

신포괄수가제에 대한 이해와 평가

김 석 일

가톨릭의대 예방의학교실 교수
sikimmd@gmail.com

김 수 정

가톨릭대학교 의과대학
sj2one@hanmail.net

〈편집자 주〉 문재인정부는 ‘비급여의 전면급여화’라는 정책목표를 전면에 내세우면서, 신규 비급여 발생 차단을 위해 신포괄수가제 적용 의기관을 대폭 확대하겠다는 내용을 언급하였다.

정부에서는 신포괄수가제의 원가보전률이 114.5%에 이르고 각종 인센티브 등 가산을 강조하며 민간의료기관의 참여를 유도하고 있다. 또 시범사업 결과, 비급여와 환자부담이 줄었다고 홍보하고 있다.

예상되는 비급여 풍선효과 등을 막기 위해서라도 지불제도를 손 볼 수밖에 없는 것이 정부가 처한 상황이다. 이런 배경을 이해한다면, 신포괄수가제 도입 논의가 급물살을 탈 가능성도 전혀 배제할 수는 없다.

이에 신포괄수가제에 대해 의료계가 정확히 이해하고 있는지, 불안정한 분류체계 등 거론되는 문제점은 무엇인지 등을 파악하고 평가하는 것이 중요하겠다.



DRG와 포괄수가제의 정의 및 원리

최초의 DRG(Diagnosis Related Groups)는 1977년에 개발된 미국의 HCFA-DRG(Health Care Financing Administration DRG)로서, 1983년 메디케어 프로그램에 전향적 지불제도(Prospective Payment System)로서 도입되어 병원지불제도로 정착하였다[1]. 미국에서 의사행위는 자원기반 상대가치(Resource-Based Relative Value Scale)에 의한 행위별 수가제로 보상한다. 이 두 가지 지불제도는 모두 1970년대 미국의 의료비가 급상승하면서 이를 통제하기 위한 방안으로 제시되었다. DRG는 1990년대부터 유럽과 호주 등으로 퍼져나갔다. 미국과 다른 점은 DRG를 총액예산제(또는 계약제)로 활용하는 공공병원 운영에 소요되는 예산(또는 계약 금액)을 산출하는데 사용한다는 점이다. 일부 국가에서는 민간 부문에도 적용하는데, 이때에는 일반적으로 의사서비스는 행위별 수가로, 병원은 보험회사와 포괄수가로 지불하는데, 수가는 서로 협상에 의해 결정한다.

DRG 시스템은 DRG 환자분류체계와 이 분류체계를 지불 단위로 하는 DRG지불제도¹⁾ 두 가지의 의미가 있다. 지불 제도로서의 DRG는 환자 사례(Case)를 단위로 하여 보상하는 건당지불제(Case payment)²⁾의 한 유형이다[2]. 환자분류체계에서는 모든(급성기)입원환자를 임상적 측면과 자원소모 측면에서 유사한 군으로 분류한다. 임상적 측면에서는 질병분류와 행위분류를 기반으로 하고, 자원소모 측면에서는 원가 자료를 이용한다. 통계적으로는 각 환

자군별로 원가와 평균재원일수 등의 변이가 크게 다르지 않아야 한다.

그런데 임상적 분류가 유사한 환자들 가운데에서도 특정 환자는 더 많은 원가가 소요될 수 있고, 이런 환자는 임상적 특성이 사실은 같은 군의 환자와 다르기 때문일 수도 있다. 또한, 해당 환자가 포함된 환자군의 변이를 증가시키는 역할을 하게 되므로, 자원소모(원가) 측면의 동질성도 해치게 된다. 이 현상을 해결하기 위하여 분류체계상에서는 (1) 해당 환자군에 포함시키는 항목들과 포함시키지 않는 항목³⁾들을 구분하기도 하고, (2) 이것으로도 변이를 해결하지 못하면 새로운 환자군을 생성시킬 수 있고, (3) 동반질환이나 합병증에 의한 경우는 이로 인한 중증도를 반영하는 세분류를 만들어 해결하기도 한다. 지불제도상에서는 (1) 해당 환자군에 포함시키지 않는 항목을 별도 지불하고, (2, 3) 새로운 환자군이 필요한지 매년 분류체계를 검토·수정한다. 지불방법에서는 정상적인 변이를 넘어가는 환자(열외 환자, outlier)에 대해서도 별도의 지불체계를 강구한다.

KDRG와 포괄수가제

한국형 입원환자분류체계인 Korean Diagnosis Related Groups(KDRG)는 1986년 서울대학교 병원연구소에서 미국의 Medicare 프로그램에서 사용하는 Medicare DRG를 기초로 개발하였다. 1991년 예일 대학의 RDRG(Refined DRG)에 근거한 중증도 분류 방법 일부 개정(KDRG v2.0), 호주의

1) 본문에서 포괄수가라 함은 DRG 지불제도를 의미하는 것이다.

2) 건당지불제는 환자 사례(Case) 혹은 질병의 에피소드(Episode)를 분류하는 기준에 따라 세가지 유형으로 구분된다. 사례를 특정 유형으로 구분하지 않거나, 진료과에 따른 구분, 진단에 근거한 구분 세가지 유형이 있다. 이중 DRG 지불제도는 진단에 근거하여 환자 사례를 구분한 유형에 해당한다.

3) 가장 대표적인 것이 의사의 행위료이다. 그 외에도 항암제를 비롯한 고가약제, 혈액투석 등이다. 공공부문이 보건의료시스템을 주도하는 영국은 다른 유럽 국가와는 달리 포괄수가에 공무원인 의사의 서비스(의사비용)를 포함하여 산출하기 때문에 분류체계가 상당히 복잡하다.

AR-DRG(Australian Refined Diagnosis-Related Groups)의 중증도 보정 방법을 참고하여 개정한 KDRG v3.0을 2003년에 발표하였다. 2013년 24개 임상학회 및 전문가가 참여하여 대한의사협회가 수행한 ‘한국형 입원환자분류체계 v4.0 개발을 위한 임상적 타당성 연구’의 연구 결과를 반영하여 KDRG v4.0을 2016년에 발표하였다.

정부에서는 행위별 수가제의 여러 지적된 한계점을 극복한다는 명목으로 1997년 포괄수가제를 도입하였다. 그러나 한 환자군에 대한 모든 서비스 비용을 하나의 수가로 묶어 산출하는 방식으로 전체 질병군에 전면 적용하기에는 문제점이 있다고 판단하고 7개 질병군 포괄수가제 정도로 확산을 최소화 시켰다.

신포괄수가제는 기존의 포괄수가제에 비하여 건당지불(기준수가)과 일당지불(일당수가)을 혼합한 포괄지불방식에 행위별수가제 개념이 가미된 혼합형지불제도이다. 2009년 4월에 국민건강보험공단 일산병원을 대상으로 제1차 신포괄수가 시범사업이 시작되었으며, 2011년 7월에 시행한 제3차 시범사업부터 일부 공공의료기관이 시범사업 대상으로 포함되었으며, 현재 42개 지역거점 공공병원 참여하여 553개의 질병군을 대상으로 시범사업을 운영 중이다. 2016년 1월 신포괄수가제의 지불정확도 제고를 위해 행위, 치료재료, 약제 부문에 대한 포괄과 비포괄 영역을 변경하고, 재원일수 정상군 범위를 재설정하는 등 제도의 모형이 일부 변경되었다.

현재 우리가 활용하는 질병코딩지침서는 캐나다와 호주에서 사용하는 지침서를 적당히 조합하여 만든 것에 불과하다. 신포괄수가제를 시행하려 한다면, 기본적인 도구인 질병분류체계와 코딩지침 정도는 보건복지부에서 관리·활용하고 있어야 한다.

신포괄수가제의 환자분류체계

신포괄수가 제도의 시범 사업을 위해 사용 중인 입원환자 분류체계는 신포괄지불제도용 KDRG v1.2이다. 이것은 기존의 KDRG와 사실상 같은 수정본이지만, 기존의 분류체계에서 어떠한 점이 변경 및 개정되어 활용 중인지 공식적으로 확인된 바가 없다. 그러나 기존의 KDRG에서 근거한 분류체계이기 때문에 기존 분류체계의 문제점을 신포괄수가제용 KDRG 시스템 또한 그대로 가지고 있다고 보아도 무방하다.

• 질병분류

앞서 언급한 대로 DRG를 구성하는 기본 분류체계 중 하나가 국제질병분류체계이다. DRG를 지불제도로 사용하는 모든 국가에서는 각 나라의 의료 환경에 맞추어 WHO에서 발행한 ICD를 수정하여 사용하고 있다. 그런데, 우리나라에서는 1976년 이래로 지불제도와는 관련이 없는 통계청에서 번역과 수정을 하고 있다. 보건복지부에서는 관련 회의에 참여하여 최종본에 대한 동의를 해 주는 정도이다.

행위별 수가제 청구자료의 부상병은 중증도 보정 변수로도 사용되고 있는데, 부상병의 정확성 부족에 따른 문제점도 심각하다. 합병증 및 동반상병(Complication and Comorbidity, CC)을 나타내는 부상병은 같은 질병군 내 세분류를 위한 중증도 보정에 이용한다. 즉, 같은 질병군이라도 환자의 부상병에 따라 중증도가 높은 세분류에 더 큰 수가를 부여한다. 그러나 현 분류체계의 CC 목록 및 각 CC에 할당되어 있는 점수(Complication and Comorbidity Level, CCL)는 초기 KDRG 개발 시 미국 RDRG 시스템의 CCL 점수를 참고로 하였고, 그 이후 정기적인 검토 및 큰 개정 없이 사용하고 있다. 또한, 청구 자료의 부상병이 행위별 수가제에 맞추어 있고 DRG에 맞추

어 코딩되지 않은 것은 위에 언급한 CC 목록과 함께 중증도 보정의 타당성 확보를 어렵게 하는 요인이다.

이와 같은 주진단과 부진단의 선정 기준이 DRG에서의 질병코딩지침서이다. 신포괄수가제 시범사업에서도 당연히 질병코딩 지침서가 있다. 이 지침서는 통계청에서 발간한 “한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서”를 거의 그대로 갖고왔다. 하지만, 이 지침서는 캐나다의 CaseMix와 호주의 AR-DRG 코딩에 사용하는 지침서들을 적당히 조합하여 만든 것에 불과하다. 신포괄수가제를 시행하려 한다면, 필요한 가장 기본적인 도구인 질병분류체계와 코딩지침 정도는 보건복지부에서 관리·활용하고 있어야 했을 것이다.

분류체계 측면에서 확보되어야 할 임상적 동질성 측면에서도 KDRG는 해결해야 할 과제를 안고 있다. 외국의 DRG 전문가들과 이야기를 나눠보면, 환자분류체계는 임상적, 경제적 동질성이 확보되어야 하지만, 의료서비스는 굉장히 복잡한 구조로 이루어져 있기 때문에 결국 임상전문가들의 의견이 최종 질병군 결정을 하는데 있어서 중요한 요소로 작용한다고 한다. 호주는 매년 AR-DRG를 개정하는데, 임상적 자문, 공개 의견 수렴 등을 통하여 합리적인 질병군 구성을 하기 위한 기반이 마련되어 있다. 영국의 DRG 시스템인 HRG(Healthcare Resource Groups)의 개발 업무를 맡고 있는 Information Design Consultant of the National Casemix Office 소속의 실무자는 HRG 시스템은 자원 모소성의 다양성과 변이를 반영 할 수 있도록 설계되어 있고, 이에 대한 수용성을 높이기 위해서 300여명 이상의 임상 전문가와 함께 시스템 개발을 진행한다고 한다. 우리나라의 KDRG 시스템은 질병군의 경제적 동질성 확보뿐만 아니라 임상적 동질성 확보를 위한 공식적인 창구 마련이 시급하다.

원가보존율이 낮은 현행 행위별수가제 청구자료로 환자분류체계를 만들었기 때문에, 실제 자원소모량을 측정하기 위한 잣대로써 많은 문제와 한계점 있다.

• 원가

우리나라와 같이 병원 지불 방법을 행위별 수가제에서 포괄수가제로 바꾼 나라는 미국과 일본이 있다. 그 외는 주로 총액예산제나 일당수가제에서 포괄수가제로 바뀌었고 공공의료기관을 대상으로 하기 때문에 원가자료를 얻는데 별 제약이 없다. 미국에서는 환자가 지불한 금액(charge)을 임상 각과의 전체 환자의 지불금액으로 나누고, 각과의 비용(cost)을 구한 후 곱하여 환자별 비용을 추계하였다. 일본에서는 2000년대 중반에 3년간 연구를 통하여 행위별 수가제로 청구한 금액을 비용으로 대신하여 사용할 수 있다고 판단하였다.

그러나 우리나라에서는 원가에 대한 조사를 제대로 한 적이 없고, 행위별 청구 자료를 이용하는 것이 원가를 대신할 수 있다는 근거도 없이 행위별수가의 청구자료를 이용하여 환자분류체계를 개발하여 왔다. 일부 공무원과 학자는 민간의료기관에서 원가자료를 제출하지 않기 때문이라고 한다. DRG에 대한 연구를 40년 이상 수행해 온 나라에서 할 핑계는 못되는 것 같다 [3]. 서울대학교 병원과 같은 수준 높은 공공 병원의 원가를 근거로 분류체계를 개발한다면, 다른 병원의 참여를 설득하기가 보다 쉬웠을 것이다.

또, 현 KDRG 입원환자분류체계는 원가 자료가 아닌 행위별 수가제로 청구한 자료를 이용하여 개발하였고, 개정해 왔다. 잘 알려진 대로 현재의 행위별 수는 원가 보존율이 80% 수준에 지나지 않는다. 이 자료로 환자분류체계를 만들었기 때문에, 실제로 환자들이 받는 서비스의 자원소모량을 측정하기 위한 잣대로도 많은 문제점과 한계점을 가지고 있다.



신포괄수가제의 적용

기존 7개 질병군별 DRG에 비교했을 때, 포괄항목과 비포괄항목을 나누어 지불하는 신포괄수가제가 전형적인 DRG지불제도에 가깝다. 그러나 신포괄 DRG 분류체계의 근간을 이루는 KDRG 분류체계는 신포괄수가제로 지불하는 포괄항목과 비포괄항목을 모두 포함하고 있어, 그 체계가 합리적이지 않다.

• 지불 방법

신포괄수가제는 기존 포괄수가제도에서 포괄부분으로 계산되는 부분을 줄이고, 포괄부분을 기준진료비로 지급하고, 재원일수에 따른 일당수가로 가감지급하는 모형이다⁴⁾. 비급여 외에 비포괄 진료비 항목을 따로 설정하고 의사의 행위나 치료재료, 약제 등으로 인한 진료비 변이를 지불에 반영할 수 있도록 하였다. 재원일수가 하단열외군(재원일수가 하위 5 percentile 미만인 환자)인 경우에 영양급여비용은 행위별 수가로 산정되고, 재원일수가 정상군(재원일수가 5~95 percentile 사이의 환자)인 경우 영양급여비용은 포괄수가(기준수가+일당수가), 비포괄수가 및 가산수가의 합으로 산정된다. 이 때 포괄수는 해당 질병의 기준수와 환자의 입원 일수만큼의 일당 수가로 정해지고, 비포괄수는 행위별 수가로 산정된다. 재원일수가 상단 열외군인 환자(재원일수가 상위 5 percentile 미만

**정부에서 이야기하는 지불정확도는
의료기관의 원가를 얼마나 보상해주는가가
기준이 아니라, 기존 행위별수가제 대비
신포괄수가제가 얼마나 비슷하게
지불하는가를 말한다.
조삼모사 일 뿐이다.**

인 환자)에 대해서는 해당 질병군의 상한입원일수가 지는 정상군 환자와 동일하게 적용되고 상한입원일수를 초과하는 부분은 행위별 수가로 산정하게 된다.

포괄 영역의 수가는 포괄 영역 진료비와 비포괄 영역 중 약제 및 치료재료 진료비의 20%를 합산하여 산출한 후 의료기관별 조정계수를 곱하여 산출된다. 비포괄 영역의 수가산출은 행위는 행위별 수가의 100%를 산정하고, 약제 및 치료재료는 행위별 수가의 80%(수가의 20%는 포괄수가 산출시 포함)로 산정한다. 포괄수가 산정 시 수가 산출 기준 병원과 지방의료원 간의 진료상황이 상이하고 과거 행위별 수가제 적용 시와 비교 하여 재정 중립성을 유지할 수 있도록 하기 위해 도입한 조정계수는 의료기관에 따라 각기 다른 신포괄수가가 만들어지는 결과를 초래하여 신포괄수가제의 운영을 더욱 복잡하게 만들고 제도의 투명성을 저하시키고 있다.

2016년 1월부터 신포괄수가 지불 모형이 일부 변경되어 의사행위 성격과 유사한 행위군을 비포괄로 설정하여 100% 보상하고, 기존 단가 10만원 이상의 약제 및 치료재료를 비포괄로 구분하던 것을 특정 약제(항암제, 투석액, 정신과 특정약제 등)와 특정 치료재료(복합용군, 골유합 및 골절고정용군 등)를 비포괄로 구분하는 방식으로 수정하였다. 이에 대한 보상은 종전대로 행위별 단가의 80%를 보상하고, 나머지 20%는 포괄모형에 반영하도록 수정하였다. 일산병원 입원환자의 자료로 설정되어 있던 질병군의 재원일수 정상군 범위를 전체 요양기관 청구자료를 이용하여 재설정하였으며, 그 결과 전반적으로 정상군의 범위가 확대되었다.

• 지불정확도

우선, 지불제도로서 가장 큰 문제가 되는 것은 지불정확도이다. 2016년 1월 신포괄수가 모형이 일부 수



정된 이후 진료비 지불정확도에 미친 영향을 살펴본 건강보험공단 일산병원 연구소의 보고서[4]에 따르면, 인센티브를 포함한 신포괄수가 진료비는 행위별수가 진료비에 비해 보상수준이 높았지만, 인센티브를 제외하면 낮다고 한다. 해당 보고서에서는 여전히 원가보존율이 낮고, 수가항목별 원가보존율 변이가 크다는 점을 지적하며 신포괄수가제의 지불정확도를 제고할 필요성이 있음을 지적하였고, 현재 수정된 모델에서 적용되는 비포괄 항목뿐만 아니라 의사가 일련의 과정을 직접 수행해야 하는 성격의 의료서비스 또한 비포괄로 분리하는 것이 필요하다고 하였다.

한편, 외국의 DRG는 주로 공공의료기관의 운영비용(operating cost)을 책정하기 위하여 사용한다. 기본적인 전제는 병원 운영에 필요한 정도의 예산을 준다는 것이다. 그런데, 신포괄수가제 시범사업에서는 기존 행위별수가제에 의한 총 진료비를 골드 스탠다드로 하고, 그 금액 대비 신포괄수가제에 의한 지불금액이 얼마나 가까운가를 지불정확도로 이야기하고 있다. 즉, 정부에서 이야기하는 지불정확도는 의료기관의 원가를 어느 정도 보상해 주는가를 보는 것이 아니라, 지불 방법만 바꾸어 기존 방법 대비 얼마나 비슷하게 지불하는가를 말한다. 이것을 사자 성구로 표현하면 조삼모사(朝三暮四)라고 한다.

• 자본비용 등의 급여

한편, 호주, 영국, 유럽 등은 (지방)정부에서 병원을 설립하기 때문에 자본비용(capital cost)은 환자 분류체계 개발 과정에서 고려되지 않는다. 우리나라와 같이 주로 민간의료기관이 서비스를 제공하는 미국은 자본비용을 별도로 청구하도록 되어있다. 우리나라도 의료서비스의 90% 이상을 민간에서 설립하였으므로 투자한 자본비용을 어떻게 보상해야 할 것인지 심도 있는 고민이 선행되어야 한다.

의료서비스의 90% 이상을 민간에서 설립하였으므로 투자한 자본비용을 어떻게 보상해야 할 것인지 심도 있는 고민이 선행되어야 한다.

한편, 올해 신포괄수가의 확대는 지원하는 병원에 한하여 이루어지기 때문에 대부분의 수련병원이 빠질 것 같기는 하다. 하지만, 향후 수련병원으로 확장이 되는 것을 염두에 둔다면, 일반적인 외국의 DRG와 같이 교육·훈련비에 해당하는 예산은 정부에서 직접 교부를 해야 할 것이다.

• 적용 대상 병원

DRG 지불제도는 일정 규모 이상의 병원에 적용하였을 때 정책적 효과를 달성할 수 있다. 호주에서는 환자 수가 적지만 의료서비스를 제공해야 할 필요성이 있는 외곽 지역에 있는 병원은 예산에 의하여 운영하고 있다(block funding). 같은 이유로 국토의 면적이 인구수에 비해 훨씬 넓은 캐나다도 지방정부에서 포괄수가제를 포기하고 예산(block funding)으로 병원을 운영하고 있다. 일본의 DPC도 주로 대학병원을 비롯한 규모가 큰 병원을 위주로 하고 있다. 반면, 우리나라는 일산병원과 지방공사 의료원 등 대학병원과 비교했을 때 일부DRG에 대해, 중증도가 낮은 환자를 대상으로 하는 기관의 지불제도로 시범 운영하였기 때문에, 분류체계 자체의 낮은 완성도와 함께 공공병원과 비슷한 규모의 병원 외에는 적용하기도 쉽지 않다.

결론

위에서 살펴본 바와 같이 신포괄수가 제도의 근거가 되는 분류체계 뿐만 아니라 지불 모형에서도 앞으로 더욱 많은 고민을 통해 해결해 나가야 할 과제가 산재해 있다. 문재인 정권이 끝나는 2022년 이후에는 베이비부머 세대의 은퇴가 이어지고, 이에 따른 의료비 지출이 기하급수적으로 증가할 것이 예상된다. 한 가정에서도 멀지 않은 미래에 가계지출이 증가할 것을 아는 상태에서는 현재의 지출을 줄이고 수입을 늘릴 수 있는 방안을 찾는다. 이것을 건강보험에 적용하면 불필요한 의료서비스를 줄이고, 보험료를 올리거나 정부지원을 늘리는 것이 올바른 대안이다. 선거에서 표 하나를 더 받기 위해 마치 국민들이 추가 부담을 하지 않더라도 신포괄수가 하나면 비급여 문

제를 해결될 수 있을 것처럼 이야기하는 소위 전문가들의 자증이 필요하다.

선진국은 당연히, 심지어 요즘은 개발도상국조차도, “국민의 건강은 국가가 책임진다”는 의식이 있다. 그런데, 현 정권은 민간의료기관에 조삼모사 방식의 지불제도 변경을 통하여 국민들의 건강을 싼값에 책임진다고 한다. 향후 포괄수가제가 어쩔 수 없는 병원 지불제도의 방향이라면, 현 정부에서 해야 할 일은 우리나라 의료체계가 지금과 같은 높은 수준을 유지할 수 있도록 꼼꼼하게 분류체계를 개발하고, 제대로 된 시범사업 결과를 적용하여야 한다. 지금까지 정부와 심사평가원, 건강보험공단이 해 온 결과를 보면, 문재인 대통령 임기를 모두 다 쓰더라도 이 일을 해내기는 충분하지 않다.

참고문헌

- [1] Busse, R., et al., Diagnosis-related groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals, 2011: p. 1-457.
- [2] Langenbrunner, J., C. Cashin, and S. O'Dougherty, Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. 2009: World Bank Publications.
- [3] Fetter, R.B., et al., Case mix definition by diagnosis-related groups. Medical care, 1980. 18(2): p. i-53.
- [4] 국민건강보험 일산병원 연구소, 신포괄수가 시범사업 평가 및 모형개선에 따른 지불정확도 변화 연구. 2016.