

[국외출장 결과 보고서]

- 출장자: 신현웅 연구위원
- 출장 과제: 「2016년도 유형별 환산지수 연구」
- 출장기간: 2016년 10월 24일~2016년 10월 30일
- 출장목적: 미국의 간호간병 통합서비스 제도 제공체계 및 사례조사

- 방문기관

일자	기관명
10월24일	[이동] 인천-영국 런던
10월25일	[King's Fund(런던)]
10월26일	[독일(뒤셀도르프)] 도시간 이동
10월27일	[AOK(뒤셀도르프)]
10월28일	[독일 보험의협회 (지역 의사협회)(뒤셀도르프)]
10월29일	[이동] 뒤셀도르프 - 인천

1. Cicely Saunders Institute (King's College London)

- 방문목적 : 영국 일차, 이차의료 지불제도 현황 및 한국 지불제도 개선 자문
- 면담자 : 이덕희(Health Economist, Cicely Saunders Institute, King's College London)
- 기관 특징
 - Cicely Saunders Institute은, 주로 완화 의료에 관련된 전문적인 임상 치료를 지원함.
 - 그리고, 완화 의료에 대한 것 뿐만이 아니라 재활치료에대한 연구 및 교육을 하고 있음.

< 영국의 지불제도 및 수가결정 체계 >

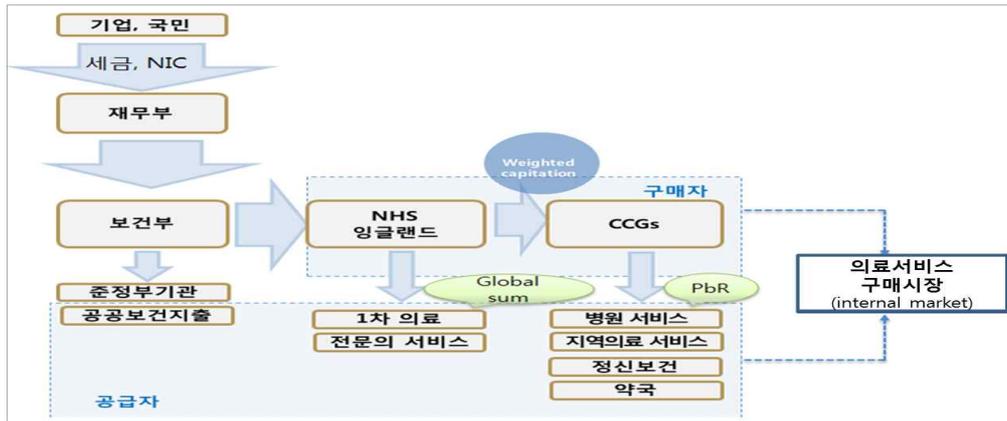
가. 보건의료제도

- 국가보건서비스(National Health Service)제도는 정부의 일반 재정을 재원으로 삼는 제도로 1948년 시행되는 무상서비스이며, 영국 거주자는 포괄적인 서비스를 이용 가능함.
- (의료공급의 사회화)가 특징임. 병원의 국영화, 병원종사자의 공무원화, 개업의와 국가간 체결에 의함.
 - 이는, 의료의 질 향상 및 지출 억제를 도모하기 위함으로 내부시장 체제 도입으로 경쟁을 장려함. (의료서비스 구매자와 공급자 분리)
- (의료서비스의 제공) 1차의료는 주로 민간의 자영업 형태이며, 2차의료는 공공병원에 의해 공급됨. 3차의료는 주로 의대와 연결되며 전문화된 의료서비스를 제공함.
- (의료비 재원 조달) 일부 국가보험료와 세금으로 조달되며, 보건예산은 영국 재무부에서 결정 됨.
 - NHS서비스는 대개 본인 부담금으로 직접 지불하거나 무료임.

나. 지불제도 및 수가 결정 체계

□ (병원의 지불제도) 병원은 PbR 지불하며, 개원의는 인두제에 의해 계산된 총액으로 지불함.

[기본구조]



(출처: 국외출장 보고서 - 영국, 독일의 금연서비스 및 지불·수가제도 조사 - 국민건강보험공단)

○ 인수구에 인구당 가중치를 흡하여 CCG별 목표 총액을 결정함. 인구당 가중치 결정 기준은 연령과 건강상태에 따른 추가 니즈, 그 외 충족되지 않은 니즈와 건강 불평등 해소 조정등임. 실제 총액은 목표 총액 결정후 정책 변경 속도에 따라 결정됨.

○ (병원 진료비 지불 제도) Payment by Results, PbR + COUIN

- 이는, [결과에 의한 지불 + 성과연동 지불] 임.

- PbR 기반의 시장경제 도입 및 성과연동지불제도 도입(2009년)

- 환자의 '병원등록 ~ 퇴원' 시기의 의료 서비스 코딩후 HRG에 근거하여 지불함. (주된 병명을 기준으로 HRG 코드가 부여됨)

- HRG는 (Healthcare Resource Group) 영국버전의 DRG임.

- PbR 수가를 결정하는데 있어서는, 전국 병원들의 원가 평균을 바탕으로 국가단위 고정가격을 사용 (모든 운영비, 인건비 자본을 포함하여 원가 수집을 하여 반영)

$$\text{provider income} = \text{price} \times \text{MFF} \times \text{activity}$$

□ 병원 수가결정 체계 (2016/2017 국가단위 수가 산출 방법)

○ 국가 단위 수가 산출(Method for determining national prices) 은, PbR 포함이며, 전년대비 조정을 통해 산출 되는 것.

수요 증가 요소=원가(비용)증가+효율성요소(+수동조정)

- 원가(비용)의 증가는, 인건비, 약품비, 기타 운영비, CNST 지불과 관련된 비용 변화, 자본비용 변화, 서비스개발비용 (총 6개 범주)의 증가율에 각각의 가중치를 곱한 평균.

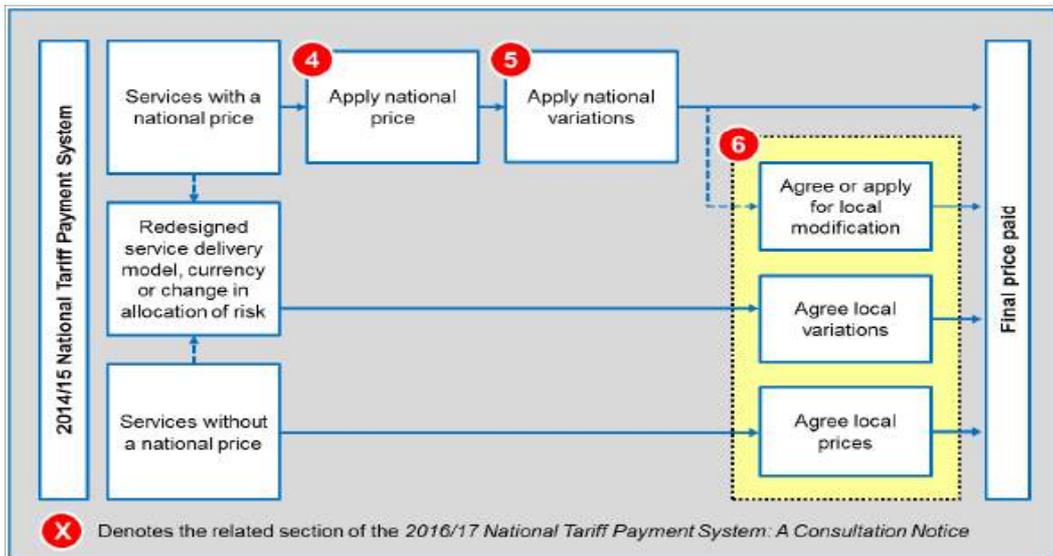
- 효율성 요소는 이해관계자와의 토론, 계량경제학 모델링 및 관련 문헌 고찰, financial modelling (총3개)를 이용해 효과평가함.

- 수동조정은 참조 비용 데이터의 변동이 클 경우 등을 기준으로 수가산정이 타당하지 않을 경우 수동조정.

○ (국가단위 수가 조정) 미반영되는 비용증가등의 요소를 조정하는 것으로, National Variation을 적용한 가격을 말함. 이에는 지역적 비용 차이 반영, 환자의 복잡성 반영, 불필요한 입원 예방, 신 지불제도로의 전환을 지원 (4가지) 타입이 존재함.

- 국가단위 수가는 지역단위 수가 결정에 의해 변경 가능함.

[가격결정의 과정]





(출처: 국의출장 보고서 - 영국, 독일의 금연서비스 및 지불·수가제도 조사 - 국민건강보험공단)

□ 개원(self-employed, GP)의 지불제도

- 개원의는 문지기 역할을 수행함. 전문의 및 병원 방문은 개원의를 통해서만 내원이 가능함.
- GP는 일반 의료 서비스 계약으로 영국의협과 NHS고용주연합간의 협상에 의해 결정되는 것임.
- 인두제 + enhanced service + 성과연동지불(QOF)
 - enhanced service는 지역 주민의 특정한 필요를 채우기 위하여 추가로 서비스를 제공할수 있으며, 이에따라 상환 받는 것.
 - QOF는 일종의 성과연동지불방식으로 의료의 결과 지불을 연동한 자발적인 추가 지불 제도임. 이는 공공보건의 향상과 만성질환 관리 개선을 목적으로 하며 조적 기준 환자의 경험과 추가 서비스가 주 요소가 됨.

다. 시사점

- 원가자료의 공유는 수가 적정성 논의의 전제 조건이 되는 것으로써 보험자와 공급자간의 신뢰가 기본 바탕이 되어야함.
- 의료서비스의 민영화, 영리화에는 굉장히 신중한 접근이 필요함.
- 지역별로 추가적인 보상기전을 마련하는 것이 필요함. (지역 낙후도, MFF 반영)

2. 지역 질병금고 연합 (AOK Rheinland/Hamburg)

- 방문목적 : 독일 공공, 민간 부문 보험자의 현황 및 의료비 절감을 위한 지불제도 개편 방향 검토
- 면담자 : Joerg Artmann (Policy officer, Department of health policy and health economics, AOK Rheinland/Hamburg)
- 기관 특징
 - AOK는 125년 긴 역사를 가진 독일 최대 규모의 공보험사임.
 - 연합기관은, 가입자를 대상으로 전문적인 건강관리(특히, 만성질환 관리 프로그램), 보험급여 프로그램을 제공함.
 - 그리고, 방대한 양의 데이터를 기반으로 AOK 시스템, 소프트웨어 등 연구함.

3. 지역 의사협회 (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)

- 방문목적 : 지불제도 개선을 위한 공급자 중심 거버넌스 현황
한국의 지불제도 관련 거버넌스 개선을 위한 자문
- 면담자
 - Johannes Reimann (Director, Department of Health Policy, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)
 - Heike Zimmermann (Consultant, Department of Health policy, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)
 - Miguel Tamayo (Consultant and Data analyst, Department of Health policy, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)
- 기관 특징
 - 주 단위 진료비 총액, 진료량 협상
 - 주 단위 급여 목록 결정 및 조정
 - 개별 보험의사 보수 배분
 - 지역별 의사수 배분 등

< 독일의 지불제도 >

가. 독일의 지불제도 및 수가결정 체계

- (지불제도) 병원은 입원, 의원은 외래의 중별 기능분화로 완전 별도로 운영됨. 병원은 DRG기반 병원별 총예산, 의원은 행위별 수가제로 지불함.

[지불제도]

	독일	한국
행위별 수가제	개원 일반의, 전문의에 해당 ※ up to case-volume age-based caps (RLV/QZV)	개원 일반의, 전문의
lump sum (일괄지불, 정액)	개원 일반의 중 질병관리프로그램(DMP) 참여할 경우 해당	
월급제	병원 고용의	고용의

- (병원 진료비 지불제도) 운영비용과 자본비용(투자비용)이 별도로 재원조달되는 'dual financing'으로 지불되며, 1972년 병원재정법에 따름.

○ 자본비용(capital costs, investment costs) 은, 3년 이상의 경제수명을 가진 자산 구입에 대한 비용을 말하며, 장기 자산, 단기 자산으로 구별됨. 예산은 주정부에서 조달되며 병원 투자는 병원과 주정부의 협상으로 결정됨.

- 이는, 주정부의 연간병원 계획에 통합되어 있으며, 인구 대비 병상수에 의존해 책정됨.

$$\text{필요 병상수} = (\text{예상 입원 수} \times \text{예상 평균재원일수}) / (\text{병상 가동률 기준}(85\%) \times 365\text{일})$$

○ 운영비용(operating costs)은 재료, 인건비, 관리 유지 등에 대한 비용을 말하며, 매년 DRG예산을 협상하여 결정.

$$\text{(Hospital budget)} = (\text{Casemix} \times \text{Base rate}) + (\text{Supplementary fees}) + (\text{Surcharges})$$

[병원의 dual financing 흐름]



(출처: 국외출장 보고서 - 영국, 독일의 금연서비스 및 지불·수가제도 조사 - 국민건강보험공단)

- 병원 예산 협상이 결렬 될 경우에는 중재기구가 있음. 주 정부마다 중재 위원회가 있으며 공부협 대표, 병협대표, 중립1인으로 구성됨. 그러나 실제로 결렬되는 경우는 적음. 중재 기구의 결정은 구속력이 없으며 불복이 가능함. 이러한 경우에만 법적 소송으로 이루어지기도 함.

□ (독일의 DRG제도)

- 독일의 DRG제도는 13년도부터 정신과 까지 포함하고 있으며 모든 급성기 병동의 모든 의료서비스를 포함하고 있음

- 2004년 DRG가 의무화됨. 이전에는 병원 일당 정액제로 지급하였음.

- 자본은 미포함 되며, 숙박, 의약품, 치료, 치료재료, 간호서비스등이 포함 사항임.

- DRG 비용 및 구조자료를 통해 생산되며, 모든 병원에게 병원의 구조자료와 청구데이터를 제출하여 받으며, 비용자료는 병원들의 자발적 자료공유 프로그램 참여로 샘플을 기반으로 계산함.

- 이제도의 도입은 2001년 병원 시범사업후에 664개를 개발하여 시작됨.

- 03년도에 호주의 AR-DRG를 기본 도입하고, 04년도부터 정신질환 제외 모든 급성기 병원에 대해 의무 도입함.

- 수가 산정 방법

- 비용 가중치: 원가 제출 병원의 비용 데이터에 의해 결정되며 모든 DRG는 각각의 고정된 비용에 가중치를 가짐. 이는 국가단위로 결정되는 것으로 독일내에서는 동일 함.

DRG 비용 가중치 = DRG inlier cases의 평균 비용 / reference value

- DRG 보상 : DRG 별 비용 가중치에 기준을 곱하여 결정

*건별 수가 = 상대가치 점수 X 환산지수

*병원의 DRG 예산 = 상대가치점수 X 건수 X 환산지수

○ 서비스 제공에 있어서 질적인 저하와 업코딩을 예방하기 위하여 주기적으로 DRG case 할당과 서비스 이용 실태등을 검토하며, 병원을 무작위 추출하여 의료기록과 코딩기록을 검토함. 이에 대한 사례가 적발될 경우에는, 급여비 남부와 동일한 금액의 벌금을 부과함.

- 각 주단위 별로 medical review board가 존재하며 전체 데이터 10%를 무작위 검사함.

□ (개원의 지불제도)

○ 공보험 환자 진료를 위한 보험 연합 가입. 미가입의 경우에는 개원후 진료는 가능하나 공보험 환자 진료가 불가능.

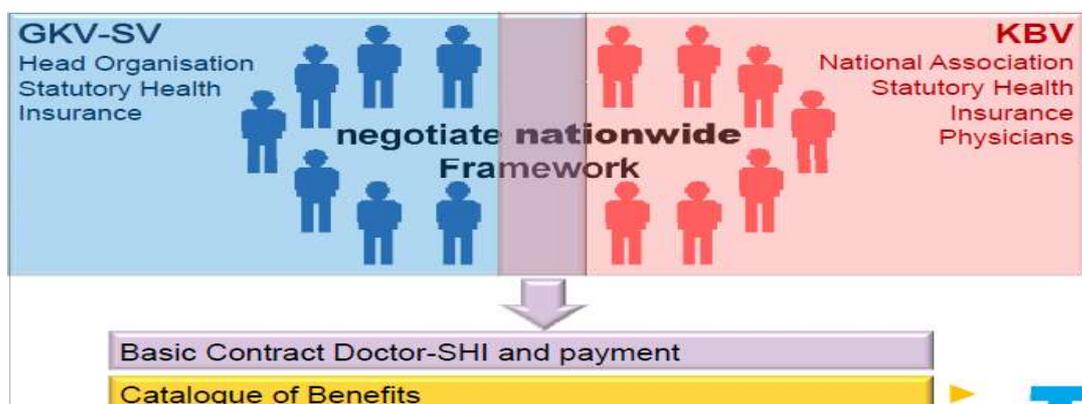
○ 독일의 공보험은 자치주의, 조합주의 원칙에 따라 결정되며, 연합의 가입 및 계약은 개별 공급자에게 의무적으로 적용되는 사항임.

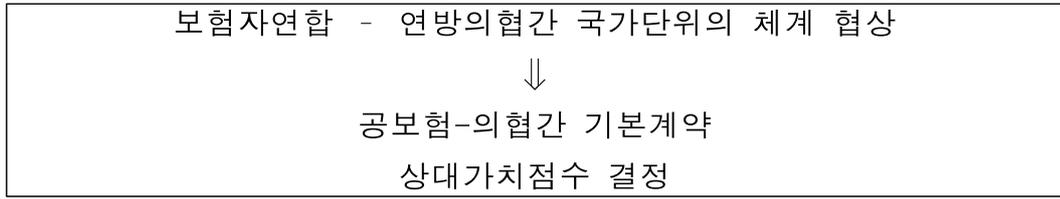
○ 연방 자치단체는 질병금고 연합과 의사협회로서 의사와 질병금고 간의 계약과 지불등과 관련하여 결정함.

- 연방위원회에서는 급여 목록 결정

- 의사, 질병 금고간의 기본 계약은 의사서비스 점수 결정위원회에서 상대가치점수 와 환산지수를 결정함.

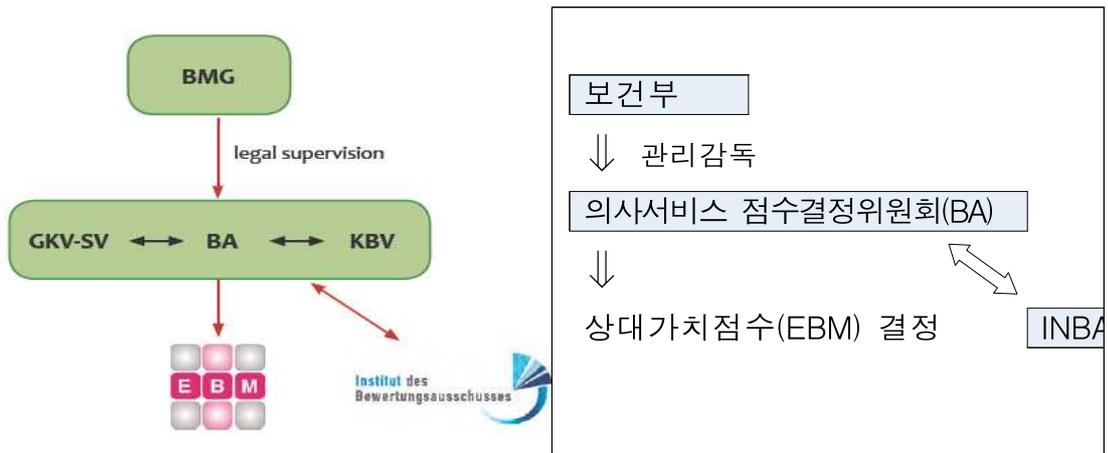
[연방 차원에서의 자치단체 협상]





(출처: 국외출장 보고서 - 영국, 독일의 금연서비스 및 지불·수가제도 조사 - 국민건강보험공단)

[상대가치점수 결정 과정]



(출처: 국외출장 보고서 - 영국, 독일의 금연서비스 및 지불·수가제도 조사 - 국민건강보험공단)

- 환산지수 결정 기준 연방법에 명시된 기준을 통하여 투자비용, 효율성 요
수, 규모의 경제 (총 3가지)기준에 의해 INBA에서 환산지수 도출, BA에서
최종 결정함.

<2017년 환산지수 협상 결과>

- ◎ 2017년 환산지수는 전년 대비 0.9% 상승한 10.5센트로 추가 소요재정은
€315백만
- ◎ 이 환율 기반 총 지출금액은 € 170백만 증가
- ◎ 건강 검진 등 추가예산 서비스로 €330백만
- ◎ 신규 도입된 의약품 기록 행위로 € 163백만

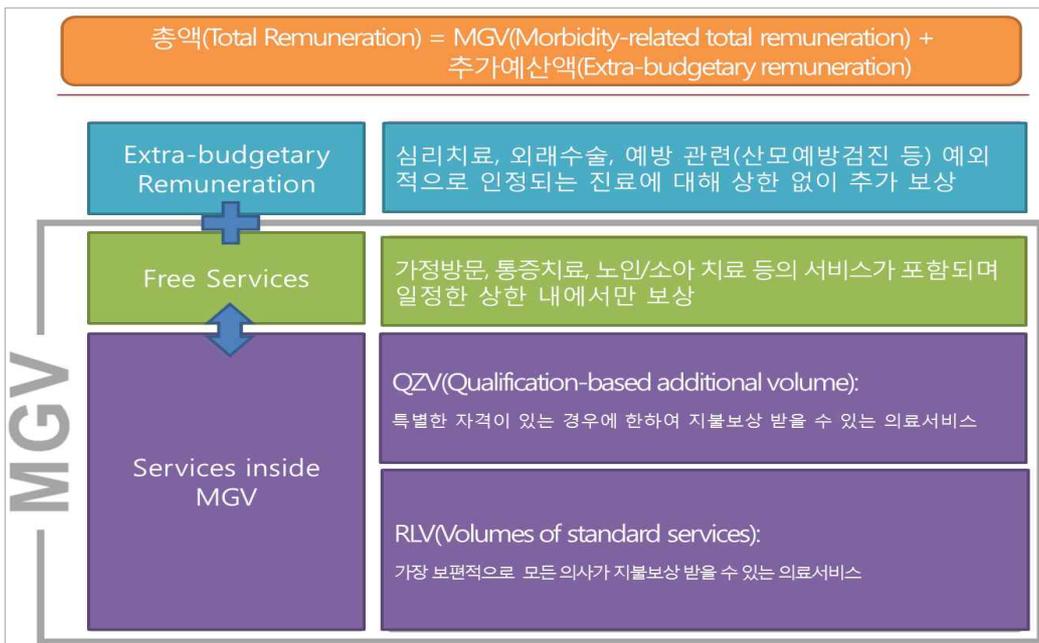
- 개원의 2단계 지불제도
 - (1단계) 질병 금고에서 지역의 가입자수를 근거로 1인당 금액을 결정한
후에 지역 의사회로 지급함.
 - (2단계) 지역 의사회는 이를 개별 회원 의사들에게 배분하는데 표준상대
가치점수에 따른 capped FFS에 의거하여 함.

[개원의 2단계 지불 제도]



(출처: 국외출장 보고서 - 영국, 독일의 금연서비스 및 지불·수가제도 조사 - 국민건강보험공단)

- Total Remuneration을 구성하는데는 1. MGV(Morbidity-related total remuneration), 2. QZV(Qualification-based additional volume) 3. Extra-budgetary Remuneration 이 있음. 구체적으로는 아래 그림을 참조



(출처: 국외출장 보고서 - 영국, 독일의 금연서비스 및 지불·수가제도 조사 - 국민건강보험공단)

나. 시사점

- 환산지수 의 결정기준을 명문화 할 필요가 있으며, 수가 협상 결과 수용성

제고가 필요함.

- 환산지수와 진료량 연계를 통한 단가계약의 한계를 극복해야함. 진료량 관리가 제한적인 우리나라 제도 진료량 통제 기전으로 시사점을 제공함.