

건강보험 지불제도의 개편방향

집중분석

박은철

연세대학교 의과대학 예방의학교실, 보건정책 및 관리연구소

In Korea, there are many discussions about payment system of Health Insurance. The discussing points are low level of payment and introduction of bundled payment (DRG like payment, DPC like payment, DPC payment). This paper describes the diagnosis of Korean healthcare system related to payment system, and the directions of payment system for solving the problems of Korean system. The problems related to payment system are long length of stay (LOS), many outpatient visits and low quality of primary care. For reducing LOS, I suggest to introduce DPC payment system. Korea has the payment system that reimburses together doctor's fee and hospital's bill, is different to U.S.A but same to Japan. DPC system has the mechanism of reducing LOS directly. For reducing outpatient visits and improving quality of primary care, I suggest the framework introducing various payment system of outpatient care - gatekeeping systems and patient-centered medical home, etc. Because Korean Health Insurance has a uniform benefit system. And I suggest to introduce the strategy of consumer's behaviors with changing payment system. The important item in changing payment system is reasonable reimbursement of doctors and hospitals, that the efforts and costs of doctors and hospitals will be compensated regardless of any payment systems. This will be guaranteed to prevent some distorted provider's behaviors and to increase health of the patients and the population.

Key Words: Payment system, Bundled payment system, Diagnosis procedure combination (DPC), Health insurance

교신 및 책임저자: 박은철

주소: 120-752, 서울시 서대문구 연세로 50

E-mail: ecpark@yuhs.ac

Tel: 02-2228-1862

Fax: 02-392-8133

*대한임상보험의학회 2010년 제2차 학술세미나(2012. 7. 19)

서론

건강보험 수가에 대한 논란은 1977년 건강보험이 도입되면서부터 지금까지 지속되고 있다. 시기별로 논란의 주제는 달랐는데 건강보험 도입 초기에는 수가수준과 관련된 논란이 그 중심이었고, 최근에는 질병군별 포괄수가제(diagnosis related groups, DRGs)와 함께 포괄지불제(bundled payment)가 중심에 있다.

건강보험 수가는 건강보험 요양기관에서 행하여진 의료행위 또는 비용에 대해 요양기관협의회와 국민건강보험공단의 계약(계약이 되지 않는 경우 보건복지부 건강보험정책심의위원회에서 결정)된 가격이다^{1,2)}. 이는 의료수요자와 공급자 간의 상호작용에 의해 결정된 가격이 아니기에 경쟁시장에서의 가격과 상이하다. 건강보험 수가는 가격의 변화요인에 따라 가격이 변동하는 가격의 유연성이 없으며, 시장의 조건에 따른 동시에 여러 가격이 존재하는 가격의 다양성이 없다. 경쟁시장에서의 가격이 사회 전반의 효율성을 극대화할 수 있다면 건강보험 수가는 효율성 극대화에 한계가 있는 가격이라 할 수 있다. 모든 의료서비스가 경쟁시장에 속하지는 않기에 소비자와 공급자 간의 상호작용에 의해 결정되는 가격이 시장의 효율성 극대화를 전적으로 반영하지는 못 하는 측면은 있다. 그러나 현재의 결정체계 하에서 건강보험 수가는 일정 부분의 한계가 존재하므로 이를 줄이고자 하는 노력을 필요로 한다.

건강보험 수가 중 진료행위로, 즉 의료행위수가는 2001년부터 상대가치 수가제를 적용하고 있으며, 2002년부터 7개 질병군에 대해 포괄수가제(Diagnosis Related Group, DRG)를 희망하는 요양기관에서 적용하다가 2012년 7월부터 의원과 병원급 요양기관에서 당연 적용되었고, 2013년 7월부터 종합병원과 상급종합병원에서 당연 적용될 예정이다. 이외는 별도로 2008년부터 요양병원에 대해 일당정액 수가제를 도입하였으며, 의료의 질을 감안한 가감지급사업(pay for performance, P4P)을 실시하고 있으며, 2009년부터 일본의 진단기술분류수가제(Diagnosis Procedure Combination, DPC)를 변형한 신포괄수가제에 대해 시범사업을 실시하고 있다. 정부에서는 건강보험 진료비 개편방향으로 질병군별 포괄수가제(DRG)의 확대와 신포괄수가제의 평가를 통해 적용 가능성을 검토하고 있다.

이 글은 의료수가의 분류를 통해 건강보험 수가를 이해하고, 건강보험 지불제도 개편의 원인을 살펴보고, 지불제도 개편방안을 논의하고자 한다.

본론

1. 의료수가의 분류

의료수가를 분류하여 의료수가를 살펴보는 것은 의료수가를 이해하는데 도움이 된다. 의료수가는 몇 가지 기준으로 구분할 수 있는데 첫째, 지불대상에 따른 분류, 둘째, 지불단위에 따른 분류, 셋째, 수가 결정시기에 따른 분류가 있으며 이 외에도 총액관리 여부, 가감지급 적용 여부 등에 의해서도 분류할 수 있다²⁾. 각 분류기준은 서로 독립적이므로 여러 조합의 수가 형태가 존재할 수 있다.

지불대상에 따라 의료수가를 분류하면, 보상의 대상이 되는 의사, 병원, 그리고 의사와 병원으로 구분된다. 미국의 경우 의사와 병원에 대한 보상(physician fee, hospital bill)이 구분되어 있는 반면^{3,4)}, 우리나라는 지불대상에 있어 의사와 병원을 함께 보상하고 있다. 이는 우리나라 의료의 역사가 반영된 것이다. 1885년 서양의학이 도입된 이후, 의사가 먼저 배출된 이후, 의사 등이 주도해 병원을 설립하였다. 따라서 미국과 유럽에서와 달리 의사에 대한 보상과 병원에 대한 보상을 별도로 할 필요가 없어, 의사와 병원에 대해 함께 보상하는 지불체계를 가지게 되었다. 지불대상이 의사와 병원을 분리하는가 또는 함께 보상하는가는 다른 국가에서 지불제도를 도입할 때 중요히 감안해야 할 사항이다.

미국 메디케어(Medicare)에서는 DRG를 병원에 대한 보상으로 사용하고 있으며, 의사에 대해서는 자원기준 상대가치(resource based relative value scale, RBRVS)를 사용하고 있다. 이 두가지 지불제도 모두 우리나라에 도입되었는데 미국에서 개발한 RBRVS에서는 의사에 대한 보상이므로 의사 이외의 비용인 진료비용(practice cost)을 이차자료를 이용하여 단순한 방법으로 측정하였다⁵⁾. 그러나 한국의 경우, 의사뿐만 아니라 병원의 비용도 함께 보상해야 하므로 8개 병원의 원가를 직접 분석하여 진료비용을 산출하였다^{6,7)}.

DRG의 경우 미국은 병원만을 보상하는 지불제도인 반면, 한국은 병원뿐만 아니라 의사도 보상해야 하므로 미국의 개발방법과 차이가 있어야 한다. DRG 분류에 있어서 미국의 분류를 그대로 한국에 적용하는 데는 한계가 있다. 미국은 병원만을 보상하므로 한쪽 탈장수술환자와 양쪽 탈장수술환자를 하나의 DRG 수가로 규정하고 의사는 한쪽 수술과 양쪽 수술에 대한 보상을 달리 받는다. 그러나 의사와 병원을 함께 보상하는 한국에서 한쪽과 양쪽 탈장수술환자를 하나의 DRG 수가를 책정한다면, 보상의 합리성은 크게 훼손될 것이며, 많은 양쪽 탈장수술을 받아야 하는 환자들은 두 번씩 입원하는 경우가 빈번해 질 것이다. 미국의 DRG 분류를 한국에 그대로 사용하기 위해서는 병원에 대상 보상만으로 국한해서 적용해야 한다. 그러나 한국의 수가를 의사에 대한 보상과 병원에 대한 보상으로 구분하는 것은 용이한 작용이 아니다. 왜냐하면, 한국의 의료 역사를 반영하고 있는 함께 보상하는 의료수가

를 인위적으로 구분하는 것은 어려운 작업으로 구분된 보상액이 의사와 병원 모두를 만족시키기가 어렵기 때문이다. 개방형 병원제(attending system)를 실시할 경우 의사들은 병원에서 수행한 의사수가 본인의 의원에서의 기회수입과 동일하기를 바라나 개방형 병원제로 인한 전이비용(transaction costs)이 유발되므로 이를 충족시키는 것이 어려울 수 있다. 그리고 병원 입장에서도 소속 의사(house staff)와의 수지를 계산하여 이익이 될 때만 개방형 병원제를 도입하기 때문이다.

일본은 한국과 동일하게 의사와 병원을 함께 보상하고 있으므로 미국의 DRG를 그대로 도입하지 않고 2004년부터 의사와 병원을 함께 합리적으로 보상하기 위해서 한 수가체계 내에서 의사 보상과 병원 보상을 구분하고 병원 보상만을 포괄하는 포괄지불제(bundled payment)인 진단기술분류 지불제(DPC)를 도입하였다⁸⁾.

둘째, 지불단위(unit of payment)에 따른 분류는 보상의 단위를 어느 수준으로 하는가에 따른 것으로 지불단위가 가장 작은 행위별 수가제(fee-for-service FFS), 진료사례(case)를 기초로 행위를 묶어서 보상하는 서비스 묶음제(bundled payment), 대상자수에 따라 보상하는 인두제(capitation), 해당 지역의 의사들 집단에 대해 전체적으로 보상하는 총액계약제(global contraction), 일정기간 동안 의료기관의 총예산에 따라 보상하는 총액예산제(global budgeting) 등이 있다²⁾.

셋째, 수가의 결정시기(timing of rate setting)에 따른 분류는 진료가 발생한 시점 이전에 수가가 결정되는가 또는 그 이후에 결정되는가에 따른 분류로 사전결정수가(prospective rate setting)와 사후결정수가(retrospective rate setting)로 구분할 수 있다. 우리나라의 건강보험수가는 1977년부터 진료시점 이전에 수가 결정되는 사전결정수가를 적용해 오고 있다. 미국의 메디케어의 경우 병원에 대한 보상은 1983년 이전까지 사후결정수가를 적용하다가 1983년 DRG가 도입되면서 사전결정수가가 최초로 적용되어 DRG의 별명으로 사전결정수가(prospective payment system, PPS)라 불리우고 있다²⁾.

지불대상과 지불단위의 기준으로 함께 수가를 분류하면 Table 1과 같다²⁾. 한국은 의사와 병원을 함께 보상하는 지불대상을 적용하고 있으므로 외국에서의 지불제도 도입시 이에 대한 감안이 충분해야 한다.

2. 진료비 지불제도 개편의 동인

한국의 보건의료정책 문제를 진단한 결과⁹⁾, 첫째, 건강수준은 전반적으로 좋으나 자살과 결핵은 문제가 있으며, 둘째, 보건인력은 적으며, 시설장비는 많은데 특히, 의원의 장비가 많다. 셋째, 의료이용은 많은데 특히 외래 의료이용이 매우 많으며, 재원일수는 매우 긴데 특히, 정신건강의학과, 내과, 정형외과, 신경외과의 재원일수가 길다. 넷째, 의료의 질은 좋으나 일차의료의 질은 문제가 있으며,

Table 1. 지불대상과 지불단위를 기준으로 한 의료수가의 분류

지불대상	행위별	환자사례별 (서비스묶음별)	소비자 또는 공급자별
의사	행위별 수가	의사 DRG	인두제 봉급제 총액계약제 총액예산제
병원	행위별 수가 재원일당 수가	DRG	총액계약제 총액예산제
의사와 병원	행위별 수가	DPC	인두제 총액계약제 총액예산제

DRG: diagnosis related group, DPC: diagnosis procedure combination.

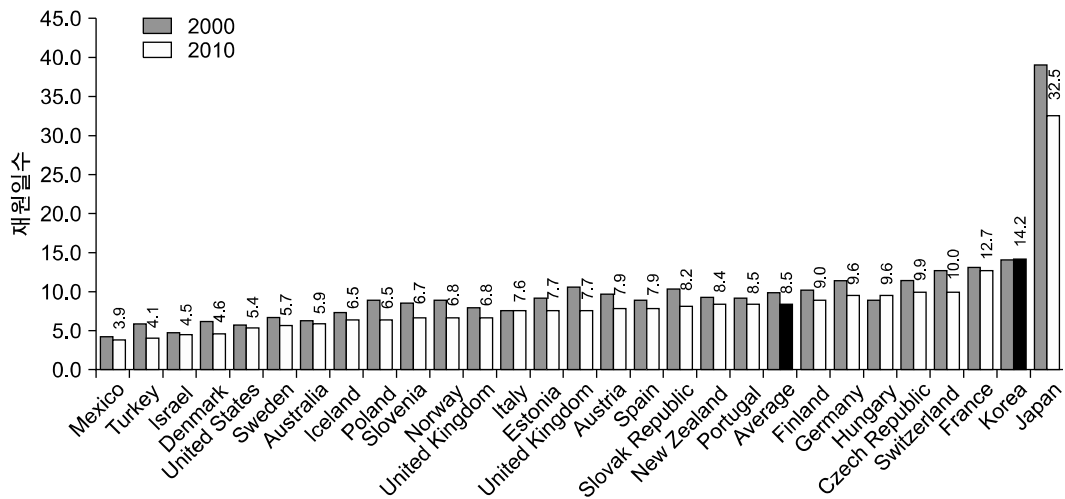


Fig. 1. OECD 국가들의 평균재원일수(2000, 2010) (자료: OECD Health Data).

다섯째, 의료비는 적게 지출하고 있으나 본인부담은 많다.

이들 정책문제 중 진료비 지불제도와 관련된 사항으로는 매우 긴 재원기간, 매우 많은 외래방문일수, 낮은 일차의료의 질 등이다. 첫째, 국민들의 입원율은 OECD 국가들의 평균 수준이나 재원일수는 일본에 이어 두 번째로 길며, 일본은 감소하고 있으나 한국은 증가하고 있다(Fig. 1). 둘째, 외래방문일수는 일본에 이어 두 번째로 많은데 이 역시 일본은 줄고 있으나 한국은 증가하고 있다(Fig. 2). 셋째, 일차의료의 질을 측정하는데 사용하는 일차의료 민감질환(primary care sensitive condition)인 천식,

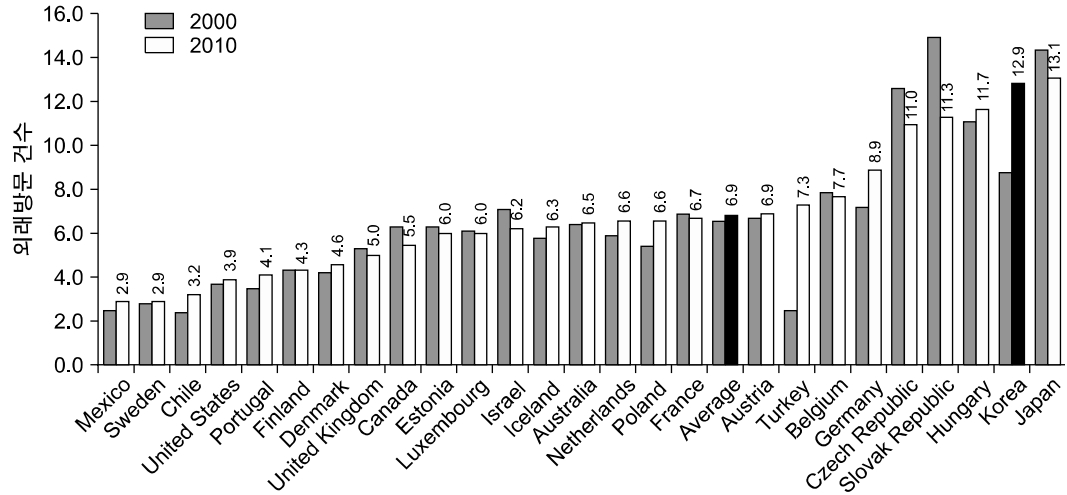


Fig. 2. OECD 국가들의 일인당 외래방문건수(2000, 2010) (자료: OECD Health Data).

Table 2. 일차의료의 질에 대한 한국의 위치도

	한국 위치	한국	OECD 평균	최고	최저	국가수
천식 입원율	-0.43	101.5	52.0	15.1 (포르투갈)	166.8 (슬로베키아)	29
COPD 입원율	-0.17	221.9	192.7	33.1 (일본)	363.9 (아일랜드)	29
미조절 당뇨 입원율	-0.56	127.5	50.3	3.3 (스페인)	187.9 (오스트리아)	24
고혈압 입원율	-0.41	217.0	95.3	1.3 (슬로베니아)	393.9 (슬로바키아)	22

* 한국의 위치도(positioning)은 OECD 국가들의 평균을 중심으로 가장 좋을 경우(1), 평균인 경우(0), 가장 나쁠 경우(-1)을 부여(자료: 박은철과 장성인, 2012).

만성폐쇄성폐질환(COPD), 당뇨, 고혈압의 입원율을 비교하면 한국은 OECD 국가들과 비교할 때 평균보다 높은 입원율을 보여 일차의료의 질이 낮다고 할 수 있다(Table 2).

3. 건강보험 진료비 지불제도 개편방안

건강보험 진료비 지불제도의 개편과 관련된 보건의료문제로는 첫 번째로 긴 재원일수이다. 장기간의 재원일수의 원인으로는 행위별 수가제, 과도한 병상수, 요양병원의 급속한 증가 등의 공급자적 요인과 함께, 소비자적 요인이 함께 작용하고 있다. 한국은 미국과는 달리 입원일수에 대한 통제 및

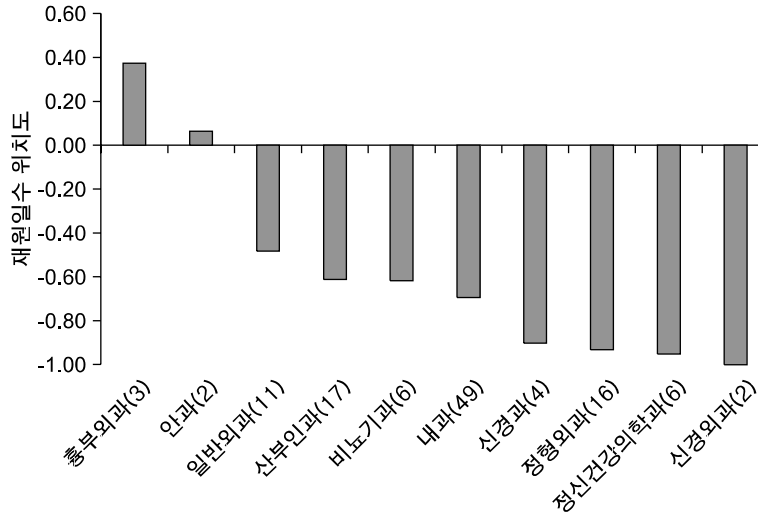


Fig. 3. OECD 국가들과 비교한 한국의 재원일수 위치도. 재원일수 위치도(positioning)는 한국이 상대적으로 가장 짧으며 1, 가장 길다면 - 1일. ()안은 비교 진단명수(자료: OECD Health Data).

장기적 입원에 대한 본인부담 상승 등의 소비자에 대한 통제 기전이 없다. 그리고 장기의 재원일수는 신경외과, 정신건강의학과, 정형외과, 신경과, 내과의 순으로 길다(Fig. 3). 신경외과와 정형외과가 산업재해보상보험과 자동차보험의 환자를 진료하고 있다는 점을 감안하면 설명되는 부분이 많다. 따라서 전반적으로 외과계에 비해 내과계의 재원일수가 상대적으로 더 길다.

재원일수를 감소시키기 위해서는 병상수를 줄이는 대책(의료법인의 한시적 명퇴제도)과 재원일수가 길어짐에 따라 본인부담률을 증가시키는 차등 정률제의 도입과 함께, 행위별 수가제를 포괄지불제(bundled payment)로 변경할 필요가 있으며, 외과계 환자들에게 대해 퇴원후 방문총액제(surgical global period)와 함께 일본의 진단시술분류 지불제(DPC)의 도입이 바람직하다.

일본의 진단시술분류 지불제(DPC)를 도입해야 이유로는 첫째, 우리나라는 의사와 병원을 함께 지불하는 진료비 지불제도를 지니고 있다는 점이다. 미국의 DRG가 병원만을 보상하는 제도이므로 의사에 대한 합리적 보상에 한계가 있다. 둘째, 내과계 환자의 재원일수가 외과계 환자들보다 상대적으로 길며, 현 7개 질환군을 대상으로 하는 DRG는 내과계 환자로 확대하는 것은 한계가 있기 때문이다. 한국 DRG 시범사업 초기에 폐렴을 대상으로 하였으나 본 사업에서 제외했던 점을 감안하면 한국의 DRG를 내과계 환자에게 적용하는 것은 무리가 있다고 할 수 있다. 셋째, 미국 DRG는 의료의 질을 하락시켰다는 증거가 없는데 이는 병원의 지불방법인 DRG와 의사의 지불방법인 행위별 수가로 상대가치수가제도(RBRVS)를 적용하여 병원과 의사 간에 견제와 균형(check and balance)이 있기 때문이다¹⁰⁾.

따라서 진단기술분류 지불제(DPC)는 의사와 병원에 대해 함께 보상하나 수가설계상 의사에 대해서는 행위별 수가제를, 병원에 대해서는 포괄지불제를 적용하고 있어 한 지불제도 안에서 의사와 병원의 행태를 다르게 작용하게 함으로 의료의 질을 하락시킬 가능성을 줄일 수 있다.

한편, 한국에서는 일본의 진단기술분류 지불제(DPC)를 변형한 신포괄수가제에 대해 시범사업을 실시하고 있다. 그러나 신포괄수가제는 일본의 DPC보다 재원일수 감소에 효과가 적다. 일본의 DPC는 재원일수에 따른 일당 수가에 분명한 차이를 두고 있어 재원일수 감소가 더 크기 때문이다(Fig. 4)¹¹⁾. 또한, 신포괄수가에서는 행위별 수가의 80%만을 보상하고 나머지 20%는 포괄보상으로 이전시켰으나, 일본의 DPC에서는 행위별 보상을 100% 보상하고 있어 의사에 대한 보상 원칙에 더 부합하다고 할 수 있다.

우리나라는 많은 외래 방문일수에도 불구하고 일차의료의 질이 좋지 않다. 비감염성질환(non-communicable disease, NCD)의 시대인 점을 감안하면 외래 진료비 지불제도도 개편이 필요하다. 즉, 지속적 진료가 가능하고 의료의 질을 높일 수 있는 지불제도로의 개편이 필요하다. 이를 위해 외국에서는 문지기(gatekeeping) 모형, 환자중심적 의료(patient-centered medical home) 모형 등의 다양한 모형이 시도되고 있다. 한국도 시범사업의 형태로 만성질환관리가 시도되었으나 더욱 다양한 형태가 시도되어 한국적 모형을 찾는 기반 조성이 필요하다. 전국민을 대상으로 단일 급여형태를 가지고 있는 건강보험에서 다양한 형태의 외래 진료비 지불제도가 도입되어 평가될 수 있는 제도로의 전환이 필요하다.

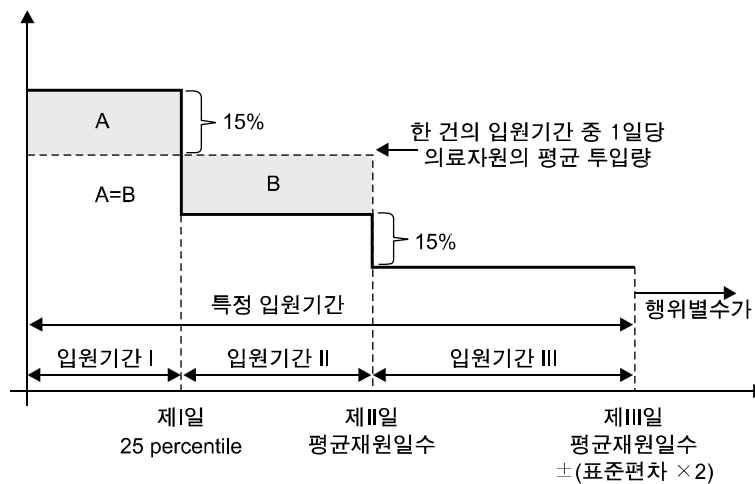


Fig. 4. 일본 DPC의 재원일수에 따른 일당 수가(자료: 정형선과 조란, 2012).

더불어 외래 이용에 있어서도 소비자에 대한 대책이 필요한데 합리적 의료이용을 하는 국민들에게 인센티브를 지급하고 과도한 의료이용을 하는 국민들에게는 패널티를 부여하는 제도가 도입되어야 할 것이다.

결론

진료비 지불제도는 소비자와 공급자, 그리고 보험자와 모두 연결되는 건강보험에서 중요한 제도이다²⁾. 그러나 한국은 건강보험 지불에 있어 오랫동안 논란들이 있어 왔다. 그 핵심에는 원가에 미치지 못하는 수가수준이 있으며⁷⁾, 이로 인해 비급여의 확대, 그리고 비급여 진료과를 선호하는 의료의 왜곡이 있어 왔다²⁾. 이런 구조적 측면과 함께 한국은 긴 재원일수, 과도한 외래 방문일수, 낮은 일차의료의 질을 보이고 있어 이를 해결해야 하는 시점에 도달해 있다.

이런 문제점을 해결하기 위해 건강보험 진료비 지불제도는 개편이 필요하고 그 개편의 방향은 분명한 문제인식에서 출발해야 한다. 즉, 지불제도 개편의 목적이 분명해져야 한다. 의료비 절감 및 본인부담 감소가 개편의 동인에서 우선적이 아니라, 재원일수 감소, 외래 방문일수 감소 및 일차의료의 질 제고가 지불제도 개편의 일차적 목표이어야 한다.

재원일수 감소에 더 직접적인 효과를 낼 수 있는 포괄지불제(bundled payment)인 진단기술분류 지불제(DPC)의 도입이 바람직하며, 외래 방문일수 감소와 일차의료의 질 제고를 위한 다양한 제도의 도입이 가능한 건강보험 급여의 변경이 필요하다. 또한 공급자에 대한 대책 뿐만 아니라 소비자에 대한 대책도 함께 추진되어야 개편 목표를 달성할 것이다.

진료비 지불제도의 개편과 함께 지불제도의 합리성을 제고할 수 있는 기반이 필요한데 행위별 원가분석을 할 수 있는 의료기관의 원가패널을 구축하는 것이다. 의료기관의 원가패널은 모든 지불제도에서 필요로 하는 기본적 자료로 활용될 것이다. 행위별 수가제에서는 상대가치 점수의 산출, 원가수준의 파악 등에 활용할 수 있으며, 포괄지불제(bundled payment)에서는 포괄지불의 분류, 포괄지불의 상대가치 점수, 원가수준의 파악에 활용할 수 있다.

진료비 지불제도는 개편이 필요한데, 어떠한 형태로 개편이 되던 가장 중심적 과제는 의사와 의료기관에서 시행하는 시술에 대한 합리적 보상이다. 합리적 보상에 기반한 건강보험 진료비 지불제도의 개편은 의료의 왜곡을 막고 환자와 국민의 건강을 올릴 것이다.

참고문헌

1. 박은철. 건강보험 수가정책. 수록처: 유승흠. 한국 의료발전을 위한 보건의료어젠다. 한국의학원, 2005
2. 유승흠, 박은철(편). 의료보장론. 신광출판사, 2009
3. US Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC). Medicare Payment Policy: Report to the Congress. 1999
4. Bodenheimer TS, Grumbach K. Understanding health policy - A clinical approach. 4th ed., McGraw-Hill Co., 2005
5. Becker ER, Dunn D, Hsiao WC. Relative cost differences among physicians specialty practices. JAMA 1988;260(16):2397-402
6. 김한중, 손명세, 조우현, 박은철, 전병율, 이선희 등. 상대가치 개발의 총괄. 보건행정학회지 1995;5(2): 202-12
7. 김한중, 손명세, 박은철, 김영삼, 박형욱, 박웅섭 등. 의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 한국보건의료관리연구원, 1997. 10
8. Kondo A, Kawabuchi K. Evaluation of the introduction of a diagnosis procedure combination system for patient outcome and hospitalisation charges for patients with hip fracture or lung cancer in Japan. Health Policy 2012;107(2-3):184-93
9. 박은철, 장성인. 한국 보건의료정책 문제의 진단. 대한의사협회지 2012;55(10):932-9
10. 박은철, 이선희, 이상규. DRG 지불제도에 대한 미국의 경험과 우리나라에서의 시사점. 한국병원경영학회지 2002;7(1):105-20
11. 정형선, 조란. 일본 DPC 조사 연구. 연세대 의료복지연구소, 2012. 9