

## DRG 지불제도

대항병원

강 윤 식

### DRG 지불제도란?

DRG 지불제도는 보험자 부담금에 대한 진료비 지불방식으로 한 환자가 병원에 입원해 있는 동안 제공된 의료서비스들을 하나하나 그 사용량과 가격에 의해 진료비를 계산 지급하는 행위별수가제에 반해 환자가 어떤 질병의 진료를 위해 입원했었는가에 따라 이들 환자의 평균값으로 책정된 일정액의 수가를 지급하는 포괄수가제이다. 예를 들어 맹장염수술을 받고 퇴원한 환자의 진료비는 해당 환자가 입원기간동안 받았던 수술, 검사, 약 등의 횟수와 단가에 의해 결정되는 것이 아니고 해당 DRG에 대해 미리 책정된 일정액이 된다.

DRG 지불제도에서는 개개 환자를 진료하는 데 발생하는 실제 진료비는 DRG별로 미리 책정된 일정액의 수가보다 많거나 적게 된다. 본 제도에서는 다수의 환자를 진료하는 개별 병원을 대상으로 보험자가 병원에 지불하는 진료비의 합이 이들을 위해 실제 발생한 진료비용과 그 수준이 같아지도록 한다.

정책입안자들의 주장에 의하면, 동일 DRG 환자들에 대해서 미리 정해진 일정한 금액을 지불하는 DRG 지불제도에서는 의료기관의 의료서비스 제공에 대해 행위별수가제와는 정반대의 유인 구조를 가지고 있다. 행위별수가제하에서는 의료기관이 서비스 제공량을 늘리면 늘릴수록 이익이 되기 때문에 서비스 과다 제공의 유인이 존재하지만, DRG 지불제도하에서는 서비스 제공량을 늘리면 늘릴수록 의료기관이 손해를 보기 때문에 의료의 질을 보장하며 의료서비스 제공을 적정 수준에서 최소화해야 하는 유인이 존재한다. 한편 좋지 않은 질의 의료서비스 제공은 재원기간을 증가시키는 등 진료비 증가의 원인이 될 수 있을 뿐만

아니라 저질의 의료서비스를 제공한 의료기관은 중·장기적으로 환자들로부터 외면당하는 결과를 초래해 의료기관들이 의료서비스의 질을 적정 수준에서 유지해야 하는 유인도 존재하게 된다. 이러한 유인 구조의 변경은 불필요한 의료서비스 제공을 근본적으로 막고 적정진료를 유인할 수 있기 때문에 많은 국가에서 합리적인 의료비 증가의 억제 수단으로 DRG 지불제도가 활용되고 있다.

### DRG 지불제도 시범사업

시범사업 실시를 통해 새로운 지불제도에 대한 의료계, 보험자, 환자의 이해 증진을 도모하고, 시범사업을 통해 DRG 지불제도가 의료비, 의료의 질, 의료공급자의 진료행태, 의료보험 진료비 청구, 심사 및 관리업무에 미치는 영향을 평가하고 그 결과에 따라 추후 사업전개 방향을 설정하고자 하여 1997년 2월부터 3차 연도에 걸쳐 시범사업 참여를 희망한 의료기관을 대상으로 계획된 DRG 지불제도 시범사업이 실시되었다.

외과 영역에서는 1, 2차 사업연도인 1997년과 1998년에는 충수절제술이 그 대상에 포함되었으며 3차 연도인 1999년부터 항문질환과 서혜부탈장의 수술이 시범사업에 포함되었다. 본 사업이 시행되고 있는 현재도 이들 세 개 영역의 수술이 포함되어 시행되고 있다.

### 정책입안자들이 보는 행위별 수가제도의 문제점

#### 1) 수가 수준의 부적절

의료기관들은 낮은 수가 수준에서 박리다매 방식에 따라 의료기관을 운영해야 했으므로 의료서비스의 질이 저하될 수밖에 없었고 이는 국민들의 의료제공체에 대한 주요 불만 사항이 되고 있다. 한편, 강력한 의료 수가 통제 상황에서도 예측치 이상의 의료비 상승을 경험하고 있는 정부 측에는 개별 행위 단위에서

책임저자: 강윤식, 서울시 서초구 방배3동 481-10  
대항병원 (우편번호: 137-820)  
E-mail: miracle1108@naver.com

의 의료서비스 제공을 관리할 수 있는 효과적 도구를 갖지 못한 상황에서 수가 수준을 현실화한다는 것은 어려운 선택일 수밖에 없다.

**2) 의료비 상승의 가속화**

진료량을 늘려야 수익도 증가하는 행위별수가제의 재정적 유인체계하에서 의료기관들은 낮은 수가로 인한 경영수지의 어려움을 비용절감보다는 서비스 제공량을 극대화함으로써 극복하려 해왔기 때문에 우리나라의 행위별수가제는 의료비 상승의 중요한 원인이 되었다. 지금까지 낮게 책정된 의료수가에 매년 인상률이 억제되어 왔음에도 불구하고 전체 진료비는 빠른 속도로 증가하고 있다.

**3) 의료서비스 공급행태 왜곡 현상**

서비스항목간 수가수준의 불균형으로 상대적으로 수익성이 높은 서비스항목이나 비급여 분야에 투자가 집중되어 의료공급 행태와 진료패턴의 왜곡이 심화되고 있다.

**4) 양질의 의료서비스 제공에 대한 보상 미흡**

현재와 같이 단편적으로 분류된 서비스 단위에 대해 동일한 수가를 지불하는 행위별수가제에서 의료기관들은 양질의 진료 제공을 위해 투자할 유인을 가지지 못하고 있다. 좀 더 나은 질의 의료서비스를 효율적으로 제공하기 위한 시설이나 기기에 대한 투자가 보상받을 수 있는 기전이 없으므로 의료기관들이 이러한 투자 결정을 내리기는 매우 어렵다. 예를 들어 항생제의 사용을 줄일 수 있도록 수술실이나 병실의 감염방지 시설과 인력에 투자한다면 이러한 투자에 대한 보상을 받을 수 있는 기전이 행위별수가제하에서는 없을 뿐만 아니라 이들 투자 의료기관은 적은 양의 항생제를 사용하게 됨으로 행위별수가제하에서는 도리어 적은 보상을 받게 된다.

**5) 신기술 진료 도입의 억제**

신기술 진료의 급여·비급여 여부와 급여 시 수가가 적절한 평가 절차에 따라 결정되기보다는 보험 재정의 압박을 받고 있는 보험자의 입장에서 결정되고 있어 이의 의료행위로서의 인정이 매우 제한적이고, 이에 따라 신기술에 의한 양질의 진료 제공이나 의료발전이 저해되고 있다. 그간에 의학적 및 경제적 효과성이 있거나, 의학적 효과성은 있으나 경제적 효과성이 없는 신기술 진료들이 급여도 비급여도 아닌 불법

의료 행위로 판정 받는 경우가 드물지 않았다. 이 경우 의료 제공자들은 이들 진료의 제공을 포기하거나, 이들을 불법의료 행위를 한다는 위법과 손해를 감수하고 무료로 제공하거나, 불법의료 행위와 부당 청구를 감행해야 하는 대안 중 하나를 선택해야 하는 어려움에 직면하게 된다.

**6) 환자부담금 관리의 어려움**

우리나라 행위별수가제에서는 원칙적으로 “negative list” 관리 방식에 의해 급여 서비스 항목을 관리하고 있다. 즉, 비급여로 명시되지 않은 항목은 모두 급여 대상이라는 것이다. 그러나 지속적으로 새로이 개발되는 의료서비스들을 정부나 보험자의 행정처리 절차에 따라 적시에 급여화하는 과정을 완료한다는 것이 현실적으로 가능하지 않으며, 이들 의료서비스들의 의학 적 타당성과 경제적 효과성에 대한 보험자와 의료제공자 간 이견은 결국 이들 서비스들이 제공된 후 임의 비급여 형태로 환자에게 부담 지워지게 된다. 이들은 환자 부담을 크게 하여 우리나라 의료보험에 대한 환자들 불만의 주요 원인이 되고 있으며 의료기관과 보험자, 의료기관과 환자, 그리고 환자와 보험자간 갈등의 원인이 되고 있다. 이는 관리 단위가 개개 행위로 세분화되어 있을 때 오는 불가피한 현상이며, 정부 측에서도 그 규모를 예측하기 어려운 상태에서 제한된 재원으로 효과적인 관리도구도 없이 “negative list” 원칙만으로 급여범위를 관리한다는 것은 무리이다.

**7) 진료비 청구·심사 시의 업무의 복잡과 업무량 과중**

의료기관에서는 약 3,000여 세부항목의 행위, 약 12,000항목의 약품사용, 약 30,000여종의 재료사용에 대해 일일이 처방 전을 분류해서 확인 청구하여야 하며 지불자는 진료비 청구명세서상의 행위, 투약, 재료 사용 등을 진료내역과 고시내용에 따라 일일이 대조 심사한 후 진료비를 지급하고 있다. 따라서 의료기관과 지불자 모두 청구·심사·지불과정에 많은 인력과 비용을 투입하고 있고 심사지불기간도 1개월 이상 걸리고 있다.

**8) 수가관리의 어려움**

개별 행위를 지불단위로 하고 있어 약 4만5천여 개에 달하는 품목별로 수가기준 및 항목별 수가 인상률을 결정하여야 하는 어려움이 있다.

**9) 의료인, 보험자간 마찰·갈등 요인 상존**

개별행위를 대상으로 하는 임상 고유영역의 심사 때문에 의학의 전문성과 진료의 자율성에 대한 시비가 끊이지 않고 있다.

**정책입안자들이 보는 DRG 지불제도의 기대 효과**

현재 우리가 가지고 있는 문제들을 해결하기 위한 대안으로서의 새로운 지불제도는,

- 의료공급자의 양질의 진료행태를 유도할 수 있어야 한다.
- 의료인과 보험자간의 마찰을 최소화할 수 있어야 한다.
- 진료비 청구·심사과정을 대폭 간소화시킬 수 있어야 한다.
- 국민의료비의 부담을 줄일 수 있어야 한다.
- 국민의 의료이용에 불편을 초래하지 않아야 한다.
- 보건의료서비스 생산의 효율화와 수급의 적정화를 달성할 수 있어야 한다.

이러한 조건들을 고려하고 현재의 행위별수가제에 복잡하게 얽혀있는 문제들을 합리적으로 해결하기 위한 방안으로 지불단위의 포괄화를 기본 골격으로 하고 있는 DRG 지불제도가 적합한 대안으로 부상되었다. 그간 시범사업 등을 통하여 검증된 이 제도의 도입 타당성을 요약해 보면 다음과 같다.

**1) 경영과 진료의 효율화**

의료공급자 수준에서 경영과 진료 제공의 효율화를 위한 의식전환(critical pathway 등 질 향상 프로그램의 활성화)과 실질적인 개선효과(재원일수의 단축과 병원생산성 증가 및 전문화 등)를 가져올 수 있다.

**2) 과잉진료, 의료서비스 오·남용 억제**

현 수가체계에서 발생하고 있는 과잉진료, 의료서비스의 오·남용 등에 따른 진료량 증대 유인 억제 및 이에 따른 의료비 절감효과가 기대된다.

**3) 의료인과 보험자와의 마찰 개선**

지불 단위를 포괄화함으로써 진료비 청구/심사과정에서 파생되고 있는 의료인과 보험자와의 마찰 및 진료의 자율성 침해가 크게 개선될 수 있다.

**4) 진료비 청구방법의 간편화**

현재의 행위별수가제에서 문제시되어 왔던 의료기관의 진료비 청구방법이 매우 간편해 지고, 진료비 청구심사가 불필요하거나 대폭 간소화되므로 이와 관련된 의료기관 및 보험자의 막대한 행정비용 절감이 기대된다.

**5) 수가 관리의 합리화**

수만 가지의 개별 행위, 약·재료 등을 지불단위로 하고 있는 현행 행위별 수가체계에 비해 수백 개의 질병별로 포괄화된 수가체계를 가짐으로 수가 기준 등의 설정과 관리가 보다 합리적으로 이루어질 수 있다.

**6) 진료비를 둘러싼 마찰 감소 및 투명성 제고**

진료비 계산방식이 간단명료하여 환자들이 퇴원 시 받게 되는 진료비 청구명세서의 이해가 쉽고, 이에 따라 지금까지 의료기관과 환자의 마찰요인의 큰 부분을 차지하고 있는 진료비 계산방식의 불투명성 문제를 해소하고 환자와 의료기관간에 진료비에 대한 시비와 마찰을 줄일 수 있을 것으로 기대된다.

**제3차 시범사업 평가결과 통계**

**1) 의료서비스 제공행태 변화(외과계 질병군)**

- (1) 의료제공행태 변화 측면에서 시범사업 참여 후 재원일수 단축(5.7%), 항생제 사용액의 현격한 감소(29.0%) 등 의료서비스 제공량이 평균 8.2% 감소되었다.
- (2) 대부분의 검사에서 시범사업 시행 후 입원 전 외래에서의 검사횟수가 증가하고 입원 기간 중 시행한 검사횟수는 감소한 것으로 분석되었다.

**2) 진료비 변화**

- (1) DRG 수가 수준은 행위별수가로 계산된 총진료비보다 평균 23.9% 높은 수준으로 나타났다.
  - 전반적으로 DRG 진료비 수준은 증가되고 평균 재원일수 및 의료서비스 제공량은 감소됨으로써 병원들의 실질 수익은 현행의 행위별수가제에서보다 높아진 것으로 나타났다.
- (2) 환자본인부담은 평균적으로 시범사업 시행 후 약 25% 낮아진 것으로 나타났다.
  - 환자본인부담금은 급여범위의 자연스런 확대와 진료비 부담방식의 변경에 따라 감소되어 환자의 진료비 부담이 상당 수준 줄어들었다.

(3) 보험자 부담은 시범사업 후에 약 26% 증가한 것으로 나타났다.

### 3) 의료의 질 변화

(1) DRG 지불제도 도입과 관련된 파급효과 중 가장 우려되고 있는 의료의 질 저하 문제는 의무기록지 조사와 의료의 질 변화를 대표하는 지표들의 검증 결과 즉, 시범사업 전/후 수술 후 합병증 발생률, 재수술률, 사망률 및 필요검사 미시행률, PPI (physician performance index) 측정지표 등의 검증결과 변화가 없거나 그 차이가 통계적으로 유의하지 않아 질 저하는 문제 되지 않았던 것으로 분석되었다.

(2) 오히려 우리나라에서 현재 오·남용 문제로 논란이 되고 있는 항생제 사용의 감소와 같은 결과는 약물이 적정량 이상 과다 투여됨으로써 발생할 수 있는 의료의 질 저하 문제가 바람직한 방향으로 해결될 수 있는 여지를 보여주었다.

### 4) 진료비 청구지급

(1) 청구 진료비 지급기간은 평균 6일로 현저히 단축되었고

(2) 의료기관의 청구 업무량이 대폭 감소되었다.

(3) 보험자의 심사업무는 모니터링 업무로 대체되어 간소화되었다(전체 진료비 청구건의 약 6%에 대하여 모니터링 실시 중).

5) 환자와 의료기관의 진료비에 대한 마찰·민원 등이 줄어들고 진료비에 대한 환자의 신뢰가 증가하였다.

### DRG 지불제도에 대한 의료계의 우려와 대책

의료계가 DRG 지불제도 도입의 유보를 주장하는 사유는 다음과 같다.

- 그간의 시범사업 평가가 사업 시행 주체에 의하여 이루어져 객관성 및 공정성에 문제가 있으며, 제도 도입에 따른 역기능에 대한 판단과 대책방안이 결여되는 등 시범사업 영향 평가가 미흡하다.

- 제도의 전면도입에 앞서 의료공급자와 의료수요자인 일반 국민들이 참여하는 공청회 등을 통한 여론수렴 등 정책적 합의 과정이 결여되어 있다.

1) 시범사업과 본 사업 실시 초기 단계에서 유인책으로 행위별 수가보다 다소 높게 책정된 DRG 수가가 제도의 전면도입과 함께 강력하게 통제될 우려가 있으며, 이럴 경우 의료계에서는 이에 대응할 수 있는 마

땅한 대안을 가지고 있지 않다.

2) 향후 DRG 제도 하에서의 의료기관의 경영합리화 등의 노력으로 이루어지는 진료원가의 감소가 monitoring을 통해서 수가 인하 혹은 통계의 근거가 될 것이다.

3) 환자 상태에 따른 진료 내용의 다양성이 인정되지 않기 때문에 필요한 경우 적정한 진료를 어렵게 하고 따라서 심각한 진료의 질 저하와 의료기관에 따라서 중증 환자의 진료 기피 현상이 나타날 수 있다.

4) 의사의 진료행위에 대한 원가가 충분히 반영되어 있지 않은 기존의 행위별 수가제도에 의한 진료원가 계산을 근거로 한 DRG 수가체제상 추후 의료기관들의 진료합리화 노력으로 얻어진 진료원가 절감이 수가에 반영될 경우 의료기관의 수익구조에 심각한 문제를 야기할 수 있다.

5) 신기술이나 신재료 도입 등 원가 상승의 원인이 되는 새로운 진료행위의 도입이 어렵게 되어 의료 발전이 저해될 수 있다.

6) 현재의 분류체계가 진료 현장의 현실이 충분히 고려되지 않은 채 지나치게 행정의 편의주의 적으로 되어 있어서 각 진료 행위에 대한 진료비의 적정성에 대한 불만이 생길 수 있다.

## 대 책

DRG 제도의 도입은 국가차원에서의 의료비 상승의 억제와 의료기관의 진료 및 경영합리화를 유도하기 위해서 정책입안자들이 실행을 강력하게 추진하고 있는 상황이다. 그리고 의료계 내부에서도 처해 있는 상황에 따라 다소 다른 의견을 갖고 있을 게 사실이다. 본 학회의 대다수를 차지하고 있는 개원의 회원들 입장에서는 현재 행위별 수가에 비해 다소 높게 책정이 되어 있는 항문질환의 DRG 수가를 고려할 때 DRG 제도의 폐지를 주장할 수 있는 상황도 아니다.

그러나 본 제도의 일괄 도입 전에 의료계에서 반드시 관찰시켜야 할 선결과제가 있다.

1) 이는 정책입안자들의 편의에 의한 수가통제를 제도적으로 막을 수 있는 방안을 찾아내어 이를 법적으로 보장받아야 한다. 수가 산정을 단순히 진료원가에 의존하기보다는 최소한 물가상승률과 인건비 상승률을 보장받을 수 있는 법적인 장치가 마련되어야 할 것이다.

2) 의사의 진료행위에 대한 수가가 진료원가에서 차지하는 비중이 충분히 높아지도록 의사의 진료행위에

대한 상대가치가 상향조정되어야 할 것이다.

3) 현행 부수된 상병명의 유무와 종류에 의해 반영되는 중증도가 본래 질환의 중증도를 반영할 수 있는 체계로 변경되어야 할 것이다.

4) 고가의 재료를 사용할 때는 이를 쉽게 추가로 보상받을 수 있는 절차도 확실하게 마련되어야 할 것이며 공인된 신기술의 도입도 쉽게 이루어질 수 있도록 제도적으로 보장되어야 할 것이다.

5) 현재의 DRG 질병분류가 진료비의 차이를 충분히 반영할 수 있도록 보다 세분화되어야 할 것이다.

### DRG가 향후 개원가에 미치는 영향

DRG 제도가 개원가에만 특별히 미칠 영향이 따로 있다고는 생각지 않지만 몇 가지 정리를 하면 다음과 같은 것들이 있을 수 있다고 생각한다.

1) 진료비 청구 업무의 간소화와 진료비 지불의 신속성으로 경영 개선에 도움이 될 수 있다.

2) 진료비를 둘러싼 환자와의 마찰이 줄어들 수 있다.

3) 재원일수의 감소와 이에 따른 수술 후 외래 진료

의 증가가 예상될 수 있다.

4) 입원 기간 중 내시경 검사 등 상병명과 직접 관련이 없는 진료를 요구하는 환자와의 마찰이 발생할 수 있다.

5) 진료원가의 상승을 초래할 수 있는 중증 환자의 진료 기피 현상이 나타날 수 있다.

6) 한 가지 이상의 질병을 동시에 수술하기를 원하는 환자와 마찰이 발생하거나 진료수익의 감소를 감수해야 할 상황이 발생할 수 있다.

7) 과도한 입원 진료 내용의 간소화로 인한 진료원가 감소가 monitoring을 통해 향후 DRG 수가 산정에 좋지 않은 영향을 줄 수 있다. 이를 위해 각 질병별 critical pathway를 개발하여 공유할 필요가 있다.

8) 수가에 아무런 영향을 주지 않는 부가 진료 내역의 기술을 생략함으로써 monitoring을 통한 진료원가 계산에 부정적인 영향을 줄 수 있다. 이를 방지하기 위해서는 당장 수가에 영향을 주지 않는 진료 내역도 상세히 기술을 해야 할 필요가 있다.

9) 신재료의 사용을 포함한 신기술의 적용으로 인한 심사기관과의 마찰이나 진료 수익의 불이익을 감수해야 할 가능성이 있다.