

醫療保險과 醫療酬價

金 永 彦

인천도립병원 원장

序 論

社會保障은 國家發展의 原動力이 될수있는 國民의 意欲과 連帶意識昂揚에 直結된다. 先進各國에서는 社會保障의 基本方向을 다음과 같은데에 두고 있다.

- ㄱ. 一生을 通한 安定되고 健康한 生活의 確保
 - ㄴ. 社會連帶思想의 基盤이 되는 社會公正性의 確保
 - ㄷ. 個人的 自主성과 社會性의 促進
 - ㄹ. 資源의 効率의 配分과 費用의 負擔
 - ㅁ. 教育, 住宅, 雇傭等의 關聯施策의 強化
- 社會保障은 다음 세가지로 나누어서 考察할 수 있다.

- ㄱ. 所得保障……年金, 失業保險 等
- ㄴ. 醫療保障……醫療保險, 醫療保護 等
- ㄷ. 社會福祉……兒童, 老齡者, 心身障害者의 福祉施設 等

要컨대 社會保障은 充分한 資産이 없는 國民, 特別히 勤勞階級에 疾病이나 生活威脅이 있을때 人間다운 最低生活을 保障하는 國家制度의 總稱이다. 資本主義 國家에서는 國民生活上의 危險을 負擔하는 社會保障의 技術的 基盤을 「保險」이라는 形態에서 求하고 있다. 이같은 保險을 施行할 때에는 國家管理, 國庫負擔, 強制加入이라는 政府의 統制管掌을 前提로 한다. 그러므로 社會保障은 國民의 租稅와 保險料의 두가지를 財源으로 하여 「公的」으로 保障되는 것이라고 할수 있다. 그래서 國民은 給付를 받는 同時 그 財源을 負擔하는데 對해서도 올바른 認識을 가질 必要가 있다.

一般保險(生命保險, 火災保險 等)에서는 個人的 生命財產損失에 對한 經濟的 補填이 目的인데 反하여 社會保障을 위한 社會保險에서는 給付의 內容과 크기가 個人的 欲求를 떠나서 社會的 必要性에 依해서 規制된다는데 特色이 있다. 이같은 社會的 必要性에 따라 國家와 現代企業은 社會保障 財源에 對해 應分의 負擔을 하게 되었다.

醫療保險

醫療保障은 社會保險形式의 醫療保險과 公的 扶助로 되는 醫療保護의 두가지로 實施된다. 醫療保險의 歷史는 1883年 獨逸 “비스말크”의 疾病保險法에서 出發하여 資本主義社會의 生成發展에 따라 成長擴大되었다. 醫療保險이란 疾病 負傷 分娩 死亡 等 短期的인 經濟損失에 對해 保險給付를 하는 制度이다. 給付를 돈으로 支給하는 方法을 取하지 않고 治療받았을 때의 費用을 保險者가 醫療機關에 支拂하는 現物給付形式을 原則으로 하고 있다. 그리고 被傭者의 業務上의 傷病 死亡에 對해서는 醫療保險에서 給付를 하지 않고 使用者가 責任을 지는 災害補償保險의 形式을 取하고 있다. 우리나라는 第4次 經濟開發 5年 計劃에서 社會保障을 出發시키려는 政策決定으로 먼저 今年初부터 醫療保護事業을 오는 7月부터는 醫療保險을 實施하게 되었다. 改正된 醫療保險法에서 보면 管掌은 保健社會部長官이 하고 強制加入規定이 明示되어 있으며 國庫負擔面에서는 豫算範圍內에서 補助할 수 있다는 식으로 若干曖昧한 點이 있기는 하나 保險이 實施段階에 들어 간다는 것은 劃期的인 일이라 하지 않을 수 없다. 保社部長官의 諮問에 應할 醫療保險審議委員會가 있고 給與는 療養給與와 分娩給

與이고 期限은 6個月, 療養面에서 診療를 制限하는 條文은 없고 保險者, 被保險者, 醫療擔當者의 保險診療施行上의 問題點을 解決해 주는 醫療保險 審査委員會가 있다. 保險診療를 擔當한 醫療機關을 保險者가 指定하는 條文이 있는데 이것은 將次 많은 問題點을 惹起시킬 것이 豫想되며 醫療費를 保險者가 個別的으로 指定醫療機關에 直接 支拂하게 돼 있는것은 많은 無理와 混雜을 가져올 可能性이 있다. 어떤 統合된 支拂機構를 別途로 만들어서 請求支拂事務에서 公正을 期할 수 있게 해야 할 것이다. 또 政府와 保險者와 醫療擔當者間에서 意見對立이 된다던가 紛爭이 일어 났을 때에 이를 調整하는 機構의 設置가 明示되어 있지 않다. 實施하면서 改正補完해야 할 것이다.

要컨대 오는 7월부터 實施될 醫療保險은 政府가 管掌하지만 國庫負擔은 期待하기 어렵고 被傭者와 使用者가 醜出하는 保險料만 가지고 保險者가 指定한 醫療機關에서 提供한 療養給付에 對해 直接 治療費를 支拂하는, 社會保險이라기 보다 民間保險의 냄새를 풍기는 느낌을 주고 있다. 그리고 醫療保險診療의 醫療酬價는 保社部, 醫協 病協이 醫療酬價制定調定委員會를 組織하여 共同作業으로 算定하는 形式을 取하고 있기는 하나 이 時刻 現在(1977年 4月 11日)까지 策定方向設定合意에 混迷를 거듭하고 相互平行線上에서 算出을 試圖하고 있는 것은 매우 유감스러운 일이다.

早速히 保險者를 위해서는 低廉하고 醫療擔當者를 위해서는 適正한 醫療酬價가 制定되기를 바란다. 醫療保險에서 가장 重要한 問題는 財源確保와 醫療費問題이다. 醫療費는 公費, 保險者 負擔, 患者 自己 負擔의 세가지로 支拂되는 것이 原則인데 우리의 醫療保險에서는 公費를 거의 期待할 수 없다. 各國에서 醫療費는 다음과 같은 要因으로 해마다 增加하고 있다. ① 受診一件當醫療費가 많이 所要되는 診療行爲가 增加하고 있다. ② 各種災害와 公害病이 增大하고 大型化하고 있다. ③ 醫療서비스의 原價가 上昇한다. ④ 醫療機關의 人件費가 急激히 上昇하고 있다. ⑤ 醫療의 必要性에 對해 國民意識이 向上되고 있다.

醫療費를 決定하는 것은 ① 受診率 ② 受診一件當治療日數 ③ 一日當治療費의 三要素이다. 우리나라

醫療保險에서 受診率 其他 要因을 누구도 正確히 豫測하지 못한다. 이렇다할 統計資料가 없다. 全面的으로 參考로 할 수는 없으나 國民皆保險의 日本의 健康保險에서는 受診率이 1,000名當 入院은 年間 150名, 外來는 年間 5,230名, 治療日數는 入院은 約 18日, 外來는 約 3.3日이다. 1,000名當 年間 入院延日數는 $150 \times 18 = 2,700$ 日, 外來延日數는 $5,230 \times 3.3 = 17,259$ 日이다. 우리나라 醫療保護事業에서는 1,000名當 年間 入院延日數를 600日 外來延日數를 4,000日 程度로 잡고 있다. 우리의 醫療保險에서는 患者의 自己 負擔額이 크므로 受診率이나 治療日數가 매우 低調할 것으로 豫測된다.

醫療保險에서 또하나 重要한 것은 醫療供給體制가 時急히 整備되어야 한다는 것이다. 그리고 將次 疾病構造變化에 對備한 包括的 醫療體制의 準備도 소홀히 해서는 아니된다는 것을 말해 둔다.

醫療酬價

醫療保險은 効率的으로 實施하려면 먼저 診療報酬體系를 「科學化」해야 한다. 醫療酬價는 經營學的 理論과 醫療原價計數를 根據로 하여 「科學的」으로 算出되어야 하지 주먹구구식이나 어떤 力學關係로 制定되는 일이 있어서는 아니되며 被保險者의 利益과 保險組合의 育成, 그리고 醫療機關經營의 健全化를 위해 生産Cost를 모르면서 物件價格을 決定하려는 것같은 思考는 斷呼히 排擊되어야 한다.

今般 政府와 醫療界가 合同으로 醫療酬價制定作業을 하는데 있어서 醫療界側에서는 다음과 같은 內容의 制定方法試案을 提示하였다.

保社部는 日本의 醫療保險診療報酬에서와 같이 各 醫療行爲別로 報酬를 定하여 成果排制로 하고 「技術」과 「物」을 分離하고 各種 酬價를 點單價를 定하여 點數로 表示하는 方式을 提議하였다. 醫療界側에서도 이같은 基本方向에는 同調하고 各 醫療行爲酬價를 算出하는 方法에서 兩側이 納得하고 承服할 妥結點을 찾으려 하였으나 아직 混迷狀態에 있다. 今般 策定될 醫療保險酬價는 將次 우리나라 醫療酬價體系의 設定方向이 될 것이므로 치

밀한 研究와 檢討를 하여 制定해야 할 것이다.

醫療酬價는 언제나 醫療經濟調查와 醫療原價計算을 根據로 하여 算出되어야 한다. 어떤 數字노름이나 主觀的인 基準에서 主觀구구식으로 算定되어서는 아니된다. 醫療原價에 適正利潤을 加算한 金額이 바로 醫療酬價制定의 基盤이다. 그리고 保險診療는 오늘의 醫學水準에 符合되어야 하는데 이의 代價를 支拂하는 데는 많은 社會的 經濟的 制約이 있다. 그래서 保險診療에서는 浪費가 있어서는 아니되며 浪費를 排除할 수 있는 醫療酬價를 만들어야 한다. 慣行酬價에서와 같이 注射, 投藥行爲 등에서 藥品에 얽어서 徵收하던 것을 止揚하고 技術과 物을 分離시켜 醫藥品濫用의 防止를 期한다. 醫療保險酬價는 將次 社會的 經濟的變動에 따라 自動的으로 調整되는 制度도 미리 마련해야 한다. 醫療酬價表를 作成할 때는 醫療機關의 經營資料에 立脚하여 算出되는 醫療酬價를 金額으로 定한 後 一點單價를 內定하고 各 醫療行爲別酬價를 點數로 表示한다. 醫療酬價表는 外來患者診療料와 入院時 基本診療料의 基本診療料와 手術料 其他의 醫療 行爲別診療料에 두 部門으로 나누어서 作成한다.

以上과 같은 構想을 가지고 醫療酬價를 算定하는 方法을 說明하겠다.

1. 醫療機關에서 慣行酬價에 依한 醫療行爲別 收入額의 比率를 다음 圖와 같이 表示한다.

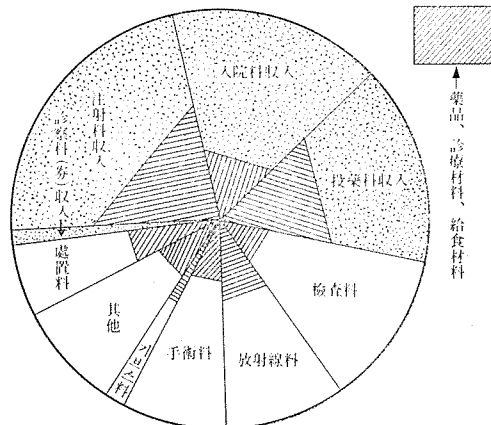
圖示上에서 外來診療料(診療券代) 收入, 注射料 收入, 投藥料 收入, 入院料 收入部分中 「點으로 圖示된 部分」을 가지고 外來患者 診療料와 入院時 基本診療料를 算出한다. 投藥行爲, 注射行爲에서는 處方料, 調劑料, 手數料 等を 一切 認定하지 않는다. 外來患者 診療料는 初診料와 再診料로 區分하고 入院時 基本診療料는 入院室管理料, 醫學管理料, 看護管理料로 區分한다.

2. 醫療酬價策定을 위한 資料를 集計한다.

- a. 稼動病床數
- b. 患者數——外來, 入院, 別
- c. 職員의 職種別 人員數
- d. 醫療原價(一個月分)
 - ㄱ. 給與費(職種別)
 - ㄴ. 材料費(醫藥品, 診療材料, 給食材料)
 - ㄷ. 經費
 - ㄹ. 減價償却 및 其他 費用(支拂利子 等)
- e. 醫療行爲別의 回數, 所要藥品 및 材料代, 그리고 (收入—藥品材料代)部分
- f. 原價의 修正

어떤 時點에서 集計된 原價를 醫療保險實施 期日의 前月(1977年 6月)의 原價로 修正한다. 原價計算時點에서 1977年 6月까지 사이의 人件費 上昇率 物價上昇率을 適用하여 推算하였다. 原價中에서 減價償却 및 其他 費

醫療行爲別病院收入比較圖



用은 修正하지 않았다. 이같이 修正한 原價를 合計하여 總原價를 算出한다.

g. “+α”(適正利潤)의 策定

病院收入은 「醫療原價+α」이다. 醫療는 非營利體制이므로 利潤追求가 目的은 아니지만 來日의 擴大再生産과 成長을 위하여 「+α」가 策定되어야 한다. 「+α」를 最少限으로 하기 위하여 總資本利益하나만을 適正利潤으로 삼았다.

總資本 A

利率 B

自己資本比率 C

企業危險率 D

總資本利益率=B×C+D

適正利潤(α+α')=總資本×總資本利益率
=A×(B×C+D)

h. 1977年 6月의 어느 醫療機關의 總收入은 (f) 項에서 算出된 總原價에 適正利潤(α+α')을 加算한 것으로 잡는다. 이 金額은 醫療行爲別 酬價를 算定하는 基盤이 된다. 이 金額

에서 藥品 및 材料代(修正된 것)를 뺀 金額(收入-藥品 및 材料代)과 처음에 얻어진 資料中の (收入-藥品 및 材料代)와의 差額을 算出한다. 이 金額을 먼저 얻어진 醫療行爲別의 (收入-藥品 및 材料代) 部分에 各行爲項目別로 配分해서 1977年 6月의 (收入-藥品材料代)로 推算한다.

i. 各 醫療行爲別로 原價를 配賦할 때 利用되는 配賦基準을 다음과 같이 設定하였다.

ㄱ. 各 醫療行爲別 病院收入의 比率

ㄴ. 投藥. 注射行爲 收入額의 外來診療, 入院診療別 比率

ㄷ. 外來診療, 入院診療에서 看護員이 關與하는 部分의 收入의 比率

ㄹ. 入院室管理, 醫學管理, 看護管理部分의 直接原價의 比率

3. 外來診療料 算定

위에서 말한 方法과 資料를 가지고 外來診療料를 算定하였다. (詳細한 算出方法 省略)이 金額을 가지고 初診料와 再診料를 區分한다.

外來診療料 및 入院時 基本診療料

病院別	病床數	一日 平均 外來患者數	一日 平均 入院患者數	總 資本(원)	自己資本 比率	總 原 價 +“α” (원)	入 院 室 管理料(원)	醫 學 管理料(원)
A 病院	200	479	186	1,277,529,825	26%	158,394,435	6,108	1,721
B "	230	605	206	750,192,157	32%	201,105,221	6,383	1,778
C "	600	1,160	478	4,035,530,649	39%	505,754,884	5,313	1,946
D "	350	626	260	1,400,253,755	80%	264,951,345	4,931	2,765
E "	500	740	401	3,868,782,317	60%	391,111,742	7,262	1,562

病院別	看 護 管理料(원)	外 來 診療料(원)	醫療保險患者用 入院時 基本診療料				手 術 行 爲 原價+“α” (원)	醫 檢 查 行 爲 原價+“α”
			入 院 室 管理料(원)	醫 學 管理料(원)	看 護 管理料(원)	計 (원)		
A 病院	1,655	1,827	2,874	1,721	1,655	6,250	12,552,447	
B "	1,814	2,144	2,705	1,778	1,814	6,297	9,673,997	
C "	2,005	2,586	2,415	1,946	2,005	6,366	45,593,151	
D "	1,868	2,577	2,739	2,765	1,868	7,372	18,189,374	
E "	679	1,895	3,171	1,562	679	5,412	34,092,024	

4. 入院時 基本診療料 算定

入院室管理料, 醫學管理料, 看護管理料로 區分하여 算出한다. 위의 세가지를 합한 金額이 바로 入院時 基本診療料가 되며 慣行酬價에서의 入院料와는 그 概念이 달라진다. 投藥行爲, 注射行爲에서는 調劑料, 手數料 등을 認定하지 않고 藥品값만 計上하면 되고 給食費도 材料代만 計上한다.

5. 往診料, 慢性病指導料, 對診料, 外部處方料 등을 算出하였고 各種 加算比率(夜間, 休日等)도 設定하였다.

6. 醫療行爲別 診療料(手術料, 檢査料, 其他) 檢査, 放射線診斷, 處置料, 手術料 등의 醫療行爲別 酬價는 그 行爲에 所要된 材料費와(收入—藥品 및 材料代) 部分의 合計額, 行爲別 回數, 그리고 行爲別 等價係數를 가지고 容易하게 算出할 수 있다.

例 ○○行爲

材料費	500,000원	}	으로 假定한 다.
(收入—藥品 및 材料代)	2,000,000원		
行爲名	回數		
A	100回		
B	80回		
C	200〃		
D	50〃		

等價係數……各 行爲別 慣行酬價의 平均値로 한다.

行爲	回數	等價係數	回數×等價係數
A	100	5,000	100×5,000=500,000
B	80	8,000	80×8,000=640,000
C	200	4,000	200×4,000=800,000
D	50	2,000	50×2,000=100,000
			2,040,000

$(500,000 + 2,000,000) \div 2,040,000 = 1.23$

- A 行爲의 酬價 = 5,000 × 1.23 = 6,190원
- B 〃 = 8,000 × 1.23 = 9,840원
- C 〃 = 4,000 × 1.23 = 4,920원

D 〃 = 2,000 × 1.23 = 2,460원

7. 藥價制定

保社部가 基準藥價를 告示한다.

8. 醫療保險酬價

醫療保險은 完全醫療가 아니고 必要醫療이므로 되도록 低廉하게 給付한다는 뜻에서 入院室을 여러가지 等級으로 나누어서 醫療保險患者가 利用하는 入院室의 管理料는 低廉하게 調整할 수 있다. 이것은 各 等級別 病床數와 病床마다 매겨진 等價係數를 가지고 쉽게 算出할 수 있다. 그보다 上級의 病室을 利用할 때는 그만큼의 差額을 患者가 自費負擔하면 된다.

9. 위의 같은 方法으로 外來診療料와 入院時 基本診療料를 選定된 五個病院의 醫療原價를 가지고 算出한 內容은 다음 表와 같다.

10. 이같은 方法으로 策定한 醫療酬價를 가지고 豫測되는 受診率과 治療日數에 基準하여 醫療費總額과 保險財源을 比較해 보았더니 保險率을 3%로 할 때 平均賃金이 70,000원 以上만 되면 保險料 範圍內에서 醫療費의 支辨이 可能的한 것을 알 수 있었다.

끝으로

醫療保險은 社會保險이므로 保險者와 醫療擔當者 사이에 政府가 介在된다. 서비스提供者(醫療機關)와 代價支拂者(保險者)間에는 서로 利害가 相反되는 일이 많아서 政府의 公正한 管掌에 對한 期待가 크다.

우리나라에서는 처음 始作하는 醫療保險이니 만큼 政府는 위의 兩者가 기꺼히 納得하고 承服할수 있게 모든 면에서 順理의으로 調整해주시기를 바라 마지 않는다.

醫療界는 醫療酬價가 理論과 計數의 根據없이 主觀이나 偏見 또는 어떤 力學關係로 策定되어서 醫療保險 나아가서는 우리나라 社會保障制度發展을 阻害하는 일이 없도록 非常한 關心을 가져야 할 것이다.