+

|  |
| --- |
| **건강보험급여와 수가제도의**  **변천과정 및 문제점** |

**2010. 2. 26**

**이규식**

**양명생**

**지영건**

**(사) 건강복지정책연구원**

이 연구는 2009년 (사)건강복지정책연구원에 대한 개인 및 단체 후원회비로 이루어졌음을 알려드립니다. 앞으로도 많은 후원을 기대합니다.

표 차례

<표 2-1> 건강보험급여의 확대 내용 7

<표 2-2> 2009.8. 현재 급여/비급여 항목(품목)수 7

<표 2-3> 요양급여 기간 변동현황 10

<표 2-4> 선택진료 의료기관수 15

<표 2-5> 선택진료비가 총진료수입에서 차지하는 비중(2007년) 15

<표 2-6> 특진실시 기관 수(1989년 현재) 17

<표 2-7> ’77-’80 직장조합 법정급여(요양 및 분만 급여)실적 23

<표 2-8> ’80 - ’86 공·교의보의 연도별 보험료 수입대 보험급여비 24

<표 2-9> ’81-’86 직장조합 재정상태 24

<표 2-10> 정액본인 일부부담금 내용(①~③) 25

<표 2-11> 연도별 본인부담률 (’77- 2008) 28

<표 2-12> 입원 환자의 비급여항목별 구성비 30

<표 2-13> 주요 암의 비용부담 현황 31

<표 3-1> 상대가치점수변경내역 64

<표 3-2> 무작위 추출한 일부 행위(수술 및 검사)의 점수 변경내역 65

<표 3-3> 미국 상대가치체계와 우리나라 상대가치체계의 비교 66

<표 3-4> 상대가치연구의 비교 67

<표 3-5> 기관단위 비용 조사 목표 및 조사완료 기관수 70

<표 3-6> 행위 정의를 한 행위 수 71

<표 3-7> 기관별 비용 및 빈도 자료 구축 기관 수 72

<표 3-8> 진료과별 위험도(2003년 기준) 73

<표 3-9> 부문별 상대가치 도출 결과 76

<표 3-10> 의과 진료과별 상대가치 도출 결과 77

<표 3-11> 2003년 상대가치 총점 대비 위험도 총점 비율 78

<표 3-12> 치료재료 성격에 따른 별도보상 여부 결정 79

<표 3-13> 현행 상대가치 및 신상대가치 비교 81

<표 4-1> 의료보험 수가 인상율과 물가 상승율 비교표 84

<표 4-2> 종합병원 기준 입원료 개정안의 비교 88

<표 4-3> 종합전문요양기관기준 간호관리료 변동내역 89

<표 4-4> 2006년 이전 간호관리료 가산제 92

<표 4-5> 2007년 이후 간호관리료 가감제 95

<표 4-6> 단일 환산지수 시기(2001년~2007년)의 환산지수 97

<표 4-7> 유형별 환산지수 시기(2007년~2009년) 97

<표 4-8> 요양기관별 계약 유형 98

<표 5-1> 진료비용 상대가치점수 산출 방법 101

<표 5-2> 차등 진찰료 현황(2000.4.1과 2000.9.1 진찰료) 106

<표 5-3> 2001.7.1 개정된 진찰료 108

<표 5-4> 의료기관 종별과 의사의 진찰료(2009년) 110

<표 5-5> 의사 외래 초진 진찰료 인상률 110

<표 5-6> 의사 외래 재진진찰료 인상률 비교(1999년/2009년) 111

<표 5-7> 1977년 7월 1일 제정된 입원료 112

<표 5-8> 1977 ~ 2009년 입원료 변동 현황 113

<표 5-9> 의료보험수가의 기술행위료 가산율 변천 일람표 116

<표 5-10> 건강보험과 의료급여의 종별 가산율 117

<표 5-11> 현재의 본인부담과 공단부담 산정방법의 예시 118

<표 5-12> 정액 공단부담제의 예시 119

<표 5-13> 의료보험 수가 인상율과 물가, 임금 상승율 비교표 121

<표 5-14> 점수 당 단가 변동내역 124

<표 6-1> 다양한 본인부담제로 인한 진료비 부담 사례 135

<표 6-2> 국민의료비의 재원별 구성비 136

<표 6-3> 요양기관 종별 진료비 비중의 변화 138

<표 6-4> 요양기관 현황 139

<표 6-5> 인구 10만명당 의료인 및 병상수 140

<표 6-6> 연도별 수진횟수와 진료일수 140

<표 6-7> 연도별 청구건수, 청구건당 요양급여비용(외래) 141

<표 6-8> 연도별 내원일 당 평균 요양급여비용 및 청구비율(외래) 142

<표 6-9> 의료분쟁 발생현황 146

<표 6-10> 보험진료비의 연도별 증가 추세 148

<표 6-11> 국민의료비 증가현상 149

<표 6-12> 65세 이상 노인의료비 (건강보험) 150

<표 6-13> 고가의료장비 사용에 따른 보험재정 지출액 151

<표 6-14> 약제비 지급 내용(2000년~2008년) 152

그림 차례

<그림 3-1> 건강보험 문제의 악순환 구조 47

<그림 3-2> 건강보험 문제의 선순환 구조 48

<그림 3-3> 우리나라 의료기관의 급여 및 비급여의 수입-비용 구조 80

<그림 5-1> 진료비용 변환지수 사례: 정상분만(초산)-제1태아 100

부표 차례

<부표 2-1> 연도별 주요 건강보험 급여 확대 현황 1

<부표 2-2> 보험수가 분류항목수 변동내역 3

<부표 2-3> 요양기간제한 및 연장관련 법령 변천내역 4

<부표 2-4> 비급여의 법적근거 8

<부표 2-5> 2001년 비급여로 전환한 의약품 10

<부표 2-6> 특진에 대한 규정 11

<부표 2-7> 지정진료에 관한 규칙 12

<부표 2-8> 선택진료에 대한 규칙 15

<부표 2-9> 특진료, 상급병실료, 고소득자 제외에 대한 검토 보고 18

<부표 2-10> 특진 규정 불합리의 사례 확인서 19

<부표 2-11> 특진료 산정 기준에 대한 감사원 제출내용 19

<부표 2-12> 특진제도에 대한 검토보고 20

<부표 2-13> 특진실태조사보고 21

<부표 2-14> 특진병원의 특진인정 의사 현황 (보사부 안/병원협회 안 대비) 22

<부표 2-15> 지정진료제에 대한 입법 예고(안) 주요골자 23

<부표 2-16> 특진규정 제정 당시인 1990년도 수련병원 및 수련기관 지정현황 23

<부표 2-17> 선택진료규칙/ 지정진료규칙 추가비용 산정기준 비교 24

<부표 2-18> 선택진료/지정진료 규칙 주요사항 비교 25

<부표 2-19> 보험진료비의 본인 일부 부담을 위한 시행령 개정안 26

<부표 4-1> 의료보험 수가 인상율과 물가 상승율 비교표 27

<부표 4-2> 연도별 의료보험수가인상율에 대한 각계의견 및 협의일정 28

<부표 4-3> 진료행위 부문별 연도별 조정률(의․치과) 29

<부표 4-4> 수가 인상시 부문별 중점 조정사항 33

<부표 5-1> 2002.1.1 개정된 진찰료 47

<부표 5-2> 2002.4.1 개정된 진찰료 48

<부표 5-3> 2003.1.1 개정된 진찰료 48

<부표 5-4> 2004.1.1 개정된 진찰료 49

<부표 5-5> 2005.1.1 개정된 진찰료 49

<부표 5-6> 2006.1.1 개정된 진찰료 50

<부표 5-7> 2007.1.1 개정된 진찰료 50

<부표 5-8> 2008.1.1 개정된 진찰료 51

<부표 5-9> 2009.1.1 개정된 진찰료 51

<부표 5-10> 보험수가 진찰료 점수표(2009) 52

<부표 5-11> 1995년 ~ 2009년 초진료 인상률 비교 52

<부표 5-12> 1995년 ~ 2009년 재진료 인상률 비교 53

<부표 5-13> 1995년 12월 10일 입원료 53

<부표 5-14> 2008년 - 2009년 입원료 54

<부표 5-15> 의과․치과 진료형태별 연도별 건당 금액구성비(총계) 54

<부표 5-16> 의과․치과 연도별 입원․외래 건당 금액구성비 55

<부표 5-17> 의과․치과 연도별 요양기관 종별 건당 금액구성비 55

<부표 6-1> 혼합진료로 인한 진료비 본인부담 사례 56

<부표 6-2> 연도별 보험재정 현황 59

<부표 6-3> 연도별 보험진료비 현황 62

DRW0001976c1137

건강보험제도에서 가입자와 의료서비스 공급자 간에 가장 큰 관심 사항이 되는 것은 진료비를 어떻게 지불하느냐 하는 지불제도와 함께 수가 수준을 어느 정도로 하느냐에 관한 것이다. 진료비를 지불하는 방법은 서비스 공급자로서는 서비스 공급의 유인구조가 결정되기 때문에 큰 관심을 갖게 되며, 건강보험 가입자는 진료비의 지불방법에 따라 서비스의 공급량이나 질이 결정될 뿐만 아니라 보험료 부담문제도 결부되기 때문이다.

그런데 우리나라는 행위별수가제도라는 소위 성과불제도(成果拂制度)를 택하고 있어 공급자에게는 공급을 늘릴 유인구조를 제공하는 장점이 있으며, 가입자에게는 원하는 의료서비스를 충분히 제공받을 수 있는 장점과 의료의 이용량에 따라 비용 부담이 증가하는 단점을 모두 가지고 있다.

이 연구보고서는 진료비의 지불방법은 다루지 않고 이미 우리나라에서 채택하고 있는 행위별수가제도를 견지한다는 전제위에서 건강보험의 급여와 수가에 대한 여러 가지 쟁점들을 다루고자 하였다.

건강보험수가는 건강보험 급여와 함께 다루지 않을 수 없다. 왜냐하면 건강보험에서 제공되는 서비스 내용을 먼저 정해야 서비스에 대한 가격으로서 수가가 결정되기 때문이다. 건강보험이 제공하는 서비스의 내용이 바로 보험급여가 된다.

보험급여에서 가장 중요하게 다루어야 할 내용이 보험급여의 범위에 관한 것이다. 건강보험에서 보험급여가 중요한 이유는 다음과 같다.

첫째, 보험급여는 건강보험이 제공하는 서비스의 내용을 나타낸다. 이것은 바로 국민들이 사회보험을 통하여 이용할 수 있는 의료서비스의 내용을 공시하는 것이다. 보험급여의 내용은 한 나라의 질병과 사고의 패턴에 따라 달라질 수 있다(Normand and Weber 1994). 예를 들어 감염성 질환이 널리 퍼진 나라에서는 예방접종과 같은 서비스가 중요하며 인구가 고령화되어 만성질환이 대종을 이루는 국가에서는 건강증진과 관련된 서비스가 중요해진다. 그리고 보험급여의 내용에 따라 국민들의 의료이용량도 영향을 받는다.

둘째, 보험급여는 국민의 부담수준을 결정하게 된다. 보험급여의 적용범위가 넓으면 그 만큼 의료이용이 더 용이해져 많은 보험재정이 요구된다. 그래서 보험급여를 최소수준으로 하느냐, 필수수준으로 하느냐, 적정수준으로 하느냐, 최대수준으로 하느냐가 관심사항이 된다. 사회보험의 기본원칙은 최소보장이지만 의료보장의 경우, 최소보장의 원칙을 지키기가 쉽지 않다. 따라서 많은 국가들은 의사의 판단에 따른 적정한 급여(relevant services)를 찾고 있다.

셋째, 보험급여의 범위에 따라 비용이전(cost shifting) 문제가 대두된다. 사회보험에서 제공하는 서비스는 보험재정 부담으로 인하여 통상 가격통제를 받지만, 비급여로 제공되는 서비스는 자율 가격에 맡겨지게 된다. 의료기관으로서는 가격이 통제되는 서비스에서 수지를 맞추지 못할 경우, 가격이 통제되지 않는 비급여서비스로 비용을 이전시키고자 한다. 만약 정부가 보험급여의 범위를 좁게 하면, 그만큼 비급여로 제공할 수 있는 서비스가 많아지기 때문에 비급여를 통한 비용이전(cost shifting)이 가능하여 의료 공급자들은 낮은 수가에도 불만이 적어질 수 있다. 반면에 보험급여의 범위가 좁으면 그 만큼 국민들의 직접 부담의료비가 높아지기 때문에 의료보장의 필요성에 대하여 회의를 갖게 한다.

넷째, 보험급여는 의료기술의 발전과 관련을 맺는다. 새로운 의료기술을 의료보장에서 쉽게 급여로 받아들이면 그 만큼 새로운 의료서비스의 보급이 빨리 확산되기 때문에 의료서비스의 발전을 촉진하게 된다. 반면에 보험료를 부담해야할 부담은 늘어나게 된다.

다음은 보험수가의 중요성이다. 수가의 중요성은 뒤에 보다 구체적으로 설명하겠지만 대체적으로 다음과 같다.

첫째, 수가는 보험급여 의료서비스 간 자원 배분을 결정하는 기능을 한다. 만약 어떤 서비스는 원가에 비하여 가격이 높고 반대로 어떤 서비스는 원가에 비하여 가격이 낮다면, 가격이 높은 서비스로 자원이 몰리게 된다. 만약 가격이 시장에서 결정되면 자원이 몰리는 서비스는 공급이 곧 과잉되기 때문에 가격이 내리게 되며, 원가에 비하여 가격이 낮아 자원이 몰리지 않는 서비스는 공급이 희소하여져 곧 가격이 올라가 균형을 찾는다. 그런데 보험서비스의 가격, 곧 수가는 정부 혹은 건강보험공단이 결정하기 때문에 균형된 가격을 책정하는 것이 용이하지 않다. 그리하여 자원기준상대가격(RBRVS)이 미국에서 고안되었다.

둘째, 수가는 의료서비스의 질에 영향을 미치게 된다. 특히 의료서비스는 질과 양이 혼합(quantity and quality mix)되어 있기 때문에 가격이 원가보다 낮다고 판단될 경우, 서비스의 질을 낮추어서 수지를 맞추게 된다. 특히 의료서비스의 질을 판단할 능력이 소비자에게는 없기 때문에(정보의 비대칭성) 가격이 낮다고 판단한다면 공급자는 일시적으로 질을 낮추어서 수지를 맞출 수가 있다.

셋째, 국민의 의료비 부담수준을 결정하게 된다. 국민들의 의료비 부담은 가격과 제공되는 서비스 양의 곱으로 나타나기 때문에 수가가 너무 높을 경우에는 부담이 높아지는 문제가 생긴다.

넷째, 수가는 의료공급자의 공급행태에 영향을 미친다. 다른 서비스와 달리 의료서비스는 정보의 비대칭성으로 인하여 의사는 의료공급자인 동시에 진료에 대하여 환자를 대신하여 의사결정을 내리는 대리인 기능(agent)을 하게 된다. 즉, 환자는 병원이나 의원을 찾아 올 때는 자신의 의지에 의하지만 일단 의료기관을 방문한 이후는 의사의 지시에 따라 서비스를 이용하기 때문에 의사를 진료의 대리인(agent)으로 부르게 된다. 이 때 의사가 비합리적인 대리인 기능을 한다면 수요를 유인할 수 있다(Feldstein, 2005). 비합리적인 행동을 하는 전형적인 경우는 정부의 정책이 자신의 판단으로 비합리적이라고 생각할 때 인데, 만약 보험수가가 자신의 생각보다 낮다고 판단한다면 유인수요를 통하여 공급을 늘릴 수 있으며, 이것이 우리나라에서는 박리다매 형 공급행태로 나타나고 있다.

보험급여 및 수가와 관련하여 우리나라는 서구 사회보험국가와는 달리 매우 특이한 환경을 지니고 있었다. 서구 사회보험 국가들은 전통적으로 의료는 지방자치단체(즉 지방정부)의 기능으로 간주하거나 지역의 교구(敎區)에서 담당하였다(이규식, 2008). 그리고 사회보험이 도입된 이후에도 이러한 전통이 이어져 병원에 대한 자본비용은 경상운영비와는 별도로 보상하는 시스템을 갖추었다(OECD, 1987).

그런데 우리나라는 이러한 역사적인 전통이 없는데다, 의료보험제도를 도입할 1977년 당시1인당 국민소득이 겨우 1,000 달러에 불과하여 중앙정부 또는 지방정부가 의료시설을 짓거나 자본비용을 부담할 능력이 없었다. 사회의료보험은 시작하는데 의료공급을 위한 기반은 없었기 때문에 자본비용을 보험수가에 포함시켜 의료공급을 민간자원에 일임하는 구조였다.

민간에 의료공급을 일임하는 방식이었다면 충분한 수가를 반영했어야 하는데, 당시로서는 수출도 중요하고 또한 전국민의료보험도 조기에 달성해야했기 때문에 보험료를 높게 책정할 수 없었다. 보험료를 높게 하면 우리나라 상품의 국제경쟁력이 떨어지기 때문에 높게 할 수 없었다. 또한 지역주민의 소득 파악이 제대로 안되는데 보험료가 높으면 지역주민에게 보험료를 부과 징수하기 어려워 지역주민에 대한 의료보험 확대가 용이하지 않아지기 때문에 불가피하게 저 보험료 정책으로 일관할 수밖에 없었다(이규식, 2007).

저 보험료는 저 수가정책으로 뒷받침 될 수밖에 없었기 때문에 우리나라 의료기관들은 경상운영도 쉽지 않은 낮은 수가가 지속되는 가운데, 공급능력을 확충해야 하는 어려움에 놓여 있었다. 그러다 보니 사회보험을 운영하는 보험당국으로서는 불가피하게 보험급여 측면이나 수가에서 사회보험 원리에서 벗어나는 운영을 할 수 밖에 없었다.

그러한 사례는 여러 곳에서 볼 수 있는데 대표적인 것이 보험급여의 범위와 관련하여 혼합진료를 허용하는 문제이다. 혼합진료는 현재 우리나라에서와 같이 보험급여 서비스와 비급여를 동시에 제공하는 행태를 말한다. 반면 일본은 특별한 경우가 아니면, 보험에서 허용하지 않는 비급여서비스를 한 종류라도 이용하게 되면 보험급여서비스도 전액 자비부담하도록 함으로써 혼합진료를 허용하지 않고 있다.

다음으로 제기되는 쟁점들은 차액병실과 선택 진료의 이용과 같은 문제들이다. 이 제도 역시 낮은 수가에서 초래되는 의료공급자의 경영수지 문제를 해결해 주기 위하여 고안되었기 때문에 수가문제와 함께 다루어야 한다[[1]](#footnote-1).

행위별수가제도하에서 건강보험수가와 관련되는 쟁점은 단순하지 않다. 가장 관심이 큰 사항은 수가 수준에 관한 것이다. 이 문제는 적정한 원가가 수가에 반영되고 있느냐 하는 것이 쟁점이 된다. 수가수준을 결정하는 데는 수가제도도 중요하다. 즉 현재와 같은 상대가치점수제를 택하게 되면 상대가치점수와 함께 환산지수(점당 가격)를 어떻게 설정하는가의 문제가 관심의 대상이 된다.

상대가치점수가 균형을 이루지 못하면 상대가치가 불리한 의료행위는 제공하지 않으려는 반면에 유리한 서비스만 제공하게 되어 서비스 공급의 왜곡이 나타나 결국 서비스의 질(quality) 문제가 제기된다. 상대가치문제에서 가장 큰 쟁점은 역시 상대가치의 균형이지만, 이와 함께 의료기관의 종류에 따른 입원료의 차등, 간호관리료의 차등, 일일 진료 환자수에 따른 진찰료, 조제료, 정신요법료, 물리치료비의 차이, 그리고 의료기관 종별 차등가산율 문제 등이 거론된다.

환산지수는 직접적으로 보험자에게는 재정 부담으로, 그리고 의료공급자에게는 원가 반영문제와 결부된다. 보험자의 입장에서는 환산지수를 낮게 책정하고자 하며, 의료공급자 입장에서는 환산지수가 낮으면, 원가보전이 어려워 의료기관 경영이 어려워지기 때문에 높은 환산지수를 요구한다. 그리하여 보험자와 공급자는 환산지수를 놓고 서로 유리한 위치를 고집하게 된다. 만약 의료시장이 경쟁시장이라면 환산지수 결정에 큰 쟁점이 없지만, 건강보험에서는 수요자가 국가(건강보험공단)라는 독점구조이기 때문에 환산지수 결정 방법이 중요한 쟁점이 된다.

따라서 수가수준의 결정과정과 관련된 절차도 쟁점이 된다. 상대가치점수와 환산지수를 정부나 보험자가 일방적으로 결정하느냐, 아니면 계약방식으로 하느냐에 따라 공급자의 이해가 달라질 수 있어 쟁점이 된다. 그리고 계약제를 하더라도 계약이 정당한 절차를 밟아 이루어지느냐, 아니면 계약이 지연됨으로서 정부의 일방적인 힘에 이끌려 가는지 등의 문제가 제기된다.

보험수가와 관련하여 다른 요소들도 쟁점사항이 된다. 환산지수가 원가를 반영하지 못하여도 보험급여를 어떻게 운영하느냐에 따라 공급자나 가입자의 이해구조가 달라진다. 왜냐하면 보험급여를 제공하기 위한 여러 가지 수단들을 어떻게 설계하느냐에 따라 의료공급자들의 수익 구조에 영향을 미치기 때문에 보험급여의 방법들이 쟁점이 된다.

그런데 지금까지 보험급여와 보험수가와 관련된 연구는 급여를 어떻게 확대할 것인가, 그리고 수가는 어느 수준으로 올려야 하는가와 같은 적정성 분석에 초점을 두었었다. 이 보고서는 수가의 적정성은 의료의 질이나 국민의 만족도와 관련되는 상대적 문제라는 시각에서 수가의 적정성 문제를 다루기보다는 수가구조 및 보험급여와 관련된 문제들을 중심으로 쟁점들을 분석코자 한다.

우리나라는 경제적 측면에서는 1인당 소득이 2만 달러를 상회하고 원조 제공국으로 진입함에 따라 선진국을 지향하고 있다. 그런데 건강보험제도는 사회보험의 기본원리와 한참 떨어져 운영하고 있어 선진국과의 거리가 멀다고 하겠다. 이제 선진국을 지향하는 우리로서는 제도의 개선과 함께 건강보험제도의 지속 가능성도 같이 염두에 두어야 할 것이다. 1977년 제도를 처음 도입 할 때는 젊은 인구가 많아 제도의 지속 가능성은 염려할 필요가 없었지만, 지금은 세계에서 가장 출산율이 낮은 국가가 되어 현재와 같이 보험급여 및 수가구조를 갖고서는 제도의 지속 가능성을 담보할 수 없게 되었다. 이러한 측면에서 이 보고서는 우리나라 건강보험제도의 문제점을 급여 및 수가구조에서 찾아보고 국민의 부담은 크게 늘리지 않으면서 구조 개혁을 통하여 사회보험원리에 보다 충실한 제도를 구상해 보려는 의도에서 작성되었다.

DRW0001976c1139

1. 보험급여 구조의 변천

국민건강보험법의 목적(제1조)은 '국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진‘ 시키는데 있다. 따라서 건강보험제도의 핵심은 보험급여의 원활한 제공에 있는 것이다. 그리고 보험급여의 범위는 보험재정 상태와 긴밀한 관계가 있다.

우리나라는 1977년 7월 의료보험제도를 처음 도입할 당시, 1인당 GDP가 겨우 1,000달러 수준에 불과한 저소득 국가였으며, 국제경쟁력을 저해하지 않는 범위에서 의료보험제도를 운영하였기 때문에 저 보험료 정책이 불가피하였다. 저 보험료 정책은 저수가와 저급여 정책으로 연결되었던 것이다. 그러다 전국민의료보험이 이루어지고, 국민경제도 지속적으로 성장함에 따라 1995년부터 급여범위를 확대하여 왔다.

가. 보험급여 항목의 증가

보험급여구조의 변천을 보기 위해서는 먼저 보험급여 항목의 변천 과정을 살펴보는 것이 중요하다. 보험급여 항목은 의료기술이 발전하면 이를 보험에서 급여로 포함시켜야 하기 때문에 늘어날 수밖에 없다.

1977년 의료보험을 처음 도입할 당시에는 보험급여 항목이 불과 760종에 지나지 않았으나, 의료기술이 발전하고 경제가 성장함에 따라 보험급여로 제공되는 서비스는 <표 2-1>에서 볼 수 있는바와 같이 증가하였다.

<표 2-1> 건강보험급여의 확대 내용(수가 분류를 중심으로)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1977 | 1993 | 1999 | 2001 | 2009 |
| 총 계 (※마취가산코드제외 경우) | 760 | 1,123 | 1,410 (3,693) (※2,993) | 1,751 (3,714) | 2,195 (5,478) |
| 주: 1. 분류항목수는 건강보험요양급여비용책자내의 분류번호수이고, ( )내는 코드번호수임  2. 의과, 치과 행위분류 항목수 임 | | | | | |

보험급여 범위는 의료서비스에만 한정되는 것이 아니라 의약품과 치료재료에도 적용되어 2009년 8월 현재 건강보험에서 급여되는 항목과 비급여 항목의 수는 <표 2-2>와 같다.

<표 2-2> 2009.8. 현재 급여/비급여 항목(품목)수

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 급여 | 비급여 | 100/100 |
| 의료행위 | 6,763 | 625 | 7 |
| 치료재료 | 12,282 | 445 | - |
| 의약품 | 15,231 | 약 31,000 | - |
| 주: 1. 의료행위는 EDI 5단 코드 기준으로 다시 count 하였음(의과, 치과, 한방 모두 포함되었음)  2. 의약품의 경우 현재는‘급여품목수’만 고시(포지티브제도로 전환) 하고 있기 때문에 비급여를 포함해서 의약품정보센타에서 파악하고 있는 약 46,000품목에서 급여품목수를 제외하여 추정(식약청 허가사항과도 약간의 차이 존재 : 희귀의약품 등 포함). | | | |

보험급여 확대는 1989년 7월 전국민의료보험이 이루어진 이후 모색되었으며, 특히 1990년대 중반 보험 재정이 안정됨에 따라 보험급여 범위의 확대가 꾸준히 이루어졌다. 1990년대 중반의 급여 확대는 주로 진료일수 제한을 없애는 방향에서 이루어졌으며 그 외 보험급여 확대는 2000년대 들어서 주로 이루어졌다.

2000.7.1 산전진찰도 보험급여대상으로 하고 2004.1.1 암환자 및 62개 희귀질환자에 대한 외래진료비를 경감해주는 산정특례도 시행되었다. 2005.1. MRI에 대하여 제한적이지만 보험급여가 적용되었으며 2005.9.에는 암 등 고액중증질환자에 대한 보장성 강화차원에서 입원시 본인부담률 20%를 10%로 인하하는 조치가 이루어졌다. 2005.12.21 제19차 건강보험정책심의위원회에서 전액본인부담항목 급여/비급여 대상 총 1,060항목 중 659개 항목은 급여로, 401개 항목은 비급여로 결정하고, 유리경쇄정량검사(free light chain quantification) 등 14개 신의료기술 항목을 2006.1.1부터 보험급여에 포함시키기로 결정하였다.

2006.1.에는 간, 심장, 폐, 췌장의 장기이식수술을 보험급여에 포함시켰으며, 2006.6.에는 암, 심장, 뇌질환 등 중증질환자에 대한 PET(양전자단층촬영)를 보험급여에 포함시켰다. 2007.1.1에는 입원환자의 식대를 보험급여(본인부담 20%)로 포함시켰다. 2008.1.1부터 신생아의 입원진료비에 대하여 본인부담은 면제하면서 만6세 미만 아동의 입원 본인부담률을 20%에서 10%로 인하하였다. 그리고 현금급여로 지급하던 장제비는 폐지하고, 입원환자 식대에 대해서도 본인부담률을 20%에서 50%로 상향 조정하였다.

2009.1.1 소득수준별 본인부담 상한제를 실시하여 저소득층의 부담을 경감시키도록 하였다. 2009.5.21 보건복지부고시 제2009-89호로「본인일부부담산정특례에 관한 기준」을 개정하여 2009.7.1부터 만성신부전증, 류마티스관절염 등 난치성 환자의 본인부담률을 20%에서 10%로 인하하였다. 그리고 암 등 138개 질환군에 대하여 외래 및 입원 본인부담률은 고가특수 의료장비 사용비용을 포함하여 20%를 10%로 인하하고 2009.9.30까지 환자 또는 대리인이 보험공단에 일제히 신고하도록 하였다. 진료담당 요양기관이 EDI로 신청해도 되도록 하여 환자 편의를 도와주도록 하였다. 이 조치로 인하여 2009.6.30. 이전까지 125개 질환군에서 18개 질환군이 추가되어 138개 질환군 대상환자 63만명이 고액치료비 부담으로 인한 경제적 부담을 크게 덜게 되었다. 또한 2009.12.1부터는 이들 138개 질환군의 입원과 외래 본인부담률을 10%에서 5%로 인하하여 보장성을 강화하고, 한방 병․의원에서도 한방물리치료 일부(3개 항목)를 보험급여에 포함시켰다.

한편, 2009년 대유행한 「신종플루」에 대하여 전파방지와 신속 확인 등을 위한 긴급조치로 신종플루 확진검사 방법인 기존 Realtime RT-PCR법 뿐만 아니라 Conventional RT-PCR 검사까지 한시적으로 보험급여대상으로 적용하였다. 이와 같이 보험급여범위는 고정되어 있지 않고 매우 빠른 속도로 확대되고 보장성 강화로 계속 진행되고 있어 보험재정 증가는 급속화되고 있는 실정이다. 1988년 이후 보험급여가 확대되어 온 현황은 <부표 2-1>과 같다.

보험급여의 확대는 수가 항목의 증가를 수반하게 된다. 1977년 이후 보험수가 분류 항목 수가 증가하여 보험진료비 증가율이 보험수가 인상률을 훨씬 앞지르고 있다. 보험수가 분류항목이 늘어난 것이 신의료기술행위로 인정되어 비급여를 급여화한 항목도 있지만 대부분은 보험수가표에 이미 등재되어 있는 진료행위를 세분화하여 종전 보다 높은 수가를 인정한 결과이다. 특히 이러한 문제는 건강보험이 통합된 이후에 두드러지게 나타난 현상이다(표 2-1 참조).

같은 행위를 세분화함은 이미 일본에서도 경험 한바 있다. 1976년 12월 일본 의료보험제도를 시찰한 복명서(김일천, 2009)에서 지적한바 있듯 지나친 세분화는 진료비 상승을 초래하므로 가급적 단순하여야 한다는 일본 전문가들의 충고를 상기할 필요가 있다. 같은 행위를 난이도를 세분화하여 수가를 차등화 할 경우 조금이라도 수가가 높은 행위를 청구하는 속성이 있기 때문에 가급적 세분화를 줄이고 난이도를 항목간 발생빈도를 근거로 평균치를 구하는 방법을 채택하는 것이 적정보험진료수가를 보상해주고 보험행정의 간편화를 위한 상식이라 할 수 있다.

2009년 현재 의과 및 치과의 수가 항목은 의료보험을 처음 시행한 1977년에 비하여 분류항목수 기준으로 2.9배, 코드 분류수 기준으로는 7.6배가 증가하였다. 그리고 상대가치점수제를 도입한 2001년에 비하여 코드 분류수 기준으로 1.5배 이상이나 증가하였다. 1977년 이후 보험수가 분류항목 수 및 코드 분류 수의 변동내역은 <부표 2-2>와 같다.

나. 요양급여기간연장

보험급여 확대는 요양급여기간에 대하여도 이루어졌다. 당연적용 방식의 의료보험제도가 도입되기 이전인 1963.12.16 법률 제1623호로 제정 공포된 임의보험방식의 의료보험법은 요양급여기간을 6월 이내로 하였다. 이것이 1977년 강제적용방식의 의료보험제도로 바뀐 이후에도 “요양급여의 기간은 요양급여가 개시된 날로부터 6월 이내로 한다”로 규정하였다. 그런데 6개월의 기간이 1인당인지 아니면 동일상병인지 불분명하여 많은 질의가 있어 “동일상병”으로 하는 것이 타당하다는 유권해석을 하게 되었다. 그 이후 요양급여기간의 변천은 <표 2-3>과 같다.

요양급여기간의 연장은 질병별로 이루어졌다. 1981.4.4 법률 제3415호로 의료보험법이 제4차 개정되면서 “폐결핵”에 대한 요양급여기간은 제한하지 않기로 결정되었다. 당시 폐결핵관리사업은 보건사회부 결핵예방과가 주관하면서 대한결핵협회가 각 시․도에 지부를 두고, 지부 부속의원과 전국에 산재해 있는 200여개의 보건소에서 무료치료를 해주고 있었기 때문에 구태여 의료보험재정으로 결핵퇴치 사업에 투입할 성질이 아니라는 반대의견도 있었으나 결핵퇴치가 잘 되지 않고 의료보험증을 가진 사람은 보건소 이용을 꺼리고 보험치료를 하다 6개월이 경과하면 치료 중단하는 사례가 생겨 오히려 내성만 강해져 “결핵망국”이 될 우려가 있다는 논의 끝에 의료보험에서 요양급여기간을 철폐하게 되었다.

1985.1.1 시행된 법률 제3768호(6차 개정 의료보험법) 제30조에서는 동일상병에 대하여 악용하는 사례가 있어 1인당 상병 종류 불문하고 연간 개념을 도입하게 되었다. 이로 인한 민원이 수 없이 발생하게 되었으며 특히 만성질환으로 고생하는 만성신부전증환자, 당뇨병 환자, 고혈압환자 등의 민원은 날이 갈수록 더 했으며, 주 2~3회 혈액투석으로 연명하는 만성신부전증 환자들은 집단행동 민원으로까지 발전하게 되었다.

이러한 문제를 해결하고 만성질환자에게 도움을 주고자 1987.12.4 법률 제3986호(7차 개정 의료보험법)에서는 급여기간을 사례별로 연장하도록 하였다. 1988.2.15 시행된 요양급여기준에 연간 보험자 부담금이 30만원이 안 될 경우 진료일수를 연장할 수 있도록 하였다. 1990.2.1 시행된 요양급여기준 Ⅱ-3. 에서는 실 진료일수 산정 방법을 명문화하고 양․한방 혼합 진료시 각각 진료일수가 산정되게 하여 만성신부전증환자에 대한 급여일수가 확대되도록 조치했다. 이후 보험자부담금 30만원을 점차 높여 진료일수를 가급적 늘리도록 하였다.

한편, 1994.7월부터는 일률적으로 의료보험법에 진료일수 180일을 210일이 되게 30일 연장하였다가 1995년 8월 의료보험법 제10차 개정 시에는 요양급여기간은 연간 210일 이상으로 하며 대통령령으로 정하도록 하위법령에 위임하여, 30일 연장할 때 마다 국회 본회를 통과하는 번거로움을 없앴다.

<표 2-3> 요양급여 기간 변동현황

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 년도 | 급여일수 | 특례조항 |
| 1977 | 요양급여개시일부터 6월 이내 | -1인당 상병별 년간급여기간 개념 도입 |
| 1981 | 동일상병 180일 이내 | -폐결핵은 급여기간 제한 철폐(이후 같음) |
| 1985 | 1인당 연간 180일 이내 | -폐결핵은 급여기간 제한 철폐 |
| 1988 | -보험자 부담 요양급여비가 30만원 미만일 경우에는 그 금액에 달할 때까지 급여기간 연장 |
| 1990 | -만성신부전증환자의 혈액투석 및 복만투석에 필수적인 내복약제와 신장이식 수술 후 조직이식 거부반응 억제제 투약시에는 내원일수만 산정 |
| 1991 | -보험자 부담 요양급여상한액 45만원으로 상향조정  -만성신부전증환자의 요양급여기간 산정을 보건사회부 장관이 별도로 정한 바에 의하도록 함(탄력성 있게 운용되도록 함) |
| 1993 | -보험자부담 요양급여비 상한선 55만원으로 상향조정 |
| 1994 | -같은 날에 양방과 한방 또는 한방과 약국급여를 동시에 받을 경우, 각각 산정에서 1일만 산정토록 완화 -보험자부담 요양급여비 상한액의 차별화 (1) 65세 미만: 65만원 (2) 65세 이상: 80만원 (3) 장애인: 150만원 |
| 1995 | -1인당 연간 210일 이상으로 하며 그 기간은 대통령령으로 정함. | -보험자 부담 요양급여비 상한액 조정(’95.4.1.)  (1) 장애인, 국가유공자: 160만원 (2) 기타환자: 90만원  다음 해당자는 급여기간 제한을 철폐(’95.8.4) 1. 65세 이상자 2. 장애인 3. 국가 유공자 4. 폐결핵환자 5. 기타 대통령으로 정하는 중한 질병환자 |
| 1996 | 1인당 연간 240일 | -보험자 부담 요양급여비 상한액 120만원을 상향 조정 |
| 1997 | 1인당 연간 270일 | -보험자 부담 요양급여비 상한액 150만원으로 조정(’97.9.1) |
| 1998 | 1인당 연간 300일 | -만성신부전증환자에 대한 내원 일수만 급여기간으로 산정하고 있는 복지부장관 유권해석을 고시인 ‘요양급여 기준’에 삽입(’91.6.26 개정이전과 동일내용으로 환원) |
| 1999 | 1인당 연간 330일 | -보험자 부담 요양급여비 상한액 150만원은 동결 |
| 2000 | 1인당 연간 365일 |  |

그리고 65세 이상의 노인, 장애인복지법에 의해 시·군·구에 등록한 장애인, 국가유공자예우에 관한 법률에 의해 규정된 국가유공자는 폐결핵환자처럼 요양급여기간의 제한을 받지 않도록 철폐하고 기타환자는 보험자부담 요양급여비 상한액을 120만원으로 통일했다가 1997년 이후 150만원에서 동결했다. 이후 의료보험법시행령 제75조의 2를 개정하여 요양급여기간을 매년 30일씩 연장하여 2000년부터는 요양급여기간 제한을 완전히 철폐하였다. 급여기간의 제한을 철폐함에 따라 도덕적 해이(moral hazard)도 심각하게 일어나고 있다. 2007년의 경우 연간 1,000일 이상 진료를 받은 사람이 건강보험에서 145,041명, 의료급여에서 21,201명이나 있었다(양승조, 2008). 급여기간에 대한 제한이 철폐되기까지의 상세한 규정은 <부표 2-3>에 수록하였다.

다. 비급여

**1) 법적근거**

건강보험법 제39조(요양급여) 제3항 '보건복지부장관은 제2항의 규정에 의하여 요양급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 기타 보건복지가족부령이 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다‘ 라고 규정하여 비급여의 법적 근거가 되고 있다.

국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령 제158호 신규제정 2000.6.30. 이후 2009.1.13. 보건복지가족부령 제87호 개정까지 17회 개정) 제9조제1항(비급여대상): 법 제39조 제3항의 규정에 의하여 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 함, 개정 2008.7.1)은 <부표 2-4>에 수록된 바와 같다.

**2) 비급여목록 항목에 대한 상대가치점수폐기**

건강보험법 제39조에 의하여 비급여의 근거를 마련하였지만 비급여 규칙을 마련한 것은 2000.6.30 제정된 요양급여의 기준에 관한 규칙을 제정한 이후부터이다. 구체적인 시행은 2001.1.1부터였으며 다음과 같은 행정적인 절차를 거친다. ‘2000년 12월 31일까지 결정 신청된 미결정 행위 중에서 이 고시에 등재되지 아니한 행위에 대해서는 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조제1항의 규정에 의하여 비급여대상으로 본다.’ 라고 보건복지부고시 제2000-74(2001.1.1시행)로 고시하였다.

이 당시 국민건강보험법령에 의하면 각 요양기관에서 임의로 비급여대상으로 정하여 환자로부터 징수하는 행위는 2000.7.1부터 못하도록 금지시키고 종래까지 비급여로 하던 행위는 2000.6.30까지 보건복지부 또는 건강보험심사평가원에 제출하면 위 고시에 의거하여 상대가치점수를 정한 비급여항목은 그 금액으로 비급여수가를 받을 수 있도록 하였다. 그리고 위 고시에 없는 항목은 심사평가원에서 '신의료기술행위로 판정이 날 때까지 그 항목에 대하여는 종전처럼 임의수가를 환자로부터 징수할 수 있도록 조치하였다.

많은 행위가 신의료기술행위여부에 대한 심사를 받는데 장기간이 소요되기 때문에 임의수가를 받을 수 있는 서비스 항목이 상당수가 되었다. 특히 종합전문요양기관에서 임의수가를 받는 비급여대상 서비스가 많아 보장성을 낮추는데 일조를 하고 있다.

그리고, 상대가치점수를 정한 일부 기술행위항목이나 보험급여대상에서 제외한 일부 고가 의약품에 대하여 본인부담 100/100으로 고시함에 따라 100/100 본인부담 보험급여라는 법률에도 명시되지 아니한 용어를 사용하는 문제가 등장하였다. 이에 2006.1.1부터는 '100/100 본인부담’ 용어 대신 '일부를 본인부담’으로 고쳐서 “요양급여의 일부를 본인이 부담하는 항목”으로 사용하다가 2008.1.1부터 '제3부 행위 비급여목록’으로 변경하였다.

그 후 '건강보험 행위 급여․비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 개정’(보건복지가족부 고시 제2008-168호, 2008.12.26 제정)에 의하여 상대가치 결정에 제외되는 항목을 다음과 같이 구체화시켰다.

-제1편 행위 급여․비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록(검체검사 145가지, 조직병리검사 119가지, 기능검사 143가지, 내시경․천자 및 생검 5가지, 영상진단 및 방사선치료 7가지, 주사료 3가지, 채혈 및 수혈 3가지, 이학요법 13가지, 정신요법 6가지, 처치 및 수술 86가지, 한방검사 및 시술료 등 14가지, 신경인지기능검사 36가지, 총 405가지)

2. 선택진료제도의 존재

가. 선택진료제 도입의 배경

선택진료제도의 도입은 의료보험제도가 실시되기 이전인 1958년 세브란스병원이 환자 요구에 의한다는 이유[[2]](#footnote-2)로 실시한 것이 최초이다. 그런데 당시 서울대학교 의과대학 부속병원을 위시하여 전국 국립의과대학 부속병원들이 봉직의사들의 보수 수준이 사립의과대학 부속병원에 비하여 매우 낮아 박봉으로 교수직 유지가 어려움을 이유로 일부 교수들이 대리의사를 두고 개업하는 사례가 많았다. 이러한 개업사례를 1961년 군사정부가 불법으로 단속하자 국립의과대학 교수들이 이직하는 사태가 발생하였다. 이에 정부는 국립의과대학 교수 이직 방지 및 확보수단의 일환으로 낮은 보수를 보충하기 위하여 “특진료” 제도를 공식화하게 되었다. 서울대학교 의과대학 병원에서는 “특진료”를 받을 수 있는 법적 근거가 필요하여 당시 문교부에서는 1962.2.12 「국립대학교 의과대학 부속병원 특진규정」을 제정하여 1963.1.1부터 법적 근거를 토대로 특진제가 공식화되었다. 이때는 서울대학교 병원만 특진제도를 실시하였다.

이후 1969.11.25 특진규정이 한차례 개정되었다가 서울대학 부속병원 뿐만 아니라 다른 국립대학병원의사와 국립치과대학병원 치과의사에게도 형평성을 고려하여 1971.5.3 대통령령 제5624호로 전문 개정하여 「국립대학교 의과대학 및 치과대학 부속병원 특진규정」으로 명칭을 고쳐 치과대학 교수들도 적용받도록 하였다.

1973.8.23 대통령령 제6819호로 일부개정하고 1989.8.7 대통령령 제12773호로 의료법 시행령 개정에 관련된 조항을 개정하여 운영하여 오다가 1991.3.29 보건사회부 부령 제867호로 「지정진료에 관한 규칙」을 제정 공포하여 문교부에서 규정한 특진규정은 폐지하였다. 그리하여 특진제도가 지정진료제도로 1991년 명칭 변경이 이루어졌다. 그 후 2000.9.5 보건복지부령 제174호로「선택진료에 관한 규칙」이 제정되어 지정진료제도에서 선택진료제도로 변경되어 지금까지 운영하고 있는 것이다[[3]](#footnote-3).

한편, 문교부와는 별도로 1967.10.13 보건사회부에서는 대통령령 제3247호로 「국립의료원 특진규정」(부표 2-5, 별첨 2 참조)을 제정 공포하여 1968년 1월 1일부터 시행하였다[[4]](#footnote-4). 1973.3.20(대통령령 제6576호) 1차 개정된 대통령령의 내용을 보면 제1조(목적), 제2조(특진의 절차), 제3조(특진료), 제4조(특진보상금)으로 구성되어 「국립대학교 의과대학 및 치과대학 부속병원 특진규정」(부표 2-6, 별첨 1 참조)을 모방한 것으로 보인다.

1967년 보건사회부에서 대통령령으로 특진제도를 국립의료원에 도입한 배경은 다음과 같다.

첫째, 1963년 1월 1일부터 서울대학병원에서 특진제도를 이미 실시하고 있는데서 직접적인 영향을 받은 것으로 본다.

둘째, 1965년 185병상의 고려병원이 개원되었을 때 병실 등 시설이 제일 좋다고 평판이 날 정도로 당시 의료기관의 시설이 낙후되어 있었다. 같은 해 서울 필동에 사단법인 한국의과학연구소가 200병상의 부설 성심병원을 개원하고, 60병상의 영등포 연합병원이 잇따라 개원하면서 의사 및 의료 인력에 대하여 2배 이상의 높은 보수와 대우로 스카웃 바람이 불기 시작함에 따라 특히 국․공립 병원의 유능한 의사들이 자리를 옮기는 사태가 일어났었다. 심지어 사립의과대학 교수들마저 자리를 옮기는 일들이 벌어졌었다.

이때 유능한 의사 스카웃에 가장 심한 타격을 입은 곳이 국립의료원이었다. 국립의료원은 6.25전쟁에 병원선으로 참전한 스칸디나비아 3국 군의관 및 간호장교 등이 1953년 휴전으로 본국에 철수하면서 의료장비와 의약품을 모두 우리나라에 헌납하고, 서울 을지로 6가에 국립의료원을 무상으로 지어주고 의료인력 마저 그대로 주둔하게 되어 좋은 진료와 좋은 의약품으로 치료 잘하는 병원으로 유명하여 전국에서 환자가 집중할 정도였다. 그러다 1960년대 하반기에 우리 정부가 인수하고 국가 예산으로 운영하다보니 의료진에 대하여 공무원의 신분으로 보수를 지급함에 따라 유능한 의료진들이 새로 생기는 민간병원으로 이적하는 일들이 일어나게 되었다. 이를 방지하려는 의도에서 의사 및 의료 인력의 보수 충당 수단으로 보건사회부 의정국 주관으로 「국립의료원 특진규정」을 만든 것이다. 뒤이어 국립정신병원 특진규정이 1978.5.1 대통령령 제8996호로 제정되었고, 국립원호병원 특진규정은 1974.7.20 제정되었으며, 철도병원 특진규정도 1979.2.8 제정되었다. 보건사회부의 직속 의료기관으로써 그 기능을 원활히 수행하기 위해서는 유능한 의사 및 의료인력 확보가 필요하였으며, 이들의 이탈 방지를 위하여 공무원 보수 규정에 묶여 있는 국립의료기관 의료진들의 보수를 특진료 수입으로 보조 해줄 수밖에 별다른 방법이 없었다. 그러나 ’80년대 이후 많이 생긴 의과대학이나 민간병원으로의 이직은 막을 수 없었다.

국립의료원 특진규정이나 국립정신병원과 국립원호병원 특진규정 역시 1991.3.29 보건사회부의 「지정진료에 관한 규칙」제정으로 폐지되었다. 철도병원 특진규정은 1985.2.21 중앙대 의과대학 부속 용산병원으로 바뀌면서 폐지되었다.

1989년 전국민 의료보험으로 특진료에 대한 비판여론이 비등하여 법적근거를 마련하고자 검토하는 과정에서 대통령령으로는 법적근거가 미흡하다는 지적이 있어 의료법 제32조(시설기준 등)및 의료법 제48조(지도와 명령)의 규정을 인용하여 특진규정을 초안하여 실무 협의중에 “특진”이란 용어는 위화감을 준다고 하여 “지정진료”라는 용어를 만들었다.

1991.3.29 「지정진료에 관한 규칙(보건사회부령 제867호)」제정으로 특진제도가 오히려 종전보다 확대되어 400병상 이상의 레지던트 수련병원과 치과대학 병원까지 넓혀졌다. 「지정진료에 관한 규칙」이 환자가 의사를 지정한다는 용어가 좋지 않다하여 2000.1.12 의료법 제37조의2를 신설하고 「선택진료에 관한 규칙(보건복지부령 제174호)」으로 변경하여 오늘에 이르고 있다.

나. 특진제도를 “비급여화”한 배경

**1) 개요**

의료보험 시행초기인 1977년도에는 특진제를 실시하는 서울대학병원이나 세브란스병원 등은 직장의료보험조합과 요양기관 지정 계약을 맺지 않았기 때문에 특진료가 사회적 문제로 되지 않았다. 1979년 1월 1일부터 공무원과 사립학교 교직원 그리고 피부양자인 그 가족까지 보험적용이 되고 직장조합은 300인 사업장까지 확대하면서 보험수가를 20.75% 인상하였지만 대부분의 대학병원 및 대형종합병원이 요양기관 지정 계약을 기피하는 경향[[5]](#footnote-5)이어서 지정 계약을 기피하지 못하도록 전국의 모든 의료기관을 강제 지정하도록 의료보험법을 개정하였다.

모든 병원이 요양기관으로 강제 지정되자 특진료가 문제가 되어 특진의료를 보험에서 인정할 것인지 여부에 대하여 두 가지 대안을 놓고 논의를 하였다. 대안(1): 특진의료를 받을 경우 모든 진료비를 보험급여에서 전액 제외시키는 방안, 대안(2): 해당 특진비만 보험급여에서 제외시키는 방안을 놓고 장․단점을 검토 한 끝에 후자가 결정되어 1980년 3월 보사부의 유권해석으로 ‘특진료는 비급여 대상’이며 특진대상 및 특진료 율 등은 해당 의료기관의 자체 규정에 의한다고 했다(부표 2-9 참조).

1980.3월 당시 의료보험에서 특진료, 상급병실차액, 요양급여 180일 제한 문제가 가장 많은 민원사항으로 꼽혔다. 특진료, 상급병실료, 고소득자 의료보험 적용대상제외 문제를 놓고 보건사회부 사회보험국에서 검토하여 요양급여기준으로 설정하였다. 당시의 결정 가운데 지금까지 그대로 유지하고 있는 것이 기준 병상 50%이상 확보 규정과 고소득자 의료보험적용 제외불가 방침이라 할 수 있다. 특진제는 오히려 확대되었다. 2009년 현재 선택진료를 실시하고 있는 의료기관 현황은 <표 2-4>와 같다. 그리고 선택진료비가 의료기관 총수입에서 차지하는 비중은 <표 2-5>와 같다.

<표 2-4> 선택진료 의료기관수

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 시점 | 종합전문요양 | 종합병원 | 병원 | 한방병원 | 치과병원 | 평균 |
| ‘05.12 | 42/42  (100.0) | 78/240  (32.5) | 59/783  (7.5) | 13/156  (8.3) | 16/108  (14.8) | 209/1,329  (15.7) |
| ‘08.06 | 43/43  (100.0) | 81/272  (29.8) | 70/1.769  (4.0) | 8/143  (5.6) | 10/159  (6.3) | 212/2,377  (6.3) |
| ‘09.03 | 44/44  (100.0) | 82/269  (30.5) | 83/1,913  (4.3) | 9/139  (6.5) | 10/171  (5.8) | 228/2,536  (8.9) |
| 주: 분자는 선택진료를 실시하는 병원 수, 분모는 해당되는 종류의 병원 총수, ( )는 선택진료병원비율  자료: 보건복지가족부, 회의자료 | | | | | | |

<표 2-5> 선택진료비가 총진료수입에서 차지하는 비중(2007년)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 병원종별 | 전문종합 | 종합병원 | 병원 | 치과병원 | 한방병원 | 평균 |
| 선택진료비  수입비율(%) | 7.4 | 5.4 | 4.0 | 2.7 | 3.3 | 6.5 |
| 자료: 보건복지가족부, 회의자료 | | | | | | |

**2) 특진제도 운영의 난맥상**

1980년 3월 특진제도 등에 대한 보사부의 검토보고서에서는 특진제도가 없는 종합병원(예: 경희대병원, 서울위생병원, 지방소재일부 종합병원 등)도 있어 특진 환자를 보험에서 제외할 경우, 특진제도가 없는 의료기관에 환자가 집중할 것으로 판단하였다. 이로 인하여 특진제도가 있는 종합병원은 환자가 진료비가 높다고 기피하여 병원이 경영 악화로 도산될 것이기 때문에 병원 스스로 특진제도를 폐지할 것으로 생각하였다. 그런데 이러한 예측은 빗나갔던 것이다.

만약 1980년에 특진서비스를 받은 경우 모든 의료서비스를 보험급여에서 제외시켜 진료비 전액을 환자 본인에게 부담시키는 조치를 하였더라면 아마 특진제도는 사라졌을 것이다.

그런데 특진을 실시하고 있는 의료기관의 특진수입이 당시 병원 총 수입의 8-10%에 이르고 있어 특진을 없앨 경우 수가 인상을 요구할 가능성이 높아 특진을 없애지 못하였던 것이다. 문제는 특진이 특진의사의 진료행위에만 한정하는 것이 아니라 다른 서비스까지 적용하고 있는 점이다. 즉 국립의료원과 같은 국립 의료기관에서도 의사의 직접 행위에 대해서만 특진료를 부과하는 것이 아니라 각종 검사수수료는 물론 진료와 관계없는 제 증명에 까지 특진료를 부과하고 있었으며, 특진료율도 10-100%까지 병원들이 임의적으로 정하여 부과하고 있었다.

이러한 사항은 1981년 11월 감사원의 행정사무 정기 감사에서 “요양급여 기준의 불합리” 사항으로 ① 특진료 ② 분만급여에 대한 진료지역 설정 불합리 ③ 입원신고제의 불합리가 지적되어, 그 이듬해인 1982.3.9 “특진규정 불합리” 확인서를 제출하게 되었다(부표 2-10 참조).

**3) 특진제도에 대한 논란**

특진제도는 출발할 당시부터 국립대병원이나 국립의료원 등 국립의료기관의 추가적인 수입원으로 간주되었던 것이다. 보사부는 1982년 6월 1일자로 보험수가 7.1% 인상 조정할 때 ‘요양급여기준 Ⅱ-1-바’에 ‘특진료’항을 다음과 같이 보완하였다.

① 특진은 일반환자에 대하여 특진제도가 있는 종합병원인 요양기관에 한정

② 특진은 피보험자가 지정한 특진의사가 직접 행한 진찰, 처치, 수술 등에 한정

③ 특진은 피보험자가 원하는 경우에 한하며, 당해 요양기관이 특진신청인의 서명날인을 받아야 함. 이 경우 특진료는 본인이 부담한다(보건사회부 고시 제 82-26호, 시행일 ’82.6.1)라고 고시하게 되었다.

이때 1981년 감사원의 정기감사 지적사항인 분만급여의 진료지역 설정도 폐지하고 부정수진자의 사전예방 목적으로 정한 사전 ‘입원신고서’ 제도를 간소화하였다. 그와 같은 조치에 대하여 감사원이 불만을 갖고 특진료 산정요율을 “요양급여기준”에 정하지 않은 사유에 대한 보충 설명을 요구하여 1982.10.7 <부표 2-11>과 같은 보충 자료를 제출하였다.

당시만 하여도 특진 규정은 주로 국립대병원, 국립의료원, 국립정신병원과 같은 국립의료기관에 해당되었기 때문에 사립대학병원은 자체 원무규정으로 특진을 실시하고 있었다. 특진제도가 문제화 된 이후인 1989년도에 특진실시 기관 현황을 보면 <표 2-6>과 같다. 이 때 까지도 국립의료기관이 특진 기관의 1/4를 차지하고 있었다.

<표 2-6> 특진실시 기관 수(1989년 현재)

(단위 : 기관수)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 계 | 국립병원 | 국립대학병원 | 사립대학병원 | 민간종합병원 |
| 36 | 4 | 5 | 19 | 8 |

그런 가운데 특진제도는 점차 확대되어 1989.7.1 전국민의료보험실시에 앞서 특진제도의 문제점이 심각하게 제기되었다. 1989년 6월에 보사부에서는 보험환자에 대한 “특진제도”에 대한 검토 보고를 <부표 2-12>와 같이 하였다.

전국민의료보험이 실행됨에도 불구하고 특진제도는 그대로 존속되었기 때문에 특진이 남용되는 사례는 신문지상에 간혹 특종으로 등장되고 있었다. 당시에 제기된 문제는 특진이 국립의료원과 같은 대형병원만이 아니라 일부 중소병원에까지 응용되고 있어 환자들의 의료비 부담과 함께 서민층과 부유층 환자 사이에 위화감 문제가 제기되었다. 그리고 특진료에 대한 규정이 미비하여 어떤 병원은 일반 진료료에 20%를 초과 부과하는데 반하여 어떤 병원은 100%를 초과 부과 하는 등의 문제가 있었다.

그리하여 보사부는 1990년 3월에 특진제도에 대하여 <부표 2-13>에서 볼 수 있는 바와 같이 실태조사를 실시하였다. 조사결과 36개 의료기관이 특진제도를 실시하고 있었다. 36개 기관의 평균 특진환자 비율은 48.7%였으며, 병원 총수입에서 차지하는 특진료 수입은 평균 7.11%였다.

다. 지정진료제도의 등장

특진제도에 관한 문제가 계속 이어짐에 따라 국회와 감사원 등에서도 문제점을 해결해야 한다는 압력이 들어오자 보사부에서는 민간병원(사립대병원 포함)이 자체 내규로 하는 것은 문제가 있다는 시각에서 관련단체와의 의견수렴 과정을 거쳐 1990.12.11 특정진료에 관한 규칙(안)을 입법 예고하였으나, 특진이라는 이름이 좋지 않다는 여론에 따라 1991.3.1 특진비를 “지정진료에 관한 규칙”으로 하고 1991.4.1부터 시행한다고 발표하였다.

이로부터 특진제도는 지정진료제도로 바뀌어 운영되었다. 국공립병원과 일부대학병원에서 시행하여온 “특진규정”이 1991.3.29 “지정진료규칙”으로 변경 제정될 때 “지정진료에 관한 규칙” 제5조제2항에 「지정진료의사로 임명된 자는 자신의 당해연도 총진료건수의 70%를 초과하여 지정 진료를 할 수 없다」라고 규정하여 적어도 30% 환자에게는 지정진료비(소위 특진비)를 받지 못하도록 정하였다. 그러나 이는 실제적으로 그렇게 운영하였는지 확인도 할 수 없고 감시․감독이 가능한 조항이 아닌 병원 자체의 양심에 맡기는 그냥 선언적 용어에 불과한 것일 뿐이었다.

라. 지정진료를 선택진료로 변경

2000.9.5 “지정진료에 관한 규칙”을 “선택진료에 관한 규칙”으로 이름을 바꿀 때 “선택진료에 관한 규칙” 제 4조에 「선택진료 의사의 요건을 갖춘 재직의사 등의 80%의 범위 안에서 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료를 담당하는 의사 등을 지정하여야 한다」라고 하였다. 선택진료가 가능한 의사의 자격으로 다음과 같이 정하고 있다[[6]](#footnote-6).

1. 법 제5호에 따른 면허 취득 후 15년이 경과한 의사, 치과의사 및 한의사

2. 법 제77조에 따른 전문의 자격 인정을 받은 후 10년이 경과한 의사

3. 대학병원 또는 대학부속 한방병원의 조교수 이상인 의사 등

그러다 2009년 선택진료에 대한 개선안을 위한 위원회에서는 조교수라도 전문의 취득이후 5년이 경과해야 한다는 규정을 넣어 선택의사수를 제한하였다.

선택진료를 받을 수 있는 의사의 비율도 처음에는 70%로 하다가 2000년 80%로 늘렸다. 그리고 선택진료를 할 수 있는 의사의 순위는 전문의 취득연수로 하든지 연령순으로 하든지 아니면 어떤 방법으로 하든지 간에 병원자체에서 구분하도록 하였다. 과연 이 규정이 지켜질 수 있을까? 지켜지리라고 믿는 사람은 거의 없을 것 같다.

어느 진료과이든 선택진료의사 자격을 가진 수가 적어도 1명만으로는 안되고 2명 있어도 안되고 3명 있으면 소수점 이하를 반올림하면 2명은 선택진료비를 받을 수 있고 1명은 선택진료비를 받을 수 없게 된다. 대학병원이 아닌 일반 종합병원에서는 선택진료비는 그림의 떡이 될 수 밖에 없다. 대학병원도 진료과에 따라 선택진료비 수입이 없을 수도 있다.

그래서 또 한번 고심해서 만든 아이디어가 2008.11.28 “선택진료에 관한 규칙” 제4조를 「전문개정」하여 종전 내용은 제1항으로 하고 제2항과 제3항을 신설하여 실제 진료를 하지 아니하는 교육․연구에만 종사하거나 6개월 이상 연수 또는 유학중인 의사수는 빼도록 하였고 제3항에는 「진료과목별로 1명 이상의 추가비용을 징수하지 아니하는 의사 등을 두어야 한다」라고 강화하였다. 그러나 이 조항들을 또한 어떻게 관리·감독할 수 있을까?

그리고 2008년 선택진료 의사의 비율을 다시 70%로 제한하였다. 지정진료의사는 모든 환자에게 특진료를 부과하는 것을 못하게 하기 위하여 “자신의 당해연도 총 진료건수의 70%를 초과하여 지정 진료를 할 수 없다”라고 제5조제2항에 정하였다. 그러나 이는 명목상 선언적 의미일 뿐 실제적으로 30%의 환자에 지정진료료를 받지 않았는지 또는 어떤 환자에게 적용하였는지 관리나 규제가 되지 못하는 것이 현실이다.

처음 예견한 바와 같이 관리 불가능한 조건을 규정한 것이 무리수인 것을 인정하고 2008.11.28 선택진료규칙을 개정할 때 「진료과목별로 1명 이상의 추가비용을 징수하지 않는 의사 등을 두어야 한다」라고 하였다. 그러나 이러한 규정 역시 실행이 불가능하다.

선택진료료를 받을 수 있는 병원은 종전 “지정 진료규칙” 제4조에서 허가 병상수 400이상으로써 수련병원이어야 하던 것을 “선택진료규칙” 제2조에서는 병상 수에 관계없이 모든 종합병원(100병상 이상)과 병원·치과병원·한방병원 심지어 요양병원까지 요건만 갖추면 “선택진료 의료기관”이 될 수 있도록 대폭 완화하였다.

그러자 의원급에서도 선택진료를 할 수 있도록 요구하여왔다. 개원의사가 주장하는 이유는 선택진료가 보다 전문적이고 양질의 의료를 제공하는 의사에게 적용된다면 개인의 경력, 능력, 관련 연구 논문 등을 평가하여 인증하는 것이 바람직하기 때문에 종합병원이나 대학병원에서 선택의사로 인정되었으면 단독 개원을 하더라도 본인이 희망하면 선택진료를 허용해야 한다는 논리였다.

개원의에게 선택진료를 허용한다는 것은 한 사람의 의사를 두고 단독 선택해야 하기 때문에 이것은 선택이 아니라 강요로 볼 수 있어 논리적으로 성립되기 어렵고, 또한 개원의는 봉직의사 보다 수입이 높기 때문에 봉직의사의 인건비 보충수단으로 출발된 선택진료제도를 의원에 까지 확대하는 것은 의사는 물론 일반 국민들도 이해시키기 어렵기 때문에 개원의에게 선택진료를 허용하는 조치는 불가능 한 것이다.

마. 선택진료제의 문제점

선택진료제가 갖는 문제점은 다음과 같다.

① 사회보험제도를 택한 국가에서 본인이 좋은 의사를 선택하여 진료를 받을 경우에는 본인이 추가비용만 부담할 것이 아니라, 모든 서비스를 전액 자비 부담하는 pay patient 로 하는 것이 타당하다. 왜냐하면 사회보험의 급여는 최고수준을 지향하기 보다는 최소수준을 지향하는 것이기 때문이다. 최고수준의 의료를 원하는 경우는 사회보험제도 밖으로 나가는 것이 원칙이다.

② 선택진료제도는 처음부터 특진이라는 명칭으로 병원의 수입보전책으로 채택되었다. 따라서 병원수입 보전을 위한다면 일부 의료기관을 대상으로 하는 선택진료제도 보다는 수가인상이 타당한 방법이다.

③ 종별가산 제도가 있어 대학 병원급에 대해서는 수가의 30%를 가산하여 주고 있다. 여기에 선택진료비까지 부가한다는 것은 논리적 모순이 있다.

④ 선택진료제의 왜곡 현상이 심화되고 있다. 그 사례를 열거하면 다음과 같다.

첫째, 최근 서울의 주요 병원들이 병상을 늘리면서 시설투자비를 빠른 시일내 회수하기 위하여 선택진료비를 예전에 비해 높은 비율로 환자들에게 부담시키고 있다(사례는 부표 2-19 참조).

둘째, 2004년부터 진료비 영수증 양식이 바뀌어서 선택진료료가 어떤 항목에 부과된 것인지 알 수 없다. 예전의 진료비 영수증은 항목별로 급여금액, 비급여금액, 선택진료료로 세분화되어 어떤 항목에 선택진료료가 부과되었는지 환자가 알 수 있었다. 그러나 현재는 항목별로 ‘요양급여’와 ‘비급여’로만 되어 있어 선택진료료가 어떤 항목에 얼마가 부과되었는지 알 수 없게 되어 있다

셋째, 「선택진료에 관한 규칙」제5조에 따르면 선택진료료는 “선택진료를 담당하는 의사 등이 직접 진료한 진료행위에 한하여 환자 또는 그 보호자로부터 추가비용을 징수 할 수 있다”고 되어 있다. 선택진료를 담당하는 의사가 직접 진료하지 않은 검사, 영상진단 등의 경우는 환자가 별도로 선택진료 의사를 선택하도록 되어 있다. 그러나 실제병원에서 사용하고 있는 ‘선택진료신청서’에는 “신청인이 선택한 의사가 환자의 진료를 위해 진료지원과의 선택진료의사를 지정하여 진료를 의뢰한 경우에도 동의하며, 진료지원과 선택진료의사가 실시한 진료(검사, 영상진단료, 치료, 수술, 마취, 기타)에 부과되는 선택진료료를 부담하겠습니다.” 라고 되어 있다. 이렇듯 병원에서는 선택진료신청서를 임의대로 변경하여 환자들에게 서명을 하도록 유도하고 이를 근거로 선택진료료를 부담시키고 있다.

넷째, 의료급여 1종 환자들의 경우 법정본인부담금을 면제해주고 있다. 그런데 이를 이용하여 일부 의료기관에서는 의료급여 1종 환자들에게 치료 및 수술, 검사 등에 선택진료료를 부과하고 있다. 즉, 건강보험 급여범위에 해당하는 치료와 수술에 대하여 의료급여 1종 환자들에게 법정본인부담금은 면제되는데 선택진료료는 부과되고 있는 모순이 발생하고 있다.

3. 상급병실제도의 존재

사회보험을 운영하는 국가에서 상급병실을 비급여로 인정하여 차액을 본인 부담시키는 경우는 흔하지 않다. 서구의 시회보험국가나 국영의료제도를 택한 국가들도 1-2인실을 운영하고 있다. 이들 국가가 1-2인실을 운영하는 방안은 대체로 2 가지 경우이다.

첫째는 의사가 환자의 진료상 1-2인실에 입원시키는 것이 필요하다고 인정하는 경우이다. 이 때는 1-2인실을 이용하더라도 모두 보험급여로 하고 환자에게 추가 비용을 부과하지 않는다. 우리나라도 이와 같은 규정은 있지만 잘 지켜지지 않고 상급병실료를 내어야지만 1-2인실 이용이 가능하다.

둘째는 환자의 희망에 의하여 1인실을 이용케 하는 경우이다. 환자가 희망하여 특별히 단독 병실을 사용하는 경우에는 본인부담병상(pay bed)으로 하여 병실료 뿐만 아니라 진료비 전액을 환자에게 부담시키는 방법이다. 본인부담병상은 모든 의료기관이 갖추고 있기 보다는 돈 많은 환자가 찾는 병원(소위 유명병원)에 주로 설치되어 있다. 지방의 중소병원의 경우 본인부담병상(pay bed)을 갖추는 것을 금지하는 것은 아니지만 이용하는 환자가 없기 때문에 통상 큰 병원들이 갖추고 있다. 본인부담병상에 더 나아가 사회보험 환자를 전혀 받지 않는 민영병원(pay hospital or private hospital)도 허용하고 있다.

우리나라는 상급병실을 이용하는 사람에게도 보험급여를 허용하면서 차액 병실료만 본인부담으로 하는 특이한 방법을 택하고 있다. 우리나라에서 상급병실제도가 허용된 것은 의료보험제도 도입 이전으로 거슬러 올라 가야한다. 의료보험제도가 도입되기 이전에는 정부가 의료기관에 대하여 간섭을 할 필요가 없었기 때문에 대부분의 병원들이 기본병실과 상급병실을 동시에 운영하고 있었다.

의료보험이 도입되어도 상급병실을 없애기 어려웠기 때문에 상급병실을 이용하는 사람들에게 보험급여로 하고 기준병실과의 차이만 본인에게 부담시키는 제도가 자연스럽게 굳어졌다. 그런데 상급병실이 제도적으로 허용된 것이 아니라 관행적으로 인정됨에 따라 상급병실에 대한 여러 가지 민원이 초기단계에서 제기되었다.

이에 1980년 3월 당시 보건사회부는 일반 기준 병실의 범위를 설정하여 상급병실의 무분별한 운영을 차단하려고 하였다. 그러나 상급병실을 없앨 수는 없고 상급병실의 설치 기준을 어느 선까지 허용하느냐와 상급병실 이용자를 보험에 적용하느냐의 문제였다. 먼저 상급병실의 허용 범위를 결정하기 위해서는 기준병실의 설치 범위를 병상 기준으로 50% 이상으로 결정하였다. 실무진은 기준 병실이 80% 이상은 되어야 한다는 주장을 하였으나 결재과정에서 기준병상이 50%선으로 축소되어 오늘날에 이르기까지 운영되고 있다.

다음은 상급병실의 이용료 전부를 보험급여로 하지 못하지만 상급병실 이용자도 보험료를 내었기 때문에 기준병실료 만큼은 보험급여로 해야 하지 않느냐는 논리에 의하여 차액만 본인부담토록 하였다. 상급병실 이용에 따른 차액을 보험급여에서 제외하면 사용희망자가 감소할 것으로 판단하였다. 그런데 현실은 의료기관들이 기준병실을 50% 범위내에서만 설치하고 기준병상이 모자란다는 이유로 환자의 의사와는 달리 상급병실에 입원시키는 점이다.

과거 대가족제도에서는 입원시 가족 간호가 일반화 되었기 때문에 1-2인실이 환자에게나 가족에게나 편리하였으나, 최근에는 가족 간호가 어려워 환자 입장에서는 1-2인실 보다는 기준 병실에 다른 환자와 같이 입원하는 것이 편리하지만, 기준병실이 부족하여 울며겨자 먹기식으로 상급병실에 입원해야 하는 문제가 생기고 있다.

상급병실과 관련된 정책은 1980년이래 전혀 변화가 없었다. 현재에는 소위 빅 파이브로 불리는 대형병원들의 특별입원실은 입원료가 1일 기준 백만원을 상회하는 경우도 있다. 이렇게 고가의 입원실을 이용하는 환자에게도 건강보험의 급여를 제공해야 하는지 의문이 든다.

일본도 우리나라와 유사하게 상급병실료를 환자가 부담하는 제도로 운영하고는 있다. 그런데 일본은 1970년대 실료차액을 받을 수 있는 병상을 전체의 20% 정도에서 유지하도록 지도하고 있었으며, 오늘날은 상급병실이 전체 병상의 20% 미만으로 추정된다(김일천, 2009).

4. 본인일부부담제도의 시행과 변천

의료보험제도에서의 본인 일부부담금의 범위와 수준은 나라마다 다양하다. 보험급여가 현물급여냐 현금급여냐에 따라 운용방법 또한 여러 형태가 있을 수 있다. 의료보험제도를 시행하던 초기에 많은 고심을 한 부분이 보험료율 수준과 본인부담금의 수준이었다. 저 보험료 정책에 따라 불가피하게 보험료율은 최저수준, 본인부담금은 최고수준으로 하였다.

보험료율과 본인부담금 수준은 상호 역비례관계에 있으며 상병 발생으로 인한 환자의 가계부담을 경감하려면 본인 부담금 수준을 낮추어 주어야 하지만, 본인부담금이 높아 남․수진이 억제되면 보험료 부담이 줄어드는 양면성이 있다.

가. 본인 일부부담제의 도입

**1) 본인부담률의 설정**

사회보험방식의 당연적용을 위하여 전면 개정한 1976.12.22(법률 제2942호) 의료보험법 제34조(비용의 일부부담)에서는 “제29조 제1항 및 제31조 제1항의 규정에 의한 요양급여나 분만 급여를 받는 자는 대통령령이 정하는 바에 의하여 그 비용의 일부를 본인이 부담한다”로 하였다. 이에 따라 1977.3.14(대통령령 제8484호) 의료보험법 시행령 제34조를 전문 개정(부표 2-15 참조) 하였다.

시행령 34조에서 본인 일부 부담방식을 정률 방식으로 하여 외래는 피보험자 40%, 피부양자 50% 입원의 경우는 피보험자 30%, 피부양자 40%를 초과할 수 없다라고 규정하였다. 이에 따라 500여개 넘는 직장의료보험조합(당시 1종조합)에서는 조합마다 정관에 본인부담률을 정하여 보건사회부장관(당시 보험관리과)으로부터 승인을 받았다. 대부분의 조합에서는 입원의 경우 피보험자는 20%, 피부양자는 30%, 외래의 경우 피보험자는 30%, 피부양자는 40%로 하였으나 재정 상태가 좋은 한국은행 의료보험조합은 피보험자 입원 10%, 외래 20%, 피부양자 입원 20%, 외래 30%로 하였으며, 반면 재정상태가 불안정한 조합들은 시행령의 상한선인 피보험자 및 피부양자의 입원 30%~40%, 외래 40%~50%로 정하였다.

그러다 1979.1.1 공무원과 사립학교 교직원에 대하여, 의료보험을 확대하면서 피보험자, 피부양자 구분없이 외래 30%, 입원 20%의 본인부담률을 적용하였다. 그리고 1979.7.1 부터는 직장 의료보험조합 가입자에게도 본인부담률을 외래 30%, 입원 20%로 통일시켰다. 공무원과 사립학교 교직원에 대하여 의료보험을 확대하면서 전국 모든 의료기관을 요양기관으로 강제 지정하였는데 직장 조합마다 본인 부담률의 차이로 병원 원무행정이 복잡하고 진료비 심사정산에 착오도 발생하는 등의 문제가 있어 피보험자, 피부양자 구분없이 입원 20%, 외래 30%로 하기로 결정하였다. 그리하여 1979.4.7(대통령령 제9411호) 의료보험법 시행령 제34조 1항을 개정하여 제2종 조합(지역조합)의 경우에만 100분의 50 범위 안에서 조합 스스로 정하도록 남겨두었다. 1977년에서 1980년까지 직장조합들의 본인부담률을 평균해보면 <표 2- 7>과 같다.

<표 2-7> ’77-’80 직장조합 법정급여(요양 및 분만 급여)실적

(단위: 개, 천명, 천원, %)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 년도 | 조합수 | 피보험자수 | 피부양자수 | 총진료비 | 본인부담금(%) | |
| 입원 | 외래 |
| 1977 | 513 | 1,185 | 1,955 | 7,414,458 | 1,001,870(34.7) | 1,872,512(41.4) |
| 1978 | 592 | 1,648 | 2,172 | 24,645,620 | 3,045,520(32.6) | 6,391,291(41.8) |
| 1979 | 603 | 1,970 | 2,882 | 55,450,728 | 5,375,143(28.7) | 12,545,742(34.2) |
| 1980 | 423 | 1,971 | 3,410 | 112,515,193 | 7,519,379(20.3) | 24,228,284(32.1) |
| 자료: 의료보험통계년도 제3호, 1981, 의료보험연합회, p.82~83 | | | | | | |

**2) 의료기관에 따른 본인부담률의 차등화**

의료보험제도가 도입되면서 수가가 단일화됨에 따라 환자들은 동네 의원보다는 종합병원으로 집중하는 문제가 일어났다. 환자들의 병원 및 종합병원의 무분별한 선호를 억제하기 위하여 의원과 병원 및 종합병원과의 본인부담금 차등화를 시도하였다. 1980.5.10(대통령령 제9866호) 의료보험법 시행령 제34조 제1항 제1호를 개정하여 외래진료의 경우 의원급은 그대로 100분의 30으로 하되 종합병원과 병원의 경우는 100분의 50으로 높였다. 그리고 1981.5.18 의료보험법 시행령(대통령령 제10307호)을 개정하여 지역 피보험자의 본인 일부 부담률을 직장과 동일하게 하였다.

직장 의료보험조합의 재정은 조합별 자율적 관리로 보험급여비 지출 수준에 따라 보험료율을 조정하였기 때문에 재정 적자현상이 나타나지 아니하였다. ’80년대 들어서면서 조합의 통폐합이 진행되어 1979년도에 603개나 되던 직장조합이 1981년도에 185개 조합으로 줄어들었으며 1982년도에 146개 조합으로 대폭 그 수가 줄어들게 되어 보험재정이 취약한 소규모(피보험자수 3,000명 미만) 단독조합의 재정위험 분산이 이루어진 셈이다.

**3) 공·교의료보험공단 보험재정 적자의 발생**

1979.1.1부터 공무원과 사립학교 교직원 및 그 피부양자에 대한 의료보험 적용이 시행된 이후 1980.7.1 공무원과 사립학교 교직원 퇴직연금 수급자에게, 1981.10.1 군인퇴역 연금 수급자에게, 1982.4.1 국회의원에게, 1985.1.1 퇴직(퇴역)연금 일시금 수급자에게까지 확대 적용하여 피보험자수가 1979년에 741,477명이던 것이 1985년에는 1,038,593명으로 197,116명(40.1%)이 증가하였고, 피부양자는 당초 직계존속, 배우자, 직계비속에서 1981.4.4 여성 피보험자의 시부모까지, 1985.1.1 남성 피보험자의 장인, 장모까지 확대 적용함에 따라 1979년 2,302,944명이던 피부양자수가 1985년에는 3,171,068명으로 868,124명(37.7%)이나 늘어났다.

<표 2-8> ’80 - ’86 공·교의보의 연도별 보험료 수입대 보험급여비

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 |
| 보험료수입(백만원) | 64,592 | 88,688 | 112,400 | 128,255 | 133,549 | 143,390 | 192,519 |
| 보험급여비(백만원) | 56,298 | 71,000 | 100,089 | 114,641 | 142,680 | 153,813 | 157,2462 |
| 순수지율(%) | 87.2 | 80.1 | 89.1 | 89.4 | 106.8 | 107.3 | 81.7 |
| 피보험자 1인당보험료(원) | 72,531 | 94,282 | 119,744 | 133,962 | 136,600 | 142,991 | 185,764 |
| 피보험자 1인당급여(원) | 63,218 | 75,478 | 106,628 | 119,742 | 145,941 | 153,384 | 151,728 |
| 주: 순수지율 = 보험급여비 ÷ 보험료수입 (100.0이 넘어가면 적자임)  자료: 86년도 의료보험통계년도 제8호 의료보험관리공단 p.36 | | | | | | | |

이와 같이 보험적용 인구가 증가하고 보험급여 범위도 확대되면서 의료보험 진료수가가 1979.1.1 20.75% 인상된 이후 매년 조정되어 1985.3.1까지 7회에 도합 81.97% 인상된 반면 공무원 등의 봉급 인상폭은 늘어나는 보험급여비를 따를 수 없어 <표 2-8>에서 볼 수 있는 바와 같이 1984년도부터 순수지율이 100.0을 초과하여 당기 적자가 발생하게 되었다. 반면 직장조합에서는 <표 2-9>에서 볼 수 있는 바와 같이 재정이 흑자상태로 적립금이 매년 누적되고 있었다.

<표 2-9> ’81-’86 직장조합 재정상태

(단위 : 개, 천명, 백만원, %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 년도 | 조합수 | 피보험자수 | 피부양자수 | 재정수입 | 재정지출 | 누적적립금 | 본인부담금(%) | |
| 입원 | 외래 |
| 1980 | 423 | 1,971 | 3,410 | 113,010 | 91,340 | 71,180 | 20.3 | 32.1 |
| 1981 | 185 | 2,622 | 4,619 | 181,699 | 132,506 | 118,429 | 20.0 | 32.5 |
| 1982 | 146 | 3,033 | 5,965 | 242,774 | 204,088 | 151,818 | 20.0 | 35.7 |
| 1983 | 146 | 3,502 | 7,070 | 308,871 | 292,605 | 161,113 | 20.0 | 36.3 |
| 1984 | 146 | 3,788 | 7,858 | 375,145 | 370,636 | 165,449 | 20.0 | 36.2 |
| 1985 | 144 | 3,908 | 8,307 | 443,065 | 439,659 | 169,259 | 20.0 | 36.2 |
| 1986 | 144 | 4,309 | 8,985 | 544,876 | 421,811 | 287,628 | 20.0 | 46.7 |
| 자료: ’86 의료보험통계연보 제9호 p.91, 106, 107, 의료보험연합회 | | | | | | | | |

**4) 외래진료비 본인 부담 정액제 도입**

의료보험제도의 도입 실시 이후 끊임없이 발생하는 민원의 주종은 본인 부담금이 많고 요양기관마다 들쭉 날쭉하여 어느 병·의원이 제대로 정확하게 받는지 못 믿겠다는 내용이었다. 그 때마다 정부와 보험자는 우리나라 의료보험진료수가가 방문당 또는 입원일당 정액제가 아니고 의료행위와 투약 내용과 양에 따라 진료비가 결정되는 '행위별 수가제’이고 예측할 수 없는 총 진료비이기 때문에 본인 부담금을 일정하게 정하지 못하고 정률제를 적용한다는 내용의 홍보와 민원인 설득을 하였다. 그러나 요양기관에 대한 국민의 불신은 불식되지 않아 여러 가지로 고심한 결과 외래진료비 가운데 소액 진료비에 대한 본인 일부부담금을 정액으로 하는 방안이 제안되어 1986년부터 실시되었다.

모든 외래진료비에 대하여 본인부담금을 정액제로 할 수 없어서 <표 2-10>에서와 같이 의원급을 중심으로 방문당 총 진료비가 10,000원 이하인 경우만 본인부담 정액제를 적용하도록 하였다.

외래 진료비 본인 일부부담 정액제 실시의 기대효과는 ① 환자가 본인 부담금을 미리 알 수 있고 ② 환자와 의료인간의 다툼이 해소되고 ③ 환자의 의료인에 대한 불신이 해소되고 ④ 의료보험업무가 의료기관, 진료비심사기관, 보험자 공히 간소화되고 ⑤ 보험재정이 연간 약 687억원이 절약되는 것으로 요약보고 되었다. 또한 보험재정 적자폭을 줄이기 위해 종합병원과 병원의 경우에는 진찰료 전액을 본인 부담토록 함에 따라 외래진료의 경우 본인 부담이 37~64%로 높아지게 되어, 국민의 저항도 만만치 아니하였다. 이 제도는 수진자의 편의뿐만 아니라 1984년부터 재정상태가 악화된 공교의료보험의 재정위기 해소를 위한 방안으로 실시된 측면도 있었다.

<표 2-10> 정액본인 일부부담금 내용(①~③)

① 의약분업을 하지 아니하는 의료기관 및 보건기관 (적용상한액 10,000원)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 기관종별 | 정액본인일부부담금 | |
| 초진(원) | 재진(원) |
| 의 원 | 2,000 | 1,500 |
| 한 의 원 | 2,200 | 1,700 |
| 치 과 의 원 | 2,500 | 2,000 |
| 보건소 및 모자보건센타 | 500 | 400 |
| 보 건 지 소 | 400 | 300 |
| 보건 진료소 | 300 | 200 |

② 의약분업을 하는 의료기관 및 보건기관 (적용상한액 8,000원)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 기관종별 | 정액본인일부부담금 | |
| 초진(원) | 재진(원) |
| 의 원 | 1,800 | 1,300 |
| 치 과 의 원 | 2,300 | 1,800 |
| 보건소 및 모자보건센타 | 400 | 300 |
| 보 건 지 소 | 300 | 200 |

③ 의약분업을 하는 약국 (적용상한액 처방전 1매당 2,000원)

|  |  |
| --- | --- |
| 처방전 구분 | 처방전 1매당 정액본인일부부담금(원) |
| 의원 및 치과의원 발행 처방전 | 200 |
| 보건소, 모자보건센타, 보건지소 발행 처방전 | 100 |

나. 본인 일부부담률의 조정

**1) 본인부담률의 조정**

1984년부터 시작된 공교의료보험의 재정적자는 정부 당국에 보험재정 위기의식을 불러왔다. 이에 대한 대처방안의 하나가 소액 외래 진료비에 대한 본인부담정액제와 함께 병원급 의료기관에 대한 외래 이용 시 본인부담의 추가 부담 방안이었다. 구체적으로는 병원급 이상의 의료기관에서 외래 진료를 받을 경우 진찰료는 진료비와 별도로 전액 본인부담하고, 진찰료를 뺀 진료비 총액에 대하여 종합병원에서는 본인부담률을 55%로, 병원에서는 본인부담률을 50%로 인상하여 1986.1.1부터 시행하였다.

**2) 군 지역 소재 병원 및 종합병원의 외래 본인 부담금 인하**

1988.7.22 의료보험법시행령을 개정(대통령령 제12,491호)한 내용 중 군 지역에 소재한 종합병원과 병원이 본인부담금이 높은 정률제로 인하여 상대적으로 본인부담이 낮은 의원급으로 환자가 집중되어 병원의 경영상태가 악화되어 차관 상환에 차질이 생기는 문제가 발생하였다. 민간 취약지 의료기관 육성책으로 외국차관을 도입하여 설립한 차관병원의 경영상태 악화는 심각한 문제가 될 뿐만 아니라 2차 및 3차 진료를 타 지역으로 가서 받는 일도 많아 지역조합의 보험재정에 부담이 된다는 주장에 따라 1988.8.1부터 군 지역 소재병원 및 종합병원의 외래 본인 부담금을 정액화하면서 정률제 수준보다 인하 조치하게 되었다. 또한 정률제 해당 외래 진료비도 병원에 대해서는 도시지역보다 본인 부담률을 10% 포인트 인하한 100분의 40으로 조정하였다.

**3) 약국의료보험 실시에 따른 약국 본인부담 수준결정**

1989.7.1 전국민의료보험이 실시됨에 따라 약국들의 보험 참여 요구를 더 이상 배제할 수 없어 '의약분업’을 실시하기로 이미 예정하였다. 그러나 사정이 여의치 못해서 의약분업은 뒤로 미루고 1989.10.1부터 편법적인 '약국 의료보험’을 실시하였다. 이로 인하여 약국에 대한 본인 부담금 수준을 정할 필요가 생겼다.

약국의료보험의 주요골자는 다음과 같았다. 의사 또는 치과의사의 처방전에 의하여 약국에서 의약품을 조제 받을 때의 본인부담금은 조제료와 약가를 합산한 금액의 30%로 하고, 약사법에 의하여 처방전에 의하지 아니하고 약국에서 의약품을 조제 받을 때의 본인부담금은 조제료와 약가를 합산한 금액의 60%로 하였다. 다만, 각각의 경우에 조제료와 약가를 합산한 금액이 일정액 이하일 때에는 정액제로도 할 수 있도록 하였다.

그 이후 1994.8.1 의료보험법시행령을 전문 개정(대통령령 제14350호)하면서 처방전에 의하지 아니하고 의약품을 조제 받을 때의 본인 부담률을 조제료와 약가를 합한 금액의 60%로 하던 것을 40%로 인하하였다.

**4) 70세 이상 노인에 대한 본인부담 경감**

1995.12.29 노인복지 향상을 목적으로 의료보험법 시행령(대통령령 제14850호)을 개정하여 70세 이상 노인에 대하여 의원급(치과병원, 한방병원 및 요양병원을 포함) 외래 진료비의 본인 부담률을 30%에서 20%로 낮추도록 하였다.

**5) 만성질환자 및 고가 특수의료장비 이용시 본인부담금의 조정**

1998.10.7 의료보험법 시행령을 개정(대통령령 제15918호)하여 보건복지부장관이 고시하는 만성질환자(만성신부전증환자의 혈액 투석시 등)의 경우에는 외래 진료일지라도 20%만 부담하도록 하였다. 이는 이미 오래전부터 보건복지부 고시로 요양급여기준에 정하고 있는 사항을 상위법령인 시행령으로 옮기고 그 외 추가되는 병명만 고시하는 절차를 이행토록 한 것이다.

한편 CT가 보험급여 대상이 되면서 CT촬영의 남발방지와 보험재정을 감안하여 입원시 CT촬영을 하더라도 본인 부담은 외래 수준으로 상향 조정하였다.

다. 본인부담제도의 문제점

**1) 복잡한 본인부담제도**

우리나라의 본인부담제도는 본인부담정률제를 기본으로 하면서 정액제를 도입하여 제도가 매우 복잡하다. 또한 의료기관의 종류에 따라, 그리고 지역에 따라 정율제와 정액제가 다른 방법으로 혼용되어 운영되고 있다.

이렇게 본인부담제도가 복잡하게 된 것은 보험재정 상태에 따라 너무 쉽게 본인부담제도를 변경시켰기 때문이다. 보험재정이 위협 받을 때마다 새로운 시도가 이루어졌으며, 최근에는 보장성 강화를 이유로 본인부담구조를 상병 단위로 조정하거나 연령 단위로 조정하여 전문가들도 법이나 시행령 조문을 보지 않고는 본인부담제도를 이해하기 어렵게 되어있다.

본인부담제도와 관련된 또 다른 문제는 본인부담률을 높여도 의료이용의 억제에는 큰 도움을 주지 못하고 있다는 점이다. 예를 들어 종합병원에는 진찰료까지 전액 본인 부담시키고 있으나 환자 집중 문제는 여전하다는 점을 볼 때 본인부담제도로 의료수요를 억제 시키는데는 한계가 있다고 판단된다.

**2) 높은 본인부담 수준**

2009년 현재 입원의 경우에는 본인 부담률이 5%에서 20%로 다양하며, 외래의 경우에도 요양기관 종별, 지역, 의약분업예외환자 등에 따라 다르고 정액금액이 다양한 관계로 전체 평균 본인부담률은 일정하지 못하다. 1987년 이후 약국보험을 포함한 요양급여 및 분만 급여의 본인부담 수준을 평균하여 정리해보면 <표 2-11>과 같다.

의료보험급여 인정 범위내의 본인부담률이 1987년 37.44%로 가장 높았으며 그 후 조금씩 낮아져 보험관리체계를 통합한 2000년에 31.93%가 되었고, 그 후에도 건강보험 보장성을 강화시키기 위한 보험료 인상으로 꾸준히 내려가기 시작하여 2008년도에 26.34%로 되었다. 2009년도에 각종 보장성 강화조치로 25%수준으로 낮아질 것으로 전망된다.

<표 2-11> 연도별 본인부담률 (’77- 2008)

(단위 : %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ’77 | ’78 | ’79 | ’80 | ’81 | ’82 | ’83 | ’84 | ’85 |
| 38.77 | 38.29 | 29.93 | 28.23 | 30.48 | 30.58 | 31.02 | 31.05 | 30.94 |
| ’86 | ’87 | ’88 | ’89 | ’90 | ’91 | ’92 | ’93 | ’94 |
| 37.26 | 37.74 | 35.28 | 34.98 | 36.0 | 37.72 | 37.38 | 37.21 | 36.52 |
| ’95 | ’96 | ’97 | ’98 | ’99 | ‘00 | ‘01 | ‘02 | ‘03 |
| 35.88 | 35.09 | 34.68 | 34.06 | 33.55 | 31.93 | 27.48 | 28.71 | 28.86 |
| ‘04 | ‘05 | ‘06 | ‘07 | ‘08 |  |  |  |  |
| 28.32 | 27.64 | 26.32 | 25.78 | 26.34 |  |  |  |  |

문제는 법정 보험급여 인정 범위에 포함되지 아니하는 부분이 너무 많기 때문에 본인부담수준을 정확히 알기 어려운 실정이다[[7]](#footnote-7). 즉, 비급여대상 항목을 보면 법적근거를 갖는 초음파검사, 상급병실차액, 선택진료비, 간병인 사용료 등이 있다. 그런데 수술은 급여대상이 되면서 그에 소모되는 재료는 비급여대상이 되는가 하면 외국에서 널리 사용되는 수술이나 치료방법이 신기술로 인정되지 아니하여 보험적용이 되지 않음은 물론 이러한 기술을 시술하면 불법의료행위로 간주되기도 한다.

그런데 일부 의료기관이나 의사들은 이러한 시술행위를 공공연히 하여, 시술비는 물론, 그에 소요되는 재료를 포함하여 전액 본인 부담시켜 경우에 따라서는 전체 병원 수입액 중 본인이 부담하는 비율이 50~60%를 상회하는 사례가 흔한 실정이다. 이러한 불합리한 제도 운영으로 요양기관이 마치 범법기관 같이 매도되는 일들이 흔히 일어나고 있다. 어떤 형태로든지 하루 속히 시정되어 불신없는 의료 환경 속에서 안심하고 진료하는 풍토가 회복되어야 할 것으로 본다.

보험진료대상도 아니고 본인부담도 시킬 수 없도록 한 진료행위가 우리나라 의학 및 의료발전에 지장을 주지 않는지에 대하여 명확한 판단을 해주어야 할 것이다. 그렇게 함으로써 신의료기술, 신소재에 의한 재료 등으로 인하여 환자의 본인부담이 과중해지는 문제를 해소하고, 의료계가 국민들로부터 받게되는 비난과 불신을 해소하여야 할 것이다.

5. 비급여 구조의 문제점

가. 과도한 비급여의 존재

우리나라는 건강보험급여 서비스와 함께 비급여 서비스를 동시에 제공하는 혼합진료를 허용하고 있다. 사회보험제도에서 혼합진료를 인정하는 것은 국가에 따라 다르지만 대부분의 국가들은 엄격히 제한하고 있다. 일본은 특정요양비 제도라 하여 차액병실료, 첨단의료 등에 대하여 본인부담을 인정하고 있다. 첨단의료의 경우 모든 병원이 비급여 서비스로 제공하는 것이 아니라 서비스를 제공할 수 있는 의료기관을 대학병원 급으로 제한하고 있어 혼합진료를 거의 인정하고 있지 않다[[8]](#footnote-8).

대부분의 서구 국가들은 입원의 경우 일당진료비를 통하여 급여가 이루어지기 때문에 의사 처방에 따른 서비스는 거의 합당한 서비스(relevant services)로 인정하여 보험에서 급여로 제공하고 있다. 특히 서구의 사회보험국가들은 의료기관의 자본비용을 별도 보상함에 따라 자본축적을 위한 노력이 필요치 않았기 때문에 혼합진료 문제가 제기될 수가 없었다.

그러나 우리나라는 자본비용이 보험수가에 포함되어있고, 보험수가가 항상 원가에 미달한다는 의료기관의 주장이 지배하는 논리에서 의료기관이 보험급여 서비스만을 갖고 자본 축적을 하기에는 한계가 있었다. 원가에 미달한다는 의료계 논리로 볼 때 저수가 구조에서 자본 축적이 가능하였던 요인 중에 하나가 비급여서비스를 인정하는 혼합진료의 허용이 아닌가 여겨진다. 즉 건강보험에서 혼합진료를 허용함으로써 이윤 창출이 가능하였다고 판단된다. 상대가치연구를 위하여 119개 의과병원 및 의원급 의료기관을 대상으로 실시한 회계조사 결과, 급여행위는 들어간 비용에 비하여 수입이 적고, 반대로 비급여 행위는 들어간 비용에 비하여 수입이 큰 것으로 나타났다는 건강보험심사평가원의 연구보고서(2006)는 바로 이러한 사실을 뒷받침한다고 하겠다.

특히 건강보험에서 제공하는 서비스 외에 비급여로 제공하는 서비스가 앞에서 본 <표 2-2>에서와 같이 상당수에 이르고 있어 의료기관으로서는 비급여 서비스 제공을 통하여 수익구조를 개선하고 자본축적에 활용하였다. 그런데 비급여서비스는 주로 고가의 새로운 장비를 이용한 신의료기술에 속하는 것이 많다 보니 의원급이나 중소병원은 비급여 서비스를 개발하는 것이 용이치 않는 반면에 종합전문요양기관과 같은 대형병원일수록 비급여 서비스 개발이 용이하여, 비급여서비스의 존재가 의료기관의 양극화를 초래하는 원인이 될 수 있다. 혼합진료의 허용이 긍정적인 기능도 있었다. 혼합진료가 의료기관의 자본축적에 기여하여 공급 확충에 기여하였으며, 이와 같은 공급 확충이 가능하였기 때문에 전국민의료보장을 조기에 달성할 수 있었던 것이다.

그러나 비급여서비스의 존재는 환자의 부담을 가중시키는 부작용을 초래하고 있다. 비급여서비스 항목과 함께, 선택진료제도의 존재, 상급병실 제도의 존재, 외래에서의 높은 본인부담제 등은 환자 부담을 높여 건강보험의 존재에 회의를 갖도록 만드는 문제가 있다. 먼저 건강보험공단이 2004년에 조사한 비급여의 구성을 <표 2-12>에서 본다면 차액병실료가 23.5%로 가장 크고, 다음이 식대(현재 급여로 전환되었음), 지정진료비, 초음파 검사 순으로 나타나고 있다.

<표 2-12> 입원 환자의 비급여항목별 구성비

(단위 : %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 비급여  항목 | 병실료차액 | 식대 | 주사 | 수술 | 검사 | MRI | 초음파 | 치료  재료 | 지정  진료비 | 기타  비급여 | 계 |
| % | 23.5 | 20.7 | 6.7 | 3.6 | 5.2 | 5.4 | 11.0 | 5.1 | 13.1 | 5.8 | 100 |
| 자료: 건강보험공단(2004),「건강보험환자의 본인부담 실태조사」 | | | | | | | | | | | |

그리고 정부가 건강보험의 보장성 강화를 위하여 2005년 3월 주요 암에 대한 본인부담 사례를 조사한 내용을 보면 <표 2-13>에서와 같이 본인부담률이 50%를 상회하고 있다.

<표 2-13> 주요 암의 비용부담 현황

(단위 : 원,%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 질병명(ICD-10) | 입원과 외래 | | |
| 총 진료비 | 환자부담 | 부담률 |
| 골수성 백혈병(C92) | 30,618,409 | 13,453,846 | 44.0 |
| 자궁경의 악성신생물(C53) | 8,956,981 | 5,638,715 | 63.0 |
| 유방의 악성신생물(C50) | 8,975,012 | 5,162,377 | 57.5 |
| 기관지 및 폐의 악성신생물(C34) | 9,311,248 | 4,897,833 | 52.6 |
| 자궁체의 악성신생물(C54) | 7,394,278 | 4,688,195 | 63.4 |
| 직장의 악성신생물(C20) | 8,693,903 | 4,646,093 | 53.4 |
| 간 및 간내담관의 악성신생물(C22) | 8,018,588 | 4,301,428 | 53.6 |
| 위의 악성신생물(C16) | 7,859,134 | 4,217,032 | 53.7 |
| 결장의 악성신생물(C18) | 7,883,121 | 4,161,495 | 52.8 |
| 직장S상결장접합부의 악성신생물(C19) | 6,534,296 | 3,436,858 | 53.0 |
| 주: 1. 05.3월 주요병원 진료비(비급여 포함) 실태조사 결과  2. 환자부담은 법정본인부담, 법정비급여, 선택진료비, 임의비급여 등 환자가 직접 병원에 지불하는 비용 모두 포함. | | | |

나. 비급여 수가운영 및 관리상의 문제점

비급여에 속하는 서비스 가운데 사회적으로 문제가 되는 가장 대표적인 것이 상급병상 이용 추가 부담과 선택진료비라 할 수 있다.

상급병실차액은 병원마다 가격이 다양하다. 보험수가 기준 몇 %가 아니고 의료기관마다 임의로 정하기 때문이다. 또한 기본병상과 상급병상에 대한 기준도 한 병실에 6인 이상 입원하면 기본 병상이고 5인 이하 입원하면 상급병상이고 기본병상수 확보율은 50%이상으로 정하고 있을 뿐 병상 차액에 대한 기준은 없는 것이다.

선택진료비는 의료법령에 근거를 두고 보험수가를 기준하여 50%~100% 상당 금액을 본인이 전액 부담하도록 규정하고 있기 때문에 고가장비에 의한 진단이나 수술시 본인 부담이 상당히 높아지는 문제가 있다.

그 외 비급여는 고가 의약품이나 고가 장비에 의한 검사료 등이 있다. 초음파 검사는 일절 급여 대상이 아니고 MRI 검사는 진단병명에 따라, 그리고 고가의약품 등은 보험진료비 심사기준에 따라 급여 또는 비급여가 결정되는 경우도 있다. 이들 항목들 때문에 어떤 경우에는 총 진료비 중 본인부담률이 50~60%도 되는 경우도 있다.

그리고 법 제40조제1항 「요양급여(간호 및 이송은 제외한다)는 ...」라고 하여 법 제39조제1항제6호(간호)와 제7호(이송)은 요양기관내에서 이루어지는 요양급여 대상으로 하지 아니한다는 것이다. 요양기관내에서 이루어지고 있는 “간호”는 입원료 중 간호관리료 등으로 요양급여 대상이 되고 이 조항에 있는 “간호”는 요양기관이 아닌 재택간호나 시설간호를 뜻하는 것이지만 “방문간호” 사업도 보험제도권으로 흡수하여 시행하고 있기 떄문에 이 문구는 삭제되어야 할 것으로 보인다.

“이송”은 환자 집이나 노상 등에서 요양기관까지 또는 요양기관에서 환자집이나 다른 요양기관 또는 장례식장등에까지 이송하는 비용으로 요양급여대상으로 할 것인지 문제는 보험재정 뿐만 아니라 여타 사회 환경에 따라 결정되어야 한다. 현재의 여건으로 볼 때, 다른 나라에 비하여 의료기관 접근도가 용이하고 거리 또한 멀리 않은 점 등을 고려하여 이송은 보험급여에서 제외시켜도 괜찮을 것으로 보인다.

한편, 시행령 제22조(비용의 본인부담) 제1항 관련 [별표2] <개정 2008.9.3, 2009.2.6> 제4호에 의한 급여제한 사유에 해당되는 진료비용과 시행규칙 제10조(요양급여비용의 본인부담) 관련 [별표5] <개정 2009.2.6> 제1호에 해당되는 진료비용은 요양급여대상으로 하지 않지만 진료비용은 요양급여비용 산정기준에 따라 산정하고 전액 본인이 부담하도록 규정하고 있다. 보험공단이 부담하지 않는 서비스는 사실상 “비급여”임에도 불구하고 마치 급여해주는 양 “요양급여 비용의 100분의 100부담”이라는 용어를 국민건강보험법 제정 이후 계속 사용하고 있다. 이와 같은 조치는 진료비 통제 수단으로 환자 보호 측면이 있지만 요양기관 측에서 볼 때는 보험수가기준에 구속받고 싶지 않은 사항인 것이다.

다. 비급여 구조 개혁의 문제점

비급여대상인 진료행위․의약품․치료재료․고가특수장비사용․상급병상차액 등등의 비용이 건강보험제도 발전에 걸림돌이 된다는 판단하에 2000년 의료보험을 건강보험으로 명칭을 바꾸면서 관리체계 뿐만 아니라 급여측면에서 여러 가지 개혁을 시도하였다. 즉, 급여․약가 및 수가 구조의 틀을 확 바꾸어 보겠다는 의지로 수가계약제, 수가의 상대가치점수제, 의약분업의 실시, 약가실거래가 상환, 약가의 해당 제약회사로의 직접지불(소위 help line system), 신의료기술평가위원회, 보험공단의 재정운영위원회 개편, 진찰료의 차등수가화 등등의 과제들을 추진하였다. 그러나 현재까지 정책 성과가 분명하게 입증된 것이 없고 오히려 부작용만 나타나고 있는 실정이다. 그럴 수밖에 없는 것이 이들 과제내지 제도가 단독으로 수행되는 것이 아니고 수레바퀴처럼 서로 맞물려 있기 때문이다. 저수가를 유지했던 것은 저보험료, 저급여, 약가고시제 등이 맞물려 돌아갔기 때문이다.

비급여 구조개혁을 위하여 2000년도에 시도한 첫 조치로 2000.6.30까지 각 요양기관에서 임의적으로 실시하고 있는 비급여 내역을 일제히 복지부 또는 건강보험심사평가원에 신고토록 하여 2007.7.1부터는 신고된 항목 가운데 신의료기술평가위원회에서 결정하기까지 종전의 관행 임의수가를 받을 수 있도록 하고 신의료기술평가위원회에서 급여, 100분의 100 본인부담, 비급여, 불인정의 4가지 중 불인정 판정을 받으면 임의수가 징수를 하지 못하도록 하였으며, 급여대상이지만 100분의 100 본인부담으로 되면 수가통제를 받고, 비급여로 결정되면 임의수가를 계속 받을 수 있도록 하였다.

그러나 신의료기술평가위원회에서 1년간 100건도 다루기 어려운 실정인데 대한병원협회가 전국 병원으로부터 수집하여 판정을 요청한 임의비급여 항목수는 3,000여종이 넘었다. 판정이 나기 이전까지는 임의수가를 받아도 불법이 아니기 때문에 병원으로서는 손해 볼 일이 없지만, 환자들로써는 진료비 부담이 되었다. 2000년대 초반에는 의약분업으로 인한 보험재정파탄 수습에 건강보험제도 자체가 요동을 쳤고 2000년대 중반에는 비급여 등 본인부담과중문제가 사회문제로 대두되어 결국 2000년 하반기에 접어들면서 비급여문제 해결을 뒤로 미룬 채 “보장성 강화”라는 화두를 등장시켜 건강보험에 대한 국민 불만의 예봉을 잠시 피할 수 있었다.

보장성 강화의 일환책으로 비급여항목을 급여로 전환하려면 그에 따른 보험재정 조달방안이 뒤따라야 한다. 선택진료제를 폐지하면 지금까지 선택진료비 수입이 있었던 요양기관은 그에 상응하는 병원수입을 어떻게 보전할 것이며, 선택진료비 수입이 없었거나 미미한 요양기관은 어떻게 차등화 할 것인가 하는 문제가 심도 있게 검토되어야 할 것이다.

상급병상 차액의 폐단을 어떻게 없앨 것인가? 기본병상확보율을 현행 50%에서 얼마를 올릴 것이며 일시에 못 올리면 년차별 단계적으로 올릴 것인가, 그 단계에 따른 보험재정을 어떻게 충당할 것인가 등등의 문제점을 충분히 검토하여야 할 것이다.

비급여구조의 개혁보다는 비급여구조의 틀을 깨는 합리성을 찾아야 할 것이다. 가령 간단한 진료비용으로 치료할 수 있는 가벼운 상병이나 개인의 섭생이나 운동 또는 가정용 치료보조기 등으로 치료가 가능한 상병 등에 대해서는 급여 항목에서 삭제하고 그 재원을 필요한 항목에 투입하여 급여화하는 방안 등이 검토되어야 한다.

DRW0001976c113b

1. 건강보험과 의료수가의 역할

가. 경쟁시장의 가격과 의료서비스 가격

1) 가격의 기능

어떤 상품을 사고자 하는 사람과 팔고자 하는 사람 사이의 교환이 이루어지는 곳을 시장(market)이라고 한다. 우리가 알고 있듯이 시장이란 인격을 갖고 있는 존재가 아니며, 하나의 통합된 조직을 갖고 있어 상황에 따라 적절한 판단을 스스로 내릴 수 있는 것도 아니다. 그러므로 시장이 제 기능을 발휘하기 위해서는 수요자와 공급자와 같은 경제 주체들의 움직임을 조정할 수 있는 가격(price)이라는 매개체가 존재해야한다(이준구. 2002).

가격은 시장에서 수요와 공급에 의하여 결정되는 것으로 절대적인 값이 아니라 상대적인 개념이다. 시장에서 가격이 형성되는 과정을 보면 수요가 공급을 초과하면 가격은 절대값이 얼마든 상관없이 오르며 생산량은 증가하게 된다. 반면 공급이 수요를 초과하면 가격이 내릴 뿐만 아니라 생산량도 감소하게 된다. 따라서 경쟁시장에서 성립하는 균형가격은 재화의 기회비용을 반영한다(조순, 정운찬, 1993).

경쟁시장에서 가격이 형성되면 이것은 생산자에게나 소비자에게 신호(signal) 기능을 하게 된다(조순, 정운찬, 1993). 가령 어떤 재화의 가격이 올라가면, 이것은 소비자에게 그 재화를 적게 사용하고 다른 재화로 대체하라는 신호 기능을 하게 되고, 반면 생산자에게는 그 재화가 부족하니 생산을 늘리라는 신호가 된다. 어떤 재화의 가격이 상승한다는 것은 시장에서 판매되는 상품이 희소하다는 신호가 되며, 이것은 공급자에게 자원의 배분과 투입을 통한 생산 증가를 유도한다. 즉 가격은 경제 주체들이 그들의 행동을 조절할 수 있는 지침(guideline)이 된다. 경제 주체들은 경제 환경의 변화를 가격 변화를 통하여 인지하고, 이러한 행동은 새로운 경제 환경에 적응해서 자신들의 행동이 최적의 결과를 낳도록 조정하는 것이다.

가격은 경쟁 시장의 가격만이 있는 것이 아니라 독점시장에서 독점자가 설정하는 가격도 있고 정부가 설정하는 관리가격도 있다. 어떠한 가격이든 가격은 언제나 자원을 배분하는 기능을 하게 된다. 다만 경쟁시장에서 결정된 가격은 기회비용이 반영되어 그 가격이 전달하는 신호가 경제 환경을 적절히 반영하는데 비하여, 독점가격이나 관리가격은 기회비용을 반영하기 어렵고, 가격이 전달하는 신호도 경제 환경을 적절히 반영하지 못할 수 있다. 이러한 독점가격이나 관리가격을 토대로 소비나 생산이 이루어질 경우 자원배분의 왜곡이 발생하게 된다.

**2) 경쟁시장에서의 가격결정**

다수의 공급자와 소비자가 존재하여 동질상품에 대해 개별 공급자 또는 소비자가 시장가격에 거의 영향을 미치지 못하는 ‘유효한 경쟁(effective competition)'이 이루어지고, 이를 통해 형성된 시장가격을 각 경제주체가 가격수용자(price taker)로 받아들이는 시장을 우리는 경쟁시장이라고 한다.

경쟁시장에서의 유효한 경쟁을 유도하는 매개체 역할을 하는 가격은 원칙적으로 수요와 공급에 의하여 결정된다. 수요는 특정한 재화에 대한 소비자들의 구매의사를 말하며, 가격은 소비자의 효용과 재화에 대한 선호도를 반영하고 있다. 공급은 판매자들이 팔 의사를 갖고 시장에 재화를 갖고 나오는 것을 말하며, 가격은 재화의 생산에 소요되는 비용(생산요소 비용)을 반영하고 있다.

경쟁시장에서의 가격은 소비자의 수요량과 공급자의 공급량이 균형(equilibrium)을 이루는 지점에서 형성된다. 하지만 이러한 균형가격(equilibrium price)은 시장에서 수요가 공급을 초과하는 초과수요가 발생하면 상승하게 되고, 반면 공급이 수요를 초과하는 초과공급이 발생하면 하락하게 된다. 시장에서 수요량의 변화는 가격의 변화에 따라 발생하지만, 수요곡선의 이동은 소득이나 소비자의 기호를 반영하여 이루어지며, 특히 소비자의 기호 변화가 수요변화에 매우 중요한 역할을 한다. 공급량의 변화는 단기적으로 가격의 변화에 의하지만 공급곡선의 변화는 기술혁신에 의하여 이루어진다. 그런데 기술 혁신에 의한 공급곡선의 변화는 쉽게 이루어지지 않는 반면에 소비자의 기호 변화에 따른 수요곡선의 변화는 자주 일어날 수 있다. 따라서 수요곡선의 변동에 따른 시장경제의 변동을 놓고 소비자 주권(consumer sovereignty)이 지배한다고도 한다.

**3) 의료서비스와 시장경쟁**

소비자는 시장에서 서비스를 이용함으로써 자신의 효용극대화를 추구하며, 생산자는 서비스 생산에 필요한 자원을 투입하고 그것을 판매하여 이윤을 극대화 하고자 한다. 시장에서의 가격은 재화의 생산에 소요되는 비용과 공급자의 이윤 등이 포함되며, 그 외의 재화를 생산하는데 필요한 물적(物的) 자원과 공급자 숙련과정에 대한 보상, 재화의 계속적 생산을 위한 동기부여 그리고 양질의 재화를 생산하기 위한 재투자비용 등을 포함되어 최종적인 가격이 형성되는 것이다.

의료는 흔히 ‘의료서비스’라고 불려지고 있으며, 전통적으로 의료서비스의 가격도 공급자의 의료 공급에 소요되는 생산비용, 이용자의 의료에 대한 기대 효용과 지불의사 등에 의하여 결정된다. 재화로서의 의료서비스는 시장에서 수요와 공급을 통하여 균형거래량(equilibrium quantity)과 균형가격(equilibrium price)을 형성하는 경쟁시장을 상정할 수 있다.

그러나, 일반적으로 의료서비스 시장은 다음과 같은 특성으로 인하여 경쟁시장이 성립하기 어렵다고 한다(Feldstein, 2005).

첫째, 경쟁시장이 성립되기 위해서는 수요자와 공급자 쌍방의 수가 충분하여 경제주체가 가격수용자(price taker)가 되어야 하며, 진입장벽이 없어야 하고, 시장정보가 경제주체에게 충분히 제공되어야 한다. 그런데 의료시장은 면허(licence)라는 진입장벽이 존재하고, 시장정보는 소비자에게 제한되는 소위 정보의 비대칭성(asymmetry of information)을 갖고 있어 의료공급자들이 가격설정자(price setter)가 될 수 있어 시장경쟁이 어렵다는 점이다.

둘째, 의료서비스가 수요를 토대로 하는 소비자주권이 성립하기 어렵다는 주장이 등장하면서 의료는 니드(need)접근에 의하여 제공되어야 한다는 것이다. 수요는 시장에 맡기기 때문에 수요를 충족시킬 소득이 없으면 병이 나도 의료서비스를 받지 못하여 죽어 갈 수 있다는 점에서 니드(need)를 토대로 제공되어야 한다는 주장이 등장하게 되었다. 니드(need)란 전문가가 현재의 의료지식 하에서 판단하는 의료서비스의 량으로서 가격이나 소득과 무관하게 결정되는 특징이 있다.

셋째, 의료서비스의 불확실성이다. 의료서비스를 소비하기 위해서는 먼저 소비자의 건강에 이상이 발생해야하지만, 어떤 종류의 질병이 언제 발생할지는 그 누구도 예측하기 어렵다. 또한 공급측면에서도 소비자가 필요로 하는 최적의 의료서비스를 제공했음에도 불구하고 치료결과를 정확히 예측하기 어렵다는 것이다. 이러한 수요와 공급의 불확실성은 의료서비스가 정상적으로 경쟁시장에서 거래되기 어렵다는 이유이다.

넷째, 1942년 베버리지 보고서 이후 국민은 누구나 생존에 필요한 최소한의 보건의료서비스를 향유할 권리로서 의료서비스를 정의하며 이 때 의료는 공공재(public goods)로 간주된다(이규식, 2007). 즉 의료가 공공재라는 판단은 어디까지나 규범적 판단에 속한다. 의료가 공공재로 간주될 경우, 의료는 시장을 통하여 생산과 배분이 이루어지기 보다는 정부의 개입을 통하여 생산과 배분(사회보험 등)이 이루어진다.

그러다 1970년대 Enthoven등과 같은 학자들이 등장하여 의료시장에서의 경쟁원리를 주장하게 되었다. 그리고 1980년대부터 의료를 공공재로 보는 견해에 대한 비판적 시각이 등장하였다(이규식, 2007).

1970년대까지는 의료서비스에 대하여 social conflict model이나 collective welfare model이 지배적이었다. 그러다 의료기술의 급격한 발전으로 의료비가 증가함에 따라 비용-효과적인 기술이 강조되었고, 또한 1970년대 오일쇼크(oil shock)로 인한 경제위기는 의료에서 비용절감(cost-containment)을 위한 효율성을 강조하게 되면서 economizing model이 대두되었다(이규식, 2007). Economizing model에서는 의료를 공공재로 간주하는 것은 어디까지나 규범적인 판단에 의한 것이지 실증적인 판단에 근거한 것은 아니라고 비판하였다. 즉 공공재는 소비의 비경합성과 비용을 부담하지 못하는 사람을 기술적으로 이용에서 배제시키기 어렵다는 비배제성 원칙이 적용된다. 그런데 의료는 소비가 경합적이며, 비용 부담을 못하는 사람을 이용에서 배제시키는데 기술적으로 전혀 문제가 없기 때문에 공공재로 간주할 수 없다는 것이다. 다만 의료는 소비의 외부효과가 있기 때문에 이 영역에서 사회보험의 등장을 인정하고 있다.

나. 건강보험제도와 의료서비스 가격

**1) 건강보험제도에서 의료서비스의 가격결정**

사회보험으로서 건강보험이 제공하는 의료서비스 가격의 결정은 시장에 맡기는 경우와 정부가 개입하는 경우로 나누어 생각할 수 있다. 의료서비스 가격을 시장에 일임하는 경우 의료는 수요량과 공급량이 균형(equilibrium)을 이루는 지점에서 가격이 결정된다. 하지만 대부분 건강보험에서 제공하는 의료서비스의 가격은 비시장 메커니즘에 의해 결정된다. 건강보험이 제공하는 의료서비스의 가격을 시장에 맡기지 않는 이유는 다음과 같다.

첫째, 건강보험제도를 통해 의료서비스를 제공받는 소비자들은 의료서비스 가격을 모두 지불하지는 않는다는 점이다. 소비자가 의료서비스 이용 시 지불하는 가격은 정해진 가격 가운데 일부 본인부담액만 지불하고 나머지는 보험자가 지불하기 때문에 의료서비스 이용량이 증가한다. 이러한 현상을 소위 도덕적 해이(moral hazard)라 부르고 있다. 특히 의료서비스가 평판재(reputation goods)라는 점에 유의할 필요가 있다. 보통의 소비자들은 의료서비스에 대한 정보를 얻기 어려우며, 극히 제한적인 정보만을 얻을 수 있다. 그리하여 좋은 의료서비스 공급자를 선택하는데 있어 이용경험이 있는 주변 친구나 이웃 등으로부터 얻은 정보(평판; reputation)를 통해 좋은 의사를 구분하게 되어 있다. 그런데 건강보험이 적용된다면 의료의 이용에 대한 비용부담이 적어지기 때문에 평판이 좋은 의사를 만나기 위하여 필요이상의 의료서비스 이용이 이루어질 수 있다는 점이다. 건강보험제도의 시행은 경제적 부담이 경감됨에 따라 소비자의 가격탄력성이 비탄력적이 되어 비용-효과적인 의료공급자를 탐색할 경제적 유인이 사라지면, 평판있는 공급자를 찾기 위한 이용의 증가는 보험재정 부담을 늘리기 때문에 이를 방지하기 위하여 가격 통제가 불가피해진다는 점이다.

둘째, 건강보험제도 하에서 공급자의 의료제공 형태가 변화한다는 점이다. 건강보험이 도입되지 않았을 때는 환자가 의료비를 전액 부담하기 때문에 공급자들은 환자의 부담능력을 감안하여 적절한 의료서비스를 제공한다. 그러나, 건강보험제도가 도입되면서 환자의 경제적 부담능력을 크게 걱정할 필요가 없어지기 때문에 환자에게 무시하여도 좋을 한계편익(negligible marginal benefits)만 있다면 서비스를 제공하려고 한다. 특히 진료비 지불제도가 행위별수가제도(fee-for-service)이면 이와 같은 공급과잉(over-doctoring)이 일반화 될 수 있으며, 공급자의 공급과잉 역시 보험재정을 위협하기 때문에 정부는 보험재정 보호를 위하여 건강보험의료의 수가를 통제하게 된다.

셋째, 의료가 갖는 정보의 비대칭성에 기인하는 공급자의 비합리적 대리인 기능 문제이다. 의료에서의 정보의 비대칭성으로 인하여 의사는 의료이용 시 환자의 대리인(agent) 기능을 하게 된다(Feldstein, 2005). 즉 환자가 의료시장에 들어오는 것은 본인의 의사 결정에 의하지만 일단 시장에 들어온 다음에는 의사의 의사 결정에 따라야 하는 관계로 의사가 대리인 기능을 하게 된다. 그런데 의사들이 자신의 수입을 위하여 비합리적인 대리인 기능을 하게 되면 수요창출로 연결된다. 수요창출로 인한 보험재정 보호를 하기 위하여 정부는 건강보험의 가격을 통제하게 된다.

넷째, 일반적으로 정부의 가격규제는 형평성을 강조하여 정책입안자나 일반 국민에게 매력적인 정책으로 받아들여지기 때문이다(권순만, 1999). 즉, 의료서비스 가격을 비시장적 메커니즘을 통해 저소득 계층의 재정적 접근성을 보장해준다는 것이다. 이러한 가격규제는 효율성을 제한하지만, 건강보험제도가 가지는 정책적 포퓰리즘(populism)으로 인하여 그 경제적 효과와는 무관하게 정치적 호소력을 갖는 것이 현실이다.

**2) 건강보험제도에서 의료서비스 가격의 중요성**

경쟁시장에서 재화의 가격은 재화의 평균생산비용(average cost= AC)과 한계생산비용(marginal cost= MC)이 일치하는 점에서 결정된다. 이 가격은 평균생산비의 최저 가격이 되기 때문에 효율성을 보증한다. 의료보장제도가 도입되면 의료서비스 가격이 정부(또는 건강보험공단)에 의하여 통제되기 때문에 가격이 자원배분기능을 상실하게 된다. 국가의 모든 자원이 정부에 의하여 배분되는 공산경제체제가 아닌 자본주의 국가에서는 의료를 제외하고 다른 재화는 시장에서 가격이 결정되며, 그러한 재화의 생산에 소요되는 자원 역시 시장에서 가격기능에 의하여 배분된다. 그런데 의료서비스를 생산하는데 투입되는 자원들이 다른 재화의 생산에도 사용될 수 있기 때문에 의료서비스의 가격이 자원배분기능을 제대로 하지 못하면 의료에 투입되는 지원 시장이 왜곡되어 일반경제에도 문제를 야기할 수 있다. 그리하여 비록 의료서비스 가격이 정부에 의하여 통제되더라도, 가격을 평균생산비(즉, 원가)와 일치시키려고 노력한다. 만약 원가를 알게 되어 가격을 원가와 일치시킨다면 시장에서 자원을 배분하는 것과 같은 효력을 갖게 될 수 있기 때문이다.

이러한 의미에서 자원기준 상대가치 수가제도가 개발되었다. 이 제도는 의료서비스의 가격을 의료서비스 생산에 투입된 노동, 시간, 자본 등의 모든 투입요소들의 원가를 고려(RBRVS; the Resource-based Relative Value Scale)하여 가격을 평균비용의 최저값으로 산출하려는 것이다(Hsiao, Braun, Yntema and Becker, 1988). 자원기준에 의한 상대가치가 지켜지지 못하면 원가보다 유리한 서비스는 가급적 많이 제공하려는 반면에 원가에 미치지 못하는 서비스는 공급을 피하려고 하여 의료서비스의 왜곡이 일어나는 문제가 있다.

그리고 상대가치는 균형을 이루더라도 의료서비스의 전반적인 가격이 원가보다 낮게 책정되면 공급자들은 의료기관 경영에 많은 어려움에 직면하기 때문에 사회적 후생을 감소시키는 형태의 자원배분과 생산을 하게끔 유도할 수도 있다. 이렇다보니, 보험자가 책정한 의료서비스의 가격은 의료공급자에게 가장 중요한 관심의 대상이 되었으며, 공급자들은 낮은 의료서비스 가격(의료수가)에 대해 대폭적 인상이 필요하다고 역설하고 있다. 하지만, 소비자를 대신한 보험자는 소비자의 의료이용에 있어서의 경제적 부담과 보험재정 안정화의 논리를 이유로 의료수가의 인상에 항상 소극적이다.

정부나 보험자에 의한 수가규제가 평균가격을 반영하지 못할 경우 다음과 같은 여러 가지 부작용을 낳을 수 있다.

첫째, 정부에 의한 지나친 가격 억제는 공급자로 하여금 의료서비스의 질을 떨어뜨리게 만든다. 의료서비스는 질과 양이 혼합되어 있다. 그리고 의료 소비자인 환자가 의료의 질을 평가하는 것은 매우 어렵다. 특히 소비자들이 비교적 판단하기 어려운 의료서비스(예; 진단, 치료 및 치료결과 등)에 대해서는 의학적 판단 등에 기초한 적절한 질의 보장보다는 비용절감형 질 저하의 가능성이 있다. 반면 소비자가 쉽게 판단할 수 있는 서비스(예; 병원 시설, 이미지, 직원의 친절 등)에서는 고급화를 통한 경쟁을 질 향상으로 소비자를 호도할 수 있다.

둘째, 가격규제로 인하여 의료수가가 억제되면 의료기관은 치료에 필요한 수준보다 많은 양의 의료서비스를 제공함으로써 적정 수입을 보전할 수 있다. 특히 정보의 비대칭성을 토대로 공급자는 수가가 평균비용에 미치지 못한다고 판단되면 비합리적 대리인이 되어 수요창출을 하게 된다(Feldstein, 2005). 이러한 경우 공급자는 평판이 저하되지 않는 범위 내에서 소비자의 외래방문 횟수를 늘리거나, 불필요한 검사 등을 통하여 수요를 창출하게 된다.

셋째, 건강보험제도의 급여 대상이 되는 의료서비스만이 의료수가 통제를 받기 때문에 급여 대상이 아닌 의료서비스(비급여)로 비용전가 현상(cost-shift)이 일어나 비급여서비스의 제공이 증가한다. 미국 메디케어에서 비용 이전은 실증적으로 검증되었다(Feldstein, 1988). 비시장적 메커니즘을 통한 의료수가 책정으로 인하여 공급자는 경영상 압박을 회피하기 위해 비급여 항목의 의료서비스 공급을 시행하고 있다. 이는 고가의료장비의 사용이 의료의 질을 측정하는 기준으로 인식된다는 점과 함께 이러한 고가장비를 이용한 의료서비스들이 급여항목에 포함되지 않는다는 점과도 관련이 있다(Kwon, 1998).

건강보험제도에서의 의료수가는 잘 고안된 진료비 지불제도와 더불어 건강보험에 제공하는 의료서비스의 질(quality)과 의료비의 적정한 이용, 보험 재정 그리고 자원의 분배에 영향을 미치며, 의료시장의 공급자, 소비자 그리고 재정운영을 담당하는 보험자의 행동에 영향을 주는 중요한 역할을 담당하고 있다.

다. 우리나라의 의료수가

**1) 권리로서의 의료**

사회적 관점에서 의료에 관심을 갖게 된 것은 구빈법 시대부터라고 할 수 있다(이규식, 2007). 그 이전까지는 의료에 대한 필요(need)는 개인 또는 지역사회 단위의 문제였으나, 구빈법 시대에 들어 국가 차원의 관심이 나타나기 시작했다. 그러나 이때까지도 빈곤은 신의 섭리라는 관념이 지배하였다(Rimlinger, 1971). 구빈법 시대는 중상주의 경제체제로서 국부를 축적하기 위하여 경제는 정부의 손아귀에 있던 시기이다. 식민지 무역이나 관세정책을 통하여 무역수지를 호전시켜 국부를 축적하였으며, 국내 산업을 보호하기 위하여 중앙과 지방정부의 규제가 심하였으며, 시민의 복지는 정부가 온정주의적 차원에서 제공하였다(Fraser, 1984).

산업혁명을 거치면서 빈곤은 신의 영역에서 사회적 영역으로(Rimlinger, 1971) 바뀌게 되었다. 의료 역시 사회적인 접근을 하게 되었는데 그 시도는 Bismarck 의료보험이었다. 그러나 Bismarck의 접근은 의료를 개인의 권리로만 간주하였지 사회적인 책임으로 간주하지 못하였다. 이 문제에 대하여 Rimlinger(1971)은 조세가 바탕이 되는 구빈제도나 공적부조는 대상자가 제한되지 않지만 사회보험은 대상자가 제한되는데서 사회적 책임의 한계를 지적하기도 한다.

산업혁명으로 등장한 초기 자본주의 사회는 생산, 소비, 분배와 같이 자원배분에 관련된 모든 문제의 해결을 시장에 일임하고 정부는 관여하지 않음에 따라 정치ㆍ경제사상은 자유방임주의(*laissez-faire*)로 불리었다. 초기 자본주의에서는 개인의 이기심(소비자는 싸게 사고자 하는 이기심, 공급자는 비싸게 팔고자 하는 이기심)이 보이지 않는 손(시장)에 의하여 균형을 이루어 재화가 생산되고 배분되어 소비된다는 이념을 지녔기 때문에 모든 경제활동에 대하여 정부의 간섭을 최소화하고 시장에 일임하였다. 따라서 이 시대에는 의료가 사적 재화로 간주될 수밖에 없었다(Schlesinger, 2002).

역사적으로 의료서비스는 사적인 일반적인 재화로 간주되었다. 그런데 의료서비스를 사회적인 재화로 간주하게 된 기원은 17세기 영국의 철학자 John Locke에서 찾고 있다(이규식, 2007). Locke는 의료란 인간의 자위적인 본능(self-preservation)을 추구하기 위한 박탈 할 수없는 권리(inalienable right)이며, 사람들은 자위적 본능의 자연적인 권리를 보호하기 위하여 정부를 구성한다는 것이다(Patel and Rushefsky, 1995).

그러나 의료서비스가 사회적인 재화로 보편적으로 받아들이게 된 것은 의료기술의 발전과 이로 인한 개인의 의료비 부담문제가 밀접히 연결되면서 부터였다. 의료서비스를 사회적 재화로 간주되는 계기를 1883년 Bismarck가 도입한 사회의료보험제도부터라는 주장도 있지만 그보다는 1942년의 Beveridge 보고서의 발간을 직접적인 계기로 간주하는 것이 보편적인 견해이다(이규식, 2007).

Bismarck는 당시 독일의 정치사회체제의 변동 없이 산업화를 추진하기 위하여 근로자들의 소득보장을 주목적으로 사회보험제도를 도입하였기 때문(Greβ, Gildmeister and Wasem, 2004)에 질병을 사회적 위험으로 간주하지는 않았다. 1883년 당시만 하여도 의료기술이 낮아 제공될 수 있는 의료서비스가 매우 제한되어 의료보험제도는 상병수당 중심으로 운영되었다. 따라서 Bismarck의 사회의료보험에서는 의료를 일반적인 재화와 같이 취급하여 개인적인 권리로 간주하였으며, Bismarck 모형을 토대로 한 영국의 George 형 국민의료보험 역시 보험급여는 1차 개원의사(general practitioner) 서비스에 한정하였으며 의료를 개인적인 권리로 간주하고 있었다(Klein, 1995).

의료가 사회적 재화로서의 의미를 갖게 된 것은 1942년 Beveridge 보고서 발간이 계기가 되었다. Beveridge는 이 보고서에서 의료는 지불능력에 관계없이 예방에서부터 재활에 이르기까지 포괄적인 서비스가 제공되어야 함을 주장함으로써 의료를 사회적인 재화로 공식적으로 주장하였다. 그리고 이 당시는 이미 의료기술이 상당 수준 발전하여 의료서비스의 이용에 소득은 큰 장애요인이 되고 있었다(이규식, 2007).

Beveridge 보고서가 이론적인 토대가 되어 영국은 사회보험방식으로 근로자에게 주로 제공하던 의료보장을 1948년 국영의료제도(National Health Service, NHS)로 바꾸어 전국민을 적용하였으며, 의료를 개인적 권리가 아니라 공공재로 간주하고 의료서비스의 제공에 집단주의 접근법을 강조하게 되었다(Klein, 1995).

뒤이어 1948년 12월 10일에 발표된 유엔 인권선언 제25항에서 의료를 인간의 기본 권리의 하나라는 내용(UN, 1948)을 발표하여 국제적으로 의료를 사회적 재화로 공식화시키게 된다(Blendon, Benson and DesRoches, 2003). 이러한 과정을 거치면서 미국과 남아공화국을 제외한 대부분의 산업화 국가들은 의료서비스를 인간의 권리로 인정(Patel and Rushefsky, 1995)하게 되었다[[9]](#footnote-9).

**2) 우리나라의 의료수가**

우리나라는 지난 1969년 생활보호법이 시행되기 이전부터 무료진료 행태의 구료사업(救療事業)이 이루어졌으며, 1977년 1월 보건사회부령 제545호로 제정 공포된 의료보호에 관한 규칙에 근거하여 본격적인 의료보호사업이 착수되었다. 이러한 일련의 의료서비스 공급은 우리나라에서도 의료가 국민의 기본권이라는 규범적 가치를 인정하기 시작하였다는 의미이다. 1977년 7월 근로자 중심의 사회보험 방식의 의료보험 실시는 의료가 기본권이라는 규범적 가치를 확산시켰다.

의료가 기본권이라는 규범적 가치를 인정함에 따라 전국민의료보험의 욕구는 강하게 펴져나가게 되었다. 특히 의료보험을 일부 국민에게만 적용할 경우, 적용받는 계층의 의료수요 증가로 인하여 의료의 시장가격이 상승할 수밖에 없어 미적용계층의 의료보험 요구는 더욱 강하여 질 수 밖에 없다. 이러한 국민들의 요구를 충족시키기 위하여 정부는 전국민의료보험의 조기 달성을 위하여 노력하게 되었다.

그런데 전국민의료보험을 달성하는데 가장 큰 걸림돌은 지역주민의 소득 파악이 제대로 안되어 보험료를 부과하기 어렵다는데 있었다. 지역주민의 소득 파악이 어려워 보험료 부과가 어렵다는 제약조건에도 불구하고, 조기에 전국민의료보험을 달성하려니 정부는 불가피하게 저보험료 정책을 고수할 수밖에 없었다. 소득 파악이 어려운 지역주민에게 보험료를 높게 책정한다면 제도에 대한 저항으로 의료보험의 확대가 어렵기 때문에 정부는 지역주민들이 수용할 수 있는 보험료 수준을 제안하여 의료보험을 실시하였다. 이와 같은 저보험료는 불가피하게 보험수가를 낮게 통제할 수밖에 없게 만들었다[[10]](#footnote-10). 이러한 방식으로 결정된 의료수가의 설정은 의료시장에서 공급자들에게 적절한 자원 배분을 통한 의료서비스 생산과 공급의 효율성을 유도하기에는 부족했다. 이후 보험자(정부)는 의료보험 수가를 물가인상률과 연동시켜 통제 일변도로 나아갔다. 그런데 우리나라의 의료보험 수가는 자본비용과 경상운영비가 포함된 가격이다. 자본비용이 포함되었다는 것은 의료기관이 주어진 의료보험수가로써 의료기관의 감가상각은 물론 재투자 및 확대재생산까지 해야 한다는 의미이다.

관행수가에도 못 미치는 수가를 책정한 후에 계속적인 통제를 하면서 확대재생산까지 요구하였으니, 의료보험제도 도입이후의 의료공급 구조가 정상적인 길을 걷기는 어렵게 만들었다. 1977년 7월 의료보험제도가 도입된 이후, 지속적인 적용 확대로 의료수요는 증가하는데도 불구하고, 정부가 의료기관 확충을 위하여 공공병원을 건립하지도 않았고, 민간의료기관에 병원 건립비를 지원한 것도 아닌데 의료공급이 수요를 충족시킨 것은 바로 공급구조의 파행적인 운영으로 가능하였다고 하겠다.

당시의 관행수가에 미치지 못하는 저 수가의 책정에 더하여 물가 통제정책에 따른 수가 억제에도 불구하고 의료공급이 증가할 수 있었던 것은 바로 지불보상제도가 행위별수가제도를 택하고 있었기 때문이다. 공급자는 비록 단위 행위당 수가는 낮았을지 몰라도 행위별수가제도를 활용하여 공급량을 늘리는 소위 박리다매형 의료공급을 통하여 수지를 맞추고, 확대재생산이 가능할 수 있도록 하였다.

이와 같은 공급행태이외에도 자본투자가 많이 소요되는 병원일수록 더 많은 보상을 하기 위하여 의료기관 종별 차등가산율 제도를 택하였으며, 입원 병실에 대하여 1인실, 2인실 등의 차액병실제도의 허용, 그리고 선택진료제라는 소위 특진제를 허용하는 등의 사회보험제도에서 볼 수 없는 편법적인 제도 운영을 통하여 공급 부족을 해결하였다.

사회보험 원리와 배치되는 공급행위로는 비급여진료의 허용이 있으며, 의료서비스 지불에 있어서도 서비스 유형(의사 진료 서비스 또는 병원 시설 이용비용)을 고려하여 지급하기 보다는 공급자 규모(종별 차등수가)나 공급량(일일 환자수에 따른 차등수가) 및 공급형태(선택진료 등)에 따른 차등수가를 적용하고 있다.

정부는 통제 위주의 의료보험수가를 합리적으로 결정하기 위하여 건강보험 통합 이후에는 보험자와 공급자 대표, 그리고 보험가입자 대표들간의 협상을 통하여 보험수가를 계약하겠다는 정책으로 전환시켰지만, 보험재정 사정으로 인하여 합의보다는 정부의 일방적 결정으로 매듭짓는 일이 거의 매년 되풀이 되고 있는 실정이다.

그 뿐만 아니라 행위별수가에서는 행위 간의 상대적인 가격이 균형을 이루지 못하면 상대적으로 가격이 유리한 서비스는 과잉 공급되고, 그렇지 못한 서비스는 공급이 원활치 못하는 문제가 발생한다. 정부는 이러한 문제를 방지하기 위하여 상대가치수가제도(RBRVS)를 도입하였지만 전반적으로 가격이 통제됨에 상대가치를 원활하게 설정하기 곤란하여 고소득이 보장되는 전문 진료과목으로 의료 인력이 편중되는 문제도 발생하고 있다.

사회보험방식의 건강보험제도이기 때문에 정부는 의료에 대한 통제를 해도 된다는 사고에서 의료수가를 지나치게 통제한다면 의료서비스 시장에 있어 공급의 왜곡은 불가피해 진다. 왜냐 하면 의료서비스를 생산하는 생산요소(인력, 시설을 위한 각종 물자, 의약품, 의료기기 등) 들은 경쟁시장에서 자원이 배분되기 때문에 의료시장이 지나치게 통제를 받게 되면, 이 분야로의 자원 투입은 왜곡되기 때문이다. 이렇게 되면 의료서비스 시장에서 자원의 비효율적 운영으로 국민의료비만 증가하는데 반하여, 그에 상응하는 의료 서비스의 질을 향유하기 어려워진다. 의료서비스 역시 시장의 경쟁적 자원의 투입을 통해 생산되는 재화라는 사실을 간과한 채, 의료보험제도의 지나친 통제 중심의 과거 지향적 패러다임은 새로운 세대의 변화된 환경과 부합되지 않아, 공급자와 소비자의 불만만을 쌓게 될 것이다.

**3) 의료수가의 새로운 패러다임**

잘 고안된 지불제도란 의료공급자에게 합리적인 소득을 보장해주고 그들이 질 높은 의료서비스를 생산토록 장려하고, 그들이 더 높은 수입을 위하여 해외로 빠져나가거나 서비스 공급에 있어서 왜곡된 행동을 하지 않도록 하는 것이다(이규식, 2008).

이제 우리나라도 이념적 시각에서 벗어나 의료가 경제재라는 성격도 동시에 갖는다는 것을 인정해야할 것이다. 의료보험을 통해 전 국민들이 이미 의료보장권내에서 기본적 의료수요의 충족에 문제가 없으며, 국가 간 자유무역을 통한 개방경제 시대로 진입하여 의료시장 역시 개방을 통해 물적․인적자원 뿐만 아니라 자본투자가 가능한 시대로 변화하고 있다. 또한 저출산 및 고령화와 만성질환 중심으로의 상병구조의 변화로 의료체계의 새로운 변화를 모색해야 할 시점에 이르렀다는 것을 염두에 두어야 한다.

의료서비스제공에 있어 복지국가를 지향하던 많은 선진국에서는 1980년대 이후 의료에 관한 이념적 시각들이 변화하고 있다. 의료시장에서 제기되는 문제를 보완하기 위해 정부의 개입을 강조하던 국가들도 정부실패를 경험하면서 의료시장에서 정부의 역할을 다시 조명하기 시작하였다. 특히 의료가 소비자들이 접근하기 어려운 전문 영역이라는 특성으로 인하여 공급자들에 의한 가격 및 의료의 질이 결정되는 것에 대해 다수의 보험자들 중 소비자들이 원하는 정보를 제공하는 보험자를 선택하게 하는 등 의료시장에서의 경쟁모형이 등장하고 있다.

우리나라 역시 의료보험에서의 수가계약에 있어서 합리성을 제고하고 지나친 가격통제 지양(止揚), 물적(物的) 서비스에 대한 수가 정상화, 자본투자비용에 대한 적정보상 등과 같은 의료수가의 정상화를 통해 의료시장에서 의료수가의 원래의 역할인 자원 및 서비스의 효율적 분배를 추구할 수 있도록 해야 할 것이다.

2. 수가제도가 건강보험에 미치는 영향

건강보험 수가와 관련된 문제점들이 건강보험에 어떠한 영향을 주는지에 대하여, 우선 감안하여야 하는 점은 수가와 관련된 건강보험의 문제와 수가 이외의 다른 제도와 관련한 건강보험의 문제를 명확히 구분할 수 없다는 점이다. 모든 문제와 결과는 서로 상호 순환하여, 악순환이 될 수도 있고 선순환이 될 수도 있다는 점이다.

수가제도를 포함한 건강보험의 문제와 결과를 정리하면 <그림 3-1>과 같다. 먼저 건강보험 재정을 악화시키는 요인으로서 크게 ①적은 보험료 부담, ②급여비 증가, ③비효율적 관리운영체계를 들 수 있다. 급여비가 증가하는 요인으로는 ①의료수요의 증가, ②선심성 급여범위 확대, ③즉흥적 본인부담 면제, ④의료기술의 발전, ⑤의료원가의 상승, ⑥비효율적 의료이용을 들 수 있다.

의료수요의 증가는 의료이용이 많은 노인인구의 비중이 증가하고, 경제(소득)수준이 높아지는 등 원인에 대한 정책 개입이 불가능 한 것이 특징이다. 선심성 급여범위 확대는 2006년의 식대급여화를 대표적인 예로 들 수 있다. 이는 2006년의 지방자치단체장 선거를 앞둔 정부의 선심성 급여확대로 보는 의구심을 갖게 한다. 원칙적으로 급여범위 확대에 대하여 반대할 이유는 없다. 다만, 한정된 재정 특히 공적재원을 투입할 때에는 의료보장의 본질-의료서비스를 제공받지 못할 경우, 그로 말미암아 심각한 건강의 위해를 초래하고 사회적 비용 부담이 큰 경우, 그 의료서비스를 우선적으로 급여에 포함시켜야 한다는 측면에서 식대의 급여화는 후순위로 두어야 하는 사안이었다. 결국 2008년에 식대의 본인부담을 기존의 20%에서 50%로 상향하면서 급여비를 줄이기는 하였으나, 식대의 급여화는 대표적인 선심성 급여범위 확대로 간주된다.

2006년의 6세미만 아동 병원입원비 면제도 즉흥적 급여확대의 대표적인 사례이다. 이것도 2008년에 가서 본인부담률을 20%로 다시 설정하여 시행착오를 경험하였다. 이러한 본인부담의 감면과 면제는 상당한 도움이 되는 환자들도 있겠지만 불필요한 의료이용을 증가시키는 부작용도 많다. 실제 6세 미만 아동의 2007년 입원일수가 2006년 대비 11.3%늘어났지만 외래이용은 -4.4%로 변화가 크지 않은 것으로 볼 때 외래 진료가 가능한 상당한 환자들이 입원으로 전환하였다고 유추할 수 있다. 본인부담을 해야 하는 외래보다는 본인부담이 없는 입원으로의 전환은 당연한 귀결로서 분별없는 정책의 대표적인 사례가 되고 있다.

이러한 선심성 내지 즉흥적인 급여범위의 확대는 보험재정을 우선적으로 필요로 하는 곳에 쓰지 못하도록 하여 의료보장의 사각지대를 발생시키고, 국민 건강을 위협하게 된다.

또한, 의료기술이 발전됨에 따라 비용-편익이 높은 의료에 대하여는 당연히 급여를 해주어야 하지만, 의료기술의 발전에 따른 편익은 궁극적으로 국민 건강의 향상으로 나타나기 때문에 비용이 투입되는 시점에 비하여 의료비 절감이라는 편익의 발생은 먼 훗날인 경우가 대부분이다. 그 결과 급여 확대 서비스의 선정은 주로 단기적으로 의료비 절감 또는 대체 효과가 있는 것에 치중하고, 장기적 효과를 기대할 수 있는 것은 후순위로 미루고 있다. 이러한 급여 확대 기준으로 인하여 의료기관과 환자들은 장기적으로 필요한 서비스를 비급여 방식으로 이용할 수밖에 없게 되어 결국 국민 부담으로 귀결된다. 이것은 신의료기술 영역에만 한정되는 것은 아니다. 기존의 급여 의료행위 영역에서도 기술이 발전됨에 따라 더 낳은 치료재료, 약제, 의료장비 등이 등장하고 있지만 보험급여로 쉽게 인정하지 않는 현재의 심사/급여기준으로 말미암아 의료기관은 그 비용을 환자에게 부담시키고 있다. 그러나 이러한 비용도 보험에서 임의 비급여로 인정하지 않아 법정 환수라는 방법이 동원되고 있다. 이와 같은 모순을 단적으로 보여준 사건이 성모병원 백혈병 임의비급여 청구사태이다. 결국 의료기관을 부도덕한 집단으로 치부하긴 했지만, 곪을 대로 곪은 이러한 현실을 무작정 덮어 둘 수만은 없다는 공론을 이끌어 내는 계기가 되었다.

인플레이션이라는 경제학적 용어를 사용하지 않더라도 의료원가는 지속적으로 상승하기 마련이다. 여기에 가격을 통제 받는 의료서비스의 원가 상승은 결국 왜곡된 의료를 초래한다. 물론 다수 병원에서는 의료이용(환자수 또는 재원일수)을 늘려 규모의 경제라는 법칙에 따라 이를 벗어나고자 한다. 의료원가가 상승함에도 불구하고 낮은 수가로 보상하는 것은 결국, 의원, 병원, 종합병원, 대학병원 모두가 본연의 직능, 기관의 기능 분담 수행을 하지 못하고, 치열한 생존을 위하여 환자 유치에 나서게 된다. 경제학적으로도 가격이 통제된 상황에서는 양을 늘리는, 즉 박리다매식 의료공급행태를 할 수밖에 없다. 결국 낮은 수가로 급여비를 통제하는 것이 아니라 오히려 비효율적 의료이용을 유발하여 급여비를 증가시키는 악순환으로 이어진다.

낮은 수가는 결국 의료기관으로 하여금 필수 의료를 외면하여 국민 건강을 위협하게 되는데, 최근의 외과, 흉부외과 전공의 기피로 말미암아 ‘우리나라에 수술할 의사가 없어진다’는 비극적 상황이 예견되기도 하였다. 대신 의료기관은 비급여에 치중하게 되고 이는 결국 국민들의 직접 의료비를 증가시키는 요인이 된다.

낮은 수가를 발생시키는 요인으로는 비합리적인 수가결정 구조도 한 몫을 하고 있다. 협상할 ‘꺼리’가 없는 수가계약제, 그나마도 유형별 계약이라는 ‘요양기관 길들이기’ 방식의 수가계약제, 계약에 실패할 경우 합리적 판단이 불가능한 건강보험정책심의위원회의 의결, 이 모두가 낮은 수가를 방치하는 근원적 구조이다. 물론 표를 의식한 낮은 보험료 부담도 결국 국민에게는 조삼모사(朝三暮四)의 왜곡된 국민의료비 부담의 형태로 표출되는 것이다.

이러한 시스템적 모순은 결국 건강보험 재정학 악화, 국민 건강의 위협, 직접 의료비부담 증가라는 총체적 악순환을 <그림 3-1>에서 볼 수 있는 바와 같이 초래하고 있다.

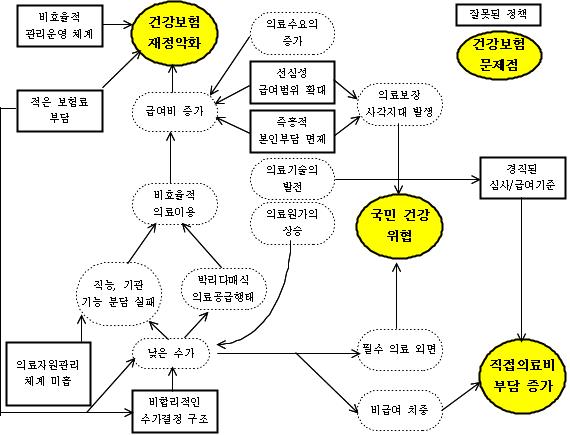
이러한 문제점과 악순환의 구조를 이해한 상황에서 이를 해결하는 방법은 선순환 구조로 전환하는 것이며, 이를 위한 정책구조는 <그림 3-2>와 같다. 우선 건강보험 재정을 건전화시키기 위해서는 ① 적정 보험료 부담과 보험료 부과방식의 개선이 필요하며, ② 적정 급여비를 유지하는 것, 그리고 ③ 관리운영체계를 개선하는 것이 필요하다. 적정 급여비를 유지하기 위하여 ① 급여 우선순위 결정하고, 이를 근거로 급여확대 청사진을 제시하여야 하며, ② 본인부담 방법/상한선제등에 대하여도 개선할 필요가 있다. 이러한 정책 기조는 의료보장의 사각지대를 해소하여 국민 건강을 제고할 것이다.

의료기술이 발전됨에 따라 비용-편익이 높은 의료에 대하여는 당연히 급여를 해주어야 한다. 보험 재정이 문제가 될 경우 합리적/비용효과적 심사/급여기준을 마련하여 현재 국민의 직접 의료비부담이 가중되는 부분부터 해결하여야 한다.

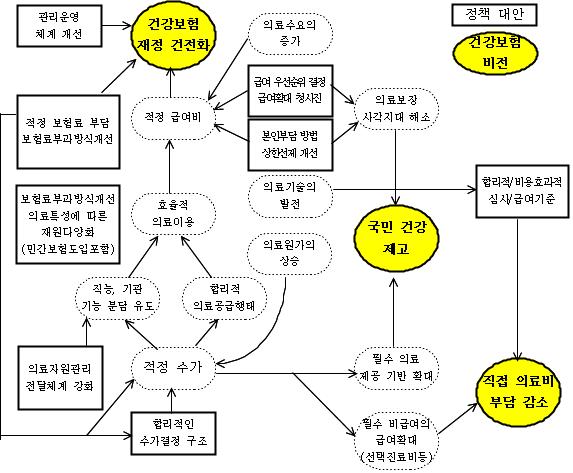
원가 상승을 보상할 수 있도록 적정수가를 유지하여 의료기관들의 직능, 기관 기능 분담을 유도하고, 합리적 의료공급행태를 유도해야 한다. 필요에 따라 여타의 제도적 보완을 통하여 효율적 의료이용을 유도하여야만 적정 급여비를 유지할 수 있을 것이다.

합리적인 수가결정 구조를 만들어야 한다. 점수당 단가 이외에 급여범위, 비급여 문제, 심사기준 등 개선이 필요한 부분에 대하여 협상 ‘꺼리’를 두고 합리적인 수가 수준의 결정 형태로 이끌어야 한다. 이해집단의 건강보험정책심의위원회의 심의 보다도 미국과 같이 합리성에 근거한 계산방식의 점수당 단가 모형의 도입도 검토해 볼만 하다.

이러한 시스템적 선순환 구조로의 개선은 결국 건강보험 재정 건전화, 국민 건강 수준의 제고, 직접 의료비부담 감소라는 총체적 효과를 유발할 수 있다.



<그림 3-1> 건강보험 문제의 악순환 구조



<그림 3-2> 건강보험 문제의 선순환 구조

3. 의료수가 기준의 변천과정

우리나라에서 의료보험제도를 시행하기 이전에는 의료수가를 각 의료기관이 자체적으로 “수가표”를 정하여 사용하였으며 국·공립병원 및 대학병원은 예산승인을 하는 주무부처의 승인을 받는 형식을 거쳐 왔다. 1977년 7월 1일 의료보험제도를 시행하기 위하여 “의료수가표”를 제정한 것이 “의료보험진료수가기준액표”이며 그동안 많은 변천을 거쳐 현재는 “건강보험요양급여비용”이라는 명칭으로 의료수가를 표시하고 있다.

의료보험법에서 의료수가를 규정하기 이전에 의료법에서 규정하였더라면 “의료보험진료수가기준액표”는 별도 제정할 필요가 없었을 것이지만 그러지 못하였다. 보험의료의 수가기준이 변천된 과정을 논의하기 전에 먼저 의료법에서 규정하고 있는 “의료수가”에 대한 변천과정을 살펴보는 것이 현재 사용하고 있는 “건강보험요양급여비용”에 대한 이해를 높일 것으로 본다.

가. 의료법상의 의료수가기준(임의수가)

**1) 개요**

우리나라의 의료법은 정부 수립 후 처음으로 1950년 부산 피난국회에서 제정되어 1951.9.25 법률 제221호로 「국민의료법」으로 공포되었다. 「국민의료법」은 “국민의 보건향상과 국민의료의 적정을 기함을 목적”으로 제정된 것이다. 전문 10장 제66조로 구성된 이 법 제4장(의료기관), 제5절(의료보수) 제44조에 “의료업자가 환자로부터 징수하는 의료보수에 관하여는 소관 지방행정의장의 허가를 받아야 한다.”로 규정하였다. 이때 사용한 “의료보수”란 용어는 해방이 되었음에도 불구하고 일제시대 일본의료법에서 사용하던 용어를 그대로 사용한 것이다. 그러다 최근인 2009.1.30 의료법 일부개정으로 2010.1.31부터 시행되는 의료법 제45조에서 “의료보수”는 삭제하고 대신 그 조항을 “비급여 진료비용등의 고시”로 바꾸었다.

의료법상의 의료수가기준에 대한 변천과정을 요약해 보면 다음과 같다.

① 소관 지방행정의장 허가제 (1951.9.25)

② 서울특별시장 또는 도지사 허가제 (1962.3.20)

③ 보건사회부장관 인가제 (1965.3.23)

④ 관할도지사(서울특별시장·직할시장·도지사) 인가제 (1973.8.17)

⑤ 관할시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 신고제 (2000.7.13)

- 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원은 관할 시·도지사에게 신고

- 의원·치과의원·한의원·조산원은 관할 시장·군수·구청장에게 신고

- 다른 법률(국민건강보험법, 의료급여법, 산재보험법, 자동차손해배상법등)에서 정한 경우는 그 법에 따름

⑥ 의료기관의 고지 및 게시제(2010.1.31)

- 건강보험 및 의료급여 대상에서 제외되는 “비급여진료비용”과 “제 증명 수수료의 비용”은 보건복지가족부령으로 정하고

- 비급여진료비용은 환자 또는 보호자가 쉽게 알 수 있도록 “고지”

- 제 증명 수수료의 비용은 “게시”

- 의료법 제45조(의료보수)는 전문 삭제하고 제45조(비급여 진료비용등의 고시)로 대체

- 1951.12.25부터 사용한 의료법상 “의료보수”라는 용어는 2010.1.31부로 59년 만에 “비급여진료비용”과 “제 증명 수수료의 비용”으로 바뀜.

**2) 국민의료법 제정**

대한민국 정부 수립 후 1951.9.25 최초로 만든 「국민의료법」에 의료를 “의료업”으로 규정하면서 의료수가를 “소관 지방행정의 장의 허가”를 받도록 한 것은 국가가 의료수가를 통제할 의지가 있었기 때문이 아니라 일본 식민지 통치 하에서 사용하였던 법률을 인용하다 보니 지방자치제를 실시하지 않았던 우리나라가 지방자치제를 실시하고 있는 일본 법령 내용을 그대로 모방한 것으로 보인다.

“국민의료법 제 2조”를 제1종 의사·치과의사, 제2종 한의사, 제3종 보건원·조산원·간호원의 3종으로 구분하고, 제6절 의료기관의 세금면제, 제45조에서는 “의료업자에 대하여는 영업세를 면제한다.”라고 규정하였다.

**3) 의료법으로 개칭**

1962.3.20 법률 제1035호로 국민의료법을 전면 개정하면서 「의료법」으로 개칭하고 12장, 70조로 구성하였다. 의료수가와 관련하여서는 제51조(의료보수) “의사, 치과의사, 한의사 또는 조산원이 환자, 임부 또는 해산부로부터 징수하는 의료보수에 관하여는 서울특별시장 또는 도지사의 허가를 받아야 한다.” 라고 하여 지방정부의 허가 업무로 정하였었다.

그러다 1965.3.23(시행 1965.5.24) 법률 제1690호로 의료법을 일부 개정하면서 제51조(의료보수)를 “의사, 치과의사, 한의사 또는 조산원이 환자, 임부 또는 해산부로부터 징수하는 의료보수에 관하여는 보건사회부 장관의 인가를 받아야 한다”라고 중앙정부의 인가 업무로 하였다.

**4) 의료법 전면 개정**

의료법을 1973.2.16 전부 개정한 의료법(시행 1973.8.17시행) 제37조(의료보수)에 “의료기관이 환자로부터 징수하는 의료보수에 관하여 그 지역을 관할하는 도지사의 인가를 받아야 한다” 라고 다시 지방정부로 환원하였다. (도지사=서울특별시장, 직할시장, 도지사) 그러나 “허가제” 나 “인가제”를 도입한 이후 지방이든 중앙이든 정부가 단 한건도 인·허가한 사례가 없었다.

**5) 의료법 일부 개정**

2000.1.12 법률 제6157호(시행 2000.7.13)로 일부 개정하면서 제37조(의료보수) “의료기관이 환자 등으로부터 징수하는 보수에 관하여는 종합병원·병원·치과병원·한방병원 또는 요양병원은 그 지역을 관할하는 시·도지사에게 신고하여야 하고, 의원·치과의원·한의원 또는 조산원은 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만 다른 법률에 의하여 징수하는 의료보수에 대하여는 그러하지 아니하다.”로 하여 병원급과 의원급의 신고 관청을 구분하고 “인가제”를 “신고제”로 바꾸었다. 그리고 건강보험법, 의료급여법, 산재보험법, 자동차손해배상법등에서 정한 경우에는 그 법에 따르도록 함으로써 지금까지 법률에 정한 “인가” 직무를 방치해온 지방자치단체들을 해방시켜 주었다. 신고제 역시 형식주의에 지나지 않을 뿐만 아니라 각종 보험법이나 의료급여법에 정하지 아니한 소위 비급여 대상 항목에 대해서는 광역 또는 기초자치단체장의 관리 책임으로 방치되었다.

**6) 의료법 2차 전면개정**

2007.4.11 법률 제8366호로 전면 개정되면서 제37조(의료보수)가 제45조(의료보수)로 조문번호가 바뀌고 특별자치도에 개설한 의원·치과의원·한의원 또는 조산원은 시장·군수·구청장 대신 도지사에게 신고하도록 하였다.

**7) 의료법 일부 개정**

2009.1.30 법률 제9386호(시행 2010.1.31)로 의료법을 일부 개정하면서 제45조(의료 보수)내용을 전문 삭제하고 대신 제45조(비급여진료비용등의 고시)로 명칭을 변경하였다.

제45조(비급여진료비용 등의 고지) ① 의료기관 개설자는 「국민건강보험법」제39조 제3항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항 또는 「의료급여법」 제7조 제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항의 비용(이하 “비급여 진료비용”이라 한다)을 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 알 수 있도록 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 고지하여야 한다.

② 의료기관 개설자는 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 의료기관이 환자로부터 징수하는 제증명수수료의 비용을 게시하여야 한다.

③ 의료기관 개설자는 제1항 및 제2항에서 고지․게시한 금액을 초과하여 징수할 수 없다.

의료법 제45조의 전문 개정으로 “의료보수”라는 용어가 사라지게 되었으며 건강보험법에 사용되어온 “비급여 진료비용”이란 새로운 용어가 의료법에 등장하게 되어 의료비, 치료비, 진료비, 병원비 등의 생활용어가 “진료비용” 또는 “진료비”로 법률적 용어가 통용하게 되었다.

또한, 의료기관은 정부가 고시하지 아니한 의료수가표를 일일이 광역 또는 기초자치단체장에게 신고하지 않아도 되고 해당 공무원은 그 업무 관리에 대한 직무소홀이나 직무유기라는 멍에를 벗어나게 된 것이다. 다만, 각 의료기관이 환자 등에게 쉽게 알 수 있도록 얼마나 성실히 고지 또는 게시하느냐에 따라 진료비용의 징수에 대한 국민의 의구심을 없앨 수 있는 관건이 될 것이다.

정부는 2010년부터는 의료기관의 보험급여 또는 의료급여 대상에서 제외되는 진료행위비용이나 제증명발급수수료에 대하여 보건복지가족부령으로 정하겠다는 의지를 “의료법”에 명시하고 있어 의료기관이 환자로부터 징수하는 진료관련 모든 비용이 관치수가(官治酬價)로 전환되게 되었다. 즉 지금까지 자유방임상태나 마찬가지였던 비급여 부분의 수가에 대하여 정부가 개입할 수 있는 법적 토대를 마련한 것이다.

나. 건강보험법상의 의료수가기준(고시제)

**1) 개요**

1963.12.2 법률 제1623호로 의료보험법(임의가입을 규정)이 공포되고, 1964.12.2 보건사회부 예규 제210호로 의료보험요양급여기준을 정하면서 제18조(수가규정) 및 제19조(수가조절)에 “진료비수가”라는 용어를 사용하였으나 수가기준은 정하지 못하였다. 1965.11월 한국종합화학(당시호남비료)에서 최초로 피용자의료보험조합을 설립하여 의료보험사업을 한 것이 우리나라 의료보험의 효시가 된 것이다. 1966.3월 봉명 흑연 광업소 의료보험조합이 설립되어 직장의료보험조합은 2개가 되었다. 자영자 의료보험조합은 1965년 전주 예수병원에 근무하는 외국인 및 그 가족을 대상으로 한 전주대한의료보험조합과 1969.7월 부산지역주민을 대상으로 한 부산청십자 의료협동조합 설립을 시발로 보건사회부의 인가를 받은 옥구, 춘성, 거제 청십자 의료보험조합과 정부의 인가를 받지 아니한 서울, 대한, 전주, 인천, 수원, 제주, 협성, 동해, 경주, 인덕 청십자 의료보험조합이 설립되어 의료비 공제사업을 실시하였다. 이때 각 의료보험조합이 인근 의료기관과 진료비기준을 상호 협약을 하여 조합가입자에 대한 치료비 할인 사업을 하였다. 이는 “수가협의제”라고 할 수 있을 것이다.

**2) 수가협의제 도입-의료보험제도 시범사업에 적용**

① 청십자의료보험조합과 희망 의료기관간 당사자 협의제 실시

- 1963.12.16 의료보험법 제정공포(법률 제1623호)

- 1964.12.2 의료보험 요양급여 기준 제정(보사부예규 제210호)

- 의료기관에 지불하는 진료비 기준은 ‘진료비수가’라는 용어를 신설하고 「의료법 제51조」의 규정에 의한 ‘의료보수’를 기준으로 보험자와 협의 결정하여 필요에 따라 수시 조절할 수 있도록 함. [예규 제18조(수가규정) 및 제19조(수가조절)]

- ‘의료보수’는 의료기관과 의료보험조합 간 요양취급기간 지정과 진료비기준을 상호 협의하여 실시하여 왔음

② 단체계약이라는 명분으로 일반관행 수가보다 낮은 수준으로 상호협의 결정

(예시): 부산청십자 의료보험조합과 부산청십자병원 초량분원간의 수가계약

- 수술비와 검사비는 50%, 입원비·약대·방사선촬영 비용은 20% 인하

**3) 수가고시제 시행 - 사회의료보험제도 도입**

① 1976.12.22 법률 제2942호로 의료보험법 전문 개정하여 1977.7.1부터 500인 이상 상시 고용사업장과 공업단지 입주사업장을 대상으로 당연적용방식의 직장의료보험(당시는 제1종 의료보험으로 명명)을 시작하면서 의료보험수가 기준을 보건사회부 장관이 고시하는 “수가고시제” 도입

- 486개 의료보험조합 1,748개 사업장, 피보험자수 1,160천명, 피부양자수 1,938천명, 합계 3,098천명 적용(전인구 대비 8.9%)

- 의료보험 진료수가 기준 제정 고시(1977.6.8)

- 486개 의료보험조합과 계약 의료기관 간에 보험환자 진료시 적용하는 수가

② 1979.1.1 공무원 및 사립학교 교직원과 그 가족에 대하여 의료보험 확대 실시함과 동시에 전국의 모든 의료기관을 의료보험 요양기관으로 강제지정

- 그러나 의료보험에 적용받지 못하는 사람들에게는 소위 “일반수가”를 의료기관에서 적용하였음

③ 1989.7.1 전국민의료보험이 달성됨에 따라 모든 의료기관은 ‘의료보험수가기준’에 의존할 수밖에 없게 됨

**4) 수가계약제 도입**

1999.2.8 법률 제5854호로 국민건강보험법이 제정(시행 2000.7.1)되고, 이때 처음으로 국민건강보험법 제42조(요양급여비용의 산정 등)에 “수가계약제”가 등장하게 되었다.

① 2000.7.15 제1차년도(2001년) 수가계약제의 계약체결 시한(시행령 제5조)

- 보험자인 국민건강보험공단 이사장과 의약계 대표자간 상호 협의하여 수가(요양급여비용)를 계약하기로 함

- 2001.1.1 새로 계약된 수가 적용(법 제42조 및 부칙 제11조)

② 보험자 측과 의약계 측간 계약기간 만료일 전 3월 이내에 체결이 이루어지지 아니하면 보건복지부 장관이 종전처럼 직권으로 건강보험심의위원회의 심의를 거쳐 수가를 결정 고시하도록 정함(법 제42조3항)

③ 계약기간 만료일 전 3월 이내에 대하여 ‘9월 30일 이전’ 이라는 주장과 ‘10월 1일부터 12월 31일까지’ 라는 해석상의 이견으로 인하여 “계약은 그 계약기간 만료일의 75일 전까지 체결하여야 하며---”로 국민건강보험법 제45조제2항을 2006.12.30 개정하여 해마다 늦어도 10월 15일 이전까지 다음해 1월 1일부터 적용할 수가계약을 끝내도록 함

4. 보험의료수가 제정과정

1963년 12월 의료보험법이 제정되었고 1964년 12월 2일 보건사회부 “예규 제210호로 의료보험요양급여기준”까지 제정·공고되었으나 경제적 여건이 성숙되지 못하여 의료보험의 시행이 미루어졌었다. 그러다 일부 사업장에서 임의보험으로 의료보험이 실시됨에 따라 보사부 예규에 맞추어 당시 의정국 지방의정과에서 진료수가 기준제정을 위한 준비를 하였다.

가. 보험의료수가 기준 책정을 위한 조사연구

보건사회부에서는 대한의학협회(현 대한의사협회)에 “의료수가산정기준”을 제출토록 요청하였으나 대한의학협회는 일부의료기관이 각기 임의 적용하고 있는 의료수가표를 통합 평균하여 “의료수가산정표”를 제출하였다.

보건사회부는 이러한 수가표는 실제 적용하기 어렵다는 판단에서 1966년에 고려대학교 경영대학원에 “진료비수가 원가계산 연구” 를 의뢰하였다. 이 연구가 우리나라에서 병원경영상태를 분석한 최초의 연구라 하겠다. 이 보고서에서는 우리나라 의료기관이 의료법에 의하여 각 지역별 또는 의료기관 별로 임의 적용하고 있는 수가를 통일시킬 수 있는 기준을 모색하였다.

이 연구보고서는 세브란스병원, 수원도립병원, 한격부외과병원등 3개병원에 대한 “원가계산보고서”를 토대로 매우 상세하게 조사·기술하였으나 전국병원에 적용할 수 있는 통일된 의료수가기준을 정하기에는 미흡하였다. 이 연구에서는 대한의학협회가 작성한 “의료수가산정표”를 원칙적으로 준용하였다.

1967년 1월 의정국 지방의정과에서는 보건사회부 장관에게 병원별 원가총괄표와 원가산정 작업을 통하여 발견된 문제점 및 이의 해결방안을 건의하였다. 주요 내용으로는 ① 통일된 “병원회계원칙” (가칭)을 제정할 것, ② 수가를 위반하는 의료기관에 대한 제제방안을 강구할 것, ③ 병원의 입원비에 대한 貸倒損(대도손=회수불능: 그 당시는 입원치료비 납부능력이 없는 환자가 도주하는 사례가 많았음)을 구제할 방안을 마련할 것 등이었다.

수가와 관련된 두 번째 연구는 1968년 10월 서울대학교 보건대학원에 의뢰하여 이루어졌다. 서울대학교 보건대학원은 시범병원의 “의료원가계산을 중심한 의료수가기준 책정에 관한 연구”를 하였다. 이 연구에서는 의료수가의 최저 기준을 의료원가에 두어야 한다는 전제 아래 국립의료원과 충남도립의료원을 대상으로 원가계산을 실시하였다.

1968년에 있었던 부문별 원가계산과 단위원가 산출에 대한 계속 사업으로서 1969년 (사)한국병원관리연구소(연구반장 인천도립병원장 김영언)에 “의료수가기준 책정에 관한 연구”를 의뢰하였다. 이 연구보고서는 입원료 기준, 수술료기준, 외래환자 1인 1일 진료원가, 외래환자 초진료, 그리고 “의료수가=의료원가+α”에 있어서의 α에 관한 고찰순으로 작성되었다. ‘α’란 사업으로서의 계속성 유지 재원을 뜻하며, 확대재생산을 위한 투자비의 의미를 지녔다.

1970년에도 (사)한국병원관리연구소에서 계속 연구를 진행하였다. 1970년 연구는 전국의 의료수가 실태를 파악하고 의료보수의 이론적 분석을 하여 “새로운 의료수가체계”에 접근하는데 중점을 두어 의료보수의 구조를 약품을 포함한 “물건에 대한 대가”와 진료 및 치료에 대한 비용인 “기술료”로 구분하였다. 약품에 대한 대가에는 재료, 설비, 전기, 수도료 등을 통합시켰다. 그리고 기술에 대한 보수는 경제학적·사회학적 평가를 기준으로 결정하고, 물건에 대한 대가의 하한선은 원가이어야 한다고 주장하였다. 또한 통일된 회계제도와 계정과목을 설정하여 의료기관의 의료경영실태를 정확히 파악하는 것이 중요하다는 건의를 하였다.

(사)한국병원관리연구소에서는 1968년 이후의 연구 결과를 종합적으로 고찰하여 병원부문별 의료원가계산을 하고 몇몇 행위별 원가를 계산하였다. 그리고 “α=의료원가의 43%”라는 수치를 산출하였다. “물건”에 대한 보수 책정에 있어서는 가격형성 과정을 고찰하고 공정보수 개념을 채택할 것을 주장하였다. 의료의 공공성을 감안하여 의료수가는 다음과 같은 공정보수방식의 수식을 따라야 한다고 주장하였다.

R=E+(V-D)☓ γ

여기에서 R : 총수입

E : 지출(인건비, 조세, 감가상각비를 포함한 관계비용 포함)

V : 건설당초의 사업재산

D : 사업재산의 감모액(減耗額)

γ : 사업재산에 대해서 허용될 보수율

그리고 공정보수방식을 의료보수 기준 산정과정에 도입할 때 의료비에서는 “총수입=의사기술료+물건부문원가+공정보수”라는 식으로 기준설정의 기초로 삼아야 할 것이라고 주장하였다.

나. 일본출장보고서(일본의 의료보험치료수가 및 보험제도)

1977년 7월 사회의료보험제도의 도입에 앞서 보험의료수가를 개발하기 위하여 1976년 11월에 의료계와 보건사회부 합동으로 일본의료보험을 시작하고 “일본의 의료보험 진료수가 및 보험제도”라는 출장보고서(김일천, 2009)를 제출하였다. 이 보고서는 의료보험진료수가기준제정 및 운영 방법 등에 큰 영향을 미쳤기에 여기서 간략히 소개하고자 한다.

**1) 행위별 진료비 점수 결정 방식**

  일본의 경우 물(物)과 기술(技)을 분리하여 기술을 중시하고 사무의 간소화를 원칙으로 하고 있으며 보수기준은 난이도, 시술시간, 빈도에 의하고, 의료경제 및 병의원 경영분석을 통한 전문과별로 기준 행위를 선정한 후 점수를 부여하여 타 행위는 기준 행위와 비교 배점하고 있다.

우리나라의 경우에는 일본의 의료보수점수 결정원칙과 기준을 수가결정에 적용하되 일본식으로 행위를 과다하게 세분하지 말고, 시설 및 장비투자를 수가결정 참고 요소로 할 것을 건의하였다. 그리고 보험의료수가는 기술의 평균치이므로 기술에 대한 차등을 둘 수 없다는 점과 기술료는 의사가 사회적 지위에 상당하는 생활을 유지할 수 있도록 책정하고 점수제의 모순점을 지적하여 의료행위 심사제도의 확립을 건의하였다.

**2) 진료비 점수표 개정**

일본의 진료비 점수표의 경우 진료기술 발전에 따라 치료가 용이해지는 질병이 많아지는데도 불구하고 그 진료비 점수는 존치한 채, 새로 개발된 치료행위 보수를 결정함으로써 행위별 균형배점이 이루어지지 못하고 있으며, 전반적인 인상이 불가능할 경우 의료공급자 측의 압력 해소를 위하여 행위를 세분하거나 새로운 항목을 추가하는 등의 편법을 사용하고 있다.

우리나라의 경우에는 점수표를 제정할 때부터 행위를 세분하는 것을 피하고 행위간의 균형배점은 불가능하지만 이해관계에 따른 불합리한 수가 개정을 피할 것과 개정 기간과 연동폭 등의 기준을 제정하여 각종 경제지표와 의료수가 개정을 연동시킬 것을 건의하였다.

**3) 약가 기준제정과 개정**

일본에서는 도매가격(都賣價格)을 참고로 구입가에 따라 고시 가격을 정하고 있으나 구입가 조사가 번잡하고 의사회 및 의료기관의 협조가 있어야 하기 때문에 실효성이 없었다. 따라서 우리나라에서는 우선 표시가를 기준함이 가능하며 현재 병의원 약가가 표시가의 3-10배인 점을 감안하면 표시가를 기준으로 하여도 과잉투약 및 주사요인이 많이 없어질 것으로 보았다.

**4) 요양급여의 제한**

일본에서는 과잉 수진(過剩 受診) 방지를 위하여 초진시 본인부담을 200엔, 입원시 1개월동안은 1일당 60엔을 본인 부담시키고, 피부양자의 경우는 진료비의 30%를 본인 부담시키고 있으나 1개월간 본인부담 진료비 총액이 39,000엔을 초과할 때는 고가진료비로 취급하여 초과금액은 조합 또는 국가가 부담하고 있었다.

우리나라에서는 의료보험 실시 초기에는 피보험자와 피부양자 부담분의 폭을 넓히되 외래 환자분은 입원환자보다 높게 하여 과잉수진을 방지하고 보험급여남용 방지를 위하여 비급여대상 폭을 넓힐 것을 건의하였다. 그리고 과잉진료 방지를 위하여 투약, 주사, 치료방법 등의 제한을 고려하고 진료비 청구심사를 철저히 할 것을 건의하였다.

**5) 사회보험 진료비 지불기금**

  일본에서는 국민건강보험을 제외한 의료보험진료비 청구에 대한 심사와 지불을 하기 위하여 1948년 설치한 특수공법인으로 사회보험진료비지불기금을 설립하여 본부와 각 도ㆍ도ㆍ부ㆍ현 지부를 두고 있으며 진료비 청구는 지역 의사회가 취합 청구하고 심사는 전문과별로 심사하며, 청구에서 지불까지는 약 50일이 소요되고 있는 것으로 파악되었다.

우리나라에서는 진료비 심사 전문기구 설치가 바람직하며 과잉진료의 방지를 위하여 중립적인 진료비 청구 심사위원회를 구성하여 전문과별 심사제도를 도입하는 것이 바람직하다고 보았다.

다. 진료수가 산정방법 시안

  1976년 11월 10일 대한의학협회 4인(공수범, 송영면, 김병극, 류준식), 대한병원협회 3인(김영언, 진동식, 최진학), 보건사회부 2인(최수일, 장경식) 등 9인의 위원과 간사 1인(김일천)으로 조직된 “의료보험수가제정 조정위원회”가 설치되어 1977년 3월에 “의료보험수가 책정방법 시안”을 보건사회부 장관에게 보고하였다. 이 시안에서는 보험수가를 7개 항목으로 분류하고 다음과 같은 기본방향을 제시하였다.

첫째, 보험의료는 의학 및 의료기술에 부합되어야 하는 반면 의료비 지불에 제약을 받으므로 낭비를 배제하는 것이 의료보험육성의 관건이다.

둘째, 보험의료를 담당할 의료기관의 경영실태에서 유리(遊離)된 의료수가 정책은 있을 수 없으므로 의료보험사업의 출발시점의 경영 자료를 기반으로 수가를 책정하여야 한다.

셋째, 성과불(成果拂)로 의료비를 지불하는 의료보험형태에서는 의약품의 남용 및 과다진료 등의 문제가 발생할 수 있으므로 의약품의 과잉사용을 억제할 수 있는 의료수가체계가 수립되어야 한다.

넷째, 기술과 물건을 분리하는 것을 원칙으로 하되 분리가 용이한 투약, 주사, 입원 행위에서는 의약품을 완전히 분리시켜 남용을 방지하도록 하여야 한다.

다섯째, 의료기관의 수입을 “의료원가+α”로 볼 때, ‘α’에 대한 적정한 산정을 기해야 한다.

여섯째, 의료보험수가는 사회적·경제적 변동에 따라 해마다 자동적으로 조정되는 제도를 미리 마련해야 한다.

일곱째, 먼저 의료기관의 경영 자료를 가지고 의료수가를 금액으로 산출한 후 일점단가(一點單價)를 내정하고 의료행위별로 점수를 표시해야 한다.

이 시안에서는 “의료보험수가의 책정”을 하기 위한 방법으로 대한의사협회의 각 학회에서 추천한 전문의 자격취득 후 1~2년 된 의사들에게 서울시내 소재 국립의료원등 국내 종합병원에 대한 관행수가를 조사하는 한편 난이도, 빈도, 시술시간에 의한 비율을 조사하여 관행수가와 비례배점 대기표를 작성 하게하였다.

당시 주된 수가 항목 수는 203개 항목으로 분류하였으며, 난이도는 해당과의 진료행위 중 가장 시술이 기술적으로 곤란한 행위 하나를 선정하여 그 행위에 대하여 1,000점을 부여하여 기준 행위로 정하였다(일반외과의 경우 위전절제술을 1,000점으로 함). 그리고 빈도는 동일가의 모든 진료행위의 빈도를 분기 또는 연간으로 일정기간의 건수를 기재하도록 하였으며, 시술시간은 마취시간 및 수술전후를 제외한 실 수술 시간을 기재 하도록 하였다.

관행수가조사는 서울대학병원, 국립의료원, 연세의료원, 가톨릭의대성모병원, 서울적십자병원, 고려병원 등 6개 종합병원을 기준으로 하였으며, 난이도·빈도·시술시간 조사는 국립의료원, 연세의료원, 가톨릭의대성모병원, 고려병원, 순천향병원, 백병원, 필동성심병원, 을지병원, 한양대부속병원, 국군통합병원 등 10개 종합병원을 기준으로 하였다. 병원 수입비율조사는 국립의료원, 연세의료원, 가톨릭성모병원, 고려병원, 순천향병원, 백병원, 필동성심병원 등 7개 종합병원을 기준하였으며, 약가이윤조사는 연세의료원, 고려병원, 백병원 등 3개 종합병원 자료를 근거로 하였다.

이렇게 작성된 수가는 의료계의 동의를 얻었으나 1977년 6월 8일에 제정·공포된 보험수가에 대해 대한병원협회는 보건사회부가 시안대로 적용하지 않고 표준병원을 추가하였다고 불만을 표시하였다. 그러나 보건사회부 입장에서는 전국적으로 인건비와 진료비가 높은 병원만을 기준으로 할 수 없었기 때문에 표준병원을 추가하여 평균값으로 수가를 산정하였던 것이다.

라. 의료보험 진료수가 기준 제정

우리나라에서 최초로 제정된 진료수가기준의 주요 내용은 다음과 같았다.

첫째, ‘제정목적’은 진료수가를 의료행위별로 체계적으로 정비 책정함으로서 의료보험법의 규정에 의한 피보험자의 요양급여 및 분만급여에 소요된 비용 산정의 적정을 기하기 위해서이다. 당시 수가는 의료기관별로 임의적으로 자체수가를 형성하고, 행위별 기준과 수가가 각 의료기관마다 달랐으며 자체수가에 있어서 기술행위는 상한액만 정하고 하한액은 개방되어 있었으며 물건과 행위가 혼재되어 높은 배율의 투약료를 징수하고 있는 실정이었다.

둘째, 진료수가 제정 작업은 보건사회부, 대한의학협회, 대한병원협회가 공동으로 관행수가를 조사하고 행위별 비례 배점을 작성하였다. 관행수가는 모든 의료행위별로 조사를 하고 행위별 수가비례를 정하기 위하여 각 행위별로 난이도, 시행시간, 빈도를 조사하여 관행 수가와 대비하여 작성하였다. 조사된 부문별 의업수입비율과 관행수가에 의하여 수가수준을 책정하였으며, 의업수입비율은 기술행위료 47.31%, 진찰료 1.49%, 투약·주사료 32.86%로 조사되었다. 또 관행수가의 수입구성부문별 증감조정률을 보면 상한수가에서 관리료 11.0%, 진찰료 1.46%가 증가하였고 투약·주사 24.22%, 기술행위 13.24%가 감소하였다. 그리고 하한수가는 기술행위 9.00%, 관리료 20.00%가 감소하였다. 이에 따라 수가의 조정결정은 당시 관행수가에서 45%를 감소시킨 진료수가를 기준으로 하여 진료기관의 종류에 따라 기본 진료료 이외의 진료료를 조합이 합의할 수 있는 상한선을 설정하였다. 그 상한선을 보면 서울의 경우 종합병원 120%, 병원 110%, 의원 104%였으며, 인구 50만명 이상의 대도시는 종합병원이 116%, 병원 108%, 의원 102%, 인구 50만명 미만의 중소도시는 종합병원 112%, 병원 106%, 인구 5만명미만의 농어촌지역은 종합병원 108%, 병원 104%였다.

셋째, 약가는 요양취급기관에서 진료에 사용될 의약품의 약가기준(도매가)을 정함으로서 물건과 기술을 분리한 진료수가체계를 유지하도록 하였다. 당시 약가는 의약품의 유통구조 및 거래요인에 의해 가격을 달리 형성하고 있었다. 당시 거래실태를 보면 제약업소의 직거래와 도매거래의 거래물량은 약 50:50의 비율이었으며 판매가격의 폭은 약 10% 정도였다.

넷째, 약가마진율은 10.4%였는데 특히 국세청 인정 소득표준율 6%를 적용하여 산출한 마진율은 13.6%였다. 10.4%의 마진율로는 도매업소의 정상운영이 불가능하므로 10.4%와 13.6%의 평균치인 12%를 표준으로 정하였다.

5. 상대가치수가제도의 도입

가. 우리나라의 상대가치점수

**1) 상대가치의 개념**

1977년 당연적용 의료보험을 시작하면서 정부는 동년 6월에 처음으로 의료보험 수가를 고시하였다. 당시의 수가는 일본의 을(乙)표를 기준으로 ‘물(物)’과 ‘기(技)’로 분리하여 의료행위를 나열하고 의료행위 각각에 대해 상대점수를 부여한 후 1점당 10원이라는 환산지수를 설정하였다. 이렇게 제정된 수가는 그 이후 몇 년간 항목이 추가되고 점수가 개정되면서 사용되었으나 1981년 6월 금액제로 바뀌면서 점수제는 폐지되었다.

1981년 6월 이전에 사용하던 점수제는 상대가치의 개념으로 만들어진 수가제도이다. 이 제도가 금액제로 바뀐 이후 매년 수가 인상을 하면서 상대가치가 뒤틀리기 시작하여 점수제로의 전환 문제가 제기되었다.

그런데 미국에서는 과거 우리나라에서 사용되던 점수제와 유사한 RBRVS (Resource Based Relative Value Scale) 제도를 메디케어에서 사용하고 있었다. 미국의 RBRVS제도는 Harvard 대학의 Hsaio 교수 등(1988)이 개발한 것으로서 의사 서비스의 가격을 각 서비스 행위의 비용을 토대로 책정할 수 있다는 취지로 시작되었다. RBRVS는 완전경쟁시장에서 장기적으로 가격은 생산물의 평균 비용과 일치(P= AC)한다는 미시경제학의 이론을 전제를 개발되었다.

우리나라는 국민건강보험법 제42조(요양급여비용의 산정 등) 및 동법 시행령 제24조 제2항에 의하면 「요양급여의 상대가치 점수」는 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 간에 상대적 점수로 나타낸 것이라고 하고 있다.

여기서 투입되는 자원은 시간, 정신적 노력, 육체적 노력, 스트레스와 같은 의사업무량과 보조 인력의 임금, 장비, 기구, 재료, 약품 등의 비용, 임대(리스)료, 시설, 진료를 위한 관리나 사무비용을 포함하는 진료비용으로 구분되어진다. 따라서 상대가치점수는 각 의료행위에 사용되는 자원의 양을 상대적으로 비교하여 단위가 없는 점수로 표현한 것이다.

절대적 가치가 아닌 상대적 가치로 접근하는 이유는 전문직업인인 의사들이 시행하는 의료행위에 대한 보수를 결정하는 것이 용이하지 않기 때문이다. 그러나 상대가치가 의료내적 특성(의학의 발달, 의료기술의 발전 등)은 반영되어 있다 할지라도, 의료외적 특성(임금 및 물가의 변동 등)은 반영이 안 되었기 때문에 환산지수를 통하여 이를 반영해 주고 있다.

따라서 상대가치에 의한 수가는 먼저 상대가치의 부분과 이를 금액으로 바꾸는 환산지수 부분으로 구분하고 다시 상대가치를 의사업무량에 대한 상대가치와 진료비용에 대한 상대가치, 의료사고 위험도의 상대가치로 구분하고 있다.

**2) 상대가치의 도입배경**

우리나라에서 자원기준 상대가치가 거론된 것은 1990년이며 이후 1992년 연세대 보건정책 및 관리연구소에서 미국 메디케어 의료수가와 우리나라의 보험수가를 비교하여 수가 간의 불균형이 47배까지 존재한다는 것을 입증하여 우리나라에서 사용하던 금액제의 문제점을 지적하고 미국 Medicare에서 사용하는 자원기준 상대가치(RBRVS)의 도입을 검토하여야 한다는 주장을 하였다.

그 후 1994년 정부에 구성된 「의료보장개혁위원회」에서 상대가치를 이용한 의료보험수가 구조개편이 제안[[11]](#footnote-11)되었으며 이를 위해 `의료보험수가구조개편협의회 '를 구성하여 금액제의 수가산정 기준을 상대가치로 개편하고, 이에 따른 구체적인 방향을 결정하였다.

**3) 상대가치수가의 제정**

대한의사협회에서는 상대가치가 우리나라의 의료수가문제를 해결하는 방안으로 인식하고 이를 위해 1995년 5월부터 1년 동안 대한의학회 산하 24개 분과 학회가 참여하여 한국표준의료행위분류(KCPM, Korean Classification of Procedures in Medicine)를 제정하였다.

그리고 보건복지부, 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회가 공동으로 연구비를 출연하여 1996년 6월 의료보험수가구조개편을 위한 상대가치 개발 연구 용역을 연세대학교에 의뢰하여 1997년 10월 연구를 완료하였다. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소에서 개발한 상대가치(의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치개발연구)는 1996년에 마련된 한국표준의료행위분류(대한의사협회)의 8,687개의 항목과 한국표준치과의료행위분류(대한치과의사협회)의 1,321개 항목을 대상으로 산출하였다. 이 때의 상대가치는 의사업무량 상대가치와 진료비용 상대가치를 각각 구분하여 합산한 결과이다.

업무량 시간은 의료행위를 수행하는데 실제 소요되는 시간을 측정하였고, 업무량 강도는 육체적 노력, 정신적 노력, 스트레스의 세 가지 요소를 magnitude estimation 방법으로 측정하였다. 의사업무량 상대가치는 3,259명의 설문 결과를 분석한 1차 조사와 1,944명의 설문 결과를 분석한 2차 조사를 통해 산출하였다.

진료비용 상대가치는 8개 표본병원(3차 기관 : 4곳, 종합병원 : 3곳, 병원 : 1곳)의 조사를 통해 산출하였다. 진료비용의 산출방법은 각 병원에서 조사된 총비용을 원가중심점으로 배분하고, 각 원가중심점의 비용을 해당 원가중심점에서 발생한 행위의 의사업무량에 비례하여 진료비용을 배분하는 것이었다. 1997년 상대가치연구의 점수를 근거로 한 의료보험 재정중립에 의한 환산지수는 32.923이었고, 원가분석에 의한 환산지수는 50.784로서, 원가보존율은 65%라는 추정이 가능하였다.

1997년에 개발된 상대가치를 건강보험수가에 그대로 적용하기에는 다음과 같은 몇 가지 문제가 있었다. 첫째 한국표준의료행위(치과 포함)분류의 항목수가 지나치게 많았고, 둘째 급여 및 비급여의 구분이 없었으며, 셋째 항목의 정의가 명확하지 않았으며, 넷째 급여의 단위 정립이 미흡하였다.

이러한 문제가 발생한 이유는 1997년에 보건복지부의 '의료보험수가구조개편협의회’에서 상대가치개발의 대상으로 정한 한국표준의료행위(치과 포함)분류가 의료보험의 적용에 목적이 있기 보다는 우리나라에서 이루어지고 있는 의료행위들을 망라하여 표준화하는데 목적이 있었기 때문이었다.

이러한 문제점들을 보완하기 위하여, 한국표준(치과)의료행위분류를 이용하여 의료보험에서 적용하고 있던 진료수가분류를 개편하는 연구(의료보험 수가구조개편을 위한 2차 연구, 1998)와 개편된 진료수가분류에 상대가치를 산출하는 연구(의료보험 수가구조개편을 위한 3차 연구, 1999)가 추가로 이루어졌다.

한편, 1999년 10월 대한의사협회 상대가치개정위원회에서는 각 전문학회에서 요청한 한국표준의료행위분류 3,357개 항목에 대한 개정을 심의·의결하였는데, 개정이 의사업무량 상대가치에만 국한된 것이 아니라 전체 상대가치를 대상으로 하였기 때문에 의사업무량 상대가치와 진료비용 상대가치를 구분할 수 없게 되었다.

따라서 2001년의 진료수가산정을 위해서 2000년 12월에 보건복지부에서 고시한 진료수가분류에 대한 상대가치는 이전의 상대가치와 차이점이 존재한다. 즉, 당시 건강보험에 적용하고 있던 진료수가산정금액을 55.4원으로 나누어 금액을 점수화하고, 이전 상대가치 연구의 결과를 참고하여 점수를 조정하여 상대가치로 고시한 것이다.

이러한 상대가치의 연구와 적용과정을 살펴보면, 우리나라에서는 현재 4가지의 '의료행위 및 상대가치’가 존재함을 알 수 있다.

첫째, 한국표준(치과)의료행위분류와 상대가치

둘째, 1997년 연구결과에 의한 것(1998년 2월 수정판 발간)과 1999년 대한의사협회의 상대가치 개정에 의한 것

셋째, 진료수가분류의 개편안과 상대가치

넷째, 2001년에 건강보험에서 적용하고 있는 진료수가분류와 상대가치

이들 중에서 의사업무량과 진료비용 상대가치를 각각 구분한 것은 1997년 연구결과에 의한 것이며 나머지는 구분이 되지 않고 있다. 2001년부터 시행된 상대가치점수의 가장 큰 문제점은 아이러니(irony)하게도 법[[12]](#footnote-12)에서 명시한 방법에 근거하여 산출한 상대가치가 아니라는 것이다. 2001년에 건강보험 행위 수가의 상대가치제도를 도입하면서 보건복지부는 2000년의 수가 금액에 55.4로 단순히 나눈 값을 상대가치점수로 고시하였기 때문에, 법에 명시한 것과 같이 행위에 소요되는 의사 업무량, 진료비용, 위험도를 반영하였다고 보기는 어렵다[[13]](#footnote-13).

**4) 상대가치점수의 변경내역**

1977년 7월 1일 의료보험을 처음 시작할 때 치과의사의 진찰료를 의사의 절반 금액으로 정했다가 1979.1.1 치과의사도 의사와 같은 진찰료를 인정하였다. 그리고 1984년 한방의료보험 시범사업을 할 때는 한의사의 진찰료를 의사·치과의사와 똑같이 책정하였었다.

그러다 2000.4.1 진찰료를 의과의원과 의과의원을 제외한 요양기관으로 2분화 하였다가 2000.9.1 초진료는 (1)의과의원은 4,300원에서 5,300원으로 1,000원 인상하고 재진료를 (1)의과의원 (2)병원, 종합병원, 종합전문요양기관 (3)치과의원, 한의원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 보건의료원으로 3가지 형태로 구분하여 (2)에 해당하는 병원은 3,700원에서 1,000원 인상한 4,700원으로 하고 (3)에 해당하는 치과, 한방, 요양병원, 보건의료원은 3,7000원을 동결하였다.

2001.1.1 불과 4개월만에 또다시 (1)의과의원 (2)병원, 종합병원, 종합전문요양기관, 요양병원, 보건의료원 (3)치과의원, 치과병원 (4)한의원, 한방병원으로 4가지 형태로 재분류하였다가 6개월만인 2001.7.1 의과를 “가, 나, 다”군으로 매우 복잡하게 분류하였다. (가)군에는 내과, 소아과, 가정의학과, 신경과, 정신과, 결핵과를, (나)군에는 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취통증의학과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기과, 재활의학과를, (다)군에는 진단방사선과, 방사선종양학과, 핵의학과, 진단검사의학과, 병리과, 산업의학과, 기타 전문과목, 전문의가 아닌 일반의사로 하였다. 이때 “가, 나, 다” 군을 의과의원뿐만 아니라 병원, 종합병원, 종합전문요양기관, 보건의료원, 요양병원, 치과대학부속병원까지 적용하고 요양기관을 (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학부속치과병원 (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 (6) 치과병원 (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과로 세분화하여 그야말로 초ㆍ재진 진찰료 차등화의 극치를 이루었다.

그러다가 건강보험 통합이후 보험재정 파탄으로 2002.4.1 보험수가를 평균 2.9% 인하하였으며, 이 때 진찰료를 매우 복잡하게 변경하였다. 진료영역을 4개의 군으로 세분화하고 한의원과 한방병원 근무 한의사를 제외하고는 진찰료를 모두 인상시켰다. 4개 군을 보면 가군(내과, 소아과, 가정의학과, 신경과, 정신과, 결핵과), 나군(외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취통증의학과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기과, 재활의학과), 다군(진단방사선과, 방사선종양학과, 핵의학과, 진단검사의학과, 병리과, 산업의학과, 기타 전문과목, 전문의가 아닌 일반의사, 치과:치과 요양기관에 설치된 치과에 한한다), 라군(응급의학과)이다. 이 때 평균 수가를 2.9% 인하하여 점수 당 단가를 55.4원에서 53.8원으로 낮추면서 의과의 경우 초진료의 점수를 적게는 25.0%에서 많게는 65.5%이상 올려주었고 재진료의 점수도 적게는 39.6%에서 많게는 58.4%이상 올려주었다. 이후 불과 8개월 후인 2003.1.1 상대가치 점수당 단가는 2001.1.1 수준인 55.4원으로 원상 회복시켜주는 대신 초ㆍ재진료의 점수를 의과 의원에만 8.7%씩 낮추었다.

2004.1.1 에는 의원급에 대해선 의사의 전문과목별로 구분한 가, 나, 다, 라군을 없애고 종전과 같이 통일시켰다. 불과 3년 만에 원상태로 돌아간 것이다. 복지부, 심평원, 보험공단(건강보험, 산재보험, 민간보험 등) 요양기관등의 혼선행정에 따른 행정, 전산 및 인건비용이 얼마나 소모되었는지 반성해 볼 과제이다.

2004.1.1 점수당 단가를 56.9원으로 하면서 의과 의원의 초진료 점수는 179.63점으로 나군은 동결되고 “다 및 라” 군은 3.8%인상되고 “가”군은 5.2% 인하되었으며 재진료 점수는 “나”군은 동결되고 “다 및 라”군은 5.4% 인하되고 “가”군은 7.1% 인하되었다. 2005.1.1 점수당 단가를 58.6원으로 인상하면서 점수당 단가로 초진료, 재진료는 각각 2.0%씩 인상시켰다.

<표 3-1> 상대가치점수변경내역

(단위 : 점)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 연도 | | 2001.1.1 | 2002.4.1 | 2003.1.1 | 2004.1.1 | 2005.1.1 | 2008.1.1 |
| 점수당 단가(원) | | 55.4 | 53.8 | 55.4 | 56.9 | 58.6 | 62.1~80.7 |
| 초진료 | 가군 | 151.62 | 207.58 | 189.52 | 179.63 | 183.22 | 188.11 |
| 나군 |  | 196.75 | 179.63 |  |  |  |
| 다군 |  | 189.53 | 173.04 |  |  |  |
| 라군 |  | 189.53 | 173.04 |  |  |  |
| 병원 |  | 203.97 |  |  |  | 208.86 |
| 종합병원 |  | 227.44 |  |  |  | 232.33 |
| 종합전문 |  | 250.90 |  |  |  | 255.79 |
| 치과의원 |  | 166.06 |  |  |  | 166.59 |
| 치과병원 |  | 178.70 |  |  |  | 179.23 |
| 한방 |  | 151.62 |  |  |  | 152.06 |
| 재진료 | 가군 | 95.67 | 151.62 | 138.43 | 128.54 | 131.11 | 134.47 |
| 나군 |  | 140.79 | 128.54 |  |  |  |
| 다군 |  | 133.57 | 121.95 |  |  |  |
| 라군 |  | 133.57 | 121.95 |  |  |  |
| 병원 |  | 148.01 |  |  |  | 151.37 |
| 종합병원 |  | 171.48 |  |  |  | 174.84 |
| 종합전문 |  | 194.95 |  |  |  | 198.31 |
| 치과의원 |  | 110.11 |  |  |  | 110.46 |
| 치과병원 |  | 122.74 |  |  |  | 123.09 |
| 한방 |  | 95.67 |  |  |  | 95.98 |

2006년 건강보험심사평가원 상대가치점수 연구개발단이 주관하고 대한의사협회 등 의·약계가 참여한 상대가치점수 개정연구결과에 따라 2008년도 상대가치점수가 초진료 뿐만 아니라 행위료까지 2001년도 시행이후 7년 만에 처음으로 일제히 조정되었다. 2008.1.1 처음으로 요양기관 유형별로 점수단가를 차등화하는 것이 요양급여비용 계약 당사자 간에 합의되어 의원 62.1원, 병원 및 종합병원이 62.2원으로 결정되었다.

<표 3-2> 무작위 추출한 일부 행위(수술 및 검사)의 점수 변경내역

(단위 : 점수)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 2001.1.1 | | 2009.1.1 | | 인상율(%) | |
| 점수 | 금액 | 점수 | 금액 | 점수 | 금액 |
| 점수당단가(원) |  | 55.4 |  | 63.4 |  |  |
| 백혈구수검사(나-105) | 10.65 | 590 | 10.54 | 670 | -1.03 | 13.56 |
| 당정량검사(나-371-나) | 22.56 | 1,250 | 22.25 | 1,410 | -1.37 | 12.8 |
| 수면뇌파검사(나-614-나-(18)) | 537.54 | 29,780 | 790.12 | 50,090 | 46.99 | 68.2 |
| 관절경검사(나-750) | 1,555.49 | 86,170 | 1,731.47 | 109,780 | 11.31 | 27.4 |
| 위장조영촬영(다-201) | 496.75 | 27,520 | 493.96 | 31,320 | -0.56 | 13.81 |
| 두부CT(다-245-가-(2)) | 1,307.86 | 72,455 | 1,351.02 | 85,650 | 3.30 | 18.21 |
| 피하주사(마-1) | 14.65 | 810 | 14.69 | 930 | 0.27 | 14.81 |
| 결막하주사(마-11) | 37.27 | 2,060 | 39.34 | 2,490 | 5.55 | 20.89 |
| 지주막하신경파괴술(바-31) | 629.66 | 34,880 | 785.38 | 49,790 | 24.73 | 42.75 |
| 전기자극치료(사-113) | 50.83 | 2,820 | 53.97 | 3,420 | 6.18 | 21.28 |
| 심층분석요법(아-1-다)  ※아-1-나 ⟶ 아-1-다 | 452.82 | 25,090 | 455.03 | 28,850 | 0.49 | 14.99 |
| 위절개술(자-251) | 3,426.55 | 189,830 | 3,628.99 | 230,080 | 5.91 | 21.20 |
| 충수절개술-단순(자-286-가) | 3,251.41 | 180,130 | 3,275.08 | 207,640 | 0.73 | 15.27 |
| 경피적신절석술(자-337-1) | 6,068.23 | 336,180 | 6,315.49 | 400,400 | 4.07 | 19.10 |
| 경동맥결찰술(자-467) | 1,573.65 | 87,180 | 1,622.73 | 102,880 | 3.12 | 18.01 |
| 경피적담석제거술(자-670) | 3,022.56 | 167,450 | 4,868.44 | 308,660 | 61.07 | 84.33 |
| 담낭절제술(자-738) | 6,165.01 | 341,540 | 6,497.75 | 411,960 | 5.40 | 20.62 |
| 췌십이지장절제술(위풀씨수술)  (자-757-가) | 15,434.99 | 855,100 | 22,589.89 | 1,432,200 | 46.36 | 67.49 |
| 역행성담췌관내시경적담석제거술-전기수압쇄석술시  (776-라-(2)) | 4,869.59 | 269.780 | 3,941.48 | 249,890 | -19.06 | -7.37 |
| 경피적담관경이용담석제거술  (자-777-나) | 1,964.08 | 108,810 | 2,020.21 | 128,080 | 2.86 | 17.71 |

상대가치점수는 계약제로 하지 않고 보건복지가족부가 조정하고 있는데 2008.1.1 현재 의원의 초진료는 188.11점, 병원은 208.86점, 종합병원 232.33점, 종합전문요양기관은 255.79점이다. 재진료는 의원은 134.47점, 병원은 151.37점, 종합병원은 174.84점, 종합전문요양기관은 198.31점이다. 2009년도는 2008년도 인상 조정된 상대가치점수 그대로 사용하고 있는 것이다.

상대가치점수는 요양급여비용 결정에 가장 기본적인 사항임에도 불구하고 보험수가 계약범위에 포함되지 않고 보건복지가족부장관이 건강보험정책심의위원회의 심의를 거쳐 정하도록 되어 있다. 그로 말미암아 2001년도 상대가치점수 도입 후에 수시로 상향 또는 하향 조정할 수 있는 권한을 가진 장관이 그간 부분적 조정을 함에 따라 상대가치점수에 문제가 많다는 비판이 제기되었다. 이에 정부는 2003년부터 2006년까지 상대가치 개정을 위한 연구를 수행하여 그 결과에 따라 2007년도 개정 작업을 하여 2008년 1월 1일자로 대폭 수정 보완하였다. <표 3-1>의 진찰료와 <표 3-2>의 무작위로 추출한 몇 가지 검사·수술행위의 점수 변경을 살펴보면 일정한 기준이 없이 보험수가를 조정한 구조적 문제점을 파악할 수 있을 것이다.

나. 우리나라와 미국의 상대가치의 차이

우리나라와 미국의 상대가치체계를 비교한 것이 <표 3-3>이다. 미국은 상대가치수가를 의사들의 비용에 대한 보상체계로 사용하는 반면, 우리나라는 병원비용을 포함한 전체 진료비용에 대한 보상체계로 사용되고 있는 점에서 큰 차이가 있다. 이렇게 된 이유는 미국 병원들은 의사들이 상주하는 것이 아니라 바깥에서 개업하면서 병원에는 attending하는 개방형 제도를 택하는데 반하여 우리나라는 모든 병원이 폐쇄형으로 병원 봉직의사들은 병원에 상근하기 때문이다. 따라서 attending 제도로 병원을 운영하는 미국에서는 진료비용 상대가치가 업무량 상대가치에 비해 적지만, 우리나라에서는 병원비용이 모두 상대가치로 보상되어야 하기 때문에, 전체 상대가치에서 진료비용 상대가치가 차지하는 부분이 상대적으로 클 수밖에 없다.

<표 3-3> 미국 상대가치체계와 우리나라 상대가치체계의 비교

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 구분 | 미국 Medicare 상대가치체계 | 우리나라 상대가치체계 |
| 단위  의료행위 | * CPT(Current Procedural Terminology) * HCPCS(Healthcare Common Procedure Coding System) * 12,693항목(2003년 기준) | * 건강보험 행위수가코드 * 4,379개(2003년 기준) |
| 적용부분 | * 의과에만 적용 | * 의과, 치과, 한방, 약국 모두에 적용 |
| 사용  목적 | * 개업의에 대한 진료수가 기준으로 사용 * 병원 진료시 의사서비스에 대한 보상 기준으로 사용(병원서비스에 대해서는 DRG로 별도 보상) | * 전체 병원 및 개업의(의원)의 진료수가 기준으로 사용 |
| 상대가치  구성요소 | * 의사업무량 상대가치 * 진료비용 상대가치 * 의료사고 위험도 상대가치 | * 단일 상대가치(상대가치 연구 시에는 의사업무량과 진료비용을 구분하여 계산하였지만, 이후 통합함) |

우리나라는 병원에 대한 보상이 상대가치체계에 포함되어 있기 때문에, 상대가치 결정 과정이 훨씬 더 복잡하다. 진료비용에 간호사나 의료기사 등 병원 인력들의 인건비가 포함되어야 하고, 병원의 고가 장비나 시설에 대한 보상이 포함되어야 하기 때문에 복잡한 원가 분석 방법론이 필요하다. 미국에서는 고려할 필요가 없었던 의료기관 종별 가산율도 우리나라 상대가치 체계에서는 고려되어야 할 사항이다.

또한 미국에서 상대가치체계는 의과에만 적용되고 있지만 우리나라에서는 의과뿐만 아니라 치과, 한방, 약국 부분에도 적용되고 있기 때문에 각 부분의 상대가치를 조정해야 하는 복잡한 과제도 가지고 있다.

다. 2003년 신상대가치의 개정작업

**1) 상대가치체계 개편 방향과 상대가치점수연구개발단 출범**

초기에 정한 상대가치수가제도의 여러 가지 문제점을 해결하기 위해 보건복지부는 ‘건강보험정책심의위원회’ 산하에 「상대가치운영기획단」을 두고 상대가치체계의 개선 방향을 검토하였으며, 상대가치운영기획단은 상대가치체계의 전면적인 개편을 위해 다음과 같은 3가지 개선 방향을 정하였다(건강보험심사평가원 상대가치개발단, 2006).

① 의사비용과 진료비용의 분리

② 치료재료의 비용 분리

③ 진료 위험도 반영

위와 같은 3가지 개선 사항을 반영한 상대가치를 2006년에 도입한다는 계획 하에 보건복지부는 2년에 걸친 연구용역을 추진하게 되었으며 건강보험심사평가원 내에 설치된「상대가치점수연구개발단」이 연구 사업을 수행하였다. 그리고 이 연구 결과를 반영하여 보건복지가족부에서 상대가치점수를 개정 고시하고 있다. 1차 연구와 2차 연구의 내용과 방법 등은 <표 3-4>에서 비교하였다.

<표 3-4> 상대가치연구의 비교

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1차 연구 | 2차 연구 |
| 점수 척도  (scale) | ‘골수천자(骨髓穿刺)’의 의사업무량의 상대가치를 100.0으로 하였을 때의 점수 척도 도출 | 현행 건강보험 재정 중립하에서의 점수 척도 도출 |
| 환산지수  (점수당 단가) | 결정된 점수 척도를 이용하여 환산지수 도출 | 현행 건강보험 환산지수를 유지하는 것을 전제함 |
| 원가 보상 수준 | 환산지수 비교를 통하여 추정됨 | 회계 조사 자료를 통하여 추정됨 |
| 연구기간 | 1995 - 1997 | 2003 - 2006 |
| 보완연구 | 1998년 1차 보완, 1999년 2차 보완 | 2007년 개정 |
| 시행 | 2001년 1월 | 2008년 1월 |

2차 연구에서는 현재의 건강보험재정을 중립으로 하고 점수 척도로 발표하였다. 1997년의 1차 연구에서는 ‘한국표준의료행위분류 3089.00 골수천자’의 의사업무량의 상대가치를 100.0으로 하여 이를 기준으로 진료비용 상대가치점수를 설정하고, 원가분석, 재정중립 등을 감안한 환산지수(점수당 단가)를 이후에 결정하는 방법을 취하였던 것과 대비된다.

**2) 연구사업의 개요**

① 의사 업무량 상대가치 개발

∘ 행위분류 검토 및 의사업무량 상대가치 개발

- 행위 정의 및 재분류 : 급여 및 비급여 행위들의 적응증, 실시방법, 전형적인 사례를 정의하고, 필요시 행위 재분류 안을 제시하도록 함

- 의사 업무량 상대가치 : 의사의 전문적인 노력에 대한 보상액으로 행위 시간과 강도를 고려해서 관련 단체에서 개발함

∘ 행위 정의 및 의사 업무량 개발의 개요

- 관련 단체에서 초안을 개발하고 연구개발단에서 타당성 평가와 조정을 하는 방식으로 진행

② 진료비용 상대가치 개발

∘ 진료비용 상대가치 개발 및 치료재료 비용 분리 방안 검토

- 진료비용의 구성 요소로써 행위 관련 직접비용의 분리

·인건비 : 의사 인건비(전공의 제외)를 제외한 임상인력에 대한 인건비

·재료비 : 별도 보상되지 않는 치료재료비(예 : 거즈, 솜붕대, 소공포 등)

·장비비 : 행위에 사용된 의료장비 감가상각비

- 진료비용의 구성 요소로써 행위 관련 간접비용 : 행정인력 인건비, 사무용품비, 기타 비용(통신비, 전기료, 건물 감가상각비 등)

∘ 진료비용 상대가치 개발 개요

- 대표성 있는 다수의 기관을 대상으로 조사한 기관 단위 진료비용을, 전문가 패널에서 구축한 직접비용 자료를 이용해서 행위별로 배부하여 진료비용 상대가치를 결정함

- 이렇게 결정되는 진료비용 상대가치의 타당성을 평가하기 위해 소수의 표본기관을 대상으로 진료비용 상세조사를 실시함

∘ 기관단위 진료비용 조사

- 대표성이 있는 다수의 기관을 대상으로 기관단위 진료비용과 행위빈도 조사를 수행함

- 표본기관 비용 상세조사: 소수의 표본기관을 대상으로 원가 중심점(cost center)을 세분화하여 행위별 진료비용을 추정함

∘ 행위별 직접비용 자료 구축

- 진료비용 상대가치의 합리적 산정을 위해, 각 행위별로 직접비용 항목을 구체적으로 명시하고자 함

- 행위별 직접비용 자료는 각 행위를 수행하는데 필요한 임상인력 사용 시간, 의료장비 비용, 치료재료 비용으로 구성되며, 표본기관 조사와 임상전문가 패널조사를 통해서 구축함

- 임상전문가 패널은 진료영역별로 18개 분과패널과 1개의 조정패널로 구성하여, 의사뿐만 아니라 관련 임상인력을 참여시킴

∘ 치료재료 비용 분리 방안 검토

- 행위에 포함되어 별도 보상되지 않는 치료재료를 분류하고, 행위별 직접비용 자료 구축을 통해서 각 행위 수행에 사용되는 치료재료의 가격과 사용량을 파악함

- 행위에 포함된 치료재료 중에서 별도 보상이 필요한 치료재료를 구분하고, 진료비용 상대가치를 조정함

∘ 행위별 진료비용 배부 및 조정

- 구축된 직접비용 자료는 기관 단위로 조사된 직접비용을 행위별로 배분하는 기준으로 사용될 예정이며, 또한 업무량 상대가치와 함께 간접비용 배분에도 활용될 예정임

- 표본기관 비용 상세 조사를 통해서 산출된 행위별 진료비용은 행위별 직접비용 자료와 기관 단위 비용 조사를 통해서 산출된 결과의 타당성을 검증하는데 활용함

③ 위험도 상대가치 개발

∘ 의료사고 빈도나 관련 비용 조사를 기초로 진료과별 위험도를 추정

∘ 행위별로 진료과목별 위험도를 빈도 가중 평균하여 행위별 위험도를 결정

∘ 공청회 등 의견수렴 과정을 거쳐 배정 가능한 위험도 상대가치 총점을 결정

∘ 위험도 상대가치 총점을 위험도에 따라 행위별로 배분하여 최종적인 '행위별 위험도 상대가치’를 결정

**3) 연구사업의 추진경과**

① 행위 정의 및 의사업무량 상대가치 개발

∘ 2003. 10. 13 - 2004. 6. 15 : 연구용역 수행(대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사회)

∘ 각 단체별 연구용역을 통해 의과, 치과, 한방, 약국과 관련된 5,000여개 행위 정의와 의사업무량, 그리고 개선이 필요한 행위분류에 대한 의견을 받음

∘ 이후 행위 재분류를 위한 의견 조정을 하였고, 연구 차원에서 사용할 행위분류를 확정

② 진료비용 상대가치 개발

∘ 기관 단위 비용 조사(의료기관 회계조사)

- 2003. 12. 19 - 2005. 1. 19 : 연구용역 수행(서울대학교 경영연구소)

- 2005. 7. 19 : 기관 단위 진료비용 2차 자문회의를 개최하고, 상대가치점수 계산에 사용할 기관 단위 비용을 최종적으로 결정

<표 3-5> 기관단위 비용 조사 목표 및 조사완료 기관수

(단위: 개소)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 병원 | 의과의원 | 치과의원 | 한방의원 | 약국 |
| 최종 목표 조사기관수 | 50 | 100 | 50 | 50 | 50 |
| 조사 완료된 의료기관 수 | 23 | 104 | 56 | 79 | 46 |

∘ 행위별 직접비용 자료 구축

- 2004.7.24 : 임상전문가패널(Clinical Practice Expert Panels : CPEP) 구성 : 230여명의 의사, 간호사, 의료기사 등 임상인력들이 참여하여 18개 분과패널을 구성

- 2005.6 - 10 : 9차에 걸친 조정패널 회의를 개최하여 전체 행위에 대한 직접비용 자료 조정

∘ 표본 기관 상세 조사

- 2004. 9. 23 : 의료비용 상세조사를 위해, 서울 소재 8개 대형병원을 대상으로 진료부서별 비용과 행위빈도자료를 병원협회에 용역을 의뢰

- 2005. 4 - 10 : 보고 결과 정리 및 검토 완료

∘ 장비 및 치료재료 가격 조사

- 2004. 6. 25 - 12. 30 : 치료재료 및 장비 비용 산정을 위해 의료기기협회에 용역을 의뢰하여 재료 및 장비 가격 조사를 실시

- 2005. 1 - 8 : 일차 보고 자료와 5개 병원 가격 자료, 분과패널 의견을 참조하여 직접비용 자료에 사용할 가격 확정

∘ 직접비용 자료 검증을 위한 시간 조사

- 2005. 8. 11 - 9. 11 : 수술 시간의 객관적 검증을 위해 38개 종합전문요양기관의 4,267건의 의무기록을 조사 완료(대한의무기록협회가 수행함)

- 2005. 9 - 10 : 73개 의료기관을 방문하여 총 157건의 행위를 직접 관찰

③ 위험도 상대가치 개발

∘ 2004. 4. 27 : 연세대학교 의료법윤리학연구소에 연구용역을 의뢰

∘ 2005. 6 - 10 : 연구 결과 보완 및 행위별 위험도 상대가치 계산

④ 상대가치점수 초안 발표 및 조정

∘ 2005. 12. 16 : 상대가치점수 초안 발표

∘ 2006. 7. 10-24 : 진료과별 최종 조정 작업

**4) 연구사업의 기초 연구 결과**

① 행위 정의 및 (의사)업무량 상대가치

∘ 본인일부부담 행위, 전액본인부담행위, 비급여 행위 등 총 5,908개의 행위들의 적응증, 실시방법, 전형적인 사례 등에 관한 자료를 구축하였음

<표 3-6> 행위 정의를 한 행위 수

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 본인일부부담행위 | 전액본인부담행위 | 비급여 행위 | 신설 행위 | 계 |
| 의과 | 3,875 | 394 | 608 | 64 | 4,941 |
| 치과 | 199 | 23 | 471 | 2 | 695 |
| 한방 | 121 | 17 | 18 | 111 | 267 |
| 약국 | 5 |  |  |  | 5 |
| 총계 | 4,200 | 434 | 1,097 | 177 | 5,908 |
| 주: 1) 한방 제출 행위 수 중 양방과 중복된 행위 수는 제외함  2) 비급여 행위 중 일부 행위는 분류만 되어 있고 행위 정의는 되어 있지 않은 상태임 | | | | | |

② 진료비용 상대가치

∘ 기관별 비용 및 빈도 자료 구축 : 총 320개 기관의 자료를 수집하였으나, 빈도자료를 알 수 없는 서면청구 기관과 극단적 비용자료를 보이는 기관을 제외하여 최종적으로 296개 기관의 자료를 사용

∘ 진료부서별 비용 및 빈도 자료 구축 조사

- 6개 대학병원의 자료를 수집하였으나, 1개 병원을 제외한 5개 병원의 자료를 사용(1개 병원은 분석이 완료되지 못해서 1차 자료 분석에서는 제외)

∘ 행위별 직접비용 자료 구축

- 5,158개(일부 부담 및 100/100 본인부담) 행위들의 직접비용 자료를 아래와 같은 양식으로 구축함

∘ 입원료, 진찰료 직접비용자료 구축

- 진찰료, 입원료의 경우 개별 행위별로 직접비용을 작성하는 것이 어렵기 때문에, 진료부서(cost center), 즉 외래진찰실이나 1개 병동을 단위로 하여 1개월을 기준으로 직접비용 자료를 구축한 다음, 진찰횟수나 입원일수로 나누어 행위 건당 직접비용 자료를 구축

- 4개 병원 조사(종합전문 3개, 종합 1개)를 통해서 연구개발단에서 작성한 직접비용 자료 초안을 임상전문가패널의 검토 과정을 거쳐서 최종 직접비용 자료를 구축

- 집중치료실은 2개의 종합전문요양기관과 1개 종합병원 자료를 조사하여 직접비용 자료를 구축

- 무균치료실은 2개 종합전문요양기관 자료를 조사하여 직접비용 자료를 구축

- 신생아실은 3개 종합전문요양기관 자료를 조사하여 직접비용 자료를 구축

- 옥소치료실은 1개 종합전문요양기관 자료를 조사하여 직접비용 자료를 구축

<표 3-7> 기관별 비용 및 빈도 자료 구축 기관 수

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 종별구분 | 최초수집 | 서면청구제외 | 극단치 제외 | 최종 사용 기관수 |
| 종합전문 | 5 |  | 1 | 4 |
| 종합병원 | 14 | 3 | 2 | 9 |
| 병원 | 16 | 5 | 3 | 8 |
| 병원전체 | 35 | 8 | 6 | 21 |
| 의원 | 104 | 5 | 1 | 98 |
| 치과 | 56 |  | 3 | 53 |
| 한방 | 79 | 1 |  | 78 |
| 약국 | 46 |  |  | 46 |
| 합계 | 320 | 14 | 10 | 296 |

③ 위험도 상대가치

- 연구용역을 통해 진료과목별로 의료사고 해결비용을 조사하였고, 이를 의사수로 나누어서 의사1인당 해결비용을 도출하였음

- 의사1인당 의료사고 해결비용이 가장 낮은 진단검사의학과를 기준으로 각 진료과별 위험도(risk factor)를 추정한 결과 신경외과가 192.6으로 가장 높은 값을 보였음

<표 3-8> 진료과별 위험도(2003년 기준)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 진료과목 | 진료과별  의료사고 해결비용(원) | 의사1인당  의료사고 해결비용(원) | 진료과별위험도  (risk factor) |
| 신경외과 | 22,222,326,893 | 13,164,886 | 192.6 |
| 흉부외과 | 8,704,235,910 | 10,589,095 | 154.9 |
| 산부인과 | 46,939,999,070 | 9,440,869 | 138.1 |
| 정형외과 | 23,224,394,684 | 6,066,979 | 88.8 |
| 외 과 | 21,475,688,147 | 4,602,591 | 67.3 |
| 안 과 | 7,702,168,119 | 3,826,214 | 56.0 |
| 신 경 과 | 3,359,874,358 | 3,376,758 | 49.4 |
| 소 아 과 | 14,520,158,775 | 3,325,735 | 48.7 |
| 성형외과 | 3,792,138,895 | 3,200,117 | 46.8 |
| 응급의학과 | 1,512,925,880 | 3,106,624 | 45.5 |
| 내 과 | 25,366,068,982 | 2,740,796 | 40.1 |
| 피 부 과 | 2,220,267,851 | 1,630,153 | 23.9 |
| 이비인후과 | 3,752,842,119 | 1,448,415 | 21.2 |
| 마 취 과 | 2,888,313,044 | 1,087,467 | 15.9 |
| 비뇨기과 | 1,709,409,761 | 972,361 | 14.2 |
| 기 타 | 982,419,403 | 843,278 | 12.3 |
| 정 신 과 | 1,532,574,268 | 808,746 | 11.8 |
| 가정의학과 | 2,947,258,209 | 700,561 | 10.3 |
| 재활의학과 | 589,451,642 | 672,123 | 9.8 |
| 방사선종양과 | 157,187,104 | 551,534 | 8.1 |
| 진단방사선과 | 373,319,373 | 182,820 | 2.7 |
| 일 반 과 | 451,912,925 | 152,983 | 2.2 |
| 진단검사의학과 | 39,296,776 | 68,342 | 1.0 |
| 의과 전체 | 196,483,880,576 | 3,468,750 |  |
| 치과 | 4,327,744,683 | 313,289 |  |
| 한방 | 8,035,643,684 | 851,053 |  |
| 약국 | 3,212,332,326 | 119,364 |  |

**5) 신상대가치점수 도출 과정**

① 상대가치점수 도출 원칙

∘ 의사업무량 상대가치는 전문가 단체가 제시한 값을 사용. 단 조정 과정에서 진료과별 업무량 총점 고정 하에서 일부 행위들의 의사업무량을 수정

∘ 진료비용 상대가치는 임상전문가패널에서 구축한 행위별 직접진료 비용에 의해 결정

∘ 각각 구해진 의사업무량과 진료비용은 의료기관 회계조사에서 조사된 의사비용과, 진료비용을 이용해서 단일한 척도로 통합

- 의사비용은 의사(전공의 및 수련의 제외) 인건비와 의사 인건비에 대응하는 간접비로 함

- 진료비용은 의사를 제외한 기타 임상인력 인건비(전공의 및 수련의 포함), 재료비, 장비비 등 직접 진료비용과 이와 대응하는 간접비로 함

|  |
| --- |
| 의사비용 = 의사 인건비 총액 + 전체 간접비 × 의사 인건비 / (의사 인건비 + 직접진료비용)  진료비용 = 직접진료비용 총액 + 전체 간접비 × 직접진료비용/(의사 인건비 + 직접진료비용) |

∘ 현행 상대가치 총점을 부문별로 고정한 상태에서 신상대가치를 계산. 단 기본진료(진찰료, 입원료 등)는 현행 점수를 유지

∘ 위험도 상대가치는 총점 고정과는 무관하게 별개로 계산함. 즉 위험도 상대가치만큼 상대가치 총점이 증가

∘ 기존 행위수가 포함 재료의 별도 보상 시는 이에 상응하는 상대가치점수를 총점에서 체감. 단 비보험 재료의 별도보상으로 인한 상대가치 총점 체감은 하지 않음

② 상대가치점수 도출 과정

∘ 1단계 : CPEP 직접비용자료에서 별도보상 검토 재료 제외

- 연구개발단에서 '별도보상 검토 재료’로 선정한 재료는 직접비용 자료에서 제외

∘ 2단계 : 행위별 원가 계산

- 기관별 회계조사에서 조사된 비용자료를 이용해서, 의사업무량과 CPEP 직접비용을 원가로 변환하는 지수를 계산

- 도출된 변환지수를 이용해서 아래와 같이 행위별 원가를 산출

|  |
| --- |
| * + - 1. 행위별 원가 = 의사비용 + 임상인력 인건비 + 재료비 + 장비비 + 간접 진료비용 + 위험도 관련 비용 |

∘ 3단계 : 진료과별 상대가치 총점 고정 하에서 상대가치점수 도출

- 의사업무량 상대가치

· 의사업무량 대응 비용이 전체 비용에서 차지하는 비율은 36.8%로 조사됨

· 현행 상대가치 총점(행위포함 별도보상검토 재료비용 제외)에 의사업무량 대응 비용 분율을 곱하여, 의사업무량 총점을 추정

· 계산된 의사업무량 총점을 의협에서 제출한 의사업무량에 따라서 행위별로 배분하여 행위별 의사업무량 상대가치를 계산

- 진료비용 상대가치

· 진료과별로 현행 상대가치 총점(행위포함 별도보상검토 재료비용 제외)에서 상기와 같이 결정된 진료과별 의사업무량 총점을 차감하여 진료과별 진료비용 상대가치 총점을 계산

· 진료비용 상대가치 총점을 2단계에서 구한 진료비용 원가(= 임상인력 인건비 + 재료비 + 장비비 + 간접 진료비용)에 따라 배분하여 행위별 진료비용 상대가치 계산

- 위험도 상대가치

· 위험도 상대가치는 행위별 의료사고 비용을 2003년 환산지수(55.4)로 나눈 다음, 종별 가산으로 인한 증가율을 보정하여 구함

· 기본진료 항목(진찰료, 입원료 등)은 현행 상대가치점수를 유지하되, 의사업무량 상대가치는 상기와 같이 계산하여 결정하고, 진료비용 상대가치는 현행 상대가치점수에서 의사업무량 상대가치를 빼서 구함

∘ 별도 보상 검토 치료재료 금액 계산

- 별도보상 검토 치료재료는 성격에 따라, 비보험 환자부담 재료와 행위 포함 재료로 구분하고, CPEP에서 제출한 금액을 행위별로 계산

· 비보험 환자부담 재료 : 행위수가로는 보상이 불충분하여 의료기관에서 환자에게 재료비용을 직접 청구하는 재료(임의비급여재료)나 환자에게 비용을 별도 청구하지 않고 병원이 비용을 부담하는 재료(병원부담재료)

· 보험 행위수가 포함 재료 : '비보험 환자부담’과 대응되는 경우로, 환자에게 재료비용을 별도로 청구하지 않고 행위수가로 비용을 충당하는 재료

- 2단계에서 구한 재료비용 변환지수(0.37)를 이용해서 CPEP 금액을 실제금액으로 환산

- 행위 포함 재료는 추정된 실제금액을 2005년 환산지수로 나누어서 상대가치점수로 변환한 다음, 현행 상대가치 총점에서 차감

- 비보험 환자부담 재료(임의비급여 재료)의 별도 보상으로 인한 상대가치 총점 차감은 하지 않음

**6) 신상대가치 도출 결과**

∘ 부문별, 진료과별 상대가치총점 변화

- 부문별로 상대가치총점을 고정하였지만, 위험도 부분은 부가적으로 처리하였기 때문에 상대가치총점의 소폭 증가가 있었음

- 상대가치총점에서 차감한 기존행위수가 포함. 별도보상검토재료비를 함께 고려할 경우 의과의 경우 1.8%, 치과는 0.5%, 한방은 0.9%, 약국은 0.2%의 상대가치총점 증가가 있었음

- 상대가치총점 차감 없이 별도보상으로 검토한 기존 비보험 재료비는 의과의 전체 총점의 2.1%, 치과는 13.0%, 한방은 5%이었음

<표 3-9> 부문별 상대가치 도출 결과

(단위 : 백만점, %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 기존 상대가치 총점(A) | 신상대가치  총점(B) | 변화율  (B/A) | 별도보상검토재료비-기존행위수가포함,상대가치점수변환(C) | (B+C)/A | 별도보상검토재료비-기존비보험, 상대가치점수변환(D) | 기존 총점 대비 비율  (D/A) |
| 의과 | 192,524 | 196,458 | 102.0% | 367 | 102.2% | 3,020 | 1.6% |
| 치과 | 16,205 | 16,641 | 102.7% | 36 | 102.9% | 1,535 | 9.5% |
| 한방 | 15,934 | 16,077 | 100.9% | 0 | 100.9% | 790 | 5.0% |
| 약국 | 31,024 | 31,080 | 100.2% | 0 | 100.2% | 0 | 0.0% |
| 주: 1) 별도보상검토재료비\_기존행위수가포함 : 기존의 행위료에 포함되어 있던 재료들 중, 별도 보상이 필요하다고 검토된 재료비용(해당 비용만큼 행위 상대가치총점에서 차감)  2) 별도보상검토재료비\_기존비보험 : 행위수가로는 보상이 되지 않아서 환자에게 직접 비용을 부담시킨 재료 | | | | | | | |

∘의과의 상대가치

- 의과의 경우 진료과별로 상대가치총점을 고정하였지만, 부가적으로 처리한 위험도 상대가치로 인해 산부인과의 경우 110.7%, 흉부외과의 경우 110.6%, 신경외과의 경우 109.8% 상대가치총점이 증가하였음(기존행위수가포함 별도보상검토재료 포함)

- 기존 비보험 별도보상검토재료는 정형외과가 21.6%로 가장 많았고, 안과 19.3%, 비뇨기과 16.0% 순이었음

<표 3-10> 의과 진료과별 상대가치 도출 결과

(단위 : 백만점, %)

| 진료과 | 기존상대가치 총점(A) | 구성비  (%) | 신상대가치 총점(B) | B/A  (%) | 별도보상검토재료\_기존행위수가포함(C) | (B+C)/A  (%) | 별도보상검토재료\_기존비보험(D) | D/A  (%) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 기본진료\_기타 | 1,939 | 1.01 | 1,954 | 100.8 | 0 | 100.8 | 0 | 0.0 |
| 기본진료\_약국 | 1,085 | 0.56 | 1,085 | 100.0 | 0 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| 기본진료\_입원 | 24,549 | 12.75 | 24,763 | 100.9 | 0 | 100.9 | 0 | 0.0 |
| 기본진료\_진찰 | 76,381 | 39.67 | 78,294 | 102.5 | 0 | 102.5 | 0 | 0.0 |
| 내과 | 10,266 | 5.33 | 10,730 | 104.5 | 2 | 104.5 | 148 | 1.4 |
| 마취과 | 4,686 | 2.43 | 4,954 | 105.7 | 1 | 105.7 | 420 | 9.0 |
| 방사선종양학과 | 1,226 | 0.64 | 1,229 | 100.2 | 0 | 100.2 | 0 | 0.0 |
| 병리과 | 1,066 | 0.55 | 1,067 | 100.1 | 0 | 100.1 | 0 | 0.0 |
| 비뇨기과 | 1,546 | 0.80 | 1,526 | 98.7 | 37 | 101.1 | 62 | 4.0 |
| 산부인과 | 2,088 | 1.08 | 2,291 | 109.7 | 36 | 111.5 | 144 | 6.9 |
| 성형외과 | 144 | 0.07 | 143 | 99.1 | 7 | 104.3 | 2 | 1.0 |
| 소아과 | 40 | 0.02 | 41 | 103.6 | 0 | 104.2 | 0 | 0.3 |
| 신경과 | 741 | 0.38 | 763 | 103.0 | 0 | 103.0 | 0 | 0.0 |
| 신경외과 | 1,030 | 0.54 | 1,110 | 107.7 | 25 | 110.2 | 108 | 10.5 |
| 안과 | 3,848 | 2.00 | 3,954 | 102.7 | 14 | 103.1 | 690 | 17.9 |
| 약국 | 1,201 | 0.62 | 1,201 | 100.0 | 0 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| 영상의학과 | 10,488 | 5.45 | 10,692 | 101.9 | 0 | 101.9 | 58 | 0.6 |
| 외과 | 2,581 | 1.34 | 2,639 | 102.3 | 85 | 105.5 | 465 | 18.0 |
| 응급의학과 | 103 | 0.05 | 106 | 103.3 | 0 | 103.3 | 0 | 0.0 |
| 의과공통 | 12,004 | 6.23 | 12,186 | 101.5 | 68 | 102.1 | 0 | 0.0 |
| 이비인후과 | 2,480 | 1.29 | 2,489 | 100.4 | 11 | 100.8 | 256 | 10.3 |
| 재활의학과 | 6,939 | 3.60 | 6,970 | 100.4 | 0 | 100.4 | 0 | 0.0 |
| 정신과 | 2,843 | 1.48 | 2,855 | 100.4 | 0 | 100.4 | 0 | 0.0 |
| 정형외과 | 2,910 | 1.51 | 2,975 | 102.2 | 52 | 104.0 | 625 | 21.5 |
| 진단검사의학과 | 17,426 | 9.05 | 17,427 | 100.0 | 0 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| 피부과 | 500 | 0.26 | 494 | 98.9 | 11 | 101.1 | 7 | 1.4 |
| 핵의학과 | 1,658 | 0.86 | 1,683 | 101.5 | 0 | 101.5 | 0 | 0.0 |
| 흉부외과 | 757 | 0.39 | 836 | 110.4 | 17 | 112.6 | 35 | 4.6 |
| 총 합계 | 192,524 | 100.00 | 196,458 | 102.0 | 367 | 102.2 | 3,020 | 1.6 |

∘ 위험도 상대가치 연구 결과

- 상대가치총점 고정 시 위험도 상대가치를 별도로 처리하였고, 이로 인해 약 37억 점(2003년 기준) 가량의 위험도 관련 총점이 증가하였음

- 위험도 상대가치를 총점 고정과는 무관하게 별도로 산정한 것은 종전의 상대가치연구에서는 의료사고 관련 비용이 미미하였던 반면, 이번 연구에서는 2,000억원 가량의 의료사고 관련비용이 조사되어, 의료환경 변화에 따른 비용 증가로 판단하였음. 따라서 37억 점의 상대가치점수를 추가하였음

- 또한 진료과별로 상대가치총점을 고정한 상태에서 진료과별로 서로 다른 위험도 상대가치를 반영하기 위해서는 부가적으로 상대가치를 더해 주는 방법밖에 없었기 때문임. 전체 총점을 고정한 상태에서 위험도를 반영하는 경우, 위험도가 높은 진료과의 점수를 상향 조정하기 위해서는 다른 진료과의 점수를 하향 조정할 수밖에 없기 때문에, 진료과별 상대가치 총점 고정이라는 원칙과는 맞지 않게 됨

- 위험도 상대가치 반영으로 인한 상대가치 총점 증가는 바로 재정 증가로 이어지는 것은 아니며, 환산지수 조정 시 의료사고 비용 인정 폭에 대한 재논의 과정을 거칠 필요가 있음

<표 3-11> 2003년 상대가치 총점 대비 위험도 총점 비율

(단위 : %, 점)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 2003년 상대가치 총점(A) | 위험도 총점(B) | B/A(%) |
| 의과 | 192,777,977,452 | 3,467,211,945 | 1.8 |
| 치과 | 16,204,625,676 | 77,307,271 | 0.5 |
| 한방 | 15,933,738,979 | 143,636,963 | 0.9 |
| 약국 | 31,023,564,723 | 56,784,465 | 0.2 |
| 합계 | 254,231,798,679 | 3,744,940,644 | 1.5 |

∘ 행위수가포함 치료재료 별도 보상 검토 결과

- 기존 비보험 재료가 411품목, 기존 행위수가 포함재료가 229품목이 되었음

- 상기재료가 별도보상이 될 경우 기존 비보험재료는 CPEP제출 비용 기준으로는 9,284억원, 회계조사에 따른 변환지수를 적용한 실제 비용 추정액은 3,580억원 정도였음

- 별도보상검토재료 중 기고시 품목은 기준 개선만 의뢰하면 되지만, 미등재 품목이고, 급여대상일 경우 해당 재료의 등재가 선행되어야 함

- 미등재 품목이라도 비급여 대상일 경우, 등재 절차는 필요하지 않고 기준개선만 함

- 연구개발단에서 별도보상이 필요하다고 검토한 일부 품목(내시경 관련 재료)의 경우 2006년 6월 1일부터 별도 보상 되고 있음

- 상대가치점수연구개발단에서 별도보상으로 검토한 재료들을 재료의 성격에 따라서 아래와 같이 구분하고, 별도 보상여부 및 처리방향을 재조정

<표 3-12> 치료재료 성격에 따른 별도보상 여부 결정

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 환자 상태에 따른 동일 행위 내 사용량 편차 | 동일목적 재료의 가격 편차 | 별도보상 여부 |
| 필수재료주1) | 적다 | 적다 | 별도보상 안 함주2) |
| 적다 | 크다 | 별도보상 안 함주2)  (장기적으로 보험에서 부담하는 일정 가격 재료와의 차액을 환자가 부담하는 방식으로 개선) |
| 크다 | 적다 | 비급여로 별도 인정하거나  별도보상 함주3) |
| 크다 | 크다 |
| 선택재료주1) | 크다 | 적거나 크다 |
| 주1) 필수재료와 선택재료 구분  필수재료 : 행위 수행을 위해서는 반드시 필요한 재료  선택재료 : 환자의 편의나 치료결과 향상을 위해서 사용하는 재료로서 사용하지 않더라도 행위수행에 지장이 없는 재료  주2) 별도보상으로 검토한 기존 비보험 재료를 행위수가에 포함시킬 경우에는 해당하는 재료비용만큼 상대가치 총점을 증가시킴  주3) 일부 행위에서만 별도보상하는 기고시 재료나, 유사 재료가 급여로 등재되어 있을 경우 급여 별도보상으로 검토하고, 나머지는 비급여 별도 인정으로 검토 | | | |

**7) 상대가치 개정작업의 의의와 한계**

∘ 상대가치 개정작업의 한계

- 작업의 가장 큰 목적은 현실을 반영한 객관적인 상대가치점수를 도출하여 상대가치체계의 불균형으로 인한 의료 왜곡을 시정하는 것임

- 그러나 급여수가가 전체적으로 소요된 비용에 미치지 못하는 상황에서, 상대적으로 비용이 낮다고 하여 상대가치를 하향 조정하기는 사실상 어려웠음. 즉 상대적으로 다른 행위들에 비해서는 상대가치가 높지만 여전히 수가가 소요 비용 미만인 행위의 상대가치를 하향 조정하는 것은 사실상의 수가 인하이기 때문에 해당 진료과에서는 수용할 수 없었음

- 상대가치연구를 위해 120개 병원 및 의원급 의료기관을 대상으로 실시한 의료기관 회계조사 결과, 급여 행위는 들어간 비용에 비해 수입이 적고, 반대로 비급여 행위는 들어간 비용에 비해 수입이 큰 것으로 나타남. 즉 급여에서 모자라는 비용을 비급여로 보충하고 있는 구조를 가지고 있는 것으로 나타남

- 비급여가 진료과별로 큰 차이를 보이는 상황에서 원가 미만의 급여 행위에 대한 큰 폭의 상대가치 조정은 경우에 따라서는 진료과별 수입 격차를 더 심화시키는 방향으로 작용할 수도 있음

- 또한 수십만 줄에 해당하는 방대한 자료를 짧은 기간에 구축하면서, 진료과별 조정이 충분하지 못하였고, 작성 오류에 대한 충분한 검증이 이루어지지 못하였음. 이로 인해 기초 자료인 의사업무량과 직접비용 자료가 안정적으로 구축되었다고 보기 어려움

- 위와 같은 상황과 기초 자료의 불안정성으로 인해 1차 연도에는 진료과별 상대가치 총점을 고정하고, 5년간에 걸친 단계적 도입을 제안하였음

주) 실거래가로 보상되는 있는 약제 및 치료재료는 제외하고 분석한 결과임(2003년 기준)

<그림 3-3> 우리나라 의료기관의 급여 및 비급여의 수입-비용 구조



∘ 위와 같은 한계에도 불구하고, 이 연구는 아래와 같은 성과가 있었음

첫째, 행위 정의를 명확하게 하고, 행위 정의에 따른 의사업무량 및 직접비용 자료를 구축하여 상대가치의 객관적인 근거자료를 확보하였음. 초기 연도 자료는 불완전하지만, 향후 지속적인 보완을 통해서 상대가치 결정 및 관리의 일대 혁신을 마련할 수 있는 토대가 될 수 있음

둘째, 현재 하나로 합쳐져 있는 상대가치를 의사업무량과 진료비용으로 분리하였고 위험도 상대가치를 신설하였음. 의사업무량과 진료비용의 분리는 향후 개방병원제 도입이나 지불보상제도 개혁을 용이하게 할 수 있으며, 위험도 상대가치 신설은 의료사고 관련 비용의 적정 보상을 위한 출발점이 될 것임

셋째, 행위에 포함시키기 어려운 치료재료를 별도로 분리하여 명시하였음. 특히 기존에 환자부담으로 임의 처리되는 재료를 별도 보상으로 처리하여 환자의 실질적인 의료비 경감뿐만 아니라 치료재료 관리기전의 투명화로 치료재료와 관련된 요양기관과 보험자간 갈등을 상당부분 해소할 수 있을 것임

넷째, 진료과목 내 수가불균형이 심하던 행위의 상대가치점수를 조정하고 행위분류 개선이 필요한 일부 행위를 재분류하였음. 이를 통해 비용과 수가의 비정상적인 차이로 인해 발생하는 의료 왜곡을 최소화하여 양질의 의료가 합리적으로 제공될 수 있는 기반을 조성하였음

<표 3-13> 현행 상대가치 및 신상대가치 비교

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 구 분 | 현행 상대가치 | 신 상대가치 |
| 행위료에 포함되는 비용 범위 | 행위료에 포함되는 업무나 재료비용에 대해 논란이 있음 | 행위정의를 통해 행위료에 포함되는 업무나 재료비용을 명확하게 함 |
| 의사업무량/진료비용 구분 | 구분 없음 | 의사업무량과 진료비용을 별도로 구분하여 명시 |
| 의료사고 위험도 | 별도로 구분 안 됨 | 행위별 위험도 상대가치를 별도로 계산 |
| 치료재료 | 행위료로 충분히 보상이 되지 않는 재료비용이 비보험 형태로 존재 | 비보험 재료나 기타 별도보상이 필요한 재료를 분리하여 상대가치점수를 도출함 |

DRW0001976c1142

1. 보험수가 인상과 물가 관리

의료보험수가 인상조정은 거의 매년 하고 있다. 이에 따라 매년 개정되다시피 하는 의료보험수가기준은 의학 및 의료기술의 발달로 인한 종전 수가 항목의 개편과 신설이 주요 내용이 된다. 수가 항목의 개편이나 신설을 할 경우, 관련 학회의 의견을 최대한 반영하였다.

그러나 관련단체나 관계부처 협의과정에서 가장 어려웠던 부분이 경제기획원과의 협의과정이었다. 의료보험진료수가가 공공요금과 같이 취급받으므로 소비자물가 가중치에 적용을 받는 조사대상 품목으로 진찰료 등이 선정되었기 때문이다. 소비자물가 가중치에 적용받는 조사대상 품목은 경제기획원 물가정책국에 의하여 5년마다 조정되었다. 소비자물가 조정 품목 가중치표의 가중치 범위 산출내역과 품목별 가중치 부여 방법은 다음과 같았다.

가. 가중치 모집단(1990년 기준)

도시가계조사의 가구당 연평균 소비 지출액을 기초로 도시가계의 소비지출항목 중 가격조사가 곤란한 종교관계비, 경조비, 회비 및 기타 교제비를 제외하고, 도시가계소비지출에 포함되지 않는 전세평가액과 월세의 보증금 평가액을 추가하여 가중치 모집단을 산출하였다.

나. 품목별 가중치 부여방법

의료수가와 관련된 품목별 가중치는 다음과 같다. 1990년 기준으로 보건의료서비스의 가중치는 25.5이며 그 중에서 진찰료 9.1, 입원료 1.7, 분만료 5.0, X-RAY 촬영료 1.5, 병원검사료 2.6, 주사료 4.5, 한방진찰료 0.9, 한방침료 0.2이다. 이 수치는 1985년에 비하여 47.85%가 낮추어진 것이다.

의료보험수가 인상률이 소비자물가 가중치에 미치는 영향을 보면 다음과 같다. 1993년 3월 1일부로 의료보험수가를 5.0% 인상시키면 보건의료서비스의 물가영향기여도는 0.11이 된다. 그러나 모든 의료보험수가는 소비자물가가 아닌 경제기획원 물가정책국에서 정하고 있는 품목별 가중치 코드 번호에 분류되어 있는 품목에 따라 물가지수관리에 관여되어 있다.

따라서 1993년도 의료보험수가 5.0% 인상으로 보건의료서비스 물가기여도는 0.11이 아닌 0.09542가 된다. 이 가중치에 있는 품목은 경제기획원의 물가정책당국에서 수가 인상율을 협의할 때 예의 주시하기 때문에 보건사회부에서는 분만료 같은 경우 산전, 산후 처치료를 신설하여 물가지수에 잡히지 않게 하여 실질적 인상을 시도하여 왔었으나 1990년도 조정이후에는 그 내용을 알게 되어 산전 산후 처치료를 분만료에 포함시켜서 물가지수 관리에 간섭하고 있었다.

2000년까지 보험수가 조정은 경제기획원의 물가지수에 묶여서 해마다 물가인상율, 그것도 진찰료, 입원료, 소변검사료, 혈액검사료, 방사선 촬영료 등 몇 가지 수가를 물가조사 품목에 넣고 의료수가가 전체 물가 인상에 미치는 영향을 고려한다고 하면서 통제 일변도로 끌어왔다. 새로 바뀐 건강보험법에 따라 2001년부터는 ‘수가계약제’가 적용되었기 때문에 물가당국에 의한 수가통제 방법은 막을 내렸다.

2. 보험의료수가의 인상조정

1977년 7월 1일 의료보험수가기준이 정해진 이후 의료기관의 진료 수입원은 자연히 의료보험진료수가에 의존할 수밖에 없게 되었다. 그런가하면 의료보호수가는 물론 산재보험수가 심지어는 자동차보험수가까지 의료보험수가기준을 적용하게 되기 때문에 의료보험수가 인상률이나 보험급여 확대 범위에 대하여 의료계는 관심을 기울일 수밖에 없었다.

1977년 7월 1일 수가 제정 이후 1993년까지 매년 한 차례의 수가 인상이 이루어졌다. 그러나 1979년에는 1월과 7월 두 차례에 걸쳐 수가가 인상된 데 반해 1984년과 1987년에는 수가가 동결되었다. 1994년부터 2009년까지는 1996년에 동결된 데 반해 1997년도 1월과 9월 두 차례의 인상이 있었으며, 1998년에는 7월, 1999년에는 11월에 수가가 조정되는 등 수가인상 시기가 두서없이 이루어졌다. 2000년 7월 의약분업을 앞두고 병원이나 의원의 의약분업 참여를 위하여 의약품 사용에서 오는 마진을 없앤다는 명분으로 보험약가의 실거래가 청구·보상제가 1999년 11월15일부터 시행되었고, 의약분업 실시에 따른 진찰료, 처방료 등의 조정이 불가피하여 2000년도에는 4월1일, 7월1일, 9월1일에 세 차례에 걸쳐 수가인상이 있었다. 1999년 11월15일 인상분까지 합하면 4번에 걸친 수가·인상 조정을 한 꼴이 되어 2001년의 보험진료비 폭등의 원인이 되기도 하였다.

새로 바뀐 건강보험법에 따라 2001년부터는 ‘수가계약제’가 적용되어야 하므로 2001년 1월1일에 수가 인상이 불가피하여 인상조정 하였다.

1976년 이후 수가 책정·조정에 제시할 인상률은 병원 경영 분석 연구 보고서를 바탕으로 하여왔다. 그동안 연구용역을 수행하였던 연구기관은 한국생산성본부, 한국인구보건연구원(한국보건사회연구원 전신), 한국개발연구원(KDI), 한국보건사회연구원 등 모두가 국책 연구기관이었다. 보건복지부에서 제아무리 객관적이고도 사실적인 연구기관의 자료를 제시해도 경제기획원의 담당공무원들은 마술놀이와 같은 물가수치에 묶는 데는 역부족이었다.

의약분업의 강행은 다섯 번의 보험수가 인상과 의사의 과잉처방을 보험재정 파탄의 주범으로 몰아 드디어 2002년 4월1일 사상 유례가 없는 보험수가 2.9% 인하, 의사의 처방료 폐지와 같은 극약 처방이 내려졌다. 의료보험수가를 정부의 공공물가 관리 항목으로 고시한 재정경제부의 간섭을 배제하기 위해 1993년 의료보장개혁위원회에 보건복지부 보험급여과에서 처음으로 ‘수가계약제’ 도입(안)을 제시하게 되었다. 그것이 계기가 되어 1999년에 제정 공포된 건강보험법에 ‘요양급여비용계약제’가 도입되었다.

1977년 7월 의료보험수가기준 제정이후 2009.1월까지의 수가 인상률과 소비자 물가상승률을 정리한 자료는 <부표 4-1>에 그리고 요약된 자료는 <표 4-1>과 같다. 의료보험관리체계가 1차 통합된 1998년 이전인 1997년 6월까지는 보험진료수가 인상률 누적지수가 456.3으로 소비자물가지수 상승률 누적지수 461.2보다 낮았으나 의료보험관리체계 통합, 약가실거래가 보상, 의약분업의 실시 등 큰 변화를 일으킨 건강보험 시대로 접어든 1999년부터는 보험수가 인상률 누적지수가 소비자물가지수 상승률 누적지수를 훨씬 앞질러 버렸다.

2008년 1월 1일 보험수가 인상률 누적지수는 845.0 인데 반하여 소비자물가지수 상승률 누적지수는 676.3으로 건강보험수가 인상률이 소비자 물가지수 인상률보다 높다. 그래도 의료수가 수준이 현실과는 거리가 멀다는 것이 의료계의 인식이다. 특히 외과계열 수술수가는 대부분이 원가에 미달되어 외과계 의사부족의 한 원인이 되고 있다.

<표 4-1> 의료보험 수가 인상율과 물가 상승율 비교표

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 의료보험수가 | 소비자물가 | 1일 입원료 (종합) |
| 1977 | 100.0 (7월) | 100.0 | 100.0 |
| 1994 | 367.3 (8월) | 412.4 | 458.1(‘95) |
| 2000 | 691.6 (9월) | 523.2 | 664.5 |
| 2008 | 845.0 (1월) | 676.3 | 1,017.4 |
| 주: ( ) 내는 기준 연도 또는 기준 월  자료: 보험수가는 건강보험통계연보, 소비자물가는 통계청 | | | |

3. 보험수가의 부문별 인상 및 중점조정내역

연구기관의 병원경영분석 결과를 토대로 보건사회부가 요구한 수가 인상율이 경제기획원에 의하여 반영된 것은 1979.1.1(20.75%), 1979.7.10(11.14%), 1982.6.1(7.1%)로 3회 뿐이고 그 이외는 보건사회부(보건복지부)가 요구한 인상율이 반영되지 못하고 항상 낮게 회신되어 보건사회부로서는 불가피하게 부문별 인상에 더 중점을 두게 되었다. 그리하여 검사료나 이학요법 등을 제외하고 행위빈도가 높은 수술료 부분에 수가 인상의 배분율을 높인 결과 행위의 난이도에서 형평성이 무너지는 결과를 초래하게 되었다.

제도 초기에는 일본의 점수제 방법을 채택하여 1점당 10원의 환산지수를 사용하였으나 점수제가 상대가치를 완전히 평가하기 어려웠으며, 보험 청구 및 심사행정의 편의성 등을 고려하여 1981.6.15. 금액제로 바뀌게 되었다. 1979.1.1 이후 거의 매년 보험진료수가를 인상 조정해왔으며 상대가치 점수제를 도입한 2001년 이전에는 부문별 인상 배분이 매우 중요한 역할을 하였다. 연도별로 수가를 인상할 때의 중점 조정한 내용을 열거하면 아래와 같으며, 상세한 내용은 <부표 4-4>에 수록하였다.

**1) 1979.1.1 진료수가 평균 20.75% 인상**

○ 특기사항

- 보험수가의 산정을 병원 수지와 연계시켜 적정수준을 도출하려는 시도에서 '한국생산성본부’에 연구용역 의뢰

- 일반수가와 보험수가 수준: 외래- 81.5%, 입원- 74.1%, 평균- 75.2%

- 공무원과 사립학교 교직원이 전국적으로 산재해 있음을 감안하여 전국의 의료기관을 요양취급기관으로 강제 지정(‘77년 의료보험 시행 당시의 적용인구는 320만명으로 전 국민 (3,641만명)의 8.79%였으나, ’79년도 보험적용대상국민 수 796만명으로 전 국민(3,754만명)의 21.2%로 증가됨)

○ 주요변경사항

- 부문별 균등한 수준으로 배분하여 평균 20.75%를 인상 조정

- 심야 진료시간 연장 : 22시-05시 ⟶ 22시-06시

- 의과와 치과 진찰료를 동일하게 조정

- 동일환자 동일 요양기관 이용시 초진료는 1월내에는 1회만 산정

- 심야마취, 처치․수술료는 소정점수의 30%를 가산

- 조산소를 요양기관으로 지정(498개소)

- 기본진료료인 초친․재진의 외래병원 관리료와 입원관리료 지역간 격차를 축소: 서울, 대도시, 중소도시 및 농어촌, 농어촌의 4개지역권을 대도시와 중소도시 및 농어촌으로 2개 지역권으로 개정

- 진료료(기술행위료)가산율을 서울, 대도시, 중소도시 및 농어촌, 농어촌의 4개 지역권으로 세분화하던 것을 대도시와 중소도시 및 농어촌으로 2개 권역으로 축소

**2) 1980.5.10 부로 진료수가 평균 19.38% 인상**

- 부문별로 보면 초․재진 입원료는 17%, 검사료는 12%, 방사선료, 처방조제료, 주사료, 정신요법료는 20%, 마취료는 18%, 이학요법료는 30%, 처치 및 수술료는 31.4%로 차등 조정

- 병원의 외래본인부담률을 50%로 상향조정

- 성병은 의료보호기금에서 무료진료를 실시하고 비도덕적 전염병으로 본인책임임을 이유로 '비급여대상’으로 고시

- 고가이고 보편화 되지 아니한 이유로 CT, 초음파 검사에 대하여 '비급여대상’으로 고시

- 조합원 3,000명 미만의 직장 조합은 단계적으로 통․폐합

**3) 1981.6.15 진료수가 평균 16.6% 인상**

- 초진료 17%, 재진료 16%, 입원료 20%, 검사료 10%, 방사선료, 처방조제료, 주사료, 마취료, 이학요법료 각 14%, 정신요법료 12%, 처치 및 수술료 21.2%로 부문별 인상율을 차등화

- 수가제도를 '점수제’를 '금액제’로 바꿈: 진료비명세서 작성 및 심사지급의 혼란방지 (당시의원급은 85%이상, 병원급도 50%이상, 수작업으로 청구)

- 요양기관 종별 기술 행위료 차등 가산제에서 지역 차등을 폐지하고 종합병원 20%, 병원 10%, 의원 4%로 통일 조정

- 심야 진료시간을 야간 진료시간으로 용어 변경하고 진료시간을 21-07시에서 20-08시로 2시간 연장

- 입원료의 지역간 차등을 폐지

- 일부 종합병원에서 자체 제제약 투약하는 경우 외래 환자에 한하여 소정 조제료의 30% 상당금액을 제제료로 인정(약사법 제33조 및 동법 시행규칙 제9조 내지 제11조 2의 규정에 한 제제 시설 구비시)

- '기브스’의 용어를 '캐스트’로 변경

- 야간(20시-08시)조산료 가산율 인정

- 치아의 보철, 부정교합치의 교정을 비급여대상으로 고시(유권해석의 고시)

**4) 1982.6.1 진료수가 평균 7.1% 인상**

- 초진료 9.2%, 재진료 8.9%, 입원료 11.9%, 검사료 3.0%, 정신요법료 5.0%, 처치 및 수술료 5.0%, 기타 4.0%로 차등조정

- 특진제도에 대한 보완(’82.2월 감사원 감사 지적사항)

․ 특진은 특진제를 실시하는 종합병원에 한정함

․ 특진은 반드시 환자의 희망에 의함

․ 특진료는 특진의사가 행한 진료행위에만 적용함

- 기준병실 확보율 개정

․ 의료법 제32조 및 동법 시행령 제22조에 의하여 기준병상을 병상수의 50% 이상 확보토록 정함

․ 기준병실: 의료법상 합당하면서 냉․난방 시설을 갖추어야 함

- 인구억제대책 보완

․ 불임수술 보험급여적용

․ 3자녀 이상 분만 급여 제한

- 성병에 대한 보험급여 적용

- 보건기관 진료수가 제정

- 입원관리료 체감제 개선

․15일이상 장기입원시 병원관리료와 환자관리료 모두 체감은 불합리하므로 환자관리료만 체감 적용: 15일-30일 80%, 31일 이상 70%

**5) 1983.10.1 부로 진료수가 평균 4.0% 인상**

- 재진료 3.4%, 입원료 5.0%, 처치 및 수수료 5.58%, 기타는 4.0%씩 조정

- 공휴일 진찰료 50% 가산 적용

- 치과대학 부속 치과 병원 진료기술료 가산율 상향조정

․ 5개 국립치과대학 부속병원(20% 적용)과 3개 사립치과대학부속병원(10% 적용)의 형평성 고려: 10% ⟶ 20%로 상향

- 특수병원(암센터 등) 진료기술료 가산율 조정

․ 연세암센터는 연세의대 부속병원내 설치되어 있어 현행 가산율(10%)은 모순이 있어 의대 부속병원과 동일수준(20%)으로 통일

- 인구억제대책 일환으로 자궁내장치(IUD)의 보험급여 적용

**6) 1985.3.1 진료수가 평균 3.0% 인상**

- 초진료8.4%, 입원료 10%, 조제 10%만 배분

- 야간 (20시-08시)에 6시간 이상 의료기관에 머무르는 경우에는 1일의 병원관리료를 산정토록 함 (현행 12시간 미만은 주야 불문하고 산정 불가)

**7) 1986.6.1 진료수가 평균 3.0% 인상**

- 초진료 4.67%, 재진료 4.38%, 입원료 11.29%만 배분

- 방사선 특수 활영 판독료는 방사선 전문의 판독 경우만 산정가능

**8) 1988.2.15 진료수가 평균 12.2% 인상**

- 초진료, 마취료, 이학요법료, 12.2%, 재진료 13.8%, 입원료 14.0%, 검사료 9.3%, 방사선료 11.8%, 처방조제료 10.0%, 주사료, 정신요법료 11.4%, 처치 및 수술료 12.0% 각각 조정

- 야간(20시~08시), 공휴일 진찰료 25% 가산제 도입

- 응급실에서 12시간 이상 24시간 미만 계속 진료시 1일간의 관리료만 인정하던 것을 1일간의 입원료 산정토록 변경

- 입원료 구성 내용의 변경

- AIDS 검사료 (혈구응집법 2,500원, 효소면역법 4,500원) 신설

- 야간 처치 및 수술시, 마취 및 분만 등, 야간 가산율 30% ⟶ 40% 로 상향조정

- 심층분석 정신요법 청구의 급증 억제책으로 성격구조, 자아방어 양상의 수정 목적으로 정신과 전문의가 45분 이상 심층분석을 시행한 경우에만 산정토록 보완

- 정신의학적 사회사업지도, 사회조사, 가정방문 수가는 주1회, 치료기간중 2회이내만 산정토록 보완(정신의학과 전문의 처방에 의한 의료 사회복지사가 실시한 경우 인정)

- 의료취약지역에 설치한 '병원화 보건소(의료원)’의 진료수가 신설(의원급 수가적용)

<표 4-2> 종합병원 기준 입원료 개정안의 비교

(단위: 원)

|  |  |
| --- | --- |
| 현행 (’88.2.14. 이전) | 개정 (’88.2.15. 이후) |
| 입원실료 2,820 (37.5%) 입원관리료 4,690 (62.5%) -병원관리료 1,990(26.5%) -환자관리료 2,700(40.0%) | 입원병원 관리료 3,660 (48.7%) (입원실료 + 병원관리료)  환자관리료 3,850 (51.3%)  -의학관리료 1,690 (22.5%)  -간호관리료 1,390 (18.5%)  -기타환자관리료 770 (10.3%) |
| 계 7,510 (100%) | 계 7,510 (100%) |

<표 4-3> 종합전문요양기관기준 간호관리료 변동내역

(단위 : 원)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ’88.2.14. 이전 | ’88.2.15 | ’99.11.15 | 2001.1.1 | 2009.1.1 |
| 1일 입원료  7,510 | 1일 입원료 7,510 | 1일 입원료 21,400 | 1일 입원료 22,400 | 1일 입원료 32,150 |
| ∘입원실료 2,820(37.5) ∘입원관리료 4,690  -병원관리료 1,990(26.5) -환자관리료 2,700(40.0) | ∘병원관리료 3,660(48.7) (입원실료+병원관리료) ∘환자관리료 3,850 -의학관리료 1,690(22.5) -간호관리료 1,690(18.5) -기타환자관리료  770(10.3) | ∘병원관리료 9,600(45) ∘의학관리료 6,400(30) ∘간호관리료  5,400(25) | ∘병원관리료 7,840(35) ∘의학관리료  8,960(40) ∘간호관리료  5,600(25) | ∘병원관리료  11,250(35) ∘의학관리료  12,860(40) ∘간호관리료  8,040(25) |
| 주) ( )내는 구성비(%)임 | | | | |

**9) 1989.7.1 진료수가 평균 9.0% 인상**

- 도시 자영자까지 의료보험을 적용하게 되어 전 국민 의료보험 시대를 맞게 됨

- 검사료와 재활 및 물리치료로는 최저수준(2.0%)으로 조정하고 처방·조제료는 3.0%, 방사선료는 5.0%, 마취료는 6.0%, 처치·수술료는 6.2%로 조정

- 의료기관종별 가산율 상향조정

․ 의원(치과의원) 4% ⟶ 7%

․ 병원 10% ⟶ 13%

․ 종합병원 20% ⟶ 23%

․ 3차 진료기관 20% ⟶ 30%(진료전달체계 시행으로 42개를 지정)

- 소아가산연령조정: 만 6세 미만을 만 8세 미만으로 조정하고 입원, 방사선촬영 및 치료, 주사, 마취, 캐스트, 치과에만 가산하되 가산율은 해당 수가 현행 가산율 규정을 유지

- 3차 진료기관 입원료 신설 종합병원보다 7.4% 높은 8,800원

- 응급실 및 입원실 인정 시간 조정: 12시간 이상을 6시간 이상으로 완화하여 1일 입원료 인정

**10) 1990.2.1 진료수가 평균 7.0% 인상**

- 초진료는 5.8%, 재진료는 7.5%로 인상하고, 입원료는 평균보다 높게 8.2%로 조정하고, 검사료는 행위량 증가요인 등을 고려하여 낮게 6.0%로 조정

- 토요일 진찰료 가산시간을 15:00 - 09:00 를 14:00 - 09:00로 1시간 연장

- 3개 진료전문과 전문의가 상근하는 병원의 진료과목별 진찰료를 각각 인정 (시행일 : ’90.4.1)

**11) 1991.7.1 진료수가 평균 8.0% 인상**

- 초진료 9.1%, 재진료 동결, 입원료 8.0%, 조제료 8.0%, 뇨·혈액등 검사료 동결, 병리조직·내시경 등 12%, 재활 및 물리치료 5%, 방사선, 주사료, 마취료 7%, 정신요법료 10%, 처치 및 수술료 24.02% 인상 조정

- 외래진찰료 체감제 신설 : 의사 1인당 1일 150명 초과 진료시 적용

- 공휴일 처치·수술·마취시 20% 가산 신설

- 입원환자 조제료 신설 :1일 조제료 50원

**12) 1992.5.1 부로 진료수가 평균 5.98% 인상**

- 초진료 3,600원 ⟶ 3,850원 (6.94%), 재진료 2,150 ⟶ 2,250원 (4.65%)

- 검사료 4.18%, 병리조직·내시경·핵의학검사·첨자 및 기능검사는 5.98%, 입원료 및 기타는 평균 인상률 5.98%를 배분

- 3세 미만 소아 재진 진찰시 진찰료 가산 신설

- 응급의료체계구축을 위한 공휴일 주간 처치 및 수술, 마취시 가산율 상향 조정(기술료의 20% ⟶ 40%)

- ’92.10.1부터 골수 이식을 보험급여로 함에 따라 '실시기관 인정기준’을 제정

**13) 1993.3.1 진료수가 평균 5.05% 인상**

- 야간(20-08시), 공휴일 40% 가산을 평일 야간 (19-09시)에는 40%, 평일 심야 (22-06시)와 공휴일에는 50%를 가산토록 조정

- 처치 및 수술료의 시간외, 심야 및 공휴일 시간대를 마취료 가산 시간대 및 가산율을 적용토록 조정

- 골수이식 수가 항목을 신설

- 인공수정체를 비급여대상에서 요양기관의 실 구입가로 보험급여대상으로 함

**14) 1994.8.1 진료수가 5.85% 인상**

- 보험진료비의 기술료 대 재료대(의약품 포함) 구성비는 65.41% : 34.59%로 분석

- 초진료는 5.7%, 재진료는 4.7%, 입원료는 의원 5.2%, 병원 5.1%, 종합병원 5.2%, 3차 기관 5.1%로 각각 인상 조정

- 1차 진료기관의 역할과 기능을 활성화하여 3차 기관의 환자 집중현상을 완화시키기 위한 조치로 의료기관 기술행위료 가산율 조정

․ 의원 7% ⟶ 9%, 병원 13% ⟶ 15%, 종합병원(23%)과 3차 기관(30%)은 동결

- 모유수유 권장을 위한 수가항목 신설

- 응급환자 관련수가, 장애자 관련수가, 의료전달체계 활성화를 위한 환자회송료등의 신설과 의원급에서의 마취전문의 초빙료의 상향조정

- 10병상 이하의 의원급에 대하여 기준병상 확보률(50%이상) 의무규정 삭제

- 요양급여기간 180일 제한을 완화: ’94.7.8부터 만 65세 이상 노인과 등록된 장애인에 한하여 210일로 연장

**15) 1995.4.1 진료수가 5.8% 인상**

- 초진료 6.5%, 재진료는 4.9%, 입원료 5.8% 인상

- 외래환자 본인부담정액제는 의원·한의원 3.5%, 치과의원 3.0%, 군 소재 지역병원 2.6%, 군 소재 지역종합병원 4.8%씩 인상

**16) 1995.12.10 진료수가 11.82% 인상**

- 초진료 20.61%, 재진료 10.47%, 입원료는 의원 19.98%, 병원 20.29%, 종합병원 19.93%, 3차 기관 19.97%, 행위빈도가 높은 뇨 및 혈액검사는 2.0%, 병리조직, 핵의학 검사, 기능·내시경·천자 등 검사, 마취료는 9.0%, 방사선은 7.0%, 주사료 3.0%, 처방·조제료 5.0%, 이학요법료 6.0%, 정신요법료 7.0%, 처치 및 수술료 의원 10%, 치과 11% 인상

- 불균형 수가개선

- 수가 신설 항목: CT검사, 퇴원약 처방·조제료, 장기처방조제료, 회음부 간호, 통목욕간호, 침상목욕간호, 입원환자 타과 진찰료, 약국보험 복약지도료 등

※ CT 비급여 시행일: 1996.1.1

- 1회당: 두경부 또는 사지 104,930원, 구간 108,590원(관행수가의 77.9% 수준)

- 판독료는 방사선과 전문의에게만 인정

- 지정진료비 부과는 배제

- 전산화 단층 촬영장치 실시기관 인정 등 기준제정

**17) 1997.9.1 진료수가를 9.0% 인상**

- 정상분만급여기간을 3일 이내로 제한한 규정을 없애고 분만 수가를 중점 인상

- 요양급여기간을 240일에서 270일까지 연장

- 법정 전염병환자 단독 격리 입원시 입원료 100% 가산을 200% 가산토록 하고, 2인 이상 격리 입원시 입원환자 관리료 100% 가산을 200% 가산토록 함

**18) 1999.11.15 의료진료수가 9.0% 인상, 보험약가 30.7% 인하, 보험의약품 실거래가 상환제도 시행**

- 의료보험수가는 1998.7.1 3.5% 인상된 이후 16개월 만에 조정됨

- 비급여 품목이던 고가약제와 진료용 재료를 보험급여화

- 간호관리료 가산제 신설

<표 4-4> 2006년 이전 간호관리료 가산제

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 등급 | 간호사 당 병상수 | 가산내역 |
| 1 | 2.5 미만 (종합전문요양기관 2.0 미만) | 간호관리료의 200%(입원료의 50%) |
| 2 | 2.5 - 3.0 | 간호관리료의 160%(입원료의 40%) |
| 3 | 3.0 - 3.5 | 간호관리료의 120%(입원료의 30%) |
| 4 | 3.5 - 4.0 | 간호관리료의 80%(입원료의 20%) |
| 5 | 4.0 - 4.5 | 간호관리료의 40%(입원료의 10%) |
| 6 | 4.5 이상 | 가산 없음 |

**19) 2000.4.1 의료보험수가를 평균 6.0%인상**

- 종별가산율 조정: 의원(15%), 병원(20%), 종합병원(25%)로 인상

- 의약품관리료는 의원은 방문당 360원을 투약일수당 150원으로, 병원은 방문당 300원을 투약일수당 50원으로, 종합병원은 방문당 290원을 투약일수당 40원으로, 종합전문병원은 방문당 270원을 투약일수당 30원으로 조정

- 의약분업 정착을 위해 조제료 등은 대폭 상향 조정함

․ 의약품 관리료를 방문당 170원을 설정함

․ 2000년 4월 1일 보험수가 평균 6.0% 인상 조정시 약국의 의약품관리료를 '방문당’을 '조제1일당’으로 변경하고 금액을 90원으로 조정함

․ 이때, 기본조제기술료(방문당) 300원은 360원으로 복약지도료(방문당) 160원은 260원으로 각각 인상함

**20) 2000.7.1 의료보험수가를 평균 9.2% 인상**

- 1999.11.15자로 의약품 실거래가 보상제도를 도입하면서 의료보험약가를 평균 30.7% 인하하였고, 동시에 의료보험수가는 평균 9.2% 인상하면서 이후 미보전 약가 마진분에 대한 손실 보전책의 일환으로 2000.4.1 의료보험수가를 평균 6% 인상 조정하였으나 7월 1일 의약분업 실시에 따라 의료계가 불이익을 보지 않도록 적정수준의 처방료와 조제료를 최대한 보전하기 위해 재조정함

- 원외처방료 1,172원 인상 (1,691원 ⟶ 2,863원)

- 약국 방문당 기본수가 1,053원 인상 (2,650원 ⟶ 3,703원)

- 또한, 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료와 의약품 관리료는 동결하는 대신 조제료는 대폭 인상함

․ 내복약 1일분 300원 ⟶ 1,350원, 2일분 600원 ⟶ 1,650원, 3일분 900원 ⟶ 1,950원, 4일분 이상 15일분은 1일당 160원 ⟶ 170원, 16일분 이상은 일수불문하고 3,300원 ⟶4,440원, 30일 이상 초과시 일수 불문하고 8,140원 ⟶ 9,190원으로 인상함

․ 의약분업에 따른 의원의 비용 증가는 약 7,207억원으로 추정하고 약 3,357억원은 수가를 조정하지 않아도 보상 가능하므로 그 차액인 약 3,850억원만 수가인상을 통하여 보상하되 전액 '원외처방료’에 반영

․ 약국의 경우 수입 감소액은 1조 3,430억원으로 추정하고 약 9,611억원은 조제료 등을 조정하지 않아도 보상 가능하므로 그 차액 약 3,819억원 전액 '처방전에 의한 조제료’에 반영한다고 보건복지부가 발표

․ 약국의 경우 만 6세 미만의 소아에 대한 조제 투약 시 기본 조제기술료에 200원을 가산하도록 함

**21) 2000.9.1 진료수가 6.5% 인상**

- 외래 재진 진찰료의 인상 조정 및 의원과 병원의 재진 진찰료를 차등화 함

**22) 2001.1.1 진료수가 7.08% 인상하고 2001.7.1부로 원외처방료 삭제**

- 외래환자에 대한 주사제 원외처방료 항목 삭제

- 진찰료와 처방료의 통합 (처방료 없앰)

- 진찰료, 조제료 등의 환자수에 따른 차등수가제의 도입

․ 75인 이하면 차감하지 아니하고, 75인 초과 100인 까지는 10% 차감, 100인 초과 150인 까지는 25% 차감, 150인 초과하면 50%를 차감

․ 의사(치과의사, 한의사 포함)는 1일 진료환자수를 기준, 약사는 1일 조제환자수를 기준하되 의사는 진찰료(진찰관리료와 처방관리료 포함)에 대해서, 약사는 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료, 조제료에 대해서 차감

- 입원료 구성의 재편

- 2001.7.1부로 원외처방료 삭제와 함께 진찰료를 의원, 병원, 종합병원 등 요양기관을 7개 종류로 구분하여 차등화시킴

- 그리고 「의과의원」은 (가), (나), (다) 군으로 하고 「치과병의원」은 (라)군으로 세분함

**23) 2002.1.1부터 조제 1일당 '의약품 관리료’를 조제일수에 따라 산정 고시함**

- 의원과 보건의료원내 의과만 「가, 나, 다, 라」 군으로 구분하고 다른 요양기관종류에서는 「가, 나, 다」 분류를 삭제함

**24) 2002.4.1부로 진료수가 2.9% 인하**

- 보험재정 적자 해소를 위하여 사상 처음으로 진료수가를 2.9% 인하 고시함

**25) 2003.1.1 진료수가를 평균 2.97% 인상**

- 2003.7.1 지역가입자와 직장가입자 전체에 대하여 보험료 수입 및 관리운영비의 지출을 통합하여 운영

- 2003.5.1 지사 235개소를 22개소(8개 축소)로 하고 각 지사에서 직장·지역 업무 동시 수행하도록 조직·업무 일원화 실시

**26) 2004.1.1 부로 진료수가를 평균 2.65% 인상**

- 진찰료에서 의과의원의 「가, 나, 다, 라」군 구분을 없애고, (1) ~ (7) 가지의 요양기관 유형을 정하여 차등화 하였음

- 2001.7.1부터 의과의원 전문 진료과목에 따라 차등화된 진찰료가 2004.1.1부터 요양기관 종류에 따라 차등화 됨

**27) 2005.1.1 부로 진료수가를 평균 2.99% 인상**

- 인구억제정책의 일환으로 기족계획사업의 포괄수가로 규제한 정관절제술 또는 결찰술(자-389-1-25), 난관결찰술(자-4-34), 월경조절술(자-445-가의 주), 자궁내장치삽입술(자-427)에 대한 단일수가를 적용하던 규제를 철폐하고 종별가산율 인정

**28) 2006.1.1 부로 진료수가를 평균 3.5% 인상**

- 제2장 검사료 분류 항목수 추가 확대

․ [별표1]에서 “너-78 ~ 너-450” 항목 중 14대 항목

․ [별표2]에서 “나-600-2”, “너-1 ~ 너-575” 항목 중 132개 항목 추가

- 자가면역질환검사, 계측병리검사, 분자병리검사, 신장 및 비뇨기검사, 시기능검사 등에 검사항목 증가 및 분류번호 대폭 변경

**29) 2007.1.1 부로 진료수가를 평균 2.3% 인상**

- 입원환자 식대를 요양급여 대상으로 하고 그 가격을 고시함에 따라 보험재정 부담이 과중되어 시행 2년만인 2009년부터 본인부담을 20%에서 50%로 조정

- 간호인력확보수준(수)에 따른 입원료 등급별 '가산제’는 2008년부터 '가감제’가 되어 종전 6등급제가 7등급제로 바뀌고 7등급에 해당되면 간호료를 감액

<표 4-5> 2007년 이후 간호관리료 가감제

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 등급 | 간호사 당 병상 수 | 가ㆍ감산내역 | |
| 1 | 2.5미만 (종합전문요양기관 2.0미만) | 종합전문, 의원, 한의원 입원료의 50% | 종합병원, 한방병원 2등급 입원료의 10% |
| 2 | 2.5 - 3.0 (종합전문요양기관 2.0 - 2.5) | 종합전문, 의원, 한의원 입원료의 40% | 종합병원, 한방병원 3등급 입원료의 10% |
| 3 | 3.0 - 3.5 (종합전문요양기관 2.5 - 3.0) | 종합전문, 의원, 한의원 입원료의 30% | 종합병원, 한방병원 4등급 입원료의 15% |
| 4 | 3.5 - 4.0 (종합전문요양기관 3.0 - 3.5) | 종합전문, 의원, 한의원 입원료의 20% | 종합병원, 한방병원 5등급 입원료의 10% |
| 5 | 4.0 - 4.5 (종합전문요양기관 3.5 - 4.0) | 종합전문, 의원, 한의원 입원료의 10% | 종합병원은 6등급의 10%, 병원은 6등급의 15% |
| 6 | 4.5 - 6.0 (종합전문요양기관 4.0 이상) | 가산 없음 | 가산 없음 |
| 7 | 6.0 이상 |  | 입원료의 5% 감산 |

**30) 2008.1.1 진료수가 평균 1.94% 인상**

- 2001년부터 시행되어 온 상대가치 점수표 수가책자에는 2007년도 까지는 각 분류행위에 점수와 금액을 함께 수록해왔으나 2008년부터는 '유형별 환산지수(점수당 단가)’ 적용으로 요양기관 유행에 따라 금액이 달라져 일일이 병행수록 하기에는 너무나 복잡하고 분량이 많아지므로 점수만 기재하고 있음(건강보험요양급여비용 2008년 2월판 '일러두기)

- 제2장 검사료 제1절 검체검사(별표1)을 없애고(별표2)를 (별표)로 함

**31) 2009.1.1 진료수가 평균 2.22% 인상**

- 유형별 계약실시 2차 연도에는 종합병운, 병원, 요양병원은 1.93%, 의원은 2.09%, 치과병의원은 3.46%, 한방병의원은 3.63%, 조산원은 9.29%, 약국은 2.22%, 보건기관은 2.58%로 각각 차등 조정함

4. 환산지수의 조정과 요양급여비용의 계약제 도입

가. 환산지수의 설정방법

**1) 환산지수의 결정방법**

환산지수는 상대가치 점수를 금액으로 전환시키는 지표이기 때문에 수가에서 일종의 단가 기능을 하는 매우 중요한 지표이다. 환산지수는 의료기관의 경영 수지와 결부시켜 결정된다. 경영수지라는 것이 의료기관의 경영능력이나 의료기관의 환경(선택진료 시행여부, 상급병실의 활용 정도, 비급여 서비스의 개발정도 등)에 의하여 좌우되기 때문에 단순한 경영분석만으로 결정을 하기 어려운 측면이 있다.

따라서 환산지수는 공급자와 보험자가 협상을 통한 계약으로 결정하게 된다. 요양급여비용의 계약 당사자로서는 보험자를 대표하여 국민건강보험공단 이사장, 그리고 의료공급자를 대표하는 각 단체장이 명시되어 있다(법 제 42조). 협상을 위하여 계약 당사자들은 먼저 환산지수인 점수 당 단가를 각각 준비하여야 한다.

국민건강보험공단 이사장과 각 공급자를 대표하는 의약계 단체장은 각자 자체연구팀 또는 외부 전문가에게 연구를 의뢰하여 환산지수를 준비하고, 그 결과를 환산지수 계약을 위한 협상에서 제시하여 이를 환산지수로 할 것을 주장한다.

국민건강보험공단 이사장은 계약을 체결하기 위해서 사전에 건강보험법 제31조의 규정에 의하여 공단에 설치되어 있는 「재정운영위원회」의 심의ㆍ의결을 거쳐야 한다. 건보공단의 재정운영위원회는 지역 가입자 대표, 직장가입자 대표, 공익을 대표하는 각 10인씩 전체 30인으로 구성되어 있다.

그런데 수가 등은 계약으로 결정하도록 하고 계약은 재정운영위원회의 심의ㆍ의결을 거치도록 정해 놓고는 심의ㆍ의결기관에 공급자 대표의 참여를 법으로 봉쇄하여 환산지수의 결정에 공급자의 의사가 반영될 수 없도록 하였다. 공급자 대표가 없다보니 재정운영위원회는 요양급여비용을 합리적으로 조정하려는 분위기가 조성될 수 없다.

상대가치점수의 점수 당 단가를 정하는 환산지수 결정은 2000년 이 제도가 도입된 이후 2000년과 2008년 단 2회만 상호 합의에 의한 계약이 성립되었을 뿐 나머지 7회는 건강보험법 제42조제3항의 규정에 따라 보건복지가족부장관이 건강보험정책심의위원회(위원장 복지부차관)의 의결을 거쳐 강제로 결정하였다.

계약체결기간이 계약기간 만료일전 3월 이내에 대한 해석상 시비를 불식시키기 위해 2006.12.30 건강보험법 제42조제3항을 개정하여 ‘그 계약기간 만료일의 75일전까지’라고 명기하였음에도 2007년 및 2008년에는 이 규정도 이행하지 않았다.

환산지수는 상대가치 수가제도가 도입된 이후 단일 점수로 하였으나, 2007.9.27 대통령령 제2028호로 국민건강보험법시행령이 개정되어 상대가치점수의 점수당 단가를 국민건강보험공단이사장과 의약계 각 대표 간에 요양기관 유형별로 체결하도록 하여 2008년 1월 1일부터는 요양기관종별(유형별)로 달리하게 되었다.

**2) 환산지수의 변천**

상대가치 수가제도가 처음 실시된 2001년도에는 환산지수가 점수 당 55.4원으로 결정되었다. 그러나 2001년 건강보험 재정 파탄 문제가 불거지면서 2002년도에는 53.8원으로 하향 조정되어 실질적으로 건강보험수가가 2.9% 인하되는 사상 초유의 일이 벌어졌다. 2003년부터는 다시 점수 당 단가가 2.0 - 3.5% 사이로 인상되었다.

<표 4-6>은 단일의 환산지수의 변동을 나타내었으며, <표 4-7>은 요양기관 종별로 달리하는 환산지수의 변동을 나타내었다.

<표 4-6> 단일 환산지수 시기(2001년~2007년)의 환산지수

(단위 : 원, %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 년도 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| 점수당 단가 | 55.4 | 53.8 | 55.4 | 56.9 | 58.6 | 60.7 | 62.1 |
| 고시일자 | 2000.12.8 | 2001.12.13 | 2002.11.15 | 2003.8.23 | 2004.11.19 | 2005.10.31 | 2006.7.25 |
| 인상율 | - | -2.9 | 2.97 | 2.65 | 2.99 | 3.50 | 2.30 |
| 계약성립여부 | O | X | X | X | X | X | X |

<표 4-7> 유형별 환산지수 시기(2007년~2009년)

(단위 : 원, %)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 유형별 분류 | 점수당 단가 | | | | |
| 2007 | 2008 | 인상률 | 2009 | 인상률 |
| 종합병원, 병원, 요양병원 | 62.1 | 62.2 | 0.16 | 63.4 | 1.93 |
| 의원 | 62.1 | 62.1 | 0 | 63.4 | 2.09 |
| 치과병원, 치과의원 | 62.1 | 63.6 | 2.41 | 65.8 | 3.49 |
| 한방병원, 한의원 | 62.1 | 63.3 | 1.93 | 65.6 | 3.60 |
| 조산원 | 62.1 | 80.7 | 29.95 | 88.2 | 9.29 |
| 약국, 한국희귀의약품센터 | 62.1 | 63.1 | 1.61 | 64.5 | 2.22 |
| 보건기관 | 62.1 | 62.1 | 0 | 63.7 | 2.57 |
| 고시일자 | | 2007.12.10 | | 2008.12.23 | |
| 계약성립여부 | | X | | O | |
| 주: ('08년 기준단가) : ’07년도 점수당단가에 위험도상대가치(점수증가) 조정결과 반영하여 산출 | | | | | |

나. 계약제의 도입

의료보험제도 실시 이후 의료계는 정부에 대해 5대 주요 사항을 지속적으로 요구해 왔다. 그 첫 번째가 '의료보험수가의 현실화’, 두 번째가 '의료보험수가의 계약제’, 세 번째가 '심사기구의 독립화’, 네 번째가 '요양기관의 강제지정제 폐지 및 계약제’, 다섯 번째가 '의료보험관리체계의 일원화’였다.

이 가운데 두 번째와 세 번째, 다섯 번째는 뜻을 이루었으나 첫 번째와 네 번째는 아직까지 실현을 하지 못하고 있다.

이 두 가지 사항 가운데 첫 번째 사항인 '의료보험수가의 현실화’는 영원한 미결로 갈 수 밖에 없을 것이다. 그 이유는, 현실화 수준에 대해 공급자와 소비자의 견해가 같아질 수 없기 때문이다. 그리고 통제 가격하에 있는 한 현실화된 수준을 계량할 수 없는 문제가 있다.

수가계약제가 도입되었다고 해서 재정경제부의 물가관리 굴레를 완전히 벗어났다고 보기는 어렵다. 수가계약 당사자에 재정경제부 공무원이 정부부담 보험재정 조달문제를 해결하기 위해 참여하고 있기 때문이다.

수가계약에 보험자 대표와 의약계 대표가 합의를 본 것은 2001년 1월1일에 적용된 상대가치점수단가 계약과 2009년도 적용되는 수가계약으로 9차례 중 겨우 2차례만 합의를 보고 나머지는 건강보험정책심의위원회에서 결정하여 결국 수가계약제가 아니고 고시제라는 비판을 받고 있다.

2006년 수가 3.50% 인상 계약을 2005년 말에 하면서 차후부터는 요양기관의 종별에 따라 수가를 차등 계약하자는 부대 결의안에 의료계가 동의 하였음에도 불구하고, 2007년도 적용 수가계약시 부대결의사항을 지켜주지 않는다는 이유로 수가계약이 2006년 법정기일을 넘기게 되어 결국 '건강보험정책심의위원회’의 의결을 거쳐 상대가치점수당 단가를 2.30% 인상하여 고시하였다.

이와 같이 건강보험진료수가인 건강보험요양급여 비용의 가격 결정을 보험자 대표인 국민건강보험공단 이사장과 각 의약단체가 선출한 의약계 대표자 간에 1년 간 유효한 계약을 하도록 규정(법 제42조 제1항)하고 있으나 계약이 성립되지 않을 때는 종전과 같이 보건복지부 장관이 고시하도록 되어 있다.

2007.9.27 대통령령 제2028호로 국민건강보험법시행령이 개정되어 상대가치점수의 점수당 단가를 국민건강보험공단이사장과 의약계 각 대표 간․요양기관 유형별로 체결하도록 됨에 따라 보험수가가 과거 단일수가이던 것이 2008년 1월 1일부터는 요양기관종별수가가 되었다. 요양기관별 계약유형은 <표 4-8>과 같다.

<표 4-8> 요양기관별 계약 유형

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 유형 | 유형대표 | 계약당사자 |
| 유형 1 | 대한의사협회 | 의원 |
| 유형 2 | 대한병원협회 | 병원, 종합병원, 종합전문 |
| 유형 3 | 대한치과의사협회 | 치과의원, 치과병원 |
| 유형 4 | 대한한의사협회 | 한의원, 한방병원 |
| 유형 5 | 대한약사회 | 약국 |
| 보건기관 | 보건복지부 | 보건기관 |
| 조산소 | 대한간호협회 | 조산소 |

DRW0001976c1144

1. 상대가치수가제도의 문제점

가. 1차 상대가치수가의 문제점

2001년에 시행된 1차 상대가치 수가제도가 갖는 문제점은 다음과 같다.

첫째, 1차 연구 결과에 의하여 산출된 연구 점수가 그대로 실행되지 못하고 변형됨에 따라 1차 상대가치점수는 객관적인 근거를 가진 점수로 보기 어렵다. 기존점수가 연구점수보다 낮은 항목의 점수는 상향 조정한 반면, 연구점수를 초과하는 항목들의 점수는 하향 조정하지 않아 항목 간 수가의 불균형이 여전히 존재하는 문제가 있었다.

둘째, 최소비용원칙이 지켜지지 않은 문제가 있었다. 상대가치의 핵심은 어떤 행위를 수행하는데 필요한 최소훈련을 받은 의사의 인건비를 기준으로 하여야 하는데(Feldstein, 2005) 그러한 기준이 적용되지 못하고 여전히 요양기관 종류별로 차등화 시킨 점이다. 즉 최소비용원칙을 지키지 못함에 따른 비효율성이 그대로 내재한다는 점이다.

셋째, 기존 연구 점수도 근본적으로 재검토할 필요성이 있다. 원가 분석을 위해 사용한 8개 병원자료가 우리나라 전체를 대표한다고 보기 어려우며, 특히 의원급 자료가 반영되지 않아, 이후 환산지수 계산 등에서 문제가 되었다.

넷째, 상대가치를 이루는 3가지 구성요소(의사업무량, 진료비용, 의료사고비용)가 분리되어 있지 않는 문제가 있다. 의사비용과 진료비용이 구분된 1차 연구 결과와는 달리 최종적으로 도입된 상대가치는 의사비용과 진료비용이 통합되어, 활용에 제약이 많다. 의사비용과 진료비용이 구분되어 있으면, DRG지불제도 도입 등 지불제도 변경이나, 개방형 병원제도 도입과 같은 의료제도 개선에 용이하게 활용할 수 있을 것이다.

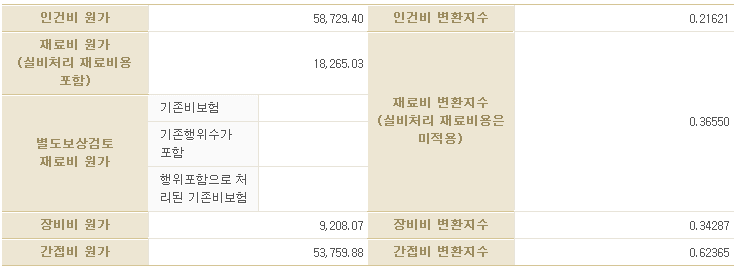
다섯째, 최근 증가 추세인 의료사고에 대한 위험도가 분리되어 있지 않아, 위험도가 높은 진료과에 대한 배려가 없는 문제가 있다. 복잡한 연구와 조정 과정을 거쳐서 상대가치점수가 만들어졌기 때문에, 현행 상대가치점수의 근거를 찾기가 어려운 문제가 있다. 따라서 수가 산정의 근거가 불명확하고, 개정 기전이 없는 문제가 있다. 즉 합리적인 상대가치 개정 기전을 만들 수 없었고, 상대가치 개정은 정책적 상황에 따라 불규칙적으로 이루어질 수밖에 없었다. 이러한 개정은 상대가치 점수의 왜곡을 시정하기보다는 오히려 점수 왜곡을 심화시키는 방향으로 작용하기도 하였다.

나. 2차 상대가치수가제도의 문제점

**1) 전문과목간 총점고정**

상대가치 점수라 함은 각 의료행위 간에 투입된 자원의 양에 따라 점수로 나타낸 것이다. 따라서 이를 개정함에 있어서 의과, 치과, 한의과, 약국 등 직역에 따른 구분이나, 의과 내에서 내과, 외과 등 진료과목의 구분은 필요도 없고, 있어서도 아니될 것이다. 다만 전자(前者)의 경우 공급자간 행위 영역이 명확히 구분된다는 점에서 점수의 척도(scale) 수준이 직역간 차이가 있는 것은 어느 정도 용인될 수 있다. 그러나 내과, 외과 등 공급자의 영역이 면허에서 동일하고, 특정 진료과의 선호/기피 등 의료공급의 불균형이 발생할 소지가 있는 경우에는 투입된 자원의 양에 따른 점수 산정이 반드시 요구된다.

현재 고시된 상대가치 점수에서는 이러한 원칙이 무시된 심사평가원 연구점수를 근거로 개정되었다. 즉, 내과 관련, 외과 관련 등 각 진료과 영역의 의료행위를 구분하고, 개정 이전의 점수 총액과 개정 이후의 점수 총액을 동일하게 유지하였다는 점이다. 불합리함에도 불구하고 이렇게 할 수 밖에 없었던 이유는 심사평가원의 연구점수가 상향식 접근에 의하여 산출되었는데, 보험재정에 맞추기 위하여 조정지수라는 임의의 숫자로 할인(discount)할 수밖에 없었던 연구 설계에 기인한다.



<그림 5-1> 진료비용 변환지수 사례: 정상분만(초산)-제1태아

**2) 진료비용 변환지수의 적용-원가의 왜곡**

심사평가원에서 연구된 점수에는 변환지수라는 개념이 있다. <그림 5-1>은 심사평가원 홈페이지에서 ‘정상분만(초산)-제1태아’의 진료원가를 조회한 일부이다. 재료비 변환지수 0.36550, 장비비 변환지수 0.34287이라는 내용을 볼 수 있다. 이는 의료계가 제출한 재료비에 대하여 36.55% 수준으로 할인(discount)하고, 장비비에 대하여 34.29% 수준으로 할인하였다는 것을 의미한다. 원가를 보상하지 못하고 할인을 한 이유는 심사평가원의 진료비용 원가 산출 방법이 상향식 접근에 의하였기 때문이었다(표 5-1 참조).

결국 연구 설계에서 과대 조사될 결과를 예측하지 못하였고, 진료과별로 총점을 고정한 채 점수를 할인할 수밖에 없었던 것이다. 이러한 진료과별 총점을 고정한 상태에서의 변환지수 적용은 결과적으로 진료과목 간 투입된 자원에 따른 형평성 있는 점수의 도출에 실패하였음을 의미한다. 물론 이러한 문제점은 의사업무량에 대해서도 있었으며, 이는 의사협회의 책임이 더 무겁다고 할 수 있다.

<표 5-1> 진료비용 상대가치점수 산출 방법

|  |
| --- |
| 직접비용은 조사․연구의 방법에 따라 크게 하향식(top-down) 비용 산출 방법과 상향식(bottom up) 비용 산출 방법으로 구분할 수 있다. 이러한 방식 적용이 상대가치점수의 타당성에 상당한 영향을 미치는데 이를 이해하기 위하여 진료비용 상대가치점수 산출 방법을 알아야 한다.  하향식 접근에 의한 진료비용 산출  하향식 방법은 우선 비용중심점(cost center)에서 발생한 비용을 모두 집계하고 그 비용을 행위에 배분하는 것이다. 예를 들어, oo검사실에 상주하는 인력의 인건비가 월 200만원, 장비의 감가상각비가 월 100만원, oo검사건수는 월 1,000건이라고 할 경우, oo검사건당 3,000원의 진료비용으로 산출된다.  이 접근 방법의 장점으로는 진료비용과 빈도를 곱한 총 진료비용이 조사된 원가 총액과 반드시 일치한다는 점이다. 단점으로는 자원의 소모량이 상이한 여러 유형의 행위가 동일한 비용중심점에서 발생할 경우(별도 조사를 시행하지 아니하는 한), 이를 배분할 마땅한 기준이 없다. 그리고 진료비용 원가는 행위 빈도에 크게 영향을 받으므로, 환자가 많은 병원에서 조사하였을 때 원가 수준은 모집단의 수준보다 상대적으로 낮아진다. 1997년 한국표준의료행위분류에 대한 상대가치개발 연구에서 적용하였던 방법이다.  상향식 접근에 의한 진료비용 산출  상향식 방법은 우선 모든 비용 요소에 대하여 표준단가를 구하고, 임상전문가패널(CPEP)에서 각 비용 요소가 얼마나 소요되는지를 정하는 방법을 취한다. 예를 들어, 어느 직종의 표준인건비 단가 150원/분, oo장비의 표준 감가상각비 100원/분이라는 자료를 수집하고, CPEP에서 oo검사의 소요시간은 20분이라고 할 경우, oo검사의 건당 진료비용은 5,000원으로 산출된다.  이 접근 방법의 장점으로는 모든 행위 각각에 대하여 원가 구성 요소와 그 금액을 일일이 나열함으로써 진료비용 상대가치점수의 근거가 명백해지고, 차후에 개정을 쉽게 할 수 있다는 것이다. 반면 표준 단가와 표준 투입량, 표준 시간 등을 적용하였기 때문에 이를 실제 의료기관에 투영하여 대비하면, 표준 비용이 실제 비용보다 크게 나타날 개연성이 매우 높다. 현재 진행 중인 상대가치점수 개발이 이 접근을 취하고 있으며, 표준 비용과 실제 비용 차이를 일치시키기 위하여 의료기관 전체 비용자료를 활용하고 있다. |

**3) 인턴, 레지던트 또는 비의사인력 참여의 변이성**

의료기관의 규모에 따라 동일한 행위라 하더라도 참여하는 인력의 구성과 수에 있어서 상당한 차이를 보인다. 수련병원의 경우 검사․처치․수술에 있어서 인턴 또는 레지던트가 행위의 수행에 보조하여 참여하는 경우가 적지 않고, 일부 행위에 대해서는 이들이 단독으로 수행하기도 한다. 반면 의원이나 비수련병원의 경우 인턴이나 레지던트 등 저임금 수련의사의 도움 없이 전속 의사들이 전담할 수밖에 없는 실정이다. 따라서 어떠한 상황을 기준으로 하느냐에 따라 의사업무량과 진료비용이 달라지며, 이때의 적용 기준은 모든 진료과목 행위에 대해서도 일관성 있게 적용되어야 할 것이다.

인턴 또는 레지던트 외에도 비의사 인력의 참여 여부가 의사업무량과 진료비용 상대가치점수에 영향을 줄 수 있다. 예를 들어, 대형 병원의 경우 심전도 검사는 임상병리기사가 업무를 위임받아 수행한다. 반면 의원의 경우 임상병리기사를 별도 고용할 형편이 아니기 때문에 의사가 업무를 직접 수행하여야 한다. 이 경우 역시 어떠한 상황을 기준으로 하느냐에 따라 의사업무량과 진료비용이 달라지며, 이때의 적용 기준 역시 모든 진료과목 행위에 대해서도 일관성 있게 적용되어야 할 것이다.

**4) 위험도와 기본 진료료에 대한 적정보상**

이번 연구를 통하여 위험도 상대가치가 산출되었다. 그동안 의료계는 의료분쟁에 대하여 법적으로나 제도적으로 보호를 받지 못하여 왔다. 의료기관에서는 의료분쟁( 물론 의료인의 과실이 입증된 의료과오나 의료사고와는 다른 의미임)이란 진료결과에 불만이 있는 환자가 의료의 특성을 이해하지 못하고 바로 분쟁으로 가는 것을 의미한다. 이러한 분쟁이 제기되면 의료기관은 명백한 과실이 없으면서도, 의료분쟁에 따른 행정적, 정신적 비용부담과 다른 환자들에 대한 파급을 우려하여 진료비를 받지 않는 방법으로 울며 겨자 먹기 식으로 문제를 해결하여 왔으며, 이로 인한 피해는 의료기관과 소비자인 환자에게 전가된 것이 현실이다.

이러한 위험도에 대하여 일부에서는 의료행위의 난이도와 같이 생각하거나 의료행위중 발생할 수 있는 사망 또는 중대 합병증의 가능성과 동일시하는 경향이 있는데, 이는 상대가치에서 논하는 위험도의 본질은 아니다. 사망 또는 중대 합병증의 가능성이 높다고 의료분쟁의 빈도가 비례하여 높은 것이 아니며, 반대로 이러한 가능성이 낮아도 의료분쟁의 빈도가 높을 수 있다(이를테면 건강검진시 발견하지 못한 암 소견을 예로 들 수 있다). 따라서 ‘의료분쟁 위험도’라고 표현하고 ‘의료분쟁비용의 상대가치’로 해석하는 것이 보다 적절한 것이다.

어쨌든 이번 위험도 상대가치연구는 현재와 같이, 의료분쟁에 대하여 적절한 기준과 보상방법 등이 전무한 상황에서, 그리고 날로 신장되는 환자의 권리문제를 생각할 때, 단순히 수가인상을 위한 명분이 아니라 (미국과 같이) 의료분쟁의 제도적 장치를 마련할 수 있는 기틀이 되었다는데서 의미를 찾을 수 있다.

수천 개의 의료행위 간의 상대가치점수 산출에 전력을 기울이다 보니 의료계의 공통된 부분이라는 측면 외에 건강보험재정의 측면에서도 중요한 기본진료료에 대한 점수의 적정성 평가가 충분히 논의되지 못한 점은 아쉬움이 있다. 아마도 전문과목별 총점을 고정하면서 기본진료료에 대해서도 이러한 총점고정이 적용되었기 때문에 연구자들도 기본진료료 점수에 대한 충분한 연구를 할 수 없었지 않았나 생각된다.

다. 의사업무량 상대가치점수의 문제점

**1) 전문과목간 의사업무량 상대가치점수의 수준**

1997년의 상대가치점수 개발 연구에서는 의사업무량에 대하여 설문조사를 실시하고 진료과목별 비교를 통하여 진료 과목간 공통 척도를 만들었다. 그러나 이렇게 도출된 의사업무량 상대가치점수는 과연 ‘진료과목별로 형평한가-진료과목별 의사업무량 총점이 적절한가-’에 있어서 많은 이견이 있었다. 또한 이후의 상대가치점수의 개정 과정에서 의사업무량과 진료비용을 별도로 분리하지 않고 상대가치점수를 개정하고, 진료과목별 상대가치점수의 조정 권한을 관련 학회에 위임하면서 진료 과목간 점수의 순서는 최초의 것과 상당히 변동되었고 전문학회 간 불만의 소지가 남게 되었다.

2차 신상대가치연구(2003-2006)를 통하여 의사업무량 상대가치점수를 전면 개정하면서 연구 용역을 받은 대한의사협회에서는 Rasch 방법 적용을 시도하였다. 그러나 조사 결과의 타당성에 대하여 상당한 문제점이 제기되어 의사업무량 상대가치점수는 1997년의 연구결과를 근거로 한 ‘의사업무량 상대가치점수의 진료과목별 총점 고정’이라는 원칙하에 관련 학회에서 점수를 일부 보완하는 선에서 일단락되었다. 이렇게 산출된 의사업무량을 근거로 하여 현재 개정 고시하고 있는 상대가치점수 역시 진료과목별 의사업무량 점수 수준의 불형평성과 진료과목 간 의사업무량 상대가치점수의 역전이라는 지적을 피할 수 없게 되었다.

**2) 시술중 업무량(intra-service work) 등의 별도 구분**

미국 메디케어 상대가치점수 개발에서 Hsiao는 실제 의료행위를 수행하는데 소요되는 업무량(intra-service work)과 사전, 사후 업무량(pre-/post- service work)으로 구분하여 의사의 전체 업무량을 측정하였다. 그러나 1997년의 우리나라 상대가치점수 개발에서는 이를 통합하여 전체 업무량을 직접 측정하였다. 그 이유로는 우리나라의 경우 실제 의료행위 수행에 따른 사전, 사후 의료행위 범위를 명확하게 구분하기 어려울 뿐 아니라, 사전 및 사후 서비스에 투입되는 업무량의 크기가 미국에 비해 작기 때문이었다라고 보고서에 언급되고 있다.

2006년 심사평가원이 의사업무량 상대가치점수를 개발할 때 시술 중 업무(intra-service work)와 사전, 사후 업무(pre-/post- service work)를 구분하여 행위를 정의하였지만, 관련 학회에서 의사업무량 상대가치점수를 산출할 때, 어떠한 기준이 적용되었는지는 명확하지 않다.

**3) 처방․판독 또는 정도관리의 의사업무량**

검체검사, 조직병리검사, 기능검사, 방사선진단 등의 검사행위와 주사, 재활치료 등의 치료행위의 경우 직접 행위의 전부를 의료기사에 위임하거나 장비에 의존하면서(예, 뇌파검사), 의사는 처방․판독 또는 정도관리 등의 업무만을 수행하는 경우가 많다. 이러한 의사업무에 대해서도 그에 따른 소요 시간, 정신적 노력/판단력, 스트레스 차원의 업무량이 발생한다. 만약, 이들 의사업무량 상대가치점수의 평가를 관련학회에 전적으로 위임할 경우 진료과목간 유사 의사업무에 대하여 상대가치점수의 불균형이 초래될 개연성이 존재하게 된다.

**4) 의사의 비진료 활동**

개별 환자의 진료와 직접적인 관련은 없지만, 교육, 연구, 학술집담회(컨퍼런스 등), 행정 행위 등은 의사의 필수 활동으로 볼 수 있다. 환자의 사례를 두고 여러 의사가 함께 논의하여 향후 진료의 방침을 결정하는 학술집담회나, 진료보조인력(간호사, 의료기사 등)을 교육하고 관리․감독하는 행정업무는 의사의 주요 업무로 평가되어야 할 부분이다.

이와 관련하여 현재 상대가치개발 연구에서 인용하고 있는 진료비용 상대가치점수 개발을 위한 회계조사 연구(2005)의 의사의 교육, 연구, 행정 활동의 설문조사 결과에 대하여 일부에서는 응답의 오류가능성(교육․연구․행정 활동을 인정받고자 하는 심리적 속성을 배제할 수 없음)을 제기하고 있는 실정이다.

라. 기타 상대가치점수에 대한 문제점

**1) 가산료의 문제**

건강보험 행위의 상대가치체계에서 다양한 형태의 가산율을 적용하고 있다. 기본진료료에서는 요양기관종별로 상대가치점수를 따로 고시하고 있으나, 그 외의 행위에 대해서는 요양기관종별 가산율을 적용하고 있다. 환자의 연령이나 상태에 따라 소아․노인에 대한 가산, 장애인에 대한 가산을 적용하고 있으며, 진료시간에 따라 공휴일 또는 야간 가산을 하고 있다. 그 외 의료서비스의 질적 향상을 위하여 일반병동의 간호인력확보수준에 따라 간호관리료를 차등하거나, 방사선과 전문의 판독에 대한 가산 등이 있다.

이러한 가산료는 상대가치제도 시행 이전의 지침을 그대로 받아들인 것이거나, 정책적으로 결정된 것으로서 소요되는 자원량을 근거로 합리적이고 적정하게 책정되었다는 근거가 없다.

**2) 산정지침의 문제**

건강보험 행위에 대한 상대가치점수를 고시함에 있어서 다양한 형태의 산정지침과 단서(주 항목)가 존재하고 있다. 흔히 「--한 경우에 산정한다.」, 「--포함되므로 별도 산정하지 아니한다.」, 「최대 --개(회) 까지만 산정한다.」등의 제약으로 표현되며, 이러한 제약은 청구 회수와 재료대 포함여부에 대한 사항에서 많다. 산정지침은 의료계와 심사평가원 사이에 갈등을 끊임없이 유발하여 왔던 주요 사항 중의 하나이다.

**3) 신규 급여행위의 상대가치점수 결정의 문제점**

급여 행위의 상대가치점수는 원가를 보상받기에는 점수당 단가에 비하여 낮게 책정되어 있는 실정이다[[14]](#footnote-14). 따라서 신규로 급여권에 진입하는 행위 역시 기존의 행위를 근거로 상대가치점수를 결정할 경우 원가조차 보상받을 수 없는 상황이 발생한다. 이러한 상황은 의료계가 해당 행위를 비급여로 계속 존속시키고자 하는 욕구를 강하게 하며, 의료의 왜곡을 악화시키는 요인이 된다.

**4) 점수당 단가 개정의 합리적 지표 부재**

미국의 경우 의료경제지수(medical economic index, MEI)를 기본으로 하고, 기타 여러 요인을 반영하여 지속가능목표진료비증가율(sustainable growth rate, SGR)의 방법을 적용하고 있다. 이러한 지표들은 합리적이고 적정한 수가인상의 근거를 제시할 수 있으나, 우리나라에서는 이러한 지표가 아직 없다. 따라서 점수당 단가를 합의하기 어려운 상황(요양급여비용협의회와 건강보험공단이 계약을 체결하지 못할 경우, 건강보험정책심의위원회에서 심의․의결할 수 있으나 위원회의 위원 역시 계약당사자의 입장을 대변하는 것과 크게 다르지 않다)에서 합리적으로 점수당 단가를 산출하는 방법이 없는 것이 문제이다.

2. 차등구조의 문제점

가. 진찰료의 차등화

우리나라 건강보험수가는 당초 의사에 대해서는 전국 단일수가제였다. 의료기관은 병상수, 진료과목수, 의료인력수 등에 따라 규정한 종합병원, 병원, 의원으로 구분하고 의료기관 종류에 따라 관리운영비 보상을 한다는 뜻에서 진찰료 이외의 수가를 차등화 하였다. 즉, 입원료가 의원보다 병원, 병원보다 종합병원이 비싸고 기술행위료는 차등 가산율을 적용하여 같은 검사, 처치, 수술이라도 큰 병원일수록 더 비싸게 정하였다. 진찰료는 <표 5-2>에서 볼 수 있는 바와 가티 2000.4.1 의원과 기타의료기관과 차이를 두다 2001.1.1 다시 통일 화였다. 그러다 건강보험통합과 의약분업을 단행한 후 2001년 초부터 보험재정파탄이 일어나게 되자 2001.5.1 건강보험재정 안정화 대책을 발표하면서 진찰료와 처방료를 통합하였다. 그리고 2001.7.1부터 의사의 진찰료를 <표 5-3>에서와 같이 의료기관 종별에 따라 차등하였다. 진찰료의 차등화는 건강보험재정 안정화대책에서는 없었던 내용이다.

<표 5-2> 차등 진찰료 현황(2000.4.1과 2000.9.1 진찰료)

(단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 초진료 | | | 재진료 | | |
| 2000.4.1 | 2000.9.1 | 2001.1.1 | 2000.4.1 | 2000.9.1 | 2001.1.1 |
| 의과의원 | 8,400 | 8,400 | 8,400 | 4,300 | 4,300 | 5,300 |
| 병원, 종합병원, 종합전문 | 7,400 | 7,400 | 8,400 | 3,700 | 3,700 | 5,300 |
| 치과의원, 치과병원 | 7,400 | 8,400 | 3,700 | 5,300 |
| 한의원, 한방병원 | 8,400 | 5,300 |

1977.7.1 의료보험제도를 시작할 당시 진찰료는 치과의사는 의사의 절반수준이었다. 치과의사는 진찰행위와 동시에 처치 행위가 이루어진다는 논리와 치과진료의 보험급여참여를 최소화 한다는 이유로 그렇게 책정하였으나 당시 치과의사협회에서의 거센 항의로 제1차 보험수가 인상조정이 이루어진 1979.1.1 치과의사의 진찰료도 의사의 진찰료와 동일하게 하였다. 의사의 진찰료는 ① 진찰료와 ② 의학관리료를 구분한 금액을 합하여 초진진찰료와 재진진찰료로 구분하고 재진료를 초진료의 약 50% 수준으로 하면서 2000.3.31까지 의사, 치과의사, 한의사 구분하지 않고 의원, 병원, 종합병원 어디서 근무하든 관계없이 또한 지역 차별 없이 전국적으로 단일 수가를 적용하여 왔다.

그러다가 의약분업을 앞두고 2000.4.1 보험수가를 평균 6.0%인상 하면서 <표 5-2>에서 볼 수 있는 바와 같이 진찰료를 (1) 의과의원과 (2) 그 이외 요양기관으로 구분하여 차등하여 의원의 진찰료를 다른 요양기관에 비하여 높게 책정하였다. 의료기관 진찰료를 차등화하면서 외래환자 진찰료를 의학관리료라는 용어를 없애고 진찰료에 포함시켰다. 이는 1999.11.15 약가실거래가상환제 실시에 대하여 개원의사 측의 반발을 무마하기 위하여 개정하였으나, 병원계와 치과 및 한방계의 반발로 2001.1.1 보험수가 인상 조정시에는 진찰료 차등화를 없던 일로 하고 진찰료를 동일 금액으로 환원하였다.

요양기관 유형은 2000.4.1 까지는 의과의원과 기타로 2분류하였으나, 2000.9.1에는 (1)의과의원, (2)병원, 종합병원. 종합전문요양기관, (3)기타로 3분류하였으며 2001.1.1 상대가치점수제를 도입하면서 진찰료에 대하여 요양기관 유형을 <표 5-2>에서와 같이 (1)의과의원 (2) 병원, 종합병원, 종합전문요양기관, 요양병원, 보건의료원 (3) 치과의원, 치과병원 (4) 한의원, 한방병원으로 4가지 형태로 구분하였다. 요양기관 유형별 진찰료의 상대가치점수는 각 의사단체의 반발로 동일하게 하였다.

2001년초의 보험재정 파탄으로 보험수가 인상은 할 수 없게 됨에 따라 2001.7.1 보험수가 인상 없이 진찰료를 매우 복잡하게 만들었다. 먼저 요양기관 종류를 다음과 같이 7종류로 분류하였다.

(1) 의과의원, 보건의료원내의 의과

(2) 의과병원, 요양병원내의 의과

(3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속병원

(4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학부속치과병원

(5) 치과의원, 보건의료원내의 치과

(6) 치과병원

(7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과

그리고 종류 내에서도 「전문의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정」제2조의2 및 제17조에 따른 전문의의 전문과목 등에 따라 다음과 같이「가, 나, 다」군으로 구분하였다.

(가) 가군(6개과) : 내과, 소아과, 가정의학과, 신경과, 정신과, 결핵과

(나) 나군(12개과) : 일반외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기과, 재활의학과

(다) 다군(11개과) : 진단방사선과, 치료방사선과, 핵의학과, 응급의학과, 임상병리과, 해부병리과, 산업의학과, 예방의학과, 기타 전문과목, 전문의가 아닌 일반의사, 치과(의과요양기관에 설치된 치과에 한함)

(라) 치과병원, 치과의원은 별도로 산정한다. 라고 구분하였다.

2001.7.1 진찰료는 요양기관 유형별, 그리고 유형내 전문의 과목별로 매우 복잡하게 분류하여 차등화시켰다. 2001.7.1일부터 실시된 복잡한 진찰료 차등 현황은 <표 5-3>과 같다.

<표 5-3> 2001.7.1 개정된 진찰료

(단위: 원)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 구 분 | 초진료 | 재진료 |
| (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 |  |  |
| (가) 가군 | 11,500 | 8,400 |
| (나) 나군 | 10,900 | 7,800 |
| (다) 다군 | 10,500 | 7,400 |
| (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 |  |  |
| (가) 가군 | 11,800 | 8,700 |
| (나) 나군 | 11,200 | 8,100 |
| (다) 다군 | 10,700 | 7,600 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 |  |  |
| (가) 가군 | 15,100 | 12,000 |
| (나) 나군 | 12,200 | 9,100 |
| (다) 다군 | 11,000 | 7,900 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 |  |  |
| (가) 가군 | 15,700 | 12,600 |
| (나) 나군 | 13,000 | 9,900 |
| (다) 다군 | 11,900 | 8,800 |
| (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 | 9,200 | 6,100 |
| (6) 치과병원 | 9,900 | 6,800 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 8,400 | 5,300 |

2001.1.1 자로 초진료 8,400원, 재진료 5,300원으로 통일하였던 것을 겨우 6개월밖에 안되었는데 초ㆍ재진료를 대폭 인상시켰다. 진찰료를 대폭 인상한 것은 의약분업 대상인 외래환자에 대한 “원외처방료”를 전액 삭제하고 “진찰료 중 외래환자 병원관리료에 포함되었다”고 고시했기 때문이다.

의약분업을 강행하기 위하여 2000.7.1 수가를 인상하면서 “원외처방료”를 1일분 490원이던 것을 2,460원으로, 3일분 1,470원은 3,440원으로, 7일분 2,350원은 4,320원으로 대폭 인상하여, 당시 의과의원 초진진찰료 8,400원, 재진진찰료 4,300원에 비하여 지나치게 높게 원외처방료를 책정하였던 것이다. 그러나 의약분업의 첫 단추를 잘못 끼워 좌초 위기에 들어감에 따라 “원외처방료” 삭제가 첫 희생물이 된 것이다.

“원외처방료”는 의료보험제도가 실시되었으나 의약분업제도는 바로 시행이 어려워[[15]](#footnote-15) 연기됨에 따라 의약분업이 될 때까지 의사의 처방전 유도를 위하여 보험수가 기준액표에 설정되어 있었던 것이다. 의약분업의 강행을 앞두고 2000.4.1 보험수가 기준액표 제4장 “라-3”항목에 원외처방료를 1일분 490원, 3일분 1,470원, 7일분 2,350원 등으로 고시되어 있었던 것이다.

원외처방료가 보험재정 파탄의 한 원인으로 지목되어 의약분업실시 1년만인 2001.7.1 외래 병원관리료에 포함됨에 따라 상대적으로 의료계 입장에서는 그 만큼 손실을 본 것으로 풀이될 수 있다. 2000년 및 2001년의 보험재정 파탄과 의약분업 시행과의 관계에 대한 분석과 평가는 별도의 심도 있는 연구가 필요하다고 하겠다.

2002.1.1 개정한 진찰료에서는 <부표 5-1>에서 볼 수 있는 바와 같이 의과의원과 보건의료원내 의과만 「가, 나, 다, 라」 군을 구분하고 다른 요양기관 종류에서는 「가, 나, 다」 분류를 삭제하여 약간 간편하게 만들었다. 2002.1.1 에 분류된 의과의원의 분류는 다음과 같다. (가)군(내과, 소아과, 가정의학과, 신경과, 정신과, 결핵과), (나)군(일반외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨기과, 재활의학과), (다)군(진단방사선과, 치료방사선과, 핵의학과, 임상병리과, 해부병리과, 산업의학과, 예방의학과, 기타전문과목, 전문의가 아닌 일반의사, 치과=의과요양기관에 설치된 치과), (라)군(응급의학과)로 구분하여 진찰료를 차등화시켰다.

2004.1.1 보험수가조정에는 의과의원의 (가), (나), (다), (라)군 구분은 없애고 (1)의과의원, 보건의료원내의 의과 (2)의과병원, 요양병원내의 의과 (3)종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원 (4)종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학부속치과병원 (5)치과의원, 보건의료원내의 치과 (6)치과병원 (7)한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과로 구분하여 진찰료를 차등화하여 현재에 이르고 있다. 2009년 현재 의사의 진찰료 차등내역을 정리해보면 <표 5-4>와 같다.

2001.6.30까지만 하여도 의료기관 종별 구분없이 진찰료는 동일하였으나, 2001.7.1부터 여러 종류로 복잡하게 나누어 차등화 시켰으며, 2004년 이후부터는 7종의 그룹에 따라 차등화하고 있다.

<표 5-4> 의료기관 종별과 의사의 진찰료(2009년)

(단위: 점, 원, %)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 의사근무처 | 초진(A) | | 재진(B) | | B/A |
| 점수 | 금액 | 점수 | 금액 |
| (1) 의원, 보건의료원 의과 | 188.11 | 11,920 | 134.47 | 8,530 | 71.5 |
| (2) 병원․요양병원 의과 | 208.86 | 13,240 | 15.137 | 9,600 | 72.5 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과 병원(치과의사) | 232.33 | 14,730 | 174.84 | 11,080 | 75.2 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학부속치과병원(치과의사) | 255.79 | 16,220 | 198.31 | 12,570 | 77.5 |
| (5) 치과의원, 보건의료원 치과 | 166.59 | 10,960 | 110.46 | 7,270 | 66.3 |
| (6) 치과병원 | 179.23 | 11,790 | 123.09 | 8,100 | 68.7 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원, 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원 한방과 | 152.06 | 9,980 | 95.98 | 6,300 | 63.1 |

1999년과 2009년간의 의사 근무처별 진찰료의 변동 현황은 <표 5-5>와 <표 5-6>에 수록하였다. 같은 면허를 소지한 의사이지만 종합전문요양기관에 근무하는 의사는 초진료가 10년간 119.2% 인상되었는데 반하여 의원의 의사는 61.2%의 인상에 그쳤으며, 재진료는 239.7% 인상대비 130.5% 인상에 그치고 있다.

<표 5-5> 의사 외래 초진 진찰료 인상률

(단위 : 원, %)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 근무처 종류 | | 1999 | 2009 | 인상률 |
| 의사 | 의원 | 7,400 | 11,930 | 61.2 |
| 병원 | 7,400 | 13,240 | 78.9 |
| 종합병원 | 7,400 | 14,730 | 99.0 |
| 종합전문요양기관 | 7,400 | 16,220 | 119.2 |
| 치과의사 | 치과의원 | 7,400 | 10,960 | 48.1 |
| 치과병원 | 7,400 | 11,790 | 59.3 |
| 종합병원 | 7,400 | 14,730 | 99.0 |
| 종합전문병원 | 7,400 | 16,220 | 119.2 |
| 한의사 | 한의원 | 7,400 | 9,980 | 34.8 |
| 한방병원 | 7,400 | 9,980 | 34.8 |
| 국립병원 한방진료부 | 7,400 | 9,980 | 34.8 |
| 요양병원 한방과 | 7,400 | 9,980 | 34.8 |

<표 5-6> 의사 외래 재진진찰료 인상률 비교(1999년/2009년)

(단위 : 원, %)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 근무처 종류 | | 1999년 | 2009년 | 인상률 |
| 의사 | 의원 | 3,700 | 8,530 | 130.5 |
| 병원 | 3,700 | 9,600 | 159.4 |
| 종합병원 | 3,700 | 11,080 | 199.4 |
| 종합전문요양기관 | 3,700 | 12,570 | 239.7 |
| 치과의사 | 치과의원 | 3,700 | 7,270 | 96.4 |
| 치과병원 | 3,700 | 8,100 | 118.9 |
| 종합병원 | 3,700 | 11,080 | 199.4 |
| 종합전문병원 | 3,700 | 12,570 | 239.7 |
| 한의사 | 한의원 | 3,700 | 6,300 | 70.2 |
| 한방병원 | 3,700 | 6,300 | 70.2 |
| 국립병원 한방진료부 | 3,700 | 6,300 | 70.2 |
| 요양병원 한방과 | 3,700 | 6,300 | 70.2 |

같은 면허를 받은 의사들의 행위를 의료기관의규모에 따라 차등화 시킨 것은 아무런 논리적인 근거도 없는 제도이다. 즉 어제까지 대학병원의 과장으로 근무하던 의사가 개업을 하는 순간 진찰료가 삭감되어야 하는 모순을 보이는 정책이다. 이러한 모순된 정책이 요양기관의 양극화를 초래시킨 원인 중 하나가 되고 있다.

나. 입원료의 차등화

우리나라는 보험수가를 통하여 의료기관의 경상비용뿐만 아니라 자본비용도 보상하는 구조이기 때문에 1977.7.1부터 입원료는 요양기관 종별에 따라 규모가 클수록 <표 5-7>과 같이 차등적으로 책정되었다.

처음 입원료를 책정할 때에는 입원실료, 의학관리료, 환자관리료, 기타관리료로 구분하여 입원실료는 병실공간점유 비용이고 의학관리료는 의사의 회진․진료․처방․진료기록 등 의사비용이고 환자관리료는 간호․급식․주사․투약․처치․환의 및 시트교체 등 환자관리에 소요되는 비용이고 기타관리료는 침상․병실․변기 청소 등에 소요되는 비용이라고 정의하고 그에 상응하도록 배분액을 정한 것이다.

의료기관의 입원실에 대한 규정은 의료법 제36조제1호 및 동법시행규칙 제34조 [별표4]에 따라 1인용은 6.3㎡이상 (1.9평 이상), 2인 이상 수용할 때는 1인당 4.3㎡이상 (1.3평 이상)의 면적을 확보하도록 되어 있고 소아는 성인의 2/3 이상 면적을 확보하도록 되어있을 뿐 6인용, 4인용, 2인용 또는 1인용을 몇 개씩 구비하도록 하는 규정은 없다.

그래서 의료보험 실시 초기에 1,900원 ~ 3,100원으로 정한 입원료를 몇 인용으로 할 것인가 하는 문제에 대하여 고심한 바 있었으며 어떻게 기준을 정할 것인가 대하여 의료계와의 협의도 있었다. 그래서 의료보험에서 처음으로 ‘기준병실’과 ‘상급병실’이라는 용어를 사용하고 ‘기준병실’ 확보율을 80%로 하느냐 50%로 하느냐 하는 문제를 숙고한 끝에 당시 보험적용인구수가 전체 국민의 20% 안팎임과 지나치게 낮은 입원료로 감안하여 기준병실 확보율을 50% 이상으로 정하여 ‘유권해석’으로 운영하다가 뒤에 ‘요양급여기준’으로 정하였다.

<표 5-7> 1977년 7월 1일 제정된 입원료

(단위: 점, 1점=10원)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 종합병원 | 병원 | 의원 |
| 계(1일 입원료)  서울  대도시  중소도시  농어촌 | 310  198  240  205 | 255  230  205  180 | 190  170  150  140 |
| 입원실료 | 130 | 130 | 130 |
| 병원관리료  서울  대도시  중소도시  농어촌 | 70  60  45  30 | 50  40  30  20 | 25  15  8  4 |
| 환자관리료  서울  대도시  중소도시  농어촌 | 110  85  65  45 | 75  60  45  30 | 35  25  12  6 |

그러다가 상급병실차액인정 및 상급병실 인정기준 미비 등으로 당초 정의한 입원료 산정지침이 흔들리기 시작하여 후에 입원실료도 없어지고 간호관리료가 등장하고 기타 환자관리료가 어느 날 자취를 감추고 말았다. 또한 입원료 산정기준에서 밤 0시를 기준한 월역(月歷)에 의한 날짜별 1일 기준이 낮 12시(정오)를 기준한 호텔식 산정기준으로 바뀌었다.

일자별 입원료 산정으로 인하여 하룻밤을 자지 않았는데 하루치 입원료를 산정한다는 환자들의 불만에 따라 병실에 6시간미만 머물 경우에는 입원료를 산정할 수 없도록 규정을 정하였다. 그러자 병원 측에서 응급실, 중환자실, 입원실 등에서 시트, 환의 등을 사용하고서도 그에 따른 세탁비용도 보상받을 수 없다는 불만이 야기되어 입원료 산정 기준을 바꾸어야 했다. 그런 사례들을 통하여 여러 가지 산정지침이 추가되어 현재에 이르고 있다.

2001년 1월 1일 보험수가 조정 시 입원료를 의학관리료, 환자관리료를 구분하지 않고 단일수가로 통합하면서 몇 가지 가산료를 적용하였다. 입원료[산정지침]에 의학관리료(소정점수의 40%), 간호관리료(소정점수의 25%), 병원관리료(소정점수의 35%)를 포함시켰고 장기입원에 대해서는 낮은 수준의 입원료에 대한 보완책으로 상급병실료를 인정하여 차액수입을 병원이 갖도록 하였다. 체감제는 입원료, 집중치료실 입원료, 격리실 입원료에 적용시켰는데 체감율은 입원 16일째부터 30일째까지는 해당점수의 90%(80%에서), 입원 31일째부터는 해당 점수의 85%(70%에서)를 산정하도록 하였다.

<표 5-8> 1977 ~ 2009년 입원료 변동 현황

(단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 종합전문 | 종합병원 | 병원 | 의원 | 비고 |
| 1977 | 3,100 | | 2,550 | 1,900 | 서울지역 |
| 1995.12.10 | 15,560 | 14,200 | 11,800 | 9,970 |  |
| 1999.11.15 | 21,400 | 19,700 | 16,600 | 14,400 |  |
| 2000 | 22,400 | 20,600 | 18,200 | 15,800 |  |
| 2001 | 22,400 | 20,600 | 18,200 | 15,800 | 1점=55.4원 |
| 2002 | 21,750 | 20,000 | 17,670 | 15,340 | 1점=53.8원 |
| 2003 | 27,870 | 25,630 | 22,640 | 19,660 | 1점=55.4원 |
| 2004 | 28,620 | 26,320 | 23,250 | 20,190 | 1점=56.9원 |
| 2005 | 29,480 | 27,110 | 23,950 | 20,790 | 1점=58.6원 |
| 2006 | 30,530 | 28,080 | 24,810 | 21,540 | 1점=60.7원 |
| 2007 | 31,240 | 28,770 | 25,380 | 22,030 | 1점=62.1원 |
| 2008 | 31,540 | 29,030 | 25,670 | 22,300 | 1점=62.2원 |
| 2009 | 32,150 | 29,580 | 26,170 | 22,570 | 1점=63.4원 |
| 주: 점수를 금액으로 환산하였음 | | | | | |

<표 5-8>에서 입원료의 금액 변동을 살펴보면 서울시내 의원의 경우 1일 입원료가 1977년 1,900원, 1995년 9,970원, 2009년 22,570원으로 변동되어 1977년에 비하면 12배가 인상되었다. 종합전문요양기관의 경우 입원료는 1977년 7월 1일 불과 3,100원이었으나 32년이 지난 2009년에 32,150원으로 10.37배 인상되었다. 입원료의 증가율을 Ⅳ 장의 <표 4-1>에서 보험수가나 소비자 물가 상승률과 비교하면 입원료의 증가율이 높지만 명목임금 상승률에 비해 크게 낮다. 그리고 입원료의 절대액을 비교하여도 모텔의 1일 숙박비에도 모자라는 실정이다. 따라서 생활수준이나 다른 물가와 비교할 때 입원료는 상대적으로 낮다고 하겠다.

입원료의 차등화는 자본비용의 보상이라는 측면에서는 다소 일리가 있지만, 입원료 구성이 자본비용적 요소보다는 기술적 요소가 많기 때문에 차등화의 논리는 매우 궁색하다. 입원료의 차등화는 대형병원일수록 유리한 구조를 만들어 의료기관의 양극화를 초래하는 기전이 되었다는 점에서 분명히 문제가 있는 제도라 하겠다.

다. 환자 수에 따른 차등화

의료보험제도가 처음 도입될 때부터 요양급여비용을 환자 수에 따라 차등화 하지는 않았다. 2001년 건강보험 재정 파동을 겪으면서 2001.5.31 건강보험 재정안정화 대책의 하나로 2001년 7월부터 진찰료와 처방료를 통합하고, 의원의 진찰료와 약국의 조제료에 대해서는 환자 수에 따라 차등 지급하는 조치를 취하여 오늘에 이르고 있다.

차등 지급의 대상으로 의과의원 치과의원, 한의원, 보건의료원의 의사, 치과의사, 한의사이며 1인당 1일 진찰횟수를 기준으로 진찰료에 대하여 다음과 같이 차등지급한다고 규정하였다.

① 75인 이하 : 100%

② 75 - 100인 : 90%

③ 100 - 150인 : 75%

④ 150인 이상 : 50%

만약 한 의사가 하루에 160명의 환자를 진료할 경우 진찰료는 다음과 같이 책정된다. 총 진찰료 = 75인×100% + 25인×90% + 50인×75% + 10인×50%

한편 약국에 대해서는 1인 1개월을 기준으로 하여 다음과 같이 조제료를 차등 지급하도록 규정하고 있다.

① 1,875인 이하 : 100%

② 1,875 - 2,500인 : 90%

③ 2,500 - 3,750인 : 75%

④ 3,750인 이상 : 50%

이 규정은 의약분업 실시로 인하여 보험재정 적자가 발생함에 따라 2001년 7월부터 시행된 편법적인 조치인데 재정여건 때문에 부득이 하게 취한 조치이면 왜 의원급에만 하였는지? 논리가 분명치 못하다. 환자 수를 줄여 진료의 질을 향상 시키겠다면 오히려 종합전문요양기관과 같은 대형병원에 대하여 적용함으로써 진료의 건실화를 추구하는 것이 오히려 논리적 타당성이 있다고 하겠다.

의원은 병원급이상 의료기관에 근무하는 의사에 비하여 진찰료에서 차등을 받는데 더하여, 환자 수에 따라 차등을 받는 2중으로 불리한 문제가 있다. 선택진료비를 감안하면 종합전문요양기관 선택진료 의사의 진찰료는 의원급 의사보다 2배 이상 높다. 그럼에도 불구하고 진찰료가 낮은 의원급에 대하여서만 진찰료를 환자 수에 따라 차등 지급하고 있음은 많은 문제가 있다. 특히 환자 수에 따른 차등 수가제는 상대가치수가제도의 기본 정신인 1물1가(1物1價)의 원칙에 배치된다.

라. 의료기관 종별 가산율의 적용

**1) 요양기관 종별 차등가산율 적용도입**

의료보험 진료수가기준은 원칙적으로 전문의 취득, 면허취득연도, 학위취득여부, 임상경력연수 등에 불문하고 동일수가를 적용하여야 한다. 이것은 의사가 의원이나 종합병원 어디서 근무하든 의사가 행한 시술은 똑같다는 논리를 기반으로 한다. 그러나 의료기관 종별에 따른 시설, 장비, 기기 등의 차이에 대한 보상 수단이 없다면 종합병원, 병원, 의원의 역할 분담이나 의료전달체계의 운용이 불가능하다는 반론이 있었다. 또한, 대학병원은 의료기술 및 의학발전을 위한 연구가 불가피한 측면이 있으므로 이러한 투자를 기피하는 상황을 방지하고 병원 규모가 크면 클수록 그에 따른 인건비, 시설 및 장비, 설치비, 관리운영비가 상대적으로 더 지출되는 현실을 감안하여 그에 대한 보상책으로 1977.7.1 의료보험 진료수가를 제정할 때부터 의료기관 종별에 따른 기술행위료의 가산율 적용을 고안하였다.

서구와 같이 의료기관의 자본비용을 별도로 보상한다면 동일수가가 원칙이겠으나, 수가에 자본비용이 반영된 우리나라에서는 수가에 의료기관 종별 가산율 적용은 불가피한 측면이 있다.

**2) 요양기관 종별 차등가산율의 변천**

가산율 제도는 <표 5-9>에서 볼 수 있는 바와 같이 1977.7.1 의료보험제도 도입 당시에는 의료기관종별 즉 의원, 병원, 종합병원과 인구수에 따른 서울, 대도시, 중소도시, 농어촌으로 구분하여 차등 적용하다가 1979.1.1 제1차 의료보험수가기준 조정시 의료기관종별은 그대로 두고 서울과 대도시를 묶어서 대도시(인구 50만 이상)로 하고, 중소도시와 농어촌을 기타지역(인구 50만 미만)으로 2분화 하였다. 그러다가 ’81.6.15 수가조정시 교통 도로망의 발달과 1일 생활권으로 도․농간의 생활수준이나 양식이 비슷하게 되고 대도시에 비하여 기타지역인 지방이 의사 및 의료기관 종사인력의 인건비와 재료비가 오히려 높은 실정이고 의료인력이 지방근무를 기피하는 현상을 감안하여 지역 차등제는 폐지하였다.

1989.7.1 전국민의료보험 실시와 더불어 진료전달체제가 시작되면서 3차 진료기관(당시 400병상 이상의 25개 종합병원)에는 1차 진료가 봉쇄(안과, 이비인후과, 피부과, 가정의학과 및 재활의학과 등 5개과는 제외)됨에 따라 그 보상책으로 10% 포인트의 가산율을 더하게 되어 3차 진료기관은 20%에서 30%가 되었다. 이때에 다른 진료기관도 가산율의 상향조정을 요구하게 되어 종합병원, 병원, 의원은 각각 3% 포인트씩 가산되어 23%, 13%, 7%로 상향조정되었다.

1994.7.1 병원과 의원에 대하여 각각 2.0% 포인트씩 높여 주었으며 1995.4.1에는 의원급에만 1.0% 포인트 올렸다. ’95.12.10 수가기준 개정시에는 의료법에 요양병원이 의료기관 종별에 신설됨에 따라 정신요양병원은 병원급 가산율을 산정할 수 없도록 하고 병원화 보건소인 보건의료원을 의원급 가산율 10%를 산정할 수 있도록 하였다.

1998.7.1 보험수가 인상 조정시 요양기관 종별 가산율의 조문을 정리하였다. 3차 진료기관을 종합전문요양기관으로 고치고 한방진료수가 산정 기준과 약국 약제비 산정기준을 양방과 통합하고, 요양병원도 병원급에 분류하는 대신 종별 가산율을 적용하지 아니하는 요양기관을 명시하였다. 또한 가산율도 상향조정하여 병원은 17%로 의원은 13%로 하였다.

보험의약품 실거래가 청구 및 상환제도를 1999.11.15부터 시행하면서 약가마진 보상책으로 “의약품관리료”를 신설하고 뒤이어 2000.4.1자로 의료보험수가를 6.0% 인상하면서 요양기관 기술행위료 가산율을 종합병원 2.0%(23%⟶25%), 병원3.0%(17%⟶20%), 의원 2.0%(13%⟶15%)씩을 각각 상향 조정하여 <표 5-9>와 같다.

<표 5-9> 의료보험수가의 기술행위료 가산율 변천 일람표

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 종 별 | ’77.  7.1 | ’79.  1.1 | ’81.  6.15 | ’83.  10.1 | ’89.  7.1 | ’94.  7.1 | ’95.  4.1 | ’98.  7.1 | ‘00.  4.1 |
| 종합전문요양기관 | 소재지역에 따라 종합병원 가산율 적용 | | 20 | 20 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| 종합전문요양기관에 설치된 치대부속치과병원 | 소재지역에 따라 종합병원 가산율 적용 | | 10 | 20 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| 종합병원  서울  대도시(인구50만이상)  중소도시(인구50미만)  농어촌(인구5만미만) | 20  16  12  8 | 20  16 | 20 | 20 | 23 | 23 | 23 | 23 | 25 |
| 종합전문요양기관이 아닌 곳의 치대부속치과병원  6개 한방과 설치된 한의대부속한방병원,  국립병원한방진료부 | 소재지역에 따라 종합병원 가산율 적용 | | 10 | 20 | 23 | 23 | 23 | 23 | 25 |
| 병원․치과병원․한방병원․요양병원  서울  대도시(인구50만이상)  중소도시(인구50만미만)  농어촌(인구5만미만) | 10  8  6  4 | 10  6 | 10 | 10 | 13 | 15 | 15 | 17 | 20 |
| 의원․치과의원․한의원․보건의료원  대도시(인구50만이상)  중소도시(인구50만미만)  농어촌(인구5만미만) | 4  2  -  - | 4 | 4 | 4 | 7 | 9 | 10 | 13 | 15 |

이와 같이 요양기관 종별에 따라 수가 차등화 적용의 도구로 사용되어온 기술행위료에 대한 종별 차등가산율 산정기준이 1977.7.1 제정 후 그간 9차례나 바뀌면서 종합병원 중 3차 진료기관인 종합전문요양기관은 20%에서 30%로 10% 포인트 인상되었고 병원은 4~10%에서 20%로 최고 16% 포인트에서 최저 10% 포인트까지 인상되었으며 의원은 0~4%에서 15%로 최고 15%포인트 에서 최저 11% 포인트까지 인상되었다.

요양기관종별 가산율의 인상은 개별수가 인상률 못지않게 병․의원 수익에 기여하는 부문이 있는데, 이는 한번 인상되면 다음해 이후에도 그만큼 자동적으로 인상되기 때문에 그 동안 의료계는 요양기관 종별 인상에 많은 신경을 곤두세웠다.

요양기관 종별 차등가산율의 적용은 비록 자본 비용에 대한 보상 성격이 있으나, 기술료에 가산율을 적용하였다는 것은 논리적으로 납득하기 어렵다. 즉 자본비용의 보상이면 자본비용의 성격에 합당한 병원 관리료나 다른 수가 항목을 개발하여 보상하여야지 자본비용과 무관한 기술료에 가산율을 적용하였다는 것은 문제가 있다. 기술료에 가산율을 적용함으로써 대형병원으로 갈수록 경상운영비 조달이 유리해진 측면이 있다. 이와 같은 가산율 제도는 오늘날 의료기관의 양극화를 초래시키는 기전의 하나가 되었다.

이러한 문제에 대하여 개원의사가 중심인 대한의사협회는 의료기관의 규모에 따른 차등 가산율을 종별 관계없이 상향조정 통합하든지 수가 항목에 포함시켜야 한다고 주장하여 왔다.

**3) 요양기관종별가산율 차이로 인한 보험자 부담금 차이**

요양기관 종별로 가산율의 차등화와 본인부담률이 혼재될 경우 건강보험공단이 부담해야 할 진료비 상환액이 달라지는 문제가 있다. 이로 인하여 같은 서비스를 받았지만 건강보험 재정에서는 의원을 이용하는 환자에 비하여 종합전문요양기관을 이용하는 환자에게 더 많은 금액을 요양기관에 보상해야 하는 문제가 생긴다.

현재 요양기관종별가산율은 <표 5-10>과 같다. 기본진료료(진찰료와 입원료)에 대하여는 요양기관종별로 수가가 구분되어 고시되고 있기 때문에 요양기관종별가산율을 따로 적용하지 아니한다.

<표 5-10> 건강보험과 의료급여의 종별 가산율

(단위: %)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 건강보험 | 의료급여 |
| 의원 | 15 | 11 |
| 병원 | 20 | 15 |
| 종합병원 | 25 | 18 |
| 종합전문요양기관(3차기관) | 30 | 22 |

요양기관 종별 가산율과 본인부담 정률제를 합성할 때 생기는 문제는 다음과 같다. 수가가 100,000원으로 고시된 수술을 예로 들어 생각해보기로 하자. 기본 수가에 요양기관종별가산을 적용하면, 종별에 따라 실제 수가는 115,000원에서 130,000원이 된다. 여기에 입원시 본인부담률 20%를 적용하면 법정본인부담금은 23,000원에서 26,000원으로 상급 의료기관일수록 더 많은 본인부담을 하게 된다. 이러한 상황은 ①상급 의료기관일수록 더 낳은 의료를 제공하며, 그러기 위해서는 수가(요양급여에 소요되는 비용)가 당연히 높아야 한다. ②더 낳은 의료를 받기 위하여 상급 의료기관을 이용하는 환자는 더 많은 본인부담을 하여야 한다는 논리이다.

이러한 본인부담과는 별개로 공단 부담금은 어떠한가? 상급 의료기관을 이용하는 환자에게 더 많은 보험재정(보험료수입)을 지원하고 있다. 법정본인부담금의 차이가 소득 수준에 따른 의료이용도의 차이를 초래하는 것은 주지의 사실이다. 즉, 저소득층은 법정본인부담금이 적은 의원급 또는 병원을 이용하고, 고소득층은 종합전문요양기관을 주저없이 선택할 수 있다. 결국 고소득자가 저소득자보다 더 많은 급여혜택을 받음으로써 사회보장에서의 균등 급여의 원칙이 무너지고, 「소득에 따른 역(逆)재분배 현상」이 초래된다.

<표 5-11> 현재의 본인부담과 공단부담 산정방법의 예시

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A.기본수가 | B.종별가산율적용수가 | C. **정률**  본인부담금 | D. 공단부담금  **(=B-C)** |
| 의원 | 100,000원 | 115,000원 | **23,000원** | 92,000원 |
| 병원 | 120,000원 | **24,000원** | 96,000원 |
| 종합병원 | 125,000원 | **25,000원** | 100,000원 |
| 종합전문요양기관 | 130,000원 | **26,000원** | 104,000원 |
| 단순합계 |  | 490,000원 | 98,000원 | 392,000원 |
| 주: 빈도비중을 감안하지 아니한 단순합계는 의미가 없으나, 이해를 돕기 위하여 예시함 | | | | |

산재보험과 자동차보험은 모든 의료기관을 요양기관으로 강제 지정하지 않기 때문에 요양기관종별가산율에 대하여 건강보험과 비교할 사안은 아니다. 그러나 건강보험과 의료급여의 요양기관종별가산율이 다르다는 것은 문제가 있다. 얼핏 생각하기에 의료급여환자는 저소득계층이므로 진료비 수준이 낮아야 한다고 생각할 수 있으나, 이는 본인부담을 적게 부담시켜야 한다는 것이 본질이지, 동일한 의료서비스에 대하여 건강보험에서의 비용과 의료급여에서의 비용이 달라야 한다는 것은 아니다. 즉, 요양기관종별가산율은 같되, 본인부담에서 적절한 차이를 두어야 한다.

극단적인 예를 들면, 입원가능한 병상이 1개일 때, 동일 질병, 동일 의료서비스가 요구되는 건강보험환자와 의료급여환자가 있다면, 병원측에서 누구를 입원시키기를 원하는 지는 명약관화이다. 결국 의료급여환자를 위할 것 같은 종별가산율 차등이 오히려 의료급여환자를 차별하는 부메랑이 될 수 있다.

이러한 「소득에 따른 역(逆)재분배 현상」은 요양기관종별가산율에 정률제 본인부담을 하고 있기 때문에 초래된 결과이다. 이를 해소하기 위해서는 정률제 본인부담 대신에 「정액 공단부담제」를 도입하면 이러한 불합리성은 해소될 수 있다.

아래 표는 공단의 총부담금(392,000원)을 변화시키지 않는다는 전제하에서 정액 공단부담금(98,000원)을 정하였고, 본인부담금은 수가에서 공단부담금을 제한(=B-D)금액으로 산정하는 방식이다. 현재는 본인부담을 고시하고 수가에서 본인부담을 제하는 방식(=B-C)으로 공단부담금을 산정한다는 점에서 차이가 있다.

이러한 시스템으로 변경할 경우 공단부담금의 변화는 없으면서도, 저소득층이 주로 이용하는 병의원에 대하여는 본인부담이 이전보다 낮아지고, 고소득층이 이용하는 종합전문요양기관에 대하여는 본인부담을 높여서 현재 무너진 진료전달체계를 회복하는 방편도 될 수 있다.

‘질병의 특성상 종합전문요양기관을 이용할 수밖에 없는 환자들에 대하여 접근성을 위협하지 않겠는가’라는 비판이 제기될 수 있다. 그러나 본인부담 상한제가 적용되고 있는 시점에서 종합전문요양기관 이용이 불가피한 환자들의 접근성은 선택진료비 등 비급여의 과중으로 제한될지언정, 법정본인부담이 접근성을 좌우한다고 보기는 어렵다.

<표 5-12> 정액 공단부담제의 예시

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A.기본수가 | B. 종별가산율  적용수가 | C. 본인부담금  **(=B-D)** | D.**정액**  공단부담금 |
| 의원 | 100,000원 | 115,000원 | 17,000원 | **98,000원** |
| 병원 | 120,000원 | 22,000원 | **98,000원** |
| 종합병원 | 125,000원 | 27,000원 | **98,000원** |
| 종합전문요양기관 | 130,000원 | 32,000원 | **98,000원** |
| 단순합계 |  | 490,000원 | 98,000원 | 392,000원 |
| 주: 빈도비중을 감안하지 아니한 단순합계는 의미가 없으나, 이해를 돕기 위하여 제시함. | | | | |

3. 수가수준의 문제점

**1) 상대가치연구팀이 밝힌 수가 수준의 문제점**

가격은 원칙적으로 시장에서 수요와 공급에 의하여 결정되어야 한다. 그리고 만약 시장이 완전경쟁시장이라면 시장에서 결정되는 균형가격은 평균비용의 최저값이 된다. 만약 시장가격이 평균비용 보다 높아 초과이윤을 얻게 되면 곧바로 새로운 공급자가 진입하여 공급이 늘기 때문에 가격은 평균비용의 최저값으로 하락하게 된다. 그래서 경쟁시장에서 성립되는 가격은 원가와 일치한다.

그런데 건강보험수가는 시장에서 결정되는 것이 아니라 보험자와 공급자가 계약에 의하여 결정된다. 계약에 의하여 결정할 때의 기준은 항상 원가가 된다. 그런데 원가는 의료기관에 따라 차이가 생기며, 또한 의료서비스의 질적 차이에 따라 달라진다.

따라서 상대가치수가 제도는 원칙적으로 경쟁시장의 가격 결정과 같이 수가를 평균비용의 최저로 할 수 있도록 하고 있다. 같은 서비스를 공급하더라도 의료기관에 따라 달라지거나 질적 차이에 따라 달라지는 문제점을 극복하기 위하여 어떤 서비스를 생산하는데 최소 훈련을 받은 전문가의 인건비를 기준으로 하는 등의 원칙에서 가격을 설정하는 것이 이론적 배경이 된다(Feldstein, 2005).

이론은 이렇게 자명하지만 현실의 수가 산출은 그렇게 간단하지 않다. 그렇기 때문에 수가수준을 놓고 원가에 미달하는지에 관하여 공급자와 보험자 간에는 끝없는 논쟁이 벌어지게 마련이다. 이와 같은 논쟁에 대하여 상대가치수가를 연구한 연구 팀은 현재의 수가수준이 원가에 미달한다는 결론을 내린 바 있다.

즉 건강보험심사평가원의 상대가치연구팀은 상대가치점수에서 균형을 취하기가 어려웠던 점을 기술하면서 그 원인을 대부분의 행위료가 원가에 미달하기 때문이라고 하였다(강길원, 이충섭, 2007)

**2) 물가상승률 및 임금수준과 비교한 수가수준의 문제점**

보험수가를 원가와 대비하기가 용이하지 않기 때문에 자주 비교하는 것이 물가상승율과 수가인상율과의 비교이다. 1977년 의료보험제도를 도입할 당시의 의료보험수가수준을 당시의 관행적인 수가와 비교하여 55% 수준이라는 것이 대체적인 시각이었으나, 당시 신현확 보사부 장관은 국회에서 의료기관 종별가산율, 지역별 가산율 등을 감안할 때 75% 선은 된다는 답변을 하여 당시에도 수가 수준에 대한 논란이 그치지 않았던 것이다(양명생, 1994). 이러한 논란은 당시의 수가 산정의 표본의료기관에 따라 가중 평균값이 달라질 수 있는데 기인한다.

아무튼 1977년 당시의 보험수가는 관행수가와는 크게 차이가 있었기 때문에 의료공급자들의 입장에서는 인상율을 비교하여 수가 수준을 논의한다. 이미 살펴 본 <부표 4-1>에서 보험수가의 누적 인상율과 소비자 물가의 누적 상승율을 비교하면 1997년을 기점으로 건강보험수가의 누적 인상률이 소비자 물가의 누적 상승률을 앞지르고 있다. 이 두 가지 지표만 단순하게 비교해 본다면 건강보험수가 수준이 점차 개선되었다는 결론을 얻을 수 있을 것이다.

그러나 건강보험이 제공하는 의료서비스는 노동집약적인 서비스가 되기 때문에 인건비 상승률을 동시에 고려되어야 한다. <표 5-13>에서 인건비를 나타내는 명목임금 상승률과 수가 인상률을 비교하면 보험수가 인상률이 훨씬 낮아 수가 수준이 높다고 하기 어렵다. 특히 의료서비스 생산원가에서 인건비의 비중을 약 40% 로 상정[[16]](#footnote-16)하였을 경우, 의료수가 상승률이 의료원가 상승률에 미치지 못하고 있다.

특히 의료공급자들은 1977년에 의료보험제도를 도입할 당시 관행수가 보다 낮았는데 그 이후의 수가 인상률이 소비자 물가나 임금상승률과 비교하여 만족스럽지 못한 점을 두고 항상 수가수준이 낮다는 생각을 갖고 있다.

<표 5-13> 의료보험 수가 인상율과 물가, 임금 상승율 비교표

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 의료보험수가 | 소비자물가 | 명목임금 | 1일 입원료 | 의료원가 상승률 |
| 1977 | 100.0 (7월) | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 1994 | 367.3 (8월) | 412.4 | 1,313.5 | 458.1(‘95) | 772.8 |
| 1997 | 456.3 (1월) | 472.0 | 1,748.9 |  | 982.3 |
| 2000 | 691.6 (9월) | 523.2 | 1,993.3 | 664.5 | 1,112.2 |
| 2008 | 845.0 (1월) | 676.3 | 3,153.7 | 1,017.5 | 1,667.3 |
| 주: ( ) 내는 기준 연도 또는 기준 월  가중치는 소비자 물가 60%, 명목임금 40%로 하였음  자료: 보험수가는 건강보험통계연보, 소비자물가는 통계청, 명목임금은 노동부, 매월노동통계조사 및 사업체임금근로시간조사 | | | | | |

**3) 수가수준에 대한 평가**

건강보험 수가 상승률과 원가상승률(인소비자물가 및 인건비 기준)만을 비교하여 건강보험수가가 절대적으로 불리하다고만 할 수 없는 측면도 있다. 그 이유는 지불제도가 행위별수가제도이며 비급여 서비스가 존재하기 때문에 행위량 특히 비급여 행위를 많이 증가시킨다면, 낮은 수가에서도 의료기관은 생존 가능할 수 있다. 지금까지 저수가라고 불평을 하면서 의료기관이 성장할 수 있었던 배경에는 바로 행위별수가를 통하여 박리다매형 공급으로 성장이 가능하였던 점도 간과할 수 없을 것이다.

특히 행위량 증가가 상대적으로 용이한 의료기관(새로운 의료기술이나 의료장비의 사용이 용이한 대형병원)은 수가상승률이 원가상승률보다 낮아도 다양한 원가보전책(선택진료, 비급여, 상급병실 등)이 있어 수가가 낮아도 성장을 거듭할 수 있었다. 2001.1.1 상대가치제도에 의한 수가제도가 실행될 당시 보험수가 행위항목의 분류항목수가 1,751 항목이던 것이 2009년에는 2,195항목으로 444개 항목이 늘어났고 보험진료비 산정청구가 가능한 행위코드수는 3,714개에서 5,478개로 1,764개로 증가하여 보험급여대상 진료범위가 그 만큼 확대되었다. 청구가능 행위 코드수의 증가로 요양기관의 청구 행위량이 많아질 수 있어 요양기관의 보험진료비 수입이 증가하고 보험재정 지출도 늘어나게 되었다.

그런데 중소병원이나 의원급 의료기관은 행위량을 증가시키는 것이 쉽지 않으며, 급여서비스는 원가에 미달하기 때문에 행위량을 늘린다 하여도 경영에 큰 도움이 되지 못하는 문제가 있다.

또 다른 고려 사항은 수가인상을 하기 어려우면 부문별 인상률을 높이는 방법을 사용하여 의료계의 요구를 어느 정도 수용하였다는 사실이다. 이 점은 이미 Ⅳ장 3에서 다루었던 내용이다. 즉 보건복지부는 수가 수준에 대하여 경제부처와 다소 다른 입장이었기 때문에 경제부처가 물가관리 차원에서 수가를 통제하게 되면, 보건복지부는 차선의 방법으로 부문별 인상에 초점을 두어 조정을 하였던 것이다. 부문별 인상은 이용 빈도가 높은 서비스의 가격을 수가의 평균 인상률 보다 조금 높게 책정함으로써 경제부처의 통제를 어느 정도 벗어났으며, 이러한 편법이 있었기 때문에 의료공급자는 낮은 수가에도 견딜 수 있었다고 하겠다. 또한 신설수가 항목의 증가도 한몫을 차지하였다고 볼 수 있다.

그리고 의료서비스 원가의 절대치를 수가와 비교함은 무의미하다. 서비스 원가는 서비스의 질을 낮추면 얼마든지 낮출 수 있기 때문이며, 서비스의 질은 다양하게 측정되기 때문에 공급자인 의사도 소비자인 환자도 잘 느끼지 못할 수 있다. 예컨대 의료서비스의 질의 한 요소로 안전도를 생각할 수 있는데 이러한 측면의 질적 저하는 아무도 느낄 수 없다.

4. 보험급여 관리상의 문제

가. 수가계약제도의 불합리

통합의료보험법인 「국민건강보험법」에서는 “의료보험 진료수가표”를 보험자측과 의약계측의 쌍무 합의 계약에 의하여 결정하도록 규정하였다. 수가계약제는 국민건강보험법 제42조(요양급여 비용의 산정 등)에서 규정하고 있는바와 같이 종전 정부의 고시제에서 획기적인 변화를 가져온 것으로 보인다. 그러나 “국민건강보험법 시행령(안) 제24조(계약의 내용 등)”는 법에서 규정한 획기적인 변화를 상당히 제약하는 측면이 있어 수가계약제의 실행보다는 종전의 고시제에 연연하는 것 같은 인상을 다음과 같이 주고 있다. 구체적으로 수가계약제의 문제점을 열거하면 다음과 같다.

첫째, 계약의 첫 번째 대상은 상대가치 점수여야 하는데 현재는 이것은 계약에서 제외되고 있다. 국민건강보험법 제42조제1항에 “요양급여 비용은 공단의 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.”라고 정하고 있고, 동법 제39조(요양급여)에 요양급여 실시대상이 “1.진찰․검사, 2.약제․치료재료의 지급, 3.처치․수술 기타의 치료, 4.예방․재활, 5.입원, 6.간호, 7.이송”으로 하고 있다. 동법 제40조(요양기관)에 “요양급여(간호 및 이송을 제외한다)는 요양기관에서 행한다.”라고 정함에 따라 요양급여로 인하여 발생되는 비용 즉, 보험급여대상 진료비를 “요양급여비용”으로 해석할 수 있다.

그렇다면 복지부가 “상대가치 점수당 단가”만을 계약대상으로 한다는 생각을 건강보험법시행령 제24조제1항에 규정한 것은 옳지 않다. 계약대상은 이미 법률에서 정하고 있기 때문에 논의의 대상이 될 수 없으며, 다만 계약방법이나 절차만이 논의의 대상이 된다. 계약제의 대상에는 요양급여비용이 되어야 하기 때문에 ①상대가치점수 ②점수당 단가 ③약가 ④치료재료대 등이 포함되어야 한다.

보험진료수가가 행위 간 상대적 가치가 왜곡되었다고 판단하여 그간 많은 재정을 투입하여 만들어 놓은 “상대가치 점수표”가 「새로운 수가 기준」임으로 먼저 이 상대가치 점수표가 “계약대상 1호가” 되어야 한다. 그럼에도 불구하고 상대가치 점수표가 계약대상에서 제외된 것은 큰 문제가 있다. 그리고 상대가치 점수도 영구불변한 것이 아니므로 최소한 5년 주기라도 정례적인 조정 작업이 이루어져야 한다. 2001년에 실시된 상대가치에 대하여 건강보험심사평가원은 처음으로 2006년 ‘상대가치점수개정연구’를 하였다.

둘째, “상대가치 점수 당 단가”의 계약에 많은 문제가 있다. 2007년까지는 상대가치점수 당 단가는 단일 가격이었는데 2008년부터 유형별 차등계약을 하고 있다. 2000년 수가계약제 도입시행이후 상대가치점수 당 단가 즉, 환산지수의 변동내역을 살펴보면 <표 5-14>와 같다. 상대가치수가제도는 일물일가(一物一價)를 원칙으로 하여 최소훈련을 받은 의사가 수행하는 비용을 토대로 수가를 설정하는 제도이다. 즉, GP가 할 수 있는 서비스는 GP 인건비를 기준으로 가격을 책정하기 때문에 이러한 서비스를 종합전문요양기관에서 하게 되면 수지가 맞지 않아 자연스럽게 동네 의원에서 제공하도록 설계된 것이다. 이러한 원칙하에 설계된 상대가치수가제도를 요양기관 유형별로 단가를 달리하도록 유형별 계약제를 실시한다는 것은 논리에 어긋난다. 혹자는 유형별계약제를 진료비 지불제도를 총액계약제로 전환하기 위한 전단계의 조치로 해석하기도 하지만, 총액계약제를 위하여 유형별계약제를 사용하는 것은 논리적 근거가 없다.

<표 5-14> 점수 당 단가 변동내역

(단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 연도 | 종합병원,  병원, 요양병원 | 의원 | 치과병․의원 | 한방병․의원 | 조산원 | 약국,  한국 희귀  의약품센터 | 보건  기관 | 수가평균인상률 |
| ‘01 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | ’01.1.1 인상 7.08% |
| ‘02 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | ’02.1.1 동결 ’02.4.1 인하 2.9% |
| ‘03 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | 55.4 | ’03.1.1 인상 2.97% |
| ‘04 | 56.9 | 56.9 | 56.9 | 56.9 | 56.9 | 56.9 | 56.9 | ’04.1.1 인상 2.65% |
| ‘05 | 58.6 | 58.6 | 58.6 | 58.6 | 58.6 | 58.6 | 58.6 | ’05.1.1 인상 2.99% |
| ‘06 | 60.7 | 60.7 | 60.7 | 60.7 | 60.7 | 60.7 | 60.7 | ’06.1.1 인상 3.50% |
| ‘07 | 62.1 | 62.1 | 62.1 | 62.1 | 62.1 | 62.1 | 62.1 | ’07.1.1 인상 2.30% |
| ‘08 | 62.2 | 62.1 | 63.6 | 63.3 | 80.7 | 63.1 | 62.1 | ’08.1.1 인상 1.94% 요양기관 유형별 차등계약 |
| ‘09 | 63.4 | 63.4 | 65.8 | 65.6 | 88.2 | 64.5 | 63.7 | ’09.1.1 인상 2.22% |
| 주: 1) 2002.1.1 점수당 단가는 2001.1.1 동일 단가 고시  2) 2002.4.1 보험수가 2.9% 인하  3) 2008년부터 요양기관 별 차등계약제 도입 | | | | | | | | |

요양기관 종별 계약제를 하는 조건이 미비하다. 의원급과 종합전문요양기관을 비교한다면 의료기관을 운영하는 방법이 전혀 다르다. 그런데 점수는 상대가치로 일정하게 정해 놓고 점당 가격만 분리하여 계약하는 것은 문제가 있다. 종별 계약이 제대로 되기 위해서는 수가 구조를 행위수가(즉 의사의 기술수가)와 의료자원 투입비용(즉 병원운영관리비용)을 분리하여야 한다.

현행 요양기관 종별 가산율은 당초 행위별 수가를 전국 동일 단위수가로 결정하면서 의료기관 규모나 지역에 따라 투입되는 의사인건비, 시설, 장비, 기기, 인원수 등이 다양하여 그 보상기준을 합리적 수준으로 조정, 결정하기에는 매우 난해하며, 의료기관 규모별로 정한 의료기관 종별과 인구수에 따라 서울, 대도시, 중소도시, 기타로 구분하여 요양기관 가산율을 정해 적용했던 것이 세월이 지나면서 지역간 차등을 없애고 의료기관 종별 차이도 상향 조정하여 현재는 의원 15%, 병원20%, 종합병원25%, 종합전문요양기관 30%로 되어 있다.

지난 9년간 환산지수의 변화율을 보면 2001년 점수당 단가를 55.4원으로 정한 후 3년간은 점수당 단가 즉 환산지수는 고정되었으며 2009년까지 종합병원․병원․요양병원 및 의원은 14.4% 인상된 63.4원, 치과 병․의원은 18.7% 인상된 65.8원, 한방 병․의원은 18.4% 인상된 65.6원, 약국은 16.4% 인상된 64.5원으로 되었다. 이 기간 중 종합병원․병원 및 의원의 환산지수는 불과 8원 인상되고 보험수가 연 평균 인상률은 2.52%에 불과하다

2001년부터 적용된 상대가치점수는 2003년부터 3년간 의사협회와 건강보험심사평가원이 각각 조사연구를 하여 2006년 2월 22일에 의사협회 연구단과 심사평가원 연구개발단간에 5개항의 상대가치 조정방안을 합의하고 이후 상호 꾸준히 회합하여 2006년 12월에 18권으로 된 ‘상대가치점수 개정 연구보고서’가 발간되었다. 이 보고서를 토대로 2007년도에 새로운 상대가치점수 반영작업이 이루어져 2008년도부터 ‘신상대가치점수’가 고시되었다.

셋째, 계약의 대상이 되어야 할 “의약품 및 치료재료대 보상가격”이 계약대상에서 제외된 것이다. 정부정책 의지로 의료보험수가는 “기술(技術)과 물(物)”을 분리하고 물(物)에 대한 이윤을 배제하는 실구입가 보상으로 정해졌다 하더라도 이 비용도 요양급여 비용의 한 부분이므로 법률상 계약제의 형식적 절차라도 밟아야 한다. 그런데 당초 미비한 법령을 2001.6.30 이후 수차례 보완하여 시행령 제24조(계약의 내용 등) 제3항에서 약제와 치료재료는 계약대상에서 제외시켜 복지부장관의 고시로 한 것은 계약제 취지에 위반된다. 그러나, 요양병원의 수가계약에서는 약제 및 치료재료에 대한 비용까지 포함하여 환자의 경중을 기준으로 1일당 진료비로 하고 있다. 일반 병의원은 약제 및 치료재료대가 계약에서 제외되는데 요양병원은 포함하여 계약하는 2중성이 있다.

넷째, 그간 시범사업 명분으로 실시되고 있는 “DRG 수가”도 요양급여 비용임에도 불구하고 계약대상에서 제외된 점이다. 그리고 “신의료기술 등” 수시 로 급여에 추가되는 항목의 수가도 계약대상에서 제외되고 있는 점이다.

다섯째, 진료수가 산정지침이나 심사지침도 요양급여비용 결정에 중요한 기능을 하기 때문에 계약 대상에 넣지 않으면 위헌시비가 나올 수 있을 것이다.

여섯째, 건강보험재정운영위원회 구성과 관련된 문제이다. 재정운영위원회는 직장가입자대표, 지역가입자대표, 공익대표 각 10인씩으로 구성하고 있다. 재정운영위원회는 수가계약을 하기 이전에 점수 당 가격을 결정하는 중요한 기능을 하는데 공급자 대표가 제외된 것은 문제가 있다. 총액계약제를 도입한 대만의 경우 총액을 협상하기 위하여 의료비용협정위원회가 구성되어 있는데 여기에는 공급자 대표, 보험자 대표, 정부 대표 각 9인씩 참여하고 있어 처음부터 공급자가 총액결정에 참여 하고 있다.

일곱째, 점수 당 가격의 계약은 건강보험공단 이사장과 의약단체 대표가 하는데 점수 당 가격의 결정은 보건복지부 산하의 건강보험정책심의회에서 하는 모순을 볼 수 있다. 즉 계약 당사자는 공단 이사장인데 점당 가격의 최종 결정권자는 보건복지부 장관이 되는 모순이 있다. 이것은 정부가 계약제를 제대로 하고자 하는 의도가 없다고 볼 수 있다. 계약의 당사자가 건보공단이 되기 위해서는 건강보험정책심의회에서 점당 가격이나 보험급여에 관한 사항을 결정할 것이 아니라 재정운영위원회를 재 구성하고 여기에서 심의ㆍ의결하는 구조가 되어야 한다. 그렇지 못한다면 건강보험수가 계약제는 위헌 문제에 봉착하게 될 것이다.

그간 우여곡절 끝에 입법화된 “수가계약제”가 성공적이고 효율적으로 운영되려면 정부의 지나친 간섭은 배제되고 “보험자와 의약계 대표자간”에 타결을 보도록 하여야 할 것이다. 그렇게 되려면 국민건강보험법 제42조제2항, 제5항, 제6항 및 제7항 내용이 수정되어야 하고 시행령 제24조의 전문을 수정 보완하여야 한다. 법 제42조제2항은 법 제40조의 요양기관 당연지정제와 같이 수정되어야 하고 법 제42조제5항은 공단 이사장이 적정수가 협상 이전의 인상억제 압력수단으로 작용하기 때문에 수가계약관련 조항에서 삭제되어야 한다. 법 제42조제6항은 의약계 대표에게도 건강보험심사평가원에 필요한 자료 요청 권한을 부여하여야 하고 제7항은 법률에 미비한 사항을 적당히 희석하는 내용이 되어서는 아니 되어야 하기 때문이다.

그리고 환산지수 산출근거를 공단측이나 의약계측이 각각 조사 연구한 자료를 제시하여 서로 기(氣)싸움을 하듯 하고 있다. 의약계는 단체별로 각각 자기주장에 열중하다보니 ‘소탐대실(小貪大失)’하는 경우도 종종 있었다. 의약계 단체별 이해가 상충되다보니 급기야 2006년도부터 ‘요양기관 유형별 단가 계약설’이 나오게 되었으며 2007년도에는 결국 유형별 계약이 실현되어 2008.1.1 적용된 보험수가에는 양방, 한방, 치과, 약국, 조산원, 보건기관의 6가지 환산 지수가 생겨나게 된 것이다.

환산지수를 계약 당사자 별로 각각 제시․주장하는 것보다 상호 승복할 수 있는 수치를 도출하는 것이 문제해결의 관건이 될 수 있다. 그러기 위해서는 해마다 환산지수를 연구할 연구기관을 계약당사자 간 합의하여 선정하고 연구방법 등 구체적 방안도 협의 결정하여 연구결과에 대하여 수용하도록 하면 될 것이다.

나. 진료내역 경향조사 자료의 공유

해마다 되풀이되는 보험진료수가인상 조정 작업을 위하여 진료비 청구 명세서에 대한 진료내역 경향조사를 1984년부터 실시하여 왔다. 처음에는 기본 항목(4대 및 10대 분류)에 대한 간이조사를 격년제로 실시하여 1996년까지는 “진료행위 청구 경향조사”라고 하였다. 1997년부터는 약제비, 진료재료에 대한 조사와 진료수가 항목별 빈도 산출 등 의료보험연합회에 청구되는 진료비에 대한 전체적인 내역을 조사하게 되어 “의료보험 진료내역 경향조사”로 바꾸었다. 이와 같은 변천은 보험진료비 청구가 전산화(EDI) 됨으로써 가능하게 된 것이다.

1999년 11월 15일 의약품 실거래가 상환제도 도입 및 진료수가 개정 이후 청구 경향을 파악하기 위하여 건강보험 심사평가원에 청구된 2000년 1월 진료별 요양급여비용 청구 명세서를 대상으로 EDI, 디스켓으로 청구하는 기관을 조사 분석하였다.

2003년 1월 진료별 병원급 이상 및 의원 입원 10~40%, 의원 외래 및 약국 4~5%를 적용하여 건강보험요양급여비용 전산청구 명세서에 대한 표본조사 결과를 분석하였고, 이 결과는 보험수가 조정 작업에 활용되었다(경향조사 결과는 부표 5-15에서 부표 5-17에 수록하였음).

이후에도 주기적으로 보험청구 경향을 지속적으로 조사 분석하여 그 자료를 바탕으로 의료계와의 수가 계약 시 보험 재정 흐름을 계축하고 건보공단이 의료계보다 앞선 자료를 가지고 수가계약 회의를 주로 해오고 있는 실정이다.

그렇기 때문에 국민건강보험법 제42조(요양급여비용의 산정 등) 제6항을 개정하여 의료계 단체장도 건보공단의 이사장과 동등하게 건강보험심사평가원장에게 수가계약 체결을 하기 위하여 필요한 자료를 요청할 수 있게 해야 하고 또 요청할 때에는 이에 성실히 응하도록 해야 한다는 것이다. 수가계약제를 도입하면서 그에 필요로 하는 각종 자료는 보험자측만 독점하는 것은 문제가 많다고 하겠다.

다. 수가산정의 문제점[[17]](#footnote-17)

**1) 간호관리료 산정의 문제점**

건강보험진료수가표 수가산정지침 제1장 기본진료료 산정지침 “2” 입원료등 “가”항에 “입원료 등의 소정점수에는 입원환자 의학관리료(소정점수의 40%) 입원환자 간호관리료(소정점수의 25%) 입원환자 병원관리료(소정점수의 35%)가 포함되어 있으며 요양기관종별에 따라 산정한다”고 규정하고 있다. 동 산정지침 입원료등 ”라“항 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 규정은 다음과 같다.

“일반병동의 직전분기 평균 병상수 대비 당해 병동에서 간호업무에 종사하는 직전분기 평균 간호사수(병상 수 대 간호사의 비)에 따라 간호인력 확보 수준을 다음 각 호의 1과 같이 1등급 내지 7등급으로 구분한다. 다만 의원, 한의원은 7등급에 해당되는 경우 6등급을 적용한다.”

1등급(소정 점수의 50% 가산), 2등급(40% 가산), 3등급(30% 가산) 등으로 되어있다. 종합전문요양기관이 간호사 수가 많아 1등급이 되면 입원료의 50%에 해당하는 가산 간호료를 산정할 수 있다. 입원료를 100원이라 할 때, 의사 몫의 의학관리료가 40원이고, 간호사 몫의 간호관리료가 25원, 병실료인 병원관리료가 35원이다. 1등급이 되면 입원료의 50%에 상당하는 금액을 간호가산금으로 가산하여 입원료가 150원이 된다. 150원 중 의사의 의학관리료는 40원이고 간호사의 관리료가 75원이 되며 병실료가 35원이 된다. 즉 의사의 의학관리료보다 간호관리료가 높게 된다. 이렇게 된 이유는 간호관리료의 가산율 제도 때문이다.

**2) 영상진단료 수준과 산정방법**

상대가치점수표 이전의 과거 보험진료수가 기준에서 방사선진단 및 산정지침에는 “동일부위에 대하여 동시에 2이상의 방사선 촬영을 한 경우에는 제2의 판독부터는 소정판독료의 50%를 산정한다.” 그런데 상대가치 점수표를 만들면서 동시와 동일부위 규정을 삭제하고 촬영부위를 120여개로 세분류하고 부위별로 방사선촬영회수에 따라 필름 1매부터 5매까지의 점수를 부여하였다. 전산화단층진단 및 자기공명영상진단 수가는 전산화단층진단은 46가지 자기공명영상진단은 156가지 항목으로 분류를 하여 항목별 수가를 고시하였다. 혈관조영촬영은 67항목으로 분류를 하였다. 어느 경우가 되었던 영상진단을 한 경우에는 해당항목의 소정수가를 회수에 따라 무제한 산정할 수 있다.

일본은 촬영기기(機器)와 촬영방법에 따라 수가 항목을 분류하고 수가산정은 회수에 따라 제한 규정을 두고 있다. 일본은 CT, MRI, 뇌혈류동태검사 및 진단료까지 합하여 8개 항목으로 수가를 분류하였는데 우리나라는 왜 269개 항목으로 (CT 46, MRI 156, 혈관 67)분류를 하였는지 납득이 되지 않는다. 일본은 수가를 기기와 촬영방법으로 정하였는데 우리나라는 신체부위와 기관별로 세분화하여 수가를 산정하여 진료비를 증가시키는 기전이 되고 있다.

**3) 조제료 산정의 문제**

의약분업과 함께 개업 약국의 조제와 관련된 수가로는 약국관리료(방문당), 조제기본료(방문당), 복약지도료(방문당), 조제료, 의약품관리료의 다섯 가지가 있다. 조제수가를 다섯 항목으로 나누어 정한 나라는 건강보험을 실시하고 있는 나라 중 우리나라가 유일한 나라일 것이다. 독일은 약국에 대하여 기술료인 조제료를 인정하지 않고 있다가 2002년부터 소액의 조제료를 인정하고 있다(European Observatory on Health Care Systems: Germany 2004).

기술료의 타당성에도 문제가 있다. 약국관리료가 있는데 왜 의약품관리료가 별도 보상되어야 하는지? 약국에 의약품 이외 또 다른 관리 항목이 있다는 뜻인지 도저히 납득되기 어려운 항목이다. 그리고 조제료와 조제기본료는 어떤 차이가 있는지? 조제료와 의약품관리료를 91일까지 처방일수에 따라 산정하는 것도 약제비를 증가시키는 큰 원인의 하나가 되고 있다. 일본은 조제기술기본료가 있으나 처방일수에 따라 산정하지는 않는다.

라. DRGs 진료비의 2중 지불문제[[18]](#footnote-18)

DRGs 수가에는 초진진찰료, 각종검사료(방사선포함), 처치, 수술료, 입원료 및 각종약제료(퇴원약 포함)가 모두 포함되어 있어 보험자(공단)나 환자는 질병군별로 정하여진 수가만 부담하게 되어있다. 그러나 예외 없이 모든 의료기관은 수술전 검사라는 명목으로 수술 하루 또는 며칠 전에 진찰을 하고 수술에 필요한 각종검사(혈액 X선검사등)를 하고 진찰료와 각종 검사료를 별도로 징수하고 있다. 질병군별 수가에 포함되어 있는 수가를 수술전(手術前)검사라는 명목으로 별도로 징수하는 것은 위법적인 행위이다.

의료기관이 분리청구를 하였다면 심사기관이 발견하지 못하였을 수도 있었을 것이다. 분리청구여부도 검토하는 것이 바람직하다.

마. 요양기관 당연지정제 문제

**1) 요양기관 지정제의 변천**

1963년 12월 16일 의료보험법과 같은 시기인 1963년 12월 22일 산재보험법이 제정･공포되면서 의료법에 의한 병원이나 의원 명칭이 보험법에서는 ‘보험의료기관’으로 표현되었다. 이 법에서는 보험자(의료보험조합)가 의료기관중 보험의료기관을 지정하고자 할 때에는 “보험의료기관신청서”를 작성하여 보건사회부장관에게 제출하면 장관이 지정하는 방식으로 완전 명령식 강제지정제 였다.

1965년도부터 일부직장과 지역에서 “의료보험시범사업”을 하면서 의료보험조합이 병원과 의원을 방문하여 상호지정계약서를 작성 이를 첨부하여 보건사회부장관에게 지정 요청하면 장관명의로 지정을 하여 계약제 방식으로의 전환이 이루어졌다.

1977년 사회의료보험의 도입을 앞두고 1976.12.22 법률 제2942호로 전문 개정한 의료보험법 제29조 제2항, 제32조, 제33조에서 ‘보험의료기관’을 ‘요양취급기관’으로 명칭을 변경하였다. 보험자인 의료보험조합이 의료보험법 시행규칙에서 정한 기준에 따라 해당의료기간과 “요양취급기관 지정계약서”를 작성하여 서울특별시장･부산시장 또는 도지사에게 제출하여 보사부장관의 승인을 얻어 ‘요양취급기관’을 지정하도록 변경하여 계약제 방식으로 지정하였다.

1979년 1월 1일부로 공무원과 사립학교 교직원에 대한 의료보험을 실시하게 됨에 따라 전국적으로 산재해 있는 관공서와 학교에 근무하는 공무원과 교직원 및 그 가족의 보험급여 진료를 손쉽게 받을 수 있도록 전국 모든 의료기관과 심지어 보건소, 보건지소, 보건진료소, 모자보건센타 등 보건기관까지 요양취급기관으로 일방적으로 지정하게 되었다(계약 지정제가 일방 지정제로 변경).

한편, 직장의료보험은 1979년 7월 1일부터 300인 이상 상시근로자를 고용하는 사업장까지 당연적용사업장으로 확대되어 공무원 및 사립학교 교직원과 그 피부양자 등과 의료기관 이용접근성에 차별성이 생긴다는 지적에 따라 이를 해소하기 위해 전국의 모든 의료기관이 산재되어 있는 직장의료보험조합과 개별적으로 일일이 지정 계약을 하기에는 행정적 낭비가 심할 뿐만 아니라 그 실효성도 의문시되어 직장의료보험조합의 요양취급기관 지정․취소업무를 당시 보험자단체인 ‘전국의료보험협의회’(보험자단체)가 일괄 담당토록 하여 당연지정방식으로 전환하였다(의료보험법시행규칙 제19조 개정, 1979. 5. 29. 보건사회부부령 제 628호).

1979년 공무원 및 사립학교 교직원에 대한 의료보험을 적용하면서 요양기관 당연지정제를 채택한 배경은 다음과 같다. 1977년 의료보험제도를 도입할 당시에는 적용 대상이 500인 이상을 고용하는 사업장의 근로자와 가족들에 한정되어 있어 전국의 의료기관을 보험진료기관으로 지정하지 않고 계약제로 의료서비스를 공급하였다. 그런데 보험수가가 관행수가보다 낮고[[19]](#footnote-19), 진료비를 청구하는 등의 불편성으로 인하여 환자들이 당시에 가장 선호하는 서울의 일부병원은 계약을 하지 않았다.

1979년 1월 공무원 및 사립학교 교직원을 의료보험에 적용하면서 환자들이 선호하는 병원들을 모두 계약에 넣고자 하였으나 서울의 일부병원은 여전히 계약에 응하지 않았다. 왜냐 하면 공무원 및 사립학교 교직원 및 그 가족을 모두 포함시켜도 보험 적용인구가 전 인구의 21.2%에 불과하여 계약을 하지 않아도 병원 경영에 큰 문제가 없었기 때문이다. 오히려 보험 환자를 볼 경우 수가도 낮고, 진료비를 상환 받는데 시간도 걸려 환자 확보에 자신이 있는 서울의 일부 병원들은 요양기관 계약이 오히려 경영을 어렵게 하는 것으로 판단하였기 때문이다. 이에 정부는 강제지정방식으로 법을 개정하여 오늘에 이르고 있다[[20]](#footnote-20).

1988년 7월 1일 실시된 농어촌지역과 1989년 7월 1일 도시지역에 대한 의료보험 확대로 ‘전국민의료보험시대’를 열 때는 물론 그 이후에도 의료보험요양취급기관 지정․취소 방법은 보험자 또는 보험자단체의 일방적인 강제 지정제 방식이 지속되었다.

1988년 11월 14일 여소야대 정국하에 평민당 홍영기 국회의원 등 71명의 명의로 국회에 제출된 “국민의료보험법(안)”에 의하면 의료기관과 약국을 요양기관으로 지정하고자 할 때에는 보험공단과 의약단체간에 계약을 체결하도록 하는 요양기관 계약제를 채택하였으나, 이 법안은 대통령의 거부권행사로 1989년 3월 25일 국회에 재의요구안을 회부함에 따라 계약제 도입은 불발로 끝났다.

1994년 1월 7일 의료보험법이 전문개정(법률 제4728호) 될 때 ‘요양취급기관’의 명칭을 ‘요양기관’으로 바뀌었으나 ‘지정제‘는 그대로 유지되었으며, 1997년 12월 31일 공무원 및 사립학교의료보험법을 폐기하고 의료보험법 중 지역보험가입자 관련조항을 일부 발췌하여 ’국민의료보험법(법률 제5488호)‘을 제정․공포할 때도 보험자에 의한 일방적 강제지정제가 그대로 존속되었다.

1998년 2월 8일 제정․공포된 ’국민건강보험법(법률 제5854호)‘은 2000년 7월 1일부로 ‘의료보험’이 ‘건강보험’으로 용어가 바뀌고 ‘국민의료보험법’과 ‘의료보험법’은 자동 폐기되면서 의료보험관리체제의 완전통합시대가 시작되는 새로운 법이 등장하는데, 이 법에서는 보험자에 의한 일방적 지정제는 없어지는 대신 의료법에 의한 ‘의료기관’, 약사법에 의한 ‘약국’, 지역보건법에 의한 ‘보건소’, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법에 의한 ‘보건진료소’는 개설자의 의사와는 상관없이 당연히 강제 지정되도록 국민건강보험법 제40조에 규정하여 당연지정제는 법적 구속력이 더욱 강하여졌다.

**2) 당연지정제의 문제점**

요양기관 당연지정제가 갖는 문제점은 다음과 같다.

첫째, 요양급여 비용을 결정하는 보험수가의 상대가치점수의 단가는 보험자와 의약계대표자간 쌍방 계약제이면서 요양기관지정은 보험자와의 계약제가 아닌 법률에 의한 일방적인 강제지정제로 되어 있어 논리적으로 모순되는 문제를 보이고 있다. 즉, 보험수가 인상조정결정 방법이 정부에 의한 고시제일 때는 당연지정제가 그나마 법리적으로 상호 연계는 되었지만 수가를 계약하는 마당에 요양기관 당연지정제는 논리적으로 모순되는 것이다.

둘째, 자본주의 국가에서 민간자본에 의하여 설립된 의료기관의 서비스를 비록 사회보험이라 하여 정부가 법으로 강제 징발하는 일은 있을 수 없다. 자본주의 국가라도 전시와 같은 비상사태가 발생한다면 정부가 강제 징발을 할 수가 있지만, 상시적으로 강제 징발과 같은 당연지정제는 자본주의 정신과 배치되는 문제가 있다.

셋째, 의료서비스는 이론적으로 경제재 영역에 속하지만 의료가 인간의 기본권이라는 규범적인 판단에 따라 공공재로 간주되어 왔다. 1942년 Beveridge 보고서 발간 이후로 의료는 인간의 기본권으로 간주되었고, 기본권의 보장은 정부의 기능의 하나가 되었기 때문에 NHS(국영의료제도)나 NHI(사회보험제도)가 전국민을 대상으로 의료를 제공하고 있다. NHS에서는 정부가 의료서비스를 직접 제공하며, NHI에서는 민간의료기관이나 공공의료기관과 계약을 통하여 의료서비스를 제공한다. 그런데 서구의 사회보장국가들은 의료서비스가 실증적 차원에서 경제재라는 점도 인정하여 비록 일부에 지나지 않지만 계약을 통하여 자비부담병원이나 자비부담병상과 같은 민간영역도 인정하고 있다(이규식 2007). 그런데 우리나라는 규범적 판단에 의한 공공재 성격만 강조하여 당연지정제를 통하여 민간영역을 인정하지 않는 것은 논리적으로 타당하지 못하다.

넷째, 모든 의료기관을 요양기관으로 법에 의하여 당연히 지정하는 것은 강력한 정부 규제에 속한다. 규제의 경제이론에 따르면 규제란 소비자를 보호하기보다는 규제 대상자를 보호하기 위한 목적으로 등장하는 것이다(Stigler, 1971; Posner, 1974; Peltzman, 1976). 요양기관 당연지정제는 한계 의료기관을 보호하는 기능이 소비자를 보호하는 기능보다 강한 문제가 있다. 예컨대, 부당 청구가 잦은 의료기관, 의료사고가 빈발한 기관, 비윤리적인 행위를 하는 의료기관, 의료서비스의 수준이 낮은 기관을 현재의 제도에서는 퇴출시키기 곤란하다. 계약제가 이루어지면 의료공급자에게 인증제를 통하여 인증받지 못한 서비스 수준이 낮은 기관은 계약에서 제외시키고, 윤리적인 문제가 있는 기관도 계약에서 제외시킴으로써 소비자를 보호할 수 있다. 그런데 현재의 당연지정제로서는 의료기관을 건강보험 의료 서비스 제공에서 퇴출시킬 기전이 없는 문제가 있다. 당연지정제는 의료자원이 부족하던 1979년에는 타당한 정책이었으나, 의료자원이 과잉상태가 된 현 시점에서는 소비자 보호의 관점에서 많은 문제가 있다.

다섯째, 해외환자 유치와 관련하여서도 당연지정제는 큰 걸림돌이 되고 있다. 우리나라가 외국에 비하여 의료서비스에서 비교 우위가 있는 분야는 주로 비급여 분야이다. 따라서 해외환자를 유치하기 위해서는 비급여서비스가 많이 개발되어야 하는데 건강보험 요양기관이 비급여 서비스를 많이 개발할 경우, 건강보험의 보장성을 훼손할 뿐만 아니라 국민의료비 증가를 부채질하게 될 것이다. 따라서 요양기관 계약제를 통하여 계약 요양기관은 건강보험 환자를 주로 보도록 하고, 비 계약 요양기관은 고도의 신기술을 통하여 해외환자를 주로 보도록 하는 것이 타당하다. 이러한 전략을 사용할 때 비계약병원을 중심으로 신의료기술의 개발이 가능하여 의료산업화에도 기여할 것이다.

**3) 요양기관 계약제와 건강보험의 붕괴**

혹자는 요양기관 계약제가 실시되면 부자들은 비계약병원을 이용하고, 부자라도 비계약병원을 이용할 경우 일시적으로 목돈이 소요되는 의료비 부담 문제로 민영의료보험에 가입하게 되기 때문에 건강보험에서 탈퇴하여 건강보험이 붕괴된다는 가설을 주장하며 요양기관 당연지정제를 고수해야한다는 주장을 하고 있다.

이러한 주장은 전혀 사실과 다르다. 요양기관계약제와 건강보험계약제는 전혀 다른 사안이다. 사회보험을 하는 국가에서 건강보험계약제를 택하고 있는 국가는 독일뿐이며, 다른 국가는 전국민이 강제로 건강보험에 가입토록 되어 있으며, 우리나라도 예외가 아니다. 독일도 전국민에게 건강보험 계약제를 택하는 것이 아니라 소득수준 상위 10% 정도의 주민에게 선택권을 부여하고 있다. 독일에서 소득 상위계층에게 선택권을 부여하는 것은 건강보험에는 정부의 지원이 있기 때문에 고소득층을 건강보험에 강제 가입시켜 정부 지원 혜택을 줄 수 없다는 논리와 함께, 고소득층을 건강보험에서 제외시키고, 이들에게 높은 수가를 적용하여 의료기관이 부가적인 소득을 올린다면 건강보험의 통제 가격에서 오는 의료서비스의 질 저하를 막을 수 있는 이점이 있기 때문이다(이규식, 2008).

우리나라는 요양기관계약제를 택한다고 건강보험을 계약제로 전환할 하등의 이유가 없다. 왜냐 하면 독일은 소득수준에 따른 보험료 격차가 매우 적다. 즉 최고소득층의 보험료가 평균보험료의 3배정도에 불과하다. 따라서 고소득층을 건강보험에서 배제시키는 것이 오히려 유리하다. 그런데 우리나라는 근로자 기준으로 최고소득층의 보험료는 평균 보험료의 26배에 이르기 때문에 고소득층을 건강보험에서 배제시킬 수 없다.

만약 요양기관계약제를 도입하여 부유한 계층이 비계약병원을 이용하게 되면, 그들은 건강보험료는 보험료대로 내고, 비계약병원을 이용하게 되기 때문에 건강보험재정이 그만큼 절약되어 오히려 일반국민들을 위한 건강보험의 보장성을 향상시킬 수 있는 이점이 있다.

**4) 외국의 사례**

법률로 모든 의료기관은 건강보험환자를 의무적으로 진료해야 한다고 규정하는 국가는 없다. 먼저 영국을 보면 전국민에게 국가의 일반예산으로 의료를 보장하는 국영의료제도(NHS)를 1948년 도입하였다. 이 제도에 의하여 대부분의 병원은 국유화되어 있으며, 1989년에 시작한 의료개혁을 통하여 국영병원은 책임경영병원(NHS Trust)으로 전환하였다. 그러나 영국은 1948년부터 NHS 제도를 도입하면서, NHS로 편입되는 것을 꺼리는 민간의 일부 병원에 대해서는 환자들이 진료비를 전액 자비로 부담하는 병원(private hospital)을 인정하고 있다. 자비부담병원은 영리병원으로 하여 세금 혜택을 부여하지 않는다. 그 뿐만 아니라 국영병원에도 병상의 10% 범위내에 진료비 전액을 자비로 부담하는 병상(pay bed)의 운영을 허용하고 있다.

싱가포르의 경우를 보아도 영국과 유사하다. 싱가포르는 1983년 의료개혁(National Health Plan)을 통하여 의료보험 체계는 메디세이브(Medisave), 메디실드(Medishield), 메디펀드(Medifund)로 구성하였다. 1984년까지 국민들이 국영병원을 이용할 경우 진료비의 90%까지 보조하고 10%만 본인이 부담하는 NHS 방식이었다.

1983년 개혁안은 인구고령화에 대비하여 근본적 대책으로 1985년부터 국영병원을 이용하면 진료비의 20-80%를 소득에 따라 차등 지원하고(평균 지원액은 60%), 나머지는 본인 부담시키며, 영리병원을 이용하면 진료비 전액을 본인이 부담하도록 하였다. 영리병원은 진료비에 대한 자율 책정권을 갖기 때문에 국영병원보다 진료비가 비싼 특징이 있다.

자비부담 진료비의 조달을 위하여 메디세이브 등의 보험제도를 도입하였다. 우선 메디세이브는 우리나라의 국민건강보험에 해당되는 것으로, 일종의 강제저축계좌라고 보면 된다. 이 기금은 의료비 지출용도로만 사용될 수 있으며, 근로자의 소득 중 6% 이상을 의무적으로 적립하게 되어있다.  
 메디실드는 1990년에 도입된 저가의 국가 의료보험제도로, 오랜 투병을 요하는 중환자 등 중증 질병 치료에 대비하기 위해 마련된 보험제도로, 메디세이브에 저축된 금액으로 의료비용을 충당하지 못하는 경우에 사용되며 중환자실 사용, 일반 수술, 이식 수술, 간 치료, 암 방사선 치료 등 거의 모든 병원 치료에 이용된다.

메디펀드는 메디세이브, 메디실드 등의 보험으로도 의료비 충당을 할 수 없는 경우를 대비해 지난 1993년에 국가 세금으로 만들어진 보험이다.   
 2001년에 도입된 엘더실드(Eldershield)는 지체장애에 해당하는 의료사고에 대비하기 위해 정부가 운영하는 의료보험 제도이다.

의료 서비스의 공급은 국영병원과 영리병원, 그리고 개인 의원(clinic)이 담당한다. 1983년의 개혁안에 따라 민간에 의한 영리병원의 설립은 물론 국영병원 가운데 희망하는 병원에 대하여 영리병원으로 전환을 1985년부터 허용하였다. 현재는 국영병원과 영리병원의 비율이 80:20 정도이다. 국영병원을 이용할 경우는 진료비에 대한 정부의 지원을 받지만 영리병원을 이용할 경우 전액 자비부담이다[[21]](#footnote-21).

영리병원의 등장으로 정부의 진료비 지원을 보다 저소득층에 사용할 수 있는 계기도 되었다. 국영병원도 1985년부터 책임경영제를 도입하여 영리병원과 경쟁할 수 있는 시스템을 갖추었다. 국영병원도 영리병원과 경쟁을 할 수 있도록 고급병실의 설치를 허용하였으며, 이러한 고급의료를 이용할 경우에는 정부 지원을 최저범위에서만 하도록 하였다.

우리나라에 널리 알려진 레플즈 그룹, 파크웨이 그룹 등은 영리병원으로 이러한 병원들이 해외환자 유치에 앞장 설 뿐만 아니라 의료산업화를 위한 전초 기지 역할을 하고 있다.

일본은 영리병원을 인정하지 않고 있는 것은 우리나라와 유사하나 요양기관에 대하여 우리나라와 같이 법으로 당연 지정하는 방식을 택하지는 않고 있다. 일본에서는 의료기관이 요양기관으로 지정 신청을 하지 않으면 의료보험환자를 받지 않아도 되도록 법에서 정하고 있다. 의료기관이 요양기관 지정 신청을 하면 신청받은 정부(도․도․부․현)에서는 다음과 같은 현저한 결격사유가 없는 한 보험의료기관으로 지정하게 되어 있다.

① 지정취소가 된 의료기관의 개설자가 따로 의료기관을 개설하고 지정을 신청한 경우

② 보험의료기관 지정취소를 2회 이상 중복하여 받은 경우

③ 지도․감사를 여러 번 받았음에도 불구하고 지시사항에 따른 개선을 하지 않았는데 지정기간 갱신이 도래한 경우

④ 실료차액(상급병실료)을 징수하는 병실비율이 현저히 높은 경우

⑤ 도․도․부․현지사가 의료계획 목표달성을 위하여 특히 필요하다고 권고(병상억제를 위하여)하였음에도 불구하고 병원을 개설하고 보험의료기관지정신청을 한 경우

일본에서 보험의료기관으로 지정받지 못하면 환자 확보가 어렵기 때문에 모든 의료기관이 지정을 신청하고 있어 외관상으로는 당연지정제와 같아 보이지만 법리적으로 엄연히 당연지정제와는 다른 형식을 취하고 있다.

DRW0001976c1147

1. 환자의 과중한 본인부담과 낮은 건강보험 보장성

다양한 비급여의 존재, 선택진료의 허용, 상급병실의 인정 등으로 인하여 환자의 본인부담이 과중되는 문제가 있다. 구체적으로 환자들의 개인 부담 사례를 조사한 것이 <표 6-1>이다. 환자 본인이 부담하는 서비스를 건강보험에서 허용하는 혼합진료로 인하여 진료비에서 본인부담률이 80%를 넘는 서비스도 있다. 사회보험에 적용받는 환자가 본인부담률이 50%를 넘어서면 건강보험의 필요성에 회의를 갖게 될 것이다. 이러한 경우는 차라리 자비부담병상과 같은 제도를 통하여 진료비 전액을 본인 부담시키는 것이 타당할 것이다.

<표 6-1> 다양한 본인부담제로 인한 진료비 부담 사례

(단위: 원)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 사례 | 보험진료비 | | | 비급여  진료비 | 총진료비 | 본인부담액 |
| 계 | 보험자 | 본인부담 |
| 1. 內視鏡下手術用 ROBOT의 근치적 전립선전적제술 (5일 입원) | 1,993,700 | 1,778,138 | 215,562 | 10,997,501 | 12,991,201 | 11,213,063  (86.3%) |
| 2. 뇌혈관조영촬영  (1일 입원) | 574,727 | 456,740 | 117,980 | 823,732 | 1,398,459 | 941,712  (67.3%) |
| 3. 류마치스 내과  (17일간 2일실 입원) | 5,128,634 | 4,485,100 | 643,534 | 1,964,252 | 7,092,886 | 2,607,786  (36.8%) |
| 4. 종양내과 외래(주사 포함)-본인부담산정 특례환자 | 2,220,957 | 1,998,857 | 222,100 | 4,360 | 2,225,317 | 226,460  (10.2%) |
| 주: ( )내는 본인부담률임. 상세 내역은 <부표 6-1> 에 수록 | | | | | | |

이와 같은 높은 본인부담율은 결국 <표 6-2>에서와 같이 건강보험의 낮은 보장성으로 연결된다. 건강보험의 실질적인 보장성을 알기 어렵기 때문에 국민의료비 가운데 공공재정에 의하여 커버되는 의료비의 비율로 보장성을 간접적으로 측정하였다. 공공재정의 비율이 매년 높아지고 있으나, 2007년 현재 54.9%에 불과하여 여전히 보장성이 낮음을 알 수 있다.

<표 6-2> 국민의료비의 재원별 구성비

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 연도 | 공공재정 | 가계부담 | 기타 | 계 |
| 1980 | 20.1 | 75.4 | 4.4 | 100.0 |
| 1985 | 29.4 | 64.3 | 6.3 | 100.0 |
| 1990 | 36.5 | 58.2 | 5.3 | 100.0 |
| 1995 | 36.3 | 54.5 | 9.2 | 100.0 |
| 2000 | 44.9 | 45.9 | 9.3 | 100.0 |
| 2005 | 52.1 | 39.0 | 8.9 | 100.0 |
| 2006 | 54.6 | 36.8 | 8.7 | 100.0 |
| 2007 | 54.9 | 35.7 | 9.4 | 100.0 |
| 자료: 정형선, 2007년 국민의료비 및 국민보건계정, 보건복지가족부, 2008 | | | | |

2. 의원 및 중소병원의 생존 위협과 대형병원으로의 환자집중

현재의 보험급여 및 수가구조는 대형병원(특히 종합전문요양기관)일수록 유리하며 중소병원이나 의원에게는 불리하다. 그리하여 의료기관의 양극화가 두드러지게 나타나는 문제가 있다. 대형병원일수록 유리한 이유는 다음과 같다.

첫째, 비급여서비스 제공이 가능하도록 혼합진료가 인정되고 있어 종합전문요양기관과 같은 대형 의료기관이 수익구조에서 유리하다. 비급여 서비스는 주로 새로운 의료기술이 보편화되기 이전에 고가의 의료기기 등을 사용하는 서비스가 많이 때문에 자본력이 떨어지는 중소병원이나 의원에서 개발하기 어렵다. 따라서 대형병원이 용이하게 개발할 수 있는데, 이러한 비급여 서비스는 통상 원가보다 높은 가격을 받을 수 있어[[22]](#footnote-22)경영에 유리할 수밖에 없다. 그리고 중소병원이나 의원이 비급여 서비스를 개발하여 높은 가격을 받을 경우 진료비가 높다고 환자들이 외면하기 때문에 비급여 개발이 어려운 측면도 있다.

둘째, 선택진료를 대형병원은 쉽게 제공할 수 있어 수익구조에서 유리하다. 선택진료는 중소병원에 근무하는 의사라도 전문의 경력이 10년 이상이 되면 실시할 수 있다. 그런데 현실은 중소병원이 선택진료를 실시하면 환자들이 진료비가 비싸다고 오지 않기 때문에 자격요건을 갖춘 전문의가 있어도 실시할 수 없는 문제가 있다. <표 2-4>에서 선택진료를 하는 의료기관을 보면 종합전문요양기관은 100% 선택진료제를 도입하고 있으나, 종합병원은 30.5%, 병원은 4.3% 만이 선택진료제를 실시하고 있다. 그리고 <표 2-5>에서 선택진료비가 총수입에서 차지하는 비중을 보면 종합전문요양기관이 7.4%, 종합병원이 5.4%, 병원이 4.0%로 되어 있다. 이러한 통계자료를 놓고 볼 때 대형병원은 수가가 낮아도 선택진료를 통해서도 별도 수익을 창출할 수 있음을 알 수 있다. 따라서 선택진료제도도 의료기관의 양극화에 기여하고 있음을 알 수 있다.

셋째, 대형병원은 상급병실에서 높은 수익을 창출할 수 있는 반면에 중소병원이나 의원은 상급병실에 환자를 수용하는데 한계가 있다. 서울의 소위 5대 대형병원 가운데는 최고급 병실료가 1일 100만원을 초과하는 병실이 있는가 하면 400만원을 초과하는 병실도 운영하고 있는 것으로 지상에 보도된 적이 있다. 중소병원이나 의원들도 상급병실을 운영하지만 종합전문요양기관과 유사하게 높은 병실료를 받는다면 아마 1명의 환자도 상급병실에 입원시킬 수 없을 것이다. 반면 종합전문요양기관은 환자가 대기 상태에 있기 때문에 기준 병실에 입원하고 싶어도 기준 병상이 전체 병상의 50%에 불과하여 환자들은 상급병실에 울며 겨자 먹기 식으로 입원할 수밖에 없는 구조를 만들고 있다. 상급병실제도를 허용하면서 이를 비급여로 하기 때문에 대형병원은 상급병실료를 통하여 수익구조를 개선할 수 있는데 반하여 중소병원이나 의원은 건강보험 수가에만 의존하여야 하기 때문에 경영상의 어려움이 클 수밖에 없다. 이와 같은 수익구조의 차이가 의료기관의 양극화를 초래시키고 있다.

넷째, 요양기관 종별 차등 가산율 제도가 또한 대형병원에 유리하게 되어 있다. 종별 차등 가산율 제도는 건강보험 수가에 자본비용이 포함되기 때문에 자본비용을 보상하기 위하여 고안된 제도이지만 가산율은 기술료에 적용이 되어 자본비용과 무관하게 대형병원일수록 유리한 구조를 만드는 모순이 있다. 건강보험수가를 자원기준 상대가치(RBRVS) 제도로 한 것은 어떤 의료행위이던 최소 비용을 기준으로 상대가치를 정하도록 되어 있는데 진찰료를 제외한 다른 진료비는 요양기관 종별로 다른 가산율을 적용한다는 것은 자원기준상대가치의 개념을 무시하는 것이며, 이와 같은 가산율이 종합전문요양기관은 30%이며 의원은 15%로 되어 의원과 종합전문요양기관은 결국 수가에서 차등화를 초래하는 결과를 빚고 있다.

다섯째, 진찰료의 차등구조이다. 같은 전문의가 진료를 하였지만 종합전문요양기관은 의원에 비하여 초진에서 약 1.36배, 재진에서 약 1.47배나 높다. 이러한 차등은 논리적으로 이해할 수 없으며 이와 같은 진찰료의 차등 구조가 대형의료기관에 유리하게 책정되어 있다.

여섯째, 입원료의 차등구조이다. 입원료의 차등 구조는 보험수가에 자본비용이 포함되었기 때문에 이해할 수 있는 논리이다. 그런데 문제는 입원료가 병원관리료, 의학관리료, 간호관리료로 구성되어 있고, 의학관리료와 간호관리료는 자본비용과 무관한 항목이라는 점이다. 자본비용에 포함될 수 있는 항목은 병원관리료에 불과하다. 따라서 입원료의 차등화도 논리적으로 한계가 있는 제도이다. 그런데 입원료의 차등화도 대형의료기관에 유리하도록 책정되어 있다는데 문제가 있다.

이와 같은 차등 구조로 인하여 대형의료기관은 보험수가가 낮아도 생존 가능 하지만 중소병원이나 의원은 그렇지 못한 문제가 있을 뿐 만 아니라 의료기관 간의 양극화가 일어나는 원인이 되고 있다. 여기에 더하여 1998년 지역의료보험 통합 이후 진료권이 폐지됨에 따라 지방 환자까지 서울의 대형병원으로 집중하여 더욱 문제를 야기하고 있다.

이제 <표 6-3>에서 과연 대형병원이 유리한 결과를 낳고 있는지 살펴보기로 한다. 의원급은 2000년에서 2008년 동안 의료기관수는 연평균 약 3.8% 증가하였으나 진료비 구성비에서는 44.7%에서 38.0%로 기간 중에 6.7% 포인트가 감소하였다. 그리고 병원급은 2000년에서 2008년 동안에 의료기관수는 연평균 13.6% 증가하였으나 진료비 구성비에서는 겨우 3.9% 포인트 밖에 증가하지 못하였다. 그런데 종합병원급은 의료기관수에서는 7년간 연평균 1.2% 증가하였으나 진료비 구성비에서는 1.7% 포인트 증가하였고, 3차의료기관은 기관수는 변동이 없었으나 진료비 구성비에서는 1.1% 포인트 증가하여 대형병원이 유리한 구조임을 여실히 알려주고 있다. 보험급여로 제공되는 서비스만을 갖고도 대형병원이 유리하게 진료비가 지불되는데, 만약 비급여서비스 제공이 통계로 산출 가능하다면 의료기관 종별 격차는 더욱 벌어질 것으로 추측된다.

<표 6-3> 요양기관 종별 진료비 비중의 변화

(단위: 개, 백만원)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2008 |
| 의원 | 기관 수 | 11,491 | 14,569 | 19,688 | 25,166 | 26,528 |
| 진료비 | 1,296,933 | 1,391,587 | 4,589,114 | 2,781,568 | 8,234,143 |
| 구성비 | 47.9% | 39.7% | 44.7% | 42.2% | 38.0% |
| 병원 | 기관 수 | 368 | 462 | 681 | 1,112 | 1,883 |
| 진료비 | 217,410 | 301,765 | 976,459 | 831,066 | 2,892,869 |
| 구성비 | 8.0% | 8.6% | 9.5% | 12.6% | 13.4% |
| 종합병원 | 기관 수 | 230 | 266 | 245 | 249 | 269 |
| 진료비 | 1,193,961 | 1,814,671 | 2,322,889 | 1,506,924 | 5,259,599 |
| 구성비 | 44.1% | 51.7% | 22.6% | 22.8% | 24.3% |
| 3차기관 | 기관 수 |  |  | 43 | 42 | 43 |
| 진료비 |  |  | 2,376,527 | 1,475,376 | 5,259,599 |
| 구성비 |  |  | 23.2% | 22.4% | 24.3% |
| 구성비 |  | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| 주: 1990, 1995연도에는 3차 기관 분류가 따로 이루어져있지 않았음.  자료: 건강보험통계연보, 건강보험공단 | | | | | | |

서울의 소위 5대 대형병원으로의 환자 집중 현상을 놓고 일부에서는 지역별 병상 총량제와 같은 극단의 규제정책을 대안으로 제시하지만, 이러한 대안은 또 다른 문제를 야기한다. 근본적인 대책은 건강보험의 급여구조와 수가구조를 개혁하는 길 밖에 없다. 그런데 당장 급여구조와 수가구조를 고치면 기존의 제도로 이득을 취하고 있는 대형의료기관의 반발이 심할 것이다. 따라서 의료기관의 경영수지를 분석하고, 이러한 분석 결과를 토대로 장기적인 관점에서 문제를 해결하는 방안을 모색하여야 할 것이다.

3. 박리다매형 의료 공급 행태의 조성

**1) 박리다매식 의료공급 현황**

우리나라는 건강보험제도를 도입하면서 의료서비스의 공급은 민간자본에 위임하는 구조를 유지하였다. 구체적으로는 건강보험의 의료수가에 경상비용만이 아니라 자본비용까지 포함하는 형태로 하였다. 보험수가에 자본비용까지 포함시켰으나, 수가 수준이 원가에 미치지 못한다는 의료계의 주장은 끊이지 않았다. 그럼에도 불구하고 의료기관은 <표 6-4>와 같이 1977년 이래 2006년까지 연 평균 18.5% 씩 증가하였다.

<표 6-4> 요양기관 현황

(단위: 개소)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1977 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2006 |
| 종합전문 | - | - | - | 25 | 39 | 43 | 42 | 43 |
| 종합병원 | 52 | 82 | 183 | 205 | 227 | 245 | 249 | 253 |
| 병원 | 187 | 245 | 330 | 368 | 462 | 681 | 909 | 961 |
| 요양병원 | - | - | - | - | - | - | 203 | 361 |
| 의원 | 6,008 | 6,610 | 8,348 | 11,491 | 14,569 | 19,688 | 25,166 | 25,789 |
| 치과병원 | 4 | 3 | 4 | 5 | 14 | 60 | 124 | 136 |
| 치과의원 | 1,720 | 2,025 | 2,994 | 5,390 | 8,363 | 10,592 | 12,548 | 13,002 |
| 조산원 | 618 | 488 | 504 | 444 | 183 | 126 | 52 | 51 |
| 보건기관 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 보건의료원 | - | - | - | 15 | 16 | 17 | 17 | 17 |
| 보건소 | 1982) | 214 | 225 | 243 | 225 | 230 | 234 | 237 |
| 보건지소 | 1,3362) | 1,321 | 1,303 | 1,296 | 1,306 | 1,270 | 1,274 | 1,276 |
| 보건진료소 | - | - | 1,640 | 2,048 | 2,039 | 1,910 | 1,897 | 1,907 |
| 보건센터 | - | - | - | 5 | 1 | - | - | - |
| 한방병원 | 9 | 11 | 17 | 33 | 70 | 141 | 149 | 145 |
| 한의원 | 2,344 | 2,317 | 2,774 | 3,528 | 5,743 | 7,243 | 9,761 | 10,297 |
| 계 | 12,476 | 13,316 | 18,322 | 25,096 | 33,257 | 42,246 | 52,625 | 54,475 |
| 자료: 보건사회부, 보건사회통계연보 및 건강보험공단, 통계연보 | | | | | | | | |

요양기관의 증가와 더불어 의료서비스를 제공하는 인력과 병상수도 <표 6-5>와 같이 매년 증가하였다. 1981년 인구 10만명당 의사는 39.7명에서 2006년 141.1명으로, 치과의사는 같은 기간동안 6.8명에서 38.3명으로 그리고 한의사는 6.4명에서 28.0명으로 늘어났다. 10만명당 병상수는 2006년 839.8병상으로 1981년의 168.5병상에 비해 4.97배 증가하였다.

<표 6-5> 인구 10만명당 의료인 및 병상수

(단위: 명, 병상)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 1981 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2006 |
| 의사 | 39.7 | 50.5 | 68.5 | 92.8 | 117.5 | 136.1 | 141.1 |
| 치과의사 | 6.8 | 9.4 | 14.9 | 22.6 | 31.0 | 36.9 | 38.3 |
| 한의사 | 6.4 | 7.2 | 10.7 | 14.8 | 18.8 | 26.1 | 28.0 |
| 병상수 | 168.5 | 244.9 | 313.0 | 435.2 | 611.4 | 781.8 | 839.8 |
| 주: 1. 의료인수는 실제 의료기관에 종사하는 인력기준, 2. 보건기관 미포함 3. 병상수는 입원실기준 병상,  4. 각 년도별 인구기준은 통계청 인구 기준  자료: 보건복지부, 보건사회통계연보  국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2007),「통계로 본 건강보험 30년」 | | | | | | | |

저수가 구조에서 의료공급이 이렇게 증가할 수 있었던 요인은 바로 공급자들의 박리다매형 공급행태에 기인한다. 특히 의료서비스는 질과 양이 혼합되어 있기 때문에 서비스의 질을 조금 떨어뜨리면 저수가 구조에서도 적자를 면할 수 있다. 의료서비스의 질 저하는 병의원에서의 진료시간 단축, 의무행정서비스의 단순화, 의사설명의 부재 등의 형태로 나타난다. 약간의 서비스 질을 저하시키면서 서비스 공급량을 늘리면 저 수가 구조에서 의료기관은 생존이 가능하다. 이러한 행태를 박리다매형 의료공급 행태로 정의할 수 있다.

박리다매형 의료공급이 나타난 징후는 의료이용 횟수를 통하여 대략 짐작 할 수 있다. <표 6-6>은 1990년 이후 2006년까지 1인당 진료일수 및 수진횟수를 나타내고 있다. 먼저 진료횟수를 보면 1990년에 1인당 16.30일에서 2006년에는 95.20일로 연 평균 11.6% 씩 증가하였다. 그리고 연간 1인당 수진횟수를 보면 1990년 8.23회에서 2006년에는 16.08회로 매년 평균 4.3% 씩 증가하였다.

<표 6-6> 연도별 수진횟수와 진료일수

(단위: 일, 회)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| 1인당 진료일수 | 16.30 | 27.04 | 48.57 | 63.75 | 68.79 | 73.99 | 80.02 | 86.75 | 95.20 |
| 1인당 수진횟수 | 8.23 | 10.96 | 13.59 | 13.24 | 13.97 | 14.71 | 14.93 | 15.35 | 16.08 |
| 자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 2007.「통계로 본 건강보험 30년」재구성 | | | | | | | | | |

이와 같은 수진 횟수의 증가나 진료일수의 증가는 외국에 비하여 매우 빠른 증가세이며, 절대값에서도 일본을 제외하고는 세계에서 두 번째로 높은 국가에 속한다. 이와 같은 수진횟수나 진료일수는 박리다매형 공급이 이루어지는 근거가 된다.

박리다매형 의료공급의 다른 지표는 <표 6-7>의 건강보험의 청구건수 및 청구금액 자료를 통해서도 잘 알 수 있다. 지난 2001년부터 2008년까지 전체 요양기관의 연도별 외래 청구건수는 321백만 건에서 685백만 건으로 연평균 11.44%가 증가하였다. 그리고 전체 요양급여비용은 같은 기간 동안 8,808십억 원에서 14,503십억 원으로 연평균 7.38%가 증가하였으나, 청구건당 평균 요양급여비용은 27.4천원에서 21.2천원으로 연평균 3.6% 씩 감소하였다. 내원일수는 562백만일에서 726백만일로 연평균 3.72% 증가하였으며, 내원일당 평균 요양급여비용은 15.7천원에서 20.0천원으로 증가하고 있다. 내원일당 평균 요양급여비용 이하로 청구한 비율은 2001년 요양기간의 전체 청구건수의 67.4%에서 2008년에는 82.8%로 연 평균 2.98%씩 증가하였다.

내원일당 요양급여비용은 연 평균 3.52% 씩 증가하고 있으며, 각 년도의 내원일당 평균 요양급여비용 이하를 청구하는 건수의 비율은 2001년 67.4%에서 매년 증가하여 2008년에는 82.8%에 이르고 있다. 요양기관의 청구건수가 매년 증가하고 있고, 내원일당 평균 요양급여비용은 증가하고 있으나, 평균액 이하로 청구하는 비율이 점차 높아진다는 것은 상대적으로 적은 비용의 의료형태에 대한 의료공급이 증가하고 있는 것으로 박리다매형 의료공급이 증가하고 있음을 알게 한다.

<표 6-7> 연도별 청구건수, 청구건당 요양급여비용(외래)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 연평균  증가율  (%) |
| 요양기관 청구건수(백만) | 321 | 347 | 361 | 376 | 394 | 419 | 539 | 685 | 11.44 |
| 요양급여총비용 (십억) | 8,808 | 9,325 | 9,645 | 10,257 | 11,233 | 12,554 | 13,576 | 14,503 | 7.38 |
| 청구건수당  평균 요양급여비용(천원) | 27.4 | 26.8 | 26.7 | 27.2 | 28.5 | 29.9 | 25.2 | 21.2 | -3.60 |
| 내원일수(백만) | 562 | 610 | 628 | 645 | 667 | 712 | 712 | 726 | 3.72 |
| 내원일당  평균 요양급여비용(천원) | 15.7 | 15.3 | 15.3 | 15.9 | 16.8 | 18.0 | 19.1 | 20.0 | 3.52 |
| 내원일당 평균 요양급여비용 이하 청구건수 비율 | 67.4 | 73.3 | 73.6 | 72.9 | 74.1 | 77.1 | 80.5 | 82.8 | 2.98 |
| 주: 요양기관은 종합전문요양기관, 종합병원, 병․의원, 치과병․의원, 조산원, 보건소, 보건진료소, 보건진료원, 한방병․의원 포함  자료: 건강보험공단(<http://www.hira.or.kr/>) 「건강보험 DB; 진료지표 실적」. | | | | | | | | | |

이제 <표 6-8>을 통하여 요양기관 종별로 내원일당 평균 요양급여비용과 평균이하로 청구하는 건수의 비율을 살펴보기로 한다. 2001년 종합병원은 건당 평균 청구비용이 28.5천원에서 2008년 43.4천원으로 연평균 6.19%씩 증가하였으며, 종합병원의 전체 청구 건수에서 내원일 당 평균 요양급여비용 이하로 청구한 비율은 같은 기간 동안 연평균 0.54%씩 증가하였다. 병원의 경우에는 내원일당 평균 요양급여비용은 연평균 2.74%씩 증가하였고, 내원일당 평균 요양급여비용 이하에 대한 청구 건수는 연평균 0.36%씩 증가한 것으로 나타났다. 끝으로 의원의 경우에는 내원일 당 평균 요양급여비용은 13.7천원에서 15.3천으로 연평균 1.59%씩 증가하였으며, 내원일당 평균 요양급여비용 이하로의 청구 비율은 2001년 58.0%에서 2008년 80.0%로 연 평균 4.70%가 증가한 것으로 나타났다.

의료기관 종별 내원일 당 평균 요양급여비용 및 내원일당 평균 요양급여비용 이하의 청구 비율을 분석한 결과를 살펴보면 종합병원과 병원의 경우에는 내원일당 평균 요양급여비 이하의 청구비율이 소폭으로 증가하고 있지만, 의원의 경우 그 증가율이 내원일당 평균 요양급여비용의 증가율 보다 더 높은 것으로 나타나 박리다매형 공급행태를 볼 수 있다.

<표 6-8> 연도별 내원일 당 평균 요양급여비용 및 청구비율(외래) (단위: 천원, %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 연평균증가율  (%) |
| 종합  병원 | 내원일당  평균 요양급여비 | 28.5 | 28.3 | 29.8 | 32.1 | 35.3 | 39.0 | 41.5 | 43.4 | 6.19 |
| 내원일당  평균 요양급여비용 이하 청구비율 | 73.5 | 74.6 | 74.4 | 75.3 | 75.4 | 75.4 | 75.8 | 76.3 | 0.54 |
| 병원 | 내원일당  평균 요양급여비 | 20.2 | 19.6 | 19.7 | 20.4 | 21.4 | 22.8 | 23.9 | 24.4 | 2.74 |
| 내원일당  평균 요양급여비용 이하 청구비율 | 70.3 | 70.1 | 70.0 | 70.9 | 71.0 | 71.0 | 71.3 | 72.1 | 0.36 |
| 의원 | 내원일당  평균 요양급여비 | 13.7 | 12.9 | 12.5 | 12.7 | 13.4 | 14.2 | 14.8 | 15.3 | 1.59 |
| 내원일당  평균 요양급여비용 이하 청구비율 | 58.0 | 61.9 | 71.8 | 71.4 | 74.0 | 75.8 | 73.5 | 80.0 | 4.70 |
| 주: ‘내원일당 평균 요양급여비용 이하 청구건수 비율’의 분자는 ‘내원일당 평균 요양급여비용’에서 소수점 이하를 절삭한 것을 기준으로 하였음(예; 내원일당 평균 요양급여비용이 15.7천원인 경우 15천원이하 청구 건수를 분자로 하였음)  자료: 건강보험공단(<http://www.hira.or.kr/>) 「건강보험 DB; 진료지표 실적」. | | | | | | | | | | |

**2) 박리다매의 원인**

우리나라 의료공급 형태가 ‘청구건수당 평균 요양급여비용’은 낮아지고, ‘전체 청구건수’는 증가하고 있으며, ‘내원일당 평균 요양급여비’이하의 요양급여비의 청구건수 비율은 점차 늘어나는 등 박리다매식의 의료공급형태가 발생하는 것은 다음과 같은 이유를 들 수가 있다.

① 낮은 수가

우리나라는 의료보험제도를 도입할 당시 보험자(정부)와 의료서비스 공급자의 충분한 협의가 미흡하였다고 할 수 있다. 초기 우리나라 의료보험을 연구하던 전문가들은 당시 의료보험을 도입한 다른 국가들과는 달리 사회복지 증진이라는 차원에서 의료보험을 연구하고 제도의 도입에 앞장섰다고 할 수 있다(이규식, 2008). 1960년대 불안정한 정국과 정치적 정당성의 확보, 1970년대 경제발전으로 인한 사회적 계층 분화에 따른 평등 지향적 이념의 성장, 국제사회의 권유 등 다양한 국내외적 여건의 변화에 따라 정책결정권자들은 서둘러 복지제도로서의 의료보험제도를 시행하게 되었다. 1977년 정부는 의료서비스의 적정 가격을 결정하는데 있어 기존 병원에서 관행적으로 받아오던 진료비의 55% 수준으로 보험수가를 정하여 제도를 시행하였다.[[23]](#footnote-23) 1977년 7월 1일 수가제정 이후 거의 매년 보험수가 인상을 하여 왔지만, <표 5-13>에서 본 바와 같이 의료공급자의 입장에서는 수가가 원가에 미달한다고 느끼고 있어 이것이 박리다매형 공급을 초래하는 원인의 하나라 할 수 있겠다.

② 행위별수가제도

의사는 의료의 공급자이면서 환자의 진료에 대한 대리인(agent) 기능을 하고 있다. 그런데 의료를 둘러싼 정보의 비대칭성은 의사가 합리적인 대리인도 될 수 있고 또한 비합리적인 대리인도 될 수 있게 한다. 그런데 의사들이 판단할 때 정부의 의료정책이 비합리적이라고 생각한다면 의사는 비합리적인 대리인이 된다(Feldstein, 2005). 그런데 의사가 판단하는 비합리적인 정부 정책은 의사 공급의 확대와 저수가 정책이다. 우리나라의 의료정책은 의사들이 판단하기에 매우 불합리한 정책의 표본이 되고 있다. 따라서 우리나라 의사들은 비합리적인 대리인 기능을 하게 되며, 여기에서 수요 창출에 의한 서비스의 과잉공급이 이루어진다.

특히 진료비 지불제도가 행위별수가이면 수요 창출이 용이하여 공급과잉이 더욱 쉬워진다(Feldstein, 2005). 우리나라에 의료보험이 시작된 이후 오늘날까지 의료서비스 이용 후 공급자에게 그에 대한 비용은 행위별수가제도를 토대로 지불하고 있다. 행위별수가제를 운영하기 위한 근거가 되는 수가표의 진료항목은 <표 2-1>에서 볼 수 있었던 것과 같이 매년 증가하고 있으며, 수가표에 등재되는 항목수가 많으면, 그 만큼 진료량이 많아질 우려가 있다(이규식, 2007). 수가통제가 이루어지는 현실에서 행위별수가제도의 채택은 의사들의 수요창출이 용이하여 박리다매형 의료를 가능하게 만들고 있다.

③ 공급자 과잉배출

우리나라의 경우 인구 1,000명당 활동 의사 수는 2007년 현재 1.74명으로, OECD국가들 가운데 터키(Turkey) 다음으로 가장 적으며, OECD 평균 3.04명에 크게 못 미치고 있다. 인구 1,000명당 활동 간호사 또한 OECD 국가 평균 9.6명에 못 미치는 4.2명이다. 하지만 의사 수의 증가속도는 1990년과 2007년 사이 2배 이상 증가하여 OECD의 다른 국가들에 비해 가장 빠르게 증가하고 있다(OECD Health Data, 2009).

의사수의 급격한 증가는 의사들로 하여금 환자들에 대한 비합리적인 대리인 기능을 하도록 하여 수요창출을 하게 만들었으며, 이러한 수요창출에 의한 공급의 증가는 박리다매형 공급행태를 조성하고 있다.

③ 단골의사 없는 제도적 문제

우리나라는 진료전달체계가 제대로 작동되지 못하고 있다. 이는 1차 의료기관의 주요 역할인 포괄적 진료와 건강증진 및 예방사업을 수행하기 보다는 치료중심의 의료서비스를 제공하기 때문이다. 의료기관을 방문하는 환자들의 대부분은 현재 이환된 질병에 대해 가능한 한 빠른 치료를 기대하고 의료기관을 방문하며, 통제된 수가 체계와 행위별 수가제를 통한 진료비 지불 시스템은 의사들로 하여금 예방과 관리 중심보다는 당장의 환자 불편함을 개선시켜주는 검사 및 치료중심의 의료행위를 더 많이 하게 한다.

이는 일차의료를 중심으로 지역주민들에 대한 의료의 접근성을 높여서 지속적이며, 전인적이며, 포괄적인 의료서비스를 제공하여 지역주민의 질병을 예방하고 건강을 증진시킬 수 있는 지역사회의 주치의 제도와 같은 단골의사가 거의 없기 때문이다. 단골의사의 부재는 건강교육 및 상담 등과 같이 전문적인 의료정보를 전달받기 어려워 의료서비스에 있어 공급자와 소비자의 정보비대칭이 더욱 심해지며, 의사가 비합리적 대리인이 되는 것을 막을 수 없게 하여 박리다매형의 공급행태 조성에 기여하는 격이 된다.

④ 의료쇼핑

건강보험공단이 지난 2006년 4월 1일부터 7월 13일까지 동일 상병으로 진료개시일로부터 5일 내에 동급의 다른 의료기관을 3회 이상 이용한 의료급여 수급권자 2,704명 중 1,754명을 조사한 결과 이들 중 55.2%가 건강염려증이나 심각한 건강문제 등을 이유로 여러 의료기관을 이용하는 것을 당연한 권리로 인식하고 있었다. 여러 의료기관을 이용하는 의료급여 수급권자의 다빈도 병상을 조사한 결과 대부분 염증성 질환이며, 비염증 질환은 주로 감기나 위장질환으로 나타났다(박재완. 2006).

2007년 국민건강보험공단 국정감사 자료 분석 결과 국민건강보험 진료대상자와 의료급여 수급권자의 연간 진료일수(입원일+내원일+투약일)가 365일을 초과하는 경우는 건강보험 대상자는 약 300여만명에 이르고, 의료급여 수급권자는 약 47만여명에 이르는 것으로 나타났다(양승조. 2008). 더욱이 연간 1,000일 이상 진료를 받은 사람이 건강보험에서 145,041명, 의료급여 수급권자 가운데 21,201명이나 되는 것으로 조사되었다.

건강에 대한 관심이 높아지고, 건강보험제도로 인해 의료이용에 국민의 접근성이 한결 쉬워지면서 의료서비스 이용량은 매년 꾸준히 증가하고 있다. 하지만, 건강에 대한 지나친 염려와 높아진 접근성 결과 소비자들은 동일질병에 대해 짧은 기간 동안 여러 의료기관을 방문하는 등 필요 이상의 의료서비스를 이용하는 경향을 보이고 있었다. 특히 이러한 의료쇼핑 현상은 의료서비스 이용에 있어 본인부담이 거의 없는 의료 수급권자의 경우 더욱 심각한 것으로 나타나고 있어, 이용자의 경제적 부담이 적은 경우 의료쇼핑 현상은 더욱 심각하게 나타날 것으로 예상되고 있다.

⑤ 정부의 지원 미흡

수가 수준은 의료서비스를 생산하는데 있어서 각 서비스를 행하는 의사들의 행위료, 의료과오 등에 대한 보험료 그리고 의사를 교육시키는데 소요되는 비용 등이 모두 포함되어 결정된다(W. C. Hsiao. 1988). 유럽의 경우 수가에는 경상운영비만 반영하고 자본비용은 별도의 방법으로 보상하는 반면, 우리나라의 수가에는 경상비용과 자본비용을 보두 포함하여 반영하고 있다. 즉, 수가에 있어 별도의 의사인력을 생산하는데 투입되는 자본에 대한 비용을 보상해주지 않는다. 이는 어떠한 의료행위를 의과대학을 갓 졸업한 일반의가 행할 수 있다면, 비록 전문의가 수행하더라도 수가는 일반의의 인건비를 기준으로 책정된다는 것을 의미한다(Feldstein, 2005). 일반의에 비하여 전문의의 비중이 높고, 의료기관의 수준과 상관없이 상위 의료기관으로 환자가 집중되는 현상과 같은 우리나라의 의료 특성상 의료서비스 생산을 위한 최소한의 자본비용에 대해 정부의 지원이 없이는 박리다매식 의료공급행위는 계속 될 것으로 예상되어진다.

**3) 박리다매에 따른 문제점**

① 서비스의 지속적 제공 미흡

노인인구의 증가와 함께 질병의 양상도 과거 급성 전염성 질환에서 만성 퇴행성 질환 중심으로 전환되고, 단순 질병 치료를 위해서가 아니라 건강을 증진시키고 향상(health improvement)시키기 위한 수단으로서 의료서비스의 목적이 변하고 있다. 이는 인간의 일생에 있어 더 이상 의료서비스가 어느 한 순간 필요한 것이 아니라 생애 주기에 따라 지속적으로 적절하게 제공되어져야하는 것을 의미하고 있다.

하지만, 이러한 의료수요 및 환경의 변화를 제대로 반영되지 못하는 현재의 의료수가체계에서는 건강을 향상시킬 수 있는 건강증진 및 예방행위에 필요한 지속적인 적정의료서비스를 공급하기 보다는 현재의 불편함을 완화하기 위한 단순치료 목적의 의료서비스만이 제공될 것이다.

② 서비스의 질 문제 및 소비자와 공급자간의 불신

생애 주기에 맞춰 전인적인 의료서비스가 제공되기 보다는 육체적 건강의 회복을 위한 단편적 의료서비스의 제공은 환자의 건강을 향상시키지 못하고 제대로 된 돌봄(care)을 해주지 못하고 있다. 기본적으로 의료서비스를 받는 대상은 인간이다. 그렇기 때문에 질(quality)을 매우 중요시 하지 않으면 안 된다. 그런데 의료서비스의 질적 향상을 위해서는 물적․인적 개선이 필요하며, 이를 위해서는 공급자의 경제적 부담을 비롯한 의학외적인 조건들이 아울러 구비되어야한다. 의료서비스의 질적 향상에 필요한 투입자본의 부담을 전적으로 공급자 스스로에게 부담케 하고 있는 현 체계에서는 혁신적인 의료의 질 개선은 기대하기 어려울 것이다.

과거 환자가 의사에게 절대적으로 의존하는 경우와는 달리 최근에는 환자와 의사가 서로의 행동에 관여하는 대등한 동반자의 관계로 변화하였다. 높아진 교육수준과 시민 의식의 성장으로 환자는 자신의 몸에 대한 권리를 적극 주장하며 의사의 진료행위에 대해 보다 능동적으로 참여한다.

박리다매형 의료공급은 의료서비스의 질에 대한 문제를 불러올 수 있으며, 이러한 현상은 의료공급자에 대한 소비자들의 불신으로 나타나 의료분쟁 건수를 늘리도록 하고 있다. <표 6-9>를 통하여 2000년 이후의 의료분쟁 건수를 보면 2000년 1,465건이었던 것이 꾸준한 증가추세를 보여 2005년에는 2,769건으로 13.8% 증가하였다.

<표 6-9> 의료분쟁 발생현황

(단위: 건)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 년도별 접수 건수 | | | | | | 계 |
| 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| 의료심사조정위원회 | 22 | 23 | 8 | 6 | 18 | 22 | 99 |
| 사법부(민사소송) | 508 | 519 | 671 | 755 | 802 | 867 | 4,122 |
| 한국소비자보호원 | 450 | 559 | 727 | 661 | 885 | 1,093 | 4,375 |
| 대한의사협회공제회 | 485 | 505 | 500 | 410 | 415 | 814 | 3,129 |
| 합계 | 1,465 | 1,606 | 1,906 | 1,832 | 2,120 | 2,796 | 11,725 |
| 자료: 신은하(2007), 의료분쟁발생 현황 및 진료과목별 분쟁 특성 분석. 학위논문 | | | | | | | |

③ 간접비용 지출의 과다

박리다매형 의료서비스 공급은 의료서비스 이용량의 증가와 더불어 급여비용을 증가시켜 건강보험재정의 부담요인으로 작용하고 있다. 이러한 직접적인 의료비 부담 뿐만 아니라 현재 의료시장에서 나타나고 있는 왜곡된 의료공급형태는 의료를 이용하는데 소요되는 간접비용 또한 증가시키고 있다. 간접비용은 의료기관을 필요 이상으로 방문하게 됨으로써 발생하는 비용으로 개인 및 사회적인 손실이 발생한다. 이러한 간접비용은 서비스 행위에 있어 소비자들이 공급자들에게 직접 지불하지 않고 소비자 개개인이 처한 상황에 따라 지출되기 때문에 정확하게 측정하기는 곤란하다. 하지만 특정 질병을 치료하기 위해 적정 의료서비스량 이상의 의료서비스 이용은 직접비용은 물론 간접비용 역시 과다 지출하게 될 것이다.

간접비용은 의료서비스 이용에 있어서만 발생하는 것은 아니다. 의료서비스 이용을 통해 이차적으로 발생하는 사건(event)에 소요되는 비용 역시 포함된다. 의료서비스 이용 후 이차적으로 발생한 사건의 간접비용의 예로서 의료공급자와 소비자간의 분쟁으로 인한 소요비용은 2003년 1,965억원으로 집계되었으나, 2006년 2,398억원으로 급격한 증가를 보였다(김소윤, 2008).

4. 의료비 급증으로 인한 건강보험의 지속가능성 문제

**1) 국민의료비의 증가 현황**

건강보험의 급여구조나 수가구조의 문제가 파생시키는 궁극적 문제는 국민의료비의 급속한 증가와 이로 인하여 건강보험의 지속 가능성이 위협을 받는다는 점이다. 먼저 <표 6-10>을 통하여 보험진료비의 증가 추세를 보면 2000년 12.9조원이던 보험진료비 총액이 2005년 24.9조원으로, 2008년에는 35.0조원을 급격히 증가하고 있다. 보험진료비의 증가는 보험급여비의 증가로 연결되어 보험재정을 위협하고 있다. 1990년대까지는 주로 보험적용인구의 확대에 기인하여 보험진료비가 증가하였다. 1989년 7월 전국민의료보험이 달성된 이후에도 보험재정이 흑자를 내고 있었기 때문에 1994년 의료보장개혁위원회의 결정에 따라 1995년 이후에는 보험급여 진료일수 제한을 점진적으로 풀면서 급여 확대를 시도하여 2000년까지의 보험진료비가 증가하는 원인이 되었다.

2000년 이후에는 건강보험 통합 및 의약분업의 여파로 인하여 보험재정이 급증하고 있다. 건강보험통합과 의약분업 직후인 2001년도의 보험진료비 증가현상을 보면 총진료비가 전년도에 비하여 약 5.0조원이 증가하였는데, 의료기관 진료비에서 1.5조원, 약국 진료비에서 3.5조원이 증가하였다.

문제는 2001년 이후에도 의료기관 진료비와 약국 약제비가 꾸준히 증가하고 있는 점이다. 의약분업이 되었으면 당초의 기대대로 의약품 사용이 줄어 약국 약제비라도 떨어져야 하는데 오히려 증가하고 있는 것이 문제이다.

<표 6-10> 보험진료비의 연도별 증가 추세

(단위: 10억원, %)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 보험진료비 | | | 보험급여비 | |
| 총액 | 의료기관 | 약국 | 금액 | 급여율 |
| 1977 | 7.4 | 7.4 | - | 4.5 | 61.2 |
| 1980 | 183.9 | 183.9 | - | 132.0 | 71.8 |
| 1985 | 862.3 | 862.3 | - | 595.5 | 69.1 |
| 1990 | 2,960.3 | 2,937.9 | 22.4 | 1,903.2 | 64.0 |
| 1995 | 6,144.2 | 5,977.4 | 166.8 | 3,939.4 | 64.1 |
| 2000 | 12,912.2 | 11,725.6 | 1,190.6 | 8,789.3 | 68.1 |
| 2001 | 17,843.3 | 13,236.4 | 4,606.9 | 12,940.6 | 72.5 |
| 2005 | 24,861.5 | 17,838.6 | 7,022.9 | 17,988.6 | 72.4 |
| 2006 | 28,410.5 | 20,374.4 | 8,035.9 | 20,931.6 | 73.7 |
| 2007 | 32,389.2 | 23,496.7 | 8,892.5 | 22,590.0 | 74.2 |
| 2008 | 35,036.6 | 25,475.6 | 9,561.0 | 25,807.3 | 73.7 |
| 자료: 건강보험심사평가원, 진료비통계분석, 2009.8 | | | | | |

그런데 <표 6-11>에서 보험진료비를 포함한 국민의료비의 증가를 보면 2000년대 들어와서 의료비 증가는 심각한 문제를 던져주고 있다. 즉 2000년 이전까지는 의료비가 증가하여도 경제성장이 이를 흡수하여 GDP 대비 국민의료비 비중은 항상 4% 대였었다. 그러다 2000년대 이후에는 국민의료비의 증가속도가 경제성장 속도를 능가하여 GDP 대비 국민의료비의 비중이 지나치게 빠르게 증가하는 문제가 있다. 2005년 이후 보험급여율은 거의 변화가 없는데 GDP 대비 국민의료비 비중이 매년 0.3 - 0.4 % 포인트 씩 증가하여 OECD 국가 중 가장 빠른 증가 속도를 보이는 문제가 있다(OECD Health data 2008).

인구고령화가 급속히 진행되고 있어 보험료를 부담할 인구 층은 점차 엷어지는데 국민의료비가 현재처럼 빠른 속도를 지속한다면, 2020년대이후 건강보험의 존속가능성 문제가 제기된다. 국민의료비가 급속적 속도로 증가하는 이유로는 인구고령화도 큰 원인이 되지만 보험급여 및 수가구조에서 오는 문제도 많다고 하겠다.

<표 6-11> 국민의료비 증가현상

(단위: 조원, %)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 연도 | 국민의료비 | | |
| 금액 | 연 평균증가율 | GDP 대비 |
| 1980 | 1.6 | - | 4.1 |
| 1985 | 3.3 | 15.7 | 3.9 |
| 1990 | 8.1 | 20.0 | 4.3 |
| 1995 | 16.3 | 15.0 | 4.1 |
| 2000 | 28.5 | 11.7 | 4.9 |
| 2005 | 49.2 | 11.6 | 6.1 |
| 2006 | 54.8 | 11.3 | 6.5 |
| 2007 | 61.3 | 12.0 | 6.8 |
| 자료: 정형선, 2007년 국민의료비 및 국민보건계정, 보건복지가족부 | | | |

**2) 인구고령화와 의료비 증가**

인구 고령화는 노인인구의 중증, 만성질환 이환율을 높여 의료비 증가의 원인이 되고 있다. 노인에 대한 연령 기준을 65세로 선정한 것은 1889년 독일이 최초이며 이후 각국에서 통용되어 오고 있으며 우리나라도 노인복지법령을 비롯한 각종 법적기준에 준용하고 있는 실정이다. 65세 이상 노인 인구 비율이 7.0%를 초과하면 고령화사회(aging society)라 하고 14%~20% 이면 고령사회(aged society), 20%이상이면 초고령사회(super-aged society)라고 분류하고 있다. 2008년도 65세이상 인구는 10.17%(5,087천명)인데 건강보험에서 9.55%(4,600천명), 의료급여에서 26.4%(487천명)로 구성되어 있다.

우리나라는 벌써 고령화사회에서 고령사회로 빠른 속도로 진행하고 있어 소득이 상대적으로 감소한 노인의 의료비부담이 노령인구의 삶의 질을 떨어뜨리기 때문에 노인에 대한 보험급여범위의 확대와 본인부담비용의 경감 조치가 최우선적으로 이루어져야한다는 정책적 합의로 인하여 노인들에게 많은 암 등 고액중증질환의 본인부담 경감, 암, 심장, 뇌질환의 PET 촬영 건강보험급여화, 소득수준별 본인부담 상한제 실시, 한방물리치료 보험급여화 등등의 조치들이 이루어졌다.

노인인구의 증가와 노인에 대한 여러 가지 혜택이 가는 보험급여 대책이 노인들의 의료비 지출을 늘리게 하고 있다. <표 6-12>는 2001년 이후 65세 이상 노인의료비를 분석한 자료이다.

<표 6-12> 65세 이상 노인의료비 (건강보험)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 연도 | 노인인구  (천명) | 노인  인구비율  (%) | 전년대비  증가율  (%) | 노인  진료비  (억원) | 노인  진료비 비율(%) | 전년대비  증가율  (%) | 내원일당  진료비  (원) | 전년대비  증가율  (%) | 내원일수  증가율  (%) |
| '01 | 3,216 | 6.9 | - | 31,681 | 17.80 | 38.40 | 23,506 | -5.60 | 46.60 |
| '02 | 3,345 | 7.2 | 4.00 | 36,814 | 19.31 | 16.21 | 23,910 | 1.72 | 14.24 |
| '03 | 3,541 | 7.5 | 5.86 | 43,723 | 21.30 | 18.78 | 25,337 | 5.95 | 12.10 |
| '04 | 3,748 | 7.9 | 5.85 | 51,097 | 22.90 | 16.87 | 26,910 | 6.21 | 10.30 |
| '05 | 3,919 | 8.3 | 4.56 | 60,556 | 24.42 | 18.51 | 28,759 | 6.87 | 10.89 |
| '06 | 4,073 | 8.6 | 3.93 | 73,931 | 25.89 | 22.09 | 31,983 | 11.21 | 9.78 |
| '07 | 4,387 | 9.2 | 7.71 | 90,813 | 28.15 | 22.83 | 35,167 | 9.96 | 11.71 |
| '08 | 4,600 | 9.6 | 4.86 | 104,904 | 29.94 | 15.52 | 36,976 | 5.14 | 9.87 |
| 자료: 건강보험심사평가원, 건감보험심사통계지표 (2001~ 2008) | | | | | | | | | |

2001년도에 6.9%의 노인인구가 전체 건강보험 진료비의 17.8%를 사용하여 평균보다 2.6배 정도 의료비를 더 많이 사용하였는데, 2008년도에는 9.6%의 노인인구가 29.9%의 진료비를 사용하여 평균 보다 3.1배 더 많이 사용하고 있음을 볼 수 있다. 앞으로 10년 후가 되면 13%의 노인인구가 건강보험진료비의 40%이상을 사용할 것으로 보여 진다.

2001년 이후 2008년까지 노인의료비의 증가율을 보면 연 평균 21.27%로 국민의료비 증가속도를 훨씬 앞지르고 있다. 내원일당 진료비도 2001년 23,506원에서 2008년도에 36,976원으로 57.3%증가하였고 연평균 6.58%씩 늘어났다. 2002년부터 2008년까지의 7년간 의료기관 및 약국 내원일수 증가율은 연평균 11.27%씩 증가하였다. 이와 같이 노인인구의 의료이용률이 폭증하고 있는 것은 향후 보험재정확보 및 관리대책에 심각성이 예견되고 있다고 보아야 할 것이다.

**3) 고가장비를 이용한 신기술의 과잉공급**

상대가치점수의 산출에서 대부분의 서비스가 원가에 미달하며, 수가 산정에서 CT, MRI 등의 영상촬영이 매우 세분화되어 있으며, 건강보험에서 혼합진료의 허용은 자연스럽게 고가장비를 이용한 신기술의 과잉공급으로 연결된다.

우리나라의 CT 및 MRI 보유대수는 미국과 일본에 이어 세계적으로도 가장 많은 국가에 속한다. 우리나라는 2005년 인구 100만명당 전신용 CT 보유대수가 33.2 대, MRI 12.1 대로서 일본(2002년 기준 CT 92.6대, MRI 35.3 대), 미국(2004년 기준 CT 32.2 대, MRI 26.6 대)에 이어 세계 제3위를 차지하고 있다(OECD Health Data 2007).

고가장비를 많이 도입하여 사용하는 것은 우리나라의 의료공급체계에도 그 원인이 있다. 의료보험제도를 도입할 당시 우리나라의 의료공급은 민간자원이 담당하여 자유방임체계를 이루고 있었다. 그런데 의료보험제도를 도입하면서 의료공급에 정부가 별도의 투자를 한 것이 아니라, 민간자원의 확충을 통한 공급확대를 도모하여 수가에 자본비용을 보상하는 형식을 취하였다.

보험수가에 자본비용까지 보상하게 됨에 따라 가산율, 진찰료, 입원실료, 특진료 등에서 대형병원이 유리한 구도를 만들어 주었다. 대형병원들은 이러한 유리한 조건에다 비급여서비스가 인정됨에 따라 비급여로 서비스를 제공할 수 있는 CT나 MRI와 같은 고가장비의 도입을 통하여 환자들을 모으고 수지를 개선할 수 있었다.

대형병원이 고가장비를 통하여 환자를 모으고 수지를 개선하자, 대형병원에 환자를 빼앗기지 않기 위하여 중소병원, 심지어는 의원들도 CT나 MRI를 도입하는 사례가 벌어졌다. CT나 MRI 이용이 보편화됨에 따라 이러한 장비를 이용하는 서비스를 보험급여로 인정할 수밖에 없었다. CT, MRI 촬영이 보험급여로 인정됨에 따라 고가장비를 이용하는 서비스의 공급이 더욱 활발해 질 수 밖에 없었다.

<표 6-13>을 통하여 CT, MRI 및 PET(여전히 비급여) 촬영에 따른 보험재정 상황을 분석하면, 2006년 세 가지 장비의 촬영에 따른 진료비가 무려 2.3%에 이르고 있으며, 2007년도에는 2.8%로 증가하고 있다. 특히 고가장비 사용이 노인인구에게서 더욱 많은 문제가 있다. 이것은 앞에서도 언급한 바와 같이 노인에게 많은 암 등 증증질환에 대한 본인부담 경감이나, 암, 심장, 뇌질환의 PET 촬영을 건강보험의 급여로 확대한 것이 영향을 미쳤을 것으로 판단된다.

<표 6-13> 고가의료장비 사용에 따른 보험재정 지출액

(단위 : 백만원, 회, %)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 2006년 | | | 2007년 | | |
| 건강보험전체  (A) | 65세이상  (B) | 비율  (B/A) | 건강보험전체  (A) | 65세이상  (B) | 비율  (B/A) |
| 보험진료비총액 | 28,557,969 | 7,393,089 | 25.89 | 32,258,975 | 9,081,254 | 28.15 |
| 고가의료장비금액 | 674,760  (2.3) | 210,594 | 31.21 | 907,677  (2.8) | 291,467 | 32.11 |
| 고가의료장비  촬영횟수 | 3,257,658 | 989,484 | 30.37 | 4,090,186 | 1,319,533 | 32.26 |
| 주 1) 심사년도, 심사결정금액 기준임.  2) 건강보험환자, 전산청구분만 해당됨.  3) 고가의료장비는 CT, MRI, PET가 해당되며, 촬영시 사용되는 조영제 등의 금액이 포함됨.  4) ( )내의 수치는 보험진료비에서 차지하는 고가의료장비금액의 비중임 | | | | | | |

**4) 약제비와 의료비 증가**

**① 보험약제비 증가추세**

의약분업이후 약제비의 증가도 의료비 증가에 크게 기여하고 있다. 약제비와 관련된 지표의 변동 추세를 <표 6-14>를 통하여 살펴보기로 한다. 2000년 의약분업 실시 당시 보험 약제비 청구 약국수는 17,449개소, 의약분업 원년(元年)이라 할 수 있는 2001년도 약제비 청구 약국수는 18,532개소로 1 년간 1,083개소(6.2%)가 증가하였으며 2008년도 약국수는 21,263개소로 2000년에 비하여 3,814개소(21.86%)가 증가하였다.

약국 약제비(의약품 비용+조제료 등 행위료)는 2000년도 4.57조 원이던 것이 2008년도 9.56 조 원으로 2배 이상 증가하였다. 의약분업이 본격적으로 시행된 2001년을 기준하면 2008년까지 연 평균 9.85%씩 증가하였다. 전년도 대비 증가율은 2006년이 14.25%로 최고였었으며 2008년도는 7.61%로 최저 증가율을 보이고 있다. 이와 같은 추세로 가면 2009년도에는 10조원에 도달할 전망이며 총 요양급여비 40조원의 1/4이 약국의 약제비가 될 것이다. 약제비의 빠른 증가율도 의료비 증가를 주도하는 한 요인이 된다고 하겠다.

<표 6-14> 약제비 지급 내용(2000년~2008년)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 연도 | 청구  약국수  (개소) | 약제비  (백만원) | 전년대비  증가율  (%) | 입원  약제비  (백만원) | 입원일당약제비  (원) | 외래  약제비  (백만원) | 방문일당약제비  (원) | 증가율(%) |
| 2000 | 17,449 | 1,267,523 |  | 271,026 | 3,061 | 996,497 | 10,953 |  |
| 2001 | 18,532 | 4,574,298 | 260.88 | 11,323 | 3,302 | 4,562,975 | 11,832 | 8.02 |
| 2002 | 19,127 | 5,056,479 | 10.54 | 6,154 | 3,563 | 5,050,325 | 12,992 | 9.80 |
| 2003 | 19,748 | 5,435,365  (1,686,050) | 7.49 | 5,166 | 4,181 | 5,430,200 | 14,477 | 9.12 |
| 2004 | 20,172 | 6,167,663  (1,808,359) | 13.47  (7.25) | 5,905 | 4,560 | 6,161,758 | 15,986 | 10.42 |
| 2005 | 20,752 | 7,033,331  (1,953,023) | 14.04  (8.00) | 6,829 | 5,023 | 7,026,502 | 17,629 | 10.27 |
| 2006 | 21,146 | 8,035,769  (2,171,191) | 14.25  (11.17) | 8,552 | 5,452 | 8,027,217 | 19,350 | 9.76 |
| 2007 | 21,296 | 8,885,087  (2,290,839) | 10.57  (5.51) | 8,908 | 5,758 | 8,876,179 | 21,187 | 9.49 |
| 2008 | 21,263 | 9,561,027  (2,370,181) | 7.61  (3.46) | 8,583 | 5,875 | 9,552,444 | 22,544 | 6.40 |
| 주: ( )내는 약품비(약가)를 제외한 조제료등 행위료 추정금액  자료: 건강보험심사평가원, 200년~2008년 진료비통계표 | | | | | | | | |

의약품대를 제외한 약국조제료(기본조제기술료, 복약지도료, 조제료 등)가 2003년도 1.69조 원이던 것이 5년 사이 연 평균 7.08%씩 증가하여 2008년도에는 2.37조 원이 되었다. 2008년도 약제비 총액이 9.56조 원이며, 이 가운데 의약품대가 7.19 조 원이며 조제료 등의 기술료가 2.37조 원이 되어 조제행위료의 구성비가 약 25%수준에 도달하고 있다.

입원약제비는 의약분업 이전에는 약국에서 직접 조제 투약하던 “약국보험제도”의 약제비 가 통계에 포함된 것이었으나, 의약분업 이후에는 퇴원환자에 대한 처방전 발행에 의한 약제비가 주종을 이루고 있다. 그래도 의약분업예외지역이 아직도 남아 있어 “약국보험제도”가 병행되고 있기 때문에 입원약제비는 의사의 원외처방에 의한 약제비와 약국보험에 의한 약사의 직접조제 약제비가 혼합되어 있는 것이다. 2008년도 약국직접조제비는 85.8억 원에 이르고 있다. 이 금액은 외래 환자 약제비 9조 5,524억원에 비하면 0.09%에 불과하다.

입원 일당 약제비는 2007년 5,758원, 2008년 5,875원 수준인 반면 외래 환자 약제비는 2007년 21,187원, 2008년 22,544원으로 나타났다. 외래환자 일당 약제비는 2001년도 11,832원이던 것이 2008년도 22,544원으로 7년 사이에 90.53%로 약 2배 가깝게 증가하였다. 의약분업 실시 약 3개월 분의 약제비와 분업 실시이전 “약국보험” 약제비가 혼재되어 있던 2000년도 외래방문당 약제비가 10,953원으로 완전분업이 시행된 그 다음해인 2001년도 약국외래 약제비 11,832원에 비하여 8.02%가 낮았다. 완전 의약분업 실시 다음해인 2002년 약국 외래 약제비 12,992원은 2001년에 비하여 9.80%가 증가한 것으로 의사 처방에 의한 약제비 상승이 의사 처방없이 약사가 직접조제 투약한 약제비 보다 높은 것으로 판단된다.

의약분업제도 시행으로 과연 약제비 절약과 항생제 및 고가 의약품의 남오용이 종전에 비하여 감소되었는지에 대하여 별도의 심층연구가 있어야 한다고 본다.

**② 약제비 관리상의 문제점**

2000년 7월부터 획일적으로 강행한 의약분업은 약의 오남용 예방과 이를 통한 보험재정 절감이라는 본래 취지와는 반대로 보험재정을 악화시켜 국민 부담을 가중시키는 결과를 초래하였다. 처방전 없이 오남용이 우려되는 전문의약품에 대한 구입금지 등 좀 더 현실적이고 점진적인 방법으로 접근하였다면 보험재정 파탄없이 소기의 성과를 기할 수 있었을 것인데 아쉬움이 있다.

의약분업이후 약제비가 오히려 증가한데는 다음과 같은 몇 가지 이유를 찾아 볼 수 있을 것이다.

첫째, 의약분업을 하면서 약국의 경영수지 보전에 너무 집착하여 기술료 부분이 과다하게 높은 문제가 있다. 2008년 기준으로 기술료(조제료 등)의 비중이 25%나 된다는 사실이 기술료가 높다는 것을 단적으로 입증한다. 만성질환자가 장기 투약하는 경우 약품비보다 기술료가 높은 경우도 많다.

둘째, 의약분업을 하면서 개업 약국에 대한 기술료가 너무 세분화되어 지급되기 때문이다. 기술료가 다섯 가지로 세분화되어 약제비 증가에 기여하는 문제가 있다.

셋째, 의약분업을 위하여 단행된 실거래가제도가 의약품 가격인하 기전을 없앴다. 실거래가 제도는 1999.11.15부로 단행하여 의료기관이 의약품을 다루는데 있어서 유통마진을 없애도록 하였다. 실거래가 제도가 정착이 되어 의약품 거래에서 거품을 빼려면 철저히 거래 내역을 조사해야 하는데 현실에서 그렇게 하지 못함에 따라 모든 의약품 거래를 종전의 고시가대로 하여 가격의 인하 기전을 없애도록 하였다.

넷째, 의약분업 이전에는 병원이나 의원이 의료서비스의 가격과 의약품 가격을 합쳐 진료비로 책정하였기 때문에 가격경쟁에서 우위를 차지하기 위하여 의약품 가격이 비교적 싼 복제약(generic)을 많이 사용하였다. 그러나 의약분업 이후 의약품을 병원이나 의원에서 다루지 않기 때문에 가격경쟁의 필요성을 느끼지 못하여 특허의약품(original)을 많이 처방한 것도 한 요인이 되었다.

다섯째, 의료공급자들의 서비스 제공행태이다. 대부분의 의사들이 저수가로 인하여 환자를 진료하는 시간이 짧다. 특히 대학병원으로 갈수록 환자가 집중됨에 따라 진료시간이 짧을 수밖에 없다. 그러다 보니 의사들은 환자의 관습을 고치거나 교육을 시켜 진료하기 보다는 투약을 통하여 해결하는 관행이 굳어 있다. 대학병원이 이러니 여기에서 수련받은 의사들의 관행도 의약품 투약으로 치료에 임하게 되었다. 의약분업을 하기 이전에는 의사들이 의약품에서 얻게 되는 유통 마진 때문에 과잉 투약을 하는 것으로 판단하여 의약분업이 약 사용을 줄일 것으로 기대하였지만 의사들의 환자 진료 관행이 쉽게 바뀌지 않아 의약분업 이후에도 의약품 사용이 줄지 않고 있는 것도 요인의 하나이다.

DRW0001976c1149

1. 요약

우리나라는 1977년 7월 사회보험방식의 의료보험제도를 도입하면서 의료보험제도가 당시경제정책의 근간이었던 수출주도형 성장전략을 저해하지 않도록 하기 위하여 임금 기준 약 3%의 저보험료 정책을 택하였다. 근로자의 보험료가 높아지는 만큼 인건비 부담이 높아지기 때문에 국제경쟁력을 해 칠 것을 두려워한 당시로서는 불가피한 정책이었다.

이와 같은 저보험료 정책은 전국민의료보험을 조기에 달성하고자 하는 정책 당국의 의지로 인하여 불가피하게 지속되었다. 현재도 그러하지만 당시로서는 지역주민의 소득을 파악할 수가 없어 근로자를 대상으로 하는 의료보험에서 보험료를 높게 책정할 경우 지역주민에 대한 보험료 부과 징수가 쉽지 않을 것으로 판단되었기 때문이다.

저보험료 정책이 지속된 다른 한 가지 이유는 의료보험통합에 대한 주장이 보험료 인상을 막았던 것이다. 통합을 주장하던 사람들은 의료보험이 통합되면 보험료 인상없이 흑자조합의 적립금으로 보험급여의 확대가 가능하다고 믿고(김용익, 1994) 보험료 인상을 반대하여 저보험료가 지속될 수밖에 없었다.

우리나라 의료보험제도의 도입과 함께 주목하여야 할 점은 의료서비스의 공급에 대한 부분이다. 사회보험으로 의료를 보장한다는 것은 국가가 의료를 국민의 기본권으로 간주한다는 의미이다. 그렇다면 재원조달과 함께 의료서비스의 공급에 대한 책임도 정부에게 있는 것이다. 그런데 당시의 우리나라 정부는 의료 공급까지 맡을 능력(재정력 및 병원 경영능력)이 없었기 때문에 민간에게 위임할 수밖에 없었다. 정부가 의료서비스 공급을 민간에게 위임하는 방법은 의료 수가에 자본비용을 포함시켜, 진료수입을 통하여 민간이 자본을 축적하는 구조를 만들었다.

그런데 저보험료 정책은 저급여정책과 저수가정책으로 이어질 수밖에 없었다. 의료보험제도 도입 당시 수가 수준은 당시 관행적 수가를 평균한 금액의 55% 수준으로 정하여 수가에 대한 공급자들의 불만을 자아내었다. 특히 대형병원으로서는 평균적 관행수가의 55%가 너무 낮은 가격이었기 때문에 1977년 7월에는 세브란스병원이나 고려병원(현 강북삼성병원)과 같은 대형병원은 보험환자를 받지 않겠다고 계약을 하지 않았다.

★ 1979년 공무원 및 사립학교 교직원에 대하여 의료보험을 확대하면서 세브란스와 고려병원과 같이 당시 시민들의 인기가 높은 병원을 보험에 끌어넣기 위하여 요양기관계약제를 강제지정제를 바꾸는 조치를 취하였다.

저 보험료 정책으로 수가가 낮아 병원들이 경영위기를 호소하였지만, ‘요양급여비용계약제’가 도입된 1999년 이전까지는 경제 부처에서 의료보험수가를 물가 관리 차원에서 통제하였다. 경제부처의 논리는 간단하게 물가 관리 차원에서 끝나지만 의료보험제도의 운영은 물론 의료공급에 대한 책임도 져야 하는 보건복지부 입장에서 물가관리 차원의 수가 통제는 자칫하면 공급 부족을 일으켜 의료보험제도가 제대로 기능하지 못할 위험성을 내포하고 있었다[[24]](#footnote-24).

이와 같은 저수가에서 공급을 원활하게 하기 위해서 보건복지부는 여러 가지 편법적인 발상을 할 수 밖에 없었다. 가장 대표적인 조치는 부문별 인상률을 달리하여 제공빈도가 높은 서비스의 수가 인상률을 높여 실질적으로 보다 높은 수가 인상 효과를 얻을 수 있도록 하였다. 비급여 서비스를 인정하고 비급여서비스 이용에 따른 비용은 환자 본인 부담으로 하여 급여 서비스에서 오는 적자 요인을 비급여서비스에 전가시킬 수 있는 구조를 만들었다. 비급여서비스는 고가장비를 이용한 신의료기술도 있었지만, 상급병상 이용료, 선택진료비 등도 있었다.

★ 자본비용이 수가에 내포되었고, 자본비용이 의료기관 크기에 따라 달라지는 점에서 수가의 차등구조도 만들어졌다. 의료기관 유형에 따른 가산율을 달리하였으며, 입원료의 차등화, 간호관리료의 차등화가 이루어졌다. 그리고 의원급에서는 환자수에 따른 진찰료의 차등화도 이루어졌다.

급여관리상의 문제점으로는 요양기관강제지정제가 실시되어, 비윤리적이거나 불법적 행위를 하는 의료기관의 퇴출 구조를 없애 소비자 보호기능을 제한하고 있다. 수가산정구조에서의 문제점으로는 영상촬영료의 세분화에 따른 비용상승구조, 약국에서의 조제에 따른 기술료의 세분화에 따른 비용 상승구조, DRGs 진료비 지불의 2중 구조에 따른 비용상승구조 등이 있다. 신의료기술평가위원회를 통한 급여 여부 판정의 지체에 따른 임의수가의 존재로 인한 비용상승 구조 등의 문제가 제기된다.

이상과 같은 문제가 나타내는 부작용은 다음과 같이 매우 심각하다.

첫째, 사회보험의 기본원리가 지켜지지 않는 문제가 있다. 사회보험제도에서 선택진료라는 특진이 허용되고, 상급병실이라는 차등구조가 만들어 지고 있다. 사회보험의료에서 선택진료나 상급병실을 이용하게 되면 진료비 전액이 보험에서 제외되어 자비부담으로 처리되는 것이 원칙인데, 기본서비스는 급여로 하고 일부는 비급여로 처리되어 사회보험의 운영원리에서 벗어나는 문제가 있다.

둘째, 비급여라는 혼합진료가 허용되어 사회보험의 보장율이 낮은 문제가 있다. 건강보험 통계로 발표되는 보장율은 70%이상 수준이지만 비급여서비스 항목이 제외된 통계로 실질적인 보장률은 이 보다 매우 낮은 수치가 될 것으로 추정된다[[25]](#footnote-25). 낮은 보장율은 사회보험제도의 실질적인 효용성을 낮추도록 하고 있다.

셋째, 여러 가지 제도적인 차등구조가 대형병원에게 유리하도록 작용하여 의료공급의 양극화를 초래하고 있다. 의료기관 종별 가산율의 차등화, 진찰료의 차등화, 입원료의 차등화와 같은 구조적인 차등화 이외에도 다양한 비급여(주로 신기술을 바탕으로 하는 비급여)의 존재, 선택진료의 존재, 상급병실의 존재 등은 의원이나 중소병원보다는 대형병원 위주로 되어 저수가 구조에서 대형병원은 충분히 수지를 맞출 수 있는 구조를 만들고 있다. 그 결과 환자들도 신기술서비스를 많이 제공하는 대형병원으로 쏠리는 문제까지 나타나고 있다.

넷째, 의료서비스 공급행태에서의 문제를 나타내고 있다. 의료공급자들은 건강보험수가가 원가에 미달한다고 믿고 있다. 의료서비스는 정보의 비대칭성으로 인하여 공급자인 의사는 환자 진료에서 대리인 기능을 한다. 의사가 합리적 대리인이 되면 문제가 없지만 비합리적 대리인 기능을 하게 되면 서비스를 유인하여 수요를 창출하는 문제가 있다. 특히 지불제도가 행위별수가제도이면 더욱 비합리적 대리인이 되어 수요 창출이 용이해 진다. 우리나라의 대부분 의사들은 의료수가가 원가에 미달한다고 믿고 있어 비합리적 대리인 기능을 하게 된다. 저수가에 비합리적 대리인 기능이 복합되면 박리다매형의 공급행태가 나타나 진료비를 증가시키게 되는 문제가 생긴다. 특히 진료행위의 세분화와 함께 고가장비를 활용한 비급여서비스의 과다 공급은 대형병원의 비대화와 함께 의료비증가를 부채질하는 요인이 된다.

다섯째, 건강보험 급여를 관리하는 근본 틀에서 문제가 있다. 전국의 모든 의료기관을 건강보험의 요양기관으로 당연히 강제 지정함에 따라 선택진료나 1인 입원실과 같이 건강보험에서 배제시켜야 할 서비스까지 건강보험제도에서 수용함에 따라 사회보험의 운영원리를 벗어나도록 하는 문제가 있다. 그리고 요양기관 당연지정제는 소비자를 보호하는 것이 아니라 역설적으로 공급자를 보호하는 장치로 활용되는 아이러니가 일어나고 있다. 또한 요양기관 당연지정제는 산업화 영역의 의료와 보장성 영역의 의료를 혼재시켜 의료산업화도 가로 막고 있다. ★

여섯째, 수가산정구조에서의 문제로 인하여 비용상승 구조를 만들어 내고 있다. 영상촬영료 문제, 약국 기술료의 세분화 문제, DRGs 수가의 2중 지불 문제와 같은 수가산정이라는 기술적 문제의 허점이 의료비 상승 구조를 만들고 있다.

일곱째, 제도상의 여러 가지 문제는 결과적으로 국민의료비의 증가를 부채질한다. 1977년 의료보험제도가 도입된 이후 1990년까지는 주로 보험적용인구의 확대에 기인하여 국민의료비가 증가하였다. 전국민의료보험이 달성된 1990년대에는 진료일수의 제한을 없애기 위한 노력과 함께 급여 확대를 위한 노력에 국민의료비의 증가가 이루어졌다. 2000년 건강보험 통합과 함께 의약분업이 실시되면서 소위 의료개혁을 위한 여러 가지 조치들이 오히려 부작용을 일으켜 국민의료비의 급증을 부채질하였다. 2006년 이후에는 보장성 확대와 함께 2000년대 초반의 개혁 부작용이 정비되지 못하여 여러 가지 제도 내부의 문제들이 국민의료비 증가의 요인이 되고 있다. 그런데 2000년대 이전에는 경제성장이 빨라 증가하는 의료비를 수용할 수 있었으나, 2000년대 이후에는 경제성장이 그 전과 달라 증가하는 의료비를 흡수할 수가 없어 GDP 대비 국민의료비 비중이 1년에 0.3 - 0.4% 포인트 씩 높아지는 심각한 문제가 있다. 고령화의 가속으로 보험재정 조달이 어려워지는 상황에서 GDP 대비 국민의료비가 매년 0.3 - 0.4% 포인트 씩 높아진다면 2020년 이후에는 건강보험제도의 지속성을 보장하기 어려운 문제에 부닥치게 될 것이다.

2. 정책제언

21세기는 서비스 산업이 성장 동력이 될 것이라는 점에 의심하는 사람은 없다. 서비스산업 가운데서도 의료산업은 고용측면이나 부가가치 창출면에서도 새로운 성장동력으로 주목받고 있다. 앞에서 열거된 문제들을 해결하지 않고는 의료산업이 국민들의 기대에 부응하여 발전하기 어려워진다.

먼저 건강보험이 사회보험원리에 부합되게 운영되면서, 의료공급의 양극화가 사회보험제도 내부에서는 시정되어야 한다. 그러기 위해서는 새로운 제도 개혁이 필요하다. 사회보험 의료내부에서 사회보험원리를 지키면서, 차등구조를 없애려면, 기존 제도의 틀에서 얻는 기득권에 대한 해결이 선행되어야 한다. 예컨대, 선택진료제도를 없애려면 선택진료제도를 택하고 있는 종합전문요양기관이나 종합병원에 대하여 선택진료에 따른 수지보전이 선행되어야 한다. 그리고 상급병실을 건강보험에서 제외시키려면 상급병실 운영에서 얻고 있는 수지를 보전해주어야만 가능한 것이다.

현재의 건강보험급여 및 수가구조의 문제는 저보험료와 저수가구조를 유지하려다 나타난 파행적인 구조이기 때문에 정상적인 구조로 전환하는 것은 용이한 일이 아니다. 여기에는 일시적인 국민 부담이 수반될 수도 있고, 제도의 구조개혁으로 본인이 부담하는 직접적 비용을 사회보험재정으로 흡수하여 정상적인 구조로 갈 수도 있다. 그리고 일부의 차등적인 제도들(선택진료제도, 상급병실제도 등)은 자비부담병실제(pay bed)나 요양기관계약제를 통한 자비부담병원제(private hospital) 등과 같은 구조개혁으로 해결할 수 있다.

그런데 이러한 개혁에는 많은 정치적인 논란이 발생할 수 있다. 이와 같은 정치적인 논란을 흡수하기 위해서는 국회에 의료개혁특별위원회를 설치하고 여기에서 해결의 실마리를 찾도록 하는 것이 좋은 방안의 하나라 여겨진다. 의료와 관련된 여러 가지 개혁 과제들은 이념적 문제라기 보다는 21세기 우리의 살길을 찾는 과제가 된다. 따라서 정치적인 논란을 피하기 위해서 역설적이지만 정치권에서 문제를 다루도록 하는 발상의 전환을 제안한다.

지금의 시점에서 이 문제를 다루지 않으면 의료가 21세기의 새로운 성장동력이 아니라 국민들의 새로운 부담이 될 것이라는 점을 명심할 필요가 있다. 인구고령화가 가속되어 의료재정을 부담하는 인구보다 의료비를 사용하는 인구가 점점 많아지는 상황에서 현재 건강보험제도가 갖는 여러 가지 문제점들을 제대로 해결하지 못한다면 증가하는 국민의료비 부담으로 인하여 2020년대 이후에는 신성장동력은 고사하고 건강보험의 존속을 걱정해야 하는 사태가 발생할 수 있을 것이다.

**참고문헌**

강길원, 이충섭, 2007, 건강보험상대가치 개정 연구의 성과와 한계, 「보건행정학회지」, 17(3): 1-25

건강보험심사평가원, 2000, 「국민건강보험 진료수가 및 약제비산정기준 등 개정내용」

건강보험심사평가원, 2001, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」, 6.8 및 8.8

건강보험심사평가원, 2001, 「건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수」, 7.1 및 12.1

건강보험심사평가원, 2002, 「건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수」, 1.1

건강보험심사평가원, 2008, 「암환자에게 처방.투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」, 12

건강보험심사평가원, 2006, 「상대가치개정점수연구」, 2006

건강보험심사평가원 상대가치점수연구개발단, 2006. 9. 25 공청회 자료

건강복지사회를 여는 모임, 2002, 「선진의료를 위한 건강보험정상화 방안」, 국회의원회관 소회의실

권순만, 1999, 「의료산업과 가격규제: 효과와 개혁방안」, 한국정책학회보, 8(2); 255-271.

김소윤, 2008, 「적정위험도 상대가치 모델 연구」, 연세대학교 의료법윤리학연구소

김신곤, 2009, 「위기의 외과 전공의 구하기」, 대한외과학회지, 76(4); 207-214.

김의숙, 2007, 「장기의료이용 수급자의 특성 및 의료이용행태」, 보건복지부

김용익, 1994, 「의료보장체계 통합일원화의 필요성과 대안󰡕, 행정쇄신위원회, 12월 1일

김일천, 2009, 「건강보험의 노화와 종언, 건강복지정책연구원

김한중 외, 1992, 「의료수가제도의 합리적 개선방안」, 연세대학교 인구 및 보건개발연구소

국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 2007, 「통계로 본 건강보험 30년.」

국민건강보험공단, 중앙대학교 사회과학 연구소., 2001, 「건강보험백서」

대한의사협회, 1996, 「한국표준의료행위분류」

대한의사협회, 2007, 「건강보험 30년과 대한의사협회」

대한의사협회 의료정책연구소, 2003, 「건강보험수가 조정과정과 방법에 대한 연구」

대한치과의사협회, 1996, 「한국표준치과의료행위분류」

미래의료정책연구회, 2007, 「의료선진화를 위한 개혁방안」

박재완, 2006, 국정감사 결산 자료집(2006). 박재완 의원실

보건사회부, 1977-1998, 「의료보험수가기준액표」

보건복지부, 1999-2009, 「건강보험요양급여비용」

보건복지부, 2007, ‘의료급여 수급권자의 이용실태’ 결과 발표. 보건복지부 보도자료(7.26).

보건복지부, 2006, 보건복지부, 부정수급자에 급여 제한,,, 더 이상 방치 못해. 보건복지부 보도자료(8.22)

보건복지부 의료보험수가구조개편협의회, 1997, 「한국표준의료행위(치과포함)분류」

서미경, 2003, 「보건의료서비스 공급체계 개선 방안」, 한국보건사회연구원.

신영전, 2007, ‘건강보험 보장성에 대한 만족도와 건강보험료 미납 행태간의 관련성’. 「2006 한국복지패널 심층분석보고서」, 148-174. 한국보건사회연구원.

신은하, 2007, 「의료분쟁 발생현황 및 진료과목별 분쟁특성 분석」, 연세대학교 학위논문.

양명생, 1994, 「한국의료보험 진료수가제정 및 인상조정과정에 관한 연구」, 대구한의대학교 대학원(박사학위 논문)

양명생, 2007, 「수가정책의 역사와 발전방향」. 대한병원협회지. 5,6월호; 19-32.

양승조, 2008, ‘과잉․중복 진료로 연간 약 7조원 샌다!’. 양승조 국회의원실 보도자 (2008.10.20)

연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 한국보건의료관리연구원, 1997, 「의료보험 수가구조개 편을 위한 상대가치 개발」

연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 한국보건의료관리연구원, 1998, 「의료보험 수가구조개 편을 위한 상대가치 개발」- 의과 및 치과 의료행위별 상대가치 수정판

오영호 등, 2007, 「보건의료 인력자원의 지역별 분포 적정성과 정책 과제」, 한국보건사회연 구원

오영호, 2007, 「흉부외과 전문의 수급전망에 관한 연구」, 대한흉부외과학회 제25차 춘계 학술대회 및 연수교육 연제집, 146-168.

오영호, 신호성, 2008, 「보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링 시스템 구 축 및 운영」, 한국보건사회연구원

의료보장개혁위원회, 1994, 「의료보장 개혁과제와 추진방향」

의료보험연합회, 1997,「의료보험의 발자취」

이규식, 2005, ‘보건의료 선진화 비전’. 「보건의료 선진화 비전 공개토론회」발제문.

이규식, 2007, 의료에 대한 이념과 정책, 「보건행정학회」, 17(3); 106-128.

이규식, 2008, 「의료보장과 의료체계」, 개정증보판, 계축문화사: 서울.

이준구, 2002, 「미시경제학」, 제4판, 법문사: 서울.

정형선, 1995, 의료의 공급량과 병상이용량과의 관계에 관한 국제비교, 「보건행정학회지」, 5(2): 18-34.

통계청, 1994, 「한국의 사회지표」

, 1997, 「한국의 사회지표」

, 2001, 「한국의 사회지표」

, 2008, 「사회조사보고서」

일본의학통신사, 2002, 「의과.노인의과진료점수조견표」

일본사회보험연구소, 2004, 「사회보험/노인보건 의료진료비점수표」

일본사회보험연구소, 2008, 「의과점수표의 해석」

Blumberg MS, 1979, Rational provider prices: Provider price changes for improved health care use. In Ceorge K. Chacho, ed., *Health Handbook,* Amsterdam: North-Holland.

Blendon RJ, Benson JM, Roches CM, 2003, Americans' view of the uninsured: an era for hybrid proposals. *Health Affairs Web Exclusive;* August 27: 405-414

Enthoven AC, 1977, Consumer choice helath plan: a national health insurance proposal (Memorandum to HEW Secretary Joseph Clifano), 22 September.

European Observatory on Health Care Systems: Germany, 2004, *Health Care System in Transition: Germany*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Feldstein PJ, 1988, *Health Care Economics*(3th ed.), New York: Thompson Delmar Learning

Feldstein PJ, 2005, *Health Care Economics*(6th ed.), New York: Thompson Delmar Learning

Fraser D, 1984, *The Evolution of the British Welfare State.* 2nd ed. London: Macmillan

Frech HE Ⅲ ed,, 1991, *Regulating Doctor's Fees, Competition, Benefits, and Controls under Medicare*, Washington DC: The AEI Press

Greβ S, Gildmeister S, Wasem J, 2004, The social transformation of American medicine: a comparative view from Germany. *Journal of Health Politics, Policy and Law;*  29(4-5): 679- 699

Hsiao WC, Stason WB, 1979, Toward developing a relative value scale for medical and surgical service. *Health Care Financing Review*, 1, Fall, 23-28.

Hsiao WC, Braun P, Yntema D, Becker ER, 1988, Estimating physician's work for a resource-based relative-value scale. *The New England Journal of Medicine*, 319(13); 835-841.

Klein R, 1995, *The New Politics of the National Health Service.* 3rd ed. London: Longman

Kwon S, 1998, Health care policy and reform in Korea: challenges to the welfare state, *Korean Public and Insurance,* 64(1): 155-173.

Monsma G, 1970, Marginal renenue and demand for physicians' services, in Klarman, H., ed., *Empirical Studies in Health Economics.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Normand C, Weber A. 1994, *Social Health Insurance, A Guidebook for Planning,*  WHO, ILO

OECD, 1987, *Financing and Delivering Health Care, A Comparative Analysis of OECD Countries*, OECD Social Policy Studies No. 4, Paris

OECD, 2009, OECD Health Data 2009-How Does Korea Compare.

(http://www.oecd.org/dataoecd/46/10/38979986.pdf)

Patel K, Rushefsky ME, 1995, *Health Care Politics and Policy in America*, New York: M.E. Sharpe, Inc.

Peltzman SL, 1976, Toward a more general theory of regulation, *Journal of Law and Economics*, August

Posner RA, 1974, Theories of economic regulation, *Bell Journal of Economics and Management Sciences*, Autumn

Richard AE, 1997, *Mortal Peril Our Inalienable Right to Health Cares?.* Writer's Representatives, Inc. 안진환(역). 2006. 공공의료제도의 치명적 위험. 파주: 나남출판사

Rimlinger GV, 1971, *Welfare Policy and Industrialization in Europe America and Russia,*  New York: John Wiley & Sons, Inc.

Schlesinger M, 2002, On values and democratic policy making: the deceptively fragile consensus around market-oriented medical care. *Journal of Health Politics, Policy and Law;* 27(6): 679- 699

Folland S, Goodman AC, Stano M, 2004, *Economics of Health and Health Care*, 4th ed. Person Education, Inc. 박윤형, 정우진(역). 2005. 보건의료경제학. 서울: 대한의사협 회 의료정책연구소

Mankiw NG, 2004, *Principles of Economics,* 3th Edition. Thomson Learning, Inc. 김경환, 김종석(역). 맨큐의 경제학. 서울: 교보문고

Stigler GJ, 1971, The theory of economic regulation, *Bell Journal of Economics and Management Sciences*, 2(Spring): 3-21

United Nations, 1948, *Universal Declaration of Human Rights*

부 록

부록 1. 부 표

<부표 2-1> 연도별 주요 건강보험 급여 확대 현황

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 시행시기 | 급 여 확 대 항 목 | | | |
| 1988.7.1 | ㆍ만성 알코올중독증 치료 | |  |  |
| 1989.7.1 | ㆍ진료권설정으로 ‘의료전달체계’ 도입시행(8개 대진료권과 167개 중진료권) | |  |  |
|  | ㆍ타 중진료권, 타 대진료권, 3차 요양기관 이용시 진료의뢰서 제출 | |  |  |
| 1989.10.1 | ㆍ약국의료보험 도입 |  |  |  |
| 1992.5.1 | ㆍ장기공여자에게 행한 공여적합성 검사는 급여 | | |  |
| 1992.10.1 | ㆍ골수이식 |  |  |  |
| 1993.3.1 | ㆍ백내장수술시 인공수정체 | |  |  |
| 1996.1.1 | ㆍCT |  |  |  |
| 1996.8.1 | ㆍ3자녀 이상 분만 급여제한 철폐 | |  |  |
| 1997.1.1 | ㆍ골수이식 급여대상 확대(급여대상 연령 40세에서 50세로, 급성골수성 | | | |
|  | 백혈병 재발시에는 성인까지 확대 등) | |  |  |
|  | ㆍ장애인 보장구 |  |  |  |
|  | - 적용대상의 상한액 범위내에서 구입비용의 80% 지원 | | |  |
|  | - 지체장애인용 지팡이, 청각장애인용 보청기 등 | | |  |
| 1997.9.1 | ㆍ단일광자전산화단층촬영법 검사 | |  |  |
| 1998.4.1 | ㆍ자가조혈모세포이식술 | |  |  |
| 1998.10.1 | ㆍ국민의 의료기관 이용 편의 도모를 위해 진료권 제한 제도 폐지 | |  |  |
| 1999.1.1 | ㆍ고셔질환자의 효소대치법 외래진료비 산정특례에 추가 | | |  |
| 1999.10.10 | ㆍ장애인보장구 보험급여품목 확대(의지,보조기,콘택트렌즈,의안) | | |  |
| 1999.11.15 | ㆍ의약품관리료 신설 |  |  |  |
|  | ㆍ검사실 정도관리를 위한 '임상병리검사종합검증료' 신설 | | |  |
| 2000.7.1 | ㆍ산전진찰 |  |  |  |
|  | ㆍ퇴장방지의약품사용장려비 신설 | |  |  |
| 2001.1.1 | ㆍ가정간호 |  |  |  |
| 2002.1.1 | ㆍ만성질환관리료 신설 | |  |  |
| 2004.1.1 | ㆍ암환자, 62개 희귀질환자 외래진료비 산정특례 | | |  |
| 2004.3.1 | ㆍ감마나이프 수술 |  |  |  |
| 2004.4.30 | ㆍ현역병 등 병역의무자 건강보험 적용 | |  |  |
| 2004.7.1 | ㆍ진료비 본인부담금상한제 실시 | |  |  |
| 2005.1 | ㆍMRI(자기공명영상) |  |  |  |
|  | ㆍ자연분만 본인부담면제 | |  |  |
|  | ㆍ정신질환 외래 본인부담 경감(30∼50% → 20%) | | |  |
|  | ㆍ미숙아지원(본인부담면제) | |  |  |
|  | ㆍ인공와우 급여 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 시행시기 | 급 여 확 대 항 목 | | | |
| 2005.4 | ㆍ장애인보장구(전동휠체어 등) 급여확대 | |  |  |
| 2005.5 | ㆍ골다공증 치료제 급여기간연장(90일 → 180일) | | |  |
| 2005.8 | ㆍ100/100 전액부담행위, 치료재료 등 483항목 본인일부부담으로 전환 | | | |
| 2005.9 | ㆍ암 등 고액중증질환 보장성 강화 | |  |  |
|  | - 법정본인부담 인하(20% → 10%) | |  |  |
|  | - 의료적 비급여의 급여전환 | |  |  |
| 2005.12 | ㆍ제픽스,헵세라 기준완화 | |  |  |
| 2006.1 | ㆍ만6세미만 입원아동 본인부담금 면제 | |  |  |
|  | ㆍ장기이식수술 급여전환(간,심장,폐,췌장) | |  |  |
|  | ㆍ특정 암 건강검진 본인부담율 경감(위암, 유방암, 대장암, 간암 50% → 20%, | | | |
|  | 자궁경부암 면제) |  |  |  |
|  | ㆍ교도소수용자(급여정지 → 급여인정) | |  |  |
| 2006.6 | ㆍ중증질환(암,심장,뇌질환) PET(양전자단층촬영) 건강보험 적용 | | |  |
| 2006.11 | ㆍ만성폐쇄성폐질환 환자 재가 산소치료 건강보험 적용 | | |  |
|  | ㆍ요양기관외 출산 요양비(현금급여) 인상 (7만원 → 25만원) | | |  |
| 2007.1.1 | ㆍ입원환자 식대 보험급여 적용(본인부담 20%) | | | |
| 2007.6.1 | ㆍ중증환자 부담경감(희귀난치성질환자 지원, 화상진료 및 전문재활치료 활성화) | | | |
|  | ㆍ장애인임산부 진료활성화(진료수가 상향 조정 등) | | |  |
|  | ㆍ정신질환에 의한 자살시도 및 본인 경과실 교통사고 환자 건강보험적용 | | | |
|  | ㆍ6세미만 아동의 외래 진료 부담 경감 등 본인부담액 제도변경 | | |  |
|  | ㆍ화상진료 및 전문재활치료 활성(수가조정 증) | | |  |
| 2007.7.1 | ㆍ본인부담액상한선 인하 300만원 → 200만원 조정 | | |  |
| 2008.1.1 | ㆍ6세미만 아동의 입원 본인부담율 10%로 조정(단, 신생아는 본인부담면제) | | | |
|  | ㆍ입원환자 식대 본인부담율 50%로 조정(일반, 중증질환, 6세미만, 자연분만 등 포함) | | | |
|  | ㆍ장제비 폐지(현행 제25조 삭제) | |  |  |
| 2008.5.1 | ㆍ방사성 옥소치료실(수가상향 인상) | |  |  |
| 2008.6.1 | ㆍ희귀난치질환 특정기호 확대 | |  |  |
| 2008.12.15 | ㆍ산전진찰 바우처 제도 도입 실시(20만원 지원) | |  |  |
| 2009.1.1 | ㆍ소득 수준별 본인부담 상한제 실시  (소득 50%이하 계층 200만원, 소득 50~80% 계층 300만원, 상위 20% 계층 400만원)  ㆍ만성신부전증이나 류마티스 관절염 등 난치성환자의 본인부담율 인하(20% → 10%) | | | |
| 2009.7.1 |
| 2009.12.1 | ㆍ아동 충치예방을 위한 치아 홈메우기, 한방물리치료 보험급여  ㆍ암환자의 입원과 외래 본인부담율 인하(10% → 5%) | | |  |
|  |

<부표 2-2> 보험수가 분류항목수 변동내역

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 1977 (’77.7.1) | 1993 (’93.3.1) | 1995 (’95.12.10) | 1997 (’97.9.1) | 1999 (’99.1.1) | 2001 (’01.1.1) | 2009 (’09.1.1) |
| 제1장 기본 진료료 | 2 | 4 | 5(24) | 5(27) | 11(67) | 13(55) | 14(267) |
| 제2장 검사료 | 107 | 354 | 423(703) | 426(731) | 436(851) | 509(925) | 860(1,566) |
| 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 | 11 | 16 | 17(28) | 17(29) | 125(335) | 151(394) | 151(851) |
| 제4장 투약 및 조제료 | 3 | 3 | 3(234) | 3(234) | 4(42) | 5(42) | 6(42) |
| 제5장 주사료 | 14 | 14 | 14(31) | 14(31) | 16(35) | 24(95) | 27(81) |
| 제6장 마취료 | 9 | 9 | 9(2,282) | 9(2,282) | 9(841) | 15(26) | 20(94) |
| 제7장 이학요법료 | 13 | 19 | 22(47) | 24(48) | 31(52) | 35(48) | 44(67) |
| 제8장 정신요법료 | 11 | 11 | 10(21) | 10(21) | 10(20) | 10(20) | 10(21) |
| 제9장 처치 및 수술료 등 | 547 | 610 | 616(1,075) | 620(1,083) | 674(1,206) | 851(1,853) | 907(2,113) |
| 제10장 치과 처치․수술료 | 40 | 64 | 52(113) | 52(114) | 54(116) | 95(172) | 107(195) |
| 제11장 조산료 | - | 1 | 1(6) | 1(6) | 1(6) | 1(6) | 1(6) |
| 제12장 보건기관의 진료수가 | - | 2 | 4(15) | 5(22) | 5(31) | 5(31) | 5(31) |
| 제13장 한방검사료 | - | - | 2(2) | 2(2) | 3(3) | 3(3) | 6(8) |
| 제14장 한방시술 및 처치료 | - | 3 | 12(14) | 12(14) | 20(25) | 28(31) | 28(41) |
| 제15장 약국약제비 | - | 4 | - | - | 5(15) | 6(16) | 6(58) |
| 제16장 전혈 및 혈액성분제제료 | 3 | 3 | 6(118) | 6(118) | 6(48) | - | 2(33) |
| 제17장 입원환자식대 | - | - | - | - | - | - | 1(4) |
| 총 계 (※마취가산코드제외 경우) | 760 | 1,123 | 1,196 (4,707) (※2,457) | 1,206 (4,762) (※2,512) | 1,410 (3,693) (※2,993) | 1,751 (3,714) | 2,195 (5,478) |

주: 1. 분류항목수는 건강보험요양급여비용책자내의 분류번호수이고, ( )내는 코드번호수임.

2. ’77년도에는 치과 40항목, 수혈료 3항목이 제9장 처치및 수술료 등에 포함되었음.

3. 제2장 검사료는 ’77년도에 뇨 중 물질검사, 혈액화학검사, 면역혈청검사, 호흡기능검사로 분류하여 한 항목에 수 개의 검사항목을 나열하고 ‘준용검사표’를 별도 작성 사용하다가 ’83년에 현행검사료 분류체계로 개편하였음.

4. 종전 제13장 ‘혈액 및 혈액성분제제료’가 2001년도에 제5장(주사료) 제2절로 이동되었다가 2006년도에 제5장(주사료) 제2절(채혈 및 수혈료)에 일부 남기고 제16장(전혈 및 혈액성분제제)으로 분리 분류함

5. 한방수가책자는 별도 분류 제작되었다가 2001년도 제13장 (혈액 및 혈액성분제제료)이 제5장 제2절로 이동하고 대신 제13장에는 ‘한방검사료’가 분류됨.

6. 제6장 마취료의 코드번호수가 2,282개로 많았던 것은 척수마취(바-3), 마스크에 의한 폐쇄 순환적 전신마취(바-6), 기관내삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취(바-7) 산정방법이 ‘매 15분 가산’될 때마다 새로운 코드번호를 부여했기 때문임(바-3은 L3050~L3400까지 350코드, 바-6은 L6010 ~L6960까지 950코드, 바-7은 L7010~L7960까지 950코드 합계 2,250개 코드번호 가 부여되었음)

7. 따라서 마취료 매 15분 가산 코드수를 제외하면 1995년도 총 코드수는 2,457개이고 1997년도 총 코드수는 2,512개가 됨.

8. 1999년도 마취료 코드수가 841개인것은 바-2(경막외 마취)와 바-3(척수마취)에 매 15분당 코드번호 증가 10개씩 증가로 각각 350개의 코드를 부여한 700개의 코드가 생기기 때문임.

9. 2001년 이후 마취관리 기본[1시간 기준] (바-1-가)과 마취유지 1시간 초과 매 15분 증가(바-1-나)로 구분하여 각각 단일 코드를 부여하여 발생가능 예상코드수를 줄임

<부표 2-3>요양기간제한 및 연장관련 법령 변천내역

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 시행일 | 법령근거 | 내용 |
| 1 | 1964.3.16 | 의료보험법 제정 공포 (1963.12.16 법률 제1623호) | 제31조(요양급여기간)요양급여의 기간은 6월 이내로 한다. |
| 2 | 1977.7.1 | 의료보험법전면개정 (1976.2.22 법률 제2942호) | 제30조(요양급여기간)요양급여의 기간은 요양급여가 개시된 날로부터 6월 이내로 한다. |
| 3 | 1981.4.4 | 의료보험법 제4차 개정 (1981.4.4 법률 제3415호) | 제30조(요양급여기간)요양급여의 기간은 동일한 상병에 대하여 180일 이내로 한다. 다만, 폐결핵의 경우에는 그러하지 아니한다. |
| 4 | 1985.1.1 | 의료보험법 제6차 개정 (1984.12.31 법률 제3768호) | 제30조(요양급여기간)요양급여의 기간은 180일 이내로 한다. 다만, 폐결핵의 경우에는 그러하지 아니한다. |
| 5 | 1988.1.1 | 의료보험법 제7차 개정 (1987.12.4 법률 제3986호) | 제30조(보험자부담요양급여기간) ① 보험자가 비용을 부담하는 요양급여의 기간은 연간 180일 이내로 한다. 다만, 폐결핵으로 요양급여를 받은 경우에는 그 기간에 산입하지 아니하다. ② 제1항의 규정에 불구하고 보험자가 부담하는 요양급여의 비용이 보건사회부장관이 정하는 금액 미만일 경우에는 보험자는 그 금액에 달할 때까지 급여기간을 연장할 수 있다. |
| 6 | 1988.2.15 | 요양급여기준 제8차 개정 (1988.2.13 보건사회부고시  제88-4호) | Ⅱ-3. 보험자가 부담하는 요양급여기간의 연장 의료보험법 제30조제2항의 규정에 의하여 보험자가 부담하는 요양급여의 비용이 연간 300,000원 미만일 경우에는 보험자는 법 제30조제1항의 규정에 불구하고 동 금액에 달할 때까지 그 급여기간을 연장한다. |
| 7 | 1990.2.1 | 요양급여기준 제11차 개정 (1990.1.29 보건사회부고시  제90-7호) | Ⅱ-3. 요양급여기간의 산정 가. 의료보험법 제30조제1항의 규정에 의한 요양급여기간은 입원일수, 내원일수, 투약일수를 합하여 산정한다. 다만, 입원․내원․투약일이 같은 날에 중복되는 경우에는 1일로 산정한다. 나. 요양급여기간의 산정특례  (1) 피보험자가 같은 날에 양․한방 및 약국급여(처방전에 의한 조제급여는 제외)를 겸하여 받은 경우에는 각각 합산한다. (2) 만성신부전증 환자의 혈액투석 및 복만투석에 필수적인 내복약제와 신장이식술후 조직이식 거부반응 억제제 투약시에는 내원일수만 산정한다. (3) 의료보험법 제30조제2항의 규정에 의하여 보험자가 부담하는 요양급여의 비용이 연간 300,000원 미만일 경우에는 보험자는 의료보험법 제30조제1항의 규정에 불구하고 동 금액에 달할 때까지 그 급여기간을 연장한다. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 연번 | 시행일 | 법령근거 | 내용 |
| 8 | 1991.7.1 | 요양급여기준 제12차 개정 (1991.6.26 보건사회부고시 제91-36호) | Ⅱ-4. 요양급여기간의 산정 가. 의료보험법 제30조제1항의 규정에 의한 요양급여기간은 입원일수․내원일수․투약일수를 합하여 산정한다. 다만, 입원․내원․투약일이 같은 날에 중복되는 경우에는 1일로 산정한다. 나. 피보험자가 같은 날에 양방과 한방 또는 한방과 약국급여를 동시에 받은 경우에는 요양급여기간은 각각 산정하고 양방과 약국급여를 동시에 받은 경우에는 중복되는 투약일수는 1일로 산정한다. 다. 만성신부전증 환자의 요양급여기간 산정은 보건사회부 장관이 별도로 정한 바에 의한다. 라. 의료보험법 제30조제2항(공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법 제27조제4항)의 규정에 의하여 보험자가 부담하는 요양급여의 비용이 연간 450,000원 미만일 경우에는 보험자는 의료보험법 제30조제1항(공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법 제27조제2항)의 규정에도 불구하고 동 금액에 달할 때까지 그 급여기간을 연장한다. |
| 9 | 1993.3.1 | 요양급여기준 제14차 개정 (1993.3.1 보건사회부고시 제1993-12호) | Ⅱ-4-라. 의료보험법 제30조제2항의 규정에 의하여 보험자가 부담하는 요양급여의 비용이 연간 550,000원 미만일 경우에는 보험자는 의료보험법 제30조제1항의 규정에 불구하고 동 금액에 달할 때까지 그 급여기간을 연장한다. |
| 10 | 1994.7.7 | 요양급여기준 제8차 개정 (1994.1.7 법률 제4728호) | 제30조(보험자부담 요양급여기간) ① 보험자가 비용을 부담하는 요양급여의 기간은 연간 180일 이내로 한다. 다만, 65세 이상의 피보험자 및 피부양자에 대한 요양급여의 기간은 연간 210일 이내로 하며, 폐결핵으로 요양급여를 받은 경우에는 요양급여의 기간을 제한하지 아니한다.  ② 제1항의 규정에 불구하고, 보험자가 부담하는 요양급여의 비용이 보건사회부장관이 정하는 금액 미만일 경우에는 보험자는 그 금액에 달할 때까지 요양급여를 연장할 수 있다. |
| 11 | 1994.8.1 | 요양급여기준 제15차 개정 (1994.7.28 보건사회부고시 제1994-36호) | Ⅱ-5. 요양급여기간의 산정 가. 의료보험법 제30조제1항의 규정에 의한 요양급여기간은 양방․한방 또는 약국급여를 불문하고 입원일수․내원일수․투약일수를 합하여 산정한다. 다만, 입원․내원․투약일이 같은 알에 중복되는 경우에는 1일로 산정한다. 나. 만성신부전증 환자의 요양급여기간 산정은 보건사회부장관이 별도로 정한 바에 의한다. 다. 의료보험법 제30조제2항의 규정에 의하여 보험자가 부담하는 연간 요양급여비용은 다음과 같다. (1)65세 미만의 피보험자의 경우 65만원 (2)65세 이상의 피보험자의 경우 80만원 (3)장애인 복지법 제19조제2항의 규정에 의해 장애인 수첩을 교부받은 피보험자의 경우 150만원 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 연번 | 시행일 | 법령근거 | 내용 |
| 12 | 1995.4.1 | 요양급여기준  제16차 개정 (1995.3.28 보건복지부고시 제1995-21호) | Ⅱ-5. 다. 법 제30조제2항의 규정에 의하여 보험자가 법정 요양급여기간을 연장할 수 있는 보험자부담 금액은 연간 90만원으로 한다. 다만, 장애인 복지법 제19조제2항의 규정에 의해 장애인 수첩을 교부받은 피보험자 또는 국가유공자 예우에 관한 법률 제14조 및 동법 시행령 제8조에 의한 국가유공자로서 동법 시행령 제14조에 의하여 1~6급의 상이등급 판정을 받은 피보험자의 경우에는 160만원으로 한다. |
| 13 | 1995.8.4 | 의료보험법  제10차 개정 (1995.8.4 법률 제4972호) | 제30조(보험자부담 요양급여기간) ① 보험자가 비용을 부담하는 요양급여의 기간은 연간 210일 이상으로 하며 그 요양급여기간은 대통령령으로 정한다. 다만, 다음 각 호의 1에 해당하는 자에 대하여는 요양급여의 기간을 제한하지 아니한다. 1.65세 이상의 자 2.장애인복지법에 의하여 등록한 장애인 3.국가유공자예우 등에 관한 법률 제4조제1항제4호, 제6호, 제10호, 제12호 또는 제14호에 규정된 국가유공자 4.폐결핵으로 요양급여를 받은 자 5.기타 대통령령으로 정한 중한 질병으로 요양급여를 받은 자 ② 제1항 본문의 규정에 불구하고, 보험자가 부담하는 요양급여의 비용이 보건복지부장관이 정하는 금액 미만일 경우에는 보험자는 그 금액에 달할 때까지 급여기간을 연장할 수 있다.  부 칙  ① (시행일) 이 법은 공포한 날부터 시행한다. 다만, 제3조제1항제1호 내지 제3호 및 제5호의 개정규정은 1996년 1월 1일부터 시행한다. ② (요양급여기간에 관한 적용 예) 1995년 1월 1일부터 제1항의 본문의 시행일까지의 기간중에 요양급여기간이 180일을 초과한 자에 대하여는 제30조제1항의 본문의 규정을 1995년 6월 30일부터 적용한다. |
| 14 | 1996.1.1 | 의료보험법 시행령 제19차 개정 (1995.12.29 대통령령 제14850호) | 제75조의2(보험자부담 요양급여기간) 법 제30조제1항 본문의 규정에 의하여 보험자가 비용을 부담하는 요양급여의 기간은 연간 240일로 한다.  부 칙  ① (시행일) 이 영은 공포한 날부터 시행한다.  ② (요양급여기간에 관한 적용 예) 보험자가 비용을 부담하는 요양급여의 기간은 제75조의2의 개정규정에 불구하고 1995년 12월 31일까지는 연단 210일로 한다. |
| 15 | 1996.1.1 | 의료보험 요양급여기준 제18차 개정(1995.12.9 보건복지부고시 제1995-58호) | Ⅱ-5. 다. 법 제30조제1항(공․교 법 제27조제2항)단서에 해당되지 아니하는 피보험자에 대하여 법 제30조제2항(공․교 법 제27조 제4항)의 규정에 의하여 보험자가 법정요양급여 기간을 연장할 수 있는 보험자 부담금액은 연간 120만원으로 한다. |
| 16 | 1997.5.22 | 의료보험법 시행령 제20차 개정(1997.5.22 대통령령 제15374호) | 제75조의2중 “240일”을 “270”로 한다.  부 칙  ① (시행일) 이 영은 공포한 날부터 시행한다. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 연번 | 시행일 | 법령근거 | 내용 |
| 17 | 1997.9.1 | 요양급여기준 제21차 개정(1997.8.30 보건복지부고시 제1997-58호) | 5. 요양급여기간의 산정  가. 법 제30조 제1항의 규정에 의한 요양급여기간은 양방․한방 또는 약국급여를 불문하고 입원일수․내원일수․투약일수를 합하여 산정한다. 다만, 입원․내원․투약일이 같은 날에 중복되는 경우는 1일로 산정한다.  나. 만성신부전증 환자의 요양급여기간 산정은 장관이 별도로 정한 바에 의한다.  다. 법 제30조제1항(공․교 법 제27조제2항) 단서에 해당되지 아니하는 피보험자에 대하여 법 제30조제2항(공․교 법 제27조제4항)의 규정에 의하여 보험자가 법정 요양급여기간을 연장할 수 있는 보험자 부담 금액은 연간 150만원으로 한다. |
| 18 | 1998.10.1 | 의료보험법 제13차 개정(1997.12.31 법률 제5489호) | 제30조제1항 중 “270일 이상으로”를 “300일 이상으로”로 한다.  부 칙  제1조(시행일) 이 법은 1998년 10월 1일부터 시행한다. |
| 19 | 1998.10.1 | 요양급여기준 제22차 개정(1998.9.30 보건복지부고시 제1998-56호) | Ⅱ-2. 요양급여기간의 산정  가. 의료보험법 제30조제1항(국민의료보험법 제27조제2항)의 규정에 의하여 보험자가 비용을 부담하는 요양급여기간은 요양기관의 종류를 불문하고 입원일수․내원일․투약일수를 합하여 산정한다. 다만, 입원․내원․투약일이 같은 날에 중복되는 경우에는 1일로 산정하되, 처방전을 발급받아 약국에서 조제투약을 받는 경우에는 투약일수 중 1일을 산정하지 아니한다.  나. 만성신부전증환자가 인공신장투석 및 복막투석에 필수적인 경구약제를 투약 받은 경우나, 신장이식술 후 필수적인 경구약제를 투약 받은 경우에는 투약일수를 제외한 내원일수만 산정한다.  다. 보험자는 의료보험법 제30조제2항(국민의료보험법 제27조제4항)에 따라 위 “가” 및 “나”의 규정에 의하여 산정한 요양급여기간이 보험자부담 요양급여기간을 초과하여도 보험자가 부담하는 요양급여의 비용이 150만원 미만일 경우에는 그 금액에 달할 때까지 급여기간을 연장할 수 있다. |
| 20 | 1999.1.1 | 의료보험법시행령 제24차 개정(1998.10.17 법률 제1518호) | 제75조의2중 “300일”을 “330일”로 한다.  부 칙  ① (시행일) 이 영은 공포한 날부터 시행한다  ② (요양급여기간에 관한 특례) 보험자가 비용을 부담하는 요양급여의 기간은 제75조의2의 개정규정에 불구하고 1998년 12월 31일까지는 연간 300일로 한다. |
| 21 | 2000 | 국민건강보험법 시행으로 급여기간 조항 없음 | 의료보험법과 국민의료보험법을 폐지 |

<부표 2-4> 비급여의 법적근거

|  |
| --- |
| <개정 2008.7.11> **비급여대상(제9조제1항관련)**  1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료  가. 단순한 피로 또는 권태  나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환  다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환  라. 단순 코골음  마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)  바. 검열반 등 안과질환  사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 질환  2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료  가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료  나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술  다. <삭제>  라. 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료  마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술  바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술  사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 진료  3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료  가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)  나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)  다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거  라. 불소국소도포, 치면열구전색 등 치아우식증 예방을 위한 진료  마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료  바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사  사. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 예방진료  4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료  가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 영 제24조제2항 및 제8조제4항의 규정에 의하여 고시한 상대가치점수로 산정한 입원료(이하 "기본입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용  (1) 의료법령에 의하여 허가를 받거나 신고한 병상 중 기본입원료만을 산정하는 병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 경우. 다만, 집중치료, 신생아 입원, 무균치료, 격리치료, 강내치료 또는 방사성옥소입원치료를 위한 입원실의 병상은 상급병상 및 일반병상에서 제외한다.  (2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우  나. 삭제 <2006.5.19>  다. 법 제46조에 의하여 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구  라. 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용  마. 친자확인을 위한 진단  바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등 포함)  사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>  자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지가족부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제  차. 삭제 <2006.12.29>  카. 의료법 제37조의2의 규정에 의한 선택진료를 받는 경우에 선택진료에 관한 규칙에 따라 추가되는 비용  타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용  파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용  하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항의 규정에 의하여 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술 등. 다만, 제11조제4항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 의하여 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 신의료기술 등을 제외한다.  거. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료  5. 삭제 <2006.12.29>  6. 영 별표 2 제2호의 규정에 의하여 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호 사목, 제4호거목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.  가. 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료  나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제  7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우  가. 운동요법·전자요법 및 온냉요법 등의 한방물리요법  나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제  8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방ㆍ투여하려는 자가 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여대상으로 승인받은 경우. 다만, 제5조제3항에 따라 중증환자에게 처방ㆍ투여하는 약제 중 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.  〔건강보험 행위 급여․비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 개정〕  제1편 행위 급여․비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록(검체검사 145가지, 조직병리검사 119가지, 기능검사 143가지, 내시경․천자 및 생검 5가지, 영상진단 및 방사선치료 7가지, 주사료 3가지, 채혈 및 수혈 3가지, 이학요법 13가지, 정신요법 6가지, 처치 및 수술 86가지, 한방검사 및 시술료 등 14가지, 신경인지기능검사 36가지, 총 405가지) |

<부표 2-5> 2001년 비급여로 전환한 의약품

|  |  |
| --- | --- |
| 비급여 세부기준 | 품목수 |
| 계 | 1,398 |
| 하제․완장제 중 복합제(분류번호 238) | 66 |
| 여드름치료제(266, 614, 619) | 21 |
| 칼슘제, 무기질제제 중 복합제(321, 322) | 14 |
| 종합대사성 제제 중 복합제(398, 399) | 22 |
| 종합감기약, 복합제중 감기의 제증상에 사용하는 의약품 또는 해열․진통제로서 주로 자가판단에 의거 사용되는 의약품 중 3개 성분이상 복합제(114, 141, 222) | 119 |
| 외용제인 기생성 피부질환용제중 복합제(265, 266, 269) | 85 |
| 비타민제중 복합제(312~316, 319) | 80 |
| 외용제인 안과용제 또는 이비과용제(131, 132)중 복합제 | 13 |
| 직접 질환치료에 사용되지 않는 의약품 및 의사의 처방가능성이 적고 주로 생약으로 구성된 의약품(211, 329) | 11 |
| 당류제, 유기산제제, 단백아미노산제제, 장기제제, 유유아용제(323~327)중 복합제 | 1 |
| 건위소화제(233) | 465 |
| 제산제(234)중 3개 성분이상 복합제 | 166 |
| 치과구강용약, 최토․진토제, 이담제, 정장제 또는 기타의 소화기관용약(231, 235, 236, 237, 239)중 복합제 | 123 |
| 복합제 중 각종 영양제류, 치료보조에 사용하는 의약품, 갱년기 제증상에 사용하는 의약품으로 주로 자가판단에 의거 사용이 가능한 의약품(131, 132, 218, 219, 229, 259, 391, 392) | 177 |
| 외용제인 진통․진양․수렴․소염제(264)중 복합제 | 35 |

주: 의약분업 시행 이후 약제비를 줄이기 위하여 자가요법 가능 의약품 1,398품목을 급여에서 비급여 대상으로 변경시켰다(2001.11.1)

<부표 2-6> 특진에 대한 규정

|  |
| --- |
| (별첨1) <국립대학교의과대학 및 대학부속병원 특진규정>  (1962.2.12 “국립대학교 의과대학 부속병원 특진규정) 제정, 1969.11.25 특진규정 개정  (1971.5.3 대통령령 제5624호 전문개정), 개정 1973.8.23 대통령령 제6819호  개정 1989.8.7 대통령령 제12773호(의료법시행령)  제1조(목적) 이 영은 국립대학교 의과대학 및 치과대학부속병원(이하 “대학병원”이라 한다)에 있어서 환자의 희망에 따라 그가 특정하는 교수․부교수․조교수․전임강사(이하 “교수”라 한다)로 하여금 그 환자를 진료하게 하는 특정진료(이하 “특진”이라 한다)의 제도를 실시함으로써 환자의 편의를 도모하고 교수들로 하여금 의학 및 치의학의 연구와 실습에 대한 의욕을 촉구하여 대학병원의 원활한 운영을 기하게 함을 목적으로 한다. <개정 73.8.23>  제2조(특진의 절차) ① 대학병원에서 특진을 받고자 하는 자는 사전에 진료를 받고자 하는 부문을 명시하고 그가 희망하는 교수를 특정하여 이를 당해 대학병원장에게 요청하여야 한다.  ② 전항의 요청을 받은 대학병원장은 정당한 사유가 없는 한 그 특정된 교수(이하 “특진교수”라 한다)로 하여금 그 환자를 진료하게 하여야 하며, 특진교수가 특진요청에 응할 수 없는 사유가 있을 때에는 대학병원장은 특진요청자에게 그 뜻을 통고하여야 한다.  ③삭제 <73.8.23>  제3조(특진료) ① 각 대학병원은 특진을 받은 환자로부터 당해 대학병원수가 규정에 의한 일반진료비외에 이 영의 규정에 의하여 특진료를 따로 징수한다.  ② 전항의 특진료의 금액은 당해 대학병원수가 규정에 의한 일반진료비의 5할의 한도내에서 당해 대학병원장이 소속대학교의 총장의 승인을 얻어 이를 정한다. 다만, 특수한 의학적 기술을 요하는 진료에 있어서는 일반 진료비의 10일의 한도내까지 이를 정할 수 있다.  제4조(특진보상금) ① 특진에 관하여 교수․조교․의료기사․약사․간호사 및 의료보조원에 대하여는 예산의 범위안에서 특진보상금을 지급할 수 있다.  ② 전항의 특진보상금의 지급기준은 당해 대학교총장이 정한다.  ③ 특진보상금은 당월분을 다음달 봉급 지급일에 지급한다.  [전문개정 73.8.23]  (별첨2) <국립의료원 특진규정>  제정 1967.10.13 대통령령 제3247호  개정 1973.3.20 대통령령 제6576호  제1조(목적) 이 영은 국립의료원에 있어서 환자의 희망에 따라 그가 특히 지정하는 의사로 하여금 그 환자를 진료하게 하는 특정진료(이하 “특진”이라 한다)의 제도를 실시함으로써 환자의 편의를 도모하고 의사 및 진료관계요원들로 하여금 의학의 연구실습에 대한 의욕을 촉구하여 국립의료원의 원활한 운영을 기함을 목적으로 한다. <개정 73.3.20 대령 6576호>  제2조(특진의 절차) ① 국립의료원에서 특진을 받고자 하는 자는 사전에 진료를 받고자 하는 부문을 명시하고 그가 희망하는 의사를 특정하여 국립의료원장에게 요청하여야 한다.  ② 전항의 요청을 받은 국립의료원장은 특별한 사유가 없는 한 그 특정된 의사(이하 “특진의사”라 한다)로 하여금 그 환자를 진료하게 하여야 하며, 특진 요청에 응할 수 없는 사유가 있을 때에는 국립의료원장은 특진요청자에게 그 뜻을 통고하여야 한다.  제3조(특진료) ① 국립의료원장은 특진을 받은 환자로부터는 국립의료원 수가규정에 의한 일반진료비 이외에 이 영의 규정에 의하여 특진료를 따로 징수하여야 한다.  ② 전항의 특진료의 금액은 국립의료원 수가규정에 의한 일반진료비의 5할의 한도안에서 국립의료원장이 보건사회부장관의 승인을 받아 이를 정한다. 다만, 특수한 의학적 기술을 요하는 진료에 있어서는 일반진료비의 10할의 한도까지 이를 정할 수 있다.  제4조(특진보상금) ① 특진에 관여한 의사, 의료기사, 약사, 간호사 및 의료보조원에 대하여는 예산의 범위안에서 특진료로 징수된 금액을 특진보상금으로 지급한다.  ② 전항의 특진보상금 지급기준은 국립의료원장이 정한다.  ③ 특진보상금은 당월분을 다음달 10일에 지급한다.  <전문개정 73.3.20 대령 6576>  (별첨3) <국립정신병원특진규정>  (1978.5.1 대통령령 제8996호)  제1조(목적) 이 영은 국립정신병원에 있어서 환자의 희망에 따라 그가 특히 지정하는 의사로 하여금 그 환자를 진료하게 하는 특정진료(이하 “특진”이라 한다)제도를 실시함으로써 환자의 편의를 도모하고, 의사 및 의료관계에 종사하는 요원들로 하여금 임상의학에 관한 연구의욕을 촉구하여 병원의 원활한 운영을 기함을 목적으로 한다.  제2조(특진의 절차) ① 국립정신병원에서 특진을 받고자 하는 자는 사전에 진료를 받고자 하는 부문을 명시하고, 그가 희망하는 의사를 지정하여 국립정신병원장(이하 “병원장”이라 한다)에게 요청하여야 한다.  ② 제1항의 규정에 의하여 특진 요청을 받은 병원장은 특별한 사유가 없는 한 그 지정된 의사로 하여금 당해 환자를 진료하게 하여야 하며, 특진요청에 응할 수 없는 사유가 있을 때에는 특진요청자에게 그 뜻을 통고하여야 한다.  제3조(특진료 징수) ① 병원장은 특진을 받은 환자로부터는 국립정신병원의 수가 규정에 의한 일반진료비외에 이 영의 규정에 의한 특진료를 따로 징수한다.  ② 제1항의 규정에 의한 특진료의 금액은 국립정신병원의 수가 규정에 의한 일반진료비의 5할의 한도안에서 병원장이 보건사회부장관의 승인을 얻어 이를 정한다. 다만, 특수한 임상적 기술을 요하는 진료에 있어서는 일반진료비의 10할의 한도까지 이를 정할 수 있다.  제4조(특진보상금) ① 특진에 관여한 의사․의료기사․약사․간호원 및 의료지원요원에 대하여는 예산의 범위안에서 특진료로 징수된 금액을 특진보상금으로 지급한다.  ② 제1항의 특진보상금지급기준은 병원장이 정한다.  ③ 특진보상금은 당월분을 다음달 10일에 지급한다. |

<부표 2-7> 지정진료에 관한 규칙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 제정: 보건사회부령 제867호(’91.3.29)  제1조(목적) 이 규칙은 지정진료기관의 지정기준, 지정진료의사의 자격, 지정진료항목 및 지정진료 수가기준 등을 정하여 환자의 편의 및 진료의 효율성을 도모하고 지정진료제도의 건전한 발전에 이바지함을 목적으로 한다.  제2조(정의) 이 규칙에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.  1. “지정진료”라 함은 환자 또는 그 보호자가 특정한 의사를 지정하여, 그로부터 진료를 받거나 그 지정진료의사로부터 의뢰를 받은 진료지원과의 지정진료의사가 행하는 의료행위를 말한다.  2. “지정진료의사”라 함은 지정진료를 행할 수 있는 의사․치과의사 또는 한의사를 말한다.  3. “지정진료기관”이라 함은 지정진료를 행할 수 있는 의료기관을 말한다.  제3조(지정진료기관의 지정기준) 지정진료기관으로 지정발을 수 있는 의료기관은 전문의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정에 의한 레지던트 수련병원으로서 허가병상수가 400이상인 병원과 치과대학병원으로 한다.  제4조(지정진료의사의 자격) 지정진료의사가 될 수 있는 자는 의료법(이하 “법”이라 한다) 제55조의 규정에 의한 전문의의 자격을 가진 자(치과의사의 경우를 제외한다)로서, 법 제5조의 규정에 의한 의사 또는 치과의사의 면허를 받은 후 10년이상 경과된 자로 한다. 다만, 대학병원의 경우에는 전임강사 이상인 자로 한다.  제5조(지정진료의사의 임명 및 지정진료행위의 제한) ① 지정진료기관의 장은 제4조의 규정에 의한 지정진료의사의 자격이 있는 자로서 레지던트 수련지정과에 근무하는 자(치과의 경우에는 제4조의 규정에 의한 지정진료의사의 자격이 있는 자)중에서 지정진료의사를 임명한다.  ② 제1항의 규정에 의하여 지정진료의사로 임명된 자는 자신의 당해연도 총 진료건수의 70퍼센트를 초과하여 지정진료를 할 수 없다.  제6조(지정진료항목 및 수가기준) ① 지정진료를 행할 수 있는 항목과 항목별 지정진료수가기준은 별표와 같다.  ② 지정진료기관의 장은 다음 각 호의 사항을 진료비 수납창구 등 환자 또는 그 보호자가 보기 쉬운 곳에 게시하여야 한다.  1. 진료과목별 지정진료의사의 명단 및 진료시간표  2. 별표의 지정진료 항목별 지정진료수가기준  제7조(지정진료수가의 부담) 의료보험수가기준액 외에 지정진료에 의하여 추가되는 지정진료수가는 지정진료환자 또는 그 보호자가 전액 부담한다.  제8조(지정진료기관의 지정) ① 지정진료기관으로 지정받고자 하는 의료기관의 장은 별지 제1호 서식에 의한 지정진료기관지정신청서에 다음 각호의 서류(치과의 경우에는 제2호의 서류)를 첨부하여 보건사회부장관에게 신청하여야 한다.  1. 레지던트수련병원지정서 사본 1부.  2. 진료과목별 지정진료의사 자격 해당자의 명단 및 자격증 사본 각 1부  ② 보건사회부장관은 제12항의 규정에 의한 신청을 받은 때에는 이를 심사하여 제3조의 지정기준에 적합하다고 인정되는 경우에는 지정진료기관으로 지정하여야 한다.  ③ 보건사회부장관은 제2항의 규정에 의하여 지정진료기관을 지정한 때에는 별지 제2호서식에 의한 지정진료기관지정서를 교부하여야 한다.  제9조(지정진료의 제한) 이 규칙에 의한 지정진료기관이 아니면 지정진료를 행할 수 없다.  제10조(지정진료의 신청) ① 지정진료를 받고자 하는 환자 또는 그 보호자는 당해 지정진료기관의 지정진료신청서에 지정진료의사의 성명을 기재하고 서명 또는 날인하여야 한다.  ② 지정진료의 신청을 받은 의사는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다. 다만, 부득이한 사유로 지정진료를 행할 수 없는 경우에는 그 사유를 환자 또는 그 보호자에게 알려야 한다.  제11조(지정진료의 변경․해지) ① 지정진료환자 또는 그 보호자는 지정진료의사의 변경 또는 지정진료의 해지를 요청할 수 있다. 이 경우 지정진료기관의 장은 지체없이 이에 응하여야 한다.  ② 지정진료기관의 장은 지정진료중 진료과목을 변경할 필요가 있는 경우 또는 지정진료사의 부득이한 사유로 지정진료를 중단하고자 하는 경우에는 그 사유를 환자 또는 그 보호자에게 알리고 지정진료를 해지할 수 있다.  제12조(한방지정진료의 특례) 한방지정진료의 지정진료기관 지정기준, 지정진료의사의 자격, 지정진료의사의 임명, 지정진료항목 및 항목별 지정진료수가기준, 지정진료기관의 지정절차에 관하여는 제3조, 제4조, 제5조제1항, 제6조제1항 및 제8조의 규정에 불구하고 보건사회부장관이 따로 정하여 고시하는 바에 의한다.  제13조(지정진료실적의 보고) ① 지정진료기관의 장은 매 회계연도 종료 후 3월 이내에 지정진료실적을 보건사회부장관에게 보고하여야 한다.  ② 지정진료기관의 장은 제3조의 규정에 의한 지정기준 해당사항에 변동이 있는 경우 이를 보건사회부장관에게 보고하여야 한다.  부칙  ① (시행일) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다.  ② (지정진료에 관한 경과조치) 이 규칙 시행당시 지정진료를 실시하고 있는 의료기관은 이 규칙 시행 후 30일 이내(한방의 경우에는 제12조의규정에 의한 고시 후 30일 이내)에 지정진료기관의 지정신청을 하여야 하며, 지정진료기관의 지정을 받을 때까지 종전의 예에 의하여 지정진료를 행할 수 있다.  ③ (지정진료기관에 관한 경과조치) 이 규칙 시행전에 자체 내규를 정하여 1년 이상 지정진료를 실시하고 있는 400병상 미만의 의료기관은 제3조의 규정에 불구하고 지정진료기관에 적합한 것으로 본다. 다만, 이 규칙 시행일부터 5년 이내에 제3조의 규정에 의한 시설을 갖추어야 한다.  (별표) 지정진료항목별 지정 진료수가기준(제6조제1항 관련)   |  |  | | --- | --- | | 적용항목 | 지정진료수가기준 | | 진찰 | 의료보험수가기준액의 100%이내의 범위안에서 당해 지정진료기관이 정한 금액 | | 의학관리 | 의료보험수가기준액의 50%이내의 범위안에서 당해 지정진료기관이 정한 금액 | | 검사 | 의료보험수가기준액의 50%이내의 범위안에서 당해 지정진료기관이 정한 금액 | | 방사선진단및치료 | 의료보험수가기준액의 50%(방사선혈관촬영 및 중재적시술은 100%)이내의 범위안에서 당해 지정진료기관이 정한 금액 | | 마취 | 의료보험수가기준액의 100%이내의 범위안에서 당해 지정진료기관이 정한 금액 | | 정신요법 | 의료보험수가기준액의 50%(심층분석은 100%)이내의 범위안에서 당해 지정진료기관이 정한 금액 | | 처치․수술 | 의료보험수가기준액의 100%이내의 범위안에서 당해 지정진료기관이 정한 금액 | |

<부표 2-8> 선택진료에 대한 규칙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 제정: 2000.9.5 보건복지부령 제174호  일부개정: 2008.11.28 보건복지가족부령 제78호(시행 2009.3.11)  일부개정: 2009.1.30 (의료법 일부개정, 법률 제9386호, 2001.1.30,시행일 2010.1.31)  제1조(목적)이 규칙은 의료법 제46조의 규정에 의하여 선택진료의 요청, 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료를 담당하는 의사․치과의사․한의사의 자격요건 및 범위, 선택진료 항목 및 추가비용의 산정기준과 기타 선택진료의 실시에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.  \*(주) 의료법 제37조의 2 ⟶ 의료법제46조(환자의 진료의사 선택 등)-(시행일:2010.1.31)  종합전문요양기관⇥상급종합병원으로 명칭변경(의료법 제3조의4)    제2조(선택진료의 요청) 「의료법」(이하 “법”이라 한다) 제46조제1항 및 제2항에 따라 환자 또는 그 보호자가 상급종합병원․종합병원․병원․치과병원․한방병원(국립병원 한방진료부를 포함한다) 또는 요양병원(이하 “선택진료의료기관”이라 한다)를 요청하는 경우에는 다음 각호의 구분에 의한 신청서를 선택진료의료기관의 장에게 제출하거나 전화 등 통신매체를 이용하여 그 신청을 하여야 한다. <개정 2008.11.28>  1. 선택진료를 요청하는 경우  가. 외래환자인 경우 : 별지 제1호서식에 의한 신청서  가. 입원환자인 경우 : 별지 제2호서식에 의한 신청서  2. 선택진료의 변경 또는 해지를 요청하는 경우 : 별지 제3호서식에 의한 신청서  제3조(선택진료의료기관의 장의 선택진료의 변경 및 해지) 선택진료의료기관의 장은 선택진료중 진료과목 등을 변경할 필요가 있거나 선택진료를 담당하는 의사등의 부득이한 사유로 선택진료를 중단하고자 하는 경우에는 그 사유를 환자 또는 그 보호자에 알리고, 그 동의를 얻어 선택진료를 변경 또는 해지할 수 있다.  제4조(추가비용징수의사등의 자격 및 범위 등) ① 법 제46조제5항 및 제6항에 따라 추가비용을 징수하려는 선택진료의료기관의 장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 재직 의사 등 중 실제로 진료가 가능한 의사 등의 80퍼센트의 범위에서 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료 담당 의사등을 지정하여야 한다.  1. 법 제5호에 따른 면허취득 후 15년이 경과한 치과의사 및 한의사  2. 법 제77조에 따른 전문의 자격인정을 받을 후 10년이 경과한 의사  3. 대학병원 또는 대학부속 한방병원의 조교수 이상인 의사 등  ② 제1항 본문에서 “실제로 진료가 가능한 의사 등”이란 의사 등 가운데 다음 각 호의 자를 제외한 자를 말한다.  1. 진료는 하지 아니하고 교육․연구에만 종사하는 자  2. 6개월 이상의 연수 또는 유학 등으로 부재중인 자  ③ 선택진료의료기관의 장은 진료과목별로 1명 이상의 추가비용을 징수하지 아니하는 의사등을 두어야 한다.[전문개정 2008.11.28]  제5조(추가비용의 산정기준 등) ① 선택진료의료기관의 장은 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료를 담당하는 의사 등이 직접 진료행위에 한하여 환자 또는 그 보호자로부터 추가비용을 징수할 수 있다.  ② 제1항의 규정에 의한 추가비용은 환자 또는 그 보호자가 전액을 부담하여야 한다.  ③ 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료의 항목과 추가비용의 산정기준은 별표와 같다.  제6조(선택진료의료기관의 의무) 선택진료의료기관의 장은 다음 각 호의 사항을 기재한 안내문을 선택진료신청서 접수창구 등 환자 또는 그 보호자가 쉽게 볼 수 있는 장소에 게시 또는 비치하여야 한다.  1. 진료과목별로 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료를 담당하는 의사 등과 추가비용을 징수하지 아니하는 의사등의 명단 및 진료시간표  2. 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료를 담당하는 의사 등의 경력․세부전문분야 등 환자 또는 그 보호자가 특정한 의사등을 선택할 수 있는 정보  3. 추가비용을 징수하고자 하는 선택진료의 항목과 추가비용의 산정기준에 의하여 산출된 금액  제7조(기록의 보존) ① 선택진료의료기관의 장은 다음 각 호의 서류를 3년간 보존하여야 한다. <개정 2008.11.28>  1. 제2조 각 호에 따른 신청서  2. 제4조에 따른 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료를 담당하는 의사 등의 지정관련 서류  3. 제5조제3항에 따른 선택진료의 항목과 추가비용의 산정기준 관련 서류  ② 제1항에 따른 서류의 보존방법 등에 관하여는 「의료법 시행규칙」제15조제2항 및 제3항을 준용한다. <개정 2008.11.28>  제8조(선택진료의료기관 현황 통보) 선택진료의료기관의 장은 제4조에 따라서 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료 담당의사 등을 지정하거나 지정내용을 변경한 때에는 별지 제4호 서식의 선택진료의료기관(신규․변경) 현황 통보서(전자문서로 된 통보서를 포함한다)에 따라서 해당 월의 다음달 15일까지 「국민건강보험법」에 따른 건강보험심사평가원장에게 통보하여야 한다. [본조신설 2008.11.28]  부칙<제174호, 2009.9.5>  ① (시행일) 이 규칙은 공포한 날부터 시행한다.  ② (다른 법령의 폐지) 지정진료에 관한 규칙은 이를 폐지한다.  ③ (지정진료에 관한 경과조치) 이 규칙 시행 당시 종전의 지정진료에 관한규칙에 의하여 지정진료신청을 하거나 지정진료를 받고 있는 자는 이 규칙에 의하여 선택진료를 신청하거나 선택진료를 받고 있는 자로 본다. 이 경우 선택진료의료기관의 장은 진료를 행하는 의사 등이 추가 비용을 징수 할 수 있는 선택진료를 담당하는 의사등인 경우에 한하여 추가비용을 징수할 수 있다.  부칙<제78호, 2008.11.28>  제1조(시행일) 이 규칙은 공포 후 3개월이 경과한 날부터 시행한다.  제2조(선택진료의료기관 현황 통보에 관한 경과조치) 이 규칙 시행 당시 선택진료를 실시하고 있는 의료기관의 장은 이 규칙 시행일부터 15일 이내에 제8조의 개정규정에 따라 선택진료 담당 의사들의 지정내용을 건강보험심사평가원장에게 통보하여야 한다.  [별표] 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료의 항목과 추가비용의 산정기준  (제5조제3항관련)   |  |  | | --- | --- | | 진료항목 | 추가비용산정기준 | | 1.진찰(한방포함) | 국민건강보험법 제42조제4항의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시하는 요양급여비용의 내역(이하 “국민건강보험진료수가기준”이라 한다)중 진찰료의 55%이내의 범위안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액 | | 2.의학관리(한방포함) | 국민건강보험진료수가기준 중 입원료의 20%이내의 범위 안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액 | | 3.검사(한방포함) | 국민건강보험진료수가기준 중 검사료의 50%이내의 범위 안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액 | | 4.영상진단 및 방사선치료 | 국민건강보험진료수가기준 중 영상진단료의 25%(방사선치료료는 50%, 방사선혈관촬영료는 100%)이내에 범위안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액 | | 5.마취 | 국민건강보험진료수가기준 중 마취료의 100%이내의 범위 안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액 | | 6.정신요법 | 국민건강보험진료수가기준 중 정신요법료의 50%(심층분석은 100%)이내의 범위 안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액 | | 7.처치․수술(한방포함) | 국민건강보험진료수가기준 중 처치․수술료의 100%이내의 범위 안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액 | | 8.침․구 및 부항 | 국민건강보험진료수가기준 중 침․구 및 부항료의 100%이내의 범위 안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액 | |

<부표 2-9> 특진료, 상급병실료, 고소득자 제외에 대한 검토 보고

|  |
| --- |
| 의료보험특진 및 상급병실 사용자에 대한 의료보험 배제 검토보고(1980.3)  보고자: 사회보험국 보험급여과 사무관 양명생, 과장 김일천  1. 현행제도  가. 특진  -일반환자에 대하여 특진제도가 있는 종합병원에서만 보험환자의 특진을 할 수 있음  -보험환자 또는 그 보호자가 특정의사를 지정하여 서면으로 신청하는 경우에만 적용  -특진비는 특진의사가 직접 시행한 기술행위에 한하여 그 수가의 50%범위내에서 종합병원별로 정하여 징수  나. 상급병실  -기준병실은 일반환자용(4~8인용) 병실로 의료보험에서 보험급여 대상으로 하는 병실임  -기준병실보다 시설이 좋은 상급병실에 입원을 하고자 할 때에는 본인의 승낙서에 의하여 입원시키고 그 차액을 본인이 전액 부담함  -기준병실은 의료기관마다 총 병상수의 50%이상 확보하도록 하고 있음  2. 특진환자를 보험적용제외시 문제점  가. 특진  -특진제도가 없는 종합병원(예: 경희대병원, 서울위생병원, 지방소재일부 종합병원 등)도 있어 특진 환자를 보험에서 제외할 경우, 특진제도가 없는 의료기관에 환자가 집중함  -특진제도가 있는 종합병원은 특진제도를 없애거나 병원경영 악화로 도산을 할 것임  -따라서 특진제도는 자연적으로 소멸될 것임  -특진수입은 병원총수입의 8~10%인 바 특진제도가 없어지면 종합병원의 보험수가를 인상하여야 할 것임  나. 상급병실  -보험급여 배제시 상급병실 사용희망자가 감소될 것임  -상급병실 기준병실로 개조하여야 할 것임  -상급병실은 특진제도가 없는 의료기관에도 있음  -상급병실 사용자 중에는 특진신청을 하지 않는 자도 있음  3. 결론  -현 시점에서 특진 또는 상급병실 사용자에 대하여 보험급여를 배제하는 것은 곤란함  보험료는 소득에 따라 비례갹출을 하고 있으며, 보험료를 갹출한 자는 소득수준에 관계없이 동등한 보험급여를 받을 자격이 있음  Ⅱ. 일정소득이상자를 의료보험 적용대상에서 제외하는 문제 검토  -의료보험은 보험료를 소득에 따라 비례갹출하는 소득재분배제도임  -고소득자군을 의료보험적용에서 제외시킬 경우 소득재분배상의 문제와 보험재정상의 문제가 발생함  -고소득자군을 제외한다면 보험료 인상이 요구됨으로 근로자가계에 압박을 줌  -따라서 일정 고소득자군을 보험적용 대상자에서 제외시키는 것은 곤란함 |

<부표 2-10> 특진 규정 불합리의 사례 확인서

|  |
| --- |
| 제목: 특진 규정 불합리  「의료보험진료수가 기준액표 (보건사회부 고시 제81-34호, ’81.6.5)의 요양급여 기준 제1항1호에 특진은 피보험자가 원하는 경우에 한하여 특진료를 본인이 부담토록만 되어 있고, 특진료 적용대상 행위 즉 의사가 처방하는 각종 검사, x-레이 촬영, 처치 및 수술 등에 대하여는 명백하게 규정하고 있지 아니함. 이로 인하여 국립의료원외 4개 종합병원 특진제도 운용 상황을 조사한 바에 의하면 특진 의사의 참여 여부에 관계없이 각종 검사 수수료 뿐 아니라 진료와는 관계없는 제 증명에까지 일정율의 특진료를 부과하고 있고 특진요율을 10%에서 100%까지 받고 있는 등 자율적으로 특진 규정을 임의 제정 변칙 운영하여 보험환자의 부담을 가중시키고 있는 사실이 있음을 확인함」  1982.3.9 보험급여과 사무관 양명생, 과장 이광겸 |

<부표 2-11> 특진료 산정 기준에 대한 감사원 제출내용

|  |
| --- |
| 1. 특진료의 징수와 요율 산정방법은 문교부 산하 국․공립 의과대학 및 치과대학 부속병원의 “국립대학교 의과대학 및 치과대학 부속병원 특진규정(대통령령 제6819호, ’73.8.23)”에 의하고 보건사회부 산하 국립의료원과 국립정신병원은 국립의료원 특진규정(대통령령 제6586호, ’73.3.20), 국립정신병원 특진규정(대통령령 제8996호, ’78.5.1)에 의하고 있으나 사립의과대학 부속병원이나 사립종합병원에서는 동 특진규정을 원용하여 자체적으로 원무규정을 정하고 있는 실정임  2. 동 특진규정에 특진료는 일반 진료비의 5할 또는 특수한 의학적 기술을 요하는 진료는 일반진료의 10할의 한도까지 징수할 수 있게 되어 병원마다 행위에 따라 특진료 산정요율이 다양함.  3. 특진규정에 그 요율을 정하고 있으므로 의료보험 환자에 대한 특진료율을 별도 규정할 수 없는 것으로 사료됨  1982.10.7 보험급여과 사무관 양명생, 과장 이광겸 |

<부표 2-12> 특진제도에 대한 검토보고(보고자, 보험급여과장 양명생, 1989.6)

|  |
| --- |
| ① 특진제의 연혁  -1958. 연세의대 세브란스병원에서 임의 실시  -1963.3.1 서울대학병원실시  ② 특진제의 법적 근거  -서울대병원(1963.3.1)  -국립대학교 의과대학 및 치과대학특진규정 대통령령 제5624호 ’71.5.3  -국립의료원, 국립정신병원은 각각 대통령령으로 특진규정 제정  -사립병원은 자체적으로 특진규정제정실시  ③ 특진비 수입액의 용도  -의사 및 의료직 요원의 특진보상금으로 지급(연구비 또는 인건비 보충의 성격)  -사립병원 수준의 의료인 대우책  ④ 특진제의 수급 절차  -본인희망제(병원마다 각기 다양)  -진료시마다 신청하는 병원(예: 서울대학병원)  -초진시 신청하면 계속 적용하는 병원(예: 세브란스병원)  ⑤ 특진료의 적용과 수가 등  -기술행위에 한하여 특진료 적용  -초재진료에도 특진료 50%가산(국립의료원, 성모병원 등)  -조제료에도 조제일수에 따라 가산(세브란스병원)  예시 : 3일분 조제= 400원☓3일 =1,200원, 15일분 조제 400원 ☓15일 =6,000원,  -진찰료, 입원료, X선료, 검사료, 조제료, 처치료, 수술료 등에도 가산시키는 병원도 있고 심지어는 약가에도 특진료를 붙이는 병원도 있음  ⑥ 수가 특진료 가산율(전국민의료보험전이라 일반환자가 있었음)  -일반환자: 일반진료비 50%한도내. 단, 특수 의학적 기술 요하는 진료는 100%한도내  -의료보험환자: 의료보험진료수가의 50%이내의 범위(규정없음, 행정지도)  ⑦ 문제점  -특진의사는 소위 권위와 유명도가 있는 교수급 의사에 한하고 있음  -특진신청을 하지 않는 환자는 인턴, 레지던트 등의 수련의가 진료함  -의사, 전문의, 특진의사 등으로 구분되어, 특진의사는 마치 의사중의 의사라는 인상을 주고 있음  -의료보험환자에 대하여 특진료를 보험급여에서 제외하고 있으므로 특진시 특진료 명목으로 일반환자수준의 진료비를 징수하는 폐단이 있음  -특진료 적용에 대한 규제가 없으므로 모든 행위 즉, 의사의 처방, 약사의 조제, 검사, X-ray 촬영 및 판독, 처치 및 수술 등의 행위에도 적용하고 있음  -특진제를 없앨 경우 전문분야 명성있는 의사가 일반환자에게는 진료를 기피하고 재력가 등 선택적 진료를 할 우려가 있음  -일반수가에 대한 규제가 없으므로 일반환자에 대한 특진료는 각 병원마다 상이함  ⑧ 조치사항  -특진에 대한 법률적 근거를 마련하기까지 사립의대 병원도 국․공립병원 수준으로 행정지도  -보험환자에 대한 비급여화는 계속 유지 |

<부표 2-13> 특진실태조사보고

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 조사목적 : 특진대한 현황 파악을 통하여 특진제도를 개선키 위함  2. 조사대상병원 : 전국 소재 36개 특진실시병원  3. 조사자 : 의정국 병원행정과 행정주사 정태준외 6인  4. 조사기간 : 1990년 3월 19일 - 3월 24일 (6일간)  5. 조사결과  가. 설립주체별 현황 (단위 : 기관수)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 계 | 국립병원 | 국립대학병원 | 사립대학병원 | 민간종합병원 | | 36 | 4 | 5 | 19 | 8 |   주: 국립병원은 시행령을 근거로, 사립대병원이나 민간병원은 자체 내규로 시행  나. 병상 규모별 현황 (단위 : 기관수)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 계 | 200병상 | 201-400병상 | 401-600병상 | 601병상 | | 36 | 2 | 3 | 15 | 16 |   라. 특진의사자격현황 (단위 : 기관수)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 계 | 전문의 | 전임강사이상 | 조교수이상 | 기타 | | 36 | 8 | 23 | 2 | 3 |   마. ’89 수입현황 (단위 : 천원,%)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 총진료수입 | 특진수입 | 비율 | 비고 | | 842,711,421 | 59,951,026 | 7.11 | 총 36개 기관분 |   바. 적용항목 및 요율  ∘ 진찰료 (단위 : 기관수)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 적용항목 | | 적용요율(추가) | | | | | | 비고  (기준) | | 1000원 | 1500원 | 2000원 | 50% | 100% | 기타 | | 진찰 | 초진 | 15 | 15 | 2 | 7 | 5 | 3 | 3,300원 | | 재진 | 5 | 4 | 2 | 6 | 6 | 3 | 2,150원 |   ∘기타행위료 (단위 : 기관수)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 적용항목 | | 적용요율(추가) | | | | | | 기타 | | 20%미만 | 20-50% | 50-70% | 70-90% | 100%까지 | 미적용 | | 검사 | 단순 | 7 | 16 | 4 | - | 3 | 6 |  | | 특수 | 2 | 15 | 2 | 2 | 14 | 1 |  | | 처치 | 단순 | 3 | 8 | - | 2 | 14 | 1 |  | | 특수 | 1 | 6 | - | 2 | 19 | 4 |  | | 수술 | 단순 | - | 6 | - | 3 | 23 | 3 |  | | 특수 | - | 3 | 1 | 2 | 27 | 3 |  | | 마취 | | 1 | 3 | 2 | 1 | 22 | 3 | 4 | | 방사선진단 | | 4 | 13 | 4 | - | 8 | 4 | 3 | | 방사선치료 | | 2 | 9 | 2 | 1 | 8 | 13 | 1 | | 신경정신요법 | | 1 | 10 | - | 2 | 13 | 8 | 2 |   ※ 기타 일부병원에서는 회진료, 환자관리료, 의학기술료, 처방전료, 투약료, 물리치료등에도 특진료를 별도 부과 징수하고 있었음 |

<부표 2-14> 특진병원의 특진인정 의사 현황 (보사부 안/병원협회 안 대비)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 병원명 | 현황 | | 보사부(안) | | | 병원협회(안) | | | 비고 |
| 전체의사수(A) | 전문의수(B) | 특진의사수(C) | % | | 특진의사수(D) | % | |
| C/A | % | D/A | D/B |
| 국립의료원 | 318 | 80 | 54 | 17.0 | 67.5 | 66 | 20.8 | 82.5 | \*전문의 자격  -보사부:전문의자격 취득후  7년 이상  -병협:의사면허취득후  10년 이상(전문자격 취득후  5년 이상) |
| 서울을지병원 | 94 | 38 | 19 | 20.2 | 50.0 | 23 | 24.5 | 60.5 |
| 서울고려병원 | 158 | 65 | 41 | 25.9 | 63.1 | 48 | 30.4 | 73.8 |
| 서울중앙병원 | 291 | 137 | 58 | 19.9 | 42.3 | 80 | 27.5 | 58.4 |
| 서울적십자병원 | 115 | 42 | 24 | 20.9 | 57.1 | 30 | 26.1 | 71.4 |
| 국립나주정신병원 | 16 | 11 | 2 | 12.5 | 18.2 | 4 | 20.7 | 36.4 |
| 강동성심병원 | 193 | 72 | 35 | 18.1 | 48.6 | 48 | 24.9 | 66.7 |
| 강남성모병원 | 298 | 133 | 84 | 28.2 | 63.2 | 86 | 28.9 | 46.7 |
| 고려대구로병원 | 229 | 72 | 49 | 21.4 | 68.1 | 56 | 24.5 | 77.8 |
| 고신의료원 | 239 | 73 | 37 | 15.5 | 50.7 | 44 | 16.7 | 60.3 |
| 경희의대 | 373 | 119 | 91 | 24.4 | 76.5 | 100 | 26.8 | 84.0 |
| 상계백병원 | 99 | 53 | 26 | 26.3 | 49.1 | 37 | 37.4 | 69.8 |
| 연세세브란스 | 694 | 214 | 136 | 20.0 | 63.6 | 153 | 22.1 | 71.5 |
| 영동세브란스 | 250 | 83 | 27 | 10.8 | 32.5 | 52 | 20.8 | 62.7 |
| 조선의대 | 217 | 62 | 25 | 11.5 | 40.3 | 35 | 16.1 | 56.5 |
| 한양대의대 | 395 | 122 | 105 | 26.6 | 86.1 | 116 | 29.4 | 95.1 |
| 부산백병원 | 229 | 76 | 45 | 20.0 | 59.2 | 62 | 27.1 | 82.6 |
| 고대혜화 | 244 | 79 | 61 | 25.0 | 77.2 | 64 | 26.2 | 81.0 |
| 전남의대 | 374 | 93 | 55 | 4.7 | 59.1 | 58 | 15.5 | 62.4 |
| 카톨릭성모 | 267 | 112 | 71 | 26.6 | 63.4 | 79 | 29.6 | 70.5 |
| 이화여대 | 205 | 75 | 57 | 27.8 | 76.0 | 58 | 28.3 | 77.3 |
| 한림대한강성심 | 151 | 43 | 26 | 17.2 | 60.5 | 30 | 19.9 | 69.8 |
| 경북대학교 | 388 | 81 | 73 | 18.8 | 90.1 | 76 | 19.6 | 93.8 |
| 연대원주기독 | 267 | 82 | 36 | 13.5 | 43.9 | 43 | 16.1 | 52.4 |
| 전북대학교 | 267 | 65 | 44 | 16.5 | 67.7 | 51 | 19.1 | 78.5 |
| 인제대서울백 | 257 | 66 | 33 | 12.8 | 50.0 | 38 | 14.8 | 57.6 |
| 순천향대학교 | 322 | 96 | 70 | 21.7 | 72.9 | 77 | 23.9 | 80.2 |
| 부산대학교 | 282 | 74 | 60 | 21.3 | 81.1 | 62 | 22.0 | 83.8 |
| 국립부곡정신 | 13 | 8 | 1 | 7.7 | 12.5 | 1 | 7.7 | 12.5 |
| 국립서울정신 | 51 | 27 | 18 | 35.7 | 66.7 | 20 | 39.2 | 74.1 |
| 제일 | 85 | 46 | 25 | 29.4 | 54.3 | 31 | 36.5 | 67.4 |
| 서울대학교 | 776 | 232 | 188 | 24.2 | 81.0 | 193 | 24.9 | 83.2 |
| 마산고려 | 100 | 39 | 16 | 16.0 | 41.0 | 18 | 18.0 | 46.2 |
| 전주예수 | 179 | 57 | 19 | 10.6 | 33.3 | 24 | 13.4 | 42.1 |
| 계 34개기관 | 8,436  (100%) | 2,727  (32%)  (100%) | 1,711  (20.3%) | 20.3 | 62.7 | 1,963  (23.3%)  (72%) | 23.3 | 72.0 |

주: 충남대학교, 한림대 강남성심병원은 미제출

<부표 2-15> 지정진료제에 대한 입법 예고(안) 주요골자

|  |
| --- |
| ∘ 입법예고기간 : 1990.10.15 - 11.10 (25일간)  ∘ 의견제출기관 : 대한병원협회 등 31개 기관  ∘ 입법예고 주요골자 :  -특진실시병원기준 : 레지던트 수련기관으로써 400병상 이상 종합병원  -특진의사자격기준 : 전문의 자격취득후 7년 이상인 자  -치과특진의사자격 기준 : 부교수 이상인 치과의사  -적용항목 : 진찰, 검사, 처치, 수술, 마취, 방사선 진단 및 치료 정신요법중 특진의사가 직접행한 행위  -적용요율 : 항목별 난이도에 따라 진찰, 검사, 정신요법, 마취, 방사선진단 및 치료는 보험수가의 50%이내 정신요법중 심층분석, 처치, 수술등은 보험수가의 100% 이내  -한방특진 : 일반병원과의 형평성 유지가 곤란함으로 추후 별도의 기준을 정하여 보건사회부장관의 승인  \* 당초에는 특진규정안을 위한 입법예고였으나 지정진료로 이름이 바뀌어 실시되었음 |

<부표 2-16> 특진규정 제정 당시인 1990년도 수련병원 및 수련기관 지정현황

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 종류별 | | ’89 | ’90 | | 비고 |
| 지정 | 신청 | 지정 |
| 수련병원 | 인턴․레지던트 | 85 | 91 | 89 | 신규: 동아대부속․동국대포항․서울중앙․대전선(4)  격하: 안동성소․ 안동(2) |
| 인턴 | 81 | 79 | 78 | 신규: 상계백․잠실․부산세강․공사장성․제천주민․장흥․제주한국(7)  탈락: 동원보건원․공사순천․영천성베드로(3)  미신청: 수원의료원․영월의료원․부산아동․한독․남궁․문경․진주제일(7) |
| 단과 레지던트  (정신과․결핵과) | 5 | 9 | 6 | 신규: 국립부곡정신(1) |
| 계 | 171 | 176 | 173 |  |
| 수련기관 | 예방의학과 | 20 | 24 | 24 | 신규: 동아의대․원주의대․전북의대․인제보건대(4) |
| 총계 | | 191 | 200 | 197 |  |
| 파견수련 | | (51) |  | (45) |  |

주: 특진규정은 지정진료로 명칭이 바뀜

자료: 보건사회부

<부표 2-17> 선택진료규칙/ 지정진료규칙 추가비용 산정기준 비교

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 진료항목 | 선택진료규칙 | 지정진료규칙 | 변경내용 |
| 진찰 | 보험수가 55% 범위내 | 보험수가 100% 범위내 | 45% 하향조정 |
| 의학관리 | 보험수가 입원료의 20% 범위내 | 보험수가 입원료의 50% 범위내 | 30% 하향조정 |
| 검사 | 보험수가의 50% 범위내 | 보험수가의 50% 범위내 | 동일 |
| 영상진단 및 방사선치료 | -영상진단료는 25% 범위내  -방사선치료는 50% 범위내  -방사선혈관촬영료는 100% 범위내 | -영상진단료 50% 범위내  -중재적시술 100% 범위내  -방사선혈관촬영료 100% 범위내 | -25% 하향조정  -50% 하향조정  -동일 |
| 마취 | 보험수가의 100%의 범위내 | 보험수가의 100% 범위내 | 동일 |
| 정신요법 | 보험수가의 50% 범위내  (심층분석은 100%) | 보험수가의 50% 범위내  (심층분석은 100%) | 동일 |
| 처치․수술 | 보험수가의 100% 범위내 | 보험수가의 100％ 범위내 | 동일 |

주: 한방 침구․부항술 없었음/ 보험수가의 100% 범위안 신설

<부표 2-18> 선택진료/지정진료 규칙 주요사항 비교

|  |  |
| --- | --- |
| 선택진료 규칙 | 지정진료 규칙 |
| <법적근거>  ∘ 의료법 제37조의2(환자의 진료의사 선택 등)  ※ 2010.1.31 의료법 개정으로 제37조의 2가 제46조로 됨  ① 환자나 환자의 보호자는 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 상급종합병원․종합병원․병원․치과병원․한방병원 또는 요양병원의 특정한 의사․치과의사 또는 한의사를 선택하여 진료(이하 “선택진료”라 한다)를 요청할 수 있다. 이 경우 의료기관의 장은 특별한 사유가 없으면 환자나 환자 보호자가 요청한 의사․치과의사 또는 한의사가 진료하도록 하여야 한다. <개정 2008.2.29>  ② 제1항에 따라 선택진료를 받는 환자나 환자의 보호자는 선택진료의 변경 또는 해지를 요청할 수 있다. 이 경우 의료기관의 장은 지체없이 응하여야 한다.  ③ 의료기관의 장은 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 환자 또는 환자의 보호자에게 선택진료의 내용․절차 및 방법등에 관한 정보를 제공하여야 한다. <개정 2008.2.29>  ④ 의료기관의 장은 제1항에 따라 선택진료를 하게 한 경우에도 환자나 환자의 보호자로부터 추가비용을 받을 수 없다.  ⑤ 의료기관의장은 제4항에도 불구하고 일정한 요건을 갖추고 선택진료를 하게 하는 경우에는 추가비용을 받을 수 있다.  ⑥ 제5항에 따른 추가비용을 받을 수 있는 의료기관의 의사․치과의사 또는 한의사의 자격요건과 범위,진료항목과 추가비용의 산정기준, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다. <개정 2008.2.29>  (주) 2000.1.12 의료법 제37조의2(환자의 진료의사의 선택 등)를 신설하고 “선택진료에 관한 규칙(복지부령 제174호)”을 제정 공포되어 “지정진료에 관한 규칙”은 폐지되었으며 2008.2.29 의료법 일부 개정하면서 제37조2를 폐지하고 동 조항 전문을 제46조로 옮김  2009.1.30 일부개정시 종합전문요양기관이 상급종합병원으로 명칭이 변경됨(시행일: 2010.1.31)  제정 : 2000.9.5 보건복지부령 제174호  일부개정 : 2008.11.28 보건복지가족부령 제78호  일부개정 : 2009.3.11 보건복지가족부령 제78호 | <법적근거>  ∘그 당시 의료법 제32조 (시설기준 등 )및 제48조(지도와 명령)의 규정을 인용하여 “지정진료에 관한 규칙” 제정  제정 : 1991.3.29 보건사회부령 제867호  폐지: 2000.9.5 선택진료에 관한 규칙으로 변경됨에 따라 폐지 |

<부표 2-19> 보험진료비의 본인 일부 부담을 위한 시행령 개정안

|  |
| --- |
| 제34조 (비용의 본인 일부부담) ① 피보험자 또는 피부양자가 보험급여를 받는 경우에 법 제34조의 규정에 의한 비용의 일부부담은 다음 각 호와 같다.  1. 의료시설에 수용되지 아니하고 보험급여를 받는 경우에는 그 비용에 정관으로 정하는 일정율을 승한 액으로 하되, 그 액은 피보험자인 때에는 그 비용의 100분의 40을, 피부양자인 때에는 100분의 50을 각각 초과할 수 없다.  2. 의료시설에 수용되어 보험급여를 받는 경우에는 그 비용에 정관으로 정하는 일정율을 승한 액으로 하되, 그 액은 피보험자인 때에는 그 비용의 100분의 30을, 피부양자인 때에는 100분의 40을 각각 초과할 수 없다.  ② 제1항의 규정에 의한 비용의 일부 부담금은 요양취급기관의 청구에 의하여 피보험자가 요양취급기관에 지급한다.  ③ 제1항 및 제2항의 규정은 법 제38조 또는 법 제39조의 규정에 의하여 보험급여를 받는 자에 대하여 이를 준용한다. |

<부표 4-1> 의료보험 수가 인상율과 물가 상승율 비교표

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 시행일자 | 고시번호 | 의료보험 수가 | | 소비자 물가지수 | |
| 상 승 율 | 누적지수 | 상 승 율 | 누적지수 |
| ‘77.7.1 | 제16호 | 제정 | 100 | 10.2 | 100 |
| ‘79.1.1 | 제55호 | 20.75 | 120.75 | 14.4 | 114.4 |
| ‘79.7.10 | 제38호 | 11.14 | 134.2016 | 18.2 | 135.2208 |
| ‘80.5.10 | 제17호 | 19.38 | 160.2098 | 28.8 | 174.1644 |
| ‘81.6.15 | 제81-34호 | 16.60 | 186.8046 | 21.5 | 211.6098 |
| ‘82.6.1 | 제82-27호 | 7.10 | 200.0678 | 7.1 | 226.6341 |
| ‘83.10.1 | 제83-32호 | 4.0 | 208.0705 | 3.4 | 234.3397 |
| ‘84 | - | - | 208.0705 | 2.3 | 239.7296 |
| ‘85.3.1 | 제85-11호 | 3.0 | 214.3126 | 2.4 | 245.4832 |
| ‘86.6.1 | 제86-27호 | 3.0 | 220.7419 | 2.7 | 252.1113 |
| ‘87 | - | - | 220.7419 | 3.0 | 259.6747 |
| ‘88.2.15 | 제88-15호 | 12.2 | 247.6725 | 7.1 | 278.1160 |
| ‘89.7.1 | 제89-31호 | 9.0 | 269.9638 | 5.7 | 294.9640 |
| ‘90.2.1 | 제90-10호 | 7.0 | 288.8604 | 8.6 | 319.2499 |
| ‘91.7.1 | 제91-33호 | 8.0 | 312.9692 | 9.3 | 348.9347 |
| ‘92.5.1 | 제92-33호 | 5.98 | 330.6249 | 6.2 | 370.5687 |
| ‘93.3.1 | 제93-11호 | 5.05 | 347.1562 | 4.8 | 388.3560 |
| ‘94.8.1 | 제94-31호 | 5.85 | 367.2913 | 6.2 | 412.4341 |
| ‘95.4.1 | 제95-31호 | 5.8 | 388.5942 | 4.5 | 430.9936 |
| ‘95.12.10 | 제95-55호 | 11.82 | 434.5260 |  |  |
| ‘96 |  |  |  | 4.9 | 452.1123 |
| ‘97.1.6 | 제97-4호 | 5.0 | 456.2523 | 4.4 | 472.0052 |
| ‘97.9.1 | 제97-59호 | 9.0 | 497.3150 |  |  |
| ‘98.7.1 | 제98-36호 | 3.5 | 514.7210 | 7.5 | 507.4056 |
| ‘99.11.15 | 제99-32호 | 9.0  (12.8) | 561.0459  (580.6053) | 0.8 | 511.4648 |
| 2000. 4. 1 | 제2000-13호 | 6.0 | 594.7087 | 2.3 | 523.2285 |
| 2000. 7. 1 | 제2000-26호 | 9.2 | 649.4328 |
| 2000. 9. 1 | 제2000-51호 | 6.5 | 691.6459 |
| 2001. 1. 1 | 제2000-67호  제2000-72호 | 7.08 | 740.6144 | 4.1 | 544.6809 |
| 2001. 7. 1 | 제2001-32호 | - | - |  |  |
| 2002. 4. 1 | 제2002-18호 | -2.9 | 719.1366 | 2.7 | 559.3873 |
| 2003. 1. 1 | 제2002-85호 | 2.97 | 740.4950 | 3.6 | 579.5252 |
| 2004. 1. 1 | 제2003-79호 | 2.65 | 760.1181 | 3.6 | 600.3881 |
| 2005. 1. 1 | 제2004-90호 | 2.99 | 782.8456 | 2.7 | 616.5986 |
| 2006. 1. 1 | 제2005-87호 | 3.5 | 810.2452 | 2.2 | 630.1638 |
| 2007. 1. 1 | 제2006-104호 | 2.3 | 828.8808 | 2.5 | 645.9179 |
| 2008. 1. 1 | 제2007-117호 | 1.94 | 844.9611 | 4.7 | 676.2760 |
| 2009. 1. 1 | 제2008-166호 | 2.22 | 863.7192 |  |  |

주: 1. 소비자 물가지수는 통계청(www.nso.go.kr) 한국주요경제지표 중 소비자 물가상승률 참조

2. ‘99.11.15 수가인상율(12.8%)는 의약품관리료 신설을 포함한 인상율임.

3. 의료보험 누적지수= 전년도 누적지수 + (전년도 누적지수 × 당해년 수가상승율)

소비자물가 누적지수= 전년도 누적지수 + (전년도 누적지수 × 당해년 소비자물가상승율)

4. 통계청의 소비자물가지수가 5년 단위로 기준년도가 변경되면서 소비자물가상승률이 매년마다 발표되는 소비자물가상승율과 달라짐(매년 발표되는 상승률 적용)

※환산지수 인상율 = (전년도 점수당 단가-금년도 점수당 단가)/전년도 점수당 단가

통계청 소비자물가지수 [http://kosis.nso.go.kr:7001/ups/publication.jsp](http://kosis.nso.go.kr:7001/ups/publication.jsp/?pub=3)->주요경제지표->소비자물가

09. 6월 이후 <http://www.index.go.kr/egams/default.jsp>

자료: 양명생, 한국의료보험수가제정 및 인상조정과정에 관한연구, 대구한의대(박사학위논문), 1993.12

건강보험심사평가원, 통계연보

<부표 4-2> 연도별 의료보험수가인상율에 대한 각계의견 및 협의일정

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 시행일 | 의료계  요구  (%) | 연구기관 건의  (%) | 보사부협의  (%) | 경제기획원 회신  (%) | 협 의 일 정 | | | 연구기관 |
| 연구보고서 제출 | 경제기획원 협의 | 경제기획원 답신 |
| '79.1. 1 |  | 20.75 | 20.75 | 20.75 | '78. 5. | '78.12. | '78.12. | 한국생산성본부 |
| '79.7.10 |  | 11.14 | 11.14 | 11.14 | '78. 5. | '79.6. | '79.6. | 〃 |
| '80.5.10 |  | 22.1 | 19.38 | 19.38 | '79. 12. | '80.4. | '80.4. | 〃 |
| '81.6.15 |  | 16.8 | 16.8 | 16.6 | '80. 12. | '81.4.29 | '81.4.30 | 〃 |
| '82.6.1 |  | 8.9 | 7.1 | 7.1 | '81. 11. | '82.4.17 | '82.4.30 | 한국인구  보건연구원 |
| '83.10.1 |  | 6.5 | 6.5 | 4.0 | '82. 12. | '83.7.27 | '83.8.22 | 〃 |
| '85.3.1 |  | 11.5 | 11.5 | 3.0 | '84. 7. | '84.12.18 | '85.2.16 | 〃 |
| '86.6.1 |  | 5.64 | 5.64 | 3.0 | '85. 7. | '86.2.15 | '86.5.1 | 〃 |
| '88.2.15 | 15.0 | 12.9 | 12.9 | 12.2 | '87. 12. | '88.1.18 | '88.1.30 | 한국생산성본부 |
| '89.7.1 | 30.5 | 15.0 | 15.0 | 9.0 | '89. 5. | '89.5.22 | '89.6.16 | 한국개발연구원 |
| '09.2.1 | 17.5 | 8.4 | 8.4 | 7.0 | '90.1. | '90.1.11 | '90.1.22 | 삼일회계법인 |
| '91.7.1 | 15.21 | 11.11 | 9.96 | 8.0 | '91.2. | '91.3.12 | '91.6.19 | 〃 |
| '92.5.1 | 14.2 | 9.03 | 9.03 | 5.98 | '92.1. | '92.1.13 | '92.4.15 | 〃 |
| '93.3.1 | 14.0 | 8.5 | 8.5 | 5.0 | '92.12. | '92.12.31 | '93.2.13 | 한국의료  관리연구원 |
| '94.8.1 | 16.3 | 8.89 | 8.89 | 5.8 | '93.12. | '93.12.30 | '94.7.12 | 〃 |
| '95.4.1 | 14.63 | 12.59 | 9.96 | 5.8 | '94.12.19 | '95.1.27 | '95.3.17 | 〃 |
| '95.12.10 | 23.6-29.2 | 18.74 | 21.33 | 11.82 | '95.9. | '95.10.30 | '95.11.24 | 〃 |

자료: 양명생, 한국의료보험수가제정 및 인상조정과정에 관한연구, 대구한의대(박사학위 논문), 1993.12

<부표 4-3> 진료행위 부문별 연도별 조정률(의과) (단위 : %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 부문별  연도별 | | 계 | 진 찰 료 | | 입  원  료 | 검  사  료 | 방  사  선  진  단 | 및  치  료  료 | 처  방  조  제  료 | 주  사  료 | 마  취  료 | 이  학  요  법  료 | 정  신  요  법  료 |  |  | 기타 |
| 처 | 수 |
| 초  진  료 | 재  진  료 | 치 | 술 |
| 및 | 료 |
|  |  |
|  |  |
| ‘79  1.  1 | 진 료 비 | 100 | 16.46 | | 22.60 | 19.12 | 12.12 | | - |  | 4.13 |  |  | 21.52 | | 4.05 |
| 구성비율  총인상률 | 20.75 | 3.415 | | 4.690 | 3.967 | 2.515 | |  |  | 0.857 |  |  | 4.465 | | 0.840 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 20.75 | | 20.75 | 20.75 | 20.75 | |  |  | 20.75 |  |  | 20.75 | | 20.75 |
| ‘79  7.  10 | 진 료 비 | 100 | 8.41 | 10.02 | 15.79 | 21.00 | 8.98 | | 2.19 | 6.57 | 3.73 | 1.87 | 0.92 | 20.52 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 11.14 | 1.287 | 2.495 | 1.311 | 1.365 |  | | 1.461 | 0.522 | 2.078 |  |  | 0.618 | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 15.3 | 24.9 | 8.3 | 6.5 |  | | 66.7 | 0.8 | 55.7 |  |  | 3.01 | |  |
| ‘80  5.  10 | 진 료 비 | 100 | 19.15 | 22.96 | 9.73 | 9.49 | 5.62 | | 5.46 | 8.30 | 3.15 | 0.40 | 0.69 | 15.05 | |  |
| 구성비율  총이상률 | 19.38 | 3.26 | 3.90 | 1.65 | 1.14 | 1.12 | | 1.09 | 1.66 | 0.57 | 0.12 | 0.14 | 4.73 | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 17.0 | 17.0 | 17.0 | 12.0 | 20.0 | | 20.0 | 20.0 | 18.0 | 30.0 | 20.0 | 31.4 | |  |
| ‘81  6.  15 | 진 료 비 | 100 | 20.06 | 23.92 | 9.93 | 7.58 | 4.79 | | 4.56 | 8.27 | 2.33 | 0.56 | 0.91 | 17.09 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 16.6 | 3.410 | 3.830 | 1.985 | 0.758 | 0.671 | | 0.638 | 1.158 | 0.326 | 0.078 | 0.109 | 3.623 | | 0.013 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 17.0 | 16.0 | 20.0 | 10.0 | 14.0 | | 14.0 | 14.0 | 14.0 | 14.0 | 12.0 | 21.2 | |  |
| ‘82  6.  1 | 진 료 비 | 100 | 18.20 | 23.13 | 12.06 | 8.44 | 4.76 | | 4.62 | 9.80 | 2.69 | 0.63 | 1.13 | 14.54 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 7.1 | 1.674 | 2.058 | 1.435 | 0.253 | 0.190 | | 0.184 | 0.392 | 0.107 | 0.025 | 0.056 | 0.727 | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 9.2 | 8.9 | 11.9 | 3.0 | 4.0 | | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 5.0 | 5.0 | |  |
| ‘83  10.  1 | 진 료 비 | 100 | 20.41 | 24.11 | 10.53 | 9.38 | 4.11 | | 4.73 | 8.12 | 2.53 | 0.29 | 1.33 | 14.46 | |  |
| 구성비율총인상률 | 4.0 | 0.816 | 0.820 | 0.527 | 0.375 | 0.164 | | - | 0.325 | 0.101 | 0.016 | 0.053 | 0.807 | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 4.0 | 3.4 | 5.0 | 4.0 | 4.0 | | - | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 5.58 | |  |
| ‘85  3.  1 | 진 료 비 | 100 | 16.35 | 20.97 | 13.01 | 11.96 | 4.71 | | 3.24 | 8.75 | 2.82 | 1.90 | 1.06 | 16.13 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 3.0 | 1.375 | 0 | 1.301 |  |  | | 0.324 |  |  |  |  |  | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 8.4 | 0 | 10.0 |  |  | | 10.0 |  |  |  |  |  | |  |

<부표 4-3 (계속)> 진료행위 부문별 연도별 조정률(의과) (단위 : %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 부문별  년도별 | | 계 | 진 찰 료 | | 입  원  료 | 검  사  료 | 방  사  선  진  단 | 및  치  료  료 | 처  방  조  제  료 | 주  사  료 | 마  취  료 | 이  학  요  법  료 | 정  신  요  법  료 |  | | 기타 |
| 처 | 수 |
| 초  진  료 | 재  진  료 | 치 | 술 |
| 및 | 료 |
|  | |
| ‘86  6.  1 | 진 료 비 | 100 | 19.26 | 22.81 | 9.74 | 11.11 | 4.18 | | 3.77 | 7.17 | 2.42 | 1.29 | 2.17 | 16.08 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 30. | 0.9 | 1.00 | 1.10 |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 4.67 | 4.38 | 11.29 |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| ‘88  2.  15 | 진 료 비 | 100 | 17.39 | 22.79 | 11.51 | 12.29 | 4.76 | | 3.94 | 7.38 | 2.03 | 2.78 | 2.02 | 13.11 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 12.2 | 2.122 | 3.144 | 1.611 | 1.143 | 0.561 | | 0.394 | 0.841 | 0.248 | 0.339 | 0.230 | 1.573 | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 12.2 | 13.8 | 14.0 | 9.3 | 11.8 | | 10.0 | 11.4 | 12.2 | 12.2 | 11.4 | 12.0 | |  |
| ‘89  7.  1 | 진 료 비 | 100 | 16.30 | 23.91 | 11.57 | 12.06 | 4.88 | | 3.85 | 7.39 | 2.04 | 3.29 | 1.72 | 12.99 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 9.0 | 0.815 | 2.630 | 0.810 | 0.24 | 0.244 | | 0.116 | 0.665 | 0.122 | 0.033 | 0.103 | 0.805 | | 2.420 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 5.0 | 11.0  . | 7.0 | 2.0 | 5.0 | | 3.0 | 9.0 | 6.0 | 1.0 | 6.0 | 6.2 | |  |
| ‘90  2.  1 | 진 료 비 | 100 | 16.59 | 23.50 | 9.22 | 11.51 | 5.05 | | 3.93 | 7.98 | 2.23 | 3.77 | 1.70 | 14.52 | |  |
| 구성비률  총인상율 | 7.0 | 0.962 | 1.763 | 0.756 | 0.691 | 0.354 | | 0.275 | 0.559 | 0.159 | 0.264 | 0.119 | 1.016 | | 0.094 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 5.8 | 7.5 | 8.2 | 6.0 | 7.0 | | 7.0 | 7.0 | 7.0 | 7.0 | 7.0 | 7.0 | |  |
| ‘91  7.  1 | 진 료 비 | 100 | 14.89 | 21.65 | 11.78 | 13.37 | 5.34 | | 3.70 | 8.05 | 2.23 | 3.57 | 2.10 | 13.32 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 8.0 | 1.355 | 0 | 0.942 | 0.455 | 0.374 | | 0.296 | 0.564 | 0.156 | 0.179 | 0.210 | 3.199 | | 0.270 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 9.1 | 0 | 8.0 | 3.4 | 7.0 | | 8.0 | 7.0 | 7.0 | 5.0 | 10.0 | 24.02 | |  |
| ‘92  5.  1 | 진 료 비 | 100 | 13.02 | 13.37 | 10.32 | 15.08 | 6.35 | | 3.09 | 6.20 | 2.10 | 3.467 | 2.80 | 24.21 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 5.98 | 0.904 | 0.622 | 0.617 | 0.630 | 0.380 | | 0.185 | 0.371 | 0.126 | 0.207 | 0.167 | 1.448 | | 0.330 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 6.94 | 4.65 | 5.98 | 4.18 | 5.98 | | 5.98 | 5.98 | 5.98 | 5.98 | 5.98 | 5.98 | |  |
| ‘93  3.  1 | 진 료 비 | 100 | 14.63 | 19.92 | 12.45 | 14.76 | 5.31 | | 3.68 | 7.67 | 1.96 | 3.18 | 1.72 | 14.72 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 5.0 | 0.761 | 0.896 | 0.623 | 0.590 | 0.266 | | 0.184 | 0.384 | 0.098 | 0.159 | 0.086 | 0.736 | | 0.220 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 5.2 | 4.5 | 5.0 | 4.0 | 5.0 | | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 주 : 1) 총 인상률 ＝ | 진료비 구성률 × 부문별 인상률 | |
| 100 | |
| 2) 부문별 인상률 ＝ | | 부문별 원가율 | | × 총 인상률 |
| 평균 부문별 원가율 | |

자료: 양명생, 한국의료보험수가제정 및 인상조정과정에 관한연구, 1993.12

<부표 4-3 (계속)> 진료행위 부문별 연도별 조정률(치과) (단위 : %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 부분별  년도별 | | 계 | 진 찰 료 | | 입  원  료 | 검  사  료 | 방  사  선  진  단 | 및  치  료  료 | 처  방  조  제  료 | 주  사  료 | 마  취  료 | 이  학  요  법  적 | 정  신  요  법  료 |  | | 기타 |
| 처 | 수 |
| 초  진  료 | 재  진  료 | 치 | 술 |
| 및 | 료 |
|  | |
| ‘79  1.  1 | 진 료 비 | 100 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 구성비율  인 상 률 | 20.75 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 20.75 | 20.75 | 20.75 | 20.75 | 20.75 | |  |  | 20.75 |  |  | 20.75 | | 20.75 |
| ‘79  7.  10 | 진 료 비 | 100 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 구성비율  총인상률 | 11.14 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 15.3 | 24.9 | 8.3 | 6.5 |  | | 66.7 | 0.8 | 55.7 |  |  | 3.01 | |  |
| ‘80  5.  10 | 진 료 비 | 100 | 17.43 | 25.42 |  |  | 2.37 | | 0.63 | 0.23 | 1.64 |  |  | 52.28 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 19.38 | 2.963 | 4.321 |  |  | 0.474 | | 0.126 | 0.046 | 0.295 |  |  | 11.136 | | 0.019 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 17.0 | 17.0 |  |  | 20.0 | | 20.0 | 20.0 | 18.0 |  |  | 21.3 | |  |
| ‘81  6.  15 | 진 료 비 | 100 | 19.50 | 24.08 |  |  | 2.57 | | 0.50 | 0.08 | 1.50 |  |  | 51.77 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 16.6 | 3.315 | 3.853 |  |  | 0.360 | | 0.070 | 0.011 | 0.210 |  |  | 8.775 | | 0.006 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 17.0 | 16.0 |  |  | 14.0 | | 14.0 | 14.0 | 14.0 |  |  | 16.95 | |  |
| ‘82  6.  1 | 진 료 비 | 100 | 17.95 | 22.50 |  | 0.04 | 1.92 | | 0.85 | 0.07 |  |  |  | 56.67 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 7.1 | 1.651 | 2.002 |  | 0.001 | 0.077 | | 0.034 | 0.003 |  |  |  | 3.332 | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 9.2 | 8.9 |  | 3.0 | 4.0 | | 4.0 | 4.0 |  |  |  | 5.88 | |  |
| ‘83  10.  1 | 진 료 비 | 100 | 18.70 | 23.28 |  |  | 1.84 | | 0.57 | 0.09 |  |  |  | 55.52 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 4.0 | 0.748 | 0.792 |  |  | 0.074 | | - | 0.004 |  |  |  | 2.382 | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 4.0 | 3.4 |  |  | 4.0 | | - | 4.0 |  |  |  | 4.29 | |  |
| ‘85  3.  1 | 진 료 비 | 100 | 20.75 | 21.55 |  | 0.56 | 1.74 | | 0.33 | 0.11 | 2.96 |  |  | 52.00 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 3.0 | 1.743 | 0 |  | - | - | | 0.033 | - | - |  |  | - | | 1.224 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 8.4 | 0 |  | - | - | | 10.0 | - | - |  |  | - | |  |

<부표 4-3(계속)> 진료행위 부문별 연도별 조정률(치과) (단위 : %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 부문별  년도별 | | 계 | 진 찰 료 | | 입  원  료 | 검  사  료 | 방  사  선  진  단 | 및  치  료  료 | 처  방  조  제  료 | 주  사  료 | 마  취  료 | 이  학  요  법  료 | 정  신  요  법  료 |  | | 기타 |
| 처 | 수 |
| 초  진  료 | 재  진  료 | 치 | 술 |
| 및 | 료 |
|  | |
| ‘86  6.  1 | 진 료 비 | 100 | - |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | - | |  |
| 구성비율  총인상률 | 3.0 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 4.67 | 4.38 | 11.29 |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| ‘88  2.  15 | 진 료 비 | 100 | 21.07 | 14.13 | 0.42 | 0.23 | 2.86 | | 0.54 | 0.21 | 5.08 |  |  | 55.46 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 12.2 | 2.571 | 1.950 | 0.059 | 0.021 | 0.337 | | 0.054 | 0.023 | 0.619 |  |  | 6.566 | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 12.2 | 13.8 | 14.0 | 9.3 | 11.8 | | 10.0 | 11.4 | 12.2 |  |  | 11.84 | |  |
| ‘89  7.  1 | 진 료 비 | 100 | 20.77 | 16.31 | 0.27 | 0.23 | 2.89 | | 0.55 | 0.13 | 5.95 |  |  | 52.90 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 9.0 | 1.039 | 1.794 | 0.019 | 0.005 | 0.145 | | 0.017 | 0.012 | 0.357 |  |  | 3.280 | | 2.332 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 5.0 | 11.0 | 7.0 | 2.0 | 5.0 | | 3.0 | 9.0 | 6.0 |  |  | 6.2 | |  |
| ‘90  2.  1 | 진 료 비 | 100 | 18.32 | 15.70 | 0.18 | 0.21 | 2.27 | | 0.58 | 0.16 | 5.75 |  |  | 56.83 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 7.0 | 1.063 | 1.178 | 0.015 | 0.013 | 0.158 | | 0.041 | 0.011 | 0.403 |  |  | 3.978 | | 0.140 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 5.8 | 7.5 | 8.2 | 6.0 | 7.0 | | 7.0 | 7.0 | 7.0 |  |  | 7.0 | |  |
| ‘91  7.  1 | 진 료 비 | 100 | 18.20 | 16.64 | 0.34 | 0.18 | 2.74 | | 0.53 | 0.24 | 5.92 |  |  | 55.21 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 8.0 | 1.656 | - | 0.027 | 0.006 | 0.192 | | 0.042 | 0.017 | 0.414 |  |  | 5.646 | |  |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 9.1 | - | 8.0 | 3.4 | 7.0 | | 8.0 | 7.0 | 7.0 |  |  | 10.23 | |  |
| ‘92  5.  1 | 진 료 비 | 100 | 17.98 | 8.16 | 0.28 | 0.10 | 2.40 | | 0.47 | 0.14 | 5.06 |  |  | 65.41 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 5.98 | 1.248 | 0.379 | 0.017 | 0.004 | 0.144 | | 0.028 | 0.008 | 0.303 |  |  | 3.846 | | 0.003 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 6.94 | 4.65 | 5.98 | 4.18 | 5.98 | | 5.98 | 5.98 | 5.98 |  |  | 5.88 | |  |
| ‘93  3.  1 | 진 료 비 | 100 | 18.68 | 14.68 | 0.32 | 0.20 | 3.26 | | 0.47 | 0.14 | 5.49 |  |  | 56.76 | |  |
| 구성비율  총인상률 | 5.0 | 0.972 | 0.661 | 0.018 | 0.008 | 0.163 | | 0.024 | 0.007 | 0.275 |  |  | 2.838 | | 0.034 |
| 부 문 별  인 상 률 |  | 5.2 | 4.5 | 5.0 | 4.0 | 5.0 | | 5.0 | 5.0 | 5.0 |  |  | 5.0 | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 주 : 1) 총 인상률 ＝ | 진료비 구성률 × 부문별 인상률 | |
| 100 | |
| 2) 부문별 인상률 ＝ | | 부문별 원가율 | × 총 인상률 |
| 평균 부문별 원가율 |

자료: 양명생, 한국의료보험수가제정 및 인상조정과정에 관한연구, 1993.12

<부표 4-4> 수가 인상시 부문별 중점 조정사항

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) 1979.1.1 진료수가 평균 20.75% 인상  ◎ 조정방침  -의료보험시행 1년 6개월이 경과하였고 300인 이상 사업장과 공무원과 사립학교 교직원에게도 적용됨에 따라 진료수가의 적정수준에 대하여 '한국생산성본부’에 연구용역 의뢰  -의료기관의 보험환자 점유율에 따른 손익계산표에 의거 조정율 도출  -1978년 도매물가 상승률 10%, 유가 인상율 3.6%, 인건비 실 인상률 34.3%를 고려  -일반수가와 보험수가 수준: 외래: 81.5%, 입원 74.1%, 평균 75.2%  -공무원과 사립학교 교직원이 전국적으로 산재해있음을 감안하여 전국의 의료기관을 요양취급기관으로 강제지정함도 고려  -’79년도 보험적용대상국민 수 796만명으로 전 국민(3,754만명)의 21.2%  ※ ’77.7.1 의료보험 최초 시행시는 320만명으로 전 국민 (3,641만명)의 8.79%  -수진율에 의한 환자 점유율은 ’77년도 11.9%에서 ’79년도 29.7%로 증가할 것으로 추정  -부문별 균등한 수준으로 배분하여 평균 20.75%를 인상 조정  ◎ 주요변경사항  -심야 진료시간 연장 : 22시-05시 ⟶ 22시-06시  -의과와 치과 진찰료를 동일하게 조정  -동일환자 동일 요양기관 이용시 초진료는 1월내에는 1회만 산정  -방사선 촬영 및 판독료를 2매부터 5매까지 소정점수의 30% 산정에서 50%로 상향조정  -심야마취, 처치․수술료는 소정점수의 30%를 가산  -기본진료료에 포함된 요도세척, 도뇨, 완장을 각 10점씩 산정할 수 있도록 함  -조산소를 요양기관으로 지정(498개소)하고 분만수가 결정: 초산 20,000원, 경산 18,000원  -종합병원에만 ICU 사용료 1일 100점씩 5일간 인정  -검사 5개 항목 신설․ 4개 항목 주석 신설, 이학요법 2개 항목 신설․2개 항목 주석 신설․ 1개항목 삭제하고 마취 1개 항목 신설, 신경정신 9개항목 주석 신설, 처치 및 수술 72개항목 신설․17개 항목 주석 신설․14개 항목 삭제  -기본진료료인 초친․재진의 외래병원 관리료와 입원관리료 지역간 격차를 축소  : 서울, 대도시, 중소도시 및 농어촌, 농어촌의 4개지역권을 대도시와 중소도시 및 농어촌으로 2개 지역권으로 개정  -종합병원, 병원, 의원에 따라 차등화한 기본진료료 이외의 진료료(기술행위료)가산율을 서울, 대도시, 중소도시 및 농어촌, 농어촌의 4개 지역권으로 세분화하던 것을 대도시와 중소도시 및 농어촌으로 2개 지역권으로 축소함에 따라 대도시의 종합병원은 4%, 병원은 2%, 의원은 2%, 농어촌 지역의 종합병원은 4%, 병원은 2%의 인상효과를 보게 됨  (2) 1980.5.10 부로 진료수가 평균 19.38% 인상  -부문별로 보면 초․재진 입원료는 17%, 검사료는 12%, 방사선료, 처방조제료, 주사료, 정신요법료는 20%, 마취료는 18%, 이학요법료는 30%, 처치 및 수술료는 31.4%로 차등 조정  -병원의 외래본인부담율을 50%로 상향조정  -성병은 의료보호기금에서 무료진료를 실시하고 비도덕적 전염병으로 본인책임임을 이유로 '비급여대상’으로 고시  -고가이고 보편화 되지 아니한 이유로 CT, 초음파 검사에 대하여 '비급여대상’으로 고시  -직장의료보험에 대하여 조합원 3,000명 미만 조합은 단계적으로 통․폐합 하여 재정안정 및 위험분산을 제고토록 함  (3) 1981.6.15 진료수가 평균 16.6% 인상  -초진료 17%, 재진료 16%, 입원료 20%, 검사료 10%, 방사선료, 처방조제료, 주사료, 마취료, 이학요법료 각 14%, 정신요법료 12%, 처치 및 수술료 21.2%로 부문별 인상율을 차등화  -진료수가 산정방법에서 '점수제’를 '금액제’로 바꿈  ※ 진료비명세서 작성 및 심사지급의 혼란방지(당시의원급은 85%이상, 병원급도 50%이상, 수작업으로 청구, 1점당 단가를 10원으로 함. 금액을 금액과 점수 환산 착오 사례 빈번)  -10원미만 절사를 1원 미만으로 개정(의료보험법 시행령 제 48조 개정에 따라)  -요양기관 종별 기술 행위료 차등 가산제가 대도시와 기타 지역으로 구분되어 있는 것은 지역 차등을 폐지하고 종합병원 20%, 병원 10%, 의원 4%로 통일 조정함(이로 인하여 기타지역 요양기관은 모두 4%씩 수가 인상효과를 보게됨)  -심야 진료시간을 야간 진료시간으로 용어 변경하고 21-07시에서 20-08시로 2시간 연장  -입원료의 지역간 차등을 폐지  -전염성 질환자의 격리 병실료와 3,500mg/hr 이상의 라디움 또는 세시움의 밀봉소 선원 치료실(3일간 기준)의 경우 입원료는 소정 입원료에 100%를 가산토록 개선  -중환자실(ICU) 입원한도 7일간만 제한한 것을 환자 상태에 따라 인정  -자동분석기 도입 설치로 상병에 따른 선별검사에서 상병 불문 일률적 검사형태 변화에 따른 검사료 청구의 급증으로 보험재정 부담증가에 대한 관련학회와의 수차 회의 결과 7-8종의 검사료는 소정금액의 70%만 청구토록 조치  -헤모글로빈 AIC등 24종 검사항목 신설  -일부 종합병원에서 자체 제제약 투약하는 경우 외래 환자에 한하여 소정 조제료의 30% 상당금액을 제제료로 인정(약사법 제33조 및 동법 시행규칙 제9조 내지 제11조 2의 규정에 한 제제 시설 구비시)  -간염 확진 환자에 한하여 1회용 주사기 재료대 산정 인정  -재활 및 물리치료수가 5개 항목 신설 및 일부 수가항목 “주”를 세밀히 설명 고시  -지속적 수면요법, 정신과적 응급처치 수가를 타과에서도 청구되는 착오를 방지하기 위해 신경정신과 전문 요양취급기관에서만 산정토록 고시  -화상처치 산정 오류를 방지하기 위해 화상의 범위를 Rule of nines으로 병용분류 고시  -'풍극수술(자-21)’등 20개 항목을 삭제하고 '내향모조증근치수술(자-21)’등 11개 항목 수가를 신설 고시  -'기브스’의 용어를 '캐스트’로 변경  -야간(20시-08시)조산료 가산율 인정  -접도지역의 거주자 진료의 불편을 해소하기 위해 복수진료지역 확대 고시  -치아의 보철, 부정교합치의 교정을 비급여대상으로 고시(유권해석의 고시)  (4) 1982.6.1 진료수가 평균 7.1% 인상  -초진료 9.2%, 재진료 8.9%, 입원료 11.9%, 검사료 3.0%, 정신요법료 5.0%, 처치 및 수술료 5.0%, 기타 4.0%로 차등조정  -특진에 대한 보완  ※ ’82.2월 감사원 감사 지적사항  (서울시내 조사 11개 대학병원 등 특진료 수입이 의료수입의 10% 내외임)  ※ 경희대병원, 성 바오로 병원, 위생병원, 전주예수병원은 특진제도 없음  ․ 특진은 특진제를 실시하는 종합병원에 한정함  ․ 특진은 반드시 환자의 희망에 의함  ․ 특진료는 특진의사가 행한 진료행위에만 적용함  -기준병실 확보율 개정  ․ 의료법 제32조 및 동법 시행령 제22조에 의하여 기준병상을 병상수의 50% 이상으로 함  ․ 상급병실 입원 희망시는 반드시 1일 병실료 차액을 확인 받은 본인 승낙서  ․ 기준병실: 의료법상 합당하면서 냉․난방 시설을 갖추어야 함  ․ 상급병실: 시설, 비품이 현저치 우수하여 사회통념상 인정할 수 있어야 함  -인구억제대책 보완  ․ 불임수술 보험급여적용  -분만급여 수가항목 「다」 항 신설  ․ 3자녀 이상 분만 급여 제한  -’83.1.1 출산자부터 적용  -분만급여 수가항목 「라」 항 신설  -분만급여에 대한 진료지역 제한의 폐지  ․ 분만은 주로 연고지 분만이므로 타 진료지역 진료승인 절차의 생략  -성병에 대한 보험급여 적용  ․ 성병관리의 보다 적극적 대책으로 비급여대상에서 제외  -소액진료비 청구 및 심사의 생략  -성실 요양기관 지정제 시행  -보건기관의 진료수가의 제정  ․ 전국 보건기관을 요양기관으로 지정  ․ 각 지방마다 각양각색의 보건소 등 보건기관 진료수가를 통일  -타 진료지역 진료승인서 제출기간 완화  ․ 보험자 승인일로부터 3일이내 제출을 7일 이내로 연장  -입원관리료 체감제 개선  ․ 15일이상 장기입원시 병원관리료와 환자관리료 모두 체감은 불합리하므로 환자관리료만 체감 적용  ․ 15일-30일 80%, 31일 이상 70%  -1회용 주사침, 주사기의 보험급여 인정  ․ 진료상 필요에 의하여 사용한 분에 대하여 구입가 청구를 인정  -가급적 1회용 주사기 사용토록 권장(유리주사기는 철저소독토록 함)  ※ 1회용 주사기 모든 환자 적용시 보험재정 소요액 : 약 130억 2천 8백만 원  ※ 1회용 주사침 모든 환자 적용시 보험재정 소요액: 약 38억 2천 1백만 원  (5) 1983.10.1 부로 진료수가 평균 4.0% 인상  -재진료 3.4%, 입원료 5.0%, 처치 및 수수료 5.58%, 기타는 4.0%씩 조정  -공휴일 진찰료 50% 가산 적용  ’83년도 연간 공휴일 64일  ※ 연간 공휴일 67일 경우 보험재정 추가 소요액: 725백만 원  -치과대학 부속 치과 병원 진료기술료 가산율 상향조정  ․ 3차 진료기관 치과(30% 적용), 5개 국립치과대학 부속병원(20% 적용)과 3개 사립치과대학부속병원(10% 적용)의 형평성 고려  ․ 현행 10% ⟶ 20%로 상향  ․ 3개 치대 병원 ’83년도 진료건수 19,940건  ․ 재정추가소요액: 230만원  -특수병원(암센터 등) 진료기술료 가산율 조정  ․ 연세암센터는 연세의대 부속병원과 동일 구내 설치되어 있고, 시설장비도 의대부속병원과 공동 사용하며, 진료진도 의대 교수임에도 별도 특수법인병원으로 분리되어 있다는 이유로 병원 가산율(10%) 적용은 모순이 있어 의대 부속병원과 동일수준(20%)으로 통일  -만 6세 미만 소아환자 특수행위수가, 소아환자 관리료, 집중치료실 환자관리료의 조정  -석고 붕대 기술료의 재료대에서의 분리 신설  -인구억제대책 일환으로 자궁내장(IUD)의 보험급여 적용  (6) 1985.3.1 진료수가 평균 3.0% 인상  -초진료8.4%, 입원료 10%, 조제 10%만 배분  -야간 (20시-08시)에 6시간 이상 의료기관에 머무르는 경우에는 1일의 병원관리료를 산정토록 함 (현행 12시간 미만은 주야 불문하고 산정불가)  -미생물배양검사와 동정검사 수가분류를 1차 배양검사는 간이배양검사로 하고 동정검사는 배양 및 동정검사로 하여 청구 및 심사상의 분쟁해소  -분만에 소모된 pad 재료비용, 신생아 사용 1회용 기저귀(diaper)비용 1일당 500원씩 인정  -인공임신중절수술의 적출물 처리비용으로 소정수술료의 10% 인정  (7) 1986.6.1 진료수가 평균 3.0% 인상  -초진료 4.67%, 재진료 4.38%, 입원료 11.29%만 배분  -동일 검체로 자동분석기 사용 동시 12종 검사시 소정수가의 70% 산정토록 되어 있어 선택적으로 11종만 청구시 각각 100% 수가를 인정해야 하므로 8종 내지 11종 검사를 동시 실시할 때는 자동분석기 사용에 불문하고 소정검사료의 80%만 산정  -방사선 특수 활영 판독료는 방사선 전문의 판독 경우만 산정가능  단, ’86.5.31 이전 특수촬영기 보류 병․의원은 비방사선 전문의 판독도 인정  ※ 방사선특수활영기제조회사의 국내 5개 회사 등장에 의한 설비과잉투자로 의료비증가방지(방사선 진단 전문의 497명 치료전문의 50명 임에도 특수촬영기보유는 종합병원 100%, 병원 70%, 의원 2.9%)  (8) 1988.2.15 진료수가 평균 12.2% 인상  -초진료, 마취료, 이학요법료, 12.2%, 재진료 13.8%, 입원료 14.0%, 검사료 9.3%, 방사선료 11.8%, 처방조제료 10.0%, 주사료, 정신요법료 11.4%, 처치 및 수술료 12.0% 각각 조정  -야간(20시~08시), 공휴일 진찰료 25% 가산제 도입  -응급실에서 12시간 이상 24시간 미만 계속 진료시 1일간의 관리료만 인정하던 것을 1일간의 입원료 산정토록 변경  -입원료 구성 내용의 변경: 입원료는 입원실료와 입원관리료로 분류되고 입원관리료는 병원관리료와 환자관리료로 구분되어 있는 것을 입원실료와 병원관리료를 합하여 입원환자 병원 관리료로 하고 환자관리료를 의학관리료, 간호관리료, 기타환자관리료로 3등분함 (※ 이후 간호관리료 비중이 지속적으로 증가하고 간호관리료 가산 차등제 시행의 시발이 되었음)  -혈액화학검사 장비의 발달로 동시에 23종 검사항목까지 자동 분석되므로 19종 검사항목에 대하여만 '체감제’를 적용하는 것을 23종(콜레스테롤 정량, 알카리포스파타제, 총 지질, 인지질 추가)까지 '체감제’ 적용  -골수검사, 면역 전기염통검사의 경우 임상병리전문의 판독소견서가 작성되었을 경우 검사수가의 10%를 판독료로 산정가능  -AIDS 검사료 (혈구응집법 2,500원, 효소면역법 4,500원) 신설  -심층분석 정신요법 청구의 급증 억제책으로 성격구조, 자아방어양상의 수정목적으로 정신과 전문의가 45분 이상 심층분석을 시행경우에만 산정토록 보완  -정신의학적 사회사업지도, 사회조사, 가정방문 수가는 주1회, 치료기간중 2회이내만 산정토록 보완(정신의학과 전문의 처방에 의한 의료 사회복지사가 실시한 경우 인정)  -야간 처치 및 수술시, 마취 및 분만 등, 야간 가산율 30% ⟶ 40% 로 상향조정  -의료취약지역에 설치한 '병원화 보건소(의료원)’의 진료수가 신설(의원급수가적용)  <부표 4-4-1> 종합병원 기준 입원료 개정안의 비교 (단위: 원)   |  |  | | --- | --- | | 현행 (’88.2.14. 이전) | 개정 (’88.2.15. 이후) | | 입원실료 2,820 (37.5%) 입원관리료 4,690 (62.5%) -병원관리료 1,990(26.5%) -환자관리료 2,700(40.0%) | 입원병원 관리료 3,660 (48.7%) (입원실료 + 병원관리료)  환자관리료 3,850 (51.3%)  -의학관리료 1,690 (22.5%)  -간호관리료 1,390 (18.5%)  -기타환자관리료 770 (10.3%) | | 계 7,510 (100%) | 계 7,510 (100%) |   (9) 1989.7.1 진료수가 평균 9.0% 인상  -도시 자영자까지 의료보험을 적용하게 되어 전 국민 의료보험 시대를 맞게 됨  -한국개발연구원(KDI)에 '요양취급기관 경영수지분석’을 연구용역 의뢰하여 11-15% 인상 요인이 있다는 수가조정건의(안)을 근거로 보건사회부는 15%를 경제기획원과 협의한 결과 정부의 물가안정 시책상 평균 9.0%를 인상토록 보건사회부로 회신옴  -진료부문별 조정  ◎ 조정기준  ․ 검사료와 재활 및 물리치료로는 전국민의료보험 실시등에 따른 빈도의 증가요인이 있을 것으로 보아 최저수준(2.0%)으로 조정하고 처방․조제료는 3.0%, 방사선료는 5.0%, 마취료는 6.0%, 처치․수술료는 6.2%, 입원료는 7.0%, 주사료는 9.0%, 초진료는 5.0%, 재진료는 11.0%로 조정  ․ 재진료가 평균 인상률보다 높게 조정된 것은 전국민의료보험 시행으로 의료기관의 경영악화를 우려하여 의료계는 30.5%의 인상을 요구, 보건사회부는 경제기획원에 그 절반 수준인 15%를 절충안을 제시함. 경제기획원이 9.0%로 결정함에 따라 의료계의 절대적 협조를 필요로 하는 시점이라 부득이 빈도가 높은 재진료에 중점 배분하게 됨  -주요개정내용  ① 의료기관종별 가산율 상향조정  ․ 의원(치과의원) 4% ⟶ 7%  ․ 병원 10% ⟶ 13%  ․ 종합병원 20% ⟶ 23%  ․ 3차 진료기관 20% ⟶ 30%(진료전달체계 시행으로 3차 진료기관 42개를 지정)  ※ 보험재정 추가 소요액 : 약 191억원  ② 동일환자가 동일 병․의원에 1일 2회 이상 내원한 경우 1일 1회만 인정하는 것을 실제 방문횟수대로 인정  ③ 시간외 진찰시간 연장가산 진찰료 가산 25%를 50%로 상향조정하고, 시간대 야간 (20시-08시)를 평일19시(토요일은 15시) -09시로 2시간 연장  ※ 추가 재정 소요액 : 약 16억원  ④ 소아가산연령조정  소아연령을 만 6세 미만을 만 8세 미만으로 조정하고 입원, 방사선촬영 및 치료, 주사, 마취, 캐스트, 치과에만 가산하되 가산율은 해당 수가 현행 가산율 규정을 유지  ※ 추가 재정 소요액 : 약 11억원  ⑤ 3차 진료기관 입원료 신설 종합병원보다 7.4% 높은 8,800원  ※ 추가 재정 소요액 : 약 25억원  ⑥ 응급실 및 입원인정 시간 조정  12시간 이상 의료기관에서 치료 받을 때만 1일의 입원료를 산정하는 것을 6시간 이상으로 완화  ⑦ 주사재료대 인정  주사 수기료에 포함된 주사재료대를 재료대 협약가에 의하여 산정가능토록 함  ⑧ 의원급에서의 마취의사 초빙료 10,000원 신설  ⑨ 감자흡인만출술, 유도분만술 시행시 소정 분만료의 30% 가산토록하여 무분별한 제왕절개술 억제 유도  ⑩ 수․족지 접합수술의 경우 3지 이상 접할 수술시에도 소정수술료의 50%씩 산정가능토록 함(3지까지만 50%씩 인정해왔음)  ⑪ 적출물 처리비용 일부인정  상․하지, 대퇴부 처리비용 5,000원, 장기처리비용 2,000원 수준  ⑫ 재활 및 물리치료로 청구는 특정전문의사와 물리치료사 상근으로 제한  재활의학과ㆍ신경외과ㆍ정형회과 전문의와 물리치료사가 상근하는 의료기관에서만 소정 물리치료료를 청구할 수 있도록 함  (시행시기: ’90.1.1)  ※ 의료계, 물리치료사 및 재학생의 항의 등으로 '신경과’, '외과의사’도 산정 가능토록 연말에 개정함  ⑬ 방사선 특수 촬영의 판독료는 진단방사선과 전문의가 판독한 경우에만 인정하고 방사선 수탁검사기관 인정기준에 진단방사선과 전문의와 방사선사가 상근하는 의료기관만 인정  ⑭ 임상병리검사수탁기관 인정기준에 임상병리과 전문의 또는 의사의 지도하에 임상병리사가 상근하는 의료기관을 인정하는 것을 임상병리과 전문의의 지도하에 임상병리사가 상근하는 의료기관으로 보강함  ⑮ 진료수가 산정시 '원 미만’은 절사(切捨)하는 것을 4사 5입(4捨 5入)하도록 개정  (10) 1990.2.1 진료수가 평균 7.0% 인상  -부문별 인상  ․ 초진료는 5.8%, 재진료는 7.5%로 인상하고  ․ 입원료는 평균 인상률보다 조금 높게 (8.2%) 조정하고  ․ 검사료는 행위량 증가요인 등을 고려하여 다소 낮게 (6.0%) 조정  ․ 기타 기술료는 평균 인상률 수준으로 조정  -중점 조정사항  ․ 토요일 진찰료 가산시간을 15:00 - 09:00 를 14:00 - 09:00로 1시간 연장  ․ 3개 진료과 전문의가 상근하는 병원의 과목별 진찰료를 각각 인정 (시행일 : ’90.4.1)  ․ 후두직달경검사와 후두경검사를 하나로 단일화하고 수가는 평균가격 (4,340원)으로 조정  ․ 방사선 체외 조사 치료의 2문 대향이상 조사시 가산율 20% ⟶ 30%로 상향조정  ․ 적출물 처리비용 산정항목 추가 : 사지절단술, 위ㆍ대장 절제술, 자궁전적출술 등 신체 및 장기 등 큰 부위 처리비용에 한하여 인정하고 있는 것을 산부인과 관련수가의 중점 상향조정과 관련하여 질식자궁전적출술, 자궁파열수술중 자궁적출을 동반한 수술, 자궁적출 수술시 적출된 적출물 처리비용도 수가 산정이 가능토록 추가 신설  ․ short leg walking cast 항목 시설  -short leg cast료에 20%를 가산토록 함  (11) 1991.7.1 진료수가 평균 8.0% 인상  -부문별 인상률  ․ 초진료 9.1%, 재진료 동결, 입원료 8.0%, 조제료 8.0%, 뇨ㆍ혈액등 검사료 동결, 병리조직ㆍ내시경 등 12%, 재활 및 물리치료 5%, 방사선, 주사료, 마취료 7%, 정신요법료 10%, 처치 및 수술료 24.02% 인상 조정  -중점 신설 및 조정사항  ․ 3세 미만 소아 초진진찰료 300원 가산 신설  ․ 외래진찰료 체감제 신설 : 의사 1인당 1일 150명 초과 진료시 적용  ․ 공휴일 처치․수술․마취시 20% 가산 신설  ․ 의원에서의 마취 전문의 초빙료 50% 인상 : 10,000원 ⟶ 15,000원  ․ 입원환자 조제료 신설 :1일 조제료 50원  (12) 1992.5.1 부로 진료수가 평균 5.98% 인상  -초진료 3,600원 ⟶ 3,850원 (6.94%), 재진료 2,150 ⟶ 2,250원 (4.65%)  -검사료 4.18%, 병리조직․내시경․핵의학검사․첨자 및 기능검사는 5.98%, 입원료 및 기타는 평균 인상률 5.98%를 배분  -3세 미만 소아 재진 진찰시 진찰료 가산 신설  -가산금은 12원이지만 재진 횟수를 감안하면 연간 진료비 추가 소요액이 40억 4천 5백만 원이 되고 보험재정 부담이 25억 3천 6백만 원이 추계됨  -응급의료체계구축을 위한 공휴일 주간 처치 및 수술, 마취시 가산율 상향 조정(기술료의 20% ⟶ 40%)  ․ 진료비 추가 소요액은 5억 8천 4백만 원이며, 보험재정 추가 부담액은 3억 6천 6백만원  -만 6세 미만 소아에게만 주사재료대 중 정맥내 유지침 재료대를 구입가로 인정  ․ 진료비 추가 소요액은 16억 2천 4백만 원, 보험재정 추가부담액은 12억 9천 9백만 원  -’92.10.1부터 골수 이식에 대하여 보험급여를 실시함에 따라 '실시기관 인정기준’을 제정  (13) 1993.3.1 진료수가 평균 5.05% 인상  -보험진료수가 평균 5.0% 인상으로 총 진료비 중 기술료 점유율이 65.07% 이므로 요양기관 진료수입은 약 3.25% 늘어날 것으로 봄  -3월 1일 인상되므로 금년도 10개월간 약 1,114억원이 늘어 ’93년도 보험환자 당초 총 진료비 41,070억원에서 2.71% 증가한 42,190억원이 될 것으로 예상  -직장조합이 263억원(37.46%), 공․교공단이 90억원(12.73%), 도시지역조합이 257억원 (36.52%), 농어촌 지역조합이 93억원(13.29%)으로 각각 보험재정 부담 증가를 추계함  -야간 마취시 시간대 조정 및 공휴일 마취시 가산율 상향 조정  -야간(20-08시), 공휴일 40% 가산을 평일 야간 (19-09시)에는 40%, 평일 심야 (22-06 시)와 공휴일에는 50%를 가산토록 조정  -처치 및 수술료의 시간외, 심야 및 공휴일 시간대를 마취료 가산 시간대 및 가산율을 적용토록 조정  -골수이식 수가 항목을 신설하고 수혈을 위한 교차 시험 검사료는 제 2unit 부터는 Unit당 소정 교차시험 검사료의 50%를 산정할 수 있도록 조정  -인공수정체를 비급여대상에서 요양기관의 실 구입가로 보험급여대상으로 함  (14) 1994.8.1 진료수가 5.85% 인상  -보험진료비의 기술료 대 재료대(의약품 포함) 구성비는 65.41% : 34.59%로 분석  -초진료는 5.7% (4,050원 ⟶ 4,280원), 재진료는 4.7% (2,350원 ⟶ 2,460원)으로, 입원료는 의원 5.2% (7,460원 ⟶ 7,850원), 병원5.1% (8,820원 ⟶ 9,270원), 종합병원 5.2% (10,640원 ⟶ 11,190원), 3차 기관 5.1% (11,660원 ⟶ 12,260원)으로 각각 인상 조정  -1차 진료기관의 역할과 기능을 활성화하여 3차 기관의 환자 집중현상을 완화시키기 위한 조치로 의료기관 기술행위료 가산율 조정  ․ 의원 7% ⟶ 9%, 병원 13% ⟶ 15%, 종합병원 23%와 3차 기관 30%는 동결  -분만관련수가의 중점 상향조정 및 신설항목 추가  ․ 분만감시 및 산전처치료 28,850: 산모진통측정, 태아심음측정 등  ․ 산후처치료 10,000원: 자궁, 유방 마사지 및 기타 산후처치  ․ 신생아 목욕료: 1일당 1,450원  -만 3세 미만 소아 진찰료 가산금을 만 3세 이상 5세 미만 (치과는 만 6세 미만)으로 확대하고 만 3세 미만 소아는 소정 진찰료의 50% 가산하도록 신설  -모유수유 권장을 위한 수가항목 신설  ․ 신생아 모자 동실 입원시 1일당 해당병원 관리료를 산정하도록 함  :의원(3,590원), 병원(4,210원), 종합병원(5,170원), 3차 기관(5,560원)  ․ 신생아에게 모유 수유시 “모유수유 간호관리료”로 1일당 해당병원 간호관리료를 산정하도록 함  :의원(1,660원), 병원(1,920원), 종합병원(2,200원), 3차 기관(2,540원)  -응급환자 관련수가, 장애자 관련수가, 의료전달체계 활성화를 위한 환자회송료(5,000원)등의 신설과 의원급에서의 마취전문의 초빙료의 상향조정: 15,750원 ⟶ 20,000원 (26.98%)  -입원기간 단축 및 1일 입원제도 활성화를 위하여 외래 '치핵 근치 수술료’의 대폭 상향조정(87,770원)하고 처치 및 수술 후 또는 정신병원의 낮 병동에서 6시간 이상 진료를 받으면 1일의 입원료를 인정  -암환자 방사선 치료수가를 개선하고 간호서비스 향상을 위한 대장암 수술환자, 중풍 등으로 인한 수족마비 환자 간호의 어려움을 인정하여 장루처치료와 체위변경료 신설  -특히 10병상 이하의 의원급에 대하여 기준병상 확보률(50%이상) 의무규정 삭제  -요양급여기간 180일 제한을 일시에 철폐하기에는 보험재정 부담이 너무 크므로 ’94.7.8부터 만 65세 이상 노인과 등록된 장애인에 한하여 210일로 연장  (15) 1995.4.1 진료수가 5.8% 인상  -보험진료비 증가 예상액은 1,600억원이고 보험자부담 보험급여비는 64.22%에 해당하는 1,028억원으로 보고 직장조합이 372억원(36.18%), 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단이 127억원(12.3%), 지역조합이 529억원(51.47%)씩 부담이 늘어날 것으로 보며 국고지원금은 약 265억원 예상  -초진료는 6.5%, 재진료는 4.9%, 입원료는 요양기관 종별 관계없이 5.8% 인상  -외래환자 본인부담정액제는 의원․한의원 3.5%, 치과의원 3.0%, 군 소재 지역병원 2.6%, 군 소재 지역종합병원 4.8%씩 인상  (16) 1995.12.10 진료수가 11.82% 인상  -1996년도에 반영될 보험재정 추가 소요액은 약 3,787억원으로 국고부은 약 968,5억원인 반면 요양기관 진료수입 증가액은 약 5,816억원으로 보아 1996년도 보험진료비 추정액은 약 83,476억원이 될 것으로 봄  -초진료 20.61%, 재진료 10.47%  -진찰료 가산율 시간대를 평일 19시부터를 18시(토요일은 13시)로 1시간 연장  -입원료는 의원 19.98%, 병원 20.29%, 종합병원 19.93%, 3차 기관 19.97%로 배분  -실시빈도가 높은 뇨 및 혈액검사는 2.0%  -병리조직, 핵의학 검사, 기능․내시경․천자 등 검사, 마취료는 9.0%  -방사선은 7.0% 수준으로 인상  -주사료 3.0%, 처방․조제료 5.0%, 이학요법료 6.0%, 정신요법료 7.0%  -처치 및 수술료 의원10%, 치과 11%  -분만 관련 수가 등 일부 처치 및 수술행위는 중점 조정  -난이도, 소요시간 등 비교시 상대적으로 수가가 낮은 병리조직검사, 내시경검사, 일반외과 수술 수가는 가용재원 범위 내에서 중점 조정  -불균형 수가개선  ․ 치과 침윤마취의 난이도 적정 반영  ․ 체외 충격파 쇄석술 수가의 요양기관 종별 차이 해소  ․ 하악골 골절의 골절 부위별 수술행위 인정  ․ 치과 보존 치료 활성화를 위한 수가구조 개편  ․ 조산원 기능 활성화도 모를 위한 수가 중점 조정  -수가 신설 항목  ․ CT검사, 퇴원약 처방․조제료, 장기처방조제료, 회음부 간호, 통목욕간호, 침상목욕간호, 입원환자 타과 진찰료, 약국보험 복약지도료 등의 신설  ※ CT 비급여 시행일: 1996.1.1  -1회당 수가 두경부 또는 사지 104,930원, 구간 108,590원(관행수가의 77.9% 수준)  -판독료는 방사선과 전문의에게만 인정  -지정진료비 부과는 배제  -미승인 설치 요양기관에 대해 1년간 유예기간 인정  -전산화 단층 촬영장치 실시기관 인정 등 기준제정  (17) 1997.9.1 진료수가를 9.0% 인상  -정상분만급여기간을 3일 이내로 제한한 규정을 없애고 분만 수가를 중점 인상  -요양급여기간을 240일에서 270일까지 연장  -울산광역시 승격 등 행정구역 명칭 변경에 따른 '의료보험 진료권 편성’ 조정  -법정 전염병환자 단독 격리 입원시 입원료 100% 가산을 200% 가산토록 하고, 2인 이상 격리 입원시 입원환자 관리료 100% 가산을 200% 가산토록 함  -방사선옥소입원치료시 입원료의 100%가산, 방사선 동위원소에 의한 다면활영수가 추가, 방사면역측정검사 항목의 추가 등재  (18) 1999.11.15 의료진료수가 9.0% 인상, 보험약가 30.7% 인하, 보험의약품 실거래가 상환제도 시행  -의료보험수가는 1998.7.1 3.5% 인상된 이후 16개월 만에 조정됨  ․ 보험약가 30.7% 인하되면 연간 약 9,009억원의 보험재정절감이 예상되어 이 중 약 7,109억원을 보험진료수가를 평균 9.0% 인상조정하고  ․ 나머지 약 1,900억원은 그간 비급여 품목이던 고가약제와 진료용 재료를 보험급여화 한다고 복지부가 발표함  ․ 간호관리료 가산제 신설  -병상수대 간호사수의 비가 2.5:1 미만인 경우(종합전문요양기관은 2.0:1 미만)에 1등급으로 인정하여 소정 '입원환자 간호관리료’를 200%를 산정하도록 하여 5등급까지는 최하 40%까지 가산되고 6등급은 소정 간호관리료만 산정하도록 하여 간호인력수준을 높이려 시도하였음  -병상수대 간호사수 2.5:1은 현행 의료법상 입원환자 2.5:1의 간호사수와 같기 때문에 의료법령을 지키면 간호관리료를 2배로 인정하는 제도로 현실적으로 의료법령을 준수하지 아니하는 병원이 많다는 것임  ․ 입원료 중 간호관리료 구성비를 18.5%에서 25.0%로 대폭 상향조정  -환자관리료 중 기타 환자 관리료를 없애고 의학관리료와 간호관리료에 배분하여 병원관리료 45%, 의학관리료 30%, 간호관리료 25%로 구성비를 조정  (19) 2000.4.1 의료보험수가를 평균 6.0%인상  -의원급 초진진찰료를 7,400원 ⟶ 8,400원으로 1,000원 인상조정(13.5%)하고 재진진찰료를 3,700원 ⟶ 4,300원으로 600원 인상조정(16.2%)  -의원급 요양기관의 종별가산율 13% ⟶ 15%로 2% 인상  -병원급은 진찰료가 동결되고 종별가산율 17% ⟶ 20%로 3% 인상  -종합병원도 진찰료가 동결되고 종별가산율 23% ⟶ 25%로 2% 인상  -입원료는 의원 14,400원 ⟶ 15,800원으로 1,400원 인상(10%), 병원 16,600원 ⟶ 18,260원으로 1,660원 인상(10%), 종합병원 19,700원 ⟶ 20,680원으로 980원 인상 (5%), 종합전문요양기관 21,400원 ⟶ 22,470원으로 1,070원 인상(5%) 되었음  -의약품관리료는 의원은 방문당 360원을 투약일수당 150원으로, 병원은 방문당 300원을 투약일수당 50원으로, 종합병원은 방문당 290원을 투약일수당 40원으로, 종합전문병원은 방문당 270원을 투약일수당 30원으로 조정  -복지부는 총 인상률 6%를 의원급에 79.4%, 병원은 4.3%, 종합병원은 9.3%, 종합전문병원은 8.4%로 요양기관종별에 따라 차등 배분하여 의원급은 9.6%, 병원은 3.9%, 종합병원은 2.9%, 종합전문병원은 1.9%의 인상효과 있다고 발표함  -반면, 의약분업 정착을 위해 조제료 등은 대폭 상향 조정함  ․ 1999년 11월 15일 보험의약품 실거래가 제도를 시행하기 위해 1998년 한국보건사회연구원에 의뢰하여 그 연구용역 보고 결과를 토대로 '의약품 관리료’를 방문당 170원을 설정함  ․ 2000년 4월 1일 보험수가 평균 6.0% 인상 조정시 약국의 의약품관리료를 '방문당’을 '조제1일당’으로 변경하고 금액을 90원으로 조정함  ․ 이때, 기본조제기술료(방문당) 300원은 360원으로 복약지도료(방문당) 160원은 260원으로 각각 인상함    (20) 2000.7.1 의료보험수가를 평균 9.2% 인상  -1999.11.15자로 의약품 실거래가 보상제도를 도입하면서 의료보험약가를 평균 30.7% 인하하였고, 동시에 의료보험수가는 평균 9.2% 인상하면서 이후 미보전 약가 마진분에 대한 손실 보전책의 일환으로 2000.4.1 의료보험수가를 평균 6% 인상 조정하였으나 7월 1일 의약분업 실시에 따라 의료계가 불이익을 보지 않도록 적정수준의 처방료와 조제료를 최대한 보전하기 위해 재조정함  -원외처방료 1,172원 인상 (1,691원 ⟶ 2,863원)  -약국 방문당 기본수가 1,053원 인상 (2,650원 ⟶ 3,703원)  -또한, 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료와 의약품 관리료는 동결하는 대신 조제료는 대폭 인상함  ․ 내복약 1일분 300원 ⟶ 1,350원, 2일분 600원 ⟶ 1,650원, 3일분 900원 ⟶ 1,950원, 4일분 이상 15일분은 1일당 160원 ⟶ 170원, 16일분 이상은 일수불문하고 3,300원 ⟶4,440원, 30일 이상 초과시 일수 불문하고 8,140원 ⟶ 9,190원으로 인상함  ․ 외용제 조제료 400원은 외용제 또는 주사제 1,450원으로 인상조정하면서 주사제 원외처방을 강행하다가 후에 주사제 원외처방은 철회하였음  ․ 처방전에 의하지 아니한 조제료 즉, 의약분업 예외지역 약국 직접 조제 투약하는 '약국의료보험’ 적용 경우 '1일당 조제료 300원’을 방문일당이냐 투약일당이냐 해석상 시비가 있어 투약일수에 따른다는 “주”를 추가함  ․ 간호관리료 가산제의 산정기준이 반기별(6월말과 12월말)에서 '직전분기 평균 병상수대비 간호사수’에 따라 산정하도록 개정함  ․ 의약분업에 따른 의원의 비용 증가는 약 7,207억원으로 추정하고 약 3,357억원은 수가를 조정하지 않아도 보상 가능하므로 그 차액인 약 3,850억원만 수가인상을 통하여 보상하되 전액 '원외처방료’에 반영  ․ 약국의 경우 수입 감소액은 1조 3,430억원으로 추정하고 약 9,611억원은 조제료 등을 조정하지 않아도 보상 가능하므로 그 차액 약 3,819억원 전액 '처방전에 의한 조제료’에 반영한다고 보건복지부가 발표  ․ 약국의 경우 만 6세 미만의 소아에 대한 조제 투약 시 기본 조제기술료에 200원을 가산하도록 함  (21) 2000.9.1 진료수가 6.5% 인상  ․ 외래 재진 진찰료의 인상 조정 및 의원과 병원의 재진 진찰료를 차등화 함  - 의과의원 4,300원 ⟶ 5,300원  - 병원, 종합병원, 종합전문병원, 요양병원 4,300원 ⟶ 4,700원  - 치과의원, 한의원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 보건의료원 3,700원 ⟶ 3,700원  ․ '원외처방료에서 외용약과 내복약 주사제를 동시 처방할 경우에는 내복약 처방료만 산정한다’를 삭제하고  ․ 내복약과 외용약 또는 주사제의 원외 처방료를 대폭 인상 조정하고  ․ 외용약 또는 주사제를 내복약과 동시에 처방한 경우 소정금액의 50%만 산정  ․ 약국의 경우 만 6세 미만의 소아에 대한 조제 투약시 기본 조제기술료에 200원을 가산하도록 함  (22) 2001.1.1 진료수가 7.08% 인상하고 2001.7.1부로 원외처방료 삭제  - 외래환자에 대한 주사제 원외처방료 항목 삭제  - 외래환자 진찰료 중 초진진찰료 및 재진진찰료와 약국 약제비 중 야간가산율 적용시간을 평일 18시(토요일은 13시)에서 평일 20시(토요일은 15시)로 변경하고 가산율을 50%에서 30%로 인하  - 진찰료와 처방료의 통합 (처방료 없앰)  - 진찰료, 조제료 등의 환자수에 따른 차등수가제의 도입  ․ 의료계의 강력한 반대에도 불구하고 2000년 7월 이후 의약분업 강행 추진을 위한 무분별 한 3차례 (2000.4.1, 2000.7.1, 2000.9.1)의 수가인상(1999.11.15 수가인상도 2000년도 진료수가에 해당되므로 사실상 4차례), 보험관리체계통합과 때를 같이 한 수개월 간의 보험공단 노조의 파업으로 인한 보험재정관리의 부실등의 이유로 인한 보험재정 파탄 책임을 의료계로 돌려 수가인하 효과를 극대화하기 위한 비상수단이었다고 볼 수 있음  ․ 차등수가제는 의사 1인당 1일 진료 환자수가 75인 이하 일때에는 진찰료(진찰관리료와 처방관리료 포함)를 그대로 인정하지만 75인 초과 100인까지는 10% 차감, 100인 초과150인까지는 25%차감, 150인 초과하면 50%를 차감하고  ․ 차등수가제는 의사(치과의사, 한의사 포함) 의사 1인당 1일 진료환자수를 기준하고, 약사는 약사 1인당 1일 조제환자수를 기준하되 의사는 진찰료(진찰관리료와 처방관리료 포함)에 대해서, 약사는 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료, 조제료에 대해서 차감  - 75인 이하면 차감하지 아니하고  - 75인 초과 100인 까지는 10% 차감  - 100인 초과 150인 까지는 25% 차감  - 150인 초과하면 50%를 차감  ․ 다만, 의료급여환자, 포괄수가제 적용환자, 의사의 진찰 없이 물리치료, 주사 등을 시술받거나 환자가 직접 내원하지 아니한 경우와 기타 보건복지부 장관이 정하는 경우에는 차등수가제 적용대상에서 제외함 (이미 진찰료 50% 차감적용되고 있기 때문)  ․ 또한 의사의 경우 내과계, 외과계, 기본 진료계로 구분하고, 의원, 의과병원․요양병원, 종합병원, 종합전문요양기관, 치과의원, 치과병원․치과대학부속병원, 한의원, 한방병원으로 구분하여 진찰료를 차등화 함  ․ 의사, 치과의사의 경우 원외처방전을 발행하는 경우, 요양기관 종별에 따라 진찰료를 차등화하고 원외처방전을 발행하지 아니하는 경우에는 요양기관 종별 관계없이 의약분업을 하지 아니하는 한의사와 동등하게 제일 낮은 진찰료를 산정  ․ 진찰료 차등수가제는 지나치게 세분화 되어 병(의)원의 업무 처리가 전산화 되지 아니하였다면 도저히 처리할 수 없을 정도임  - 입원료 중 병원관리료 구성비를 10% 줄여서 의학관리료에 이전하여 병원관리료 35%, 의학관리료 40%, 간호관리료 25%로 재편함  <부표 4-4-2> 종합전문요양기관기준 간호관리료 변동내역 (단위 : 원)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ’88.2.14. 이전 | ’88.2.15 | ’99.11.15 | 2001.1.1 | 2009.1.1 | | 1일 입원료  7,510 | 1일 입원료 7,510 | 1일 입원료 21,400 | 1일 입원료 22,400 | 1일 입원료 32,150 | | ∘입원실료 2,820(37.5) ∘입원관리료 4,690  -병원관리료 1,990(26.5) -환자관리료 2,700(40.0) | ∘병원관리료 3,660(48.7) (입원실료+병원관리료) ∘환자관리료 3,850 -의학관리료 1,690(22.5) -간호관리료 1,690(18.5) -기타환자관리료  770(10.3) | ∘병원관리료 9,600(45) ∘의학관리료 6,400(30) ∘간호관리료  5,400(25) | ∘병원관리료 7,840(35) ∘의학관리료  8,960(40) ∘간호관리료  5,600(25) | ∘병원관리료  11,250(35) ∘의학관리료  12,860(40) ∘간호관리료  8,040(25) |   주: ( )내는 구성비(%)임  (23) 2002.1.1부터 조제 1일당 '의약품 관리료’를 조제일수에 따라 산정 고시함  (24) 2002.4.1부로 진료수가 2.9% 인하  ․2002년 2월 27일 건강보험정책심의위원회는 사상유례가 없던 건강보험진료수가 인하(2.9%) 심의를 투표를 통해 가결하고 발표함에 따라 의료계의 거센 반발을 샀으나 보건복지부는 2002.4.1 부로 진료수가를 2.9% 인하 고시함  (25) 2003.1.1 진료수가를 평균 2.97% 인상  -2003.3.1 부로 만 6세 미만의 소아에 대한 초․재진 진찰료 가산제를 의원의 경우 만 1세 미만, 만 1세 이상 만 3세 미만, 만 3세 이상 만 6세 미만으로 3단계로 세분하여 만3세 미만 소아 진찰료를 상향 조정하고 만성질환 관리료를 11.70점에서 23.40점으로 인상 조정함  -2003.7.1 지역가입자와 직장가입자 전체에 대하여 보험료 수입 및 관리운영비의 지출을 통합하여 운영  -20여년의 논쟁을 거쳐 직장․지역 보험조합을 없애고 국민건강보험공단으로 명실상부 통합완성  -2003.5.1 지사 235개소를 22개소(8개 축소)로 하고 각 지사에서 직장․지역 업무 동시 수행하도록 조직․업무 일원화 실시  -부담형평성(equality)과 사회연대(social solidarity) 강화 기대  -1994년 이후 7차례 담뱃값 소폭 인상(2-184원)하였으며 지난 25년간 6.1% 인상은 물가상승률(7.7%)보다 낮으므로 담배 1갑당 1,000억원으로 인상하여 건강보험재정에 지원할 계획임  (26) 2004.1.1 부로 진료수가를 평균 2.65% 인상  (27) 2005.1.1 부로 진료수가를 평균 2.99% 인상  (28) 2006.1.1 부로 진료수가를 평균 3.5% 인상  (29) 2007.1.1 부로 진료수가를 평균 2.3% 인상  -입원환자 식대를 요양급여 대상으로 하고 그 가격을 고시함에 따라 보험재정 부담이 과중되어 시행 2년만인 2009년부터 본인부담을 20%에서 50%로 조정  -식대급여는 입원환자에게 의사 처방에 의하고 의료법 및 식품위생법에서 정한 인력ㆍ시설 기준을 갖추고 1일 3식으로 하되 산모식은 1일 4식 이내로 하고 신생아 분유는 1일당으로 산정  -영양사, 조리사 수에 따라 식대가 달라지고 선택식사, 직영가산, 경관영양유동식, 일반식, 치료식 등에 따라 식대가산이 달라지므로 요양기관의 청구 및 심사기관의 심사에 필요한 '식대산정 기준표’를 작성하면 경우의 수가 수십 가지가 됨  -간호인력확보수준(수)에 따른 입원료 등급별 '가산제’는 2008년부터 '가감제’가 되어 종전 6등급제가 7등급제로 바뀌고 7등급에 해당되면 간호료가 감액되도록 함  <부표 4-4-3> 2006년 이전 간호관리료 가산제   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 등급 | 간호사 당 병상수 | 가산내역 | | 1 | 2.5 미만 (종합전문요양기관 2.0 미만) | 간호관리료의 200% (입원료의 50%) | | 2 | 2.5 - 3.0 | 간호관리료의 160% (입원료의 40%) | | 3 | 3.0 - 3.5 | 간호관리료의 120% (입원료의 30%) | | 4 | 3.5 - 4.0 | 간호관리료의 80% (입원료의 20%) | | 5 | 4.0 - 4.5 | 간호관리료의 40% (입원료의 10%) | | 6 | 4.5 이상 | 가산 없음 |     <부표 4-4-4> 2007년 이후 간호관리료 가감제   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 등급 | 간호사 당 병상 수 | 가ㆍ감산내역 | | | 1 | 2.5미만 (종합전문요양기관 2.0미만) | 종합전문, 의원, 한의원 입원료의 50% | 종합병원, 한방병원 2등급 입원료의 10% | | 2 | 2.5 - 3.0 (종합전문요양기관 2.0 - 2.5) | 종합전문, 의원, 한의원 입원료의 40% | 종합병원, 한방병원 3등급 입원료의 10% | | 3 | 3.0 - 3.5 (종합전문요양기관 2.5 - 3.0) | 종합전문, 의원, 한의원 입원료의 30% | 종합병원, 한방병원 4등급 입원료의 15% | | 4 | 3.5 - 4.0 (종합전문요양기관 3.0 - 3.5) | 종합전문, 의원, 한의원 입원료의 20% | 종합병원, 한방병원 5등급 입원료의 10% | | 5 | 4.0 - 4.5 (종합전문요양기관 3.5 - 4.0) | 종합전문, 의원, 한의원 입원료의 10% | 종합병원은 6등급의 10%, 병원은 6등급의 15% | | 6 | 4.5 - 6.0 (종합전문요양기관 4.0 이상) | 가산 없음 | 가산 없음 | | 7 | 6.0 이상 |  | 입원료의 5% 감산 |   (30) 2008.1.1 진료수가 평균 1.94% 인상  -2001년부터 시행되어 온 상대가치 점수표 수가책자에는 2007년도 까지는 각 분류행위에 점수와 금액을 함께 수록해왔으나 2008년부터는 '유형별 환산지수(점수당 단가)’ 적용으로 요양기관 유행에 따라 금액이 달라져 일일이 병행수록 하기에는 너무나 복잡하고 분량이 많아지므로 점수만 기재하고 있음(건강보험요양급여비용 2008년 2월판 '일러두기)  (31) 2009.1.1 진료수가 평균 2.22% 인상 |

<부표 5-1> 2002.1.1 개정된 진찰료 (단위 : 원)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 구분 | 초진 | 재진 |
| (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 |  |  |
| (가) 가군 | 11,500 | 8,400 |
| (나) 나군 | 10,900 | 7,800 |
| (다) 다군 | 10,500 | 7,400 |
| (라) 라군 | 10,500 | 7,400 |
| (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 | 11,300 | 8,200 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 12,600 | 9,500 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 13,900 | 10,800 |
| (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 | 9,200 | 6,100 |
| (6) 치과병원 | 9,900 | 6,800 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 8,400 | 5,300 |

주 : 2001. 11. 21 (시행일 2001. 12. 1)과 2001. 12. 13 (시행일 2002. 1. 1,보험수가 인상 없음) 개정한 진찰료 산정지침에서는 “의과”의 「가, 나, 다」군에 「라」군을 추가하여 “응급의학과”로 하고 당초의 (라)항을 (마)항으로 하여 “종합전문요양기관, 종합병원, 병원, 치과병원, 치과의원”으로 하였다. 이때 종전(2), (3), (4)분류에 「가, 나, 다」군으로 구분한 것을 없애고 동일진찰료로 하였다. 즉, 병원, 종합병원에는 전문의 차등 진찰료를 철폐한 것이다. 동시에 진찰료는 동결 또는 삭감되었다.

<부표 5-2> 2002.4.1 개정된 진찰료 (단위 : 원)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 초진료 | | 재진료 | |
| 2002.1.1 | 2002.4.1 | 2002.1.1 | 2004.4.1 |
| (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 |  |  |  |  |
| (가) 가군 | 11,500 | 11,170 | 8,400 | 8,160 |
| (나) 나군 | 10,900 | 10,590 | 7,800 | 7,570 |
| (다) 다군 | 10,500 | 10,200 | 7,400 | 7,190 |
| (라) 라군 | 10,500 | 10,200 | 7,400 | 7,190 |
| (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 | 11,300 | 10,970 | 8,200 | 7,960 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 12,600 | 12,240 | 9,500 | 9,230 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 13,900 | 13,500 | 10,800 | 10,490 |
| (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 | 9,200 | 8,930 | 6,100 | 5,920 |
| (6) 치과병원 | 9,900 | 9,610 | 6,800 | 6,600 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 8,400 | 8,160 | 5,300 | 5,150 |

주: 2002.4.1 보험수가 점수당 단가를 55.4원에서 53.8원으로 -2.9% 인하 조정하였다. 이때 인하조치는 약가실거래가상환제 및 의약분업강행으로 1999.11.15(12.8%), 2000.4.1(6.0%), 2000.7.1(9.2%), 2000.9.1(6.5%), 2001.1.1(7.08%), 2001.7.1(-) 2년간 무려 6차례 누계 25.5% 연속 파행적 인상으로 인한 보험재정 파탄을 초래한 결과를 만회하기 위한 비상수단과 조치로 2001.12.31 보건복지부고시 제2001-77호로 “건강보험요양급여비용의 내역”을 개정 고시할 때 점수당 단가는 종전과 같이 55.4원으로 하면서 단서에 “현행고시 시행 후 3월 이내에 점수당 단가를 재고시하는 경우 재고시한 점수당 단가를 요양급여비용으로 한다”라고 하였기 때문에 보험수가인하 조치는 이미 예고된 것이었다.

<부표 5-3> 2003.1.1 개정된 진찰료 (단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 초진료 | | | 재진료 | | |
| 2002.4.1 | 2003.4.1 | 조정율(%) | 2002.4.1 | 2003.1.1 | 조정율(%) |
| (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 |  |  |  |  |  |  |
| (가) 가군 | 11,170 | 10,500 | -6.00 | 8,160 | 7,670 | -6.00 |
| (나) 나군 | 10,590 | 9,950 | -6.04 | 7,570 | 7,120 | -5.94 |
| (다) 다군 | 10,200 | 9,590 | -5.98 | 7,190 | 6,760 | -5.98 |
| (라) 라군 | 10,200 | 9,590 | -5.98 | 7,190 | 6,760 | -5.98 |
| (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 | 10,970 | 11,300 | 3.00 | 7,960 | 8,200 | 3.01 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 12,240 | 12,600 | 2.94 | 9,230 | 9,500 | 2.92 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 13,500 | 13,900 | 2.96 | 10,490 | 10,800 | 2.95 |
| (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 | 8,930 | 9,200 | 3.02 | 5,920 | 6,100 | 3.04 |
| (6) 치과병원 | 9,610 | 9,900 | 3.01 | 6,600 | 6,800 | 3.03 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 8,160 | 8,400 | 2.94 | 5,150 | 5,300 | 2.91 |

주 : 2003.1.1 보험수가 평균 2.97% 인상하면서 의과의원의 진찰료가 6.0% 대폭 인하되어 2001.7.1 대폭 인상(초진료 2001.1.1 8,400원 ⟶ 2001.7.1 10,500~11,500원으로 25~37% 인상, 재진료 5,300원 ⟶ 8,400원으로 58.5% 인상) 되었던 이전 수준에 가깝게 환원 조치되었다.

<부표 5-4> 2004.1.1 개정된 진찰료 (단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구 분 | 초진료 | | | 재진료 | | |
| 2003.1.1 | 2004.1.1 | 조정율(%) | 2003.1.1 | 2004.1.1 | 조정율(%) |
| (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 |  |  |  |  |  |  |
| (가) 가군 | 10,500 | 10,220 | -2.67 | 7,670 | 7,310 | -4.5 |
| (나) 나군 | 9,950 | 10,220 | 2.7 | 7,120 | 7,310 | 2.67 |
| (다) 다군 | 9,590 | 10,220 | 6.57 | 6,760 | 7,310 | 8.1 |
| (라) 라군 | 9,590 | 10,220 | 6.57 | 6,760 | 7,310 | 8.1 |
| (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 | 11,300 | 11,610 | 2.7 | 8,200 | 8,420 | 2.68 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 12,600 | 12,940 | 2.7 | 9,500 | 9,760 | 2.73 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 13,900 | 14,280 | 2.7 | 10,800 | 11,090 | 2.68 |
| (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 | 9,200 | 9,450 | 2.7 | 6,100 | 6,270 | 2.78 |
| (6) 치과병원 | 9,900 | 10,170 | 2.7 | 6,800 | 6,980 | 2.64 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 8,400 | 8,630 | 2.7 | 5,300 | 5,440 | 2.64 |

주: 2004.1.1 보험수가 평균 2.65% 인상하면서 진찰료는 의과의원에 대한 전문과목별로 구분한 「가, 나, 다, 라」군을 폐지하고 의료기관종별 7가지 분류만 유지하게 되었다. 2003년에 이어 2004년에도 “가”군 의원의 진찰료는 인하되고 “나, 다, 라” 군 의원과 다른 의료기관의 진찰료는 인상되었다. 그러다가 2004.1.1 의과의원의 (가), (나), (다), (라)군 구분을 없애고 (1)의과의원, 보건의료원내의 의과 (2)의과병원, 요양병원내의 의과 (3)종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속치과병원 (4)종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학부속치과병원 (5)치과의원, 보건의료원내의 치과 (6)치과병원 (7)한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과로 구분하여 진찰료를 차등화하여 현재에 이르고 있다.

<부표 5-5> 2005.1.1 개정된 진찰료 (단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 초진료 | | | 재진료 | | |
| 2004.1.1 | 2005.1.1 | 조정율  (%) | 2004.1.1 | 2005.1.1 | 조정율  (%) |
| (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 | 10,220 | 10,740 | 5.08 | 7,310 | 7,680 | 5.06 |
| (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 | 11,610 | 11,950 | 2.92 | 8,420 | 8,670 | 2.97 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 12,940 | 13,330 | 3.01 | 9,760 | 10,050 | 2.97 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 14,280 | 14,700 | 2.94 | 11,090 | 11,420 | 2.97 |
| (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 | 9,450 | 9,730 | 2.96 | 6,270 | 6,450 | 2.87 |
| (6) 치과병원 | 10,170 | 10,470 | 2.94 | 6,980 | 7,190 | 3.00 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 8,630 | 8,880 | 2.89 | 5,440 | 5,610 | 3.12 |

주: 2005.1.1 보험수가 평균 2.99% 인상하면서 진찰료도 평균 인상률 수준으로 조정하고 의과의원은 더 높게 조정하였다.

<부표 5-6> 2006.1.1 개정된 진찰료 (단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 초진료 | | | 재진료 | | |
| 2005.1.1 | 2006.1.1 | 조정율(%) | 2005.1.1 | 2006.1.1 | 조정율(%) |
| (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 | 10,740 | 11,120 | 3.53 | 7,680 | 7,960 | 3.64 |
| (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 | 11,950 | 12,380 | 3.60 | 8,670 | 8,980 | 3.57 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 13,330 | 13,810 | 3.60 | 10,050 | 10,410 | 3.58 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 14,700 | 15,230 | 3.60 | 11,420 | 11,830 | 3.59 |
| (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 | 9,730 | 10,080 | 3.60 | 6,450 | 6,680 | 3.56 |
| (6) 치과병원 | 10,470 | 10,850 | 3.63 | 7,190 | 7,450 | 3.61 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 8,880 | 9,200 | 3.60 | 5,610 | 5,810 | 3.56 |

주: 2006.1.1 보험수가 평균 3.5% 인상하면서 진찰료는 평균 인상률이상 배분되었다.

<부표 5-7> 2007.1.1 개정된 진찰료 (단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 초진료 | | | 재진료 | | |
| 2006.1.1 | 2007.1.1 | 조정율(%) | 2006.1.1 | 2007.1.1 | 조정율  (%) |
| (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 | 11,120 | 11,380 | 2.33 | 7,960 | 8,140 | 2.26 |
| (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 | 12,380 | 12,670 | 2.34 | 8,980 | 9,190 | 2.33 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 13,810 | 14,120 | 2.24 | 10,410 | 10,650 | 2.30 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 15,230 | 15,580 | 2.30 | 11,830 | 12,110 | 2.36 |
| (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 | 10,080 | 10,310 | 2.28 | 6,680 | 6,840 | 2.39 |
| (6) 치과병원 | 10,850 | 11,100 | 2.30 | 7,450 | 7,620 | 2.28 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 9,200 | 9,420 | 2.39 | 5,810 | 5,940 | 2.23 |

주: 2007.1.1 보험수가 평균 2.3% 인상 조정되었으며 진찰료도 평균 인상률을 유지했다.

<부표 5-8> 2008.1.1 개정된 진찰료 (단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 환산지수 | 초진료 | | | 재진료 | | |
| 2007.1.1 | 2008.1.1 | 조정율  (%) | 2007.1.1 | 2008.1.1 | 조정율  (%) |
| (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 | 62.1 | 11,380 | 11,680 | 2.63 | 8,140 | 8,350 | 2.58 |
| (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 | 62.2 | 12,670 | 12,990 | 2.52 | 9,190 | 9,420 | 2.50 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 62.2 | 14,120 | 14,450 | 2.33 | 10,650 | 10,880 | 2.16 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 62.2 | 15,580 | 15,910 | 2.11 | 12,110 | 12,330 | 1.82 |
| (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 | 63.6 | 10,310 | 10,600 | 2.81 | 6,840 | 7,030 | 2.78 |
| (6) 치과병원 | 63.6 | 11,100 | 11,400 | 2.70 | 7,620 | 7,830 | 2.75 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 63.3 | 9,420 | 9,630 | 2.22 | 5,940 | 6,080 | 2.35 |

주: 1) 점수만 표시된 것을 단가를 곱하여 급액으로 전환시켰음

2) 2008.1.1 보험수가 평균 1.94% 인상조정 되면서 진찰료는 평균 인상률보다 조금 높게 조정되었으나 상대가치 점수당 단가가 요양기관 유형별로 체결되면서 의과의원은 단가가 62.1원으로 2006년 금액으로 동결되는 불이익을 받았다.

<부표 5-9> 2009.1.1 개정된 진찰료 (단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 환산지수 | 초진료 | | | 재진료 | | |
| 2008.1.1 | 2009.1.1 | 조정율(%) | 2008.1.1 | 2009.1.1 | 조정율(%) |
| (1) 의과의원, 보건의료원내의 의과 | 63.4 | 11,680 | 11,930 | 2.14 | 8,350 | 8,530 | 2.15 |
| (2) 의과병원, 요양병원내의 의과 | 63.4 | 12,990 | 13,240 | 1.92 | 9,420 | 9,600 | 1.91 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 63.4 | 14,450 | 14,730 | 1.93 | 10,880 | 11,080 | 1.83 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 63.4 | 15,910 | 16,220 | 1.94 | 12,330 | 12,570 | 1.94 |
| (5) 치과의원, 보건의료원내의 치과 | 65.8 | 10,600 | 10,960 | 3.39 | 7,030 | 7,270 | 3.41 |
| (6) 치과병원 | 65.8 | 11,400 | 11,790 | 3.42 | 7,830 | 8,100 | 3.44 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 65.6 | 9,630 | 9,980 | 3.63 | 6,080 | 6,300 | 3.61 |

주: 2009.1.1 보험수가 평균 2.22% 인상되면서 의과는 평균인상율보다 다소 낮게 조정되고 치과와 한방에 조금 높게 인상률을 배분하여 그 동안 의과보다 소외된 것을 보완한 것으로 보인다.

<부표 5-10> 보험수가 진찰료 점수표(2009)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 코 드 | 구 분 | 초진(점) | 재진(점) |
| AA-154 | 의과의원, 보건의료원내의 의과 | 188.11 | 134.47 |
| AA-155 | 의과병원, 요양병원내의 의과 | 208.86 | 151.37 |
| AA-156 | 종합병원, 치과대학부속치과병원 | 232.33 | 174.84 |
| AA-157 | 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학부속치과병원 | 255.79 | 198.31 |
| AA-100 | 치과의원, 보건의료원내 치과 | 166.59 | 110.46 |
| AA-109 | 치과병원 | 179.23 | 123.09 |
| 10100 | 한의원, 한방병원 등 한방 | 152.06 | 95.98 |

<부표 5-11> 1995년 ~ 2009년 초진료 인상률 비교 (단위 : 원, %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 95.12.10 ⓐ | 97.9.1  ⓑ | 99.11.15 ⓒ | 00.4.1  ⓓ | 09.1.1  ⓔ | 인상율 | | | |
| ⓐ/ⓔ | ⓑ/ⓔ | ⓒ/ⓔ | ⓓ/ⓔ |
| (1)의과의원,  보건의료원내 의과 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 8,400 | 11,930 | 116.9 | 80.7 | 61.2 | 42.0 |
| (2)의과병원,  요양병원내 의과 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 13,240 | 140.7 | 100.6 | 78.9 | 78.9 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 14,730 | 167.8 | 123.1 | 99.0 | 99.0 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 16,220 | 194.9 | 145.7 | 119.1 | 119.1 |
| (5) 치과의원,  보건의료원내 치과 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 10,960 | 99.2 | 66.0 | 48.1 | 48.1 |
| (6) 치과병원 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 11,790 | 114.3 | 78.6 | 59.3 | 59.3 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 5,500 | 6,600 | 7,400 | 7,400 | 9,980 | 81.4 | 51.1 | 34.8 | 34.8 |

<부표 5-12> 1995년 ~ 2009년 재진료 인상률 비교 (단위 : 원, %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 95.12.10 ⓐ | 97.9.1  ⓑ | 99.11.15 ⓒ | 00.4.1  ⓓ | 09.1.1  ⓔ | 인상율 | | | |
| ⓐ/ⓔ | ⓑ/ⓔ | ⓒ/ⓔ | ⓓ/ⓔ |
| (1)의과의원,  보건의료원내 의과 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 4,300 | 8,530 | 199.2 | 158.4 | 130.5 | 98.3 |
| (2)의과병원,  요양병원내 의과 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 9,600 | 236.8 | 190.9 | 159.4 | 159.4 |
| (3) 종합병원, 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 11,080 | 288.7 | 235.7 | 199.4 | 199.4 |
| (4) 종합전문요양기관, 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속치과병원 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 12,570 | 341.0 | 280.9 | 239.7 | 239.7 |
| (5) 치과의원,  보건의료원내 치과 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 7,270 | 155.0 | 120.3 | 96.4 | 96.4 |
| (6) 치과병원 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 8,100 | 184.2 | 145.4 | 118.9 | 118.9 |
| (7) 한의원, 한방병원, 보건의료원내의 한방과, 국립병원내의 한방진료부, 요양병원내의 한방과 | 2,850 | 3,300 | 3,700 | 3,700 | 6,300 | 121.0 | 90.0 | 70.2 | 70.2 |

<부표 5-13> 1995년 12월 10일 입원료 (단위 : 원)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | | 3차 진료기관 | 종합병원 | 병원 | 의원 |
| 계 | | 15,560 | 14,200 | 11,800 | 9,970 |
| 입원병원관리료 | | 7,020 | 6,520 | 5,340 | 4,530 |
| 입원환자관리료 | 소계 | 8,540 | 7,680 | 6,460 | 5,440 |
| 의학관리료 | 4,120 | 3,820 | 3,200 | 2,620 |
| 간호관리료 | 4,420 | 3,860 | 3,260 | 2,820 |

<부표 5-14> 2008년 - 2009년 입원료 (단위 : 원)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 2008 | 2009 | 비고 |
| 종합전문요양기관 | 31,540  (507.06) | 32,150  (507.06) | (’08)1점=62.2원  (’09)1점=63.4원 |
| 종합병원 | 29,030  (466.64) | 29,580  (466.64) | (’08)1점=62.2원  (’09)1점=63.4원 |
| 병원 | 25,670  (412.75) | 26,170  (412.75) | (’08)1점=62.2원  (’09)1점=63.4원 |
| 치과병원 | 26,250  (412.75) | 27,160  (412.75) | (’08)1점=63.6원  (’09)1점=65.8원 |
| 한방병원 | 25,900  (409.18) | 26,840  (409.18) | (’08)1점=63.3원  (’09)1점=65.6원 |
| 의원, 치과의원,  보건의료원의 의․치과 | 의과:22,300  치과:22,820  (358.86) | 의과:22,570  치과:23,610  (358.86) | 의과 (’08)1점=62.2원  (’09)1점=63.4원 |
| 치과 (’08)1점=63.6원  (’09)1점=65.8원 |
| 한의원,  보건의료원 한방과 | 22,490  (355.29) | 23,310  (355,29) | (’08)1점=63.3원  (’09)1점=65.6원 |

주: ( )내는 상대가치점수임

<부표 5-15> 의과․치과 진료형태별 연도별 건당 금액구성비(총계) (단위:%)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 계 | 기본진료료 | 진료행위료 | 약품비 | 재료대 |
| 1990 | 100.00 | 31.70 | 35.89 | 27.76 | 4.65 |
| 1992 | 100.00 | 29.76 | 35.31 | 30.45 | 4.48 |
| 1994 | 100.00 | 27.82 | 35.96 | 31.80 | 4.42 |
| 1997 | 100.00 | 28.23 | 33.19 | 32.53 | 6.05 |
| 2000 | 100.00 | 29.26 | 37.06 | 26.85 | 6.83 |
| 2003 | 100.00 | 44.02 | 36.30 | 28.16 | 3.96 |
| 주: 1) 건당 약품비가 ‘94년에 9,641원, ’97년에 12,259원, ‘00년에 11,293이던 것이 ’03년에는 9,269원으로 현 저히 줄어들었음(-7.9%)  2) 외래의 경우 건당 약품비가 ‘00년에 8,485원이던 것이 ’03년에는 7,535원으로 -1.2%포인트가 내려갔음  자료: 건강보험심사평가원, 요양급여비용청구내역경향조사 | | | | | |

<부표 5-16> 의과․치과 진료형태별 연도별 입원․외래건당 금액구성비 (단위:%)

(입원)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 계 | 기본진료료 | 진료행위료 | 약품비 | 재료대 |
| 1990 | 100.00 | 21.51 | 40.54 | 29.82 | 8.13 |
| 1992 | 100.00 | 20.72 | 41.64 | 29.65 | 7.99 |
| 1994 | 100.00 | 19.00 | 45.57 | 27.79 | 7.63 |
| 1997 | 100.00 | 20.07 | 39.82 | 28.37 | 11.74 |
| 2000 | 100.00 | 21.06 | 41.99 | 21.87 | 15.08 |
| 2003 | 100.00 | 26.40 | 41.47 | 21.14 | 10.99 |

(외래)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 계 | 기본진료료 | 진료행위료 | 약품비 | 재료대 |
| 1990 | 100.00 | 36.95 | 33.49 | 26.71 | 2.85 |
| 1992 | 100.00 | 34.93 | 31.69 | 30.91 | 2.47 |
| 1994 | 100.00 | 33.01 | 30.29 | 34.17 | 2.53 |
| 1997 | 100.00 | 33.34 | 29.03 | 35.14 | 2.49 |
| 2000 | 100.00 | 33.12 | 34.73 | 29.19 | 2.96 |
| 2003 | 100.00 | 33.39 | 34.50 | 30.60 | 1.51 |
| 주: 의약분업 후에도 외래 약품비 구성 변동이 크지 않음 | | | | | |

<부표 5-17> 의과․치과 연도별 요양기관 종별 건당 금액구성비 (단위:%)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | | 계 | 기본진료료 | 진료행위료 | 약품비 | 재료대 |
| 상급  종합병원 | 1990 | 100.00 | 21.51 | 40.54 | 29.82 | 8.13 |
| 1992 | 100.00 | 20.72 | 41.64 | 29.65 | 7.99 |
| 1994 | 100.00 | 19.00 | 45.57 | 27.79 | 7.63 |
| 1997 | 100.00 | 20.07 | 39.82 | 28.37 | 11.74 |
| 2000 | 100.00 | 21.06 | 41.99 | 21.87 | 15.08 |
| 2003 | 100.00 | 26.40 | 41.47 | 21.14 | 10.99 |
| 종합병원 | 1990 | 100.00 | 20.30 | 37.19 | 36.42 | 6.09 |
| 1992 | 100.00 | 18.51 | 36.10 | 39.92 | 5.47 |
| 1994 | 100.00 | 17.11 | 39.18 | 38.41 | 5.30 |
| 1997 | 100.00 | 18.79 | 34.57 | 39.70 | 6.94 |
| 2000 | 100.00 | 18.26 | 37.19 | 34.76 | 9.79 |
| 2003 | 100.00 | 29.38 | 41.74 | 20.79 | 8.09 |
| 병원 | 1990 | 100.00 | 27.67 | 38.66 | 29.10 | 4.57 |
| 1992 | 100.00 | 26.93 | 35.15 | 34.06 | 3.86 |
| 1994 | 100.00 | 22.36 | 39.24 | 34.55 | 3.85 |
| 1997 | 100.00 | 26.29 | 36.26 | 30.45 | 6.99 |
| 2000 | 100.00 | 26.66 | 41.47 | 22.75 | 9.12 |
| 2003 | 100.00 | 39.21 | 39.88 | 12.90 | 8.01 |
| 의원 | 1990 | 100.00 | 42.13 | 34.71 | 21.16 | 2.00 |
| 1992 | 100.00 | 42.33 | 34.28 | 21.65 | 1.74 |
| 1994 | 100.00 | 40.94 | 31.82 | 25.32 | 1.92 |
| 1997 | 100.00 | 42.11 | 28.70 | 27.31 | 1.88 |
| 2000 | 100.00 | 41.90 | 35.10 | 20.74 | 2.26 |
| 2003 | 100.00 | 60.29 | 33.61 | 3.93 | 2.17 |
| 주: 2003년도는 의약분업으로 2000년도에 비하여 약품비가 현격히 줄어들고 기본진료료 점유율이 상승하였음 | | | | | | |

<부표 6-1> 혼합진료로 인한 진료비 본인부담 사례

(사례 1) 內視鏡下手術用 ROBOT의 근치적 전립선전적제술(5일 입원)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 항 목 | | 요양급여(①+②) | 비급여③ |
| 필  수  사  항 | 진 찰 료 |  |  |
| 입 원 료 | 180,040 | 190,000\* |
| 식 대 | 40,480 |  |
| 투약 및 조제료 |  |  |
| 투약 및 주사료 | 299,894 | 23,125 |
| 마 취 료 | 340,891 | 74,544 |
| 처치 및 수술료 | 39,897 | 10,000,000 |
| 검 사 료 | 454,454 | 97,674 |
| 영상진단및방사선치료료 |  |  |
| 치료재료대 | 15,470 | 72,650 |
| **전액본인부담** |  |  |
| 선  택  사  항 | 재활 및 물리치료료 |  |  |
| 정신요법료 |  |  |
| CT진단료 |  |  |
| MRI진단료 | 532,270 |  |
| 초음파진단료 |  | 150,000 |
| 보철․교정료 |  |  |
| 혈액 및 수혈료 | 90,304 | 389,508 |
| 선택진료료 |  |  |
| 계 | | 1,993,700 | 10,997,501 |
| 본인부담금① | | 215,562 |  |
| 공단부담금② | | 1,778,138 |  |
| \* 차액병실료 | | | |

(사례 2) 뇌혈관조영촬영(1일 입원)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 항 목 | | 요양급여(①+②) | 비급여③ |
| 필  수  사  항 | 진 찰 료 |  |  |
| 입 원 료 | 90,560 | 240,000 |
| 식 대 | 10,120 |  |
| 투약 및 조제료 |  |  |
| 주 사 료 | 20,899 |  |
| 마 취 료 |  | 2,697 |
| 처치 및 수술료 |  |  |
| 검 사 료 | 62,492 |  |
| 영상진단및방사선치료료 | 314,416 |  |
| 치료재료대 | 76,240 | 398,765 |
| **전액본인부담** |  |  |
| 선  택  사  항 | 재활 및 물리치료료 |  |  |
| 정신요법료 |  |  |
| CT진단료 |  |  |
| MRI진단료 |  |  |
| 초음파진단료 |  |  |
| 보철․교정료 |  |  |
| 수혈료 |  |  |
| 선택진료료 |  | 182,270 |
| 계 | | 574,727 | 823,732 |
| 본인부담금① | | 117,980 |  |
| 공단부담금② | | 456,740 |  |

(사례 3) 진료과목: 류마티스 내과, 2인용, 대학병원 입원기간: 2007.8.10-26(17일간)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 항목 | ① +② 요양급여(원) | ③ 비급여(원) |
| 1. 진찰료 | 11,730 | - |
| 2. 입원료 | 839,660 | - |
| 3. 상급병실료 | - | 1,446,000 |
| 4. 식대 | 261,460 | - |
| 5. 투약 및 조제료 | 191,710 | - |
| 6. 주사료 | 319,821 | 24,562 |
| 7. 수술료 | 272,857 | - |
| 8. 처치료 | 14,508 | 100,602 |
| 9. 검사료 | 1,689,961 | 125,769 |
| 10. 영상진단 | 273,317 | - |
| 11. 치료재료대 | 23,270 | - |
| 12. 전액본인부담 | 105,435 | - |
| 13. CT진단료 | 268,643 | - |
| 14. MRI진단료 | 714,405 | - |
| 15. 초음파진단료 | - | 232,000 |
| 16. 수혈료 | 133,857 | - |
| 계 | 5,128,634 | 1,964,252 |
| 본인부담금① | 643,534 |  |
| 보험자부담금② | 4,485,100 |  |
| 입원진료비계④ (①+②+③) | 7,092,886 |  |
| 입원환자부담총액⑤ (①+③) | 2,607,786 |  |

자료: 양명생,2007.8

(사례 4) 진료과목: 종양내과, 외래(당일)주사 진료기간: 2007.12.27

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 항목 | ① +② 요양급여(원) | ③ 비급여(원) |
| 1. 진찰료 | 12,110 | - |
| 2. 투약 및 조제료 | 9,635 | - |
| 3. 주사료 | 2,135,608 | - |
| 4. 검사료 | 53,664 | - |
| 5. 영상진단 | 9,940 | - |
| 6. 선택진료 | - | 4,360 |
| 계 | 2,220,957 | 4,360 |
| 본인부담금① | 222,100 |  |
| 보험자부담금② | 1,998,857 |  |
| 진료비총액 (①,②,③) | 2,225,317 |  |
| 환자부담총액 (①+③) | 226,460 |  |

자료: 양명생, 2007.12

<부표 6-2> 연도별 보험재정 현황

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 |
| 총인구수(천명) | 36,412 | 36,969 | 37,534 | 38,124 | 38,724 | 39,326 | 39,929 |
| 건강보험가입자수(천명) | 3,200 | 3,878 | 7,957 | 9,226 | 11,497 | 13,804 | 15,679 |
| 피보험자수(천명) | 1,199 | 1,706 | 2,772 | 2,978 | 3,870 | 4,625 | 5,180 |
| 피부양자수(천명) | 2,001 | 2,172 | 5,185 | 6,248 | 7,627 | 9,179 | 10,499 |
| 의료급여대상자수(천명) | 2,095 | 2,095 | 2,134 | 2,142 | 3,728 | 3,728 | 3,728 |
| 보험재정수입(백만원) | 14,928 | 48,690 | 113,489 | 179,465 | 274,769 | 260,627 | 452,819 |
| 직장조합 | 14,928 | 48,690 | 71,361 | 113,010 | 181,699 | 242,774 | 308,871 |
| 공․교공단 |  |  | 42,128 | 66,455 | 92,571 | 11,804 | 113,466 |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  | 499 | 2,410 | 5,473 |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |  | 3,639 | 11,009 |
| 보험재정지출합계(백만원) | 5,118 | 25,276 | 80,575 | 151,341 | 209,605 | 318,493 | 435,234 |
| 직장조합 | 5,118 | 25,276 | 44,361 | 91,340 | 132,506 | 204,088 | 292,605 |
| 공․교공단 |  |  | 36,214 | 60,001 | 76,644 | 107,621 | 122,953 |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  | 455 | 3,234 | 6,534 |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |  | 3,550 | 13,142 |
| 보험급여비합계(백만원) | 4,579 | 15,516 | 72,364 | 138,021 | 189,389 | 292,614 | 401,890 |
| 직장조합 | 4,579 | 15,516 | 38,238 | 81,723 | 118,100 | 185,991 | 269,870 |
| 공․교공단 |  |  | 34,126 | 56,298 | 71,001 | 100,890 | 114,642 |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  | 288 | 2,620 | 5,466 |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |  | 3,113 | 11,912 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
| 총인구수(천명) | 42,513 | 41,256 | 41,569 | 42,082 | 41,975 | 42,380 |
| 건강보험가입자수(천명) | 17,165 | 17,995 | 19,361 | 21,257 | 28,906 | 39,922 |
| 피보험자수(천명) | 5,586 | 5,792 | 6,278 | 6,911 | 13,744 | 25,419 |
| 피부양자수(천명) | 11,579 | 12,203 | 13,083 | 14,346 | 15,162 | 14,503 |
| 의료급여대상자수(천명) | 3,259 | 3,259 | 4,386 | 4,386 | 4,290 | 4,246 |
| 보험재정수입(백만원) | 547,704 | 634,078 | 793,606 | 941,643 | 1,283,255 | 1,783,774 |
| 직장조합 | 375,145 | 443,065 | 544,076 | 657,352 | 807,764 | 948,131 |
| 공․교공단 | 142,341 | 151,854 | 201,426 | 230,594 | 260,996 | 304,566 |
| 지역(시범지역) | 6,406 | 7,886 | 8,647 | 8,780 | 214,495 | 531,077 |
| 지역(시범직종) | 23,812 | 31,273 | 38,657 | 44,917 |
| 보험재정지출합계(백만원) | 554,369 | 643,161 | 635,760 | 745,902 | 1,034,400 | 1,545,781 |
| 직장조합 | 370,636 | 439,659 | 424,811 | 515,862 | 657,173 | 849,772 |
| 공․교공단 | 151,206 | 163,541 | 168,139 | 175,346 | 203,962 | 262,067 |
| 지역(시범지역) | 8,062 | 8,238 | 7,872 | 10,866 | 173,265 | 433,942 |
| 지역(시범직종) | 24,465 | 31,723 | 34,938 | 43,828 |
| 보험급여비합계(백만원) | 512,543 | 594,969 | 581,488 | 674,398 |  |  |
| 직장조합 | 341,008 | 405,664 | 386,737 | 464,167 |  |  |
| 공․교공단 | 142,681 | 153,814 | 157,247 | 163,633 |  |  |
| 지역(시범지역) | 6,739 | 6,765 | 6,177 | 7,189 |  |  |
| 지역(시범직종) | 22,115 | 28,726 | 31,327 | 39,409 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |
| 총인구수(천명) | 42,869 | 43,296 | 43,748 | 44,195 | 44,642 |
| 건강보험가입자수(천명) | 40,175 | 40,799 | 41,329 | 42,217 | 43,258 |
| 피보험자수(천명) | 25,928 | 26,565 | 27,191 | 28,075 | 29,012 |
| 피부양자수(천명) | 14,247 | 14,234 | 14,139 | 14,142 | 14,246 |
| 의료급여대상자수(천명) | 3,930 | 2,879 | 2,687 | 2,366 | 2,136 |
| 보험재정수입(백만원) | 2,432,062 | 3,268,871 | 3,774,455 | 4,199,230 | 4,710,921 |
| 직장조합 | 1,080,259 | 1,313,375 | 1,549,255 | 1,714,509 | 1,937,387 |
| 공․교공단 | 357,786 | 433,717 | 512,989 | 561,642 | 628,261 |
| 지역(시범지역) | 994,017 | 1,521,779 | 1,712,211 | 1,923,079 | 2,145,273 |
| 지역(시범직종) |
| 보험재정지출합계(백만원) | 2,164,039 | 2,491,035 | 2,970,441 | 3,463,521 | 3,970,036 |
| 직장조합 | 842,258 | 987,794 | 1,131,619 | 1,306,378 | 1,492,729 |
| 공․교공단 | 314,277 | 346,031 | 440,065 | 493,115 | 557,745 |
| 지역(시범지역) | 1,007,504 | 1,157,210 | 1,398,757 | 1,664,028 | 1,919,562 |
| 지역(시범직종) |
| 보험급여비합계(백만원) |  |  |  |  |  |
| 직장조합 |  |  |  |  |  |
| 공․교공단 |  |  |  |  |  |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  |  |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
| 총인구수(천명) | 45,093 | 45,545 | 45,954 | 46,287 | 46,617 |
| 건강보험가입자수(천명) | 44,016 | 44,603 | 44,925 | 44,472 | 45,184 |
| 피보험자수(천명) | 29,623 | 29,991 | 30,167 | 30,204 | 30,270 |
| 피부양자수(천명) | 14,393 | 14,612 | 14,758 | 14,268 | 14,914 |
| 의료급여대상자수(천명) | 1,990 | 1,740 | 1,642 | 1,323 | 1,637 |
| 보험재정수입(백만원) | 5,614,381 | 6,630,948 | 7,439,825 | 7,994,604 | 8,892,385 |
| 직장조합 | 2,337,193 | 2,703,797 | 2,884,301 | 3,037,780 | 3,122,910 |
| 공․교공단 | 779,326 | 944,425 | 937,986 | 904,733 | 1,217,499 |
| 지역(시범지역) | 2,497,862 | 2,982,726 | 3,731,943 | 4,287,180 | 4,551,976 |
| 지역(시범직종) |
| 보험재정지출합계(백만원) | 5,076,432 | 6,464,198 | 7,680,706 | 8,552,528 | 9,610,123 |
| 직장조합 | 1,992,312 | 2,554,706 | 3,111,757 | 3,425,159 | 3,699,316 |
| 공․교공단 | 719,242 | 892,306 | 1,080,887 | 1,201,424 | 1,181,890 |
| 지역(시범지역) | 2,364,878 | 3,017,186 | 3,602,468 | 4,161,036 | 4,728,917 |
| 지역(시범직종) |
| 보험급여비합계(백만원) |  |  |  |  |  |
| 직장조합 |  |  |  |  |  |
| 공․교공단 |  |  |  |  |  |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  |  |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| 총인구수(천명) | 47,008 | 47,357 | 47,622 | 47,859 | 48,039 |
| 건강보험가입자수(천명) | 45,896 | 46,379 | 46,659 | 47,103 | 47,372 |
| 피보험자수(천명) | 30,760 | 31,098 | 31,231 | 31,073 | 30,675 |
| 피부양자수(천명) | 15,136 | 15,281 | 15,429 | 16,029 | 16,697 |
| 의료급여대상자수(천명) | 1,570 | 1,503 | 1,421 | 1,454 | 1,529 |
| 보험재정수입(백만원) | 9,827,717 | 11,928,330 | 14,305,319 | 17,466,651 | 19,408,384 |
| 직장조합 |  |  |  |  |  |
| 공․교공단 |  |  |  |  |  |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  |  |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |  |
| 보험재정지출합계(백만원) | 10,744,194 | 14,105,819 | 14,798,463 | 15,972,379 | 17,330,520 |
| 직장조합 |  |  |  |  |  |
| 공․교공단 |  |  |  |  |  |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  |  |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |  |
| 보험급여비합계(백만원) |  |  |  |  |  |
| 직장조합 |  |  |  |  |  |
| 공․교공단 |  |  |  |  |  |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  |  |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| 총인구수(천명) | 48,138 | 48,297 | 48,456 | 48,160 |
| 건강보험가입자수(천명) | 47,392 | 47,410 | 47,820 |  |
| 피보험자수(천명) | 29,904 | 29,380 | 29,570 |  |
| 피부양자수(천명) | 17,488 | 18,030 | 18,250 |  |
| 의료급여대상자수(천명) | 1,762 | 1,829 | 1,853 | 1,841 |
| 보험재정수입(백만원) | 21,091,074 | 23,263,083 | 26,049,843 |  |
| 직장조합 |  |  |  |  |
| 공․교공단 |  |  |  |  |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |
| 보험재정지출합계(백만원) | 19,979,956 | 22,817,757 | 25,888,502 |  |
| 직장조합 |  |  |  |  |
| 공․교공단 |  |  |  |  |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |
| 보험급여비합계(백만원) |  |  |  |  |
| 직장조합 |  |  |  |  |
| 공․교공단 |  |  |  |  |
| 지역(시범지역) |  |  |  |  |
| 지역(시범직종) |  |  |  |  |
| 자료: 건강보험심사평가원 진료비통계분석, 2009.8 | | | | |

<부표 6-3> 연도별 보험진료비 현황

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 |
| 진료비총액(백만원) | 7,414 | 24,646 | 102,235 | 183,867 | 263,767 | 401,910 | 574,885 |
| 의료기관(백만원) | 7,414 | 24,646 | 102,235 | 183,867 | 263,767 | 401,910 | 574,885 |
| 약국(백만원) |  |  |  |  |  |  |  |
| 보험급여비(백만원) | 4,540 | 15,209 | 71,636 | 131,968 | 183,382 | 278,999 | 396,544 |
| 급여율(%) | 61.23 | 61.71 | 70.07 | 71.77 | 69.52 | 69.42 | 68.98 |
| 가입자1인당진료비(천원) | 2 | 6 | 13 | 20 | 23 | 29 | 37 |
| 가입자1인당급여비(천원) | 1 | 4 | 9 | 14 | 16 | 20 | 25 |
| 65세 이상 진료비(백만원) |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
| 진료비총액(백만원) | 732,602 | 862,330 | 907,929 | 1,078,258 | 1,477,009 | 1,989,168 |
| 의료기관(백만원) | 732,602 | 862,330 | 907,929 | 1,078,258 | 1,477,009 | 1,989,168 |
| 약국(백만원) |  |  |  |  |  |  |
| 보험급여비(백만원) | 505,102 | 595,531 | 569,653 | 671,297 | 955,991 | 1,293,259 |
| 급여율(%) | 68.95 | 69.06 | 62.74 | 62.26 | 64.72 | 65.02 |
| 가입자1인당진료비(천원) | 43 | 48 | 47 | 51 | 51 | 50 |
| 가입자1인당급여비(천원) | 29 | 33 | 29 | 32 | 33 | 32 |
| 65세 이상 진료비(백만원) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
| 진료비총액(백만원) | 2,960,347 | 3,200,995 | 3,731,063 | 4,348,201 | 4,897,172 | 6,144,220 |
| 의료기관(백만원) | 2,937,881 | 3,177,053 | 3,703,984 | 4,302,502 | 4,804,828 | 5,977,453 |
| 약국(백만원) | 22,466 | 23,942 | 27,079 | 45,700 | 92,344 | 166,767 |
| 보험급여비(백만원) | 1,903,197 | 2,006,080 | 2,336,304 | 2,730,432 | 3,108,777 | 3,939,421 |
| 급여율(%) | 64 | 62.28 | 62.62 | 62.79 | 63.48 | 64.12 |
| 가입자1인당진료비(천원) | 74 | 78 | 90 | 103 | 113 | 140 |
| 가입자1인당급여비(천원) | 47 | 49 | 57 | 65 | 72 | 89 |
| 65세 이상 진료비(백만원) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
| 진료비총액(백만원) | 7,623,961 | 8,803,895 | 9,964,955 | 11,705,695 | 12,912,220 |
| 의료기관(백만원) | 7,423,716 | 8,572,725 | 9,703,911 | 11,379,705 | 11,725,636 |
| 약국(백만원) | 200,245 | 231,169 | 261,045 | 325,990 | 1,190,584 |
| 보험급여비(백만원) | 4,948,353 | 5,750,360 | 6,571,301 | 7,778,349 | 8,789,329 |
| 급여율(%) | 64.91 | 65.32 | 65.94 | 66.45 | 68.07 |
| 가입자1인당진료비(천원) | 171 | 196 | 224 | 259 | 281 |
| 가입자1인당급여비(천원) | 111 | 128 | 148 | 172 | 192 |
| 65세 이상 진료비(백만원) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
| 진료비총액(백만원) | 17,843,328 | 18,831,672 | 20,741,986 | 27,506,038 | 24,861,516 |
| 의료기관(백만원) | 13,236,426 | 13,806,702 | 15,266,449 | 16,310,271 | 17,838,626 |
| 약국(백만원) | 4,606,902 | 5,024,970 | 5,475,547 | 6,195,767 | 7,022,890 |
| 보험급여비(백만원) | 12,940,603 | 13,424,536 | 14,755,199 | 16,130,188 | 17,988,571 |
| 급여율(%) | 72.52 | 71.29 | 71.14 | 71.67 | 72.36 |
| 가입자1인당진료비(천원) | 385 | 404 | 440 | 581 | 525 |
| 가입자1인당급여비(천원) | 279 | 288 | 313 | 341 | 380 |
| 65세 이상 진료비(백만원) | 985 | 1,100 | 1,235 | 1,363 | 1,545 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 구분 | 2006 | 2007 | 2008 |
| 진료비총액(백만원) | 28,410,272 | 32,389,193 | 35,036,563 |
| 의료기관(백만원) | 20,374,409 | 23,496,729 | 25,475,536 |
| 약국(백만원) | 8,035,863 | 8,892,464 | 9,561,027 |
| 보험급여비(백만원) | 20,931,600 | 322,590,000 | 258,073,000 |
| 급여율(%) | 73.67 | 74.22 | 73.66 |
| 가입자1인당진료비(천원) | 599 | 677 | 728 |
| 가입자1인당급여비(천원) | 442 | 6,746 | 5,359 |
| 65세 이상 진료비(백만원) | 1,815 | 2,070 | 2,281 |
| 자료: 건강보험심사평가원 진료비통계분석, 2009.8 | | | |

부록 2. 건강보험 발전을 위한 수가제도의 개혁방안

1. 선택진료제도의 개선 방안

1.1. 수가와 선택진료비에 대한 새로운 패러다임의 개혁방안

건강보험에서의 비급여는 나름 타당한 이유와 명분이 있지만, 선택진료비 만큼은 그러하지 못하다. 선택진료제는 1963년 서울대병원이 의사 확보를 이유로 특진규정으로 도입된 이후, 의료보험 저수가를 만회하는 방편으로 민간병원에서 시행되다가, 2000년 9월에 선택진료제로 명칭이 변경된 것이다. 결국 실질적으로 의사 선택이 아닌 상황에서 민원은 끊이지 않고, 선택진료제를 축소/폐지할 경우 병원에서는 저수가를 만회할 방편을 잃어 심각한 경영난에 봉착하는 상황에 처해졌다.

근본적인 문제 해결을 위해서는 병원의 입장에서 건강보험의 저수가를 만회하기 위하여 선택진료제가 불가피하였음을 인정하여야 한다. 그리고 대학병원에서 대학교수가 또는 (종합)병원에서 경험 많은 의사가 담당의로서 진료를 할 때에는 환자도 그에 상응하는 본인부담을 해야 한다는 것을 받아들여야 한다(다만, 환자의 질환이 특별하여 대학병원 이외에서는 진료가 불가능할 경우 등에는 건강보험에서의 지원이 있는 것을 전제로 한다).

현재 건강보험에서 수가와 본인부담률을 고시함으로써 마치 환자의 본인부담이 정부의 통제 하에 있는 것처럼 착각할 수 있지만, 적어도 종합전문요양기관을 제외한 종합병원과 병원에서는 선택진료제를 통하여 시장 체제하의 실질적인 가격 경쟁이 이루어지고 있다. 이는 종합병원의 30.5%, 병원의 4.3%만이 선택진료제를 운영하고 있다는 사실이 반증한다.

현재의 모순을 대체하는 새로운 패러다임의 제도 개혁 요지는 다음과 같다.

① 선택진료비를 폐지한다(선택진료권을 폐지하는 것이 아님에 유의).

② 현재의 ‘요양기관종별가산율 고시제’를 ‘요양기관종별가산율 상한선제’로 변경하여, 상한선이하에서 가산율을 의료기관이 자체적으로 정할 수 있도록 한다.

③ 현재의 ‘본인부담금 고시제’를 ‘공단부담금 고시제’로 변경하여, ①과 ②의 시행에 따른 본인부담과 공단부담의 총액에는 변함이 없도록 한다.

아래의 표를 예를 들어 설명하면 쉽게 이해할 수 있다. 현재의 A에서 E까지는 쉽게 이해될 수 있다. 다만 현재에서 선택진료비(F) 30,000원은 기본수가(A)의 100,000원에 “선택진료총수입/종별가산율적용대상행위의 기본수가 총액”을 곱한 금액이다. 모든 의사와 의료행위에 선택진료비가 붙는 것이 아니므로, 그 병원의 평균적인 선택진료비 수준을 산정하기 위하여 “선택진료총수입/종별가산율적용대상행위의 기본수가 총액”의 지수를 도입하였다.

“선택진료총수입/종별가산율적용대상행위의 기본수가 총액”이 만약 30%로 산출되었다면, 이를 기존의 종별가산율 30%에 이를 더하여 상한선을 60%로 하고, 이를 복지부에서 고시하는 것이다. 이렇게 될 경우, 공단부담금, 환자부담금, 병원수입 모두에 영향을 주지 아니하면서, 선택진료비가 종별가산율의 제도권에 포함될 수 있는 것이다. 다만, 이렇게 새로운 패러다임에 의한 진료비 부담 방법이 도입될 때, <표 5-12>에서 제시한 “요양기관별로 동일한 공단부담금제”가 함께 도입된다면, 금상첨화일 것이다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 현재 | 개편 |
| 기본수가(A) | 100,000원 | 100,000원 |
| 종별가산적용수가(B) | 130,000원  =A\*(1+30%) | ≤160,000원  ≤A\*(1+60%) |
| **공단부담금(C)** | **104,000원**  =B-E | **104,000원**  前과 동일하게 고시 |
| **환자본인부담 총액(D)** | **≤56,000원**  =E+F | **≤56,000원**  =E |
| 법정본인부담(E) | 26,000원  =B\*20% | ≤76,000원  =B-C |
| 선택진료비(F) | ≤30,000원주) | 없음 |
| **병원 수입** | **≤160,000원**  =B+F | **≤160,000원**  =B |
| 주: A에 “선택진료총수입/종별가산율적용대상행위의 기본수가 총액”을 곱한 금액임 | | |

1.2. 선택진료제 개선 방안 메모[[26]](#footnote-26)

**가. 선택진료제 개선 방안을 위한 인식**

① 현재 환자가 부담하는 선택진료료는 2008년 기준 1조원이 넘어섰으며, 매년 27%씩 빠르게 증가하고 있음

→ 이런 속도로 증가한다면 2011년에 2조원이 넘어설 것으로 예상됨

➪ 더 늦어져서 규모가 커지면 제도를 개선하는 것이 더욱 어려워짐

※ 선택진료료가 증가하는 이유

- 건강보험 수가인상에 따른 선택진료료 증가

- 선택진료를 시행하는 병원급 의료기관 증가

② 병원의 선택진료 수익을 보전해 주어야 함. 서울대병원의 경우 연간 300억원임. 이를 보전해주지 않으면 선택진료 폐지에 반대할 수밖에 없음

③ 병원의 수익을 보전해 주기 위해서 ‘재원’을 확보해야 함

→ 선택진료 재정 규모가 커서 건강보험 재원을 활용하는 수밖에 없음

④ 중요한 점은 현재 선택진료제도 그대로를 놓고 ‘건강보험’이 끌어안을 수 없다는 것임 건강보험으로 하게 되면 그동안 선택진료를 시행하지 않던 병원까지도 시행하려 할 것이기 때문임

⑤ 따라서 현재 ‘선택진료제’를 변형시켜 건강보험의 재원을 활용할 수 있도록 해결 방안을 찾아야 함

⑥ 국민의 입장에서는 이에 따르는 건강보험료가 인상되겠지만, 건강보험 보장수준이 개선되어 고액환자일수록 부담이 적어지게 됨

나. 선택진료제 개선의 대안

**1) 선택진료제를 폐지하면서 건강보험 수가에 반영하는 방식**

➪ 병원급 의료기관의 환산지수 계약을 ‘선택진료를 시행하고 있는 병원(A군 병원)’과 ‘선택진료를 시행하지 않는 병원(B군 병원)’으로 나누어 계약하도록 함.

o 즉 아래의 그림과 같이 ‘A군 병원’과 ‘B군 병원’으로 나누어 환산지수 계약을 별도로 수행함.

- 2010년 1월을 기준으로 ‘선택진료’를 시행하고 있는 병원은 ‘A군 병원’으로, 선택진료를 시행하지 않는 병원은 ‘B군 병원’으로 분류함

o 이렇게 할 경우 A군 병원과 B군 병원 모두 이익이 돌아가게 됨.

o A군 병원의 경우

- 선택진료에 대한 수익이 건강보험 수가로 보전될 수 있음.

- ‘환산지수’를 높이는 방식 또는 상대가치점수에 일정 비율의 가산을 적용하는 방식 모두 가능함.

o B군 병원의 경우

- 현행과 같이 대학병원들과 함께 묶여 병원급이 모두 단일수가를 적용하게 되어 중소병원들이 불리했음. 중소병원들은 선택진료 수입도 없을 뿐만 아니라 비급여로 인한 수입이 대학병원에 비해 적었기 때문임.

- 만일 ‘선택진료’를 시행하지 않는 병원들만 별도로 수가계약을 하게 될 경우 환산지수는 현재보다 높아지게 됨. 사실상 수가가 인상됨.

- 대형병원 보다 중소병원, 지역병원에 대한 수가인상이 필요하다는 지적이 있어왔으나 방법이 없었음. 그러나 이처럼 선택진료 시행을 하지 않는 병원으로만 수가결정을 하게 되면 수가인상 가능함.

→ 이렇게 하면 대형병원이 아닌 중소병원 지원 정책 가능

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 대학병원 (100%) | **A군 병원** | |
| 종합병원 (30%) |  | |  |
| 병 원 (2%) |  | **B군 병원** |

**2) 의료서비스 질 평가 결과에 따른 보상 방식**

o 선택진료제를 폐지하고 ‘의료서비스 질 평가 결과에 따른 보상’을 통해 병원의 수익을 보전해 주는 방안

o 매년 건강보험 총재정의 3%를 ‘(가칭)건강보험 의료서비스 질향상 지원금’으로 활용 (※ 현재 선택진료료 규모는 건강보험 총재정의 약 3%)

o 건강보험공단의 입장에서

- 건강보험 재정의 일부를 활용하여 건강보험에서 제공하는 의료서비스의 질 향상을 위해 사용한다는 명분 가능

- 건강보험 보장수준의 개선 효과 발생

- 의료기관과의 관계에서 평가자로 참여 가능

o 문제점

- 병원들이 평가에 대하여 반발할 가능성

- 새로운 평가를 또 해야 하나?

- 평가지표 선택의 어려움

- 중소병원보다 대학병원에 유리한 방식

➪ 해결할 방법 : 병원들에게 ‘평가방법’과 ‘평가지표’를 결정하도록 함.

**3) 두 방식에 대한 비교 토론**

o 건강보험 수가 반영 방식은 ‘대학병원’과 ‘중소병원’ 모두에게 혜택이 돌아갈 것임.

- 그러나 ‘평가보상 방식’은 ‘대학병원’에 혜택이 집중될 가능성 있음. ‘중소병원’ 지원 방안이 아님

o ‘평가보상방식’은 전세계에서 보편적으로 사용하고 있으며, 선택진료제도가 병원의 입장에서 볼 때는 의료서비스의 질 향상을 위한 incentive였다는 주장을 받아들일 수 있는 장점이 있음

4) **제도 개선을 둘러싼 정책적 환경의 변화와 기대효과**

① 정책 환경

o 정부 입장에서

- 현행 선택진료제도를 그대로 유지할 경우 비용이 급속히 증가하여 몇 해만 지나도 제도 개선을 하기 어려워질 것임.

- 따라서 선택진료를 대체하거나 규모를 줄일 방법을 찾고 있었음. 그래서 선택진료 의사비율로 접근하고 있으나 효과가 없음

- 복지부는 선택진료를 통제범위 안에 넣고 싶어하지만, 마땅한 도구를 찾지 못하고 있음.

o 대학병원 입장에서는

- 수익 보전이 가장 중요한 전제임.

- 민원이 자주 발생하는 문제이며, 도덕적으로 몰리는 문제이므로 대체방안이 있다면 대체하는 것을 원함.

- 다만 병원 입장에서는 선택진료 수입을 쌈지 돈 식으로 임의적으로 편하게 사용해왔는데, 대체하게 되면 불편해지는 것을 싫어함. 그러나 이는 제도개선을 반대할 이유가 못됨.

(※ 2008년 봄 감사원의 감사 결과 서울대병원과 충북대병원은 전체 재정상황이 적자라고 하면서도 선택진료 수입을 병원 재정에 포함시키지 않았던 것이 지적됨. 또한 선택진료 수입을 나이트클럽 등 유흥업소에서 사용했던 것이 적발되었음.)

o 중소병원급

- 선택진료제가 폐지되는 대신 수가가 인상되기를 기대함

- 그러나 대학병원의 눈치가 보여서 주장하지 못하고 있는 형국임

② 기대효과

o 국민 입장에서는 건강보험 보장수준 개선, 특히 고액환자 부담 감소

o 민원해소 : 병원과 환자의 신뢰관계 개선

o 병원에게는 선택진료 수익 보전

o 중소병원에게도 혜택이 돌아가는 방식 가능

2. 상대가치 구조의 개혁

국민건강보험법 제42조(요양급여비용의 산정 등)에는 요양급여 비용에 대한 명시적 정의나 개념이 없다. 법 제39조(요양급여)의 내용은 요양기관에서 환자에 대한 모든 치료와 투약 등의 행위를 요양급여라고 하기 때문에 이에 소요되는 비용은 요양급여비용이고 이 비용은 공단의 이사장과 의약계 대표자간에 연간 단위로 계약을 하도록 되어 있다. 다만, 법 제42조제7항에 계약의 내용 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다고 규정해놓고 시행령 제24조(계약의 내용 등)에 “상대가치점수”라는 용어가 등장하고 있다.

이 상대가치점수에 대한 용어나 동 시행령에 명기한 모든 사항이 법 조항에 있어야 할 것이라고 생각된다. 상대가치는 요양급여비용 즉 보험수가의 밑그림이다. 그러므로 상대가치점수가 계약범위에 들어가지 아니하고 법 제4조에 의한 건강보험정책 심의위원회의 심의를 거쳐 보건복지가족부장관이 정하도록 함에 따라 보험수가 계약제는 어떻게 보면 허구에 지나지 않는다. 점수당 단가인 환산지수만을 계약대상으로 하기 때문에 의약분업 파동시 1년에 3번이나 수가를 인상시켰지만 2002년 4월에 -2.9% 인하할 때 진찰료 점수를 올려주고 또 다음해에 내리고 빈도 많은 수가의 점수를 낮추는 등 상대가치 점수의 당초의 정당성이 훼손되어도 의료계는 어느 단체 하나 그에 대한 부당성에 맞서지 못하고 그저 몇 %에만 집착한 것으로 비쳐졌다. 2001년도에 초진진찰료의 평일 시간대 이외의 가산율을 50%가 30%로 대폭 하향될 때에도 그냥 당하고 만 것이다. 점수당 단가의 환산지수만 계약 대상이고 수가의 밑그림이라 할 수 있는 상대가치점수나 각종 가산율은 보건복지가족부 장관의 고유권한 범주에 들어가기 때문에 필요시에 언제든지 수시로 인하할 수도 있기 때문에 상대가치점수 자체로 요양급여비용 계약 대상으로 하여야 하고 의료원가의 변동이 있거나 수가 상대간에 가치가 변동이 생기면 적정한 수준으로 조정할 필요가 있더라도 그냥 방치하거나 조정하면 과거와 같이 수가 항목간의 불균형이 올 수 있게 마련인 것이다.

따라서 상대가치점수도 일정기간 즉 최소한 매3년 주기로 재계약을 하도록 하여야 하며 그러기 위해서는 건강보험심사평가원의 상대가치 점수연구단 못지않게 연구팀을 의료계도 상설화시켜야 할 것으로 본다.

그리고 우리나라 상대가치점수제 도입시 미국의 상대가치 점수제를 연구하여 우리나라 것으로 하였다고 하지만 미국의 제도와 우리의 제도가 같을 수 없을 뿐만 아니라 보험수가 구조나 배열은 1977년 일본수가표를 인용하여온 그대로 근본 틀은 유지하고 있음을 볼 때 일본의 점수제에 대해서도 연구하여 비교 검토하는 것도 나쁘지만은 아닐 것으로 본다.

1977년 당시 우리나라 수가표도 일본과 같이 점수제를 도입하였으나 점수제에 대한 여러 가지 문제점이 있어 1981년도에 금액제로 바꾸었고 수가조정시마다 부문별 조정과 각 행위별 조정으로 유지하여 왔던 점을 심도있게 검토 연구할 필요도 있을 것이다.

일본이 1943년 4월 1일 일본의 사회와 치과의사회의 “진료보수 계산규정”에 점수제를 채용하고 그 점수단가는 의과 20전, 치과10전으로 출발하였다가 1948.8.1 1점당 단가를 갑지10엔, 을지 9엔으로 하였다가 2개월후인 10월 1일에 갑지, 을지 같이 10엔으로 고쳤고 1951.12.1 1점당 단가를 갑지 12엔 50전, 을지 11엔 50전으로 하였다가 1958.10.1 신점수표에 갑표, 을표, 치과로 설정하고 1점당 단가를 10엔으로 하였다. 이후 1점당 단가는 10엔으로 고정하고 매년 점수자체를 조정해오고 있다. 우리보다 더 오래되고 많은 경험과 연구하는 전문가들이 많은 일본의 수가관리를 연구하는 것도 타산지석이 될 것으로 본다.

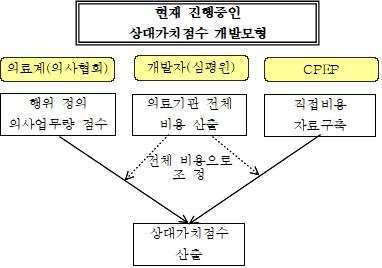
가. 행위분류의 개선

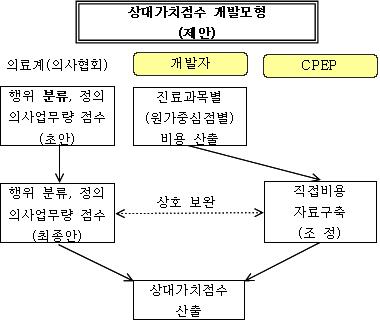
상대가치의 개발에 앞서 타당하고 적절한 행위 분류가 요구된다. 이 과정에 관련 학회의 이해나 보험재정이 고려되어서는 안된다(관련 학회에서는 행위의 구분이 세분화 될수록 또는 별도의 항목으로 분리될수록 상대가치점수가 유리하다고 생각하는 경향이 있음). 행위 분류의 결정이 관련 학회와 정부 사이에 직접 협상으로 이루어 질 경우, 다른 항목 분류와의 불형평성과 의료계의 전체 입장을 간과하는 문제가 발생한다. 따라서 상대가치점수를 다루는 기구와는 별개로 행위의 급여 여부와 행위분류의 적정성을 심의․의결하는 기구가 필요하다.

나. 상대가치점수개발 모형의 개선 방향

진료과목별 또는 원가중심점별 총진료비용 조사를 완료하고 이를 근거로 직접 진료비용자료 구축 작업을 수행할 것을 제안한다. 물론 이 조사는 상대가치점수 개발자와 의료계의 사전 협의와 조사결과에 대한 승복을 전제로 한다. 진료비용 상대가치점수 개발을 위한 회계조사 연구(2005)에서는 의료기관종별 비용구조(인건비, 재료비, 관리비)만 제시되었을 뿐, 진료과목별 또는 원가중심점별 총진료비용은 조사되지 못하였다. 전문과목별 임상전문가패널(CPEP)에서 구축한 진료비용을 의료기관 전체의 비용으로 대응시켜 진료비용을 조정한다면, 전문과목별 진료비용이 부적절한 원가로 도출될 가능성이 있다. 따라서 진료과목별(원가중심점별) 당해 행위의 총비용과 각 행위의 빈도를 임상전문가패널(CPEP)에게 제시하고, 그에 대응하는 직접비용 자료 구축을 요청하여야 합당한 결과가 도출될 것이다.

또한 행위 정의와 직접비용 자료 구축은 동시에 진행되어야 한다. 행위의 정의와 직접비용 자료는 불가분의 관계에 있다. 특히 행위 정의의 내용 중 의사의 활동 및 시간은 직접비용 자료 구축에서의 비의사인력의 활동 및 시간에 대한 자료와 상호 연관성을 가지고 있어서 직접적인 비교․검토․검증이 가능할 것으로 생각된다. 이러한 개선방향을 현재 진행 중인 상대가치개발과 비교하면 다음 그림과 같다.





다. 상대가치점수 타당성과 적용성의 제고 방안

의사업무량의 시술중 업무량, 사전, 사후 업무량에 대한 기준과 표준화가 필요하며, 객관적인 의사업무량 상대가치점수의 검증 기준의 개발도 필요할 것으로 생각된다. 이와 함께 위임․관리 업무 등에 대한 의사업무량의 평가 기준 마련도 요구된다. 또한 의료기관별로 상이한 인턴, 레지던트, 비의사인력에 대한 위임의 정도를 어떻게 의사업무량 또는 진료비용에 반영해야 할 것인지도 결정해야 하며, 필요한 경우 표본 의료기관의 조사도 이루어져야 할 것이다.

가산료의 수준 책정과 산정지침 등의 개선은 상대가치점수의 개발과 함께 이루어지는 것이 바람직할 것이다. 보험재정의 이유로 또는 파급 효과를 우려하여 이들 문제의 언급과 조사․검증을 회피하는 것은 바람직하지 않다. 특히 산정지침 등은 의료의 발전과 국민(환자)의 욕구 수준의 증대에 따라 개선의 여지가 끊임없이 발생하는 만큼 지속적인 검토․개선이 가능한 제도적 장치가 필요하다.

라. 상대가치의 향후 전망

그동안 건강보험 급여 행위의 수가의 수준이나 원가 보상 여부를 차치하고서, 일부 관련 학회와 단체를 중심으로 상대가치점수의 형평성 문제가 끊임없이 제기되어 왔다. 따라서 이에 대한 개선의 필요성은 없지 않다. 현재 개정 고시되고 있는 상대가치점수에 대하여 현행법에서는 상대가치점수가 의사 업무량, 진료비용, 위험도에 근거하여야 한다고 명시되어 있으나, 반드시 이를 분리하여 고시하여야 한다는 조항은 없다. 그럼에도 불구하고 만약 연구의 결과를 근거로 세 가지 요소를 분리하여 고시할 경우 우선 개방형 병원(어텐딩 의사)이나 진료비지불제도의 변경과 같은 의료제도 전반에 영향을 줄 수 있는 정책을 염두에 두고 있다고 판단할 수 있다.

개방형 병원은 의료자원의 효율적 활용이라는 측면에서 바람직한 모델임에는 틀림없으나, 이 것은 미국과 같이 지역주민, 지방자치단체, 종교단체 등 비의료인이 주축이 되어 공공병원을 설립하면서 자연스럽게 형성된 제도일 뿐, 우리나라와 같이 의원급․병원급 의료기관에서 종합병원․대학병원으로 성장한 민간병원 주도 하에서는 기대하기 어려운 제도이다. 물론 의사를 구하기 어려운 일부 병원에서 어텐딩 의사를 생각해 볼 수 있으나, 보편적인 의료제도로 확대되기 위해서는 상대가치점수의 분리 외에도 선행되어야 할 조건이 많다.

그리고 의사 업무량을 따로 분리하여 고시하였다고 하여 어텐딩 의사와 개방형 병원간의 수익 배분의 기준이 명확해지는 것도 아니다. 예를 들어 ‘어텐딩 외과 의사가 입원한 환자에게 내시경 처방을 하고 내과 의사가 내시경을 수행하였다면, 내시경의 의사업무량 상대가치점수는 누구에게 귀속되는가’ 의 단순한 문제로부터 위험도점수 귀속에 이르기까지 복잡한 경우가 발생할 수 있다. 결국 의사업무량 상대가치점수만으로 개방형 병원의 활성화에 도움이 되거나 어텐딩 의사와의 수익 배분 기준으로 활용될 수 있을 것이라고는 생각하지 않는다.

의사 업무량을 따로 분리하여 고시하였을 때 추진 가능한 정책으로서 진료비지불제도의 변경, 이를테면 DRG 시행을 예상할 수 있다. 의사업무량을 포함한 자원소모량은 진단명군별로 묶기가 어렵지만, 의사업무량을 제외할 경우 진단명군별로 자원소모량을 묶기는 보다 쉬워진다. 현재 행위별로 단일 금액으로 고시하던 것을 의사업무량 금액, 진료비용 금액, 그리고 DRG에 따른 금액으로 따로 고시한 후 “외래환자는 행위별 의사업무량 비용과 진료비용 금액으로 청구하되, 입원환자의 경우 행위별 의사업무량 비용과 진단명에 따른 DRG 금액으로 청구하여야 한다”는 단서 조항으로 DRG 시행이 가능해진다.

즉, 미국과 같이 어텐딩 의사나 개방형 병원을 전제로 하지 않아도 우리나라에서도 행위별수가제와 DRG의 병행이 가능해 진다는 것이다. 의사는 병원에서 봉직의로 계속 근무할 것이며, 봉직의의 봉급은 의사별 의사업무량총점으로 결정할 수도 없고 그럴 필요도 없다[[27]](#footnote-27). 따라서 상대가치점수 개발 과정에서 일부에서 지적하고 있는 사항 들, 즉 의사업무량 상대가치점수는 총점의 몇 %가 되어야 하는가? 또는 진료과목별 일인당 의사업무량 상대가치총점이 얼마가 되어야 하는가? 등은 DRG 도입만을 전제로 판단할 때 핵심 사안은 아닌 것으로 생각된다.

마. 수가 수준

신규 행위를 포함한 비급여 행위가 급여항목으로 진입할 때, 상대가치점수는 기존 행위를 비교의 대상으로 할 것이 아니라, 반드시 원가-경우에 따라서는 관행 수가-를 근거로 점수를 책정하여야 한다. 현재와 같이 저수가의 현실에서 신규 급여행위 마저 기존의 상대가치점수의 틀 안에서 꿰맞출려고 할 경우, 의료의 왜곡은 더욱 심화될 수밖에 없다.

더 나아가 의료 왜곡 현상을 해소하기 위하여 정부는 「급여 행위를 적어도 원가수준으로 보상하는 것」과 「보험재정부담으로 인한 비급여 행위(선택진료료 등)를 적정 수준으로서 급여화하는 것」에 대하여 의료계, 보험자, 시민단체 등이 일괄 합의할 수 있는 세부 시행안(로드 맵)을 제시하여야 할 것이다.

**연구자 소개**

이규식

연세대학교 보건행정학과 교수

건강복지정책연구원 원장

양명생

전 보건복지부 부산지방식약청장

전 건강보험심사평가원 상임이사

건강복지정책연구원 비상임연구위원

지영건

차의과학대학교 교수

예방의학전공

**건강보험급여와 수가제도의 변천과정 및 문제점**

|  |
| --- |
| 2010년 2월 26일 인쇄  저자 이규식, 양명생, 지영건  발행인 이규식  발행처 (사) 건강복지정책연구원  (우) 137-070 서울특별시 서초구 서초동 1543-11  신우빌딩 801호  TEL : 598-5562, FAX : 598-5563  www.kihaw.org |

\* 후원회에 대한 안내는 홈 페이지에 수록되어 있습니다.

1. 물론 이 제도들은 의료보험제도 도입 이전부터 있었던 제도이지만, 보험제도가 도입된 이후에도 지속되었다는 것은 공급자의 경영수지와 직결되었기 때문이다. [↑](#footnote-ref-1)
2. 당시 세브란스에서는 교수, 부교수, 조교수 간의 월급은 차이가 있는데 같은 수술일지라도 어떻게 동일 수가를 받아야 하느냐라는 논쟁이 있었음. 이에 세브란스에서는 미국이나 일본에서 최신 수술기술을 습득한 주임교수급과 기타 교수 간에 차등을 둔다는 권위적 발상에서 특진제도가 실시되었다는 증언을 최근 이종길 전행정부원장으로부터 들었음. 환자 요구라는 용어는 보사부가 각색한 것이다. [↑](#footnote-ref-2)
3. 각 규정은 부록에 수록해 두었다. [↑](#footnote-ref-3)
4. 최근 보건복지가족부가 지정진료제도의 개선을 위한 회의 자료에서 지정진료제도의 출발점을 1968년 국립의료원으로 본 것은 보건복지부의 구 자료를 토대로 작성된 것이며, 실제는 문교부가 1963년 이미 서울대학교 부속병원을 대상으로 실시하고 있었음. [↑](#footnote-ref-4)
5. 당시만 하여도 의료보험 적용 인구는 전국민의 21.2%에 불과한데다, 보험진료의 경우 청구, 심사 과정을 거치기 때문에 의료기관으로서는 업무의 복잡성, 진료비 지급의 지연, 그리고 관행수가보다 낮은 보험수가 등의 문제로 환자가 많은 대형병원들로서는 의료보험의 요양기관이 되는 것을 기피할 수 밖에 없었다. [↑](#footnote-ref-5)
6. 1991.4.1 지정진료에 관한 규칙 제정당시 조교수 이상 전문의만 지정의사로 하는 것으로 초안이 마련되었으나, 내부 논의 과정에서 군의관으로 복무한 의사는 군에 가지 않은 동기생보다 교수 임용이 상대적으로 늦어지는 불이익을 받게 된다는 지적이 있어 의사 면허 취득후 15년, 전문의 자격 취득후 10년으로 하는 규정을 만들게 되었다. [↑](#footnote-ref-6)
7. 본인부담률을 정확히 알 수 없기 때문에 국민의료비에서 차지하는 공적재정의 비율로 본인부담률을 대략 가름할 수 밖에 없다. 공식적인 국민의료비 통계에 의하면 2007년 사회보험료가 차지하는 비중이 37%, 조세로부터의 수입이 18%, 합계 55%로 추정되고 있다. 따라서 보장성은 55%로 간주할 수 있다. [↑](#footnote-ref-7)
8. 일본에서는 혼합진료의 허용문제에 대하여 총리실 규제개혁위원회는 허용해야 한다는 권고를 하고 있으나, 후생성은 사회보험원리에 맞지 않다는 논리에 따라 혼합진료를 허용하지 않고 있다. [↑](#footnote-ref-8)
9. 그러나 1970년대 후반 경제성장의 황금기(gold age)가 끝나가는 시점에 권리로서의 의료에 한계가 나타나기 시작했다. 1970년대 두 차례의 오일 쇼크와 뒤이은 stagflation에 의한 경제의 장기침체, 인구의 고령화 등으로 복지 부담이 증가함에 따라 복지국가의 위기가 닥치게 되었다. 이와 함께 New right 개념의 등장으로 의료에 있어서도 정부의 개입을 줄이고 시장기능을 통해 의료에 대한 문제점을 해결하려 노력이 시도되었다. 이러한 시도는 Enthoven(1977) 등과 같은 학자들에 의하여 의료분야에서도 경쟁을 도입하자는 이론으로 대표되고 있다. [↑](#footnote-ref-9)
10. 1977년 7월에 책정된 수가 수준에 대해서는 뒤에 상세히 설명하도록 한다. [↑](#footnote-ref-10)
11. 1994년 구성된 ‘의료보장개혁위원회’는 수가와 관련하여 두 가지 정책 대안을 마련하였다. 첫 번째 대안은 행위별 수가제를 유지하는 상태에서 의료보험 수가구조를 개편하는 것으로 구체적으로는 상대가치와 환산지수의 개념도입 및 수가수준의 현실화, 의학 및 의료기술의 발전에 따른 수가 항목과 용어의 적절한 분류 등을 내용으로 하였다. 이 작업을 위하여 1995년 7월 ‘의료보험수가구조개편협의회’를 구성하고 연세대학교 예방의학교실에 상대가치연구를 의뢰하였다. 다른 한 가지 대안은 행위별 수가제를 DRG 지불제도로 바꾸는 것이다. 이를 위해 1995년 1월 ‘DRG 지불제도 도입검토위원회’를 구성하였으며 1995년 7월 2차 도입검토협의회에서 일부 보편적인 질병군에 대해 DRG 지불제도를 도입을 결정하였고 1997년 초에 1차 시범사업을 시행하였다. [↑](#footnote-ref-11)
12. 건강보험법 시행령 제24조 ②요양급여의 상대가치점수는 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 간에 상대적 점수로 나타낸 것으로 .... (이하 생략) [↑](#footnote-ref-12)
13. 일부 행위의 점수는 연구된 상대가치점수를 근거로 일부 조정하였으나, 행위 전반에 걸쳐서 법에 근거한 상대가치를 반영하였다라고 볼 수는 없다. [↑](#footnote-ref-13)
14. 건강보험 급여행위의 수가 수준이란 점수당 단가의 문제로서 상대가치점수와는 무관하다는 의견을 나타내는 사람이 있으나, 2001년에 상대가치 출범 당시 보건복지부 고시는 연구결과를 토대로 점수당 단가는 원가수준으로(55.4원/점)으로 하되 고시점수를 원가(연구)수준보다 낮게 책정하였었다. [↑](#footnote-ref-14)
15. 의료보험제도가 도입된 이후 의약분업을 실시하기 위하여 목포시에서 1984년 5월 의약분업 시범사업을 실시하였으나 여러 가지 이유로 병의원에서 충분한 처방전을 발행하지 않아 시범사업은 실패로 끝나고 말았다. [↑](#footnote-ref-15)
16. 통상적으로 의료서비스의 생산비 구조를 보면 인건비의 비중이 40% 전후가 된다(한국보건산업진흥원, 의료기관 경영분석보고서). 그런데 의료보험 수가의 구조를 보험제도 도입 초기에는 기술료: 재료대의 비율을 65.4:34.6으로 보아 인건비를 65%로 간주한 보고서도 있다. [↑](#footnote-ref-16)
17. 이 부분은 김일천, 건강보험의 노화와 종언, 2009에서 발췌 요약하였다. [↑](#footnote-ref-17)
18. 이 부분도 김일천, 건강보험의 노화와 종언, 2009에서 발췌 요약하였다. [↑](#footnote-ref-18)
19. 당시의 수가 수준은 관행수가의 55%였으나, 의료기관 종별, 지역별 가산율을 감안할 때 관행수가의 75% 정도 된다는 것이 보사부 장관(신현확)의 국회답변이었다. [↑](#footnote-ref-19)
20. 만약 공무원을 1979년에 보험에 적용하지 않고 1989년 7월에 가장 마지막으로 적용시켰더라면 당연지정제는 도입되지 않았을 가능성이 높았을 것이다. [↑](#footnote-ref-20)
21. 우리나라에서 논의되고 있는 영리병원제도는 논리적으로 문제가 있다. 영리병원이 되면 건강보험의 당연지정에서 벗어나야 하는데, 당연지정제를 고수하면서 영리병원을 허용하겠다는 것은 매우 모순된 정책이다. 건강보험수가가 통제되고 진료내역이 심사를 당하는 현실에서 어떻게 의료공급을 통하여 이윤이 날 것인지가 의문이며, 당연지정제에서 영리병원을 하겠다고 나설 투자가가 나올지도 의문시 된다. [↑](#footnote-ref-21)
22. 건강보험심사평가원의 상대가치수가연구팀에서 비급여서비스는 원가보다 가격이 높고, 급여서비스는 원가에 비하여 가격이 낮다는 연구결과를 발표하였음을 이미 설명하였다. [↑](#footnote-ref-22)
23. 앞에서 이미 설명한 바와 같이 당시 보사부 신현확 장관은 국회에서 관행수가의 75% 수준으라고 해명하였으며, 당시 의료계는 관행수가 보다 45% 이상 하향 조정된 결과라고 주장하고 있었다(양명생, 1994). [↑](#footnote-ref-23)
24. 앞의 <표 5-13>을 보면, 1997년까지 건강보험 수가 인상률이 소비자 물가 인상률보다 낮았다. [↑](#footnote-ref-24)
25. 2007년 국민의료비 가운데 공공재정의 비중은 55%(조세 18%, 사회보험료 37%)로 보장성이 낮음을 알게 한다. [↑](#footnote-ref-25)
26. 이 방안은 건강세상네트워크의 김창보 박사가 제안한 내용임 [↑](#footnote-ref-26)
27. 병원-특히 중소규모의 일반병원-에서 특정 전문과목 의사를 고용하는 이유가 그 의사가 직접 유발한 이익에 국한되지 않는 경우가 많다. 예를 들어 적시(適時)의 수술을 위하여 마취 의사의 상근(常勤)이 필요하다면 마취 건수가 얼마 되지 않더라도-마취 수입이 마취 의사의 인건비보다 적더라도-마취 의사를 고용하여야만 한다. 응급실 의사가 직접 행한 행위량이 많지 않더라도, 그를 통하여 타 과목의 환자 유치에 도움이 된다면 응급실을 개설하고 응급실 의사를 고용하게 된다. 그 외 다른 일반 임상과목 중에서도 개별 의사가 직접 수행하는 행위 보다는 타 진료과목과의 협진이나 상승효과(synergic effect)를 위하여 특정 진료과목에 대한 전속 의사를 두는 경우를 흔히 볼 수 있다. 그리고 의사의 인건비는 의사인력의 시장(market)에서 형성된 진료과목별 고용의사의 임금 수준에 따른며, 고용의사의 임금 수준은 진료과목별 의사 수급과 개원에 따른 기회소득이 직접적으로 영향을 받는다. [↑](#footnote-ref-27)