선택진료비제도 개선방안의 문제점과 정책과제

Issues in an improvement plan for doctors fee system and its policy task

권 성 탁
Kwon, Sung Tak

세브란스병원 사무국장
Director, Office of Administration,
Yonsei University Severance Hospital

1. 정부의 선택진료비 정책 개요

(1) 선택진료비의 역사

선택진료제란 병원급 이상 의료기관에서 환자가 특정 의사를 선택해 진료를 받으면 건강보험수가 이외의 추가 비용을 환자가 전액 부담하는 비급여 제도이다.

선택진료가 성립되기 위해서는 환자가 희망하는 선택진료 의사를 선택하여 신청서를 작성하고, '선택한 의사로부터 직접 진료'를 받는 경우에만 그에 따른 추가비용을 환자가 부담한다. 선택진료에 앞서 병원은 환자들에게 특정 의사를 선택할 수 있는 정보, 즉 진료과목별 선택진료의사의 경력 및 세부 전공분야, 선택진료에 따른 추가비용 등에 대한 정보를 제공하고, 환자에게 선택진료에 대한 동의를 얻어야 한다.

〈표 1〉에서와 같이 이 제도는 당초 환자에게 자기 부담을 전제로 양질의 의료서비스에 대한 선택권을 주자는 취지와 국립의료기관 의료진의 저임금 보전을 위해 1963년 특진제라는 이름으로 도입되었다. 당시에는 진료항목별로 일반진료비의 50~100% 이내에서 기관장이 결정토록 하였다. 이후 1991년 3월 400병상 이상의 레지던트 수련병원 및 치대병원까지 확대되면서 9개 진료항목을 지정하고 당해 연도 총진료 건수의 70%를 초과할 수 없도록 규정을 제정하면서 지정진료제로 변경되었고, 2000년 9월부터는 의료법에 근거하여 선택진료제라는 이름으로 변경되어 병원급 이상 의료기관으로 확대되면서 진료항목은 8개로 축소되었고, 선택진료의사의 자격요건을 갖춘 재직의사 등의 80% 범위와 비선택의사 배치를 의무화하여 현재에 이르고 있다(보건복지부, 2008).

(2) 선택진료비 제도 운영현황

이러한 선택진료는 2012년 기준 전체 의료기관의 17%(요양병원 제외)로 총 2,174개 의료기관 중 370개소에 해당되며 상급종합병원 43, 종합병원 116, 병원 175개소에서 실시하고 있다(김윤, 2013). 선택진료비의 총규모는 2012년 기준, 연간 1조 3,170억원 수준이며 이는 의료기관 수입의 약 6.5%(상급종합 7.7%, 종합병원 5.1%, 병원 4.5%)에 해당하고, 비급여 수입중에서는 23.3%의 비중을 차지하며 상급종합병원에서 70% 이상 발생하고 있다.

선택진료기관의 총 환자 수 대비 선택진료 이용환자 비율은 40% 수준이지만 상급병원으로 갈수록 선택진료 환자 비율이 증가하여, 상급종합병원 외과계열의 경우 선택진료의사 지정율이 90%를 상회한다고 한다 〈그림 1〉.

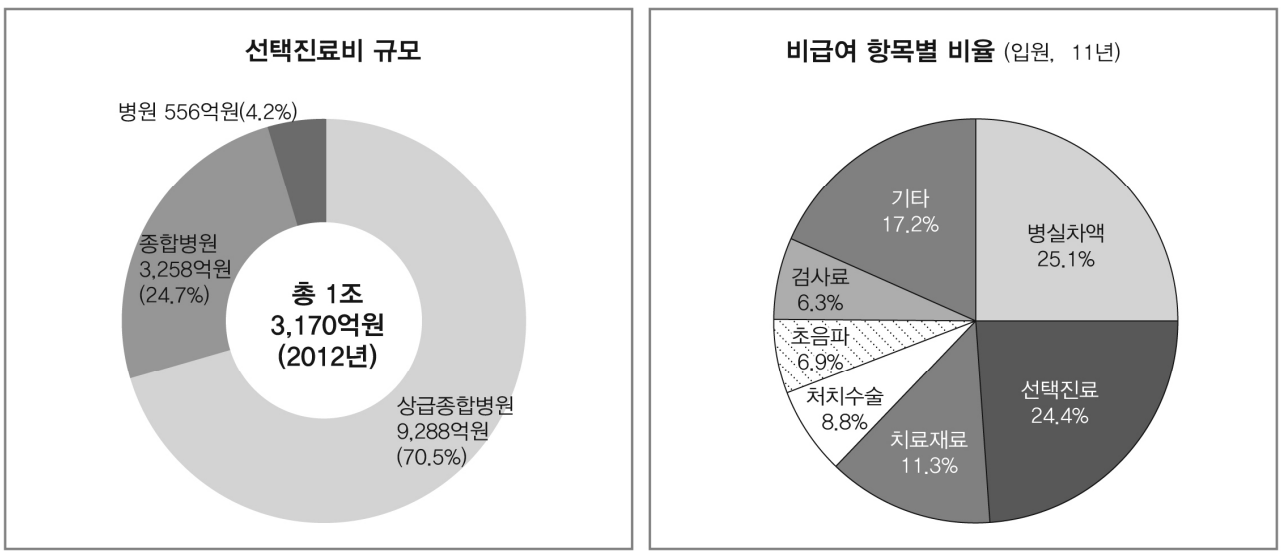
현대의학의 전문화, 세분화 추세로 세부 전문과목별 단

위에서는 의사가 한두 명에 불과하여, 해당 전문과목 의사가 선택진료 의사인 경우, 다른 선택대안이 없이 환자는 선택진료를 받아야하는 것이 불가피한 현실이다. 이런 이유로 인해 실제로는 환자의 의사 선택이 거의 이뤄지지 않고 건강보험 비급여 항목으로 인해 환자 부담만 가중시킨다는 비판이 계속돼 왔다.

<표 1> 선택진료제도 연혁

구 분	특 진	지정진료제도	선택진료제도
법적 근거	('63. 1~'91. 3)	보건사회부령 ('91. 3 ~ '00.)	의료법(제46조) ('00.~)
대상 의료기관	ㅇ 국립의료기관(국립의료원, 국립대 의대 부속병원 등)	ㅇ 레지던트 수련병원으로 허가병상수 400병상 이상 병원, 치과대학 병원	ㅇ 병원급 이상 의료기관
의사선택 범 위		ㅇ 지정진료 의사로 임명받은 의사	ㅇ 의사 · 치과의사 · 한의사 * 일정 자격요건 갖춘 의사 선택시 추가비용 징수
추가비용 징수의사 자 격	ㅇ 특진교수 : 국립대 의대부속 병원(교수, 부교수, 조교수, 전임강사) ㅇ 국립의료원 등	ㅇ 의사: 전문의로서 의사면허 후 10년이상 ㅇ 치과의사: 면허취득후 10년이상 ㅇ 한의사 : 면허취득후 15년이상 * 대학병원 전임강사 이상	ㅇ 의사: 전문의자격 취득 후 10년 이상 ㅇ 치과의사 및 한의사: 면허취득 후 15년 이상 * 대학병원의 조교수이상
추가비용 징수기준		ㅇ 환자가 지정한 지정진료의사의 의료행위 * 당해연도 총진료건수의 70% 초과 진료 불가	ㅇ 환자가 선택한 의사 중 추가 비용징수 자격 의사가 직접 행한 의료행위 * 자격요건 갖춘 재직 의사등의 80% 범위안에서 지정
진료항목	ㅇ 일반진료비의 50-100% 이내에서 의료기관의 장이 정함.	ㅇ 9개 항목 · 진찰,의학관리,검사, 방사선진단 및 치료, 마취, 정신요법, 처치 및 수술	ㅇ 11개 항목 진찰, 의학관리료, 검사, 영상진단 및 방사선치료, 마취, 정신요법, 처치 및 수술, 침 · 구 및 부항

자료출처 : 보건복지부, 선택진료제도 개선, 2008.01



자료출처 : 김윤(2013). 선택진료 제도개선방안, 국민행복의료기획단, 2013.10

<그림 1> 우리나라 선택진료비 현황(2012년 기준)

<표 2> 2011~2012년 건강보험 보장률

2011년			2012년		
건강보험 보장률	법정본인 부담률	비급여 본인부담율	건강보험 보장률	법정본인 부담률	비급여 본인부담율
63.0%	20.0%	17.0%	62.5% ↓	20.3%	17.2% ↑

자료출처 : 국민건강보험공단, 2012년도 건강보험환자 진료비 실태조사결과, 2014.02

<표 3>2014년도 선택진료비 추가비용 부과율 변경계획(제도개선 입법예고 기준)

구분	검사	영상	마취	진찰	의학관리	정신	처치 · 수술	침구 · 부항
현행	50%	25%	100%	55%	20%	50%	100%	100%
변경	30%	15%	50%	40%	15%	30%	50%	50%

자료출처 : 보건복지부 공고 제2014-242호(2014.5.1.)

자료출처 : 보건복지부, 선택진료비 제도 개선방안, 2014.01

<그림 2> 정부의 2단계 선택진료비 축소안

이러한 선택진료의 선택권 자체가 제한되면서 입원환자 비급여 비용의 25% 정도를 선택진료비가 차지하고 중증질환 환자일수록 부담이 증가하게 되어, 실질적으로 보장성 확대효과가 상쇄 될 수밖에 없었다. 건강보험 보장률은 2006년 64.3%에서 2012년 62.5%로 건보 보장률은 오히려 더 낮아진 반면 선택진료비 규모는 지속적으로 증가하여 연평균 15%의 증가를 보이고 있다〈표 2〉(국민건강보험공단, 2012).

(3) 선택진료비 제도에 대한 정부의 정책개선방안 개요

이러한 상황에서 보건복지부는 선택진료비가 병원 경영에 차지하는 비중이 적지 않음을 인식하고, 축소 또는 폐지보다는 '환자선택권'의 측면에서 제도개선을 추진하였고, 의료계와 외부 단체의 주장을 절충하여 왔다. 그러나 박근혜 정부의 대선 공약인 '4대 중증질환 보장성 강화'로 말미암아 선택진료비제도가 '환자 선택권'의 측면이 아닌 '환자부담'의 측면에서 정책의제로 급부상하게 되었다. 이에 따라 지난해와 올해 가장 뜨거운 보건의료 이슈는 4대 중증질환 보장성 강화를 위한 박근혜 대통령의 공약 이행 관련 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 이른바 3대 비급여 진료비 개선안이 정책방향이 된 것이다.

비급여 진료비에 대한 개선은 환자는 비급여 만큼 본인부담이 줄어 개선을 반기지만 병원은 지금의 비정상적인 저수가 구조에서 병원 수익을 메우는 대체방편으로 활용하고 있기 때문에 이러한 저수가 구조에 대한 대안이 별도로 수립되지 않고 비급여 진료 부분의 본인부담만 축소하게 된다면 대형병원의 경영난은 물론이고 도산의 위험에 처할 수밖에 없는 현실적 어려움이 있다. 따라서 여러 현안들이 얽혀 있고 이해주체간 '제로섬 게임' 양상을 보이는 제도적 특성 때문에 선택진료비 제도를 개선하는 것은 단기간에 정부가 일방적인 행정계획만으로 풀기에는 만만치 않은 과제라고 할 수 있다.

또한 선택진료비 제도를 잘못 개선할 경우 지금도 대형병원중심의 왜곡된 의료전달체계에 대한 문제가 지속적으로 제기되는 상황에서 이러한 문제를 더욱 심화시킬 소지가 있다. 선택진료비로 인해 대형병원의 본인부담 진료비가 높아져 가벼운 경증 환자에게는 일차로 동네 의원이나 병원을 선택하도록 하는 역할을 해 왔으나, 이러한 제도가 없어질 경우 대형병원의 쏠림현상이 심화될 것은 분명해 보이기 때문이다. 그럼에도 정부는 대선공약으로 제시되었다는 정치적 이유때문에 엄청난 파급여파를 몰고 올 수밖에 없는 의료계의 큰 제도를 시범사업이나 충분한 검토 없이 1년도 안 되는 기간안에 입법화하여 시행을 서두르려 하고 있어 심히 우려되는 상황이다.

선택진료비제도의 정부 개선안은 크게 두 가지로 나뉜다(〈표 3〉, 〈그림 2〉)(보건복지부, 2014)). 기본목적은 전체 선택진료비의 규모를 축소하는 것으로서 축소를 위한 세부 방안은, 첫째, 추가비용 부과율을 각 항목별로 현

행 20~100% 수준이던 것에서 15~50%로 축소한다는 것이고〈표 3〉, 둘째, 선택진료의사 지정율을 현재 병원별 80%에서 각 진료과별로 1/3씩 단계적으로 축소하여 2017년에는 현재 대비 선택진료비 규모를 22%만 남긴다는 것이다〈그림 2〉. 이렇게 축소하여 남게 되는 22%의 선택진료비도 '전문진료의사가산'이라는 제도를 신설하여 비급여권이 아닌 건강보험권으로 흡수하여 환자와 공단에서 5:5로 부담토록 한다는 것이 정부의 정책방향이다.

정부의 정책변경 기본취지는, 환자의 선택권 제한 등 문제점이 적지 않았던 선택진료제도를 이번기회에 개선하여 새로운 대안으로 전환하므로서, 환자는 병원의 질과 수준을 보고 선택하게 하는 한편, 현대의학에서 의사 개인이 아닌 협업에 의한 의료서비스 제공의 중요성이 증대되고 있고, 질평가 강화의 국제적 추세 등을 고려하여 이를 제도에 반영하겠다는 것이다. 개선에 따른 손실보전으로는 의료기관에 대한 질평가 가산 도입, 일부수가 조정, 기관가산 확대 등을 통해 손실 보전을 병행한다고 한다. 또한 환자부담 완화 및 환자의 의사선택권을 강화하겠다고 한다. 이에 대한 손실보전은 수술, 처치 등 일부항목에 대한 수가조정과 기관가산을 다양화한다는 계획이다.

그러나 의도가 아무리 좋다고 하더라도 무엇이든 급하게 진행된 경우, 대형 참사를 초래했던 지난 과거 재난 사건들의 교훈을 비춰보더라도, 한 국가의 수십년간 시행되어왔던 제도를 한칼에 도려내듯 개선할 수 있다고 판단하거나 일방적으로 정책을 추진해가는 것은 또다른 졸속의 문제를 초래할 소지가 있다. 무엇보다도 이해당사자들이 제기하는 현장의 문제점이나 애로사항을 충분히 정책에 반영시키지 못하거나 정책공감을 확보하지 못할 경우 현장에서 정책 취지를 충분히 살려나가기 어렵고 정책성공을 위한 협조를 받기도 힘들다.

2. 선택진료제도 개선정책이 병원경영에 미치는 영향과 문제점

(1) 각 병원에 미치는 영향 및 손실규모

선택진료비제도 개선을 위해서는 건강보험 여건을 고려한 환자부담, 병원경영 지속 가능성에 대한 구체적인 방안 제시, 의료전달체계와 쏠림 현상 등 예상되는 부작용에 대한 방안, 의료의 질을 고려한 적정진료 적정수가 책정 등 근본적인 문제해결 의지와 방안, 제도개선의 접근방법과 우선순의 결정 등에 대한 심도 있는 논의가 필요하다. 어찌되었든 선택진료비 제도는 2014년 8월 1일자로 개선될 내용이 현재 입법예고 되어 있는 상태다. 이에 따른 병원의 손실보전 방안은 아직 고시가 되지는 않았으나 제도개선과 함께 시행예정으로 논의가 진행되고 있다고 한다.

향후 많은 논의를 통해 현실적인 손실보전 방안이 제시되기를 기대하지만 현재 정부에서 계획중인 선택진료비 제도개선안이 실행된다고 한다면 병원에서 받게 되는 재정적 영향은 가히 엄청날 것으로 예상이 되기에 병원에 대한 손실보전 차원에서 병원손실이 최소화 되어야 한다는 전제가 중요하다. 입법예고 된 선택진료비제도에 따른 병원계의 손실 규모는 상상을 초월한다고 우려되고 있으나 선택진료비 개편안의 가장 핵심 문제는 개편안에 따른 병원의 손실액과 보전금액이 산출, 검증되지 못하고 있다는 점이다. 그나마 현재 추계 가능한 부분은 8월 시행예정인 8개 항목 부과비율 축소에 따른 손실인데, 복지부는 약 35%의 수입 감소를 예상하지만 상급종합병원은 평균 약 42%, 일부종합병원은 약40%의 손실이 예상되는 등 정부와 시각차가 있다(대병원협회, 2014. 04).

선택진료비 부가율 감소에 따른 전체 병원의 손실규모는 약 5,500억 원이고, 수가인상에 따른 선택진료비 증가규모와 고도 처치 수술 기능검사의 수가인상으로 3600억 원 정도가 보전이 된다고 한다〈표4〉. 이외에 논의 되고 있는 수입보전방안의 경우 정부의 재정규모는 정해져 있다고 하나, 병원별 보전액을 산출하기는 어렵기 때문에 선택진료 제도 개선에 따른 병원 경영에 미치는 영향은 매우 크다고 할 수 있다. 선택진료비는 병원수입의 약 7~8%를 차지하는 만큼 병원 경영에 중요한 역할을 한다. 최근 이미 대부분의 병원들은 적자를 면치 못하고 있는 상황에 제도 개편으로 병원에 큰 타격이 온다면 병원도산은 그야말로 불 보듯 뻔한 일이다.

(2) 문제점

선택진료제도의 근본 취지는 저수가에 대한 보전책의 일환으로 운영되어 왔던 정책적 상황을 고려하여 제도의 구조와 운영방식을 이해해야 하며, 정책시행시 추가적인

<표 4> 선택진료비 개편에 따른 종별 의료기관의 재정 손실액 추계

구 분	상급종합	종합병원	병원이하	총 합
손실규모	3,800억(69%)	1,359억(25%)	309억(6%)	5,468억(100%)

자료출처 : 보건복지부, 선택진료비 개편에 따른 건강보험 적용방안, 2014.06

재원조달과 보전대안이 전혀 없는 상황에서 의사선택권 확보에 치중하거나 제도의 전면적인 폐지는 제도의 기본 내용과 도입취지에 역행하는 문제를 가지고 있다. 법령으로 정하고 있는 비용 지불과 환자의 특정의사 선택에 따른 진료서비스 제공은 서로 불가분의 관계에 있으므로 제도의 폐지나 의사선택권은 보장하되 추가비용을 부담할 수 없도록 하는 현재의 방안은 또다른 환자선택권 제약을 초래할 수 있다. 즉 서비스 질에 민감한 국내 의료소비자들의 기호를 고려할 때, 일 · 이차 의료기관에 비해 비싸지 않은 비용으로 대형병원을 이용하게 될 경우, 대형병원과 특정 의사에 대한 집중이 심화되어 인해 대기기간이 길어질수 있으며 오히려 의사선택의 여지가 축소되고 특히 해당 전문의에게 진료받아야할 필요가 절대적으로 존재하는 환자의 선택권을 제한하는 문제점이 발생한다는 측면에서 문제해결 방안이 아니라 또다른 의사선택 제한의 문제가 제기될 수 있다는 점이다.

그리고 선택진료비 축소 2단계 방안인 2015~16년에 걸쳐 선택진료의사 지정률을 진료과별 30%로 대폭 줄임에 따라 일반진료 선택 기회는 늘어날 수 있겠지만, 진료과내 의사수가 많지 않은 일부 진료과에서는 선택진료가 전면 불가능해지는 병원이 발생할 수밖에 없으며 이것은 장기적으로 볼 때 진료과별 지원율에 영향을 미치게 되므로 또다른 전문인력 수급의 불균형을 초래 하게 되는 문제를 야기하게 된다.

또한 선택진료비 제도가 환자에게는 양질의 의료를 제공하고, 부분적으로는 건강보험 수가구조의 취약한 영역에 대한 병원경영 손실을 보전하기 위한 부차적 목적이 있었음에도 불구하고, 이러한 정책적 불가피성에 대한 대안이 현재 제도개선방안에는 충분히 담겨져 있지 않아, 선택진료비 제도 개선정책 역시 일방적인 규제로 추진된다면 의료현장에서의 정책불신은 더욱 심화될 수 밖에 없을 것이다. 특히 그간 병원계는 정부 요구에 부응하고자 병원계 희생을 감수하며 제도개선에 적극적으로 협조 지원하여 왔음에도 계속적인 규제를 통한 병원계 희생만을 강요하게 된다면 재투자 동력의 상실과 산업발전의 경영동기가 약해져 우리나라 의료산업의 미래는 불투명해질 수밖에 없는 환경이 될 것이다.

3. 정부의 정책추진에 대한 제언

정부는 이미 선택진료비 개선방안의 윤곽을 제시한 상태에서 병원계 손실을 보전하기 위한 대안 모색은 향후 논의를 통해 구체화될 것으로 판단되며, 선택진료비 제도는 향후 병원 재정손실방안이 얼마나 현실적인 내용으로 다듬어질 것인가에 따라 정책으로서 성공여부가 가름될 수 있을 것이다. 따라서 위에서 언급한 현실을 고려할 때, 그동안 저수가에 대한 보전책의 일환으로 운영되어 왔던 선택진료비 개선취지를 살려 선택진료비 제도로 인한 운영수입을 대체하기 위해 소요되는 재원 규모는 어떻게 되는지, 재원조달 방안은 어떻게 마련할 수 있는지, 현재의 제도가 이러한 내용과 연계될 수 있는지를 근시안적인 아닌 중장기적 안목으로 차근차근 따져보아 할 시점이다. 향후 정책의 합리성을 높이기 위해 몇가지 정책제언을 제시하면서 글을 마무리하고자 한다.

첫째, 저수가에 대한 100% 원가보전이 선행되어야 하며, 선택진료제도 개편 과정에서 병원별 손실편차를 최소화하고 수용 가능한 보전안 마련이 필요하다. 우리나라의 국민들은 적은 비용으로 좋은 의료혜택을 받고 있다. 지금과 같이 의료가 발전할 수 있었던 가장 큰 부분은 비급여가 있었기 때문에 가능하였으며 의료산업을 미래 국가 성장 동력으로 키우는데 핵심은 선택진료와 같은 비급여 부분이 그 동안 큰 역할을 해왔다고 볼 수 있다. 앞으로 이러한 비급여를 축소하는 과정에서 얼마나 많은 보상을 해줄지가 관건이라고 할 수 있다. 선택진료비 제도 개선과정에서도 그동안의 높은 의료수준을 유지하려면 그에 대한 보상이 적절히 이루어져야 하는데 손실 보전이 제대로 되지 않는다면 앞으로 의료는 퇴보 할 수밖에 없을 것이다.

둘째, 정부는 제도시행에 필요한 재원이 어느 규모인지, 어떻게 재원을 조달할 것인지, 기본적으로 별도의 보험료

인상을 할 것인지 확실한 재정계획이 수반되어야 하고 제도개선 내용이 입법 예고된 현 시점에는 손실보전을 위한 확실한 재정계획이 공개되어야 한다. 그래야만 건강보험도 지속가능성을 유지 할 수 있고 병원계도 합리적 경영을 할 수 있을 것이다. 환자-병원-정부 간의 현황분석을 통한 새로운 인식과 합의 과정이 필요하며, 그 결과를 바탕으로 제도개선의 근거가 도출되어야겠다. 추가재원 마련 방안과 부담주체의 재구성 등도 대안의 핵심요소일 것이다.

셋째, 각 항목별 선택진료비율을 축소하는 방안이외 진료과별 선택진료의사 비율을 축소하는 계획은 재논의의 여지가 있다고 본다. 2014년 8개 항목비율 축소에 부가하여, 2015년부터는 더욱 혼란스러운 상황이 예견된다. 현재 병원별 80% 이내로 제한되어 있는 선택진료의사 지정비율을 과목별로 일정비율 이내 지정하는 것으로 기준을 강화하여 선택진료비를 축소한다는 계획이다. 이미 2014년 선택진료비 35% 축소에 따른 손실보전의 60% 이상을 차지하는 수가인상으로 향후 진료과 지원비율에 영향을 미치게 될 것이라는 우려가 있으며, 여기에 더하여 2015년에 진료과별 선택진료의사 지정비율을 추가하여 규제하게 될 경우 진료과별 편차는 더욱 심해질 가능성이 있음을 부인할 수 없을 것이다. 우리나라 의료계의 향후 발전방향까지 고려하여 장기적인 관점에서 전체적인 틀을 고민하고 개선을 추진해야만 앞으로 발생할 수 있는 진료과별 인력과 진료역량의 편차를 최소화할 수 있다.

넷째, 손실에 상응하는 재정을 추가하고, 그럼에도 손실이 보전되지 않는 병원에 대한 보상책을 강구하여야 할 것이다.

고도 처치 수술 기능검사의 행위 수가인상이외 손실보전 방안으로 논의중인 급여기준 개선이나 고도 중증환자 의료서비스 관련 수가조정의 경우 아직 발생하지 않는 경우이거나, 발생하였다고 하더라도 현실적으로 그 동안 처방되지 않았을 수도 있고, 기타 복잡한 수가산정 원칙에 따라 보전액을 병원별로 추계하기는 실로 어렵기만 하다. 그렇기 때문에 35% 축소한다는 제도개선에 따른 병원별 실제 손실액 산출시, 상급종합병원의 경우 평균 42% 로 추계되었듯이, 정부에서는 100% 손실보전을 한다고 하였으나 그 수입보전방안에 따라 보전액은 산출도 어렵겠지만, 산출이 되어도 실제 보전이 100% 되지 않을 가능성이 매우 높다.

더욱이 8개 부과비율 축소에 따른 보전방안 중 하나인 '고도 전문수술처치기능검사 수가인상'에 대해서는 상급종합병원 발생 비율이 상대적으로 높은 항목으로 선택하였다고 하더라도 '행위'라는 특성상 선택진료 유무에 관계없이 모든 요양기관에 적용되므로 손실보전을 위한 상당한 재정투입분이 선택진료와 관계없는 요양기관으로 배분되는 결과를 보일 것이다. 또한 중증환자 의료서비스 수가 신설 또는 조정도 병원별 전문분야 등의 차이로 인해 손실이 모두 보전되기는 어려운 것이 현실이다.

병원별 손실격차가 크고 그 추계조차 되지 않고 있는 상황에서 복지부의 현재 수준의 개편안으로는 손실보전이 어느 정도 가능한지 예측하기 어렵고 불안한 상황이므로 병원이 보다 구체적이고 실질적인 개편안을 요구하는 것은 당연한 일이다. 선택진료제도 개선으로 일부 대형병원의 환자쏠림현상이 심화될 것이라는 우려 때문에 '의료전달체계 개편안'을 서둘러 함께 논의하기 시작하면서도 선택진료 개선으로 인한 보전액 추계 시에는 환자쏠림현상으로 예측하지 않은 수입증가가 발생할 가능성까지 포함하여 보전액을 추계한다는 것은 앞뒤가 맞지 않는 말이다.

기존의 선택진료비 비율이 가장 높았던 상급종합병원에 대한 손실을 100% 보전하기 위한 방안이 선행된 이후 환자쏠림현상에 대한 대책이 논의되어야 마땅하다. 실질적으로 손실이 가장 많은 상급종합병원이 아닌 종합병원이하 병원들에게 이익이 돌아가게 된다면, 현재까지 솔선수범하여 이익과 상관없이 우리나라 의료계를 이끌어 온 대형병원의 입장에서 반드시 지켜져야 할 제도 개편의 당위성이 없어지게 된다. 반드시 손실이 가장 많은 대형병원이 100% 손실보전이 되어야만 그 동안의 대국민 복지증진향상이라는 명목하에 일방적인 희생만을 강요하여 발생된 의료계 불만을 조금이나마 덜어 줄 수 있는 명분이 될 것이라고 본다.

결론적으로 말하면 병원계는 병원별 손실격차가 크고 그 추계조차 명확히 되지 않고 있는 상황에서 복지부의 제도 개편방안을 수용할 만큼 손실보전이 충분한지 확신하기 어려우며, 병원계에 검증 가능한 자료 제공과 참여가 보장되기를 희망하고 있다. 그간 제도의 운영과 부분적인 개편과정에서 정부가 보여준 것과 같이 항상 의료기관의 부정적인 측면만이 강조되고, 모든 책임이 의료기관에 있다는 식의 인식이 팽배해 있는 것도 문제다. 정책 보완의 이유가 정부의 정책추진에 협조하며 일선에서 노력하고 있는 병원의 책임으로 몰아가서는 안 된다. 따라서 정부는 보장성을 강화함에 있어 보다 전문가 단체와 충분히 논의하고, 한정된 의료자원을 효율적으로 운영함에 있어 시장

경제의 원리가 일부라도 작동하는 비급여 영역의 순기능에 대해서도 재검토하여, 의료기관의 건전하고 지속적인 발전 및 환자에 대한 의료서비스 개선을 위한 투자가 가능하도록 원가 보전을 포함한 수가 현실화 등 가능한 합리적인 개편안(수입보전안)이 마련되기를 희망한다.

<참고문헌>

국민건강보험공단(2014). 2012년도 건강보험환자 진료비 실태조사결과

김윤(2013). 선택진료 제도개선방안, 국민행복의료기획단

대한병원협회(2014). 선택진료비 개편에 따른 병원별 손실 규모

보건복지부(2008), 선택진료제도 개선

_____(2014). 공고 제2014-242호

_____. 선택진료비 제도개선 방안

_____. 선택진료비 개편에 따른 건강보험 적용 방안

월간보사(2014)

이용균(2012). 병원의 선택진료제 순기능과 개선과제, 한국병원경영연구원