

| 치과의료계의 현안과 정책과제 |

건강보험제도의 현안과 발전방향 모색

대한치과의사협회

회장 이 수 구

ABSTRACT

**Standing Issues and Policy Tasks of the Korean Dental Community
The direction of reforming the country's health insurance system**

President of Korean Dental Association
LEE, Soo-Ku

Amid the rapid transitions in both local and international markets, the Korean dental industry is facing more challenges than at any time in its history. This paper tried to address some of the key issues faced by the industry as well as the policy issues and direction of implementation that the Korean Dental Association (KDA) is expected to tackle. First, the direction of reforming the country's health insurance system was examined with emphasis on the expected changes in and improvement of the fee-for-service reimbursement system (FFSRS) and medical reimbursement system (MRS). With FFSRS, the most urgent issue would be ameliorating the current lop-sided, unreasonable reimbursement system that prevents suppliers from voicing their opinions. To help achieve that goal, the limited authority and responsibility of the president of National Health Insurance Corporation (NHIC) as one of the contract-making parties must be clarified. In addition, the functions of NHIC's Health Insurance Finance Committee must be restricted; at the same time, the panel organization of the Health Insurance Policy Review Committee needs to be reformed to embrace greater democracy. As with MRS, the government is considering a block budget bill to help promote efficiency in employing and managing the health insurance fund. Policymakers must understand that the implementation of such proposal could exacerbate an already dire situation. Improving MRS requires meeting the following preconditions: (a) the structurally vicious cycle of small charge-small salary needs to be resolved, and a certain percentage of fee raise must be guaranteed on a yearly basis to help adjust the fee system to a more realistic level; (b) the supply-and-demand balance in producing health care professionals must be improved including the prevention of oversupply of doctors, nurses, etc., and; (c) institutional strategies must be provided to enhance the quality of medical care and ensure academic advancement in health care disciplines.

KEY WORDS : Korean Dental Association (KDA), The fee-for-service reimbursement system (FFSRS), National Health Insurance Corporation (NHIC)

서론

현재 치과계는 대내외적인 급격한 변동 속에서 어느 때보다도 많은 과제들에 직면해 있다. 이런 상황에서 현재 우리가 직면한 중요한 현안들과, 이를 위해 치협이 풀어야 할 정책과제 및 추진방향이 무엇인지를 함께 살펴보기로 한다. 먼저, 건강보험제도의 개혁 방향을 짚어 보았는데, 수가계약제도 및 진료비 지불제도의 예견되는 변화 및 개선 방향을 중심으로 살펴보았다. 수가계약제도에 있어서는 공급자들의 입장을 대변할 여지가 없는 현재의 일방적인 계약방식을 개선하는 것이 급선무라는 점을 강조할 수 있겠다. 이처럼 불합리한 현행 수가계약제도를 개선하기 위해서는 계약 주체로서 매우 제한되어 있는 공단 이사장의 권한과 책임을 명확히 하고, 공단 재정운영위원회의 기능을 제한하는 한편 건강보험정책심의위원회 위원 구성을 보다 민주적으로 개편해야 한다. 진료비 지불제도에 있어서는 정부는 건강보험재정 운용의 효율성을 기하기 위해 '총액예산제'를 검토하고 있는 바, 현재 상황에서 이를 시행하게 되면 더욱 큰 문제가 야기될 수 있다는 점을 인지해야 한다. 따라서, 진료비 지불제도의 개선을 위한 다음과 같은 전제조건이 충족되어야 한다. 저부담-저급여-저수가의 구조적 악순환을 해소하고, 매년 일정 정도의 수가 인상을 보장하면서 수가 현실화를 이뤄야 한다. 또한, 의료인력의 공급과잉을 방지하는 등 의료인력의 수급구조를 개선해야 하며, 의료의 질을 향상시키고 학문을 발전시킬 수 있는 제도적 장치를 마련해야 한다.

수가계약제도의 발전방향

1. 보건의료분야 현황

한국보건의료는 1977년 의료보험제도 도입이후 보편적 접근성을 가지며 전세계적으로 유례가 없는 양적 성장을 이룩했다. 정부의 의료서비스 정책은 의료 인프라의 확충과 국민들의 보편적 의료이용을 목표로 진행되어 왔고 의료 인프라 확충을 위한 노력의 결과로 의료인력·의료기관·병상수 등이 단기간 내에 선진

국 수준으로 진입되어 1989년 전국민의료보험 제도를 실시함에 따라 의료 서비스의 보편성이 확립됐다.

그러나, 정부의 양적성장 정책은 국민들에게 다양한 의료이용의 접근성을 확보하여 단기간 유례없는 양적 성장은 이루었으나, 이는 규제 위주의 의료제도 정책으로 의료의 질적 성장은 이루지 못하는 결과를 낳았다. 과거의 규제 위주의 패러다임을 벗어나지 못하여 현재 우리나라 의료환경과 조화를 이루지 못하고 있고 의료 서비스의 양적성장 뒤에는 '저부담-저급여-저수가'의 건강보험제도의 구조적 문제 및 불합리한 수가계약제도 등 의료공급자의 희생이 뒤따랐다.

2. 현행 수가계약제도

수가결정은 국민건강보험법 시행령 제24조1항에 의거 2001년부터 행위별수가제에 상대가치시스템이 도입된 것으로 상대가치점수와 점수당 단가(환산지수)를 곱하여 결정되었으며, 2001년 이후 2007년까지는 단일 환산지수를 적용하였고, 2008년부터는 유형별계약제(치과(치과병원), 의원, 병원, 한방, 약국, 보건기관, 조산원-7개 유형)가 시행되고 있다. 과거로부터 누적된 저수가체계는 수가계약 방식을 둘러싼 이해당사자(의료공급자, 보험자, 가입자)간에 끊임없는 논쟁의 원인이 되고 있는 실정이다. 국민건강보험법 제42조 제1항에 의해 공단의 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자가 계약을 통해 요양급여비용을 정하고 계약이 타결되지 못하면 건강보험정책심의위원회의 심의 의결을 통해 수가가 결정되어 보건복지가족부 장관이 요양급여비용을 고시하도록 되어 있다.

수가계약 경과에 대해서 2001년부터 2007년까지 단일환산지수로 요양급여비용협의회 위원장과 공단 이사장간에 수가계약이 진행되었지만, 2006년도 3.58% 인상안에 계약이 이루어진 것을 제외하곤 모두 계약이 체결되지 못해 건강보험정책심의위원회에서 심의·의결을 통해 결정되었다. 2008년 유형별 계약제가 실시된 이후로는 공단 이사장과의 합의에 의해 계약을 체결한 단체와 계약이 불발된 단체가 나뉘게 되었고, 계약이 불발된 단체는 건강보험정책심의위원

회에서 결정되곤 하였다.

3. 수가계약방식의 문제점

1) 계약주체로서의 권한 부재

국민건강보험법에는 요양급여비용 계약의 당사자로 공단 이사장과 의약계를 대표하는 자로 명시되어 있지만 같은 법 제31조에 공단에 재정운영위원회를 설치하고 수가계약시 동 위원회의 심의·의결을 거치게 하여 공단 이사장의 권한을 제한하고 있어 결국 협상에 있어 공급자 대표의 의사가 반영될 여지는 없으며 공단 이사장이 제시한 재정운영위원회 안을 기준으로 협상을 해야 되는 구조로 되어 있다¹⁾.

2) 공단 재정운영위원회 구성에 관한 문제

재정운영위원회 구성은 직장가입자 대표(10인), 지역가입자 대표(10인), 공익대표(10인)로 되어 있으며, 복지부 장관이 위원을 위촉하게 되어 있어 공단 이사장이 개입할 여지가 적다²⁾. 복지부 건강보험 미래전략위원회에서도 현재의 재정운영위원회의 구성이 가입자를 잘 대표하고 있는지, 위원을 선정하는 과정이 투명하고 민주적인 절차를 따르는지에 대해 회의적인 평가를 하고 있다.

3) 건강보험정책심의위원회 구성에 관한 문제

건강보험정책심의위원회 위원 구성에 있어서도 가입자대표(8인), 의약계대표(8인), 공익대표(8인) 등으로 구성되어 있는데 수가계약의 당사자인 공단이 건정심 공익대표로 활동하고 있어 공정성이 결여되어 있다. 건강보험정책심의위원회 위원 중 가입자대표와 공익대표의 대부분이 공단의 재정운영위원회 구성 위원과 동일한 기관에서 추천된 인사로 구성되어 있어 재정운영위원회에서 결의된 사항이 다시 건강보험정책심의위원회에서도 반영될 수 있도록 되어 있다³⁾. 결국 계약이 불발되었을 경우 건정심은 가입자, 공급자, 공익대표로 구성되어 있으므로 공익 대표가 중재안을 제출할 수밖에 없으며 공익안에 대해 투표를 통해 가부를 결정하게 된다.

4. 개선을 위한 제언

1) 건강보험 수가계약제도의 개선

현재의 건강보험 체계는 보건의료서비스 이해당사자들이 모두 만족하지 못하는 근본적인 문제점을 가지고 있어 자율성과 효율성을 지향하는 민주적 의사결정에 근거한 건강보험 수가계약제도의 개선이 절실하게 필요한 시점에 와 있다.

2) 계약주체로서 공단 이사장에게 권한과 책임 부여
 요양급여계약의 당사자는 공단 이사장과 요양기관의 대표가 되므로 계약당사자들에게 실질적인 계약의 책임과 권한을 부여해야 한다. 국민건강보험법 제42조 제5항에 명시된 계약 체결 시 공단 재정운영위원회의 심의 의결을 거쳐야 하는 조항을 삭제하여 공단 이사장에게 수가계약에 관한 결정권한을 부여해야 한다. 현 수가계약 방식은 계약체결이 이루어지지 않을 경우에 대한 책임을 요양기관에게만 전가시키는 일방적 계약구조로 되어 있으므로 공단 이사장에게도 수가계약에 대한 책임을 지게 하는 시스템이 되어야 한다.

3) 공단 재정운영위원회의 기능 개편

사회 직능을 대표하는 단체 또는 시민단체 대표로 구성되어 있는 공단 재정운영위원회의 조직을 개편하고 역할을 재정립하여 공단의 자문기구 역할로 제한해야 한다.

4) 건강보험정책심의위원회 위원 구성 및 중재기구 설치

건정심 위원 구성의 공정성을 위해 공급자와 가입자 각각 동수로 추천하는 위원과 의료공급자와 가입자가 상호 동의하는 위원으로 공익대표를 구성해야 한다. 계약불체결시 중재를 통한 합의점 도출을 위해 별도의 중재기구를 설치하여 공정한 계약이 진행되도록 제도를 개선해야 한다. 독일의 경우 질병금고와 공급자 연합위원회를 구성하여 운영하고 있으며, 양측에서 제안한 중립위원이 포함되어 있다. 또한 계약불체결시 중재할 수 있도록 중재위원회를 구성하고 있다⁴⁾.

진료비지불제도 개선방안에 관한 견해

1. 배 경

우리나라 건강보험제도가 도입된 이후 1996년부터 건강보험재정이 적자로 돌아서기 시작했으며, 2001년에는 보험재정이 급격히 악화되는 위기가 찾아왔다. 이러한 재정악화는 재원확보에 대한 방안 없이 급속한 노령화, 의약분업 이후의 약제비 증가, 보장성 확대 및 의료욕구의 증대로 인한 급여비 지출의 급격한 증가, 경제위기 등이 원인이라 할 수 있지만, 일각에서는 재정악화의 원인을 우리나라의 진료비지불제도 방식인 행위별수가제로 보고 있으며, 동 제도가 의사의 자율성을 보장하고 의료서비스의 질을 유지하고 의료기술을 발달시키는 측면에서 장점이 있지만, 의료비용억제 및 자원배분의 효율성 측면에 문제점이 있어 건강보험재정을 불안정하게 만드는 요인이 되고 있다고 주장하고 있다. 우리나라와 비슷한 재정위기를 겪은 대부분의 선진국에서는 재정안정의 주요 방향을 보험료 외의 재원조달 방법 모색, 의료공급 측면에서 진료비 지불제도의 개편, 환자의 비용의식 고취를 위한 본인부담 인상, 약제비 억제정책 등에 두고 건강보험개혁을 실시하였다. 현재 우리나라는 불안정한 건강보험 재정 안정화 대책으로 진료비지불제도 개편방안, 즉 총액예산제 도입방안이 조심스럽게 검토되고 있는 실정으로 총액예산제는 의료부문에 투여되는 재원을 목표에 의해 결정함으로써 의료비용을 조절하는데 효과적이며, 의료부문에 지출 가능한 예산을 미리 정함으로써 예측 가능성을 높일 수 있다는 점, 심사기능에 대한 개편으로 관리비용이 절감된다는 점에서 건강보험 재정이 예측불가능하여 위험성을 내포하고 있는 현행의 행위별 수가제의 대안으로 검토되고 있다. 반면 총액예산제는 의료의 질 관리가 안되고, 신의료기술 등 학문이 발전할 수 있는 동기가 없어진다는 부정적 측면이 있다. 따라서 건강보험재정 악화의 근본적인 원인인 '저부담-저급여-저수거'의 구조적 문제의 해결, 건강보험 재원조달 방법 모색, 공공의료의 발전 방향에 대한 모색 없이 새로운 지불제도를 도입하는 것은 시기상조라 사료된다.

2. 각국의 진료비 지불제도

각국의 진료비 지불제도를 보면 자국의 보건의료체계와 정치·경제 상황에 맞게 발전시켜 왔다. 독일에서는 의원급의 경우 보험의협의회와 보험자가 진료비 총액을 계약하고 보험자는 총액을 지불하며, 개개의 사에 대해서는 의사회에서 수가표에 의하여 행위별수가제로 지불하고, 병원의 경우 포괄수가제로 운영한다. 독일 총액예산제의 특징은 진료비와 진료량을 동시에 통제하는 정책을 병행한 것으로, 진료비 통제를 위해 총액예산제를 실시하고, 진료량 통제를 위해 의사진료량을 제한하고 의사진료행태 감독을 강화하였고, 진료량에 따른 약제비 본인부담제를 도입하였다⁶⁾.

프랑스에서는 의원급의 경우 선불상황방식에 의한 행위별수가제(총액규제)로 운영되며, 의사조합과의 전국협약을 통해 외래진료비를 지급한다. 공공병원의 경우 총액예산제를 민간병원의 경우 일당 입원료를 정액지불(일부진료에 대한 포괄지불제)하고 있다. 일본에서는 의원급과 병원급 모두 행위별수가제를 실시하고 있으며, 1995년 전국민건강보험을 출범시킨 대만의 경우는 1998년 치과를 시작으로 각 부문별로 총액예산제를 도입했고, 보건부에서 총액예산범위를 정하고 건강보험 의료비조정위원회에서 협상을 거치는데 협상이 결렬되면 보건부에서 결정하는 시스템으로 운영된다. 대만 총액예산제의 특징을 살펴보면 성과에 기초한 지불제도로써 동료의 견제를 통해 비용 통제 노력을 강구하고 예산의 협상 및 배분에 공급자 단체를 참여시켜 공급자와 보험자에게 공동의 책임을 위임한 것이다. 즉 공급자가 예산의 소진에 대해 책임을 지고, 보험자가 예산을 예측하여 초과지출되지 않도록 하며, 공급자 단체에서 비용을 통제하고 질 향상 활동에 책임을 지게하는 시스템으로 운영하고 있다.

3. 선결과제

선진국의 경우 제도 시행에 앞서 충분히 검토하고 자국의 의료환경을 철저히 파악하여 선결과제를 해결하고 자국 실정에 맞는 제도로 발전시킨 것처럼 우리나라도 진료비지불제도 개선에 대한 논의에 앞서 해결해야 될 과제가 있다.

1) ‘저부담-저급여-저수가의 구조적 문제 해결
위에서 언급했듯이 건강보험 재정의 악화의 근본적 원인은 우리나라 건강보험의 구조적 문제라 할 수 있으므로, 수가를 현실화 하여 ‘적정부담-적정급여-적정수가’ 구조로 개선해야 한다. 의료원가 보존을 위해 매년 일정 수준의 수가인상을 보장해야 할 것이다.

2) 의료인력 수급구조 개선

대만이나 독일의 경우 효과적인 제도 운영을 위해 의료인력의 공급을 낮게 통제하였다. 치과의사 인력수급 및 수급예측(한국보건사회연구원, 2007년 신호성·홍수연)에서 우리나라는 치과의사 공급과잉에 대비하여 적극적인 치과의사 공급 조절 정책이 필요하다고 언급하였다. 의료인력의 공급과잉은 각 부문별 과다경쟁, 과잉진료에 따른 진료량 증가는 물론 적절한 진료/검사의 미비로 결국 피해는 국민 몫이 되므로 의료인력의 수급 구조를 우선 개편해야 한다.

3) 의료의 질을 향상시키고 학문을 발전시킬 제도적 장치 마련

진료비지불제도 개선에 앞서 공급자는 의료의 질을 향상시키거나 학문을 발전시킬 대안을 마련해야 될 것이다. 대만의 경우 의료의 질을 유지하기 위해 환자의 평가시스템 구축, 예방과 질병관리에 대한 인센티브제 등을 운영하고 있다²⁾.

그밖에도 의약분업 이후 증가한 약제비에 대한 효과적인 개선 방안 마련 및 보험료 외에 재원조달 방법 모색 등에 대해서도 연구와 노력이 필요할 것으로 생각된다.

결 론

현행 수가계약에 있어 국민건강보험에서 포선이 적은 단체들의 경우 수가계약의 문제점을 지적하며 계약 체결을 거부했을 때 건정심에서 협의를 이룰만한 여력이 없는 것이 현실이고 치과의 경우도 분명 여기에 속하므로 수가협상단이 이를 염두에 두고 협상에 임할

수밖에 없는 실정이다. 이러한 수가계약제 방식에 대한 논쟁이 과거로부터 현재까지 꾸준히 계속되고 있지만, 이해 당사자들 각자의 입장차로 인해 문제에 대한 개선이 이뤄지지 않고 있다. 협회에서는 이에 대한 문제점을 인식하고 의료공급자대표, 의료소비자대표, 공단 등 각계 대표들에게 선진 보험제도를 함께 견학할 것을 적극 제안하여 선진국 제도를 직접 파악할 예정에 있다. 선진국의 보험제도는 그동안 보험제도 연구에서 종종 제시되어 왔으나 실제적으로 시민단체 등에서는 우리나라와 실정이 다르다는 이유로 비교 분석에서 제외시켜 왔던 것이 사실이다. 이렇게 서로 다른 시각에서 선진국의 보험제도를 바라보던 것을 함께 확인하고 분석해 보는 기회가 마련된 것은 건강보험 이해 당사자들간의 개선점을 찾는 돌파구가 마련되었다는 점에서 우리나라 건강제도 개선을 위한 의미 있는 진전으로 평가될 것이다. 이번 기회를 통해 규제 위주의 보험정책 시스템에서의 문제점들을 확인할 수 있는 기회가 될 것이며, 선진국의 보험수혜 범위와 보험료와의 상관관계도 파악할 수 있어 현행 우리나라 보험료 수준과 보험 수혜수준 등과 비교 검토할 기회가 될 것으로 기대된다. 향후 수가계약 방식에 대해서는 지속적인 논의가 이루어 질 것으로 판단되는 바, 공정하고 자율적인 수가계약 방식이 되도록 본 협회는 최선을 다할 것이며, 아울러 치과계 보험수가 현실화를 위해 동네치과의 애로사항을 정부와 국민들에게 알리면서 광범위한 컨센서스를 형성할 수 있도록 노력할 것이다.

현재 대두되고 있는 진료비지불제도 개선에 대해서도 우리나라의 의료여건과 외국의 의료여건이 다르기 때문에 외국에서 성공적인 의료보험제도 개혁이 우리나라에서 성공하리라는 보장은 없으며, 제도시행을 논하기 전에 위에 언급한 선결 과제의 해결이 없다면 어떠한 제도도 정착은 불가능할 것이다. 따라서 건강보험 현안에 대한 해결에 이해당사자(공급자, 정부, 보험자, 가입자)의 적극적인 해결노력이 필요할 것이며, 아울러 새로운 제도 도입을 위해서는 충분한 논의와 설득, 합의, 사전준비 작업 등이 필요할 것으로 사료된다. 아울러 진료비지불제도 개선과 더불어 최근

논의되고 있는 건강보험 당연지정제 폐지, 영리법인의 설립, 민간보험제도 도입등 급변하는 의료환경 속에서 본 협회는 다각적인 방안을 마련하여 우리나라

실정에 맞고 치과계 상황에 맞는 제도로 발전시켜 나가도록 노력을 다할 것이다.

참 고 문 헌

1. 요양급여비용계약의 조정과 중계(이상돈, 2009년)
2. 건강보험 요양급여비용 계약의 문제점과 개선방안 연구(신성철, 보건행정학회지 제19권 제1호)
3. 건강보험 미래전략(건강보험 미래전략위원회 2007년)
4. 건강보험 수가계약제 개선방안에 관한 연구(문옥륜 등, 2001년)
5. 주요국의 건강보험재정안정 대책(국민건강보험공단, 2001년)
6. 국민건강보험 총액예산제 도입방안 연구(한국보건사회연구원, 최병호, 신윤정, 2003년)
7. 국민건강보험포럼(국민건강보험공단, 2004년 가을호)