

보험수가 결정과 건강보험 보장성 강화 대책

연세대학교 의과대학 내과학교실

김 영 삼

Determination of Health Insurance Fee Schedule and Strengthening Policy for Health Insurance Coverage

Young Sam Kim

Department of Internal Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

The resource-based relative value scale (RBRVS) was introduced in Korea as a payment system in 2001. However, the health insurance fee schedule had many problems. Unbalanced insurance fee schedules still occur, and the relative value was not divided between physicians' work and practice expenses. Furthermore, malpractice fees were not included in the total RBRVS. The first refinement project of the health insurance relative value scales was conducted in 2003 and the second project started in 2010. In the first project, final relative values were calculated under budget neutrality by medical departments, and imbalances within the departments were resolved. However, imbalances still existed between departments. In the second project, final relative values were classified and computed by the type of medical treatment. The final RBRVS has been applied step by step since 2017 and the imbalance problem of the insurance fee schedule has been partially resolved. The government recently announced strengthening the plan for health insurance coverage. The current coverage rate for total medical costs by national health insurance is 63%. The purpose of this plan was to increase the coverage rate by up to 70%. The government has suggested detailed plans but there remain many controversial issues and limitations with regard to the practical aspects. Thus, further research and suggestions are needed. (Korean J Med 2018;93:80-86)

Keywords: Health insurance reimbursement; Insurance beneficiary; Resource based relative value scale (RBRVS)

서 론

전 국민 의료보험을 도입할 당시 기존에 받고 있는 관행 수가나 외국의 수가를 참고해서 의료행위에 대한 수가를 결정하였다. 원가와 관련된 자료를 이용하지 않았기 때문에 객관성이 결여되고 의료 행위 사이에 불균형이 있어 지속적으로

로 문제가 제기되었고 이로 인해 특정 진료과의 지원이 위축되는 등 심각한 의료왜곡을 초래하자 1994년 의료보장개혁위원회에서는 원가에 근거하여 의료보험 수가를 계산하여 의료행위 수가 불균형을 시정하기 위한 방법으로 미국 상대가치점수체계(resource based relative value scale, RBRVS)를 도입하기로 결정하였다. 이후 상대가치 점수체계 도입을 위

Correspondence to Young Sam Kim, M.D., Ph.D.

Department of Internal Medicine, Yonsei University College of Medicine, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea
Tel: +82-2-2228-1971, Fax: +82-2-393-6884, E-mail: ysamkim@yuhs.ac

Copyright © 2018 The Korean Association of Internal Medicine

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

한 연구와 2차례에 걸친 전면개정에 대한 연구가 진행되었고 그 최종 결과가 작년 7월부터 적용되기 시작하였다. 2017년 8월 9일 현 정부는 미용, 성형을 제외한 모든 의료서비스에 대하여 건강보험을 적용하는 것을 주요 내용으로 하는 건강보험 보장강화정책을 추진하겠다고 발표하였다. 이른바 ‘문재인 케어’라고 불리는 현 정부의 건강보험 보장강화정책에 따라 비급여 항목을 전면 급여화하기로 하여 의료계의 심한 반대에 부딪히게 되었다. 이에 지난 30년간 의료보험 수가 개정의 과정과 신의료 기술의 인정과 급여화 절차 및 최근 발표되어 진행되고 있는 건강보험 보장성 강화대책의 주요 내용에 대해 알아보고 국민 건강권의 보장과 향상을 위한 제안을 하고자 한다.

본 론

상대가치개발을 위한 연구

상대가치개발을 위한 연구는 1995년부터 1997년까지 진행되었는데 한국에서 시행하고 있는 의료행위에 대한 표준적인 분류체계 개발을 선행하였다. 기존에 보험급여의 청구를 위해 사용하고 있던 의료행위 분류체계에 문제가 많아 ‘한국표준의료행위분류’를 새롭게 개발하였다. 각각의 표준 의료행위에 대한 상대가치를 의사업무량 상대가치와 진료 비용 상대가치’로 나누어 산출하였는데 의사업무량 상대가치는 시간과 강도를 고려하여 전문과목별로 기준 행위를 정한 후 이 행위의 의사업무량을 100으로 하였을 때의 다른 행위의 의사업무량을 비교하여 측정하였고, 각 전문과목별로 구한 의사업무량 상대가치를 이용하여 전문과 간에 척도를 통일하여 전체적으로 의사업무량 상대가치를 통합하였다. 진료 비용 상대가치는 8개 병원을 대상으로 한 원가 분석 자료를 이용하여 각 의료행위별로 진료 비용 상대가치를 구하였다. 총 상대가치는 의사업무량 상대가치와 진료 비용 상대가치의 합으로 계산하였다. 그리고 상대가치를 의료보험 급여행위 수가로 전환하기 위해서 환산지수를 계산하였다. 의료행위의 상대가치는 변경하지 않고 환산지수를 변경하여 최종 보험수가를 결정하는 방식을 만들게 된 것이다. 그러나 상대가치 산출을 위해 사용하였던 한국표준의료행위분류와 보험급여 청구를 위한 의료행위 분류체계가 달라 상대가치를 현재 의료보험 수가체계에 적용하기 위한 추가 연구를 진행하였다. 기존 보험코드를 기준으로 재분류하는 작업이 이루어져서 4,454개의 수가코드를 만들어 상대가치를 재산출

하였고 최종적으로 2001년도부터 3,214개 급여 항목에 대한 상대가치 수가체계가 도입되었다. 그러나 상대가치에 기반한 수가를 처음 도입할 때 기존 수가에 상대가치에 기반한 수가보다 낮은 항목들의 상대가치는 상향조정하였으나 기존 수가에 상대가치에 기반한 수가보다 높은 항목들은 하향 조정하지 않았다. 그 결과 항목 간 수가불균형의 문제를 완전히 개선할 수 없었다. 그리고 보험코드를 재분류하는 과정에서 의사업무량과 진료 비용 상대가치를 구별할 수 없게 되어 많은 부분이 개선이 필요하게 되었다[1-3].

제1차 상대가치 개정작업

2001년도에 상대가치에 의한 점수체계를 도입한 이후에 변동된 상대가치의 변화를 반영하고 불균형이 심한 의료행위 간의 상대가치점수를 조정하기 위해 2003년부터 4년에 걸쳐 제1차 상대가치 개정을 위한 연구가 진행되었다. 건강보험정책심의회 산하 상대가치운영기획단이 연구를 총괄하였고 건강보험심사평가원 산하에 상대가치점수연구개발단을 설치하여 연구 실무업무를 진행하였다. 상대가치운영기획단에서는 상대가치점수의 재검토 및 변경과 함께 의사 비용과 진료 비용의 분리를 시도하였고 의사의 행위보상 비용과 병원의 보조인력, 시설, 장비, 재료 등의 보상 비용 분리하는 작업을 진행하였다. 의료행위에 포괄적으로 반영되어 있는 치료재료가 기술이 발달함에 따라 고가화되는데 상대가치점수에는 반영되지 않는 문제점을 근본적으로 해결하기 위해 고가의 치료재료 비용을 진료 비용 상대가치에서 분리한 후 별도로 보상받을 수 있게 하는 작업도 같이 진행하였다. 그리고 의료행위 상대가치를 결정하는데 매우 중요한 요소인데 반영되지 않았던 의료사고에 의한 소송의 위험도를 반영하는 연구를 별도로 진행하였다. 상대가치점수연구개발단 주도하에 관련된 단체와 학회 전문가들이 참여하여 연구를 진행하였다. 상대가치운영기획단 및 제도개선소위원회를 통해 상대가치 점수를 재계산하였으나 위험도 점수를 상대가치에 반영하는 방법에 대해서는 합의가 이루어지지 않아 전면적인 상대가치개편은 유보되었다. 새로 산출된 상대가치점수는 급격한 상대가치점수 조정으로 인한 혼란을 방지하기 위해 2008년부터 적용하기 시작하여 첫해에는 20%만 반영하였고, 위험도 상대가치는 100% 반영한 후 점진적으로 5년 동안 자료 보안을 통해 주기적으로 조정하기로 하였다. 1차 상대가치 개편작업에서는 가장 중요하고 재정 영향이 큰 진찰료, 입원료 등 기본 진료비에 대한 개편

작업을 시행하지 않았다. 상대가치 조정과정에서는 기본 진료비를 제외한 개별 행위에 대하여 상대가치점수 전체 총점의 합을 고정하는 재정중립 원칙을 적용하였다. 1997년 이후 상대가치의 변동분만 반영하였고 정부의 추가적인 재정 투입 없이 40개 전문 진료과 내에서 상대가치의 불균형이 심한 행위들을 재정중립의 원칙에 의해 점수를 조정하였다. 결과적으로 진료과목 내의 수가 불균형의 문제는 해소할 수 있었지만, 진료과목 간 상대가치의 불균형에 대한 문제는 근본적으로 해결할 수 없었다. 추가적으로 보험급여 의료행위분류를 좀 더 세분화하여 재분류하고 5,445개의 항목으로 증가하게 되었고 모든 행위 항목에서 의사의 행위보상 비용과 진료 비용으로 구분하여 상대가치점수를 재산출할 수 있었는데, 의사업무량 상대가치가 전체 상대가치에서 차지하는 비율은 36.8%로 조사되었다. 그리고 행위에 포괄적으로 반영되어 있는 치료재료 중 고가의 치료재료를 분리하여 별도로 보상받을 수 있게 해서 재료대의 인상 부분을 수가에 빨리 반영할 수 있게 하였다. 치료재료를 행위에서 분리할 때에는 상대가치점수에서 관련 치료재료 비용을 차감시켜 하향 조정하였다[4].

제2차 상대가치 개정작업

2010년부터 2014년까지 제2차 상대가치 전면개정 작업을 진행하였다. 1차 전면개정 작업에서는 진료과목별로 의사업무량에 대해 총점을 고정하여 진료과 사이의 불균형을 해소할 수 없었기 때문에 이를 해결하고자 의료행위를 진료과가 아닌 수술, 처치, 기능, 영상, 검체 검사의 5가지 유형으로 분류하여 작업을 진행하고 상대가치의 총점 규모를 설정하는 방식으로 연구를 진행하였다. 1차 상대가치 전면 개정과 달리 의사업무량의 상대가치는 강도를 고려하여 의사업무에 소요되는 시간을 근거로 계산하여 유형별로 업무량을 재조정하였다. 진료 비용 상대가치의 계산을 위해 1차와는 달리 단일 회계조사를 통해 변환지수를 적용하지 않고 원가중심 단위의 회계조사를 통해 5개 유형별로 원가를 보전할 수 있게 계산하였다. 위험도 상대가치에 대해서는 의료사고 분쟁 해결 비용의 재조사를 통해 적정성을 검증하는 방법을 사용하였다. 그러나 2차 상대가치 전면개정에서도 진찰료와 입원료 같은 기본 진료료의 상대가치 개정작업은 진행하지 않았다. 연구 결과 5개 의료행위 유형 간 상대가치의 균형성을 확보하기 위해 상대적으로 보상 수준이 높은 검체, 영상 검사 분야의 상대가치점수는 낮추고 수술, 처치, 기능 검사 분야의

상대가치점수를 상향 조정하기로 하였다. 연구가 종료된 이후에도 새로 산출된 상대가치를 수가에 반영하지 않다가 2017년 7월에 2차 상대가치 개편 연구 결과에 따라 5,307개 의료행위에 대한 상대가치점수를 전면 개정한 후 이를 고시하였다. 단 급격한 상대가치 조정으로 인한 혼란을 최소화하기 위해 2차 상대가치 개편 결과의 도입은 2020년까지 3.5년에 걸쳐 25%씩 단계적으로 확대 적용할 예정이다. 여기서 중요한 것은 수가 인상의 재원을 마련하는 것인데 검체와 영상의 상대가치를 낮추며 마련된 5,000억 원을 수술, 처치 및 기능 검사의 상대가치 인상에 사용하고 정부에서 3,500억 원을 더 투자해서 수술, 처치, 기능 유형에 속한 의료행위의 원가보전율을 90% 수준으로 향상시키고자 하였다. 단 3,500억 원은 순수히 증가하는 것은 아니고 매년 수가계약 시에 증가분을 감안하기로 하였다. 그리고 1,500억 원 규모의 재정을 추가로 투입하여 행위 재분류를 추진하기로 하였고 검체영상 검사 질 평가를 수가와 연계하기로 하였다[5]. 상대가치 개발 및 개정작업의 진행과정과 차이점은 다음과 같다(Table 1).

새로운 의료기술 평가 및 급여 여부 결정

연구를 통해 새로운 의료기술이 개발된 후 이를 환자의 진료에 이용하기 위해서는 의료기술의 안전성과 유효성을 확인해야 한다. 2000년 7월 1일 이후부터 건강보험심사평가원에서 국민건강보험법에 의거, 신의료기술의 보험급여 여부를 판단하면서 안전성과 유효성을 평가하였다. 의료인 단체 또는 전문학회 등의 신규 의료행위에 대한 의견서를 제출하면 안전성과 유효성을 검토한 후 인정하였는데, 관련 학회에서 하나의 의료행위에 대해 서로 다른 의견을 제출하는 경우도 있고 공정성과 객관성에 대한 문제가 제기되었다. 체계적이고 객관적인 평가를 통해 국민의 건강권을 보호하고 신의료기술의 발전을 촉진시킬 필요성이 제기되어, 2007년 4월 신의료기술평가에 관한 규칙을 제정하였고 이 법에 따라 새로운 의료기술의 안전성과 유효성을 평가하기 시작하였다. 단 이 법 시행 이전에 보건복지부장관이 고시한 건강보험요양급여 비용으로 정한 내역에 포함된 의료행위는 비급여 의료행위를 포함하여 모두 평가를 받은 것으로 하였다. 신의료기술에 대한 평가는 해당 구비서류만 첨부하면 누구나 신청할 수 있다. 신청된 기술은 우선 안전성과 유효성을 평가할 대상인지 여부를 결정하고, 평가 대상으로 결정되면 해당 기술을 평가할 방법과 이를 전문적으로 검토할 소위원회를 구성한다. 평가 대상에 해당하는지에 판단을 신의료기술평가

Table 1. Research project for resource based relative value scale and it's application

| | 상대가치 개발연구 | 1차 전면개정연구 | 2차 전면개정연구 |
|-----------------------|--|---|---|
| 시행시기 | 1995-1999 | 2003-2006 | 2010-2014 |
| 연구 내용 | 한국형표준의료행위분류 개발 자원기준상대가치 개념 도입 및 계산 상대가치에 근거하여 현행 보험급여 수가의 재계산 위험도 연구에 대한 제안 | 의사업무량과 진료 비용 및 위험도를 분리 별도 보상이 필요한 치료재료의 분리 회계조사 자료의 대표성 여전히 문제 되고 단일 회계조사를 통한 일괄적 인 변환지수를 적용 | 행위유형별 상대가치 총점규모를 설 정한 후 같은 유형 간 상대가치의 조 정 및 통합 원가중심 단위의 회계조사를 통해 5개 행위유형별로 원가보상 비율 적용 |
| 제한점 | 최종 수가 결정시에는 의사업무량과 진료 비용이 분리가 되지 않았음 상대가치에 위험도가 반영되지 않음 8개 병원의 회계조사 자료를 이용하여 대표성이 부족 | 위험도 상대가치는 반영되었으나 총 점이 미반영되어 불완전함 회계조사 자료의 대표성 여전히 문제 되고 단일 회계조사를 통한 일괄적 인 변환지수를 적용 | 회계조사 결과의 대표성에 대한 논란 이 지속됨 기본 진료료에 대한 연구가 진행되지 않음 진료과 간의 수가 불균형 문제가 완전 히 해소되지 않음 |
| 제도 도입의 의의와 제 한점 | 2001년도 상대가치에 기반한 수가제 도를 처음 도입 기존 관행수가 인정 | 2008년부터 진료과내 상대가치의 조정 진료과별 상대가치 총점고정의 원칙 에 의해 진료과목 간 불균형이 해소 되지 않았음 | 2017년부터 2차 상대가치 개정작업의 결과가 반영되기 시작함 5개 유형별 불균형을 조정하여 진단 검 사와 영상 유형의 상대가치 인하 |

위원회에서 심의하여 결정하고, 신의료기술의 일반적 사항 뿐만 아니라 질병의 특성과 질병부담 정도와 현존하는 의료 기술과 비교할 때 신의료기술의 도입으로 인해 임상에 미치는 영향과 효과까지 분석한다. 체계적인 문헌고찰을 통해 신의료기술에 대한 신청 시점까지의 시행된 연구의 질과 양을 객관적으로 평가하여 연구단계의 초기기술인지 확인하고 평가가 가능할 정도로 충분히 많은 연구가 시행된 경우에 한해 안전성과 유효성을 평가하게 된다. 현재 한국보건 의료연구원에서 신청 접수와 평가를 위한 자료 수집 업무를 담당하고 있다. 신의료기술평가위원회에서는 소위원회의 검토 결과를 바탕으로 해당 기술의 안전성과 유효성에 대해 최종 심의한 후 그 결과를 보건복지부장관에게 보고한다. 해당 의료 기술이 평가 대상인 경우 신청서를 접수한 날부터 280일 이내에 해당 의료기술의 안전성·유효성에 대한 평가 결과를 신청인과 건강보험심사평가원장에게 통보하게 되어있다.

신의료기술을 포함하여 기존 의료보험 수가 중 개편이 필요하거나 기존에 비급여로 고시된 의료행위의 의사업무량 상대가치는 대한의사협회 산하의 상대가치개정위원회에서 결정한다. 이전에도 자원기준상대가치의 연구개발 및 당면 사안을 처리하기 위해 학회 대표로 구성된 위원회가 있었으나 비정기적인 형태였다. 상대가치개정위원회는 26개 전문 학회의 보험이사 또는 학회대표자가 추천하는 각 1인의 위원과 위원장, 부위원장, 운영위원 및 간사로 구성되어 있고 상대가치개정위원회의 원활한 진행을 위해 심의위원회를 두고 있다. 상대가치개정위원회는 자원기준상대가치와 관련된

의료계의 최고 의결기구로서의 역할을 수행하고 있다. 의사 업무량 상대가치에 대한 개정 의견이 제출되거나 신의료기술이 승인되면 각 학회에서 제출한 서식을 근거로 하여 검토 소위원회를 구성한 후 각 학회에서 제출한 서류를 검토한다. 소위원회를 통한 검토과정에서 해당 행위의 개정안을 제출하거나 주관하는 학회의 전문가가 참가하여 개정이 필요한 이유 혹은 의사업무량 상대가치의 수준을 결정한 이유에 대해 설명하게 한다. 검토소위원회에서는 개정 이유가 타당한지와 제출한 의사업무량 상대가치 수준이 적절한지를 심의한 후 의결 과정을 거쳐 의사업무량 상대가치를 최종 승인하게 된다.

안전성과 유효성이 있는 의료기술로 인정되면 보건복지부에서는 평가 결과를 고시하고 이후 건강보험심사평가원에서 급여 여부를 결정한다. 건강보험심사평가원에서는 치료 효과성 및 비용 효과성이 입증된 경우와 비용 효과성이 입증되지 않았지만 대체 가능한 급여 항목이 없고 치료 효과성이 입증된 경우에는 보험 급여를 하기로 결정한다. 기존에 시행하고 있는 대체 가능한 급여 항목과 비교하여 치료 효과가 동등하거나 우수한 경우에 치료 효과성이 입증되었다고 판단하며 진단 검사는 진단 정확도가 객관적으로 우수하다고 입증된 경우에 치료 효과성이 있다고 한다. 대체 가능한 급여 항목에 비해 효과가 유사하거나 개선되었는데 비용이 동일 또는 절감된 경우에 비용 효과성이 있다고 한다. 대체 가능한 급여 항목이 없는 경우에는 보험급여에 대한 사회적 요구도를 평가하여 급여 여부를 결정하는데 전체 재정에 미치

Table 2. Determination principle of health insurance coverage rate

| 범 주 | 본인부담률 |
|--|------------|
| 치료 효과가 입증된 경우로서 대체 가능하지만 사회적 요구도가 높은 경우 | 50% 수준 |
| 치료 효과가 입증되지 않은 경우로서 대체 가능 여부에 관계없이 사회적 요구도가 높은 경우 | 50-80% 수준 |
| 치료 효과가 입증되었으나, 대체 가능하고 사회적 요구도가 낮은 경우 혹은 치료 효과가 입증되지 않았으나, 대체 가능한 급여 항목이 없고 사회적 요구도가 낮은 경우 | 80% 수준 |
| 치료 효과가 입증되지 않은 경우로서 대체 가능하고 사회적 요구도가 낮은 경우 | 80% 또는 비급여 |

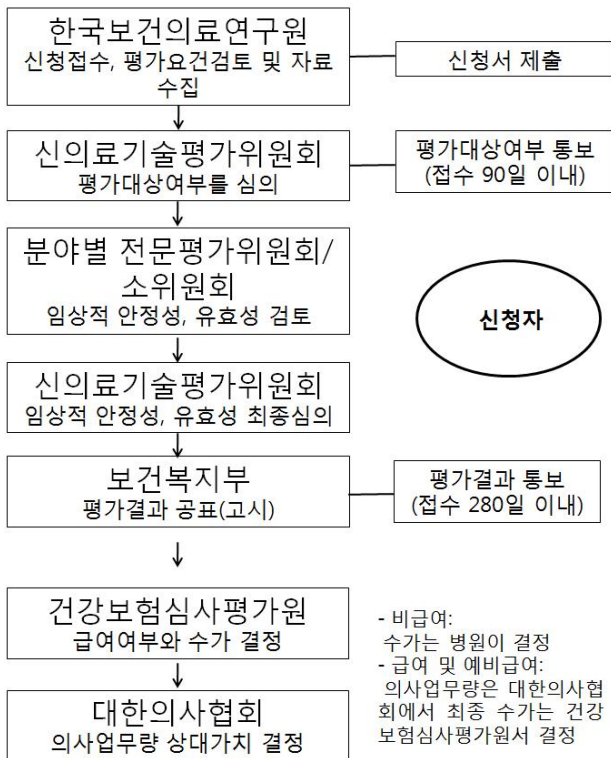


Figure 1. Evaluation and decision process for new technology.

는 영향, 사회적 취약계층 대상 여부, 의료적 중대성, 전체 유병률, 환자의 경제적 부담, 비의료 영역의 부담 정도를 모두 고려하여 판단하게 된다. 비용 효과가 입증되지 않는 경우에는 국민건강보험법 제41조의4항에 의거하여 선별급여에 해당하게 되고 본인부담률은 다음과 같은 원칙에 의해 결정하고(Table 2), 전체 결정과정을 요약하면 다음과 같다(Fig. 1).

건강보험보장성 강화 대책

2017년 7월 9일 서울성모병원에서 문재인 대통령은 ‘건강보험 보장성 강화대책’을 직접 발표하였다. 그동안 지속적인 건강보험 보장성 확대에도 불구하고 건강보험 보장률이 최

근 10년간 60% 수준에서 정체되었고, 의료비가 소득수준의 40%가 넘는 재난적 의료비 발생률이 증가해 왔다. 또한 정부는 건강보험 흑자 지속으로 누적적립금이 20조 원 이상이 됨에 따라 보장성 강화대책을 수립하고 이를 국민들에게 발표하게 된 것이다. 이 대책에 의하면 2022년까지 건강보험 재정으로 30조 6천억 원을 들여 미용 및 성형 등을 제외한 전체 의료비에서 건강보험이 부담하는 보장률을 2015년 63.4%에서 2022년까지 70%로 점진적으로 확대한다는 것이다. 이에 대한 재원은 보험료를 인상과 함께 건강보험 누적적립금에서 충당할 계획이라고 발표하였다. 이번 대책에는 국민 의료비 부담이 큰 비급여 대상을 건강보험 급여 항목으로 전환하고, 노인, 아동 등 취약계층의 의료비 부담을 경감하며, 경제적 능력을 감안하여 국민의 의료비 일부를 국가가 지원하는 내용이 포함되어 있다. 그중 의사단체의 강력한 반대에 부딪히는 부분이 치료에 필수적인 비급여 대상을 급여 항목으로 전환하여 비급여를 차차 없애면서 전면 급여화하겠다는 것인데 재정 추계와 국민들의 부담에 대해 많은 이견이 발생하고 있다. 의료행위 및 치료재료에 대해 본인부담률을 30%에서 90%까지 차등 적용하는 예비급여에 모두 포함시킨 후, 3-5년 후 재평가하여 급여, 예비급여, 비급여 여부를 최종 결정하겠다는 것이다. 약제에 대해서는 약가협상 절차가 필요한 특성 등을 고려하여 현재의 선별등재목록제도는 유지하되 환자의 본인부담률을 차등 적용하는 선별급여제도를 도입한다는 것이다. 특히 3대 비급여 대상인 선택진료비, 상급병실차액에 적용되는 비급여는 전면 폐지하고, 환자본인 부담인 간병을 급여 항목인 간호서비스에 포함시킨다는 것이다. 개인 간병인과 보호자의 병실 상주를 제한하고 간호인력이 입원서비스를 포괄적으로 제공하는 병상을 2022년까지 10만 병상으로 확대하겠다고 발표하였다. 건강보험이 적용되는 의료비 중 환자가 부담하는 본인부담금 상한액을 가구 소득 수준을 고려하여 현행보다 더 낮추겠다고 하였다. 소득 1분위 환자의 현재 122만 원인 본인부담상한액을 2018년부

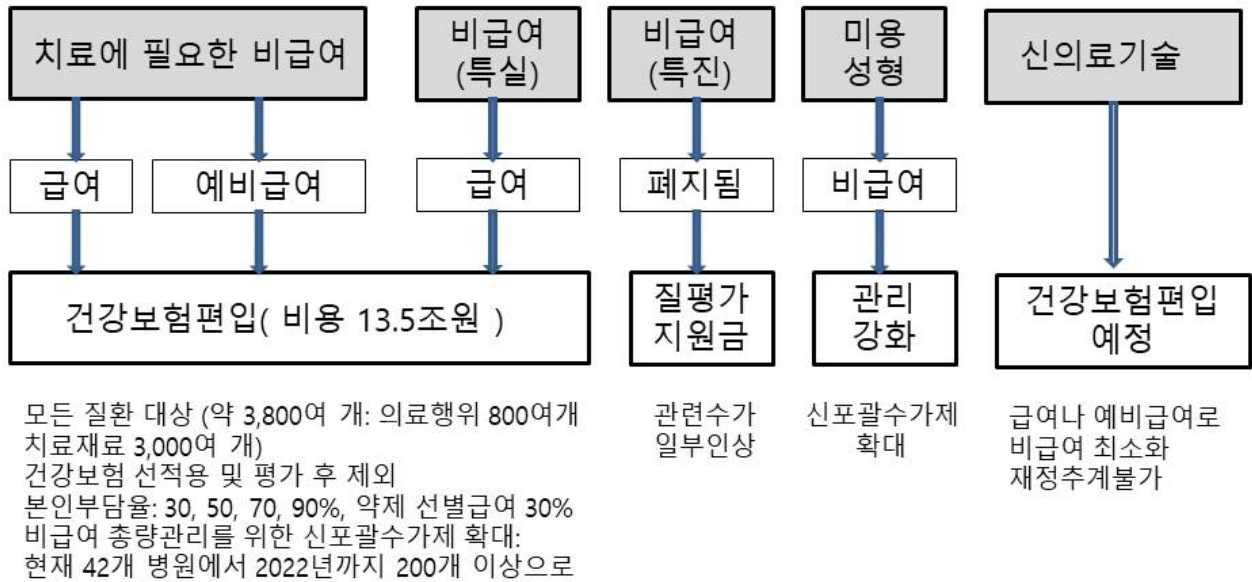


Figure 2. Strengthening policy for health insurance coverage by government.

터 80만 원으로 낮추고, 2-3분위 환자는 100만 원, 소득 4-5분
 위 환자는 150만 원으로 낮춘다는 것이다. 본인부담상한액
 을 낮추어도 비급여 의료비 등으로 인하여 고액 의료비가 발
 생하는 환자에 대해서는 ‘재난적 의료비 지원 사업’을 활성화
 하여 지원 대상자를 대폭 확대하고 비급여와 예비급여로
 인한 의료비를 모두 지원하겠다고 발표하였다. 이 계획에 따
 라 2018년 1월부터 선택진료비는 전면 폐지되었다. 최근 지
 속적으로 늘어나고 있는 신의료기술도 새로운 비급여 대상
 이 되지 않도록 최대한 급여 또는 예비급여로 편입하여 관리
 하는 계획까지 포함하고 있다. 이외에도 신포괄수가제 적용
 의료기관 확대, 건강보험 비급여 대상에 대한 실손보험 보장
 범위의 축소 또는 제외, 공공보험과 사보험과의 관계 재정립
 을 위한 공사보험 연계법 제정 등의 내용까지 포함하고 있으
 며 지금 현재 진행 중에 있지만 의사단체의 반대에 부딪히고
 있다. 비급여 항목의 급여화에 대한 내용과 재정 추계를 요
 약하면 다음과 같다(Fig. 2).

결 론

새로운 정부의 출범과 함께 국민의 건강권 보장을 위해
 건강보험보장성 강화정책이 발표되었고 매우 빠른 속도로
 여러 분야에서 동시에 개혁이 진행되고 있다. 현재 대한의사
 협회에서는 산하에 국민건강수호 비상대책위원회를 두고 비
 급여의 급여화를 포함한 정책에 대한 대책을 마련하면서 의

료계를 대표하여 협상을 추진하고 있다. 국민의 건강권을 수
 호하기 위해 의사들이 주도적인 역할을 수행해야 하고 이를
 위해 다음과 같은 점들을 고려하여 더 나은 정책과 구체적인
 실천 방안을 제안하기를 바란다. 첫째, 의사들 사이에 여러
 직능 단체들이 있으며 각 단체의 이익을 위해 활동하고 있
 다. 건강보험성 강화정책은 각 단체의 이익보다는 국민의 건
 강권을 향상한다는 원칙 하에서 결정해야 할 것이다. 이를
 위해 전 의료계를 대표하고 정부와 협상을 할 수 있는 능력
 을 갖춘 전문가가 필요하다. 둘째, 정확한 재정 추계가 필요
 하다. 노인 인구의 증가와 같은 인구학적 요인, 행위별 수가
 제 중심의 지불제도라는 제도적 요인으로 인해 의료비 상승
 요인이 존재하는 상황에서 이번 건강보험보장성 강화대책을
 시행하면 의료비 증가가 좀 더 가속화될 것으로 판단된다.
 그러나 우리나라에는 비급여를 포함하여 모든 의료행위의
 원가 분석과 의료비를 추정할 수 있는 정확한 자료가 구축되
 어 있지 않다. 이런 이유로 재정추계는 불확실할 수밖에 없
 으며 원가 보존율의 계산도 정확하지 않다. 이는 국가의 보
 건의료정책을 수립하기 위해 반드시 필요한 필수자료이다.
 정부에서는 독립적인 기구를 만들고 충분한 재정지원을 통
 해 빨리 객관적인 자료를 구축해야 한다. 셋째, 기본진료료
 는 보험재정의 48%를 차지하고 있지만 원가 보존율이 75%
 에 불과하여 이에 대한 보상이 충분하게 이루어지지 않고 있
 다. 빠른 시일 내에 진찰료 및 입원료 분류의 합리성을 제고
 하고 적절한 보상이 이루어질 수 있도록 의료행위 분류를 개

선하고 추가 재정을 투입하여 원가를 보전할 수 있게 해야 한다. 넷째, 선택진료비가 폐지되고 상급병실료가 급여로 전환될 경우, 종합병원급 이상을 이용하는 환자들의 본인부담액 감소분이 의원급 이용으로 인한 환자부담액 감소분보다 클 것으로 예상된다. 상대적인 가격의 하락은 해당서비스에 대한 수요의 증가를 가져오므로 종합병원급 이상에서의 의료 이용량이 더 크게 증가할 것으로 예상된다. 이에 대한 근본적이고 구체적인 대책 마련이 시급하다. 이를 위해 만성 질환을 선제적으로 예방하고 관리하는 체계를 조속히 갖추어 의료 이용량 증가를 근본적으로 낮출 필요가 있다. 의료계에서는 비급여 항목의 급여 전환 등 이번 보장성 강화에 따른 수익 감소 등에 대하여 우려를 표명하고 있다. 정부는 새로운 비급여 발생을 차단하기 위해 신포괄수가제 적용을 확대하여 적용하는 의료기관을 현행 공공의료기관 42개소에서 200개소로 대폭 확대하겠다고 하고 있다. 간호, 간병 통합서비스 참여 병상 확대 등을 포함한 보장성 강화대책을 성공으로 이행하기 위해서 의료계의 적극적인 협조가 반드시 필요하다. 정부에서는 의료계를 국민건강 보장성 강화 정책 수행에 있어서 진정한 동반자로 여기고 전문가인 의료계의 소리에 귀를 기울이고 함께 나아가고자 하는 의지를 보여주기 바란다.

중심 단어: 보험수가; 의료보험 보장성 강화; 자원기준 상대가치

REFERENCES

1. Kim HJ, Shon MS, Park EC, et al. The Development of Resource Based Relative Value Scale in Korea, Seoul: Institute of Health Services Research, 1997.
2. Kim HJ, Shon MS, Park EC, et al. The Second Project Report of Resource Based Relative Value Scale in Korea. Seoul: Institute of Health Services Research, 1998.
3. Yoo SH, Kim HJ, Cho WH, et al. The Third Project Report of Resource Based Relative Value Scale in Korea. Seoul: Institute of Health Services Research, 1999.
4. Report of Revision Project on Resource Based Relative Value Scale in Korea. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service, 2006.
5. Kim YJ. Second Reformation of Resource Based Relative Value Scale in Korea [Internet]. Yongsan: Eserch Institute for Healthcare Policy Korean Medical Association, c2017 [cited 2018 Mar 5]. Available from: http://webzine.rihp.re.kr/webzine_201707/a_05_04.html.