|  |
| --- |
| 보건복지부를 위한 100가지 질문 |

**2019. 10. ~ 2020. 4.**

김 일 천

목 차

◆ 질문에 답하여 주실 여러분들에게

◆ 건강보험정책국장님께

**1. 가짜 환자를 양산하고 있는 건보공단 건강검진 기준치에 대한 질문** **1**

**2. 의사성과급제와 의료법인 제도에 관한 질문** **12**

**3. 건강보험 약가 고시 제도에 관한 질문** **21**

**4. 「국민건강보험법」 제5장 건강보험심사평가원에 대한 질문** **38**

**5. 세계에 유래가 없는 ‘장애인보장구 건강보험급여’에 대한 질문** **52**

**6. 「국민건강보험법시행령」 제21조 제2항과 상대가치점수의 모순에 관한 질문** **58**

**7. 요양기관 종별가산율에 관한 질문** **60**

**8. 차등수가제도에 관한 질문** **65**

**9. 초재진료에 관한 질문** **67**

**10. 기본진료료, 관리료, 진찰료에 관한 질문** **70**

**11. 세계에 하나 밖에 없는 ‘로또’입원료 구조에 대한 질문** **79**

**12. 2018․2019년도 건강보험 진료보수(요양급여비용) 조정에 관한 질문** **84**

**13. 화상진단 진료보수에 관한 질문** **99**

**14. ‘의료의질평가지원금’ 제도에 관한 질문** **109**

**15. ‘건강보험요양급여비용’이라는 제목에 관한 질문** **121**

**16. ‘건강보험요양급여비용의 내역’ 개정에 관한 질문** **123**

**17. 2000년도에 새로 도입한 수가 체계에 관한 질문** **125**

**18. 유형별 분류에 따른 상대가치점수 1점당 가격에 관한 질문** **131**

**19. ‘건강보험 행위급여․비급여 목록표 및 급여 상대가치점수’이라는 제목에**

**관한 질문** **132**

**20. 1977년도 진료수가기준 산정지침 제5항․제6항․제7항에 관한 질문** **134**

**21. 간병인 제도에 관한 질문** **140**

**22. 가정간호기본방문료에 관한 질문** **142**

**23. 전문병원관리료에 관한 질문** **143**

**24. 「국민건강보험법」에 관한 질문** **145**

**25. 커뮤니티 케어에 관한 질문** **171**

**26. 의료인 단체에 관한 질문** **175**

**◆ 복지부 답변에 대한 질문서 1** **178**

**◆ 복지부 답변에 대한 질문서 2** **182**

**◆ 복지부 답변에 대한 질문서 3** **189**

**◆ 일본 ‘특정의료법인제도’에 대하여**  **191**

**질문에 답하여 주실 여러분들에게!**

**질문자는 보건사회부에서 32년간 봉직한 86세 된 퇴직 공무원입니다.**

**이 질문서에서 쓴 여러 문제에 관하여 관계 공무원, 건보공단 관계자 그리고 심평원 관계자에게 전화로 여러 차례 문제점을 설명하거나 건의를 한 바 있습니다. 그러나 근 20년 간 문제가 있는 제도들이 시정이 되지 않고 있습니다. 세월이 흐르면서 내가 이승을 떠나면 아무도 문제 제기를 하거나 시정을 하려는 분이 없을 수도 있다는 생각을 하게 되었습니다. 이러한 생각이 졸필을 들게 된 계기입니다. 내 생전에 문제가 있는 제도들이 개선이 되는 것을 보고 싶습니다.**

**이 질문서가 관계자들에게 폐를 끼치게 되었다면 죄송하게 생각합니다. 관계자들을 괴롭게 할 생각은 추호도 없으며 전화를 주시거나 상담을 원하면 최선을 다하겠습니다. 또한 공개 또는 비공개 토론을 원하시면 즐겁게 응하겠습니다.**

**내년까지 식품위생 및 공중보건 분야를 제외한 모든 보건복지 분야에 대하여 주기적으로 문제를 제기하고 질문을 할 것입니다. 질문에 문제가 있다고 생각되시면 통렬한 반박을 하여 주시기 바랍니다.**

**질문에 답하여 주실 여러분의 건승을 빕니다.**

**2019. 10. 10.**

**질문자** **김일천** **올림(전화번호 010-2328-3150)**

**건강보험정책 국장님께**

질문서를 받으시고 놀랐으리라고 생각합니다.

질의한 문제점들은 오래된 적폐이기 때문에 국장님의 책임은 아니라고 생각합니다. 굳은 마음을 가지시고 제도의 개선을 위하여 최선을 다하시면 됩니다.

우리나라의 건강보험은 OECD국가중 의료비 증가속도가 가장 빠릅니다. 원인은 인구의 노령화와 신의료기술 등을 제외하면 병상증가와 제도의 왜곡 그리고 방만한 운영입니다.

그런데 증가하는 의료비를 감당하여야 할 기업들이 불경기로 허덕이고 있습니다.임금 인상률이 낮아지고 의료비 증가속도는 같거나 빨라지면 보험료는 가파르게 인상될 수밖에 없으며 보험료 인상은 상품의 국제경쟁력을 떨어뜨려 불경기를 더 심화시키고 불경기는 다시 보험료 인상으로 이어져 건강보험 제도를 붕괴 시킬 가능성이 있습니다.

일본의 1980년대 초와 같은 현상이 우리 나라에서 발생하고 있습니다. 당시 일본은 불경기가 시작되었고 의료비는 계속 팽창하고 있었습니다. 이로 인하여 국채 발행이 증가하였습니다. 1982년 8월 요시무라(吉村仁)씨가 후생노동성 보험국장으로 부임하였습니다. 이 분이 국장으로 부임하여 보니 의료비가 계속 증가하고 있었습니다. 그 분은 “이대로 제도를 방치하면 나라가 망하겠다”는 생각을 하였습니다. 1983년 1월 신년도 예산안을 설명하기 위하여 소집된 도도부현 보험과장 회의에서 다음과 같은 연설을 하였습니다.“진료보수개정이 곧 있을 것입니다. 의료보험 제도를 이대로 두고 개혁을 하지 않으면 의료보험 제도는 틀림없이 붕괴됩니다. 이를 막기 위하여 나는 도깨비도 되고 뱀도 될 수 있습니다. 사갈(蛇蝎)처럼 미움을 받아도 좋습니다.”

그 후 요시무라(吉村仁)국장은 이대로 의료비가 계속 증가하면 나라는 망하게 된다는 내용이 담긴『의료비 망국론』이란 논문을 그 해 2월에 발표하였습니다. 논문은 사견임을 전제로 발표되었으나 의료보험 제도 개혁의 긴급성을 호소하는 것이었습니다.

그는 『의료비 망국론』에 이어 『의료비효율 체감론』을 발표하였는데 내용은 의료비가 증가하여도 증가에 비례하여 국민의 건강증진이나 향상에 도움이 되지 않는다는 것이었습니다. 요시무라(吉村仁)국장은 이에 이어 의료의 수요와 공급이 동시에 과잉상태라고 하는 내용의 『의료비 과잉수급론』이란 논문을 발표하면서 ① 의료비 총액 억제, ② 치료로부터 예방과 지도로 중점을 전환할 것 ③ 의사수 등 공급체계 과잉부분 조정 등을 주장하였습니다. 후생노동성이 지향할 바를 제시 하였습니다. 같은 해 10월에는 후생노동성성 사무차관을 본부장으로 하는 ‘국민의료비 적정화 종합대책본부’가 발족하여 의료비 증가 억제책이 검토되기 시작하였습니다 . 1983년 봄에는 후생노도성 보험국의 젊은 관료들인 과장보좌들이 조직한 ‘의료보험정책연구회’가 『의료보장정책의 구상-저상장하에서의 의료보장의 존재방식』이라는 논문을 발표하였습니다. 논문의 내용은 ① 전국민 공통 기초급여 제도검토, ② 표준가이드라인 도입(의료의 표준화), ③ 비타민제와 종합감기약을 보험급여에서 제외하는 것 등이었습니다

이러한 후생노동성 보험국장 및 과장의 개혁적인 노력에 따라 1983년에 노인의료와 직장피보험자에 대한 본인부담 제도를 도입(이전에는 본인부담이 없었음) 하고 점진적으로 본인부담률을 높여 30%에 이르게 하였습니다. 건강검진은 진단후 사후관리를 통하여 환자를 감소시킴으로써 의료비 증가를 억제하였습니다. 이에 반해 우리 나라는 의료계와 야합을 하여 사후관리가 없는 건강검진을 함으로써 건강검진에 소요된 비용 외에 새로운 의료비를 건강검진 비용 이상으로 증가시키고 있습니다.

간단한 예를 들겠습니다. WHO 혈압 정상치 기준은 140-90mmHg이나 우리 나라 건강검진 정상치는 120-80mmHg입니다. WHO 공복시 혈당 정상치 기준은 126mg/dL이나 우리나라 건진 정상치는 100mg/dL입니다. 일본 검진 총콜레스테롤 정상 기준은 220mg/dL인데 우리나라 검진 정상치는 200mg/dL입니다. 정상 기준이 20이 낮아지면 강압제 등 관련 의약품이 3배 내지 5배가 더 판매된다고 합니다. 환자는 얼마나 더증가하였을까요? 먹지 않아도 될 약을 복용하는 국민은 몇 명이나 될까요? 복용하지않아도 될 약을 복용하게 되어 생기는 간접적인 약화는 어느 정도가 될까요? 기가 막힐 뿐입니다.

금년도에 필자인 제가 공단 검진을 받았습니다. 측정된 혈압이 126/77mmHg었는데 경계혈압이라고 통보를 받았습니다(통보서 보관중). 의료비를 줄이기 위한 검진이 환자를 양산하고 의료계와 제약회사의 배만 불려 줍니다. 이러고도 정책이 있는 나라 입니까? 이런 사실을 신문에 투고도 하였고 공단 담당상무에게 수차 문제 제기도 하였으나 아무런 효과가 없었습니다. 일본의 건강진단 사후관리에 관하여는 국장께서 알고자 하시면 언제든지 자세한 설명을 하겠습니다.

다음은 일본의 보험의료수가와 약가통제에 관하여 한 말씀 드리겠습니다. 『의료비 망국론』이 발표된 이후 건보진료보수는 거의 인상이 되지 않았거나 인하되었습니다. 오래된 통계는 없어 최근 수가 인상률을 알려드리겠습니다. 2002년 1.3%인하, 2004년 0%, 2006년 1.3%인하, 2008년 0.38%인상, 2010년 0.19%인상, 2012년 1.38%인상, 2014년 0.73%인상, 2016년 0.49%인상, 2018년 0.55%를 인상하였습니다(일본은 2년마다 수가 조정).

2015년도 일본의 국민의료는 42조 3,644억 엔이며 2016년도 국민의료비는 42조 1,381억엔입니다. 국민의료비가 오히려 감소하였습니다매년 그런 것은 아니나 의료비 증가폭은 경제성장률과 임금인상률 전후 수준입니다.

약가 제도는 버크라인, 온라인시스템(전화를 주시면 설명할 것임)에서 도매실거래가 플러스 2%로 바꾸어 약가 이윤을 대폭 삭감하였습니다.

진료비심사는 표준진료비에 의한 심사를 강화하였습니다. 의료전달체계 확립 준비를 위하여 2004년부터 모든 의과대학 졸업생은 2년간 구급의료, 내과, 외과,산과, 소아과, 정신과, 지역의료연수를 이수하지 않으면 개업이나 전공의 연수를 받지 못하도록 하였습니다. 연수 비용은 국가예산에서 부담하며 연수기간 중 수련의 보수 월 30만 엔도 국고에서 부담합니다. 환자가 대형병원에 소개서가 없이 가면 벌금이 있고 소개서 없는 환자를 일정률 이상 치료한 병원은 진찰료가 25%정도 삭감 지급됩니다. 이외에도 수많은 조치를 하였으나 자세한 설명을 생략하겠습니다

우리나라 건보 현실은 일본의 1980년대 초와 유사합니다. 일본 의료보험은 요시무라(吉村仁)라는 투철한 사명감을 가진 보험국장에 의해 함정에서 구출되었습니다.

건강보험정책국장께서도 ‘한국의 요시무라’가 되어 우리 나라 건보 위기를 타개하는 지도자가 될 수는 없겠습니까? 제가 보건사회부에 재직하며 의료보험 정책을 주관할 때 때로는 밤을 새우며 걱정을 하였고 때로는 새벽까지 보조자(강주사)와 일을 하며 만든 건강보험 제도가 이 지경이 된 것을 더는 참을 수가 없습니다.

건강보험정책국장님의 결기를 기대하며 글을 마칩니다.

건강하시길 기원합니다.

**2019. 11. 3.**

**김 일 천** **올림**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 |  | 가짜 환자를 양산하고 있는 건보공단 건강검진 기준치에  대한 질문 |

질병을 조기에 발견하여 조기에 치료하고 질병상태는 아니나 질병에 걸릴 확률이 높은 사람도 조기에 발견하여 건강관리를 하게 하여 의료비를 줄이기 위하여 건보공단은 일정연령 이상의 피보험자등을 대상으로 건강검진을 하고 있습니다.

건강보험제도에 건강검진제도(이하 검진)를 처음 도입한 나라는 일본입니다. 일본의 검진제도는 전후(1945년) 결핵퇴치사업이 그 연원이라고 합니다. 우리나라도 일본의 선례에 따라 건보제도에 건진을 도입하였습니다. 건보제도에 건진을 도입하고 있는 나라는 우리나라와 일본뿐이라고 합니다. 구미제국에 검진제도가 없는 것은 생애를 통하여 검진을 받은 사람과 검진을 받지 않은 사람의 수명을 비교한 결과 검진을 받은 사람이나 받지 않은 사람의 수명은 비슷하였거나(구미에서 18만명 대상 조사) 건진을 받은 사람의 평균수명이 오히려 더 짧았기 때문이라고 합니다.(핀란드의 비교시험)

검진제도의 옳고 그름에 관한 질문은 질문자가 전문가가 아니기 때문에 하지 않겠습니다.

우리나라의 건보검진의 정상치 기준이 WHO나 다른 나라보다 낮고 건진 후 피검자에게 결과를 통보하는 방식의 오류 때문에 가짜환자를 양산하고 이로 인하여 여러 가지 심각한 문제가 발생하고 있는 사례를 기준치별로 쓰겠습니다.

건보검진 항목이 많으므로 생활습관 병으로 알려진 고혈압, 공복시 혈당, 그리고 총 콜레스테롤의 건보공단검진 정상치기준에 대하여서만 질문을 하고자 합니다.

의학적으로 각종 검사의 이상치를 정하는 방법은 건강한 사람을 선정하여 1000명이건 10,000명이건 검사대상그룹을 만들어 검사를 한 후 측정치가 제일 낫은 사람으로부터 검사치를 나열한 후 검사측정치가 가장 높은 사람으로부터 2.5%와 가장 낮은 사람으로부터 2.5% 합계 5%를 검사비정상치로 정한다고 합니다. 따라서 모든 검사의 이상치는 자동적으로 5%가 된다고 합니다. 이러한 이유로 검진에서 이상이 없는 사람은 거의 없다고 합니다. 미국의 의사 길버트 웰치는 그의 저서 과잉진단에서 건강검진을 무료로 하고 건강진단에서 발견되는 환자만 치료를 하여도 병원은 수지가 만는다고 하였습니다.

의과대학에서 수축기혈압정상치는 자기연령에 90 또는 100을 더한 수치가 정상혈압이라고 1970년대에는 가르쳤다고 합니다. 1970년대라면 70세의 수축기혈압정상치는 160~170이 되는 셈입니다. 사람은 나이가 많을수록 동맥이 좁아지기 때문에 젊은 때 혈압으로는 우리 신체 중 가장 중요한 뇌에 혈액을 충분히 공급할 수 없기 때문에 우리의 몸은 스스로 혈압을 조절하여 높게 함으로써 뇌혈류를 확보한다고 합니다. 따라서 혈압기준치를 정하려면 연령에 따라 정하는 것이 합리적이라고 합니다. 이와 같은 사실은 의사분들은 다 알고 있다고 합니다. 그럼에도 불구하고 WHO는 1978년에 모든 연령의 혈압기준치를 160-95로 정하였습니다.

1978년 이후 의사들은 위쪽혈압이 160 이상 아래족혈압이 95 이상이면 고혈압으로 판정하였습니다.

기준치가 정확하다는 시험 결과는 없었다고 합니다. WHO는 각 국 정부의 갹출금으로 운영이 되고 있으나 제약업계의 기부금에 의존하는 바가 크다고 합니다. 제약업계의 기부금이 증가한 1999년도에 WHO는 혈압기준작성위원회를 설치하고 구라파 혈압학회를 창설한 학계의 중진 인, 밀라노대학의학부교수였던 산디니씨를 위원장으로 모셨다고 합니다. 산디니교수는 19개 제약회사로부터 연구비나 고문료를 받은 분일 뿐아니라 제약회사가 운영하는 연구소의 책임자로 연구자겸 제약회사 사원자격을 가진 분이었다고 합니다. 산디니교수를 제외한 17인의 기준작성 위원 중 1명을 제외한 모든 위원이 제약업계로부터 연구비 또는 고문료 등을 받고 있었다고 합니다.

1999년 혈압기준치작성위원회는 혈압기준치를 다시 140-90으로 낮추었습니다. WHO결정에 대하여 58개국의 1000명에 가까운 전문가들이 WHO혈압기준치의 부당함을 연명으로 지적하였으나 기준치는 변경되지 않았으며 그 기준이 세계로 전파되었습니다. 그 결과 미국에서만 강압제가 5배 이상 판매되엇다고 합니다. 신 기준치를 객관적으로 정당화하는 자료는 없었다고 합니다(이상, 『빨리 발견할수록 빨리 죽을 수 있다』 119-121쪽 요약, 곤도마꼬도 암연구소장)

미국의 길버트웰치 선생은 그가 쓴 『과잉진단』이란 책에서 혈압에 대하여 다음과 같이 기술하고 있습니다.

“만약 의사에게 정상혈압이 얼마입니까 라고 묻는다면 흔히 120-80이라고 대답할 것입니다. 하지만 임상에서 의사들은 늘 이보다 높은 혈압을 가진 환자들과 마주칩니다. 비정상혈압은 어느 수준입니까로 질문을 바꾸면 대부분의 의사는 수축기혈압 160 이완기혈압90이면 비정상이라고 답할 것입니다.” (『과잉진단』 30쪽)●

일본의 유명한 작가이고 외과, 마취과 전문의이며 9년간 후생성 의관으로 근무하였던 구사까베(久坂部羊)씨는 그의 저서 『의료의 환상』에서 건강검진에 대하여 다음과 같이 썼습니다. “일본의 인간도크학회는 2011년 인간도크(전액본인부담 건강검진)를 받은 전국의 313만 명 중 이상이 없음으로 진단이 나온 사람은 7.8%라고 발표를 하였습니다. 검진을 받은 사람 중 92.2%가 건강에 문제가 있다고 판정을 받은 것입니다. 일본 고혈압학회는 2012년 7월 ‘고혈압에 관한 최근의 틀린 인식에 기초를 둔 기사에 관하여’란 반론을 발표하였습니다. 아마도 매스컴이 혈압기준치 140-90에 대하여 문제를 지적하는 기사를 쓴 모양입니다. 일본고혈압학회가 발표한 반박문내용은 “진단기준치는 국내외 의학적논문을 근거로 합리적 판단을 하여 작성한 것이며 시대에 뒤떨어지지 않도록 수년마다 개정을 하고 있다” 였습니다.

질문자가 보건복지부 관계자에게 혈압기준치의 문제점에 대하여 질문을 하였더니 질병관리본부소관이라고 하여 질병관리본부 담당자에게 질문을 하였더니 일본고혈압학회 발표문과 거의 똑같은 답변을 하였습니다. 웃지 않을 수 없네요. 이에 대하여 구사까베 선생은 “그런데 그 수정이 왜 항상 하방수정이냐 그리고 설명이 없지 않느냐. 저혈압에서도 뇌혈관장애나 뇌경색이 증가하여욌다면 알겠으나 그런 데이터는 없다. 발표는 단지 안전면을 배려하였다는 것일 것이다(『의료의 환상』 64쪽)”

우리나라 의사 중 WHO혈압기준이나 공단의 검진 혈압기준치에 대하여 이의를 제기하거나 시비를 한 사람이 한 사람도 없다는 것은 정말 유감입니다. 왜냐하면 WHO혈압기준이나 자국 내 검진 혈압 기준치에 대하여 다른 나라에서는 끊임없이 의사들과 메스컴이 이의를 제기하고 있기 때문입니다. 우리나라 의사분들은 환자를 만드는데 혹시 더 관심이 있는 것은 아닌지 의심이 들 때가 있습니다. 어느 외국의 의사분이 의사가 환자가 돈으로 보이면 이미 의사가 아니라고 쓴 글이 생각이 납니다.

구사까베 선생은 일본고혈압학회의 선의의 가면의 뒤에는 제약회사의 그림자가 숨겨져 있다고 다음과 같이 썼습니다.

“요미우리신문 기사에 의하면 2004년도에 발표된 고혈압치료 가이드라인 작성에 관여한 위원9명 전원이 제약회사로부터 합계 9억2천만엔의 기부금을 받은 모양이다.(의료의 환상 64쪽)” 우리 나라는 이런 일이 없었을까요? 있었다면 신문기자와 수사기관의 게으름을 탓할 수밖에 없습니다. 미국의 인구는 3억 2천 7백만 명(2018)이라고 합니다. 우리 나라 인구는 5천 2백만 명입니다. 미국 인구는 한국의 6.3배입니다. 정상혈압 기준치를 140/90 즉, 수축기 혈압을 160에서 140으로 20을 낮추고 이완기 혈압을 5를 낮추었는데 미국에서 1,300만명의 새로운 환자분이 생겼다고 합니다. 우리나라에서 미국과 동일하게 혈압기준치를 정하였다면 새로운 환자가 206만 명이 생긴다는 계산이 됩니다. 그런데 우리나라 검진에서는 위쪽혈압을 120미만 아래 쪽 혈압 80미만을 정상, 120-139 / 80-89를 고혈압 전단계로 분류를 하였을 뿐만 아니라 질문자의 경험이나 친구들의 경험으로 볼 때 고혈압 전단계에 있는 사람들에게 강압제를 처방하는 사례가 다반사로 행하여 지고 있습니다. 물론 이런 환경 속에서도 원칙을 지키는 의사분들도 있을 것입니다. 기준치가 낮아질수록 환자는 기하급수적으로 증가를 합니다. 우리나라 2019년도 고혈압 환자수는 1,100만명으로 추정된다고 합니다(매일경제신문). 1,100만명중 혈압이 140-90 이하인데 강압제를 복용하고 있는 사람이 몇 명이고 가성고혈압인 사람이 몇 명이며 식사와 운동등 사후관리를 통하여 혈압이 정상으로 돌아올 수 있는 사람이 몇 명일지 계속 강압제를 복용해야 할 환자는 과연 몇 명인지를 알 수 없는 데에 큰 문제가 있다고 생각합니다.

“학회는 기준치를 엄격하게 설정하여 이상자를 증가하게 합니다. 그렇게 하면 사람들이 불안하게 되어 다음해에 검사를 받지 않고는 못견디게 됩니다. 건강한 사람이 검사개미지옥으로 끌려 들어가는 구조입니다. 병의 조기발견과 조기치료가 의료비 억제에 도움이 되는 측면도 있습니다(『의료의 환상』 96쪽).

일본 인간도크(Human Dock)학회는 2014년 4월에 혈압 정상기준치를 140 –90에서 147-94로 상향 조정한다고 발표를 하였습니다(주간 사회보장, 2014.6.9., 35쪽).

우리나라 검진 혈압검사 정상치는 120-80 미만입니다. 일본에서도 미국과 같이 혈압 정상치를 140-90을 채택한 이후 강압제가 5배 이상 더 판매되었다고 합니다. 강압제가 5배 이상 판매되었다고 하는 것은 환자가 5배 이상 늘었다는 뜻이기도 합니다. 일본과 미국은 혈압기준치를 종전보다 20을 낮추었는데 한국은 40을 낮추었기 때문에 일본이나 미국보다 환자가 몇 배 증가하고 의약품도 몇배 더 팔리게 되었을 것입니다. 우리니라 의료계와 보건복지부가 환자를 위하여 혈압기준치를 다른 나라보다 턱없이 두 배 씩이나 낮게 정하였을까요? 만약 아니라면 의료인과 공무원의 윤리상 문제를 떠나 이 문제는 범죄행위입니다. 왜냐하면 강압제를 복용하지 않아도 될 건강한 사람들이 수백만 명이 강압제를 복용함으로써 자기도 모르는 사이에 약화를 당하고 있기 때문입니다. 강압제의 피해를 곤도선생의 저서에서 인용하겠습니다.

“강압제로 혈압을 정도이상 낮추면 뇌혈관중의 혈액이 덩어리가 되기 쉬워 혈액이 잘 흐르지 못하여 뇌조직이 사멸합니다. 뇌경색은 뇌졸중의 일종입니다. 일본에서 비교시험을 한 바에 의하면 위쪽 혈압이 150-180 밑쪽 혈압이 90-100인 사람들을 두 그룹으로 나누어 한쪽은 강압제를 복용하게 하고 다른 한쪽은 위약(프라세보)을 주었더니 강압제를 복용한 그룹에서 뇌졸증이 50% 더 생겼다고 합니다.(『임상의학』 2000:16:1363) 강압제의 다른 부작용은 혈류가 감소되어 뇌 활동력이 떨어져 기억력이나 판단력이 저하되어 무기력한 상태가 되는 것이라고 합니다. 일본에서 조사한 바에 의하면 위쪽 혈압을 강제로 120미만으로 내렸더니 식사, 입욕, 옷갈아 입기, 배설 등 일상생활에 지장을 받는 사람이 70%나 되었다 합니다. 일본인이 건강수명이 짧은 것은 강압제에 의한 저혈압 때문인 것이 명백하다고 곤도선생은 썼습니다. 강압제의 부작용은 약의 종류에 따라 다르기는 하지만 쇼크, 실신, 의식소실, 급성신부전, 고카리움혈증, 간기능장애, 황달, 백혈구감소, 횡문조융해증, 간질성폐렴, 저혈당 등이라고 합니다. 약의 종류에 따라서는 발암 부작용도 있다고 합니다.(『조기발견 할수록 빨리 죽기 쉽다』 124-125쪽). 이렇게 무서운 부작용을 가지고 있는 강압제를 복용하지 않아도 될 수백만의 정상인이 복용하고 있을 수 있다는 것은 무서운 일입니다. 강압제를 복용하지 않아도 될 사람들에게 강압제를 복용하도록 제도를 운영하고 있거나 강압제 복용을 정상인에게 권유한 사람들은 비도덕의 경지를 넘어 고의적으로 범죄를 저지른 범법자들입니다. 사람의 건강을 가지고 장난을 치는 사람들을 용서하여서는 안됩니다.

다음은 고혈압 진단과 치료에 관하여 일본의 저명한 건강컨설턴트이신 고누마(沼小) 선생이 쓰신 ‘건강만들기와 의료비 적정화’라는 논문(1984)에서 인용하고자 합니다.

“사람은 건강에 대한 이해도가 높으면 높을수록 건강에 대한 불안이 크다고 합니다. 가령 여러분이 무엇엔가 크게 놀라면 안색이 파랗게 질리고 심장이 심하게 뜁니다. 이는 순간이며 1초도 안되는 시간 내에 일어납니다. 놀란 순간 혈관이 확 수축이 되면서 얼굴로 가는 혈액이 줄어들어 안색이 파랗게 됩니다. 혈압도 똑같습니다. 혈압을 측정할 때 내 혈압은 높을 것 이라고 생각하는 순간 혈압이 확 올라갑니다. 맥박을 측정하면 보통 때에는 70이던 맥박이 90회 정도로 뜁니다. 보통 때 70이던 맥박이 90회 뛰는 것은 걱정 때문입니다. 의학적인 명칭은 아니지만 나는 이와 같은 현상을 가성고혈압이라고 부르고 있습니다. 눈이 피로하면 가성근시가 되는 수가 있습니다. 근시는 낫지 않지만 가성근시는 원인이 사라지면 원상회복이 됩니다. 이와 마찬가지로 가성고혈압도 치료가 없어도 낫습니다. 이와 같은 현상이 생기면 나는 당신은 진성고혈압이 아니라고 건강검진 현장에서 주의를 환기 시킵니다. 나는 주간에 건강검진을 할 때 나의 혈압도 가끔 측정하는데 위쪽 혈압이 150전후인 경우가 많습니다. 그런데 자기 전에 혈압을 측정하면 위쪽혈압이 110이 조금 넘습니다. 따라서 나의 진짜 혈압은 110이 조금 넘는 것이 맞으며 150은 일시적인 가성 고혈압입니다. 가성 고혈압인 사람에게 강압제를 투여하면 눈이 빙빙 돌게 됩니다. 혈압치료에는 기준이 있습니다. 그 기준은 다음과 같습니다.

혈압을 측정한 결과 기준치보다 혈압이 높으면 2,3일 마다 세 번을 혈압을 측정합니다. 그래도 여전히 기준치보다 높으면 운동처방과 식사처방을 합니다. 한달 후에도 여전히 혈압이 기준치보다 높으면 신경안정제를 처방합니다. 신경안정제를 복용하고 혈압을 측정한 결과 정상혈압이면 고혈압이 아닙니다. 신경안정제를 복용하고 운동과 저염식을 하여도 혈압이 내려가지 않을 때 비로소 이뇨제를 처방합니다. 이것이 혈압치료 기준입니다. 그런데 개업의 분들은 지키지 않는 분도 있습니다. 우리 회사의 병원에서는 비교적 잘 지키고 있습니다. 일본은 건강검진에서 혈압 등 생활습관병 또는 생활습관병이 발생할 확률이 높은 사람이 발견되면 보험자(건보조합)가 우선 운동처방(만보걷기 등), 식사처방에 따른 주부를 상대로 하는 요리강습 등을 철저히 합니다. 일본의 건강보험조합 등에는 건진 사후관리를 담당하는 보건사, 영양사, 운동사 등이 상근을 하고 있습니다. 수년전 도요다 덴소 건강보험조합(대상자 8만명 정도)검진사후관리 기사를 본 적이 있는데 검진 사후관리에 참가한 사람들의 의료비 지출은 그렇지 않은 사람보다 20% 전후가 낮았다고 합니다. 우리나라는 일본과 같은 건진 사후관리 개념이 없는 나라이며 혈압이 120-80 이상이면 강압제 복용을 권유하거나 강압제를 처방하는 사례가 다반사인 나라입니다. 10여 년 전에 일산암센터에서 전액 자기부담 건강진단을 받은 적이 있습니다. 혈압수치가 130-85정도가 되었습니다. 고혈압약 복용을 권유받고 동네내과에서 고혈압약 처방을 받았습니다. 3년여를 복용하였습니다. 강압제를 처음 처방할 때 의사선생 왈, 강압제는 한번복용을 시작하면 평생복용해야 된다고 하였습니다. 강압제를 복용하였더니 혈압은 110-70 또는 100-60이 되는 경우도 있었습니다. 힘이 빠져 1km 걷는데도 지장이 있었습니다. 의사와 상의없이 혈압약을 반으로 줄였더니 몸상태가 조금 좋아졌습니다. 2주후 완전히 복약을 중단하였습니다. 복약을 중단한 후 혈압은 110-70 또는 120-75정도가 되었습니다. 한 달 후 내과에 갔습니다. 혈압을 측정하더니 혈압관리가 잘 되고 있다고 하였습니다. 한 달 이상 강압제를 복용하지 아니하였다고 하였더니 놀라면서 이상하다고 하였습니다. 물론 지금까지도 강압제를 복용하지 않고 정상혈압을 유지하고 있습니다. 강압제 복용을 중단한 동기는 일본NHK의 고혈압관리에 관한 방송을 시청한 것 이 있습니다. 2019년 4월 5일 건보공단에서 실시하는 일반건강검진을 받았습니다. 혈압이 126-77로 극히 정상이었는데 고혈압 전단계로 통보를 받았습니다. 우리나라 공단 검진 혈압 정상치가 120-80미만이기 때문입니다. 집에서 혈압 측정을 하면 공단검사치보다 10정도 낮습니다. 10은 가성입니다. 질문자는 약간 저혈압인 사람입니다. 의료비를 줄이기 위한 건강검진이 가짜 환자를 양산하고 있는 증거입니다.

WHO가 정한 혈압정상치 미만인 피검자에게 고혈압전단계로 통보를 함으로써 피검자를 불안하게 하고 의료기관을 전전하게 하는 것이 정상적인 검진 방침인지 묻고 싶습니다. 굳이 통보를 하려면 “귀하의 혈압은 정상치입니다. 고혈압 환자가 되지 않으려면 꾸준한 운동과 저염식을 하시기 바랍니다”로 하여야 합니다. 그리고 고혈압 기준치를 초과한 피검자에 대해서도 “귀하의 고혈압은 가성고혈압일 수 있으니 2,3일 간격으로 혈압을 3회 이상 측정한 후에도 고혈압이면 의사와 상의하십시오.” 라고 통보하는 것이 옳은 통보 방법입니다.. 혈압에 관하여 전문가도 아니면서 장황하게 썼으므로 당뇨병과 고지혈에 관하여는 곤도박사의 저서를 중심으로 간략하게 쓰겠습니다. 당뇨병 환자의 압도적 다수는 당분의 과다섭취와 노화가 원인인 2형당뇨병 환자라고 합니다. 이들 환자는 당뇨 등의 자각증상이 없는 건강한 사람들이라고 합니다. 당뇨병 진단은 1.공복시 혈당치 2.포도당부하시험의 혈당치 3.헤모글로빈 A1C등을 조합하여 진단을 한다고 합니다. 이 세가지중 공복시 혈당치가 이상으로 진단이 되면 2와 3의 검사를 한다고 합니다. 건보공단 일반건강검진 항목에는 2와 3의 검사는 포함되어 있지 않기 때문에 2와 3에 대하여는 쓰지 않겠습니다. 공복시 혈당 기준치는 1998년 이전까지는 140이었다고 합니다. 그런데 1998년에 WHO가 기준치를 140에서 126으로 낮추었다고 합니다. 구사까베 선생 말씀대로 검사치를 조정할 때마다 환자를 양산하고 관련 의학품이 수 배씩 팔리도록 검사 기준치를 낮추고 있습니다. WHO 공복시 혈당 정상치는 126입니다. 우리 나라 건보공단 공복시 혈당 정상치는 100미만입니다. 2019년 4월 1일 건보공단 일반건강검진을 받았는데 공복시 혈당치가 WHO 공복시 혈당 기준치인 126에 한참 못 미치는 119로 측정이 되었습니다. 그런데 공복 혈당 장애로 통보를 받았습니다. 다른 나라 또는 WHO 는 공복시 혈당 기준치가 126미만이면 정상으로 취급하는데 우리나라는 검사치가 119인데 공복혈당장애로 통보를 하였을까?. 의료기관에 가서 진찰을 받고 혈당강하제를 처방받아 복용하라는 신호 또는 지시는 아닐까요? 생활습관병인 혈압과 공복시 혈당은 비정상이라고 통보를 하면서 생활습관병과 밀접한 관련이 있는 뇌혈관의 나이는 전년도 39세에서 금년도에는 35세로 혈관나이가 낮아 젊어졌다고 통보를 하였습니다. 생활습관병에는 문제가 있다고 하면서 혈관나이는 4세나 젊어졌다고 통보를 한 것은 모순이 있는 것이 아닙니까? 대부분의 사람은 앞에서와 같은 통보를 받으면 근심에 싸여 전전긍긍 하다 내과의원이나 검진을 받은 의료기관에 달려갈 것입니다. 의료를 불안산업으로 끌고 가는데 건보공단이나 보건복지부가 적극적으로 동참하는 모양새는 개탄할 일입니다. 이렇게 국민에게 아니하여도 될 걱정을 하게 하는 건보공단 일반검진결과 통보 방식이 옳은 것일까요. 이 같은 통보 방식은 수많은 가짜 환자를 만들어 냅니다. 미국에서 공복시 혈당기준치를 140에서 126으로 낮추었더니 졸지에 160만 명의 신규환자가 생겼다고 합니다(『과잉진단』 56쪽). 공복시 혈당 기준치를 126으로 낮추었는데 160만 명의 환자가 증가하였습니다. 그런데 공복시 정상 혈당치를 100미만으로 정한 의료계와 검진당국은 가짜 환자를 얼마나 더 많이 만들어 냈을까요? 길버트웰치는 그의 저서 『과잉진단』에서 ‘제 2형 당뇨병’ 환자에게 혈당 강하제를 처방하였는데 환자가 운전 중 의식을 잃어 자동차가 전복되면서 경추골절을 당하여 장애자가 된 이야기를 소개하면서 혈당 강하제의 위험을 경고하였습니다. 혈당 강하제의 부작용과 위험에 대하여 곤도박사는 그의 저서에서 다음과 같이 썼습니다. “혈당을 낮추면 낮출수록 사망률이 높은 이유는 몇 가지 있습니다. 그 하나는 저혈당 발작입니다. 뇌세포의 활동은 포도당에 의존하고 있기 때문에 혈당치가 내려가서 포도당 공급이 되지못하면 뇌세포가 작동하지 않아 의식을 잃고 뇌사상태를 거쳐 사망합니다. 경구용약 보다 인슐린 쪽이 저혈당이 되기 쉬워 사망률이 높습니다. 혈당을 엄격히 관리할수록 넘어지는 확률이 높고 전도는 골절상을 가져와 문제가 되며 저혈당은 인지능력에도 장애를 준다”고 합니다. 혈당약의 부작용은 피부점막안질환, 간기능장애, 황달, 성심부전, 급성췌염, 간질성폐염, 장폐색혈소판감소 등이라고 합니다. 정상 공복혈당치가 126인데 건보공단 일반건강검진에서는 100도 아니고 100미만이 공복시 혈당 장애라고 판정을 하여 피검자에게 통보를 하면 얼마나 많은 가짜 환자가 생기겠습니까. 무서운 일입니다. 혈압의 경우처럼 검진 공복시 혈당이 126이하인 피검자에게는 “귀하의 공복시 혈당은 정상입니다. 꾸준한 운동 등을 하십시오.” 라고 통보를 하는 것이 정상이 아니겠습니까? 일본의 건강검진 총콜레스테롤 검사 정상치는 220이상입니다. 그런데 우리 나라의 일반 건강검진 총콜레스테롤 정상치는 200미만입니다. 일본이 총콜레스테롤 정상 검사치를 정하는데 심근경색 환자를 대상으로 한 연구를 참고하였다고 합니다. 환자를 기준으로 정상치를 결정한 것은 옳은 방법이 아니라고 합니다. 최근 일본에서 총콜레스테롤 검사 기준치를 정하는 과정에서 있었던 여러 가지 문제는 생략하겠습니다. 총콜레스테롤 검사 기준치를 220으로 낮춘 후 일본에서만 콜레스테롤 저하약 판매가 3000억 엔으로 폭증하였다고 합니다. 총콜레스테롤의 검진 결과를 피검자에게 통보할 때도 고혈압과 당뇨의 경우와 같은 문제가 있으므로 통보방식을 당연히 고쳐야 합니다. 우리 나라에서 얼마나 심한 과잉진단이 발생하고 있는지는 갑상선암 진단을 보면 알 수 있습니다. 1993년부터 2011년까지 갑상선암 발견자 수가 15배가 증가하였다고 합니다. 인구가 5,000만(당시) 인데 연간 4만 명이 전염병처럼 갑상선암으로 진단을 받은 것입니다. 세계 의학계에서는 한국에서의 갑상선암 유행 또는 한국에서 발생한 갑상선암 과잉진단 비극 등으로 조롱을 하였습니다. 그 후 한국에서 갑상선암에 대한 진단과 치료에 변화가 있었다고 듣고 있습니다. 이와 같은 사례는 의사에 대한 성과급이 가장 큰 원인입니다. 우리나라는 ‘성과급=과잉진단’인 나라입니다. 세계에 그 유례가 없는 제도인 의사성과급 제도는 당연히 조속히 폐지되어야 합니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

우리나라의 혈압기준치는 WHO 기준보다 수축기 혈압이 20이나 낮으며, 일본인간도크의 기준치보다는 무려 27이 낮습니다. 혈당은 WHO 기준치보다 26이 낮고 총콜레스테롤기준치는 일본보다 20이 낮습니다. 우리나라 건보공단 일반 검진 정상치가 국제기구나 다른 나라 보다 터무니없이 낮은 이유를 의학적으로 다수설을 점하고 있는 실험 데이터를 근거로 답변을 하여주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

미국에서 위쪽혈압을 160에서 140으로 밑의 쪽 혈압을 95에서 90으로 기준치를 낮추었는데 1,300만명의 신규환자가 생겼다고 합니다. 우리 나라가 미국과 같은 기준치를 적용하였다면 206만 명의 신규환자가 생겼을 것입니다. 그런데 우리 나라 건보공단 일반검진 혈압 정상치는 120미만-80미만입니다. 기준치가 낮을수록 비정상치 해당자는 기하급수적으로 증가하므로 120미만-80미만을 검진 정상치로 하면 정상치 기준을 140-90으로 정하였을 때 보다 가짜 환자가 400만 명 이상이 더 증가할 것으로 추정되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

고의적이건 아니건 간에 환자가 아닌데 환자로 진단이 되어 강압제등을 복용하게끔 혈압 등의 기준치를 WHO나 외국보다 낮게 책정한 것은 범죄행위라고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 4** |

질문자가 금년 4월5일 공단일산병원에서 일반건강검진을 받았습니다. 혈압측정치가 126-77로 극히 정상이었습니다. 집에서 평소에 측정하면 110-70전후로 나이에 비하면 저혈압인 편입니다. 그럼에도 불구하고 고혈압 전단계로 통보를 받았습니다. 공복시 혈당은 119로 측정이 되었습니다. WHO 기준치는 126이하 입니다. 지극히 정상적인 공복시 혈당이었는데 공복시 혈당장애로 통보받았습니다(통보서 별첨). 통보내용으로 보아 하루속히 병원으로 가서 강압제와 혈당억제약을 처방받아 복용하라는 신호가 아니겠습니까. 좋게 생각하여도 의료기관에는 한번쯤 가라는 신호로 받아들이게 됩니다. 검사치가 정상범위 내인 피검자를 걱정하게 하는 검사결과 통보를 하여 그 통보 때문에 복약까지 하였다면 이는 국민의 건강과 의료비 절감을 위한 제도는 아니라고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

검사치가 국제 기준이나 선진국 기준보다 낮은 것이 원인이 되어 생긴 환자를 재검사를 하여 찾아내어서 복약을 중지하게 할 생각은 없는지를 묻습니다. 기준치가 낮아서 지출하지 않아도 될 의료비를 얼마나 더 지출하였는지를 추정하여 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

일반건강검진 결과 통보시 WHO 기준을 초과하지 않은 피검자에게는 정상으로 통보하고 필요시 운동권유와 식사처방 등을 알려줄 용의가 없는지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 7** |

일본 고누마 선생이 근무하고 있었던 의료기관 검진에서는 혈압이 기준치 이상이라도 가성고혈압일 수 있다고 피검자들을 안심시켰다고 합니다. 가성고혈압 문제로부터 피검자를 보호하기 위하여 일본처럼 혈압 측정을 한 결과 기준치를 초과하면 2,3일 간격으로 3번 혈압을 재측정하고 그래도 높으면 운동 및 식사처방을 한달 간 하고 운동과 식사처방을 이행하였음에도 혈압이 높으면 신경안정제를 복용하게 하고 혈압을 재측정한 후 정상이면 정상으로 판정하고 비정상이면 강압제를 처방하는 식으로 강압제와 혈당 억제약 및 콜레스테롤치료약 처방 기준을 정할 용의가 없는지를 묻습니다. 또한 진료기준을 지키지 않고 처방을 한 경우에는 진료비 삭감은 물론 행정처분까지 고려할 의사가 있는지를 아울러 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 8** |

일반건강검진 기준치와 검진 결과 통보 방법을 전면적으로 재검토하여 새로 정할 용의가 없는지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 9** |

생활습관병 환자와 그 예비군에 대한 검진 사후관리를 일본처럼 보험자인 건보공단이 하도록 의무규정을 정할 용의가 있는지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 10** |

의료기관은 건강검진 이상자가 많을수록 수입이 증가합니다. 따라서 통보 방법이 피검자가 불안할 수 있는 방법이 될 수고 있습니다. 건강검진 결과를 보험자가 통보하는 방안을 강구할 용의는 없는지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 11** |

2019년도 건보공단이 건강검진 비용으로 지출할 금액은 1조 7천억 원을 초과할 것으로 보입니다. 건강검진 사후관리를 과학적으로 철저히 실시하지 않으면 건강검진에 소요된 비용 이상으로 의료비가 증가할 수 있다고 합니다.

일본을 제외한 전세계 어느 나라에도 건강보험 제도에 건강검진 제도는 없습니다. 과학적인 사후관리가 없는 우리 나라 건강검진 제도를 폐지하는 방안을 검토할 용의가 없는지 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 12** |

일본의 도요다 덴소 의료보험조합 등의 건강검진 사후관리 프로그램을 학습하고 우리 나라 실정에 맞는 검진 사후관리 제도를 확립할 용의는 없는 지 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 13** |

새로운 사후관리 제도를 도입할 경우에도 인력 증원은 하지 않는 것이 바람직하며 공단 본부와 지사의 요원들을 차출하여 전문적인 교육을 실시하여 검진 사후관리에 임하는 것이 바람직하다고 생각되는데 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 |  | 의사성과급제와 의료법인 제도에 관한 질문 |

**◆ 의사성과급제의 현황과 문제점**

대형법인병원과 대학병원 등은 병원에서 근무하고 있는 의사들의 보수 규정을 복수로 정하여 운영하고 있습니다. 하나는 기본급 보수규정이고 다른 하나는 의사 개개인의 월간 진료성과, 즉 진료수입에 비례하여 지급하는 성과급 지급 규정입니다. 성과급 보수 제도는 같은 병원에 근무하는 의사들에게 재진 횟수 늘리기, 과잉검사 경우에 따라서는 안 해도 될 처치 및 수술을 하게 하거나 의약품 등의 과잉처방 등을 경쟁적으로 하게 하는 제도입니다. 세계 어느 나라에도 과잉진료를 경쟁적으로 하도록 유도하는 의사성과급 제도를 시행하고 있는 병원은 없습니다. 의사성과급 제도는 필요 없는 의료비를 증가시켜 공적 의료제도의 존속을 위협하는 것은 물론 비윤리적인 범죄 행위입니다. 병원에서 의사가 가장 많이 처방을 하는 검사인 혈액검사를 하지 않아도 될 사람에게 처방을 하면 검사를 위하여 채혈을 하여야 합니다. 채혈을 하려면 주사침을 혈관에 찔러 넣지 않으면 아니 되는데, 이 과정에서 피부와 혈관에 손상을 주며 환자는 고통을 느끼게 됩니다.

필자가 3년 전에 모 종합병원에서 환자전액부담 건강진단을 받은 결과, BIS(Bispectral Index) 지수가 정상보다 높게 나왔다고 비뇨기과 재검진 통보가 왔습니다. 병원 비뇨기과에 갔더니 다음 날 아침에 참을 수 있는 한 배뇨를 참고 내원하라고 하여 다음 날 아침 병원에 가서 채뇨기에 방뇨를 한 결과 뇨의 양은 충분하나 방뇨 속도에 문제가 있다 하여 비뇨기과 옆 방 초음파실에 가서 2번의 초음파 검사를 하였는데, 잔뇨와 전립선비대증을 측정한 것으로 추측됩니다. 검사 후 구체적인 설명도 없이 전립선암일 수도 있으니 조직 검사를 하자고 하였습니다. 길버트 윌치라는 의사가 쓴 ‘과잉진단’이라는 책에서 저자는 『여명이 10년 미만이면 전립선에 문제가 있어도 그냥 두는 것이 좋다』고 하였다고 의사선생에게 말씀 드렸더니, 의사 왈, 조직검사를 하고 안심하고 사는 것이 좋지 불안한 마음으로 사는 것은 옳지 않다고 하였습니다. 의사의 권유에 따라 석연치 않은 기분으로 조직검사를 위한 전립선 생검을 하게 되었습니다. 전립선의 12개소에서 검체를 채취하였습니다. 다음 날부터 1주일간 혈뇨를 방뇨하는 고통을 겪었습니다. 생검은 생 살점을 뜯어내는 행위로 아니 하여도 될 생검을 하였다면 상해 행위입니다. 천자검사도 마찬가지입니다. 문제는 1주일 후에 검사 결과를 알려주겠다는 것입니다. 암일 수 있다는 전제로 검사를 하였으니 1주일 간 불안한 마음은 고문이라고 할 수 있습니다. 1주일 후에 갔더니 정상이라면서 두루패스라는 약을 처방을 했는데, 복용 후 어지러움 등이 있어서 한 달 여 복용하다가 약을 끊었습니다. 복약을 하지 않은 상태에서 건강한 상태로 배뇨 장애를 겪지 않고 지금도 살고 있습니다. 물론 매년 받는 정기 건강검진에서도 검사 수치에 문제가 있다는 통보를 받은 바 없습니다.

10여년 전에 집 사람이 가끔 무릎이 아프다고 하길래, 강남의 모 정형외과 전문병원에 함께 갔습니다. 동 병원 행정원장은 보건복지부에서 퇴직한 공무원이었기 때문에 안내를 받아 진찰을 받았습니다. 진찰을 한 의사가 무릎 관절 수술을 하자고 하기에, 거절하고 돌아왔는데, 그 후 진통제 복용도 하지 않고 아무 문제없이 생활을 하였습니다. TV 건강 프로에 나온 정형외과 의사가 강의에서 척추수술을 권하는 의사가 있으면 2군데를 더 가서 진찰을 받고 세 곳 중 2 곳에서 수술을 권할 경우 수술을 하라고 하였습니다. 필요 없는 수술이 다반사로 이루어지고 있다는 이야기가 아닐까요? 필요 없는 수술은 전신마취 부작용부터 수술에 따르는 고통은 이루 말할 수 없습니다. 얼마나 부도덕한 상해행위입니까?

방사선 검사인 X-레이, CT, PET 등의 검사의 경우는 더 심각한 문제가 있습니다. X선 검사에 의한 피폭이 원인이 되어 암이 발생하는 비율을 15개국을 대상으로 조사한 바에 의하면 암환자 100명 중 일본 3.2명, 영국은 0.6명, 미국은 0.9명이었다고 합니다(“의료의 환상” 87쪽, 구사까베료 저). 이 조사에서 한국은 제외되어 있습니다. 일본은 CT와 MRI를 동시 촬영하면 두 번째는 수가의 80%만 산정하며 CT를 다른 방법이나 다른 기종으로 동시에 2번 이상 촬영한 경우에는 수가가 고가인 쪽의 수가만 산정하도록 되어 있습니다. 뿐만 아니라 일본 CT수가는 기종별(해상도별)로 수가를 정하고 있기 때문에 수가 항목이 4가지이고 해상도가 가장 높은 CT로 촬영시 수가는 진단료를 포함하여 14만 5천원(환율 10: 1 환산 기준)이며 해상도가 제일 낮은 기종으로 촬영하였을 때의 수가는 10만 1천원(환율 10: 1 환산 기준)입니다. 일본은 해상도별(기종별) 수가이기 때문에 전신을 촬영하거나 신체의 일부분만 촬영하여도 동일한 수가입니다. 그러나 우리나라의 CT수가는 세계에서 그 유래가 없는 신체부위별로 산정하기 때문에 수가 항목이 47개(일본은 4개)입니다. 수가 수준도 일본보다 높으며 산정방법에 따라서는 수가가 5-6배가 될 수도 있습니다. 따라서 우리나라는 화상검사 빈도가 제일 높은 나라가 될 수밖에 없으며 그 빈도를 외국과 비교하여 조사를 한 일이 없습니다. 검사 빈도가 일본의 2배 이상이 될 지도 모른다는 생각을 하게 됩니다. 암환자의 약 6-7%가 병원 방사선 피폭으로 생긴다면 무서운 일입니다. 구체적인 조사가 있기를 바랍니다.

정상적인 의사는 환자를 대할 때 환자가 우선 안심을 할 수 있도록 하는 것이 기본이며, 질병에 대하여 자세히 설명을 하고 환자나 환자 가족의 동의를 받는 것이 올바른 자세라고 생각합니다. 일본 「의료법」 제1조는 환자의 이익과 보호를 규정하고 있고, 제1조의 4에는 설명의무와 예의를 지킬 의무를 규정하고 있습니다. 우리나라 「의료법」에도 유사한 규정이 있는 것으로 알고 있습니다. 그러나 우리나라 의료는 의사성과급 제도 때문에 거대한 불안 산업으로 전락하고 있습니다. 안심을 시키기는커녕 불안하게 하는 것으로 진료를 유도하는 예가 허다하다고 할 수 있습니다. 의약품 등을 이윤을 목적으로 과잉 처방을 한 경우에는 의약품이 부작용 문제를 생각하면 이는 인위적인 상해 행위가 될 수도 있습니다. 우리나라는 공적 의료제도를 운영하면서 그 종류를 헤아릴 수 없는 비급여 제도를 운영하고 있습니다. 진료 성과를 올려 성과급을 많이 받으려면 높은 수가를 받을 수 있는 비급여 항목에 대한 치료를 더 하거나 처방을 더 하여야 합니다. 과잉 비급여 치료나 처방은 환자를 괴롭히고 환자의 가계를 위험에 빠뜨리게 할 수 있습니다. 건강보험을 운영하는 나라에서는 있을 수 없는 사태입니다. 이해를 할 수 없는 것은 종교법인이 운영하는 의료기관이 성과급제도를 실시하여 환자를 괴롭히는 행위를 하는 것입니다. 다른 의료법인이 다 성과급제를 도입한다 하여도 종교법인 만은 이런 파렴치하고 비인도적인 임금제도를 도입하여서는 아니된다고 생각합니다. 종교는 연민이며 사랑이기 때문입니다.

병원 근무 의사들은 병원 운영자가 만든 범죄적 성과급 보수 규정에 따라 과잉 진료를 하지 않을 수 없는 딱한 처지에 놓인 희생자들입니다. 의과대학을 졸업할 때 환자의 이로움만을 위하여 일하겠다고 희포크라테스 선서를 한 의사 중에 과잉진료를 유도하는 성과급 제도에 대하여 그 모순을 지적하는 내부고발자가 없다는 것을 이해할 수 없습니다. 물론 성과급 제도 하에서도 양심적으로 성과급에 구애를 받지 않고 환자 진료에 임하는 의사가 많을 것이라고 생각합니다. 성과급 제도 때문에 환자를 잡고 있어 진료과 간에 협진이 원활이 이루어지지 않을 수도 있습니다. 협진의 지연은 환자의 생명을 위협할 수도 있습니다. 이런 제도를 방치하고 있는 공무원도 공범입니다. 구미에서는 의과 대학생 선발시 인성을 중요시하며 학생 교육 과정에서 인성 교육을 매우 중요시한다고 합니다.

**◆ 우리나라 의료법인 제도의 현황과 문제점**

우리나라와 의사 교육 제도나 의료 제도가 유사한 일본이 법인 병원을 어떻게 운영하며 영리 추구를 어떻게 방지하고 있는지를 관계자들의 참고를 위하여 약술하고자 합니다.

일본의 의료법인은 특정의료법인, 특별의료법인, 사회의료법인 등 3종류가 있습니다. 법인은 재단인 경우와 사단인 경우가 있습니다. 법인의 임원은 6명 이상, 감사는 2명 이상이며 우리나라와 달리 법인 이사회 외에 재단 평의회라고 하는 이사회를 견제하는 조직이 따로 있으며 평의회 회원수는 이사회의 이사 수 이상이어야 합니다. 일본은 법인 병원의 수입 요건을 정하고 있는 바, 진료 수입은 진료에 직접 소요되는 의약품비, 인건비 등 직접 경비의 150% 이하이어야 한다고 규정하고 있습니다**(후생노동성 고시 원문과 번역문 첨부)**. 간접경비를 감안하면 병원은 약간의 이윤 밖에 못내게 되어 있으며 병원업으로 치부를 못하게 하고 있습니다.

참고를 위하여 공익성이 높은 의료법인의 주요 요건을 요미우리신문이 간행한 ‘이로써 알 수 있는 의료제도’에서 발췌하여 아래와 같이 번역을 하였습니다(<표 1> 참조). 그리고 원문도 첨부하였습니다.

이와 같은 규정 때문인지는 몰라도 2018.3.1. 발표한 2017년도 일본 병원 경영분석 결과를 보면 의사의 평균 월봉은 108만엔이고 간호사는 35.9만엔, 약사는 38만엔, 의료기사는 34.6만엔, 사무직은 30.9만엔입니다. 우리 나라 인건비가 일본보다 높은 것을 이해할 수 없습니다. 일본은 지역의료계획에 따라 적자 공공병원은 점진적으로 폐쇄를 하고 있으며, 법인병원도 병상 감축 또는 폐쇄를 유도하여 병상을 감축하는 정책을 시행하고 있습니다. 이에 따라 매년 1만 병상 전후의 병상이 감축되고 있으며 지난 10년간 10만 병상이상의 병상이 감축되었습니다. 병상수와 의료비는 비례 관계입니다. 유럽의 경우 1990-2000년 사이에 평균 30% - 35%의 병상을 감축하였습니다. 스웨덴의 경우 1992년도에 58,000병상이었던 병상을 2015년도까지 24,000병상으로 대폭 감축하였습니다. 재택의료를 확대하여 의료비를 절약하려면 병상은 감축될 수밖에 없습니다. 의료구상과 계획에 따른 일본의 병상감축정책은 오히려 늦은 감이 있습니다.

**<표 1> 공익성이 높은 의료법인의 주요 요건**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **특정의료법인** | **특별의료법인** | | **사회의료법인** |
| **조직의 형태** | 지분이 없는 사단 또는 재단 | | | |
| **임원 수** | 이사 6인 이상, 감사 2인 이상, 재단 평의원은 이사 수 이상 | | | |
| **수입 요건** | -보험진료 등의 수입은 총수입의 80% 이상이 되어야 하고 자유진료도 보험과 같은 기준으로 계산  -진료수입은 직접경비의 150% 이하 | | | |
| **공적 운영** | -이사, 감사, 평의원 등 임원 중 동족(同族)이 차지하는  비율은 각 각 1/3  -임원 친족 등에게 융자, 자산양도 등 특별한 이익을 주면 안되고 법령 위반이 없어야 함 | | | -좌측의 내용은 기본  -사원의 동족 비율 1/3  -이사, 감사, 평의원의 동일 단체 관계자가 각 1/3 이하  -개인이나 단체에게 특별한 이익 주지 않고,  유류 재산, 주식의 보유 제한  -결산 서류 누구도 열람 가능 |
| **임직원 보수** | 1인당 연 3,600만엔 이하 | | | 임금 지급 기준을 누구도 열람 가능 |
| **시설 요건** | -병원은 40병상 이상(치과, 안과, 이비인후과, 피부비뇨과, 정형외과가 주된 진료인 경우 30병상 이상) 또는 응급고시  -진료소는 15병상 이상으로 응급고시 | | |  |
| 차액병상비율 30% 이하 | | 정책이나 공익에 도움이 되는 진료 제공 |
| **수익 업무** | × | | 가능함 | 가능함 |
| **법인채 발행** | × | | × | 가능함 |
| **법인세율** | 19% | | 25.3% | -의료요양은 비과세, -부대수익업무는 경감(19%) |

출전: 요미우리신문사, 대사전: “이로써 알 수 있는 의료의 구조” 363쪽

우리나라는 성과급제로 의료법인이 이익을 극대화하여 그 이윤을 계속 병상 증설에 재투자를 하기 때문에 세계에서 인구 대비 병상수가 가장 많은 나라가 되었고 병상증가에 비례하여 수진율도 세계에서 제일 높은 나라가 되었습니다. 병원 이익의 전액 이상을 법인에 전출금으로 준 후 적자 결산을 하고 있는 것이 상례입니다. 그렇기 때문에 병원의 적자 주장은 거짓입니다.

선진국의 의료비는 대체로 경제성장률 이하로 증가하고 있습니다. 일본은 국민의료비가 (-)로 증가한 때도 있습니다. OECD국가 중 우리나라 의료비 증가속도가 제일 높습니다. 우리나라의 의료법인들이 병상을 늘리는 재원이 어디에서 나오는지 정밀한 조사가 필요합니다. 이대로 계속 병상이 증가하면 우리나라 건강보험은 세계에서 제일 먼저 파산하고 문을 닫을 것입니다.

일본의 의료법인은 국회 격인 평의원회와 내각 격인 이사회로 구성되며 평의원회와 이사회의 동족 비율이 3분의 1미만이어야 합니다. 법인의 회계와 운영을 공익에 맞게 비영리적으로 운영하는 것을 비동족 이사회 평의원이 감사하도록 하고 친족 비율을 3분의 1로 함으로써 법인 설립자 등의 전횡을 원천봉쇄하고 있습니다. 뿐만 아니라 결산서는 국민이면 누구라도 열람할 수 있게 하여 운영의 투명성을 기하고 있습니다.

임직원의 보수 상한을 정하고 있으며 2019년도 연봉 상한은 3,600만엔입니다(후생노동성 고시). 뿐만 아니라 임직원의 보수 지급 기준은 누구든지 열람할 수 있도록 비치하고 있습니다. 법인의 시설 요건은 40병상이상이며 의원급은 15병상 이상이면 법인설립이 가능합니다. 따라서 의료법인 수가 4,600개 전후입니다.

**◆ 성과급제와 의료법인에 대해 다음과 같이 질문을 합니다.**

|  |
| --- |
| **질문 1** |

공적의료(사회보험, 보건서비스)를 실시하고 있는 나라 중 의사의 보수 제도에 성과급제를 도입하고 있는 나라가 있는지 여부와 그런 나라가 있으면 알려주시기를 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

「의료법시행령」 제20조는 “의료기관을 개설한 비영리법인은 영리를 추구하여서는 아니된다”라고 규정하고 있는데, 법인병원마다 시행하고 있는 성과급제도는 최대의 영리 추구를 위한 제도이기 때문에 시행령 제20조 위반이라고 생각되는데, 귀 부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 3** |

성과급 제도가 의료법시행령 제20조 위반이라면 수십년간 이 제도를 방치하고 있는 것은 직무유기라고 생각되는데, 이에 대한 귀 부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 4** |

의사성과급 제도로 발생하는 과잉진료는 인위적인 상해 행위이며 비인도적 행위라는 질문자의 의견에 대한 귀 부의 입장은 무엇입니까?

|  |
| --- |
| **질문 5** |

우리나라가 인구당 병상이 세계에서 제일 많고 수진율 또한 으뜸이 된 것은 성과급 제도와 비급여 제도가 상승작용을 하여 의료법인의 투자여력을 기하급수적(병상을 늘릴수록 투자 여력이 생김)으로 증가하게 하여 생긴 현상이라고 생각되는데, 이에 대한 귀 부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 6** |

보건복지부는 전항의 질문에 대하여 병원들은 결산서상 매년 적자를 내고 있다고 답변을 할 수도 있다고 생각됩니다. 그런데 병원은 결산상 적자가 나도록 수입금 중 일부를 법인에 전출금으로 빼돌리고 결산을 하기 때문에 거의 모든 병원은 건강보험을 시작한 이래 적자가 나지 않은 년도는 없는 것으로 알고 있습니다. 귀 부는 병원회계기준을 고시를 하고 있는데, 회계기준 규정상 필요 이상의 전출금을 법인에 주는 것이 합법적인지를 질문합니다.

|  |
| --- |
| **질문 7** |

전출금을 받은 의료법인은 병원에 전입금으로 환급을 하지만 전출금보다는 작은 액수라고 합니다. 이와 같은 편법적인 영리 추구가 조세법과 「의료법시행령」 20조 위반이 아닌지 여부에 대한 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 8** |

1977.7.1. 의료보험을 시작한 이래 지금까지 의료계는 매년 적자라고 주장하여왔습니다. 그럼에도 불구하고 1977년에 작은 의원이었던 의료기관 중 경영 능력이 탁월하였던 많은 의원이 지금은 수천 병상의 체인병원, 종합대학, 각 종 연구소, 제약회사, 화장품회사, 건강식품회사 등을 운영하고 있습니다. 병상증설과 종합대학 등을 설립할 수 있었던 재원은 의료법인의 의료수입이었다고 생각됩니다. 그럼에도 불구하고 매년 의료계가 적자라고 주장하는 것이 사실이라고 귀부는 생각하고 있는지 여부?

|  |
| --- |
| **질문 9** |

의료법인의 영리 추구를 억제하기 위하여 일본처럼 수익의 상한을 정할 용의는 없는지 여부?

|  |
| --- |
| **질문 10** |

일본은 의료법인 운영의 투명성을 위하여 이사회와 평의원회를 두고 이사와 평의원 중 동족 이사와 평의원을 3분의 1 이하로 하도록 되어 있습니다. 우리나라는 의료법인 이사회 중 동족(同族) 비율이 몇 %인지 알려주시고 동족 비율 규정이 없다면 법이나 규정을 개정하여 일본 정도의 동족 비율로 정할 의향이 있는지 이에 대해 의견을 주시기 바랍니다. 또한 법인 운영의 투명성을 위하여 이사회를 견제하는 평의원회 제도를 도입할 의사는 없는지도 함께 알려 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 11** |

법인 수입금을 이사장과 가족 등이 임금 명목으로 빼가는 것을 방지하기 위하여 일본처럼 법인 임직원 연봉 상한을 정할 용의가 없는지 여부?

**※수년 전 강남의 J한방병원이사장 초고액 임금 기사를 참고하시기 바랍니다.**

|  |
| --- |
| **질문 12** |

의료법인 운영 투명성 보장을 위하여 법인 임직원 보수 상한은 물론 임직원 보수 기준을 누구나 열람할 수 있도록 규정을 정할 용의는 없는지?

|  |
| --- |
| **질문 13** |

수년 전 글 쓰는데 참고하고자 법인병원 몇 곳의 결산서 열람을 보건복지부 측에 요청하였더니 결산서는 한국보건산업진흥원이 보관하고 있으므로 그 기관에 열람을 요청하라고 하기에 그 기관의 상무였던 G씨에게 열람을 부탁하였더니 해당 병원의 동의가 없으면 열람이 불가하다고 하였습니다. 왜 불가능하냐고 물었더니 복지부 방침이라는 것입니다. 비영리법인이 운영하는 병원 결산서가 비밀인 나라는 없습니다. 우리나라도 국민이면 누구든지 병원 결산서를 열람할 수 있는 제도를 실시할 용의가 없는지 여부?

|  |
| --- |
| **질문 14** |

병원 근무의에 대한 성과급 제도는 반드시 폐지하여야 하며 이를 위하여 「의료법」에 성과급을 주어서는 아니된다는 규정을 신설하고 아울러 위반시에는 의업정지 처분 또는 병원 폐쇄 명령을 할 수 있는 처벌 규정을 신설하여야 한다고 생각하는데, 귀 부의 의견은 ?

아울러 성과급 지급 병원에 대하여는 요양취급기관 지정 취소도 해야 한다고 생각하는데, 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 15** |

환자에 대한 방사선 피폭량을 외국과 비교하여 조사하고 병원 방사선으로 인하여 발생하는 암환자 비율을 조사할 용의가 있는지 여부?

|  |
| --- |
| **질문 16** |

환자에 대한 방사선에 의한 화상검사를 줄이기 위하여 「의료법」을 개정함과 아울러 건강보험 진료수가를 일본의 예에 따라 개정할 용의가 있는지 여부?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 |  | 건강보험 약가 고시 제도에 관한 질문 |

「국민건강보험법」 제46조 규정과 동법 시행령 제22조 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「국민건강보험법」 제46조**  **제46조(약제ㆍ치료재료에 대한 요양급여비용의 산정)** 제41조제1항제2호의 약제ㆍ치료재료(이하 "약제ㆍ치료재료"라 한다)에 대한 요양급여비용은 제45조에도 불구하고 요양기관의 약제ㆍ치료재료 구입금액 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 달리 산정할 수 있다. |
| **「국민건강보험법 시행령」 제22조**  **제22조(약제ㆍ치료재료의 요양급여비용)** ① 법 제46조에 따라 법 제41조제1항제2호의 약제ㆍ치료재료(제21조제2항 및 제3항에 따른 상대가치점수가 적용되는 약제ㆍ치료재료는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)에 대한 요양급여비용은 다음 각 호의 구분에 따라 결정한다. 이 경우 구입금액(요양기관이 해당 약제 및 치료재료를 구입한 금액을 말한다. 이하 이 조에서 같다)이 상한금액(보건복지부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 해당 약제 및 치료재료별 요양급여비용의 상한으로 고시하는 금액을 말한다. 이하 같다)보다 많을 때에는 구입금액은 상한금액과 같은 금액으로 한다. <개정 2013. 1. 28., 2013. 3. 23., 2014. 8. 29.>  1. 한약제: 상한금액  2. 한약제 외의 약제: 구입금액  3. 삭제 <2014. 8. 29.>  4.치료재료: 구입금액  ② 제1항에 따른 약제 및 치료재료에 대한 요양급여비용의 결정 기준ㆍ절차, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. |

「국민건강보험법」 제 41조 제1항 요양급여의 종류 제2호에 ‘약제 및 치료재료’의 지급이 규정되어 있습니다. 이 조문에 따라 보험환자 치료 시 요양취급기관인 의료기관과 약국 등이 투약 또는 조제를 한 의약품이나 치료재료의 보상 가격의 상한을 정하여 고시를 하는 절차를 법 46조와 동법 시행령 제22조에 규정하고 있습니다. 보상은 의료기관 또는 약국이 의약품 제조업자 또는 의약품도매상으로부터 구입한 가격으로 합니다.

법 제46조의 제목이 “약제․치료재료에 대한 요양급여 비용의 산정”으로 되어 있습니다. 이 제목은 다음과 같은 심각한 문제점이 있습니다.

‘약제’는 여러 가지 약을 섞어서 조제를 한 약을 뜻합니다(삼성서관 국어사전). 장관이 고시하는 의약품 등의 상한 가격은 의약품 제조회사별․품목별(상품명별)로 가격을 정하여 고시를 하고 있음에도 불구하고 조제약을 뜻하는 약제라는 용어를 사용한 것은 무식의 극치이고 약가 고시가 무엇인지도 모르는 사람이 법안을 만든 것입니다. 법 제41조 제1항 제2호의 약제는 조제한 약을 뜻합니다. 약제사라는 명칭은 약을 조제하는 사람이라는 뜻입니다. 약제라는 용어로는 법률이 의도하는 제도를 시행할 수 없습니다. 왜냐 하면 조제약 가격을 고시하는 것이 아니기 때문입니다. “약제․치료재료의 요양급여비용의 산정”이란 용어도 법률적으로 문제가 있습니다.

건강보험 환자를 치료한 의료기관은 진찰․입원․검사․마취․처치 및 수술 등 의료기관 의사가 시행한 의료행위별로 장관이 고시한 진료보수표에 따라 가격을 각각 산정하고 사용한 의약품 및 치료재료를 품목별로 의료기관이 구입한 가격으로 산정합니다. 의료기관은 의료행위별 보수와 품목별 의약품과 치료재료의 구입가를 합산하여 요양급여비용을 산정합니다. 법 제46조는 의약품과 치료재료의 품목별 상환 상한 가격을 정하기 위한 조문이기 때문에 “약제․치료재료의 요양급여비용의 산정”이라는 제목은 올바르지 않습니다.

건강보험 환자에게 사용한 의약품 등의 가격을 의료기관 또는 약국 등이 구입한 가격으로 하도록 한 제도의 부작용과 이로 인한 보험재정의 손실 그리고 부패상을 쓰기 이전에 1977년 7월 의료보험 시행을 위하여 보험약가를 어떻게 정하여 고시를 하였는지를 먼저 설명하겠습니다.

우리나라는 보험수가 제도를 행위별수가 제도로 결정하고 이를 시행했습니다. 당시에는 의약분업이 되어 있지 않았습니다. 행위별수가 제도 하에서는 의료기관이 처방하는 의약품 등에 대하여 정도 이상의 이윤을 보장하면 과잉처방이 일반화 될 수 있기 때문에 의료기관의 약가 이윤을 가능한 한도까지 축소하여 보험약가를 정하였습니다.

의료보험을 실시하기 이전의 우리나라 의료기관의 수가 제도는 포괄수가제도였습니다. 포괄수가 제도는 수가의 하한만 정하고 상한은 개방한 제도입니다. 예를 들면 충수절제술 얼마 이상, 정상분만 얼마 이상 등이었습니다. 병원별로 포괄수가를 계산하는 방법이 상이하였습니다. 약가 등은 보통 구입가의 5배 이상을 약가로 받고 있었습니다. 보험수가를 정하기 위하여 약가 차익으로 어느 정도의 수익을 올리고 있는지를 정확히 파악할 필요가 있었습니다.

이를 위하여 연세의료원, 고려병원(현 삼성강북병원), 백병원(현 을지로백병원)의 1975년도 결산서를 제출 받아 약가 이윤을 조사하였는데, 총수입의 3분의 1이 약가 수익이었습니다. 다시 이를 확인하기 위하여 고려병원의 품목별 약가계산표를 입수하여 분석을 하였습니다. 분석은 당시 일성신약 황선영기획실장(서울약대 1회 졸업, 육군대령(약제 병과))과 기획실 약사 1명의 지원을 받으면서 하였습니다. 총의료수입의 3분의 1 정도가 약가 이윤이었습니다.

포괄수가제 하에서는 진찰료와 입원료가 따로 정해져 있지 않았기 때문에 약가 이윤의 반(半)을 진찰료로 또 다른 반(半)은 입원실료로 돌려서 수가를 정하였습니다.

따라서 약가 이윤은 완전히 배제되었어야 합니다. 그러나 의료기관이 의약품 등을 제약회사나 도매상으로부터 구매를 하고 이를 투약을 하는 행위는 상거래 행위이고 의약품 등을 구매하고 투약을 하는 과정에서 손망실이 발생하거나 사용기간이 지나거나 하는 일이 있을 수 있으므로 다소의 약가 이윤을 보장하여야 하였습니다. 현재도 그렇지만 우리나라 약사법은 의약품 제조업자, 도매상, 소매상(의료기관 약국 등)으로 거래 단계를 정하고 있기 때문에 제조업자 출하가에 도매이윤 5%와 소매이윤 7%를 가산하여 보험약가를 고시하였습니다.

고시된 약가로 의약품 등의 대금을 청구하는 제도는 의료기관이나 약국이 의약품 등을 고시가보다 저렴하게 살수록 의료기관 등이 투약 등으로 얻는 이윤이 많아지기 때문에 의료기관 등은 가능한 한 의약품 등을 더 저렴한 가격으로 구매를 하려고 노력하였습니다. 의료기관 등은 공정 이윤(12%) 이상의 이윤을 의약품 등의 공급업자에게 요구하게 됩니다. 이와 같은 시장 구조 때문에 의약품 등의 거래 이윤은 공정 이윤 폭 12%를 항상 상회하였습니다. 매년 약가를 조사하면 10% 이상의 인하요인 생겼습니다. 그러나 계속 무한정 약가를 인하하지는 않았습니다. 약가 인하시에는 매년 초에 한국은행이 발행하는 조사연보(현 기업경영분석) ‘업종별 매출이익률’을 참고하여 제약회사 평균 매출순이익률이 2% 이하로 내려가지 않는 범위내에서 약가를 조정하였습니다. 제약계가 망하면 의료보험을 할 수 없기 때문입니다. 고시가 청구제는 보험약가를 시장기능을 통하여 통제할 수 있는 이상적인 제도였습니다.

제약업계는 판매 경쟁을 완화하기 위하여 할 수 있는 대책은 다 강구하였습니다. 제약공업협회(현 한국제약바이오협회) 내에 보험약가대책위원회를 구성하고 대내적으로는 회원간 경쟁 완화책을 강구하고 대외적으로는 관계기관에 대한 활동을 하였습니다.

1980년인지 1981년인지 기억이 분명치 않으나 6월경에 사전예고도 없이 감사원에서 보험약가특별감사팀이 나왔습니다. 팀은 10여 명이었습니다. 보건사회부의 한 과의 한 분야를 특별 감사를 하였던 적은 없었던 것으로 알고 있습니다. 회의실에서 감사반장이 부른다기에 갔더니 보험약가 특감을 나왔다면서 협조를 부탁한다고 하기에 알았다고 하고 사무실로 돌아왔습니다. 당시 보험급여과 약가조사팀은 계장과 계원 2명 총 3명이었습니다. 약가 조사는 매년 4-5월에 하는데, 질문자(필자)가 만든 조사표를 갖고 조사를 하여 증거서류를 첨부하여 결재를 올리게 되어 있었습니다. 조사표에는 조사자가 성명을 기재하고 날인하였으며 계산자도 성명을 기재하고 날인하였습니다. 조사 익일 조사표를 모아 결재를 올리면 급여과장이었던 질문자(필자)가 내용을 검토하여 결재를 하였고 이를 모아 약가표를 만들어 장관 결재를 받아 고시를 하였습니다.

약가 일제 조사시에는 일손이 모자라 약정국에서 약사 3명 정도, 보험제도과에서 직원 3명 정도를 업무 지원을 받아 작업을 하였고 검산은 의료보험연합회 심사부 검산요원이 맡았습니다.

당시 약정국 P주사가 조사한 약가를 고시안(案)에 옮겨적을 때 한 품목의 약가에 ‘0’을 하나 더 써서 약가가 10배로 고시되는 사고도 있었으나 이를 발견하여 일주일만에 정정고시를 하였습니다.

3일 동안 감사를 하였는데 흠 잡을 데가 없자 10배 고시 사건을 문제 삼기에 고시는 정정되었고 이로 인하여 보험재정에 손해를 끼친 일이 없는데 무엇이 문제이냐고 하였더니 감사반장이 말하기를 “보험약가를 제약회사가 신고하는 가격으로 고시를 하면 이런 문제도 없고 따라서 과장이 책임질 일도 없지 않느냐”고 하였습니다. “제약회사를 어떻게 믿느냐”고 반박을 하였으나 감사반장은 계속 신고가를 주장하기에 감사원장이 신고가로 보험약가를 고시하는 것이 옳겠다는 공문을 보내면 그렇게 하겠노라고 하였더니 감사를 끝내고 철수를 하였습니다.

감사가 끝나고 10일도 안되어 감사원으로부터 제약회사 신고가로 보험약가를 고시하는 것이 타당하겠다는 공문이 왔습니다. 설마했던 일이 현실이 된 것입니다. 감사원 공문을 첨부하여 약가조사 지침을 개정 고시를 하였습니다.

고시 후 모든 제약회사에 약가 신고 공문을 시달하고 신고를 받은 후 신고 가격이 제약회사 실출하 가격이냐를 다시 조사를 하여 고시를 하게 되니 실거래가 고시 때와 같은 고시 방법이 되고 말아 제약계의 시도가 실패를 하였습니다. 이 사건 이후 왜 이런 말도 안되는 사태가 발생하였느냐를 개인적으로 탐문을 하였습니다. 제약공업협회 약가대책위원장이 운영하는 J제약이 감사원 고위 간부 출신을 사장으로 맞이한 결과로 이런 사태가 발생한 것을 알았습니다. 제약계의 신고가 제도 기도가 실패를 한 이후 1990년 3월 제약협회 약가대책위원장이었던 L회장이 당시 의료보험국장이었던 질문자(필자)를 방문하였습니다. 보험약가를 구입가로 고시를 하면 보험재정이 많이 절약이 될 것이니 보험약가를 의료기관 등이 구입한 가격으로 고시를 하자고 하였습니다. 구입가 고시를 하는 나라가 없고 구입가 고시는 시장경제질서를 무너뜨릴 뿐만 아니라 의료기관 등이 의약품 등을 고시가보다 저렴하게 구매하려는 노력을 하지 않기 때문에 의약품 등의 가격이 떨어지지 않아 보험재정에 크게 손해를 입히게 되므로 제약협회의 제의를 받아들일 수 없다고 거절했습니다. 동일한 요청이 다른 경로로도 있었습니다. 어떤 제도를 업계가 제안을 하면 일단 의심을 하여야 합니다. 왜냐하면 상인이 자기가 손해를 볼 제안을 할 리가 없기 때문입니다.

앞에서 부질없는 글을 쓴 이유는 제약업계의 치열한 이익 창출 노력을 알려드리기 위해서입니다. 또한 위와 같은 업계의 노력으로부터 국민의 이익을 지키려면 관계자들은 정신을 똑바로 차려야 한다는 경고를 하기 위해서입니다.

그러나 제약업계가 의약품 등의 출하가 하락 방지를 위하여 그토록 소망하던 의료기관 등의 의약품 등 구입가 청구 제도가 2000년도에 드디어 실시되었습니다.

보험약가 실구입가 청구 제도가 우연히 이루어졌을까요 ? 아니면 관계공무원이나 장차관은 실구입가 청구제도가 가져올 부작용이나 보험재정 손실 문제를 몰랐을까요? 속았을까요 ? 아니면 약계와 관계자들이 야합을 하였을까요? 기가 막힐 뿐입니다.

보험약가 실구입가 청구체도의 모순과 부작용 그리고 보험재정 손실 규모에 대해서 쓰겠습니다.

의료기관 등은 제약회사나 도매상으로부터 의약품 등을 구매를 하고 이를 다시 보험환자에게 판매하는 소매상입니다. 상거래에 이윤을 부정하는 제도는 시장경제 제도하에서는 있을 수 없습니다. 자본주의 경제 제도를 부정하는 제도입니다. 따라서 반(反)대한민국적 제도입니다.

의료기관 등은 의약품 등을 제약회사나 도매상과 외상거래를 하지만 외상거래 기간보다 상품(의약품 등) 회전 기간이 길면 상품 대금 이자만큼 손실이 생깁니다. 맞돈을 주고 의약품 등을 산 경우에는 이자 손실이 더 클 것입니다. 뿐만 아니라 의약품 조제 과정에서 손망실이 발생하거나 소분(小分)으로 인한 감량이 발생합니다. 경우에 따라서는 사용기간이 경과하여 의약품 등을 사용하지 못하는 경우도 발생할 수 있습니다. 상거래에서 판매상이 손해를 보도록 규제하는 제도는 있을 수 없는 제도입니다. 건강보험을 실시하고 있는 나라 중 보험 약가를 실구입가로 상환하는 나라는 우리나라 밖에 없습니다.

만약 의료기관 등이 실구입가 제도 아래에서는 앞에서 예를 든 여러 가지 손해가 발생하므로 실구입가 상환제도를 받아들일 수 없다고 소송을 하였다면 어떻게 되었을까요? 의료기관 등이 틀림없이 승소를 하고 건강보험 제도는 대혼란을 초래하였을 것입니다. 그런데 의료기관 등은 소송이라는 방법을 선택하지 않고 우리나라 「약사법」의 허점을 활용하는 길을 선택하였습니다.

「약사법」 제45조 제1항의 규정에 따라 의약품도매상을 하려는 자는 동법 제45조 제2항에 규정된 창고(66m2~165m2)를 확보하고 시장․군수․구청장에게 허가 신청을 하여 허가를 받으면 도매상을 경영할 수 있습니다.

그런데 어이없게도 「약사법시행령」 제35조의 제3항 규정에 따라 다른 의약품도매상에게 의약품 등의 보관․배송 등 유통관리업무를 위탁하면 창고조차 갖추지 않고 도매상을 할 수 있게 되어 있습니다.

「국가재정법[[1]](#footnote-1)」(舊 예산회계법)상 의약품 등을 공개경쟁입찰에 따라 구매를 하여야 하는 공공병원을 제외한 병원(상급종합병원 43개, 종합병원 301, 병원 1,406, 계 1,750개※요양병원 제외)을 운영하고 있는 거의 모든 법인은 직영 도매상을 운영하고 있는 것으로 추정됩니다. 뿐만 아니라 대형병원 앞에 있는 문전대형약국도 예외없이 변칙적으로 도매상을 직영하고 있는 것으로 추정합니다. 제약회사의 사후 할인에 만족하지 않는 소형 약국도 단독 또는 공동으로 도매상을 개설할 수 있습니다. 이와 같은 현상 때문에 우리나라의 의약품도매업소가 2017년말 통계에 의하면 3,562개소입니다. 2019년 말이 되면 4,000개소에 달할 수도 있습니다. 변칙적으로 직영도매상을 운영하고 있다는 추정이 가능한 것은 직영도매상 단속을 위하여 「약사법」제47조 제4항을 신설한 이후에 63%의 도매상이 증가한 것입니다.

직영도매상은 서류상 도매상으로 ‘직영 병원이나 약국(이하 ‘직영 병원 등’)’이 필요로 하는 의약품 등을 제조업자나 수입업자(제조업소가 겸업을 하는 경우가 많음)와 직영 병원 등을 대리하여 가격 협상을 하여 의약품 등을 구입합니다. 직영도매상은 직영 병원 등이 제조업소 등과 의약품 등을 거래하는 통로 역할을 할 뿐 실제 도매 행위를 하지 않습니다. 직영 병원 등이 직영도매상을 운영하는 이유는 약가 이윤이 배제된 제도하에서 제도의 모순을 이용하여 의약품 판매이윤을 극대화하기 위한 것입니다. 직영도매상은 대체로 고시가격(상환상한가격)의 60% 미만의 가격으로 의약품 등을 제조업소 등과 구매계약합니다. 거의 100% 외상 구매이고 이를 직영도매상을 운영하는 직영병원 등에 고시가격의 95% ~ 99%로 납품을 합니다. 왜 이런 추리가 가능하냐 하면 2011년도에 모 공공병원 의약품 등 공개입찰 낙찰가격이 고시가의 60% 미만이었고 2009년도에 대형병원이 직영도매상으로부터 의약품 등을 납품 받은 가격이 고시가의 95~99%이기 때문입니다. 병원별 고시가 대비 낙찰가격 비율은 다음 <표 2>와 같습니다.

**<표 2> 병원별 의약품 낙찰률(2009)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 병원 명 | 고시가 대비 낙찰가격 비율 |
| 1 | B대학병원 | 95.3% |
| 2 | KB대학병원 | 91.6% |
| 3 | J대학병원 | 95.8% |
| 4 | KS대학병원 | 98.0% |
| 5 | C대학병원 | 99.0% |
| 6 | JN대학병원 | 97.2% |
| 7 | A상급종합병원 | 95.0% |
| 8 | E대학병원 | 95.0% |
| 9 | K대학병원 | 95.0% |
| 10 | S상급종합병원 | 95.0% |
| 평균 |  | 95.7% |

의료기관을 운영하는 공익법인이 법률의 허점을 이용하여 직영도매상을 개설하고 약가 이윤을 가로채는 행위는 「의료법시행령」 제20조에 규정된 영리행위금지 조항을 위반한 행위입니다. 의료기관을 운영하는 법인이나 약국은 영리를 목적으로 도매상을 운영하게 하는 나라는 없습니다. 만약 직영도매상 제도를 원천봉쇄하고 의료기관과 제약회사가 직거래를 하면 의약품 등의 대금으로 보험자와 환자가 지출하는 비용의 약 35 ~ 39%를 절감할 수 있을 것입니다. 왜냐 하면 모순된 제도기이기는 하나 약품대 등의 청구는 의료기관 등의 구입가로 하도록 제도가 되어 있기 때문입니다. 직영도매상이 제약회사로부터 구입한 가격으로 의약품 등의 가격을 상환한다면 건강보험 재정과 진료시 본인부담금을 연간 7.6조(2018년도 의약품 등에 지출한 총액(20.6조원×0.37))를 절감할 수 있을 것입니다.

의약품 등의 상환 가격 제도를 고시가 상환제도로 개정하고 제약회사 공장도 가격에 도소매 이윤을 12% 가산할 경우에는 5.2조원의 건강보험재정과 진료시 본인부담금이 절감될 것입니다.

보험약가 등의 청구 제도를 고시가 청구제도로 변경하고 공장도가격에 거래 이윤을 10% 가산(일본은 도매평균가에 2% 가산)하여 약가를 고시한다고 가정하면 의약품 등의 대금으로 보험자와 환자가 지출하는 의약품비의 25%~29%를 절감할 수 있을 것입니다.

이와 같은 거래 관행의 문제점을 의약계의 알만한 사람은 다 알고 있으며 문제의 심각성을 파악한 당국이 대책을 강구한 것이 「약사법」 제47조 제4항 신설(2011.6.7.)입니다.

신설 「약사법」 제47조 제4항 규정을 보면 도매상에 대한 규제만 있을 뿐 주범인 병원과 직영도매상 운영법인에 대한 규제나 처벌 규정이 없습니다. 「약사법」이기 때문에 의료기관과 법인에 대한 규제나 처벌을 할 수 없다 할 것입니다. 그렇다면 「약사법」개정시 「국민건강보험법」도 동시에 개정하여 직영도매상으로부터 의약품 등을 구매한 병원과 약국 등은 건강보험요양취급기관 지정을 취소하도록 하였어야 했습니다.

「약사법」 제47조 제4항의 내용도 문제가 있습니다. 법 제47조 제1항 제1호의 ‘가’목과 ‘나’목의 의약품 등을 구매하는 자와 판매하는 자가 2촌 이내면 거래를 할 수 없다고 규정한 것은 3촌이면 된다는 뜻 아닙니까 ? 차명 경영을 하면 어찌할 것입니까 ? 뿐만 아니라 2곳의 2촌 관계에 있는 직영도매상이 서로 약속을 하고 A병원이 운영하는 A직영도매상은 B병원에 의약품을 납품하고 B병원이 운영하는 직영도매상은 A병원에 납품을 하면 아무 문제가 없이 종전과 같은 이익을 확보할 수 있습니다. 제1호의 ‘다’목 규정은 법인인 직영도매상이 도매상 주식의 49%만 갖고 있으면 법인이 운영하는 병원에 직영도매상을 통하여 의약품을 고시가의 100%로 납품을 하여도 된다는 뜻입니다. 이 규정에 따라 모 기독교계 학교법인이 개설한 직영도매상은 순진하게도 직영도매상 주식의 51%를 시가보다 높은 가격(751억)을 받고 다른 도매상에게 양도를 하였습니다(약사공론, 2016.8.10.). 법을 지키기 위하여 51%의 주식을 양도할 필요는 없었습니다. 왜냐 하면 서로 다른 대학병원이 운영하는 2개소의 직영도매상이 앞의 촌수 직영도매상의 경우와 같이 의약품 등을 서로 바꾸어 납품하면 아무 문제가 없습니다. 51%의 직영도매상 주식을 양도한 학교법인은 지극히 순진하였다고 할 수 있습니다.

「약사법」 제47조 제4항에는 15가지 규제사항이 있고 이를 위반하면 1천만원 이하의 벌금이나 1년 이하의 징역형에 처하게 되어 있으나 「약사법」 제47조 제4항 위반으로 벌금이나 징역형을 선고 받았다는 뉴스를 들은 바 없습니다. 직영도매상을 단속하기 위한 「약사법」 규정이 신설되었으면 직영도매상이 근절되거나 도매상 수가 감소되어야 하나 단속을 위한 「약사법」 규정이 신설된 2011년에 2,300개소였던 의약품도매상이 2016년도에는 3,783개소로 증가하였습니다(2018보건복지통계연보). 2011년 이후 5년간 1,483개소의 의약품도매상이 증가하였습니다. 증가율은 63%(1,483÷2,300)입니다. 이해할 수 없는 것은 2016년도 1년 동안 1,025개소의 의약품도매상이 새로 개설되었다는 것입니다. 증가율은 38%(1,025÷2,728)입니다. 직영도매상 단속법이 생기기 이전보다 직영도매상 단속법이 생긴 이후 오히려 도매상 증가 속도가 현저히 빨라진 것은 불법 직영도매상을 단속하지 않은 것은 물론 단속의 여지가 없을 정도로 「약사법」 제47조 제4항이 문제가 있음을 드러낸 것입니다. 1년 동안 1,025개소의 신규도매상이 탄생하였다면 누가 보아도 비정상적인 사태입니다. 도매상 급증의 원인을 분석하여 즉시 대책을 강구하는 것이 관계자들의 의무인데 이를 방치한 이유가 무엇인지 알고 싶습니다. 보건복지부, 식약청, 공단, 심평원 그리고 앞의 4개 기관 산하의 연구소 등의 관계자들은 이와 같은 실정을 파악하지 못하고 있는 것인지 궁금합니다.

2017년도말 국내 의약품 도매상 수는 3,562개소입니다. 2017년도 일본의 의약품도매상 수가 74개소인 것을 감안하면(일본 의약품도매업연합회 조사) 우리나라의 의약품도매상 3,562개소는 터무니없이 많은 숫자입니다. 일본의 인구는 우리나라 보다 2.5배 조금 못 미치고 국토 면적은 남한의 4배 정도입니다. 의약품 제조업소는 2,234개소입니다. 인구수를 기준으로 하면 우리나라는 일본보다 의약품도매상 수가 120배(한국 의약품도매상 수 3,562×인구 비율 2.5 ÷ 74) 많고 의약품 제조업소를 기준으로 하면 일본은 제약업소 30개소당 1개소의 도매상이 있는 반면 한국은 제약업소 0.18개소당 1개소의 도매상이 있습니다. 제약회사를 기준으로 하면 일본보다 도매상이 167배 많습니다. 왜곡된 제도가 도매상을 양산하고 있습니다. 말이 안 되는 부끄러운 일이 벌어지고 있습니다. 의료기관 등을 운영하는 공익법인이 도매상을 개설하였을 경우에는 도매이윤이 의료기관을 운영하는 법인에게 귀속이 되지만 개인 명의로 도매상을 개설하였을 경우에는 도매이윤이 개인수입이 되는 문제가 발생합니다.

보험약가 실구입가 청구제도는 필요 없는 방대한 행정 비용을 발생시키는 문제가 있습니다. 보험 약가를 고시가 청구 제도로 개정하면 623개소(2017년)의 의약품 등의 제조업소와 의약품 등 수입업소 401개소(2017년, 제약업소가 수입업소를 겸하고 있는 경우가 대부분린)의 품목별 출하가를 조사하여 일정한 거래 이윤을 가산하여 고시를 하면 되기 때문에 약가 조사가 간단합니다. 질문자(필자)가 담당과장 및 담당국장이었던 1977-1994년까지는 보험급여과 약가 조사계 직원 수는 계장 1명, 직원 2명 합계 3명이었습니다. 보험약가 실구입가 청구제도 아래에서는 91,545개소의 요양취급기관의 의약품 등의 실구입가를 조사하여야 합니다. 도매상의 도매가를 조사하여도 3,562개 도매상의 도매가를 조사하여야 합니다.

그런데 현재 약가 조사에 종사하고 있는 직원 수는 보건복지부, 심평원, 공단을 합하여 약 200명 전후입니다. 1990년대에 비하면 약가업무에 종사하는 인원은 65배로 증가하였습니다. 이들의 인건비, 복리후생비, 차지하고 있는 사무실 등을 감안하면 방대한 보험재정과 세금을 낭비하고 있습니다.

제약업계의 소망이었던 보험약가 실구입가 청구 제도가 시행된 이후 최근의 ‘매출액순이익률’은 2015년도가 16.1%, 2016년도가 9.25%입니다(한국은행 기업경영분석). 전체 산업의 매출액순이익률은 2015년도가 2.34%이고 2016년도가 2.61%입니다. 보험약가 고시가 청구 제도 아래에서는 제약업계의 매출액순이익률은 2% 전후였습니다. 제약업계의 2015년도 매출액순이익률은 전체 산업 평균보다 6.9배 높으며 2016년도는 3.5배 높았습니다. 제약업계의 매출액순이익률이 전체 산업 평균보다 3.5배 내지 6.9배 높은 이유는 보험약가 실구입가 청구제도의 모순 때문입니다.

보험약가 고시가 청구제도 시행 당시에는 한국은행이 전체 산업별 매출액순이익률을 발표하면 이를 참고하여 보험약가를 조정하였습니다. 실거래가 조사를 하기는 하였으나 매출액순이익률이 2% 미만이면 약가인하를 적절히 조정하여 매출액순이익률이 2% 수준이 되게 하였습니다. 제약회사의 매출액순이익률이 전체 산업의 3.5배 내지 6.9배가 되어야 할 이유가 없습니다. 의료기관 등은 직영도매상으로 제약회사는 실구입가 상환 제도로 보험재정에 손실을 주고 있습니다. 조속히 제도를 고시가 청구 제도로 개정하여야 합니다.

일본의 후생노동성대신은 보험약가를 정하는데 필요한 자료를 제출 받을 권리와 조사권을 갖고 있습니다. 그러나 우리나라 「약사법」 제 46조나 「약사법시행령」 제22조, 「국민건강보험법」 어디에도 자료 제출을 받을 권리나 조사권을 규정하고 있지 않습니다. 이러고도 올바른 약가 조사가 가능하겠습니까 ?

고시가 청구 제도를 위한 제약업소의 의약품 등의 출하가 조사는 간단합니다. 왜냐 하면 제약회사 결산서 부표에는 품목별 매출액 및 매출량 표가 첨부되어 있기 때문에 (매출액÷매출량)을 계산하면 1정 또는 1바이알 가격이 산출됩니다. 3명의 직원이 약가 관리를 할 수 있었던 것은 결산서 때문이었으나 그 후 제약회사가 결산서에 매출액 및 매출량 표를 첨부하지 않았기 때문에 곤란을 겪었습니다. 그러나 결산서에 매출액 및 매출량 표를 첨부하지 않으면 약가 등재를 거부할 수 있도록 규정을 개정하면 간단하게 약가를 조사할 수 있습니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

보험약가 등의 고시는 (제조회사별, 상품명별)의약품의 상환 상한 가격을 고시하는 제도입니다. 「건보법」 제46조의 제목으로 조제약을 뜻하는 용어인 ‘약제’라는 용어를 사용하였습니다. 이는 오류라고 사료되는데, 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

보험약가는 보험환자를 치료할 때 사용할 (제조회사별, 상품명별)의약품의 상환 상한 가격을 정하는 것이기 때문에 법에 “요양급여비용”이라는 용어를 사용한 것은 부당하다고 생각되는데, 귀부의 의견을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

현행 고시 제도를 유지하고자 할 경우 제46조의 명칭은 (보험약가와 치료재료 등의 가격 고시)로 되어야 한다고 생각되는데 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 4** |

현행 고시 제도를 유지하기 위해서는 법 제46조는 다음과 같이 개정되어야 한다고 생각되는데 귀부의 의견은?

**<개정안>**

요양취급기관은 보험환자 치료를 위하여 사용한 의약품과 치료재료의 보상을 국민건강보험공단에 청구할 때에는 실구입가로 청구한다. 실구입가가 고시가를 초과한 경우에는 고시가로 청구한다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

보험약가 조사의 실효성과 정확성을 위하여 다음과 같이 법률 조항을 신설하여야 한다고 생각되는데 귀부의 의견은?

**<개정안: 신설>**

장관은 약가 고시에 필요한 자료 제출을 요구할 수 있으며 필요에 따라 조사도 할 수 있다. 자료 제출과 조사에 응하지 않는 의약품 등 제조업소의 의약품 등은 보험약품 등 고시에서 제외할 수 있다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

보험약가 보상 제도를 실구입가 제도로 바꾼 이유와 당시의 국과장 이름과 장차관 이름을 알려주시기 바랍니다(기록을 남기기 위한 것임).

|  |
| --- |
| **질문 7** |

제약업계가 실구입가 청구 제도 도입을 위하여 최선을 다한 이유가 무엇때문이라고 귀부는 생각하시는지를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 8** |

의료기관 등은 제약회사나 의약품도매상으로부터 의약품 등을 구매하고 이를 다시 보험환자에게 판매를 하는 소매상입니다. 그럼에도 불구하고 보험약가 등을 실구입가로 청구하라고 한 것은 상거래에서 거래 이윤을 부정하는 것입니다. 이는 시장 경제를 부정하는 반(反)대한민국적인 제도라고 생각되는데 귀부의 의견은 어떠한지요?

|  |
| --- |
| **질문 9** |

실구입가 청구 제도를 법대로 엄정하게 실시하면 의약품 등의 취급상의 손망실, 소분(小分), 유효기간 초과 등으로 의료기관 등이 의약품 등을 판매하면 할수록 손해가 증가합니다. 귀부는 이를 인정하는지요?

|  |
| --- |
| **질문 10** |

보험환자에게 투약을 많이 할수록 의료기관 등이 손해를 더 많이 보게 되는 모순된 제도를 실시하게 된 동기와 이유는 무엇입니까?

|  |
| --- |
| **질문 11** |

의료기관 등이 거래상 손실을 이유로 이 제도 시행을 받아들일 수 없다는 소송을 하였다면 의료기관 등이 승소를 하였을까요 ? 패소를 하였을까요? 귀 부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12** |

2010년 10월 1일부터 시장형실거래가 제도를 실시한 바 있습니다. 이 제도를 실시한 이유는 의료기관 등의 의약품 등의 거래 이윤을 줄여보려는 의도였다고 생각됩니다. 상환(償還) 상한(上限)가격보다 저렴하게 구입한 가격의 70%를 보너스로 주는 제도였습니다.

의약품 등의 가격 산정 제도만 더 복잡하게 하여 업무량만 증가시켰을 뿐 제도로서 성립할 수 없었습니다. 왜냐 하면 직영도매상으로부터 고시가 또는 고시가에 가까운 가격으로 의료기관 등이 의약품 등을 구매하고 70% 보상 청구를 하는 것보다 보상청구를 하지 않는 것이 이윤이 더 생기기 때문입니다. 뿐만 아니라 「국가재정법」(舊 예산회계법)상 공개경쟁입찰을 해야 하는 공공 의료기관에게는 종전 제도에서는 실구입가로 보상하였으나 시장형 제도에서는 고시가보다 저렴하게 구매를 한 차액의 70%를 보상함으로써 오히려 보험재정에 손해를 끼치는 결과를 가져왔습니다. 이와 같은 문제 때문에 이 제도는 1년 여를 실시하고 종전 제도로 환원하였습니다.

복지부 당국에 묻습니다.

시장형실거래가 제도를 채택한 것은 실구입가 상환 제도에 문제가 있었기 때문이었습니까 ? 답변 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-1** |

제도를 개선한다면서 시장형으로 개악을 한 이유는 무엇입니까 ?

|  |
| --- |
| **질문 12-2** |

보험약가 실구입가 청구 제도에 문제가 있어 시장형실거래가 제도를 도입하였습니다. 시장형실거래가 제도에 다시 문제가 발생하였습니다. 그런데도 종전에 문제가 있었던 실구입가 청구 제도로 환원한 것은 더 큰 문제가 있었다고 생각됩니다. 문제가 있었던 종전의 실구입가 청구 제도로 환원한 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-3** |

당시에 고시가 청구 제도를 검토하였는지 여부와 검토를 하였다면 고시가 청구 제도를 도입하지 않은 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 13** |

시장 경제 제도 아래에서는 있을 수 없는 실구입가로 약가 등을 청구하게 하는 제도 때문에 의료기관을 운영하는 의료법인 등 공익법인과 약국 등이 변칙적으로 직영도매상을 개설하고 취하여서는 안되는 변칙적인 거래 이윤을 취득하고 있다고 생각되는데 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 14** |

의료기관 등을 운영하는 공익법인이 의약품 등의 직영도매상을 변칙적으로 개설하고 약가 등의 이윤을 취하는 것은 「의료법시행령」 제20조에 규정된 의료기관을 운영하는 공익법인은 영리를 추구하여서는 아니된다는 조항을 위반한 행위가 아닌지 여부에 대해 답을 해 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 15** |

의료기관을 운영하는 공익법인이나 대형약국 등이 도매상을 개설하고 이를 통하여 의약품 등을 구매하고 중간에서 이익을 편취하도록 허용하고 있는 나라가 있으면 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 16** |

2017년 말 우리나라 도매상 수는 3,562개소입니다. 같은 년도의 일본 도매상수는 74개소입니다. 일본의 인구수는 한국의 약 2.5배입니다. 인구수를 기준으로 하면 한국은 도매상수가 일본보다 120배 많습니다. 제약회사 수를 기준으로 하면 우리나라의 도매상수가 일본보다 176배 많습니다. 이와 같은 현상이 정상적인 현상이라고 생각하는지 여부와 우리나라가 일본보다 도매상 수가 120~176배 많게 된 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 17** |

의료법인 등 공익법인이 운영하는 직영도매상은 의료기관(주로 병원) 등이 의약품 제조업소 등과 의약품을 거래하는 통로 역할을 할 뿐 실제 도매행위를 하지 않는다고 생각되는데 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 18** |

2011년도에 모 공공병원이 의약품 등을 공개경쟁입찰을 통해 구매한 평균 가격은 고시가의 60% 미만이었으나 비슷한 연도에 10개 대학병원 등 대형병원이 직영도매상으로부터 납품 받은 의약품 등의 평균 가격은 고시가의 95%~99%였습니다. 직영도매상 제도가 없었다면 건강보험 환자 치료에 소요된 의약품 등의 비용이 크게 절감되었을 것입니다. 왜냐 하면 공개입찰 가격과 직영도매상 납품 가격 격차가 평균 37%이기 때문입니다.

2018년도 건강보험 총 의료비는 77조 6,587억 원이며 이 중 약제비 총액은 20조 6,465억 원(의약품비 17조 89,465억 원, 치료재료대 2.27조원-추정)입니다. 우리나라는 「약사법」상 의료기관 등과 제약회사가 의약품 등을 직거래할 수 있는 나라입니다. 의료기관 등이 직영도매상 구입가로 제약업소로부터 의약품 등을 직접 구매를 하였다면 7조 2,262억 원(20조 6,465억 원 × 0.35)의 의료비를 절감할 수 있었다고 생각되는데 귀부의 의견은 어떠한지요?

|  |
| --- |
| **질문 19** |

공개경쟁입찰을 통하여 의약품 등을 구매한 의료기관이 실구입가로 청구한 의약품 등의 청구가격이 다른 대형병원(직영도매상 운영)이 청구한 구입 가격보다 평균 37% 정도 낮았음에도(정도의 차이는 있겠으나 지금도 이런 현상은 있을 것으로 추정) 이를 방치하고 약가고시 제도를 바꾸지 않은 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 20** |

7조 2,262억 원의 재정 손실을 가져왔다고 주장한 것은 이론적인 결과입니다. 공장도 가격에 도매이윤 5%, 소매이윤 7%를 가산하여 약가를 고시하고 고시가로 약가를 청구하게 한 1999년까지의 약가 고시 방법과 청구 제도를 유지하였다면 매년 5조 1,616억 원(20조 6,464억 원 ×0.25)의 의료비가 절약되었을 것이라고 사료되는데, 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 21** |

2000년도부터 실구입가 청구제도를 실시한 이후 현재까지 매년 현재 가치로 5조원 이상의 의약품 등의 비용을 낭비한 것으로 추정됩니다. 누계를 하면 현재 가치로 95조원이라는 막대한 보험재정이 손실된 것으로 추정되는데, 이에 대한 책임이 어느 기관의 누구에게 있는지 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 22** |

1990년대 중반까지 제약회사의 매출액순이익률은 2% 전후였으며 다른 업종 이익률과 유사하였습니다.

2015년과 2016년의 제약회사의 매출액순이익률은 각 각 16.10%와 9.25%입니다(한국은행 기업경영분석). 2015년도의 제약회사 매출액순이익률은 전체 업종 매출액순이익률보다 6.9배(16.10%÷2.34%) 높았습니다. 2016년도에도 제약업계의 매출액순이익률은 전체 산업 평균보다 3.5배(9.25%÷2.61%) 높았습니다. 이와 같이 제약업계의 매출액순이익률이 다른 업종에 비하여 높은 이유는 직영도매상 제도와 실구입가 청구 제도 때문이라고 생각되는데, 귀부의 의견은 어떠한지요?

|  |
| --- |
| **질문 23** |

보건복지부는 질문자가 지적한 직영도매상의 문제점을 파악하고 직영도매상 제도를 없애기 위하여 2011년 6월 7일 「약사법」 제47조 제4항을 신설하였는지 여부를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 24** |

「약사법」 제47조 제4항이 신설된 이후 직영도매상 단속을 위하여 어떠한 조치를 취하였는지 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 25** |

직영도매상을 단속하였다면 적발된 건수는 몇 건이며 행정 처분이나 당국에 고발한 건수는 몇 건이나 되는지요?

|  |
| --- |
| **질문 26** |

보건복지통계연보에 의하면 약사법 제47조 제4항을 신설한 2011년도에 의약품도매상이 2,300개소였는데 4년 후에는 3,783개소로 증가하였습니다. 증가율은 63%입니다. 직영도매상을 단속하는 법률을 시행하였는데, 4년간 도매상이 63%나 증가한 원인은 무엇입니까?

|  |
| --- |
| **질문 27** |

2015년도에 1,025개소 의약품도매상이 신규인가를 받았습니다. 1년 동안 1,025개소의 의약품도매상이 증가한 원인은 무엇때문이라고 생각하십니까?

|  |
| --- |
| **질문 28** |

2017년도말 국내 의약품도매상 수는 3,562개입니다. 이들 의약품도매상 중에 직영도매상이 차지하는 비율은 몇% 정도라고 추정합니까?

|  |
| --- |
| **질문 29** |

일본 후생노동성 자료(약가본조사 9월 속보)에 의하면 2017년도 일본의 도매상은 74개사입니다. 일본의 인구는 우리나라의 2.5배 정도이므로 인구수를 기준으로 하면 우리나라가 일본보다 의약품도매상 수가 120배 많습니다. 제약회사를 기준으로 하면 배율은 더 높습니다. 이는 직영도매상 제도가 존속하기 때문이라고 생각되는데, 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 30** |

「약사법」 제47조 제4항에 규정된 규제조항은 15개입니다. 앞의 현황 설명에서 쓴 바와 같이 직영도매상 간에 교차 납품으로 모든 규제를 무력화시킬 수 있다고 생각되는데, 귀 부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 31** |

보험재정 보호와 보험료 인상 억제 그리고 진료시 본인부담 경감을 위하여 보험 약가 제도를 제약회사 출하가에 도매이윤 5%, 소매이윤 7%를 가산하여 보험약가를 고시하고 고시가로 보험약가를 청구하는 제도로 반드시 환원하여야 한다고 생각하는데 귀부의 의견은 어떠한지요? 만약 고시가청구제도로 개선할 의향이 없다면 그 이유를 구체적으로 밝혀 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 32** |

직영도매상 제도를 근절하기 위하여 병원을 운영하는 법인, 약국, 법인병원 또는 법인 약국 등의 관계자가 직영도매상을 운영할 시에는 요양취급기관 자격을 박탈하도록 「국민건강보험법」을 개정함은 물론 필요한 경우 「약사법」과 「의료법」도 개정하여 처벌을 강화하여야 하고 일정 규모 이상의 의료기관과 문전대형약국 등은 공개경쟁입찰을 통하여 의약품 등을 구매하도록 하여야 된다고 생각하는데 귀부의 의견은 어떠한지요?

|  |
| --- |
| **질문 33** |

보험약가 실거래가 청구 제도를 고시가 청구 제도로 바꾸고 약가는 의약품 등 제조업소 출하가에 일정 이윤을 가산하여 고시를 하여도 제약회사는 스스로 출하가를 정하기 때문에 현재의 출하가를 고수하면 매출액순이익률이 감소하지 않을 것이라고 생각되는데 귀부의 의견은 어떠한지요?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 |  | 「국민건강보험법」 제 5장 건강보험심사평가원에 대한 질문 |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

◆ 「국민건강보험법」 제5장 제목에 관한 질문

「국민건강보험법」 제 5장의 제목이 ‘건강보험심사평가원’으로 되어 있습니다. 건강보험심사평가원이라는 명칭은 국민건강보험 정책 수립과 집행을 하는 보건복지부가 국민건강보험 정책을 올바로 수립하고 이를 제대로 집행하였느냐와 보험자인 건강보험공단이 법률 규정에 따라 보험자의 역할을 제대로 하였느냐를 매년 심사를 하고 평가를 하는 기관으로 오해를 할 수 있는 명칭입니다. 따라서 심평원의 명칭은 재고되어야 합니다. 질문자의 의견에 귀부는 동의를 하시는지요?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

건강보험 환자의 진료비 명세서를 보험자를 대신하여 심사를 하는 용역 법인의 명칭이 건강보험심사평가원으로 근 20년간 유지된 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

“요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위하여 건강보험심사평가원을 설립한다(법 제62조(설립))”고 하였습니다. 따라서 건강보험심사평가원의 업무는 요양급여비용을 심사하고 적정성을 평가하는 것입니다.

요양급여비용의 심사가 건강보험심사평가원의 업무라고 하는 것은 말도 안되는 법률 규정입니다. 왜냐 하면 건강보험 진료보수를 행위별로 정한 진료수가일람표의 명칭이 건강보험요양급여비용이기 때문입니다. 법률의 규정대로 라면 건강보험진료보수의 행위별 점수표가 법 규정대로(건보법시행령 제21조) 공정하게 제정되었느냐를 심사한다는 뜻이 되기 때문입니다.

「국민건강보험법」에 따라 건보 환자를 치료한 의료기관이 환자를 치료하는 과정에서 행한 각종 의학적 행위와 의약품(외래는 약국이 계산)과 치료재료 등 각 각의 가격을 합산하여 총진료비를 계산한 후 이 중 외래는 총진료비의 30%, 입원은 총진료비의 20%를 환자로부터 맞돈을 받습니다. 외래진료비의 70%와 입원진료비의 80%는 의료기관이 채권으로 남겨두었다가 월말 또는 익월초에 건보법시행규칙 제19조 규정에 따라 환자별로 시행규칙 제19조에 규정된 기재사항을 기입한 진료보수청구명세서를 작성하고 이를 채무자의 채무 심사를 대행하는 심평원에 제출하여 채권 명세서가 제대로 작성 청구되었는지를 심사를 받습니다. 시행규칙 제19조 제2항에 규정된 채권청구서 기재 사항은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **건보법시행규칙 제19조 제2항**  1. 피보험자의 성명과 건보증 번호  2. 수진자의 성명과 주민증 번호  3. 상병명  4. 진료개시일과 진료일수  5. 진료의 내역  6. 본인부담액과 채권 청구액  7. 처방전 내용 등 |

1. 제 1호와 제2호는 보험자인 건보 공단이 진료보수를 지불하여야 할 의무가 있는 자, 즉 건보의 피보험자 또는 피부양자인지를 확인하기 위한 정보를 기재하는 규정입니다. 심평원은 진료내역 심사에 앞서 자격을 확인하는 절차를 거칩니다.

제3호의 상병명은 진찰횟수, 각 종 검사량, 마취 시간, 처치 및 수술 등 각 종 행위별 진료행위의 횟수나 소요시간, 투약한 의약품량, 치료재료량, 입원일수 등을 심사를 하는데 가장 중요한 정보입니다. 부연하면 각종 진료행위의 량이 의학적 일반 원칙에 따라 이루어졌느냐를 판단하는데 필요한 중요한 정보를 기재하는 규정입니다.

제4호에 규정된 요양개시 연월일과 요양일수도 진료의 량을 심사하는데 필요한 중요한 정보를 기재하는 규정입니다.

② 제5호는 환자를 진료하는 과정에서 행한 진찰, 검사, 마취, 처치 및 수술, 입원료 등이 진료보수점수표에 정하여진 가격대로 청구를 하고 투약도 상품명별로 의료기관 구입가로 청구를 하였느냐를 심사하기 위한 정보를 기재하는 규정입니다. 요약하면 제5호는 의료기관의 채권 청구 내역입니다. 이 채권 청구 명세서가 진료보수표의 행위별 가격대로 그리고 의약품은 구입가 대로 작성 청구되었는지와 행위별 진료의 총량이 의학적 일반 원칙과 요양급여기준에 따라 이루어지고 청구되었느냐를 시행규칙 제19조 제2항제3호와 제4호를 참조하여 심평원이 심사를 하기 위한 정보를 기재하는 규정입니다.

진료비 청구 명세서를 심사하는 목적은 과오청구, 과잉청구·허위청구 등을 가려내어 과오청구는 금액을 정정을 하고 과잉청구와 허위청구 금액은 삭감을 하여 지급할 채무 금액을 확정하는 것입니다. 그러나 연간 7억 건에 달하는 청구명세서를 650명의 심사요원이 목시(目視), 즉 눈으로 보면서 심사를 할 수는 없습니다. 왜냐 하면 7억 건을 650명의 심사요원이 심사를 하려면 한 사람이 연간 약 1백만 건(7억건÷650명=1,076,923건)을 심사를 하여야 합니다. 1일(日)당 4,257건(1,076,923÷253일(2020년 근무일수))을 심사를 하여야 합니다. 1분(分)당 8.87건(4,257건÷480분(1일 8시간 기준))을 심사를 하여야 하는데, 건보법시행규칙 제19조 제2호에 규정된 청구 명세서 기재사항을 한 건을 읽기만 하는데도 1분(分)이 더 걸리기 때문에 눈으로 보면서 심사를 한다고 주장을 하면 거짓말도 큰 거짓말이 됩니다. 따라서 상병별 표준진료비 미만인 청구명세서는 무심사 지불할 수 밖에 없습니다. 상병별 표준진료비를 초과하는 명세서를 추려서 의료기관별(병원은 병원별 진료과목별)로 심사를 하여 과잉청구와 허위청구 등을 가려서 부당청구분을 삭감하여 지급할 채무액을 확정합니다. 이 과정에서 의학적 타당성과 요양급여기준을 위반한 청구비율 등을 감안하여 의료기관의 진료비 청구 경향을 점검하여 청구 경향이 불량한 의료기관에 대해서는 집중 심사를 합니다. 심사과정에서 의료기관별 평가가 이루어지며 의료기관별 청구 경향을 모르면 심사를 못합니다. 평가는 심사의 한 과정일 뿐입니다. 심사의 모든 과정은 거의 전부를 전산에 입력된 데이터에 따라 처리합니다. 그럼에도 불구하고 「국민건강보험법」에서는 청구 경향이 불량한 의료기관을 가려내는 업무를 평가라는 명칭을 붙여놓고 보건복지부에 독립된 과를 신설하고 심사기관에 수 많은 평가 부서를 두는 것도 모자라 심사위원회에 평가위원 제도까지 두고 있습니다.

③일본의 경우 의료기관의 청구 경향이 불량하면 경과 관찰을 합니다. 경과 관찰 결과 시정될 가능성이 없다고 판단을 하면 지도를 합니다. 그래도 청구 경향이 시정이 되지 않으면 입회 감사를 하여 과잉청구와 허위청구를 가려냅니다. 감사 결과에 따라 ‘주의’, ‘계고’, ‘요양취급기관 지정 취소’를 합니다. 요양취급기관 지정 취소를 당한 의료기관은 5년간 요양취급기관 지정을 받지 못합니다. 사실상의 의료기관 폐쇄입니다(보험진료와 청구가이드라인 9쪽, 신또가쯔히사(進藤勝久).

다시 강조합니다. 진료비 심사는 의료기관 진료비 청구 경향(평가)부터 파악한 후 이에 따라 건별 심사가 이루어지기 때문에 평가는 심사의 한 과정임이 명확합니다. 청구 경향 검토는 청구 불량 의료기관을 보험의료에서 배제하는 절차이기도 합니다.

의료보험 진료비를 청구하고 심사를 하는 나라에는 진료비 청구나 심사에 참고를 하기 위한 표준진료비와 청구 및 심사 지침이 정하여져 있습니다. 보건복지부나 심평원이 건강보험 진료보수일람표(요양급여비용)를 제정할 때 주로 참고를 하였다고 주장을 하고 있는 RBRVS를 미국에서 정하면서 함께 정한 진료지침에 관하여 동경대학출판회가 간행한 『선진국의 사회보장 제7권 미국의 사회보장제도』에서 기술하고 있는 내용은 다음과 같습니다.

④ “ 진료가이드라인은 각 종 전문학회에서 정한 것이 있었으나 1989년 메디케어 파트B개혁(진료보수 제도에 RBRVS 도입)시에 설립된 정부기관인 AHCPR가 최근까지 주요 질환에 관한 지침을 작성하여왔습니다(동 기관은 현재는 지침 작성을 하지 않고 있음). 관리의료(managed care)의 조류 속에 여러 보험회사와 지침을 작성하는 전문기관이 각 종 진료지침을 개발하고 있습니다. 대표적인 지침으로는 Milliman & Robertson의 『Health Management Guideline(HMG))』이 있습니다. HMG의 입원 치료 분야 지침은 외과 151, 내과 92, 소아과 80, 정신과 23, 투약 등이 33입니다(179쪽).

다른 나라에도 표준진료비 개념은 다 있으며 이에 따라 진료비 심사가 이루어집니다.

보도에 의하면 일본은 2021년까지 표준진료비 이하 진료비 청구명세를 90%까지 전산으로 심사를 하고 진료보수지불기금 직원을 20% 감원을 한다고 합니다(우리 나라는 심사 직원 수가 부족하고 심사의 업무가 많은 것은 검토할 사항임. 약가조사나 수가 작업은 공무원이 하여야 함. 고시는 공권력이하는 것임.).

|  |
| --- |
| **질문 3-1** |

「국민건강보험법」 제 62조(설립) 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「국민건강보험법」제62조**  요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위하여 건강보험심사평가원(이하 ‘심평원’)을 설립한다. |

요양급여비용을 심사한다고 하였습니다. 요양급여비용은 각 종 진료행위의 보수를 행위별로 점수화한 점수표의 명칭입니다. 법률의 규정은 건강보험심사평가원이 보건복지부장관이 제정하여 고시를 한 건강보험요양급여비용, 즉 건강보험의 진료보수표의 행위간 점수와 1점당 가격이 건보법 시행령 제21조 규정대로 공정하게 제정되었는가를 심사한다는 뜻이 됩니다. 심평원이 건강보험진료보수표의 행위간 점수가 비례 배점이 잘되었는지와 1점당 가격이 법규정대로 공정하게 되었느냐를 심사하는 기관인지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-2** |

의료기관과 약국은 건보법시행규칙 제19조 규정에 따라 진료(또는 제조)를 한 환자별로 시행규칙 제19조 제2항에 규정된 채권 청구를 위한 법정 기재사항을 기재한 진료보수 청구명세서를 작성하여 채무자인 건보공단을 대신하여 의료기관 등의 채권 심사를 하는 심평원에 제출합니다. 의료기관 등이 심평원에 제출한 진료보수청구명세서가 진료보수점수표, 약가표, 요양급여기준, 의료의 일반원칙에 부합하게 작성되고 청구를 하였느냐를 심사하는 업무를 수행하는 기관이 심평원이라고 질문자는 확신하고 있습니다. 그럼에도 귀 부는 심평원이 요양급여비용(진료보수표)을 심사하는 기관이라고 규정한 법률 조항을 계속 존치할 것인지를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-3** |

연간 7억 건에 달하는 청구명세서를 650명의 심사요원이 심사를 합니다. 심사요원 1인당 연간 1,076, 923건, 1일(日)당 4,257건, 1분(分)당 8.87건의 진료보수 청구 명세서를 심사를 하여야 합니다.

그런데 건보법시행규칙 제19조 제2항 제2호에 규정된 진료보수 청구명세서 1매의 기재사항을 읽는데만 1분이 더 걸릴 수 있습니다. 심평원에 청구된 모든 진료보수 청구 명세서를 눈으로 보면서 심사를 하는지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-4** |

모든 진료보수 청구 명세서를 인력으로 심사를 하지 않는다면 현재 시행하고 있는 심사 절차와 방법을 구체적으로 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-5** |

전산으로 심사를 하기 위하여 상병별 표준진료비를 심평원이나 다른 전문기관이 정한 일이 있는지와 정하였다면 진료과별로 대표적인 표준진료비 내역을 하나씩만 알려주시기 바라며 아울러 작성기관명도 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-6** |

의료기관 평가는 청구된 진료보수명세를 심사하는 과정에서 표준진료비보다 과다 청구를 한 의료기관이 과다청구 및 허위청구 경향을 점검하는 업무입니다. 청구 경향이 계속 불량한 경우 현지 실사 대상 의료기관으로 정합니다. 이와 같은 업무 절차를 건보법에서 평가로 규정하였다고 질문자는 생각합니다.

진료비심사 과정에서 의료기관 진료비 청구 경향 심사와 평가는 동일한 업무라고 생각되는데 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-7** |

건보법 제62조에 따라 심평원이 요양급여의 적정성을 평가하는 절차와 방법을 알려주시고 평가 결과를 어떻게 활용하고 있는지도 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-8** |

평가 결과 진료비 청구 경향이 특히 불량하면 현지 지도 실사를 하는 것이 타당하다고 생각되는데 지난 5년간 현지 실사 건수, 부정 청구 적발액수, 부정 청구에 따른 처분 기관 수와 처분의 종류를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-9** |

건보법 제37조 제5항의 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「국민건강보험법」제37조 제5항**  공단은 심사평가원이 제63조의 규정에 따른 요양급여의 적정성을 평가하여 공단에 통보하면 그 평가 결과에 따라 요양급여비용을 가산하거나 감액 조정하여 지급한다. |

건보범 제37조 제5항 규정에 따라 정하여진 「요양급여의 적정성 평가 및 요양급여비용의 가감지급 기준」에 따라 공단이 지급할 진료비의 10% 범위내에서 진료비를 가감 지급을 할 수 있습니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-9-1** |

요양급여의 적정성 평가에 따라 요양급여비용, 즉 진료보수를 가산하거나 감액 조정하여 지급하게 되었습니다. 심평원 관계자에게 평가 항목을 물었더니 32종류라고 답변을 하였습니다. 32종목별 평가 방법과 평가 결과 집계 방법을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-9-2** |

의료기관 등이 환자를 진료한 후 진료보수점수표(요양급여비용)와 의약품 등의 구입가에 따라 진료건별로 진료비를 계산한 후 외래는 건당 진료비총액의 30%를 환자로부터 맞돈을 받고, 입원은 20%를 맞돈으로 받습니다. 나머지 진료비는 외상으로 남겼다 진료 익월 초에 심평원에 채권 청산 신청을 합니다.

우리가 유념을 하여야 할 점은 건보법시행규칙 제19조 규정에 따라 의료기관이 작성한 진료비 청구명세서는 채권 청산 신청 서류라는 사실입니다. 심평원이 심사를 하여할 사항은 채권 청구명세서에 과잉 청구나 허위 청구가 있느냐 여부 뿐입니다.

심평원의 채권 심사가 끝난 시점이 민법상 채권이 확정되는 시점입니다. 확정된 채권은 의료기관 또는 의사의 재산입니다. 이상의 질문자 의견에 동의를 하시는지 여부를 답변하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-9-3** |

앞의 질문에서 심평원의 채권 심사가 끝난 시점이 민법상 채권이 확정되는 시점이고 확정된 채권은 의료기관 또는 의사의 재산이라고 하였습니다. 헌법 제23조 제1항는 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「헌법」제23조 제1항**  모든 국민의 재산권은 보장된다. 그 내용과 한계는 법률로 정한다. |

심사가 끝나 지급할 공단의 채무액이 확정되면 재산권은 보장되어야 하기 때문에 확정된 의료기관 등의 채권은 어느 기관이나 어떤 사람도 가감을 할 수 없다고 생각하는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-9-4** |

건보법 제47조 제5항 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「국민건강보험법」제47조 제5항**  공단은 심사평가원이 제63조에 따른 요양급여의 적정성을 평가하여 공단에 통보하면 그 평가 결과에 따라 요양급여비용을 가산하거나 감액하여 지급하는 기준은 보건복지부령으로 정한다. |

민법상 확정된 채권과 채무액은 법률로도 가감을 할 수 없습니다. 따라서제47조 제5항은 무효입니다. 있을 수 없는 제도이나 있을 수 있다고 가정을 하는 경우에도 확정된 채권을 지급하는 기준은 법률로 정하여야지 부령(部令)으로 정할 수 없습니다. 왜냐하면 “소득이 있는 자는 소득세를 부담하여야 한다. 소득세율은 재정경제부장관이 정한다”고 하는 것과 같기 때문입니다. 질문자의 의견에 동의를 하시는지를 답하여 주시기 바랍니다. 이건에 대하여 귀부가 법제처에 유권해석을 의뢰하고 그 결과를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-9-5** |

평가는 의료기관의 청구 경향을 평가를 하는 것인데, 평가 결과 청구 경향이 좋으면 청구한 진료보수보다 더 주고 평가 결과 청구 경향이 나쁘면 확정된 채무액을 삭감을 하여 진료보수를 지급하겠다는 태도는 다음 사례와 같은 모순이 생깁니다.

학교에서 시험을 3명의 학생이 보았는데 각 각 100점, 90점, 80점을 받았습니다. 100점을 받은 학생은 품행이 나쁘니 10점을 감점을 하여 품행이 좋은 90점을 받은 학생에게 10점을 가점을 하여 90점이 100점이 되게 하고 100점이 90점이 되게 하는 것과 같으므로 있을 수 없는 법률 규정이라고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

청구 경향이 좋고 나쁨은 의료기관의 품행이 좋거나 나쁜 것입니다. 품행이 나쁘면 고치게 하고 청구 경향이 나쁘면 시정을 하게 하거나 실사를 하여 처벌을 하는 것이 타당하지 금전의 가감은 있을 수 없다고 생각되는데 이에 대하여도 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-9-6** |

건강보험진료보수표(요양급여비용)는 의사, 한의사, 치과의사, 약사, 간호사가 어떤 의료행위를 하면 얼마를 지불하겠다고 보건복지부장관이 정하여 고시를 한 의료 또는 조제행위별 가격표입니다.

그런데 진료비 청구 경향이 나쁘다는 이유로 10% 범위 내에서 가감산을 하여 의료비를 지급하는 것은 보건복지부장관이 정하여 고시한 건보진료보수 산정 규정을 위반하는 행위라고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3-9-7** |

진료비 청구 경향이 좋은 의료기관이 1억원의 진료보수를 청구한 것은 진료보수표 규정대로 1억원의 서비스와 의약품 등을 판매한 대금을 청구한 것입니다. 청구 경향이 좋다는 이유로 10%를 얹어서 청구한 채권금액보다 더 주는 제도가 합리적인 제도인지를 묻습니다.

<참고사항>

심평원의 평가제도는 의료보험 관리 체계 통합을 위하여 설치된 ‘통합추진기획단’ 제4분과의 발상이었다고 합니다. 당시 제4분과위원장(초대 심평원장)은 미국의 의료제도에 대하여 지식을 가지고 계신 분이었기 때문에 미국의 의료기관 평가제도를 모방하고자 아였던 것으로 추정됩니다. 미국에서의 의료의 질 평가 제도는 1910년대에 하바드 의과대학 외과의사 ‘골드만’교수가 자기가 시술한 진료행위를 다른 전문가와 외과전문의로부터 평가를 받겠다고 제안한 것이 효시라고 합니다.

최초의 평가기관은 미국병원협회, 의사회, 외과학괴, 내과학외, 캐나다병원협회가 이사가 되어 설립한 JCAH(Joint Commission on Accreditation of Hospitals: 병원인증합동위원회)입니다. 이 기관은 초기에는 병원을 중심으로 인증(認證)을 하였으나 JCAHO((Joint Commission on Healthcare Organization)로 개명을 한 후에는 병원 뿐만 아니라 의원, 재활시설, 재택의료 및 재택요양과 관련한 기기, 의료기기 및 의료기기화사 등에 대한 인증도 하고 있다고 합니다. JCAHO는 미국에서 제일 큰 의료관련 시설 평가기관이며 의료기관 정보의 진실성, 정확성, 적정성 여부를 확인하여 국민에게 필요한 정보를 제공한다고 합니다. JCAHO로부터 인증을 받으면 노후보험인 메디케어(Medicare)와 주정부의 공적의료부조사업인 메디케이드(Medicaid) 당국의 감사를 면제받습니다.

이 기관은 이와 같은 역할을 통하여 의료기관 등의 정확한 정보를 전달하고 의료기관의 의료의 질 개선을 촉진한다고 합니다. 의료의 질 확인 방법은 몇 가지 질병을 대상으로 환자를 선발하고 환자가 어떠한 치료 경과를 거쳐 현재의 상황에 이를게 되었는가를 추적 조사를 한다고 합니다. 2003년부터 CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)는 의료의 질 확보를 위하여 의료의 질이 높다고 평가된 의료기관에 대하여 진료보수를 더 주고 반대로 의료의 질이 낮은 의료기관에 대해서는 진료보수를 감액 지급하는 제도를 도입하였습니다.

이와 같은 제도는 민간 의료보험에서는 이미 실시하고 있었다고 합니다. 2005년도에 이 제도에 참여한 병원은 270개소이며 병원에 지급한 보너서는 10억 달러라고 합니다. 2006년도에는 모든 참여 병원의 의료의 질이 향상되었기 때문에 진료보수가 삭감된 병원은 없었다고 합니다.

이와 같은 내용으로 미루어 보면, 우리 나라의 평가 제도는 미국의 평가 제도를 모방하고자 한 것으로 추정됩니다. 미국의 경우 참여병원이라는 용어를 사용한 점과 2005년도에 270개 병원이 이 프로그램에 참여하였다는 것으로 보아, 평가 제도에 참여를 희망하는 병원에 대해서만 평가를 실시하는 임의제도입니다. 평가 신청은 평가 조건을 받아들이겠다는 것을 뜻하고 몇 가지(심장병 등) 질병 치료 경과를 평가하는 것으로 보아 우리 나라 심평원 평가와는 상이한 제도입니다. 미국 제도를 모방을 하려면 있는 그대로 모방하는 것이 옳다고 생각됩니다. 참고하시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 4-1** |

의료기관 등은 환자를 진료하고 본인부담금을 제외한 나머지 진료비 청산을 건보공단에 요청합니다. 채무자는 건보공단이지 심평원이 아닙니다. 따라서 채권 청구서인 진료비 청구 명세서 심사권은 채무를 청산하여야 하는 건보공단에 있습니다. 그럼에도 불구하고 건보법 어디에도 건보공단의 채무심사권 조항이 없는 것은 잘못된 법률이라고 생각되는데 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 4-2** |

건강보험을 실시하고 있는 모든 나라는 보험진료비 심사권이 보험자에게 있음을 법률로 정하고 있습니다. 1977년 「의료보험법」에도 진료비심사는 보험자가 한다고 규정하고 있었는데 「건강보험법」을 제정하면서 보험자 진료비 심사 법조문이 없어졌습니다.

일본 「국민건강보험법」의 진료비 심사 조항(제76조 제4항)은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **일본 「국민건강보험법」제76조 제4항 및 제5항**  **▪제76조 제4항:** 보험자는 보험의료기관 또는 보험약국으로부터 요양급여와 관련된 비용 청구를 받으면 제70조 제1항 및 제72조 제1항에 따라 정하여진 후생노동성령 및 제70조 제2항에서 정한 바에 따라 심사를 한 후 지불을 한다.  **▪제76조 제5항:** 보험자는 전항에 규정된 심사 및 지불 사무를 「사회보험진료보수지불 기금법」에 따라 설립된 ‘사회보험진료보수지불기금’ 또는 「국민건강보험법」 제45조 제5항 규정에 따라 설립된 국민건강보험단체연합회에 위탁할 수 있다. |

진료비 심사를 보험자가 직접하든가 아니면 진료비심사 용역 기관인 지불기금이나 국보단체연합회에 위탁을 할 수 있습니다. 우리 나라도 의료보험 초기에는 보험자인 의료보험조합이 진료비 심사를 직접하였습니다. 그러나 수 많은 조합이 고도의 전문성을 요하는 진료비 청구서를 심사하는 것은 전문성이나 경제적으로 문제가 있었습니다. 그래서 창립된 기관이 의료보험협의회 심사부(후에는 의료보험연합회 심사부)입니다. 그리고 ‘공무원 및 사립학교교직원의료보험공단은 보험자가 직접 진료비를 심사를 하였습니다. 당초 우리 나라 진료비 심사기관은 2원화되어 있었습니다. 비교 대상이 없으면 업무 효율이 떨어지기 때문입니다. 우리 나라는 단일 보험자가 건강보험을 운영하고 있는 나라이고 진료비심사권이 보험자에게 있으므로 건강보험공단과 심평원을 통합하여 운영하는 것이 법정신이나 보험원리, 경제성으로 보아 타당하고 생각되는데 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

건보법 제67조(자금의 조달) 제1항 및 제2항 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「국민건강보험법」제67조 제1항 및 제2항**  **▪제67 제1항:** 심사평가원은 제63조 제1항에 따른 업무를 하기 위하여 공단으로부터 부담금을 징수할 수 있다.  **▪제67조 제2항:** 심사평가원은 제63조 제1항 제5호에 따라 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관한 업무를 위탁 받은 경우에는 위탁자로부터 수수료를 받을 수 있다. |

|  |
| --- |
| **질문 5-1** |

법률 제 67조의 명칭이 ‘자금의 조달’입니다. 자금의 사전적 의미는 “사업을 하는데 쓰는 돈”입니다.

심평원은 영리를 목적으로 사업을 경영하는 상법상의 법인은 아닙니다. 건강보험진료비를 심사하고 삼사의 대가로 수수료를 받아 조직을 운영하는 용역 공법인이기 때문에 ‘자금의 조달’을 ‘수수료의 징수’로 정정하는 것이 타당하다고 생각되는데 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-2** |

심평원은 조직 운영을 위하여 공단으로부터는 ‘부담금’을 징수하고 공단 외의 자 또는 기관이 심사를 위탁을 하면 수수료를 받는다고 하였습니다.

같은 진료비 심사를 하였는데, 공단에는 부담금을 부과하고 다른 곳에서는 수수료를 징수하는 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-3** |

심평원은 건강보험진료비 청구 명세서와 건보외 타 기관의 진료비 청구 명세서를 심사하고 진료비 심사의 대가로 수수료를 징수하여 운영하는 기관이어야 합니다.

따라서 주된 진료비 심사 위탁기관인 공단과 진료비 심사 수탁기관인 심평원은 상호 협의를 하여 심평원의 연간 예산액을 결정한 후, [추정 연간 소요 예산액]을 [추정 연간 진료비 심사 건수]로 나눈 값인 [심사건당 단가]를 정하고 매월 실심사건수에 따라 수수료 총액이 결정되어야 합니다. 물론 이 경우 공단은 필요하면 전도금을 심평원에 줄 수도 있습니다.

이와 같은 절차가 정상적인 진료비심사 수수료 결정과 심평원 운영비 조달 방법임에도 불구하고 심평원이 예산을 확정한 후 책정된 예산을 공단에 부담금으로 부과하는 행위는 법리상으로나 절차상으로 보아 심히 부당하다고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-4** |

심평원이 편성한 예산대로 공단이 전액을 부담하는 것은 보험료를 낭비할 소지가 많으므로 ‘질문 5-3’에서와 같은 절차를 밟아 수수료를 징수하게 하는 방법이 보험료 절약에도 도움이 됩니다. 2020년도 일본의 지불기금과 보험자가 계약을 한 1건당 수수료는 전년도보다 1.6엔이 감액된 59.9엔(세 포함)입니다. 질문자의 의견에 동의를 하시는지요?

|  |
| --- |
| **질문 5-5** |

「부담금관리기본법」 제3조(부담금 설치의 제한) 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「부담금관리기본법」 제3조**  부담금은 [별표]에 규정된 법률에 따르지 아니하고는 설치할 수 없다. |

[별표]에 등재된 부담금을 징수할 있는 95개 법률 중에는 「국민건강보험법」이 포함되어 있지 아니 하므로 심평원이이 공단에 부과하는 부담금은 「부담금관리기본법」 제3조를 위반한 불법적인 부담금입니다. 이 의견에 대하여 귀부는 동의를 하시는지요?

|  |
| --- |
| **질문 5-6** |

심평원이 불법적으로 공단에 부담금을 부과하고 공단은 불법으로 부과된 부담금을 심평원에 주게된 경위를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-7** |

「부담금관리기본법」 제5조(부담금 부과 원칙)에 부담금 부과 원칙이 정하여져 있습니다. 불법적인 부담금이기는 하나 심평원이 부담금 부과를 「부담금관리기본법」 제5조 각 항이 규정한 바에 따라 부과하고 있는지를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-8** |

「부담금관리기본법」 제6조의 2 규정에 따라 보건복지부장관이 매년 다음연도 부담금의 부과 및 사용 계획서가 포함된 부담금 운용계획서를 국회에 제출하기 위하여 재정기획부장관에게 제출한 사실이 있는지 여부를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

지난 5년간 건보공단이 연도별로 심평원에 부담한 부담금 액수와 아울러 지난 5년간 심평원이 연도별로 청구된 건보진료비를 심사 삭감한 금액을 알려주시기 바랍니다.

**※첨부 참고 자료: 제3자 심사 제도하에서 보험자가 어떤 기능과 역할을 하고 있는지를 파악할 수 있는 일본 덴소 건강보험조합 청구명세서 재심사 사례 등 보험자 기능에 관한 자료를 보냅니다. 보고 학습하시기 바랍니다.**

**[첨부]: 전자청구명세서 활용 등에 의한 보험자 기능 강화(덴소조합 업무 사례)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5 |  | 세계에 유래가 없는 ‘장애인보장구 건강보험 급여’에 대한 질문 |

「국민건강보험법」 제 51조(장애인에 대한 특례) 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「국민건강보험법」**  제 51조(장애인에 대한 특례) ① 공단은 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인 가입자 및 피부양자에게는 보장구에 대하여 보험급여를 할 수 있다.  ② 제 1항에 따른 보장구에 대한 보험급여의 범위·방법·절차와 그밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. |

「장애인복지법」 제 1조(목적), 제 2조(장애인 등의 정의), 제 3조(기본이념)의 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「장애인복지법」**  제 1조(목적)이법은 장애인의 인간다운 삶과 권리보장을 위한 국가와 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고 장애 및 장애인의 외출교육, 직업재활, 생활환경 개선 등에 대한 사업을 정하여 장애인 복지대책을 종합적으로 추진하며 장애인의 자립생활, 보호 및 수당 지급 등에 관하여 필요한 사항을 정하여 장애인의 생활안정에 기여하는 등 장애인의 복지와 사회활동 참여증진을 통하여 사회 통합에 이바지함을 목적으로 한다.  제2조(장애인의 정의 등) 장애인이란 신체적 정신적 장애로 인하여 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.  제3조(기본이념) 장애인 복지의 기본이념은 장애인의 완전한 사회참여와 평등을 통하여 사회통합을 이루는데 있다. |

「장애자 권리에 관한 국제 조약」(2006년 12월 12일 UN 총회 채택)의 제 1조(목적)는 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「장애자 권리에 관한 국제 조약」**  제1조(목적)이 조약은 전적으로 모든 장애인의 인권과 기본적 자유의 완전하고도 평등한 향유를 촉진, 보호 및 확보함과 아울러 장애인의 고유한 존엄을 촉진하는 것을 목적으로 한다. |

**※장애인은 장기적으로 신체적, 정신적, 지적 또는 감각적 기능 장애가 있어 여러 가지 장벽과의 상호작용에 의하여 다른 사람과 평등을 기초로 하여 사회에 완전하게 효과적으로 참가하는데 어려움을 겪는 자이다.**

일본 「장애자기본법」 제 2조(정의)에서 규정하고 있는 장애자의 종류는 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **일본 「장애자기본법」**  제 2조(정의) 신체장애, 지적장애, 정신장애(발달장애를 포함한다), 기타심신기능의 장애(이하 ‘애자’라 총칭한다)가 있는 자로서 장애 및 사회적 장벽에 의하여 계속적으로 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제한을 받는 상태에 있는 자 |

일본 「장애자종합지원법」 제 5조 제 25항에 따른 ‘보장구에 관한 용어의 정의’는 다음과 같습니다. “보장구란 장애자등의 신체기능을 보완 또는 대체하는 것으로 장기간 계속 사용되는 물건” 그리고 보장구에 대한 요건으로서, ① 장애자 등의 신체기능을 보완하거나 대체하기 위하여 신체에 적합하도록 제작된 물건일 것

② 장애자등의 신체에 장착함으로서 일상생활, 취업 또는 취함을 위하여 동일제품을 장기간 계속 사용하는 물건일 것.

그리고 일본은 상위소득 10%에 해당되면 보장구 구입비용을 전액 본인이 부담하고 있고, 세계 모든 나라는 보장구 구입비용지급은 정부 또는 지자체 또는 정부 지자체 예산으로 지급하고 있습니다. 즉 보장구 구입비는 공적부조(사회복지)에 해당됩니다.(자료: 일본 관서대학후구시마고 교수의 『보장구비지급제도의 구조』

「국민건강보험법」 제 1조(목적)과 제 41조(요양급여)는 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「국민건강보험법」**  제 1조(목적) 이법은 국민의 질병·부상에 대한 예방, 진단 치료 출산, 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다.  제 41조(요양급여) 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.  1. 진찰 및 검사  2. 약제·치료 재료의 지급  3. 처치 및 수술 및 그밖에 치료  4. 예방, 재활  5. 입원  6. 간호  7. 이송 |

건강보험은 질병, 부상, 분만 사망 등으로 인하여 통상가계지출외에 일시에 많은 가계지출을 하게 됨에 따라 가계가 어려워지거나 파탄되는 것을 방지하기 위하여 보험이라는 조직기술을 통하여 가계지출의 위험을 분산시키는 제도입니다.

따라서 우리나라의 건강보험법도 질병, 부상, 분만, 사망에 대한 급여를 하기 위하여 건강보험 제도를 만든다고 하였고 요양급여의 종류를 건보법 제41조에서 정하고 있습니다.

국가유공자와의 부조를 받는 국민을 제외한 모든 국민은 법률로 정한 보험급여를 받기 위하여 보험자에게 보험료를 납부하고 보험료의 대가로 법률로 정한 보험 급여를 받습니다. 이와 같은 제도 구조는 모든 나라가 동일합니다. 따라서 구라파의 건강보험 명칭은 “질병보험”이며 아세아에서 제일 먼저 「건강보험법」을 정한 일본 제도의 일반 명칭은 의료보험입니다.

앞에서 쓴 바와 같이 장애자복지는 국가가 세금으로 공적부조(사회복지)를 하는 제도입니다.

뿐만 아니라 공적부조이기 때문에 소득조사를 통하여 부조대상자와 부조의 수준 즉 복지의 수준을 정하게 되어 있습니다. 사회보험과 공적부조(사회복지)도 구분하지 못하는 보건복지부에 질문자가 32년을 봉직한 것이 부끄럽습니다. 현직 장관님은 평생 공적부조 분야를 연구하고 대학에서 학생을 대상으로 강의를 하신분입니다. 관계 공무원은 귀부의 장관에게 “장애인 보장구 지급이 장애인복지 소관인지, 아니면 건강보험 소관인지를”물어보시길 바랍니다.

「국민건강보험법」에 의한 장애인 보장구 지급은 졸속과 무지가 빚은 있을 수 없는 입법사고입니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

우리나라 「장애인복지법」 제2조는 “장애인이란 신체적, 정신적 장애로 인하여 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자라고 규정을 하고 있습니다. UN의 「장애인 권리에 관한 국제 조약」, 일본 「장애인기본법」 그리고 선진국의 장애인 정의 또한 우리나라 장애인 정의와 대동소이합니다. 우리나라가 되었든 국제연합이 되었든 아니면 다른 선진국이 되었든 간에 장애인이 치료가 필요한 부상을 당한 사람이거나 치료가 필요한 질병에 걸린 환자라고 규정한 바 없으며, 나아가서 장애인이 임산부이거나 장제비를 받을 자하고 규정 한 바도 없습니다. 뿐만 아니라 요양급여의 종류에도 장애인 보장구는 없습니다. 따라서 「국민건강보험법」 제 51조 규정은 「국민건강보험법」으로 정할 수 없는 법규정이라고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

장애인 보장구는 장애인 등의 신체기능을 보완 또는 대체하기 위하여 신체에 적합하도록 제작된 것으로 이를 장애인의 신체에 장착하여 일생생활, 취업 또는 취학을 위하여 장기간 계속 사용하는 물건일 뿐, 상병 치료를 위한 재료이거나 물건이 아니므로 건강보험료로 모든 장애인에게 보장구 급여를 할 수 없습니다.

모든 장애인에게 건강보험에서 보장구를 지급하는 것은 건강보험의 목적이나 이념에 반하는 것이므로 「국민건강보험법」 제 51조 규정은 무효인 규정입니다. 귀부는 질문자의 의견에 동의를 하시는지를 답변 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

사회보험은 보험료를 각각의 보험 고유목적과 보험법별로 정한 급여 외는 사용할 수 없습니다. 건강보험료는 상병 치료와 상병수당 분만수당 그리고 장제비(‘건강증진’이라는 법정급여는 있을 수 없음을 이미 쓴 바 있음)로만 쓸수있고. 연금보험료는 노령, 유족 연금등으로만 사용할 수 있고 고용보험료는 실업이란 생활상의 사고가 발생하였을 그때 실업수당으로만 사용할 수 있습니다. 그리고 산재보험료는 산업재해만을 위하여 사용할 수 있습니다. 따라서 건강보험료는 장애인복지를 위한 장애인보장구 지급을 위하여 사용할 수 없으며 사용하였다면 건강보험료 유용에 해당한다고 질문자는 생각합니다. 질문자의 의견에 대하여 답변을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 4** |

장애자 복지는 보건복지부와 지자체가 담당하고 있습니다. 그러나 장애인 등급 판정은 연금 공단에서 하고 있습니다. 연금공단에서 장애인 등급 판정을 하고 있으므로 귀부의 사고대로 라면 「국민연금보험법」에 특례조항을 신설하고 장애인에게 보장구를 지급하는 것이 옳다고 생각하는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

「국민연금보험법」에 특례조항을 신설하여 모든 국민의 질병예방을 위한 건강진단을 할 수 있다고 법률로 정할 수 있는 지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

「국민건강보험법」 제 51조에서 “보장구에 대하여 보험급여를 할 수 있다”고 규정하고 있습니다. “한다”가 아니고 “할 수 있다”입니다. 이는 경우에 따라서 안할 수 도 있다는 뜻도 됩니다. 형편에 따라서 장애인에 대한 보장구 급여를 하지 않을 수도 있는지를 알려주시기 바랍니다. 법조문 표현이 이렇게 애매하여서는 아니 된다고 생각합니다. 이는 한 부처의 수준의 문제입니다.

|  |
| --- |
| **질문 7** |

보장구에 대하여 보험급여를 한다고 규정하고 있습니다. 장애인에게 보장구 급여를 하지 않고 보장구에 대하여 보험급여를 하는지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 8** |

「장애인복지법」 제1조는 다음과 같이 규정하고 있습니다. “장애인 복지대책을 종합적으로 추진하여 장애인의 자립생활보호, 수당지급에 관하여 필요한 사항을 정하여 장애인의 생활 안정에 기여하는 등 장애인 복지와 사회활동 참여 증진을 통하여 사회참여에 이바지함을 목적으로 한다고 하였습니다.” 「장애인복지법」에서 규정한대로 장애인보장구는 장애인의 자립생활과 사회활동 참여를 위한 필수적인 신체보장구이기 때문에 장애인보장구 지급은 당연히 「장애인복지법」 소관 사항이라고 생각되는데 이에 대한 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 9** |

장애인 보장구 지급은 「장애인복지법」 소관이며 사회복지는 조세를 재원으로 실시하는 공적부조입니다. 공적부조 대상자 선정은 대상자의 소득 조사가 선행되어야하며 소득수준에 따라 보장구 지급여부가 결정되어야합니다. 조세의 낭비를 막고 보장구사용에 대한 자기 책임을 강조하기 위해 차등적인 본인부담 제도를 도입하는 것이 타당하다고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 10** |

우리나라처럼 장애등급에 따라 평등한 보장구급여를 하면 재벌회장이 교통사고로 장애인이 되어도 보장구 급여를 받게 됩니다. 우리나라는 보편적 복지국가가 아니 때문에 이는 모순이라고 생각되는 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 11** |

장애인보장구를 건강보험료로 지급하는 국가가 있으면 알려주시기를 바랍니다. 만약에 있다면 질문자는 앞으로 더 이상 질문을 하지 않을 것입니다.

|  |
| --- |
| **질문 12** |

「국민건강보험법」에 장애인 보장구지급규정을 특례로 정한 것은 보험과 사회복지 즉 공적부조제도를 구분하지 못한데서 발생한 심각한 입법 사고 입니다. 「국민건강보험법」 제 51조를 정할 당시의 담당 사무관 과장, 국장, 장차관 성명을 알려주시기 바랍니다(기록으로 남기기 위한 것임).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 |  | 「국민건강보험법시행령」 제21조 제2항과 상대가치점수의  모순에 관한 질문 |

「국민건강보험법시행령」 제21조 제2항 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **국민건강보험법시행령**  **제21조** ② 제 1항에 따른 요양급여 각 항목에 대한 상대가치점수는 요양급여에 드는 시간․노력 등 업무량, 인력․시설․장비 등 자원의 양, 요양급여의 위험도 및 요양급여에 따른 사회적 편익 등을 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타낸 것으로 하며, 보건복지부장관이 심의위원회의 심의․의결을 거쳐 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고시한다. |

상대가치점수는 ①시간․노력 등 업무량 ②인력․시설․장비 등의 자원의 량 ③요양급여의 위험도 및 요양급여에 따른 사회적 편익이라는 세가지 요소를 복합적으로 측정하여 정한다고 하였습니다.

①에서 ‘시간’이라는 용어의 개념은 상대가치점수표 각 항목별 시술 시간, 구체적으로는 진찰․검사․판독․처치․수술 등을 시행하는데 소요되는 실시간을 뜻합니다. 여기서 시술시간이라고 하는 것은 각 진료행위에 소요되는 평균시간이어야 합니다. 왜냐 하면 동일한 상병에 대한 진료행위일지라도 환자의 연령, 신체 조건, 상병의 진행상태 등에 따라 시술 시간이 다르기 때문입니다. ‘노력’의 사전적 의미는 “애를 쓰고 힘을 드림”입니다. 시행령상 노력의 의미가 명확하지 않으나 진료보수 제정 원칙을 정한 규정이기 때문에 노력을 진료행위의 난이도(難易度)로 해석하는 것이 맞는다고 생각합니다. 따라서 노력을 난이도란 용어로 바꾸어야 명확해집니다.

그런데 문제는 시술시간의 길고 짧음과 난이도에 따라 인력의 많고 적음이 결정됩니다. 예를 들면 수술을 할 때 난이도에 따라 수술 의사와 보조 인력수가 많아지거나 적어집니다. 따라서 ②의 인력은 ①의 난이도와 시간(시간 노력 등 업무량)에 포함된 개념입니다. 따라서 인력은 필요 없는 규정이므로 법규정이 엉터리입니다.

②의 ‘시설․장비 등 자원의 양’이라는 규정은 행위별수가 제정 원칙을 어긴 규정입니다. 왜냐 하면 ‘시설․장비 등 자원의 양’이라고 하는 것은 하나의 요양기관이 보유하고 있는 시설․장비의 총량을 뜻하기 때문입니다. 행위별 의료보수를 결정하는데 하나의 요양기관이 보유하고 있는 시설․장비의 양과 가격을 계산한 후 행위별 수가별로 배분을 하여 행위별 수가를 정할 수 없기 때문입니다. 말도 안 되는 규정입니다.

행위별수가 제도에서는 의료장비(시설의 뜻이 무엇인지는 알 수 없음. 만약 건물이라면 입원료 등으로 산정됨) 사용료는 행위별로 별도로 보상을 합니다. 예를 들면 영상진단의 경우 촬영료와 판독료를 따로 계산하는 것입니다. X-ray, CT, MRI 등의 촬영료에는 촬영장비 사용료가 포함됩니다. 판독료는 의사기술료 즉 의사의 진료보수입니다. 우리나라의 경우 판독료를 영상진단수가 총액의 30%로 정하고 있습니다. 일본의 경우에는 판독료를 월 1회 정액만 산정할 수 있고 촬영료는 기종(해상도)별 단일수가입니다. 해상도가 높은 기기로 촬영한 수가는 높고 반대의 경우는 낮습니다. 행위별로 장비사용료를 별도로 지급하고 있으므로 ‘시설․장비 등 자원의 양’이라는 규정도 엉터리입니다.

③의 ‘요양급여의 위험도 및 요양급여에 따른 사회적 편익’이란 규정은 다음과 같은 모순이 있습니다. ‘요양급여의 위험도’는 진료행위의 위험의 경중을 뜻하는데, 이는 진료행위의 난이도에 포함되는 개념입니다. 진료행위를 함에 있어 위험도가 높은 시술은 난이도가 높고 대체로 시술시간도 길게 되어 있습니다. 앞에서 시간, 노력이라는 표현을 썼으면 위험도를 따로 규정하는 것은 있을 수 없습니다. ‘사회적 편익’이라는 뜻은 무엇입니까? 편익이라는 용어는 편리하고 이용하기 쉽고 이익이 된다는 뜻으로 질문자는 해석합니다. 의사의 진료보수를 정하는데 사회적 편익이 무슨 관계가 있습니까? 기가 막힐 뿐입니다.

‘①시간․노력 등 업무량 ②인력․시설․장비 등 자원의 양 ③위험도와 사회적 편익 ’을 고려하면 하느님도 의사의 진료보수표를 만들 수 없습니다.

|  |
| --- |
| **질문** |

문제점을 서술하였으니 항목별로 구체적인 질문을 생략하겠습니다. 다만 ‘건강보험요양급여비용(진료보수표)’ 상대가치점수를 「건보법시행령」 제21조 제2항 규정에 따라 1개 항목이라도 정한 것이 있으면 점수 제정 과정과 계산 근거를 제시하여 주시기 바랍니다.

질문자는 「건보법시행령」 제21조 제2항에 따라 상대가치점수가 정하여지지 않았다고 확신합니다. ‘건강보험요양급여비용(진료보수표)’의 상대가치점수는 수가 용역자와 복지부 관계자가 합의하여 인위적으로 정하였으므로 법률을 위반한 상대가치점수표입니다. 따라서 ‘건강보험요양급여비용(진료보수표)’은 무효인 고시라고 생각되는데 귀부의 의견은 어떠한지요?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7 |  | ‘요양기관 종별 가산율’에 관한 질문 |

진료수가표 [Ⅱ. 요양기관 종별가산율]에 “제2부 제2장 내지 제10장, 제13장 및 제14장, 제19장에 분류된 분류항목에 대하여는 소정 점수에 점수당 단가를 곱한 금액을 모두 합산한 금액에 요양기관의 종별에 따라 다음 각 호의 비율을 가산한다”고 규정하고 있습니다.

가산율은 다음과 같습니다.

상급종합병원 30%(×1.3)

종합병원 25%(×1.25)

병원 20%(×1.2)

의원 15%(×1.15).

의료기관 종별에 따라 ‘단순 충수절제술’을 시술했을 때 의사에게 지불할 보수를 계산하면 다음과 같습니다<표 3>.

**<표 3> 단순충수절제술 시술 시 의료기관 종별 의사에 대한 보수**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **의료기관 종별** | **단순 충수절제술**  **상대가치점수**  **(A)** | **점수당 단가(원)**  **(B)** | **가산율**  **(C)** | **의사에게 지불할 보수(원)**  **(A\*B\*C)** | **기준금액 대비**  **종별 비율** |
| 상급종합병원 | 3516.69 | 74.9 | 1.30 | 342,420 | 100% |
| 종합병원 | 〃 〃 | 74.9 | 1.25 | 329,250 | 96% |
| 병원 | 〃 〃 | 74.9 | 1.20 | 316,080 | 92% |
| 의원 | 〃 〃 | 83.4 | 1.15 | 337,286 | 99% |

‘단순 충수절제술’의 의료기관 종별 수가는 상급종합병원의 수가를 기준(100%)으로 계산하면 종합병원 96%, 병원 92%, 의원 99%입니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

‘건강보험진료보수표(건강보험요양급여비용)’는 의사, 약사 그리고 간호사 등의 진료행위 또는 조제행위에 대한 보수를 행위별로 정한 일람표인데 의료기관의 크기에 따라 의사 또는 약사 등의 진료보수 또는 조제보수가 상이한 이유와 외국에서도 위와 같은 진료보수 제도를 실시하고 있는 나라가 있는지 여부를 답하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

요양기관 간에 차등 가산율이 성립하려면 동일한 의료행위를 할 때의 난이도 등이 종합병원은 상급종합병원보다 3.8%가 낮아야 하고 병원은 상급종합병원보다 7.7% 낮아야 하며 의원은 상급종합병원보다 11.5%가 낮아야 합니다. 진료보수는 평균난이도에 대하여 지불하는 것이 원칙입니다. 그럼에도 불구하고 같은 의료행위의 난이도가 의료기관 크기에 따라 3.8% 내지 11.5%가 차이가 나게 진료보수를 정한 이유를 의학적으로 설명해 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

의료기관의 크기에 따라 수가를 차등화하였다면 의원보다 의료기관 규모가 큰 종합병원의사의 수술 보수가 의원보다 3% 낮고 병원 의사의 수술보수가 의원보다 7% 낮은 이유와 근거를 밝혀 주시기 바랍니다. 이런 경우를 엉망이라고 합니다. 동의를 하시는지요 ?

|  |
| --- |
| **질문 4** |

의사(약사) 면허를 가진 자이면 시술자의 경력이나 숙련도를 감안하지 않고 개별 진료행위의 평균난이도와 시술 시간 등을 기준으로 의사의 진료보수를 정하는 것이 원칙이기 때문에 하나의 진료행위에 한 가지 이상의 진료보수가 있을 수 없는데 진료행위별로 예외없이 4가지의 수가가 정하여진 이유를 의학적으로 설명하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

진료보수는 의사 또는 약사의 진료 또는 조제에 대한 보수입니다. 따라서 보수는 의사나 약사에게 지불되며 의료기관 또는 약국은 수령자일 뿐입니다. 그럼에도 불구하고 의료기관의 크기에 따라 수가를 차등화한 것은 큰 오류라고 생각되는데 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 6** |

‘건강보험요양급여비용(진료보수표)’은 미국의 외래수가인 RBRVS를 참고로 하여 제정하였다고 자랑 아닌 주장을 하였습니다. 그럼에도 불구하고 RBRVS 제정 제1원칙인 “There should be one price for each service regardless of the training and background of the person performing that service”를 전혀 지키지 않는 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 7** |

상급종합병원의 내과과장 또는 병원장을 하던 저명한 의사가 정년퇴직을 하고 개업을 하고 환자를 진료하면 자기가 가르치던 병원의 전공의보다 진료보수를 15% 적게 받는 것이 합리적인 진료보수제도인지 여부와 병원장이었던 의사가 퇴직을 하고 의원을 개설하고 전공의와 동일한 의료행위를 하면 전공의보다 15%의 진료보수를 덜 받아야 하는 이유를 의학적으로 설명하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 8** |

일본은 19병상 까지를 진료소(한국의 의원), 20병상부터가 병원이며 병원의 기능별 분류는 하나 병상수에 따라 병원, 종합병원, 상급종합병원 등으로 분류하지 않고 있습니다. 구미(歐美)의 경우도 같은 것으로 알고 있습니다.

의원과 병원을 분류하는 목적은 의원은 외래를 전적으로 담당하고 의원이 치료할 수 없는 중증환자를 병원이 기능별로 치료하기 위한 것입니다. 병상수에 따른 의료기관 분류는 병원기능을 분류하기 위한 것이지 병원 크기에 따라 진료보수를 더 주기 위한 것이 아니라고 생각되는데, 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 9** |

병상수에 따라 기능별로 의료기관을 분류하고 가정의(FD)가 의원급 의료기관에서 외래환자를 치료하고 병원은 입원환자만 치료하는 것이 의료전달체계상 원칙임에도 불구하고 우리나라의 병원들은 병상수와 관계없이 외래와 입원을 동시에 취급합니다. 유명대학병원은 병상당 5-6명의 외래환자를 취급하기 때문에 2,000병상의 병원은 하루 1만명 이상의 외래환자를 치료합니다. 병상이 비면 1만 명이 넘는 외래 환자 중에서 입원환자를 선발하여 입원을 시키기 때문에 병상가동률이 97-98%가 된다고 합니다. 그야말로 풀(full)가동입니다. 수진율이 세계에서 제일 높은 원인이 의료전달체계를 확립하지 않은 당국의 책임이라고 생각되는데, 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 10** |

우리나라 대형병원은 외래와 입원의 건당진료비가 가장 높은 환자만 취급합니다. 2017년도 건강보험통계연보에 의하면 의원의 1일당 외래평균진료비는 23,632원입니다. 그런데 상급종합병원의 1일당 외래평균진료비는 107,375원입니다. 병원이 크면 클수록 검사를 많이 하기 때문에 병원의 외래 1일당진료비가 의원의 4.5배가 넘습니다. 수입은 검사와 비례하여 더 많게 됩니다. 외래의료 수입면에서 의원이 4.5배 이상 불리합니다. 병원이 크면 클수록 의료수익률이 높음에도 불구하고 의료기관의 크기에 따라 의료기술에 대한 보수를 더 주는 것은 모순이라고 생각되는데, 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 11** |

우리나라와 유사한 의료전달체계를 갖고 있는 일본은 병상수가 400병상이상인 병원은 병원 또는 의원 소개서(한국은 진료의뢰서)가 없는 환자를 진료하였을 경우에는 초진료 2,820엔을 2,090엔으로 삭감하여 지급합니다. 소개서 없는 초진환자의 진찰료는 26% 삭감됩니다. 왜, 우리나라는 외국과 반대의 정책을 채택하고 있는지를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12** |

의원과 상급종합병원에서 동일한 부위를 동일한 해상 기능을 갖고 있는 MRI로 같은 자격을 소지하고 있는 의료기사가 촬영을 하고 같은 자격을 소지하고 있는 영상의학과 전문의가 판독을 하였는데, 진료수가가 15% 차이가 나는 제도가 합리적인지를 답변해 주시고 합리적이라면 합리적인 근거를 의학적 및 경제적으로 구체적으로 답변을 해 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 13** |

의료기관 크기별 수가 제도를 시행하려면 전문의 면허제도를 상급종합병원 전문의, 종합병원 전문의, 병원 전문의, 의원 전문의 제도로 바꾸는 것이 타당하다고 생각되는데, 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 14** |

상급종합병원이나 종합병원 우대정책으로 인하여 투자 여력이 생긴 상급종합병원 등이 병상을 계속 늘림으로써 세계에서 인구당 병상 수가 제일 많은 나라가 되었고, 이에 따라 의료비 증가속도도 OECD회원국 중에서 1위가 되었다고 생각되는데, 귀 부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 15** |

‘건강보험요양급여비용(진료수가표)’ 제정시 주된 참고차료로 참고하였다고 귀부나 심평원이 주장하고 있는 RBRVS의 수가 제정 원칙인 ‘일물일가(一物一價, one price for each services)’에 맞지 않는 의료기관 크기에 따른 진료보수체계는 폐지하여야 한다고 생각하는데, 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **반성과 바램**  **질문자가 1977년 우리나라 최초의 국정 수가인 의료보험 진료수가 기준 초안을 작성하였습니다. 결재 과정에서 의료기관별 가산제도가 도입되었습니다. 당시에는 수가 제정 원칙을 숙지하지 못하여 설득을 하지 못하였습니다. 그러나 수가 제정 원칙을 안 이후에도 이 제도를 폐지 못한 것은 의료보험 실시 후 수진율이 급격히 상승하였으며 이를 의료계가 소화하려면 병원의 투자 여력을 당분간은 유지할 필요가 있다고 생각하였습니다. 퇴직 전에 의료기관 종별 가산율을 폐지하지 못한 것이 실수였습니다.**  **지금은 병상이 넘쳐납니다. 의료비가 한 없이 증가하는 것을 방지하기 위하여서도 이 제도는 폐지되어야 합니다.**  **유럽은 1990년대에 30-35% 병상을 감축하였고, 일본도 10여년 전부터 매년 1만 병상 이상을 감축하고 있습니다. 의료전달체계가 확립되고 방문의료와 간호제도가 도입되면 유럽이나 일본처럼 병상은 감축될 수밖에 없습니다. 병상 용도 변경을 하려면 세금이 소요되며 따라서 고통스러운 일이 될 것입니다. 미리 준비를 하는 현명함을 보여주시기 바랍니다.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8 |  | ‘차등수가제도’에 관한 질문 |

2000년도에 ‘의료보험 진료수가 기준’을 폐기하고 ‘건강보험요양급여비용’으로 건보수가 제도를 바꿈과 아울러 의약분업을 실시함에 따라 건보의료비가 연간 45% 이상 폭증하였습니다.

폭증하는 의료비 때문에 은행에서 차입을 하여 의료비를 지불하는 심각한 사태가 발생하였습니다. 폭증하는 의료비를 억제한다고 대책을 낸 것이 차등수가 제도입니다.

차등수가제도를 도입하였으나 큰 도움이 되지 못하였으며 의료비 폭증의 책임을 지고 장관은 퇴임하고 의약분업 담당국장은 직위해제가 되었으며 의료보험국장은 감봉처분을 받았습니다.

세계 건강보험 역사상 그 유례를 찾아볼 수 없는 대참사가 우리나라에서 발생하였으면 그 원인을 찾아 제도를 개선하여야 하나 책임자 처벌로 종결을 짓고 의료비 증가 요인이 된 제도를 개선하지 않고 오늘에 이른 것은 개탄할 일입니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

최초의 차등수가 제도 적용 대상 의료기관 등은 의원, 치과의원, 한의원, 약국 등이었습니다. 최초의 차등수가 제도 적용에서 병원, 종합병원 등 병원급 의료기관은 제외되었습니다. 같은 의료행위나 조제를 하는데 왜 병원급 의료기관은 차등수가 적용 대상에서 제외되었는지 그 이유를 밝혀 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

보건복지부는 건강보험제도 운영에서 병원급에 대하여 각 종 특혜를 주는 이유는 무엇 때문입니까?

|  |
| --- |
| **질문 3** |

차등수가 제도가 제도로 성립하려면 76번 째 진찰과 76번 째 조제가 75번 째 진찰이나 75번 째 조제보다 난이도와 노동량이 10% 적어져야 합니다. 또한 151번째 진찰이나 조제는 75번 째 진찰이나 조제보다 난이도와 노동량이 50% 적어져야 합니다. 논리적으로나 실제로 이런 일이 있을 수 없습니다. 세상에 이런 제도는 어느 분야에도 없으며 특히 의료의 세계에서는 있을 수 없습니다. 그 이유는 요양기관 종별가산율 제도 질의에서 이미 쓴 바가 있습니다.

차등수가 제도는 제도로서 성립할 수 없다고 생각되는데 귀부의 의견을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 4** |

최초의 차등수가 제도에는 의과 의원급 의료기관이 포함되어 있었습니다. 그런데 의과 의원급 의료기관이 차등수가 적용대상에서 제외되었습니다(2015년 12월 폐지). 치과와 한방 의원급 의료기관에는 계속해서 차등수가제를 실시하면서 의과 의원급 의료기관만 차등수가 제도 적용 대상에서 제외한 이유는 무엇 때문입니까?

|  |
| --- |
| **질문 5** |

의과 의원급 의료기관을 차등수가 제도에서 제외하는 특혜를 주었던 연도의 건강보험 수가 인상률에 의과 의원급 의료기관 차등수가 적용 제외에 따른 수가 인상분이 반영되었는지 여부와 반영되었다면 몇 %가 반영되었으며 총 반영 액수가 얼마인지 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

차등수가 제도는 앞에서 지적한 문제가 있고 의과 의원급 의료기관만 제도 적용에서 제외한 것은 불합리하므로 제도를 폐기하는 것이 타당하다고 사료되는데 귀부의 의견은?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9 |  | ‘초재진료’에 관한 질문 |

초진 진찰료는 총 12종류입니다. 그 중 의과의 초진 진찰료 점수는 의원 188.11점, 병원 208.86점, 종합병원 232.33점, 상급종합병원 255.79점입니다.

진찰료 산정 지침에 따르면 진찰료는 기본진찰료와 외래관리료를 합산한 점수에 의과 의료기관별 1점당 가격을 곱하여 진찰료를 계산한 이후 그 진찰료와 의료평가지원금을 합산하여 최종 진찰료를 산정하여 법률로 정한 본인부담금과 보험자부담금을 청구합니다.

외래관리료 점수는 의료기관 종별 진찰료 점수에서 산정지침에서 정한 기본진찰점수 155.57점을 뺀 점수입니다. 진찰료 산정지침에 따라 의료기관 종별 진찰료와 「의료질평가지원금」을 합산한 최종 초진 진찰료는 다음과 같습니다<표 4>.

**<표 4> 의과 초진진찰료 산정 순서와 의료기관 간 초진 진찰료 비율**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **의료기관 종별** | **재진**  **진찰료 점수**  **(A)** | **기본**  **진찰료 점수**  **(B)** | **외래**  **관리료 점수**  **(C)** | **기본**  **진찰료**  **점수**  **(B)** | **재진**  **진찰료**  **점수**  **(A)** | **점수당**  **단가**  **(D)** | **중간 재진**  **진찰료**  **(E)** | **의료질평가**  **지원금**  **(F)** | **최종**  **재진**  **진찰료**  **(G)** |
| **의원** | A1  188.11 | 155.57 | C1  32.94 | 155.57 | A1  188.11 | D1  83.4 | E1  15,688 | - | G1  15,688  (100.0) |
| **병원** | A2  208.86 | C2  53.29 | A2  208.86 | D2  74.9 | E2  15,643 | - | G2  15,643  (98.7) |
| **종합병원** | A3  232.33 | C3  76.76 | A3  232.33 | D3  74.9 | E3  17,402 | F3  53.47점\*74.9원  =4,005원 | G3  21,407  (136.5) |
| **상급**  **종합병원** | A4  255.79 | C4  100.22 | A4  255.79 | D4  74.9 | E4  19,158 | F4  102.04점\*74.9원=7,643원 | G4  26,801  (170.8) |

자료: 보건복지부, 2019 건강보험요양급여비용

초진 진찰료를 산정하려면 (-) (+) (×)를 하여야 하며 「의료질평가지원금」을 받는 종합병원과 상급종합병원은 (-) (+) (×) (×) (+)를 하여야 합니다. 진료보수표가 아니고 수학책 같습니다. 전세계에서 이런 나라는 우리나라 밖에 없습니다.

최종 초진진찰료는 의원 15,688원(100.0%), 병원 15,643원(99.7%), 종합병원 21,407원(136.5%), 상급종합병원 26,801원(170.8%)입니다. 병원 초진 진찰료가 의원보다 낮고 상급종합병원 진찰료는 의원보다 71%나 높습니다<표 5>. 세계 건강보험 역사상 그 유례를 찾을 수 없는 엉망인 진찰료 제도입니다.

|  |
| --- |
| **재진 진찰료 산정 순서**  **① 중간 초진진찰료 산정: (a-b)=c+b=(a×점수당 단가(d)=e**  **② 최종 초진 진찰료 산정: e+「의료질평가지원금」(f)=g** |

**<표 5> 재진 진찰료 산정 순서와 의료기관 간 재진 진찰료 비율**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **의료기관 종별** | **초진**  **진찰료 점수**  **(a)** | **기본**  **진찰료 점수**  **(b)** | **외래**  **관리료 점수**  **(c)** | **기본**  **진찰료**  **점수**  **(b)** | **초진**  **진찰료**  **점수**  **(a)** | **점수당**  **단가**  **(d)** | **중간 초진**  **진찰료**  **(e)** | **의료질평가**  **지원금**  **(f)** | **최종**  **초진**  **진찰료**  **(g)** |
| **의원** | a1  134.47 | 98.3 | c1  36.44 | 98.3 | a1  134.47 | d1  83.4 | e1  11,237 | - | g1  11,237  (100.0) |
| **병원** | a2  151.37 | c2  53.34 | a2  151.37 | d2  74.9 | e2  11,357 | - | g2  11,357  (101.0) |
| **종합병원** | a3  174.84 | c3  76.81 | a3  174.84 | d3  74.9 | e3  13,116 | f3  53.47점\*74.9원  =4,005원 | g3  17,121  (153.0) |
| **상급**  **종합병원** | a4  198.31 | c4  100.28 | a4  198.31 | d4  74.9 | e4  14,896 | f4  102.04점\*74.9원=7,643원 | g4  22,539  (201.0) |

자료: 보건복지부(2019), 2019 건강보험요양급여비용

재진 진찰료는 의료기관 간 격차가 초진 진찰료보다 더 클 뿐만 아니라 재진진찰이라는 것을 감안하면 재진진찰료는 너무 높게 책정되어 있습니다<표 6>.

**<표 6> 초진료에 대한 재진료의 비율**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **의료기관 종별** | **초진료(원)** | **재진료(원)** | **비율(%)** |
| 의원 | 15,688 | 11,213 | 72 |
| 병원 | 15,643 | 11,357 | 73 |
| 종합병원 | 21,407 | 17,121 | 80 |
| 상급종합병원 | 26,801 | 22,539 | 84 |

자료: 보건복지부(2019), 2019 건강보험요양급여비용

**<표 7> 일본의 초진 진찰료에 대한 재진 진찰료 비율**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **구분** | **금액(엔)** | **원화 환산(원)** | **비율(%)** |
| 초진료 | 2,820엔 | 29,610(1엔\*1,005원) | 100.00% |
| 재진료 | 720엔 | 7,560(1엔\*1,005원) | 25.25% |

자료: 후생노동성, 2018-2019 의과 진료보수점수표

**※400병상 이상 병원의 경우 중소병원 또는 의원(진료소)의 소개장이 없는 환자가 50%를 초과하면 소정 초진료에서 73점을 삭감하므로 초진료는 209점(21,945원)이 됩니다.**

**※200병상 이상 병원은 의약품 입찰 결과 보고가 늦어지면(매년 9월 31일까지) 초진료가 73점이 삭감되어 209점(21,945원)이 됩니다.**

**※재진료의 경우도 의약품 입찰 결과 보고가 늦어지면 재진료 72점에서 19점을 삭감하고 53점(5,565원)을 지급합니다.**

**<표 8> 한일 진찰료 비교**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **의료기관 종별** | **초진(원)** | | | **재진(원)** | | |
| **한국**  **(A)** | **일본**  **(B)** | **비율(%)**  **(A/B)** | **한국**  **(A)** | **일본**  **(B)** | **비율(%)**  **(A/B)** |
| 의원 | 15688 | 29610 | 53 | 11237 | 7560 | 149 |
| 병원 | 15643 | 53 | 11357 | 150 |
| 종합병원 | 21407 | 72 | 17121 | 227 |
| 상급종합병원 | 26801 | 91 | 22539 | 298 |

자료: 1) 보건복지부(2019), 2019 건강보험요양급여비용

2) 후생노동성(2018), 2018-2019 의과 진료보수점수표

**<표 9> 2017년도 건보 외래 및 입원진료비** (단위: 억원)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **총진료비** | **외래진료비** | **입원진료비** |
| 707,525  (100%) | 447,477  (63%) | 260,048  (37%) |

자료: 국민건강보험공단․건강보험심사평가원(2019), 2017 건강보험통계연보

앞에서 작성한 <표 7>, <표 8>, <표 9>은 질문서를 읽는 분들의 이해를 돕기 위한 참고 통계입니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10 |  | ‘기본진찰료’, ‘관리료’, ‘진찰료’에 관한 질문 |

진찰은 의사가 의학의 원리, 경험 등을 바탕으로 하여 병의 유무, 상태, 병원(病源) 등을 살피는 행위라고 국어사전에서 정의하고 있습니다. 병의 유무, 상태, 병원(病源) 등을 살피기 위하여 의사는 환자를 상대로 시진(視診)․문진(問診)․촉진(觸診)․청진(聽診)․맥진(脈診) 그 외 체온이나 혈압을 측정합니다. 시진이나 문진만으로도 병명과 병태를 확인하고 의약품 등을 처방을 하기도 하나 시진(視診)․문진(問診)․촉진(觸診)․청진(聽診)․맥진(脈診)을 하고 체온이나 혈압을 측정하고서도 병증 진단을 할 수 없는 경우에는 확진을 위하여 각 종 검사 처방을 합니다.

진찰료는 시진(視診)․문진(問診)․촉진(觸診)․청진(聽診)․맥진(脈診) 그리고 체온이나 혈압 등을 측정하고 확진을 위해 검사․처방 등을 하는 행위 전체에 대한 의사의 보수입니다. 여러 가지 진찰 종류 중 시진 및 문진 만으로 확진을 하거나 모든 진찰 방법을 다 동원하여 진찰을 하여도 진찰료는 동일합니다. 왜냐 하면 진료수가는 의사의 경험이나 숙련도 그리고 난이도와 시술 시간의 평균을 기준으로 정하기 때문입니다. 진찰료는 진찰 과정의 모든 행위를 하나로 평가하여 정하기 때문에 단일 수가이어야 합니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

진찰료는 앞에서 설명한 바와 같이 의사의 진찰 전과정에 대한 보수이기 때문에 단일 진찰료여야 하는데 기본진찰료와 외래관리료 그리고 「의료질평가지원금」으로 나누고 이들 세 가지 점수를 합산한 후 1점당 단가를 곱하여 최종 진찰료를 계산하게 한 의학적 이유와 근거를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

의과의 경우 외래관리료는 초진 점수에서 기본진찰료 점수 155.57점을 빼기(-)를 하여 얻은 점수입니다. 치과와 한방 등도 동일한 계산 방법에 따라 외래관리료를 산정합니다. 의과의 기본진찰료를 155.57점으로 설정한 근거와 기본진찰료라는 개념을 진찰료 계산에 도입한 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

기본진찰료는 병원관리 및 진찰권 발급 등의 비용을 상환하기 위한 것이라고 진찰료산정지침 [가항]-[제7호]에 규정하고 있습니다. 사무직 인건비와 건물 등 관리비 등은 모든 진료행위별 수가에 엷고 넓게 배분되어 있습니다(의료정책을 물어서 개선한다 145쪽-시마자끼 겐지 저). 기본진찰료에 병원관리비용을 특별히 포함시키는 것은 타당하지 않다고 생각되는데 귀부의 의견을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 4** |

기본진찰료에는 진찰권 발급비용이 포함되어 있다고 하였습니다. 진찰권 발급은 해당 병원의 원무행정 편의를 위한 것이기 때문에 어느 나라 어느 의료기관도 진찰권 발급비를 환자로부터 징수하는 나라는 없습니다.

뿐만 아니라 진찰권은 한 번 발급 받으면 분실하지 않는 한 평생 사용합니다. 그런데 기본진찰료는 의료기관을 방문할 때마다 산정합니다. 또한 의원급 의료기관은 진찰권을 발급하지 않습니다. 병원을 처음 방문한 날 이후 평생 같은 병원에 통원하여도 진찰권은 한 번 발급하며 의원의 경우는 진찰권을 발급하지 않으므로 기본진찰료에 포함된 진찰권 발급 요금분 만큼 보험 재정에 손해를 끼치고 있습니다. 따라서 진찰권 발급비로 반영된 금액은 기본진찰료에서 감액하여야 된다고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

외래관리료는 외래 환자의 처방 등에 소요되는 비용을 포함한다고 규정하고 있습니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-1** |

의약품 처방은 외래환자에게만 하는지를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-2** |

‘처방에 소요되는 비용’이 아니라 ‘처방전 발급에 소요되는 비용’이 정확한 용어가 아닌지요? 답변을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-3** |

의약분업 이전 수가에는 조제료만 규정되어 있었으나 목포 의약분업 시범사업을 실시하면서 처방전료를 200원으로 조제료도 200원으로 의료보험 진료수가 기준을 개정하였습니다. 2000년도에 의약분업을 할 당시에도 원외처방전료가 ‘건강보험요양급여비용(진료보수점수표)’에 정하여져 있었습니다. 그런데 느닷없이 원외처방전료 수가를 ‘건강보험요양급여비용(진료보수점수표)’에서 삭제하였습니다. 원외처방전료를 삭제한 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-4** |

조제료를 5종류로 그리고 조제일수를 적산식(績算式)으로 조제료를 계산함에 따라 처방전료와 조제료 간에 수가의 격차가 심하게 되었습니다. 조제료에 대한 시비를 방지하기 위하여 원외처방전료를 폐지한 것은 아닌지 알려주시기 바랍니다. 의약분업을 하고 있는 나라의 수가제도에 원외처방전 수가가 없는 나라가 있으면 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-5** |

진찰료는 앞에서 설명 드린 바와 같이 의사가 시진(視診)․문진(問診)․촉진(觸診)․청진(聽診)․맥진(脈診) 등을 통하여 상병을 진단한데 대한 보수이며 처방전료는 진단을 한 결과에 따라 상병 치료를 위한 의약품 등 선정과 사용량, 투약일수 등을 법정 양식에 따라 문서화한데 대한 보수입니다. 처방전을 작성하는 의료행위는 진찰과는 다른 의료행위이므로 진찰료나 관리료에 포함시킬 수 없다고 생각되는데 귀부의 의견을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-6** |

처방전료를 신설할 의향이 있으신지 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5-7** |

(7)항의 문장에도 문제가 있습니다. “기본진찰료는 병원관리료 및 진찰권 발급 등에 소요되는 비용이 포함된다”가 아니라 “기본진찰료에는”이 되어야 합니다. “병원관리료 및 진찰권 발급 등”이라고 되어 있는데 “등”이라는 표현이 들어가면 병원관리료와 진찰권 발급 비용 외에 다른 비용이 더 들어 있다는 뜻으로 오해를 할 수 있습니다. 돈 계산에 “등”이란 문자는 있을 수 없다고 생각합니다. “외래환자의 처방 등”은 “외래환자에 대한 처방”이 맞습니다. 질문자의 의견에 동의하시는지 알려주시기 바랍니다.

‘건강보험요양급여비용(진료보수점수표)’의 문장 중 많은 부분이 문제가 있으나 더 이상 쓰지 않겠습니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

진찰료는 의사의 진찰 전과정에 대한 보수입니다. 그럼에도 불구하고 진찰료를 기본진찰료 점수, 외래관리료 점수 「의료질평가지원금」 점수로 나누고 이들을 다시 합산하여 최종 진찰료를 산정하게 한 이유는 무엇입니까? 초진수가 얼마, 재진수가 얼마로 못 정한 이유는 무엇입니까?

|  |
| --- |
| **질문 7** |

왜래관리료 산정은 의과의 경우 초진 점수에서 기본진찰점수 155.57점을 빼기(-)를 하여 얻은 점수입니다. 치과와 한방 등도 동일한 계산법에 따라 외래관리료를 산정합니다. 의과의 기본진찰료를 155.57점으로 정한 근거를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 8** |

진찰료는 기본진찰료와 외래관리료 그리고 외래 「의료질평가지원금」으로 구성되어 있습니다. 「의료질평가지원금」은 진찰료가 아니라고 생각하는 분들도 있을 수 있으나 진찰을 하고 의사가 받는 보수는 명목 여하를 막론하고 진찰료에 해당됩니다. 그런데 기본진찰료에는 병원관리 및 진찰권 발급 비용 등이 외래관리료에는 환자의 처방 등에 소요되는 비용이 포함된다고 하였습니다. 의사의 진찰료에 병원 관리, 진찰권 발급비, 처방전료가 포함되어야 하는 이유를 알려주시고 초진진찰료와 재진진찰료 중에서 병원관리료, 진찰권발급료 그리고 처방전료가 차지하는 각 각의 점수 비율과 점수를 알려주시고 앞에서 쓴 각 종 비용을 제외한 순수 초재진 진찰료는 몇 점인지도 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 9** |

외래관리료는 진찰을 하는 의사의 어떤 의료행위에 대한 진료보수인지를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 10** |

심평원과 공단 그리고 병원 행정 분야에서 근무하다 퇴직한 분은 ‘건강보험요양급여비용(진료보수점수표)’을 암호집이라고 평하고 있습니다. 진찰료를 산정하는데 빼기(-)를 하고 덧셈(+)을 하고 다시 곱셈(×)을 하여 진찰료를 산정합니다. 종합병원과 상급종합병원은 상대가치점수에 점수당 단가를 곱(×)하여 「의료질평가지원금」을 산정한 후에 앞에서 계산한 기본진찰료 점수와 관리료 점수를 합산하여 최종진찰료를 계산합니다. 진찰료를 계산하려면 (-)(+)(×)(×)(+) 등 다섯 번의 계산 절차를 거쳐야 합니다.

이 질문서를 읽는 관계자 중 ‘건강보험요양급여비용(진료보수점수표)’책자를 참고하지 않고 진찰료를 계산할 수 있는 사람이 있다고 생각하시는지 답변을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 11** |

의사에게 지불하기 위하여 작성되는 진료보수표는 하나의 행위에 하나의 수가 원칙(一物一價)에 따라 작성됩니다. 그러므로 진찰료도 단일 수가이어야 하고 국민이면 누구나 수가책을 보고 자기가 지불할 금액을 손쉽게 알 수 있어야 합니다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 진찰료는 다섯 번이나 계산을 하여야 합니다.

이렇게 수가표를 복잡하게 만든 것은 관계자 외는 수가표를 이해를 못하게 하여 외부 간섭을 받지 않고 건보 수가를 마음대로 조정하려는 의도가 있다고 국민이 항의를 하면 무엇이라고 답변을 하겠습니까 ?

|  |
| --- |
| **질문 12** |

초진 진찰료는 의원 15,688원, 병원 15,643원, 종합병원 21,407원, 상급종합병원 26,801원입니다. 초진시 의사가 수고비로 받는 보수는 전부 초진진찰료이기 때문에 초진시 의료평가지원금도 초진진찰료에 포함되어야 합니다(「의료질평가지원금」에 대하여 별도로 질문을 하겠습니다).

따라서 종합병원 의사의 초진진찰료는 21,407원이 되고 상급종합병원 의사의 초진진찰료는 26,801원이 됩니다. 의원 의사의 초진진찰료보다 병원 근무 의사의 초진진찰료는 0.3% 낮고, 종합병원 의사의 초진진찰료는 의원보다 37% 높으며, 상급종합병원 의사의 초진진찰료는 의원보다 71% 높습니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-1** |

초진진찰료가 의원보다 병원은 0.3% 낮고, 종합병원은 37% 상급종합병원은 71%가 높은 의학적 이유를 구체적으로 설명하여 주시기 바랍니다. 왜 병원 의사의 초진진찰료가 의원보다 낮아야 하는지도 알려주시기 바랍니다(생각없이 멋대로 정한 수가체계입니다).

|  |
| --- |
| **질문 12-2** |

초진진찰을 의사가 합니까? 아니면 병원이라는 의료기관이 합니까? 답변을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-3** |

의사의 초재진 진료보수를 의사를 대신하여 병원이라는 의료기관이 수령한다고 생각되는데 귀부의 의견은 어떠한지요?

|  |
| --- |
| **질문 12-4** |

건강보험 진료보수는 행위별 난이도와 시간 등의 평균에 대한 보수이므로 하나의 행위에 한 가지의 보수만 정하여져 있어야 합니다. 그럼에도 불구하고 병원 의사의 초진진찰료가 의원보다 0.3% 낮으려면 병원의 의사의 초진의 난이도가 의원보다 0.3% 낮아야 하고 종합병원은 37%가 높아야 하며 상급종합병원은 71%가 높아야 합니다. 실제 의료기관의 크기에 따라 초진 진찰의 난이도가 달라지는지 알려주시기 바랍니다. 아울러 의료기관별로 초진진찰료의 평균난이도를 측정한 사실이 있었는지도 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-5** |

의료기관의 규모가 크면 클수록 검사량이 많으며 초진시 처방하는 검사는 검사행위별로 수가를 따로 산정합니다. 의원의 외래 내원일당(日當) 평균진료비는 23,632원이고 상급종합병원의 외래내원일당진료비는 107,375원입니다(2017년도 건보통계연보). 상급종합병원의 외래내원일당진료비는 의원의 4.5배입니다. 의료기관 경영을 감안한다면 초진 시 각종 검사로 막대한 수익을 올리는 병원급의 진찰료는 의원보다 낮아야 하는 것이 귀부의 사고대로라면 맞다고 생각되는데 귀부의 의견을 밝혀주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-6** |

의료기관의 규모가 크면 클수록 우대를 하는 수가 제도를 유지하고 있는 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-7** |

재진진찰료의 경우 의원의 재진진찰료보다 병원의 재진진찰료가 1% 높고 종합병원은 53% 높으며 상급종합병원은 101%가 높습니다. 재진진찰료가 초진진찰료보다 의료기관 종류 간에 격차가 큰 이유를 설명하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-8** |

상급종합병원과 의원의 재진진찰료 격차는 210:100입니다. 같은 면허를 소지하고 있는 의사의 재진진찰료가 의료기관의 크기에 따라 2배 이상 차이가 나는 것은 비정상이므로 현행 수가표는 무효인 수가표라고 생각되는데 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-9** |

현행 초재진진찰료는 건강보험 진료보수 제정 원칙을 전혀 준수하지 않은 무효인 초재진진찰료입니다. 그럼에도 불구하고 무효인 초재진진찰료가 현장에서 시행됨에 따라 다음과 같은 문제가 발생하고 있습니다.

상급종합병원에 근무하던 의사 경력 35년차의 내과 과장이 정년 퇴직을 하고 대학병원 근처에 의원을 개설하였습니다. 대학병원에서는 초진료를 26,801원을 받던 내과과장이 의원을 개설한 후에는 15,688원의 초진료를 받습니다. 대학병원에서 받던 초진료보다 수령액이 71%가 감액됩니다. 내과 과장이 가르치던 전공의보다 71% 또는 절반도 안되는(재진의 경우) 진찰료를 받는 것이 합리적인지 답변을 하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-10** |

진찰행위는 초진과 재진으로 나눕니다. 초진 진찰에서 시진(視診)․문진(問診)․촉진(觸診)․청진(聽診)․맥진(脈診) 등 만으로 상병명을 알아내거나 기계 및 기구를 사용하는 검사를 하지 않고는 확진을 할 수 없는 경우에는 검사 처방도 합니다. 검사 수가에는 의사의 판독료가 어느 경우가 되었건 포함됩니다. 재진은 경과 관찰이 주된 진찰행위입니다. 문진만 하고 처방전을 발행하는 경우가 대부분입니다. 당연히 초진 진찰과 재진 진찰 간에는 현격한 난이도 및 노동량 등의 차이가 있습니다.

이와 같은 난이도와 노동량의 문제를 감안하여 일본의 경우 초진료는 2,820엔(29,610원)이고 재진료는 720엔(7,560원)입니다. 재진료는 초진료의 4분의 1정도입니다. 그런데 우리나라의 상급종합병원이 경우 초진진찰료에 대한 재진진찰료의 비율은 84%입니다. 초진료와 재진료가 거의 같은 수준입니다. 우리나라 재진료가 초진료 수준에 가까운 것은 건보 수가 제정 원칙과 의료의 상식을 위반한 것이라고 생각되는데, 귀부의 의견을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-11** |

일본의 초진진찰료는 2,820엔(29,610원)이며 재진진찰료는 720엔(7,560원)인데 한국의 상급종합병원 초진진찰료는 26,801원이고 재진진찰료는 22,539원입니다. 초진진찰료는 일본보다 9% 낮고 재진진찰료는 일본보다 3배 고가입니다. IMF통계에 의하면 2018년도 한국의 1인당국민소득은 32,046달러이고 일본의 1인당국민소득은 40,106달러입니다. 일본의 국민소득이 한국보다 25% 높습니다. 의료 수가 수준은 각 국의 소득 수준과 거의 비례 관계입니다. 그럼에도 불구하고 한국의 초진진찰료가 일본보다 9% 낮고 재진진찰료는 일본보다 3배가 고가인 근거와 이유를 밝혀주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-12** |

일본의 초진진찰료 산정 지침 주(注)5 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| ▪하나의 상병을 계속 진료 중 다를 상병이 발생하여 초진 진찰을 한 경우에는 다른 상병의 초진진찰료는 진료를 계속 중에 있는 상병의 초진료에 포함된다. 초진료 산정은 계속 치료 중인 상병의 제1회 초진시에 산정한다. 다만 동일 보험의료기관에서 같은 날에 다른 상병에 대하여 새로 다른 진료과에서 초진으로 수진한 경우에는 두 번째의 진료과에 한하여 141점을 산정한다(의원 및 다른 병원 소개환자 50% 미만시는 104점 산정한다(1점당 10엔)). |

일본은 동일 환자가 여러 진료과에서 초진 진찰을 받아도 동일일에 1.5회 이상 진찰료를 산정할 수 없습니다.

우리 나라의 진찰료 산정지침 [1.진찰료]-[(7)]-[라]에는 진찰료 산정에 대하여 다음과 같이 규정하고 있습니다.

|  |
| --- |
| 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 동일 환자의 다른 상병에 대하여 전문과목 또는 진료분야가 다른 진료 담당의사가 각 각 진찰한 경우에는 진찰료를 산정할 수 있다 |

일본의 경우 동일 환자가 동일 전문 진료과가 상이한 여러 과에서 초진 진찰을 받아도 1.5회 이상 진찰료를 산정할 수 없습니다. 그러나 우리나라는 동일 환자가 동일 일에 전문 진료과가 상이한 여러 진료과에서 진찰을 받으면 진료과별로 진찰료를 산정할 수 있게 되어 있습니다. 환자에 따라서는 일본보다 몇 배의 진찰료를 더 부담할 수 있습니다.

|  |
| --- |
| **질문 12-12-1** |

일본의 진찰료 산정지침을 감안하면 우리나라의 초진진찰료는 터무니없이 높다고 생각되는데, 귀부의 의견은 어떠한지요?

|  |
| --- |
| **질문 12-12-2** |

우리나라의 진찰료 산정 지침을 일본에 준하여 개정할 용의는 없는지요?

|  |
| --- |
| **질문 12-13** |

요양기관 종별 가산율, 차등수가, 진찰료 수가 등을 검토한 결과, 진료보수 제정 원칙인 일물일가(一物一價, one price for each service)를 위반한 수가이고 대형병원을 위하여 인위적으로 수가를 조정한 것이므로 수가 전체를 폐기하고 수가 제정 원칙에 맞게 새로운 진료보수체계를 만드는 것이 옳다고 생각되는데 귀 부의 의견은 어떠한지요?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11 |  | 세계에 하나 밖에 없는 ‘로또’입원료 구조에 대한 질문 |

건강보험요양급여비용 제2부 행위급여목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 산정지침제2 입원료 가 규정은 다음과 같습니다.

“입원료등의 소정점수에는 입원환자의 의학관리료(소정점수의40%)입원환자간호관리료(소정점수의25%)입원환자병원관리료(소정점수의35%)가 포함 되어 있으며 요양기관종별에 따라 산정한다:”

입원료는 의학관리료40%, 간호관리료25%, 병원관리료 35%로 구성되어 있습니다. 의학관리료는 입원환자 경과관찰을 위하여 하루 조석 으로 2회 회진을 하는데 대한 보수입니다. 외래의 재진진찰과 유사한 의사의 보수입니다. 다른 경우와 같이 회진료에는 의료사무 처리비용등도 포함 됩니다. 회진시 처방에 따른 진료행위는 행위시 마다 별도로 진료보수표에 정하여진 보수를 받습니다. 간호관리료는 입원환자 간호에 대한 보수입니다. 그런데 병원관리료는 무엇에 대한 보상이나 보수인지 확실치 않으나 추정컨대 병실사용료를 병원관리료라고 한 것으로 생각됩니다.

우선 의학관리료의 모순에 대하여 말씀드리겠습니다. 상급종합병원의 병실종별 1인당 기본입원료와 의학관리료는 다음과 같습니다<표 10>.

**<표10> 병실종류별 1인당 기본입원료 및 의학관리료** (단위: 점, 원)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **실별** | **입원료점수×점수당 단가** | **의학관리료 계산(C)** | | | **비율(%)** |
| **입원료(A)** | **의학관리료 비중 (B)** | **C=A×B** |
| **6인실** | 561.44×74.9 | 42.052 | 0.4 | 16,821 | 100(기준) |
| **5인실** | 729.87×74.9 | 54,667 | 21.861 | 130 |
| **4인실** | 898.80×74.9 | 67,320 | 26.928 | 161 |
| **3인실** | 1077.96×74.9 | 80.739 | 32.296 | 192 |
| **2인실** | 1437.28×74.9 | 107,652 | 34.061 | 203 |

자료: 보건복지부(2019), 2019 건강보험 요양급여비용

똑같은 입원환자에 대한 경과관찰등을 위한 의사의 보수가 병실에 따라 두배이상 차이가 납니다. 병실을 진찰하는 것이 아닌데 병실에 따라 회진료가 30%∼103% 차이가 나는 것은 건강보험수가라고 할 수 없습니다. one price for each service 에 반하는 수가입니다. 동일노동 동일보수가 원칙이기도 합니다. 천하에 이런 수가제도는 없습니다. 앞에서 누누이 강조한 건강보험수가 제정원칙에도 맞지 않코 일반상식에도 맞지 않습니다. 혹자는 다인실일수록 경증환자가 입원하고 2∼3인실은 중증환자가 입원한다고 변명 할 수도 있으나 우리나라 대형병원 병실 선택은 병원 원무과에서 하는 것이 상례입니다. 2∼5인실 입원 환자는 운이 좋은 로또 당첨자일 뿐입니다.

간호관리료의 경우에도 똑 같은 현상이 발생 합니다. 병원관리료는 무엇에 대한 보상인지 분명치 않으나 병실료라면 너무 그비율이 낮습니다. 왜냐하면 병원 입원영업의 주된 부분은 숙박업이기 때문입니다.

일본도 입원료에 의학관리료와 간호관리료가 포함되어 있으나 비율을 명시하지 않고 있습니다. 40%,.25%,.35%의 근거를 제시하라고 하면 할.수 없을 것입니다. 일본의 당국자는 영리하고 우리 나라의 당국자는 오만하거나 우둔하였다는 느낌이 듭니다. 앞으로 새로운 건강보험진료보수표를 만들 때에는 %는 빼야 할 것입니다.

4인 입원실의 의료기관 종류별 입원료 점수는 다음과 같습니다<표 11>.

**<표 11> 4인 입원실의 의료기관 종류별 입원료 점수**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **병원별** | **입원료점수** | **비율(%)** |
| 상급종합병원 | 898.30 | 130 |
| 종합병원 | 792.86 | 115 |
| 병원 | 690.59 | 100 |

자료: 보건복지부(2019), 2019 건강보험 요양급여비용

같은 4인병실에 입원을 하였는데 상급종합병원은 병원보다 30% 그리고 종합병원은 15% 수가가 높습니다. 같은 면적,같은 침대, 같은 침구, TV등 같은 비품, 똑 같은 자격증을 갖고 있는 의사의 진료, 똑 같은 면허를 소지하고 있는 간호사의 간호를 받는데 병원의 크기에 따라 30%씩이나 수가가 차이가 나는 것은 수가제정의 원칙을 떠나 사회통념상 있을 수 없습니다. 상급종합병원의 병실은 옥으로 짓고 종합병원의 병실은 금으로 짓고 병원의 병실은 벽돌로 지었는지를 수가 제정자들에게 묻습니다.

현행 일본 진료보수점수표 중 일반병동 급성기 입원기본료는 7등급이며 등급별시설기준이 정하여져 있습니다. 시설기준에 적합하면 병원의 크기와 관계없이 정하여진 입원료를 산정합니다. 일본의 등급은 환자의 (수술환자와 비수술등)상태와 치료후 일정율 이상의 환자를 자택으로 회송하는 조치 등이 조건입니다

우리 나라도 병상용도별 시설 기준을 정하고 시설기준에 적합한 병상은 병원크기와 관계없이 동일한 수가를 지불하여야 합니다. 일본은 대형병원에 대한 규제가 작은 병원보다 많으며 매년 병상을 줄이고 있음을 유념하시기 바랍니다.

병원완결형 특히 대형병원완결형 진료로는 건강보험을 유지할 수 없습니다. 병원병상에서 재택진료로 전환된 것이 오래 전입니다. 구라파는 1990년대이고 일본도 지역포탈케어를 시작한 것이 1980년대임을 유념하시기 바랍니다

건강보험환자가 입원 가능한 병실은 2인실, 3인실, 4인실, 5인실, 6인실인데 이에 대한 문제를 쓰고자 합니다.

평등한 보험급여를 향유할 권리를 모든 피보험자(피부양자)는 갖고 있습니다. 복언 한다면 표준보수 상한의 범위내에서 소득에 비례하여 각기 다른 보험료를 부담하나 보험료의 많코 적음과 관계없이 보험급여는 평등하게 보장하는 것이 건강보험의 원리입니다.

그런데 상병으로 인하여 병원에 입원 하였는데 누구는 2인실에 입원하고 또 다른 사람은 3인실에 입원하고 또 누구는 4인실에 또 다른 사람은 5인실에 그리고 운이 없는 환자는 6인실에 입원을 하게 됩니다. 이는 평등한 급여가 아닙니다. 왜 2인실이 6인실보다 두 배 이상 입원실료가 비싼가요? 2인실이 6인실보다 사생활보호가 잘되고 코골이나 신음소리를 덜 듣고 6인실보다 웃기 싫은 웃음을 덜 웃어도 되고, 하기싫은 말을 덜하여도 되기 때문입니다. 6인실보다 5인실이 5인실보다 4인실이 4인실보다 3인실이 3인실보다 2인실이 더 쾌적 합니다.

입원에 5단계 차별이 있는 5단병실 제도는 건강보험 제도가 아닙니다. 건강보험환자입원실에 차등이 있는 나라는 없습니다. 당국자는 2인실에 입원한 환자는 6인실 입원환자보다 두 배 이상의 본인부담을 함으로써 공평하다고 주장할지도 모르겠습니다. 그러나 그렇치 않습니다.

6인실입원환자의 입원료는 1일당 42,052원입니다. 본인부담20%는 8,410원이고 공단부담은 33,642원입니다. 4인실 입원환자의 1일당 입원료는 67,320원입니다. 본인부딤 30%는 20,196원 이며 공단부담은 47,124원입니다. 4인실 입원료에 대한 공단부담이 6인실보다 13,482원이 더 많습니다. 3인실 입원환자의 1인당 입원료는 70,739원이며 공단부담은 48,443원입니다. 3인실 입원에 대한 공단부담금이 6인실보다 14,801원이 더 많습니다. 2인실 입원환자의 1일당 입원료는 107,652원입니다 본인부담 50%는 53,862원입니다. 2인실 입원료에 대한 공단부담이 6인실보다 20,184원이 더 많습니다. 4인실 입원환자는 6인실 입원환자보다 보험료를 1일당 13,428원을 더 쓰고 3인실 입원환자는 14,801원을 2인실 입원환자는 20,184원을 더 씁니다. 운이 나빠 6인실에 입원한환자는 2인실에 입원한 환자보다 환경이 나쁜 입원실에서 고생을 하면서 2인실 내지 4인실에 입원한 환자의 입원료를 지원하고 있습니다.

이와 같은 제도는 건강보험제도가 아닙니다. 부득이하여 이런 제도를 도입하였다 하여도 2∼4인실 입원료 보험자 부담은 6인실 보험자부담금과 동일액수여야 하며 나머지 입원료는 환자본인이 부담하는 것이 건강보험 원리에 부합합니다. 편리함에 따른 이익은 수익자가 부담하는 것이 원칙이고 공평하기 때문입니다. 더 편리한 입원실에 입원할수록 보험자로부터 더 많은 지원을 받는 것은 건강보험 아닙니다.

집중치료실등 다른 입원료에도 앞에서 쓴 바와 같은 문제가 있거나 더 문제가 많으나 문제가 유사하기 때문에 질문을 생략 하겠습니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

입원료는 의학관리료 40%간호관리료25%병원관리료35%로 구성되어 있습니다.

의학관리료가40%, 간호관리료가25%, 병원관리료가 35%로 정하여진 의학적 및 수리적 근거는 무엇입니까?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

간호관리료 차등제에 따른 가산까지 합한 간호관리료는 입원료 중에서 의학관리료가 차지하는 비율과 유사한 비율입니다. 입원환자관리에서 의사의 역할이 간호사와 유사하다고 보고 입원료를 책정한 것이 타당한지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

상급종합병원 6인실의 의학관리료는 16,821원(100%)이고 2인실 의학관리료는 34,061원(203%)입니다. 2인실 입원환자에 대한 의학적 관리료가 6인실 입원환자보다 2배 이상 고액인 근거를 밝혀 주시기 바랍니다. 아울러 2인실 환자에 대한 의학적 노동량이 6인실 환자에 대한 의학적노동량 보다 2배 이상인지도 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 4** |

같은 4인 병실을 사용하는데 상급종합병원에 입원료를 30%를 더 주는 이유를 설명하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

6인실 입원환자에 대한 1일당 보험자부담(공단)은 33,642원이고 4인실은 47,124원 3인실은 48,443원 2인실은 53.862원입니다. 보험자는 6인실 입원환자보다 4인실 입원환자에게는 1일당 13,482원, 3인실 입원환자에게는 1일당 14,801원, 2인실 입원환자에게는 1일당 20,184원을 더 지출 합니다. 이는 보험급여 평등의 원칙을 위반한 제도라고 생각하는데 귀부의 의견을 알려 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

구라파의 질병보험이나 보건서비스 제도하에서는 병실에 대한 급여가 평등합니다. 일본은 차액병실제도가 있으나 총병상의 20%이내에서만 차액병실을 운영할 수 있으며 당국에 병상수와 차액병실률을 신고하고 운영합니다. 병상 중 차액병실률이 20%를 초과하면 요양취급기관 지정을 하지 않거나 요양취급기관지정을 취소합니다. 차액병실을 운영하지 않는 병원도 있으며 차액병실 외에는 같은 입원료를 지불합니다.

우리 나라도 일본과 같은 제도를 도입하는 것이 바람직하다고 생각 되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

**※ 일본은 20%의 차액병상을 제외한 나머지 병상중에 1인실이 있어도 1인실을 보험병상으로 신고하지 않으면 요양취급기관지정을 받지 못함. 차액병실료도 병실별로 신고함**

|  |
| --- |
| **질문 7** |

건강보험은 모든 국민이 동일한 가격으로 같은질의 의료를 국내의 모든 의료기관에서 받을 수 있는 제도여야 합니다 .귀부는 이에 동의 하시는지요?

|  |
| --- |
| **질문 8** |

만약 동의를 하신다면 진료보수일람표를 수가 제정의 원칙에 맞게 제정을 하여야 합니다. 이에 동의 하시는지요?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12 |  | 2018․2019년도 건강보험진료보수(요양급여비용) 조정에 관한 질문 |

건강보험 진료보수 제정과 조정(인상, 인하)에 관하여 「국민건강보험법」 제45조와 「국민건강보험법시행령」 제21조는 다음과 같이 규정하고 있습니다. 법조문의 문제점과 2018년도 및 2019년도 건강보험진료보수조정의 불법성에 관하여 의견을 쓰고자 합니다.

|  |
| --- |
| **국민건강보험법**  **제45조(요양급여비용의 산정 등)** ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.  ② 제1항에 따라 계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 사이에 체결된 것으로 본다.  ③ 제1항에 따른 계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 심의위원회의 의결을 거쳐 요양급여비용을 정한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항에 따라 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.  ④ 제1항 또는 제3항에 따라 요양급여비용이 정해지면 보건복지부장관은 그 요양급여비용의 명세를 지체 없이 고시하여야 한다.  ⑤ 공단의 이사장은 제33조에 따른 재정운영위원회의 심의ㆍ의결을 거쳐 제1항에 따른 계약을 체결하여야 한다.  ⑥ 심사평가원은 공단의 이사장이 제1항에 따른 계약을 체결하기 위하여 필요한 자료를 요청하면 그 요청에 성실히 따라야 한다.  ⑦ 제1항에 따른 계약의 내용과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. |
| **국민건강보험법시행령**  **제21조(계약의 내용 등)** ① 법 제45조제1항에 따른 계약은 공단의 이사장과 제20조 각 호에 따른 사람이 유형별 요양기관을 대표하여 체결하며, 계약의 내용은 요양급여의 각 항목에 대한 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 한다.  ② 제1항에 따른 요양급여 각 항목에 대한 상대가치점수는 요양급여에 드는 시간ㆍ노력 등 업무량, 인력ㆍ시설ㆍ장비 등 자원의 양, 요양급여의 위험도 및 요양급여에 따른 사회적 편익 등을 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타낸 것으로 하며, 보건복지부장관이 심의위원회의 심의ㆍ의결을 거쳐 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고시한다. |

법 제45조의 제목이 ‘요양급여비용의 산정 등’입니다. 요양급여비용은 건보법 제41조에 규정된 7가지 요양급여를 하는데 소요된 또는 소요될 금전 중 보험자인 국민건강보험공단이 보험료의 대가로 법률로 정한 비율의 요양비, 즉 치료비 등을 부담한 금액 또는 부담할 금액을 뜻합니다.

2017년도 연간 요양급여비용은 53조 3,217억 원(2017년도 건보통계연보)입니다. 다시 예를 들면 2020년도 예산상 추정 요양급여비용은 60조원(예시)입니다. 연간 요양급여비용을 12로 나누면 같은 년도의 월간 요양급여비용이 됩니다. 어떤 외래 환자가 의원에 가서 치료비가 20,000원이 발생하였다면 6,000원은 본인이 부담하고 14,000원은 건보공단이 보험료의 대가로 요양급여를 합니다. 이것이 요양급여비용입니다.

법 제45조 제정의 목적은 의사 등이 환자를 치료하는 과정에서 행한 진료행위별 의사 등의 보수와 약사가 건보환자를 위하여 의약품 등을 조제하였을 때의 조제 행위에 대한 보수를 정하는 것과 행위별 보수표가 정하여진 이후에 진료보수를 조정(인하 또는 인상)하는 방법을 정하는 것입니다. 따라서 ‘요양급여비용의 산정’이란 제목은 넌센스입니다. 건강보험에 대한 기초 상식조차 없는 분이 초안을 한 것을 무식한 국회의원들이 국회에서 통과를 시켜 이 지경이 되었습니다. 선진국의 국회라면 어림도 없는 일이 발생하였습니다. 제목은 ‘진료보수의 제정과 조정’이 되어야 한다고 생각합니다. 법 제45조의 요양급여비용이라는 용어가 엉뚱한 용어이긴 하지만 이를 건강보험진료보수 또는 건강보험진료수가기준으로 간주하고 문제점을 쓰고자 합니다.

법 제45조 요양급여비용 즉 건강보험진료보수는 공단 이사장과 시행령으로 정한 의약계 대표가 계약을 하여 정한다고 규정하고 있습니다. 계약은 요양급여 각 항목 즉 행위별 상대가치점수의 점수당 단가를 공단 이사장과 병협, 의협, 약사회 등의 대표가 협의를 하여 정한다고 시행령 제21조 제1항은 규정을 하고 있습니다. 행위별 상대가치점수표 제정 원칙은 시행령 제21조 제2항에서 정하고 있습니다.

상대가치점수표 즉 진료와 조제 행위별 점수표가 있어야 점수당 단가 협상이 있을 수 있으므로 시행령 제21조 제2항이 제1항 자리로 제1항이 제2항 자리로 자리바꿈을 하는 것이 당연한 조항 배치 순서라고 생각됩니다. 행위별 진료보수표는 보수를 금액으로 정하는 경우와 행위별 진료보수를 점수로 일람표를 만든 후 점수당 단가를 10진법으로 정하고 점수당 단가는 변동이 없는 상수로 정하여 수가 제도를 운영하는 방법이 있습니다. 우리 나라는 행위별 진료보수점수표(상대가치점수)를 정하고 점수당 단가를 10진법으로 정하지 않고 매년 점수당 단가를 인상 조정하여 진료보수 제도를 운영합니다.

1977년도에 최초로 제정된 의료보험진료보수표인 ‘진료수가기준’의 행위별 수가는 실제 지급하는 행위별 보수 금액을 정하였기 때문에 점수제로 보면 1점당 1원이 되는 셈입니다.

일본은 1958년 신수가표를 제정하면서 점당 단가를 10엔으로 정하였는데 이는 상수로 변동이 없습니다. 61년 동안 점수당 단가는 10엔입니다. 점당 단가를 10엔으로 정하면 모든 수가업무와 수가 청구 및 심사 업무에서 ‘0’을 생략하므로 업무량이 감소됩니다. 우리 나라는 점수당 단가를 10원이나 100원으로 정하지 않았기 때문에 진찰료를 계산하는데 (-) (+) (×)를 5회 하여야 진찰료를 산정할 수 있습니다. 이러한 이유로 관계자 외에는 수가 제도와 의료행위별 수가를 알 수 없습니다.

공적 가격표는 금전을 부담하는 국민이면 누구나 보고 이해를 할 수 있어야 합니다. 다른 나라 수가는 수가를 지불하는 사람이 수가표만 보면 다 알 수 있는 구조로 되어 있습니다. 일본의 초진료는 282점입니다. 국민은 누구나 점당 단가가 10엔인 것을 알고 있으므로 초진료가 2,820엔 임을 수가표를 보고 알 수 있습니다. 복잡하고 난해하고 제멋대로인 우리 나라 행위별 진료보수점수표는 난해하기 때문에 감사원도 감사를 하지 못하는 것으로 알고 있습니다. 따라서 불법행위가 발생할 소지가 있습니다.

행위별 진료보수를 점수제로 하고 점수당 단가를 일본처럼 10원으로 정한 후 점수당 단가는 상수로 고정시키는 수가 제도에서는 진료행위별 점수를 조정하여 진료보수의 인상이나 인하를 합니다.

독일의 입원의료비는 DRG(진단군별)별로 지불합니다. 그러나 외래진료비는 주(州)별 질병금고연합회와 보험의협회가 연간 외래의료비총액을 협의하여 정하고 계약된 외래의료비총액을 분기별로 분할하여 보험의협회에 지불합니다. 진료비를 지불받은 보험의협회는 회원인 각 보험의에 대하여 각 각의 보험의가 보험진료를 한 실적에 따라 산정한 보수 점수(우니 라나 상대가치점수와 동일)에 1점당 단가를 곱하여 산정한 금액을 진료보수로 지불합니다.

진료보수점수표와 1점당 단가는 연방보험의협회가 지명한 대표와 질병금고연방중앙연합회가 지명한 대표로 구성된 평가위원회에서 정합니다. 진료보수점수표 명칭은 통일평가기준(EBM)이며 점수표는 부득이한 경우 외에는 변동이 없습니다. 우리 나라 진료보수 제도는 독일 EBM방식과 유사합니다. 점당 가격 조정으로 수가체계를 운영하는 나라는 점수표는 거의 건드리지 않습니다.

우리 나라는 독일과 같이 행위별 진료보수를 점수(상대가치점수)로 정하고 1점당 가격을 10진법으로 정하지 않고 1점당 가격을 의료의 수요자 대표인 공단이사장과 공급자 대표 간에 협의하여 정합니다. 매년 진료보수를 인상할 때에도 동일한 절차를 통하여 상대가치점수의 1점당 가격을 인상하여 정합니다.

「건강보험법시행령」 제21조 제1항 규정은 “공단이사장과 유형별 요양기관대표 간에 계약을 체결하며 계약의 내용은 상대가치점수의 점수당 단가를 결정하는 것으로 한다”고 규정하고 있기 때문에 상대가치점수표의 행위별 점수에는 손을 댈 수 없습니다.

2019년도 병원, 종합병원, 상급종합병원의 상대가치점수의 1점당 단가는 1.9%가 인상된 74.9원이고 의원의 상대가치점수의 1점당 단가는 2.5%가 인상된 84.8원입니다. 그런데 보건복지부가 발표한 2019년도 병원급 진료보수 인상률은 2.1%이었고, 의원급 진료보수 인상률은 2.7%였습니다. 상대가치점수 1점당 단가 인상률보다 복지부가 발표한 수가 인상률이 병의원 모두 0.2%가 더 높습니다. 이는 상대가치점수표 점수를 조정한 결과를 반영한 것으로 보입니다.

2019년도 상대가치점수의 1점당 단가를 인상하였다면 진료보수점수표(요양급여비용)의 점수는 그대로 두어야 하는데 거의 모든 진료행위의 점수를 인상 또는 인하 조정을 하였습니다. 조정 현황을 조사한 결과 인상 조정 쪽이 많았습니다. 그것도 병원의 주 수입원인 각 종 검사 항목 인상이 많았고 특히 다빈도 화상 검사 등의 인상 항목이 많았습니다. 이는 「건보법시행령」 제21조 제1항을 정면으로 위반한 행위이며 건보수가를 2중으로 인상한 것이 됩니다.

「건보법시행령」 제21조 제2항에 상대가치점수 제정 방법을 정하고 있는데, 이는 최초의 상대가치점수표 작성시의 제정 지침이며 점수표 운영에서 수가 제정 당시보다 의술의 발전 등으로 난이도가 낮아진 항목 정도를 드물게 조정을 할 때의 규정일 수 있습니다. 점수표 조정은 예외의 경우를 제외하면 인하 조정이 거의 전부입니다. 왜냐 하면 물가 상승이나 인건비 상승은 점수당 단가 인상으로 보상을 하였고 시간이 흐를수록 난이도가 높아지는 의료행위는 없기 때문입니다.

상대가치점수표의 내용을 조정한 결과로 2019년도 건보수가가 병의원 모두 0.2%가 인상되었다는 것은 이해를 할 수 없습니다. 왜냐 하면 병의원의 인상률이 동일할 수 없기 때문입니다. 또한 수가 인상 또는 인하 항목 중 의원과 거의 관계가 없거나 의원의 시술 빈도가 낮은 것이 허다합니다. 병의원을 분리하여 시술 빈도 등을 감안하여 인상률을 계산하는 것은 대단히 어려운 일이기 때문입니다. 점수표를 조정하는 나라에서는 행위별 연간 점수의 가중치를 계산하여 행위별 점수를 조정하는 것으로 알고 있습니다.

일본은 매 2년마다 점수표의 점수를 조정합니다. 점수표를 조정하기 1년 전에 의료경제실태조사를 합니다. 병원, 진료소(의원), 치과의원 및 약국 등의 경영 실태를 조사(경영분석)하여 수가인상률 결정에 참고를 합니다. 의료경제실태조사 결과에 따라 의료기관 종별 및 약국 등의 수가 인상에 차등이 생깁니다. 행위별 점수 조정을 위하여 수가 조정 전년도 6월에 일본 전국에서 병의원 등이 환자를 진료를 한 행위별 수진 건수, 수진 일수, 행위별 점수를 조사해서 점수표 조정에 참고합니다. 오차가 없는 수가 조정을 합니다. 일본과 같은 ‘사회의료진료행위별통계표’를 작성하지 않고 행위별 상대가치점수 조정으로 인한 인상률을 계산한다는 것은 불가능합니다. 따라서 2019년도에 행위별 상대가치점수 조정으로 인하여 의원급과 병원급 수가가 각 각 0.2% 인상되었다고 귀부가 발표한 것을 질문자는 전적으로 믿지 않습니다.

이 글을 읽는 사람과 질문에 대한 답변에 참고하도록 2019년도에 조정한 상대가치점수표 중 일부를 발췌를 하여 인상률 및 인하율 표를 다음과 같이 작성하였습니다<표 12> <표 13><표 14><표 15><표 16><표 17><표 18><표 19><표 20><표 21><표 22>.

**<표 12> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율: 혈액질환검사**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 누 - 056 |  | 태아혈색소 |  |  |  |
|  | D0561 | 가. 관찰판정-현미경 | 69.51 | 76.31 | 9.8 |
|  | D0562 | 나. 화학반응-장비측정 | 60.18 | 57.78 | △4.0 |
|  | D0563 | 다. 유세포분석 | 197.45 | 211.73 | 7.3 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

**<표 13> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율: 종양검사**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 누 - 420 |  | 벤스존스단백검사  (bence-jones protein) |  |  |  |
|  | D1421 | 가. 화학반응-육안검사(정성) | 15.60 | 16.98 | 8.8 |
|  | D1422 | 나. 정밀면역검사(정량) | 23.87 | 25.32 | 6.1 |
| 누 - 421 |  | 알파피토프로틴  (alphaprotein) |  |  |  |
|  | D1420 | 가. 일반면역검사 | 48.97 | 49.20 | 0.5 |
|  | D2420 | 나. 정밀면역검사 | 127.59 | 108.48 | △15.0 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

**<표 14> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율: 조직병리검사**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 나 - 560 |  | 조직병리검사 |  |  |  |
|  | C5601 | 가. level A | 237.27 | 242.23 | 2.1 |
|  | C5602 | 나. level B | 355.91 | 363.34 | 2.1 |
|  |  | 다. level C |  |  |  |
| C5603 | (1) 파라핀블록: 1~9개 | 553.63 | 565.20 | 2.1 |
| C5604 | (2) 파라핀블록: 10개 이상 | 711.81 | 726.68 | 2.1 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

**<표 15> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율: 면역검사**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 누 - 740 | D7400 | 용혈성보체검사[일반면역검사] | 113.91 | 119.15 | 4.6 |
| 누 - 741 | D7410 | 면역글로불린(정량) | 114.06 | 103.23 | △9.5 |
| 누-742 | D7420 | 면역글로불린G 아형  [정밀면역검사](정량) | 108.86 | 97.80 | △10.2 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

**<표 16> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율: 천자 검사**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 나 - 800 | C8000 | 요추천자[뇌척수압 측정 포함] | 270.95 | 273.02 | 0.4 |
| 나 - 802 | C8020 | 관절천자[편측][간단한 검사 또는 관절액이동술 포함] | 158.01 | 164.70 | 4.2 |
| 나 - 803 | C8031 | 골수천자 | 363.83 | 358.64 | △1.6 |
| 나 - 807 | C8070 | 뇌실천자 | 1,346.97 | 1,432.24 | 6.3 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

**<참고표 1> :천자검사에 대한 한․일 간의 진료보수 비교**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **검사 명칭** | **한국수가**  **(A)** | **일본수가** | | **배율**  **(B/A)** |
| **엔** | **원(B)** |
| 요추천자[뇌척수압 측정 포함] | 26,584 | 2,200 | 24,200 | 1.1 |
| 관절천자[편측] [간단한 검사 또는 관절액이동술 포함] | 16,037 | 1,000 | 11,000 | 1.5 |
| 골수천자 | 34,921 | 2,600 | 28,600 | 1.2 |
| 뇌실천자 | 139,457 | 5,000 | 55,000 | 2.5 |

주: 1) 한국과 일본 모두 2019년도 기준, 한국의 수가는 상급종합병원의 점수당 단가 적용

2) 환율: 한국 100원=일본1,100원

3) 한국 수가 산정 방식: 상대가치점수\*점수당 단가(74.9)\*종별가산율(1.3)

**<표 17> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율: 방사선단순영상진단료**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 다 - 102 |  | 투시촬영 |  |  |  |
|  | G0430 | 진단적 | 194.89 | 215.20 | 10.4 |
| G0440 | 중재적(조영제주입료, 스팟트촬영료 포함) | 410.73 | 430.69 | 4.9 |
| 다 - 106 |  | 특수촬영[1건당] |  |  |  |
|  | G0050 | 단층촬영 | 138.85 | 138.08 | △0.5 |
| G0051 | 개별화단층촬영 | 189.25 | 184.48 | △2.5 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

**<표 18> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율:전산화단층영상진단**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 다 - 245 |  | 일반 전산화단층영상진단(CT) |  |  |  |
|  |  | 나. 안면 및 두개기저 |  |  |  |
| HA401 | (1) 조영제를 사용하지 않는 경우 | 1,104.65 | 1,016.88 | △7.9 |
| HA402 | (2) 조영제를 사용하는 경우 | 1,482.33 | 1,442.76 | △2.7 |
| HA403 | (3) 이중시기 CT 등 | 1,584.52 | 1,576.15 | △1.1 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

**<표 19> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율: 혈관조영촬영**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 다 - 260 |  | 두경부 동맥조영 |  |  |  |
|  | HA601 | 추골동맥 | 4,193.17 | 4,222.23 | 0.7 |
| HA602 | 총경동맥 | 3,760.63 | 3,799.93 | 1.0 |
| HA603 | 외경동맥 | 2,926.96 | 3,833.17 | △2.4 |
| HA604 | 내경동맥 | 4,294.42 | 4,330.04 | 0.8 |
| 다 - 261 |  | 흉부동맥조영 |  |  |  |
|  | HA610 | 우심방조영 | 3,150.26 | 3,578.15 | 13.6 |
| HA611 | 우심실조영 | 2,150.26 | 3,578.15 | 13.6 |
| HA612 | 좌심실조영 | 3,155.21 | 3,580.59 | 13.5 |
| HA613 | 좌심방조영 | 3,830.39 | 4,560.49 | 19.1 |
| HA614 | 폐동맥 | 3,170.14 | 3,587.91 | 13.2 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

**<참고표 2> 혈관조영촬영 수가 수준 한․일 간의 비교**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **검사 명칭** | | **한국수가**  **(A)** | **일본수가** | | **배율**  **(B/A)** |
| **엔** | **원(B)** |
| 추골동맥 | | 452,230 | 23,000 | 255,300 | 1.8 |
| 총경동맥 | | 406,999 | 23,000 | 255,300 | 1.6 |
| 외경동맥 | | 410,559 | 23,000 | 255,300 | 1.6 |
| 내경동맥 | | 463,778 | 23,000 | 255,300 | 1.8 |
| 좌우심방  및  좌우심실  조영 촬영 | 우심방조영 | 383,245 | 23,000 | 255,300 |  |
| 우심실조영 | 383,245 |  |
| 좌심방조영 | 383,506 |  |
| 좌심실조영 | 488,460 |  |
| 소계 | 1,638,456 | 23,000 | 255,300 | 6.4 |

주: 1) 한국과 일본 모두 2019년도 기준, 한국의 수가는 상급종합병원의 점수당 단가 적용

2) 환율: 한국 100원=일본1,100원

3) 한국 수가 산정 방식: 상대가치점수\*점수당 단가(74.9)\*종별가산율(1.3)\*3테슬라 이상 장비 가산 (1.1)

4) 일본 수가는 3테슬라이상 기기 촬영은 1,600점, 판독료 450점, 조영제사용료 250점을 합산한 것임

5) 일본 수가는 조영제 사용 가산 수가와 판독료가 포함됨

6) 일본 MRI수가는 기종별(해상도별)로 3가지이며 우리 나라는 219가지 이나 4단계 가산제도로 수가를 계산 하기 때문에 수가의 종류는 876가지 이며 진찰료는 MRI 수가항목별로 수가의 30%를 산정하기 때문에 MRI 수기힝목 총수는 1,752개 항목입니다 세계에 유래가 없는 기록을 보건복지부가 세웟음.

7) 일본은 화상을 찍는 방법, 화상처리 방법, 슬라이드 수, 촬영 부위 수, 질병 종류를 불문하고 소정의 점수만 산정함

8) 일본은 세 가지 방법으로 세 번을 찍어도 3테스라 이상 기기 수가 1회만 산정

9) 일본은 머리 끝에서 발끝까지 MRI를 촬영해도 수가는 1회만 산정함

10) 우리 나라 MRI수가에는 평가가산금은 제외되어 있으므로 실제 표의 수가보다 고가임

11) 일본은 좌우심방 및 좌우심실을 촬영하여도 수가는 1회만 산정함

12) 한일 수가 비교는 3테스라 이상 기기를 기준으로 함

자료: 한국: 보건복지부(2019), 2019 건강보험요양급여비용

일본: 후생노동성(2018), 2018-2019 의과진료보수점수표

**<표 20> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율: 주사료**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 마 - 1 | KK010 | 피하 또는 근육내주사 | 15.17 | 15.40 | 1.5 |
| 마 - 2 | KK020 | 정맥내 일시 주사[1일당] | 22.04 | 22.18 | 0.6 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

**<표 21> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율: 충수절제술**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 자 - 286 |  | 충수절체술 |  |  |  |
|  | Q2861 | 단순 | 3,434.15 | 3,516.69 | 2.4 |
| Q2862 | 천공성 | 3,769.47 | 3,995.45 | 6.0 |
| Q2863 | 충수농양절제 및 충수주의 농양배액술 | 3,523.49 | 3,824.71 | 8.6 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

**<표 22> 2018년도 대비 2019년도 상대가치점수 인상률 및 인하율: 기본 처치**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **분류번호** | **수가코드** | **검사 명칭** | **연도별 점수** | | **인상률(%)** |
| **2018** | **2019** |
| 자 - 1 |  | 절개술 |  |  |  |
|  |  | 가. 안면 또는 경부 |  |  |  |
|  | (1) 제 1범위 |
| S0011 | 1Cm 미만 | 131.71 | 162.50 | 23.4 |
| S0012 | 1Cm 이상 2Cm 미만 | 167.85 | 188.29 | 12.2 |
| S0013 | 2Cm 이상 | 243.33 | 272.74 | 12.1 |

주: 진료보수 점수는 상급종합병원 기준

자료: 보건복지부(2018, 2019), 각 년도 건강보험요양급여비용

|  |
| --- |
| **질문 1** |

건보법 제 45조의 제목이 ‘요양급여비용 산정 등’입니다. 요양급여비용은 건보법 제41조에 규정된 7가지 요양급여를 하는데 소요된 또는 소요될 금액 중 보험자인 국민건강보험공단이 보험료의 댓가로 법률로 정한 비율의 요양비 즉 치료비 등을 부담한 금액 또는 부담할 금액을 뜻합니다. 2017년도 연간 요양급여비용은 53조 3,217억 원(2017건보통계연보)입니다. 법 제45조의 목적이 요양급여비용을 계산하여 정하는데(산정) 있는 것인지 여부를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

요양급여비용은 공단 이사장과 의약계 대표 간에 계약으로 정한다고 건보법 제45조 제1항에서 규정하고 있습니다. 요양급여비용(연간 의료비 등)을 양 당사자가 계약으로 정한 사실이 있는지 여부를 알려주시기 바랍니다.

**※독일은 외래 연간 의료비총액을 주 단위로 주(州) 보험의협회와 주(州) 질병금고협회가 계약을 함. 계약은 점수가 아니고 지불할 요양급여비용으로 함. 점수표인 통일평가기준(EBM) 은 주(州) 보험의협회가 회원의 진료보수를 지급하는 기준으로 사용됨. 총액계약은 임금인상률 범위내로 함.**

|  |
| --- |
| **질문 3** |

법 제45조가 요양급여비용을 계약하기 위한 조항이 아니라면 법 제45조의 제목이 ‘요양급여비용의 산정 등’으로 된 것은 큰 오류라고 생각되는데, 귀 부의 의견을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 4** |

「국민건강보험법」 제45조에서 정하고자 한 것은 의사 등이 건보 환자를 치료하는 과정에서 행한 진료행위별 진료보수와 약사가 건보 환자를 위하여 의약품 등을 조제하였을 때의 조제행위에 대한 조제보수를 정하는 것이었는지 여부를 답변하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

건강보험은 요양급여를 위하여 존재한다고 하여도 과언이 아닙니다. 요양급여를 위하여는 진료보수 일람표를 작성하고 진료보수제도 운영을 어떤 방법으로 할 것이냐를 정하여야 합니다.

건보 운영의 핵심인 진료보수제도에 대하여 막연하게 공단 이사장과 의약계 대표들이 계약으로 정한다고 법으로 규정하고 실제 중요한 사항은 「건보법시행령」으로 정하도록 한 것은 문제가 있다고 생각되는데, 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

「건보법시행령」제 21조 제1항은 수가 운영 즉 의사, 약사, 간호사 등의 진료, 조제, 간호 보수 인상에 관한 규정이고 제2항은 의사, 약사, 간호사 등의 진료, 조제, 간호에 대한 진료보수를 행위별로 정하는 방법에 대한 규정입니다. 점수당 단가 계약은 점수표가 있어야 가능하므로 「건보법시행령」 제21조 제1항과 제2항은 항(項) 간에 서로 자리바꿈을 하여야 된다고 생각되는데 귀 부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 7** |

「건보법시행령」 제21조 제1항은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **국민건강보험법시행령**  **제21조(계약의 내용 등)** ① 법 제45조제1항에 따른 계약은 공단의 이사장과 제20조 각 호에 따른 사람이 유형별 요양기관을 대표하여 체결하며, 계약의 내용은 요양급여의 각 항목에 대한 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 한다. |

이 조항은 진료보수 인상(조정)에 관한 규정입니다. 진료보수 인상(조정)은 상대가치점수 1점당 단가를 상향조정하는 것으로 끝납니다. 시행령 규정에 따라 2019년도에 병원급 점수당 단가를 1.4원 인상하고 의원급 점수당 단가는 2원을 인상하였습니다. 인상률은 병원급 1.9%, 의원급 2.5%입니다.

상대가치점수의 1점당 가격을 인상하였음에도 불구하고 진료보수점수표(요양급여비용)에 등재된 거의 모든 진료행위별 상대가치점수를 인상 또는 인하조정을 하였습니다. 이는 건보법 제45조 제1항과 동법시행령 제21조 제1항 규정을 위반한 것이라고 생각되는데 이에 대한 귀부의 의견을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 8** |

상대가치점수 1점당 가격을 인상하는 것으로 그치지 않고 상대가치점수를 인상한 것은 건보수가를 2중으로 인상한 중대한 범법 행위라고 생각되는데 이에 대한 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 9** |

상대가치점수 인상과 인하를 매년하고 있는데 등재된 진료행위의 난이도 등이 매년 달라지는지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 10** |

2019년도에도 상대가치점수를 전면적으로 인상 또는 인하를 하였는데 상대가치점수 인상으로 증가될 의료비와 상대가치점수 인하로 감소될 의료비를 행위별 가중치(연간 행위빈도×점수), 의료기관별 검사료 및 수술료 등의 가산, 의료기관별 입원료 가산, 차등 수가, 「의료질평가지원금」 등을 감안하여 계산을 하여 수가 인상률에 반영하였는지 여부를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 11** |

상대가치점수에 손을 대는 것이 불법이기는 하나 상대가치점수 인상 및 인하에 따른 의료비의 증가 또는 감소를 계산하지 않고 상대가치점수를 인상 또는 인하를 하였다면 진료보수표 조정자가 자의적으로 진료보수표를 조작한 것이 되기 때문에 이 또한 중대한 범법 행위라고 생각되는데, 이에 대한 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 12** |

앞에서 2019년도 상대가치점수 조정 현황을 발췌하여 인상 또는 인하율을 계산하였습니다. 시술 빈도가 높은 진료행위 수가 인상이 두드러진다는 느낌입니다. 귀부도 이에 동의를 하는지 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 13** |

천자의 경우 요추천자는 일본수가와 비슷하나 골수천자는 7.5%, 관절천자는 22.5%, 뇌실천자는 45.5%가 일본보다 수가 수준이 높음에도 상대가치점수를인상하여 조정하였고, 혈관조영촬영의 경우에도 일본수가보다 우리 나라 수가가 추골․총경․외경․내경 동맥의 경우 일본보다 60~80% 높고, 심장조영촬영의 경우 일본은 좌우심방과 심실을 촬영하여도 수가는 1회만 산정하므로 우리 나라 심장조영촬영 수가가 640% 더 높습니다. 그럼에도 불구하고 상대가치점수를 인상 조정한 이유를 묻습니다.

**※① 일본의 MRI수가는 해상도에 따라 3가지로 수가를 정하고 동시에 3가지를 촬영하면 높은 수가 한 가지만 산정하는 반면에 우리 나라 MRI수가는 219가지 종류별로 산정함.**

**② 일본은 머리끝에서 발끝까지 MRI를 촬영하여도 한번만 수가를 산정함.**

|  |
| --- |
| **질문 14** |

충수절제술 상대가치점수를 2.4% ~ 8.6% 인상 조정하였습니다. 1년 만에 수술 난이도나 재료대 등이 2.4%~8.6% 상승하였는지를 묻습니다.

단순충수절제술 상대가치점수는 2.4% 인상되고, 충수농양절제술 상대가치점수는 8.6% 인상되었습니다. 단순충수절제술의 난이도는 2.5% 높아진 반면에 충수농양절제술 난이도가 8.6% 높아진 근거를 밝혀주시기 바랍니다. 만약 원가 계산을 하여 인상률을 정하였다면 원가 계산서를 보내주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 15** |

2017년도 건보통계연보 중 연도별 요양급여비의 증가율과 건강보험 진료보수의 연도별 인상률을 비교를 하면 <표 23>와 같습니다.

**<표 23> 건보수가 인상률 vs. 요양급여비 증가율(2013-2017)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 5년평균 |
| **수가인상률(%)**  **(A)** | 2.36 | 2.36 | 2.20 | 1.99 | 2.37 | 2.26 |
| **요양급여비증가율(%)**  **(B)** | 6.80 | 7.00 | 6.30 | 11.50 | 7.40 | 7.8 |
| **(B-A)** | 4.44 | 4.64 | 4.10 | 9.51 | 5.03 | 5.54 |

자료: 국민건강보험공단․건강보험심사평가원(2015~2019), 2013~2017 건강보험통계연보

건강보험 진료보수(A)는 5년간 평균 2.26%를 인상하였는데, 5년간 요양급여비(B) 평균증가율은 7.8%입니다. 요양급여비 5년 평균증가율에서 진료보수 인상으로 증가한 요양급여비를 빼면(A-B), 5.54%가 다른 요인으로 인하여 증가한 요양급여비입니다. 5.54% 중에는 인구의 노령화, 신의료기술, 신약 등으로 인하여 증가한 요양급여비가 있을 것이며 그 외에 상대가치점수 인상으로 인하여 발생한 요양급여비도 있을 것입니다. 5.54% 중 상대가치점수 인상으로 증가된 의료비 총액과 증가비율을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 16** |

2019년도에 상대가치점수를 조정하여 병의원의 수가를 각 각 0.2%씩 인상하였습니다. 0.2% 인상률 계산 근거를 밝혀 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 17** |

상대가치점수 1점당 단가를 계약하기 전에 병의원 등에 대한 경영 분석을 하여 계약시 참고한 일이 있는지 여부를 알려주시기 바랍니다. 아울러 점수당 단가 인상을 결정할시 참고로 하는 자료는 어떠한 것이 있는지도 알려주시기 바랍니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 13 |  | 화상진단 진료보수에 관한 질문 |

|  |
| --- |
| **현황** |

우리 나라의 CT촬영 보수는 신체 부위별로 정하여져 있으며 부위 수는 48개소입니다. 따라서 CT촬영 행위별 보수점수는 48가지입니다. MRI 촬영보수도 신체부위별로 정하여져 있습니다. 부위수는 219개소이며 행위별 점수는 219가지입니다.

CT의 경우 해상도가 높은 값비싼 기기로 촬영을 하든 해상도가 낮은 값싼 기기로 촬영을 하든 같은 부위면 같은 보수를 지불합니다. MRI의 경우도 2018년도까지는 동일한 방법으로 보수를 산정하였습니다. 화상판독료는 CT와 MRI 공히 소정 점수의 30%이며 촬영료가 70%입니다.

2018년도에 복지부가 용역을 주어 일본 화상진단수가(초음파 포함) 번역본을 입수하였습니다. 2019년도 MRI수가를 개정하면서 일본 화상진단수가 번역본을 참고하여 3데스라 이상 기기 상대가치점수를 10% 인상하고 0.5데스라이상 ~ 1.5 데스라 미만 기기 상대가치점수는 10% 감점을 하였고 0.5데스라 기기의 상대가치점수는 20%를 감점하였습니다. 1.5-3데스라 미만 기기로 MRI촬영을 한 경우는 점수가 종전과 같습니다. MRI는 해상도별로 상대가치점수를 조정하였는데 CT는 왜 해상도별로 상대가치점수를 조정하지 않았는지 납득할 수 없습니다. 2019년도부터 3데스라 이상 기기로 MRI촬영을 하면 2018년도보다 10%의 보수를 더 받습니다. 그러면 2018년도까지 3데스라 이상 기기로 MRI촬영을 한 의료기관은 십수년간 10%의 보수를 덜 받은 것이 됩니다. 이와 같은 논리는 0.5~1.5데스라와 0.5미만 데스라의 경우에도 같습니다.

일본의 CT촬영 보수는 다음<표 24>과 같습니다.

**<표 24> 일본의 CT촬영 보수**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **기종** | **수가** | |
| **엔** | **원** |
| 가. 64열 이상 멀티슬라이드 기기 | 10,000 | 110,000 |
| 나. 16열 이상 – 64열 미만 멀티슬라이드 기기 | 9,000 | 99,000 |
| 다. 4열 이상 – 16열 미만 멀티슬라이드 기기 | 7,500 | 82,500 |
| 라. 가, 나, 다 이외의 기기 | 5,600 | 61,600 |
| 라. 뇌조CT(조영촬영 포함) | 23,000 | 253,000 |

주: 환율: 100엔: 1,100원

자료: 후생노동성(2018), 2018-2019 의과진료보수점수표

한·일간 CT와 MRI 수가 산정 방법을 비교하면 다음과 같습니다.

**◆ CT**

- 일본은 조영제 사용 가산으로 500점을 소정 점수에 가산을 합니다. 한국의 조영제 사용 가산은 두부 376.04점, 안와 405.88점, 부비동 425.88점, 경부 425.19점입니다. 다른 항목의 조영제 촬영 가산도 각 각 다릅니다. 부위별로 조영제 가산 점수가 상이한 것은 부위별로 조영제 주입 난이도 등이 상이함을 뜻합니다. 부비동과 경부의 조영제 주입 수기료 가산 점수의 차는 0.69점입니다. 비율로는 부비동 조영제 주입 가산 점수, 즉 수기료가 경부보다 0.01% 높습니다. 0.01%의 난이도 차이를 측정할 수 있는 귀신 같은 사람은 없습니다. 건보수가는 난이도와 시술시간 등의 평균으로 정합니다. 왜냐 하면 환자에 따라 난이도가 각 각 다르기 때문에 평균으로 정할 수 밖에 없습니다. 따라서 한국의 조영제 가산 수가는 건보수가 역사에 없는 이상하고 불합리한 수가입니다.

- 일본은 CT 및 MRI의 종류 및 회수를 불문하고 월 1회만 판독료를 450점만 산정합니다. 그런데 우리 나라는 CT촬영 판독료를 부위별 상대가치점수의 30%로 정하고 있으며 촬영할 때마다 판독료를 산정합니다. CT 및 MRI 촬영 부위는 CT가 48개소 MRI는 219개소입니다. CT와 MRI 부위 수의 합계는 267개소입니다. 따라서 우리 나라의 CT 및 MRI 촬영 판독료의 가지 수는 267가지입니다. 일본은 한 달에 CT와 MRI를 2번을 하든 3번을 하든 판독료를 1회만 산정할 수 있습니다. 이는 과잉검사를 방지하기 위한 조치입니다. 그런데 우리 나라는 한 달에 CT와 MRI 촬영을 2번 촬영을 하면 판독료를 2번, 3번 촬영을 하면 판독료를 3번 산정합니다. 따라서 판독료 수가가 일본보다 몇 배 고가일 수 밖에 없습니다.

- 일본은 전신외상에 대하여 CT를 촬영을 한 경우에는 전신외상 CT가산으로 소정 점수에 800점을 가산합니다. 64열 이상 멀티슬라이드형 기기로 전신외상 CT촬영을 하면 CT수가 1,000점, 조영제 가산 500점(조영제 사용시), 전신CT 가산 800점, 판독료 450점으로 수가는 2,350점입니다. 그런데 우리 나라의 CT수가는 전신외상의 경우 부위별로 산정하게 되어 있습니다. 예를 들어 부위별로 수가를 계산하고 합산을 해 보도록 하겠습니다<표 25>.

**<표 25> 우리 나라 부위별 CT 수가**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **부위별 CT 촬영** | | | **수가** |
| 가. 두부 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | | 808.66 |
| 조영제를 사용한 경우 | | 1,184.70 |
| 나. 안면, 두개기저 | 안와 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | 1,016.88 |
| 조영제를 사용한 경우 | 1,576.15 |
| 부비동 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | 1,016.88 |
| 조영제를 사용한 경우 | 1,442.76 |
| 측두골 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | 1,016.88 |
| 조영제를 사용한 경우 | 1,442.70 |
| 기타 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | 1,016.88 |
| 조영제를 사용한 경우 | 1,442.76 |
| 다. 경부 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | | 979.38 |
| 조영제를 사용한 경우 | | 1,404.57 |
| 라. 흉부 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | | 1,012.54 |
| 조영제를 사용한 경우 | | 1,400.96 |
| 마. 복부 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | | 999.78 |
| 조영제를 사용한 경우 | | 1,388.16 |
| 바. 척추 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | | 1,052.13 |
| 조영제를 사용한 경우 | | 1,452.09 |
| 사. 상지 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | | 984.35 |
| 조영제를 사용한 경우 | | 1,366.73 |
| 아. 하지 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | | 984.27 |
| 조영제를 사용한 경우 | | 1,366.64 |
| 합계 | 조영제를 사용하지 않은 경우 | | 10,888.63 |
| 조영제를 사용한 경우 | | 15,468.22 |

보건복지부(2019), 2019 건강보험요양급여비용(진료수가표)

전신CT를 하였을 때의 한·일간 수가 격차는 다음과 같습니다<표 26>.

**<표 26> 전신CT 수가 한일 비교**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **수가** | | **배수** | |
| **점수** | **금액** | **B-1/A** | **B-2/A** |
| **일본(A)** | | 2350점 | 23,500엔=258,500원 | 4.1배 | 5.8배 |
| **한국**  **(B)** | **비조영제**  **(B-1)** | 10,888.63점 | 10,888.63점×74.9원×1.3(종별가산율)=1,060,226원 |
| **조영제**  **(B-2)** | 15,468.22점 | 15,468.22점×74.9원×1.3(종별가산율)=1,506,141원 |

주: 1) 한국의 점수당 단가 적용 의료기관은 상급종합병원

2) 환율: 100엔=1,100원

자료: 한국: 보건복지부(2019), 2019 건강보험요양급여비용(진료수가표)

일본: 후생노동성(2018), 2018-2019 의과진료보수점수표

전신 CT촬영을 하였을 때 한국 수가는 조영제를 사용하지 않았을 때가 일본보다 4.1배 높고 조영제를 사용하였을 때에는 5.8배 고가입니다. 왜 일본보다 4.1배~5.8배 수가가 높아야 합니까? 부위별로 수가를 정하였기 때문에 생기는 불합리한 현상입니다. 뿐만 아니라 부위별 수가도 조영제를 사용하여 CT촬영을 한 경우 일본보다 높거나 비슷합니다.

**◆ MRI**

- 일본의 MRI촬영 수가는 다음과 같습니다<표 27>.

**<표 27> 일본 MRI촬영 수가**

|  |  |
| --- | --- |
| **MRI 기기 종류** | **진료보수 점수** |
| 3데스라 이상 기기 | 1,600점 |
| 1.5데스라 이상 – 3데스라 미만 기기 | 1,330점 |
| 1 또는 그 외의 경우 | 900점 |

주: 1) 판독료 450점(월 1회만 산정할 수 있음. 1개월 간 수회 판독을 한 경우 최초 판독을 기준으로 청구)

2) 조영제 촬영(혈관 등) 250점(경구 조영제 촬영은 산정할 수 없음)

3) 특수부위 촬영 가산(심장 400점, 유방 100점, 두부 100점)

4) MRI는 화상을 촬영하는 방법, 화상 처리 방법의 종류, 슬라이드 수, 촬영 부위 수, 질병의 종류와 관계없이 소정 점수에 따라 산정함

5) 위의 3가지 기기로 즉 3가지 기기로 동시에 순차적으로 촬영한 경우에는 주된 촬영 소정 점수(고가인 것 하나만)만 산정함

6) 조영제를 사용하지 않고 촬영을 한 후 조영제 촬영을 한 경우에는 조영제 촬영 소정 점수만 산정함

7) 조영제 사용 촬영시 마취료는 폐쇄 순환 전신 마취만 산정할 수 있음

8) 15세 미만 소아에 대하여 마취를 하여 진정을 시키고 두부, 경부, 흉부, 복부, 척추, 사지 및 연부 중 복수의 영역을 1연으로 촬영한 경우에 한하여 당해 소정 점수의 100분의 80에 해당하는 점수를 소정 점수에 가산함

자료: 후생노동성(2018), 2018-2019 의과진료보수점수표

|  |
| --- |
| **질문 1** |

우리 나라의 화상 진단 진료보수 중 CT와 MRI는 신체 부위별로 정하여져 있습니다. 일본은 해상도별 기기로 CT와 MRI 수가를 정하였습니다. 우리 나라 CT와 MRI 진료보수를 신체 부위별로 정하게 된 경위와 이유를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

우리 나라 CT와 MRI 진료보수를 신체 부위별로 정하였기 때문에 CT의 진료보수의 행위별 수가는 48개이고 MRI의 진료보수 행위 항목수는 무려 876항목(진료행위수219개 × 4종 가산율)입니다. 반면 일본의 CT 촬영수가 항목 수는 5종이고 MRI는 3종입니다.

건보 수가 운영에서 진료보수를 세분할수록 진료비의 지출이 증가한다는 것은 상식입니다. 그럼에도 불구하고 CT는 일본보다 10배 더 많게 진료수가 항목을 세분하였고 MRI는 292배 더 많게 세분한 것은 문제가 있다고 생각되는데 귀부의 의견은 어떠한지요? 이래도 건보진료보수표라고 할 수 있는지에 대해서도 의견을 주시기 바랍니다. MRI진료보수의 경우 의료계의 의견을 전적으로 받아들인 세계에 유례가 없는 MRI수가라는데 대해서도 동의를 하는지에 대하여 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

부위별 CT 및 MRI 진료보수 제정과 개정시 관련 학회 또는 의료계와는 어떤 협의가 있었는지를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 4** |

CT와 MRI(MRI는 2018년까지) 진료보수를 부위별로 정하였기 때문에 해상도가 낮은 기기(값싼 기계)로 촬영을 하여도 해상도가 높은 기기로 촬영하였을 때와 촬영보수는 동일합니다. 이는 「건보법시행령」 제21조 제2항의 수가 제정 원칙 중 시설, 장비 등 자원의 량을 고려하여 상대가치점수를 정한다는 규정을 정면으로 위반한 진료보수제도입니다. CT와 MRI 촬영보수는 기기 가격의 높고 낮음의 비율에 비례하여 정하여야 된다고 규정한 법조문이 「건보법시행령」 제21조 제2항입니다. 귀부는 CT와 MRI 진료보수가 「건보법시행령」 제 21조 제2항을 위반한 것임을 인정하는지요? 답하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

신체부위별 수가이기 때문에 전신외상CT의 경우 일본보다 진료보수가 4.1배~5.8배 높습니다. 왜 우리 나라 피보험자나 피부양자는 CT보수를 일본보다 4배 이상 부담하여야 되는지를 의학적으로 설명하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

MRI 혈관조영촬영 수가 중 추골동맥 수가는 400,050원, 총경동맥 수가는 360,038원, 외경동맥 수가는 363,187원, 내경동맥 수가는 410,264원인 반면 일본의 3데스라 기기 촬영 수가는 일본 화폐로 23,000엔 한국 화폐로 259,900원입니다. 한국의 MRI 촬영수가는 부위별로도 일본보다 39%~58% 높습니다.

일본의 MRI 촬영보수는 화상 촬영을 하는 방법, 화상 처리 방법의 종류, 슬라이드 수, 촬영부위 수, 질병 종류 등과 관계없이 소정 점수 밖에 산정하지 못하도록 하고 있습니다. 있을 수 없는 일이겠으나 이론적으로는 우리 나라 MRI 보수표의 부위 219개소를 일본에서 1회로 촬영하여도 단 한번만 수가를 산정할 수 있으므로 우리 나라 MRI촬영 진료보수는 상상할 수 없을 정도로 고가일 수 밖에 없다고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 7** |

우리 나라 MRI 진료보수 중 심장 혈관 조영 촬영 보수는 좌우심방 및 좌우심실 등 4가지입니다. 주먹보다 조금 큰 심장(동일부위)을 좌심방, 좌심실, 우심방, 우심실 등으로 나누어 촬영보수와 판독료를 정한 이유를 알고 싶습니다.

|  |
| --- |
| **질문 8** |

일본 MRI 진료보수점수표에는 혈관촬영 및 혈관조영촬영 진료보수점수 항목이 없습니다. 우리나라 진료보수점수표에는 혈관조영촬영 보수 항목이 280개(수가항목 70 개 × 4종 가산율)항목이 있습니다. 혈관촬영을 280 종류의 점수 항목으로 세분한 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 9** |

3데스라 이상 MRI기기로 심장조영촬영을 하면 전체 심장혈관(좌우심실, 좌우심방 혈관)이 촬영되는지 여부를 알려주시기 바랍니다.

심방이나 심실 중 하나만을 MRI촬영을 하는 경우가 있는지 여부와 하나만을 MRI촬영을 하는 경우가 있다면 그 빈도를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 10** |

우리나라 MRI심장혈관조영촬영 수가는 4종입니다. 진료보수는 우심방조영이나 우심실조영은 383,245, 좌심방조영은 488,460원, 좌심실조영은 383,506원입니다. 4종류의 조영촬영 수가 합계는 「의료질평가지원금」을 제외하고도 1,638,456원입니다. 일본의 3데스라 이상 기기에 의한 심장촬영 보수는 촬영료 1,600점, 조영제사용료 250점, 심장촬영 가산 400점, 판독료 450점, 계 2,700점입니다. 엔으로 환산하면 27,000엔이며 환화로는 297,000원(100엔=1,100원)입니다. 한국의 심장MRI촬영 보수가 일본보다 약 5.5배 고가입니다. 한국의 심장MRI촬영 보수가 일본에 비하여 약 5.5배 고가인 이유를 알려주시기 바랍니다,

아울러 우심방과 우심실 조영촬영 보수는 동일한데 좌심방촬영 보수는 488,460원이고 좌심실촬영보수는 383,506원입니다. 좌심방촬영 보수가 104,954원이나 고가입니다. 촬영 또는 판독 난이도가 좌심실의 경우 좌심방보다 높은지를 답변하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 11** |

한국의 MRI진료보수 항목, 즉 행위별 상대가치점수의 종류가 876가지입니다. MRI판독료는 행위별 소정 점수의 30%이므로 판독료가 876가지입니다. 문외한의 생각으로는 해상도가 높은 기기로 촬영을 하였을 때보다 해상도가 낮은 기기로 촬영을 하였을 때 판독이 오히려 어려울 수도 있다고 생각합니다. 그럼에도 불구하고 해상도가 높을수록 비례하여 판독료가 높은 것은 모순이라고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 12** |

CT와 MRI 촬영수가 항목수는 924종입니다. CT와 MRI 판독 난이도는 924가지 촬영 방법에 따라 부위마다 상이한지 여부를 알려 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 13** |

일본처럼 판독료를 정액으로 하고 1개월에 판독료를 1회만 산정하게 할 용의는 없는지요?

|  |
| --- |
| **질문 14** |

일본의 CT 조영제 사용 가산은 500점이고 MRI 조영제 사용 가산은 250점입니다. 우리 나라는 두부CT 조영제 가산은 376.04점(=11,84.70점 – 808.66점) 안와는 425.88점(=1,442.76점 – 1,016.88점)이고 부비동 조영제 가산 점수도 같습니다. 우리 나라 조영제 가산 점수는 일본과 반대로 MRI의 점수가 CT보다 2.3배 높습니다.

|  |
| --- |
| **질문 14-1** |

일본의 CT 조영제 가산 점수가 MRI의 2배인 것이 불합리한 것인지 여부를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 14-2** |

우리 나라는 일본과 반대로 MRI 조영제 가산 점수가 CT의 경우보다 2.3배 높은 것이 합리적인지 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 14-3** |

우리 나라와 일본의 조영제 가산 수가 중 어느 쪽이 더 합리적인지도 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 15** |

2019년도에 MRI 행위별 수가를 해상도별로 조정을 하였습니다.

|  |
| --- |
| **질문 15-1** |

일본은 해상도에 따라 촬영 보수를 3단계로 분류하였는데 우리 나라는 4단계로 분류한 이유를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 15-2** |

촬영기기의 해상도에 따라 단일 수가로 조정하지 않고 해상도별로 가감산을 하도록 MRI 보수를 조정한 것은 불합리하다고 생각되는데 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 15-3** |

촬영 보수 조정시 1.5-3데스라 미만, 3데스라 이상, 05데스라~1.5데스라 미만 그리고 0.5데스라 미만 기기 등 4기종 각 각의 2018년도 촬영료를 집계한 후 이를 가중치로 MRI수가를 조정한 결과 2019년도 MRI 촬영 보수가 X% 인상되고 인상된 수가 총액은 X원인지를 알려 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 15-4** |

해상도가 높은 3데스라 이상 기기의 보수를 10% 인상하였습니다. 0.5~1.5 데스라는 10%, 0.5데스라 미만은 20% 보수가 하향 조정되었습니다. 인상으로 인하여 지출되는 의료비가 더 많은지 아니면 인하로 인하여 줄어드는 의료비가 많은지를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 16** |

우리 나라 CT와 MRI 촬영 보수를 일본과 동일하게 해상도별로 점수를 정하고 보수 수준과 산정 방법도 일본과 동일하게 정할 용의가 없는지요?

◆ 일본과 비교하여 우리 나라 CT 및 MRI 촬영 보수가 높은 것은 문제가 있습니다. 의료계가 반발하지 못하도록 일본과 동일한 방법과 동일한 수준의 보수를 책정하는 것이 바람직합니다.

◆ 초음파검사: 일본은 초음파검사 보수를 화상 구성 방법에 따라 정하였습니다. 진료보수 항목 수는 13가지입니다. 우리 나라는 부위별로 초음파검사 보수를 정하였기 때문에 진료보수 항목이 53가지입니다. 일본은 흉복부장기 전체를 초음파 검사를 하여도 한번만 검사료를 받는데 우리나라는 흉복부장기별로 각 각 검사료를 받습니다. 어느 쪽이 합리적인지 검토를 바랍니다.

**※질문자는 화상진단 전문가가 아니므로 오류가 있을 수 있으니 오류가 있다면 구체적으로 지적을 하여주시기 바랍니다.**

◆ 외국의 건보 진료보수 조정 경향

① 의사가 재량으로 반복하여 처방을 할 수 있는 진료보수 항목은 의료비 증가 억제를 위하여 부득이한 경우를 제외하고는 인상을 하지 않습니다. 그 대표적인 진료 항목이 검사 보수 항목입니다. 검사 보수는 시간이 가면 검사기기나 시약 등의 가격이 하락하기 때문에 검사 보수를 인하하는 경우가 많습니다. 특히 CT 및 MRI 등은 07:00부터 20:00시 또는 22:00시까지 5-6대의 기기로 촬영을 매일합니다. 초음파도 마찬가지입니다. 진료보수 개정시 유념하시면 감사하겠습니다.

② 진찰료를 인상할 때는 초진료를 중심으로 인상하며 재진료 인상은 극력 피합니다. 왜냐 하면 환자와 의사 간의 의료정보의 비대칭때문에 재진을 유도할 수 있기 때문입니다.

③ 초진료나 처치 및 수술 등 1인 1회성 의료행위는 수가 조정시 인상 항목이 됩니다. 이 항목들은 수가를 인상한 만큼 의료비를 증가시키기 때문입니다. 수가 조정시 고려사항이 어찌 3가지 뿐이겠습니까마는 이만 줄입니다.

**※일본의 10년간 년도별 검사 항목 수가와 초재진료 인상 및 인하 현황을 비교하여 보시기 바랍니다.**

◆ 진료보수 점수표 전면 개정에 관한 의견

○ 우리 나라의 ‘건강보험요양급여비용(건보진료보수점수표)’는 질문자가 지적한 바와 같이 모든 분야에서 건보 수가 제정 원칙을 위반하고 있습니다.

○ 뿐만 아니라 용어와 문장에 있을 수 없는 문제들이 있습니다. 예를 들면 진료보수표의 제목이 ‘건강보험요양급여비용’입니다. 의약사 및 간호사 등이 진료, 조제, 간호를 하는 과정에서 행하는 각 종 의료행위, 조제행위와 간호행위의 행위별 진료보수를 정한 일람표의 명칭이 ‘건강보험요양급여비용’이 될 수는 없습니다.

○ ‘건강보험요양급여비용의 내역 개정’이 아니라 상대가치점수 1점당 단가 개정이 맞지 않을까요?(요양급여비용이란 용어의 문제는 예외로 함) 쓰자면 한이 없어 그만합니다.

○ 따라서 현 ‘건강보험요양급여비용(건보진료보수점수표)’은 전면 개정 또는 새로 제정할 수 밖에 없습니다.

○ 개정 또는 신규 제정 요령을 간단하게 정리하겠습니다.

- 병의원 경영 분석을 통하여 병의원, 치과병의원 및 약국의 수입구조와 지출 구조 조사하여 수가 수준을 측정함

- 조사는 일본의 의료경제실태조사 항목과 분석 방법을 참고함

- 현 진료보수와 약가 제도 하에서 얼마나 수익을 내고 있는지를 조하하여 적정 이익을 계산함

- 적정 이익률이 반영된 지출의료비를 산출함

○ 일본의 ‘사회의료진료행위별통계’를 참조하여 일본과 동일하게 금년 6월 분 진료보수심사분을 진료행위별로 점수를 집계한 후 년간 진료행위별 점수를 계산하여 행위별 가중치를 만듬

- 그런 다음 계산된 적정의료비를 행위별로 배분을 함

○ 행위간 비례 배점의 정확성을 위하여 일본의 진료보수점수, 독일과 프랑스의 점수표를 번역하여 행위별 난이도의 균형을 잡음

○ 점수당 단가는 십진법으로 정하고 점수당 단가는 상수로 함

**※질문자가 생각나는 대로 썼으므로 더 구체적인 토론이 필요할 것임**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14 |  | 「의료질평가지원금」제도에 관한 질문 |

2018년도 『건강보험 요양급여비용』 산정지침 제5항 「의료질평가지원금」 ‘가’목 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「의료질평가지원금」 ‘가’목 규정(2018년도)**  **가.** 2018년 1월 1일 이후 「선택진료에 관한 규칙」 제4조에 따른 추가비용  징수 의사가 없는 상급종합병원, 종합병원에 한하여 「의료질평가지원금  산정을 위한 기준」의 평가 결과에 따라 3개 분야(의료 질과 환자 안전․  공공성․의료전달체계분야, 교육수련분야, 연구개발 분야)별 최종 등급에  해당하는 소정 점수를 산정한다. |

그리고 2019년도 『건강보험 요양급여비용』 산정지침 제5항 「의료질평가지원금」 ‘가’목 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「의료질평가지원금」 ‘가’목 규정(2919년도)**  **가.** 상급종합병원, 종합병원에 한하여 「의료질평가지원금 산정을 위한 기준」의  평가 결과에 따라 3개 분야(의료 질과 환자 안전․공공성․의료전달체계분 야, 교육수련분야, 연구개발 분야)별 최종 등급에 해당하는 소정 점수를  산정한다. |

2018년도 규정에 의하면 「의료질평가지원금」은 선택진료를 하지 않는 상급종합병원과 종합병원만 산정하도록 되어 있었습니다. 2019년도 「의료질평가지원금」 산정지침에서는 선택진료제도 자체를 폐지하고 모든 상급종합병원과 종합병원이 「의료질평가지원금」을 산정하도록 규정하고 있습니다.

2018년도와 2019년도 「의료질평가지원금」 규정을 보면 「의료질평가지원금」은 선택진료비 대신 상급종합병원과 종합병원에 지급하고 있는 것이 명확합니다.

|  |
| --- |
| **질문 1-1** |

건강보험제도는 소득에 비례하여 보험료를 부담하나 부담한 보험료의 많고 적음과 관계없이 모든 피보험자와 피부양자(이하 ‘피보험자’)에게 동질의 의료를 보장하는 것이 이념입니다.

선택진료비 제도는 유능한 의사의 탁월한 의료서비스 능력을 돈을 주고 구매를 하는 제도입니다. 부자는 유능한 의사를 돈으로 선점하고 가난한 사람은 무능한 의사의 진료를 받으라는 제도입니다. 따라서 선택진료비 제도는 건강보험 이념에 정면으로 반하는 제도이므로 건강보험 제도 아래에서의 선택진료비 제도는 무효인 제도이므로 당연히 폐지하였어야 합니다. 그럼에도 불구하고 선택진료비 제도를 폐지하고 동 제도 폐기 대가로 「의료질평가지원금」을 지급하는 것은 있을 수 없으므로 당연히 「의료질평가지원금」 제도는 폐지되어야 된다고 생각되는데 구체적이고 논리적인 답변을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 1-2** |

모든 의사의 시술 능력을 개별적으로 평가를 하여 의료 수가를 정할 수는 없습니다. 따라서 모든 나라의 건강보험 진료보수는 특히 유능한 의사와 보통 의사의 서비스 능력의 평균을 기준으로 하여 정합니다. 우리나라의 ‘건강보험요양급여비용(진료보수점수표)’의 각 행위별 수가도 모든 의사의 서비스 능력의 평균을 기준으로 결정되었습니다. 건강보험요양급여비용(진료보수점수표)’의 점수에는 특히 유능한 의사의 진료시 보수가 포함되어 있습니다. 그럼에도 불구하고 유능한 의사의 진료에 대하여 추가 요금인 선택진료비를 징수하는 것은 한 진료행위에 대하여 2중으로 진료보수를 지급하는 것이 되기 때문에 의료법 제46조와 「선택진료에 관한 규칙」은 무효인 규정입니다. 그럼에도 불구하고 선택진료비 제도 폐지 대가로 「의료질평가지원금」을 지급하는 것은 부당하다고 사료되는데, 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 1-3** |

질문 1-2에서 선택진료비는 한 의료행위에 대하여 2중으로 의료수가를 지불하는 행위라고 하였는데, 이에 대한 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 1-4** |

건강보험 요양급여비용 제정시에 주로 참고를 하였다는 RBRVS의 수가 제정 제1 원칙은 앞에서도 언급한 바 있으나 선택진료와 「의료질평가지원금」의 불법성을 강조하기 위하여 다시 인용합니다.“ There should be one price for each service regardless of training and background of the person performing that service.”

의사의 training(숙련도)과 background(경력)를 불문하고 하나의 진료행위에는 하나의 수가만 존재하여야 합니다. 건강보험 진료보수를 행위별로 정하여 놓고 같은 진료행위를 하였는데 추가로 선택진료비라는 명목으로 별도의 수가를 지불하는 것은 앞의 원칙에 따르면 수가의 2중 지불행위입니다.

의료법 제46조와 「선택진료에 관한 규칙」은 무효입니다. 따라서 선택진료비 대신 지급하는 「의료질평가지원금」 규정도 무효인 규정입니다. 당장 「의료질평가지원금」 규정을 폐지하는 것이 타당하다고 사료되는데, 귀부의 의견은 어떠한지요?

|  |
| --- |
| **질문 1-5** |

의료 제도를 사회화(사회보험, 보건서비스)한 나라 중에서 선택진료(특진) 제도가 있는 나라가 있으면 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 1-6** |

의료제도를 사회화한 나라 중에는 선택진료 제도가 없다면 왜 없는지에 대한 귀부의 의견을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

의료법 제46조 규정에 따라 제정된 「선택진료에 관한 규칙」 제4조의 내용은 다음과 같았습니다(2018.4.4. 동규칙 폐지).

|  |
| --- |
| **「선택진료에 관한 규칙」(2018.1.1.현재)**  **제4조(추가비용 징수 의사 등의 자격 및 범위 등)** ① 법 제46조제5항 및 제6항에 따라 추가비용을 징수하려는 선택진료의료기관의 장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 재직 의사등 중 실제로 진료가 가능한 의사등의 10퍼센트의 범위에서 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료 담당 의사등을 지정하여야 한다. 이 경우 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료 담당 의사등은 각 진료과목별로 **75**퍼센트를 초과할 수 없다.  1. 법 제5조에 따른 면허취득 후 15년이 경과한 치과의사 및 한의사  2. 법 제77조에 따른 전문의 자격인정을 받은 후 10년이 경과한 의사  3. 법 제77조제1항에 따른 전문의 자격 인정을 받은 후 5년이 경과한 의사등으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람  가. 「고등교육법」 제2조제1호 및 같은 법 시행령 제25조제1항에 따른 의과대학ㆍ한의과대학ㆍ치과대학에서 같은 법 제14조제2항에 따른 조교수 이상인 사람  나. 「서울대학교병원 설치법」 제11조의2, 「서울대학교치과병원 설치법」 제12조, 「국립대학병원 설치법」 제16조 및 「국립대학치과병원 설치법」 제14조에 따른 조교수 이상의 임상교수요원인 사람  다.「고등교육법」 제2조제1호 및 같은 법 시행령 제25조제1항에 따른 의과대학ㆍ한의과대학ㆍ치과대학에서 「사립학교법」 제70조의2에 따른 사무직원으로서 나목에 따른 조교수 이상의 임상교수요원과 동일한 자격을 갖춘 사람(보건복지부장관이 인정한 사람에 한정한다)  4. 법 제5조에 따른 면허 취득 후 10년이 경과한 치과의사로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람  가. 「고등교육법」 제2조제1호 및 같은 법 시행령 제25조제1항에 따른 의과대학ㆍ치과대학에서 같은 법 제14조제2항에 따른 조교수 이상인 사람  나. 「서울대학교치과병원 설치법」 제12조, 「국립대학병원 설치법」 제16조 및「국립대학치과병원 설치법」 제14조에 따른 조교수 이상의 임상교수요원인 사람  다.「고등교육법」 제2조제1호 및 같은 법 시행령 제25조제1항에 따른 의과대학ㆍ치과대학에서 「사립학교법」 제70조의2에 따른 사무직원으로서 나목에 따른 조교수 이상의 임상교수요원과 동일한 자격을 갖춘 사람(보건복지부장관이 인정한 사람에 한정한다)  ② 제1항 본문에서 "실제로 진료가 가능한 의사등"이란 의사등 가운데 다음 각 호의 자를 제외한 자를 말한다.  1. 진료는 하지 아니하고 교육ㆍ연구에만 종사하는 자  2. 6개월 이상의 연수 또는 유학 등으로 부재중인 자  ③ 선택진료의료기관의 장은 진료과목별로 1명 이상의 추가비용을 징수하지 아니하는 의사등을 두어야 한다. 이 경우 상급종합병원 또는 종합병원인 선택진료의료기관의 장은 보건복지부장관이 지정하여 고시하는 필수진료과목에 대해서는 전 진료시간 동안 추가비용을 징수하지 아니하는 의사 등을 1명 이상 두어야 한다. <개정 2011. 6. 14.> |

의료가 사회화되지 않은 나라에서 혹시 특진제도가 있다면 특별히 명의(名醫)로 소문이 난 소수의 의사 중에서 환자나 환자 가족이 명의를 선택하여 명의와 계약을 하고 진료 받는 것이 선택진료(특진)입니다. 「의료법」을 근거로 전문의 경력 10년 이상이거나 조교수 이상이면 특진의사가 될 수 있다고 규정한 것은 선택진료 제도가 될 수 없습니다. 전문의 과정을 끝마친 지 2-3년이 된 전문의보다 시술능력이 뒤처지는 10년 경력의 전문의도 얼마든지 있을 수 있습니다. 그럼에도 불구하고 일정 경력 이상의 전문의는 모두 피선택진료의사가 될 수 있다는 것은 의료인의 능력을 경력연수를 기준으로 기계적으로 판단한 오류를 범한 것입니다. 의사는 사람이지 성장기간이 길면 값이 더 나가는 동식물이 아닙니다. 10년 이상의 경력의 전문의와 조교수의 75%(2018년 규정 개정 전 80%)를 특진의사로 하고 진료과별 경력직 1명을 비특진의사로 한다는 규정은 환자로부터 선택권을 거의 박탈한 규정이었습니다. 이러한 규정 때문에 대학병원을 방문하는 환자의 73%(모 대학병원의 2010년 통계) 가량은 특진을 받게 되었습니다. 73%가 선택진료를 받는다면 이미 그것은 선택진료가 아니었습니다.

환자나 환자가족은 어느 병원의 어느 의사가 의료의 어떤 분야에 대하여 어떻게 유능한 지를 모릅니다. 급한 병이 생겨 허둥지둥 환자와 가족이 병원 창구에 가면 병원 원무과 직원이 환자나 환자가족으로부터 증상 설명을 들은 후 어느 의사선생님이 그런 증세의 병에 관하여는 전문이라는 설명을 하면 환자나 가족은 이에 따르는 것이 관례였습니다. 의사는 원무과에서 선정하는 것이지 환자가 선택하는 것은 아니었습니다.

선택진료를 신청하였을 때 환자가 부담하여야 할 선택진료의 항목과 추가 비용의 산정 기준(「선택진료기준에 관한 규칙」 제5조 제3항에 따른 [별표])을 <표 24>와 같이 정하고 있었습니다.

<표 28>에서와 같이 선택진료비의 부문별(진찰․검사․수술․처치) 가산 비율이 상이하였습니다. 진찰 55%, 의학관리료 20%, 검사료 50%, 영상진단방사선치료는 영상진단료 25%, 방사선치료료 50%, 방사선혈관촬영 100%, 마취 100%, 정신요법 50%, 정신요법 중 심층분석은 100%, 처치 및 수술 100%, 침․구 및 부황 100%였습니다.

‘건강보험요양급여비용(건보진료수가표)’는 「국민건강보험법시행령」 제21조 제2항의 규정에 따라 진료에 소요되는 시간․노력 등 업무량, 인력․시설․장비 등 자원의 양, 요양급여의 위험도를 감안하여 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 보건복지부장관이 고시한 것으로 우리나라의 유일한 국정(國定) 수가입니다. 그런데 선택진료의 가산율을 부문별로 상이하게 함으로써 시간․노력 등 업무량, 인력․시설 등 자원의 양을 감안하여 장관이 고시한 수가 체계에 부문별로 엄청난 변화를 주었습니다. 공적으로 정하여진 건강보험 진료수가를 「의료법」으로 80%(의학관리 20% ~ 기타 50%~100%)까지 차이가 나게 변동을 주어 환자에게 부담을 시키는 것은 「국민건강보험법시행령」 제21조 제2항을 정면으로 부정하는 행위이므로 선택진료료 규정은 무효였습니다. 경력을 기준으로 피선택의사를 정하였다면 전문의 자격을 취득하고 10년 이상 개업을 한 의사와 병원 의사는 왜 선택진료에서 제외하였는지도 의문입니다. 선택진료제도는 대형의료기관 특히 대학병원을 위한 인위적인 제도로 법적으로 무효인 제도였습니다. 환자가 의사를 선택하는 것이 아니고 의료기관이 의사를 선택하여 주고 선택진료비를 징수한 것은 선택진료제도가 아니었습니다.

**※「의료의질평가지원금」 제도 도입 수년 전에 선택진료 비율을 소폭 낮추었으나 이는 아무 뜻도 없는 개선이었음**

**※선택진료제도 도입(2000.9.5.) - 폐지(2018.4.4.)**

**※선택진료 비율 80%(2000.9.5.-2015.8.31.),**

**67%(2015.9.1.-2016.8.31.)**

**75%(2016.9.1.-2018.4.3.)**

**<표 28> 선택진료 항목과 추가 비용 산정 기준**

|  |  |
| --- | --- |
| **진료항목** | **추가비용 산정기준** |
| 1. 진찰(한방포함) | 「국민건강보험법」 제45조제4항에 따라 보건복지부장관이 고시하는 요양급여비용의 내역(이하 "국민건강보험 진료수가 기준"이라 한다)중 진찰료의 40% 이내의 범위에서 해당 의료기관의 장이 정한 금액 |
| 2. 입원(한방포함) | 국민건강보험 진료수가 기준 중 입원료의 15% 이내의 범위에서 해당 의료기관의 장이 정한 금액 |
| 3. 검사(한방포함) | 국민건강보험 진료수가 기준 중 검사료의 30% 이내의 범위에서 해당 의료기관의 장이 정한 금액 |
| 4. 영상진단 및  방사선치료 | 국민건강보험 진료수가 기준 중 영상진단료의 15% (방사선치료료는 30%, 방사선혈관촬영료는 60%) 이내의 범위에서 해당 의료기관의 장이 정한 금액 |
| 5. 마취 | 국민건강보험 진료수가 기준 중 마취료의 50% 이내의 범위에서 해당 의료기관의 장이 정한 금액 |
| 6. 정신요법 | 국민건강보험 진료수가 기준 중 정신요법료의 30%(심층분석은 60%) 이내의 범위에서 해당 의료기관의 장이 정한 금액 |
| 7. 처치ㆍ수술  (한방포함) | 국민건강보험 진료수가 기준 중 처치ㆍ수술료의 50% 이내의 범위에서 해당 의료기관의 장이 정한 금액 |
| 8. 침ㆍ구  및 부항 | 국민건강보험 진료수가 기준 중 침ㆍ구 및 부항료의 50% 이내의 범위에서 해당 의료기관의 장이 정한 금액 |

|  |
| --- |
| **질문 2-1** |

전문의 경력 10년 이상인 게으른 의사보다 매월 외국 의학저널을 숙독하고 전문서적을 탐독하는 3년차 전문의의 의학 지식과 시술 능력이 더 뛰어날 수도 있으며 외과의 경우 관찰력이 뛰어나고 손재주가 특출한 고년차 전공의가 10년 이상 경력의 외과전문의보다 시술 능력이 뛰어날 수도 있습니다. 그럼에도 불구하고 전문의 자격 취득 경력이 10년 또는 조교수라는 보직을 기준으로 특진의사를 정한 것은 인간의 능력을 무시한 기계적인 제도로 의료계에서는 있을 수 없는 제도였다고 생각되는데, 귀부의 의견을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-2** |

경력이나 보직으로 특진 의사 자격을 인정한 제도가 있을 수 없는 제도라면 선택진료 제도 자체가 성립할 수 없습니다. 이에 대한 귀부의 고견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-3** |

조교수는 보직입니다. 경우에 따라 다르기는 하겠으나 대학병원 전문의 경력 5-6년 의사이면 조교수 보직을 받을 수 있다고 합니다. 그런데 능력이 탁월한 종합병원 전문의는 경력이 10년 이상이어야 피선택진료의사가 될 수 있습니다. 종합병원 전문의는 전문의 경력 10년이 초과되어야 피선택진료의사가 될 수 있는데 대학병원 전문의는 5-6년 내에 조교수 보직을 받으면 피선택진료의사가 될 수 있습니다. 이는 대학병원을 인위적으로 지원하기 위한 제도가 아니었는지와 종합병원 전문의 경력 10년과 조교수라는 보직을 동일시하였던 이유를 답변하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-4** |

환자 중 73%가 선택진료를 받았다면 이는 이미 선택진료가 아니었다고 생각되는데, 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-5** |

종합병원과 상급종합병원의 41세 전후의 의사 80%가 특진의사가 되는 제도는 전세계 의료계의 웃음거리가 될 수도 있었다고 생각되는데, 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-6** |

36세에 특진의사가 된 유명 대학병원의 유명 내과 과장이 66세에 정년 퇴직을 하고 개업을 하면 피선택진료의사(특진의사)가 되지 못하는 제도가 합리적인 제도였는지를 묻습니다(인정할 수 없는 선택진료제도를 인정한다는 전제 하의 질문입니다.)

|  |
| --- |
| **질문 2-7** |

앞의 7개의 질문을 감안할 때, 선택진료 제도는 무효인 제도였으며 따라서 선택진료비 대신 지급하는 「의료질평가지원금」 제도는 무효인 제도라고 생각되는데, 이에 대한 귀부의 의견을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-8** |

선택진료비는 건보 수가를 기준으로 다음과 같은 비율로 징수하도록 정하였습니다. ①진찰 55% ②의학관리료 20% ③검사50% ④영상진단 및 방사선 치료 25%~100% ⑤마취 100% ⑥정신요법 50% ~ 100% ⑦처치 및 수술 100% ⑧침․구 및 부황 100%와 같이 진료행위별로 선택진료비 징수 비율이 상이하였던 이유와 근거를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-9** |

영상진단 의사는 마취과 의사보다 75% 낮은 선택진료비를 받았습니다. 선택진료비에 차등이 있다는 것은 의사의 자격에 차등을 두는 것입니다. 같은 의사 면허를 가진 의사를 진료과에 따라 차등을 두는 것은 있을 수 없는 제도였다고 생각되는데, 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-10** |

「의료법」 제46조 제5항 및 제6항 그리고 「선택진료에 관한 규칙」 제정 당시의 보건의료정책실 담당 사무관, 과장, 정책관, 건강보험정책국 담당 사무관, 과장, 건보정책국장 이름을 알려주시기 바랍니다(기록을 남기기 위한 것임)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14-1 |  | **불법적인 선택진료제도를 폐기하는 댓가로 지불하는**  **「의료질평가지원금」 제도에 대한 질문** |

「의료질평가지원금」 제도는 종합병원과 상급종합병원에 돈을 더 주기 위한 인위적인 제도입니다. 뿐만 아니라 「의료질평가지원금」 제도 평가 항목에 있을 수 없는 문제가 있습니다.

병원이라면 법률에 따라 당연히 하여야 될 행위 또는 법률에 규정되어 있지 않더라도 의료윤리나 도덕상 당연히 하여야 될 일을 하거나 하였는데 이를 평가하여 「의료질평가지원금」이라는 명목으로 지원금을 주는 것은 있을 수 없습니다. 사회보험으로 의료보장을 하는 나라에서는 이런 제도가 결코 없습니다.

평가 항목의 모순을 검토하겠습니다.

참고를 위하여 우리나라와 일본의 「의료법」 목적을 요약하였습니다.

우리나라 「의료법」 제1조(목적)는 “모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 누릴 수 있도록 하기 위하여 의료법을 제정한다”고 규정하고 있습니다.

<**※참고사항**: **의료는 혜택이 아니고 보험료와 본인부담으로 구매하는 서비스 상품임. 돈을 주고 사는 서비스를 혜택이라고 의료법 목적에서 표현한 것은 있을 수 없는 규정임>**

일본 「의료법」 제1조(목적)는 “환자의 의료선택을 지원하기 위한 사항, 의료 안전을 확보하기 위하여 필요한 사항, 의료제공시설 상호간의 기능 분담에 필요한 사항을 규정함으로써 의료를 받는 자의 이익을 보호함과 아울러 양질이고 적절한 의료를 효율적으로 제공하는 체제를 확보함으로써 국민의 건강보지(保持)에 기여함을 목적으로 한다”고 규정하고 있습니다. 또 제1조의4 제1호에 “의료인은 의료를 받는 사람에 대하여 양질이며 적절한 의료를 시행하도록 최선을 다하여야 한다”고 규정하고 있고, 제2호에 “의료인은 의료를 제공할 시에는 적절한 설명을 하고 의료를 받는 자가 이해를 하도록 노력을 하여야 한다”고 규정하고 있습니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14-2 |  | ‘중복 처방에 따른 약화사고 등 예방’에 관한 질문 |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

의사가 진찰을 하고 의약품을 처방하고자 할 때에는 컴퓨터 화면에 뜬 최근에 환자가 처방을 받은 의약품 등의 성분명과 수량 등을 참고를 합니다. 따라서 중복처방이 발생할 수 없습니다.

그럼에도 불구하고 의사가 동일 성분의 의약품을 중복 처방을 하였다면 이는 업무상 필요한 주의를 태만히 하여 사람을 사상케 한 업무상 과실 치사상죄에 해당될 수 있습니다. 왜냐 하면 의약품의 품목 허가를 받을 때 1회 통상 최대단위 수량과 1일 통상 최대단위 수량도 함께 허가를 받으며 이 수량은 질병치료에 사용하는 의약품의 1회 또는 1일 처방 한계량입니다. 그런데 중복처방을 하면 한계량의 2배를 투약하는 것이 됩니다. 모든 의약품은 부작용이 있으며 동일 성분 의약품 과량 복용은 장기 손상은 물론 치명적인 약화사고로 이어질 수도 있습니다. 중복 처방은 의사의 주의 의무불이행으로 발생하는 문제이므로 처벌을 하여야 하는 문제이지 평가를 하여야 될 문제는 아니라고 생각되는데, 귀부의 의견을 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

평가 결과 중복 처방을 한 경우가 있었다면 몇 건이 있었는지 알려주시고 중복처방을 한 의사를 주의의무 불이행으로 행정 처분을 한 일이 있는지를 묻습니다.

**※참고 1: 질문자가 갑상선 기능항진으로 인하여 부정맥이 발생하여 모병원에서 치료를 받았습니다. 치료약은 메타마졸(부광약품)이었습니다. 약 9개월간 세 번 처방을 받았는데, 투약 후 혈액검사에서는 간, 신장, 췌장 등의 기능 검사도 함께 하였습니다. 이는 의약품 부작용을 관찰하기 위한 것이었습니다. 의약품 처방량은 설명서에 기재된 용량이었습니다.**

**※참고 2: 일본 나가노 지방재판소는 처방 식품을 부주의로 바꾸어 배식하여 오연성 사고를 일으킨 사건에 대하여 벌금형을 선고하였습니다(2019.3.25.). 하물며 동일성분 의약품의 중복 투약은 말이 안 됩니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14-3 |  | ‘신생아중환자실’에 관한 질문 |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

신생아중환자실 치료 환경 개선을 평가한다는데, 신생아중환자실 치료 환경을 최선의 상태로 유지하는 것은 병원과 의사의 의무입니다. 또한 신생아중환자실 입원료는 신생아중환자치료실을 최선의 상태로 유지한다는 전제 하에 정하여졌습니다. 따라서 「의료질평가지원금」을 주는 것은 부당하다고 생각되는데, 이에 대한 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14-4 |  | ‘의료의 질 평가 3항목’에 관한 질문 |

의료의 질 평가 항목은 ①마취환자 안전관리기반 마련 ②연명의료 여부에 관한 환자의 자기 결정권 제고 ③환자 중심의 의료 문화 조성 및 수요자 관점의 의료의 질 제고 등입니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

마취 환자의 안전관리 기반이 마련되어 있느냐를 평가한다고 하였습니다. 안전관리 기반이 마취를 위한 시설이라면 수술 등을 하는 모든 병원은 시설 기준에 따라 마취를 위한 시설을 다 확보하는 것이 필수 의무사항이고 마취시설 없이는 병원을 개설하지 못하는데 안전관리 기반을 평가한다는 것은 있을 수 없다고 생각되는데 귀부의 의견을 묻습니다. 아울러 마취 환자의 안전관리 기반이라는 용어의 뜻이 무엇인지도 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

연명의료에 대한 환자의 자기 결정권 제고를 평가하여 「의료질평가지원금」을 지급하겠다고 하였습니다.

연명을 논할 중병에 걸리기 전에 건강한 상태에서 문서로 연명의료 거부의사를 표명하거나 중병에 걸려 소생할 가망이 없는 상태에서 연명의료 중지 의사를 환자 스스로 표명하거나 환자가 의식이 없으면 가족이 연명의료 중지 의사를 결정합니다.

그러나 연명의료를 중지할 것이냐는 주치의를 중심으로 한 관련 위원회에서 협의 결정합니다. 연명의료 중단은 인명을 거두는 중요한 일이기 때문에 우리나라는 연명의료 중단 절차를 법률로 정하고 있는 드문 나라입니다. 따라서 ‘연명의료 자기 결정권 제고’라는 용어 자체가 말이 안 됩니다. 왜냐 하면 법률에 정한 절차대로 연명의료 중단 여부를 결정하면 될 뿐입니다. ‘연명의료에 대한 환자의 자기 결정권 제고’라는 보건복지부 표현대로라면 환자의 연명의료 중단 요구에 가장 많이 동의한 의사나 병원이 보상을 받는다는 말이 되는데, 이는 연명의료를 중단하지 않아도 될 환자에 대하여 연명의료 중단을 장려하는 꼴이 된다고 생각합니다. 이는 촉탁살인죄에 해당할 수도 있다고 생각합니다. 앞의 질문자의 의견에 대하여 의견표명 부분별로 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

“표준화된 진료정보 생산․관리를 통한 의료의 질 향상을 평가하겠다”고 하였습니다. 표준화된 진료정보 생산 및 관리는 병원 업무의 생산성 향상을 위한 것이므로 병원은 비용절감을 위하여 당연히 표준화된 진료정보를 생산하고 이를 관리하여야 합니다. 그런데 이를 평가하여 건강보험료로 보상을 하겠다는 것은 있을 수 없는 일이라고 생각하는데, 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 4** |

감염방지체계 구축이나 운영은 병원이면 당연히 하여야 합니다. 왜냐 하면 환자나 가족이 병원에서 오히려 다른 병에 감염된다면 감염방지체계 운영을 잘못한 병원이 책임을 져야하며 병원은 폐쇄 등의 처분을 받아야 합니다. 감염방지 대책 강구는 의료기관이면 당연히 하여야 된다고 생각되는데 감염 대책을 평가하여 건강보험료로 보상금을 주겠다는 것은 있을 수 없는 일이라고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

우리나라의 대형병원에 가면 슈퍼마켓, 커피숍, 24시편의점, 의류판매점, 여러 가지 음식을 파는 대형음식점, 중식․일식․베트남식 등 각 국별 음식점 등이 즐비하며 손님들로 넘쳐납니다. 환자면회가 자유롭습니다. 이러고도 감염예방 운운하는 것은 말이 안 됩니다. 세계 어느 나라 병원 안에 종합시장과 음식점가 등이 있습니까? 감염 차단은 대인 접촉 차단이 우선인데, 상점가, 음식점가를 병원이 운영하는 것은 감염대책이 없는 것과 같다고 생각하는데, 귀부의 의견을 바랍니다.

**※서구에서는 병실 출입은 병원 관계자만 합니다. 병원 내의 음식점가(街)는 상상도 할 수 없습니다.**

|  |
| --- |
| **질문 5** |

의료의 수십가지 분야를 평가를 하여야 의료의 질이 정상화될 정도로 우리나라 종합병원과 상급종합병원의 의료의 질이 낮은지를 답변하여 주시고 아울러 종합병원과 상급종합병원의 의료의 질이 평가를 하여야 할 정도로 낮다면 그 책임이 누구 또는 어느 기관에 있는지도 알려주시기 바랍니다.

**※다른 평가 항목도 앞에서 거론한 항목과 유사하므로 다른 항목에 대한 질문을 생략하겠습니다. 「의료질평가지원금」은 반드시 폐지되어야 합니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15 |  | ‘건강보험 요양급여비용’이라는 제목에 관한 질문 |

건강보험을 실시하려면 의사가 피보험자 또는 피부양자(이하 ‘피보험자’)인 환자와 보험자에게 의료기술료를 청구할 수 있는 진료수가표를 법률 규정에 따라 제정하여야 합니다. 이른바 국정(國定) 보험진료수가입니다. 우리나라는 행위별 진료수가 제도를 채택하였습니다. 행위별수가제도는 의사의 기술료와 진료에 필요한 의약품과 치료재료의 가격을 분리하여 진료비를 산정하는 제도입니다. ‘건강보험 요양급여비용(진료보수표)’은 의사의 진료행위별 난이도에 따라 기술료를 행위별로 비례 배점을 한 점수표입니다. 의사의 진료보수는 진료행위 중 이루어진 진료행위별 점수를 합산하여 계산합니다. 진료에 소요된 의약품값과 재료대는 보건복지부장관이 고시한 약가와 재료대의 상한가 이하로 구입한 가격으로 계산합니다. 의사의 기술료(수가표상의 입원료 포함)와 약값과 재료대를 합산하여 환자와 보험자에게 청구할 진료비의 총액을 외래와 입원별로 계산합니다.

법률 규정에 따라 외래는 진료비 총액의 30%를, 입원은 20%를 환자로부터 직접 맛돈을 받습니다. 외래진료비 중 70%와 입원진료비 80%는 외상으로 남겼다 나중에 월말이나 월초에 보험자인 국민건강보험공단(이하 ‘공단’)에 외상진료비를 청구합니다(실제는 진료비 심사 대행기관인 건강보험심사평가원에 청구).

청구된 의료비는 고시된 행위별 가격대로 청구되었는지 약가와 재료대는 구입가로 청구되었는지를 확인하고 아울러 과잉진료 등이 없었는지도 심사를 한 후 의료기관에 지불합니다. 보험자가 외상진료비를 의료기관에 상환하는 행위를 구미에서는 reimbursement라고 합니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

‘요양급여비용’이란 뜻은 요양급여에 소요된 총비용이란 뜻이기 때문에 진료행위별로 의사의 보수를 정한 수가표에 붙일 수 없는 명칭이라고 생각되는데 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

「국민건강보험법(이하 ‘법’)」 제41조 제1항에 규정한 요양급여 항목은 1. 진찰․검사(검사는 진찰의 한 과정임) 2. 약제, 치료재료의 지급 3. 처치․수술 및 그 밖의 치료 4. 예방․재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송입니다. 이 7개 항목 중 진찰, 검사, 처치, 수술, 입원에 관한 행위별 수가만 정하여 고시를 하였습니다. 요양급여 중 약제와 치료재료의 지급, 예방, 간호, 이송은 ‘요양급여비용’에 포함되어 있지 않습니다.

그럼에도 불구하고 ‘요양급여비용’이라고 수가표 제목을 정한 것은 법률 규정에 부합하지 않는다고 생각되는데 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 3** |

‘요양급여비용’은 환자 진료 과정에서 행한 진료행위별 의사의 보수를 책정한 일람표이므로 ‘요양급여비용’을 ‘진료보수점수표’ 또는 ‘진료수가기준’이라고 개정하는 것이 옳다고 생각되는데, 귀부의 의견은?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 16 |  | ‘건강보험요양급여비용의 내역’ 개정에 관한 질문 |

|  |  |
| --- | --- |
| **질문을 위한 참고 사항** |  |
| ◆ **행위별 진료수가 제정의 원칙**  **진료행위별 의사 등의 진료보수는 다음과 같은 항목을 참고로 하여 정합니다.**  ① 행위별 평균 난이도와 시간을 감안하여 보수를 정합니다.  충수절제술의 난이도와 시술 시간은 환자마다 상이하므로 여러 환자의 수술 난이도와 시술 시간을 평균치로 측정하여 수가를 정한다는 뜻입니다.  ② 의사 자격을 가진 자이면 누가 의료행위를 하였는지를 따지지 않고 동일한 보수를 지불합니다.  의사의 경력이나 숙련도에 따라 보수를 지불하지 않는다는 뜻입니다.  ③ 따라서 건강보험진료수가는 하나의 진료행위에 2가지 수가가 있을 수 없습니다. ‘건강보험 요양급여비용’을 제정할 때 주로 참고하였다는 미국의 외래수가표(RBRVS) 제정 제1 원칙은 다음가 같습니다.  “There should be one price for each service regardless of the training and background of the person performing that service(Feldstein P.J.(1999), Health Economics 제 10장).”  즉 한 진료행위에 2가지 수가가 있을 수 없다는 뜻입니다.  **◆ 의료정책이 지향하는 세계 공통의 목표는 다음 세 가지입니다.**  ① 의료의 질 ② 의료의 접근성 ③ 의료의 비용  우리나라는 의료의 질도 높고 접근성은 세계 1위이며 따라서 의료비의 증가속도는 OECD 국가 중 제일 빠릅니다. 의료비의 증가 속도를 조절하지 못하면 실패한 건강보험이 될 것입니다.  **◆ 진료수가의 정책 조정 기능**  ① 국민의료비 증가를 진료수가 조정으로 억제 또는 통제를 할 수 있음  ② 의과, 치과, 한방 의료기관과 약국에 대한 진료비 배분을 통하여 각 진료분야 발전을 조정할 수 있음  ③ 긴급성이나 필요성이 높은 분야의 수가를 높여줌으로써 정책 목표를 달성할 수 있음  **※예: 저출산․고령화로 소아과나 산부인과의 지망생이 적어지면 해당 분야 진료 수가를 타분야보다 월등히 높게 조정함**  ④ 모든 나라는 진료수가와 보험 약가 제도를 통하여 보건의료, 제약 등의 정책을 통제하고 있음 | |

「국민건강보험법」 제45조 제1항 규정을 요약하면 건보수가(요양급여비용) 인상은 공단이사장과 의약계 대표가 계약을 함으로써 이루지는데, 건보수가 인상은 점수당 단가를 인상하는 것이며 점수당 단가를 진료행위별 점수에 승(乘)하여 의료기술료 등의 수가를 계산합니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

제목이 ‘건강보험 요양급여비용의 내역 개정’으로 되어 있는데, 개정 내용은 점수표의 1점당 단가를 인상 개정하는 것이므로, 제목을 ‘상대가치점수당 또는 1점당 가격 개정’이 되는 것이 타당하다고 생각되는데, 귀 부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

개정문 내용 중 『시행령 제21조 제2항에 의하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 ‘요양급여의 상대가치점수’의 아래 유형별 분류에 따른 점수당 단가로 한다』고 서술하고 있습니다.

상대가치점수는 상수의 개념이고 장관의 고시는 진행형이 아니고 완료형(고시한)이어야 맞습니다. 이에 대한 귀부의 의견은?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 17 |  | ‘2000년 새로 도입한 수가체계’에 관한 질문 |

|  |
| --- |
| **<참고사항>**  ‘건강보험 요양급여비용(건보진료수가표)’의 문제점에 대하여 질문하기 전에 복지부의 답변자들이 참고할 수 있도록 최초의 우리 나라 국정 진료수가였던 ‘의료보험진료 수가기준’이 어떻게 제정되었는지를 간략하게 설명하고자 합니다.  1977.7.1. 의료보험을 실시하기 이전에는 우리 나라 모든 의료기관의 진료수가는 포괄수가였습니다. 포괄수가제로는 의료보험을 실시할 수가 없었을 뿐만 아니라 의원급은 수가표라는 개념이 없었고 병원급이 갖고 있는 포괄수가표의 포괄수가 항목이 150-200개정도였습니다. 행위별수가를 만드는데 참고할 자료가 전혀 없었습니다. 당시 보건사회부 장관이셨던 신현확장관께서 일본의 진료보수점수표 (갑)과 (을) 2권을 구해 주셔서 행위별 수가의 구조를 대강 파악할 수 있었습니다.  우리 나라 서양 의학은 19세기말 미국, 카나다 등에서 기독교 선교를 위하여 오신 의료선교사를 통하여 전하여졌으나 본격적인 서양의학교육은 일제하에서 시작되었습니다. 경성제국대학의학부, 경성의전, 평양의전, 함흥의전, 대구의전 등에서 공부한 한국 의사분들이 해방 이후 우리 나라 의과 대학에서 의사를 양성하였기 때문에 우리 나라의 의학교육이나 의료제도가 일본과 거의 같았고 한자 문화권에서 사용하는 의학용어의 대부분을 일본이 화제(和製) 한자를 만들어가면서 번역을 하였기 때문에 우리 나라에서 쓰이는 의학용어는 100% 일본과 동일하였습니다  **※일본 최초의 서양식병원은 1548년 루이스 알메이다가 현재 ‘오이다’에 세운 3층 건물임. 해부학교과서인 해체신서(독일 해부학책 번역)가 인쇄된 것은 1774년임. 화란인 봄베가 일 본 최초의 의과대학인 나가사기 양성소를 1857년에 개교)**  일본 진료보수점수표는 행위간 비례가 잘 잡힌 수가표였기 때문에 일본 진료보수점수표의 의료행위 명칭과 분류 방법을 그대로 채택하고 일본 수가의 1점당 가격을 참고하여 우리 나라 의료보험의 진료수가로 정하고자 하였으나 의료계의 맹렬한 반대로 실패를 하였습니다. 의료계는 의료보험 실시를 막거나 최대한 연기를 하는 것이 목표였습니다.  일본의 진료보수점수표를 응용한 수가표 제정에 실패를 한 후 장관님 하명으로 1976년 11월 20일부터 20일간 일본이 진료보수점수표를 어떻게 제정하였는지를 공부를 하기 위하여 의료계 인사들과 함께 일본에 출장을 갔습니다.  일본 후생성에 가서 수가 제정 경위를 물었더니 오래된 일이라 모르겠다고 하였습니다. 당시 일본 병원연구소 소장 하시모도씨가 수가 제정에 참여하였다는 전언을 듣고 그 연구소에 갔습니다. 하시모도소장에게 물었더니 “감으로 만들었다”고 하였습니다. 막연한 말씀이라 “감이란 무엇입니까”하고 되물었더니 의사 등 의료 관계 전문가와 의료경제 관계 전문가들이 모이면 행위별 난이도나 시술 시간에 대한 공통된 감이 있게 마련이라고 설명하였습니다. “아! 그래, 나도 한국에 돌아가서 행위별 난이도와 시간을 조사하는 조사표를 만들어 대학병원 등으로부터 난이도와 시술 시간표를 받아 우리나라 의료보험 수가를 만들면 되겠다”는 생각을 하였습니다. |

|  |
| --- |
| **<참고사항(계속)>**  한국에 귀국해서 우리 나라 의료보험 수가를 제정한 과정을 말씀드리면 다음과 같습니다.  외과, 정형외과, 신경외과, 이비인후과, 안과 등 각 과의 난이도와 시술 시간은 비교적 쉽게 조사할 수 있습니다. 일본 진료보수점수표를 진료과별로 분류하고 과별로 진료행위의 난이도, 시술 시간, 진료행위의 빈도를 조사하기 위하여 조사표를 만들었습니다. 이 조사표를 11개 병원(국립의료원, 서울대학교병원, 연세대세브란스병원, 가톨릭의대성모병원, 적십자병원, 고려병원, 한양대부속병원, 순천향병원, 백병원, 필동성심병원, 을지병원) 에 배포하고 1주일 내에 조사표에 필요한 사항을 기재해 줄 것을 요청했습니다. 조사표 기재 요령은 다른 진료과의 난이도는 고려하지 말고 해당 진료과의 진료행위 중 가장 난이도가 높은 행위에 1,000점을 부여하고 나머지 행위는 1,000점을 부여한 행위와 비교해 평균 난이도를 하향 배점토록 하였습니다. 시술 시간은 동일상병이라도 시술시간이 상이하기 때문에 동일상병의 월간 건수의 평균 시술 시간을 기재하는 것으로 했습니다. 마지막으로 빈도는 1개월 간 시술한 건수를 기재해 달라고 했습니다.  조사표 배포는 11개 병원에 했는데, 적십자병원과 필동성심병원에서 조사표를 회수할 수 없었습니다. 일주일 후 매일 해당 병원 원무과에 전화를 하여 진도를 점검했는데, 일주일 내에 기표를 완료한 병원이 몇 곳 있었던 것으로 기억합니다. 기표가 끝나면 해당 병원에 직접 가서 회수를 했습니다. 그렇게 진료행위별 난이도, 시술 시간, 빈도를 조사한 후 행위별 9개 병원의 난이도 점수의 평균치, 시술시간의 평균치, 빈도의 평균치를 산출했습니다. 시술 시간의 행위별 평균치의 1분당 점수를 정하여 시술 시간의 행위별 점수를 산출한 후 난이도 점수와 합산하여 시술행위별 점수를 정한 후 시술빈도가 높은 순서로 시술행위를 5그룹으로 나누고 시술빈도가 가장 높은 그룹은 기존 점수에서 5%를 삭감하고 그 다음 그룹은 4%를 삭감하는 식으로 시술 빈도가 높은 행위의 점수를 감점하여 행위별 최종 점수를 정했습니다.  대체로 난이도가 높은 시술은 시술시간도 길다고 되어 있으나 예외적인 것이 있을 수 있다고 봤기 때문에 난이도와 시술 시간을 함께 조사해 점수에 반영했습니다. 빈도에 따른 점수 삭감은 다빈도 상병에 대해서는 의료비를 조금 줄이려는 의도적인 조치였습니다.  진료과 간 난이도를 어떻게 정하느냐가 내가 제일 고심한 부분이었습니다. 이모저모로 궁리하다가 문득 관행수가가 포괄수가로 되어 있다고 하지만 진료행위별 포괄수가이므로 관행 수가를 가중치로 사용하면 진료과 간 난이도 상이 문제를 해결할 수 있겠다는 생각을 했습니다.  9개 병원의 진료행위별 포괄수가 평균치는 이미 조사가 돼 있었습니다. 그래서 진료과별로 도출한 점수표의 동일한 점수에 관행수가를 대입했더니 과별로 동일한 점수라도 일반외과보다 정형외과, 정형외과보다 신경외과의 관행수가가 높았습니다. 그래서 가중치 계산표를 만들었습니다<표 >.  과별로 동일한 점수인 1,150점이 관행수가표상으로는 A과가 20만 5천원, B과가 27만원, C과가 32만 5천원으로 계산됐습니다. A과의 20만 5천원을 100이라고 정하면 B과의 27만원은 A과의 20만 5천원보다 27%가 높으며 C과의 32만 5천원은 A과의 20만 5천원보다 59% 높습니다. 관행수가를 가중치로 한 각 과의 점수는 그렇게 결정되었습니다<표 >. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **<참고사항(계속)>**  **<참고표 3 > 진료과간 가중치 계산표**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **A과** | | | **B과** | | | **C과** | | | | **행위별** | **점수** | **관행수가**  **(만원)** | **행위별** | **점수** | **관행수가**  **(만원)** | **행위별** | **점수** | **관행수가**  **(만원)** | | 가 | 500 | 10 | 바 | 500 | 13 | 카 | 500 | 15 | | 나 | 300 | 5 | 사 | 300 | 7 | 타 | 300 | 8 | | 다 | 200 | 3 | 아 | 200 | 4 | 파 | 200 | 5 | | 라 | 100 | 1.5 | 자 | 100 | 2 | 하 | 100 | 3 | | 마 | 50 | 1 | 차 | 50 | 1 | 거 | 50 | 1.5 | | 계 | 1,150 | 20.5 | 계 | 1,150 | 27 | 계 | 1,150 | 32.5 | | 100 | | | 127 | | | 159 | | |   **<참고표 4> 각 진료과별 점수**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **A과** | **B과** | **C과** | | 100\*1 | 100\*1.27 | 100\*1.59 | | 500 | 635 | 759 | | 300 | 381 | 477 | | 200 | 254 | 318 | | 100 | 127 | 159 | | 50 | 64 | 80 |   당시에는 포괄수가제도였으므로 진찰료 개념이 없었고 입원실료 결정이 문제였습니다. 이 문제를 해결하기 위해 고려병원, 백병원, 연세의원으로부터 1975년도 결산서를 제출 받아 약가이윤을 조사했더니 총 수입의 3분의 1정도였습니다. 동 이윤을 5:5로 진찰료와 입원료로 배분하여 진찰료와 입원료를 정하였습니다. 점수표를 금액으로 환산하여 최종수가표를 만들기 위해서 외래 입원별로 몇 가지 상병을 정해 진료차트를 받아 행위별로 신점수를 대입하여 수가 수준을 측정하는 작업을 했는데, 외래는 보건사회부에서 서울검역소장과 방역과장 등을 역임하고 퇴직 후 개업을 하고 계시던 노인봉선생의 협조를 받았고, 입원은 국군통합병원 군의관들이 분석한 입원 차트에 점수를 대입해 수가 수준을  측정했습니다.  당시에 고려병원 등이 대우, 삼성 등 직원 공제조합과 진료계약을 맺을 때 병원수가의 80%로 계약을 한다는 신문기사를 본 일이 있어 고려병원 사무장에게 문의했더니 사실이라고 알려주었습니다. 수가 할인은 집단계약이기 때문에 이루어지는 것입니다. 의료보험의 보험집단은 공제조합과는 비교가 안되는 큰 보험집단이므로 공제조합 계약보다 5% 더 할인된 수준으로 의료보험수가를 정하는 것이 맞겠다는 생각을 했습니다. 우리나라에서 최초로 실시하는 의료보험이 초기부터 재정에 문제가 생기면 실패했다고 언론 등이 시비를 할 수도 있기 때문에 가능하면 저수가로 시작해서 의약계가 어려워지면 조정을 하면 되지 않겠느냐는 생각을 하였습니다.  공무원은 간이 작아야 할 때가 흔히 있습니다. 수가 수준을 잘못 측정하여 의료보험이 실패로 돌아가면 모든 것이 저의 책임이고 윗 분들에게 누를 끼치게 되기 때문에 조심 또 조심을 했습니다. 일본의 성루가병원 오찌아이 기획실장이 “의료의 사회화는 수진율을 크게 올라가게 한다”는 가르침도 한 몫 했다고 보면 됩니다. 이런 생각에 따라 관행  수가의 75% 선에서 의료보험 수가를 정했습니다. |

|  |
| --- |
| **<참고사항(계속)>**  치과 의료보험 수가 제정 경위와 방법을 간략하게 설명하겠습니다. 문제가 되고 어려웠던 것이 의과 의료보험 수가표였기 때문에 치과 의료보험 수가표에 대해서는 걱정만 했을 뿐 손 댈 시간이 없었습니다. 1976년 3월 초순에 치과 의료보험 수가표 제정을 위하여 치과의사협회 대표를 의협 수가 작업 현장에 모셨습니다. 치과협회 대표로 오신 분은 서울대 치대 교수를 지낸 치협 부회장 이재현선생이었는데 온화하고 합리적인 분이었습니다.  이재현선생에게 의과수가표 작성 경위를 설명하고 치과의 행위별 난이도, 수술시간, 빈도를 조사할 시간이 없다고 말씀 드리고 일본 출장 중에 구입한 일본 치과 진료보수점수표를 참고하여 치과 의료보험 수가를 만들 것을 제안하였습니다. 이 부회장은 나의 제안에 대해 가부를 명확하게 표명하지 않았습니다. 내가 일본 치과 진료보수전수표를 드리고 일본 치과 수가표의 행위별 배점이 합리적으로 되었는지 검토해 달라고 부탁했습니다. 일본 치과 진료보수점수표는 의과처럼 행위별 항목이 많지 않았기 때문에 점수표를 보는데 시간이 많이 소요되지 않았습니다. 일본 치과 진료보수점수표의 행위간 배점이 합리적이냐고 물었더니 그렇다고 답변했습니다. 그래서 일본 치과 점수보수점수표 중 보철 부분만 제외하고 일본 점수표의 1점을 우리 돈 10원으로 환산해서 우리 나라 치과 수가표를 제정하자고 제의했습니다. 이 부회장은 그 문제는 협회와 의논해야 하므로 다음 날 얘기하자고 했습니다. 다음 날 와서 1점당 10원은 곤란하다고 하여 조정했는데 당시 점수 당 금액이 얼마였는지는 오래되어 기억나지 않습니다. 치과 수가표는 불과 며칠 만에 일본 치과점수표를 참고해서 만들었습니다. |

앞에서 쓴 것과 같이 최초의 ‘의료보험 진료수가 수준’은 행위별 시술 난이도와 시술 시간 등을 조사하여 과학적으로 제정한 합리적인 국정(國定) 수가였습니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

그럼데도 불구하고 연세대학교 의과대학 예방의학교실에 새로운 의료보험수가 제정을 위한 용역을 준 경위를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

병원을 경영하고 있는 연세대학교 의과대학에 의사가 받아갈 진료보수 일람표 작성 용역을 준 것은 있을 수 없는 사건입니다. 의료비를 받아갈 기관이 기존 보수표보다 불리한 진료보수표를 만들 리가 없기 때문입니다. 용역은 복지부의 실수였다고 생각되는데, 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

용역을 받은 기관은 수가 제정에 경험이 없어 미국의 ‘RBRVS’를 참고로 하여 상대가치점수표를 만들었습니다. RBRVS는 병원이 개방형으로 운영되는 나라에서 주로 전문의가 자기 환자를 데리고 병원에 가서 병원의 시설 등을 이용하여 진료를 하였을 때 기술료를 계산하는 행위별 외래수가표입니다. 그런데 우리나라는 병원 운영 체계가 개방형(open system)이 아닙니다. 따라서 attending진료라는 개념조차 없는 나라인데 의사의 attending 보수를 정한 RBRVS를 참고하여 우리나라의 수가를 정한 것은 불합리하다고 생각되는데, 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 4** |

우리나라 병원은 외래와 입원 수입으로 운영되는데 외래 수가를 기준으로 수가를 정하면 많은 불합리가 생길 수 있다고 생각되는데, 귀 부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 5** |

RBRVS를 참고하여 수가를 제정하는 과정에서 RBRVS 수가 제정 원칙인 ‘one price for each service’의 원칙을 지키지 않은 이유를 알고 싶습니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

의사가 받아갈 의사의 진료보수표 제정을 의사에게 의뢰한 나라가 있으면 그 나라 이름을 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 7** |

대학병원이 의사보수표 제정 초안을 작성하였기 때문에 대학병원과 대학병원 봉직의에게만 유리하게 점수표가 제정이 되었다고 생각되는데, 귀부의 의견은? (뒤에서 구체적으로 질문할 것임)

|  |
| --- |
| **질문 8** |

새로운 진료보수표인 ‘건강보험 요양급여비용(진료수가표)’을 시행한 연도에 건강보험 의료비가 45% 이상 증가하여 건보재정이 파탄이 나 은행에서 차입을 하여 의료비를 지불한 바가 있습니다. 건강보험 요양급여비용(진료수가표)’ 시행시 기존 ‘의료보험진료수가 기준’의 수가 수준과 비교를 하여 같은 수준으로 수가 수준을 맞춘 후 시행하여야 하는데 그와 같은 조치를 취하였는지 여부를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 9** |

질문 8에서와 같은 절차를 밟지 않고 신수가를 시행하여 의료비가 증가하였다면 증가한 의료비만큼 보험료에 손실을 준 것이 되므로 당시 공무원들이 책임을 져야 한다고 생각되는데, 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 10** |

세계 건강보험 수가의 역사 중 행위별 수가에서 포괄수가로 수가 계산 방법을 바꾼 예는 있으나 행위별 수가체계 아래에서 선행 수가 체계를 감안하지 않고 수가 체계를 완전히 뒤집어 바꾼 예는 없다고 생각되는데, 귀 부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 11** |

당시 수가 개정에 참여하였던 공무원 등이 연세대학교 의과대학을 졸업한 분으로 알고 있습니다. 당시의 복지부 담당 국․과․계장명과 용역팀 연구자들 이름을 알려주시기 바랍니다(기록으로 남기기 위한 것임).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 18 |  | **유형별 분류에 따른 상대가치점수 1점당 가격에 관한 질문** |

「의료법」과 「약사법」 등에 규정된 의료기관과 약국 등의 상대가치점수 1점당 단가는 다음과 같습니다.

|  |  |
| --- | --- |
| **유형별 분류** | **점수당**  **단가** |
| 「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 의료기관 중 병원, 요양병원 및 종합병원 | 74.9원 |
| 「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의료기관 중 의원 | 83.4원 |
| 「의료법」 제3조 제2항 제1호 및 같은 항 제3호에 따른 의료기관 중 치과의원 및 치과병원 | 84.8원 |
| 「의료법」 제3조 제2항 제1호 및 같은 항 제3호에 따른 의료기관 중 한의원 및 한방병원 | 84.8원 |
| 「의료법」 제3조 제2항 제2호에 따른 조산원 | 130.1원 |
| 「약사법」 제2조 제3호에 따른 약국 및 같은 법 제91조에 따른 한국희귀의약품센터 | 85.0원 |
| 「지역보건법」에 따른 보건소․보건의료원 및 보건지소와 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소 | 81.5원 |

자료: 보건복지부(2019), 2019 건강보험요양급여비용

|  |
| --- |
| **질문 1** |

건보수가 인상 조정을 상대가치점수 1점당 가격을 인상하는 방식으로 하면 의료비증가 억제에 문제가 생깁니다.

건보수가 조정은 가능하면 의료비 증가를 억제하도록 조정하여야 합니다. 과잉진료를 유발할 수 있는 재진료나 각 종 검사 수가는 평균인상률보다 낮게 최대한 억제하고 진료건당 진료행위를 한 번 밖에 할 수 없는 초진료, 처치, 수술료 등은 평균 수가인상률보다 높게 조정하는 것이 외국의 수가 조정방식 입니다.

일본은 진료보수표를 개정할 때 재진료는 초진료보다 낮게 인상하며 각 종 검사료는 특별한 경우가 아니면 인상하지 않는 것이 통례입니다. 따라서 10년 전 검사 수가나 지금 수가가 동일한 경우가 많습니다.

우리나라도 점수당 단가 조정 방식이 도입된 2000년도 이전까지는 진찰, 입원, 검사, 처치, 수술 등의 의료비 지출 비율을 계산한 후 검사료는 다른 부분보다 적게 인상하였습니다. 병의원 경영 분석 결과 수가를 3% 인상하여야 한다는 결론이 나오면 각 종 검사료는 1.5%정도 인상하고 나머지 1.5%를 처치 및 수술이나 초진료로 돌려서 인상하는 방식입니다. 따라서 처치료 및 수술료의 인상률은 검사료 인상률보다 50% 정도 높았습니다.

모든 분류 항목이 동일한 비율로 수가가 인상되는 점수의 1점당 가격 인상 방식은 검사를 많이 하는 병원급 특히 대학병원에 유리한 제도로 의료비 증가 속도를 가속화하는 제도라고 생각되는데, 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

상대가치점수표의 1점당 가격을 인상하는 수가 조정 방식은 수가의 정책 조정 기능을 포기하는 수가 조정 방식이라고 생각되는데, 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 3** |

2019년도 의과 병원급의 점수1점당 가격은 74.9원이고 의과 의원급 점수1점당 가격은 83.4원입니다. 의원급의 점수1점당 가격이 병원급의 점수 1점당 가격보다 11.4% 높게 평가되어 있습니다. 이는 의원급의 의사의 진료행위 난이도 등이 11.4%가 높거나 의료의 질이 병원급보다 11.4% 높다는 뜻입니다. 대학병원의 의료의 질이나 의료행위의 난이도가 의원보다 낮다고 평가를 한 수가체계가 타당한 지를 답하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 4** |

의료수가는 시술자의 경력이나 숙련도를 감안하지 않고 진료행위별 난이도와 시술 시간의 평균을 기준으로 정하기 때문에 하나의 진료행위에 두 가지 이상의 진료보수는 있을 수 없습니다. 병의원의 1점당 점수를 상이하게 정한 것은 ‘one price for each service(일본은 ‘一物一價’)’이라는 의료수가 제정 원칙을 위반한 것이라고 생각되는데, 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 5** |

의료수가는 진료행위를 한 의사에게 노동의 댓가로 지불할 보수를 정하는 것이므로 의료기관의 크기에 따라 의사의 보수를 정한 것은 불합리하다고 생각되는데, 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 6** |

병상수를 기준으로 의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원으로 구분합니다. 병상수가 많을수록 환자도 많게 되어 의료장비 가동률도 높아지며 따라서 수입도 더 많아집니다. 병상은 입원료로 보상을 받습니다. 따라서 의료기관의 규모에 따라 진료행위별 수가가 달라져서는 아니된다는 의견에 동의하는지 여부와 병원의 크기에 따라 동일 진료행위에 대한 진료 보수를 차등 지불하는 나라가 있으면 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 7** |

의과의 경우 의원의 1점당 단가가 병원보다 11.4% 높습니다. 그런데 치과와 한방은 의원과 병원이 1점당 단가가 동일합니다. 의과의 1점당 단가는 병의원이 상이한데 치과와 한방의 1점당 단가는 동일한 이유와 근거를 밝혀주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 8** |

의과와 치과 그리고 한방 진찰 방법과 치료 방법이 상이하므로 진료보수와 요양급여기준을 따로 정하고 진료보수표도 외국과 같이 별도로 발행하는 것이 타당하다고 생각되는데, 이에 대한 귀부의 의견은 ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 19 |  | ‘건강보험 행위급여․비급여 목록표 및 급여 상대가치점수’라는  제목에 관한 질문 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 19-1 |  | 건강보험 행위 급여에 관한 질문 |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

‘건강보험 행위급여’라는 용어는 용어의 의미가 성립되지 않습니다. ‘건강보험 행위급여’라는 문장을 글자 그대로 해석을 하면 “건강보험이 하는 행위를 급여를 한다”가 됩니다. 국어사전에서는 ‘행위’를 “사람이 하는 짓”이라고 설명하고 있습니다. 건강보험은 사람 또는 의사가 아니기 때문에 행위를 할 수 없습니다. 그리고 국어사전에서는 ‘급여’를 “대가를 주거나 베푸는 것, 급여나 월급 등의 총칭, 관공서나 회사 같은 곳에서 근로자에게 주는 급료나 수당”이라고 설명하고 있습니다. 이와 같은 국어사전의 뜻에 따라 ‘건강보험 행위 급여’를 다시 풀어쓰면 “건강보험이 하는 짓에 대하여 급여 또는 월급을 준다”가 됩니다. “건강보험 환자를 진료하는 과정에서 의사 등이 행한 진료행위별 진료보수를 진료항목별로 정한 점수표”라는 의미를 담고 있어야 할 제목이 엉뚱하게도 “보험자가 하는 짓에 대한 월급이나 급여”라는 뜻으로 되어 있는 것입니다.

‘건강보험 행위 급여’라는 제목이 질문자가 앞에서 쓴 바와 같이 비합리적이고 말도 안되는 제목이라는 질문자의 의견에 귀부는 동의하는지요, 아니면 질문자의 의견에 대하여 구체적으로 반박하는 답변을 주시기 바랍니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 19-2 |  | 비급여 목록표에 관한 질문 |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

건강보험진료보수표는 건강보험의 여러 급여의 하나인 요양급여 중에서도 의사 등의 진료보수를 진료행위별로 정하여 장관이 고시한 일람표입니다. 따라서 ‘비급여 목록’을 진료보수를 정한 일람표에 등재를 할 수 없습니다. 세계 어느 나라가 건강보험진료보수표에 보험자가 요양급여를 하지 않는 각종 검사와 진료 등의 항목을 나열하고 의료기관에게 마음대로 환자로부터 진료보수를 받으라고 하는 나라가 있습니까 ? 그런 나라가 있으면 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

‘비급여 목록’의 고시는 건강보험진료보수표에 신의료기술의 등재 신청을 하지 말라고 장려하는 것입니다. 비급여 목록 제도가 비급여 진료를 조장하고 있다고 생각하는데, 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 3** |

따라서 ‘건강보험 행위급여․비급여 목록 및 급여 상대가치점수’라는 제목을 ‘건강보험 진료보수점수표’로 개정하는 것이 타당하다고 생각되는데, 귀 부의 의견은?

**※점수표 난이도 등을 감안한 비례배점표이기 때문에 상대가치라는 용어는 필요없음. RBRVS에서 상대가치라는 용어를 따온 모양인데 점수표가 비례배점표인 것은 상식임.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 20 |  | 1977년도 진료수가 기준 산정 지침 제5항․제6항․제7항에  관한 질문 |

**◆ 현황 및 문제점**

1977년 7월 강제 적용 방식으로 의료보험을 실시하기 위하여 1977년 6월 의료보험 진료수가 기준을 제정 고시하였습니다. 이 진료수가기준 산정 방법 제5항, 제6항, 제7항의 규정은 다음과 같았습니다.

|  |
| --- |
| **진료수가기준 산정 방법**  - **제5항:** 진료용 재료는 [별표 1. 진료수가기준액표]에 별도로 산정할 수 있도록 규정한 경우와 보건사회부장관이 별도로 인정하는 경우에 한하여 산정하되, 그 재료대는 요양기관의 실구입가에 의한다. 다만 특수하거나 새로운 진료용 재료(형태, 재질 등의 변경 포함)에 대하여는 보건사회부장관이 별도로 정하는 바에 의한다.  - **제6항:** 보건사회부장관이 진료재료대를 별도 고시하거나 진료비심사지급기관이 진료재료대를 적정하게 심사 지급하기 위하여 관련 단체와 협의하여 협약가를 정한 경우에는 그 가격으로 산정한다.  **- 제7항:** 제2장 내지 제10장 및 제13장에 분류되지 아니한 항목과 비슷한 진료행위는 가장 비슷한 분류 항목에 준용하여 산정할 수 있으나 준용하기 곤란한 특수 또는 새로운 진료행위에 대하여는 보건사회부장관이 별도로 인정하는 기준에 의한다. |

이 규정은 진료재료대는 물론이고 신의료기술에 대하여는 보건사회부장관이 별도로 인정하는 기준에 의하여 치료비를 청구하게 함으로써 비급여제도를 인정하지 않았습니다.

보건복지부장관이 인정하지 않은 항목의 진료를 하고 환자에게 진료비 전액을 징수하는 행위는 부정청구로 간주하였습니다.

강제 적용 방식으로 의료보험을 시행할 당시의 「의료법」 제37조(의료보수) 규정은 다음과 같았습니다. “의료기관이 환자 등으로부터 징수할 의료보수에 관하여 그 지역을 관할하는 도지사의 **인가**를 받아야 한다”

1977년 의료보험은 500인 이상 사업장부터 시작하였기 때문에 1989년 7월 전국민의료보험이 실시될 때까지 의료보험 비적용 환자가 존재하였습니다. 1989년 6월까지 「의료법」 제37조가 존속한 것은 타당하였으나 전국민의료보험이 실시된 이후에는 「의료법」의 의료보수조항은 삭제됐어야 합니다. 왜냐 하면 전국민이 피보험자 또는 피부양자가 되어 보험의료를 받게 되고 의료수가는 ‘의료보험진료수가기준’을 적용하게 되었기 때문입니다. 일본 「의사법」이나 「의료법」에는 의료수가 규정이 없습니다.

「의료법」 제37조에 의료보수 규정이 있었음에도 불구하고 의료보험환자 진료시 신의료기술, 신약, 새로운 치료재료 등에 대한 수가를 보건사회부장관에게 정하여 줄 것을 신청하여 장관이 수가를 정하지 않은 상태에서 신의료기술 등의 시술을 하고 의료기관이 의료수가를 징수하면 부정 청구로 간주하여 요양취급기관 지정을 취소하였습니다. 요양취급기관 지정 취소가 많았던 연도가 언제인지는 확실치 않으나 210개 의료기관이 요양취급기관 지정 취소를 당하였던 적도 있습니다. 이렇게 많은 요양기관취급기관에 대하여 지정 취소를 한 근거는 진료수가 산정방법 제7항입니다.

요양취급기관 지정을 받을 때의 법률상 조건은 의료보험 진료수가와 약가기준에 따라 의료기관이 보험환자 진료비를 징수하는 것입니다.

비급여 의료비를 의료기관이 자의적으로 정하여 징수할 수 있도록 2001년 「의료법」 제37조를 다음과 같이 개정하였습니다.“의료기관이 환자 등으로부터 징수하는 의료보수에 관하여는 종합병원, 병원, 치과병원 또는 요양병원은 그 지역을 관할하는 시도지사에게 신고를 하여야 하고 의원, 치과의원, 한의원 또는 조산원은 시장, 군수, 구청장에게 신고를 하여야 한다. 다만 다른 법률에 따라 징수하는 의료보수에 대하여는 그러하지 아니하다.” 이와 같이 「의료법」을 개정하고 ‘건강보험 요양급여비용(진료수가표)’을 새로 정하면서 의료보험진료수가 산정방법 제5항~7항을 삭제하였습니다. 이로써 비급여수가를 의료기관이 마음대로 정하여 받을 수 있는 길을 열어주었습니다.

2010년 1월 18일 「의료법」 제37조를 폐기하고 다시 「의료법」 제45조를 다음과 같이 신설하였습니다. “의료기관 개설자는 국민건강보험법 제41조 제3항에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 사항 또는 「의료급여법」 제7조제3항에 따라 의료급여 대상에서 제외되는 사항의 비용을 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 알 수 있도록 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고지를 하여야 한다.”

의료기관별로 비급여 수가를 신고하는 제도조차 폐지하고 의료기관별로 비급여수가를 정하여 받을 수 있게 규정을 개정하였습니다.

의료라는 서비스 상품은 공급자와 수요자 간에 정보의 비대칭성이 강합니다. 정보의 비대칭성이라는 것은 어떤 물건에 대한 수요측과 공급측이 가지고 있는 정보의 질이나 양에 차이가 있는 상태를 말합니다. 옷감을 구매하는 경우를 생각해 봅시다. 소비자는 면직보다는 모직이, 모직 중에서도 양모보다 캐시미이어로 짠 옷감이 더 비싸고 가볍고 따뜻하다는 것을 알고 구매를 합니다. 따라서 공급자는 같은 무게 또는 같은 면적의 면직을 모직보다 더 비싸게 팔 수가 없습니다. 소비자도 모직보다 고가인 면직을 살 리가 없습니다. 그러나 의사와 환자 간의 정보의 비대칭성은 핵무장국가와 그렇지 않은 나라의 전력의 비대칭성보다 큽니다. 왜냐 하면 의사는 보통 11년 동안 의학 공부를 합니다. 의료의 소비자인 환자는 의학에 관한 지식이 전혀 없습니다. 또한 정보를 독점하고 있는 의사가 공급하는 상품은 신체의 고통을 감소시키거나 생명과 관련된 서비스 상품입니다. 따라서 의료서비스 가격은 공급자가 정하는 가격으로 정하여질 수밖에 없습니다. 이와 같은 의료의 특성으로부터 국민을 보호하기 위하여 국가가 의료수가를 정하는 것이 문명국가의 일반적인 관례입니다. 시장에서는 최종적으로는 소비자가 (갑)입니다. 그런데 시장에서 소비자가 (을)이 될 수밖에 없는 유일한 분야가 의료시장이라는 것을 유념하기 바랍니다.

**◆ 앞에 기술한 문제에 관하여 다음과 같이 묻습니다.**

|  |
| --- |
| **질문 1** |

우리나라도 1977년 7월 강제 적용 방식으로 의료보험을 실시할 당시 의료보험 비적용 환자에 대한 의료수가는 관할 도지사의 인가를 받도록 「의료법」에 규정되어 있었습니다. 이 규정을 2001년도에 병원급은 시도지사, 의원급은 시장, 군수, 구청장에게 받고 싶은 비급여수가를 신고를 하고 수가를 마음대로 받게 한 경위와 이유

|  |
| --- |
| **질문 2** |

2001년 기존 의료보험 진료수가기준을 폐기하고 ‘건강보험요양급여비용(건강보험진료수가표)’을 제정 시행하면서 기존 의료보험 진료수가 산정방법 제5항~7항을 폐지하여 비급여를 합법화한 이유와 당시의 담당 국과장과 장차관 이름을 알려주시기 바랍니다(기록을 위한 것임).

|  |
| --- |
| **질문 3** |

의료보험진료수가기준 산정방법 제5항~7항을 폐지하고 의료기관(요양기관) 의약 관련 단체, 치료재료 제조업자 및 수입업자는 신의료기술, 치료재료, 신약 등을 보험환자 치료에 도입하고자 하는 경우에는 신의료기술은 「의료법」 제55조에 의한 안전성 및 유효성 등의 평가를 받은 후 치료재료의 경우는 식약청장으로부터 품목 허가를 받은 후 30일 이내에 요양급여 대상 여부 결정을 보건복지부장관에게 신청하도록 요양급여기준 제10조를 정하였습니다. 신청에 의하여 신의료기술 등 비급여 항목을 보험에 도입하게 규정되어 있음에도 불구하고 의료법에서는 같은 시기에 수가인가제도를 신고제로 바꾸어 비급여수가를 의료기관별로 마음대로 받게 한 이유는?

|  |
| --- |
| **질문 4** |

비급여 의료수가 징수가 신고제로 바뀜에 따라 요양급여기준 제10조 규정에 따른 신의료기술 등의 요양급여 등재신청이 거의 전무하게 되었다고 생각하는데, 이에 대하여 복지부도 동의하는지 여부?

|  |
| --- |
| **질문 5** |

건강보험은 비급여 등재 절차를 정하고 있는데 「의료법」은 비급여의료비를 신고만 하면 마음대로 받게 한 것은 의료계의 편의를 위한 법개정이었다고 생각되는데 복지부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 6** |

비급여 수가 신고제를 게시제로 다시 법률을 바꾸어 더 편리하게 비급여수가를 병원 등이 징수하게 한 이유가 무엇입니까 ?

|  |
| --- |
| **질문 7** |

보건복지부의 보건의료 관계 부서는 의료정보의 비대칭성으로 인한 국민의 피해를 최소화하기 위하여 노력하여야 하며 건강보험이 경제적이고 적정한 의료를 국민에게 제공할 수 있도록 보건의료 제도를 조정하여야 한다고 생각되는데 복지부의 의견은?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 21 |  | 간병인 제도에 관한 질문 |

**◆ 현황 및 문제점**

「의료법」 제4조의 2(간호․간병 통합서비스 제공)의 규정은 가족이나 돈으로 산 간병인이 하던 일, 즉 간호사가 하지 않는 기저귀갈기, 식사보조 등의 궂은 일을 병원 측이 고용한 간병인이 맡아서 하는 제도입니다.

진일보한 제도이기는 하나 간호사가 아닌 간병인력이 병원에 상주하게 하는 제도는 문제가 있습니다. 뿐만 아니라 ① 질병특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원환자 ②환자의 생활 및 경제 형편상 보호자의 간병이 곤란한 입원환자 ③의료관리상 의사, 치과의사, 한의사가 간호간병 통합서비스가 필요하다고 정한 환자 외의 환자는 간호간병 통합서비스에서 제외되어 간병인이나 환자 가족 간병은 존속되고 있습니다.

**◆ 이에 대하여 다음과 같이 묻습니다.**

|  |
| --- |
| **질문 1** |

OECD 국가 중에서 간호사가 아닌 사람이 환자를 간호하는 제도가 있는 나라가 있다면 알려주기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

간병인 제도는 일제 식민 통치 시절 간호사가 부족하여 중환자의 경우 간호사가 아닌 가족이나 돈으로 산 간병인이 간병을 하는 부첨 간호제도에서 유래한 것입니다. 일본은 입원료 중 간호료를 인상하여 1995년도부터 간병인제도를 폐지하였습니다. 우리나라도 건강보험 진료수가 중 간호료를 인상하여 간병인 제도를 폐지할 용의가 없는지를 알려 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

간병인 제도의 폐지뿐만 아니라 저출산 고령화에 따른 질병구조의 변화 등에 대비하기 위하여 장기 간호사수급계획을 수립하여야 하는데 수급계획이 책정되어 있으면 계획을 알려주시고 계획이 책정되어 있지 않다면 앞으로 강구할 대책을 알려주시기 바랍니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 22 |  | 가정간호기본방문료에 관한 질문 |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

가정간호 1일당 기본방문료는 의료기관별로 다음과 같습니다<표 29>.

**<표 29> 의료기관 종별 가정간호 1일당 기본방문료(2019)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **의료기관 종별** | **점수**  **(A)** | **점수당 단가(원)**  **(B)** | **1일당 수가(원)**  **(C=A\*B)** | **비율(%)** |
| 상급종합병원 | 636.54 | 74.9 | 47,676 | 100 |
| 종합병원 | 611.83 | 74.9 | 45,826 | 96 |
| 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 | 587.72 | 74.9 | 44,020 | 92 |
| 의원, 보건의료원내 의과 | 536.62 | 83.4 | 47,006 | 99 |

자료: 보건복지부(2019), 2019 건강보험 요양급여비용(진료수가표)

|  |
| --- |
| **질문 1-1** |

가정간호 1일당 기본방문료는 상급종합병원 간호사의 경우 47,676원, 종합병원 간호사는 45,826원, 병원간호사는 44,020원 그리고 의원간호사는 47,006원입니다.

동일한 학력, 동일한 자격증을 갖고 있는 간호사가 동일한 노동을 하는데 의료기관에 따라 보수가 달라진 이유를 설명하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 1-2** |

의원의 가정간호사의 1일당 기본방문간호료가 병원 소속 간호사보다 7% 높고 종합병원 소속 간호사보다 3% 높은 이유를 설명하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 1-3** |

외국에서는 대부분의 방문간호를 간호사 개인 또는 간호사가 공동으로 개업을 한 방문간호센터 소속 간호사가 병의원의 처방에 따라 방문간호를 합니다.

우리나라도 제대로 된 지역의료계획이나 커뮤니티케어를 위하여 조속히 방문간호센터 제도를 도입하고 이를 위하여 통일된 방문간호료가 책정되어야 된다고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 23 |  | 전문병원관리료에 관한 질문 |

보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다(「의료법」 제3조의 5)고 규정하고 있습니다. 의료법 규정에 따라 전문병원으로 지정 받으면‘건강보험요양급여비용(건보진료수가표)’ 규정에 따라 진료행위별로 정하여진 진료보수 외에 전문병원 관리료와 전문병원 「의료질평가지원금」을 추가로 받습니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

특정 진료과목이나 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다고 하였습니다.

|  |
| --- |
| **질문 1-1** |

전문병원은 특별히 난이도가 높은 상병에 대해서만 수술이나 처치 등을 하는지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 1-2** |

그렇지 않고 난이도가 낮거나 보통이거나 높은 처치 및 수술 등도 함께하는지도 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 1-3** |

‘건강보험요양급여비용(건보진료수가표)’은 진료행위별 난이도에 비례하여 보수가 정하여져 있습니다. 난이도가 높으면 높을수록 비례하여 더 높은 보수를 받게 되어 있는데 난이도가 높은 진료행위를 특정하지 않고 난이도가 높은 의료행위를 한다고 추가로 보수를 더 주는 것은 수가를 2중으로 지불하는 것이라고 생각되는데, 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

하나의 의료행위에는 하나의 수가만 있을 수 있다고 앞에서 누누이 설명하였습니다. 따라서 전문병원 제도는 폐지되어야 된다고 생각되는데, 귀부의 의견은 어떠한지요?

**※일본은 의료기관의 크기나 기능에 관계없이 동일 의료행위에는 동일 수가를 지불합니다. 이는 일본 뿐만 아니라 전세계의 의료수가 제도는 동일합니다.**

|  |
| --- |
| **<참고사항>** **일본 의료법 제1조의 5**  ① 이 법률에서 ‘병원’이라 함은 의사 또는 치과의사가 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의업 또는 치과의 의업을 행하는 자로서 20인 이상의 환자를 입원시킬 수 있는 시설을 갖춘 곳을 말한다. 병원은 상병자가 과학적이며 적정한 진료를 받을 수 있는 편의를 제공하는 것을 주목적으로 조직되고 운영되어야 한다.  ② 이 법률에서 ‘진료소’라 함은 의사 또는 치과 의사가 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의업 또는 치과 의업을 행하는 장소로서 환자를 입원시키기 위한 시설이 없거나 19인 이하의 환자를 입원시키기 위한 시설을 갖춘 곳을 말한다.  ③ 병원의 종류  가. ‘지역의료지원병원(진료 또는 타병원 소개 환자 진료, 응급의료제공체제ㅐ 정비, 연수능력, 부령이 정한 일정 수 이상 환자 입원 시설)’  나. ‘특정기능병원(고도 의료 제공 능력, 고도 의료기술 개발 평가 능력, 고도 의료연수 능력, 후생성령에 따른 진료과, 부령이 정한 수의 입원 시설, 부령이 정한 인적 자원, 부령이 정한 시설기준)’  다. ‘임상연구중핵병원(부령에서 정한 특정 임상 연구, 다른 병원 또는 진료소와 특정 임상연구를 할 때 주도 능력 보유, 타병원 또는 진료소의 특정 임상연구에 대한 정보 제공 능력, 조언 능력, 부령이 정한 진료과를 구비할 것 등) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24 |  | 「국민건강보험법」에 관한 질문 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24-1 |  | 「국민건강보험법」**제1장(총칙) 제1조(목적)과 제4장(보험급여) 제41조(요양급여)에 관한 질문** |

**◆ 현황과 문제점**

건강보험 제1장(총칙) 제1조(목적)와 제4장(보험급여) 제41조(요양급여)에 관련된 질문입니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

「건보법「 제1조(목적)는 다음과 같이 정하여져 있습니다.

“이 법은 국민의 질병 부상에 대한 예방 진단 치료 재활과 출산 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다”

제1조 규정에 따라 제4장에서 보험급여 항목을 정하였습니다. 그런데 제4장 전체가 요양급여만으로 구성이 되어 있습니다. 법 제1조에 규정된 분만수당․장제비 및 건강증진이 건강보험 법정급여에서 제외된 이유는 왜입니까 ?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

제 50조에 부가급여로 임신출산진료비, 장제비, 상병수당 그 밖에 급여를 실시할 수 있다고 규정하고 있습니다. 부가급여는 법으로 정한 급여 외의 급여를 보험자가 재정 형편에 따라 추가로 급여를 하는 것입니다. 따라서 법 제1조 목적에서 법정급여로 정한 사항은 부가급여가 될 수 없음에도 불구하고 부가급여로 정한 것은 법률(제1조) 위반이라고 생각되는데, 이에 대한 귀 부의 의견은 무엇입니까 ?

|  |
| --- |
| **질문 3** |

질병 부상에 대하여 예방급여를 한다고 법 제1조와 제41조에 규정하고 있습니다. 이에 대하여 다음과 같이 질문합니다.

질병․부상에 대한 예방개념은 그 범위를 정할 수 없을 정도로 광범위합니다. 질병별로 예방법이 다르고 부상은 질병보다 더 의외성이 강합니다. 따라서 건강보험의 목적에 질병․부상에 대한 예방을 포함시키거나 법정급여 항목으로 정한 것은 타당하지 않습니다. 예방급여 범위를 정하지 않고 예방을 법정급여 항목에 포함시키면 모든 상병에 대한 예방접종도 건강보험이 급여를 하여야 합니다. 그럼에도 불구하고 모든 질병에 대한 예방접종을 하지 않고 있습니다. 이는 것은 위법이 아닌지요?

|  |
| --- |
| **질문 4** |

OECD국가 중 모든 질병에 대하여 예방급여를 하는 나라가 있으면 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

질병 예방급여는 부가급여여야 합니다. 왜냐 하면 보험자의 재정 사정에 따라 예방급여의 범위를 정하여 급여를 하여야 하기 때문입니다. 예방급여는 부가급여로 하여야 한다고 생각되는데, 귀 부의 의견은?

예방급여를 꼭 법정급여로 하고자 하면 예방의 범위를 법으로 정하여야 합니다. 아니면 법률로 보험재정이 허락하는 범위 내에서 예방의 범위를 정하여 보험자가 예방사업을 할 수 있다고 정하여야 합니다(대만의 예).

|  |
| --- |
| **질문 6** |

제1조 목적에서는 요양급여를 예방, 진단, 치료, 재활로 정하고 있으나 법 제41조 요양급여 제1항에서는 요양급여의 종류를 아래와 같이 제1호에서 제 7호까지 규정하고 있습니다.

1. 진찰검사

2. 약제 치료재료의 공급

3. 처치 수술 기타의 치료

4. 예방 재활

5. 입원

6. 간호

7. 이송

법 제1조와 제41조의 요양급여 범위에 재활이 들어가 있습니다. 제1조와 제41조의 재활은 그 범위가 어디까지 입니까? 「장애인복지법에」서 규정하고 있는 재활까지를 포함하는 개념입니까 ? 법 제1조나 제41조의 재활의 개념이나 범위는 의학적 재활에 국한된 것이라고 생각됩니다. 의학적 재활이 끝난 이후 생활훈련과 직업재활 등은 다른 법의 소관이라고 생각합니다. 의학적 재활은 치료의 한 과정이라고 봐야 합니다. 왜냐하면 상병 치료(요양급여)는 질병 발생 이전의 건강 상태로 환원시키는 행위이기 때문입니다. 현재 모든 의료기관은 재활치료를 상병치료의 한 과정으로 실시하고 있습니다. ‘기타 치료’가 제41조에 들어 있으므로 제1조와 제41조 제1항 제4호에서 정한 재활은 삭제되어야 한다고 생각되는데, 귀 부의 의견은 ?

**※1977년 「의료보험법」 제정 당시에는 보험급여에 재활이란 용어가 없었음. 일본도 치료의 한 과정이기 때문에 보험급여의 종류에 재활이라는 용어가 없음.**

|  |
| --- |
| **질문 7** |

건강증진에 대하여 보험급여를 한다고 법 제1조는 규정하고 있습니다. 제1조 목적에서 건강증진에 대하여 보험급여를 한다고 규정하고 있음에도 불구하고 제41조 제1항의 보험급여 항목에 건강증진이 포함되 않은 이유를 설명하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 8** |

건강증진이라는 용어는 그 개념의 범위가 한 없이 넓습니다. 건강증진은 현재의 건강 상태보다 더 건강해지도록 모든 조치를 한다는 뜻입니다. 건강보험의 목적은 상병 치료를 통하여 상병이 발생되기 이전의 건강 상태로 환원하게 하는 데에 있습니다. 법 제1조 목적과 제41조 제1항 요양급여 규정에서 질병 부상 치료를 규정하고 있으므로 제1조에서 규정하고 있는 건강증진은 환자를 진료하여 원래의 건강상태로 회복시키는 행위를 뜻하는 것은 아닙니다. 그렇다면 법 제1조의 건강증진은 환자가 아닌 건강보험 대상자의 건강을 현재의 상태보다 더 건강해지도록 보험자가 보험급여를 하는 것을 뜻합니다. 건강보험의 목적은 상병이라고 하는 생활상의 사고나 분만 또는 사망이라고 하는 생활상의 기복으로 인하여 통상 가계지출 외에 일시에 많은 지출을 함으로써 가계가 어려워지거나 파탄되는 것을 방지하기 위하여 보험이라는 조직 기술을 통하여 가계지출의 위험을 분산하는 제도이지 현재의 상태보다 더 건강하게 하기 위하여 보약을 지급하는 제도는 아닙니다. 따라서 제1조 목적에서 규정한 건강증진급여는 삭제되어야 한다고 생각하는데, 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 9** |

법 제2조(관장)는 이 법에 따른 건강보험사업은 보건복지부장관이 맡아서 주관한다고 규정하고 있습니다.

관장이란 용어의 사전적 의미는 맡아서 주관한다, 즉 일을 맡아서 관리한다는 뜻입니다. 건강보험을 맡아서 관리하는 관장자는 피보험자에게 보험료를 부과하고 이를 징수하여 보험료의 대가로 피보험자와 피부양자에게 보험급여를 하는 보험자인 국민건강보험공단이지 보건복지부장관은 아닙니다.

법 제14조에 공단은 다음 각 호의 업무를 관장한다고 규정을 하고 다음 각 호에 건강보험과 관련된 모든 사업을 열거하고 있습니다. 법 제2조와 법 제14조의 관장은 법률적으로나 국어학적으로 다른 의미의 용어인지 답하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 10** |

보건복지부 장관은 건강보험에 관한 정책을 입안하고 입안된 정책을 구현하기 위하여 국회를 통하여 정책을 법률화하고 법률이 효율적이고 안정적으로 시행이 되도록 시행령(령안 작성), 시행규칙을 정하고 각종 고시를 합니다. 뿐만 아니라 장관은 국민건강보험법 규정에 따라 건강보험을 관장하고 있는 공단과 진료비 심사를 대행하고 있는 기관인 심평원 임원의 제청과 임명권을 행사하고 공단과 심평원의 예산, 인사 등 각 종 규정을 심의 승인하고 양 기관의 직무를 지도 감독함과 아울러 감찰을 합니다. 이와 같은 역할로 보아 장관은 정책을 수립하고 시행하며 건강보험 관장 기관에 대하여 지도감독을 하는 상위기관일 뿐 건강보험을 관장하는 자는 아닙니다. 따라서 제2조 규정은 삭제되어야 된다고 생각되는데, 귀 부의 의견은?

**※참고: 관장이라는 용어를 건강보험에서 제일 먼저 사용한 나라는 1922년에 「건강보험법」을 제정한 일본입니다. 일본 「건강보험법」의 건강보험 관장자는 보험자입니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24-2 |  | 「국민건강보험법」제3조의 2 국민건강보험종합계획 수립**에 관한 질문** |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

「국민건강보험법」 제3조의 2의 규정에 따라 귀부는 매 5년마다 국민건강보험종합계획을 반드시 확정하여야 합니다. 제3조의 2의 제2항 1호~8호에 구분된 각 호별로 확정된 5개년 종합계획을 알려주시기 바랍니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24-3 |  | **「국민건강보험법」 제4조 ‘건강보험정책심의위원회’에**  **관한 질문** |

**◆ 현황 및 문제점**

「국민건강보험법」 제4조에 대한 질문입니다.

「국민건강보험법」 제4조 규정은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **국민건강보험법 제4조**  **제 4조(건강보험정책심의위원회)** ①건강보험정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지가족부장관 소속하에 건강보험정책심의위원회(이하 "심의위원회"라 한다)를 둔다.  1. 제 3조의2 제1항 및 제1항에 따른 종합계획 및 시행계획에 관한 사항(심의에 한정한다)  2. 제 41조 제 3항에 따른 요양급여의 기준  3. 제 45조 제 3항 및 제 46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항  4. 제 73조 제 1항에 따른 직장가입자의 보험료율  5. 제 73조 제 3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액  6. 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령이 정하는 사항  ②심의위원회는 위원장 1명과 부위원장 1명을 포함하여 25명의 위원으로 구성한다.  ③심의위원회의 위원장은 보건복지가족부차관이 되고, 부위원장은 제4항 제4호의 위원 중에서 위원장이 지명하는 자가 된다.  ④심의위원회의 위원은 다음 각 호의 자를 보건복지가족부장관이 임명 또는 위촉한다.  1. 근로자단체 및 사용자단체가 추천하는 각 2명  2. 시민단체( 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체를 말한다. 이하 같다), 소비자단체, 농어업인단체 및 자영업자단체가 추천하는 각 1명  2. 의료계를 대표하는 단체 및 약업계를 대표하는 단체가 추천하는 8명  3. 다음 각 목에 해당하는 8명  가. 대통령령으로 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 2명  나. 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 각 1명  다. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 4명  ⑤심의위원회 위원(제4항 제4호 가 목에 따른 위원은 제외한다)의 임기는 3년으로 한다. 다만, 위원의 사임 등으로 새로 위촉된 위원의 임기는 전임위원 임기의 남은 기간으로 한다.  ⑥심의위원회의 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. |

건강보험정책의 핵심인 요양급여기준, 요양급여비용, 직장가입자의 보험료율, 지역가입자의 보험료 부과 점수당 금액, 요양급여 상대가치점수, 약제, 치료재료에 대한 상한 금액 및 한약제에 대한 비용, 그 밖에 주요 사항으로서 심의위원회 위원장이 회의에 부치는 사항을 심의․의결한다고 규정하고 있습니다. ‘심의․의결’이라는 용어는 심의하여 결정한다는 뜻이니 정책결정자인 장관이 위원회의 의결을 번복하기가 어렵습니다. 장관은 건강보험 정책을 수립하고 집행하는 자입니다. 정책집행 수단인 요양급여기준과 건강보험진료 수가와 약가를 심의위원회의 의결대로 고시하여야 합니다. 이와 같은 절차는 장관을 허수아비로 만드는 것입니다. 요양급여기준이나 건강보험진료수가 및 약가에 심각한 문제가 생기면 ‘심의․의결’을 한 위원회가 책임을 질 것인지 아니면 ‘심의․의결’한 대로 고시한 장관이 책임을 지는 것인지 책임 소재가 분명하지 않게 됩니다.

심의위원회는 이해(利害)가 상이한 자들로 구성이 됩니다. 따라서 위원들은 자기가 속한 집단의 이익을 대변하고 공익을 대표하는 위원이 각기 다른 이익집단의 의견을 조정하여 위원회의 의사를 결정합니다. 각 사안에 따라 위원회에서 결정한 의사가 가장 합리적이라 하여도, 시행규칙 제정과 고시권을 가지고 있는 정책 결정권자인 장관이 위원회의 의결대로 규칙을 제정하거나 고시를 한다면 이는 모순입니다.

법 제4조 제1항 제1호 내지 제4호에 정한 사항들에 대하여는 장관이 위원회에 자문을 구하는 형식이 되어야 타당합니다. 따라서 다음 각 호의 사항을 ‘심의․의결’하는 위원회가 아닌 자문을 하는 위원회가 되어야 합니다. 일본은 의료보험의 주요 정책에 대한 장관의 자문기관으로 중앙사회보험의료협의회를 두고 있으며, 중앙사회보험의료협의회는 「사회보험의료협의회법」에 의하여 설치됩니다. 산하에 각종 소위원회가 있습니다. 중앙사회보험의료협의회는 장관의 자문에 대하여 답신서를 제출하며 답신의 내용은 존중되나 답신 자체가 정책결정은 아닙니다. 법 제4조 제1항 제3호 내지 제4호는 보험료율 또는 지역보험료를 조정하는 최종 절차입니다. 보험료 조정문제를 건강보험정책심의위원회에서 ‘심의․의결’한다는 것은 사리에 어긋나도 한참 어긋난 행위입니다. 왜냐 하면 건강보험정책심의위원회 위원은 건강보험료를 부담하는 근로자, 사용자, 자영자 대표 8명과 의약계 대표 8명 그리고 공익 대표로 구성되어 있습니다. 의료계 등 대표는 보험료로 의료비나 약값을 지불 받는 자들의 단체의 대표입니다. 의약계는 보험료가 인상되는 것에 비례하여 보험수가 인상에 여유가 생기게 됩니다. 보험료 인상 문제는 보험료를 부담하는 근로자, 사용자 및 자영자와 의약계의 이해는 상반이 됩니다. 보험료는 의약이라고 하는 상품을 구매하기 위한 재원입니다. 의약이란 상품을 구매하기 위한 소비자의 재원 부담 수준을 결정하는데, 의약이라고 하는 상품을 판매하는 집단의 대표가 참여하는 것은 소비자의 구매행위에 공급자가 간섭하는 것입니다. 이는 있을 수 없는 일입니다. 보험료율을 결정하는데 의약계의 동의를 구하거나 간섭을 받는 나라는 없습니다. 건강보험에 관한 기초적인 지식조차 없는 분들이 만든 조문이라고 필자는 생각합니다. 보험료의 조정을 위하여 보험자는 당년도 의료비 증가 동향을 대체로 다음과 같은 항목을 중심으로 분석을 합니다.

1. 수가와 약가 인상 등으로 인한 의료비 증가

2. 인구 증감에 의한 의료비 증감

3. 인구의 고령화로 인한 의료비 증가

4. 새로운 의료기술과 신약 등으로 인한 의료비 증가

5. 의료인과 병상 증가로 인한 의료비 증가

이와 같은 의료비 증가의 요인이 다음 연도에 어떻게 변동이 될 것인가를 예측하여 다음 연도의 건강보험 총 의료비와 관리비를 추계를 합니다. 보험자는 이와 같은 분석 자료를 보험료를 부담하는 피보험자, 사용자, 자영자 대표들에게 제시를 하고 협의를 하여 다음 연도의 예정보험료를 정한 후 건강보험의 감독기관인 보건복지부장관의 승인을 받아 보험료율을 확정하는 것이 정상적인 절차입니다. 따라서 보험료를 심의할 위원회는 보험료를 부담하는 이해당사자와 보험자로 구성되어야 합니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

건강보험정책심의위원회의 문제점을 앞에서 설명하였습니다. 위원회를 건강보험정책 ‘심의․의결’기관이 아닌 건강보험 요양급여 분야의 자문기관으로 성격을 바꾸는 것이 타당하다고 생각하는데, 귀 부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

세계 어느 나라에도 건강보험의 보험료 수준을 결정하는데 의약계와 협의를 하거나 간섭을 받는 나라는 없습니다. 보험료 수준 결정은 보험자인 국민건강보험공단 이사회에서 의결하고 장관의 승인을 받아 결정하는 것이 타당하다고 사료되는데, 귀 부의 의견은 ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24-4 |  | **「국민건강보험법」 제2장 ‘가입자’에 관한 질문** |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

가입자라는 명칭은 사보험에서나 사용하는 용어입니다. 사보험에서는 생명보험이나 건강보험에 대한 상품을 설계하고 이를 보험상품으로 판매를 합니다. 상품의 내용과 조건에 관심 있는 시민들이 검토를 하고 보험설계사의 상품 설명을 구체적으로 듣고 그 상품 내용이 마음에 들면 계약을 합니다. 이 경우 상품을 구매를 할 것이냐 여부를 결정하는 자는 소비자입니다. 보험상품을 선택하는 자를 보험 가입자라고 하는 것은 용어상 타당합니다.

그러나 건강보험은 국민 중 보험료를 부담할 수 없는 의료급여를 받는 생활보호대상자와 독립유공자 등을 제외한 모든 국민은 예외없이 건강보험의 강제 적용 대상자가 됩니다. 따라서 「국민건강보험법」의 급여의 종류나 본인부담 또는 수가 수준과 관계없이 모든 국민은 건강보험의 당연 적용 대상자가 됩니다. 모든 국민은 국민건강보험공단에 보험료를 납부하고 보험료의 대가로 보험급여를 받습니다. 선택의 여지가 없으므로 가입자라는 용어는 타당하지 않습니다. 따라서 제2장 가입자는 피보험자 및 피부양자로 개정하는 것이 타당하다고 사료되는데 귀 부의 의견은 무엇입니까 ?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

사회보험 방식으로 의료보장을 한다는 개념은 국민 중 보험료를 부담할 능력이 있는 자는 강제로 보험자에게 보험료를 부담하게 하고 보험자가 보험료의 대가로 의료보장을 합니다. 보험료를 부담할 능력이 없는 계층과 국가에 특별한 공로가 있는 자와 그 가족에 대하여는 국가가 조세로 의료를 보장합니다.

사회보험 방식으로 의료보장을 하는 국가에는 의료보험의 적용을 받는 자와 국가로부터 공적 부조를 받는 자가 존재할 뿐이므로 법 제5조 제1항 제1호 및 제2호는 군더더기 같은 조문입니다. 제5조 제1항을 다음과 같이 개정하여야 한다고 생각되는데, 귀 부의 의견은 어떠한지요?

“다른 법에 의하여 의료보장을 받는 자를 제외한 모든 국민은 이 법의 피보험자 또는 피부양자가 된다.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24-5 |  | **「국민건강보험법」 제5조 제2항에 관한 질문** |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

1884년도에 세계 최초로 독일에서 질병보험 제도를 실시할 당시에는 피부양자 제도가 없었습니다. 1922년도에 제정된 일본 「건강보험법」(1927년 시행)에도 피부양자 제도가 없었습니다. 그러나 가족이 질병 부상 분만 또는 사망한 경우 근로자 가계에서 일시에 많은 가계 지출을 하게 됨에 따라 가계가 어려워지는 경우가 많아 독일은 질병보험 제도를 시작한 지 25년이 경과한 후 라이히보험법(1911년)을 제정하면서 가족피보험자(Falilie nuersicherte) 제도를 도입하였고, 일본은 건강보험을 시작한 지 15년 만에 피부양자 제도를 도입하였습니다. 독일과 일본은 피부양자 제도를 도입할 때 피부양자분 보험료를 피보험자의 보험료를 인상하여 충당하였습니다. 직장 보험의 피부양자 보험료는 피보험자가 부담하고 있습니다. 보험은 건강보험이 됐든 연금보험이 됐든 산재보험이 됐든 보험료의 대가로 보험자가 보험급여를 하는 제도이기 때문에 피부양자라 할지라도 보험료를 부담하지 않으면 보험급여를 받을 수 없습니다. 따라서 독일은 피부양자라는 용어를 사용하지 않고 가족피보험자라는 용어를 사용합니다. 왜냐 하면 피보험자의 가족 보험료를 피보험자가 부담을 하였기 때문입니다. 일본의 지역보험에서는 모든 주민이 인두보험료를 부담합니다. 대만은 직장보험 피부양자의 보험료를 피보험자가 가족 수에 따라 별도로 부담합니다. 보험료는 피보험자와 피부양자가 동일한 금액입니다(대만 「전민건강보험법」 제18조 및 26조). 독일이 가족피보험자라는 용어를 사용하고 대만이 피보험자가 피부양가족보험료를 따로 부담하는 이유는 건강보험은 보험료의 대가로 보험급여를 하는 제도이기 때문입니다.

가족피보험자 제도를 두고 있는 독일 등의 나라에서는 가족피보험자의 연령 에 상한을 두고 있습니다. 미성년자인 만 18세 미만인 가족만 가족피보험자가 될 수 있습니다. 학생의 경우 25세까지 가족피보험자가 될 수 있습니다. 유럽의 모든 나라의 제도도 유사합니다. 건강보험은 구빈제도가 아니고 자기 책임을 지는 제도입니다. 따라서 법률로 정한 연령이 초과되면 별도의 보험료를 부과합니다.

우리나라의 피부양자 제도에 연령 상한을 도입하여야 한다고 생각되는데, 귀 부의 의견은 어떠한지요 ?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

일본은 연소득 130만엔 이하인 직계 존비속 등만 피부양자가 될 수 있습니다. 원화로 환산하면 월 소득 108만 원 정도입니다. 우리나라는 3단계로 피부양자가 될 수 있는 소득 상한을 낮추게 되어 있으며, 현재는 연소득 3천 4백만 원 이하인 자가 피부양자가 될 수 있습니다. 연소득 3천 4백만원 이하인 자를 피보험자에게 주로 생계를 의존하는 관계로 보는 것은 「국민건강보험법」을 위반한 무효의 규정입니다. 왜냐 하면 주로 생계를 의존하는 관계는 용돈 정도는 스스로 노동을 통하여 가득을 하나 주거 등 주된 생계를 스스로 해결하지 못하는 경우입니다. 피부양자 인정 기준을 「국민건강보험법」에 따라 합리적으로 규정해야 한다고 생각되는데, 귀 부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 3** |

제6조(가입자의 종류) 제1항은 “가입자는 직장가입자와 지역가입자로 구분한다”고 규정하고 있습니다. 이를 “직장피보험자와 지역피보험자로 구분한다”로 개정하여야 된다고 사료되는데, 귀부의 의견은

|  |
| --- |
| **질문 4** |

이하의 조문에서도 가입자를 피보험자로 용어를 정정하여야 한다고 생각되는데, 귀부의 의견은 ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24-6 |  | **「국민건강보험법」 제33조 ‘재정운영위원회’ 규정에 관한 질문** |

법 제33조에 규정된 재정운영위원회는 요양비용의 계약과 결손 처분 등 보험재정에 관련된 사항을 심의 의결하게 되어 있습니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

재정운영위원회 위원은 이해당사자 20명, 공익대표 10명 등 30명으로 구성하게 되어 있습니다. 이사회 또한 이해당사자 대표와 공익대표로 구성되어 있습니다. 재정운영위원회의 기능을 이사회에서 하도록 하는 것이 법률 구조상 타당하므로 재정운영위원회 관련 규정은 폐지하여야 된다고 생각하는데, 귀 부의 의견은 어떠한지요?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24-7 |  | **「국민건강보험법」 제37조 ‘차입금’ 규정과 제38조 ‘준비금’에 관한 질문** |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

법 제37조에 “공단은 지출할 현금이 부족한 경우에는 차입을 할 수 있다”고 규정을 하고 있으며, “1년 이상 장기 차입을 할 경우에는 보건복지부장관의 승인을 받아야 한다”고 단서로 규정하고 있습니다.

건강보험은 엄격히 말하면 월 단위 단기보험입니다. 왜냐 하면 그 달에 소요될 보험급여비 또는 관리비를 그 달 보험료로 충당을 하기 때문입니다. 그러나 어느 나라든 연단위로 재정운영 계획을 수립하고 그 계획에 따라 월 단위로 보험료를 부과하고 이 보험료로 보험급여비와 관리비를 충당을 합니다. 단기보험이기 때문에 인플레이션 또는 불의의 사태(유행성 질병, 재해 등)로 의료비가 갑자기 증가하여 1년 재정 계획에 따라 부과하는 보험료로 의료비를 충당할 수 없는 경우에는 즉시 보험료를 올리거나 적립금을 사용하여 부족한 보험급여비용을 충당하여야 합니다. 1977년도에 전면 개정된 의료보험의 법정 적립금은 당해 연도 보험지출 비용의 100%까지였습니다. 적립금이 100%에 미달하는 경우에는 보험료를 인상하여 적립금이 100%가 되도록 하였습니다. 법정 적립금제도는 임의 제도가 아닙니다. 통합 전 직장조합의 경우 적립금 비율이 120%에 달한 바가 있습니다. 현행법 규정에도 적립금을 준비금으로 명칭을 바꿨을 뿐 당해 연도에 소요될 보험급여비용의 100분의 50에 이를 때까지 준비금을 적립하게 되어 있습니다. 따라서 법 제37조의 차입금 규정은 있어서는 안 되는 규정입니다. 법 제37조 차입금 규정은 폐지되어야 한다고 사료되는데, 귀 부의 의견은 어떠한지요?

건강보험은 단기보험이기 때문에 외국의 건강보험 제도에도 차입금 규정이 없습니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24-8 |  | **「국민건강보험법」 제4장 ‘보험급여’에 관한 질문** |

|  |
| --- |
| **질문 1** |

일본의 보험급여의 종류는 다음 각 호와 같습니다(일본 「건강보험법」 제4장 제1절 통칙 제52조).

1. 요양급여 및 입원시 식사요양비, 입원시 생활요양비, 보험외병용요양비, 방문간호요양비 및 이송비 지급

2. 상병수당금 지급

3. 매장료 지급

4. 출산육아일시금 지급

5. 출산수당금 지급

6. 가족요양비. 가족방문간호요양비 및 가족이송비 지급

7. 가족매장료 지급

8. 가족출산육아일시금 지급

9. 고액요양비 및 고액개호합산요양비 지급

이상의 법정 보험급여 이외에 건강보험조합의 경우 부가급여를 할 수 있도록 되어 있습니다.

일본 건강보험의 보험급여의 종류는 법정급여가 9가지이고 부가급여를 할 수 있는데, 우리나라 「국민건강보험법」 제4장 보험급여에는 요양급여만 규정되어 있습니다. 건강보험의 목적은 상병이라고 하는 생활상의 사고나 분만 또는 사망이라고 하는 가계지출의 기복으로 인하여 일시에 많은 가계를 지출하게 되어 가계가 어려워지거나 파탄나는 것을 방지하기 위하여 보험이라는 조직 기술을 통하여 가계지출의 위험을 분산하는 것입니다. 따라서 상병이 발생하면 요양급여를 함과 아울러 상병으로 인하여 취로(就勞)를 할 수 없게 되어 소득이 상실된 분을 건강보험에서 보전(補塡)하여 줍니다. 이를 상병수당이라고 하며 대체로 통상임금의 70-80%를 지급합니다(일본의 경우 통상임금의 2/3).

분만급여는 임신과 출산 과정을 통하여 이루어지게 됩니다. 임신과정의 말기 1.5개월에서 2개월 정도는 취로(就勞)를 하기가 어렵습니다. 분만을 하면 회복을 위하여 쉬어야 합니다. 보통 외국의 건강보험법에서 산후 쉬는 기간은 두 달 정도입니다. 산전 산후 휴무 기간에 상실이 되는 근로소득을 건강보험이 보전해 주는데, 보전비율은 상병수당의 경우와 동일합니다. 일본의 경우 분만급여는 상병이 아니기 때문에 현금급여를 합니다. 피보험자나 가족이 사망을 하면 장례비용 때문에 일시에 많은 가계 지출을 하게 됩니다. 가계지출로 인하여 생계가 어려워지는 것을 방지하기 위하여 장제비를 건강보험에서 지급합니다. 장제비 지급액은 장제에 소요되는 실비를 보전해 주는 것이 각 국의 통례입니다.

우리나라의 건강보험은 요양급여만 하는 절름발이 요양급여보험입니다.

우리나라 건강보험에서는 외국처럼 상병수당, 분만수당, 장제비 등을 법정급여로 정할 용의가 있는지를 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

우리나라는 상병 수당, 분만수당, 장제비, 치과 보철 급여를 하지 않고 있을 뿐만 아니라 세계에서 유례(類例)를 찾아볼 수 없을 정도로 비급여의 범위가 넓어 당국에서 조차 비급여의 종류가 몇 종인지 확실하게 파악하지 못하고 있습니다. 병원 당국에서 영수증을 임의 제출받아 본인부담비율을 조사를 하여 당국이 발표한 바에 의하면 본인부담 수준이 거의 37-38% 수준이라고 합니다. 병원이 임의제출하는 영수증을 가지고 집계한 숫자를 그대로 믿을 수가 없습니다. 그러나 이를 사실이라고 인정하더라도 일본의 2017년도 본인부담률이 15.2%인 것을 감안하고 우리나라의 보험급여의 범위가 요양급여에 그치는 것을 감안한다면 현재 우리나라의 보험료율은 일본보다 높을 수가 있습니다.

외국과 같이 보험급여의 범위를 확대하였을 때의 보험료율을 추계하여 알려주시기 바랍니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24-9 |  | **「국민건강보험법」** 제42조(요양기관)에 관한 질문 |

법 제42조 제1항은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **「국민건강보험법」 제 42조 제1항**  **제42조(요양기관)** ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>  1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관  2. 「약사법」에 따라 등록된 약국  3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀ㆍ필수의약품센터  4. 「지역보건법」에 따른 보건소ㆍ보건의료원 및 보건지소  5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소  ② ~⑤<생략> |

이 법에서 요양급여는 다음 각 호의 요양기관에서 행한다고 하였는데, 다음 각 호는 「의료법」, 「약사법」, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 의하여 개설․등록․설립 또는 설치된 의료기관, 약국, 한국희귀의약품센터, 보건소 및 보건지소, 보건의료원일 뿐 건강보험 요양기관은 아닙니다. 왜냐 하면 요양취급기관의 지정이나 보험의의 등록은 어느 나라 든 공법상의 계약에 의하여 이루어지기 때문입니다. 따라서 계약이 없는 요양취급기관 관련 규정은 효력이 없는 무효인 법규정입니다.

그 이유를 설명 드리겠습니다.

건강보험 환자를 치료하는 요양취급기관이 되면 주무장관이 정하여 고시하는 진료보수기준과 약가기준액에 따라 환자의 진료비를 받아야 할 뿐만 아니라 요양급여기준에 따라 환자를 진료하는 구속을 받아야 합니다.

의사는 의료라는 서비스상품을 판매하는 직업인이고 약사는 조제라고 하는 서비스상품을 판매하는 직업인입니다. 양자 공히 서비스상품을 판매로 생계를 세우고 때로는 부를 축적하기도 합니다. 따라서 진료보수나 조제료가 낮아서 또는 요양급여기준에 얽매이기 싫어서 건강보험환자를 취급하지 않으려면 건강보험 요양취급기관 지정을 거절하거나 지정 신청을 하지 않을 권리를 우리나라 「헌법」 제15조는 보장하고 있습니다.

따라서 독일 의사는 보험의협회에 가입하지 않거나 보험자와 별도로 대등한 권리를 갖는 계약을 하지 않으면 질병보험 환자를 취급하지 않아도 됩니다.

국영의료를 실시하고 있는 영국도 가정의는 물론 전문의까지도 사(私)보험환자나 대기자명부에 등록하고 기다리기 싫은 사비(私費)환자를 진료하는 의료기관을 개설할 수 있습니다.

우리나라와 의료체계와 건강보험 제도가 유사한 일본의 보험의 등록과 요양취급기관 지정 방식을 귀부의 참고를 위하여 관계법 조문과 함께 약술하고자 합니다.

일본 「건강보험법」(이하 ‘법’이라 한다)의 요양취급기관 지정과 보험의 등록 관련 법률은 다음과 같습니다.

|  |
| --- |
| **일본 「건강보험법」 제63조~ 제85조**  **(요양급여)**  제63조 피보험자의 질병 또는 부상에 관하여는 다음과 같은 요양급여를 한다.  一 진찰  二 약제 또는 치료재료의 지급  三 처치, 수술 그리고 기타의 치료  四 거택에 있어서의 요양상의 관리 및 그 요양에 수반하는 간병과 기타 간호  五 병원 또는 진료소에의 입원 및 그 요양에 수반하는 간병과 기타 간호  2. 다음 요양에 관한 급여는 전항의 급여에 포함되지 아니한다.  一 식사제공 요양인 전항 제5호에 규정한 요양과 아울러 행하는 것(의료법 (소화23년 법률 제205호)제7조  제2항 제4호에 규정된 요양병상(이하 요양병상이라고 한다)에 입원 및 요양에 수반하는 돌봄과 기타  간호로 해당요양을 받을 때, 65세에 달하는 날이 속하는 달의 다음달 이후인 피보험자(이하 특정장기입원 피보험자라고 한다)에 관한 것은 제외한다(이하 식사요양이라고 한다).  二 다음에 규정된 요양으로서 전항 제5호에 규정된 요양을 함께 받는 것(특정장기입원피보험자에 한한다. 이하 생활요양이라고 한다).  가. 식사를 제공하는 요양.  나. 온도, 조명 및 급수에 관한 적절한 요양환경을 만들기 위한 요양.  三 후생노동대신이 정하는 고도의료기술을 사용한 요양과 기타의 요양을 전항의 급여대상으로 할 것이냐의 여부에 관하여 적정한 의료를 효율적으로 제공하기 위한 관점에서 평가를 할 필요가 있는 요양(다음호  의 환자 신청(申出)요양을 제외한다)으로서 후생노동대신이 정하는 것(이하 평가요양이라고 한다).  四 고도기술을 사용한 요양을 받고자 하는 자의 신청에 대하여 전항의 급여대상으로 하여야 할 지 여부에 관하여 적정한 의료의 효율적인 제공을 하고자 하는 관점에서 평가를 할 필요가 있는 요양으로서 후생노동대신이 정하는 것(이하 환자신청요양이라고 한다).  五 피보험자 선정에 관한 특별병실의 제공 기타 후생노동대신이 정하는 요양(이하 선정요양이라고 한다).  3. 제1항의 급여를 받고자 하는 자는 후생노동성령이 정하는 바에 의하여 다음에 정한 병원 또는 진료소와 약국 중 자기가 선정하는 것부터 받는 것으로 한다.  一 후생노동대신의 지정을 받은 병원 또는 진료소(제65조 규정에 의한 병상의 전부 또는 일부를 제외하고 지정을 받은 때에는 제외된 병상을 제외한다. 이하 보험의료기관이라고 한다) 또는 약국(이하 보험약국이라고 한다).  二 특정보험자가 관장하는 피보험자에 대하여 진료 또는 조제를 하는 병원 또는 진료소 또는 약국으로 해당보험자가 지정한 것.  三 건강보험조합인 보험자가 개설한 병원 또는 진료소 또는 약국.  4. 제2항 제4호의 신청은 후생노동대신이 정하는 바에 의한다. 후생노동대신에 대하여 해당 신청에 관한 요양을 행하는 의료법 제4조의 3에 규정된 임상연구중핵병원(보험의료기관에 한한다)개설자의 의견서, 기타 필요한 서류를 갖추어서 하는 것으로 한다. |

|  |
| --- |
| 5. 후생노동대신은 제2항 제4호의 신청을 받은 경우에는 해당 신청에 관하여 신속하게 검토를 하여 해당신청에 관한 요양이 동호의 평가를 행하는 것이 필요한 요양이라고 인정되는 경우에는 해당요양을 환자신청요양으로 정한다.  6. 후생노동대신은 전항의 규정에 따라 제2항 제4호의 신청에 관한 요양을 환자신청요양으로 정한 경우에는 그 뜻을 해당신청을 한 자에게 신속하게 통지를 하여야 한다.  7. 후생노동대신은 제5항 규정에 따라 제2항 제4호의 신청에 관하여 검토를 하고 해당신청에 관한 요양을 환자신청요양으로 정하지 않은 경우에는 이유를 첨부하여 그 뜻을 해당신청을 한 자에게 신속하게 통지를 한다.  **(보험의 및 보험약제사)**  제64조 보험의료기관에서 건강보험의료에 종사하는 의사 또는 치과의사 또는 보험약국에서 건강보험의 조제에 종사하는 약제사는 후생노동대신에게 등록을 한 의사 또는 치과의사(이하 보험의라고 총칭한다) 또는 약제사(이하 보험약제사라고 한다)가 아니면 아니된다.  **(보험의료기관 또는 보험약국의 지정)**  제65조 제63조 제3항 제1호의 지정은 시행규칙에서 정하는 바에 의하여 병원 또는 진료소 또는 약국의 개설자가 신청을 한다.  2. 전항의 경우에 그 신청이 병원 또는 병상을 가지고 있는 진료소에 관한 경우에는 해당 신청은 의료법 제7조 제2항에 규정된 병상의 종별(제4항 제2호 및 다음조 제1항에서는 병상종별이라고 한다)로 그 수를 정한다.  3. 후생노동대신은 제1항 규정에 따라 신청을 한 경우 신청자가 다음 각호의 어디엔가 해당되는 경우에는 제63조 제3항 제1호 규정에 의한 지정을 하지 않을 수 있다.  一 신청을 한 병원 또는 진료소 또는 약국이 이 법률규정에 의하여 보험의료기관 또는 보험약국에 관한 제63조 제3항 제1호 규정에 따라 지정이 취소된 후 그 취소일로부터 5년이 경과하지 않은 때.  二 신청을 한 병원 또는 진료소 또는 약국이 보험급여에 관한 진료 또는 조제의 내용이 적절하지 않을 우려가 있어 중복으로 제73조 제1항(제85조 제9항, 제85조의2 제5항, 제86조 제4항, 제110조 제7항  제149조를 준용하는 경우를 포함한다)의 규정에 의한 지도를 받은 경우.  三 신청을 한 병원 또는 진료소 또는 약국의 개설자 또는 관리자가 이 법률 기타 국민의 보건의료에 관한 법률의 시행규칙 규정에 따라 벌금형을 받고 그 집행이 끝나거나 또는 집행을 받지 않게될 때까지의 자인 경우.  四 신청을 한 병원 또는 진료소 또는 약국의 개설자 또는 관리자가 금고이상의 형에 처하여진 후 집행이 끝나거나 또는 집행을 받지 않게될 때까지의 자인 경우.  五 신청을 한 병원 또는 진료소 또는 약국의 개설자 또는 관리자가 이 법률, 선원보험법, 국민건강보험법(소화33년 법률 제192호), 고령자의료확보에 관한 법률, 지방공무원등 공제조합법(소화37년 법률 제152호), 사립학교 교직원공제법(소화28년 법률 제245호), 후생연금보험법(소화29년 법률 제115호)또는 국민연금법(소화34년 법률 제141호) (제89조 제4항 제7호에 규정된 사회보험 각법이라고 함)에  규정된 바에 의하여 납부의무가 있는 보험료 부담금 또는 부과금(지방세법(소화25년 법률 제226호)의 규정에 따라 국민건강보험규정에 의한 국민건강보험세를 포함한다. 이하 이호, 제89조 제4항 제7호 및 제199조 제2항에서 사회보험료라고 |

|  |
| --- |
| 한다)에 관하여 당해신청을 한 날의 전일까지 이들 법률규정에 따라 체납처분을 받거나 해당처분을 받은 날로부터 정당한 이유없이 3개월이상의 기간동안 해당 처분을 받은 날 이후에 납부기한이 도래한 사회보험료의 전부(당해처분을 받은자가 당해처분에 관한 사회보험료의 납부의무를 부담하도록 정한 법률에 따라 납부의무를 부담하는 보험료에 한한다. 제89조 제4항 제7호에서도 동일하다)를 계속 체납하고 있는 자.  六 전 각호 이외에 신청을 한 병원 또는 진료소 또는 약국이 보험의료기관 또는 보험약국으로서 현저히 부적당하다고 인정 될 때.  4. 후생노동대신은 제2항의 병원 또는 진료소에 관하여 제1항의 신청이 있은 경우에는 다음 각호의 어딘가에 해당될 때에는 그 신청에 관한 병상의 전부 또는 일부를 제외하고 제63조 제3항 1호의 지정을 할 수가 있다.  一 해당병원 또는 진료소의 의사, 치과의사, 간호사, 기타 종업원등의 사람수가 의료법 제21조 제1항 제1호 또는 제2항 제1호 규정에 따라 후생노동성령에 정한 사람수 및 동조 제3항에 규정된 후생노동성 령으로 정한 기준을 감안하여 후생노동대신이 정한 기준에 의하여 산정한 사람수를 채웠을 경우.  二 신청을 한 병상의 종류별에 따라 의료법 제7조의2 제1항에 규정된 지역에서 보험의료기관의 병상수가 지정에 따라 동법 제30조의4 제1항에 규정된 의료기획에서 정한 기준병상수를 감안하여 후생노동대신이 정한 바에 따라 산정한 수를 초과하였다고 인정하는 경우(그 수를 이미 초과한 경우를 포함  한다)로서 해당병원 또는 진료소의 개설자 또는 관리자가 동법 제30조의11의 규정에 따라 도도부현지사의 권고를 받았음에도 이에 따르지 않았을 때.  三 기타 적정한 의료를 효율적으로 제공 하고자 하는 관점에서 해당병원 또는 진료소의 병상 이용이 보험의료기관으로서 현저히 부적당하다고 인정된 때.  **(보험의료기관의 지정 변경)**  제66조 전조 제2항의 병원 또는 진료소 개설자는 제63조 제3항 제1호의 지정에 관한 병상수의 증설 또는 병상의 종류별 변경을 하고자 하는 때에는 후생노동성령이 정하는 바에 따라 해당병원 또는 진료소는 동호 규정에 따른 지정변경 신청을 하지 않으면 아니된다.  2. 전조 제4항의 규정은 전항의 지정변경 신청시에 준용한다.  **(지방사회보험 의료협의회의 자문)**  제67조 후생노동대신은 보험의료기관에 대하여 제63조 제3항 제1호의 지정을 하지 않고자 할 때 또는 그 신청에 관한 병상의 전부 또는 일부를 제외한 지정(지정의 변경을 포함한다)을 할 때 또는 보험약국에 관한 동호의 지정을 하지 않고자 할 때에는 지방사회보험 의료협의회의 의결을 거치지 않으면 아니된다.  **(보험의료기관 또는 보험약국의 지정갱신)**  제68조 제63조 제3항 제1호에 의한 지정은 지정일로부터 기산하여 6년을 경과한 때에는 그 효력을 상실한다.  2. 보험의료기관(제65조 제2항의 병원 및 진료소를 제외한다) 또는 보험약국은 후생노동성령에서 정한 것에 관하여는 전항의 규정에 의하여 지정의 효력을 상실한 날의 전6개월부터 같은 날 전3개월까지 사이에 따로 신청이 없는 경우에는 동조 제1항의 신청이 있은 것으로 본다. |

|  |
| --- |
| **(보험의료기관 또는 보험약국만이 아닌 지정)**  제69조 진료소 또는 약국을 의사 또는 치과의사 또는 약제사가 개설하고 당해개설자인 의사 또는 치과의사 또는 약제사만이 진료 또는 조제에 종사하는 경우에는 당해의사 또는 치과의사 또는 약제사에 관하여 제64조의 등록이 있은 경우에는 당해진료소 또는 약국에 관하여 제63조 제3항 제1호에 의한 지정이 된 것으로 본다. 다만 당해진료소 또는 약국에 관하여 제65조 제3항 및 제4항에 규정된 요건에 해당되는 경우에는 후생노동대신이 동호에 따른 지정이 있었다고 보는 것이 부적당하다고 인정될 때에는 그러하지 아니하다.  **(보험의료기관 또는 보험약국의 책무)**  제70조 보험의료기관 또는 보험약국은 당해보험의료기관에서 진료에 종사하는 보험의 또는 당해보험약국에서 조제에 종사하는 보험약제사는 제72조 제1항의 후생노동성령이 정하는 바에 의하여 진료 또는 조제를 하는 외에 후생노동성령이 정하는 바에 따라 요양급여를 담당하지 않으면 아니된다.  2. 보험의료기관 또는 보험약국은 전항(제85조 제9항 제85의2 제5항 제86조 제4항 제110조 제7항 및 제149조에 준용하는 경우를 포함한다)의 규정에 따르는 외에 선원보험법 국민건강보험법 국가공무원공제조합법(소화33년 법률 제128호, 다른 법률에서 준용하고 또는 예에 의한 경우를 포함한다) 또는 지방공무원등 공제조합법(이하 이 법률이외의 의료보험각법이라고 한다)에 의한 요양급여 및 피보험자 또는 피부양자의 요양과 아울러 고령자의 의료확보에 관한 법률에 의한 요양급여, 입원시 식사요양비에 관한 요양, 입원시 생활요양에 관한 요양 및 보험외 병용요양에 관한 요양을 담당한다.  3. 보험의료기관 중 의료법 제4조의2에 규정된 특정기능병원 기타병원으로서 후생노동성령에서 정한 병원은 환자의 병상 기타의 환자사정에 따라 적절한 타보험의료기관을 당해환자에게 소개하는 일과 기타 보험의료기관 상호간의 기능분담 및 업무의 연계를 위한 조치로서 후생노동성령이 정하는 조치를 취하여야 한다.  **(보험의 또는 보험약제사의 등록)**  제71조 제64조의 등록은 의사 또는 치과의사 또는 약제사의 신청에 의하여 한다.  2. 후생노동대신은 전항 신청을 받은 경우에는 신청자가 다음 각호 어느항에 해당될 때에는 제64조의 등록을 받아들이지 않을 수 있다.  一 신청자가 이 법률 규정에 따라 보험의 또는 보험약제사에 관한 제64조의 등록을 취소당하고 그 취소일로부터 5년이 경과되지 않은 자.  二 신청자가 이 법률 기타 국민의 보건의료에 관한 법률에 따라 시행규칙으로 정하여 진 규정에 따라 벌금형을 받고 그 집행이 끝나거나 또는 집행유예기간이 끝난 자.  三 신청자가 금고이상의 형을 받고 그 집행이 끝나거나 또는 그 집행유예기간이 끝난 자.  四 전3호 이외에 신청자가 보험의 또는 보험약제사로서 현저히 부당하다고 인정되는 일을 한 자.  3. 후생노동대신은 보험의 또는 보험약제사에 관한 제64조의 등록을 받아들이지 않을 때에는 지방사회보험의료협의회의 회의를 거치지 않으면 아니된다.  4. 제1항 또는 제2항에 규정된 것 이외에 보험의 및 보험약제사에 관한 제64조의 등록에 관하여 필요한 사항은 시행규칙으로 정한다. |

|  |
| --- |
| **(보험의 또는 보험약제사의 책무)**  제72조 보험의료기관에서 진료에 종사하는 보험의 또는 보험약국에서 조제에 종사하는 보험약제사는 후생노동성령이 정하는 바에 따라 건강보험진료 또는 조제를 하지 않으면 아니된다.  2. 보험의료기관에서 진료에 종사하는 보험의 또는 보험약국에서 조제에 종사하는 보험약제사는 전항(제85조 제9항 제85조의2 제5항 제86조 제4항 제110조 제7항 및 제149조에서 준용하는 경우를 포함한다)의 규정에 의하는 외에 이 법률 이외의 의료보험각법 또는 고령자 의료확보에 관한 법률에 의한 진료 또는 조제를 하는 것으로 한다.  **(후생노동대신의 지도)**  제73조 보험의료기관 및 보험약국은 요양급여에 관하여 보험의 및 보험약제사는 건강보험의 진료 또는 조제에 관하여 후생노동대신의 지도를 받지 않으면 아니된다.  2. 후생노동대신은 전항의 지도를 함에 있어 필요하다고 인정되는 경우에는 진료 또는 조제에 관한 학식경험자를 그 관계단체의 지정에 의하여 지도에 입회시킨다. 다만 관계단체가 지정을 하지 않은 경우 또는 지정된 자가 입회하지 않은 경우에는 그러하지 아니한다.  **(일부부담금)**  제74조 제63조 제3항의 규정에 의하여 보험의료기관 또는 보험약국으로부터 요양급여를 받는 자는 그 급여를 받을 때에 다음 각호에 구분한 바에 따라 해당급여를 받을 때마다 제76조 제2항 또는 제3항의 규정에 따라 산정한 금액에 해당 각호에 정한 비율을 곱하여 얻은 금액을 일부부담금으로 당해보험의료기관 또는 약국에 지불하지 않으면 아니된다.  一 70세에 도달한 날이 속하는 달의 이전인 경우에는 100분의 30  二 70세에 도달한 날이 속하는 달의 익월 이후인 경우(다음호의 경우는 제외한다) 100분의 20  三 70세에 도달한 날이 속하는 달의 익월 이후인 경우로서 시행규칙이 정하는 바에 따라 산정한 보수금액이 시행령으로 정한 금액 이상인 경우에는 100분의 30  2. 보험의료기관 또는 보험약국은 전항의 일부부담금(제75조의2 제1항 제1호의 조치가 이루어진 경우에는 당해감액된 일부부담금)의 지불을 받아야 한다. 보험의료기관 또는 보험약국이 선량한 관리자와 동일한 주의를 가지고 지불을 받도록 노력했음에도 불구하고 요양급여를 받은 자가 당해일부부담금의 전부 또는 일부를 지불하지 않았을 경우에는 보험자는 당해보험의료기관 및 보험약국의 청구에 따라 이 법률에 규정된 징수금의 예에 따라 처분할 수가 있다.  제75조 전항 제1조 규정에 의하여 일부부담금을 지불하는 경우 동항의 일부부담금에 5엔미만의 단수가 생겼을 경우에는 이를 절사하고 5엔이상 10엔미만의 단수가 발생하였을 경우에는 10엔으로 절상한다.  **(일부부담금액의 특례)**  제75조2 보험자는 재해기타 후생노동성령에서 정한 특별한 사정이 있는 피보험자로서 보험의료기관 또는 보험약국에 제74조 제1항 규정에 의한 일부부담금을 지불하기가 곤란하다고 인정되는 경우에는 다음 조치를 취할 수 있다. |

|  |
| --- |
| 一 일부부담금의 감액.  二 일부부담금의 지불 면제.  三 보험의료기관 또는 보험약국에 대한 지불을 하는 대신 일부부담금을 직접 징수하는 것으로 하고 그 징수를 유예한다.  2. 전항의 조치를 받은 피보험자는 제74조 제1항 규정에도 불구하고 전항 제1호의 조치를 받은 피보험자는 그 감액된 일부부담금을 보험의료기관 또는 보험약국에 지불하면 된다. 동항 제2호 또는 제3호의 조치를 받은 피보험자는 일부부담금을 보험의료기관 또는 보험약국에 지불할 필요가 없다.  3. 전조의 규정은 전항의 경우에 있어서의 일부부담금 지불에 준용한다.  **(요양급여에 관한 비용)**  제76조 보험자는 요양급여에 관한 비용을 보험의료기관 또는 보험약국에 지불하며 보험의료기관 또는 보험약국이 보험급여에 관하여 보험자에게 청구할 수 있는 비용액은 요양급여에 소요된 비용금액으로부터 당해 요양급여에 관하여 피보험자가 당해요양급여에 관하여 피보험자가 당해 보험의료기관 또는 보험약국에 대하여 지불하지 않으면 아니되는 일부부담금상당액을 공제한 금액으로 한다.  2. 전항의 요양급여에 소요된 비용액은 후생노동대신이 정한 바에 의하여 산정하여야 한다.  3. 보험자는 후생노동대신의 인가를 받은 후 보험의료기관 또는 보험약국과의 계약에 따라 당해 보험의료기관 또는 보험약국에서 행하여지는 요양급여에 관한 제1항의 요양급여에 소요되는 비용금액에 관하여 전항의 규정에 따라 산정된 금액의 범위 내에서 별도로 정할 수가 있다.  4. 보험자는 보험의료기관 또는 보험약국으로부터 요양급여에 관한 비용청구를 받은 경우에는 제70조 제1항 및 제72조 제1항의 후생노동성령 및 전2항에서 정한 바에 따라 심사를 한 후 지불한다.  5. 보험자는 전항의 규정에 의한 심사 및 지불에 관한 사무를 사회보험진료보수지불기금법(소화23년 법률 제129호)에 따라 사회보험진료보수지불기금(이하 기금이라고 한다) 또는 국민건강보험법 제45조 제5항에 규정된 국민건강보험단체연합회(이하 국보연합회라고 한다)에 위탁할 수가 있다.  6. 전항에서 정한 것 이외에 보험의료기관 또는 보험약국의 요양급여에 관한 비용청구에 관하여 필요한 사항은 후생노동성령으로 정한다.  **(약가조사 등에 관한 후생노동대신의 권한)**  제77조 후생노동대신은 전조 제2항으로 정한 것 중 약제에 관하여 후생노동대신이 정한 규정을 적정한 것으로 하기 위하여 필요한 조사를 할 수가 있다.  **(보험의료기관 또는 보험약국의 보고 등)**  제78조 후생노동대신은 요양급여에 관하여 필요하다고 인정할 때에는 보험의료기관 또는 보험약국 또는 보험의료기관 또는 보험약국의 개설자 또는 관리자, 보험의, 보험약제사, 기타 이 업에 종사하는 자(이하 이항에서 개설자였던 자 등을 말한다)에 대하여 보고 또는 진료기록, 기타의 장부나 서류의 제출 또는 제시를 명하고 보험의료기관 또는 보험약국의 개설자 또는 관리자, 보험의, 보험약제사, 기타 이 업에 종사하는 자(개설자였던 자를 포함한다)에 대하여 출두를 요구하고 또는 당해직원에게 관계자에 대하여 질문을 하게 하고 또는 보험의료기관 또는 보험약국의 설비 또는 진료기록장부와 서류, 기타 물건을 검사하도록 할 수 있다. |

|  |
| --- |
| 2. 제7조의38 제2항 및 제73조 제2항 규정은 전항의 규정에 의한 질문 또는 검사에 관하여 제7조의38 제3항의 규정은 전항 규정에 의한 권한에 대하여 준용한다.  **(보험의료기관 지정 사퇴 또는 보험의 등의 등록 말소)**  제79조 보험의료기관 또는 보험약국은 1개월이상의 예고기간내에 그 지정을 사퇴할 수 있다.  2. 보험의 또는 보험약제사는 1개월이상의 예고기간내에 그 등록의 말소를 청구할 수 있다.  **(보험의료기관 또는 보험약국의 지정 취소)**  제80조 후생노동대신은 다음 각호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 당해보험의료기관 또는 보험약국에 관한 제63조 제3항 제1호의 지정 취소를 할 수 있다.  一 보험의료기관에서 진료에 종사하는 보험의 또는 보험약국에서 조제에 종사하는 보험약제사가 제72조 제1항(제85조 제9항, 제85조의2 제5항, 제86조 제4항, 제110조 제7항 및 제149조에서 준용하는 경우를 포함한다)의 규정을 위반하였을 때(당해위반을 방지하기 위하여 당해보험의료기관 또는 보험약국이 상당한 주의 또는 감독을 다하였을 경우에는 제외한다).  二 전호 외에 보험의료기관 또는 보험약국이 제70조 제1항(제85조 제9항, 제85조의2 제5항, 제86조 제4항, 제110조 제7항 및 제149조를 준용하는 경우를 포함한다)의 규정을 위반하였을 때.  三 요양급여에 관한 비용청구 또는 제85조 제5항(제85조의2 제5항 및 제86조 제4항을 준용하는 경우를 포함한다) 또는 제110조 제4항(이들 규정을 제149조에 준용하는 경우를 포함한다)의 규정에 의한 지불에 관한 청구에 부정이 있었을 때.  四 보험의료기관 또는 보험약국이 제78조 제1항(제85조 제9항, 제85조의2 제5항, 제86조 제4항, 제110조제7항 및 제149조를 준용하는 경우를 포함한다. 다음호에서도 같다)의 규정에 의한 보고 또는 진료기록, 기타장부와 서류의 제출 또는 제시명령에 따르지 않거나 또는 허위보고를 하였을 때.  五 보험의료기관 또는 보험약국의 개설자 또는 직원이 제78조 제1항의 규정에 따라 출두를 명하였음에도 이에 응하지 않았을 때, 동항 규정에 의한 질문에 대하여 답변하지 않았을 때, 또는 허위답변을 하였을 때, 또는 동항 규정에 의한 검사를 거부, 방해 또는 기피하였을 때(당해보험의료기관 또는 보험약국의 직원이 그 행위를 한 경우에는 그 행위를 방지하기 위하여 당해보험의료기관 또는 보험약국이 상당한 주의 또는 감독을 하는 데 최선을 다한 경우에는 제외한다).  六 이 법률 이외의 의료보험 각법에 의한 요양급여 또는 피보험자 또는 피부양자의 요양 또는 고령자 의료 확보에 관한 법률규정에 의한 요양급여, 입원시 식사요양비에 관한 요양, 입원시 생활요양비에 관한 요양 또는 보험외 병용요양비에 관한 요양에 대하여 전 각호의 어딘가에 해당하는 사유가 있었을 때.  七 보험의료기관 또는 보험약국의 개설자 또는 관리자가 이 법률 기타 국민의 보험의료에 관한 법률에서 시행규칙으로 정한 규정에 의하여 벌금형을 받고 그 집행이 끝난 때 또는 그 집행을 받는 것이 없어질 때까지의 자에 해당될 때.  八 보험의료기관 또는 보험약국의 개설자 또는 관리자가 금고이상의 형을 받았을 때, 그 집행이 끝나거나 그 집행을 받는 것이 없어질 때까지의 자에 해당될 때.  九 전항 각호에 규정된 경우외에 보험의료기관 또는 보험약국의 개설자가 이 법률 기타 국민의 보건의료에 관한 법률규정에 의하여 시행규칙으로 정하여진 경 |

|  |
| --- |
| 우 또는 이들 법률에 따라 정하여진 명령 또는 처분을 위반한 때.  **(보험의 또는 보험약제사 등록 취소)**  제81조 후생노동대신은 다음 각 호에 해당되는 경우에는 당해보험의 또는 보험약제사에 관한 제64조의 등록을 취소할 수 있다.  一 보험의 또는 보험약제사가 제72조 제1항(제85조 제9항, 제85조의2 제5항, 제86조 제4항, 제110조 제7항 및 제149조에 준용하는 경우를 포함한다)의 규정을 위반하였을 때 보험의 또는 보험약제사가 제78조 제1항(제85조 제9항, 제85조의2 제5항, 제86조 제4항, 제110조 제7항 및 제149조에 준용하는 경우를 포함한다. 이하 이호에서도 같다)의 규정에 따라 출두를 요구하였음에도 이에 응하지 않았을 때.  二 제78조 제1항 규정에 의한 질문에 대하여 답변을 하지 않거나 또는 허위답변을 하거나 또는 동항 규정에 의한 검사를 거부하거나 방해하거나 또는 기피하였을 때.  三 이 법률이외의 의료보험 각법 또는 고령자 의료확보에 관한 법률에 따라 진료 또는 조제에 관하여 제2호에서 정한 바와 같은 상당한 사유가 있을 때.  四 보험의 또는 보험약제사가 이 법률 기타 국민의 보건의료에 관한 법률에 따라 시행규칙으로 정한 규정에 따라 벌금형에 처하여져 그 집행이 끝나거나 그 집행을 받는 것이 없어질 때까지의 자에 해당될 때.  五 보험의 또는 보험약제사가 금고형에 처하여져 그 집행이 끝나거나 그 집행을 받는 것이 없어질 때까지의 자에 해당될 때.  六 전 각호에 정한 경우 이외에 보험의 또는 보험약제사가 이 법률 기타 국민의 보건의료에 관한 법률 규정에 따라 시행규칙으로 정한 것 또는 이 법률에 따른 명령 또는 처분을 위반하였을 때.  **(사회보험의료협의회에의 자문)**  제82조 후생노동대신은 제70조 제1항(제85조 제9항, 제85조의2 제5항, 제86조 제4항, 제110조 제7항 및 제149조에 준용하는 경우를 포함한다) 또는 제3항 또는 제72조 제1항(제85조 제9항, 제85조의2 제5항, 제86조 제4항, 제110조 제7항 및 제149조에 준용하는 경우를 포함한다)의 규정에 따라 후생노동성령을 정하고자 할 때 또는 제63조 제2항 제3호 또는 제5호 또는 제76조 제2항(이들 규정을 제149조에서 준용하는 경우를 포함한다) 규정을 정하고자 할 때에는 중앙사회보험의료협의회의 자문을 받아야 한다. 다만 제63조 제2항 제3호에 정한 것 중 고도의료기술에 관한 것은 그러하지 아니하다.  2. 후생노동대신은 보험의료기관 또는 보험약국에 관한 제65조 제3항 제1호 규정에 따라 지정을 하고자 할 때 또는 그 지정을 취소하고자 할 때 또는 보험의 또는 보험약제사에 관한 제64조의 등록을 취소하고자 할 때에는 시행규칙에서 정한 바에 따라 지방사회보험의료협의회의 자문을 받는다.  **(처분에 대한 변명의 기회 부여)**  제83조 후생노동대신은 의료기관에 관한 제63조 제3항 제1호의 규정에 따라 지정을 아니하고자 할 때 또는 그 신청에 관한 병상 전부 또는 일부를 제외하고 지정(지정변경을 포함한다)을 하고자 할 때 또는 보험약국에 관한 동호의 지정을 아니하고자 할 때 또는 보험의 또는 보험약제사에 관한 제64조의 등록을 받아들이지 않고자 할 때에는 당해의료기관 또는 약국개설자 또는 당해보험의 또는 보 |

|  |
| --- |
| 험약제사에 관한 제64조의 등록을 받아들이지 않고자 할 때에는 당해의료기관 또는 약국개설자 또는 당해보험의 또는 보험약제사에 대하여 변명의 기회를 주지 않으면 아니된다. 이 경우에는 반드시 서면으로 변명을 할 일시 장소 및 사유를 통지하지 않으면 아니된다.  **(보험자가 지정하는 병원등에서의 요양급여)**  제84조 제63조 제3항 제2호 및 제3호에 규정된 병원 또는 진료소 또는 약국에서 행하여지는 요양급여 및 건강보험진료 또는 조제에 대한 준칙에 관하여는 제70조 제1항 및 제72조 제1항의 후생노동성령의 예에 의한다.  2. 제63조 제3항 제2호에 규정된 병원 또는 진료소 또는 약국으로부터 요양급여를 받는 자는 그 급여를 받을 때 제74조의 규정의 예에 의하여 산정한 금액을 일부부담금으로 당해병원 또는 진료소 또는 약국에 지불하지 않으면 아니된다. 다만 보험자가 건강보험조합인 경우에는 규약에서 정하는 바에 따라 당해일부부담금을 감액하거나 지불을 하지 않게 할 수 있다.  3. 건강보험조합은 규약에서 정한 바에 따라 제63조 제3항 제3호에 정한 병원 또는 진료소 또는 약국으로부터 요양급여를 받는 자에게 제74조에서 규정된 예에 따라 산정한 금액의 범위내에서 일부부담금을 지불 시킬 수 있다.  **(입원시 식사요양비)**  제85조 피보험자(특정장기입원피보험자를 제외한다. 이하의 조에서 또한 같다)가 후생노동성령에서 정한 바에 따라 제63조 제3항 각호에 규정된 병원 또는 진료소 중 자기가 선정하는 병원 또는 진료소로부터 동조 제1항 제5호에 규정된 요양급여와 아울러 받은 식사요양에 든 비용에 대하여 입원 시 식사요양비를 지급한다.  2. 입원시 식사요양비 금액은 당해식사요양에 대하여 소요된 평균적인 비용금액을 감안하여 후생노동대신이 정한 기준에 의하여 산정한 비용금액(그 금액이 당해식사요양에 든 비용금액을 초과했을 때에는 당해 식사요양에 든 비용의 금액)으로부터 평균적인 가계에 있어서의 식비상황 및 특정개호보험시설등(개호보험법 제51조의 3 제1항에 규정된 특정개호보험시설등을 말한다)에서의 식사제공에 소요된 평균적인 비용금액을 감안하여 후생노동대신이 정한 금액(소득상황 기타의 사정을 감안하여 후생노동성령으로 정하는 자에 대하여는 따로 정하는 금액. 이하 식사요양표준부담액이라고 한다)을 공제한 금액으로 한다.  3. 후생노동대신은 전항의 기준을 정하고자 할 때에는 중앙사회보험의료협의회에 자문을 구한다.  4. 후생노동대신은 식사요양표준부담액을 정한 후 감안 또는 참작하여야 할 사항에 관한 사정에 현저한 변동이 있은 경우에는 신속하게 그 금액을 개정하여야 한다.  5. 보험자가 제63조 제3항 제1호 또는 제2호에 규정된 병원 또는 진료소로부터 식사요양을 받은 때에는 보험자는 그 피보험자가 당해병원 또는 진료소에 지불하여야 할 식사요양에 든 비용에 대하여 입원시 식사요양비로서 피보험자에 대하여 지급하여야 할 금액의 한도 내에서 피보험자를 대신하여 당해병원 또는  진료소에 지불할 수가 있다.  6. 전항 규정에 의한 지불이 있은 때에는 피보험자에 대하여 입원 시 식사요양비의 지급이 있은 것으로 본다. |

|  |
| --- |
| 7. 피보험자가 제63조 제3항 제3호에 규정된 병원 또는 진료소로부터 식사요양을 받은 경우에는 보험자가 그 피보험자가 지불하지 않으면 아니되는 식사요양비에 든 비용 중 입원시 식사요양비로 피보험자에게 지급하여야 할 금액에 상당하는 금액의 지불을 면제하였을 때에는 입원시 식사요양비 지급이 있었던 것으로 본다.  8. 제63조 제3항 각호에 규정된 병원 또는 진료소는 식사요양에 든 비용에 관하여 지불을 받을 때에는 당해지불을 한 피보험자에 대하여 후생노동성령이 정하는 바에 따라 영수증을 교부하여야 한다.  9. 제64조, 제70조 제1항, 제72조 제1항, 제73조, 제76조 제3항으로부터 제6항까지, 제78조 및 전조의  제1항의 규정은 제63조 제3항 각호에 정한 병원 또는 진료소로부터 받은 식사요양과 이에 수반한 입원시 식사요양비 지급에 대하여 준용한다. |

일본 「건강보험법」 요양기관 지정 및 보험의 등록에 관한 관계 조문은

건강보험 정책을 입안하고 시행하며 관계기관을 지도 감독하는 후생노동성과 의료기관(약국) 및 의약인이 대등한 권리를 갖고 상호 간에 공법상의 계약을 체결하는 절차를 구체적으로 정하고 있습니다.

보험자(국가 업무를 위탁 받은 자)가 보험료의 대가로 피보험자(피부양자 포함)에게 현물급여인 요양급여를 합니다. 의료기관이나 약국은 보험환자 치료나 조제를 할 것이냐 여부를 결정한 후 당국에 요양취급기관 지정 신청을 하며 지정 신청을 받은 당국은 요양취급기관 지정 신청을 한 의료기관 또는 약국이 법률이 정한 요양급여를 충실하게 할 수 있느냐와 관계 법 위반은 물론 조세 체납 등이 없었느냐 여부까지 심사를 하여 요양취급기관 지정을 합니다. 법률에 정한 결격 사유가 있으면 지정을 거부합니다. 지정 신청과 지정 행위는 당사자 간 공법상의 계약입니다. (일본 건강보험법 해석과 운용-사회보험법규 연구회 편저-후생노동성 감수). 뿐만 아니라 지정을 받은 보험의료기관에서 건강보험 의료에 종사하고자 하는 의사 또는 치과의사 또는 지정 받은 보험약국에서 건강보험 환자에 대한 조제에 종사하고자 하는 약사는 후생노동대신에게 등록 신청을 하고 심사를 받은 후 등록을 하지 않으면 보험환자를 위한 치료나 조제를 할 수 없습니다. 요양취급기관을 지정할 때와 동일하게 보험환자에 대한 진료나 조제 의사가 없는 의사(치과의사) 또는 약사는 보험의 또는 보험약사 등록을 신청하지 않으면 됩니다.

등록 신청의 자유와 지정권은 동등합니다. 당국이 지정과 등록 승인에 관한 권한을 갖고 있는 것과 같이 지정을 받은 보험의료기관과 약국 그리고 등록 신청을 하여 보험의나 보험약사로 등록을 한 자는 보험의료기관 또는 보험약국 지정 사퇴와 보험의 또는 보험약사 자격 반납을 언제든지 할 수 있습니다. 이 경우 1개월 간의 사퇴 예고 기간이 필요합니다. 이와 같은 법적 장치는 「헌법」이 정한 직업 선택의 자유를 보장하기 위한 것입니다.

1960년대 말부터 1970년대에 걸쳐 십수년간 일본의사회 회장을 역임하면서 의권 신장을 위하여 당국과 싸웠던 다께미(武見太郞)회장은 평생 보험의 등록을 하지 않고 사비(私費)환자만 진료를 하였습니다. 그 회장은 만년에 하바드의대에서 강의를 하기도 했습니다.

뿐만 아니라 요양취급기관 지정과 보험의와 보험약사 등록은 6년이 지나면 그 효력이 자동 소멸됩니다. 매 6년마다 다시 보험의료기관 지정과 보험의 등록을 재심사하여 부적격 기관과 부적격 보험의 등을 가려내어 적격자만 보험의료와 보험조제를 할 수 있도록 하고 있습니다. 보험환자 진료나 청구에 부정이 있어 요양취급기관 지정이 취소되거나 보험의와 보험약사 등록이 취소된 경우에는 5년 간 보험의료기관 재지정 신청이나 보험의와 보험약사 등록 신청을 못하게 하여 부적격 의료기관과 의료인 및 약사를 보험제도에서 격리시킵니다.

이와 같은 법과 제도는 보험의료기관과 보험약국 그리고 보험의와 보험약사를 지도 감독하고 단속하는데 크게 기여를 하며 당국의 권위를 높여줍니다. 또한 보험의와 보험약사의 자존심과 인권을 보장하기도 합니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

「국민건강보험법」 제42조 제1항은 헌법의 직업선택 자유에 관한 조항을 위반한 규정이므로 무효인 법이라고 생각되는데 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

요양취급기관 지정 제도는 공권력이 요양취급기관을 지도 감독하고 통제하는 주요 수단일 뿐만 아니라 정책 집행의 주요 수단입니다. 현 제도로는 위와 같은 공권력의 기능을 발휘할 수 없다고 생각되는데 귀부의 의견은?

|  |
| --- |
| **질문 3** |

우리나라와 의료제도가 유사한 일본의 요양취급기관 지정 제도와 보험의 등의 등록 제도를 참고하여 법을 개정할 의사가 있는지 여부를 알려주시기 바랍니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 25 |  | 커뮤니티 케어에 관한 질문 |

**◆ 현황과 문제점**

귀 부는 커뮤니티 케어 계획을 수립하여 시행할 것이라고 발표를 하였습니다.

일본 후생노동성 홈페이지는 지역포괄케어시스템을 다음과 같이 간단히 정의하고 있습니다.

주택, 의료, 요양보호, 생활지원, 요양보호 상태가 되지 않도록 예방을 하는 것 등 5가지라고 규정하고 있습니다. 유럽에서는 커뮤니티 케어 또는 에이징-인-플래이스(aging-in-place)라고도 합니다. 노년이 되어 자기가 살고 있는 정든 지역, 자기집, 자기 침대에서 의료와 요양서비스 및 생활지원을 받으면서 임종을 하도록 하는 것이 커뮤니티 케어의 핵심이라고 생각합니다.

프랑스에서는 재가입원 제도가 일반화되어 있고 영국에서는 가상병동(virtual ward)제도, 독일에서는 재가의료지원센터 제도가 일반화되어 있습니다. 이와 같은 제도는 병원 완결형 치료가 비용이 너무 많이 들기 때문에 비용을 줄임과 아울러 국민의 생활의 질을 높이기 위하여 창안된 제도라고 생각합니다.

커뮤니티 케어에 대하여 다음과 같이 묻습니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

재가 치료와 생활지원을 받으면서 자기 집 자기 침대에서 생을 마치려면 우선 거주할 공간이 있어야 합니다. 또한 행동이 자유롭지 못한 노인이 생활을 할 수 있도록 손잡이를 설치한다든가 문턱을 없애는 등 일상생활을 통하여 신체장애가 생기는 것을 방지할 조치가 뒤따라야 합니다.

일상생활이 곤란한 재택 고령자에 대한 스웨덴의 주된 서비스의 내용은 장보기, 청소, 요리, 세탁, 신체위생관리, 목욕, 긴급호출에 대한 대응, 전화 상담, 주택개조서비스, 보청기대여, 방문간호, 야간순찰 등입니다. 우리나라는 재가 고령자에 대한 서비스를 어느 범위에서 정하고자 합니까 ?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

지역포괄케어의 핵심은 재가의료서비스와 요양서비스입니다. 이를 위하여는 지역의료계획이 선행되어야 합니다. 유럽은 물론 지역의료계획을 늦게 시작한 일본조차도 2018년도가 지역의료계획 제7차 5개년시행년도입니다. 지역의료계획은 우선 1차진료권 설정부터 한다고 합니다. 일본은 중학교 학군을 일차진료권으로 정하여 운영하고 있습니다. 이는 접근의 용이성을 감안한 조치라고 생각합니다. 그리고 335개 중진료권과 대진료권을 정하여 순차적으로 서비스를 합니다. 지역의료계획의 핵심은 진료권 단위로 의료수요를 측정하고 동 의료수요에 맞춰 전문과목별로 의사 수, 간호사 수, 기타 유사 의료인력 수를 측정을 하여 수요에 맞게 적정 의료인력을 배치하는 데서부터 출발을 합니다. 그 적정 의료인력은 자기가 근무하는 병의원에서 환자를 보면서 방문진료를 하게 합니다. 따라서 의사를 제외한 간호사, 물리치료사, 사회복지사 등 인력이 독립을 하여 개업을 하고 재택 방문 치료에 임하게 됩니다. 일본은 방문간호센터만 해도 7천여개소가 있으며 동경도에서만 연간 150개소의 간호센터가 신설되고 50개소가 폐업을 한다고 합니다. 구미에서도 간호사가 방문간호센터를 운영을 하며 프랑스의 경우 물리치료사의 80%가 개업을 하고 있습니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-1** |

우리나라는 커뮤니티 케어를 위하여 진료권을 정한 바가 없습니다. 진료권을 언제 어떻게 정할 것인지 알려주시기 바랍니다. 진료권 설정은 낙후된 지역의료 발전에도 도움이 됩니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-2** |

재택의료나 요양을 위해서는 왕진과 방문간호 또는 방문 물리치료, 사회사업가 상담 등이 필수적입니다. 그런데 우리나라는 의사인력 양성이 전문의 위주로 되어 있기 때문에 의사 왕진에 문제가 있습니다. 의사 양성계획이 가정의가 중심이 되어야 한다고 생각되며, 그 비율은 40%~50% 이상이어야 합니다. 대부분의 나라는 가정의 양성 비용을 국가가 부담하고 있습니다. 커뮤니티 케어를 위한 장기 의사 양성 계획을 세워야 된다고 생각되는데, 귀 부의 의견은 어떠한지요?

|  |
| --- |
| **질문 2-3** |

지역의료계획의 기본은 진료권별 의료수요 측정이 우선이며 동 의료수요 측정 결과에 따라 의사 양성과 간호사를 비롯한 기타 치료 인력의 양성이 이루어져야 된다고 생각되는데, 지역별 의료수요 측정은 언제 쯤 어떻게 할 것인지 알려주시기 바랍니다.

의료수요 측정은 의료수요 장래인구, 인구구성 변화, 환자의 지역간 유출입, 벽지 등의 지리적 조건, 의사의 성별, 연령 분포 등을 감안하여야 할 것입니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-4** |

2차 및 3차 진료권의 의료시설 배치와 인력 배치 등도 검토를 해야 할 것으로 생각되는데, 이에 대한 계획은 어떻게 할 것인지에 대하여도 알려주시기 바랍니다.

일본의 지역의료구상은 지방의 의료수요 감소로 인한 잉여병상의 합리적인 정리, 병원 간 인수합병, 공적 병원 폐업 등을 국가 차원에서 합리적으로 하는 것입니다. 참고하기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-5** |

커뮤니티 케어를 위하여는 왕진과 방문간호가 가장 중요한데, 우리나라 건강보험 수가에 왕진수가와 방문간호수가 등이 정하져 있으나 그 수준이 비현실적입니다. 일본의 경우에는 왕진료가 진찰료의 수배임을 감안하여 우리나라도 왕진료를 현실에 맞게 조정할 필요가 있다고 생각하는데 귀부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 2-6** |

원활한 방문간호, 방문물리치료를 위하여 외국처럼 간호사와 물리치료사 등이 독립하여 간호센터와 물리치료센터 등을 운영할 수 있도록 법과 제도를 정비하고 적정한 수가를 정할 용의가 있는지 여부 ?

간호사와 물리치료사 등의 인력을 획기적으로 늘릴 수 있는 방안은 있는지도 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-7** |

커뮤니티 케어를 위하여는 전문진료과목별 의사수요를 장기적으로 측정하고 이에 따라 의과대학 정원과 전문의 양성 제도를 고쳐나가야 된다고 생각되는데, 귀 부의 의견은 ?

**※일본 의과대학 입학 정원은 9,900명 수준이며, 도도부현 의사 수에 따라 도도부현 지사가 의대 입학 정원 일부를 조정할 수 있게 하고 있음**

|  |
| --- |
| **질문 2-8** |

현재의 전문의 양성 제도는 병원 의사 공급을 위한 제도이지 커뮤니티 케어를 위한 가정의 양성 제도는 아니라고 생각되는데, 귀 부의 의견은 ?

**※커뮤니티 케어 계획은 외국의 제도를 참고하여 수립하시기 바랍니다.**

**※자료는 해외 공관에 의뢰하여 취득하시기 바랍니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 26 |  | 의료인 단체에 관한 질문 |

**◆ 현황 및 문제점**

의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사는 대통령령이 정하는 바에 따라 각각 전국 조직을 두는 의사회, 치과의사회, 한의사회, 조산사회, 간호사회(이하 ‘중앙회’라 한다)를 각 각 설립하여야 한다고 「의료법」 제28조 제1항에 규정하고 있으며, 동법 제3항은 중앙회가 설립되면 의료인은 당연히 해당하는 중앙회의 회원이 되며 중앙회의 정관을 지켜야 한다고 규정하고 있습니다(「약사법」도 유사함). 또한 중앙회는 보건복지부장관으로부터 의료와 국민 보건 향상에 관한 협조의 요청을 받으면 협조를 하여야 한다고 규정하고 있습니다.

**◆ 이와 같은 「의료법」 규정에 관하여 다음과 같이 질의를 하니 회신하여 주시기 바랍니다.**

|  |
| --- |
| **질문 1** |

특정 직종 종사자가 동종 직업에 종사하는 사람들의 직업상 권리와 이익을 지키거나 신장하기 위하여 결사를 할 것이지 여부는 동종 직업에 종사하는 자들의 자유로운 의사에 따라 정하는 것이 옳음에도 불구하고 「의료법」으로 법인 설립을 강제하는 것은 「헌법」 제21조 제1항 결사의 자유조항을 위반한 것은 아닌지 여부?

|  |
| --- |
| **질문 2** |

「의료법」 제28조 제3항 규정에 따라 의료인은 당연히 해당하는 중앙회의 회원이 되며 중앙회의 정관을 지켜야 한다고 규정을 하고 있습니다. 어떤 결사에 가입하거나 가입하지 않을 자유가 결사의 자유인데 법으로 어떤 결사에 강제 가입하게 하고 정관 제정에 참여한 바도 없는 회원이 정관을 지켜야 한다고 규정한 것은 「헌법」 제21조 제1항에 규정한 결사의 자유를 침해한 행위가 아닌지 여부?

|  |
| --- |
| **질문 3** |

8.15. 광복 이전 일본은 침략 전쟁에 의료인력을 동원하기 위하여 일본 「의사법」에 의사회 규정 등과 의료인은 중앙회에 강제 가입하게 하는 규정을 두고 있었으며, 일제 치하에 있던 조선도 1944년 8월 제정된 「조선의료령」에 일본 「의사법」과 같은 규정을 두고 있었습니다. 1945년 패전 후 일본은 맥아더 헌법 제정과 아울러 일본 「의사법」의 의료인 단체 규정과 의료인의 의료인 단체 강제 가입 규정을 폐기하였는데, 우리나라는 미군정 아래에서 「조선의료령」을 그대로 시행하고 있었음은 물론 1948년 정부 수립 후에도 「조선의료령」을 그대로 계승하였고 1951년 12월 25일 「국민의료법」을 제정하면서 부칙으로 「조선의료령」을 폐지하였으나 「조선의료령」의 의료인 단쳬 규정과 의료인의 단체 가입 의무 규정을 계승하여 오늘날에 이르게 된 것으로 알고 있습니다. 「헌법」 위반 문제를 떠나 군국주의 일본의 의료인력 동원을 위한 법률을 73년간이나 유지하고 있는 것은 수치스러운 일입니다. 중대한 직무유기라고 생각하는데 귀 부의 의견은 ? 관련 법령을 폐기하여야 한다고 생각되는데 관련 볍령 폐기 의사가 있는지 여부?

|  |
| --- |
| **질문 4** |

의료인 단체는 회원의 이익과 권리를 지키고 신장하는데 전념하는 단체임에도 법률로 단체를 설립하게 하고 의료인을 강제 가입하게 한 것은 업권(業權) 보호와 업권 신장을 강화시키는 결과를 가져왔다고 생각하는데, 귀 부의 의견은 ?

|  |
| --- |
| **질문 5** |

의료인 중앙회는 보건복지부장관으로부터 의료와 국민보건 향상에 관한 협조 요청을 받으면 협조하여야 한다고 규정하고 있는데, 세계 어느 나라 의료 관계법에 정부 협조 요청이 있으면 의료인 단체와 회원이 의무적으로 협조하도록 한 규정이 있는지 여부를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

보건복지부 장관이 의료인의 이해와 상반되는 협조 요청을 하여도 의료인 단체는 협조를 하여야 하는지 여부?

**※참고: 의사단체나 약사 단체가 반대하는 사안은 협조 의무가 있음에도 불구하고 시행하지 못하는 경우가 많다고 생각합니다. 목포 의약분업 문제로 약사가 파업을 하였고, 2000년 의약분업 당시에는 의사가 파업을 하였습니다.**

|  |
| --- |
| **질문 7** |

「의료법」 제 30조 제1항은 실효성이 없고 헌법 위반이기 때문에 법조항을 삭제하여야 한다고 생각하는데 귀 부의 의견은 어떠한 지?

**※일본 의사법(醫師法)에는 의사회에 관한 규정이 없음**

**◆ 보건복지부 답변에 대한 질문서 1**

==============================================================================

수신: 보건복지부장괸

참조: 건강보험정책국장

제목: 질의답변(민원1BA-2001-150134)에 대한 재질의

======================================================================

1. 귀부에 세계에 하나밖에 없는 로또입원료 기준에 대한 질문을 한바 있습니다.

질문은 건강보험진료보수표(건강보험요양급여비용)에 정하여진 입원료의 모순을 항목별로 구체적으로 설명하고 다음과 같이 8개 항목을 항목별로 질의 하였습니다.

2. 귀부의 답변내용을 보니 질문취지를 이해하지 못하고 있는 것으로 보여 8개항의 질문을 간추려서 항목별로 다시 설명합니다.

‘질문1’은 입원료가 의학관리료 40% 간호관리료 25% 병원관리료가 35%로 구성된 의학적 및 수리적 근거를 묻는 질문이었습니다

‘질문2’는 의학관리료와 간호관리료 비율의 불균형을 묻는 질문이었습니다.

‘질문3’은 2인실의 의학관리료가 6인실 의학관리료의 203% 고가인 이유를 물었습니다. 동일한 의사가 의학적 관리를 하는데 병실에 따라 의학관리료가 2배 이상 차이가 나는 이유를 밝히라고 하였습니다.

‘질문4’에서는 같은 4인 병실을 사용하는데 상급종합병원에는 입원료를 30% 더 주는 이유를 물었습니다. 부연하면 상급종합병원병실은 옥돌로 짓고 종합병원이나 의원의 병실은 벽돌로 지었느냐고 물었습니다.

‘질문5’에서는 2인실 입원환자가 6인실 입원환자보다 1일당 20,184원의 급여를 더 받는 것은 건강보험급여의 평등원리에 맞느냐고 물었습니다.

‘질문6’에서는 일본의 차액병실 운영의 예에 따라 평등하게 차액병실을 운영할 의사가 없는지를 물었습니다.

‘질문7’에서는 앞의 질문에 쓴바와 같이 입원료는 불평등급여 임으로 모든 국민이 동일한 가격으로 같은 질의 의료를 받을수 있어야 한다는데 귀부는 동의하느냐고 물었습니다.

‘질문8’에서는 평등한 급여를 위하여 진료보수점수표(요양급여비용)를 수가제정 원칙에 따라 재제정할 용의가 없느냐를 물었습니다.

귀부는 질문자가 질의한 8개 항목중 어느 한 항목에 대하여도 구체적으로 답변을 하지 않았으며, 답변에서 의학관리료, 간호관리료 그리고 병원관리료에 대하여 설명하였으며, 질문도 하지 않았는데 간호인력 확보를 위하여 간호관리료차등제를 실시하고 있다고 설명하고 있습니다.

환자수당 간호인력 비율에 따른 수가차등제는 어느 나라든 다 실시하고 있는 제도이며 간호관리료가 병원 크기에 따라 다른 것은 수가 제정 원칙에 반하는 것입니다.

질문자가 귀부 직원보다 건강보험에 대한 지식이 부족하다고 생각하고 의학관리료가 무엇이고 간호관리료가 무엇이라고 설명하는 것은 삼가는 것이 옳습니다.

그다음 답변은 입원료산정은 상대가치점수표 기본진료산정지침에 따라 산정한다고 설명하고 있습니다. 수가체계가 잘못되었다고 질문 하였는데 상대가치점수표 산정 지침에 따라 수가계산이 된다는 동문서답을 하였습니다. 기가막힐 뿐입니다.

다음은 보험정책과의 답변은 질문 어느 항목과도 관련이 없는 답변입니다.

세항으로 나누어 답변을 하였는데,

첫 항에서는 「국민건강보험법」 제 1조의 목적을 그대로 복사를 하여 건강보험 실시 및 운영목적을 설명 하고 있습니다. 질문자는 건강보험 실시 목적을 질의한 바 없습니다

둘째 항에서는 우리나라는 의료보장을 사회보험 방식으로 하고 있으며 제도유지를 위하여 보험료를 부과하고 있다고 하였습니다. 가관이고 기가 막히는 것은 건강보험을 소득을 보장하는 사회보험이라고 주장하고 있는 것입니다. 건강보험은 소득보장을 위한 사회보험이 아니며 소득보장을 위한 사회보험은 국민연금, 공무원연금, 사립학교교직원연금 등입니다.

보건복지부가 어쩌다 이 지경으로 사회보험의 기초도 모르는 부처가 되었단 말입니까? 정말 슯은 일입니다.

이 공문을 작성한 공무원과 결재를 한 사무관, 과장, 국장의 이름을 밝혀 주실 것을 요구합니다

수백 건에 달하는 질문을 하였는데, 한건도 제대로 답변하지 않고, 생활습관병과 입원료에 대한 질의에 대하여만 엉뚱한 답변을 하였습니다. 생활습관병에 관하여는 명확한 답변을 요구하는 3차 질의를 하였습니다.

귀부가 질문에 대하여 말도 안되는 답변을 하는 것은 질문에 대하여 답변할 지식이 없거나 답변을 못할 내부사정이 있기 때문이라 생각합니다.

정확한 답변을 할 수 없으나 민원서류 처리기간이 있기 때문에 감사 등에 대비하여 말도 안되는 답변을 하고 있다고 생각합니다.

그러나 말도 안되는 답변서가 감사당국이나 법정에 증거로 제출될 수 있다는 점을 유념하시기 바랍니다.

답변에 대하여 다음과 같이 재질문을 합니다.

**질문 1:** 질문자가 한 모든 질문에 대하여 질문 각 항목별로 답변을 하여 주실 기일을 알려 주시기 바랍니다.

**질문 2:** 귀부가 답변을 못할 사정이 있으면 구체적으로 그 사정을 알려주시기 바랍니다

**질문 3:** 건강보험이 소득보장을 위한 보험인지 여부를 확실하게 답변을 하여 주시기 바랍니다.

**질문 4:** 보험급여과 답변 기안자가 민간 전문가 최민경으로 되어 있습니다. 공문 기안은 공권력 행사입니다. 공무원이 아니면 공무를 수행할 수 없습니다. 민간인이 공문을 기안하는 것이 타당한지 알려주시기 바랍니다.

**질문 5:** 공문 기안을 민간인에게 맡겨 놓고 보험급여과 공무원은 무슨 일을 하고 보수를 받습니까?

**질문 6:** 건강보험요양급여비용 인상은 「국민건강보험법 시행규칙」 제 21조 규정에 따라 상대가치점수 1점당 가격만 조정 인상할 수 있을 뿐 점수 내역은 조정하지 못하게 되어있습니다. 2020년도 건강보험요양급여비용 인상조정.내역을 일별하였더니 MRI.등은 부분적으로 7%정도 점수가 인상되었습니다. 건강보험 수가의 2중 인상은 위법한 범죄 행위라고 생각 되는데 이에 대한 답변을 바랍니다. 2020년도 건강보험수가 인상에 대하여는 구체적으로 별도 질의 할 것 입니다.

**질문 7:** 세계에 하나 밖에 없는 로또 입원구조에 대한 8개 항목별 답변은 언제까지 하여 주실 것인지도 답변 바랍니다.

**질문 8:** 질문자가 지금까지 질문한 문제들은 1년에 100조 이상의 치료비 등을 지출하는 건강보험 진료보수구조와 100조 이상의 치료비 등을 집행하는 제도의 구조에 대한 질문이기 때문에 실무자나 국과장 선에서 처리할 가벼운 문제가 아닙니다. 질문자의 질의서를 장관에게 열람하도록 한 사실이나 요약하여 보고한 사실이 있는지를 알려주시기 바랍니다.

**◆ 보건복지부 답변에 대한 질문서 2**

**:** 혈압 및 공복시 혈당 기준치에 관한 질문에 대한 빌병관리본부 및 건보공단 회신에 대한 1차 간이 재질문

가짜 환자를 양산하고 있는 건보공단 건강검진 기준치에 대한 질문에 관하여 질병관리본부와 건보공단이 회답을 보내온데 관하여 별도로 답변의 오류와 무책임성에 대해여 구체적으로 재질문을 할것입니다 구체적인 질문에 앞서 금번 답변의 절차상 문제와 허구성의 중요한 부분에 대하여 간략하게 재질문을 하겠습니다.

|  |
| --- |
| **질문 1** |

질문자가 검진 문제에 관하여 귀부에 질의를 한 이유는 귀부가 건보검진을 국가검진이라고 법으로 정하여 주장을 하고 질병관리본부는 귀부의 산하기관이며 건보공단은 귀부의 피감독기관이익 때문입니다.

검진 문제가 귀부 소관 업무이나 직접 업무를 집행하지 않기 때문에 구체적인 내용을 알 수 없어 답변을 할 수 없는 경우에는 귀부가 질병관리본부와 건보공단으로부터 답변할 내용을 받아 검토를 하고 이를 취합하여 답변서를 작성하여 질문자에게 답변을 하는 것이 올바른 민원 공문서 처리 방법입니다.

귀부의 답변 방식은 심히 오만 무례하고 공문서 처리 절차를 어긴 것이라고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2** |

고혈압, 당뇨병, 이상지질증에 대한 질병관리본부와 건보공단의 답변은 각 각 다음과 같습니다.

◆ **질병관리본부**: 현재 국가건강검진 내 고혈압, 당뇨병, 이상지질증 등 판정 기준은 관련 전문학회에서 개발한 진료가이드라인 등을 바탕으로 전문가와 논의하여 결정하였으며, 국외(일본, WHO, 미국 등)의 고혈압, 당뇨병, 이상지질증 치료를 위한 진단 기준도 국가건강검진의 판정기준과 대부분 동일한 것으로 확인됩니다.

◆ **건보공단**: 국가건강검진 고혈압, 당뇨검사, 판정 기준은 보건복지부 질병관리본부 만성질환예방과의 ‘만성질환 예방관리 가이드라인 개발 기술 지원’ 사업의 일환으로 대한의학회 주관 하에 ‘일차 의료용 근거 기반 고혈압, 당뇨병 권고 지침(2018년 1월)’을 적용하고 있습니다.

고혈압·당뇨병 진단 기준을 국제기준이나 선진국 기준을 비교한 바 진단 기준 차이기 거의 유사함을 알려드리며 추후 국제적인 진단 기준 변화를 반영하여 국민이 올바른 정보를 알 수 있도록 하겠습니다.

**<표> 고혈압·당뇨병 진단 기준 비교**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 고혈압의 진단 | | | | 당뇨병의 진단 | |
| 정상 | | 고혈압 | | 공복 혈당  (mg/dL) | 당뇨병 |
| 수축기 | 확장기 | 수축기 | 확장기 |
| 한국 | <120 | <80 | ≥140 | ≥90 | <100 | ≥126 |
| 세계보건기구  (WHO) | <120 | <80 | ≥140 | ≥90 | <100 | ≥126 |
| 일본 | <129 | <84 | ≥140 | ≥90 | <100 | ≥126 |

건보검진 고혈압, 당뇨병, 이상지혈증 판정 기준은 보건복지부 산하 질병관리본부 만성질환예방과의 ‘만성질환 예방 관리 가이드라인 개발기술지원 사업’의 일환으로 대한의학회 주관 하에 ‘일차의료용 근거 기반 고혈압, 당뇨병 권고 지침(2018년 1월)’을 적용하고 있습니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-1** |

대한의학회는 의학의 발전과 향상을 위하여 노력하는 조직임과 동시에 의사의 권리와 이익을 지키고 신장하기 위한 단체이기도 합니다.

우리 나라는 그렇지 않으리라 생각되지만 외국의 경우에는 학회와 제약계가 야합을 하여 검사 기준치를 낮게 정한 경우가 있습니다. 기준치가 낮을수록 환자는 증가하고 의약품 판매는 기하급수적으로 증가하기 때문입니다. 이러한 선례를 생각하면 의학회의 의견은 참고는 하여야 하겠으나 검진 기준치로 사용하는 것은 문제가 있다고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-2** |

대한의학회가 정하는 대로 검사 기준치를 정한다면 질병관리본부는 검진 기준치에 관한 한 존재 이유가 없다고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-3** |

별첨 송부하는 일본의 ‘건진 검사 항목의 건진 판정치표’에 의하면 측정 혈압 130∼85이면 보건지도, 즉 혈압이 140∼90을 초과하지 않도록 검진 사후 관리를 하게 되어 있습니다 혈압 130∼85는 사후관리를 시작하는 혈압기준임으로 정상혈압 입니다 공복시 혈당의 경우에도 혈압의 경우와 같이 126까지는 정상혈당으로 취급합니다. 측정 혈압 140∼90을 초과하는 경우 수진을 장려하게 되어 있습니다. 따라서 혈압이 140∼90미만은 검진에서 정상 혈압으로 판정합니다. 그런데 우리 나라 검진에서는 정상혈압이 120∼80미만(질문자 검진 통지표 기 송부)인 이유를 설명하여 주시기 바랍니다.

공복시 혈당 정상검사 기준치도 126미만임을 유념하시기 바랍니다(일본 건진 판정치표 별첨)

|  |
| --- |
| **질문 2-4** |

일본에서는 140-90을 초과하여도 앞 질문에서 쓴 절차에 따라 강압제를 투약한다는 사실을 유념하기 바랍니다. WHO와 일본의 정상 혈압기준치는

140∼90이기 때문에 답변은 모두 오답입니다 이에 동의 하시는지를 회신하여 주시기 바랍니다

전문가 집단이 이지경으로 답변을 하시니 나라의 수준을 알만 합니다.니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-5** |

WHO 혈압기준치는 140-90입니다. 일본의 상업 검진인 Human Dock의 혈압 기준치는 147-94(주간사회보장(2014. 6. 9.) 35쪽)입니다. 기준치라고 하는 것은 질병이냐 아니냐를 가리는 기준입니다. 따라서 기준치 이하의 사람은 복약을 하지 않아도 된다는 뜻으로 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

Human Dock의 건진 혈압기준치가 147∼94인 것으로 보아 WHO기준치는 권고기준치이지 반드시 준수하여야 되는 기준이 아닌 것으로 보이는데 이에 대하여서도 귀부의 의견을 바랍니다. 기준치는 40세 전후의 건강한 사람의 검사 기준치라고 합니다. 참고하시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-5** |

우리 나라는 검진 혈압 정상치가 120∼80미만인 나라이기 때문에 WHO나 일본의 혈압 정상 기준치 140∼90미만에서도 다반사로 강압제가 처방이 되는 나라입니다. 질문자도 정상 혈압인데 3년여를 강압제를 복용하였습니다. 우리 나라의 건강검진 기준치 때문에 수 많은 가짜 환자를 만들어낸다는 질문자의 의견에 확실한 답변을 바랍니다.

혈압기준치 140∼90미만은 정상이기 때문에 강압제를 복용하지 않아도 된다고 국민들에게 홍보를 할 의사가 없는지도 묻습니다

가짜환자양산 문제는 큰사회 문제가 될수 있음을 경고 합니다

|  |
| --- |
| **질문 2-7** |

일본의 건강검진 총콜레스테롤 검사기준치는 220입니다. 그런데 우리 나라 검진 기준치는 200미만입니다. 이에 대한 질문을 하였는데 회답이 없는 이유는 무엇때문 입니까? 답변을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 2-8** |

일본의 사후 관리 시작 기준치 130∼85를 정상 기준치라고 거짓 답변을 한 이유와 우리나라 혈압정상기준치 120∼80미만과 일본의 사후관리 시작혈압 130∼85를 비교하여 정상이라고 주장을한 이유도 함께 설명하여 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 3** |

우리 나라 검진에 사후 관리 제도가 있다고 하였습니다. 일본의 생활습관병 예방을 위한 검진과 보건지도 지침과 흐름도를 송부하오니 사후 관리를 어떻게 하는지를 학습하시기 바랍니다.

일본의 예를 보면 우리 나라는 검진 사후 관리가 없는 나라라고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 4** |

검진은 보험자가 보험료로 실시하고 있는데 사후관리를 건보공단이 하지 않는 이유를 알려주시기 바랍니다. 만약 건보공단이 사후관리를 하고 있다면 어떤 방법으로 어떻게 하며 사후 관리 실적은 어떠한 지를 알려 주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 5** |

검진은 전액 보험료로 실시합니다. 다시 말씀 드리면 검진 비용은 100% 본인이 부담한 보험료입니다. 그런데 국가검진이라는 명칭으로 불리게 된 이유를 알려주시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 6** |

일본은 검진 사후 관리 결과가 불량하면 국고지원금을 삭감합니다. 2018년도 국고지원감액 대상 보험자는 128개 조합이며 지원금 감산은 3등급으로 나누어서 합니다. 공단도 검진 사후관리를 지부별로 하여 평가를 하고 이를 고가표에 반영할 의사는 없는지를 묻습니다. 인원 증원없이 현인원 중에서 교육을 하여 실시하는 것이 예산상 타당하다고 생각합니다.

|  |
| --- |
| **질문 7** |

일본과 우리 나라를 제외한 여러 나라의 건보 제도에 검진이 없는 이유는 앞의 질문에 썼습니다. 추정컨대 1년에 3-4조(검진비, 검진으로 인한 환자 증가)이상 보험료가 사용되는 검진 제도를 검진 선행국인 일본 제도를 검토도 하지 않고 무작정 도입한 동기는 무엇입니까?

건진 도입을 주도한분은 누구이며 건진 도입당시 귀부 과장 국장 및 장관명을 알려 주시기 바랍니다(기록보존용)

|  |
| --- |
| **질문 8** |

사후 관리가 없는 검진 제도는 보험 재정을 고려하면 폐지하는 것이 타당하다고 생각되는데 귀부의 의견을 바랍니다.

일본의 건진 본인부담(전국 건보협회)은 피보험자가 30% 이며 피부양자는 정액보조만 합니다 참고를 위하여 검사항목별 본인부담표를 별첨 송부하니 참고 하시기 바랍니다.

본인부담이 없는 우리나라 건진은 의학계를 위하여 도입되었다는 의심을 들게 합니다

|  |
| --- |
| **질문 9** |

일본 건보련은 2019년 8월 23일 후생노동성 기자실에서 강압제, 혈당강하제, 지질이상치료약의 표준처방안을 발표하였습니다. 표준처방만으로 약제비가 3,100억엔(3조 2천억원)이 절약될 것이라고 하였습니다. 보험자의 역할은 좋은 정책을 입안하여 대정부 제안을 하고 정부정책이 잘못되면 항의 개선 토록하고 잘못된 의약계의 욕심과는 맞서는데 있습니다, 우리나라 건보공단이 그리하지 못하는 이유는 관주도로 건보를 운영하기 때문이라고 생각하는데 귀부의l 의견을 바랍니다.

|  |
| --- |
| **질문 10** |

검진 기준 치 개선은 가짜환자 양산과 약화 피해 방지를 위하여 시급을 요하는 문제입니다. 검진 제도와 검진 기준치에 대하여 공개 토론을 제의합니다. 귀부의 답변을 바랍니다.

※참고: WHO가 발표한 신기준치 140-90을 정당화할 수 있는 데이터는 없었으며 동 기준을 WHO가 발표하기 얼마 전(1998년)에 유럽에서 밑쪽 혈랍이 100-115인 고혈압 환자 18,000명을 여러 반으로 나우어 혈압강하 목표치를 정하고 강압제를 투여를 하는 실험을 하였는데, 100명당 사망자수는 목표치 별로 다음과 같았다고 합니다.

|  |  |
| --- | --- |
| **목표 혈압** | **사망자 수(명)** |
| 90이하 | 7.9 |
| 85이하 | 8.2 |
| 80이하 | 8.8 |

혈압이 낮을수록 사망자가 많아지고 있습니다(Lancet 1998: 351:1,755). 이 실험에는 WHO 혈압기준치작성위원장 산디니씨가 중심 인물이었다고 합니다. 이 실험 결과를 숙지하고 있었음에도 불구하고 1999년 WHO 혈압신기준치 발표 석상에서 기준치는 140∼90이나 밑의 혈압이 80이 이상적이며 80보다 높으면 좋지 않다고 하였다고 합니다. 다른 학자들은 놀라운 일(비양심적 ?)이라고 표현하였습니다.

첨부:1. 일본 검사 항목의 검진 판정치표.

2. 일본생활습관병 예방을 위한 검진 보건제도(사후관리)실시 흐름도

3. 검진 기준치는 너무 엄격하다 Human Dock 혈압기준치 147∼94【주 간사회보장(2014.6.9.)35쪽】

4. 생활습관병 예방 건진안내(피보험자 및 가족)-본인부담현황

**◆ 보건복지부 답변에 대한 질문서 3**

======================================================================

수신: 보건복지부 장관

참조: 건강보험정책국장, 건강보험정책국장

제목: 건보공단 건강진단 기준치에 대한 귀부 건강증진과의 회신(건강증진과 1031-2020.3.23.)에 대한 재질문

======================================================================

1. 건보공단 건강진단 기준치 중 혈압, 당뇨, 총콜레스테롤 검사기준치에 대한 2차에 걸친 질문에 대한 귀부의 회답은 명료하지 않을 뿐만 아니라 질문의 핵심을 피해간 회답입니다.

2. 다음과 같이 간추려서 재질의를 하오니 명확한 답변을 바랍니다.

가. WHO 또는 선진외국에서 정하여 질병진단에 통용하고 있는 검사기준치는 질병 여부를 판정하는 기준인지 여부

나. 검사기준치가 질병진단 기준치라면 기준치 이하 국민은 환자가 아니며 따라서 복약을 할 필요가 없다고 판단되는데 이에 대한 명확한 의견을 바랍니다.

다. 국제적인 질병진단기준치가 있음에도 불구하고 건보공단 건강진단에서는 혈압의 정상치를 120-80(WHO 140-90)미만으로 공복 시 혈당 정상치는 100미만(WHO 126)으로 그리고 총 콜레스테롤 정상치는 200미만(일본 220)으로 정한 이유를 밝혀주시기 바랍니다.(질문자 2019.4.5.자 검진종합소견 별첨)

라. 건보공단 건강진단 검진정상치가 WHO나 다른 선진국보다 20~26이 낮은 것이 원인이 되어 건보공단 건강검진이 가짜환자를 양산하고 이를 가짜환자들은 복용하지 않아도 될 약을 복용하고 있는 것으로 생각되는데 이에 대한 구체적 의견을 주시기 바랍니다.

마. 건보공단 건강진단에서 WHO나 선진국의 검사기준치보다 검사치가 낮은 것으로 판정된 사람은 복약을 하지 않아도 된다고 국민의 건강을 위하여 홍보를 할 용의가 있는지를 묻습니다.

바. 제1차 질문 시 일본의 고혈압 진단과 치료기준을 귀부에 알림바 있습니다.

1) 고혈압 진단시에 가성고혈압의 개념이 포함된 다음과 같은 진단절차와 투약절차를 정하여 의료인이 이에 따라 진단과 의약품처방을 하도록 할 의사가 있는지를 묻습니다. 혈압을 측정한 결과 기준치보다 혈압이 높으면 2,3일 마다 세 번을 혈압을 측정합니다. 그래도 여전히 기준치보다 높으면 운동처방과 식사처방을 합니다. 한 달 후에도 여전히 혈압이 기준치보다 높으면 신경안정제를 처방합니다. 신경안정제를 복용하고 혈압을 측정한 결과 정상혈압이면 고혈압이 아닙니다. 신경안정제를 복용하고 운동과 저염식을 하여도 혈압이 내려가지 않을 때 비로소 이뇨제를 처방합니다. 이것이 혈압치료 기준입니다.

2) 과잉진단과 처방방지를 위하여 일본건보 조건처럼 혈압, 공복 시 혈당, 콜레스테롤 혈증에 대한 진단지침과 표준처방을 작성하여 시행할 의사가 있는지를 묻습니다.

첨부: 질문자 2019.4.5.차 건보검진종합소견서 1부. 끝.

2020. 4. 13.

민원인 **김일천**(010-2328-3150)

(주소) 경기도 고양시 일산동구 강송로 195, 803동 1303호

**◆ 일본 ‘특정의료법인 제도’에 대하여**

○ 특정의료법인제도의 개요

- 특정의료법인이라 함은 「조세특별조치법」에 따라 재도 또는 지분이 정하여지지 않은 사단의 의료법인으로서 그 사업이 의료의 보급 및 향상, 사회복지에 대한 공헌 기타 공익증진에 현저하게 기여하여 공적으로 운영되고 있음에 대하여 국세청장관의 승인을 받은 법인임

- 특정의료법인으로 승인된 경우에는 법인세를 부과함에 있어 19%(통상은 23.2%)의 경감률이 적용도힘

- 특정의료법인의 승인 기준의 개요는 다음과 같음(「조세특별조치법」,「조세특별조치법 시행령」, 후생노동성 고시)

(「조세특별조치법」,「조세특별조치법 시행령」으로 정한 기준)

1. 재단 또는 지분을 정하지 않은 사단의 의료법인일 것

2. 이사, 감사, 평의원, 기타 이에 준하는 자(임원 등)의 각 각이 점하는 친족 등의 비율이 어떤 경우에도 3분의 1 이하일 것

3. 설립자, 임원 등, 사원(社員) 또는 이를 친족 등에 대하여 특별한 이익을 제공하지 않을 것

4. 기부행위나 정관에 해산시에 잔여 재산의 국가 또는 지방 공공단체 또는 재단인 의료법인 또는 사단인 의료법인으로서 지분이 정하여져 있지 않은 곳에 귀속한다는 뜻을 정할 것

5. 법령을 위반한 사실, 기타 장부와 서류를 작성함에 있어 전부 도는 일부를 은폐하거나 사실이 아닌 것을 기록 또는 기재한 사실 또는 공익에 반하는 사실이 없을 것을

6. 재무성령이 정하는 바에 따라 장부와 서류를 작성하고 해당 장부와 서류를 보존할 것. 그리고 지출한 금전의 용도가 명확하여야 하며 부정한 경리가 없을 것(후생노동성 고시로 정하는 기준)

7. 의료법인의 사업이 다음 사항을 충족할 것

(1) 사회보험 진료 등에 관련된 수입금액(공적인 건강진단, 예방접종, 조산, 개호보험법 규정에 의한 수입을 포함함)의 합계액이 총수입의 80%를 상회할 것

(2) 자비 환장에 대하여 청구하는 금액은 사회보험 진료보수와 동일한 기준에 의하여 계산이 될 것

(3) 의료진료수입은 의사, 간호사 등의 금여, 의료제공에 소요된 비용 등 환자를 위하여 직접 필요한 경비의 액에 100분의 150을 곱한 금액 범위내일 것

(4) 임직원 1인당 연간 급여 총액은 3,600만엔을 초과하지 않을 것(2020년도도 같음)

8. 의료법인의 의료시설은 다음 각 항에 해당될 것. 병원을 개설하는 의료법인은 (1) 또는 (2)에, 진료소만을 개설하는 의료법인은 (3)에 해당할 것

(1) 40병상 이상(피부비뇨기관, 안과, 정형외과, 이비인후과 또는 치과 전문병원은 30병상 이상)

(2) 응급고시병원

(3) 응급진료소로 지정된 진료소는 15병상 이상일 것

9. 각 의료시설마다 특별요양환경과 관련된 병상 수는 해당 의료시설이 보유하고 있는 병상의 100분의 30이하일 것.

1. 예산회계법+기금관리법=국가재정법(2006년 제정) [↑](#footnote-ref-1)