

主要 國家의 DRG 支拂制度  
導入現況과 國內導入에 따른 爭點 研究

鄭宇鎭  
吳泳昊  
李善姬

韓國保健社會研究院

## 머 리 말

우리 나라가 醫療保險制度 출범때부터 診療費支拂補償制度로 채택한 행위별수가제는 지금까지 그 운영방법과 효과에 대해 많은 비판이 제기되어 왔다. 이러한 행위별수가제의 문제점을 극복하기 위해 1994년 운영되었던 「의료보장개혁위원회」에서는 DRG(Diagnosis Related Groups) 지불제도 도입을 위한 시범사업을 실시할 것을 건의하였고, 정부는 이 건의를 받아들여 1997년 2월 1일부터 2000년 12월 31일까지 시범사업을 실시하였다. DRG 지불제도는 입원환자를 주진단 및 기타진단, 수술·처치명, 연령, 진료결과 등을 기준으로 유사한 환자군으로 분류하여 환자군 별로 사전에 일정한 급여액을 정하여 진료비를 정액 지불하므로 병원진료의 효율성을 제고하며 동시에 진료비청구 및 지불관련 행정적 서비스의 단순화를 기하는 제도이다. 이러한 지불제도의 논의는 지불단위를 포괄화하는 방향으로 개편함으로써 의료공급자가 豫算制約下에서 환자를 진료하는 과정에서 의료자원을 보다 효율적으로 배분하도록 공급자에게 경제적 동기를 부여하려는 것이다. 그러나 DRG 지불제도는 과소진료, 특정 환자나 질환에 대한 진료기피, 퇴원후 불필요한 재입원 및 外來診療의 조장, 상대적으로 급여액이 유리한 진단명으로의 진료비 청구 등의 문제가 있음이 지적되고 있다.

본 보고서는 이러한 의료환경의 변화와 DRG 지불제도의 시행논쟁을 바탕으로 현재 외국의 DRG 지불제도 도입현황 및 국내도입에 따

른 여러 가지 쟁점을 다각적인 시각에서 살펴봄으로써 DRG 지불제도의 성공적 실시방안을 모색하고자 작성되었다.

본 보고서는 본원의 정우진 부연구위원의 책임하에 오영호 책임연구원과 이화여자대학교 예방의학교실 이선희 교수와 공동으로 작성되었다.

저자들은 본 보고서의 작성과정에서 유익한 조언을 아끼지 않은 본원의 정영호 책임연구원 및 본원의 관련 전문가들에게 감사하고 있다. 이 밖에도 본 원의 이경호 연구원은 자료 정리에 수고를 아끼지 않았다.

끝으로 본 보고서의 내용은 필자들의 個人的인 意見이며, 그들이 속한 기관의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2000年 12月

韓國保健社會研究院

院長 鄭 敬 培

# 目次

要約	9
I. 序論	21
II. DRG 支拂制度와 外國에서의 適用 現況	25
1. DRG 支拂制度의 概念	25
2. DRG 支拂制度의 期待效果와 豫想問題點	26
3. 外國의 DRG 支拂制度 適用 現況	29
가. 美國	30
나. 英國	35
다. 프랑스	41
라. 濠洲	46
마. 캐나다	51
바. 日本	56
사. 國家間 比較	61
III. DRG 支拂制度와 關聯된 主要 爭點	64
1. 醫療費 節減 必要性 問題	64
2. 醫療保險財政 節減性 問題	69
3. 醫療保險酬價體系 改革의 必要性 問題	72
4. DRG 支拂制度 導入與件의 適切性 問題	79

IV. 우리 나라 DRG 支拂制度 示範事業의 評價와 主要 爭點 .....	84
1. DRG 支拂制度 示範事業 推進 經過 .....	85
2. DRG 支拂制度 示範事業의 主要 內容 .....	89
3. DRG 支拂制度 示範事業에 관한 主要 爭點 .....	92
가. DRG 分類體系 .....	92
나. DRG 支拂制度의 酬價算定 .....	101
4. DRG 支拂制度 示範事業 評價結果에 관한 主要 爭點 .....	105
가. 示範事業 運營主體의 評價結果 .....	105
나. 一部 學界 및 醫療界의 評價結果 .....	106
V. 結 論 .....	117
參攷文獻 .....	127

## 表 目 次

〈表 I-1〉 各國의 保健醫療制度 및 DRG 制度 現況 .....	63
〈表 IV-1〉 示範事業 概要 .....	87
〈表 IV-2〉 示範事業 對象 疾病群 .....	88

# 要約

## I. 序論

- 包括酬價制(이하 DRG 지불제도)는 입원환자를 주진단 및 기타진단, 수술·처치명, 연령, 진료결과 등을 기준으로 유사한 환자군으로 분류하여 환자군 별로 사전에 일정한 급여액을 정하여 진료비를 정액 지불하므로 병원진료의 효율성을 제고하며 동시에 診療費請求 및 支拂관련 행정서비스의 단순화를 기하는 제도
- 이 제도는 1983년에 미국의 메디케어 환자를 대상으로 시행되었으며 우리 나라에서도 이 제도의 도입을 위하여 1997년이래 3차에 걸쳐 시범사업을 실시
  - 현재 K-DRG분류체계는 미국에서 초기 DRG분류를 중증도에 따라 세분한 Refined-DRG를 근간으로 1991년에 개발되었으며, 1994년에 진단명분류체계가 KCD-9에서 KCD-10으로 변경됨에 따라 분류체계가 부분적으로 개정되었고 1997년 시범사업 실시시 일부 분류가 개정되었음.
- DRG제도는 근본적으로 서비스제공에 따른 財政的 위험을 보험자에서 공급자로 이전하는 제도로 이에 따라 예상되는 문제점은,
  - 첫째, 환자진료에 투입되는 요소의 수를 줄이거나 投入原價 절감을 위한 과소진료,

- 둘째, 상대적으로 투입요소가 많이 소요될 것이 예상되는 특정 환자나 질환에 대한 진료기피,
  - 셋째, 診斷名을 인위적으로 늘림으로 인한 퇴원후 불필요한 재입원 및 외래진료의 조장, 넷째, 상대적으로 급여액이 유리한 진단명으로의 진료비 청구 등이 있음.
- 따라서 본 연구에서는 우리 나라에서 DRG제도가 시행되기 위하여 고려할 사항 등 제도적·환경적 여건을 제시하고자 함.
- DRG제도가 외국에서 적용되어 어떤 결과를 낳았으며 이에 대한 정책적 시사점이 무엇인가를 살펴보고 우리 나라 시범사업에서 나타난 문제점을 DRG 分類體系, DRG제도 酬價算定, 시범사업 효과평가로 구분하고, DRG제도 도입에 대한 주요쟁점을 논함.

## II. 外國에서의 DRG 制度 適用現況

### 1. 美國

- 1983년부터 미국의 65세 이상 노인 및 장애인 대상 의료보험인 메디케어(Medicare)의 입원진료비 지불방식이 의료기관별 진료원가에 기초한 일당 진료비 지불방식에서 전국 평균 診療原價에 기초한 건당 진료비 지불제도인 포괄수가제(Medicare Prospective Payment System, PPS)로 바뀌며 DRG가 이 제도의 지불단위로 사용되기 시작

- 또한 DRG가 미국 병원들 경영평가의 기본 단위로 자리 매김하고 있음.
- 미국의 경우 메디케어의 입원환자 진료비 지불제도로 포괄수가제인 DRG지불제도가 1983년 이후 시행되었으며 병원외래환자 진료비 지불제도에도 2000년 8월부터 APC(Ambulatory Payment Classification)라는 外來患者 분류체계를 적용한 선지불제도를 실시하고 있음.

## 2. 英國

- 영국은 현재 지역에 따라 HRG를 自律적으로 활용하고 있는데, 그 활용도를 보면 다음과 같음. 첫째, 보건의료정보로 활용, 둘째, 치료성가에 대한 모니터링 자료로 활용하고 있다. 셋째, 원가계산 자료로 활용함.
- HRG가 병원의 효율적인 운영을 위하여 다양한 정보를 생성하고 제공하는 정보체계로서는 매우 유용하게 쓰이고 있으나 지불체계로서는 널리 活用되지 못하고 있는 실정임.
  - 전체조사대상병원의 51%가 구매자와 계약시 정보제공의 목적으로 사용하며, 42%가 HRG를 환자분류와 모니터링을 위해 사용한다고 응답

## 3. 프랑스

- 프랑스 GHM은 병원의 성과를 측정·평가하고 의학적인 내용을 情報化한 것으로 자원이 가능한 효율적이고 공평하게 사용될 수 있

도록 개발한 관리도구임.

- 현재 GHM은 다음과 같은 2가지 목적으로 활용되고 있음.
  - 첫째, 경제적 목적으로 GHM을 통하여 病院成果를 측정함으로써 공공병원의 예산배분을 결정하는 참고지표로 활용되고 있으며 GHM을 이용하여 평균 병원비용을 계산하고 이를 통하여 전국의료수가표(national scale of cost)를 작성하고 있음.
  - 둘째, 醫學的 목적으로 병원 서비스 질 측정·평가, 경영 효율화 추구, 임상연구 지원, 진단과 치료의 최적화, 역학연구 등에 활용되고 있음.

#### 4. 濠洲

- 호주는 미국의 경험을 보완하여 DRG 지불제도를 도입한 대표적국가로서 일부 주에 국한하여 case funding이라 불리는 DRG 지불체계를 적용하고 있으며, 주정부 소유 또는 공공병원의 예산지불 기준으로 사용하고 있음.
- 1993년 Victoria주 공공병원의 入院診療에 투입되는 변동비 예산의 산정방식으로 AN-DRG제도를 도입한 이후 South Australia, Queensland, New South Wales 등이 DRG 지불제도를 도입하고 있음.
- 민간병원에 대해서는 DRG 지불제도를 强制化하고 있지는 않으나 일부병원은 민간보험회사와 계약을 체결할 때 DRG를 사용한 지불방식을 사용하고 있음. 한편, 연방정부는 공립병원뿐만 아니라 민간병원에 대해서도 DRG에 기초한 통계 데이터 작성 및 제출을

의무화하고 있으며 이러한 정보를 통하여 병원간의 성과를 비교·평가하고 있음.

- 최근에는 호주의 DRG 제도 도입에 대해 다양한 평가들이 제시되고 있는데, 주요 개요를 보면 DRG 지불제도 도입 후 공공병원들의 경영효율성이 향상되고 經營體制 개선에 도움이 된 측면이 있으나, 이에 반해 DRG 지불제도의 적절성과 효과, 사업방법의 문제점에 대한 비판들이 제기되고 있음.

## 5. 캐나다

- 1990년대 초반 CHIC는 병원 입원환자의 資源消耗를 파악하기 위하여 비교적 동일한 임상적 특성과 유사한 자원소모를 보이는 환자를 하나의 그룹으로 묶는 CMG 환자분류체계를 다음의 4가지 원칙하에 개발
  - 이후 1997년 CHIC는 자원사용량을 보다 정확하게 측정하기 위하여 기존에 사용한 재원기간에 연령과 합병증 유무 등을 새롭게 추가하였으며, CMG에 따라 분류된 입원환자의 입원비용을 산정하고 이를 이용하여 총액예산을 효과적으로 배분하기 위하여 RIW(Resource Intensity Weight)를 개발. RIW는 다음과 같은 목적으로 활용되며 매년 CIHI에서 算定하도록 하고 있음.
    - 첫째, 환자분류체계를 의료비 자료로 전환하는 데 사용
    - 둘째, 비전형적인 진료에 대한 단위당 의료비를 산정하는 데 사용
    - 셋째, 자원사용의 우선순위를 결정하는 데 사용

- 넷째, 새로운 프로그램을 기획하는 데 사용
  - 다섯째, 프로그램의 효율성을 평가하는 데 사용
- 이 외에 캐나다에서는 병원의 당일수술환자(Day surgery)를 처치에 따라 분류한 DPG(Day Procedure Groups)를 개발하여 현재 약 2000개의 처치를 73개의 그룹으로 분류하여 사용하고 있으며, 외래환자를 대상으로 하는 CACS(Comprehensive Ambulatory Care System)과 長期療養患者를 대상으로 하는 RUG(Resources Utilization Groups) 등을 개발하여 사용.

## 6. 日本

- 일본은 현재 일부 공공병원(8개 국립병원과 2개 보험자 직영병원)을 대상으로 DRG 지불제도를 시범운영하고 있음. 아울러 증가하는 진료비로 인한 보험재정의 어려움을 타개하기 위하여 진료보수 지불방식의 개편을 검토하고 있음. 따라서 의료공급체계 개혁을 통해 의료의 공급량 자체로부터 의료비 증가를 억제해 가는 체제를 도입하고, 2005년 이후부터는 보험자의 자율성을 높여 보험자가 의료기관측과 지불액을 교섭하는 총액청부제 등 다양한 방안들을 모색중에 있음.
- 그러나 이미 包括支拂을 적용하고 있는 일부 병원의 경우 질환의 수준과는 관계없이 건당 정액으로 의료비가 지불되고 있기 때문에 가벼운 증상의 환자를 우선하여 입원시킬 가능성이 높고, 어떠한 의료서비스가 제공되고 있는지를 외부에서는 전혀 알 수 없으며, 의료의 질 평가 역시 단지 간호 및 장기요양 담당직원의 능력에 달려있기 때문에 공정한 평가가 이루어지지

못하고 있다는 문제점 등이 지적.

- 이러한 지적에 대응하기 위해 최근에는 MDS(Minimum Data Set)에 의해 고령자를 평가하고, 評價結果에 근거하여 비용수준별로 환자를 분류하는 RUG(Resource Utilization Group)와 Care plan 등을 도입하고 있음.
  - 그러나 이들 제도 역시 직접적인 의료비 지불에 이용되지 않고 있으며, 데이터 역시 각 병원에서 공개하고 있지 않기 때문에 실제로 제공된 醫療내역과 의료서비스 질을 파악하지 못하고 있음.
  - 따라서 일본 후생성은 앞으로 의료비 지불을 위한 MDS 데이터의 활용과 이를 통하여 의료의 질을 평가할 계획에 있음.
  
- 또한 현재 國立病院에 적용하고 있는 포괄지불을 실제 진료성과와 연계하여 지불하는 형태를 고려중인데, 즉, 각 병원의 성과지표 및 목표치를 해당지역 상황에 맞게 설정하고 사전에 합의된 목표치에 도달한 경우에는 포괄요금을 인상하고 그렇지 않은 경우에는 인하하는 방식으로 지불체계를 개정해 나간다는 계획. 그리고 이러한 지불체계를 점차 민간병원에도 적용할 계획임.
  
- 한편, 일본은 의사의 진료비 支拂形態를 성과불제에서 포괄지불로 개정하는데 매우 조심스러운 입장을 보이고 있음. 즉, 지금까지 의사는 비용문제를 생각하지 않고 환자를 위해서 최상의 의료를 제공하도록 교육되어 왔는데, 포괄지불이 되면 결정된 비용의 범위 내에서 의료를 제공하여야 하고 이로 인한 의료서비스 질 저하의 문제 등이 야기될 수 있기 때문임. 따라서 포괄지불을 확대할 경우 의료기관과 의사가 자율적으로 포괄지불과 成果拂制를 선택할

수 있도록 하여야 한다는 의견이 제기되고 있음.

### Ⅲ. 結論: DRG 支拂制度 導入을 위한 考慮事項

- DRG 지불제도의 개념과 장·단점, 외국의 적용현황, 동 제도 도입의 효과와 시범사업평가와 관련된 주요 쟁점들을 종합해 볼 때 DRG 지불제도의 본격시행이 연기된 현재 시점에서 동 제도의 성공적인 시행을 위해서 考慮되어야 할 사항은 다음과 같음.

#### 1. 우리 나라 보건의료제공체계의 특수성에 대한 고려

- DRG 지불제도의 성공적 시행을 위해서는 우리 나라 보건의료제공체계의 특수성에 대해 충분한 고려가 있어야 함.
  - － 우리 나라는 公共醫療機關의 병상수 비율이 16%에도 미치지 못하는 극도로 민간의료 의존성이 높은 국가임.
  - － 세계적인 경험을 고려할 때 의료공급의 민간 의존도가 높은 국가에서 DRG 지불제도를 도입하는 경우 목표하는 효과에 비해 오히려 부작용이 클 수 있음을 감안하여 도입여부와 제도설계에 신중을 기해야 함.
  - － 부작용의 가능성은 民間依存度가 높은 국가에서 더욱 큰 데 이는 민간병원의 경우 속성상 그리고 명분상 정부통제력이 크게 작용할 수 없으며 통제가 되더라도 부작용이 통제되지 않은 곳으로 이전·전가되기 때문임.
- 이러한 부작용을 고려해서인지 DRG 지불제도는 민간보다는 정부

의존도가 높은 국가에서 주로 시행되는 경향을 보이고 있음.

- 지불방식 또는 病院評價의 목적으로 DRG 제도를 실시하고 있는 주요 국가 중 공공병원의 비중은 병상수 기준으로 영국이 96%, 프랑스가 70%, 호주가 70%, 캐나다가 70%, 그리고 미국이 33%인 데 미국을 제외하고는 공공병원의 비중이 병상수 기준으로 70%가 넘는 국가들임.

□ 이러한 점을 고려할 때 DRG 지불제도가 부작용을 줄이고 의도하는 정책효과를 달성하기 위하여 정비 또는 구비되어야 할 점은 다음과 같음.

- 첫째, DRG 지불제도 도입은 전체 의료보험 수가체계 개혁의 틀 속에서 검토되어야 하며 현행 행위별 수가체계의 체반 문제점들을 정비하면서 단계적으로 DRG 지불제도 도입을 검토함.
- 둘째, 우리 나라 현실에 보다 부합할 수 있도록 DRG 분류체계 및 전산프로그램, 임상전문가들의 공식적인 검증과 의견수렴과정을 거치고, 수가산정 자료의 대표성을 확보하며, 원가를 정확히 반영하는 DRG 수가산정시스템(예: Medical Economic Index)을 개발함.
- 셋째, 국내 질 관리 能力向上을 위하여 심사평가원의 평가기능 정립방안, 질 향상을 위한 기법개발 및 서비스 질 평가를 위한 정보생산 인프라구축 지원방안, 의료기관신입기구 설립방안 등 사안을 마련함.
- 넷째, 병원이 退院管理師(discharge manager)를 고용하도록 지원함으로써 퇴원환자가 가정간호나 요양기관 등 다양한 시설을 이용하여 연속적인 치료와 재활서비스를 받도록 하고 또

한 중간시설을 확충할 수 있는 정책적 지원방안이 마련될 필요가 있음.

## 2. DRG 지불제도 시범사업 운영 및 평가 측면의 고려

- DRG 지불제도의 전격 시행을 반대하는 학계나 의료계의 논리는 본질적으로 DRG 지불제도 시범사업의 기획과 운영, 그리고 평가 과정에서 이들이 충분히 참여할 수 없는 상황이었다는 것에서 출발한다고 할 수 있음.
- 정부의 입장에서 신뢰성이 없는 과정과 불투명한 자료에 근거한 장점 설명에 학계나 의료계가 納得을 할 수 없다고 주장하는 상황이라면 시범사업과 관련된 자료(원자료 및 2차 자료)를 공개하여 이를 토대로 다양한 측면의 효과와 부작용들이 면밀하게 검토되도록 할 필요가 있음.
  - 지금까지의 시범사업 평가가 DRG 지불제도 개발팀에 의해 주도되었기 때문에 타당성에 문제가 있다는 논란을 잠재우기 위해서라도 기존 연구진, 보건의료계, 학계, 정부출연정책연구기관, 시민단체의 대표를 포함한 전문가를 연구진에 추가하여 새롭게 구성된 연구진에 의해 장단점이 공개적으로 논의됨으로써 동 제도의 실상이 공론화되고 發展方案이 제시되도록 해야 함.
- 또한 당초 DRG 지불제도를 시행하기로 예정했던 시기가 2001. 1월 이후로 연기됨에 따라 정부는 계속 시범사업형태로 동 제도의

시행타당성을 검토할 예정인 것으로 알려진 바, 이제부터라도 각 계각층의 전문가가 DRG 지불체계 수정, 시범사업 기획, 운영 및 평가에 폭넓게 참여하도록 하는 것이 동 제도의 성공적 시행에 도움을 줄 것임.

- 보건의료계에서는 의료비의 낭비적 요소를 줄이기 위해 DRG 지불체도를 시행하고자하는 정부의 취지를 이해하고 정부의 참여요청을 받아들여 전향적으로 제도의 수정보완에 임해야 할 것임. 정식으로 참여하고 평가결과 등 자료를 공식적으로 입수·분석하여 장단점을 국민들에게 인식시킴으로써 국민이 합리적 선택과정을 거치도록 하여야 함.

### 3. 새로운 보건의료제공체계에 대한 고려

- 의료비에서의 낭비적 요소를 제거하기 위한 대책으로 정부는 DRG 지불체도와 더불어 여러 대안을 동시에 검토할 필요가 있음.
- 외국의 경우 健康管理團體가 보험자와의 계약과정과 의료이용자 유치과정을 통해 의료비 절감과 의료의 질 제고를 위한 경쟁을 유발시키는 관리의료의 장점을 접목시키는 것이 최근의 동향임을 참고할 필요가 있음.
  - 이는 건강관리단체가 투입물의 낭비요소 및 수직적 기관간 중복장비투자 제거, 1차 진료의 건강관리조정 수행, 의료전달 및 회송 기능 강화, 치료결과의 자발적 공개 유도, 진료 및 진단기록의 상호참고기능 강화를 통하여 의료체계의 費用效果性を 증대하고자 하는 것임.

- 미국에서는 메디케어와 메디케이드와 같은 공적의료보장체계에서 조차 관리의료(managed care)를 적용하여 대상자가 HMO 등의 조직에서 의료를 제공받도록 허용함으로써 시스템의 효율화를 제고시키는 노력을 하고 있음(HCFA자료에 따르면, 1999. 6월 현재 메디케어와 메디케이드의 관리의료 가입자는 각각 17.7%와 55.59%).
- 캐나다에서도 최근 1차 진료, 병원진료, 재활시설, 요양시설 및 가정진료를 연결하여 국민에게 연속적인 의료서비스를 제공하여 의료체계를 효율화함으로써 의료비를 절감시킬 수 있는 방안으로 統合醫療體系(Integrated delivery system)를 도입할 것을 적극적으로 검토하고 있음.

## I. 序論

의료보험제도 출범부터 우리 나라는 진료비지불보상제도로 진료행위별수가제(Fee-For-Service: FFS)를 시행해 왔다. 그러나 이 제도의 운영방법과 효과에 대해 많은 비판이 제기되고 있다. 진료행위별수가제란 환자 치료에 필요한 진료행위의 종류와 횟수, 사용된 의약품 및 재료의 수량 등 각각의 투입요소에 의해 진료비를 산정하여 지불하는 제도로서, 이에 대한 비판의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 사후적 지불제도인 診療行爲別酬價制는 의료공급자가 수익을 증대시키기 위해 의료서비스의 양 및 빈도를 증가시키려는 재정적 유인이 존재한다. 진료량을 늘려야 수익도 증가하는 행위별수가제의 재정적 유인체계 하에서 의료기관들은 낮은 수가로 인한 경영수지의 어려움을 비용절감과 동시에 서비스 제공량을 증가시켜 극복하려는 시도를 하게 된다. 이렇게 제공되는 진료량은 환자에게 요구되는 적정 수준을 초과할 수 있다. 따라서 초과되는 진료량으로 인해 소비자의 효용은 감소하고 의료비는 증가하는 否定的인 결과가 초래될 수 있다는 것이다.

둘째, 진료비 청구·심사시의 업무가 복잡하고 업무량이 과중한 문제점이 있다. 의료기관에서는 약 3,000여 세부항목의 행위, 약 12,000 항목의 약품사용, 약 30,000여 종의 재료사용에 대해 일일이 처방전을 분류해서 확인 청구하여야 하며 지불자는 진료비 請求明細書상의 행위, 투약, 재료사용 등을 진료내역과 고시내용에 따라 일일이 대조 심

사한 후 진료비를 지급하여야 한다. 더구나 인구고령화, 의료기술발전 및 급여범위의 확대로 매년 청구건수가 급증하여 진료비 심사업무가 가중하여 불필요한 자원의 낭비를 초래하고 있다는 지적이다.

셋째, 진료의 개별행위를 대상으로 하는 임상 고유영역의 심사 때문에 심사기구와 의료계간에 의학의 전문성과 진료의 자율성에 대한 마찰이 끊이지 않고 있다.

넷째, 개별 행위 및 품목을 지불단위로 하고 있어 약 4만 5천여 개에 달하는 품목별로 수가기준이 변화하는 의료현실을 신속하게 반영하지 못하여 酬價項目間 불균형이 발생하게 되고, 이러한 행위별 가격불균형은 진료행태의 왜곡을 낳고 나아가 전공과목별 전공의공급의 불균형을 초래하는 하나의 원인으로도 작용하고 있다는 비판이 제기되어 왔다.

다섯째, 患者負擔金 관리의 어려움이 있다는 지적이다. 우리 나라 행위별수가제에서는 원칙적으로 비급여로 명시되지 않은 항목은 모두 급여 대상이라는 시각에서 급여 서비스 항목을 관리하고 있다. 그러나 지속적으로 새로이 개발되는 의료서비스들을 적시에 給與化하는 과정을 완료한다는 것이 현실적으로 가능하지 않고 의학적 타당성과 경제적 효과성에 대한 이견이 발생하여 결국 이들 서비스들이 제공된 후 임의 비급여 형태로 환자에게 부담 지워지게 되는 문제가 있다.

이러한 진단행위별수가제의 문제점을 극복하는 방안으로 1994년 운영되었던 보건복지부 자문기구인 「의료보장개혁위원회」에서 진단명에 기초하여 지불단위를 포괄화하는 분류체계에 의한 DRG(Diagnosis Related Groups) 지불제도 도입을 위한 시범사업을 실시할 것을 건의하였고, 1997년 2월 1일부터 2000년 12월 31일까지 시범사업을 실시하였다. 이러한 지불제도의 논의는 지불단위를 包括化하는 방향으로

개편함으로써 의료공급자가 예산제약하에서 환자를 진료하는 과정에서 의료자원을 보다 효율적으로 배분하도록 공급자에게 경제적 동기를 부여하려는 것이다.

DRG지불제도는 입원환자를 주진단 및 기타진단, 수술·처치명, 연령, 진료결과 등을 기준으로 유사한 환자군으로 분류하여 환자군 별로 사전에 일정한 급여액을 정하여 진료비를 정액 지불하므로 병원진료의 效率性を 제고하며 동시에 진료비청구 및 지불관련 행정적 서비스의 단순화를 기하는 제도이다.

DRG 지불제도는 근본적으로 서비스제공에 따른 財政的 危險을 보험자에서 공급자로 이전하는 제도로 이에 따라 예상되는 문제점으로는 첫째, 환자진료에 투입되는 요소의 수를 줄이거나 투입원가 절감을 위한 과소진료, 둘째, 상대적으로 투입요소가 많이 소요될 것이 예상되는 특정 환자나 질환에 대한 진료기피, 셋째, 진단명을 인위적으로 늘림으로 인한 퇴원후 불필요한 재입원 및 외래진료의 조장, 넷째, 상대적으로 급여액이 유리한 진단명으로서의 진료비 청구 등이 있다. 외국의 경우 DRG 지불제도 시행에 따라 經濟的 動機에 의한 진료의 질 저하 우려 등 문제점이 대두되고 있는 데 외국과는 달리 더욱이 대부분의 의료서비스를 민간부문이 담당하여 공급하고 있는 우리나라의 경우 외국의 경우보다 DRG 지불제도의 副作用이 더욱 심각하게 초래될 수 있다는 지적이 있다.

본 보고서는 이러한 의료환경의 변화와 DRG 지불제도의 시행논의를 바탕으로 현재 외국의 DRG지불제도 도입현황 및 국내도입에 따른 쟁점을 살펴보고 DRG 지불제도의 성공적 실시방안과 의료제공체계의 효율화 방안을 모색하고자 작성되었다. 본 보고서의 구성은 다음과 같다. 제2장에서는 DRG 지불제도의 개념과 장단점 그리고 미국, 영

국, 프랑스, 호주, 캐나다, 일본 등 주요 6개국에서 DRG가 어떻게 적용되고 있는지를 파악하고자 한다. 이해를 위해서 각국의 의료공급체계, 의료비 지불체계, DRG 제도 도입배경 및 운영현황이 분석된다. 제3장에서는 DRG 지불제도에 대한 주요 쟁점이 醫療費節減政策, 의료보험재정, 의료보험수가체계개혁 차원에서 찬반의 두 가지 상이한 관점에서 간추려 진다. 이 장에서는 그 동안 공공부문에서 주로 강조되어 온 DRG 지불제도의 장점이 발전적 방안설정을 위해 새로운 관점에서 비판될 것이다. 제4장에서는 현재 우리나라에서 추진중인 DRG 지불제도 시범사업의 시행과 평가에 대한 쟁점이 논의될 것이다. 먼저 시범사업의 추진경과와 주요내용이 소개되고, 분류체계, 수가산정 및 DRG 지불제도 시범사업의 評價結果에 대한 의견들이 분석될 것이다. 그리고 결론에서는 우리나라에서 DRG 지불제도가 성공적으로 시행되기 위하여 고려되어야 할 사항과 보건의료체계 효율화를 위한 기타 주요사항을 제시하고자 한다.

## Ⅱ . DRG 支拂制度와 外國에서의 適用 現況

### 1. DRG 支拂制度의 概念

DRG 지拂제도를 정의하면, 의료서비스의 양과 질에 관계없이 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 정액진료비를 의료기관에 지拂하는 제도라고 할 수 있다. 이는 의료서비스도 일반 재화 및 서비스와 마찬가지로 의료공급자가 생산하는 最終生産物(product of hospital)을 거래의 단위로 파악하려는 방법에서 출발한 것이다. 맹장염 혹은 백내장수술 등 일반적으로 보편화된 질병군에 대해 입원일수, 주사 및 검사의 종류 및 회수 등 진료내용에 관계없이 일정액의 진료비를 의료기관에 지급하는 것은 그 예이다. 이때 DRG(Diagnosis Related Group)란 입원환자들을 主診斷名 및 부상병명, 수술명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 질병군으로 분류되는 체계에서의 하나의 질병군을 일컫는다. DRG는 미국 Yale 대학에 의해 1960년대 말부터 10년간에 걸쳐 병원의 산출물을 정의하기 위해 개발된 入院患者分類體系로써, 1980년 뉴저지주의 지拂제도로 시범적용(383 DRG)되었다. 그 이후 1983년 467 DRG를 개발하여 미국 노인 의료보험(Medicare)의 병원진료비 지拂방식이 의료기관별 진료원가에 기초한 일당 진료비 지拂방식에서 전국 평균 진료원가에 기초한 건당 진료비 지拂제도인 포괄수가제(Medicare Prospective Payment System)으로 바뀌면서 DRG가 이 제도의 지拂단위로 全國적으로 적용되게 되었다. 1989년 미국에서는 기존의 DRG가 환자 질병에 대한 중증도를 잘 반

영하지 못한다는 비판에 따라 이를 반영한 1,144 Refined-DRG가 개발되었다. 우리 나라의 경우 서울대학교 병원연구소에서 1986년 미국 DRG에 기초한 K-DRG를 개발하였고, 이어 1991년 R-DRG에 기초한 K-DRG를 개발하였으며 현재 이를 사용하여 시범사업이 실시되고 있다(최병호 외, 1998).

## 2. DRG 支拂制度의 期待效果와 豫想問題點

입원진료에 대해 DRG 지불제도를 실시하는 경우 기대되는 효과로서는 다음을 들 수 있다.

첫째, 의료자원의 最適配分과 의료비 절감의 측면이다. 의료공급자의 경우 어떤 질병의 치료에 대하여 일정한 진료비가 사전에 정해지기 때문에 그 주어진 예산 범위내에서 투입서비스 및 재료를 최적으로 활용할 유인을 갖게 된다. 따라서 행위별수가제 하에서 제공되던 불필요한 의료서비스를 최소화하여 過剩診療나 의약품 오남용을 방지하고, 재원기간이 단축되거나, 불필요한 검사·서비스가 감소되리라 예상할 수 있다. 궁극적으로 의료자원의 최적 이용과 국민의료비 절감에 기여할 것이라고 기대될 수 있다.

둘째, 의료기관 경영합리화 측면이다. 앞서와 비슷한 이유로 병원 혹은 의원의 입장에서 산출물(질병치료)에 대한 가격이 이미 결정되어 있으므로 그 산출물에 투입되는 비용을 最小化함으로써 최대한의 이윤을 확보하려 할 것이므로 의료기관의 자발적인 경영합리화를 유도할 수 있을 것이라는 기대가 존재한다. 이러한 두 가지 이유로 상당량의 잉여투입물(slack)이 감소됨에 따라 재정적으로 붕괴하거나 환자

진료에 있어서 타협 등을 수반하지 않을 것이라고 기대된다.

셋째, 보험관리비용 절감 측면이다. 진료비청구 및 심사가 개별 행위 및 재료를 대상으로 하지 않고 疾病單位로 하기 때문에 청구·심사 건수가 줄어들게 된다. 따라서 진료비 청구 및 심사에 필요한 업무량과 비용을 대폭 감소시킴으로써 의료기관의 청구관련 비용과 보험자의 심사비용이 절감된다. 또한 진료비 심사에 수반하는 보험자와 의료기관간 갈등을 완화할 수 있다는 부수적인 효과도 거둘 수 있다는 것이 기대효과이다.

DRG 지불제도 하에서(어느 제도하에서나) 經濟主體인 의료공급자가 비용보전을 목적으로 또는 이윤극대화를 추구하는 경제행위를 수행할 것은 당연한 경제적 현실로 이해될 수 있을 것이다. 이러한 경제행위로 인해 DRG 지불제도 실시와 함께 예상되는 문제점을 미국 등 선진국의 경험에서 유추해 보면 다음과 같다(최병호 외, 1998)

첫째, 의료공급자는 진료에 투입되는 요소의 수를 줄이거나 투입원가를 줄임으로써 이윤을 최대한 확보하려는 유인을 갖게 된다. 이에 따라 의학적으로 적정한 진료에 필요한 혹은 필수적인 검사, 투약 및 진료행위를 회피함으로써 의료의 질을 저하시킬 가능성이 있다. 또한 새로운 의료기술이나 의약품·재료 등이 DRG에 적절히 반영되지 못할 경우 技術開發이나 의료의 질적 개선에 장애가 발생할 수 있다. 이는 경우에 따라 행위별 수가제 하에서의 과잉진료 보다 더 많은 자원낭비를 초래할 수도 있다. 즉, 과소진료에 의해 충분히 치료되지 못한 환자가 다시 의료기관을 찾게 되고 동일 진단명하에 진료비가 다시 발생한다면, 결과적으로 진료비가 이중 발생하고 걱정 이상의 과잉진료가 행해질 수 있다는 것이다.

둘째, DRG 지불제도는 진단명에 따라 일정한 진료비를 지급하므로,

의료공급자가 이윤을 증가시키기 위해서는 진단명을 늘리는 소위 진단명 증대(Diagnosis split)가 발생할 수 있다. 즉, 불필요한 입원이나 퇴원 후 재입원을 유도할 가능성이 있다. 또한 지불 스케줄이 한가지 진단에 대해 몇 가지 상이한 등급을 가진다면, 환자의 실제 상태보다 더욱 복잡한 진단명을 기재함으로써 의료공급자는 가장 높은 등급을 선택하는 진단명 고등급화(DRG creep)가 招來될 수 있다. 다른 하나의 방법은 진단명을 의도적으로 分離(unbundling)함으로써 한번의 진료로 필요한 질병을 두 번에 나누어 진료하게 되는 비효율이 조장될 수 있다. 외국의 경험을 통해 볼 때 DRG 지불제도하에서 의료공급자가 지속적으로 진료비청구를 극대화하려 하고, 청구내역에 대한 감시 및 확인비용이 상당히 높은 경향을 보여주고 있다.

셋째, 전체 의료비 측면에서 입원서비스에 대한 DRG의 도입이 DRG 진단명에 해당하는 상병부문에서 기대하는 효과를 얻는다 하더라도 다른 부문의 진료비가 증가하는 代替效果가 나타날 수 있다. 즉, 입원진료비가 줄어드는 만큼, 그 대체효과로써 외래진료비가 증가할 가능성이 있다는 것이다. 또한 최상의 비용-효과비율(cost-effectiveness ratio)을 가진 질병을 진료하고, 비용 효과적이지 못한 질환에 대해서는 가능한 한 다른 의료공급자에게 이송(transfer)할 가능성이 있다.

마지막으로 환자의 건강과 병원의 수입간 올바른 균형을 보장할 장치가 DRG 지불제도에 구비되어 있지 않다. 즉, 구조적으로 병원이 의료의 질을 유지하려 할 때 병원경영이 악화되는 결과를 초래할 수 있다. 그리고 일단 기존에 존재하던 잉여투입물(slack)이 사라졌을 때, DRG 지불제도는 병원의 생존과 진료의 질 사이에서 어려운 선택을 할 수밖에 없게 된다. 다시 말해서 진료의 질 제고를 강요당하게 되는 경우 병원은 생존하기 어려운 상황이 발생할 수 있다.

### 3. 外國의 DRG 支拂制度 適用 現況

DRG 지불제도를 활용하고 있는 국가들은 DRG 지불제도를 개발하고 발전시킨 미국을 비롯하여 호주와 서유럽, 최근엔 대만과 일본에서 일부 질환에 국한하여 시행하는 것으로 알려지고 있다. 미국에 대해선 이미 다른 연구들을 통해 알려진 바 있지만 그 외 국가들에 대해선 잘 알려지지 않고 있기 때문에 이 장에서는 이들 국가들 중 주요 국가들을 대상으로 適用現況을 살펴보고자 한다. 살펴볼 국가들은 영국과 프랑스, 호주, 캐나다, 일본 등 5개국이다. 이들 국가들을 선정 이유는 영국과 프랑스는 서유럽의 대표적 국가들로서 서유럽의 동향을 파악할 수 있는 점에서 선정하였으며 호주의 경우 최근 가장 활발하게 DRG 분류체계를 개발하고 있는 대표적 국가라는 점에서, 캐나다의 경우엔 미국과 다른 측면에서 분류체계를 개발하고 활용하고 있는 국가로서, 그리고 일본은 우리와 유사한 醫療體系를 가진 국가라는 점에서 대상국가로 선정하였다.

흔히들 DRG 지불제도와 DRG 분류체계를 혼용하여 사용하는 경우가 많으나 엄밀한 의미에서 DRG 분류체계는 질병구성(case-mix)이나 의료기관에서 제공하는 서비스 產出物을 측정하는 도구의 일종이라고 할 수 있으며 DRG 지불제도는 DRG 분류체계를 이용하여 진료비를 지불하는 진료비 지불체계를 지칭한다는 의미에서 차이가 있다. 이들 5개 국가들에서도 개념은 포괄적 분류 또는 포괄수가제와 유사하지만 명칭이나 내용, 활용목적이 상당히 다르게 운영되고 있으며 이 글에서는 양자를 포함하여 DRG 지불제도라는 포괄적 개념하에 검토하였다.

또한 모든 제도나 정책과 마찬가지로 DRG 지불제도 역시 각 나라의

의료체계에 따라 도입배경이나 활용목적과 방식이 다르기 때문에 각 나라의 DRG 지불제도를 제대로 이해하기 위해선 해당국가의 전반적인 保健醫療體系를 함께 검토할 필요가 있을 것이다. 따라서 이 글에서는 의료체계의 특성 및 의료공급체계, 전체 의료비 지불체계를 간략하게 소개하고 이러한 이해를 바탕으로 DRG 지불제도의 도입배경 및 활용내용을 소개하고자 한다.

## 가. 美國

### 1) 醫療體系의 概要

미국은 전통적으로 개인의 자유를 보장하고 책임을 중시하여 정부의 통제는 최소한으로 하는 것을 원칙으로 하여 왔으며, 보건의료제도는 미국사회의 이러한 특징을 보여주는 경쟁위주형의 대표적인 예이다. 보건의료서비스의 대부분은 民間醫療機關에서 제공되며 공공병원의 역할은 제한적인 범위에 머물러 있다. 주민은 의료기관을 자유롭게 선택하여 이용할 수 있으며, 국가의료보험이 실시되지 않아 의료이용에 있어 本人負擔金이 높다.

미국의 전반적인 보건행정은 정부의 역할은 최소화되어 있고 지방의 자치성과 자율성을 강조하며 이는 주의 자치권을 보장한 헌법에 기초한 것이다. 따라서 연방정부가 입안한 보건사업은 반드시 지역시민위원회의 자문과 검토를 거쳐야 하는 등 지방자치 및 민간 의사 결정이 우월한 위치를 차지하고 있다. 미국의 중앙보건행정조직은 보건인간서비스부(department of health and human service)로 국가 전체적인 보건의료, 사회보장, 공적부조 등을 책임지고 있으나, 많은 다른 공공관직이나 자발적인 民間組織에 권한을 위임하고 자원을 분배하여 기

능을 수행하게 함으로써 실질적인 수행기능은 극히 제한되어 있다.

미국의 공공보건의료체계는 모든 시민이 이용할 수 있지만 특별한 활동영역으로 제한되어 있다. 공중보건서비스는 예방중심이고 주정부나 지방정부에 의해 관리된다. 지방공중보건과는 교육, 예방접종, AIDS예방과 치료, 모자보건, 작업환경, 검사실 서비스, 식품 및 의약품안전, 위생규칙, 환경보건활동 등 예방프로그램에 중점을 둔다. 일차보건의료는 외래의료서비스로 대부분 가정의, 일반내과, 소아과, 산부인과 의사와 일부 약사 간호치료사, 의사보조원, 치과의사에 의해 독립개원형태로 제공되며 병원 외래에서도 一次保健醫療를 제공한다. 미국은 경제적 여건에 따라 곧바로 개업의 또는 병원을 자유롭게 선택하여 진료를 받을 수 있을 정도로 1차, 2차, 3차의 단계적 전달체계의 개념이 확립되어 있지 않는 대표적인 나라이다. 2차 및 3차 진료서비스는 수준 높은 의료서비스를 제공하는 것으로 정평이 나있다. 또한 환자는 아무리 경미한 질환이라도 재정적인 부담을 감수할 수만 있다면, 고도의 장비나 기술을 가진 전문의를 선택하여 진료를 받을 수 있다. 민간의료기관 이외에 대도시지역의 公共病院이 제한적이긴 하지만 빈곤층을 위해 2차 및 3차 서비스를 제공하고 있으나 재정적인 어려움을 겪고 있는 형편이다. 관리의료(managed care)의 등장으로 인한 병원의 도산과 합병으로 인한 병원수 감소로 의사 간호사 인력의 과잉공급이 나타나고 HMO(Health Maintenance Organization)로 인한 일차보건의료의 수요의 증가로 인하여 醫學教育內容에도 상당한 영향을 미치고 있다.

미국의 의료보장제도는 정부주관의 공적부조와 민간보험으로 나뉘어 지는데, 공적부조에는 65세 이상의 노인과 신체장애자를 대상으로 하는 메디케어(Medicare)와 저소득층을 대상으로 하는 메디케이드

(Medicaid)가 있다. 메디케어는 사회보장제로 구성된 재정을 통하여 연방정부에서 부담하며, 메디케이드는 연방정부와 주정부의 일반재정에서 약 절반씩 부담한다. 민간보험은 다양한 민간보험조직이 존재하며 대표적인 민간보험조직으로는 입원진료비 보상을 위한 대표적인 民間保險組織인 블루 크로스(Blue Cross), 의사들의 진찰 및 기술료의 보상을 위한 민간보험조직인 블루 쉴드(Blue Shield), 그리고 민간보험의 일종으로 인두제에 의한 정액선불제에 의하여 가입기간 중 일정한 의료서비스를 제공하는 HMO 등이 있다.

미국은 과거 30여 년 간 급속하게 의료비가 증가하여 왔으며, 정부에서는 이러한 의료비의 지출을 억제하기 위하여 최근 전통적인 행위별수가제와 DRG 지불제도와는 유인동기가 근본적으로 다른 HMO 류의 管理醫療의 적용을 시도하고 있다.<sup>1)</sup> 管理醫療下에서는 관리된 행위별수가제 또는 DRG 지불제도 등 선지불제가 적용됨으로 무분별하게 서비스 제공을 늘리거나 선지불제가 적용되지 않는 부문으로 비용을 전가시키려는 동기를 가지기 어렵고 환자에게 보다 더 포괄적이고 건강관리적인 서비스를 제공하는 것이 가능해진다.

## 2) 醫療供給體系

미국의 醫療供給組織은 크게 병원과 개업의로 구분할 수 있는데, 병원은 주로 민간에 의하여 설립된 종합병원이 대부분이며 공공병원

---

1) 미국 의료보장청(Health Care Financing Administration: HCFA)의 자료에 따르면 1999년 6월 기준으로 관리의료계획에 가입하고 있는 메디케어 수혜자들은 17.7%에 이른다. 이와 함께 메디케이드 수혜자들의 관리의료 가입은 1991년 9.5%에서 1999년 55.59%로 무려 6배 가까이 증가하였다. 이와 같은 공적의료보장수혜자들의 관리의료추세는 수혜자들의 관리의료선택을 증대시키기 위한 1997년 Balanced Budget Act의 시행으로 크게 촉발되었다.

은 재향군인이나 약물중독 등 특수집단이나 질환을 대상으로 한다. 민간병원은 교회, 지역사회, 학교 등에 의하여 설립된 비영리병원이 다수이나 최근에는 기업 성격의 영리법인이 증가하는 추세이다. 병원과 계약한 개업의가 자신의 환자를 입원케 하여 진료할 수 있는 개방형으로 운영되며 외래진료는 거의 없다. 개업의는 단독 혹은 집단 개업의 형태를 띠며 전문의가 개업하는 경우도 많다. 단독개업의 경우 간단한 장비만을 갖추고 있으며 대부분의 진단 및 치료서비스는 계약된 병원의 시설을 이용한다.

한편, 의료기관의 역할 분담이나 서비스의 통합 및 조정기능은 매우 미약하고 각 의료기관은 기본적으로 競爭關係에 있다. 주민들은 일차진료로서 개업한 전문의나 가정의, 혹은 병원의 응급실을 자신의 선택에 의하여 방문하며 여기서 필요하다고 여겨지는 경우 병원에 입원할 수 있다. 段階的 진료개념은 주로 정부 프로그램에 적용되는데, 퇴역군인 및 인디안 원주민을 위한 의료서비스 프로그램이나 HMO 등 건강유지기구 등이 여기에 해당되지만 전체적인 진료전달체계의 구축은 되어있지 않다.

### 3) 醫療費 支拂體系

미국의 전통적인 진료비 지불체계방식은 행위별수가제이다. 그러나 1950년대와 1960년대에 의료이용의 접근도의 제고를 위하여 공적보험인 메디케이드와 메디케어가 도입되었는데, 이로 인해 의료비가 급증하자 1970년대에 들어와서부터는 의료비를 억제하는 데에 정책의 주안점을 두었으며, 이러한 노력의 일환으로 1983년에 미국정부는 메디케어의 병원진료보수 支拂方式을 행위별 방식에서 DRG 지불제도 방

식으로 변경하였으며, 1992년부터는 의사진료비 지불방식에 있어서도 행위별 지불방식을 유지하되 의료에 투입되는 자원의 상대가치를 고려하여 의료수가 수준을 정밀하게 재산정한 상대가치체계(Resource-Based Relative Value System)를 도입하였다.

#### 4) DRG 制度 運營現況

##### 가) 導入背景

DRG(Diagnosis Related Group, 진단명 기준 환자군)는 ‘국제질병분류에서 1만개 이상의 병명을 인력, 의약품, 의료재료 등 의료자원의 필요도에 따라 통계상으로 의미 있는 500개 정도의 병명그룹으로 정리하여 분류하는 방법’을 말한다. 원래의 목적은 병원운영의 낭비를 줄여 생산성을 올리기 위한 經營管理技法의 개발이었다. 구체적으로 환자에게 사용된 인력, 약제, 의료재료, 입원일수, 비용 등의 자료를 가능한 한 많은 병원으로부터 수집하여 일정 질환별로 분석하는 것으로, 각 병원의 개선점을 명확히 밝히는 것이 주된 목적이었다. 다시 말하면, DRG는 일반산업계의 QC활동(Quality Control)과 같은 목적으로 시작한 연구 프로그램의 성과인 것이다.

DRG는 미국의 예일대학 팀에 의해 1960대 말부터 10여 년에 걸쳐 병원경영 개선을 위해 환자특성 및 診療特性을 반영하여 개발된 입원 환자 분류체계로써, 1980년 뉴저지주의 지불제도로 시범적용(383 DRG)되었고, 1983년 467 DRG를 개발하여 미국 노인 및 장애인 대상 의료보험인 메디케어의 입원진료비 지불방식이 선불제(Prospective Payment System: PPS)로 바뀌면서 전국적으로 적용되었다. 1989년에는 기존의 DRG가 환자 질병에 대한 중증도를 잘 반영하지 못한다는 비

판에 따라 이를 반영한 1,144 Refined-DRG를 개발하였다.

#### 나) 運營現況

1983년부터 미국의 65세 이상 노인 및 장애인 대상 의료보험인 메디케어의 입원진료비 지불방식이 의료기관별 진료원가에 기초한 일당 진료비 지불방식에서 전국 평균 진료원가에 기초한 건당 진료비 지불제도인 포괄수가제로 바뀌며 DRG가 이 제도의 지불단위로 사용되기 시작했다. 또한 DRG가 미국 병원들 經營評價의 기본 단위로 자리 매김하고 있다. 미시간 대학(University of Michigan-Ann Arbor) 병원 외상 센터는 그들의 지불자 중 가장 큰 비중을 차지하는 Michigan Care Plan에 의해 HCFA DRG를 이용한 포괄수가제를 적용 받고 있다. 미국의 경우 메디케어의 입원환자 진료비 지불제도로 포괄수가제인 DRG 지불제도가 1983년 이후 실시된 이래 외래환자 진료비 지불제도에도 2000년 8월부터 APC(Ambulatory Payment Classification)라는 외래환자 분류체계를 적용한 포괄수가제도가 적용되고 있다고 알려져 있다(한국보건산업진흥원, 2000). 또한 類似概念의 포괄수가제를 療養診療, 방문진료 등에도 적용하고 있다.

#### 나. 英國

##### 1) 醫療體系의 概要

영국은 1946년에 제정된 國民保健서비스法(National Health Services Act 1946)에 근거해 질병예방 및 재활훈련을 포함한 포괄적인 의료서비스를 제공하고 있다. NHS는 1948년부터 시행되었는데, 기본구조는 병

원의 국영화, 병원 종사자의 공무원화, 개업의와 국가간에 청부계약의 체결 등에 의한 의료공급의 사회화를 전제로 주로 국가의 일반재원에 의해 경비를 조달하며, 모든 국민에게 원칙적으로 무료로 의료서비스를 제공하고 있다. NHS 管理運營組織은 전국적으로 일원화되어 있어 保健省(Department of health) 산하에 14개의 지방보건국(Regional Health Authority)과 100개의 지역보건국(District Health Authority)이 있으며, 보건성에서 국가보건서비스에 대한 총괄적인 책임과 권한을 가지고 있다. 즉, 보건성은 입법과 일반적인 정책결정을 담당하는 한편 지방보건국은 해당지방 NHS 서비스의 감시·평가업무를 담당하고, 지역보건국은 지역주민을 위한 병원 서비스 및 가정의 서비스를 구입하는 업무를 담당하고 있다.

영국의 경우 대부분의 병원은 국가소유로 지역보건국에 의해 운영되며, 개원의인 家庭醫(general practitioner)는 지역주민들을 등록받아 이들의 외래진료를 담당하고 있다. 전문의 또는 입원진료가 필요한 경우 환자는 자신이 등록한 가정의를 반드시 경유하여야 하나 응급시는 직접 병원을 이용할 수 있도록 되어 있다. 최근에는 의료비의 지속적인 증가와 비효율적인 병원운영 등의 문제점이 지적되면서 환자들에게 보다 양질의 의료서비스를 저렴하게 제공하기 위한 방안으로 시장원리를 도입한 의료개혁을 단행하였다.

의료비의 재원은 약 78%가 세금으로 조달되고 있으며, 社會保險料에서 약 12%, 본인부담 및 민간보험에서 약 9% 충당되고 있다. 1997년 현재 GDP 대비 보건의료비는 6.8%로 미국이나 프랑스에 비하여 비교적 낮은 편이지만 의료비가 지속적으로 상승하고 있기 때문에 이를 억제하기 위한 방안들이 강구되고 있다.

## 2) 醫療供給體系

영국의 의료공급체계는 크게 가정의(GP)와 같은 의원급과 직영공공병원, 자율공공병원, 민간병원 등의 병원급 의료기관으로 구분할 수 있으며, 각각의 기능과 역할이 명확하게 규정되어 있다.<sup>2)</sup> 일차진료를 담당하는 가정의는 일정지역에서 개인이나 가족 등 등록된 주민에게 일차의료서비스를 제공하고 있다. 주민대다수는 자신의 가정의를 가지고 있으며, 건강상 문제가 있을 경우 의료이용의 첫 단계로서 등록된 가정의를 방문하도록 하고 있으며 보다 전문적인 서비스가 필요한 경우 외래전문의 혹은 병원에 의뢰하는 것을 원칙으로 하고 있다. 일반적으로 가정의는 정부와 계약관계에 있는데, 이 계약은 각 지역에 있는 家庭醫委員會와 보건성이 일괄하여 체결한다. 가정의는 3,500명까지 주민을 등록할 수 있으나, 다른 가정의와 그룹진료를 할 때에는 4,500명까지 등록할 수 있도록 하고 있다. 가정의는 단독으로 개업하는 경우가 일반적이었으나 최근에는 集團開院이 증가하여 1994년 현재 80% 이상이 2명 이상의 집단개원 형태를 취하고 있다.

한편, 2차 진료기관으로서 병원은 대부분이 국가소유(전체 병상의 약 96%)이며, 소수의 민간병원만이 존재하고 있다. 병원은 주로 치료, 출산, 회복, 재활을 행하는 시설을 보유하며 원칙적으로 외래진료를 제공하지 못하도록 하고 있으나 민간보험에 가입한 환자에 대해서는 외래서비스를 제공하고 있다.

2) 기금보유가정의(GP fund holder) 또는 기금보유일반의 제도는 1999년 4월 폐지되었다(국민건강보험공단, 2000).

### 3) 醫療費 支拂體系

영국의 의료비 지불체계는 개원의와 병원에 따라 다르게 적용되고 있다. 개원의(가정의)에 대한 진료보수는 기본보수 및 등록주민수에 따라 1인당 일정액을 받는 人頭制를 원칙으로 하고 있다.

반면, 지역보건서비스 예산은 연령별, 성별 평균적인 의료비를 기초로 그 지역의 인구에 따라 배분된다. 병원은 이 ‘인두배분방식’을 기초로 해당지역 질병구조(사망률 이용), 인구의 증가, 나아가서 사회적, 경제적인 조건 등을 감안하여 예산이 정해지는 總額豫算制에 의거하여 정부로부터 예산을 받아서 운영하고 있다(국민건강보험공단, 2000). 이때 병원에 종사하는 전문의에 대한 보수지불은 총액예산에 포함되어 있지 않으며, 국가에서 봉급제로 지급하고 있다.

### 4) DRG 支拂制度 運營現況

#### 가) 導入背景

영국은 NHS하에서 병원운영의 비효율성을 개선하기 위하여 1989년 NHS 개혁을 통하여 의료서비스 구매자와 공급자를 구분하고 內部市場(internal market) 원리를 도입하였다. 즉, 지역별로 의료기관 이용을 제한하던 것을 폐지하고 계약 등을 통해 해당지역의 환자가 타 지역의 병원을 이용할 수 있도록 하였다. 이에 따라 병원은 타 지역 환자에 대한 서비스 제공권을 확보하기 위해서 타 병원과 경쟁(managed competition)하게 되었으며 가능한 의료비용을 절감하려는 인센티브가 작용하게 되었다. 이에 병원은 보다 효율적인 병원운영을 위하여 병원의 환자구성, 환자구성에 따른 의료비, 의료서비스 질에 대한 모니

터링, 병원관리의 효율성에 대한 정보를 파악하고 이를 생성할 필요성이 제기되었다.

이에 영국 보건성은 患者分類體系인 HRG(Health Care Resource Groups)와 HBG(Health Benefit Groups)을 개발하여 도입하였다. 초기 HRG와 HBG는 지불체계 보다는 환자 구성(casemix)에 대한 자료의 생산, 원가계산, 의료서비스 질 모니터링 등을 통하여 병원관리의 효율성을 높이고자 하는 목적에서 개발되었다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 내부자원관리를 위한 보조수단
- 診療過程에 대한 정보제공
- 의료서비스 진료내역 또는 비용의 차이에 대한 규명
- 의료서비스 질에 대한 모니터링

#### 나) 運營現況

영국은 1980년대 후반 臨床醫師가 주축이 되어 환자분류체계인 HRG를 개발하기 시작하여 1992년 HRG version 1을 발표하였다. HRG version 1은 자원관리도구로서 입원환자에 대한 질병별 1일 진료활동 내용을 분류하기 위해 개발되었으며, 주로 급성외과서비스에 국한하여 개발되었다. 당시 개발된 HRG는 미국의 DRG를 약간 수정한 정도였다. 1994년 개발된 HRG version 2는 기존의 DRG 분류에 의거한 version 1의 약점을 보완하기 위한 것으로 영국의 자료를 이용하여 새롭게 환자분류체계를 구성하였다. HRG version 2는 병원자원소모에 대한 정보와 병원별 환자의 질병구성에 대한 정보를 제공하기 위한 목적이었다. 이후 1997년 개발된 HRG version 3에서는 보다 양질의

통계자료를 이용하여 분류의 완성도를 높이고자 하였으며, 현재 영국에서 사용하고 있는 HRG version 3은 18개 장, 565 그룹으로 구성되어 있다.

영국은 현재 지역에 따라 HRG를 자율적으로 활용하고 있는데, 그 활용도를 보면 다음과 같다. 첫째, 保健醫療情報로 활용하고 있다. HRG에 근거하여 병원별, 임상진료의별 환자의 재원기간을 산출하고 있으며 이는 병원별 임상진료패턴, 자원사용, 서비스 항목의 다양성 등을 비교·분석하는 데 활용된다. 또한, 입원 또는 재입원과 수술 후 감염정도, 병원별 퇴원행태, 병원별 의료서비스 가격, 서비스 질과 병원의 효율성에 대한 全般적인 평가에 활용되며, NHS에서는 이를 토대로 병원별 HRG에 따른 비용 자료인 National schedule of reference cost database를 구축하는 데 활용하고 있다. 둘째, 치료성과에 대한 모니터링 자료로 활용하고 있다. 셋째, 원가계산 자료로 활용하고 있다. 병원별로 원가계산을 HRG에 의거하여 산출하도록 함으로써 이를 통하여 병원경영의 효율화 정도를 파악하고 있다.

실제로 1996년 실시된 조사에 의하면, 전체조사대상병원의 51%가 구매자와 계약시 情報提供의 목적으로 사용하며, 42%가 HRG를 환자 분류와 모니터링을 위해 사용한다고 응답하였다. 또한 약 11%가 다른 병원과의 benchmarking으로 목적으로 HRG를 사용하며, 10%의 병원은 의료서비스 질 향상을 위한 목적으로 활용한다고 응답하였다. 반면, 5%미만의 병원에서만 기금보유자와의 계약체결 때 지불방법으로 HRG를 이용한다고 응답함으로써 HRG가 병원의 효율적인 운영을 위하여 다양한 정보를 생성하고 제공하는 정보체계로서는 매우 유용하게 쓰이고 있으나 아직은 支拂體系로서는 널리 활용되지 못하고 있는 실정임을 보이고 있다.<sup>3)</sup>

---

3) 기금보유가정의(GP fund holder) 또는 기금보유일반의 제도는 1999년 4월 폐지되었으므로 실질적으로 현재 HRG가 지불체계로 활용된다는 자료는 없다.

## 다. 프랑스

### 1) 醫療體系 概要

프랑스 의료보장제도는 1978년 전국민의료보험을 실시하여 현재 인구의 98%가 공적의료보험에 가입되어 있다. 프랑스의 의료보험제도는 직업에 따라 피용자제도인 一般制度(일반상공업 피용자)와 특별제도(공무원, 선원, 광산종사자 등), 自營者制度인 상공업자 및 자영업자제도(상공업 자영자), 농민제도(농업자영자)로 구분되어 있는데, 전국민의 약 80%가 일반제도에 가입되어 있다. 이 외에 보충제도로 협약제도, 사회부조제도, 상호부조제도가 있다.

프랑스의 의료보험은 보험주의 원칙하에 당사자에 의한 자율적 운영을 원칙으로 하고 있으며, 이 때문에 의사의 진료보수도 의사와 사회보험기관중앙기구와의 협약에 의해 결정된다. 재정에 있어서도 당사자 부담의 원칙을 유지하고 있다. 따라서 勞使醜出에 의한 보험료 수입으로 의료보험 재정을 충당하고 공적재원의 직접적인 지원은 매우 제한적이다. 그러나 사용자가 없는 자영자제도와 특별제도에 대해서는 보험료 이외의 수입원으로서 각종 목적세를 설정하여 의료보험 재원을 충당하고 있다. 의료비 재원은 보험료에서 대부분(72%) 충당되고 있으며 본인부담 및 민간보험에서 24%, 정부에 의한 보조는 5% 미만이다. 1997년 현재 GDP에서 차지하는 국민의료비는 9.9%로 유럽 국가들과 비교할 때 비교적 높은 수준이다.

### 2) 醫療供給體系

프랑스의 醫療供給體系는 크게 개원의(가정의, 전문의)에 의한 외래 서비스와 병원 서비스로 구분되는데, 외래서비스는 주로 사적영역(private sector)에서 제공되며, 입원서비스는 주로 공적영역(public sector)에 의해 이루어지고 있다. 이들 서비스가 전체 의료비에서 차지하는 비중은 외래서비스의 경우 약 28%, 입원서비스는 약 50%로 입원서비스에 대한 비용이 압도적이다.

일반적으로 외래서비스를 담당하는 개원의는 일반의와 전문의로 구성되어 있는데 이들은 원칙적으로 병상을 가질 수 없으며 외래서비스만을 제공하도록 되어있다. 환자는 원하는 의사에게 진료를 받을 수 있으며, 일차의의 의뢰없이 전문의 서비스를 받을 수 있다.

한편, 병원서비스는 공공병원과 민간병원에서 제공되는데, 공공병원은 수적으로는 전체 병원의 약 30%를 차지하고 있으나 양적인 면에서는 총 병상의 약 70%를 보유하고 있어 공공병원이 병원서비스를 주로 담당하고 있다고 할 수 있다. 민간병원은 공공시설의 성격을 가지지 않고 국가, 시·군 및 공적기관에 의해 운영되지 않는 모든 의료시설로 경영주체에 따라 營利病院과 非營利病院으로 구분된다. 영리병원은 다시 공공보건의료서비스에 참여하는 병원과 그렇지 않은 병원으로 구분되는데, 공공보건의료서비스에 참여할 경우 정부에서 재정지원(시설, 장비 등에 지원금)을 해줌으로써 영리병원간의 지나친 경쟁을 피하고 병원의 공공성을 높이도록 하고 있다. 비영리 병원은 국철 및 광산의 종업원이 무료로 진료를 받을 수 있도록 설립한 종합병원과 共濟組合의 병원, 결핵 및 정신병원과 같은 특수병원이 있다. 비영리병원 역시 공공병원서비스에 참가할 수 있으며 참가할 경우 정부의 재정지원을 받을 수 있다.

### 3) 醫療費 支拂體系

프랑스 국민은 의료서비스를 받고 나서 의료비를 의료공급자에게 선납하고 이후 금고(보험자)로부터 비용의 일부를 상환받는 現物給與를 원칙으로 하고 있다. 단, 입원비용의 경우 금고와 요금관련협약이 이루어진 병원을 이용한 경우에 한하여 상환이 이루어지고 있다.

프랑스의 의료비 지불방법은 개원의와 병원에 따라 다르게 적용되고 있는데, 개원의에 대한 진료보수 지불방식은 의료행위집과 협약수가표에 의거한 行爲別酬價制를 원칙으로 하고 있다. 즉, 프랑스는 의료행위의 중요도 또는 난이도에 따라 의료행위를 분류하고 이에 따라 진료보수 요금을 책정하는데, 이렇게 책정된 요금은 의사와 금고간에 체결하는 협약에 등재된다. 이상과 같이 정해진 요금에 의거하여 금고는 피보험자가 의사에게 지불한 금액의 80%를 상환하고 20%를 피보험자가 부담하도록 하고 있다. 이때 의사는 피보험자에게 반드시 協約酬價表에 따라 진료비를 청구할 의무는 없으며, 따라서 전체 개원의 가운데 약 30%가 협약수가표보다 높은 진료보수를 청구하고 있는 것으로 보고되고 있으며, 이는 의사진료비의 상승요인으로 작용하고 있다.

한편, 병원 의료비는 의사의 진료행위에 대한 비용(기술료)과 병원 비용으로 구분되어 있으며, 각각은 병원종별(공공병원, 민간병원)에 따라 다르게 적용되고 있다. 의사의 진료행위에 대한 비용의 경우 공공병원은 의료행위집을 근거로 정부가 정한 요금표에 근거하여 지불받고 있으며, 민간병원의 개원의와 마찬가지로 의료행위집과 협약요금표에 따라 行爲別酬價制로 지불받고 있다. 병원비용의 경우 공공병원

은 1984년 이후부터 질병금고(1996년 이후 전국의 22개 지방병원청)로부터 전년도 비용과 物價引上率에 근거하여 정부가 결정한 예산을 지급받는 總額豫算制를 실시하고 있다. 구체적인 예산배분 방법으로는 1차로, 공공병원이 매년 전년도 활동실적을 근거로 시설계획과 예산계획 그리고 프랑스판 DRG인 ‘GHM(Groupes Homogenes de malade)에 의한 각 질병군별 의료비 자료’를 지방병원청에 제출하면 2단계로, 지방병원청에서는 각 병원에서 제출한 시설계획과 예산계획의 타당성을 심사함과 동시에 GHM을 이용한 관리회계기법을 근거로 개별 공공병원의 다음연도 예산을 결정하여 월 단위로 총괄지급한다. 민간병원은 1일 지불단위(per diem)로 정해진 체재비적 요소와 인공투석, 호흡기부전 등에 의해 1일 혹은 1회로 정해진 포괄지불적 요소로 정해지지만, 구체적인 금액은 지방병원청과 각 병원간의 個別契約에 의해 정해진다(국민건강보험공단, 2000).

#### 4) DRG 支拂制度 導入現況

##### 가) 導入背景

1970년대 초반 프랑스는 바라돌 개혁에서 의료비의 증가를 억제하기 위한 방안으로 總額豫算制 도입을 건의하였으며, 일부 병원을 대상으로 시범사업을 실시한 후 1984년 공공병원에 대한 지불체제로 총액예산제를 본격적으로 도입하였다. 그러나 총액예산제가 실제로 병원의 료비를 낮추는 효과(전체 의료비에서 병원 의료비가 차지하는 비율이 1982년 53%에서 1995년 48%로 감소)를 가져오기는 하였지만, 모든 병원에 동일한 비율로 예산을 배분함에 따라 병원간 예산배분의 불평 등에 대한 문제가 제기되기 시작하였다. 즉, 기존의 총액예산제는 병

원이 제공한 의료서비스의 양과 질을 설명해 줄 수 있는 부분이 약하였으며, 이에 따라 상대적으로 증상이 경미한 환자를 선호하는 경향이 나타났다.

이에 프랑스 보건부는 퇴원환자 분류방법을 개발하기 위하여 예일대 연구팀의 기술적인 도움을 받아 PMSI(Project for the Medicalization of Hospital Information System) 프로젝트를 실시하였다. 프로젝트의 목적은 다음과 같다.

- 급성기 병원에서 새로운 의료정보시스템의 有效性을 시험
- 표준화된 퇴원환자 분류 데이터베이스를 이용해 GHM 개발
- 컴퓨터 시스템에서 작동할 수 있는 통계시스템 구축
  - 각 병원에서 수집된 비용자료를 統一的으로 사용할 수 있도록 새로운 관리회계 시스템을 구축하고 각 GHM 항목별로 비용 산출
  - 진단명과 輕重度가 동일한 환자의 의료비 차이와 병원의 환자구성의 차이를 고려하여 병원의료비의 예산 배분 및 각 병원의 활동성과 비교

#### 나) 運營內容

프랑스 GHM은 병원의 성과를 측정·평가하고 의학적인 내용을 情報化한 것으로 자원이 가능한 효율적이고 공평하게 사용될 수 있도록 개발한 관리도구이다. 1986년 GHM version 1이 발표된 이후 지속적인 수정작업이 이루어져 현재 GHM version 5가 사용되고 있으며, 총 584개 그룹으로 구성되어 있다.

한 때, 정권이 바뀌면서 GHM 개발이 주춤하였으나 1992년 GHM을

이용한 基準酬價表(reference fee schedule)를 만들기 위한 작업이 이루어져, 1993년~1994년에 걸쳐 46개 병원을 대상으로 환자의 질병분류와 비용에 관한 연구가 수행되었다. 1995년부터 영리형 민간병원을 제외한 공공병원에 대한 豫算配分을 결정하는 참고자료로 시설계획 및 예산계획과 더불어 'GHM에 의한 각 질병군별 의료비 자료'가 활용되고 있다. 또한 병원의 효과성제고를 위하여 GHM에 근거한 진료기록 관리가 의무화되었다. 요약하면 현재 GHM은 다음과 같은 2가지 목적으로 활용되고 있다. 첫째, GHM에 의한 각 질병군별 의료비자료로 공공병원의 병원성과를 측정함으로써 시설계획과 예산계획자료와 함께 각 병원의 예산배분을 결정하는 참고지표로 활용되고 있다(국민건강보험공단, 2000). 또한 GHM을 이용한 管理會計技法을 근거로 평균 병원비용을 계산하고 이를 통하여 全國醫療酬價表(national scale of cost)를 작성하고 있다. 둘째, 의학적 목적으로 병원 서비스 질 측정·평가, 경영 효율화 추구, 임상연구 지원, 진단과 치료의 최적화, 역학연구 등에 활용되고 있다.

## 라. 濠洲

### 1) 醫療體系 概要

호주의 의료제도는 비스마르크의 사회보험 모형과 민간의료보험제도의 혼합 또는 折衷式이라 할 수 있다. 1984년부터 호주에 거주하는 모든 국민들은 메디케어(medicare)를 통하여 기본적인 의료혜택을 무료로 제공받고 있다. 그러나 전국민의 약 38%가 민간보험에 추가로 가입되어 있으며, 정부는 민간보험을 장려하는 정책의 일환으로 의료보험료의 약 30%를 지원해주고 있다. 메디케어에서는 기본적으로 메

디케어와 계약관계에 있는 開院醫에 의해 제공되는 외래서비스와 공공병원에서 제공하는 입원서비스에 대한 진료비 전액을 부담하고 있다. 그러나 공공병원 혹은 민간병원 상관없이 환자(private patient)가 의사를 선택할 경우 메디케어에서는 의사 진료비의 75%만을 급여해주고 나머지는 환자 혹은 民間保險에서 부담하도록 하고 있다.

호주의 의료비는 소득에 비례하여 부과되는 보험료에 의해 54% 충당되고 있으며, 주정부의 보조가 24%, 본인부담 및 민간보험에서 약 22% 충당되고 있다. 1997년 현재 GDP 대비 의료비는 GDP 대비 8.3%로 비교적 높은 수준이다.

## 2) 醫療供給體系

호주의 의료공급체계는 크게 개원의(가정의, 전문의)에 의한 외래서비스와 병원 서비스로 구분된다. 외래서비스는 일반의와 전문의에 의해 제공되어지는데 이들은 원칙적으로 병상을 가질 수 없으며 외래서비스만을 제공하도록 하고 있다. 대부분의 일반의는 단독으로 개업하여 진료하고 있지만 최근에는 集團開院이 증가하는 추세에 있다. 일반적으로 환자는 일반의를 거쳐 전문의 서비스를 받을 수 있도록 되어 있는데, 메디케어와 계약관계에 있는 의사 중 자유롭게 선택하여 진료받을 수 있으며, 계약관계에 있지 않은 의사에게 외래서비스를 제공받을 경우 환자는 진료비의 일부를 負擔하여야 한다.

한편 병원서비스는 주로 일반의나 전문의에 의해 의뢰된 환자에 한하여 이루어지며, 무료로 제공되지만 일부는 10~20%정도의 비용을 지불하기도 한다. 병원은 공공병원과 민간병원으로 구분되는데 공공병원과 민간병원의 비율은 약 6 : 4로 공공병원이 우세를 보이고 있

으며, 공공병원이 총 병상수의 약 70%를 차지하고 있다. 일반적으로 민간병원은 비영리기관으로 지역에 따라 急性疾患에 대한 입원서비스를 제공하는 경우도 있으며, 장기요양서비스를 제공하는 경우도 있다. 공공병원의 경우 주로 메디케어 환자에 대한 입원서비스를 제공하고 있으나 약 25%는 민간보험 환자를 보고 있으며, 공공병원에 근무하는 의사도 민간보험 환자를 자유롭게 진료할 수 있다.

### 3) 醫療費 支拂體系

호주의 경우 다른 서구유럽과 마찬가지로 의사에 대한 진료비와 병원비가 구분되어 상환되고 있다. 먼저, 의사는 보험자와 독립적인 계약관계를 맺고 있으며, 보상은 지역에 따라 人頭制를 적용하기도 하고 行爲別酬價制를 적용하기도 한다. 그러나 일반적으로 개업의에 의한 진료보수는 연방정부가 정한 基準酬價表에 의거한 행위별수가제 방식으로 상환되고 있다. 이 때 의사가 반드시 기준수가표에 따라 진료보수를 청구할 필요는 없으며 경우에 따라 기준수가표를 초과하여 신청할 수도 있으며(호주 의사회는 일반적으로 기준수가표보다 높은 수가표를 작성하여 배포하고 있음) 연방정부는 의사가 청구하는 금액을 통제할 사실상의 권한을 가지고 있지 않다.

병원에 대한 진료보수는 의사의 진료보수와 병원비로 구분되는데, 의사의 진료보수는 공공병원의 경우 俸給制를 근간으로 하고 있으나 민간보험에 가입된 환자를 진료할 경우 행위별수가제에 의하여 따로 상환을 받고 있다. 민간병원의 의사는 기준수가표에 의한 행위별수가제를 따르고 있다.

한편 병원비는 공공병원의 경우 1997년부터 총액예산제에 의해 상

환받고 있다. 병원에 대한 예산배분은 두 단계에 걸쳐 이루어지는데, 1단계는 연방정부가 HCF(hospital coordination fund)를 지방정부에 배분하는 과정으로 일반적으로 지역 인구수와 기타 요인(재원기간, 교육기관, 의료서비스 질, 병원적자)을 고려하여 배분되며, 사회보험기금(social health insurance funds)은 在院日數에 근거하여 배분된다. 2단계에서는 각 지방병원협회에 배분된 예산을 다시 각 병원으로 배분하는 과정으로 예산은 DRG에 근거한 환자분류체계와 당일퇴원, 응급수술과 같은 단기입원에 대한 재원기간, 장기입원에 대한 재원기간, 집중치료실에 대한 재원기간, 재활치료에 대한 재원기간, 長期療養 서비스, 의료서비스 질, 의학교육 및 연구, 병원종류, 의료기기 등에 근거하여 책정된다. 한편 민간병원의 경우 병원비는 1일 지불단위(per diem)로 상환되며, 연방보건성이 기준수가를 제시하고 있기는 하지만 각 시설이 獨自적으로 결정하고 있다.

#### 4) DRG 支拂制度 運營現況

##### 가) 導入背景

1980년대 초 호주 연방정부는 병원에 대한 예산배분, 의료의 질 보장, 醫療資源의 이용상황 평가 등을 목적으로 DRG 지불제도의 도입을 검토하였다. 특히 진료산출량과 무관하게 결정되던 기존의 의료기관 예산배정방식에서 벗어나 진료산출량을 정확히 측정할 수 있는 예산산정에 이를 반영하고자 하는 목적으로 DRG 지불제도를 개발하기 시작하였다.

1985년 Palmer 등(1986)에 의해 Victoria주 공공병원의 기획과 관리 업무에 미국 DRG 지불제도가 활용될 수 있는지 그 가능성을 평가하

기 위한 연구가 수행되었다. 이 과정에서 미국 DRG가 Victoria주 병원들의 疾病構成을 적절하게 반영할 수 있는가를 분석하였으며 Victoria주에 있는 병원들의 실제자료를 이용하여 DRG 분류체계 및 수가 수준이 산정되었다. 이를 위하여 1982~1984년 Victoria 주 공공병원에서 퇴원한 환자 90,000명의 의무기록자료가 검토되었으며 미국 DRG 분류체계와 비교·검토하여 호주의 실정에 맞지 않는 문제점들을 도출하였다. 이후 각 진료과목별 臨床專門家들로 구성된 ACCC(Australian Casemix Clinical Committee)를 중심으로 지속적인 연구 및 검토가 이루어졌으며 이 과정에서 개발된 AN-DRGs가 1993년 7월 Victoria주 공공병원에 대한 예산지불기준으로 도입되었다. 그러나 AN-DRGs는 주 진단명과 세부 DRG분류(Adjacent Diagnosis Related Group)에 대한 정의가 명확하지 않으며, 질병 중증도 반영 및 새로운 의료기술에 대한 반영이 미흡하다는 문제점이 있는 것으로 지적되었다. 이에 호주 정부는 1995년부터 廣範圍한 의료진들의 자문하에 새로운 의료기술과 진단에 대한 수정 및 보완, 중증도 반영체계의 개편을 통해 DRG의 同質性을 강화하는 등, 호주의 실정에 맞게 보완된 독자적인 분류체계로서, AR-DRGs(Australian Refined Diagnosis Related Groups)를 개발하게 되었으며 1997년에 4.0판이 출시된 이래로 현재까지 지속적으로 보완되며 이용되고 있다.

#### 나) 運營內容

호주는 미국의 경험을 보완하여 DRG 지불제도를 도입한 대표적 국가로서 일부 주에 국한하여 case funding이라 불리는 DRG 지불체계를 적용하고 있으며, 주정부 소유 또는 公共病院의 예산지불 기준으로

사용하고 있다.

1993년 Victoria주 공공병원의 입원진료에 투입되는 변동비 예산의 산정방식으로 AN-DRG 지불제도를 도입한 이후 South Australia, Queensland, New South Wales 등이 DRG 지불제도를 도입하고 있다. 그러나 민간병원에 대해서는 DRG 지불제도를 강제화하고 있지는 않으나 일부병원은 民間保險會社와 계약을 체결할 때 DRG를 사용한 지불방식을 사용하고 있다. 한편, 연방정부는 공립병원뿐만 아니라 민간병원에 대해서도 DRG에 기초한 통계 데이터 작성 및 제출을 의무화하고 있으며 이러한 정보를 통하여 병원간의 성과를 비교·평가하고 있다.

최근에는 호주의 DRG 지불제도 도입에 대해 다양한 평가들이 제시되고 있는데, 주요 개요를 보면 DRG 지불제도 도입 후 공공병원들의 경영효율성이 향상되고 經營體制 개선에 도움이 된 측면이 있으나, 이에 반해 DRG 지불제도의 적절성과 효과, 사업방법의 문제점에 대한 비판들이 제기되고 있다.

#### 마. 캐나다

##### 1) 醫療體系 概要

캐나다의 보건의료체계는 全國民醫療保險을 원칙으로 하며, 모든 국민은 주정부의 의료보험제도에 의해 보호를 받고 있다. 이러한 공적의료보험체계는 연방정부와 주정부의 협동체제로 운영되는데, 엄밀하게 말하면 연방정부의 기능은 매우 제한적이며 주정부에 의해 공적의료보험제도가 운영된다고 볼 수 있다. 즉, 연방정부는 주정부에 재정적인 지원을 해줄 뿐 주정부가 실질적으로 의료보험계획에 대한 행

정적, 재정적 권한 및 책임을 가진다. 그러나 주정부가 연방정부의 재정적 지원을 받기 위해서는 醫療保障法에서 제시하고 있는 5가지 기본원칙을 준수하여야 한다. 첫째, 공적관리의 원칙으로 보건의료서비스는 주정부의 책임하에 비영리 공공단체에 의해 운영되어야 한다. 둘째, 병원은 의학적으로 필요한 광범위한 서비스를 제공하여야 한다. 셋째, 주 관할지역내의 모든 거주민에게 서비스의 이용이 보장되어야 한다. 넷째, 본인부담금이나 다른 기전에 의해 의료서비스의 적정 이용이 방해받아서는 안된다. 다섯째, 피보험자가 일시적으로 주 관할구역을 벗어나는 경우에도 보험급여가 유지되어야 한다.

현재 캐나다의 총보건의료비는 GDP 대비 9.7%를 차지하고 있으며, 병원부문 지출이 전체 지출의 34.2%를 차지하고 있다. 보건의료의 재원은 연방정부, 주정부, 기타 공공기금, 민간부문으로 구분할 수 있는데 이중 70%가 공공재원이고 나머지 30%는 환자본인부담과 민간보험에 의해 충당되고 있다. 연방정부와 지방정부의 재원은 주로 일반세를 통하여 조달되고 있으며, 추가로 보험료를 징수하는 주도 있다.

한편 최근 캐나다의 經濟的 어려움과 연방정부의 보조금이 지속적으로 감소함에 따라 주정부는 심각한 의료보험 재정난을 겪고 있으며, 일부 주정부에서는 보험급여의 범위에 대한 축소를 고려하고 있거나 본인부담금 및 민간보험의 확대와 같은 民間財源의 확보방안 등을 고려 중에 있다.

## 2) 醫療供給體系

캐나다의 醫療供給體系는 크게 개원의(가정의, 전문의)에 의한 외래 서비스와 병원 서비스로 구분된다. 외래서비스는 일반의와 전문의에

의해 무료로 제공되어진다. 일반의와 전문의는 원칙적으로 병상을 가질 수 없으며 필요한 경우 병원에 환자를 입원시킬 수 있고 입원시킨 후에도 자신의 환자를 계속적으로 진료할 수 있는 자격이 있다. 즉, 캐나다의 병원체계는 개방형으로 개원의들이 필요한 경우 입원시설 및 검사시설을 자유로이 이용할 수 있도록 하고 있다. 환자는 대개 일반의를 거쳐 전문의 서비스를 받고 있으나 환자가 전문의를 먼저 찾아간다고 해도 환자에게 돌아가는 불이익은 없다. 그러나 이러한 경우 전문의에게 일반의와 동일한 수가를 받게 함으로써 일반의의 의뢰없이 전문의에게 가는 것을 制度的으로 억제시키고 있다.

한편, 병원서비스는 공공병원과 민간병원에 의해 제공되는데 1997년 현재 약 1,230개의 병원이 있으며 이 중 공공병원이 1,121개로 약 91%를 차지하고 있다. 공공병원은 주 保健省에서 운영하기도 하지만 대부분 비영리 임의기관에 의해 운영되고 있다. 공공병원 중 대부분은 단기치료와 수술용 병상이며, 나머지는 정신치료와 장기요양을 위한 병상으로 이루어져 있다. 연방병원은 주로 퇴역군인병원 등 특수 집단을 위한 병원이 주를 이루고 있다. 민간병원은 영리병원으로서 의료비 전액을 환자본인이 부담하도록 하고 있으며, 주로 특수화된 서비스를 제공하고 있다.

### 3) 醫療費 支拂體系

캐나다의 의료비 지불체계는 개원의와 병원에 따라 다르게 적용되고 있다. 개원의의 경우 행위별수가제에 의하여 주정부의 보건성이 심사하여 지불하고 있다. 이때 수가의 조정은 주정부와 주 의사협회의 대표들로 구성된 醫療審議委員會에서 협상에 의하여 결정된다. 캐나

다의 경우 행위별수가제에 의한 의사진료비 상환방식의 약점을 보완하기 위해 일부 주에서는 의사진료수입에 대한 상한제를 실시하고 있으며, 퀘벡주의 경우 상한성 초과분에 대해서는 일정비율의 의사진료비만을 지급하고 있다. 한편, 일부 주(알버타)에서는 주정부와 의사협회의 합의하에 의사진료비에 대한 총액계약제를 1992/1993 회계년도부터 시행하고 있다. 이때 의사개인별 診療實績을 기준으로 진료비 총액을 공정하게 배분하기 위하여 의사협회는 새로운 진료수가표를 개발하였으며, 총액계약제하에 진료비에 대한 심사도 의사협회에 위임함으로써 과소진료에 대한 자율적인 규제의 가능성을 높이고 있다.

한편, 병원 진료비는 의사에 대한 진료비와 병원비용으로 구분되는데, 의사의 진료행위에 대한 보수는 행위별수가제를 원칙으로 하고 있으며, 병원비용은 전년도 예산, 물가상승률, 진료실적 등을 근거로 하여 산정된 예산을 주 보건성으로부터 배정받는 총액예산제 방식을 원칙으로 하고 있다. 이때 배분된 예산에는 의사의 진료비를 제외한 시설, 장비, 신규서비스 확충을 위한 자본 등이 포함되어 있다.

#### 4) DRG 支拂制度 運營現況

##### 가) 導入背景

캐나다 국민들은 모든 의료서비스를 무료로 이용하기 때문에 비용에 대한 인식이 상대적으로 결여되어 있었으며 이로 인한 의료비 증가가 1990년대부터 심각한 문제로 대두되기 시작하였다. 이에 연방정부는 의료이용을 억제하기 위한 수단으로 의료공급자인 병원의 지불체계를 총액예산제 및 자본투자 승인제를 導入하였다. 즉, 공공병원의 병원비용을 전년도 예산, 물가상승률, 진료실적 등을 근거로 하여 산

정하고 이렇게 산정된 예산하에서 병원이 효율적으로 운영하도록 한 것이다. 또한 資本投資 承認制를 통하여 병원이 자체적으로 투자자본을 확보하여도 주정부가 승인을 하지 않을 경우 운영예산을 전혀 배정받지 못하게 함으로써 보건의료의 과잉투자를 억제하고자 하였다.

이처럼 병원에 대한 총액예산제는 효율적인 병원운영을 통한 비용절감이라는 측면에서 긍정적으로 평가되었으나 예산배분이 공평하게 이루어지지 못할 경우 발생하게 되는 문제점에 대한 대책이 필요하게 되었다. 이에 1990년대 초 CIHI(Canadian Institute for health Information)에서는 자원소모량이 동질적인 CMG(미국의 DRG에 해당)를 개발하게 되었다. 이후 일부 주정부에서는 CMG를 예산배분 과정에서 고려하고 있으며, 일부 병원에서는 자체적인 경영도구로 활용하고 있다.

#### 나) 運營內容

1990년대 초반 CHIC는 병원 입원환자의 자원소모를 파악하기 위하여 비교적 동일한 임상적 특성과 유사한 자원소모를 보이는 환자를 하나의 그룹으로 묶는 CMG 환자분류체계를 다음의 4가지 원칙하에 개발하였다.

- 환자분류는 임상적으로 의미있는 그룹으로 구성되어야 한다.
  - CMG는 정기적으로 수집될 수 있는 자료를 토대로 개발되어야 한다.
- CMG 그룹의 수는 관리할 수 있을 정도의 규모이어야 한다.
  - CMG는 재원기간에 따라 서로 同質的인 그룹으로 이루어져야 한다.

이후 1997년 CHIC는 資源使用量을 보다 정확하기 측정하기 위하여

기존에 사용한 在院기간에 연령과 합병증 유무 등을 새롭게 추가하였으며, CMG에 따라 분류된 입원환자의 입원비용을 산정하고 이를 이용하여 總額豫算을 효과적으로 배분하기 위하여 RIW(Resource Intensity Weight)를 개발하였다. RIW는 다음과 같은 목적으로 활용되며 매년 CIHI에서 산정하도록 하고 있다.

첫째, 환자분류체계를 의료비 자료로 전환하는 데 사용된다. 둘째, 비전형적인 진료에 대한 단위당 의료비를 산정하는 데 사용된다. 셋째, 자원사용의 우선순위를 결정하는 데 사용된다. 넷째, 새로운 프로그램을 기획하는 데 사용된다. 다섯째, 프로그램의 효율성을 평가하는 데 사용된다.

이 외에 캐나다에서는 병원의 當日手術患者(day surgery)를 처치에 따라 분류한 DPG(Day Procedure Groups)를 개발하여 현재 약 2,000개의 처치를 73개의 그룹으로 분류하여 사용하고 있으며, 외래환자를 대상으로 하는 CACS(Comprehensive Ambulatory Care System)과 長期療養患者를 대상으로 하는 RUG(Resources Utilization Groups) 등을 개발하여 사용하고 있다.

## 바. 日本

### 1) 醫療體系 概要

일본의 보건의료제도는 1차 세계대전 이후 자본주의의 여러 시책과 함께 독일의 제도를 도입하였기 때문에 유럽대륙형 제도의 영향을 받고 있다. 일본은 1922년 건강보험법이 제정된 이래 40년만인 1961년 최초로 전국민의료보험제도를 도입하였다. 일본의 醫療保險制度를 법률별로 살펴보면 5종류(건강보험, 선원보험, 3종의 공제조합)의 피용자

보험과 1종류의 地域保險(국민건강보험)으로 구분되며 이들 제도를 기초로 한 특별제도로써 노인보건제도를 두고 있다.

일본의 의료서비스는 주로 민간공급자에 의해 주도되고 있는데, 1986년 자료에 의하면 전체병원의 76.2%, 전체의원의 92.5%가 민간부문에 속하며, 의원과 병원, 일반의와 전문의간 기능분담이 이루어지지 않고 있다. 일본의 경우 開放病院制度는 도입되지 않고 있으며, 집단개업은 현재 시험단계에 있다고 할 수 있다. 환자는 의료기관을 자유로이 선택하여 이용할 수 있으며 이로 인하여 대형병원에 환자집중현상이 초래되고 있다.

1997년 현재 총 국민의료비는 GDP 대비 7.2%로 이 중 75% 정도가 公的財源(보험료와 정부지원)에서 지출되며 25%가 사적재원(본인부담금, 민간보험)에서 지출되고 있다.

## 2) 醫療供給體系

일본의 경우 대부분의 醫療供給體系가 민간소유로서 의사가 개업할 수 있는 자유와 환자가 병원과 의원을 선택할 수 있는 자유가 보장되어 있다.

의원의 경우 외래서비스와 입원서비스를 모두 제공하고 있으며, 실제로 총 의원의 약 32%가 병상을 가지고 있고 총 입원환자의 9%가 의원에서 입원서비스를 제공받고 있는 것으로 보고되고 있다. 병원 역시 외래서비스와 입원서비스를 모두 제공하고 있다. 한편 공공병원은 전체 병원의 약 25%를 차지하며 대부분 적십자와 같은 준공공조직을 포함하고 있다.

이 같은 민간의료기관의 優勢와 의료전달체계의 미비 등으로 말미

암아 현재 일본 보건의료는 다량의 설비투자로 인한 의료비 상승, 의료기관간 과도한 경쟁 등을 야기하고 있다.

### 3) 醫療費 支拂體系

현재 일본의 지불체계는 單一酬價體系에 기초하여 이루어지고 있다. 즉, 의사진료비와 병원의료비의 구분없이 공급자들은 그들이 수행한 진료의 양에 따라 근본적으로 행위별수가의 기초하에서 의료비를 지불받는데, 각각의 행위에 대한 가격은 전국적으로 단일화, 항목화되어 1점에 xx엔에 해당하는 點數酬價體系에 의해 세밀하게 결정되어진다. 공급자는 진료수가기준표에 등재되어 있는 행위와 재료에 대해서만 환자와 보험자에게 청구할 수 있도록 되어 있다. 이러한 진료수는 인건비와 인플레이션, 새로운 의료기술에 대한 수가를 결정하기 위하여 매년 개정되고 있다.

### 4) DRG 支拂制度 運營現況

#### 가) 導入背景

1990년대 들어 일본의 醫療保險制度는 고령인구의 급격한 증가와 질병구조의 변화, 국민의 생활수준 향상에 따른 의료욕구의 다양화 등으로 위기를 맞이하게 되었다. 실제로 국민의료비 동향을 살펴보면 매년 5%정도의 규모로 국민의료비가 증가하고 있으며, 이는 老人醫療費의 증가가 최대 원인인 것으로 보고되고 있다.

이에 일본정부는 1995년 의료보험심의회를 개최하고 현안별 문제점과 개혁안을 제시하였다. 이 중 진료수가체계의 개혁안에 대해서는

현행의 成果給方式(행위별수가)의 변경이 중요한 과제로 논의되었으며, 그 대안으로 질환의 특성에 따라 일정액을 상환하는 정액제 방식으로 전환이 제시되었다. 즉, 급성질환은 성과급 방식을 원칙으로 하고 만성질환에 대해서는 定額制를 원칙으로 하되, 정액제 방식로서는 DRG형 정액방식의 적용을 검토하게 되었다. 그러나 이러한 제안은 의료의 특성상 疾患을 단순하게 급성과 만성으로 분류·구분하는 것이 결코 쉽지 않다는 지적에 따라 진료의 내용·패턴에 따라 평가방식을 분리하거나 두 가지 방식을 조합·병행하는 방식으로 酬價體系를 가능한 합리적으로 마련해 나간다는 기본방향에 합의를 이루었다.

이후 일본은 장기요양시설과 노인보건시설, 일부 공공병원을 대상으로 병원의 진료보수에 대한 건당 包括酬價制 및 특별보수제(수술 등의 특정 의료행위에 대한 정액제)를 도입하게 되었다. 그러나 이들 정책을 확대적용하는 데에는 신중을 기하여 포괄수가제 및 특별보수제에 의한 상환범위를 병원 진료보수총액의 25%로 제한하였다. 1997년 의료보험개혁법에서는 새로운 방식의 대상이 되는 진료보수 대상 항목의 재검토 및 확대에 대해서 1998년부터 保險者團體와 병원협회 간 협의로 위임하였다.

이상에서와 같이 일본에서 포괄수가제도는 의료기술의 발전과 고령화에 따른 의료비의 급격한 증가를 억제하고 의료보험 재정을 안정화하기 방안으로 도입되었다. 그러나 포괄수가제를 도입함에 있어 진료의 내용·패턴에 따라 평가방식을 분리하거나 기존의 행위별수가제의 장점을 살려 두 가지 방법을 서로 조합·병행하는 방식을 택함으로써 포괄수가제 도입으로 인한 문제점을 최소화하고자 하였다.

## 나) 包括酬價制 導入內容

일본은 현재 일부 공공병원(8개 국립병원과 2개 보험자 직영병원)을 대상으로 시범적으로 포괄수가제를 운영하고 있다. 아울러 증가하는 진료비로 인한 保險財政의 어려움을 타개하기 위하여 진료보수지불방식의 개편을 검토하고 있다. 따라서 의료공급체계 개혁을 통해 의료의 공급량 자체로부터 의료비 증가를 억제해 가는 체제를 도입하고, 2005년 이후부터는 보험자의 자율성을 높여 보험자가 의료기관측과 지불액을 교섭하는 總額請負制 등 다양한 방안들을 모색중에 있다.

그러나 이미 포괄지불을 적용하고 있는 일부 병원의 경우 질환의 수준과는 관계없이 건당 정액으로 의료비가 지불되고 있기 때문에 가벼운 증상의 환자를 우선하여 입원시킬 가능성이 높고, 어떠한 의료서비스가 제공되고 있는지를 외부에서는 전혀 알 수 없으며, 의료의 질 평가 역시 단지 간호 및 長期療養 담당직원의 능력에 달려있기 때문에 공정한 평가가 이루어지지 못하고 있다는 문제점 등이 지적되고 있다. 이러한 지적에 대응하기 위해 최근에는 MDS(Minimum Data Set)에 의해 고령자를 평가하고, 評價結果에 근거하여 비용수준별로 환자를 분류하는 RUG(Resource Utilization Group)와 Care plan 등을 도입하고 있다. 그러나 이들 제도 역시 직접적인 의료비 지불에 이용되지 않고 있으며, 데이터 역시 는 각 병원에서 공개하고 있지 않기 때문에 실제로 제공된 의료내역과 의료서비스 질을 파악하지 못하고 있다.

따라서 일본 후생성은 앞으로 의료비 지불을 위한 MDS 데이터의 활용과 이를 통하여 의료의 질을 평가할 계획에 있다. 또한 현재 국

립병원에 적용하고 있는 포괄지불을 실제 診療成果와 연계하여 지불하는 형태를 고려중인데, 즉, 각 병원의 성과지표 및 목표치를 해당 지역 상황에 맞게 설정하고 사전에 합의된 목표치에 도달한 경우에는 포괄요금을 인상하고 그렇지 않은 경우에는 인하하는 방식으로 지불체계를 개정해 나간다는 계획이다. 그리고 이러한 지불체계를 점차 민간병원에도 적용할 계획에 있다.

한편, 일본은 의사의 진료비 지불형태를 성과불제에서 포괄지불로 개정하는데 매우 조심스러운 입장을 보이고 있다. 즉, 지금까지 의사는 비용문제를 생각하지 않고 환자를 위해서 최상의 의료를 제공하도록 교육되어 왔는데, 包括支拂이 되면 결정된 비용의 범위내에서 의료를 제공하여야 하고 이로 인한 의료서비스 질 저하의 문제 등이 야기될 수 있기 때문이다. 따라서 포괄지불을 확대할 경우 의료기관과 의사가 자율적으로 포괄지불과 성과불제를 선택할 수 있도록 하여야 한다는 의견이 제기되고 있다.

#### 사. 國家間 比較

이상에서와 같이 대부분의 국가에서 DRG는 支拂體系보다는 다양한 병원관리도구 또는 예산책정시 참고자료로 각국의 의료상황에 맞게 개정되어 활용되고 있다. 앞서 살펴본 미국, 영국, 프랑스, 호주, 캐나다, 일본 등 5개국의 보건의료제도 및 DRG 지불제도의 도입배경 및 현황을 정리하면 다음의 표 1과 같다. 대부분의 국가가 DRG를 병원관리 도구 및 의료서비스 제공과 관련된 統計資料로 활용하고 있으며, 지불제도로 활용하고 있는 호주와 캐나다 역시 공공병원에 대한 예산 책정시 다른 기준지표와 함께 사용하고 있다. 미국은

1983년부터 메디케어에서의 입원진료보수방법으로 DRG 지불제도를 사용하고 있으나 최근 1997년 Balanced Budget Act의 시행으로 人頭制 류의 管理醫療에 따른 의료제공의 비중이 급격히 증가하는 추세이다.

<表 I -1> 各國의 保健醫療制度 및 DRG 制度 現況

		미국	영국	프랑스	호주	캐나다	일본
보험방식		민간보험형	NHS	NHI	NHI	NHI	NHI
의료보험 재정(%)		공적조달:35 사적조달:65	공적조달:91.0 사적조달: 9.0	공적조달: 75.2 사적조달: 24.8	공적조달: 78.0 사적조달: 22.0	공적조달: 70.0 사적조달: 30.0	공적조달: 75.0 사적조달: 25.0
GDP 대비 의료비 (%) (1997년)		13.9	6.8	9.6	8.3	9.2	7.2
공공병원 (%)		38.0(병상수)	96.0(병상수)	30.0 70.0(병상수)	60.0 70.0(병상수)	91.0	23.8
공급체계		개방형	폐쇄형	폐쇄형	폐쇄형	개방형	폐쇄형
지불 체계	병원	공공: FFS, DRG 민간: FFS, DRG,인두제	공공:총액예산 민간:per diem	공공:총액예산 민간:per diem	공공:총액예산 민간:per diem	공공:총액예산 민간:per diem	공공병원(의사) :FFS 민간병원(의사) :FFS
	의사	개원의:FFS, 인두제 봉직의:봉급제	개원의: FFS 인두제 봉직의:봉급제	개원의: FFS 봉직의: FFS	개원의: FFS 인두제 봉직의:봉급제 FFS	개원의: FFS 봉직의: FFS	
DRG 체계		Refined-DRG	HRG/HBG	GHM	AN-DRG	CMG	-
용도		- Medicare의 지불제도 - 병원평가 자료	- 의료서비스 구매계약시 참조 - 병원의 내부관리에 이용 - 다양한 지표생성 - 병원 자원 관리 도구	- 비용과 진료내용의 집계 - 총액예산 배부시 일부활용 - 병원 자원 관리 도구	- 총액예산 배부시 기준으로 활용 - 다양한 지표 생성 - 병원 자원 관리 도구	- 총액예산배 부시 기준 으로 활용 - 다양한지표 생성 - 병원 자원 관리 도구	- 지불제도

### Ⅲ. DRG 支拂制度와 關聯된 主要 爭點

#### 1. 醫療費 節減 必要性 問題

DRG 지불제도 시행과 관련하여 미국 등 선진국과는 달리 醫療費가 낮은 우리 나라에서는 이 제도를 도입하는 것이 시의적절한가에 대한 의문이 제기되고 있다.

DRG 지불제도의 실시를 주장하는 측에서는 의학기술의 발전, 인구의 노령화, 생활수준의 향상 등으로 급격히 상승하는 국민의료비를 절감하려는 정부나 보험자의 진료비 통제 의지는 전 세계적인 것으로 우리 나라도 이러한 동향에서 예외는 아님을 지적하고 있다. 비록 우리 나라 국민의료비가 GDP의 5.9% 수준으로 선진국에 비해 낮으나 연평균 19.1%(1994~1999)에 달하는 保險診療費 증가율을 고려할 때 의료비의 효율적 관리는 중요한 과제라는 주장이다. 어느 정도의 의료비 투입이 적절한가는 논란의 소지가 있지만, 의료서비스 제공측면에서의 효율성 추구 노력은 항상 우선되어야 할 선행과제이므로 현 시점에서 DRG 支拂制度의 도입을 논의하는 것은 시의 적절한 것으로 시기를 미룰 경우 의료서비스 제공의 비효율성과 관련된 문제는 훨씬 심각해질 것임을 주장한다.

그러나 DRG 지불제도의 즉각적 도입에 회의적인 견해를 밝히는 측에서는 현재 DRG 支拂制度를 도입한 국가들 대부분이 OECD 선진국들로서 국민건강을 보장할 수 있는 기본적인 의료체계 운영을 위해 적정 재원을 투입하고 있는 국가들임을 지적하며 우리 나라는 그 수

준에 미치지 못함을 예로 들고 있다. 즉, GDP 대비 의료비가 1997년을 기준으로 할 때, 영국을 제외하고는(영국은 7%) 8% 이상 수준에 있는 국가들로서 세계적인 수준을 감안하면 일정 수준의 기본적인 의료비 지출이 이루어지는 국가들에 해당한다. 따라서 이들 국가들의 경우 醫療費 지출의 효율적 관리가 주요 정책과제가 되는 국가들이라고 할 수 있으며 의료비 절감을 위해 DRG 지불체계를 활용하는 것이 나름대로 政策的 妥當性을 지닐 수 있다는 것이다.

그러나 한국의 경우 1996년 기준으로 GDP 대비 의료비 지출이 5.9%에 불과하며 총 생산대비 의료부문에 투입되는 자원 수준이 유사한 소득수준의 OECD 국가들과 비교해서도 아직 낮은 실정이라는 것이다. 따라서 한국의 경우엔 의료비의 효율적 관리도 중요하지만 아직까지는 투입수준에 대한 관리보다는 적정수준까지 기본적인 투자가 이루어질 수 있도록 투입을 증가시키는 것이 정책적 우선과제임을 지적하고 있다.

또한 이들은 DRG 옹호자들이 현재 우리 나라 보험진료비 증가율이 19.1%로서 높기 때문에 진료비의 효율적 관리가 필요하며 그런 측면에서 현재 DRG 지불제도 도입은 적절하다고 주장에 대해 다음의 2가지 사항으로 구분하여 검토할 필요가 있음을 역설한다.

첫째, 현재 보험진료비 增加率이 DRG 지불제도 도입을 통해 통제될 수 있는 것인가에 대한 문제이다. 보험진료비 증가율을 억제하기 위해 DRG 지불제도를 도입한다는 주장은 보험진료비 증가가 행위별 수가제를 포함한 의료공급자의 문제에 기인하는 것이며 이러한 행위별 수가제의 문제를 해결하기 위한 방안으로서 DRG 지불제도 도입의 타당성을 전제하고 있는 데 이러한 논리의 타당성을 검토하기 위해선 국내 보험진료비의 증가요인에 대해 심층적으로 검토해볼 필요가 있

다는 것이다. 그들은 보험진료비의 증가요인을 분석한 김한중 등 (1999)의 연구결과를 예로 들고 있다. 이 연구에 의하면, 1990년부터 1998년까지 보험진료비 증가추이를 분석하였을 때, 1994년을 기점으로 하여 94년 이전보다 이후 진료비 증가율이 높았으며 이는 1994년 7월 이후 의료보험 급여 기간과 給與範圍 확대 등 의료보험 급여범위의 변화가 집중적으로 일어난 시기와 일치한다는 것이다. 실제로 전체 진료비 증가에 기여한 요인을 분석하였을 때 물가인상에 의한 증가가 47%, 보험급여 대상자수 증가나 인구구조의 노령화, 보험제도 변화에 따른 증가가 17.6%로서 의료외적 요인에 의한 증가가 64.7%인 반면 의료적 요인에 의한 增加要因은 35.3%에 불과하다는 것이다. 의료적 요인은 구체적으로 건당 진료비와 환자 1인당 진료건수로 구분할 수 있는데 건당 진료비는 주로 의료공급자의 진료행태에 의해 결정되며 기여율은 -2.4%인 반면, 환자 1인당 진료건수는 공급자와 소비자 요인 양자에 의해 영향을 받는다고 할 수 있는 바, 기여율은 37.7%이라는 것이다.

이러한 분석결과는 국내 保險診療費의 상승이 행위별 수가제 하에서 공급자의 진료건수 증가 등 의료공급자의 요인에도 기인하지만 보험급여 충실화 및 생활수준 증가에 따른 의료이용 수준의 증가라는 소비자 요인이 중요하게 기여해왔음을 보여주는 것이라고 주장한다. 어떤 의미로 보면 그 동안 국내 의료보험 체계가 적용대상 증가라는 외형적 성장에서, 소득에 걸 맞는 의료서비스 이용과 이를 지원하기 위한 질적 성장 단계로 전환하고 있는 과정을 보여주는 것으로 긍정적 평가를 해 볼 수도 있는 결과라는 것이다. 따라서 DRG 지불제도가 주로 供給者 측면에서 효율적인 진료행태를 유도함으로써 의료비 절감을 도모하는 정책임을 고려할 때, 국내 보험진료비 증가의 특성

상 DRG 지불제도가 보험진료비 증가를 효과적으로 통제할 수 있는 여지는 현 단계에서 제한적이라고 주장하고 있다.

둘째, DRG 지불제도의 도입목적은 의료비 절감 및 의료자원의 효율적 사용에 둘 것인지, 醫療保險 財政安定을 위한 정책목표 달성에 둘 것인지에 따라 DRG 지불제도의 효과가 달라질 수 있음을 지적한다. 전자의 경우는 적정 수준의 의료자원 투입을 전제로 하면서 투입과정의 효율성을 제고하는데 DRG 지불제도를 활용하는 것이라고 할 수 있으며 OECD 국가들에서의 DRG 지불제도 도입목적과 부합한다는 것이다. 이들은 전자의 목적과 같이 불필요한 의료비 지출을 최소화하고 資源投入의 효율성을 증진시키는 노력은 의료비 수준과 무관하게 지속되어야 하나 이는 의료재정 보호가 아닌 의료자원의 효율성이라는 목표와 연계된 것임을 주목할 필요가 있다고 주장한다. 의료재정 보호라는 목표하에 DRG 지불제도가 의료비 투입수준을 통제하는 목적으로 활용될 경우엔 소득수준에 합당한 의료서비스를 받고자 하는 국민의 의료요구를 충족시켜 주지 못하고, 통제를 받지 않는 영역으로의 의료비 왜곡현상이 강화되는 등 DRG 지불제도의 부정적인 영향이 현실화되어 그나마 DRG 지불제도로 절감된 의료비를 상쇄시킬 수 있음을 염두에 둘 필요가 있음을 지적하고 있다.

DRG 지불제도 조기도입에 반대하는 측에서는 보건복지부가 醫療保險 財政不安을 해소하기 위한 방안으로서 DRG 지불제도도입을 천명한 사실에 주목하고 있다(보건복지부, 1999). 이렇듯 DRG 지불제도의 도입목적은 의료보험 재정안정을 위한 정책목표 달성에 두는 경우는 적정 수준의 자원투입보다는 현 단계의 보험재정을 안정화시키는 데 일차적인 목표를 두는 것으로, 보험재정 보호에 중점을 두게 되면 적정수준의 수가를 보장하기보다 재정지출을 억제하기 위해 수가수준을

통제하는 형태로 정책이 가시화될 가능성이 있음을 지적한다. 일각에서는 보험재정 불안정의 문제가 주요 爭點으로 대두되고 있는 현시점에서 보험료 인상이나 정부재원 마련이 여의치 않을 경우, 정부가 의도하지 않았더라도 政策執行 과정에서 DRG 지불제도가 악용될 소지가 있음을 우려하고 있다. 특히 다음과 같은 사항들을 고려할 때 당분간 국내에서 DRG 지불제도 도입으로 인한 財政節減 효과를 기대하기는 어려운 형편이라는 것이다. 즉, 첫째, 현재 적용하려고 하는 대상 질환들이 단순한 질환들이기 때문에 기대할 수 있는 공급자의 진료행태 변화폭이 크지 않고 둘째, 현재 행위별 수가수준보다 적정한 수준으로 DRG 수가수준을 책정할 경우 보험자 부담이 추가된다는 주장이다. 그리고 셋째, 비용전이(cost-shift) 효과를 막기 위해 상당분의 본인부담 진료비를 保險給與化하였기 때문에 역시 보험자 부담이 추가되는 것을 막을 수 없다는 것이다.

DRG 지불제도를 우려하는 일부 학계와 의료계에서는 이러한 현실을 감안한다면 복지부가 DRG 지불제도 도입방안으로 단기적인 보험재정 절감효과를 기대하기는 어려우며 의료공급자의 효율적인 진료행태를 유도하고 의료기관의 經營效率을 진작시키는 중·장기 효율을 기대하는 것이 보다 타당할 것임을 건의하고 있다. 즉, 현 단계에서 도입하는 DRG 지불제도는 의료자원의 효율적 활용과 단기적인 의료보험 재정보호라는 두 마리 토끼를 모두 잡기 어려운 실정임을 고려하여, DRG 지불제도 도입취지와 목표를 보다 명확히 할 필요가 있음을 주장하고 있는 것이다.

## 2. 醫療保險財政 節減性 問題

정부가 도입할 계획으로 있는 DRG 지불제도가 실제 의료보험 재정에 어떠한 효과를 미치는 지를 정확히 파악하는 것은 현 단계에서 DRG 지불제도를 도입하는 것이 적절한지에 대해 정책적 판단을 하는데 중요한 意思決定 자료가 될 수 있다. DRG 지불제도가 의료보험 재정을 절감시킬 것이냐는 여부와 관련해서 여러 주장이 제기되고 있다.

우선 DRG 지불제도의 조기도입을 주장하는 측에서는 현재와 같이 의료기관의 진료량 증대에 따른 의료비 증가가 DRG지불제도 도입 이후에는 보험재정부담으로 轉嫁되지 않을 것이므로, 이로 인한 재정절감 효과는 연차적으로 크게 증가될 것으로 예측하고 있다. DRG 지불제도 적용 제 1차 연도에는 현행의 행위별수가 적용 진료비와 비교했을 때 DRG 수가수준을 다소 높게 책정할 필요(진료원가수준의 적정보상을 위하여)가 있는 것으로 나타나 이에 따른 추가 재정이 소요될 것으로 예상되나, 제2차 연도 이후부터는 행위별수가제 하에서와 같이 급격한 진료량 증대에 따른 保險財政負擔이 없어지고 수가조정(물가인상을 반영 등) 및 진료 건수 증가 등에 따른 정상적인 추가 재정 소요만 발생하게 됨으로 행위별수가제 대비 보험재정절감효과가 크게 나타날 것이라는 것이다(한국보건산업진흥원, 2000).

또한 3차년도 시범사업 평가보고서에 의하면 외과계 DRG 질환에 한해 전체 의료기관으로 확대했을 경우, 초기에는 행위별 수가제를 적용하는 것보다 소요재정이 많아 1490억 4천만원이 추가적으로 필요하지만, 2004년부터 절감효과가 발생하여 2005년에는 입원급여비 부문에서 총 1조 1315억원이 절감될 것으로 예측하고 있으며 결과적으

로 2005년까지 DRG 도입에 따른 追加財政所要는 574억 3300만원 규모가 될 것으로 추계하고 있다(보건복지부·서울의대, 2000)

그러나 DRG 지불제도 조기도입에 회의적인 시각을 보이고 있는 측의 주장은 다르다. 상기 DRG 지불제도 조기도입 옹호자들의 예측은 추계과정에서 전제하고 있는 가정에 문제가 있고 추계비용도 과소 추계된 측면이 없지 않다는 것이다. 예를 들면 行爲別 酬價制下的 지불 규모를 추계할 때는 현재의 증가율을 그대로 대입한 반면 DRG 지불제도하에서는 입원건수 증가율과 물가인상을 반영하는 수가증가율만을 고려하고 있다는 것이다. 이는 진료서비스 강도의 증가를 행위별 수가제하에서만 발생하는 비용으로 간주하고 DRG 지불제도하에서는 이러한 비용이 발생하지 않는다는 것을 가정한 것으로서, 진료서비스 강도가 공급자의 서비스 제공량 증가에도 기인하지만 그 외에도 소비자 요인에 의한 1인당 서비스 제공량 증가 및 의학기술 발전에 따른 비용상승과 같은 여러 요인에 의해 결정됨을 무시한 것이라는 지적이다.

이들은 이러한 추계상의 문제점을 지적하고 활용가능한 2차 자료로 대략 保險者負擔金 增加分을 보완·추계한 자료를 제시하고 있다(대한병원협회, 2000). 이에 따르면 2005년까지도 의료보험재정 절감효과는 나타나지 않으며 이 시기까지 보험자 부담은 추가적으로 3034억 3천 만원이 필요할 것으로 추계되고 있다는 것이다. 이러한 추계는 DRG 지불제도의 경우 공급자의 진료행태에 영향을 미침으로서 의료비 절감을 달성한다는 제도의 운영원리를 감안하여, 현행 진료비 증가율중 공급자의 영향력하에 있는 요인들을 통제함으로써 간접적으로 DRG 지불제도도입에 따른 절감효과분을 반영한 산출결과에 해당한다는 설명이다. 좀더 구체적으로는 현행 입원 보험진료비 증가분 중 醫療供

給者의 영향을 받는 부분으로서 환자당 서비스 제공량과 서비스 제공 건당 진료비 증가분만큼을 DRG 지불제도 도입 효과에 따라 절감된 부분으로 보고 제외한 결과라는 것이다. 그러나 DRG 지불제도 효과로서 제외된 증가분에 대해서도 엄밀하게 따지자면, 의료공급자 외에 의료소비자에 의해 증가되는 부분과 의학기술 발전에 따른 불가피한 비용상승분 등 의료적 요인들이 복합적으로 포함되어 있기 때문에 실제 효과보다 過多推計된 값이라고 할 수 있음을 주장하고 있다. DRG 지불제도 도입으로 의료적 요인에 의한 증가분을 모두 상쇄한다는 다소 과장된 접근을 했음에도 불구하고 DRG 지불제도 도입에 따른 재정절감분은 DRG 지불제도 옹호자들이 추계한 결과보다 낮으며 이에 따른 추가 재정소요분은 증가한다는 주장이다.

현행 DRG 지불제도의 조기도입을 반대하는 측에서는 이러한 추계는 현재의 행위별 수가수준보다 다소 개선된 수준을 전제한 것이라고 할 수 있으며 적정원가에 기초하여 DRG 수가를 산정하게 될 경우 보험재정 추가 소요분은 1조 1409억원이 소요될 것으로 추계하고 있다. 아울러 이들 費用推計는 입원진료비에 국한한 것으로서 입원서비스가 외래로 전이될 경우에 기대되는 비용증가, 의료의 질 하락을 방지하기 위한 모니터링 비용(보험자와 의료공급자 양자가 치러야 할 비용을 모두 포함), 그 외 제도정착 단계에서 발생하는 사회적 비용 등을 고려할 경우 DRG 지불제도 도입에 따른 비용은 더욱 늘어날 가능성이 높다는 주장이다.

이들은 이러한 추가지출 비용 중에는 의료체계의 효율을 증진시키기 위해 중장기적으로 不可避하게 지출해야 할 비용들이 포함되어 있는 바, 이러한 비용지출의 타당성까지 논란을 삼는 것은 바람직하지 않다는 것을 인정한다. 그러나 현재 의료보험 재정상태가 이러한 비

용지출을 감당해낼 수 있겠는가에 대한 현실적인 문제를 고려해 보아야 한다는 지적이다. 2000년 국민건강보험공단 국정감사 자료에 의하면 보험재정 적자규모가 심각하여 2000년도에 전체 1조 3320억원의 당기수지 적자를 기록할 것으로 예견되며 지역의보는 13개월, 직장의보는 2년 이내 積立金까지 고갈될 만큼 우려되는 상황이라고 보고한 바 있음을 염두에 두어야 한다는 것이다. 여기에 의약분업 정책으로 인해 대규모 추가재정 지출요인이 발생할 것으로 예상되고 있기 때문에 의료보험 재정의 문제는 근본적인 재원조달 방안을 마련하지 않는 한 醫療保障體系의 재정 과산을 눈앞에 두고 있는 형편이라는 주장이다.

DRG 지불제도의 조기실시를 반대하는 측에서는 이러한 상황들을 고려할 때, 중장기 효율을 기대하면서 DRG 지불제도를 도입하기엔 현재의 재정상태가 너무 절박하고 열악한 여건이라고 할 수 있으며 이러한 상황에서의 도입은 DRG 지불제도의 건전한 정착에도 도움이 되지 않을 것으로 판단하고 있다. 향후 DRG 지불제도 도입이 보험재정에 미치는 영향에 대해선, 도입여부를 판단하기 위한 의사결정 자료로서의 중요성을 감안하여 앞서 제기되고 있는 재정규모에 대한 이론(異論)들을 심층적으로 검토한 후 과학적이고 신뢰성있는 추계과정을 통해 재추계할 필요가 있다고 건의한다. 아울러 단기·중기적인 의료보험 재정안정에 대한 現實性있는 대안들이 마련된 가운데 DRG 지불제도 도입을 논의하는 것이 보다 적절한 접근이라고 지적하고 있다.

### 3. 醫療保險酬價體系 改革의 必要性 問題

DRG 지불제도도입과 관련된 논점중의 하나로서 빼놓을 수 없는 것

이 의료보험 수가체계 개혁과의 관련성이다. 복지부가 1997년 DRG 지불제도 시범사업을 시작하면서 DRG 지불제도도입의 필요성을 주장하게 된 배경에는 현재 의료보험 수가체계가 안고 있는 많은 문제점들이 行爲別 酬價制와 연결되어 있는 바, 진료비 지불체계를 DRG 지불체도로 바꿈으로서 이러한 문제점들을 해결하겠다는 의지가 그 배경이다.

DRG 지불체도로의 전환을 주장하는 측에서 행위별 수가제의 문제점으로 지적되고 있는 사항들을 보면, 행위별 수가제하에서 의료공급자는 의료서비스 제공량 증대유인을 갖기 때문에 급격한 진료량 증가와 이에 따른 의료비 상승이라는 구조적 제약점을 가지고 있으며 診療費 請求審査 업무량의 과다와 비효율성, 진료내용을 둘러싼 보험자와 의료인간 갈등심화, 수가조정 과정의 복잡성 및 서비스 항목간 수가수준의 상대적 불균형으로 인한 의료공급행태와 비급여 분야로의 팽창 등을 들고 있다(염용권·서창진, 1997).

그러나 이에 대한 문제점을 제기하는 측에서는 다음의 2가지 측면에서 의문을 제기하고 있다. 첫째, 상기 문제점들이 행위별 수가체계에 기인하여 발생하는 문제점인가 하는 의문이다. 둘째, 현재 우리나라 의료보험 수가체계가 안고 있는 핵심적인 문제가 행위별 수가체계 운영으로 인한 문제인가에 관한 것이다.

이들은 상기 제시된 문제점들이 행위별 수가체계에 기인하여 발생하는 문제점이 아니라는 주장을 다음과 같은 논리로 공박하고 있다. 행위별 수가제는 행위별 보상을 전제로 하기 때문에 행위들을 묶어 包括的으로 보상하는 DRG 지불제도에 비해서는 의료공급자의 비용인식이 떨어져 의료비 상승을 초래할 수 있다고 알려지고 있으나 현재 우리나라 보험진료비의 상승이 이러한 행위별 수가제로 인한 공급자

의 비효율적인 진료행태에 기인하는지에 대해선 이견이 제기될 수 있다는 논거이다. 보험진료비 增加要因들을 살펴보면, 우리 나라 보험진료비의 상승은 의료공급자의 영향력과 관계된 의료적 요인에 의한 증가가 35.3%인 반면 대상인구의 증가나 급여범위의 증가, 물가 상승 등 의료외적 요인에 의한 증가요인은 64.7%로서 적어도 지표상의 주요 상승요인은 의료보험의 外形的 成長과 물가상승에 의해 주도되어왔다는 것이다.

이들은 의료적 요인의 내역을 볼 때, 서비스 건당 진료비의 증가추세는 오히려 감소한 반면 서비스량 증가를 반영하는 환자당 서비스제공량이 증가율의 대부분을 차지하여 단위가격의 증가에 비해 진료량 증가가 보험진료비 증가에 더 크게 기여하고 있는 측면이 있음은 인정하고 있다. 그러나 서비스건당 진료비는 의학기술의 발달 때문에 증가하는 양상을 보이는 것이 일반적이라는 사실과는 반대로 감소를 보여주는 결과는, 역설적으로 醫療保險 酬價가 얼마나 강력하게 단위가격을 통제해왔는지를 반증하는 것으로서, 의료서비스량 증가는 비현실적인 수가통제에 대한 대응적 성격의 불가피한 부산물일 수 있다는 것이다. 즉, 국내 보험진료비의 진료량 증가는 단순히 행위별 수가제로 인한 공급자의 진료량 증가에 기인한다고 보기보다는 수가통제에 대한 공급자의 대응양태가 복합되어 있다고 파악하는 것이 보다 정확할 것이라는 주장이다.

또한 비판자들은 아울러 수가수준이 적정하지 못할 경우 이러한 공급자의 대응양태는 불가피한 생존전략이라는 측면에서 행태왜곡에 대한 책임을 공급자의 몫으로만 돌리기도 온당하지 않다고 주장한다. 따라서 DRG 지불제도 도입을 통해 해소될 수 있는 부분은 행위별 수가제하에서 공급자의 비효율적인 진료행태 결과로서 나타나는 진료량

증가분 정도일 것이며 수가통제에 따른 對應的 診療量 증가는 진료비 지불체제와 상관없이 적정수가 수준 책정을 통해 해결방안을 모색하는 것이 타당하다고 역설한다. 그외 진료비 청구심사과정의 비효율성 문제도 DRG 지불제도 도입을 통해 부분적으로는 업무가 감소할지 모르나 모니터링에 소요되는 비용지출로 상당부분 상쇄될 수 있으며 단순 질환에 部分的으로 도입하게 됨을 고려할 때 실제 업무량감소는 크지 않을 수 있다는 지적이다. 진료내용을 둘러싼 보험자와 의료인과의 마찰은 행위별 수가제에 따른 행위심사의 결과일수도 있지만 본질적으로 審査過程 運營 및 심사기준에 관련된 사항으로서 DRG 지불제도하에서도 심사기준의 불합리성과 심사과정의 투명성이 개선되지 않으면 마찰은 여전히 재현될 소지가 있음을 상기시키고 있다.

DRG 지불제도의 전환 필요이유에 반대하는 측에서는 수가조정 과정의 복잡성 역시 행위별 수가제로 인한 문제라기보다는 수가조정 과정의 비효율성에 기인하는 바가 크다는 측면에서 DRG 지불제도 도입과 무관하게 酬價調整 과정을 效率的으로 개선함으로써 해결할 수 있으며 이에 대해선 이미 제시된 복합지표 활용을 검토할 필요가 있다는 것이다. 아울러 DRG 지불제도하에서도 DRG 수가를 책정하기 위해서는 행위별 수가의 기초자료가 유용하다는 측면에서 복잡하기는 하지만 행위별 수가에 대한 合理的인 산정은 나름대로의 의미를 갖는다고 주장한다.

이들은 서비스 항목간 수가불균형과 비급여 행위로의 진료행태 왜곡 역시, 전자의 경우 수가책정 과정에서의 불합리성의 문제 때문에 그리고 후자의 경우엔 비현실적인 酬價統制의 부작용이라는 측면에서 행위별 수가제의 문제라기보다는 수가운영과정의 문제라고 보는 것이 보다 정확하다고 한다. 즉, 현재 행위별 수가제의 문제로 제기되고 있

는 문제들은 행위별 수가제 자체의 문제라기보다 국내 의료보험 수가 체계가 갖는 특수성의 문제가 혼재되어 있다고 볼 수 있으며 DRG 지불제도 도입으로 해결할 수 있는 부분은 制限的이라는 측면을 직시할 필요가 있다고 역설한다.

DRG 지불제도 옹호자들에 대해 비판적인 견해를 갖고 있는 측에서는 현재 우리 나라 의료보험 수가체계가 안고 있는 핵심적인 문제가 행위별 수가체계 운영으로 인한 것에 대해 이론을 제기하고 있다. 그들은 현재 의료보험 수가체계가 안고있는 가장 중요한 문제가 행위별 수가제라는 診療費 支拂方式의 문제인가? 그리고 진료비 지불 방식을 바꾸면 의료보험 수가의 문제가 해결될 수 있는가?에 대해 자문한다. 이들은 현행 의료보험 수가체계의 문제점은 수가구조상의 문제와 수가운영상의 문제로 대별될 수 있으며 이중 수가구조상의 문제점으로는 金額制 運營方式의 문제나 불합리한 수가항목 분류체계의 문제(예: 분류의 미분화 및 비과학성), 정책활용 여지가 좁은 수가구조(예: 종별 가산율의 불합리성, 의사·병원진료비의 미구분) 등을 들 수 있다고 주장한다(이선희, 2000).

이들은 수가운영상의 문제점으로는 비현실적으로 수가수준이 낮다는 것을 지적한다. 정상적으로 책정되지 못한 수가수준은 공급자가 생존차원에서 왜곡된 진료행위를 할 수밖에 없는 구조를 형성하였으며 나아가 薄利多賣에 따른 의료서비스 질 저하와 소비자의 불신 그리고 의료기관 경영에 대한 사회적 불신을 초래하는 주요 원인으로 작용하였다는 것이다. 수가운영상의 또 다른 문제점으로서 의료행위 간 수가수준의 불균형 문제를 들 수 있는 바, 특히 의사의 기술적 행위에 비해 장비 등을 이용하는 物的서비스에 대한 수가수준이 상대적으로 높아 의료장비의 중복투자에 따른 자원배분의 비효율을 초래하

였다는 것이다. 아울러 수가수준의 불균형 문제는 공급자가 상대적으로 불리한 酬價水準의 의료행위 제공을 기피하게 할 뿐만 아니라 이들 의료행위를 주로 하는 진료과목에 대한 인력공급에도 차질을 빚는 등 의료체계 전반에 걸쳐 비효율을 야기하고 있다는 지적이다.

비판자들은 이 외에도 수가운영과 관련하여 중요하게 지적되어야 할 문제는 수가결정과정의 非效率性和 불합리성 나아가서는 수가정책 관리의 비체계성과 전문성 결여 등이라고 주장한다. 특히 수가결정 과정에서 정부부처간 조율을 거치면서 물가논리에 밀려 정상적인 수가수준이 책정되지 못하거나 행위별 수가책정 과정에서 과학적이고 체계적으로 조정하지 못함으로써 언급한 바와 같은 수가수준의 문제와 행위간 相對的 不均衡을 초래하는 원인을 제공하였다는 것이다.

이러한 원인들 중 가장 핵심적인 문제는 수가수준의 문제와 수가조정 과정의 합리성 문제가 중요하다고 지적한다. 수가수준의 문제는 보험재정의 취약성에 기인하고 있는 문제로서 보험재원 확충을 통해 해결해야 할 문제이며, 수가조정 과정의 문제는 수가조정 절차를 합리적이고 투명하게 설계함으로써 해결할 수 있다는 것이다. 특히 후자의 문제는 최근 논란이 되고 있는 수가계약제의 합리적 운용과 밀접하게 연관되어 있으므로 이러한 문제들은 진료비 지불체제에서 파생하는 문제라기보다 우리 나라 醫療保險體系가 갖는 구조적인 문제라는 것이다. 비판자들은 DRG 지불체도가 도입되어도 적정한 수가수준이 책정되지 않는다면 공급자의 진료행태 왜곡을 막기 어려우며 오히려 필수서비스의 미제공으로 인한 질저하를 초래할 수 있고, 현재와 같은 임의적이고 非合理的인 수가조정 절차하에서는 DRG 수가조정 역시 합리적으로 조정되기 어렵다고 역설한다.

DRG 지불제도로의 전환에 대한 비판자들은 DRG 지불제도의 도입

은 전체 의료보험 수가체계 개혁의 틀 속에서 검토되고 정책적 우선 순위가 설정되어야 한다는 주장을 결론으로 내세우고 있다. 제기한 여러 문제점들을 종합할 때 醫療保險 酬價體系의 개혁은 단계적으로 구분하여 접근하는 것이 바람직하다는 것이다. 즉, 현재 시점에서는 현행 수가체계에 대해 제기된 문제점들을 합리적으로 정비함으로써 수가체계 운영기반의 合理性과 適正性을 우선적으로 확보하도록 하고 그 다음 단계에서 수가체계의 효과성과 효율성을 높이기 위한 정책들을 단계적으로 도입하는 것이 적절하다는 주장이다. 이러한 청사진을 고려할 때, DRG 지불제도는 수가체계의 효율성을 높이기 위한 정책 대안의 하나로서 유용할 수 있으며 중장기적인 단계에서의 도입을 검토할 필요가 있다고 것이다. 아울러 DRG 지불제도와 같이 진료비 지불체계 변화를 도모하기 위해선 우선 제도에 대한 정비를 포함하여 제도가 제대로 기능할 수 있는 基盤條件을 조성해나가는 노력이 선행되는 것이 무엇보다도 중요하다는 것이다.

또한 비판자들은 DRG 지불제도도입 불가피론을 주장하는 측에서 빈번하게 제기하는 논리 즉, 행위별 수가제와 DRG 지불제도간의 상대적 비교논리에 대해서 다른 의견을 제시하고 있다. 이들은 상대적 비교의 논지는 DRG 지불제도 도입에 따른 여건이 부족하고 제도적 보완이 필요하다 할지라도 현행 행위별 수가체계의 문제가 크고 자원의 效率的 配分次元에서 DRG 지불제도가 행위별 수가체계보다 바람직한 정책이기 때문에 상대적인 비교우위를 감안할 때 DRG 지불제도 도입이 불가피하다는 내용이며 아울러 DRG 지불제도외에 마땅한 대안이 없다는 대안부재론에 근거한 것이라고 규정한다.

비판자들은 이러한 주장이, 모든 제도가 장·단점을 가지고 있으며 行爲別 酬價制 역시 DRG 지불제도와 마찬가지로 DRG 지불제도보다

우월한 측면(예: 환자와 공급자의 선택권 보장, 의학기술 발달, 의료서비스 질향상)이 존재하지만 국내 의료보험 운영토대의 구조적 취약성으로 이러한 장점이 제대로 살려지지 못했던 점을 염두에 두지 않고 지적한다. 아울러 제도를 바꿀 때는 기존의 제도가 안는 문제점을 해결하는 효과와 더불어 새로운 제도 도입으로 파생되는 문제에 대한 위험을 동시에 갖고 있음을 고려하지 않고 있다는 것이다. 즉, 기존의 제도는, 운영을 통해 많은 문제점이 露呈되기도 하지만 반대로 그 체계에 각 이해주체들이 適應해온 경험으로 인해 운영의 안정성을 확보하는 강점도 갖는다는 것이다. 반면 새로운 제도는 제기된 문제점이 실제로 해결될 수 있을 것인가에 대한 불확실성과 그 외 제도 도입으로 인한 또 다른 부작용 그리고 각 이해주체들이 새롭게 적응해야 하는 교육비용의 발생 등 危險負擔도 그만큼 크다는 것을 감안해야 한다는 것이다. 따라서 제도변화는 그만큼 신중해야 하고 새로운 제도는 기존의 문제점을 해결할 수 있다는 효과가 명백히 입증되고 언급한 副作用과 위험이 최소화되는 시점에서 도입되는 것이 도입 타당성을 높일 수 있음을 염두에 둘 필요가 있다고 지적한다.

#### 4. DRG 支拂制度 導入與件의 適切性 問題

DRG 지불제도 도입의 타당성을 판단하는 관건은 제도가 기대하는 긍정적 효과를 얼마나 제대로 성취해낼 수 있는가에 대한 것이며 이는 다음과 같은 2가지 범주에 대한 평가로 판단할 수 있다. 즉, 첫째, 제도의 내용이 얼마나 合理的으로 설계되었는가에 대한 문제, 둘째, 제도가 기능할 수 있는 여건이 구비되어 있는가에 대한 문제이다.

전자의 문제에 대해서 DRG 지불제도 우선 도입의 옹호자들은 분류체계를 포함하여 제도적으로 보완해야 부분들이 존재한다는 사실을 인정하고 있으며 완벽한 제도란 없기 때문에 제도를 시행해나가면서 문제점을 보완할 수 있다는 입장을 보이고 있다.

그러나 이들의 주장에 우려를 표명하는 측에서는 보완해야 할 사항이 제도내용의 타당성을 떨어뜨릴 만큼 중요한 사항인가에 대한 합의가 필요하다고 주장한다. 즉, 枝葉的이고 기술적인 문제는 시행해 나가면서 보완해도 무방할 것이나 분류체계의 문제, 수가산정 자료의 신뢰성 문제, 시범사업에서 제기되고 있는 患者選擇權 제한의 문제 등은 핵심적인 사항들로서 제도의 타당성을 떨어뜨리는 사항이라는 것이다. 따라서 DRG 지불제도의 전면확대는 이러한 핵심사항에 대한 보완이 선행된 이후 검토되는 것이 타당할 것이라고 지적하고 있다.

적절성에 대해서는 DRG 支拂制度가 기능할 수 있는 여건에 대한 판단의 문제이다.

DRG 지불제도 전면확대의 옹호자들은 현실의 우리 나라 여건에서 자원의 투입과 의료비 절감을 동시에 달성하기 위해 동 제도의 활용을 주장하고 있다. 그러나 비판론자들은 의료분야에 대한 투입 수준, 특히 취약한 공적 支出規模를 고려할 때 현재 우리 나라 의료정책의 우선순위는 의료비 절감보다 적정 의료자원의 투입 및 인프라 구축에 맞춰질 필요가 있으며 그런 측면에서 전체 의료비 규모를 줄이려는 노력보다는 취약한 공공지출의 확대와 더불어 이러한 공공지출이 적정하게 쓰여질 수 있도록 노력하는 것이 타당하다는 주장이다. 자원의 투입과 醫療費 節減을 함께 도모해야 한다는 의견은

정책이 집행되는 현실 속에서 어떠한 목표를 우선으로 할 것인지에 대한 선택의 문제를 간과한 것이라는 것이다. 특히 투입재원에 대한 대안이 마련되어있지 않을 경우에 투입자원의 확대와 의료비 절감 양자의 조화는 더욱 성취하기 어려운 목표가 될 수 있다는 것이다.

따라서 DRG 지불제도가 酬價統制의 도구로 활용되지 않고 자원 배분의 효율성을 높이는 방향으로 운용되기 위해선 의료보험 재원조달 방안이 선행적으로 마련될 필요가 있다는 주장이다.

適切性和 관련된 논점중의 하나는 의료의 질에 관한 것이다. 우선 DRG 지불제도의 부정적 효과로서 질 저하의 문제가 발생할 수 있다는 것이다. DRG 지불제도 도입의 옹호자들은 의료의 질 감소는 생각보다 심각하지 않을 것이며 제도시행을 통해 質 관리체계의 활성화나 중간단계의 시설마련 등이 촉진되어 문제가 해결될 수 있다고 전망하고 있다.

그러나 비판자들은 DRG 지불제도의 부정적 효과에 대한 대안장치가 미흡함을 지적하고 있다. 민간 의료기관중심의 공급체계하에서 의료의 질문제가 다른 어느 국가들보다도 심각할 수 있는데 반해, 현재 국내 질 관리 체계가 미비하여 이러한 부작용에 대처하기 어렵다는 것이다. 또한 의료 질의 문제가 醫療紛爭化되었을 때 이를 조정할 기전도 미비하며 조기퇴원의 부작용을 최소화할 중간단계 시설도 부재하여 DRG 지불제도가 전면적으로 확대 실시될 경우 이러한 부작용이 현재화할 수 있다는 주장이다. 부작용의 현재화 가능성에 대해서는 미래의 현상을 예측하는 것이기 때문에 심각한 정도를 판단하는 것이 현실적으로 어려울 수 있으나 앞서 언급한 바와 같이, 정책평가 방식에 있어 保守적인 접근이 보다 안전하다는 일반적인

견해를 고려한다면 부작용이 심각하지 않을 것이라고 예측하는 것보다는 예상되는 부작용에 대한 예방장치의 마련이 보다 타당한 접근이라고 그들은 주장한다. 제도 실시를 통해 질관리 체계나 中間段階 시설과 같은 보완적인 여건을 촉진시킬 수 있다는 의견은, 부작용이 현실적인 문제로 대두될 때, 이에 대한 대응으로서 대안이 마련될 수 있다는 생각에 불과한 것임을 지적한다.

그러나 이러한 인식은 정책기획과 집행에 있어 극히 소극적이고 위험한 태도라고 할 수 있으며 특히 각 이해주체의 대응에 맡길 수 없고 정부가 정책적으로 조성해야 할 여건이라면 더욱 문제가 있다는 것이다. 대체시설의 마련이나 이를 제공할 수 있는 인력이 단기간에 준비되기 어렵고 질 관리체계 역시, 질관리 지표개발이나 의료기관의 자료생산 基盤이 마련되는 데 시간이 소요된다는 측면에서 부작용이 나타난 시점에서 정비하는 것은 또다른 사회비용 지출을 방기하는 결과가 될 것이라고 역설하고 있다

DRG 지불제도 擴大實施의 비판자들은 DRG 지불제도가 제기능을 하기 위해서는 합리적인 수가조정 절차의 마련을 포함한 현행 수가체계의 정비, 진료비 심사과정의 과학성과 전문성을 높일 수 있는 제도적 여건이 先行的으로 정비되어야 한다고 주장한다. 수가조정 절차의 문제는 현재 수가계약제 운영과, 그리고 심사과정의 과학성은 심사평가원 운영과 맞물려 있으나 수가계약제와 심사평가원 역시 운영방식을 놓고 정부와 의료계간에 이견을 보이고 있기 때문에 이러한 제도도입으로 수가조정 과정과 심사과정의 合理性이 담보될 수 있다고 속단하기는 이르다는 것이다. DRG 지불제도의 본래 기능이 제대로 발휘될 수 있느냐 하는 문제는 계약제 등 수가체계를 구성하

는 각 과정에 대한 합리성이 얼마나 확보될 수 있느냐에 달려 있다  
는 측면에서 DRG 지불제도의 도입은 이러한 지원여건의 整備段階  
를 고려하면서 검토되어야 한다는 것이다.

## IV. 우리 나라 DRG 支拂制度 示範事業의 評價와 主要 爭點

국내에서 DRG 지불제도의 개념이 소개된 것은 1980년대 중반이라고 할 수 있으나 본격적인 制度導入에 대한 논의가 이루어진 것은 최근 진료비 지불제도 도입을 위한 시범사업 실시이후부터라고 할 수 있다. 제도도입을 두고 긍정적, 부정적 영향에 대해 논란들이 제기되자 정부는 새로운 지불제도가 국내 의료환경과 病院文化下에서 어떠한 영향을 미칠 것인지에 대해 합리적으로 검증, 평가하고 이러한 논의를 토대로 지불제도의 도입여부를 검토하겠다는 취지하에 시범사업을 실시하게 되었다(한국보건의료관리연구원, 1997).

따라서 시범사업 결과에 대한 평가를 어떻게 하느냐가 국내 DRG 지불제도 도입의 적절성을 판단하는 중요한 관건이 될 수 있기 때문에, 시범사업을 客觀的이고 심층적으로 평가하는 것이 이해당사자들의 합의를 유도하는데 기본 전제라고 할 수 있다. 이러한 상황을 감안하여 보건산업진흥원에서는 그 동안 3개년에 걸쳐 事業效果에 대해 폭넓은 평가를 실시한 바 있으며(1998, 1999, 2000), 보건복지부는 그 결과에 따라 시범사업을 확대적용해도 문제가 없을 것으로 판단하고 전면확대를 결정한 바 있다.

보건산업진흥원이 주축이 되어 3년간 실시되어온 DRG 지불제도 시범사업은 나름대로 여의치 않은 여건하에서 合理性을 확보하고자 노력해왔다는 측면에서, 의료정책 분야의 바람직한 정책기획 및 집행사

례로서 긍정적으로 평가해볼 수 있다. 복지부가 제도 도입의 근거로 내세우고 있는 시범사업의 肯定的 효과에 대해선 그간 시범사업 추진 팀의 발표를 통해 몇 차례 공개된 바 있다. 그러나 정책분야에 있어 완벽한 제도란 존재하기 어려우며 DRG 지불제도 개발과 실행 및 그 효과를 평가하기엔 그 동안의 작업기간이나 시범사업 내용에 있어 미비한 점들이 존재하는 것도 사실이다.

특히 평가의 주체가 시범사업 개발팀이다 보니 평가의 객관성에 대한 논란이 제기되고 있으며 醫療界에선 정부의 일방적인 결정에 반발하고 있는 실정이다.

이 장에서는 현재 진행되고 있는 논의들을 포함하여 다양하게 제기되고 있는 시범사업에 대한 평가 및 시사점들에 대해 몇 가지로 조망해보고자 한다. DRG 지불제도 도입추진 경과를 논하고 시범사업의 평가결과 및 평가결과의 주요 爭點을 DRG 분류체계, 시범사업 설계, 시범사업의 효과 측면으로 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

## 1. DRG 支拂制度 示範事業 推進 經過

우리 나라에 DRG 支拂制度가 주로 논의된 것은 1994년 1월부터 6개월간 보건복지부장관 자문기구로 운영되었던 『의료보장개혁위원회』가 현행 행위별수가제도의 한계점을 극복하기 위한 방안으로서 정부에 건의한 것으로부터 시작된다고 할 수 있다. 정부는 DRG 지불제도의 도입방안의 마련을 위해 醫療界, 學界, 研究機關, 保險者, 보건복지부 관련 공무원 15명으로 1995년 1월 「DRG지불제도도입검토협의회」를 구성하고, 1997년 2월부터 시범사업을 추진 운영하였다. 또한 정부

는 시범사업 실시를 통해 새로운 지불제도에 대한 의료계, 보험자, 환자의 이해 증진을 도모하고, DRG 지불제도가 의료비, 의료의 질, 의료공급자의 진료행태, 의료보험 진료비 청구, 심사 및 관리업무에 미치는 영향을 평가하고 그 결과에 따라 추후 事業展開 방향을 설정하고자 1997년 2월부터 3차 연도에 걸쳐 계획된 DRG 지불제도 시범사업을 실시하였다.

사업기간은 제1차 연도 시범사업기간은 1997년 2월~1998년 1월이고, 제2차가 1998년 2월~1999년 1월, 제3차가 1999년 2월~2000년 1월이었다. 그 후 2000년 7월부터 시범사업을 끝내고 일부 질병군을 대상으로 DRG지불제도 본 사업을 실시하려고 하였으나 시범기간이 2000년 2월~2000년 12월까지 연장되었다. 그 이유는 2000년 7월 약분업 실시에 따라 의료기관의 制度變化에 따른 혼란 가중 등을 고려하여 2000년 12월까지 시범사업을 연장 실시하고 그 추진일정을 재검토하기 위한 것이었다.

시범사업은 자발적으로 참여를 희망한 의료기관을 대상으로 추진되었다. 제1차년도 시범사업에는 의료계의 반대로 많은 기관이 참여하지는 못하였지만 제2차 시범사업부터는 참여 機關數가 확대되었고, 월 평균 진료건수는 약 40,000건 월 평균 진료비는 약 300억원이 되었다.

〈表 IV-1〉 示範事業 概要

구 분	참여 기관수	월평균 건수	월평균 진료비
1차 시범사업(1997.2~1998.1)	54기관	3,500건	24억원
2차 시범사업(1998.2~1999.1)	132기관	14,000건	107억원
3차 시범사업 및 1차 연장기간(1999.2~2000.6)	979기관	39,450건	299억원
시범사업 2차 연장 이후 현재 (2000.11)	1,228기관 <sup>1)</sup>		

註: 1) 전문종합요양기관: 16개, 종합병원: 111개, 병원 106개, 의원 1,035개

資料: 한국보건산업진흥원, 『DRG 지불제도』, 2000. 12.

초기 시범사업에는 5개 질병군(29개 DRG)에서 17개 질병군(71개 DRG)으로 확대 적용되었으나, 3次 示範事業부터는 단순폐렴과 소화기내과계 질환을 시범사업에 포함시켰다. 이러한 시범사업은 2000년 6월까지 연장 실시되었다. 정부는 시범사업을 끝내고 2000년 7월부터 일부 외과계 질병군을 대상으로 DRG 지불제도 본 사업을 실시하려 하였으나 2000년 7월 醫藥分業이 실시됨에 따라 의료기관의 제도변화에 따른 혼란 가중 등을 고려하여 2000년 12월까지 시범사업을 연장 실시하기로 결정하였다. 이기간 즉, 2000년 7월-12월에는 본 사업 적용대상 疾病群으로 선정된 8개 외과계 질병군에 한하여 시범사업을 적용하였다.

〈表 IV-2〉 示範事業 對象 疾病群

	제1, 2차 (’97.2~’99.1)	제3차 (’99.2~’99.8)	제3차 (’99.9~2000.6)	시범사업 연장 (2000.7 이후)
진료과	4개	6개	6개	4개
질병군	5개	9개	17개	8개
DRG	29개	47개	71개	41개
입원 환자 중 차지 비율	약 19%	약 25%	약 37%	약 24%
안과	수정체수술	수정체수술	수정체수술	수정체수술
이비인후과	편도·아데노이 드 수술	편도·아데노이드 수술	편도·아데노이드 수술	편도·아데노이드 수술
일반 외과	충수절제술	충수절제술 항문과(또는)항문 주위수술 서혜 및 대퇴부탈 장수술	충수절제술 항문과(또는)항문 주위수술 서혜 및 대퇴부탈 장수술	충수절제술 항문과(또는)항문 주위수술 서혜 및 대퇴부탈 장수술
산부 인과	질식분만 제왕절개술	질식분만 제왕절개술 자궁과(또는)자궁 부속기 수술	질식분만 제왕절개술 자궁과(또는)자궁 부속기 수술	질식분만 제왕절개술 자궁과(또는)자궁 부속기 수술
내과, 소아과		단순폐렴과(또는) 늑막염	단순폐렴과(또는) 늑막염 소화기 악성종양 등 8개 소화기내 과 질병군	

資料: 한국보건산업진흥원, 『DRG 지불제도』, 2000. 12.

## 2. DRG 支拂制度 示範事業의 主要 內容

DRG 지불제도는 일반적으로 환자상태나 진료내역에 따라 입원환자를 분류하는 入院患者分類體系, 분류된 질병단위별 수가와 지불방식을 결정하는 지불체계, 의료의 질 저하를 막기 위한 체계를 주요 3대 요소로 구성된다. 이들 주요 요소가 합리적으로 구축되고 상호간에는 보완적 기능을 수행하여야 DRG 지불제도의 기대효과를 제고되고 할 수 있다.<sup>4)</sup>

현재 지불단위로 이용되고 있는 입원환자 분류체계는 KDRG(Korean DRG)분류체계이다. KDRG는 Yale Refined DRG를 기초로 개발되었으며, 동일 질병군 환자들도 연령과 중증도에 따라 3~6개 DRG로 세분되며, 다시 각 DRG는 의료기관 종별 구분에 따라 분류되어 각기 다른 수가가 결정되고 있다. 현재 시범사업의 대상이 되는 질병군(8개 외과계 질병군)의 분류는 초기 개발된 KDRG를 근거하고 修正·補完되었다. 예로서 수정체의 양안 시술이 단안과 구분되어 분류되는 등 질병군의 분류가 세분화되었으며, 백내장 환자의 당뇨가 중증 합병증으로 분류되는 등 기타상병 또는 합병증의 중증도 분류체계도 세분화되었다.

지불체계와 관련하여 시범사업 대상 DRG의 수가는 첫째 연세대학교 연구팀의 의료수가 상대가치(RBRVS) 연구 결과가 이용 가능하지 않아 2개 전문종합요양기관(3차기관)의 원가 및 진료내역 조사자료를 이용해 算定되었다. 그러나 RBRVS 연구결과가 이용 가능해진 1997년 후반에 RBRVS 연구대상 의료기관의 진료내역 자료 및 원가분석에

4) 본 절의 내용은 DRG 지불체계 시범사업을 소개할 목적으로 시범사업운영주체인 한국보건산업진흥원의 『DRG 지불제도』(2000) 내용을 발췌·정리한 것이다.

근거한 환산지수를 이용하여 DRG수가의 재점검 작업이 이루어졌으며, 이에 따라 필요한 부분의 수가가 조정되었다. 이후 23개 의료기관의 진료내역 조사자료와 RBRVS 원가를 기반으로 수가가 관리되고 있다. 시범사업 DRG수가 決定模型에 따르면 시범사업 수가는 진료진당 원가에 추가 10% 운영 마진을 보상하도록 설정되었다.

환자 본인부담금은 환자 종류에 관계없이 DRG별, 의료기관 종별 기준수가의 4~10%로 결정되는 일정액과 일당 진료비가 입원일수만큼 지불되는 變動額으로 구성된다. 보험급여 입원진료비의 환자본인 부담률 20%에서 일정비율(50~80%)에 해당하는 진료비는 수술과 입원초기에 발생하는 비용으로 환자진료에 드는 고정비용의 개념이 반영되어 환자 개개인의 의료이용량과는 무관하게 모든 환자에게 일정하게 부과된다. 일당진료비가 입원일수만큼 반영되는 변동액은 환자의 재원일수 차이에 따라 差等 附課되고 있다.

의료의 불확실성, 의학지식의 불완전성, DRG 분류체계의 불완전성 등으로 해당 DRG의 대부분 환자들과는 다른 형태의 진료에의 반응이나 서비스 이용양상을 보이는 환자들이 있을 수 있다. 이런 경우 의료기관들이 부당한 손해를 보지 않도록, 환자가 의료기관으로부터 부당한 조기퇴원 강요를 받지 않도록 이들의 진료비 지불액은 별도의 방법에 따라 결정되고 있다. 在院日이나 진료비가 일정 기준치를 넘거나 일정 기준선 미만인 경우에는 확정된 DRG 수가 이외에 일당 진료비가 가감되어 지급되고 있다. 현재 DRG지불제도 적용 시 진료비나 혹은 재원일수가 정상군 환자에 비해 극단적으로 많거나 긴 환자의 경우 진료비 列外群(outliers)이나 재원일 상단 열외군으로 분류되어 진료비가 정상군 환자와 달리 추가 산정 적용되고 있다. 한편 재원일수가 정상군 환자에 비해 극단적으로 적거나 짧은 환자의 경우 재원

일 하단 열외군으로 분류되어 진료비가 정상군 환자와 달리 감액된 진료비가 지급되고 있다.

현재 우리 나라에서 示範 적용된 DRG지불제도는 정상군 환자의 보험자 부담금으로는 진료 내역에 상관없이 질병군별(DRG별)로 일정액이 정해져 있다는 점에서 포괄수가제의 형태를 취하고 있으나, 열외군 환자로 분류될 경우와 환자본인부담금 산정 시 일당 진료비가 채원일수 만큼 지불되고 있어 순수한 포괄수가제라기보다는 混合型 支拂制度로 볼 수 있다.

시범사업에서는 DRG분류 정보조작 등의 부당청구 여부와 열외군 산정의 타당성 여부 및 본인부담금 과다징수 여부를 확인하고 의료의 질과 퇴원의 적정성여부 등을 평가하기 위하여 의료기관 모니터링체계를 운영하고 있다. 주요 모니터링 사항은 첫째, DRG 분류정보 오용 등으로 인한 착오 청구 여부, 둘째, 열외군 산정의 타당성 여부, 셋째, 본인부담금 과다징수 여부, 넷째, 의료의 질과 퇴원의 적정성여부 등 평가 등이다. 시범사업에서 의료기관 모니터링은 의료기관에서 청구된 진료비가 개별 심사 없이 지급된 이후 DRG 진료비 청구 건 중 일정 비율로 任意 抽出된 표본을 대상으로 진료기록부 등 관련자료 요청하여 청구내역과 대조 확인(서면확인심사)하는 방법으로 이루어진다. 서면확인방법으로 적정청구 여부 등에 대해 확인이 곤란하여 현장 확인이 필요하다고 판단되는 경우 현장 확인심사를 실시되고 있다. 최근 示範事業 기간 중 의료기관에 대한 모니터링은 전체 DRG 진료비 청구 건 중 약 6%에 대하여 실시되고 있는 실정이다.

### 3. DRG 支拂制度 示範事業에 관한 主要 爭點

#### 가. DRG 分類體系

DRG 분류체계는 의료비 支拂單位가 되기 때문에 의료자원 배분의 공정성과 DRG 지불제도의 합리성을 결정짓는 중요한 요소이다. 국내 시범사업의 기준이 된 K-DRG는 미국의 refined DRG 분류체계의 형태를 거의 그대로 유지하여 변환하였다. 이에서 비롯되는 문제점으로 다음과 같은 사항들이 지적되고 있다.

#### 1) 適用對象群

우리 나라의 DRG(Korean DRG, KDRG)는 미국 HCFA DRG를 근거로 개발되었고, HCFA DRG는 65세 이상 인구와 장애자를 중심으로 개발되었기 때문에 이를 전체 인구에 適用하는 것은 무리가 있다는 주장이 제기되고 있다(범의료계의료보험제도개선위원회, 2000;이선희, 1999).

이에 따르면, 미국 DRG 분류체계를 주로 적용하고 있는 인구집단은 65세 이상 인구와 장애자의 特性으로 요약되는 Medicare/ Medicaid 환자들로서 국내 시범대상이 되는 DRG 적용 연령군과는 질적으로 다르기 때문에 K-DRG 분류는 이러한 집단간의 차이를 적절하게 반영하고 있지 못하다는 것이다. 좀더 구체적으로 설명하자면 K-DRG 분류의 모태가 되는 refined DRG는 重症度を 분류하는 방식외에, 분류 알고리즘과 체계를 Medicare/ Medicaid에서 활용하는 HCFA DRG로부터 원용하고 있는데 따라서 HCFA DRG 적용집단의 特性을 refined DRG 역시 상당부분 반영한다고 볼 수 있다고 지적한다. 미국의 초기 DRG 분류의 기

본자료는 地域病院의 의무기록 자료를 토대로 하였기 때문에 이런 문제가 크지 않았으나 Medicare/Medicaid의 지불단위로 활용되면서 DRG 분류체계가 修正·補完되는 과정에서 이들 적용인구의 특성이 강하게 반영되었으며 이로 인해 Medicare /Medicaid 적용자가 아닌 다른 인구집단에 적용하는데 제한점이 있다는 것에 대해서는 미국내에서도 제기되고 있는 비판임을 예를 들고 있다(Lichtig 등, 1989; Payne과 Chwartz, 1993; Edwards 등, 1994). 예를 들면 고령인구에 많은 질환들이 보다 세분화되어 있거나, 중증도로 인정되는 부진단명 역시 고령인구에 흔히 동반되는 진단명들이 많고 이들 진단명들에게 상대적으로 높은 중증도를 부여하고 있는 사례들이 이러한 문제점에 해당한다는 것이다.

그러나 이에 대해 시범사업의 운영 및 평가를 담당한 측에서는 강한 이의를 제기하고 있다(한국보건산업진흥원, 2000). K-DRG는 예일(Yale) Refined DRG를 기초로 개발되었으며, 예일 Refined DRG는 미국 Maryland와 California 주 전체 입원환자를 담은 데이터 베이스를 이용하여 개발되었고, 그 연구진이 개발 과정의 어느 단계에서도 노인이나 장애인 환자만을 대상으로 작업한 적이 없다는 것이다(신영수 외, 1993; Freeman JL 외, 1995; Fetter RB 외, 1980). 미국의 HCFA DRG도 전체 환자를 대상으로 개발되었으며 그 이후 HCFA와 3M에 의해 유지 보수되는 과정이 전 환자를 대상으로 하였다는 주장이다. 또한 위의 미시간 대학병원 사례에서와 같이 HCFA DRG는 미국 내 각종 보험에서 전 환자를 대상으로 廣範圍하게 지불단위로 사용되고 있으며 현재 APR-DRG, Refined DRG 등보다는 HCFA DRG가 더 광범위하게 사용되고 있다고 지적한다. 그리고 현재 시범사업의 대상이 되는 疾病群의 분류는 Refined DRG를 근거로 한다기보다는 새롭게 개발되었다 해도 과언이 아닐 만큼 우리 나라 진료행태나 제도에 맞

도록 개선되었다고 주장한다.

그러나 이 쟁점에 관하여는 다음을 유의할 필요가 있다. 즉, 미국에서는 기존 DRG 분류체계의 문제점을 보완하기 위해 NY-DRG나 소아에 적용하기 위한 NACHRI DRG 등 대안적 분류체계들이 개발되고 있으며 유럽 등에서도 역시 미국의 분류체계를 그대로 적용하기에는 制限的이라는 지적이 제기되고 있다(France R, 1991). 스웨덴에서 DRG 분류체계의 적용타당성을 검토한 Hakansson 등(1988)도 부진단명이나 합병증에 대한 코딩행태의 차이 등으로 역시 미국의 분류체계를 그대로 적용하는 것은 문제가 있음을 지적하고 있어 이러한 문제인식은 미국을 포함한 여러 나라들에서 광범위하게 제기되고 있다고 보여진다. 따라서 HCFA DRG가 개발과정에선 전체 환자자료를 활용하였으나 분류체계 및 중증도 분류의 妥當性 검증과 보완과정에선 Medicare 입원환자 자료인 MEDIPAR DB가 활용되었다는 점을 감안할 때, 미국에서 여러 학자가 제기한 문제점을 부인하기 보다 이러한 문제점이 실제로 국내 DRG 분류에선 어떤 형태로 나타날 수 있는지에 대해 임상적으로 검토하고 보완하는 것이 K-DRG 분류의 발전을 위한 방안이 될 수 있다.

## 2) 診療費 支拂體系要素

미국과 한국간 진료비 지불체계요소--진료비 지불구조, 질병구조와 진료행태, DRG분류체계 변환과정, 중증도 분류과정, 질병 중증도 반영도, 임상전문가의 검증정도--에 相異性이 존재하여 이로 인한 분류기준에 차이가 있을 수 있으므로 미국의 분류체계를 그대로 적용하는 것은 문제가 있다는 비판이 있는 데 이에 대한 구체적인 내용은 마음

과 같다(범의료계의료보험제도개선위원회, 2000; 이선희, 1999).

첫째는 支拂構造의 차이와 관계가 있다. 미국의 경우 의사진료비와 병원진료비가 구분되어 있고 DRG 분류는 미국 병원의 자원소모량을 기준으로 분류된 반면, 한국은 의사진료비와 병원진료비가 구분되어 있지 않기 때문에 미국 DRG 체계를 반영한 K-DRG분류는 국내 병원의 자원소모량을 제대로 반영하고 있다고 볼 수 없다는 것이다. 특히 이러한 차이는 병원자원 사용을 크게 증가시키지 않지만 의사의 업무나 難易度 높은 의사행위를 필요로 하는 질병군에서 DRG 구조간 임상적 타당성이 결여되어 있거나 DRG 분류내용의 일부가 국내 의료관행에 비추어 볼 때 납득하기 힘들다는 비판이 나오는 이유가 되기도 한다는 것이다.

둘째는 질병구조와 진료행태가 상이한 것과 관련이 된다. 우리 나라는 미국의 분류체계를 그대로 도입하기 위한 전제로서 미국과 한국간 질병구조나 人口構造에 별다른 차이가 없고 진료행태도 다르지 않다고 가정하였다는 것이다. 그러나 실제로 인구구조나 질병구조에 차이가 존재하고, 진료행태 역시, 의료보험 제도의 영향과 사회문화의 차이에 의해 상이한 형태를 보이고 있다는 점에서 이러한 가정은 무리라는 지적이다. 미국의 DRG 분류를 참고하고자 했던 다른 나라들에서도 이러한 차이점 때문에 DRG분류를 그대로 적용하는 것은 문제가 있으며 각국의 특성에 맞게 DRG 분류를 調整하는 것이 바람직하다는 의견이 제시되고 있음에 귀기울일 필요가 있다는 것이다(France et al., 1991).

셋째는 미국의 분류체계를 K-DRG로 변환하는 과정에서, 대응시키는 코드의 불일치 문제로 인해 분류체계의 타당성에 문제가 제기될 수 있다는 내용이다. 즉, 미국의 DRG 분류체계가 갖는 妥當性을 K-DRG가 공유하기 위해선 각 DRG에 포함되는 진단명과 행위명이

정확하게 대응될 때에야 가능한데 미국의 DRG 분류는 ICD-9-CM 코드에 의해 분류된 진단명 또는 행위들을 토대로 분류되고 있으나 K-DRG의 경우, 주진단명은 초기엔 ICD-9, 최근에는 ICD-10을 사용하였고 수술처치명은 의료보험 진료수가기준을 활용하여 대응시켰기 때문에 상이한 행위분류를 連繫하는 과정에서 오류가 발생할 가능성이 높다는 것이다. 특히 ICD-10이나 의료보험 진료수가 기준은 ICD-9-CM에 비해 미분화되어 있는 경우가 많아 대응과정의 타당성에 의문이 제기된다는 지적이다.

넷째는 중증도 분류과정과 관련이 있다. 우리 나라에서는 중증도 분류기준으로 미국의 기타 부진단명 자료를 그대로 활용하였으며 미국의 중증도 분류는 해당 부진단명이 재원일수를 증가시킬 가능성에 따라 3~4개군으로 분류하였고 Medicare 자료로 그 타당성을 검증하였다. 이 과정에서 발생할 수 있는 문제점을 지적하면 동반되는 부진단명들의 내용에 있어서 미국과 한국간 차이가 있을 수 있으며 한국에 적용시 포함되어야 할 부진단명들이 누락되었을 가능성이 있다는 것이다. 또한 해당 진단명으로 인한 재원일수 증가는 의료기관의 특성이나 의료체계, 공급자의 진료행태, 환자의 이용행태에 따라 달라질 수 있기 때문에 국내 자료를 통해 재분류되는 것이 타당하다고 지적하고 있다.

다섯째는 疾病重症度 반영의 문제이다. 미국 DRG 분류체계의 구조적 문제로서 DRG분류체계가 병원자원을 제대로 설명해내지 못한다는 비판이 제기되고 있으며 이러한 문제점은 K-DRG에서도 그대로 적용된다는 것이다. 현재 미국에서는 재원기간과 수술처치를 중심으로 분류되다 보니 재원기간이 진료비와 갖는 불일치성, 동일 DRG 분류내에서 재원기간의 이질성, 동일 DRG내에서 중증도의 이질성 등이 빈

번히 지적되고 있으며 이에 따라 DRG 분류체계 사용시 다른 중증도 분류체계를 동반 사용하는 것이 勸獎되고 있는 실정이라는 것이다 (Horn et al., 1985; Averill et al., 1992; Voss et al., 1994). 특히 중증도를 제대로 반영하지 못할 경우 국내에서는 재원일수 증가없이 집중되는 의사의 업무량이 제대로 반영되지 못할 가능성이 있기 때문에 진료비 지불의 正確性을 떨어뜨릴 가능성이 있다고 지적한다.

마지막 지적은 임상전문가의 의견수렴정도와 관련이 있다. 분류체계 개발과정에서 임상전문가들의 공식적인 검증과정이 결여되어 있다는 DRG 분류가 아무리 병원자원 소모의 동질성에 초점을 맞추었다 할지라도 임상적 妥當性이 결여되어 있다면 분류의 신뢰성은 떨어질 수밖에 없다는 내용이다. 임상적 타당성은 질병구조나 진료행태, 의료제도의 차이로 인한 문제점, 그리고 對應過程의 적절성에 대해 전문가의 검토를 통해 보완함으로써 확보할 수 있다는 견해이다. 우리나라 DRG 개발과정에는 단지 일개 병원의 전공의 3, 4년차, 임상강사 등의 의료인력과 의무기록과, 보험심사과에 불과한 바, 의료인력의 경우 전문성이 제대로 확보된 인력이라고 판단하기 어려우며 일개 병원 인력의 의견이 대표성을 갖추었다고 보기 힘든 측면이 있다고 주장이다. 국가적 사업으로서, 의료비 지불기준으로 활용되는 역할의 중요성에 비추어 볼 때, 대표성을 갖춘 전문가단체들의 檢證過程이 절대적으로 필요하다는 것이다. 아울러 대응과정에 대한 자료에 접근이 어려운 것도 문제로 지적될 수 있으며 이들 자료를 공개하고 공론화함으로써 분류체계에 대한 다양한 의견이 開陣되어야 함을 주장하고 있다.

이러한 주장에 대해 시범사업의 운영 및 평가를 담당할 측에서는 뚜렷한 이의를 제기하지 못하고 있는 실정이다.

### 3) DRG 分類體系 構造의 合理性

시범사업에 활용되고 있는 K-DRG 分類體系가 합리적으로 구성되어 있는지에 관하여 다음과 같은 문제점들이 지적되고 있다(범의료계 의료보험제도개선위원회, 2000).

첫째, 동일 DRG내에서도 자원소모량이 다른 상병명 또는 행위들이 포함되어 있는 등 동질성 측면에서 문제가 있다는 지적이다. 특히 이러한 동질성의 훼손은 미국과 한국간 자원소모량에 대한 판단기준의 차이에서 비롯되었을 가능성이 높다고 推測한다. 즉, 미국 DRG의 동질성이 주로 병원의 자원 즉, 재원기간에 초점을 맞추고 분류된 관계로 미국의 분류체계를 그대로 적용한 K-DRG에서 의사의 진료행위가 집중적으로 이루어진 상병의 경우 이러한 상황이 제대로 반영되지 못함으로서 분류오류가 발생할 수 있다는 지적이다. 호주의 DRG 분류를 국내 DRG분류와 비교하면 상대적으로 細分化되어 있음을 알 수 있으며 DRG 분류의 동질성을 높이기 위해선 분류의 세분화를 검토할 필요가 있다는 주장이다.

둘째, DRG 분류체계의 一貫性和 合理性에 문제가 있다는 지적이다. 즉, 중간단계의 분류라고 할 수 있는 ADRG 분류에 있어서 일부 MDC에서는 합병증 동반 또는 복잡한 주진단을 인정하여 별도의 ADRG로 인정하는 경우가 있는가 하면 다른 MDC에서는 이를 인정하지 않고 있으며 그 차이에 대한 합리적인 기준이 결여되어 있다는 것이다. 또한 동질적인 傷病群인데도 뚜렷한 기준없이 각각 다른 ADRG에 분류되어 있기도 하며, 일부 질환에서는 양측 시술을 독립된 ADRG로 인정하는 반면 일부 질환에서는 인정하지 않는 등 일관성이 결여되어 있다는 것을 제시한다.

셋째, 중증도 분류와 관련하여 중증도로 인정되는 대상 부진단명이 지나치게 제한적이며 국내 실정에 부합되지 않는 질환들이 많이 포함되어 있다는 주장이다. 또한 동질적인 부진단명임에도 불구하고 중증도가 달리 분류되거나 인정여부가 달라지는 문제점이 있다는 것이다. 일부 질환들에 있어서는 중한 질환이 오히려 重症度가 낮게 평가되어 있는 등 중증도의 역전문제까지도 발견되고 있는데 이러한 문제는 앞서 개발과정에서 지적된 문제점들과 聯關된 것으로 판단되며 중증도 분류체계에 대한 체계적인 검토와 실증적 분석이 요구된다는 지적이다.

이러한 일부 학계와 의료계의 지적에 대해 역시 시범사업의 운영 및 평가주체에서는 뚜렷한 해명자료를 제시하지 못하고 있다.

#### 4) 適用過程

DRG 지불제도 운영주체는 동 제도의 도입으로 행위별 수가제하에서 빈번하였던 의료공급자와 보험자간의 마찰이 감소되고 진료의 자율성이 보장된다는 점을 유용성으로 제시하고 있다. 즉, 지불 단위를 포괄화 함으로써 진료비 청구/심사과정에서 파생되고 있는 의료인과 보험자와의 마찰 및 진료의 자율성 침해가 크게 개선될 수 있으며 현재의 행위별수가제에서 문제시되어 왔던 의료기관의 진료비 청구방법이 매우 간편해 지고, 診療費 請求審査가 불필요하거나 대폭 간소화되므로 이와 관련된 의료기관 및 보험자의 막대한 행정비용 절감이 기대된다는 것이다(한국보건산업진흥원, 2000).

그러나 이에 대한 이의가 제기되고 있다(범의료계의료보험제도개선위원회, 2000). 즉, DRG 적용과정에서 다시 健康保險審査評價院의 적

용지침에 따라 조정되는 사례들이 증가하면서 인정여부를 놓고 갈등이 야기되고 있다는 것이다. 특히 DRG 분류는 의무기록상의 코딩에 의해 객관적으로 분류되는데 반해, 건강보험심사평가원에서는 일정한 적용지침하에 코딩을 하도록 지시하고 있으며 코딩지침이 의무기록상의 코딩지침과 달리 적용되는 경우가 발생되고 있다는 지적이다. 예를 들면 合併症으로 인정되는 빈혈의 경우 임상적 기준, 또는 행위별수가에서 인정되던 기준이 10g/dl인데 반해 심사평가원에서는 8g/dl로 보다 엄격하게 적용하고 있다는 것이다.

그 외에도 의무기록 코딩 원칙에 의거한 코딩에 대해서도 심사평가원에서 따로 지침을 제정하여 이에 부합하는 경우에만 인정하는 등 실제 운용과정에서恣意的인 기준이 적용되고 있다. 또한 이런 지침 조차 유선 또는 구두 지침을 내리거나 실무자마다 지침안내가 달라지기도 하여 병원실무자들을 혼란시키고 있다는 비판이 제기되고 있다.

적용과 관련된 또 다른 문제점으로서 DRG 코딩을 위한 전산 프로그램(grouper)의 오류이다. 예를 들면 高危險群 산모코드에 대해 심사평가원 지침을 보면 정상분만 환자에게만 인정하고 선택적 제왕절개 환자의 경우 코딩을 허락하고 있지 않는데 반해 grouper상에서는 정상분만을 할 경우엔 중증도 2, 제왕절개를 하면 중증도가 1로 분류되는 등 심사평가원의 지침과 grouper상의 결과가 일치되지 않는 경우들이 있어 프로그램에 대한 信賴를 떨어뜨리고 있다고 주장한다.

시범사업의 운영 및 평가주체에서는 이러한 비판에 대한 적극적인 설명자료를 발표하고 있지 않은 상황이다.

## 나. DRG 支拂制度의 酬價算定

### 1) 醫療機關의 環境的·構造的 特性 反映性

DRG지불제도는 의료기관의 資源投入量을 줄여 경제적 이득을 얻도록 유인하지만, 한편 재정적 위험을 의료기관에게 지움으로써 의료기관의 경영수지에 악영향을 줄 수도 있는 제도이다. 이에 대해 일부 학계 및 의료계에서는 의료기관의 의지와 상관없이 재정적 위험이 커지는 요인들에 대한 수가산정시 반영기전이 미흡하다는 점을 지적하고 있다. 다시 말해서, 醫療機關의 경영개선노력으로 최선의 효율화를 달성한다고 해도 의료기관의 특성과 환경에 따라 경영수지가 악화되는 상황에 대한 고려가 미흡하다는 것이다. 미국 DRG 지불제도하에서는 병원이 위치한 지역임금, 물가의 차이, 지역후송병원 여부, 수련병원, 빈민치료비율이 높은 지역적 특성, 시골 병원 등의 변수가 고려되고 있으나 국내의 경우 여러 이유 등으로 이러한 변수들을 고려하지 못하고 대신하여 種別 加算率을 일률적으로 적용하고 있다는 설명이다.

DRG지불제도는 재정적 위험을 의료기관에게 지우기 때문에 이러한 특성들이 제대로 보정되지 않는다면 의료기관이 부당한 재정적 손실을 감수할 수밖에 없으며 특히 重症度가 높은 질환들이 집중되는 3차 기관의 구조적 손실이 예견될 수 있다. 시범대상 질환군은 난이도가 높지 않기 때문에 의료전달체계 확립을 위해 3차 기관에서 다루지 않도록 하는 역유인으로 활용한다는 논리가 제시된 바 있으나 의료기관 선택의 문제는 기본적으로 환자에게 선택권이 있는 만큼 의료기관에 손실을 줌으로써 이를 강제화하는 것은 타당한 接近

方法이 아닐 것이다.

중별 가산율은 근거나 가산율 수준의 합리성이 떨어진다는 지적이 누차 제기되어 왔는 바, 가산율에는 이러한 특성들 중 어느 부분이 얼마나 반영되었는지 전혀 설명하기 어려우며 DRG 지불제도 시범사업 운영 및 評價主體에서도 역시 개선에 대한 필요성을 인정하고 있는 부분이기도 하다.

## 2) DRG 酬價算定過程 및 資料의 信賴性

현 DRG 지불체계를 반대하는 일부 학계와 의료계에서는 DRG 수가 산정과정에 쓰여진 자료가 빈약하고 이를 이용하여 수가를 산정하는 과정이 정교하지 않아 실제의 원가가 적절히 반영되었다고 보기 어려운 문제점을 지적하고 있다. DRG 수가산정을 위해 활용된 자료는 시범사업 연도에 따라 차이가 있지만 전국 확대를 고려하고 있는 主要疾患들의 대다수가 진료내역에 대해선 2개 병원, 원가는 1개 병원의 1994년도 회계자료를 활용하였는바, 원가구조가 병원마다 상이하다는 점을 감안할 때 이들 자료는 국가적인 醫療酬價를 대표하기에 미흡하다는 설명이다.

또한 이들 자료는 1994년도 자료로서 이후 物價引上率 및 행위별 수가인상률을 조정하여 3차 시범사업에 이르고 있는데 의학기술의 변화를 감안한다면 현재의 원가구조나 진료내역이 5년전과 동일하다고 보기 어려운 점이 있다는 지적이다.

또 다른 문제점으로서 진료내역자료와 관련이 있다는 주장이다. 진료내역자료는 해당 DRG에 대해 경험적으로 발생할 수 있는 다양한 사례가 포괄적으로 포함되어야 지불의 正確性이 높아질 수 있다는 측

면에서 안정적인 사례건수 확보가 자료의 신뢰성을 높이는 관건이 된다. 실제적으로 이를 위해 참고한 자료는 2개 병원자료로서 자료건수가 지나치게 적어(DRG별로 최소 7건~64건) 이러한 사례들을 충분히 반영했다고 보기 어려우며 특히 複合傷病이나 중증도가 상대적으로 높은 사례들이 누락됨으로써 수가수준이 낮아지는 방향으로 작용했을 가능성이 높다는 것이다.

중증도별 기준수가 책정이나 비급여 부분에 대한 산정과정 역시, 간접적인 추정방법을 썼는데 이로 인한 수가추정의 부정확성 내지 중증도높은 환자들을 진료하는 의료기관의 구조적 손실이 예견될 수 있다는 문제점이 있다고 지적한다.

기준수가 산정시 固定費와 變動費 개념을 도입한 경우에 대해서도, 진료비 요소 중 어떠한 항목들을 각각 고정비와 변동비에 포함시켰는지 명시하지 않아 알 수 없으나 DRG별, 환례별로 이들 비율에 차이가 있을 수 있으며 특히 중증도가 높은 질환들에서는 일률적인 값을 적용하는 것이 문제가 있을 수 있다는 지적이다. 각 요소들의 분류기준을 놓고 타당성에 대해서도 논란의 여지가 있을 뿐만 아니라 역설적으로 지불의 정확성을 떨어뜨릴 수 있다는 측면에서 재고할 필요가 있다는 것이다. 그 외에도 동일 질병군내에서 중증도간 진료비 또는 재원일수가 역전되는 문제가 발생하고 있으며 그 동안 일부 보완이 되었음에도 여전히 상존하고 있어 산정모형에 대한 신뢰성에 의문을 제기하고 있다. 최근 일부 문제사례에 대해 재원일수만을 임시적으로 조정할 바 있는데 이는 지나치게 임의적이고 彌縫的인 조치라고 할 수 있으며 산정모형에 대한 근본적인 검토가 필요하다고 주장하고 있다.

위의 비판에 대해 시범사업의 운영 및 평가를 담당할 측에서는 중별 가산율 적용에 대해서는 향후 보완되어야 할 사항으로 지적한 바

있다. 그러나, 시범사업 수가가 불충분한 수의 의료기관 자료를 이용하여 산정되지 않았다는 지적에 대해 다음과 같이 반론을 제기하고 있다. 示範事業 대상 DRG의 수가는 첫째 연세대학교 연구팀의 의료수가 상대가치 연구(RBRVS) 결과가 이용 가능하지 않아 2개 종합전문요양기관(3차기관)의 원가 및 진료내역 조사자료를 이용해 산정하였으나 RBRVS 연구 결과가 이용 가능해진 1997년 후반에 RBRVS 연구 대상 의료기관의 진료내역 자료 및 원가분석에 근거한 환산지수를 이용하여 DRG수가의 재점검 작업이 이루어졌으며, 이에 따라 필요한 부분의 수가가 조정되었다(충수절제술 수가 인상 등)는 것이다.

이후 23개 의료기관의 診療內譯 조사자료와 RBRVS 원가를 기반으로 수가가 관리되고 있어 시범사업의 수가가 1개 병원 원가분석 자료를 근간으로 한다거나, RBRVS 연구 결과 지적된 행위수가가 원가의 64% 밖에 보상하지 못하고 있는 문제점이 시범사업 DRG 수가에도 내재되어 있다는 비판은 옳지 못한 지적이라는 설명이다. 시범사업 DRG 수가 決定模型에 따르면 시범사업 수가는 원가에 추가 10% 운영 마진을 보상하도록 설정되었으므로 행위별 수가에서의 물가 인상 요인이 아닌 원가 보상이 미흡한 부분을 채우기 위한 수가인상이나 수가조정은 현재 DRG 수가수준이 이미 원가에 적정이윤(10%)이 추가 보상되어 산정된 것이므로 DRG 수가 조정의 원인이 되지 않는 것이 타당한 것으로 보면 될 것이라고 주장하고 있다. 시범사업의 운영 및 평가를 담당할 측에서는 현재 시범사업 수가수준과 관련하여 지적될 수 있는 문제점은 RBRVS 연구결과나 示範事業 評價結果 등이 반영된 수가 적정성 검증에서 인상 요인이 있으면 이것이 즉각 반영되고 있으나, 인하 요인이 있을 때는 정치적 이유 등으로 이를 적시에 적절히 반영하지 못하고 수가가 下方 硬直性을 띄고있고 이것이 누적될

수 있다는 점을 지적하고 있다(한국보건산업진흥원, 2000)

#### 4. DRG 支拂制度 示範事業 評價結果에 관한 主要 爭點

##### 가. 示範事業 運營主體의 評價結果

우리 나라 DRG 지불제도 시범사업 대상 요양기관을 구조화된 진료비 관련 조사표, 의무기록조사 및 설문지 등에 의해 획득한 자료와 健康保險審査評價院의 청구·지급 및 모니터링 결과 자료 등 그간의 시범사업 운영 관련 자료를 근간으로 제1, 2, 3차 시범사업 마다 그 결과가 평가되었는데 그 결과를 요약하면 다음과 같다.(한국보건의료관리연구원, 1998; 한국보건산업진흥원, 1999, 2000; 서울대 의과대학 의료관리학 교실, 2000)

醫療提供行態 변화 측면에서 보면, 시범사업 참여 후 재원일수 단축(5.7%), 항생제 사용액의 현격한 감소(29.0%) 등 의료서비스 제공량이 평균 8.2% 감소되었다고 보고되고 있다. 대부분의 검사에서 시범사업 시행 후 입원 전 외래에서의 검사횟수가 증가하고 입원 기간 중 시행한 검사횟수는 감소한 것으로 분석되었다.

진료비 변화 측면에서 보면, DRG 수가 수준은 行爲別酬價로 계산된 총진료비 보다 평균 23.9% 높은 수준이었다. DRG 진료비 수준은 증가되고 평균 재원일수 및 의료서비스 제공량은 감소됨으로써 병원들의 실질 수익은 현행의 행위별수가제에서보다 높아진 것으로 평가되었다. 환자본인부담은 평균적으로 시범사업 시행 후에 약 25% 낮아진 것으로 나타났으나, 보험자 부담은 시범사업 후에 약 26% 증가한 것으로 분석되었다.

DRG 지불제도 도입과 관련된 波及效果 중 가장 우려되고 있는 의료의 질 저하 문제는 의무기록지 조사와 의료의 질 변화를 대표하는 지표들의 검증 결과 즉, 시범사업 전후 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 문제되지 않았던 것으로 분석되었다. 오히려 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 보여주었다고 평가되었다.

청구 진료비 지급기간은 평균 6일로 현저히 단축되었고 의료기관의 청구 업무량이 대폭 감소되고, 보험자의 심사업무는 모니터링 업무로 대체 되어 簡素化되었다고 보고되었다. 환자와 의료기관의 진료비에 대한 마찰·민원 등이 줄어들고 진료비에 대한 환자의 신뢰가 증가되었다고 평가보고서는 지적하고 있다.

#### 나. 一部 學界 및 醫療界의 評價結果

DRG 지불제도의 도입은 의료공급자의 효율적인 의료행위를 유도하여 궁극적으로 의료비절감을 꾀하며 진료비 청구를 간소화하는 동시에 의료인과 보험자간의 마찰 및 診療自律權 시비를 줄일 수 있을 것으로 기대되었다. 시범사업 평가에 이의를 제기하는 일부 학계 및 의료계에서는 보건산업진흥원에서 수행한 2개년의 시범사업 평가 결과는 이러한 목적들이 무리없이 달성되었다고 보고하고 있으나 평가결과를 세부적으로 보면 낙관적으로 평가하기엔 미흡한 점이 있음을 지

적하고 있다. 이를 각 항목별로 정리해 보면 다음과 같다.

#### 1) 醫療費 節減效果 評價

醫療費 節減效果를 시사하는 지표로서 의료서비스 제공량과 재원일수 감소를 들고 있으며 1차년도 평가결과에 따르면 시범사업 실시전 후로 진료비는 10.3%, 재원일수는 10.2% 감소하였다. 그러나 이러한 감소를 DRG 지불제도의 효과라고 설명하기에는 제한점이 많다는 지적이다. 의료보험 통계자료를 참고하면 최근 수년동안 여러 가지 요인에 의해 질병별 건당 재원기간이 꾸준히 감소추세에 있음을 알 수 있다는 것이다. 시범사업에 해당하는 질환들 역시, 전년도 대비 시범사업 시기의 평균 감소율은 대략 5%수준으로서 示範事業期間의 재원일수 감소는 전체 의료계의 변화폭을 감안할 때 감소효과가 과장된 측면이 있다는 설명이다. 이러한 심증은 동일시기 시범사업 참여병원과 미참여 병원간 비교에서 오히려 시범사업 병원군의 在院日數가 길었던 결과에 의해 강력하게 지지되며 이상의 논의를 감안할 때, 비교방법이 정밀하지 않아 시범사업을 통해 진료량과 재원일수가 감소했다고 결론을 내리기에는 성급하다는 주장이다.

또한 2차년도의 결과와 비교하면 진료비는 1.9%, 재원일수는 4.6% 감소함으로써 감소폭이 鈍化되었다. 이러한 결과에 대해서는 2가지 추론이 가능한 바, 1차년도 시범사업에 가입한 의료기관의 제도에 대한 대응이 시간적 경과에 따라 이완되었을 가능성과 2차년도에는 1차년도에 비해 규모가 큰 의료기관들이 많이 참여하면서 대상 기관의 구조적 특성에 기인하였을 가능성이 그것이라는 것이다. 전자의 경우라면 DRG 지불제도에 따른 효과는 持續的이라기보다 상당히 일회성

일 가능성이 있으며 이러한 문제에 대한 지적은 이미 미국에서도 누차 지적된 바 있다는 것이다. 즉, 제도 도입초기에는 의료기관들이 긴장을 갖고 대응한 관계로 재원일수 감소폭이 컸으나 시간이 경과하면서 점차 재원일수 감소폭이 둔화되고 진료비도 제도가 적용되지 않는 부분으로 전환되면서 總診療費 절감에 실패했다는 평가가 최근 들어 꾸준히 제기되고 있다는 지적이다.

후자의 경우에는 의료기관 규모가 커질수록 상대적으로 다양한 중증도의 환자들이 포함되어 실제적으로 制度的 誘引에 반응할 수 있는 재원일수나 진료비의 절감폭은 상당히 한계적인 부분일 수밖에 없으며 이 역시 DRG 지불제도가 전국적으로 확대될 경우 실제 시범사업 효과보다 낮아질 가능성을 시사한다고 주장한다. 결론적으로 1차, 2차 시범사업 결과만으로는 전국 확대시 DRG지불제도로 인한 비용절감 효과를 낙관하기에는 懷疑的이라고 할 수 있으며 객관적인 평가를 내리기 위해선 좀더 충분한 기간의 추적과 심층적 자료에 대한 검토가 필요하다는 것을 주장하고 있다.

## 2) 醫療서비스의 質

DRG 지불제도의 시행에 보수적인 일부 학계와 의료계에서는 의료서비스 질에 대한 평가로서 항생제 使用行態와 검사횟수 및 미시행률을 조사하였는데 1차년도 결과, 항생제 사용기간의 경우 사업참여 전후 비교시 소폭 감소하였으나 비참여 병원간 차이가 없어 역시, 전반적인 의료계 변화를 고려할 때 행태의 변화가 있었다고 설명하기엔 制限的인 것으로 평가된다고 지적하고 있다. 또한 1차년도와 2차년도의 결과를 비교할 때 감소폭 역시 둔화하였으며 그 이유는 앞서 재원기

간에서 설명한 것과 같은 맥락으로 推論해 볼 수 있다는 것이다.

항생제 비용의 변화를 살펴보면 시범사업 전후로 감소하였고 전반적으로 비참여 병원보다도 낮았는데 이는 주로 주사항생제, 특히 2차 항생제의 감소에서 비롯된 것으로 추측하고 있다. 항생제 비용의 감소는 고가의 항생제를 줄임으로써 費用節減에 기여한 것으로 평가할 수 있으나 의료비용의 절감이 환자의 진료결과를 손상시키지 않는다는 전제하에서 합리화될 수 있다고 볼 때, 이들 주사항생제의 감소가 향후 수술후 감염 및 환자 진료결과에 어떠한 영향을 미칠 것인지에 대해서 신중하고도 長期的인 판단이 필요하다는 주장이다. 즉, 실제로 사용해야 할 환자에게 적절한 약제가 투입되지 못함으로써 초래되는 비용이 충분히 고려되어야 한다는 것이다.

검사횟수의 변화를 보면 1차년도에는 검사에 따라 일관성 있는 결과를 보이지 않았으며 2차 평가에서는 종합병원급 이상에서 감소를 보이고 있으나 이러한 결과 역시, 언급한 바와 같이 진료의 질을 저하시키지 않는 전제하에서 평가되어야 하며 이를 평가할 수 있는 지표가 합병증과 필수 검사의 미실시율이라고 할 수 있다고 우려한다. 2차년도의 합병증 발생률 결과를 보면 의료기관별, DRG별로 상이한 결과를 보이고 있는데 이는 否定的인 지표이기 때문에 보수적으로 평가한다면 DRG 지불제도로 인해 합병증이 늘어났을 가능성을 배제하기 어렵다고 판단하고 있다. 필수검사의 未施行率 역시 기관별, DRG별로 차이가 있으나 전반적으로 현실화하고 있음을 알 수 있으며 진료결과에 영향을 주지 않는 수준에서 비용절감을 꾀해야 하는 전제가 毀損될 가능성이 높음을 시사하는 결과라는 것이다.

이러한 결과들은 재정적 동기에 부응하기 위해서 서비스 질이 저하될 수 있다는 DRG 지불제도의 부정적 측면이 가시화 될 수 있음을

의미하며 다음 2가지 국내 여건을 고려할 때 매우 우려스러운 결과를 초래할 수 있다고 주장한다. 우선 국내 병원들의 의료의 질 관리 수준이나 통계자료는 매우 초보적인 수준인데 질 관리 능력이란 하루아침에 형성되지 않고 질관리 인력풀과 전문적인 노하우의 축적을 전제로 한다는 측면에서 제도로서 이를 촉진한다고 할지라도 상당기간 동안은 질적 문제로 의료기관과 환자 모두 원치 않는 비용을 치를 수 있다는 지적이다. 이는 저수가로 인해 薄利多賣형의 서비스 질 저하가 초래되고 있는 국내 의료계의 고질적인 문제를, DRG지불제도를 통해 악화시키는 결과를 초래하지 않을까 우려되는 측면이기도 하다. 둘째, 점차 의료분쟁이 증가하고 있음에도 불구하고 의료분쟁 조정법 등 의료분쟁에 대한 사회적 안전망이 구축되지 않는 상태에서 서비스 질 저하로 인한 의료사고의 증가와 이로 인한 분쟁비용의 증가는 중증도 높은 환자를 기피하게 하거나 또 다른 社會費用을 증가시키는 결과를 초래할 수 있다는 설명이다.

### 3) 醫療供給者 側面에서의 評價

DRG 지불제도의 급격한 시행에 반대하는 일각에서는 DRG 지불제도가 의료공급자에게 미칠 수 있는 영향으로서 가장 중요한 문제는 DRG 수가수준에 따른 병원경영수지의 변화라는 것을 지적한다. 시범사업 평가시 중증도 0에 해당하는 DRG에 대해 급여진료비를 行爲別 酬價基準으로 비교한 결과에 의하면 1차년도엔 15.4%, 2차년도엔 10.6% 증가한 것으로 보고된 바 있다. 그러나 이러한 평가에 대해서 평가대상이 상대적으로 중증도가 낮은 DRG군에 국한되어 있기 때문에 앞서 중증도별 수가수준의 문제를 고려할 때 상대적으로 중증도가

높은 DRG군의 기준수가 저평가되었을 가능성이 있고 결과적으로 중증도가 높은 환자들을 진료하는 의료기관의 경우 수입증가폭은 낮아질 가능성이 높다고 주장한다.

1차년도와 비교하여 2차년도에 DRG수와 행위별 수가 기준 진료비 차이가 감소하였는데 2차년도에 相對적으로 규모가 큰 의료기관들이 많이 참여했다는 사실을 감안한다면 앞서 지적한 가능성이 매우 높을 수 있음을 지적한다.

DRG 지불제도 시행에 保守的인 태도를 취하는 측에서는 무엇보다도 DRG 시범사업에 참여한 기관들은 참여하지 않은 기관들에 비해 환자특성을 포함하여 재정적으로 유리한 조건의 의료기관들이 포함되었을 수 있으며 이러한 결과는 전국적으로 확대시 시범사업 평가보다는 부정적인 측면의 결과가 발생할 가능성이 높다는 점에서 신중한 판단 요구된다고 주장하고 있다.

또한 이들은 DRG 지불제도의 前提條件으로서 적정 수가수준의 보장이 필수적이라고 주장하는데 이는 다음과 같은 논거에 기초한다. 첫째, DRG 지불제도하에서는 비용발생에 대한 위험을 의료기관에게 轉嫁시키기 때문에 적정수가가 보장되지 않으면 질저하나 환자기피 등 부작용이 나타날 가능성이 높고 정부 역시 이를 억제하거나 의료기관의 행태를 통제할 명분이 약해진다는 것이다. 둘째, DRG 지불제도는 행위별 수가제보다 통제단위가 넓고 강력하기 때문에 의료기관의 수익증대 기전의 여지가 상대적으로 적고 確率的인 개념에 의해 지불되기 때문에 발생행위에 대해서는 모두 보상해주는 행위별 수가제에 비해 충분한 이윤폭을 인정해주지 않으면 제도적인 요인으로 인해 경영악화를 초래할 수 있다는 설명이다.

이런 측면에서 DRG수가 수준의 적정성을 행위별 수가와 비교하는

것은 적절한 비교가 아닐 수 있다고 주장한다. 현행 행위별 수가는 適正原價의 64% 수준에 불과한 것으로 평가된 바 있으며(연세대 보건정책연구소, 1997) 이러한 구조적 문제점 때문에 진료량을 늘리고 비급여나 약·재료대 마진으로 의료기관을 유지해온 것이 그 동안의慣行이었다고 할 때 DRG수가수준의 적절성은 적정 원가수준과 비교하여 평가되는 것이 옳다고 설명이다.

보수적 태도를 취하는 측에서는 일부 3차 의료기관을 대상으로 한 實證的인 분석결과 DRG종류에 따라 차이는 있으나 행위별수가보다 9.07%, 원가에 비해서는 18.50~23.35% 낮은 것으로 분석된 바 있으며 행위별 수가수준과 비교해도 결코 높지 않다는 견해를 개선하고 있다. 더구나 행위별 수가제하의 비현실적인 수준을 개선하기 위한 목적으로 DRG 지불제도를 도입한다면 적정원가 수준과 비교하여 평가되어야 할 것이며 이러한 기준에 비출 경우 제대로 책정되어졌다고 보기 어렵다는 것이다. 행위별수가제 하에서 관행적으로 이루어지던 任意非給與行爲가 DRG 지불제도하에서는 불가능하다고 할 때 이에 대한 감소분까지 고려한다면 의료기관의 실제 경영수지에 대한 영향도 낙관적으로 보기 어려운 수준이라는 것이다. 실제 시범사업에 참여한 의료기관의 주관적 평가에 따르면 응답기관의 85%가 행위별수가와 유사하거나 낮다고 應答하여 시범사업 추진팀의 평가와는 다른 결과를 보여주었다는 결과를 제시하며 DRG 수가수준에 대해선 신뢰성있는 자료확보를 통해 추가적인 검증이 있어야 할 것이라고 주장하고 있다.

이들은 DRG 수가수준의 적정성을 논하는데 있어 고려해야 할 사항은 保險財政의 문제임을 지적하고 있다. 현재 시범사업은 비급여 부분을 보험자가 부담하게 됨으로써 환자 부담분은 감소한 반면 보험자

부담분이 증가하였으며 이를 전국적으로 확대할 경우 보험자부담분은 급격하게 증가할 것으로 예상된다. 그리고 현재 시범사업 대상질환은 상대적으로 단순하여 診療量 변동폭이 크지 않기 때문에 의료공급자의 행태조정을 통한 의료비절감효과 역시 큰 기대를 하기 어렵다고 판단되며 결과적으로 비급여 부분의 급여화를 통해 보험재정에 또다른 부담으로 작용하게 될 것이라는 것이다. 따라서 이러한 상황을 감안한 보험재정의 확보없이는 적정수가 보장은 宣稱에 그칠 가능성이 높고 향후 DRG 수가수준의 합리적 조정에 회의를 갖는 의료계의 불신을 해소하기 어려울 것이라는 주장이다.

DRG 지불제도에 대한 보수주의자들은 DRG 지지자들이 진료비 청구의 효율성 증대와 請求審査過程에서 보험자와의 마찰 감소 및 진료자율권 확보를 의료공급자 측면에서 긍정적인 효과로 기대하는 사항이라고 제시한 바를 지적한다. 그러나 시범사업 결과, 청구의 간편성과 진료비 지급기간 단축이 이루어진 것으로 평가하고 있는데, 이에 대해서도 일선 실무자들의 의견에 의하면 모니터링을 위한 자료준비 업무가 청구시간 단축을 相殺하고 있고 시범대상 DRG가 상대적으로 단순질환으로서 행위별 수가제하에서도 업무량이 크지 않았던 질환들이라 실제 업무량 차이가 없는 것으로 보고하였다는 점을 지적하고 있다.

공급자와 보험자간 마찰감소 및 診療自律權의 문제에 대해서도 비판을 제기하고 있는데 행위별 심사에 대한 마찰대신에 해당 DRG코딩에 대해 의무기록상 코딩과는 따로 보험자가 인정하는 지침이 추가적으로 제시되면서 코딩이나 진료내용의 인정에 대한 마찰이 역시 재연되고 있다는 점에서 보험자와 의료공급자간의 갈등은 DRG 지불제도 하에서도 여전한 것으로 주장하고 있다.

## 4) 患者側面에서의 評價

현재 시범사업에선 양질의 서비스에 대한 환자의 요구를 제한하지 않는다는 측면에서 5개 비급여항목들이 인정되고 있다. 그러나 일부 학계 및 의료계에서는 그 외에도 환자의 便益을 높일 수 있음에도 불구하고 사회보험의 원칙상 보험자가 부담하기 어려운 항목들에 대해서는 추가적인 인정이 불가피한데 이에 대한 적용이 지나치게 경직되어 있다는 비판을 제기하고 있다. DRG 지불제도 운영 및 평가주체는 해당 DRG와 관련된 비급여 행위가 모두 DRG수가에 반영되어 있기 때문에 原則적으로 추가적인 환자부담이 불필요하다는 입장이지만 비급여 행위가 병원마다 다르고 해당 질환과 관련된 비급여 행위의 범위를 정하기가 어려운 상황에서 실제 DRG 수가에 어떠한 비급여 행위가 포함되어 算定 되었는지 명시적인 기준이 없기 때문에 이에 대한 불만과 불신이 가장 빈번하게 제기되고 있다는 주장이다.

그 외에도 이들은 내시경이나 고가의 레이저, 환자의 편익을 높일 수 있는 기술들이나 재료에 대해 인정받을 수 없게 됨에 따라 환자들이 本人負擔을 통해서라도 의학기술 발전의 혜택을 누릴 수 있는 기회가 상실되고 있어 이에 대한 보완이 필요하다고 주장한다. 또한 의료기관과 환자와의 갈등, 또는 환자의 주된 민원으로 야기되고 있는 문제로서 입원 또는 수술하는 과정에서 해당 질병과 관련이 없지만 진단받거나 치료받고 싶어하는 건강상의 문제를 해결해주지 못하는 문제가 발생할 수 있음을 우려한다. 이는 국내 社會·文化的 특성과 관련된 문제로서 의료기관의 입장에서는 여러 질환이 동반될수록 수익성이 낮아지기 때문에 이를 기피할 가능성이 높고 이로 인한 환자의 불편과 금전적, 비금전적 비용이 추가될 수 있어 현실적인 보완책

이 필요하다는 것이다. 추가적으로 DRG 지불제도에 대한 환자의 이해부족으로 민원을 제기하는 경우가 많은 점도 의료기관에서 애로사항으로 지적하고 있어 이 제도에 대한 충분한 홍보의 시간이 필요하다는 점을 지적하고 있다.

#### 5) 示範事業 評價結果에 대한 論難

DRG 지불제도에 대해 保守的인 입장을 취하는 측에서는 평가주체의 중립성과 자료의 미공개로 결과가 왜곡되었을 가능성을 지적하고 있다. 즉, 1997년부터 3개년간 실시된 示範事業 결과에 대한 평가는 DRG 지불제도 도입의 타당성을 결정짓는 중요한 정보가 될 수 있으나 시범사업 평가결과에 대해서도 앞서 검토한 바 있듯이 현재 다양한 이견들이 제시되고 있어 제도 효과에 대해 일관된 결론을 도출하기는 어려운 실정이라는 것이다.

이들은 시범사업 評價結果중 제도도입의 타당성과 직결된 부분은 제도효과에 대한 평가라고 지적하며 DRG 지불제도를 통해 기대하는 효과는 대체로 진료량과 재원일수 감소를 통한 진료비 절감효과라고 할 수 있으며 이러한 결과는 의료서비스 질을 저하시키지 않는다는 전제하에서 合理化될 수 있다고 주장한다.

그리고 DRG 개발팀은 3개년 동안 입원서비스 제공량과 재원일수가 일관되게 감소함으로써 입원진료비가 감소하였으며 질에 대한 문제는 의미있게 나타나지 않았다고 평가하고 있으나 이러한 평가결과에 대해서 방법론적인 문제, 효과크기에 대한 이견, 질평가지표에 대한 논란 등 결과에 대한 是非가 제기되고 있다고 지적한다. 즉, 평가주체의 중립성에 대한 문제와 평가에 사용된 원자료의 미공개 문제는 의도하

지 않았더라도 평가과정에 대한 불신을 초래하고 있는 실정이라는 것이다.

또한 그들은 일반적으로 정책평가에 있어 중요하게 견지해야 할 관점으로서 肯定的 효과는 가능한 최소값을 파악하고 부정적 효과는 가능한 최대값에 관심을 갖는 보수적 접근이 정책의 안정적 집행을 위해 바람직하다고 할 때, DRG 지불제도 평가결과는 도입의 타당성을 既定事實화하고 진행하기에 여러 측면에서 미흡한 것이 사실임을 주장하고 있다. 따라서 좀더 지속적으로 평가결과를 모니터링하면서, 제기되는 다양한 문제점에 대한 深層的인 검토가 필요하다고 역설한다.

아울러 그들은 부정적 효과로서 예상되는 문제점들에 대해서는 좀더 신뢰성있는 자료들을 확보하여 재분석해볼 필요가 있으므로 아울러 축적된 시범사업 평가자료는 현재로서는 DRG 지불제도를 평가할 수 있는 유일한 자료이기 때문에 여러 연구자들에게 공개함으로써 다양한 관점에서 분석평가하고 예견되는 문제점 토의와 제도보완에 필요한 정보를 제공받는 轉向的 접근이 이루어지기를 기대하고 있다.

## V. 結 論

정부에서는 의료비 상승, 의료제공 행태의 왜곡, 청구심사에 따른 행정업무 과중과 보험자와 의료인간의 마찰 등 행위별 수가제가 가지는 문제를 해결하기 위해 그 동안 DRG 지불제도 도입을 추진해 왔다. 일부 疾病群에 대해서 3년 이상에 걸친 시범사업과 평가사업을 실시하였으며 이들 결과를 바탕으로 2001년 1월부터 DRG 지불제도 실시를 계획하였다. 그러나 의약분업 관련 의정대화 중 DRG 지불제도의 문제점이 강력히 제기됨에 따라 정부는 동 제도의 본격시행은 의료계와 충분한 협의를 거쳐 구체적인 사업 실시방안과 도입시기 등을 검토결정하되, 당분간은 시범사업형태로 추진할 것으로 발표하였다(대한병원협회, 2000).

지금까지 본 연구에서는 DRG 지불제도의 개념과 장·단점 그리고 개선방안을 도출하기 위해, 외국의 적용현황, 동 제도 도입의 효과와 시범사업평가와 관련된 주요 爭點들을 살펴보았다. 이제 DRG 지불제도의 본격시행이 연기된 현재 시점에서 정부, 학계 및 보건의료계는 가 ‘우리 나라 보건의료제공체계의 특수성에 대한 측면’과 ‘DRG 지불제도 시범사업 운영 및 평가라는 측면’에서 동 제도를 조망해야 할 것으로 보인다.

먼저 DRG 지불제도의 시행을 위해서는 우리 나라 보건의료제공체계의 특수성에 대해 충분한 고려가 있어야 한다. 의료공급의 민간의존도가 높은 국가에서는 DRG 지불제도를 도입하는 경우 목표효과에

비해 오히려 부작용이 클 수 있음을 감안하여 도입방법과 제도설계에 특별히 신중을 기해야 한다. 부작용의 가능성은 경제주체의 목표가 이윤추구 또는 효용추구라는 매우 당연한 경제원리와 깊은 관련이 있다. 민간병원은 속성상 이윤극대화를 추구할 수밖에 없는 경제주체인 데 이에 대해 정부가 실질적으로 그리고 명분상 효과적인 통제력을 가하기에는 어려울 것이다. 예로서, 궁극적으로 이윤극대화를 추구하는 성향이 강한 민간병원이 DRG 지불제도가 적용되는 영역에서는 과소진료, 진단명 고등급화 기재(DRG creep), 진단명 분리(unbundling) 등을 행하고, 이 제도가 시행되지 않는 소위 행위별수가제 영역에서는 과잉진료 및 검사를 행함으로써 양 지불제도의 허점을 이용할 경우 정부와 보험자가 그 현상을 파악하고 이를 제재하기에는 너무나 많은 감시비용이 필요할 수 있다. 특히 酬價契約制가 문자 그대로 시행되어 정부 또는 보험자와 보건의료단체가 계약을 통해 수가를 결정하게 된다면, 의료공급의 獨占力을 가지고 있는 의료제공자의 요구를 정부가 방어할 기전이 미흡할 것이다. 이런 경우 DRG 지불제도 시행이라는 외적 명분을 정부가 얻을 수 있을 지는 모르나 실질적으로 목표했던 성과는 얻지 못한 채 단지 의료의 질은 저하되고 보험수가는 초기 유인제공으로 인해 그리고 수가계약과정에 있어 의료공급독점력으로 인한 주기적 상승을 반복하고 정부나 보험자의 관리비용은 증가하여 결국 비용효과적으로 실패한 제도가 될 가능성이 있다.

이러한 부작용을 고려해서인지 DRG 지불제도는 민간보다는 공공의 존도가 높은 국가에서 주로 시행되는 경향을 보이고 있다. 공공병원 예산책정 참고자료 또는 진료비지불의 목적으로 DRG 제도를 실시하고 있는 주요 국가 중 공공병원의 비중은 병상수 기준으로 영국이 96%, 프랑스가 70%, 호주가 70%, 캐나다가 70%, 그리고 미국이 33%

인 데 미국을 제외하고는 공공병원의 비중이 병상수 기준으로 70%가 넘는 공공의료제공체계를 위주로 한 국가들이다. 민간의존도가 높은 미국의 경우 1983년부터 메디케어에서 DRG 지불제도가 시행되고 있으나 점차로 메디케어나 메디케이드에서 조차도 HMO류의 민간보험 조직에서 시행되고 있는 관리의료의 人頭制(capitation)의 적용이 활발해 지고 있다. 다시 말해서, 공적의료보장에는 DRG 지불체계뿐 아니라 인두제도 시행되고 있고 후자의 점유율은 1999년 6월 기준으로 메디케어 수혜자의 17.7%, 메디케이드 수혜자의 55.59%에 이르고 있다. 이를 통해 볼 때 병상수 기준 공공의료기관 비율이 16%에도 미치지 못하는, 극도로 높은 民間醫療 依存性을 갖고 있는 우리 나라에서 DRG 지불제도가 진료비 지불보상제도의 문제를 해결하는 유일한 대안인 양 지나치게 강조되는 것에 경계를 할 필요가 있으며 一時的 시행보다는 충분한 검토후 제도의 전환과정을 지켜보고 최선의 대안을 강구해 나갈 필요가 있다. 이에 우리 나라보다는 높지만 대부분의 선진국에 비해 의료의 공공의존도가 턱없이 낮은 일본(병상수 기준 공공의료기관 비율: 23.8%)에서는 제도변혁에 보다 신중을 기하고 일부 공공병원에 대해서만 시범적으로 DRG 제도를 운영하고 있으며, 이를 전국국가적으로 시행하거나 민간병원에 확대실시하는 방안에 대해선 신중하게 접근하는 것을 원칙으로 하여 단기적으로는 동 제도의 시행을 고려하지 않은 점도 참고할 필요가 있다. 일본은 일부 공공병원에서의 시범사업결과를 평가하였을 때 재원기간 감소나 진료비 감소 등에서 별다른 차이가 없는 것으로 보고되어 DRG 제도 도입에 있어서 한국의 현황을 주시하는 등 觀望姿勢를 보이고 있다. 또한 대부분의 DRG 체계 활용국가는 DRG 체계를 병원관리 도구, 의료서비스 제공과 관련된 통계자료로 활용하고 있으며, 일부 지불제도로 활용하고

있는 미국, 호주와 캐나다는 DRG 구분에 따른 의료비 자료를 예산 책정시 다른 기준지표와 함께 참고자료로 사용하고 있다.

이러한 점을 고려할 때 의료의 공공의존도가 극히 낮은 우리 나라에서 DRG 지불제도 시행의 부작용을 줄이고 의도하는 政策效果를 달성하기 위하여 정비 또는 구비되어야 할 점은 다음과 같다고 할 수 있겠다.

첫째, DRG 지불제도 도입은 전체 의료보험 수가체계 개혁의 틀 속에서 신중히 검토되어야 하며 현행 행위별수가체계의 제반 문제점들을 정비하면서 단계적으로 DRG 지불제도 도입을 검토하는 것이 타당할 것이다. 단계적 방안은 공공병원을 중심으로 하여 민간병원으로 이양하는 방법과 DRG 지불제도 이외에도 여러 가지 대안을 검토하여 민간병원이 인센티브를 갖고 選擇적으로 이행하도록 유도하는 방법이 있을 것이다. 酬價契約制의 실시이유가 의료공급자와 의료수요자의 합리적 대화를 통해 관련 정책의 결정과정을 거치자는 것이고 이러한 취지가 제도의 변혁에도 적용되어야 한다는 의견에 정부, 보험자, 보건의료공급자가 모두 동의한다면, 정부의 일방적·강제적 실시는 그 설득력을 잃게 되고 갈등만을 양산하여 의료공급체계에 문제가 惹起될 수도 있다.

둘째, 우리 나라 현실에 보다 부합할 수 있도록 DRG 분류체계 및 전산프로그램이 재정비되어야 하며 임상전문가들의 공식적인 검증과정과 의견이 충분히 수렴되어야 하는 것이 필요하다. 또한 수가산정과정의 합리성을 제고하기 위하여 수가산정 자료의 대표성 확보, 원가를 정확히 반영하는 수가 산정방식을 개발할 필요가 있다. 그리고 DRG 수가가 원가의 변동에 의해 週期的으로 투명하게 자동조절될 수 있는 DRG 酬價算定시스템(예: Medical Economic Index)을 정부, 보험

자, 보건의료공급자, 학계가 모두 참여하여 개발하고 이를 상호인정함으로써 수가산정시에 발생하는 낭비적인 조정과정을 생략할 필요가 있다.

셋째, 국내 질 관리 능력향상을 위하여 건강보험심사평가원의 평가기능 정립방안, 질 향상을 위한 기법개발 및 서비스 질 평가를 위한 정보생산 인프라구축 지원방안(연구지원 및 지원여건 조성) 등이 보건의료공급자 단체와의 협조하에 具體적으로 마련되어야 한다. 특히 심사평가원의 질 평가시스템과는 별도로 의료기관대표, 관련 학계, 소비자대표가 자발적으로 참여하는 醫療機關信任機構를 구성하여 각 의료공급자의 의료의 질을 평가하고 평가결과를 해당 의료공급자에게 제공함으로써 각 의료제공자가 이 정보를 의료의 질 개선에 적극적으로 활용할 수 있도록 하고 필요에 따라 보건의료기관을 종별·규모별로 구분하여 특정 질환에 대한 평가결과를 군별로 또는 개별적으로 等級化하여 공표함으로써 의료의 질에 대한 정보를 소비자가 얻고 의료기관을 취사선택하도록 하여 의료의 질에 대한 건전한 경쟁이 촉발되도록 하여야 한다.

넷째, 병원이 退院管理師(discharge manager)를 고용하도록 지원함으로써 퇴원환자가 가정간호나 요양기관 또는 재활시설 등 다양한 시설을 이용하여 연속적인 치료와 재활서비스를 받도록 하여야 한다. 이를 위해서는 물론 中間施設을 擴充할 수 있는 정책적 지원방안이 구체적으로 마련될 필요가 있다.

다음으로 DRG 지불제도의 본격시행이 연기된 현재 동 제도의 시행을 위해서 조망되어야 할 시각은 ‘DRG 지불제도 시범사업 운영 및 평가라는 측면’이다. DRG 지불제도의 전격 시행을 반대하는 학계나

의료계의 주장은 기본적으로 DRG 지불제도 시범사업의 기획과 운영, 그리고 평가과정에서 이들이 충분히 참여할 수 없는 상황이었다는 것에서 출발한다고 볼 수 있다. DRG 지불제도의 평가결과에 회의적인 입장을 보이는 측에서는 DRG 지불체계의 구성과 DRG 수가의 책정에 관련 학계와 의료계의 대표가 공식적으로 참여하지 않았으며, 시범사업의 기획, 운영 및 평가과정도 공개되지 않았으므로 그 결과를 신뢰할 수 없다는 것이다.

또한 처음부터 이 제도 도입을 주장하고 제도의 기본 틀을 고안한 측에서 시범사업을 운영하고 原資料를 공개하지 않은 채로 동 제도를 평가하여 발표한 것은 제도의 장단점에 대한 충분한 정보를 국민에게 제공하지 않는 처사라는 주장이다. 관련 학계나 보건의료공급자단체가 공식적으로 시범사업의 원자료의 제공을 요구하였음에도 불구하고 만일 시행주체가 이를 제공하지 않고 자체 평가에 근거한 결과만을 제시하였다면 그리고 향후 진행될 시범사업에도 그러한 상황이 제시된다면 이는 본 지불제도의 추진에 장애물로 작용할 가능성이 크다. 따라서 관련 학계나 보건의료공급자단체는 공식적으로 시범사업과 관련된 자료(원자료 및 2차 자료)를 요청하고 시행주체는 이를 요청단체에 공개하여 이를 토대로 다양한 측면으로 효과와 부작용들이 綿密하게 검토되도록 할 필요가 있다.

또한 지금까지의 시범사업 운영과 평가가 DRG 지불제도 개발팀에 의해 주도되었기 때문에 결과의 타당성과 신뢰성에 문제가 있다는 논란을 잠재우기 위해서라도 기존 연구진에 관련 학계, 보건의료공급자단체, 정부출연연구기관의 전문가가 포함된 연구진을 추가하여 이 보강된 연구진에 의해 향후 시범사업의 운영과 평가가 시행됨으로써 장

z단점이 公論化되고 합리적인 발전방안이 제시되도록 기반을 마련해야 DRG 지불제도의 시행을 위한 국민적 합의를 도출할 수 있을 것이다. 또한 정부가 DRG 지불제도를 어차피 2001. 1월 이후로 연기하고 계속 시범사업형태로 시행타당성을 검토할 것으로 발표된 바, 이제부터라도 각계각층의 전문가가 DRG 지불체계 보완, 시범사업 기획, 운영 및 평가과정에 폭넓게 참여하도록 하는 것이 동 제도의 성공적 시행에 도움을 줄 것이다.

그러나, 이 부분에 있어 명확히 잡고 나가야 할 것은 정부가 DRG 지불제도 示範事業의 기획과 운영, 그리고 평가과정에 보건의료계의 참여를 공식적으로 요청하였음에도 불구하고 보건의료계가 동 제도의 시행을 원칙적으로 반대했기 때문에 참여하지 않은 것은 아니냐하는 것이다. 이러한 일각의 주장이 만일 옳다면 보건의료계가 좀더 전향적인 태도를 가질 필요가 있다. DRG 체계가 병원관리자료나 지불제도로 시행되는 국가가 이미 다수 존재하고 정부가 그 효과성을 검토하고자 시범사업을 해보겠다는 취지를 보건의료계가 원칙적으로 반대할 명분은 매우 약하다고 할 수 있다. DRG 지불체계 도입이 불필요하게 낭비되는 醫療資源을 절약하여 보험재정을 안정화시키자는 취지인 것을 보건의료계가 굳이 반대할 이유는 없는 것이다. 그리고 3차 시범사업 및 시범사업 2차 연장 이후인 2000년 12월까지 전문요양기관 16개소, 병원 106개소 및 의원 1,035개소 모두 1,228개 기관이 시범사업에 참여하고 있다는 현실성을 보건의료단체는 간과해서는 안 된다. 다시 말해서, 이유야 어쨌든 보건의료단체가 반대하는 DRG 지불제도를 시범사업과정에서 많은 의료기관이 참여하고 있다는 사실은 제도의 취지와 수익성에서 의료기관들이 긍정적으로 보고 있는 측면도 있다는 것을 보건의료단체는 감안해야 한다는 것이다. 따라서, 정

부가 공익증대를 목적으로 DRG 지불제도와 같은 보건의료정책을 시범사업으로 시행한다고 하면 보건의료계는 그 취지를 이해하고 참여하여 장·단점을 분석한 후 그 내용을 명확하게 국민에게 공표하고 보완방안을 제시하는 자세를 가져야 할 것이다.

한편, 일각에서는 보건의료단체가 참여하여 수정·보완책을 제시한다고 해도 그 주장이 원칙적으로 받아들여질 수 없는 의사결정시스템이기 때문에 보건의료단체가 참여할 수 없었다는 이유를 제시하고 있다. 다시 말해서 이미 정책방향과 세부 시행방안이 잡혀 있는 데 참여해보았자 의견이 수렴될 수 없다는 것이다. 이에 대해 정부도 보건의료단체가 참여하지 않은 이유가 정부에 대한 불신인지 아닌지의 여부에 대해 성찰해 볼 필요가 있다. 그리고 정부도 어떤 제도를 계획에 맞춰 도입했다는 實績主義에만 너무 연연하지 말고 심각한 문제점이 도출되고 여건이 성숙되지 않았다면 비록 시범사업을 했지만 본 사업을 시행하지 않을 수도 있다는 여유를 가질 필요가 있다. 시행 그 자체에만 너무 집착한다면 당연히 보건의료단체가 정부의 의도를 신뢰하지 않아 시범사업 초기부터 참여를 거부할 수 있음을 염두에 두어야 할 것이다. 이제부터라도 정부나 보건의료단체나 공히 국민복지 증진에 최선을 다해 기여하겠다는 자세를 되새기고 이를 견지하여 제도구상에 전향적으로 협조해야 할 것으로 보인다.

끝으로, 의료비의 낭비적 요소를 줄이기 위해 정부는 DRG 지불제도와 함께 여러 가지 代案을 검토할 필요가 있다. DRG 지불제도를 1983년에 처음 메디케어에 도입한, 우리나라와 같이 민간의료 의존성이 높은 미국에서의 최근 추세는 메디케어나 메디케이드와 같은 공적의료보장에 조차 管理醫療(managed care)를 적용하여 수혜자가

HMO 등의 조직에서 의료를 제공받도록 허용함으로써 보건의료제공 시스템의 효과성 및 효율성을 공급자가 스스로 제고하도록 유인을 제공하고 있음을 고려할 필요가 있다. 또한 캐나다에서도 최근 1차 진료, 병원진료, 재활시설, 요양시설 및 가정진료를 연결하여 국민에게 連續的인 의료서비스(continuum of care)를 제공함으로써 의료체계를 효율화하고 의료비를 절감시킬 수 있는 방안으로 통합의료체계(integrated delivery system)를 도입을 적극적으로 검토하고 있다.

전국민의료보험하 통합의료체계 운영방안의 기본 骨格을 설명하면 다음과 같다. 첫째로, 보험자가 보건의료서비스를 통합적으로 공급하는 건강관리단체의 설립기준과 기본 급여서비스 기준을 마련하고 이 기준에 부응하는 건강관리단체와 人頭制 方式의 수가계약을 체결한다 그리고 건강관리단체에 가입하고 있지 않은 의료기관은 예전의 방식대로 의료서비스를 공급하고 진료비를 환급받는다. 둘째로, 건강관리단체는 동 단체가 공급할 기본 급여서비스와 기타 부가서비스 범위를 국민들에게 弘報하고 동 단체를 통해 계약기간(예: 1년)동안 의료서비스를 제공받기를 원하는 대상을 모집한다. 셋째로, 건강관리단체는 의료이용자당 수가를 받고 계약기간동안 의료이용자에게 의료서비스를 제공하며 진료실적과 의료의 질 평가와 관련한 자료를 보험자에게 제출한다. 넷째로, 보험자는 건강관리단체가 제출한 자료와 자체 평가자료를 참고로 하여 건강관리단체가 의료이용자에게 제공한 의료의 질을 평가·공표하고 이를 토대로 차년도 계약여부와 수가수준을 결정한다.

이 제도는 건강관리단체가 보험자와의 계약과정 그리고 건강관리단체의 의료이용자 유치과정 등 2단계 경쟁과정을 통해 의료비 절감과 의료의 질 제고를 위한 경쟁을 유발시킴으로써 보건의료공급체계의 비용효과성을 동시에 증대시킬 수 있는 대안으로 부상하고 있는 데,

그 주된 장점은 다음과 같다. 첫째, 건강관리단체가 낭비적 투입물 및 수직 기관간 중복장비투자를 제거하고, 둘째, 1차 진료의가 의료이용자에 대해 健康管理調整機能을 수행하도록 하고, 셋째, 보건의료기관간 醫療傳達 및 回送機能을 강화하며, 넷째, 치료정보를 공적기관에 자발적으로 공개하도록 유도하고, 끝으로 진료 및 진단기록정보를 기관간에 상호 참고하도록 하여 의료부문의 정보화를 촉진하는 것이다.

## 參 考 文 獻

- 국민건강보험공단, 『외국의 건강보험제도 비교조사』, 2000. 12.
- 권오주, 「수가제도의 문제점」, 『의협신보』, 2000.1.10.
- 김한중·손명세·박은철·염용권·김지홍·이경태·권호근·김명기, 『의료보험 수가구조 개편을 위한 상대가치 개발』, 연세대학교 보건정책 및 관리연구소·한국보건의료관리연구원, 1997. 10.
- 김한중·조우현·손명세·박은철, 「한국과 미국의 기술료에 대한 상대가치 비교」, 『보건행정학회지』, 2(2), 1992, pp.1~16.
- 김한중·손명세·박은철, 『의료보험 수가구조 개편을 위한 2차 연구』, 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1998.9.
- 김한중·손명세·조우현·박은철·전병율·이선희·강형곤·허영주·원종욱·김양균, 「상대가치 개발의 총괄」, 『보건행정학회지』, 5(2), 1995, pp.202~12.
- 김한중·조우현·손명세·박은철·염용권·박하영·안인환·양동현·이선희·이운태, 『상대가치에 따른 의료수가 산출방법 개발』, 연세의대 예방의학교실·한국의료관리연구원, 1994.2.
- 김한중·조우현·이종길·이혜중·전기홍·박태규·손명세·박은철·정상혁·이선희, 『의료수가제도의 합리적 개선방안』, 연세대학교 인구 및 보건개발연구소, 1992.1.

- 대한병원협회, 『제16차 병원관리 종합학술대회 연제집: 의료환경변화와 병원생존전략』, 2000.11.
- 대한의학협회, 『의료보험 대책 연구위원회 결과보고서』, 1988.12.
- 박하영, 『DRG 지불제도 시범사업과 병원관리』, 『보건행정학회 전기학술대회 연제집』, 1996.7.
- 범의료계 의료보험제도 개선위원회, 『DRG 지불제도 시범사업 평가 및 도입 타당성 검토』, 2000.
- 보건복지부·한국보건산업진흥원, 『DRG 지불제도 시범사업 제2차년도 평가 및 3차년도 실시방안 연구』, 1999.
- 보건복지부·DRG 지불제도검토협의회, 『제3차년도 DRG 지불제도 시범사업』, 1998.
- \_\_\_\_\_, 『DRG 시범사업지침』, 1999.
- 보건복지부, 『의료보험 재정안정 종합대책』, 『병원신보』, 1999.10.21.
- \_\_\_\_\_, 『의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준』, 2000.
- 서울대 의과대학 의료관리학 교실, 『DRG지불제도 시범사업 평가 및 개선방안연구』, 2000. 6.
- 신영수·이영성·박하영·염용권, 『한국형 진단명 기준의 개발과 평가: 입원환자의 의료서비스 이용을 중심으로』, 『예방의학학회지』, 제26권, 제2호, 1993, pp.293~309.
- 양명생, 『한국 의료보험 진료수가 제정 및 인상조정과정에 관한 연구』, 경산대학교 박사학위논문. 1993.

- 유승흠·김한중·손명세·박은철, 『의료보험 수가구조 개편을 위한 3차 연구』, 연세대학교 보건정책 및 관리연구소. 1999.10.
- 이선희, 『DRG 지불제도 시범사업 평가와 문제점』, 『대한병원협회 의료보험현안과제 세미나 연제집』, 1999.5.
- \_\_\_\_\_, 『의료보험 수가체계의 개혁방안』, 『‘21세기 한국의 발전모델 모색을 위한 전문·지식인 대토론회’ 연제집』, 개혁과 대안을 위한 전문·지식인회의, 2000.11.
- 정기선, 『의료보험 수가의 적정성 검증에 관한 연구』, 고려대학교 대학원 경영학과 박사학위논문, 1985.12.
- 최병호·권순만·신현웅, 『의료보험 통합에 따른 진료비 지불체계 개편 연구』, 한국보건사회연구원, 1998. 12.
- 한국보건산업진흥원, 『DRG 지불제도』, 2000. 12.
- \_\_\_\_\_, 『DRG지불제도 2차년도 평가 및 3차년도 실시방안 연구』, 1999. 4.
- 한국보건의료관리연구원, 『DRG지불제도시범사업 제1차년도평가 및 2차년도 실시방안연구』, 1998.
- \_\_\_\_\_, 『DRG지불제도 '97년시범사업 실시방안 연구』, 1997. 6.
- Averill R. F., McGuire T. E., Manning B. E., Fowler D. A., Horn S. D., Dickson P. S., Coye M. J., Knowlton D. L., Bender J. A., “A Study of the Relationship between Severity of Illness and Hospital Cost in New Jersey Hospitals”, *Health Services Research*, 27(5), 1992, pp.587~606.

- Braithwaite J., Don Hindle., "Casemix funding in Australia", *MJA*, 168(1) 1998, pp.558~62.
- Carroll N. V., Erwin W. G., "Effect of the Prospective-pricing System on Drug Use in Pennsylvania Long-term-care Facilities", *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(1), 1990, pp.2251~254.
- Casas M., "Issues for Comparability of DRG Statistics in Europe", *Health Policy*, 17, 1991, pp.121~32.
- Donaldson C., Magnussen J., "DRGs: the Road to Hospital Efficiency", *Health Policy*, 21, 1992, pp.47~64.
- Fetter R. B., Shin Y., Freeman J. L., Averill R. F., Thompson J. D., "Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups", *Medical Care*, Vol.18, No.2, Supplement, 1980.
- Fitzerald J. F. et al., "Changing Patterns of Hip Fracture Care before and after Implementation of the Prospective Payment System", *JAMA*, 258, 1987, pp.218~21.
- France F. H. R., Alban A., Barbe B., Beguin C., Bruster S., Closon M. C., "Hospital Comparison Using EURO Health Database for Resource Management and Strategic Planning", *Health Policy*, 17, 1991, pp.165~77.
- Freeman J. L., Fetter R. B., Park H., Schneider K. C., Lichtenstein J. L., Hughes J. S. Bauman W. A., Ducan C. C., Freeman D. H., Palmer G. R., "Diagnosis—Related Group Refinement with Diagnosis—and Procedure-specific Comorbidities and Complications", *Medical Care*,

Vol.33, No.8, 1995, pp.806~827.

Guterman S., Dobson A., "Impact of the Medicare Prospective Payment System for Hospital", *Health Care Financing Review*, 7(3), 1990, pp.97~114.

Hultman C. I., "Uncompensated Care before and after Prospective Payment: the Role of Hospital Location and Ownership", *Health Services Research*, 26(5), 1991, pp.613~22.

Kominski G., Witsberger C., "Trends in LOS for Medicare Patients: 1979~1987", *Health Care Financing Review*, 15(2), 1993, pp.121~35.

Long M. J., Chesney J. D., Ament R. P., DesHarnais S. I., Fleming S. T., Kobrinski E. J., Marshall B. S., "The Effects of the Prospective Payment System on Hospital Product and Productivity", *Med Care*, 25(6), 1987, pp.528~38.

Manton K. G., Woodbury M. A., Vertrees J. C., Stallard E., "Use of Medicare Services before and after Introduction of the Prospective Payment System", *Health Services Research*, 28(2), 1993, pp.268~92.

McCarthy C. M., "DRGs. Five Years Later", *New Engl J Med*, 318(25), 1988, pp.1683~8.

Nancy B., "An Examination of Winners and Losers Under Medicare PPS", *Health Care Mang Rev*, 19(1), 1994, pp.44~55.

Kane N. M., Manoukian P. D., "The effects of the Medicare PPS on the adoption of new technology", *New Eng J Med*, 321(16), 1989, pp.1378~82.

- Newhouse J. P., Byrne D. J., “Did Medicare Prospective Payment System Cause Length of Stay to Fall?”, *Journal of Health Economics*, 7, 1988, pp.837~853.
- Mossialos E., Le Grand J., “Health Care and Cost Containment in the European Union”, *Ashgate*, 1999.
- Phelan P. D., Tate R., Webster F., Marshall R. P., “DRG Cost Weight-Getting it Right”, *MJA*, 169(19), 1998, pp.s36~s38.
- Rosenheck R., Massari L., Astrachan B., “The impact of DRG-based budgeting of inpatient psychiatric care in veterans administration medical centers”, *Med Care*, 28(2), 1990, pp.124~34.
- Schwartz W. B., “The Inevitable Failure of Current Cost-containment Strategies. Why they can Provide only Temporary Relief”, *JAMA*, 257(2), 1987, pp.220~24.
- Schwartz W. B., Mendelson D. N., “Hospital Cost Containment in the 1980s. Hard Lessons Learned and Prospects for the 1990s”, *New Engl J Med*, 324(5), 1991, pp.1037~042.
- Sheingold S. H., “Unintended Results of Medicare’s National Prospective Payment Rates”, *Health Affair*, 5(4), 1986, pp.5~21.
- Sloan F. A., Morrissey M. A., Valvona J., “Medicare Prospective Payment and the Use of Medical Technologies in Hospitals”, *Med Care*, 26(9), 1988, pp.837~853.
- Voss G. B., Hasman A., Rutten F., Zwaan C., Carpay J. J., “Explaining Cost Variation in DRGs ‘Acute Myocardial Infarction’ by Severity of

Illness”, *Health Policy*, 28, 1994, pp.37~50.

Wiley M. M., “Hospital Financing Reform and Case Mix Measurement: An International Review”, *Health Care Financing Review*, 13(4), 1992, pp.119~33.

Wood J. B., Estes C. L., “The Impact of DRGs on Community-based Service Providers: Implications for the Elderly”, 80(7), 1990, pp.840~43.