

醫保 20년 ... 문제점과 개선방안

우리나라 의료보험이 실시된지 20년이 되었지만 그동안 개선이나 보완이 안돼 국민과 의료기관의 불평과 불만이 쌓여 뿌리를 내리지 못하고 있다. 양질의 의료서비스로 의료보험을 개선하기 위해선 ①합리적 의료보험수가 조정 ②수가의 현실화 ③ 진료비 심사기구 독립 ④사회보험성의 의보제 도입 등이 절실하다.



閔震植
(연세대 의대 외과학교실 교수)

서 주사를 맞을 경우 약값은 따로 선정되지만 주사료는 5백40원이다. 전문직의 기술료이지만 시중 커피 한잔 값의 1/6에 해당된다. 위암에 대한 근치 수술을 할 때 수술하는 주치의 외에 2~3명의 외과의사와 1명의 마취의사 그리고 2명의 간호사가 3~4시간이 걸리는 수술을 돕는다. 수술료는 37만9천5백90원이다. 이 수술비에는 재료비, 인건비, 전문적인 시술료 등이 모두 포함된 것이다.

전문시술료 너무 낮아

전문적인 시술료나 재료비 등을 감안하지 않고 인건비로만 계산을 하더라도 한사람당 한시간에 만3천5백56원이다. 한시간 노래하고 받는 대중가요 가수와는 비교도 되지않을 뿐더러 일반 건축공들이 받는 시간당 수당에도 훨씬 못 미친다. 미국에서 전문의가 수술하였을 경우에 비하면 1/20~1/30의 수준이고, 일본과 비교해도 1/8~1/10의 수준에 불과한데 이들 나라에서는 재료비와 전문시술료는 별도로 가산하고 있다.

우리나라에서 의료보험제도는 1977년에 대통령의 특사로 북한을 방문했

던 정부 고위관리의 보고중 북한은 의료의 질은 낮으나 전국민이 의료의 혜택을 받는다는 보고에 당시 대통령이 충분한 연구검토도 없이, 더군다나 재정적 확보도 없이 정책추진의 의지만으로 가장 쉽게 일본의 의료보험제도를 그대로 모방하여 시행하기 시작한 것이다. 의료보험 수가는 당시 국내에서 행해졌던 일반 의료수가의 55%만을 반영하여 책정하였다. 더구나 일본에서는 상당부분의 국가보조가 있었으나 우리나라에서는 국가보조는 하나도 없이 1977년 7월1일에 군사정치하에서 5백인 이상의 사업장 근로자에게 부분적으로 사회보험으로서의 의료보험을 시작하였다. 1977년 우리나라의 국민 1인당 GNP는 천11달러였는데 사회보험으로서의 의료보험은 다른 선진국에서는 국민 1인당 GNP가 7천달러가 넘어섰을 때에 비로소 시행하였다. 1977년 이후 의료보험의 범위를 점진적으로 확대하기 시작하여 12년만인 1989년 7월1일부터 전국민 의료보험에 이르렀다. 사회보장제도가 잘 되어있는 유럽의 여러 나라와 일본도 부분적인 의료보험에서 사회보험으로

서 울 번두리에 새로 집을 지어서 이사한 친구집에서 집들이를 한 다기에 몇 친구들이 방문하였다. 아담한 정원에서 음식을 먹으며 이런저런 세상 돌아가는 이야기를 하는 중에 한 친구가 나무의자의 잘못 나온 못으로 인해 허벅지에 3cm 정도의 상처를 입어서 가까운 외과의원에 가서 네 바늘을 꿰맸다. 의료보험의 혜택을 받아서 네 바늘을 꿰맨 수술료는 5천백60원이었다. 찢어진 바지를 세탁소에서 짜깁기를 하고서 만5천원을 지불했다. 다음날 꿰맨 상처를 치료받은 치료비는 6백60원이었다.

이것은 희극도, 꾸며낸 얘기도 아닌 우리나라의 현실이다. 병원에 가

서 의료보험을 전국민에게 시행하기까지는 40년이 넘어서야 가능했었다.

그런데 우리나라에서 부분적인 의료보험의 시행으로부터 불과 12년만에 사회보험으로서 의료보험을 국가보조없이 전국민에 실시한 것은 군사정권하에서의 정책수립이 얼마나 독재적이었는지를 잘 보여준 것이라 할 수 있다. 더구나 의료보험 수가를 쌀 값, 연탄값 같은 국민의 10개 기본생활품목에 묶어놓고 정부의 일방적 결정에 따라 매년 한자리 숫자의 인상만을 추진하기 때문에 의료보험 수가는 물가상승률에는 턱없이 못미치는 형편이다.

양질의 서비스 못받아

우리나라의 의료보험을 관리하는 부서로는 전국의 공무원과 사립학교 교직원의 의료보험을 관리하는 의료보험관리공단과 직장의료조합, 지역 의료조합, 농어촌의료조합 등을 관리하는 의료보험연합회가 있는데 이 두 부서는 보건복지부의 통제를 받는데도 관리운영은 징수된 의료보험료로써 하고 있다. 또 공단 이사장이나 연합회장은 퇴직한 고위관리가 임명되는 것이 관례인데 차관급 이상의 대우를 받고 있으며 의료보험과는 아무런 연관도 없고 경험도 없는 인사들이 각 지역의료조합에 불필요하게 자리잡고 있는 경우도 많다고 한다. 그렇기 때문에 관리운영비로 징수된 의료보험료의 10~15%를 사용하는 것 같다. 진료수가 조정과 심사기구가 정부 통제 밑에 있기 때문에 진료행위와 진료에 사용되는 약과 재료 등이 많은 통제와 제한을 받고 있다. 실례로써 폐렴이 악화되어 패혈증의 증세를 보일 때는 환자의 생명을 구

하기 위하여 2~3가지의 강력한 항생제를 투여하게 되는데 의료보험 심사에서는 과잉치료라 하여 삭감되는 경우가 많다. 수술에 사용되는 재료나 기구도 제한이 많고 의료보험에서 인정하지 않는 것이 많다.

의학의 기술은 1년이 멀다 하고 발전을 하고 있는데 보험에서의 제한과 통제 때문에 국민들은 그만큼 양질의 의료서비스를 못받게 되는 것이다. 이와 같은 통제와 제한으로 남은 돈은 2천5백억원 이상이 들어간 의료보험연합회 소속 종합병원의 건립과 관리운영비에 사용되고 있으니 이해하기 어렵다.

국민 1인당 GNP가 만달라가 넘어서고 경제발전과 생활여건이 많이 좋아짐에 따라 국민들의 정부에 대한 요구도 많아지는데 의료보험제도는 시행한지 20년이 됐지만 개선이나 보완이 한번도 없었기 때문에 국민과 의료기관의 불평과 불편, 요구 등이 많아지고 있어서 몇 가지 개선방안을 제시하고자 한다.

첫째로 합리적인 의료보험 수가의 조정이 필요하다. 현재의 의료보험 수가는 보건복지부에서 책정하여 재경원에 이송하면 재경원에서는 필수물가 관리차원에서 일방적으로 수가를 낮게 결정하여 시행하도록 하고 있기 때문에 의료서비스 공급의 왜곡을 초래하고 의료발전을 저해할 뿐 아니라 의료의 질을 떨어뜨리고 있다. 따라서 의료계, 보험자, 소비자, 재경원과 보건복지부의 대표 등으로 구성된 '의료보험수가조정위원회'를 설치하여 법적으로 의료보험 수가 조정의 독립성을 갖고서 운영함으로써 합리적인 의료보험 수가의 조정이 이루어지도록 해야 할 것이다.

보험수가 현실화 시급

둘째로 의료보험 수가의 현실화가 절대로 필요하다. 의료행위가 사람의 생명을 다루는 극히 전문적인 지식과 수련이 요구되는데도 이를 감안하지 않고 의료보험 수가가 근본적으로 매우 낮게 책정이 된데다가 그 인상률도 매년 재경원에서 필수물가관리 차원에서 일방적으로 한자리 숫자로 묶고 있기 때문에 의료기관의 경영을 악화시킬 뿐만 아니라 의료의 질도 떨어뜨리고 있다. 그러므로 의료계, 보험계, 재경원과 보건복지부의 대표 등으로 구성된 '의료보험수가심의위원회'를 설치하고 법적으로 독립성을 갖고서 운영하도록 하여 의료보험 수가의 현실화가 이루어지도록 하여야 한다.

셋째로 진료비 심사기구의 독립이 필요하다. 현재의 의료보험진료비 심사기구는 보험재정을 관리하는 보험자가 정부의 통제 밑에서 운영하고 있어서 심사상의 공정성, 객관성, 일관성의 유지가 어렵다. 그러므로 의료보험진료비 심사기구를 완전히 독립시켜서 심사의 공정성과 일관성을 유지하고 심사기능의 전문성을 갖게 하여 국민들이 보다 개선된 의료서비스를 받도록 하여야 한다.

넷째로 우리나라도 사회보험성의 의료보험제 도입으로 의료보험관리운영을 국고에서 보조하고 불필요한 관리인원을 과감하게 감축하고 처우를 민주화함으로써 의료보험관리 운영비를 최소화하여 징수된 의료보험료의 95% 이상이 의료서비스에 이용되게 함으로써 의료의 발전을 이룩하고 양질의 의료행위가 국민에게 돌아갈 수 있도록 하여야 한다. ①7