

特 輯

病院管理의 実際

分野別診斷과 向上方案摸索

医療保険과 保険酬価

李 宗 吉

세브란스病院 医療保険課長

緒 論

現代医療의 役割이 Curative medicine 으로부터 Preventive medicine과 Rehabilitative medicine으로까지 拡大되었으며 健康에 対한 概念 또한 权利와 義務關係로 發展하였으며, 아울러 医學(医療)의 發展은 더욱 그 役割과 責任을 무겁게 하고 있는 것이다.

다시 말해서 医療는 더욱 Sub specialize되어가고 서설과 医療裝備는 보다 現代化, 科學化되는가 하면 大型化하여 國民保健에 크게 이바지 하고 있는 것이다.

비 차례의 經濟社會開發 計劃의 成功的 遂行으로 經濟的 成長과 더불어 国民의 所得水準과 意識水準이 向上되었고, 從前에 食生活解決에 急急했던 우리의 生活은 이제 여가를 즐기고 健康에 関心을 갖기에 이르렀다.

이와 같이 國民生活의 質이 向上되었고 保健, 医療에 関한 社会的 概念이 달라져 가고 있는 때를 같이하여 政府는 福祉国家를 建設하겠다는 기치아래 国民 누구에게나, 必要할 때, 언제, 어느 곳에서나, 예방에서 재활에 이르기까지의 總括的 医療(Comprehensive Health Care)를 保障하여 疾病과 貧困의 惡循環을 막아 보겠다는 意志로서 1977年 7月부터 產業場을 單位로 1種 医療保険을 實施

한 以來 7年이 経過한 지금은 當然 適用 100人까지와 5人以上 任意 適用까지 拡大하였고, 1979年부터 實施한 公務員 및 私立学校 教職員과 江原道의 洪川, 全北의 옥구, 慶北의 군위, 京畿의 강화, 忠北의 보은, 全南의 목포를 시범지역으로 實施한 地域 2種 保險과 芸術人, 理·美容師, 양곡상, TAXI, 숙박, 목욕업 等에 종사하는 職域 2種 保險과 医療保護까지 合하면 全人口의 46.5%가 医療保障을 받게 됨에 따라 医療機關을 利用하는 保險患者의 比重이 經營収支面에 直接的인 영향을 미치게 되었으며 医療保険実施以后 診療酬価의 適正化 問題의 是非를 포함한 많은 變化를 맞게 되었다.

医療保険実施以后 的 变化

医療保険 實施以后 医療界 주변의 變化를 살펴보면 다음과 같은 点을 들을 수 있다.

그 첫째로 医療酬価의 統制이다.

医療 Service에 対한 報酬를 支拂하는 基準이 保險実施 以前에는 医療를 供給한 医師나 医療機關이 慣行에 依하여 医療原価에 再投資를 조금씩 할 수 있는 程度로 利潤을 加算하여 運用하여 왔으나 保險実施 以后 医

療保險法 第 35 條에 依하여 保健社會部 長官이 審議委員會의 審議를 거쳐 定한 基準에 依하여 算定하도록 되었으며,

둘째의 變化는 診療費의 請求制度의 變化이다.

醫療 Service에 對한 報酬를 保險實施以前에는 患者에게 診療即時 全額을 받아 왔으나 保險實施 以后 医療保險法 第34條 및 第35條에 依하여 本人과 第3者인 保險者로부터 나누어 받게 되었고,

셋째로 施術点數制(Fee for Service)에 依한 診療酬價制의 變化이다.

醫師의 報酬를 定하는 經濟單位로서의 酬價가 保險實施 以前에 屈伸制(Sliding scale method)나 一部 均一率制(Flat rate method)를 使用하던 것을 保險實施로 施術点數制(Fee for Service)를 抨拂으로 診療行為 하나에 酉價를 算定하여야 하는 번거러움을 겪게 되었으며,

넷째로 이와 같이 많은 時間과 人力을 들여複雜한 診療費 明細書를 作成하여 保險者에게 請求后 診療費 審查라는 過程을 거쳐 많이는 約 8~10% 적기는 2~3%의 삭감을 当하여야 하는 고충을 감수하여야 하게 되었으며

다섯째로는 保險實施 以前에 医師는 오로지 患者 診療에 最善을 다 하기만 하던 것을 保險實施 以后에는 複雜한 保籍事項을 確認하여야 하고 診療를 하는 過程에서 療養給與 基準과 診療費 審查指針上 保險給與에 適合한지與否를 가름하여야 하는 다시 말한다면 保險者가 혼히 말하는 適正診療 또는 과잉진료 與否를 가름하여야 하는 心理的 압박과 갈등을 빚게 되었으며,

여섯째로 빼어 놓을 수 없는 것은 診療未収金의 累增現狀이다. 複雜하게 行為에 따라 算定된 診療費를 本人一部 부담금을 제외한 잔액을 保險者에게 請求토록 되어 있으며 이를 審查 支給받아야 하는 実情임으로 診療后 診療費를 回收하는 데는 約 3~4個月이 所要됨에 따라 저렴한 保險酬價와 함께 病·醫院의

運營을 어렵게 하는 主要原因인 것이다.

일곱째로 患者의 急增現狀이다.

어느 나라나 保險實施 后에는 受診率이 增加하는 것은 共通된 事實이지만 特히 우리는 저렴한 診療酬價와 그것도 總診療費의 20~30%만을 本人이 부담하는 가벼운 마음과 義務의 으로 급여에서 控除되는 保險料에 對한 補償心理와 함께 健康에 関한 関心이 높아진 데에서 오는 必然的인 變化와

여덟째로 医療機關의 經營難이다.

医療保險의 繼續적인 拡大實施로 一般患者가 保險患者로 전환되어 保險患者의 占有率이 上昇됨으로 痘·醫院의 施設이나 人力의 積動率이 높아 졌음에도 불구하고 収支狀態는 収益性이 저하되고 심지어는 赤字運營되는 痘·醫院이 繽出되고 閉業 또는 破産하는 事例가 점증되고 있으며,

아홉째로 痘院管理의 專門化가 절실하게 要請되게 되었다.

病·醫院의 運營에 그다지 어려움을 느끼지 못하였던 保險實施 以前에 比하여 比較的 痘·醫院의 運營이 公開化되고 經營이 어렵게 됨에 따라 原價概念이라든가 經營의 合理화라든가 하는 經營學의 哲學의 必要性이 強力히 대두되고 있으며, 따라서 医療人の 專門化 못지않게 痘院管理의 專門化가 그 어느 때보다 절실하게 要請되게 되었다.

끝으로 保險實施 以后 患者들이 痘·醫院을 利用할 때 從前보다는 痘院의 문턱이 낮아져 接近하기에는 便利해 졌으나 制度에서 오는 複雜과 理解不足으로 不信感이 늘어나고 있으며 심지어는 患者들의 행패로 患者診療에 위축가져 받아야 하는 現實로 变모하여 가고 있는 感도 한낱 우려에 그치는 것만이 아닌 것 같다.

以上과 같이 医療界的 周邊에는 保險實施 以后에 많은 變化와 挑戰을 받아오면서 誠實하게 国民의 保健·医療를 감당하여 왔으나 其中 하루속히 整理하여야 할 것은 酉價의 現實화와 算定基準이다.

医療保険酬価와 材料費

医療保険 実施와 함께 算定된 医療酬価는 名病院 自体의으로 運用하여 오던 一般 慣行酬価의 55~60% 水準밖에 미치지 못한다는 医療界의 여론과 保健社会部와 大韓病院協會 가의뢰하여 1981年 調査한 韓国 生産性 本部의 報告書에 依하면 綜合病院에 있어 保険酬価는 一般酬価에 比하여 入院의 경우 1978年 73.2% 1979年 71.8%, 1980年 66.8%, 1981年 60.2%이며 外來의 경우 1978年 73.2%, 1979年 74.6%, 1980年 62.6%, 1981年 50.9%로 나타났으며 1982年 人口保健研究院에서 10個 病院을 対象으로 調査한 바에 의하면 保険酬価는 一般酬価에 比하여 入院의 경우 1978年 87.5%, 1979年 58.2%, 1980年 49.8%, 1981年 65.1%, 1982年(上半기)은 69.9%였으며 外來의 경우 1978年 52.5%, 1979年 88.9%, 1980年 71.0%, 1981年 66.1%, 1982年(上半기) 61.2%로 分析되었다.

이 두 研究 報告書에서 共通된 分析結果는 한결같이 保険酬価는 一般酬価의 55~60% 程度의 水準이었으며 또한 每年 相對적으로 낮아져 가는 것을 볼 수 있다. 保険実施 当時부터 診療酬価가 지나치게 저렴하여 그 후 政府에서도 (表 1)과 같이 7次에 걸쳐 調整을 하였으나 物価의 上昇率을 따르지 못하였을 뿐 아니라 引上은 커녕 現實的 調整도 미치지 못하여 病·醫院의 経営에 막대한 영향을 미치고 있다.

우리나라 保険酬価体系는 行爲別 点数制를 指하고 있으며 그 酉価의 構成을 大体적으로 大別한다면 診察料와 入院料의 基本診療料 部門과 검사, 방사선, 주사 및 조제, 마취, 재활 및 물리치료, 정신요법, 처치 및 수술 等의 医学技術料(行爲料) 部門과, 약제, 의료 소모품, 진료에 투입된 재료의 材料代 部門으로 分類할 수 있다.

現行 保険酬価를 運用하는 過程에서 나타난

(表 1) 年度別 医療保険酬価 引上率과
都壳物価 上昇率

(1977=100) : (단위 : %)

区 分	医療保険酬価	都壳物価
1977	- (100))	- (100))
1978	20.75 (120.8)	11.70 (111.7)
1979	11.14 (134.3)	18.80 (132.7)
1980	19.40 (160.4)	38.90 (184.3)
1981	16.60 (187.0)	20.40 (221.9)
1982	7.10 (200.3)	4.60 (232.1)
1983	4.00 (208.3)	0.25 (232.7)

診療費의 構成을 보면 대체적으로 診療費總額 中에서 基本 診療料가 13~15%, 医学 技術料(行爲料)가 40~45%, 材料代가 45~50%로 나타나고 있어 材料代의 比重이 상당히 높은 것을 볼 수 있다. 現行 保険診療費 算定 指針中 藥材料의 約 10.0% 程度의 margin을 제외하고는 實 構入価로 算定되며 되어 있어 病·醫院의 많은出血을 強要하고 있는 것이다. 위에서 살펴 보았듯이 일곱 차례의 保険酬価의 調整도 材料代 部門을 제외한 50~60%에 해당되는 部門만이 업음을 알 수 있으며 심지어는 診療酬価보다는 材料代가 더 많은 경우도 있다. 여기서 몇 가지 實例를 든다면 患者自身이 배뇨조절(Bladder Control)을 할 수 없을 때 施術하는 유치카테텔설치의 경우 Teflon(구입가 5,500원), Silicone(8,000원), 5cc짜리 Ballon(1,815원) 3cc짜리 Ballon(3,500원) 3 Way Catheter(10,446원), Malecot Catheter(7,000원), Pezzer Catheter(4,000원) 중 한가지를 使用하여야 하나 施術料 2,000원(자-6) 보다 材料代가 上廻하고 있으며, 중심정맥압 측정을 위한 C.V.P Catheter는 現在 準用하는 酉価 4,500원(자-165) 보다 4,410원이 더 많은 8,910원이며 Embolectomy 酉価는 161,900원(자-199)이지만 수술시에 所要되는 Fogarty Catheter의 값 88,660원을 공제하면 (Fogarty Catheter 별도 산정 불인정) 실제의 酉価는 73,240원밖에 되지 못하며, Abdominal

distention의 경우 시행하는 위 12지장 존데법(자-263-나)의 酬値는 1,650으로 획일적임에 비하여 실제 所要되는 재료(tube)는 신생아의 경우 Neonatal tube는 11,000원, 成人에게 所要되는 Ventrol tube는 3,850원으로서 酉値自体가 原値에 未達되고 있으며, 기관지절개술(자-130)을 시행할 때 所要되는 tube 가형에 따라 11,000원에서 50,300원까지 많은 종류가 있어 患者의 狀態에 따라 医師가 擇하고 있으나 診療酬値는 13,600원밖에 되지 않음으로 이것 역시 原値 未達이며, 뇌척수액로조성술(Shunt Operation) (자-471)에 所要되는 Accu-flo 3 Way Connector(구입가 33,000원)와 Accu-flo Reservoir Catheter(구입가 56,000원)의 購入原値 89,000원에 比하면 酉値 128,800원은 理解할 수 없는 酉値이며 人工腎을 위한 동정맥루 조성술(자-200)을 Internal로 시행할 때 所要되는 인조혈관인 Gore tex 1個의 構入單値가 77,000원으로서 3개를 사용하는데 (실구입가 총액 : 231,000원) 診療酬値는 100,000원으로 材料代에도 될센 未達되고 있으며, 코수술후의 출혈을 막기 위하여 시행되는 비출혈 지혈법(자-99)의 酉値 2,500원은 수술시 所要되는 Nasoblymp를 保險者가 認定하는 1/2의 값만 15,150원으로 施術費가 1/7程度 밖에 되지 못하여 施術費는 無料로 하더라도 所要되는 材料代의 6/7은 결손을 보아야 하는 것이다. 또한 경피적 방광루설치술(자-357-1)의 경우 施術費 20,500원인데 比하여 所要되는 Cysto Catheter는 実購入費가 34,560원으로 材料費의 原値에도 未達되는 것이다.

이와같이 現行 酉値基準上에는 施術料가 材料費에도 미치지 못하는 것이 많을 뿐아니라 더욱 医療機關의 出血을 要求하는 것은 診療材料 및 医療消耗品의 大部分이 實際로 使用되었음에도 保險으로 認定하지 않고 있을 뿐 아니라 一部 認定된 品目이라도 実購入値대로請求했을 때 保險者 審查過程에서 그 一部를 확정된 基準없이 삭감하고 있는 것이다.

保險初期에는 保險患者보다 一般患者의 占有率이 많아 一般患者로부터 결손을 補填하여 왔으나 政府의 계속적인 保險拡大로 保險患者가 約 70~80% 되는 最近에는 病院의 經營狀態가 더욱 惡化될 수 밖에 없는 것이다.

하루속히 酉値의 構成比中 医學技術料(行爲料)部分이 現在의 40~45%에서 50%以上 될 수 있도록 行爲料가 上向 調整되어야 하며 아울러 現行 등재되지 아니한 원료의약품 및 수입의약품과 진료재료비의 算定이 実 購入値로 하도록 되어있는 것은 管理에 따른 費用과 廉棄 및 變質의 우려를 감안한 損失과 保險者의 삭감等을 고려하여 最小限 10% 程度의 마진은 保障되어야 위축된 診療로부터 解放되어 良質의 医療를 供給할 수 있을 때 国民保健医療에 蹤跌이 없으리라 믿으며 끝으로 合理的인 保險酬値의 策定과 運用을 為한 常設 研究機構의 設立이 이루어져야 하겠다.

17 면에서

여야 한다.

매년 施行하는 대한병원협회의 病院標準化審查를 더욱 강화하고 제도적으로 정부 차원에서 感染管理를 적극 관리 후원하는 것이 바람직하다.

References

1. Isolation Techniques for use in hospitals
CDC, 1975
2. Infection Control in the Hospital, 4 th ed.
American Hospital Association, 1979
3. Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections, U. S. Department of Health and Human Series, CDC, 1981
4. Hospital Infection Control, T. F. Keys, Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Method, 1979