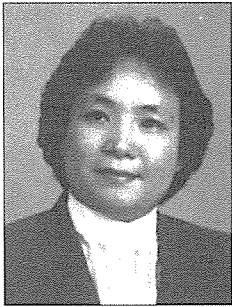


의료보험 20년, 이대로 좋은가?

소비자의료보험

문제점과 개선방향



김재욱/소비자문제를 연구하는 시민의 모임 사무총장

의료보험이 실시된 지 20주년을 맞이하게 되었다. 전 국민이 아플 때 병원에 가서 큰 부담없이 치료를 받을 수 있게 되어 특별한

병이 아니면 과거에 돈이 없어 치료를 못 받는다는 이야기는 이제 없어졌다는 것은 큰 효과라고 할 수 있다. 더욱이 단기간에 전국의료보험이 실시되고 막대한 적립금을 갖고 재정이 흑자를 기록하고 있는 것은 다른 나라의 부러움을 사고 있다.

그러나 의료보험에 대해 의료계는 의료계대로, 의료소비자는 소비자대로 불만의 소리가 높아지고 있다. 의료계는 의료수가가 낮다는 핑계를 대고 불친절하고 각종 비급여치료를 확대하면서 소비자에게 부담을 가중시키고 있다. 의료서비스를 제대로 받지 못한 소비자들은 의료보험이 시작된 이래 몇년간 몇십년간 묵묵히 보험금을 납부하면서도 왜 이런 대접을 받으며 의료계의 모든 운영비를 떠맡아야 하는가 회의를 하게 된다.

의료비의 가계부담 높아

의료보험에 대한 문제점은 의료계의 입장에서 볼 때나 소비자의 입장에서 볼 때 각기 여러 가지가 있을 것이다.

여기서는 소비자의 입장에서 본 문제점과 개선점을 살펴보려한다.

첫째, 의료비의 가계부담이 높다는 점이다.

보건사회연구소에 의하면 의료비의 가계부담이 높아 국민의료비 지출 중 의료보험부분이 30%이고 이중 가계 직접 부담은 55%에 이르고 있다. 이는 의료보험료는 매달 내면서 또한 자기부담이 높아 사실상 외국에서 실시하는 환

의료보험에 대해 의료계는 의료계대로, 의료소비자는 소비자대로 불만의 소리가 높아지고 있다. 의료계는 의료수가가 낮다는 핑계를 대고 불친절하고 각종 비급여치료를 확대하면서 소비자에게 부담을 가중시키고 있다. 의료서비스를 제대로 받지 못한 소비자들은 의료보험이 시작된 이래 몇년간 몇십년간 묵묵히 보험금을 납부하면서도 왜 이런 대접을 받으며 의료계의 모든 운영비를 떠맡아야 하는가 회의를 하게 된다.

자소비자는 돈을 거의 안내는 완전 의료보험과는 다른 형태의 의료보험인 것이다. 따라서 의료비의 가계부담을 줄이든지 의료부담을 높이려면 완전보험이 되도록 해야 할 것이다.

관리운영체계의 혁신 필요

둘째, 관리운영체계의 문제점을 들 수 있다.

임금근로자와 자영자의 소득구조와 노출을 차이 때문에 소득노출이 많은 임금근로자는 불이익을 받고 있을 뿐 아니라 이로 인한 운영비가 과다하게

지출되고 있어 국민의 의료보험료 부담과 의료계의 의료수가 문제를 제기하게 만들고 있다는 점이나 임금근로자는 100% 노출이 되는데 어떻게 도시경영자는 소득의 22.3% 많이 노출되고 있는지 도대체 그 강력한 국세청이 아직도 그 정도인지 도대체 이해가 되지 않는다. 관리 운영체계의 혁신이 긴급히 요청된다.

관리운영비를 최소화 해야

셋째, 관리운영비를 최소화 해야 한다. 95년도 관리운영비는 대략 4천5백여 원 이상이다. 지역조합은 지역조합대로 공교공단은 규모가 크어도 불구하고 세 대당 관리운영비 지출이 많다. 결국 의

료보험료 중 의료치료비가 아닌 운영비의 지출이 많은 것은 국민의 부담으로 오는 것으로 이에 대한 대책이 시급히 필요하다.

형평성을 이룬 의료보험비 지출 방만한 경영으로 비롯되는 의료비 지출의 합리화는 빠를수록 좋다. 투명한 운영관리비가 전제되어야 의료소비자와 신뢰를 구축할 수 있을 것이다.

점진적으로 통합의료보험으로 가야

넷째, 점진적으로 통합의료보험으로 가야 한다.

의료보험 20년, 이대로 좋은가?

의료보험의 발전 방향

초창기에 의료보험을 가입한 보험자는 점차 직장이동으로 인하여 그동안 보험료를 납부하던 직장을 떠나 새로운 직장이나 지역 의료조합으로 편입되고 있는데 그 경우 과거에 낼 의료보험료는 혜택도 못하고 고스란이 두고 새로운 조합에서 의료비를 부담케 하는 경우가 발생하게 된다. 특히 건강문제로 퇴사하는 근로자들이 도시지역조합에 편입되는 경우 일인당 조합부담 진료비가 많아지는 데 이에 대한 대책이 필요하다.

국민을 위한 진정한 의료보험이 되길

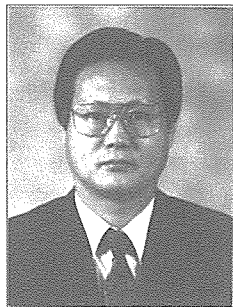
외에도 여러 가지 개선되어야 할 문제점이 많다.

의료이용자들은 의료이용시 의료서비스에 대한 불만이 누적되고 있다. 대기 시간에 비해 진료시간은 짧고 보험적용이 안되는 항목이 많아 본인부담이 높고 과잉진료 등 진료왜곡 현상으로 인한 의료지원낭비까지 하기도 한다.

전 세계적으로 조그만 음식점에서조차도 쓰여지는 크레딧 카드가 병원에서는 수수료 부담을 이유로 사용하지 못하게 하는 것도 개선되어야 한다. 또한 의료보험카드 하나로 전국 어디에서든 아플 때 치료받을 수 있도록 바뀌어야 한다.

특히 치과의료보험의 경우 치료비가 고가임에도 불구하고 극히 일부분만 의료보험의 적용대상이 되고 있어 환자 소비자의 부담이 매우 큰 것도 개선되어야 한다.

정부는 올해 또 다시 의료개혁위원회를 구성하여 개혁안을 만들고 있다. 의료보험이 의료보험료를 내는 국민이 주인이 되고 국민을 위한 의료보험으로 다시 태어나기를 기대한다.



한오석/의료보험연합회
의료보장연구실 연구위원

사회보장에 관한 범세계적 기구인 국제사회 보장 협회(ISSA)에서는 사회보장의 두 기둥을 '적용범위의 확대'와 '서비스 수준의 향상'에 두고 있는데 우리나라는 전국민 의료보험시대를 열어 그 한쪽의 목표를 달성하였다. 우리나라 의료보험제도의 발자취에서 보듯이 우리의 제도발전은 적용범위의 확대에 초점이 맞춰져 있음을 알 수 있다.

이제 '서비스 수준의 향상'이 우리의 목표가 되고 있는데 이 목표의 점진적 달성 즉 서비스 수준의 지속적인 향상이 필연적으로 전망된다.

서비스 수준은 크게 두가지로 대별할 수 있는데, 보험급여수준의 향상이 그 첫째로서 이경우는 그에 따른 재원조달과 그 분배가 따라 붙고, 자격·급여·보험료 등 각종 절차상의 국민 편익제고가 그 두번째로서 이 경우는 그 절차뿐만 아니라 관리 운영조직 또한 보험 행정서비스의 주체인 만큼 그에 상응한 조명이 따르게 된다. 이들의 부문별로 나누어 전망해 보면 다음과 같다.

급여 수준의 향상

국민이 보다 질 좋은 의료혜택을 받는 것은 국민의 여망일 뿐만 아니라 '삶의 질'을 추구하는 시대적 흐름이다.

앞서 살펴본 바와 같이 선진제국에서

는 보험제정의 어려움을 극복하기 위해 본인부담금의 인상 등 급여수준을 후퇴시키고자 하는 개혁을 추구하고 있으나 이 경우는 우리보다 급여수준이 지나치게 높은 데서 비롯되는 것이다.

장래의 의료보험은 보험으로 적용받을 수 있는 범위와 수준은 지금보다 향상되어 가계의 부담은 줄고, 의료이용은 보다 편리하게 될 것이다. 실제 병원을 이용함에 있어 특진료, 고가장비에 의한 검사비, 고급병실료, 식대 등이 보험적용이 되지 않아 많은 불만이 제기되어 온 것이 사실이고, 최근 의료개혁위원회 등에서 현행 '저부담 저급여 체계'를 '중부담 중급여체계'로 전환시키고자 하는 의견을 제시하고 있음에서 방향전환의 단초를 볼 수 있다.

현재 연간 270일로 제한되어 있는 의료보험 적용기간이 단계적으로 연장되어 2000년에는 기간의 제약없이 의료보험으로 진료를 받게 되며, 오늘날 일반화되어 있는 MRI나 초음파 등 고가 검사장비에 의한 검사도 중장기적으로는 보험적용될 것이다. 보건예방사업 차원에서 95년부터 지역주민에까지 각종 성인병검진을 무료실시한데 이어 암검사 등도 지속적으로 확대될 것이나 보건예방사업의 비용효과에 대한 논의가 일 것이다.

한편, 노인분들의 경제적 부담이 되고 있는 의치와 그리고 산전진찰에 대해서는 보험적용이 검토되고 있는 만큼 가까운 시일내에 결론이 날 것이다.

급여재원의 확충

급여수준의 향상이라는 과제는 항상 보험재정 문제가 따른다.

향후 '부담과 급여'의 체계는 현실의 기초에서 보다 전향적으로 개선해 나가겠지만 현재의 재원조달 수준을 감안한 범위에서 필요한 부분을 우선 순위를 정해 점진적으로 보험이 적용되도록 하는 원칙에 따라 시행될 것이다.

그간 정부는 재정안정정책으로 국고 지원 총액을 지속적으로 확대하여 금년도에 약 1조원을 지역조합에 지원하고 있고, 조합간 재정조정사업을 실시하여 고액의료비와 노인의료비에 대하여는 이를 공동부담토록 함으로써 재정취약 조합이 더욱 어려워지는 것을 막는 한편 보험료 징수율을 높이고, 조합의 합리적인 경영을 통해 비용누수를 최소화하는 등의 정책을 추진하여 왔으나 최근들어 보험재정상 어려움이 더욱 커지고 있다.

현재의 급여재원은 크게 보험료, 국고 부담으로 형성되고 있는데 우리나라의 보험료 수준은 선진국에 비해 1/3~1/6 정도에 불과하여 '중급여 체계'로의 전환을 위한 재원조달을 둘러싸고 상당한 진통이 예상된다.

보험료의 인상경향은 지속될 것이고 이에 대한 국민들의 불만이 늘고 그 불만에 대한 설득과 홍보 노력은 지속적으로 전개될 것이다. 국고부담의 증액 또한 어느정도는 불가피해지고 국가의 보건의료비 부담정도도 선전화 될 것이다. 한때 거론되었던 담배 등에 대한 건강보험세 부과 등 새로운 재원조달 수단도 모색될 여지가 있다.

합리적이고 적절한 수준의 보험수가 유지, 납수진을 예방하고 급여범위 확장 시에 정확한 재원조달계획의 포함, 허위 또는 부당한 진료비의 청구를 근절시키

는 노력, 부당급여가 이루어진 경우의 사후관리 노력도 보다 체계적으로 지속될 것이다.

관리운영

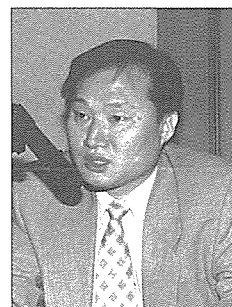
보험행정서비스의 질을 향상시키기 위해서는 제도의 관리운영을 효율적으로 해 나가는 것이 무엇보다 필요한 일이다. 의료보험 전반에 걸친 관리운영의 효율성을 높이기 위해서는 실질적인 의료보험의 주체인 의료보험조합의 경영 효율성이 관건이 된다.

의료보험이 국민의 피부에 와 닿는 제도로 성숙되기 위해서는 국민과 접하고 있는 조합이 적극적이고 책임있게 업무를 처리하도록 되어야 하고, 경쟁적이고 효율적인 책임 경영 풍토가 정착될 수 있기 위해서는 피보험자인 국민이 중심이 되어야 하므로 이러한 방향으로 관리조직은 발전될 전망이다.

다수조합이 주민의 바로 옆에서 자치와 자율이라는 제도 본래의 이념과 장점을 살려 자치조직의 역량을 최대한 발휘할 수 있게 되어 조합별 여건속에서 주민이 원하는 바를 자치적으로 결정하고 그 범위내에서 원하는 밀착행정서비스가 가능하도록 하여 명실상부한 피보험자의 조합으로 자리매김될 것이다.

지금의 시대조류는 사회 각 부문에서 경쟁과 효율이 강조되는 시대이므로 의료보험도 예외일 수는 없고, 의료보험관리체계 논쟁은 사실상 종언을 구하게 될 것이다. 다만, 그 여진은 남아 있을 수가 있으나 의료보험제도는 본디 급여제도이므로 보험급여와 그 재원조달이 주(主)고 그 관리운영체제는 종(從)이 될 수 밖에 없으므로 시대의 흐름을 바꿀 수는 없게 될 것으로 보인다.

정부의 노인틀니



한영철/대한치과의사협회
사무이사

98년부터 시행하기로 한 노인틀니의 보험급여화는 보건복지부 주무부서의 담당 실무진들이 지난 정기인

사에서 대거 교체되므로써 또다시 예측을 불허하는 새로운 국면으로 접어들었다.

그동안 복지부의 담당 실무진들과 꾸준한 설득과 대화를 통해 상호 공감대를 형성해 왔으며 비교적 합리적인 사고와 순리를 존중하는 분위기가 조성되어 원만한 협의가 진행되고 있었던 것이 사실이라 아쉬움을 주고 있다.

또, 대한노인회 회장단과의 대화에서도 노인회측은 틀니제작의 학문적, 의학적 고려사항에 상당한 관심을 보이고 틀니만족도에 대해서도 깊은 이해를 보이면서 도리어 일본식 '싸구려' 보험틀니는 단호히 거부하겠다는 의사를 나타내기도 하였다.

의료보험 약화상태에서의 노인틀니 보험급여화는 어려운 실정

여러 단체, 학회와 대학의 연구와 노력에 의해, 복지부측이 비공식적이긴 하나 레진상 총의치의 편약당 가격을 67만5천원으로 책정한 것으로 알려졌다. 이를 근거로 내년의 틀니 보험급여화 사업에 대비하여 지역조합 지원금 1천여억원과 국고

보험급여화 방침 - 어디까지 왔나?

지원금 3천여억원을 합쳐 도합 4천여억원의 예산소요신청을 재정경제원에 제출하였으나 예상했던 대로 부처간의 협의과정에서 전액 삭감된 것으로 밝혀졌다.

심지어 노령수당을 3만원에서 5만원으로 인상하는 문제가 이번 7월 임시국회에서 결정을 보지 못한 채 넘기고 말아 어려움을 가중시키고 있다.

더구나 국가재정이 긴축기조 때문에 어렵다면 의료보험재정으로 눈을 돌릴 수 밖에 없는데 의료보험재정은 이미 알려진 바와 같이 농·어촌 지역조합의 경우 적자조합이 속출하여 밑바진 독에 물붓기라는 말이 나올 정도이며 공·교공단조합조차 내년 연말이 되면 준비적립금이 바닥날 것이라는 보도까지 있어 노인복지대책으로서 틀니급여에 암운을 드리우고 있는 실정이다.

노인틀니급여를 한다는 정부 발표를 철썩같이 믿고 틀니 장착을 내년으로 미루고 있는 많은 노인 환자와 그 가족을 실망시키지 말아야 한다.

노인, 정부, 치과의사 상호간의 합리적 방안 마련돼야

사실 엄청난 소요재원 때문에 발표당시부터 그 실현성에 많은 의문을 안고 있었던 노인틀니 보험급여화 사업은 시작하기도 전에 새로운 위기를 맞고 있다. 그렇지만 대통령 선거에서의 표를 의식하여 정부가 무리한 정책수단을 채택할 지도 모른다는 불안감이 상존하고 있는 것도 사실이다.

그러나 이 사업의 성공을 위해서는 노인, 정부, 치과의사 모두가 받아드릴 수 있는 합리적인 방안이 마련되어야 한다. 적어도 금년부터 시행되고 있는 '노령장애인에 대한 보청기 의료보험급

여'와 같이 현금급여 방식을 채택하는 것이다. 즉, 틀니의 경우 67만5천원을 의료보험수가로 인정하고 그 이상의 차액은 수익자부담원칙에 의해 전적으로 본인이 부담하는 방식이다. 이 경우 20% 정도의 의료보험규정에 의한 본인부담금과 67만5천원을 넘는 틀니는 그 차액까지 환자가 부담하게 되고, 80% 정도를 보험자가 부담하게 된다.

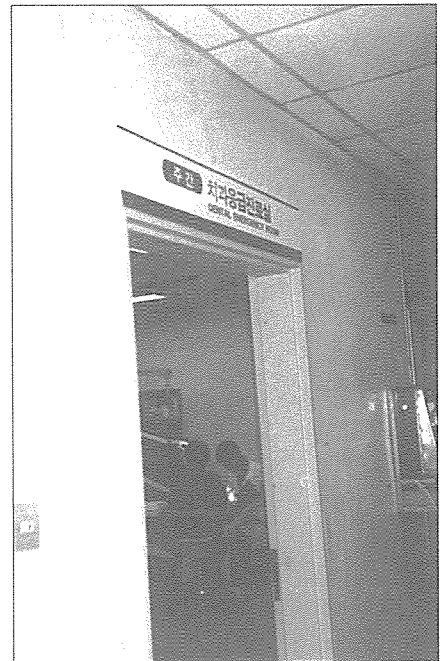
물론 의료보험수가가 결정된 후 보청기의 관행수가가 인상되어 수혜자인 노령장애인에게 돌아가는 혜택이 줄어들었던 점에 대한 정부 당국의 우려는 귀담아 들어줄 필요가 있다.

이렇게 해야만, 틀니장착에 따른 환자의 만족도를 높힐 수 있으며 치과의사도 소신껏 진료에 임할 수

있고 정부로서도 환자와 치과의사로 부서의 불만과 불신에서 벗어날 수 있어 3자 모두가 받아들일 수 있다는 것이다.

노인틀니 보험급여화는 반드시 현실화돼야

현재 의료보험으로 틀니급여를 한다는 정부 발표를 철썩같이 믿고 틀니 장착을 내년으로 미루고 있는 많은 노인 환자와 그 가족을 실망시키지 말아야 한다. 복지부 실무진들의 합리적인 사고와 치과의사의 능동적인 노력에 많은 국민들이 기대를 걸고 있기 때문이다.

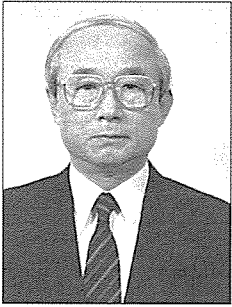


환자진료가 주업무인 치과의사와 위생사만으로 보험자단체에서 원하는 정도의 보험행정을 따라가는 데는 무리한 부분이 많다는 것이 치과계실무의 의견이다.



지난 6월 26일부터 이틀간 서울교육문화회관에서 의료보험 20주년을 기념하는 국제심포지엄이 열렸다. 한국사회보장학회가 주최하고 보건복지부와 의료보험연합회가 후원한 가운데 '의료보험 개혁과 그 전망'을 주제로 행사가 진행됐다.

의료보험 20년, 이대로 좋은가? 병원경영에 미친 영향과 제도 개선 방향



하호욱/대한병원협회 부회장

지난 77년 7월 500인 이상 사업장 등을 대상으로 시작한 의료보험은 정부가 급여대상 확대에 주력하여 세계적으로

유례가 드물게 의료보험 도입 12년만인 89년 전국민 의료보장을 이룩, 국민들의 의료서비스에 대한 접근기회를 획기적으로 높였다.

수가통제... 병원 경영난 불러

그러나 의료보험제도 시행 당시 관행 수가의 약 55% 선에서 보험수가가 처음 책정된 이래 지난 20년간 정부는 매년 물가보다 낮은 선에서 수가인상률을 억제하는 저수가 정책을 추진해와 의료기관의 경영여건은 계속 어려워지고 있다.

특히 의료기관에 대한 정부의 재정적 지원이 크게 미흡한 가운데 강력한 수가 통제로 병원경영 수지가 계속 악화되어 96년도 한 해 동안만도 44개 병원이 문을 닫고 12개 병원이 소유권을 넘기는 등 병원경영난이 심각한 위기 상황에 처해 있다.

의료보험 실시 이래 요양급여 기준에 의한 '보편적인 진료' 즉 규격진료가 강조되고, 급여비 심사 및 실사로 제한진료를 유도하며 '신기술 진료 사전승인제' 등으로 의료의 질을 저하시키고 있다.

진료비 청구업무 등에 따른 요양기관

의 행정업무 부담을 가중시켰으며 진료비 심사시 소견서 및 자료제출 등 까다로운 소명절차 △심사내역 통보서의 불분명성 △구분산정업무, 상해외인 통보 등 보험자 측이 행정 편의적으로 의료보험을 운영해오고 있다.

이밖에 진료비 삭감 사유 중 산정착오는 0.3%에 불과하며 적용착오가 98.3%(수가기준 29.6%, 급여기준 68.7%)인데도, 삭감전체를 부당청구로 몰아 보험자가 의도적으로 의료기관을 도덕적으로 비난받게끔 언론을 오도하고 있다.

의료보험 시행 20년을 맞아 우리나라 병원들은 경영개선과 의료서비스 향상이란 두 가지 난제를 안고 있다.

'뛰는 비용 기는 병원 수입' 의학발전 걸림돌

의료보험 실시 20년 동안 지속적인 수가통제로 병원수입은 억제되고 있는 반면 인건비 상승, 의료기자재 구입, 시설투자 등 비용발생 요인이 계속 늘어 병원경영 여건은 날로 어려워져, 진정한 의미에서 의료서비스 개선이나 의학발전을 기대하기 어려운 실정이다.

경제 및 경영지표를 통해 의료보험제도가 병원경영에 미친 영향을 보면 전국민의료 실시 직후인 90년부터 95년까지 국민 1인당 GNP는 1.87배 증가했으나 의사 1인당 의료보험 진료비는 1.5배, 1병상당 보험진료비는 1.38배 늘어

나는 데 그치고 있다.

77년도 의보수가 지수를 100으로 했을 때 96년까지 보험수가 누적지수는 434인데 비해 소비자물가지수는 457, 명목임금지수는 1638로, 임금상승과 물가상승률에 크게 미달하고 있다.

그 결과 병원평균 의료수익 순이익률이 92년 2.2%에서 95년 -2.5%로 나타나 병원경영수지가 악화되고 있음을 여실히 반영했다.

의료보험 시행 20년을 맞아 우리나라 병원들은 경영개선과 의료서비스 향상이란 두 가지 난제를 안고 있다.

국민들에게 양질의 의료서비스를 제공하기 위해서는 병원의 건실한 경영과 적절한 수지균형이 뒷받침되어야 하는데 이는 결국 의료보험제도를 어떻게 운영하는가에 달려있는 문제이다.

적정수가 확립, 세제 혜택 등 지원책 절실

의료서비스의 질을 높이고 병원경영을 정상화시키려면 최우선적으로 수가 수준의 적정화가 선행되어야 한다. 또한 진료행위간 수가수준의 불균형을 개선하여 합리적인 수가체계를 확립하는 것도 시급한 해결 과제이다.

아울러 병원의 공공성을 인정, 정부가 의료기관의 시설 장비 구입 등 자본재 투자에 대해 정책적으로 지원해 주어야 하며, 병원에 대한 금융 세제 상 지원방안도 강구해야 할 것이다.

진료비 청구액 전액을 10일 이내에 지급하는 개산불제도를 활성화하며 진

료비 심사의 독립성과 자율성을 보장하는 동시에 소규모 지역 의보조합의 경우 도시중심으로 통합, 진료권 중심의 조합을 형성함으로써 관리운영상의 효율성을 도모해야 한다.

또 고가의료장비 급여 확대에 앞서 필수 의료행위를 중심으로 급여범위를 확대하는 한편 기준 병실도 현행 6인실에서 4인실로 끌어올리는 등 왜곡된 수가구조를 바로 잡으려는 노력을 기울여야 할 것이다.

뿐만 아니라 보험의약품 관리원가의 현실화와 진료 재료 관리원가와 예방진료에 대한 급여 인정, 그리고 가정간호, 노인요양 진료에 대한 수가현실화도 요청된다.

저수가 저급여로 요양기관과 국민 모두가 불만족스러워 하고 있는 규제 통제 중심의 현행의료보험제도를 근본적으로 개혁하여 의료기관에 자율을 부여하고 선의의 경쟁을 통해 국민의료를 향상시킴으로써 국민, 의료기관, 보험자 등 의료의 3대축이 다함께 공존할 수 있는 '새로운 운영의 틀'을 짜야만 할 것이다.

의료보험 20년, 이대로 좋은가? 의료보험 20년 그 문제와 해결방안



이찬영/경기도치과의사회 회장

1997년 7월 1일 500인 이상 사업장 근로자에 대해 보험급여가 시작되어 의료보험이 처음으로 시행된 이래 올해로서 꼭 20년이 지났다. 고속도로도 세계에서 제일 빠른 시간내에 건설하듯이, 선진국에서 100년 이상의 전통을 갖는 의료보험제도를 불과 20년만에 전국민 의료보험시대를 만든 것은 대단한 성과라고 할 수 있다.

저보험 수가는 진료형태를 바람직하지 않은 쪽으로 유도한다. 의료기관마다 비급여 항목의 개발에 치중하거나 서비스 강도를 증가시키는 등 공급자 유인 수요도 생겨나고 있다.

이렇듯 빠른 기간내에 전국민을 질병에 따른 경제적 부담으로부터 구출시킨 의료보험의 양적성장 이면에는 다양한 형태의 문제점을 아울러 내포하고 있다.

현행 의료보험제도가 당면한 가장 큰 문제는 국민들이 의료보험에 대해 불만이 많다는 점이다. 비급여 항목이 아직도 많고 본인부담금이 높으며, 지역의 보 피보험자의 보험료가 직장보험 보험료보다 높다는 것이다. 또한 보험료와 진료비 부담만큼 양질의 친절한 진료를 못받는다는 점도 큰 불만사항이다.

원가이하의 의보수가

한편 의료공급자인 의료기관의 불만은 보다 절박하다. 의료 보험수가가 저보험료, 저급여 정책으로 처음부터 관행수가에 비해 턱없이 낮게 책정되었고, 적정 진료를 표방하는 지금도 수가 정책을 물가정책과 연계하여 소비자 물가지수 이하로 통제하고 있어, 현행수가는 원가 이하를 보상하고 있다. 특히 치과 부문은 더 심각하여 보철 등 비보험 부문을 고려하지 않고서는 치과경영 자체가 불가능할 정도이다. 저보험 수가는 진료형태를 바람직하지 않은 쪽으로 유도한다. 의료기관마다 비급여 항목의 개

발에 치중하거나 서비스 강도를 증가시키는 등 공급자 유인 수요도 생겨나고 있다.

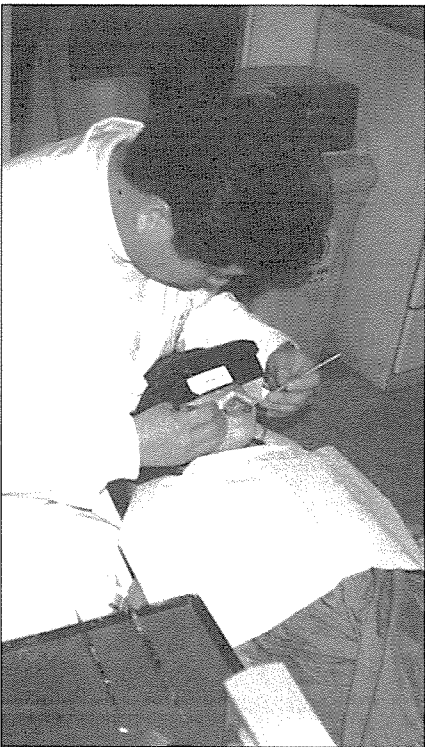
심사기구를 독립시켜야 한다

의료기관이 의료비를 의료보험 연합회에 청구하면 의보연합회 심사담당 직원이 진료비 청구내역을 심사하게 된다. 심사기구가 독립되어 있지 않고 의료보험 연합회 내의 심사부에서 심사하기때문에 전문성이 결여되어 있는 것은 물론 공정성에 있어서도 문제가 있다.



치협 보험담당 부회장과 의료보험 연구위원회 위원장을 맡고 있는 전훈식 부회장이 지난 7월 1일 의료보험 실시 20주년 기념식에서 대통령 표창을 수여하는 영예를 안았다.

즉, 보험제정의 보호를 위해 진료비 지불을 억제하려는 경향을 띠게 된다. 적정진료를 위한 자율시정 제도도 소진진료를 저해하는 요인으로 작용한다. 자율시정 점수의 폭을 확대해서 정상적인 진료행위가 왜곡되지 않도록 해야 할 것이다. 또한 현재 선심사 후지불제로 되어 있어 최단시간내에 청구해도 한달 내지 두달후에 진료비를 지불받게 되는데, 실제로 진료 당일 비용이 발생한 것이기 때문에 선지불 후심사로 바뀌어야 마땅하다.



국민들은 의로서비스에 대한 본인부담수준에 대한 불만을 갖고 있으며, 의료공급자는 낮은 수가와 수가구조의 불균형에 대해 불만을 가지고 있다.

정부의 책임이 크다

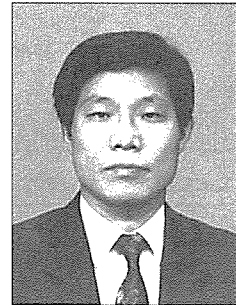
우리나라의 경제적 위상은 세계 13위인데 반해 GDP대비 보건비 지출은 OECD 국가중 거의 최하위에 머물고 있

다. 의료보험 제도가 사회보장 정책의 일부로 인한 의료보험에 관한 국가의 역할과 책임이 크다. 보험수가의 결정은 단순히 원가계산에 의한 의료기관의 경영수지에 국한된 문제가 아니라 사회적 결정의 문제이다. 국민 총생산중 의료비 지출이 너무 과대하면 국가경쟁력이 떨어지고, 너무 적으면 국민 복지 수준과 삶의 질이 낮아지는 문제가 생기게 된다. 지금까지는 의료보험 결정과정이 국가 자원의 효율적 분배나 복지확대 차원에서 정밀하게 이루어졌다기 보다 정권이 국민의 지지를 획득하기 위한 수단으로 졸속으로 이루어진 적이 많았다. 앞으로 문제해결과 합리적인 정책을 위해서는 복지부내에 전문가들이 참여하는 의료보험 담당 독립부서가 있어야 일관된 정책을 소신껏 추진할 수 있을 것이다.

치협내에 보험정책 전담 기획 또는 연구실 필요

언론에서 의료보험의 문제를 거론할 때 대부분 비윤리적 의료행위와 비양심적 의료기관 운영사례가 기사거리가 되곤한다. 그리고 보험료 인상소식 때마다 국민들의 즉각적인 반발만 반영하여 보도하고 의료보험문제의 본질은 들여다보려하지 않는다. 이러한 결과 국민들은 점점 의료인을 경멸하고 의료보험의 한 축으로써 문제해결에 동참하려는 태도를 저버리게 한다. 우리는 이러한 현상을 타하고만 있을 수 없다. 치과의료 보험의 문제점을 국민들에게 적극 홍보해야 한다. 또한 정부나 의료보험사 단체와 의료보험에 관한 협의를 위해서도 전문성을 가진 연구위원들과 직원들로 구성된 기획, 연구실의 필요성이 절박하다.

진료비



이종만/대한치과의사협회 보험위원

선진국에 서도 100여 년이라는 오랜 기간에 걸쳐 이룩한 전국민 의료보험을 12년이라는 짧은 기간 내에 실시하였으

며 20년이 지난 지금 수많은 개발도상국들이 우리나라 의료보험을 배우기 위해 연합회를 방문하는 등 세계 보건기구로부터 가장 성공적으로 의료보험제도를 달성한 국가로 평가를 받고 있다. 그러나 이러한 성공은 의료인들의 희생과 사명감이 없이는 도 달할 수 없는데 의료인에게만 오히려 불리한 제도가 되어버렸다.

심사 직접공개와 심사기구 독립에 특별한 진전 없어

불합리한 제도가 많지만 그 중 심사 직접공개와 심사기구 독립에 대해서 언급하겠다.

해결의 실마리를 찾지 못했던 진료비 심사기구 독립문제가 93년 문민정부를 맞이하여 의료계에서 진료비 심사기구 독립에 대한 법개정을 국회에 청원하여 공청회까지 개최되었으며 이 시기에 맞춰 보사부도 연합회 내에 심사업무의 독립성을 보장하는 의료보험 진료비 심사원을 설립한다 하였는데 연합회의 부속기관이 될 우려가 있다고 하여 결국은 원점으로 돌아갔다.

그 후 94년도에 의료보장 개혁위원회가 발족되어 장미빛 희망을 가진

심사기구 독립의 필요성

바 있었으나 흐지부지되고 말았을 뿐 아니라, 금년에도 의료개혁위원회를 설치하였으나 장관과 정권이 바뀌면서 제도 개선을 하겠다는 언급은 있었지만 실질적으로 개선된 것이 별로 없어 이러한 위원회는 말로만 끝나는 것이 아니냐는 생각이 만연되어 개혁, 보장이라는 단어에 불감증이 되어가고 있는 것 같다.

심사공개 않는 이유는 보험재정 보호를 위해

연합회가 심사지침을 공개하지 않는 이유는 과잉진료, 구격청구를 막아 재정을 보호하기 위함이라 하지만 실은 청구 방법을 잘 몰라 실수를 하게 되면 적용 착오, 과잉 청구라는 명목으로 삭감을 하는데 왜 삭감이 되었는지도 모르며 설사 알았다 하더라도 이의신청 절차가 복잡하여 이의신청을 안하는 의료인들의 상태를 이용하여 보험재정을 보호할 목적으로 공개를 안 하고 있는 것 같다.

의료계의 요구에 밀려 96년도에 <의료보험 진료비 심사지침>이라는 책자를 통해 심사지침을 공개했는데 내용을 보면 치과부분은 총 46개 항목이 기록되어 있다.

그러면 <요양급여기준 및 진료수가 기준>이란 책자에 기재되어 있는 기준과 위의 책자에 나와 있는 46개 항목 이외에는 심사지침 및 기준이 없다는 말이 된다. 그러나 실제 회원들이 삭감되는 내용을 보면 두 가지 책자에 나와 있는 내용 이외의 사항이 많다.

예를 들면 13~14세 소구치 발치는 인정하지 않는다는 심사지침이 있다는 이유로 삭감을 당한 회원이 있으며, 심지어는 분류코드 차 24 '차관수복물 또는 보철물 제거항목'에 기록되어 있는 계속적 근관치료를 위한 임시가봉을 실시한

경우' 제거료를 산정할 수 있는 대도 치료 중 1회만 적용한다고 1회 이상의 청구는 삭감을 하고 있는데 그러한 내용도 발간된 심사 지침집에는 없다.

심사지침을 공개할 때 위의 예를 실수로 빠뜨린 것인지 아니면 심사지침에 없는데도 심사부에서 임의로 삭감을 하는 것인지 그것도 아니면 또 다른 지침에 대한 파일이 있는 것인지 매우 궁금하다.

진료비 심사기구는 반드시 독립해야

보험자 측에서는 만일 심사기구가 독립이 되면 의료인이 심사를 독점하게 되며, 기구를 별도 설립할 경우 관리운영비가 증가하여 추가적 비용이 발생하며, 심사수수료도 올라가 재정을 보호할 수 없다고 반대를 하고 있다. 그러나 의료계의 목적은 심사를 완화시켜 과잉, 허위청구를 인정받자는 것이 아니라 심사를 올바르게 합리적인 차원에서 해야 한다는 것이 목적이며, 진료기준을 사전에 공포하여 영문도 모르게 삭감을 당하고 부당 청구 과잉청구를 일삼는 부도덕한 의료인으로 매도당하는 것을 방지하기 위함이다.

만일 진료비 심사업무가 연합회에서 떨어져 나가면 의료인들에게 유리한 상태로 될 것이라는 이유도 현 체제를 고수하는 것은 결국은 보험재정 보호라는 핑계로 의료인들의 희생을 강요하는 처사로 한 때 시끄러웠던 보험료 체납자에 대한 진료비 환수문제가 국회까지 갔을 때 보험자측은 이 제도를 시행하지 않으면 국민들이 보험료를 내지 않을 것이라는 이유로 환수를 하였는데 그 제도가 폐지된 현재에 그 당시보다 보험료를 덜 낸다는 통계는 없다.

결국은 보험재정 보호라는 측면과 행

정 편의주의로 의료인들에게 부담을 준 제도라는 사실이 판명이 되었듯 심사업무 또한 마찬가지라 볼 수 있다.

연합회는 대외적으로 심사기구가 독립되어 있으며 심사를 신속히 하기 위해 치과위생사나 간호사 등이 1차적인 심사를 하고 문제가 있는 경우 상근 및 비상근 심사위원이 있어 자문을 구해 공정한 심사를 한다고 하나 과거에 본인은 4년간 지역의료보험 심사위원으로 있으면서 일년에 한 두 번 회의에 참석을 하여 몇 건만 심사하는 것이 심사의 전부이어서 나머지가 제대로 심사가 되었는지 전혀 알 수가 없었다.

현 제도는 심사의 공정성과 전문성이 결여돼 있어

현 제도는 국민에게 공정한 심사가 이루어진다고 홍보하고는 있지만 심사가 비의약인에 의해 이루어지고 있어 심사의 공정성과 전문성이 결여되어 와 실질적으로 공정한 심사가 이루어지려면 약 4백명 정도의 상근 심사위원을 포함하여 전체 4천명 정도의 심사위원이 있는 일본과 같이 심사위원의 수를 적정수준 이상으로 늘리고 상근 심사위원들에게 직원의 심사업무에 감독권을 부여하며 심사의 전문성을 높이는 등 심사위원회의 기능을 강화하도록 해야 하겠다.

결론적으로 말하면 진료비 심사는 돈을 지급하는 보험자 단체가 심사까지 하므로 형평성과 공정성이 결여되었으므로 이해당사자인 연합회는 보험자단체에서 떠나 보험자단체, 의료단체, 시민단체가 동수로 참여하여 복지부 직속기구로 설립되어 하루바삐 심사의 공정성이 이루어져 상호불신의 벽을 허물고 의료서비스의 질을 높일 수 있도록 해야 하겠다.