

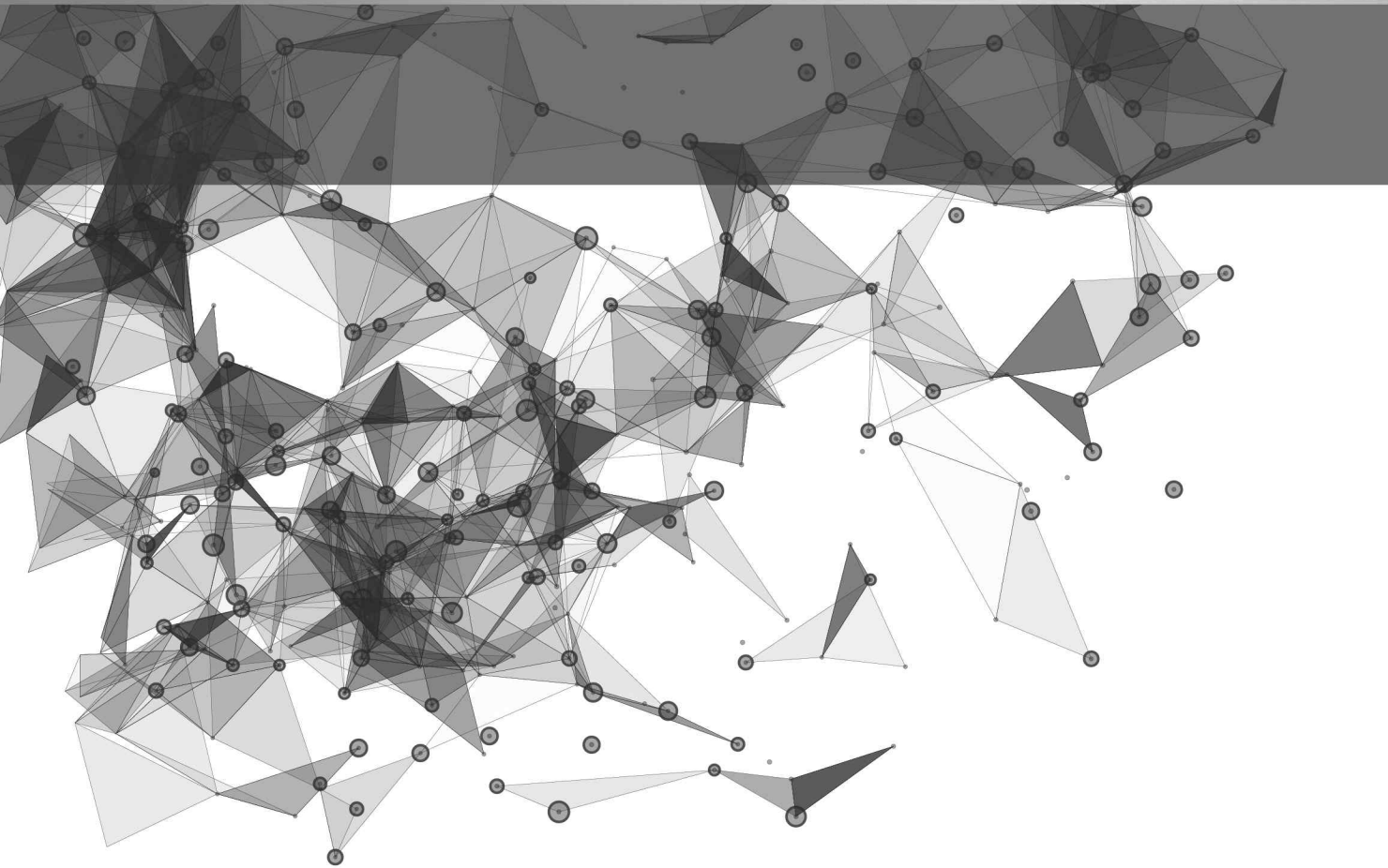
신포괄수가 수준 적정성 연구

김 석 일

가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실 교수
sikimmd@gmail.com

김 수 정

가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실
sj2one@hanmail.net



1. 연구 배경

포괄수가제도의 도입을 제안한 입장에 따르면, 1977년부터 수가제도의 근간이 되어오던 행위별 수가제의 여러 가지 한계를 극복하기 위해서 1997년 포괄수가제를 도입하였으나, 기존의 포괄수가제는 지불 방식에 유연성이 낮아 전체 질병군에 적용하기에 어려웠다고 한다. 현재는 비교적 단순한 7개의 질병군에 국한하여 전체 의료기관에 포괄수가제를 적용 중에 있다. 기존 포괄수가제의 단점을 보완하고 전체 입원환자에 적용할 수 있는 보다 유연한 지불 모형을 명목으로 신포괄수가 모형이 제안되었다.

그러나 포괄수가제를 우리나라보다 먼저 도입한 대부분의 국가들에서는 포괄수가로 보상하는 서비스에는 의사서비스를 포함하지 않고 이를 행위별수가로 별도 지불한다. 이러한 점에서 7개 질병군 포괄수가제와 같이 의사비용을 포함한 포괄수가제를 민간병원에 적용하는 예를 찾아보기는 매우 어렵다. 신포괄수가제는 건당지불(기준수가)과 일당지불(일당수가)을 혼합한 포괄보상방식에 행위별수가(비포괄 및 비급여) 개념이 가미된 혼합지불제도이므로 우리나라의 기존 포괄수가제와 비교하면, 조금 더 일반적인 포괄수가제에 가깝다고 할 수 있다.

2009년 보험자 병원인 국민건강보험공단일산병원 입원환자를 대상으로 모형 검증을 위한 시범사업을 최초로 실시하였고, 그 이후 점차 지역거점 공공병원을 중심으로 시범사업 적용 기관 및 질병군을 확대하여 왔다. 올해 문재인 케어의 보장성 강화 정책의 비급여 축소 방안으로 신포괄수가제 확대 계획이 발표됨에 따라, 3월에 민간병원의 시범사업 참여 신청을 받아 선정된 14개 신규 의료기관(민간병원 12개, 공공병원 2개)을 포함하여 8월부터 민간병

원을 포함한 시범사업을 확대 운영 중에 있다.

신포괄수가 제도의 시범사업 시행 이후 여러 차례 평가 연구들이 이루어졌고, 일부 모형의 수정을 통하여 제도의 개선을 이끌기 위한 노력들이 있어 왔지만 평가 연구 결과에서 신포괄수가 제도의 분류체계 및 수가 모형의 부적절성, 정책 시행을 통한 효과성 파악의 미비 등의 문제점에 대한 지적 사항이 꾸준히 있었다. 또한 신포괄수가제도 시범사업을 운영 중인 의료기관에서 느끼는 진료왜곡 현상, 행정절차의 복잡성 증가, 수가 수준의 부적절성, 의료인에 대한 자율권 침해, 환자의 선택권 제한 등의 문제점에 대한 현장의 목소리 또한 높았다.

한편, 기존의 시범사업 시행 후 제기된 여러 가지 문제점과 현장의 불만의 목소리에도 불구하고 정부의 신포괄수가 지불제도의 민간병원 확대 계획이 발표되고 시행됨에 따라 대한의사협회를 포함한 의료계 일각에서는 큰 우려의 목소리를 표명하고 정부의 신포괄수가 지불제도 시범사업 시행에 촉각을 곤두세우고 있는 현실이다.

2. 신포괄수가 시범사업 평가 연구 결과 검토

본 연구에서 그 간 시행되어 온 시범사업 평가 연구에 대한 공개되어 있는 보고서를 검토하였다. 그 결과, 각각의 시범사업 차수별로 신포괄수가제 적용 기관, 질병군, 지불 모형에 차이가 있었고, 각 평가 연구별로 효과 파악을 위해 사용된 연구 방법과 평가 지표(또는 항목)가 상이하여 장·단기적인 시범사업 시행의 종합적, 객관적인 정책적 효과를 파악하기에 결과해석 상의 일부 제약 사항이 있었다. 또한, 수가제도의 지불 적정성 파악을 위해서 반드

시 필요한 원가 자료를 이용한 연구는 드물었으며, 원가 자료를 이용한 연구 결과는 대부분 공개되어 있지 않아 적정성을 파악하기 어려운 점이 있었다.

이러한 제약을 갖고 검토한 신포괄지불제도의 평가 연구 결과는 다음과 같다. 시범사업 실시 이후 총 진료비(병원 수입)는 인센티브로 인해 증가하였고, 보험자 부담금 증가, 환자 부담금은 감소한 것으로 나타났다. 향후 시범사업 대상 확대를 고려했을 때 보험자의 재정적 부담이 작용할 수 있으므로 이에 대한 중장기적인 추계가 필요하다고 하였다. 재원 일수에 미친 영향에 대한 일관된 결과를 확인하지 못하였다. 재원일수가 감소한 반면 입원 건수가 증가하지 못하여 생기는 의료기관의 진료비 감소에 대한 대책이 필요하다는 의견도 있었다. 2016년 1월 기존 평가 결과에서 지적된 사항들의 보완 차원에서 신포괄수가 지불 모형이 일부 수정되었지만, 수정된 지불모형 적용에 대한 일산병원의 평가는 신포괄수가 지불제도의 원가보존율이 점차 높아지고 있으나 여전히 그 수준이 낮으므로 원가 기반의 수가 산출을 통한 지불정확도 확보가 필요함을 명시하였다. 또한 지불 모형이 수정된 이후에도 여전히 재원일수가 길고 비효율적인 병원에 대하여 불공정한 보상이 이루어지는 문제와 부적절한 진료량 증가로 인한 조정계수의 지속적 상승 문제 등이 평가 보고서에서 지적되기도 하였다.

평가에 따라 도출된 문제점 또는 개선 사항으로서, 신포괄수가용 환자분류체계의 재검토, 원가 기반의 수가 산출을 통한 수가 수준의 적정성 및 안정화, 의료제공 효율성 향상을 위한 신포괄지불제도 모형의 개선, 질향상 유도 기전, 정책 시행의 행정효율성을 높이기 위한 방안 등의 필요성에 대한 정책적 제언이 있었다.

3. 신포괄수가 질병군 분류의 적합성 검토 결과

포괄수가제도 및 신포괄수가제도는 지불단위로 환자분류체계를 이용한다. 이러한 환자분류체계가 합리적으로 구축되지 않을 경우, 수가 모형의 안전성을 피하기가 어렵고, 보험자가 공급자를 평가하는 것을 어렵게 할 수 있다. 또한 분류체계가 의료 공급자가 제공하는 서비스를 적절히 반영하지 못할 경우 최종적으로 산정되는 수가의 예상치가 크게 벗어날 수 있으며, 그럴 경우 의료기관은 합리적인 보상을 얻을 수 없게 되어 의료서비스의 성과와 질에 부정적인 영향을 미칠 수 있다.

한국형 입원환자분류체계는(Korean Diagnosis-Related Groups, 이하 KDRG) 1986년 미국의 DRG를 기초로 하여 개발되었다. 이후 비정기적인 개정 작업을 거쳐 현재 KDRG v 4.2까지 발표되었으며, 신포괄수가제도에서 적용하고 있는 것은 포괄수가제 용도의 KDRG v3.5(2014년 적용)의 구조를 거의 그대로 반영한 신포괄수가제용 KDRG v1.2를 사용하고 있다. 포괄수가 및 신포괄수가의 지불근거인 KDRG는 그 간 시범사업 평가 연구 및 그 이외 다양한 연구에서 근본적인 문제점을 안고 있어 개선이 필요하다는 전문가들의 지적사항이 있어 왔음에도 불구하고 해결 과제에 대한 개선 사항 없이 일부 개정만 이루어진 채 유지되어 왔다. 결국 현재 신포괄수가의 지불단위로 사용되는 KDRG v1.2 또한 기존의 KDRG가 가진 문제점들을 그대로 반영하고 있다고 볼 수 있다.

KDRG가 가진 근본적인 문제점으로서, 첫째는 KDRG를 구성하는데 사용되는 기저 분류체계인 진단·행위분류가 불안정하다는 점이다. 한국표준질병·사인분류(Korean Standard Classifica-

tion of Diseases, KCD)는 WHO에서 발표한 International Classification of Diseases (ICD)를 통계청에서 번역 및 일부 수정하여 사용 중이나 진단 분류가 임상 현실을 제대로 반영하지 못한다는 지적사항들이 있어왔고, DRG를 구성하기 위해서는 안정적인 진단분류, 행위분류, 코딩지침서 세 가지가 필수요소임에도 불구하고 우리나라는 DRG 운영과 관련된 코딩지침서가 부재한 것이 현실이다. 행위분류 또한 기존의 행위별수가제를 위해 사용되는 건강보험 행위별수가 분류체계가 사용됨에 따라 KDRG의 안정성과 합리성을 담보할 수 없는 문제점을 안고 있다.

둘째는 중증도 문제이다. 분류체계 내에 질병군 분류의 중증도를 반영하기 위해 부진단을 이용한다. 현재 중증도 반영을 위한 기타진단 목록과 각 기타진단별로 중증도 수준에 따라 할당된 점수 모두 오래 전에 개발되었으므로 이에 대한 검토와 개정이 우선 되어야 한다. 앞서 언급한대로 DRG용 코딩지침의 부재, 행위별수가 청구 자료의 활용 등으로 분류의 정확성이 떨어져 지불단위로서의 정확성도 떨어뜨리게 된다.

세 번째는 원가 문제이다. KDRG는 원가에 근거

하지 않고 수가에 근거하여 개발되었다. 환자분류 체계에서 경제적 동질성의 평가 근거는 원가가 되어야 한다. 그러나 KDRG가 개발된 지 오랜 기간이 흘렀지만 아직 원가 자료가 분류체계에 제대로 사용이 된 적이 없다. 일본에서도 원가 자료 마련이 어려워 행위별 수가를 이용하여 DPC를 개발하였지만, 3년여의 연구로 행위별 수가를 원가 대신 활용하는 것에 대한 타당성을 확보하였다.

향후 안정적인 환자분류체계 및 포괄수가/신포괄수가 지불 정책을 위해서는 분류체계를 정기적으로 개정하는 체계가 마련되어야 할 것이며, 이를 위한 독립적인 전문 기관과 임상 전문가를 포함한 전문가 네트워크 확립이 필요하다.

4. 신포괄수가산정방식

신포괄수는 포괄수가, 비포괄수가, 가산수가의 합으로 구성된다(그림1). 포괄수는 질병군별로 평균 입원일수만큼 입원했을 때 발생하는 건당 진료비용인 기준수에 평균입원일수와 해당 환자의 입원일수 차이만큼의 일당수를 가감하여 계산



Ⅰ 그림 1. 신포괄수가 지불 모형 Ⅰ



그림 2. 기본수가 산출기관 자료를 이용한 기준점수 산출방식의 예시

출처 : 신현웅 외, 신포괄수가제 정책가산 조정방안 연구, 2016

한다. 기준점수는 기본수가 산출기관(3) 기준으로 각 RDRG별 평균재원일수(종합병원 이상 전체 의료기관 자료 활용)에 일당진료비를 곱하여 산출한다(그림2). 조정계수는 행위별 진료비와 신포괄 진료비가 동일한 수준으로 되도록 기관별, 질병군별로 반영된다. 점수당 단가는 보건복지부 고시(건강보험요양급여 비용의 내역)를 적용한다.

가산수가는기관별로 부여된가산항목비율의합을포괄수가에곱하여산출한다(그림3). 신포괄수가제 시범사업 대상이 확대됨에 따라 심평원은 정책가산 방법을 개선할 예정임을 발표하였다. 신포괄수가 도입 취지에 부합하도록 의료의 질, 효율성 개선 유도, 민간병원 적용에도 용이한 지표 개발이 필요하다. 비포괄수가 산정 방법은 비포괄 항목 중 약제 및 치료재료는 행위별수가의 80%를 산정(20%

는 포괄수가 산출 시 포함)하고, 행위는 행위별수가의 100%를 산정한다.

환자의 입원일수에 따라 하단열외군, 정상군, 상단열외군을 구분하여, 하단열외군은 행위별수가를 적용하고, 정상군과 상단열외군의 정상군 상한일수까지는 신포괄수를 적용하고, 상단열외군의 정상군 상한일수 초과분에 대해서는 행위별 수가를 적용하여 요양급여비용을 산정한다.

5. 신포괄수가 수준 적정성 검토

신포괄수가 수준의 적정성을 파악하기 위해서는 지불 정확성을 평가해야 한다. 이때 “지불 정확성”의 정의는 병원에 지불하는 수가와 의료기관에서 환자에게 제공한 의료서비스의 원가 수준을 비교하



그림 3. 현행 정책가산 산출방식(2018년도 기준)

는 것을 의미한다. 그러나 현재 실폐괄수가 사업에 대한 원가 대비 지불 정확성을 파악할 수 있는 자료가 없다. 일산병원 연구소의 연구 보고서 결과에서 일산병원의 원가 자료에 근거하여 분석한 결과, 2016년 1월부터 적용된 수가 모형 개선에 따른 원가보전율이 수가 모형 개선 전 기간(2015년 1월~6월) 83.5%에서 수가 모형 개선 후(2016년 1월~6월) 89.8%로 원가보전율이 높아졌다고 하였지만, 여전히 원가 대비 보전율이 낮은 수준이며 수가항목별로 그 변이가 커 균형을 맞출 필요가 있다고 제안하였다. 따라서 본 보고서에서 실제 자료의 분석 결과를 제시하는데 자료의 제약이 있어, 지불제도 설계에 원가 자료의 중요성과 진료비 지불제도에서 합리적인 수가 설정을 하기 위한 방법론을 제시하였다.

DRG 시스템 운영에서 원가 자료는 기초이자 필수 자료이다. 일부 국가에서 자국의 원가 회계 시스템 구축과 원가 자료 확보의 어려움으로 인해 다른

국가의 자료를 도입하여 일부 수정하거나 우리나라와 같이 행위별 자료를 활용하는 경우도 일부 있지만, 이를 진료비 지불 제도(payment)의 목적으로 활용하게 되면서 원가 자료의 확보는 불가피한 요소가 되었다. 그림4는 DRG 시스템을 구축하는 단계인데, 이 중 자료 수집 단계에 원가 자료의 수집이 포함되어 있다. 원가 자료는 위에서 설명한 바와 같이 다른 국가의 자료를 수입하는 경우도 있지만 이는 자국에 부적절할 가능성이 높기 때문에 DRG를 지불제도로 운영하는 대부분의 국가들은 자국의 독자적인 표준 원가회계 시스템(standardised cost accounting system)을 구축하고 원가 자료를 수집한다. 또한, 각 의료기관에 자료 요청 시 필요한 국가의 표준화된 원가 회계 지침서(national cost guideline)에 따라 자료를 수집한다.

또한, DRG를 원가계산시스템을 활용하여 효율적이고 공정한 상환의 도구가 되도록 하기 위해서는 (1) 원가 계산 자료를 수집하는 병원의 수와 구성

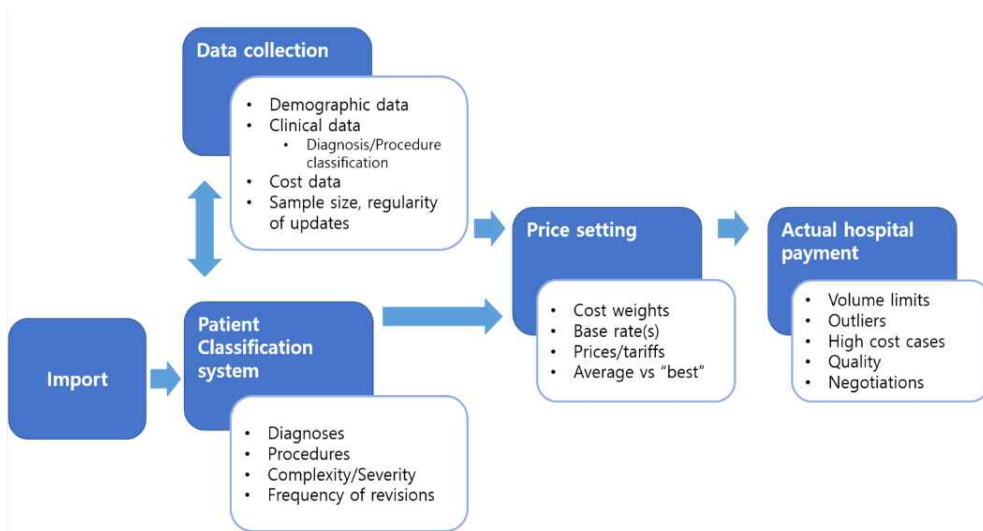


그림 4. DRG 시스템 구축단계

출처 : Alexander Geissler, Implementation of DRG in Europe, 2012

* 원본 그림의 일부 내용을 재구성하였음

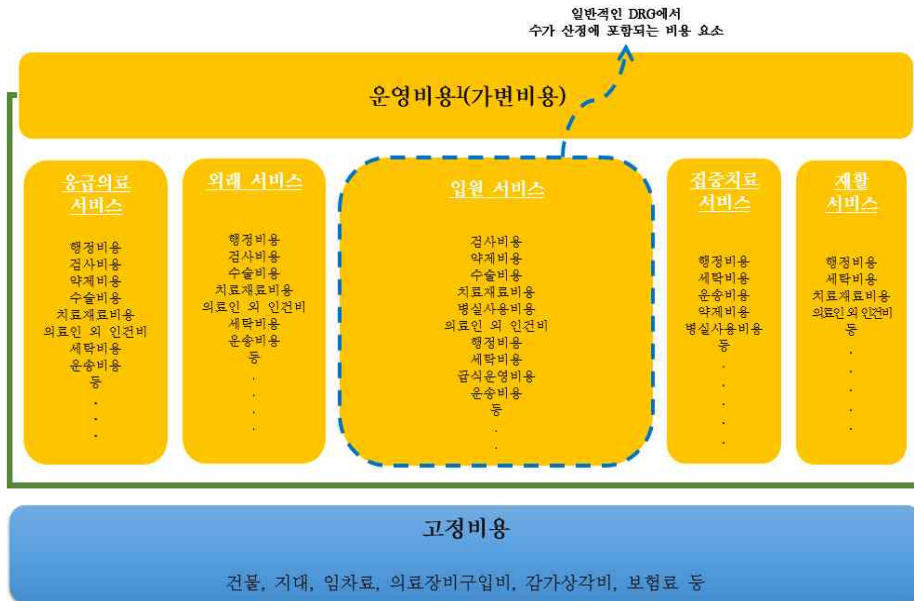


그림 5. DRG 수가에 포함되는 비용 범주에 대한 예시

(표본의 특성), 자료의 질, (2) 원가 계산 방식의 정확성, (3) 시기적절하게 원가 계산 자료를 유지하고 개정할 수 있는 능력 이 세가지 요소가 중요하다고 하였다. 비용 정보의 오류는 DRG 가중치의 오류로 이어지고, 이는 정확도가 떨어지는 진료비 지불로 이어져 궁극적으로는 의도하지 않은 부정적인 결과를 초래할 수 있기 때문이다.

원가 자료 확보 이후에, 그렇다면 어떠한 항목을 DRG 지불 요소로 포함할 것인지 결정해야 한다. 제 외국 사례들을 살펴보면 DRG 지불 방식이 갖는 유인과 특정한 의료분야/서비스가 성격이 맞지 않거나, 특정 분야는 환자들이 드물게 발생한다거나 진단명으로 환자들의 비용을 예측하기 어려운 특성을 가진 경우 등은 DRG 지불에서 제외한다. 국가별로 차이는 존재하지만, 교육, 연구, 고정비용과 이자, 정신의학 서비스, 1차 진료, 지역사회 및 구급차 서비스, 집중치료 및 응급실 진료, 재활, 신생아의학, 투석, 입원환자 방사선치료 및 고가의 약, 대손충당

금 및 연금, 상업적 이용, 화상 치료, 인가 비용 등의 항목은 DRG 포함 범위가 아니다. 이러한 항목은 국가의 정책적 목표, 보건의료체계 특성, 임상행태 등 여러 가지 측면을 고려하여 결정 된다.

그림5는병원에서제공하는서비스유형별로발생하는원가항목의예시를나타내는것으로, 각 서비스 유형에 따라 직접비와 간접비가 공통으로 발생하게 된다. 여기서 일반적으로 DRG에 의한 병원비용의 상황은 입원환자(국가마다 외래, 당일입원 등을 포함하기도 함)의 운영비용만을 DRG 지불 대상으로 하고, 해당하는 비용에 대하여 수가를 산출하게 된다. DRG에 의해 커버되지 않는 비용은 일반적으로 공공의료를 기반으로 하는 외국 국가들에서는 추가 지불, 행위별수가제, 초과비용 청구 등을 통해 상환 된다. 특히, 자본비용(capital cost)의 경우, 대부분 유럽 국가, 호주 등은 주정부 또는 지방정부에서 병원을 설립하기 때문에 DRG 시스템을 개발하고 적용하는데 자본비용을 고려하지 않는다. 우리나라

라와 유사하게 주로 민간의료기관이 의료서비스를 제공하는 미국은 자본비용을 별도로 청구하도록 되어있다.

우리나라도 90% 이상이 민간의료기관인 환경에서 투자한 자본비용을 어떻게 보상할 것인지, 또한 향후 상급 종합병원으로까지 신포괄수가제도의 확대를 염두에 둔다면 일반적인 외국의 DRG와 같이 연구·교육비에 해당하는 예산을 정부가 직접 교부하는 방안 등을 심도있게 고민하여 큰 틀에서의 DRG 수가 산출 구조가 갖추어져야 할 것으로 보인다.

현 포괄수가 및 신포괄수가 제도가 원가에 근거하지 못한다는 여러 지적사항에 따라 정부에서도 그러한 한계점을 극복하기 위하여 원가 자료를 확보하기 위한 노력을 하고 있으나 아직은 매우 미흡한 상황이다. 문재인 케어에서 민간병원으로 사업 확대 계획에 따라 원가에 기반한 신포괄수가 개발 연구가 진행 중이나, 이에 대한 자료 검증이 우선되어야 하며, 의료계에서는 해당 연구 결과에 대하여 관심을 기울일 필요가 있다. 신포괄수가의 적정성은 수가를 원가 자료에 근거하여 산출하지 않는 이상, 적정성에 대한 논란은 계속될 것이며 현 상황에서서의 수가 모형과 수가의 개정은 타당성이 매우 부족하다.

6. 토의 및 결론

기존의 신포괄지불제도 시범사업 평가 결과들에서도 수차례 지적되었고, 본 연구에서도 다루었던 바와 같이 현 우리나라의 신포괄지불제도의 구성 요소들은 불완전하고, 합리성이 부족하다. 그림4의 일반적인DRG 구축 단계에 따라 우리나라의 실상

을 되돌아 보았을 때 정책 설계의 타당성에 대한 의문을 가질 수밖에 없다.

DRG 지불제도를 운영하고 있는 모든 국가들이 모든 요소들을 완벽하게 갖춘 상태에서 제도를 시행하지는 않았다. 그러나 DRG를 지불제도로 적용하고자 한 국가에서는 필수적이고 최소한으로 필요한 요건들을 어떻게 준비해 나갈 것인지에 대한 계획을 가지고 접근하였다. 영국이 DRG 시스템 도입 이후 DRG 기반의 병원 지불까지 10여년의 시간을 들였으며 해당 기간 동안 환자분류체계에 적응하고, 연구한 것이 예가 될 수 있다.

안정적이고 합리적인 신포괄지불제도를 위한 필수적인 구성요소로는 (1) 원가에 기반 한, (2) 안정적인 환자분류체계, (3) 적정수가, 이 세 가지 요소가 충족이 되어야 한다. 현재로서는 이 세 가지 중 어떠한 요소도 충족되지 못한 상태이므로, 이를 충족하기 위한 계획이 분명해야 하고, 이에 따른 정책 설계가 되어야 한다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 지불제도의 방향으로 포괄수가제도가 타당하다면 지금부터라도 안정적인 제도 설계를 위한 계획을 하고, 현 제도의 부족한 부분을 보완하기 위한 노력에 집중해야 한다.

정부 차원에서는 신포괄지불제도가 환자부담금을 감소시켜주고, 비급여 감소 등을 통해 국민의료비 절감과 정부의 건강보험 보장성 강화를 뒷받침할 수 있는 강력한 제도로 평가를 내리고 있지만, 진료비 지불제도의 목표가 국민의료비 절감, 보장성 강화에만 초점이 맞추어 지는 것은 옳지 않다. 진료비 지불제도는 공급자가 환자에게 제공한 의료서비스에 대해서 보험자가 보상을 해주는 것으로, 의사의 진료행태에 가장 큰 영향을 주는 요인 중 하나로 진료비 지불제도의 형태에 따라 의료서비스의 질과

의료비 지출 규모 등에 다른 영향을 미치게 때문에 신중한 접근이 필요하다.

진료비 지불제도는 공급자 입장에서 수용이 가능한 합리적인 구조와 적절한 보상 수준을 갖추어 공급자가 환자들에게 좋은 질의 적절한 의료서비스를

제공할 수 있도록 하는 유인을 제공해야 한다. 이를 통해 의료서비스의 질 향상과 적정 의료비가 지출될 수 있도록 하는 유인 구조가 갖추어 질 수 있으며, 궁극적으로 환자들에게도 긍정적인 영향을 미치는 보건의료제도로 자리 매김할 수 있다.

참고문헌

- [1] <http://old.docdocdoc.co.kr/news/newsview.php?newsid=2016012800012>
- [2] 최영순 외, 신포괄지불제도 인식도 및 만족도 조사, 국민건강보험공단 연구 보고서, 2015.
- [3] 남상요 외, 일본의료보험제도 및 진료비지불체계에 관한 연구, 2010.
- [4] <http://international.commonwealthfund.org/countries/japan/>.
- [5] 정형선, 일본 DPC 조사 연구, 2012.
- [6] Masami ISHII, DRG/PPS and DPC/PDPS as Prospective Payment Systems, 2012.
- [7] Shinya Matsuda, Casemix in Japan : Managerial renovation of health system, 2017.
- [8] 신현웅 외, 신포괄수가제 정책가산 조정방안 연구, 2016.
- [9] 건강보험심사평가원, 신포괄지불제도 시범사업(일산병원 4차, 지역거점 공공병원 2단계) 평가 연구, 2014.
- [10] 국민건강보험 건강보험정책연구원, 신포괄지불제 시범사업 3개년 평가 연구, 2012.
- [11] 김윤 외, 신포괄수가 지불모형 개선, 2015.
- [12] 국민건강보험 일산병원 연구소, 신포괄수가 시범사업 평가 및 모형개선에 따른 지불정확도 변화 연구, 2016.
- [13] 김윤 외, 신포괄수가 유형별 조정계수 산출 연구, 2016.
- [14] Busse et al., Diagnosis Related Groups in Europe, 2011.
- [15] 건강보험심사평가원, KDRG(신포괄지불제도용)_버전 1.2_안내글, 2015.
- [16] 김형선 외, 한국형 진단명기준환자군 분류체계의 동질성 평가, 2013.
- [17] 건강보험심사평가원, 신포괄지불제도 시범사업 지침, 2018.
- [18] 건강보험심사평가원 포괄수가실, 신포괄 지불제도 현황.pptx, 2017.
- [19] Alexander Geissler, Implementation of DRG in Europe, 2012.
- [20] LANGENBRUNNER, Jack, et al. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. 2009.