



# 건강보험 개편방안

지 영 건\* | 차의과학대학교 예방의학교실

## The reform of health insurance policy

Young-Geon Ji, MD\*

Department of Preventive Medicine, Cha University College of Medicine, Pocheon, Korea

\*Corresponding author: Young-Geon Ji, E-mail: ykjee@cha.ac.kr

Received September 20, 2012 · Accepted September 30, 2012

The situations of health expenditures in Korea and their causes need to be understood and it needs to be reviewed whether DRG is suitable as an alternative for the payment system. Also, we want to present the problems and alternatives for the additional fee for medical institutions and the 'doctor-selecting' system. The current health expenditures in Korea is relatively low compared to the ones in other OECD countries, but they are rapidly increasing from the main causes of the expansion of long-term care and the increase of expenditures for medicines. When considering the particular situation of Korea, there is a concern that DRG can rapidly increase the health expenditures in a short time. The additional fee for medical institutions has irony in that the national health insurance corporation provides more benefits to the patients using bigger hospitals, and the 'doctor-selecting' system has a problem in that patients cannot actually choose doctors. Korean-specific DRG needs to be developed, the national health insurance corporation should give equal payments, and the 'doctor-selecting' system should be changed into another system. Studies on the empirical analysis on the situations of healthcare insurance and collection of diverse opinions of experts are required. Present promotion project on the healthcare insurance system cannot achieve the objective so the fundamental situations about this needs to be perceived and the alternatives need to be prepared.

**Keywords:** Health insurance; Payment system; Doctor selecting system

## 서론

우리나라의 건강보험은 여러 측면에서 심각한 상황에 직면하고 있다. 특히 보험료 수입의 증가에 비하여 건강보험의 지출은 급증하고 있다는 것은 정부의 가장 큰 고민거리이다. 건강보험 지출 급증의 주요 원인으로는 노령인구 비중의 증가에 따른 의료비 증가, 행위별수가제 하에서의 의료 서비스 제공량 증가, 고비용의 신의료기술의 수요 증가 등이며, 최근에는 환자들의 대형병원 쏠림 현상도 한 몫하고 있다.

이러한 문제에 대하여 정부는 포괄수가제(diagnosis-related groups, DRG)로의 지불제도 개편, 의료기관 기능 재정립 및 본인부담률 재조정 등을 추진하여 왔으나, 보장성 강화 등의 선거 이슈와 맞물려 건강보험 재정문제가 더욱 더 악화될 것으로 예상되며, 수가 통제 등 의료공급자들을 압박하는 정책들이 지속될 것으로 생각된다.

이 글을 통하여 필자는 우리나라의 의료비 지출의 현황을 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 국가들과 비교하여 살펴

© Korean Medical Association

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 non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

보고, DRG를 포함한 지불제도와 수가정책을 중심으로 현황을 분석하고 대안을 제시하고자 하였다.

## 우리나라의 의료비 지출

우리나라의 국내총생산(gross domestic product, GDP) 대비 의료비 지출 수준은 2011년 현재 7.2%로 34개 OECD 국가 중 30위(최근년도 보고 기준)를 차지하고 있으나, 연평균 증가율은 4.2%로 1위로 분석된다(Table 1).

GDP 대비 의료비 수준은 높은 편은 아니지만, 급증하는 원인을 파악하기 위하여 의료비 계정별로 현황을 파악할 필요가 있다. 우리나라 GDP대비 전체 의료비 비중은 2003년의 5.2%에서 2010년의 7.1%로 1.9% 증가하였는데, 의료비 계정별로 기여한 정도를 보면, 입원은 2003년 대비 2010년에 0.4%, 외래는 0.3% 증가한 반면, 장기요양은 0.6% 증가하였고, 처방약제비는 0.4% 증가하였다(Table 2). 즉, GDP 대비 의료비 증가액의 상당부분이 장기요양과 처방약제비 증가에 기인함을 알 수 있다.

전체 의료비 대비 의료비 계정별 비중을 살펴보면, 입원의 경우 2003년 대비 2010년에 23.4%로 오히려 1.3% 감소하였고, 외래는 30.3%로 3.8% 감소하였다(Table 3). 장기요양은 8.8%로 7.8% 증가하였고, 공공보건서비스가 3.1%로 1.4% 증가하였다.

결국, 우리나라의 의료비 급증의 주요 원인은 입원이나 외래의 의료비 상승보다는 장기요양서비스 및 처방약제비의 급증이라 할 수 있다. 그러나 장기요양서비스의 경우에는 정부의 장기요양서비스 확대와 노령인구 증가에 따른 수요 증가가 주요 요인이므로 부정적 시각으로만 볼 것은 아니다.

## 포괄수가제, 낙관적인 지불제도인가?

우리나라에서 DRG는 1997년부터 내과 등 6개 전문과목, 17개 질병군에 대한 시범사업으로 시작되었고, 2002년부터 4개 전문과목, 8개 질병군에 대하여 선택적 참여방식으로 시행되어 왔다. 그러다가 올해 7월부터는 의원과 병원에서 7개 질병군 입원환자에 대하여 의무적용 되었으며, 2012년 7월

부터는 종합병원급 이상의 전체 의료기관까지 확대될 예정이다.

정부는 행위별수가제는 의료서비스의 양을 늘리거나 고가의 의료서비스 제공을 유인함으로써 의료비 급증의 원인이라고, DRG가 전면적으로 적용되면 의료비 급증을 억제할 것이라는 기대감을 가지고 적극 추진하고 있다. 그러나 의료계는 수가수준 개선에 대한 보장 없이 DRG가 강제 적용되면 중장기적으로 경영상태가 악화될 것이고, 환자들에게 필요한 양질의 의료서비스를 제공하기 어렵게 된다는 이유로 반대하고 있다.

우리나라에서 DRG를 실시하면, 중장기적으로 의료비 급증을 억제할지는 몰라도, 단기적으로는 건강보험 재정에 부담을 주게 되는 것은 분명하다. 이러한 상황은 2001년의 의약분업에 비유할 수 있다. 당시에 의약분업을 하면 약값이 줄어드는 직접적인 효과와 잘못된 처방, 조제로 인한 약화사고를 줄이기 때문에 1조 2천억 원이라는 의료비용이 절감될 것이라고 홍보하고 주장했었다. 그러나 10여 년이 지난 지금에 돌이켜 의약분업을 평가할 때 과연 얼마의 약값이 줄어들었으며, 약화사고를 얼마나 예방하였는가? 이론적으로나 논리적으로, 의약분업 실시 자체로 의료비 절감이 된다고 예측하였지만, 제도 도입비용(처방료, 조제로 수가인상)과 외래 내원 건수의 증가, 제네릭 의약품 대신에 오리지널 의약품의 처방 등으로 건강보험 재정 파탄의 위기를 초래하였었다.

DRG 실시도 의약분업과 마찬가지로 단기적으로 의료비와 공단부담의 급증을 초래할 가능성이 높으며, 그 이유는 다음과 같다.

첫째, DRG 도입을 위해서는 제도 도입 비용 즉, 적지 않은 수가의 인상이 불가피하다. 의약분업 당시에도 음성적 약가 마진의 보상과 조제료만으로는 약국 운영을 위하여 처방료, 조제료 수가를 인상하였듯이, DRG도 행위별진료비보다 높은 금액의 수가로 의무적용을 시작할 수밖에 없다. 이전의 선택적 DRG 참여 하에서 이미 80% 정도의 병의원이 자발적으로 참여하고 있었다고는 하지만, 반대로 20%의 병의원에서는 행위별진료비보다 낮았음을 의미하는 것이며, 종합병원급 이상에서의 참여가 극히 저조한 상황에 비추어, 경영수지 악화를 이유로 극렬히 반대할 수밖에 없는 일부 의

**Table 1.** Total health expenditures as a percent of gross domestic product in Organization for Economic Cooperation and Development countries: 2003-2011

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Annual increase
Australia	8.3	8.5	8.4	8.5	8.5	8.7	9.1	-	-	1.5
Austria	10.3	10.4	10.4	10.2	10.3	10.5	11.2	11.0	-	0.9
Belgium	10.0	10.1	10.1	9.6	9.6	10.0	10.7	10.5	-	0.7
Canada	9.8	9.8	9.8	10.0	10.0	10.3	11.4	11.4	11.2	1.7
Chile	7.5	7.1	6.9	6.6	6.9	7.5	8.4	8.0	-	0.9
Czech Republic	7.1	6.9	6.9	6.7	6.5	6.8	8.0	7.5	-	0.8
Denmark	9.5	9.7	9.8	9.9	10.0	10.2	11.5	11.1	-	2.2
Estonia	5.0	5.1	5.0	5.0	5.2	6.0	7.0	6.3	-	3.4
Finland	8.2	8.2	8.4	8.3	8.0	8.3	9.2	8.9	8.8	0.9
France	10.9	11.0	11.2	11.1	11.1	11.0	11.7	11.6	-	0.9
Germany	10.9	10.7	10.8	10.6	10.5	10.7	11.7	11.6	-	0.9
Greece	9.0	8.8	9.7	9.7	9.8	10.1	10.6	10.2	-	1.8
Hungary	8.6	8.2	8.4	8.3	7.7	7.5	7.7	7.8	-	-1.4
Iceland	10.4	9.9	9.4	9.1	9.1	9.1	9.6	9.3	8.8	-2.1
Ireland	7.3	7.5	7.6	7.6	7.8	8.9	9.9	9.2	-	3.4
Israel	7.9	7.8	7.8	7.5	7.5	7.6	7.5	-	-	-0.9
Italy	8.3	8.6	8.9	9.0	8.6	8.9	9.3	9.3	9.1	1.2
Japan	8.0	8.0	8.2	8.2	8.2	8.6	9.5	-	-	2.9
Korea	5.2	5.3	5.7	6.0	6.3	6.5	6.9	7.1	7.2	4.2
Luxembourg	7.7	8.2	7.9	7.7	7.1	6.8	7.9	-	-	0.4
Mexico	5.8	6.0	5.9	5.7	5.8	5.8	6.4	6.2	-	1.0
Netherlands	9.8	10.0	9.8	9.7	10.8	11.0	11.9	12.0	-	2.9
New Zealand	7.9	8.0	8.4	8.8	8.5	9.3	10.0	10.1	-	3.6
Norway	10.0	9.6	9.0	8.6	8.7	8.6	9.8	9.4	9.2	-1.0
Poland	6.2	6.2	6.2	6.2	6.3	6.9	7.2	7.0	-	1.7
Portugal	9.7	10.0	10.4	10.0	10.0	10.2	10.8	10.7	-	1.4
Slovak Republic	5.8	7.2	7.0	7.3	7.8	8.0	9.2	9.0	-	6.5
Slovenia	8.6	8.3	8.3	8.3	7.8	8.3	9.3	9.0	-	0.7
Spain	8.2	8.2	8.3	8.4	8.5	8.9	9.6	9.6	-	2.3
Sweden	9.3	9.1	9.1	8.9	8.9	9.2	9.9	9.6	-	0.5
Switzerland	11.3	11.3	11.2	10.8	10.6	10.7	11.4	11.4	11.5	0.2
Turkey	5.3	5.4	5.4	5.8	6.0	6.1	-	-	-	2.9
United Kingdom	7.8	8.0	8.2	8.5	8.5	8.8	9.8	9.6	-	3.0
United States	15.7	15.8	15.8	15.9	16.2	16.6	17.7	17.6	-	1.6

Values are presented as percent.

료기관을 무마하기 위해서는 상당한 수준의 DRG 수가인상이 불가피한 상황이다.

둘째, 행위별진료비에서의 비급여가 DRG의 급여에 포함되면서 공단부담의 증가가 불가피하다. 올해 2월에 보건복지

**Table 2.** Total health expenditures as a percent of gross domestic product in Organization for Economic Cooperation and Development countries: 2003-2011

	Korea		Australia	Canada	France	Germany	Japan	USA
	2003	2010	2009	2010	2010	2010	2009	2010
Total expenditure	5.2	7.1	9.1	11.4	11.6	11.6	9.5	17.6
Individual health care services	3.2	4.6	6.6	7.4	7.8	7.9	6.9	12.7
In-patient curative care	1.3	1.7	3.2	1.8	3.1	2.8	2.9	-
Day cases of curative care	-	-	0.1	0.4	0.7	0.1	-	-
Out-patient curative care	1.8	2.1	2.7	2.9	1.8	2.5	2.8	-
Curative home care	-	-	-	-	-	0.2	0.2	-
Rehabilitative care	-	0.1	0.2	0.1	0.3	0.4	0.1	-
Long-term nursing care	-	0.6	-	1.6	1.2	1.4	0.9	1.0
Ancillary services	-	0.1	0.5	0.7	0.6	0.5	0.1	-
Medical goods	1.4	1.6	1.6	2.2	2.4	2.3	2.1	2.4
Prescribed medicines	0.8	1.2	1.0	1.6	1.5	1.5	1.7	1.8
Over-the-counter medicines	0.4	0.3	0.4	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3
Other medical non-durables	0.1	0.1	-	0.1	0.1	-	-	-
Therapeutic appliances	0.1	0.1	0.3	0.3	0.5	0.6	0.1	0.3
Collective health care	0.3	0.5	0.4	1.2	1.1	1.0	0.4	1.8
Prevention and public health services	0.1	0.2	0.2	0.7	0.2	0.4	0.2	0.6
General government administration of health	0.2	0.2	0.2	0.2	0.5	0.5	0.1	0.5
Health administration and health insurance: private	-	0.1	0.1	0.2	0.4	0.2	-	0.7
Capital formation of health care providers	0.3	0.4	0.4	0.6	0.4	0.4	0.2	0.7

Values are presented as percent.

부에서 배포한 보도자료의 제왕절개수술의 포괄수가 사례비 교를 예로 들면, 행위별 총진료비 175만 원 중에서 비급여는 47만 원이며, 공단부담금은 100만 원, 환자부담은 100만 원 이었고, 비교대상 환자의 DRG의 경우 총진료비는 150만 원, 공단부담금 123만 원, 환자부담은 27만 원이었다. 즉, 비

급여를 공단이 떠안으면서, 의료기관의 수익은 24만 원 줄고, 공단부담은 23만 원 증가하였다. 즉, 환자의 부담은 줄어들었지만, 궁극적으로 공단의 부담이 상당히 증가함을 보건복지부가 제시한 사례를 통해서도 알 수 있다.

셋째, DRG 실시 이후의 행위량 감소를 근거로 선불리 DRG 수가를 재조정할 수 없기 때문에, 단기적으로 DRG의 의료비 절감효과는 보기 어렵다. DRG가 실시되면 병원들에서는 이 전과 비교하여 행위별진료량이 줄어들 것은 분명하다. 그러나 행위별진료량이 감소하였다 하여, 그 행위별진료비 금액 모두가 병원의 비용감소로 볼 수는 없다. 행위별진료가 약제·치료 재료의 경우에는 더 이상 처방하지 않는 금액 자체가 비용절감이겠지만, 병실료, 각종 검사·치료 장비 등 고정(투자)비용을 전제로 하는 행위에 대하여는 바로 병원의 비용감소로 이어지지 않는다. 이러한 사실은 정부가 행위별진료량을 감소 그 자체만으로 DRG의 효과(비용절감)로 판단하거나, 행위별진료량 감소를 근거로 수가 재

조정을 할 수 없음을 의미한다. 결국, 행위별진료량 감소와의 비교가 아닌 원가분석을 통한 DRG 수가 재조정이 필요하며, DRG 수가 조정을 통한 의료비절감 효과는 상당한 시간이 소요될 것이다.

넷째, DRG 실시로 인한 행위별진료량의 변화에 대하여

**Table 3.** Percent of health care spending by sector in Organization for Economic Cooperation and Development countries: 2003-2011

	Korea		Australia	Canada	France	Germany	Japan	USA
	2003	2010	2009	2010	2010	2010	2009	2010
Total expenditure	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Individual health care services	61.3	64.7	73.1	65.1	66.9	68.4	72.4	72.3
In-patient curative care	24.7	23.4	34.8	15.6	27.0	24.3	30.5	-
Day cases of curative care	0.3	0.4	0.6	3.2	6.1	1.0	0.0	-
Out-patient curative care	34.1	30.3	29.6	25.4	15.8	21.8	29.3	-
Curative home care	0.0	0.0	0.0	0.2	-	1.8	1.8	-
Rehabilitative care	0.5	1.0	1.8	0.5	3.0	3.0	1.1	-
Long-term nursing care	1.0	8.8	0.4	14.1	10.0	12.0	9.0	5.6
Ancillary services	0.7	0.9	5.8	6.2	5.1	4.5	0.7	-
Medical goods	27.2	23.3	17.7	19.2	20.5	19.6	21.8	13.4
Prescribed medicines	15.0	16.3	10.8	14.0	13.1	13.1	18.1	10.2
Over-the-counter medicines	8.1	4.0	3.9	1.5	2.2	1.6	2.6	1.6
Other medical non-durables	2.0	1.3	0.0	1.1	0.7	0.0	0.1	0.1
Therapeutic appliances	2.1	1.7	3.0	2.5	4.5	4.8	1.0	1.5
Collective health care	5.9	6.9	4.9	10.3	9.1	8.5	4.0	10.4
Prevention and public health services	1.7	3.1	1.8	6.6	2.1	3.1	2.3	3.5
General government administration of health	3.7	2.9	2.0	1.4	3.9	4.1	1.4	2.9
Health administration and health insurance: private	0.5	0.9	1.1	1.9	3.2	1.3	0.3	4.0
Capital formation of health care providers	5.6	5.1	4.3	5.4	3.5	3.5	1.8	3.9

Values are presented as percent.

자칫 오관할 수 있으며, DRG의 의료비절감 효과가 기대보다 크지 않을 수 있다. 우선 1983년 미국에서의 DRG 도입과는 달리 재원일수 감소의 효과가 우리나라에서는 크게 나타나지 않을 개연성이 높다. 미국에서는 DRG 실시 이전에는

병원에서 보고된 비용을 근거로 일당제로 보상을 하고 있었다. 이는 병원의 비용과 재원일수를 최대한으로 늘림으로써 수입을 극대화할 수 있었다. 선불상환제(prospective payment system)의 DRG가 실시되면서 병원의 비용과 재원일수를 줄이는 것이 수입을 극대화하는 목표가 되었고, 그에 따라 재원일수가 확실히 줄었다[1]. 그러나 우리나라의 상황은 조금 다르다. 행위별수가제 하에서 병원의 비용을 최대한 늘렸다고 봐야하며, 재원일수도 일부 중소병원을 제외하고는 재원일수 증가를 통한 수입 극대화는 미미하다.

어쨌든 미국에서는 DRG의 도입결과로 메디케어(Medicare) 입원 의료비 상승률은 1983년 이전 6년 평균의 9.1%에서 이후에 평균 2.5%로 낮아졌다. 그러나 미국에서도 비용감소는 메디케어 지불과의 시점 차이가 있어서, 병원들이 민간의료보험 영역과 요양시설로 비용을 전가시킴에 따라 전체 의료비감소 효과는 크지 않았다.

우리나라에서도 DRG가 전격 시행되면 유사한 현상이 나타날 것으로 우려된다. 우선 각종 검사와 퇴원약 처방 등이 사전·사후의 외래로의 전이가 발생할 것이며, 상위 중증도로의 DRG 청구(DRG upcoding과 DRG creep)가 없지 않

을 것으로 예상된다. 물론 내과계 질병군에서는 재입원 또한 있을 것으로 본다. 문제는 이러한 현상이 DRG 질병군별 행위량의 감소로 파악되어 DRG의 효과로 착시 현상이 있을 것이며, 반면 비용전이와 입원 건수의 증가로 전체 의료비감소 효과는 상쇄될 것이라는 점이다.

## 지불제도의 개편 방향

우리나라는 DRG를 앞서 도입한 외국과 비교하여 몇 가지 차이점을 가지고 있다.

첫째, 미국이나 영국 등 유럽과는 달리 DRG 도입이 행위별수가제로부터의 개편이라는 점이다. 미국의 비용보상의 일당제, 영국 등 유럽의 총액예산제(총액계약제)는 기존의 지불단위가 DRG보다 크다. 따라서 병원이 보다 지불단위가 작은 DRG를 받아들이는데 있어서 거부감이 상대적으로 적다. 반면 우리나라는 지불단위가 작은 행위별수가제에서 지불단위가 큰 DRG로의 개편이기 때문에 의료기관이 느끼는 손익 상황이 두드러지고 그에 따른 반발도 적지 않다.

둘째, 이전에 행위별수가제를 적용하고 있기 때문에 분류체계에 있어서의 의료계 반발이 적지 않다. 특히 미국과 비교할 때, 의사에 대한 보상이 행위별수가제로 별도 존재하는 반면, 우리는 의사에 대한 보상이 포괄수가제로 묶여 있어서 서로 상이한 의사업무량을 동일 질병군으로 묶는다는 것이 쉽지 않다. 예를 들면 다양한 수술이 있는 부인과 수술을 ‘기타 자궁 및 자궁부속기 수술’이라는 하나의 질병군으로 분류한다 할 때, 산부인과 의사들의 불만은 어찌보면 당연할 수 있다. 현재의 7개 질병군에 대해서도 의사들의 불만이 적지 않은데, 이를 다른 수술이나 내과계 질환으로 확대할 때, 질병군 문제는 난제로 대두될 것이다.

셋째, 행위별수가제의 선택진료비는 DRG의 기대효과를 상쇄시킬 것이다. 특히 내년에 종합병원급 이상으로 DRG 의무적용을 확대할 때, 행위별수가제의 선택진료비가 있는 한 의료비용 감소의 효과는 적을 수 있다. DRG 하에서 고정비용이 두드러진 행위를 처방하지 않음으로써 얻는 이익은, 오히려 행위별수가제의 선택진료 수입보다 클 수 있기 때문에 행위별진료량을 줄이지 않을 것이 예상된다.

현재, DRG의 이러한 한계점을 극복하고자 신포괄수가를 공단일산병원 등 일부 공공병원에서 시범사업을 하고 있다. 신포괄수는 일본의 포괄수가제와 행위별수가를 조합한 입원진료비 제도(diagnosis procedure combination, CPC)가 원형이며, 정책적으로 볼 때, 지지부진한 DRG 확산을 대체하는 우회 방법이라 할 수 있다. 즉 전체 의료기관을 대상으로 대상 질병군 확산이 DRG 전략이라 한다면, 전체 질병군을 대상으로 대상 의료기관 확산이 신포괄수가 전략이다.

방법론적으로 볼 때, 신포괄수는 10만 원 이하의 행위·약제·치료재료에 대해서는 포괄수가로 하되, 의사직 접행위 및 10만 원을 초과하는 행위·약제·치료재료에 대해서는 행위별로 지불한다. 다만 행위별로 지불하더라도 제공량을 억제하기 위하여 행위별수가의 80%만 지불한다.

신포괄수가제도도 포괄수가의 단점과 한계점을 모두 가지고 있으며, 오히려 행위별수가에서의 행정적 부담보다 오히려 크다는 지적도 있다. 또한 두 가지 지불제도를 모두 가지고 있기 때문에 의료계뿐만 아니라 공단으로부터도 목적과 실효성에 대하여 의구심을 가지고 있는 것 또한 사실이다. 현재는 일부 공공병원을 대상으로 시범사업을 하고 있어서 문제점이 부각되지 않고 있지만, 전체 입원 질병군을 대상으로 하고 있기 때문에, 분류체계 및 수가수준의 문제 등은 확대 실시할수록 난제로 나타날 것으로 예상된다.

포괄수가제 도입에 따른 우리나라의 특수한 상황에 비추어, 어떠한 지불제도를 고민하고 선택하여야 하는가는 쉽지 않다. 우선 의료계의 주장대로 행위별수가제의 지속은 현재의 상황에서 인정되기 어려운 방법이다. 포괄수가제로의 개편이 루비콘의 강을 건넌 상황이라면, 적극적으로 포괄수가제에 대하여 윈-윈(win-win)할 수 있는 방법으로 함께 모색하여야 한다.

첫째, 행위 제공량을 늘려야만 경영수지가 보전되는 행위별수가에 대응하여 DRG수가의 적정 수준을 지속할 수 있는 조정기전 마련이 필요하다. 현재의 요양급여비용의 계약의 구도 하에서는 이러한 내용을 담보할 수 없기 때문에, 법적인 후속 조치가 필요할 것이다.

둘째, 환자분류체계 및 신의료기술 보상체계를 시급히 개편하고 마련하여야 한다. 이는 DRG로 인한 의료 왜곡을 바



**Table 4.** The actual out-of-pocket payments and insurance benefit

	Official price	Final price	Out-of-pocket payments	Insurance benefits
Clinic	100,000	115,000	23,000	92,000
Hospital		120,000	24,000	96,000
General hospital		125,000	25,000	100,000
Tertiary hospital		130,000	26,000	104,000
Total		490,000	98,000	392,000

Values are presented as Korean won.

**Table 5.** The reform of out-of-pocket payments and insurance benefits

	Subtotal	Actual		Reform	
		Final price	Out-of-pocket payments	Insurance benefits	Out-of-pocket payments
Clinic	115,000	92,000	23,000	98,000	17,000
Hospital	120,000	96,000	24,000	98,000	22,000
General hospital	125,000	100,000	25,000	98,000	27,000
Tertiary hospital	130,000	104,000	26,000	98,000	32,000
Total		392,000	98,000	392,000	98,000

Values are presented as Korean won.

로잡고, 환자에 대한 양질의 의료서비스의 제공을 위해서 필요하다.

셋째, 우리나라 현실에 맞는 포괄수가제 접근이 필요하다. 기존의 DRG나 실포괄수가제 역시 외국의 모방일 뿐, 우리의 현실에 부적합한 측면이 없지 않다. 필자 본인은 ‘약제·치료재료’의 포괄수가제를 우선 실시하고, 단계적으로 정례적 처방(routine order)으로 확대해 나가는 것이 대안이 될 수 있다고 주장한다. 이는 고정비용이 아닌 가변비용의 의료비용부터 시작하는 것이 의료기관에 부담이 적을 뿐 아니라 실효성이 크며, 선택진료비를 적용 받지 않는 영역이기 때문에 포괄수가와의 모순도 피할 수 있기 때문이다.

## 공단부담 방법의 개편

현재 건강보험의 수가(요양급여비용)는 상대가치점수에 점수당 단가를 곱한 금액에 의료기관 종별로 15-30%를 더하여 결정되고 있으며, 의료급여의 경우에는 이보다 낮은 가

산을 11-22%를 더하여 결정되고 있다. 입원의 경우를 예로 들면, 기본수가가 100,000원인 경우에 건강보험의 본인부담률 20%를 적용할 경우, 의원의 경우 23,000원부터 상급종합병원의 경우 26,000원까지 부담한다. 필자 본인이 지적하고자 하는 것은 공단 부담금 또한 80%로서 의원의 경우 92,000원부터 상급종합병원 104,000원까지 차등 지급하고 있다는 것이다 (Table 4).

(상급)종합병원의 경우에는 물론 의료서비스 제공에 따른 실비용이 더 많이 소요되었을 수는 있다. 그러나 그것은 환자가 고비용의 대형병원을 선택한 결과로서 환자본인이 더 많이 부담하는 것은 당연하지만, 건강보험공단까지 대형병원에 더 많은 지출을 하여야 할 이유는 없다. 대형병원을 이용할

수록 공적재원(보험료수입)을 지출(급여)하는 것은 형평성에도 맞지 않다. 일부에서는 의료기관 종별가산을 자체가 근거가 미약하므로 없애야 한다고 주장하지만, 그것은 의료기관 비용수준에 비추어 현실적인 대안이 될 수 없다.

필자는 개편방안으로서 ‘재정중립을 전제로 공단급여액을 일정하게 하고, 현재 수가와와의 차액을 본인부담금으로 하는 방안’을 제안하고자 한다(Table 5). 이렇게 되면, 현재 공단급여액은 전체적으로 재정중립을 유지하면서, 환자의 입장에서 의원을 이용하는 경우 본인부담금이 감소하고, 대형병원을 이용할수록 본인부담금이 현재보다 증가하게 된다. 불가피하게 대형병원을 이용할 수밖에 없는 환자가 있지 않겠는가의 지적이 있을 수 있지만, 그것은 본인부담상한제 등 별도의 본인부담 경감 방법으로 해결할 수 있으므로, 개편의 취지에 공감한다면 문제될 것이 없다.

예시하지 않았지만, 현재의 진찰료, 입원료 수가수준도 개편되어야 한다. 현재 의원급에서 주장하는 낮은 진찰료의 문제와 병원급에서 주장하는 낮은 입원료의 문제도 재정 문

제로 당장 현실화하기 어렵다면, 그 재원을 의원급은 입원료를 대신하여 진찰료를 상향조정하고, 병원급은 진찰료를 대신하여 입원료를 현실화함으로써 외래중심의 의원, 입원중심의 병원으로 전환할 수 있도록 수가조정이 필요하다.

## 선택진료비 개편

선택진료비는 1963년에 국립병원(국립의료원) 의료진의 저임금 보전을 위해 '특진 규정'으로 도입된 이후 민간병원으로 확산되었으며, 2000년 의료법에 선택진료제로 제도화된 인정 비급여이다. 선택진료비는 전문의 자격인정을 받은 지 10년이 경과한 전문의나 5년을 경과한 조교수의 80% 범위에서 가능하며, 전문과목별로 1명의 비선택의사를 두어야 한다. 2009년에 상급종합병원 모두에서, 종합병원의 33.2%, 병원의 9.4%에서 선택진료비를 받고 있었다.

선택진료비에 대하여 환자 단체에서는 환자의 진료비 부담이 되므로 선택진료비 자체를 폐지하여야 한다고 주장하고 있는 반면, 병원에서는 낮은 수가의 보상이므로 다른 형태의 보상이 전제되지 아니하는 한 유지되어야 한다고 주장하고 있다. 그러나 현재 우리나라의 선택진료는 보다 나은 의사의 선택과 무관하다고 판단된다. 왜냐하면 선택진료를 시행하고 있는 대부분의 대형병원들은 26개 전문과목별이 아닌 보다 세분화된 형태로 진료영역을 구분하여 의사를 두고 있기 때문에, 전문과목별로 다수의 의사가 있다 하더라도 환자들이 선택할 수 있는 의사는 제한되어 있고, 병원의 입장에서 진료영역별로 다수의 의사를 둘 수 없기 때문이다. 예를 들면 흉부외과라 하더라도 심장질환을 전문으로 하는 의사와 폐질환을 전문으로 하는 의사가 각각 있다 하더라도 환자의 입장에서 상호 대체하여 선택할 수는 없기 때문이다.

결국 환자들은 모든 진료영역에서 환자를 선택할 수 없고, 병원 또한 모든 진료영역에서 다수의 의사를 둘 수 없는 상황이기 때문에 선택진료가 유명무실할 수밖에 없다. 그리고 환자들이 선택진료비를 받는 대형병원을 선택하였다는 것은 이미 그 정도의 비용을 감수하겠다는 뜻을 가지고 있는 것이기 때문에, 그 안에서 선택과 비선택을 나누어 차등 본인부담을 한다는 것은 설득력이 떨어진다.

필자는 의사별 선택진료비를 '선택병원가산을 제도'로 전환하여, 대형병원을 선택함에 따른 본인부담으로 전환할 것을 대안으로 제시한 바 있다[2]. 다만, 이에 따른 본인부담은 건강보험의 재정형편상 당분간 전액 본인부담특례로 하되, 다만 불가피하게 대형병원을 이용할 수밖에 없는 중증환자에 대하여는 본인부담상한제에 포함시킴으로써 환자단체 등에서 요구하는 본인부담의 경감에도 기여할 것으로 본다.

## 결론

이 글을 통하여 필자는 우리나라의 의료비 지출의 현황을 OECD 국가들과 비교하여 현재는 의료비 지출의 수준이 낮은 편이지만, 급증하는 추세에 있고, 그 주요 요인이 장기요양서비스의 확대 및 약제비 지출의 증가임을 분석하였다. 현재 장기요양서비스를 제공하는 기관들이 급증하면서 대책의 필요성이 커지고 있고, 우리나라의 약제비 비중이 적지 않음에도 불구하고 증가 추세는 우려할 상황에 직면하고 있다.

우리나라의 특수한 상황에서 DRG로의 지불제도 개편 효과의 낙관할 상황이 아니며, 우리나라에서는 우선 약제비를 중심으로 한 DRG의 추진이 필요하다고 대안으로 제안하였으며, 이는 우리나라의 급증하는 약제비 증가에 대한 대안이 될 수 있다고 여겨진다. 공단부담금에 대한 불합리성을 개선할 필요가 있고, 의사에 대한 선택진료비를 '선택병원가산을 제도'로 전환하고, 이를 일부 본인부담상한제에 포함시킴으로써, 보험재정의 합리적인 지출뿐만 아니라 중증환자에 대한 보장성 강화에도 기여함을 제안하였다. 이 외에도 건강보험의 여러 현안들이 적지 않으나, 필자의 분석과 대안이 건전한 논의의 출발점이 되기를 기대해 본다.

**핵심용어:** 건강보험; 지불제도; 선택진료

## REFERENCES

1. Rosenberg MA, Browne MJ. The impact of the inpatient prospective payment system and diagnosis-related groups: a survey of the literature. North Am Actuar J 2001;5:84-94.
2. Ministry of Health and Welfare. The reform of payments for selecting a doctor. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2010.





## Peer Reviewers' Commentary

건강보험의 지속 가능성에 대한 논의가 활발한 상황에서 국민의료비 측면에서 건강보험 제도 개편에 대한 새로운 관점을 제공해 주는 의미 있는 논문이라고 판단된다. 현재 진행되고 있는 논의에서 아쉬운 부분은 이들 논의의 초점이 대부분 비용을 줄이는 것에 맞추어져 있고 비용의 효율성에 대해서는 많은 고민이 이루어지지 않는다는 것이다. 투입되고 있는 의료비가 국민들의 건강 수준 향상을 기대할 수 없는 비효율적인 부문에 사용되어서 사회 전체의 편익을 감소시키고 있지 않은지에 대해 살펴볼 필요가 있으며 정책의 기초도 단순한 비용 절감이 아니라 투입되는 비용에 의해서 얻어지는 건강결과에 대해서 관심을 가지는 방향으로 전환되어야 한다. 이러한 것이 전제된다면 정부의 역할도 현재의 규제 일변도에서 벗어나 의료의 질과 가격에 대한 정보를 소비자들에게 제공하고 건강한 의료생태계를 조성하는 역할로 진화할 수 있을 것이다.

[정리: 편집위원회]