

제3차 상대가치 개편의 큰 그림

김 영 재

교보생명 부속의원 원장
의협 상대가치 연구단원
kyj650@daum.net



서론

필자는 우리나라 수가체계에 상대가치 점수 체계가 도입된 2001년부터 상대가치 연구단에서 연구위원으로 18년째 함께 하고 있다. 상대가치 점수제를 사용하고 있는 미국을 수차례 방문하면서 관련 정보를 얻고 우리나라 1,2차 전면 개정 작업에 참여를 했다. 필자가 상대가치 연구단원에 합류하게 된 동기는 적정 수가를 구하기 위해서는 상대가치 점수제도가 큰 도움이 될 거라는 믿음에서였다. 하지만 18년 동안 적정 수가와와는 거리가 멀어져 갔고 오히려 더 왜곡되어 갔다. 이제 3차 전면개정 작업을 눈앞에 두고 있다. 기본진료료가 주 개정 대상이긴 하지만 적정 수가를 위한 작업이 되기를 바라면서 개인적으로 생각하는 상대가치 점수 개정 작업에 대한 의견을 피력하고자 한다.

본론

1. 왜 적정 수가를 구할 수 있을 거라 생각했나?

상대가치 점수는 의사업무량, 진료비용, 위험도 비용으로 구성되어 있다. 위험도 비용은 각 과의 의료배상 책임 보험료 비용을 반영하고 진료비용은 임상인력의 인건비와 장비비, 재료비로 구성되어 있어서 실질적으로 의사가 가지는 돈이 아니고 모두 비용으로 처리되는 부분이다. 의사의 인건비만이 그 의료 행위를 하면서 생기는 의사의 수익부분이다. 비용이 제대로 인정받지 못하면 금방 저수가가 되고 만다. 현재 미국에서는 진료비용을 3번의 전면개정을 거치고 난 후 변환지수 없이 전액 인정해주고 있다. 그만큼 자료가 제대로 정확하게 쌓여졌다는 의미이다. 그러기 위해서는 제일 먼저 해야 할 것이 참조행위라고 생각한다. 패밀리 별로 대표 행위를 선정하고 동료 평가 위원회를 통해 철저히 검증을 해서 진료비용 부분을 확인하여 동의를 받는다면 이 대표 행위를 근거로 패밀리내의 다른 행위에 대한 진료비용을 정확하게 구할 수 있다. 진료비용조차 제대로 받지 못하기에 과도한 데이터 구축이 생기거나 의사업무량에서 손해 보는 일이

발생하는 것이다. 미국은 4년에 걸쳐서 모든 행위에 대한 진료비용 검증을 마쳤다. 우리도 할 수 있다. 이렇게 하면 진료비용에서 손해가 발생하기 않기에 적정수가를 구할 수 있는 발판이 생긴다고 생각하며 의료계에서 말하는 적정수가에 도달할 수 있게 된다.

2. 대학병원의 이상적 의료 행위

수가가 높은 행위가 있고 저수가인 행위가 있다면 아무래도 수가가 높은 행위는 제대로 제공해주고 저수가인 것은 비용을 절감하면서 제공할 가능성이 있다. 그리고 이는 환자에게 손해가 될 수도 있다. 그러기에 상대가치 작업을 하면서 이런 의료 행위 제공의 왜곡을 해소하겠다는 의지를 반영하여 1,2차 전면개정 작업에 있어서 데이터 구축에 대학병원에서 제공할 수 있고, 제공해야만 하는 이상적 의료 행위를 기준으로 작업해 달라고 요청했다. 저수가 현실을 반영하는 것이 아닌 대학병원의 이상적 상황을 고려하여 데이터를 구축하다보면 당연히 현재 들어가는 진료비용보다 높아질 수밖에 없다. 그런데 회계조사를 통해서 변환지수를 적용한다는 것은 현재의 저수가 상황을 해결할 의지가 없다는 것을 의미하는 것이나 다름 없다. 이를 해결하려 해도 얼마나 올려줘야 하는지 알기는 쉽지 않다. 그렇기에 1번에서 이야기한 참조행위 작업이 필요하다.

3. 원가 보전

무엇보다 원가보전이 되지 않는 원가 이하의 수가를 개선해야 한다. 상대가치는 행위간의 상대가치를 비교해서 만들어지는 연구점수인데, 환산지수를 곱하면 바로 수가가 나온다는 점에서 모든 행위가 원가보다 수가 적다면 아무리 상대가치 점수 연구를 제대로 하려고 해도 머릿속에서 수가 바로 계산이 되

면서 제대로 된 점수를 산정할 수 없게 만들고 있다. 필수의료라 할 수 있는 급여 의료 행위에 대해서 총점 고정인 아닌 충분한 재정 투입으로 제대로 된 상대가치 연구점수 산정의 토대가 되었으면 한다.

4. 연구점수와 정책점수

상대가치 연구 결과 나오는 연구점수와 실제 적용할 때 정책적 판단이 들어간 정책점수로 나누어 운영할 필요가 있다. 현재는 최종 점수가 연구점수인지 선택진료비 폐지에 따른 보상차원과 같은 정책점수가 반영된 점수인지 알기 어려워 다음번 개정 연구를 어렵게 하고 있다.

5. 종별 총점 고정

1차 연구 때는 과별 총점 고정, 2차 연구 때는 5개 유형별 총점 고정하였는데 종별 총점 고정도 고려할 필요가 있다. 상급 종합병원에서 하는 복잡한 행위의 점수가 연구 결과 높게 나오고 개원가에서 많이 하는 행위는 낮게 나올 수밖에 없다. 아무리 환산지수계약에서 의원급이 환산지수 수가를 잘 받더라도 상대가치 연구 결과 적용으로 인해서 의원급 수가 병원급으로 크게 이전하는 현상이 발생한다. 그러므로 의료 전달체계, 종별 역할 정립 등을 고려할 때 의원급과 병원급의 종별 상대가치 총점 고정도 필요하다고 생각한다.

6. 의사의 인건비

의사 업무량 상대가치 점수를 산정하기 위해서는 의사의 인건비를 얼마나 책정하는지가 중요하다. 통상적으로 대학병원 부교수급의 급여를 기준으로 의사 업무량 변환지수를 구하였다. 이때 순수하게 환자

를 돌보기 위한 시간만 반영하기 위해서 전공의 교육, 연구 등 비의료적인 시간을 제외시켜 반영하였다. 의사 인건비가 적게 반영되고 있다는 의료계의 주장에 대해서 의사들의 급여로 얼마나 줘야 하나고 반박하고 있는데 상대가치점수의 의사업무량에서 의사 인건비 부분은 얼마를 줘야 하는 것이 아니고 현재 임상 현장에서 의사들에게 얼마를 주고 있는지가 반영되어야 한다. 개원가의 경우는 연구나 비의료적 시간 없이 거의 대부분의 시간을 환자 보는데 사용하고 있으며 현재 받고 있는 급여(종합소득세 신고금액)를 전액 반영해서 이를 의사 업무량 상대가치 점수 산정에 사용해야 한다.

7. 상대가치 점수 제도 하에서 진찰료와 1차의료

상대가치 제도는 1차의료 영역에 불리한 제도이다. 현행 상대가치제도에서는 신의료기술을 도입할 유인이 있다. 신의료기술을 도입하면 행위별 수가제도에서 병원수입에 도움이 되며 동시에 상대가치 점수를 상대적으로 높게 받는 경우가 많다. 그러므로 진찰료 밖에 없는 1차의료에 상대적으로 불리할 수밖에 없으며 시간이 지날수록 그 편차가 더 커질 수밖에 없다. 그러기에 1차진료에 관련 수가를 정책적으로 만들어 줄 필요가 있으며 여기에는 1차진료의 대부분이라 할 수 있는 진찰료에 대한 상대가치 점수 조정이 필요하다. 미국의 경우에는 세분화를 통해서 이 부분을 해결하려 하였다. 그리고 일차의료에서 중요한 예방진료나 만성질환 관리 수가 등도 해결 방안이 될 수 있다.

8. 의원급 진찰료 고려

미국에서는 전체 의료 행위에서 진찰료가 차지하는 비율이 절반을 유지하도록 노력하고 있다. 질병예방 관련 행위나 건강 증진, 상담 등에 대한 수가 인정 시 이를 활용해 진찰료 외에 수입이 없는 1차의료 담당 전문과에 대한 배려를 해주고 있다. 세분화 역시 1차의료를 담당하는 전문과에 대한 배려 차원에서 진행되었다. 하지만 전문의료 행위를 할 수 있는 전문과도 모두 개원하여 1차진료를 하고 있는 우리나라 현실에서 어떤 식으로 풀어나가야 할지 고민이 있는 부분이다. 지역사회 일차의료 시범 사업을 통한 관리와 상담, 교육 수가 등을 통한 의원급 진찰료 보원에 기대를 하는 것도 기존의 상대가치 제도만 가지고는 한계가 있기 때문이다. 의원급은 진찰료를 상향 조정하고, 병원급은 입원료를 상향 조정해서 역할 분담을 하는 의료전달체계 개선 방안도 필요하다고 생각한다. 또한 의원급에서 환자들의 부담인 본인 부담금액을 줄여 의원급 의료 접근성도 좋게 만들고 동시에 의원급에서 진료 받도록 하는 유인책도 필요하다고 생각한다.

결론

2003년부터 14년 동안 2번의 전면 개정 작업에 참여 했지만 아직도 해결 못한 문제가 너무도 많다. 새롭게 시작하는 3차 전면개정에서는 기존의 문제점을 해결하고 동시에 모두가 만족할 수 있는 결과가 만들어졌으면 좋겠다.