대수가를 연계시키는 가장 단순한 형태의 '식대급여차등제'로 결론이 났지만 그 차등의 효과가 현실을 충분히 반영하는 데는 미흡했다는 점도 실무를 담당한 병원협회의 보험부 임직원들에게는 아쉬운 대목이었다.

이미 시행하고 있는 정책에 대해 시시비비를 떠나 토를 다는 것이 적절하지는 않다고 생각하지만 필자의 짧은 소견으로 식대급여화 논의가 있었던 지난 1년간을 돌아보면서 몇 가지 아쉬움과 문제점을 되새겨보는 것이 향후 국가정책과 병원협회 회무에 도움이 될까하여 체계없는 몇마디 고언을 남기고자 한다.

작년 6월 식대급여화가 발표될 즈음 일부소비자 단체에서 병원환자식사의 가격과 질적인 문제에 대해 인터넷 등을 통해 불만을 표출하고 공영 TV에서 조차 병원이 환자에게 병원식사를 강요하고 폭리를 취하고 있다는 등 병원과 병원식사에 대해 부정적인 내용을 보도하던차에 보건복지부가 기다렸다는 듯 식대급여화를 들고 나오으로써 국민들에게 병원과 의료계가 부도덕하게 이윤만 추구한다는 이미지를 더해주지 않았나 하는 점이 첫 번째 아쉬움이다.

물론 식대급여화가 MRI, 초음파, 선택진료비, PET-CT, 병실차액 급여화 등과 같이 “국민의 동의를 확보하여 건강보험의 보장성을 현행 50%에서 실질적으로 보험의 역할을 할 수 있도록 선진국 수준인 80%이상으로 제고하겠다.”는 참여정부의 정책공약을 이행하기 위한 조치로 충분히 이해하지만 아직도 많은 의료적 행위들이 비급여로 남아있고 몇몇 희귀 난치질환의 가계파탄적 의료비 지출(catastrophic payment)을 해결하지 못한 상황에서 병원 비급여액의 15%에 달하는 식대의 급여화를 환자의 생명보다는 국민의 금전적 이득에 초점을 맞추어 정책의 우선순위로 정한 것은 인기 영합적이고 생색내기라는 비판이 있었던 것도 사실이다.

더욱이 올바른 사회보장제도란 ‘개인적 위험’에 대해 보장하는 것이 아니라 ‘사회적 위험’에 대해 사회가 책임을 지고 해결해야 한다는 점에서 이미 입원 환자식대를 급여화 하고 있는 나라에서 조차 환자의 식사문제를 ‘사회적 위험’ 보다는 ‘개인적 위험’으로 간주하여 식대를 급여에서 제외하려는 세계적인 흐

름에 비추어 볼 때 이 시점에서 식대의 급여화가 그렇게 시급하고 필요한 조치였는가에 대한 의문은 여전히 남는다.

또 식대급여화의 논의 과정에서 입원환자의 식사 문제를 환자의 질병 관리 및 영양보존을 위한 중요한 일련의 서비스로 인식하지 않고 단순한 한 그릇의 밥, 또는 한 끼 식사로써 음식 그 자체에 대한 잘못된 평가에 집착하여 비정상적이고 특별한 경우의 위탁 급식 업체의 위탁 단가를 들먹이며 2000원대 환자식 원가를 고집하는 분들을 접하면서 좀 더 성숙한 시민 의식으로 상생적이고 합리적인 방안을 모색하는 사회 분위기가 되었으면 좋겠다는 주제넘는 바람도 가져 보았다.

가장 안타까운 것은 식대급여화가 ‘기본식대 + 가산항목’으로 골격이 잡히면서 병원협회 보험팀에서는 여러 가지 합리적으로 제시된 근거에 의해 최소 4000원에서 최대 7000원까지의 차등수가로 결정될 것을 내심 기대하였으나 식대급여화를 위해 책정한 연간 5000억원이라는 건보 재정추계에 발이 묶여 복지적 사회부조에 해당하는 의료급여의 식대수가와 동일한 3390원에서 최대 5680원으로 일반식의 가격이 결정되면서 적은 수의 환자식을 제공할 수 밖에 없는 개원의, 특히 산부인과 개원의와 산부인과 전문 병원의 산모식 급식 서비스에 장애요인이 되었다는 점이다.

또한, 우리나라 병원계를 선도하는 수도권 대형병원들은 의료서비스 경쟁력과 높은 수준의 영양관리

를 위해 이미 많은 비용을 부담하고 있었기 때문에 급식서비스 부문의 적자를 감수하고 있던 상황에서 또다시 관행수가에 비해 큰 폭으로 하락한 식대수가로 말미암아 big 5를 비롯한 대형대학병원들의 순손실이 가중되게 되었다는 것과 신생아의 분유수가를 일당 1900원으로 결정하면서 소아전문병원의 수익서비스의 원가를 보상받을 길이 묘연해졌고 그렇지 않아도 적자에 시달리던 신생아실의 운영에 주름살을 더했다는 점도 추후에는 꼭 시정되어야 할 것이라는 지적이 있다.

일각에서 낮은 관행 수가를 받고 있던 병원들은 상대적으로 수혜를 입은 것이 아니냐는 논란이 있지만 이는 병원 급식서비스의 특성상 사실이 아니다. 병원 급식서비스의 품질은 투입된 비용의 효과가 뚜렷하지 않다는 점이 특징이며 이는 다시 말하자면 약간의 품질향상을 위해서도 많은 비용이 필요하다는 뜻이다. 식대 가산을 받기 위해서는 영양사, 조리사, 적시 급식에 필요한 배식인원의 증가, 조리보조인력의 증가 등 인건비의 증가가 필연이고 다중소량의 식사와 선택식을 구현하기 위해서는 식재료비 또한 증가할 것이다. 여기에다 위생관리비, 교육비, 조리용기기와 배식용기기의 추가 구입 및 관리비 등 품질관리에 드는 비용 또한 만만치 않아서 급여화 된 식대수가로는 수익을 기대할 수 없다는 것이 대체적인 전망이다.

그러나 이번의 식대급여화에 있어 눈에 보이지 않는 수확이 있다면 환자의 급식문제에 있어 영양관리라는 측면에서 환자식의 정의를 명확히 했다는 점일 것이다.

병원의 급식서비스에는 영양계획, 식단작성, 발주, 검수, 식품제고관리, 조리관리, 검식과 보존식관리, 환자의 배식관리 그리고 영양평가, 식사처방제시, 영양상담 및 교육등의 과정이 필요하며, 병원급식이 치료의 일환으로 질병치료와 합병증 예방의 중요한 수단으로써 치료결과에 직접적인 영향을 미치기 때문에 일정기간 병원에 체류하는 환자를 대상으로 개인별, 질병별, 건강상태별로 매일 매끼마다 다른 식단을 계획하여 다중소량의 식사를 제공한다는 점, 그리고 철저한 위생관리와 동시배식 및 수거, 선택식단, 개인별 대응식, 적온급식, 식사회진 등이 필요하다는 점과 질 향상을 위한 연구개발 활동 등 그동안 간과되었던 병원 급식서비스의 역할과 기능이 부각됨으로써 식대의 급여화가 병원 의료서비스의 수준을 한 단계 향상시키는데 일조할 것으로 보여 진다.

식대 급여화 논의 과정에서 소비자 단체가 가장 우려했던 바는 환자식의 질이 형편없이 낮아질 것이라는 점이었다. 따라서 어차피 저질의 식사가 제공될 바에야 가장 낮은 수가로 책정해야 한다고 다소 과격한 주장을 하였지만 이는 아무래도 기우일것 같다. 벌써 가장 큰 손실을 입게 될 서울의 대형병원 관계자들조차 이구동성으로 “밥값으로 손해를 본다고 환자에게 저질의 식사를 제공할 수는 없다.”고 말하고 있고 실제로 병원간의 경쟁이 상존하는 상황에서 식사의 만족도는 가장 중요한 병원 경쟁력의 하나이기 때문에 환자들의 불만을 안고 식사의 질을 떨어뜨릴 병원은 없기 때문이다. 그러나 위탁급식의 경우 위탁 급식업체의 성격상 위탁가격의 하락이 일부 식재료의 품질저하로 이어질 개연성은 있지만 이 문제 또한

병원, 가입자단체, 공단 등 이해당사자들의 노력에 따라 충분히 관리가 가능하리라 본다.

끝으로, 식대급여화에 따라 발생할 수 있는 문제점들을 예상하자면 첫째, 환자의 본인부담이 줄어들어 따라 대형병원으로의 환자 쏠림현상이 가속되어 의료전달체계의 왜곡이 더욱 심화될 것이다.

보장성이 강화될수록 대형병원은 수익성의 저하로, 중소병원은 환자의 감소로 어려움을 겪게 된다는 것이 일반적인 분석이고 보면 건강보험수가에서 행위료와 관리료의 정상적인 보상이 선행되지 않은 식대급여화가 병원계 특히, 중소병원들의 경영환경에 악영향을 미치는 것은 당연한 귀결이라 하겠다.

둘째, 의료수요가 확대되고 장기입원이 만연되어 건강보험 재정이 부실하게 될 가능성에 대해 우려하지 않을 수 없다. 이미 건보재정 건전화방안이라는 홍역을 치룬바 있는 병원 및 의료계의 입장에서 볼 때 재정악화에 대한 부담을 고스란히 떠안게 되리라는 위기의식은 당연하다. 그리고 장기입원에 따른 입원료 삭감 시 식대 또한 삭감될 것이라고 공언하는 마당에 이윤이 고려되지 않은 식대 구조 하에서는 그 자체로 순수한 손실이기 때문에 입원료가 삭감되더라도 그와 연계한 식대의 삭감은 신중히 판단해야 할 사안으로 보인다.

셋째, 건보공단에서는 가산과 관련된 조건에 대한 사후관리를 철저히 하겠다는데 관리자체가 재정절감에 무게를 두고 까다롭게 이루어질 경우 많은 병원에서 가산을 받지 못하는 사태를 예상해 볼 수 있다. 벌써부터 관리규정에 모호한 표현이 많아 합리적이고 명확한 세부규정이 마련되지 않는 한 마찰이 불가피할 것으로 보는 견해가 많은 실정이다.

이상과 같은 몇 가지 우려에도 불구하고 이미 시행하고 있는 식대급여가 진정한 의미로 국민건강보험의 보장성을 강화하고 국민들의 건강 향상과 의료의 발전에 기여할 수 있도록 운용의 묘를 살려 나가는데 각각의 이해 당사자들 즉, 의료의 공급자인 병원과 가입자단체 그리고 국민건강보험공단의 보다 많은 노력과 보건복지부의 합리적 관리감독이 필요한 시점이다. **KHA**