

Special

DRG지불제도 도입 경험과 개편의 필요성



글·강길원
충북대학교 의과대학 교수

우리나라에서 DRG지불제도 도입이 논의되기 시작한 것은 1994년 보건복지부장관 자문기구로 운영되었던 「의료보장개혁위원회」에서 행위별수가제의 한계점을 극복하기 위한 방안으로 DRG지불제도의 단계적 도입이 건의되면서부터이다. 이후 1997년부터 3차례에 걸친 시범사업이 진행되었고 2002년부터는 7개 질병군을 대상으로 본 사업이 실시되고 있다.

1997년 54개 기관에서 출발하여 2007년에는 참여기관이 2,350개로 늘어나 참여하는 기관수로는 대상 기관의 69%가 DRG지불제도에 참여하고 있다. 하지만 이러한 외형적인 성공에도 불구하고 DRG지불제도에 대한 의료계의 부정적 시각이 여전할 뿐만 아니라 DRG지불제도가 일부 단순 질병군에 한정되어 있어서 효과 자체가 제한되어 있고, 의료기관이 참여 여부를 선택할 수 있기 때문에 초기에 의도하였던 비용절감 효과가 나타나기 어렵다는 비판에 직면하여 있다.

DRG지불제도가 이처럼 의료계뿐만 아니라 보험자로부터도 외면을 받으면서 DRG지

불제도 확대 도입에 차질이 생기고 있다. DRG지불제도 본 사업을 시작하면서 정부는 대상 질병군을 단계적으로 확대하고 참여 기관도 점차 확대한다는 계획을 가지고 있었지만, 이후 대상 질병군을 늘리지 못하였을 뿐만 아니라 종합병원급 이상 의료기관들의 참여율이 낮아지면서 사업이 점차 축소되고 있다.

하지만 이런 상황에도 불구하고 정부에서는 여전히 DRG지불제도를 건강보험 지출구조의 합리화를 위한 유력한 방안의 하나로 검토하고 있다. 현재와 같은 행위별수가제 하에서는 건강보험 재정지출의 증가를 관리하는 것이 사실상 불가능하기 때문에 보건복지가족부뿐만 아니라 타 부처에서도 DRG지불제도 확대 도입의 필요성을 제기하고 있다.

하지만 현재와 같은 형태의 DRG지불제도 확대에는 의료계뿐만 아니라 보험자도 부정적이기 때문에 새로운 방향 모색이 필요하다. 이러한 방향 모색을 위해서 이 글에서는 DRG지불제도가 가지는 가능성과 추진 배경을 다시 한 번 살펴보고, 3차례에 걸친 시범사업과 6년간의 본 사업을 통해서 얻은 성과와 한계를 검토해 보고자 한다. 그리고 이러한 검토를 바탕으로 DRG지불제도 개편 방향을 제시하고자 한다.

I. DRG지불제도에 주목하는 이유

입원 진료비 지불제도는 우리나라에서 사용하고 있는 행위별수가제 이외에 일당 수가제와 입원건별 포괄수가제(DRG지불제도), 총액예산제가 있다. 그리고 입원과 외래를 모두 포함하여 환자당으로 진료비를 지불하는 포괄적 인두제 방식이 미국 민간보험에서 사용되기도 한다. 이러한 여러 가지 방식 중에서 DRG지불제도에 주목하는 이유는 다음과 같다.

첫째, DRG지불제도는 의료제공자와 보험자가 미래의 불확실한 상황에 대한 위험(risk)을 공유하는 방식으로 의료서비스 제공이 민간 주도로 이루어지는 우리나라 의료 환경에 적합하다. 행위별수가제는 보험자가 모든 위험을 부담하는 방식이고 총액예산제는 의료제공자가 모든 위험을 부담하는 방식이다. DRG지불제도는 이러한 양 극단의 절충형으로

입원건 내에서 발생하는 진료비 변이에 대해서는 의료제공자가 위험을 부담하지만 입원 건수 증가에 대한 위험은 보험자가 지는 방식이다. 일당 수가제는 DRG지불제도보다 의료제공자의 위험 부담이 적지만 재원일수를 증가시키는 경향이 있어서 급성기 입원에 적용하는 나라가 줄어들고 있고, 총액예산제는 민간의료기관을 대상으로는 적용하기는 어려운 제도이다. 따라서 행위별수가제의 대안으로 우리나라에서 채택할 수 있는 입원 진료비 지불제도는 DRG지불제도가 가장 적합하다고 할 수 있다.

둘째, 다른 해외 선진국들에서도 DRG를 이용한 입원건당 지불이나 혹은 예산 배정이 입원 진료비 지불의 주된 방법으로 사용되고 있다는 것이다¹⁾. DRG를 이용한 총액 예산 배분도 병원이 지불받는 진료비가 DRG에 의해 결정되기 때문에 넓은 의미에서 DRG지불제도와 유사한 제도라고 할 수 있다²⁾. DRG를 이용한 입원건당 지불이나 예산 배정은 DRG지불제도를 최초로 도입한 미국뿐만 아니라 유럽이나 호주에서도 일반화되고 있고 일본, 싱가포르, 대만 등 아시아 국가들도 DRG 혹은 이와 유사한 방식의 지불제도를 도입하는 나라들이 증가하고 있다. 우리나라와 유사한 사회보험 방식을 채택하고 있는 독일에서도 DRG지불제도가 전격 도입된 바 있다. 이처럼 DRG를 이용한 지불이나 예산 배정이 확대되고 있는 것은 DRG별 보상이 병원의 '활동에 근거한 보상(activity based reimbursement)' 혹은 '성과에 근거한 보상(performance based reimbursement)' 방법으로 적합하기 때문이다. 총액예산제나 총액계약제를 통해 의료비 총액을 규제하는 것은 의료비 통제에는 효율적이지만, 서비스 제공량을 과도하게 줄이는 기관이 더 많은 보상을 받게 된다. 따라서 제한된 비용 내에서 성과가 높은 기관이 정당한 보상을 받지 못하게 된다. 행위별수가제는 총액예산제와는 반대로 서비스 제공량을 늘리지만 비효율적으로 서비스 제공량을 늘리는 기관이 더 많은 보상을 받기 때문에 성과에 따른 정당한 지불이 이루어진다고 보기 어렵다. 이러한 문제를 극복하고 성과에 따른 지불이 이루어지기 위해서는 성과를 적절하게 반영할 수 있는 지불단위가 필요하고 이러한 지불단위로서 DRG가 가장 적합하다고 여러 나라들에서 판단한 것이다.

1) 최병호 등. 진료비지불보상제도 개선방안. 건강보험공단. 2004

2) 최근에는 입원건별 보상이나 총액예산제 등 지불 방식을 구분하지 않고, 진료한 환자의 구성에 따라 보상액이 결정되는 지불제도를 'casemix payment' 혹은 'casemix funding'으로 함께 분류하기도 한다.

우리나라의 의료 상황과 해외 동향을 고려할 때 DRG지불제도가 행위별수가제의 문제점을 해결하기 위한 대안으로 우선적인 검토가 필요한 제도라는 데에는 이견이 없을 것이다.

II. DRG지불제도 도입 배경과 시범사업의 성과

정부가 DRG지불제도 도입을 추진하게 된 배경은 다음과 같다³⁾.

① 의료비 상승의 가속화

진료량을 늘려야 수익도 증가하는 행위별수가제의 재정적 유인체계 하에서, 의료기관들은 낮은 수가로 인한 경영상의 어려움을 비용절감보다는 서비스 제공량을 극대화하는 방향으로 대처하여 왔다. 이 때문에 우리나라의 행위별수가제는 의료비 상승의 중요한 원인이 되고 있다. DRG지불제도는 진료량 증대 유인을 근본적으로 차단하여 과잉진료, 의료서비스의 오남용에 따른 의료비 증가를 막을 수 있다.

② 진료비 청구·심사 업무가 복잡하고 업무량이 과중함

의료기관에서는 약 4,000여 세부항목의 행위, 약 12,000항목의 약품사용, 약 30,000여종의 재료사용⁴⁾에 대해 일일이 처방전을 분류해서 청구하여야 하며, 지불자는 진료비 청구명세서 상의 행위, 투약, 재료사용 등을 진료내역과 고시내용에 따라 일일이 대조 심사한 후 진료비를 지급하고 있기 때문에 의료기관과 지불자 모두 청구·심사·지불과정에 많은 인력과 비용을 투입하고 있고, 심사지불기간도 1개월 이상 걸리고 있다. DRG지불제도 하에서는 의료기관의 진료비 청구방법이 매우 간편해지고, 진료비 청구심사가 불필요하거나 대폭 간소화되므로 이와 관련된 의료기관과 보험자의 행정비용 절감이 기대된다.

3) 보건복지부. 건강보험정책심의회조정위원회 간담회 자료집. 2001. 4. 14

4) DRG지불제도 도입이 검토되었던 시점의 자료로 항목수가 현재와 차이가 있다.

③ 수가 관리의 어려움

현 수가제도는 개별 행위를 지불단위로 하고 있어 약 4만5천여 개에 달하는 품목별로 수가 기준과 인상률을 결정하여야 하는 어려움이 있다. DRG지불제도 하에서는 행위별수가제와는 달리 수 백 개정도의 질병별로 포괄화된 수가체계를 가짐으로 수가 기준 등의 설정과 관리가 보다 합리적으로 이루어 질 수 있다.

④ 의료인, 보험자간 마찰·갈등 요인 상존

행위별수가제는 개별 행위를 대상으로 하는 임상 고유영역의 심사 때문에 의학의 전문성과 진료의 자율성에 대한 시비가 끊이지 않고 있다. DRG지불제도는 지불 단위를 포괄화함으로써 진료비 청구/심사과정에서 파생되고 있는 의료인과 보험자간의 마찰이나 진료의 자율성 침해를 크게 개선할 수 있다.

⑤ 환자와 의료기관간 진료비 산정에 대한 마찰·갈등 요인 상존

현 수가제도는 진료비 계산방식이 복잡하여 환자들이 퇴원 시 받게 되는 진료비 청구명세서를 이해하기 어렵고, 진료비 계산방식의 불투명성 때문에 의료기관과 환자 간에 진료비 산정을 둘러싼 마찰 요인이 상존한다. DRG지불제도는 진료비 계산방식이 간단하여 환자들이 퇴원 시 받게 되는 진료비 청구명세서를 이해하기 쉽고, 지금까지 의료기관과 환자 간 마찰에서 큰 부분을 차지하고 있는 진료비 계산방식의 불투명성 문제를 해소할 수 있다.

⑥ 의료기관의 QA활동을 강화시키는 유인을 제공하지 못함

현 수가제도 하에서는 양질의 진료를 효율적으로 제공하기 위한 투자가 보상받을 수 있는 기전이 없으므로 QA활동, critical pathway 등 양질의 서비스를 제공하기 위한 투자 보다는 서비스 제공량 증가에만 의존하는 경향을 보이고 있다. DRG지불제도는 의료공급자 수준에서 진료의 효율화를 위한 의식전환을 가져오고 critical pathway 등 질 향상 프로그램의 활성화를 가져올 수 있다.

3차례 걸친 시범사업을 통해서 DRG지불제도는 우리나라 수가제도가 가지는 위와 같은 문제점들을 해결할 수 있는 가능성을 제시하였을 뿐 아니라 아래와 같은 측면에서 큰 성과가 있었다.

첫째, 저수가, 비급여 증가, 진료행태 왜곡을 동시에 해결할 수 있는 가능성을 제시하였다는 것이다. 우리나라에서 행위별수가제는 진료행태 왜곡과 의료비 증가를 초래하는 주된 기전으로 작용하고 있을 뿐만 아니라, 저수가를 지속시키는 요인으로도 작용하고 있다. 즉 저수가가 진료행태의 왜곡을 심화시키고 진료행태가 왜곡되어 있기 때문에 수가를 올려줄 수 없는 악순환 고리가 지속되고 있는 것이다. DRG 수가는 행위별 수가와는 달리 저수가를 비급여나 급여서비스 증가로 대처하는 것이 불가능하기 때문에, DRG 수가를 행위별에 비해 20~30% 높은 수준으로 책정하였다. 또한 임의비급여를 포함한 대부분의 비급여 항목을 급여화 함으로써 비급여 서비스의 비정상적인 팽창을 근본적으로 차단하였다. 이처럼 적정 수가, 급여 범위 확대로 진료행태의 정상화가 가능해졌고, 의료비 적정화로 수가 인상이나 급여 범위 확대라는 선순환 고리의 형성이 가능해졌다. 의료비 적정화는 단기적으로 나타나는 것이 아니기 때문에 평가가 어려웠지만 재원일수 감소, 항생제 사용 감소 등 진료행태 정상화를 시범사업에서 확인할 수 있었다⁵⁾.

시범사업의 또 다른 성과는 DRG지불제도로 인한 부정적인 효과가 크지 않았다는 것을 확인하였다는 것이다. DRG지불제도가 도입될 경우 서비스 제공량 감소로 인한 의료의 질 저하가 발생할 수 있고, 코드 조작 등이 용이하여 업코딩 등 부정 청구가 증가할 여지가 있다. 하지만 시범사업 평가 결과 의료의 질 저하가 유의하게 나타나지는 않았고 업코딩 등 부정 청구도 많지 않은 것으로 나타났다.

시범사업 과정을 통해서 DRG지불제도에 대한 의료기관의 수용성이 제고되었다는 것도 시범사업의 큰 성과 중의 하나이다. 의료제공자 대한 통제수단이라는 시범사업 초기의 불신을 극복하고 많은 의료기관들을 DRG지불제도에 참여시키는데 성공함으로써 새로운 제도에 대한 의료기관의 경험을 넓힐 수 있었다. 1차 시범사업 시는 54개 기관에 불과하던

5) 김창엽 등. DRG지불제도 시범사업 평가 및 개선방안 연구. 보건복지부. 2000

것이 3차 시범사업 때는 1,645개까지 참여 기관이 증가하여 대상 의료기관의 절반 이상이 DRG지불제도를 경험하였다.

표 1. DRG지불제도 시범사업 참여기관 수

구분	시범사업				
	1차 1997	2차 1998	3차		
			1999	2000	2001
계	54	132	798	1,268	1,645
종합전문	2	11	16	16	15
종합병원	22	61	95	111	108
병원	19	29	78	106	131
의원	11	31	609	1,035	1,391

그러나 DRG지불제도 시범사업은 위와 같은 성과에도 불구하고 시범사업이 일부 질병군에 한정되어 있었고, 제기된 문제들에 대한 적극적 대응의 부족으로 아래와 같은 한계를 보였다.

첫째, 전체 입원환자를 대상으로 한 지불제도로서의 평가가 미흡하였다는 것이 시범사업의 가장 큰 한계라고 할 수 있다. DRG 적용이 상대적으로 용이한 단순 질병군만을 대상으로 시범사업을 하였기 때문에 전체 입원환자에 대해서 DRG 적용이 가능한지 DRG를 전체 입원환자에 적용하기 위해서는 어떤 문제들을 해결해야 하는지에 대한 평가가 부족하였다. DRG 참여 기관을 늘리는 데는 성공하였지만 DRG 대상 질병군을 늘리는 것에 대해서는 준비나 평가가 미흡하였던 것이다. 따라서 장기간에 걸친 시범사업에도 불구하고 시범사업 질병군 이외의 질환으로 DRG를 확대하기 위해서는 새로운 제도 고안과 평가가 필요한 상황이다.

둘째, 포괄수가제의 단점을 보완하기 위한 적극적 시도가 미흡하였다. 시범사업 과정에서 분류체계 수정, 열외군 지불방식 개선 등 일부 개선이 이루어졌지만 시범사업 과정에서 제기된 제도적 개선 요구를 모두 반영하지는 못하였다. 예를 들어 ① 포괄이 부적절한 항목에 대한 별도 청구 기전 마련, ② 장기 입원에 대한 분리 청구 허용, ③ 신의료기술 도입 기전 마련 등이 시범사업 과정에서 제기되었지만, 이를 DRG지불제도 개선에 반영하지 못

하였다.

셋째, 시범사업에 많은 의료기관들이 참여하였지만 DRG가 의료비 통제 수단이라는 의료계의 의구심을 해소시키지 못하였다. 이러한 의구심을 해소하기 위해서 명시적인 수가 개정 기전과 의료비 절감에 따른 의료기관의 인센티브가 제도적으로 마련되어야 하지만 시범사업 시에는 이와 관련된 제도 도입이나 설득에 실패하였다. 이로 인해 DRG 본 사업을 앞두고 의료계에서 DRG지불제도를 적극적으로 반대하는 상황을 초래하였다.

III. DRG지불제도 본 사업의 문제점

정부는 3차에 걸친 시범사업을 끝내고 2002년부터 7개 질병군을 대상으로 DRG지불제도 본 사업을 실시하였다. DRG지불제도 본 사업은 행위별수가제에만 의존하던 건강보험 수가체계에 다른 방식의 지불제도가 공식적으로 도입되었다는 측면에서 큰 의의가 있지만, 의료기관이 참여 여부를 결정하는 선택제 방식을 채택함으로써 DRG지불제도의 효과가 반감되었다. 선택제 하에서 진료행태의 합리화가 필요한 기관들(수입 증가를 위해 진료내역을 불필요하게 늘린 기관들)은 행위별수가제에 남게 되고, 진료행태가 합리적인 기관들만 DRG지불제도를 선택하게 되어서 결과적으로는 DRG지불제도가 달성하고자 하는 목표(비합리적인 진료행태의 교정)를 달성할 수 없게 된다⁶⁾. 보험 재정 측면에서도, 동일한 환자를 치료하는데 평균보다 더 많은 진료비용을 사용하는 비효율적인 병원은 평균 진료비용으로 결정되는 DRG 수가가 행위별 진료비보다 낮기 때문에 행위별수가제를 선택하게 되고, 진료비가 평균보다 낮은 효율적인 병원만 DRG지불제도를 선택하게 되어, 결과적으로 행위별에 비해 추가적인 재정 소요가 발생하게 된다.

또한 의료기관이 DRG지불제도를 선택하도록 유도하기 위해서는 DRG 수가 수준을 적어도 행위별 수가 수준과 같거나 높게 책정할 필요가 있다. 따라서 행위별수가제 하에서

6) 강길원. 7개 질병군을 대상으로 한 DRG지불제도 도입의 필요성. DRG지불제도 확대 적용을 위한 공청회 자료집. 2003

불필요하게 늘어난 진료내역을 매년 인정해 주어야하기 때문에 의료비 절감 효과는 기대하기가 어렵다.

DRG지불제도의 부작용도 선택제 하에서 더 증가할 가능성이 있다. DRG지불제도 하에서는 코드 조작이나 의료의 질 저하 등 의료기관의 부정적 행태를 막기 위해 심사기관에서 의료기관 모니터링을 실시하고 있지만, 선택제 하에서는 행위별 기관과의 형평성을 고려하여 적극적인 모니터링을 할 수 없기 때문에 의료기관의 부정적 행태를 막기 어려운 것이 사실이다.

위와 같은 우려는 현실로 나타났는데, DRG지불제도 본 사업 실시 이후 DRG 수가와 행위별 수가의 차이가 줄어들면서 DRG 수가가 행위별 진료비에 비해 높지 않거나 낮은 종합병원급 이상 기관들은 참여율이 점차 낮아지고 있는 반면, 반대로 DRG 수가가 행위별 수가에 비해 상대적으로 유리한 의원은 참여율이 지속적으로 증가하고 있다(표 2). 이로 인해 DRG로 인한 추가적인 보험재정 지출이 지속적으로 증가하고 있다. 이러한 추가적인 보험재정 지출이 진료행태의 합리화와 의료비의 장기적 절감에 기여할 수 있다면 정당화될 수 있지만 선택제 하에서는 이마저도 기대하기 어렵다.

표 2. DRG지불제도 본 사업 참여기관 수의 연도별 변화

구분	본 사업					
	2002 (참여율)	2003 (참여율)	2004 (참여율)	2005 (참여율)	2006 (참여율)	2007 (참여율)
계	1,839 (57.5%)	1,965 (59.0%)	2,066 (60.6%)	2,213 (62.8%)	2,277 (66.4%)	2,350 (69.0%)
종합전문	4 (9.5%)	2 (4.8%)	2 (4.8%)	1 (2.4%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)
종합병원	109 (45.2%)	112 (46.5%)	102 (42.2%)	101 (40.6%)	96 (37.9%)	101 (38.7%)
병원	153 (49.0%)	174 (47.9%)	184 (42.9%)	188 (40.5%)	201 (44.0%)	198 (41.7%)
의원	1,573 (60.5%)	1,677 (62.5%)	1,778 (66.0%)	1,923 (69.5%)	1,979 (74.0%)	2,050 (78.0%)

주) 참여율은 7개 질병군에 대한 심사실적(전 3개월)이 있는 전체 기관수에 포괄수까지 참여기관수를 대비하여 산출함.

선택제라는 제약 조건뿐만 아니라, 행위별 수가와 DRG 수가의 차이가 줄어드는 것도 본 사업 활성화의 큰 걸림돌이 되고 있다. 시범사업 초기에는 행위별 진료비를 사용하지 않고 DRG별로 원가를 분석하여 수가를 책정하였기 때문에 행위별 진료비에 비해 DRG 수가가 20%~30% 높은 수준이었지만, 2001년에 상대가치제도가 도입되면서 이 차이가 10%~15%로 크게 줄어들었다. 이처럼 DRG 수가와 행위별 수가 사이의 차이가 크게 줄어들면서 DRG 수가가 상대적으로 가지고 있던 우위가 사라지게 되었고, 특히 중별 인센티브가 없거나 작은 종합병원급 이상의 기관에서는 행위별 진료비에 비해 DRG 진료비가 더 낮아지는 역전 현상도 발생하였다⁷⁾. 특히 비급여가 많은 종합전문요양기관의 경우 수가 측면에서 DRG가 가지는 이점이 없어지게 되었다.

IV. DRG지불제도 개편의 필요성과 방향

의료기관이 참여 여부를 결정할 수 있는 선택제 하에서 의료제공자들은 DRG지불제도를 최대한 활용하여 이윤 극대화를 추구하고 있는 것으로 보여진다. 즉 일부 질병군을 대상으로 선택제 방식으로 DRG지불제도를 적용하는 것은 의료제공자 입장에서는 이윤 추구에 가장 유리한 모델이라고 할 수 있다. 따라서 의료제공자들은 DRG지불제도를 전체 의료기관으로 확대하여 강제 적용하는 것도 반대하겠지만, 반대로 DRG지불제도를 완전 폐지하는 것에도 반대할 가능성이 높다. 반면 선택제 방식을 유지한다면 대상 질병을 늘리는 것에 대해서는 반대가 크지 않을 수 있다.

보험자 측면에서는 DRG지불제도를 통해서 달성하고자 한 진료행태의 변화나 의료비 적정화를 선택제 하에서는 전혀 달성할 수 없기 때문에 현재와 같은 방식의 DRG지불제도에 대해서는 반대하고 있는 입장이다. 특히 DRG 수가가 행위별 진료비에 비해 높은 의료

7) 종합병원급 이상에서 여전히 DRG 수가가 행위별 진료비에 비해 높은 것은 DRG 급여범위가 행위별의 급여범위보다 더 넓기 때문이다. 급여범위를 동일하게 할 경우 DRG 진료비가 행위별 진료비에 비해 낮아지는 역전 현상이 발생한다.

기관들의 참여율이 높아지면서 행위별에 비해 추가 지출되는 진료비가 늘어났기 때문에 DRG지불제도 완전 폐지를 주장할 가능성이 높다. 또한 일부 질병군만을 대상으로 실시되고 있는 현 제도는 입원 진료비 지불제도의 대안으로 부적합하다고 판단하고 있다. 하지만 향후 DRG지불제도가 전체 입원환자를 대상으로 전면 적용될 여지가 있다면 DRG지불제도를 적극적으로 추진할 여지는 여전히 남아 있다.

소비자 측면에서는 보험급여 확대와 본인 부담 감소로 인해 DRG지불제도에 대한 긍정적인 입장이 부정적 입장에 비해 더 높은 편이다. 2003년 건강보험심사평가원에서 실시한 설문조사에서 전체 응답자의 48%가 DRG지불제도를 추천하겠다고 응답한 반면, 추천하지 않겠다는 응답은 없었다⁸⁾. 하지만 향후 DRG로 인해 고가 서비스에 대한 접근이 제한되거나 의료의 질 저하가 뚜렷하게 나타날 경우 소비자들의 반대가 있을 수 있다.

DRG지불제도를 확대하기 위해서는 적용 기관을 확대하거나 대상 질병군을 확대해야 한다. 하지만 위와 같은 상황으로 인해 DRG지불제도의 확대는 의료기관뿐만 아니라 보험자의 반대에 부딪칠 수 있다. 의료기관은 DRG지불제도를 전체 의료기관으로 확대 적용하는 것을 반대하고 있고, 보험자는 선택제 방식 하에서 대상 질병군을 확대하는 것에는 부정적인 입장을 가지고 있다. DRG지불제도 도입 초기의 목적을 달성하기 위해서는 지금이라도 전체 기관을 대상으로 한 DRG지불제도 당면 적용이 필요하지만 의료계의 반대가 극심한 상황에서 소모적인 논쟁이 불가피하며, 대상 질병군이 일부 단순 질병군에 제한되어 있어서 투입된 노력에 비해 도입 효과도 크지 않을 것으로 판단된다. 반면 선택제 하에서 대상 질병군을 늘리는 것도 보험재정 지출의 증가를 수반하기 때문에 보험자의 동의를 얻기 어렵다. 즉 대상 기관을 확대하거나 대상 질병을 확대하는 것이 양측의 반대로 쉽지 않은 상태인 것이다.

따라서 DRG지불제도가 확대되기 위해서는 지금과는 다른 방식의 접근이 필요하며 아래와 같은 방향 전환이 필요하다.

첫째, 단순 질병군을 대상으로 한 선택제 방식의 DRG지불제도를 현상 유지하거나 점차 축소하고, 전체 입원환자에 적용할 수 있는 새로운 DRG지불제도 모형 개발이 필요하다.

8) 강길원. 7개 질병군을 대상으로 한 DRG지불제도 도입의 필요성. DRG지불제도 확대 적용을 위한 공청회 자료집. 2003

즉 대상 질병군을 늘리는 확대 방식에서 적용 기관이 적더라도 전체 입원환자를 대상으로 DRG를 적용하는 기관을 확보하고 이러한 기관을 늘려나가는 방식으로 DRG지불제도 확대 전략의 수정이 필요하다.

둘째, DRG지불제도의 당위성을 강조하는 것보다는 DRG지불제도의 경쟁력을 제고하여 의료기관들이 DRG지불제도를 자발적으로 선택할 수 있게 해야 한다. 즉 DRG로 지불 방식을 변경할 경우 수가 수준을 적정화하여 참여 유인을 만들어 줄 필요가 있으며, 행위별수가제를 적절히 혼용하여 DRG지불제도의 유연성을 제고할 필요가 있다. DRG지불제도 도입이라는 지불 방식의 변경과 함께 수가 적정화를 동시에 추진하여야지만 적정 수가 - 진료행태 정상화 - 의료비 적정화라는 선순환 고리 형성이 가능해진다. 그리고 유연성 제고를 통해서 의료기관의 위험 부담을 줄여주어야지만 새로운 제도에 대한 수용성이 높아질 수 있다. 이러한 과정을 통해서 행위별수가보다는 DRG지불제도를 선택하는 것이 의료기관 측면에서 유리할 수 있는 여건을 마련하는 것이 필요하다. **KHA**