



신포괄수가제 개발과 향후 적용 방안

서 창 진

한국보건경제정책학회 회장
한양대 경영대학 경영학부 교수

현재와 같은 모습의 우리나라 건강보험제도는 과연 지속 가능할까? 우리나라 건강보험제도의 지속가능성이 화두가 되고 있다. 특히 지난해 건강보험 재정적자가 1조3천억에 달하고 그 적자폭이 해가 갈수록 큰 폭으로 상승 전망됨에 따라 건보재정의 안정화 대책뿐만 아니라 보장성의 강화라는 다소 상반된 정책 목표를 달성하기 위해 건강보험제도 전반에 대한 검토와 효율적이고 효과적인 대책 마련이 시급하다는 인식이 확산되고 있다.

건강보험제도는 그 적용인구, 급여범위, 보험료 부과체계, 수가제도, 청구·심사제도, 관리·운영체제로 구성된다. 이러한 핵심 구성요소들이 어떤 모습을 가지고 있는가는 국민의 의료에 대한 접근성과 보장성, 건보재정의 건전성, 의료제공자의 진료행태, 의료자원의 분배, 의료기술의 발전방향 등 의료체계 전반에서 제기되고 있는 문제들과 직결된다. 이 중에서도 진료비지불제도(수가제도)는 건강보험제도의 가장 중요한 근간을 이루고 있는 핵심요소라고 할 수 있다. 올바른 진료비지불제도의 정립을 통해 위에서 언급한 문제들을 근본적으로 개선해 나갈 수 있기 때문이다.

1977년 의료보험이 처음 도입되기 시작한 이후 의료보험 진료비 지불제도로 약 35년간 적용되어 온 현재의 행위별수가제도에서는 많은 문제점이 파생되어 왔다. 진료량을 늘려야 수익도 증가하는 행위별수가제의 유인체계 하에서 의료기관들은 진료량의 극대화를 통해 수익극대화가 가능하다. 이러한 유인체계에 따라 우리나라 의료기관들은 자연스럽게 낮은 수가 등으로 인한 경영수지의 어려움을 비용절감보다는 서비스 제공량을 극대화함으로써 극복하려 해왔기 때문에 급격한 의료비 상승의 중요한 원인이 되고 있다. 이와 같은 현상은 수가수준이 낮다는 일반의 공감에도 불구하고 수가수준의 현실화를 매우 어렵게 하는 원인이 되고 있다. 또한, 이러한 경향은 행위별수가제도가 갖고 있는 본질적인 유인체계로 인해 수가수준이 현실화되어도 이와는 무관하게 지속될 전망이다. 이밖에도 행위별수가제도하에서의 진료비 청구·심사업무의 과다 및 임상 고유영역에 대한 진료비 심사에 따른 진료의 자율성 침해 등에 대한 의료인과 보험자간의 마찰과 수많은 개별 항목들에 대한 수가관리의 어려움, 상대적으로 수익성이 높은 서비스 항목이나 비급여 분야에 투자가 집중됨으로써 의료공급 행태와 진료패턴의 왜곡 심화, 비용효과적이기 보다는 수익창출에 초점이 맞추어진 의료기술의 도입 등 많은 문제점이 제기되고 있다.

현재의 행위별 수가제에 복잡하게 얽혀 있는 많은 문제를 합리적으로 해결하기 위한 방

안으로 지불단위의 포괄화를 기본 골격으로 하고 있는 포괄수가제 특히 DRG지불제도가 적합한 대안으로 부상되고 있다. 현재 활동 중인 보건의료미래위원회에서도 현행 행위별수가제도의 한계점을 극복하기 위한 방안으로 7개 질병군에 대해 의료기관의 자율적인 선택에 의해 적용되고 있는 포괄수가제도(DRG지불제도)의 단계적인 확대·실시를 정부에 건의하였고, 현재 시범사업 중인 실포괄수가제도 즉, DRG지불제도에 행위별 및 일당진료비 지불제도가 혼합된 포괄수가 모형에 대한 보완 및 합리적인 평가를 위해 시범사업의 확대를 권고하였다. 향후 실포괄수가제에 대한 면밀한 종합평가 후에는 두 가지 형태의 포괄수가 모형에 대해 하나로 통합 선택 후 전면적인 확대·적용이 예상되고 있다.

현재 7개 질병군에 적용되고 있는 포괄수가제도는 단순 명료하여 제도의 관리 운영이 쉽고 의료기관에게 분명한 포괄수가제로서의 유인체계를 제공하는 반면, 실포괄수가제(DRG지불제도+행위별수가제+일당진료비제도)는 포괄수가제에 비해 진료비지불의 정확성은 제고되는 반면에 관리·운영이 복잡하고 포괄수가제가 갖는 분명한 유인체계가 희석된다는 단점을 갖는다.

하지만 두 포괄수가 모형 모두 DRG 환자분류체계에 근거하고 있는 만큼 우선은 DRG 환자분류체계에 대한 면밀한 검토가 선행되어야 할 것이다. 즉, DRG지불제도의 가장 중요한 근간인 각 DRG가 기본 지불단위로서 질병특성과 질병치료에 따른 의료자원 소모량의 변이가 크지 않도록 환자를 분류할 수 있는 체계를 가져야한다. 이를 통하여 DRG지불제도는 지불의 형평성과 동 지불제도가 갖는 유인체계를 효과적으로 구축할 수 있다. 현재의 K-DRG 분류체계는 기본적으로 미국에서 개발된 진단명 및 수술처치명과 질병구조 그리고 진료방식 등에 맞도록 설계된 DRG 분류체계를 근간으로 하고 있다. 따라서 K-DRG 분류체계를 한국의 질병구조와 진료방식, 진단명 및 수술처치 코드 부여 관행에 적합하도록 개정하는 작업은 우리나라에서 전 질병군에 DRG지불제도가 적용되기 이전에 선결되어야 할 핵심 과제이다. 이러한 DRG분류체계의 개선을 통해 현재 7개 질병군에만 적용되고 있는 포괄수가제도 무리 없이 전 질병군으로 확대 실시될 수도 있을 것이다.

합리적인 의료서비스 제공행태가 유도될 수 있는 DRG별 적정수가수준의 결정, 적정급여범위의 개발, 의료기관 특성별 수가조정지수의 개발, DRG분류조작이나 의료의 질 저하를 방지할 수 있는 효과적이고 효율적인 의료기관 모니터링체계의 개발 등도 DRG지불제도의 성공적인 정착을 위한 핵심사항이 된다.

아무쪼록 현재 진행되고 있는 실포괄수가제의 시범사업과 그 모형에 대한 면밀한 평가 그리고 DRG분류체계의 개선작업 등을 통해 현행 행위별 수가제와는 전혀 다른 새로운 개념을 내포하고 있는 DRG지불제도가 우리나라 의료환경에서 갖게 될 영향에 대한 객관적인 자료의 확보와 동 제도에 대한 의료계, 보험자, 환자의 이해가 깊어짐으로써 이에 대한 합리적인 논의와 평가 그리고 올바르게 합리적인 수가모형의 정립이 이루어지길 희망한다.