

## Special

## 건강보험수가 관련 전망과 정책과제



글 · 최 병 호 |  
한국보건사회연구원 연구위원

## I. 머리말

현행 건강보험수가의 근간은 상대가치행위별수가제이다. 다만, 포괄수가로써 DRG 지불보상은 7개 입원상병군에 대해서 한정적으로 적용하되 적용여부는 의료기관의 선택에 맡기고 있다. 일당제는 의료급여의 정신질환자에 대해서만 적용하고 있다. 따라서 건강보험수가 정책은 주로 상대가치행위수가제를 집중적으로 논의하게 되고, DRG 수가의 전면적용이나 총액예산제와 같은 포괄적인 지불보상제도는 향후의 지불제도의 개편방향으로 논의되고 있다.

의료계의 초미의 관심이 되는 상대가치행위수가의 수준은 건강보험정책심의위원회에서 지난 12월 6일에 2005년에 2.99% 인상하기로 의결하였다. 이에 따라 2005년도의 환산지수는 58.6원이 되었다.(2004년도 환산지수는 56.9원) 또한 의과의원들의 경영의 어려움을 감안하여 의과의원의 초·재진료의 상대가치점수를 2% 인상하였다.

본고는 건강보험 행위수가의 구조에 대한 이해를 돕고, 수가의 결정구조에 얽힌 갈등관계를 조명해보고, 수가 정책과 관련된 여건들을 논의하면서 향후의 정책과제를 모색하고자 한다.

## II. 건강보험수가의 결정구조

의료보험제도가 도입된 1977년 이래로 보험수가의 수준은 정부가 의료계와의 협의하에 고시하는 방식을 취하였고, 정부내에서는 보건복지부와 물가당국인 재정경제부(과거에는 기획예산처)와 협의를 거쳤다. 수가수준은 주로 의료기관의 원가분석이나 경영수지분석을 근거로 산정하는 것이 관행으로 이어졌다. 이러한 분석에는 한국보건사회연구원, 보건산업진흥원(과거의 의료관리연구원), 한국생산성본부 등이 주로 참여하였고, 한국개발연구원도 한 차례 연구에 참여한 적이 있었다. 이 당시에는 '환산지수'라는 용어는 사용되지 않았고 '의료보험수가수준'으로 사용되었다. '환산지수'가 등장한 것은 2001년도에 의료행위에 대한 지불보상시스템을 상대가치시스템으로 개편하면서 시작되었다.

2001년도에 행위별수가제가 상대가치 시스템으로 전환되면서 행위별수가는 상대가치점수와 점당 단가(즉 환산지수)로 구분되었고<sup>1)</sup>, 수가는 상대가치점수와 환산지수를 곱하여 산정된다. 상대가치수가제하에서 상대가치점수와 환산지수의 결정절차는 다음 [그림 1]과 같다.

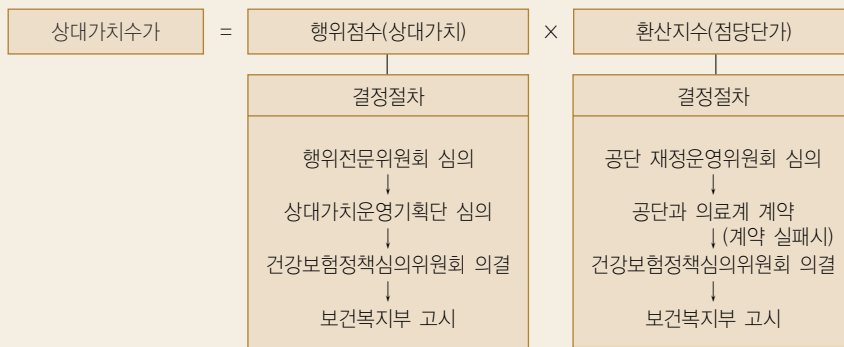
상대가치는 건강보험정책심의위원회에 소속된 행위전문위원회에서 1차적인 심의를 거친다. 즉, 새로운 행위에 대한 상대가치점수를 부여하거나 기존 행위에 대한 상대가치점수를 조정한다. 1차 심의결과는 역시 건강보험정책심의위원회 산하의 상대가치운영기획단에서 종합적인 심의를 거쳐 최종적으로 건강보험정책심의위원회에서 의결된다.

그리고 상대가치점수들의 점당 표준단가인 '환산지수'는 건강보험공단내에 설치된 가입자대표들로 구성된 '재정운영위원회'의 심의를 통하여 환산지수 협상안을 공단 이사장에게 제시한다. 한편 의료계에서는 의료계 대표들로 구성된 '요양급여비용협의회'에서 환산지수

1) 의료공급자에 대한 지불보상제도로써 행위별수가제(fee-for-service)를 적용하면서 그동안 받아온 비판은 크게 두 가지였다. 첫째는 개별 행위에 투입되는 의사의 업무량이나 난이도 및 투입비용이 행위별로 불균형하다는 것이었다. 둘째는 행위별수가제 하에서는 진료량을 통제하는 기전이 취약하여 진료비가 부담능력을 상회할 정도로 지속적으로 증가하여 왔다는 것이다. 이 중 첫 번째 문제에 대해서는 행위별로 업무량, 난이도 및 투입비용 등 상대적인 가치의 차등화를 부여함으로써 의료행위별 수가구조의 적정화를 모색하려는 연구가 연세대학교 의과대학을 중심으로 이루어졌다. 그 1차 연구결과가 1997년에 생산되었고, 그 후 지속적으로 보완되어 1999년 3차 연구결과를 산출하였다. 이러한 연구결과를 바탕으로 정부는 2001년 1월부터 자원기준 상대가치에 기초한 행위별수가제를 도입하여 시행하고 있다. 그러나 제도는 도입되었지만 여전히 진료행위간, 진료과목간 상대가치를 적정화하기 위한 조정작업은 의료계 내부의 이해갈등으로 순조롭게 진행되지는 않고 있다. 이에 따라 2003년부터 건강보험정책심의위원회 부설로 '상대가치기획단'을 구성하여 상대가치의 전면적인 보안을 위한 연구가 건강보험심사평가원 주관으로 진행되고 있다.

를 심의하여 요양급여비용협의회 회장에게 제시한다.공단 이사장과 요양급여비용협의회 회장간에 환산지수를 협상하여 협상이 타결되면 그대로 확정이 되고, 양자간에 협상이 실패하면 건강보험정책심의위원회에 부의되어 의결절차를 거친다.

(그림 1) 상대가치 행위수가의 구조와 결정절차



### III. 건강보험수가의 조정 경과

#### 1. 2001년 환산지수

환산지수는 상대가치시스템 적용 첫해인 2001년에 55.4원으로 출발하였다. 이는 연세대 보건정책 및 관리연구소와 한국보건의료관리연구원의 상대가치 연구결과(연세대학교 1997, 1999)에 기초를 두고 있다. 그런데 당시 환산지수 산정의 기초가 된 연구에 대해 많은 비판이 제기되었다. 즉 1997년에 개발된 환산지수는 그 동안 의약분업 등의 의료환경의 변화로 인한 의료이용형태의 변화를 반영하지 못하고 있어 적용하는데 한계가 있었다.

#### 2. 2002년 환산지수

2002년도 환산지수의 연구는 보건복지부의 공개경쟁을 통한 연구발주가 이루어졌고, 이에 따라 서울대학교 경영연구소가 선정되었다. 동 연구소 역시 원가 및 경영분석 방식에 의

하여 환산지수를 산정하였으며 의료공급자들이 제공한 자료에 의존할 수밖에 없었다. 동 연구결과를 토대로 보건복지부 직속의 건강보험정책심의위원회에서 원가분석 환산지수와 경영수지분석 환산지수의 중간선에서 밀고당기는 협의를 진행하다가 결국 위원들의 투표로 결정하는 과정을 거쳤다. 투표를 통하여 3%의 수가인하를 결정하여 환산지수는 53.8원이 되었다. 이러한 3%의 인하는 2001년의 건강보험재정위기로 인한 수가인하의 필요성이 강력하게 제기된 분위기가 반영되었다.

### 3. 2003년 환산지수

2003년도 환산지수는 보건복지부의 건강보험정책심의위원회 산하의 수가조정소위원회가 연구발주의 중심이 되고, 건강보험공단과 의료단체들이 공동연구비를 조성하여 여러 연구자들이 콘소시움을 형성하여 연구하도록 하였다. 이에 따라 서울대학교 경영연구소와 연세대학교(예방의학교실과 치과예방학교실), 보건산업진흥원, 보건사회연구원이 콘소시움을 구성하여 역시 원가 및 경영분석 방식을 이용하여 연구한 결과를 기초로 상기 정부 위원회에서 심의 결정하였다. 2003년도 환산지수는 3%를 인상한 55.4원으로 의결하였다. 이는 2001년 재정위기에 빠졌던 건강보험재정이 2002년에는 재정증가율이 한자리수로 완화되었고 당기적자폭도 5천억원 정도로 줄어 환산지수를 2001년 수준으로 원상복귀하는 정도로 소폭 인상하였다.

이상과 같이 2002년도와 2003년도 환산지수는 원가 및 경영수지 분석을 통하여 원가기준 환산지수와 경영수지기준 환산지수의 중간영역에서 의료계와 가입자단체간의 밀고 당기는 갈등의 과정에서 환산지수를 중간선에서 결정하였고, 환산지수의 결정에 대하여 의료계와 가입자측 양측 모두 만족하지 못하여 건강보험정책심의위원회에 참여를 거부하기도 하였다.

이에 따라 2003년에 구성된 상대가치운영기획단에서는 제1차 회의(2003. 1. 9~10)에서 상대가치점수 및 환산지수에 대한 체계적인 연구 및 활용시스템을 구축할 것을 논의하였다. 그리고 상대가치점수는 5년마다 한번씩 전면 개정을 위한 연구를 수행하기로 하였는데, 2003~2004년에 연구를 수행하고 2005년에 연구결과에 대한 사회적 논의를 거쳐,

2006~2007년에 연구결과를 단계적으로 적용하기로 하였다. 또한 전면 개정되는 사이의 기간 동안에는 매년 6월까지 다음해 시행할 상대가치 점수안을 확정하도록 하였다. 환산지수도 매 5년마다 원가분석에 의한 환산지수 연구를 수행하기로 하였으며 원가분석 기간 사이에는 환산지수 산정모형에 따라 환산지수를 구하여 계약당사자간 계약이 되지 않을 경우의 기준자료로 활용하기로 하였다. 이에 따라 2004년도 환산지수는 원가분석과 같은 미시적인 방법이 아닌 거시적인 산정모형에 의하여 산출하도록 하였다.

#### 4. 2004년 환산지수

2004년도 환산지수는 미국에서 적용하는 거시적인 환산지수 산정방법, 즉 SGR (Sustainable Growth Rate)에 의한 환산지수의 조정율 산정방법을 한국 실정에 적합한 방법으로 변형하여 환산지수를 산정하였다. 동 연구결과인 2.65%의 환산지수 인상을 2004년도 환산지수로 건강보험정책심의위원회에서 의결함으로써 2004년도 환산지수는 56.9원으로 결정되었다.

동 연구의 배경은 기존의 연구방법에 대한 비판이 제기되었기 때문이다. 첫째, 연구비용 때문에 많은 표본을 선정하기 어려워 제한된 표본을 선정함으로써 의료기관의 대표성에 대해 논란이 발생하였다. 둘째, 의료기관들이 제공하는 자료에 의존할 수 밖에 없어 자료의 객관성을 담보할 수 없으며, 의료공급자들이 전략적으로 유리하게 자료를 제공할 가능성이 있었다. 셋째, 원가보전 환산지수와 경영수지보전 환산지수 두가지를 제시함으로써 어느 환산지수를 채택하는 것이 적절한지 판단이 어려웠다. 넷째, 표본기관에 대한 분석으로 환산지수를 산정하므로 의료기관수가 증가함에 따라 의료비총액이 늘어나는 것에 대해 통제할 수 없었다.

이에 따라 환산지수를 보다 간편한 거시적인 모형으로 산정하면서 총진료비 규모도 통제할 수 있는 새로운 시스템의 개발이 필요하였다. 즉 요양기관에 대한 원가 혹은 경영수지를 보전하는 적절한 수준을 제시하기보다는 의료자원의 거시적인 배분측면에서 정부가 부담가능한 진료비목표(‘정확하게는 행위료의 목표치임’)를 정하고 실제 발생 진료비가 목표치를 장기적으로 초과하지 않도록 환산지수를 자동적으로 조정하려는 메커니즘에 바탕을 두고 있다.

이러한 메커니즘은 부담의 지속가능성에 근거하고 있기 때문에 SGR(Sustainable growth rate)방식에 따른 환산지수산정방법이라 명명되었다.

## 5. 2005년 환산지수

2005년도 환산지수의 연구는 SGR 방식에 의한 환산지수의 적용을 하지 않고, 다시 원가 및 경영분석 연구로 회귀하였으며, 콘소시움을 구성하여 연구하는 협조적인 분위기도 형성되지 않았다. 건강보험공단은 직접 연구를 발주하였고, 의료계는 각 단체별로 별도로 환산지수 용역을 연구자들에게 의뢰하였다.

건강보험공단이 발주한 연구는 의료기관이 제출하는 경영자료에 의존하지 않고 국세청과 한국은행의 자료를 토대로 원가분석을 하는 접근방법을 취함으로써 기존의 원가분석 연구의 틀을 벗어나는 노력을 기울인 점이 특징이다. 연구결과는 평균적으로 2.08%를 인하하되 요양기관종별로 차등화된 환산지수를 제시하였다. 이에 따라 건강보험공단은 협상당사자로서 요양급여비용협의회에 대하여 종별로 계약할 것을 제안하였다. 즉 종별 환산지수를 제안하였다. 의료계의 각 단체들은 단체별 연구결과를 토대로 약 9% 내지 34%에 걸친 다양한 인상율을 제시하였다. 의료계는 공단의 종별 환산지수 제안에 대응하여, 단체별로 다양하게 제안된 환산지수들을 정리할 필요성이 있었다. 이에 따라 환산지수를 요양기관종별 구분없이 8.872%를 인상하는 단일환산지수 인상안을 제시하고 협상에 임하였다.

양 당사자간 협상과정에서 양측간 환산지수의 차이를 최대한 좁힘으로써 지난 몇 년간의 계약과는 다른 상당히 진전된 모습을 보였다. 거의 계약에 이를 만한 수준까지 의견이 접근한 상태에서 건강보험정책심의위원회로 넘어갔으며, 지난 몇 년간의 위원들의 불참과 퇴장이나 표결처리와는 달리 사회적 합의를 이루는 선에서 환산지수가 의결되었다.

따라서 2005년도 환산지수는 연구의 시작단계에서 가입자측과 공급자측간에 연구방법이나 자료에 대한 협의없이 진행됨으로써 다소 불안하게 출발하고 진행되었으나, 환산지수의 계약과정이나 건강보험정책심의위원회에서의 의결은 매우 진전된 모습을 보여주었다는 데에 큰 의미를 부여할 수 있다.

〈표 1〉 환산지수 계약 및 결정의 경과

구 분	계약시 제시된 환산지수		건강보험정책심의위원회 의결	
	건강보험공단(안)	요양급여비용협의회(안)	조정율	의결된 환산지수
2001년도	-	-	+ 7.08%	55.4원
2002년도	50.7원	66.7원	- 2.9%	53.8원
2003년도	50.0원	66.4원	+ 2.97%	55.4원
2004년도	1차 : 51.5원 2차 : 52.15원	1차 : 66.7원 2차 : 57.0 ~ 60.5원	+ 2.65%	56.9원
2005년도	종별계약 제안 (평균 55.7원)	61.9원	+ 2.99%	58.6원

주: 계약안은 공식적으로 양 당사자측이 제시한 안임. 건강보험공단(안)은 재정운영위원회가 심의 의결한 안에 토대를 두고 있음. 당사자간 협상과정에서 제시된 환산지수는 제시하지 않음.

〈표2〉 건강보험수가의 조정과정 : 2000~2005년

일 시	인 상 륜	조 정 내 용
2000. 4. 1	6.0%	- 실거래가 상환제도 도입에 따른 약가마진 손실을 보전하기 위함. • 동네의원 : 9.6%, • 병원급 이상 : 2.4% • 동네약국 : 8.1%
2000. 7. 1	9.2%	- 의료기관 처방료 : 1,172원 인상(3일본 기준) - 약국 조제료 : 1,053원 인상(3, 4일본 기준)
2000. 9. 1	6.5%	- 의료기관 재진진찰료 : 1,000원 인상(4,300→5,300원) - 의료기관 원외처방료 • 의원기준 종전 대비 1,092원 인상 • 주사제 처방료는 종전 기준 대비 920원 인상 - 약국 조제료 조정 : 소아 가산 및 야간 또는 공휴일 가산제 도입 - 치과 소아가산율 및 대상 항목 조정 • 가산율 : 20% → 30%, • 가산 대상 항목 : 8개 항목 → 11개 항목
2001. 1	7.08%	- 상대가치수가제로 전환하면서 상대가치 보다 낮은 수가의 상향 조정 - 행위별 상대가치점수의 점당 단가(환산지수)는 55.4원으로 고시 - 상대가치 조정(2001. 7) • 진찰료 · 처방료 통합 • 주사제 처방료 : 1조제료 삭제 • 야간가산 적용 시간대 조정(오후6시→8시) • 진찰료 체감제
2002. 4	△ 2.9%	- 환산지수를 55.4원에서 53.8원으로 인하 - 상대가치 조정 • 병원급 진찰료의 가, 나, 다군 통합과 인하 • 만성질환관리료 신설 • 자연분만 상대가치 점수 상향조정 • 치과 일부항목 상대가치 상향조정 • 병원내 약국 조제료 부분적 상향조정 • 조제료중 의약품관리료 체감제 도입

일시	인상률	조정내용
2003. 1	2.97%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환산지수를 53.8원에서 55.4원으로 인상</li> <li>- 상대가치 조정                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 진찰료 8.7% 인하, 입원료 24.4% 인상, 조제료 3% 인하</li> <li>(환산지수 인상을 적용하면, 진찰료 5.99% 인하, 입원료 28.09% 인상, 조제료는 변화없음)</li> <li>• 전공의 수급관련 일부 항목과 만성질환관리료의 조정</li> <li>• 영상저장 및 전송시스템 점수 하향조정, 사회복지법인 수가 정액화 및 물리치료 일부 항목 포괄화 등</li> </ul> </li> </ul>
2004. 1	2.65%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환산지수를 55.4원에서 56.9원으로 인상</li> <li>- 연도중에 일부 상대가치의 조정 2005. 1 2.99%</li> <li>- 환산지수를 56.9원에서 58.6원으로 인상</li> <li>- 상대가치 : 의과위원의 진찰료 2% 인상</li> </ul>

#### IV. 여건 전망

건강보험수가를 둘러싼 여건들은 향후 수가수준의 조정에 영향을 미칠 것이다. 크게 네 가지로 나누어볼 수 있다. 첫째는 어려운 경제상황은 수가조정에 미묘하게 작용할 것이다. 가입자측에서는 수가의 인상은 곧 보험료의 인상을 의미하므로 수가인상에 저항할 것이다. 아울러 건강보험재정의 약 1/4을 지원하는 재정당국의 입장에서도 수가의 인상조정에 제동을 걸 것이다. 반면에 어려운 경제상황이 환자들의 의료이용을 줄이게 되므로 의료계의 입장에서는 경영여건이 열악해지므로 수가의 인상을 강하게 요구할 것이다. 다만, 환자의 의료이용은 줄어드는 진료부와 줄지않거나 오히려 늘어나는 진료부문이 발생하게 됨으로써 구조적인 갈등의 양상을 드러낼 것이다.

두 번째는 보험재정여건과 급여확대가 수가에 중요한 결정요인으로 작용할 것이다. <표 3>에서 보듯이 의약분업을 시행한 2000년에서 2001년 1월에 걸쳐 수가의 급격한 인상은 2001년에 2조원을 넘는 엄청난 적자를 초래하였다. 이에 따라 2002년에 수가를 2.9% 인하하는 결정을 내렸다. 수가 인하와 더불어 각종 재정안정조치들을 통하여 2002년말에 당기 적자가 5천억원 정도로 줄어들면서 2003년도의 수가는 물가상승분 정도의 3%정도로 상향조정하였다. 당시에는 병원 경영의 어려움을 감안한 입원료 인상이 수가의 인상에 기여하였다. 2003년말에 보험재정의 당기흑자가 1조원을 넘을 것으로 전망되었지만 여전히 적립금은 1조5천억의 적자를 보임으로써 2004년의 수가는 3% 이하인 2.65%의 인상으로 통제되



었다. 2004년말의 재정은 1조5천억원을 넘는 당기흑자를 보일 것으로 전망됨에 따라 수가의 상향조정의 시그널을 제공하였지만, 그동안 재정흑자에 기여한 보험료의 인상이 나빠진 경제사정 때문에 어려워졌고 보험급여의 확대의 압력이 강화됨에 따라 수가인상은 2.99%로 결정되었다. 이와 같이 보험재정의 상황 변화가 수가조정에 현실적이고 직접적인 영향을 미치게 됨을 알 수 있다.

〈표 3〉 건강보험의 재정수지 추이

(단위: 억원)

구 분	2000	2001	2002	2003	2004p
수 입	98,277	119,283	143,053	168,230	184,999
지 출	107,442	141,058	147,985	157,436	169,409
당 기 차액	-9,165	-21,775	-4,932	10,794	15,590
적 립 금	9,189	-18,109	-25,716	-14,922	668
수가인상율	6.0% (4월) 9.2% (7월) 6.5% (9월)	7.08% (1월)	- 2.9% (4월)	2.97% (1월)	2.65% (1월)

한편 건강보험정책심의위원회에서는 2005년도에 보험료율을 2.38%로 소폭 인상하기로 하였다. 이에 따라 보험료율이 4.21%에서 4.31%로 상향조정되었다. 이는 2002년 6.77%, 2003년 8.54%, 2004년 6.75%에 비해 낮게 통제되었다. 특히 보장성 강화를 위하여 1조5천억원에 달하는 보험급여를 확대하기로 결의함으로써 향후 보험지출은 급증하고 수입은 크게 늘지 않음으로써 수가인상에 걸림돌로 작용할 것이다. 다만, 보험급여의 확대가 2005년에 한해에 실현될 것인지, 연차적으로 나누어 실현되는냐에 따라 상황은 유동적이다.

보험급여의 확대에 있어서 어떤 항목을 확대하느냐에 따라 진료부문별 경영상황에 영향을 미침으로써 진료부문별로 수가조정에 대한 압박이 다양한 양상으로 표출될 것이다. 특히 급여확대항목의 수가보상 수준에 대하여 최근의 MRI 수가와 유사한 갈등이 향후 지속적으로 나타날 것이다.

세 번째는 의료공급량의 확대가 향후 심각한 갈등의 요인으로 등장할 것이다. 의료인력이 지속적으로 증가할 것이다. 2003년에서 2013년 사이의 10년간에 활동인력 기준으로, 의사는 7만7천명에서 10만4천명으로, 치과의사는 1만7천명에서 2만2천명으로, 한의사는 1만2

천명에서 1만8천명으로 늘어날 것으로 전망된다(한국보건사회연구원 추정) 문제는 의료인력의 증가속도가 인구의 증가, 즉 잠재적인 환자의 증가속도를 앞지를 가능성이 큰 데에 있다. 따라서 이러한 핵심진료인력들이 적어도 기존의 진료수입을 지속적으로 유지하기 위해서는 진료비 규모의 성장도 비례하여 커져야 한다. 진료비의 증가는 곧 보험료와 국고의 증가를 수반하므로 가입자와 공급자간의 심각한 갈등을 초래할 것이다. 최근에는 대형병원들이 병상 확충에 경쟁적으로 뛰어들고 있어 향후 의료산업 전체에 많은 파급효과를 미칠 것이다. 대형병원을 제외한 병원급들의 경영이 극도로 악화될 것이고, 병상 투자를 통하여 환자 확보에 실패한 대형병원의 경영도 나빠지게 될 때에 병원급의 수가인상 압력이 가중되는 형태로 나타날 것이다. 여기에 공공의료의 인프라를 확충하려는 정책기조가 가시화될 때에 의료공급이 과잉화될 우려도 점쳐진다. 또한 공공의료의 확충과정에서 공공병원과 보건기관이 많은 환자층을 점유하게 된다면 민간병의원들의 경영상황이 어려움에 봉착할 수 있다.

네 번째, 상대가치 연구결과가 2005년에 완료·공표되고 2006년에 시행될 예정이다. 2005년 중에 진료부문별, 행위별 상대가치 연구결과를 논의하는 과정에서 갈등이 초래될 것으로 전망된다. 의료계내에서는 상대가치가 현재보다 낮아지는 진료과의 반발이 거세어질 것이고, 가입자단체는 상대가치점수의 총량을 중립적으로 유지하는 선에서 높게 평가된 행위의 상대가치의 인하를 요구할 것이다. 따라서 2005년은 상대가치의 조정과 관련한 갈등에 직면하면서 2006년도 환산지수의 연구와 계산이 매우 복잡해질 것이다.

## V. 정책과제

건강보험수가는 의료계 입장에서는 진료수입과 직결된 문제로 인식되지만, 구조적으로는 보험료와 급여확대, 국고지원과 뿔 수 없는 문제이다. 그리고 보험수가의 행위별 상대가치 구조는 의료계내에서의 배분의 갈등구조를 안고 있고, 이러한 배분의 갈등에서 비롯되는 의사의 진료형태 변화는 환자에게도 영향을 미치게 된다. 한편 중장기적으로는 행위별 수가제를 계속 고수하기에 어려운 환경에 봉착하게됨으로써 포괄수가제의 도입을 위한 연구와 정책적인 준비가 꾸준히 이루어져야 한다. 이러한 관점에서 정책과제들을 열거하기로 하자.

첫째, 행위수가의 수가수준인 환산지수는 환산지수 그 자체에 모든 논의를 집중하기 보다

는 전체 진료비규모의 증가와 자원조달, 보험급여의 확대와 함께 심도있게 검토되어야 할 것이다. 환산지수의 인상율이 낮더라도 진료량이 증가하면 진료비가 증대될 수 있고, 반대로 환산지수 인상율이 높더라도 진료량이 줄어들면 진료비가 감소할 수도 있다. 진료량을 결정하는 것은 의사들의 진료행태와 환자의 의료이용행태, 질병의 양상, 경제상황, 의료인력과 시설·장비의 공급 등 다양할 것이다. 결국 궁극적으로 중요한 것은 진료비의 규모가 되고, 진료비규모에 따라 의료계의 수입과 가입자의 부담이 결정된다. 따라서 수가수준에 대한 정책은 이러한 여러 가지 여건들을 고려하여 세심하게 이루어져야 한다. 즉 보험정책 차원이 아닌 보건의료정책과 연계하여 접근하여야 한다.

둘째, 수가의 전반적인 수준 보다는 요양기관종별, 진료부문별 수가의 보상수준이나 행위별 상대가치의 구조와 같은 구조적인 문제가 더욱 중요한 과제로 대두된다. 일정하게 주어진 재원으로 효과적으로 수가보상하는 해법을 마련하여야 한다. 보상이 과다한 부문에서 보상이 과소한 부문으로 돈의 흐름을 바꾸어 놓는 데에 정책적 역량을 결집하여야 한다. 여기에는 의료계의 적극적인 협조가 필수적이다. 진료부문별로 진료수입과 원가를 어느정도 투명하게 만드는 데에 협조하는 것이 장기적으로 의료계가 신뢰를 받고 모든 의료인들이 함께 공존할 수 있는 길이다. 따라서 최근에 논의되는 환산지수의 중별계약제 도입방안을 의료계와 가입자단체가 공동으로 연구하여야 할 것이다. 그리고 심사평가원의 상대가치 연구에 적극 참여하여 연구결과를 진지하게 논의하고 수용하여야 할 것이다. 특히 이해당사자들간에 매년 되풀이되는 불신의 늪에서 벗어나는 노력이 요청된다. 수가의 합리적인 구조조정을 위해서는, 정부의 정책이 발표되기를 기다렸다가 각 단체들이 반대하는 구습을 계속 되풀이하여서는 안된다. 정책이 발표되기 전에 범의료계가 보건의료의 앞날을 진지하게 고민하면서 정부와 국민을 설득할 수 있는 비전과 대안을 제시하는 노력이 필요하다.

셋째, 의료인력의 증가와 병상의 확대, 공공의료 인프라의 확충과 같은 변수들에 대해 심각한 고민과 대책이 강구되어야 한다. 또한 의료시장의 개방이 진행되면서 이들 변화들이 경영환경의 변화와 더불어 의료수가에도 영향을 미치게 되고, 보건의료 시스템의 변화를 강요할 수 밖에 없다. 글로벌화되고 실력에 의한 경쟁속으로 몰입될 수 밖에 없는 전체적인 흐름을 거역할 수 없을 것이다. 이에 따라 근래에 계속 논의되는 요양기관계약제의 도입을 심도있게 논의하여야 할 것이다. 즉 필수적인 진료에 대해서는 건강보험과의 계약의 틀 속에

서 적절한 진료비 규모내에서 보편적으로 보장하는 의료안전망을 구축하면서, 비필수 진료나 고급진료에 대해 이윤을 창출할 수 있는 구조로 나아가야 할 것이다. 그리고 국내의 우수한 의료인력의 공급확대와 보건의료산업의 도약은 국내에서 주어진 파이를 가지고 치열하게 배분하는 갈등에서 벗어나 해외에 진출하여 파이를 창출하는 전향적인 경영전략이 필요하다.

넷째, 행위별수가제를 포괄수가제로 전환하는 데에 전향적으로 접근하여야 한다. 향후에 진료비 규모에 대한 통제가 어떤 형태로든 가시화될 것이다. 행위별수가제를 유지하면서 진료비를 통제하게 될 때에 의료계 내부의 갈등구조가 매우 복잡해지고 해결의 실마리를 찾기 어려워진다. 그리고 행위수가제하에서 병원의 경영도 복잡해지고 비효율적이 될 것이다. 지불방식의 포괄화라는 선진국들의 자연스러운 흐름에 순응하면서 진료부문별로 가장 효과적인 지불방식을 선택하는 지혜가 필요하다. 최근에 건강보험재정을 정부의 통합재정수지에 포함시키고 국회의 심의를 받도록 '기금'으로 전환하는 논의가 가시화되고 있다. 즉 건강보험재정이 정부의 예산회계법의 적용을 받게 되면 건강보험재정은 정부 예산과 같이 통제를 받을 수 밖에 없다. 진료비용의 통제구조속에서는 내부적으로 낭비를 줄이고 효율화하는 방법을 찾을 수 밖에 없고, 결국 수가정책에서는 행위별수가제 하나에만 매달리기 보다는 다양한 지불보상제도의 운용을 통해 적절한 보상구조를 찾아내는 노력을 하여야 한다. 