

성남시의료원 신포괄지불제도 적용방안 연구

SEONGNAM CITIZENS MEDICAL CENTER

성남시의료원 신포괄지불제도 적용방안 연구

본 보고서에 제시된 견해는 저자들의 개인적인 의견이며, 성남시의료원의 공식 견해와 다를 수 있습니다.

참여연구진

김종명	성남시의료원 공공의료정책연구소 소장
신용주	성남시의료원 공공의료정책연구소 연구원
장지은	성남시의료원 공공의료정책연구소 연구원

목 차

요약문	1
제1장 서론	25
제1절 연구배경 및 필요성	27
제2절 연구목표	29
제2장 신포괄지불제도 개요	31
제1절 실시배경 및 도입목적	33
제2절 추진경과 및 관리체계	37
제3절 시범사업 참여현황	40
제3장 신포괄지불제도 모형 및 구성요소	43
제1절 신포괄지불제도 구조	45
제2절 신포괄지불제도 환자분류체계	51
제3절 신포괄지불제도 요양급여(의료급여) 비용산정 방법	56
제4절 조정계수	61
제5절 정책가산	70
제4장 신포괄지불제도 시범사업 영향평가 선행연구	75
제1절 시범사업 영향평가 선행연구 개요	77
제2절 시범사업 영향평가 선행연구 결과	78
제3절 종합 요약	98

제5장	신포괄지불제도 시범사업 운영현황	101
제1절	시범사업 등록환자 및 진료비 현황	103
제2절	시범사업 참여 공공병원 수익 현황	106
제3절	시범사업 정책가산 비율 현황	110
제6장	성남시의료원 입원환자 현황분석	115
제1절	분석개요	117
제2절	분석 결과	119
제3절	소결	143
제7장	성남시의료원 신포괄지불제도 적용방안	145
제1절	신포괄지불제도 시범사업 참여기관 지정기준	147
제2절	성남시의료원 신포괄지불제도 적용방안	148
제8장	결론 및 제언	157
	참고문헌	169
부	록	173
제1절	비급여 대상 목록	175
제2절	2022년 적용 신포괄수가제 정책가산 산출기준 및 방법	179
제3절	성남시의료원 입원환자 현황분석 통계표	202

표 목 차

표 1. 우리나라 건강보험 지불제도 현황	34
표 2. 7개 질병군 포괄수가제 및 신포괄수가제 비교	34
표 3. 신포괄지불제도 도입 목적	36
표 4. 신포괄지불제도 시범사업 세부 확대 현황	37
표 5. 신포괄지불제도 시범사업 참여기관 명단	40
표 6. 신포괄지불제도 시범사업 공공의료기관 참여명단	42
표 7. 환자군에 따른 신포괄수가 적용 방법	46
표 8. 신포괄지불제도 포괄수가 및 비포괄수가 대상 항목	47
표 9. 포괄, 비포괄, 비급여 현황 (2017-2018년 기준)	48
표 10. 포괄대상 및 비포괄 대상별 진료비 산정방법	50
표 11. 환자분류체계 종류	51
표 12. 환자분류체계 활용분야	52
표 13. 신포괄수가 대상 567개 질병군	52
표 14. 입원환자분류체계 (KDRG) 단계별 분류과정	54
표 15. 신포괄지불 요양급여(의료급여) 비용에 대한 본인부담	59
표 16. 질병군별 평균입원일수, 정상군 하한·상한 등에 관한 기준 (예, 성인의 세균 폐렴)	59
표 17. 질병군별 평균입원일수, 정상군 하한·상한 등에 관한 기준 (예, 일과성 대뇌 허혈)	60
표 18. 2017년도 기관별 조정계수 현황	65
표 19. 현행 유형 분류 기준에 따른 조정계수 분석 결과 (내과, 외과)	69
표 20. 현행 유형 분류 기준에 따른 조정계수 분석 결과 (정신과)	69

표 21. 2022년 신포괄지불제도 참여기관 대상 정책가산 평가항목 및 비율	72
표 22. 시범사업별 평가 연구 현황	77
표 23. 기관별 신포괄 진료비와 행위별 진료비 차이	84
표 24. 3차 시범사업 기간 동안 퇴원 후 재입원을 비교	86
표 25. 신포괄지불제도 진료비 변화율	88
표 26. 행위별수가 대비 신포괄 진료비 증감률	88
표 27. 총진료비 구성	89
표 28. 중증도 변화 비차비	90
표 29. 재원일수 변화 비교	90
표 30. 건당 행위량 변화	91
표 31. 퇴원 후 30일 내 재입원을	91
표 32. 그룹별 연도별 평균 정책가산 비율	93
표 33. 건당 진료비 수준 : 참여병원-대조군병원 비교 (중증도 보정 후)	93
표 34. 그룹별 연도별 보장률 변화	94
표 35. 그룹별 비포괄 비율 변화	95
표 36. 중증도 변화	95
표 37. 재원일수 변화 : 참여병원-대조군병원 비교 (중증도 보정 후)	96
표 38. 그룹별 연도별 재입원을 변화	97
표 39. 연도별 신포괄수가 청구환자 수 현황	103
표 40. 연도별 신포괄수가 진료비 변화 추이	105
표 41. 지역거점공공병원 연도별 당기순이익 현황	106
표 42. 지방의료원 연도별 당기순이익 비율 현황	106
표 43. 연도별 정책가산 평균, 최고, 최저비율 변화	110
표 44. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 정책가산을 분포	111
표 45. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 영역별 가산율 현황	
- 1) 참여, 2) 자료의 질	112

표 46. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 영역별 가산율 현황 - 3) 공공성 영역	113
표 47. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 영역별 가산율 현황 - 4) 의료의 질	113
표 48. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 영역별 가산율 현황 - 5) 효율·효과성	114
표 49. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 영역별 가산율 현황 - 6) 비급여 관리	114
표 50. 입원환자 현황분석 변수 정의	117
표 51. 입원환자 다빈도 상병 현황	122
표 52. 30일 이내 재입원 상위 20위 다빈도 주상병	142
표 53. 2019년도 시범사업 참여기관 지정기준	147
표 54. 신포괄지불제도 도입목표와 정책가산 지표 간 연계 - (1) 진료효율성	150
표 55. 신포괄지불제도 도입목표와 정책가산 지표 간 연계 - (2) 의료의 질	152
표 56. 신포괄지불제도 도입목표와 정책가산 지표 간 연계 - (3) 정책 수용성	156
표 57. 진료기능 기반 의료기관 유형 재분류 제안	160
표 58. 정책가산 중 공공성 영역 세부지표	161
표 59. 시범사업 참여 공공병원의 정책가산 달성비율이 낮은 지표	162
표 60. (신포괄 시범사업 참여의 경우) 성남시의료원 입원수익 추계	163
표 61. 신포괄지불제도 시범사업 도입으로 인한 업무가중도	164
표 62. 직군별 신포괄지불제도 시범사업 경험조사 결과	165
표 63. 제1차 국민건강보험종합계획 2022년 시행계획(안) - 신포괄수가제 관련	166
표 64. 입원환자 인구사회학적 특성	202
표 65. 입원환자 병원 이용 특성	203
표 66. 입원환자 1인당 평균 총진료비	204
표 67. 입원환자 일당 평균 총진료비	205

표 68. 입원환자 다빈도 상병별 평균 총진료비	206
표 69. 환자본인부담 수준	207
표 70. 특성별 환자 본인부담률 (급여+비급여 전체)	207
표 71. 환자특성별 평균재원일수	208
표 72. 환자특성별 30일 이내 재입원율	209

그림 목 차

그림 1. 신포괄지불제도 도입 과정	35
그림 2. 신포괄지불제도 시범사업 추진경과	38
그림 3. 신포괄지불제도 시범사업 관리체계	39
그림 4. 신포괄수가제 모형	45
그림 5. 진료계열별 포괄, 비포괄, 비급여 현황 (2017-2018년 기준)	49
그림 6. 신포괄 KDRG Code 구조 예시 (화상, 0-17세)	54
그림 7. 신포괄지불 KDRG 분류체계도	55
그림 8. 신포괄수가제 비용산정 모형	56
그림 9. 기준점수 산출방식 예시 (2016년)	57
그림 10. 조정계수의 기능	61
그림 11. 조정계수의 구성	62
그림 12. 조정계수 산출방식	64
그림 13. 현행 기준수가 산출을 위한 기준병원 6개소	64
그림 14. 환자구성지표 및 장기도 지표에 따른 유형별 분류기준 (8개 그룹)	67
그림 15. 현행 유형 분류 기준 유지시 변화 (건강보험 가입자 구분)	68
그림 16. 정책가산 제도 개선 과정	70
그림 17. 1차 시범사업의 행위별 진료비 대비 신포괄 진료비의 보험자 부담 및 환자부담의 변화	78
그림 18. 2차 시범사업의 행위별 진료비 대비 신포괄 진료비의 보험자 부담 및 환자부담의 변화	80
그림 19. 기관별 신포괄 진료비 부담 구성비	83
그림 20. 신포괄수가제 참여병원 확대에 따른 연도별 환자수 변화 추이	104

그림 21. 신포괄수가제 참여병원 확대에 따른 연도별 진료비 변화 추이	105
그림 22. (신포괄지불 시범사업 참여 공공병원) 총진료비 보상수준 비교	107
그림 23. (신포괄지불 시범사업 참여 공공병원) 행위별수가 대비 신포괄수가 보상비율 비교	108
그림 24. (신포괄지불 시범사업 참여 공공병원) 포괄영역 보상수준 비교	109
그림 25. (신포괄지불 시범사업 참여 공공병원) 포괄영역 행위별수가 대비 신포괄수가 보상비율 비교	109
그림 26. 연도별 신포괄수가제 참여 공공병원 정책가산 변화 (평균, 최고, 최저)	111
그림 27. 입원환자 주진단별 구성비 (코로나19 여부)	118
그림 28. 입원환자 성별 구성비	119
그림 29. 입원환자 연령대별 구성비 및 평균연령	120
그림 30. 입원환자 보험유형별 구성비	120
그림 31. 입원환자 진료계열별 구성비	121
그림 32. 입원환자 수술시행률	121
그림 33. 입원환자 1인당 평균 총진료비	124
그림 34. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (성별)	124
그림 35. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (연령대별)	125
그림 36. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (보험유형별)	126
그림 37. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (진료계열별)	126
그림 38. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (수술여부별)	127
그림 39. 입원환자 일당 평균 총진료비	128
그림 40. 입원환자 일당 평균 총진료비 (성별)	128
그림 41. 입원환자 일당 평균 총진료비 (연령대별)	129
그림 42. 입원환자 일당 평균 총진료비 (보험유형별)	130
그림 43. 입원환자 일당 평균 총진료비 (진료계열별)	130
그림 44. 입원환자 일당 평균 총진료비 (수술여부별)	131

그림 45. 입원환자 진료비 본인부담 수준	132
그림 46. 입원환자 본인부담률 (성별)	132
그림 47. 입원환자 본인부담률 (연령대별)	133
그림 48. 입원환자 본인부담률 (보험유형별)	134
그림 49. 입원환자 본인부담률 (진료계열별)	134
그림 50. 입원환자 본인부담률 (수술여부별)	135
그림 51. 입원환자 평균재원일수	136
그림 52. 입원환자 평균재원일수 (성별)	136
그림 53. 입원환자 평균재원일수 (연령대별)	137
그림 54. 입원환자 평균재원일수 (보험유형별)	138
그림 55. 입원환자 평균재원일수 (진료계열별)	138
그림 56. 입원환자 평균재원일수 (수술여부별)	139
그림 57. 퇴원 후 30일 이내 재입원율 (성별, 연령대별)	140
그림 58. 퇴원 후 30일 이내 재입원율 (보험유형별, 진료계열별)	141
그림 59. 퇴원 후 30일 이내 재입원율 (수술여부별)	141
그림 60. 성남시의료원 신포괄지불제도 적용을 위한 목표과제	148
그림 61. 신포괄지불제도 적용방안 - (1) 진료효율성 증대 방안	149
그림 62. 신포괄지불제도 적용방안 - (2) 의료의 질 향상 방안	152
그림 63. 신포괄지불제도 적용방안 - (3) 제도 내실화 추진 방안	154
그림 64. 신포괄지불제도 적용방안 - (4) 정책수용성 향상 방안	156
그림 65. 신포괄 중장기 로드맵 과제 ('19~22년)	167

요약문

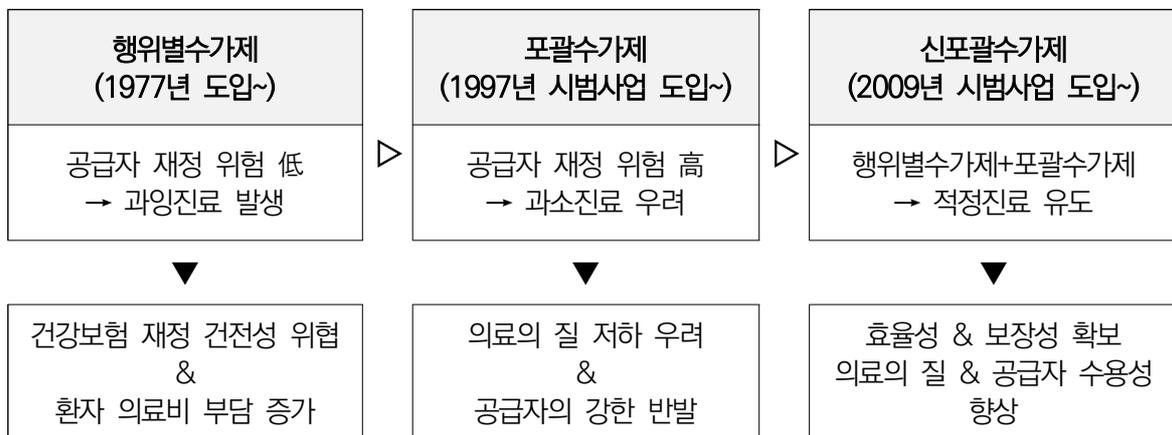
1. 연구배경 및 목적

- 신포괄지불제도는 기존 행위별수가제 하에서 지속적으로 제기된 건강보험 재정 위협과 환자의 의료비 부담 증가의 문제를 해결하고, 향후 노인인구 증가에 따른 비효율적인 의료비 지출을 개선하기 위해 2009년 등장한 새로운 지불제도임. 신포괄지불제도는 행위별수가제와 기존 포괄수가제를 혼합한 모형으로 과잉 및 과소진료 문제를 보완하여 공급자의 적정 진료행위를 유도하는데 목적이 있음.
- 신포괄지불제도에서는 요양급여 비용을 포괄수가, 비포괄수가, 가산수가를 합해 산정하는 것이 기본방식인데, 특히 모형 중 의료기관의 참여를 유도하기 위해 고안된 가산수가(정책수가)가 경영성과를 높일 수 있다는 장점이 부각되면서 공공병원뿐만 아니라 민간병원까지 그 참여범위가 확대되고 있음.
 - 공공병원은 2009년 국민건강보험 일산병원을 시작으로 2012년부터 지방의료원 및 적십자 병원 전체에 적용되어 현재까지 46개소로 확대됨. 민간병원은 2018년부터 제도 도입을 시작해 2020년 52개소까지 적용된 상황임.
- 신포괄지불제도 가산수가(정책수가)는 시범사업 참여기관들에게 신규 사업추진으로 발생한 비용을 보상하기 위해 지급되는 인센티브임. 2012년부터 지방의료원 등 공공병원 40개소 이상이 모두 참여하고 정책가산 비율이 상승함에 따라, 참여기관의 입원수익의 증가와 경영수지가 흑자로 전환된 의료기관 비율이 크게 늘어남.
- 성남시의료원은 공공의료기관으로서 보건복지부 장관이 요청하는 사업과 공공보건의료시책을 수행할 의무가 있으며, 진료효율성을 꾀하면서 비급여 진료가 적은 공공병원에서 발생하는 ‘착한 적자’를 상쇄하기 위한 경영성과 개선의 일환으로 신포괄수가 시범사업을 참여하는데 적극 노력할 필요가 있음.
- 이에 따라 신포괄수가 시범사업을 효율적으로 도입하고 안정적으로 제도가 정착할 수 있도록 신포괄지불제도에 대한 정책적 고찰을 수행하고자 함. 특히 신포괄수가제의 부작용을 최소화 하면서 지방의료원의 경영여건 개선 및 공익성 강화를 위해 의료원의 현행 진료행태를 검토하고, 앞으로 의료의 질을 유지하면서 진료효율성을 극대화 할 수 있는 방안을 제안하고자 함.

2. 신포괄지불제도 개요

1) 도입 과정 및 도입 목적

- 신포괄지불제도의 도입이 정책적으로 결정된 계기는 향후 노인인구 증가에 따라 진료비 지출이 급격하게 늘어나고 외래진료 횟수와 고가의 검사장비 증가, 저수가 문제 등으로 의료비의 비효율적인 지출이 가중되는 배경에 따른 것임.
- 즉, 행위별수가제의 건강보험 재정 위협과 환자의 의료비 부담 증가라는 한계를 극복하고자 7개 질병군에 대한 포괄수가제를 도입하였으나 의료의 질 저하 우려와 공급자의 강한 반발이 나타나 이를 모두 해결하기 위해 행위별수가제와 포괄수가제를 함께 혼합한 신포괄지불제도가 도입되게 된 것임.



- 신포괄지불제도의 주요 목적은 행위별수가제의 과잉진료 문제와 포괄수가제의 과소진료 문제를 보완하여 공급자의 적정 진료행위를 유도함으로써 기존의 진료비 지불제도가 가지고 있는 효율성, 보장성, 의료의 질, 공급자 수용성 문제를 해결하는 것임.

2) 추진경과

- 신포괄지불제도는 2009년 건강보험공단 일산병원 참여를 시작으로 이후 공공병원과 민간병원으로 점진 확대됨. 2011년 7월부터 3개의 지역거점공공병원(대구의료원, 부산광역시의료원, 전라북도 남원의료원)에 대하여 시범사업을 확대함. 2012년부터는 전체 지역거점공공병원에 대하여 시범사업을 확대하였고 현재 5차 시범사업이 지속되고 있으며 총 98개 의료기관이 참여 중임.

구분	1차	2차	3차	4차	5차						
사업기간	'09.04 ~ '10.06	'10.07 ~ '11.06	'11.07 ~ '12.06	'12.07 ~ '13.06	'13.07 ~ '13.12	'14.01 ~ '15.12	'16.01 ~ '16.12	'17.01 ~ '18.07	'18.08 ~ '19.01	'19.01 ~ '19.31	'20.01 ~ (지속)
대상기관	일산 병원	일산 병원									
			공공 병원 (3)	공공 병원 (40)	공공 병원 (39)	공공 병원 (39)	공공 병원 (39)	공공 병원 (40)	공공 병원 (42)	공공 병원 (42)	공공 병원 (44)
					국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원
								민간 병원 (12)	민간 병원 (12)	민간 병원 (12)	민간 병원 (12)
									민간 병원 (12)	민간 병원 (12)	민간 병원 (28)
질병군	20	76	553 76	550	550	553	559	559	559	559	567 (19.8)
입원환자 대비	약 16%	약 53%	약 96% 약 55%	약 95%	약 95%						
대상환자	건강보험			건강보험 · 의료급여							

3) 시범사업 참여현황

○ 2021년 현재 신포괄지불제도 시범사업에 참여중인 기관은 총 98개소임.

- 건강보험공단 일산병원, 국립중앙의료원, 공공병원 44개소, 민간병원 52개소임.

3. 신포괄지불제도 모형 및 구성요소

- 신포괄지불제도에서 기본 진료는 포괄수가로 묶여져 있으며 진료비 차이를 가져오는 고가의 의료서비스, 의사의 시술행위 등은 행위별수가로 별도 보상되는 구조임. 기본 모형은 포괄수가, 비포괄수가, 가산수가의 합으로 이루어짐.



가. 신포괄지불제도 모형의 특징

- 1) 재원일수에 따라 진료비 차이가 있는 일당 진료비 설계
- 신포괄지불제도에서 환자군은 입원일수에 따라 하단열외군, 정상군, 상단열외군으로 분류하며 각 군에 따라 요양급여 비용을 산정함.
 - 하단열외군의 경우 해당 질병군별로 입원일수가 하위 5% 미만인 환자를 말함.
 - 정상군일 경우 입원일수가 5~95% 사이인 환자를 말함.
 - 상단열외군의 경우 입원일수가 상위 95%를 초과하는 환자를 말함.

입원일수 환자군	환자 입원일수		
	정상군 하한일수 미만	정상군 하한~정상군 상한일수	정상군 상한일수 초과
하단열외군	행위별수가 적용	-	-
정상군	신포괄 요양급여(의료급여)비용 = 포괄수가 + 비포괄수가 + 가산수가 * 포괄수가(포괄 항목 100%, 비포괄 항목(약제·치료재료 20% 비용 포함) = 기준수가 + 일당수가 * 비포괄수가 = 항목별로 행위별수가의 100%(행위) 및 80%(약제·치료재료) 산정 * 가산수가 = 기관별로 부여된 가산항목 비율의 합을 포괄수가에 곱하여 산정		-
상단열외군	정상군 환자와 동일		행위별수가 적용

2) 포괄수가와 행위별수가 병행

○ 신포괄지불제도에서는 포괄 대상과 비포괄 대상으로 구분함.

- 비포괄 대상에는 행위의 경우 의사서비스 성격의 수술·시술, 기능검사와 고가의 MRI, PET, 중환자실료와 같은 특수입원료 등이 포함됨. 약제의 경우 항암제(2군 항암제 및 기타 약제), 정신과 특정약제, 제한 항생제 일부 계열 등이 해당되고, 치료재료는 척추 재료군, 흉부외과용 군, 신경외과용 군 등 수술재료의 상당부분이 비포괄 대상에 해당 됨.
- 포괄 대상은 비포괄 항목에 해당하지 않는 행위·약제·치료재료는 모두 해당됨.

3) 필수 비급여 서비스를 포괄수가로 포함

○ 건강보험 보장성 확보를 위해 초음파 등 진료에 필수적인 비급여 항목을 급여로 전환함. 진단 목적의 초음파, 의사행위 성격에 해당하지 않는 검사 등 행위·약제·치료재료 등 비급여 항목을 포괄수가에 포함함. 단, 포괄이 적합하지 않은 비급여는 종전대로 환자가 부담함.

4) 기관별 조정계수 산출

○ 조정계수란 기존 행위별수가제로 적용받던 수가 수준에 맞추기 위해 산출하는 것으로 지불제도 전환에 따른 재정 중립을 유지하고 행위별수가 수준을 반영하기 위함임.

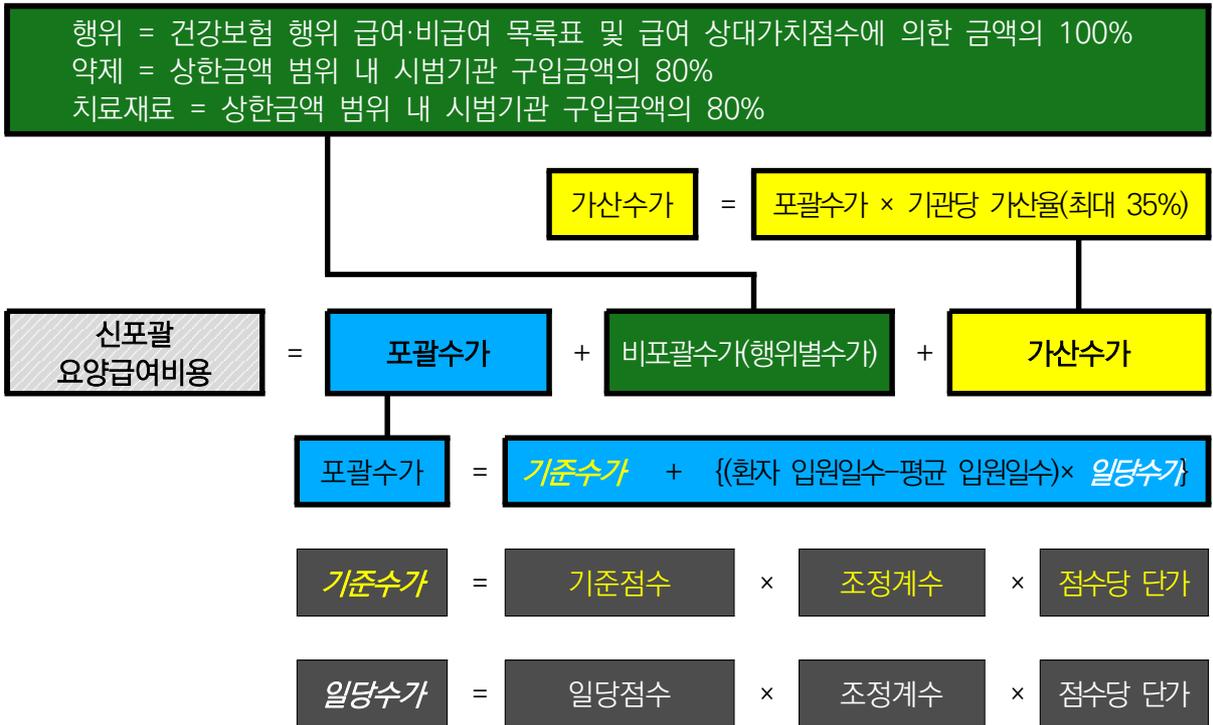
나. 신포괄지불제도 환자분류체계

○ 신포괄지불제도 시범사업을 위해 사용 중인 입원환자분류체계는 「신포괄지불제도용 KDRG v1.3」임. 시범사업 대상 567개 질병군은 주진단명, 연령, 기타 진단의 합병증 및 동반상병 등에 따라 총 1,780개의 질병군으로 구분함.

구분	ADRG (Adjacent DRG)	AADRG (Aged-ADRG)	RDRG (Refined DRG)
총계	567 (716)	677 (832)	1,780 (1,973)
내과계	242 (297)	314 (373)	960 (1,041)
외과계	311 (402)	342 (435)	768 (877)
정신과	14 (17)	21 (24)	52 (55)

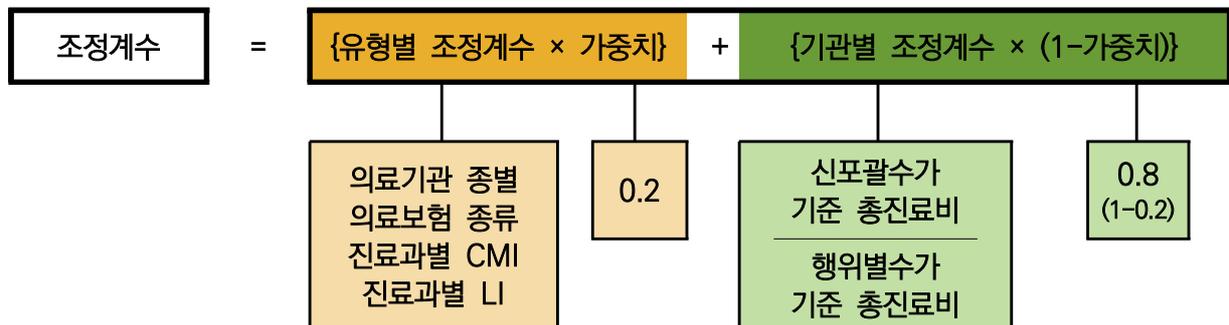
다. 신포괄지불제도 요양급여(의료급여) 비용산정 방법

- 신포괄지불제도에서는 요양급여(의료급여) 비용을 포괄수가, 비포괄수가, 가산수가를 합으로 산정함.



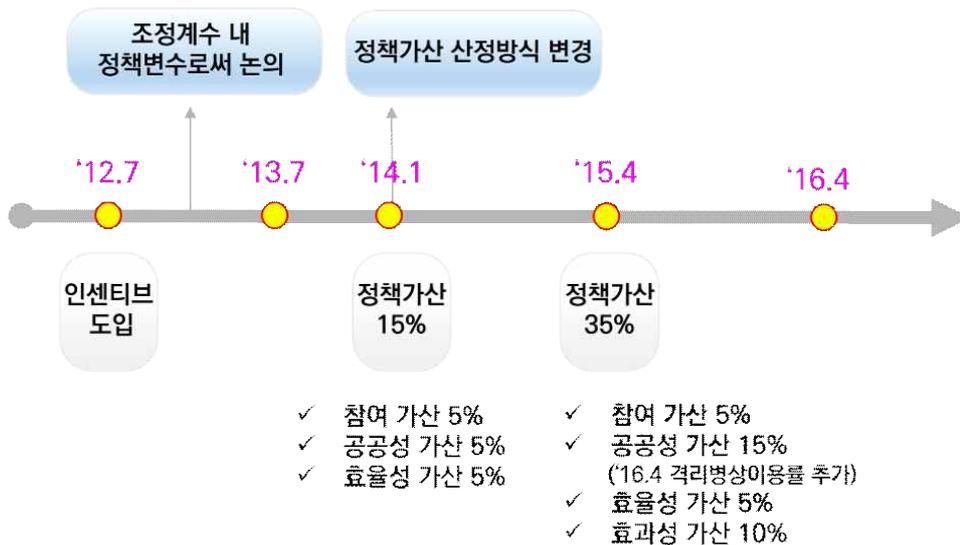
라. 조정계수

- 조정계수의 주요 기능은 기관별 특성 차이에 따른 수가 보정기능과 개별병원 손실보전 기능이 있음.



마. 정책가산

- 신포괄지불제도 정책가산은 참여기관들에게 신규 사업추진으로 인해 발생하는 비용을 인센티브 형태로 보상하고자 2012년 7월부터 적용되기 시작함.



- 정책가산의 항목과 비율은 점진적으로 증가하여 현재 의료기관 당 최대 35%까지의 가산을 적용받을 수 있음. 정책가산은 포괄수가 금액에 인센티브 비율을 곱하여 산출함.

$$\boxed{\text{정책가산}} = \boxed{\text{포괄수가}} \times \boxed{\text{기관당 가산율 (최대 35%)}}$$

- 2022년 신포괄지불제도 참여기관 대상 정책가산 평가항목 및 비율

영역		최대비율	세부지표	비율
참여 (3%)	1. 참여	3%	참여	3.0
	자료의 질 (6%)	2. 자료의 질 및 정확도	3%	수가자료
원가자료			0.5	
진료비 청구심사자료			0.5	
의료의 질 평가자료(외래포함)			0.5	
(수가) 자료의 정확도			0.5	
(원가) 자료의 정확도		0.5		
3. 정보관리	3%	의무기록 필수항목 기재율	1.0	
진단코딩 정확도 및 향상활동	1.5			
POA 청구정확도	0.5			

영역		최대비율	세부지표	비율	
공공성 (9%)	4. 형평성	4%	의료급여(차상위 포함) 환자비율	4.0	
	5. 접근성	1%	의료취약지	1.0	
	6. 필수시설	3%	중환자실 운영여부		0.5
			응급의료기관 평가등급		0.5
			음압격리실 운영여부		1.0
			분만실	中 2개 이상 운영여부	1.0
			호스피스병동		
	재활의학과				
	정신과병동				
	7. 감염병 관리	1%	감염병표본관리 여부		0.5
격리병상이용률			0.5		
의료의 질 (9%)	8. 통합간호등급	2%	통합간호등급	2.0	
	9. 간호·간병통합서비스병상점유율	2%	간호·간병통합서비스 병상점유율	2.0	
	10. 의료의 질 정보관리	2%	환자안전 Alert시스템 운영 및 활용		0.5
			환자인식시스템 운영		0.5
			표준진료지침(CP) 운영		1.0
	11. 재입원 및 외래관리	2%	재입원비		1.0
			외래방문횟수비		1.0
12. 의료기관 인증	1%	의료기관 인증 여부		1.0	
효율· 효과성 (5%)	13. 경영성과 ¹⁾	5%	병상활용도		5.0
			기관경영수지		
			생산성		
			효율성		
비급여 관리 (3, 3+ α %)	14. 비급여 관리	(공공) 3% (민간) 3+ α %	비급여 비중		2.0
			(공공) 비급여 개선도 ¹⁾		1.0
			(민간) 비급여 개선도 ²⁾		1+ α

1) 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조에서 정한 공공보건의료기관을 대상으로 함.

2) 공공보건의료기관을 제외한 기관을 대상으로 함.

4. 신포괄지불제도 시범사업 영향평가 선행연구

- 2009년 건강보험공단 일산병원을 시작으로 대상 질병군 및 기관수를 지속 확장하여 시범사업을 운영 중에 있으며, 이와 동시에 새롭게 도입되는 지불제도에 대한 사업 효과성 평가 및 모형 개선을 위한 다양한 연구가 지속적으로 이루어져 왔음.

구분	1차	2차	3차	4차	5차
사업 기간	'09.4~'10.6	'10.7~'11.6	'11.7~'12.6	'12.7~'13.6	'13.7~ 현재
대상 기관	일산병원	일산병원	일산병원/ 공공병원(3)	일산병원/ 공공병원(40)	일산병원/ 공공병원 민간병원
대상 질병군	20개	76개	553개/76개	550개	567개
연구	한동운(2010)	한동운(2012)	권순만(2013)	박은철(2014)	신현웅(2020)

- 신포괄지불제도 시범사업의 영향평가 결과는 다음과 같음.

1) 진료비 변화

- 시범사업 차수별로 정도의 차이는 있으나 신포괄지불제도 적용에 따라 행위별수가제 대비 총진료비, 공단부담금, 환자부담금(급여)는 증가하였고, 비급여 진료비는 시범사업 도입 직후 급격하게 감소하였다가 이후 안정되는 것으로 나타났음.
- 5차 시범사업에 참여한 민간병원 전체 환자에 대해 신포괄지불제도 도입 전후 보장률 변화를 살펴본 결과 신포괄지불제도 도입 이후 보장률이 크게 증가한 경향을 보였음.

2) 열외군 분포

- 시범사업 차수별로 일산병원의 입원일수가 정상범주를 벗어난 열외군의 분포는 1차 6.9%, 2차 8.2%, 3차 8.7%, 4차(건강보험) 9.4%로 점차 증가하는 양상이었으나 5차 시범사업에서는 일산병원 및 공공병원의 평균 열외군 분포는 2014년 18.6%에서 2018년 7.8%로 감소하는 경향을 보였음.

- 공공병원의 열외군 분포는 3차 시범사업에서 병원별로 편차가 있었으나 장기입원환자로 인해 상단열외군 비율이 5%에서 최대 25%까지 일산병원에 비해 높은 편이었고, 4차 시범사업에서는 16.1%를 차지하였음.
- 민간병원의 경우 열외군 분포는 3.1%로 공공병원에 비해 정상군 비율이 높았음.

3) 중증도

- 시범사업 대상 질병군의 중증도 분포는 시범사업 차수별로 의료기관 별로 편차는 있었으나 대부분 사업 참여 후 중증도 0이 증가하고 중증도 1~3은 감소하는 경향을 보임.
- 이같은 중증도 변화는 실제 중증도가 낮아졌다고보다 코드입력의 변화로 나타난 결과일 수 있음.

4) 재원일수

- 시범사업 1차 ~3차 기간까지 일산병원 및 공공병원의 시범사업 참여 후 평균 재원일수의 유의한 변화는 없었음.
- 4차 시범사업에서는 일산병원은 재원일수가 0.4일 증가했으나 대조군과 비교했을 때 유의한 차이는 없었음. 공공병원은 중증도보정 재원일수가 감소하였고, 대조군 병원과 비교했을 때도 감소하였음.
- 5차 시범사업에서는 일산병원 재원일수는 7.4일로 대조군 병원과 비슷한 수준이었음. 공공병원의 재원일수는 10.2일로 대조군 병원보다 1.6일 더 길었고, 민간병원은 6.3일로 대조군 병원보다 재원일수가 0.3일 더 길었음. 일산병원과 공공병원의 5년간 재원일수는 증가하는 경향이었음.

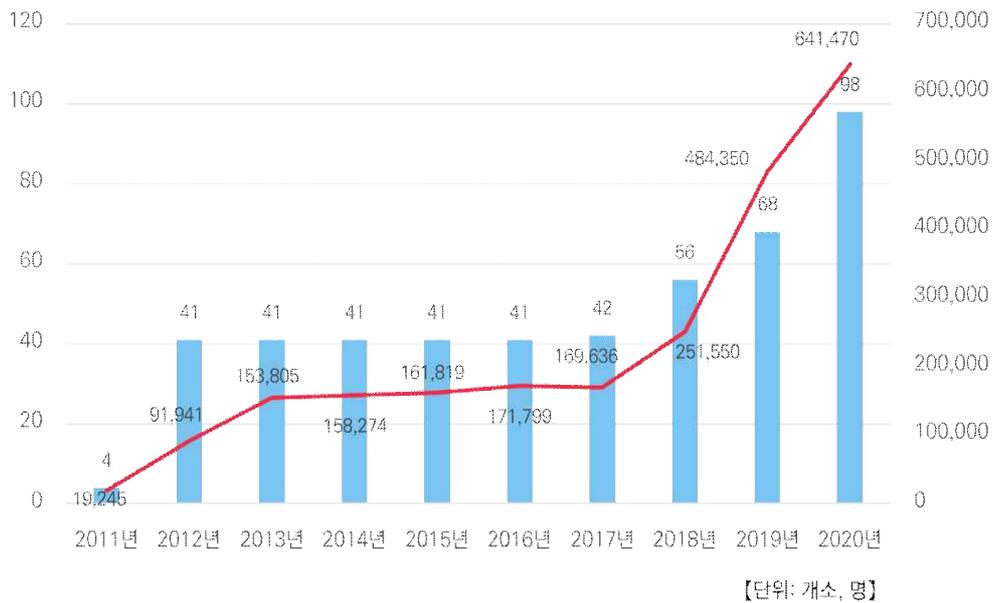
5) 재입원율

- 3차 시범사업에서 일산병원의 30일 이내 재입원율은 1.8%로 대조군 병원에 비해 유의미하게 낮았는데, 4차 시범사업 이후에서는 오히려 재입원율이 증가하는 경향을 보임
- 5차 시범사업에서는 일산병원의 재입원은 증가했는데 대조군 병원보다는 낮았음. 공공병원 재입원율은 2014년 대비 증가했는데, 대조군 병원보다 높았음. 민간병원의 재입원율도 시범사업 시행 후 증가한 것으로 나타남.
- 신포괄지불제도 도입에 따른 재입원율 증가는 신포괄지불제도의 지불방식에 대해 의료기관과 공급자가 대처하는 과정에서 발생한 결과일 수도 있고, 실제 의료의 질이 감소한 결과일 수도 있음.

5. 신포괄지불제도 시범사업 운영현황

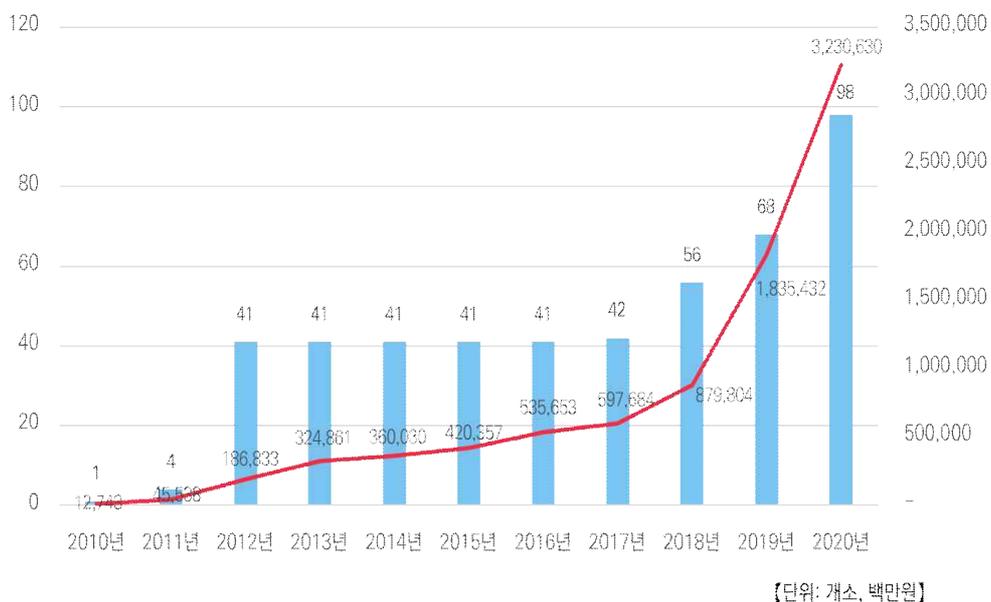
가. 시범사업 참여 의료기관 연도별 청구환자수 현황

○ 시범사업에 참여하는 의료기관 98개소에 대한 신포괄수가 입원환자는 약 64만 명임.



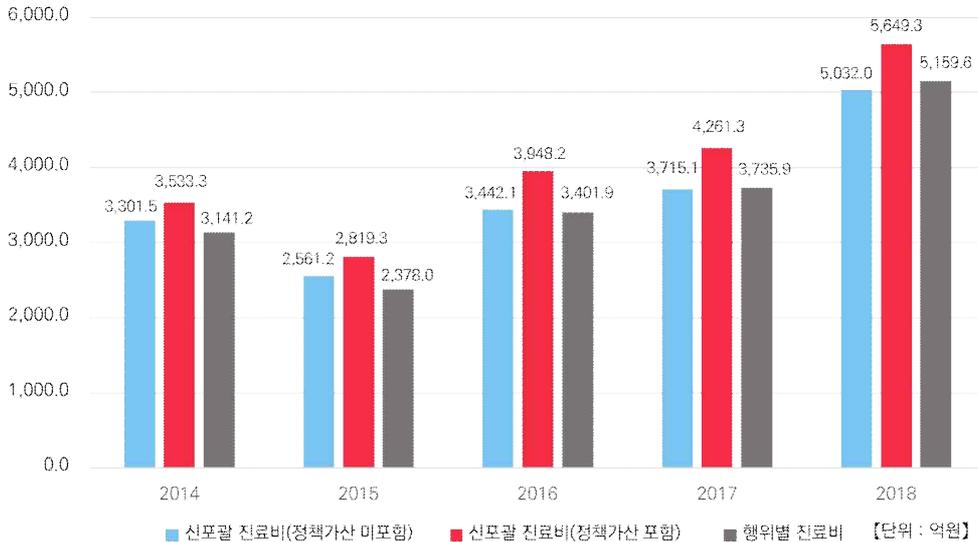
나. 시범사업 참여 의료기관 연도별 진료비 현황

○ 시범사업에 참여하는 의료기관 98개소에 대한 전체 신포괄진료비 총액은 약 3조 2천억 원 수준임.



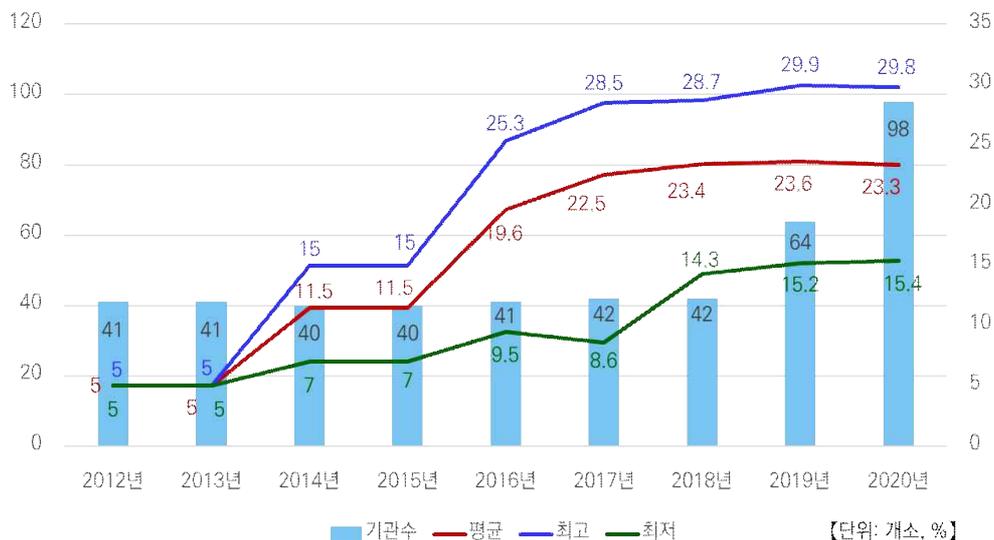
다. 시범사업 참여 공공병원 연도별 총진료비 보상수준 변화

○ 공공병원의 신포괄지불제도 도입 후 총진료비에 대한 연도별 보상수준을 살펴본 결과, 2018년 기준 정책가산 미포함 신포괄 총진료비는 5천억 원, 행위별 총진료비는 5천 1백억 원으로 신포괄지불제도의 보상수준이 더 낮았음. 반면 정책가산을 포함한 경우의 총진료비는 5천 6백억 원으로 행위별 진료비보다 보상수준이 높았음.



라. 연도별 정책가산 현황

○ 2020년 적용된 정책가산 최대 비율은 35%이며, 참여 의료기관 98개소에 대한 평균 가산율은 23% 수준임. 참여 의료기관 중 최고로 가산율을 많이 받은 기관은 약 30%였으며, 최저는 15%로 절반 수준에 불과함.



6. 성남시의료원 입원환자 현황분석

○ 의료원에서 입원치료를 받는 환자의 특성 및 의료이용 현황을 분석하기 위하여 2021년 1월 1일부터 9월 30일까지 퇴원환자 데이터 9,587건을 수집함. 이 중 동일 입원 건에 대해 본인부담률 차등적용, 진료과 전원 등 사유로 진료비가 분할 집계된 데이터를 단일 입원 건으로 통합하여 최종 7,428건을 대상으로 분석을 실시함.

- 코로나 환자의 경우 생활치료센터에서 의료원 코로나 치료 병동 및 중환자실로 전원되는 등 4일 이내 재입원한 건수는 동일 입원 건으로 통합함.

○ 2021년 1월~9월까지 성남시의료원에 입원한 환자 중 일반 급성기 질환 치료를 위해 입원한 환자는 전체 입원환자의 30% 수준으로 코로나19 치료를 위한 입원환자가 더 많은 수를 차지함. 코로나19 환자는 특수한 사례이므로 일반 입원환자 중심으로 분석결과를 요약함.

1) 일반적 특성

○ 일반 입원환자의 인구 특성은 60세 이상 고령자가 많았고(61.2%). 보험유형별로는 건강보험환자 85.2%, 의료급여환자 13.3%였음. 진료계열별로는 내과계 55.7%, 외과계 44.2%였고, 입원환자의 수술 시행률은 10.2%였음.

2) 입원환자 다빈도 상병

○ 입원환자의 다빈도 순위 주진단명은 K35(급성 충수염), I20(협심증), A09(장염), K80(담석증), N10(급성 신우신염), S32(허리뼈 및 골반의 골절), J18(폐렴) 순이었는 데 일부 심혈관질환을 제외하면 일반 또는 단순 진료 질병군이 많았음.

3) 입원환자 1인당 및 일당 평균 총진료비

○ 입원환자 1인당 평균 총진료비는 491만 1천원으로 연령이 증가함에 따라 진료비도 증가하는 경향을 보임. 입원환자 일당 총진료비는 54만 4천원으로 상급종합병원 평균과 종합병원 평균 중간수준이었음.

- 입원 일당 총진료비(비급여 제외) 상급종합병원 평균 64만원, 종합병원 평균 39만원 (2020년 건강보험통계연보)

4) 진료비 본인부담 수준

- 진료비 본인부담 수준은 18.9%로 이중 급여 본인부담금은 16.7%, 비급여 본인부담금은 2.2%로 비급여 본인부담율이 낮은 수준이었음.
- 종합병원급 이상 의료기관 평균 입원 건강보험보장률 74.6%, 급여본인부담금 16.5%, 비급여본인부담금 9.0% (2020년 건강보험환자 진료비실태조사결과)

5) 평균재원일수

- 입원환자의 평균 재원일수는 10.6일로 전국평균(8.7일)보다 길었음. 연령대별로 살펴보면 10세 미만이 4.6일로 가장 짧았고, 연령대가 높아질수록 평균 재원일수도 늘어나 80세 이상은 14.0일이었음. 수술시행 여부별 평균재원일수는 수술환자 11.3일, 비수술 환자 10.3일로 비슷하였음.

6) 30일 이내 재입원율

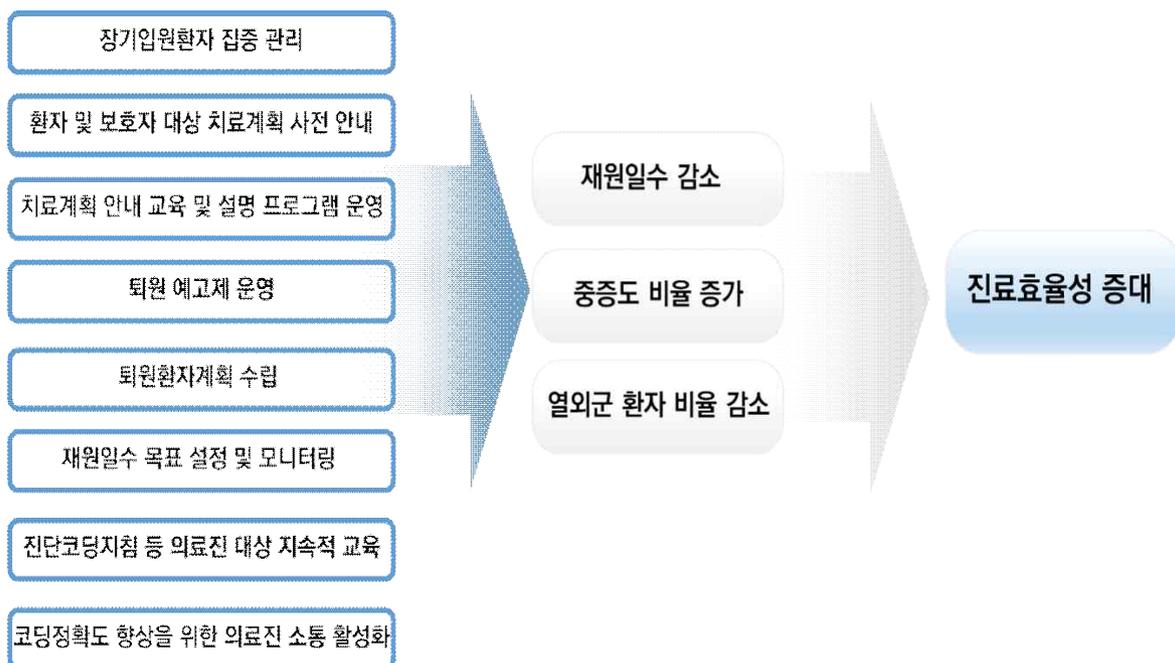
- 30일 이내 재입원율은 7.8%로 전국 평균(16.5%)낮은 수준이었으나 타 의료기관으로의 재입원이 제외되어 과소 집계되었을 수 있음. 재입원 사유의 많은 수는 암 치료, 백내장 치료 등 계획된 재입원이었음.

7. 성남시의료원 신포괄지불제도 적용방안

- 신포괄지불제도는 의료의 질을 유지 또는 향상시키면서 행위별수가제 하에서 발생하는 불필요한 의료비 지출 증가와 환자의 의료비 부담을 가중시키는 한계를 보완하고자 등장한 제도임. 이에 따라 신포괄지불제도의 가장 중요한 목적은 진료의 효율성 및 보장성, 의료의 질, 공급자 수용성을 향상 또는 개선하는 것이라 할 수 있음.
- 이에 따라 앞으로 성남시의료원이 신포괄지불제도의 도입목적을 충실히 이행하면서 안정적으로 제도를 운영할 수 있도록 4가지 항목별로 적용방안을 제안해보고자 함.

가. 과잉진료 방지 및 불필요한 비용의 절감을 통한 진료효율성 증대

- 비록 현재는 신포괄수가가 행위별수가보다 더 높은 보상수준을 설정한 상황으로 진료비가 더 높게 나타날 수밖에 없지만, 신포괄지불제도의 가장 큰 목적이 양질의 의료서비스를 제공하면서 진료비를 낮추어 효율성을 달성하는 것이니 만큼 진료비, 재원일수 등 상대적인 변화 등에 관해 지속적인 관찰이 필요함.



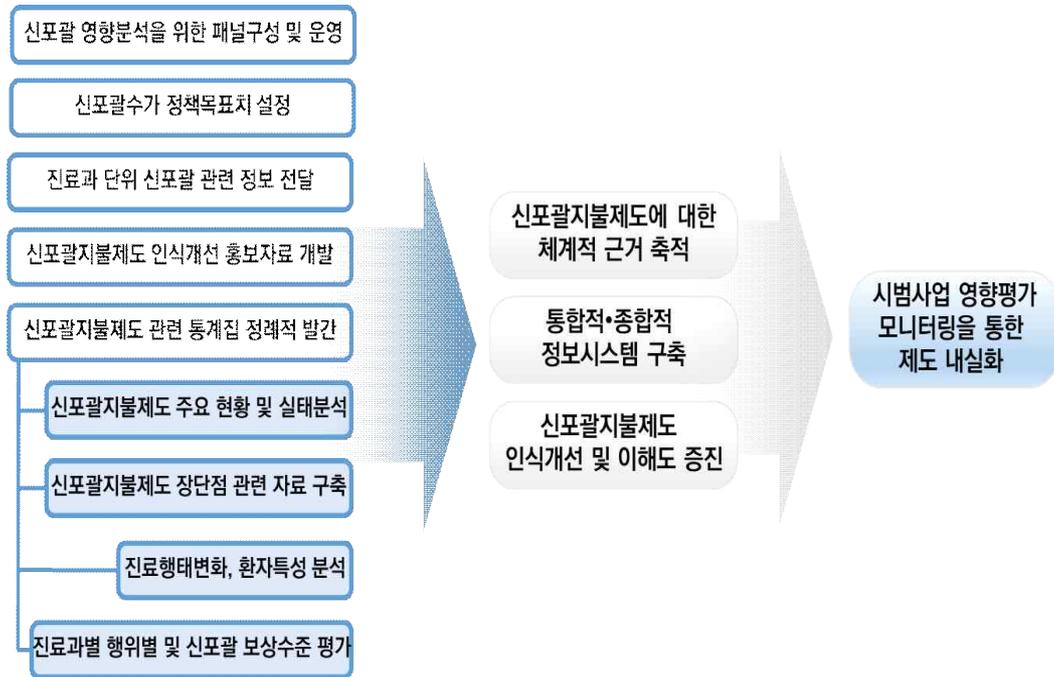
나. 정보관리 인프라 구축 및 지표관리를 통한 의료의 질 향상 방안

- 앞으로 성남시의료원이 신포괄지불제도를 통해 의료의 질 향상을 달성하고자 한다면, 신포괄 정보관리를 위한 시스템 운영 및 제도를 정비하고 의료의 질과 관련된 지표를 점검하는 등 질 향상을 위한 적극적인 노력을 수행해야 함. 구체적인 과제는 다음과 같음.



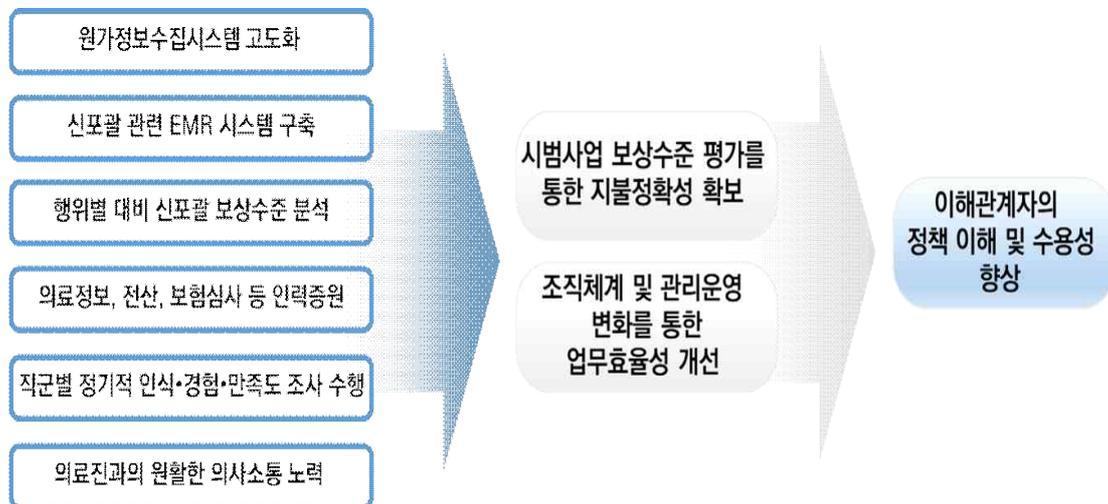
다. 시범사업 영향평가 모니터링을 통한 제도 내실화 추진 방안

- 시범사업 영향평가를 실시하고 모니터링 하는 주요 목적은 시범사업 도입으로 인한 긍정적 또는 부정적 효과를 일관성 있게 파악함으로써, 신포괄지불제도의 도입목표를 균형 있게 달성하고 제도의 내실화를 위한 것임.
- 이에 따라 시범사업으로 인한 진료행태 변화, 환자특성 변화, 영향요인 파악 등을 분석하고, 결과적으로 자료집을 출간하여 신포괄지불제도 주요 현황 또는 실태에 대한 내용을 공유해야 함. 이에 더해 행위별수가 대비 신포괄지불제도의 장단점 등에 관한 자료, 관련 정책과 정보를 공유·활용할 수 있도록 홍보·설명자료가 필요함.



라. 조직체계 및 관리운영 개선을 통한 이해관계자 정책수용성 향상

- 신포괄지불제도는 투입된 자원소모량 대비 지불정확성을 보장하여 공급자에 대한 적정 보상을 달성하게끔 반영된 지불모형으로써, 공급자뿐만 아니라 이해관계자에 대한 제도의 수용성을 향상시켜 적정 진료행태에 따라 적정보상을 받을 수 있도록 유도해야 함.
- 신포괄지불제도의 도입목적은 고려한다면, 도입 이후 병원성과 또는 수익 측면에서 어느 정도 보상이 되었는지 평가하고, 병원 운영측면에서 제도 도입에 따른 조직운영 및 업무 효율성이 개선되었는지 평가해야 함. 구체적으로 과제는 다음과 같음.



8. 결론 및 제언

가. 포괄2차 기능에 부합한 의료원 진료역량 강화 노력

- 현행 의료기관의 수익을 보전하는데 활용되는 ‘조정계수’는 실제 의료기관의 진료기능과 일치하지 않는다는 한계점으로, 여러 연구에서 진료기반에 따라 의료기관의 특성을 재정립하고 조정계수를 재산출하는 방안을 제시하고 있음. 이에 따라 앞으로 진료기능 개선이 요구되는 모형에 관해 미리 확인하고 검토 및 적용하는 방안을 고민해야 함.
- 성남시의료원은 중증환자 및 다양한 질환에 대한 의료서비스를 제공할 만한 여건이 갖추어진 의료기관으로 현재 지역책임의료기관으로 지정되어 중진료권 내에서 중심적인 역할을 수행함에 따라 ‘포괄2차’ 기능에 부합하다고 할 수 있음. 성남시의료원이 포괄2차 기능에 부합한 진료역량을 강화하도록 노력해야 하며, 새로운 지불모형을 통한 충분한 보상이 가능하도록 진료 정상화 및 활성화 방안을 수립해야 함.
- 진료기능 기반 의료기관 유형 재분류 제안

구분	재원일수 (급성기 여부)	DRG 종류수 (포괄성)	DRG 점수 (중증도)	최빈 MDC 비율 (편재성)	수술비율 (필수의료 제공)	전문재활 비율 (아급성기 특성)	3일 이내 전원으로 입원한 비율
포괄2차	15일미만	350개 이상	2 이상	-	20%이상	-	-

나. 정책가산 지표의 모니터링을 통한 선도적 대응방안 마련

- 앞으로 신포괄지불제도 시범사업에 참여하게 된다면, 공공병원으로써 공공성 영역의 지표는 달성하기 용이할 것으로 판단되며 이에 따라 단기적으로 달성할 수 있는 지표와 중장기적으로 운영계획이 필요한 지표를 구분하여 검토할 필요가 있음.
- 또한 정책가산은 현재 32개 세부지표로 구성되어 있으나 그 영역과 항목, 가산율이 조정·확대되면서 의료기관마다 달성하기 어려운 지표가 있어 병원 간 큰 편차를 보이고 있음. 이에 따라 공공기관에서 달성하는데 취약한 지표를 선행적으로 파악하고 대응하여 최대 목표치에 도달할 수 있는 운영계획을 수립해야 함.

- 앞선 시범사업 정책가산 현황 및 의료원 입원수익 등의 자료를 종합해 성남시의료원이 신포괄지불제도 시범사업에 참여함으로써 받을 수 있는 정책가산금 규모를 추정하였음.
 - 정책가산 대상 진료비는 포괄 진료비만 적용되므로 전체 입원수익 중 정상군 비율 92.2% 및 포괄 진료비 비율 55.3%를 중복 적용하여 전체 입원 수익의 51%로 정책가산대상 입원수익을 추정하였음.
 - 전 병상 활성화 때 입원수익을 추정하기 위해 지역거점공공병원의 2019년 평균 병상이용률 85%를 적용하여 일반병상 기준으로 연입원환자수를 산출하고 이에 2021년 입원환자 분석에서 확인한 일당 진료비(544천 원)를 적용하였음.

산출식)
<ul style="list-style-type: none"> • 정책가산대상 입원수익 = 전체 입원비 × 51% • 진료활성화 연입원환자수 = 일반병상 464병상 * 병상이용률 85% * 365일 • 진료활성화 연입원수익 = 연입원환자수 × 일당진료비

- 2021년 의료원의 입원수익(326억, 생활치료센터 제외)을 기준으로 정책가산금 수준을 추정하면 가산을 1%당 1.7억이 발생되며, 최저 21억에서 최고 48억까지 발생함.
- 진료활성화가 됐을 시점의 진료수익(783억, 연입원환자 143,956명)을 가정하여 정책가산금 수준을 추정하면 가산을 1%당 4억이 발생되며, 최저 51.9억에서 115.8억까지 발생함.

구분	총 입원수익	정책가산대상 입원수익	정책가산 1% 당 지원금	2022 공공병원 정책가산을 범위 적용	
				최저 (13%)	최고 (29%)
2021년 기준	326억	166억	1.7억	21.6억	48.2억
진료활성화 (병상이용률 85%)	783억	399억	4.0억	51.9억	115.8억

다. 새로운 지불제도 도입에 따른 조직 및 이해관계자 간 협력체계 구축

- 신포괄지불제도는 행위별수가제 지불방식보다 진료자율성이 저해되고 재정 부담을 가중시킬 수 있다는 우려 때문에 초기 공공병원 뿐만 아니라 민간병원에서의 제도 도입 자체가 쉽지 않았음. 특히 새로운 정책과제의 시도는 이해관계자들 간의 과중한 업무로 갈

등을 유발할 수 있어 많은 반발이 예상된다.

- 이에 따라 향후 성남시의료원이 신포괄지불제도 시범사업에 참여한 경우를 대비해, 직종 간 사전에 조율하여 대응할 수 있는 업무조정 및 개편, 진행 준비사항에 관해 연계·협력하는 방안을 모색해야 함. 특히 업무량 및 시스템 개선 등 구조적 측면에 대한 개선사항 요구도가 높은 만큼 이를 반영한 직종 간 의사소통 창구와 조직 효율화 방안을 고민해야 함.

라. 단기 및 중장기 로드맵 설정을 통한 단계적 제도 수용력 증대

- 보건복지부에서는 국민건강보험종합계획 시행계획(안)으로 신포괄지불제도의 향후 개선 내용과 추진일정 내용을 담아 발표하였으며, '22년도 주요과제로 신포괄수가 시범사업 적용 확대, 모형 개선, 정책가산 조정 등이 선정됨.
 - 이에 따라 건강보험심사평가원에서는 신포괄지불제도의 의료기관 적용확대를 위해 지불모형 개선, 환자분류체계 정비, 상병코딩 개선, 제도도입에 따른 영향평가를 주요 과제로 삼고 준비해오고 있음.
- 제1차 국민건강보험종합계획 2022년 시행계획(안) - 신포괄수가제 관련

과제 개요	비고
신포괄수가제 시범사업 적용 병상 지속 확대	'22년, 5만 병상
민간 의료기관의 특성을 반영하고, 진료의 자율성 및 효율성 등 의료의 질을 높일 수 있도록 수가 모형 개선 ※ 지불제도의 타당성 및 확대 적용 가능성을 점검하는 방향으로 신포괄 모형 개선	'22년 수가에 적용 예정
기관별 비급여 규모를 자발적으로 줄여나갈 수 있도록 비급여 감축에 대한 인센티브 및 의료 질 평가지표 강화	'19년~
단계적으로 정책가산 규모를 줄여 나가되 , 기본수가가 적정 수준이 될 수 있도록 원가기반 수가 개발	'20년~
1:1 기관 맞춤형 '신포괄수가 간담회(비대면 영상)'를 실시하여, 시범사업 참여 기관 애로사항 해소('21년 15차수 17개소) ※ 기관별 청구현황 공유, 주요 코딩 오류사례 위주로 진단 코딩 심사현황 안내 등	'22년~

- 향후 의료원이 신포괄지불제도 시범사업 참여기관으로 지정된다면, 현재의 시범사업 확대 단계를 고려하여 신포괄지불제도의 도입목적을 반영한 중장기 로드맵을 설정하고 목표치를 수립하는 방안이 필요함.
 - 이를 위해서는 신포괄지불제도의 필요성을 재탐색하고 나아가야 할 방향성을 선행적으로 이해해야 하며, 목표치를 모니터링하고 결과를 다시 환류해 반영할 수 있는 구조를 구축해야 함.
 - 더불어 신포괄지불제도의 평가에 따라 단기적으로는 '달성도'만을 반영하되 중장기적으로는 전년도 대비 '개선도'를 추가로 반영하는 등 동기부여를 강화하는 방안도 고려할 수 있음.

제1장 서론

제1절 연구배경 및 필요성

- 신포괄지불제도는 행위별수가제와 기존 포괄수가제를 혼합한 모형으로 과잉 및 과소진료 문제를 보완하여 공급자의 적정 진료행위를 유도하기 위해 2009년 등장한 새로운 지불제도임.
 - 기존 행위별수가제의 한계를 극복하기 위해 7개 질병군에 한 포괄수가제가 도입되었으나 비교적 단순한 질병군만을 대상으로 하기 때문에 복잡한 상병으로 입원한 사례에 대하여는 확대하기 어려운 한계점이 있었음.
 - 이에 행위별수가제 하에서 지속적으로 제기된 건강보험 재정 위협과 환자의 의료비 부담 증가의 문제를 해결하고, 향후 노인인구 증가에 따른 비효율적인 의료비 지출을 개선하며 전체 입원환자에 적용할 수 있는 유연한 지불모형으로 신포괄지불제가 고안됨.

- 신포괄지불제도에서는 요양급여 비용을 포괄수가, 비포괄수가, 가산수를 합해 산정하는 것이 기본방식인데, 특히 모형 중 의료기관의 참여를 유도하기 위해 고안된 가산수가(정책수가)가 경영성과를 높일 수 있다는 장점이 부각되면서 공공병원뿐만 아니라 민간병원까지 그 참여범위가 확대되고 있음.
 - 공공병원은 2009년 국민건강보험 일산병원을 시작으로 2012년부터 지방의료원 및 적십자 병원 전체에 적용되어 현재까지 46개소로 확대됨. 민간병원은 2018년부터 제도 도입을 시작해 2020년 52개소까지 적용된 상황임.
 - 신포괄수가를 적용하는 환자유형도 건강보험 환자에서 의료급여 및 보훈환자까지 확대되었고, 시범사업에 참여하는 의료기관의 진료비 총액 또한 3조 수준으로 크게 증가함.

- 신포괄지불제도 시범사업 기관이 확대되고 있는 현재까지 신포괄지불에 대한 진료비, 재원일수, 재입원 비율 등에 대한 영향평가를 수행함으로써 지속적으로 변화를 분석하고 개선방안을 제시하고 있음.
 - 특히 신포괄지불제도가 의료의 질, 의료공급자의 진료행태, 진료비 청구, 심사 및 관리 업무 등에 미치는 영향을 검토하고 공공 및 민간기관에 적용할 만한 적절한 모형인지를 심도깊게 고민하고 있음.
 - 건강보험심사평가원 등 유관기관에서는 5차례에 걸쳐 시범사업 영향평가를 실시하였으며, 최근 연구에서는 지방의료원을 포함한 공공병원과 민간병원의 의료수익 및 진료결

과를 비교하여 제시한 바 있음.

- 실폐괄지불제도 가산수가(정책수가)는 시범사업 참여기관들에게 신규 사업추진으로 발생한 비용을 보상하기 위해 지급되는 인센티브임.
 - 가산비율은 초기 5%에서 점차 확대되어 현재 최고 35%까지 상향조정되었으며, 지방의료원이 공익적 역할을 수행함에 따라 발생하는 적자를 지원하는 데에 활용되고 있음.
 - 특히 2012년부터 지방의료원 등 공공병원 40개소 이상이 모두 참여하고 정책가산 비율이 상승함에 따라, 참여기관의 입원수익의 증가와 경영수지가 흑자로 전환된 의료기관 비율이 크게 늘어남.
- 성남시의료원은 공공의료기관으로서 보건복지부 장관이 요청하는 사업과 공공보건의료시책을 수행할 의무가 있으며, 진료효율성을 피하면서 비급여 진료가 적은 공공병원에서 발생하는 '착한 적자'를 상쇄하기 위한 경영성과 개선의 일환으로 실폐괄수가 시범사업을 참여하는데 적극 노력할 필요가 있음.
- 이에 따라 실폐괄수가 시범사업을 효율적으로 도입하고 안정적으로 제도가 정착할 수 있도록 실폐괄지불제도에 대한 정책적 이해가 선행되어야 함.
 - 실폐괄지불제도에 대한 개념과 모형 및 특징을 이해하고 시범사업 현황을 파악함으로써 의료기관별 제도 적용실태를 확인할 필요가 있음.
 - 또한 기존 시범사업에 대한 선행연구를 전반적으로 검토해 진료효율성에 대한 실증적인 근거를 확인함으로써 그 한계와 문제점에 미리 대응할 필요가 있음.
- 특히 실폐괄수가제의 부작용을 최소화 하면서 지방의료원의 경영여건 개선 및 공익성 강화를 위해 의료원의 현행 진료행태를 검토하고, 앞으로 의료의 질을 유지하면서 진료효율성을 극대화 할 수 있는 방안이 적극 요구됨.
 - 실폐괄지불제도를 적용하기 전 의료원의 진료실태를 미리 점검함으로써 의료제공자 입장에서 앞으로 개선해야 할 진료행태를 확인하고 적정 진료를 제공할 수 있도록 고민해야 함.
 - 아울러 정책가산 세부항목별로 공공병원의 달성치를 참고함으로써 가산을 최대치로 받을 수 있도록 의료원 부서 간 협력 및 운영체계의 변화 방안 등을 제안해보고자 함.

제2절 연구목표

- 본 연구의 목적은 향후 공공병원에 대한 신포괄지불제도 시범사업의 확대 적용에 대비하기 위해 제도적 고찰을 수행하고 성남시의료원이 효율적으로 제도를 적용 및 운영할 수 있도록 활용가능한 기초자료를 제공하는데 있음. 이를 위한 본 연구의 구체적 목표는 다음과 같음.
- 첫 째, 신포괄지불제도의 도입배경과 모형 및 특징을 파악함.
 - 둘 째, 신포괄지불제도 시범사업으로 인한 진료의 효율성 변화를 파악하기 위해 선행 연구를 고찰함.
 - 셋 째, 신포괄지불제도 시범사업 운영현황을 검토함으로써 제도 적용실태를 확인함.
 - 넷 째, 성남시의료원 입원환자 현황분석을 통해 현행 진료행태를 점검하고 진단함.
 - 넷 째, 성남시의료원이 신포괄지불제를 대비하고 진료성과를 극대화할 수 있는 적용방안에 대해 제안함.

제2장 신포괄지불제도 개요

제1절 실시배경 및 도입목적

- 우리나라 진료비 지불제도는 1977년부터 외래와 입원 모두 행위별수가제를 근간으로 하며 부가적으로 포괄수가제, 일당정액제, 방문당 정액제, 신포괄수가제, 성과지불보상제도 등을 병행하고 있음.¹⁾
 - 행위별수가제(Fee for Service, FFS)는 진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고 의료인이 제공한 진료행위 마다 항목별로 가격을 책정하여 진료비를 지급하는 방식임.²⁾
 - 그러나 행위별수가제는 의료서비스가 종료된 이후 사후적으로 진료비를 보상하기 때문에 수익증대를 위해 고가의 의료서비스 또는 필요한 양보다 많은 양의 서비스를 제공해 의료자원의 비효율성 유발과 의료비 상승을 가속화 시키는 문제가 있음.³⁾
- 행위별수가제의 한계를 극복하기 위해 1997년 새로운 입원지불제도로써 7개 질병군에 한 포괄수가제(Diagnosis related Groups, DRG)를 선택적으로 병행함.³⁾
 - 포괄수가제는 대표적인 선불상환제로 의료비를 통제하기 위한 목적으로 고안됨. 서비스 항목별로 보상되는 행위별수가제와는 달리 포괄수가제는 하나의 입원서비스를 사례(case) 단위로 보상이 이루어지게 됨. 즉, 포괄수가제는 실제 공급된 의료서비스 양과 상관없이 사례별로 사전적으로 보상이 주어지기 때문에 의료공급자 입장에서는 서비스의 가격과 양을 줄일수록 유리한 구조임.
- 그러나 포괄수가제는 비교적 단순한 7개 질병군⁴⁾만을 대상으로 하기 때문에 암이나 중증질환 등 복잡한 상병으로 입원한 사례에 대하여는 확대하기 어려운 한계점이 있음. 이에, 포괄수가제의 단점을 보완하고 전체 입원환자에 적용할 수 있는 보다 유연한 지불모형 개발을 목적으로 신포괄지불 모형이 제안됨.⁵⁾
 - 신포괄수가제는 기존의 포괄수가제와 비교해 환자 상태에 따른 진료비 변이가 상황의 차이로 반영되어 진료비 지불정확도를 높일 수 있는 유연성 있는 대안으로 초기 제안 됨.

1) 공진선. 신포괄수가제가 공공병원의 진료행태 및 의료 질에 미치는 영향. 차의과대학교 박사 학위논문. 2021.

2) 이경희 등. 신포괄수가에 영향을 미치는 의료행태 요인 분석-내과 입원환자 중심으로. 병원경영학회지;25(2):45-56.

3) 김건도. 신포괄수가제도가 의료기관의 효율성에 미친 영향. 서울대학교 석사 학위논문. 2017.

4) 수정체수술, 편도 및 아데노이드절제술, 충수절제술, 탈장수술, 항문수술, 자궁 및 자궁부속기 수술, 제왕절개 분만

5) 김석일 등. 신포괄수가 적정성 연구. 대한의사협회 의료정책연구소 보고서. 2018.

표 1. 우리나라 건강보험 지불제도 현황

구분		적용대상	적용 내용
행위별수가제		• 대부분의 의료기관 서비스	• 행위, 치료재료, 약제별 산정
포괄방식	포괄수가제 (DRG)	• 의과 전체	• 7개 질병군 입원진료 • 행위, 치료재료, 약제비 포함
	일당정액제	• 요양병원 • 의료급여혈액투석 • 의료급여정신과 • 호스피스완화의료	• 환자상태 분류군별 차등 • 입원, 낮병동, 외박, 외래 구분 • 입원료, 행위료, 약제, 치료재료, 완화의료보조활동비
	방문당정액제	• 보건기관 외래 • 의원전체	• 65세 이상 보건기관 12,000원 • 65세 이상 의원 15,000원
+포괄행위	신포괄수가제	• 공공병원 46개소 • 민간병원 52개소	• 567개 질병군
성과 지불 방식	가감지급	• 항목별 해당기관	• 등급별 가감을 적용 (1%~5%)
	질평가지원금	• 종합병원 이상	• 6개 영역, 52개 지표
	만성질환관리 인센티브	• 의원 외래 • 당뇨병·고혈압 환자	• 평가결과에 따른 인센티브
	평가결과 수가연계	• 요양병원 입원	• 평가결과 하위 20% 감산
	처방조제약품비 절감장려금	• 의과전체	• 저가구매 인센티브 • 외래처방 인센티브

자료출처 : 공진선. 신포괄수가제가 공공병원의 진료행태 및 의료 질에 미치는 영향. 차의과대학교 박사 학위논문. 2021.

표 2. 7개 질병군 포괄수가제 및 신포괄수가제 비교

구분	7개 질병군 포괄수가제	신포괄수가제
대상기관	전체 의료기관	공공병원 46개소, 민간병원 52개소
적용환자	7개 질병군 입원환자 (전체 입원환자의 약 7%)	567개 질병군 입원환자 (전체 입원환자의 약 90%)
진료비지불	포괄수가	포괄수가 + 행위별수가
추진형태	<ul style="list-style-type: none"> • 시범사업('97년~) • 희망기관 대상 본사업 ('02년~'12.6월) • 병·의원 확대('12.7월) • 종합병원급 확대('13.7월) 	<ul style="list-style-type: none"> • 국민건강보험 일산병원 시범사업 ('09.4월~) • 지역거점공공병원 시범사업 ('11.7월~) • 민간병원 자율 참여('18.8월~)

자료출처 : 공진선. 신포괄수가제가 공공병원의 진료행태 및 의료 질에 미치는 영향. 차의과대학교 박사 학위논문. 2021.

- 신포괄지불제도의 도입이 정책적으로 결정된 계기는 향후 노인인구 증가에 따라 진료비 지출이 급격하게 늘어나고 외래진료 횟수와 고가의 검사장비 증가, 저수가 문제 등으로 의료비의 비효율적인 지출이 가중되는 배경에 따른 것임.⁶⁾
 - 즉, 행위별수가제의 건강보험 재정 위협과 환자의 의료비 부담 증가라는 한계를 극복하고자 7개 질병군에 대한 포괄수가제를 도입하였으나 의료의 질 저하 우려와 공급자의 강한 반발이 나타나 이를 모두 해결하기 위해 행위별수가제와 포괄수가제를 함께 혼합한 신포괄지불제도가 도입되게 된 것임.

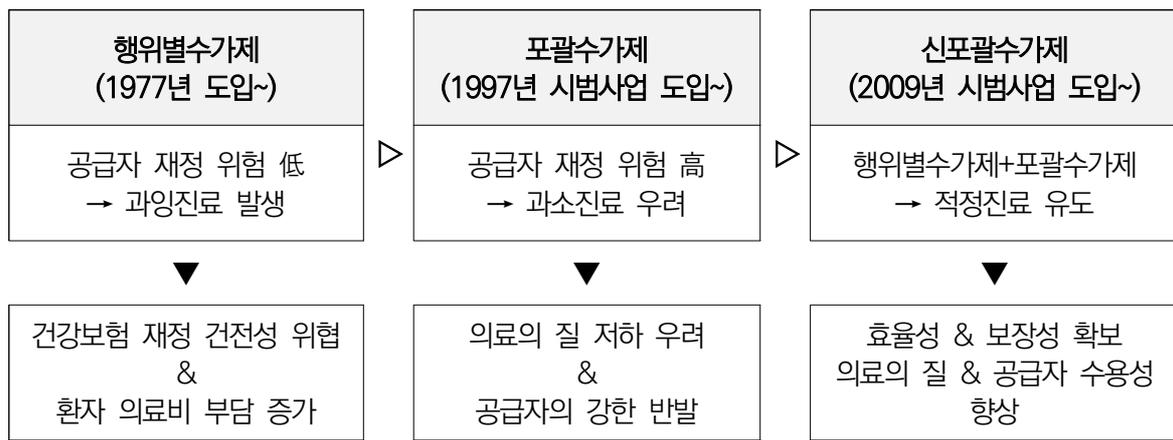


그림 1. 신포괄지불제도 도입 과정
(자료출처 : 신현웅 등, 신포괄수가제 정책가산 조정방안 연구, 2016.)

- 신포괄지불제도의 주요 목적은 행위별수가제의 과잉진료 문제와 포괄수가제의 과소진료 문제를 보완하여 공급자의 적정 진료행위를 유도함으로써 기존의 진료비 지불제도가 가지고 있는 효율성, 보장성, 의료의 질 공급자 수용성 문제를 해결하는 것임.⁷⁾
- 신포괄지불제는 보건의료기본법 제44조제1항⁸⁾에 따라 2009년 시범사업 형태로 시행되었고 환자분류, 포괄수가 수준, 진료비 지불방식의 적정성과 지불모형으로서의 타당성 검증, 의료공급자의 공급행태 및 의료 질에 미치는 영향 등을 지속적으로 평가하고 개선하고 있음.⁹⁾

6) 강길원. 신포괄수가 도입배경과 향후 전망. 한국병원경영학회 추계 학술대회 발표자료. 2018.
 7) 신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020.
 8) 보건의료기본법 제44조1항 ‘국가와 지방자치단체는 새로운 보건의료제도를 시행하기 위하여 필요하면 시범사업을 실시할 수 있다.’
 9) 공진선. 신포괄수가제가 공공병원의 진료행태 및 의료 질에 미치는 영향. 차의과대학교 박사 학위논문. 2021.

표 3. 신포괄지불제도 도입 목적

구분		행위별수가제 / 포괄수가제	신포괄수가제
도입목적	효율성	<ul style="list-style-type: none"> 의료비 지출 통제에 취약 (과잉진료 유발 구조) 불필요한 진료행위 야기 	<ul style="list-style-type: none"> 입원환자 당 보상수준을 사전 결정한 구조로, 자원의 효율적 할당 가능
	보장성	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험 지속가능성 위협 환자의 의료비 부담 가중 	<ul style="list-style-type: none"> 비급여 영역에 있던 서비스 행위를 급여로 포괄한다는 측면에서 환자의 의료비 부담 완화
	의료의 질	<ul style="list-style-type: none"> 기존 포괄수가제는 정해진 수가 하에서 이익 극대화를 위해 투입자원을 절약 의료의 질 저하 가능성 	<ul style="list-style-type: none"> 환자의 재원일수 및 포괄/비포괄 영역을 기준으로 행위별수가제 보완적용 의료의 질 저하 보완
	공급자 수용성	<ul style="list-style-type: none"> 기존 포괄수가제는 공급자의 진료자율권 제한 공급자의 강한 반발 직면 	<ul style="list-style-type: none"> 포괄수가제에 행위별수가제를 보완 적용함에 따라 공급자의 수용성 향상

자료출처 : 신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020. 재구성.

제2절 추진경과 및 관리체계

- 신포괄지불제는 2009년 건강보험공단 일산병원 참여를 시작으로 이후 공공병원과 민간 병원으로 점진 확대됨. 2011년 7월부터 3개의 지역거점공공병원(대구의료원, 부산광역시의료원, 전라북도 남원의료원)에 대하여 시범사업을 확대함. 2012년부터는 전체 지역 거점공공병원에 대하여 시범사업을 확대 실시함.

표 4. 신포괄지불제도 시범사업 세부 확대 현황

연도	세부 확대현황
2007년 1월	<ul style="list-style-type: none"> 「건강보험미래전략위원회」에서 지불체계 개편 중 포괄수가제 확대방안을 포함 포괄수가제 확대를 위한 모형개발 계획 수행 보건복지부 내 지불제도 개편 TF 구성
2009년 3월	<ul style="list-style-type: none"> 신포괄 시범사업 대상 질병군 선정(20개) 신포괄수가 개발 완료
2009년 4월 ~ 2012년 6월	<ul style="list-style-type: none"> 1~3차에 걸쳐 일산병원 신포괄 시범사업 실시 : 건강보험 입원환자 대상
2011년 7월 ~ 2012년 6월	<ul style="list-style-type: none"> 지역거점공공병원 3개소 신포괄 시범사업 확대 : 건강보험 입원환자 대상
2012년 7월 ~ 2013년 12월	<ul style="list-style-type: none"> 일산병원 및 지역거점공공병원 (40개소) 신포괄 시범사업 확대 : 건강보험 · 의료급여 입원환자 대상
2014년 1월	<ul style="list-style-type: none"> 일산병원 및 지역거점공공병원 (39개소) 신포괄 시범사업 참여 : 건강보험 · 의료급여 입원환자 대상 (※ 2013.05. 진주의료원 폐업)
2015년 8월	<ul style="list-style-type: none"> 국립중앙의료원 신포괄 시범사업 참여
2017년 1월	<ul style="list-style-type: none"> 진안군의료원 신포괄 시범사업 참여
2018년 8월	<ul style="list-style-type: none"> 민간병원 등 14개 기관 신포괄 시범사업 참여
2019년 1월	<ul style="list-style-type: none"> 민간병원 등 8개 기관 신포괄 시범사업 참여
2019년 8월	<ul style="list-style-type: none"> 민간병원 등 4개 기관 신포괄 시범사업 참여
2020년 1월	<ul style="list-style-type: none"> 공공병원 46개소, 민간병원 52개소 신포괄 시범사업 참여

자료출처 : 공진선. 신포괄수가제가 공공병원의 진료행태 및 의료 질에 미치는 영향. 2021.

○ 신포괄지불제도 시범사업의 추진경과는 다음과 같음.

- 현재 5차 시범사업이 지속되고 있으며 총 98개 의료기관이 참여 중임. 질병군은 초기 20개에서 '21년 총 567개로 대폭 확대되어 전체 시범기관 입원환자의 약 95%를 신포괄수가로 지불받고 있음. 보험유형도 건강보험 및 의료급여로 확대됨.

구분	1차	2차	3차	4차	5차						
사업기간	'09.04 ~ '10.06	'10.07 ~ '11.06	'11.07 ~ '12.06	'12.07 ~ '13.06	'13.07 ~ '13.12	'14.01 ~ '15.12	'16.01 ~ '16.12	'17.01 ~ '18.07	'18.08 ~ '19.01	'19.01 ~ '19.31	'20.01 ~ (지속)
대상기관	일산 병원	일산 병원									
			공공 병원 (3)	공공 병원 (40)	공공 병원 (39)	공공 병원 (39)	공공 병원 (39)	공공 병원 (40)	공공 병원 (42)	공공 병원 (42)	공공 병원 (44)
					국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원	국립중앙 의료원
								민간 병원 (12)	민간 병원 (12)	민간 병원 (12)	민간 병원 (12)
								민간 병원 (12)	민간 병원 (12)	민간 병원 (28)	
질병군	20	76	553 76	550	550	553	559	559	559	559	567 (19.8)
입원환자 대비	약 16%	약 53%	약 96% 약 55%	약 95%	약 95%						
대상환자	건강보험			건강보험 · 의료급여							

그림 2. 신포괄지불제도 시범사업 추진경과

(자료출처 : 신형웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서, 2020.)

○ 신포괄지불제도 시범사업의 관리체계는 다음과 같음.

- 신포괄지불제도 시범사업 운영에 관한 전체적인 총괄은 보건복지부 신포괄협의체의 주도 하에 이루어짐. 협의체는 대한의사협회, 대한병원협회, 전국지방의료원연합회, 관련 학계, 전문·연구기관, 공무원 등 25인으로 구성됨.
- 건강보험심사평가원의 포괄수가실은 질병군 선정 및 수가개발, 신청·지정 등과 관련한 실무 일체를 담당함. 연구조정실은 포괄수가와 관련한 모형개발, 지불제도 개편 등에 관해 자문함.
- 국민건강보험공단은 보험급여실을 통해 비용 지급 관련 실무 일체를 담당하고, 건강보험정책연구원은 시범사업 만족도 조사, 지불제도 개편 등의 자문을 진행함.

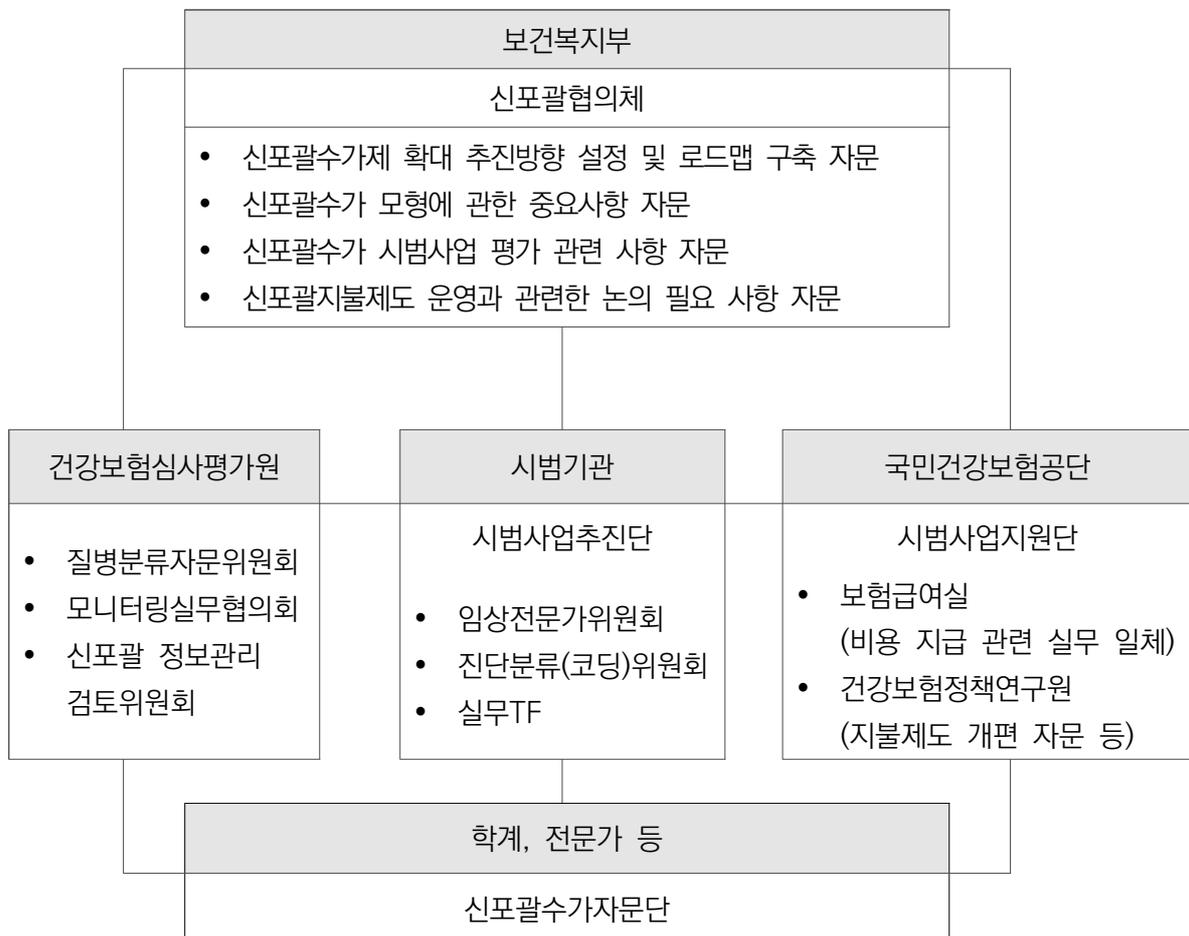


그림 3. 신포괄지불제도 시범사업 관리체계

(자료출처 : 건강보험심사평가원. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 2021. 재구성.)

제3절 시범사업 참여현황

- 2021년 현재 신포괄지불제도 시범사업에 참여중인 기관은 총 98개소임.
 - 건강보험공단 일산병원, 국립중앙의료원, 공공병원 44개소, 민간병원 52개소임.

표 5. 신포괄지불제도 시범사업 참여기관 명단

연 번	의료기관 구분	의료기관명	연 번	의료기관 구분	의료기관명
1	종합병원	인제대학교 서울백병원	50	종합병원	오산한국병원
2	종합병원	서울적십자병원	51	종합병원	경기도의료원 수원병원
3	종합병원	삼육서울병원	52	종합병원	김포우리병원
4	종합병원	순천향대학교 부속 서울병원	53	종합병원	한림대학교 동탄성심병원
5	종합병원	서울특별시 보라매병원	54	종합병원	인봉의료재단 뉴고려병원
6	종합병원	한림대학교 강남성심병원	55	종합병원	효산의료재단 지샘병원
7	종합병원	성애의료재단 성애병원	56	종합병원	경기도의료원 이천병원
8	종합병원	성심의료재단 강동성심병원	57	종합병원	강원도삼척의료원
9	종합병원	인제대학교 상계백병원	58	종합병원	강원도영월의료원
10	종합병원	차의과학대학교 강남차병원	59	종합병원	강원도원주의료원
11	종합병원	홍익병원	60	종합병원	한림대학교 부속 춘천성심병원
12	종합병원	엘지대학교 을지병원(서울)	61	종합병원	강원도속초의료원
13	종합병원	한일병원	62	종합병원	강원도강릉의료원
14	종합병원	녹색병원	63	종합병원	강원대학교병원
15	종합병원	강동경희대학교 의대병원	64	종합병원	충청북도청주의료원
16	종합병원	에이치플러스 양지병원	65	종합병원	충청북도충주의료원
17	종합병원	한국원자력의학원 원자력병원	66	종합병원	한국병원
18	종합병원	국립중앙의료원	67	종합병원	명지의료재단 명지병원(제천)
19	종합병원	서울특별시 서울의료원	68	종합병원	충청남도 홍성의료원
20	종합병원	부산광역시의료원	69	종합병원	충청남도 공주의료원
21	종합병원	일신기독병원	70	종합병원	충청남도 천안의료원
22	종합병원	좋은삼선병원	71	종합병원	충청남도 서산의료원
23	종합병원	좋은문화병원	72	종합병원	천안충무병원

연 번	의료기관 구분	의료기관명	연 번	의료기관 구분	의료기관명
24	종합병원	동남권원자력의학원	73	종합병원	전라북도 남원의료원
25	종합병원	인천광역시의료원	74	종합병원	전라북도 군산의료원
26	종합병원	인천사랑병원	75	종합병원	목포시의료원
27	종합병원	나은병원	76	종합병원	경상북도 포항의료원
28	종합병원	한림병원	77	종합병원	경상북도 안동의료원
29	종합병원	현대유비스병원	78	종합병원	경상북도 김천의료원
30	종합병원	가톨릭관동대학교 국제성모병원	79	종합병원	상주적십자병원
31	종합병원	대구파티마병원	80	종합병원	순천향대학교 부속 구미병원
32	종합병원	대구의료원	81	종합병원	삼백의료재단 상주성모병원
33	종합병원	을지학원 을지대학교병원(대전)	82	종합병원	경상남도마산의료원
34	종합병원	영훈의료재단 대전선병원	83	종합병원	창원파티마병원
35	종합병원	혜원의료재단 세종병원	84	종합병원	제주특별자치도 서귀포의료원
36	종합병원	광명성애병원	85	상급종합병원	울산대학교병원
37	종합병원	경기도의료원 의정부병원	86	상급종합병원	성균관대학 삼성창원병원
38	종합병원	경기도의료원 포천병원	87	병원	건양의료재단 김안과병원
39	종합병원	경기도의료원 파주병원	88	병원	인천광역시의료원 백령병원
40	종합병원	경기도의료원 안성병원	89	병원	한길의료재단 한길안과병원
41	종합병원	명지의료재단 명지병원(고양)	90	병원	인천적십자병원
42	종합병원	차의과학대학교 분당차병원	91	병원	자인의료재단 자인메디병원
43	종합병원	한양대학교 구리병원	92	병원	진안군의료원
44	종합병원	효산의료재단 안양샘병원	93	병원	전라남도 강진의료원
45	종합병원	인제대학교 일산백병원	94	병원	전라남도 순천의료원
46	종합병원	국민건강보험공단 일산병원	95	병원	울진군의료원
47	종합병원	강남병원	96	병원	통영적십자병원
48	종합병원	원광대학교의과대학 산본병원	97	병원	거창적십자병원
49	종합병원	동국대학교 일산불교병원	98	병원	제주특별자치도 제주의료원

자료출처 : 보건복지부. 신평괄지불제도 시범사업 지침. 2021.

○ 2021년 신포괄지불제도 시범사업에 참여중인 공공병원은 46개소임.

- 공공병원으로는 국립중앙의료원, 국민건강보험공단 일산병원, 지방의료원 35개소, 적십자병원 5개소, 원자력병원 2개소, 서울시 보라매병원과 강원대학교병원이 포함됨.

표 6. 신포괄지불제도 시범사업 공공의료기관 참여명단

연 번	의료기관 구분	의료기관명	연 번	의료기관 구분	의료기관명
1	종합병원	국립중앙의료원	24	종합병원	전라북도 남원의료원
2	종합병원	국민건강보험공단 일산병원	25	종합병원	전라북도 군산의료원
3	종합병원	서울특별시 서울의료원	26	종합병원	목포시의료원
4	종합병원	부산광역시의료원	27	종합병원	경상북도 포항의료원
5	종합병원	인천광역시의료원	28	종합병원	경상북도 안동의료원
6	종합병원	대구의료원	29	종합병원	경상북도 김천의료원
7	종합병원	경기도의료원 의정부병원	30	종합병원	경상남도 마산의료원
8	종합병원	경기도의료원 포천병원	31	종합병원	제주특별자치도 서귀포의료원
9	종합병원	경기도의료원 파주병원	32	병원	인천광역시의료원 백령병원
10	종합병원	경기도의료원 안성병원	33	병원	진안군의료원
11	종합병원	경기도의료원 수원병원	34	병원	전라남도 강진의료원
12	종합병원	경기도의료원 이천병원	35	병원	전라남도 순천의료원
13	종합병원	강원도 삼척의료원	36	병원	울진군의료원
14	종합병원	강원도 영월의료원	37	병원	제주특별자치도 제주의료원
15	종합병원	강원도 원주의료원	38	종합병원	서울특별시 보라매병원
16	종합병원	강원도 속초의료원	39	종합병원	강원대학교병원
17	종합병원	강원도 강릉의료원	40	종합병원	한국원자력의학원 원자력병원
18	종합병원	충청북도 청주의료원	41	종합병원	동남권원자력의학원
19	종합병원	충청북도 충주의료원	42	종합병원	서울적십자병원
20	종합병원	충청남도 홍성의료원	43	종합병원	상주적십자병원
21	종합병원	충청남도 공주의료원	44	병원	인천적십자병원
22	종합병원	충청남도 천안의료원	45	병원	통영적십자병원
23	종합병원	충청남도 서산의료원	46	병원	거창적십자병원

자료출처 : 보건복지부. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 2021.

제3장 신포괄지불제도 모형 및 구성요소

제1절 신포괄지불제도 구조

1. 신포괄지불제도 모형¹⁰⁾

- 신포괄지불제(New-DRG 또는 Korean Case Payment System, KCPS)는 입원환자에 대한 포괄수가인 DRG, 일당정액제, 행위별수가제를 혼합한 모형으로 설계됨. 즉, 기본 진료는 포괄수가로 묶여져 있으며 진료비 차이를 가져오는 고가의 의료서비스, 의사의 시술행위 등은 행위별수가로 별도 보상되는 구조임.
- 신포괄지불제는 포괄지불제(DRG)와 행위별수가제(FFS)의 절충형 모형으로 설계에 따라 각 지불제도의 장점이 나타날 수도 있지만 단점이 극대화될 수도 있음.
 - 포괄수가제는 의료서비스의 총량과 가격이 제한되기 때문에 의료공급자는 의료행태를 변화시킬 수 밖에 없고 이로 인해 의료의 효율성이나 질에 영향을 미칠 수 있음.¹¹⁾
 - 행위별수가제에서는 의료서비스가 제공되는 크기만큼 비례하여 보상이 이루어지므로 보상효과가 충분히 존재한다는 장점이 있음.¹²⁾
- 신포괄지불제의 기본 모형은 포괄수가, 비포괄수가, 가산수가의 합으로 이루어짐.¹³⁾
 - 이전의 포괄수가제에 비해 포괄계산 부분을 줄이고, 포괄부분에 있어서도 재원일에 따른 일당수가를 추가로 적용해 기준 진료비를 가감지급함으로써 재원일 변이에 따른 진료비 변이를 포괄수가 진료비에 반영함.
 - 또한 비급여 외에 비포괄 진료비 항목을 지정하여 고가 행위나 재료사용으로 인한 진료비 변이를 차별화하여 보전해줄 수 있도록 고안됨.



그림 4. 신포괄수가제 모형

(자료출처 : 건강보험심사평가원. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 2021.11.)

10) 손창우. 신포괄수가제도가 의료기관의 의료제공 행태 및 의료의 질에 미친 영향. 서울대학교 박사학위 논문. 2015.
 11) 김건도·박정훈. 신포괄수가제도가 공공의료기관의 효율성에 미치는 영향. 행정논총 2018;56(4):33-57.
 12) 김연용. 신포괄수가제가 재원일수와 재입원에 미치는 영향. 서울대학교 석사학위 논문. 2015.
 13) 강중구 등. 신포괄수가 시범사업 평가 및 모형개선에 따른 지불정확도 변화 연구. 국민건강보험공단 일산병원 연구소. 2016.

2. 신포괄지불제도 모형의 특징

가. 재원일수에 따라 진료비 차이가 있는 일당 진료비 설계¹⁴⁾

- 신포괄지불제도에서 환자군은 입원일수에 따라 하단열외군, 정상군, 상단열외군으로 분류하며 각 군에 따라 요양급여 비용을 산정함.
 - 하단열외군의 경우 해당 질병군별로 입원일수가 하위 5% 미만인 환자를 말함.
 - 정상군일 경우 입원일수가 5~95% 사이인 환자를 말함.
 - 상단열외군의 경우 입원일수가 상위 95%를 초과하는 환자를 말함.

표 7. 환자군에 따른 신포괄수가 적용 방법

입원일수 환자군	환자 입원일수		
	정상군 하한일수 미만	정상군 하한~정상군 상한일수	정상군 상한일수 초과
하단열외군	행위별수가 적용	-	-
정상군	신포괄 요양급여(의료급여)비용 = 포괄수가 + 비포괄수가 + 가산수가 * 포괄수가(포괄 항목 100%, 비포괄 항목(약제·치료재료 20% 비용 포함) = 기준수가 + 일당수가 * 비포괄수가 = 항목별로 행위별수가의 100%(행위) 및 80%(약제·치료재료) 산정 * 가산수가 = 기관별로 부여된 가산항목 비율의 합을 포괄수가에 곱하여 산정		-
상단열외군	정상군 환자와 동일		행위별수가 적용

자료출처 : 보건복지부. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 2021.

- 정상군일 경우에는 포괄수가와 비포괄수가의 합으로 결정됨. 포괄수는 포괄 영역 진료비와 비포괄 영역(약제·치료재료) 진료비의 20%를 합하여 산출함. 이 때 조정계수¹⁵⁾를 곱하여 산출함. 가산수는 포괄수가 외에 각 기관의 평가결과에 따라 산출된 가산비율을 포괄수가에 곱하여 산정함.

14) 손창우. 신포괄수가제도가 의료기관의 의료제공 행태 및 의료의 질에 미친 영향. 서울대학교 박사학위 논문. 2015.

15) 조정계수에 관한 구체적인 내용은 '제4절 조정계수'에서 검토함.

- 상단열외군의 경우, 정상군 비용과 행위별 급여비용의 합으로 총 비용이 결정됨.
 - 정상군 상한입원일수까지는 정상군 환자의 신포괄 요양급여 비용 계산 방법과 동일하며, 초과분에 대해 행위별수가가 행위별 기준 100% 보상됨.
- 하단열외군의 경우, 포괄수가로 적용받지 않고 행위별수가로 100% 보상받음.

나. 포괄수가와 행위별수가 병행¹⁶⁾

- 신포괄지불제도에서는 포괄 대상과 비포괄 대상으로 구분함.
 - 비포괄 대상에는 행위의 경우 의사서비스 성격의 수술·시술, 기능검사와 고가의 MRI, PET, 중환자실료와 같은 특수입원료 등이 포함됨. 약제의 경우 항암제(2군 항암제 및 기타 약제), 정신과 특정약제, 제한 항생제 일부 계열 등이 해당되고, 치료재료는 척추재료군, 흉부외과용 군, 신경외과용 군 등 수술재료의 상당부분이 비포괄 대상에 해당됨.
 - 포괄 대상은 비포괄 항목에 해당하지 않는 행위·약제·치료재료는 모두 해당됨.
- 포괄 대상과 비포괄 대상 항목은 2016년 1월부터 변경됨. 기존 단가 10만 원을 기준으로 포괄/비포괄 구분하던 것에서 행위는 상대가치점수 중 의사업무량을 기준으로, 약제 및 치료재료는 처방변동계수와 단가를 기준으로 영역을 재설정함.¹⁷⁾

표 8. 신포괄지불제도 포괄수가 및 비포괄수가 대상 항목

구분	행위	약제 · 치료재료
포괄대상	<ul style="list-style-type: none"> • 비포괄 대상을 제외한 항목으로 행위별 수가의 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • 비포괄대상 약제 · 치료재료 비용의 20% • 비포괄 대상을 제외한 급여 · 비급여 목록 약제 및 치료재료 100%
비포괄 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 의사행위 성격의 항목 <ul style="list-style-type: none"> - 수술 및 시술(내시경하 시술, 중재적 방사선시술) - 검사 등: 내시경, 천자, 생검, 혈관조영촬영, 심도자술, 방사선 모의치료 및 치료계획, 방사선 치료, 신경차단술료, 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제 <ul style="list-style-type: none"> - 항암제(2군 항암제 및 기타 약제), 투석액, 정신과 특정약제, 제한 항생제 일부 계열, 일부 주성분 단위약제 • 치료재료 <ul style="list-style-type: none"> - 봉합용 군: 자동봉합기 류

16) 공진선. 신포괄수가제가 공공병원의 진료행태 및 의료 질에 미치는 영향. 2021.
 17) 김석일 등. 신포괄수가 적정성 연구. 대한의사협회 의료정책연구소 보고서. 2018.

구분	행위	약제·치료재료
	<ul style="list-style-type: none"> 신경파괴술료, 응급처치 등 • 기타 항목 <ul style="list-style-type: none"> - 입원료(중환자실, 격리실, 무균치료실, 납차폐특수치료실) - 응급의료관리료 - 가정간호기본방문료 - 마취통증의학과 전문의 초빙료 - 정신과 특정행위 (전기충격요법) - 투석관련 행위 - 전혈 및 혈액성분제제료 - 식대 등 	<ul style="list-style-type: none"> - 골유합 및 골절고정용 군(단, 두개,악안면 SCREW 류, STAPLE 류 제외) - 관절경 수술 관련 연부조직 고정용 군 (단, 관절경 CANNULA 류 제외) - 인공관절 군(단, HIP PROSTHESIS & CABLE SYSTEM 류, KNEE PROSTHESIS 류 제외) - 척추재료 군 - 흉부외과용 군 - 신경외과용 군 - 안·이비인후과용 군(단, 인공수정체 제외) - 중재적 시술용 군(단, 배액관 고정 류, PORT NEEDLE 류 제외) - 일반재료 군(I): 조직(피부 등) 확장 및 수복용 재료 류, 기관내 삽입관 류 - 일반재료 군(II): MESH 류, H.D & C.A.P.D용 류, PHERESIS용 류 - 일반재료 군(III): 검사용 류, 외과수술용 선택품목 류 - 인체조직군

자료출처 : 건강보험심사평가원. 2021 건강보험심사평가원 기능과 역할. e-book. 2021.

○ 2016년 신포괄수가 모형 개선에 따라 의사행위의 성격이 대부분 비포괄로 전환되었고, 비급여의 경우 기존에 단가 10만 원 이상인 항목 일부가 포괄영역으로 흡수됨.¹⁸⁾ 포괄 금액 평균 비중은 55.3%, 비포괄 금액 평균 비중은 37.7%, 비급여 평균 비중은 7.0% 임.

표 9. 포괄, 비포괄, 비급여 현황 (2017-2018년 기준)

단위 : %

구분	포괄	비포괄	비급여	합계
내과계	61.4	30.4	8.2	100.0
외과계	48.4	45.9	5.7	100.0
정신과계	63.9	28.5	7.6	100.0
평균	55.3	37.7	7.0	100.0

자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가개발부. 신포괄수가 산출결과- 조정계수 등. 2018.

18) 김미영. 신포괄수가제 운영현황 및 향후과제. HIRA 정책동향 2017;11(6):7-13.



그림 5. 진료계열별 포괄, 비포괄, 비급여 현황 (2017-2018년 기준)
 (자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가개발부, 신포괄수가 산출결과- 조정계수 등, 2018.)

다. 필수 비급여 서비스를 포괄수가로 포함¹⁹⁾

- 건강보험 보장성 확보를 위해 초음파 등 진료에 필수적인 비급여 항목을 급여로 전환함. 진단 목적의 초음파, 의사행위 성격에 해당하지 않는 검사 등 행위·약제·치료재료 등 비급여 항목을 포괄수가에 포함함. 단, 포괄이 적합하지 않은 비급여는 종전대로 환자가 부담함.

19) 건강보험심사평가원, 2021 건강보험심사평가원 기능과 역할. e-book, 2021.

- 별도 보상되는 고가서비스 등 비포괄 산정의 남용의 방지하기 위해 약제·치료재료 단가의 80%만 별도 보상하고, 20%는 수가 책정 시 포괄수가에 포함함.

표 10. 포괄대상 및 비포괄 대상별 진료비 산정방법

구분	포괄 대상	비포괄 대상
적용수가	포괄수가 (기준수가+일당수가)	행위별수가
진료비	포괄대상 100% + 비포괄 대상 약제·치료재료 단가의 20%	-고가의 일부 약제·치료재료 단가의 80% -비포괄 대상 행위 단가의 100%

자료출처 : 건강보험심사평가원. 2021 건강보험심사평가원 기능과 역할. e-book. 2021.

- 다음과 같은 대상은 비급여를 유지하며,²⁰⁾ 구체적인 비급여 항목은 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’ 별표2에 근거함.²¹⁾
 - 미용, 검진, 등 급여원리에 부합하지 않는 비급여 항목
 - 대상 질병군 진료에 필요한 비급여 항목 일부
 - 결정 신청 중인 신의료기술 등 (예, 유도 초음파, 기준초과 MRI)

라. 기관별 조정계수 산출²²⁾

- 조정계수란 기존 행위별수가제로 적용받던 수가 수준에 맞추기 위해 산출하는 것으로 2011년 7월부터 신포괄지불제를 시행하는 3개 지방의료원을 대상으로 처음 산출함.
 - 기존 신포괄수가(기준수가+일당수가)가 건강보험공단 일산병원 1개소의 자료를 산출한 수가이기 때문에 3개 지방의료원에 적용 시 진료 상황이 달라 과다 또는 과소 산출될 가능성이 커 지불제도 전환에 따른 재정 중립을 유지하고 행위별수가 수준을 반영하기 위함임.

※ 조정계수에 관한 구체적인 내용은 「제4절 조정계수」에서 다루기로 함.

20) 건강보험심사평가원 포괄수가실. 신포괄수가제 현황 및 과제. 대한병원행정종합학술대회 발표자료. 2019.10.25.

21) 부록. 제1절 비급여 대상 목록 참고.

22) 공진선. 신포괄수가제가 공공병원의 진료형태 및 의료 질에 미치는 영향. 2021.

제2절 신포괄지불제도 환자분류체계

1. 환자분류체계

- 포괄지불제(DRG) 질병군을 분류하는 환자분류체계(Patient Classification System)는 진단, 시술, 기능상태 등을 이용해 ‘임상적 측면’과 ‘의료자원 소모 측면’에서 환자를 유사한 그룹으로 나누는 도구임. 이는 의료기관 간에 진료비나 질적 수준을 비교하기 위해 ‘환자의 구성상태(Case-mix)’를 동일하게 보정하는 데에 활용됨.²³⁾
 - 우리나라의 경우 진료비 청구자료를 기반으로 진단코드는 ‘한국표준질병·사인분류(KCD-7차)’를, 시술은 ‘건강보험 요양급여비용 행위(시술)분류’를 적용하고 있음.
- 현재 우리나라 환자분류체계의 종류 및 질병군 갯수는 다음과 같음.
 - 환자분류체계는 의과 입원, 의과외래, 재활, 한의입원, 한의외래 등이 있음.
 - KDRG는 일반용과 신포괄용으로 나뉘며 신포괄 질병군 개수는 전체 1,973개임.

표 11. 환자분류체계 종류

구분		명칭	최종버전	질병군 개수
의과	입원	KDRG (일반용)	4.4	2,721개
		KDRG (신포괄용)	1.3	1,973개
		KRPG (재활)	1.2	267개
	외래	KOPG	2.4	598개
		588분류 (보건기관용)	1.2	591개
한의	입원	KDRG-KM	1.5	209개
	외래	KORG-KM	2.5	260개

자료출처 : 건강보험심사평가원 홈페이지. (환자분류체계 개발 < 업무안내 < 기관소개).

- 외국에서는 환자분류체계를 주로 진료비 지불 또는 예산배분 목적으로 활용하는 데에 반해 우리나라는 진료비 지불 외에도 병원 간 비교를 위한 심사·평가지표, 의료기관 지정기준, 약품비 절감 인센티브 제공 등 다양한 분야에 활용되고 있음.

23) 건강보험심사평가원 홈페이지. (환자분류체계 개발 < 업무안내 < 기관소개 (xn—cw4bk22a.net)).

표 12. 환자분류체계 활용분야

업무	활용분야	환자분류체계			
		KDRG (입원)	KOPG (외래)	KOPG-KM (한의외래)	KRPG (재활)
진료비 지불	포괄수가제 (7개 질병군, 신포괄수가)	○	-	-	-
심사	심사대상 선정	○	○	○	-
	종합정보서비스	○	○	○	-
	지표연동자율개선제	○	○	○	-
평가	평가지표 산출	○	○	-	-
약제관리	처방·조제 약품비 절감 장려금	○	○	-	-
의료기관평가	상급종합·전문병원 지정	○	-	-	-
정부정책지원	재활의료기관 지정	-	-	-	○

자료출처 : 공진선. 신포괄수가제도 발전을 위한 환자분류체계 개발현황과 과제. HIRA 정책동향 2017:11(6):14-23.

2. 신포괄지불제도 환자분류체계

- 신포괄지불제도 시범사업을 위해 사용 중인 입원환자분류체계는 「신포괄지불제도용 KDRG v1.3」임.
 - 시범사업 대상 567개 질병군은 주진단명, 연령, 기타 진단의 합병증 및 동반상병 등에 따라 총 1,780개의 질병군으로 구분하며 각 질병군 번호와 명칭은 ‘신포괄지불제도 시범사업 지침(2021.11.) 별표 4’에 수록되어 있음.

표 13. 신포괄수가 대상 567개 질병군

구분	ADRG (Adjacent DRG)	AADRG (Aged-ADRG)	RDRG (Refined DRG)
총계	567 (716)	677 (832)	1,780 (1,973)
내과계	242 (297)	314 (373)	960 (1,041)
외과계	311 (402)	342 (435)	768 (877)
정신과	14 (17)	21 (24)	52 (55)

자료출처 : 공진선. 2019년도 대한병원행정종합학술대회 발표자료 발췌. 2019.10.

- 1) ADRG (Adjacent Diagnosis Related Group) : 연령 구분 전까지의 질병군 분류
- 2) AADRG (Age Adjacent Diagnosis Related Group) : 연령까지 세분한 질병군 분류
- 3) RDRG (Refined Diagnosis Related Group) : 중증도까지 세분한 질병군 분류

- 신포괄지불제도의 분류기준인 입원환자분류체계(KDRG)의 개발 단계별 분류과정은 다음과 같음.²⁴⁾
- ① 1단계 : 일반적으로 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)는 주요 신체 기관(예로 호흡기계, 순환기계, 소화기계 등)에 따라 분류됨. 즉, 특정 신체기관과 특정 병인을 모두 포함하는 질병(예로, 신장의 악성종양)은 신체기관(신장)에 따라 MDC가 배정됨.
 - ② 2단계 : 수술실을 필요로 하는 경우 환자가 사용하는 병원 자원(수술실, 회복실, 마취)에 유의한 영향을 미치기 때문에 대부분의 MDC는 먼저 내과계 그룹과 외과계 그룹으로 나뉨. 환자가 수술실 사용을 필요로 하는 시술을 받으면 외과계 그룹에 속하는 것으로 간주함.
 - ③ 3단계 : 외과계 그룹은 다시 시행된 시술명에 따라 세분화됨. 외과계 그룹은 주요수술, 간단한 수술, 기타 수술, 주진단과 일치하지 않는 수술 등으로 구분됨. 내과계는 입원을 하게 된 주진단명에 따라 세분화되는데 대개 해당 신체기관과 관련된 악성종양과 증상, 혹은 특성 상태에 따라 분류됨.
 - ④ 4단계 : ADRG에는 다양한 연령층이 포함되어 있고 연령층에 따라 진료내용이나 진료비가 유의한 차이를 보이는 경우가 있어 연령에 따라 ADRG를 추가로 세분화함. DRG의 중증도 분류과정은 3가지임.
 - 동반하는 기타 진단의 중증도 점수를 결정함. 기타 진단의 중증도 점수는 외과환자의 경우 0~4점, 내과환자의 경우 0~3점까지 점수를 부여함. 이 때 표기하는 중증도 점수는 CCL(Complication & Comorbidirty Level)이라고 함.
 - 다음은 한 환자가 2개 이상의 기타 진단을 가질 경우 이를 통합하여 환자단위 중증도 점수를 결정함. 이 때 환자단위 중증도 점수는 PCCL(Patient Clinical Complexity Level)이라고 함.
 - 마지막으로 환자단위 중증도 점수를 이용하여 ADRG별로 중증도 분류단계를 결정함.

24) 건강보험심사평가원. KDRG 분류집(신포괄지불제도용 Version 1.3). 2021.01.

표 14. 입원환자분류체계 (KDRG) 단계별 분류과정

구분	단계별 분류과정
1단계	입원환자를 주진단에 따라 26개 주진단 범주(MDC)중 하나로 분류함.
2단계	수술 시행여부에 따라 외과계 또는 내과계 질병군으로 구분함.
3단계	외과계 질병군은 환자가 받은 수술에 따라 질병군을 결정하고, 내과계 질병군은 주진단명에 따라 질병군을 결정함. 이를 ADRG(Adjacent DRG, 기본 DRG)라 함.
4단계	연령 구분과 기타 진단명을 이용한 중증도 분류를 추가하여 최종 DRG를 결정함. 이를 RDRG(Refined DRG, 최종 DRG)라 함.

자료출처 : 공진선. 신포괄수가제도 발전을 위한 환자분류체계 개발현황과 과제. HIRA 정책동향 2017:11(6):14-23.

○ KDRG 코드구조의 예시는 다음과 같음.

- 예시) Y6201 기타화상, 연령 0-17세



그림 6. 신포괄 KDRG Code 구조 예시 (화상, 0-17세)
 (자료출처 : 건강보험심사평가원. 신포과수가제 시범사업 설명회 자료. 2018.03.22.)

○ 신포괄 KDRG에서 질병군 결정과정을 도식화한 그림은 다음과 같음.

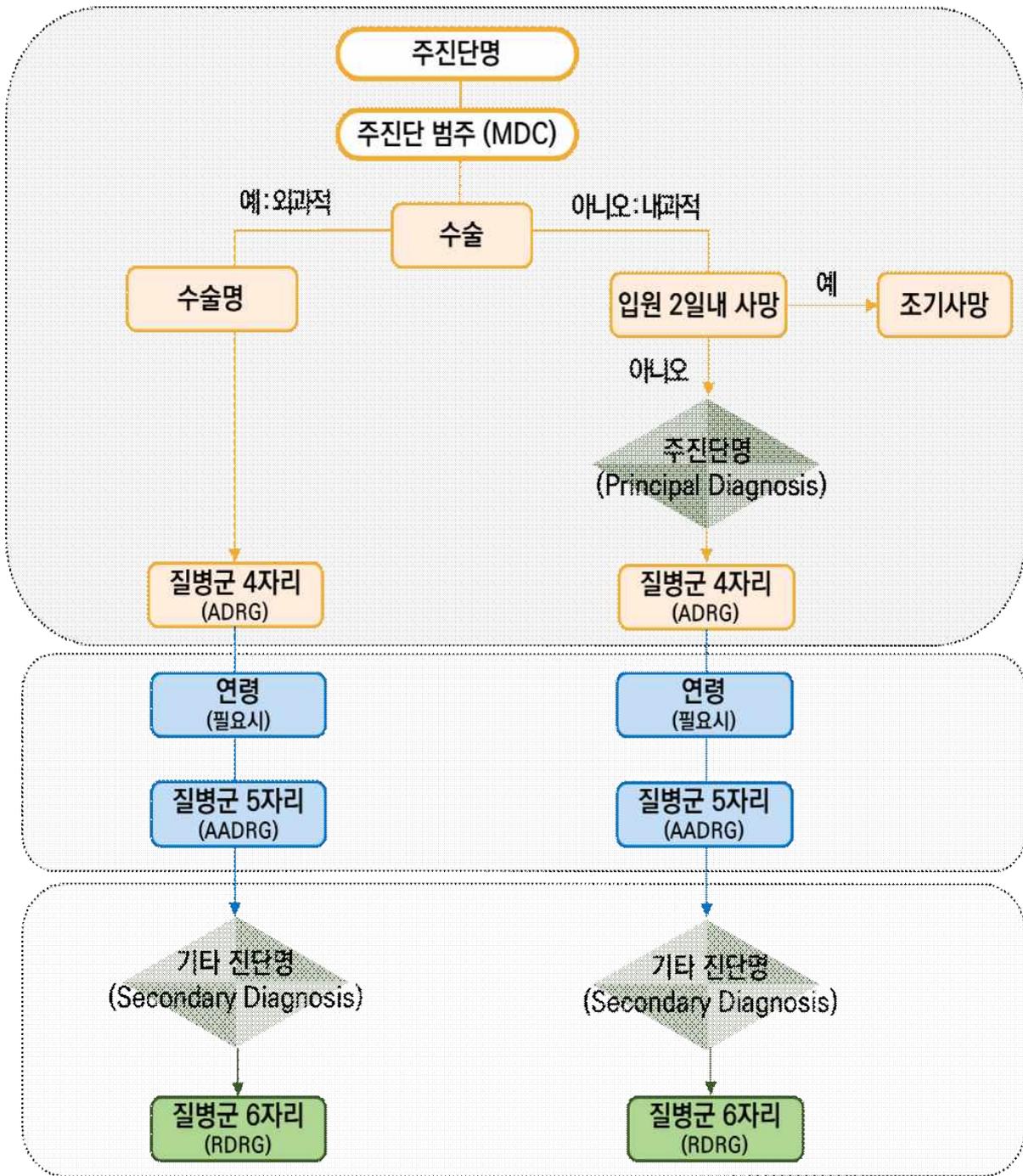


그림 7. 신포괄지불 KDRG 분류체계도

(자료출처 : 건강보험심사평가원. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 2021.11.)

제3절 신포괄지불제도 요양급여(의료급여) 비용산정 방법²⁵⁾

○ 신포괄지불 요양급여(의료급여) 비용의 모형은 다음과 같음.

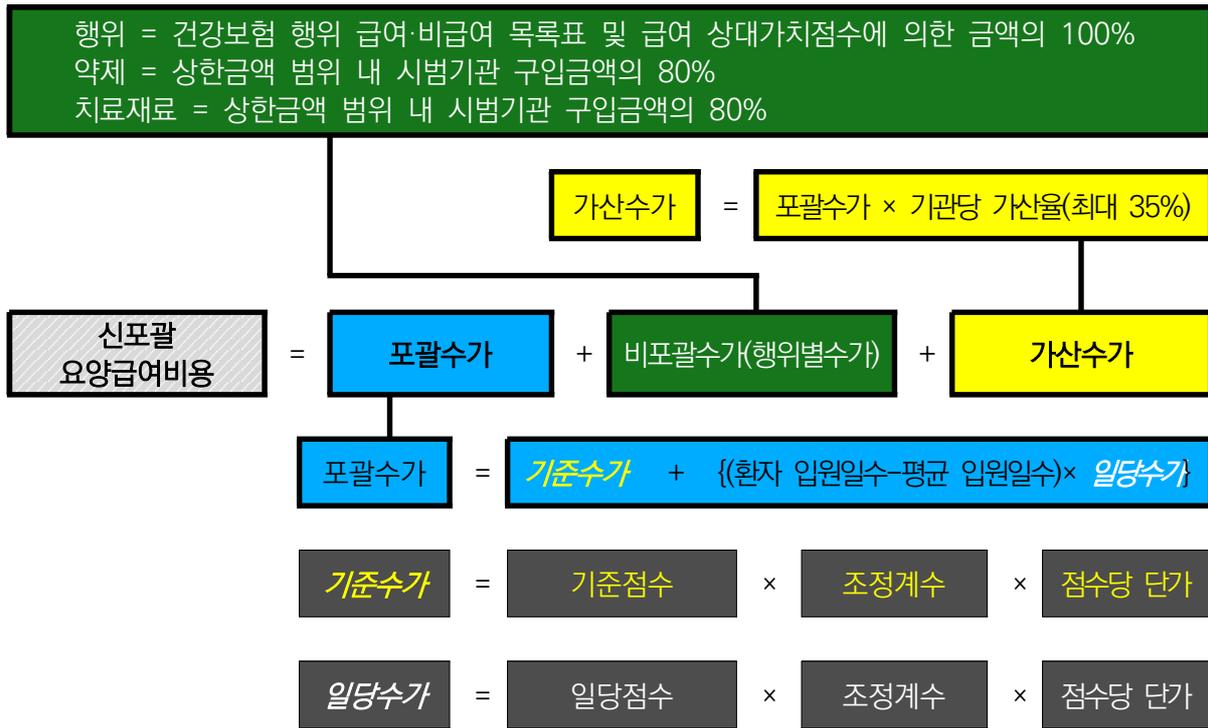
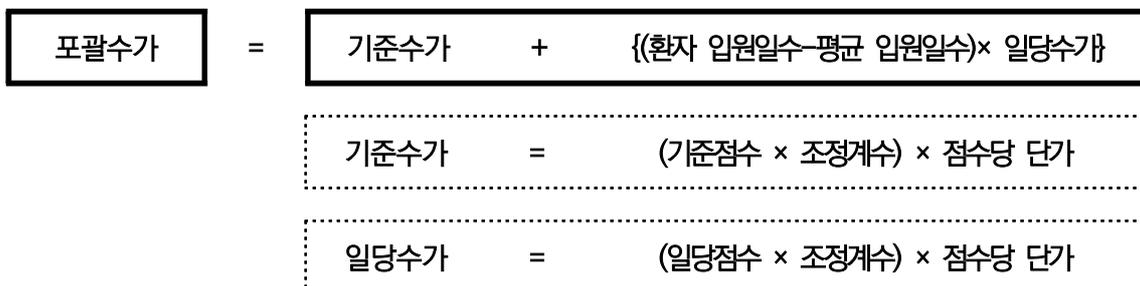


그림 8. 신포괄수가제 비용산정 모형

(자료출처 : 건강보험심사평가원. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 2021.11.)

1. 신포괄지불제도 요양급여(의료급여) 포괄수가 산정방법

○ 포괄수는 기준수에 평균 입원일수와 해당 환자의 입원일수 차이만큼 일당수를 가감해 산출함.



25) 건강보험심사평가원. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 2021.11.

- 기준수가 : 질병군별로 평균 입원일수만큼 입원했을 때 발생하는 건당진료비를 말함.
- 환자 입원일수 : 정상군 환자의 경우 해당 환자의 입원일수, 상단열외군환자의 경우 정상군 상단 입원일수를 말함.
- 평균 입원일수 : 질병군별로 산출된 건당 평균 입원일수
- 일당수가 : 입원일수가 1일 증가함에 따라 추가되는 질병군별로 부여된 조정계수가 반영됨. 다만, 7개 질병군의 경우 기관별 조정계수와 가산수가와 관계없이 종합병원, 병원별로 산정함.

- 기준수를 산출하는데 활용되는 기준점수는 행위별수가제의 상대가치점수와 같은 역할을 함. 기준점수를 도출하기 위해서는 참여병원의 진료행태를 대표할 수 있는 병원으로 기준병원을 선정하여 질병군별 기준점수를 산출함.²⁶⁾
- 2016년에는 3개 의료기관의 3개년(2010.7.~2013.6.) 자료를 통합하여 각 RDRG별 평균재원일수에 일당진료비를 곱하여 산출함. 이후 기준병원 3개소를 추가하여 현재 총 6개소가 선정됨.



그림 9. 기준점수 산출방식 예시 (2016년)

(자료출처 : 김석일 등. 신포괄수가 적정성 연구. 대한의사협회 의료정책연구소 보고서. 2018.)

26) 김석일 등. 신포괄수가 적정성 연구. 대한의사협회 의료정책연구소 보고서. 2018.

- 점수당 단가는 보건복지부 고시 「건강보험요양급여비용의 내역」을 적용함.
- 조정계수는 행위별 진료비와 신포괄 진료비가 동일하게 되도록 기관별, 질병군별(환자특성별)로 반영하는 계수임.
 - 조정계수에 대한 구체적인 내용은 '제4절 조정계수'에서 다루기로 함.
- 가산수가는 포괄수가에 기관당 가산율(최대 35%)을 곱하여 산출함.
 - 가산수가(정책가산)에 대한 구체적인 내용은 '제5절 정책가산'에서 다루기로 함.

2. 신포괄지불제도 요양급여(의료급여) 비포괄수가 산정방법

- 비포괄수가 항목 중 약제·치료재료는 행위별수가의 80%를 산정하고(해당 수가의 20%는 포괄수가 산출시 포함), 행위는 행위별수가의 100%를 산정함.
 - 단, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 관련 [별표2]제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목은 해당 금액의 100%를 산정함.

비포괄수가	=	행위 = 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 의한 금액의 100% 약제 = 상한금액 범위 내 시범기관 구입금액의 80% 치료재료 = 상한금액 범위 내 시범기관 구입금액의 80%
--------------	---	--

3. 신포괄지불제도 요양급여(의료급여) 본인부담 산정방법

1) 포괄수가

- 포괄수가에 대한 본인 일부부담은 질병군별 평균 입원일수를 기준으로 본인부담률을 달리 적용함.
 - 건강보험의 경우 입원시점부터 평균입원일수까지는 본인부담률 20%를 적용함.
 - 평균입원일수를 초과한 날부터 정상군 상한입원일수까지는 동 본인부담률에 3%를 가산함. 다만, 의료급여의 본인 일부부담은 1종은 0%, 2종은 10%를 적용함.

2) 비포괄수가

- 비포괄수가의 본인부담률은 건강보험 20%, 의료급여 1종 0%, 2종 10%를 적용함.

표 15. 신포괄지불 요양급여(의료급여) 비용에 대한 본인부담

구분	정상군 상한일 이하			**정상군 상한일수 초과
	포괄수가		비포괄수가	행위별수가
본인부담률	평균입원일수이하	*평균입원일수초과		
건강보험	20%	23%	20%	20%
의료급여 1종	0%			
의료급여 2종	10%			

자료출처 : 건강보험심사평가원. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 2021.11.

4. 신포괄지불제도 요양급여(의료급여) 포괄수가 비용산정 예시

- 질병군 E80412 (성인의 세균 폐렴, 연령 19-64세, 입원기간 5일)

• 기준점수 = 32,033.87	• 일당점수 = 1,816.06
• 해당기관 내과계 조정계수: 1	• 점수당 단가: 77.3
• 평균입원일수 = 8.06일	• 정상군 입원일수 = 2~22일

표 16. 질병군별 평균입원일수, 정상군 하한-상한 등에 관한 기준 (예, 성인의 세균 폐렴)

질병군				입원일수			기준점수 및 수가		일당점수 및 수가	
AADRG	구분	명칭	RDRG	평균 입원 일수	정상군 하한일	정상군 상한일	기준점수	기준수가	일당점수	일당수가
E8041	내 과 계	성인의 세균 폐렴, 연령 19-64	E80410	8.06	2	22	22,768.55	1,760,010	1,393.46	107,710
			E80411	8.06	2	22	27,479.95	2,124,200	1,646.58	127,280
			E80412	8.06	2	22	32,033.87	2,476,220	1,816.06	140,380
			E80413	8.06	2	22	39,020.20	3,016,260	2,128.68	164,550

자료출처 : 건강보험심사평가원. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 별표 4. 2021.

포괄수가	=	기준수가	+	{(환자 입원일수-평균 입원일수) × 일당수가}
2,046,650	=	2,476,220	+	{(5-8.06) × 140,380}

5. 신포괄지불제도 요양급여(의료급여) 본인부담 비용산정 예시

○ 질병군 B65010 (일과성 대뇌 허혈, 연령 0-49, 입원기간 4일)

<ul style="list-style-type: none"> • 기준점수 = 19,770.32 • 해당기관 내과계 조정계수: 1 • 평균입원일수 = 4.65일 	<ul style="list-style-type: none"> • 일당점수 = 1,453.52 • 점수당 단가: 77.3 • 정상군 입원일수 = 2~15일
--	---

표 17. 질병군별 평균입원일수, 정상군 하한·상한 등에 관한 기준 (예, 일과성 대뇌 허혈)

질병군			입원일수				기준점수 및 수가		일당점수 및 수가	
AADRG	구분	명칭	RDRG	평균 입원 일수	정상군 하한일	정상군 상한일	기준점수	기준수가	일당점수	일당수가
B6501	내 과 계	일과성	B65010	4.65	2	15	19,770.32	1,528,250	1,453.52	112,360
		대뇌	B65011	4.65	2	15	19,770.32	1,528,250	1,453.52	112,360
		허혈	B65012	4.65	2	15	19,770.32	1,528,250	1,453.52	112,360
		연령 0-49	B65013	4.65	2	15	19,770.32	1,528,250	1,453.52	112,360

자료출처 : 건강보험심사평가원. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 별표 4. 2021.

포괄수가	=	기준수가	+	{(환자 입원일수-평균 입원일수) × 일당수가}
1,455,220	=	1,528,250	+	{(4-4.65) × 112,630}
본인부담금	=	포괄수가	×	20% (정상군 상한일 이하 본인부담률)
291,040	=	1,455,220	×	0.2

제4절 조정계수

1. 조정계수 모형

- 신포괄수가제는 2009년 국민건강보험공단 일산병원을 시작으로 2012년 7월에는 39개 지방의료원 입원환자를 대상으로 확대됨. 신포괄지불제도에서 수가는 공단 일산병원에서 개발된 DRG 기초수가를 기본으로 하였음. 그러나 일산병원과 지방의료원 간의 진료상황이 상이하다는 점, 포괄수가제의 도입으로 행위별수가제와 비교하였을 때 병원의 수익이 감소할 수 있다는 우려로 인해 2011년 조정계수가 도입됨.²⁷⁾
- 조정계수의 주요 기능은 크게 2가지임.
 - 첫 째, 기관별 특성 차이에 따른 DRG 수가 보정기능이 있음.
 - 둘 째, 수가변화에 따른 개별병원 손실보전 기능이 있음.

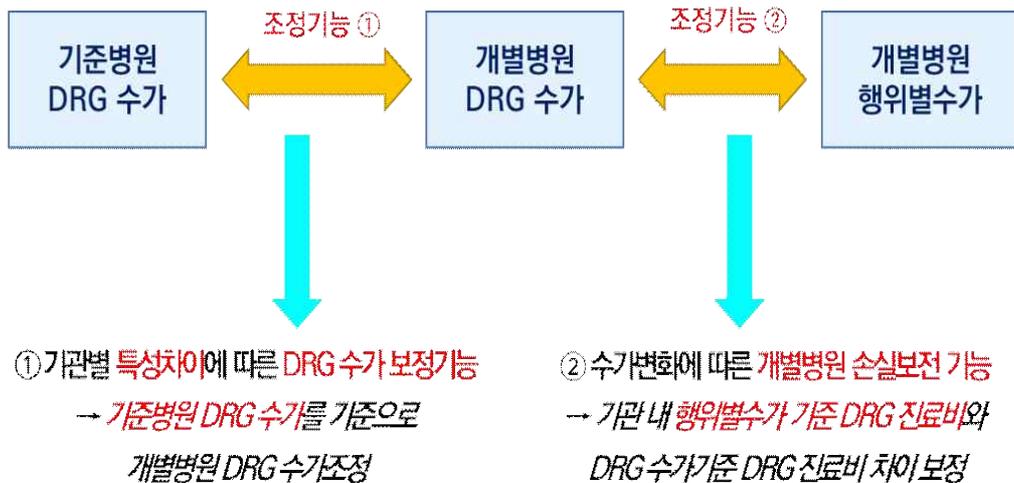


그림 10. 조정계수의 기능

(자료출처 : 신현웅 등. 신포괄수가 정책가산 조정방안 연구. 2016.)

- 조정계수의 결정과 조정에 영향을 미칠 수 있는 변수는 다음과 같음.²⁸⁾
 - 병원별 연인원 기준 전문의 수, 병상수, 연간 입원환자 수
 - 간호사 수 (간호등급)

27) 김윤 등. 신포괄수가 모형개선 연구. 건강보험심사평가원·서울대학교. 2015.

28) 강길원 등. 신포괄수가 조정기전 개발 연구. 건강보험심사평가원·충북대학교. 2014.

- DRG별 입원건수와 진료비, 재입원률 분석을 위한 전체 입원자료
- 보험종별 입원환자 수
- 분만실 설치 및 운영여부
- 중환자실 설치여부, 중환자실 이용 환자수, 중환자실 간호등급
- 지역거점공공병원운영평가 점수

○ 조정계수는 신포괄지불제도 요양급여비용 중 포괄수가 산출 과정에서 활용되고 있음.

$$\boxed{\text{포괄수가}} = \boxed{\text{기준수가} + \{(\text{환자 입원일수} - \text{평균 입원일수}) \times \text{일당수가}\}}$$

$$\text{기준수가} = (\text{기준점수} \times \text{조정계수}) \times \text{점수당 단가}$$

$$\text{일당수가} = (\text{일당점수} \times \text{조정계수}) \times \text{점수당 단가}$$

○ 현재 사용되고 있는 조정계수는 유형별 조정계수와 기관별 조정계수로 구성됨.²⁹⁾

- 유형별 조정계수 : 의료기관 종별, 의료보장 종류 (건강보험, 의료급여), 진료과별 (내과계, 외과계, 정신과) 환자구성지표(Casemix Index, CMI), 장기도지표(Lengthiness Index, LI)를 기준으로 유형 분류 후 산출되며 동일 유형은 동일 조정계수 값이 적용됨.
- 기관별 조정계수 : 기준병원과 개별병원의 진료상황에 대한 차이를 반영하기 위한 조정계수임.
- 현재 유형별 조정계수의 가중치(반영비중)는 0.2, 기관별 조정계수는 0.8(1-0.2)을 적용하고 있음. 즉 기관별 조정계수 반영비중이 0.8로 더 높음.

$$\boxed{\text{조정계수}} = \boxed{\text{[유형별 조정계수} \times \text{가중치]} + \text{[기관별 조정계수} \times \text{(1-가중치)]}}$$

의료기관 종별
 의료보험 종류
 진료과별 CMI
 진료과별 LI

0.2

신포괄수가
 기준 총진료비
 행위별수가
 기준 총진료비

0.8
(1-0.2)

그림 11. 조정계수의 구성

29) 김윤 등. 신포괄수가제 모형 개선 및 의료 질 관리 방안 연구. 건강보험심사평가원·서울대학교. 2020.

2. 기관별 조정계수³⁰⁾

○ 기관별 조정계수는 기준병원 대비 개별병원에 대한 진료상황의 차이를 반영하기 위해 산출되는 값으로 산출방식은 다음과 같음.

1) 1단계 : 신포괄수가 기준 총진료비

○ 기준수가 산출기관에서의 RDRG 단위 수가를 산출하고 이를 개별병원의 RDRG 당 빈도수를 곱하여 RDRG당 신포괄수가 기준 진료비를 계산함. 이후 개별 의료기관의 RDRG당 진료비를 모두 합치면 개별 의료기관의 신포괄수가 기준 총진료비가 산출됨.

2) 2단계 : 행위별수가 기준 총진료비

○ 개별 의료기관에서는 RDRG를 구성하는 행위별수가와 행위 빈도를 곱하여 RDRG당 행위별수가 기준 진료비를 산출함. 이후 개별 의료기관의 RDRG당 행위별수가 기준 진료비를 모두 합치면 개별 의료기관의 행위별수가 기준 총진료비가 산출됨.

3) 3단계 : 개별 의료기관 조정계수

○ 개별 의료기관의 신포괄수가 기준 총진료비의 합을 행위별수가 기준 총진료비로 나누면 개별 의료기관의 조정계수가 산출됨.

○ 기관별 조정계수는 의료보험 유형(건강보험/의료급여), 환자특성(내과/외과/정신과)에 따라 각 기관 단위로 산출함.

- 2015년까지 조정계수는 국민건강보험공단 일산병원 1개 기관만을 기준으로 산출하여, 일산병원의 각 진료과의 건강보험 환자의 조정계수는 1이었음.
- 2016년부터 3개 기관(공단 일산병원, 서울의료원, 부산의료원)을 기준으로 질병군별 기준점수를 산출함에 따라 기본수가를 분모로 하는 조정계수도 같이 변하게 됨.
- 기본수가가 하향 조정되면 조정계수는 상향 조정되고, 반대로 기본수가가 상향 조정되면 조정계수는 하향 조정됨.

30) 신현웅 등. 신포괄수가 정책가산 조정방안 연구. 2016.

○ 기관별 조정계수 산출방식을 도식화한 그림은 다음과 같음.

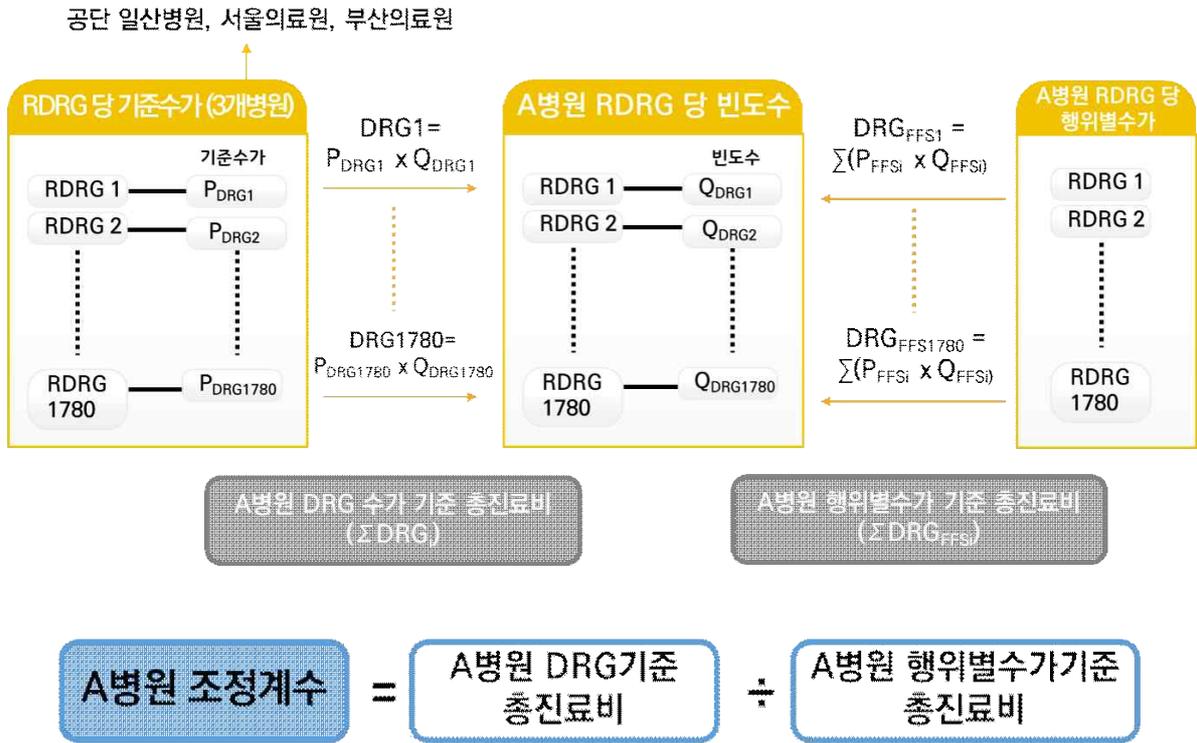


그림 12. 조정계수 산출방식

(자료출처 : 신현웅 등. 신포괄수가 정책가산 조정방안 연구. 2016. 재구성.)

○ 기관별 조정계수를 산출하기 위해 활용되는 기준수가는 과거 3개의 공공병원(국민건강보험공단 일산병원, 서울의료원, 부산의료원)이 기준병원의 역할을 하였으나 민간병원인 순천향대학교 서울병원, 울산대학교병원과 공공병원인 서울특별시 보라매 병원이 추가되면서 총 6개소가 기준병원으로 활용되고 있음.

2016년 기준병원	2018년 기준병원	현행 기준병원
<p>【3개 공공병원】</p> <p>① 국민건강보험공단 일산병원</p> <p>② 서울특별시 서울의료원</p> <p>③ 부산의료원</p>	<p>【1개 공공병원, 2개 민간병원】 추가</p> <p>④ 서울특별시 보라매병원</p> <p>⑤ 순천향대학교 서울병원</p> <p>⑥ 울산대학교병원</p>	<p>① 국민건강보험공단 일산병원</p> <p>② 서울특별시 서울의료원</p> <p>③ 국립중앙의료원 (부산의료원에서 변경)</p> <p>④ 서울특별시 보라매병원</p> <p>⑤ 순천향대학교 서울병원</p> <p>⑥ 울산대학교병원</p>

그림 13. 현행 기준수가 산출을 위한 기준병원 6개소

(자료출처 : 김윤 등. 신포괄수가제 모형 개선 및 의료 질 관리방안 연구. 2020.)

표 18. 2017년도 기관별 조정계수 현황

연번	종별구분	요양기관명	건강보험			의료급여		
			내과계	외과계	정신과계	내과계	외과계	정신과계
1	종합병원	서울적십자병원	0.92	0.94	0.92	0.9	0.93	0.90
2		국립중앙의료원	1.04	1.07	1.01	0.98	1.06	0.98
3		서울특별시 서울의료원	1.14	1.11	1.25	1.13	1.09	1.13
4		부산광역시의료원	1.04	0.99	0.89	1.05	0.99	1.05
5		인천광역시의료원	0.83	0.96	0.81	0.81	0.91	0.81
6		인천적십자병원	0.91	0.92	0.83	0.88	0.84	0.88
7		경기도의료원 의정부병원	0.82	0.90	0.78	0.81	0.87	0.81
8		경기도의료원 포천병원	0.82	0.88	0.76	0.81	0.87	0.81
9		경기도의료원 파주병원	0.86	0.84	0.84	0.81	0.85	0.81
10		경기도의료원 안성병원	0.73	0.84	0.70	0.70	0.78	0.70
11		국민건강보험공단 일산병원	1.17	1.10	1.47	1.15	1.13	1.15
12		경기도의료원 수원병원	0.79	0.92	0.78	0.75	0.84	0.75
13		경기도의료원 이천병원	0.75	0.80	0.78	0.75	0.76	0.75
14		강원도 삼척의료원	0.78	0.89	0.73	0.73	0.82	0.73
15		강원도 영월의료원	0.78	0.86	0.71	0.77	0.85	0.77
16		강원도 원주의료원	0.81	0.88	0.77	0.77	0.82	0.77
17		강원도 속초의료원	0.84	0.92	0.72	0.81	0.85	0.81
18		강원도 강릉의료원	0.75	0.84	0.71	0.74	0.82	0.74
19		충청북도 청주의료원	0.85	0.80	0.73	0.84	0.80	0.84
20		충청북도 충주의료원	0.77	0.89	0.75	0.76	0.89	0.76
21		충청남도 홍성의료원	0.81	0.89	0.67	0.78	0.87	0.78

연번	종별구분	요양기관명	건강보험			의료급여		
			내과계	외과계	정신과계	내과계	외과계	정신과계
22	종합병원	충청남도 공주의료원	0.81	0.88	0.82	0.79	0.87	0.79
23		충청남도 천안의료원	0.79	0.85	0.74	0.77	0.86	0.77
24		충청남도 서산의료원	0.68	0.76	0.70	0.68	0.66	0.68
25		전라북도 남원의료원	0.79	0.86	0.69	0.77	0.82	0.77
26		전라북도 군산의료원	0.99	0.94	1.20	0.96	0.86	0.96
27		목포시의료원	0.85	0.77	0.79	0.80	0.81	0.80
28		경상북도 포항의료원	0.71	0.76	0.69	0.72	0.75	0.72
29		대구의료원	0.94	0.89	0.79	0.89	0.85	0.89
30		경상북도 안동의료원	0.76	0.86	0.72	0.76	0.81	0.76
31		경상북도 김천의료원	0.80	0.88	0.65	0.78	0.86	0.78
32		상주적십자병원	0.85	0.91	0.75	0.82	0.91	0.82
33		경상남도 마산의료원	0.81	0.81	0.81	0.78	0.79	0.78
34		제주특별자치도 서귀포의료원	0.91	0.96	0.89	0.89	0.93	0.89
35		병원	인천광역시의료원 백령병원	0.65	0.73	0.54	0.64	0.66
36	진안군의료원		0.70	0.79	0.54	0.69	0.80	0.69
37	전라남도 강진의료원		0.71	0.73	0.56	0.69	0.72	0.69
38	전라남도 순천의료원		0.65	0.78	0.62	0.64	0.74	0.64
39	울진군의료원		0.81	0.87	0.61	0.79	0.87	0.79
40	통영적십자병원		0.69	0.83	0.68	0.67	0.81	0.67
41	거창적십자병원		0.75	0.78	0.62	0.73	0.88	0.73
42	제주특별자치도 제주의료원		0.67	0.73	0.72	0.74	0.66	0.74

3. 유형별 조정계수³¹⁾

1) 현행 유형 분류 기준

- 의료기관 종별, 의료보장 종류(건강보험, 의료급여), 진료과별(내과계, 외과계, 정신과)로 구분 후 기관별 환자구성지표(CMI)와 장기도지표(LI)를 산출함.
- 환자구성지표(CMI) : 해당 요양기관의 중증환자 비율의 상대적 크기로서, 상대지표 1을 기준으로 1보다 높으면 동일 유형의 다른 기관에 비해 중증환자가 많다고 판단함. 동일 질병군 환자에 대해 진료비 지출이 많을수록 치료강도가 높은 중증환자로 가정함.
- 장기도지표(LI) : 해당 요양기관의 정원일수의 상대적 크기로서, 상대지표 1을 기준으로 1보다 크면 적정입원일수로 기대되는 것에 비해 많다고 판단함.

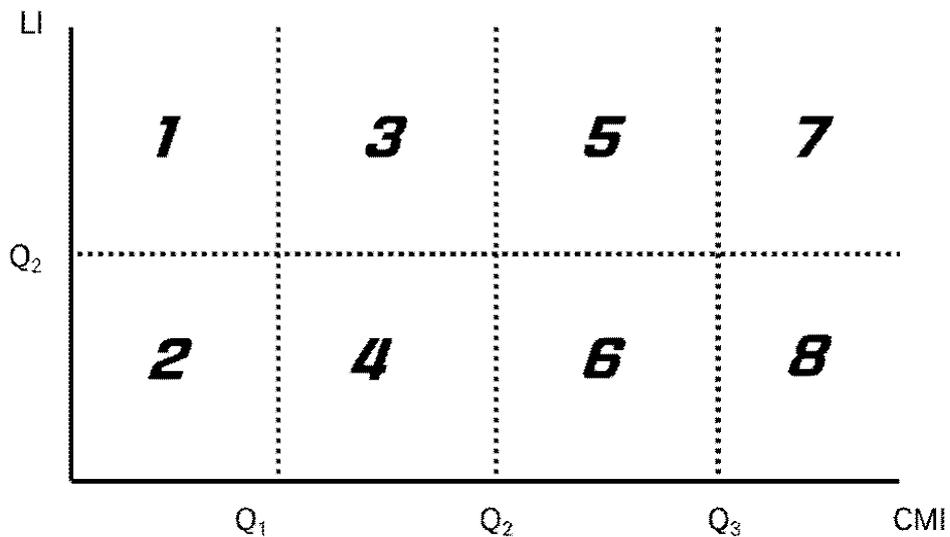


그림 14. 환자구성지표 및 장기도 지표에 따른 유형별 분류기준 (8개 그룹)
(자료출처 : 김윤 등. 신포괄수가제 모형 개선 및 의료 질 관리방안 연구. 2020.)

- 정신과의 경우 종별 구분 없이 통합하여 산출하며, 장기도지표(LI) 기준에 따른 그룹 간 차이가 통계적으로 유의하지 않아 환자구성지표(CMI)에 따른 4개 그룹으로만 분류함. 의료급여 정신과의 경우 통계값 산출을 위한 표본이 충분치 않아, 의료급여 내과 조정계수를 차용함.

31) 김윤 등. 신포괄수가제 모형 개선 및 의료 질 관리 방안 연구. 건강보험심사평가원·서울대학교. 2020.

2) 현행 유형 분류 기준의 한계

- 현행의 의료기관과 유형 구분은 실제 진료기능과 일치하지 않음. 예로 중증도는 낮으나 진료비가 높아 환자구성지표(CMI)가 높게 산출되는 정형외과의 비중이 높은 경우 CMI/LI 그룹 유형에서 상위그룹으로 구분되는 한계가 존재함.
- 신포괄지불제도 적용기관을 추후 전체 의료기관으로 확대할 경우 총 120개의 유형이 생성되어 관리가 복잡하고 유형분류의 의미가 희석되는 문제가 나타날 수 있음.
 - 의료보험 종류(건강보험, 의료급여), 의료기관 종별, 진료과별(내과계, 외과계, 정신과)로 구분한 후 유형을 분류하게 되므로 고려해야 하는 유형의 수가 많아짐. 현재 신포괄지불 시범사업에 참여하는 기관은 주로 종합병원으로 전체 기관으로 확대될 경우, 종별 구분에 따른 유형이 추가되면서 유형의 갯수가 많아지는 우려가 있음.
- 이에 김윤 등(2020)의 연구에서는 이러한 한계점에 대한 대안으로 진료 기반에 따라 의료기관의 진료기능과 특성을 재정리해 유형별 조정계수 산출을 활용하는 방안을 검토하여 보고한 바 있음.
 - 여러 변수에 따라 의료기관을 ‘3차병원, 포괄2차, 일반2차, 제한2차, 전문단과병원, 아급성기병원, 요양형병원’으로 분류함.



그림 15. 현행 유형 분류 기준 유지시 변화 (건강보험 가입자 구분)

(자료출처 : 김윤 등. 신포괄수가제 모형 개선 및 의료 질 관리방안 연구. 2020.)

3) 현행 분류기준에 따른 유형별 조정계수 분석

- 김윤 등(2020)의 연구에서는 현행 환자구성지표(CMI), 장기도지표(LI)을 따른 상급종합병원, 종합병원, 병원의 진료과별(내과, 외과, 정신과) 조정계수를 분석함.
 - 기준 그룹을 4로 설정하여 상대적인 조정계수를 산출하였고, ① 종합병원이면서, ② 건강보험, ③ 내과를 기준으로 하였을 때 유형 1은 유형 4 의료기관보다 평균 예측진료비가 0.66배이며, 유형 8은 유형 4보다 평균 예측진료비가 1.47배 인 것으로 나타남.

표 19. 현행 유형 분류 기준에 따른 조정계수 분석 결과 (내과, 외과)

유형	상급종합병원				종합병원				병원			
	건강보험		의료급여		건강보험		의료급여		건강보험		의료급여	
	내과	외과	내과	외과	내과	외과	내과	외과	내과	외과	내과	외과
1	0.92	0.9	0.94	0.00	0.66	0.68	0.73	0.71	0.69	0.52	0.72	0.60
2	0.93	0.91	0.95	0.92	0.83	0.83	0.84	0.80	0.83	0.73		
3	1.00 (기준 그룹)	0.97	0.97	0.97	0.77	0.83	0.84	0.88	0.84	0.87	1.00	1.00
4		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		
5	1.01	1.04	0.99	1.00	0.98	1.01	0.99	1.03	1.02	1.04	0.00	1.17
6	1.03	1.08	1.05	1.10	1.16	1.16	1.15	1.16	1.12	1.16	1.13	1.24
7	1.04	1.30	1.06	1.13	1.29	1.42	1.23	1.24	1.54	1.34	1.51	1.43
8	1.16		1.1	1.25	1.47	1.52	1.36	1.43	1.54	1.52		1.62

자료출처 : 김윤 등. 신포괄수가제 모형 개선 및 의료 질 관리방안 연구. 2020.

표 20. 현행 유형 분류 기준에 따른 조정계수 분석 결과 (정신과)

유형	정신과	
	건강보험	의료급여
1	0.58	0.67
2 (기준그룹)	1.00	1.00
3	1.16	1.17
4	1.96	1.34

자료출처 : 김윤 등. 신포괄수가제 모형 개선 및 의료 질 관리방안 연구. 2020.

제5절 정책가산

1. 정책가산 항목 및 비율³²⁾

- 신포괄지불제도하에서 정책가산은 참여기관들에게 신규 사업추진으로 인해 발생하는 비용을 인센티브 형태로 보상하고자 2012년 7월부터 적용되기 시작함.
 - 정책가산의 목표는 신포괄수가제의 부작용을 최소화하면서, 공공의료서비스 제공비용에 대해 보상하고 시범사업의 참여를 유도하기 위함임.

- 정책가산의 항목과 비율은 점진적으로 증가하여 현재 의료기관 당 최대 35%까지의 가산을 적용받을 수 있음.
 - '13.7월부터 참여여부, 효율성, 공공적 특성에 각각 포괄수가 비용의 5%씩 최대 15%까지 인센티브를 지급하였으며, '15.4월부터 지방의료원의 공익적 역할 수행에 따른 적자를 지원하기 위해 신포괄수가 인센티브를 기존 15%에서 35%로 상향 조정함.

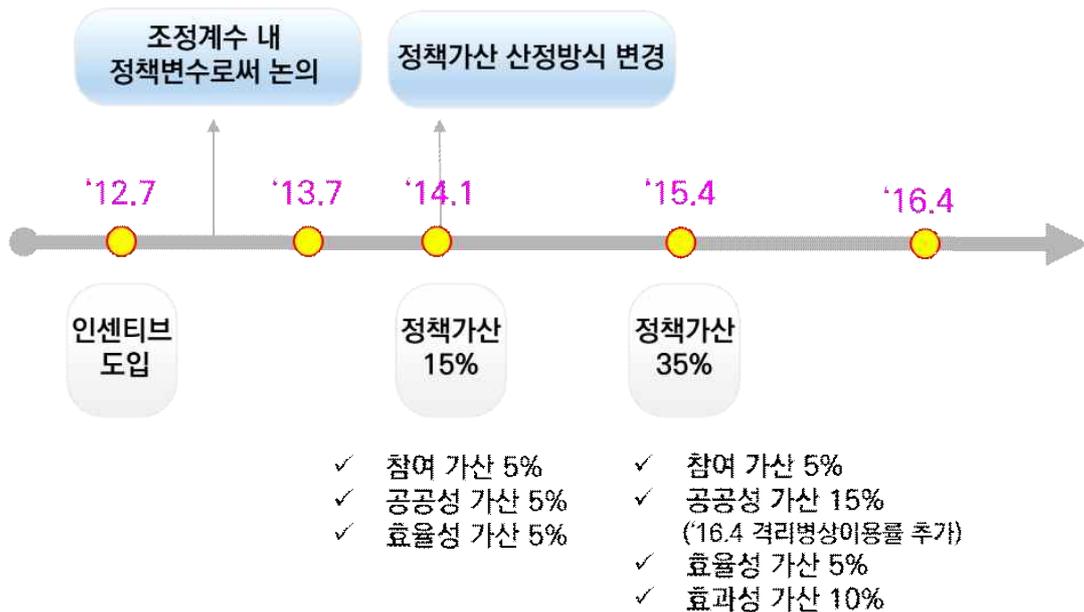


그림 16. 정책가산 제도 개선 과정
(자료출처 : 신현웅 등. 신포괄수가 정책가산 조정방안 연구. 2016.)

32) 신현웅 등. 신포괄수가 정책가산 조정방안 연구. 2016.

- 정책가산은 신포괄수가제 도입 및 확대를 위해 일정 부분 기여한 것으로 평가되고 있으며, 주되게 지방의료원의 시범사업 참여와 공익적 기능에 대한 손실비용을 보전하는데 기여했다고 평가됨.
- 정책가산은 포괄수가 기반으로 산출되는 구조로, 정책가산 금액은 포괄수가 금액에 의해 결정됨. 따라서 ‘포괄수가’ 산출방식이 변화하면 정책가산 규모 및 유인구조도 변화함. 즉, 조정계수의 규모에 따라 포괄수가 규모도 변화하고 이에 따라 정책가산 규모도 변화하는 것임.

정책가산	=	포괄수가	×	기관당 가산율 (최대 35%)
------	---	------	---	------------------

- 정책가산의 평가영역 및 세부 평가지표는 다음과 같음.
 - 가산항목은 참여, 자료의 질, 공공성, 의료의 질, 효율·효과성, 비급여 관리가 있음.³³⁾
 - 세부항목으로는 참여 영역이 3%, 자료의 질 영역은 최대 6% 가산율로 수가자료, 원가자료, 진료비 청구심사자료, 의료의 질 평가자료, 수가 및 원가자료의 정확도가 포함됨. 또한 의무기록 필수항목 기재율, 진단코딩 정확도 및 향상활동이 포함됨.
 - 공공성 영역은 최대 9% 가산율로 형평성 항목에 의료급여(차상위) 환자 비율이, 접근성은 의료취약지인 경우 가산됨. 필수시설로는 중환자실, 응급의료기관 평가등급, 음압 격리실 운영여부, 분만실·호스피스병동·재활의학과·정신과병동 중 2개 이상 운영할 경우 가산됨.
 - 의료의 질 영역도 최대 9% 가산율이며 통합간호등급, 간호·간병통합서비스 병상점유율, 환자안전 Alert시스템 운영 및 활용, 환자인식시스템 운영, 표준진료지침(CP) 운영, 재입원비 외래방문횟수비, 의료기관 인증여부 항목이 포함됨.
 - 효율·효과성은 최대 5%로 병상활용도, 기관경영수지, 생산성, 효율성이 가산되며, 비급여 관리의 경우 비급여 비중에 따라 2%가, 공공의료기관일 경우 비급여 개선도에 따라 1%가 추가 가산됨. 민간의료기관의 경우에는 3% 이상의 가산비율이 주어지 공공의료기관보다 가산비율이 높음.

33) 일부 지표의 경우 공공병원과 민간병원 구분하여 적용함.

표 21. 2022년 신포괄지불제도 참여기관 대상 정책가산 평가항목 및 비율

영역		최대비율	세부지표	비율	
참여 (3%)	1. 참여	3%	참여	3.0	
자료의 질 (6%)	2. 자료의 질 및 정확도	3%	수기자료	0.5	
			원기자료	0.5	
			진료비 청구심사자료	0.5	
			의료의 질 평가자료(외래포함)	0.5	
			(수가) 자료의 정확도	0.5	
			(원가) 자료의 정확도	0.5	
3. 정보관리	3%	의무기록 필수항목 기재율	1.0		
		진단코딩 정확도 및 향상활동	1.5		
		POA 청구정확도	0.5		
공공성 (9%)	4. 형평성	4%	의료급여(차상위 포함) 환자비율	4.0	
	5. 접근성	1%	의료취약지	1.0	
	6. 필수시설	3%	중환자실 운영여부	0.5	
			응급의료기관 평가등급	0.5	
			음압격리실 운영여부	1.0	
			분만실	中 2개 이상 운영여부	1.0
			호스피스병동		
	재활의학과				
정신과병동					
7. 감염병 관리	1%	감염병표본관리 여부	0.5		
		격리병상이용률	0.5		
의료의 질 (9%)	8. 통합간호등급	2%	통합간호등급	2.0	
	9. 간호·간병통합서비스병상점유율	2%	간호·간병통합서비스 병상점유율	2.0	
	10. 의료의 질 정보관리	2%	환자안전 Alert시스템 운영 및 활용	0.5	
			환자인식시스템 운영	0.5	
			표준진료지침(CP) 운영	1.0	
	11. 재입원 및 외래관리	2%	재입원비	1.0	
			외래방문횟수비	1.0	
12. 의료기관 인증	1%	의료기관 인증 여부	1.0		
효율·효과성 (5%)	13. 경영성과 ¹⁾	5%	병상활용도	5.0	
			기관경영수지		

영역		최대비율	세부지표	비율
			생산성	
			효율성	
비급여 관리 (3, 3+ α %)	14. 비급여 관리	(공공) 3% (민간) 3+ α %	비급여 비중	2.0
			(공공) 비급여 개선도 ¹⁾	1.0
			(민간) 비급여 개선도 ²⁾	1+ α

자료출처 : 건강보험심사평가원. 2022년 적용 신평괄 정책가산 평가계획. 2021.

1) 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조에서 정한 공공보건의료기관을 대상으로 함

2) 공공보건의료기관을 제외한 기관을 대상으로 함

※ 2022년 신평괄 정책가산에 대한 자세한 평가계획은 부록2에 수록함.

**제4장 신포괄지불제도
시범사업 영향평가 선행연구**

제1절 시범사업 영향평가 선행연구 개요

- 신평괄지불제도 시범사업은 공급자의 적정진료를 유도하고 효율성, 보장성, 의료의 질 등을 확보하기 위해 시작된 새로운 지불제도임.
- 2009년 건강보험공단 일산병원을 시작으로 대상 질병군 및 기관수를 지속 확장하여 시범사업을 운영 중에 있으며, 이와 동시에 새롭게 도입되는 지불제도에 대한 사업 효과성 평가 및 모형 개선을 위한 다양한 연구가 지속적으로 이루어져 왔음.
- 이번 장에서는 기존에 수행되었던 여러 연구 중 실제 의료비 청구내역 분석 등을 통해 시범사업 영향을 평가한 연구 결과를 고찰하여 시범사업으로 인한 진료비 및 의료행태 변화, 의료 질 개선 결과 등에 대해 살펴보고자 함. 선행연구 결과는 진료비용 변화, 열외군 분포, 중증도 변화, 재원일수, 의료서비스 제공량, 재입원율 등을 중심으로 살펴봄.
- 시범사업 기간별로 검토한 연구 자료는 다음과 같음.

표 22. 시범사업별 평가 연구 현황

구분	1차	2차	3차	4차	5차
사업 기간	'09.4~'10.6	'10.7~'11.6	'11.7~'12.6	'12.7~'13.6	'13.7~ 현재
대상 기관	일산병원	일산병원	일산병원/ 공공병원(3)	일산병원/ 공공병원(40)	일산병원/ 공공병원 민간병원
대상 질병군	20개	76개	553개/76개	550개	567개
연구	한동운(2010)	한동운(2012)	권순만(2013)	박은철(2014)	신현웅(2020)

제2절 시범사업 영향평가 선행연구 결과

1. 1차 시범사업³⁴⁾

○ 1차 시범사업 대상기관인 건강보험공단 일산병원의 2009년 7월~ 2010년 6월까지 퇴원환자 중 신포괄지불제도 대상 20개 질환군 3,606건을 대상으로 분석을 시행하였음. 시범사업 결과는 크게 진료비용, 의료제공량 변화 등으로 나누어 평가하였음.

1) 진료비용

- 신포괄지불제도에 의한 전체진료비는 약 105억 원이었으며 이 중 보험자 부담은 66.3%, 환자부담은 33.7%였음.
- 이를 행위별수가제로 적용하였을 때는 전체 진료비는 약 102억 원으로 보험자부담과 환자부담은 각각 62.3%, 37.7%였음. 행위별로 지불되는 진료비에 비하여 신포괄로 지불될 때 진료비가 2.9% 높았고, 보험자 부담금이 9.5% 증가한 반면, 환자부담은 7.9% 감소하였음.
- 신포괄지불제도에서 비급여 진료비는 19억 원이었는데, 행위별수가제를 적용하였을 때는 22억 8천만 원으로 행위별수가제에 비해서 신포괄 진료비가 16.7% (3억 8천만원) 감소하였음.

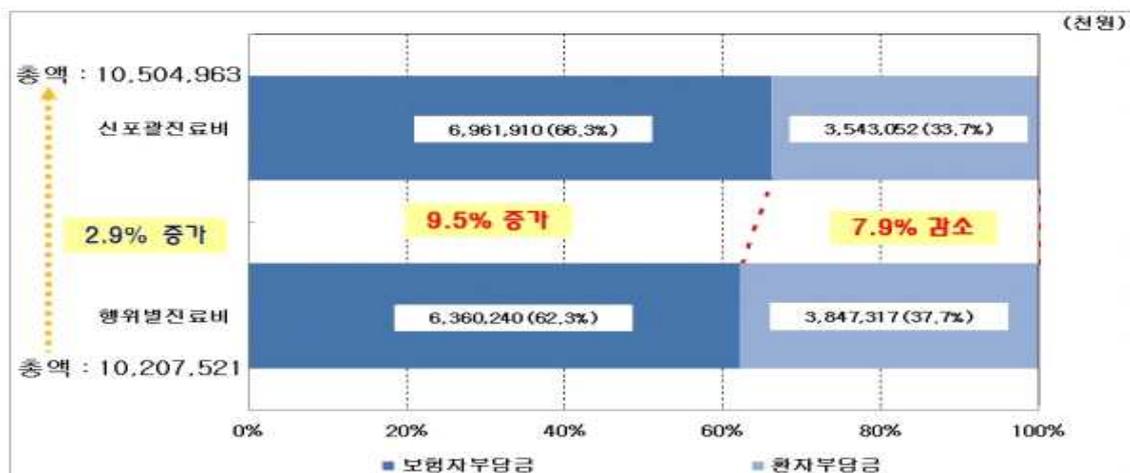


그림 17. 1차 시범사업의 행위별 진료비 대비 신포괄 진료비의 보험자 부담 및 환자부담의 변화

34) 한동운 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원. 2010. 재구성.

2) 열외군 분포

- 시범사업 대상 20개 질환군에 대해서 재원 기간이 하한에 미달하는 하단 열외군과 상한을 초과하는 상단 열외군은 각각 4.3%(154건), 2.6%(94건)이었으며 증증도별로는 매우 다양한 분포를 보였음.

3) 증증도

- 증증도 '0'이 전체의 79.8%를 차지하였으며 '1','2','3'이 각각 16.0%, 3.4%, 0.8%를 차지하였음.

4) 재원일수

- 신포괄수가 적용에 따른 재원일수 변화를 살펴보면 질환군별로 달랐는데, 신포괄수를 적용한 환자에서 입원기간이 더 긴 질환군이 13개 질환, 행위별수를 적용하였을 때 입원 기간이 더 긴 질환군이 7개였으나 유의한 차이는 없었음.

5) 의료서비스 제공량

- 투약 및 조제료, 처치 및 수술료 등 의료서비스 제공량의 변화는 전반적으로 증가하는 방향이었으나, 통계적으로 유의하지 않았음.
- 따라서 이 분석 결과만으로 신포괄지불제도가 의료제공량을 줄일 수 있는 지불제도인지에 대하여는 확인할 수 없었음.

2. 2차 시범사업³⁵⁾

- 2차 시범사업 대상기관인 건강보험공단 일산병원의 2010년 7월~ 2011년 6월까지 퇴원환자 중 신포괄지불제도 대상 76개 질환군 11,950건을 대상으로 분석을 시행하였음. 시범사업 결과는 크게 진료비용, 의료서비스 제공으로 나누어 평가하였음.

1) 진료비용

- 전체 신포괄진료비는 약 300억 원 수준으로 포괄 진료비가 52.6%, 비포괄 진료비(비급여 및 열외군 포함)는 47.4%였음. 행위별 진료비로 환산한 전체 진료비는 약 293억 원으로 신포괄진료비가 행위별 진료비에 비해서 2.1% 많았음.
- 신포괄 진료비중 보험자부담은 70.2%, 환자부담은 29.7%로 행위별 진료비 대비 보험자 부담금은 8.1% 증가하고 환자부담금은 9.2% 감소하였음.

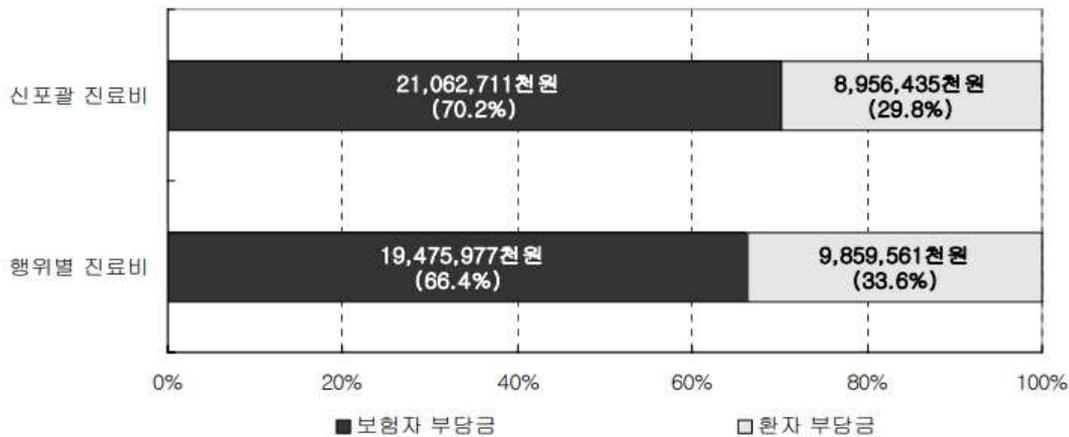


그림 18. 2차 시범사업의 행위별 진료비 대비 신포괄 진료비의 보험자 부담 및 환자부담의 변화

- 시범사업 전과 후의 진료비 변화를 살펴보면 급여와 전체 진료비는 시범사업 이후 증가하였고, 비급여 진료비는 감소하였음. 전체 진료비는 진찰료, 검사료, CT료, MRI료 등 4개 항목에서는 감소하였고, 나머지 항목에서는 증가하였음.
- 환자부담금과 비급여 진료비의 감소는 신포괄지불제도 도입을 계기로 일부 비급여 항목이 급여항목으로 이동했기 때문임. 이는 건강보험의 보장성 강화라는 측면에서 긍정적인 것은 하나, 향후 시범사업 대상 질환의 확대 및 대상 기관의 확대를 고려할 때, 보험자의 재정부담 요인으로 작용할 가능성이 있음.

35) 한동운 등. 신포괄지불제도 제2차 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원. 2012. 재구성.

2) 열외군 분포

- 재원 기간이 하한에 미달하는 하단 열외군과 상한을 초과하는 상단 열외군은 각각 4.6%(551건), 3.6%(436건)이었음.

3) 중증도

- 중증도 '0'이 전체의 77.5%를 차지하였으며 '1','2','3'이 각각 14.3%, 6.5%, 1.6%를 차지하였음.

4) 재원일수

- 2차 평가연구에서 76개 질병군 중 시범기관의 재원일수가 증가한 것은 42개 질병군이며, 감소한 것은 34개 질병군이었음(유의수준 0.05에서 재원일수가 유의하게 증가한 것은 2개 질병군, 유의하게 감소한 것은 1개 질병군).

5) 의료서비스 제공량

- 의료서비스 행위량 변화를 내과계 질병군과 외과계 질병군으로 나누어 살펴보면, 내과계는 행위별수가 병원과 비교하여 다소 증가한 질병군이 많았으며, 외과계는 감소한 질병군이 많았음.
- 특히 내과 1계열(호흡기계, 소화기계 질병군)에서 치료재료, 약제, 주사 등이 감소하는 경향이 나타났음. 다른 내과 계열이나, 외과 계열에서도 이러한 경향이 상대적으로 적기는 하지만 어느 정도 나타났음.
- 그러나 이러한 경향이 2차 시범사업에 접어들면서 의료진의 동기부여가 점차 가시화되어 나타난 결과인지 여부는 좀 더 시행하면서 판단할 필요가 있음. 행위별 급여범위에 서만 분석된 것이라는 점도 고려하여야 함.

○ 외국의 관련 연구에서는 재원일수의 감소, 입원 전후로의 전이, 조기 퇴원으로 인한 환자들의 불만, 재입원율의 증가 문제 등이 측정되나, 2차 시범사업은 아직까지 이러한 변화를 확인하기 힘든 구조임.

○ 이 연구에서는 의료서비스 제공량의 차이가 있는 것으로 나타나고 있으나, 각각에 대한 해석에 있어 유의해야 함. 의료서비스 제공량과 재원 기간의 차이 유무만 가지고는 제도의 적절성에 대해 단정적으로 평가할 수 없음.

3. 3차 시범사업³⁶⁾

- 신포괄수가제도 시범사업에 참여하고 있는 건강보험공단 일산병원의 진료비 자료와 3개 지방의료원(대구, 남원, 부산의료원)의 수가 개발 및 평가자료를 활용하여 분석하였음. 단, 부산의료원의 경우 자료의 제한으로 시범사업 기간 중 2011년도 하반기 자료만 분석을 실시함.
- 신포괄수가제도 도입에 따른 진료비 및 재원일수의 변화에 대한 대조군 기관과의 비교 분석을 위해 건강보험공단의 2008-2012년 진료비 청구자료를 활용하였음.
- 분석을 통해 보험자 및 보험부담(비급여포함), 행위별수가 대비 진료비 차이 분석, 의료 서비스 제공 행태 및 의료 질의 변화 등을 살펴보았음. 일산병원과 지방의료원의 사업참여 대상범위가 상이하여 사업 분석결과를 분리하여 제시하였음.

1) 진료비용

① 건강보험공단 일산병원

- 일산병원 3차 시범사업 대상 질병군(553개)의 시범사업 기간 내 발생 건수는 27,361건으로 총진료비는 약 616억 원이었음. 그 중 공단부담금은 71.9%, 급여 환자부담금 급여 영역은 13.4%, 비급여 영역은 약 14.7%이었음
- 시범사업 대상 질병군 확대에 따른 건당 진료비 변화는 질병군에 따라 그 추이가 다르게 나타났으나 전체적으로 기타 비급여 진료비는 도입 직후 급격하게 감소하는 추세를 보인 반면, 급여 영역의 진료비는 도입 직후 증가하였다가 이후 감소하거나 안정되는 것으로 나타남.
- 시범사업 대상 질병군 확대에 따라 단계별 분석을 실시한 결과 신포괄수가제 도입 이후 시범사업 대상 질병군별로 총진료비, 공단부담금, 환자부담금(급여)은 모두 대조군 병원에 비해 유의하게 증가하였음.

② 3개 지방의료원

- 3개 지방의료원의 시범사업 대상 질병군의 시범사업 기간 간 발생 건수는 대구의료원 5,363건, 남원의료원 3,656건, 부산의료원 1,187건이었음.

36) 권순만 등. 신포괄수가제도 모형평가 및 개선방안 연구. 국민건강보험공단. 2013. 재구성.

- 대구의료원 시범사업 대상 질병군의 총진료비는 약 67억 원이었고, 공단부담금 73.4%, 환자부담금 중 급여진료비 15.6%, 비급여 진료비 11.0%로 구성됨.
- 남원의료원 시범사업 대상 질병군의 총진료비는 약 45억 원이었고, 공단부담금 74.1%, 환자부담금 중 급여진료비 19.2%, 비급여 진료비 6.7%로 구성됨.
- 부산의료원 시범사업 대상 질병군의 총진료비는 약 30억 원이었고, 공단부담금 77.7%, 환자부담금 중 급여진료비 14.0%, 비급여 진료비 8.3%로 구성됨.



그림 19. 기관별 신포괄 진료비 부담 구성비

1) 일산병원의 3차 시범사업 대상 질병군 중 빈도가 30건 미만인 질병군은 제외

2) 행위별수가 대비 신포괄 진료비 차이

① 건강보험공단 일산병원

- 일산병원 3차 시범사업 대상 신포괄 진료비와 행위별 진료비의 평균 차이는 약 77,000원으로 신포괄 진료비가 행위별 진료비보다 약 1.03배(102.9%) 많은 것으로 나타남.

② 3개 지방의료원

- 시범사업 대상 질병군에 대한 평균 신포괄 진료비와 행위별 진료비의 평균 차이는 대구의료원이 약 53,000원(약 0.96배) 더 적었고, 남원의료원은 약 1,000원 차이로 거의 없었으며, 부산의료원은 약 90,000원(약 1.04배) 더 많았음.

표 23. 기관별 신포괄 진료비와 행위별 진료비 차이

단위 : 천 원, %

기관	건당 진료비(천원)		신포괄-행위별 진료비 차이 (천원)	신포괄/행위별 (%)
	신포괄	행위별		
일산병원	2,692	2,616	77	102.9
대구의료원	1,253	1,305	-53	96.0
남원의료원	1,247	1,248	-1	99.9
부산의료원	2,558	2,467	91	103.7

3) 열외군 분포

① 건강보험공단 일산병원

- 평균 열외군 분포 현황은 상단열외군 4.6%, 하단 열외군 4.1% 이었음.

② 3개 지방의료원

- 대구의료원의 평균 열외군 분포 현황은 상단열외군 25.0%, 하단 열외군 1.9% 이었음. 대구의료원은 일산병원에 장기입원이 많은 경향을 보여 상단 열외군 비율이 높았음.
- 남원의료원의 평균 열외군 분포 현황은 상단열외군 5.9%, 하단 열외군 9.0% 이었음.
- 부산의료원의 평균 열외군 분포 현황은 상단열외군 14.3%, 하단 열외군 6.1%로 상단 열외군 비율이 높은 편이었음.

4) 중증도

① 건강보험공단 일산병원

- 3차 시범사업의 중증도 분포는 중증도 '0'이 전체의 79.2%를 차지하였으며 '1', '2+3'이 각각 13.1%, 7.8%를 차지하였음.

② 3개 지방의료원

- 3개 지방의료원의 시범사업 전 중증도 분포는 중증도 '0'이 전체의 44.6%를 차지하였으며 '1', '2+3'이 각각 29.0%, 26.4%를 차지하였음.
- 시범사업 기간 내 질병군의 중증도별 비율은 중증도 '0'이 전체의 79.4%를 차지하였으며 '1', '2+3'이 각각 14.4%, 6.2%를 차지하여, 시범사업 전후를 비교해보면 시범사업

대상 질병군의 중증도 0 비율이 증가하고 1-3의 비율은 감소하여 낮아지는 추세를 보임.

5) 재원일수

① 건강보험공단 일산병원

- 일산병원의 3차 시범사업 대상의 평균 재원일수는 8.2일로 정신과계 및 외과계 질병군이 대부분 길게 나타났으나 시범사업 도입 이후 재원일수의 변화는 뚜렷하게 나타나지 않음.

② 3개 지방의료원

- 시범사업 대상 질병군의 평균 재원일수는 대구의료원 9.2일, 남원의료원 8.1일, 부산의료원 12.0일이었음.
- 3개 의료원의 시범사업 대상 질병군의 시범사업 전후 변화를 살펴보면 대구의료원과 남원의료원은 평균 재원일수가 각 2.3일, 1.5일 감소하였으나 부산의료원의 평균재원일수는 변화하지 않았음.
- 대조군 병원과의 제도 도입에 따른 재원 일수 변화를 비교한 결과 유의한 차이는 나타나지 않았음.

6) 외래전이 효과

① 건강보험공단 일산병원

- 신포괄수가제도 실시 이후 일어날 수 있는 의료서비스 제공 행태 변화로 입원 전후 포괄수가제가 적용되지 않는 외래로 특정 치료가 전이하는 외래 전이 현황을 분석하였음.
- 시범사업 대상기간 중 일산병원과 대조군 4개 병원에서 외래전이 여부 현황을 비교하면, 진료과에 상관없이 비교했을 때 일산병원의 외래전이 비율은 입원환자 중 83.6%로 대조군 병원의 86.4%에 비해 낮았음.
- 시범사업 대상 질병군에 대하여 입원한 환자가 입퇴원 전 후 30일 이내 동일 병원으로 외래를 이용한 경우를 확인한 결과 일산병원에서는 외래전으로 인한 평균 외래방문횟수는 5,771건으로 대조군 병원 5,654건에 비해 낮으나 통계적으로 유의하지 않았음.

* 위 결과는 환자의 상태나 병원의 특성을 보정하지 않은 단순 비교이므로 해석에 주의가 필요함.

7) 재입원율

① 건강보험공단 일산병원

- 신포괄수가제도 하의 의료의 질에 대한 모니터링을 위해 일산병원과 대조군 4개 병원의 3차 시범사업 대상기간 중 15일/30일/45일 이내 재입원율을 분석한 결과 재입원율은 일산병원이 대조군 병원의 비해 유의미한 수준에서 낮게 나타났음.

표 24. 3차 시범사업 기간 동안 퇴원 후 재입원율 비교

단위 : %

기관	15일 이내 재입원율	p-value	30일 이내 재입원율	p-value	45일 이내 재입원율	p-value
	%		%		%	
일산병원	1.3	<.0001	1.8	<.0001	2.1	<.0001
4개 대조군병원	1.8		2.5		2.8	

1) %: 해당 질병군 입원환자 중 재입원 환자의 비율

4. 4차 시범사업³⁷⁾

- 일산병원과 지방의료원에서 2012년 7월 ~ 2013년 6월까지 550개 질병군을 대상으로 실시된 시범사업 현황을 분석하였음.
- 신포괄수가제도 도입에 따른 진료비 및 재원일수 등의 변화를 위한 대조군 기관과의 이중차이(DID)분석을 위해 시범기관과 규모, 병상수 등 특성이 유사한 대조군(일산병원은 9개 대조군, 39개 지방의료원은 117개 대조군)을 선정하여 분석하였음.
- 분석을 통해 신포괄지불제도 시범사업에 따른 진료비 수준, 의료이용 및 제공 형태 변화, 재입원을 등을 살펴보았음.

1) 진료비용

① 진료비 변화

- 신포괄지불제도 시범사업 도입에 따른 변화를 확인하기 위해 도입 전후 진료비를 비교해본 결과 일산병원의 신포괄대상 질병군의 건강보험 적용환자의 3차년도 대비 4차년도 총진료비는 9.0% 증가하였으며 건당진료비가 6.4%, 건수가 2.4% 증가하였음. 의료급여환자 총진료비는 신포괄 시범사업 시행 후 7.2% 감소하였는데, 건당 진료비는 5.9% 증가하고, 진료건수가 12.3% 감소하였음.
- 지역거점공공병원의 신포괄대상 질병군의 건강보험환자 총진료비는 12.4% 감소하였으며 건당진료비가 0.8%, 진료건수가 11.7% 감소하였음. 의료급여환자 총진료비는 13.6% 감소하였으며 건당진료비가 1.7%, 진료건수가 12.1% 감소하였음.

37) 박은철 등. 신포괄수가제도 시범사업(일산병원 4차, 지역거점공공병원 2단계) 평가 연구. 건강보험심사평가원. 2014. 재구성.

표 25. 신포괄지불제도 진료비 변화율

단위 : %

구분	일산병원 (3차-4차)			지역거점공공병원 (시행전-시행후)		
	총진료비	건당진료비	진료건수	총진료비	건당진료비	진료건수
건강보험	9.0	6.4	2.4	-12.4	-0.8	-11.7
의료급여	-7.2	5.9	-12.3	-13.6	-1.7	-12.1

② 행위별수가 대비 신포괄 진료비 증감률

- 행위별수가 대비 신포괄지불제도 진료비용 간 차이를 비교해본 결과 일산병원은 건강보험에서 전체 진료비가 행위별수가 대비 4.5% 증가하였음. 보험자 부담금은 12.3% 증가하였고, 환자 부담금 중 비급여는 20.6% 감소하였음. 의료급여에서는 전체 진료비가 행위별수가 대비 2.0% 증가하였고, 환자 부담금 중 비급여는 29.2% 감소하였음.
- 지역거점공공병원은 건강보험에서 전체 진료비가 행위별수가 대비 7.8% 증가하였고 보험자부담금이 13.8% 증가하였으며 비급여가 18.6% 감소하였음. 의료급여에서는 전체 진료비가 행위별수가 대비 8.6% 증가하였고, 보험자 부담금은 13.5% 증가하였음. 환자 부담금 중 급여와 비급여가 각각 37.8%, 38.4% 감소하였음.

표 26. 행위별수가 대비 신포괄 진료비 증감률

단위 : %

구분	일산병원				지역거점공공병원			
	전체	보험자 부담금	환자부담금		전체	보험자 부담금	환자부담금	
			급여	비급여			급여	비급여
건강보험	4.5	12.3	0.7	-20.6	7.8	13.8	0.7	-18.6
의료급여	2.0	6.8	8.3	-29.2	8.6	13.5	-37.8	-36.0

③ 총진료비 구성

- 제도 도입에 따른 병원별 총진료비의 구성을 알아보기 위해 전체 총진료비용 중 포괄, 비포괄, 열외군 그리고 비급여가 차지하는 분율을 확인하였음.
- 지방의료원의 총진료비 중 포괄급여 비율은 건강보험은 66.9%, 의료급여는 69.8% 였

음. 비급여 비율은 각각 7.9%, 3.5%로 의료급여의 비급여율이 낮았음.

- 국민건강보험공단 일산병원의 총진료비 구성은 포괄급여 비율이 건강보험에서 54.6%, 의료급여에서 57.8%를 차지하였음. 비급여 비율은 각각 15.7%, 9.4%로 의료급여에서 낮았고, 지방의료원보다 비급여 비율이 높았음.

표 27. 총진료비 구성

단위 : %

구분		일산병원		지방의료원	
		건강보험	의료급여	건강보험	의료급여
급여	포괄	54.6	57.8	66.9	69.8
	비포괄	24.9	25.2	20.1	16.9
	열외군	4.9	7.6	5.1	9.8
비급여		15.7	9.4	7.9	3.5

2) 열외군 분포

- 일산병원의 건강보험환자 평균 열외군 분포 현황은 상단열외군 4.4%, 하단 열외군 5.0% 이었음. 의료급여 환자의 열외군 분포는 상단열외군 7.6%, 하단 열외군 4.3%였음.
- 공공병원의 건강보험환자 평균 열외군 분포 현황은 상단열외군 8.7%, 하단 열외군 7.4% 이었음. 의료급여 환자의 열외군 분포는 상단열외군 17.7%, 하단 열외군 4.9%였음.

3) 중증도

- 일산병원은 4차 시범사업 도입 후 중증도 '0'에 비해 '1,2,3'이 발생할 비차비 분석결과 건강보험에서는 유의한 차이가 없었으나 의료급여에서 중증도가 감소했음. 대조군 병원과 비교한 결과 건강보험은 대조군 병원에 비해 중증도가 증가했으며, 의료급여는 감소하였음.
- 공공병원의 건강보험환자 중증도 분포는 중증도 '0'이 전체의 77.4%를 차지하였으며 '1','2','3'이 각각 14.2%, 6.9%, 1.5%를 차지하였음. 의료급여 환자의 중증도 분포는 중증도 '0'이 전체의 67.5%를 차지하였으며 '1','2','3'이 각각 19.7%, 10.5%, 2.4%를 차

지하였음.

- 그러나 이 같은 변화는 실제 중증도가 낮아졌다고보다 코드입력의 변화로 나타난 결과 일 수 있어 확인 작업이 필요함.

표 28. 중증도 변화 비차비

단위 : %

구분	일산병원		지방의료원	
	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여
시행전(3차) 중증도1-3비율	22.0	59.7	37.4	22.6
시행후(4차) 중증도1-3비율	21.4	35.8	49.5	32.5
비차비	0.96	0.38*	0.49*	0.49*
DID	1.06*	0.39*	0.49*	0.47*

*: p < .05

4) 재원일수

- 일산병원의 재원일수는 중증도보정 재원일수가 0.4일이 증가하였음. 그러나 대조군 병원과 비교했을 때는 대조군에 비해 유의한 차이는 없었음.
- 지역거점공공병원은 건강보험의 경우 제도 적용 이후 중증도보정 재원일수가 0.9일 감소하였고, 의료급여는 1.7일 감소하였음. 또한 대조군 병원과 비교했을 때도 전반적으로 재원일수가 감소하였음.

표 29. 재원일수 변화 비교

단위 : 일

구분	일산병원		지방의료원	
	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여
시행전	8.5	11.0	10.6	15.0
시행후	8.3	10.6	9.4	13.3
재원일수 증감	-0.3*	-0.4	-1.3*	-1.7*
중증도 보정 재원일수 증감	0.4*	-0.5	-0.9*	-1.7*
DID	-0.2	0.2	-0.5*	-0.7*

*: p < .05

5) 의료서비스 제공량

- 신평괄지불제도 시범사업 도입 이후 행위량은 지역거점공공병원에서 유의하게 감소하였으며, 건강보험공단 일산병원에서도 의료급여를 제외하고 감소하였음.

표 30. 건당 행위량 변화

단위 : 점

구분	일산병원		지방의료원	
	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여
시행전(3차)	24,426.7	28,442.5	15,255.4	18,099.8
시행후(4차)	24,665.5	28,974.0	13,621.4	15,892.5
단순차이	238.8	531.5	-1,634.0	-2,207.3
중증도보정 차이	-800.9*	403.4	-1,451.0*	-2,275.6*

*: p < .05, 행위량 : 건당 상대가치 점수 총 합

6) 재입원율

- 신평괄지불제도 시범사업 기간 중 퇴원 후 30일 내 동일한 주상병으로 입원한 경우를 재입원으로 정의하고 확인한 결과 제도 시행으로 30일 내 재입원이 증가하는 것으로 나타났음.
- 대조군 병원과 비교한 결과 일산병원의 재입원율은 대조군에 비해 건강보험은 26%, 의료급여는 51% 증가하였고, 지역거점공공병원은 대조군에 비해 건강보험은 7%, 의료급여는 12% 재입원율이 증가함.
- 이 같은 결과는 제도의 지불 방식에 대한 대처로 생긴 결과일 수 있고, 실제 질이 감소했다고 볼 수도 있음. 이에 대해 지속적인 관찰 분석이 필요함.

표 31. 퇴원 후 30일 내 재입원율

단위 : %

구분	일산병원		지방의료원	
	건강보험	의료급여	건강보험	의료급여
시행전(3차)	11.8	17.1	10.4	18.5
시행후(4차)	14.8	23.1	11.5	21.2
전후차이 비차비	1.01*	0.95*	1.06*	1.06*
DID	1.26*	1.51*	1.07*	1.12*

*: p < .05. 성, 연령, 진료과 보정

5. 5차 시범사업³⁸⁾

- 일산병원과 지방의료원, 5차 시범사업에 새롭게 참여하는 민간병원을 포함한 참여 병원을 시범사업 참여기간에 따라 3그룹으로 분류하여 시범사업 효과를 분석하였음.
- 시범사업 참여기간이 5년 이상인 일산병원과 공공병원은 2014~2018년 최근 5년간 자료를 분석하고, 참여 기간이 1년 미만인 민간병원은 2018년 8월~2019년 3월까지 6개월 간 자료에 대해 분석을 실시하였음. 민간병원은 시범사업 참여에 따른 전후 비교를 위해 신포괄지불제도 도입 1년 전인 2017년 8월~2018년 3월까지 6개월간 자료에 대해 분석을 실시하였음.

〈표 2-22〉 신포괄지불제도 도입 시점을 기준으로 한 참여병원 그룹화

구분		시범사업 참여기간		
1그룹	일산병원	단기 (1년 미만)	중기 (1-5년)	장기 (5-10년)
10년 분석 가능(09. 4월~)				
2그룹	공공병원(40*) + 국립중앙의료원** *진안의료원 '17. 1월 참여 **국립중앙의료원 '16. 1월 참여	단기 (1년 미만)	중기 (1-5년)	
7년 분석 가능(12년 7월~)				
3그룹	민간병원(14*) *18년 8월 참여	단기 (1년 미만)		
6개월 분석 가능(18. 8월~)				

6) 이 연구에서는 "민간병원"을 일산병원, 국립중앙의료원, 지역거점병원을 제외하고 2018년 8월에 신포괄지불제도를 도입한 병원들보 설립기준상 공공병원인 서울특별시보라매병원, 동남권원자력의학원도 포함하여 지칭함.

- 신포괄수가제도 도입에 따른 진료비 및 재원일수 등의 변화를 위한 대조군 기관과의 이중차이(DID)분석을 위해 시범기관과 규모, 병상수 등 특성이 유사한 대조군(1그룹은 6개 대조군병원, 2그룹은 35개 대조군병원, 3그룹은 19개 대조군병원)을 선정하여 분석하였음. 대조군 병원과 비교 시, 신포괄병원과 대조군 병원의 환자 구성을 동일하게 보정하기 위하여 환자의 중증도를 동일하게 보정해주었음.
- 분석을 통해 신포괄지불제도 시범사업에 따른 진료비 변화, 환자구성 변화, 의료이용 및 제공 행태 변화, 재입원을 등을 살펴보았음.

38) 신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020. 재구성.

표 32. 그룹별 연도별 평균 정책가산 비율

단위 : %

구분	2014	2015	2016	2017	2018
일산병원	10.0	17.5	24.3	25.3	25.3
공공병원	11.5	16.5	22.2	22.4	23.6
민간병원	-	-		-	21.7

자료출처 : 신현웅 등. 신평괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서, 2020.

1) 진료비용

① 건당 진료비 변화

- 일산병원의 건당 진료비를 살펴보면, 2018년 기준 379만 원으로 대조군 병원보다 1.2배 높았음. 정책가산을 제외했을 경우 건당 진료비는 337만 원으로 대조군 병원보다 1.06배 높았음.
- 공공병원의 건당 진료비는 2018년 기준 226만 원으로 대조군 병원보다 1.16배 높았음. 한편, 정책가산을 제외했을 경우 196만 원으로 대조군 병원보다 1.01배 높았음.
- 민간병원의 2018년 기준 건당진료비는 229만 원으로 대조군 병원보다 1.36배 높았음. 정책가산을 제외할 경우 264만 원으로 대조군 병원보다 1.20배 높았음.

표 33. 건당 진료비 수준 : 참여병원-대조군병원 비교 (중증도 보정 후)

단위 : 만 원, %

구분	일산병원			공공병원			민간병원		
	정책가산 반영	정책가산 미반영	대조군	정책가산 반영	정책가산 미반영	대조군	정책가산 반영	정책가산 미반영	대조군
건당진료비 (만원)('18)	379	337	317	226	196	195	229	264	221
대조군대비	1.20	1.06	-	1.16	1.01	-	1.36	1.20	-
연평균증가율 ('14-'18)	12.7%	11.1%	13.2%	11.3%	9.5%	11.9%	-	-	-

② 환자 의료비 부담

- 신포괄 참여병원(일산·공공병원)의 연도별 보장률 추이를 살펴본 결과, 보장률이 지속적으로 증가하는 양상을 보이고 있음. 특히, 2014년(79.2%)에 비해 2018년 보장률이 83.9%로 4.7%p 증가하였음. 법정 본인부담률은 0.8%p로 감소한 반면, 비급여 비중은 3.8%p로 상대적으로 더 큰 폭으로 감소하였음.
- 민간병원 전체 환자에 대해 신포괄지불제도 도입 전후 보장률 변화를 살펴본 결과 신포괄 제도 도입 이후 보장률이 11.7%p 차이로 크게 증가한 경향을 보였음. 이 때, 민간병원 전체 환자의 법정 본인부담률이 5.3%p 감소하였고, 비급여 비중이 6.3%p 감소하였음.

표 34. 그룹별 연도별 보장률 변화

단위 : %

연도 구분	일산·공공병원			민간병원			비고
	보험자 부담금	법정본인 부담금	비급여	보험자부담금	법정본인 부담금	비급여	
2014	79.2	13.6	7.1				
2015	80.8	13.1	6.0				
2016	82.2	12.4	5.4				
2017	82.8	12.6	4.6	86.4	5.6	8.0	시행전
2018	83.9	12.8	3.3	95.9	1.8	2.3	시행후

③ 비포괄 비율 변화

- 신포괄 참여병원(일산·공공병원)의 연도별 비포괄 진료비 비율 변화를 살펴보면, 2014년 기준 22.8%에서 2018년 기준 35.0%로 약 12.2%p 증가하였음. 이와 같은 비포괄 진료비 비율 증가는 공공병원보다 일산병원에서 더 크게 나타났음.
- 신포괄 참여병원을 대상으로 비포괄 비율이 증가하고 있는 원인에 대한 의견을 수렴한 결과 1) 2016년 신포괄지불제도 수가 모형 개선에 따라 의사행위가 비포괄로의 전환, 2) 포괄항목에 포함되어 있던 일부 진단 목적 초음파 등의 항목의 비포괄항목으로 전환을 꼽았음. 3) 특히 전 병상이 간호·간병통합서비스로 운영되는 일산병원에서는 간호·간병통합서비스의 입원료가 비포괄 항목으로 분류되면서 일산병원의 비포괄 비율이 높게 나타날 수 있다는 의견도 있었음.

표 35. 그룹별 비포괄 비율 변화

단위 : %

구분	공공 전체			민간병원
	소계	일산병원	공공병원	
2014년	22.8%	34.1%	29.5%	-
2018년	35.0%	44.7%	31.3%	34.1%
변화 ('14-'18)	12.2%p	10.6%p	1.7%p	-

2) 열외군 분포

- 일산병원 및 공공병원의 평균 열외군 분포 현황은 2014년 상단열외군 12.9%, 하단 열외군 5.7%에서 2018년 상단열외군 6.5%, 하단 열외군 1.3%로 정상군 환자 비율이 증가하고 열외군 환자 비율이 감소하는 경향을 보임.
- 민간병원의 평균 열외군 분포 현황은 상단열외군 2.1%, 하단 열외군 1.0%로 일산병원을 포함한 공공병원에 비해 정상군 비율이 높았음.

3) 중증도

- 신포괄 참여병원 중 일산병원 및 지역거점공공병원의 연도별 중증도 변화를 살펴보면, 중증도 0의 환자 비율이 2014년 63.5%에서 2018년 66.5%로 증가한 반면, 중증도 1과 중증도 3의 환자 비율은 감소한 경향을 보였음.
- 민간병원 전체 환자에 대해 신포괄지불제도 도입 전후 중증도 비율 변화를 살펴본 결과 신포괄지불제도 도입 이후 중증도가 낮은 환자 비율이 크게 증가한 경향을 보였음.
- 병원별로 연도별로 증가 폭에는 차이가 있었지만 지속적으로 중증도 '0' 환자 비율이 증가하는 경향이 공통적으로 나타나고 있었음.

표 36. 중증도 변화

단위 : %

구분	일산·공공병원			민간병원		
	2014년	2018년	변화 ('14-'18)	시행전	시행후	변화 (후-전)
중증도 0	63.5%	66.8%	3.4%p	52.1%	76.1%	24.0%p
중증도 1	12.7%	11.5%	-1.2%p	20.2%	13.7%	-6.5%p
중증도 2	5.6%	5.8%	0.2%p	18.9%	8.8%	-10.1%p
중증도 3	18.2%	15.9%	-2.3%p	8.8%	2.4%	-6.4%p

4) 재원일수

- 일산병원의 2018년 전체 환자의 중증도(RDRG)를 기준으로 환자의 중증도를 보정한 후에는 2018년 기준 일산병원과 대조군 병원 모두 7.4일로 재원일수가 같았음.
- 2018년 기준 공공병원의 재원일수는 10.2일, 대조군 병원은 8.6일로 공공병원이 1.6일 더 길었음.
- '14-'18년간 공공병원의 재원일수는 0.6일 증가하였으며, 대조군 병원보다 증가폭이 더 큰 경향을 보였음.
- 민간병원 신포괄 도입 후 재원일수가 6.3일로 대조군 병원과 비교했을 때 재원일수가 0.3일 더 길었음.

표 37. 재원일수 변화 : 참여병원-대조군병원 비교 (중증도 보정 후)

단위 : 일

구분	일산병원	대조군	공공병원	대조군	민간병원	대조군
재원일수('18)	7.4	7.4	10.2	8.6	6.3	6.0
5년간 변화일수	0.3	1.1	0.6	0.2	-	-

5) 재입원율

- 일산병원의 재입원율 변화를 살펴보면 2014년 대비 2018년 0.8%p 증가하였음. 대조군 병원을 비교해보면 대조군 병원의 재입원율이 일산병원보다 높았음.
- 공공병원의 재입원율은 2014년 대비 2018년 0.3%p 증가하였음. 대조군 병원과 비교해보면 공공병원의 재입원율이 대조군 병원보다 높게 나타남.
- 민간병원의 신포괄 도입 전후 퇴원 30일 내 재입원율은 2.9%p 가량 증가하였음. 대조군 병원과 비교해보면 대조군 병원보다 높게 나타남.
- 신포괄지불제도 도입에 따른 재입원율 증가는 신포괄 지불방식에 대해 의료기관과 공급자가 대처하는 과정에서 발생한 결과일 수도 있고, 실제 의료의 질이 감소한 결과일 수도 있음.

표 38. 그룹별 연도별 재입원율 변화

단위 : %

구분	일산병원			공공병원			민간병원		
	'14	'18	변화 (`14-`18)	'14	'18	변화 (`14-`18)	시행 전	시행 후	변화 (후-전)
재입원율 (a)	7.0%	7.8%	0.8%	3.6%	3.9%	0.3%	6.6%	9.5%	2.9%
대조군병원 (b)	7.9%	8.6%	0.7%	2.4%	2.6%	0.2%	-	8.6%	-

제3절 종합 요약

- 신포괄지불제도 시범사업은 2009년부터 현재까지 대상기관 및 질병군을 확대하여 운영하고 있으며 진료의 효율성, 의료의 질 확보 등 사업의 기본 목적 달성을 위해 지속적인 평가와 이를 통한 사업 모델 개선을 병행해가고 있음.
- 앞선 선행연구 고찰을 통해 파악한 신포괄지불제도 시범사업의 영향평가 결과는 다음과 같음.
- 진료비 변화
 - 시범사업 차수별로 정도의 차이는 있으나 신포괄지불제도 적용에 따라 행위별수가제 대비 총진료비, 공단부담금, 환자부담금(급여)는 증가하였고, 비급여 진료비는 시범사업 도입 직후 급격하게 감소하였다가 이후 안정되는 것으로 나타났음
 - 5차 시범사업에 참여한 민간병원 전체 환자에 대해 신포괄지불제도 도입 전후 보장률 변화를 살펴본 결과 신포괄지불제도 도입 이후 보장률이 크게 증가한 경향을 보였음.
- 열외군 분포
 - 시범사업 차수별로 일산병원의 입원일수가 정상범주를 벗어난 열외군의 분포는 1차 6.9%, 2차 8.2%, 3차 8.7%, 4차(건강보험) 9.4%로 점차 증가하는 양상이었으나 5차 시범사업에서는 일산병원 및 공공병원의 평균 열외군 분포는 2014년 18.6%에서 2018년 7.8%로 감소하는 경향을 보였음.
 - 공공병원의 열외군 분포는 3차 시범사업에서 병원별로 편차가 있었으나 장기 입원환자로 인해 상단열외군 비율이 5%에서 최대 25%까지 일산병원에 비해 높은 편이었고, 4차 시범사업에서는 16.1%를 차지하였음.
 - 민간병원의 경우 열외군 분포는 3.1%로 공공병원에 비해 정상군 비율이 높았음.
- 중증도
 - 시범사업 대상 질병군의 중증도 분포는 시범사업 차수별로 의료기관 별로 편차는 있었으나 대부분 사업 참여 후 중증도 0이 증가하고 중증도 1~3은 감소하는 경향을 보임.
 - 이 같은 중증도 변화는 실제 중증도가 낮아졌다고 보다 코드입력의 변화로 나타난 결

과일 수 있음.

○ 재원일수

- 시범사업 1차 ~3차 기간까지 일산병원 및 공공병원의 시범사업 참여 후 평균 재원일수의 유의한 변화는 없었음.
- 4차 시범사업에서는 일산병원은 재원일수가 0.4일 증가했으나 대조군과 비교했을 때 유의한 차이는 없었음. 공공병원은 중증도보정 재원일수가 감소하였고, 대조군 병원과 비교했을 때도 감소하였음.
- 5차 시범사업에서는 일산병원 재원일수는 7.4일로 대조군 병원과 비슷한 수준이었음. 공공병원의 재원일수는 10.2일로 대조군 병원보다 1.6일 더 길었고, 민간병원은 6.3일로 대조군 병원보다 재원일수가 0.3일 더 길었음. 일산병원과 공공병원의 5년간 재원일수는 증가하는 경향이었음.

○ 재입원율

- 3차 시범사업에서 일산병원의 30일 이내 재입원율은 1.8%로 대조군 병원에 비해 유의하게 낮았는데, 4차 시범사업 이후에서는 오히려 재입원율이 증가하는 경향을 보임.
- 5차 시범사업에서는 일산병원은 재입원은 증가했는데 대조군 병원보다는 낮았음. 공공병원 재입원율은 2014년 대비 증가했는데, 대조군 병원보다 높았음. 민간병원의 재입원율도 시범사업 시행 후 증가한 것으로 나타남.
- 신평괄지불제도 도입에 따른 재입원율 증가는 신평괄지불제도의 지불방식에 대해 의료기관과 공급자가 대처하는 과정에서 발생한 결과일 수도 있고, 실제 의료의 질이 감소한 결과일 수도 있음.

제5장 신포괄지불제도 시범사업 운영현황

제1절 시범사업 등록환자 및 진료비 현황

※ 타 의료기관 신포괄수가 현황조사는 경영자료 구득의 어려움으로 건강보험심사평가원의 협조를 받아 신포괄지불제도 시범사업 운영현황 내용으로 대체하여 작성함.

1. 시범사업 참여 의료기관 연도별 청구환자수 현황

- 신포괄수가 시범사업은 초기 건강보험 입원환자만을 대상으로 하였으나, 2012년부터 건강보험 및 의료급여 환자까지 확대 실시됨. 2019년부터는 보훈 환자까지 확대 적용함.
- 시범사업에 참여하는 의료기관에서 신포괄수를 적용하는 환자 수는 초기 19,245명이었으나, 이후 지역거점공공병원이 참여하기 시작하면서 입원환자수가 약 16만 명까지 증가함. 2018년부터 민간병원 12개소가 시범사업에 참여하면서 입원환자가 큰 수로 늘었으며 현재 98개소에 대한 입원환자는 약 64만 명에 달함.

표 39. 연도별 신포괄수가 청구환자 수 현황

단위 : 개소, 명

연도구분	청구기관수	환자 수	적용대상
2011년	4	19,245	건강보험
2012년	41	91,941	건강보험 의료급여
2013년	41	153,805	
2014년	41	158,274	
2015년	41	161,819	
2016년	41	171,799	
2017년	42	169,636	
2018년	56	251,550	
2019년	68	484,350	건강보험 의료급여 보훈
2020년	98	641,470	

자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료. 각 연도.

1) 작성기간 : 2011~2020년 진료년월 기준 (심사년월 : 2011년 1월 ~ 2021년 4월 적용)

2) 2018년 8월부터 시범사업에 민간병원까지 확대 실시함.

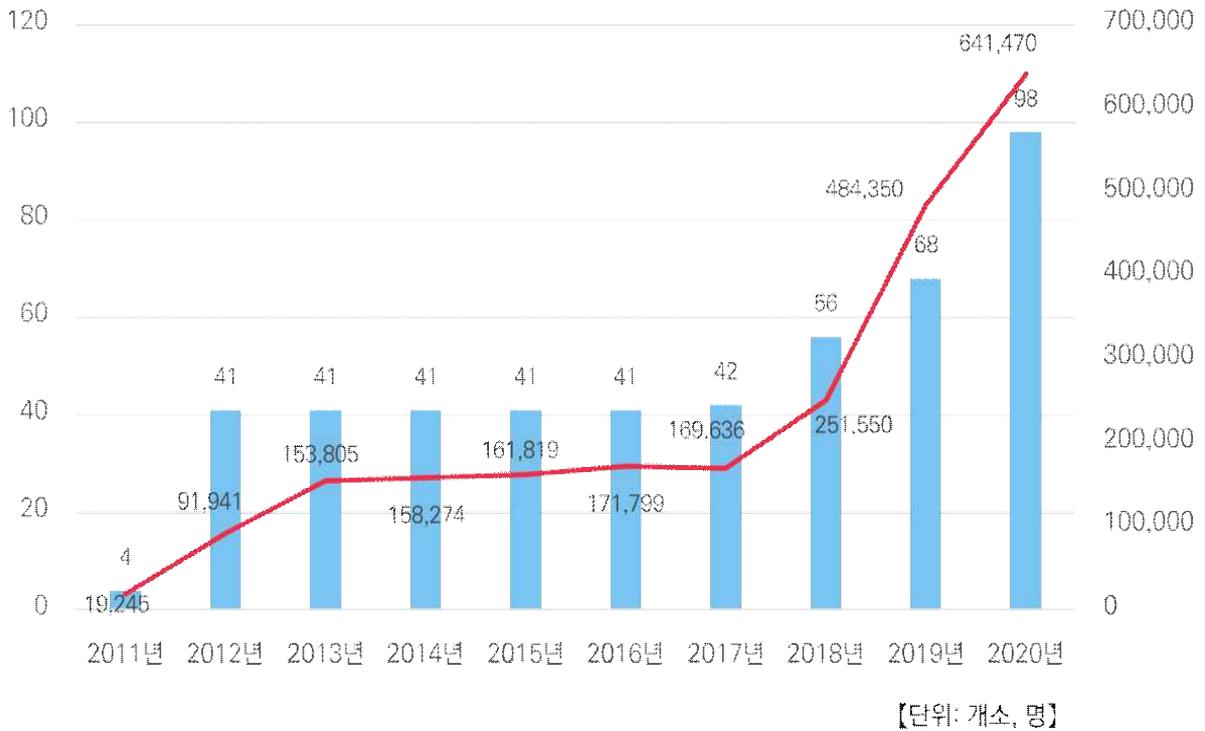


그림 20. 신포괄수가제 참여병원 확대에 따른 연도별 환자수 변화 추이
(자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료, 각 연도)

2. 시범사업 참여 의료기관 연도별 진료비 현황

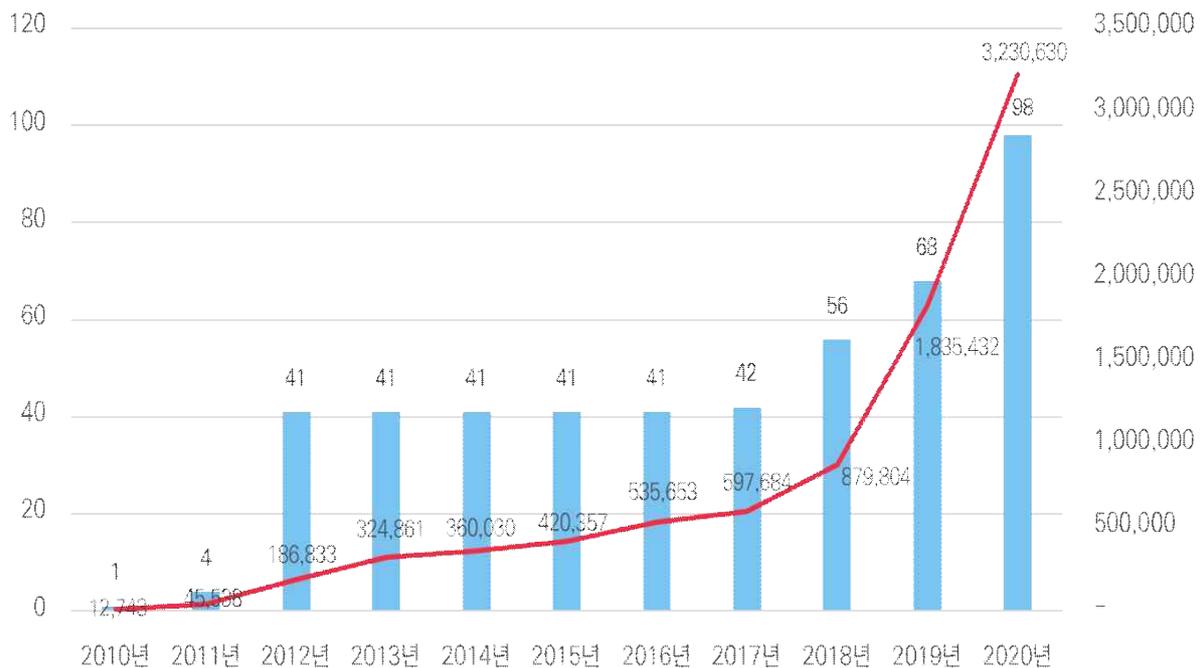
- 시범사업이 시작된 1차 년도는 국민건강보험공단 일산병원이 참여하였고 127억 원의 진료비가 발생함. 이후 2012년부터 지역거점공공병원이 참여하면서 요양급여 비용이 증가함.
- 지역거점공공병원 전체와 의료급여 환자까지 적용대상이 확대됨에 따라 약 5천 억원 규모까지 진료비 규모가 증가함. 특히 2018년부터 민간병원의 시범사업 확대·적용에 따라 진료비가 큰 폭으로 늘어남.
- 2020년 시범사업에 참여하는 의료기관 98개소에 대한 전체 신포괄진료비 총액은 약 3조 2천억 원 수준임. 2015년 이후부터 신포괄수가 정책가산이 최대 35%까지 상향조정되고 참여 의료기관의 수가 확대되면서 진료비 총액이 크게 증가함.

표 40. 연도별 신포괄수가 진료비 변화 추이

단위 : 개소, 백만원

연도구분	청구기관수	진료비	적용대상
2010년	1	12,743	건강보험
2011년	4	45,538	
2012년	41	186,833	건강보험 의료급여
2013년	41	324,861	
2014년	41	360,030	
2015년	41	420,357	
2016년	41	535,653	
2017년	42	597,684	
2018년	56	879,804	
2019년	68	1,835,432	건강보험 의료급여 보훈
2020년	98	3,230,630	

자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료. 각 연도.



【단위: 개소, 백만원】

그림 21. 신포괄수가제 참여병원 확대에 따른 연도별 진료비 변화 추이

(자료출처 : 건강보험심사평가원 대전지원. 요청자료. 각 연도.)

제2절 시범사업 참여 공공병원 수익 현황

1. 시범사업 참여 공공병원 연도별 수익 현황

- 신포괄지불 시범사업에 참여하는 공공병원은 2021년 총 46개소임.
 - 공공병원은 국민건강보험공단 일산병원, 서울시 보라매병원, 지방의료원 36개소, 적십자 병원 5개소, 원자력병원 2개소, 강원대학교병원이 있음.

- 지방의료원의 당기순이익은 '16년 129억 원에서 '20년 275억 원으로 증가함. 적십자 병원의 당기순이익도 '16년 약 7억 원 수준에서 '20년 197억 원으로 크게 늘어남. 흑자 비율 또한 2016년 이후부터 크게 늘어 33개소 중 약 50%가 흑자로 전환됨.
 - 지방의료원의 경영수지는 만성적인 적자에서 2016년 이후 절반이상이 흑자로 전환됨.
 - 이는 신포괄지불제도 적용에 따른 공익성 정책가산과 함께 장비 및 인건비에 대한 국가 및 지자체 지원 (지자체 5:5 매칭), 2015년 의료기관 회계기준 개정 등에 따른 것으로 보임.³⁹⁾

표 41. 지역거점공공병원 연도별 당기순이익 현황

단위 : 억 원

구분	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증감 (B-A)	
						금액	증감률
지방의료원	129	52	142	156	275	119	76.12
적십자병원	7	-4	-6	-20	197	217	1084.9

자료출처 : 보건복지부 지역거점공공병원 알리미 홈페이지. 주요통계.

표 42. 지방의료원 연도별 당기순이익 비율 현황

단위 : 개소, %

구분	손실/이익	2010	2012	2014	2016	2018	2019
당기순이익	적자	27	33	28	15	20	18
	흑자	6	0	5	19	15	17

39) 김정화·이정면·이용갑. 공공의료 확충의 필요성과 전략. 건강보험연구원 ISSUE Report. 2020.

구분	손실/이익	2010	2012	2014	2016	2018	2019
	흑자기관 비율 (%)	18.2	-	15.2	55.9	42.9	48.6

자료출처 : 김정희 등. 공공의료 확충의 필요성과 전략. 건강보험연구원 ISSUE Report. 2020.

2. 시범사업 참여 공공병원 연도별 총진료비 보상수준 변화⁴⁰⁾

- 공공병원의 신포괄지불제도 도입 후 총진료비에 대한 연도별 보상수준을 살펴본 결과, 2018년 기준 정책가산 미포함 신포괄 총진료비는 5천억 원, 행위별 총진료비는 5천 1백억 원으로 신포괄지불제도의 보상수준이 더 낮았음. 반면 정책가산을 포함한 경우의 총진료비는 5천 6백억 원으로 행위별 진료비보다 보상수준이 높았음.
- 연도별로 살펴보면 2014년 정책가산을 포함하기 전에는 신포괄지불제도의 보상수준이 5.1% 더 높았는데 매년 행위별수가 대비 신포괄 진료비 보상수준이 낮아지면서 2018년에는 신포관 진료비 보상수준이 2.5% 더 낮아짐. 한편 정책가산을 포함한 후에는 행위별수가 대비 신포괄 진료비 보상수준은 2014년에는 12.5%, 2018년에는 9.5% 더 높았음.

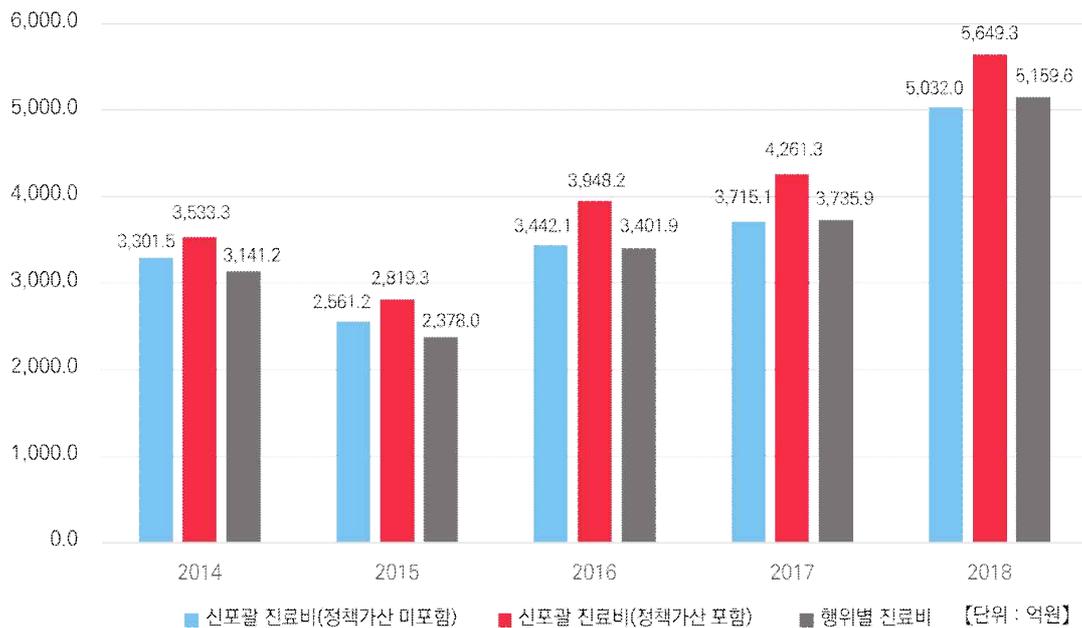


그림 22. (신포괄지불 시범사업 참여 공공병원) 총진료비 보상수준 비교
(자료출처 : 신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020.)

40) 신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020.

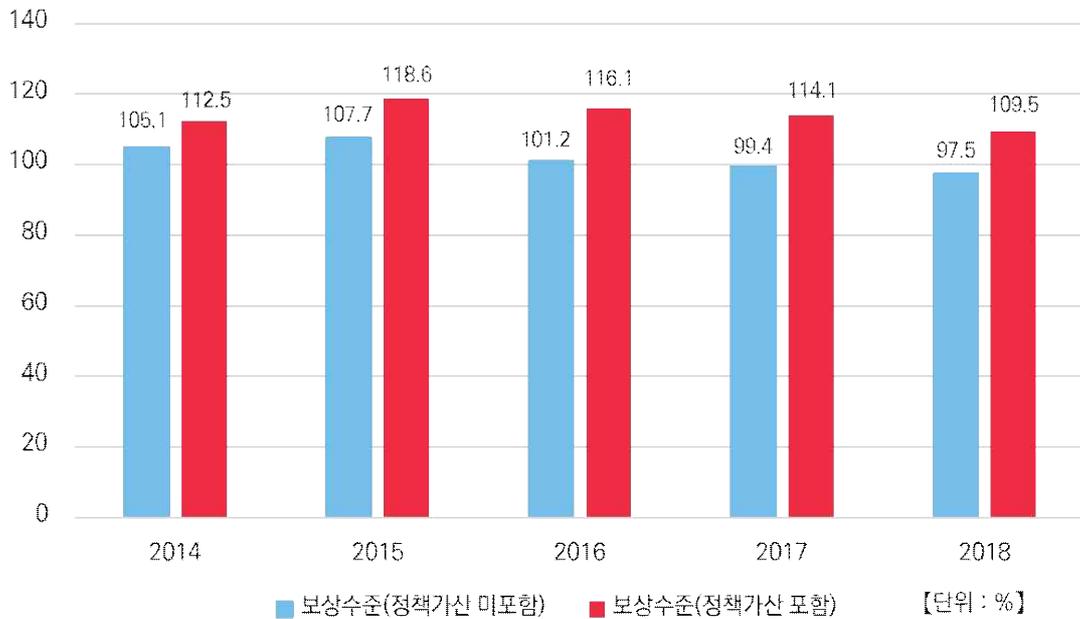


그림 23. (신포괄지불 시범사업 참여 공공병원) 행위별수가 대비 신포괄수가 보상비율 비교
(자료출처 : 신현웅 등, 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구, 한국보건사회연구원 보고서, 2020.)

3. 시범사업 참여 공공병원 연도별 포괄영역 보상수준 변화⁴¹⁾

- 신포괄 요양급여 비용은 포괄수가, 비포괄수가, 가산수가의 합으로 구성됨.
 - 포괄수는 기준수와 일당수의 합으로 구성되어 있으며, 가산수는 포괄수에 기관당 가산율(최대 35%)을 곱하여 산출함.
- 공공병원의 신포괄지불제도 진료비 중 포괄영역에 대해 연도별로 행위별수가 대비 보상수준을 살펴본 결과, 2018년 기준 정책가산 미포함의 경우 신포괄 포괄영역은 2천 8백억 원, 행위별수는 2천 9백억 원으로 신포괄 보상수준이 더 낮았으나 정책가산 포함한 후에는 3천 4백억 원으로 더 높았음.
- 연도별로 2014년 정책가산을 포함하기 전에는 행위별수가 대비 신포괄 포괄영역 보상수준은 8.3% 높았으나 매년 그 보상수준이 낮아지면서 2018년에는 신포괄 보상이 4.3% 더 낮아짐. 반면 정책가산을 포함한 후에는 행위별수가 대비 신포괄 포괄영역 보상수준은 2014년에는 20.4%, 2018년에는 16.6% 더 높았음.

41) 신현웅 등, 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구, 한국보건사회연구원 보고서, 2020.

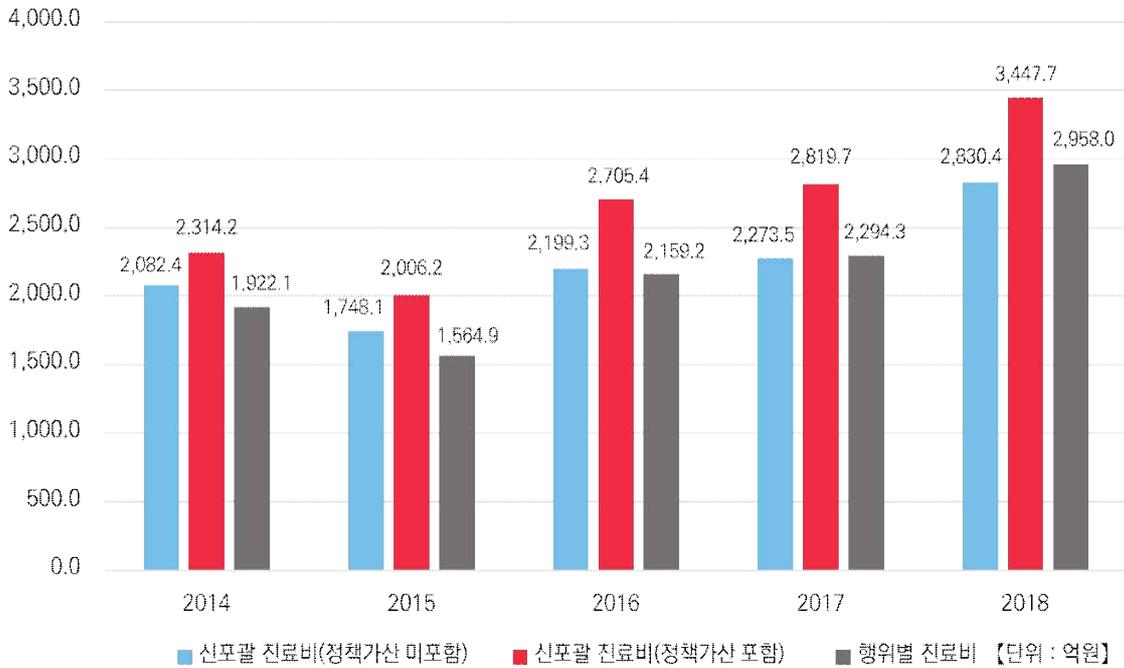


그림 24. (신포괄지불 시범사업 참여 공공병원) 포괄영역 보상수준 비교
 (자료출처 : 신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020.)

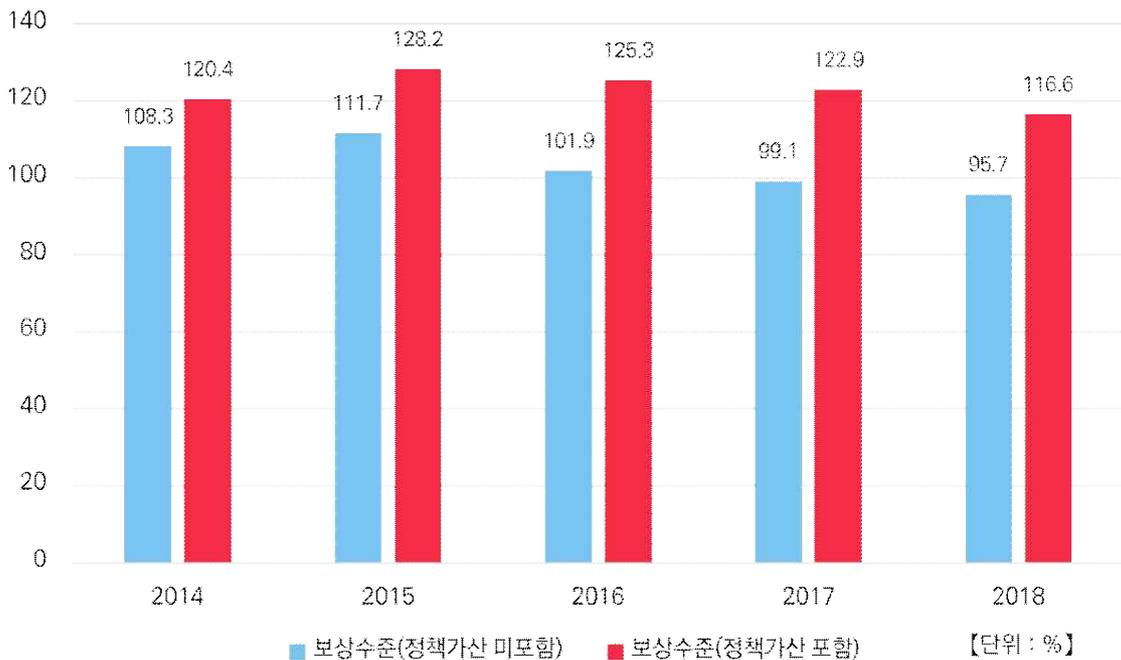


그림 25. (신포괄지불 시범사업 참여 공공병원)
 포괄영역 행위별수가 대비 신포괄수가 보상비율 비교
 (자료출처 : 신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020.)

제3절 시범사업 정책가산 비율 현황

1. 연도별 정책가산 현황

- 정책가산은 2012년 7월부터 도입되어 지속적으로 가산율이 확대 적용되고 있음. 2012년 5%, 2014년 15%, 2016년부터 현재까지 35%의 가산율이 적용되고 있으며 정책가산을 평가하기 위한 영역과 항목, 세부지표는 매년 변동되어 공개되고 있음.
- 2020년 적용된 정책가산 최대 비율은 35%이며, 참여 의료기관 98개소에 대한 평균 가산율은 23% 수준임. 참여 의료기관 중 최고로 가산율을 많이 받은 기관은 약 30%였으며, 최저는 15%로 절반 수준에 불과함. 연도별로 살펴보면 정책가산 최저비율은 점차 상승하는 경향을 보여주고 있으나 최고 및 최저비율 간 분포가 커 의료기관 별로 격차가 큰 것을 알 수 있음.

표 43. 연도별 정책가산 평균, 최고, 최저비율 변화

단위 : %

구분	참여 의료기관 수	정책가산 최대비율	참여 의료기관 정책가산 비율		
			평균	최고값	최저값
2012년	41 (공공41)	5	5	5	5
2013년	41 (공공41)	5	5	5	5
2014년	40 (공공40)	15	11.5	15	7
2015년	40 (공공40)	15	11.5	15	7
2016년	41 (공공41)	35	19.6	25.3	9.5
2017년	42 (공공42)	35	22.5	28.5	8.6
2018년	42 (공공42)	35	23.4	28.7	14.3
2019년	64 (공공44, 민간20)	35	23.6	29.9	15.2
2020년	98 (공공46, 민간52)	35	23.3	29.8	15.4

자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료. 각 연도.

1) 매년 1월 산출한 정책가산 기준으로 2018년 8월부터 참여한 14개소, 2019년 8월부터 참여한 4개소의 비율은 포함되지 않음.

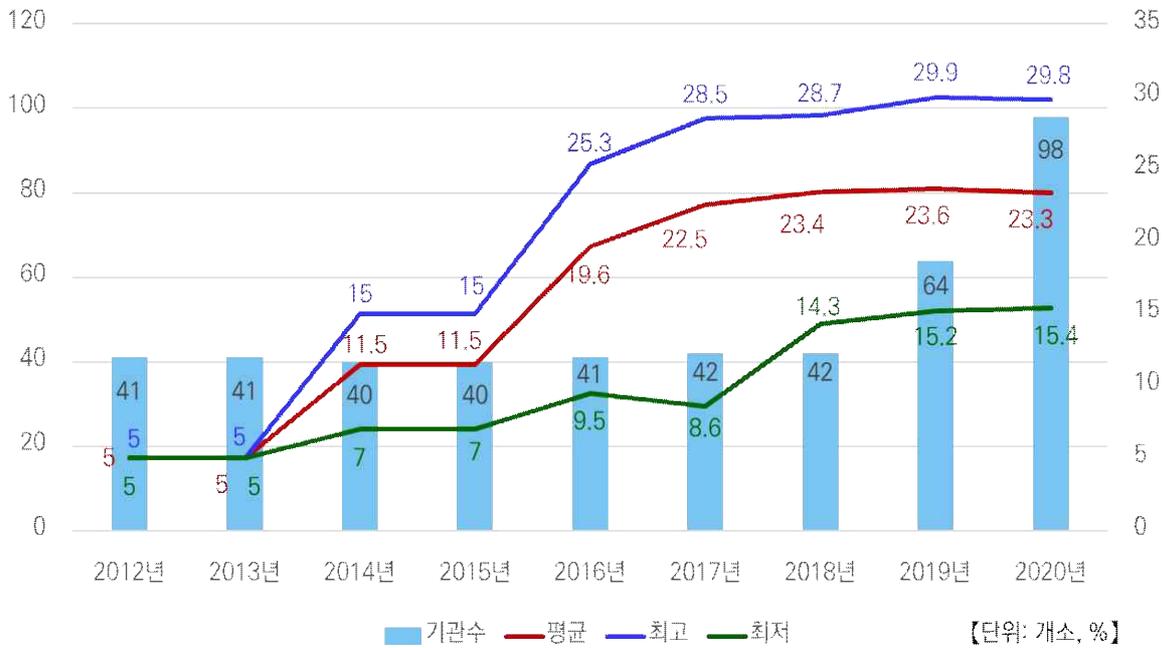


그림 26. 연도별 신포괄수가제 참여 공공병원 정책가산 변화 (평균, 최고, 최저)

(자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료. 각 연도.)

2. 세부지표별 정책가산 현황⁴²⁾

- 2022년에 적용되는 정책가산 평가영역은 6개 영역(참여, 자료의 질, 공공성, 의료의 질, 효율·효과성, 비급여 관리)이며 32개 세부 평가지표가 있음.
- 2021년도 신포괄수가 참여 공공병원은 총 46개소로 '21년도 평가에 따라 '22년도 적용 받는 가산율 분포는 아래와 같음. 정책가산은 그 영역과 항목, 가산율이 확대되면서 의료기관마다 달성하기 어려운 지표가 있어 병원 간 편차가 큰 편임.

표 44. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 정책가산율 분포

단위 : %

구분	지표수	평균	최고값	최저값
공공병원(46개소)	32	24.15	29.85	13.23

자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료. 22.02.03.

1) 2022년도 1월부터 적용되는 정책가산율임.

42) 김윤 등. 신포괄수가제 모형 개선 및 의료 질 관리 방안 연구. 건강보험심사평가원·서울대학교. 2020.

- 신포괄수가제 참여 공공병원 46개소의 영역별 가산현황을 분석한 결과는 다음과 같음.
 - 자료의 질 영역은 자료의 제출 및 정확도를 평가하는 항목으로 진료비 청구심사자료 제출을 제외한 대부분의 항목에서 절반 이상의 가산율을 달성함. 정보관리 영역에서는 가산을 전혀 받지 못한 의료기관도 나타남.
 - 공공성 영역 지표에서 가산율을 전혀 받지 못한 의료기관도 있었으며, 특히 필수시설의 설치 및 운영에 관한 사항에서는 그 격차가 확연히 나타남.
 - 의료의 질 영역 중 간호등급, 간호간병통합서비스, 의료의 질 정보관리 지표에서 간호인력을 충원하지 못하거나 시스템을 미운영하는 등의 미비 사항으로 기관 간 지표값의 격차가 크게 나타남.
 - 효율·효과성 영역은 지역거점공공병원 운영평가 결과를 참고하여 반영되는 지표로 경영성과가 우수한 의료기관일수록 큰 가산율을 받았으며, 32개 지표 중 유일하게 비급여 개선도는 가산율 최대치를 달성한 의료기관이 한 곳도 없었음.

표 45. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 영역별 가산율 현황 - 1) 참여, 2) 자료의 질

단위 : %

구분	평가영역 및 항목	최대	평균	최고값	최저값
공공병원 (46개소)	1) 참여 영역 계	3			
	참여	3	3	3	3
	2) 자료의 질 영역 계	3			
	수가자료	0.5	0.49	0.5	0.2
	원가자료	0.5	0.5	0.5	0.49
	진료비 청구심사자료	0.5	0.47	0.5	0
	의료의 질 평가자료	0.5	0.48	0.5	0.25
	수가자료의 정확도	0.5	0.48	0.5	0.26
	원가자료의 정확도	0.5	0.5	0.5	0.49
	3) 정보관리 영역 계	3			
	의무기록 필수항목 기재율	1	0.41	1	0
	진단 코딩정확도 및 향상활동	1.5	1	1.5	0
	POA 청구정확도	0.5	0.4	0.5	0

자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료. 22.02.03.

표 46. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 영역별 가산율 현황 - 3) 공공성 영역

단위 : %

구분	평가영역 및 항목	최대	평균	최고값	최저값
공공병원 (46개소)	4) 형평성 영역 계	4			
	의료급여(차상위 포함) 환자비율	4	2	4	1
	5) 접근성 영역 계	1			
	의료취약지	1	0.17	1	0
	6) 필수시설 영역 계	3			
	중환자실 운영여부	0.5	0.41	0.5	0
	응급의료기관 평가등급	0.5	0.34	0.5	0
	음압격리실 운영여부	1	0.83	1	0
	4종 시설 가산율	1	0.67	1	0
	7) 감염병관리 영역 계	1			
감염병표본관리 여부	0.5	0.47	0.5	0	
격리병상이용률	0.5	0.47	0.5	0.3	

자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료. 22.02.03.

표 47. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 영역별 가산율 현황 - 4) 의료의 질

단위 : %

구분	평가영역 및 항목	최대	평균	최고값	최저값
공공병원 (46개소)	8) 통합간호등급 영역 계	2			
	통합간호등급	2	1.91	2	0
	9) 간호간병 통합서비스 병상 점유율 영역 계	2			
	간호간병 통합서비스 병상점유율	2	1.25	2	0
	10) 의료의 질 정보관리 영역 계	2			
	환자안전 Alert 시스템 운영 및 활용	0.5	0.35	0.5	0
	환자인식시스템 운영	0.5	0.3	0.5	0
	표준진료지침(CP) 운영	1	0.58	1	0

구분	평가영역 및 항목	최대	평균	최고값	최저값
	11) 재입원 및 외래관리 영역 계	2			
	재입원비	1	0.58	1	0
	외래방문횟수비	1	0.59	1	0.25
	12) 의료기관 인증 영역 계	1			
	의료기관 인증 여부	1	0.8	1	0

자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료. 22.02.03.

표 48. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 영역별 가산율 현황 - 5) 효율·효과성

단위 : %

구분	평가영역 및 항목	최대	평균	최고값	최저값
	13) 경영성과 영역 계	5			
공공병원 (46개소)	병상활용도	5	3.28	5	1
	기관경영수지				
	생산성				
	효율성				

자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료. 22.02.03.

표 49. 2022년도 신포괄수가제 참여 공공병원의 영역별 가산율 현황 - 6) 비급여 관리

단위 : %

구분	평가영역 및 항목	최대	평균	최고값	최저값
	14) 비급여 관리 영역 계	3			
공공병원 (46개소)	비급여 비중	2	1.32	2	0
	(공공) 비급여 개선도	1	0.1	0.5	0

자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가운영부 요청자료. 22.02.03.

※ 2022년 신포괄 정책가산에 대한 자세한 평가계획은 부록2에 수록함.

제6장 성남시의료원 입원환자 현황분석

제1절 분석개요

1. 분석 대상

- 의료원에서 입원치료를 받는 환자의 특성 및 의료이용 현황을 분석하기 위하여 2021년 1월 1일부터 9월 30일까지 퇴원환자 데이터 9,587건을 수집하였음. 이 중 동일 입원건에 대해 본인부담률 차등적용, 진료과 전원 등 사유로 진료비가 분할 집계된 데이터를 단일 입원건으로 통합하여 최종 7,428건을 대상으로 분석을 실시하였음.
 - 코로나 환자의 경우 생활치료센터에서 의료원 코로나 치료 병동 및 중환자실로 전원되는 등 4일 이내 재입원한 건수는 동일 입원 건으로 통합하였음.

2. 변수 정의

- 분석에 사용된 변수는 다음 표와 같음.

표 50. 입원환자 현황분석 변수 정의

변수	정의
성	남, 여
연령대	10세 미만, 10대, 20대, 30대, 40대, 50대, 60대, 70대, 80세 이상
보험유형	건강보험, 의료급여, 산재, 보험미적용(일반), 자동차보험
진료계열	내과계(AN, FM, IMC, IME, IMG, IMH, IMI, IMN, IMJ, IMR, NR, PED, RH), 외과계(CC, DS, EM, GS, NS, OG, OL, OS, OT, TS, UR), 정신과계(NP), 코로나치료센터(SK생활치료센터)
수술여부	예, 아니오
주진단명	KCD 상병분류기호 3단위
코로나19 여부	코로나19(주진단명 U09), 일반(그 외 주진단명)
총진료비	보험자부담금, 급여본인부담금, 비급여본인부담금의 합
재원일수	입원일수
퇴원 후 30일 이내 재입원여부	예, 아니오

3. 분석 방법

- 본 연구의 수집된 자료는 통계 프로그램인 SPSS 24.0 프로그램을 이용하여 분석하였음. 입원 환자의 인구사회학적 특성(성별, 연령대별, 보험유형), 병원 이용 특성(진료계열, 주진단명, 수술여부)과 그에 따른 의료이용 수준에 대해 빈도분석, 평균 등 기술통계 분석을 실시하였음.
- 또한 일반질환 치료를 위해 입원한 환자와 코로나19 치료를 위해 입원한 환자의 특성이 상이할 것으로 보여 코로나19 질환 여부에 따라 결과를 나누어 제시하였음.
 - 입원환자 전체 7,428명 중 일반입원환자는 2,308명(31.1%), 코로나19 환자는 5,120명(68.9%)로 코로나19 입원환자의 비중이 더 높음.

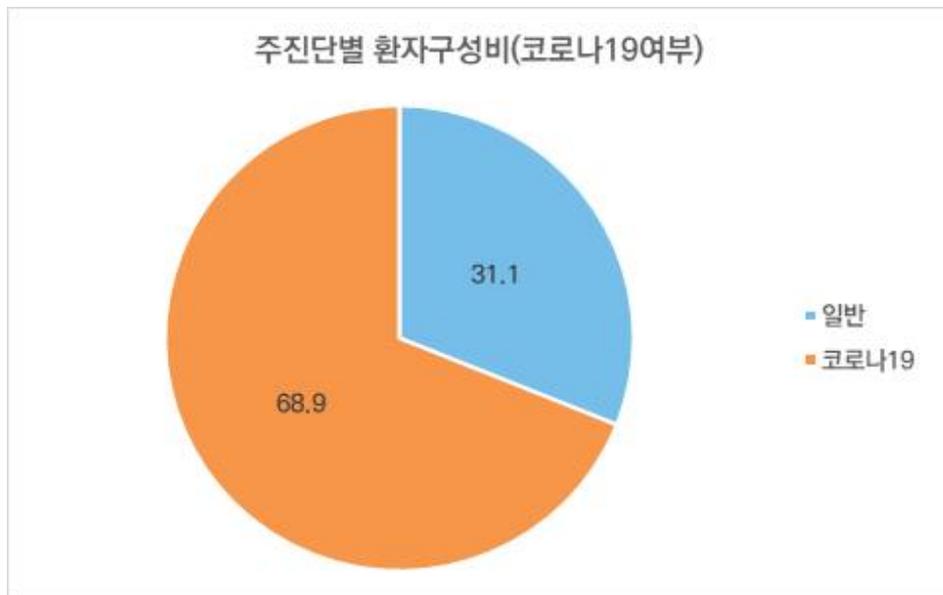


그림 27. 입원환자 주진단별 구성비 (코로나19 여부)

제2절 분석 결과

1. 일반적 특성

가. 인구사회학적 특성

- 입원환자의 인구사회학적 특성은 다음과 같음. 전체 환자의 성비는 남성 50.5%, 여성 49.5%로 비슷한 수준이었음. 코로나19 상병 여부에 따라 일반환자와 코로나19 환자로 나누어 봤을 때도 전체 환자의 성별 구성과 비슷한 분포를 보였음.

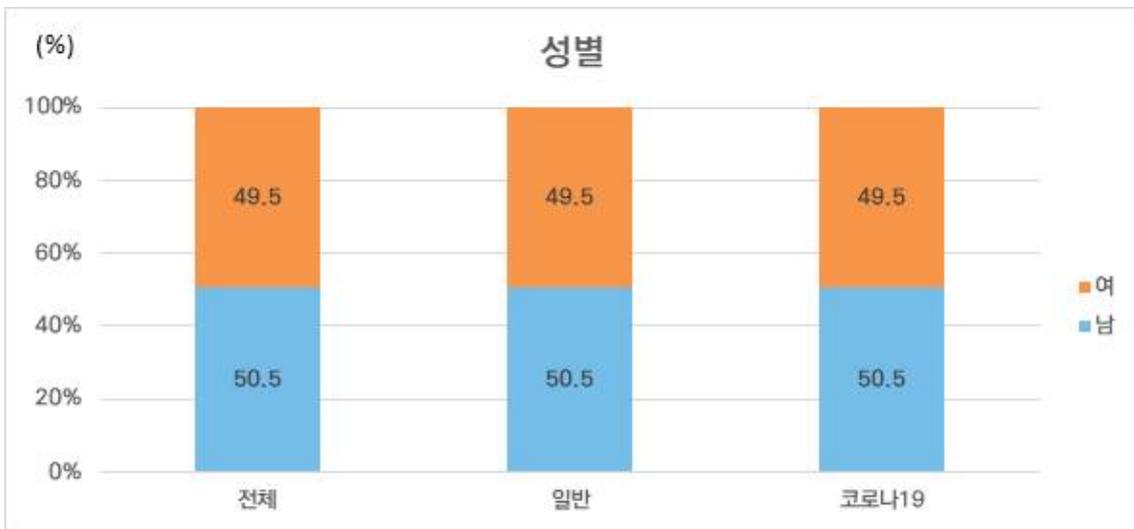


그림 28. 입원환자 성별 구성비

- 전체 입원환자의 평균 연령은 47.0세였으며, 일반환자의 평균연령은 61.3세, 코로나19 환자 40.6세로 일반환자의 평균 연령이 높았음.
- 전체 입원환자의 연령대별 구성비를 보면 60대가 17.8%로 가장 높았고, 40대 15.3%, 70대 14.3%, 30대 12.4% 순이었음. 60세 이상 고령 환자 구성비 31.0%였음.
- 코로나19 상병 여부에 따라 일반환자와 코로나19 환자로 나누어 보면 일반 환자의 연령대별 구성비는 70대가 23.3%로 가장 높았고, 60세 이상 고령환자 구성비가 61.2%로 절반 이상을 차지하였음. 코로나19 환자의 연령대별 구성비는 50대가 19.0%로 가장 높았고, 60세 이상 고령환자 구성비는 17.3%였음.

- 일반 환자는 60세 이상 고령환자 비율이 높았고, 코로나19 환자는 20~40대 청장년층 비율(46.4%)이 높았음.



그림 29. 입원환자 연령대별 구성비 및 평균연령

- 보험유형별로 입원환자 유형을 살펴보면 건강보험환자가 92.6%로 대부분을 차지하였고, 의료급여환자 5.2%, 산재환자 0.1%, 보험미적용(일반)환자 1.7%, 자동차보험환자 0.3%였음.
- 코로나19 상병 여부에 따라 일반환자와 코로나19 환자를 나누어보면 일반환자에서 의료급여환자가 13.3%로 높은 비율을 보였으며, 코로나19 환자는 건강보험환자 비율이 높고, 의료급여환자 비율이 낮았음.



그림 30. 입원환자 보험유형별 구성비

나. 병원이용 특성

- 입원환자가 입원한 진료과를 계열별로 살펴보면 코로나치료센터가 38.3%로 가장 많았고, 내과계 37.8%, 외과계 23.0%, 정신과계 0.9% 순이었음. 코로나19 질병여부로 나누어 보면 일반환자는 내과계 55.7%, 외과계 44.2%로 내과계 입원비율이 높았음.
- 코로나19로 입원한 환자는 코로나치료센터가 55.5%로 가장 많았고, 내과계 29.7%, 외과계 13.5%, 정신과계 1.3% 순이었음.
 - 참고 : 코로나19 환자 입원병동은 당직제로 운영되어 환자 치료 필요도에 따라 진료과가 배정되지 않고 대부분 임의 배정되었음.



그림 31. 입원환자 진료계열별 구성비

- 입원환자의 수술시행률은 10.2%였으며, 코로나19 상병 여부로 나누어 보면 일반환자의 32.1%, 코로나19 환자의 0.4%에서 수술을 시행하였음.



그림 32. 입원환자 수술시행률

2. 입원환자 다빈도 상병

- 입원환자의 주진단명을 3단위까지 범주화 한 후 상위 20개 다빈도 상병 현황을 살펴보면 다음과 같음.
- 입원환자 주진단명은 U07(코로나-19)가 68.9%로 가장 많았고, K35(급성 충수염) 1.2%, I20(협심증) 1.1%, A09(장염) 0.9%, K80(담석증) 0.8%, N10(급성 신우신염) 0.8% 순이었음. 다빈도 상병의 다수는 일반 또는 단순 진료 질병군이 많았음.

표 51. 입원환자 다빈도 상병 현황

단위 : 명, %

순위	상병코드	상병명(한글)	상병명(영문)	인원 (명)	비율 (%)
1	U07	코로나바이러스 질환 2019 [코로나-19]	Coronavirus disease 2019[COVID-19]	5,120	68.9
2	K35	급성 충수염	Acute appendicitis	87	1.2
3	I20	협심증	Angina pectoris	83	1.1
4	A09	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 대장염	Other gastroenteritis and colitis of infectious and unspecified origin	65	0.9
5	K80	담석증	Cholelithiasis	56	0.8
5	N10	급성 신우신염	Acute pyelonephritis	56	0.8
7	S32	허리뼈 및 골반의 골절	Fracture of lumbar spine and pelvis	53	0.7
8	J18	상세불명 병원체의 폐렴	Pneumonia, organism unspecified	51	0.7
8	S72	넓적다리뼈의 골절	Fracture of femur	51	0.7
10	I50	심장기능상실(심부전)	Heart failure	48	0.6
11	H26	기타 백내장	Other cataract	45	0.6
12	S82	발목을 포함한 아래다리의 골절	Fracture of lower leg, including ankle	42	0.6
13	S22	갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	Fracture of rib(s), sternum and thoracic spine	40	0.5

순위	상병코드	상병명(한글)	상병명(영문)	인원 (명)	비율 (%)
14	M48	기타 척추병증	Other spondylopathies	36	0.5
15	C34	기관지 및 폐의 악성신생물	Malignant neoplasm of bronchus and lung	35	0.5
16	I63	뇌경색증	Cerebral infarction	34	0.5
16	K81	담낭염	Cholecystitis	34	0.5
18	C18	결장의 악성신생물	Malignant neoplasm of colon	33	0.4
19	I21	급성 심근경색증	Acute myocardial infarction	30	0.4
19	I25	만성 허혈성 심장병	Chronic ischemic heart disease	30	0.4
19	N39	비뇨기계통의 기타 장애	Other disorders of urinary system	30	0.4

3. 특성별 의료이용 현황

가. 입원환자 1인당 평균 총진료비

- 입원환자의 1인당 평균 총진료비를 살펴보면 전체 환자는 338만 1천원, 일반환자는 491만 1천원, 코로나19 환자는 269만 1천원으로 일반 환자의 1인당 평균 총진료비가 높았음.



그림 33. 입원환자 1인당 평균 총진료비

- 입원환자의 1인당 평균 총진료비를 성별에 따라 살펴보면 전체 환자는 남성 356만 3천원, 여성 319만 5천원으로 남성에서 높았음. 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자 및 코로나19 환자 모두 남성의 평균 총진료비가 높았음.



그림 34. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (성별)

- 입원환자의 1인당 평균 총진료비를 연령대별로 살펴보면 10대 이후로 연령이 증가함에 따라 진료비가 증가하다가 80세 이상에서 진료비가 소폭 감소하였음.
- 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자는 전체 환자와 비슷한 경향을 보였으나, 코로나19 환자는 10대 이후로 연령의 증가에 따라 지속 증가하는 경향을 보임.



그림 35. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (연령대별)

- 입원환자의 1인당 평균 총진료비를 보험유형별로 살펴보면 산재환자가 929만 8천원으로 가장 높았고, 의료급여환자 525만 9천원, 자동차보험환자 414만 2천원, 건강보험환자 328만 1천원, 보험미적용(일반)환자 249만 1천원 순이었음.
- 이를 코로나19 상병 유무에 따라 나누어 보면 일반환자의 진료비는 산재환자, 의료급여환자, 건강보험환자 순으로 높았고, 코로나19 환자의 진료비는 산재환자, 의료급여환자, 건강보험환자 순으로 높았음.

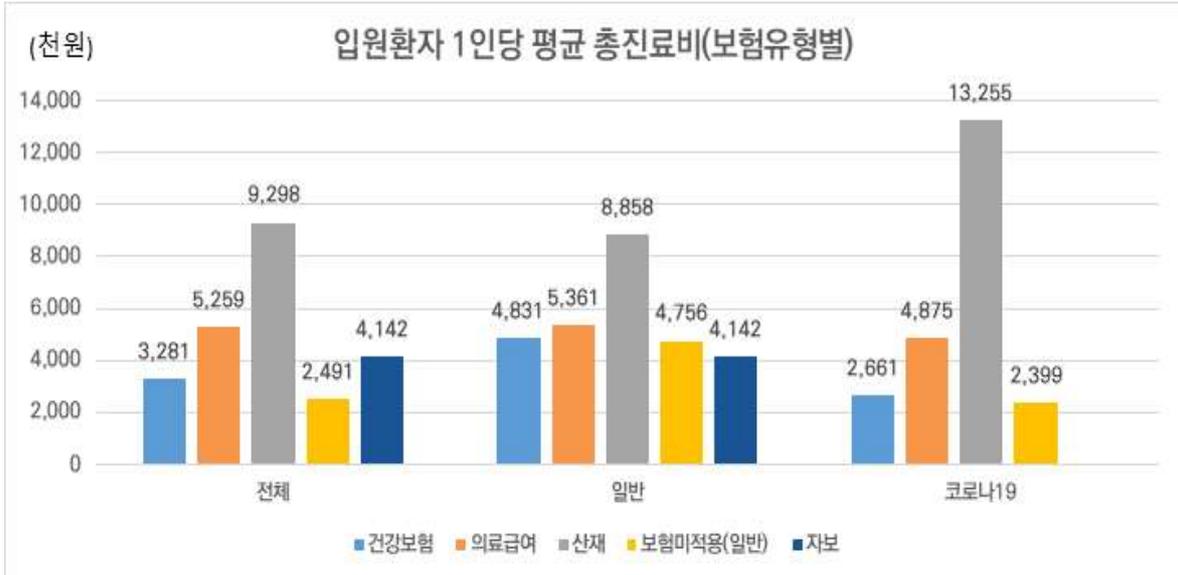


그림 36. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (보험유형별)

- 입원환자의 1인당 평균 총진료비를 진료계열별로 살펴보면 외과계가 543만 9천원으로 가장 높았고, 내과계 459만 8천원, 정신과계 365만원, 코로나치료센터 93만 4천원 순이었음. 코로나19 상병 유무에 따라 나누어 보면 일반환자는 정신과계, 외과계, 내과계 순으로 평균 총진료비가 높았고, 코로나19 환자는 외과계, 내과계, 정신과계 순으로 평균 총진료비가 높았음.



그림 37. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (진료계열별)

- 입원환자의 1인당 평균 총진료비를 수술 시행 여부에 살펴보면 수술 환자는 774만 2천 원, 비수술환자 288만 4천원으로 수술 환자에서 진료비가 높았음. 코로나19 상병 유무에 따라 살펴보면 일반환자 진료비는 수술환자 653만 2천원, 비수술환자 414만 4천원으로 수술환자에서 높았음. 코로나19 환자에서는 수술환자 5,493만 8천원, 비수술환자 249만 7천원으로 수술환자와 비수술환자 간 평균진료비 차이가 크게 나타났음.

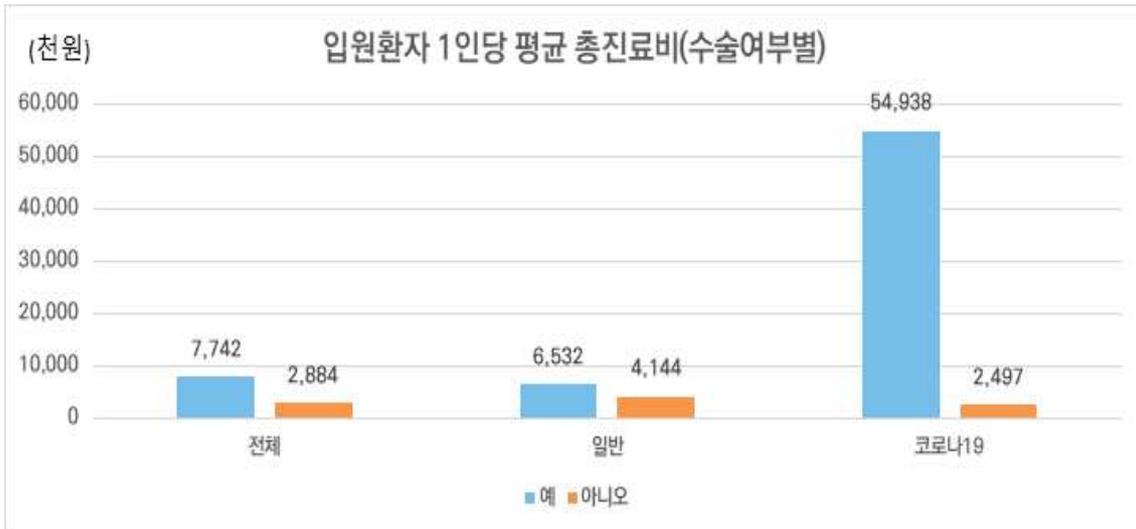


그림 38. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (수술여부별)

나. 입원환자 일당 평균 총진료비

- 전체 입원환자의 일당 평균 총진료비는 31만원이었으며, 코로나19 상병 유무에 따라 살펴보면 일반환자 54만 4천원, 코로나환자 20만 4천원으로 일반환자에서 높았음.

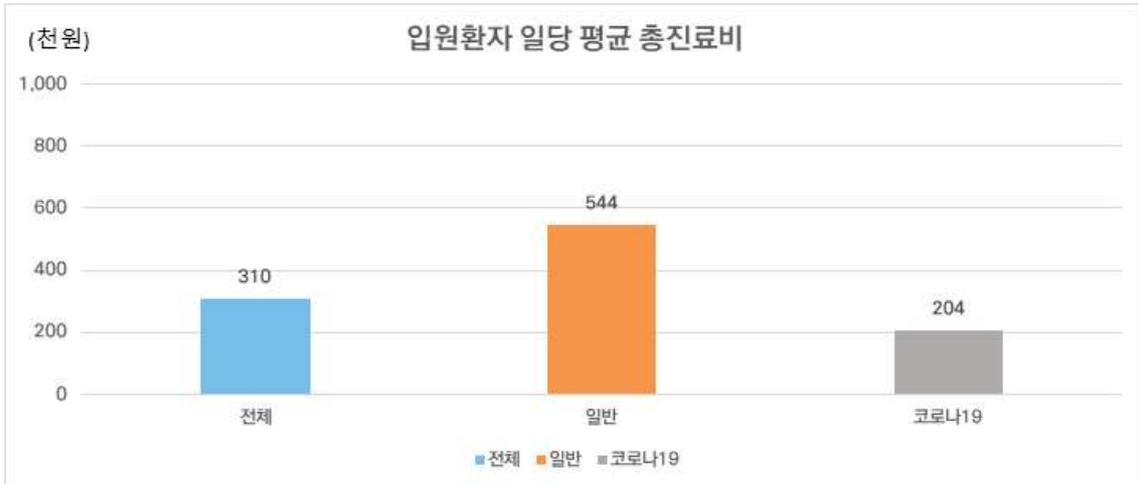


그림 39. 입원환자 일당 평균 총진료비

- 입원환자의 일당 평균 총진료비를 성별에 따라 살펴보면 남성 32만 8천원, 여성 29만 2천원으로 남성에서 높았음. 코로나19 상병 유무에 따라 살펴보면 일반환자는 남성 59만 4천원, 여성 49만 3천원으로 남성에서 높았고, 코로나19 환자는 남성 20만 8천원 여성 20만 1천원으로 비슷한 수준을 보였음.

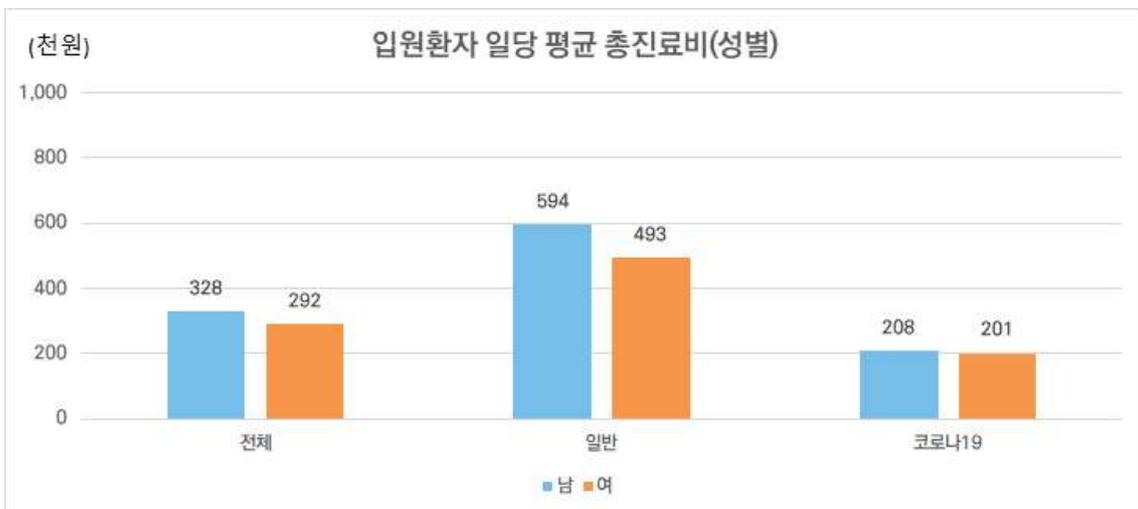


그림 40. 입원환자 일당 평균 총진료비 (성별)

- 입원환자의 일당 평균 총진료비를 연령대별로 살펴보면 10대 이후로 연령이 증가함에 따라 진료비가 증가하여 70대가 51만 9천원으로 가장 높았고, 80세 이상에서 진료비가 소폭 감소하였음.
- 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자의 10대 이하, 80세 이상은 입원 일당 평균 진료비가 40만원대 수준이었고, 20대에서 70대까지 50만원대 수준을 보였음. 코로나19 환자는 전체 환자와 비슷하게 10대 이후로 연령의 증가에 따라 입원 일당 평균진료비가 지속 증가하는 경향을 보였음.



그림 41. 입원환자 일당 평균 총진료비 (연령대별)

- 입원환자의 일당 평균 총진료비를 보험유형별로 살펴보면 의료급여환자가 41만 9천원으로 가장 높았고, 건강보험환자 30만 5천원, 자동차보험환자 25만 8천원, 산재환자 25만 1천원, 보험미적용(일반)환자 22만 8천원 순이었음.
- 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자는 건강보험환자가 56만 3천원으로 가장 높았고, 보험미적용(일반)환자 51만 8천원, 의료급여 45만 1천원 순이었음. 코로나19 환자는 의료급여환자가 30만원으로 가장 높았고, 산재환자 28만 2천원, 보험미적용(일반)환자 21만 7천원 순이었음.

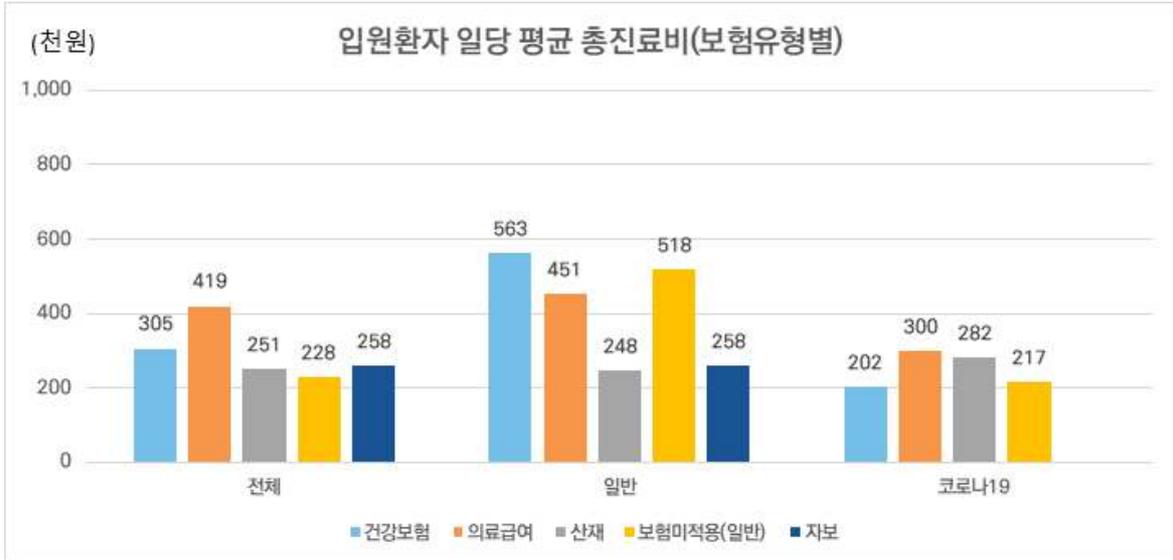


그림 42. 입원환자 일당 평균 총진료비 (보험유형별)

- 입원환자의 일당 평균 총진료비를 진료계열별로 살펴보면 외과계가 48만 8천원으로 가장 높았고, 내과계 43만 5천원, 정신과계 32만 9천원 순이었음.
- 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자는 외과계 56만원, 내과계 53만 1천원, 정신과계 21만 4천원 순이었고, 코로나19 환자는 외과계 38만 2천원, 내과계 35만 4천원, 정신과계 33만 1천원 순이었음.

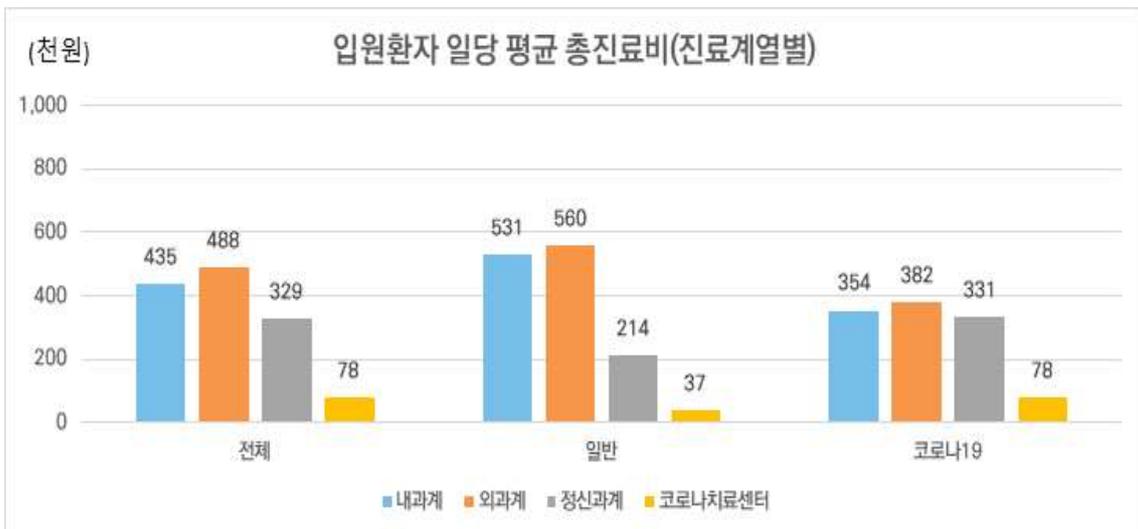


그림 43. 입원환자 일당 평균 총진료비 (진료계열별)

- 입원환자의 일당 평균 총진료비를 수술 시행여부별로 살펴보면 수술 환자는 66만 4천 원, 비수술 환자는 26만 9천원으로 수술환자의 평균 진료비가 높았음.
- 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자는 수술환자 64만 4천원, 비수술 환자는 49만 6천원이었고, 코로나19 환자는 수술환자 145만 3천원, 비수술환자 20만원으로 수술환자에서 높았음.

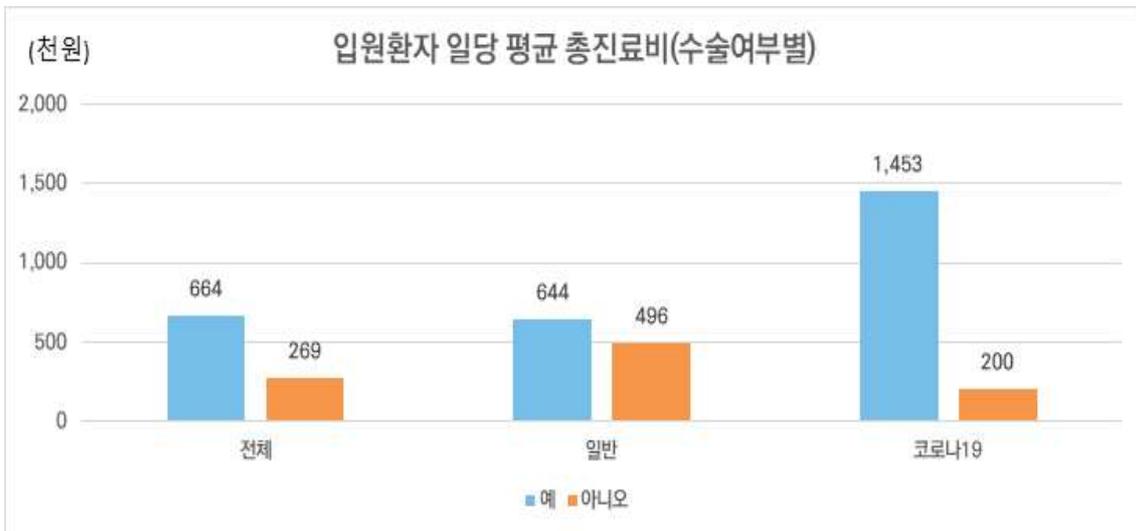


그림 44. 입원환자 일당 평균 총진료비 (수술여부별)

다. 진료비 본인부담 수준

- 입원환자 진료비의 환자 본인부담 수준을 살펴보면 환자가 부담하는 전체 본인부담 비율은 18.9%였으며 이중 급여본인부담금은 16.7%, 비급여본인부담금은 2.2%로 비급여 본인부담율이 낮은 수준이었음.
 - 종합병원급 이상 의료기관 평균 입원 건강보험보장률 74.6%, 급여본인부담금 16.5%, 비급여본인부담금 9.0%(2020년 건강보험환자 진료비실태조사결과)
- 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자의 본인부담금은 20.1%, 코로나19 환자의 본인부담금은 17.9%였음.



그림 45. 입원환자 진료비 본인부담 수준

- 입원환자 진료비의 환자 본인부담 수준을 성별에 따라 살펴보면 환자가 부담하는 전체 본인부담률은 남성 18.7%, 여성 19.1%였음. 코로나19 상병 유무에 따라 살펴보면 일반 환자는 남성 18.9%, 여성 21.4%로 여성에서 높았고, 코로나19 환자는 남성 18.5%, 여성 17.2%로 남성에서 높았음.

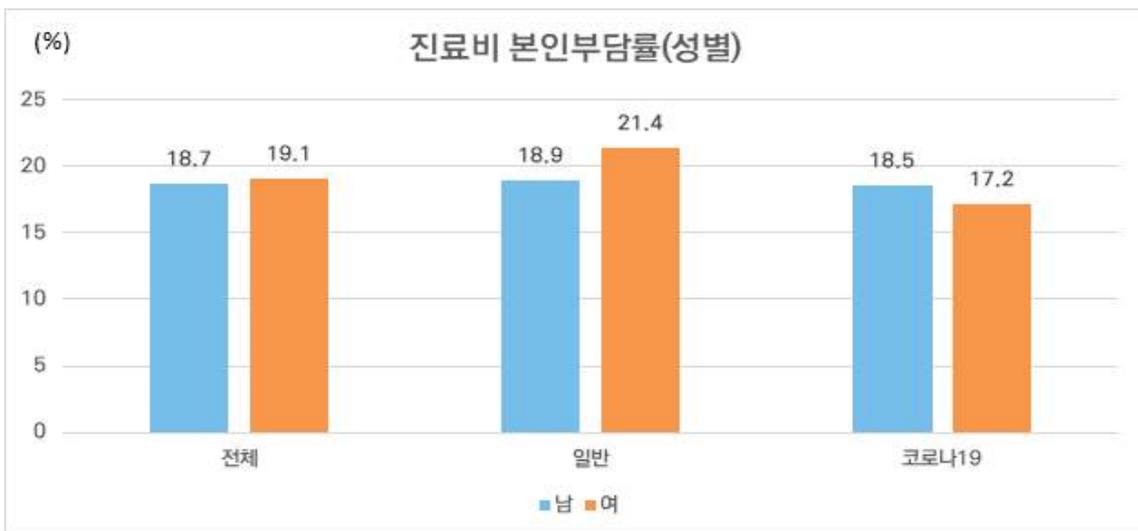


그림 46. 입원환자 본인부담률 (성별)

- 입원환자 진료비의 환자 본인부담 수준을 연령대별로 살펴보면 환자가 부담하는 전체 본인부담률은 20대가 22.5%로 가장 높았고, 10세 미만이 11.7%로 가장 낮았음.

- 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자의 본인부담률은 20대가 28.1%로 가장 높았고, 10세 미만 및 70대가 18.9%로 가장 낮았음. 코로나19 환자의 본인부담률은 20대가 20.8%로 가장 높았고, 10세 미만이 11.3%로 가장 낮았음.



그림 47. 입원환자 본인부담률 (연령대별)

- 입원환자 진료비의 환자 본인부담 수준을 보험유형별로 살펴보면 환자가 부담하는 전체 본인부담률은 건강보험환자 19.0%, 의료급여환자 5.9%, 산재환자 3.8%, 보험미적용(일반)환자 99.6%, 자동차보험환자 1.3%였음.
- 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자의 본인부담금은 건강보험환자 22.5%, 의료급여환자 6.7%, 산재환자 2.7%, 자동차보험환자 1.3%였고, 코로나19환자의 본인부담금은 건강보험환자 16.5%, 의료급여환자 2.6%, 산재환자 10.4%였음.



그림 48. 입원환자 본인부담률 (보험유형별)

- 입원환자 진료비의 환자 본인부담 수준을 진료계열별로 살펴보면 환자가 부담하는 전체 본인부담률은 외과계 21.1%, 정신과계 18.7%, 코로나치료센터 17.6%, 내과계 17.5% 순이었음.
- 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자의 본인부담금은 정신과계는 전액 본인부담이었고, 외과계 23.2%, 코로나치료센터 20.0%, 내과계 17.3% 순이었음. 코로나 19환자의 본인부담금은 외과계 18.4%, 내과계 17.8%, 코로나치료센터 17.6%, 정신과계 16.4%였음.



그림 49. 입원환자 본인부담률 (진료계열별)

- 입원환자 진료비의 환자 본인부담 수준을 수술시행 여부별로 살펴보면 환자가 부담하는 전체 본인부담률은 수술환자는 22.4%, 비수술환자는 17.8%로 수술환자의 본인부담률이 높았음.
- 이를 코로나19 상병 유무로 나누어 보면 일반환자의 본인부담률은 수술환자 22.6%, 비수술환자 18.2%였고, 코로나19 환자의 본인부담률은 수술환자 21.5%, 비수술환자 17.6%였음.

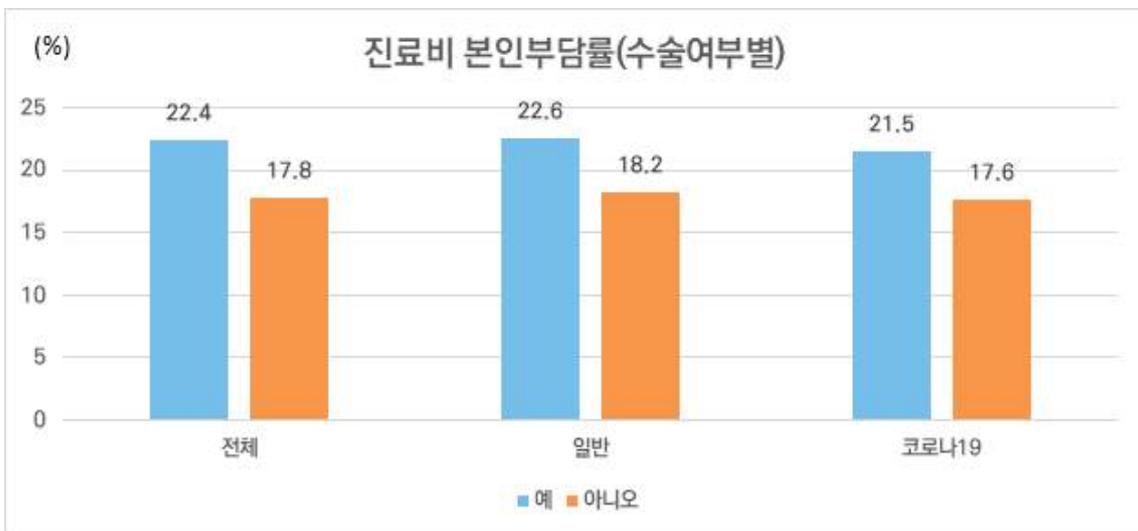


그림 50. 입원환자 본인부담률 (수술여부별)

라. 평균재원일수

- 입원환자 평균재원일수는 11.2일로 전국평균(8.7일)보다 길었음. 이를 코로나19 상병 유무로 나누어보면 일반환자 10.6일, 코로나19환자 11.4일로 비슷한 수준이었음.
 - 종합병원 평균재원일수 8.7일 (2019년 기준 의료서비스 이용현황, 건강보험심사평가원)



그림 51. 입원환자 평균재원일수

- 입원환자 평균재원일수를 성별에 따라 살펴보면 남성 11.1일, 여성 11.2일로 비슷한 수준이었음. 코로나19에 상병 유무에 따라 나누어 봤을때도 남성 및 여성의 평균재원일수는 비슷한 수준이었음.

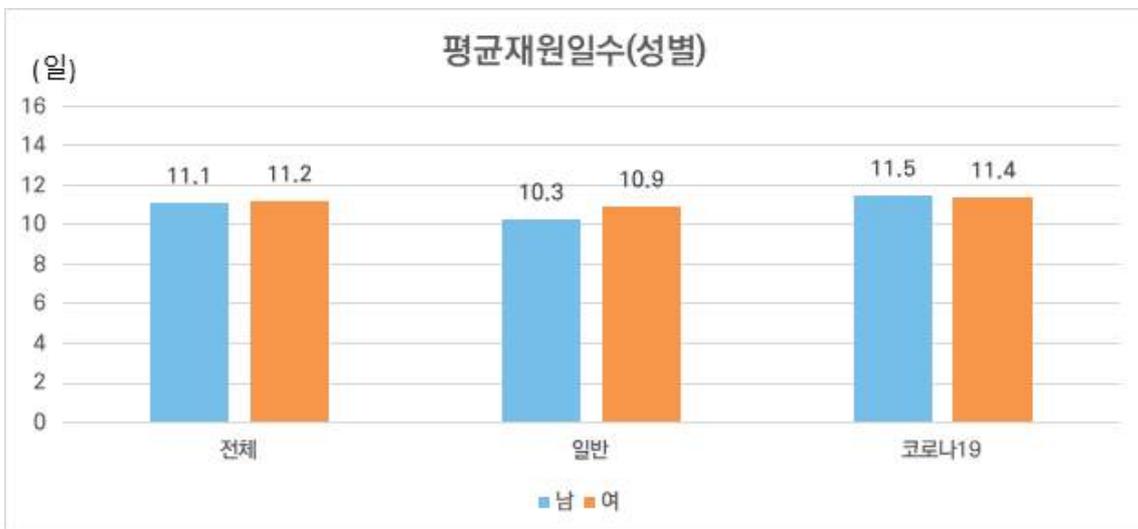


그림 52. 입원환자 평균재원일수 (성별)

- 입원환자 평균재원일수를 연령대별로 살펴보면 10세 미만이 9.9일로 가장 짧았고, 연령대가 높아질수록 평균 재원일수도 늘어나 80세 이상은 15.1일이었음. 코로나19에 상병 유무에 따라 나누어 봤을때도 연령대 증가에 따른 평균 재원일수 증가 경향은 비슷했으며 일반환자가 코로나19 환자에 비해 전반적으로 평균 재원일수가 짧았음.



그림 53. 입원환자 평균재원일수 (연령대별)

- 입원환자 평균재원일수를 보험유형별로 살펴보면 보험미적용(일반)환자가 10.2일로 가장 짧았고, 건강보험환자 11.1일, 의료급여환자 13.0일, 자동차보험환자 15.3일, 산재환자 35.3일 순이었음.
- 코로나19에 상병 유무에 따라 나누어 봤을 때 일반환자는 건강보험환자가 10.1일로 가장 짧았고, 의료급여환자 12.8일, 보험미적용(일반)환자 14.8일 순이었음. 코로나19환자는 보험미적용(일반)환자가 10.0일로 가장 짧았고, 건강보험환자 11.4일, 의료급여환자 14.0일 순이었음.

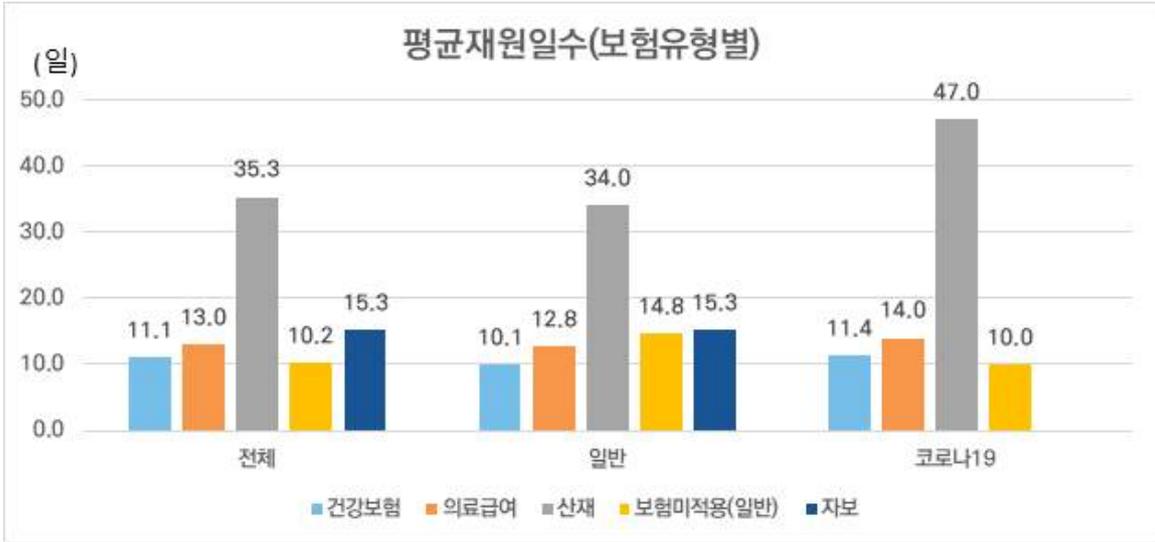


그림 54. 입원환자 평균재원일수 (보험유형별)

- 입원환자 평균재원일수를 진료계열별로 살펴보면 10.9일에서 11.4일까지 비슷한 수준이었음.
- 코로나19 상병 유무에 따라 나누어 봤을 때 일반환자는 의료급여환자 10.3일, 건강보험환자 10.9일, 코로나치료센터 12.0일, 정신과계 31.0일로 정신과계 재원일수가 길었음. 코로나19 환자는 진료계열별로 비슷한 수준이었음.

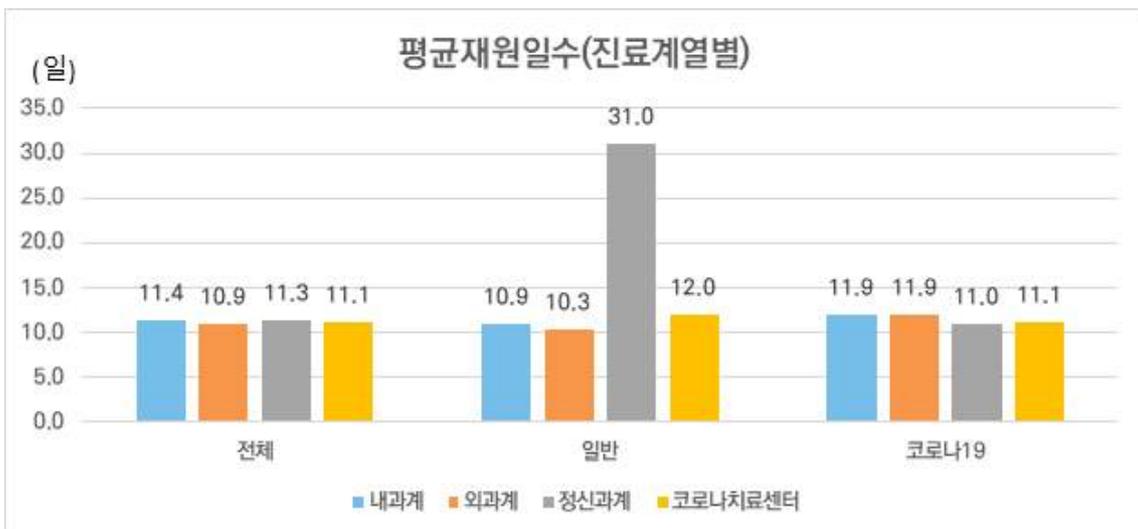


그림 55. 입원환자 평균재원일수 (진료계열별)

- 입원환자 평균재원일수를 수술시행여부별로 살펴보면 수술환자는 11.9일, 비수술환자는 11.1일로 비슷한 수준이었음.
- 코로나19에 상병 유무에 따라 나누어 봤을 때 일반환자는 수술환자 11.3일, 일반환자 10.3일로 비슷했고, 코로나19환자는 수술환자 33.6일, 일반환자 11.4일로 수술여부에 따라 재원일수 차이가 크게 나타났음.

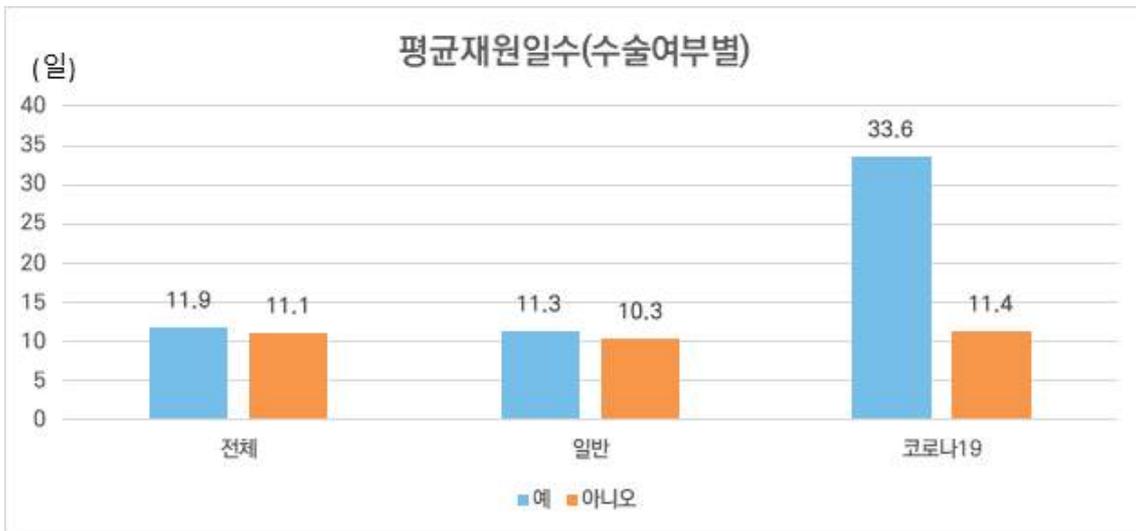


그림 56. 입원환자 평균재원일수 (수술여부별)

마. 일반환자의 30일 이내 재입원율⁴³⁾

- 일반상병 입원환자의 퇴원 후 30일 이내 재입원율을 살펴보면 7.8%로 낮은 수준이었음. 성별에 따라 살펴보면 남성 8.9%, 여성 6.7%로 남성에서 높았음.
 - 종합병원 퇴원 후 30일 이내 동일 또는 타 기관 재입원률 16.5%(2017년도(2차) 위험도표준화재입원비 적정성 평가결과, 건강보험심사평가원)

- 재입원율을 연령대별로 살펴보면 70대의 재입원율이 10.4%로 가장 높았고, 60대 8.9%, 50대 8.4%, 80세 이상 7.6% 순이었음. 40대 이하는 5% 이하 재입원율을 보였으며 10세 미만은 30일 이내 재입원이 없었음.



그림 57. 퇴원 후 30일 이내 재입원율 (성별, 연령대별)

- 재입원율을 보험유형별로 살펴보면 의료급여환자가 14.4%로 가장 높았고, 건강보험환자 재입원은 6.9%였음.

- 재입원율을 진료계열별로 살펴보면 내과계 9.3%, 외과계 5.9%였음.

43) 코로나19 상병으로 입원한 환자는 재입원 건이 없으므로 일반환자 입원건에 대해서만 분석을 실시함



그림 58. 퇴원 후 30일 이내 재입원율 (보험유형별, 진료계열별)

- 재입원율을 수술시행여부별로 살펴보면 수술환자는 5.8%, 비수술환자는 8.7%로 비수술 환자의 재입원율이 높았음.



그림 59. 퇴원 후 30일 이내 재입원율 (수술여부별)

- 퇴원 후 30일 이내 재입원한 환자의 상위 20위 다빈도 주상병은 다음과 같음.
 - 재입원 다빈도 상병 중 건수가 가장 많았던 백내장, 암은 정기적인 치료를 요하는 특성 등이 반영된 결과로 볼 수 있음.

표 52. 30일 이내 재입원 상위 20위 다빈도 주상병

단위 : 건수

상병코드	상병명(영문)	상병명(한글)	30일 이내 재입원건
H26	Other cataract	기타 백내장	19
C18	Malignant neoplasm of colon	결장의 악성신생물	16
C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	기관지 및 폐의 악성신생물	10
I50	Heart failure	심장기능상실(심부전)	7
K80	Cholelithiasis	담석증	6
C56	Malignant neoplasm of ovary	난소의 악성 신생물	5
C20	Malignant neoplasm of rectum	직장의 악성신생물	5
L03	Cellulitis, Acute lymphangitis	연조직염, 급성 림프관염	5
K70	Alcoholic liver disease	알코올성 간질환	5
B18	Chronic viral hepatitis	만성 바이러스간염	4
C15	Malignant neoplasm of oesophagus	식도의 악성신생물	4
J84	Other interstitial pulmonary diseases	기타 간질성 폐질환	3
K72	Hepatic failure, NEC	달리 분류되지 않은 간기능상실	3
M24	Other specific joint derangements	기타 명시된 관절 이상	3
K74	Fibrosis and cirrhosis of liver	간의 섬유증 및 경화	3
D13	Benign neoplasm of other and ill-defined parts of digestive system	기타 및 부위불명 소화기계통의 양성 신생물	3
M75	Shoulder lesions	어깨병변	3
M48	Other spondylopathies	기타 척추병증	3
J18	Pneumonia, organism unspecified	상세불명 병원체의 폐렴	3
T81	Complications of procedures, NEC	달리 분류되지 않은 처치의 합병증	2
C23	Malignant neoplasm of gallbladder	담낭의 악성 신생물	2

제3절 소결

- 2021년 1월~9월까지 성남시의료원에 입원한 환자 중 일반 급성기 질환 치료를 위해 입원한 환자는 전체 입원환자의 30% 수준으로 코로나19 치료를 위한 입원환자가 더 많은 수를 차지함. 그러나 코로나19 환자는 단일 질환 치료를 위해 병상 상황에 따라 거주지에 관계 없이 치료 의료기관이 임의 배정된 특수한 사례이므로 일반질환 입원환자 중심으로 분석결과를 요약하였음.
- 일반 입원환자의 인구 특성은 60세 이상 고령자가 많았고(61.2%). 보험유형별로는 건강보험환자 85.2%, 의료급여환자 13.3%였음. 진료계열별로는 내과계 55.7%, 외과계 44.2%였고, 입원환자의 수술 시행률은 10.2%였음.
- 입원환자의 다빈도 순위 주진단명은 K35(급성 충수염), I20(협심증), A09(장염), K80(담석증), N10(급성 신우신염), S32(허리뼈 및 골반의 골절), J18(폐렴) 순이었는데 일부 심혈관질환을 제외하면 일반 또는 단순 진료 질병군이 많았음.
- 입원환자 1인당 평균 총진료비는 491만 1천원으로 연령이 증가함에 따라 진료비도 증가하는 경향을 보임. 입원환자 일당 총진료비는 54만 4천원으로 상급종합병원 평균과 종합병원 평균 중간수준이었음.
 - 입원 일당 총진료비(비급여 제외) 상급종합병원 평균 64만원, 종합병원 평균 39만원 (2020년 건강보험통계연보)
- 진료비 본인부담 수준은 18.9%로 이중 급여 본인부담금은 16.7%, 비급여 본인부담금은 2.2%로 비급여 본인부담율이 낮은 수준이었음.
 - 종합병원급 이상 의료기관 평균 입원 건강보험보장률 74.6%, 급여본인부담금 16.5%, 비급여본인부담금 9.0%(2020년 건강보험환자 진료비실태조사결과)
- 입원환자의 평균 재원일수는 10.6일로 전국평균(8.7일)보다 길었음. 연령대별로 살펴보면 10세 미만이 4.6일로 가장 짧았고, 연령대가 높아질수록 평균 재원일수도 늘어나 80세 이상은 14.0일이었음. 수술시행 여부별 평균재원일수는 수술환자 11.3일, 비수술 환

자 10.3일로 비슷하였음.

- 30일 이내 재입원율은 7.8%로 전국 평균(16.5%)낮은 수준이었으나 타 의료기관으로의 재입원이 제외되어 과소 집계되었을 수 있음. 재입원 사유의 많은 수는 암 치료, 백내장 치료 등 계획된 재입원이었음.
- 종합해보면 성남시의료원이 개원 직후 코로나전담병원을 운영함에 따라 일반진료 기능이 위축되어 있어 현재 입원환자는 중증도가 높지 않은 질병군으로 구성되어 있음. 입원 일당 총진료비는 종합병원 평균보다 높으나 이는 동일 상병에 대해 질병 중증도가 높은 노인 환자가 많은 특성과 500명상 이상 규모의 중등도 이상 치료를 위해 준비된 의료 자원을 이용한 특성이 반영된 것으로 볼 수 있음.
- 진료비 중 비급여율이 현저히 낮아 적정 진료를 추구하는 공공병원의 역할을 성실히 수행하고 있어 지역보건의료계에 과잉 진료를 지양하는 긍정적인 효과를 가져올 것으로 전망함.
- 평균 재원일수는 10일로 공공병원 평균(17.9일, 2016 병원경영분석)보다는 짧지만 급성기 치료 중심 서비스 제공 및 지역 내 아급성기 진료자원연계 등을 통해 재원일수 감소를 위한 노력을 지속해야 함.
- 향후 의료원이 진료활성화가 되면 입원환자 중증도 상향, 적정 진료 제공, 재원일수 감소 및 지역 자원 연계를 위한 다양한 정책 개발 및 시행이 수반되어야 할 것임

**제7장 성남시의료원
신포괄지불제도 적용방안**

제1절 신포괄지불제도 시범사업 참여기관 지정기준

1. 시범사업 참여기준

- 신포괄지불제도 시범사업에 참여하기 위해서는 다음과 같은 기준에 부합해야 함.⁴⁴⁾

표 53. 2019년도 시범사업 참여기관 지정기준

구분	내용
대상	급성기 병원 (종합병원 및 병원) ※ (제외) 상급종합병원 및 보훈병원, 아동병원, 재활병원 등 특수진료기관 등
신청 및 지정	매년 1회
참여조건	1) 급성기 병원으로 과거 3년 이상의 입원 환자 진료 실적이 있는 기관 2) 진료(처방)내역에 대한 입원일자별 자료제출이 가능한 기관 3) 의무기록실이 설치되어 있고, 한국표준질병·사인분류(KCD)에 의한 질병 분류코딩이 되어 코딩자료 제출이 가능한 기관 4) 전자 의무기록(EMR)시스템을 운영하고 있는 기관

자료출처 : 건강보험심사평가원. 신포괄수가제 시범사업 설명회 자료. 2018.03.22.

1) 현행 기준은 변동없이 동일하며 향후 시범기관 모집 전 위원회를 거쳐 지정기준 조건이 변동될 수 있음.

2. 시범사업 참여절차⁴⁵⁾

- 시범사업 참여를 희망하는 의료기관은 건강보험심사평가원의 모집공고에 따라 ‘신포괄수가제 시범기관 참여신청서’, ‘시범사업 참여기관 운영현황 통보서’를 작성하여 제출해야 함. 이후 신포괄협의체 하에 필요에 따라 구성되는 ‘시범기관선정위원회’에서 논의를 거쳐 지정결과를 통보함.
- ‘시범기관선정위원회’는 기관별 진료실적 및 운영현황 등을 고려하여, 급성기 병원(질병군 분포) 여부, 진료규모(입원건수 및 제외건수), 제외환자, 지역, 종별, 시범사업 목적 등을 검토함.

44) 현재 제시된 참여기관 지정기준은 2019년도 건강보험심사평가원의 설명회 자료에서 발췌한 내용으로 ‘20-21년도에는 시범사업 참여 모집이 공고되지 않음.

45) 건강보험심사평가원. 신포괄수가제 시범사업 설명회 자료. 2018.03.22.

제2절 성남시의료원 신포괄지불제도 적용방안

- 신포괄지불제도는 의료의 질을 유지 또는 향상시키면서 행위별수가제 하에서 발생하는 불필요한 의료비 지출 증가와 환자의 의료비 부담을 가중시키는 한계를 보완하고자 등장한 제도임. 이에 따라 신포괄지불제도의 가장 중요한 목적은 진료의 효율성 및 보장성, 의료의 질, 공급자 수용성을 향상 또는 개선하는 것이라 할 수 있음.
- 특히 신포괄지불제도의 정책가산이라는 인센티브 정책은 병원의 경영성과 개선을 꾀할 수 있는 수단으로 작용하고 있음. 즉, 진료비 지불에 있어 보상체계 모형이 변화한 이후 행위별수가 대비 보상수준이 약 10% 정도 증가한 것을 고려한다면 공공의료기관 뿐만 아니라 앞으로 더 많은 민간의료기관이 시범사업에 뛰어들 기전이 충분함.
- 이에 따라 앞으로 성남시의료원이 신포괄지불제도의 도입목적을 충실히 이행하면서 안정적으로 제도를 운영할 수 있도록 4가지 항목별로 적용방안을 제안해보고자 함.
 - 과잉진료 방지 및 불필요한 비용의 절감을 통한 진료효율성 증대 방안
 - 정보관리 인프라 구축 및 지표 관리를 통한 의료의 질 향상 방안
 - 시범사업 영향평가 모니터링을 통한 제도 내실화 추진 방안
 - 조직체계 및 관리운영 변화를 통한 이해관계자의 정책수용성 향상 방안

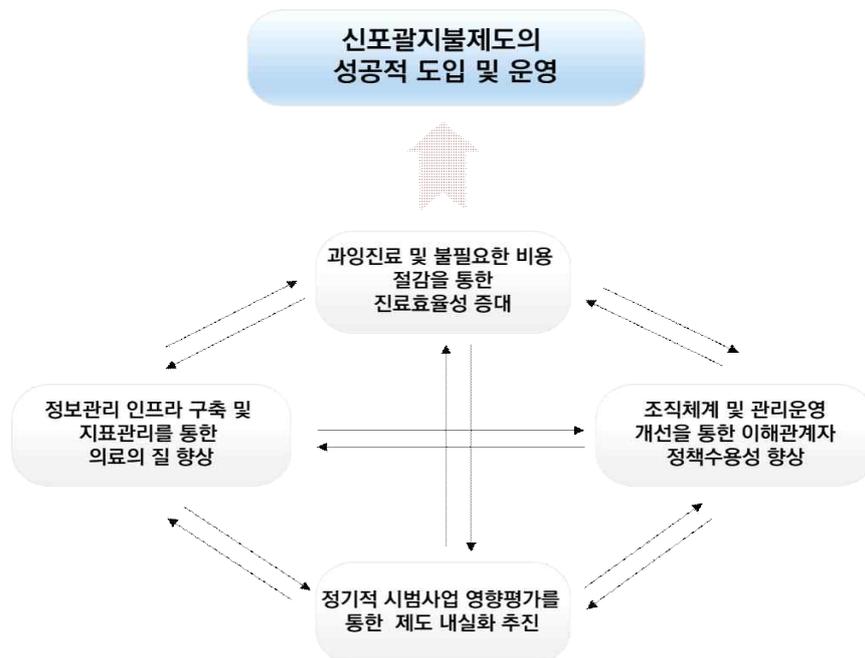


그림 60. 성남시의료원 신포괄지불제도 적용을 위한 목표과제

1. 과잉진료 방지 및 불필요한 비용의 절감을 통한 진료효율성 증대

- 행위별수가제에서 가장 취약한 단점은 과잉진료 유발할 수 있는 지불구조와 의료비 지출 통제에 한계가 있다는 점임. 신포괄수가제는 이런 행위별수가제의 문제를 보완하기 위해 입원환자 당 사전 보상수준을 정해놓음으로써 의료비 지출 효율화를 도모하고 공급자가 자원을 효율적으로 할당하도록 설계함.
- 비록 현재는 신포괄수가가 행위별수가보다 더 높은 보상수준을 설정한 상황으로 진료비가 더 높게 나타날 수밖에 없지만, 신포괄지불제도의 가장 큰 목적이 양질의 의료서비스를 제공하면서 진료비를 낮추어 효율성을 달성하는 것이니 만큼 진료비, 재원일수 등 상대적인 변화 등에 관해 지속적인 관찰이 필요함. 구체적인 과제는 다음과 같음.
 - 재원일수 관리 : 장기입원환자 집중관리, 환자 및 보호자 대상 치료계획 사전 안내, 퇴원 예고제 운영, 퇴원 후 통원치료계획 수립, 재원일수 목표설정 및 모니터링 등
 - 전문질병군(중증환자) 관리 : 심평원에서 업코딩 심사 강화 등으로 의료기관에서는 중증도 코딩에 대한 정확도 향상을 위해 노력해야 함. 의료진 대상 교육과 피드백 요청 등을 위해 의료진과의 소통을 활성화해야 함.



그림 61. 신포괄지불제도 적용방안 - (1) 진료효율성 증대 방안

- 신포괄지불제도를 통해 진료효율성을 증대시키기 위해서는 진료비, 재원일수, 중증도, 열외군 환자에 대한 관리가 필요하며, 이 때 해당 과제와 정책가산을 함께 연계함으로써 지표를 모니터링하고 그 결과를 진단하는 것이 유용한 대안일 것임.
- 연계된 정책가산 지표로는 병원 경영성과와 관련된 병상활용도, 기관경영수지, 생산성, 효율성 지표가 있으며, 그 외 의료의 질 유지 지표로 통합간호등급 및 간호·간병통합서비스가 있음.

표 54. 신포괄지불제도 도입목표와 정책가산 지표 간 연계 - (1) 진료효율성

신포괄 시범사업 평가영역 [진료효율성]		연계	정책가산 평가영역		정책가산 최대비율	'22년도 공공병원 가산비율 (46개소)	
						최소값	최대값
도 입 목 표	진료비 변화	효율· 효과성	병상활용도	5	1	5	
	재원일수 변화		기관경영수지				
	중증도 변화		생산성				
	열외군 환자 변화		효율성				
		의료의 질	통합간호등급	2	0	2	
			간호·간병통합서비스 병상점유율	2	0	2	

자료출처 : 신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020. 재구성.

2. 정보관리 인프라 구축 및 지표관리를 통한 의료의 질 향상 방안

- 신포괄지불제도는 의료의 질에 대한 평가를 구조적·과정적 측면에서 심도있게 검토하기 위해 정책가산 지표 중 ‘신포괄 정보관리’를 포함함. 신포괄 정보관리 지표는 정보에 대한 적시성, 충분성, 정확성을 높여 환자에게 양질의 의료서비스를 제공하도록 지원하는 데 목적이 있음.
- 2015년 4월부터 신포괄 정보관리를 평가하고 있으며, 2016년부터는 정보의 질 및 시스템 기능향상을 유도하기 위해 참여 의료기관마다 평가결과에 따라 정책가산을 차등 지급하고 있음.
- 시범사업에 참여하는 의료기관의 평가결과를 살펴보면, 의료의 질 향상을 위한 인프라 구축 및 질 향상 활동을 적극적으로 추진하고 있는 것으로 나타남. 특히 신포괄 도입

이후 의무기록 작성 및 점검활동을 적극적으로 추진하고, 코딩 정확도 향상을 위해 의료진 대상 교육을 지속적으로 실시하며, 의료진과의 소통을 위해 노력하고 있음.

- 2018년 기준 신포괄 참여병원에 대한 의료의 질 지표 분포를 측정한 결과, 진단코딩 정확도를 위한 노력(90.0점), 진단코딩 청구 정확도(96.7점), 의무기록 필수항목 기재율(97.8점) 등 의료정보관리 수준이 전반적으로 높게 평가됨.

○ 앞으로 성남시의료원이 신포괄지불제도를 통해 의료의 질 향상을 달성하고자 한다면, 신포괄지불 정보관리를 위한 시스템 운영 및 제도를 정비하고 의료의 질과 관련된 지표를 점검하는 등 질 향상을 위한 적극적인 노력을 수행해야 함. 구체적인 과제는 다음과 같음.

- 신포괄 정보관리 지표 점검 : 의무기록 필수항목 기재율, 진단코딩 정확도 및 향상활동, POA 청구정확도, 환자안전 Alert 시스템 운영 및 활용, 환자인식시스템 운영, 표준진료지침(CP) 운영
- 진단코딩 정확도 향상을 위한 노력 : 정확한 진단명과 충실한 의무기록 교육 및 심사를 위해 의료진과 대상 교육과 소통 창구를 적극적으로 활용해야 함.
- 의료의 질 향상을 위한 점검표 작성 : 수술 전 진료, 입원 중 진료, 퇴원 전 진료의 점검사항에 대한 조사표를 작성하여 점검하고 질 관리 향상 활동이 지속적으로 이루어지는지 확인해야 함.
- 재입원을 관리 : 신포괄지불제도 도입에 따른 과소진료 또는 의료의 질 저하로 퇴원 후 재입원이 발생한다면 그 비율을 지속적으로 모니터링하고 실제 원인이 무엇인지 근본요인을 파악해야 함. 특히 '계획된' 재입원인지 '계획되지 않은' 재입원인지에 대한 구분을 명확히 하여 정확한 결과를 도출해야 함.

○ 신포괄지불제도의 성공적 적용을 위해서는 정보관리 시스템 운영 및 제도를 정비하고 의료의 질 지표를 점검해야 하며, 이 때 해당 과제와 정책가산 지표를 염두하고 연계 방안을 고민해야 함.

- 연계된 정책가산 정보관리 지표로 의무기록 필수항목 기재율, 진단코딩 정확도 및 향상활동, POA 청구정확도, 환자안전 Alert 시스템 운영 및 활용, 환자인식시스템 운영, 표준진료지침(CP) 운영이 있음. 그 외 재입원비, 외래방문횟수비 지표가 있으며 이를 최대한 감소시키도록 노력해야 함.



그림 62. 신포괄지불제도 적용방안 - (2) 의료의 질 향상 방안

표 55. 신포괄지불제도 도입목표와 정책가산 지표 간 연계 - (2) 의료의 질

신포괄 시범사업 평가영역 [의료의 질]		연계	정책가산 평가영역	정책가산 최대비율	'22년도 공공병원 가산비율 (46개소)	
					최소값	최대값
도 입 목 표	의료정보관리	정보관리	의무기록 필수항목 기재율	1.0	0	1
			진단코딩 정확도 및 향상활동	1.5	0	1.5
			POA 청구정확도	0.5	0	0.5
	재입원비	의료의 질 정보관리	환자안전 Alert 시스템 운영 및 활용	0.5	0	0.5
			환자인식시스템 운영	0.5	0	0.5
			표준진료지침(CP) 운영	1.0	0	1
	외래방문횟수비	재입원 및 외래관리	재입원비	1.0	0	1
			외래방문횟수비	1.0	0.25	1

자료출처 : 신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020. 재구성.

3. 시범사업 영향평가 모니터링을 통한 제도 내실화 추진 방안

- 현재 건강보험공단 일산병원 등 유관기관에서 신포괄지불제도 시범사업 영향평가를 정기적으로 실시해 제도의 안정성, 기대효과, 진료행태 변화 등을 점검하고 긍정 및 부정 요인을 파악함으로써 제도를 내실있게 운영하기 위한 방안을 지속적으로 고민하고 있음.
- 시범사업 영향평가를 실시하고 모니터링 하는 주요 목적은 시범사업 도입으로 인한 긍정적 또는 부정적 효과를 일관성 있게 파악함으로써, 신포괄지불제도의 도입목표를 균형 있게 달성하고 제도의 내실화를 위한 것임. 이에 따라 시범사업 영향평가에 관한 정례적인 자료를 제공함으로써 분절적·단편적으로 흩어져 있는 정보를 통합적·종합적으로 관리할 수 있는 시스템 구축이 필요함.
- 시범사업 영향평가에 관한 내용은 다각적인 차원에서 진료행태 변화, 환자특성 변화, 영향요인 파악 등의 분석이 포함되어야 하고, 자료집을 발간하여 체계적으로 근거가 축적될 수 있는 기반이 마련되어야 함. 결과적으로 자료집에는 신포괄지불제도 주요 현황 또는 실태에 대한 분석과 행위별수가 대비 신포괄지불제도의 장단점 등에 관한 자료, 관련 정책과 정보를 공유·활용할 수 있도록 홍보·설명자료가 필요함.
 - 그 간 신포괄지불제도에 대한 영향평가 결과에서 신포괄지불제도에 대한 낮은 인식도, 접근가능한 정보의 한계 등이 지속적인 문제점으로 제기됨.
 - 특히 기관별, 진료과별 단위에서 활용할 수 있는 정보가 부재함에 따라 현장에서 체감하는 효과성이 저하된다는 문제가 주요 문제로 대두됨.

공급자 의견수렴 (1)	<p style="text-align: center;">-기관 단위/기관별 진료과 단위 정보가 부재하여 현장에서 체감하는 효과성 저하-</p> <p>“공급자 수용성은 병원장과 의사의 입장이 다르다고 봐요. 보상률이 올라가니까 수익이 늘어나잖아요. 원장님은 좋습니다. 그런데 진료과는 행위별, 신포괄로 받았을 때 각각 얼마나 보상이 되었는지 자료가 없어요.”</p> <p style="text-align: right;">-A병원(공공)내과 전문의-</p>
공급자 의견수렴 (2)	<p style="text-align: center;">- 신포괄 제도에 대한 적극적 홍보/설명/교육의 필요성 제기 -</p> <p>“ 병원별 안내책자 등 적극적인 홍보를 통한 인식변화가 필요합니다. 정부/기관 차원에서도 적극적 홍보가 필요하다고 생각합니다. 시범사업 병원들의 긍정적인 효과들을 국민들에게 적극적으로 홍보하는게 필요합니다. 신포괄 제도의 단점에 대해서도 국민들에게 설명하는 것이 필요합니다.”</p> <p style="text-align: right;">-B병원 행정직-</p>

○ 신포괄지불제도 시범사업에 대한 영향평가를 통해 제도의 내실화를 추진하고자 한다면, 구체적으로 다음과 같은 과제를 이행해야 함.

- 신포괄 영향분석을 위한 패널구성 및 운영 : 신포괄지불제도의 도입을 통한 의료원의 진료행태 변화, 환자특성 변화를 분석하고, 그 결과에 대해 설명이 필요한 포인트를 확인하여 근본원인을 파악할 수 있도록 패널을 구성해 운영해야 함.
- 신포괄수가 정책목표치 설정 : 시범사업 영향평가 결과를 토대로 신포괄지불제도의 도입목적에 따른 목표치, 정책가산 최대 달성 목표치를 설정해야 함.
- 진료과 단위의 신포괄 관련 정보전달
- 신포괄지불제도 관련 홍보자료 개발
- 신포괄지불제도 관련 통계집 발간 : 신포괄지불제도 주요 현황 및 실태분석, 행위별 수가대비 장단점 관련 자료, 의료원 진료행태·환자특성 분석, 진료과별 행위별·신포괄 보상수준 평가 및 비교

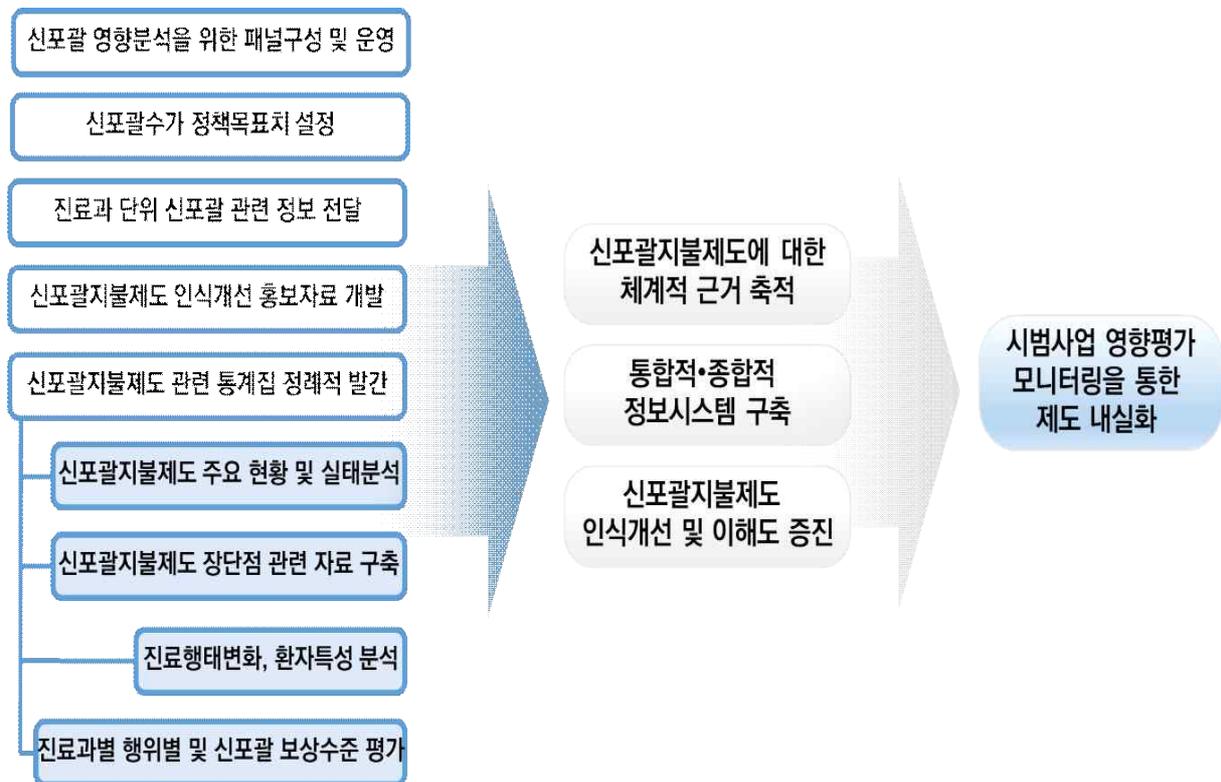


그림 63. 신포괄지불제도 적용방안 - (3) 제도 내실화 추진 방안

4. 조직체계 및 관리운영 개선을 통한 이해관계자 정책수용성 향상

- 행위별수가제는 공급자의 진료자율권을 최대한 보장해 줌에 따라 공급자가 가장 선호하는 지불제도인 반면, 포괄수가제는 정해진 가격으로 인해 공급자의 재정위험이 높아질 수 있다는 우려가 커 현재까지 강한 반발 문제에 직면해 있음. 특히 건강보험 제도 도입 이전부터 익숙하게 실행하던 행위별수가제에서 새로운 지불제도로서의 적용은 많은 시행착오를 발생시킬 수 밖에 없음.
- 신포괄지불제도는 투입된 자원소모량 대비 지불정확성을 보장하여 공급자에 대한 적정보상을 달성하게끔 반영된 지불모형으로써, 공급자뿐만 아니라 이해관계자에 대한 제도의 수용성을 향상시켜 적정 진료행태에 따라 적정보상을 받을 수 있도록 유도해야 함.
- 신포괄지불제도의 도입목적은 고려한다면, 도입 이후 병원성과 또는 수익 측면에서 어느 정도 보상이 되었는지 평가하고, 병원 운영측면에서 제도 도입에 따른 조직운영 및 업무 효율성이 개선되었는지 평가해야 함. 구체적으로 과제는 다음과 같음.
 - 신포괄 관련 EMR 시스템 구축 : 신포괄 관련 정보에 대한 관리, 진료비 청구 지원 등을 위해 통합적 의료정보시스템을 구축해야 함.
 - 원가정보수집시스템 고도화 : 신포괄지불제도 도입으로 인한 업무량 조절 및 시스템 개선을 위해 원가정보시스템 체계를 구축하고, 이를 고도화하는 기능을 갖추어 데이터를 가공·수집하는 시간과 노력을 줄여야 함.
 - 행위별 대비 신포괄 보상수준 분석 수행 : 신포괄지불제도 도입 이후 의료원의 정책가산 전·후 진료비 및 재원일수 등에 관한 변화와 행위별수가 대비 신포괄수가의 보상수준에 대해 정기적으로 분석하는 연구가 필요함.
 - 의료정보·전산·보험심사 등 인력증원 : 업무량을 분담하고 개편하기 위해서는 의료정보, 전산, 보험심사 인력을 증원해 운영하고 보건의료정보관리사의 심사영역을 확대하는 방안을 고려해야 함.
 - 직군별 정기적 인식·경험·만족도 조사 수행 : 시범사업 참여기관에 근무하는 간호직, 행정직, 보험심사청구직, 보건의료정보관리직을 대상으로 인식 및 경험, 만족도 조사를 실시해 의료제공자 관점에서 의료원의 개선과제를 도출해야 함.
 - 의료진과의 원활한 의사소통 노력 : 질병군 분류, 정확한 코딩 등으로 의료진과의 의견조율이 요구되기 때문에 원활한 의사소통이 될 수 있도록 노력이 필요함.

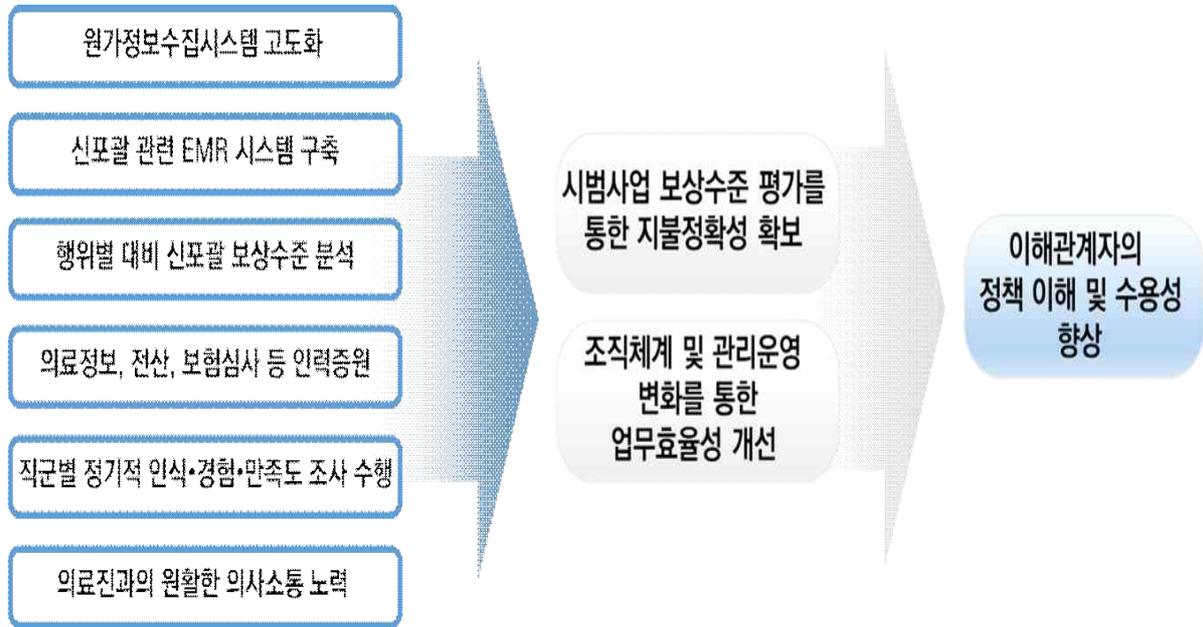


그림 64. 신포괄지불제도 적용방안 - (4) 정책수용성 향상 방안

- 신포괄지불제도의 원활한 운영을 위해서는 이해관계자의 정책 수용성을 향상시키는 것이 선행과제 중 하나일 것이며 이 때 다음과 같은 정책가산 지표를 함께 연계하여 적용할 수 있음.

표 56. 신포괄지불제도 도입목표와 정책가산 지표 간 연계 - (3) 정책 수용성

신포괄 시범사업 평가영역 [정책수용성]		연계	정책가산 평가영역		정책가산 최대비율	'22년도 공공병원 가산비율 (46개소)	
						최소값	최대값
도 입 목 표	지불정확성 : 행위별대비, 원가대비	참여	참여	3.0	3	3	
		자료의 질 및 정확도	수가자료		0.5	0.2	0.5
	원가자료			0.5	0.49	0.5	
	진료비 청구심사자료			0.5	0	0.5	
	의료의 질 평가자료 (외래포함)			0.5	0.25	0.5	
	(수가) 자료의 정확도			0.5	0.26	0.5	
	(원가) 자료의 정확도			0.5	0.49	0.5	
	개선과제	의료기관 인증	의료기관 인증 여부	1.0	0	1	

자료출처 : 신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020. 재구성.

제8장 결론 및 제언

1. 포괄2차 기능에 부합한 의료원 진료역량 강화 노력

- 신포괄 요양급여 비용은 포괄수가, 비포괄수가, 가산수가의 합으로 이루어지는데 이 때 포괄수가 산출과정에서 '조정계수'라는 기능을 도입하여 의료기관의 수익을 보전하는 역할로 활용하고 있음. 이 조정계수는 '유형별 조정계수'와 '기관별 조정계수'로 구분되며, 유형별 조정계수의 구성요소인 환자 중증도 및 재원일수의 관리는 해당 의료기관이 받을 수 있는 조정계수를 부여하는 기능으로, 조정계수가 높을수록 의료기관이 받는 보상 비율이 높아지도록 설계되어 있음.
- 그러나 현행 유형별 조정계수는 실제 의료기관의 진료기능과 일치하지 않는다는 한계점으로, 여러 연구에서 진료기반에 따라 의료기관의 특성을 재정립하고 조정계수를 재산출하는 방안을 제시함. 건강보험심사평가원 등 유관기관에서는 다양한 연구를 통해 검토된 근거를 확인하고 지속적으로 신포괄수가 모형을 개선하고 있는 만큼, 앞으로 진료기능 개선이 요구되는 모형에 관해 미리 확인하고 검토 및 적용하는 방안을 고민해야 함.
- 향후 유형별 조정계수에 반영될 수 있는 의료기관의 기능별 변수는 다음 표와 같음.
 - 성남시의료원은 중증환자 및 다양한 질환에 대한 의료서비스를 제공할 만한 여건이 갖추어진 의료기관으로 현재 지역책임의료기관으로 지정되어 중진료권 내에서 중심적인 역할을 수행함에 따라 '포괄2차' 기능에 부합하다고 할 수 있음.
 - 그러나 성남시의료원은 개원 이래 현재까지 코로나19 전담병원으로 지정된 상황으로 입원환자의 약 70%가 코로나19 환자이며, 코로나19 환자 외에 중증환자의 비율이 낮고 평균 재원일수도 일반환자 10.6일에 비해 코로나19 환자가 11.4일로 더 높게 나타남.
- 앞으로 조정계수는 기관별 조정계수의 반영 비중을 점차 낮추고 유형별 조정계수만 적용하는 시나리오 제안에 따라 개별 기관별 차이가 아닌 진료기능 유형별 차이만 반영하도록 제도가 개편될 가능성이 있음. 이에 따라 성남시의료원이 포괄2차 기능에 부합한 진료역량을 강화하도록 노력해야 하며, 새로운 지불모형을 통한 충분한 보상이 가능하도록 진료 정상화 및 활성화 방안을 수립해야 함.

표 57. 진료기능 기반 의료기관 유형 재분류 제안

구분	재원일수 (급성기 여부)	DRG 종류수 (포괄성)	DRG 점수 (중증도)	최빈 MDC 비율 (편재성)	수술비율 (필수의료 제공)	전문재활 비율 (아급성기 특성)	3일 이내 전원으로 입원한 비율
3차병원	10일미만	550개 이상	3 이상	-	-	-	-
		350개 이상	5 이상				
포괄2차	15일미만	350개 이상	2 이상	-	20%이상	-	-
일반2차	20일미만	200개 이상	-	-	-	-	-
제한2차	30일미만	150개 이상	-	-	-	-	-
전문단과 병원	-	150개 미만	3미만	40%이상	40%이상	-	-
아급성기 병원	15-30일	-	-	-	-	40%이상	40%이상
요양형 병원	30일이상	-	-	-	-	-	-

자료출처 : 김윤 등. 신포괄수가제 모형 개선 및 의료 질 관리방안 연구. 2020.

2. 정책가산 지표의 모니터링을 통한 선도적 대응방안 마련

- 신포괄수가제 정책가산은 2012년 도입된 이후 가산항목과 가산비율이 점진적으로 증가하여 현재는 의료기관 당 최대 35%까지 가산을 적용받고 있음.
 - 정책가산 영역은 현재 참여영역(3%), 자료의 질(6%), 공공성(9%), 의료의 질(9%), 효율·효과성(5%), 비급여 관리(3%)로 분류됨.
- 정책가산 영역 중 특히 공공성 영역은 초기 공공병원 중심으로 운영되면서 가산비율이 15% 달했으나 민간병원 확대를 위해 공공병원형 지표를 개선함에 따라 공공성 지표의 가산비율은 9%로 낮아짐.
 - 공공성 영역의 지표는 의료급여(차상위 포함) 환자비율(4%), 의료취약지(1%), 필수시설(3%), 감염병 관리(1%)로 구성됨.

표 58. 정책가산 중 공공성 영역 세부지표

영역		최대비율	세부지표	비율	
공공성 (9%)	형평성	4%	의료급여(차상위 포함) 환자비율	4.0	
	접근성	1%	의료취약지	1.0	
	필수시설	3%	중환자실 운영여부		0.5
			응급의료기관 평가등급		0.5
			음압격리실 운영여부		1.0
			분만실	中 2개 이상 운영여부	1.0
			호스피스병동		
	재활의학과				
	정신과병동				
	감염병 관리	1%	감염병표본관리 여부		0.5
격리병상이용률			0.5		

- 앞으로 신포괄지불제도 시범사업에 참여하게 된다면, 공공병원으로써 공공성 영역의 지표는 달성하기 용이할 것으로 판단되며 이에 따라 단기적으로 달성할 수 있는 지표와 중장기적으로 운영계획이 필요한 지표를 구분하여 검토할 필요가 있음.
 - 특히 분만시설, 정신과 병동, 음압격리실 운영과 같은 공익적 비용손실을 크게 초래할 수 있는 지표에 관해서는 심도있는 고민이 필요함. 공공의료정책연구소에서 연구한 결과에 따르면 분만 관련 진료시설을 운영할 경우 연간 최소 27억 원에서 최대 47억 원의 적자가 발생할 것으로 예상함.
- 정책가산은 현재 32개 세부지표로 구성되어 있으나 그 영역과 항목, 가산율이 조정·확대되면서 의료기관마다 달성하기 어려운 지표가 있어 병원 간 큰 편차를 보이고 있음. 이에 따라 공공기관에서 달성하는데 취약한 지표를 선행적으로 파악하고 대응하여 최대 목표치에 도달할 수 있는 운영계획을 수립해야 함.
 - 신포괄지불제도 시범사업에 참여하는 공공기관 대상 정책가산 비율 현황을 살펴보면, 공공병원 중 의료정보시스템의 구축 및 운영, 정보관리, 의료의 질, 병원 경영성과에서 달성이 어려운 것을 알 수 있음.

표 59. 시범사업 참여 공공병원의 정책가산 달성비율이 낮은 지표

지표명	세부지표	최대	평균	최고값	최소값
정보관리 지표 (3%)	의무기록 필수항목 기재율	1	0.41	1	0
	진단 코딩정확도 및 향상활동	1.5	1	1.5	0
	POA 청구정확도	0.5	0.4	0.5	0
통합간호등급 (2%)	통합간호등급	2	1.91	2	0
간호간병 통합서비스 병상 점유율 (2%)	간호간병 통합서비스 병상점유율	2	1.25	2	0
의료의 질 정보관리 (2%)	환자안전 Alert 시스템 운영 및 활용	0.5	0.35	0.5	0
	환자인식시스템 운영	0.5	0.3	0.5	0
	표준진료지침(CP) 운영	1	0.58	1	0
경영성과 (5%)	병상활용도	5	3.28	5	1
	기관경영수지				
	생산성				
	효율성				

- 참여기관에 정책가산을 부여하는 주요 목적은 신포괄지불제도에서 발생가능한 질적 문제를 예방하고, 환자안전을 도모하며, 환자 중심의 서비스를 제공하기 위한 것으로 의료의 질 향상에 대한 유인책이라 할 수 있음. 향후 정책가산의 방향성은 정책가산을 축소 하되, 의료의 질 향상을 유도하는 측면으로 보상성격이 강화될 것으로 예상되기 때문에⁴⁶⁾ 이를 대비하기 위한 진료효율화 전략을 구상해야 함.
- 앞선 시범사업 정책가산 현황 및 의료원 입원수익 등의 자료를 종합해 성남시의료원이 신포괄지불제도 시범사업에 참여함으로써 받을 수 있는 정책가산금 규모를 추정하였음.
 - 정책가산 대상 진료비는 포괄 진료비만 적용되므로 전체 입원수익 중 정상군 비율 92.2% 및 포괄 진료비 비율 55.3%를 중복 적용하여 전체 입원 수익의 51%로 정책가산대상 입원수익을 추정하였음.

46) 메디컬타임즈. “중병 당근책 신포괄수가 대변화...정책가산 ↓ 기본수가 ↑”. 21.04.06.

- 전 병상 활성화 때 입원수익을 추정하기 위해 지역거점공공병원의 2019년 평균 병상 이용률 85%를 적용하여 일반병상 기준으로 연입원환자수를 산출하고 이에 2021년 입원환자 분석에서 확인한 일당 진료비(544천 원)를 적용하였음.

산출식)

- 정책가산대상 입원수익 = 전체 입원비 × 51%
- 진료활성화 연입원환자수 = 일반병상 464병상 * 병상이용률 85% * 365일
- 진료활성화 연입원수익 = 연입원환자수 × 일당진료비

- 2021년 의료원의 입원수익(326억, 생활치료센터 제외)을 기준으로 정책가산금 수준을 추정하면 가산율 1%당 1.7억이 발생되며, 최저 21억에서 최고 48억까지 발생함.
- 진료활성화가 됐을 시점의 진료수익(783억, 연입원환자 143,956명)을 가정하여 정책가산금 수준을 추정하면 가산율 1%당 4억이 발생되며, 최저 51.9억에서 115.8억까지 발생함.

표 60. (신포괄 시범사업 참여의 경우) 성남시의료원 입원수익 추계

단위 : 억 원

구분	총 입원수익	정책가산대상 입원수익	정책가산 1% 당 지원금	2022 공공병원 정책가산율 범위 적용	
				최저 (13%)	최고 (29%)
2021년 기준	326억	166억	1.7억	21.6억	48.2억
진료활성화 (병상이용률 85%)	783억	399억	4.0억	51.9억	115.8억

3. 새로운 지불제도 도입에 따른 조직 및 이해관계자 간 협력체계 구축

- 신포괄지불제도는 공급자들이 적정 진료행태에 따라 적정 보상을 받을 수 있도록 설계함으로써 시범사업에 참여하는 의료기관이 제도를 보다 원활하게 수용할 수 있도록 고안됨. 이에 신포괄 모형은 투입된 자원소모량을 정확하게 반영한 수가체계와 정책가산 보상 등을 반영하여 개발됨.
- 그러나 제도를 실제 적용하는 공급자들은 행위별수가제 지불방식보다 진료자율성이 저해되고 재정 부담을 가중시킬 수 있다는 우려 때문에 초기 공공병원 뿐만 아니라 민간 병원에서의 제도 도입 자체가 쉽지 않았음. 특히 새로운 정책과제의 시도는 이해관계자들 간의 과중한 업무로 갈등을 유발할 수 있어 많은 반발이 예상됨.
- 최근 신현웅 연구(2020)에서 간호직, 행정직, 보험심사청구직, 보건의료정보관리직 등 이해관계자를 대상으로 시범사업 시행에 따른 ‘조직체계 및 운영상 변화’를 설문한 결과, 시범사업으로 인해 업무가 가중되었다고 응답한 사람은 64.4%로 나타났고, 가중된 업무로는 요구자료 제출 건이 가장 많았음.

표 61. 신포괄지불제도 시범사업 도입으로 인한 업무가중도

구분	주요 의견	빈도
업무가중 (64.4%)	- 요구자료 제출(3종서식, 모니터링, 수가산출, 중복/분리청구 등)	45
	- 의무기록 완결도 제고(미비기록관리 포함)	23
	- 코딩 정확도 관리(진단코딩 등)	16
	- 환자/의료진에 대한 상담/교육/설명	10
	- 신포괄정보관리평가 준비	7
	- POA 관리, 질 향상 활동 등	5

- 더불어 신포괄지불제도 도입 시 어려움을 겪는 주요 내용도 직종마다 달리 나타남. 간호직과 행정직은 환자와의 마찰, 보험심사청구직은 심사기준 적용에 대한 어려움, 보건의료정보관리직은 질병군 분류에 따른 어려움이 가장 크다고 보고됨. 새로운 지불제도의 도입에 따라 관련 조직부서간 갈등과 업무조정에 대한 요구도 제기됨.

- 이에 따라 향후 성남시의료원이 신포괄지불제도 시범사업에 참여한 경우를 대비해, 직종 간 사전에 조율하여 대응할 수 있는 업무조정 및 개편, 진행 준비사항에 관해 연계·협력하는 방안을 모색해야 함. 특히 업무량 및 시스템 개선 등 구조적 측면에 대한 개선사항 요구도가 높은 만큼 이를 반영한 직종 간 의사소통 창구와 조직 효율화 방안을 고민해야 함.

표 62. 직군별 신포괄지불제도 시범사업 경험조사 결과

직종구분	설문문항	응답 (비율)	주요의견
간호직	의료의 질 향상을 위한 노력 정도	노력했다 (77.3%)	- 불필요한 진료/검사 등 제한 - 재원일수 단축(조정) - 환자상담 및 교육
	재원일수 단축을 위한 노력 정도	노력했다 (81.8%)	- 불필요한 입원 제한(장기입원환자 관리) - 환자 교육 및 설명(치료계획사전 안내)
	환자와의 마찰정도	마찰이 있었다 (59.1%)	- 입원기간 연장 요구(입원치료 요구, 퇴원을 지시했으나 거부 등 포함)
행정직	조직변동 여부	조직변동 있었다 (30.4%)	- 인력 증원(의료정보, 전산, 보험심사 등)
	환자와의 마찰정도	마찰이 있었다 (52.2%)	- 진료비 차이에 대한 민원 • 입원중/퇴원시점 진료비 차이 • 대상(행위별,신포괄) 변경에 따른 진료비 차이 발생 • 퇴원시/퇴원이후 진단명이 상이한 경우 • 신포괄을 적용하면 오히려 진료비가 증가 • 하는 경우
보험심사 청구직	심사기준 변화에 따른 어려움 정도	어려움이 있었다 (78.7%)	- 신포괄에 대한 교육 부재 - 포괄/비포괄 구분 어려움
	청구 업무량 변화	조금/많이 있었다 (87.3%)	- 제출자료량 증가 (모니터링, 분리청구, 중복청구, 행위별청구, 수가산출, 의료질점검표, 3종서식 등)
	재청구 업무량 변화	재청구 있었다 (50.0%)	- 신포괄과 행위별 청구 착오
보건의료 정보관리직	질병군 분류에 따른 어려움 정도	어려움을 겪었다 (70.6%)	- 의료진과의 의사소통(의견조율) 어려움 • 의료진과 임상정보를 근거로 코드를 결정하는 의사소통 단계
	코딩정확도 향상을 위한 노력 정도	노력했다 (96.5%)	- 의료진 대상으로 지속적인 교육 실시 • 진단코딩지침 등 정기적 교육 실시
	의무기록 필수항목 기재에 따른 어려움 정도	어려움이 있었다 (96.6%)	- 비협조적인 의료진 태도 (전공의가 없거나, 있더라도 비협조적이라 필수항목에 대한 미비기록 관리가 어려움)

4. 단기 및 중장기 로드맵 설정을 통한 단계적 제도 수용력 증대

- 보건복지부에서는 국민건강보험종합계획 시행계획(안)으로 신포괄지불제도의 향후 개선 내용과 추진일정 내용을 담아 발표하였으며, '22년도 주요과제로 신포괄수가 시범사업 적용 확대, 모형 개선, 정책가산 조정 등이 선정됨.
 - 이에 따라 건강보험심사평가원에서는 신포괄지불제도의 의료기관 적용확대를 위해 지불모형 개선, 환자분류체계 정비, 상병코딩 개선, 제도도입에 따른 영향평가를 주요 과제로 삼고 준비해오고 있음.
 - 또한 수가모형을 개선하기 위해 포괄·비포괄 구분, 조정계수 개선, 정책가산 개선, 원가기반 수가산출 방법론 개발, 의료의 질 관리방안 마련 등 다양한 연구를 수행 중임.

표 63. 제1차 국민건강보험종합계획 2022년 시행계획(안) - 신포괄수가제 관련

과제 개요	비고
신포괄수가제 시범사업 적용 병상 지속 확대	'22년, 5만 병상
민간 의료기관의 특성을 반영하고, 진료의 자율성 및 효율성 등 의료의 질을 높일 수 있도록 수가 모형 개선 ※ 지불제도의 타당성 및 확대 적용 가능성을 점검하는 방향으로 신포괄 모형 개선	'22년 수가에 적용 예정
기관별 비급여 규모를 자발적으로 줄여나갈 수 있도록 비급여 감축에 대한 인센티브 및 의료 질 평가지표 강화	'19년~
단계적으로 정책가산 규모를 줄여 나가되 , 기본수가가 적정 수준이 될 수 있도록 원가기반 수가 개발	'20년~
1:1 기관 맞춤형 '신포괄수가 간담회(비대면 영상)'를 실시하여, 시범사업 참여 기관 애로사항 해소('21년 15차수 17개소) ※ 기관별 청구현황 공유, 주요 코딩 오류사례 위주로 진단 코딩 심사현황 안내 등	'22년~

- 건강보험심사평가원 포괄수가실에서 제안한 신포괄지불제도의 중장기 로드맵에는 다음과 같은 세부 개선과제가 담겨있으며 앞으로 단계적으로 이를 추진할 예정이라고 밝힘. 정부의 신포괄지불제도 중장기 계획에 따라 시범사업 참여기관은 신포괄수가 운영상황 및 개선과제를 점검하고 다른 참여기관의 성패요인을 분석하면서 보다 원활하게 제도를 적용할 수 있는 방안을 구상하고 있음.⁴⁷⁾

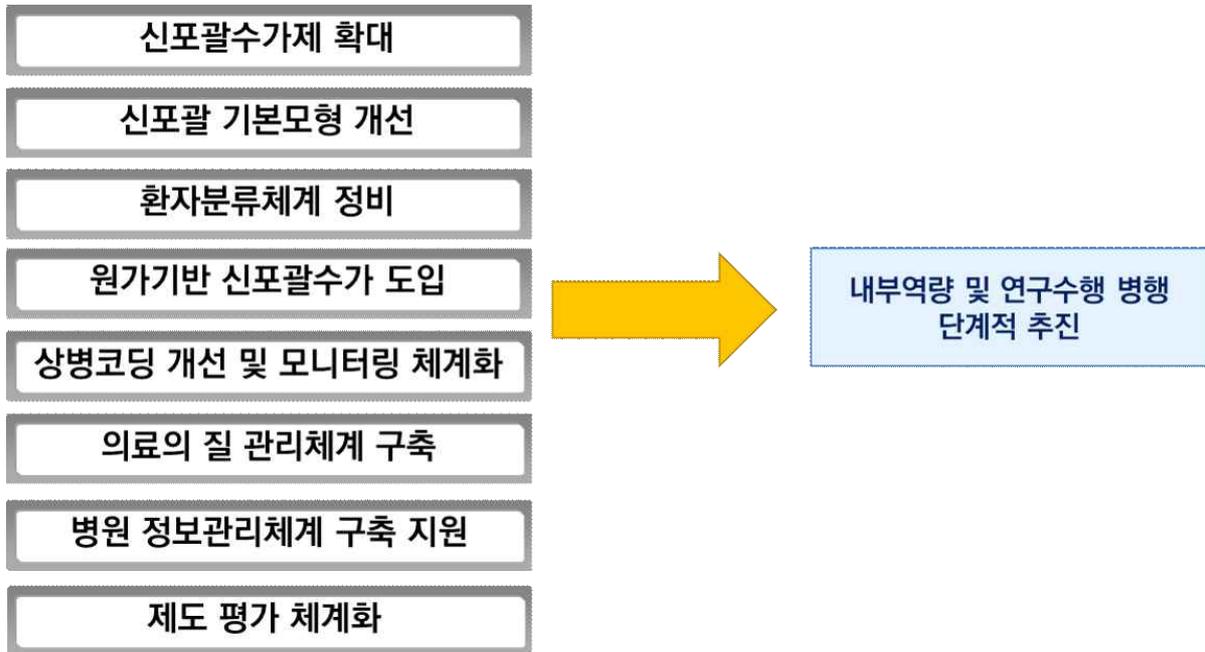


그림 65. 신포괄 중장기 로드맵 과제 (‘19~22년)
 (자료출처 : 건강보험심사평가원 포괄수가실 공진선. 신포괄수가제 현황 및 과제. 2019.10.25.)

- 성남시의료원은 현재 시범사업 참여기관으로 지정되지 않아 신포괄지불제도의 최신 동향에 관한 정보를 구득하는데 한계가 있으나, 2021년부터 ‘신포괄지불제도 TFT’ 조직을 구성하여 의료원이 앞으로 참여기관 지정조건에 부합할 수 있는 여건을 마련하는데 노력하고 있음.
- 향후 의료원이 신포괄지불제도 시범사업 참여기관으로 지정된다면, 현재의 시범사업 확대 단계를 고려하여 신포괄지불제도의 도입목적을 반영한 중장기 로드맵을 설정하고 목표치를 수립하는 방안이 필요함.
 - 이를 위해서는 신포괄지불제도의 필요성을 재탐색하고 나아가야 할 방향성을 선행적으로 이해해야 하며, 목표치를 모니터링하고 결과를 다시 환류해 반영할 수 있는 구조를 구축해야 함.
 - 더불어 신포괄지불제도의 평가에 따라 단기적으로는 ‘달성도’만을 반영하되 중장기적으로는 전년도 대비 ‘개선도’를 추가로 반영하는 등 동기부여를 강화하는 방안도 고려할 수 있음.

47) 메디컬타임즈. “35% 수가의 유혹...달지만 치명적·심사숙고 필수“. 21.04.19.

참고문헌

- 강길원 등. 신포괄수가 조정기전 개발 연구. 건강보험심사평가원·충북대학교. 2014.
- 강길원. 신포괄수가 도입배경과 향후 전망. 한국병원경영학회 추계 학술대회 발표자료. 2018.
- 강중구 등. 신포괄수가 시범사업 평가 및 모형개선에 따른 지불정확도 변화 연구. 국민건강보험공단 일산병원 연구소. 2016.
- 건강보험심사평가원 포괄수가실. 신포괄수가제 현황 및 과제. 대한병원행정종합학술대회 발표자료. 2019.10.25.
- 건강보험심사평가원 홈페이지.
- 건강보험심사평가원. 2021 건강보험심사평가원 기능과 역할. e-book. 2021.
- 건강보험심사평가원. 2022년 적용 신포괄 정책가산 평가계획. 2021.
- 건강보험심사평가원. KDRG 분류집(신포괄지불제도용 Version 1.3). 2021.01.
- 건강보험심사평가원. 신포괄수가제 시범사업 설명회 자료. 2018.03.22.
- 건강보험심사평가원. 신포괄지불제도 시범사업 지침. 2021.11.
- 공진선. 2019년도 대한병원행정종합학술대회 발표자료 발췌. 2019.10.
- 공진선. 신포괄수가제가 공공병원의 진료행태 및 의료 질에 미치는 영향. 차의과대학교 박사 학위논문. 2021.
- 공진선. 신포괄수가제도 발전을 위한 환자분류체계 개발현황과 과제. HIRA 정책동향 2017;11(6):14-23.
- 권순만 등. 신포괄수가제도 모형평가 및 개선방안 연구. 국민건강보험공단. 2013.
- 김건도. 신포괄수가제도가 의료기관의 효율성에 미친 영향. 서울대학교 석사 학위논문. 2017.
- 김건도·박정훈. 신포괄수가제도가 공공의료기관의 효율성에 미치는 영향. 행정논총 2018;56(4):33-57.
- 김미영. 신포괄수가제 운영현황 및 향후과제. HIRA 정책동향 2017;11(6):7-13.
- 김석일 등. 신포괄수가 적정성 연구. 대한의사협회 의료정책연구소 보고서. 2018.
- 김연용. 신포괄수가제가 재원일수와 재입원에 미치는 영향. 서울대학교 석사학위 논문. 2015.
- 김윤 등. 신포괄수가 모형개선 연구. 건강보험심사평가원·서울대학교. 2015.
- 김윤 등. 신포괄수가제 모형 개선 및 의료 질 관리 방안 연구. 건강보험심사평가원·서울대학교. 2020.
- 김정화·이정면·이용갑. 공공의료 확충의 필요성과 전략. 건강보험연구원 ISSUE Report. 2020.

메디컬타임즈. “35% 수가의 유혹...달지만 치명적·심사숙고 필수“. 21.04.19.

메디컬타임즈. “중병 당근책 신포괄수가 대변화...정책가산↓기본수가↑“. 21.04.06.

박은철 등. 신포괄수가제도 시범사업(일산병원 4차, 지역거점공공병원 2단계) 평가 연구. 건강보험심사평가원. 2014.

보건복지부. 지역거점공공병원 알리미 홈페이지 주요통계. 각연도.

손창우. 신포괄수가제도가 의료기관의 의료제공 행태 및 의료의 질에 미친 영향. 서울대학교 박사학위 논문. 2015.

신현웅 등. 신포괄수가 정책가산 조정방안 연구. 2016.

신현웅 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 한국보건사회연구원 보고서. 2020.

이경희 등. 신포괄수가에 영향을 미치는 의료행태 요인 분석-내과 입원환자 중심으로. 병원경영학회지;25(2):45-56.

한동운 등. 신포괄지불제도 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원. 2010.

한동운 등. 신포괄지불제도 제2차 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원. 2012.

부

부

제1절 비급여 대상 목록

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] <개정 2021. 10. 1.>

비급여 대상 (제9조제1항 관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
 - 아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

- 라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
 - 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
 - 바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
 - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
 - 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방 진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료 기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른

지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 가목 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24.>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29.>

- 카. 삭제 <2018. 12. 31.>
 - 타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
 - 파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용
 - 하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.
 - 거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술
 - 너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위
 - 더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
5. 삭제 <2006.12.29.>
6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.
- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
 - 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
- 6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
 - 나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

제2절 2022년 적용 신포괄수가제 정책가산 산출기준 및 방법

I

참여영역

1. 신포괄기관 참여

(1) 적용기준

- 시범사업 지침에 의거 시범기관으로 지정받은 경우 인정

(2) 기준시점

- 신포괄수가제 적용시점부터

II

자료의 질 영역

2. 자료의 질 및 정확도 변경

2.1. 수가자료

(1) 적용기준

- 수가자료 제출 시스템을 활용하여 사전점검 서비스를 이용 후 기한 내 제출(60)
- 제출한 자료의 전산점검이 완료되어 기한 내 접수점검완료로 처리된 경우(40)
- 본 접수를 기준으로 함

(2) 기준시점

- 2020년 하반기* 퇴원환자의 수가자료 제출 시점
* 2020년 하반기 수가자료 제출 시부터 사전점검서비스 시작

(3) 세부기준

- 산출식(100) = 수가자료 사전점검 서비스를 이용 후 기한 내 제출(60) + 접수점검완료*(40)
* 접수점검 완료일 = 기한 내 제출일 포함 + 5일 이내

2.2. 원가자료

(1) 적용기준

- 국민건강보험공단의 원가수집시스템을 활용한 기본장표 23개 원가자료 제출을 평가한다.
- 제출된 기본장표에 대한 국민건강보험공단의 보완 요구 이행도를 평가한다.
- 기본장표 23개 외에 추가장표(업무비율, 수가시간) 제출 여부 및 보완 요구 이행도를 평가한다.
- 산출식(100) = 원가자료(23개 장표) 제출(원가수집시스템 활용)(30) + 23개 장표자료 보완요구 이행(30) + 수가시간 기한 내 제출 및 보완요구 이행(30) + 업무비율 제출 및 보완요구 이행(10)

(2) 기준시점

- 회계연도 2020년 원가자료 제출 시점

(3) 세부기준

구분	내용	평가방법
1	<ul style="list-style-type: none"> • 국민건강보험공단의 원가수집시스템을 활용하여 원가자료(기본장표 23개)를 기한 내 제출한다. (30점) ※ 원가자료(23종류) : 손익계산서, 인건비, 의사소속, 물품출고 내역, 고정자산(감가상각비), 회계전표, 부서별통계, 외래환자통계, 입원환자통계, 감면내역, 삭감내역, 수술시간통계, 수익상세 내역(환자별/수가별), 부서코드, 수가코드, DRG환자정보, 보험 유형별환자통계, 코드매핑, 주요장비현황, 건강검진 의사 지원 현황, 병동현황, 보조금현황 ※ 필수장표(8종류): 손익계산서, 인건비, 물품출고내역, 고정자산(감가상각비), 회계전표, 수술시간통계, 수익상세내역(환자별/수가별) 	<ul style="list-style-type: none"> ① 필수장표를 포함한 기본장표 제출시 $\frac{\text{제출 장표 개수}}{\text{기본 장표 23개}} \times 30$ ② 필수장표(8개) 중 1개 장표라도 누락시: 0점
2	<ul style="list-style-type: none"> • 기본장표 자료 보완 요구 이행 후 기한 내 제출한다. (30점) ※ 보완 요구가 없는 건은 제출 한 것으로 처리 	$\frac{\text{제출건}}{\text{전체 장표 23건}} \times 30$
3	<ul style="list-style-type: none"> • 추가장표 수가시간을 기한 내 제출한다. (15점) • 추가장표 수가시간을 보완 요구 이행 후 기한 내 제출한다. (15점) ※ 보완 요구가 없는 건은 제출 한 것으로 처리 	<ul style="list-style-type: none"> • 기한 내 제출 시 15 • 보완요구 이행 시 15

구분	내용	평가방법
4	<ul style="list-style-type: none"> • 추가장표 업무비율을 기한 내 제출한다. (5점) • 추가장표 업무비율을 보완 요구 이행 후 기한 내 제출한다.(5점) ※ 보완 요구가 없는 건은 제출 한 것으로 처리	<ul style="list-style-type: none"> • 기한 내 제출 시 5 • 보완요구 이행 시 5

2.3. 진료비 청구심사자료

(1) 적용기준

- 신포괄수가제 적용 퇴원환자의 퇴원요약지와 영수증을 심사참고자료 제출 프로그램을 통해 5일 이내 제출한 경우 인정

(2) 기준시점

- 2020. 7. 1. 이후 청구분

(3) 세부기준

- 해당 환자의 신포괄청구명세서 접수일 기준 5일 이내 접수여부(공휴일 포함)
- 퇴원요약지와 영수증 2가지 모두 제출한 경우 인정
- 아래에 해당하는 경우는 평가 대상에서 제외
 - 추가청구(청구서 청구구분코드 '2')건
 - 심사 불능 건
 - 퇴원이 완료되지 않은 90일 초과 계속 입원 환자
 - 신포괄 지침 제II장 제2절 가.(13) 해당 22개 질병군치료 후 전문재활치료 위해 재활의학 과로 전과한 경우
 - 수정체 소 절개 수술(단안 또는 양안), 수정체 대 절개 수술(단안 또는 양안) 등 6시간 미만 관찰 후 귀가 또는 이송한 경우

2.4. 의료의 질 평가자료(외래포함)

(1) 적용기준

- 신포괄수가제 적용 퇴원환자의 의료의 질 점검표 5일 이내 제출(50)
- 신포괄수가제 적용 퇴원환자의 입·퇴원 전후 30일 이내 외래 진료내역 제출(50)

(2) 기준시점

- (의료의 질 점검표) 2020. 7. 1. 이후 청구분
- (외래자료) 2020년 외래 수가자료 제출시점

(3) 세부기준

○ 의료의 질 점검표(50점)

- 산출식

$$= \frac{\text{의료의 질 점검표 5일 이내 제출 수진자 수}}{\text{청구 총 수진자 수}} \times 50$$

- 아래에 해당하는 경우는 평가 대상에서 제외

- 추가청구(청구서 청구구분코드 '2')건
- 심사 불능 건
- 퇴원이 완료되지 않은 90일 초과 계속 입원 환자
- 신포괄 지침 제II장 제2절 가.(13) 해당 22개 질병군치료 후 전문재활치료를 위해 재활 의학과로 전과한 경우
- 수정체 소 절개 수술(단안 또는 양안), 수정체 대 절개 수술(단안 또는 양안) 등 6시간 미만 관찰 후 귀가 또는 이송한 경우

○ 외래 진료자료 (50점)

- 신포괄 퇴원환자의 입·퇴원 전후 30일 이내 외래 진료내역을 기한 내 제출(25) + 건수 정확도(25)

- 건수정확도 산출식(청구명세서와 외래 수가자료 비교)

$$= \frac{\text{자료제출 환자 수}}{\text{외래방문 환자 수}} \times 25$$

2.5. 수가자료의 정확도

(1) 적용기준

- 신포괄 수가자료의 정확도를 평가
- 산출식(100) = 수가자료 건수 정확도(15) + 입원일자별 작성 정확도(15) + 비급여 신고 정확도(30) + 수가자료 비용 정확도(40)

(2) 기준시점

- 2020년 퇴원환자의 수가자료 제출시점
(단, 「입원일자별 작성 정확도」, 「비급여신고정확도」는 2020년 하반기 수가자료 제출 시부터 전산점검 항목으로 포함되어 상반기 퇴원환자의 수가자료 제출 시점을 대상으로 함)

(3) 세부기준

- 수가자료 누락건수는 청구명세서 자료로 확인
- 비급여 신고 누락건수는 비급여 신고 자료로 확인
- 수가자료 비용 정확도는 영수증 자료로 확인

구분	내용	산출방법
1	수가자료 건수 정확도	$= 1 - \frac{\text{자료제출 누락건수}}{\text{신포괄 입원건수}} \times 15$
2	입원일자별 작성 정확도	$= 1 - \frac{\text{일자별 자료 착오건수}}{\text{전체 건수}} \times 15$
3	비급여 신고 정확도	$= 1 - \frac{\text{신고누락 항목수}}{\text{비급여 발생 항목수}} \times 15$
4	수가자료 비용 정확도	$= 1 - \frac{\text{착오건수}}{\text{점검 대상 건수}} \times 15$

2.6. 원가자료의 정확도

(1) 적용기준

- 국민건강보험공단에 제출한 원가자료 중 「수가별 수익상세내역」, 「환자별 수익상세내역」, 「회계전표」의 정확도를 평가
- 산출식(100) = 수가별 수익상세내역 자료 정확도 점수(60) + 환자별 수익 상세내역 정확도 점수(30) + 회계전표 자료 정확도 점수(10)

(2) 기준시점

○ 회계연도 2020년 원가자료 제출 시점

(3) 세부기준

구분	내용	산출방법
1	<ul style="list-style-type: none"> • 수가별 수익상세내역 장표 정확도 평가(60점) ※ 필수컬럼의 미기재·오류 비율 	$\left(1 - \frac{\text{미기재·오류 자료량}}{\text{필수컬럼의 전체 자료량}^*} \right) \times 60$
2	<ul style="list-style-type: none"> • 환자별 수익상세내역 장표 정확도 평가(30점) ※ 필수컬럼의 미기재·오류 비율 	$\left(1 - \frac{\text{미기재·오류 자료량}}{\text{필수컬럼의 전체 자료량}^*} \right) \times 30$
3	<ul style="list-style-type: none"> • 회계전표 장표 정확도 평가(10점) ※ 필수컬럼의 미기재·오류 비율 	$\left(1 - \frac{\text{미기재·오류 자료량}}{\text{필수컬럼의 전체 자료량}^*} \right) \times 10$

* 자료량 : column 수 x row 수

3. 정보관리

※ 세부내역은 건강보험심사평가원 포괄수가운영부-2361(2020.12.29.)호 「2021년 신포괄 정보관리 평가 세부기준 및 평가자료 제출 등 안내」참고

3.1. 의무기록 필수항목 기재율 변경

(1) 적용기준

○ 의무기록(병원서식) 및 퇴원요약(표준서식) 필수기재내용 작성 유·무

- 병원서식: 퇴원요약, 입원기록, 경과기록(70%)

$$\text{산출식} = \frac{\text{인정된 평가항목 수}}{\text{평가대상 환자의 의무기록 서식별 필수기재 총 항목 수}} \times 100$$

- 표준서식: 심사 참고자료로 제출된 퇴원요약(30%)

$$\text{산출식} = \frac{\text{인정된 평가항목 수}}{\text{평가대상 환자의 퇴원요약(표준서식) 필수기재 총 항목 수}} \times 100$$

(2) 기준시점

- 의무기록(병원서식) 필수항목 기재율
 - '20.7. ~ '21.6. 진료분
- 퇴원요약(표준서식) 필수항목 기재율
 - '20.7. ~ '21.6. 청구분

(3) 세부기준

- 의무기록(병원서식) 필수항목 기재율
 - 평가자료(퇴원요약, 입원기록, 경과기록) 기한 내 제출 여부
 - 서식(퇴원요약, 입원기록) 작성시점에 따라 해당서식의 평가점수 차등화
- 퇴원요약(표준서식) 필수항목 기재율
 - 기 제출한 표준화 3종 서식(퇴원요약, 의료의 질 점검표, 진료비 영수증) 중 '퇴원요약자료'로 평가
- 질병 및 환자 특성에 따라 해당 사항이 없는 항목 제외

3.2. 진단코딩 정확도 및 향상활동 변경

(1) 적용기준

- 진단코딩 청구 정확도(70%)
 - 신포괄 진료비 청구 시 정확한 질병분류 적용 및 청구 여부

$$\text{산출식} = \left(1 - \frac{\text{진단코딩 오류 청구 건수}}{\text{모니터링 심사자료 요청 건수}} \right) \times 100$$

- 진단코딩 정확도 향상 활동(30%)
 - 진단코딩 정확도 향상을 위한 활동내용 평가

$$\text{산출식} = \left(1 - \frac{\text{진단코딩 오류 청구 건수}}{\text{진단코딩 정확도 향상 활동 총 평가항목 수}} \right) \times 100$$

(2) 기준시점

- 진단코딩 청구 정확도
 - '19.7. ~ '20.6. 진료분
- 진단코딩 정확도 향상 활동
 - '20.7. ~ '21.6. 운영 및 활동 내역

(3) 세부기준

- 진단코딩 청구 정확도
 - 주진단, 기타진단 중 1개 이상의 진단코딩 오류로 정산금액이 발생한 경우 1건으로 계산
 - 모니터링 심사처분(정산금액 발생건)에 대한 이의신청 결과까지 반영
 - 상단·하단 열외군 명세서 제외
- 진단코딩 정확도 향상 활동
 - 진단분류(코딩)위원회 운영내역
 - 진단코딩 질 향상 활동내역
 - 진료기록 미비관리 활동내역
 - 신포괄 관련 보건의료정보관리사의 진단코딩 교육 참여내역
 - 진단코딩 정보지 작성여부

3.3. POA 청구 정확도

(1) 적용기준

- 의무기록 점검을 통해 명세서 상의 POA가 정확한지 확인
- $$\text{산출식} = \frac{\text{POA 일치 상병 수}}{\text{평가대상 환자 건의 총 상병 수}} \times 100$$

(2) 기준시점

- '20.7. ~ '21.6. 진료분

(3) 세부기준

- 주진단, 기타진단 모두에 대해 아래의 POA 구분코드 기재가 정확한지 확인
 - (Y) 해당 진단이 입원 당시 존재
 - (N) 해당 진단이 입원 당시 부 존재
 - (U) 해당 진단이 입원 당시 존재하였는지를 결정할 수 있는 기록이 충분하지 못한 경우
 - (W) 해당 진단이 입원 당시에 존재하였는지를 의료진이 임상적으로 결정할 수 없는 경우
 - (E) 기타(예외항목(상병))

Ⅲ

공공성 영역

1. 형평성_의료급여(차상위 포함) 환자비율

(1) 적용기준

- 의료급여 입원환자와 차상위 계층 입원환자를 합하여 산출
- 산출식 = $\frac{\text{의료급여 입원환자 수} + \text{차상위 계층 입원환자 수}}{\text{총 입원환자 수}} \times 100$
- 총 입원환자 수는 건강보험과 의료급여 입원환자 수를 합함

(2) 기준시점

- 2020.7. ~ 2021.6. 진료 분으로 요양급여비용 청구자료 활용

(3) 세부기준

- 환자비율이 높을수록 가산비율이 높아짐

입원환자비율	가산율(%)
20% 이상	4.0
15% 이상 20% 미만	3.0
10% 이상 15% 미만	2.0
10% 미만	1.0

2. 접근성_의료 취약지 여부

(1) 적용기준

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조에 따른 요양기관현황의 의료기관 소재지가 군지역에 해당 되는 경우 인정

(2) 기준시점

- 적용 전년도 10월말 기준(21. 10. 31.)

3. 필수시설 변경

(1) 적용기준

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조에 따른 요양기관 현황에 아래 항목이 신고된 경우 인정
 - 중환자실 병상이 설치된 경우
 - 응급의료에 관한 법률에 따라 응급의료기관으로 지정된 경우
 - 음압공조시설 격리병상이 설치된 경우
 - 분만실 병상이 설치된 경우
 - 호스피스 병상이 설치된 경우
 - 정신과폐쇄 병상이 설치된 경우
 - 근무형태'상근'인 재활의학과 전문의가 신고 된 경우

(2) 기준시점

- 적용 전년도 10월말 기준(21. 10. 31.)
- 적용 전년도 응급의료기관 평가등급

(3) 세부기준

- 각 항목별 운영 유무(Y, N)에 따라 가산 비율 산정
 - 단, 응급실은「응급의료에 관한 법률」17조에 의한 응급의료기관 평가결과에 따라 차등비율 산정

필수진료시설		가산율(%)
중환자실		0.5
응급의료기관 기관등급	A	0.5
	B	0.4
	C	0.3
음압공조시설 격리병상		1.0
분만실		1.0 (2가지 이상 운영시)
호스피스병동		
정신과 병동		
'상근' 재활의학과 전문의		

- 음압공조시설 격리병상의 경우 중환자실 또는 응급실 내 음압공조시설 격리병상이 있는 경우도 인정
- 음압공조 격리병상은 의료기관정책과-590(2018.7.31.)호「음압격리실 설치 및 운영 세부기준」을 따름(이동형 음압기 미포함)

4. 감염병 관리

4.1. 감염병 표본관리 여부

(1) 적용기준

○ 질병관리청 표본감시기관 지정 현황 및 표본감시 감염병 항목 수

(2) 기준시점

○ 적용 전년도 10월말 기준 질병관리청 통보자료 활용('21. 10. 31.)

(3) 세부기준

○ 감염병 표본감시기관 지정 및 표본감시감염병 8종 중 4종 이상 참여한 경우 인정
- 단, 지역거점공공병원*의 경우 4종 중 2종(인플루엔자, 급성호흡기 감염) 필수참여

표본감시 감염병종류	인플루엔자, 기생충감염, 수족구, 성매개감염, 의료관련 감염, 장관감염, 급성호흡기, 엔테로바이러스
---------------	--

* 지역거점공공병원: 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원, 「대한적십자사조직법」에 따른 대한적십자사 소속병원

4.2. 격리병상 이용률

(1) 적용기준

○ 재원기간 중 격리실(음압격리실 포함) 입원일수

(2) 기준시점

○ 2020.7. ~ 2021.6. 진료분으로 요양급여비용 청구자료 활용

(3) 세부기준

○ 산출식 = $\frac{\text{격리실 입원일수}}{\text{전체(진보+의료급여) 입원일수}} \times 100$

○ 격리병상이용률 순위를 3등급으로 구분

등급	백분위 순위	가산율(%)
1등급	상위 50이상	0.5
2등급	25이상 50미만	0.4
3등급	하위 25미만	0.3

IV

의료의 질 영역

1. 통합간호등급

(1) 적용기준

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 2항에 따른 건강보험 입원환자 일반병동 간호관리로 차등제 현황과 국민건강보험공단 간호·간병통합서비스 운영현황 활용

(2) 기준시점

○ 반기별 산출, 전 평가대상 이후 신고현황부터 전전분기 마지막월 신고현황 적용

※ (예시)'22년 1월 적용 : '21. 6. 15. ~ 9. 15. 신고 현황

(3) 세부기준

○ 일반병동 간호관리로 차등제와 간호·간병통합서비스의 병상수(환자수)와 간호사수를 통합하여 산출

○ 산출식 =
$$\frac{\text{병상수 또는 환자수(일반+간호·간병)}}{\text{간호사수(일반+간호·간병)}}$$

- 그 외 기준은 간호관리로 차등제 간호등급 산출기준 적용
- 간호·간병통합서비스 시범사업에 참여하지 않는 기관은 간호관리로 차등제 간호등급 적용
- 미신고기관 7등급 적용
- 간호등급에 따라 구간별 가산 비율을 적용

등급	가산율(%)	등급	가산율(%)
1등급	2.00	5등급	1.00
2등급	1.75	6등급	0.75
3등급	1.50	7등급	0.00
4등급	1.25		

2. 간호·간병 통합서비스 병상 점유율 변경

(1) 적용기준

- 산출식 = $\frac{\text{간호·간병 통합서비스 운영병상수}}{\text{일반병상수}} \times 100$
- 일반병상수는 간호관리료 차등제 신고병상수 + 간호·간병 통합서비스 지정병상수
- 건강보험 입원환자 일반병동 간호관리료 차등제 현황과 국민건강보험공단 간호·간병통합서비스 운영현황 활용

(2) 기준시점

- 반기별 산출, 전 평가대상 이후 운영현황부터 전전분기 마지막월 운영 현황 적용

※ (예시) '22년 1월 적용 : '21. 3. 15. ~ 9. 15. 운영 현황

(3) 세부기준

- 간호·간병통합서비스 병상점유율 구간에 따라 가산비율 적용
- | 점유율 | 가산율(%) |
|---------------|--------|
| 50% 이상 | 2.00 |
| 40% 이상 50% 미만 | 1.75 |
| 30% 이상 40% 미만 | 1.50 |
| 20% 이상 30% 미만 | 1.25 |
| 10% 이상 20% 미만 | 1.00 |
| 10% 미만 | 0.75 |
| 미운영 | 0.00 |

3. 의료의 질 정보관리

※ 세부내역은 건강보험심사평가원 포괄수가운영부-2361(2020.12.29.)호 「2021년 신포괄 정보관리 평가 세부기준 및 평가자료 제출 등 안내」참고

3.1. 환자안전 Alert시스템 운영 및 활용 변경

(1) 적용기준

○ 병원 Alert시스템 운영(50%)
- 병원 Alert시스템 운영 여부

$$\text{산출식} = \frac{\text{인정된 평가항목 수}}{\text{병원 Alert시스템 운영 총 평가항목 수}} \times 100$$

○ 의약품 안전사용(DUR) 정보 수용도(50%)
- DUR 정보제공에 따른 처방 변경률 및 미변경 사유 기재율

$$\text{산출식} = \frac{\text{처방 변경 건수 및 미변경 사유 기재 건수}}{\text{DUR 정보제공 건수}} \times 100$$

※ DUR관리실 점검자료 활용

(2) 기준시점

○ '20.7 ~ '21.6. Alert시스템 운영내역 및 DUR 점검실적

(3) 세부기준

○ 병원 Alert시스템 운영
- Alert시스템 직원 공유내역, 월별 운영 통계내역(전체 항목)
- 표본 선정된 평가(환자)건의 Alert시스템 등록 캡처 화면과 청구명세서 비교 평가 (평가대상의 90% 이상 건이 인정될 경우 Pass)

○ 의약품 안전사용(DUR) 정보 수용도
- DUR 정보제공에 따른 처방 변경률 및 미변경 사유 기재율
• 처방전 간 동일성분 중복·병용금지 의약품만 해당(처방전 내 점검은 제외)
• 정보제공에 대한 점검 건이 없는 경우 해당 항목 평가값 불인정
- 제외기준

- 동일성분 중복 의약품
(입원) 동일기관(동일의사, 다른의사)내 정보제공 제외
(외래) 동일의사 30일 이내 정보제공 제외
(입원·외래) 다른 의사 간 1~2일 동일성분 중복 건 산출 제외
(단, 마약·향정신성 의약품은 산출대상임)
- 병용금지 의약품
 - ▶Ketorolac tromethamine과 NSAID 경구제 1일 병용금지건 산출제외
 - ▶Metformin hydrochloride 경구제와 조영제 주사제 병용금지건 산출제외

3.2. 환자인식시스템 운영 변경

(1) 적용기준

- 환자정보↔처방매개체↔EMR 전산DB가 상호 연계(연동)되어 전산상 일치·불일치 여부를 확인할 수 있는 시스템(이동가능) 운영 여부
- 평가대상기간 내 시스템 적용대상 병동, 운영기간 및 적용률 차등화
 - 전체병동 운영 시 100점, 일부병동 운영 시 50점
 - 일부병동의 기준: 신포괄 전체병동의 30% 이상 운영 시 인정

(2) 기준시점

- '20.7. ~'21.6. 운영실적

(3) 세부기준

- 신포괄 입원병동 전체 환자를 대상으로 경구투약, 주사, 수혈, 검체검사 등 2가지 이상 분야(항목)에 대해 환자정보와 처방매개체(약봉지, 주사기,수액, 수혈팩, 검체통 등)에 각각 인식 후 EMR 전산DB와 연동되어 크로스체킹(일치, 불일치 확인) 되는 시스템 운영 시 인정
 - ※ 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 제1편 제2부 제1장 [산정지침] 2-마-(2)의 일반병동과 중환자실을 제외한 특수병동(예: 응급실, 신생아실, 분만실, 회복실, 격리실 등) 제외

3.3. 표준진료지침(CP) 운영 변경

(1) 적용기준

- 지역거점공공병원 운영평가 지침서에 따른 평가기준 활용
- 표준진료지침(CP) 준수

$$\text{산출식} = \frac{\text{인정된 평가항목 수}}{\text{'표준진료지침(CP) 준수' 영역 평가항목 수}} \times 100$$

- 표준진료지침(CP) 적용

항목	배점
CP 적용현황	20점
질환별 CP 목록 및 적용률, 완료율	10점
CP 목표 관리율	5점
질환별 모니터	15점

(2) 기준시점

- '18.8월 전 참여(지역거점공공병원 40개소): '20.1. ~ '20.12. CP 운영내역
- '18.8월 이후 참여(56개소) 및 국민건강보험공단 일산병원, 국립중앙의료원 : '20.7. ~ '21.6. CP 운영내역

(3) 세부기준

- 표준진료지침(CP) 준수
 - CP 구성 체계 적절성 (공통)
 - CP 전담직원 지정 여부, CP별 팀구성 및 역할제시 유무, CP 필요성 등이 병원의 운영 계획에 포함 여부, CP 개발 적용 관련 의료진 인센티브 제도 운영 여부
 - CP 적용 과정 적절성 (개별: 대표CP 2개)
 - CP 위원회 통한 회의 및 CP 질환 선정과정 기록 유무, CP 개발 적용 위한 의무기록·치료방법 분석 여부, CP 적용 전 시범과정 운영 여부, CP별 적절한 적용 위한 유형별 CP로 분류 여부, CP 적용 전 환자·보호자에게 과정 설명, 교육 등 정보제공 여부
 - CP 교육 및 유지관리 적절성 (공통)
 - CP 인력이 연 1회 외부기관 교육 참여 여부, 환자·직원의 개선사항 반영 절차 유무, CP 적용·결과에 대해 경영진, 진료과 등 관련부서 공유 여부, CP 갱신 또는 신규직원 발생 시 교육 실시 여부, CP 적용 시 발생하는 변이에 대해 모니터링 등 관리 여부, CP 유지 위한 주기적 갱신 여부

- 표준진료지침(CP) 적용
 - CP 적용 현황
 - 질환별 CP 목록 및 적용률, 완료율
 - CP 목표 관리율
 - 질환별 CP 모니터링

4. 재입원 및 외래관리

4.1. 재입원비

(1) 적용기준

- 환자 구성을 감안한 퇴원 후 30일 이내 재입원비 평가
 - 재입원 정의 : 퇴원 후 30일 이내 동일 및 타기관*에 입원한 경우
- *타기관: 상급종합병원, 종합병원, 병원급

○ 산출식 =
$$\frac{\sum \text{해당기관 질병군별 퇴원 후 30일 이내 재입원 건수} \times \text{해당기관 질병군별 퇴원건수}}{\sum \text{전체기관 질병군별 퇴원 후 30일 이내 재입원 건수} \times \text{해당기관 질병군별 퇴원건수}}$$

(2) 기준시점

- 2020년 입·퇴원환자
 - 요양급여비용 청구자료, 행정안전부의 사망자료 활용

(3) 세부기준

- 30일 이내 재입원비 산출

재입원비	가산율(%)
0.50 미만	1.00
0.50 이상 1.00 미만	0.75
1.00 이상 1.50 미만	0.50
1.50 이상 2.00 미만	0.25
2.00 이상	0.00

- 평가대상: 재입원 주상병 3단 일치
- 제외조건
 - 원내 사망(퇴원일자=사망일자)

- 타 의료기관으로 전원* 간 경우
- *전원: 1일 이내 타기관(요양병원급 이상)으로 입원한 경우
- 낮병동 입원인 경우
- 응급실로 내원하여 입원이 이루어지지 않은 경우
- 암환자 중 항암 또는 방사선 치료를 받은 환자
- 전문재활치료 위해 재활의학과로 입원한 건
- 일차적 정신질환 치료위해 입원한 건
- 산과 입원 환자

4.1. 외래방문 횟수비(입원 전 또는 퇴원 후 14일 이내)

(1) 적용기준

- 환자 구성을 감안한 입원 전 14일 또는 퇴원 후 14일 이내 외래방문 횟수 상대비교
- 산출식 =
$$\frac{\sum(\text{해당기관 질병군 별 건당 입원 전 14일 또는 퇴원 후 14일 외래방문횟수} \times \text{해당기관 질병군별 퇴원건수})}{\sum(\text{전체기관 질병군 별 건당 입원 전 14일 또는 퇴원 후 14일 외래방문횟수} \times \text{해당기관 질병군별 퇴원건수})}$$

(2) 기준시점

- 2020년 입·퇴원 환자
- 요양급여비용 청구자료, 행정안전부의 사망자료 활용

(3) 세부기준

- 14일을 전후한 입·퇴원의 외래방문 횟수를 산출

외래방문 횟수비	가산율(%)
0.50 미만	1.00
0.50 이상 1.00 미만	0.75
1.00 이상 1.50 미만	0.50
1.50 이상 2.00 미만	0.25
2.00 이상	0.00

- 평가대상: 외래 주상병 3단 일치
- 제외조건
 - 원내 사망(퇴원일자=사망일자)
 - 타 의료기관으로 전원 간 경우

- 타 의료기관에서 전원* 온 경우
- *전원: 1일 이내 타기관(요양병원급 이상)으로 입원한 경우
- 낮병동 입원인 경우
- 응급실로 내원하여 입원이 이루어지지 않은 경우
- 암환자 중 항암 또는 방사선 치료를 외래에서 받은 환자

5. 의료기관 인증 변경

(1) 적용기준

- 의료법 제58조의3제4항에 따른 의료기관인증평가결과 활용 인증 또는 조건부 인증을 받은 경우 인정

(2) 기준시점

- 2021년 12월 기준

(3) 세부기준

- 기준시점에 의료기관 인증 또는 조건부 인증 효력을 유지중인 기관

구분	가산율(%)
인증	1.0
조건부 인증	0.5
분인증/미인증	0.0

V | **효율·효과성 영역**

1. 경영성과⁴⁸⁾

(1) 적용기준

○ 공공보건의료에 관한 법률 제2조에 속하는 기관으로 지역거점공공병원 운영평가 결과를 적용

(2) 기준시점

○ 2021년도 지역거점공공병원 평가결과

(3) 세부기준

○ 산출식

- ① 병상이용률 = (입원연인원/신고병상수 × 365일) × 100
- ② 의료수지비율 = (의료수익/의료비용) × 100
- ③ 전문의 1인당 조정환자수 = 조정환자수/(전문의연인원수/365) × 100
- ④ 직원1인당 관리비 = 관리비/(직원연인원수/365) × 100

○ 4개 항목 비율에 따라 항목 당 4점으로 총 16점 만점으로 점수 구간별 가산율 적용

점수	가산율(%)
14점 이상	5.0
11점 이상 14점 미만	4.0
8점 이상 11점 미만	3.0
5점 이상 8점 미만	2.0
5점 미만	1.0

48) 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조에서 정한 공공보건의료기관을 대상으로 함

VI

비급여 관리 영역

1. 비급여 비중

(1) 적용기준

- 환자구성을 감안한 상태에서 평가한 비급여 진료비 상대비중
- 공공병원, 민간병원으로 구분하여 그룹별 산출
- 산출식 =
$$\frac{\sum(\text{해당기관 질병군별 평균 비급여 진료비} \times \text{해당기관 질병군별 대상건수})}{\sum(\text{공공(민간)기관 질병군별 평균 비급여 진료비} \times \text{해당기관 질병군별 대상건수})}$$

(2) 기준시점

- 2020년 수가 산출 자료
 - '20.1월 참여 기관: 평가자료 확보시기 고려하여 '22. 7월 평가 예정

(3) 세부기준

- 신포괄 대상 입원환자(건강보험+의료급여)를 대상
- 비급여 진료비는 신포괄수가제에서의 의학적 비급여 진료비를 의미함
- NPIS0001(선택진료료), NPIS0002(상급병실료), ETC(제외항목) 금액은 제외

비급여 비중	가산율(%)
0.30 미만	2.0
0.30 이상 0.80 미만	1.5
0.80 이상 1.30 미만	1.0
1.30 이상 2.00 미만	0.5
2.00이상	0.0

2. 비급여 개선도(1%)_공공병원⁴⁹⁾

(1) 적용기준

- 신포괄 기관의 전년도 비급여 비율 대비 평가년도 비급여 비율 비교
 - 급여화 등 정책적 변화 및 포괄수가 영역으로 전환 비용은 제외
- 산출식(%p) = 평가년도 비급여 비율 - 전년도 비급여 비율

(2) 기준시점

- 2019 ~ 2020년 수가산출 자료
 - '20.1월 참여 기관: 평가자료 확보시기 고려하여 '22. 7월 평가 예정

(3) 세부기준

- 신포괄 대상 입원환자(건강보험+의료급여)를 대상
- 비급여 진료비는 신포괄수가제에서의 의학적 비급여 진료비를 의미함
- NPIS0001(선택진료료), NPIS0002(상급병실료), ETC(제외항목) 금액은 제외

개선도(%p)	가산율(%)
2%p 이상	1.00
1.5%p 이상 2.0%p 미만	0.75
1.0%p 이상 1.5%p 미만	0.50
0%p 이상 1.0%p 미만	0.25
0%p 미만	0.00

2. 비급여 개선도(1%+ α %)_민간병원⁵⁰⁾

(1) 적용기준

- 신포괄 기관의 전년도 비급여 비율 대비 평가년도 비급여 비율의 개선도(%p) 측정 및 민간 병원의 비급여 진료비 감소율에 대한 추가보상
- 산출식

비급여개선도 (최대1%)	평가년도 비급여 비율 - 전년도 비급여 비율 ※비급여개선도 가산율 구간에 따른 가산율 적용
추가보상(+α)	(평가년도 비급여 비율 - 전년도 비급여 비율) - 비급여개선도 적용 가산율 ※최대 5% 범위 내 적용

49) 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조에서 정한 공공보건의료기관을 대상으로 함

50) 공공보건의료기관을 제외한 기관을 대상으로 함

(2) 기준시점

- 2019 ~ 2020년 수가산출 자료
- '20.1월 참여 기관: 평가자료 확보시기 고려하여 '22. 7월 평가 예정

(3) 세부기준

- 신포괄 대상 입원환자(건강보험+의료급여)를 대상
- 비급여 진료비는 신포괄수가제에서의 의학적 비급여 진료비를 의미함
- 급여화 등 정책적 변화 및 포괄수가 영역으로 전환 비용은 제외
- NPIS0001(선택진료료), NPIS0002(상급병실료), ETC(제외항목) 금액은 제외
- 비급여 개선도 가산율 구간

개선도(%p)	가산율(%)
2%p 이상	1.00
1.5%p 이상 2.0%p 미만	0.75
1.0%p 이상 1.5%p 미만	0.50
0%p 이상 1.0%p 미만	0.25
0%p 미만	0.00

- 비급여추가보상(+ α) : 비급여 절감 비율에 대해 최대 5%이내에서 보상
 - 단, 「비급여개선도」에 따라 적용된 가산율은 추가보상에서 제외

제3절 성남시의료원 입원환자 현황분석 통계표

표 64. 입원환자 인구사회학적 특성

구분	전체		일반		코로나19	
	N	%	N	%	N	%
성						
남	3,752	50.5	1,166	50.5	2,586	50.5
여	3,676	49.5	1,142	49.5	2,534	49.5
연령대						
10세 미만	431	5.8	28	1.2	403	7.9
10대	533	7.2	54	2.3	479	9.4
20대	792	10.7	99	4.3	693	13.5
30대	921	12.4	126	5.5	795	15.5
40대	1,134	15.3	243	10.5	891	17.4
50대	1,322	17.8	347	15.0	975	19.0
60대	1,059	14.3	517	22.4	542	10.6
70대	756	10.2	537	23.3	219	4.3
80세 이상	480	6.5	357	15.5	123	2.4
평균	47.0세		61.3세		40.6세	
보험유형						
건강보험	6,881	92.6	1,967	85.2	4,914	96.0
의료급여	387	5.2	306	13.3	81	1.6
산재	10	0.1	9	0.4	1	0.0
보험미적용(일반)	129	1.7	5	0.2	124	2.4
자보	21	0.3	21	0.9		
전체	7,428	100.0	2,308	100.0	5,120	100.0

표 65. 입원환자 병원 이용 특성

구분	전체		일반		코로나19	
	N	%	N	%	N	%
진료계열						
내과계	2,808	37.8	1,286	55.7	1,522	29.7
외과계	1,711	23.0	1,020	44.2	691	13.5
정신과계	66	0.9	1	0.0	65	1.3
코로나치료센터	2,843	38.3	1	0.0	2,842	55.5
수술여부						
예	760	10.2	741	32.1	19	0.4
아니오	6,668	89.8	1,567	67.9	5,101	99.6
전체	7,428	100.0	2,308	100.0	5,120	100.0

표 66. 입원환자 1인당 평균 총진료비 (단위: 원)

구분	전체	일반	코로나19
성			
남	3,563,097	5,152,639	2,846,389
여	3,195,159	4,663,686	2,533,337
연령대			
10세 미만	1,919,099	1,778,330	1,928,880
10대	1,199,824	1,945,851	1,115,721
20대	1,500,813	2,757,800	1,321,243
30대	1,989,207	3,126,798	1,808,909
40대	2,303,051	3,594,555	1,950,823
50대	3,337,136	4,172,524	3,039,823
60대	4,816,891	5,154,875	4,494,497
70대	7,090,293	6,590,246	8,316,437
80세 이상	6,546,044	5,564,882	9,393,807
보험유형			
건강보험	3,281,135	4,831,157	2,660,685
의료급여	5,259,400	5,361,236	4,874,688
산재	9,297,719	8,858,067	13,254,586
보험미적용(일반)	2,490,790	4,756,292	2,399,439
자보	4,141,778	4,141,778	-
진료계열			
내과계	4,597,888	4,661,746	4,543,932
외과계	5,439,397	5,227,279	5,752,509
정신과계	3,650,188	6,627,441	3,604,384
코로나치료센터	934,068	448,080	934,239
수술여부			
예	7,741,725	6,531,555	54,938,334
아니오	2,883,988	4,144,240	2,496,846
전체	3,381,010	4,910,704	2,691,453

표 67. 입원환자 일당 평균 총진료비 (단위: 원)

구분	전체	일반	코로나19
성			
남	327,545	593,591	207,588
여	291,532	492,839	200,809
연령대			
10세 미만	210,272	439,307	194,358
10대	141,870	422,025	110,287
20대	178,522	533,880	127,756
30대	227,721	574,052	172,831
40대	255,085	538,952	177,666
50대	308,794	565,202	217,540
60대	441,645	588,907	301,175
70대	518,690	552,226	436,457
80세 이상	470,694	466,593	482,596
보험유형			
건강보험	305,319	562,602	202,332
의료급여	419,444	451,171	299,588
산재	251,362	247,956	282,012
보험미적용(일반)	228,326	518,493	216,626
자보	258,487	258,487	-
진료계열			
내과계	435,321	531,434	354,110
외과계	488,020	560,072	381,663
정신과계	329,445	213,788	331,224
코로나치료센터	77,909	37,340	77,923
수술여부			
예	664,403	644,177	1,453,215
아니오	269,297	496,244	199,581
전체	309,723	543,739	204,233

표 68. 입원환자 다빈도 상병별 평균 총진료비 (단위: 원)

상병코드	상병명(영문)	상병명(한글)	평균 총진료비
U071	Coronavirus disease 2019 [COVID-19]	코로나바이러스 질환 2019 [코로나-19]	2,691,453
K35	Acute appendicitis	급성 충수염	4,211,849
I20	Angina pectoris	협심증	3,753,582
A09	Other gastroenteritis and colitis of infectious and unspecified origin	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 대장염	1,755,753
K80	Cholelithiasis	담석증	5,135,400
N10	Acute pyelonephritis	급성 신우신염	2,543,689
S32	Fracture of lumbar spine and pelvis	허리뼈 및 골반의 골절	3,412,401
J18	Pneumonia, organism unspecified	상세불명 병원체의 폐렴	4,827,139
S72	Fracture of femur	넓적다리뼈의 골절	7,771,493
I50	Heart failure	심장기능상실(심부전)	5,240,873
H26	Other cataract	기타 백내장	1,193,341
S82	Fracture of lower leg, including ankle	발목을 포함한 아래다리의 골절	3,642,029
S22	Fracture of rib(s), sternum and thoracic spine	갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	3,412,056
M48	Other spondylopathies	기타 척추병증	4,340,347
C34	Malignant neoplasm of bronchus and lung	기관지 및 폐의 악성신생물	10,964,095
I63	Cerebral infarction	뇌경색증	6,889,969
K81	Cholecystitis	담낭염	5,855,270
C18	Malignant neoplasm of colon	결장의 악성신생물	5,843,936
I21	Acute myocardial infarction	급성 심근경색증	10,789,176
I25	Chronic ischemic heart disease	만성 허혈성 심장병	2,868,321
N39	Other disorders of urinary system	비뇨기계통의 기타 장애	3,614,208

표 69. 환자본인부담 수준 (단위: %)

	전체	일반	코로나
총진료비	100.0	100.0	100.0
보험자부담금	81.1	79.9	82.1
급여본인부담금	16.7	16.2	17.0
비급여본인부담금	2.2	3.9	0.9

표 70. 특성별 환자 본인부담률 (급여+비급여 전체) (단위: %)

	전체	일반	코로나
성			
남	18.7	18.9	18.5
여	19.1	21.4	17.2
연령대			
10세 미만	11.7	18.9	11.3
10대	13.2	19.2	12.1
20대	22.5	28.1	20.8
30대	21.5	25.5	20.4
40대	20.2	22.4	19.1
50대	19.3	20.4	18.8
60대	18.4	19.2	17.5
70대	18.5	18.9	17.7
80세 이상	18.9	20.1	16.8
보험유형			
건강보험	19.0	22.5	16.5
의료급여	5.9	6.7	2.6
산재	3.8	2.7	10.4
보험미적용(일반)	99.6	100.0	99.6
자보	1.3	1.3	-
진료계열			
내과계	17.5	17.3	17.8
외과계	21.1	23.2	18.4
정신과계	18.7	100.0	16.4
코로나치료센터	17.6	20.0	17.6
수술여부			
예	22.4	22.6	21.5
아니오	17.8	18.2	17.6
전체	18.9	20.1	17.9

표 71. 환자특성별 평균재원일수 (단위: 일)

	전체	일반	코로나
성			
남	11.1	10.3	11.5
여	11.2	10.9	11.4
연령대			
10세 미만	9.9	4.6	10.2
10대	10.0	5.0	10.5
20대	10.0	5.8	10.6
30대	9.9	6.5	10.5
40대	10.3	8.4	10.9
50대	11.1	9.5	11.7
60대	11.7	10.4	12.9
70대	13.8	13.1	15.5
80세 이상	15.1	14.0	18.2
보험유형			
건강보험	11.1	10.1	11.4
의료급여	13.0	12.8	14.0
산재	35.3	34.0	47.0
보험미적용(일반)	10.2	14.8	10.0
자보	15.3	15.3	
진료계열			
내과계	11.4	10.9	11.9
외과계	10.9	10.3	11.9
정신과계	11.3	31.0	11.0
코로나치료센터	11.1	12.0	11.1
수술여부			
예	11.9	11.3	33.6
아니오	11.1	10.3	11.4
전체	11.2	10.6	11.4

표 72. 환자특성별 30일 이내 재입원율 (단위: 명, %)

	입원환자수	퇴원 후 30일 이내 재입원환자수	퇴원 후 30일 이내 재입원율
성			
남	1,166	104	8.9
여	1,142	76	6.7
연령대			
10세 미만	28	0	0.0
10대	54	2	3.7
20대	99	4	4.0
30대	126	4	3.2
40대	243	12	4.9
50대	347	29	8.4
60대	517	46	8.9
70대	537	56	10.4
80세 이상	357	27	7.6
보험유형			
건강보험	1,967	136	6.9
의료급여	306	44	14.4
산재	9	0	0.0
보험미적용(일반)	5	0	0.0
자보	21	0	0.0
진료계열			
내과계	1,286	120	9.3
외과계	1,020	60	5.9
정신과계	1	0	0.0
코로나치료센터	1	0	0.0
수술여부			
예	741	43	5.8
아니오	1,567	137	8.7
전체	2,308	180	7.8

성남시의료원 신포괄지불제도 적용방안 연구

발 행 처 : 성남시의료원

발 행 인 : 이중의

담당부서 : 공공의료정책연구소

발 행 일 : 2021.12.

주 소 : 경기도 성남시 수정구 수정로 171번길 10

홈페이지 : www.scmc.kr
