

바람직한 의료를 위한 진찰료 정상화 토론회

제45차 의료정책포럼
일시 : 2018. 11. 27.(화) 17:00
장소 : 용산전자랜드 2층 랜드홀
주최 : KMA 의료정책연구소



〈제45차 의료정책포럼〉

바람직한 의료를 위한 진찰료 정상화 토론회

일시 : 2018년 11월 27일(화) 17:00

장소 : 용산전자랜드 2층 랜드홀

주최 : 대한의사협회 의료정책연구소

좌 장	안덕선 (대한의사협회 의료정책연구소장)
주제발표 1	진찰료 무엇이 문제인가? 김교현(前심사평가연구소 부연구위원, 現천안충무병원 예방의학전문외)
주제발표 2	만성질환 및 고령화사회 대책, 왜 처방료 부활인가? 김영재(대한가정의학회 보험이사, KMA POLICY 건강보험정책분과위원장)
지정토론	김현아(한림대학교 성심병원 류마티스내과 교수) 이정찬(의료정책연구소 전문연구원) 신영석(한국보건사회연구원 보건정책실 선임연구위원) 임익강(대한개원의협의회 기획정책부회장) 이종규(보건복지부 보험급여과장)
종합토의	

진찰료 무엇이 문제인가?

| 김 교 현 前심사평가연구소 부연구위원, 천안충무병원 예방의학전문의

1. 들어가며

단순하게는 진찰료라 함은 진찰에 대한 보상이라 말할 수 있다. 사전적 의미로 진찰은 시진, 청진, 탁진, 촉진 등의 이학적 검사라 할 수 있으며, 좁은 범위로는 약 처방과 짧은 설명, 넓은 범위로는 상담, 교육, 의뢰, 조정, 예방까지를 포함한다. 진찰은 의사의 가장 본질적인 행위로서 의료서비스 제공의 시작점 또는 전부라 할 수 있다. 진찰은 미시적으로는 환자에 대한 합리적인 진단과 치료와 같은 의료 서비스에 대한 질을 결정하고, 거시적으로는 국민 건강수준, 효율성, 접근성 등의 의료체계의 성과를 결정한다는 점에서 중요한 가치를 지닌다.

진찰에 대한 적정보상은 의료기관의 안정적 운영과 직결된다. 경제적 보상이 적절히 이루어지지 않으면 의료제공자는 양질의 진찰서비스를 제공하기 보다는 검사, 시술 등의 서비스 제공에 더 관심을 갖기 마련이다. 2015년 기준으로 전체 의원 진료비에 서 진찰료가 차지하는 비중은 약 59%로 많다. 이를 가치 있게 쓰는 것이 중요하다.

2. 진찰료 경과와 현행 수가 구조

진찰과 진찰료 정책의 중요성에도 불구하고 건강보험제도 도입 이래 지난 40년간 진찰료 정책에 큰 변화가 없었고, 진찰문화(진찰제공, 진찰이용)에도 큰 변화가 없었다. 진찰료 수가는 그동안 물가변동률과 비슷하게 증가하여왔다. 야간이나 휴일 등의 시간가산이나 소아연령에 대한 연령가산이 시행되어 환자의 접근성을 향상시켰고, 만성질환관리가 신설되어 만성질환 관리에 대한 중요성이 부각되기도 하였다. 의약분업 당시 도입된 전문과목별 진찰료 차등(가나다 군)나 환자 수에 따른 진찰료 차감제인 차등수가제(의과) 등은 시행 후 폐지되었다. 다양한 외래 본인부담정책(정액제, 정률제, 연령)들도 시행되었으나 진찰 문화에 영향을 줄 만한 큰 진찰료 정책은 그동안 없었다(그림 1).

현행 진찰료는 상대가치점수의 형태로 표현되고 있으나, 엄격한 의미에서의 자원기준 상대가치 점수는 아니다. 1977년 건강보험제도에 진찰료(외래 병원관리료 포함)가 도입된 이후 상대가치점수가

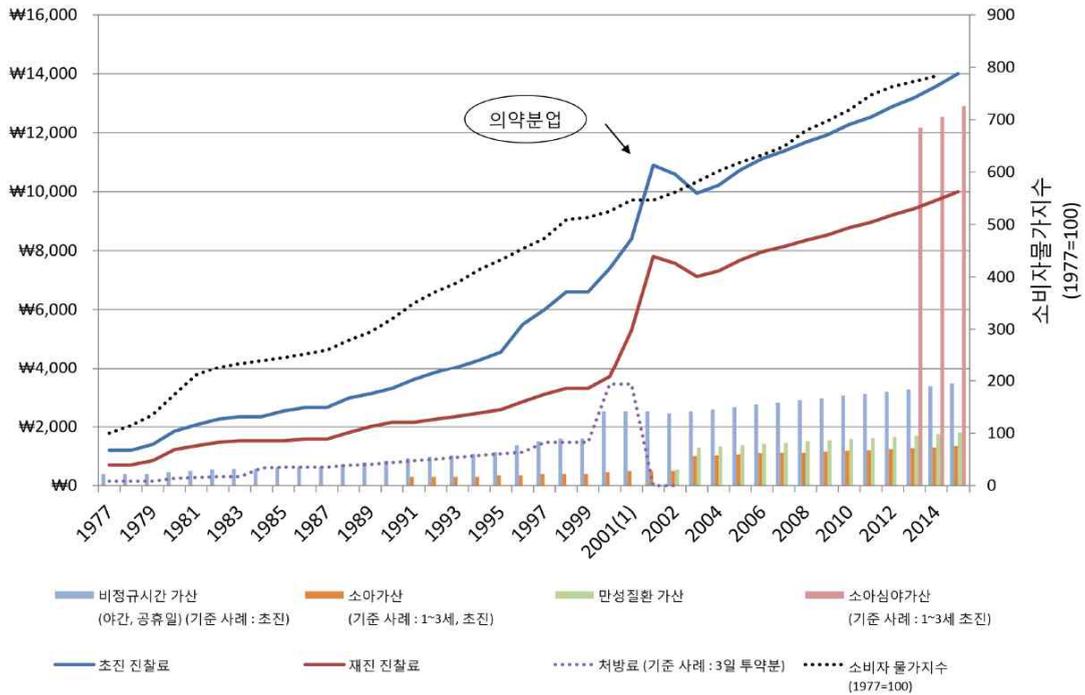


그림 1. 진찰료 경과

도입된 2001년까지 매년 평균적으로 8.7%가 인상되었다. 2001년 1월 자원기준 상대가치점수 도입 시 진찰료 점수 151.62점은 당시의 초진료 8,400원을 2001년 적용될 환산지수인 55.4원으로 나누어 산출하였다. 2001년 7월 원외처방료가 폐지되고 외래관리료와 기본진찰료가 합쳐지면서 진찰료 상대가치점수 196.75점(나군, 외래관리료는 평균적인 원외처방료를 반영한 것으로 추정) 도출하였다. 2003년 1월 8.7% 인하, 2005년 2% 인상되어 183.22점(기본진찰료는 151.2점으로 유지)이 되었다. 2008년 1월 위험도상대가치 4.89점이 반영되어 188.11점으로 인상(기본진찰료 155.57점으로 인상)되었다(표 1).

표 1. 현행 진찰료 수가 구조

의과 초진기준	코드	상대가치점수			2015년 수가
		기본진찰료	외래관리료	계	
의원	AA154	155.57점	32.53점	188.11점	14,000원

3. 진찰료의 문제점

1) 과거 경험적 측면

의료제공자 측면에서는 기대이하의 진찰료 수준으로 진찰의 질적 투자를 최소화하고 양적 증가방안에 고심할 수밖에 없다. 진찰시간을 최소화하고(포괄적 진료 제한), 만성질환자에 대한 장기처방을 지양하며(대형병원으로의 환자 이동), 의원 운영시간을 장기화하고(토요일 근무, 야간 진료, 휴가 제한 등) 잠깐 자리를 비우기도 곤란하게 된다. 따라서 진찰 외의 의원 운영 전략에 모색할 수밖에 없다. 각종 처치·시술(물리치료 등) 및 비급여 진료(수액)에 집중하고, 운영비용이 증가하여 관리의 어려

움을 겪게 된다. 환자가 없으면 없어서 걱정이고, 환자가 조금 있어도 빨리 진료를 봐야 안심이 되므로 전문가적인 직업만족도는 떨어질 수밖에 없다.

의료이용자 측면에서는 현 진찰에 적응하여 큰 기대를 갖지 못한다. 진찰에 대한 불충분함을 느끼지만(다른 환자가 기다리고 있음) 짧은 진찰 문화에 익숙하다. 환자가 방문하지 않고 보호자가 방문하는 경우도 흔하다. 환자는 유명하다는 대형병원의 의사를 찾아다닌다. 환자를 대상으로 한 각종 조사에서도 환자에게서 큰 문제점을 찾아볼 수 없다. 그러나 환자는 건강 및 질병에 대한 이해도(복약순응도, 생활습관 등)가 낮고 진찰보다 검사, 시술, 약에 더 안정감을 갖게 된다.

제도운영자 측면에서는 이러한 진찰료 제도를 개선하기가 쉽지 않은 것이 문제다. 예방 가능한 입원 등 일차의료 성과가 낮고 경증질환으로 상급종합병원을 방문하는 등의 거시적인 비효율성이 생겨나고 있지만, 진찰료 규모가 크고, 전문과목별, 세부 전문과목별, 진료과목마다 이해관계가 서로 다르다. 의료기관 규모별로도 이해관계가 서로 다르다. 진찰료 인상 후 부작용이 발생하게 되면 이를 다시 되돌리기가 쉽지 않다. 진찰료를 크게 인상하더라도 그 명분을 찾기가 어렵다. 진찰료 인상으로 현재 고착화된 의료체계 문제가 개선될 것이라 기대하지 않는다.

2) 미래 대응적 측면

의료제공자 측면에서는 현 대응방안에 있어 임계점에 도달해 있다. 진찰건수 증가 또는 진찰 외 행위로 해결할 수 없을 것 같다는 위기감을 느낀다. 즉, 신규 인력이 계속 유입되고 있고, 현 진찰 행태에 대한 도전을 지속적으로 받고 있다(원격의료, AI 등).

잠재적인 경쟁자 또는 새로운 직종 출현을 우려하고 환자들이 과거보다 건강에 대한 더 많은 정보를 가지고 있어 부담이 된다.

의료이용자 측면에서는 양질의 진찰서비스에 대한 필요도가 증가하고 있다. 환자는 현실에서 매우 많은 건강정보를 접하고 있는 상황에서 자신의 건강요구를 잘 이해하고 있는 의료제공자가 필요하다. 즉, 다양하고 세부적인 의료제공자 가운데 길잡이 찾는 것이 어렵다. 세부진료과목, 접근성, 진찰 시간 등으로 대형병원도 이를 해결하지 못하는 한계를 지닌다. 그러나 환자는 복합 상병에 대한 관리 등 자기 자신의 질병에 대해 더 잘 알고 잘 관리하고 싶은 요구가 있다.

제도운영자 측면에서는 현행 진찰료 제도에 대한 개선 필요성을 느끼고 있다. 양질의 진찰서비스에 대한 사회적 요구가 증가하고 있고, 복합 상병 관리 등 국민건강수준 향상에 대한 기대가 높으며, 보건 의료체계의 거시적인 효율성 향상 차원에서도 진찰료 제도의 개선은 필요하다.

4. 진찰료 강화 기전: 국외사례 중심으로

진찰의 업무량을 고려하고 있는 국가에는 미국(CMS)과 호주 등이 있고, 가산수가 등을 고려하고 있는 국가에는 프랑스, 독일, 일본, 미국, 호주 등이 있다. 진찰료와 진찰 외 수가의 동시청구를 제한하고 있는 국가에는 프랑스가 있고, 진료과목별로 진찰료 코드를 달리 운영하고 있는 국가에는 독일이 있다. 한편 진찰에 대한 추가적인 인센티브를 제공하고 있는 국가에는 미국(CMS)과 독일이 있다.

【 표 2. 미국 메디케어 Part B의 진찰행위 코드별 필수 요소(재진) 】

재진	필수요소 Key components (2개 이상 충족해야함)			보조 요소 (contributory factors)		수가 (2015)	청구건수 분포 (2013)
	병력 청취 History	이학적 검사 Examination	임상적 판단 Medical Decision Making	통상진찰시간 Face to face time(typically)	증상 특성 Presenting problem		
Level 1	Minimal	Minimal	Minimal	5 minutes	Minimal	\$ 20.02	2.8%
Level 2	Problem focused	Problem focused	Straight- forward	10 minutes	Self-limited or minor	\$ 43.98	7.7%
Level 3	Expanded problem focused	Expanded problem focused	Low complexity	15 minutes	Low to moderate severity	\$ 72.94	45.8%
Level 4	Detailed	Detailed	Moderate complexity	25 minutes	Moderate to high severity	\$108.34	39.5%
Level 5	Compre- hensive	Compre- hensive	High complexity	40 minutes	Moderate to high severity	\$146.24	4.5%

1) 진찰 업무량 고려 국가

미국의 경우 5개 level의 진찰료 제도를 운영하고 있다. 재진 기준으로 15분 기준 \$72.94, 25분 기준 \$108.34의 진찰료를 받고 있으며, 이 두 level이 전체 청구건수 분포의 85% 이상을 차지하고 있다(표 2). 그러나 이러한 시간에 따른 청구방법은 행정적으로 불편한 점을 야기 시키는 문제를 낳기도 한다. 2019년 11월 1일 CMS가 발표한 자료에 의하면, 2020년까지 현행 5 level 진찰료 체계를 유지하고 2021년부터 진찰료 구간을 level 1/level 2~4/level 5의 3단계로 개선할 예정에 있다.

호주 역시 진찰시간에 따라 진찰료를 책정하고 있다. 실제로 level B의 20분 진료 미만이 \$AUS37.05로 전체 청구건 중에 883.1%를 차지하고 있다(표 3).

2) 가산수가 고려 국가

가산수는 대부분의 국가에서 시행하고 있다. 프랑스의 경우 만성질환 가산, 비만성질환 가산, 연령가산, 중증 환자 가산(암, HIV 등)을 운영하고 있다. 독일의 경우 비록 총액계약제가 시행되고는 있지만 10분 상담 가산을 추가적으로 책정하고 있다. 미국의 경우 시간 가산과 만성질환관리 수가(팀 기반, 24시간 접근)를 적용하고 있고, 일본은 생활습관병 지도관리료와 특정질환 영양관리료 등을 운용하고 있다. 호주는 만성질환관리 수가, 고위험집단 검진 수가(일반의만 청구 가능), GP정신건강 관리 수가(일반의만) 등이 있다.

【 표 3. 호주의 진찰료 체계 】

의사구분	진찰시간	코드	2015년 수가(AUS\$)	청구건수분율
일반의	Level A -	3	16.95	2.6%
	Level B 20분 미만	23	37.05	83.1%
	Level C 20분~40분	36	71.70	13.2%
	Level B 40분 이상	44	105.55	1.2%

3) 기타

한편 프랑스의 경우 진찰료와 진찰 외 비용의 동시청구를 제한하고 있다. 즉, 진찰료 코드 체계와 진찰 외 코드체계가 이원화 되어 있어, 진찰료는 의료 제공자 단체와 협상에 의해서 결정되고, 진찰 외 비용은 자원기반 상대가치로 결정되는 구조이다. 일차의료와 관련된 일부 행위만 제외한 다른 항목들은 진찰료와 동시에 청구한 것을 제한하고 있어 일차医료를 강화하는 기전이 있다. 독일의 경우 진료 과목별로 진찰료 수가가 다르다. 즉 다른 진료과목의 청구코드 사용이 불가하고 진료과목별 수입을 연방보험의사협회가 모니터링하고 있다. 또한 독일의 경우 일반의가 일차의료 행위만 하면 진찰료를 가산해주며, 전문의가 일차의료 행위만 하면 일차의료 장려 가산이 있다. 한편 미국에서는 전체 진료비 중 진찰료가 60% 이상 차지하는 경우 가산해주는 제도를 운용하고 있다.

5. 나가며: 진찰료 어떻게 해야 하는가?

2012년 OECD에서는 일차의료강화 차원에서 관련 인력에 대한 보상을 강화하고 일차의료와 예방서비스에 대한 지속적인 투자를 해야 한다는 의견을 제안한 바 있다.¹⁾ 2009년 WHO에서도 전문의에 대한 보상보다 일반의(GP)에 대한 보상을 강화해야 한다는 의견을 제안한 바 있다.²⁾ 국내에서도 일차의료 중심의 만성질환 관리 사업을 실시하고 있지만 의사 행위의 기본인 진찰을 강화할 수

있는 방안을 고려해야겠다.

진찰료를 통해서 무엇을 가장 먼저 해결해야 할 것인지에 대한 논의가 필요하며, 대안적 진찰료에 부합하는 진료모형을 만들어가야 할 것이다. 현재 사용되고 있는 “진찰료” 용어 대신에 “Evaluation and Management(미국)”, “GP attendances to which no other item applies(호주)”, “상담료(프랑스)”, “의사진료비”, “의원진료비” 등의 용어를 사용하는 것도 고려해 볼 필요가 있다.

비록 진찰시간 관련 가산제도가 도입되더라도 현재와 같은 비예약 시스템 하에서 운영된다면, 가산 적용 대상자를 사전에 알 수 없어 의사의 진찰시간을 실질적으로 증가시키기 어려울 수 있다. 또한 대기환자의 불만족이 증가하고, 안정적인 환자풀이 감소할 수 있으며, 기대이하의 가산 금액으로 의료 공급자의 사기를 저하시킬 수 있다.

이러한 문제를 해결하기 위한 하나의 대안으로 신뢰기반 환자중심 의원(가칭) 포털을 운영해 볼 것을 제안한다. 대안적 진찰제도 적용 의원을 리스트업(의사경력, 진료분야, 보험관련 사항 등)하여 환자 본인 주변에 이용 가능한 의원(요일제, 전일제)을 검색한 후 예약가능 시간을 조회하고 예약할 수 있는 포털을 시범적으로 운영해 볼 필요가 있다. 프랑스에서도 이러한 포털을 성공적으로 운영하고 있다. 아무쪼록 우리나라에서도 하루빨리 환자와 의사가 모두 만족시킬 수 있는 진찰료 체계가 확립되었으면 한다.

1) OECD Review of Health Care Quality: Korea, OECD, 2012

2) Mathauer, I., K. Xu, et al.(2009). An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance. WHO, 2009

주제발표 2

만성질환 및 고령사회 대책, 왜 처방료 부활인가?

| 김 영 재 대한가정의학회 보험이사, KMA POLICY 건강보험정책분과위원장

1. 일차의료와 상대가치

우리나라는 자원기준상대가치제도(RBRVS)를 운영하고 있다. 이러한 상대가치를 기반으로 한 행위별수가제도 하에서는 일차진료를 하는 것이 불리하다. 왜냐하면 일차의료의 경우 전문진료에 비해 신의료기술이 부족하고, 전문과목의 신의료기술 점수가 상대적으로 높아 결국 진찰료 행위 밖에 없는 일차의료의 상대가치가 상대적으로 불리하게 된다. 이 같은 문제는 일찍이 상대가치제도를 처음 도입하였던 미국에서도 동일하게 발생했다. 이를 해결하기 위한 방안으로서 진찰료 세분화 및 예방접종 수가 보전 등을 마련해 주었다. 그러나 우리나라의 경우 상대가치개정이 2차례 있었고 곧 3차 개정 연구가 진행될 예정이지만, 여전히 진찰료에 대한 상대가치 요소가 반영되어 있지 못하고 그에 수반된 여러 가지 문제들을 해결하지 못하고 있는 실정이다.

2. 진찰료의 원가보전

진찰료는 계속 악화되어왔다. 신의료기술이 개발되어도 이러한 항목들은 모두 진찰료에 포함되어왔다. 이러한 행위가 신설될 때 마다 진찰료의 행의정의가 다시 이루어져야 하지만, 진찰료 상대가치점수는 동일하게 유지하면서 여러 항목들을 진찰료에 포함시키는 각종 개악이 이루어져왔다. 처방료를 진찰료에 포함시키거나 환자 대신 보호자가 내원하는 경우 재진의 50%만 산정하도록 하였다. 반면 미국에서는 진찰료(E&M Service)에 투입된 시간과 노력을 고려하여 진찰료를 순증한 사례가 있다.

의원의 경우 진료를 통한 수입은 사실상 진찰료 외에는 없다. 급여행위를 비롯한 진찰료의 원가보전율이 낮다는 사실은 누구나 다 알고 있는 사실이다. 진찰을 비롯해 급여행위를 주로 하는 진료과의 경우 의원경영 상황이 더욱 어렵게 된다. 최근 상대가치 2차 전면개정에서 진찰료를 포함하고 있는 기본진료료 원가보전율이 75%에 지나지 않는다는 결과가 발표된 바 있다. 진찰료 원가에 대한 부분을 건

강보험이 도입된 시점으로 돌아가 검토해 볼 필요가 있다. 1977년 500인 이상 상시 고용사업장부터 의료보험이 시작되었다. 당시 의료보험수가는 서울대병원, 국립의료원, 연세대병원, 가톨릭의대성모병원, 적십자병원, 고려병원 등의 관행수가를 조사하고 일본 의료보험을 참조하여 결정되었다. 그 당시 당국에서는 관행수가의 70-75% 수준으로 수가를 책정했다고 하지만 사실상 50-55% 수준으로 책정했다고 볼 수 있다. 이러한 잘못된 초기 수가 산정을 기반으로 해서 원가 이하의 수가를 기준으로 매년 수가 인상이 이루어져왔고, 소비자 물가 인상을만큼도 인상되지 못해 병원 인건비 상승률이 수가 인상률 보다 높아져 급여행위 원가가 오히려 더욱 악화되는 악순환을 반복하게 되었다.

3. 신의료 행위 결정시 진찰 행위 포함 결정

의료에서는 신설 행위가 계속 발생하게 된다. 이러한 신설 행위들은 진찰료와 별개로 보상되어야 함이 마땅한데 지금까지 진찰료 상대가치의 변함없이 진찰료 포함으로 쉽게 결정되어 왔다. 진찰료를 재분류하면서 기본진찰료에 대한 상대가치 변화가 없었다. 재진환자에 있어 동일한 처방을 반복하는 경우나 환자가 아닌 보호자가 내방하는 경우 재진료의 50%만 산정하고, 야간가산 기준 시간이 재정 건전화법 시행 이후 변경되었으며, 초·재진 기준이 명확하지 않고, 의원에 한해 환자 수에 따른 진찰료 체감제(차등수가제) 실시하면서 진찰료 수준은 더욱 악화되었다.

사실상 진찰료에 포함되어 있는 목록들은 무수히 많다. 전정 재활 운동치료(Vestibular rehabilitation therapy) (전정기능장애에서 회복이 촉진되도록 환

자에게 재활치료의 목표와 방법을 자세히 설명하고 선택된 방법(눈운동, 걷기운동 등)을 설명, 교육하고 연습시킴), 입원 또는 외래 환자 (가족 포함)에게 제공되는 각종 교육 및 상담, Video 녹화료(각종 검사, 수술 등의 내용을 녹화한 후 환자 또는 보호자가 타 병원으로 가져가는 목적 등의 이유로 요구 시 비디오 복사 제공, 테이프 비용만 실비), 사시 기능 훈련, 약시 기능 훈련(차안법 및 시기능훈련), 영양치료팀 자문료, PAD test (요실금 정도 등을 파악하기 위해 운동 전후의 패드 무게를 비교), M.S.E(Mental Status exam), 건강위험평가(Health Risk Assessment), 정밀 체성분 측정검사 (mpedance법), 동맥경화 측정기 등 헤아릴 수 없이 많다.

4. 진찰료 처방료 통합 및 효과

1) 진찰료와 처방료 통합

2001년 5월 31일 재전안정 대책이 발표되면서 의료기관을 대상으로 한 여러 조치들이 실시되었다. 진찰료와 처방료의 통합, 환자 수에 따른 진찰료 체감제(차등수가제), 야간가산 시간 축소, 주사제 처방료 삭제 등이 그것이다. 이는 당시 12.6%의 수가 감소 효과라 볼 수 있다. 2001년 6월 27일 진찰료와 처방료 통합에 따른 차등진찰료가 고시되었고, 이를 불합리를 바로잡고자 의협에서 2001년 6월 28일 집행정지 가처분 및 무효소송을 제기한바 있으나 각하된 바 있다. 이로 인해 진찰료가 의원은 약 500원, 대학병원은 약 1,800원 감소되어 전체적으로 약 4.3~11.6% 정도의 수가 인하 효과가 있었다는 당시 언론 보도도 있었다. 그러나 결국 2001년 7월 1일에 이는 전면적으로 시행되었다.

당시 정부가 주장한 진찰료와 처방료 통합의 배

표 1. 재정안정화 단기대책의 재정효과

(단위: 억 원)

과 제 명	연간효과	2001년 실제효과	시행시기
1. 진료비 심사 강화	2,666	1,777	연중
2. 급여제도 합리화	8,867	2,825	-
진찰료, 처방료 통합	3,120	1,040	7월
환자수에 따른 체감제	1,644	548	7월
주사제 처방, 조제료 삭제	2,050	683	7월
야간/간산 적용시간 조정	486	162	7월
급여 및 심사기준 합리화	1,567	393	7월
3. 약제비 등 절감	4,236	1,291	-
보험약가 인하	1,573	529	연중
참조가격제	1,661	415	8월
저가약 대체조제	63	21	7월
약제비적정성 평가	784	261	7월
치료재료 사후관리 강화	155	65	6월
4. 의원, 약국 본인부담금 조정	4,229	1,410	7월
5. 보험료 수입증대 및 운영효율화	5,009	3,585	-

자료: 국민건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책. 보건복지부. 2001.5

경은 다음과 같다. 진찰료와 처방료가 분리되어 있어 불필요한 처방으로 약의 오남용이 증가하고, 처방일수의 길고 짧음에 따른 처방료가 차등 지급되며, 진찰료 외(外) 처방료를 별도 지급하는 등의 불합리한 점을 개선하는 것이 필요하다는 것이었다. 2001년 6월 건강보험심사조정위원회에서는 처방행위를 진찰행위의 연장선상에서 포괄하여 보상해주는 것이 타당하므로 기존의 원외처방료를 진찰료에 통합하여 산정하는 것이 마땅하며, 전문과목별로 내과계, 외과계, 기본 진료계로 구분하여 진찰료를 차등 산정하고(평균 처방일수는 의약분업 전후를 평균하여 적용), 당시 기관 종별 처방료 가산율 제도는 폐지되었으며, 초진과 재진 계속 구분하여 산정하고, 환자 수에 따라 진찰료를 체감하는 진찰료 체감제(차등수가) 도입을 결정하여 2001년 7월부터 시행하게 된 것이다.

2) 처방료 통합의 효과

그렇다면 진찰료와 처방료 통합의 효과가 과연

있었는가를 규명해 볼 필요가 있다. 그러나 애석하게도 현재 불필요한 처방의 감소효과를 명확히 확인할 수 없다. 우리나라는 유별나게 약제와 주사제 사용 선호가 강한 문화가 있다. 의사가 처방을 해주지 않는 경우 환자가 처방전을 받기 위해 다른 의사를 찾아가는 사례도 있어 의사와 환자 관계가 오히려 좋지 못하게 되는 상황이 초래되기도 한다. 처방료통합 당시 내과의사회 발표 자료에 의하면, 실제로 처방일수는 병원급은 통합전후 4.99일→5.71일(14%), 의원급은 3.74일→4.46일(20%) 증가하였다고 한다. 처방료통합으로 인한 손실액 규모는 통합 이후 4년 누적 약 8,745억 원(2001년 660억 원, 2002년 2,899억 원, 2003년 2,491억 원, 2004년 2,695억 원)으로 추계된 바도 있다. 한편 2001년 재정안정화 대책 마련시 정부에서 보고한 자료에 의하면 급여제도 합리화를 통하여 발생한 건보재정 절감효과는 2001년 기준 약 2,825억 원 이었고, 이중 진찰료와 처방료 통합으로 인한 효과도 약 1,040억 원 인 것으로 집계된바 있다(표 1).

한편 2002년 11월 5일 가나다군 차등진찰료가 통합되었다. 이로 인해 장기처방이 많고 만성질환자를 주로 보는 내과계의 경우 그 타격이 더욱 심해졌다.

5. 진찰료 개선 방향

1) 진찰의 정의 확립

우리나라는 건강보험에서 보상하는 진찰에 대한 정의가 확립되어 있지 않다. 진찰의 정의가 잘 확립되었다면 진찰에 포함되는 행위들이 그동안 늘어나지 않았을 수 있다. 진찰은 의사가 환자를 대상으로 환자가 내원한 주소 (chief complaint) 와 관련된 문제점을 파악하기 위해 주소 (chief complaint) 와 관련된 문진, 시진, 촉진, 청진과 활력징후 등의 진찰 행위를 수행하고 이를 토대로 환자의 주소 (chief complaint) 와 관련된 문제점을 도출하여 문제점 해결을 위해 검사를 선택하거나 처방 또는 합당한 치료계획을 수립하는 일련의 과정이라 할 수 있다.¹⁾

2) 진찰 포함행위 개선

지금은 진찰료에 포함되어 있는 행위들이 많다. 이러한 행위들은 진찰료에서 분리되어야 한다. 주소 이외의 문제 상담, 교육이나 상담을 통한 intervention, Medication review, 주소와 관련 없는 다른 병원에서 한 검사 결과 상담, 환자 가족의 건강문제 상담, 주소와 관련 있지만 고가의 기구가 사용되는 진찰, 주소와 관련 있지만 많은 시간이 소요되는 진찰 등이 그것이다. 이러한 행위들은 진찰료와 별도로 산정되어야 한다. 만약 불가피하게 진찰행위에 포함되어야 한다면 진찰료 상대가치 점수를 그만큼 상향 조정해야 한다.

3) 진찰료 산정기준의 환원

진찰과 관련된 신설 행위들이 발생하면 진찰료의 순증이 있어야 하는데 지금까지 그러하지 못했다. 진찰료 초·재진 산정기준도 의약분업 이전으로 회귀하여 개선되어야 한다. 의약분업 이전인 1993년 3월 1일 기준을 보면, ‘하나의 상병에 대한 진료를 계속 중에 다른 상병이 발생하여 초진을 행한 경우에도 초진료는 산정하지 아니하고 재진료를 1회만 산정한다. 하나의 상병에 대한 진료가 끝난 후 동일 상병이 재발하여 30일 이내에 진찰을 행한 경우에는 재진료를 산정한다.’로 되어있다. 반면 의약분업 이후인 2002년 4월 1일 기준을 보면 ‘해당 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우에는 내원 간격에 상관없이 재진환자로 본다(고혈압, 당뇨병). 또한, 완치여부가 불분명하여 치료의 종결 여부가 명확하지 아니한 경우 90일 이내에 내원시 재진환자로 본다.’로 되어 있다. 즉 의약분업을 기점으로 초·재진 구분이 불리하게 변경된 부분이 있다.

4) 처방료 분리 및 순증

처방료 통합을 통해 당초 정부가 기대했던 효과를 현재 달성했다고 보기 어렵다. 오히려 처방료를 진찰료와 분리한다면 불필요한 처방을 줄일 수 있는 측면이 있을 수 있다. 또한 처방료 통합으로 과도한 장기처방을 요구하는 환자가 생겼다. 즉 고혈압과 당뇨병 등의 만성질환자의 경우 주기적인 관리 관찰이 필요한데 6개월 이상의 장기처방을 요구하는 경향이 있다. 결국 만성질환관리와 의사-환자 관계에 악영향을 미칠 수 있다. 의료계 특히 내과계의 희생이 지속되어왔다. 재정안정화대책 기간이 종료되었음에도 불구하고 여전히 당시의 정책들이 적

1) 전철수 외. 진찰료 재평가 연구보고서, 대한의사협회, 2008

용되고 있는 것도 문제다. 처방 및 DUR, 약물복용 등의 상담 시간 증가로 인한 총점 증가가 필요한데도 그러하지 못해 현재 자원기준 상대가치의 논리에 부합하지 못하고 있는 상태다. 또한 만성질환자의 증가로 생활습관관리 등의 진찰관련 시간이 증가한 부분이 있는데, 이는 진찰료 상대가치 순증필요성의 근거라 할 수 있다.

6. 결론

진찰은 진료행위(의료행위)의 기본적인 첫 출발이다. 건전한 의사-환자 관계 형성의 첫 걸음으로서 진찰 이후의 일련의 행위, 검사, 처치, 처방 등에 미치는 영향을 고려할 때 가장 중요한 핵심요소라

할 수 있다. 진찰은 의사의 무형적인 사고, 판단, 선택을 절대적으로 필요로 하기 때문에 의사만이 할 수 있는 전문적 고유 업무이다. 그럼에도 불구하고 지금까지 진찰은 저평가 되어왔다. 앞으로 진찰의 정의를 확립하고 진찰에 포함된 각종 행위들을 분리하는 작업이 필요하다. 신의료기술을 진찰에 포함해 왔던 지금까지의 선례를 바로잡아야 한다. 진찰에 대한 가치를 인정하고 그에 따른 적정수가를 보상해야 한다. 재정안정화대책 이전으로 진찰료 산정기준을 회귀하여 진찰료와 처방료를 다시 분리하고 초·재진 산정기준 역시 개선되도록 해야 한다. 향후 진행될 3차 상대가치 개편에서도 바람직한 의사-환자 관계 형성을 위해 진찰에 대한 가치를 재정립할 기회가 마련되었으면 한다.

발표에 대한 질의

| 좌장 안덕선 (의료정책연구소장)

먼저 주제발표를 해주신 두 분께 감사드립니다. 지정토론 전에 발표자들에게 궁금한 사항이 있으면 먼저 질의하는 순서를 갖겠다. 혹시 방청객 중에 질의할 분이 계시면 질의해 주시길 바란다.

방청객 중에 질의자가 안계서 좌장인 본인이 한 가지 질문을 하겠다. 김영재 이사께 질문이 있다. 의사는 매년 진찰을 하면서 의료사고 등의 위험 부담을 갖고 진료하기 마련이다. 현행 진찰료 보상체계에서 의사와 환자 모두를 고려한 안전성에 대한 고민은 없는지 궁금하다.

| 김영재 (대한가정의학회 보험이사)

사실 현행 상대가치점수 산정에는 의사업무량, 진료비용, 위험도 등 3가지가 감안된다. 진찰료에 있어서도 위험도가 반영되어 있다. 다만 미국의 경우 모든 의사들이 의료사고배상책임보험에 가입되어 있기 때문에 위험도를 반영하는 것이 어렵지 않다. 그러나 우리나라의 경우 실제 소송 이외의 환자에게 배상한 금액을 기초로 위험도 상대가치를 산출하고 있어 제한점이 있다. 향후 진찰과정에서 발생한 의료사고 소송이나 배상금액이 확인 가능하게 된다면 실제 위험도 상대가치에 반영되는 체계를 마련하도록 하는 것이 바람직할 것이다.

| 질의자 2 (최대집, 대한의사협회장)

김교현 선생님께 질의가 있다. 발표 시 프랑스의 사례를 언급하셨다. 우리나라에서도 프랑스와 같이 상대가치시스템체계에서 진찰료가 분리되어 수가 결정되면 합리적일 것 같은데 이에 대한 발표자의 견해를 듣고 싶다.

| 김교현 (충무병원 예방의학전문외)

프랑스와 같이 진찰과 진찰 외 행위를 별도로 구분하는 것이 우리나라에도 적합한지에 대한 판단은 명확히 말씀드리기 어렵다. 다만, 프랑스에서도 상대가치 작업을 하는 기구가 따로 있다. 상대가치 작업 시 원래 진찰료도 포함하여 작업을 하려 했으나 관련 단체들 간의 이해관계로 따로 분리할 수밖에 없었던 사실을 보험자와 의료단체 관계자를 통해 확인한 바 있다. 앞서 미국 사례를 통해서도 상대가치체제가 일차의료를 적정 보상하는 방법으로는 적정치 않다는 지적도 있었다. 최근 CMS에서도 현재 5단계의 진찰료를 3단계로 단순화하려는 시도를 하고 있고, 이 과정에서 일차의료에 대한 가산은 별도로 고려하고 있다는 걸로 본인은 알고 있다.

지정 토론 및 자유 토론

| 김현아(한림대학교 성심병원 교수)

진찰료에 대한 부분을 진료시간 개념에서 새롭게 접근해 보고 싶다. 본인은 대학병원에서 근무하고 있다 보니 짧은 시간 내에 환자를 많이 진료해야 하는 상황에 있다. 1999년 NEJM 저널을 예로 들어보겠다. 의사에게 만약 15분 진료가 표준인데 이를 10분으로 5분줄이면 workload가 26%가 늘어난다고 응답한 결과가 있다. 우리나라는 통상 5분 진료를 한다. 이 사실을 보더라도 우리나라 의사의 업무량은 과다하다 볼 수 있다. 실제로 본인이 근무하는 병원에서 의사들을 대상으로 진찰시간에 대한 설문을 진행하고 있다. 아직 설문이 완결되지 않은 관계로, 사전결과를 잠시 소개하면, 실제로는 초진 12분, 재진 5분을 진료하고 있는데, 적정하다고 생각하는 진료시간은 초진 28분, 재진 13분으로 조사되었다. 류마티스내과의 경우 관절검사도 시행해야 하는데 5분 안에 진찰을 마무리하는 것은 사실상 불가능하다. 또한 설문을 통해 의사들이 외래진료시간을 손 씻을 시간, 1시간당 휴식시간, 화장실 시간, 점심 시간 등이 충분히 확보되지 못하고 있다는 사실을 확인하였다.

2017년 BMJ 저널에서 각국의 일차의료 진찰시간을 조사한 바에 의하면 우리나라와 같이 5분미만을 진찰하는 국가는 파키스탄, 방글라데시 등 후진국 밖에 없었다. 우리나라의 진찰료 수가는 구매력 지수를 보정한 후에도 외국에 비해 턱없이 낮고, 각

국의 최저임금 대비해서도 지극히 낮다. 최근에 정부에서 추진 중인 심층진료 수가도 투입된 시간에 비해 수가가 턱없이 낮다. 본인은 상급종합병원에서는 미국에서와 같이 의사비용과 병원비용을 분리해서 운용하는 것도 한 방안이라고 생각한다. 비교적 통제가 용이한 상급종합병원부터 의사에 대한 적정 진료시간 보장과 적정 진찰료를 책정하는 방안을 고민해야 한다. 한 시간에 진료하는 환자 수를 통제하고 상급종합병원 평가시스템에 이를 반영할 필요가 있다. 적정진료를 하는 의사에게 패널티가 돌아가지 않게 병원과 의사비용을 분리해서 지급해야 한다. 장기적인 관점에서는 상급종합병원에서 외래환자 수를 현재의 절반 이하로 줄이고, 이러한 환자들이 일차의료로 돌아가게끔 하는 방안을 모색해야 할 것이다.

| 이정찬 (의료정책연구소 전문연구원)

김교현 선생님과 김영재 이사님께서 진찰이 왜 중요한지에 대해 잘 설명해 주셨다. 의원 진료비의 약 59%를 진찰료가 차지하고 있으며, 일차의료를 책임지는 동네의원에 대한 적정 보상이 이루어져야 의료기관을 안정적으로 운영할 수 있다. 가장 기본적인 경제적 보상이 이루어지지 않으면 의료제공자는 진찰보다는 검사, 시술 등의 서비스 제공에 관심을 가질 수밖에 없다.

심평원 진료비통계지표 자료를 활용하여 지난

10년간 의과 외래에 있어 의료기관 종별 내원일수와 요양급여비용 변화를 살펴보면, 의원이 차지하는 비중은 점차 감소하고 있는 반면 상급종합병원을 비롯한 병원급은 점차 증가하고 있는 것을 확인할 수 있다. 즉, 의원의 외래 기능이 위축되고 있는 것이다. 또한 10년 전과 비교했을 때 전체 의과 요양급여비용에서 진찰료가 차지하는 비중은 감소한 반면, 병원급에서 주로 시행되는 수술이나 검사 등에 소요되는 비용은 증가한 것을 확인할 수 있다. 의원에서 외래환자를 지속적으로 관리할 수 있도록 하는 일차의료강화 기전이 작동해야 하지만 의원의 주 수입원이라 할 수 있는 진찰료 비중은 감소하고 있는 반면, 병원급에서 주로 제공되는 수술이나 검사 등의 비중이 오히려 증가하고 있는 추세이다.

2016년 기준 우리나라 근로자의 연간 근무시간이 2,069시간으로 OECD 회원국 중 멕시코에 이어 2위다(OECD 평균 1,763시간). 2016 전국 의사조사에 의하면 일차의료를 담당하고 있는 우리나라 개원의의 연간 근무시간은 2,380시간으로 우리나라 근로자보다 311시간, OECD 근로자보다 617시간 더 근무하고 있다. 개원의의 91%가 주6일을 근무하고 있으며, 주7일을 근무하는 의사는 7%에 달했으며, 주5일을 근무하는 의사는 2%에 불과하였다. 하루에 약 59명의 많은 환자를 보지만, 의료서비스제공 만족도는 선진국들에 비해 낮은 것으로 조사되었다. 진료로 인한 업무과중은 높은 반면 의료서비스제공 만족도는 낮다는 사실은 우리나라 의료시스템에 시사하는 바가 크다.

앞서 김현아 교수께서 잠깐 소개해 주셨던 2017 BMJ 저널을 좀 더 살펴보면 진찰시간이 3분 미만인 국가들은 대부분 후진국들이었던 반면 15분 이상 충분히 보장된 국가들은 선진국들이었다. 이 논문

에 의하면 국민1인당 의료비 지출과 진찰시간은 정의 상관관계가 있었다. 또한 인구 1,000명당 일차 의료의사 수와 진찰시간 역시 정의 상관관계가 있었다. 즉 의료비 지출이 상대적으로 높고 일차의료인력 확보가 안정된 선진국에서는 진찰시간이 충분히 보장되고 있다는 것이다. 선진국의 진찰시간이 긴 배경에는 적정보상이 함께 했었기 때문에 가능했을 것이라 생각된다. 다들 아시다시피 우리나라의 진찰시간은 후진국과 마찬가지로 짧다. 우리나라가 실제로 투입하는 의료비 지출과 일차의료인력 규모를 고려했을 때 기대 진찰시간은 더 높아야 바람직하다.

의사들이 충분한 진료시간을 가지고 안정된 진료를 할 수 있는 환경을 보장해 주는 것이 중요하다. 진찰시간이 충분히 보장되면 의료소송 감소, 의사 만족도 증가, 당뇨병환자의 병원입원률 감소, 외래민감질환(ACSC)으로 인한 입원률 감소, 환자 스스로의 적극적 건강관리, 의사의 환자 기록관리(record keeping) 질 향상, 환자의 삶의 질 향상 등을 도모할 수 있다. 반면 진찰시간이 부족하면 환자의 불건강 야기, 의사의 스트레스와 번아웃 증가, 다제복용(polypharmacy) 증가, 항생제 남용, 의사-환자 관계 결여 등을 야기할 수 있다는 근거가 있다.

바람직한 진찰환경을 마련하기 위해서는 일차의료를 담당하는 일선 동네의원들이 정상적으로 운영될 수 있도록 적정수가를 보장하는 것이 선결되어야 한다. 우리나라의 진찰료 수가가 외국에 비해 낮고 원가보전율도 턱없이 낮다는 사실은 이미 수없이 지적되어 왔다. 이러한 저수가는 박리다매의 의료행태를 야기하였다. 앞서 발표자가 소개한 해외 사례처럼 선진국의 경우 일차의료의 역할을 강화할 수 있는 다양한 수가와 가산제도가 개발되어 있지

만 우리나라의 경우 그렇지 못하다. 일차의료가 활성화될 수 있는 각종 가산항목들을 개발해야 한다. 안정된 진찰환경은 서비스 질 향상을 도모하고 의사의 만족도도 향상시켜 의사-환자가 서로 믿고 신뢰할 수 있는 라포를 형성시키는 단초가 될 것이다.

ㅣ 신영석(한국보건사회연구원 선임연구위원)

진찰료 가지고만 이야기를 하다보면 자칫 코끼리의 다리만 만지는 형태가 될 수 있다. 단순히 진찰료를 외국과 비교하여 단위당 시간과 건강 보장수준이 어느 정도 되는지를 비교해서 과연 해법을 강구할 수 있을까라는 의구심이 든다. 각국의 의료제도와 현실이 다른 상황에서 만약 우리나라의 현 3분 진찰시간을 다른 국가와 같이 10분, 20분으로 상향한다고 해서 그에 따르는 보상이 당장 현실적으로 가능할지가 의문이다.

우리나라의 내원일수는 외국에 비해 높은 반면 의사 수는 적다. 우리나라의 의사가 OECD 국가와 비교하면 업무량이 많다고도 볼 수 있다. 의사 1인당 매출액은 OECD 평균에 99.7% 수준이다. 결국 우리나라의 의사수가 상대적으로 적기 때문에 국민 의료비가 적은 것이지, 1인당 매출액 관점에서 보면 동일하다. 상대적으로 의사 수는 적고 노동량이 많은 것은, 앞서 김영재 이사께서도 발표하셨지만 현행 의료수가 체계가 의원급에 불리하고 상급종합병원에 유리한것에서 그 원인을 찾을 수도 있겠다. 해가 거듭될수록 의원급 의료기관의 수입 비중은 줄어들 것이다. 그렇다고 수가만 올려서 해결할 수 있는 것도 아니다. 의료체계를 전체적인 측면에서 다시 한번 재조명해 볼 필요가 있다. 단순히 진찰료를 어느 수준으로 올린다하더라도 근본적 문제가 해결되지 않으리라 본다. 진료과목마다 진찰횟수에 있

어 현격한 차이가 있기 때문에 자칫 3차 상대가치 개편에서 진찰료가 급격히 인상되면 진료과목별로 이견이 발생할 수도 있다.

2차 상대가치 회계조사 분석결과 진찰료와 입원료 수준이 원가에 크게 못 미치는 것으로 나타났다. 원가는 인건비를 어떻게 책정하느냐에 따라 달라질 수 있는데, 2차 상대가치 회계조사에서 의사 인건비를 도시 4인 가구 평균 임금의 3.5배인 970만원으로 책정하였고, 당시 이 수준이 과연 적정한지에 대한 논란도 있었다. 이를 만약 3배로 책정하면 원가보전율이 올라갈 것이고, 5배로 책정한다면 원가보전율이 떨어질 것이다. 따라서 단순히 수가만 올려서 해결하려는 시도는 지양되어야 한다.

현행처럼 소비자들이 자유롭게 의료를 이용할 수 있는 환경체제도 바뀌어야 하고, 상급종합병원이 유리하게끔 형성되어 있는 수가체제도 변화되어야 한다. 현재 커뮤니티케어 등도 논의되고 있는 시점이다. 다만 의료전달체계 합리화 차원에서 현행 종별이 높을수록 진찰료 상대가치가 높아지는 현행 체계는 변화되어야 한다고 생각한다. 물론 이를 통해 전달체계가 획기적으로 개선될 수는 없겠지만 개선에 일조할 수 있는 부분이 있다면 고려할 필요가 있다고 본다. 한편 진찰시간을 어떻게 수가에 반영할 수 있을까도 고민해봐야 한다. 만약 진찰시간이 증가함에 따라 수가도 높아진다면 환자의 본인부담도 증가할 수밖에 없다. 소비자들의 부담도 감안해야 한다. 3차 상대가치 개편에서는 그동안 한 번도 손대보지 못한 진찰료 상대가치를 의료체계의 큰 틀에서 바로잡아봤으면 하는 것이 개인적 바람이다.

끝으로 재정건전화대책으로 시행된 진찰료와 처방료 통합을 책임으로 연구수행한 당사자가 본인이다. 본인은 처방료 통합으로 인해 처방건수도 줄고

약소비량도 줄어 상당한 개선효과를 보았다고 생각한다. 당시 시행된 여러 가지 재정건전화대책 중에 유일하게 현재까지도 발효되고 있는 가장 의미 있는 정책이라 본인은 판단한다. 지금 이 시점에서 다시 처방료 분리를 논의하는 것은 소모적인 논쟁일 뿐이라고 생각한다.

Ⅰ 임익강 (대한개원의협의회 기획정책부장)

우리나라의 수가가 낮다거나 수가를 인상해야 한다는 주장은 앞서 다른 발표자나 토론자들이 지적 해주셔서 더 이상 이 부분을 언급하지는 않겠다. 다만 앞으로 5-10년 이후에 의료계가 어떻게 나아가야 하느냐의 관점에서 한번 생각해 보았다. 의사는 신체적 그리고 정신적 노동을 수행함과 동시에 지적가치를 투입하여 고난이도의 노동을 수행하는 특수한 직군이다. 한편 의사면허는 택시면허나 조업권 등과 같이 배타적 면허가 아니기 때문에 지적 재산도 보호받지 못하고 있다. 그러면서도 지적가치를 위해서 꾸준히 연구하고 공부하고 있다.

본인은 차라리 진찰료를 없애면 어떨까라는 생각을 해 보았다. 진찰료 없애게 되면 먼저 접수대에서 접수비(행정비와 의료기관 이용비)를 받게 된다. 접수를 마치면 진료실에서 각 전문과목마다 다양한 형태의 진찰이 이루어지게 되는데, 현대의학에서는 진단, 검사, 치료가 명확히 구분되지 않는다. 앞으로 이러한 현상은 더 가속화되리라 생각된다. 따라서 동일한 기본진찰료를 책정하고 의료 수요량, 의사 공급량, 의사의 행위와 사용된 도구, 시간, 지역(건물임대료 차이 등) 등을 고려한 상수 값을 개발하여 이를 기본진찰료에 곱하여 진찰료를 산정하는 방식을 제안해 본다. 추가로, 환자의 질병 리스크에 따라 진찰료를 차등으로 책정하는 방안도 고려해

볼 필요가 있다. 마지막으로 의사의 모든 행위에 패치를 붙이듯이 진찰료를 붙이는 방안도 고려할 수 있다. 예를 들어 마취과 의사가 마취를 하는데 진찰을 하지 않고 마취를 하지는 않는다. 그러나 현행 마취 행위료에는 진찰료가 포함되어있지 않다. 이러한 것처럼 모든 의사 행위에 진찰료를 패치처럼 붙이는 방안을 제안해 본다.

각 전문과마다 의료행위에 있어 수요-공급이 다를 수 있는데, 획일적인 진찰료가 책정되고 있는 것도 문제다. 산부인과나 외과 등에 있어 진찰료에 대한 배려가 더 필요하다. 그리고 의료계에서 진찰료 논의 시 주로 의학회 중심으로 이루어져 개원가의 목소리가 배제되고 있다고 본인은 느끼고 있다. 앞으로 진찰료 협의체 등의 구성 시 개원가를 포함해 줬으면 한다. 마지막으로 만성질환관리제에 대해 언급하겠다. 만성질환관리제는 기존의 의사 진찰과는 별도로 추가적인 의사의 업무량이 투입되는 사업이다. 정부가 일차의료 활성화를 위해 만성질환관리제를 추진하는 것이라면 기존 진찰 수가에 대한 합리적 보상을 전제한 후에 만성질환관리제에 대한 추가적 보상을 논의해야 한다고 본다.

Ⅰ 이종규 (보건복지부 보험급여과장)

의협에서 진찰료와 처방료에 대한 문제 제기를 의정협의체에 지속적으로 해왔다. 기본적으로 진찰시간이 충분히 보장되어야 한다는 방향성에 대해서는 국민 모두가 공감하리라 생각한다. 다만 진찰료가 전체 진료비 규모에서 차지하는 비중이 커서 진찰료 인상은 건보재정에 큰 영향을 미칠 수 있다는 것이 부담 요인이다. 3차 상대가치개편을 진행하면서 이 부분을 검토하겠지만 쉽지 않은 과제라 생각한다. 현재 진료현장에서 진찰료만으로 의료기

관 운영을 담당하는 것은 한계가 있다고 생각한다. 진료현장에서 만성질환관리제 등 진찰 외의 별도사업들을 개발한다거나, 환자의 자가 의료장비에 대한 의사의 사용 설명이나 교육 등에 있어서는 추가적인 보상이 필요하다고 본다. 한편 궁극적으로는 의료서비스 제공체계 하에서 의원급과 상급종합병원의 진찰료 체계를 어떻게 정립해야 할 것인가에 대한 방안은 현재 명확하지 않다. 한편으로는 상대가치 개념으로만 논의하지 않고, 환산지수 등의 계약방식으로 고민하는 방법도 있을 것이라 생각한다. 진찰료나 입원료와 같은 기본진료료가 원가수준 이하이기 때문에 인상이 시급하고 한 번에 진찰료가 인상되면 모든 것이 해결될 것이라 생각할 수도 있겠지만 실제로는 그렇지 않다고 생각한다. 즉 진찰료가 인상된다고 해서 현재 비합리적인 의료제공체계가 단숨에 바로잡힐 거라 생각하지 않는다. 현재 정부에서는 3차 상대가치개편 과정에서 필요하다면 환산지수와 같은 계약방식도 한번 재검토하는 방안도 고민할 것이다. 이와 함께 기본진료료에 대한 부분도 같이 검토하는 것을 고려하고 있다.

| 안덕선(좌장, 의료정책연구소장)

이제 모든 토론자들께서 토론을 마쳐주셨다. 방청객으로부터의 질의에 앞서 먼저 금일 토론자로 참여하신 분들끼리 서로 의문사항이 있으면 질의할 수 있는 시간을 드리겠다. 궁금한 사항이 있으신 분은 질의해주시길 바란다.

| 김현아(한림대학교 성심병원 교수)

이정찬 연구원께서 미국의 경우 병원급 보다 의원급 의료기관의 진찰료가 높다고 언급하셨는데, 미국 병원의 경우 의사와 병원시설에 대한 상대가

치점수가 분리되어 있기 때문에 단순히 의사비용만으로 진찰료를 비교하는 것은 합리적이지 않다고 본다. 그리고 의료전달체계 확립을 위해 의료기관을 압박하고 의원급과 병원급을 차등 보상하는 식으로는 한계가 있다고 본다. 근본적으로는 환자들의 의료이용을 통제하지 않으면서 의료기관만 규제해서는 해결될 수 없는 문제라고 본다.

| 이정찬(의료정책연구소 전문연구원)

미국에서 non-facility는 의원(주로 의사 오피스)이 해당되고, facility는 병원들이 해당되는 것으로 이해하고 있다. 지적하신대로 미국 병원에서 의사비용과 병원시설비용을 분리하여 청구하고 있어 그래프에 표현된 병원급의 진찰료가 과소 산정된 부분이 있는지에 대해서는 다시 한 번 확인이 필요한 부분이라 생각한다.

| 임익강(대한개원의협의회 기획정책부장)

김영재 이사님께서 진찰료에 위험도가 반영되어 있다고 말씀하셨다. 그러나 각 행위별로 위험도가 책정된 것이 아니라 포괄적으로 책정되어 적용하다 보니 불합리한 부분이 있는 것 같다. 즉 우리나라의 상대가치점수에서 위험도는 각 과마다 편차가 심해서 문제가 있다고 본다. 편차를 줄일 수 있는 정확한 위험도 상대가치가 필요한데 이를 위한 조사계획이 있는지가 궁금하다.

| 이종규(보건복지부 보험급여과장)

위험도 상대가치 산정을 위한 조사가 쉽지 않은 것이 현실이다. 실제로 의료기관의 협조가 절실하다. 이번 3차 상대가치개편에서는 이러한 부분이 개선될 수 있도록 조사를 실시할 계획이다.

| 신영석(한국보건사회연구원 선임연구위원)

금번 실시하는 의료기관 회계조사 연구에서 위험도 상대가치에 대한 부분을 같이 조사하고 있는데 문제는 의료분쟁 시 의사가 환자와 합의하에 보상한 부분은 잘 드러나지 않는데 있다. 이러한 이유로 위험도 상대가치가 과소추계 될 가능성이 있다는 점이 아쉽다.

| 안덕선(좌장, 의료정책연구소장)

금일 토론회에서 의사의 적정 소득수준을 결정하는데 있어 사회적 합의도 필요하다는 의견을 주신 분이 계셨다. 그러나 좌장은 현재 우리 사회가 사회의 합의에 의해 의사의 급여를 결정하는 것이 가능한 구조인가가 궁금하다. 그렇다면 우리나라의 다른 직종들도 사회의 합의에 의해서 급여가 결정되는가를 묻지 않을 수 없다. 그리고 진찰료 수가의 개선이 필요하다는 오늘 의료계 주장의 논거는 진찰료 개선이 의료전달체계 확립의 작은 원동력이 될 수 있다는 것이 핵심이다. 이에 대해 오늘 참석자 중에 의견을 주실 분이 있으신지 궁금하다.

| 신영석(한국보건사회연구원 선임연구위원)

현재 우리나라는 총액계약제를 실시하고 있지 않다. 소비자들이 의료를 무분별하게 이용하고 있다. 이러한 체계는 지속가능하지 않다. 우리나라 국민들이 소득 중에 세금이나 보험료를 부담하는 규모는 26%이다. OECD 회원국 평균은 34% 수준이다. 우리나라 부담이 조금 낮은 편이다. 그러나 우리나라는 부담률이 점점 증가하는 추세이고, 이미 부담률이 높은 국가들은 오히려 감소하고 있는 추세이다. 그래서 2023년도면 우리나라가 OECD 회원국 평균을 상회할 것이라고 예상된다. 현재 개인이 부

담하는 건강보험료율은 3.12%이다. 국민들이 과연 OECD가 부담하는 수준의 보험료 부담 의사가 있는지도 궁금하다. 저출산·고령화 역시 지속되고 있고, 생산인구는 줄고 소비인구가 늘어가는 상황에서 과연 건보제도가 지속가능한지도 한번 생각해볼 필요가 있다. 따라서 국민들의 의료이용을 통제하는 기전이 마련되어야 할 시점이라고 판단된다. 지속 가능한 의료체계를 위해서는 의료이용 총량을 통제해야 하고 의사의 업무량도 줄일 수 있는 방안도 함께 고려해야 한다. 이를 위해 정부와 의료계가 같이 준비해야 한다.

| 안덕선(좌장, 의료정책연구소장)

더 이상 토론자들끼리의 상호 질의가 없으면, 지금부터는 플로어로부터 질의를 받는 시간을 갖겠다. 질의할 분이 있으시면 질의 바란다.

| 정성균(대한의사협회 기획이사)

신영석 선임연구위원께서 우리나라 의사의 매출이 OECD 회원국 의사의 평균 매출과 차이가 없다고 하셨다. 현재 우리나라 의사의 평균 매출이 약 5억 정도 되는 것으로 추정되고, 이중 대략 18% 정도가 의사의 수입이 되는 것으로 파악하고 있다. 그리고 오늘 토론회는 진찰료가 주제이므로 이를 전체 의료비로 확대하여 토론하는 것은 바람직하지 않다고 본다. 1년에 약 3,000명이 배출되고 있으며, 의사수는 2028년에는 OECD 회원국 평균치를 상회할 것이라 예상된다. 이런 상황에서 만약 우리나라 의사의 매출액이 OECD 회원국 평균과 동일하다면 향후 우리나라 의사의 수입은 더 줄어들 것이라 예상된다. 향후 건보제도가 지속가능한지와 함께 의사수급 부분도 함께 고민했으면 하는 바램이다.

| 안덕선(좌장, 의료정책연구소장)

우리나라 의사인력 데이터는 신뢰성에 있어 한계가 많은 것이 사실이다. 영국과 같이 상설로 의사인력을 추계하는 기관이 있어야 정확한 산정이 가능한 부분인 것 같다. 우리나라의 현실이 안타깝다.

| 이세라(대한의사협회 총무이사)

오늘 좋은 말씀 많이 들었다. 근본적으로 진찰료로는 모든 문제가 해결되지 않을 것으로 본다. 건강보험료를 산정하는 방식이 잘못된 것이라 본다. 가장 중요한 부분은 현재 외래로 내원하는 환자들이 진정 진료에 필요해서 내원하는 것인지도 냉정하게 평가해 볼 필요가 있다. 현재 의사가 진정 15분 동안 환자를 진료할 준비가 되어 있는지도 생각해 볼 필요가 있다. 아무런 대책 없이 만약 15분을 진료한다면 의사의 수입은 급격히 떨어질 것이라 본다. 재정이나 진찰시간에 대한 고민 없이 진찰료를 논하는 것은 의미가 없다고 본다. 또한 현 의료체계의 문제를 진찰료 하나만으로 몰아갈 것이 아니라 전반적인 관련 문제들을 같이 검토해야 한다고 본다.

| 이종규(보건복지부 보험급여과장)

2차 상대가치개편 작업에서 수술, 처치, 기능검사, 영상, 검사, 검체 등 각 유형별 불균형이 있다는 사실을 확인하였다. 2차 상대가치개편에서는 영상과 검체 수가를 조정하여 전체적인 모든 행위가 원가의 90% 수준을 맞추는 쪽으로 접근하였다. 그러나 기본진료료에 대한 부분을 원가수준까지 끌어올릴 수 있느냐에 대한 부분은 더 논의가 필요할 것으로 보인다. 단순히 상대가치만으로는 논의가 가능하지 않을 것이라고 보며 여러 가지 대안들을 함께 검토해 보아야한다고 본다.

| 박홍준(서울시의사회장)

김영재 이사께서 처방료 부활을 언급하신 반면 신영석 선임연구위원께서는 다시 처방료 부활을 논의하는 것은 소모적이다 라는 상반된 의견을 주셨다. 이 부분에 대한 김영재 이사님의 의견을 다시 확인하고 싶다. 그리고 임익강 이사께서 오늘 토론에서 말씀하신 내용은 사건이신지 대한개원의협의회 의 공식 입장이신지가 궁금하다.

| 임익강(대한개원의협의회 기획정책부장)

대한개원의협의회 일차의료활성화 TF에서 진찰료 논의 시 나왔던 의견으로 생각하시면 될 것 같다.

| 김영재(대한가정의학회 보험이사)

본인은 오늘 의료계 입장에서 발표한 부분도 있지만 가정의학회 보험이사 입장에서 처방료 부활의 필요성을 제안한 측면도 있다. 과거 재정건전전화정책의 일환으로 처방료가 통합되고 가나다군도 사라지면서 가정의학과가 가장 큰 피해를 보았다고 생각한다. 이를 바로 잡아야겠다는 취지에서 오늘 처방료 신설의 필요성을 제안한 것이다.

| 안덕선(좌장, 의료정책연구소장)

이제 마무리를 해야 할 시간이다. 주제 발표해 주신 두 분, 그리고 토론자 분들, 또 방청객 여러분들께 감사드린다. 오늘 참석하신 분들께서 공통적으로 합의점에 도달한 부분은 의료전달체계 확립이 필요하다는 부분인 것 같다. 지속가능한 건보제도를 위해 환자들의 의료이용을 통제해야하는데, 이 과정에서 문화적인 충돌이 있을 수도 있고, 그에 따라 의사의 수입 감소가 있을 수도 있는데, 이러한 상황을 의료계가 감수할 준비가 있느냐는 의견도 주

셨다. 의대 입학부터 수련을 마칠 때 까지 의사가 되기 위해 투입해야 할 비용은 적지 않다. 우리나라처럼 의사 본인이 이 과정을 전액 부담하는 국가가 OECD 국가 중에 몇이나 되는지를 살펴본다면 우리나라에서 의사를 대상으로 하여 실시한 원가조사가 얼마나 잘못되었는지를 이해할 수 있다. 외국의 경우 사회적 합의에 의해 의사양성 비용을 지원한다. 앞으로 의사양성 비용에 대한 부분도 의사를 대

상으로 한 원가 산정에 고려했으면 하는 바램 이다. 다시 한 번 발제자 두 분과 토론자 분들께 감사드리며 늦은 시간까지 자리를 지켜주신 방청객께도 감사드립니다.

〈정리 : 이정찬 의료정책연구소 전문연구원〉