

유럽 주요국들의 진료비 지불제도 변화

The Reform of Health Care Reimbursement Systems in France and Germany

허순임 서울시립대 행정학과 교수

1. 서론

공적 의료보장제도의 역사가 긴 유럽의 국가들은 대부분 의료비 증가로 인한 재원조달의 부담 때문에 여러 가지 비용통제 정책을 실시하고 있다. 의료비 통제에 있어 가장 중요한 부분 중의 하나가 진료비 지불제도이며, 대부분의 국가가 의료비 비중이 가장 높은 병원서비스에 대해서 총액예산을 실시하고 있다.¹⁾ 총액예산은 국가 전체 의료비 또는 해당 서비스 부문에 대한 전체적인 비용통제에 효과적인 수단이며, 비용을 가격과 수량의 함수로 단순화 시켰을 때 정해진 전체 비용의 틀 안에서 자율적인 비용구조를 적용할 수 있는 장점을 가질 수 있다. 반면 단점으로는 동일 질병 환자라 하더라도 병원에 따라 제공되는 의료서비스가 다른 문제가 있고, 일반적으로 과거비용을 기준으로 예산이 책정

되기 때문에 성과에 따른 지불이 이루어지기 어려운 점을 들 수 있다. 총액예산 제도를 오랜 기간 운영한 여러 유럽 국가들은 이러한 단점을 보완하기 위해 2000년대 들어 DRG 지불방식을 도입하고 있다.

본 연구에서는 우리나라와 유사한 사회보험 방식의 의료보장제도를 운영하는 프랑스와 독일의 병원 지불제도의 변화를 살펴본다. 연구내용은 각국의 보건의료체계에 대해 간략히 정리하고, 병원 총액예산 제도가 DRG(Diagnosis-related Group) 지불방식으로 바뀌는 과정과 내용에 초점을 맞춘다.

우리나라는 일부 입원서비스에 대해 2002년부터 DRG 제도를 도입하였고, 최근 이를 확대하려는 준비가 상당부분 진행되고 있다. 인구고령화와 만성질환의 증가로 인해 국내 의료비가 지속적으로 증가할 경우, 유럽 주요 국가들

1) NHS 방식의 국가나 사회보험 방식의 국가가 공통적으로 병원서비스에 대한 총액예산을 실시하며, 독일의 경우처럼 병원서비스뿐만 아니라 서비스 부문별 총액예산을 실시하는 경우도 있다.

의 지불제도 변화에 대해 살펴보는 것은 국내 제도를 설계하는 데 유용한 시사점을 제공할 것이다.

2. 프랑스와 독일의 병원 진료비 지불제도

1) 프랑스

(1) 보건의료 체계

프랑스는 중앙정부가 주도하는 사회보험 방식의 의료보장체계를 갖추고 있으며, 1945년 의료보험을 포함한 최초의 사회보장 시스템을 실시하였다.²⁾ 1967년 사회보장은 건강, 노인, 가족의 세 개 분과로 구성되었으며, 1996년 사회보장개혁을 통해 18세 이상의 모든 국민에게 보편적인 의료보험(universal health insurance scheme)을 제공하도록 하였다. 2000년에 도입한 보편적의료보장(CMU) 제도는 국민이 동일한 수준의 급여를 보장받을 수 있도록 하는 취지로 실시되었으며, 저소득층이 추가의 민간의료보험에 가입할 수 있도록 국가가 지원하였다.

보건의료서비스에 대한 자원조달은 공공과 민간의 재원이 혼합된 형태이다. 전체 보건의료 지출의 75%를 공공보험이 담당하고(2003년 기준), 13%는 보완형 민간보험(2003년 기준 인구의 80% 가입)이 이루어지며, 나머지 12%는 환

자본인부담금으로 대부분 안과 및 치과서비스가 주를 이룬다.³⁾

프랑스의 국민의료비 수준은 GDP 대비 약 10%에 달하며 OECD 평균보다 높고⁴⁾, 지속적으로 증가하고 있다. 의료비 중 공공재원이 차지하는 비중이 80%로 포괄적인 의료보장이 제공되고 있음을 알 수 있다.

지속적인 의료비 증가는 공공재원의 부담으로 이어지므로, 국가 차원의 의료비 통제 정책이 실시되고 있다. 프랑스는 1996년 Juppe plan을 통해 사회보장재정관련법에 의거하여 매년 의회가 건강보험지출에 대한 국가의 목표(national objective for health care expenditure, Objectif National de Depenses D'assurance-maladie, ONDAM)를 결정하도록 하였다. 정부(즉, 보건부)는 의회가 결정한 의료비 예산에 대한 병원, 외래, 의약품에 대한 부문별 세부 목표 예산을 정한다. 각 병원별 예산은 정부의 병원 부문 목표 예산을 근거로 지역병원당국(Agence Regionale d'Hospitalisation, 이하 ARH라 함)에서 정하는데, ARH는 지역(region)단위 조직으로 국가(state) 행정부(보건부)와 건강보험기구 간의 연합체 형식이다(그림 1 참조).

(2) 병원 지불체계

가. 병원 현황

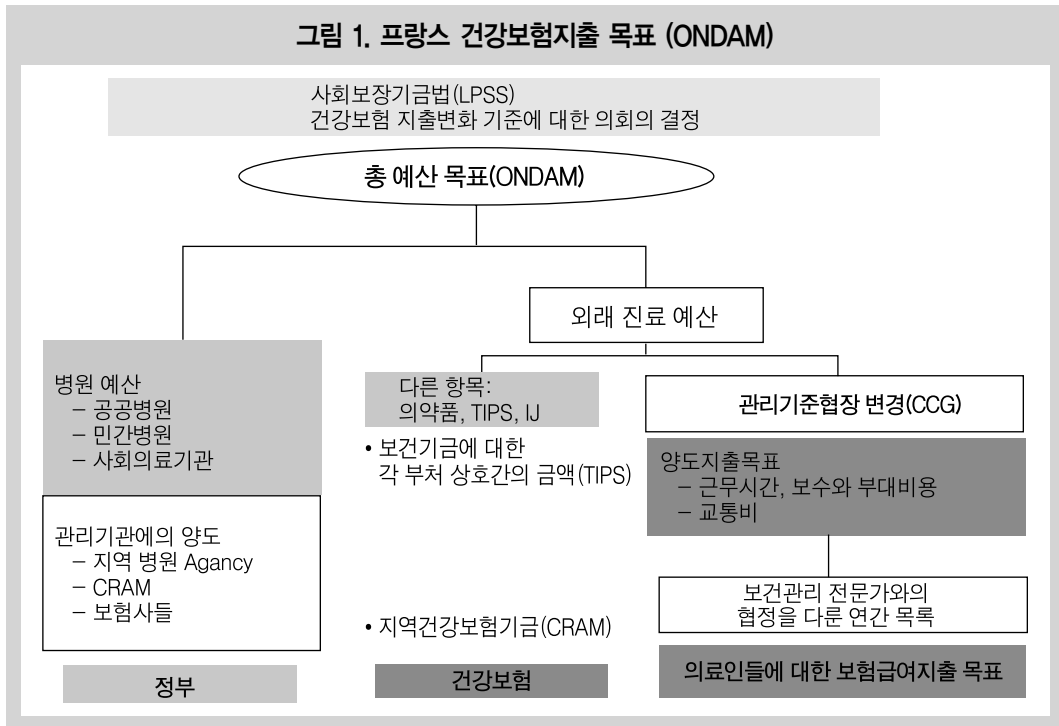
프랑스의 병원형태는 공공병원, 민간비영리 병원, 민간영리병원으로 구분되며, 민간 비영리

2) 노년의 위험, 질병, 출산, 산재, 근로자 가족에 대한 책임 등을 보장하며, 소득을 기준으로 기여금을 걷는 것을 원칙으로 하였다.

3) 보건부 진료비지불제도 정책 담당 부서(T2A) 방문에서 얻은 자료이다.

4) 2005년 기준으로 1인당 국민의료비 수준은(US PPP) OECD 평균이 \$2010인데 비해 프랑스는 \$3374였다.

그림 1. 프랑스 건강보험지출 목표 (ONDAM)



병원은 공공병원으로 분류되고 민간병원으로 칭하는 것은 민간영리병원을 말한다. 프랑스의 경우 일반적으로 공공병원이 규모가 크고 장비가 고루 갖추어져 있으며, 소규모의 민간영리병원은 특정수술이나 특정 진료과목, 혹은 장기요양 등으로 특화되어 있다. 병상의 3/4이상이 공공병원에 집중되어 있고 환자입원과 비용지출 등도 공공병원에서 주로 이루어지고 있어 입원 진료에서 공공병원의 역할이 크다.⁵⁾

병원의 진료보수 지불방식과 재원조달은 병원의 공공성 여부에 따라 다르다. 병원의 공공

성은 ‘공공병원활동’의 참여여부로 결정된다.⁶⁾ 일부 민간비영리병원도 공공병원활동에 참여하고 있으며, 이처럼 ‘공공성이 있는’ 병원은 총액예산방식으로 진료비를 지불받는다. 예산액은 ARH에서 정하고 지출내역을 평가받으며 병원 의사들은 봉급을 받는다. 공공병원활동에 참가하지 않는 민간병원은 서비스 항목별로 활동량에 따라 지불받는데, 정부(State)와의 협상을 통해 결정된 수가(tariffs)에 따른다. 이와 같이 두 가지 지불체계를 운영함으로써 병원부문에 서 재원조달의 불평등이 존재하게 되었다.

5) Sandier S, Paris V, Polton. (2004) Health care systems in transition, France. European Observatory on Health Systems and Policies.

6) 공공병원활동은 병원개혁법에 명시되어 있는데 「방문 환자에 대한 검사 및 (입원)치료 보장, 의료인력 및 준의료인력 양성, 예방의 학활동, 연구 및 교육에의 공헌」을 그 내용으로 하고 있다.

나. 병원 지불제도의 변화

① 총액예산제

Juppe 개혁 이전에는 예산억제가 공공병원에만 집중되었고 민간 병원은 정부의 간섭을 받지 않았으나, 1998년 이후에는 각 지역별로 하나의 예산이 존재하게 되어 민간병원들도 ARH의 예산관리 하에 있게 되었다.⁷⁾ 공공병원의 운영비용 및 자본비용의 주요 재원은 ARH가 할당하는 총액예산이다. 총액예산 범주에 포함되지 않는 항목에 대해서는 일당비용(per diem rate)방식을 적용하며, 특별한 경우의 의사서비스에 대해서는 행위별수가제를 적용하기도 한다.

ONDAM에서 공공병원(공공병원과 민간비영리병원)에 대한 지출 목표가 설정되면 이는 지방 단위로 배분된다. 배분조정에 있어서 지방간 불평등을 줄이기 위해 병상 점유율, 상대적인 사망률 지표, 병원의 생산성, 지방 간 환자의 흐름 등 4가지 요소를 고려하게 된다.

공공병원에 총액예산제가 도입되면서 종전의 일당비용제의 범주보다 더 많은 범주가 총액 예산에 포함되었고, 지역자치장이 연방정부의 권고 하에 각 병원별 총액예산을 결정하게 되므로 사후 지불 방식에서 필요한 심사체계는 불필요하게 되었다. 대신 국회에서 정한 ONDAM 설정을 근거로 사전에 개별 공공병원에 예산할당액이 배분되므로, 각 지역의 수요와 접근성을 예측하여 균형을 유지시키는 것이 중요한 역할이 되었다. 정부에서는 HAS(High Authority for Health) 등 일부 평가기관을 통해 진단군별 상

대비용 평가, 병원평가, 기술 평가 및 경제성 평가 등의 작업을 수행하여 효율적 진료행위를 유도하고 있다. 개원의나 병원의 외래부문의 진료 행위에 대한 보상에서는 임상진료지침(RMO)을 활용하고 있다.

한편, 민간영리병원을 위한 예산은 매년 '전체 목표량'을 통해 설정한다. 실질적인 지출이 목표치를 초과한다면 요금은 더 낮아지고, 목표치 이하이면 요금은 높아진다. 2000년부터 국가와 민간영리병원 대표자 사이에서 목표치에 대한 협상이 이루어지고, 조정은 지방수준에서 이루어질 수 있다. 전국 협상에서는 전국 평균 요금 증가율, 지방별 평균 요금 증가율, 지방 내에서의 민간영리병원 요금의 편차 범위를 결정한다.

② 진단군별수가 및 사전지불제도 도입 과정

프랑스는 1979년 미국에서 DRG가 개발될 때부터 관심을 가지고 있었으며, 과거 정부들이 내세웠던 개혁안이다. 1982년에 프랑스식 casemix system의 개발이 시작되어 DRG에 기초한 정보시스템 도입이 시도되었으나, 의료계의 반대와 자료의 부족으로 1996년까지 실질적인 데이터의 수집도 이루어지지 못하다가 Juppe 개혁을 통해 DRG 통계치를 ARH로 보내는 것이 의무화되었다. 1997년 입원환자 진료비 산정에 512개 질병군으로 구성된 GHM(프랑스 DRG)를 적용하여 입원환자에 대한 지역별 예산을 만들었다. 진단의 체계화를 통해 입원을

7) 김정희, 최숙자, 정종찬(2004). 병원별 총액지불제 적용방안 연구(Ⅲ). 국민건강보험공단.

재원기간(length of stay, LOS), 진단명, 처치, 질병의 중증도에 따라 질병군을 분류하였다.

2003년 환자구성에 기초한 사전지불방식(case-mix based prospective payment system)을 도입하기로 결정하고, 2004년 1월부터 공공부문(공공병원과 민간비영리병원)의 활동 일부에 대해 case-mix 방법을 부분적으로 적용하였으며, 민간병원은 2005년 3월 1일부터 전면적으로 새로운 case-mix based system을 도입하였다. 그러나 현재는 국가 가격(national price)에 개별 병원의 과거 비용과 가격수준을 고려하여 보정한 비용이 이용되는 과도기이며, 2012년 전에 모든 공급자들에 대해 수가를 단일화한다는 목표를 가지고 있다.⁸⁾

한편, 민간영리병원은 2005년 3월 1일부터 PPS에 의해 모든 비용이 상환되었다. 이들 병원들은 실제 활동에 대해 비용을 지불받았다. 그러나 현재 민간과 공공부문의 DRG 가격이 다르며, 당분간은 개별 공급자별로 과거 지출비용과 가격에 따라 DRG 가격을 조정할 수 있도록 하는 과도기(transition period)를 두기로 하였다. 2012년까지는 모든 민간공급자에 대한 요금을 통일할 계획이다.⁹⁾

PPS에서 지불단위는 재원기간(hospital stay)이다. 입원부터 퇴원까지의 전 과정을 포괄하는데 병원재원 수입은 DRG 분류에 의해 결정된다. 각 DRG에 대해 국가 가격이 정해진다. 2006년 초부터 병원의 급성기치료에 대해 월 단위로 법정건강보험기금의 직접 상환이 이루어졌는

데, 이는 ARH를 경유하여 이루어지던 총액 상환제도와 비교할 때 대단한 변화이다.

DRG 체계로 지불제도를 개혁하는 목적은 다음과 같다. 첫째, 병원의 실제 활동수준과 급여를 연계하고, 병원관리자와 의료진들이 환자구성, 의료기술, 비용구조를 분석하도록 인센티브를 제공하여 보건의료시스템의 효율성 및 자원배분의 형평성과 투명성을 높인다. 총액예산제도 하에서는 일정 수준의 비용 내에서 지출하도록 하므로 효율적인 급여지출을 위한 방법에 대한 관심과 노력이 DRG 제도에 비해 상대적으로 작다. DRG는 임상적인 측면과 치료의 구성에 따른 지불체계이므로 자원배분의 효율성과 투명성을 높일 수 있는 장점을 가진다. 둘째, 공공과 민간병원에 공통적인 지불시스템을 사용하여 두 부문 간의 공정한 경쟁을 유도한다. 셋째, 자원과 활동 간의 균형을 맞추어 동질적인 가격을 도입하여 병원을 보다 공평하게 취급할 수 있다. 전체적인 가격-수량 규제(global price-volume regulation)가 가능하므로 이러한 변화는 보건의료체계 전반의 질을 향상하는 데 도움이 될 것으로 기대된다.

2008년 기준으로 이용되는 분류체계는 10번째 수정판으로 DRG 코드가 1000개이며, DRG 분류는 수술과정과 기술 변화를 반영하기 위해 매년 업데이트된다.

③ 프랑스 DRG 시스템 개요

프랑스의 DRG 지불체계는 활동에 대한 부분

8) Zeynep Or. (2005) "Hospital payment reform". Health Policy Monitor.

9) Bellanger M, Tardif L. (2006) Accounting and reimbursement schemes for inpatient care in France. Health Care Manage Sci 9:295~305.

(activity-based reimbursement or per-case payment)과 비활동에 대한 급여(non-activity-based reimbursement)로 이루어져 있으며 다양한 지불방법이 혼합되어 있다(이를 Tarification a l'Activit (T2A)라고 부른다). 전체 병원지출에 대한 수준은 ONDAM에 따라야 하며, 2005년 1월 1일부터 전체적인 목표를 공공 및 민간병원에 공통적으로 적용하는 부분과 병원 유형에 따른 세부 목표를 정하고 있다. 공공 및 민간병원에 공통적으로 적용되는 목표(전체 지출의 75%를 차지)는 다시 두 가지로 나누어지는데, 첫째 medicine, surgery, obstetrics, odontology (ODMCO) 및 home hospitalization과 입원 투석(in-patient dialysis)을 포함한 '전체적인 지출 목표'와, 둘째 병원이 행하는 공익사업에 대한 국가 총액 내에서 ARH와 병원이 계약하는 부문이다.

㉞ 병원 입원에 대한 수가(Tariffs per hospital stay) 및 의료처치 당 수가

병원입원 서비스에 대한 지불은 GHS (Groupes Homogenes de Sejours) 가격에 기반하고 있으며, GHS는 의료정보시스템 프로그램 (PMSI: Progerame de medication des systemes d' information)을 통해 수집된 활동데이터 (Groupes homogenes de Malades, GHM)로부터 만들어진다. 일부 의료적 처치에 대해서는 국가적으로 정해진 수가(tariffs per medical procedures)에 따라 지불된다. 프랑스 진단군 분류는 주간 입원(day-hospitalization)뿐 아니라 입원에 적용할 수 있는 임상적 및 경제학적 환자 분류체계 (medico-economic classification)로, HCFA-DRG 제 3수정판에 기초하여 첫 버전

이 만들어졌고, 지속적으로 개정되고 있으며 이는 공공기관인 병원정보기술국 (TAHI: Technical Agency for Hospital Information)에 의해 관리된다.

DRG 수가는 연 단위로 국가 수준에서 결정된다. 두 가지 수가 척도(two tariffs scales)가 있는데, 하나는 공공 및 민간비영리병원에 해당되며, 다른 하나는 민간영리병원에 해당한다. 두 척도의 가장 큰 차이는 공공 및 민간비영리 수가에는 의사 봉급이 포함되어 있으나, 민간영리 부문의 수가에는 포함되어 있지 않다는 점이다.

수가를 조정하는 기전은 가격-수량규제 방식으로 2006년 처음 실시되었다(그림 2). 2005년도의 활동 증가를 감안하여 2006년 수가는 공공 및 민간병원 모두 1% 인하되었다. 2006년 9월, 특정부문에서 활동 증가가 관찰되어 민간영리병원에 대해 추가적인 가격조정이 이루어졌다.

㉟ 추가적인 실제 비용 지불(Additional real cost payments)

국가에서 정한 고가의 의약품 및 의료기기는 각각 별도의 목록으로 관리된다. 이 목록에 해당하는 의약품 또는 의료기기는 GHS 지불체계에서 제외되며, 병원별로 정한 가격에 따라 GHS tariff에 더하여 추가적으로 보상된다. 이때 병원별 가격은 국가에서 법적으로 정한 상한선을 넘지 못한다. 부가적 지불제도의 목적은 환자에게 혁신적인 의료기술과 치료서비스에 대한 접근의 형평성을 보장하기 위함이다. 아울러 병원이 값비싼 치료를 필요로 하는 환자를 기피하는 선택을 피하고, 혁신적인 의료기술의

확산을 용이하게 하기 위한 목적을 가진다.

추가로 지불보상하는 의약품 및 의료기기 목록은 지속적으로 검토되며, 제품 수명주기(products life-cycle)의 변화에 따라 목록이 바뀐다. 시장출시 당시 혁신적인 제품은 목록에 추가하며, 반대로 이들 제품의 사용이 일반화되었거나, GHM 분류기준이 바뀌었을 때 품목을 목록에서 삭제할 수 있다. T2A 시스템에서는 추가보상지불되는 모든 제품이 장기적으로는 GHS 수가에 재통합되어야만 한다는 논리(logic)를 가지고 있다.

㉔ 공익 및 계약 활동에 대한 자원 배분

교육, 연구, 혁신 등 공익사업에 대해서는 한 해 총액단위(lump sum basis)로 지불한다. 공익사업에 대한 총예산은 국가 단위에서 매년 결정

하며, 일부 지역예산(regional budget)으로 분배된다. 지역예산은 ARH가 각 병원들의 수행목표에 따라 병원들에게 배분한다.

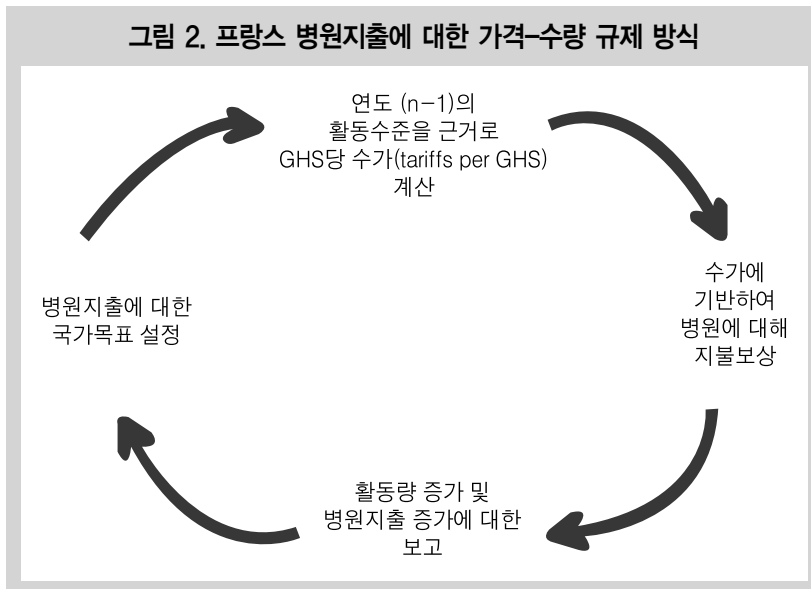
㉕ 응급의료, 장기복구 및 이식

응급의료와 장기 복구 및 이식을 할 경우 고정 및 가변적 비용계산 등 두 가지 방법으로 지불한다.

2) 독일

(1) 보건의료 체계

독일은 오랜 전통을 가진 사회보험 방식의 의료보장제도를 운영하는 국가이다. 경쟁하는 다수의 보험자¹⁰⁾로 구성된 의무 법정의료보험



10) 질병금고(sickness fund)라고 표기하기도 한다. 2004년 1월 기준으로 292개의 질병금고가 있다.

(statutory health insurance, 이하 SHI라 함)이라는 사회보험 체계를 운영하고 있다. 전체 국민의 약 90%가 SHI 가입자이며, 일정 수준 이상의 소득을 가진 고소득층은 민간의료보험에 가입할 수 있다(2005년 기준 약 10%).

독일 공적의료보장의 특징으로는 보건의료의 재원조달 및 제공에 있어서 정부와 민간이 함께 기여한다는 점, 의사(일반의·전문의)를 자유로이 선택할 수 있고, 환자의 경제적 상태에 관계없이 거의 무료로 병원진료를 받을 수 있다는 점을 들 수 있고, 이는 형평성(equity)과 보편성(comprehensiveness)에 대한 국가차원의 신념에 바탕을 두고 있다.

독일 보건의료체계는 자치주(Lander), 연방정부, 시민사회조직 간에 의사결정력을 공유하는 연방주의(federalism)와 공동체적 조합주의(corporatism)가 균형을 이루고 있다. 연방정부는 주로 보건의료에 대한 큰 법적 테두리를 제공하는 역할을 하고, 구체적 실행방침은 주정부가 독자적으로 마련하는 경우가 대부분이다. 결과적으로 보건의료에 대한 책임은 주정부에게 있다고 볼 수 있다.

독일 연방은 16개의 자치주(Lander)로 구성되며 공적의료보험에 있어서도 각 주의 의료보험조합이 재정적으로 독립되어 있어, 독립적인 협상권을 행사한다. 연방정부는 SHI와 관련된 의료개혁 법안을 통과시키는 데 책임이 있고, 주 정부는 입원 규모 및 병원 투자계획, nursing home, 사회복지기관에 대한 책임을 진다. 연방법은 질병금고 간의 경쟁을 촉진하는 한편, 표

준적인 급여와 의료의 질에 대해 동일하게 보장하는 것을 추구한다.

독일은 포괄적인 보험급여를 제공하고 있으며, 의료비가 지속적으로 증가하고 있어 정부가 비용절감을 위한 다양한 정책을 시행하고 있다. GDP 대비 의료비 비중은 1990년대 중반부터 최근까지 10.4-10.8% 사이에서 유지되고 있으며, 1인당 의료비 수준이 OECD 평균보다 높지만 증가율은 높지 않다.¹¹⁾ 의료비 중 공공재원의 비중은 2000년 이후 1990년대보다 낮아졌으나, 2006년에 76.9%의 비중을 나타내 포괄적인 급여를 제공하고 있음을 알 수 있다.

SHI 보험료가 가장 큰 재원이지만 전체 의료비의 57%를 담당하고 있으며, 나머지 43%는 세금, 환자본인부담, 민간의료보험 재원으로 충당된다. 세금은 여러 목적으로 사용되며, 병원 비용에 대한 주요 재원이다. 병원 투자비용은 주와 연방 정부의 세금이 사용되며, 이를 지급받기 위해서는 주정부의 병원계획 목록에 올라 있어야 한다. 또한 대학병원의 연구지원에도 세금이 사용된다. 환자본인부담은 의료비의 약 10% 수준이며, 본인부담이 부과되더라도 가난한 사람들과 의료서비스에 대한 필요가 큰 환자, 18세 미만의 소아에 대해서는 면제된다.

공적 의료보장체계를 갖춘 다른 국가들과 마찬가지로 독일도 의료비 증가에 대해 여러 가지 정책을 실시하고 있으며, 질병금고와 의료공급자가 의료비 절감의 목표를 함께 추구하는 것을 원칙으로 정하였다는 점이 특기할만한 사항이다.

11) 2005년 기준 1인당 국민의료비(US PPP)는 OECD 평균은 \$2810이고 독일은 \$3287이다.

(2) 병원 지불제도

가. 병원 현황

독일병원은 설립주체 및 성격에 따라 세 가지로 나뉘는 데 공공병원, 민간 비영리병원, 민간 영리병원이다. 대부분의 급성기 병원은 “hospital plans”에 속하며, 이 병원들은 소유형태에 상관없이 동일한 규정을 적용받고 동일한 방식으로 재원을 조달받는다. 1991년부터 2005년 사이에 민간 영리병원 병상 수는 4%에서 12.5%로 늘었으나, 병상의 99%가 SHI와 계약되어 있어 SHI 가입자가 이용할 수 있다. 공공병원으로 갈수록 종합병원이 많고 민간 영리병원은 단과병원이 많으며, 모든 대학병원은 주립 병원이다.

민간영리병원을 포함한 대부분의 병원이 병원계획의 적용을 받으며, SHI 환자를 치료하고 동일한 규제를 받는다. 민간보험환자만을 치료하는 소수의 영리병원은 병원계획에 포함되지 않으며, SHI 환자를 치료하지 않는다. 1990년대에 병원의 구조는 크게 변하지 않았으나, 공공병원이 병상을 감소하고 민간병원은 병상을 유지하여 민간병원의 병상 수 비중이 약간 높아졌다. 그러나 민간병원 대부분이 질병금고와 계약관계에 있어 민간 점유율이 증가하고 있더라도 전체 병원부분의 접근성이나 이용형평성, 재정적 안정성에 큰 문제가 발생하지는 않는다. 지난 30년 동안 독일 정부는 의료비 통제를 위해 사용한 방법은 경쟁을 촉진하는 것보다 강한 규

제였으며, 이러한 규제가 효과적일 수 있었던 것은 공공병원의 비중이 압도적으로 높은 점에 기인한다.¹²⁾

독일의 병원은 거의 입원진료만을 담당하고 있으며 대학병원만이 교육과 연구목적으로 외래진료센터를 운영하고 있을 뿐이다. 최근 들어 병원외래에서 최신진료를 제공할 필요성과 주간수술 등으로 병원의 외래진료 영역이 일부 확대되고 있다. 그러나 2005년 기준으로 병원 소속 의사의 7%만이 SHI 환자에 대한 외래진료를 인가받았다.

입원환자를 위한 치료시설의 계획과 통제는 연방법인 병원재원조달법(Hospital Financing Act)를 기반으로 주정부의 보건부에 의해 이루어진다. 병원계획은 고도의 전문적 의료와 입원 치료에 적용되며, 계획 단위는 시설(institution), 진료과목(department), 병상(beds)이고 병원계획의 방법과 내용은 주마다 다르다.

나. 병원 지불제도의 변화

독일의 진료비 지불은 병원, 외래, 약제비, 치료용구, 완화요법에 대해 각각 예산총액이 정해져 있는 부문별 예산제(Sectoral budget)를 실시하고 있다.¹³⁾

① 총액예산제

1972년의 병원재원조달법(Hospital Financing Act) 이후로 병원에 대한 재원은 이원화되어 있다. 첫째 병원 계획에 포함된 병원에 대한 투자

12) Lungen M, Lapsley I. (2003) The reform of hospital financing in Germany: an international solution? J of Health Organization and Management 17(5):360~372.

13) 1999년에 전체 의료비에 대한 총액예산제를 도입하려고 시도하였으나 의사와 야당의 반대로 도입하지 못하였다.

는 정부에 의해 지불된다. 병원이 투자 적격대상이 되기 위해서는 주정부가 세운 병원계획 목록 안에 포함이 되어야 하며 이 계획안에는 각 병원 당 전공별 병상 수 등 전공별 필요사항들에 대한 순위가 매겨져 있다. 병원수와 병상 수는 주정부, 병원, 질병금고로 구성된 3자간 위원회를 통하여 계획된다. 병원계획에 포함된다는 것은 질병금고로부터 지불을 받을 권리를 가진다는 것을 의미하며, 질병금고는 병원계획에서 승인된 병원과 계약을 맺어야 한다. 일반적으로 질병금고는 계획에 포함되어 있는 병원들과 대학병원들에게 급성 서비스(acute services)에 대해서만 지불을 한다.

투자는 원칙적으로 세금을 통해서 이루어지고 보험 상황에 포함되지 않는다. 병원재원조달법(Hospital Financing Act)에 따르면, 주정부의 병원 계획에 포함되는 동안에는 병원은 보조금에 대하여 법적권리를 요구할 수 있다. 계획에 포함된 병원들이 특정한 투자보장에 대해서 재원을 조달받을 수 있는 권리를 가지고 있지는 않으며, 이는 책임 부처의 예산 상황과 정치적 결정에 따라 달라진다.

병원이 주정부의 병원계획에 포함되지 않더라도 질병금고와 계약이 가능하지만 주정부에게 투자에 대한 재원조달을 요구할 수 없고, 아주 좁은 범위에서 공적인 보조금을 받을 수 있지만 질병금고의 상황을 통하여 투자비용을 보충할 수 있다.

병원투자 외의 정기적인 지출에 대해서는 보험자가 급여한다. 1993년 이전에는 SHI가 병원 진료에 필요한 비용을 모두 지불하는 원칙을 가지고 있었다. 1993년 보건의료구조법(Health

Care Structure Act) 개혁으로 총비용보상원칙(full cost-cover principle)이 폐지되어 병원은 수익과 적자를 가져올 수 있게 되었으며 각 병원마다 고정예산이 산정되었다. 예산의 증가율은 SHI 수입 증가에 따라 연방보건부에 의해 미리 예측되며 실제 증가율에 의해 후향적으로 조정되었다. 그러나 실제로는 여러 가지 예외사항을 허락하여 그들이 의도했던 것 보다 더 많은 지출의 증가가 나타났다.

1996년 이후에는 개별 예산 내에서 혼합 지불형태를 취하였다. 즉, 건당 포괄지불, 특별보수, 수진과목별 일당 정액 요양비 및 기초 요양비를 혼합한 방식이다. 첫째, 건당포괄수가는 난이도를 조정하지 않은 초기단계의 DRG로써 질병패턴별로 통상 예상되는 진료행위의 비용을 포괄적으로 평가하여 지불한다. 적용되고 있는 부분은 주로 외과적 치료부분으로 독일판 DRG라고도 한다.

둘째, 특별보수는 장기이식이나 심장수술등과 같이 의학적 및 기술적으로 난이도가 높고 진료비가 고가인 수술로 진료 1건에 대하여 개별적으로 평가하는 진료비를 말한다. 특별보수 그 자체는 성과불 진료부분이지만 흔히 건당 포괄지불과 합하여 하나의 포괄된 보수로 다루어진다. 특별보수와 건당 포괄지불이 적용되는 요양 종류 및 급여수준은 주별로 병원협회와 질병금고로 구성된 연합회에서 재원일수와 관계없이 정해진다.

셋째, 1일 정액(per diem rate)로 DRG형태로 지불되는 진료비나 특별보수에 해당되지 않는 병원의 운영비용을 총괄하여 산출되는 병원부문의 총액예산은 예산년도를 기준으로 병원의

급여구조와 급여의 변화를 토대로 한다. 일당 비용은 비 의료적 비용을 포함하는 병원별 일당 비용과 간호, 의약품, 처치 등을 포함하는 진료 과목별 요양비로 구성되어 있다.

1993년~2003년까지 존재하였던 일당(per diem), 건당(주로 elective surgery), 및 고가의 처치에 대한 복합 상환(mix reimbursements) 방식이 바뀌어, 2004년 1월부터 호주의 DRG 시스템을 수정한 독일 방식의 단일 급여체제로 정신과치료와 특정 정의된 서비스를 제외한 급성기 병원(acute hospital)의 정기적 지출에 대해 지불하고 있다.

2005년부터 DRG 지불체계를 실시하는 전환기를 가지고 있으며, 2009년에 동일 서비스에 대해 동일 가격으로 제공되는 DRG 지불체계를 실시하는 것을 목표로 하고 있다(Schreyogg et al., 2006).¹⁴⁾

② DRG 지불 시스템

㉠ G-DRG 도입 과정

2000년 보건의료개혁법을 통해 독일은 AR-DRG(Australian Refined DRG system)을 바탕으로 G-DRG 체계를 만들기로 하였다. G-DRG는 기존의 DRG와 마찬가지로 임상 측면과 치료비용을 고려한 환자 분류체계에 기반을 둔 것이다. 독일에서 DRG를 도입하기 전 1983년부터 2000년까지의 구조적 변화를 살펴보면 다음과 같다. 1983년 일부 전문가와 정치인들이 미

국에 도입된 것과 같은 건당 지불체계 도입의 필요성을 주장하였으나 구조적인 결산체계와 진단에 대한 coding이 갖추어져 있지 않았기 때문에 불가능하였다. 1985년 총 비용 급여 원칙을 완화하는 정책이 도입되어 병원이 이익 또는 손해를 볼 수 있게 하였고, 예산 협상에 있어서 투명성과 효율성을 높이고자 ICD 진단체계를 도입하였다. 1988년-1995년 사이에 환자관리 분류체계(Patient Management Categories System)를 시험하는 몇 가지 연구가 진행되었다. 한편, 1993년에 총 비용 급여 원칙을 폐지하고 SHI-수입 변화에 따라 병원 예산을 제한하는 조치를 취하였다(여기서 병원 계획과 인건비용 때문에 생긴 변화는 제외함). 1995년 진료과목별 치료율, 수술 코딩, 73개의 수술 총액 비용 및 147개의 부가비용을 계산하였다. 2000년의 보건의료개혁으로 G-DRG를 도입하기로 하고, 내적·외적 질관리 프로그램과 통합서비스 제공 등을 실시하였다.

1993년부터 실시된 병원 총액예산은 질병급고와 병원 간의 협상으로 이루어졌다. 예산 증가는 SHI 수입상황에 달려 있고 예산은 기본적으로 과거 비용을 기준으로 책정되며 성과(performance) 중심의 급여는 이루어지지 않았다. 병원 예산의 약 80%가 재원기간에 기초한 것이고 약 20%는 일괄지급(lump-sum) 되었다. 이러한 체계는 입원서비스와 치료비용에 대한 투명성이 부족하다는 문제를 가지고 있다.

G-DRG가 목표로 하는 것은 투명성, 효율성,

14) Schreyogg J, Tiemann O, Busse R. (2006) Cost accounting to determine prices: How well do prices reflect costs in the German DRG-system? Health Care Manage Sci 9:269~279.

질의 향상이다. 즉 성과에 따른 급여로 자원 배분을 개선하고, 입원서비스에 대한 내적·외적 비교 가능성을 높이며, 운영의 적정성과 조직구조를 개선하여 병원지출을 줄이고자 하였다.

표 1. G-DRG 도입 과정

연도	정책
1995	lump sum 지불 도입
2000	AR-DRG를 바탕으로 자체 DRG 체계 도입 결정
2001	최초의 전국적인 비용가중치 계산
2002	보건부에 의한 G-DRG 도입
2004	병원이 손해 또는 이익 없이 G-DRG 체계로 바꾸도록 함
2005	전환기
2009	전국적으로 동일한 G-DRG 지불체계 실시

G-DRG와 관련하여 국가, 주, 병원의 역할은 다음과 같다. 국가는 질병군 분류, 비용가중치, 질 평가 규정을 정하고, 주정부는 기본율(baserate)과 질평가를 담당하며, 병원은 DRG 양(volume)과 공제 및 부가적인 지불(additional payments)을 정한다.

㉠ G-DRG 도입의 취지와 특성

DRG 실시 이전의 일당 지불방식은 급여가 제공된 서비스 양과 다소 무관하여 서비스 양과 병원지출에 영향을 주기에 충분치 않았다. DRG 지불체계에 대해 기대한 것은 모든 병원에서 동일한 서비스에 대해 동일한 가격으로 지불됨으로써 효율성을 높이는 것이다.

DRG를 실시를 통해 투명성 개선 부분은 서비스 종류와 양 파악, 치료의 전문화와 서비스

집중 증가, 의료의 질에 대해 최초로 보고된 점과 병원과 질병금고의 추가 분석이 가능한 점을 들 수 있다. 구조적 변화는 재원기간 단축, 운영 및 임상 경로 구조의 적정성 강화, 병원 간의 협력 강화 등을 들 수 있다.

DRG의 4가지 특성은 첫째 병원에서 정기적으로 수집된 정보를 바탕으로 질병군을 분류하고, 둘째 관리 가능한 숫자의 군을 만들며, 셋째 그룹의 환자가 임상 관점에서 유사하고, 넷째 그룹 내에서 자원 이용 강도가 유사한 패턴을 가진다는 점이다(Schreyogg et al., 2006). 즉 DRG 환자분류체계는 의학적 기준과 동일 비용 기준으로 환자를 분류하고 비용-동질적인 그룹을 만드는 것이다.

임상적 분류는 주진단 외에도 합병증 유무와 합병증의 중증도에 따라 5 그룹으로 나누고, 자원 이용 강도에 따라 다시 세분화된다. G-DRG에 부가적으로 고려되는 사항은 G-DRG에서 제외되는 특정 조직이나 병원, 특별 치료에 대한 부가적인 지불, 재입원에 대한 규정, 기준 재원기간보다 길거나 짧은 경우의 지불, 병원 이동에 따른 지불 감소 등이 있다. 또한, 교육 기관, 단독 제공자, 응급서비스를 제공하지 않은 것에 대한 지불 감소 등과 관련된 비용과 DRG 체계에 혁신적 처치를 도입하는 것 등에 대한 방안이 필요하다(Schreyogg et al., 2006).

환자분류 과정을 좀 더 자세히 살펴보면, 주진단, 부진단, 의학적 시술 등 임상적 중재과정, 환자의 연령, 성별, 신생아의 몸무게 등 환자 특성, 병원의 퇴원 사유, 재원일수 등 다양한 기준을 토대로 입원환자의 병원 퇴원기록을 이용하는 알고리즘에 기초하고 있다.

진단군은 주진단(major diagnosis)은 Major Disease Categories(MDC, 23가지) 분류를 결정하고, 시술 여부를 구분한 다음, 합병증과 임상적 위중도를 통해 결정된다. 이후 환자 특성 뿐 아니라 부진단 등이 고려되는데 이와 같이 분류된 질병군에 따라 가중치가 다르게 부여된다.

G-DRG는 공동자치기구인 병원지불기구(Institute for Hospital Payment)가 운영하는데 의료공급자와 보험자가 각각 10표의 투표권을 가지고 매년 협상한다(보험자는 SHI 9표, 민간의료보험 1표). 이 자치기구가 DRG 분류체계 개발과 비용가중치를 계산하며, 공동위원회의 협의로 G-DRG 수가가 결정되는 것이 원칙이지만 협의가 실패하면 보건부에서 결정한다.

지역의 의료심사위원회(Regional medical review boards)는 정기적으로 DRG 분류와 서비스이용을 심사한다. 무작위로 선택한 병원에 팀(team)을 보내 조사하는데 병원은 진료 과정과 코딩 과정을 공개해야만 한다. 사례심사는 의료의 질 저하 또는 upcoding을 예방하기 위한 작업이다. 의도하지 않게 upcoding이 나타나는 경우, 병원은 후에 추가의 수익을 상환해야 한다. 만약 병원이 의도적으로 이윤을 증가시키기 위해 upcoding을 했다면 병원이 상환받은 보수에 더 하여, 상환보수의 총액(the sum of reimbursement fee)과 동일한 벌금(penalty payment)을 물어야 한다.

3. 요약 및 국내 정책에 대한 함의

사회보험 방식의 의료보장체계를 운영하고 있는 프랑스와 독일의 사례를 살펴본 결과, 제도의 내용과 당면한 문제가 다르지만 병원 부문의 개혁은 유사한 양상을 보이고 있다. 두 국가는 1990년대 초·중반부터 병원서비스에 대한 총액예산을 실시하다가 2000년대에 DRG 체계를 도입한 공통점이 있으며, 병원지불제도의 개혁이 공공병원뿐만 아니라 민간병원에도 함께 적용되고 있다는 점도 주목할 만하다. 이들 국가에서 운영하던 병원 총액예산이 전체 비용을 통제하는 데 유리한 점이 있지만, 병원 간 서비스의 차이와 병원의 성과가 비용(즉 예산)시스템에 반영되기 어려운 점 등을 개선하기 위해 DRG를 도입하게 되었다.

프랑스와 독일은 각각 미국과 호주의 DRG 체계를 참고하여 제도를 만들었고 구체적인 비용 산정과 가격 설정 방식에 있어서 차이가 있지만, 전국적으로 동일한 병원서비스에 대해 동일한 가격으로 지불되는 시스템을 만들어 자원 배분의 효율성을 높이고자 하는 목적은 공통적이다. 프랑스는 중앙정부가 주도적으로 제도를 운영하는 반면, 독일은 연방주의와 조합주의의 전통에 입각하여 보험자와 공급자로 구성된 자치 조직에서 DRG 분류와 비용 가중치 조정 등 주요 내용을 관장하는 차이를 보인다. 프랑스는 전체 의료비 예산(ONDAM)의 틀 안에서 가격-수량 연동 방식을 이용하여 DRG 지불체제로 바꾼 뒤에도 병원 지출을 전체적으로 관리하는 방식을 취하는 반면, 독일은 아직 총액 규제를

어떻게 가져갈 지 구체적인 방안을 내 놓고 있지는 않다. 그러나 병원지출을 포함한 의료비 지출이 SHI 기여금 수입의 증가에 연계되는 원칙이 적용되기 때문에 어떤 형태로든 병원 지출 총액에 대한 규제가 있을 것으로 보인다.

유럽 국가들은 병원 설립을 엄격하게 관리하고 있으며, 공공병원의 비중과 민간병원의 공공적 성격이 다소 차이는 있으나 공공병원의 역할이 크고, 입원이 병원 서비스의 대부분을 차지한다. 이는 국내 병원이 처한 환경과 뚜렷한 차이를 보이는 부분이며, 앞으로 국내 제도를 설계하는 데 있어서 외국 사례를 참조할 때 이러한 특성을 고려해야 한다.

외국의 제도의 고찰을 통해 얻을 수 있는 국내 정책에 대한 첫 번째 시사점은, 병원별 의약품 비용을 산정함에 있어 임상적인 측면과 비용을 고려하여 분류한 DRG 분류를 바탕으로 비용을 산출하여 가중 평균함으로써 case-mix를

보정한 비용 목표(증가율)를 산정하는 것이 효과적인 자원분배에 유리할 것이라는 점이다. 두 번째로 두 국가의 경험에서와 같이 고가의 혁신적인 의약품은 별도의 급여체계를 운영하는 것이 바람직할 것으로 보이며, 구체적인 목록을 정하는 것은 전문가 의견을 수렴하는 것이 필요할 것이다.

그러나 국내 병원서비스에 대한 지불이 행위 보상 방식으로 이루어지고 있어 DRG로 전환하더라도 전체 비용을 통제할 기전이 없기 때문에 프랑스나 독일의 경우와 다르며, 총액예산제도가 없는 상황에서 DRG로 전환한 다음 비용을 통제할 수 있는 방식은 프랑스와 같이 가격-수량 연동시스템이 유용할 것이다. 또 하나 유럽의 지불제도와 다른 점은 국내 병원은 입원과 외래 서비스를 모두 제공하고 있고 외래서비스의 비중이 상당히 높아 두 부문에 대한 지불방식을 어떻게 통합할 것인가가 관건이다. 본문
복지