

醫療保險 診療費 審査支拂制度 改善方向의 摸索

I. 序 論
 ^ II. 問題點
 目 III. 主要支拂方式의 特性
 次 IV. 改善方案
 v V. 結 論

I. 序 論

1977年 우리나라에 社會保險으로서의 醫療保險이 本格的으로 導入되면서 醫療保險 診療費支拂制度는 醫師의 傳統的 慣行에 가장 適合한 行爲別酬價方式(Fee-for-Service)이 採擇되어 오늘에 이르고 있다.

그러나 이 方式이 안고 있는 根本的인 問題點들이 擡頭되기 시작하면서 支拂制度의 改革 내지 改善方法을 둘러싼 論難이 끝이지 않고 있으며, 급기야는 利害當事者間의 첨예한 對立樣相까지 露呈되고 있다. 利害當事者란 醫療 서비스의 供給者와 需要者를 말하는데, 여기서는 爭點을 單純化하기 위하여 供給者와 需要者의 利害代辯者를 醫師와 保險者로 간주하기로 한다.

우리나라의 診療費支拂制度는 一般的으로 單價制度라 불리는 行爲別酬價方式이다. 單價制度下에서는 醫療保險을 適用할 수 있는 診療行爲의 種類와 各診療行爲의 單價가 미리 決定되며, 醫師가 保險者에게 請求할 수 있는 藥劑의 種類와 價格도 藥價基準에 의하여 制約받는다.

이 制度가 안고 있는 限界를 醫師側에서 보면 다음과 같다. 첫째, 醫師의 知識이나 經驗과 같은 個人的 資質, 또는 患者에 대한 判斷이나 指導力 등 物理的으로 評價할 수 없는 技術的 側面이 經濟的 評價를 받지 못한다는 것, 둘째로, 새로운 技術이나 藥劑의 使用에 대해서는 各種 制限과 條件이 있고, 이같은 制限이나 條件의 符合 與否는 審査에 의하여 決定되는데, 審査의 不合理에 의한 損害는 全的으로 醫師가 負擔하

*韓國人口保健研究院 責任研究員

지 않으면 안된다는 것. 그리고 끝으로, 새로운 治療法이나 藥劑 등이 保險의 適用을 받기까지에는 상당한 時間的 隔差가 있다는 點 등이다.

이에 대하여 保險者側은 다음과 같은 否定的 側面들을 열거하며 現行 診療費支拂制度가 改善되어야 한다고 力說한다. 첫째, 行爲別酬價制는 醫師에게 利潤追求의 動機를 부여하게 하므로써 過剩診療 및 過剩投藥이라는 바람직하지 않은 現象을 낳게 한다는 것. 둘째, 이로부터 派生되는 診療費의 急増이 保險者側에 壓迫要因으로 作用하여 保險財政을 위태롭게 한다는 것. 그리고 이같은 不合理한 支拂制度는 結果적으로 健全한 醫療制度의 發展을 阻害하고 있다는 것 등이다.

以上과 같은 兩側의 主張은 醫療와 保險이라는 本質的 特性에 根據한 것이어서 쉽사리 相容될 性質의 것이 아니다. 最高水準의 專門職業人인 醫師는 確固한 職業倫理觀에 입각하여 疾病으로부터의 解放에 最高, 最善의 價値를 부여한다. 따라서 醫師는 이 價値를 實現시키는 手段의 動員이나 方法의 行使에 대하여 어떤 制約이나 干涉도 받기를 拒否한다.

그러나 保險者는 이같은 醫師의 主張을 도저히 受容할 수 없는 現實的 與件을 強調한다. 診療費에 所要되는 財源을 調達하는데는 限界가 있으므로 負擔可能한 線 以上の 診療費支出은 抑制되어야 하며, 특히 收支相等의 原則을 前提로 하는 保險方式에서 더욱 그럴 수 밖에 없다고 말한다.

以上과 같은 兩側의 立場은 극히 相反된 內容이어서 두 主張을 다같이 充足시킬 수 있는 制度의 改善이란 不可能한 것처럼 보인다. 그러나 一見 可望없이 보이는 兩側의 利害對立이 深化되는 것은 利害當事者에게 있어서나 社會全體의 統合이라는 次元에 있어서 바람직한 일이 아니다.

II. 現行制度의 問題點들

1. 行政節次의 複雜

現行制度下의 診療費 請求에서 支給에 이르는 過程은 複雜한 節次를 거치게 되어 있어, 이에 는 막대한 人力과 時間을 所要하게 된다.

먼저 療養取扱機關이 作成, 請求하는 診療費請求書와 診療費明細書는 이를 記載하는데 專門的인 知識을 必要로 하기 때문에 醫務記錄士와 같은 專門要員이 業務를 擔

當하는 것이 바람직하다. 그러나 우리 實情에는 專門要員의 人力이 絶對적으로 不足할 뿐만 아니라, 설혹 充足된다고 할지라도 醫療機關의 零細性으로 인하여 이들을 雇傭할 立場이 아니다. 따라서 大部分의 零細的인 醫療機關은 이를 作成하는데 있어 醫師 自身이나 아니면 看護要員 혹은 家族員의 助力에 의하지 않을 수 밖에 없기 때문에, 이것이 醫師의 業務量을 過重하게 하며, 또한 請求書類의 記載 錯誤를 야기시키는 原因이 된다.

한편 이렇게 作成된 診療費請求書의 接受窓口가 多様한데서 오는 業務의 複雜性이 있다. 예를들면 어느 1次診療機關이 患者를 診療했을 경우, 그가 職場이나 公·教 또는 職種組合의 被保險者라면 該當地域의 聯合會支部에 診療費를 請求하고, 地域組合의 被保險者라면 該當地域組合에 請求하며, 醫療保護 對象者라면 聯合會 本部에 請求하도록 되어 있다.

2. 道德的 危害(Moral Hazard)

어떠한 保險에서나 道德的 危害의¹⁾ 問題는 必然적으로 登場한다. 예컨대 保險으로 損害가 모두 報償되기 때문에 自動車의 運轉注意를 게을리한다던가, 불조심을 하지 않아 그로 인한 自動車 事故나 火災가 자주 發生하여 結果적으로 保險料가 높아지는 경우 등이 그것이다.

그런데 醫療保險에 있어서도 이같은 道德的 危害는 發生하며, 특히 現物給與와 行爲別酬價制를 採擇하고 있는 醫療保險制度下에서 심하다는 主張이 一般的이다. 그러나 醫療保險에서의 道德的 危害는 다른 保險의 그것과는 달리 特殊한 側面이 있으므로 이 用語를 使用할 때에는 조심할 必要가 있다.

醫療保險 以外の 保險에 있어서는 保險과 關聯된 當事者가 保險者와 被保險者라는 兩者에 局限되며, 따라서 道德的 危害의 主體는 당연히 被保險者가 된다. 그런데 醫療保險에 있어서는 被保險者 以外에 醫療供給者가 道德的 危害의 主體로 登場한다. 따라서 醫療保險에서 道德的 危害라는 用語를 使用할 때에는 그 主體가 被保險者인가 醫療供給者인가, 다시 말하면 患者를 意味하는가 아니면 醫師를 意味하는가를 分明히

1) A. Donabedian은 “Benefits in Medical Programs”, Harvard Univ. Press, 1976에서 醫療保險에 ‘Moral Hazard’라는 用語를 使用하는 것은 醫療의 特性을 고려하지 않은 것이라면서 ‘Behavioral Hazard’ 또는 ‘Utilization Hazard’라고 表現해야 한다고 주장하고 있다.

밝힐 필요가 있다.

그러면 醫療保險에서의 道德的 危害란 어떤 行爲를 말하는가를 먼저 살펴보기로 한다. 患者의 경우 道德的 危害라고 想定할 수 있는 行爲는 不必要하게 醫療機關을 利用하는 것이 되고, 醫師側의 경우에는 患者에게 不必要한 診療行爲를 하는 것이 된다. 그렇다면 위의 두가지 不必要한 行爲 가운데서 어느쪽이 道德的 危害에 該當되는가.

結論부터 말한다면 患者의 不必要한 行爲는 道德的 危害가 아니라고 斷定하기는 어려워도 醫師의 그것에 비하면 無視하여도 좋을 程度의 것이라는 點이다. 그 理由는 첫째, 診療行爲에는 거의라고 해도 좋을 정도로 苦痛이 隨伴되기 마련이어서 健康한 사람이 不必要하게 診療行爲를 받는 것은 例外的인 現象이라고²⁾ 생각할 수밖에 없고, 둘째, 이같은 例外的인 경우조차 그것이 道德的 危害로 作用하는데는 醫師의 不必要한 診療行爲가 前提되어야 하기 때문이다.

이렇게 볼 때 醫療保險에서의 道德的 危害란 醫師의 不必要한 診療行爲를 意味하는 것이 된다. 醫師의 道德的 危害, 즉 不必要한 診療行爲란 이른바 過剩診療, 過剩檢査 및 投藥을 말한다. 비록 患者側이 不必要하게 醫療機關을 利用하는 道德的 危害의 動機를 提供한다고 하더라도, 醫師가 患者에게 正常이라 말하고 돌려보낸다면 道德的 危害는 發生하지 않을 것이다. 요컨대 患者側은 醫師에게 갈 것인가, 말 것인가의 判斷까지는 하지만 그 以後의 醫學的 判斷은 全的으로 醫師의 裁量에 달려있다. 이같은 事實을 看過하고 道德的 危害를 論議할 때, 이를 흔히 “患者의 無分別한 醫療機關 利用” 운운하며 그 責任이 마치 患者側에 있는 것처럼 斷定하는 것은 醫師가 主導한 道德的 危害를 患者에게 떠넘기는 責任轉嫁에 지나지 않는다.

3. 利潤追求

아마도 地球上의 수많은 國家들 가운데서 醫療供給體系에 營利的 色彩가 가장 진하게 배어있는 나라는 우리나라와 日本일 것이다. 醫療의 營利性 問題로 苦心하고 있는 두 나라가 醫療保險 診療費支拂方式으로 行爲別酬價制를 採擇하고 있다는 것은 示唆하는바가 크다.

2) 日本의 經濟學者 稻田獻一은 老人醫療의 경우에는 이 點이 問題가 되는 일이 있다면서, “그러나 그 程度의 일은 社會的 孝行으로 크게 봐줄 수 있지않은가”라고 말하고 있다. 醫療의 經濟學的 分析, 日本評論社, 1987. p.30.

事實, 行爲別酬價制의 가장 큰 問題點이 醫師에게 利潤追求의 動機를 부여하게 한다는 點임을 여러 學者들에 의하여 지적되고 있다. 醫療에서의 營利性 排除問題는 이제 當然한 것으로 받아들여지고 있으며, 問題는 어떻게하면 醫療에 營利性이 介入되지 않도록하는 制度的 裝置를 마련하는가에 있다. 즉, 우리의 當面課題는 어떻게 하면 資本主義社會體制 속에서 醫療의 非營利性을 確保하는가 하는 것이다.

두 말할 必要조차 없이 行爲別酬價制는 資本主義經濟原理에 가장 適合한 支拂方式이다. 그것은 醫療 서비스의 供給이 自由競爭的이며 能力이 있고 부지런히 일하는 者가 높은 收益을 올릴 수 있다는 점에서 그렇다. 行爲別酬價制下에서는 患者數와 個個患者에 대한 診療行爲의 量에 따라 酬價가 支拂되기 때문에 醫師側에서 볼 때에는 一定의 收益을 올리기 위해서는 一定의 患者 또는 一定의 診療行爲를 確保하거나 遂行하지 않으면 안되게 되어 있다.

그러면 一定의 收益이란 무엇인가. 물론 收益이란 會計에서 말하는 收入에서 費用을 뺀 差益이 될 것이다. 따라서 一定의 收益을 올리기 위해서는 收入을 늘리거나 費用을 줄이는 두가지 方法을 취하지 않을 수밖에 없게 된다. 여기서 一定의 收益이라고 말하는 것은 醫療에서 營利性이 排除되어야 한다는 當爲性으로 인하여 醫師는 收益을 極大化시키려는 行動을 취하지 않는다고 前提하기 때문이다. 그렇다면 醫師의 一定 收益은 어느 水準이 되며, 그것은 누가 決定하는가. 醫療 서비스가 國家管理에 의하여 提供되는 俸給制나 人頭制는 論外로 하고 結論부터 말하면 行爲別酬價制에 있어서는 醫師 自身이 一定의 收益水準을 決定하게 된다. 醫師側이 行爲別酬價制를 選好하는 것은 이 때문인데, 「펠드스타인」은 이를 目標收益假設(The Target Income Hypothesis) 이라 表現하며 이렇게 말하고 있다.³⁾

즉, “醫師가 創出하는 需要의 範圍와 決定되는 價格은 醫師가 바라는 目標收益을 土臺로 한다고 一部 經濟學者에 의하여 提唱되고 있다. 醫師의 價格決定이라는 目標收益假設은 醫師數가 增加하면 醫師들은 自身の 目標收益을 充足시키기 위하여 價格과 需要를 增大시킨다는 것을 意味한다. 目標收益은 地域의 所得分布에 따라 決定되는데, 특히 地域內의 同僚醫師와 齒科醫師 및 辯護士와 같은 專門職의 所得에 좌우된다……”.

이 假設에 대한 妥當性은 우리나라에서 아직 檢證된바 없어 이를 適用하는 데는 相

3) P. J. Feldstein, *Health Care Economics*, John Wiley & Sons, 1983, p.184~188.

當한 反論이 豫想되므로 慎重을 기하여야 하리라고 생각된다. 그러나 一部 外國에서는 이에 관한 實證的 研究가 遂行되고 있으며,⁴⁾ 國民1人當醫療費의 地域間格差를 解明하는 有力한 端緒가 되고 있으므로 이의 受容 與否는 今後의 深層的 研究에 맡길 일이지만, 醫師의 目標收益이 適正水準에서 自律的으로 調節된다면 이 假設은 醫師側에 有利한 論據를 提供할지도 모른다.

그러나 問題는 目標收益이 適正水準인가 아닌가가 아니라, 目標收益을 達成하기 위하여 醫師는 行爲別酬價制下에서 어떻게 機能하는가이다.

4. 過剩 診療

行爲別酬價制下에서 醫師가 一定의 收益을 올리기 위해서는 一定數의 患者와 一定量의 診療行爲를 確保, 遂行하지 않으면 안된다는 事實은 앞에서 밝힌바와 같다. 그런데 이 過程에서 수반되는 가장 核心的인 問題가 不必要한 診療, 즉, 過剩診療, 過剩檢査 및 過剩投藥인데 이같은 現象이 發生하는 것은 行爲別酬價制에서는 必然的이다. 왜냐하면 이 支拂方式下에서는 醫師가 醫學的으로 不必要한 診療行爲를 遂行하더라도 그에 대한 診療報酬가 支拂되기 때문이다. 이 點에 대하여 「폭스」는 이렇게 말하고 있다.⁵⁾

“다른 分野와 마찬가지로 醫師도 部分的으로는 經濟的 要因에 의하여 誘引된다. 여러 狀況이 患者의 健康에 대한 偏見이 없는 選擇的인 決定을 許容하기 때문에 醫師가 그같은 決定을 하는데 있어 그의 經濟的 利益이나 不利益에 의하여 影響받는다고 豫想하는 것은 不合理한 일이 아니다”.

그렇다고 過剩診療에 따르는 모든 責任을 行爲別酬價制라는 制度 自體나 醫師의 이 制度의 惡用으로 돌리는 것은 穩當한 일이 아니다. 요컨대 問題는 醫師가 이 制度를 惡用할 素地가 다분히 있다는 點인데, 惡用할 素地를 낳게하는 條件의 하나가 醫療保險診療酬價의 一般의 水準이 낮다는 事實에서 起因함을 醫師側만 아니라 모두가 認定하는 바다. 즉, 醫師들은 一定收益을 올리기 위해서는 一定의 患者에게 無害하거나

4) 이에 관한 研究로는 M. S. Feldstein의 *The Rising Price of Physicians Service*, 및 R. G. Evans의 *Supplier Induced Demand* 등이 있다.

5) Victor R. Fuchs, "Impact of National Health Insurance Plan on Costs," *National Health Insurance*, 1971, p.194.

不必要한 追加的인 一定의 診療行爲를 遂行하지 않으면 안된다. 바로 過剩檢査, 過剩注射, 藥劑處方의 過多 등이 그것인데, 最近에 이르러서는 高價의 醫療機器가 過度하게 使用되는 傾向도 보이고 있다. 그렇다고 過剩診療의 現象을 全的으로 낮은 診療酬價에서 起因한다고 斷定하는 것도 問題를 지나치게 皮相的으로 보는 것이다. 「폭스」는 過剩診療의 問題를 醫師의 善意라는 側面에서 보면서 이를 ‘技術的 絶迫性(Technological Imperative)’이라고 表現한다. 醫師는 經濟的 動機 못지않게 그의 教育背景이나 醫療環境, 나아가서 患者와의 人間關係에서도 影響 받는다면 다음과 같이 말하고 있다.⁶⁾

“몇가지 目標을 追求하는데 있어서 醫師들은 여러 問題點에 當面하게 된다.— 즉, 情報의 不足, 不合理하고 非協調的인 患者, 不正診療訴訟에 대한 恐怖, 診療의 모든 側面에 대한 不充分한 統制(예컨대 病院에서의) 등이 그것이다.”

이럴테면 醫師의 防禦的 診療의 不可避性을 지적하고 있는데, 이 問題는 行爲別酬價制 뿐만 아니라 醫療一般에 共通的으로 適用되는 現象이므로 더 以上 다루지 않고 低酬價와 過剩診療의 問題로 돌아가기로 한다.

만약 낮은 酬價로 인하여 過剩診療라는 醫師의 對應方式이 登場하였다면, 이를 防止하는 手段은 그 原因을 防止하는 일, 즉 診療酬價의 水準을 引上하면 解決될 것이다. 그런데 問題의 深刻性은 이런 方法으로 쉽게 解決될 程度로 問題가 單純하지 않다는 데 있다. 高度의 醫療裝備와 醫藥品의 開發 등에 의한 費用의 急騰은 多少의 診療酬價의 引上만으로는 充足되지 않으며, 가령 一時的으로 充足된다고 하더라도 人間の 報酬水準 내지 所得水準의 要求에는 限界를 정하기 어렵기 때문에 低水準의 診療酬價 → 過剩診療 → 酬價引上이라는 惡循環이 반복될 것이다.

過剩診療가 招來하는 否定的인 影響은 아무리 지적하여도 모자람이 없을 것이다. 過剩診療는 그것이 善意에서건 惡意에서 結果되었던간에 社會적으로 莫大한 人的, 物的 損失을 自招한다. 人的 損失이란 過剩診療·檢査 및 過剩投藥에서 起因하는 醫原性 疾患(Iatrogenic Disease)⁷⁾과 藥禍에 의한 健康喪失을 말하고, 物的 損失이란 資源의 浪費 및 財政의 不安定을 意味한다.

6) 前掲書, p.194.

7) Victor R. Fuchs, Economics, Health and Post-Industrial Society, Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, Vol. 57, No. 2, 1979, p.157.

「폭스」는 醫原性 疾患을 이렇게 說明하고 있다. “醫學的·外科的 處置가 以前보다 아주 強力해졌기 때문에 이것들에는 커다란 危險이 따른다. 때로 過剩診療나 過誤診療는 전혀 診療를 하지 않는 것보다 더 큰 害를 입힐수 있다.”

이같은 人的·物的 損失의 具體的 現象이 診療費의 上昇임을 두말할 必要가 없다.

5. 診療費의 增加

診療費 支拂方式중에서 行爲別酬價制를 採擇하고 있는 國家들이 共通的으로 當面하는 問題點이 上昇하는 診療費를 어떻게 抑制하는가 하는 것이다. 우리나라도 例外는 아니어서 療養給與로 支給된 診療費의 年間 總額은 '80年の 1,259億 4千8百萬원에서 '87년에는 6,340億 3千4百萬원으로 7年間 4倍 以上 增加하고 있다. 그러나 우리나라의 경우, 이같은 急激한 增加는 醫療保險 適用對象者의 年次的 擴大에 기인한 것이어서 年間 總診療費의 增加를 單純히 比較하여 이를 支拂方式과 聯關지우는 것은 無意味한 일이다.

그리고 실령 醫療保險 被保險者數가 어느 程度 固定되었다고 하더라도 醫療保險 診療費의 增加 趨勢를 時系列的으로 分析하여 이를 特定の 診療費支拂制度和 相關시키는 것은 無益한 일이 될 것이다. 왜냐하면 診療費를 上昇시키는 要因은 支拂方式 以外에도 人口構造의 變化, 疾病樣相의 變化, 醫藥技術의 發達 등의 諸要因이 作用하기 때문이다. 그밖에도 保險給與의 對象이 되지 않는 診療費의 規模가 어느 程度인지를 밝힐 수 있는 資料 또한 우리나라에는 存在하지 않는다.

6. 利害對立

診療費의 上昇이 保險財政을 惡化시키고, 이것이 被保險者의 保險料 負擔을 加重시키는 結果에 이르게 한다는 事實은 常識的인 이야기이다. 診療費의 上昇現象은 醫師側에게는 收入의 增大를 意味하지만 保險者에게 있어서는 支出의 增大라는 苦痛을 수반하는 일이다. 여기에서 醫師와 保險者間에는 서로의 몫을 지키려는 利害對立의 樣相이 不可避하게 나타나게 된다.

利害對立의 核心은 診療費의 增加와 이의 抑制가 될 것인데, 醫師側은 診療酬價의 引上을 무단히 要求하며 保險者側은 이를 統制하기 위한 온갖 手段을 動員한다. 醫師들은 醫療保險實施 이후 그들의 收入은 낮아진 반면 勞動負擔은 전에 비하여 훨씬 높

아졌다고 주장한다. 또한 이제까지의 診療酬價의 改正이 經濟成長이나 國民所得, 그리고 物價上昇에 相應하지 못한채 一方的인 不利益을 당하고 있다고 말한다. 그리고 이들은 保險者가 취하는 各種 統制手段에 대하여 그 不合理性을 지적하며 그 改善을 強力히 要求하고 있다. 그 代表的인 例가 診療費審査機構의 獨立性 保障에 대한 要求인데 이 問題에 관해서는 後述할 것이다. 醫師側의 主張에 대한 保險者의 그것은 完全한 逆의 立場이어서 詳述을 피하기로 하지만, 醫師側 主張의 根底에는 經濟的인 要因 말고도 社會心理的인 背景이 存在하며 이것이 兩側의 利害對立을 解消시키는데 否定的인 役割을 한다는 事實만을 지적하는 것이 좋을 듯하다.

社會心理的 要因이란 醫師側이 公公然하게 내세우는 立場은 아니지만 다음과 같은 것이다. 즉, 醫療保險의 保險者나 國家財政이 醫療를 支配하는 體制에 대하여 醫師側이 갖는 抵抗感이 그것이다. 얼마전까지만 하여도 醫師들은 財政的인 理由때문에 그들의 醫療行爲가 制約받으리라고는 想像하지도 못했을 것이다. 그들은 스스로 聖職者라 생각하였으며 一般國民도 醫師는 仁術을 베푸는 聖職者라 여기고 尊敬하였다. 그러나 醫療保險制度의 導入과 함께 醫師의 職業的 自尊心은 커다란 打撃을 받게 되었다. 그들의 職業的 倫理는 無視되고 모든 醫療行爲는 規制와 統制의 對象이 되고 말았다. 말하자면 聖職者라는 美名이 惡用者라는 汚名으로 轉落한 셈인데 醫師에게 있어서 이것만큼 屈辱的인 일은 없을 것이다.

經濟的 利害와 社會心理的 渴藤에서 起因한 醫師와 保險者의 極端的인 對立은 社會全體에서 볼 때 전혀 所望스러운 일이 아니다. 이같은 對立은 社會統合을 沮害함은 물론, 國民健康을 增進시킨다는 醫療保險의 窮極의 目標를 達成하는데도 나쁜 影響을 미칠 것이기 때문이다.

7. 醫療制度에의 影響

끝으로 診療費支拂方式중에서 行爲別酬價制가 안고 있는 가장 큰 問題點은 이 制度가 全體醫療制度의 發展에 미치는 影響일 것이다. 두말할 必要없이 醫療保險의 目標는 社會的 價値로 認定된 健康을 實現시키기 위한 費用負擔制度이다. 따라서 넓은 意味에서 볼 때, 醫療保險制度는 醫療制度라는 上位의 社會制度속에 有機的으로 結合되는 것이 바람직한 것이다. 이때 바람직한 醫療制度라는 意味는 醫師를 비롯한 醫療專門人力이 그들의 職業的 倫理에 따라 行動하며, 最適의 醫療行爲가 遂行되도록

하는 制度的 保證이 前提 되어야 한다는 것이다. 그리고 診療費支拂制度 역시 個個專門人力의 職業的 倫理와 矛盾되는 것이어서는 안된다.

그런데 우리의 경우를 보면, 醫療制度라고 表現하기 困難할 程度로 많은 欠陷을 안고 있다. 專門人力의 養成은 均衡을 잃고 있고, 醫療資源의 配置는 偏在되어 있으며 醫藥分業制度조차 實施되지 못하고 있다. 醫療制度의 未備를 行爲別酬價制의 탓으로 돌리는 것은 隱當한 일이 아니다. 오히려 自由開業醫制에서 緣由된 跛行的인 醫療制度의 產物이 現行의 行爲別酬價制라고 말하는 것이 옳을 것이다.

그러나 그 原因이 어디에 있건간에 行爲別酬價制가 醫療制度의 發展을 沮害하고 있음도 事實이다. 特定 診療科에의 專門醫의 集中 및 醫師의 都市集中 現象, 그리고 醫藥分業을 둘러싼 紛爭 등은 診療費支拂方式과 直接的인 關聯이 있기 때문에 現行의 支拂制度가 改善되지 않는 한 바람직한 醫療制度의 發展은 期待하기 곤란할 것이다. 물론 醫療制度의 改善이 先行되어야 한다는 逆順의 推論도 妥當한 主張이다. 그러나 醫療制度를 根本적으로 改善하는 일은 診療費支拂方式을 改善하는 일에 比較할 수 없는 엄청난 作業이 될 것이다.

Ⅲ. 主要 診療費支拂方式의 特性

1. 行爲別酬價制(Fee-for-Service)

가. 先拂償還制

대체로 醫師는 行爲別酬價制를 選好하는데, 이에는 大別하여 先拂制와 後拂制가 있다. 先拂制를 導入한 國家는 醫師側의 힘이 強力하고 比較的 富裕한 人口를 保有한 나라인데, 그 代表的인 國家가 프랑스와 스위스이다. 이들 國家에서 先拂制가 採擇된 것은 醫師들이 支拂能力이 있는 患者들로부터 自由롭게 診療費를 徵收할 수 있으며 保險者의 財政統制를 피할 수 있다고 생각하였기 때문이다. 醫師들은 保險者에게 傳達하기 위한 請求書를 患者에게 건내주는 것 말고는 그들의 慣習的인 醫療行爲를 制限하는 일은 있을 수 없다고 믿었던 것이다.

처음에는 이같은 醫師의 意圖대로 일이 되어가는 것처럼 보였다. 醫師들은 政府가 公告한 診療酬價表 以外에도 慣行酬價를 患者로부터 徵收하였으며 이에 대한 保險者의 干涉도 排除되었다. 즉, 醫師側에서 볼 때에는 保險診療나 私費診療나 마찬가지로

던 것이다. 이렇게 되면 결국 苦痛받는 것은 患者와 保險者일수 밖에 없게 된다. 患者는 自身이 支拂한 診療費의 償還을 保險者에게 請求하게 되고 保險者는 請求內容의 正當性을 따지지 않을 수 밖에 없으므로 紛糾가 發生하는 것은 當然한 일이다. 그러나 各國政府는 점차 平均的인 公告酬價 以外の 것은 徵收하지 못하도록 하는 措置를 講究하게 되었고 慣行酬價도 抑制하게 되었다. 이렇게 酬價表는 拘束的 性格을 띄게 되었는데, 「그레이저」의 말대로⁸⁾ “酬價表가 拘束的 性質을 얻으면 醫師側의 見地에서 볼 때 先拂償還制는 後拂制와 그렇게 差가 없는 것이 된다.”

醫師側에게 가장 有利한 支拂方式이라고 생각된 이 制度의 가장 큰 欠點은 患者가 醫師를 찾아갈 때에 充分한 現金을 所持하여야 한다는 것과, 따라서 貧困한 患者의 診療는 抑制될 수밖에 없다는 것이다. 이같은 批判은 一部負擔制를 擇하고 있는 後拂制에도 해당될 것이다. 先拂償還制를 採擇하고 있는 國家들은 이런 現象을 防止하기 위하여 安全裝置를 마련하고 있다. 一定 所得 以下の 患者에게는 通常的인 節次를 免除한다던가, 또는 醫師를 訪問하기 전에 保險者로 부터 미리 償還을 받을 수 있게 한다던가, 長期療養을 要하는 特定 疾病에 걸린 患者에 대해서는 診療費를 全額 償還한다는 方法등이다.

이밖에도 後拂制가 안고있는 不必要한 診療와 여기에서 起因하는 여러 問題點들이 先拂償還制에도 지적되고 있다. 그럼에도 이 制度가 注目받고 있는 것은 酬價表에 의하여 償還되기 때문에 醫師의 計算과는 差異가 있어 全額이 償還되지 않고 있으며, 일단 現金支拂이 必要하기 때문에 醫療費 抑制의 手段이 될 수 있다는 理由에서이다. 그러나 위에서 본바와 같이 先拂償還制의 欠點을 除去하기 위한 여러가지 補完的 措置로 인하여 純粹性を 잃고 世界的 趨勢에서 밀려나고 있다.

나. 後拂制

行爲別酬價制는 個個의 診療行爲에 대하여 對價를 支拂하는 方式으로 患者는 一部負擔金を 除外하고는 醫師에게 支拂할 必要가 없다. 患者는 一部負擔金이 없는 경우 전혀 支拂하지 않아도 되고, 또 醫師가 保險者에게 얼마를 請求하였는지 알려고도 하지 않는다. 이 制度가 갖는 問題點에 대해서는 앞에서 詳細히 言及하였으므로 피하기로 한다. 다만 이 制度가 갖는 가장 큰 問題點을 「아벨·스미스」의 말을 빌어 옮기

8) W. A. Glaser, Paying the Doctor, The Johns Hopkins Press, 1970, p. 192.

기로 한다.”⁹⁾

“이렇게 해서 여러면에서의 支拂體系는 藥品處方을 歪曲시키고, 診斷檢査를 濫用하고, 지나친 X線檢査와 不必要한 行爲(不必要한 醫術을 포함)를 하게 한다. 美國의 人口가 3배나 많은데도 西獨에서 美國만큼의 盲腸手術이 있다는 事實은 支拂體系에 一部分의 責任이 있다. 이미 33.7퍼센트의 男子와 46.2퍼센트의 女子가 盲腸을 除去했다. 게다가 手術의 比率은 土曜日이 平日의 40%이고, 日曜日은 平日의 25%인데 이는 一般的인 手術이 緊急狀態임을 간주할 때 놀랄만한 일이다. 外科手術의 發生은 美國이 英國보다 2倍 程度 높으며 어떤 外科的 處置에 대해서는 2~3倍 높다는 事實로 볼때 支拂體系에 어떤 責任이 있는 것이 明白하다. 扁桃腺 手術率이 스웨덴에 비해 캘리포니아에서 2倍 程度가 높다는 事實은 支拂體系에 어떤 責任이 있는 것이다.

좋은 診療行爲는 各 患者마다 一定하지 않으며 條項別로 된 支拂明細書가 이것을 許容하지 않는다. 가장 높은 金錢的 利得은 最高的 醫師에게 돌아가는 것이 아니라 支拂體系의 金錢的 誘因에 대하여 가장 잘 適應하는 사람들, 그리고 職業的 良心이 거의 없는 醫師에게 돌아가게 된다. 어떤 醫師들은 實施하지 않은 診療行爲에 대해서조차도 請求할 수 있을 것이다.”

2. 總額契約制

이 支拂方式은 西獨에서 採擇하고 있는 制度로서, 各州의 保險者(이를 疾病金庫라고 한다)가 그들 州의 保險醫師會와 年間 診療費를 總額契約에 의하여 支拂하면 個個의 保險醫는 그들의 診療費를 州醫師會에 請求하는 方式이다. 이때 醫師는 그들이 診療한 患者의 受診券을 州醫師會에 送付하게 되는데 이를 土臺로 州醫師會는 個個 醫師의 診療費를 支拂한다. 따라서 酬價水準은 保險者와 州醫師會가 合意한 總額에 依存하게 되고, 過多한 請求를 하는 醫師가 있다면 그 過多 金額만큼 同僚의 所得이 減少하는 結果가 된다.

總額契約制의 長點은 行爲別酬價制下에서 必然的으로 發生하기 마련인 過剩診療의 弊端을 是正하는 手段을 保險者로부터 醫師들의 自律性에 委任하므로써 診療費의 配分에서 오는 利害對立問題를 醫師들 스스로 解決하게 한 點이다. 州醫師會가 診

9) B. Abel-Smith, *Value for Money in Health Service*, 嚴琦燮·魯公均 共譯 醫療經濟論, 1986. p.80~81.

療費를 配分하는 方式은 우리나라의 現行方式과 크게 다를바가 없다. 먼저 州醫師會는 個個 醫師가 수행한 診療內容을 記載한 患者의 受診券을 수집한다. 그리고 個個 醫師의 醫療水準이 比較可能한 統計的 記錄을 作成하여 明白한 過剩診療 與否를 調査한다. 州醫師會의 檢討委員會는 모든 違反醫師의 請求額을 削減하도록 命令할 수 있다. 그러나 이같이 嚴正한 統制에도 불구하고 만약 全體 醫師가 平均的으로 診療行爲를 增加시킨다면 比較統計의 方法은 效果가 없을 것이고, 構造的인 診療費 增加問題에 對處할 수 없을 것이다. 사실 總額契約制가 診療費 抑制의 有效한 手段이 못됨은 西獨의 實情이 말하고 있다.

3. 人頭拂制(Capitation)

人頭拂制는 一定 地域內의 被保險者를 特定醫師에게 登錄시키고, 그 醫師는 一定期間에 被保險者 1人當 얼마라는 定額을 받도록 하는 方式이다. 이 制度를 採擇하고 있는 代表的인 國家는 英國인데, 當初 醫師에게 有利하리라고 생각되던 이 方式이 그렇지 않다는 것이 判明되자 大幅的으로 修正되었으며, 오늘날에는 俸給制 要素와 行爲別酬價制의 要素가 加味되고 있다.

醫療保險制度에 있어 人頭拂制가 갖는 長點은 診療酬價를 行政制度의 財政 限界內에 抑制하는 것이 可能하다는 것과, 行爲別酬價制下에서의 過剩診療 現象이 防止된다는 點이다. 純粹한 人頭拂制下의 醫師에게는 可能하면 많은 數의 患者가 診療를 받지 않고, 받는다 하더라도 時間과 費用이 덜 드는 쪽이 有利하게 된다. 따라서 醫師들은 患者의 疾病豫防에 집중하게 되고 不必要한 診療를 삼가게 된다. 그러나 逆으로 醫師는 時間을 浪費시키거나 困難한 患者는 後送해 버리는 傾向이 濃厚하다고 지적되기도 한다. 醫師의 所得은 登錄된 人數에 比例하여 增加할 뿐이지 診療의 量과는 相關이 없기 때문에 醫師에게는 診療時間과 診療行爲를 最少化하려는 動機가 주어지게 된다는 것이다.

이같은 事態를 防止하는 길은 老齡者나 幼兒와 같이 많은 時間을 요하는 患者에게는 余分の 報酬를 支拂하는 金錢的 誘因이 될 것이다. 또한 時間을 요하거나 困難한 患者를 빈번히 後送하는 現象을 防止하기 위해서는 病院의 規制가 必要하게 된다. 實際로 人頭拂制를 採擇하고 있는 國家들은 이 制度를 補完하는 措置와 行政的 規制를 취하고 있다. 以上の 몇가지 問題點에도 불구하고 人頭拂制가 存續되고 있는 것은 個

個 醫師의 充實한 職業倫理意識 및 이를 積極的으로 支持하는 一般國民의 態度 때문 일 것이다. 그러나 이 制度가 導入되는데는 醫療供給體系의 社會化와 醫師의 機能 區分이 前提되어야 한다.

4. 包括酬價制(Case Payment)

이 支拂方式은 疾病件當 또는 診療日當 一定額을 미리 定하고 어떤 診療行爲를 하더라도 그 金額 以上은 支拂하지 않는 制度이다. 따라서 醫師에게는 重症患者를 取扱하는 경우 經濟的인 損失을 입게 되므로 不利하게 作用하게 된다. 件數는 受診에서 診療의 終了까지를 1件으로 보는 경우와 患者의 受診日을 하루 1件으로 보는 경우가 있다. 前者는 入院, 後者는 外來에 適用하는 것이 一般的인데 이 制度의 代表的인 例가 美國에서 實施하고 있는 診斷關聯群(Diagnosis Related Groups) 支拂制度이다.

이 制度는 入院患者를 467個의 DRG로 分類하고 그에 따라 一定額을 報償하는 支拂方式이다. 美國의 경우 診療費 節減에 큰 成果를 보이고 있다고 하나 이를 導入하는데는 몇가지 前提가 要求된다. 그 나라 實情에 맞는 適切한 疾病分類가 先行되어야 하고, 分類된 疾病의 正確한 原價計算이 이루어져야 한다는 點인데, 이같은 前提條件이 充足된다고 하더라도 醫師의 職業的 倫理意識이 欠如된다면 行爲別酬價制와는 反對의 現象이 야기된다. 즉 費用을 줄이기 위한 過少診療의 可能性이 그것이다.

5. 俸給制(Salary)

俸給制는 世界에서 가장 一般的인 支拂方式이다. 모든 國家는 病院級 以上の 醫療機關에서 俸給制의 醫師를 雇傭하고 있으며, 醫療供給體系가 社會化한 國家에 있어서는 醫師의 大部分이 政府機關과 俸給關係에 있다.

俸給制라 하더라도 여러가지 形態가 있다. 專門醫만을 對象으로 하는 것이 있는가 하면, 모든 醫師에게 適用하는 경우도 있다. 「아벨-스미스」는 俸給制의 長短點을 이렇게 말하고 있다.¹⁰⁾

“俸給支拂의 長點은 昇進에 의한 더 높은 報償, 혹은 昇進 展望이나 다른 方式 등이 醫師들을 더 均等하게 分布하도록 使用될 수 있다는 것이다. 直接, 間接的인 財政的

10) B. Abel-Smith, 前揭書, p.90.

誘因들이(例, 住宅補助金) 非人氣地域에서 勤務하는 사람들에게 提供될 뿐만 아니라 나라 全體에서 擔當하는 區域의 數는 그 區域을 擔當할 醫師의 數에 따라 制限될 수가 있다. 人氣있는 區域에 選擇되지 못한 醫師들은 非人氣地域으로 지원하거나 아니면 그 職業을 바꾸든가 移住하거나 機會가 있다면 個人的으로 開業을 하거나 해야한다. ……俸給制의 短點은 患者診療와 昇進이라는 두 마리의 토끼를 한꺼번에 잡을 수 없는 경우에 醫師들이 患者들보다 昇進決定을 내리는 사람들을 滿足시키는데만 關心을 갖게 된다는 것이다. 特히 醫師는 勞動者에게 發行하는 診斷書의 數를 制限하는 不當한 壓力을 받는 경우가 있을 것이다. 昇進을 기대할 수 없는 醫師는 自己責任을 非良心的으로 遂行하게 되는 수도 있을 것이다. 어떤 나라도 個人的인 診療行爲를 완전히 廢止하지는 못했으며, 俸給을 받는 醫師는 이것이 公的醫療行爲의 條件 밑에서 許容되는 것이든 아니든 간에 個人的으로 患者를 治療하고 싶은 誘惑을 받는다. 그것이 許容되는 경우 俸給을 받는 醫師는 그가 義務적으로 勤務해야 하는 것보다 더 적은 時間을 俸給받는 醫療行爲에다 쓸 것이다.”

IV. 改善方案

1. 改善上の 考慮點

위에서 본바와 같이 모든 支拂制度에는 一長一短이 있으며, 또 一見하여 形式的으로 同一하게 보이는 制度라고 하더라도 國家에 따라서는 전혀 다른 效果를 나타내기도 한다. 各國의 醫師에 대한 診療費支拂方式은 그 나라의 歷史的發展과 傳統, 그리고 醫療의 社會化 程度와 自由開業醫와의 關係 등을 背景으로 獨特하게 形成된 것이었다.

우리나라의 경우도 例外일 수가 없다. 現行의 行爲別酬價制가 우리의 支拂方式으로 採擇되고 오늘에 이른 過程을 보면, 이것이 醫療의 社會化라는 歷史的 要求와 傳統的 慣行의 固守 사이에서 어쩔 수 없이 이루어진 妥協의 產物임을 알 수 있다. 이것은 諸外國의 主要支拂方式중에서 最善의 것을 選擇하여 짜맞출 수 있는 性質의 것이 아니었다. 「그레이저」의 말대로,¹¹⁾

“公共醫療體系内の 大部分의 支拂制度는 單純히 以前의 慣行을 踏襲한 것인데, 그 까닭은 醫師들은 變化에 의하여 被害를 당할것을 염려하고 있기 때문이다. 「社會化

11) W. A. Glaser, 前掲書, p.136.

된 醫療]에서의 大部分의 支拂節次라는 것도 이미 使用되고 있던 方式의 官僚的 變形에 지나지 않거나, 以前의 私的 診療制度下的 醫師들에 의하여 考案된 것들이다. …… 通常, 計劃은 오래전에 議論된 後, 政府는 醫師會 등을 밀어붙일 程度의 強力한 多數를 確保하지 못하였기 때문에 保留되었다. 一般的으로 最初의 計劃이라는 것도 醫師를 包含한 專門委員會에 의하여 考案된 것이며, 醫師會內的 한 集團에 의하여 支持된 것이다.”

그러나 最近의 醫療費問題와 醫療制度의 缺陷을 둘러싼 論難은 診療費支拂制度를 더 以上 放置할 수 없는 段階에까지 이르게 하고 있다. 이것은 限定된 醫療資源의 效率的인 利用이라는 絶對的인 命題이기도 하다.

그러면 醫療資源의 效率的인 利用을 위하여 支拂方式을 改善하거나 몇가지 支拂方式을 取捨選擇하려고 할 때의 考慮點은 무엇이 되어야하는가. 먼저 생각할 수 있는 方法은 主要診療費支拂方式을 醫療制度와의 關聯에서 評價하는 일이 될 것이다. 그러나 이 경우 準用해야 할 明確하고도 體系的인 評價基準이 存在하는 것은 아니다. 되풀이하여 言及하지만 支拂制度 역시 醫療保險制度和 醫療制度 등 그 나라 實情과 傳統에 의하여 影響을 받기 때문에 客觀的이고 統一的인 評價基準이란 確立될 수가 없다. 결국 各國이 當面하고 있는 問題의 解決을 위해서는 그들 實情에 適合한 解決方案을 漸進的으로 講究하는 以外에는 다른 方法이 없을 것인데, 「그레이저」는 各國의 支拂方式을 比較, 檢討한 後 普通的인 評價基準으로 다음과 같은 點들을 提示하고 있다.¹²⁾

- ① 不必要한 診療
- ② 良質醫療의 獎勵
- ③ 酬價決定을 둘러싼 粉爭
- ④ 役割의 配分
- ⑤ 私的 診療와의 關係
- ⑥ 醫師의 地位

그러나 以上の 基準을 모두 滿足시킬 理想的인 支拂制度는 存在할 수가 없다. 따라서 診療費支拂制度를 改善하는데 있어 考慮할 點은 理想的인 制度의 考案이나 導入

12) W. A. Glaser, 前揭書, Chapter 5~10.

이 아니라 가장 弊害가 많은 制度는 어느 것이며, 그 弊害와 制度의 缺陷을 어떻게 하면 最少化할 수 있는 가에 두어야 할 것이다. 이런 觀點에서 볼 때 우리나라의 診療費 支拂制度를 改善하는데 있어 考慮하여야 할 基本條件은 다음과 같은 것이 된다.

첫째, 現行 行爲別酬價制의 弊害를 實證적으로 밝히는 일.

둘째, 이같은 弊害가 制度的 缺陷에서 起因하였음을 立證하는 일 등이다.

그러나 現段階로서는 現行制度의 弊害나 缺陷을 實證적인 資料로 糾明하거나 立證하기가 容易하지 않다. 道德的 危害의 程度가 어느 만큼이나 되며, 過剩診療는 어느 程度 自행되고 있고, 어느 水準이 良質의 醫療이고 惡質이며, 診療費의 上昇에 現行의 支拂方式은 어느 程度의 影響을 미치는가 등의 質問에 대하여 어느 하나라도 確答할 立場에 있지 않다. 오직 外國의 研究結果나 經驗的 事實이 舉論될 뿐이어서 이제까지의 大部分의 改善方案은 非現實적인 것으로 反論당하기가 일쑤였다.

한편 現行의 支拂制度를 옹호하는 醫師制의 立場도 크게 다를바가 없었다. 道德的 危害를 가한 事實이 없다는 것, 過剩診療를 행한 事實이 없다는 것, 良質의 醫療만을 提供하고 있다는 것, 診療費 上昇과 支拂制度와는 相關이 없다는 것 등 어느 하나도 反證하지 못한채 平行線上의 對立을 계속하고 있을 뿐이다.

그렇다면 이제 無益한 對立을 지양하고 우리 實情에 適合한 診療費支拂制度로 改善하는 方案은 무엇인가.

2. 改善方案

가. 實態調查의 着手

먼저 現行의 行爲別酬價制의 弊害와 缺陷이 과연 存在하는가, 存在한다면 그 範圍와 程度는 어떤가를 糾明할 수 있는 實態調查가 先行되어야 한다. 正確한 實態의 把握 없이 制度의 改善를 主張하거나 이를 反駁하는 것은 問題의 解決에 전연 도움이 안된다. 實態調查에 포함될 內容은 保險者의 경우 審査·支拂業務의 效率性 및 適合性 與否의 파악이 될 것인데 이를 위해서는 審査機構의 組織, 人力構成과 資質, 業務量, 業務處理의 效率性 및 適切性 등이 調査·分析되어야 할 것이다.

한편 醫師의 경우에는 經營實態調查가 될 것인데 여기서는 收入, 支出費用, 利潤, 勞動時間, 勤務條件 등이 포함되어야 한다.

이와같은 實態의 把握없이 두 利害當事者가 相對方에 대하여 不正請求나 過剩診療

혹은 低酬價나 不當審査를 지적하는 것은 不合理한 일이다. 例를 들어 最近 醫師側이 強力하게 主張하고 있는 審査機構의 獨立問題나 酬價引上問題도 實態調査 結果를 根據로 論議하는 것이 合理的인 일 것이다.

나. 特別對策委의 構成

診療費支拂制度를 둘러싼 論議는 最近 社會問題로 대두되고 있다. 그러나 論議를 主導하고 있는 것은 主로 利害當事者, 그중에서도 強力한 壓力團體인 醫師側이어서 이 問題가 國民全體의 福利的側面이라기 보다는 利益集團間의 利害對立으로 부각되는 감이 있다. 따라서 問題의 本質을 國民福祉의 次元에서 對應하고 解決하기 위한 特別機構의 設置가 要望된다.

이 機構는 實證的인 調査資料를 기초로 診療費 增加의 原因을 分析하고, 診療費 增加를 抑制하는 手段을 檢討하며, 診療費 支拂方式이 關聯制度에 미치는 影響과 바람직한 支拂制度의 改善方案을 檢討, 決定하여야 할 것이다. 이 機構는 나아가서 社會經濟構造, 人口의 老齡化 및 疾病構造의 變化에의 對應策과 近代의 醫療機關의 整備와 같은 醫療供給體系의 改善方案도 提示할 수 있어야 한다.

다. 行政節次의 能率化

現行의 審査支拂制度를 改善하는 2段階方案으로 請求·支拂 등의 行政節次를 簡素化하여야 한다. 行政節次의 複雜性은 行爲別酬價制가 안고 있는 큰 缺點중의 하나지만 이를 可及的 簡素化하여 醫療機關과의 不必要한 摩擦을 最少化하여야 할 것이다. 現行의 請求·支拂節次를 보면 適用對象者別로 請求·支拂窓口가 多元化하여 醫療機關의 行政業務를 加重시키고 있다. 이와 함께 診療費의 支給도 法定支給期間內에 이루어질 수 있도록 단축되어야 한다.

라. 包括酬價制의 一部導入

行爲別酬價制下에서는 行政節次의 改善를 통한 業務의 能率化에 限界가 있다. 더우기 1989年度에 全國民醫療保險이 實施되면 請求·審査·支拂業務의 物量은 大幅的으로 增加할 것이고, 受診率의 上昇과 함께 이같은 趨勢는 加速化할 것이다. 따라서 中·長期 改善方案으로 包括酬價制의 一部導入이 檢討되어야 한다. 醫療保險聯合會

의 統計資料에 의하면 '87年度의 最多發生傷病出現率이 正常分娩과 急性蟲垂炎으로 入院한 경우가 全體의 22.3퍼센트, 外來에 있어서는 17.2퍼센트를 차지하고 있어 이 制度가 檢討의 價値가 充分함을 立證하고 있다.

包括酬價制가 當장 實施될 경우의 가장 큰 利點은 審査物量의 減少에서 비롯되는 行政業務의 能率化와 保險財政의 支出節減效果가 된다. 반면에 앞의 主要支拂方式의 特性에서도 지적된 短點이 제기되기도 하는데, 가장 큰 問題點으로는 醫師와 保險者間에 이 制度의 導入에 대하여 合意에 到達할 수 있겠는가 하는 點이다.

마. 總括契約制의 導入 檢討

診療費支拂方式을 둘러싼 保險者와 醫師 사이의 紛糾는 本質的으로 資源의 配分方式에 대한 異見에 지나지 않는다. 支出을 줄이려는 側과 收入을 늘리려는 側의 利害對立은 모든 經濟活動에 共通的으로 나타나는 現象인데, 問題는 配分을 保險者가 統制한다는 데 있을 것이고, 또 保險者側에서 볼 때에는 그렇게 하지 않을 수밖에 없는 充分한 理由가 있다. 統制手段이 없을 경우 診療費로 支出할 資源의 크기가 無限定으로 불어날 可能性이 있기 때문인데 現行 制度下에서의 主된 爭點은 診療費의 크기를 어느 程度로 할 것인가와 그것을 어떻게 配分할 것인가로 壓縮된다. 前者는 本稿의 範圍를 넘는 것이므로 論外로 하면 결국 配分方式이 問題의 核心이 된다.

結論부터 말하면, 診療費의 配分을 醫師 스스로에게 맡기면 保險者와 醫師間의 紛糾의 素地가 除去된다는 것이다. 즉, 保險者와 醫師는 總診療費의 크기만을 總括契約으로 決定하고 그 配分은 醫師가 自律的으로 하게 만드는 방식이다. 이렇게 되면 醫師와 保險者間의 診療費 配分을 둘러싼 問題는 自然的으로 解消된다.

이 방식을 導入하는데 있어서의 制約點은 總括契約의 能力이 있는 當事者의 存在가 地方自治團體의 道水準에서 實在하여야 한다는 것과, 總括契約을 當事者의 自治에 맡길 경우 紛糾가 발생하여 醫療供給에 混亂을 초래할 可能性이 있다는 점이다. 그러나 우리나라에 있어서도 地方自治制의 實施가 確定的이며, 保險者의 廣域化 方針과 對應하여 醫師會側의 地方 分權化 作業이 現實化된다면 契約當事者의 能力은 현저하게 提高될 것이다. 또한 紛糾 可能性에 대한 憂慮는 西獨의 경우와 같이 中央의 保險者聯合會와 醫師團體가 概括契約을 締結하고, 이를 土臺로 地方單位에서 總括契約을 締結하는 방식을 採擇한다면 個別的인 紛糾의 素地는 除去될 것이다.

V. 結 論

以上에서 우리나라의 行爲別酬價制라는 診療費 審査支拂方式의 問題點, 그리고 主要支拂方式의 特性을 檢討한 다음 몇가지 改善方案을 提示하였다. 그러나 거듭 言及한바와 같이 모든 條件을 充足시킬 수 있는 支拂方式이란 存在하지 않았다. 그리고 醫師에 대한 診療費支拂方式은 醫療保險制度가 導入되기 以前에 이미 그 나라의 特殊한 條件에 의하여 定着된 것이어서 새로운 制度로의 變化는 容易한 일이 아님도 알았다. 새로운 變化에 대해서는 항상 既得權을 지키려는 保守的인 勢力이 抵抗함은 모든 分野를 통하여 잘 나타나는다.

그러나 社會制度는 社會의 變化에 對應하기 마련이어서 醫療供給체계의 構造에 어떤 變化가 나타나거나 醫療需要의 社會化 現象이 普遍的인 것이 되면, 이에 대한 全體的인 對應策의 하나로 診療費支拂制度에 대해서도 修正을 가하지 않을 수 없게 된다. 이탈리아가 行爲別酬價制에서 人頭拂制로, 英國이 人頭拂制에 行爲別酬價制와 俸給制의 需要를 加味한 것이 그 例이다.

社會의 變化라는 側面에서 볼 때 우리나라와 比較될 수 있는 나라는 흔하지 않다. 經濟成長率은 世界 1位를 다투고 있고 이에 따라 國民所得도 急增하고 있다. 傳統的인 價値觀은 崩壞되고 있으며, 온갖 欲求는 噴出하고 있다. 最優先의 欲求가 醫療의 均霑, 즉 社會化였으며 이의 受容이 醫療保險의 導入이었다. 1989年 7월에 全國民醫療保險이 達成되면 우리나라의 醫療需要는 制限의이기는 하나 完全히 社會化되는 셈이다.

그런데도 傳統的인 慣行인 行爲別酬價制가 不變의 것이 되고 있는 까닭은 우리나라의 醫療供給體系가 自由開業醫에 의하여 主導되어 있고, 이들에게 가장 有利한 支拂方式이 行爲別酬價制라는데 있다. 말하자면 醫療供給의 私營化和 醫療需要의 社會化 사이의 乖離가 支拂制度를 둘러싼 渴藤이라 할 수 있는데, 그렇다고 乖離를 解消하기 위하여 醫療供給體系를 社會化한다는 것은 全然 現實性이 없는 空論에 지나지 않는다.

결국 醫師供給이 私營화된 體系에 있어서는 現行의 支拂方式을 다른 支拂方式으로 根本적으로 바꾼다는 것은 不可能하다는 이야기이다. 最善의 方法은 弊害의 最少化和 制度的 缺陷을 是正하는 努力이 될 것인데, 그 意味는 行爲別酬價制下에서는 統制의 強化라는 말이 된다.

支拂制度를 둘러싼 最近의 紛爭은 統制를 強化하는 保險者側과 強化된 統制를 當하는 醫師側의 利害對立이 顯在化한 現象인데, 이를 解決하는 方案은 統制 強化의 正當性과 不當性의 合理的 根據를 提示하는 길이 될 것이다. 이 根據 위에서 現行의 支拂方式이 改革되지 않으면 안될 理由가 論議되고 合意가 이루어져야 할 것인데 지금까지 살펴본 現行 制度의 現況이나 問題點, 그리고 外國의 여러 經驗들로 미루어 볼때, 바람직한 改善方案은 諸制度중에서 우리나라에 適用可能한 것을 取舍選擇하여 導入하는 複合方式의 採擇이 되어야 할 것이다.

예컨대 行爲別酬價制에 人頭拂制의 要素를 混合한다던가, 行爲別酬價制에 包括酬價制를 一部 導入한다던가, 行爲別酬價制를 總括契約으로 實施한다던가 하는 방식이 그것인데, 利害當事者의 合意없이는 絶對로 實施될 수 없다는데 難點이 있다. 결국 兩者가 共同으로 問題를 解決하기 위해 努力한다는 原則에 合意하고 長期的인 視野에 입각하여 改善을 위한 整備作業을 하여야 할 것이다. 이를 위해서는 醫療制度 全般에 걸친 檢討와 改善策이 모색되어야 할 것인데, 이를테면 病院의 計劃的 建設과 運營, 醫院의 그룹化와 高價機器의 共同利用, 醫藥分業, 適正數의 醫師 養成 및 教育方法, 專門醫養成 그리고 審査機構의 改編 등의 問題가 다루어져야 한다. 이같은 諸般問題가 全體醫療制度의 틀 안에서 合理的인 方向으로 解決될 때 비로소 醫療保險 診療費 支拂制度의 合理的인 改善方案도 導出될 수 있으리라고 본다.

參 考 文 獻

- 金駟舜外, 醫療保險診療費 審査 및 支拂節次 改善方案 研究報告書, 延世大學校 人口 및 保健開發研究所, 1983. 11.
- 魯仁喆外, 都市地域住民을 위한 合理的인 醫療保險適用方案研究, 韓國人口保健研究院, 1987.
- 文玉綸外, 醫療保險 少額診療費의 本人負擔定額制 導入에 관한 研究, 서울大學校 保健大學院, 1984.
- 朴宗淇外, 社會保障制度 改善을 위한 研究報告書, 韓國開發研究院, 1981.
- 宋建鏞外, 醫療資源과 管理體系에 관한 調查研究, 韓國人口保健研究院, 1987. 12.
- 李奎植外, 全國民醫療保險實施를 위한 制度研究, 韓國人口保健研究院, 1986.

- 韓達鮮外, 醫療保險 給與에 대한 分析, 翰林大學 社會醫學研究所, 1988.
- 브라이언 아벨 스미스(嚴琦燮, 魯公均 共譯), 醫療經濟論, 韓國經濟新聞社, 1986.
- 佐口卓, 醫療保險論, 有斐閣, 1974.
- 宇澤弘文外, 醫療の經濟學的分析, 日本評論社, 1987.
- 近藤文二外, 醫療費問題, 厚生出版社, 1966.
- 厚生省保險局, 諸外國の醫療保障制度の概要, 1981.
- 醫療保險管理公團, 醫療保險統計年報, 各年度
- 醫療保險聯合會, 醫療保險統計年報, 各年度
- Donabedian, A., *Benefits in Medical Care Program*, Harvard Univ. Press, 1976.
- Feldstein, P. J., *Health Care Economics*, John Wiley & Sons, 1983.
- Fuchs, V. R., *Impact of National Health Insurance Plan on Costs*, National Health Insurance, Richard D. Irwin, Inc., 1971.
- , *Economics*, “Health and Post-Industrial Society” “Milbank Memorial Fund Quarterly”, *Health and Society*, Vol. 57, No. 2, 1979.
- Glaser, W. A., *Paying the Doctor*, The Johns Hopkins Press, 1970.

A Review on the Payment System of Medical Insurance

Su Chun Kim*

As the Medical Insurance System of Korea has been gradually expanded, the whole population will be covered by some form of public medical care insurance by July, 1989. However, in accordance with the expanded coverage, medical care costs of the insurance have grown rapidly, so that in recent years the payment system of medical insurance has been argued as main cost rising factor.

The method of payment under the present system is *fee-for-service*. Under this payment system, the doctor receives payment from the insurer based on a prescribed remuneration system, and medical care costs are paid in accordance with the quality and quantity received.

Therefore, *fee-for-service* inevitably leads to increased medical care costs owing to excess treatment, excess examination and high drug consumption.

The basic objective of this review is to establish a suitable method of payment for medical care fees and to correct the defects of the present payment system keeping in mind the system and conditions pertaining to Korea.

* Senior Researcher, Korea Institute for Population and Health.