

‘건강보험재정운영개선 특별위원회’를 마치며



박 양 동

건강보험재정운영개선 특별위원회 위원장
경상남도의사회장
31seoul@gmail.com

건강보험재정운영개선 특별위원회의 개요

현재 국민건강보험의 누적 흑자액은 2017년 8월 9일 발표한 정부의 “건강보험 보장성 강화 정책”에서 2016년 기준 20조 원 규모로 표현되었다. 일부는 누적된 흑자액을 국민적인 요구에 따라 건강보험보장성 강화에 사용해야 한다는 주장을 하고 있지만, 국민 건강보험의 지속 가능성을 위해서라도 무분별한 보장성 확대는 충분한 검토 후 이루어져야 한다.

현재 대한민국의 의료체계에서 가장 시급하게 개선되어야 할 문제는 건강보험 보장성 강화보다도 오랜 시간 이어져 온 저수가 문제이다. 그간 정부는 건강보험재정의 적자를 핑계로 제한적인 수가인상률을 제시해왔다. 대한의사협회에서는 약 20조원의 흑자를 기록하고 있는 지금이야말로 저수가의 현실화를 위한 선제적 문제제기를 할 시기라는 판단 하에 “건강보험재정운영개선 특별위원회(이하 특별위원회)”를 구성·발족하였다.

특별위원회 추진 경과

특별위원회에서는 현행 건강보험 수가의 합리적인 조정과 더불어 궁극적으로는 현행 저수가 체계를

적정수가로 개편하는 등의 수가 현실화를 목표로 하고, 국민건강보험의 재정 흑자에 대한 활용방안과 향후 건강보험 재정의 올바른 사용 방향을 제시하기 위해 2016년 11월부터 2017년 5월까지 약 7개월 간 활동하였다. 이 기간 동안 6차례에 걸친 특별위원회 회의와 1차례의 포럼을 수행하였으며, 이에 대한 결과물로 “건강보험재정운영개선 특별위원회 결과보고서”를 발간하였다.

6차례에 걸친 특별위원회의 회의내용을 요약하면 다음과 같다. 먼저 1차 회의를 통해 특별위원회의 목표 및 아젠다 설정에 대한 토의를 시작하였고, 2차 회의에서 ‘진찰료 개선’을 핵심 추진 아젠다로 선정하여 특별위원회의 목표를 설정하였다. 이후의 회의에서는 진찰료 개선을 위한 건강보험 수가와 상대가치 점수에 대한 강의와 진찰료 정상화를 위한 논리 개발 등을 주요 회의 주제로 논의하였다. 1차례 이루어진 특별위원회 포럼에서는 ‘외래 환경의 변화에 따른 진찰료 정상화를 위한 논리와 개선방안’이라는 주제로 학계와 시민단체, 사용자 단체 등의 의견을 수렴하는 과정을 거쳤다.

이와 같은 과정을 통하여 특별위원회에서는 결과보고서에 필요한 주제를 선정하여 관련 연구자를 선별하는 작업을 수행하였고, 결과보고서에는 OECD

대비 우리나라 의료비의 적정성과 우리나라 국민건강보험의 재정 전망에 대한 주요 선행연구 검토, 과거 정부의 건강보험 보장성 강화 정책 평가, 국고지원의 의미와 개선방안, 향후 상대가치 제도 평가, 진찰료 관련 외국사례의 시사점과 진찰료 정상화를 위한 논의와 개선방안 등의 내용이 포함되었다.

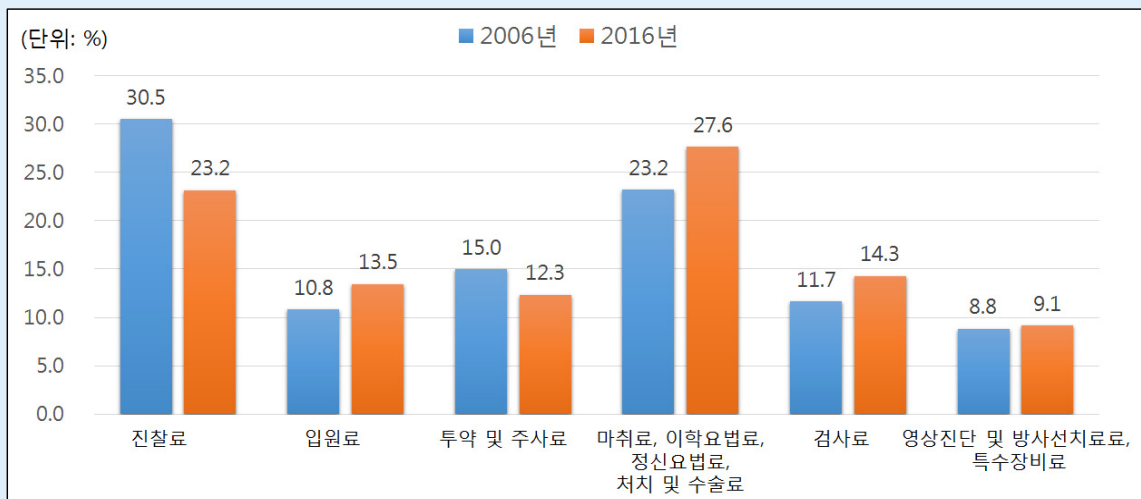
특별위원회의 결과

가. '진찰료 개선'을 핵심추진 아젠다로 선정

앞서 기술하였듯이 특별위원회에서는 '진찰료 개선'을 핵심 아젠다로 선정하였다. 진찰은 환자 진료에 있어 가장 중요하고 기본적인 부분이며, 환자와 직접적으로 접촉하는 접점이다. 하지만, 현행 진찰료 수가는 이를 충분히 보상하고 있지 않고 있다. 의과 전체 요양급여비용 중 진찰료 비중은 2006년 30.5%에서 2016년 23.2%로 감소한 반면 다른 입원료, 처치 및 수술료, 검사료, 특수 장비에 소요되는 비용은 증가하였다(그림 1).

진찰료는 일차의료기관의 전체 진료비 수입 중 높은 비중을 차지하고 있기 때문에 진찰료의 수입 비중 감소는 일차의료기관 경영상의 어려움을 의미하는 지표로 해석 할 수 있다. 일차의료기관의 위기는 곧 일차의료의 위기라고 볼 수 있으며, 일차의료 활성화와 서비스 질 향상을 위해서 진찰료 수가의 현실화는 반드시 필요하다.

현행 우리나라의 진찰료는 선진국에 비해 턱없이 낮다. 또한 진찰료 산정구조상 의사의 업무량, 진료 비용, 위험도 등이 진찰료에 반영되어 있지 않고, 초진 외래 관리료가 재진보다 낮은 불합리한 산정방식이 적용되어 있는 문제가 있다. 또한 모든 행위료에 대해서는 요양기관 종별 가산이 적용되고 있으나 진찰료에는 이러한 가산이 적용되지 않고 있다. 특별위원회에서는 가장 기본적인 의료서비스라 할 수 있는 진찰의 가치를 재평가해 의사의 지식과 기술에 대한 충분하고 합당한 보상이 이루어져야 하며, 그래야만 국민이 원하는 양질의 의료서비스가 제공 가능하다고 결론지었다.



■ 그림 1. 진료내역별 요양급여비용 구성 비율 ■

주: 2016년 진료내역별 구성 비율은 선별급여(0.38%)와 정액수가(9.41%)를 반영하여 산출.
자료: 진료비통계지표, 건강보험심사평가원, 2006-2016.

나. 진찰료 개선 방안

특별위원회에서는 다음과 같은 단계적인 진찰료 개선방안을 제시하였다.

1단계, 초진 외래관리료를 재진 수준으로 조정 의료기관을 처음 방문하였거나, 다른 상병으로 처음 방문한 환자는 단기간에 자주 방문한 재진환자에 비해 의무기록 작성 등의 소요되는 시간과 경비가 상대적으로 많이 소요된다. 초진에 소요되는 자원이나 노력이 재진보다 더 많기 때문에 합리적으로 조정할 필요가 있다. 먼저 병원급 의료기관에 비해 상대적으로 더 적은 의원급 의료기관의 초진 외래관리료를 재진 수준으로 조정하여 진찰료를 상향해 2017년 기준 192.01점(15,170원)이 되도록 개선해야 한다. 이럴 경우 약 570억 원의 재정 소요가 예측된다.

2단계, 분리된 진찰료(기본진찰료+외래관리료)를 단일 진찰료로 통합

현행 분리되어 있는 기본진찰료와 외래관리료를 단일진찰료로 통합 운영하는 방안이 고려되어야 한다. 의약분업 이후 외래관리료라는 의미가 변질되어 본래의 용도에 맞지 않게 사용되면서 의사의 처방유무와 상관없이 외래관리료(처방료)가 산정되고 있다. 처방료를 별도로 분리하지 않을 것이라면 기본진찰료와 외래관리료를 통합해 단일 진찰료화하는 것이 바람직하다. 이 경우 현행 기본 진찰료에 적용되는 각종 가산(야간, 토요일, 공휴) 기준이 단일진찰료에 대한 가산으로 변경 될 수 있을 것이다.

3단계, 의원 진찰료 수가를 병원급보다 높게 조정 상대가치점수 구성 체계가 반영되지 못한 현행 진찰료의 재연구를 통해 합리적으로 재산정하는 작업이 필요하다. 의약분업 이후 처방료를 없애고 외래관

리료에 포함시키는 과정에서 병원급 의료기관의 진찰료가 의원급 의료기관의 진찰료보다 높아지는 왜곡된 결과가 나타났다. 선진국의 경우 병원급보다 의원급 의료기관의 진찰료 수가가 더 높게 산정되어 있으며 이는 일차의료 강화를 목적으로 국가적 차원의 정책적 배려가 반영된 결과이다. 우리도 일차의료 활성화를 위해 이와 같은 선진국의 정책 기조를 따라갈 필요가 있다.

건강보험재정운영개선 특별위원회를 마치며

최근 정부는 건강보험 보장성 강화정책으로 국민 건강보험의 보장률을 70%까지 높일 것이라고 발표하였다. 우리나라의 국민건강보험은 전국민을 보장한다는 목표 하에 저수가·저부담·저보장 체계로 시작하였고, 현재까지 이러한 정책 기조는 계속 이어져 왔다. 하지만 이번 정부는 의사와 국민 모두가 희생하여 쌓아온 건강보험 재정의 흑자를 이용해 국민들에게 보장성을 높여준다고 현혹 하고 있고, 보장성 강화에 반드시 수반 될 수밖에 없는 국민들의 부담에 대해서는 구체적으로 설명하고 있지 않다. 한편 의료계의 고질적인 문제라 할 수 있는 저수가 문제의 해결에 대해서는 명확한 답을 주고 있지 않다. 현재 이루어지고 있는 저수가가 적정수가로 개편되는 것은 반드시 선행 되어야 하는 중요한 사안이며, 정부가 추진하고자 하는 건강보험 보장성 확대를 달성하기 위해서는 적정수가, 적정부담이 필수적으로 선행되어야 한다.

진찰은 의료의 가장 기본이다. 선진국보다 낮게 책정되어있고, 산정 방식 또한 문제가 많은 현행 진찰료 구조는 가장 먼저 개선되어야 할 사안이다. 우리나라의 건강보험체계는 의사와 국민 모두가 노력하여 이루어 온 것이다. 진찰료 개선은 이러한 적정수가의 출발점이 될 것으로 기대한다.