

# 대한민국 의료, 무엇이 문제인가?

## (의사외원용)

“도대체 무엇이 문제인가? 질병에 걸린 환자를 치료함으로써 건강과 생명을 회복시키는 직업은 실로 숭고한 일인데, 국민으로부터 존중을 받으면서 자부심을 갖고 의사로서 살아가기 원했던 나의 꿈은 왜 멀어져 갔는가?”

올해 전염병이 돌아 더 많은 환자가 발생하기를 바라고 있는 나와 동료 의사들의 모습을 보면서, 환자에게 꼭 필요하지도 않은 영양제 주사를 권하는 나의 모습을 보면서, 어쩌다가 의사의 지위가 여기까지 왔는지 왜 의사의 모습이 이런 처지여야 하는지 의문을 가져본 적이 없으십니까?

의원의 전화벨이 울릴 때마다 혹시 보건소나 심평원 혹은 경찰서에서 걸려온 전화일까봐 심장이 뛰는지, 왜 내가 범죄자도 아닌데 그렇게 전화벨 하나에 불안해해야 하는지 탄식하신 적 없으십니까?

내가 가진 전문적인 지식, 내가 가진 고급기술에 대해 정당한 대가를 받고 싶은데, 환자들이 던져 놓는 5백원짜리 동전 세 개에 자괴감을 느끼며 분노하신 적 없으십니까?

도대체 무엇이 문제이길래, 그리고 그런 문제는 왜 생긴 것이며 그 문제를 해결하기 위해서는 어떻게 해야 하는지, 여러분의 궁금증을 풀어드리기 위해 그리고 앞으로 나아갈 방향에 대해 함께 고민하기 위해 이 자료를 만듭니다.

내용이 다소 많지만, 그 동안 공부했던 수 많은 의학지식보다도 더 중요한 내용들이오니 상세하게 읽고 충분히 숙지하시기 바랍니다.

## I. 저수가 (낮은 진료수가)

### 1. 진료수가란 무엇인가?

진료수가는 의료기관에서 이뤄진 의료행위에 대해 환자와 건강보험공단에서 지급하는 금액의 총액을 말합니다. 따라서 진료수가는 의사의 수입이 아니라 의료기관에서 이뤄진 모든 의료행위에 대한 보상이기

때문에 아래와 같이 설명할 수 있습니다.

진료수가 = 치료원가 + 보건의료인(의사/간호사/간호조무사/의료기사/원무행정직원)인건비 + 의료기관 운영에 따른 부대비용(임대료/전기료/감가상각/금융비용 등)

## 2. 얼마나 저수가인가?

### 1) 표준진료(정상진료) 시 반드시 적자가 발생하는 구조

- 심평원의 지침에 나와있는 표준진료(적정진료)를 기준하면 1인당 15분의 진료시간이 소요됩니다. 이것을 기준한다면 1시간당 4명의 진료를 할 수 있고 표준근로시간인 주5일 40시간을 기준하면 하루 32명, 월 640명을 진료하게 됩니다. 2012년 수가를 기준으로 초진환자 12,890원 재진환자 9,230원이고 재진환자가 더 많으므로 환자 1인당 평균진료비를 1만원으로 계산하면 월 매출이 640만원인 셈입니다.

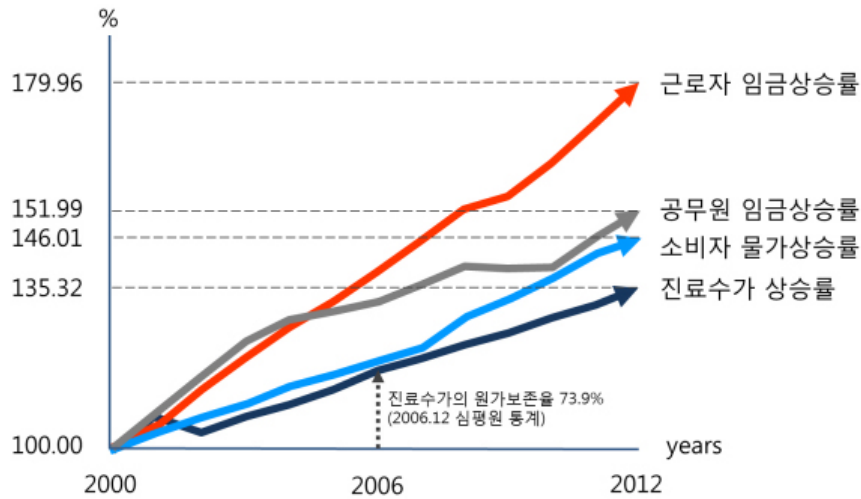
표준진료를 하는 의사 K원장이 간호사 혹은 간호조무사 2인을 두고 의원을 경영하는 경우, 4대보험과 퇴직금 적립금 등 오버헤드비용을 포함한 인건비가 500만원, 임대료와 관리비 330만원, 금융비용 300만원, 전자차트 비용과 보안업체 비용 등 기타 관리비용 50만원을 제하면 K원장이 급여를 가져가지 않아도 매월 540만원의 적자가 발생하게 됩니다. 의사가 한달 20일을 꼬박 일해도, 손해가 발생하는 구조입니다.

### 2) 얼마나 저수가인가?

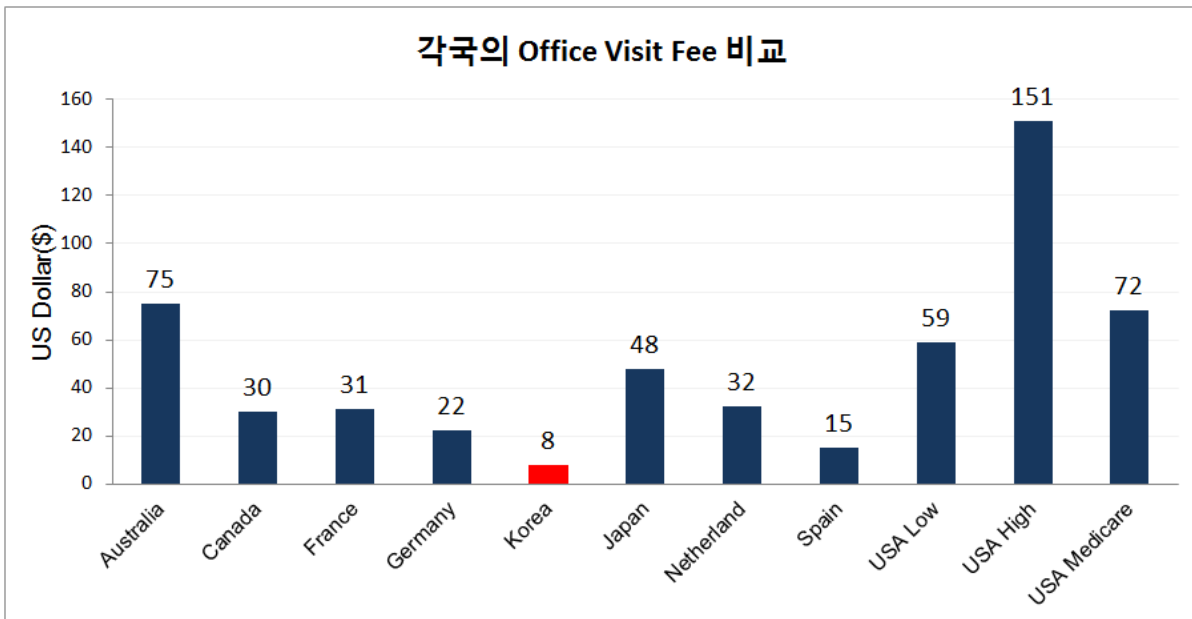
- 소변검사 4종 비용 940원입니다. 병리과 전문의가 조직검사를 판독하는 비용 3,210원입니다. 피하주사와 근육주사 비용 1,010원입니다. 심장파열이나 혈관손상의 위험이 있는 심장내주사의 비용은 7,400원, 그리고 척수를 다칠 수 있는 뇌척수강내 주사 비용은 13,330원입니다. 물리치료 중 얇은 부위의 물리치료인 표층열치료 비용은 710원, 심층열치료의 비용은 960원입니다. 표층열치료와심층열치료 비용은 규정을 따라야 지급을 합니다. 즉 '물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적과 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다'라고 조건을 달아놓은 것입니다. 적외선 치료비용은 580원, 자외선 치료비용은 450원입니다.

- 찢어져서 꿰매는 봉합의 경우 2.5 cm 미만의 단순봉합은 12,510원, 5 cm 이상이거나 근육층까지 찢어져서 꿰매어도 총 비용은 23,920원에 불과합니다. 상처를 치료하는 비용은 3,980원입니다. 피부의 양성 종양적출술은 33,220원이고 피부의 악성종양(피부암)의 적출술도 19만원에 못 미칩니다.

- 도대체 원가는 보전해주는 것일까요? 진료수가의 원가보존율이마지막으로 조사된 것은 지난 2006년 12월 심평원이 발표한 보고서이며 이 보고서에 따르면 진료수가의 원가보존율은73.9%였습니다. 즉, 원가가 1,000원이 드는 의료서비스에 대해 건강보험공단이 지급하는 가격이 739원이라는 뜻입니다. 원가가 1천원이 드는 의료서비스를 의사가 739원을 받고 판매하는 것입니다. 당시 약사들의 원가보존율은126%였습니다. 매년 진료수가의 상승률은 물가상승률이나 근로자 표준임금상승률에 못 미쳤기 때문에 지금은 73.9%에도 못 미칠 것으로 예상되고 있습니다.



- 우리나라 진료수는 OECD평균의 약 29% 수준에 불과합니다.
- 각국의 외래 진료비 비교



### 3) 외래 진료비 얼마나 올랐나?

- 2000년 의원급 의료기관의 외래진료비는 12,000원이었는데 12년이 지난 2012년의 외래진료비는 12,890원에 불과합니다. 12년 동안 890원, 고작 7.4%가 인상된 것입니다.

### 4) 의사의 행위료, 제대로 인정받지 못해

- 산부인과 의사의 질강처치료 진료수는 0원입니다. 의사의 처치행위에 대한 진료수는 1천원 내외이며 한 사람의 생사를 결정하는 심폐소생술의 진료수는 고작 3만원 내외입니다. 의사의 실질 행위료는 수의사들의 행위료보다 저평가되어 있고 MRI 등 상대적으로 검사료가 더 많은 수가를 받기 때문에 검사를 더 많이 하는 이유가 되기도 합니다.

### 3. 저수가 무엇이 문제인가?

#### 1) 불성실 진료를 초래하여 의료사고 위험성을 높입니다.

- 1인당 진료수가가 워낙 낮으므로 우리나라 의사들은 적자를 보존하기 위해 적정진료를 포기하고 가능한 많은 수의 환자를 보기 위해 노력합니다. 일일 적정진료 환자수는 30명 내외지만, 우리나라 의사들은 그 3배를 진료하고 있으며 하루에 300명 이상의 진료를 하는 경우도 발생합니다. 많은 의사들이 오랫동안 적정진료를 포기하고 진료를 하다 보니 짧은 3분 진료라는 불성실 진료에 익숙해져 있는 상황입니다.
- 환자당 진료시간이 짧아진다는 것은 필요한 문진과 진찰행위가 줄어든다는 것을 의미하며, 오진율과 의료사고의 비율을 높입니다. 또한 환자에게 충분한 시간을 투여할 수 없으므로 환자들의 불만도 높아집니다.

#### 2) 불필요한 과잉진료를 초래합니다.

- 현재의 저수가 제도는 의사의 고도의 지식에 기반한 진찰과 처치에 대한 행위료를 제대로 인정하지 않고 오히려 검사료를 상대적으로 높게 책정해놓았습니다. 이에 따라 의사는 불필요한 검사를 남발할 유혹을 받게 됩니다. 일부 병원의 경우 의사의 1인당 매출에 따라 지급하는 인센티브에 MRI등 검사료가 포함되어 있어 문제로 지적되기도 했습니다. 또한 수술의 적응증을 낮추어 불필요한 수술을 환자에게 권유하거나 값비싼 비급여(비보험) 수술을 권유하는 등의 부작용도 흔히 나타나고 있습니다.

#### 3) 방어진료를 초래합니다.

- 의료행위는 자동차를 운전하는 것처럼 언제나 의료사고의 가능성을 동반하고 있습니다. 예컨대 말라리아 예방약을 요구하는 2명으로부터 24,780원의 진료비를 받고 처방을 한 의사가, 약을 잘못 처방했다는 이유로 2억 2천만원을 배당한 사례도 있습니다. 따라서 기본 진료비에 의료사고에 대한 보험료가 포함되어 있어야 하나, 저수가로 인해 대다수 의사들이 의료사고배상보험에 가입을 하지 않고 있고 의료사고로부터 보호를 받지 못하고 있습니다.
- 이 같이 의사의 실수가 있는 경우 가혹한 배상의 책임이 따르고 의료사고로부터 보호를 받지 못하므로 의사는 방어진료를 위해 즉 오진의 가능성을 줄이고 자신의 책임에서 벗어나기 위해 더 많은 검사를 남발하게 됩니다.

#### 4) 의료과소비를 초래합니다.

- 현재 외래진료의 본인 부담금은 의원급 의료기관의 경우 3,900원입니다 (65세 이상은 1,500원). 진료비가 이렇게 낮다 보니 환자들은 의료기관 및 의료진에 대한 신뢰를 갖지 못하고, 이러한 불신은 대형병원으로 환자들이 몰리도록 하는 또 다른 원인이 되고 있습니다.
- 본인 부담금이 낮고, 특히 민간의료보험에서 보상을 받는 경우 환자의 부담이 더욱 적어지므로 이 병원 저 병원으로 병원을 쇼핑하며 불필요한 진료와 검사를 요구하는 의료과소비가 초래되고 있습니다. 또

이러한 부당한 환자측의 요구에 대해 저수가로 인해 경영난을 겪는 의사는 양심에 꺼리면서도 이 요구에 응하는 실정입니다.

#### 5) 필수의료 인력이 줄어들어 의료사고가 늘어납니다.

- 진료수가가 낮다 보니 의료기관에서는 충분한 인력을 쓸 수 없습니다. 이에 따라 우리나라 보건의료인들의 업무강도는 다른 나라에 비해 높을 수 밖에 없습니다. 우리나라 보건의료인들의 업무강도는 OECD 평균에 비해 4배 이상 높은 것으로 보고되고 있습니다.

- 최근 항암제인 빈크리스틴 주사제가 잘못 투여되어 환자가 사망하는 사례들이 보고되고 있는데, 필수적인 의료인력이 부족하여 발생하는 의료사고의 대표적인 케이스입니다.

- 저수가로 인해 보험에 들 여력이 없으니, 의료사고가 발생하면 많은 의사들이 이를 인정하려 들지 않고 의료사고를 숨기기에 급급한 이유로 작용합니다.

- 최근 산부인과 학회는 그 동안 줄어들던 산모의 모성사망률이 2008년부터 급격히 증가하여 2011년도에는 산모의 모성사망률이 2008년에 비해 2배 이상 증가했다는 충격적인 보고를 발표했습니다. 산부인과는 극심한 저수가에 시달리고 있는 대표적인 진료과목으로서 산부인과 지원자들이 날이 갈수록 줄어들고 있는 실정입니다. 결국 저수가제도로 인해 의료의 질이 떨어져가고 있다는 것이 수치로 입증된 사례입니다.

#### 6) 의사와 보건의료인들의 삶의 질을 떨어뜨립니다.

- 공공기관과 금융기관을 비롯한 대다수 기업들이 주5일 40시간을 근로의 기준으로 삼고 있지만, 보건의료인들 특히 의사들은 대다수 주6일 50시간 이상 근무를 하고 있습니다. 많은 국민들이 주말에 자신의 삶을 즐기지만, 거의 모든 의사들이 토요일에 근무를 합니다. 이것은 저수가로 인한 손실을 자신의 삶의 질을 포기하고 행위 증가를 통해 보상하는 것입니다.

- 전공의와 전임의의 경우 더욱 심합니다. 주당 근무시간이 80시간 이상이며 심지어 100시간~120시간에 이르는 경우도 허다한 상황입니다. 저수가 정책이 의사와 보건의료인들의 삶의 질을 떨어뜨리고, 의료사고의 위험성을 높이고 있습니다.

#### 7) 중환자를 기피하고 외래를 키우는 기형적 진료형태을 야기합니다.

- 원가 이하의 저수가로 인해 거의 모든 대학병원들이 정상적인 진료활동을 통해 이익이 아니라 손실을 보고 있습니다. 그 손실을 장례식장 운영, 주차장 수입과 임대료, 그리고 건강검진센터의 운영 등 비진료분야의 수익을 통해 보전하고 있습니다. 사람이 살아야 이득을 보는 것이 아니라 사람이 죽어야 이득을 보는 상황이 발생한 것입니다.

- 특히 중환자실은 운영할수록 손실이 발생합니다. 이 때문에 중환자는 기피하고 오히려 외래진료를 늘리기 위해 애쓰고 있습니다. 중증질환의 치료를 전담해야 할 대형병원들이 외래진료에 집중하면서 작은 중소형병원들과 경쟁하고 있는 것입니다. 대학병원의 1분 진료는 이 때문에 발생하고 있습니다.

#### 8) 교육의 질을 떨어뜨립니다.

- 대학병원의 교수들은 진료뿐 아니라 연구와 교육의 책임을 함께 지고 있습니다. 그러나 낮은 진료수가로 인해 진료에 매진해야 하다 보니 상대적으로 연구와 교육에 소홀해질 수 밖에 없는 상황입니다. 그런데 대학에서는 대학교수의 승진을 위해서는 연구실적을 강제사항으로 규정해놓았으니 가장 소홀해지는 것은 교육이며 특히 전공의에 대한 교육을 소홀히 하는 사례가 늘어나고 있습니다.
- 전공의에 대한 교육 부실은 곧 부적합한 의사의 양산을 의미하며 그 피해는 환자 즉 국민에게 돌아갑니다.

**9) 전공과목 포기사태를 초래합니다.**

- 질병을 치료하는 진료수가를 원가 이하로 책정하고 미용, 성형 등 질병과 무관한 분야에 대해 건강보험공단이 간섭을 하지 않자, 많은 의사들이 환자를 치료하는 자신의 전공과목을 포기하고 미용, 성형 등 비전공분야로 대거 이탈하였습니다. 산부인과 전문의들이 분만을 포기하고 피부, 성형수술을 하고 있으며 심장과 폐 수술을 해야 할 흉부외과 의사들이 하지정맥류를 전문적으로 치료하는 의원들을 개원하고 있는 실정입니다. 의사의 숫자는 급증하고 있는데, 의사가 필요한 자리에 의사가 없는 것입니다.

**10) 의사 등 보건의료인들의 자긍심을 훼손시키고 의욕을 떨어뜨립니다.**

- 자유민주주의 사회에서는 발전의 선순환을 위해 “노력에 대한 적절한 보상이 주어져야 한다”는 원칙을 준수합니다. 노력에 대한 적절한 보상이 주어지지 않고, 또한 노력에 비례한 보상이 주어지지 않는다면 의사들은 더 많은 노력을 할 필요가 없습니다. 지금의 저수가 제도는 의학적 진보가 오히려 퇴보를 부추기는 제도입니다.

**결론 :**저수가 제도는 정부가 바라는 대로 의료비 총액을 낮추는 효과도 미미합니다. 의사들이 행위량을 늘려 손실을 보상하려 하고, 환자들도 의료 과소비 행태를 유지하게 되며, 의료의 질 저하는 또 다른 합병증을 유발하게 되어 추가의료비를 촉발시키기 때문입니다. 정부는 저수가 제도를 포기하고 합리적인 수가를 책정한 후, 과도한 진료행위를 통제함으로써 총량을 규제해야 할 것입니다. 또한 과도하게 책정된 조제료 등 불필요하게 낭비되고 있는 비용을 재평가하여 합리적으로 줄이는데 힘써야 할 것입니다.

**4. 진료수가는 어떻게 결정되는가? (정부가 저수가를 유지할 수 있는 이유)**

싸고 좋은 것은 없는데, 어떻게 정부는 원가 이하의 진료를 유지할 수 있을까요?

**1) 유형별 계약**

- 매년 건강보험공단과 7개 보건의료기관(의원/병원/치과의원/한의원/약국/보건기관/조산원)을 대표하는 단체들이 각각 자신들이 대표하는 기관을 대표하여 한 날 한 시에 수가에 대한 협상을 진행합니다. 이것을 ‘유형별 계약’이라고 하며 여기서 유형이란보건의료기관의 유형, 즉 직군을 말합니다. 과거에는 전체 보건의료기관들의 수가에 대해 동일한 인상률을 적용하는 방식을 취하다가 2007년 이뤄진 2008년 수가

결정과정에서 처음으로 적용된 것입니다.

각 단체별로 수가에 대한 처지를 반영하자는 취지로 이 제도가 도입되었지만, 이 유형별 계약이 도입되자 건강보험공단이 제시한 전체 인상분이라는 한정된 파이를 여러 단체가 나눠 가져야 하는 구도가 만들어져 직군간의 괴리와 다툼이 더욱 심해지는 부작용이 발생하고 있습니다.

## 2)협상의 대표

- 현재 병원급 의료기관의 진료수가는 대한병원협회가 대표자로서 협상을 하고, 의원급 의료기관의 진료수가는 대한의사협회가 대표자로서 협상을 합니다. 진료수가에 의사뿐 아니라 간호사/간호조무사/의료기사 등 모든 보건의료인들의 인건비가 포함되어 있는데도 의사단체가 협상의 대표로 나서는 것은 의사가 의원급 의료기관의 대표자이기 때문입니다. 그리고 대한의사협회가 의원급 의료기관의 수가협상의 대표자로 나서는 것은 의원급 의료기관을 대표하는 별도의 법인이 아직까지 존재하지 않기 때문입니다.

## 3) 협상이 아닌 일방적 통고

- 협상의 사전적 의미를 찾아보면 “타결의사를 가진 둘 또는 그 이상의 당사자 사이에 양방향 의사소통 (communication)을 통하여 상호 만족할 만한 수준으로의 합의(agreement)에 이르는 과정” 혹은 “조직들이 각자의 목적을 달성하기 위하여 2개 이상의 조직이 직접 대화를 통하여 사업계획이나 이익 등의 일부를 양보하고 일부를 획득하는 일”이라고 되어 있습니다. 즉, 협상에는 서로가 만족하는 “상호호혜의 원칙”이 기본적으로 존중되어야 하며 이를 위해서 서로가 협상을 통해 합의에 이르지 못할 때에 협상을 거부할 수 있는 권리가 보장되어야 합니다.

그러나 현재 의료법에는 모든 의료기관은 반드시 건강보험공단과 강제 계약을 맺어야 한다는 ‘요양기관당연지정제’가 규정되어 있습니다. 즉, 건강보험공단과의 협상이 결렬되는 경우에도 계약관계 자체를 거부할 권리가 주어져 있지 않습니다.

이에 따라 절대적으로 유리한 위치에 있는 건강보험공단은 상호간이 만족하는 수준의 협상안을 제시하는 것이 아니라 자신들에게 일방적으로 유리한 협상안을 제시할 수 있는 것입니다.

## 4)거절하면 페널티

- 앞서 언급한 바와 같이 의사들의 자유로운 의사선택권을 제한하는 ‘요양기관당연지정제’에 의해 어차피 의료기관은 건강보험공단과의 계약에서 절대적으로 불리한 위치에 있습니다. 그러나 건강보험공단을 운영하는 정부의 일방적 강압은 여기에서 그치지 않습니다.

대한의사협회가 건강보험공단에서 제시하는 제안을 수용하지 않는 경우 협상은 결렬되고 진료수가 조정의 최종 결정권은 건강보험공단 내의 의결기구인 ‘건강보험정책심의위원회’ 즉 건정심으로 넘어가게 되고 이 건정심에서 건보공단에서 최종 제시한 인상안 아래로 진료수가를 결정하는 페널티를 적용하는 것입니다. 즉, 건강보험공단에서 최종 2.4%를 제시하였는데 대한의사협회가 이를 거부하는 경우 건정심에서는 건보공단의 최종 제시안에서 추가로 0.2%를 삭감하여 2.2% 인상으로 결정하는 페널티를 적용하는 것입니다.

## 5) 건정심이 중요한 이유

- 건강보험정책심의위원회는 건강보험의 운영에 관한 주요한 결정을 내리는 의결기구입니다. 진료수가에 대해서도 역시 최종적인 결정은 건정심에서 결정을 내립니다. 뿐만 아니라 '포괄수가제'와 같은 지불제도의 개편은 건강보험의 수급과 일선 진료에 막대한 영향을 미치는 제도임에도 불구하고 불과 24명의 위원으로 구성된 건정심에서 이같이 중차대한 제도의 시행을 의결하는 기구로 활용되고 있습니다. 문제는 이 건정심이 객관적이고 중립적이며 합리적인 구조가 아니라 정부가 마음대로 이용할 수 있는 구조를 가졌다는 것입니다.

## 6) 건정심, 정부 입장 그대로 관철시키는 구조

- 현재 건정심은 △근로자와 사용자·시민단체 등 가입자대표 8인과 △의료계 등 공급자대표 8인 △보험자인 국민건강보험공단과 정부·심평원·학회 전문가로 구성된 공익대표 8인이 '8:8:8' 동수로 참여하는 방식으로 운영되고 있습니다. 그리고 건정심에 참여하는 모든 위원들은 직역에 관계없이 의결권을 가집니다. 언뜻 보면 합리적으로 구성되어 있는 듯 보이는 이 기구가 중대한 문제점을 가지는 이유는 다음과 같습니다. 첫째, 국민건강보험과 정부 인사들이 공익대표로 들어가 위원의 1/3을 구성하고 있기 때문입니다. 일반적인 구매행위는 소비자가 곧 지불자이며 소비자와 공급자가 1:1로 가격을 결정하는데, 진료수는 소비자와 지불자가 분리되어 가격결정에 참여합니다. 이에 따라 2:1의구조가 형성되어 공급자는 절대적으로 불리합니다. 둘째, 유형별 계약을 함에 따라 공급자도 내부에서 서로 경쟁하는 상황에 놓여있기 때문입니다. 따라서 단체별 각각의 진료수가에 대해 공급자는 한 목소리가 아니라 분열된 목소리를 내게 되고, 공급자들은 더욱 불리한 위치에 놓이게 됩니다. 의원급 진료수를 결정하는 경우 24명의 위원 중 소위 '같은 편'은 24명의 위원 중 의사협회 2인만 있는 것입니다. 그리고 셋째, 건정심 위원으로 참여하는 가입자단체 대표8인과 학계전문가도 정부가 결정하고 있기 때문입니다. 즉 분열된 공급자 단체 외의 모든 참여위원들이 정부에 의해 결정되는 것입니다. 따라서 합리적이고 객관적인 입장이 아니라 정부의 입장이 관철되는 구조입니다.

- 최근 한국개발연구원의 윤희숙 연구위원이 보고서를 통해 건정심의 문제점을 조목조목 지적하였습니다. 윤희숙 연구원은 "가입자대표와 공익대표를 건정심에 포함시키고 의결권을 부여하다보니, 계약관계에 기초한 보험자와 공급자간 협상이 아니라 정부의 입장에 도덕적 우위를 부여해 그대로 관철시키는 구조가 됐다"면서 건정심 의사결정 구조가 왜곡되어 있다고 지적하며 건정심은 의결을 내리는 기구가 아니라 자문기구로 전환되어야 한다고 주장했습니다. 특히 중재 역할을 맡아야 할 정부측 인사들까지 의결권을 가지다보니, 가입자와 공급자가 팽팽히 맞서는 상황에서 정부가 결정권을 가지는 것입니다. 이에 따라 중재자의 힘이 협상의 당사자를 압도하는 여처구니 없는 상황이 벌어지고 있습니다.

- 건정심의 또 다른 문제점은 이렇게 정부의 일방적인 의지를 관철시킬 수 있는 구조를 악용하면서도 정부가 정책을 밀어붙인 후에도 명목상 건정심을 통과했기 때문에 결정의 원칙이나 근거에 대한 설명 의무가 불명확하여 책임 주체가 불명확하고 모호하다는 것입니다. 국가 책임하에 결정되어야 할 많은 안건을



건정심을 통해 의결되는 모양새를 취함으로써 책임을 피해가는 것입니다. 이처럼 책임을 피할 수 있으니 건강보험 정책이 그때그때 정치상황에 휘둘리는 사례도 심심치 않게 벌어지고 있습니다. 2002년 대선 당시 공약으로 보장성 70% 달성이 제시되면서 이를 달성하기 위해 의료적 우선순위가 높지 않았던 식대와 병실료 등이 급여화했던 것이 대표적인 사례입니다. 건정심의 재량범위가 과다하다보니 단기적 정치상황에 손쉽게 이를 이용하는 것입니다.

**결론 : 정부는 요양기관당연지정제라는 제도로 의료기관을 정부와의 계약에서 자유롭지 못하도록 옴아매 놓았습니다. 그리고 정부가 좌지우지할 수 있는 건정심이라는 기구를 이용하여 공급자와의 합의 없이도 정부의 의지대로 수가결정과 각종 중요한 정책을 추진해 나가고 있습니다.**

## 5. 2012년 진료수가협상은 어떻게 이루어졌는가?

2013년 진료수가협상도 다른 해와 마찬가지로 단 하루 동안(2012.10.17) 의협/병협/치협/한의협/약사회 등 직역을 대표하는 단체가 건강보험공단과 협상을 진행하였습니다. 그러나 말이 협상이지 건보공단이 일방적인 결정권한을 가지고 있고, 각 단체는 건보공단이 제시한 수처에 저항할 수 없습니다. 더구나제시안을 거부하면 불이익을 받게 되므로 절대권력을 가지고 있는 건보공단의 눈치를 살피면서 한정된 파이 속에서 서로 더 많이 가져가기 위해 경쟁하는 구도입니다.

어느 단체에게 얼마만큼의 파이를 줄 것인가는 전적으로 건보공단이 결정합니다. 거기에는 어떠한 논리적 근거도 없고 그것을 밝히지도 요구하지도 않습니다. 건보공단의 심기를 거스르지 않기 위해서입니다.

각 직역별 의료수가의 원가보존율에 대해 대규모의 연구를 통해 분석된 것은 2006년 심평원의 보고서가 마지막입니다. 당시 발표된 원가보존율을 기준으로 건강보험공단은 원가보존율이126%에 달한 약제비는 올해에도 2.9%로 가장 많이 올려주었고 원가보존율이 73.9%에 불과한 진료수가는 의원급 의료기관에 2.4% 인상안을 제안한 것입니다.

더욱이 건강보험공단은 수가협상 시에 어처구니 없는 부대조건을 제시하였습니다. 약사회에는 저가약 대체조제를 활성화 해달라고 주문을 한 것입니다. 즉 2013년도에는 2012년도의 저가약 대체조제를 20배 이상으로 늘려달라고 주문한 것입니다. 이것은 곧 의사들의 동의 없이 성분명처방을 시행하겠다는 의지이며, 약국에서 조제내역서를 발급하지 않고 있는 상황에서 환자들이 알지도 못하는 사이 처방약이 싼 약으로 뒤바뀌게 만드는, 환자의 권리를 침해하는 부당한 조치가 아닐 수 없습니다.

약사들에게는 그들이 원하는 저가약 대체조제를 부대조건으로 제시한 건보공단이 대한의사협회에는 받아들일 수 없는 성분명처방과총액계약제를 주문하였습니다. 그리고 의사협회의 강한 반발이 있자 “없던 일로 하자”며 철회를 하였습니다.

결국 협상이 결렬되자 건강보험법에 의해 2013년도 의원급 의료기관의 진료수가는 건정심(건강보험정책심의위원회)로 넘어가게 되었습니다. 앞서 기술한 것처럼 소비자=간접지불자(1):직접지불자(1):공급자(1)로 구성되어 실제 지불자(2):공급자(1)로 구성되어 있는데다가 공급자가 서로 경쟁하는 구조이기 때문에 건정심에서는 합리적이고 공정한 결정을 내릴 수 없습니다. 공급자 단체들이 전체 건정심 위원 중 불과 1/3을 구성하고 있음에도 불구하고 상호간 반목구조를 가지고 있음으로 말미암아 수가협상이 결렬되어 건정심의 결정으로 넘어가는 경우 오히려 공급자단체에게 페널티를 부과하는 방향으로 결정되는 것입니다.

수년간 지속되었던 이 같은 불합리한 수가결정 방식은 올해에도 반복되었습니다. 올해에도 수가협상일인 10월17일 하루 마포구에 있는 건강보험공단건물에서는 또 한 편의 코미디가 공연되었습니다. 협상에 임하는 7개 단체 중 의협/병협/치협/한의협/약사회 등 주요 5개 단체가 한정된 파이 속에서 서로 많이 가져가기 위해 치열한 눈치싸움을 벌였습니다. 단 하루 동안 단체별로 두세 차례의 협상을 갖게 되는데 상대방인 건강보험공단측은 같은 사람이 협상을 진행하고 어느 한 단체가 수가협상을 끝내면 나머지 다른 단체가 남은 파이를 나누어 가져가게 되고, 협상이 결렬되면 페널티를 받게 되므로 단체들마다 눈치싸움이 치열할 수밖에 없습니다. 게다가 절대권한을 가진 건보공단측의 협상대표자의 심기를 거스르지 않기 위해 굴종적인 태도를 유지할 수밖에 없습니다.

10월 17일, 처음에 2.2% 인상안을 제시했던 건보공단은 최종 2.4% 인상안을 제시하였고, 대한의사협회에서는 수가현실화를 위해서는 최소 100% 이상의 수가인상이 필요함에도 불구하고 협상을 위해 최선의 노력을 다한다는 모습을 보이기 위해 최종 3.6%의 인상안을 제시하였지만, 건보공단에서 이를 거절함으로써 수가협상이 결렬되었습니다.

수가협상 결렬 후 건정심에 공이 넘어가자 건정심은 고민에 빠졌습니다. 건정심은 두 가지 안을 놓고 고민했는데 하나는 페널티를 적용하지 않은 2.4% 인상안이었고, 또 다른 안은 페널티를 적용하여 0.2%를 삭감한 2.2% 인상안이었습니다. 그런데 건보공단의제시안을 거부한 대한의사협회에 선례대로 페널티를 주자니 대통령선거를 앞두고 의사들의 반발이 우려되었고, 그렇다고 페널티를 주지 않는다면 수가협상이 결렬되어도 페널티를 받지 않는다는 선례를 남길 수 있다는 고민에 빠지게 된 것입니다. 더구나 대한의사협회가 지난 5월 24일 이미 건정심의 불합리한 구성을 문제 삼아 건정심을 탈퇴한 상황이었기에 이해당사자의 참여 없이 페널티가 결정되는 경우 법적인 문제도 따를 수 있어 고심을 하게 된 것입니다.

고민 끝에 건정심은 결국 공수를 선택했습니다. 지난 10월 25일, 건정심은 대한의사협회가 12월중순까지 건정심에 복귀할 것을 요청하였고, 복귀하지 않는다면 페널티를 적용할 것을 시사한 것입니다. 이는 대통령 선거가 끝난 이후인 12월 말로 최종 결정을 미룸으로써 선거 전 의사들의 반발을 피하겠다는 의도가 이 같은 결정의 배경으로 알려져 있습니다.

## 6. 정부는 왜 저수가 정책을 유지하는가?

### 1) 정치적 목적

- 정부는 정치인들이 운영하는 조직입니다. 정치인들은 낮은 의료비로 좋은 의료서비스를 받을 수 있다는 환상을 국민이 갖기를 바랍니다. 그것은 좋은 정치의 표본이기 때문입니다. 그런데 정부는 진료수가 현실화하면 건강보험료의 인상이 불가피하다고 생각하고 있고 국민의 저항이 커질 것을 우려하고 있습니다. 즉 더 많은 표를 갖고 있는 국민을 향한 정치적 선전을 위해 소수의 의료공급자의 희생을 요구하고 있는 것입니다.

### 2) 건강보험 재정 파탄에 대한 두려움

- 우리나라는 급속한 사회의 고령화 때문에 의료비가 급증하고 있습니다. 진료수가를 인상하는 경우 의료비 총액이 급증할 것을 두려워하고 있습니다.

- 그런데 우리나라 정부는 건보재정에서 정부가 부담해야 할 부담분과 공무원의 건보료를 건보재정에 지급하지 않고 있고 그 금액은 5조원에 이르고 있는 것으로 파악되고 있습니다. (민주당 주승용의원 2011 국정감사 지적 사항) 즉, 정부의 의무는 다하지 않고 건보재정의 안정성을 위한다는 명목으로 저수가를 유지하고 있는 것입니다.

### 3) 국가 예산은 다른 곳에

- 가장 최근 자료인 2009년 데이터를 기준으로 OECD국가는 국민들이 평균 한 해에 \$3,233을 의료비에 사용하는 반면, 우리나라 국민들은 \$1,879를 의료비에 사용합니다. 이 수치는 구매력지수를 반영한 것으로 국민소득에 따른 편차를 교정한 것입니다. 또한 OECD나라 국민들이 GDP의 9.6%를 의료비에 사용할 때, 우리나라 국민들은 6.9%를 사용합니다. 즉, OECD 다른 나라들보다 훨씬 적은 의료비를 사용하는 것입니다. 그러면서도 평균수명과 영아사망률 등 여러 건강의 지표들은 OECD평균을 모두 넘어서고 있습니다.

- 즉, 싼값에도 의사들이 그 동안 잘 치료를 해주었으니 앞으로도 국가예산 중 의료비는 적게 쓰고, 절감된 의료비는 다른 곳에 사용하겠다는 것입니다.

### 4) 방만한 건강보험공단과 심평원의 경영 유지

- 전국 1만2천명이 넘는 건강보험공단의 직원들이 사용하는 비용은 모두 국민이 낸 건강보험료에서 지출됩니다. 이들은 1년에 1조가 넘는 비용을 사용하고 있으며, 1만2천명이 넘는 직원들 중 과장 이상의 간부가 차지하는 비율은 81.1%에 이르고 있습니다. 직원들의 평균 근속년수는 18년이 넘습니다. 한 번 입사하면 떠나지 않는 신의 직장입니다. 최근에는 전국의 지역마다 짓고 있는 호화청사들이 문제로 지적된 바 있고 수백억원을 들여 연수원을 짓고 있어 물의를 일으키기도 했습니다.

- 심평원도 다르지 않습니다. 최근 원주에 이전하는 심평원은 건축비만 2,300억원이 넘는 호화청사 건축 계획을 발표하여 물의를 일으켰습니다.

## 5) 침묵해 온 의사들

- 지불자인 건강보험공단이 적정 급여수가를 지급하지 않아 정상적인 진료가 이뤄지기 어렵다면 의사들은 마땅히 이 문제를 지적하고 강력히 저항했어야 했을 것입니다. 그러나 사회문제에 대한 인식이 부족하고 사회적 책임감이 부족했던 의사들은 저수가 문제로 발생하는 각종 사회적 문제들을 공개적으로 지적하고 개선하는 노력을 하지 않았습니다. ‘의사가 돈 문제를 이야기한다’라는 비난을 피하기 위한 이유도 있었고, 저수가 제도 하에서 생존을 위해 동원해야 했던 각종 편법과 불법행위가 조명 받는 것이 싫었기 때문입니다.
- 의료공급자들이 침묵하고 문제점을 모르는 국민이 만족하고 있는데, 정부가 나서서 저수가 제도를 해결할 이유가 없었습니다.

## 7. 저수가를 해결하려면 어떻게 해야 하는가?

### 1) 저수가 제도가 국민에게 어떤 피해를 주고 있는지 국민에게 알려야 합니다.

- 많은 의료 왜곡을 가져오는 저수가 제도의 문제점이 공론화되어 있지 않습니다. 언론도 모르고 이에 따라 국민도 모릅니다. 국민이 가만히 있는데 정부와 정치인들이 나서서 이 제도를 바꿔주지 않습니다. 따라서 저수가 제도의 문제점을 알고 있는 의사들이 저수가로 인해 발생하는 문제들에 대해 고백해야 합니다.
- 덤핑을 규제하는 이유는 제공하는 제품이나 서비스의 가치에 비해 지나치게 낮은 비용을 지불하는 경우 제품이나 서비스의 질이 떨어지기 때문입니다. 이 사실을 국민에게 알려야 합니다. 서비스의 질이 떨어진다는 사실을 알리지 않는다면 국민은 낮은 가격에도 좋은 질이 유지된다고 생각할 것입니다.

### 2) 진료수가에 대한 우리 스스로의 인식부터 바뀌어야 합니다.

- 진료수가는 의사의 수입이 아닙니다. 총체적인 치료행위에 대해 의료기관에 지불하는 대가입니다. 의사뿐 아니라 모든 보건의료인력들의 인건비도 동시에 포함되어 있습니다. 의사들이 의료기관의 대표를 맡고 있는 경우가 거의 대부분이므로 의사가 적정 수가를 주장하는 것뿐입니다.

### 3) 당당하게 저수가 제도 개선을 요구해야 합니다.

- 사회적 비난 여론 때문에 피해왔지만, 언제까지 이 저수가 제도를 방치해둘 수 없습니다. 이제는 당당하게 잘못된 저수가 제도가 개선되어야 하는 당위성에 대해 주장해야 합니다.

### 4) 건정심이 바뀌어야 합니다.

- 건정심이라는 기구를 통해 건강보험의 주요정책을 좌지우지하고 있는 정부의 횡포가 중단되기 위해서는 건정심의 구조와 기능부터 바뀌어야 합니다. 현재 이해그룹이 대거 포함된 보험 관련 협상기구에 맡겨놓고 정부가 마음대로 정책을 추진하는 것을 중단하고 행정부 책임하에 관련 결정이 내려지도록 법적

도를 보완해야 합니다.

- 보험지출의 상한과 보험료율·급여포함 원칙 등은 사회복지의 근간인 건강보험을 유지하기 위한 핵심결정을 만큼 국가가 국민에게 책무를져야 하며 진료수가 등에 대해서는 보험자와 공급자간 협상을 통해 결정되도록 가입자가 배제되어야 합니다. 즉, 보험자와 공급자간 동등한 협상이 가능하도록 재설계된 건정심의 구성이 필요합니다.

- 정부의 역할과 건정심의 역할을 법률적으로도 명확히 구분, 적시해야 함으로써책임이 어디에 있는지 분명하게 해야 합니다.

- 참고로 독일은 협약 당사자만으로 해결할 수 없는 사안에 대해서만 국가가 개입하는 '보충성 원칙'을 준수하고 있고 국민에게 영향이 큰 사회정책적 결정과 사회보험 당사자간 협상으로 결정되어야 할 문제를 수준별로 구분해 책무성과 민주성을 보장하고 있습니다. 우리도 이같이 국가적 중요성을 갖는 결정과 보험자·공급자 협상에 남겨둘 사항을 구분하고, 입법과 정책 형성과정을 통해 정해진 원칙과 규제 틀 속에서 보험자·공급자 협상기구를 운영하도록 되어야 할 것입니다.