

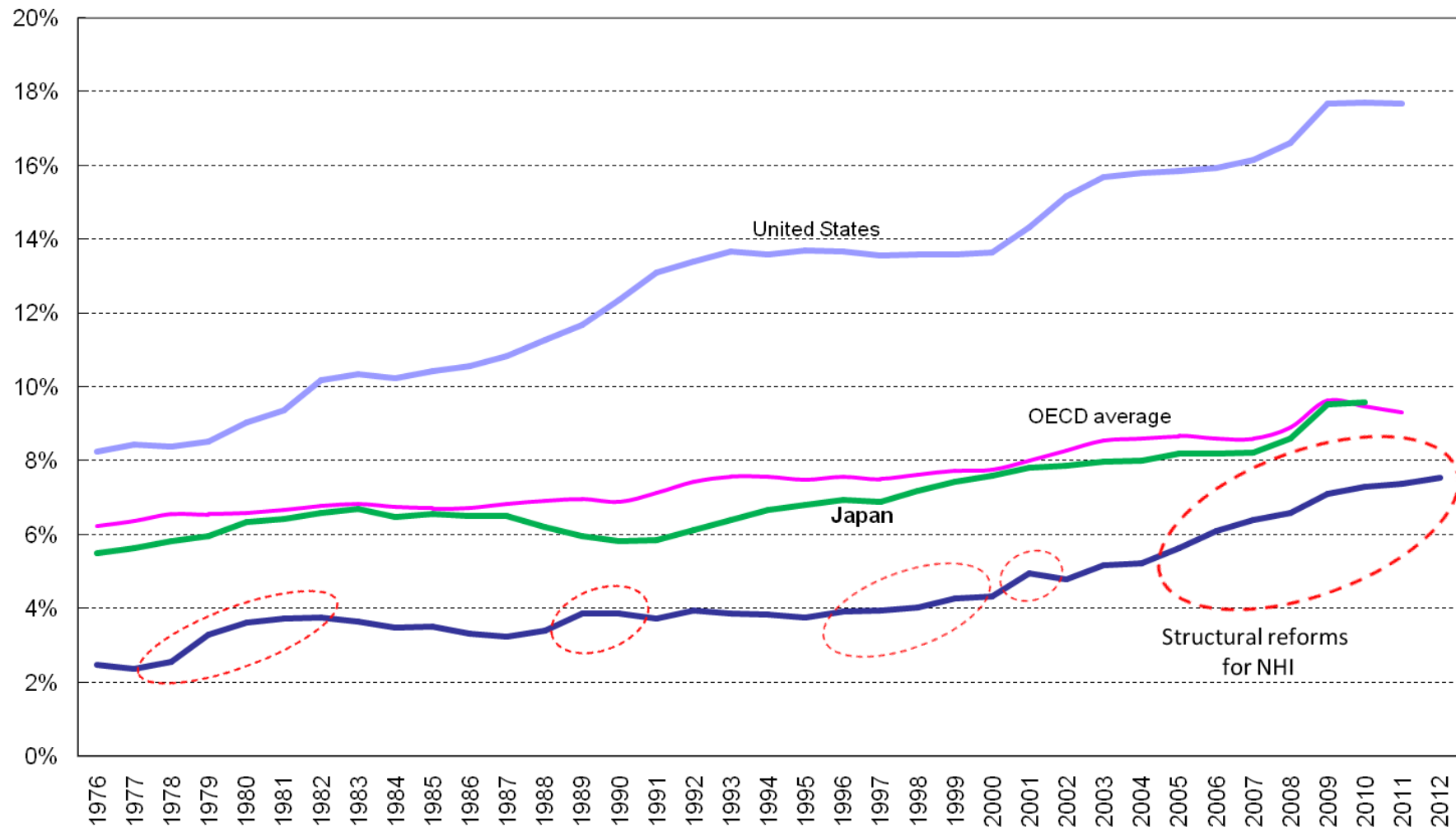
한국 보건의료체계의 미래구상: 지불보상제도

정 형 선
(연세대학교 보건행정학과)



건강보험의 환경 변화

GDP 대비 국민의료비 비중의 추이



Korea :

← The period of NHI's population coverage extension
(Benefit **broadening**)

← The period of NHI's benefit coverage extension
(Benefit **deepening** and **heightening**)

GDP의 증가와 의료비의 증가



(명목증가율, %)

| 국민의료비 | | GDP | | 국민의료비 /GDP | |
|-----------------|-------|-------|---|------------|------|
| 1970년대 증가율 | 33.7% | 30.3% | ➡ | 1980년 | 3.6% |
| 1980년대 증가율 | 19.3% | 17.3% | ➡ | 1990년 | 3.9% |
| 1990년대 증가율 | 14.3% | 13.2% | ➡ | 2000년 | 4.3% |
| 2000-11년 증가율 | 12.0% | 7.0% | ➡ | 2011년 | 7.4% |

수가 증가를 상회하는 진료량의 증가



건강보험진료비 증가의 요소별 분해, 2008-2011

| 구분 | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|---------------|--------|----------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| ● 전체 진료비 | 34,869 | - | 39,339 | - | 43,628 | - | 46,238 | - |
| ● 진료비 증가액 | 2,480 | (100%) | 4,470 | (100%) | 4,289 | (100%) | 2,610 | (100%) |
| ■ 가입자수 변화 | 238 | (9.6%) | 348 | (7.8%) | 249 | (5.8%) | 359 | (13.8%) |
| ■ 수가 변화 | 2,976 | (120.0%) | 2,048 | (45.8%) | 1,401 | (32.7%) | 1,618 | (62.0%) |
| - 상대가치점수+제도변화 | 2,330 | (94.0%) | 1,235 | (27.6%) | 560 | (13.0%) | 888 | (34.0%) |
| - 환산지수 | 646 | (26.0%) | 814 | (18.2%) | 841 | (19.6%) | 731 | (28.0%) |
| ■ 1인 진료량 변화 | -735 | (-29.6%) | 2,074 | (46.4%) | 2,639 | (61.5%) | 632 | (24.2%) |
| - 1인진료일수 | 342 | (13.8%) | 2,374 | (53.1%) | 1,105 | (25.8%) | 553 | (21.2%) |
| - 1인진료강도 | -1077 | (-43.4%) | -300 | (-6.7%) | 1534 | (35.8%) | 79 | (3.0%) |

❖ 지금의 진료량 증가가 계속되는 상황에서는 수가의 인상도 한계가 있게 됨

→ '빈도의 적정화'를 통한 질 향상의 기반 확보와 이에 따른 공급자 수입감소를 보전하기 위한 '수가인상'을 동시에 해결할 필요

⇒ 『진료비 총액=진료량 x 수가』에 대한 대타협 필요



세계의 진료비지불제도

지불제도의 유형화: Idealtypus



- ⇒ 행위별수가제에서 DRG로 이행하는 국가는 합리적 의료행위의 유도과 지출팽창의 조절에 비중을 두는 반면,
- ⇒ 예산제나 일당제에서 DRG로 이행하는 국가는 투명성과 예측가능성 제고에 비중을 둠.

| | 유럽 국가들 | | 미국, 일본, 한국 | |
|----------|--------|---------|------------|-----------|
| | 인두제 | 일당 정액제 | DRG | 행위별수가제 |
| 주요적용대상 | 의사 서비스 | 병원 서비스 | 병원 서비스 | 의사/병원 서비스 |
| 지불단위 | 인수(人數) | 일수/건수 | 진단명 건수 | 서비스 항목 |
| 지불의 결정시기 | 발병 이전 | 입원/방문 시 | 진단 후 | 치료 후 |
| 재정위험 부담자 | 공급자 | | | 보험자/환자 |
| 비용 (의료비) | 낮음 | 중간 | 중간 | 높음 |
| 의사활동 | 낮음 | 중간 | 중간 | 높음 |
| 행정적 업무 | 낮음 | 중간 | 중간 | 높음 |
| 데이터 및 정보 | 낮음 | 중간 | 높음 | 높음 |

Physician에 대한 지불방식



❖ 국가보건서비스(NHS)형 국가

- ✓ 그리스. 포르투갈. 스페인. 스웨덴 :
국가가 GP를 직접 고용하고 봉급을 지불
 - ✓ 영국. 덴마크. 노르웨이. 호주. 뉴질랜드 :
GP는 자영업자로서 인두제, 봉급제 및 행위별수가제 등 다양한 방식
- ⇒ 제도유형이 근본적으로 다르기 때문에 참고할 것이 많지는 않으나, 1차의료와 만성질환 관리 등에서의 인두지불방식은 참고가 됨

❖ 사회보험방식(NHI)형 국가

- ✓ 독일. 오스트리아. 프랑스. 벨기에. 스위스. 일본 등에서 의사는 행위별수가제의 독립계약자임. 지출을 통제하기 위한 다양한 기전이 마련됨
- ⇒ 만성질환 관리 등 새로운 패러다임의 도입 방식, 지출팽창의 억제기전 등 참고

❖ 미국

- ⇒ 거시적으로는 실패한 의료제도이지만, 미시적으로는 ACO, PCMH 등 의미 있는 시도가 이루어짐. 부분적으로 참고 및 반면교사의 대상

Hospital에 대한 지불방식



❖ 의사비용:

- ✓ 최근 APC(Ambulatory Payment Classification) 등 시도

❖ 보조인력서비스 및 숙박서비스:

- ✓ 과거의 예산제, 일당정액제에서 차츰 DRG방식으로 전환
(영국, 스웨덴, 핀란드, 이태리, 오스트리아 등)
- ✓ 프랑스와 독일은 DRG를 통해 동일한 병원서비스에 동일한 가격

❖ 자본비용:

- ✓ 정액방식(flat rate) 등 다양한 방식으로 지원

⇒ DRG방식으로의 이행은 전세계적인 추세임. 원형 DRG와는 다른 다양한 형태의 혼합형 포괄지불방식이 시도되고 있음 (네덜란드 DBC 및 일본 DPC)

⇒ 행위별수가제에서 DRG로 이행하는 국가는 합리적 의료행위의 유도과 지출팽창의 억제에 목표를 두는 반면, 예산제나 일당제에서 DRG로 이행하는 국가는 투명성과 예측가능성 제고에 목표를 둠

포괄수가제의 한일 비교



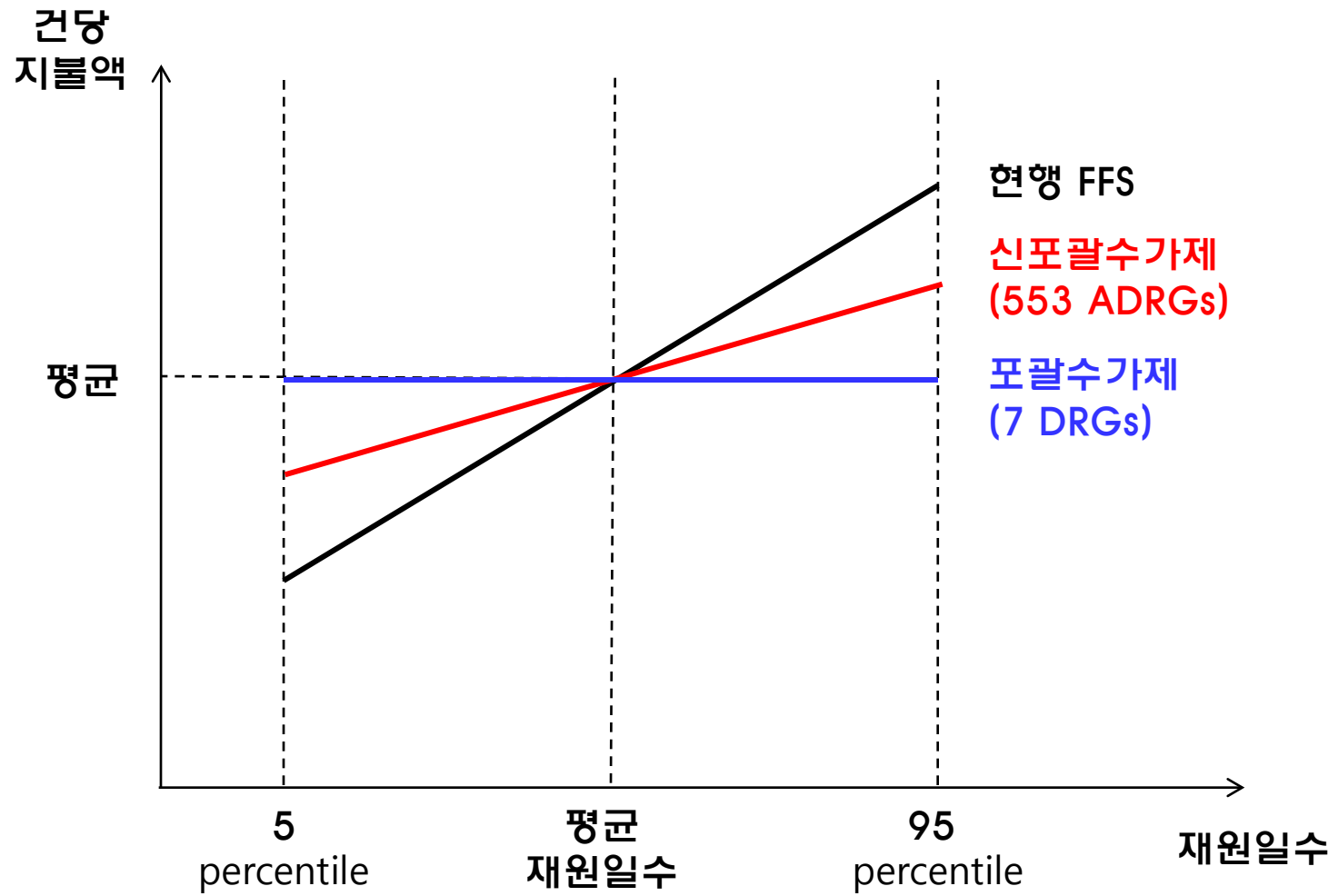
1) 대상 병원

| 한국 | | 일본 |
|---|---|--|
| 포괄수가제 | 신포괄수가제 | DPC/PDPS |
| <ul style="list-style-type: none"> ◎ '02년 본사업 이후 자발적 참여 방식을 취함 ◎ '12년 7월, 의원/병원급에 일괄 적용, '13년 7월부터 종합병원급 이상을 포함한 전체 병원에 일괄 적용 | <ul style="list-style-type: none"> ◎ 현재 시범사업 형식으로 진행되고 있으며, 국민건강보험공단 일산병원과 40개 지역거점 공공병원이 참여 중 | <ul style="list-style-type: none"> ◎ 자발적 참여방식 (조사협력병원으로서의 사전 준비 내지 확인 기간을 거친 후 조건을 갖춘 기관만 참여 가능) ◎ 과거에는 1년에 한 번, 현재는 2년에 한 번씩 정기적으로 대상병원을 확대함 ◎ 2012년 현재 1,505개 병원이 참여 중임 (약 48만 병상, 전체 병상의 절반 이상임) |

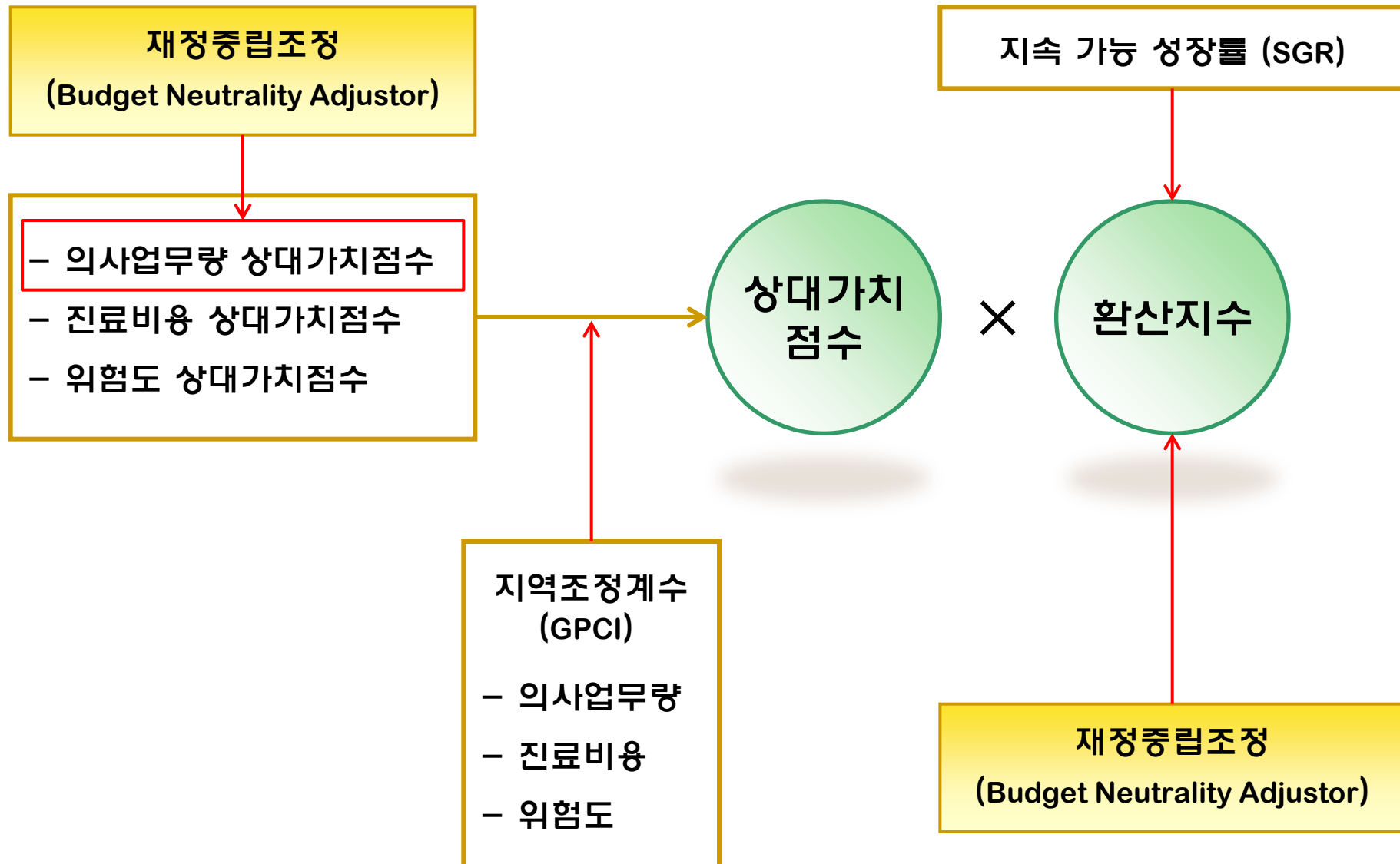


2) 지불액 산정

| 한국 | | 일본 |
|---|---|--|
| 포괄수가제 | 신포괄수가제 | DPC/PDPS |
| <p>◎질병군별 금액 = [질병군별 행위 점수+(약제·치료재료금액÷점수당단가)] × 점수당단가</p> <p>◎입원31일째부터 행위별수가 적용</p> <p>◎포괄수가를 적용한 결과, 행위별수가 적용시보다 100만원 이상 작은 경우 100만원 초과금액을 보상함</p> | <p>◎요양급여비용 = 포괄수가부분 + 포괄 외 부분</p> <p>◎‘포괄수가부분’의 산정에 있어서 사전적으로 정해진 질병군별 기준수가 및 일당수가를 사용 = 기준수가 + [(환자입원일수 - 평균입원일수) × 일당수가]</p> <p>◎‘포괄 외 부분’은 행위별수가 적용</p> <p>◎포괄수가를 적용한 결과, 행위별수가 적용시보다 200만원 이상 작은 경우 200만원 초과금액을 보상함</p> | <p>◎DPC에서의 총지불액(총보수액) = 포괄평가부분+행위별수가부분+입원시 식사요양비</p> <p>◎‘포괄평가부분’의 진료비 산정시, 의료기관별 차등을 두기 위한 의료기관계수를 설정함. 이로써 행위별수가제에서의 수입 확보 및 다양한 추가적 인센티브를 제공</p> <p>◎‘포괄 외 부분’은 행위별수가방식 적용. 포괄산정부분을 넘어서는 구간은 행위별수가 적용</p> |



미국의 상대가치체계: 재정중립 기전



독일의 총액계약제



- ❖ 독일은 외래, 입원, 약제 부문별로 개별적인 총액관리를 하고 있음. 이들 부문별 총액 간에는 상호 변경 조정이 이루어지지 않음.
- ❖ 외래와 입원 부문은 1989년 시작, 약제 부문은 1993년 시작
- ❖ 외래 부문은 지역별 고정예산방식, 입원 부문은 병원별 목표예산/지출목표방식

✓ 외래

법정질병금고의 급여 내용 및 범주의 큰 틀은 사회보건법에 규정되어 있고, 보건 의료협력회의(KAiG)가 가입자의 근로소득 증가율의 범위 내에서 가이드라인을 제시하면 협상이 시작됨.

✓ 입원

병원 별로 예산을 정하는데, 초기에는 예산목표와 실제와의 괴리를 질병금고가 병원에 보상해주는 목표예산방식이었으나, 1993년부터는 정부가 정한 예산 증가액을 엄격히 집행해서 손실을 보상해 주지 않는 고정예산방식을 적용했고, 1996년부터는 다시 지출목표제로 전환함.

대만의 총액계약제



- ❖ 통합全民건강보험이 1995년부터 실시되어 전국민의 96%가 가입되어 있는데, 의료공급자들에 대해서는 계약에 의한 지정제 방식이 적용되고 있음.
- ❖ 총액계약제를 기반으로 행위별수가제, 포괄수가제, 인두제 등이 결합되어 작동됨. 총액계약제에서의 의료비 총액은 입원, 외래, 지역권 별로 정해짐.
- ❖ 각 의원 및 병원으로의 배분은 행위별수가제에 의하며, 병원의 일부 진료(17.5%에 해당하는 155개 질병군)에 대한 배분은 포괄수가제가 적용됨.



우리에게 적합한

지불보상제도의 모색

지불제도의 진로: 정교한 혼합지불방식 추구 (1)



- ❖ 정형화된 특정 지불방식이 절대적으로 적합한 경우는 오히려 드물며, 추구하는 정책목표에 적합한 지불방식을 택하되 기존 제도와 관행을 고려하는 유연성을 유지해야 함
- ✓ **행위별수가제(가변요소)와 인두제(고정요소)를 적절히 혼합:** 치료서비스에서 행위별수가제를 통해 지불정확성을 유지하면서, 만성질환관리에서는 인두방식을 가미하여 적정의료가 이루어지도록 혼합적 유연성 확보
- ✓ **총액 한도 또는 목표 증가율 내에서 행위별수가제나 DRG지불방식에 따라 배분:** 행위별수가제를 기본으로 하더라도 영상진단 등 일정 서비스에 대해서 총액 한도나 증가율을 적용할 수도 있음
- ✓ 7개 질환군에 전면 적용되고 있는 **현행 ‘포괄수가제’**를 타질환군 확대에 맞게 **유연화**하거나, 시범사업으로 진행되고 있는 **소위 ‘신포괄수가제’의 단점을 보완**하여 정교한 혼합지불방식으로 활용: 2016년부터 통합모형 적용

지불제도의 진로: 정교한 혼합지불방식 추구 (2)



❖ 행위별수가 방식에 전적으로 의존하는 현행 지불제도의 수정

- ✓ 행위별수가제의 지불정확성을 유지하면서 검사나 치료 등의 항목을 선별해서 볼륨과 가격을 연동하는 방안도 한가지 대안임

❖ 포괄수가제를 다수 질병으로 확대하기 위한 현실 적용 가능성 추구

- ✓ 현재의 단순 외과질환에서 내과질환과 복합질환으로 확대될 때, 분류 간의 '경제적 임상적 동질성'을 어떻게 확보할 수 있는지가 관건

→ 두 가지의 선택지 :

1. 유럽 국가들에서 보듯이 분류의 수를 늘려가는 방법
2. 일본 DPC/PDPS에서 보듯이 포괄부분과 행위별부분을 적절히 조합하는 방법

❖ 질과 성과에 대한 보상의 확대: P4P, P4Q, PbR, P4R, etc.

재정중립의 유지와



$$E = V \times \bar{P}$$

$$=(N \times \bar{Q}) \times (\bar{R} \times C)$$

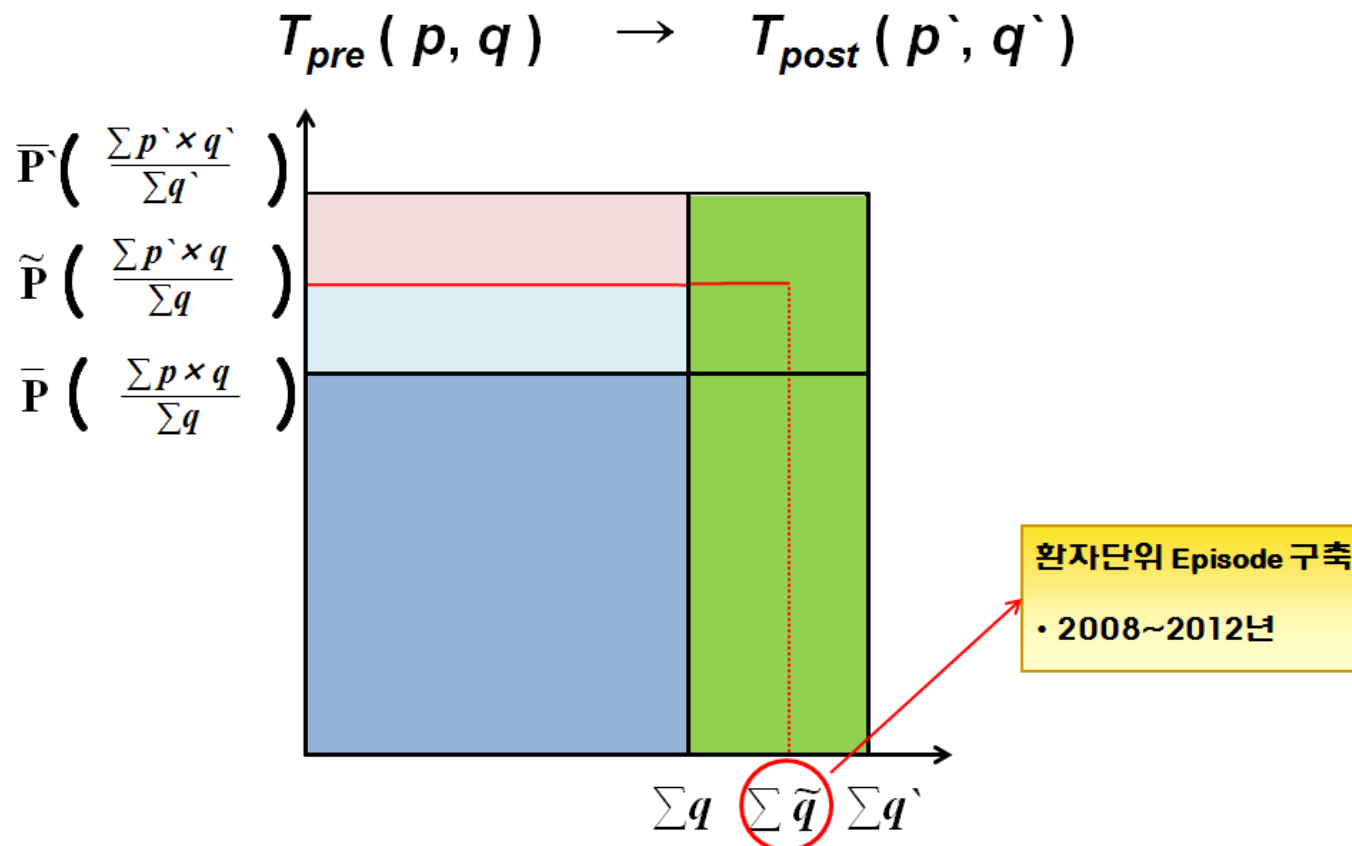
- E : 진료비
- V : 진료량
- \bar{P} : 행위의 평균가격
- N : 행위코드수
- \bar{Q} : 행위코드의 평균빈도
- \bar{R} : 가중평균상대가치점수(= $\sum Q_i \cdot R_i / \sum Q_i$).
- C : 환산지수

- 가격(P)의 증가율 = 환산지수(C)의 증가율 + 가중평균상대가치점수(\bar{R})의 증가율
- 위의 진료비의 결정 과정에 있어서 정책적 조정의 대상은 가중평균상대가치점수(\bar{R})와 환산지수(C)임
 - 총점 내지 가중평균상대가치점수(\bar{R})의 변화가 발생했다면 환산지수(C)에서 이것이 반영되어야 함: 상대가치점수(\bar{R})가 감소했으면 환산지수를 그만큼 상향 조정하고, 반대로 상대가치점수(\bar{R})가 증가했으면 환산지수(C)를 그만큼 하향 조정하는 것
 - 총점의 변화요인: 상대가치점수의 변화, 빈도의 변화 (절대빈도 및 구성비), 행위신설/분리

..... 총점관리기전의 도입



- '재정중립'을 위한 총점고정의 대상은 $(\bar{R} \times \sum q)$ 과 $(\bar{R}' \times \sum q')$ 사이의 어느 지점이 되어야 함
- 환산지수 계약의 전제는 나머지 부분이 재정중립이어야 한다는 것임
- 행위량의 변화에 따른 진료비(의료기관의 수입 및 비용)의 변화는 단기적으로 환산지수의 계약에서, 중장기적으로 상대가치점수의 개정에서 고려되어야 함

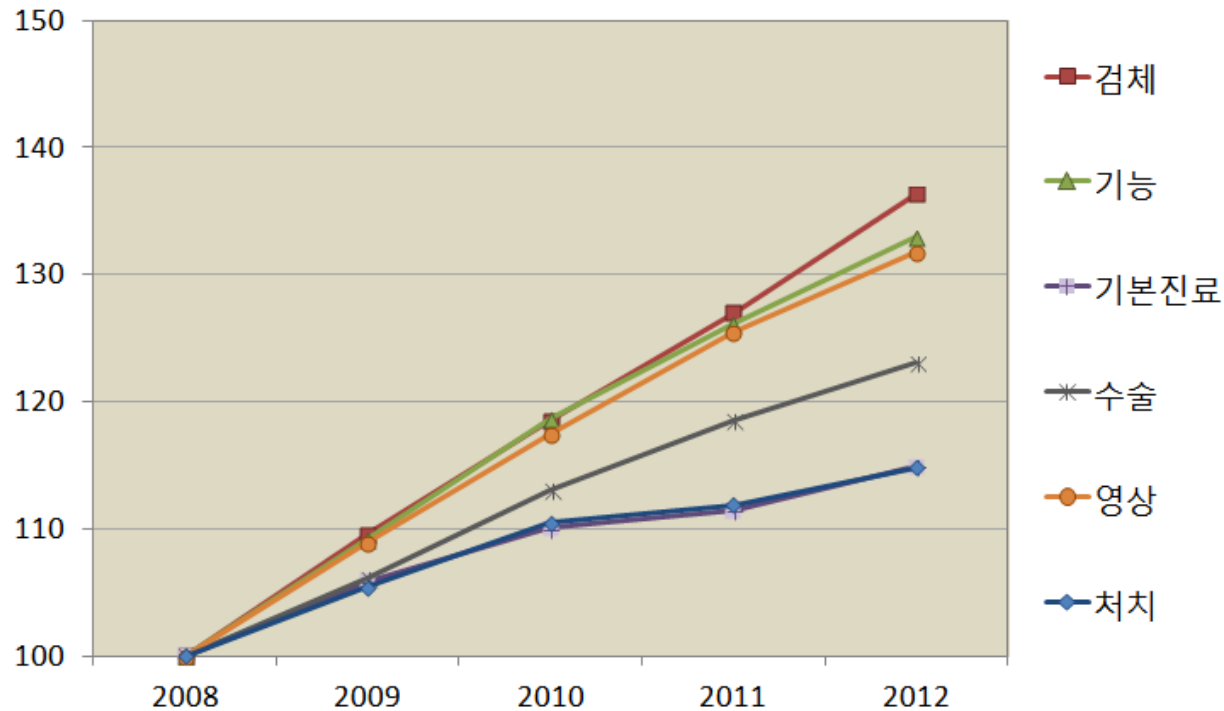


..... 총점관리기전의 도입



□ 행위 유형별 총점관리 방식 검토

- 기본진료, 수술, 처치, 검사(영상, 검체, 기능) 등의 유형별 총점관리
- 연간 증감의 허용범위 설정: '협상부분'과 '비협상부분'의 구분, 유인수요의 구분 등



(보다 구체적인 방안은 12월6일의 보건경제·정책학회에서 발표 예정)



감사합니다