

DRG 포괄수가제 시행과 그 영향

서울대학교 의과대학 의료관리학교실

김 창 업

서 론

DRG 지불제도는 의료서비스의 양과 질에 관계없이 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 정액진료비를 병의원에게 지불하는 보수지불제도를 말한다. DRG 지불제도는 의료서비스를 생산하는 원가는 검사, 촬영, 처치, 수술 등과 같은 개별 서비스를 합한 것으로 산출되고, 최종 생산품은 각종 개별 서비스를 제공받아 건강상태가 호전된 환자 즉 '치료받은 환자'로 간주하는 원가관리의 개념을 반영하고 있다. DRG 분류체계에서 모든 입원 환자들은 주진단명 및 부상병명, 수술명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 질병군으로 분류되는데, 이 때 하나의 질병군을 DRG라고 부른다.

본 론

1. DRG 지불제도의 현황

DRG를 진료비 지불방식으로 채택하고 있는 대표적인 나라는 미국이다. 미국은 1983년 노인 및 장애자 대상 의료보장인 메디케어(Medicare)의 입원진료비 지불방식으로 DRG 지불제도를 채택하였고, 이후 반곤충에 대한 의료보호인 Medicaid와 민간의료보험으로 확산되었다. 1990년대 이후 이 제도는 다른 나라로 널리 확산되었다. 미국 이외에 독일, 호주, 벨기에, 프랑스, 스웨덴 등과 같은 나라들은 DRG를 병원에 대한 예산 배정의 기준으로 사용하고 있다. 한편, 일본은 현재 국립병원에 대한 시범사업을 진행하고 있는 중으로, 시범사업의 결과에 따라 전면적으로 확대될 가능성이 높아지고 있다.

우리 나라의 경우 1994년 의료보장개혁위원회에서 DRG 지불제도의 단계적 도입이 처음 건의되었고, 1997년 2월, 4개 진료과 5개 질병군을 대상으로 시범사업이 실시되었다. 현재 798개 요양기관이 참여한 가운데 3차

년도 시범사업이 시행 중에 있다. 1999년 9월 소화기계 질환이 추가되어 6개 진료과 9개 질병군으로 대상 질병군이 확대되었는데, 이는 전체 입원진료 건수의 약 37%에 해당하는 규모이다.

이러한 DRG 지불제도는 조만간 현재의 시범사업 차원을 넘어 전국의 모든 의료기관에 대해 의무적으로 적용될 예정이다. 대상 질병군은 현재 시범사업에 포함된 질병군을 중심으로 다소간의 조정이 있을 것으로 예상된다. 현재까지의 사업평가 결과 내과계 질환보다는 외과계 시술에 대한 본 사업이 먼저 시행될 가능성이 높다.

2. DRG 지불제도가 진료에 미치는 영향

DRG 지불제도는 공급자 측면의 의료서비스 제공을 적정화하여 전체 의료비를 절감하려는 취지로 도입된 보수지불제도이다. 따라서 시범사업 시행 초기부터 의료계의 많은 반대와 우려를 불러일으켰던 것이 사실이다.

의료계가 가장 큰 우려를 나타낸 부분은 '의료의 질 저하'에 대한 것이다. DRG 지불제도 하에서는 의료서비스 제공을 줄일수록 의료기관에 많은 이윤이 돌아가기 때문에 의료서비스의 과소 제공으로 인한 의료의 질 하락이 자연스레 일어날 수 있다는 것이다. 이 같은 의료의 질 저하에 대한 의료계의 우려는 DRG 지불제도 전면실시를 앞두고 있는 현재까지도 계속되고 있다.

외국의 경우 질 저하는 예상한 만큼 심각하지는 않았다. DRG 지불제도를 1983년부터 실시한 미국이나 1993년부터 실시하고 있는 호주에서 이루어진 조사결과에 따르면 적어도 결정적인 의료의 질 저하는 없었다는 것이 일반적인 평가이다. 물론 퇴원시 환자상태의 불안정성 증가, 퇴원계획 및 퇴원 후 진료관리의 부실화 등과 같은 문제들이 발생하기는 하였지만 의료의 질 전반에 영향을 미칠 정도는 아니었다는 것이다. 미국의 경우 의료의 질 저하를 우려한 정부의 의료의 질

감시 활동의 강화와 의료기관의 적정진료를 위한 노력이 오히려 진료과정의 질적 개선을 초래한 측면도 있다. 그러나 우리 나라의 경우 사망이나 합병증과 같이 중대한 문제가 아닌 사소한 환자의 편의나 진료의 질이 저하될 가능성은 여전히 존재한다.

DRG 지불제도가 병원수익에 미치는 영향은 기본적으로 DRG 수가에 의해 결정된다고 볼 수 있다. 미국의 경우 DRG 지불제도 시행 초기에는 병원의 이윤 수준이 높았으나 이후 DRG 수가가 하락하면서 전반적인 이윤 수준이 감소하는 결과를 나타냈다. 그러나 그 과정에서 병원 효율성 및 생산성 향상에 성공해 원가 절감을 크게 이루고, 경영기법 및 진료행태의 개선을 이룬 병원들은 부정적인 영향을 최소화시키면서 병원 수익을 유지해 나갈 수 있었다.

DRG 지불제도는 의료서비스 제공행태를 큰 폭으로 변화시킨다. 미국의 경우 DRG 지불제도 도입 이후 평균 재원일수와 입원진료 서비스가 현격하게 줄어든 반면, 외래진료 서비스와 재택의료, 중간요양서비스 등이 활성화되었다. 우리 나라의 시범사업 결과에서도 평균 재원일수와 입원진료서비스의 진료강도가 감소한 것으로 나타났다.

3. 병·의원의 대응

DRG 지불제도는 준비되지 않은 의료기관 입장에서는 일종의 위기가 될 수도 있다. 실제 미국의 경우 DRG 지불제도에 대한 준비가 미진했던 병원들은 제도 시행 이후 심각한 경영 위기에 봉착했으며, 일부 병원들은 도산에 이르기기도 했다. 그러나 적극적인 준비를 한 병원 입장에서는 DRG 지불제도를 오히려 하나의 기회로 삼을 수 있다. DRG 지불제도는 병원조직의 혁신과 체질개선을 이룰 수 있는 중요한 계기가 될 수

있기 때문이다.

의료기관의 대응은 일차적으로 의료기관 종사자의 인식전환과 새로운 대응방식으로 나타나겠으나, 보다 근본적으로는 진료와 관련된 시스템의 변화가 동반될 전망이다. 진료와 업무과정 개선, 의료의 질 관리, 병원 경영의 효율성 제고를 이루기 위해서는 이를 뒷받침하는 체계적인 제도와 프로그램이 필요하기 때문이다. 예를 들어 주 진료경로(critical pathway), 이용도 조사, 원가관리체계의 구축, 경영기법의 개선, 의무기록의 질 관리, 정보체계의 구축 등과 같은 구체적인 방안이 개발·적용되지 않는다면 병원의 대응은 현실적인 성과를 남길 수 없을 것이다.

결 론

최근 의료보험 제정의 불안으로 인해 의료보험체계 전반을 절약형 체제로 바꾸는 것에 대한 정책적 요구가 증대되고 있다. 그리고 DRG 지불제도가 이러한 정책적 요구에 부합하는 중요한 수단으로 고려되고 있다는 점을 감안한다면, DRG 지불제도의 확대가 예상보다 훨씬 빠르게 이루어질 가능성도 없지 않다. 특히 장기적으로는 개인의 호·불호를 떠나 제도로서의 포괄수가제는 피하기 어려운 정책선택이 될 전망이다.

DRG 지불제도에 대한 의료기관과 의료제공자의 준비가 제대로 되어 있지 않다면, 제도 시행과 동시에 제도 자체의 혼란은 물론 의료기관 입장에서는 경영상의 위기를 맞을 수도 있다. 문제는 새로운 제도시행에 대한 준비가 단번에 이루어질 수 없다는 데에 있다. 합리적인 대응은 시스템 전체의 변화와 아울러 행동과 문화의 변화를 동시에 요구하기 때문이다. 이제 개인적인 불만 표출을 넘어 합리적으로 새로운 제도에 대응할 수 있는 정책적 대안을 마련하여야 할 때이다.