

사회진보를 위한 민주연대

People's Solidarity for Social Progress

서울특별시 마포구 연남동 259-12 3층 T.02-778-4001. F.02-778-4006 pssp@jinbo.net http://www.pssp.org

2015년 4월 2주차 보건의료동향분석

2015년 4월 13일 ~ 2015년 4월 24일

주요 키워드

1. 서울대병원 파업 : 서울대병원 노조 선도 파업...총투 본격화 (4. 23)
2. 선택진료비 : 의료기관 평가의 판이 뒤바뀐다? 의료질향상분담금, 선택진료비 손실 우선 보장 후
新평가체계 전환 의료계 "평가만 반복" 불만 폭주...政 "의료 질 담보 시 보상" 확고 (4. 20)
3. 기타 : 의협 "실손의료보험 위탁심사 보험사 이익만 증대" (4. 16)/'차등수가제 폐지' 갑론을
박...적정진료 시범사업과 연계? 복지부 제시한 개선안에 공급자-가입자단체 의견 엇갈려...곧 건정
심에 보고 (4. 24)

1. 보건의료정책

○ 서울대병원 노조 선도 파업...총투 본격화 (4. 23)

정부의 노동시장 개편안에 반대하는 노동계의 총투가 본격적으로 막을 올렸습니다. 민주노총 총파업에 하루 앞서 서울대병원 노조가 오늘부터 무기한 파업에 들어갔습니다.

<현장음> "성과급제 폐지하고 공공병원 지켜내자!" 서울대병원 노조가 무기한 총파업에 돌입했습니다. 병원 측이 의료 공공성을 훼손할 수 있는 성과급제를 도입하고 취업규칙을 강압적으로 변경했다며 이에 반대하고 나선 것입니다. 조합원 천800여명 중 응급실과 중환자실 등 필수 인력을 제외한 400여명이 업무에서 손을 놓았습니다.

<현정희 / 민주노총 의료연대본부 서울지역지부장> "서울대병원을 돈버는 병원으로 내몰고, 노동자의 근로조건인 취업규칙을 불법적으로 변경하려는 이 병원과 박근혜 정부에 맞서 우리는 오늘부터 전면 무기한 총파업으로..."

서울대병원 노조를 시작으로 민주노총이 총파업에 돌입하며 노동계의 총투 행렬을 이어갑니다. 전국 16개 지역에서 진행되는 이번 총파업에는 전국교직원노조와 공무원노조도 참여합니다. 한국노총 역시 다음 달 총파업 투표를 거쳐 5월 말쯤 총파업을 벌이겠다는 계획입니다.

<박성식 / 민주노총 대변인> "정부가 한국노총조차 받아들일 수 없는 심각한 구조 개악안을 밀어붙이는 결과로 노동절을 중심으로 노동자들의 저항이 거셀 것으로..."

다만 민주노총의 최대 조직인 현대차 노조가 파업 참여를 망설이고 있어 노동계 투쟁동력이 얼마나 커질지는 지켜봐야 할 것으로 보입니다.

○ 보건의료·시민단체들, 서울대병원노조 파업 지지 선언 "공공기관 정상화 조치로 상업화 부채질...성과급제 도입은 병원의 공장화" (4. 23)

공공운수노조 의료연대본부 서울대병원분회가 오늘(23일) 오전 5시를 기해 총파업에 돌입한 가운데 이

를 지지하는 성명이 이어졌다.

건강권실현을 위한 보건의료단체연합은 23일 성명을 내고 "박근혜 정부는 '국립대병원 정상화 대책'이라는 이름으로 국립대병원 영리화·상업화 조치인 경영평가제, 전 직원 성과급제, 성과급에 따른 퇴출제와 임금피크제 등을 도입하는 한편 이와 연동한 취업규칙 개악과 단체협약 해지 등으로 노동조합 파괴에 나서고 있다"며 "의료민영화를 추진해온 박근혜 정부가 이제 국립대병원의 공공성마저 철저히 파괴하고 의료민영화 저지에 앞장서 싸워온 노조를 탄압하려 한다"고 비난했다.

보건의료단체연합에는 건강사회를위한약사회, 건강사회를위한치과의사회, 노동건강연대, 인도주의실천의사협의회, 참의료실현청년한의사회, 연구공동체 건강과대안, 문턱없는한의사회, 젊은보건의료인의공간 다리 등이 참여한다. 이들 단체는 "서울대병원노조의 파업은 의료공공성을 지켜온 노동조합의 존재를 지키려는 싸움이자 국립대병원으로써 공공성을 지키는 싸움이며 나아가 한국의 공공의료를 지키려는 싸움"이라며 "이러한 이유로 서울대병원 노동자들을 자랑스럽게 생각하며 보건의료인의 이름으로 파업을 적극 지지한다"고 선언했다.

이런 상황을 초래한 근본적인 원인이 정부의 공공기관 정상화 정책에 있다고 지적했다. 보건의료단체연합은 "정부의 이른바 '공공기관 정상화' 관련 조치는 국립대병원의 수익성을 강조해 현재도 문제가 되고 있는 상업화를 더욱 부채질하고 있다"며 "의료기관이 수입을 늘리기 위해서는 환자에게서 의료비를 더 받아내거나 인건비와 재료를 줄이는 수밖에 없고, 이는 고스란히 국민들의 병원비 상승과 의료의 질 저하로 이어진다"고 우려했다.

특히 성과와 연계한 연봉제 도입을 국립대병원에 강요하는 것에 대해 깊은 우려를 표명했다. 보건의료단체연합은 "지금도 의사성과급제는 과잉진료의 원인이 되고 있다. 선택진료비와 검사비를 교수들에게 성과급으로 지급하면서 의사들은 더 많은 환자를 보기 위해 채 1분도 안되는 진료를 하고 있으며, 야간과 공휴일을 가리지 않고 검사와 수술을 늘려가고 있다"며 "결국 의사성과급 도입은 불필요한 의료행위 증가와 병원노동자들의 노동강도 강화를 초래하고, 환자 안전까지 위협하는 상황으로 몰아가고 있다"고 지적했다.

이들은 "정부는 의사성과급의 폐해를 전 직원에게 확대할 것을 강요하고 있다. 이는 환자의 생명과 안전을 최우선으로 삼고 일하고 있는 모든 노동자들을 돈벌이 기계로, 병원을 공장으로 만들겠다는 것과 다름없다"며 "병원 종사자들의 임금이 환자에게 얻는 돈과 연동되는 성과급제 도입은 비의료적이며 비윤리적인 정책이며, 국립대병원의 공공적 기능을 말살하는 정책"이라고 주장했다.

진보성향의 보건복지단체와 노동계, 시민단체, 종교단체 등으로 구성된 '의료민영화·영리화 저지와 의료공공성 강화를 위한 범국민운동본부'도 성명을 내고 서울대병원과 경북대병원의 파업 지지선언을 했다. 범국민운동본부는 "박근혜 정부는 '공공기관 정상화'라는 명분 아래 국립대병원까지 수익성 위주의 경영평가를 도입하고 있다"며 "이는 공공의료를 왜곡하는 것으로, 공공기관으로서 공공병원은 국민의 건강권이라는 기준에 따라 평가를 받아야 한다"고 강조했다. 또한 "돈벌이로 병들어 가는 한국 의료 속에서 국립대병원은 국민 건강을 위한 공공의료의 보루가 되어야 한다. 그러나 현실은 국립대병원이 박근혜 정부 의료민영화의 모범생이 되어가고 있다"며 깊은 우려를 표명했다. 성과급제 폐지와 국립대병원 의료상업화 종단을 요구하는 서울대병원과 경북대병원 노동자들의 파업은 정당하다고 강조했다. 범국민운동본부는 "국립대병원은 성과급 도입 등 국가가 지향해야 할 보건의료체계의 목표에서 벗어나는 수익 중심의 운영을 당장 멈춰야 한다"고 촉구했다.

○ 의료기관 평가의 판이 뒤바뀐다? 의료질향상분담금, 선택진료비 손실 우선 보장 후 新평가체계 전환 의료계 "평가만 반복" 불만 폭주...政 "의료 질 담보 시 보상" 확고 (4. 20)

지난해 정부는 3대 비급여 개선의 일환으로 선택진료제 폐지를 결정했다. 2016년까지 단계별로 선택진료를 축소해 환자의 의료비 부담을 줄이겠다는 취지다. 대신 선택진료 감축에 따른 의료기관의 손실을 '의료서비스의 질적 수준'에 따라 보전해주기로 했다. 일명 '의료질향상분담금'이 그것으로, 정부가 양질의 의료서비스를 제공하는 우수기관을 고르면 국민과 국민건강보험공단이 의료질향상분담금 형태로 비용을 절반씩 부담하게 된다. 선택진료비는 폐지되지만, 결국 국민은 의료질이 높은 의료기관을 이용할 때 본인

부담금 50%를 추가로 부담해야 하는 것이다. 이렇게 책정된 의료질향상분담금(환자본인부담금 포함)만 올해에 1,000억원으로, 내년에는 5,000억원으로 늘어난다.

이에 건강보험심사평가원은 ‘양질의 의료’를 평가할 기준과 수가지급방식에 대한 연구용역을 실시했고, 지난 8일 윤곽이 드러났다. 그 핵심은 기존의 수많은 평가 결과를 종합해 점수화하는 것으로, 향후에는 의료계 전반에 적용되는 새로운 평가체계가 마련될 예정이다.

보건복지부는 이날 심평원 강당에서 공청회를 열고 이같은 내용의 ‘의료질향상분담금제도 시행방안’을 공개했다. 복지부 손영래 보험급여과장은 “선택진료비 폐지로 인한 손실금은 보상하겠다고 초지일관 밝혀왔다. 다만 지급 기준은 단순히 돈을 잃는 경우가 아니라 의료 질을 지탱하는 경우에만 보상한다는 것이며, 이는 전체적인 의료체계를 바로 잡기 위한 것”이라고 분명히 했다. 보상 총액은 선택진료비 손실액을 기준으로 하되, 지급은 좀 더 우수한 의료기관에만 하겠다는 것이다. 따라서 이를 위해 또다시 평가가 시작된다.

특히 일부 전문가들은 2017년부터는 의료 질 평가를 전체 의료기관에 적용해, 질 향상과 개선도에 따라 수가를 지급하는 형태로 평가의 틀을 바꿔야 한다고 주장하고 있어 의료질향상분담금이 의료계에 새로운 ‘평가의 시대’를 불러올 수 있다는 전망도 나오고 있다.

이날 서울대 김윤 교수가 발표한 연구결과를 보면, 의료질향상분담금제도는 ▲의료의 질과 환자안전 ▲공공성 ▲의료전달체계 ▲교육수련 ▲의학연구 등 5가지 영역으로 평가해 기관별로 보상이 이루어진다. 해당 영역별로 세부 지표는 인증평가, 상급종합병원 평가, 응급의료기관 평가, 적정성 평가 등의 여러 평가 프로그램의 결과와 지표가 활용된다.

제도는 결정했지만, 당장 올해부터 새로운 지표를 도입해 평가하기에는 시기가 촉박하고 의료기관의 수용도 어렵다고 판단한 것이다. 결국 올해는 이미 완료된 평가 결과를 반영하고 내년에는 일부 변화된 평가지표를 적용하는 등 단계적으로 개편된다.

대신 선택진료제가 완전 폐지되는 2017년부터는 의료기관이 새로운 평가지표를 토대로 새로운 평가를 받게 된다. 이때 ‘의료 질 향상’에는 기존의 평가에서처럼 절대적 점수(등급)가 아니라 ‘개선 여부’ 등의 다양한 지표가 반영된다.

이를 토대로 5가지 영역별 세부 평가영역을 보면 ‘의료 질과 환자 안전’ 영역은 ▲인프라 ▲안전성 ▲근거기반의료 ▲환자중심성 등 4개 세부 영역으로 구성됐고, ‘공공성’은 ▲의료이용의 형평성 ▲건강보험의 지속가능성 등 2개 영역을 평가한다. ‘의료전달체계’ 영역은 ▲중증질환 입원기능 강화 ▲환자중심의 의료연계 등 2개, ‘교육 수련’은 ▲수련체계 구축 ▲양질의 수련 ▲안전한 근무환경 등 3개, ‘의학 연구’는 ▲양질의 연구개발 노력 ▲우수한 연구 성과 등 2개 세부 영역에 대한 평가한다.

즉, 연도별로 평가영역에 대한 세부 지표는 달라지지만, 2017년부터는 ‘의료 질 향상’을 최상의 목표로 두고, 흩어져 있는 각각의 평가를 맞물리게 하는 하나의 평가 체계를 만든다는 게 연구의 골자다.

이를 위해서는 가칭 ‘의료 질 및 환자안전 정책심의위원회’도 설치해 복지부 산하에 있는 의료 질과 안전에 관한 다양한 정책과 평가사업 등의 연계도 필요하다. 쉽게 말해 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)같은 기구를 뒀, 기존 평가들의 중복이나 부적절한 지표 등을 정비해 하나의 거버넌스를 구축해야 한다는 의미다. 아울러 ‘정보체계 구축’도 필수 요인 중 하나다. 의료기관이 평가에 필요한 다양한 진료정보를 사후에 제출하는 것이 아니라, 환자 진료 기간에 전산입력을 해 정확한 정보를 입력하고 업무의 편의를 도모한다는 것이다.

이에 대해 김윤 교수는 “이번 안은 연구진 중심으로 만들어진 안으로 사회적 공론화를 거쳐야 한다”면서도 “현재 인증원과 심평원도 다 환자 안전성을 높이기 위한 평가를 하지만 실제 평가기준을 만들 때는 협력을 하지 않아 중복되고 있다. 향후 평가방식의 개선을 위해서도 거버넌스 구축이 필요하다”고 말했다.

다만 인센티브 지급방식은 올해분에 한해서만 윤곽이 나왔다. 대다수 선택진료를 했던 종합병원급 이상 의료기관을 대상으로 인센티브를 주되, 기관별 평가를 통해 지급하는 안이다.

수가모형개발 연구를 수행한 한국보건사회연구원 신영석 부원장은 “의료질향상분담금이 선택진료비 폐지에 따른 손실액을 보전해주는 취지로 도입된 만큼 우선적으로는 손실 보전에 주력하되, 향후에는 질

향상에 따른 인센티브 형식으로 전환해야 한다”고 말했다. 구체적으로는 올해 즉시 적용할 수가는 의사 개인이 아닌 기관단위 평가를 통한 ‘기관보상’을 전제로 하고, 의원 및 병원급을 제외하는 방안이다. 다만, 중병 중에서도 선택진료를 시행하지 않던 기관에 대한 보상은 최소한으로 두는 것을 전제로 한다.

특히 신영석 부원장은 수가보상방식을 결정할 때 향후 논의해야 할 점이 많음을 분명히 했다. 평가를 요양기관별로 나눠서 할 경우와 평가 결과를 상대 또는 절대평가로 할 경우, 수가 유형을 정액 또는 정률형로 할 경우, 평가 영역별로 가중치를 적용할 경우 등에 따라 결과 값이 다양해진다는 의미다. 같은 1,000억원의 예산이라고 해도, 5가지 평가영역별로 가중치를 달리두면 영역별 점수에 따라 수가를 차등 지급할 수 있으며, 총점을 기준으로 등급을 나눠 수가를 달리 줄 수도 있다. 또 등급별 가산율에 행위료를 곱해서 수가를 산정할 수도 있다. 이러한 각각의 경우에 대해 현재 시뮬레이션 단계에 있으며 이르면 이달 말 최종 연구안이 도출된다.

결국 의료질향상분담금은 평가방식에 따라 수가모형도 달라지게 된다. 단기적으로는 ▲종합병원급 이상 ▲기존의 구조와 과정지표 ▲성취도를 중심 등으로 수가가 보상되지만, 중장기적으로는 평가 대상, 지표, 지표측정 방법 등을 확대해야 한다는 게 신 부원장의 판단이다.

신 부원장은 “평가는 필요 시 기존 제도를 흡수·통합해 중복 보상이나 평가의 문제를 해결하고, 예산도 5배 이상 증가하니 수가를 차등화 해야 한다”며 “평가대상과 결과지표 역시 의원급 이상, 신규결과지표로 확대해 성취도뿐만 아니라 개선도도 반영해 전체 기관을 대상으로 한 인센티브 부여 방향으로 나아가야 한다”고 설명했다.

이에 대해 의료계에서는 평가 지표의 타당성부터 정부의 추가재정 지원 여부 등에 대한 지적이 이어졌다. 대한병원협회 정영호 정책위원장은 “선택진료비는 원가가 없는 비급여였는데 이를 평가를 통해 수가를 받으려면 상당한 비용이 들어 병원으로서도 또 하나의 부담이 될 수 있다”며 “인증평가를 한번 받기 위해 얼마나 많은 비용을 지불하는지 알고 있다. 이제는 더 많은 비용을 부담해야 한다. 정부가 재정을 지원해줘야 한다”고 말했다.

정 위원장은 “지표를 개발할 때 사전검증은 물론 병원계와 충분한 논의가 필요하다”며 “병원에서도 고려할 사항이 있으니 정부가 대충 다 정해놓고 협의를 하자고 하면 방법이 없다. 잘 협조할 테니 함께 논의해 좋은 결과를 내자”고 제안했다.

대한의사협회 서인석 보험이사는 평가영역에서 교육수련과 공공성이 의료 질의 지표인지에 의문을 제기하며 기존 평가의 중복 등도 개선돼야 한다고 지적했다. 서 이사는 “의료 질 향상은 질적 지표에 대한 보상인데 교육수련과 취약계층에 대한 평가 등 공공성이 본 취지에 맞는지 의문이다”라며 “평가는 명확해야 하고 너무 황당하거나 중복되어도 안 된다. 의료기관의 충격이 크지 않고, 적응할 수 있으며 예측 가능한 평가가 돼야 한다”고 말했다. 이어 “평가 영역을 공급자가 직접 만들어 볼 수 있도록 한 뒤 정부가 선택해 평가하는 것은 어떠냐”며 “공급자 내에서 경쟁할 수 있도록 일정수준 지표를 맡기는 것도 필요하다”고 조언했다.

전국민주노동조합총연합 김경자 부위원장은 “기존 지표로 평가를 하면 환자가 많은 기관이 점수도 높을 거라 오히려 환자 쏠림이 더 심해질 수 있다”며 “지나치게 복잡한 평가가 아닌 단순하게 병원급도 포함해 등급별로 나눠서 인센티브를 부여해야 한다”고 말했다. 이어 “환자 본인부담금 50%는 너무 큰 부담이다”라며 “환자들은 선택진료비를 안내도 되는 줄 알았지, 의료질향상분담금이라고 해서 본인이 지불해야 한다고는 생각하지 않을 것이다. 이는 건보재정으로 해결할 문제”라고 꼬집었다.

특히 평가에 평가를 거듭하는 제도에 대한 의료현장의 불만도 거세다. 일각에서는 이 제도가 거대 평가시스템을 만들게 될 것을 우려하기도 했다. 강동성심병원 관계자는 “처음에는 선택진료비 손실액을 3년에 걸쳐 보상해준다고 하더니, 이를 평가를 해서 주기로 하고, 이제는 수가형식으로 준다고 한다”며 “이미 질 향상이 잘되고 있는데 얼마 안 되는 인센티브를 받겠다고 또 감염관리 전담자, 환자안전관리 전담자를 둘 수 있을지 의문”이라고 말했다. 부천성모병원 관계자도 “질 향상 평가는 인증평가와 적정성 평가를 합한 것의 몇 배로 항목이 늘어나는 것이고 이를 관리할 거대 평가 조직이 생겨나야 할 것”이라며 “평가를 위한 비용도 많이 들고 병원 내에서도 상당한 인력이 투입되는데 이를 투자해서 정부의 보상을 받아 무슨 소용이 있을까 싶다. 대형병원 말고 중소병원도 살아남을 길이 있는지 함께 고민해 달

라”고 주문했다. 울산대병원 관계자는 “이번 발표에 대해서 내부 경영진이 회의를 했다. 전체적인 윤곽만 알고 있는 정도라 더 기다려봐야겠지만, 정말 평가만 받다가 불일 다 보게 생겼다”며 “하소연을 하자면 끝도 없다. 특히 종합병원이었다가 이번에 상급종합병원으로 지정된 우리의 경우 기존 평가결과를 활용했을 때 불이익이 있지는 않을지 주시하고 있다”고 말했다. 익명을 요구한 한 중소병원 관계자는 “선택진료가 생긴 이유는 의료수가가 낮아서 이를 보완하기 위한 것인데 수가를 인상해주지는 못할망정 또 질을 평가하겠다고 한다”면서 “선택진료 폐지로 우리에게 손해를 보게 하고 대신 큰 병원을 잘살게 해주는 격이다. 상급종합병을 쫓아가려다 가랑이가 찢어져 망할 수밖에 없는 구조”라고 지적했다.

이같은 반발에 대해 보건복지부는 의료 질 평가의 당위성에 대해 단호한 입장을 밝혔다. 복지부 손영래 과장은 “정부는 병원별 손실에 대해 보상해주는 것은 아니다. 보상은 총액과 종별 손실액을 기준으로 하겠지만 의료 질에 대한 보상이 원칙이며 좀 더 우수한 쪽에 돈을 주되, 총액을 맞추는 것”이라고 분명히 했다.

그는 “그간 선택진료비는 병원마다 달랐다. 그 금액을 누가 정했나. 병원 스스로 (의료 질을 평가해) 결정했고 국민이 동의하거나 수용했던 것”이라며 “이제는 공공기관이 평가체계를 종합적으로 구축해 누구나 알 수 있게 투명하게 관리하고 차등수가를 주겠다는 의미이며 반드시 가야하는 길”이라고 강조했다.

다만, 이제 논의가 시작되는 단계라며 전문가와 이해관계자 등과 논의를 거쳐 결정해 나가겠다고 밝혔다. 손 과장은 “의료질향상분담금은 굉장히 어렵고 복잡한 제도로 복지부 내에서도 많은 고민을 하고 있다”며 “의료 질에 대해 1,000억부터 5,000억원까지 인센티브가 확대된다는 것은 그만큼 강력한 정책 기전이다. 정책의 가치가 큰 만큼 복지부 내 급여과와 정책과 등에서 논의하고 있다”고 설명했다. 이어 “본인부담을 조정에 대해서는 복지부 내부에서도 공감하고 있지만, 비율을 조정하게 되면 건보 재정이 추가로 드는 만큼 건정심에서의 합의가 필요하다”며 “수가지급에 따른 진료량 증가를 막기 위해 별도의 보상방식(사후적 기관별 Lump sum Incentive, 일시불)을 도입하려면 건보법 개정도 필요해 단기적으로는 해결하기 쉽지 않다”고 말했다.

또 거버넌스 구축과 관련해서는 “건보 정책기전에서 컨트롤을 할지, 별도로 구분할지도 중요하며 이 경우 복지부 조직까지 바뀌는 등 중요하게 논의해야 한다”며 “제도를 발전시켜 나갈 수 있도록 다양한 채널을 통해 논의해 올해 7월에는 최종 안을 만들겠다”고 밝혔다.

○ [커버스토리]‘의료 질’이라는 이름의 新 평가시대 도래 의료질향상분담금제, 기존 평가로 재평가부터 단계적 확대 2017년 새로운 평가지표 개발...의원급 등 전체 의료기관 확대 가능성도 (4. 20)

“황새(빅 5병원) 따라가려다 가랑이 찢어지는 뱀새(종합병원)가 되는 꼴이다. 평가에 평가만 거듭하다 정말 불 일 다보겠다.”

지난 4일 보건복지부가 ‘선택진료비 개편에 따른 의료질향상분담금 제도 시행방안’에 대한 공청회를 연 후, 의료계가 들끓었다. 정부가 선택진료비 손실금을 100% 보전해 준다더니 결국엔 ‘의료질향상분담금’이라는 이름으로 또다시 평가를 강요하고 있다고 반발하는 것이다. 일각에서는 환자도 많고 각종 평가에서 1등을 차지하는 일부 상급종합병원에 선택진료 축소로 빼앗아간 수가를 몰아주는 결과가 초래될 것이라고 우려했다.

의료계가 반발하는 가장 큰 이유는 정부가 약속한 의료질향상분담금 총 6,000억원(2015년 1,000억, 2016년 5,000억)이 기존 평가 결과에 따라 좌우되기 때문이다.

서울대 김윤 교수가 이날 발표한 ‘의료질향상분담금제도에 대한 평가영역별 지표구성(안)’에 따르면, 올해와 내년에는 기존의 인증평가, 상급종합평가, 응급의료기관평가, 적정성평가 등의 결과와 지표로 평가 점수가 도출된다. 평가 영역을 ▲의료의 질과 환자안전 ▲공공성 ▲의료전달체계 ▲교육수련 ▲의학연구 등 5가지로 크게 나누고, 영역별 세부 평가 지표는 기존 평가들의 지표로 채운 것이다.

이를테면, ‘의료의 질과 환자안전’ 영역 평가 중 인프라는 올해 인증원의 인증을 획득할 경우 가점을 주고, 내년에는 인증 여부를 필수조건에 넣거나 인증 등급제를 만들어 반영하는 방식이다. 상급종합병원 지정 기준인 환자 당 의사 수, 환자 당 간호사 수 등 인력기준은 ‘의료 질’ 영역에 넣고, 질병군별 환자

구성비율 등 전달체계는 '의료전달체계' 영역에 포함시켰다. '교육수련' 영역에는 올해부터 내년까지 대한병원협회의 병원신임평가 결과에 따른 전공의 수련체계를 넣고, 2017년 이후는 전공의특별법에 대한 수련교육 평가지표를 추가하는 안도 제시됐다. 그 외 '의학연구' 영역은 병원별 의학연구에 대한 인프라나 전반적 연구 성과 등을 활용한다는 게 골자다.

의료계가 반발하고 있지만 겉으로만 보면 기존 평가 결과에 따라 수가가 산정되기 때문에 의료기관에서는 지금 당장은 별도 평가를 준비할 필요는 없다. 우선 올해와 내년에는 선택진료를 해 온 종합병원급 이상 의료기관을 대상으로 기관당 평가결과에 따라 1,000억원과 5,000억원이 순차적으로 지급된다. 구체적인 수가지급방식은 이달 말 관련 연구 결과가 발표된 후 의료계 등과 의견수렴을 거쳐 7월경 확정될 예정이다. 그러나 이러한 평가방식이 과연 '의료질 향상'에 기여할지, 오히려 병원 간 '줄 세우기'만 부추기는 것이 아닌지 논란이 가속될 것으로 보인다.

병협 정영호 정책위원장은 "원가가 없어 그 자체가 순수익이었던 선택진료를 폐지하고 또다시 평가를 받으려면 상당한 비용이 들게 돼 결국 병원운영 전체의 문제가 된다"며 "정부는 질 향상을 위해 병원들이 맨발의 청춘처럼 뛸 거라고 기대하지만 우리에게도 또 다른 줄 세우기가 될 것"이라고 우려했다.

문제는 선택진료제가 완전 폐지되는 2017년 이후다. 이를 기점으로 정부는 의료질향상분담금을 통한 환자안전 등 의료기관의 '질'을 평가하려하고 있으며, 세부 평가지표를 만들어 의원급까지 평가를 확대해 의료 질이 높은 기관에만 수가를 추가 지급해야 한다는 게 전문가들의 견해다. 선택진료제 폐지에 따른 병원급 의료기관 보상안으로 마련된 의료질향상분담금이 의료계 내 '의료 질 평가'라는 새로운 평가시대를 불러오는 형국이다.

○ 건보 직장가입자 61% 평균 12만원 더 낸다 (4. 17)

건강보험 직장 가입자 1268만 명 중 778만 명(61.3%)은 이번 달 건강보험료(건보료)를 1인당 평균 24만8000원(개인과 회사가 각각 12만4000원씩 부담) 더 내야 한다. 보건복지부와 국민건강보험공단은 이런 내용을 담은 '2014년도분 건보료 정산 결과(정산 결과)'를 16일 발표했다. 건보료 정산은 전년도 임금 증감에 따라 달라지는 건보료 차액을 더 받거나 돌려주는 절차로 매년 4월 중순에 결과가 나온다. 직장 가입자는 해당 결과를 토대로 같은 달 건보료를 납부할 때 더 내거나 덜 내게 된다.

정산 결과에 따르면 지난해 임금이 증가한 직장 가입자 778만 명이 내는 전체 추가 보험료는 1조9311억 원. 반면 직장 가입자 253만 명(20%)은 지난해 임금이 줄어 1인당 평균 14만4000원(개인과 회사가 각각 7만2000원씩 환급받음)을 돌려받게 된다. 전체 환급 금액은 3640억 원이다. 또 237만 명(18.7%)은 임금 변동이 없어 추가로 내거나 돌려받을 건보료가 없다.

정확한 건보료 정산 결과는 25일경 고지될 예정이며 추가로 내는 건보료가 이번 달 건보료보다 많을 경우 3~10회로 나눠서 납부하는 것도 가능하다. 한편 복지부는 내년부터 100명 이상 사업장의 경우 매월 근로자들의 임금 변경을 건보공단에 의무적으로 신고하도록 할 방침이다. 이를 토대로 임금 변화 상황을 매월 걷는 건보료에 반영하겠다는 것이다.

○ '차등수가제 폐지' 갑론을박...적정진료 시범사업과 연계? 복지부 제시한 개선안에 공급자-가입자단체 의견 엇갈려...곧 건정심에 보고 (4. 24)

보건복지부가 의원급 의료기관의 '진찰료 차등수가제'를 폐지하는 대신 병원급까지 의사 1인당 진료시간을 공개하는 방안을 제시했지만 공급자와 가입자단체의 의견이 엇갈리고 있다.

복지부는 지난 23일 오후 건강보험심사평가원에서 공급자-가입자-공익단체가 참석한 가운데 진찰료 차등수가제 개선 관련 간담회를 열었다. 이날 간담회에서 복지부는 차등수가제를 폐지하되 병원급까지 진료시간을 공개하자고 제안했다. 이 제안을 놓고 공급자단체와 가입자단체는 엇갈린 의견을 내놨다.

의사협회는 무조건적인 차등수가제 폐지를 주장했다. 건강보험재정 안정과 적정진료를 유도한다는 명분으로 차등수가제가 도입됐지만 그 목적을 달성하지 못한 만큼 폐지하는 것이 마땅하다는 것이다. 공익 대표로 참석한 한국보건사회연구원 신영석 박사도 의협과 같은 맥락의 주장을 펼쳤다. 지난 2009년 차등수가제 개선 연구를 진행한 신영석 박사는 "차등수가제는 이미 실효성을 잃은 제도"라며 "체계적인

연구결과를 토대로 존폐를 논의해야 한다”고 말했다.

반면 병원협회는 차등수가제 개선에 대해 모호한 태도로 일관했고, 약사회는 차등수가제 폐지를 전제로 한 논의에는 참여하지 않겠다며 불참했다. 가입자단체는 차등수가제를 유지하면서 적용 대상을 병원급 이상으로 확대해야 한다고 주장했다.

가입자단체는 현행 상대가치점수는 의료행위에 소요되는 의사업무량, 자원의 사용량 등이 반영되어 있기 때문에 차등수가제 적용 기준보다 더 많은 환자를 보면 그 만큼의 수가를 삭감하는게 합당하다는 입장이다.

복지부는 이날 간담회에서 나온 각 단체의 의견을 오는 30일 열리는 건강보험정책심의위원회에 보고하고, 연내에 차등수가제 개선 방안을 확정할 계획이다.

한편 보건복지부는 최근 열린 상대가치개편회의에서 의협 등에 ‘적정진료-적정수가 시범사업’을 제안, 차등수가제 폐지와 연계하려는 것 아니냐는 관측이 나오고 있다. 복지부의 구상은 내과 등 의원급 의료기관 100곳을 대상으로 시범사업을 하고, 적정 진료시간과 그에 따른 적정 의료수가를 검증해 대폭적인 수가 인상을 추진하겠다는 것이다. 다만, 수가인상은 일부 진료과목에 한해 선별적으로 적용한다는 것이 복지부 내부 방침이다.

이 시범사업을 진행하려면 복지부가 차등수가제 폐지 대안으로 내세운 진료시간 공개가 필수적이어서 논란이 예상된다.

2. 보건의료산업/기술

○ SKT-분당서울대학교병원, 국산 시스템 장착 사우디병원 오픈 대한민국 보건의료 ICT 사업 중동수출 확대 예상 (4. 20)

SK텔레콤·분당서울대병원 컨소시엄은 ‘사우디아라비아 국가방위군 소속 6개 병원 수출 프로젝트’ 중 첫 병원인 킹 압둘라 어린이 전문병원(KASCH)에 ‘베스트케어 2.0A’ 소프트웨어 구축을 완료하고 지난 19일 병원 개원과 함께 서비스를 시작했다고 20일 밝혔다.

컨소시엄과 시행사인 이지케어텍 등에서 파견된 약 70여명의 인력은 지난해 6월 계약 이후 현지에 상주하며 ‘아랍 버전 대형병원 정보시스템’ 구현을 위해 노력했다.

분당서울대병원 황희 의료정보센터장은 “병원 오픈이 예상보다 늦어진 것은 사우디 측 공사 지연 때문이며 이에 따른 추가 비용은 사우디 측에서 부담했다”며 “특히 사우디 측의 요청으로 분당서울대병원 직원 16명이 한국으로부터 파견돼 새 병원 오픈을 위한 컨설팅 계약을 추가로 수행했을 정도로 신뢰가 컸다”고 설명했다. 컨소시엄은 두 번째 병원인 ‘리야드 킹 압둘아지즈 메디컬 시티 메인 병원’ 소프트웨어 구축 작업도 시작됐고 밝혔다.

이철희 분당서울대학교병원장은 “지난 3월 대통령의 중동 순방 이후 한국과의 협력에 관심이 높아진 상태에서 사우디 대형병원에 성공적으로 시스템을 구축하게 돼 중동국가들의 신뢰까지 얻게 됐다”며 “향후 우리나라 보건의료 ICT 사업 분야에 있어 중동국가와의 협력 및 수출 확대에도 긍정적 영향이 있을 것”이라고 밝혔다.

○ 원격의료 한류 ... 페루에 중남미 시장 교두보 (4. 21)

박근혜 대통령이 20일 오전(현지시간) 페루 수도 리마의 대통령궁에서 오안타 우말라 대통령과 정상회담을 하고 20건의 양해각서(MOU)를 체결했다. MOU를 맺은 분야는 ▶양국 간 보건의료 분야 협력 ▶원격의료 협력(가천길병원과 페루 카에타노헤레디아병원 간) ▶리막강 통합 물 관리 시스템 구축 협력 등이다. 특히 이번 MOU 체결로 원격의료 운영 경험과 관련한 의료기기의 중남미 시장 진출 길이 열릴 전망이다.

안중범 청와대 경제수석은 “중남미 보건의료시장은 중동·아프리카, 동유럽에 이어 셋째로 성장성이 큰 시장”이라며 “페루 순방 성과 가운데 가장 큰 것 중 하나가 원격의료 협력 MOU 등을 통해 보건의료

시장 진출의 교두보를 마련한 것”이라고 말했다. 원격의료는 의사가 ICT를 활용해 먼 곳에 있는 환자를 진료하는 서비스로 국내에선 의료법 개정안이 국회를 통과하지 않아 아직 도입되지 않고 있다. 야당이 의료민영화의 빌미가 될 수 있다며 반대하고 있기 때문이다.

페루는 이번 정상회담을 계기로 한국을 위생선진국으로 지정할 예정이다. 위생선진국으로 지정되면 한국 의약품에 대한 심사 기간이 2년에서 45~90일로 크게 단축돼 시장 진출에 유리하다. 페루의 제약시장 규모는 1조6000억원(2013년 기준)이다.

청와대는 또 20건의 MOU 체결이 2021년까지 108조원(1000억 달러)의 투자가 예상되는 페루 인프라 시장에 본격 참여할 수 있는 발판이 됐다고 밝혔다. 페루 인프라 시장 중 한국은 ▶석유화학 복합단지 조성(133억 달러) ▶리마전철 3·4호선(100억 달러) ▶리막강 복원사업(7억 달러) ▶송배전망 개선계획(30억 달러) 등 총 29조원 규모의 수주를 추진하고 있다. 리막강 통합 물 관리 MOU의 경우 중남미 물시장에 진출하기 위한 발판이라고 청와대는 밝혔다. 중남미 물시장 규모는 322억 달러(34조 8000억원)로, 2018년까지 412억 달러(44조6000억원)로 성장할 것으로 추산되고 있다.

박 대통령은 이에 앞서 19일 오후엔 일정에 없던 현지 한류팬 대표단 15명과 ‘깜짝 만남’을 가졌다. 이날 만남은 페루 한류팬 대표단이 박 대통령에게 선물을 전달하고 싶다고 요청해 잡혔다. 현재 주페루 대사관에 등록된 K팝 팬클럽은 124개이며 팬 수는 대략 3만~5만 명으로 추정된다. 박 대통령과 대표단은 한식을 주제로 대화를 나눴다. 팬들 중 한 명이 “김치를 좋아한다”며 한국 음식을 열거하자, 박 대통령이 맞장구치며 “삼겹살”이라고 말해 좌중에 웃음이 터졌다. 박 대통령은 페루 야생동물인 라마 인형과 은으로 만든 브로치를 선물받았다.

박 대통령은 또 페루 동포 100여 명과 만찬간담회를 했다. 박 대통령은 “40여 년 전 10여 명의 병아리 감별사로 시작된 페루 동포사회가 이처럼 성장한 것은 여러분이 흘린 땀과 부단한 노력 덕분”이라며 “동포 여러분에게 힘이 되는 자랑스러운 대한민국을 건설하는 일에 최선을 다하겠다”고 말했다.

3. 제약업계

○ 일괄 약가인하 3년...국내제약사 처방실적 수렁에 빠졌다 (4. 15)

지난 3년간 국내제약사의 의약품 처방실적이 지속적으로 감소했다. 반면 다국적제약사는 처방실적이 증가하며 반사이익을 본 것으로 나타났다. 강력한 리베이트 규제로 영업활동이 위축된 상황에서 2012년 약가인하제도 개편으로 복제약(제네릭) 제품이 가격 경쟁력을 상실하면서 제네릭 처방이 줄어든 탓으로 분석된다. 국내사들이 다국적제약사 제품 판매 대행에 집중하면서 오리지널 의약품의 매출확대를 부추겼다는 비판도 나온다.

14일 건강보험심사평가원이 국회에 제출한 건강보험 의약품 청구실적 자료에 따르면, 지난 2011년 국내사 상위 20곳의 처방실적은 3년만에 4조9266억원에서 4조3916억원으로 10.9% 줄었다. 반대로 다국적 제약사 상위 20곳의 처방실적은 같은 기간 3조6557억원에서 3조8222억원으로 4.6% 증가했다.

보건복지부는 지난 2012년 4월 국민들이 부담하는 약품비 절감을 위해 건강보험 의약품의 가격을 평균 14% 일괄 인하했다. 당시 건강보험 적용을 받는 의약품 1만3814개 중 6506개 품목이 약가가 깎였다.

2011년 국내사 상위 20곳 중 종근당(185750)(69,500원 1,600 -2.25%), CJ헬스케어, 녹십자, 보령제약 등 6곳을 제외한 14개사의 처방실적은 줄어들었다. 국내업체 중 처방실적이 가장 많은 대웅제약(069620)(66,400원 300 -0.45%)은 12.0%, 동아에스티(170900)(125,000원 500 -0.40%)는 27.4% 각각 쪼그라들었다. 지난 몇 년간 가파른 실적 상승세로 매출 1조원을 돌파한 유한양행(000100)(225,000원 1,000 -0.44%)도 처방실적이 13.3% 감소했다.

업계에서는 “통상 노인인구와 만성질환자의 증가로 의약품 사용량이 증가한다는 사실을 감안하면 국내 제약사들의 집단 처방실적 부진은 극히 이례적인 현상이다”라고 진단했다.

전체 약품비 규모가 2011년 13조4290억원에서 2014년 13조4491억원으로 유사한 수준이라는 점을 감안

하면 국내사 손실분을 다국적제약사가 상당부분 가져갔다는 게 업계의 추정이다.

같은 기간 요양급여비용에서 약품비가 차지하는 비율은 29.15%에서 26.49%로 2.66%포인트 감소했다. 일괄 약가인하로 약품비 상승을 억누르는데 성공했는데, 절감 효과를 사실상 국내업체들이 감수한 셈이다.

국내사들의 부진 원인으로 약가제도 개편이 결정적 요인으로 작용했다는 지적이 우세하다. 지난 몇 년간 리베이트 규제 강화로 영업환경이 썩썩 얼어붙은 상황에서 약가인하가 개편되면서 복제약(제네릭) 의존도가 높은 국내업체들의 입지가 위축됐다는 분석이다. 지난 2012년 시행한 약가인하 제도의 핵심은 특허가 만료된 오리지널 의약품과 제네릭의 가격을 동일한 수준으로 책정한다는 내용이다. 보험약가가 100원인 오리지널 의약품은 특허가 만료되면 최종적으로 53.55원으로 떨어진다. 제네릭도 오리지널과 똑같은 53.55원까지 받을 수 있다.

제품 경쟁력이 상대적으로 떨어지는 국내사들이 실적 부진 만회를 위해 다국적제약사의 신약 판매에 나서면서 국내업체들의 부진이 더욱 깊어지는 악순환이 반복됐다. 실제로 유한양행, 대웅제약, 일동제약, 동화약품 등 국내업체들의 지난 3년간 상품매출 비율이 수직 상승했다.

국내업체의 한 마케팅본부장은 “개시카우 역할을 했던 제네릭 제품의 경쟁력 약화로 제품력이 열세인 국내업체들은 최악의 위기 상황에 처해졌다”면서 “남의 제품이라도 팔아야 연구비를 마련할 수 있다는 절박한 상황이다. 연구개발 성과가 늦어질 수록 경쟁에서 도태될 수 밖에 없다”고 지적했다.

4. 의업단체

○ 의협 한방대책특위 “한의사와 협의, 필요없다” “한의사 현대의료기기 사용은 불법”...의협·국회·정부에 단호한 대응 주문 (4. 13)

대한의사협회 한방대책특별위원회가 ‘한의사 현대의료기기 사용’과 관련해서는 어떠한 협의나 협상도 불가능하다고 선언했다. 한방대책특위는 13일 성명을 내어 “한의사의 현대의료기기 사용은 불법 무면허 의료행위로서 명백한 범법행위”라며 “한의사와 현대의료기기 사용에 관한 협의를 한다는 것 자체가 경악할 일”이라고 주장했다. 의협과 한의사협회 등 전문가단체간 자율적인 협의 가능성에 대해서도 ‘불가’ 입장을 못 박은 것이다.

이에 앞서 의협은 한의사 현대의료기기 사용에 관한 정부주도 협의체 불참을 선언하고, 다만 국민건강을 수호해야 할 의료의 전문가로서 “의사·한의사 전문가들간의 자율적 협의에 대해서는 전향적으로 검토해 나갈 계획”이라고 밝힌 바 있다. 한방특위는 “(한의사 현대의료기기 사용은) 이미 대법원과 헌법재판소 그리고 국회에서 다 논의가 끝나고 명확히 결론이 난 사안”이라며 “그럼에도 ‘사용을 위한 협의’를 운운하는 것은 ‘범법행위를 모의하자’는 얘기 밖에 안 된다”고 잘라 말했다. 이어 “아직도 한방에 대해 단호한 태도를 취하지 않는 현 의협에 우려를 표명한다”며 “계속 이러한 상황이 진행 된다면 우리는 누구보다 먼저, 행동하지 않는 의협에 채찍을 가할 것”이라고 목소리를 높였다.

나아가 한방특위는 국회와 정부를 향해서도 비판의 목소리를 냈다. 한방특위는 금번 공청회 등 국회 일각에서 한의사 현대의료기기 사용을 옹호하는 목소리가 나오고 있다고 적하면서 “‘한의사 현대의료기기 사용’이라는 범법행위를 두둔하는 정치인은 11만 의사와 가족과 함께 반드시 낙선시킬 것”이라고 주장했다.

덧붙여 정부를 향해서도 “단 한 개의 현대의료기기라도 한의사들에게 허용한다면 11만 의사는 ‘자발적 의사’로 즉각 ‘총 파업’에 돌입할 것이며 우리는 이에 앞장 설 것”이라고 밝혔다.

○ 의협 “실손의료보험 위탁심사 보험사 이익만 증대” (4. 16)

대한의사협회가 ‘실손의료보험 보험료 안정화 방안’에 대해 우려감을 표했다. 실손의료보험 안정화 방안은 실손의료보험을 전문심사기관에 심사위탁한다는 계획이다.

의사협회는 16일 “실손의료보험 위탁심사는 적정성 평가를 통한 적정진료제공보다는 의료기관 진료 축소와 방어진료의 결과로 이어져 국민들은 충분한 진료와 보상을 받을 수 없을 것”이라고 지적했다.

실손의료보험은 비급여 진료비를 보장받고자 가입하는 상품이지만 적정진료를 국민들이 보장받지 못할 수 있다는 설명이다. 따라서 의협은 “실손의료보험 심사위탁은 보험료 부담 감소와 같은 긍정적 효과는 적고 오히려 보험사의 이익만 증대시키게 될 것”이라고 경고했다. 더욱이 실손의료보험 위탁심사를 건강보험심사평가원이 맡는다면 국가 공공기관이 민간보험사들의 이익을 대변하는 모순이 발생한다고 꼬집었다. 심평원은 건강보험을 전문적으로 심사하기 위해 설립된 공공기관이기 때문이다.

의협은 “지금이라도 보험사의 이익만을 위한 실손의료보험 심사위탁 제도 추진 계획을 폐지하고 국민 편에 서서 진정한 실손의료보험 안정화 방안을 다시 마련해야 한다”며 “전문가 단체 의견에 귀를 기울이고 빠른 시일 내에 논의의 장을 만들어야 한다”고 주문했다.

5. 질병/기타