

제3차 혁신포럼

2023.07.06.(목)

지역·필수의료 강화 등을 위한 건강보험 지불제도 혁신방향



주관



보건복지부

Ministry of Health and Welfare



한국보건사회연구원

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

목 차

1. 건강보험 보상체계 성과와 한계 1

김 진 현 (서울대학교 간호대학 교수)

2. 건강보험 보상체계 미래방향 31

신 현 웅 (한국보건사회연구원 선임연구위원)

발표자료 1

건강보험 보상체계 성과와 한계

김 진 현

(서울대학교 간호대학 교수)

2023.7.6.(제3차 의료보장혁신포럼)

건강보험 보상체계 성과와 한계

김진현
(서울대학교)

I. 건강보험 재정 여건

II. 지불제도의 유형과 추진경과

III. 행위별 수가제의 성과와 한계

IV. 포괄수가제와 일당제의 성과와 한계

I. 건강보험 재정 여건

3

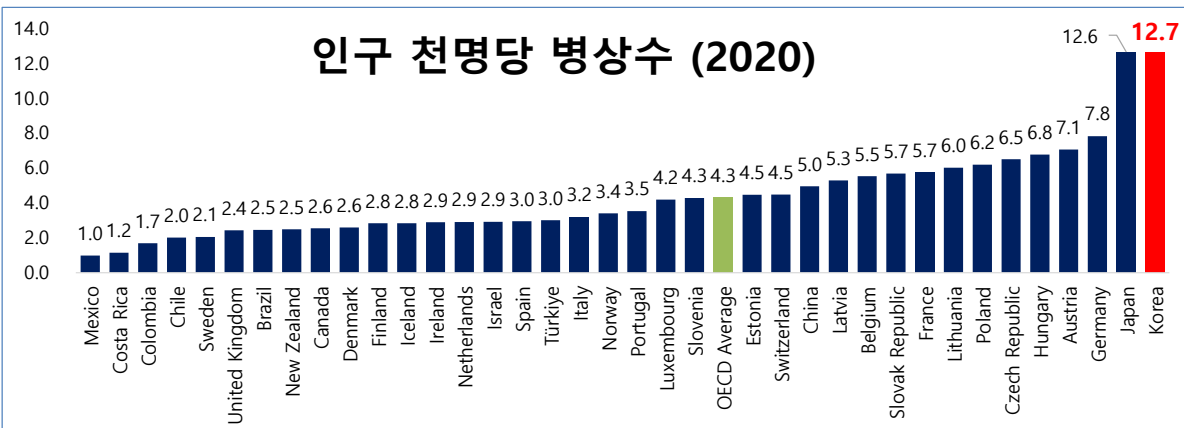
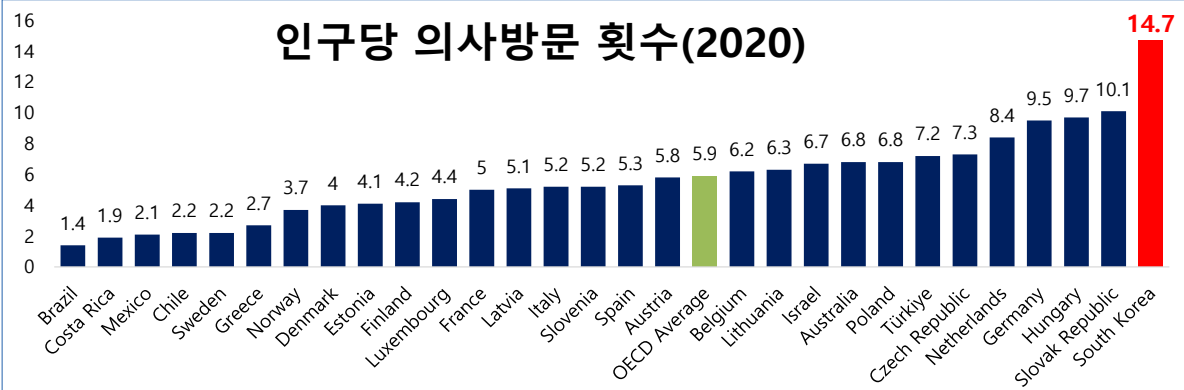
1. 국민의료비의 수준과 증가 추세

- 국민의료비/GDP 비율은 OECD 평균 정도, 증가율은 OECD 국가 중에서 **가장 빠른** 편임
- 인구당 의료이용량은 OECD 국가 중에서 가장 많으며, OECD 평균의 **2.3~2.5배** 수준(2020년)
- 인구당 병상수도 OECD 국가 중에서 가장 많으며, OECD 평균의 **3.0배** 수준(2020년)

	한국(A)	OECD(B)	A/B
국민 1인당 의사 외래진료횟수	17.2	6.8	2.5
환자 1인당 평균재원일수	18.0	8.0	2.3
인구 1천명당 병상수	12.7	4.3	3.0

자료: OECD(2022). Health Statistics 2022.

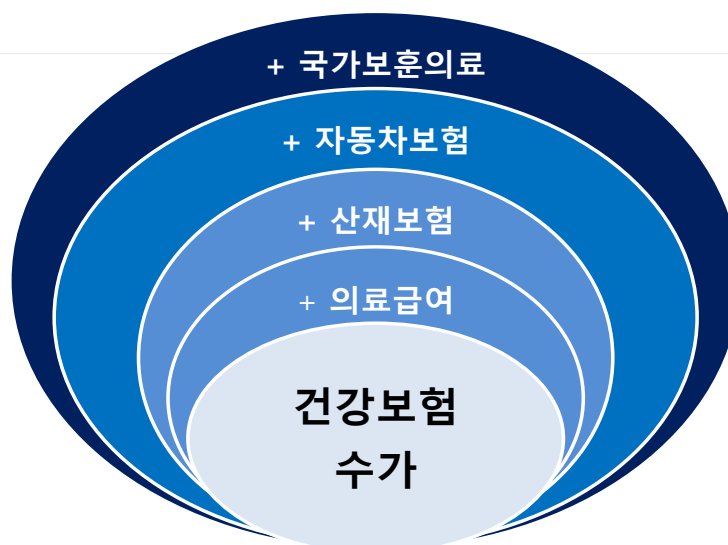
4



자료: OECD(2022). Health Statistics 2022.

2. 건강보험 수가의 파급효과

- 건강보험 수가는 의료급여, 산재보험, 자동차보험, 보훈 의료, 민간보험 등 **전체 국민의료비**에 직접적 영향



3. 건강보험 급여비의 증가 추세

- 의료보험 도입(1989년) 이후 지난 30여년간 **1인당 GDP는 8.1배** 증가한 반면 **1인당 건강보험 급여비는 29.8배** 증가
- 건강보험 재정지출 증가는 국민소득 증가보다 **3.5배** 이상
- **고령화 추세**를 고려하면 급여비는 이전보다 더 가파르게 상승 예상. 특히 **노인의료비**의 비중이 더 늘어날 것임

	1990	2000	2010	2020	1990~2020 증가
1인당 급여비(천원)	44.0	190.5	668.2	1,311.7	29.8배
1인당 GDP(천원)	4,620.0	14,124.2	27,225.3	37,444.7	8.1배

자료: 1) 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 건강보험통계, 각년도.
2) 한국은행(2023). 국민계정
3) 통계청(2023). 인구총조사.

7

4. 보험료의 증가와 보장성의 정체

- **보험료율**은 1990년 3.13%에서 2020년 6.67%로 1990년 ~2020년 기간**113.1%** 증가한 반면, **보장률**은 같은 기간동안 62.5%에서 65.3%로 **4.5%** 상승함.
- 2023년 보험료율은 7.09%이며, 법정 상한선인 **8%**에 근접

	1990	2000	2010	2020	1990~2020 증가
보험료율(%)	3.13	2.80	5.33	6.67	113.1%
보장률(%)	62.5	68.1	63.6	65.3	4.5%

자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 건강보험통계연보, 각 연도.

8

5. 지불제도의 평가와 대안 모색 필요

- 대내외 재정여건을 고려할 때, 건강보험의 **재정건전성**과 **지속가능성**을 담보하려면 현행 지불제도에 대한 **종합적인 평가와 대안 모색**이 필요한 시점
- 건강보험 재정은 의료서비스 공급 주체, 의료공급자의 시장 행태, 의료비 지출의 효율성에 크게 영향을 받음
- 특히 우리나라처럼 **민간공급자**가 주도하는 보건의료체계에서 **행위별 수가제**를 특징으로 하는 진료비 **지불제도**는 보건의료체계의 **성과**에 큰 영향을 미침

9

II. 지불제도의 유형과 추진경과

10

1. 외국의 지불제도

- OECD 국가는 대부분 **1차의료기관**에서는 **인두제와 행위별 수가제**를 함께 사용하고 있으며, **병원**의 경우 **포괄수가제와 총액제**를 주로 사용하고 있음
- 의료 질과 자원배분의 효율성 향상을 위해 성과기반 지불제도(P4P), 대포괄 지불제도(bundled payment) 등 다양한 제도 논의 활발
- 이에 반하여, **우리나라**의 지불제도는 외래와 입원, 1차의료기관과 병원급 모두 **행위별 수가제**에 거의 전적으로 의존하고 있음

11

1. 외국의 지불제도

	1차의료	병원
네덜란드	FFS	포괄수가제*
노르웨이	FFS와 인두제의 혼합	총액제, 포괄수가제*
뉴질랜드	인두제와 FFS의 혼합	총액제
덴마크	FFS와 인두제의 혼합	총액제, 포괄수가제*
독일	FFS	총액제, 포괄수가제*
미국	대부분 FFS. 일부 민간보험 인두제	일당제, 포괄수가제
스웨덴	대부분 봉급제. 민간은 인두제와 FFS	총액제, 포괄수가제*
스위스	대부분 FFS. 일부 인두제	총액제, 일당제, 포괄수가제*
영국	인두제와 P4P의 혼합. 공공은 봉급제	총액제, 포괄수가제*
이탈리아	인두제와 FFS의 혼합	총액제, 포괄수가제*
일본	FFS	총액제, 일당제, 포괄수가제*
캐나다	FFS(일부 인두제)	총액제, 포괄수가제(일부 지역)
프랑스	FFS, P4P, 인두제 혼합	총액제, 포괄수가제*
호주	FFS	총액제, 포괄수가제(일부지역)

주: FFS=fee-for-service. *는 외래를 포함하는 포괄수가제
자료: The Commonwealth Fund(2021).

12

2. 건강보험 지불제도의 유형

- 행위별 수가제, 포괄수가제(DRG, 신포괄), 일당제 등
- 점유율: **행위별 93.4%**, 포괄 2.1%, 일당제 4.5%
- 행위별 수가: 행위료 70.6%, 의약품 24.6%, 치료재료 4.8%
- **포괄수가제와 일당제**에서 고가의 행위, 약품, 재료는 **별도로 행위별 수가제** 적용하므로 행위별 수가제가 대부분임

	진료비(10억원)	점유율(%)	비고
행위별 수가제	86,687.5	93.4	행위료 70.6%, 의약품 24.6%, 치료재료 4.8%
포괄수가제	1,839.0	2.1	
일당제 등	3,916.7	4.5	
계	92,443.2	100.0	

자료: 국민건강보험공단(2023), 홈페이지.

13

3. 건강보험 지불제도의 추진경과

- **행위별 수가제**
 - 1977년 고시제(점수제)
 - 2000년 수가계약제(상대가치제) → 2008년 유형별 수가계약제
- **포괄수가제**
 - 1997년 DRG 기반 지불제도 시범사업 → 2013년 전면 확대
 - 2009년 신포괄수가제 시범사업
- **일당제**
 - 1977년 보건기관 외래 → 2008년 요양병원

	1977	1981	1997	2000	2008	2009	2013
행위별	고시제 (점수)	고시제 (금액)		계약제 (상대가치)	유형별 계약제		
DGR포괄			시범				전면 확대
신포괄						시범	
일당제	보건기관				요양병원		

3. 건강보험 지불제도의 추진경과

건강보험 행위별 수가제의 변천과정

수가 고시제 (1977~ 2000)	점수제	• 일본의 점수제(독일 점수제 근간)를 참고 • 진료행위 난이도, 빈도, 소요시간 등에 의한 기준가치 배점 고정 & 원가상승 변동요인에 따라 1점당 가격을 변경 • "행위별 점수"로 표현 • 1977년 당시 1점당 비용은 10원으로 환산
	금액제	• 진료행위마다 가격을 정하여 지급 • 행위별 점수와 점수당 환산지수를 곱한 "금액"으로 운영
수가 계약제 (2000~)	상대가치 점수제	• 관리운영체계 통합 후 수가계약제, 상대가치제도 시행 • 의료행위별 업무량, 진료비용, 위험도를 고려하여 "상대가치 점수"로 표현 • 상대가치제는 과거의 점수제와 동일한 구조이나 이론과 명칭은 미국의 Medicare 상대가치제도를 참고함

15

III. 행위별 수가제의 성과와 한계

행위수가 = 상대가치점수(점) x 환산지수(원) x (1+가산율)

16

1. 행위별 수가의 구성

$$\text{행위수가} = \text{상대가치점수(점)} \times \text{환산지수(원)} \times (1 + \text{가산율})$$

1) 상대가치점수

- 요양급에 드는 시간·노력 등 **업무량**, 인력·시설·장비 등 **자원량**, **위험도**를 고려하여 산정한 요양급여 가치를 각 항목의 **상대적인 점수**로 나타낸 것



자료: 심평원 홈페이지(2023)

1. 행위별 수가의 구성

■ 상대가치기획단 설치(2002년)

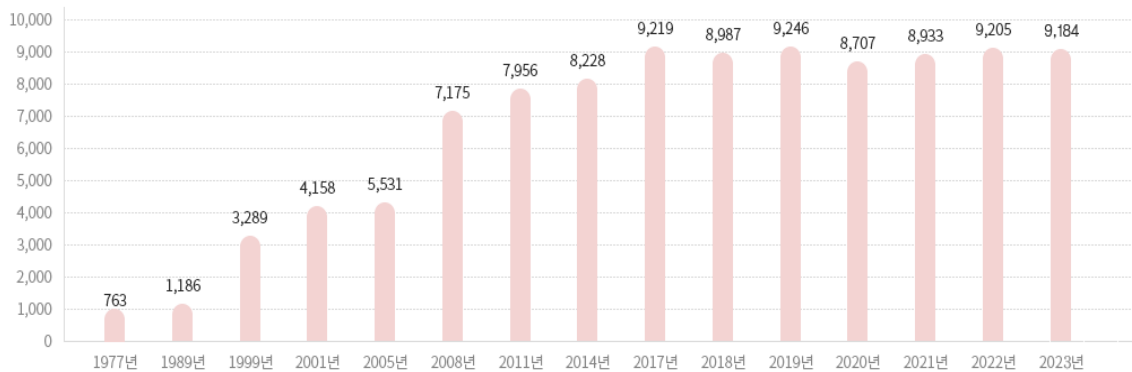
- 상대가치제도 도입 시 상대가치를 조사분석하지 않고, 기존의 고시 수가를 단순히 임의로 설정된 환산지수로 나누어 산출했기 때문에 **행위 항목간 불균형** 존재
- 의약분업 이후의 의료환경 **변화를 반영**하고 행위 상대가치점수 **불균형 조정**을 위한 주기적 개정사업 시행

■ 상대가치의 개정

- 1차 개정: 상대가치점수 1차 개정연구(2003-2006년) 후 5개년(2008-2012년)에 걸쳐 20%씩 단계적 반영
- 2차 개정: 2차 개정연구(2010-2016년) 후 4개년(2017-2020년)에 걸쳐 25%씩 단계적 반영
- 3차 개정: 3차 개정연구(2018-2020년)를 기반으로 추진 중

1. 행위별 수가의 구성

- **행위 목록 항목수:** 1977년부터 현재까지 행위수가 항목은 **10배 이상** 증가하여 2023년 2월 기준 9,184 항목에 이릅니다



19

1. 행위별 수가의 구성

2) 점수당 단가(환산지수)

- 2008년 유형별 계약제 이후 유형별 격차 확대
- 조산원>약국>한방>치과>의원>보건기관>병원

연도별 점수당 단가(환산지수) (단위: 원)

유형 분류	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
병원급	70.0	71.0	72.3	73.5	74.9	76.2	77.3	78.4	79.7
의원	74.4	76.6	79.0	81.4	83.4	85.8	87.6	90.2	92.1
치과	77.5	79.0	80.9	83.1	84.8	87.4	88.7	90.7	93.0
한방	76.0	77.7	80.0	82.3	84.8	87.3	89.8	92.6	95.4
조산원	113.5	117.1	121.4	125.5	130.1	135.2	140.3	146.1	151.9
약국	75.1	77.4	80.1	82.4	85.0	88.0	90.9	94.2	97.6
보건기관	73.1	74.9	77.1	79.3	81.5	83.8	86.1	88.5	91.0

자료: 공단 홈페이지(2023)

20

1. 행위별 수가의 구성

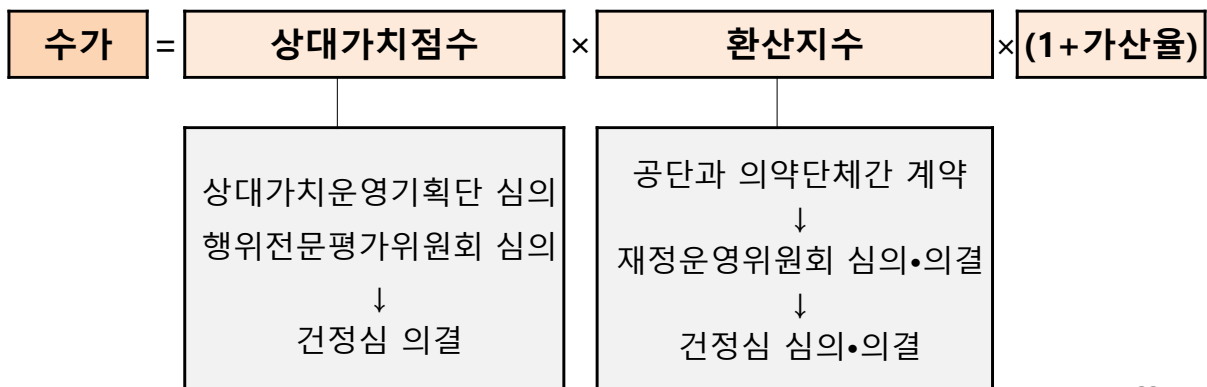
3) 가산율

- **야간·공휴, 연령, 전문의 인력에 대한 다양한 가산**
 - 특수가산 : 요양기관종별, 야간·공휴, 소아·노인, 마취, 특정 전문의
 - 입원료 : 간호관리료, 통합간호료, 내과-소아과-정신과, 강내치료
 - 영상진단 : 혈관조영촬영, 핵의학영상진단, 방사선 단순영상진단
 - 검사 : 뇌파검사
 - 처치 및 수술 : 응급의료수가, 화상수가, 분만수가, 재이식수가
 - 한방 : 경혈침술 등
 - 요양병원 : 인력(의사, 간호인력 등), 식대

21

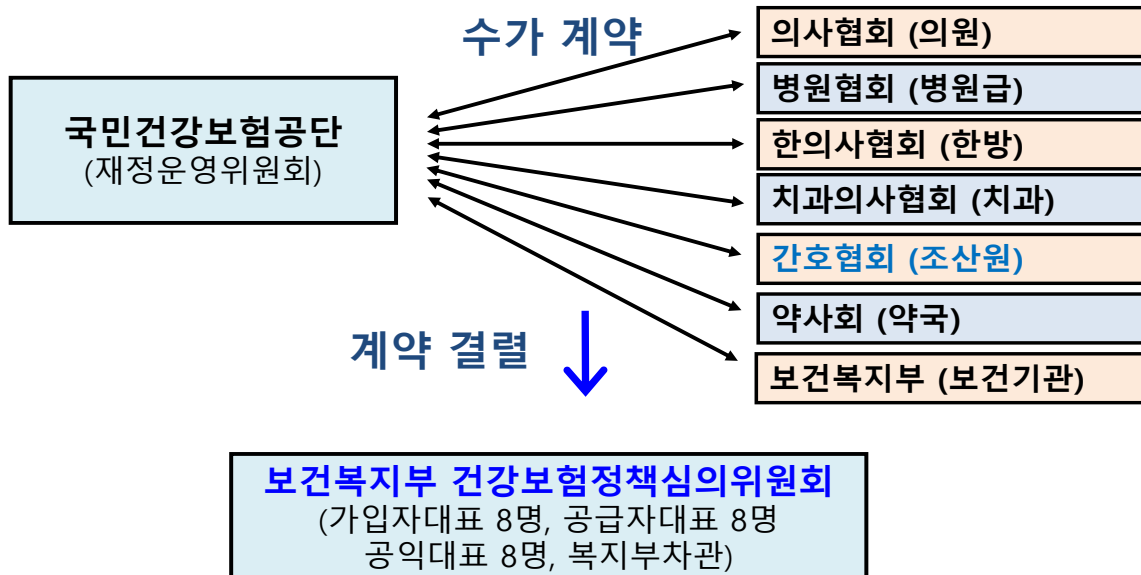
2. 수가의 계약

- **건강보험공단과 의약계** 간에 **매년** 유형별 환산지수 계약
 - 2001년~2007년도 환산지수는 단일 환산지수 계약제 시행
 - 2008년도 환산지수부터 유형별 환산지수 계약제로 전환
- 계약 결렬시 보건복지부 건정심에서 결정



22

2. 수가의 계약



23

2. 수가의 계약

■ 단일수가 계약시기(2001년~2007년)

- 수가계약은 대부분 결렬되어, 건정심에서 결정됨
- 2006년도 수가계약시, 차기년도부터 **유형별로 분리**하여 계약하기로 가입자와 공급자 간에 합의하고, **3.58% 수가인상**으로 계약됨

적용년도	계약여부	수가 조정률	건정심 내용
2001	(고시)	7.08%	가입자 퇴장
2002	x	-2.90%	공급자 퇴장, 가입자 일부 퇴장
2003	x	2.97%	가입자 퇴장
2004	x	2.67%	가입자 퇴장
2005	x	2.99%	합의
2006	○	3.58%	유형별 계약제 시행 조건
2007	X	2.30%	가입자 퇴장

24

2. 수가의 계약

■ 유형별 수가 계약시기(2008년~)

적용년도	계약 결렬 단체	평균 수가인상률
2008	의원, 병원	1.94%
2009	의원	2.22%
2010	의원, 병원	2.05%
2011	의원	1.64%
2012	병원	2.20%
2013	의원, 치과	2.36%
2014	-	2.36%
2015	치과, 한방	2.22%
2016	병원, 치과	1.99%
2017	-	2.37%
2018	-	2.28%
2019	의원, 치과	2.37%
2020	의원	2.29%
2021	의원, 병원, 치과	1.99%
2022	병원, 치과	2.09%
2023	의원, 한방	1.98%

25

2. 수가의 계약

- 2008년 유형별 계약제 이후 계약률 높아지고, **환산지수의 격차 확대**
- 2023년 병원 79.7원, 약국 97.6원, 조산원 151.9원

유형별 환산지수 변화

(단위: 원)

유형	2007년	~	2023년	증가율(%)
병원	62.1		79.7	28.3%
의원	62.1		92.1	48.3%
치과	62.1		93.0	49.8%
한방	62.1		95.4	53.6%
약국	62.1		97.6	57.2%
보건기관	62.1		91.0	46.5%
조산원	62.1		151.9	144.6%

자료: 공단 홈페이지(2023)

26

3. 성과

1) 수가구조의 상대적 불균형 개선

- 전국민의료보험 도입시 **일본의 점수제**(갑표, 을표)를 그대로 참조하여 우리나라 의료시장 현실과 괴리 발생
- 상대가치의 **지속적 개정** 작업으로 **항목간 불균형 완화**

2) 수가연구의 발전

- 2000년 대규모 재정적자로 수가연구 정책수요 증가
- **서울대 경영연구소(안태식 외)**의 수가연구보고서를 통해 수가연구 기반 조성, 후속 연구의 표준으로 작용
- **공단과 의약단체**가 상반된 입장에서 수가연구 수행, 상호 비판과 근거 제시 등 연구경쟁으로 **연구방법론적 발전**

27

3. 성과

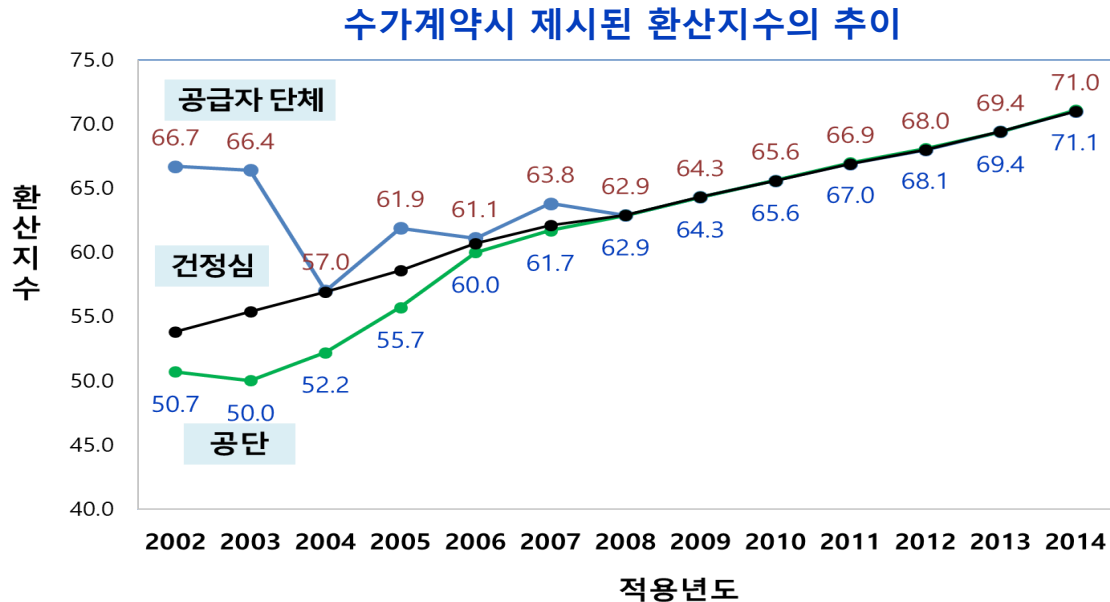
수가연구에서 산출되는 수가의 다양한 유형

		원가분석모형		SGR모형		지수모형	
		급여	비급여	진료비	행위료	진료비	행위료
병원급	상급종합	√	√	√	√	√	√
	종합병원	√	√	√	√	√	√
	병 원	√	√	√	√	√	√
	요양병원	√	√	√	√	√	√
의원	의 원	√	√	√	√	√	√
치과	치과병원	√	√	√	√	√	√
	치과의원	√	√	√	√	√	√
한방	한방병원	√	√	√	√	√	√
	한의원	√	√	√	√	√	√
약국		√	√	√	√	√	√
조산원		√		√	√	√	√

28

3. 성과

3) 유형별 수가계약제 전환으로 “계약제” 정착



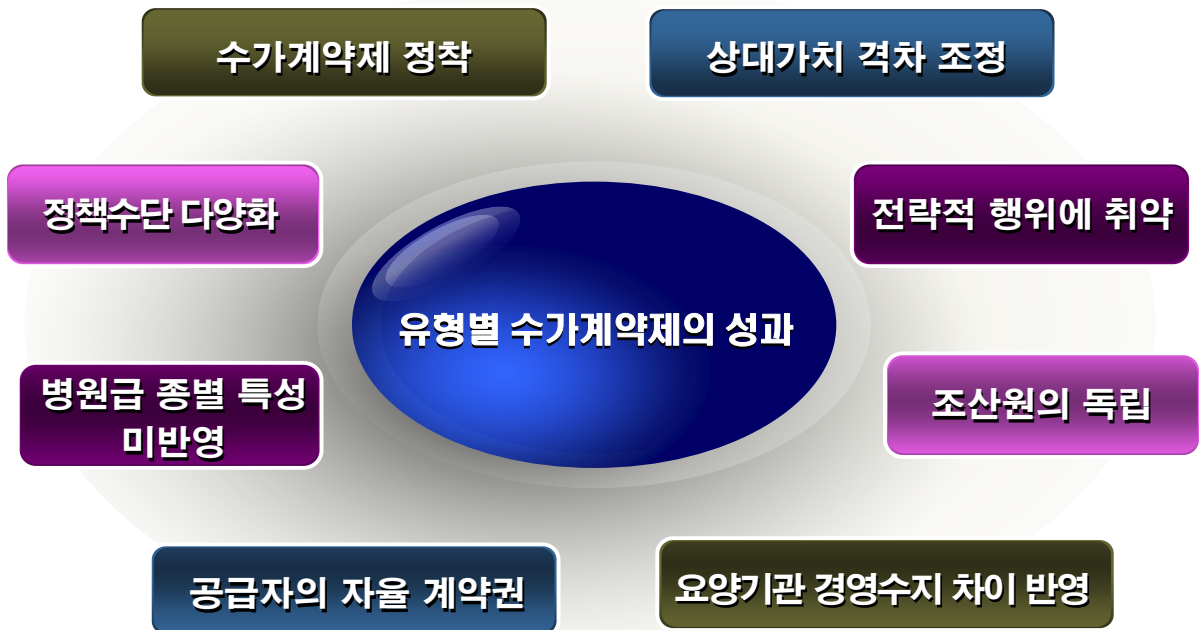
29

3. 성과

- 무한반복, 비협조적 게임(각 단체 대표는 유한게임으로 인식)
- 가입자단체와 공급자단체 모두 초기의 일방적 주장에서 학습효과에 의해 점차 **합의가능한** 수준으로 접근
 - 2000년 계약제 도입 이후 공급자단체는 두자리수의 인상률 요구, 가입자단체는 인하 주장 등 초기 **2~3년간 시행착오** 이후 학습효과에 의해 계약 상대방의 특성을 파악하고 계약결과를 예측함에 따라 계약단계에서 제시하는 수가의 격차는 빠르게 감소
 - **학습효과**는 2008년 유형별 계약제 이후 대부분의 공급자단체가 계약하는 계기로 작용
 - 복지부가 **건정심**에서 **일관된** 수가수준을 결정한 것이 중요한 영향을 미침

30

3. 성과



31

3. 성과

- 요양기관종별 **재정영향** 차이에 대한 효과적 대응 가능

진료비 점유율

(단위: 조원)

	2015년		2021년		'15~'21 총증가율
	금액	점유율	금액	점유율	
전체	58.0	100.0%	95.4	100.0%	64.4%
병원급	27.7	47.8%	49.0	51.4%	80.3%
의원	11.8	20.3%	19.0	20.7%	61.2%
치과	2.9	5.0%	5.2	5.5%	80.1%
한방	2.3	4.0%	3.1	3.2%	33.7%
약국	13.1	22.6%	19.0	19.9%	45.0%

주: 1) 코로나19 손실 보상금 등 4조원 포함
 2) 전체에는 보건기관과 조산원의 진료비를 포함
 자료: 공단(2022). 건강보험통계

32

3. 성과

- 유형별 수가계약제의 성공 요인
 - 복지부(건정심)의 **일관된** 의사결정
 - 요양기관종별 **경영수지 차이**를 반영한 수가조정방식
 - 공단 수가협상팀의 사전준비와 협상력
 - 공단 **수가연구의 타당성**(연구 결과를 공급자가 수용)
- 유형별 수가계약제의 정책적 의의
 - 공급자의 계약 **자율권** 확대
 - 정부의 **정책수단 다양화**
 - **보험자**의 위상 정립
 - **향후 지불제도 개혁 가능성** 확인

33

3. 성과

- 유형별 수가계약제의 정치적 의의
 - 1:1 계약에서 1:6 계약으로 **게임구조가 복잡**해졌으며, 각 단체의 전략이 다양하게 구사됨
 - 각 단체는 수가수준보다 단체간 **상대적인 격차**에 더 민감하게 반응하는 경향을 보임
 - 공급자 단체의 **담합구조 약화**되면서 특정 단체의 영향력 감소
 - **단체장의 리더십 발휘**
 - ✓ 약사회: 계약결렬 없고, 가장 낮은 인상률에도 계약하고 회원 설득
 - ✓ 의협: 평균보다 높은 인상률을 제시받고도 계약결렬. 건정심에서 더 낮은 수가로 결정되는 사례

34

4. 한계

1) 상대가치의 조정

■ 재정중립성 유지 못함

- 2001년 **상대가치 7.1% 인상**으로 재정중립성 훼손 문제점 대두
- 상대가치제도 이후 수가인상의 통로가 상대가치와 환산지수의 2가지로 늘어나서 **수가관리 어려움**
- 2006년 건정심에서는 재정중립원칙 견지
- 내원일당진료비 인상률은 수가인상률의 **3배** 내외로 나타남

	2005	2010	2015	2021	2005~2021 평균
A. 수가 인상률(%)	2.99	2.05	2.20	1.99	2.32
B. 내원일당진료비 증가율(%)	7.09	6.69	7.84	6.35	6.91
C=B/A (배)	2.4	3.3	3.6	3.2	3.0

35

4. 한계

■ 전문과목간 상대가치의 불균형 지속

- **상대가치 개념의 혼란**으로 의료시장에서 전문과목간 수익 불균형이 상대가치에 그대로 반영됨
- 상대가치구성요소 중 의사 "**업무량**"을 의사 "**인건비**"로 해석하여 심평원 실무팀이 이를 적용하였고, "전공의" 인건비를 제외해야 하는데도 이를 포함하여, 인기과목의 상대가치를 과다 계상함.
- 결과적으로 **필수진료과목의 약화**를 가져오게 됨.

상대가치와 절대가치의 비교 예시

	진료시간	상대가치	심평원(절대가치)
일반외과	10분	10점	10분*분당 인건비=10점
안과	10분	10점	10분*분당 인건비=20점
점수 차이		0점	10점

주: 안과의사의 1분당 인건비가 일반외과의사의 2배인 경우

36

4. 한계

■ 의료전달체계를 반영하지 못함

- 각종 보상이 **큰 병원**에서 많이 수행하는 의료행위에 **집중**되어, 결과적으로 병상수 급증, 동네의원과 동네약국의 상대적 약화
- 지난 30여년간 진료비 점유율을 비교해보면 병원급 점유율이 지속적으로 증가하고, **의원급 점유율은 감소**하여 비효율적 공급구조로 변화하고 있음

■ 의료이용량의 증가에 따른 진료비 관리 기전 부재

- **필수진료과목 유지, 의료전달체계 개선, 자원배분 효율성**을 제고하기 위해 **상대가치체계의 종합적 평가가** 필요함

37

4. 한계

2) 수가계약제

- 계약 범위: 환산지수(단가) vs **요양급여비용(총진료비)**
- 계약 기간: 1년 vs **2~3년**
- 수가 유형의 **세분화**
 - 상급종합, 종합병원, 병원, 요양병원의 환산지수 분리 필요
 - 의원의 **전문과목별**, 약국의 **규모별** 환산지수 세분화 필요
- 수가계약 관련 **거버넌스**
- 실효성과 구속력 없는 **부대조건**(공동연구)으로 추가 인상

38

4. 한계

3) 가산율의 종류가 많고 근거가 불분명함

- 정책적 이슈가 있을 때마다 가산율을 신설하여, 전체적으로 가산율의 종류가 많고, 가산율의 **근거가 불분명함**
- 가산율의 도입 취지를 달성하고 있는지 종합적 평가 필요
(예, 입원료 차등가산제의 **인력고용 연계성** 등)
- **성공한 성과기반 지불제도** : 가감산 폭 크고, 가감산의 균형 구조
 - 의료 질 평가 지원금(2015 도입): 1등급 비율 10%
 - 간호간병통합서비스 성과인센티브(2018년 도입): 200억원 이상 지급
- **실효성없는 성과기반 지불제도** : 가감산 폭 작고, 가감산의 불균형
 - **건강보험 요양급여 적정성 평가**(2011년 도입): 소액의 가감산액

39

4. 한계

5) 수가 수준의 적정성에 대한 검증

- 수가가 균형가격보다 낮은가?
 - 병원의 정확한 **비용정보**는 외부에서 파악 불가능
 - **시장현상**을 관찰하여 판단
 - ✓ 시장가격 > 경쟁가격 → 신규 진입 증가(의료기관수 증가)
 - ✓ 시장가격 < 경쟁가격 → 기존 기업 탈퇴(의료기관수 감소)
 - 적정 원가에 대한 **사회적 합의 부재**
 - 수가가 원가보다 낮다는 것을 입증한 적이 있는가?

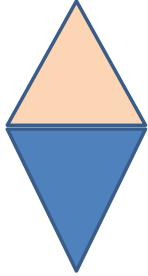
40

4. 한계

▪ 수가보상 vs. 원가보상

- **수가보상 우선** : 자원배분의 효율성, 국민부담 고려
- **원가보상 우선** : 과잉투자, 비효율성, 고비용 경향

고품질, 고비용 병원



← 건강보험수가(평균 수가)

저품질, 저비용 병원

41

4. 한계

▪ 유형별 수가 격차에 대한 검증 미흡

- 환산지수는 유형별, 기관단위별 손익을 종합한 결과이므로 의원과 병원의 환산지수 차이를 역전이라고 보는 것은 무리임
- **원가 차이**에 대한 **검증** 필요

환산지수의 차이

	2007년	2023년	증가율
병원급	62.1원	79.7원	28.3%
의원	62.1원	92.1원	48.3%
치과	62.1원	93.0원	49.8%
한방	62.1원	95.4원	53.6%
약국	62.1원	97.6원	57.2%
조산원	62.1원	151.9원	144.6%

42

IV. 포괄수가제와 일당제의 성과와 한계

43

1. 7개 질병군 포괄수가제

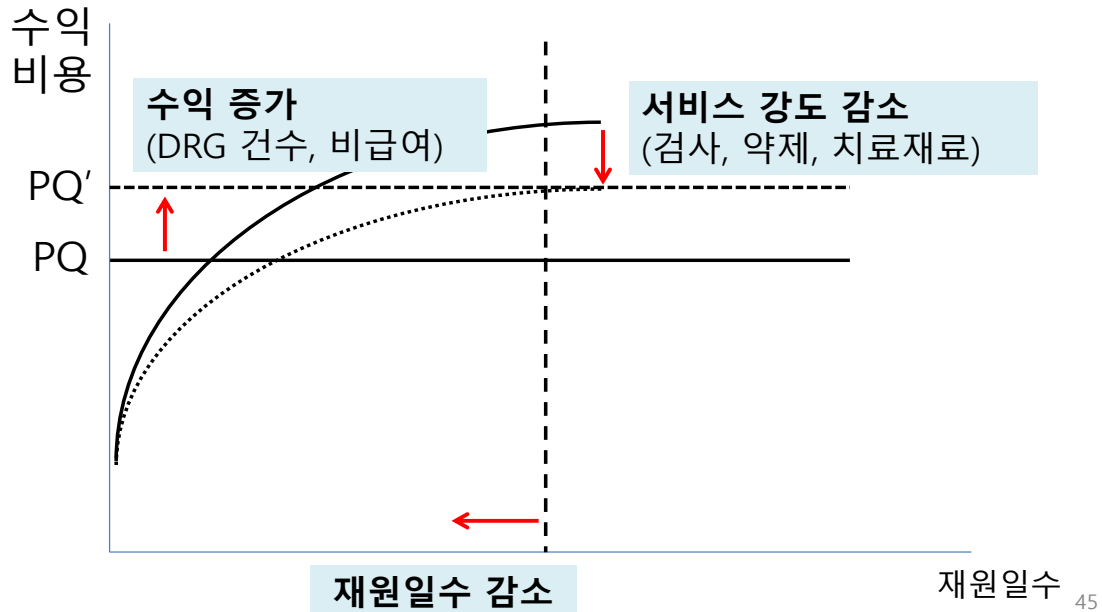
1) 운영 현황

- 행위별수가제의 단점 보완하고자 1997년 DRG 시범사업
- 2002년부터 요양기관이 선택적으로 참여
- **2013년부터** 모든 의료기관에 당연 적용(7개 입원질환)
- 적용대상 질병군: **4개 진료과 7개 질병군**
 - 안과: 백내장수술(수정체 수술)
 - 이비인후과: 편도수술 및 아데노이드 수술
 - 외과: 항문수술(치질 등), 탈장수술(서혜 및 대퇴부), 맹장수술
 - 산부인과: 제왕절개분만, 자궁 및 자궁부속기 수술(악성종양 제외)

44

1. 7개 질병군 포괄수가제

2) 포괄수가제의 경제적 유인 구조



1. 7개 질병군 포괄수가제

3) 성과

- 새로운 지불제도에 대한 의료계의 **최초 경험**
- **보장률**의 개선(2015년): 71.8% → 79.0%
- 의료기관의 **자발적 참여율** 높았음: 71.6% (2012년 기준)

	의원	병원	종합병원	상급종합
2002년	60.5%	49.0%	45.2%	9.5%
2010년	80.9%	39.2%	27.4%	0.0%
2011년	85.2%	40.3%	24.1%	0.0%

1. 7개 질병군 포괄수가제

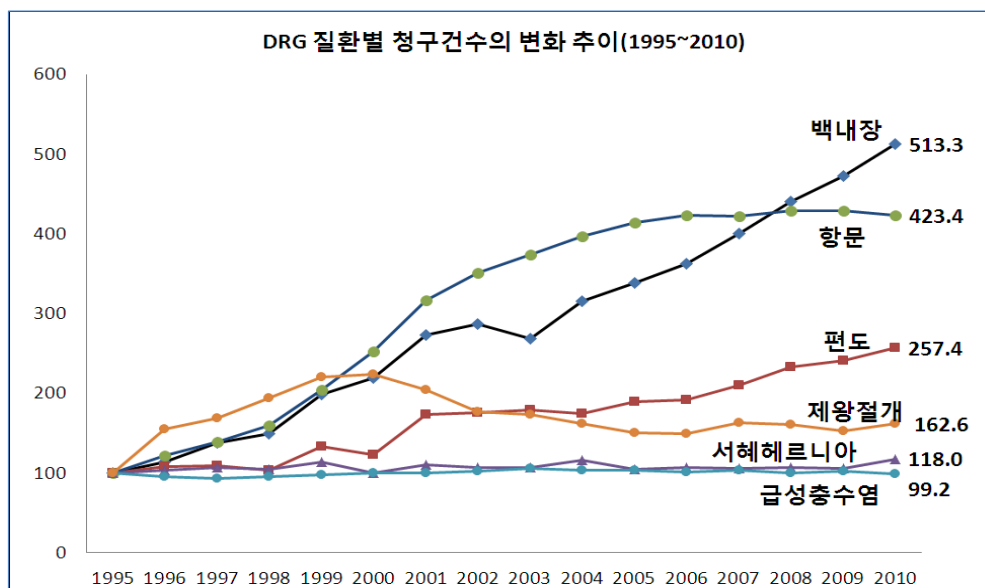
4) 한계

- FFS보다 30% 정도 더 높은 수가를 지불하고도 낮은 성과
- **재입원과 쪼개기(splitting)**로 과잉진료 유발
- **업코딩(upcoding)**
 - DRG기관이 FFS기관에 비해 중증(1~2등급) 청구비율이 의원과 병원 모두에서 전반적으로 높음
 - 높은 수가를 받기 위한 up-coding의 결과로 판단
- 입원중에 시행되던 각종 검사와 투약 등이 입원 전, 퇴원 후 **외래로 전가**되어 행위별 수가로 이중 청구됨
- **합병증 발생률**이 행위별 수가제보다 더 높음

47

1. 7개 질병군 포괄수가제

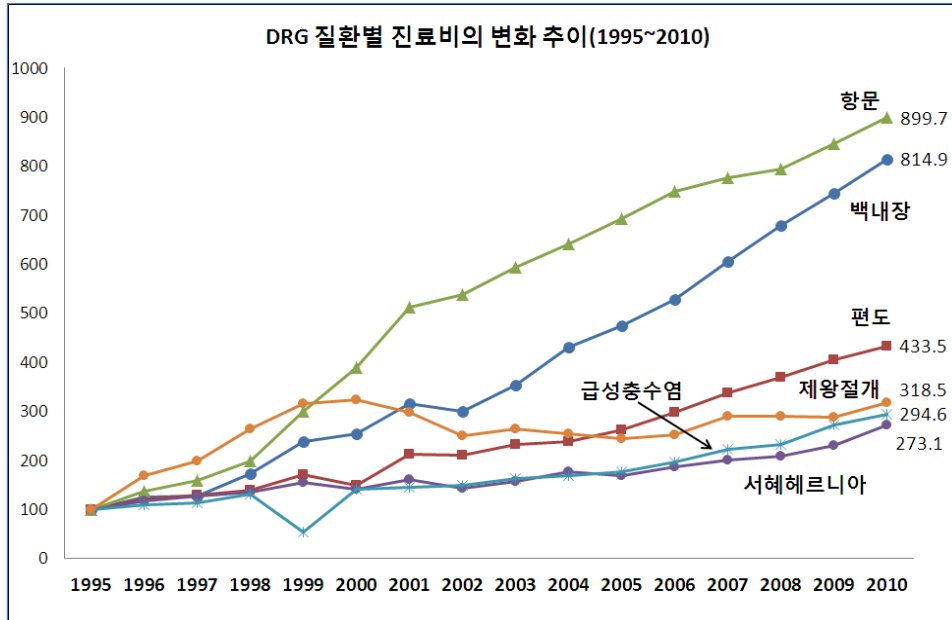
- 포괄수가제 도입 이후의 **진료건수 변화**



48

1. 7개 질병군 포괄수가제

■ 포괄수가제 도입 이후의 진료비 변화



49

1. 7개 질병군 포괄수가제

■ 외래 전가

Episode		
외래	입원	퇴원후 외래
FFS	DRG	FFS

		수정체	편도	총수	탈장	항문	자궁	제왕절개
수술 전·후 외래전가	종합	✓			✓			
	병원	✓	✓			✓	✓	✓
	의원	✓		✓	✓	✓	✓	✓
수술 전 외래전가	종합							
	병원	✓	✓			✓	✓	
	의원	✓				✓	✓	
수술 후 외래전가	종합		✓					
	병원		✓					✓
	의원			✓			✓	✓

50

2. 신포괄수가제

1) 운영 현황

- 일본의 DPC(Diagnosis Procedure Combination)를 참고
- 포괄수가제에 행위별수가제 성격을 반영한 **혼합모형**
 - 입원기간 동안의 입원료, 처치 등 기본적 서비스는 **포괄수가**
 - 의사의 수술, 시술 등은 **행위별 수가로 별도 보상**
 - 정상군 90%, 상하단 열외군 각 5% 상정
- 시범사업
 - 공단 일산병원(2009~), 전국의 공공병원(2011~)
 - 민간병원(2019~)
 - **총 98개** 기관 참여

51

2. 신포괄수가제

구분	7개 질병군 포괄수가제	신포괄수가제
대상 기관	7개 질병군 진료에 있는 전체 의료기관('13.7.1.부터)	• 국민건강보험 공단일산병원, • 국립중앙의료원, 지역거점공공 병원등 총 98개 기관
적용 환자	7개 질병군 입원환자 (백내장수술, 편도수술, 맹장수술, 항문수술, 탈장수술, 제왕절개분만, 자궁수술)	603개 질병군 입원환자

52

2. 신평괄수가제

2) 성과

- 중증도 낮은 환자비율 증가(신평원의 심사강화)
- 의료의 질 저하 신호 없음
- 보장률 개선(제도 설계 의도)
- 의료기관 보상은 총진료비 기준 6%~10% 더 높음

3) 한계

- 건당 진료비 증가(증가율은 둔화)
- 재원일수의 증가
- 재입원율 높음

53

3. 요양병원 일당제

1) 운영 현황

- 2005-2006년 시범사업
- 2008년부터 본사업 시행
- 간호사 대신 간호조무사를 간호인력의 2/3까지 대체 고용 허용
- 1일 단위로 청구되던 항목을 묶어 일당수가로 산정
- 일당제 예외 항목
 - 고가약품(치매), 고가치료재료, 전문재활서비스, CT, MRI
 - 외과수술입원, 폐렴패혈증치료, 집중치료실입원 등

54

3. 요양병원 일당제

2) 성과

- 이론상 **입원일수 통제**로 진료비 관리가 용이함
- 요양시설의 부족한 시기에 **장기요양환자 관리**에 도움

3) 한계

- **예외항목** 많아 총진료비 증가
- 입원환자를 여러 개 수가군으로 세분화하여 **upcoding**
- **비급여**를 상당부분 허용
- **신체기능저하군의 입원**을 차단하지 못하여 요양시설과의 경계가 불분명하고, 사회적 입원의 만연

55

감사합니다!

56

발표자료 2

건강보험 보상체계 미래방향

신 현 웅

(한국보건사회연구원 선임연구위원)

건강보험 보상체계 미래방향

2023. 07. 06.

신현웅 선임연구위원



CONTENTS

I 건강보험 보상체계 여건진단

II 건강보험 보상체계 미래 발전방향

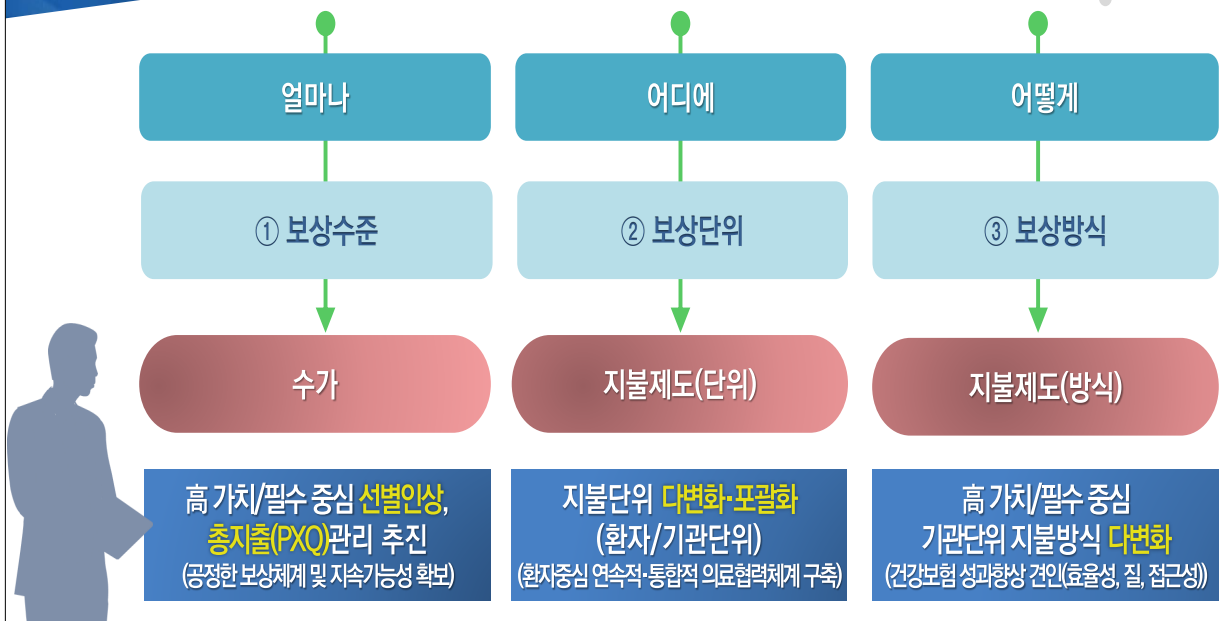
III 핵심목표별 추진과제

- 정책목표① 【기본보상】 불균형 해소 및 지불단위 다변화
- 정책목표② 【성과보상】 高 가치/필수 중심 지불방식 다변화
- 정책목표③ 【총 보상】 사전예산기반 선별적 인상기전 구축

IV 미래 건강보험 보상체계(안)

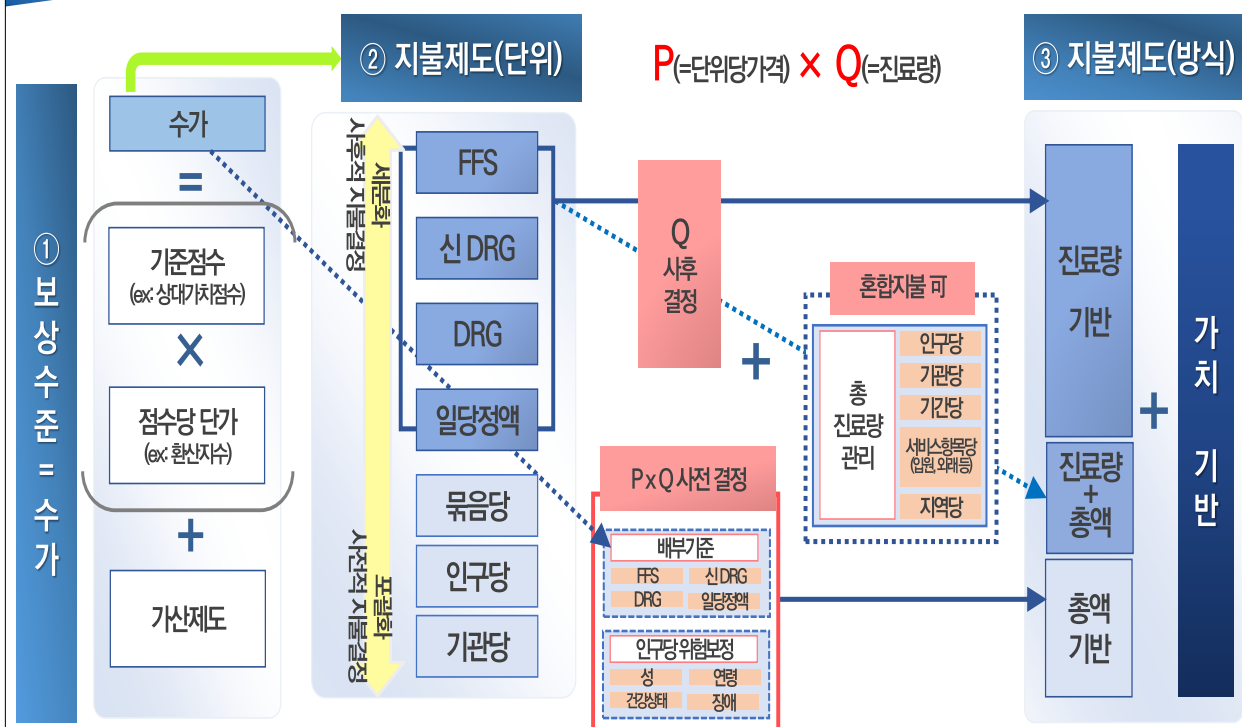


1-1 건강보험 보상체계의 개념 및 구성요인

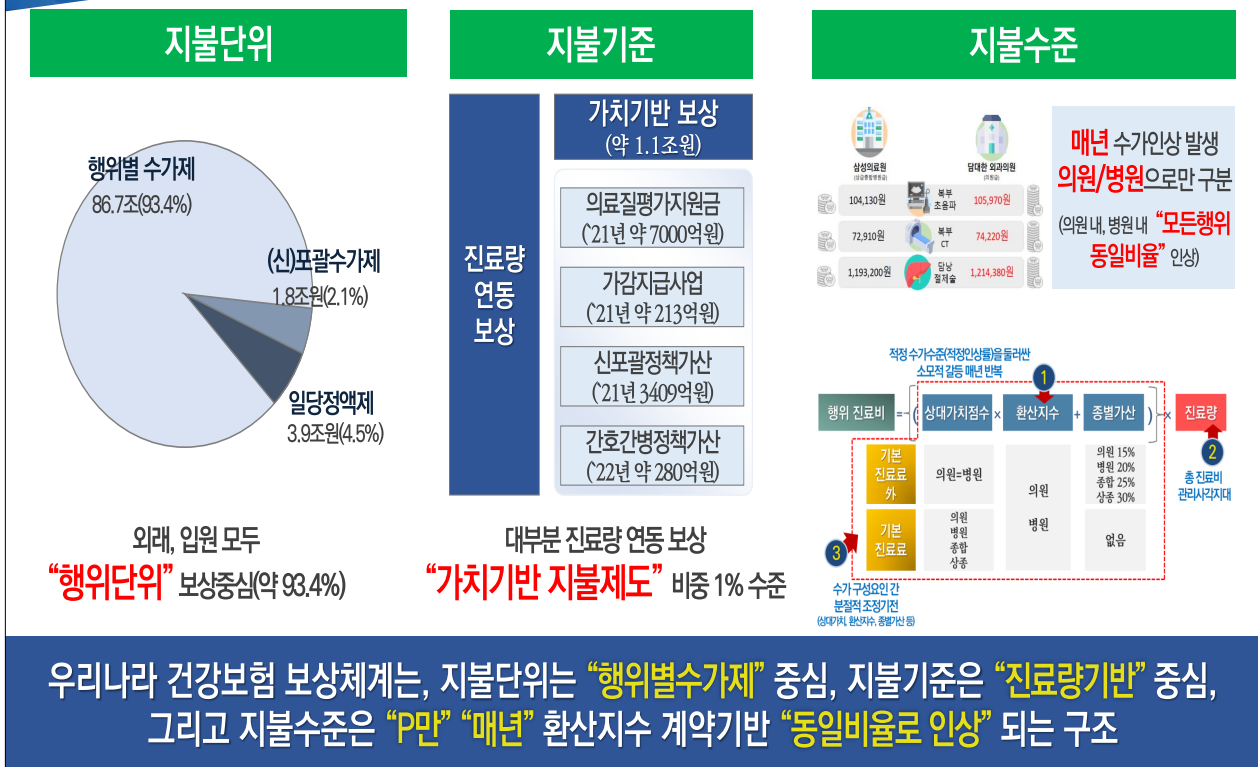


건강보험 보상체계란 의료기관이 건강보험 급여 서비스를 제공하고 보험자와 환자로부터 정해진 금액을 보상받는 방식으로 “**보상수준, 보상단위, 보상방식**”으로 결정

1-1 건강보험 보상체계의 개념 및 구성요인



1-1 우리나라 건강보험 보상체계 현재의 모습



1-3 현행 건강보험 보상체계 문제점, “근본원인”은 무엇인가?

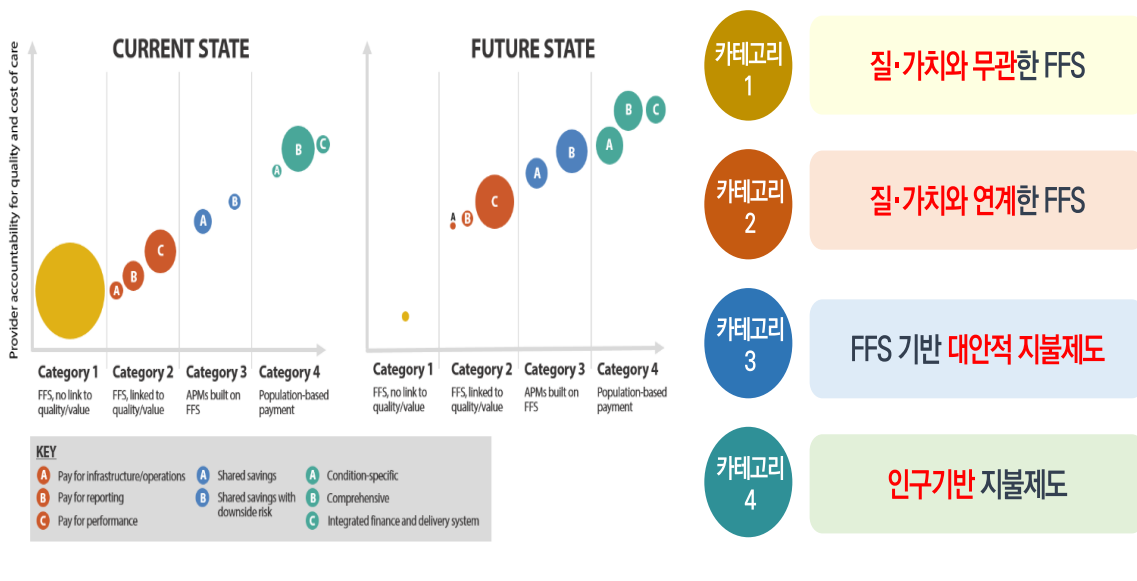


2-1 건강보험 보상체계, 어떻게 개선해야 하는가?

구분	현행	개선
보상단위	서비스단위 보상	⇒ 서비스단위+기관단위 보상 (양 기반 한계 극복&질, 성과관리 효과성 제고)
인상방식	환산지수 下 매년 일률적 인상	⇒ 다양한 보상방식, 선별적 인상기전 (필수, 저평가, 고가치 서비스에 집중 보상)
보상방식	진료량 기반 보상	⇒ 가치기반 보상체계를 혁신이 아닌 새로운 표준으로 정립 (국민이 건강할수록 더 많은 보상)
재정관리	가격에 한정된 관리기전	⇒ 총 진료량(P×Q) 관리기전 확보

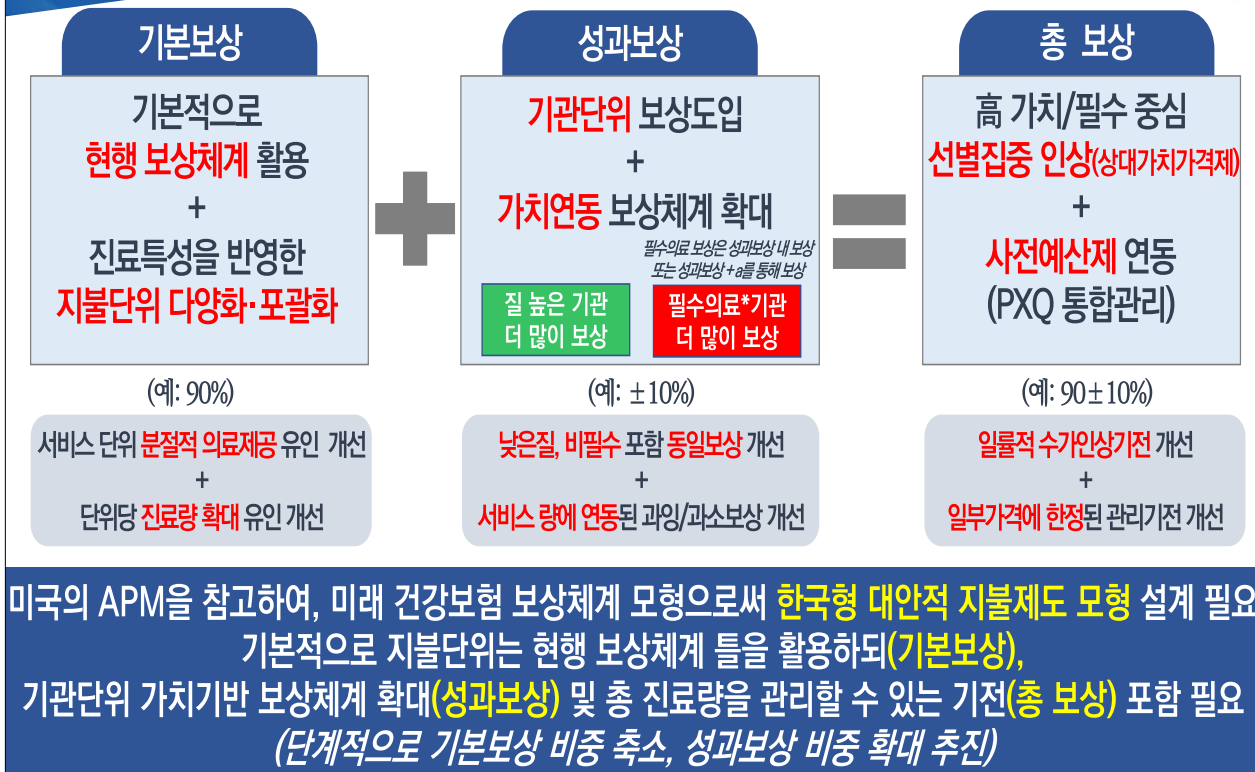
7

2-2 미래 건강보험 보상체계 모형, 한국형 대안적 지불제도란?



미국에서 개발된 APM(대안적 지불제도 모형)은 단일화된 모형을 의미하는 것은 아니며, 진료량 기반 행위별수가제 한계 극복을 위해 “총 진료비의 일정비율을 인센티브로 제공(기관단위 보상)”하여 양질의 비용효과적 의료서비스를 유인하기 위한 다양한 지불제도를 포괄하는 개념

2-2 미래 건강보험 보상체계 방향, 한국형 대안적 지불제도 설계



2-3 건강보험 보상체계 미래 발전방향

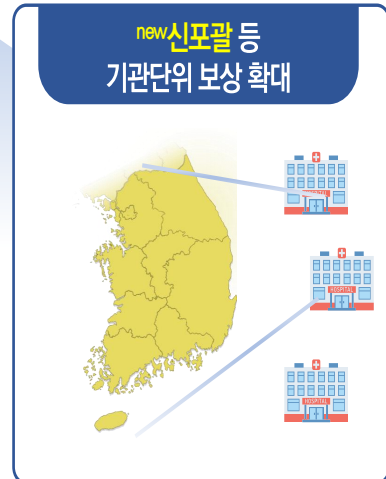
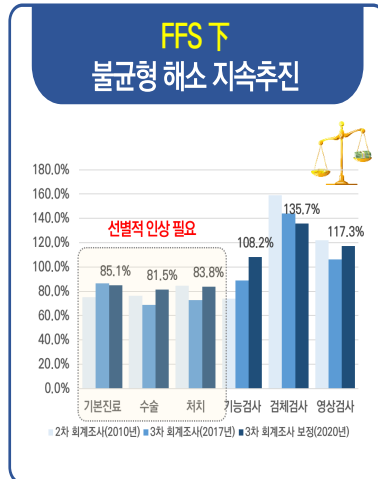
필수의료·가치기반 중심 보상, 혁신형 지불제도로 미래 준비



3-1 【정책목표1】 진료특성 반영 지불단위 다변화

【기본보상】지불단위 다변화

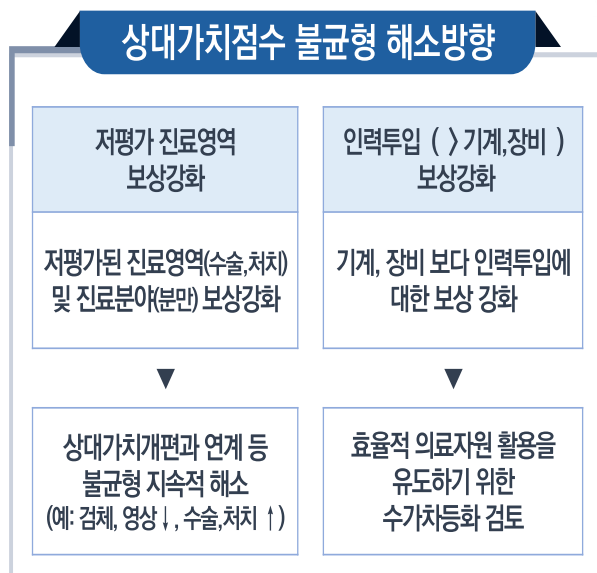
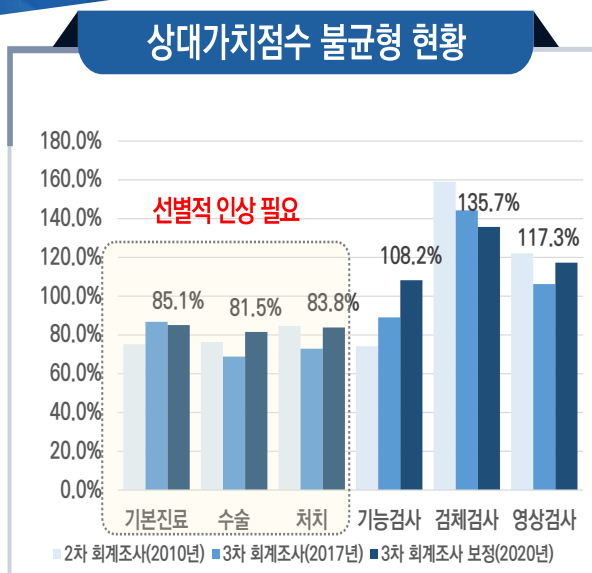
지불단위 다변화·포괄화, 환자중심 의료협력체계 구축지원



11

3-1 ① 현행 행위별수가제 내 불균형 해소 지속추진

【기본보상】지불단위 다변화

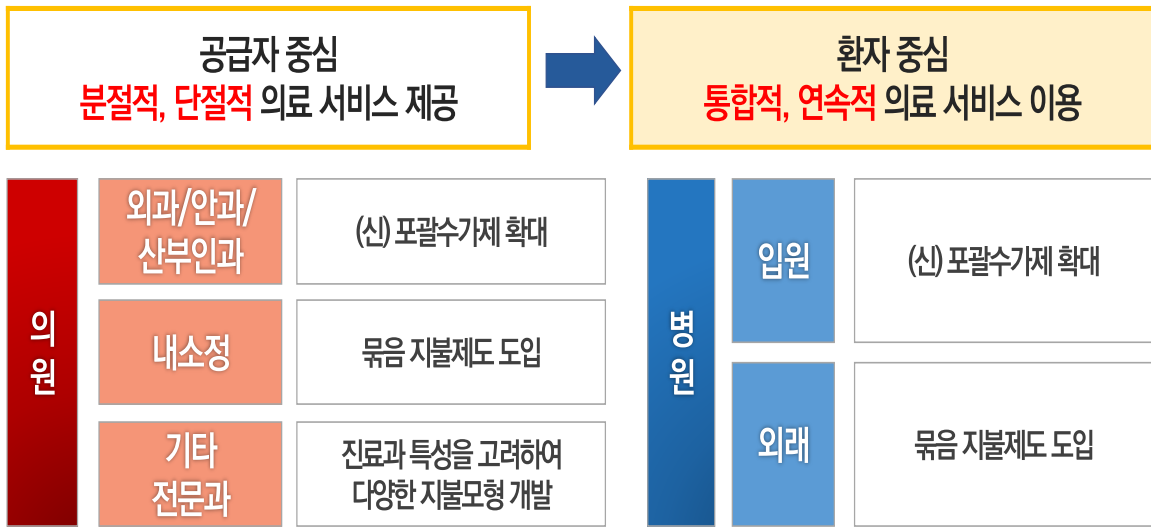


기본보상 내 보상체계는 **현행 행위별수가제 下 상대가치점수**를 근간으로 작동
대안적 지불제도도 “기본보상”을 기반으로 하는 만큼, **지속적으로 상대가치점수 불균형 해**소를
추진함으로써 **건강보험 보상체계의 공정성**을 확보해 나가는 것이 필요
(결국 행위별수가제의 불균형 해소가 향후 DRG, 묶음지불제도 등에도 연계되서 반영되는 구조)

3-1

② 진료특성별 환자중심 지불단위 포괄화

[기본보상] 지불단위 다변화



미래 보건의료체계가 추구하는 방향인 **환자중심 의료체계 달성**을 위해서는 **환자중심의 지불단위의 포괄화**가 반드시 선행되는 것이 필요
환자중심 의료협력체계가 작동하기 위해서 **진료형태별 특성**을 반영하여 **환자단위/인구단위 묶음지불제도 도입**을 확대해 나가는 것이 필요

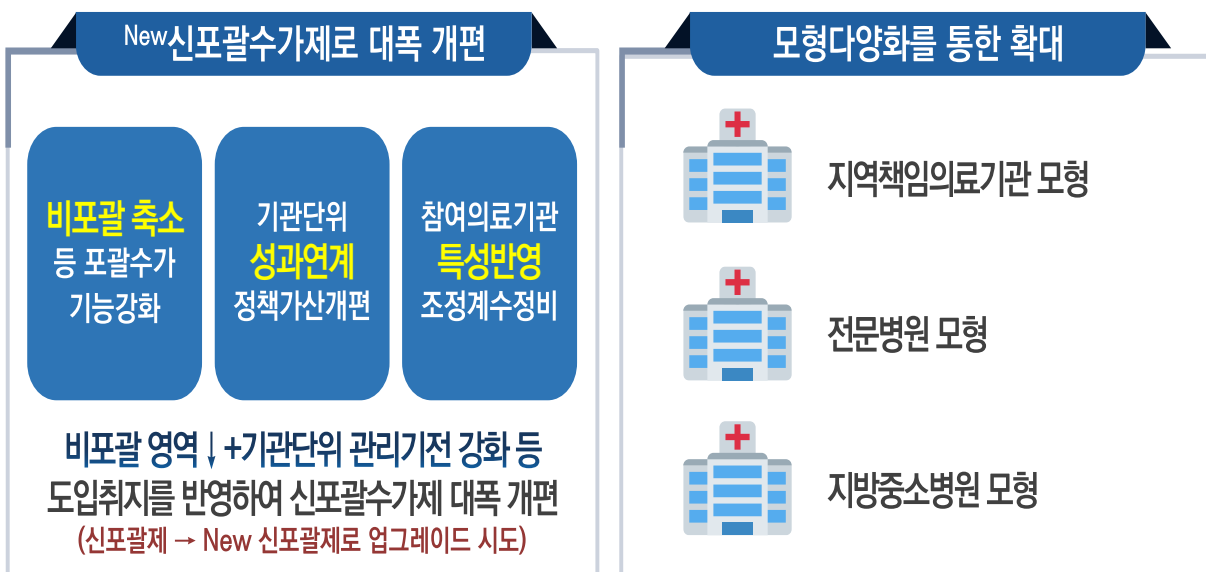
3-1

③ 신포괄 대폭 개편 및 확대^(new 신포괄로 업그레이드)

[기본보상] 지불단위 다변화

“기능재정립 등 신포괄 모형 및 적용기준 개선을 통해 지역허브병원 집중 투자”

- 수지접합 등 전문병원, 지역책임의료기관, 질 높은 지방중소병원 등 대상 -



14

3-2 【정책목표2】가치기반 중심 지불방식 다변화

【성과보상】지불방식 다변화

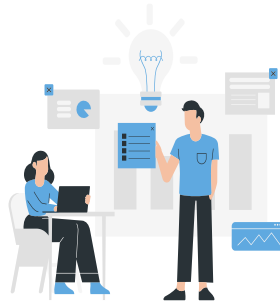
가치기반 중심 지불제도 다변화, 건강보험 성과향상 견인

과도기적 대안적 지불제도 공공정책수가 활용

< 공공정책수가의 특징 >

	일반수가	공공정책수가
대상	전체 의료 분야	필수 의료 분야
보상 체계	개별 행위기반 보상 서비스 제공량 기준 지급	기관네트워크 단위, 수가 인상 + 예산 연계 등 보상체계 다변화 의료서비스 질 성과기반 보상 강화 지역 특성 수요 공급 반영한 보상 강화
효과	저변도, 저수익 필수의료분야는 의료공급이 줄어드는 부작용	한정된 자원의 효율적 활용 및 기반 확충을 통한 필수의료 적정 제공 유도

혁신센터 기반 다양한 지불제도 개발 및 평가



가치기반 지불제도 인프라 구축 및 확대

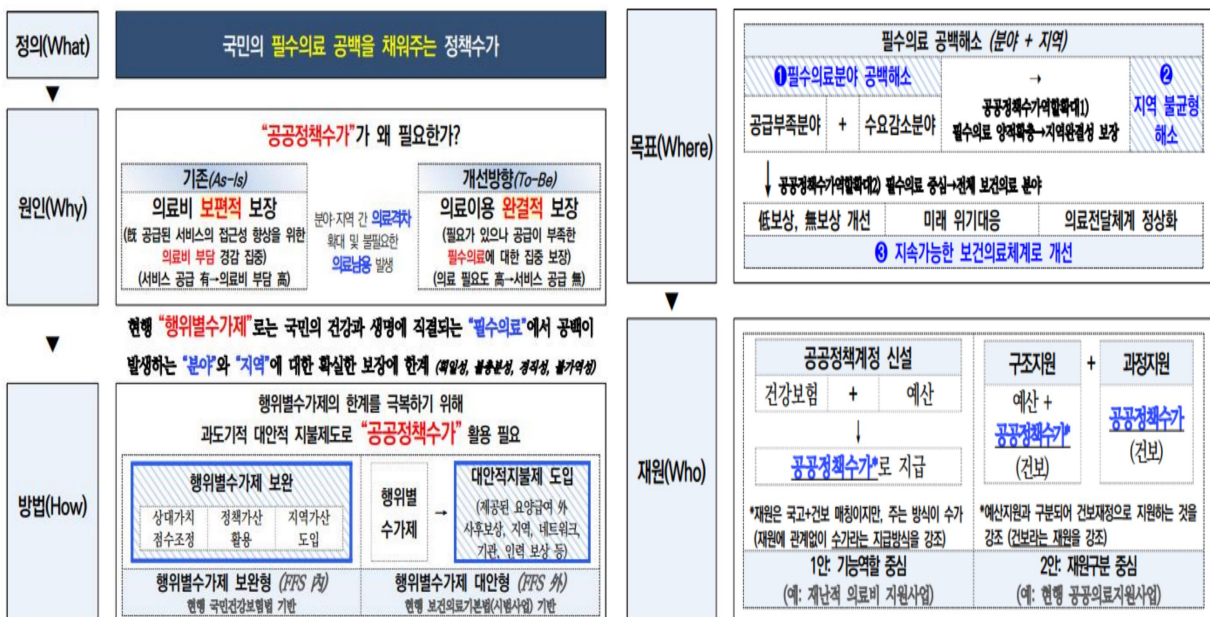


15

3-2 ① 과도기적 대안적 지불제도 공공정책수가 활용

【성과보상】지불방식 다변화

【주요개념】공공정책수가 정의, 원인, 방법, 목표 및 재원



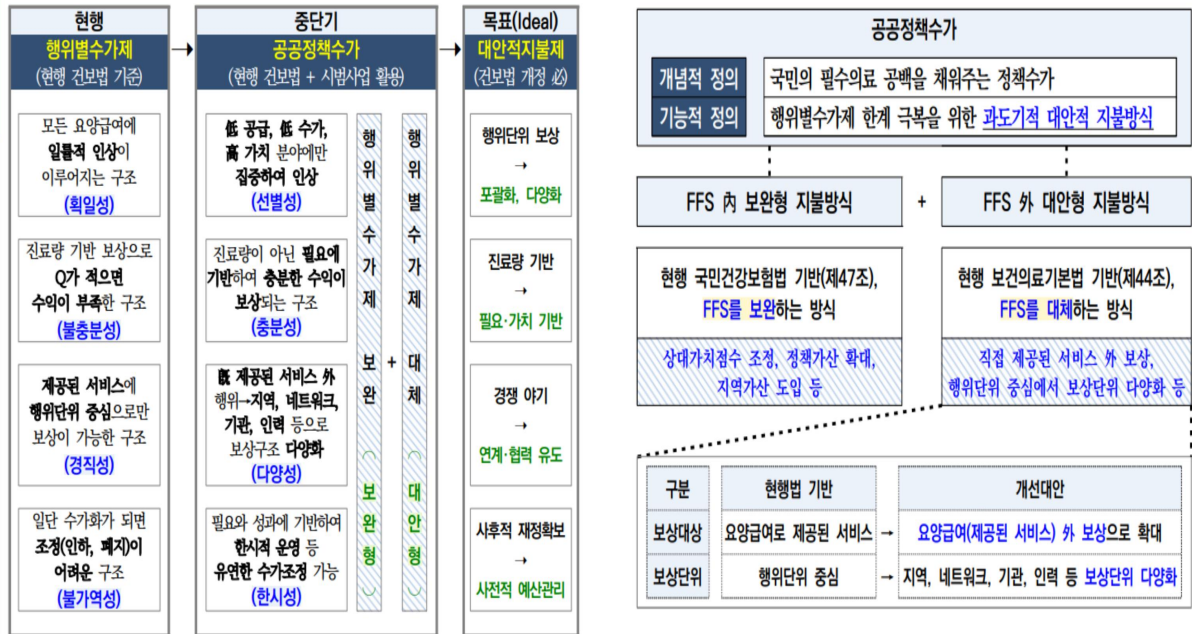
6

3-2

① 과도기적 대안적 지불제도 공공정책수가 활용

[성과보상] 지불방식 다변화

과도기적 지불제도로서의 공공정책수가



3-2

① 과도기적 대안적 지불제도 공공정책수가 활용

[성과보상] 지불방식 다변화

정의

국민의 필수의료 공백을 채워주는 정책수가

획일적, 불충분적, 경직적, 불가역적인 현행 국민건강보험 제도를 집중적, 충분적, 다차원적, 유동적으로 전환

목적

필수의료의 공백 해소 및 지역·분야별 의료 불균형 조정

국민의 건강과 생명을 지키기 위해 언제 어디서나 필수의료 접근성 확보 및 지역·분야별 의료 불균형 해소 정책 지원

목표

대안적 시범사업 운영

현행 보건의료기본법(시범사업) 기반

행위별수가제도 보완

현행 국민건강보험법 기반

지역필수의료 지원

현행 공공의료에 관한 법률 기반

유형

대안형(Alternative) 공공정책수가

개념	「국민건강보험법」의 요양급여비용으로는 보상이 어려운 영역을 중심으로 대안적지불모형을 구성하여 시범사업 형태로 보상하는 수가
원리	보상하고자 하는 대상이 요양급여에 해당하지 않으면 상정이 불가한 현행 체계를 극복함으로써 다양한 모형을 운영할 수 있는 공공정책수가
예시	▶ 어린이병원 사후보상 ▶ 권역 심뇌혈관지원센터 네트워크 보상 ▶ 고양시 소아전문 의 네트워크 보상

보완형(Supplementary) 공공정책수가

개념	「현행 「국민건강보험법」에 근간한 요양급여비용 체계 內 불균형을 해소하기 위한 공공정책수가 모형
원리	「국민건강보험법」, 체제 내 요양급여비용에 해당하므로 합법적 보상기전은 있으나 보상이 이루어지지 않고 있는 영역, 보상수준이 불균형한 영역에 대한 보완 필요
예시	▶ 중증소아 단기입원 수가 ▶ 상대가치점수제도, 중벌가산, 행위 가산 등 체계적 정비 ▶ 지역별 수가 가산제도 모형

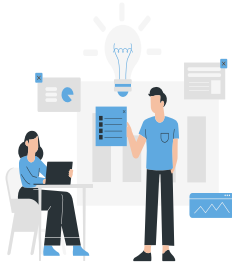
3-2

② 다양한 지불제도 준비를 위한 혁신센터(가칭) 설립

【성과보상】지불방식 다변화

| 건강보험 보상체계 혁신의 싱크탱크, 혁신센터 설치

건강보험 혁신센터



- 지불제도 혁신 연구
- 의료전달체계 개선 연구
- 다양한 시범사업 모델 개발 및 평가
- 우리나라 보건의료체계 성과관리 등

CHS Innovation Center's Strategic Objectives



전통적 프레임 벗어나
새로운 아이디어와
접근방식의 혁신적 활용

이노베이션 센터 설립
전달체계, 지불제도 등
혁신모델 시범사업 운영

① 새로운 모델 개발(혁신적 지불보상체계, 전달체계 연계된 지불제도 등)

⑤ 새로운 지불보상체계의 적용 및 확산

② 뉴 모델 시범사업 설계, 운영 및 모니터링, 평가, 혁신모델 수정·보완



④ 의료공급자, 수요자, 보험자를 포함한 포괄적이며 장기적 영향을 평가

③ 혁신모델 성과에 대한 피드백 제공, 시범사업 예산 모니터링 수행

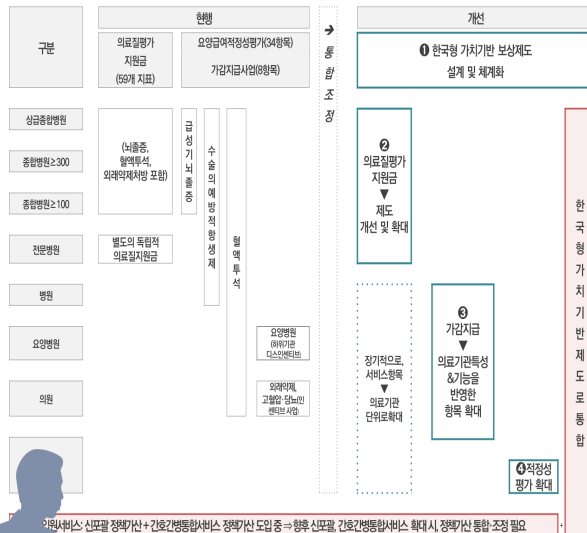
19

3-2

③ 가치기반 보상체계 인프라 구축 및 확대

【성과보상】지불방식 다변화

가치기반 보상체계 로드맵 수립



현재 부분별 제한적으로 이루어지고 있는
가치기반 보상체계를 보편적 지불방식으로 전환 필요
(예: 대안적 지불제도 중 “성과보상” 영역에 활용 필요)



20

3-2

③ 가치기반 보상체계 인프라 구축 및 확대

【성과보상】 지불방식 다변화

가치기반 보상체계의 단계적 접근방법



P4R 건강보험 시범사업 도입(안)

구분	현행	1단계	2단계
P4P	질평가지원금 가감지금 개별 정책가산	질평가지원금 가감지금 개별 정책가산	질평가지원금
P4R	없음	자료제출비용 (P4R)	
자료 수집 내용	-청구명세서 -자율성과보고서 -원가자료 -적정성평가 -퇴원요약자+a	-청구명세서 -자율성과보고서 -원가자료 -적정성평가 -퇴원요약자+a	-청구명세서 -퇴원요약자+a

특히, 가치기반 보상체계가 제대로 작동하기 위해서는 의료의 질, 효율성 등을 평가할 수 있는 **자료원을 확보**(퇴원요약지, 임상기록지 등)하는 것이 중요한 만큼, **기관단위 P4R 시범사업** 도입 추진

3-3

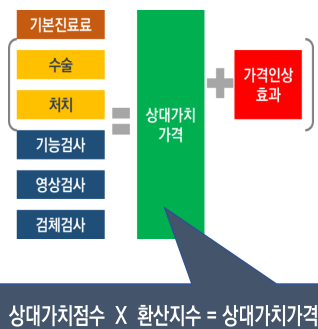
【정책목표3】 사전예산기반 선별적 인상기전 구축

【총 보상】 지불수준 선별인상

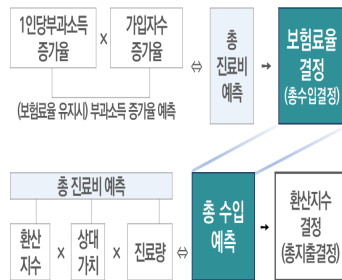
추진방향

사전예산 연동 高 가치/필수 중심 수가인상, 공정성 및 지속가능성 확보

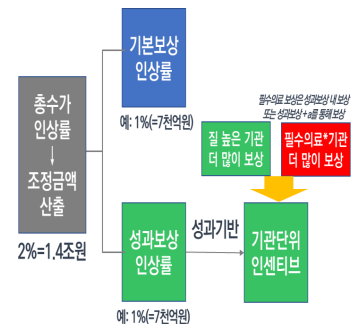
상대가치가격제 도입



사전예산제 도입



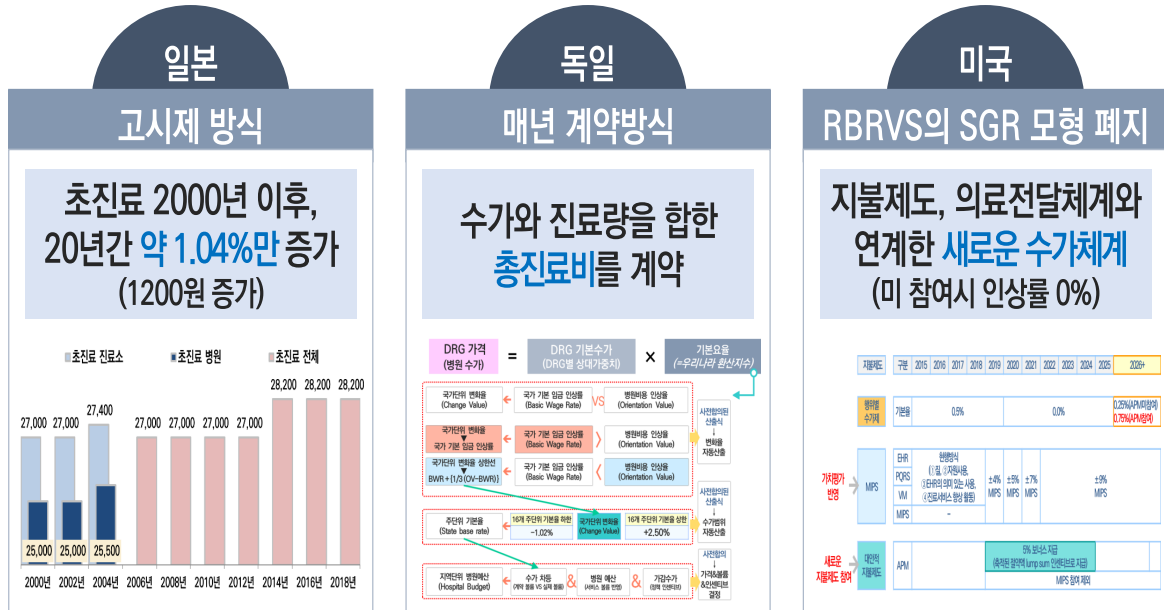
기관단위 인센티브 도입



3-3

① 필요한 곳에 집중·선별 인상하는 상대가치가격제로 전환

【총 보상】 지불수준 선별인상



우리나라 같이 “단가만”, “매년”, “모든 행위에 평균적”으로 인상해주는 기전은 없는 상황, 행위별수가제를 유지할 경우 **상대가치 가격제 방식**으로 전환을 중장기적으로 검토

3-3

① 필요한 곳에 집중·선별 인상하는 상대가치가격제로 전환

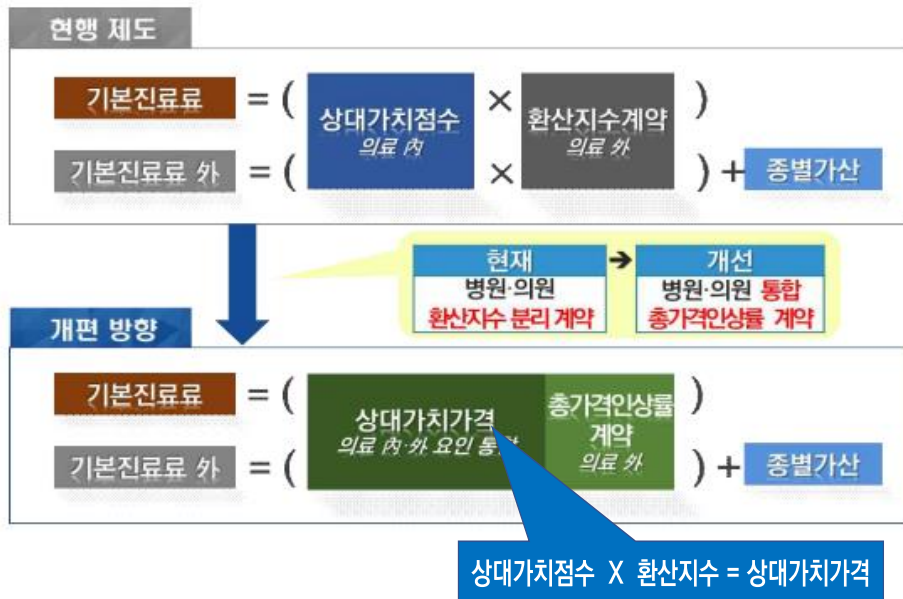
【총 보상】 지불수준 선별인상



3-3

【총 보상】 지불수준 선별인상

① 필요한 곳에 집중·선별 인상하는 상대가치가격제로 전환

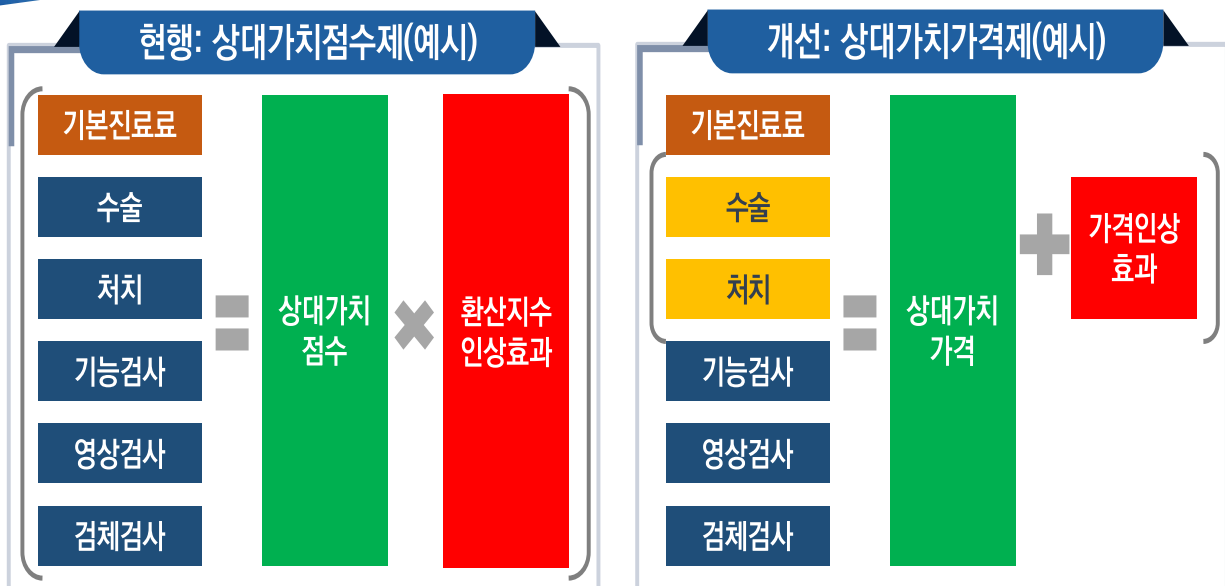


환산지수 계약을 통해 모든 행위의 가격을 일괄 인상하는 제도에서 벗어나 총가격인상률을 협의하고 인상이 필요한 영역에 집중적으로 수가를 인상하는 상대가치가격제도(=상대가치점수 × 환산지수)로의 전환 검토

3-3

【총 보상】 지불수준 선별인상

① 필요한 곳에 집중·선별 인상하는 상대가치가격제로 전환



상대가치를 산출하는 모든 행위(약5,800개) 중 인상이 필요한 행위를 선별하여 인상 (매년 모든 행위의 일률적 인상 → 정기적으로 필요한 행위만 집중·선별 인상)

3-3

② 국민·국가의 부담능력을 반영한 사전예산제(Pre budget) 도입

【총 보상】 지불수준 선별인상

연도	환산지수 인상률	1인당 실질PGDI	1인당 실질 GNI	1인당 실질GDP	실질 임금 인상률	건강보험 진료비
2012	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2013	102.4	102.9	103.4	106.8	102.9	106.7
2014	104.7	105.1	106.3	114.9	104.1	114.2
2015	106.9	111.1	112.4	112.8	106.6	121.6
2016	108.9	112.3	116.9	115.0	110.2	135.5
2017	111.3	113.8	120.4	124.1	111.1	145.4
2018	113.6	116.5	121.8	131.3	116.4	164.0
2019	115.9	119.5	121.8	125.4	119.2	182.2
2020	118.2	123.1	121.7	124.3	119.1	183.0
2021	120.2	126.4	126.1	128.3	121.4	190.5
평균 증가율	2.1%	2.6%	2.6%	2.8%	2.2%	7.4%

가격단위(P)

총량단위 (P×Q)

적정인상률 측면에서
환산지수 인상률 개념의 한계

"건강보험 수가는 환산지수 외에도 상대가치점수, 각종 가산제도 등을 통해 수시로 조정가능, 환산지수가 전체 "실질가격 인상률"을 모두 포함하지 못하는 상황으로, **환산지수 인상률 외 건강보험 가격인상률 산출 및 공개 필요**"

"임금 인상률, 경제 인상률은 **전체 총수익을 포함**하는 개념으로 단위의 정합성 측면에서 환산지수와 직접 비교하는 것이 아닌 **진료비 증가율과 비교**하는 것이 타당"

지금까지 적정수가 논의는 "환산지수 인상률"에 국한되어 진행, 하지만 환산지수 인상률은 ▲전체 건강보험 가격 인상률을 포괄하지 않으며, ▲다른 거시지표들은 총수익(PXQ)를 포함하는 개념이라는 측면에서 적정 인상률은 대표하는 것에 한계가 존재

3-3

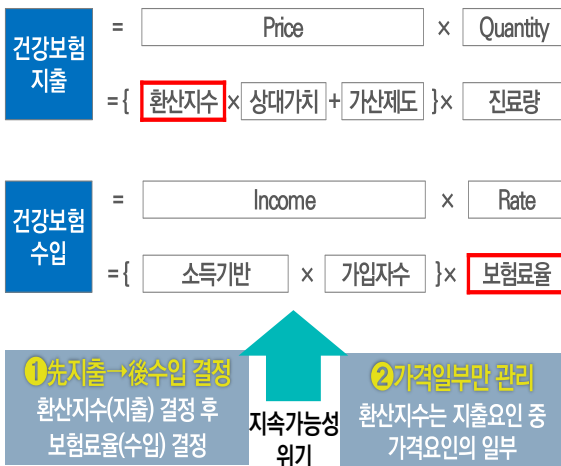
② 국민·국가의 부담능력을 반영한 사전예산제(Pre budget) 도입

【총 보상】 지불수준 선별인상

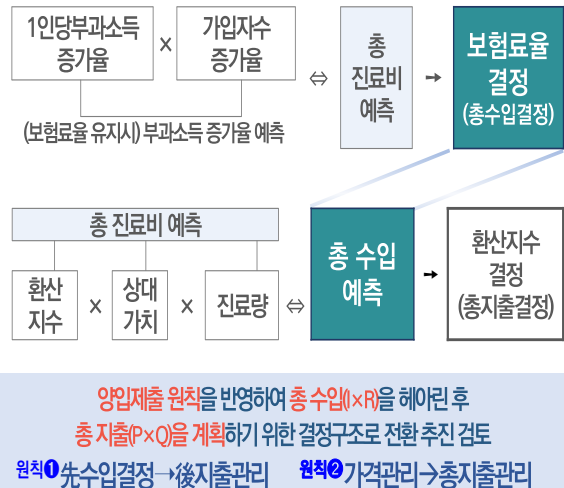
"국민·국가의 부담가능한 범위 내에서 효율적 재정관리"

- 현재 양출제입 방식의 재정관리 기전을 양입제출 구조로 개선 필요-

현재 양출제입 방식의 재정관리 구조



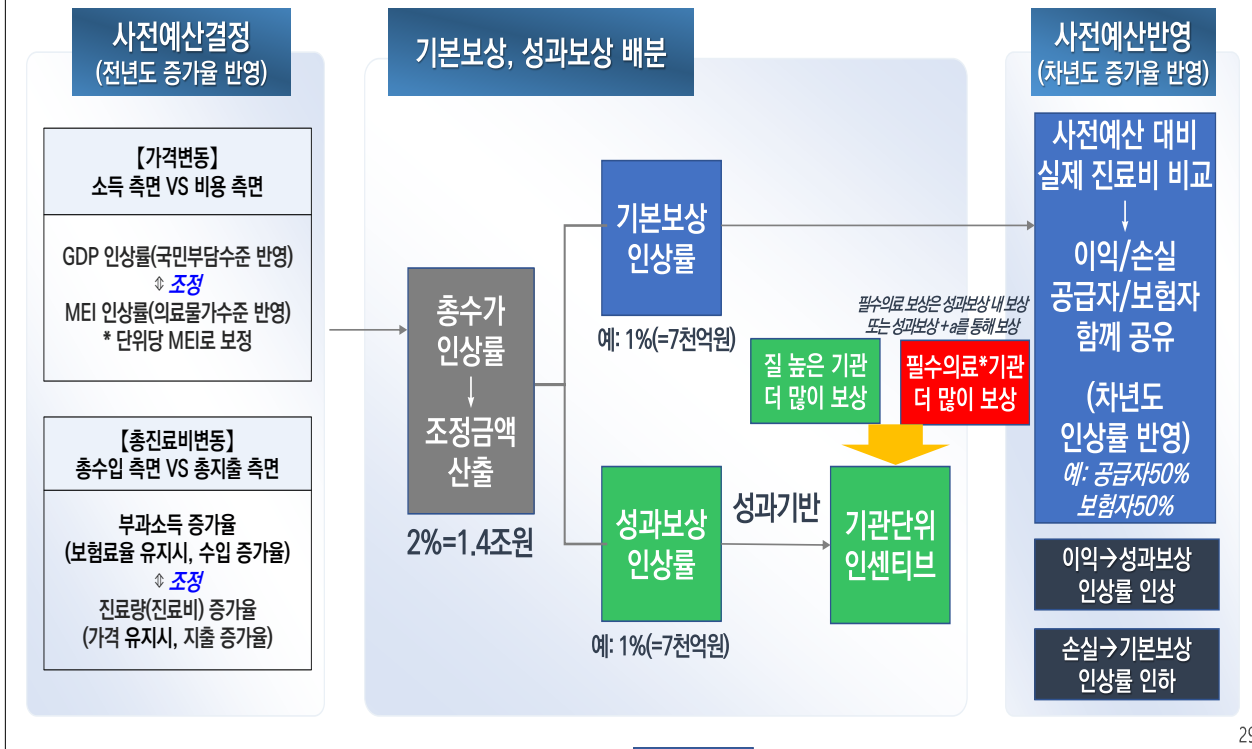
(예시) 양입제출 결정구조로 개선



3-3

③ 사전예산제와 연계한 기관단위 인센티브 도입

【총 보상】 지불수준 선별인상



29

3-3

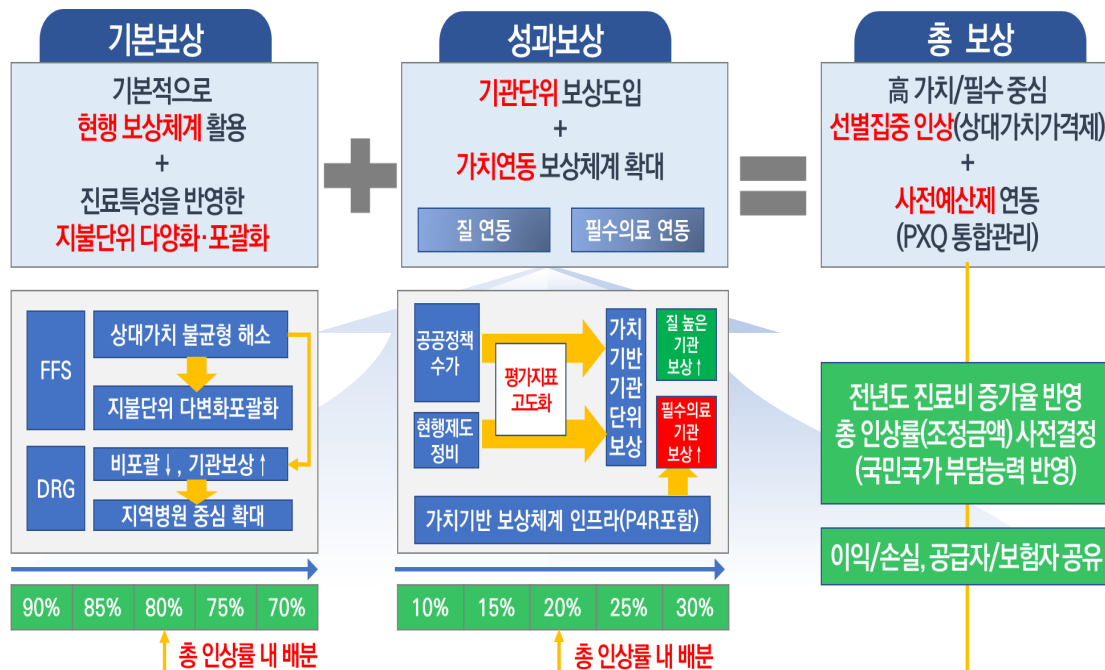
③ 사전예산제와 연계한 기관단위 인센티브 도입

【총 보상】 지불수준 선별인상



향후 총 인상률(조정금액)에 대한 배분 시, 기본보상 보다 성과보상 영역에 대한 배분비율을 확대하여 전체 진료비 중 성과보상의 비중을 단계적으로 확대하는 것이 필요

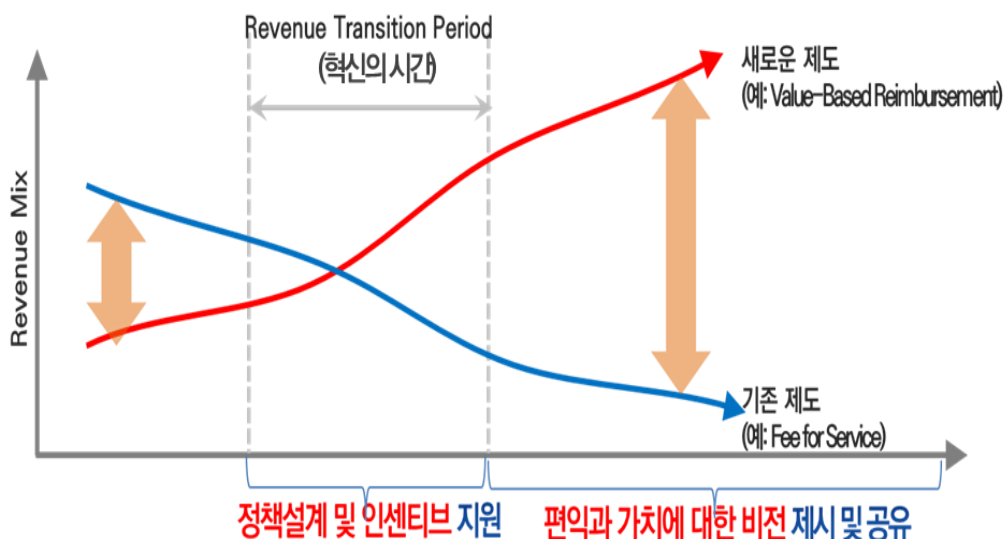
4-1 미래 건강보험 보상체계 개선방향, 한국형 대안적 지불제도 모습(안)



건강보험 혁신센터 설립: 새로운 지불제도 개발 및 시범적용, 평가 및 확산 가능 수행

31

4-2 미래 건강보험 보상체계로의 전환을 위한 혁신의 시간 필요



그 간 “양적기반 행위별수가제”한계의 반복적 논의에도 불구하고, **이해충돌** 우려 등으로 **행위별수가제** 내 **부분적 개선**만 추진 (수가개선이 정책가산, 인센티브 등의 형태로 이루어지면서 추가지원만 있을 뿐, 고평가 서비스, 불필요한 서비스 등에 대한 효율화 기전은 부재)

보상체계는 공급자의 이해와 직접적으로 연결된 영역으로, 혁신을 위해서는 “**국민-공급자-정부**”의 공동의 노력이 필요 (예: (국민) 과잉 의료이용 통제, (공급자) 불확실한 수입구조, (정부) 국민과 공급자 설득 등)

감사합니다.