

DRG 지불제도에 대한 미국의 경험과 우리 나라에의 시사점

박은철^{**,} 이선희^{***,} 이상규^{**, **†}

연세대학교 의과대학 예방의학교실^{*}, 연세대학교 보건정책 및 관리연구소^{**}

이화여자대학교 의과대학 예방의학교실^{***}

<Abstract>

The U.S. Experience of the DRG Payment System and Suggestions to Korea

Eun-Cheol Park^{**,} Sunhee Lee^{***,} Sang Gyu Lee^{**, **†}

*Department of Preventive Medicine and Public Health, College of Medicine, Yonsei University**

*Institute of Health Services Research, Yonsei University***

*Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Ewha Woman's University****

In the United States, the prospective payment system(PPS), under which diagnosis related groups (DRGs) are used to reimburse hospitals for the care of Medicare patients since 1983. Study results showed that the PPS is having a major impact on the quantity of services especially of hospital length of stay. The PPS has increased the likelihood that a patient will be discharged home in an unstable condition and the use of nursing homes or long term care facilities increased. Still, it is insufficient to conclude that the PPS has decreased the Medicare total expenditure, but relatively sufficient to conclude that the quality of care hasn't changed. The maintenance of the quality resulted from the systemic "check-

† 교신저자 : 이상규, 연세대학교 의과대학 예방의학교실(02-361-5369, leevan@yonsei.ac.kr)

and-balance” composed of three factors; (1) The doctors are reimbursed based on the fee-for-service system, (2) hospitals contract with doctors under the attending system, and (3) there are some public hospitals.

In Korea, the reimbursement for hospitals and doctors are not divided, the hospitals have doctors as employees, and 90% of hospitals are private. These differences may weaken the “check-and-balance” existing in the U.S. system. And there are few long term care facilities and the diagnostic coding system using in pilot test are not suitable for Korean situation.

In conclusion, for successful implementation of the DRG payment system in Korea, the government should establish the “check-and-balance” system in the health sector to make sure the quality of care before the implementation.

Key Words : diagnosis related groups(DRGs), prospective payment system

I. 서 론

환자군별 포괄수가제, 진단명별 포괄수가제, 질병별 수가제, 환자별 수가제 등 여러가지 용어로 표현되어지고 있는 DRG(diagnosis-related group)에 따른 지불제도는 1994년 보건복지부 DRG 도입검토협의회가 설립되고 1997년부터 3년간 시범사업을 실시한 바 있다. 그러나 아직 전면적으로 도입되지 않은 상황이며 2002년 3월 현재 8개 질환군(정상분만, 제왕절개분만, 백내장수술, 탈장수술, 맹장염수술, 항문 및 항문주위 수술, 편도선수술 및 자궁수술)에 대해 DRG 수가제를 희망하는 전국 1,627개 병원에서 포괄수가제를 도입하여 시행하고 있다(보건복지부, 2002).

그 동안 DRG 지불제도와 관련된 논의들 중 가장 핵심적인 내용은 과연 “DRG 지불제도가 의료비를 절감시킬 수 있는가?”라는 질문과 관련된 것들이다(Davis 와 Rhodes, 1988). 의료비 절감(cost containment)은 의료의 질과 의료의 접근도 등 의료와 관련된 다른 부분의 악화를 초래하지 않으면서 의료비를 감소시키는 것이므로 “DRG 지불제도는 의료비를 감소시킬 수 있는가?”라는 질문은 “DRG 지불제도는 의료의 질을 변화시킬 수 있는가?”, 그리고 “DRG 지불제도는 의료의 접근도 등에 영향을 줄 수 있는가?”라는 질문과 깊이 연관되어 있

다(Bray 등, 1994).

어떠한 제도라 하더라도 이론적으로는 장점과 단점의 양 측면을 가지고 있으며 이러한 이론적인 장점과 단점은 그 제도를 도입한 국가의 상황에 따라 다를 수 있다. 따라서 어떠한 제도의 도입을 위해서는 이 제도를 실시하고 있는 나라의 특성과 경험을 살펴보고 이러한 내용들이 우리 나라가 가지는 여러 가지 상황에서 어떠한 양상으로 나타날 것인지를 검토해 보는 것은 중요한 의미를 가진다고 하겠다. 이러한 관점에서 먼저 DRG 지불제도가 작용하는 기전을 살펴보고, DRG 지불제도에 대한 미국을 경험을 살펴본 후, DRG 지불제도와 관련된 구조적 차이를 중심으로 한국과 미국의 의료환경의 차이를 비교해봄으로써 우리 나라에서 DRG 지불제도가 도입되기 위해서 고려되어야 할 점들을 제시하고자 한다.

II. DRG 지불제도의 작용기전

DRG 지불제도는 동일한 질환의 입원 환자에 대해 제공된 의료서비스 양과 관계없이 미리 정해진 일정 금액을 보상하는 제도이다. 이는 의료를 공급하는 기관으로 하여금 동일한 결과라면 가급적 비용을 최소화하려는 동기를 부여하게 되는데 이를 의료 공급자의 비용인식이라고 표현한다. 비용을 인식한 의료공급자들은 환자에게 제공되는 의료 서비스의 양을 감소시키려는 동기를 가지게 되며 대표적으로 감소되는 의료 서비스가 재원일수와 검사 및 처치이다(Stern과 Epstein, 1985). 이런 기전으로 인해서 감소되는 의료서비스는 다른 의료서비스로 이전될 수 있는데 차기 입원(재입원)으로의 이전, 외래로의 이전, 그리고 장기요양시설로의 이전 등을 들 수 있다(Epstein 등, 1991). 따라서 DRG 지불제도가 의료서비스의 양을 감소시켜 입원 의료비를 감소시킨다 하더라도 이전되는 의료로 증가되는 의료비를 상쇄시킬 수 있을 때 DRG 지불제도가 의료비를 감소시킨다고 할 수 있을 것이다. 한편, 의료서비스의 양이 감소됨에 있어 불필요한 서비스의 감소뿐만 아니라 필요한 의료서비스마저 감소될 수 있으며, 이로 인해 부적절한 퇴원, 사망률의 증가 등 의료의 질이 하락할 수 있다(Rogers 등, 1990). 이 외에도 DRG 지불제도와 관련하여 의료기관의 운영 등 다른 효과가 있을 수 있다(그림 1).

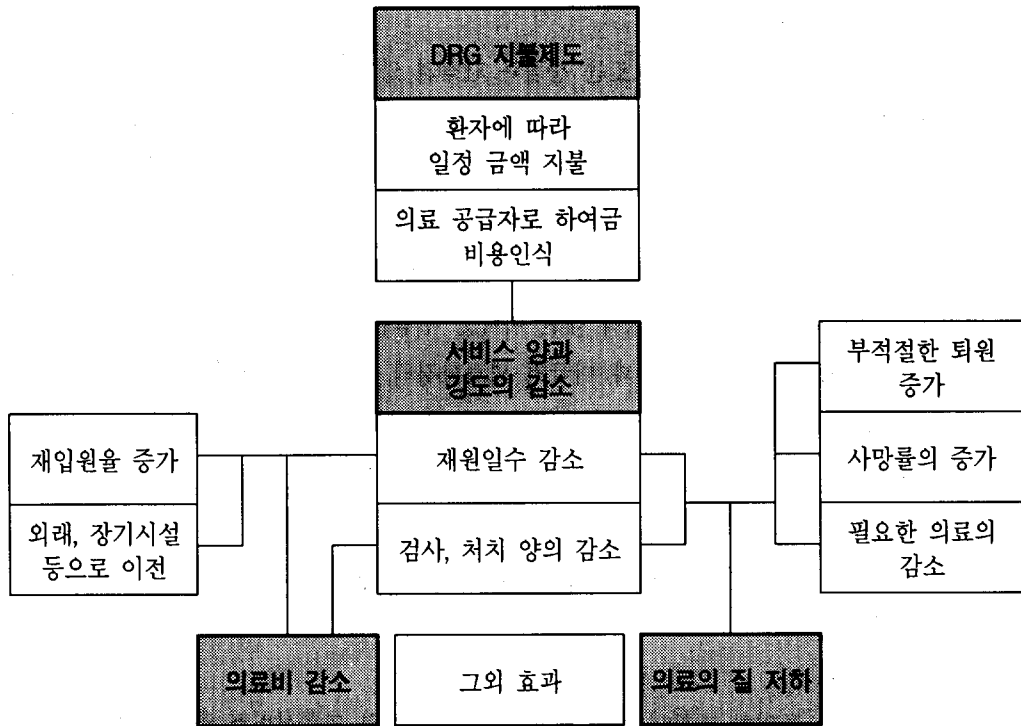


그림 1. DRG 지불제도의 작용기전

Ⅲ. DRG 지불제도 도입에 따른 미국의 경험

미국은 1983년에 DRG에 의한 지불제도를 메디케어(Medicare) 병원진료비(hospital bill) 지불에 도입하였다. 미국이 DRG 지불제도를 도입하게 된 배경에는 급격하게 증가하고 있는 메디케어 진료비를 억제하고 의료기관의 경영 효율화를 추구하고자 하는 측면이 있었다 (Stern과 Epstein, 1985).

1. 의료비 감소

DRG 지불제도 도입에 따른 미국의 경험 중 가장 주목을 받는 부분이 의료비 감소라 할

수 있다. 이는 DRG 지불제도가 도입된 배경과 직결되기 때문이다. DRG 지불제도가 의료비에 미치는 효과에 대한 초기의 연구들은 주로 재원기간의 변화에 초점을 맞추고 있는데 이는 DRG 지불제도가 의료비를 감소시키는 주된 기전이 재원기간의 감소에 있기 때문이다 (Stern과 Epstein, 1985). DRG 지불제도 도입에 따른 재원기간의 변화와 관련된 논문들의 주요 내용을 살펴보면 DRG 지불제도가 도입된 후, 재원기간은 도입 전에 비해 감소하였으며 (Schwartz와 Tartter 1998; Guterman과 Dobson, 1986; Hsiao 등, 1986; Rosko와 Brolyes, 1987; Kahn 등, 1990; Epstein 등, 1991), 이러한 감소는 DRG 지불제도가 도입된 초기에 주로 발생하였고(Chulis, 1991), 내과계의 환자가 외과계 환자에 비해 더 크게 감소하였다 (Kominski와 Witsberger, 1993)는 것이다. Ellis와 McGuire(1996)는 이러한 DRG 도입에 의한 재원일수의 감소를 세 가지 측면으로 나누어 설명하였는데 의료기관들은 DRG 도입에 대해서 서비스의 강도(재원일수)를 감소(도덕적 해이 효과, moral hazard effect)시키거나 상대적으로 중증도가 덜한(재원기간이 짧을 것으로 예상되는) 환자들만을 선택적으로 입원(환자 선택 효과, selection effect)시키거나 병원의 진료형태를 바꾸는 방식(진료형태 효과, practice-style effect)으로 대응한다는 것이다. 따라서 DRG 도입에 따른 진료량의 변화와 이에 따른 의료비의 변화를 고려할 때는 이들 요인들을 함께 고려함과 동시에 상대적으로 DRG 지불제도 도입의 영향을 덜 받는 병원들에 대해서도 고려하여야 한다고 하였다.

재원일수의 감소로 인해서 전체적인 입원률이 증가할 여지가 있는데 이러한 입원률과 관련된 논문들은 서로 상반된 결과를 보이고 있다. 즉, Davis와 Rhodes(1988), Chulis(1991)은 DRG 지불제도 도입이후 입원율이 감소하였다고 보고한 반면, Ruth(1984), Rosko와 Broyles(1987)는 입원률이 증가하였다고 보고하였다. Hennen 등(1995)은 1991년부터 1993년까지 3년 동안의 가장 흔한 20종류 진단의 DRG 환자들의 재입원율을 분석한 논문에서 이들의 재입원율에 별다른 변화가 없었음을 보고하였다. 전체적인 의료비의 변화를 살펴보면, 전반적으로 입원진료비 증가율이 DRG 지불제도가 도입된 이후 둔화되었고(Hsiao와 Dunn, 1987; Russell과 Manning, 1989), 반면 외래진료비와 본인부담금은 증가하였으며(Schramm, 1988; Schwartz와 Mendelson, 1991; Chulis, 1991), 장기요양시설의 이용이 크게 증가하였고(Guterman과 Dobson, 1986; DesHarnais 등, 1987; Long 등, 1987; Wood와 Estes, 1990), 보충적 민간의료보험에 가입하는 경우가 증가하였다(Manning 등, 1987). Manheim과 Feinglass(1994)는 DRG 지불제도가 메디케어의 입원에만 적용되는 부분적인 지불제도(fragmented payment system)이기 때문에 의료비 절감은 제한적임을 지적하였다.

최근 미국의 각 주별로 기존의 진단명에 따른 DRG 지불제도가 병원에서 행해지는 치료의

종류에 따라서 더욱 세분화된 DRG 지불제도로 변화¹⁾함에 따라서 DRG 지불제도가 의료비에 미치는 영향에 대한 연구가 다시 관심을 모으고 있다(Freeman 등 1995).

2. 의료의 질에 대한 효과

DRG 지불제도 도입이후 의료의 질과 관련된 연구들을 보면 우선 부적절한 퇴원이 증가하였다(Rogers 등, 1990; Kahn 등, 1990)는 보고가 있다. 재입원율의 경우 Gay와 Kronenfeld(1990)과 Leibson 등(1991)은 증가하였다고 보고한 반면, RAND(1991)는 변화가 없었다고 보고하였다. 그러나 최근의 미국보건재정청(HCFA)의 보고에 의하면 1996년에서 1997년까지 퇴원일 당일 재입원이 34,500건이나 되었으며 조사가 시행된 5,000개의 병원 중 3,200개의 병원에서 퇴원일 재입원이 있었는데 이는 대부분 부적절한 퇴원에 기인한다고 보고하였다(Finger AL 2000). 사망률의 경우 Kahn 등(1990), Keeler 등(1990), Manton 등(1993)은 DRG 지불제도 도입 이후 변화가 없었다고 발표한 반면, Eggers(1987), Sager 등(1987, 1989)은 사망률이 증가하였다고 발표하였다. 또한 DRG 지불제도에 의해 제공되는 서비스의 양이 감소했다는 보고가 있었으나(Weinberger 등, 1988; Long 등, 1987; Fitzgerald 등, 1988, Gay와 Kronenfeld, 1990) 감소된 서비스가 필요 서비스인지, 불필요한 서비스인지에 대한 구명은 분명하지 않다.

3. 그 외 효과

DRG 지불제도가 도입된 이후 환자구성지표가 상승하였다는 다수의 논문들이 있으며(Weiner 등, 1987; ProPAC, 1989; Rogers 등, 1990; Chulis, 1991; Assaf 등, 1993) 이의 원인

1) 1994년도에 뉴욕주에서 새로 시행된 방식을 예로 들면 이전에 후천성면역결핍증 환자에 대한 DRG 분류는 진단명에 따라 12가지가 있었으며 이들의 가중치는 1.1513에서 4.3959의 값을 가졌다. 그러나 새로운 분류는 이들 진단명 외에 병원에서 행해지는 시술에 따라서도 다른 DRG 분류를 적용하여 분류를 17가지로 새로이 세분화하였다. 즉, 과거에 합병증이 없는 후천성면역결핍증 환자는 모두 같은 DRG 분류의 적용을 받았으나 새로운 방식에서는 일단 합병증이 없는 후천성면역결핍증 환자의 가중치를 0.5804로 낮추고 이들에게 비특이적인 수술실 처치가 행해지면 4.0658의 가중치를 적용하고 영양요법이 시행되면 가중치로 10.7310을 적용하는 등 병원에서 행해지는 처치나 시술에 따라 매우 차이가 큰 가중치를 적용하고 있다. 따라서 병원의 입장에서는 치료량을 늘리거나 치료방식을 바꿈으로서 경제적인 이득을 취할 수 있는 동기가 제공되게 되었다(Gilman 2000).

으로는 중증 환자의 증가(Davis와 Rhodes, 1988; Keeler 등, 1990), DRG 분류 조작(Ginsberg 와 Carter, 1986; Hisa 등, 1988), 그리고 DRG 지불제도 도입이후 의무기록의 정확성 증가 (Godfarb와 Coffey, 1992) 등이 거론되고 있다. 한편, Sloan 등(1988)은 비교적 첨단 의료기술에 포함되는 검사와 의료행위가 감소하였다고 보고하였다. DRG 지불제도가 도입된 이후 병원의 수입은 초기 2년간 다소 증가하였으나 3년째 이후부터는 감소하였다(Guterman 등, 1990; Gainfrancesco, 1990; Coburn, 1993)는 보고가 있었는데 Bray 등(1994)은 전반적인 수익률이 높은 병원은 메디케어 환자에 대한 수익도 높았고 수익률이 낮은 병원은 메디케어 환자에 대한 수익도 낮았음을 보고하였다.

이러한 내용들을 종합하면 미국의 경우 DRG 지불제도를 도입하면서 환자에게 제공되는 의료 서비스의 양은 감소하였다. 특히 재원일수와 검사 및 처치의 양이 감소하였고 외래 및 장기요양시설 등으로의 이전 효과가 있었으며 부적절한 퇴원이 증가하였다. 또한 입원 의료비는 감소하였다고 할 수 있는 반면, 전체 의료비가 감소하였다는 증거는 희박하며, 의료의 질이 크게 하락했다는 증거 역시 불충분하다고 하겠다(그림 2).

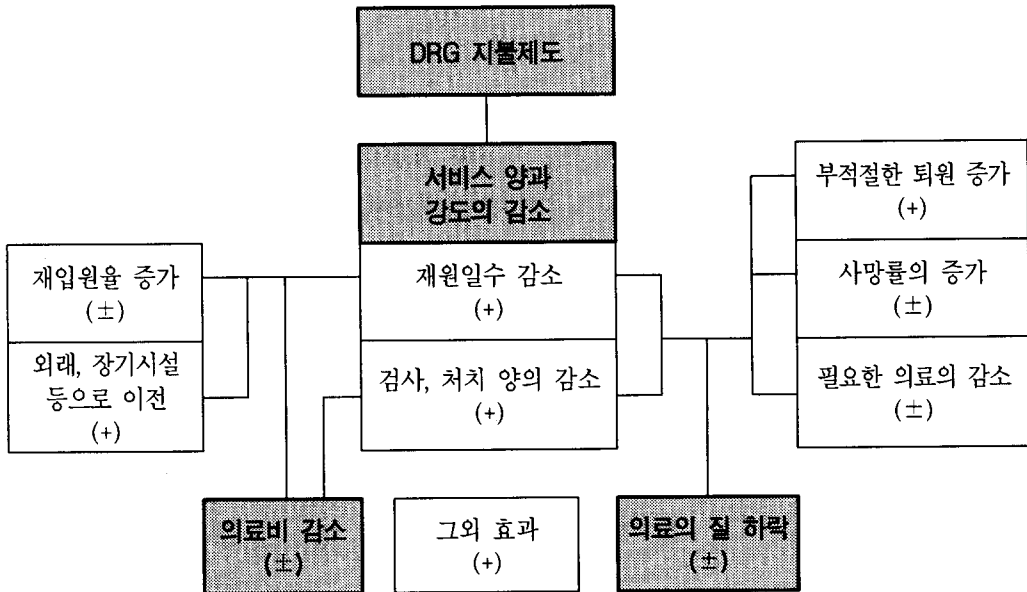


그림 2. 미국에서의 DRG 지불제도의 효과

IV. 우리 나라 상황과의 비교

미국에서 개발되어 시행되고 있는 DRG 지불제도를 우리 나라에 도입하여 시행하기 위해서는 DRG 지불제도와 관련된 한국과 미국의 환경의 차이를 비교해 볼 필요가 있다. DRG 지불제도에만 국한하여 살펴본다고 하더라도 한국과 미국의 환경은 여러 가지 측면에서 그 차이를 지적할 수 있으나 여기서는 DGR와 관련된 구조적 차이를 중심으로 차이들을 살펴보고 이를 토대로 우리 나라에서 DRG 지불제도를 전면적으로 시행하고자 할 때, 고려해야 할 사항들을 검토하고자 한다.

1. 구조적 차이

우리 나라의 현재 의료제도 하에서 DRG 지불제도가 도입될 경우 의료의 질이 크게 하락할 가능성이 존재하는데 이는 DRG 지불제도 하에서 의료의 질과 관련된 한국과 미국의 구조적 차이에 기인한다고 하겠다. 여기에는 크게 3가지 구조적 차이를 들 수 있다(표 1). 우선 DRG 지불제도의 보상 대상을 들 수 있다. 미국의 경우 DRG 지불제도의 보상 대상이 병원에 국한되어 있는 반면, 우리 나라의 경우 병원과 의사에 대한 보상을 모두 포함하고 있다. 의사와 병원과의 관계에 있어서도 미국은 개방형 병원제(attending system)로 운영되는 반면, 우리 나라는 폐쇄형으로 운영되어지고 있다. 또한 우리 나라에 비해 미국은 상대적으로 공공적 성격을 띤 병원이 많다는 점도 주요한 차이라고 하겠다.

<표 1> DRG 지불제도 하에서 의료의 질과 관련된 한국과 미국의 구조적 차이

	한 국	미 국
보상의 대상	병원과 의사	병 원
의사-병원관계	폐쇄형 병원	개방형 병원
병원의 형태	대부분 민간병원	공공적 병원이 많음

미국의 경우 DRG 지불제도 도입으로 의료의 질이 크게 하락했다는 증거를 찾기는 어렵다. 그러나 미국의 DRG 지불제도 도입에 따른 의료의 질의 변화를 논의할 때는 앞에서 살

펴본 우리 나라와는 다른 세 가지 구조적 특성을 고려하여야 할 것이다.

첫째, 미국 메디케어의 경우 병원진료비에 대한 보상에만 DRG 지불제도를 적용하고 있으며 의사진료비에 대한 보상은 행위별 수가제인 일반관행수가제(PCR, Prevailing Customary and Reasonable charge)와 자원기준 상대가치(RBRVS, Resource Based Relative Value Scale)를 적용²⁾하고 있다. 즉, DRG 지불제도가 적용되는 입원 환자에 대한 보상 중 의사진료비에 보상은 행위별 수가제를 적용하고 있는 것이다. 따라서 병원의 입장에서는 DRG 지불제도에 의해 비용을 인식한 진료행태를 보이게 되나 의사들의 경우는 행위별 수가제에 의해 보상을 받으므로 병원이 가지는 것과 같은 비용감소에 대한 동기가 부여되지는 않는다. 병원의 입장에서는 가급적 환자에게 투입되는 비용을 최소화하려는 동기가 부여되어 있는 반면, 동일한 환자의 진료에 참여한 의료진의 주역인 의사는 환자에 대한 최선의 진료를 지원하려는 동기가 강하다고 할 수 있다. 이런 병원과 의사의 보상의 차이는 의료의 질 측면에서 견제와 균형(check and balance)을 이루도록 하는 기전으로 작용하고 있다고 할 수 있다. 이런 견제와 균형은 개념적으로도 합리성을 띄고 있다고 할 수 있는데 병원은 가능한 한 재원기간을 줄이려고 하고, 환자에게 투입되는 비용 - 숙련되지 않음으로 인한 비용 등 -을 줄여 효율성을 향상시키려는 행동이 바람직한 측면이 있는 반면, 환자들의 진료에 주된 책임을 지고 있는 의사들인 경우 이들이 환자의 진료 결과를 떨어뜨리지 않으면서 비용을 줄일 수 있는 부분은 상대적으로 병원보다 적으며, 일부에 의도적으로 비용을 줄일 목적으로 진료를 제한할 경우 의료의 질에 결정적으로 영향을 주기 때문이다.

둘째, 미국의 경우 의사와 병원과의 관계가 개방형(attending system)체제에 의해 형성되고 있기 때문에 DRG 지불제도에서 의사와 병원은 견제와 균형을 더 잘 유지할 수 있도록 하고 있다. 병원에 소속되어 있지 않은 의사들인 경우 병원에 소속된 의사들에 비해 비용을 감안한 의사결정이 아니라 의료에 입각한 의사결정을 할 가능성이 커지기 때문이다.

셋째, 미국의 경우 우리 나라에 비해 상대적으로 공공성을 띤 병원들이 많다. 공공성을 띤 병원들은 DRG 지불제도가 도입되었다 하더라도 의료의 질을 담보로 의료의 질을 떨어뜨릴 가능성이 공공성을 적게 띤 병원보다 적다고 할 수 있다.

이를 그림으로 표시하면 그림 3과 같다. 그림에서 병원의 입장과 의사의 입장이 양쪽에서

2) 미국의 의사진료비 보상방법은 1991년까지 일반관행수가제를 적용하고 있었으며, 1992년부터 자원기준 상대가치를 적용하고 있다.

견제와 균형의 역할을 하면서 의료의 질에 대한 평형을 유지하고 있는데 우리 나라의 경우 의사들에 대한 보수가 병원에 대한 보수와 구분되어 있지 않은 상황에서 의사들 역시 비용 인식에 의한 진료행태를 보일 경우 의사들의 무게 중심이 병원 쪽으로 이동하여 질의 저하를 가져 올 수 있다. 또한 개방형 병원제도나 공공적 성격을 띤 병원의 존재가 미약한 우리나라의 상황에서는 균형의 축을 이루는 중심이 비용인식을 강조하는 병원의 입장에 무게가 더 실리는 방향으로 이동할 가능성이 존재한다고 하겠다.

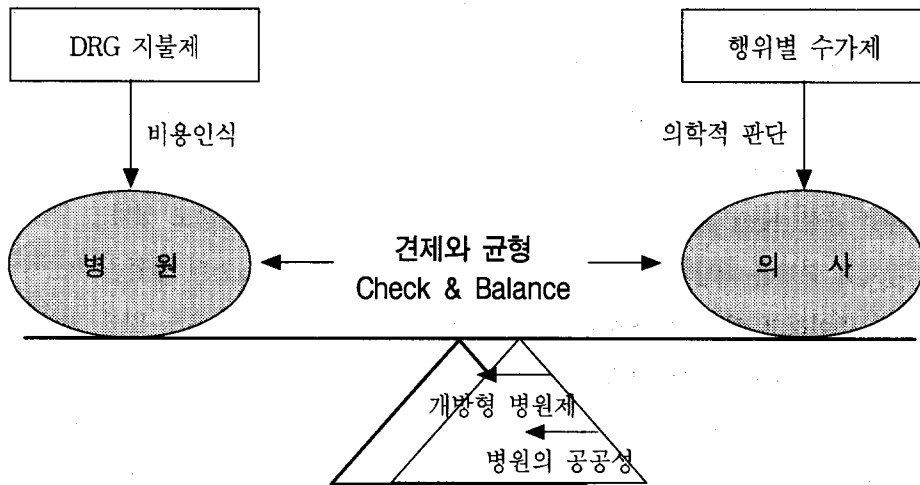


그림 3. 미국 DGR 지불제도의 의료의 질에 대한 작용기전

2. 기타 고려 사항

1) 서비스 이전효과

미국 DRG 지불제도의 경험에서 가장 뚜렷한 결과 중의 하나가 서비스 이전효과(spill over effect, substitute effect)라 할 수 있다. DRG 지불제도가 도입되면서 입원 서비스의 상당수가 외래 서비스와 장기요양시설의 서비스로 이전되었다. 미국의 경우 장기요양시설의 병상수가 일반 급성병원(acute general hospital)의 병상수의 2배가 넘어 이러한 서비스 이전효과를 흡수할 수 있었다. 그러나 우리나라의 경우 장기요양시설이 미국과 비교할 수 없을 정도로 미약하여 DRG 지불제도의 전면 도입시 큰 문제를 야기할 가능성을 내포하고 있다.

2) DRG 분류체계

현재 우리 나라에서 사용되고 있는 DRG 분류체계는 미국에서 개발된 refined-DRG를 토대로 하고 있다. 그러나 이러한 미국의 분류체계는 병원에 대한 보상만을 감안하여 만들어진 것으로 병원에 대한 보상과 의사에 대한 보상을 동시에 감안하여야 하는 우리 나라의 상황에 적합하지 않다. 또한 메디케어가 주로 65세 이상의 인구집단을 대상으로 하고 있어 이들 노인 인구 집단의 특성에 맞추어 만들어진 분류체계이므로 이를 우리 나라의 전 국민에게 적용하기 위해서 새로운 분류체계가 고안되어야 할 것이다. 미국 이외에 DRG 지불제도를 적용하고 있는 대표적 국가인 호주의 경우 독자적으로 개발한 환자분류체계로 DRG 지불제도를 적용하고 있다.

3) DRG 지불제도 도입시기

앞서 미국의 경험에서도 언급한 바와 같이 DRG 지불제도는 의료비 절감을 위한 강력한 정책수단이다. 따라서 DRG 지불제도 도입과 관련하여 현재 우리 나라의 상황이 의료비를 절감하기 위한 강력한 정책수단을 펼칠 시기인가에 대한 검토가 이루어져야 할 것이다. 우선 미국에서 DRG 지불제도가 도입된 1983년 당시의 국민의료비는 국내총생산(GDP, gross domestic products)의 10.1% 이었으며 이는 1980년 8.9%에서 급격히 증가하고 있는 상황이었다. 따라서 미국은 의료비 절감의 문제가 DRG 지불제도 도입당시 가장 중요한 과제였다고 할 수 있다. 그러나 우리 나라의 경우 1999년의 국민의료비가 국내총생산 대비 5.4%로 OECD 국가들과 비교하였을 때, 매우 낮은 수준이다.

V. 결 론

우리 나라는 DRG 지불제도가 도입에 있어 미국의 경험에 비추어 보았을 때 구조적으로 개선되어야 할 부분이 존재하고 있다. 따라서 이러한 부분들을 효과적으로 정비한 이후에 DRG 지불제도가 도입되어야 새로운 제도로 인한 여러 가지 부작용들을 최소화할 수 있을 것이다. 우리 나라에서 DRG 지불제도가 전면적으로 시행되기에 앞서 개선되어야 할 부분들을 제시하는 것으로 결론을 대신하고자 한다.

첫째로 지불대상과 관련된 부분이다. 우리 나라의 경우 미국과 달리 몇 가지 측면에서 의료의 질이 하락할 가능성이 존재한다. 미국의 DRG 지불제도가 병원에 대한 보상에만 적용

되고 의사의 보상을 달리하여 의료의 질 측면에서 견제와 균형(check and balance)를 유지하였고, 또한 환자분류를 단순화할 수 있었다. 따라서 DRG 지불제도가 합리적으로 도입되기 위해서는 의사에 대한 보상과 병원에 대한 보상이 분리되어야 하며 병원에 대한 보상기전으로 DRG 지불제도가 도입되어야 할 것이다.

둘째, 환자분류가 영기점(zero base)에서 다시 진행되어야 한다. DRG 지불제도의 지불단위가 되는 환자분류는 합리적으로 분류되어질 때 DRG 지불제도의 합리성도 보장되어질 수 있다. 현재 미국의 r-DRG를 토대로 분류된 분류를 호주의 AR-DRG도 검토하여 한국화할 필요가 있다. 이 과정에서 전문단체의 체계적 참여를 반드시 필요하며, 그 과정의 공개화도 필수적이어야 한다.

셋째, DRG 지불제도에 적합한 의료환경을 조성해야 한다. 개방형 병원제(attending system)의 도입, 장기요양시설의 확보 등은 DRG 지불제도의 도입 이전에 우리 의료에 필요한 제도이다. 따라서 일부 질환을 대상으로 DRG 지불제도가 도입된 이 시점에서 이에 대한 심도있는 논의가 재개되어야 할 것이다.

넷째, DRG 지불제도에서 의료의 질을 향상시키기 위해 건강보험 심사평가원의 기능과 역할이 정립되어야 한다. 미국의 경우 동료심사기구(PRO, Peer Review Organization)에 의해 의료의 질을 유지한 측면이 있으므로 건강보험 심사평가원에서 동료심사기구의 심사·평가 기능을 적절히 도입해야 할 것이다. 기존 우리의 심사·평가는 행위별 수가제에서 서비스 적정 이상 여부를 주된 관심으로 심사·평가하였다면 DRG 지불제도에서는 서비스 적정 이상 여부를 주된 관심으로 심사·평가해야 할 것이므로 기존의 심사·평가의 틀을 변경해야 할 것이다.

마지막으로 의료서비스를 제공하여 설립의 목적을 달성하고 있는 의료기관들이 간과해서는 안될 부분은 단기적인 결과에 연연하여 의료의 질을 하락시킨다면 본연의 목적에 위배될 뿐만 아니라 장기적으로 의료기관의 존립에 영향을 미칠 수도 있을 것이다. 또한 정부 입장에서 DRG 지불제도는 의료비 절감의 정책적 도구임을 인식하고 DRG 지불제도의 도입으로 의료비가 감소할지라도 의료의 질이 하락할 가능성이 있다면 이를 보완할 수 있는 방안을 마련한 후 확대를 검토하는 것이 바른 순서일 것이다.

참 고 문 헌

보건복지부, 2002년도 포괄행위 적용 질병군 진료 요양기관. 보건복지부, 2002 (<http://www>).

- mohw.go.kr/databank/질병군진료요양기관명단(2002.3월현재)_공지사항.xls)
- 한국병원경영연구원. DRG 지불제도의 문제점과 정책개선방안. 한국병원경영연구원, 2000.
- Assaf AR, Lapane KL, Mckenney JL, Carleton RA. Possible influence of the prospective payment system on the assignment of the discharge diagnoses for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1993;329(13):931-35
- Bray N, Carter C, Dobson A, Watt JM, Shortell S. An examination of winners and losers under Medicare PPS. *Health Care Mang Rev* 1994;19(1):44-55
- Carroll NV, Erwin WG. Effect of the prospective-pricing system on drug use in Pennsylvania long-term-care facilities. *Americal Journal of Hospital Pharmacy* 1990;47(1):2251-254
- Chulis GS. Assessing Medicare's prospective payment system for hospitals. *Med Care Rev* 1991;48(2):167-206
- Coburn AF. Effect of prospective reimbursement on nursing home costs. *Health Serv Res* 1993;28(1):45-68
- Davis CK, Rhodes D. The impact of DRGs on the cost and quality of health care in the United States. *Health Policy* 1988;9:117-31
- DesHarais S, Kobrinski E, Chesney J, Long M, Ament R, Fleming S. The early effects of the prospective payment system on patient utilization and quality of care. *Inquiry* 1987;24(1):7-16
- Eggers PW. Prospective payment system and quality : early results and pesearch strategy. *Health Care Financ Rev* 1987;suppl:29-37
- Ellis RP, McGuire TG. Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effects. *J Health Econ* 1996; 15: 257-77
- Epstein AM, Bogen J, Dreyer P, Thorpe KE. Trends in length of stay and rates of readmission in Maeachusetts: Implication for monitoring quality of care. *Inquiry* 1991;28:19
- Finger AL. Medicare's new red flag: same-day readmission. *Med Econ* 2000; 77(13): 41, 44, 49
- Freeman JL, Fetter RB, Park H, Schneider KC, Lichtenstein JL, Hughes JS, Bauman WA, Duncan CC, Freeman DH Jr, Palmer GR. Diagnosis-related group refinement with diagnosis and procedure specific comorbidities and complications. *Med Care* 1995;

33(8): 806-27

- Gay EG, Kronenfeld JJ. Regulation, retrenchment - the DRG experience : problems from changing reimbursement practice. *Soc Sci Med* 1990;31(10):1103-18
- Gianfrancesco FD. The fairness of the PPS reimbursement methodology. *Health Serv Res* 1990;25(1):1-23
- Gilman BH. Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay. *Health Econ* 2000; 9: 277-294
- Ginsburg PB, Carter GM. Medicare case-mix increase. *Health Care Financ Rev* 1986; 7(2):51-65
- Goldfarb MG, Coffey R. Changes in the Medicare case-mix index in the 1980s and effect of the prospective payment system. *Health Serv Res* 1992; 27(3): 385-415
- Guterman S, Altman SH, Young DA. Hospital's financial performance in the first five years of PPS. *Health Affair* 1990; 9(1): 125-34
- Guterman S, Dobson A. Impact of the Medicare prospective payment system for hospital. *Health Care Financ Rev* 1986;7(3):97-114
- Hennen J, Krumholz HM, Radford MJ, Meehan TP. Readmission rates, 30 days and 365 days postdischarge, among the 20 most frequent DRG groups, Medicare inpatients age 65 or older in Connecticut hospitals, fiscal years 1991, 1992, and 1993. *Conn Med* 1995; 59(5): 263-70
- Hisa DC, Krushat M, Fagan AB, Tebbutt JA, Kusserow RP. Accuracy of diagnostic coding for Medicare patients under the prospective payment system. *N Engl J Med* 1988;318(6):352-55
- Hsiao WC, Dunn D. The impact of DRG payment on New Jersey hospitals. *Inquiry* 1987;24:
- Hsiao WC, Sapolsky HM, Dunn DL, Weiner SL. Lsecons of New Jersey DRG payment system. *Health Affairs* 1986;5:32-45
- Kahn KL, Keeler EB, Sherwood MJ, Rogers WH, Draper D, et al. Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *JAMA* 1990;264(15):1984-88
- Kahn KL, Rogers WH, Rubenstein LV, et al. Measuring quality of care with explicit process criteria before and after implementation of the DRG-based prospective payment

- system. JAMA 1990;264(15):1969-73
- Keeler EB, Kahn KL, Draper D, et al. Changes in sickness at admission following the introduction of the prospective payment system. JAMA 1990; 264(15): 1962-68
- Kominski G, Witsberger C. Trends in LOS for Medicare patients: 1979-1987 Health Care Financing Review 1993;15(2):121-35
- Leibson CL, Naessens JM, Campion ME, Krishan I, Ballard D. Trends in elderly hospitalization and readmission rates for a geographically defined population:pre- and post-prospective payment. Am Geri Soc 1991;39(8): 895-904
- Long MJ, Chesney JD, Ament RP, DesHarnais SI, Fleming ST, Kobrinski EJ, Marshall BS. The effects of the prospective payment system on hospital product and productivity. Med Care 1987;25(6):528-38
- Manheim LM, Feinglass. Hospital cost incentives in a fragmented health care system. Health Care Manage Rev 1994; 19(1): 56-63
- Manning WG, Newhouse J, Duan N, Keeler E, Leibowitz A, Marquis M. Health insurance and the demand for medical care : evidence from a randomized experiment. Am Economic Rev 1987;77(3):251-77
- Manton KG. Woodbury MA, Vertrees JC, Stallard E. Use of medicare services before and after introduction of the prospective payment system. Health Services Research. 1993;28(2):268-92
- ProPAC. Report and recommendations to the secretary. U.S. Department of Health and Human Services 1989;March:40
- Rogers WH, Draper D, Kahn KL, Keeler EB, Rubenstein LV, Kosecoff J, Brook RH. Quality of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. JAMA 1990;264(15):1989-94
- Rosko MD, Broyles RW. Short-term responses of hospitals to the DRG prospective pricing mechanism in New Jersey. Med Care 1987;25:88-89
- Russell LB, Manning CL. The effects of the prospective payment on Medicare expenditures. N Engl J Med 1989; 320: 439-44
- Ruth A. Diagnosis-related groups and hospital costs. N Engl J Med 1984; 311: 1260-1
- Sager MA, Easterling DV, Kinding DA, Anderson DW. Changes in the location of death after

- passage of Medicare's prospective payment system. *N Engl J Med* 1989;320:433-39
- Sager MA, Leventhal EA, Easterling DV. The impact of Medicare's prospective payment system on Wisconsin Nursing Homes. *JAMA* 1987;257(13): 1762-66
- Schramm CJ. Prospective payment : some retrospective observation. *N Engl J Med* 1988; 318(23):1681-82
- Schwartz MH, Tartter PI. Decreased length of stay for patients with colorectal cancer: implications for DRG use. *J Healthc Qual* 1998; 20(4): 22-5
- Schwartz WB, Mendelson DN. Hospital cost containment in the 1980s: Hard lessons learned and prospects for the 1990s. *N Engl J Med* 1991; 324(15):1037-42
- Sloan FA, Morrisey MA, Valvona J. Medicare Prospective Payment and the use of medical technologies in hospitals. *Med Care* 1988;26(9): 837-853
- Stern RS, Epstein AM. Institutional responses to prospective payment based on diagnosis-related groups. *N Engl J Med* 1985; 312(10): 621-27
- Weiner SL, Maxwell JH, Sapolsky HM, Dunn DL, Hsiao WC. Economic incentives and organizational realities : managing hospitals under DRGs. *The Milbank Quarterly* 1987; 65(4): 463-87
- Wood, JB, Estes CL. The impact of DRG on community-based service providers: implications for the elderly. *Am J Pub Health* 1990; 80(7): 840-3