

포괄수가제, 오해와 진실

2012. 5.

보건복지부 건강보험심사평가원 국민건강보험공단

목차

1. 포괄수가제란 무엇이고, 왜 도입하려는 건가요?	4
2. 포괄수가제를 하면 국민에게 무슨 이득이 생기나요?	7
3. 그동안 선택적으로 행위별수가·포괄수가를 시행했다는데 각각의 병원에서 환자가 느낀 각각의 만족도는 어땠나요?	10
4. 대한의사협회는 포괄수가제를 하면 의료의 질이 떨어진다고요?	12
5. 포괄수가제를 하면 신의료기술의 발전이 저해된다는 지적이 있는데요?	19
6. 포괄수가제는 총액계약제로 가려는 전 단계라는 지적에 대해서는?	21
7. 정부가 준비없이 급하게 강행하고 전문가인 의료계를 배제한다고요?	22
8. 7개 질병군 입원환자에 대한 당연적용으로 중증환자의 기피현상이 생기거나 경증환자의 대형병원으로의 쏠림현상이 심해질 수 있다고요?	24
9. 포괄수가제 지불단위인 환자분류체계*에 대해 의료계에서 우려가 많다고요?	25
10. 올해 실시되는 포괄수가제는 7개 질병군에만 적용된다고 하는데, 앞으로 더 많은 질병에 적용할 계획이 있는지요?	26

(머리말)

7개 질병군*에 대한 포괄수가제가 7월 1일부터 전국 모든 병원과 의원으로 확대(당연적용)됩니다.

2002년부터 지금까지 포괄수가제가 시행되어 왔지만, 그동안은 병원들이 행위별수가제와 포괄수가제 중에서 편한 것을 선택하여 적용해오고 있었습니다.

그동안 여러 문제점을 지속적으로 보완해온 덕분에 포괄수가제에 대해 긍정적인 평가를 얻었고,

제도 시행이 반드시 필요하다는 공감대가 형성되어 모든 관련 단체 간 협의를 거쳐 올해 확대하기로 정했습니다.

용어나 제도의 내용 등이 다소 낯설고 이해하기 어렵지만, 환자와 가족은 물론 전 국민에게 직접적이고 중요한 영향을 미치는 제도 개선이므로 이것을 더 쉽고 자세하게 알려드리려고 합니다.

또한, 의사단체 등에서 그간의 협의에도 불구하고 이 제도의 시행을 공개적으로 반대하고 있기 때문에 여러모로 혼란스러울 수도 있다고 여겨집니다.

쟁점별로 가급적 쉽고 자세하게 설명 드리겠습니다.

* 7개 질병군 : 우리 생활 속에서 흔히 수술하게 되는 백내장수술, 편도수술, 맹장수술, 탈장수술, 치질수술, 제왕절개분만, 자궁수술을 말합니다.

1. 포괄수가제란 무엇이고, 왜 도입하려는 건가요?

포괄수가제(DRG : Diagnosis Related Group Payment System)는 치료과정이 비슷한 입원환자들을 분류하여 일련의 치료행위를 모두 묶어서 하나의 가격을 매기는 **의료비지불방식**입니다. 일종의 “입원비 정찰제”라고 할 수 있습니다. 이렇게 정해진 정액 진료비가 통째로 건강보험이 적용되어 입원환자는 진료비의 20%만 본인이 부담하게 됩니다.

지금까지는 대부분의 병원에서 ‘**행위별수가제(Fee for Service)**’를 적용하고 있으며, 1977년 의료보험제도 도입 이후부터 계속 해 오고 있는 **제도입니다**. 이는 환자가 진찰을 받으면 진찰료, 검사는 검사료, 처치는 처치료, 입원은 입원료, 약은 약값대로 이렇게 따로 따로 일일이 가격을 매겨놓고 거기에 횡수 등을 곱하여 최종 병원비가 계산됩니다(모든 의료행위의 가격과 약값 등은 보건복지부장관의 고시로 “요양급여기준”이라는 책자에 일일이 기재되어 있음).

이 방식이 의사(병원)가 환자에게 의료서비스를 한 만큼 가장 정확하게 지불하는 방법에는 틀림없습니다.

그런데 이러한 **행위별수가제**는 의사가 환자에게 **진료행위량을 늘리면 늘릴수록 의사의 수입이 늘어날 수밖에 없는 구조적 한계가 있습니다**. 이 때문에 환자에게 꼭 필요한 만큼의 진료 행위량을 넘어서 **과잉진료**가 이루어지는 문제가 생깁니다.

이렇게 되면 불필요한 진료행위만큼 **건강보험재정이 낭비**되고, 환자나 가족의 호주머니로부터 돈이 더 많이 지출되는 문제가 발생할 뿐만 아니라, 방사선을 많이 쬐다거나 항생제를 너무 많이 복용해서 **환자의 건강에도 좋지 않은 결과를 초래**할 수 있습니다.

이것은 비단 우리나라만의 문제가 아니라 세계 거의 모든 나라의 고민이었는데, 많은 의료선진국들이 이러한 고민에 대한 답으로 선택한 것이 바로 ‘포괄수가제’ 지불방식입니다.

□ 포괄수가제의 역사

1979년 미국의 예일대학에서 경영관리기법을 의료관리에 도입함으로써 '포괄수가제'가 처음 시작되었습니다. 그 이후 많은 국가가 이 제도의 유용성과 한계 등을 검토하였으며 지금은 대부분의 국가가 이 제도를 도입하여 운영하고 있습니다.

우리나라에서도 정부 및 학계에서 그동안 이 제도에 대해 많은 연구와 논의를 해왔습니다. 실제, 2001년 건강보험재정이 급격히 악화되는 상황에서 이 제도의 도입이 시도된 적이 있었습니다(1997년 2월부터 2000년 1월까지 3차례의 시범사업 실시 및 2001년 12월까지 2년간 시범사업 연장 운영). 하지만 당시 의약분업 실시에 따른 의료대란의 혼란스러운 분위기 속에서 포괄수가제가 의사의 진료 자율권을 제약한다는 등의 우려로 의료계로부터 강력한 반발이 일었습니다. 이에 따라 포괄수가제를 당연적용하지 못하고 병원들이 선택 참여하는 수준에서 2002년부터 제도가 시행된 것입니다.

5년간의 시범사업 및 10년간의 선택적 포괄수가제도의 적용 경험을 통해 정부는 이 제도의 장점이 충분히 증명되었다고 봅니다. 반면, 이 제도 시행에 따라 우려되었던 부작용들은 실제 의료현장에서 거의 발생하지 않은 것으로 나타났습니다.(자세한 내용은 뒤에서 하나씩 상세히 말씀드리겠습니다.)

이러한 제도운영 경험과 근거를 토대로 2011년 8월 「보건의료미래위원회」에서는 포괄수가제를 2012년부터 단계적으로 당연적용할 것을 정부에 권고하였습니다. 이어 건강보험과 관련된 최고의 의사결정기구인 「건강보험정책심의회(약칭 '전정심')」에서 포괄수가제의 확대 시행과 중장기 로드맵이 의결되었습니다.

< 「OECD 한국 의료의 질 검토보고서(2012)」에서 발췌 >

OECD가 본 한국 의료의 현실

“OECD 국가에 비해 보건의료비용 지출이 두 배 이상 높음”

- 한국은 OECD 국가 중 1인당 보건의료비 지출이 가장 빠르게 증가
- 2002~2009년 사이 한국의 1인당 평균 보건의료비용 증가율 연간 7.7%에 달함. 이는 OECD 연간 평균인 3.6%의 두 배가 넘는 수준

“입원일수, OECD 국가 중 2위”

- 한국의 평균 입원일수는 14.6일, 반면 OECD 평균은 7.2일

“병원마다 입원일수 편차가 큼”

- 같은 질병임에도 병원별로 진료비 및 입원일수의 차이가 크게 나타남

“고가 의료장비와 병상 수의 증가”

- 인구수 대비 CT 및 MRI 보유대수가 OECD 국가 중 최상위권
- 지난 8년간 한국의 의료비 구성을 분석해보면 진찰료의 비중은 감소하고 있는 반면, 입원료 및 고가의료장비 비중이 두드러지고 있음
 - * 진료비 구성 중 특수영상료 비중 2.5%p 증가 : 2.1%('03년) → 4.6%('09년)

“급성기 병상 증가”

- OECD 국가의 경우 급성기 병상 공급은 감소되거나 정체되어 있지만 한국은 오히려 증가하고 있음
- 인구 천 명당 한국은 8.3병상, OECD 평균은 4.9병상

◆ 한국 의료의 질 향상을 위한 OECD의 권고 ◆

- ① 한국의 급격한 의료비 상승을 억제하고, 의료체계의 효율성을 키우기 위해 포괄수가제를 한국의 전체 병원으로 확대할 것, 그리고 가능한 많은 서비스들을 포괄수가제의 대상으로 할 것
- ② 적절한 입원 및 퇴원 기준을 마련할 것
- ③ 입원 시의 진단명과 제공된 서비스의 구성 및 양에 대한 엄격한 감시 등 질 관리를 통해 포괄수가제를 보완할 것

2. 포괄수가제를 하면 국민에게 무슨 이득이 생기나요?

포괄수가제는 환자나 병원 모두에게 득이 되는 제도입니다.

우선, 환자 입장에서 의료비 부담이 줄어듭니다.

그동안 불필요한 의료서비스로 인해 환자들이 부담하지 않아도 되는 비용을 지불해왔습니다.

우리나라의 환자 1인당 평균 재원일수는 16.7일로 2009년 OECD국가 평균 8.7일보다 8일이나 많습니다. 이것은 퇴원해도 되는 환자가 계속 입원을 함으로써 환자 본인의 의료비 부담도 증가시키고 나아가 보험재정도 낭비하는 결과를 가져옵니다.

이외에도 병원에서 진료를 받은 경험을 가진 사람이라면 누구나 한번쯤 경험했을 법한 일입니다. 매달 꼬박꼬박 보험료를 냈는데 막상 병원에 가면 보험이 되지 않는 항목이 얼마나 많던지... 진료비 명세서를 받아보고 우리 보험제도를 원망하셨을 겁니다. 배보다 배꼽이 더 크다고 이 뿐이 아닙니다. 옆집에 사는 민지엄마랑 같은 시기에 제왕절개로 출산을 했는데 민지엄마는 병원비가 나보다 30만원이나 덜 나온 것에 의아한 생각이 들었을 수도 있습니다.

기존 행위별 수가제에서는 이러한 의료서비스 행태에 대해 합리적으로 조정할 수 있는 방법이 마땅치 않았습니다. 반면, '포괄수가제'는 이러한 문제점을 상당 부분 해소할 수 있습니다.

오는 7월부터 확대 적용되는 포괄수가제는 그동안 건강보험이 적용되지 않는 진료 항목(비급여) 중 일부 항목들에 건강보험 혜택을 적용하기 때문입니다.

둘째로, 과잉검사나 항생제 과용 등을 줄여 국민건강권이 더욱 보호될 것입니다.

셋째로, **병원비가 얼마나 나올지 미리 예측하기가 수월해집니다.** 병원 원무창구에서 갑자기 큰 돈을 마련하느라 당황한 적이 있었을 겁니다. 포괄수가제는 묶음으로 진료비를 지불하기 때문에 상대적으로 예측이 쉽습니다. 진료비가 얼마일지 미리 알고 가계 사정을 고려하여 합리적인 지출 계획을 세울 수 있을 것입니다.

마지막으로, 병원이나 의원에도 **경영효율화의 기초를 제공하므로 긍정적 영향을 주게** 됩니다. 정해진 비용 내에서 꼭 필요한 진료만 하게 되고, 가격에 비해 효과가 좋은 서비스나 제품을 선택해 사용하면, 그 나머지 부분은 병원의 이익으로 돌아가기 때문입니다. 또 병원과 건강보험심사평가원이 진료비의 적정성을 두고 서로 경쟁 상하는 불필요한 일들도 상당히 줄어들 것입니다.

※ 포괄수가제가 적용된 사례

▶ 제왕절개수술로 아이를 낳은 산모

- 산모 나실망씨는 A병원에서 제왕절개수술로 아이를 낳고 일주일간 입원했습니다. 입원료, 식대, 마취료, 수술료 등 총 174만 원이 발생하였고, 그 중 **75만 원**을 병원에 지급했습니다.
- 나실망씨의 친구 오조아씨도 똑같이 제왕절개수술로 일주일간 B병원에 입원해 있었습니다. 진료비가 총 150만 원이 발생하였고, 그 중 **27만 원**을 병원에 지급했습니다.

구 분		산모 나실망씨 (행위별수가)	산모 오조아씨 (포괄수가)
총진료비(A+B)		1,746,610원	1,501,180원
본인부담금 (급여 20%+비급여 100%)		746,570원	270,920원
보험자부담금		1,000,040원	1,230,260원
진료비	급여(A)	1,276,610원	1,501,180원
	비급여(B)+전액본인부담	470,000원	-

* 두 기관 모두 상급병실차액, 선택진료료, 초음파 등은 비급여로 적용 비용 제외

▶ 병원비, 왜 차이가 나는 거죠?

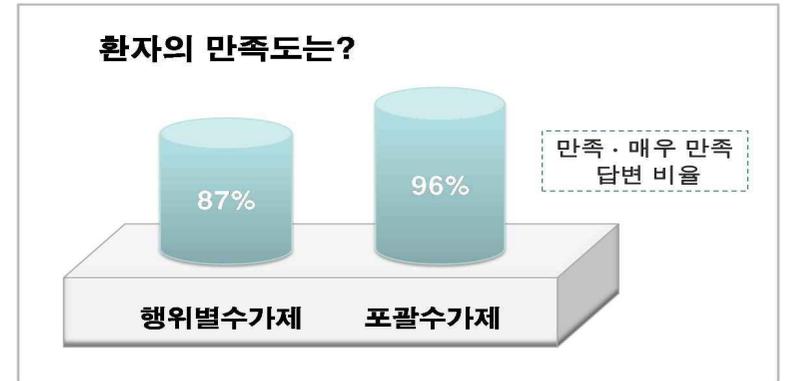
- 나실망씨가 전액 본인 부담했던 자궁유착방지제* 등과 같은 항목(B)에서 오조아씨는 건강보험 혜택을 받았습니다.
- * 의료계에서는 제왕절개수술 후 자궁이 흉터 없이 잘 아물고 다음번에 제왕절개를 다시 할 때 수월하다는 이유로 많이 사용하고 있는데 하지만 이에 대한 객관적인 임상적 증거가 부족해서 행위별수가제에서는 보험 적용을 하지 않고 있습니다.
- 오조아씨가 입원한 병원은 포괄수가 적용 기관이었습니다. 포괄수가를 적용하면 대부분의 항목에 건강보험이 적용되어 환자의 부담이 줄어드는 것이죠.

★ 행위별수가 비급여 항목에서 포괄수가 급여항목으로 전환되는 사례

- ▶
 - **인** 는 행위별수가제에서는 비급여로 비용의 전부(약 10만원)를 환자가 부담하였으나, 포괄수가제에서는 비용의 20%인 약 2만원만을 환자가 부담하면 되므로 약 8만원 정도의 환자 본인 부담이 감소됩니다.
- ▶
 - **인** 는 행위별수가제에서는 비급여로 비용의 전부(약 20~30만원)를 환자가 부담하였으나, 포괄수가제에서는 비용의 20%인 약 4~6만원만을 환자가 부담하면 되므로 약 16~24만원 정도의 환자 본인 부담이 감소됩니다.
- ▶
 - 수술 시 피부를 봉합할 때 사용하는 는 행위별수가제에서는 비급여로 비용의 전부(약 5~7만원)를 환자가 부담하였으나, 포괄수가제에서는 비용의 20%인 약 1~1만4천원만을 환자가 부담하면 되므로 약 4~5만6천원 정도의 환자 본인 부담이 감소됩니다.
- ▶
 - 수술 시 절제한 수술부위의 주위조직이 유착되는 것을 감소시키기 위해 사용하는 는 행위별수가제에서는 비급여로 비용의 전부(약 30만원)를 환자가 부담하였으나, 포괄수가제에서는 비용의 20%인 약 6만원만을 환자가 부담하면 되므로 약 24만원 정도의 환자 본인 부담이 감소됩니다.

3. 그동안 선택적으로 행위별수가·포괄수가를 시행했다는데 각각의 병원에서 환자가 느낀 각각의 만족도는 어땠나요?

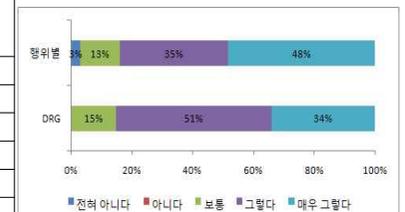
의료진의 진료과정, 검사의 신속성 등 의료서비스의 만족도를 조사한 결과, 포괄수가제 병원에서 진료 받은 환자가 전체적인 의료서비스에 대해 더 높은 만족을 느낀 것으로 나왔습니다.



※ 자료 : 7개 질병군 포괄수가제도 발전방안 연구(충북대·서울대 산학협력단, 2009)

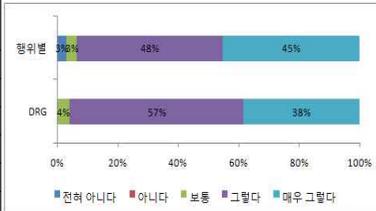
설문1. 의사가 치료과정 및 결과에 대해 자세히 설명해 주었습니까?

항목	포괄수가제 (DRG)	행위별수가제
전혀 아니다	0%	3%
아니다	0%	0%
보통	15%	13%
그렇다	51%	35%
매우 그렇다	34%	48%
계	100%	100%



설문2. 검사는 신속하게 이루어졌습니까?

항목	포괄 수가제 (DRG)	행위별 수가제
전혀 아니다	0%	3%
아니다	0%	0%
보통	4%	3%
그렇다	57%	48%
매우 그렇다	38%	45%
계	100%	100%



설문3. 이 병원에서 제공되는 의료서비스에 대해서 만족하십니까?

항목	포괄 수가제 (DRG)	행위별 수가제
매우 불만족	0%	3%
불만족	0%	0%
보통	4%	10%
만족	64%	58%
매우 만족	32%	29%
계	100%	100%



4. 대한 의사협회는 포괄수가제를 하면 의료의 질이 떨어진다고요?

□ 고비용이 의료의 질을 보장하는가?

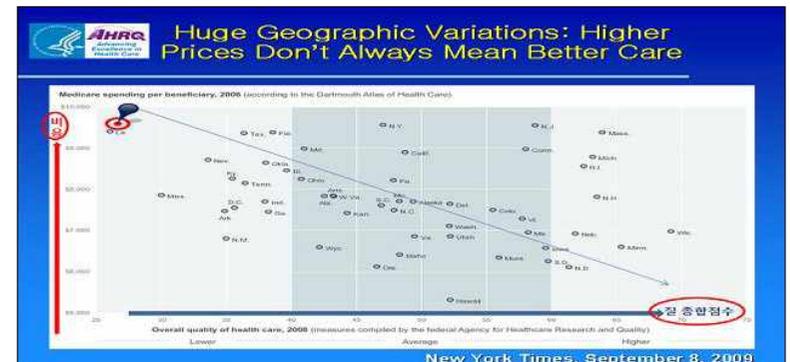
검사를 많이 하고, 비싼 약을 먹고, 항생제를 많이 투여하면 보다 안전하고 질 높은 의료서비스일까요? **의료서비스 제공량을 늘리고 비용을 많이 투자한다고 해서 의료의 질이 향상되는 것은 아닙니다.**

한 가지 예로 “수술 후 예방적 차원의 항생제를 투여하는 과정에서 항생제의 첫 투여시기가 적절하다면 대개의 경우 1회의 투여로 충분하다”는 것이 중론입니다.

따라서 항생제를 며칠간 지속적으로 사용하기 보다는 피부 절개 전 30분(또는 1시간 이내)과 수술 후 24시간이내에 단기 투여가 좋습니다(Bratzler DW. Houck PM. Antimicrobial prophylaxis for surgery(2004) 등).

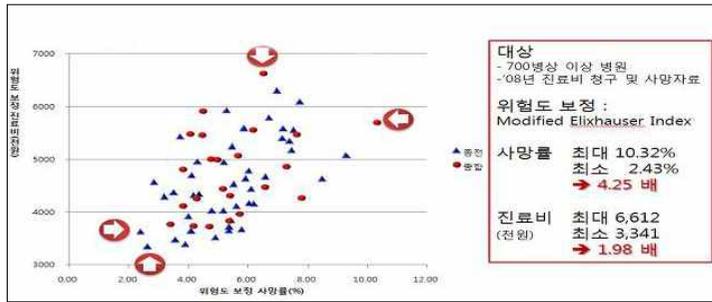
특히 건강보험심사평가원의 급성심근경색증 **평가결과**에서 진료비 분포와 사망률 분포를 비교해보면, **치료비용을 증가시킨다고 해서 반드시 생존가능성이 높아지지 않는다는 사실**이 단적으로 드러났습니다. 오히려 비교적 낮은 비용을 투자했음에도 높은 생존률을 보인 경우가 많았습니다.

[고비용이 질 향상을 의미하는 것은 아니다]



자료 : 뉴욕타임즈 보도내용에서 발췌 (2009)

[진료비와 사망률의 낮은 상관관계(급성 심근경색증 환자)]



자료 : 서울대학교 김운 교수(2010)

□ 질 저하는 없었다

2002년부터 2007년까지의 포괄수가제 대상 7개 질병군 진료자료를 분석한 결과, 행위별수가제 병원과 포괄수가제 병원의 재입원을 차이는 거의 존재하지 않았습니다.

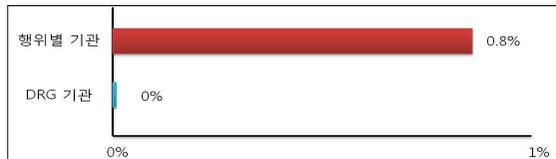
특히 연도별로도 큰 차이를 보이지 않는 것으로 나타나 포괄수가제에서도 의료 서비스를 이용한 결과가 일정하게 유지되고 있는 것을 알 수 있습니다.

일선 의료 현장에 계신 우리나라 의사 선생님들 대부분은 진료비 지불방식과 상관 없이 항상 최선의 진료를 하고 있다는 것을 알 수 있는 대목입니다.

포괄수가제(DRG) 기관과 행위별수가제 기관의 질병군별 재입원율(2002~2007년)

※ 자료 : 7개 질병군 포괄수가제도 발전방안 연구 (충북대 · 서울대 산학협력단, 2009)

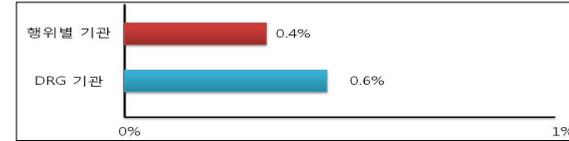
1. 수정체수술



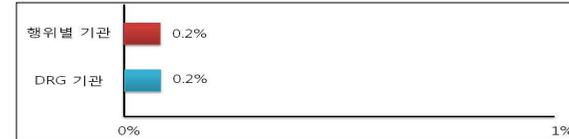
2. 편도 및 아데노이드 절제술



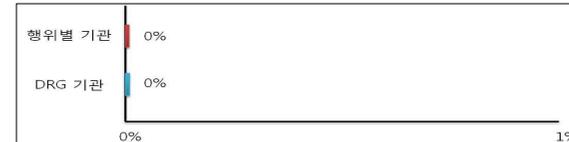
3. 항문 및 항문주위수술



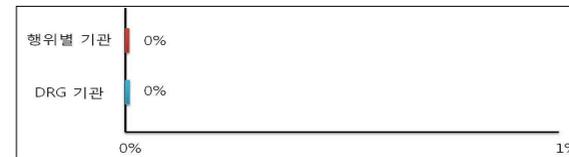
4. 서혜 및 대퇴부 탈장수술



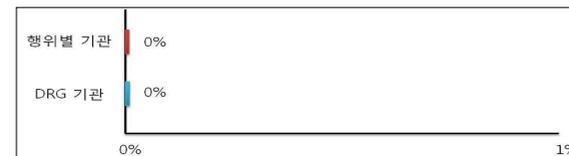
5. 총수절제술



6. 자궁 및 자궁부속기수술



7. 제왕절개분만



□ 질 저하를 막기 위한 노력

7개 질병군 입원환자에 대한 처치는 상대적으로 그 시술난이도가 높지 않고 실제 입원일수, 비용의 편차도 크지 않은 진료 특성이 있습니다.

다만, 만에 하나 의료의 질이 저하되지 않도록 방지장치를 마련하였습니다. 포괄수가 적용환자의 의료서비스 수준에 대한 질 평가를 7.1일 포괄수가제 시행과 동시에 시작하고, 임상진료지침 및 병원 내 임상경로 등의 개발과 교육·보급·확대 등 의료계가 자발적으로 질 향상노력을 할 수 있는 여건을 조성하는데 과감한 지원을 펼쳐 나가도록 하겠습니다.

이미 의료계와 함께 7개 질병군 입원환자에 꼭 필요한 수술 전 검사, 수술 전 항생제 사용률, 입원 중 감염률 및 합병증 발생률, 퇴원 후 재입원율, 응급실 이용률 등 총 18개의 지표를 합의해 7월 1일부터 평가하기로 하였습니다.

< 7개 질병군 입원환자에 대한 질 평가 지표(안) >

구분		지표명	
의료의 질 (13)	과정 (5)	지표1	퇴원시 환자상태 이상소견율
		지표2	재원일수비
		지표3	기본의료서비스 실시율
		지표4	행위별 서비스 제공비
		지표5	수술의 예방적항생제 사용평가
	결과 (8)	지표6	입원중 사고율
		지표7	입원중 감염률
		지표8	수술합병증 및 부작용 발생률
		지표9	재입원율
		지표10	입원기간 중 합병증치료를 위한 수술 및 처치율
		지표11	퇴원 후 응급실 이용률
		지표12	입원기간 중 중환자실 이용률
		지표13	사망률
청구 및 진료행태 (4)	지표14	중증도'1'이상 비율	
	지표15	기관별 환자구성지수	
	지표16	입원전 또는 퇴원후 외래방문횟수	
	지표17	입원전 또는 퇴원후 외래 진료비	
자료제출충실도 (1)	지표18	의무기록자료 일치율	

질 수준에 대한 평가결과를 가감방식으로 보상하거나, 다음 수가수준이나 환산지수 계약 시에 반영하도록 하겠습니다. 포괄수가제 기반의 성과지불제도 발전방안에 대해서는 해외 사례를 잘 벤치마킹해 의료계와 머리를 맞대고 완성도 높은 제도를 만들어 나가겠습니다.

※ 대한의사협회에서 언급하는 캐나다 사망률 증가 사례는 사실과 다릅니다!

의협은 포괄수가제를 전면 도입한 캐나다에서 의료사고 사망률이 증가하고 이후 증가된 사망률이 유지되었다고 합니다.

하지만, 캐나다 사례 관련 논문은 1983년 기준 자료의 환자들을 대상으로 한 것으로서 이 당시는 캐나다가 DRG를 도입하기 훨씬 이전 시점이기 때문에 논문의 신뢰성을 인정할 수 없다고 합니다(근거문헌 : 다나 포진(Forgione Dana A) 2004년도 보건의료재정 논문집(Journal of Health Care Finance; Fall 2004;31,1).

또한 논문의 질지표가 되는 OECD 통계는 OECD HICQ 팀장(Niek Klazinga)으로부터 부적절한 방법론이라는 지적이 있었다고 하며, 얼마 전 개최했던 '유럽, 미국, 호주, 한국 DRG 지불제도 국제심포지엄'(5. 21일, 코엑스)에 직접 방문해 발표했던 해당 논문의 저자인 Dana 교수가 스스로가 자신의 논문의 결론을 캐나다에서 의료의 질 저하가 있었다는 식으로 해석하지 말 것을 공개적으로 언급한 바 있습니다.

< 2011.2.6. 한겨레 신문 보도내용에서 발췌 >

“독일, 질병별 진료비 표준화해 과잉의료 못해”

“독일이 지난 2004년부터 전면 실시하고 있는 포괄수가제(DRG)로 병원 경영이 굉장히 투명해졌다”

“특정 병원이 수익을 내기 위해 과잉진료를 하거나 환자들이 특별한 이유 없이 병원에 더 있겠다고 요청해도 진료 내용, 입원 일수 등이 표준화돼 있어 거의 불가능하다”

- 크리스티안 켈러(프랑크푸르트 인근 디부르크병원 원장)

“포괄수가제를 적용한다고 해서 의료의 질이 떨어진다는 것은 이해할 수 없는 논리”

“포괄수가제를 진료 과정에서 기본 지침서로 생각하고 있다”

“환자들도 어느 병원에 가든 표준화된 진료를 받을 수 있어 긍정적”

- 미하엘 발츠(디부르크병원 내과 전문의)

“독일에서 포괄수가제가 시행되고 나서 의료의 질이 떨어졌다는 보고서는 단 한 번도 나온 적이 없다, 오히려 상황 평준화하고 있다”

- 요아힘 포일라르트

(독일 7개 질병금고 중 하나인 ‘바르머’(BARMER)의 건강보험급여 담당자)

“분명한 건 포괄수가제 시행으로 의료비의 급격한 증가는 막을 수 있었다는 점”

“병원 경영이 투명해지면서 건강보험 재정에 대한 예측이 어느 정도 가능해지는 등 장점이 많아 독일은 포괄수가제에 만족하고 있다”

- 카를게오르크 볼프(‘바르머’(BARMER) 대표)

□ 2012년 5월 21일 코엑스에서는 ‘유럽·미국·호주·한국 DRG 지불제도 운영경험과 시사점’을 주제로 심평원·병원협회·보건행정학회·보건경제정책학회가 공동으로 주최하는 국제심포지엄이 개최되었다.

○ 연자들의 발표 및 토론 주요 내용은 다음과 같다.

- 라인하드 부세* 교수는 DRG 지불제도가 다른 지불방식에 비해 진료량을 상대적으로 적절히 유지하고 **환자회피 위험이 낮으면서** 효율성과 투명성이 높아 이를 올바르게 시행한다면 **병원 진료의 투명성, 효율성, 질의 개선**이 기대된다고 설명했다.

- 아울러, 필수적인 서비스를 받지 못하는 것도 문제지만 많은 불필요한 서비스를 받는 것도 문제이기 때문에 **적정한 서비스를 받는 것이 높은 의료서비스 질의 요건**이라고 설명했다.

* 라인하드 부세(Reinhard Busse) : 독일 베를린 공대 교수, 유럽 DRG의 공조체계 마련을 위한 프로젝트 리더로 Health Policy 편집장

- 다나 포지온* 교수는 1983년에 입원 환자를 대상으로 도입된 미국 DRG 지불제도가 **비용의 예측, 병원의 생산성 측정, 의료의 질 관리**를 가능하게 하였으며 질 측정법 강화 필요, 평가결과에 따른 보상 필요, 왜곡된 환자 선택방지를 위한 감시 필요성에 대해 강조했다.

- 아울러, 의료공급자들의 질 관련 정보 제공에 대한 인센티브나 디스인센티브를 권고하면서 높은 IT수준을 감안할 때 **한국은 질 관리에 대한 기본 인프라가 잘 갖춰졌다고** 평가했다.

* 다나 포지온(Dana Forgone) : 미국 텍사스주립대학 교수, 미국의 DRG 제도 전문가

- 권순만(서울대 보건대학원) 교수는 7개 질병군 포괄수가제에 대해 진료비용, 재원일수 감소, 항생제 사용, 검사 횟수 등 전반적 성과는 긍정적이라고 평가하면서, **합병증, 재수술 등 의료의 질이 떨어지지 않은 것으로** 평가하였다.

5. 포괄수가제 때문에 신의료기술의 발전이 저해된다는 지적이 있는데요?

의료계에서는 '포괄수가를 적용하는 질병군 치료에 신 의료기술이 도입이 필요한데도 수가를 반영하지 않을 것이라는 우려'를 하고 계십니다. 그러나 포괄수가제에는 새로운 의료기술을 인정하는 기전을 갖고 있으며, 앞으로도 지속적으로 조정기전을 거쳐 반영할 것입니다.

첫째, 정부는 이미 2002년부터 고시를 통해 질병별 포괄수가 외에 별도로 비급여를 받을 수 있는 신의료기술 항목들을 규정하고 있습니다.

포괄수가 별도 비급여 인정 항목* 예			
진료과목	질병군	구분	적용일
산부인과	제왕절개	산전 태아의 선천성 기형 진단 (양수 아세틸콜린에스터라제 Amniotic Fluid Acetylcholinesterase 등)	2002.10.1
안 과	백내장	백내장 수술에 조절성 인공수정체 사용 (조절성 인공수정체인 ACRYSOF RESTOR MULTI-PIECE IOL 등)	2010.08.01
외 과	탈장	통증을 조절하기 위해 국소마취제를 주입 (수술(개흉·개복술) 부위 지속적 국소마취제 투여법 등)	2011.04.01

* 검사, 영상진단 및 방사선 치료, 주사 및 마취료 등 총 53건 중 진료과목별 발체(124월 기준)

영국, 프랑스 등에서도 포괄수가로 인정하는 것 외에 비용효과는 떨어지나 의료적 필요성이 인정되는 경우에 별도의 보상체계를 두어 환자 진료에 의료진이 최선의 판단과 진료를 할 수 있도록 하고 있습니다. 또한 일본은 고도의료기술의 경우, 일정한 시설·인력기준을 충족하는 경우에 한하여 별도 급여를 인정하고 있습니다.

해외사례 : DRG + 별도 보상체계				
구분	영국	프랑스	독일	네덜란드
특별한 경우의 고비용 서비스 적용 항목	Chemotherapy, Radiotherapy, Renal dialysis, Diagnostic imaging, High Cost drugs	Chemotherapy, Radiotherapy, Renal dialysis, ICU, High Cost drugs	Chemotherapy, Radiotherapy, Renal dialysis, High Cost drugs / devices	ICU, Care in cooperation with practice based physicians
혁신성의 인정	○	○	○	○ (약제분야에 한정)

* 출처 : '유럽의 DRG 지불제도-투명성, 효율성, 서비스 질향상을 위해', Reinhard Busse(베를린 공대 교수), 2012

둘째, 건강보험 급여범위로 새롭게 들어오는 신의료기술은 포괄수가에 반영하여 보상을 계획합니다. 신의료기술을 포괄수가에서 어느 정도 수준으로 보상을 것인가는 수가조정을 통하여 결정할 예정입니다.

셋째, 최근 전문가 발표에 따르면 'DRG에 의해서 국민의 건강에 필수적인 신 의료기술 발전이 저해되는 일은 없을 것' 이며 오히려 '비용대비 성과가 높은 기술 개발에 박차를 가할 것'이는 주장도 있습니다.

DRG 국제심포지엄('12.5.21) : 김선민 박사(심평원 평가위원) 발표자료 중

- 현재 한국의 신의료기술 발전은 행위별 수가제이기 때문에 가능한 것이라기보다는 보험적용을 피할 수 있는 기술에 초점이 맞추어져 있음.
- 척추수술의 예를 보면, 진료 성적을 개선하는 것보다는 보험을 피해서 본인부담금 발생을 많이 하게 하는 시술이 기형적으로 발전하고 있고, CT를 급여화 해놓으면 CT는 안찍고 보험적용이 안되는 MRI, PET를 많이 찍는 기형적인 현상이 만들어지고 있음
- 사례로 돌아가면 CT, MRI, PET는 모두 쓰임새가 다를 뿐 어느 한 기술이 다른 기술에 비해서 우수한 것이라 할 수 없음. 그럼에도 불구하고 더 비싼 기술이 마치 더 좋은 것처럼 여겨졌는데, 이는 보험급여가 안 되는 기술이 마치 더 좋은 기술인 것처럼 설명하는 의사들에게도 탓이 있음. 최소한 이러한 일은 줄여줄 것임.
- 따라서 DRG에 의해서 국민의 건강에 필수적인 신 의료기술 발전이 저해되는 일은 없을 것임

6. 포괄수가제는 총액계약제로 가려는 전 단계라는 지적에 대해서는요?

포괄수가제가 총액계약제로 가기 위한 전 단계라는 최근 의료계의 의혹 제기는 전혀 근거가 없는 이야기입니다.

보건의료미래위원회에서 의료계는 물론 각 분야 전문가들은 '현 지불제도는 일시에 바꿀 수 있는 제도가 아니므로 우리 현실에 적합한 제도를 설계'해나가기로 합의했습니다. 그 결과물이 포괄수가제의 단계적 확대였습니다.

민간병상이 90%가 넘는 의료자원의 특성과 건강보험 보장성이 충분하지 않다는 점 등 한국의 의료제도 특성을 고려할 때, 총액계약제 도입은 그 논의조차 시기상조라는 의견이 있었으며, '거시적 의료비 관리체계 도입방안'을 중장기 과제로 연구하여 한국형 모형에 대해서 학계와의 논의를 시작해 보자는 정도의 권고가 있었습니다.

지불제도에는 각기 지향하는 특성이 있으며, 포괄수가제와 총액계약제는 제도 운영상 아래와 같은 차이가 있음을 참고로 알려드립니다. 의료시장의 총량을 통제하기 위함이 아니라, 미래 의료비용을 합리화하기 위해 포괄수가제를 확대하는 것입니다.

<지불제도별 장·단점>

구 분	행위 수		비용 통제	기술적 효율성	의료의 질	행정 간소화	투명성
	case 수	service 수					
행위별수가	+	+	-	○	○	-	○
DRG 수가	+	-	○	+	○	-	+
총액예산제	-	-	+	○	○	+	-

* 자료 : DRG in Europe, R.Busse et al., 2011, 13쪽, (+) 증가, (-) 감소, (○) 중립 또는 불명확

7. 정부가 준비 없이 급하게 강행하고 전문가인 의료계를 배제한다던데요?

포괄수가제는 오는 7월 새로 시작하는 제도일까요? 아닙니다.

현재 7개 질병군 포괄수가제는 시범사업 기간을 포함하여 시행된 지 15년이 경과하였으며, 그간의 경험과 평가가 축적된 상태입니다.

앞서 말씀드린 바와 같이 7개 질병군에 대한 처치는 비교적 단순한 외과수술로, 이미 병·의원의 80% 정도가 참여하고 있는 만큼 제도 확대를 위한 준비는 충분하다고 판단됩니다.

한걸음 한걸음, 단계별 추진

다만 종합병원 이상급의 당연적용은 진료내역이 복잡해질 수 있다는 점을 고려해, 중한 환자에 대한 보상체계, 특수한 환자에 대한 포괄수가 적용 제외 요건 구체화 등을 검토한 이후 내년 7월부터 실시할 예정입니다.

2011년 보건의료미래위원회에서 논의하여 합의한 '건강보험 지불제도 개편방향'에서 "포괄수가제도만큼은 단계적으로 확대기로 하고 포괄수가발전협의체라는 것을 구성, 구체적인 방안에 대해 의료계의 의견을 충분히 들을 것"을 권고한 바 있습니다.

그리하여 각계에서 추천한 13인의 전문가로 구성된 협의체가 현재까지 7차례 열렸고 건정심에서 의결된 포괄수가제 발전방안에 대해서 자문을 하기도 했습니다. 앞으로도 각종 중요한 포괄수가제 관련 이슈들에 대해서 지속적으로 자문을 구할 계획입니다.

< 포괄수가제 발전방안의 추진방향 : 건정심 의결안건 발체 >

- ▶ 입원환자에 대해 비보험, 비급여를 포함하는 포괄수가제도를 확대해 보장성을 높이고 재정소요의 예측가능성을 제고
- ▶ 7개 질병군은 정책효과를 제대로 평가하기 위해 우선 확대하고, 중장기 포괄 수가 개선방안은 국민, 의료계와 공감대를 마련하며 추진
- ▶ 의료계가 필요한 연구를 실시하되, 정부가 연구비용을 지원하여 의료계가 책임감 있게 참여할 수 있도록 협력 강화

* 학회의 정책참여 책임성 제고를 위해 10~20% 수준의 matching fund 조건

□ 의료계와 마라톤식 소통

그간의 포괄수가제 당연적용 확대를 준비하는 기간동안 의료계는 환자분류체계 개정과 질병군전문평가위원회 등 포괄수가제 개선을 위한 주요 작업들에 지속적으로 참여해 왔습니다. 2012년 4월 현재 의료계의 의견 수렴을 목적으로 개최한 각종 회의 및 간담회는 올해만 무려 37회에 달합니다.(2012년 1~4월)

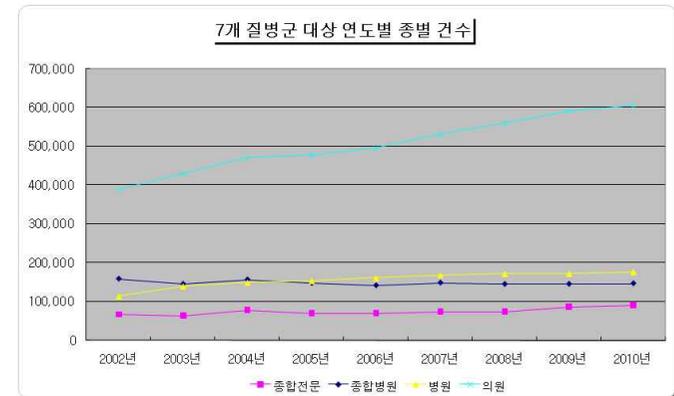
- ▶ (4개 진료과) 7개 질병군 환자분류체계 전문가자문회의 11회
- ▶ (지역의사회) 현장의사들의 의견 청취를 위한 간담회 20회
- ▶ (포괄수가발전협의회) 자문 3회
- ▶ (질병군전문평가위원회) 보고 3회
- ▶ (연구용역) 분류체계 개정, 임상진료지침 마련 등 연구용역에 의료계가 주도적으로 참여

이처럼 정부는 포괄수가제 확대 과정에 있어 항상 의료계의 의견에 귀를 기울이고 있으며, 의료계 역시 적극적으로 참여하여 의견을 개진하고 있습니다. 이것이 앞으로 포괄수가제의 완성도가 더욱 높아질 것으로 기대하는 이유입니다.

8. 7개 질병군 입원환자에 대한 당연적용으로 중증환자의 기피현상이 생기거나 경증환자의 대형병원으로의 쏠림 현상이 심해질 수 있다던데요?

포괄수가제 때문에 “작은 병원들이 정해진 진료비 안에서 복잡한 환자를 진료하다보면 수익이 줄어들까봐 큰 병원으로 환자를 보내버릴지도 모른다”는 우려도 있습니다. 또 “7개 질병군으로 입원하려는 환자들이 대형병원으로 쏠리는 현상이 심해져 오히려 국민의료비가 늘어나는 것이 아니냐?”는 우려의 목소리도 있습니다.

그러나 난이도가 높지 않은 특성을 지닌 7개 질환 입원환자의 지난 8년간의 전체 입원 이용 현황을 보면 포괄수가나 행위별수가나를 불문하고 대형병원으로 이용이 증가되지 않았음을 볼 수 있습니다.



앞으로 포괄수가제가 당연적용된 이후에 이러한 현상들이 실제 일어나는지에 대해서 꼼꼼히 모니터링 할 것입니다.

또한, 복잡하고 어려운 환자에 대해서는 포괄수가제 안에서 추가로 병원에 비용이 지급될 수 있는 체계를 조속히 마련하고, 필요하면 행위별수가제가 적용될 수 있도록 예외사항을 만드는 방안도 검토하겠습니다.

9. 포괄수가제 지불단위인 환자분류체계*에 대해 의료계에서 우려가 많던데요?

* 환자분류체계 : 환자를 자원소모나 임상적유사성 측면에서 유사한 그룹으로 분류하는 체계

7개 질병군 환자분류체계는 4개 진료과(안과, 이비인후과, 외과, 산부인과) 전문가의 의견을 수렴 및 반영하여 올해 7월부터는 현행 61개에서 78개로 더 세분화됩니다.

예를 들어 외과의 탈장수술은 복강경 시술 유무에 따라서 분류체계를 세분화하고, 제왕절개분만은 태아수(단태아, 다태아)에 따라서 세분화합니다.

한편 환자분류체계를 설정하는 데 있어 세계적으로 공통된 원칙 중 한 가지는 “분류 그룹의 수가 관리할 수 있는 범위 내여야 한다”는 것입니다. 7개 질병군에 대하여 미국은 26개, 호주는 22개의 분류 그룹을 가지고 있는데 비해 우리나라는 78개로 타 국가와 비교할 때도 우리나라가 3배 정도 많습니다. 이 분류 개수만 보더라도 임상현장의 의견을 최대한 반영한 것임을 알 수 있습니다.

향후 환자분류체계의 전면 개선·보완은 포괄수가제 발전에 기반이 되는 매우 중요한 과제로 의료계의 책임 있는 참여와 협조가 필요합니다. 정부는 환자분류체계 전문위원회를 별도로 두고 개정원칙 등에 대한 기준을 마련하여 안정적으로 운영될 수 있도록 이에 대한 법적 근거(국민건강보험법 시행령)를 이미 신설하였고, 곧 세부적인 규정(환자분류체계 개발, 관리를 위한 기준 고시)도 새롭게 만들어질 예정입니다.

10. 올해 확대 실시되는 포괄수가제는 7개 질병군에만 적용된다고 하는데, 앞으로 더 많은 질병에 적용할 계획이 있으시지요?

포괄수가제가 적용되는 7개 질병군에 대한 처치는 발생빈도가 높고 비교적 합병증이 적은 간단한 외과적 수술에 속합니다. 또한 수술하는 의사들 간에 진료방식에 대한 논란이 적을 뿐만 아니라 진료비 편차가 크지 않다는 특징이 있습니다.

특히 7개 질병군의 경우 우리나라에서 수년간의 운영경험을 통해 노하우가 축적되어 있는 상태이므로 이 질병군들에 대해 우선적으로 당연적용을 실시하는 것입니다.

앞으로 단기적으로는 의료계의 수요조사 등을 통해서 병원별 진료비 및 입원 일수의 차이가 크지 않고 발생빈도가 높은 수술 등을 대상으로 질병군을 확대할 계획을 가지고 있으며,

장기적으로 포괄수가 및 실포괄수가 모형에 대한 평가(2012~2015년)를 통해 2016년 이후 통합모형으로 제도를 확대할 계획을 가지고 있습니다.

[포괄수가제 중장기 과제]

구 분	추진기한	내 용
질병군 환자분류체계 전면 재정비	~13년 (제도화)	의료계가 주도해 중증도, 연령보정, 다양한 처치 등을 반영한 전면 개정안을 마련 (건보법 시행령에 근거 마련해 제도화 예정)
표준임상진료지침 개발 확대	계속	의료계가 주도해 다빈도 입원질환을 우선적으로 입원 적응증, 검사, 치료방법 등을 포함해 지침을 개발토록 지원 (의협, 병협 매칭펀드 방식지원/매년 20억 규모)
원가기반 수가책정 체계 구축	~13년	의료계와 건보공단의 공동연구를 통해 지속가능한 비용수집체계(자료제공에 대한 충분한 보상 등)와 수가책정기전 및 조정계수(가칭 포괄수가용 환산지수)를 마련 * 건보공단에서 발주
의사-병원비용의 명확한 구분	~14년	의협, 병협에 연구과제를 발주해 병원-의사비용을 명확히 구분할 수 방안을 마련 * 심평원에서 발주
통합모형 및 운영체계 구축	~16년	실포괄수가의 비포괄영역의 모형타당성, 포괄수가 모형과의 비용, 질 수준, 효율화 정도, 보장성 효과 등을 비교분석해 통합모형안 마련

악순환으로 치닫는 포괄수가제 논란

포괄수가제를 두고 정부와 대한의사협회가 정면 충돌하는 양상이다. 포괄수가제는 의료행위에 따라 진료비를 지급하는 게 아니라 질병에 따라 미리 정해진 진료비를 지급하는 제도다. 굳이 표현하자면 정액 제도라고도 할 수 있다. 정부는 과잉 진료를 줄여 건강보험을 절감할 수 있다는 점을 내세우는 반면 의협은 저질의료를 양산해 국민의 선택권, 건강권을 침해할 것이라며 맞서고 있다. 정부는 오는 7월부터 백내장 수술 등 7개 외과 질병 치료에 대해 병의원급부터 단계적으로 포괄수가제를 적용한다는 방침이지만 의협은 파업도 불사할 태세다.

정부와 의협의 대립은 현행 진료비의 구조적 문제점을 그대로 보여준다. 낮은 의료수가는 온갖 과잉검사와 편법진료를 낳고, 이는 다시 건보재정의 악화로 이어지고 있다. 정부가 진료비 정가제나 다름없는 포괄수가제를 들고 나온 것은 바로 그런 배경에서다. 포괄수가제 자체만 떼어놓고 보면 의사협회 말마따나 이것이 과연 정당인가 하는 문제 제기가 있을 수 있다. 같은 질병이라고 해도 주사 검사 등의 추가 여부나 치료기

간, 재료, 치료 기술 등에 따라 진료원가가 달라질 수 있는데 정액 진료비만 받으라는 것은 우스꽝스럽다. 이렇게 되면 의사들이 새로운 치료법에 대한 고민은커녕 어떻게 하면 진료원가를 아끼지만 골똘할 게 뻔하다.

그러나 의료수가를 현실화한다고 모든 문제가 해결될 것 같지도 않다. 의사들은 환자의 선택권, 건강권을 운운하지만 정보 비대칭성이 높은 의료서비스의 특성상 그 말을 끝이곧대로 받아들일 사람은 아무도 없다. 과잉검사, 편법진료 등 의사들의 도덕적 해이가 관을 쳐도 환자들로서는 어떻게 해 볼 도리가 없는 것이다. 실제로 진료 현장에서는 그런 문제점이 적지 않게 발생한다. 이는 의협도 인정하고 있다. 의사에 대한 신뢰가 추락한 데는 다 이유가 있다. 의사가 환자의 건강을 위해 일정한 재량권을 갖겠다면 그에 앞서 높은 직업윤리를 담보할 장치부터 갖춰야 마땅하다. 이는 의협이 고민해야 할 문제다. 의료수가 현실화와 함께 의사의 도덕적 해이를 막을 수 있는 장치를 만들어 내지 않는 한 악순환은 계속될 수밖에 없다.

포괄수가제는 국민을 위한 제도다

오는 7월부터 전면 시행 예정인 포괄수가제에 대해 대한 의사협회가 반발하고 있다. 노환규 의사협회장은 22일 정부가 포괄수가제 전면 시행 방침을 철회하지 않으면 건강보험정책을 결정하는 최종 협의체인 건강보험정책심의위원회(건강심)에서 탈퇴하겠다고 밝혔다.

포괄수가제는 질환별로 진료비를 일정하게 받는 제도로 병·의원급에서 시행하는 맹장·탈장·치질·백내장·편도·제왕절개·자궁수술 등 비교적 간단한 7개 질환에 적용될 예정이다. 자격과 경험 있는 의사라면 누가 다뤄도 진료방식에서 큰 차이가 없는 질환들이다. 진료비를 검사·수술·처치·입원 등 의료행위별로 따로 값을 매겨 받는 기존 행위별 수가제의 대안이다. 행위별 수가제를 시행했다니 과잉진료로 불필요한 검사·치료가 늘어나 건강보험재정에 부담을 주는 바람에 마련한 대안이다. 과잉 진료를 막지 않으면 결국 그 부담은 건보료를 내는 국민이 지게 된다.

의협은 포괄수가제를 시행하면 의사들이 진료비용을 줄이려고 환자를 조기 퇴원시키고도 필요한 검사와 처치를

생략할 가능성이 있다고 주장한다. 수가를 높여주지 않으면 의사들이 환자를 상대로 태업을 할 것이라는 이야기나 진배없다.

게다가 정부는 지난 15년간 참여를 원하는 병·의원을 상대로 이 제도를 시범 실시하면서 효과를 관찰해왔다. 그 결과 진료비용이 줄고 합병증·재수술 등 부정적 효과는 별로 없는 합리적 정책으로 검증됐다. 현재 의원의 85.2%, 병원의 40.3%, 종합병원의 24.1%가 이 제도에 자발적으로 참여할 정도로 의료계의 높은 호응도 얻고 있다. 그래서 정부는 이 제도를 올해 7월부터 모든 의료기관에서 전면 시행하기로 지난해 의사단체들과 합의했던 것이다.

그럼에도 의협이 올해 회장단이 바뀌면서 이를 번복하고 건강심에서도 탈퇴하겠다고 압박을 넣는 것은 합리적이지 않다. 의협은 국민 건강을 책임지는 주체의 하나로써 논리적이고 이성적인 행동을 보여줘야 한다. 약속 번복보다 정부 당국과 머리를 맞대고 개선책을 찾는 일이야말로 의협이 지금 할 일이다.