

내과계 신포괄지불제도의 문제점과 개선방안

경희대학교 의과대학 내과학교실

차 재 명

1. 신포괄 수가제도란?

신포괄 수가제란 입원에서 퇴원까지 발생하는 입원료, 처치료, 약값 등을 묶어서 미리 가격을 정하는 제도이다. 과거 행위별 수가제는 과잉진료의 우려가 있었고, 비급여 관리의 한계가 노출되었다. 7개 질병군에 대한 포괄수가제는 과소진료로 인한 의료의 질 저하가 우려되었다. 따라서, 진료에 필요한 서비스는 포괄수가로 지불하고, 진료비 차이를 유발하는 고가서비스와 시술 행위는 행위별수가로 보완하는 신포괄수가제는 적정 진료를 유도하고, 진료의 효율성과 보장성을 담보할 수 있는 제도로 도입되었다. 신포괄수가에서는 입원료, 검사료, 투약/주사료, 마취료 등은 포괄수가이며, 수술 처치료, MRI 검사, 내시경 검사 등은 행위별수를 적용하고 있다. 신포괄수가제는 지불정확성, 병원별 조정계수를 통한 효율성, 의료질가산 및 공공성 가산을 통한 질향상, 보장성강화, 신의료기술 별도 보상을 통한 의료기술발전, 심사체계 개편을 통한 진료 자율성보장이라는 목표를 제시하고 있다. 신포괄수가에서는 입원 일수에 따라 정상군은 신포괄수를 적용하지만, 하단 또는 상단 열외군에 대해서는 행위별수를 적용하고 있다. 신포괄수에는 포괄수와 비포괄수가가 포함되어 있는데, 포괄수는 기준수가에 환자 입원일에서 평균입원일을 제하고 일당수를 곱하여 산정하고 있다. 비포괄 수가 중 행위에 대해서는 100% 지불하지만, 약제와 치료재료에는 80%만 지급하고 있다. 약제와 치료재료는 100% 보상하게 되면 불필요한 의료서비스가 행위보다 더 쉽게 증가할 수 있기 때문에, 80%만 보상하여 서비스 이용과다를 방지할 수 있다는 논리로 80%를 지급하고 있다. 비포괄 수가 항목에는 수술 및 시술, 검사 등 의료인의 행위, 항암제, 투석액, 정신과 특정약제, 제한 항생제 일부 등 약제, 치료 재료 등이 포함되어 있다. 약제들 중 처방변동계수 40%

이상과 가중평균단가 상위 20% 이상에 해당하는 약제가 비포괄로 분류되었다. 신포괄수를 보정하기 위하여 조정계수와 정책 가산 제도를 병행하고 있다. 현재 기관별 정계수 80%와 유형별 조정계수 20%를 적용하고 있는데, 질환별 변이가 더 크기 때문에 기관별 조정계수가 아니라 유형별 조정계수 적용 확대가 필요하다. 정책 가산 지표는 참여 6%, 효율/효과성 10%, 공공성 9%, 의료의 질 2%, 비급여 관리 3%로 구성되어 있는데, 공공병원은 민간병원에서 높은 비율을 받을 수 없는 공공성 지표와 경영성과 지표의 이중 혜택을 받고 있는 문제가 있다. 또한, 많은 의료기관들이 신포괄수가만을 적용하면 기존 행위별수에 비해 수익이 마이너스이지만 정책가산을 포함해야 플러스가 되기 때문에 민간의료기관들의 참여 동기부여가 되고 있는데, 사실 정책가산 수가 없이 신포괄수가 자체로 재정 합리성이 보장되어야 한다.

현재 신포괄수가제도 시범사업의 동향을 보면, 기준수가 대비 10%가 상향되었는데 내과계는 8%, 외과계는 13% 상향되었다. 기준수를 산출하기 위한 기관이 공공기관 3기관에서 민간의료기관 3기관이 추가되어 6기관으로 되었으며, 초고가 약제 21개 항목이 비포괄로 전환되었고, 일부 입원환자 분류 체계와 정상군 범위가 재설정되었다. 현재 정책가산 평균 비율은 23.98%이다. 현재 비급여항목이 선별급여로 전환될 경우 전액비포괄로 전환되고 있으며, 조정계수도 점차 유형별 조정계수를 상향할 예정이다. 2019년 올해에는 68개 기관이 참여하고 있으며, 내년에는 99개 기관이 참여하는데, 공공기관이 46기관, 민간기관이 53기관으로 확대되고, 2023년까지는 5만병상까지 확대될 예정이다. 정책가산 비율도 현재 30%내외인 것을 2023년까지는 25%까지 줄이고, 기준수를 현실화할 예정이다. 이 제도는 완성형 제도가 아니라 계속 보완을 해 나가야 하는 현재 진행형 제도인데, 최근에 신포괄협의체가 만들어져서 신포괄수가 자문단을 통해 보건

복지부에 의견을 전달할 수 있는 루트가 생겼다.

2. 내과계의 문제점

신포괄수가제는 질병군별 분류를 바탕으로 지불수가가 결정되기 때문에 질병군 분류가 매우 중요하다. 그런데, 현재 제도는 KDRG 3.5 버전을 사용하고 있어서 현실을 반영하지 못하고 있고, 의료자원 소모가 상이한 질환군, 저빈도 질병군, 진료비 변이가 큰 내과계 질병군을 반영하기 어렵다는 단점이 있다. 또한, 중증도 결정방식이 모호하고, 청구자료를 기반으로 했기 때문에 원가가 반영되지 않았을 뿐만 아니라, 의사비용이 분리되지 않은 분류라는 단점이 있다. 이를 반영한 신포괄수가제도는 원가기반의 수가산출이 아니었기 때문에 행위별수가의 원가보전 불균형이 그대로 반영되어 제도의 제 1 목표인 지불정확성을 담보하기 어려울 뿐만 아니라, 여전히 수가에 비해 정책가산의 비중이 큰 문제를 안고 있고, 신의료기술이나 약제 등은 수가에 녹여내는 시간이 필요하기 때문에 의료기술발전에 유연하게 대처하기 어려운 문제가 있다.

내과계 환자들은 의심되는 질환에 대한 단계별 각종 검사 후 최종 진단이 내려지는 경우가 많은데, 최종 진단이 경증 진단으로 판별 시에는 검사 및 치료 약제가 포괄적용으로 비용 손실이 많고, 중증도 “1”임에도 “0”과 동일한 기준 수가인 경우가 많다. 결국, 다양한 내과 질환을 포괄수가제도에 녹일 수 있는 방법은 포괄수가 산출시 다양한 환자와 중증도가 반영되어야 하기 때문에 기준수가 병원에 좀더 많은 민간병원들을 참여시켜야 한다. 현재, 민간병원3개만으로는 턱없이 부족하고 심평원 계획은 민간병원이 3개가 더 추가되어 총 9개 기준병원을 계획하고 있지만, 민간병원이 좀더 확대되어야 할 것 같다.

소화기내과의 경우 염증성장질환을 예로 들어보면, 같은 크론병 환자라도 질병 경과가 매우 다양하기 때문에 진료비 변이가 크고 예측이 어렵다. 게다가, 중증도, 합병증 동반 유무에 따라의료자원 소모가 매우 상이하기 때문에, 동일 수가로 통합하기 어렵다. 염증성장질환이 같은 질병군으로 묶여 있지만, 궤양성대장염과 크론병의 의료자원 소모가 매우 다르고, 의료기관 종별에 따라서도 자원 소모가 다양하다. 특히, 희귀성질환들은 기본수가 산출병원에 충분한 환자 자료가 없을 가능성이 높다. 같은 질병군에서도 경증환자와 중증

환자가 있을 텐데, 경증환자를 진료해야 수익이 극대화되기 때문에 중증환자 진료의 기피 가능성이 있다. 의료정책 연구소의 자료에 따르면, 시범사업 전후 비교했을 때 일산병원은 총진료비가 증가하였는데 지역거점 병원은 감소하였고, 중증도 환자 비율이 일산병원은 변화가 없었지만 지역거점 병원에서는 약 절반 정도 감소하였다. 재입원율은 일산병원의 30일 이내 재입원률과 지역거점병원의 3일 이내 재입원율이 모두 증가하였는데 조기 퇴원으로 인한 영향일 가능성을 배제할 수 없다. 비포괄 약제/재료를 80% 산정하는 것은, 진료의 선택권 저하로 의료의 질이 저하될 우려가 있다. 비포괄 재료와 약제의 80% 지급 논리도 의료 서비스의 이용과다를 제시하였지만, 비포괄 약제는 항암제, 투석액, 정신과약, 제한 항생제 등이기 때문에 사실 서비스의 이용과다가 발생하기 힘든 항목들이며, 제도가 복잡하고, 형평성의 문제가 있으며 해외 사례에서도 모두 100% 산정하고 있음을 고려해야 한다. 2016년 수가 산출 자료를 보면, 약제들 중 16.3%가 비포괄이었으며, 10만원 이상 약제들은 3.5%를 차지하고 있다. 비포괄약제들은 80%만 보상이 되고 있기 때문에, 민간병원들의 전체 약제 매출 중 16.3%가 80%만 보상이 되었을 가능성이 있다.

3. 개선 방안

신포괄 수가제는 서울대학교 산학협력단의 “신포괄수가 모형 개선연구(2015)에 근거하고 있다”는 것이 정부 입장이지만, 꼭 그렇지도 않아 수가 결정이 투명하지 않다. 따라서, 보건복지부는 의료계의 의견을 보다 적극적으로 청취하고 의견 개진을 위한 통로를 보장함은 물론 정책에 적극 반영해야 한다. 특히, 추가지불, 수가조정, 별도 질병군 분리 등 적정 보상 방안과 명확한 기준을 정립할 필요가 있다. 현 신포괄 수가제는 KDRG 1.2 version에 기반하여 동일 질병군에 다양한 환자가 포함되어 있기 때문에 상급종합병원 지정평가에 적용하는 환자분류체계인 KDRG 4.X version 을 사용해야 하며, 환자 특성과 관계 없이 질병군 우선순위상 외과 수술이 우선되어 해당 질병군에 대한 우선순위를 교정해야 한다. 현재는, 적절한 포괄수가 책정 없이 정책가산 수가로 손실 보상하고 있으며, 질병군별 중증도간 수가 차이가 없어서 진료가 왜곡될 우려가 있다. 따라서, 기준병원을 확대하고, 원가 기반 적정수가 설정 및 지불모형 개발이 필요하다.

여러 번 지적한 바와 같이, 비포괄 약제와 재료가 80%만 보상되고 있는데, 비포괄 의료는 포괄 의료와 임상적 용도가 달라 중복 사용되거나 서비스 전환될 가능성이 낮기 때문에 행위와 동일하게 100% 보상이 필요하다. 현재 고가약제 비포괄 적용 기준은, 주성분 단위 상한금액이 100만원 초과한 약제 또는 약제 주성분 상한금액이 질병군 기준수가의 1/2을 초과한 약제로 정하고 있다. 그런데, 염증성장질환 환자에게 사용되는 infliximab이나 adalimumab은 현재 기준으로 비포괄 적용 기준이 되지 못하지만, 의약품의 경우 제품 단가보다는 총 투약비용을 고려하여 비포괄 적용 조건을 적용해야 한다. 마지막으로, 신포괄 수가제는 행위별수가제와 비교하여 신의료기술 도입이 상대적으로 어렵기 때문에, 신의료

기술에 대해서는 도입 초기 일정 기간 비포괄항목으로 분류하고, 추후 주기적인 재평가 등을 통해 포괄-비포괄 항목 유지 여부를 결정하는 제도적 배려가 필요할 것 같다.

결 론

의약계와 정부가 신포괄수가제에 대해 논의를 하고 있고, 공단은 정정수가 개발 위해 원가 자료를 수집하고 있으며, 심평원에서도 표준진료지침 우수사례를 공모하는 등 제도를 개선 및 보완하려는 노력이 있기 때문에 행위별수가제를 대체할 수 있는 합리적인 지불제도로 신포괄수가제가 자리잡을 수 있기를 기대해 본다.