



포괄수가제 시행으로 인한 의료비 감소와 의료의 질

최 재 옥^{1,2*} | 고려대학교 ¹보건대학원, ²환경의학연구소

Perspectives on cost containment and quality of health care in the DRG payment system of Korea

Jaewook Choi, MD^{1,2*}

¹Graduate School of Public Health, ²Institute for Environmental Health, Korea University, Seoul, Korea

*Corresponding author: Jaewook Choi, E-mail: shine@korea.ac.kr

Received July 19, 2012 · Accepted July 25, 2012

The Korean medical community has recently faced political conflicts with the government in the implementation of the Korean diagnosis-related groups (DRG) payment system. This study found that scientific evidence is insufficient so far to support the claim that the DRG results in lower medical expenses without sacrificing the quality of health care. There is no 'free lunch' and 'free DRG' as well. Unreasonable and compulsory implementation of the Korean DRG may give rise to an unwanted burden to both the Korean people and medical community. The economic burden of the patient is unlikely to decrease after Korean DRG application, given the lack of scientific and political evidence for this possibility. We can expect that the systems will be effective in holding down medical expenses in the long term. However, it will not be practical without the reduction of medical expenses by means such as reducing hospitalization service and other medical service amount. The enforcement of the Korean DRG payment system appears to be one of the typical cases of excessive state intervention in health policy in the history of Korea.

Keywords: Diagnosis-related groups; Quality of health care; Cost containment; Korea

시 론

2012년 7월 일부로 시행하는 포괄수가제 강제적용과 관련하여 의료의 질 저하, 의료비 절감의 과대홍보, 근거기반의 진료행위 분류 및 임상진료지침의 부실로 인한 준비부족 및 강제적용으로 의료계의 반발과 같은 제도 집행상

의 문제점 등이 최근 노정되었다. 본 연구는 포괄수가제 강제시행과 관련하여 그간 제기된 다양한 문제점 중에서 국민의 의료비 부담 변화에 대한 의견과 정책 시행과정에서 나타난 문제점들에 한하여 지적하고자 한다. 결론적으로 포괄수가제가 의료의 질 저하를 초래하지 않고 의료비를 절감한다는 주장은 과학적 근거가 불충분하다는 것과 이 세상에

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

공짜 점심은 없다라는 상식적인 격언과 같이, 포괄수가제의 실질적인 피해자이자 부담자는 국민과 의료계가 될 것이라는 것을 사전에 지적하고자 한다.

Free Lunch & Free DRG?

정부는 포괄수가제 적용으로 국민의 의료비 직접 부담이 줄어들게 된다고 발표하였지만, 이는 틀린 주장이다. 정확하게 이야기하자면 지금 당장은 총 의료비에서 환자가 직접 부담하는 금액이 감소할 수 있을지 모르지만, 장기적으로는 더 많은 금액을 부담하여야 한다. 보건복지부가 제시한 제왕절개수술 포괄수가 비용계산의 예를 들어 설명해보자. 보건복지부의 포괄수가제 홍보자료에 따르면, 일주일간 제왕절개술로 입원 후, 기존 행위별수가제를 적용하면 746,570원을 본인부담금으로 병원에 직접 지불하고, 포괄수가제를 적용하면 270,920원만 지불하면 된다는 것으로 설명하고 있다[1]. 요약하자면 정부는 포괄수가제를 실시하면 환자부담은 줄어들고 총 진료비도 감소한다고 주장하고 있는 것이다.

그러나 포괄수가제 의료비 계산과 관련하여 정부가 의도적인지는 모르겠으나 말하지 않는 것이 있다. 홍보자료에도 언급되어있는 바와 같이 오히려 보험자부담은 많아진다는 것이다. 여기에서 보험자부담금은 건강보험공단의 부담금으로 포괄수가제를 적용하는 경우 기존 행위별수가제의 경우보다 230,220원이 증가한다. 즉, 모든 의료기관에 제왕절개술에 대한 포괄수가제를 적용하면 환자들은 당장의 본인부담금은 줄어들겠지만, 앞으로 계속해서 모든 환자들의 제왕절개술에 대한 증가된 보험자 부담금을 누군가 부담해야만 한다. 그리고 그 부담은 환자와 가입자 국민 모두 죽을 때까지 계속된다는 것을 의미한다.

실제 정부 발표에 의하면 포괄수가제 강제시행으로 인해 건강보험에서 추가적으로 부담하게 될 금액이 연간 약 198억 원 정도라고 추산하고 있다. 실제 과거 보건복지부는 포괄수가제 시범사업 결과 행위별지불제 대비 보험자부담이 9.5% 증가하였다고 밝힌 바 있다[2]. 따라서 포괄수가제가 확대적용되면 추가 보험자부담액의 재원마련을 위하여 건강

보험 가입자의 보험료인상이 필연적이며 그리고 그 추가적인 보험료 인상 금액은 해를 거듭할수록 증가하게 될 것이다.

포괄수가제는 의료의 질 저하를 초래하지 않는다?

이 문제를 논하기에 앞서 의료의 질을 어떻게 정의하는가가 우선되어야 할 것이다. 포괄수가제 적용 이후 의료의 질을 평가하기 위하여 재입원율, 재원일수, 사망률 및 중증환자 구성비 등의 지표를 사용할 수 있으나, 아직까지 전 세계적으로 포괄수가제 적용 이후 의료의 질 저하가 초래되지 않는다는 신뢰할 만한 연구결과가 있다고 볼 수 없다. 실제 PubMed를 주요 검색 데이터베이스로 사용하여 'DRG' 또는 'diagnosis-related-group'으로 검색하고, DRG의 적용 이후 의료 영향에 관한 유용한 결과의 문헌 도출하고자 하였으나 의료의 질 저하가 초래되지 않는다는 신뢰할 수 있는 연구 보고를 찾을 수 없었다. 구체적으로는 총 14건(국외 문헌 12건, 국내 문헌 2건)의 문헌을 확인하여 고찰 한 바, 80년대 초반의 자료를 이용하거나, 연구결과와 내용과 경향이 일치하지 않거나 혹은 일반화하기 어려운 경우가 대부분으로 근거 기반의 정책자료로 활용하기에는 곤란하다고 판단된다 [3-16]. 그러나 그럼에도 불구하고 몇 가지 의미 있는 경향을 확인할 수 있었는데, 예를 들어 재입원율의 경우 3개 연구 중 3개 연구 모두 증가하였으며(최소 0.2%, 최대 33.0% 증가)[6,8,14], 재원일수는 12개 연구 중 11개 연구에서 감소한 반면 1개 연구에서만 증가하였고, 입원율의 경우 4개 연구 중 4개 연구 모두 감소하였다[6,7,9,12]. 요약하면 재원일수는 일관성 있게 감소하고 입원율은 감소하는 경향을, 그리고 재입원율은 증가하는 경향이 있다고 말할 수 있을 것이다. 반면 사망률, 합병증 발생 및 중증도와 같은 의료의 질에 관하여는 아직까지는 어떠한 과학적 결론을 내릴 수 없다는 것이 타당하다. 그럼에도 불구하고 일부 정부 주도하에 작성된 보고서에 근거하여 현재 정부가 포괄수가제 적용 이후 의료의 질 저하는 없다고 홍보하는 것은 과학적 근거에 근거한 주장이라고 볼 수 없을 것이다.

과학적 그리고 근거에 기반을 둔 정책자료에 기초하여 정

책을 입안하고 수행하여야 할 국가가 포괄수가제와 같은 중차대한 정책을 집행하는데 있어서 과학적 근거가 부족하다고 할 수 있다. 오히려 상기 자료에서 보여 주고 있는 바와 같이 재원일수와 입원율의 감소와 같은 의료서비스 제공량의 감소가 명확하게 초래될 것이며, 이는 의료계가 우려하는 과소 진료로 인한 의료의 질 저하의 가능성이 근거가 될 수 있음을 정부는 왜? 간과하는지 의문시된다.

특히 재원일수의 감소는 독일에서 사회적으로 이슈가 되었던 문제가 우리나라에서도 초래될 수 있다는 점에서 고민하여야 할 내용이다. 즉, 독일 의료기관의 경우 포괄수가제 적용으로 인하여 환자를 빨리 퇴원시킬수록 더 많은 환자를 치료할 수 있고 병원의 수익도 높아지는 진료환경에 놓여있다. 따라서 환자를 조기에 퇴원시키는 일이 많아졌고, 이를 영국식 퇴원이라고 한다. 영국식으로 스테이크를 주문하면 피가 뚝뚝 흐르는 고깃덩어리가 나오는 상황을 빗댄 표현이라고 알려져 있다.

물론 정부 역시 이러한 의료의 질 저하에 대한 우려를 감안하여 진료의 질을 평가할 수 있는 다양한 평가지표를 개발하여 운영하고, 포괄수가제 기반의 성과지불제도를 선진국가의 제도를 벤치마킹하여 운영할 것이라 주장하나[1], 이는 결론적으로 의료의 질 저하의 가능성을 인정하고 있다는 것과 의료의 질 관리를 강화하겠다는 것과 다름없다.

포괄수가제 시범사업은 왜 하였을까?

포괄수가제 제도시행에 관한 문제점들은 이미 학계 혹은 전문가들에 의하여 계속 제기되어온 바가 있다. 예를 들어 7월 1일부터 시행하겠다고 발표한 7개 질병군 포괄수가제는 이미 1997년 1차, 1998년 2차, 1999년 3차까지 3차례의 시범사업을 진행한 바 있다. 상기 시범사업을 종합적으로 평가한 서울대학교 의료관리학교실의 시범사업평가보고서에 의하면 “시범사업 실시기간이 길지 않고 대상 질병군과 대상 의료기관 수 역시 제한적이어서 포괄수가제 지불제도의 확대·도입이 우리나라 보건의료체계 전반에 걸쳐 미치게 될 과급효과를 평가하고 정책방안을 개발하는 것이 용이하지 않다. 또한 이전의 연구는 시범사업 수행을 지원하기 위

한 기술적 측면과 단기적 효과 및 변화 양상을 파악하는데 한정되어 있다. 포괄수가제 확대도입에 따른 과급효과에 대한 제도적·정책적 측면에서의 심층적인 연구는 이루어지지 않았다.”고 기술한 바 있다[17]. 또한 2009년부터 일산병원만을 대상으로 하는 신포괄수가제 시범사업과 2011년 7월부터 지역거점 공공병원에 확대하여 시행한 시범사업에 대하여 건강보험공단 연구소에서 발표한 시범사업 평가 결과(2010년 10월)에 의하면 시범사업에 적용한 신포괄수가제도는 진료비 증가 완화나 진료비지불 절차의 간소화 같은 포괄수가제의 목표를 효과적으로 달성하지 못하고 있고, 수가 모형 및 분류체계에 대한 검토 등 제도 전반에 대한 체계적인 재검토가 필요하다고 지적하고 있다.

결 론

포괄수가제 적용으로 국민의 경제적 부담이 감소할 것이라고 믿기에는 정책적 그리고 과학적 근거가 부족하다. 장기적으로 의료비 증가를 억제하는 효과는 기대할 수 있으나, 그러한 경우 환자에게 제공하여야 하는 입원서비스와 기타 의료서비스 제공량을 줄이는 것과 의료수가의 인하를 통하여만 가능할 것이며 이것이 포괄수가제의 핵심이다. 또한 포괄수가제가 의료의 질을 저하하지 않는다는 어떠한 객관적이고 신뢰할 수 있는 과학적 근거자료가 불충분함에도 불구하고 제도시행 이후 사후 보안을 전제로 포괄수가제를 강제 적용하는 것은 지나친 국가 과잉 개입이라 할 수 있다.

핵심용어: 포괄수가제; 의료의 질; 의료비 절감

REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare. DRG: misunderstanding and truth. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2012.
2. Ministry of Health and Welfare; 2011. [cited 2012 Jul 16]. Available from: http://m.mw.go.kr/data/bodo_view.jsp?MENU_ID=0403&cont_seq=254176&page=4
3. Eggers PW. Prospective payment system and quality: early results and research strategy. Health Care Financ Rev 1987; Spec No:29-37.
4. Sager MA, Easterling DV, Kindig DA, Anderson OW. Changes

- in the location of death after passage of Medicare's prospective payment system: a national study. *N Engl J Med* 1989; 320:433-439.
5. Sager MA, Leventhal EA, Easterling DV. The impact of Medicare's prospective payment system on Wisconsin nursing homes. *JAMA* 1987;257:1762-1766.
 6. Leibson CL, Naessens JM, Campion ME, Krishan I, Ballard DJ. Trends in elderly hospitalization and readmission rates for a geographically defined population: pre- and post-prospective payment. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:895-904.
 7. Schwartz WB, Mendelson DN. Hospital cost containment in the 1980s. Hard lessons learned and prospects for the 1990s. *N Engl J Med* 1991;324:1037-1042.
 8. Brizioli E, Fraticelli A, Marcobelli A, Paciaroni E. Hospital payment system based on diagnosis related groups in Italy: early effects on elderly patients with heart failure. *Arch Gerontol Geriatr* 1996;23:347-355.
 9. Louis DZ, Yuen EJ, Braga M, Cicchetti A, Rabinowitz C, Laine C, Gonnella JS. Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy. *Health Serv Res* 1999;34(1 Pt 2):405-415.
 10. Forgione DA, Vermeer TE, Surysekar K, Wrieden JA, Plante CA. The impact of DRG-based payment systems on quality of health care in OECD countries. *J Health Care Finance* 2004; 31:41-54.
 11. Theurl E, Winner H. The impact of hospital financing on the length of stay: evidence from Austria. *Health Policy* 2007;82: 375-389.
 12. Busato A, von Below G. The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: a population-based perspective. *Health Res Policy Syst* 2010;8:31.
 13. Fuerstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierling P, Nolting H-D, Schmidt T. G-DRG-supporting research in accordance with § 17b para 8 KHG. German hospital Verlagsgesellschaft mbH; 2011.p.471-544.
 14. Hamada H, Sekimoto M, Imanaka Y. Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy* 2012 Jan 23 [Epub]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.002>.
 15. Kang MS, Chung YK, Yeoum SG, Baik KA. Comparative analysis of diagnosis-related-groups payment and fee service. *ChungAng J Nurs* 2001;5:35-41.
 16. Shon C, Chung S, Yi S, Kwon S. Impact of DRG payment on the length of stay and the number of outpatient visits after discharge for caesarean section during 2004-2007. *J Prev Med Public Health* 2011;44:48-55.
 17. Department of Health Policy and Management; Seoul National University College of Medicine, Korea Health Industry Development Institute. Evaluation seminar of the DRG demonstration project. Seoul; 2000 [cited 2012 Jul 18]. Available from: www.cykim.pe.kr/DRGSem.PDF