

정형외과 의사가 본 건강보험의 문제점과 개선 방안

정순택

경상대학교 의과대학 정형외과학교실

서론: 1977년 저부담, 저급여, 저수가로 시작된 의료보험제도가 전국민 의료보험 실시로 굳어지고 건강보험 재정이 부실해지면서 진료비를 줄이기 위한 각종 정책을 시행하여 의료계 환경이 열악해졌다. 특히 건강보험의 인정기준을 강화함으로써 의사들의 불만을 고조시켰고 국민들은 본인 부담금이 늘어나는 형편이다. 그러나 의사의 입장에서 의료수가가 낮거나 일부 규정이나 심사기준이 잘못되었다는 것은 공감하면서도 의료제공자의 관점에서 구체적인 실증 사례를 지적하는 논문은 아직 발표된 바 없는 것으로 알고 있다. 이에 따라 현 건강보험의 전반적인 사항에 대한 문제제기, 심사 기준의 문제 및 수술 등의 수가에 대하여 논하고자 한다.

목적: 환자를 진료하는 현장에서 몸소 느끼는 건강보험의 문제점을 지적하고 발전 방향을 제시하여 현재 건강보험의 진료비 청구나 심사 기준 등의 문제점, 불명확성, 비효율성, 낮은 의료수가 등을 개선하고 적정진료 수가 확립 및 정부의 올바른 의료정책을 수립하는 과정에 도움이 되고자 한다.

본론: 그 내용은 (1) 상대가치점수의 동결에 의한 문제, (2) 일방적이고 축소지향적 심사 기준의 개정, (3) 삭감 기준의 잦은 변동, 모호성에 의한 견해 차이 및 삭감의 문제, (4) 외래 진찰료, (5) 병원 입원료, (6) 병실 창상 처치수가, (7) 수술수가 및 심사기준, (8) 척추 수술수가 인정기준의 불명확성, (9) 동일부위의 재수술시 수가의 추가인정 문제, (10) 수술시 사용되는 고가의 재료대 문제점, (11) 수술시 사용되는 고가의 보조 장비, (12) 외고정 장치, (13) Day Surgery 비용의 순서로서 기술하고자 한다.

결론: 지금까지는 개별 수가에 대한 문제나 요양급여비용의 수술항목 자체에 대한 논의는 매우 적었다고 생각하며, 개인의 노력도 필요하지만 정형외과학회 및 각 분과학회를 통한 의학적 타당성에 기초하여 심사기준을 합리적으로 고치도록 하는 노력이 매우 중요하다고 생각한다. 여기에 제시된 낮은 수가, 불합리하거나 모호한 심사 기준은 의학적 타당성을 갖고 명확하되 환자의 다양성을 포용할 수 있도록 고쳐지길 바라며 향후 잘못된 규정, 심사지침에 대한 활발한 논의가 이루어지는 계기가 되었으면 좋겠다. 또한 불합리하다고 생각하는 기준, 수가 등이 조속히 개정되길 바라며 본 논문이 수술수가에서 재료대와 기술료를 분리하는 작업, 위험도 평가 및 상대가치점수의 재조정에도 반영되고 향후 심사기준 개정 및 심평원 업무와 정부의 건강보험 정책에 일조하기 바란다.

색인 단어: 건강보험, 정형외과, 심사기준, 수술수가, 소모품 및 고가 재료대, 외래 진찰료, 입원료, 개선, 정책

The Proposals for Improving and Problems of Korean National Health Insurance System Reviewed by Orthopaedic Surgeon - 1st part: Focus on General Guide Line and the Cost of Operation -

Soon-Taek Jeong, M.D.

Department of Orthopaedic Surgery, College of Medicine, Gyeong-Sang National University, Jinju, Korea

의료보험의 수가는 1977년 7월 당시의 의료관행 수가에 훨씬 못 미친 수준에서 시작하였으나 당시의 선배 의사들께서 우리나라 의료 발전을 위한다는 마음과 함께

일반 환자들에게서 보충을 할 수 있었기에 수궁하였다고 하며 1989년 7월 전국민 의료보험을 실시하면서 초기의 낮은 의료보험수가가 그대로 굳어졌고 또한 의료보험 수

통신저자 : 정 순 택
경남 진주시 칠암동 90
경상대학교 의과대학 정형외과학교실
TEL: 055-750-8101 · FAX: 055-754-0477
E-mail: ssurgeon@nongae.gsnu.ac.kr

Address reprint requests to
Soon-Taek Jeong, M.D.
Department of Orthopaedic Surgery, College of Medicine, Gyeong-Sang National University, 90 Chilam-dong, Jinju 660-702, Korea
Tel: +82.55-750-8101, Fax: +82.55-754-0477
E-mail: ssurgeon@nongae.gsnu.ac.kr

가의 인상률이 평균 소비자 물가 인상률에도 미치지 못하는 상황이 계속되면서 현행 의료보험 수가는 원가의 65% 정도인 저수가의 상장이 되었다고 할 수 있다^{26,33,48,49,51}. 그리고 지금까지 많은 의료정책이나 의료환경이 바뀌었다. 커다란 변화는 전국민 의료보험 실시, 지역의료보험과 직장의료보험의 통합, 의약분업 시행, 건강보험 재정의 부실 등이었다고 볼 수 있다. 지난 2000년 이후 보험재정의 부실화가 표면화되면서 건강보험 재정 안정 대책으로 수입을 늘리기 위한 정책도 있었지만 급여비 지출을 줄이기 위한 진료비 심사를 강화함으로써 의사들의 불만을 고조시켰고 이에 따른 의료환경의 악화는 불을 보듯 명확해졌으며 앞으로 국민들의 건강을 위협하는 지경에 이르지 않을까 염려가 된다^{33,32,48}.

의료분야는 예전부터 정치권의 선심성 행정의 대표적인 표본이었으며 정치논리에 의해 휩쓸리는 면이 많았다. 의학적 측면이나 국민보건의 관점이 아닌 경제적인 면, 정치 논리나 선심성 행정에 의해 의료정책이 결정되는 면이 많아 현재의 건강보험의 문제점을 가중시킨 면도 많다^{1,33,39,51}. 최근의 예를 들면 진료비의 본인 부담금 감면 문제²³, 100/100항목³⁵, MRI의 보험급여²⁰, 표면적으로 모든 질병을 보험으로 급여한다고 하면서 재정적자 때문에 실제적으로 급여기준을 강화하여 비급여 진료비용이 증가되는 문제^{2,13,24,43}, 출산을 장려하기 위해 자연분만에 의한 출산시 의료비의 본인 부담금을 면제해 준다는 정책의 발표일 것이다^{1,18,47}. 신문 기사^{8,47}에 의하면 출산에 드는 의료비는 약 40만원인데 그 중 입원시에는 본인 부담금이 20%이니 8만원이라 한다. 우선은 산모의 건강상태가 허락하지 않아 불가피 제왕절개 수술을 받아야 하는 산모에 대한 평등권의 침해요, 의료보험이란 질병을 치료받기 위해 가입자가 낸 보험금의 일부를 정부의 정책을 위해 사용한다는 것은 의료보험의 취지에 어긋나는 일이며 또한 일반 가입자에 대한 차별이다. 출산을 장려하려면 다른 부분에서 지원하면 될 것을 의료비를 면제해 준다는 선심성 정책을 남발할 필요는 없을 것이다⁵¹. 또한 일금 8만원(그 이상의 금액이라 하더라도)을 면제받기 위해 자녀를 더 출산할 부모는 없을 것⁴⁰으로 생각되어 정부의 잘못된 또 하나의 선심성 의료 정책으로 기록될 것이다. 다음에는 어떤 정책을 위해 의료비를 면제 또는 감면해준다는 발표를 할 지 걱정이 된다. 외부적으로는 의료수가를 올려 준다면, 의료

보험의 적용을 확대한다면, 혜택을 늘리는 것처럼 언론에 발표되지만 내부적으로는 의료보험의 재정적자를 모면하기 위하여 진료비 심사를 강화하거나 약제 인정기준을 강화하여 의료보험의 지출을 줄이고자 하므로 실제적인 면에서는 의료수가는 낮아지고, 보험혜택은 줄어들고 비급여 비용은 증가하는 현실이다^{2,13,24,43}. 그러나 그간 의료계는 의약분업과 같은 급격한 의료제도 변화에는 민감하게 반응하나 서서히 변화하는 건강보험의 심사 상황이나 급여기준의 규제 등과 같은 정책에 대하여는 적극적으로 대처하지 못하였다는 생각이 든다.

지금까지 건강보험 체제하에서 의료수가가 낮거나 일부 규정이나 심사기준이 잘못되었다는 것은 많은 의사들이 공감^{26,35,48,51,75}하고 있으면서도 의료제공자인 의사의 관점에서 무엇이 낮고 무엇이 잘못되었는지 구체적인 실증 사례를 지적하는 논문이나 문헌은 아직 우리나라에서 발표된바 없는 것으로 알고 있다. 본인은 1985년 의과 대학을 졸업한 후 전공의 과정을 마치고 지난 10년간 대학병원에서 척추 분야의 수술을 포함한 정형외과 치료를 담당하면서 환자를 진료하고 의료수가를 청구하였다. 평소 수술이 끝나고 수술료를 청구할 때 현재의 수술수가 너무 낮고 수술적용 기준 등이 문제점이 많다는 것을 느끼고 구체적인 문제점에 대해 문서화하고자 하는 의욕은 있었으나 실행에 옮기지 못하였다가 대한정형외과학회 보험위원회 세미나에서 주제 발표를 기회로 그 내용을 1부에서 전반적인 사항에 대한 문제제기, 심사 기준의 문제, 수술과 창상처치의 기준 및 수가(재료대 포함)에 대한 내용을 논문으로 발표하고자 하며 2부 주제로서 검사, 약제사용에 대한 기준 및 물리요법, 낮은 의료수가의 문제 등을 정리하여 다음 시기에 발표하고자 한다. 부족한 내용이지만 정형외과의사를 포함하여 의사뿐만 아니라 의료기관의 직원, 관련분야의 학생, 건강보험공단(이하 건보공단) 및 건강보험심사평가원(이하 심평원)의 직원이나 보건복지부를 포함한 정부의 관계자들도 읽고 이해할 수 있게 쉬운 용어로 기술하고자 하였다. 하지만 의학 외적인 예, 많은 수가의 나열 등으로 인하여 다소 장황한 내용이 된 점은 이해하여 주시길 바란다.

이 논문의 목적은 환자를 진료하는 현장에서 몸소 느끼는 건강보험의 문제점을 지적하고 발전 방향을 제시하여 현재 건강보험의 진료비 청구나 심사 기준 등의 문제점, 불명확성, 비효율성, 낮은 의료수가 등을 개선하고 심평

원의 적정진료 수가 확립 및 보건복지부 등 정부의 올바른 의료정책을 수립하는 과정에 도움이 되기 위함이다.

본 론

정책의 거시적 관점이 아닌 진료현장의 실제적 상황에서 그동안 본인이 느꼈던 건강보험의 특징은 (1) 상대가치 점수 총합의 동결에 따른 문제점, (2) 일방적이고, 점진적인 축소지향적 심사지침의 개정 및 이에 따른 축소 청구 유도³²⁾, (3) 저부담, 저급여, 저수가 정책^{26,48)}, (4) 수가의 불평등³³⁾, (5) 처치 및 수술료와 치료시 사용되는 소모품 및 고가 재료 사용에 대한 사용의 규제, (6) 상대적 고가약, 신약 및 수술료에 대한 심사기준의 자의적 해석 및 축소적용에 의한 문제, (7) 착오청구, 조정금액 등을 부당·허위·과다 청구라 매도^{21,30)}하고 이런 것만 표면화^{8,10,19,21,57)}되었지 실제 의료행위를 하고도 심사기준에 없거나 맞지 않는다는 이유로 진료비를 받지 못하는 부분⁵⁰⁾에 대한 언급은 매우 적었다는 점 등으로 요약할 수 있겠다. 물론 이외에도 건강보험 재정 적자로 인해서, 재정안정 대책이란 명목하에 시행되는, 전반적인 진료비 지출을 줄이기 위한 표나지 않게 시행되는 정책 및 실무적인 삭감, 자영업자 소득 파악이 안 되는 문제에 의한 보험료부과 및 보험료인상의 불평등^{6,42)}, 의료비로 지급되어야 할 건강보험료가 건보공단의 방만한 경영에 의해서 경상비로의 과다한 지출^{3,5,25,34)}, 의료보험료의 준세금화³¹⁾ 등 여러 가지 문제점이 있다고 할 수 있으나 이런 점은 본인의 분야와는 거리가 있어 언급하지 않기로 한다. 그리고 본인은 대학교병원에서 척추 분야 진료를 담당하므로 개원의가 느끼는 문제점을 정확하게 아는 것이 한계가 있고, 문제 제기가 척추 분야에 많이 있어 정형외과내 타 분야 의사나 다른 과 의사들은 이런 점을 이해하여 주기 바란다.

1. 상대가치점수의 동결에 의한 문제

현행 건강보험 수가는 각 의료행위에 대한 상대가치점수가 정해져 있고 여기에 환산 가치를 곱하여 정하여진다. 상대가치 총합이 늘어날 수 있다고 하나 실제 내부적으로는 동결된 상태이다. 따라서 새로운 의료기술이 도입되고 의료보험으로 인정되어 상대가치점수를 부여받으려면 상대가치점수가 새로이 증가하는 것이 아니라 기존의 점수에서 떼어내어 점수를 받으므로 기존 의료행위

의 수가가 낮아지게 되어 새로운 의료행위 항목을 신설하는 것이 매우 어렵고 새로운 치료 기술을 적용하는데 한계가 있어 의학 발전에 저해요인이 되고 있다. 본인이 전공의를 시작할 때 기억에 의한 것이나 20년이 지난 지금의 건강보험요양급여기준의 처치 및 수술료의 항목을 보면 거의 달라진 것이 없어 그동안 의료기술이나 치료 분야는 많은 발전을 하였으나 새로운 치료나 수술에 대한 적용 기준이 없어 다른 기준에 억지로 맞추어 청구해야 하는 경우도 많은 실정이다^{50,75,92)}. 별로 알려지지 않은 드문 질환에 대한 치료를 한 경우나 최신 의학논문에 발표된 새로운 의료수거나 치료를 하고 적용항목을 잘못 선택하여 치료비를 인정받지 못하고 삭감되어 울분을 삭이거나 2차적으로 이의신청서 작성 등의 서류작업을 위해 또 다른 시간을 허비하는 일도 있었다. 그리고 상대가치점수의 총합을 동결함으로써 입원 환자를 중심으로 수술을 많이 하는 병원과 외래 환자의 진료가 주된 의원간의 이해관계에 의해 갈등의 소지가 있으며, 각 전문과 별로, 과 내에서는 분과(또는 소분야)별로 상대가치점수를 유리하게 유지하고자 하는 표면화되지 않은 갈등이 있는 상태이다.

앞으로는 진료비에서 의사비용 및 위험비용, 치료재료비, 병원비용을 분리하는 작업이 진행 중이라 한다. 치료 행위에 대한 위험도를 반영하는 일은 매우 환영할 만한 정책이지만 위에서 언급한대로 현행 상대가치점수의 총합을 증가시키지 않은 상태에서 비용을 분리하고 특히 위험비용을 산정하는 것은 의료기관간 또는 과 간의 또 다른 갈등과 문제점을 야기할 수 있다. 해결 방법으로는 의료정책의 변화에 의하여(예: 100/100항목이나 비급여 항목의 급여 항목으로 전환 등), 또는 의학적 필요에 의하거나 의학의 발전에 의해 의료행위가 개발됨에 따라 상대가치의 총합을 늘리도록 해야 할 것이다.

2. 일방적이고 축소지향적 심사 기준의 개정

진료비나 수술수가의 기준은 시간이 경과함에 따라, 의학 기술이나 지식의 발전에 따라 개정되는 것, 또는 불합리한 것이 합리적으로 개정되는 것은 당연한 것이나 지금까지의 개정은 전자와 같은 면도 있으나 많은 부분은 의료기관에 대한 진료비 지급을 가능한 한 줄이고자 하는 방향으로 전개되었다고 본인은 생각한다. 많은 예들이 있을 수 있으나 본인이 알고 있는 몇 가지 사례들은

(1) 석고붕대의 절할 및 수선료에 대한 기준, (2) 건봉합(tendon repair)시 건, 인대 피하 단열수술(subcutaneous tenotomy) 적용, (3) 다발성 근, 건 봉합술시 건, 인대 성형술 복잡한 것 100%만 적용, (4) 반복 내원시 재진료의 50% 적용, (5) 물리요법의 횟수 제한, (6) 약제 인정 기준의 축소 변경^{13,16)}, (7) 차등 수가제, 진찰료 처방료 통합, 야간가산율 시간대조정 등 건보재정 안정 대책^{48,52,53)}, (8) 골밀도 검사 기준의 변경처럼 검사인정 기준 강화나 치료인정 기준의 축소, (9) 한 개의 절개창에서 주수술이 여러 개 있는 경우 또는 주수술과 부수술이 각기 여러 개인 경우 주수술의 경우 100+50+50 합산하여 최대 200%까지 인정한다는 대원칙을 무시한다는 점과 부수술은 아무리 여러 개의 수술을 해도 원 수술료의 50%만 적용하는 사례, (10) 진료비 증가되는 기준이나 문구는 적용하지 않고 진료비가 축소되는 기준, 문구 등은 적극 적용하는 문제, (11) 척추 분야는 수술시 분절 증가에 대한 수술범위의 증가를 인정하지 않으면서 각기 경추, 흉추, 요추를 1개 수술단위로 보는 문제 등이 있다.

다른 점은 차후에 기술하기로 하고 석고붕대의 절할, 수선에 대한 기준에 대해 알아보면 전에는(본인이 전공의 시절인 1980년대) 석고붕대를 시행한 후 1/2로 잘라 사용(절할)하거나 수선하는 기술료가 처음 시행한 의료기관에 관계없이 인정되었으나 언제부터인가 석고붕대를 시행한 의료기관에서 절할 또는 수선시에는 해당 기술료를 인정하지 않도록 규정(자-613 주)을 바꿔 진료비가 적어지도록 한 상태이다.

3. 심사 기준의 잦은 변동, 모호성에 의한 견해 차이 및 삭감의 문제

현재의 심사기준의 종류를 살펴보면 법령에 의한 심사기준은 법 제 39조의 규정에 의한 요양급여의 기준으로 (1) 국민건강보험 요양 급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령), (2) 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부령)이 있고 법 제42조의 규정에 의하여 정하여진 요양급여 비용의 내역으로 요양급여비용의 산정내역(보건복지부 고시) 등이 있고 기타 심사기준으로 (1) 보건복지부해석 (2) 심사평가원장이 진료심사평가위원회의 심의기준을 거쳐 정한 요양급여비용의 심사기준(심사지침) 등이 있다⁸⁵⁾. 그러나 실제적인 기준은 그 외

에도 공개되지 않은 내부 지침, 기 진료비에 대한 심사 사례를 다음 심사에 적용하는 예, 심사직원의 업무적 경험·관례에 의한 심사기준 등도 있다. 이러한 너무나 많고 복잡한 심사기준으로 인해 의사들이나 의료기관 행정직원들에게 혼란을 주어 착오 청구로 인한 삭감의 원인이 되거나 전담직원을 두어야 하는 비용 상승의 원인이 되고 있다. 또한 건강보험요양급여기준 및 보건복지부 고시에 의한 수가 적용 및 약제 사용기준을 재검토하면서 무수히 많은 기준들이 너무 자주 바뀐다는 점⁸⁵⁾과 애매모호하다는 점을 알게 되었다. 따라서 생기는 문제점을 지적하고자 한다.

1) 심사 기준의 원론적인 문제⁴⁴⁾

법의 원칙중 상위법 우선의 원칙이 있다. 환자진료를 하는데 있어서 무엇이 기준이 되느냐는 상위법은 없다고 본다. 대체적으로 환자의 상태에 따라 널리 알려지고 인정되는 의학적 지식과 논문, 연구결과, 교과서 등에 근거를 두고 판단하는 것이 좋을 것이다⁸⁵⁾. 심평원에서 발간한 “건강보험요양급여비용”이란 책자는 치료한 행위료(치료수가)를 청구하는 행정적 편의를 위해 참고할 사항이다. 그러나 이제는 위 책자와 “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침”이란 책자도 있고 심지어는 사설단체에서 발행한 “건강보험 진료지침서”, 심평원의 인터넷홈페이지에 매일 올라오는 심사지침, 그 외 공개되지 않은 지침, 심사사례에 따라서 진료를 해야 하는 실정이 되었다. 이런 지침에 따라 진료를 하지 않고 교과서적인 진료를 하였다고 가정한다면 진료비가 인정되지 않기 때문에 부득불 심사기준에 맞추어서 진료를 하게 되는 진료의 규격화 내지는 정형화가 이루어지고 있다고 본다^{4,32,55)}. 또한 새로운 의학지식을 습득하기 위한 시간보다 심사기준을 알기 위한 시간에 할애하여야 하는 시간이 더 많아지지 않을까 걱정이 된다⁵⁰⁾. 의과대학 학생이나 전공의들에게 교과서를 가르치면서 상기의 책자를 참고도서로 추천해야 하는 상황이나, 교과서적인 진료를 하라고 교육하기보다 심평원의 심사기준에 맞추어 진료하라는 교육이 되지 않을까 생각되어 착잡한 심정이다. 또한 매일 갱신되는 심사기준은 심평원 홈페이지 자료실에 올려놓았으니 참조하라는 것은 인터넷을 하지 못하는 의사는 어떻게 해야 하는 문제와 함께 우리나라 의사 모두가 인터넷을 해야 한다는 반강제

규정과 다름없다고 생각한다. 환자 진료시 교과서나 의학논문을 찾기보다 치료인정 여부에 대한 인터넷 검색이 우선될 수 있다는 우려도 해본다.

의사들이 의료수가를 청구할 때 참조하는 책자는 심평원에서 발간한 “건강보험요양급여비용”이다. 그러나 이곳에 기술되어 있는 ‘산정기준’에 의하여 청구하여도 삭감되는 경우가 많다. 즉 산정기준보다 보건복지부 고시나 심사사례를 우선시하여 의료행위의 수가를 심사하기 때문이라 생각된다. 또한 진료의사에게는 잘 알려지지 않은(공개되지 않은) 심사 사례⁷⁵⁾, 각 지원의 지역 심사평가조정위원회 또는 지역 분과위원회 결정사항, 중앙분과위원회 결정 사항, 중앙심사평가조정위원회(약칭 중심조)의 결정사항 등 여러 가지 사항에 의해 심사기준이 정해지는 문제, 심사기준이 공개되기 전에 이루어진 진료행위를 후에 공개된 심사지침에 의해 소급 적용되어 삭감되는 일⁸⁵⁾도 언급되어야 할 사항이다. 가장 경계해야 할 문제는 서류상으로 적시된 기준에 의하지 않은 심평원의 심사직원간의 관례나 자의적 해석, 진료평가위원회 위원의 경험이나 자의적 해석에 의해 진료 상황을 판단하여 삭감하는 것(척추골절의 후방유합술 적용, 건봉합술을 간단하다는 해석에 의해 건 단열술 적용, 척추 고정술만 시행하는 경우 분절 증가에 대한 가산율 불인정, 고정기기 제거술과 삽입술 동시 시행시 제거술은 인정하지 않겠다는 해석 등등)이다. 심사 사례를 법원의 판례처럼 적용하여 삭감의 기준이 되어서는 안 된다고 본다. 판례는 고정된 법률행위에 대한 처벌이나 양측 분쟁의 판단 기준이나, 진료비 심사는 이미 공개된 기준에 의해 환자의 상태에 맞추어 치료하였고 환자의 상태는 천차만별로서 처벌의 기준과는 다르게 의학적 타당성을 갖추면 치료를 인정하여야 하는 것이고 사례마다 환자의 상태가 다르므로 선형 사례가 또 다른 심사의 기준이 되어서는 안 된다고 본다^{75, 85)}.

또한 장기입원 환자에 대한 입원기간의 기준이나 입원비 산정의 불합리성, 상대적 다빈도 치료행위에 대한 기준 및 심사, 건당 고액 진료비에 대한 삭감위주의 심사, 물리요법의 횡수 제한 등도 정리되어야 할 중요한 문제이다.

2) 기준의 잦은 변화 문제와 적용 시기 문제

오늘날은 인터넷에 의한 정보화시대라 한다. 그에 대

한 장점도 많겠지만 단점도 또한 있을 것이다. 심사기준을 매월 심평원 홈페이지에 올리는 것으로 소임을 다했다고 생각하며 인터넷에 올린 기준에 맞추어 진료를 강요하는 듯한 태도도 바뀌었으면 한다. 매달 인터넷으로 제공되는 심사기준의 발표는 한 편으로 편리하고 정보의 공개라는 면에서 좋은 면도 있지만 동일 약제에 대하여 1년에 세 번씩이나 보건복지부 고시가 변경 발표되는 것(Albumin, 고시 2002-17호, 고시 2002-43호, 고시 2002-57호, 고시 제2003-54호)처럼 너무 자주 바뀌는 기준으로 인해 혼란을 가중시키기도 하고 고시 자체가 매월 발표됨으로써 발표사항을 열람하고, 정리하여 진료에 반영하고, 수가 청구시 적용하는 것이 매우 힘들며 홍보, 공지 기간이 짧은 문제가 있어 진료비 청구 및 심사업무에 혼란과 업무 과중을 초래하고 진료비 삭감의 원인이 된다. 매월 인터넷매체를 통하여 발표되므로 인터넷을 이용하지 못하는 사람에 대한 배려도 해주어야 할 것이다. 대부분 약제사용에 대한 기준의 변화가 많은데 이런 사항이 이렇게 자주 올려지는 것이 좋은 것인지 다시 생각해 보아야 할 것이다. 약제는 처음 허가될 때 사용범위와 효능에 대하여 인정기준이 정해지면 자주 바뀔 것이 없을 터인데도 불구하고(사용 중에 발견되는 부작용에 대한 주의, 사용 변경 사유를 제외) 매월 각종 약제의 사용기준을 발표하면서 대체적으로 사용을 줄이도록 기준을 강화하는 것은 문제가 있다. 물론 각 진료영역별로 해당되는 것이 적기 때문에 문제될 것이 없다고 생각할 수 있으나 매월 점검을 해야 하는 입장에서는 어려움이 있다. 또한 요양급여의 적용 기준 및 방법에 관한 세부사항 21쪽⁷⁶⁾에 의하면 ‘새로운 수가적용기준을 신설하거나 급여·비급여 대상을 결정하여 시달할 경우에는 적용시기를 명시하지 아니하였으면 해석을 시달한 날을 기준으로 요양급여비용 산정 및 심사에 적용하여야 할 것임’이라 하였다. 이것은 심평원이나 보건복지부의 일방적인 행정 편의주의적 사항이다. 개정된 기준 등을 의료기관에 또는 의료기관내 의료진에 전달하는데 소요되는 시간과 행정처리에 걸리는 시간이 있으며, 모든 법안이나 정책이 계도기간이나 공고기간이 필요하다는 것은 당연한 것인데도 불구하고 시달한 날을 기준으로 하겠다는 것은 악법적 규정이다. 따라서 약제, 검사 인정 기준은 약제 허가 및 처음 제정할 때 충실하게 정하고, 반드시 필요한 사항은 분기별로 변경한다면 잦은 기준변

경으로 인한 혼란, 청구 및 심사의 과중한 업무를 줄일 수 있을 것이며 충분한 예고기간을 두고 적용시점을 확실히 명기하면 좋을 것이다⁷⁵⁾.

3) 기준의 모호한 문제와 이에 따른 삭감의 문제

“척추 수술수가 인정기준의 불명확성”과 다른 부분에서 기술하겠지만 기준이 모호한 경우가 많다. 수많은 치료행위와 천차만별인 환자의 상태에 대하여 심사 기준을 일률적으로 또는 숫자로 규정하는 것이 어렵고 또한 기준을 엄격하게 하면 진료를 제한하는 문제가 있을 것이다. 일견하여 애매한 기준은 환자의 다양한 상태를 적용하는데 좋은 면이 있다고 볼 수 있으나 반대로 의사는 필요하다고 생각하여 이런 기준에 의해 진료후 진료비를 청구하였으나 진료비를 받지 못하거나 진료비의 수십 배의 손해를 본다면 이것은 심사 기준의 심각한 문제이다. 진료환경의 다양성을 반영할 수 있는 포괄적인 기준이 있는 경우 의사들이 그런 기준에 의해 치료하였을 경우 치료행위를 인정하기보다는 진료비를 삭감하는 경우가 더 많다고 본다^{18,32,75)}. 더욱이 건강보험재정이 적자가 되면서 그런 경향은 더욱 심해졌고 앞으로도 계속될 우려가 있다. 물론 이런 애매한 기준을 이용하여 부당, 과잉 진료를 하는 의사들도 있으므로 이런 문제는 적극 시정되어야 하며 의사 스스로도 노력을 해야 한다.

(1) 골밀도 검사 인정 기준

2004년 9월 개정된 골밀도 검사의 인정 기준을 보면 “기타 골다공증 검사가 반드시 필요한 경우”라 하여 의사의 많은 재량권을 인정하는 것처럼 보이나 실제 이 항목에 의해 골밀도 검사를 인정받겠다는 의사는 없을 것이다. 첫째, 검사가 필요하다는 것을 증명하기 위해 또 다른 검사가 필요하거나 많은 증빙서류를 준비, 제출하는 것이 시간의 제약, 경제적 상황으로 어렵기 때문이다. 둘째, 위와 같은 증빙서류를 준비하더라도 경험적으로 심평원에서 대부분의 경우 인정하지 않을 것이라는 것을 알고 있기 때문이다. 셋째, 이미 지출한 비용이 사후 심사에서 삭감되면 손실이 발생하므로 굳이 애매한 조항을 적용하여 검사 또는 치료하지 않기 때문이다.

(2) 골다공증 치료제 인정 기준

Saville grade 3 이상은 골다공증의 상대적 고가 치

료를 인정한다⁷⁶⁾ 하였으나 본 규정을 이용하여 청구하는 의사는 없는 것으로 알고 있다. 첫째는 판독의 차이에서 오는 문제로서 골다공증을 치료하는 의사는 Saville grade 3라고 판독하고 골다공증 치료제를 처방하였으나 진료비 심사시 grade 3이 아니라고 판독하고 약제비를 환수하면 이를 되돌리는 것은 거의 불가능한 현실이다. 또한 현실적으로 대학병원에서조차 모든 방사선 사진에 대하여 방사선과 전문의 판독을 받는 것이 매우 어려운 문제이고 판독을 받은 사진조차도 해당 규정으로 인정되는 것이 매우 드문 실정이다. 따라서 진찰료 1만원 받으려다 4만원의 약제비를 회수 당한다면 누가 그런 애매한 규정을 적용하여 처방하려 할 것인가?

(3) 천연 캡사이신제제(품명: 조스트리스크림 등)의 약제 인정기준을 보면⁷⁶⁾ “류마치스성 관절염, 골관절염에 수반하는 동통의 완화목적으로 진료의가 판단하여 선별적으로 투여한 경우”도 인정된다고 하였으나 진료의가 필요하다고 판단하였더라도 심사에서 삭감될 경우가 많은 애매한 인정기준이다. 어떻게 판단하고, 선별하였는지에 대한 의사와 심평원간의 해석 차이가 있을 수 있다.

(4) 항생제 인정기준에 의하면⁷⁶⁾ “단순한 창상봉합 등에 예방목적으로 투여시 항생제는 인정하지 않음을 원칙으로 하되, 2차 감염 등 합병증이 있는 경우에는 사례에 따라 항생제를 사용토록 한다. (중략) 외상 후 상처감염 등에 치료목적으로 투여 시에도 경구 투여를 우선으로 하며”으로 기술하고 있다. 즉 ‘단순한’의 해석을 어떻게 할 것인가 문제이다. 진료의는 ‘단순하지 않은’ 창상봉합이라 생각하여 항생제를 사용하였으나 심사시 ‘단순한’ 창상봉합이라 간주하여 삭감하고 약제비를 환수할 수 있는 애매한 규정이다. 더구나 창상봉합 후 2차 감염이 발생하면 2차 감염의 정확한 원인을 밝히기 전에 진료의사의 책임문제를 먼저 거론하는 현실(창상봉합시 항생제까지 사용하지 않았다면 더욱 의사의 책임문제를 크게 다룰 것임)에서 단순하게 보이는 창상봉합시 항생제를 사용하지 않을 의사는 없을 것이다. 즉 현실적으로 방어적 진료(창상봉합시 항생제 사용)를 할 수밖에 없는 상황⁴⁵⁾에서 예방 목적의 항생제 사용을 인정하지 않겠다는 기준인 셈이다. 또한 “2차 감염 등 합병증이 있는 경우에는 사례에 따라 항생제를 사용토록 한다”는 문구는

의사들에게 믿을 수 없는 기준으로 생각되고 있다. 2차 감염 시에는 항생제 사용이 필수임에도 불구하고 '사례에 따라 사용토록 한다' 하여 약제비를 삭감할 수 있는 여지를 만들어 놓았다. 항생제 오·남용을 막는 것이 매우 필요하고 또한 모두가 노력해야 하며 반드시 필요한 병변에만 사용한다는 것을 인식하고 있지만, '사례에 따라 항생제 사용을 인정해준다'는 것은 '분명한 건봉합술'도 '간단하다'고 임의로 해석하여 '피하 진단열술'로 조정하는 현재 상황에서는 항생제 사용이 필요한 사례를 인정하지 않을 수 있다는 것으로 생각된다. 하루속히 애매한 기준들이 합리적으로 고쳐지고 인정되어 요양기관과 심사기관 사이의 불신이 해소되길 바란다⁸⁵⁾.

(5) 단백질 아미노산 제제

"(1) 아래와 같은 기준으로 부여하는 경우에는..., 허가 사항 범위이지만 동 인정기준 이외 부여한 경우에는 약값의 100/100을 본인 부담토록 함. -아래- 전해질 이상의 교정, 대수술, 중증전신화상 환자 등에게 경구로 영양공급이 불충분하여 비경구적으로 영양공급이 필요한 경우 (2) 다만, 특정질환이나 증상이 수반되지 않은 상태에서 단순 영양공급을 목적으로 투약하는 경우에는 환자에게 약값을 별도로 부담시킬 수 없음."이라 하였다⁷⁶⁾. 여기서 첫째는 '대수술'에 대한 해석의 차이가 발생할 수 있다. 수술의사는 환자가 받은 수술이 대수술이고 비경구적으로 영양공급이 필요한 상태라 생각하여 동 제제를 투여하였으나 사후(事後)에 진료비 심사시 대수술이라 해석하지 않을 수 있다. 둘째는 (1)항에서는 '인정기준 이외 부여한 경우에는 100/100을 본인 부담할 수 있다'고 하였으나 (2)항에서는 '특정질환이나 증상이 수반되지 않은 상태에서... 환자에게 약값을 별도로 부담시킬 수 없다'고 하여 특정질환이나 증상에 대한 해석의 차이가 생길 수 있는 애매한 문구를 만들었고 또한 인정기준이외에 부여한 경우 100/100 본인 부담을 할 수 있도록 한 규정과 별도로 부담시킬 수 없다는 상반된 규정을 두는 것은 문제의 소지가 있다고 본다.

(6) Acetaminophen, tramadol 경구제(울트라셋정)

상기 약제의 인정기준은 '타 저렴한 진통제의 최대용량에도 반응하지 않은 급성통증에 사용시 인정하며, 허가 사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 부여한 경우에는

약값의 100분의 100을 본인부담토록 함⁷⁶⁾(고시 제2002-75호)이다. 이 약제도 상대적 고가약이라는 조건 때문에 급성 통증의 환자들은 우선 저렴한 진통제를 복용하고 효과가 없으면 최대용량까지 올려 써보다가(2 단계의 과정을 거쳐) 그래도 효과가 없으면 사용하라는 의미이다. 의사들이 약을 처방할 때는 상용량으로 시작하여 효과가 없으면 증량하므로 최대용량까지 사용해보려면 시간이 꽤 지나야 한다. 따라서 위의 기준대로라면 환자는 급성 통증이 있어도 저렴한 진통제로 치료하는 2 단계의 시간 허비와 고통을 거쳐 좋은(?) 약을 쓸 수 있는 것이다. 좋은 약을 쓸 수 있을 때까지 환자의 고통은 어떻게 할 것인가? 이런 기준을 보면 의사는 답답한 심정이다. 의사란 환자의 고통을 줄여주기 위해 있으므로 신속한 효과가 있으며 부작용이 적은 약을 쓰는 것이 경제적, 시간적으로 좋으나, 이런 약은 상대적으로 비싸므로 1차약으로 선택하지 못하게 하여 환자는 부작용으로 고생할 수 있고 통증이 완화되지 않는 기간동안 고생을 해야 한다²⁴⁾. 기준에도 제시되어 있듯이 급성통증일 경우 초기에 통증도 심하고 초기에 치료를 해주는 것이 중요한데도 불구하고, 효과가 좋은 약은 초기에 쓸 수 없다. 우선은 싸고 부작용이 더 많은 약으로 치료한다고 고생하고 안되면 비싼 약을 쓸 수 있다. 환자를 위해 효과가 좋고 비싼 약을 쓰면 부당·과잉 처방이라 하여 범죄자 취급 받고 진찰료에서 약값까지 환수하는 제도^{19,21,27,57)}에서 어느 의사가 환자를 위해 좋은 약을 쓸 수 있겠는가? 또한 심사기준에 맞지 않을 애매한 상황이면 100/100 본인 부담할 수 있도록 하였으므로 의사는 진찰료와 약값까지 내주는 위험을 무릅쓰고 보험적용을 하기보다는 100/100 본인부담으로 적용할 수도 있어 환자 측에서는 부담금이 많아질 수 있다.

환수란 빌려준 돈을 거두어들이는 것처럼 받은 돈을 내어 주는 것인데, 의사가 약을 처방하면서 처방료를 받거나 약값을 받은 것도 아닌데다 환자가 사용한 약값까지 의사가 부담하는 것을 환수라 함은 잘못된 것이며, 의사가 환자를 위해 치료하기 위해 약을 쓰면서(처방) 처방료를 받는 것도 아니고 약가 마진을 남겨 이익을 보는 것도 아닌데 약제비 삭감의 원인제공자란 굴레를 씌워 약제비용을 의사에게 부담토록 하는 것은 문제가 있다(2부에서 자세히 거론할 예정임).

(7) 많은 상대적 고가 약제

여기에 예를 든 약제 외에도 대부분의 상대적 고가약들은 인정기준을 좁게 잡고 ‘허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외 투여한 경우에는 약값의 100/100을 본인 부담토록 함’이란 단서 조항을 달아 환자가 부담하도록 하였다⁷⁶⁾. 의사는 삭감 때문에 좋은 약 사용을 제한 당하고, 환자에게는 본인 부담이 늘어나는 상대적 고가약제에 대한 기준을 재검토해야 한다. 빨리 낮고 부작용이 적은 약이 우선은 비싸 보이나 전체적인 면을 고려하면 환자에게도 좋고 비용-효과 면에서도 유리할 것이다. 따라서 상대적 고가약의 사용에 대한 인정기준을 좁게 하여 규제하면서, 그 외는 환자가 전적으로 부담하게 하는 기준은 개정되어야 한다.

4) 심사 기준에 맞추기 위한 많은 검사 및 서류 작업

(1) vertebroplasty (VP)의 인정기준이 바뀌기는 했지만 최근 골절임을 증명하기 위해 대부분 고가의 검사인 MRI, CT 또는 bone scan을 시행해야 하는 문제가 있다.

(2) 골밀도 검사 기준 항목에서 따로 기술하겠지만 많은 조건을 붙여 또 다른 검사를 해야 하거나 많은 증빙서류를 첨부할 것을 요구한다.

(3) COX-2 억제 소염제의 인정기준⁷⁶⁾은 상부 위장관 궤양, 출혈, 천공의 치료 기왕력이 확인되는 경우로서 위내시경검사를 요구하기도 하였고, 기존의 NSAID에 불응성이거나 대량의 NSAID를 필요로 하는 경우라 하여 이에 대한 증빙서류를 제출할 것을 요구하여 서류작업이 필요하도록 하였다.

(4) albumin의 투여기준⁷⁶⁾도 점차 투여기준을 강화하여 많은 증빙 서류를 요구하고 있다.

(5) recombinant human epidermal growth factor 500 mcg (6*105 IU) 외용제: 보건복지부 고시 2002-19호⁷⁶⁾에 의하면 ‘당뇨병성 궤양 치료제로서 6주 치료후 궤양의 크기가 40% 정도 감소된 경우에 한하여 계속 투여를 인정하며, 최대 12주까지 인정함을 원칙으로 한다’고 정하였다. 여기서 40% 감소된 것을 어떻게 증빙하는가의 문제가 있다. 치료초기에 궤양의 크기와 상태를 나타낼 사진을 찍어놓지 않았다면 치료 중에 어떻게 40%가 줄었다는 것을 증빙하며 또한 이런 증빙사진 촬영에 필요한 장비와 비용은 어떻게 할 것인가? 자

주 사용하지 않는 고가의 카메라까지 구입을 하라고 할 것인가? 그러면서도 치료에 의해 병변이 40% 이상 감소한 것을 증빙하기 위해 촬영에 필요한 폴라로이드 필름을 인정하지 않으니⁷⁶⁾ 약제사용으로 이익이 남지 않으면서도 증빙자료를 위한 비용은 의료기관이 부담하는 제도는 모순이다.

(6) 위궤양 치료제: 보건복지부와 의협과의 합의에 의해 2002년 완화되었지만 위궤양 치료제는 위장관조영술을 통해 질병이 확인되어야 처방받을 수 있었던 적도 있었다³⁷⁾. 위궤양이나 위염 등은 환자의 증상으로도 진단하고 처방이 가능한 질병임에도 불구하고 환자에게 검사의 고통과 경제적 부담을 안겨주면서 더욱 고가의 검사를 한 뒤 간단한 약을 처방하도록 하는 정책은 정부에 의한 의료계에 대한 규제와 불신의 단면이라고 할 수 있다.

(7) 정신병 치료제 자이프렉사: 2002년 9월 새로운 정신병 치료제로 기억력 감소 등 약물 부작용을 낮춘 자이프렉사에 대한 보험 적용을 제한하면서 과거에 복용한 다른 몇 가지 약이 효과가 없었다는 기록 증명을 내야만 보험인정을 받도록 하였다⁶⁾.

이렇듯이 새롭게 개발된 약제 등 상대적 고가약은 가능한 사용을 억제하도록 하는 기준을 새롭게 만들거나 각종 서류를 제출하도록 하는 문제점이 있다.

5) 국민의 기대수준이나 의료사고의 책임 기준과 현행 건강보험의 진료 지침(진료비 심사기준)의 차이

최근의 의료사고에 대한 판결은 최신의 진료 형태에 의한 최선의 진료기준에 맞추어 의사의 과실을 추궁하고 있다고 본다. 의사에게 의료사고의 책임은 선진국 수준이나 최신 의료수준에 부합하는 최선의 진료에 기준을 두고 판단하려고 하나 현재의 심사기준에 의한 진료형태는 이에 미치지 못하는 모순이 있다⁷⁵⁾. 각 개별 사례에 의한 학문적인 측면을 논하는 것은 매우 어려운 문제이므로 간단한 예를 들어보자. 언론에 보도되는 의료과실에 대한 것에서 가장 많은 것은 다양한 형태의 주의의무와 설명의 의무를 강조한다. 합병증이 예상되는 경우 합병증을 예상하기 위한 각종 검사 및 조치를 하였는가? 진료에 대한 내용이나 필요성, 예상되는 후유증, 합병증, 위험성 등등을 환자나 보호자에게 설명하였는가? 하는 문제이다. 주의의무를 다하기 위해서 시행하는 많은 검사나 조치는 현재의 진료비 심사기준에 의하면 과잉, 부

당진료가 될 수 있는 소지가 있는 면이 많이 있다⁴⁵⁾. 또한 각종 치료행위를 하기 전에 환자에 대한 설명의무를 다하기 위해서는 30분 이상의 많은 시간을 할애해야 하나 짧은 시간에 많은 환자를 진료할 수밖에 없는(외래 진료시간 평균 5분이며 입원시에 행해지는 각종 시술에도 설명할 수 있는 진료시간이 매우 짧다) 저수가의 현행 건강보험에서는 매우 어려운 현실이다.

국민의 의료에 대한 기대는 경제수준의 향상, 각종 언론에 보도되는 선진국의 발전된 의료형태, 시설, 서비스를 접하거나³⁶⁾ 인터넷을 통한 의료정보의 획득에 의해 매우 높은 실정으로 국민들은 선진국 수준의 의료수준을 원한다⁴⁾. 그러나 정부는 심사지침 등을 이용하여 의사에게 쓴 진료를 강제^{13,24,27,50,51)}하면서도 병원의 서비스 평가 등을 이용하여 양질의 의료서비스를 제공하도록 강요(의료기관 평가 전담기구 설립해야)하고 있으며 언론 및 일부 노조나 비정부단체에서도 동조하고 있다^{9,14,22,36)}. 모든 경제활동에서도 그러하듯이 의료서비스 향상에는 비용이 증가하는 것은 당연^{92,93)}하여 의료수가를 올리는 것이 필요한데도 불구하고 서비스 향상에 따른 경제적 비용은 정부도, 건보공단도, 국민들도 부담하려 않고 오히려 의보수가를 낮추라고 주장하고 있는 형편이다^{7,14,26,46)}. 즉 국민들의 기대 수준은 높아만 가는데 진료를 제공하도록 하는 보건복지부나 심평원의 기준은 이에 미치지 못하므로 국민들의 불만이 의료계를 향하게 되고¹²⁾ 이에 따른 각종 부작용이나 의료분쟁의 증가, 해외원정 진료, 경제특구의 외국병원 내국인 진료에 대한 우려 등의 문제점^{45,55,56)}이 나타나고 있다.

따라서 이런 문제점을 해결하기 위해서는 선심성 행정에 의한 건강보험 급여의 확대 등 양적인 확장^{1,20,58)}보다는 국민의 기대(의료분쟁의 기준 포함)와 선진국의 의료 발전에 맞추어 진료의 질을 향상시키기 위한 각종 기준의 개선, 의료수가의 조정에 힘써 주길 바란다.

4. 외래 진찰료 부분

1) 외래 진찰료의 일반 사항

현재의 건강보험 기준에 의하면 의원급부터 전문요양기관까지 10,220원, 11,610원, 12,940원, 14,280원이다. 이런 외래 진찰료는 미국, 일본 등의 선진국에 비하면 매우 낮은 수준이며 언론매체에 보도되는 선진국의 의료서비스를 따라 가는 것이 불가능한 상황임에도 불구하고

하고 언론에서는 이런 진찰료(모든 치료수가 및 재료대, 심사 기준의 차이 등 전체 총진료비 포함)의 차이는 보도하지 않은 채 의료서비스의 차이(환자 대기 시간, 진찰 시간, 예약제도, 병원 내부 시설, 진료 환경 등등)만을 보도함으로써 우리나라의 의료기관에 대한 불신을 증가시키고 있다^{12,36)}. 예를 들면 미국⁵⁶⁾은 초진 진찰료가 대체로 200-300달러(24-36만원 1\$: 1,200원 2000년 기준)이다. 우리는 10,220-14,280원이나 하루 종일 80-100명을 진료해야 유지가 되는 우리나라(평균진료시간 5분내지 6분)와 30분에 1명씩 진찰해도 유지되는 미국의 진찰료에 대한 차이는 보도하지 않고 외형적인 것만 보도하고 있으니 답답한 실정이다. 적은 진찰료를 받으므로 의료기관은 경영수지를 맞추기 위해서 정해진 시간에 많은 환자를 보게 되어 외래 환자의 대기 시간은 길어질 수밖에 없으며, 외래 진료와 의료서비스의 질은 낮아지고 오진 가능성은 높아지게 되었으며 불필요한 외래 내원을 유도하게 되어 환자의 불편함이 증가하게 되었다¹²⁾. 또한 외래 환자 진찰료 수입이 전부이다시피 한 일부 전문과는 경영수지가 악화되어 과의 명칭을 바꾸기도 하고, 다른 과의 진료영역을 넘보게 되어 과간의 갈등이 일어나고 전문성이 떨어지는 진료가 이루어지고 있는 실정이다.

특히 대학병원 초진환자인 경우 대부분 다른 의료기관에서 치료중 증세 호전이 없어 전원된 환자이고 중증이거나 복합증상을 갖고 내원하는 경우로서 외래 진찰시간이 많이 소요되므로 14,280원의 진찰료로는 소요되는 진료시간이나 노력에 비하여 매우 낮은 실정이다.

외래 진찰료의 전반적인 상황조정이 필요하고 보며 미국의 국민소득이 평균 3만 달러 정도가 되며 우리의 국민소득이 1만 달러 정도 되므로 의료종사자 및 일반 소득자의 수입을 대비하여 우리나라의 외래 진찰료는 70-100달러(84,000-120,000원)가 적당하지 않을까 생각한다.

2) 야간과 공휴일의 진찰료 가산에 대한 문제

건강보험 재정이 부실해지면서 2001년 5월 31일 건보 재정 안정화대책으로 의료기관에 진료비 지급을 줄이기 위해 야간과 공휴일의 진찰료 가산 시점을 조정하였으며 이것은 의료계의 경제적 희생을 강요하는 정책이다⁴⁸⁾. 즉 일반적인 퇴근시간과 진찰료 가산 시점의 불일치된 것도

문제점의 하나이다. 일상 퇴근 시간은 하계 18시, 동계 17시, 토요일은 13시이므로 근무시간 이후 야간과 공휴일 진료를 위해서는 의료기관 직원의 시간외 근무수당이 더 소요되는 형편이다. 현재 기준으로 평일 20시, 토요일은 15시에 기본진찰료의 30%를 가산할 수 있게 되어 있어 진찰료 가산시점과 시간외근무수당 적용시점 차이가 2-3시간이 나므로 그만큼 의료기관은 불이익을 볼 수밖에 없는 실정이다. 또한 시간외 근무수당은 기본급에 다른 수당을 합한 통상임금의 150%이고, 진찰료 가산은 외래 진찰료 전체가 아닌 기본진찰료의 30%이므로 우선 보아도 수입보다 지출이 많아지는 형국이다.

외래 진찰료란 기본진찰료(초진의 경우 151.62점, 재진의 경우 95.67점 상대가치점수)와 외래관리료(진찰료에서 기본진찰료를 제외한 점수)로 이루어졌으며 의원은 상대가치점수 179.63에 11,220원, 의과병원은 203.97에 11,610원, 종합병원은 227.44에 12,940원 종합전문요양기관(3차 진료기관인 대학병원)은 250.90으로 14,280원이다. 의원의 예를 들면 기본 진찰료의 30%이므로 2,589원이 가산되며 금액은 많지 않다. 가산시점은 일상적인 근무시간 이후부터 적용해야 하며 가산율도 시간외 근무수당의 가산율과 같이 50%로 조정해야 한다고 생각한다. 2004년도 10월 보건복지부가 국회에 제출한 자료에 의하면 2년 동안 야간, 공휴일 진료비 가산시점을 조정하여 진료비 지급을 줄인 총액이 1,455억 원이라 한다⁴⁸⁾. 이러한 진료비 지급감소는 결국 의료계의 경제적 희생에 의한 것이며 건보재정이 안정되었으면 이제는 건보재정을 다른 곳에 사용하는 것이 아닌 의료계에 돌려주어야 한다고 생각한다.

2004년 7월부터는 직원이 1,000명 이상의 대학병원에서는 주5일 근무제가 시행되었으나 토요일은 진찰료의 공휴일 가산이 인정되지 않은 상태에서 인력보충과 토요일의 시간외 근무수당을 주기 위하여 많은 지출이 요구되는 실정이다⁴⁹⁾. **대학교병원의 예를 들면 인건비 상승률이 5-10%로 예상(교수직 제외, 교수직을 포함하면 더 많을 것임)되며 이런 인건비 상승은 경영악화의 한 요인⁵⁴⁾으로 작용할 것이므로 하루속히 토요일도 오전 9시부터 공휴일 가산제가 도입되어야 할 것이다²⁸⁾.

3) 차등 수가제

2001년 5월 건강보험 재정 안정화대책의 한 가지 제

도로서 의료기관에 진료비를 적게 주기 위해 차등 수가제라는 외래진찰료 제도를 고안하여 적용함으로써 일정 수 이상(현행 75명부터 적용) 환자를 보는 경우 단계적으로 외래진찰료가 줄어들게 하였다. 많은 환자를 보는 것은 의사의 능력일 수 있고, 오랜 시간을 기다리면서도 해당 의료기관에 진료를 받고자 하는 환자는 치료효과가 있기 때문일 것이다. 능력에 의해 많은 환자를 본다고 해서 차등 수가제를 적용하는 것은 자본주의의 원리에 접합치 않으리라 본다. 이런 차등 수가제는 폐지되거나 만약 차등 수가제를 지속하려면 환자수가 일정수 이하로 적은 의료기관에는 진찰료를 가산하는 제도도 만들어야 한다고 주장한다. 즉 차등 가산제를 도입하여 도산하는 의료기관과 농어촌에서 환자수가 적은 의료기관을 지원하는 방안을 찾아야 할 것이다^{23,53)}. 2004년도 10월 21일 보건복지부가 국회에 제출한 자료에 의하면 2년 동안 차등 수가제를 적용하여 진료비 지급을 줄인 총액이 2,223 억원이라 한다⁴⁸⁾. 이런 건보재정의 안정은 의료계의 희생에 의해 이루어진 것이다³⁾. 따라서 건보재정이 안정 되었으면 건보재정을 다른 곳에 사용하는 것이 아닌 차등 수가제를 철회하고 환자수가 적은 의료기관이나 전문과에 가산제를 실시함으로써 의료계에 돌려주어야 한다고 생각한다⁵³⁾.

4) 재진료 50%산정 항목의 문제

물리치료, 주사 등의 일시 처방 지시하여 의사의 진찰 행위 없이 매일 또는 반복하여 내원시 재진료의 50%만 산정하도록 함으로써 차등 수가제와 함께 쥐꼬리만한 외래진찰료마저 핑계거리를 만들어 의료기관에 적게 주고 있는 실정이다. 또한 환자의 가족이 내원하여 진료담당 의사와 상담한 후 약제 또는 처방전만을 수령 또는 발급하는 경우에는 재진료의 50%만을 산정하게 되어 있다. 의사의 진찰이란 신체적 접촉에 의한 촉진, 청진이나 환자에 대한 혈액이나 방사선 검사뿐만 아니라 문진, 시진도 진찰행위에 포함된다는 것은 진단학의 원론에도 언급된 자명한 사실이다. 따라서 매일 반복하여 내원하는 환자라도 의사에 의한 문진(예: 잘 지내셨습니까? 상태가 어떻게 좋아졌나요? 불편한 점은 없습니까? 약은 잘 복용하셨나요? 등등)도 진찰행위요, 진료실에 걸어 들어 오는 모습, 환자의 얼굴이나 동작 등을 살피는 일은 시진에 속하므로 이러한 진찰행위에 의해 판단 후 물리치

료, 주사 등의 처방을 반복하였다면 당연히 재진료를 100% 인정하여야 한다. 또한 환자의 보호자가 내원하여 의사와 상담하였다면 상담시간 동안 환자의 상태에 대한 문의, 응답이란 문진 절차에 의해 진찰행위가 이루어진 것이며 상담시간 또한 실제 환자에 대한 진찰시간보다 50%로 줄어든 것은 아니므로 재진료를 50%만 산정하는 것도 시정되어야 한다.

다음에는 어떤 구실을 붙여서 외래진찰료를 적게 지불하려는 제도가 만들어질지 염려된다.

5) 척추신경 질환에 신경학적 검사(나-610-가)의 인정 문제 (나-610-가)의 일반적인 신경학적 검사는 신경계의 질환에만 산정한다고 되어 있다. 신경계 질환이란 중추신경계의 질환뿐만 아니라 척추신경을 포함한 말초신경계의 질환도 포함된다. 따라서 척추에 발생하는 질환중 척수(중추신경계) 및 척추신경을 압박하는 질환과 척추관내의 종양 등은 결국 신경증상을 나타내는 신경계 질환이다. 또한 다른 사지의 질환보다 시행하여야 할 특이 검사(지각검사, 근력검사, 각종 신경학적 반사검사, 방광 및 직장근력 검사, 그외 많은 신경증상 검사)도 많아 진찰 소요시간도 오래 걸리고 현재 신경학적 검사가 인정되는 뇌질환과 동일하게 복잡하다⁶⁵⁻⁶⁷⁾. 그러므로 우선 척추에서 신경증상을 나타내는 질환(경추증성 신경근증, 경추증성 척수증, 흉추의 질환에 의한 척수증이나 신경근증, 요부의 추간판 탈출증이나 척추관협착에 의한 신경근증, 척추관 내·외의 종양 및 농양)과 척추의 외상에도(나-610-가)를 적용하여야 하고 향후에는 모든 말초신경계 질환에도 인정되어야 할 것이다.

〈 알림 〉

1. 본 논문은 전체 분량이 많은 관계로 편집위원회의 결정에 의하여 4회에 걸쳐 학회지에 게재되기로 하였음. 단 4회의 연재를 각기 학회지 게재 양식에 맞추어 재편집하는 것이 매우 어려운 실정이므로 이해를 돕기 위한 References만 계속적으로 신고, 본 논문은 가능한 한 내용이 현저히 분리되지 않도록 물리적으로 4등분하여 게재할 예정이며 본 글은 1회입니다.

2. 본문의 건강보험급여비용은 2004년 기준이며 2005년 1월부터 수가인상에 따른 변동이 있다. 외래 진찰료는 10,740원(의원), 11,950원(병원), 13,330원(종합병

원), 14,700원(종합전문요양기관)이고 입원료는 종합전문요양기관 29,840원, 종합병원 27,110원, 병원 23,950원, 의원 20,790원이며 다른 의료수가는 2.99% 인상(상대가치 점수에 환산지수를 곱하는 것으로 환산지수가 56.9에서 58.6으로 인상)되어 본문에 기술된 의료수에서 2.99%를 추가하여야 한다. 2004년도 평균 소비자물가 상승률은 3.6%이다.

참고문헌

1. 1월부터 자연분만 진료비 면제. 조선일보, 2004년 12월 20일.
2. 건강보험, 진료비 할인제도에 불복. 메디게이트 뉴스, 2004년 10월 6일.
3. 건강보험공단·심사평가원 방만한 운영도 '파탄' 요인. 조선일보, 2001년 6월 27일.
4. 건보개혁 의사협회 3만명 집회. 중앙일보, 2004년 2월 23일.
5. 건보공단 인력-예산운영 방안 감사결과 발표. 동아일보, 2005년 1월 27일.
6. 건보, 직장이 지역보다 2배 이상 부담. 메디게이트 뉴스, 2004년 10월 4일.
7. 건보료 8.5% 인상; 의료수가는 2.97%. 조선일보, 2002년 11월 30일.
8. 과다청구 약값 매년 증가. 중앙일보, 2004년 10월 10일.
9. [국감] "병원평가 전담기구 설립해야" 메디게이트 뉴스, 2004년 10월 19일.
10. [국감현장] "공단 환수액 모두 부당청구 아니다" 메디게이트 뉴스, 2004년 10월 7일.
11. 공공립병원 내구연수 초과 노후장비 수두룩. 메디게이트 뉴스, 2004년 11월 24일.
12. 국민 43% 의료비 부담 느껴. 매일신문, 2005년 2월 7일.
13. 국민 돈으로 만든 '건보 흑자' 조선일보, 2003년 7월 19일.
14. 국민부담만 늘린 의약분업 1년 6개월(4. 끝) 환자·의사·약사 등 4인 난상토론; "취지는 좋았는데 부작용만... 환자 중심으로 재고" 조선일보, 2002년 1월 28일.
15. [기고]산부인과 의원의 '분만 기피' 조선일보, 2002년 8월 12일.
16. [기고]정신질환자 약 앓아간 보건정책. 조선일보, 2002년 9월 16일.
17. [기고]중환자는 누가 치료하나. 조선일보, 2002년 1월 12일.
18. [기자수첩] '8만원짜리' 출산 장려대책. 조선일보, 2004년 10월 7일.
19. 김홍신의원 90년부터 94년까지 5년 동안; "부당청구 의보 진료

- 비 3천억” 조선일보, 1996년 7월 25일.
20. 내년 MRI 급여전환시 연간 2,020억원 소요. 메디게이트 뉴스, 2004년 11월 16일.
 21. [뉴스브리핑]진료·조제료 건보 허위청구 1,505곳 적발. 조선일보, 2004년 3월 2일.
 22. [독자칼럼]의료개방, 국내 병원 역차별 가능성. 조선일보, 2004년 11월 23일.
 23. 무너지는 중소병원(1). 조선일보, 2002년 11월 1일.
 24. [미니칼럼]저질 약 조장하는 정부, 조선일보, 2002년 3월 4일.
 25. 방 58평·비서 5명... 재벌회장인가(건보공단 이사장). 조선일보, 2004년 5월 4일.
 26. 병원의 수가 현황과 문제점. 이정노. 대한병원협회지, 2001년 3월 4일.
 27. 병·의원 ‘비싼약 남용’ 막는다. 조선일보, 2002년 1월 26일.
 28. 병협 진찰료 가산기준 개선 건의, 주 5일제 시행 요양기관 토요일 9시부터 적용해야. 메디게이트 뉴스, 2003년 12월 19일.
 29. 보험수가에 대한 정부규제 변천사. 양명생. 대한병원협회지, 2000, 일자 미확인.
 30. 부당청구 건보급여액 작년 942억원 환수, 수진자 내역조회 통한 환수액은 2배 늘어 86억. 문화일보, 2004년 4월 13일.
 31. 부담되는 건보 정산. 중앙일보, 2004년 4월 29일.
 32. 불합리한 심사기준... ‘축소청구’ 양산. 메디게이트 뉴스, 2004년 10월 8일.
 33. [사설]외과의 기피케 하는 의료수가. 조선일보, 2003년 1월 27일.
 34. [사설]건보공단, 직원 밥 그릇 위해 존재하나. 동아일보, 2005년 1월 26일.
 35. 생색내기 보험정책에 도둑된 산부인과. 메디게이트 뉴스, 2004년 12월 4일.
 36. 세계병원들 환자 유치 경쟁: 미국선 외국환자에 고향음식 제공. 중앙일보, 2004년 5월 18일.
 37. 소화제 다시 건강보험 적용; 위궤양약·제산제 등 사용기준도 완화; 복지부·의협 첫 합의. 조선일보, 2002년 8월 7일.
 38. [시론]의료, 규제 풀어 開放 대비를. 조선일보, 2003년 11월 18일.
 39. [시론]의보파탄 ‘진짜 주범’ 조선일보, 2001년 5월 30일.
 40. [시론]출산부양대책도 시급하다. 조선일보, 2003년 7월 14일.
 41. 실거래가 상환제의 법률적 문제점. 이인영. 대한병원협회지, 2001년 7월 8일.
 42. 야, ‘건보재정 분리안’ 오늘 제출; “자영업자 소득 파악 안돼 직장인 손해” 민주, 강력 반대...통합작업 난항 예고. 조선일보, 2003년 2월 11일.
 43. 열받는 건보 ‘혜택’ 또 줄었다. 조선일보, 2004년 10월 06일.
 44. 의료법과 건강보험법 상호관계와 합리적인 제정방안. 박형욱. 병원신문, 2001년 11월 26일.
 45. 의료분쟁의 증가원인. 한동관. 대한병원협회지, 2000, 일자 미확인.
 46. 의료수가 동결결정 앞두고 건보공단 인허주장. 조선일보, 2001년 12월 18일.
 47. 자연분만 진료비 전액 지원. 중앙일보, 2004년 10월 1일.
 48. 저수가에 잇단 경제불황 더 못 참겠다. 메디게이트 뉴스, 2004년 10월 28일.
 49. 전경련 “영리법인 의료기관 설립 허용해야” 조선일보, 2004년 9월 15일
 50. [전문칼럼]암치료 막는 의보. 조선일보, 2002년 6월 13일.
 51. 정관복원수술 보험적용의 허구성. 조선일보, 2004년 7월 16일.
 52. 지역외사회 “수가 두자리 인상” 촉구. 메디게이트 뉴스, 2004년 11월 14일.
 53. 차등 수가제. 권오주. 청년의사, 2001년 4월 30일.
 54. 토요 의료비 30%늘어. 문화일보, 2004년 6월 28일.
 55. 한국 의료산업 쇠락 우려, 재경부 차관보, 고급환자 모두 해외로. 중앙일보, 2004년 2월 11일.
 56. 해외원정 입원치료비 평균 3만弗. 조선일보, 2004년 5월 27일.
 57. 환자 20%는 진료비 ‘바가지’ 주요 종합병원, 검사비·약값 등 부풀려; 건강보험심사평가원. 조선일보, 2002년 9월 10일.
 58. 환자 전액부담제도 없애자; 적자 시대 기형적 제도 의사·환자 갈등만 키워. 중앙일보, 2004년 12월 1일.
 59. **건강보험요양급여비용**. 건강보험심사평가원, 2004년 1월.
 60. **김남현, 김현우, 박병문**: 척추 전방전위증 환자에서 수술 후 신경학적 합병증. 대한척추외과학회지, 1: 199-205, 1994.
 61. **김영민, 김희중, 이성철, 이상현**: 일차성 무시멘트 미세공성 고관절 치환성형술의 합병증. 대한고관절학회지, 5: 27-38, 1993.
 62. **김응하, 송인수**: 척추경 나사못을 이용한 척추 유합술 후 심부 감염. 대한척추외과학회지 7: 535-543, 2000.
 63. **문명상, 우영균, 옥인영, 이규성, 하기용, 선두훈**: 후방고정기기 사용 및 추체 전방유합술에 의한 구배변형을 동반한 흉요추 결핵의 치료. 대한척추외과학회지 1: 317-325, 1994.
 64. **박원욱, 안성준, 이정섭, 김태형**: 활동성 흉요추부 결핵성 척추염에서 전방 병소 제거 및 전방기기 고정술-1단계 수술과 전방 병소 제거 후 후방기기 고정술-2단계 수술의 비교. 대한척추외과학회지, 10: 146-153, 2003.
 65. **석세일**: 경추 및 흉추 추간판 질환. 요추 추간판 질환, 척추의

- 과학(개정신판). 서울, 최신의학사: 172-247, 2004.
66. **석세일**: 척추관협착증. 척추외과학(개정신판). 서울, 최신의학사: 255-277, 2004.
67. **석세일**: 경추골절의 치료, 흉·요추골절의 치료. 척추외과학(개정신판). 서울, 최신의학사: 522-669, 2004.
68. **석세일**: 최소침습적 척추 수술. 척추외과학(개정신판). 서울, 최신의학사: 670-689, 2004.
69. **석세일, 김진혁, 김원중, 이상민, 정의룡, 황훈, 김우일, 김태윤**: 노인의 퇴행성 요추 질환에서 후방 요추 수술 후 수술주위기간의 합병증. 대한척추외과학회지, 7: 247-252, 2000.
70. **석세일, 김진혁, 이상민, 정의룡, 조성태, 이정희, 김성수, 남창현, 김현호, 이창수**: 후방 도달 척추 절제술을 이용한 고도 척추 변형의 치료. 대한정형외과학회지, 38: 72-78, 2003.
71. **석세일, 김진혁, 정의룡, 이상민, 이정희, 김성수, 원성욱, 박수철, 정락용**: 골다공증과 신경학적 결손을 동반한 외상 후 후만증 환자의 수술적 치료-전후방 수술 및 Egg-Shell 술식의 비교. 대한척추외과학회지, 9: 148-157, 2002.
72. **신병준, 노영복, 서유성, 이병일, 김연일, 이수균, 최창욱**: 척추경 나사못 재고정기기를 이용한 척추절환의 치료시 발생하는 합병증. 대한척추외과학회지, 1: 206-215, 1994.
73. **신병준, 이재철, 조영일, 최원기, 허일, 김경제, 김연일**: 퇴행성 요추 질환의 후방 수술시 발생하는 경막 손상. 대한척추외과학회지, 10: 233-239, 2003.
74. **신병준, 이재철, 최성우, 류기훈, 조영일, 윤태경, 김경제, 김연일**: 척추 결핵 치료에서의 금속 고정물의 안전성과 유용성. 대한척추외과학회지, 10: 163-171, 2003.
75. 심사평가원 창원지원 심사위원 간담회 회의록. 대한의사협회, 2004년 10월 20일.
76. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항-행위, 치료재료, 약제. 건강보험심사평가원. 21쪽(개정된 기준 적용시기), 65쪽(관절경검사), 89쪽(혈액관리료 및 수혈간호료), 118쪽(2가지 이상수술시 수기로 산정, 급습처치), 129쪽(가관절수술), 225쪽(봉합사 산정기준), 229-230쪽(고가 장비 사용료 인정불가), 235-244쪽(봉합사 별도산정 항목), 256쪽(소모품 Ioban 별도 산정 불가), 264쪽(laser tip 비용), 268쪽(Halo-vest), 501쪽(척추의 전후방 동시 수술), 335-343쪽(입원료 포함 사항), 503쪽(척추경나사못 고정술), 504쪽(PLIF 추가시 절개창에 의한 수기로 구분), 505쪽(체외금속고정술 인정기준), 507쪽(혈관결찰술에 건단열술 적용), 564쪽(천연 캡사이신제제 기준), 570쪽(항생제 인정기준), 574쪽(플라로이드 필름). 약제편 41쪽(골다공증 치료제) 57쪽(울트라셋 기준), 58쪽(celecoxib 경구제), 234-235쪽(알부민 주사제), 2004년 8월 23일.
77. **윤택림, 배봉현, 노성만, 정재윤, 이근배**: 최소절개를 통한 일차적 인공 고관절 전치환술. 대한정형외과학회지, 38: 342-348, 2003.
78. **이환모, 김남현, 박병문, 이동화**: 척추 수술후의 신경학적 합병증. 대한정형외과학회지, 29: 954-964, 1994.
79. **정순택, 김지연, 박영준, 구경희, 송해룡, 조세현**: 척추수술 후 발생한 심부 창상감염의 항생제 혼합 골시멘트정을 이용한 치료. 대한척추외과학회지, 3: 225-231, 1996.
80. **조규정, Bridwell KH, 박승림, 김명구, 이동주, 최성욱**: 고정형 시상면 불균형(Fixed Sagittal Imbalance)의 치료에서 Smith-Petersen 절골술과 척추경 제거 절골술의 비교. 대한척추외과학회지, 11: 261-270, 2004.
81. **조세현, 하용찬, 천충우**: 인공 슬관절 전치환술시 압박대의 역할. 대한슬관절학회지, 16: 33-38, 2004.
82. **최원식, 김환정, 이광원, 안재훈, 박용범, 김하용, 김규현, 금덕섭**: 요추부에서 발생한 척추절핵과 화농성 척추감염에서 전방 유합술과 후방기기 보강술식과의 비교. 대한척추외과학회지, 6: 458-463, 1999.
83. 치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한 금액표. 건강보험심사평가원, 214쪽, 2005년 1월판.
84. **한창동, 한대용, 이진우**: 합병증을 중심으로 살펴본 대퇴경부 골절의 치료 결과. 대한정형외과학회지, 26: 1720-1726, 1991.
85. 효율적인 동로심사제(전문심사제) 연구. 대한임상보험의학회, 48쪽, 60쪽, 65쪽, 67쪽, 128쪽, 132쪽. 2004년 7월.
86. **Allen BL Jr, Ferguson RL, Lehmann TR and O'Brien RP**: *A mechanistic classification of closed, indirect fractures and dislocation of the lower cervical spine. Spine, 7: 1-27, 1982.*
87. **Bolesta MJ, Viere RG, Montesano PX and Benson DR**: *Fractures and dislocations of the thoracolumbar spine. In: Rockwood CA, Jr ed. Rockwood and Green's Fractures in adults. 4th ed. Philadelphia, Lippincott-Raven: 1529-1571, 1996.*
88. **Borm W, Hubner F, Haffke T, Richter HP, Kast E and Rath SA**: *Approach-related complications of transthoracic spinal reconstruction procedures. Zentralbl Neurochir, 65: 1-6, 2004.*
89. **Carreon LY, Puno RM, Dimar JR 2nd, Glassman SD and Johnson JR**: *Perioperative complications of posterior lumbar decompression and arthrodesis in older adults. J Bone Joint Surg, 85-A: 2089-2092, 2003.*

90. **Choy DS:** Percutaneous laser disc decompression (PLDD): twelve years' experience with 752 procedures in 518 patients. *J Clin Laser Med Surg*, 16: 325-331, 1998.
91. **Denis F:** The Three-column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spinal injuries. *Spine*, 8: 817-831, 1983.
92. **de Peretti F, Hovorka I, Fabiani P and Argenson C:** New possibilities in L2-L5 lumbar arthrodesis using a lateral retroperitoneal approach assisted by laparoscopy: preliminary results. *Eur Spine J*, 5: 210-216, 1996.
93. **Elias WJ, Simmins NE, Kaptain GJ, Chaddock JB and Whitehill R:** Complications of posterior lumbar interbody fusion when using a titanium threaded cage device. *J Neurosurg Spine*, 93: 45-52, 2000.
94. **Freeman BJC, Licina P and Mehdiian SH:** Posterior lumbar interbody fusion combined with instrumented postero-lateral fusion: 5-year results in 60 patients. *Eur Spine J*, 9: 42-46, 2000.
95. **Fritzell P, Hagg O and Nordwall A:** Complications in lumbar fusion surgery for chronic low back pain: comparison of three surgical techniques used in a prospective randomized study. A report from the Swedish Lumbar Spine Study Group. *Eur Spine J*, 12: 178-189, 2003.
96. **Goodkin R and Laska LL:** Vascular and visceral injuries associated with lumbar disc surgery: medicolegal implications. *Surg Neurol*, 49: 358-70, 1998.
97. **Gronemeyer DH, Buschkamp H, Braun M, Schirp S, Weinsheimer PA and Gevargez A:** Image-guided percutaneous laser disc decompression for herniated lumbar disks: a 4-year follow-up in 200 patients. *Clin Laser Med Surg*, 21: 131-138, 2003.
98. **Gruenberg MF, Campaner GL, Sola CA and Ortolan EG:** Ultraclean air for prevention of postoperative infection after posterior spinal fusion with instrumentation: a comparison between surgeries performed with and without a vertical exponential filtered air-flow system. *Spine*, 29: 2330-2334, 2004.
99. **Iorio R, Healy WL, Lemos DW, Appleby D, Lucchesi CA and Saleh KJ:** Displaced femoral neck fractures in elderly: outcomes and cost effectiveness. *Clin Orthop*, 383: 229-242, 2001.
100. **Johansson T, Jacobsson SA, Ivarsson I, Knutsson A and Wahlstrom O:** Internal fixation versus total hip arthroplasty in the treatment of displaced femoral neck fractures: a prospective randomized study of 100 hips. *Acta Orthop Scand*, 71: 597-602, 2000.
101. **Kardaun JW, White LR and Shaffer WO:** Acute complications in patients with surgical treatment of lumbar herniated disc. *J Spinal Disord*, 3: 30-38, 1990.
102. **Kinzi L, Gebhard F and Keppler P:** Total knee arthroplasty-navigation as the standard. *Chirurg*, 75: 976-981, 2004.
103. **Knop C, Bastian L, Lange U, Oeser M, Zdichavsky M and Blauth M:** Complications in surgical treatment of thoracolumbar injuries. *Eur Spine J*, 11: 214-226, 2002.
104. **Lenich A, Mayr E and Ruter A:** Hip replacement after failed internal fixation in patients with proximal femur fracture-a simple procedure? *Zentralbl Chir*, 127: 503-506, 2002.
105. **Liebler WA:** Percutaneous laser disc nucleotomy. *Clin Orthop*, 310: 58-66, 1995.
106. **Lilienqvist U, Lepsien U, Hackenberg L, Niemeyer T and Halm H:** Comparative analysis of pedicle screw and hook instrumentation in posterior correction and fusion of idiopathic thoracic scoliosis. *Eur Spine*, 11: 336-343, 2002.
107. **McDonnell MF, Glassman SD, Dimar JR 2nd, Puno Rm and Johnson JR:** Perioperative complications of anterior procedures on the spine. *J Bone Joint Surg*, 78-A: 839-847, 1996.
108. **Micher F, Rubini J, Grand C, Berard J, Kohler R and Michel CR:** Neurological complications of surgery for spinal deformities. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*, 78: 90-100, 1992.
109. **Oskouian RJ and Johnson J:** Vascular complications in anterior thoracolumbar spinal reconstruction. *J Neurosurg (Spine 1)*, 96: 1-5, 2002.
110. **Powell ET 4th, Kregel WF 3rd, King HA and Lagrone MO:** Comparison of same-day sequential anterior and posterior spinal fusion with delayed two-stage anterior and posterior spinal fusion. *Spine*, 19: 1256-1259, 1994.
111. **Ramirez LF and Thisted R:** Complications and demographic characteristics of patients undergoing lumbar discectomy in community hospitals. *Neurosurgery*, 25: 226-230, 1989.
112. **Sarwahi V, Sarwark JF, Schager MF, et al:** Standards in anterior spine surgery in pediatric patients with neuromuscular scoliosis. *J Pediatric Orthop*, 21:756-760, 2001.
113. **Siebert WE Berendsen BT and Tollgaard J:** Percutaneous laser decompression. Experience since 1989. *Orthopade*, 25: 42-

- 48, 1996.
114. **Stauffer ES and MacMillan M:** *Fractures and dislocations of the cervical spine.* In: Rockwood CA, Jr ed. *Rockwood and Green's Fractures in adults.* 4th ed. Philadelphia, Lippincott-Raven: 1473-1528, 1996.
115. **Stromberg L, Toohey JS, Neidre A, Ramsey M and Brantigan JW:** *Complications and surgical considerations in posterior lumbar interbody fusion with carbon fiber interbody cages and Steffee pedicle screws and plates.* *Orthopedics*, 26: 1039-1043, 2003.
116. **The International Society for the Study of the Lumbar Spine:** *The lumbar spine.* 2nd ed, Philadelphia, WE Saunders Co: 517-518, 525, 1996.
117. **Verlaan JJ, Diekerhof CH, Buskens E, et al:** *Surgical treatment of traumatic fractures of the thoracic and lumbar spine: A systematic review of the literature on techniques, complications, and outcome.* *Spine*, 29: 803-814, 2004.
118. **Wang JC, Kabo JM, Tsou PM, Halevi L and Shamie AN:** *The effect of uniform heating on the biomechanical properties of the intervertebral disc in a porcine model.* *Spine J*, 5: 64-70, 2005.
119. **Weis JC, Betz RR, Clements DH 3rd and Balsara RK:** *Prevalence of perioperative complications after anterior spinal fusion for patients with idiopathic scoliosis.* *J Spinal Disord*, 10: 371-375, 1997.
120. **Wetzel FT, McNally TA and Phillips FM:** *Intradiscal electrothermal therapy used to manage chronic discogenic low back pain: new directions and interventions.* *Spine*, 27: 2621-2626, 2002.
121. **Zeidman SM, Ducker TB and Raycroft J:** *Trends and complications in cervical spine surgery: 1989-1993.* *J Spinal Disord*, 10: 523-526, 1997.