



포괄수가제 Bundled Payment System

공인식 • 보건복지부 보건의료정책실 사무관

건강보험 지불제도 현황

우리나라의 건강보험은 의료급여 등 일부를 제외하고 전 국민의 97%가 적용받으며 매년 의료서비스 등에 33조('11년 기준)를 쓰고 있는 공적 사회보험제도다.

건강보험 지불제도는 공급자 또는 정부가 의료서비스 공급자에 진료비용을 지불하는 경제적 보상방식으로 지불대상(개인, 조직)과 지불단위(항목별, 방문건당, 환자당) 등에 따라 다양하다. 흔히 개별 공급자에 대해 지불하는 미시적 수준(micro-level)과 모든 공급자 또는 일부 공급자들을 하나의 그룹으로 묶어서 진료비를 지불하는 거시적 수준(macro-level)으로 구분하고 있다.

경제적 보상방식인 지불제도가 건강보험제도에 미치는 영향은 매우 커서 ① 비용관리기전이 약할 경우 의료서비스의 종류와 양을 결정하는 의료공급자의 불필요한 의료제공을 늘리는 유인을 견제할 수 없고, ② 의

료공급자가 적절한 수입을 받도록 설계되지 않으면 양질의 서비스를 제공하지 않으며, ③ 지불방식이 복잡하고 세분화될수록 이를 심사하고 급여의 적정성을 평가하는 것이 어려워지고 보험자와 의료공급자간 갈등이 야기되어 관리의 효율성이 떨어질 수 있다.

우리나라의 건강보험 진료비 보상제도는 자원투입량에 기초한 상대가치환산지수(Resource-based Relative Value Scale)를 기반('01년 도입)으로 한 행위별수가제도(Fee for Service)가 외래와 입원 모두에서 기본으로 의사의 치료행위 하나하나에 대해 가격을 정하여 보상하는 것으로 충분한 서비스 제공과 신의료 기술도입 등에는 유리하나, 의료행위의 빈도 등 총량 통제가 불가능한 구조로 의료비용의 급증을 초래할 수 있는 지불제도로 전체 건강보험 전체 비용의 94%에 달하고 있고 통상 매년 보험료 인상이 5% 내외(올해 2.8%)인데 비해 급여 비용 지출 증가율이 10% 내외에 이르고 있는 상황이다.

〈표 1. 우리나라 건강보험 지불제도에 따른 급여비용 현황(2011년 기준)〉

		내용	요양급여비용 규모 (100%)
행위별수가제		행위, 치료재료, 약제별 산정	43조 2,168억 (93.8%)
포괄수가제	질병군정액제	7개 질병군 입원환자	7,326억 (1.6%)
	일당정액제	요양병원 입원환자	2조 1,266억 (4.9%)

건강보험 지불제도 개편의 필요성

한국의 보건의료체계는 낮은 비용 대비 높은 건강수준을 보이거나 가파른 의료비 증가로 건강보험제도의 지속 가능성에 대한 논란이 반복되고 있다. '08년 국민의료비는 GDP 대비 6.5%(66.7조)로 OECD 평균 9.0%보다 낮으나 기대수명은 79.9세로 OECD 평균 79.4세보다 높고 최근 10년 간 1인당 의료비 증가율은 8.7%로 OECD 국가(평균 4.0%) 중 가장 빠른 속도로 증가하고 있다('08년 국민의료비 및 국민보건계정, 정형선). 건강보험재정 소요도 '10년 35조에서 '20년 71조로 10년간 140% 급증할 것으로 전망하고 있다.(사회복지재정분석을 위한 중장기 재정 추계 모형개발에 관한 연구, 한국조세연구원) 실제로 '10년 당기적자가 1.3조 발생했고 최근 5년간의 지출증가율은 연 12.7%로 수입증가율 10.5%를 초과해 현 추세가 지속 유지되면 만성적인 적자운영이 불가피할 것이 분명하다.

규제 없이 늘고 있는 병상(인구 1천 명당 총병상수 : 한국 7.8병상, OECD 5.4병상), 장비(인구 1백만 명당 CT 보유대수 : 한국 36.8대, OECD 평균 24.0대)와 이를 활용해 진료한 양에 따른 수입이 느는 행위별 수가제가 근간인 건강보험제도는 비용증가에 취약한 구조를 가지고 있어 건강보험제도의 지속가능한 발전을 위해서는 건강보험 지불제도 개편과 아울러 국민의 의료서비스 보장성 정책, 의료자원 관리정책, 중장기 재원조달 방향 등을 종합적으로 고려해 시급히 개선해야 할 것이다.

최근 OECD('12. 2월)에서는 「한국 의료의 질 검토 보고서」(Health Care Quality Review : Korea)에서 한국의 보건의료체계에 대해 질병치료에 대한 병원의 의존도를 줄이기 위해서는 강력한 1차 의료체계를 구축하고 양질의 서비스를 제공하는 공급자에게 적절한 보상을 해야 한다고 권고했을 뿐만 아니라, 현행 행위별 수가제가 과잉의료를 유발하고 진료비 증가에 취약하므로 DRG 등 보다 포괄적인 지불제도로의 개편이 필요하다고 권고하였다.

포괄수가제란?

포괄수가제란 의료공급자가 제공하는 의료서비스를 “묶어”(Bundled) 소비자와 보험자가 그 “비용”을 내는 (Payment) “진료비 정액제” 지불제도다. 전 세계적으로 의료서비스의 지불제도 발전방향을 나눌 때 묶음 단위를 크게 가는 방향을 “Bundling”, 묶음 단위를 작게 가는 방향을 “Unbundling”이라고 표현한다. 또한 환자에 대한 의료서비스 가격이 제공 전에 먼저 정해지느냐 나중에 정해지느냐에 따라 각각 전향적(Prospective), 후향적(Retrospective) 지불제도라고 개념적으로 나누기도 한다. 요양병원에 입원한 환자를 분류에 따라 하루당 정해진 비용을 정해 지불하는 “일당정액제(Payment Per Diem)”도 일종의 포괄수가제도다.

흔히 말하는 “7개 질병군 포괄수가제”를 정확히 풀어서 보면 7개 질환으로 수술(백내장수술, 편도 및 아데노이드 절제술, 서혜부 및 대퇴 탈장수술, 충수절제술, 항문수술, 제왕절개분만수술, 자궁 및 자궁부속기수술)을 받으려고 입원을 한 환자(7개 질병군 포괄수가에 해당되는 시술은 전국 3,282개의 의료기관에서 연간 1,114천건 이뤄지고 있음)를 임상적 특성과 소요되는 비용에 따라 비슷한 환자들을 분류해(일명 진단명 기준 환자군(Diagnosis Related Group, 이하 DRG)) 입원에서 퇴원까지 제공된 일련의 치료행위(행위·치료재료·약제)를 묶어서 사전에 정해진 비용을 지불하는 “입원건당” 포괄수가제도(Payment Per Case)다. 다만, 행위별수가제에서는 의학적으로 필요했지만 비급여, 비보험(임의비급여)이었던 항목을 보험 적용해 그 비용의 20%를 부담하는 것으로 묶음의 범위를 환자의 보장성을 높이기 위해 넓힌 특징이 있다. 그러나 선택진료비, 상급병실차액, 초음파 등은 여전히 비급여로 환자가 전액 부담한다.

〈표 2. 7개 질병군 포괄수가제도 수가산출모형〉

포괄비용 (행위별수가 적용기관의 평균비용)			종별 인센티브
급여(A)		비급여(B)	비보험(C)
일부	전액		
행위별 급여 진료비의 평균 * CT 포함, 초음파 미포함		행위별 비급여 진료비의 평균	행위별 비보험 진료비 평균의 50%
상급병원의 A+B+C 금액에서 해당 종별 진료비용을 뺀 차액의 50%			

진단명 기준 환자군(DRG)과 포괄수가

진단명 기준 환자군이란 환자분류체계(Patient Classification System)의 하나로, 입원환자에게 제공되는 서비스가 너무 복잡하고 다양해서 관리에 어려움을 겪던 중 이러한 서비스를 일정한 기준, 예를 들어 진단명, 수술처치, 환자연령, 동반질환, 시술합병증, 중증도와 치료비용 등의 기준에 따라 그룹화해 의료기관의 최종 생산물(Final Product)을 어떻게 규정하고 관리할 것인가에 대한 경영관리의 필요에서 생겨난 분류체계다.

1960년~70년대에 미국 예일대학에서 포괄방식인 DRG 분류가 개발되었고 1980년대에는 미국의 메디케어(Medicare)에서 지불제도로 사용되기 시작한 것이다. 즉, 포괄수가 분류방식을 의료서비스 비용을 지불하는데 활용함으로써 의료기관의 관리운영의 투명성(Transparency)과 효율성(Efficiency)을 높여 질을 높임으로써 의료비용에 대한 지속가능한 재정운용을 가능케 하는 중요한 정책 인프라로 전세계적으로 활용되고 있다.

DRG 체계에 대한 관리운영에 대한 기본원칙(일상적으로 수집되는 정보의 활용, 관리 가능한 분류개수, 임상적으로 유사, 자원소모량이 유사)에 대한 학문적 공감대는 있으나 세계 각 나라의 사회보장, 의료보장제도 및 지불제도의 발전방향에 따라 다양하게 체계를 가지고 있고 그 활용도 다양한 상황이다. 총액예산제를 운영하는 나라에서는 예산을 공정하게 나눠주는 자원 배분의 수단(Budget allocation)으로, 총액예산제나 행

위별수가제와 상관없이 많은 나라에서 입원환자 또는 외래환자까지도 묶어 지불하는 지불제도의 수단(Payment) 또는 질수준 등 성과(Performance)을 객관적으로 평가하는데 활용하는 수단으로 활용하기도 한다.

우리나라는 서울대학교에서 1980년대부터 Korean DRG(이하 KDRG) 체계를 개발해 구축하였고 이후 건강보험심사평가원에서 지속적으로 의료계의 현실을 반영하면서 현재는 KDRG Ver. 3.4에 이르고 있다. 이를 활용해 의료기관 간의 특정 입원환자의 입원일수 비교, 진료비용 비교하는 정보를 지속적으로 산출하고 있고 상급종합병원, 전문병원의 지정기준 중 중증환자 등 특정환자의 비율을 따지는 기준 및 의료기관의 건강보험 청구자료에 대한 심사와 평가수단으로도 중요한 역할을 하고 있다.

7개 질병군 포괄수가제로 지불제도로 활용하는 중증도까지 반영된 최종 DRG(Refined DRG) 개수는 78개로 호주 26개 미국 22개에 비하면 시술방법, 중증도 등이 상당히 세분화된 것으로 평가할 수 있다. 78개 DRG를 토대로 행위별수가제를 이용하는 입원환자의 행위, 치료재료, 약제의 급여, 비급여, 비보험(임의비급여)의 평균비용과 의료기관 인센티브비용을 계산해 정한 기본적인 포괄수가에 여기에 어느 의료기관 종별을 이용하느냐(4가지), 응급시술 여부, 실제 입원일수(30일) 의료기관 4가지 종류(의원·병원·종합병원·상급종합병원), 야간공휴일 응급상황 여부, 입원날짜(30일)에 따라 전체 18,720개의 다양한 환자상황에 대한 가격이 정해져 있다.

참고로 '12. 6월에는 국민건강보험법 시행령이 개정 되던 KDRG의 법률적 근거와 관리체계에 대한 규정이 만들어졌다. 이로써 입원, 외래, 한방 진료서비스의 체계적인 분류체계 구축과 개선작업이 안정적으로 이뤄질 것으로 기대하고 있다.

최근의 당연적용 이전 7개 질병군 포괄수가제도의 성과와 한계

'02년부터 시행하고 있는 충수수술 등 특정 환자 입원치료 시 건당 일정액을 지불하는 7개 질병군 포괄수가제도는 '11년 말 기준으로 전체 의료기관의 71.5%(의원급 83.5%, 병원급 40.5%, 종합병원 24.7%)가 참여하고 있다.

'10년 7개 질병군의 전체 진료건 기준으로 보면 포괄수가로 적용받는 것은 68%(의원급 91%, 병원급 74%, 종합병원 30%)을 차지하고 있다.

행위별 수가에서는 환자가 전액 부담하던 비급여 일부를 포괄수가에 포함해 급여화 함으로써 7개 질병군

입원환자에 대한 보장률은 행위별수가 61.7% 대비 포괄수가제는 69.3%로 높아진 것으로 나타났고 이에 따라 건강보험의 재정부담은 커진 것이 사실이나 '02~'10년 기간 동안의 연평균 진료비 증가율은 행위별 수가의 경우 3.3%인 포괄수가는 2.7%로 증가율이 다소 둔화된 것으로 평가받고 있다.

그러나 의료기관의 선택적 참여방식으로 이윤이 아닌 기관만 참여하는 참여방식, 단순 질환 위주로 암·폐렴 등 복잡한 질병에는 적용이 곤란한 수가모형, 입원전 후 검사 등 외래 방문 증가 등 외래로의 비용 전이 문제 등이 제기되고 있어 보완이 필요하다.

국외 관련 정책 동향

의료비용의 지불제도는 미국, 유럽 등 각 나라의 사회발전 및 의료공급·서비스 전달체계에 따라 혼합형으로 발전하나 주된 방향은 보장범위를 넓히고 지불정확도를 높이며 예측 가능한 재정지출 증가율의 관리 등이 주요 이슈로 부상하고 있다.

〈표 3. 7개 질병군 포괄수가제 평가분석주요내용〉

<p>① [보장성] 7개 질병군의 입원환자 보장률은 69.3%로 건강보험 행위별 수가제의 입원환자 61.7%에 비해 높음</p> <p>② [효율성] 내원일수*는 평균 9% 감소되었고 1인당 총약제비**는 평균 45% 감소해 입원진료 효율성, 약제비용이 절감</p> <p>* 내원일수 : 최대 36.6% 감소(수정체수술) ~ 최소 13.4% 증가(탈장수술)</p> <p>** 1인당 총약제비 : 최대 76.5% 감소(주요항문수술) ~ 최소 15.5% 감소(탈장수술)</p> <p>③ [진료비증가율] '02~'10년 건당 진료비 연평균 증가율이 행위별 수가는 3.3% 증가했으나 7개 질병군 포괄수가는 2.7%로 증가가 둔화</p> <p>④ [필수의료서비스 제공량] DRG 기관과 행위별 기관과 비교해 수술 전 이상 소견율, 수술 후 합병증 발생률에 유의한 차이가 없었음</p> <p>※ 7개 질병군 포괄수가제도 발전방안 연구, '09. 충북대/서울대, 강길원</p>

미국은 메디케어 내의 병원비용(Hospital fee)의 급증에 따라 재정건전성의 위협으로 도입된 입원환자에 대한 포괄수가제를 도입하면서 메디케이드 제도까지, 의사비용(Physician fee)까지, 외래비용까지를 묶는 경향(“Bundling”, “Global payment”)으로 확대하고 있다.

'83년 메디케어에 도입되어 발전하고 있는 최근의 미국 포괄수가제도의 핵심적인 성공요인을 분석한 자료³⁾에 따르면 ① 적절한 환자분류체계에 기반을 둔 지불(Payment was based on a categorical clinical model), ② 별도의 환자요인(동반상병) 등 지불보상 가산체계(Separate methodology for computation of payment weights), ③ 별도의 비병원요인(의료급여비용) 등 지불보상 조정체계(Separate payment adjustments for non-clinical factors), ④ 미적용 환자에 대한 인정(Outlier payments specific to the patient's condition)이었다.

유럽의 경우는 국가주도의 의료자원 관리의 특성에 따라 대부분 총액예산제(Global budget)를 기반으로 최근에 재원분배의 형평성과 정확도를 높이기 위해 자국의 현실에 맞게 포괄수가제도를 재원분배의 수단으로 또는 지불제도의 한 영역으로 고도화시켜 적용하는 과정에 있다고 볼 수 있다.

대만의 경우 행위별수가 내 진료비 급증에 따른 거시적 효율성 추구를 위해 '98년부터 치과, 한의과, 의원, 병원의 단계로 총액계약제를 도입한 상태에서 진료비용의 정확한 지불을 위해 '10년도부터 5년 동안 '14년까지 단계적으로 적용 질병군을 넓히며 단계적으로 확대하고 있고 최종적으로는 입원환자의 70~80%가 적용될 수 있도록 할 계획이다.

일본의 경우 우리나라와 같이 행위별수가제 하에 일본형 질병군 분류체계(Diagnosis Procedure Combination, DPC)를 기반으로 포괄수가 종합병원급 이상의 대형병원 위주로 '03년 82개에서 '07년 360개, '09년 1,284개(전체 병원의 15%)가 제한적으로 참여하고 있다.

「포괄수가제 발전방안」 로드맵 확정경과 및 추진현황

건강보험제도의 지속가능성이라는 화두로 보건의료 미래기획위원회(이하 미래위)에서는 '11. 8월에 7개 질병군 포괄수가제에 대해서는 1단계로 의원 및 병원급에 당연 적용하고, 2단계로 종합 및 상급종합병원에까지 당연 적용을 확대하는 것이 필요하다고 권고하였다. 다만 의료계에서는 의료현실을 잘 아는 전문가의 의견을 잘 수렴하는 절차를 만들어 달라는 조건이 있었고 정부는 이에 대해 “포괄수가제 발전협의체”(의협 3명, 병협 3명, 가입자 4명, 건보공단 1명, 심평원 1명, 정부 1명)를 구성해 현재까지 중요한 포괄수가제 이슈에 대해서 자문역할을 하고 있다.

또한 '11. 11. 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)에서는 병원급 의료기관의 차년도 의료수가 1.7% 인상에 대한 부대조건으로 7개 질병군 포괄수가제 확대 도입 등 명시하였고 '12. 2. 15일 건정심서 2012~2016년까지의 단기, 중장기과제를 담은 「포괄수가제 발전방안」을 최종 의결하였다. 이에 대한 후속조치로 건정심서 '12. 5. 24일 포괄수가 질 관리방안(합병증발생률, 재입원율, 응급실방문율 등 18개 지표)을 보고하였고 5. 30일 포괄수가 개정안(2.7% 수가 인상, 행위별수가 대비 18% 인상)을 의결하였으며 '12. 6. 12일 국민건강보험법 시행령을 개정하여 병의원급 '12. 7. 1일, 종합병원급 이상 '13. 7. 1일로 당연적용을 단계적으로 확대하는 시기를 규정하여 「포괄수가제 발전방안」을 차질 없이 현재까지 추진하고 있다.

포괄수가 적용 입원환자의 질 관리 방안

미국을 비롯하여 이 제도를 운영하는 모든 나라들의 공통적인 우려사항이었으나, 우려와는 달리 실제 운

〈표 4. 「포괄수가제 발전방안」(‘12. 2. 15일 건정심 의결) 단기, 중장기 주요과제〉

단기과제		
구 분	기 한	내 용
포괄수가의 수준 적정화	‘12. 5월	행위별 대비수준, 재정소요 등을 고려한 수가개정 * 포괄수가 고시 개정 사항(질병군전문평가위원회를 거쳐 건정심 의결)
7개질병군 환자분류체계 정비	‘12. 5월	의료의 현실을 반영하여 중증도, 치료다양성, 의학발전 등을 고려한 개선안 마련 * 포괄수가 고시 개정 시 반영
급여적정성평가 시범도입	‘12. 5월	의료계와 심평원이 공동으로 입원 중 합병증 발생률, 재입원을 등 질 지표개발 및 평가방안 마련
적용 질병군 확대검토	‘12. 7월	의료계의 적용가능 질병군 확대 수요조사를 바탕으로 적용가능성 등 검토
객관적 정책평가 실시	‘12. 7월	선택진료료 등을 포함한 비용분석, 질수준, 외래로의 비용전이 분석, 외국의 사례 및 시사점 도출 (건보공단에서 외부 전문가 발주)
수가 조정기전의 규정화	‘12. 12월	조정원칙, 방법, 주기, 절차 등 세부방안 마련 * 심평원에서 외부 전문가 연구발주해 안 마련 후 관련 고시 규정화
중장기과제		
구 분	기 한	내 용
질병군 환자분류체계 전면 재정비	~’13년 (제도화)	의료계가 주도해 중증도, 연령보정, 다양한 처치 등을 반영한 전면 개정안을 마련(건보법 시행령에 근거 마련했고 제도화 예정)
표준임상진료지침 개발 확대	계속	의료계가 주도해 다빈도 입원질환을 우선적으로 입원적응증, 검사, 치료방법 등을 포함해 지침을 개발토록 지원 (의료계 매칭펀드 방식지원/매년 20억 규모)
원가기반 수가책정 체계 구축	~’13년	의료계와 건보공단의 공동연구를 통해 지속가능한 비용수집체계(자료제공에 대한 충분한 보상 등)와 수가책정기전 및 조정계수(가칭 포괄수가용 환산지수) 마련 * 건보공단에서 발주
의사-병원비용의 명확한 구분	~’14년	의협, 병협에 연구과제를 발주해 병원-의사비용을 명확히 구분할 수 방안을 마련 * 심평원에서 발주
통합모형 및 운영체계 구축	~’16년	신포괄수가의 비포괄영역의 모형타당성, 포괄수가 모형과의 비용, 질 수준, 효율화 정도, 보장성 효과 등을 비교분석해 통합모형안 마련

영과정에서 과소진료의 문제점이 크게 드러나지 않았다는 것이 학계의 정설이며, 우리나라에서 지난 15년간 운영해 본 경험에서도 행위별수가제를 적용했던 의료기관과 재입원률이 차이나지 않고 필수적인 의료서비스 제공이 줄어들어 질이 떨어지지 않는 것으로 확인되었다. 의료공급자의 대부분이 민간의료기관이고 입원병상의 과잉으로 경쟁이 치열한 의료환경에서 과소진료에 따라 질 문제가 발생한 경우 환자가 먼저 알 것이고 SNS, 인터넷이 발달되어 소문으로 자연스럽게 도태되거나 그러지 못할 것이라는 것이 전문가의 예측이

다.

그러나 혹시라도 생길 수 있는 질 저하 문제를 모니터링하기 위해 7. 1일 병원 당연적용 확대 시행시기와 동시에 의료기관에서 '질 점검표'와 '세부 서비스 제공내역'을 건강보험심사평가원에 제출토록 의무화함으로써 추가적인 안전장치를 마련하였다. 향후, 의료계와 협의하여 질 평가결과를 활용해 과감히 추가보상하거나 페널티를 주는 성과지불제도(Payment for Performance, P4P)를 조속히 도입할 예정이다.

〈표 5. 포괄수가 적용 입원환자의 급여적정성 평가를 위한 질 지표〉

구분		지표명	지표선정사유	
의료의질 (13)	과정 (5)	지표1	퇴원시 환자상태 이상소견율	퇴원 적정성
		지표2	재원일수비	과소진료
		지표3	기본의료서비스 실시율	
		지표4	행위별 서비스 제공비	
		지표5	수술의예방적항생제 사용평가	예방적항생제사용적정성
	결과 (8)	지표6	입원중 사고율	의료서비스의 질을 반영하는 진료결과
		지표7	입원중 감염률	
		지표8	수술합병증 및 부작용 발생률	
		지표9	재입원율	
		지표10	입원기간 중 합병증치료를 위한 수술 및 처치율	
		지표11	퇴원 후 응급실 이용률	
		지표12	입원기간 중 중환자실 이용률	
		지표13	사망률	
청구 및 진료행태 (4)	지표14	중증도 '1' 이상 비율	upcoding 모니터링	
	지표15	기관별 환자구성지수	외래 전이	
	지표16	입원전 또는 퇴원후 외래방문횟수		
	지표17	입원전 또는 퇴원후 외래 진료비		
자료제출 충실도 (1)	지표18	의무기록자료 일치율	평가자료의 정확도 제고	

포괄수가제 확대의 기대효과

환자(가입자)는 의료지식, 정보의 비대칭적 특성으로, 병원과 의사가 권고하는 대로 부담해 계속해서 늘고 있던 비급여와 비보험 영역의 급여화로 일부만 본인 부담함으로써 보장성 혜택이 늘게 될 것이다. 의사·병원(공급자)은 건강보험수가로 충분한 보상이 안 되는 의료현실을 비판하며 급여행위의 양을 늘리고 비급여 영역을 확대하는 등 진료의 양과 빈도를 늘려 적정 보상을 찾아가면서 비양심적인 진료에 대한 유혹을 뿌리치기 힘든 환경이었던 것을 수가의 적정화를 통해 양

심에 따라 진료하면서 충분히 보상받는 의료 환경이 조성될 것으로 기대하고 있다. 행위별 수가제에서의 수가 적정화는 의료공급자가 불필요한 서비스를 줄이려는 기전이 있고 비급여가 임의대로 늘릴 수 없이 보험 적용 범위에 세팅되어 있는 “포괄수가”제도 하에서만 의료공급자와 수요자는 선순환의 물꼬를 틀 수 있다. 낮은 수가를 책정한다면 의료의 질을 떨어뜨려 경제적 이익을 얻고자 하는 동기가 강해질 수 있으므로 적절한 이익의 보전을 위한 적정 수가의 책정은 이제 건강

보험 지불제도 개편 성공의 중요한 정책목표가 된 셈이다. 국민 또한 적정진료와 보장성 강화의 혜택 속에서 보험료가 제대로 쓰인다는 믿음으로 보험료 인상의 동의 수준 또한 높아질 것이라고 기대할 수 있겠다.

아울러, 심평원·공단(보험자)은 항목 건당의 진료비용 심사, 현지 확인 등을 통해 진료비용 등을 관리하고자 하여 불필요한 행정 갈등이 많이 생겼던 상황을 향후 입원·퇴원적정성 등 질 모니터링과 평가, 원가에 기반을 둔 의료서비스 비용체계 구축 및 분석 등의 기능을 강화함으로써 의료계와 윈-윈할 수 있는 지속가능한 체계를 구축하는 조력자로서의 역할이 중요해질 것이다.

향후, 우리나라의 환자분류체계의 관리기준과 운영 원칙을 확립하고 포괄수가제도 운영 중에 생길 수 있는 부작용에 대해서 외국의 경험 등을 고려하고 의료계, 학계, 정부가 신뢰하고 책임 있는 협력체계를 구축해 포괄수가제도의 긍정적인 효과는 극대화하고 부정적인 효과는 최소화 할 수 있는 방안을 지속적으로 보완하는 것이 의료계와 정부가 머리를 맞대고 풀어나가야 할 과제다.

〈참고〉 입원환자의 포괄수가 적용 흐름도 및 제도보완점

