

각국의 지불제도에 대한 검토를 통한 바람직한 지불제도의 모색

집중분석

정형선

연세대학교 보건행정학과

시작하며

필자는 2005년 지불보상제도에 관한 강연에서 경제지상주의를 경계해야 할 사고방식으로 지적하면서¹⁾, 지불보상제도는 '의료비의 억제'만이 아니고 '양질의 의료', '적정량의 의료'의 제공을 장려하는 방향으로 짜져야 함을 강조한 바 있다. 이러한 판단의 기저에는 당시의 낮은 의료비 수준이 있었다. 한국의 2003년 총의료비는 39.6조원으로 GDP 대비 5.2%에 불과해 OECD 국가 중 최하위권에 속했다. 낮은 총의료비는 국민이 가치재(merit goods)로서 향유해야 할 의료서비스를 제대로 누리고 있지 못한테 따른 결과이고, 우리나라는 낮은 의료보장 수준 즉, 높은 본인부담 수준이 의료의 이용을 억제함으로써 총의료비가 억제되고 있는 것으로 해석했다. 필수의료에서 높은 본인부담으로 소비가 억제된다면 이는 오히려 사회 구성원의 건강수준을 위협할 수 있으며, 더욱 심각한 것은 이것이 의료서비스에 대한 금전적 접근장벽을 가지는 계층의 의료이용을 제약할 것이라는 점도 강조되었다.

하지만 지금 우리의 총의료비 수준은 심상치 않은 모습을 보이고 있다. 2011년 국민의료비는 91.2조원으로 2003년 이후 불과 8년 사이에 2.3배가 되었다. GDP 대비로도 7.4%에 해당한다. 그간의 증가속도에 비추어 볼 때 GDP 대비 총의료비가 8%를 넘어서 OECD 평균인 9.5%가 되는 것은 이제 시간문제다. 인구고령화에 따른 의료비 증가 속도를 볼 때 위기의식은 더 해진다²⁾. 더욱이 우리의 총의료비에는 지금 이용되고 있는 간병인에 대한 지출만이 포함되기 때문에 가족친지에 의한 간병만큼 과소추계되어 있는 것이나 마찬가지다. 즉, 이제는 지불제도의 논의에 있어서 '의료비의 억제'에 초점을 맞추지 않을 수 없는 상황이 되었다.

지불제도에 대한 판단 기준으로 '의료비의 억제', '양질의 의료', '적정량의 의료' 중 어느 한 가지만이 절대적인 우위에 있는 것은 아니다. 그리고 시기와 상황에 따라 이러한 기준의 강조점도 달라진다.

즉, 같은 지불제도라 해도 장단점은 시기와 상황에 따라 다르게 나타날 수 있다. 이러한 다이내믹을 염두에 두고 지불제도의 개편이나 개혁안을 마련해야 한다. 본고는 정¹⁾에서 제시했던 '진료비지불보상제도 개편의 필요성과 방향'의 내용을 점검해보고 그 간의 상황변화를 감안한 대안을 제시하기 위한 것이다.

진료비지불방식의 유형 및 각국의 경험

1. 진료비지불제도의 유형

행위별수가제(fee-for-service)는 서비스 하나하나를 단위로 지불액을 정하는 방식이다. 반면에 포괄수가제는 일정 그룹의 서비스를 포괄한(bundling) 것을 단위로 지불액을 정한다. 포괄수가제도 그 포괄 정도 내지 단위에 따라 구분할 수 있는데, 진단군을 단위로 하는 DRG방식, 일당 또는 건당으로(진단 내용과 관계없이) 일정액을 지불하는 일당 또는 건당 지불방식, 사람 수에 따라 지불하는 인두제(capitation) 등을 들 수 있다. 총액예산제(global budget), 총액계약제, 총액목표제, 총액관리제 등의 이름으로 불리는 전체 상한의 설정 방식은 앞의 방식보다 더 포괄적인 것으로 볼 수도 있지만, 사실상 이러한 구분과는 분류의 차원이 다른 지불방식이다. 총액관리방식에서 상기 여러 지불방식은 개별 공급자에 대한 배분 기준으로 사용된다. 즉, 행위별수가제, DRG방식, 정액지불방식, 인두제라는 일련의 지불방식과 총액관리방식은 상호 배타적이기 보다는 보완적 위치에 있는 것이다.

DRG방식은 흔히 PPS (prospective payment system) 즉, '전향적 지불제'라는 어구가 따라 다닌다. DRG방식이 후향적 지불제(retrospective payment system)의 대표적인 행위별수가제와 대비되는 것이라는 점에서는 DRG방식을 PPS의 하나로 간주할 수 있다. 하지만, DRG방식 자체는 사전적으로 지불액이 결정되기보다는 '진단이 끝난 시점'에서 지불액이 정해지는 방식이다. 즉, '사전'이 아니라 '도중'에 정해진다. 물론 치료가 끝난 시점에서 정해지는 행위별수가제보다는 전 단계에서 정해지지만, 인두제의 경우처럼 발병 내지 치료 이전부터 지불가격이 정해지는 것과는 성격을 달리한다. 이에 비해 같은 포괄수가제에 속하는 일당/건당 정액지불방식이나 인두제는 '사전결정방식'의 성격이 보다 강하다.

포괄수가제는 행위별수가제에 비해서 증례가 단순한 경우에 적합하고 그만큼 관리가 용이하고 안정적이다. 하지만 의료서비스는 질병의 다양한 증례에 대응해야 하기 때문에 불확실성이 크며, 따라서 의료서비스에 대한 보상규모가 사전적으로 결정되면 이에 대응하기 힘들어진다. 지불액이 사전에 결정되는 방식은 불확실성에 따른 위험부담을 의료서비스의 공급자가 안게 되는 점에서 보험자가 선호하는 것이 일반적이다. 하지만 DRG방식은 '사전결정방식'과 '사후결정방식'의 중간에 위치하기

때문에 이러한 위험부담이 어느 일방에게만 주어지는 것이 아니고 보험자/환자와 공급자가 분담하는 구조임을 인식할 필요가 있다.

포괄수가제는 행위별수가제에 비해 공급량을 줄이게 되며, 이에 따라 비용억제적인 것으로 이해하는 것이 보통이다. 실제로 DRG의 시행은 각국에서 재원일수의 감축을 가져왔다. DRG 지불제도는 진찰, 입원, 퇴원의 전과정을 1건으로 묶어 정하여진 진료보수를 지불하는 제도이기 때문에 검사, 진료, 그리고 투약량 등을 줄이고 입원 일수는 단축할수록 병원의 이익이 많아진다. 의료제도 전체적으로도 과잉진료로 인한 의료비 증가를 막을 수 있다. 한편으로 DRG방식은 ‘활동에 근거한 보상방식(activity-based payment)’으로 분류되며, DRG방식은 이러한 활동 보상적 속성에 따라 의료비의 상승요인을 내포한 것으로 판정이 나 있다. 즉, DRG가 인두제나 다른 정액제에 비해서는 그다지 비용억제적인 결과를 가져오지는 않는다는 것이 서구국가의 대체적인 결론으로 되어있다³⁾. 상향청구(up-coding)나 다른 진단명에 의한 재입원(unbundling) 등의 공급자 측의 대응도 한몫을 했다.

2. OECD 국가 일반의 경험

1) 의사에 대한 지불보상

OECD 국가에 있어서 의사에 대한 지불방식은 다양하다. 세금을 통해서 의료의 재원을 조달하는 같은 국가보건서비스(NHS)형의 국가라고 해도 그리스·포르투갈·스페인·스웨덴의 경우는 국가가 GP를 직접 고용하고 봉급을 지불하는 반면, 영국·덴마크·노르웨이·호주·뉴질랜드 등에서는 GP는 자영업자로서 인두제, 봉급제 및 행위별수가제 등 다양한 방식으로 보수를 받는다. 사회보험방식(NHI) 의료제도인 독일·오스트리아·프랑스·벨기에·스위스·일본 등에서 GP는 주로 행위별수가제에서 지불되는 독립적 계약자이다. 전문의는 봉급제나 행위별수가제로 지불되는데, 공공부문의 경우는 봉급제가 더 일반적이다³⁾.

단일의 지불방식만을 고수해서 경직적으로 운영하는 방식은 다양한 역인센티브를 가진다는 것이 OECD 국가들의 공통된 경험이었다. 행위별수가제는 의료서비스의 제공량은 늘리고 환자전달이나 처방전 발행의 수는 줄이는 경향이 있다⁴⁾. 행위별수가제는 서비스의 공급량에 대한 통제가 결합되지 않으면 과잉서비스와 의료비 증가로 이어진다. 반면에, 인두제나 봉급제 지불방식에서는 서비스의 과소공급, 고위험군 기피현상(cream-skimming)이 생긴다.

OECD 국가들은 이러한 경험을 바탕으로 인두제·봉급제·행위별수가제 등을 혼합하고 여기에 지출상한, 수가수준통제, 의료이용심사(utilization review)를 병합하는 보다 정교한 혼합지불방식(sophisticated mixed payment method)으로 이행하고 있다. 영국에서 행위별수가제에 의한 가변요

소와 인두제나 봉급제에 의한 고정요소를 결합한 혼합지불방식으로 GP를 보상한다든지, 독일에서 총액 한도를 정하면서도 행위별수가제에 의한 배분을 통해 개별의사들의 서비스 제공 활동을 독려하는 방식 등이 그러한 예가 된다.

2) 병원에 대한 지불보상

병원비용은 정상비용과 자본비용으로 나뉘며 정상비용은 의사서비스, 숙박서비스, 보조인력서비스에 대한 비용으로 구성된다. 의사서비스에 대한 비용은 앞에서 본 바와 같으나, 이에 대해서도 APC (Ambulatory Payment Classification) 등 포괄방식을 통해 효율성을 도모하고자 하는 시도가 있다. 숙박서비스나 보조인력서비스는 과거에 일당정액제를 취하는 경우가 많았으나 차츰 DRG방식으로 전환하는 경우가 늘고 있다(영국, 스웨덴, 핀란드, 이태리, 오스트리아 등). 자본비용은 별도로 정액방식 (flat rate) 등 다양한 방식으로 지원하고 있다.

병원에서 발생하는 비용을 사후적으로 전부 상환해주는 지불방식은 비효율적이라는 것이 OECD 국가들의 경험이다. 행위별수가표는 기술변동이나 장비의 가격 변화를 적절히 반영하기 힘들기 때문에 실제의 투입 비용과 괴리되기 쉽다. 반면에 사전결정방식은 서비스가 제공되기 이전에 특정 에피소드에 대한 병원치료비용의 평균치 측정에 근거해서 지불금액을 설정함으로써 보다 효과적인 관리 가격설정의 틀을 제공하고 있는 것으로 평가되고 있다³⁾.

하지만 이러한 활동기준지불방식이 제대로 기능하기 위해서는 질환상태 간의 상대적 치료비용을 정확히 파악해서 '효율적인 공급자'의 평균비용을 충당할 수준에 정확히 수가가 설정되어야 하나 이는 쉬운 일이 아니다. 수가가 너무 높게 설정될 경우 병원에 초과이윤(rent)을 제공하게 되고, 너무 낮을 경우 병원은 비용을 충당하지 못하고 문을 닫게 될 것이다. 또한 기술변화 등에 따른 영향을 반영하기 위해서는 정기적 조정이 이루어져야 하나 이 또한 간단치 않다.

일반적으로 지불방식 등의 포괄수가제가 의료비를 억제할 것이라는 기대 또는 두려움을 가지고 있는 것이 보통이다. 하지만, DRG지불제도는 '활동기준 지불방식'인만큼 건수의 증가 또는 고비용 치료의 증가를 초래할 가능성이 있다. 실제로, 스웨덴 스톡홀름지역의 병원들에서 1990년대 초에 추진하려던 DRG방식 적용 계획이 중단되었던 것도 공급의 증가에 따른 예산초과가 너무 클 것으로 보였기 때문이다⁵⁾. 대기기간이 있고 생산성 증대의 여지가 있는 곳에서는 DRG방식이 공급량의 증가를 통해 긍정적으로 작용할 수 있지만, 그렇지 않은 경우에는 병원이 환자를 가능한 한 빨리 퇴원시키고 더 비싼 진단그룹으로 상향조정(up-coding)하고, 고비용 환자를 회피할(cream-skimming) 인센티브를 갖게 된다. 따라서 구입자와 공급자 간에 개별 환자의 리스크를 재조정할 필요가 생기게 된다. 이를 위해서 병원 별로 전액상환 환자의 비율을 정한다든지 하는 방안도 제안되고 있다⁶⁾.

3. 독일과 대만의 총액관리제

1) 독일

독일은 외래, 입원, 약제 부문별로 개별적인 총액관리를 하고 있다. 외래와 입원 부문은 1989년 시작 되었는데, 외래부문은 지역별 고정예산방식, 입원부문은 병원별 목표예산방식이었다. 약제 부문은 1993년부터 지출상한방식이 도입되었다. 외래, 입원, 약제 부문별 총액의 상호 변경 조정은 이루어지지 않는다.

독일의 총액관리제가 주목받는 것은 주로 외래 총액관리에서다. 독일에서는 각 주의 보험회사협회에 가입한 의사만이 보험환자 진료를 할 수 있다. 질병금고의 급여의 범위와 내용의 큰 틀은 사회보건법에 규정되어 있다. 보건의료협력회의(KAiG)가 가입자의 근로소득 증가율의 범위 내에서 가이드라인을 제시하면 협상이 시작된다. 연방질병금고연합회와 연방보험회사협회 사이의 연방포괄계약에서 계약대상, 진료내용, 범위, 항목, 질적수준, 진료원칙, 진료비청구 등 계약의 기본 골격을 정한 뒤, 주보험질병금고연합회와 주보험회사협회 사이의 주단위계약에서 보험의로서의 허가에 관한 사항, 실질적인 급여액을 정하는 방식 등이 이루어진다. 연방포괄계약에서 1점당 단가(point value)가 정해지면 주단위계약에서는 이를 기준환산지수로 하여 1년 외래진료비 총액을 계약한다. 당사자 간에 계약이 성립되지 않으면 질병금고 및 의사협회의 동수의 대표와 중립적 위원으로 구성된 주단위 중재위원회, 연방 중재위원회가 강제적으로 서비스의 공급내용을 결정하도록 하고 있다⁷⁻¹⁰.

총액은 '전년도 외래 1인당의료비'를 기준으로 하여 산정한다. 과거에는 근로자 임금인상률 범위 내에서 총액을 정했으나, 2009년부터는 유병률 등 의료수요의 변화를 감안하도록 바뀌었다¹¹). 개별 의사들은 주보험회사협회에 행위별수가제에 따라 청구하여 진료비를 분기별로 상환 받게 된다. 이 과정에서 의사협회가 진료비 심사를 하는 점이 주목할 만하다. 연간 외래진료비 총액이 계약금액을 넘으면 1점당 단가를 인하하고 반대로 계약금액보다 작으면 단가를 인상해서 상환한다. 2005년부터는 '죄수의 딜레마' 현상에 따라 점당 단가가 과도하게 인하되는 것을 막기 위해 새로운 상대가치체계(EBM 2000plus)를 도입했고, 2009년부터는 전문의 진료과목별로 가격을 달리해서 분기별로 가격을 결정한다¹⁰).

입원부문의 경우 병원별로 예산을 정하는 것인데, 초기에는 예산목표와 실제와의 괴리를 질병금고가 병원에 보상해주는 목표예산방식이었으나, 1993년부터는 정부가 정한 예산 증가액을 엄격히 집행해서 손실을 보상해 주지 않는 고정예산방식 적용했고, 1996년부터는 다시 지출목표제로 전환하였다. 2002년부터는 이러한 총액예산을 정함에 있어서 과거의 일당정액 중심에서 DRG 중심으로

전환함으로써 활동성과별 지불을 도모하고 있다.

2) 대만

대만에서는 통합全民건강보험이 1995년부터 실시되어 전국민의 96%가 가입되어 있다. 의료공급자들은 계약에 의한 지정제 방식으로 참여하고 있는데, 집단계약에서 포괄적 내용에 대한 합의가 이루어진 뒤 2년 기간의 개별계약을 체결한다. 약 90%의 기관이 보험자와 계약을 맺고 있으나, 아주 유명한 의사, 성형이나 비만클리닉은 계약이 이루어지지 않은 경우가 많다.

보험자가 국가 조직이며 계약참여가 개별 요양기관의 선택사항이지만, 계약 내용의 대부분은 보험자가 결정하게 된다. 보험료와 총액관리제가 정부의 주도 하에 결정되게 되며, 공급자는 의료비조정위원회에 참여해서 총액 결정시 의견을 개진하는 정도이다. 계약해지된 요양기관은 수입이 크게 줄게 되므로, 계약해지는 부정청구 등에 대한 제재수단으로 사용되고 있다. 진료보수는 회계연도 3개월 전까지 가입자, 공급자, 공익대표 사이에 합의되지 못하는 경우 행정원이 결정한다.

진료비지불방식은 총액관리제를 기반으로 행위별수가제, 포괄수가제, 인두제 등이 결합되어 있다. 총액관리제는 1998년 치과를 시작으로 한방, 의원, 병원 순으로 확대되어 2002년 7월 전체 영역의 총액관리제가 이루어졌다. DRG지불방식은 통합全民건강보험 도입 초기부터 적용되었다. 인두제는 의료기관이 부족한 오벽지 등에서 적용된다.

총액관리제에서의 의료비 총액은 입원, 외래, 지역권별로 정해진다. 행정원 위생서가 총액 범위를 정하면, 그 범위 내에서 의료계 9인, 피보험자 및 전문가 9인, 관계 당국 9인으로 구성된 비용협정위원회에서 협상하게 된다. 외래 및 입원 비용의 배분비율을 협상하고, 개업 의사, 중의사, 치과의사의 외래진료업무를 협상하며, 약사 인원 및 약품비용 등의 배분비율을 협상한다. 치과, 한방, 의원, 병원별로 배분된 예산은 다시 6개 지역별로 인구수에 따라 배분된다. 그 중에서 인두제 대상 예산은 구분되어 책정된다.

개별 의원 및 병원으로의 배분은 행위별수가제에 의하며, 병원의 일부 진료(17.5%에 해당하는 155개 질병군)에 대한 배분은 포괄수가제가 적용된다. 병원에 대해 개별적으로 예산을 설정하지 않고 행위별수가 또는 포괄수가에 따라 계산된 금액을 지불하는 점이 독일과 다르다. 진료량에 따라 점당 단가가 조정되는 방식(floating point value system)이 적용되어 결국 부문별, 지역별 합계 24개의 점당 단가가 생기게 된다. 예산총액은 분기별로 지불이 되고 후에 정산되는 방식이다. 외래 의약품 비용이 설정된 총액을 초과하면 초과분에 대한 일정비율을 당기 외래비용 예산총액에서 공제하며 다음 해의 약가기준에서 조정한다^{10,12}.

4. 일본의 DPC제도¹

1) DRG 도입을 위한 시행착오

일본에서 DRG의 적용가능성에 관한 연구가 시작된 것은 1990년대 중반 의료경제연구기구, 건강보험조합연합회, 일본의사회 등이 중심이 되어, 미국의 분류가 일본에서도 적용 가능한지를 몇 개의 민간병원 등의 데이터를 통해 검토하면서였다. 연구 결과, '의료경제연구기구'는 적용이 가능하다는 결론을 냈고, '일본의사회'는 적용에 한계가 있다는 주장을 했으며, '건강보험연합회'는 일본 독자적인 분류체계를 만드는 것이 더 바람직하다는 연구결과를 내놓았다.

1998년 11월 1일부터 국립병원 등 10개 병원에서 DRG-PPS방식의 시범사업이 시작되었다. 후생성의 담당과가 각 학회의 전문가에게 의뢰하여 작성한 270개 DRG그룹 중 183개 분류에 대해서 포괄지불이 적용되었다(DPC Version 1). 동 시범사업에서는 입원료, 약제·재료, 검사·화상진단 등이 포함된 DRG 건당정액방식을 기본으로 하되, 수수료 및 고액처치 등은 행위별수가 방식으로 하였다. 정액부분의 수가는 '정액수가=(기초상환점수×상대계수+조정점수)×10엔'으로 설정되었다. 그러나 2000년의 결과 보고회에서는 많은 비판이 제기되었다. DRG 시행 후에도 평균재원일수나 병상이용률에 명확한 변화가 관찰되지 않았으니 조사내용이나 진단군분류의 수정이 필요하다는 것, 분류수가 적어서 입원환자의 절반에도 적용되지 못하는 점, 또는 극단적으로 지불액이 많이 발생하는 사례가 생기는 점 등이 지적된 것이다.

중앙사회보험의료협의회(중의협)의 결정에 따라 일본의 독자적인 진단군 분류를 개발하기 위한 연구가 시작되었다. 이것이 2001년 4월 1일부터 3년간 후생노동과학연구로 이루어진 '급성기 시범 진단군 분류를 활용한 조사연구'다. 이 연구에서는 1998년 DRG/PPS 연구에서 만들었던 분류(DPC version 1)를 기본으로 하여 분류의 수를 증가시켰으나(DPC version 2), 기존의 DRG를 중심으로 변형시킨 분류방식의 한계가 분명해짐에 따라 임상외과의 전문성과 경험을 반영한 새로운 분류체계를 작성하게 되었다(DPC Version 3). 관련 임상학계마다 전문가로 구성된 15개의 MDC별 검토반이 설치되어 주로 임상적 타당성의 관점에서 분류초안을 작성하는 작업을 하였다. 이렇게 개발된 최초의 DPC(2003년 판)는 최초의 6자리에서 575상병, 그리고 전체 14자리에서 2,552 분류로 되었고, 다시 증례수가 적거나 변동치가 큰 것 등을 제외한 1,860개가 최종적으로 분류되어 2003년 4월부터 이에 대한 포괄적 지불방식이 적용되기 시작했다.

1 보다 자세한 내용은 정²⁾ 및 정¹³⁾ 참고.

2) DPC 지불방식의 확대와 시사점

DPC제도(DPC/PDPS: Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System)는 「급성기 입원의료의 진단군분류에 근거한 일당포괄평가제도」이다. DPC/PDPS는 '표준적인 단위로서의 진단군분류를 통해서 평균재원일수나 수술전 일수 또는 사망퇴원률 등의 임상적 질에 관한 지표나 의료경영 상황에 관한 병원 간의 비교를 가능케 하고, 임상적 질과 경영적 질 모두를 개선해가는 것'을 주된 목적으로 한다.

DPC 분류는 일본 독자의 분류체계다. 2003년 도입 이후에도 임상전문가에 의한 검토와 조사 참가 병원에서 수집된 데이터를 근거로 2년마다 분류의 정교화 작업이 이루어지고 있다. 2012년도의 개정에서는 기본 DPC에서 516질환, 전체 14자리에서는 2,927분류, 포괄지불의 대상으로는 2,241분류가 정해졌다. DPC는 14자리수의 코드로 구성된다. 최초의 6자리수가 병명에 해당되고 6자리수 중 처음 2자리수가 주요 진단군분류(MDC: Major Diagnosis Categories)를 나타낸다.

DPC에서의 총지불액(총보수액)은 진료보수액(포괄평가부분+행위별수가부분)에 입원시식사요양비를 더한 것이다. DPC제도 하에서는 진료행위에 대한 수가가 '포괄산정 부분'과 '포괄 외 부분(행위별수가)'으로 구분되어 있다. '포괄산정 부분'은 진단군별로 1일당 포괄점수가 정해져 있다. 두 부분의 구분은 병원수가(hospital's fee)와 의사수가(doctor's fee)를 구분하고 있는 것으로 언급되고 있지만, 실제로는 미국 DRG와는 달리 둘이 뚜렷이 구분되지 않는다. 결과적으로, 기존의 진료 보수 금액의 약 7할은 병원수가 내지 포괄산정에 포함된다. 진단군분류별 1일당 점수를 산정함에 있어서 '포괄산정' 부분은 재원일수에 따라 계산된다. 진단군분류별 평균 일수를 횡축에 설정하고, 종축의 일당 포괄점수는 입원 기간이 짧을수록 높은 3단계로 설정되어 있다. 포괄평가 부분의 진료비를 산정할 때 의료기관 사이에 차등을 두기 위해 '의료기관계수'를 적용한다.

2003년 시작 시점에서는 대형병원인 82개 '특정기능병원'만이 DPC 대상이었으나 점차 대상병원이 확대되었다. 2008년부터는 비교적 경증인 급성기 환자가 입원하는 병원에도 확대되었다. 2012년 4월에는 전체 일반병원의 19.8%인 1,505개소(약 48만 병상, 전체 일반병원 병상의 53.1%)가 DPC 적용병원이다. DPC 대상병원이 되기 위해서는 첫째, 일정 수준 이상의 진료 여건을 갖추어야 하고, 둘째, 의무기록이 제대로 이루어져야 하며, 셋째, 데이터 제출 요구에 따라야 한다.

DPC 평가분과위원회에서는 후생노동성 제출자료를 근거로 매년 DPC 도입 영향 평가를 실시하고 있는데, 2010년도 사업에 대한 정례평가 결과에 따르면¹⁴⁾, 평균재원일수는 전체 병원유형에서 감소하는 경향을 보인 반면, 재입원율은 경시적으로 증가한 것으로 나타났다.

DPC/PDPS라는 일본 독자의 포괄수가방식을 만들어 10년간 주도면밀하게 제도 확산을 도모해가

고 있는 일본의 사례는 우리에게 더 없이 중요한 시사점을 던지고 있다. 이해당사자의 합의를 통한 자발적 참여를 유도하고 있다는 점, DPC분류를 계속 세분화, 정교화하기 위한 절차와 기전을 공식화하고 있다는 점, 진단군별로 1일당 포괄점수가 정해진 '포괄산정 부분'이 있지만 '포괄 외 부분(행위별수가)'도 광범위하게 인정하는 혼합지불방식을 통해 공급자들의 진료의 자율성을 유지하고 있다는 점, 재원일수의 구간별 차등화 및 인센티브를 통해 진료의 효율화를 유도하고 있다는 점, 그리고 무엇보다도 DPC 대상병원 및 준비병원이 후생노동성에 제출하는 진료기록카드(의무기록)의 정보, 청구명세서의 정보를 통해 많은 진료정보를 데이터베이스로 구축할 수 있게 되었다는 점 등이 주목된다. 특히 구축된 진료정보의 분석 결과가 건강보험의 발전을 위해 환류 가능하게 되었다는 점이 DPC제도 도입의 가장 큰 성과인 것으로 평가된다.

우리나라 진료비지불제도의 개편

우리의 경우, 현행 지불제도에 대해서는 건강보험제도 내의 어느 당사자도 만족하지 못하고 있다. 의료계는 충분치 못한 보상수준과 까다로운 심사기준에 대해, 보험자는 진료량 증가에 따른 의료비 증가를 억제할 기전의 부재에 대해, 환자는 높은 본인부담수준에 대해 불만을 토로하고 있다. 진료비 지불제도는 건강보험의 가장 기본적인 행위준칙이고 게임의 룰이다. 의료의 행위주체들에게는 진료비 지불제도가 가장 중심적인 숨 쉴 공간에 해당한다고 해도 과언이 아닐 것이다. 현행 진료비지불제도는 행위별수가제를 근간으로 한다. 그리고 30년 이상의 건강보험의 역사를 거치면서 우리의 의료주체들은 이미 행위별수가제에 익숙해져 있다. 따라서 행위별수가제를 근본적으로 바꾸는 것은 가히 혁명에 해당한다. 행위별수가제가 가지는 이점을 살리고 행위별수가제에서 초래되는 문제점을 고치기 위한 작업이 필요하다.

우리의 의료제도는 의료공급을 전적으로 민간에 맡기고 있으며, 건강보험제도 또한 이와 맥을 같이 하여 과도한 비급여부문을 용인하고 있다. 입원과 외래 또는 의사서비스비용과 병원관리비용이 분화되어 있지 않다. 이러한 환경 하에 건강보험의 진료비지불제도가 어떠한 모습을 가져야 할지 판단이 쉽지 않다. 정¹⁾은 첫째, 총액관리제는 적정보상, 적정의료보장의 기반이 구축된 상태에서 장기적으로 선택되어야 할 것이라는 점, 둘째, 그 과도기적 대안으로서 현행 행위별수가제와 DRG제도를 보다 정교하게 재구성한 혼합적 지불방식을 모색해야 한다는 점을 중심으로 개괄적인 방향을 제시했다. 본고에서는 그간의 변화를 반영해서 수정한 발전방향을 제시한다.

1. 총액관리 기전의 개발: “부문별 수량 – 가격 연동제”

우리의 총의료비나 보험진료비 규모는 아직 국민경제가 수용할 수 있는 범위 안에 있다. 하지만 이것이 안심할 수 없는 상황인 것은 앞에서 언급한 바와 같다. 즉, 이제는 총의료비의 크기 내지 증가율에 대한 관심과 관리가 절실한 시점이 되었다. 아직도 건강보험의 보장률이 낮고 비급여 영역이 커서 총액목표의 설정과 총괄관리가 기술적으로 어려운 것이 사실이지만, 가능한 범위 내에서라도 노력을 기울일 필요가 있다.

우리의 진료비지불방식도 궁극적으로는 전체 의료비 규모에 대한 명시적 총액목표치의 설정과 개별단체별 총액계약 그리고 개별 공급자에 대한 배분을 순차적으로 진행하는 방식으로의 전환을 모색하게 될 것이다. 하지만 말이 쉽지 각론으로 들어가면 하나하나 여간 어려운 일이 아니다. 다양한 기능, 목적, 이해관계를 가진 많은 직능단체, 요양기관유형 등 무엇을 중심으로 세부 목표를 설정할지, 개별 요양기관(개원의)에 대한 배분방식으로서 독일처럼 보험자와 개별 요양기관 간에 별도의 계약 없이 보험의사와 소속 보험의협회와의 관계 속에서 내부적으로 해결되는 방식을 취할지 아니면 대만처럼 보험자와 개별 요양기관이 추가적으로 참여 계약을 하는 방식으로 할지, 목표액 상한 초과 시 그 책임을 어떻게 분담할지 등 세부적인 방안은 논의를 통해 합의를 구해야 할 것이다. 이러한 일대 변혁을 위해서는 많은 준비 작업이 필요하다.

총액관리제를 한다고 해서 이미 전문성과 노하우를 쌓은 심사기구를 놔두고 개별 공급자 단체가 진료비 상환을 위한 심사조직을 만들어 운영하게 하는 것은 비현실적이다. 독일, 대만 등에서 참고할 것은 총액의 설정 방식, 이를 기반으로 한 개별 기관에 대한 배분 방식 등일 것이다. 병원이 외래진료를 하지 않는 독일은 외래진료비 총액을 개원의 중심으로 산정하면 되기 때문에 그 관리가 명확하지만, 우리는 의원과 병원을 구분하지 않은 외래진료비 총액을 단일 관리의 대상으로 하기는 어렵다는 점도 고려해야 할 것이다. 비개방형 병원이 추가 되는 제도라고 해서, 주치의와 의료전달체계가 이루어지지 않고 있다고 해서, 총액관리방식이 불가능한 것은 아니다. 독일 방식 중에서도 전체 총액을 계약하고 개별 배분은 행위별로 한다든지, 총액의 설정을 전년의 1인당 의료비를 기준으로 해서 임금인상률이나 의료수익의 변화를 감안하여 설정한다든지, 계약액과 심사결정액의 차이에 따라 점당 단가를 조정해서 상환한다든지 하는 세부적인 방식은 참고할 수 있을 것이다. 다만, 단일보험자제도와 다양적 문화를 공유하는 대만이 여러 면에서 독일보다는 더 참고가 될 것이다.

우리의 건강보험에서도 우선은 기술적으로 관리 가능한 ‘총건강보험지출’의 개념을 정하고 이를 목표 설정의 대상으로 할 수 있을 것이다. ‘총건강보험지출’은 ‘개인의료비(Personal Health Expenditure)’²⁾를 다루는 점에서 보다 실효성 있는 관리 대상이 될 것이다. 그 외연을 어떻게 할 것이지

는 작업적 정의가 필요하지만, 보험자부담분과 법정본인부담만을 포함한 ‘건강보험진료비’ 외에 소위 ‘법정비급여’에 해당하는 부분을 상당부분 포함하는 개념이 되어야 할 것이다.³ 이렇게 설정한 ‘총건강보험지출’의 규모를 정책지표로 하여 그 팽창을 억제하기 위해 다양한 노력을 기울이고 그것을 건강보험정책의 성과평가에 활용할 수 있을 것이다. 프랑스 국가보건위원회의 보건의료지출목표(ONDAM)가 비슷한 사례가 된다.

현행 행위별수가제의 운영에 있어서도 총액관리의 묘미를 살릴 수 있다. 환산지수 계약의 유형별 구분 외에도 입원/외래 구분, 전문과목별 구분, 검사/처치 등 기능별 구분 등 다양한 행위그룹별로 총액관리의 개념을 적용할 수 있다. ‘수량’과 ‘가격’의 곱인 보험진료비의 규모가 행위그룹별로 과거 일정 기간 일정 수준을 초과할 때에는 다음 해의 ‘가격’ 인상을 억제하고 반대로, 진료비가 조절이 되면 가격의 인상을 용인하는 절차를 내재화하는 것이다. 물론, 실제의 적용을 위해서는 그러한 그룹별 분류를 위한 타당한 근거가 있어야 하고, 그룹별 현재 총액의 설정을 위한 합의를 도출해야 하며, 수량과 가격을 연동하는 방식 즉, 가격인상률의 설정방식을 정교하게 짜는 선행 작업이 필요하다. 가격인상률 산식을 위해서는 인구증가, 인구구성의 변화 등 자연증가(비협상)요소와 진료일수와 진료강도 등 인위증가(협상)요소를 구분해 내고 계량화하는 작업이 선행되어야 한다. 그 구체적인 방안은 다른 기회에 논하기로 한다.

2. 혼합지불방식의 모색

우리나라는 총액관리방식의 서구 국가들과 지불보상의 관행, 병원 자본투자 비용의 조달방식, 의원의 역할 등에서 많은 차이를 가진다. 특히 사회적 합의의 관행은 일천하다. 장기적으로는 총액목표치 하의 개별단체별 총액계약방식을 지향하더라도 단기적으로는 이러한 제도가 가능할 환경을 만들어가는 것이 중요하다. 현행 행위별수가제 그리고 일부 도입단계에 있는 DRG방식의 내용을 우리의 현실에 맞게 조정, 보완함으로써, 섹터 간 또는 개별 공급자간 배분의 기반을 구축하는 것도 중요하다.

현재 우리 건강보험의 진료비지불제도는 행위별수가제를 근간으로 한다. 7개 진단군에 대한 DRGs방식이 있고 보건기관, 정신과 병원 및 요양병원에서의 일당 정액제 등이 있지만 이는 아직 예외에 해당한다. 2001년부터 상대가치 개념이 도입되고 신상대가치의 적용이 완결되었다고는 하나

2 OECD^{15,16}의 총의료비(Total Health Expenditure)에서 자본투자를 제외한 것이 경상의료비(Current Health Expenditure)이고, 여기서 다시 공중보건지출이나 행정관리비용을 제외한 것이 개인의료비이다.

3 현행 법상 ‘법정비급여’로 분류되어 있는 ‘미용, 성형 목적의 서비스’는 당연히 빠진다. 이들 서비스는 의사가 수행하더라도 ‘의료 외’로 다루어지며, OECD^{15,16}에서의 총의료비(Total Health Expenditure)에도 포함되지 않는다.

행위 간의 불균형구조는 여전하며, 의사비용과 병원관리비용이 혼재된 수가와 의원과 병원에 동시에 적용되는데 따른 근본적인 한계가 상존한다. 점수당 단가인 환산지수는 매년 공급자와 가입자 사이의 계약에 의해서 개정되고 있다. 이 과정에서 정부와 보험자의 통제력이 어느 정도는 작동하고 있지만, 상대가치 점수의 개정을 통한 사실상의 수가 인상 등과 결합해서 결과적으로는 의료비 증가가 계속되고 있다. 불륜 증대를 통한 공급자의 수입증대 노력도 보험자의 심사과정을 통해서 어느 정도 규제가 되고 있지만, 이에 한계가 있다는 것이 그간의 경험이다. 행위별수가제 하에서도 부문별, 기능별 또는 행위그룹별로 ‘불륜’과 ‘가격’을 연동함으로써 총액관리적 개념을 활용할 수 있음은 앞에서 언급한 바와 같다.

앞에서 본 바와 같이 입원부문에서의 DRG방식 적용은 전세계적인 추세이며 단점에 비해 장점이 부각되고 있다. 현재 병원 경영측은 성과급제도라는 경영논리를 그대로 병원에 적용해서 봉직의들에게 과잉 검사와 진료를 독려하고 있다. 민간병원의 상업주의적 입장에서는 자연스러운 행위일 수 있을지 모른다. 하지만 바람직한 의료제도의 모습은 아니다. 이러한 상황 하에서는 역설적으로 포괄화된 지불방식의 필요성이 더욱 큰 것이다. 어찌 보면 병원으로서도 진료량의 증가에 의해서만 수입을 확보할 수 있는 현행 행위별 수가제가 괴로울 수 있다. 병원 내의 봉직의사들의 입장에서는 더욱 그렇다. 지금처럼 비급여진료를 통해서 수입을 보전하는 것은 현재 논의 중에 있는 비급여진료비 대책이 공식적으로 가동되면 더 이상 계속되지 못할 것이다.

우리나라에서 DRG의 적용에 대해 의료계로부터 이의가 제기되는 이유는 크게 두 가지로 요약된다. 외면적 명분으로는 진단군의 단순화에 따른 환자구성(casemix)의 무시 가능성, 과소진료에 따른 질 저하 등이 있다. 하지만, 사실상의 이유로는 포괄화를 통한 의료비 통제에 대한 두려움이 배경에 있다. 과거 건강보험 수가에서의 경험으로 일단 수가수준이 설정되면 계속 수가를 억제하는 기전이 작동될 것이라는 의료계의 우려가 있다. 하지만 이러한 억제기전은 지불방식의 차이라기보다는 의료제도의 환경과 정책결정의 문화와 관련된다. 그러한 역사적 경험은 현행 행위별수가제에서의 경험인 것이며, 따라서 오히려 새로운 지불방식은 그러한 과거의 불만을 해소하고 잘못을 바로잡을 수 있는 좋은 기회가 될 수 있다. 수가 억제를 비난하면서 그 ‘억제’된 행위별수가제를 고수하는 것은 앞뒤가 맞지 않는다. 무조건 우려하고 반대할 일이 아니다.

행위를 포괄한 DRG를 구성함에 있어 환자구성(casemix)을 적절히 반영할 수 있어야 한다. 이런 점에서 앞에서 고찰한 바 일본에서 진행되고 있는 DPC에 의한 포괄평가방식을 면밀히 관찰할 가치가 있다. 또한 이러한 행위, 환자의 분류체계 개선을 위해서는 국가적 차원의 투입과 지원이 체계적으로 진행되어야 한다. DRG방식 하에서도 ‘의료의 내용에 따른 결과의 차이가 크며 이를 위한 비용의 차이가 큰 의료행위’에 대해서는 행위별수가와 DRG가 병용되는 소위 ‘혼합방식’의 적용을 강구해야 한다.

독일에서처럼 DRG방식 하에서도 특수서비스나 일반비용 이상의 의사서비스에 대해 행위별수가방식의 보상을 한다면, 의사비용과 병원비용을 구분하지 않고 함께 보상하고 있는 우리의 수가체계를 보완할 수 있을 것이다.

2011년 의료단체, 소비자 및 기업대표, 각 부처 차관급 위원 및 학계 전문가 등으로 구성된 '보건 의료미래위원회'가 입원환자에 대한 포괄수가제의 단계적 확대를 권고했다. 건강보험정책심의위원회는 2012년 2월 '포괄수가제 발전방안'을 통과시켰다. 이에 따라 2012년 7월부터 의원 및 병원에서의 7개 DRG 적용이 이루어졌으며, 2013년 7월부터는 전체 의료기관으로 적용이 확대된다. 향후 약 3년간 적정수가, 적정진료, 운영모형에 대한 검토를 한 뒤 종합평가를 통해 포괄수가제(DRG)와 신포괄수가제도와의 통합모형안을 마련하고, 2016년부터는 이 통합모형으로 제도를 확대하는 것으로 예정되어 있다. 현행 7개 질병군에 대한 포괄수가제도가 어느 질병군까지 확대 가능할지, 신포괄수가제도의 적용이 민간의료기관에 어느 정도 확대가 가능할지는 아직 모른다. 중요한 것은 과도기적 관찰기간에 주목해야 할 것과 그렇지 않은 것을 구분하면서 모형 설정을 위한 고민을 해야 한다는 점이다. 보험자 지출이나 환자 부담의 변화 등 제도의 설정 여하에 따라서 조절할 수 있는 부분은 그것이 작동하는 기전을 확인하는 수준이면 된다. 중요한 것은 환자분류가 적용 가능한 것인지, 포괄부분과 비포괄부분의 구분이 어떠한지, 이 제도의 운영에 필요한 정보가 어떤 것이며 이를 어떤 방법으로 확보할 수 있을 것인지 등이다.

마치며

진료비지불제도를 논할 때 흔히 비용억제적 지불제도만을 추구하는 경향이 있다. 하지만 OECD³⁾가 강조한 바와 같이 이는 경계해야 할 사고방식이다. 지불제도는 '의료비의 억제'만이 아니고 '양질의 의료', '적정량의 의료'의 제공을 장려하는 방향으로 짜여야 한다. 그러나 지금의 수가제도는 이 세 가지 중 어느 하나도 제대로 확보하고 있지 못하다. 과잉진료에 따라 의료비는 높아지는데 진료의 질은 오히려 위협을 받는 어두운 모습이다.

총의료비의 지속적인 증가는 지불제도에 있어서 '의료비 억제' 목표를 부각시키고 있다. 우리의 건강보험제도에서는 행위별수가제가 가지는 장점인 적극적 진료에의 유인 제공, 지불정확성 제고 가능성을 살리면서 그 단점인 과잉진료의 가능성을 억제하기 위한 지불방식을 보완적으로 활용할 필요가 있다. 입원의 경우 DRG 등 포괄수가방식을 적절히 활용하여, 의료기관 경영진으로부터의 과도한 검사 처방의 요구 등에서 벗어날 수 있는 진료환경을 제공할 수 있어야 할 것이다. 행위별수가의 경우에도, 동질적인 지불단위를 그룹화하여 그 전체의 지불액의 증가율을 합리적인 산식에 의한 증가율

로 고정하고 그 안에서 행위별 활동량에 따라 배분을 하는 기전을 마련할 필요가 있다.

본고는 주로 지불방식을 중심으로 외국의 사례를 살펴보고 우리의 개편 방안을 모색하는 것이었다. 보다 범위를 넓혀서 또 다른 한 축인 수가계약에 대해서 생각하면, 미국 메디케어의 경우처럼 계약제를 폐지하고 수가인상 방법을 법률에 담아서 예측가능성을 높이는 방안도 검토 가능할 것이다. 현행과 같이 수가를 매년 개정하는 방식을 버리고, 일본처럼 2년에 한 번씩 개정하고 그 기간 중에 계약을 위한 제반 여건의 변화를 가입자와 공급자가 공동으로 조사하는 기전을 마련하는 것도 검토해 볼만 하다.

참고문헌

1. 정형선. 현행건강보험 요양기관계약제의 쟁점과 정책제언. 서울특별시병원회 의료포럼 발제자료; 2005
2. 정형선, 송양민. 건강보험 노인의료비의 증가요인분석 및 향후전망. 보건경제와정책연구 2013;19(2) (근간)
3. OECD. Towards High-performing Health Systems. OECD Paris;2004
4. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Impact of Payment Method on Behaviour of Primary Care Physicians: A Systematic Review. Journal of Health Services Research and Policy 2001;6(1):44-55
5. Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. Financial Incentives in Health Care. The Impact of Performance-based Reimbursement. Health Affairs 2001;58(3):243-62
6. Van Barnevald R, Van Vliet RC, Van De Ven WP. Risk Sharing Between Competing Health Plans and Sponsors. Health Affairs 2001;20(3):253-62
7. 한만호. 2002년 건강보험재정현황 및 전망. 대한병원협회지 2002;31(2):11-21
8. 김정희, 최숙자, 정종찬. 병원별 총액지불제 적용방안 연구. 국민건강보험공단;2004
9. 박길준. 건강보험법상의 단체계약제에 관한 연구. 의료정책포럼 2005;3(2):62-8
10. 정현진, 이정면, 문성웅, 백승천, 윤영덕. 주요국 진료비 총액관리제도 고찰 및 시사점. 국민건강보험공단;2011
11. 김일천. 주치의제도, 외래진료비 총액계약제도, 그리고 포괄수가제도 실시는 가능한 것인가. 건강보장정책. 국민건강보험공단;2011
12. 정석훈, 이용균. 건강보험 진료비 지불제도의 동향과 개편방안. 한국병원경영연구원;2010
13. 정형선. 일본 DPC 조사 연구. 국민건강보험공단;2012.9

14. DPC評価分科委員会. DPC導入影響評価に関する調査および評価最終報告概要;2010.7.16(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/sinryo/dpc.html>, 2011.11.7 수록)
15. OECD. A system of health accounts. OECD Paris;2000
16. OECD. A system of health accounts. OECD Paris;2011