

2018년 의원유형 수가협상을 마치며



변 태 섭

2018년 대한의사협회 수가협상단장
 의협 부회장/울산광역시지사회장
 tsbyun61@naver.com

지난 5월 31일로 2018년의 환산지수를 결정하는 '요양급여비용계약(일명 '수가협상')을 마쳤다.

주지하다시피, 우리는 국민건강보험법 제45조에 의거, 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계 대표가 수가협상을 진행한다. 그 중 대한의사협회는 현재 '의원유형' 수가협상의 대표를 맡고 있다.

2018년 수가협상, 그 결과는?

2018년 수가협상, 2년 연속 모든 유형의 요양급여 비용 계약이라는 소기의 성과를 이루었다. 그 중 의원

유형은 전체 소요재정(이하, '밴드') 규모가 인하된 (*2017년 평균 2.37%(8,134억 원)→2018년 평균 2.28%(8,234억 원)으로 0.09% 규모 감소) 열악한 상황임에도 전년도 수가인상률을 유지(3.1% 인상)하며 전 유형 중 수가인상률 1위라는 나름의 의미부여가 가능하게 되었다.

물론, 건보재정 20조원이라는 유례없는 사상 최대의 흑자 상황에서 개별 회원들이 체감하기에는 너무나 부족한 수준이다. 하지만, 건보공단이 줄기차게 우려하는 진료비 급증과 부과체계 개편에 따른 예상수입 감소 등으로 인해 전년보다 평균규모가 소폭 인하된 밴드 내에서, 동네의원 경영 정상화에 조금이나마 보탬이 될 수 있는 적정수가에 한 발짝 다가가기 위한 최선이었다.

표 1. 2018년 수가협상 결과

구분	환산지수(점수당 단가)			협상결과
	2017년(원)	2018년(원)	(인상률)(%)	
의원	79.0	81.4	3.1	전 유형 체결
병원	72.3	73.5	1.7	
치과	80.9	83.1	2.7	
한방	80.0	82.3	2.9	
약국	80.1	82.4	2.9	
조산원	121.4	125.5	3.4	
보건기관	77.1	79.3	2.8	
평균			2.28	

주 1. 전체 소요재정 8,234억 원(평균 2.28% 규모) / 2017년은 8,134억 원
 2. 의원 유형 약 2,836억 원(3.1% 규모, 건보공단 제공)

▣ 표 2. 유형별 수가협상 진행경과 ▣

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	10년평균 증가율
의원	2.1%	3.0%	2.0%	2.8%	2.4%	3.0%	3.0%	3.0%	3.1%	3.1%	2.75%
병원	2.0%	1.4%	1.0%	1.7%	2.2%	1.9%	1.7%	1.4%	1.9%	1.7%	1.69%
치과	3.5%	2.9%	3.5%	2.6%	2.7%	2.7%	2.2%	1.9%	2.4%	2.7%	2.71%
한방	3.7%	1.9%	3.0%	2.6%	2.7%	2.6%	2.1%	2.3%	2.9%	2.9%	2.67%
약국	2.2%	1.9%	2.2%	2.6%	2.9%	2.8%	3.1%	3.1%	3.5%	2.9%	2.72%
조산원	9.3%	6.0%	7.0%	4.2%	2.6%	2.9%	3.2%	3.2%	3.7%	3.4%	4.53%
보건기관	2.6%	1.8%	2.5%	2.0%	2.1%	2.7%	2.9%	2.5%	2.9%	2.8%	2.48%
평균	2.22%	2.05%	1.64%	2.20%	2.36%	2.36%	2.20%	1.99%	2.37%	2.28%	2.17%

▣ 표 3. 2018년도 의원 초진료·재진료 ▣

행위명	비교	상대가치점수	2017		2018		진찰료 차액
			환산지수	진찰료	환산지수	진찰료	
초진진찰료	일반	188.11	79.0	14,860	81.4	15,310	450
	야간/공휴일	234.78		18,550		19,110	560
재진진찰료	일반	134.47		10,620		10,950	330
	야간/공휴일	163.88		12,950		13,340	390

수가협상, 그 근본적인 문제점

필자는 금번에 수가협상단장으로 처음 임하며 그동안 의료계에서 끊임없이 개선을 요구하던 수가협상 구조의 문제점을 몸소 깨달았다.

우선, 현행 수가계약은 건보공단 재정운영위원회에서 정해놓은 밴드 내에서 건보공단이 내부 연구 등을 통해 정해놓은 기준을 바탕으로 의료 공급자가 일정비율로 나누어 가지는 형태로 진행된다. 그 과정에서 가장 큰 문제점은 엄연히 수가협상의 한 당사자인 공급자단체는 총 밴드도, 건보공단의 연구결과도 전혀 알 수가 없다는 점이다. 그래서 수가협상은 일명 ‘깜깜이 협상’이라고 불리고 있다.

우리는 수가협상에 임하며 일차의료를 담당하는 의원급 의료기관의 수가인상 당위성에 대한 근거자료를 준비한다. 건보공단 또한 개별 유형에 대한 진료비 변화, 의료자원 현황, 경영수지 분석 등 각 유형별 객관적인 통계자료를 마련한다.

그러나 협상장에서는 이러한 객관적인 수치는 온데 간데없이, 정확한 재정규모도 모르는 상태에서 수가협상 마지막 날이 되어서야 단 0.1%라도 더 받기 위해 온갖 눈치작전을 벌이는 기현상이 벌어지고 있다.

한 해 동안 국민들이 이용할 적절한 의료수가를 결정하는 협상장에서 이 무슨 행태란 말인가?

‘국민건강 수호’라는 같은 목표를 지닌 의·약계와 국민건강보험공단, 합의점은 무엇인가

의료 공급자와 국민건강보험공단은 ‘국민건강 수호’라는 공통된 목표를 가지고 있다. 또한, 지속가능한 건강보험 체계가 마련되어야 건강보험의 당사자인 정부-의료공급자-가입자 모두가 건전한 국민건강보험을 유지할 수 있을 것이다. 이를 위해 매년 되풀이되는 ‘깜깜이 협상’을 개선하기 위한 돌파구로 다음과 같은 수가협상 구조 개편이 시급하다.

첫째, 국민건강보험공단 재정운영위원회 위원 구성 개편 및 역할 조정이 필요하다.

재정운영위원회는 현행 국민건강보험법 제33조에 의거, 요양급여비용의 계약 및 결손처분 등 보험재정에 관련된 사항을 심의·의결하기 위해 구성된다. 또한 동 위원회의 구성은 동법 제34조에 의거 직장 및 지역 가입자, 공익 위원 각 10인(총 30인)으로 구성되어 있다. 건강보험 재정의 의사결정에 건강보험의 한 축인 의료공급자만 완전히 배제된다는 것은 불합리하다 할 것이다. 건전한 건강보험 재정 운영을 위해 의료공급자가 건보재정 의사결정에 직접적으로 참여할 수 있도록 구조개편이 시급하며, 건보재정에 대한 절대적인 권한을 지닌 재정운영위원회의 역할 조정이 필요하다.

둘째, 투명한 수가협상 진행 방안 마련이 절실하다.

앞서 설명한 바와 같이, 우리는 법적으로는 건보공단과 동등한 협상당사자로 인정받지만, 투여재정(총 밴드)이나 건보공단의 연구용역결과 등 수가협상의 키(key)는 전혀 쥐지 못한 채 불평등한 협상을 하고 있다. 진정한 의미의 '협상'이 되려면, 각 계약당사자간 모든 정보를 공유한 상태에서 협상이 이루어져야 할 것이다.

셋째, 수가협상의 전문성을 높이기 위해 수가협상 결렬 시, 보다 전문적인 기구에서 합리적 수가 마련이 가능하도록 제도 마련이 필요하다.

현행 '국민건강보험법'에 의거, 건보공단과 의약단체장간의 수가협상이 결렬되면 건강보험정책심의위원회(소위 '건정심')에서 수가를 결정하게 된다. 그러나 건정심은 수가협상에 대해 계약당사자보다 전문성 있는 의결기구라고 볼 수 없다는 의견이 지배적이므로, '국민건강보험법' 개정을 통하여 별도의 조정기구('요양급여비용계약조정위원회(가칭)')를 설치하여 적정수가 산출을 유도해야하고, 만약 조정기구에서 수가 조정에 실패한 경우 관련 산업의 임금인상률 등의 의료경제지표(MEI)를 고려하여 요양급여비용을 결정하는 등의 안전장치가 마련되어야 진정한 협상이 가능할 것이다.

정부-의료공급자-가입자 어느 하나 건강보험제도의 주체가 아니라고 할 수 없을 것이다. 또한, 건강보험의 모든 축이 건강해야 지속가능한 건강보험체계가 마련될 수 있을 것이다. 더 이상 의료공급자를 건강보험 재정에서 배제하지 말고 상생의 주체로 인정하는 제도적 개선이 이루어지길 바란다.