

# kiri Weekly

2012.7.2 제189호

## 이슈

포괄수가제(DRG) 도입과 민영실손보험시장에 대한 영향

## 포커스

중국 자동차보험시장에서의 경쟁력 확보전략

## 금융보험 해설

금융상품의 이해 6: 사모투자전문회사(PEF) (2)

## 국내금융 뉴스

기업·소비자 경제심리 악화 추세

은행의 집단대출 연체율은 악화, 보험회사 대출채권 연체율은 양호

## 해외금융 뉴스

북미 \_ 미국 주택가격, 3개월 연속 상승세 유지

유럽 \_ EC, 재정동맹 계획 제시

일본 \_ 일본 경제성장, 수출에서 내수 주도로 전환

중국 \_ 보험중개시장 개선을 위한 제도 개선

## 금융시장 주요지표

**kiri** 보험연구원  
Korea Insurance Research Institute

이슈와 포커스는 연구자 개인의 의견이며, 보험연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.

서울시 영등포구 여의도동 35-4 8층 보험연구원 (문의: 김세환 부장 / 02-3775-9051)



## 포괄수가제(DRG) 도입과 민영실손보험시장에 대한 영향

이창우 연구위원, 조용운 연구위원

### 요약

■ 포괄수가제는 정부의 진료비 적정성 확보 노력의 일환으로 1997년부터 시범사업으로 시작되었고, 이후 동 사업은 4회에 걸쳐 지속되어 왔음. 지금까지 병·의원 등 요양기관은 포괄수가제에 자발적으로 참여하였으나, 금년 7월부터 7개 질병군에 대해서 포괄수가제가 모든 병·의원에 당연적용될 예정임.

보건복지부는 포괄수가제의 당연적용으로 국민건강보험이 입원진료비의 비급여부분까지 보장하므로 환자 부담이 7개 질병군에서 평균 21% 감소할 것으로 예측하고 있음. 그러나 대한의사협회와 병원협회 등 의료공급자들은 포괄수가제의 당연적용에 따른 의료서비스 질 저하를 우려하고 있으며, 다양한 의료서비스를 받을 수 있는 국민의 선택권 박탈, 고난도 의술이 필요한 환자에 대한 의료서비스 기피 현상 등이 나타날 것이라고 주장하고 있음.

이처럼 포괄수가제의 확대 적용으로 예상되는 의료서비스 변화에 대해 의료계와 정부가 첨예하게 대립하고 있는데, 의료계와 정부의 주장을 토대로 포괄수가제의 확대 적용이 민영의료보험시장에 미칠 영향을 살펴보면 다음과 같음.

첫째, 전 의료서비스에 대한 포괄수가제의 장기적 확대 적용은 비급여보험시장을 축소시킬 가능성이 있음. 포괄수가제의 적용으로 국민건강보험의 비급여부분이 급여부분으로 포함되기 때문에 민영실손보험시장은 일부 본인부담금만을 담보로 하는 시장으로 제한될 수 있음.

둘째, 포괄수가제가 적용되는 의료서비스에 대해서는 소비자의 의료 비용이 감소할 수 있지만 적용되지 않는 의료서비스로 비용이 전가될 가능성도 배제할 수 없음.

셋째, 대한의사협회 등의 주장처럼 포괄수가제가 의료공급자의 경제적 유인을 변화시켜 의료 질을 저하시킨다면, 해외 의료서비스 등 양질의 의료서비스에 대한 수요가 창출될 것이고, 동 서비스를 담보로 하는 보험상품도 등장할 가능성이 있음.

## 1. 검토배경



- 국민건강보험은 진료비의 적정성 확보 노력의 일환으로 1997년에 5개 질병군 포괄수가제의 시범사업을 시작으로 이제까지 4차례에 걸쳐 시범사업을 수행해 왔음.
  - 질병군별 포괄수가제는 환자가 어느 질병군에 속하는가를 토대로 의료공급자에게 질병군별로 사전에 결정된 정액의 진료비를 지급하는 것임.
  - 1997년 5개 질병군에 대한 1차 시범사업, 1998년 5개 질병군에 대한 2차 시범사업, 1999년 9개 질병군에 대한 3차 시범사업. 2002년부터는 의료계의 의견을 수렴하여 7개 질병군에 대한 시범사업을 수행해 왔음.
  
- 포괄수가제에 대해 지금까지는 의료공급자의 참여가 자발적이었지만, 금년 7월부터는 모든 병·의원이 당연히 참여하여야 함.<sup>1)</sup>
  - 금년에 적용되는 7개 질병군은 수정체수술, 편도수술, 충수절제술, 탈장수술, 항문수술, 자궁적출술, 제왕절개술이며, 상급종합, 종합병원, 병·의원 중에서 병·의원에서만 적용됨.
    - 2013년에는 상급종합, 종합병원까지 7개 질병군 포괄수가제가 당연적용될 예정임.
  - 장기적으로 포괄수가제에 대한 평가(2012~2015년)를 통해 2016년 이후 질병군을 대폭 확대할 계획임.<sup>2)</sup>
  
- 대한의사협회와 병원협회는 포괄수가제 당연적용에 따른 의료서비스 질 저하를 우려하고 있으며, 다양한 의료서비스를 받을 수 있는 국민 선택권 박탈, 고난도 의술이 필요한 환자에 대한 의료 서비스 제공 기피 현상 등이 벌어질 것이라고 주장하고 있음.<sup>3)</sup>
  
- 보건복지부는 포괄수가제의 경우 국민건강보험이 입원진료비의 비급여 부분까지 보장하므로 전체 입원진료비 관리가 가능하게 되고, 환자의 의료이용 부담이 경감되는 효과가 있다고 주장하고 있음.

1) 보건복지부 보도자료(2012. 5. 30), 「7월부터 병원에서 제왕절개 분만 등 7개 수술 입원비 부담 평균 21% 줄어든다!」.

2) 보건복지부·건강보험심사평가원·국민건강보험(2012. 5), 「포괄수가제, 오해와 진실」.

3) 조선일보(2012. 5. 22), 「포괄수가제 7월 도입 ... 의협 파업 불사」.

- 보건복지부는 총진료비(환자부담금+건강보험공단부담금)가 2.7% 상승하여 약 198억 원 정도의 추가적인 국민건강보험재정 투입이 필요할 것으로 전망하고 있음.<sup>4)</sup>
  - 이로 인한 환자의 입원진료비 부담은 연간 100억 원이 경감될 것으로 기대하고 있음.
- 본고는 포괄수가제의 확대적용과 관련하여 첨예하게 대립하고 있는 정부와 의료계의 주장을 살펴보고 포괄수가제의 확대적용이 민영의료보험에 미칠 수 있는 영향을 예상해보고자 함.

## 2. 행위별 수가제와 포괄수가제



- 현재 국민건강보험이 일반적으로 적용하고 있는 진료비 지급보상체계는 행위별 수가제(FFS: Fee For Service)로 의사의 진료행위 각각에 대하여 그에 해당하는 의료수가를 사후에 지급하는 체계임.
- 진료행위가 이루어진 이후 각 진료행위에 대하여 정해진 의료수가를 지급하기 때문에 의료공급자는 적정수준 이상의 진료행위를 시술할 유인이 존재함.
    - 의료공급자의 진료행위에 대하여 사후적으로 보상하는 제도이기 때문에 의료공급자의 진료비 청구내역에 대한 걱정성을 판단하기가 쉽지 않음.
  - 보험자 입장에서는 진료비 지급액에 대한 불확실성을 감수해야 하는 단점이 존재함.<sup>5)</sup>
    - 환자가 어떤 진료와 처치를 받을 지 사전적으로 알 수 없기 때문에 보험자는 의료비를 예측하기가 어렵기 때문임.
- 포괄수가제는 질병들을 유사질병별로 분류, 각 질병군에 대해 지급할 진료비를 사전에 결정하여 의료공급자가 진료한 환자가 어느 질병군에 속하는가를 토대로 정해진 정액의 진료비를 지급하는 체계임.
- 진료행위가 이루어지기 전에 진료비가 결정되어 있기 때문에 의료공급자는 적정수준 이상의 진료행위를 시술할 유인이 존재하지 않음.
    - 행위별 수가제로는 의료공급자 측면에서 늘어나는 의료비를 관리하는데 한계가 있어 사전적 지급보상제도인 포괄수가제가 고안됨.

4) 보건복지부 보도자료(2012. 5. 22), 「7개 질병군 포괄수가제 확대 시에도 의료서비스의 질 저하 없어」.

5) Casto, A. and Layman, E.(2006), "Principles of Healthcare Reimbursement", American Health Information Management Association.

- 그러나 의료공급자는 높은 진료비를 지급하는 질병군으로 환자를 분류하는 방법으로 소득을 증가시킬 유인이 존재하기 때문에 진료비에 대한 정교한 분류시스템을 필요로 함.
- 포괄수가제는 비교적 질병군 분류가 쉬운 특정 진료과목을 제외하고 일차의료에 적용하기는 상대적으로 까다로움.
- 질병군별 포괄수가제는 1977년 미국의 Yale DRG(Diagnosis Related Groups)에서 시작됨.
  - 질병군은 병원에서 발생한 비용과 환자의 유형 그리고 병원 진료와의 관계를 규명하여 환자를 분류하는 체계를 말함.
- 의료전달체계가 1차, 2차 등으로 비교적 명확히 구분되어 있는 유럽의 경우 병원에 대하여는 포괄수가제, 의사에 대하여는 행위별 수가제, 인두제 등 다양한 진료비지급보상방식이 채택되어 있음 (<표 1> 참조).

〈표 1〉 유럽의 진료비지급보상방식

의료공급자 유형	덴마크	영국	스웨덴	프랑스	독일
일반의(GP)	인두제+FFS	인두제+성과	Salary+FFS	FFS	FFS
전문 의(Specialist)	FFS	Salary	Salary	FFS	FFS
병원(Hospital)	DRG+GB	DRG	DRG+GB	DRG	DRG

주: 1) FFS(Fee For Services): 행위별 수가제; GB(Global Budget): 총액예산제

2) 인두제는 환자 1인당 정해진 진료비를 지급함. 총액예산제는 사전에 정액의 예산을 의료기관에 지급함. 샐러리는 국가가 의료기관을 소유하고 고용된 의사에게 봉급을 지급하는 제도임.

자료: Or Z. 외(2009), "Are Health Problems Systemic?: Politics of Access and Choice under Beveridge and Bismarck Systems", IRDES.

■ 이론적으로 포괄수가제는 의료비 절감이라는 장점을 가지고 있으나 서비스 질 저하 유인이라는 단점을 가지고 있음.<sup>6)</sup>

- 보험자는 의료공급자가 제공한 의료서비스에 대하여 정액을 지급하기 때문에 의료비용에 대한 예측이 상대적으로 용이하며 의료공급자의 불필요한 의료서비스를 억제시킬 수 있음.
  - 현재 행위별 수가제에서 적정수준 이상으로 의료서비스가 공급되고 있다면 이러한 포괄수가제의 장점은 보험자가 포괄수가제로의 전환을 추진할 근거를 제공함.
- 그러나 일반적으로 포괄수가제는 질병군에 대하여 의료서비스 질과 관계없이 정액으로 보상하기 때문에 의료공급자는 상대적으로 낮은 질의 의료서비스 제공을 통해 의료서비스 비용을 줄이려는 유인이 존재하게 됨.

6) Ma, C.(1994), "Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives", *Journal of Economics & Management Strategy* 3(1), Spring 1994, pp. 93~112; Ma, C. and McGuire, T. G.(1997), "Optimal Health Insurance and Provider Payment", *American Economic Review* 87(4), pp. 685~704.

- 현재 행위별 수가제에서 적절한 의료서비스가 이루어지고 있다면 이러한 포괄수가제의 단점은 의료공급자가 포괄수가제로의 전환을 반대할 근거를 제공함.

■ 이 밖에도 선행연구에 따르면, 포괄수가제는 의료공급자의 행위를 변화시킬 또 다른 유인을 제공하는 것으로 알려짐.

- 첫째, 포괄수가가 상대적으로 낮고 포괄수가제 적용대상이 한정되어 있을 경우 비용 대비 수입을 맞추기 위하여(balance bill) 혹은 목표소득(target income)을 위하여 포괄수가제가 적용되지 않는 의료서비스로의 비용전가 가능성이 존재함.<sup>7)</sup>
  - 병원 운영을 위해 일정한 소득(target income)이 필요하고 포괄수가제의 진료비 보상 정도가 적절하지 않다면 포괄수가제가 적용되지 않는 의료서비스로 비용이 전가될 유인은 항상 존재하게 됨.
- 둘째, 포괄수가제 적용대상이 전 의료서비스로 확대된다고 하더라도 의료공급자는 상대적으로 높은 진료비를 보상하는 질병군으로 분류하여 진료와 처치를 할 가능성이 있음.<sup>8)</sup>
  - 같은 질병군이더라도 진료와 처치의 방법이 다양할 경우 이에 대한 정액비가 달라질 수밖에 없으며 의료공급자는 가장 높은 정액 보상을 지급하는 진료와 처치로 보험금을 청구할 가능성(Upcoding)이 있음.

### 3. 포괄수가제 도입에 대한 논쟁의 초점



■ 포괄수가제에 대한 정부와 의료단체의 상충된 주장은 현재 의료서비스 공급량의 적정성에 대한 관점의 차이에서 비롯되었다고 할 수 있음.

- 정부는 현재의 행위별 수가제에서 꼭 필요하다고 보기에는 어려운 의료서비스가 공급되는 면이 있다고 보고, 이에 따른 불필요한 비용발생을 줄이겠다는 취지에서 포괄수가제를 추진하는 것으로 판단됨.

7) McGuire, T. and Pauly, M.(1991), "Physician response to fee changes with multiple payers", *Journal of Health Economics* 10, pp. 385~410; Glazer, J. and McGuire, T. G.(1993), "Should physicians be permitted to 'balance bill' patients?", *Journal of Health Economics* 11, pp. 239~258.

8) 3M Health Information Systems(2003), "All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRGs):Methodology Overview".

- 정부는 포괄수가제에 대하여 ‘가격에 비해 효과가 좋은 서비스나 제품을 선택’할 수 있다는 점을 강조하고 있음.
- 이는 포괄수가제가 현재 불필요한 의료서비스를 줄일 수 있는 장점을 강조하는 것으로 판단됨.
- 반면, 의료단체는 현재의 행위별 수가제에서의 의료서비스 공급량이 적절하기 때문에 포괄수가제 확대적용은 결국 의료서비스 질 저하로 연결 될 수밖에 없다고 판단하고 있음.
- 의료공급자는 환자 진료를 비용 절감을 고려하여 수행할 가능성이 있으므로 현재의 적절하다고 판단되는 수준의 의료서비스 질이 제도 도입으로 떨어질 수 있음을 강조하고 있음.

■ 보건복지부는 5년간의 시범사업과 10년간의 실제적용 경험에서 의료서비스 질 저하가 없었음이 증명되었다고 밝힘.<sup>9)</sup>

- 재입원율, 수술환자 관리모니터링, 환자만족도 측면에서 의료서비스 질이 저하되었다고 주장할 만한 증거가 없었다고 주장함.
- 또한, 7개 질병군 입원환자에 대한 수술건수나 진료수준이 높은 ‘전문병원’ 대부분이 현재 포괄수가제에 자발적으로 참여하고 있기 때문에 포괄수가제와 의료서비스 질 저하가 무관하다고 주장하고 있음.

■ 보건복지부와는 달리 의료단체에서는 상급종합병원과 종합병원의 자발적 참여율이 낮았으며, 비용 편차가 큰 질병군은 7개 질병군에 포함되지 않았음을 주장하고 있음.

- 포괄수가제가 적용되는 7개 질병군은 상대적으로 의료기관 간 비용 편차가 적은 질병군이기 때문에 의료서비스 질을 평가하는 재입원율에서는 큰 차이가 나지 않을 수도 있음.
- 상급종합병원의 경우 포괄수가제 참여율이 최근 0%이며 등급이 높은 요양기관일수록 상대적으로 참여율이 낮게 나타나고 있음.
  - 상급의료기관일 수록 고비용 장비를 보유하고 있으므로 높은 진료비가 산정될 가능성이 있으나 포괄수가제는 정해진 진료비를 지급하므로 상급의료기관일 수록 불리할 수 있음.

9) 보건복지부 보도자료(2012. 5. 22), 「복지부, 7개 질병군 포괄수가제 확대 시에도 의료서비스의 질 저하 없어」.

〈표 2〉 7개 질병군 포괄수가제 참여기관 현황

구분	2002년			2010년			2011년		
	전체기관	DRG기관	참여율	전체기관	DRG기관	참여율	전체기관	DRG기관	참여율
계	3,196	1,839	57.5	3,328	2,325	69.9	3,282	2,347	71.5
상급종합	42	4	9.5	44	0	0.0	44	0	0.0
종합병원	241	109	45.2	274	75	27.4	275	68	24.7
병원	312	153	49.0	444	174	39.2	452	183	40.5
의원	2,601	1,573	60.5	2,566	2,076	80.9	2,511	2,096	83.5

자료: 보건복지부 보도자료(2012. 5. 30), 「7월부터 병의원에서 제왕절개 분만 등 7개 수술 입원비 부담 평균 21% 줄어든다」.

#### 4. 민영의료보험시장에 대한 영향



- 포괄수가제는 결국 의료공급자의 의료서비스 제공 행위 변화, 국민건강보험의 보장범위 변화 등을 통해 의료서비스 시장에 변화를 가져오고, 본인부담금의 일부를 보장하는 실손형 민영의료보험은 이에 영향을 받을 수밖에 없음.
- 현재 실손형 민영의료보험이 국민건강보험의 비급여항목과 일부 본인부담금을 보충적으로 보장하고 있으나, 포괄수가제에서는 이들에 대해서도 국민건강보험이 부분적으로 보장하게 되기 때문에 민영의료보험의 보험금 지급이 단기적으로 줄어들 가능성이 있음.
  - 보험료가 3년마다 갱신되기 때문에 지급률 하락 효과는 단기적인 현상에 불과할 것임.
- 그러나 장기적으로 포괄수가제가 전체 의료서비스로 확대 적용될 경우, 환자 본인부담이 감소하므로 실손형 민영의료보험 시장이 축소될 것임.
  - 포괄수가제가 전체 질병군에 적용될 경우 비급여항목이 축소되고 일부본인부담금이 줄어들 것이기 때문에 실손형 민영의료보험시장은 위축될 것임.
- 결과적으로 포괄수가제가 확대 적용될 경우 의료소비자의 보장성이 강화되어 실손형 민영의료보험의 보험료는 줄어드는 반면 국민건강보험료 부담이 늘어날 것임.

- 제도 도입에 따른 추가적인 비용을 국민건강보험의 재정에서 감당해야 하므로 포괄수가제의 확대 적용은 결국 국민건강보험의 보장성 강화를 의미하며 국민건강보험료 부담이 증가 될 수밖에 없음.
- 한편, 의료단체의 주장처럼 포괄수가제의 확대적용이 전반적인 의료서비스의 질 하락으로 이어진다면, 이에 만족하지 않은 소비자들은 해외의료서비스 등 양질의 의료서비스 수요를 확대할 가능성이 있음.
- 의료서비스 질 하락 가능성은 양질의 의료서비스를 원하는 소비자들에게 해외의료서비스를 담보로 하는 보험 등에 대한 수요를 창출할 것임. [kiri](#)

## 참고문헌

- 보건복지부 · 건강보험심사평가원 · 국민건강보험(2012. 5), 「포괄수가제, 오해와 진실」,  
 보건복지부 보도자료(2012. 5. 22), 「복지부, 7개 질병군 포괄수가제 확대 시에도 의료서비스의 질 저  
 하 없어」.
- 보건복지부 보도자료(2012. 5. 30), 「7월부터 병원에서 제왕절개 분만 등 7개 수술 입원비 부담 평균  
 21% 줄어든다」.
- 심사평가원(2012. 5. 21), 「유럽, 미국, 호주, 한국 DRG 지불제도」, 국제심포지엄 발표자료,  
 조선일보(2012. 5. 22), 「포괄수가제 7월 도입 ... 의협 파업 불사」.
- Casto, A., and Layman, E.(2006), "Principles of Healthcare Reimbursement", American  
 Health Information Management Association.
- Glazer, J. and McGuire. T. G.(1993), "Should physicians be permitted to 'balance bill'  
 patients?", *Journal of Health Economics* 11.
- Ma, C.(1994), "Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives", *Journal of  
 Economics & Management Strategy* 3(1), Spring 1994.
- Ma, C. and McGuire. T. G.(1997), "Optimal Health Insurance and Provider Payment",  
*American Economic Review* 87(4).
- McGuire, T. and Pauly, M.(1991), "Physician response to fee changes with multiple payers",  
*Journal of Health Economics* 10.
- Or Z. Cases, C., Lisac, M., Vrangbaek, K., Winblad, U., Beven, G.(2009), "Are Health  
 Problems Systemic?: Politics of Access and Choice under Beveridge and Bismarck  
 Systems", IRDES.
- 3M Health Information Systems(2003), "All Patient Refined Diagnosis Related Groups  
 (APR-DRGs):Methodology Overview".