

# 미국에서의 DRG제도 현황

박 현 주

〈연세의대 세브란스병원 적정진료관리실〉

## I. 배경

미국 DRG 제도의 역사는 1965년에 65세 이상의 환자, 장애인, 만성 신장질환자들을 위한 Title 18(Medicare Program)을 만든 Social Security Act(사회보장제도)가 Congress에서 통과됨으로써 시작되었다. Medicare Program의 진료비 청구제도는 현재 우리나라에서 시행되고 있는 행위별 진료비 청구제(Fee For Service)였는데 이와같은 지불제도는 불필요한 서비스, 불필요한 입원등, 의료의 남용을 유발, 의료비용(Cost)의 Inflation을 낳게 되었고, 결과적으로 정부의 재정 압박을 가져오게 되었다. 정부로서는 이에 대응, 진료비 상승을 봉쇄할 대책을 마련하게 되었고 이에 따라 1982년 TEFRA(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act)가 만들어지게 되었는데 이는 Medicare 지불체제에 상한선을 두는 것이 주된 목적이었고 다음해

DRG(포괄수가제)가 시작되었다.

포괄수가제란 1970년 Yale 대학팀에 의해 개발되었는데 진료를 위해 소요되는 병원자원의 양과 입원기간의 소요가 유사한 환자들을 496개의 진단군으로(처음 시작 당시는 468개) 분류하고 해당 진단에 따라 정해진 상한선 내에서 진료비를 지급하는 예상지불체제이다.

1982년 레이건 행정부에 의해 행위별 수가제를 건당수가제인(Cost Per case) 진단별 포괄수가제로 대체하는 안이 의회에 제출되었고 1983년 백악관 상원에 의해 Medicare 환자의 진료비 지불체제로 인준됨으로써 Medicare만을 대상으로 시행되게 되었다.

Medicare는 Part A와 Part B로 나누어지는데 Part A란 병원의 진료비를 말하며 Part B는 의사의 진료비와, 외래 service등을 말한다. 환자가 입원하게 되면 DRG는 Part A에만 적용되게 된다.

이런 진료비의 상한선이 정해져 있는 DRG를 시작으로 병원들은 재원일수 단축, 자원 이용의 감축 등을 위해 노력하게 되고 환자들을 조기퇴원(Premature discharge) 시킴으로써 결국 의료 service의 질이 저하되는 상태가 유발될 것을 예상하여 그러한 것을 방지하고 monitoring하기 위해 PRO(Peer Review Organization)가 탄생하게 되었다.

PRO는 Medicare Program을 전반적으로 감독, 운영하는 보건의료 재정청(Health Care Financing Administration)과 Contract을 맺은 기관으로서 미국 각 주마다 하나씩 있으며 HCFA의 지시를 받아 병원들을 monitoring하며 보험지급이 될 수 있는지의 여부를 결정하는 권한을 가지고 있다.

PRO는 Medicare환자가

- ① 적절하고 필요한 병원 service를 받았는지의 여부
- ② 꼭 필요한 입원이었는지
- ③ 질적인 서비스를 받았는지
- ④ 경제적으로 합당한 치료를 받았는지
- ⑤ 진단과 치료에 대한 정확한 Bill을 받았는지의 여부를 검토한다.

반면 병원은 모든 Medicare 환자에게

1. 모든 입원과 재원에 대해서 심사 받을 수 있다는 것을 알려주고
2. 불필요한 입원이나 재원시 병원에서 발송하는 denial letter의 copy를 PRO에 보내야 할 의무가 있으며
3. 불필요한 입원이나 치료는 PRO에서 deny할 경우 받아들여야 할 의무가 있다는 것을 알려줄 책임이 있다.

PRO에서 병원을 monitoring 하는것 중에는

- 질적인 진료(과잉 및 과소진료)

- 입·퇴원의 적절성
- DRG Coding의 적절성
- Billing error
- 환자/보호자의 complaints등이 있는데 이러한 부문에서 병원의 error rate이 5%가 넘게 되면 병원은 Intensified review(실사)를 받게 된다.  
병원은 Quality의 문제가 있을 경우 Quality Intervention plan을 세우고 120일내에 plan을 시행해야 한다. 그래도 시정이 안될 경우 PRO는 Sanction recommendation(경제적인 제재)을 HCFA에 보고 해야할 의무가 있다.

## II. DRG가 미치는 영향

환자에게 미치는 영향

환자가 조기퇴원으로 인한 재입원의 증가와 과소 진료로 인한 의료의 질(Quality) 저하를 초래한다.

병원에게 미치는 영향

1. 과소진료(Under utilization)의 일원으로 필요한 diagnostic test나 medical procedure의 부족으로 인하여 misdiagnosis가 많이 생기게되고 이로 인하여 의료분쟁이 늘어나게 되어 결국 병원에 경제적인 손해를 준다.
2. 연구 지향적 의료활동의 방해
3. 재정의 악화

\* DRG는 Part A에만 적용되기 때문에 병원이 경제적으로 타격을 받더라도 의사들은 영향을 받지 않는다.

예를 들어 Case가 deny되어 병원은 전혀 진료비를 받지 못하게 되어도 의사들은 Part B에 해당되므로 진료비 청구를 따로하기 때

문에 자신에게는 불이익이 없다. 따라서 deny된 case에 대해서 이의신청을 해야하나 의사들의 비협조로 병원은 경제적 손실을 입는 경우가 많다. 우리나라와는 system이 다르지만 의사가 병원에 고용되어 있는것이 아니라 병원과 계약을 맺어 환자를 입원 시킬 때에만 병원을 사용하기 때문에 의사와 병원 간의 금전적 관계는 없기 때문이다.

오래전부터 이런 문제 때문에 병원의 진료비가 deny되면 의사의 진료비도 deny하자는 말들이 있었으나 아직은 실현되지 못하고 있는 실정이다.

\* 중소 병원들은 경제적인 어려움으로 문을 닫게되거나 큰 병원들에게 통합되고 있는 실정이다.

DRG 시작 당시에 이러한 현상은 예상되었던 것으로 2000년에는 약 40% 가량의 병원이 도산할 것을 예측하고 있다.

\* 조기퇴원등으로 환자의 수가 감소하여 감원이 많아지고, Flexible staffing(8시간 다 일하는 것이 아니라 그날 환자수에 따라 근무시간이 조절되는)이 생기게 되었고 이로 인하여 직원들도 경제적인 부담이 생기게 되었다.

#### 4. 더 많은 인력의 필요

\* Medicare system 중에는 Observation Bed(관찰침상)라는 것이 있는데 주치의가 입원을 시켜야 할지, 말아야 할지 하는 애매한 경우에는 입원시키지 않고 Observation Bed(관찰침상)에서 환자를 monitoring하는 것을 말한다.

이런 경우는 입원환자가 아니므로 DRG는 적용이 안되나 시간제로 청구를 하기때문에 시간제한이 없으므로 때로는 환자가 Observation Bed(또는 Out Patient Short Stay라

고 부르기도 함)에 며칠씩 있는 폐단도 있고 입·퇴원기록을 입원환자처럼 자세히 안해도 되기때문에 의사들은 입원시켜 DRG로 받을 수 있는 경우도 Observation Bed를 사용하는 경우가 많아져서 그 방편으로 많은 병원들이 원무과에 간호사(Utilization Review Admission Nurse) 투입하여 모든 입원을 monitoring함으로써 경제적인 손실을 막으려고 노력하고 있다.

\* PRO의 Monitoring은 의료비 지불, 반송뿐만 아니라 심한 경우 병원에게 경제적인 제재까지 가할 수 있으므로 병원 자체내에서의 monitoring은 필수적이며 이용도관리(Utilization Management) 부서가 간호사들을 사용하여 이일을 담당하고 있다. Monitoring은 병원의 진료비 지급과 큰 관계가 있으므로 이부서에 더 많은 인력이 투입되고 있다.

또 PRO에서 원할때마다 병원은 Chart을 복사하거나 FAX로 보내야 하는데 분량이 많으므로 그 일만을 담당하는 사무원을 고용한 병원도 허다하다.

\* Early Discharge Planning(퇴원계획)은 DRG system에서 빼놓을 수 없는 중요한 위치를 차지하며 환자가 입원하자마자 24시간 이내, 때로는 계획된 입원인(Elective admission) 경우는 입원 전부터 퇴원을 계획하는 것을 말한다.

예전에는 퇴원계획을 social worker들이 했으나 요사이엔 환자의 상태를 잘 파악, 평가할 수 있는 간호사들을 사용하고 있는 추세이므로 더 많은 인건비가 지출되고 있는 실정이다.

### III. 대응방안

---

많은 병원들은 DRG로 인한 경제적인 손실을 보상하기 위해 Out Patient Service를 발달시키고 있는데 좋은 예가 Ambulatory Surgical Center이다. 이는 아침에 수술받은 후 그날로 퇴원하는 out patient procedure로 DRG가 아닌 행위별 수가제가 적용되므로 DRG로 손해본 부분을 ASC(Ambulatory Surgical Center)에서 메꾸고 있다.

또한 Case Management(증례관리)라든가 Clinical Pathway등 특정진단에 대한 진료과정의 주요단계와 내용을 파악하여 입원기간을 단축하고 진료비 절감에 힘쓰고 있다.

#### IV. 맺음말

우리 의료계는 양질의 의료서비스에 대한 국민의 욕구증대, 반면 낮은 의료보합수가, 의료시장 개방등으로 급변하는 의료환경 변화속에서 커다란 전환점을 맞이하고 있다.

최근 국내에서는 K-DRG를 제정하여 이를 제한된 몇몇 상병에 한하여 2월부터 시범사업을 계획하고 있다.

물론 미국의 일반 DRG 제도와는 조금 다른 New York 주에서 실시되고 있는 APR (All Patient Refined) DRG를 우리나라에 맞게 적용하려 하고있다.

새로운 제도라는 것은 시행되기 이전부터 완벽한 기획과 조정, 그리고 실무진들과의 폭넓은 의견교환이 이루어져야 시행착오 없이 효과적으로 운영될 수 있으리라 믿는다.

미국은 DRG 제도로 인하여 병원들이 많은 경제적 타격을 받았고 현재도 받고 있고 앞으로도 받을 것으로 예상하고 있다.

이러한 DRG제도의 도입은 배경부터 다른 상황에서 많은 사람들의 반감을 살 수 있으며 병원의 사활과 직결될 수도 있으므로 충분한 준비와 이해가 필요하며 조심스럽게 다루어져야 할 것이다.\*