

향후 5년, 진료실 온도를 바꿀 보험 키워드 세 가지

마로니에이비인후과의원
안 영 진

Three Keywords that Can Change Our Future Clinical Environment

Youngjin Ahn, MD
Marronnier ENT Clinic, Seoul, Korea

서 론

2017년 새로운 정부 출범 후 보건 의료계에 던져진 가장 큰 화두는 단연 문제인 케어 혹은 문케어로 통칭되는 새로운 보건 의료정책이다.

당시에 발표된 내용을 살펴보면

1. 의학적 필요성이 있는 비급여는 2022년까지 모두 급여화
2. 선택진료 완전 폐지
3. 2인 이상 상급 병실 건강보험 적용
4. 신 포괄 수가제 적용 의료기관 대폭 확대
5. 의료전달체계 개편 및 의료 질 개선
60 건강보험 보장성 강화(63% → 70%)

등으로, 비급여의 급여화에만 초점이 맞추어 졌지만, 실제로는 상당한 재정의 투여를 전제로 하는 보장성 강화 정책 및 의료 전달 체계의 개편을 천명하는 내용이었다.

이후 문케어의 전개와 함께 다양한 정책이 발표되었고, 이들 정책은 향후 우리의 진료 환경을 완전히 바꾸어놓을 수 있는 내용을 포함하고 있다.

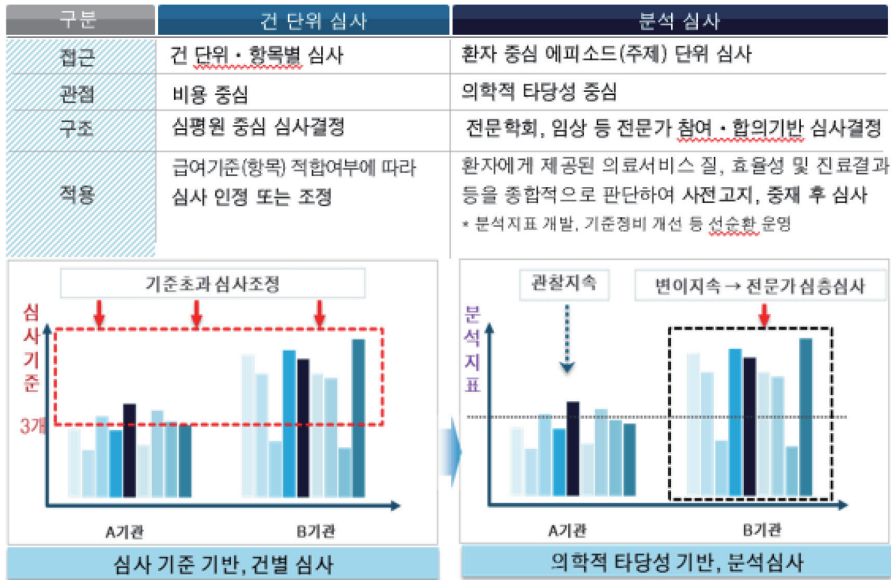
이 글에서는 향후 5년간 우리의 진료 환경을 바꿔 놓을 주요 보험 정책들; 분석심사, 의료전달체계개편, 3차 상대 가치개정에 대해 간단한 설명과 함께 향후 전망 및 대책에 대해 논의해보고자 한다.

본 론

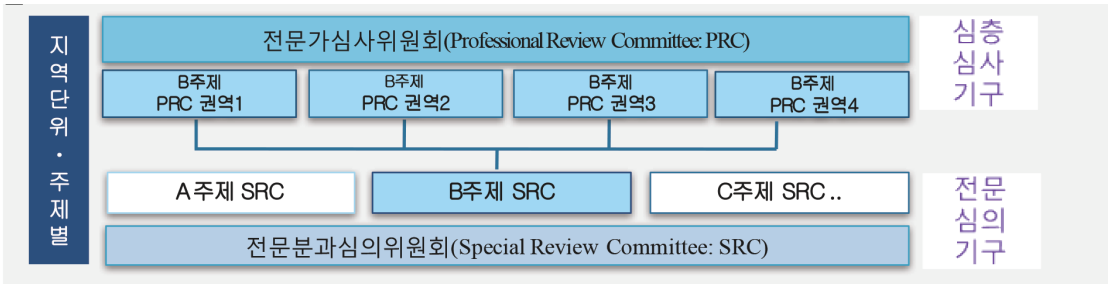
분석심사

기존의 심사 체계를 바꿔야 한다는 인식은 정부-의료계 모두 공유하고 있던 부분이다. 이러한 인식의 결과로 나온 새로운 심사 체계가 분석 심사이고 이는 2019년 8월 1일, 고혈압/당뇨/천식/슬관절치환술을 대상으로 선도사업이 시행되면서 바로 시작이 되었다. 심사 체계를 완전히 바꾸는 큰 사업임에도 불구하고 사전에 충분한 설명 및 논의

가 진행되지 않았고, 사업 자체도 선도사업으로 바로 시행되어(시범 사업이 아닌) 대한의사협회를 비롯한 의사 단체들의 강력한 반발을 사고 있다.



분석 심사와 기준 심사의 가장 큰 차이점은, 심사의 대상 자체가 개별 건, 항목이 아닌 질환 단위로 심사를 한다는 점이다. 또한, 삭감도 바로 이루어지는 것이 아니라, 사전고지, 중재를 거쳐서 변이 지속 시 심층 심사 후에 삭감이 이루어지게 된다.

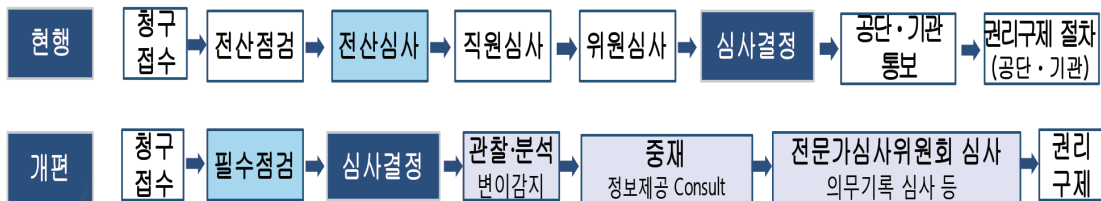


▶(구성 · 운영) 의료현장 전문가는 공정한 운영을 위해 **의학단체 추천으로 구성**
요양 종별, 임상 전문의, 전문학회 등 균형성 고려, 내부위원은 회의 조율 등 역할 수행을 위해 구성

구분	전문가심사위원회 (PRC)	전문분과심의위원회 (SRC)
인원	7명 내외	12명 내외
운영	월 1회	분기 1회

전문가심사위원회 (PRC)	전문분과심의위원회 (SRC)
<ul style="list-style-type: none"> ○ 의무기록 분석 및 변이 확인 등 심층심사 <ul style="list-style-type: none"> - 변이 대상에 대한 의학적 타당성 여부 판단 - 변이 대상에 대한 중재활동 ○ 지역 특성에 맞는 분석패턴 개발 ○ 분석지표, 제도개선사항 발굴 건의 	<ul style="list-style-type: none"> ○ PRC에서 회부 안건에 대한 심의 ○ PRC별 심사 일관성 및 심사결과 정확도 평가 관리 ○ 분석지표, 분석패턴, 심사(급여)기준 등 주제별 심층심사 가이드라인 개발 ○ 주제별 다양한 분석과 시사점 도출 및 제도 개선

이러한 심사 과정을 총괄하기 위하여 도입된 것이 전문가심사위원회(Professional Review Committee, PRC), 전문분과심의위원회(Special Review Committee, SRC) 이다. 각각의 기능은 표와 같고, 구성을 보면 이전에 동료의사 심사제도라는 명칭을 도입하려 했던 것에서 알 수 있듯이, 지역의사회, 의사협회, 개별 학회에서 심사 위원을 추천받아서 위원회를 구성하게 된다.



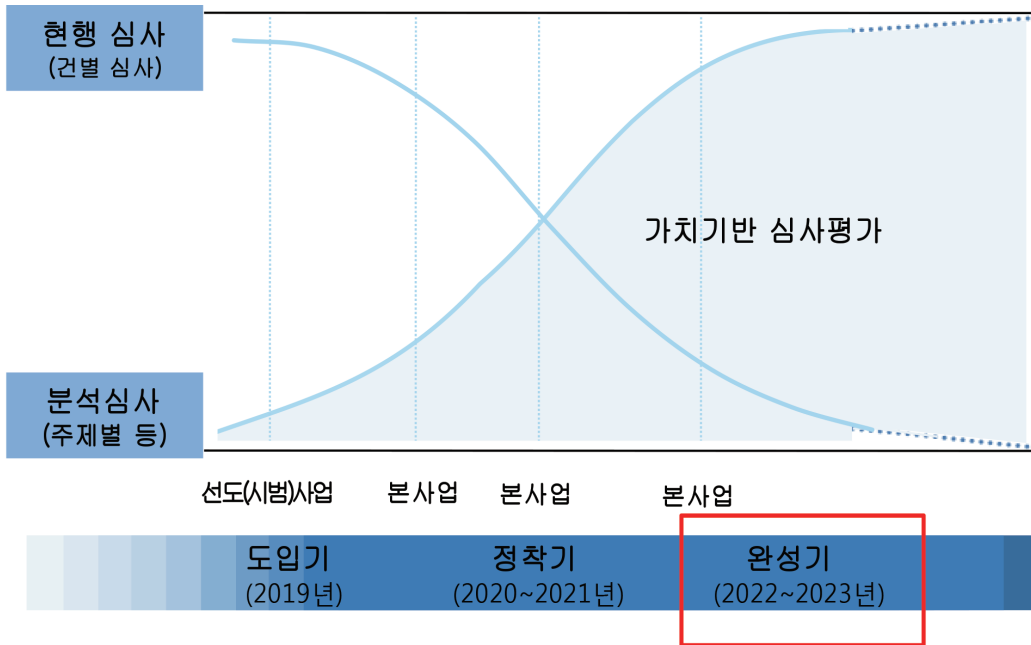
심사 과정의 변화를 살펴보면, 전산 심사의 역할이 축소되고, 직원 심사의 결정 권한이 줄어들는 대신, 중재-심사에 걸쳐 새로 도입된 전문가심사위원회의 역할이 중요 해진다.

일련의 내용이 아직 확정된 것은 아니고, 복잡하게 정리되어 있어 쉽게 실감이 나지 않는 부분이 많다. 해당 내용을 적용하여 간단하게 정리해보면 다음과 같다.

급성 편도염(J03)에 대한 분석 심사 프로세스

1. 부산 A 이비인후과의 급성 편도염 진료 기록 검토
2. 건당 진료비, 항생제 사용 여부 및 종류, 투약일수 등등 분석
3. 전국 평균에 비해 진료비가 높다면 → 중재(서면 등 통보)
4. 시정이 이루어지지 않는다면 → PRC에 올림(PRC에는 부산시 의사회 추천 이비인후과 B원장 등이 참여)
5. PRC에서 심사 후 다시 중재
6. PRC 중재 후에도 개선이 되지 않는다면 → SRC에 올림(SRC에는 대한이비인후과학회 혹은 두경부감상선학회 추천 B교수 등이 참여)
7. SRC에서 심사 후 삭감 결정

꼭 위의 과정대로 심사가 진행되는 않겠으나 기본적인 심사 과정은 비슷하게 이루어질 가능성이 높다.



구분	주요 종별	선도사업	본사업 (20년)	본사업 (21년)	본사업 (22년)	향후
중증 질환	상중 종별		암질환 (입원)	암질환 (외래) 뇌혈관, 심장질환 (입원)	뇌혈관, 심장질환 (외래)	희귀난치질환 등
주요 · 단순 수술	(상중) 종별 병원 (의원)	슬관절치환술 (입원)	슬관절치환술 (외래)	고관절치환술, 척추수술 (입원)	고관절치환술, 척추수술 (외래)	기타 주요, 단순 수술 (정맥류 등)
				관절수술 (입원)	관절수술 (외래)	
				외과단순수술 (입원)	외과단순수술 (외래)	
급성 질환	중병 병원		폐렴 (입원)	폐렴 (외래) 위염, 장염 (입원)	위염, 장염 (외래)	대장항문질환 등
만성 질환	의원	고혈압, 당뇨, 천식, COPD	고혈압, 당뇨 천식, COPD (종별확대)	고혈압, 당뇨 천식, COPD (입원)	정신질환 (입원)	알코올진료 주산기진료 재활치료 등
			신장질환 (외래)	신장질환 (입원)		
				정신질환 (외래)		
진료 비중		5조4천억 (9.6%) 5개 항목	9조2천억 (16.3%) 14개 항목	10조8천억 (19.0%) 20개 항목	5조7천억 (10.0%) 7개 항목	25조4천억 (45.0%)

분석심사의 로드맵을 보면 2023년이 되면 모든 심사가 전부 분석심사로 전환되어 시행되는 것을 알 수 있다. 이비인후과 질환의 경우 초기 사업에는 들어있지 않으나 결국 모든 심사가 전환되는 2023년에는 전부 분석심사로 전환될 것으로 추정된다.

모든 제도는 좋은 의도를 가지고 시작되나, 항상 세부 사항에서 문제가 생기게 된다. 분석 심사제도 또한 도입의 도나 취지에는 크게 문제는 없어 보인다. 하지만 세부 내용을 보면, 상당한 독소 조항 및 위험 요인을 내포하고 있다.

우선 평균에서 벗어날 경우 심사/중재의 대상이 된다는 것은 상당한 위험성을 내포한다. 같은 질환이라고 해도, 환자군이 다를 수 있고, 질환의 중증도가 다를 수 있으나, 이러한 고려 없이 평균에 벗어나는 군에 대해서 중재가 들어간다면, 이는 결국 총량 규제의 형식을 취하게 되며, 이에 따른 의료행위 위축, 매출 감소 및 경영 악화까지 이어질 가능성이 높다.

또한 동료의사심사제도의 도입이 좋은 의도일 수 있으나 그 선정이나 심사 기준을 다루는 과정에서 결국은 의사사회 내부의 갈등을 조장할 수 있고, 상당한 부작용을 초래할 수 있다.

선도 사업 내용을 보면, 청구 시에 특정 내역을 넣고 다양한 내용을 추가로 기재하게 되어있는데(고혈압의 경우 일자 별 혈압, 당뇨에서 혈당치, 수술의 세부 내용 등), 이는 상당한 행정적 부담 및 시간 소모를 유발하게 되나 이에 대한 보상책은 전혀 마련되어 있지 않다.

세부 내용을 보면, PRC는 한달에 한번, SRC는 분기별로 한번 열리게 되어있는데, 각 질환, 권역별로 최소 수천개의 기관이 심사 대상이 되는데, 물리적으로 한달에 한번, 몇시간의 심사를 통해 공정한 심사를 할 수 있을 거라고는 기대하기가 매우 어렵다는 점도, 이 제도가 성공적으로 정착하기 어렵다고 예상할 수밖에 없는 중요 요소 중 하나가 된다.

현실적으로, 고시 개정을 완료하고 선도 사업이 이미 시작된 분석 심사 제도를 완전히 중지하고 원점에서 재검토하는 것은 매우 어려운 일일 가능성이 높다. 하지만 제도가 가지는 문제점이나 생길 수 있는 부작용을 고려한다면 복지부-의협의 협상을 통해 중단 및 전면 재검토를 전향적으로 고려할 필요가 있다. 이비인후과 영역의 분석 심사는 앞의 표에서 보듯 후순위로 밀려 있는 부분이나, 진행 양상에 따라서는 급격하게 도입될 가능성도 배제할 수는 없다. 따라서 늦기 전에 이비인후과 학회, 의사회, 유관 학회를 포함한 모든 당사자들이 힘을 합쳐 최대한 진료를 보는 이비인후과 의사들이 피해를 보지 않는 방향으로 대책을 마련해야할 필요가 있다.

의료전달체계개편

2017년 8월 문케어 발표 당시에 의료전달체계개편은 주요 항목으로 명시되어 있던 바 있다. 이후 2017년 말에 복지부-심평원과 일부 유관 단체로 구성된 위원회에서 의료전달체계개편안을 발표했다가 의료계의 반대로 무산된 바 있다.

선택진료비 폐지, 비급여의 급여화 등의 필수 의료 중심이 아닌 보여주기 식 보장성 강화 정책은 필연적으로 상급 병원 쏠림 현상을 유발하게 되고, 이에 따른 건강보험재정의 파탄을 유발하게 된다. 이에 따라 상급 병원 쏠림 현상을 막기 위한 의료전달체계개편안이 재차 복지부 주도로 마련되었고, 이의 시행을 위하여 의견을 모으고 있다.

〈10년간 종류별 진료비 점유율 변화 추이〉

구 분	'08년		'18년		점유율 증가(08 → 18 증감)
	진료비(조원)	점유율(%)	진료비(조원)	점유율(%)	
상급종합병원(42개)	5.5	24.6	13.5	27.7	(3.1%p)
종합병원(311개)	5.5	24.6	12.9	26.6	(2.0%p)
일반병원(1,465개)	3.0	13.4	6.9	14.2	(0.8%p)
의원(31,718개)	8.3	37.5	15.3	31.4	(-6.1%p)

<종류별 외래내원일수 및 입원일수 증가 추이>

(단위: 만일, %)

구 분	외래내원일수					입원일수				
	'08년		'18년		'08→'18 증가율	'08년		'18년		08→'18 증가율
	일수	점유율	일수	점유율		일수	점유율	일수	점유율	
상급종합	2,532	4.1	4,199	5.6	66%	1,382	14.9	1,675	16.7	21%
종합병원	4,788	7.8	7,211	9.6	50%	2,754	29.7	3,188	31.8	16%
일반병원	4,215	6.8	7,000	9.3	66%	3,872	41.7	4,399	43.9	14%
의원	50,078	81.3	57,029	75.6	14%	1,279	13.8	769	7.7	-40%
전체	61,614	100	75,439	100	22%	9,287	100	10,031	100	8%

위의 표에서 알 수 있듯, 지난 10년간 의료이용의 왜곡은 빠르게 진행되어, 상급 병원 쏠림 현상은 심각한 상황에 이르렀고, 의사 수 증가에 따른 의원 수의 가파른 증가, 최저임금 상승으로 인한 인건비 상승 여파까지 겹친 의원급 의료기관은 생존 자체를 위협받는 상황이 되었으며 이는 급여 진료 비중이 가장 높은 이비인후과의 경우 더욱 심각하다.

당장 올해 건강보험 적자가 4조 3천억에 달할 것이라는 전망이 나오고 있는 가운데 복지부에서 내어놓은 대책은 다음과 같다.

【 단기 대책 】

1. (상급종합병원) 중증환자를 충실히 진료할 수 있는 여건 확립

방향	추진과제
중증진료는 유리 경증진료는 불리	<ul style="list-style-type: none"> • 상급종합병원 지정기준 개선 • 의료기관 보상체계(수가) 개선, 상급종합병원 명칭 변경

2. (병의원→상중등) 환자가 적절한 의료기관을 이용하도록 의뢰 내실화

방향	추진과제
꼭 필요한 환자만 내원하도록 개선	<ul style="list-style-type: none"> • 의사 판단에 따른 직접 의뢰 확산 • 상급종합병원으로 집중되는 의뢰를 분산

3. (상중→병의원) 경증환자는 동네병원으로 회송하여 적정 관리 강화

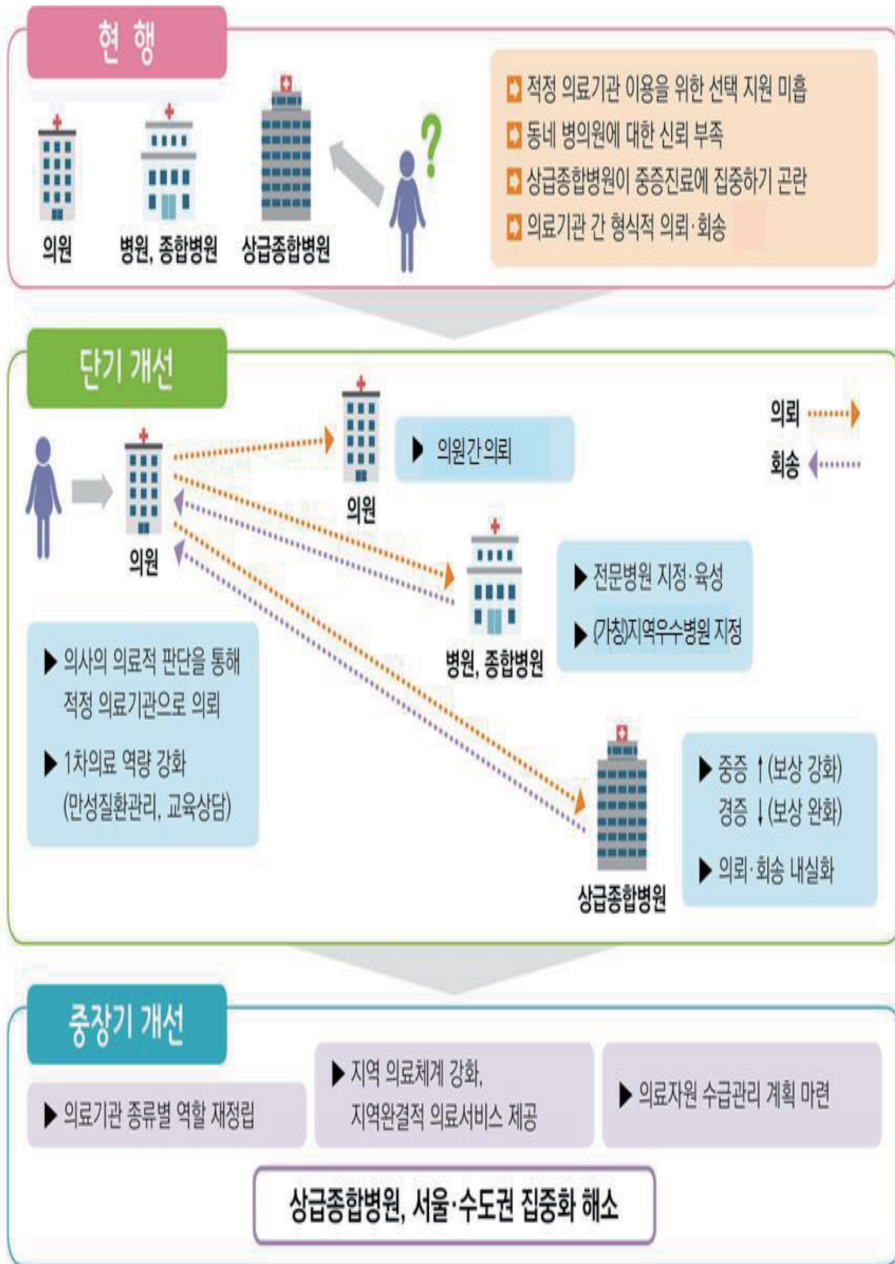
방향	추진과제
환자를 돌려보낼 유인·여건 마련	<ul style="list-style-type: none"> • 적절한 회송기준 마련 • 의료기관 및 환자 참여 유도

4. (적정의료 이용) 적정의료 이용을 위한 다양한 기전 확립

방향	추진과제
이용절차 강화 및 적정 비용부담 마련	<ul style="list-style-type: none"> • 적정기관 이용시 편익이 늘도록 비용체계 합리화 • 적정 의료이용에 대한 안내 강화

5. (지역의료 강화) 지역 내에서 안심하고 치료받는 여건 조성

방향	추진과제
지역 의료체계 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 지역내 종합병원 지정·육성, 일차 의료기능 강화 • 필수의료 연계체계 마련



위의 대책의 실효성은 논외로 하고, 일단 해당 대책에서 가장 피해를 입게 되는 진료과는 상급종합병원(개정 시 중증종합병원)의 이비인후과가 될 가능성이 높다. 이는 진료과의 특성 상 대상 질환의 중증도가 많이 떨어져서 대부분이 경증 질환으로 분류되기 때문인데, 해당 대책대로라면, 두경부 암 분야 및 두개저 질환, 이과/비과 영역의 중양 질환을 제외하고는 상급종합병원에서의 진료가 제한될 가능성이 높다.

상급종합병원에서 이비인후과가 입지가 좁아지면 이는 결국 진료 과목 자체의 위축을 불러와서 1차 의료기관의

진료 과목으로서의 이비인후과의 입지에도 영향을 줄 수밖에 없으므로 과 전체의 위기 상황이 된다.

이에 대한 해법은 결국 이비인후과의 과내 상생을 위한 정책을 통하여 찾을 수밖에 없는데, 유기적인 교류를 통하여, 형식적인 의뢰/퇴의뢰가 아닌 환자에게도 도움이 되고, 서로에게도 도움이 되는 진료 의뢰/회송 시스템을 구축하는 것이 이비인후과 전체의 파이를 키울 수 있고, 의료전달체계개편의 큰 흐름에서 살아남을 수 있는 가장 효과적인 해결책이라고 할 수 있다.

3차 상대가치 개편

2001년 상대가치제도가 도입된 이후로 대략 7~8년 주기로 상대가치 개정작업이 이루어져 왔다(1차 개편 2008년, 2차 개편 2017년). 2017년 7월 2차 상대가치 개정 내용이 심사체계에 반영됨과 동시에 3차 상대가치 개정 작업이 시작되었고 현재는 개편 방안에 대한 기초 작업이 진행되고 마무리되어가는 단계이며, 3차 상대가치 개정을 위한 위원회 구성이 완료된 상태이다.

3차 상대가치 개편의 방향에 대한 보건사회연구원의 기본 조사에 따른 개편 방향은 다음과 같다.

상대가치점수 산출체계 검토	의료기관 종별 기능 확립을 위한 기본진료료 개편 방향 마련	원칙에 근거한 가산제도 정비방향 제시	3차 상대가치 개편을 위한 회계 조사 방향 마련	자료의 안정적 확보를 위한 패널 의료기관 제도 구축 방향 제시
<ul style="list-style-type: none"> 상대가치점수 산출 체계의 문제점 진단, 산출체계의 합리성 제고방안 모색 (의사결정과정 포함) 재정중립 하에서 총점 고정 및 환산지수와의 연계 방식 검토 	<ul style="list-style-type: none"> 의료전달체계 확립과 기본진료료 합리화를 위한 구성 요소 도출 의료전달체계 정상화 방향 중심의 기본진료료 개편 방향 제시 	<ul style="list-style-type: none"> 근거를 기반으로 정비가 필요한 가산제도의 범위 설정 기존 가산제도의 도입 취지에 부합하는 정비방향 모색 	<ul style="list-style-type: none"> 기본진료료 개편 및 가산제도 정비를 위한 회계조사 계획 수립 국내외 원가정보 활용 및 연구 동향 검토 	<ul style="list-style-type: none"> 패널 의료기관 구축 방향 마련 패널 의료기관 도입을 위한 근거 마련



의료전달체계 정상화를 목적으로 기본진료료 개선 방향을 모색함으로써 효율적이고 지속가능한 의료시스템 구축

결국 이번 3차 상대가치 개정의 핵심은 원가의 3/4에도 못 미치는 기본 진료료의 인상이며 다른 어떤 변화에도 우선되어야 한다. 하지만 3차 상대가치 개정 관련 연구가 시작된 후의 움직임을 보면, 일괄적인 기본 진료료 인상에 대해서는 불가 방침을 천명하며, 만성질환관리사업, 교육 상담료 신설, 심층 진찰료 신설 등의 방법으로 수가를 보전하려는 움직임이 있어 왔다.

하지만 원가 이하의 기본 진찰료를 그대로 방치하고서는 안 그래도 붕괴 직전인 1차 의료의 위기를 해결할 수 없으며, 특히 기본 진찰료가 전체 급여 비용의 82%에 달하는 이비인후과의 경우에는 더욱 절실한 문제이다.

이번 3차 상대가치 개정을 통해서 이루어야 할 부분은 기본 진찰료 인상과 함께 초진과 재진의 진찰료 차등 강화가 필요하다. 진료 시간의 경우에도 초진 시에 두배 이상, 의사 업무량도 두배 이상 필요하며, 해외 사례를 봐도 미국의 경우 2.5배, 일본의 경우 4배 정도로 초진 진찰료가 재진 진찰료에 비해 높게 책정되어있는데에 반해 우리나라의 경우는 30% 차등에 불과하여 초진 비용이 적게 책정되어 있어 개선이 시급하다.

또한 기본 진찰료에 기본 진찰료에 포함된 행위들(비강 세척, 귀지 제거, 코/목의 드레싱)에 대한 별도 보상이 필요하다. 간단한 문진만으로 진찰이 가능한 과들과는 달리, 이비인후과의 경우 복잡한 공간구조(귀, 코, 목)에 대한 진찰을 위하여 다양한 기구가 필요하고, 보조 간호 인력이 필요하다. 하지만 기구의 구입, 소독 등에 대한 비용과 간호 인력의 인건비 등에 대해서는 보상이 없어 다른 과와 똑 같은 진찰료가 책정되어 있다. 이에 대해서는 별도의 수가를 만들거나, 진찰료 자체를 올려주는 방법으로 보상을 해야 한다.

그리고, 만성 질환에 대한 수가가 아니라 급성 감염성 호흡기 질환 진료에 대한 인센티브 및 감염 관리 수당이 필요하다. 2016년 전국민을 공포로 몰아넣었던 MERS 사태나, 해마다 많은 감염자 및 합병증으로 인한 사망자가 생기는 인플루엔자 감염 때에도 이비인후과 의사들은 마스크 한 장에 의지한 채 질병 치료의 최전선에 뛰어 들었다. 이러한 급성 감염성 호흡기 질환 진료에 대해서는 적절한 보상 체계를 두어 감염의 조기 진압 및 확산 방지에 차질이 없도록 해야 한다.

결 론

보장성 강화의 흐름 속에서, 중증 질환에 대한 보상책에서도 소외되고, 만성질환 관리 대책에서도 소외되는 이비인후과의 진료과로서의 위상은 심각한 위협에 처해 있다. 이는 1차, 2차, 3차를 가리지 않고 모든 이비인후과에 공통적인 위협이자 과제이다.

단순히 감기로 통칭되는 상기도 감염 질환을 담당하는 진료과가 아닌, 눈을 제외한 특수 감각기 질환을 모두 아우르며, 급성 감염성 질환에서, 만성 질환(난청, 알레르기, 후두 질환) 및 악성 종양(두경부, 비인두 등)에 이르기까지 넓은 범위의 질환을 다루는 고도로 전문화된 특수 진료과로서의 이비인후과의 위상을 유지하고 고양하기 위해서는, 전 과적 차원에서의 협조 및 대책 마련이 절실한 상황이다.

중심 단어 : 분석심사 · 의료전달체계개편 · 3차상대가치개.

REFERENCES

- 1) 심사 평가 체계 개편을 위한 2019 분석심사 선도사업지침(G000E01-2019-75), 건강보험 심사평가원
- 2) 합리적 의료이용과 지역의료 활성화를 위한 의료전달체계 개선 단기대책, 보건복지부
- 3) 제3차 상대가치 개편방안 연구용역, 한국보건사회연구원