

보건경제와 정책연구 제19권 제2호

The Korean Journal of Health Economics and Policy

Vol.19, No.2, 39~60, 2013

일본 DPC 제도의 확대 및 한국에의 시사점

정형선*[†], 조 란*

(*연세대학교 보건행정학과)

(2013년 2월 21일 논문접수, 2013년 4월 10일 최종 수정, 2013년 5월 02일 게재확정)

<국문초록>

일본의 DPC/PDPS 제도는 전 세계의 DRG 수가제도의 발전 과정을 볼 때 가장 독특하고 일본의 독자성이 대단히 강한 제도이다. DPC/PDPS 제도에서는 진단군별로 1일당 포괄점수가 정해진 '포괄산정 부분'이 있지만, '포괄 외 부분(행위별수가)'도 광범위하게 인정되고 있다. 포괄 산정 부분은 재원일수 구간별로 일당 정액을 차등화 하는데, 짧은 입원에 대해 높은 점수를 부여하여 재원일수 단축을 장려하고 있다. 또한 '의료기관계수'를 통해 동 제도의 적용으로 금전적 손실이 발생하면 이를 보전해주고, 장기적으로는 행위별수가제에서 가지고 있던 다양한 가산제도를 흡수하기 위한 광범위한 인센티브를 제공하고 있다. 이에 자발적 참여방식임에도 불구하고 많은 병원들이 참여를 희망하고, 자료제출 등의 참여조건을 이행하고 있다. DPC 제도 도입의 가장 큰 성과는 DPC 대상병원 및 준비병원에서 후생노동성에 제출하는 진료기록카드(의무기록)와 청구명세서 등을 통해 많은 진료정보를 데이터베이스로 구축할 수 있게 된 점이다. 이러한 일본의 DPC 제도는 정책결정에 있어 이해당사자들의 동의를 얻어냈고 합리적인 의사결정 과정을 통해 단기간에 대학병원 등 상급 의료기관의 높은 참여율을 확보하여 안정적으로 운영, 발전되고 있는 것으로 평가되고 있다. 이는 오랜 기간 동안 포괄수가제의 도입을 위해 노력을 하고 있음에도 불구하고 공급자들의 반대로 진전을 보지 못하고 있는 한국의 건강보험제도에 강한 메시지를 던지고 있다.

핵심용어 : DRG(Diagnosis Related Group), DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination / Per Diem Payment System), 포괄수가제, 실포괄수가제, 행위별수가제

[†] 교신저자: 정형선, 연락처: 033-760-2343, Email: jeonghs@yonsei.ac.kr

주소: 강원도 원주시 연세대길 1, 220-710, 보건행정학과

본고는 국민건강보험공단의 지원으로 작성된 연구보고서 「일본 DPC 조사 연구(2012)」를 논문화한 것임

I. 서론

한국과 일본의 제도는 여러 면에서 비교의 가치가 크다. 서구 국가에 비해 상대적으로 비슷한 문화적 배경과 유사한 대륙법체계를 가지고 있을 뿐 아니라, 사회보장제도, 그 중에서도 특히 건강보험제도는 독일에서 일본으로 그리고 일본에서 한국으로 이어지는 연속성이 있다는 점에서 역사적으로 전개되는 제도적 차이의 의미는 그만큼 반추의 가치를 가지게 되기 때문이다. 일본의 다수 조합 보험체계와 한국의 단일보험체계의 차이는 대표적인 예가 된다(Jeong and Niki, 2012). 임의분업 하에 의약분업의 효과를 살리고자 하는 일본과 강제적 의약분업을 강행한 한국의 차이 또한 관찰의 대상이다(Jeong, 2009).

일본이 한국보다 반세기 앞서 공적 건강보험제도를 도입하기 시작했지만, 지불보상제도로는 두 국가 모두 행위별수가제를 기본으로 하고 있다. 하지만 미국 등 서구 국가의 영향을 받아 두 국가 모두 1990년대 후반에는 입원에서 DRG 지불방식의 도입이 검토되었다. 한국에서는 미국 DRG의 원형에 가까운 포괄수가제를 도입하기 위한 시범사업이 시도되었으나 공급자들의 반발로 극히 일부의 진단군에 대해 그것도 자발적 참여의 형태로 진행이 되었다. 반면에, 일본은 1990년대 중반부터 의료경제연구기구, 건강보험조합연합회, 일본의사회 등이 중심이 되어 미국의 분류가 일본에서도 적용가능한지에 대한 검토가 진행되었고, 결론적으로 기존의 진료보수(수가)체계를 활용한 일본 독자적인 분류체계를 만드는 것이 더 바람직하다는 결론 하에 2003년부터 DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination / Per Diem Payment System)를 진행하게 되었다.

본고는 한국과는 달리 어느 정도 사회적 컨센서스 하에 일본 독자의 혼합형 포괄수가방식을 만들어 제도의 확산을 이루어내고 있는 일본의 사례를 보다 깊이 있게 관찰하고, 이를 통해 교착상태에 있는 한국의 DRG 및 소위 신포괄수가제의 활로 개척을 위한 시사점을 모색하는 것을 목적으로 한다.

II. 일본 DPC제도의 설계

1. 도입 배경

1980년대 후반에 시작된 경기침체가 1990년대에 들어서서도 계속되고 있음에도 의료비는 높은 증가를 계속하자 일본에서는 건강보험의 지속가능성에 대한 문제가 다양하게 제기되었다. 일본에서 진단군 분류(DRG)의 적용가능성에 관한 연구가 시작된 것은 1990년대 중반부터이다. 의료경제연구기구, 건강보험조합연합회, 일본의사회 등이 중심이 되어, 미국의 분류가 일본에서도 적용가능한지를 몇 개의 민간병원의 데이터를 통해 검토하였다.

‘의료경제연구기구’의 연구는 일본에도 미국에서 개발된 DRG가 적용가능하고 미국 메릴랜드주의 부문별 비용 데이터를 활용하여 상대계수의 산출이 가능하다는 결론을 냈다. 그러나 ‘일본의사회’의 연구는 미국에서 개발된 DRG가 동일분류 내의 격차가 크기 때문에 일본에서의 적용에 한계가 있다는 주장을 했다. ‘건강보험연합회’는 기존의 진료보수(수가)체계를 활용한 일본 독자적인 분류체계를 만드는 것이 더 바람직하다는 연구결과를 내놓았다.

후생성은 의료 내용이 정형화되어 있는 질환의 경우 입원 시점부터 질환별로 정해진 일정기간까지 ‘건당 정액지불’로 하는 방안을 제시하였다(厚生省, 1997). 뒤이어 여당 의료보험제도개혁협의회는 입원환자의 질환별 정액지불에 대해 기초조사를 실시한 뒤 도입을 검토하기로 하였다(与党医療保險制度改革協議會, 1998). 이에 따라 후생성은 1998년 11월 1일부터 국립병원 등 10개 병원에서 DRG-PPS방식의 시범사업을 시작하였다. 진단군분류(DRG)는 후생성의 담당과가 각 학회의 전문가에게 의뢰하여 작성한 바, 10개 병원에서 수집된 3만 여 건의 환자 데이터를 기초로 ICD-9의 13개 MDC(Major Diagnostic Categories)에서 상위 80%에 포함되는 질병을 대상으로 했다. 그 결과 270개 그룹으로 분류되었고, 그 중 183개 분류에 대해서 포괄 지불이 적용되었다(DPC Version 1). 동 시범사업에서는 입원료, 약제·재료, 검사·화상진단 등이 포함된 진단군분류(DRG) 건당정액방식을 기본으로 하되, 수술료 및 고액처치 등은 행위별수가 방식으로 하였다. 정액부분의 수가는 ‘정액수가=(기초상환점수×상대계수+조정점수)×10점’으로 설정되었다. 그러나 2000년에 있었던 시범사업 결과 보고회에서는 많은 비판이 제기되었다. DRG 시행 후에도 평균제원일수나 병상이용률에 명확한 변화가 관찰되지 않았기 때문에 조사내용이나 진단군분류(DRG)의 수정이 필요하다는 것, 분류수가 183개로 적어서 입원환자의 절반에도 적용되지 못하는 점, 또는 극단적으로 지불액이 많이 발생하는 사례가 생기는 점 등이 지적되면서 결국 DRG 지불방식의 채택은 연기되었다.

2000년의 중앙사회보험의료협의회(중의협)에서의 논의에 따라, 기존의 시범사업과는 다른,

일본의 독자적인 진단군 분류를 개발하기 위한 연구가 이루어지게 된 바, 이것이 2001년 4월 1일부터 3년간 후생노동과학연구로 이루어진 ‘급성기 시범 진단군 분류를 활용한 조사연구’이다. 처음에는 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 임상사의 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 포괄 지불이 적용되었다.

2. 도입 목적

DPC제도(DPC/PDPS: Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System)는 「급성기입원의료의 진단군분류에 근거한 일당포괄평가제도」이다. 이전에는 DPC라는 용어가 단순히 ‘진단군분류’를 의미하기도 하고, ‘진단군분류에 근거한 1일당 정액보수산정제도’를 의미하기도 했으나, 이러한 혼선을 피하기 위해 2010년 12월부터는 후자의 의미로는 DPC/PDPS를 사용하게 되었다.

DPC/PDPS는 ‘표준적인 단위로서의 진단군분류를 통해서 평균재원일수나 수술전 일수 또는 사망퇴원률 등의 임상적 질에 관한 지표나 의료경영 상황에 관한 병원 간의 비교를 가능케 하고, 임상의 질과 경영의 질 모두를 개선해가는 것’을 주된 목적으로 한다. DPC제도 설계 당시에 제시된 목적은 “의료의 질 향상과 정보공개, 의료의 표준화와 투명화, 표준적인 치료와 가격을 환자에게 밝히는 것, 병원의 운영 관리를 유연하게 하는 것, 그리고 의료비를 분석하고 데이터베이스를 구축하는 것”이었다.

3. 분류체계 및 수가구조

1) DPC 분류체계

DPC 분류는 일본 독자의 분류체계이다. 2003년 도입 이후 임상전문가에 의한 검토와 조사참가 병원에서 수집된 데이터를 근거로 2년마다 분류의 정교화 작업이 이루어졌다. DPC 분류에는 임상전문가 집단의 판단이 절대적인 역할을 하며 후생노동성 및 중앙사회보험의료협의회(중의협)는 이러한 의견에 기초하여 결정을 하게 된다. 2012년도의 개정에서는 기본 DPC에서 516질환, 전체 14자리에서는 2,927분류, 포괄지불의 대상으로는 2,241분류가 정해졌다(표 1 참조).

DPC는 14자리수의 코드로 구성된다. 최초의 6자리수가 병명에 해당되고 6자리수 중 처음 2자리수가 주요 진단군분류(MDC: Major Diagnosis Categories)를 나타낸다. 다음 4자리수(3~6

자리)는 ICD-10의 상병명 중에서 의료 자원을 가장 많이 투입한 상병명을 나타내는데, 이것이 불명확한 경우는 ‘입원의 계기가 된 상병’에 따라 진단군분류를 결정하게 된다. 7번째 자리는 입원 유형으로, 검사입원, 교육입원 등 구분의 내용이나 기간이 병원마다 달라 2006년에 폐지되었다. 8번째 자리는 연령이나 출생 체중, JCS(Japan Coma Scale) 조건을 나타낸다. 같은 질병에서도 이들 기준으로 의료 자원의 투입량에 차이가 있는 경우에 구분하는 코드이다. 9, 10 번째 자리는 수술의 종류를 나타낸다. 단지 수술의 유무뿐만이 아니라 수술방식마다 의료 자원의 필요도를 반영하여 분류하고 있다. 미국의 DRG에 비해 이 부분이 상세히 분류되어 있는 것이 특징이라고 할 수 있다. 11, 12번째는 「수술·처치 등 1」 「수술·처치 등 2」로 보조 수술이나 화학요법, 방사선 요법 등의 상위 의료 자원의 필요도를 반영해 분류하고 있다. 13번째는 부상병(副傷病)명으로 합병증(complication or cormorbidity) 등의 유무가, 14번째는 중증도 등의 유무가 기재된다(표 2 참조).

<표 1> 진단군분류의 변천

버전	실시 시기	대상 의료기관	MDC 수	분류수 (tree수)	포괄 대상	분류 재검토의 주요 내용
DPC ver. 3	2003년 4월	82개 특정기능병원	16 MDC	2,552 분류	507질환 1,860분류	-
DPC ver. 4	2004년 4월	82개 특정기능병원	16 MDC	3,074 분류	1,726분류/ 1,717분류 (2005.07부터)	• 조사 대상병원 확대에 따른 데이터 증가에 의한 분류의 재검토
DPC ver. 5	2006년 4월	195개 DPC대상병원	18 MDC	2,347 분류	1,438분류	• 입원 목적에 의한 구분(검사·교육 입원)의 폐지 • 포괄 범위에 포함되는 처치·약물
DPC ver. 6	2008년 4월	534개 DPC대상병원	18 MDC	2,451 분류	1,572분류	• MDC16을 3구분으로 분할 • 화학요법에 따른 분기 재검토 • 부위 등의 차이에 의한 분류 정리
DPC ver. 7	2010년 4월	1,334개 DPC대상병원	18 MDC	2,658 분류	507질환 1,880분류/ 1,875분류 (2010.06부터)	• 고액약제에 의한 분기의 추가 • 화학요법 레지민에 의한 분기의 추가 • 부상병에 의한 분기의 정교화
DPC ver. 8	2012년 4월	1,505개 DPC대상병원	18 MDC	2,927 분류	516질환 2,241분류	• 암화학요법의 주된 표준 레지민에 의한 분기 추가 • 부상병에 의한 분기의 정교화

<표 2> DPC 코드 구조 (Ver. 3)

10 0010 x x 01 1 1 0 0				
10	Diagnosis	주진단군 (MDC)	MDC01: 신경계 질환 MDC03: 이비인후과 질환 MDC05: 순환기계 질환 MDC07: 근골격계 질환 MDC09: 유방 질환 MDC11: 신장·요로계 및 남성 생식기계 질환 MDC13: 혈액·조혈기 면역 장기 관련 질환 MDC15: 소아 질환 MDC17: 정신 질환	MDC02: 안과계 질환 MDC04: 호흡기계 질환 MDC06: 소화기계, 간장, 담관, 췌장 질환 MDC08: 피부·피하 조직의 질환 MDC10: 내분비·영양·대사 관련 질환 MDC12: 여성 생식기계 및 산욕기질환·이상 임신 분만 MDC14: 신생아 질환·선천성 기형 질환 MDC16: 외상·화상·중독 질환 MDC18: 그 외
0010		병명	-	
x	입원유형			
x	연령, 출생 체중, Japan Coma Scale			
01	Procedure	주 외과적 처치에 대한 하위 코드	01 등: 정의표에서 수술처치에 대한 코드 99: 수술처치 없음	
1		부 수술처치에 대한 하위코드	0: 없음, 1: 있음	
1		보조치료에 대한 하위코드	0: 없음, 1 등: 보조처치에 대한 코드	
0	CC에 대한 하위코드	0: 없음, 1: 있음		
0	중증도에 대한 하위코드			

자료 : 松田晋哉(2011)를 재구성함

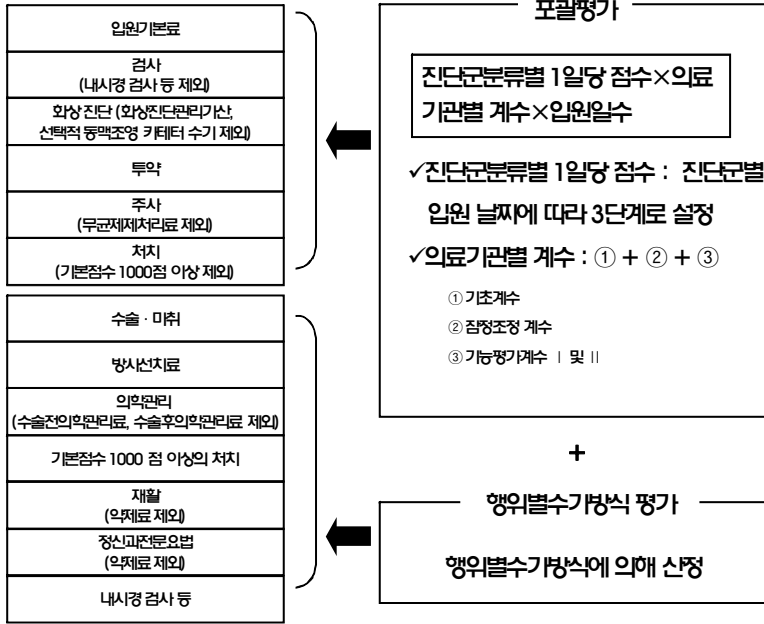
DPC 분류를 위한 도구로 진단군분류 수행도(decision tree) 및 진단군분류 정의테이블이 있다. 정의테이블은 분류에 있어서의 공식적인 지침이라고 할 수 있는 것으로, 해당 병태의 각각의 항목마다 무엇이 분류 지표로서 고려되어야 하는지를 보여준다. 이는 DPC의 6자리로 정의된 각 상병(기본 DPC)에 대해, 해당 상병에 있어 일반적으로 이루어지는 의료행위와 일반적으로 고려해야 할 부상병을 임상 의사가 열거한 후, 이를 데이터를 통해 검증한 결과를 근거로 하여 작성되었다. 기본 DPC별로 DPC 정의표의 항목에 따라 순서대로 선택해가면 분류가 정해진다.

2) DPC 수가

DPC에서의 총지불액(총보수액)은 진료보수액에 입원시식사요양비를 더한 것이다(포괄평가부분 + 행위별수가부분 + 입원시식사요양비). 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 양자로 뚜렷이 구분되지 않는다. DPC에 대한 후생노동성의 설명자료 등에서 '병원수가적 요소'와 '의사수가적 요소'라고 하

는 애매한 표현을 쓰고 있는 것도 이 때문이다. 대체로 '포괄평가를 통해 일당 지불에 의해 보상하는 것이 합당하다고 판단되는 것'은 '포괄산정 부분'으로, 반면에 '일시적인 서비스로서 개별적 보상이 필요하고 판단되는 것'은 '행위별 부분'으로 분류하고 있다. 결과적으로, 기존의 진료 보수 금액의 약 7할은 병원수가 내지 포괄산정에 포함된다(그림 1, 표 3 참조).

[그림 1] 포괄 및 비포괄 산정 항목의 범위



자료: 厚生労働省保険局医療課(2011)

<표 3> '포괄산정' 포함 항목

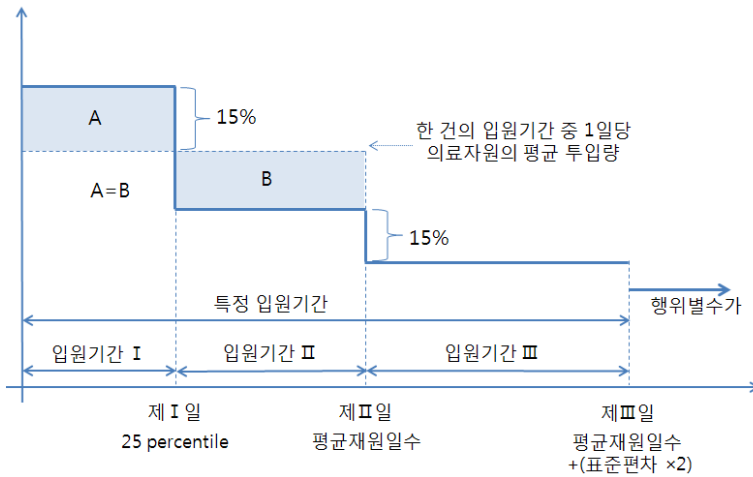
구분		내용	
기본진료료 (입원료)	입원기본료	'일반병동 간호필요도 평가 가산'만 제외하고 모두 포괄산정	
	입원기본료 등 가산	의료기관의 기능에 관계되는 다음의 항목은 계수를 설정하여 보상함 - 입원시의학관리 가산 - 지역의료지원병원 입원진료 가산 - 임상연수병원 입원진료 가산 - 진료록관리체계 가산 - 의사사무작업 보조체제 가산 - 급성기간호보조체제 가산 - 간호보조 가산 - 의료안전대책 가산	
특계진료료	'특정입원료'*의 일부	'단기체제수술기본료 3'만 포괄산정	
	'의학관리 등'의 일부	수술전의학관리료 및 수술후의학관리료만 포괄산정	
	검사, 화상진단, 병리진단		다음은 제외하고는 포괄산정. '검체검사관리가산'은 계수에 의해 보상 - 카테터법에 의한 제 검사의 일부(심, 폐, 간, 췌)는 행위별 - 내시경 검사는 행위별 - 진단 천자 검사는 행위별 (대상 물체 채취료만 행위별, 혈액채취는 포괄)
			다음은 제외하고는 포괄산정 - '화상진단관리 가산 1 및 2'는 행위별 (화상진단의 체제를 평가한 가산) - '선택적 동맥조영 카테터법'은 행위별 (동맥조영카테터의 주요 혈관의 분지 혈관을 선택적으로 조영 촬영했을 경우만)
			다음은 제외하고는 포괄산정 - '수술중 신속 병리조직 표본 제작'은 행위별 - '병리 진단·판단료'는 행위별
	투약	퇴원시 처방만 행위별	
	주사	'무균제제처리료'만 행위별	
재활, 정신과전문요법의 약제료만	포괄산정		
처치	기본점수 1000점 미만의 처치		

주: *구명응급입원료 등은 급성기의 특정입원료 산정

(1) 진단군분류별 1일당 점수의 산정

'포괄 산정' 부분은 재원일수에 따라 계산된다. 그림 2에서 보듯이 진단분류별 평균 일수를 횡축에 설정하고, 종축의 1일당 포괄점수는 입원 기간이 짧을수록 높은 3단계로 설정되어 있다. 「입원 기간 I」은 각 진단군분류의 25퍼센타일 값에 상당하는 재원일수까지의 기간이고, 평균점수(수가)에 15%를 가산한다(그림 2의 A부분). 「입원 기간 II」는 「입원 기간 I」의 다음 날부터 평균 재원일수까지의 기간으로, 평균점수에서 A부분의 면적만큼 공제하여 산정(그림 2의 B부분)한다 (즉, A=B). 「입원 기간 III」은 「입원 기간 II」의 다음 날부터 '평균 재원일수 + 2×표준편차' 이내에 해당되는 군으로 「입원 기간 II」의 점수에서 15% 감산한다. 입원기간 III을 넘어서는 경우는 행위별수가에 의해 산정한다.

[그림 2] 재원일수에 따른 포괄 산정



자료: 厚生労働省保険局医療課(2011)

2010년 개정 이후부터는, 입원초기의 의료자원의 투입량이 아주 크거나 반대로 아주 작은 경우는 산정방법을 달리하는 바, 아주 큰 경우(예, 응급의료)는 「입원 기간 I」에서는 같은 기간의 평균점수로 하고 평균일수를 넘은 날부터는 (입원 기간III) 전일의 점수의 85%로 한다. 반대로 입원초기의 자원투입량이 아주 작은 경우에는 「입원 기간 I」에서는 평균점수의 10%를 가산하고 평균일수를 넘은 날부터는 (입원 기간III) 전일의 점수의 90%로 한다.

2012년 개정에서는 고액약제비 진단군의 포괄평가 방식을 시범적으로 도입하였다. 이는 특정 진단군분류에서 재원일수가 지연되는 것을 막기 위해, 입원기본료를 제외한 약제비 등 포괄범위의 점수를 「입원 기간 I」의 점수에 넣는 방식이다.

(2) 의료기관계수

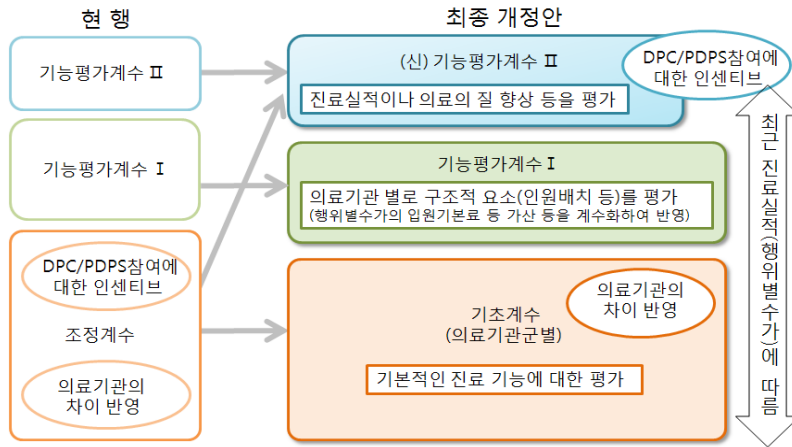
‘의료기관계수’는 포괄평가 부분의 진료비를 산정할 때 의료기관 사이에 차등을 두기 위한 계수로, 기능평가계수(I 및 II), 기초계수, 잠정조정계수의 합이 된다. 2018년을 목표로 하는 개정 작업이 완료되어 잠정조정계수가 없어지게 되면 의료기관계수는 기능평가계수(I 및 II)와 기초계수만으로 구성되게 된다.

기능평가계수 I은 의료기관의 인력배치나 의료기관 전체의 기능 등 의료기관을 단위로 한 구조(structure)적 요소를 평가하는 계수이고, 기능평가계수II는 진료실적이나 의료의 질적 향상에 대한 공헌 등에 근거해서, 의료기관이 담당해야 할 역할이나 기능을 평가하는 계수이다. 기초계수는 진료기능(병원특성)을 반영하기 위해, 2-3개의 의료기관군별로 기본적인 진료기능을 평가하는 계수로서, 의료기관군별 포괄범위에 있어서 직전의 행위별수가점수를 적용한 경우의 평균치에 개정율을 추가적으로 반영하여 계산한다. 잠정조정계수는 기존의 ‘조정계수’¹⁾

1) ‘조정계수’란 2003년 제도 도입 시의 개념으로 ‘행위별수가제를 적용했을 경우의 금액’과 ‘DPC에 의해

중에서 기능평가계수Ⅱ로 대체된 부분을 제외한 나머지를 지칭하는데, 이는 2018년에 폐지될 예정이므로 폐지될 때까지의 잠정치라 된다(그림 3 참조).

[그림 3] DPC/PDPS 조정계수 개정 후의 의료기관계수의 모습



자료: 厚生労働省保険局医療課(2011)

4. 대상병원

2003년 시작 시점에서는 대형병원인 82개 ‘특정기능병원’만이 DPC 대상이었으나²⁾ 점차 대상병원이 확대되었다. 처음에는 2004년 4월부터 2006년 3월까지의 시범 운영기간을 거쳐 자발적 참여방식을 적용하되, 조사협력병원으로서의 사전 준비 내지 확인 기간을 거친 후 조건을 갖춘 기관만이 참여가 가능하도록 하였다. 2008년부터는 DPC의 대상을 비교적 경중인 급성기 환자가 입원하는 병원에도 확대하고, 급성기를 ‘병태가 불안정한 상태에서부터, 치료에 따라 어느 정도 안정된 상태에 이르기까지의 환자’로 정의하여, 중증의 급성기에 한정하지 않고 경증의 급성기도 포함했다. 2010년의 개정에서는 매년 4월 대상병원을 정하는 방식에서 2년마다 이루어지는 수가 개정 시에 정하는 것으로 변경하였다. 대상병원은 지속적인 증가 추세를 보여 2012년 4월에는 전체 일반병원의 19.8%인 1,505개소(약 48만 병상, 전체 일반병원 병상의 53.1%)에 이르고(표 4 참조), 준비병원은 248개로 늘어났다.

DPC 대상병원이 되기 위해서는 일정한 조건을 갖추어야 한다. 첫째, 일반병동입원기분료, 특정기능병원입원기분료(일반병동에 한함), 전문병원입원기분료에 대해, 7대1 입원기분료 또는 10:1 입원기분료 및 특정집중치료시관리료, 응급입원료, 병리진단료, 마취관리료, 화상진단관리가산을 산정하는 기관이어야 한다. 이는 일정 수준 이상의 진료 여건을 갖추어야 함을 의미한

산출한 것’이 같아지게 하는 계수로, 전년도의 수입을 보장해주기 위한 것이었음. 그러나 2010년 수가 개정 시에 단계적 폐지가 결정됨에 따라 그 일부가 기능평가계수Ⅱ로 흡수되었음.

2) 특정기능병원은 고도의 의료를 제공하는 병원으로, 대학병원의 본원 80개, 국립암센터 중앙병원(동경), 국립순환기병센터(오사카) 등의 일반병동이 DPC 대상이 되었음.

다. 둘째, 진료록관리체제가산(A207)을 신청한 기관이어야 한다. 즉, 의무기록이 제대로 이루어져야 한다. 셋째, 표준청구 전산처리 마스터에 맞는 데이터의 제출 등, 후생노동성이 매년 실시하는 「DPC 도입의 영향평가에 관한 조사(특별조사 포함)」에 참여하고, 조사기간 1개월 당의 「데이터/병상」비가 0.875 이상이 되는 기관이어야 한다.

DPC 대상병원은 DPC를 적용하고 있다는 것을 원내의 눈에 띄는 곳에 게시하고, 입원환자 등에게 수가의 산정방법을 충분히 설명해야 하며, ‘적절한 코딩에 관한 위원회’³⁾를 설치하여 연 2회 이상 개최하는 것 등의 의무가 있다.

<표 4> DPC 대상병원수 및 병상수('11.10월 기준)

구분	연도	100병상 미만	100-199 병상	200-299 병상	300-399 병상	400-499 병상	500병상 이상	계
DPC 대상 병원수	2003년 4월	0	0	0	0	1	81	82
	2004년 4월	2	14	12	15	8	93	144
	2006년 4월	6	30	47	71	46	159	359
	2008년 7월	39	103	133	138	85	215	713
	2009년 7월	130	259	261	231	135	262	1,278
	2010년 7월	151	295	282	249	144	267	1,388
	2011년 4월	163	313	295	257	148	271	1,447
	2012년 4월(예상)	181	335	301	265	149	274	1,505
	<참고> 전체 일반병원수('10)	3,174	2,343	779	574	298	419	7,587
DPC 대상병원 병상수	2003년 4월	0	0	0	0	424	66,073	66,497
	2004년 4월	177	2,261	3,152	5,088	3,507	75,145	89,330
	2006년 4월	429	4,701	11,892	24,479	20,343	114,551	176,395
	2008년 7월	2,820	15,839	33,027	47,505	37,363	149,534	286,088
	2009년 7월	8,915	39,127	64,908	79,136	59,544	178,594	430,224
	2010년 7월	10,099	44,196	69,983	85,612	63,548	181,710	455,148
	2011년 4월	10,869	46,708	73,212	88,320	65,189	184,064	468,362
	2012년 4월(예상)	11,994	50,078	74,571	91,071	65,606	186,219	479,539
	<참고> 전체 일반병상수('10)	117,401	193,471	111,474	140,441	101,826	239,008	903,621

자료: 후생노동성(2011)

5. 진료비청구 및 제출자료

1) 진료비청구

DPC의 청구는 기존의 행위별수가방식의 청구에서와 마찬가지로 월단위로 하며, 포괄평가의 대상이 될지 여부 및 어떤 진단군명으로 청구할지는 청구시점(월말)에 주치의가 결정한다. 입원 중에서 가장 많은 의료자원을 투입한(비용이 가장 많이 든) 상병명으로 정하며, 청구시점에서 병명이 확정되어있지 않은 경우는 입원의 계기가 된 상병명으로 함은 앞에서 언급한 바와

3) DPC의 정확한 코딩을 위하여 코딩책임자, 진료부문의 의사, 약제부문의 약사 및 진료기록 정보부서나 수가청구 부서의 진료기록 관리자가 참가해야 함.

같다. 월을 걸쳐서 이루어진 입원의 도중에 상병명의 변경이 있는 경우에는 퇴원 시에 차액을 조정하고, 동일 월의 진단군 분류 점수와 행위별점수가 혼재한 경우는 각각의 명세서 위에 총괄 명세서를 붙여서, '요양 급부'와 '식사 요양'의 합계액을 알 수 있도록 기재한다. 월 도중에 포괄평가의 진단군 분류에 해당하지 않게 된 경우는 그 날부터 행위별로 산정하며, 월 도중에 포괄평가의 진단군 분류에 해당하게 된 경우는 그 날부터 포괄로 산정한다.

명세서 양식은 행위별수가 청구양식과는 별도로 DPC 양식이 정해져 있다. 진단군 분류 결정에 참고가 되는 환자기초정보란도 마련되어 있다. 또한 포괄평가 부분과 행위별 부분을 각각 나누어서 기재하게 되어 있으며, 포괄평가 부분에 특정입원료를 산정하는 기간, 기타 진료 행위를 알 수 있는 정보를 기재하게 되어 있다(厚生労働省保険局医療課, 2011).

2) 후생노동성에 대한 자료제출

DPC 대상병원 및 준비병원은 후생노동성에 진료기록카드와 청구명세서의 정보를 데이터로 제출할 의무가 있다. 지불기관에 청구명세서를 제출하는 것과는 별도로 다시 후생노동성에 제출하는 것이다. 제출된 데이터의 일부는 후생노동성이 인터넷상에서 일반인에게 공개하고 있으나⁴⁾, 아직은 후생노동성이 몇몇 분석기관에 의뢰해서 내부적인 정책 판단의 근거로 활용하는 수준에 그치고 있다.

제출하는 데이터는 ① 환자 단위의 의무기록정보, ② 환자 단위의 청구서 데이터 정보, ③ 의료기관 단위의 정보의 세 가지이다. 환자단위의 정보는 익명화한 상태로 제출하나, 데이터 품질관리를 위해 확인조회의 필요성이 있기 때문에 '연결가능한 익명화'를 하고 있다. 즉, 연구기관 내에서는 익명화정보와 실데이터와의 대응표를 관리함으로써 의무기록 등의 원자료를 확인할 수 있다. 또한 재입원을 등의 지표를 집계하게 되므로 조사기간 중의 제출 데이터는 '1환자=1의명ID'가 되도록 하고 있다(표 5 참조).

<표 5> DPC 조사 제출 데이터

양식 명칭	내용		
양식 1	환자별 익명화 정보	진료기록(의무기록) 정보 (주상병명, 입원 목적, 수술방법 등)	
E, F 파일		건강보험 청구자료	의과점수표에 의한 행위별수가 정보(E: 진료명세정보, F: 행위명세정보)
D 파일			진단군분류 점수표에 의해 산정한 환자 관련 건강보험청구 정보 (DPC 대상병원만)
양식 4		건강보험 진료 이외의 증례 조사표	
양식 3	시설조사표(병상 수, 입원기본료 등 가산 산정 상황 등): 의료기관 단위의 정보		

자료: 厚生労働省保険局医療課(2011)를 재구성함

4) 후생노동성 웹사이트 <http://www.mhlw.go.jp>

‘양식 1’은 진료기록(의무기록)에서 추출된 익명화된 정보로, 조사대상병원 중에서 정해진 입원기본료, 특정입원료를 산정하는 병동, 병실에 입원한 환자에 대한 사항을 기재하는 것이다. 이는 퇴원시의 상황을 요약하는 내용들로, 주상병명, 입원의 목적, 수술방식 등을 포함한다.

‘EF 통합 파일’은 의과점수표의 행위별수가 산정에 관한 정보로, 익명화된 것이다. E파일은 ‘진료명세정보’, F파일은 ‘행위명세정보’인 바, 이 둘은 서로 중복되는 부분이 많아서 2012년부터는 EF파일로 합쳐서 제출한다. ‘양식3’은 시설조사표로, 의료기관별 병상수, 입원기본료 등 가산의 산정 상황, 지역의료계수의 지정 상황 등을 파악하기 위해서 필요한 데이터이다. ‘양식 4’는 자기배상책임이나 정상분만 등 의과보험진료 이외의 지불방법에 근거한 진료와의 병용진료나, 치과진료와 조합된 입원진료의 경우에 재원일수나 수가 등이 특이치가 되어버리게 되는 바, 이와 같은 증례를 식별하기 위하여 데이터를 수집하는 것이다.

‘청구서 데이터 다운로드 방식’⁵⁾으로 제출하는 의료기관은, 이 방식에 의한 D파일, EF파일과 청구서 내용과의 적합성을 확인하기 위해서 검증용 청구서를 제출한다. DPC조사 사무국이 각각 10증례 정도를 지정하면 지정된 데이터의 의료비청구서 복사본을 제출하도록 하고 있다. 청구서와의 불일치가 있을 경우는 데이터의 재제출과 함께 불일치의 이유를 제시하도록 하며, 부정합이 있는 경우에는 병원에 개별적으로 연락하여 사실 확인을 하게 된다.

III. DPC의 평가 및 활용

1. DPC에 대한 정례적 평가

DPC 평가분과위원회에서는 후생노동성 제출자료를 근거로 매년 DPC 도입 영향 평가를 실시하고 있다. 여기서는 2010년도 사업에 대한 정례평가 결과(후생노동성, 2011)⁶⁾를 제시한다. 이를 통해 정례적 평가의 내용과 성격을 확인할 수 있을 것이다.

평균재원일수는 전체 병원유형에서 감소하는 경향을 보였다(표 6 참조). 이러한 감소 경향은 ‘환자구성의 변화에 따른 영향’이기보다는 ‘진단군분류별 재원일수의 변화에 따른 영향’인 것으로 분석되었다. 재입원율은 ‘가공하지 않은 상태의 값’과 ‘동일질환에서의 6주 이내의 재입원’에 한정된 값 모두 경시적으로 증가하고 있고, 병상규모가 클수록 높은 경향을 보였다. 이는 대상 기간 연장으로 재입원과 특정 증례가 증가한데 따른 영향인 것으로 분석되었다. 병상가

5) 의과점수표의 행위별수가에 의한 보합지불의 산정에 관한 정보는 청구서 데이터 다운로드 방식에 의한 E, F 파일이 원칙임.

6) 진료보조조사전문기관 DPC 평가분과위원회, DPC 도입 영향 평가에 관한 조사 및 평가 최종보고개요, 2010.7.16 자료를 참고함(후생노동성 웹사이트 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuohoken/database/siryo/dpc.html>, 2011.11.7 수록).

동률은 2006년 이후 감소 경향이있지만 2010년은 상승했다. 이는 재원일수의 단축 효과를 상회해서 환자수가 늘어난데 따른 것으로 확인되었다. 후발의약품의 사용 비율은 증가 경향이며, 2010년도에도 전년보다 금액 면에서 상회했다.

<표 6> 평균재원일수의 연차 추이 : 매년 단축 경향

병원규모	2007	2008	2009	2010 (6개월)*	2010 (9개월)*
100병상 미만	14.80	14.31	13.79	13.56	13.81
100병상 이상 200병상 미만	15.73	15.36	15.05	14.74	15.02
200병상 이상 300병상 미만	15.28	14.94	14.59	14.54	14.72
300병상 이상 400병상 미만	15.17	14.83	14.53	14.40	14.55
400병상 이상 500병상 미만	15.10	14.70	14.35	14.18	14.31
500병상 이상	15.73	15.24	14.88	14.73	14.82

주: *데이터 수집 기간

2. DPC의 활용⁷⁾

1) DPC데이터를 활용한 의료의 질 평가

DPC데이터는 상세한 행정데이터인 바, 분석대상과 방법을 적절히 사용하면 의료의 질 평가를 다양하게 할 수 있게 된다. DPC데이터는 청구데이터이기 때문에 바이어스를 포함하고 있을 가능성을 배제할 수 없지만, E/F파일이라고 하는 상세한 프로세스 데이터가 수집되고 있기 때문에 심한 왜곡은 발생하기 어렵다. 또한 조사대상병원이 통일된 형식으로 데이터를 작성하게 됨으로써 병원 간의 비교가 가능하다. 이를 통하여 각 병원은 자기 병원의 진료 프로세스에 어떤 문제점이 있는지를 파악하고 개선해나갈 수 있게 된다.

2) DPC데이터를 활용한 CP(Critical/Clinical Path)의 평가

DPC데이터를 활용한 CP(Critical/Clinical Path)의 평가도 가능하다. CP를 적용하지 않은 환자의 특성을 분석하고, CP 그 자체의 타당성을 평가할 수 있게 된다. 예를 들면, DPC데이터를 집계하면 백내장 수술 환자에 있어서 수술 후 몇 일째부터 몇 일째까지 어떠한 항생 물질이 사용되었는지 분석할 수 있게 되는데, 이와 같은 분석을 DPC별로 수행함으로써 각 병원은 병원 내 항생물질의 예방적 사용의 현황과 문제점을 파악할 수 있게 된다(松田晋哉, 2010). DPC데이터를 CP 평가에 활용하는 방법의 또 다른 예로서, 일부 병원에서는 DPC 14행 코드의 뒤에 CP에 대응하는 의료행위의 유무를 '1' 또는 '0'으로 판정하는 코드를 붙여서 매일의 의료행위 상황을 평가하는 획기적인 방법론을 고안해서 사용하고 있다(田岐年晃, 2010).

7) 松田晋哉(2011)를 참고함.

3) DPC 제도 하에서의 병원 관리

DPC는 병원의 수입 및 지출 관리에 활용될 수 있다. DPC에 있어서의 수입관리의 기본은 '적절한 코딩'이다. DPC의 코딩 착오로 과소청구가 되면 금전적 손실을 보게 되고, 역으로 잘못된 코딩 때문에 과다청구하게 되면 반려 대상이 될 뿐 아니라 부정청구로 간주되는 경우도 있기 때문이다. 또한 일본의 병원은 원가계산 시스템을 갖고 있지 않은 경우가 많은데, DPC를 활용하면 간편하게 지출관리를 할 수 있다. DPC점수표에서의 '입원기간II'는 각 DPC의 전국 평균 재원일수이고, 이에 대응하는 포괄평가부분의 총액(포괄누적액)은 행위별수가 환산의 평균비용이 된다. 각 병원의 해당 DPC의 포괄부분의 행위별수가 산정액(계수를 곱하기 전의 금액)을 전국 평균과 비교하면 DPC별, 환자별 비용 수준의 판단이 가능하다. 여기서 개별 환자 간에는 수지의 편차가 있더라도 병원 전체로서의 적정 이익을 도모하는 전문적 경영철학이 요구된다.

4) DPC 제도 하에서의 의료인력의 역할

병원이 DPC 업무에 대응하기 위해서 의사가 하지 않으면 안 되는 최소한은, 진료록에 진료 내용을 잘 기록하고 퇴원 요약을 신속하게 작성하는 것이다. 그래야 진료정보관리사(의무기록사)와 원무과 직원이 제대로 일을 처리할 수 있게 된다. DPC 관련 정보를 통해 효율적으로 많은 병원의 대규모 임상연구를 수행할 수 있다는 점은 의사들의 보다 적극적인 참여의 동기가 될 수 있을 것이다.

DPC가 적용되면 간호사의 역할이 더욱 커지게 된다. DPC 대상병원에서는 재원일수를 줄이는 노력이 일어나게 되고 이에 따라 간호사의 업무도 바빠지게 된다. 이전보다 입퇴원이 증가하고, 보다 급성기인 환자가 모이게 되기 때문에 간호 케어의 업무량도 증가한다. 그리고 DPC 대상병원에서는 암 등 수술 대상 증례의 입원 대기기간이 문제가 되고 있는데, 환자와 그 가족이 적절한 시기에 납득한 상황에서 퇴원하도록 하는 퇴원 조정이 중요하고, 퇴원조정간호사와 같은 역할이 필요하게 된다. 또한 DPC에 관한 환자의 질문에 응하기 위해서라도 간호사는 DPC의 구조에 관해서 충분히 이해할 필요가 있다.

DPC의 도입은 진료정보관리사(의무기록사)의 전문성을 요구하는 계기가 된다. 진료정보관리사(의무기록사)는 의사가 기록한 진료정보의 정확성을 체크하고 의사에 대한 정보의 피드백을 해야 하며, 단순히 병력관리나 코딩만을 하는 것이 아니라 그 정보를 분석해서 가공할 수 있는 능력이 요구된다.

IV. DPC 제도의 시사점

1. 한국 포괄수가제와 일본 DPC제도의 비교

한국의 건강보험 지불제도는 건강보험의 도입단계에서부터 일본의 행위별수가제도를 벤치마킹하여 일본과 유사한 부분이 많다. 포괄수가제는 두 나라가 비슷한 시기에 도입을 시도하였고, 특히 우리의 소위 ‘신포괄수가제’는 일본의 DPC제도를 부분적으로 참고했기 때문에 양국 제도의 내용과 발전과정을 비교함으로써 얻는 시사점은 적지 않을 것이다. 특히 DPC/PDPS라는 일본 독자의 포괄수가방식을 만들어 10년간 주도면밀하게 제도 확산을 도모해가고 있는 일본의 사례는 우리에게 더 없이 중요한 시사점을 던지고 있다. 표 7은 한국의 포괄수가제와 일본의 DPC제도를 비교한 것이다.

<표 7> 한국과 일본의 포괄수가제 비교

구분	한국		일본
	포괄수가제	신포괄수가제	DPC/PDPS
시범사업	<ul style="list-style-type: none"> 1997년부터 2001년까지 진단군 분류(DRG)에 따른 건당 지불방식의 시범사업 실시 	<ul style="list-style-type: none"> 2009년부터 2012년 현재까지 진단군분류(DRG)별도 건당수가제, 일당수가제, 행위별수가제가 절충된 방식의 신포괄수가제 시범사업이 확대됨 	<ul style="list-style-type: none"> 1998년 11월부터 진단군분류(DRG)에 따른 건당포괄지불방식(소위, DRG-PPS방식)의 시범사업 실시 DPC/PDPS와는 다른 내용
분류체계	<ul style="list-style-type: none"> HCFA-DRG(1986), Yale RDRG(1991)를 참고, 한국의 비용 적용 및 임상전문가의 의견을 보충하여 개발 2009년부터 적용되는 KDRG ver. 3.3은 MDC 23 그룹, ADRG 386(674) 그룹, 최종단계 1,817분류로 구성됨 	<ul style="list-style-type: none"> 2009년4월의 1차시범사업에서는 KDRG ver. 3.3 사용 2010년7월의 신포괄 KDRG ver. 1.0 사용 2011년 한국표준질병·사인분류 6차 개정 내용을 반영한 신포괄 KDRG Version 1.1을 개발한 바, 진단코드가 기존의 5자리에서 6자리까지 세분화됨 	<ul style="list-style-type: none"> 대상병원의 데이터 및 임상전문가 검토에 따라 결정했으나, 외국의 분류체계와 유사함 14 자리수의 코드로 구성 2012년도의 개정에 따라 현재, 기본 DPC에서 516질환, 전체 14자리에서는 2,927 분류(포괄지불의 대상은 2,241분류)
지불제도 대상질환	<ul style="list-style-type: none"> 2012년 현재 비교적 단순한 7개 질병군에 한해 실시(전체 입원건의 약 8%) 혈우병환자, HIV감염자 등은 행위별수가제 적용 	<ul style="list-style-type: none"> 시범사업 대상병원의 원가 분석 및 행위별 진료비 분석을 통해 대상 질병군(입원) 선정 및 확대 20개 질병군(전체 입원건의 16%)에서 시작하여, 2012년 	<ul style="list-style-type: none"> 급성기 입원 질환 전체를 대상으로 실시하고, 점차 분류를 세분화해 감 2003년 시작 당시에는 포괄지불 대상이 507질환군, 1,860개 분류였고, 2012년 현재는 516

구분	한국		일본
	포괄수가제	신포괄수가제	DPC/PDPS
		현재 550개 질병군(전체 입원건의 96%)으로 확대	질환, 2,241분류임
수가 산정	<ul style="list-style-type: none"> 행위별수가 적용기관의 행위에 대한 상대가치점수를 활용하여 산정 2012년 개정 시 방법 : 급여평균비용 100% + 비급여비용 100% + 비보험비용(의학적비급여)50% + 종별진료비용과의 차액의 50% 	<ul style="list-style-type: none"> 행위별수가 점수를 활용하여 산정 기준수가는 평균입원일수에서의 건당진료비로, 일당수가는 입원일수와 진료비간 회귀식의 기울기로 추정 	<ul style="list-style-type: none"> 행위별수가 점수를 활용하여 산정 '포괄산정 부분'은 입원기간을 3구간으로 구분하여 짧은 구간은 1일당 포괄점수가 (원칙적으로 15%) 높게, 긴 구간은 낮게 하여 재원일수 감축의 인센티브 부여
지불액 산정	<ul style="list-style-type: none"> 정상군, 상단열외군, 하단열외군으로 구분하여 산정 질병군별 금액 = [질병군별 행위 점수 + (약제·치료재료 금액 ÷ 점수당단가)] × 점수당단가 입원일 31일째부터는 행위별수가 적용 포괄수가 적용 결과, 행위별수가 적용한 경우보다 100만원 이상 작은 경우 100만원 초과금액 보상 	<ul style="list-style-type: none"> 요양급여비용 = 포괄수가부분 + 포괄 외 부분 '포괄수가부분'의 산정은 사전적으로 정해진 질병군별 기준수가 및 일당수가 사용 [포괄수가부분 = 기준수가 + (환자입원일수 - 평균입원일수) × 일당수가] '포괄 외 부분'은 행위별수가 방식 적용 포괄수가 적용 결과, 행위별수가 적용한 경우보다 200만원 이상 작은 경우 200만원 초과금액 보상 	<ul style="list-style-type: none"> DPC에서의 총지불액(총보수액) = 포괄평가부분 + 행위별수가부분 + 입원시식사요양비 '포괄평가부분'의 진료비를 산정할 때 의료기관별로 차등을 두기 위해 기능평가계수(I 및 II), 기초계수, 잠정조정계수(2018년까지) 설정 - 행위별수가제 당시의 수입 보장 및 추가적 인센티브 제공 '포괄 외 부분'에 해당하는 진료행위 또는 포괄산정부분을 넘어서는 재원일수인 경우는 행위별수가방식 적용
대상 병원	<ul style="list-style-type: none"> 2002년 본사업 이후 자발적 참여 방식을 취함. 2011년 현재 2,351개(72.6%)의 의료기관이 참여함. 상당수가 의원이고, 병원의 40.3%(183개), 종합병원의 24.1%(66개) 참여, 상급종합병원은 불참 2012년7월부터 의원 및 병원급은 일괄 참여, 2013년 7월부터 종합병원급 이상의 기관까지 일괄 적용 예정 	<ul style="list-style-type: none"> 2012년 현재 시범사업 형식으로 국민건강보험공단 일산병원과 40개 지역거점공공병원이 참여 중임 	<ul style="list-style-type: none"> 자발적 참여방식(조사협력병원으로서의 사전 준비 내지 확인 기간을 거친 후 조건을 갖춘 기관만 참여 가능) 현재 2년마다 정규적으로 대상 병원을 확대함 2012년 현재 1,505개 병원이 참여 중임(약 48만 병상으로 전체 병상의 절반을 넘어섬)
정보 수집	<ul style="list-style-type: none"> 청구서 환자 단위의 청구서 데이터가 제출됨 의료기관 단위의 정보는 청구와는 별도의 연간 정보 제출에 의해 파악됨 	<ul style="list-style-type: none"> 청구서 환자 단위의 청구서 데이터가 제출됨 의료기관 단위의 정보는 청구와는 별도의 연간 정보 제출에 의해 파악됨 	<ul style="list-style-type: none"> 제출 데이터는 (1) 환자 단위의 의무기록정보, (2) 환자 단위의 청구서 데이터 정보, (3) 의료기관 단위의 기관정보임 청구데이터는 물론 의무기록정보까지 데이터베이스로 구축되어 정책적 활용 뿐 아니라 개별 병원이 전국 데이터와의 비교를 통해 병원관리에 활용할 기반이 마련됨

2. 일본 DPC제도의 시사점

일본의 DPC/PDPS 제도는 전 세계의 DRG 수가제도의 발전 과정을 볼 때 가장 독특하고 일본의 독자성이 대단히 강한 제도라고 할 수 있다. DPC 분류 자체보다는 지불제도로서의 DPC/PDPS 제도에 일본의 독자성이 두드러지고 행위별수가방식을 역사적으로 공유하고 있는 한국으로서는 참고할 부분이 많은 것으로 평가된다.

1) 이해당사자의 합의를 통한 자발적 참여 유도

일본의 DPC지불제도는 지난 10년간 이해당사자들의 동의와 합리적인 의사결정 과정을 통해 대학병원 등 대형의료기관을 필두로 높은 참여율을 확보하고 안정적으로 운영, 발전되고 있는 것으로 평가되고 있다. 일본은 역사적으로 볼 때, 후생(노동)성과 의사회가, 서로 간에 갈등이 없지는 않았으나, 전체적으로는 대화와 협의 속에 의료제도 전반이 형성되어 왔으며 DPC 제도는 그러한 일본 의료제도의 특성을 단적으로 보여주는 사례라고 할 수 있다.

강제적용방식이 아니고 자발적 참여방식임에도 대부분의 병원들이 참여를 원하고 자료제출 등의 조건을 이행하고 있는 것은 의료계가 ‘포괄’이라는 용어 자체에 거부감을 표시하고 집단행동을 통해 반대하고 있는 한국의 상황과는 대조적이다. DPC 대상병원은 지속적인 증가 추세를 보여 2012년 4월에는 1,505개에 이르고 있다. 병상 수로는 (약 48만 병상) 이미 절반을 넘어섰다. DPC제도는 조사협력병원으로서의 사전 준비 내지 확인 기간을 거친 후 조건을 갖춘 기관만 참여할 수 있게 함으로써 참여기관의 수준을 높이고 있고, 또한 이를 통해 2년마다 DPC제도를 개정하기 위해 필요한 각 병원의 데이터 제출 여건을 정비하고 있는 점이 돋보인다.

2) 분류의 정교화 기전 확립

DPC 분류는 임상전문가의 검토와 조사 참가 병원에서 수집된 데이터를 근거로 2년마다 분류를 재조정하고 정교화 시키고 있다. 예외적인 경우를 제외하고는 2년에 한번씩 정기적으로 이루어지고 있는 행위별수가의 개정, DPC/PDPS의 수가개정과 함께 DPC 분류의 개정이 이루어짐으로써 예측 가능성을 높이고 있다. 전체적으로 보면 DPC 분류에 있어서 임상전문가 집단의 판단이 절대적인 역할을 하게 되며 후생노동성 및 중앙사회보험의료협의회(중의협)는 이러한 의견에 기초하여 결정을 하게 된다. 임상전문가들도 동 제도에 대한 신뢰를 바탕으로 제도 개선에 일조하고 있으며, 정책 당국 또한 임상전문가들의 의견을 최대한 반영하고 있다(伏見清秀, 2005).

3) 혼합 지불방식을 통한 보상

DPC제도에서는 진단군별로 1일당 포괄점수가 정해진 ‘포괄산정 부분’이 있지만, ‘포괄 외 부분(행위별수가)’도 광범위하게 인정되고 있는 바 이는 비슷하게 행위별수가에 의존해왔던 우리의 경우에도 시사하는 바가 크다. 개방병원시스템 하에서 병원수가와 의사수가가 뚜렷히 구

분되는 미국과는 의료공급 제도의 여건이 전혀 다른 일본에서는 DPC/PDPS에서 병원수가와 의사수가를 뚜렷이 구분하기 어렵다. 일단 지불에 의해 보상하는 것이 합당하다고 판단되는 것은 '포괄평가' 부분으로, 반면에 일시적인 서비스로서 개별적 보상이 필요하고 판단되는 것은 '행위별' 부분으로 분류하는 대안을 취하고 있는 것이다. 한국에서도 의사비용과 병원비용을 구분하려는 시도가 진행되고 있지만, 현재의 행위별수가분류를 어느 한쪽으로 대응시켜서 전체를 정확히 양분하는 것은 가능하지 않을 것이다. 결국은 '포괄 부분'과 '행위별보상 부분'을 구분하는 작업이 될 것이고 이를 위해서는 일본의 경험이 참고가 될 것으로 보인다.

4) 재원일수의 구간별 차등화 및 인센티브를 통한 진료의 효율화 유도

'포괄 산정 부분'은 재원일수 구간별로 일당 정액을 차등화하는데, 짧은 입원에 대해 높은 점수를 부여하여 재원일수 단축을 장려하고 있다. 한국의 실포괄수가제에서 일당수가를 회귀식에 의해서 차등화하는 것과 개념적으로 비슷한 방식이다. 최근에는 입원초기의 의료자원의 투입량이 아주 크거나 반대로 아주 작은 경우는 산정방법을 달리하고 있으며, 고액약제비 진단군의 경우는 특정 진단군분류에서 재원일수가 지연되는 것을 막기 위해, 입원기본료를 제외한 약제비 등 포괄범위의 점수를 '입원 기간 I'의 점수에 넣는 방식을 시도하는 등 보다 정교한 수가 산정을 위한 노력을 계속하고 있다.

DPC/PDPS는 '의료기관계수'를 통해 동 제도의 적용으로 급전적 손실을 보게 되면 이를 보전해주고, 장기적으로는 행위별수가제에서 가지고 있던 다양한 가산제도를 흡수하기 위한 광범위한 인센티브를 제공하고 있는 바, 특히 기능평가계수를 산정하기 위해 사용하는 다양한 지표 등은 한국의 포괄수가제 조정과정에서 참조할 부분이 많은 것으로 보인다.

5) 진료정보의 구축, 취합 및 분석

DPC 대상병원 및 준비병원이 후생노동성에 제출하는 진료기록카드(의무기록)의 정보, 청구명세서의 정보를 통해 많은 진료정보를 데이터베이스로 구축할 수 있게 되었다. 이는 DPC제도 도입의 가장 큰 성과인 것으로 평가된다. 사실 일본의 건강보험은 종이청구방식 때문에 청구서가 데이터화되어 정보로 활용되지 못하고 있었다. 최근 한국의 EDI청구방식을 벤치마킹하면서 급속도로 전산화가 이루어지게 되었고, 이제는 청구명세서 정보도 활용가능성이 커졌다. 하지만, DPC제도를 통해 청구명세서보다 훨씬 포괄적인 정보의 구축이 가능해졌다는 점에 주목할 필요가 있다. 이렇게 각 병원에서 작성하여 제출하여 확보되는 정보는 거시적으로 건강보험정책에 활용할 수 있을 뿐 아니라, 미시적으로도 병원이 자체 관리에 효과적으로 활용할 수 있다. 분석대상과 방법을 적절히 사용하면 다양한 의료의 질 평가에도 DPC 데이터를 활용할 수 있다(伏見清秀, 2008).

DPC제도에서 잘 짜인 양식에 의해 구체적이고 풍부한 정보를 제출하도록 하고 있는 것은 한국의 포괄수가제의 확대에서 가장 참고로 해야 할 점이다. 포괄수가제의 도입 과정에서 제기된 의료서비스의 질적 저하에 대한 우려를 불식시키기 위해서라도 품질 향상을 확인하고 독

려하기 위한 행위별 정보를 확보할 필요가 있다. 다만, 기존의 행위별청구방식보다 행정적 부담이 너무 커지지 않도록 정보제출 서식을 추가적으로 보완할 필요가 있다. 일본 DPC에서 진료기록(의무기록)을 정보화하여 제출하는 ‘양식 1’이 포함하고 있는 입퇴원정보, 진단정보, 수술정보, 진료정보, 재입원조사 등의 풍부한 정보 내용은 이러한 의무기록 정보의 활용에 취약한 우리에게 특히 참고할 가치가 있다고 본다.

IV. 결어

한국의 건강보험은 일본의 건강보험과 여러 면에서 유사성을 지니고 있다. 두 국가 모두 거의 대부분의 의료서비스에 대해 행위별수가방식으로 보상한다. 최근 10여 년간 양국 모두 입원에서 포괄지불방식의 도입을 위한 노력을 배가하고 있는 점 또한 비슷하다. 그러나 양국 제도의 세부 내용에 들어가면 상당한 차이를 확인할 수 있다. 본 연구는 DRG를 둘러싼 일본의 경험과 DPC/PDPS의 내용 및 발전과정을 살펴보고 우리의 DRG지불제도 및 소위 ‘신포괄수가제’ 시범사업과 비교해보았다. 특히 DPC/PDPS라는 일본 독자의 포괄수가방식을 만들어 10년간 주도면밀하게 제도 확산을 도모해가고 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 준비병원에서 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.

참고문헌

- 강길원, DRG지불제도의 문제점과 개선방향, 건강보장정책, 9(1); 25-36, 2010.6.
- 건강보험심사평가원, 질병군(DRG) 포괄수가제도 요양급여비용 및 실무 안내, 2012.
- 보건복지부·국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 신포괄지불제도 시범사업 지침, 2012.
- DPC평가분과위원회, DPC導入影響評価に關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).
- 松田晋哉, DPCを活かしたクリニカルパスの評価, 日本學會誌, 12(1); 85-94, 2010.
- 松田晋哉, 基礎から讀み解くDPC, 醫學書院 (第3版), 2011.
- 伏見清秀, 國立大學病院のDPC調査データ分析による診断郡分類の改善と診療プロセスの効率化のための方策に關する研究, 西岡清 '國立大學病院医療に及ぼすDPC導入の影響' (厚生労働科學研究 長壽科學總合研究事業), 2005.
- 伏見清秀, DPCデータ活用ブック, 第2版, 東京:じほう, 2008.
- 田岐年晃, 新規のパス作成ならびにパス精緻化への応用, 藤森研司·松田晋哉編著, 明日の医療に活用するデータの分析手法と活用, 東京: しほう; 29-44, 2010.
- 厚生労働省保険局医療課, 平成24年度診療報酬改定關係資料(DPC制度), 2011.
- 厚生省, 21世紀の医療保険制度－医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向－, 1997
(<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0908/h0807-1.html>).
- 与党医療保険制度改革協議會, 二十一世紀の國民医療－良質な医療と皆保険制度確保への指針, 1998.
- Jeong, Hyoung-Sun and Niki, Ryu, Divergence in the development of public health insurance in Japan and the Republic of Korea: A multiple-payer versus a single-payer system, International Social Security Review, 65; 51-73, 2012.
- Jeong, Hyoung-Sun, Pharmaceutical reforms: Implications through comparisons of Korea and Japan, Health Policy, 93; 165-171, 2009.

<Abstract>

Expansion of Japan's DPC and its Lessons for Korea

Hyoung-Sun Jeong* †, Lan Cho*

(*Department of Health Administration, Yonsei University)

Japan's Diagnosis Procedure Combination(DPC/PDPS) is a payment system unique to the country, and most characteristically Japanese in view of the DRG payment system throughout the world. While there is a 'bundling part' having a per diem score diagnosis by diagnosis, the 'non-bundled (free-for-service) items' are also widely accepted. The 'bundling part' assigns a high score for a brief stay of hospitalization, thus promoting shortened ALOS. Moreover, 'hospital coefficients' are prepared to compensate for any monetary loss due to the application of the DPC/PDPS and, on a long term basis, a wide range of incentives are provided to absorb and reflect various additional payments that are already applied under the current fee-for-service system. Though it is a voluntary participating system, many hospitals hope to join the program, meeting participation conditions such as submission of required data. The most outstanding achievement is its building of a database having plenty of clinical information from medical records and payment claims submitted by both DPC-applying and DPC-preparing hospitals to the Ministry. Japan's DPC system is appraised as stably operative and progressive by succeeding in inducing consensus of interested parties in policy decision-making, and securing a high rate of participation of tertiary hospitals within a short period of time. This conveys a strong message to the Korea's health insurance system that has failed to inch forward due to the medical providers' opposition in spite of having made efforts to introduce the DRG payment system for a long period of time.

Key Words : DRG(Diagnosis Related Group), DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination / Per Diem Payment System), bundling payment, New Bundling Payment, fee-for-service

† Corresponding author: Hyoung-Sun Jeong, Tel: +82-33-760-2343, e-mail: jeonghs@yonsei.kr
Address: Yonseidaegil 1, Wonju-si, Gangwon-do 220-710, Korea