

의료보험 수가계약제의 의미와 시행방안 검토

2000년 1월부터 시행되는 소위 '수가계약제'는 정확하게는 국민건강보험법상 국민건강보험공단('보험자')과 의약계 대표간에 체결되는 '요양급여비용 계약제'이다. 요양급여비용은 행위수가에 한정되지 않고 보험약가와 재료대를 포함하는 포괄적인 보험진료비용으로 보아야 한다. 계약제 도입으로 가격이 어느 일방의 '힘'에 좌우되지 않고 투명하고 객관적으로 일정한 준칙에 따라 매년 정기적으로 결정되어야 한다. 또한 미시적으로는 항목별 가격구조의 왜곡을 시정하고, 거시적으로는 총진료비와 보험재정에 미치는 영향 분석을 통하여 의료보험에 투입되는 국민의료비를 조절하여야 한다. 본고는 이러한 수가계약제의 의미와 시행방안을 검토해 보았다.

崔秉浩

한국보건사회연구원 부연구위원

1. 머리말

2000년 1월부터 시행하는 국민건강보험법은 요양급여비용을 국민건강보험공단('보험자')과 의약계 대표간 계약으로 정하도록 하였다. 소위 '수가계약제'라고 불리우는 이 내용은 의료보험 통합운영으로 새로이 도입된 제도이다. 수가계약제는 의료계의 오랜 숙원

사업이었다. 그동안 의료계에서는 보험수가 인상이 정부의 물가억제 정책에 묶여 물가 상승률에도 미치지 못한 것이 의료기관의 경영난을 악화시켜 왔다고 주장하였다. 지금까지 수가인상률의 산정은 병원경영분석 등을 통한 연구용역사업 결과를 토대로 보건복지부와 재정경제부가 협의하여 결정해 왔다. 그러나 의료서비스 및 의약품 등 각 항

목에 대한 구체적인 수가기준은 보건복지부가 결정해 왔다.

그런데 ‘요양급여비용에 대한 계약’의 법적 조항은 마련되었으나 계약의 당사자, 계약의 절차, 계약의 내용 등에 대한 구체적 시행방안에 대해서는 논란이 많을 것이다. 소위 ‘수가계약제’를 바라보는 시각은 소비자, 공급자, 보험자(공단) 및 정부간에 견해 차이가 있을 수밖에 없다. 더구나 공급자단체 내에서 의약 직능별 집단의 이해대립은 필연적이다. 정부의 입장도 의료보험의 주무부처인 보건복지부와 의료보험에 막대한 예산 지원을 결정하는 기획예산위원회 등 예산담당부처의 시각에도 차이가 있을 것이다. 특히 보험수가가 물가에 미치는 영향을 고려하여야 하는 물가당국인 재정경제부의 시각도 예민해질 수밖에 없다.

2. 수가계약제의 시행방안 검토

국민건강보험법 제42조는 요양급여비용의

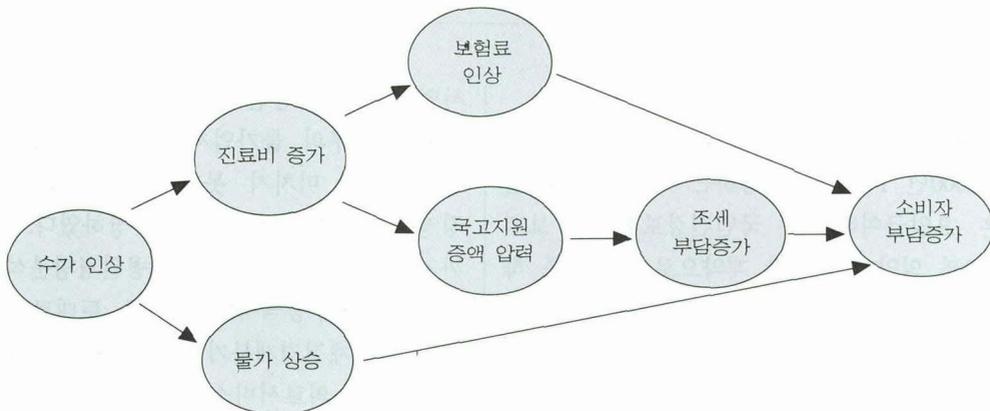
산정은 계약으로 정하도록 규정하고 있으며, 그 내용은 다음과 같다.

수가계약의 절차와 이해당사자

수가계약은 1단계로 공단 이사장과 의약계 대표간에 체결된다. 여기에서 계약 체결에 실패하면 2단계로 보건복지부 장관이 『건강보험심의조정위원회』의 심의를 거쳐 수가를 결정한다.

1단계에서 공단 이사장이 계약을 체결하기 전에 공단 산하의 『재정운영위원회』의 심의·의결을 거치도록 함으로써 가입자, 정부 및 전문가의 의견을 수렴하도록 장치를 마련하고 있다. 재정운영위원회의 구성은 직장가입자 대표 10인(노동조합 및 사용자단체 각각 5인 추천), 지역가입자 대표 10인(농어업인 단체·도시자영자 단체 및 시민단체 추천 10인), 공익대표 10인(관계공무원 및 전문가 10인)으로 되어 있다. 관계공무원에는 보건복지부뿐 아니라 재정경제부와 기획예

그림 1. 수가인상이 소비자 부담에 미치는 영향 경로



국민건강보험법 제42조(요양급여비용의 산정 등)

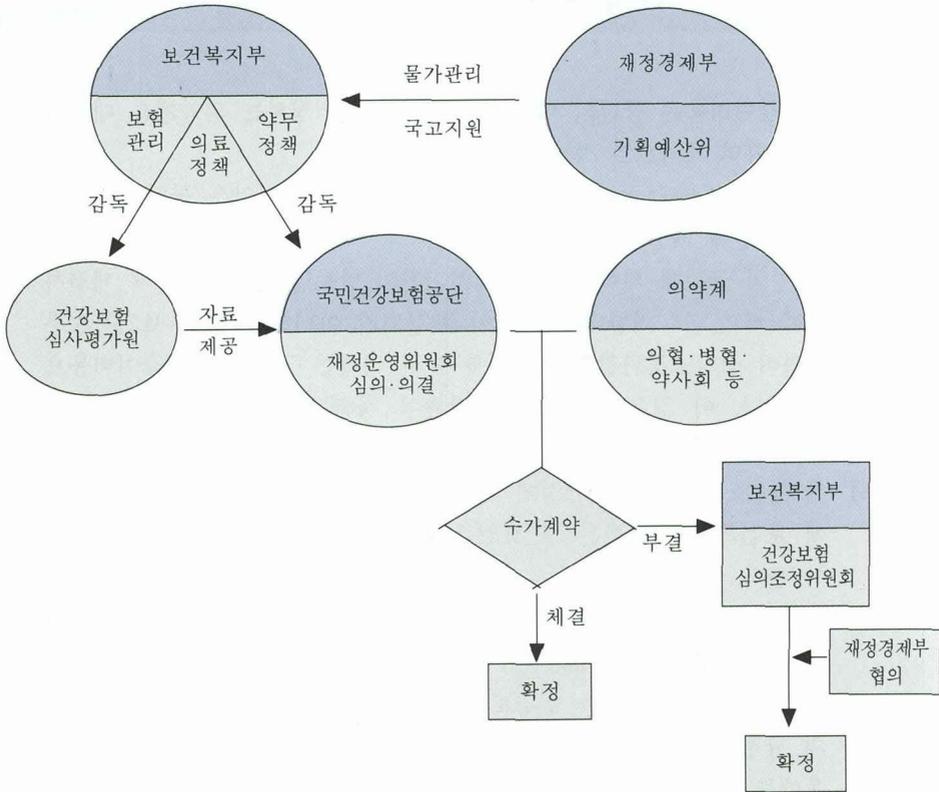
- ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 각 요양기관간에 체결된 것으로 본다.
- ③ 제1항의 규정에 의한 계약은 계약기간의 만료일 전 3월이내에 체결하여야 하며, 그 기한내에 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. 이 경우 보건복지부 장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.
- ④ 제1항 또는 제3항의 규정에 의하여 요양급여비용이 정하여지는 경우에 보건복지부 장관은 그 요양급여비용의 내역을 지체없이 고시하여야 한다.
- ⑤ 공단의 이사장은 제1항의 규정에 의한 계약을 체결하는 때에는 제31조의 규정에 의한 재정운영위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다.
- ⑥ 제55조의 규정에 의한 건강보험심사평가원은 공단의 이사장이 제1항의 규정에 의한 계약을 체결하기 위하여 필요한 자료를 요청하는 경우에는, 이에 성실히 응하여야 한다.
- ⑦ 제1항의 규정에 의한 계약의 유효기간·내용, 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

산위원회와 같은 예산 및 물가 담당 당국자가 참여함으로써 수가를 통제하는 일정한 역할을 계속할 것으로 판단된다. 의료보험의 주관부처인 보건복지부는 보험재정을 관리하는 책임뿐 아니라 수가가 의료정책 및 약무정책에 미치는 영향을 고려하지 않을 수 없어 보건복지부내에 담당 부서간 의견조율이 여전히 어려운 문제로 남아 있다. 그리고

수가계약에 필요한 자료는 『건강보험심사평가원』이 제공하여야 하는데 보건복지부로서는 공단과 심사평가원 양 기관의 업무 분담을 효율적으로 조정해 나가야 한다. 수가계약의 법률적 당사자가 공단이기 때문에 수가계약을 위해 필요한 분석과 행정적 처리를 담당하는 조직이 필요할 것이다.

1단계 계약이 성립되지 않는 경우 보건복

그림 2. 수가계약의 절차와 이해당사자



지부 산하의 『건강보험심사조정위원회』의 심의를 거쳐 장관이 결정하게 된다. 동 위원회는 공단 산하의 재정운영위원회의 구성원이다. 의약계 대표들을 추가하여 구성되어 있으므로 제2라운드의 수가협상이 이루어진다고 보아야 한다. 즉, 동 위원회의 구성은 보험자·가입자 및 사용자 대표 8인(노동조합·사용자단체 및 지역가입자를 대표하는 단체 각 2인 추천, 보험자 및 심사평가원장 각 1인 추천), 의약계 대표 6인(의료계 및 약업계를 대표하는 단체의 추천), 공익대표 6인(관

계 공무원, 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 자) 등 20인이다. 그러나 심의조정위원회에 결정권을 부여하지는 않았기 때문에 보건복지부 장관이 결정하게 되고, 결국 재정경제부는 『물가안정에 관한 법률』 제4조에 근거하여 보건복지부에 대해 수가 협의를 요구하게 될 것이다. 이 경우 현재의 수가 결정 시스템과 다를 바가 없게 된다. 따라서 가능하다면 1단계의 수가협상에서 수가계약을 체결하는 것이 의약계 입장에서는 유리하다고 볼 수 있다.

수가계약의 당사자

수가계약의 법적 당사자는 공단 이사장과 의약계 대표자가 된다. 이때 의약계 대표자가 누가 되느냐의 문제에 우선 봉착하게 된다. 의약계는 병원협회, 의사협회, 치과의사협회, 대한약사회, 한의사회, 간호사회 등 다양한 직종별 단체를 생각해 볼 수 있다. 이들 이익단체를 대표하는 1인을 정하기란 쉽지 않다. 이익단체간 협상에 의하여 수가계약내용을 합의하고, 합의내용을 계약 당사자인 대표자에게 포괄적으로 위임하는 방안을 검토할 수 있다. 그러나 현실적으로 실현가능성이 높지는 않을 것이다.

계약 당사자인 공단 이사장의 경우 책임 있는 당사자가 되기에는 한계를 안고 있다. 보험수가는 진료비에 직접 영향을 미치게 되고, 보험재정의 확대를 초래하게 된다면 가입자의 보험료를 인상하여야 하고, 더불어 국고지원 예산의 증액을 수반하게 된다. 보험료의 인상은 공단의 재정운영위원회의 의결사항이며(법 제31조 제1항), 보험료율은 동 위원회의 의결내용을 참작하여 대통령령으로 정한다(법 제65조). 결국 보험료의 인상은 시행령 개정의 실질적인 권한을 가진 보건복지부의 손에 달려 있다. 따라서 공단은 책임 있는 계약의 당사자가 되기에는 한계를 보일 수밖에 없다. 다음으로 국고지원 예산의 증액은 예산편성을 하는 보건복지부와 정부예산안을 확정짓는 기획예산위원회의 손에 달려있으므로 공단은 역시 한계를 갖고 있다. 따라서 가능하다면 가입자 대표와 보

험자, 정부(보건복지부, 재정경제부, 기획예산위) 대표가 함께 계약의 당사자로 협상에 임하는 것이 타당하다고 생각한다.

따라서 계약을 위한 협상 테이블에는 양측의 대표자들(예: 각 7인씩)이 참석하여 단체협상의 형태를 갖추는 방안을 고려해 볼 수 있다. 왜냐하면 의약계에서 공급자 대표 1인에게 전권(專權)을 위임하지는 않을 것으로 생각되며, 전권을 위임하지 않는 경우 계약체결 내용에 대하여 대표자는 이익단체들과 끊임없이 재협의하면서 협상이 지연될 가능성이 많기 때문이다. 의약계의 대표자들에는 요양기관을 대표하는 자들이 우선 고려되어야 할 것이다. 왜냐하면 수가계약은 공단과 요양기관간에 체결된 것으로 간주되기 때문이다. 요양기관은 의료기관, 약국, 보건소, 보건의료원, 보건지소 및 보건진료소를 포함하고 있는 바, 최소한 의사협회, 치과의사협회, 한의사협회, 병원협회, 약사회 등이 참여할 것이다. 보건소 등 공공요양기관을 대표하는 정부측 담당자도 참여하는 것이 바람직할 것이다.

문제는 이러한 단체협상이 현실적으로 가능하지 않을 수 있다. 왜냐하면 의약계 내부에서 합의를 이루지 못할 가능성이 있고, 가입자를 대표하는 측 내부에서도 의견조율에 어려운 진통을 겪을 수 있기 때문이다. 특히 (종합)전문요양기관¹⁾의 경우 요양급여의 질

1) 법 제40조 제2항은 시설, 장비, 인력 및 진료과목 등 보건복지부령이 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 종합전문요양기관 또는 전문요양기관으로 인정할 수 있도록 규정하고 있다.

차와 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있도록(법 제40조 제3항) 규정하고 있는 바, 이들을 대표하는 의료기관 대표와 다른 의약계 대표들과는 이해관계가 엇갈리게 되는 것은 당연하다.

이러한 구조적인 갈등 때문에 단체협상의 대표단 구성이 어렵다면 공단 이사장과 의약계 대표(명목상으로 어느 단체의 대표를 지정)간에 계약을 체결하는 형식을 취하되 사전에 양측 실무진간 단체협상을 통해 결론을 내어야 한다. 이때 단체협상은 쌍무 협상이 아닌 다자간 협상이 되어야 할 것이다. 즉, 가입자 대표들, 의약계 단체 대표들, 보험자, 보건복지부, 물가담당자, 예산담당자, 전문가 등이 공익대표들로 구성되고 민간 공익대표가 협상의 중재자가 되어야 할 것이다.

수가계약의 유효기간과 프로세스

계약의 유효기간은 1년으로 하고, 일년을 주기로 수가계약의 프로세스를 정례화하는 것이 바람직하다. 수가는 의료기관 경영이나 보험료, 국고지원 예산에 직접 영향을 미치기 때문에 매 회계연도마다 경영 및 예산·재정계획을 수립하는 것과 시기적으로 연계시키는 것이 옳을 것이다. 가능하다면 수가, 보험료, 국고지원, 의료기관 경영 등이 매년 일정한 준칙에 의하여 결정되는 과정을 거치는 것이 경영이나 재정운영의 효율성을 제고할 수 있을 것이다.

예를 들어, 수가계약의 유효기간을 4월부터 다음 해 3월까지로 한다. 이에 따라 1단계 수가계약은 12월말까지 완료해야 하고, 1

단계 계약 체결에 실패하는 경우 다음해 2월까지 보건복지부와 재정경제부가 협의를 거쳐 최종 확정하도록 한다. 따라서 수가계약은 정부예산이 확정되는 12월말까지 국고지원예산과 수가수준을 연계하여 협상하도록 한다. 그 결과에 따라 보험료의 인상수준을 결정할 수 있다.

수가계약의 내용

수가계약에 어떤 내용을 담느냐에 따라 계약 참여자들의 이해관계와 계약의 어려움이나 중요성이 확연히 달라질 수 있다. 첫째, 수가계약의 '넓이'(범위)에 관한 것이다. 요양급여는 "진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송"(법 39조)을 포함하고 있으므로 행위별 수가뿐 아니라 약가 및 재료대까지 그 대상이 된다. 따라서 수가계약의 범위는 포괄적이어야 하는 것이 원칙이다. 둘째, 수가계약의 '깊이'(구체성)에 관한 것이다. 요양급여비용의 전체적인 수준 즉, 수가인상률에 대해 한정할 것인지, 요양급여의 개별 항목까지 고려할 것인지 문제이다. 생각건대, 수가의 평균인상률과 더불어 수가항목별 인상률(수가구조)도 계약의 대상이 되어야 한다고 생각한다. 이때 행위별 수가구조를 정상화하기 위해서는 RBRVS(상대가치수가체계) 연구결과를 활용하고, 2000년에 시행예정인 DRG 지불제도상의 DRG 수가수준도 계약내용에 포함되어야 한다. 보다 중요한 것은 행위별 혹은 질병단위별 수가수준이 전체 진료비, 의료의 정상화 및 의료기관 경

영에 미치는 영향을 분석한 자료를 토대로 수가계약이 이루어져야 한다는 것이다.

3. 선진국으로부터의 시사점

선진국에서의 수가계약은 소비자 선택에 기초한 '경쟁'에 바탕을 두고 있는 것 같으며, 수가(price)가 원가(cost)에 접근하도록 유도하는 메커니즘을 지닌다. 계약이란 절차를 통해 성과지표(예, 의료의 질과 양, 원가)가 명확히 정의되고 모니터링되는 공식적인 메커니즘으로서 기능을 하도록 한다. 경쟁적 계약은 의료공급자로 하여금 경영능력을 향상시키고 자신들의 성과를 증명해 줄 수 있는 계량적 수단들에 대해 신경을 쓰게 만든다.

그리고 계약의 형태는 보험자가 의료공급자에게 지불하는 진료비지불형태에 직결된다. 통상적으로 병원에 대한 진료비지불은 총액예산(global budget 혹은 block grant)지불, 입원일당(bed-day)지불, 행위당지불(fee-for-service), 질병단위당지불(payment-per-case) 등 네 가지로 구분할 수 있다. 이러한 지불형태에 따라 계약의 형태가 달라지고, 계약으로부터 얻는 인센티브가 달라질 수 있다.

선진국의 의료보험에서 의료공급자단체(혹은 개별 공급자)와 보험자(단독 혹은 다수) 간에 어떻게 계약이 체결되는지 현재 파악하기 어렵다. 그러나 공급자와 보험자간의 계약은 완전히 상호 자유의사에 맡겨져 있지 않음은 분명한 것 같다. 왜냐 하면 OECD 회원국의 경우 의료비 증가를 억제하기 위해 정부는 가격과 진료량에 대해 많은 통제를

가하고 있기 때문이다.

의료비 통제의 방안으로서 병원에 대해서는 DRG 시스템으로 이행하는 국가가 증가하고 있다. DRG에 의한 지불시스템이 행위별 수가제에 비해 보험자 대 개별 병원간에 경쟁적인 계약을 체결하는 데에 더욱 용이한 시스템이 된다. 오스트리아와 이태리는 일당정액지불제에서 DRG 시스템으로 전환하였다. 사회보험방식으로 운영하는 오스트리아는 병원 외래에 대해서도 DRG를 적용하고 있으며, 의사 봉급과 환자 본인부담의 인상률이 보험료수입 증가율을 상회하지 못하도록 의사협회와 계약을 맺었다. 덴마크 역시 DRG 적용을 더욱 확대하고 있다. 노르웨이는 총액예산제로 병원을 운영하고 있는데 1997년 7월부터 건당지불방식(activity-based)을 추가하였다. 한편 DRG 보다 더욱 비용통제적인 방법을 쓰는 국가들은 정액에 기초한 총액예산 시스템(flat-rate global budget)을 시행하고 있다. 벨기에는 1개의 공공기금과 5개의 민간비영리기금으로 의료보험을 운영하고 있으며, 재원의 42%는 정부가 보조하고 있는 것이 특징인데, 의료비 통제를 위하여 가정간호부문에서 간호서비스와 병원외래, 검사, 입원환자 투약에 대해 정액지불제도를 시행해 오고 있다. 또한 의료비총액의 지출 증가율을 1.5%로 제한하였다. 영국의 경우는 병원 의료비를 통제하기 위한 다른 방안으로서 일차진료의사에게 예산운용의 책임을 부여하는 실험을 하고 있다. 1991년부터 일차진료의사에게 2차진료 예산을 사용하는 권한을 부여하였으며, 1997년의 개혁으로 모

든 일반의(GPs)와 일차간호사에게도 이러한 예산상의 권한을 부여하였다. 이들 집단이 Primary Care Group을 형성하여 약 10만명의 인구를 대상으로 2차진료 서비스를 조율한다.

프랑스는 우리와 유사한 사회보험방식으로 운영하고 있는데, 국가적으로 의료보험 전체지출의 목표를 설정하고, 총액을 입원, 외래, 약제 등 부문별로 그리고 지역별로 구분하여 배분한다. 이에 따라 보험수가와 보험료, 공공병원 예산, 약가, 약사수와 의과대학생수 등을 규제하고 있다. 다만, 보험조합들은 GPs 및 개원전문의와 수가 협상을 한다. 독일은 1,000여 개의 조합이 GPs에 지불비용을 놓고 의사협회와 협상을 하는데, 중앙, 주, 지방별로 규제의 정도에 차이가 있다. 특히 피보험자들이 조합과 의사를 선택하는 경쟁이 의사단체와 조합간의 협상에 영향을 미치게 된다.

사회보험료로 재원을 조달하면서 의료공급이 주로 민간부문에 의해서 제공되는 국가는 네덜란드와 스위스가 대표적이다. 네덜란드는 다수 보험자와 다수 공급자간에 협상을 통하여 보험급여수준과 보험료수준에 대해 계약을 맺고, 정부가 재원의 85%를 피보험자들로부터 직접 거두어 보험자들에게 조달하여 주고²⁾, 나머지 15%는 보험자들이 피보험자들로부터 정액보험료로 조달하는 점이 우리나라와 큰 차이점이다. 또한 정부는 의료의 질, 의료 접근성과 의료비의 통제

등에 관해 개입한다. 병원에 대해 수정된 총액예산제도를 도입하였고 의료비지출의 상한을 제약하지는 않았다. 유의해야 할 점은 새로운 의료기술을 도입할 때 일부 소수의 전문화된 병원에서 시험적으로 운영하고 그 결과에 대한 평가를 바탕으로 정부가 전체 병원에 보급할 것인지를 결정한다. 스위스는 주(Canton)로 구성된 연방국가로서 연방이 의료보험에 대한 책임을 지고 있으며, 보험료수입을 각 주에 배분한다는 점에서 우리나라와 차이가 있다. 각 주는 병원 서비스에 대한 수요와 공급을 산정하고 병원 운영계획을 수립하여야 한다.

결국 선진국의 경우 거시적인 차원에서 의료비를 통제하되, 미시적인 차원에서 의료자원의 효율적 활용을 위해 수가계약제를 활용하고 있다. 다만, 수가계약은 진료비지불제도에 따라, 그리고 계약의 수위(개별계약, 단체계약 혹은 보다 상위의 단체계약)에 따라 다양한 차원에서 진행되고 있다.

4. 맺는 말

통칭 ‘수가계약제’는 정확하게 ‘요양급여비용 계약제’이다. 요양급여비용은 법 규정상 행위수가뿐 아니라 약가와 재료대를 포함하는 포괄적인 보험진료비용으로 보아야 한다. 따라서 계약 내용은 요양급여의 진료수가기준에 대한 포괄 협상이 되어야 한다. 그리고 이러한 계약은 매년 정기적으로 이루어지는 절차적 ‘준칙(準則)’을 확립하여야 한다. 또한 국고지원예산과 더불어 예산과정

2) 정부의 중앙기금이 각 보험자들에게 배분하는 기금액은 각 보험자에 가입된 피보험자들의 질병발생위험률에 비례한다.

과 같이 맞물려 돌아가야 한다.

요양급여비용은 공단과 의약계간에 계약으로 정하도록 국민건강보험법에 규정이 마련되었으므로 수가가 물가안정에 관한 법률 제4조의 '관인요금'으로 분류되어 재정경제부 장관과 협의하여야 하는 대상에서는 일단 제외된다. 그러나 계약 체결에 실패하는 경우 보건복지부 장관이 결정하게 되는데, 이 경우에는 다시 재정경제부 장관과의 협의 대상이 됨으로써 과거와 차이가 없게 된다. 따라서 의약계 입장에서는 물가 통제에서 벗어나기 위해 당사자간 계약을 적극적으로 성사시키는 것이 비교적 유리할 수 있다. 그러나 보험자(공단)는 계약 성사에 그다지 매달릴 유인이 없을 것이다. 되도록이면 낮은 가격으로 계약을 맺는 것이 보험재정을 관리하는 입장에서는 당연한 희망이다. 의료보험 재정을 관리하는 보건복지부의 입장도 유사할 수 있다. 그러나 보건복지부내에서 의료정책, 약무정책을 담당하는 부서와는 입장이 다를 수 있다. 한편 수가가 인상되는 계약이 체결되면 진료비는 증가하고, 국고지원금의 증액이 수반되지 않으면 보험료의 인상으로 귀결되기 때문에 실질적으로

는 국고지원금 규모를 결정하는 예산당국이 큰 영향력을 발휘할 수밖에 없다.

마지막으로 선진국의 수가계약제에 견주어 볼 때, 우리나라 국민건강보험법상 수가계약제란 뚜렷한 실체가 무엇인지 가려내기 어렵다. 선진국과 같이 경쟁에 바탕을 둔 효율성을 지향하기보다는 정부의 수가 통제에서 벗어나기 위한 교육지책으로 도입된 것으로 해석할 수도 있다. 그러나 건강보험법에 새로이 도입된 이상 올바르게 운영하는 계기로 적극 활용하여야 한다. 행위별수가, 보험약가, 재료대 등 요양급여비용의 항목별 가격구조의 왜곡을 시정하고, 가격이 어느 일방의 '힘'에 좌우되지 않고 투명하고 객관적으로 일정한 준칙에 따라 결정되어야 한다. 또한 수가조정이 총진료비와 보험재정에 미치는 영향을 분석하여 의료보험에 투입되는 국민의료비를 거시적으로 조절하는 것도 필요하다. 나아가 의료기관별 평가에 따라 수가를 차등 지급하는 정책이 시행되는 경우 총액 범위내에서 보험자와 개별 의료기관간에 계약을 체결하는 경쟁시스템을 도입할 것을 검토하여야 한다. **별첨**