

## 투석관련 건강보험의 문제점

순승환내과의원

손 승 환

### 시작부터 잘못된 건강보험 (의료보험)

1977년 7월 한국의 의료보험이 시작되었다. 국민건강을 고려해야 할 의료 보험 제도는 남·북한 대치 상황에서 정권의 필요에 의해 전격 시행될 수밖에 없었다. 졸속한 준비 속에 의료 수가는 당시 관행 수가의 55% 수준으로 결정되고, 의료보호수가는 의료보험의 70%로 하였으며, 국가 재정 부담을 최소화하려는 의도에서 일부 안정된 직장을 중심으로 시행되었다.

각 나라마다 문화가 다르듯이 보건의료체계는 나름대로 특성을 가지고 있기 때문에 새로운 제도를 도입하기 위해서는 서로 다른 의료체계에 대한 비교 검토와 오랜 기간의 준비 기간이 필요하지만 우리나라의 경우 과연 이러한 과정이 성실히 점검되었을까? (Table 1, 2, Fig. 1)

우리나라의 의료보험은 보건의료측면에서 고려하기 보다는 정치적인 필요에 의해 수없이 변질되어 왔는데, 의료보험제도의 도입부터 그러하였고, 1989년 전 국민의료보험확대, 2000년 의료보험통합, 의약분업 등도 체계적인 준비나 부작용에 대한 대책 마련 없이 정치적 판단에 따른 것이었다.

이처럼 왜곡된 동기와 준비가 부족한 상태에서 시행된 의료보험제도는 결국 국내 보건의료체계의 왜곡을 가져 왔다. 국민들은 의료보험을 진료비 할인제도로 밖에 활용할 수밖에 없고, 국가는 보험재정을 안정시키기 위하여 무리한 방법을 쓰고 있으며, 의료인들은 의료제도의 사회주의화를 강요한다고 강하게 반발하고 있다 (Fig. 2).

### 어렵게 만들어 가는 여건

#### 1. 투자는 없고 규제는 많다

우리나라 보건의료체계는 제도권 (의료행위를 허가

받은 자에 의한 것. 의사, 치과의사, 한의사 등)과 비제도권 (의료행위를 허가받지 않은 자에 의한 것. 대체요법, 민간시술 등)이 그 비중을 가늠하기 힘들 수준으로 혼재되어 있고, 제도권이라 하더라도 양, 한방 의료이원화에 의한 모순으로 통제 가능한 부분은 매우 적어진다.

각 부분에 투입되는 년 비용을 비교해 보면 의료보험 (2001년부터 의료급여로 명칭 바뀜) 3조원, 건강보험에 19조원 (이 중 정부 지원금 3조원)이 공식적으로 집계할 수 있는 부분이며, 산재보험과 자동차 보험 부분이 년 2조원 가량 소요되고, 나머지 부분에 소요되는 사적인 의료비는 18조정도 되는 것으로 추산하고 있다. 거기에다가 외국에 지출되는 의료비도 연간 1조원이 된다고 하니 교육 부문에서 일어나고 있는 공적 부분과 사적부분의 불균형이 보건의료 분야에서도 진행되고 있다고 판단된다.

더욱이 의료 공급측면을 볼 때 심각한 것은 의료인 양성은 전적으로 민간에 의존하고 있으며, 의료기관의 비율도 90% 정도가 민간부분이다.

즉 정부는 10% 정도 안 되는 투자를 하면서도 건강보험이라는 한 가지 틀에 환자과 의료인을 밀어 넣고 있으며, 건강보험에서 보장해주지도 못하는 급여 이외의 부분까지도 정부의 허락이 없으며 불법진료가 되도록 만드는 등 의료행위 전체를 통제하고 있는 모순을 안고 있는 것이다.

#### 2. 건강보험재정 적자는 점차 커진다

1996년부터 적자를 보여 온 건강보험재정은 급기야 2002년도에는 누적 적자 2조5천억원을 기록하였다. 2003년 상반기에 단기 흑자를 보았다고 하지만 그동안 약가 인하, 무리한 심사 결정, 각종 이유에 의한 환수정책, 진료일수 제한 등 무분별한 의료비 통제에 의한 것으로 장기적으로 볼 때 재정 적자의 불안은 지속 될 것이다.

Table 1. 각 국가의 진료비지불방식

체계	국가	병원급 (예산제)	1차 진료 및 전문의	행위 및 서비스 기준
사회보험 체계 (I) <sup>1)</sup>	독일 (82,087) <sup>†</sup>	세 가지 타입의 예산제 <sup>2)</sup>	행위별 수가제	
	네덜란드 (15,754) <sup>†</sup>	병원의 행위들을 반영한 기능 예산제 적용	인두제 (저소득층), 행위별수가제 (고소득층)*	
	오스트리아 (8,114) <sup>†</sup>	병원의 행위들 중 일부에 고정 예산제 적용	인두제와 결합된 행위별 수가제 적용	case-mix (DRG 형태) 기준 지불제
	대만 (22,000) <sup>†</sup>	행위별수가제	행위별수가제 (일부 포괄 수가제 실시)	
	일본 (126,686) <sup>†</sup>	총액예산제(치과외래)	행위별수가제	
	미국 (272,878) <sup>†</sup>	행위별수가제 (진료보수점 수표에 의거 RBRVS 방식으로 지불)	DRG	
사회보험 체계 (II) <sup>1)</sup>	프랑스 (59,099) <sup>†</sup>	행위별 지불제와 연동되는 총액예산제 <sup>3)</sup> (공공병원: 총액 예산제) (민간병원: 환자 1일당 정액입원료 지불 - 일부 진료에 대한 포괄지불제 실시)	선분상환방식에 의한 행위별 수가제	
	벨기에 (10,214) <sup>†</sup>	병실 비용 등에 예산 설정 진료행위에 대한 예산은 없음	행위별 수가제	모든 환자들을 대상으로 간호행위에 DRG 적용
	룩셈부르크 (431) <sup>†</sup>	행위별 지불방식과 결합된 총액 예산제 <sup>3)</sup>	행위별 수가제	
국가보건의료체계 (NHS)	영국 (59,333) <sup>†</sup>	인두불제, 총액예산관리방식의 가정 의제 (GP Fundholder)	인두제(의료인력에 대한 인건비나 자본비용은 직접 상환 받음)	매년 공급자와 구매자간의 진료행위에 근거한 계약
	덴마크 (5,319) <sup>†</sup>	총액 예산제 <sup>3)</sup>	인두제와 행위별 수가제 혼합	DRGs 시범적용 (생산성 측정 및 비교가 가능한 경우에 한정)
	그리스 (10,553) <sup>†</sup>	예산제 <sup>2)</sup>	봉급제: NHS 의사들 행위별수가제: 민간 의사들	행위별 지불 방식 도입 계획 (activity-related payments)
	스페인 (39,418) <sup>†</sup>	10개 지역: 행위별 지불방식과 결합된 총액 예산제 <sup>3)</sup>	일반의 60%: 봉급제와 인두제 일반의 40%: 인두제*	지역에 따라 case-mix, DRGs, 행위별 지불방식 적용
	아일랜드 (3,745) <sup>†</sup>	총액 예산제 <sup>3)</sup> ; 예산의 일정 부분은 case-mix 단위 (DRG 형태)에 의해 책정	인두제와 행위별 수가제: 전문 서비스* 행위별 수가제: Category II 가입 조건의 경우	
	이탈리아 (56,952) <sup>†</sup>		인두제와 행위별 수가제 적용 (전문 서비스의 경우)*	행위별 지불 방식
	포르투갈 (9,983) <sup>†</sup>	병원의 행위들을 반영한 총액 예산제 <sup>3)</sup> 적용	봉급제*	case-mix (DRG 형태) 기준 지급방식 도입 예정
	핀란드 (5,171) <sup>†</sup>		봉급제 (일부는 인두제)*	병원서비스 패키지 구매 DRG에 근거한 수가체계 개발 중
	스웨덴 (8,868) <sup>†</sup>	case-mix 지불제와 건당 정액 지불제 (대부분 DRGs에 근거); 단, 가격, 수량, 질 관리에 따라 보완되고 있음	봉급제, 민간의사들의 경우 행위별 수가제 적용 몇몇 지역의 경우가 정의에게 혼합인두제와 행위별 수가제를 병행해서 적용	

\* 진료의뢰서에 의한 전문의 서비스 이용, † 총인구수 (1999년)

주1) 사회보험체계 (I): 현물급여원칙, 사회보험체계 (II): 비용상환원칙

주2) 예산제: prospective budgets

주3) 총액예산제: prospective global budgets

자료: Elias Mossialos & Julian Le Grand (ed.), Health Care and Cost Containment in the European Union, Aldershot, 1999

Table 2. 미국의 의료보장 체계

종류		대상인구수	대상 내용
공적 보장	Medicare	3,900만명	· 65세 이상 · 65세 미만 장애인 · 만성질환자 등
사적 보장	Medicaid	4,400만명	· 저소득층 - 어린이, 임산부, 장애인, 노인 부양 아동 있는 자
	· 일반 보험 · HMO Blues	1억 9천만명	· 1,200 보험회사 · 의료서비스 직접 제공 제도 · 비영리 의료 보험 단체
미보장	· 의료사각지대	4,000만명	· 사회적인 많은 문제점 양산 · 의료보장 후진국 · Insurance Crack

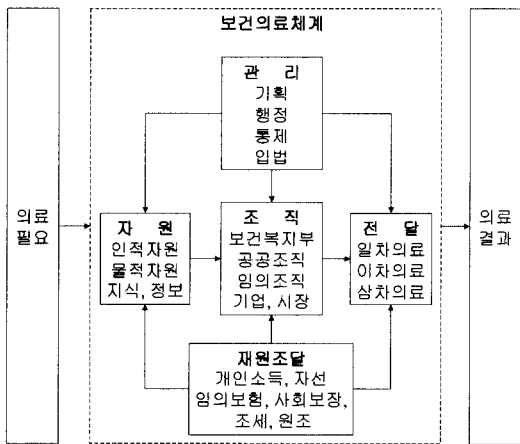


Fig. 1. 보건의료체계 모형.

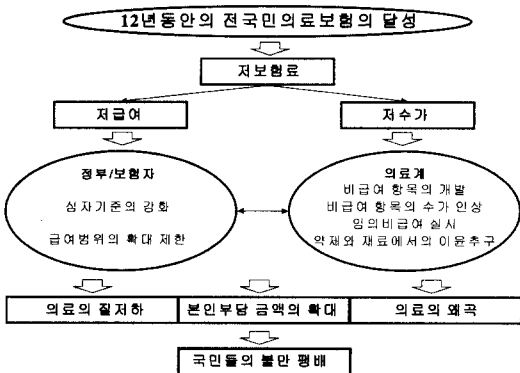


Fig. 2.

더욱이 급증하는 노령인구와 의료신기술의 발전, 국민들의 의료 욕구 상승 등으로 인하여 지금까지보다도 더 심각한 문제가 나타날 것이다.

### 3. 의료계를 멀리하는 현 정부의 의료정책

현 정부의 의료정책의 가장 큰 주제는 국민의 건강이 아니라 건강 보험제정의 안정이라는 것은 누구도 부인하지 못한다. 또한 국민의 건강권을 위해서는 의료의 공공성을 높여야 하고, 건강보험제정을 안정시키는 방법 중에서 공급자 규제가 효율적이라는 의료개혁론자들의 입장을 지지하고 있다. 따라서 지금까지의 각종 의료계를 압박해 온 규제는 현 정부 아래에서 더욱 심하여 질 것이다.

이러한 정책 방향은 2003년 8월 국민건강보험발전위원회에서 건강보험재정안정화, 총액계약제 도입 검토, DRG시행 성과 및 확대여부, 진료가이드라인 도입 등을 우선 시행할 주요 연구 주제 중 A 등급으로 분류함으로써 구체화되어 가고 있다.

즉 현 정부의 모든 의료 관련 정책은 정부의 투자는 최소화하며, 공급자 규제를 통한 의료보장을 하겠다는 방향으로 갈 것이라는 점이다. 국민 건강권 유지에 대하여 생색은 정부가 내고 모든 부담과 책임은 의료계가 져야 하는 모순된 현실이 점차 강화되고 있다.

### 혈액투석분야를 어렵게 만드는 요인

#### 1. 혈액투석에 대한 의료수가가 너무 비현실적이다

절대적인 수가를 따져 보기에는 객관적인 의료 원가를 파악한 것이 없기에 불가능하더라도 지난 20년간 물가 상승률과 비교하여 볼 때 혈액 수가의 불합리한 점은 정도를 넘고 있다.

혈액투석 (1회당, 재료대 포함) 보험수가는 1983년 65,000원, 1993년 84,630원, 2003년 90,700원으로

2003년 수가는 1983년에 비하여 140%, 1993년에 비하여 107% 인상되었으나, 2003년 누적 물가상승지수는 1983년에 비하여 248%, 1993년에 비하여 150%가 상승하였고, 2003년 전체 의료수가의 누적 인상지수는 1983년에 비하여 370%, 1993년에 비하여 224%이었으니 상대적으로 혈액투석수가는 인하된 상태이다.

이러한 이유가 어디에 있는지 정확히 파악하기는 힘들지만 몇 가지 요인을 지적하고자 한다. 첫째 경제적으로 힘든 투석 환자들의 입장이 우선되었다. 야간 투석이나 공휴일 투석의 가산이 취소된 것과 같은 이유일 것이며, 환자 본인부담금 인상에 대한 환자들의 반발이 의료계의 반대 의견보다 건지기 힘들었을 것이다. 둘째 각 의료기관의 편법 운영이 수가에 영향을 주었다. 환자 유치를 위한 본인부담금 감면, 각종 경제적 편의제공은 담당 공무원으로 하여금 부정적인 인식을 갖게 하였고, 그 결과 정상적인 진료가 오히려 폄하되는 지경에 이르렀다. 셋째, 관련 의료인의 노력이 부족하였다. 투명하고 무리 없는 경영을 통하여 도출된 객관적 자료를 가지고 정책 담당자를 성실히 설득하여야 했고, 1차, 2차, 3차 의료기관이 서로 정보를 공유하며 긴밀한 협조를 하였어야 했다.

## 2. 혈액투석 비용 구조가 취약하다

2001년 신장학회와 투석전문의협회에서 월 400회를 기준으로 조사한 만성혈액투석 1회당 원가는 (재료 및 투석액 포함) 총 155,224원이었다.

이 중 고정비는 65,002원으로 전체의 42%, 인건비는 35,282원으로 전체의 23%, 유통비는 54,940원으로 전체 35%이었다. 원가의 절대 수치는 무시하고 보더라도 각 비용간의 비율을 보면 초기 시설 투자비가 너무 많고, 소모성 재료비의 비율이 높다는 것을 알 수 있다.

투석 환자의 특성상 환자의 증가율이 둔하기 때문에 초기 투자의 회수는 길어지게 되고, 그 기간 동안 병원 경영이 취약될 수밖에 없다. 한편 투석에 필요한 대부분의 재료는 고가이면서 수입품이어서 환율 변동에 큰 영향을 받게 되어 이에 대한 대책도 시급한 상태이다.

## 3. 만성신부전 환자는 고액의 진료비가 요구되는 중증 환자이다

일정 수준의 보험재정으로 전 국민에게 공평한 의

료 보장을 해주려면 일부 소수에게 재정이 집중되는 현상은 늘 감시의 대상이 된다.

2001년 혈액투석 환자 (의료보호 포함)는 17,500명이며, 혈액투석에 소요된 총 비용은 3,570억원 정도로 추정된다. 전체 인구에 대한 혈액투석 환자는 0.03%인데 비하여, 전체 보험재정에 대한 비율은 1.7%로 심한 불균형을 이룬다. 당뇨병 등 성인병의 증가와 노령 인구의 증가로 장차 환자의 증가율이 커질 것으로 예상되므로 보험자의 입장에서 재정 안정을 위한 대책 수립시 만성 신부전 환자가 우선 순위에 두게 된다.

따라서 투석 수가의 제자리걸음, 적정성 평가의 우선 대상, 의료급여 정책수가제, 무리한 심사과정 등이 모두 연관되어 있다고 본다.

## 4. 인공신장실간의 무분별한 과당 경쟁이 크다

신장학회 자료에 의하면 2001년도 말 인공신장실 총 수는 335개소로 년 증가율은 평년과 크게 다르지 않으며, 환자 증가율도 마찬가지로 하였다.

그러나 대부분의 인공신장실이 도시에 밀집되어 있고, 비영리 법인 등에서 공개적으로 본인부담금 감면 등의 불법적인 환자유치행위가 행하여지며, 초기 투자비가 많음에도 환자증가율이 느려지는 등 병원경영에 대한 불안감으로 과거와는 다르게 불법적인 환자유치 행위에 대한 유혹에 빠지게 된다. 이러한 불법적인 환자유치 행위는 단순히 본인부담금 감면하는 정도가 아니라, 타 병원 환자를 유인하는 차량운행, 식사제공, 기타 경제적 지원까지도 있다고 한다.

“수인의 딜레마”라는 경제 법칙을 강조하지 않아도 과당 경쟁은 단기적으로 개인의 이익이 될지 모르나 결국 전체를 무너뜨리는 결과를 초래한다 (Table 3).

이러한 불법적인 본인부담금 감면, 차량운행, 식사제공, 기타 경제적인 편의제공으로 이익을 볼 수 있려면 한달 평균 투석횟수가 1,000회 이상이거나 월평균 등록 환자가 100명 이상은 되어야 한다. 그러나 2001년도 인공신장실 당 평균 환자수는 52.4명이며, 대학병원을 제외하고 월 평균 투석횟수 1000회가 넘는 인공신장실은 아마 10여개정도가 될 것으로 판단된다. 따라서 이러한 불법 행위는 대부분의 인공신장실의 경우 병원경영을 직접적으로 나쁘게 할 뿐만 아니라 장기적으로 의료수가 산정에도 악영향을 미친다.

**Table 3. 수인의 딜레마**

경제학에서는 과점(寡占)의 문제, 전략론에서는 핵억지력(核抑止力)의 문제 등의 모델화에 응용되고 있다. 비제로 화게임에서는 단순히 미니맥스의 원리로 해결할 수 없는 문제가 생기는데, 대표적인 예가 수인의 딜레마이다. 공범 A와 B가 경찰에 붙잡혀 각각 격리된 상황에서 심문을 받는데, 두 사람 모두 두 가지의 전략밖에 없다. 고백 하거나 아니면 합구하여 고백하지 않거나 하는 것이다. 두 사람 모두 고백하면 각각 10년형을 받게 되고, 만약 A는 고백하고 B는 합구하는 경우 A는 특전을 받아 무죄로 풀려나고 B는 30년형을 받게 되며, 반대로 B가 고백하고 A가 합구하면 B는 무죄, A는 30년형을 받는다. 또 A와 B가 모두 끝까지 합구하면 3일씩 구류를 살고 무죄로 풀려난다고 할 때, A와 B가 각각 자기 개인의 형량만을 생각하면 다 고백하고 10년형을 받는 결과가 된다. 왜냐하면 A는 B가 고백할지 합구할지 모르기 때문에 두 가지 경우를 다 생각해야 한다. B가 고백을 한다면 A는 자기도 고백하면 10년이고, 고백하지 않으면 30년형을 받게 되니 고백해야 한다는 결론이다. 또 B가 합구를 한다면 A는 자기가 고백하면 당장 무죄로 풀리나, 합구하면 3일은 고생하여야 한다. 따라서 A가 자기 이득만 생각한다면 B가 합구를 하더라도 고백하여야 한다는 결론이다. B도 같은 이유로 자기 이득만을 위하여서는 A가 고백하든 합구하든 고백하여야 한다는 결론이다. 결국 A와 B가 자기 이득만을 위하여 의사결정을 한다면 다 같이 고백하게 되어 각기 10년형을 받게 된다.

그러나 A와 B 모두를 위해서는 같이 합구하여 3일씩 구류를 받고 무죄로 나오는 더 좋은 전략이 있으니, 이를 수인의 딜레마라고 한다.

즉, 각 개인이 자기의 이득만을 생각하여 의사결정을 할 때, 사회전체에 손실을 야기시킬 수 있다는 것이 이에 의하여 설명되고 있다.

**지금까지 지적된 사항과 신장분야 제도개선위원회**

신장관련분야에서 많은 부분을 차지하는 투석관련 건강보험은 의료수가의 수준, 약제 사용 기준, 심사 과정 등에서 많은 문제점을 가지고 있으며, 최근에 이르러서는 환자 진료의 질에 영향을 미치고, 의료기관 운영에 손해를 끼치는 수준에까지 되었다.

2001년 투석관련 신장학회 심포지엄에서 발표된 사항과 신장학회 보험법제위원회에서 논의 되어 온 투석관련 보험 분야의 지적 사항은 다음과 같다.

- ① 만성혈액투석 (1회당)의 상대가치 점수 개선 (기준 점수 890.57, 현행고시점수 1,025.27)
- ② 인공신장실 시설, 인력 기준에 따른 급여 차등화의 필요성
- ③ 특수한 상황에서 혈액투석시 적정급여 보장 - 응급 혈액투석, 1일 2회 이상의 혈액투석, 중환자실에서 투석, 격리환자의 투석, 야간투석, 공휴일 투석,
- ④ 신기술에 대한 급여 인정 - 고유량 투석, 비폐파린 주입 투석
- ⑤ 혈액투석 재료대의 환율 연동제 실시
- ⑥ 기타 약품 사용 기준의 문제 - 조혈제, 철분제
- ⑦ 투석 환자 정기 검사에 대한 횟수 제한 철폐
- ⑧ 투석횟수의 제한 (주 3회 이상의 경우) - 분명한 기준은 없으면서도 수시로 심사 조정함.

⑨ 중심정맥도관 및 Perm-catch 관리에 따른 수가 인정

⑩ 의료급여 정책수가제도 개선

⑪ 만성신부전 환자 DRG 지불제도 제외

위와 같은 사항이 지적되어 왔지만 하나도 해결되지 못하고 점차 시간이 갈수록 나쁜 상황으로 가고 있다.

이렇게 되어 버린 원인이 여러 가지 있겠지만 신장관련 의료인의 내부적인 노력의 부족에도 있었다고 판단하여 신장학회에서는 2003년 신장분야제도개선위원회를 이사장 직속으로 두고, 건강보험제도를 비롯한 의료정책 전반에 걸쳐 지속적이고 깊이 있는 논의를 하기로 하였다. 앞으로의 활동이 기대되며 학회 회원들의 적극적인 협조가 필요하리라 본다 (Table 4).

**현재 논쟁거리가 되고 있는 투석관련 의료 정책**

**1. 만성 혈액투석 상대 가치 - 원가 보상이 되어야 한다**

초기 상대가치 개발 과정에서부터 만성 혈액투석 상대 가치는 문제점을 지니고 있었다.

1997년 10월 의료 보험 수가 구조 개편을 위한 상대가치 개발을 위한 연구 보고서 (연세대, 한국보건 의료 관리 연구원) 작성시 기초 자료로 이용된 모든 회계 자료는 종합 병원의 자료를 사용하여 수련의들의 저임금, 대형 조직에서 얻어지는 관리비 절감 효과 및

Table 4. 신장분야제도개선위원회 운영규칙 (일부발췌)

신장분야제도개선위원회 운영규칙 (일부발췌) - 2003. 5. 24 제정

- 제 1 조 (명칭 및 소속) 본 위원회는 대한 신장학회 신장 분야 의료제도 개선위원회(이하 위원회)라 하며 대한 신장 학회(이하 학회)이사장 직속으로 둔다.
- 제 2 조 (목적) 본 위원회는 신장 분야와 관련된 각종 의료제도의 개선을 통하여 합리적인 의료행위가 가능하도록 하며, 환자에게 질 높은 진료를 제공할 수 있도록 함을 그 목적으로 한다.
- 제 3 조 (활동) 본 위원회는 다음 사항을 수행한다.
  - 1. 국, 내외 자료 수집, 정리, 비교 연구
  - 2. 학회 각 위원회 활동을 위한 자료 제공
  - 3. 기타 의료제도 개선과 관련된 제반 사항
- 제 4 조 (구성) 본 위원회의 위원은 위원장의 추천으로 학회 이사장이 임명하며 15인 이내로 한다.

현재 논의되고 있는 주제

- 1. DRG 지불제도
- 2. 외국의 신장전문외과제도와 인공신장실운영제도
- 3. 의료급여 정액수가
- 4. 적정성 평가 및 투석의 질관리
- 5. 투석관련수가
- 6. 상대가치평가
- 7. 투석막 재사용

의료법인에 주어지는 각종 세제 혜택 등 1, 2차 의료기관의 조건과는 전혀 다른 상태에서 상대가치가 개발되었다. 이러한 사실은 동 보고서에서도 문제점으로 지적되었으며 향후 개선되어야 할 부분이라고 하였다.

혈액투석의 기술 현황을 보면 전체 기술의 50%가 1, 2차 의료기관에서 행하여지고 있고 3차 병원급 이상에서는 입원 또는 응급, 특수 혈액투석이 20-40% 정도를 포함하고 있다. 따라서 전체 혈액투석에서 입원, 응급, 특수 혈액투석을 제외한 만성 혈액투석만을 고려한다면 1, 2차 병원에서 시행되는 만성 혈액투석은 전체 만성 혈액투석의 70-80%가 될 것이다. 따라서 만성 혈액투석에 대한 상대 가치는 1, 2차 의료기관의 자료를 기초로 개선되어야 한다.

위와 같은 사항을 고려하지 않아서 생긴 문제가 유사한 혈액투석 기술간의 상대가치 점수의 불균형이다. 즉, 유사한 난이도의 의료행위 (혈액투석 종류 사이에서)간에도 임금이 싼 수련이나 전임의에 의해 이루어지는 부분이 많은 진료는 스텝 (전문의)들이 직접 관여하는 부분보다 총 상대가치가 적어지는 모순이 있게 되었다 (1, 2차 의료기관의 경우에는 수련이나 전임의가 없기 때문에 전문의의 노동 강도가 커지지만 초기 상대가치 개발당시 3차 병원 자료만을 사용하였기에 기술 간 불균형이 커지게 되었다).

초기 연구에서 결정된 총 상대가치를 보면 급성 혈액투석 1,803.66, 고속 혈액투석 1,845.61, 혈액 관류

1,762.33, 혈액 여과 1,800.87인 반면에 만성 혈액투석은 810.3이었다.

위에서 열거한 각 기술은 의료인의 업무량 (진료시간, 육체적 노력, 정신적 노력)과 간접적으로 필요한 시설 (즉, 투석기, 정수 시설, 배관 시설 등)은 같거나 유사하며 다만 사용한 투석막이나 기술시간의 차이가 있을 뿐이나 총 상대가치는 2배 정도의 불균형을 보이고 있다.

이것은 초기 개발 당시 사용된 회계 자료의 한계에 의한 것이라고 판단되며 앞으로 반드시 개선되어야 할 부분이다.

초기 개발 단계에 사용된 편향된 자료로 인하여 심각한 불균형을 가진 만성 혈액투석 상대 가치는 상대가치 개정 위원회에도 문제점을 인정하고 810.38점에서 890.7점으로 상향 조정하였고, 2001년 초 보건복지부에 의해 최종 고시 된 것은 1,025.27로 당시 수가를 인정하여 주었다.

그러나 고시 점수와는 별개로 상대가치 기준 점수는 890.7로 정하여 있어 지속적인 노력이 있어야 수가의 현상 유지가 가능하게 되어 있다.

금년에도 2004년에 적용할 상대가치 기준점수를 조정하는 과정에서 대한신장학회 보험법제위원들의 노력으로 2003년 7월 제 24차 상대가치 개정위원회 전체 회의에서 혈액투석 family 전체가 5% 인상이 결정되어 현재 890.57로 되어 있는 기준점수가 946.86점

으로 인상되었음은 그나마 다행스럽다 할 것이다. 이것은 아직도 현행 고시점수 1,025.27에도 못 미치는 점수이기는 하나, CVVH, Hemoperfusion 등 혈액투석 관련 점수가 모두 5% 인상되었으므로, 예정대로 2004년 family내 작업이 시작되면 family 안에서 만성혈액투석 점수를 올리고, 다른 수가를 조정하는 작업을 단계적으로 하는 노력이 지속적으로 요구된다.

한편 보건복지부는 향후 2년 동안 연구하여 2006년부터 적용할 새로운 「상대가치점수연구」를 「건강보험심사평가원」의 자체연구사업으로 추진키로 하고, 행위 정의 및 분류 등에 관해서는 관련단체가 주관하여 진행할 계획이라고 하였다. 이러한 기회를 잘 활용하여 왜곡된 투석 관련 수가의 현실화가 이루어지도록 신장 관련 의료인의 많은 협조가 있어야겠다.

## 2. DRG 지불제도 - 꼭 필요한 것인지? 과연 비용 절감이 가능할 것인지?

국내 DRG 지불제도는 특정 질병군을 대상으로 일부 의료기관의 자율적인 참여아래 1997년부터 시범사업을 시행하였고, 2003년 후반기에는 전체 의료기관으로 확대 실시하려 하고 있으나 의료계의 저항을 받고 있는데, 대한신장학회도 중증 환자인 신장 관련 환자들의 진료질의 저하에 대한 우려로 반대입장을 표명하였다 (Table 5).

우리나라의 현재 의료제도 하에서 DRG 지불제도가 도입될 경우 의료의 질이 크게 하락할 가능성이 존재하는데 이는 DRG 지불제도 하에서 의료의 질과 관련된 한국과 미국의 구조적 차이에 기인한다고 하겠다. 미국의 경우 DRG 지불제도 도입으로 의료의 질이 크게 하락했다는 증거를 찾기는 어렵다. 이것은 미국의 의료제도가 가지는 구조의 특성 때문이며 우리와는 경우가 다르기 때문이다.

첫째, 보상의 대상이 다르다. 미국 메디케어의 경우 병원진료비에 대한 보상에만 DRG 지불제도를 적용하고 있으며 의사진료비에 대한 보상은 행위별 수가제인 일반관행수가제 (PCR, prevailing customary and reasonable charge)와 자원기준 상대가치 (resource based relative value scale, RBRVS)를 적용하고 있다. 즉, DRG 지불제도가 적용되는 입원 환자에 대한 보상 중 의사진료비에 보상은 행위별 수가제를 적용하고 있는 것이다. 따라서 병원의 입장에서는 DRG 지불제도에 의해 비용을 인식한 진료 행태를 보이게 되나 의사들의 경우는 행위별 수가제에 의해 보상을 받으므로 병원이 가지는 것과 같은 비용감소에 대한 동기가 부여되지는 않는다. 우리나라는 병원과 의사 모두를 포함하기 때문에 비용 감소에 대한 동기를 억제할 요소가 없다.

둘째, 미국의 경우 의사와 병원과의 관계가 개방형 (attending system)체제에 의해 형성되고 있기 때문에 DRG 지불제도에서 의사와 병원은 견제와 균형을 더 잘 유지할 수 있도록 하고 있다. 병원에 소속되어 있지 않은 의사들인 경우 병원에 소속된 의사들에 비해 비용을 감안한 의사결정이 아니라 의료에 입각한 의사결정을 할 가능성이 커지기 때문이다.

셋째, 미국의 경우 우리나라에 비해 상대적으로 공공성을 띤 병원들이 많다. 공공성을 띤 병원들은 DRG 지불제도가 도입되었다 하더라도 의료의 질을 담보로 의료의 질을 떨어뜨릴 가능성이 공공성을 적게 띤 병원보다 적다고 할 수 있다. 우리나라의 경우 대부분이 민간 의료기관이며, 공공 병원이라 하더라도 경영이 우선인 경우가 많아 진료 질보다는 비용 축소를 위한 유혹에 쉽게 넘어 가게 된다.

이러한 기본적인 바탕부터 문제를 안고 있어 지엽적인 개선 방안 즉 중증도 세분화, DRG 비용열외군

Table 5. DRG 시행에 관한 대한 신장학회 공식입장 (2003. 8.)

본 신장학회에서는 지난 2002년 10월 16일 한국보건산업진흥원장 앞으로 공문을 보내어 투석수가의 분리와 투석 환자의 심한 중증도가 반영되지 않는 포괄수가제의 시행은 반대한다는 입장을 분명히 밝혔으나, 이러한 요구가 반영되지 않은 채 2003년 11월 1일부터 7개 질환군에 대해 모든 병원을 대상으로 포괄수가제를 시행한다는 공고를 일방적으로 통보받는데 대해 심히 우려를 나타내는 바이다. 즉 7개 질환 각각의 치료비보다 투석수나 투석환자에 동반되어있는 합병증의 치료비가 더 들 수 있는 상황에서 이러한 비용들을 인정 안하겠다고 하는 것은 국가적으로 투석환자에 대한 치료를 포기하겠다는 선언으로 간주된다.

이에 본 신장학회에서는 정부가 투석수가의 분리와 투석환자의 심한 중증도가 반영되지 않는 포괄수가제를 강행할 경우 이에 대한 대국민홍보와 대정부투쟁에 나설 것을 밝히는 바이다.

확대, 인센티브제 (행위별 수가보다 수가를 높게 책정), 특수질환자의 경우 DRG 적용을 제외 (에이즈, 혈우병), 질식분만 (자연분만)의 DRG 적용 제외 등으로는 진료 질 저하 등의 문제 해결은 어려울 것이다.

만성질환자이며, 당뇨병, 심혈관계 질환, 뇌혈관 질환 등의 복합 합병증을 가진 말기신부전증 환자가 DRG에 해당되는 질환으로 치료받을 시 투석치료비가 치료받고자 하는 DRG에 해당하는 시술의 진료비보다 크게 될 수도 있다. 수년간 고액 진료비 환자 1위가 만성신부전증 환자인 것을 감안한다면 DRG 제도를 시행하더라도 에이즈와 혈우병과 같이 투석환자는 제외하여야 할 것이다.

한편 의협 등 의료계에서는 이번 DRG 제도 도입을 사회주의 의료체제로 가는 시발로 판단하고 적극 지지하려 하고 있고 보건 복지부에서는 부정하고 있다. 그러나 현 참여정부의 의료제도개혁 (개선이 아닌)의 방향, 심평원의 병원 외래환자 진료비 (ambulatory payment classification, APC)라는 외래환자 분류체계 연구의 완료, 건강보험발전위원회에서 선정된 A등급의 중점사업 과제 즉 건강보험재정안정화, 총액계약제 도입검토, DRG 시행 성과 및 확대 검토 등을 볼 때 의료계의 우려가 근거 없다고 할 수 없다.

### 3. 혈액투석 적정성평가 - 인공신장실 시설, 인력 기준이 우선되어야 한다

심사평가원은 요양급여비용에 대한 심사를 담당하고 진료의 의학적 적정성을 평가하는 기관이다. 심평원에서는 적정성평가 우선 대상을 혈액투석으로 하었는데 그 필요성과 목적을 혈액투석 환자의 지속적 증가와 혈액투석 치료가 고가의 의료서비스인 점을 들어 수진자 개인 및 의료보험재정에 끼치는 영향이 크기 때문에 혈액투석 환자에게 제공되는 의료서비스의 질 평가를 통해 혈액투석의 질 향상 및 비용효과의 적정성을 기하기 위함이라고 했다.

평가의 대상은 2001년 3월 기준하여 전체 인공신장실 306개소이었고 평가기준으로는 ① 구조지표: 혈액투석실 운영기간, 혈액투석 환자수, 전문인력의 혈액투석 경력, 투석기대당 환자수, 전문인력 1인당 환자수 등, ② 과정지표: 투석처방용량, 기관별·수진자별 평균투석시간 및 투석횟수, 조혈제 투여용량, 혈관 통로종류 등, ③ 결과지표: 만성신부전 환자의 사망률 및 삶의질의 강력한 예측인자로 국내외에서 타당성이

널리 입증된 임상지표 (serum albumin, Hct, Blood pressure, Kt/V (URR))를 이용하였다.

평가 작업의 보고서는 2002년 12월 각 의료기관에 직접 발송되었다

심평원에서는 이번 평가 작업 이후 각 의료기관에 평가결과 통보로 자율적 질 관리 유도하고, 정부로 하여금 혈액투석 실시기관 인정 등 기준을 만들도록 하며, 만성신부전 환자 등록사업의 활성화, 그리고 심사와의 연계를 통하여 혈액투석의 질 향상 및 비용효과의 적정성유도를 하겠다고 하였다.

본 적정성 평가와 관련하여 신장학회와 투석전문 협회에서는 진료의 질을 높이고 비용대 편익이 최대한이 되도록 제도화하는 것에 이의를 제기할 사람은 아무도 없으나, 적정성 평가를 위한 공식적인 위원회를 관계 전문가들을 포함하여 구성하도록 하고, 혈액투석 질 향상을 위하여 우선 인공신장실의 시설, 장비, 인력 등의 표준화 규정을 만들어야 하며, 우리나라 혈액투석 환자의 현재 상태를 파악하기 위한 조사, 연구를 전문학회 주관으로 실시토록 요구하였다. 그리고 2001년도에 심평원에서 조사한 바 있는 혈액투석 실시 기관에 대한 기본 자료는 관련 단체에게 공개되어 추후 연구의 기본이 되도록 공유되어야 하며, 치료의 결과 측면에서 비현실적이며 객관적인 검증이 생략된 채 결정된 지표와 기준치는 재검토 되어야 한다고 의견을 제시하였다.

### 의료정책 문제점의 종합 의료급여 혈액투석 정액수가제

2001년 10월 31일 관계기관에 통보한 의료급여수가에 관한 고시는 바로 다음날 11월 1일부터 시행하도록 규정되어 있다. 의료보호가 의료급여라는 명칭으로 변경되었고, 일부 수가의 변경이 있었다. 의료급여 환자는 혈액투석당일 시행한 모든 진료행위 (투약, 검사포함)에 대하여 136,000원으로 정액처리 한다는 것이었다.

신장학회와 투석전문협회는 즉시 특별대책팀을 만들어 정부 당국에 설득을 하면서 동시에 법적 대응을 하였으나 지금까지도 해결되지 않고 있다 (Table 6, 10).

**Table 6. 의료급여 정액수가 관련 요약**

---

\* 1991. 6 의료보호 진료수가 및 지불제도에 관한 연구 (신영수): 급증하는 정부 부담을 억제하기 위하여 DRG를 도입하고 점차 의료보험 분야로 확대 건의, 그러나 대상은 부작용을 최소화하기 위하여 경증질환을 우선하여야 함

\* 2002년부터 의료급여 전체에 시행하려던 DRG 지불제도 전면 유보: 건강보험 부분 DRG 지불제도가 강제가 아닌 자율 참여로 전환하였고, 진료질 저하 등의 부작용에 클 것으로 예상됨

1. 2001. 10. 30 인터넷을 통해 사실을 알게 됨  
 2001. 10. 26 장관내부결재  
 2001. 10. 30 관계기관통보  
 2001. 11. 1 시행
2. 신장학회, 투석전문협회 공동특별대책팀 마련 - 정부측 실득과 법적대응 진행  
 본 제도의 문제점에 대한 신장학회 회원과 환자 등의 서명 작업 (총 2,132명)
3. 2001. 12. 24 효력정지가처분신청 반려:  
 이미 고시가 공포되어 시행 중에 있어 효력정지 시 혼란이 오고 개 병원당 손해보는 금액이 적어 경영상 도산의 우려가 없으며 손해보는 부분은 나중에 청구 보상받을 수 있다.
4. 2002. 3. 22 행정소송 각하: 고시에 의해 구체적인 손해가 발생하지 않았으므로 행정소송의 대상이 아니다
5. 2002. 5. 15 제도 개선을 요구하는 민원제출  
 답변: 대다수 선진국에서 포괄수가를 적용하고 있다  
 수가의 인하는 없었다  
 고유량, 고효율 등 신기술 이용을 보장하기 위한 것이다  
 의료급여수가 결정은 장관의 고유권한이며, 수가 결정을 위한 협의 또는 청문 절차는 반드시 필요하지 않다
5. 2002. 5. 30 관련기관대책회의: 정부측 외 참석자 모두가 문제 있다고 의견을 냄  
 보건복지부, 신장학회, 투석전문협회, 심평원, 투석기기업체, 투석개원의, 환자단체, 보건사회연구원, 건강연대
6. 2002. 11. 28 관련기관대책회의: 총선 이후 여건 변화 예상되므로 추후 논의키로 함  
 보건복지부, 신장학회, 투석전문협회, 환자단체, 심평원

---

**1. 본 고시의 배경**

보건복지부는 만성신부전 환자에 대한 외래 혈액투석비용은 외래 급여비용의 많은 부분을 차지하고 있으며, 해마다 혈액투석 환자수가 늘어나고 있으며, 이들 중 많은 부분이 의료보호 (2000년도 혈액투석 환자 45%가 의료급여)로 전환되어 외래 진료비 증가의 큰 요인이 될 수 있으므로 이에 대한 급여수가 개선이 필요한 것으로 판단되어 만성신부전증 외래 혈액투석수가를 포괄화하는 방안을 마련하였다.

**2. 내용 (의료수가의 기준 및 일반기준)**

제7조 (혈액투석수가) ① 만성신부전증 환자가 외래 혈액투석시에는 의료급여기관 종별에 불구하고 1회당 136,000원의 정액수가로 산정한다. 다만, 약사법 제21조제5항에 해당되지 아니하여 처방전을 발행하여 진료한 경우에는 제2조에 의한다.

② 외래 1회당 혈액투석 정액수가에는 진찰료, 혈액투석수기록, 재료대, 투석액, 필수경구약제 및 ery-

thropointin제제 등 투석당일 투여된 약제 및 검사료 등을 포함한다. 다만, 혈액투석을 위한 정맥내 카테타 삽입술 비용은 별도로 산정할 수 있다.

③ 혈액투석을 받는 만성신부전증 환자가 동일날 다른 상병으로 다른 진료 과목의 전문의에게 진료를 받는 경우, 이에 대한 급여비용은 제2조의 규정에 의하여 별도로 산정한다

**3. 본 고시의 문제점**

**1) 국가의 의무인 복지 정책의 포기**

의료보호제도는 모든 국민이 인간다운 생활을 할 수 있는 기본권을 국가가 보장하고자 하는 복지제도의 일환이다.

과거 70년대 의료보호제도는 정부의 지원정도가 미비하여 제 기능을 수행 할 수 없었던 바, 즉 의료보호수가가 의료보험에 비하여 70% 정도이었고, 재정적 문제로 진료비 지급이 지연되어 의료기관의 의료보호 환자 기피 현상 등 문제점이 커지고 있었다. 이후 국민의 정부는 의료 보호 기간의 연장, 의료보호요양기

관 강제지정, 의료보호진료수가의 현실화, 의료보호대상 확대, 급여진료대상의 확대 등을 추진하였다.

하지만 정치권의 욕심에 의한 복지정책의 확대는 의료보호 재정의 부담을 가져오게 되어 한쪽에서는 사회저소득층에 대한 의료지원이 확대되고 있다고 자화자찬하면서 한편에서는 재정부담을 줄이고자하는 수단이 진행되고 있다.

의료보호제도가 공적부조이며, 사회 각 구성원의 양보가 필요하다고 하더라도 당사자가 감당할 수 있는 수준이어야 할 것이다. 전체 인구 중 의료보호혜택을 받고 있는 국민은 3-4% 정도이지만 혈액투석을 받고 있는 환자는 50%에 이르고 있고, 1, 2차의 경우에는 70%에 가까운 경우도 있다. 따라서 100명 중 3-4명이 의료보호환자라면 자선사업하는 셈치고 정부의 입장을 따를 수 있으나 50%가 넘는 환자를 정액 수가로 진료하라는 것은 생색은 정부가 내고 책임과 부담은 국민의 일부인 의료인에게 떠넘기는 온당치 못한 처사이며 정부의 의무를 포기하는 행위이다.

재정의 부족으로 인하여 진료의 제한이 불가피하다면 의료인에게 책임을 미루지 말고 정부가 직접 나서서 국민을 설득하여야 할 것이다.

## 2) 절차상의 심각한 법적 문제

금번 고시는 행정 절차법에 의한 이해 당사자들의 의견 청취과정을 생략한 채 대한 의사 협회에 2001. 10. 31 공문을 통하여 일방 통보하고 2001. 11. 1 시행하였고, 또한 의료 급여법상의 중앙 의료 급여 심의 위원회의 심의 절차를 미 준수하고, 금번 고시를 공포하였다.

의료급여수가는 대부분 건강보험 수가 결정에 따르도록 되어 있으나 복지법인 외래 수가와 정신과 진료, 혈액투석의 경우에는 특별히 보건복지부 장관이 정하게 되어 있다. 보건복지부의 의견대로 장관 임의로 정한다면 수가 계약이라는 원칙은 없어지게 되며, 차후 수가 인상 등은 정부의 처분만 바라보게 된다. 즉 현행 수가는 지금까지 수준과 차이가 나지 않지만 건강보험 수가가 인상되어도 의료급여 혈액투석수가는 인상이 안 되는 구조이다.

## 3) 원칙에서 벗어난 왜곡된 수가체계

(포괄 수가제가 아닌 정액 수가제)

금번 고시에서 표현하고 있는 정액 수가제는 일반적으로 알고 있는 포괄 수가제와는 전혀 다른 왜곡된 형태이다. 정부측에서는 그 의미의 차이가 엄청 크다

는 것을 알면서도 의도적으로 은폐하여 관계자들을 현혹시키고 있다.

포괄 수가제라는 것은 원래 입원 환자를 대상으로 하여 병원 자원의 소모패턴이 유사한 환자군, 즉 진료 방법이 유사하거나 진료 서비스의 종류 및 양이 비슷하게 소모되는 환자군을 분류하는 체계이다. 즉, 기본적으로 환자의 질환 정도가 유사하여 의료 서비스 및 자원의 투입이 큰 차이가 없는 질병군에 적용되는 것이 원칙이다.

국내에서도 시행하고 있는 시범 사업을 보더라도 분만, 맹장수술, 백내장 수술, 편도선 수술, 탈장수술 등 생명에 큰 지장이 없고 환자간 중증도가 큰 차이가 없는 질병이지만 각 질병마다 환자 상태에 따라 4-6개로 구분하여 분류하고 각기 다른 수가로 책정되어 있다. 예를 들면 1차 병원에서 정상 분만의 경우가 가장 적은 수가는 416,560원이고, 가장 큰 수가는 848,760원으로 같은 정상 분만이지만 두 그룹간의 수가 차이는 무려 두 배가 되고 있다.

이렇게 세세하게 준비해오고 시범 사업을 5년간 시행하였음에도 2002년 1월부터 전 의료기관에 적용하려던 계획이 무산되고 말았다. 중증도 분류가 불합리하고 각 분류마다 적정 수가가 보장이 안되며 결국 왜곡된 의료 행태가 필연적이기 때문에 진료질의 저하가 우려된다는 것 때문이었다.

일부 인공지능장실의 경우 의료 보호 환자의 2001년 4월 투석 1회당 평균 진료비를 살펴보면 최저 122,000이고, 최고 195,000원이다. 이러한 차이는 혈액투석 환자의 경우 합병증의 유무에 따른 것으로 이렇게 큰 차이가 나는 상태에서 하나의 진료 수가로 묶는다고 하는 것이 과연 환자 진료에 어떤 영향을 줄 것인가를 고려한 정책 결정이라고 보기는 어렵다.

의료 급여 전담반에서도 이러한 사실은 정확히 인지하고 있었다. 심평원의 자료와 복지부내 각종 자료를 검토하여도 정액 수가라는 말은 없고, 수가의 포괄화, 포괄 수가제라는 표현을 쓰고 있는 것이 그 증거이며, 단지 보고서 제목이나 별로 중요하지 않은 부분에 정액화라는 표현을 쓰고 있다. 이러한 의도는 복지부 담당자가 금번 고시는 포괄 수가제이라는 것으로 관계자들을 기만하였다고 볼 수 있다. 그러면서 타 국가의 경우에도 혈액투석은 포괄 수가로 하고 있고, 그래서 고유량, 고효율의 투석이 가능한 것처럼 보고서를 꾸미고 있다 (Table 7).

**Table 7. 보건복지부 자료 1 (혈액투석 관련 국내·외 수가 비교)**

구분	국가					
	한국		미국	대만	싱가폴	말레이시아
수가 내역	수가 형태 수가/회	부분포괄	포괄수가	포괄수가	포괄수가	포괄수가
		혈액투석 행위료 56,800원 (자702)	USD 128	USD 125	포괄수가 민간 USD 85-120 자선기금 USD 50	포괄수가 민간 USD 35 공무원 USD 50
	급여내용	재료대, 투석시의 약제만 정액수가, 나머지는 행위별 청구				
투석 방법	종류	저유량		고효율, 고유량		
	재사용			85%	30%	100%
					100%	

**Table 8. 보건복지부 자료 2 (외래 1회당 혈액투석비용 산출근거)**

구분	현행				포괄수가 (안)	비고
	3차 기관	종합 병원	병원	의원		
일당 진료비용	145,057	142,800	137,021	137,728	136,000 <sup>1)</sup>	• 1,000원 미만 절사
혈액투석수가료	69,298	67,024	65,320	63,048	64,320 <sup>2)</sup>	• 진료기관종별 건수 검인 가중평균 금액
재료대	33,900	33,900	33,900	33,900	33,900	• 고시금액
투석액	12,000	12,000	12,000	12,000	12,000	• 투석액 종류별문 1회당 금액
기타 비용	29,859	29,876	25,801	28,780	26,030 <sup>3)</sup>	• 진찰료 50% 이제, 검사료 등 포함

주1. 1)은 항목별 포괄수가안의 합산금액에서 1,000원 미만 단수

2. 2) 혈액투석수가료에 진료기관종별 건수검인 가중평균금액

3. 기타비용: 진료기관종별 내원일 진료비 (투석수가료, 재료대, 투석액)

4. 3)은 기타비용의 총 진료비 비율을 감안한 가중평균금액에서 재진 기본진찰료 50% 적용

따라서 의료 급여 전담반의 설명을 듣는 관계자들을 금번 고시가 포괄 수가제의 일환이며 포괄 수가제의 기본 원칙상 환자들은 질병 중증도에 따라 분류되고 중증도에 따라 각기 다른 수가가 적용되는 것은 당연할 것이고, 타 국가 (주로 선진국)에서 시행한다는 점과 오히려 질 높은 의료행위가 가능할 것으로 오해하게 되어, 이 제도가 가지는 문제를 놓치게 되었고, 제도 시행을 허락한 것으로 보인다 (Table 9).

중증도 반영이 전혀 없는 수가에서 진료의 차별화나 진료질의 저하, 중질환자에 대한 진료포기는 당연할 것이지만 진료 수가의 한계 (수가에서 인정하지 않았다는 이유로)로 인한 진료의 차별화, 진료거부, 진료량의 부족에 의한 의료사고는 모두 의료인의 책임이므로 의료인들이 적극적으로 진료량을 줄이지 못할 것이라는 계산도 있었을 것이다.

#### 4) 수가결정 과정에서 보여준 무지함

##### (1) 수가를 결정함에 있어 총 의료보호 혈액투석 환자 급여비를 혈액투석횟수로 나누어 그 평균으로 하었다고 한다

심사 평가원에서 제출한 자료에 의하면 정액 수가 136,000원을 산출한 근거로 2001년도 상반기에 지급된 전체 혈액투석 관련 급여비를 시행된 전체 투석 횟수로 나눈 것으로 제시하면서 136,000원 정액 수가로 하여도 전체 혈액투석 관련 급여비는 변하지 않으니 의료 기관은 손해가 없다는 논리를 펴고 있다 (Table 8).

아주 쉽게 이야기하면 1년 전체 세금이 4,000만원이 필요할 때 전체 인구 4,000만으로 나누어보면 인구 1인당 1원이므로 개인의 입장을 고려할 필요 없이 모든 국민에게 각 1원씩 세금을 부과시키는 것과 다를 바 없고, 생후 2개월 짜리도 1원내고, 재벌 회장도

**Table 9. 보건복지부 자료 3 (예상되는 문제점)**

행위별 수가에서 진료기관 종별가산율과 진료비용이 높은 병원급이상 진료기관의 반발 및 행위 및 수가 적용을 하는 건강보험과 달리 의료보호만 포괄수가화 한다면 만성신부전 혈액투석환자들의 진료차별을 우려한 민원 등이 제기될 수 있으나, 현재 세계적인 추세가 혈액투석수가는 포괄화되어 있으며 혈액투석은 주기적으로 반복하여 내원하여 시술받고 있으므로 반복적인 진료에 대한 진찰의 난이도와 만성신부전 환자 중 장기투석자의 경우 의료보호 전환되고 있는 집을 감안할 때 불가피한 조치임.

**Table 10. 정액수가제 개선안 (신장학회, 투석전문의협회)**

1. 환자의 중증도에 따른 등급 분류 및 각 등급에 따른 수가 결정은 단시간내에 이루어질 사안이 아니므로 차후에 논의한다.
2. 환자 중증도 분류가 안된 상태에서는 중증도에 따라 진료량의 변화가 큰 부분은 정액수가내에서 제외되어야 최소한의 적정 진료가 보장될 수 있다.
3. 의료 기관 종별 가산율의 차이를 인정하여야 중질환자에 대한 진료가 보장될 수 있다.
4. 위 원칙에 따라 재진료, 투석 기술료, 투석 재료대, 투석액, 규정된 정기검사료만 정액 수가내에 포함시킨다.

1원을 내야하는 것을 항의하면 전체 세금은 늘어난 것이 아니니 국민 부담은 증가된 것이 아니다라는 논리와 같다.

우리나라 의료 기관 모두가 국가 소속이고 그곳에 근무하는 모든 의료 종사자가 공무원이면 이런 발상이 맞을 것이다. 각 의료 기관마다 환자의 중증이 다르다. 같은 수의 환자라도 A병원은 중환자가 많고, B병원은 중환자가 적을 때 A병원에서 손해나는 부분을 B병원이 자발적으로 보전해 주어야 할 것인가? 아니면 중환자는 다른 병원에 보내고 경한 환자만 진료하여야 할 것인가?

**(2) 정액수가에 포함된 진료범위가 명확하지 않다**

고시에 의하면 외래 1회당 혈액투석 정액수가에는 진찰료, 혈액투석수기료, 재료대, 투석액, 필수경구약제 및 erythropoietin제제 등 투석당일 투여된 약제 및 검사료 등을 포함하며, 별도 산정이 가능한 부분으로는 혈액투석을 위한 정맥내 카테타삽입술 비용과 동일날 다른 상병으로 다른 진료 과목의 전문의에게 진료를 받는 경우라고 하였다.

쉽게 말하면 투석 받는 날 각종 검사와 투약은 단일 수가에 포함되는데 1차병원처럼 원장 1인이 있는 경우에는 환자의 편의에 의하여 타과나 타병원에서 처방 받은 약을 주거나 신부전과 관련이 없는 질환인 경우의 검사 (내시경, 골밀도 등)도 정액수가에 묶이게 되고, 대학병원의 경우에도 내과 이외의 진료시에는 별도 산정이 되지만 호흡기, 소화기 등 타 내과분야에서 진료 받을 경우도 타과전문의가 아니므로 (법적으로는 동일한 내과전문의임) 모두 정액수가에 포함

된다.

결국 정액수가에 포함된 진료의 범위는 무한대가 된다. 국민의 재산권과 관련된 법률이 구체적이지 못하여 재산권 침해가 우려된다.

**(3) 의료기관 종별에 따른 가산율이 없다**

의료기관별 특히 대학 병원의 경우 투입되는 진료량의 차이는 분명히 있으며 지금까지 정부에서도 의료보호 환자의 차별 진료를 없애고자 종별 가산율을 현실화하여 왔다. 정액수가제는 의료보호 환자에 대한 차별 진료를 유도하는 것이며, 대학 병원으로의 진료를 줄여 보고자 하는 것과 의료 기관간의 갈등을 일으키는 불순한 의도가 있다고 본다,

**(4) 재진료를 50%만 인정하였다**

현 건강보험수가 규정에는 물리치료, 주사 등 일시에 처방 지시하여 의사의 진찰 행위 없이 매일 또는 반복하여 내원하여 물리치료, 주사 등을 시술받는 경우 재진료를 50%만 인정하도록 되어있다. 정부에서는 이 규정을 인용하여 혈액투석환자는 매일 또는 반복하여 내원하여 치료하기 때문에 물리치료와 같이 취급한다는 것이 보건 복지부의 의견이다.

**(5) 정액 수가이의 별도 산정이 가능하다는 것은 허구이다**

본 고시에서 외래 혈액투석수가 중 별도 산정이 가능한 것은

- ① 투석을 받지 않는 날 투여된 약제 및 검사료
- ② 혈액투석을 위한 정맥내 카테타 삽입술
- ③ 투석 당일 다른 상병으로 다른 진료과목의 전문의에게 진료를 받는 경우

④ 약사법 제21조 제5항에 해당되지 않는 경우로 한정이 되어 있다.

이처럼 고시에서는 별도 산정이 가능한 것처럼 되어 있으나 다음과 같은 현실적인 이유로 별도 산정이라는 항목은 있으나 마나한 불가능한 것이다.

가. 1차의료기관의 경우 원장 1인이 모든 처방을 해야 하는데 고시에는 다른 질환, 다른 전문의 진료시에만 별도 인정이 가능하기 때문에 손해를 안 보려면 다른 의원으로 환자를 보내야 한다. 그러나 과연 그것이 가능할 것인가. 1주에 3회를 평생 병원에 다니는 환자에게 감기약 처방을 받으라고 다른 의원으로 내몰 수 없다. 또한 현행 의료법상 내과 분과는 타과 전문의로 인정되지 않기 때문에 종합병원의 경우 같은 내과라 하더라도 호흡기, 순환기, 소화기, 내분비등 다른 내과 분과 진료에 대한 부분도 정액 수가내에 포함되게 되어 있다. 따라서 대학 병원의 환자들은 내과 분과에 대한 진료가 필요할 시 투석 당일엔 진료를 거부당할 수 있게 된다.

나. 고시에서는 투석 당일 투여된 약제 및 검사료 등을 포함한다고 되어 있다. 그러나 불가피하게 투석 당일에만 투여해야 할 약제들이 있는데 10만원 상당의 알부민 주사, 5-6만원 정도 소요되는 수혈 등은 투석을 하면서 투여해야 할 대표적인 것이다. 또한 환자가 되도록 병원에 오지 않도록 하기 위하여 투석 당일에 모든 처방전, 투약, 검사를 하게 된다. 병원 입장에서야 투석하지 않는 날 환자가 내원하여 투약 받고 검사해도 지장이 없으나 환자를 고려한다면 그럴 수가 없다.

다. 수가 코드의 제한

외래 혈액투석 수가 코드는 (O9991) 한가지이다. 타과 진료가 불가능한 의원급의 경우 청구 명세서에 다른 내용이 들어갈 수가 없다. 청구 프로그램 자체도 다른 내용이 인쇄될 수가 없게 되어있다.

라. 만성 신부전증 환자들 모두 신장 장애 2등급으로 약사법 제21조 제5항 8에 해당되어 별도 산정할 수 없다.

마. 혈액투석을 위한 정맥내 카테타 삽입은 응급의 경우나, 혈액투석 초기 시행시하는 시술이기 때문에 외래 투석 환자에게는 해당되지도 않는 내용이다.

바. 청구과정에서의 문제

수가코드가 분명히 정해져 있고 명세서 작성에 관한 내부지침이 확정되어 관계자들에 대한 교육이 완료되

었으며 진료비 청구 프로그램 회사에는 내부 지침대로 청구 명세서가 작성되도록 지시를 한 상태이다.

따라서 병원에서는 심평원의 내부지침에 의하지 않고 명세서를 작성하기 위해서는 별도의 청구 프로그램을 만들던지 일일이 수작업을 통하여야 하는데 현실적으로 불가능하다. 과거 방법으로 명세서를 작성하면 접수는 받아 주겠지만 심사 최초단계에서 형식에 맞지 않는다고 내용도 보지 않고 반려 조치될 것이다.

#### 4. 행정소송 및 협의 과정에서 보여 준 정부태도

① 의료급여제도는 공공복리를 위하여 국가재정에 의해 시행되는 복지정책으로 의료 사용자, 공급자 모두 기본권 제한은 어쩔 수 없다. 즉 의료계는 재산권 침해나 직업 수행 자유의 침해를 감수하여야 한다.

② 의료급여수가를 결정함에 있어 심의위원회 심의 과정을 꼭 거칠 필요가 없거나 심의결정을 따른 필요가 없다. 본 고시의 경우 사후 심의 시 의의가 없었으므로 하자가 없다.

③ 의료급여수가 결정은 행정위임사항이기 때문에 이해 당사자의 청문 절차가 필요없다.

④ 의료급여는 국고 부담으로 이루어지므로 의료급여수가를 보건복지부장관이 임의로 정한 것은 정당하다.

⑤ 현 수가는 결코 불합리하지 않다.

가. 장기기증본부 등과 같이 현재 수가아래에서 본인부담금을 받지 않고도 운영이 가능한 것이 그 반증이다.

나. 혈액투석은 1, 2, 3차 의료기관 사이에 진료의 난이도, 진료 량의 차이가 없다.

다. 매일, 또는 반복적으로 시행하므로 재진료 50% 적용은 당연하다.

라. 총 지급된 의료급여비를 근거로 평균진료비 산정을 하였으므로 수가 인하는 없다.

마. 투석막 재사용을 하면 원가 절감이 된다.

⑥ 잘못된 정보로 여론을 나쁘게 만든다. 외국의 사례를 부정확하게 인용하고, 환자들에게는 부담이 줄어든다고 하고, 시민단체 등에게는 의료인이 원가절감의 노력이 부족하다는 인상을 주었다.

⑦ 시간이 지나면 의료기관이 적용할 것이다. 그러나 결코 진료량의 축소는 없을 것이다.

⑧ 이미 시행되었기 때문에 고시 철회는 안된다.

### 정리하는 글

어떠한 요인이 되었든 앞으로 보험재정의 불안정(적자)은 지속될 것이며, 현 참여정부의 의료정책 방향으로 공급자 규제와 의료의 공공성 강화 원칙은 변하지 않을 것이다. 따라서 의료기관의 어려움은 지속될 것이며, 일부 의료인들이 우려하는 의료의 사회주의화가 짧은 시일 내 이루어지지 않는다고 보장할 수 없다.

국민의 정부 초기에 교육 개혁이란 이름으로 교육현장을 흔들며 놓고 교사들을 몰몰치한 존재로 매도하여 얻은 결과로 공교육의 몰락, 사교육비의 급등 현상이 나타나고, 그로 인한 사회적 문제들이 구조화된 지금은 공교육을 살리는 방법은 없어졌다. 현재 의료개혁이라는 정책도 이러한 실패의 흐름에 떠밀려 가고 있는 것은 아닐까 걱정이 된다.

이런 상황에서 의료계는 눈앞의 개인의 이익을 얻으려 하기 보다는 공동의 생존을 위하여야 할 것이며, 진료현장을 지키는 일 뿐 아니라 의료정책결정 과정에 능동적으로 참여하도록 하고, 문제 해결을 위하여는 서로의 위치를 떠나 성실한 협조가 필요하다는 것을 강조하고자 한다.

### 참 고 문 헌

- 1) 2001년 신대체요법 현황조사. 대한신장학회 2002
- 2) 2002년1월 포괄수가제도 실시 계획 2001 보건복지부
- 3) 강길원 : DRG 지불 제도 도입 논란에 대한 견해. 2003
- 4) 국민건강보험재정안정 및 의약분업정착종합대책. 보건복지부 2001
- 5) 국민의 정부 성과 (사회복지분야). 청와대 홈페이지 2002
- 6) 김용익 : 한국보건의료의 문제점과 개혁방향. 2003
- 7) 김일순 : 한국의료비전 제시를 위한 제도개선방향. 2002

- 8) 김종대 : 건강보험 재정 과탄과 건강보험제도 개혁 방안. 2002
- 9) 만성신부전증 외래혈액투석 수가 포괄화 방안. 보건복지부 2001
- 10) 박은철 : 건강보험의 틀을 바꾸자. 2003
- 11) 보건복지부 고시 제2001-55호 (의료급여수가) 2001
- 12) 보도자료 (건강보험재정 8년만에 흑자). 보건복지부 2003
- 13) 보도자료 (고액진료 환자). 건강보험공단 2001
- 14) 보도자료 (고액진료환자) 건강보험공단 2003
- 15) 보도자료 (혈액투석을 평가대상으로 선정). 심평원 2001
- 16) 손명세 : 각 국 의료제도의 비교. 2002
- 17) 신영수 의료보호 진료수가 및 지불제도에 관한 연구. 1991
- 18) 외국의 건강 보험 제도. 심평원 2001
- 19) 의료급여 내실화 및 재정 건전화 종합대책. 보건복지부 2001
- 20) 의료급여 DRG 지불제도 도입연구. 한국보건산업진흥원 2002
- 21) 의료보험수가구조개편을 위한 상대가치 개발. 연세대 보건정책연구소 1997
- 22) 이선희 : 건강보험심사 평가 정책의 문제점과 개선 방향. 2003
- 23) 이선희 : 의료비 지불제도와 의료보험수가. 2002
- 24) 이태원 : 투석관계 보험급여의 문제점. 대한신장학회 투석관련 심포지움 2001
- 25) 정기택 : 민영 의료 보험의 현황과 발전 방향. 2003
- 26) 정액수가결정처분 취소 사건 관련 서류. 대한신장학회 투석전문의협회 2002
- 27) 제1차 중앙의료급여 심의위원회 회의록. 보건복지부 2001
- 28) 참여정부 출범 6개월 (보건복지분야의 성과와 과제). 보건복지부 2003
- 29) 탄원서 (혈액투석정액수가제에 대하여). 대한신장학회 투석전문의협회 2002
- 30) 혈액투석 적정성 평가 보고서. 심평원 2002
- 31) 혈액투석정액수가 특별대책위원회 회의록. 대한신장학회 2001
- 32) 박개성, 광태우, 김형규 : 의료정책과 병원경영. 몸과 마음 2002
- 33) 허호영, 김용아, 송인숙 : 한국의료개혁 2010. 조선일보사 2003
- 34) 안중주 : 한국의사들이 사는 법. 한울 2002