

# 신포괄수가제 시범사업의 성과와 과제



**강길원** 교수  
충북의대 의료정보학및관리학교실

## 1. 들어가며

건강보험공단 일산병원을 대상으로 신포괄수가제가 도입된 지 올해로 7년이 경과되었다. 그 기간 동안 대상 질병군이 20개에서 550여개로 확대되었고, 시범사업 기관도 일산병원에서 41개 공공병원으로 확대되었다. 이러한 외연적 성과에도 불구하고 신포괄수가제의 문제점에 대한 다양한 지적이 이루어지고 있는 것이 사실이다. 또한 신포괄수가제의 외연을 저빈도질병군이나 다른 민간기관으로 확대를 하지 못하고 있는 것도 사실이다.

신포괄수가제를 설계한 연구자로서 이 제도가 초기에 의도했던 바를 돌아보고, 지금까지 진행된 신포괄수가제의 성과와 한계를 정리해 보고자 한다. 그리고 이를 바탕으로 신포괄수가제의 발전을 위한 과제를 제시하고자 한다.

## 2. 신포괄수가제 도입 배경

7개 질병군을 대상으로 한 기존 포괄수가제는 제도 도입의 용이성에 중점을 두어서 진료내용이 단순하고 편차가 적은 질병군만을 선택하여 제한적으로 적용되었다. 단순 질병군 중심의 이러한 접근법은 포괄수가제를 도입하는 초기에는 효과적이었지만, 전체 입원환자를 대상으로 포괄수가제를 확대하는 데에는 오히려 걸림돌이 되었다. 의료제공자들은 확대 도입될 다른 질병군에 대해서도 단순 질병군 정도의 지불정확성을 기대하였지만, 기존 포괄수가제 모형으로는 복잡한 질병군을 대상으로 단순 질병군과 같은 지불정확성을 확보하는 것은 불가능하였다. 따라서 포괄수가제는 단순 질환에만 적용가능한 제도로 간주되었고, 한 때 15개까지 확대되었던

대상 질병군은 2002년 본 사업 시작과 함께 7개로 축소되었고 이후 질병군 확대가 이루어지지 못하였다.

신포괄수가제는 기존 포괄수가제가 가진 이러한 문제점을 극복하고 전체 입원환자에 적용 가능한 대안적 지불제도로 고안되었다. 단순 질병군에서 출발하여 적용 질병군을 단계적으로 확대하는 기존의 질병군별 도입 방식이 한계에 처했기 때문에 일부 기관이라도 전체 입원환자를 대상으로 포괄수가제를 적용하고, 대상 기관을 단계적으로 확대하는 기관 단위 접근방법을 제안하였던 것이다. 전체 입원환자를 대상으로 포괄수가제를 적용하기 위해서 신포괄수가제에서는 행위별수가와 포괄수가의 병행, 입원건당 지불과 일당 지불의 병행, 재원일수 열외군에 대한 행위별수가 적용 등 새로운 지불방식을 고안하였다. 이러한 새로운 지불방식이 현실에서 제대로 작동할 수 있는지를 평가하기 위해서 2009년부터 일산병원을 대상으로 시범사업이 진행되었고, 이후 40개 공공기관을 대상으로 신포괄수가제의 확대가능성을 시험하였다.

### 3. 신포괄수가제 도입 성과

전체 입원환자를 대상으로 한 대안적 지불제도로써 신포괄수가제가 자리를 잡는 데에는 성공을 한 것으로 보인다. 일산병원을 대상으로 3차에 걸친 시범사업을 통해서 553개 질병군을 대상으로 신포괄수가를 개발하였고, 이 수가를 40개 공공병원으로 확산하는 데 성공하였다. 여러 가지 보완해야 할 사항이 지적되었지만, 신포괄수가제가 우리나라 의료현실에서 작동 가능하다 것을 실증적으로 증명한 것이 시범사업의 가장 큰 성과라고 할 수 있다.

행위별수가제에 익숙한 의료기관 입장에서 시범사업 초기 가장 큰 관심사는 행위별진료비와 비교한 지불정확성이었다. 신포괄수가제가 전체 입원환자를 대상으로 한 만큼 지불정확성이 떨어져 발생하는 과소지불이나 과다지불은 의료기관이나 정부 모두에게 중요한 문제라고 할 수 있다.

2009년 7월부터 2010년 6월까지 20개 질병군을 대상으로 한 일산병원 1차 시범사업에 대한 평가 결과 행위별진료비 대비 신포괄진료비는 102.9% 수준으로 시범사업 참여에 따른 인센티브를 고려하면 예측한 대로 정확한 지불이 이루어졌다(한양대학교산학협력단, 2010). 2010년 7월부터 2011년 6월까지 70개 질병군을 대상으로 한 일산병원 2차 시범사업에서도 행위별진료비 대비 신포괄진료비는 102.1%였고(한양대학교산학협력단, 2012), 2011년 7월부터 2012년 6월까지 553개 질병군을 대상으로 한 3차 시범사업에서도 102.9%로 유사한 지불정확성을 달성하였다(서울대학교보건대학원, 2013). 3차례 걸친 시범사업평가 결과 신포괄수가제는 적어도 의료기관 단위에서는 안정적인 지불정확성을 달성하였다고 할 수 있다.

신포괄수가제가 40개 공공기관으로 확대되어서도 이러한 의료기관 단위 지불정확성은 비교

적 잘 유지가 되었다. 일산병원에서 만든 신포괄수가를 상황이 다른 공공병원에 그대로 적용하는 것이 불가능하였기 때문에, 기존 행위별진료비와 신포괄진료비를 맞추기 위해서 조정계수라는 것을 고안하였는데, 초기 공공병원 조정계수는 0.50~1.03으로 큰 폭의 편차를 보였다(충북대학교산학협력단, 2012). 이러한 조정계수로 각 병원마다 신포괄수가가 달라져서 병원별로 지 불정확성에 대한 우려가 있었다. 하지만 2011년 7월부터 2012년 6월까지 3개 의료원을 대상으로 한 공공병원 1단계 시범사업에서 신포괄진료비가 행위별진료비 대비 108.7%였고, 2012년 7월부터 2013년 6월까지 39개 공공병원으로 대상으로 한 2단계 시범사업에서도 107.8%로 유사한 결과를 보였다(건강보험심사평가원, 2015). 이에 따라 초기의 우려를 불식하고 신포괄수가제의 안정적 운영이 가능하였다.

신포괄수가제 도입에 따른 부정적 행태 변화도 크지 않았다. 포괄수가의 적용을 받지 않는 비포괄 영역이 늘어날 것을 우려하였지만, 일산병원에서 1차 시범사업 질병군(20개)을 대상으로 한 평가 결과 비포괄진료비가 전체 진료비에서 차지하는 비중은 1차 24.7%, 2차 25.4%, 3차 24.9%로 거의 증가하지 않았다. 비급여진료비 비중은 1차 16.0%, 2차 17.2%, 3차 17.1%로 초기에 약간 증가하였다(연세대학교, 2013). 하지만 550개 전체 시범사업 질병군으로 대상으로 한 평가 결과 일산병원의 비급여진료비는 2012년 16.1%, 2013년 14.8%로 오히려 감소하여 초기 비급여진료비 증가는 일시적인 것으로 보인다. 공공병원의 비급여진료비도 2012년 6.9%, 2013년 6.4%로 증가하지 않았다(건강보험심사평가원, 2015).

신포괄수가제 도입에 따라 일부 긍정적 효과도 나타났다. 공공병원의 경우 신포괄수가제 도입 이후 재원일수가 10.6일에서 9.4일로 감소한 것으로 나타났다. 그리고 급여범위가 확대되어서 환자본인부담이 줄어들었고, 보험자부담은 늘어났는데 이는 보장성을 확대하는 정부의 정책 방향과 일치한다. 또한 코딩 정확도 향상이 이루어져서 행위별수가제 하에서 진료건당 5.9~6.1개였던 진단코드 개수가 신포괄수가 도입 후에는 3.1개로 큰 폭의 감소<sup>1)</sup>를 보였다.(충북대학교산학협력단, 2016).

#### 4. 신포괄수가제 시범사업의 한계

신포괄수가제 시범사업이 전체 입원환자를 대상으로 한 포괄수가제 적용이라는 초기의 목표를 달성하였지만, 여러 가지 측면에서 한계를 보인 것도 사실이다.

첫째, 신포괄수가제 적용 병원이 공공병원으로 한정되어서 신포괄수가제의 효과를 충분히 평가하기에는 한계가 있었다. 신포괄수가제를 처음 적용한 일산병원의 경우 포괄수가제에 대한

1) 이는 2012년 7월 신포괄수가제를 도입한 37개 공공기관을 대상으로 한 분석 결과이다.

의료진의 거부감과 모델병원으로서의 부담감 때문에 진료행태 변화에 소극적이었다. 다른 공공 병원의 경우도 재원일수가 감소하는 등 일부 변화가 있었지만, 재원일수 감소에 따라 발생한 유희병상에 입원시킬 추가 환자를 확보하는 데 어려움을 겪으면서 적극적인 행태 변화를 하지 못하고 있는 실정이다. 특히 환자 확보를 위해서 다른 민간병원과 경쟁을 해야 하는 공공병원들이 서비스 제공량을 줄이기는 어려웠던 것으로 보인다. 따라서 공공병원에 한정된 시범사업에서 나타난 결과만으로 신포괄수가제의 효과 여부를 판단하는 것은 적절하지 않다.

둘째, 행위별진료비를 평균하여 신포괄수가를 만들었기 때문에, 수가수준에 대한 조정이 이루어지지 못했다는 한계를 가지고 있다. 지불제도를 개선하기 위해서는 지불방식의 개선뿐만 아니라 지불수준에 대한 조정이 이루어져 한다. 저자는 신포괄수가제를 제안하면서 의료계와 보험자가 지불방식과 지불수준을 서로 양보하는 사회적 대타협을 주장한 바 있다. 즉 의료계가 불리한 지불방식을 받아들이는 대신, 보험자는 원가 미만의 수가를 정상화는 것을 제안하였다. 이를 통해서 비정상적으로 운영되는 비급여 문제를 해결하고 왜곡된 진료행태를 바로잡을 것을 제안하였다. 하지만 당시에는 원가분석에 대한 토대가 미비하였기 때문에 어쩔 수 없이 행위별 진료비를 기반으로 신포괄수가를 만들 수밖에 없었다. 따라서 지금까지의 시범사업은 지불수준에 대한 근본적인 검토 없이 지불방식만 변경하는 지불제도를 시험한 것이라고 볼 수 있다.

셋째, 일부 병원의 자료만을 이용해서 신포괄수가를 만들었기 때문에 다른 병원들로 신포괄수가제를 확대 적용하는 데 한계가 있을 수밖에 없었다. 작년까지는 일산병원 자료만을 이용해서 신포괄수가를 정하였다. 병원별로 조정계수를 이용해서 수준을 조정하였지만 일산병원에서 만든 수가를 기본으로 한 것이어서 질병군별로 보면 지불정확성이 맞지 않는 경우도 많았다. 일산병원이 보험자 병원으로 표준적인 진료를 지향하고 있기는 하지만, 우리나라 전체 병원들의 진료행태를 대표한다고 보기는 어렵다. 올해부터 기본수가 산출 병원을 3개 병원으로 확대하였지만 대표성 문제는 여전히 해결되지 않고 있다. 따라서 민간병원을 포함한 다른 병원들로 신포괄수가제를 확대적용하기 위해서는 대표성 있는 병원자료를 수집하여 신포괄수가를 재산정할 필요가 있다.

## 5. 신포괄수가제 정착을 위한 향후 과제

신포괄수가제 시범사업이 지속되면서 현재와 같은 시범사업을 언제까지 지속해야 하는지에 대한 비판이 제기되고 있다. 이제는 새로운 방향전환을 고민해야 할 때이다.

새로운 방향전환의 핵심은 지불수준의 개선이다. 지금까지의 시범사업이 질병별로 일정액의 진료비를 주는 새로운 지불방식에 대한 시험과 적용이었다면 이제는 지불수준에 대한 근본적인 재검토를 통해서 지불방식과 지불수준을 함께 개선하는 새로운 지불모형을 만들고 이를

적용하는 것이 필요하다. 일산병원뿐만 아니라 공공병원을 대상으로 한 원가분석시스템이 마련되고 있는 만큼 원가에 기반한 신포괄수가 산출이 가능해졌다. 이러한 토대를 바탕으로 원가 기반 포괄수가제 도입을 적극적으로 시도할 필요가 있다.

신포괄수가제를 공공병원에 한정하지 않고 전체 의료기관으로 확산하기 위해서는 일부 공공병원의 진료비를 평균하여 신포괄수가를 산정하는 기존 방식 대신 새로운 방식을 도입할 필요가 있다. 전체 의료기관을 대상으로 적용할 수 있는 신포괄수가를 개발하기 위해서는 민간의료기관을 포함한 대표성 있는 의료기관을 대상으로 자료를 수집해야 할뿐만 아니라 임상전문가들의 적극적 참여를 유도할 필요가 있다. 즉 대표성 있는 병원 자료를 이용해서 질병군별로 진료내역자료를 구축한 다음, 이를 임상전문가가 검토하여 표준적인 진료내용이 되도록 다듬고, 이에 근거해서 신포괄수가를 만들어야 한다. 이처럼 경험적 자료와 전문가 검토가 합쳐져야지, 설득력 있는 신포괄수가 개발이 가능할 것이다.

신포괄수가제가 발전하기 위해서는 제도 자체의 합리성뿐만 아니라 제도의 합리적 운영도 매우 중요하다. 지금까지의 포괄수가제 도입 경험을 돌이켜 보면 제도 자체의 문제 때문이 아니라 제도 운영 문제 때문에 포괄수가제가 비판을 받는 경우가 많았다. 포괄수가가 주기적으로 조정되지 않아서 실제 진료비와 차이가 나거나, 수술전 입원에 대한 분리 청구 등 제도 개선이 필요함에도 신속하게 대응하지 못한 적도 있었다. 신포괄수가제가 신뢰받는 지불제도로 정착하기 위해서는 변화하는 환경에 신속하게 대응하고 주기적 조정을 통해서 예측가능한 지불제도가 되어야 한다. ✕

## 참고문헌

- 
- 건강보험심사평가원 포괄수가실. 신포괄수가 시범사업의 운영 및 평가. 2015년 국민건강보험 일산병원 심포지엄 자료집. 2015.
  - 건강보험심사평가원 포괄수가실. 신포괄수가 시범사업의 운영 및 평가. 2015년 국민건강보험 일산병원 심포지엄 자료집. 2015.
  - 서울대학교보건대학원. 신포괄수가제도 모형평가 및 개선방안 연구. 국민건강보험공단. 2013.
  - 연세대학교. 신포괄지불제도 시범사업(일산병원 3차, 공공병원 1단계) 평가 연구. 건강보험심사평가원. 2013.
  - 충북대학교산학협력단. 지역거점 공공병원용 신포괄수가 개발 연구. 건강보험심사평가원. 2012.
  - 충북대학교산학협력단. 진단코딩(중복) 점검을 위한 알고리즘 개발 연구. 건강보험심사평가원. 2016.
  - 한양대학교산학협력단. 신포괄지불제도 시범사업 평가연구. 건강보험심사평가원. 2010.
  - 한양대학교산학협력단. 신포괄지불제도 제2차 시범사업 평가연구. 건강보험심사평가원. 2012.