

Special

국내 DRG제도의 문제점과 개선방향



글·김 현 미

이화여대 의학전문대학원 의과학연구소 연구원

보험자나 일부 학자들 사이에서 현행 상대가치행위별수가제가 비용유발적인 특성으로 진료비 증가의 주요한 원인으로 인식되었고, 보험지출의 합리적 관리차원에서 지불제도의 개편 필요성이 지속적으로 대두되어 왔다.

불필요한 의료서비스 제공 감소를 통한 적정진료 유인과 의료비 증가 억제 수단[1]으로 1997년부터 시작된 국내 DRG제도 시범사업은 2002년 선택형 본 사업으로 연계되어 7개 질병군²⁾을 대상으로 시행되고 있다. 전면확대 실시를 목표로 시작되었던 DRG 시범사업은 시행상의 어려움으로 선택형 본 사업으로 연계되었으나, 그 실행가능성과 효과성에 대한 논란이 여전히 지속되고 있는바, 본고에서는 DRG제도의 타당성 검토를 통해 문제점과 개선방안을 논하고자 한다.

1) 수정체수술, 편도 및 아데노이드 절제술, 항문 및 항문주위수술, 서혜 및 대퇴부 탈장수술, 총수절제술, 자궁 및 자궁부속기수술, 제왕절개분만

I. 국내 DRG제도 도입배경 및 현황

1) 도입배경

국내 DRG 지불제도의 도입필요성과 기대효과로 주로 다음의 내용들이 제시되었다.[2,3]

- ▶ 행위별수가제 하에서와는 달리 의료제공자들이 가장 비용효과적인 진료방법을 찾기 때문에 서비스 제공의 효율성이 제고되고 의료비가 절감됨.
- ▶ 과잉진료와 의료서비스의 오·남용을 근본적으로 차단할 수 있기 때문에 행위별수가제 하에서 초래된 진료행태의 왜곡을 바로잡을 수 있고, 진료행태가 정상화되어 의료기관의 수입이 투명해지면 수가 현실화를 위한 사회적 여건이 마련될 수 있음.
- ▶ 지불단위를 포괄함으로써 진료비 청구/심사과정에서 파생되고 있는 의료인과 보험자와의 마찰 및 진료의 자율성 침해 시비가 줄어들.
- ▶ 진료비 계산방식이 간단명료하여 환자들이 퇴원 시 받게 되는 진료비계산서의 이해가 쉽고, 이에 따라 지금까지 의료기관과 환자의 마찰요인의 큰 부분을 차지하고 있는 진료비 계산방식의 불투명성 문제를 해소하고 환자와 의료기관간에 진료비에 대한 시비와 마찰을 줄일 수 있을 것으로 기대됨.

2) 참여현황 및 적용질병군

국내 DRG제도 시범사업 및 본 사업 참여현황을 보면(표1), 종합전문은 지난 3년간(2005년-2007년) 1개소만이 참여하고 있고, 종합병원과 병원급의 참여율은 전체 종별 요양기관²⁾ 중 각각 39.3%, 20.5%를 보이고 있다.

지난 10년간 병원급 이상 기관의 참여율이 낮고 종합병원급 이상은 꾸준한 이탈율을 보이고 있는데, 본 사업 실시 후 참여기관수는 증가하였으나 일부 종별에만 치우치는 등 전체 참여율은 저조하다 할 수 있으며, 현행 적용대상이 4개의 진료과와 7개의 질병군으로 일부 외과계의 특정 질병군에만 시행되고 있다.

2) 2007년 3월 기준으로 종별 요양기관현황은 종합병원은 257개소, 병원은 968개소이었음.

표 1. DRG제도 참여 및 적용질병군 현황

구분	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
참여기관	종합전문	11	16	16	15	4	2	2	1	1	
	종합병원	61	95	111	108	109	112	102	101	96	
	병원	29	78	106	131	153	174	184	188	201	
	의원	31	609	1,035	1,391	1,573	1,677	1,778	1,923	1,979	
	계	132	798	1,268	1,645	1,839	1,965	2,066	2,213	2,277	
진료과	4개	6개		4개							
질병군	5개	9개	17개	8개			7개				
안과	수정체수술										
이비인후과	편도·아데노이드 수술										
일반외과	충수절제술	충수절제술, 항문과 (또는) 항문주위수술, 서혜 및 대퇴부 탈장 수술									
산부인과	질식분만, 제왕절개술	질식분만, 제왕절개술, 자궁과 (또는) 자궁부속기 수술					제왕절개술, 자궁과 (또는) 자궁부속기 수술				
내과 · 소아과	-	단순 폐렴과 (또는) 늑막염	단순폐렴과(또는) 늑막염, 소화기 악성종양 등 8개 소화기내과질병군	-	-	-	-	-	-	-	

자료출처: 건강보험심사평가원 및 보건복지부

II. 국내 DRG제도의 문제점

위에서 언급한 대로 국내 DRG 사업에 의원급의 참여가 꾸준히 증가한 반면 종합병원 급의 이탈이 증가했음을 볼 수 있는데(표1), 본 사업 시행 시 몇 가지의 보완대책³⁾과 함께 DRG분류체계가 지속적으로 수정·보완 되었다고는 하나 여전히 중증질환과 복합질병에

3) DRG 비용열외군 확대, 수술 후 당일 퇴원 환자의 포괄수가제 적용, 입·퇴원 당일 DRG 적용이외의 질병으로 인한 진료비에 대해서는 행위별수가제 적용 질식분만 적용 제외 등

대한 보상이 미흡함을 시사한다.

실제로 2002년 시범사업 종료 후 본 사업 시행에 앞서 운영된 'DRG실무작업반(보건복지부, 건강보험심사평가원, 대한병원협회, 대한의사협회 공동 구성) 조사결과에 의하면 종합전문기관의 경우 행위별수가제보다 4.3% 낮은 수준을 나타냈다고 보고된 바 있다.[4]

의원급들의 꾸준한 참여 증가는 상대적으로 경한 환자들이 많아 중증 환자진료에 따른 손실은 크지 않는 반면, 심사청구의 간편함이나 종전 삭감에 대한 불이익이 적다는 이점 때문에 참여가 증가하는 것으로 판단되나, DRG제도에 참여함으로써 나타나는 의료소비자의 본인부담금 감소 효과로 가격경쟁에서 밀리지 않기 위해 참여한다는 기관들도 있어 참여 동기는 다양한 것으로 분석된다.[5]

국내에서 실시되고 있는 DRG 사업은 대상 참여기관이 규모가 작은 기관과 특정 질병군에 치우쳐있는 것을 고려할 때, 10여년에 걸쳐 실시하였음에도 전체 의료기관에 대한 적용여부를 판단할 기초자료나 기반이 축적되지 못했다고 판단할 수 있다.

시범사업 시행과 함께 사회적 이슈로 대두된 시행상의 불합리성과 문제점[6, 7]들을 여전히 해소하지 못한 채 시행되고 있는 DRG제도의 본 사업의 문제점을 종합해보면 다음과 같다.

1) 도입여건의 상이성에 따른 국내 실정에 맞는 분류체계 정비의 필요성

- 국내의 DRG제도가 미국의 DRG제도를 근간으로 개발되고 사용되고 있는데⁴⁾, 미국의 경우 DRG제도의 보상의 대상이 병원진료비에 국한되어 있고, 우리나라의 경우에는 병원진료비와 의사진료비가 분리되지 않고 적용되고 있다(표2).
- DRG 분류체계의 경우 지불액 결정시기가 치료 후가 아닌 진단이 끝난 시점으로 의료서비스가 갖는 다양한 진료와 질병 과정에 있어서의 variation에 대응하기 어려운 데, 이런 특성에 더하여 여건이 상이한 다른 나라의 분류체계를 도입함으로써 다양한 증례에 대응하기 어려운 문제점은 더 증폭되었을 가능성이 존재한다.

4) 1986년 KDRG Version 1.0은 미국 HCFA- DRG 를 근간으로 개발되었고, 1991년 KDRG Version 2.0은 미국의 Refined DRG에 근거하여 개편하였으며, 2003년 KDRG Version 3.0은 국내 전문의학회와 국내 진료비 자료분석결과에 근거하여 재개발되었고, 2005년에는 신설된 수가코드와 100/100 행위코드 분류체계를 포함하는 KDRG Version 3.1을, 최근에는 신의료항목을 반영한 KDRG Version 3.2를 발표하여 적용하고 있음.

표 2. DRG 제도와 관련된 한국과 미국의 구조적 차이와 유형별 특징

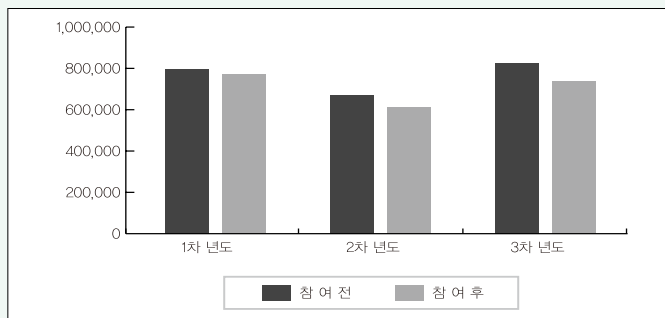
구분	한국	미국	구분	DRG	FFS
보상의 대상	병원과 의사	병원	적용대상	병원서비스	의사/병원 서비스
의사-병원관계	폐쇄형 병원	개방형 병원	지불단위	진단명	서비스 항목
병원의 형태	90% 이상이 민간병원	공공적 병원이 다수 존재(38%)	지불액 결정시기	진단 후	치료 후

자료출처: DRG 지불제도에 대한 미국의 경험과 우리나라에의 시사점(2003)과 진료비 지불보상제도 개편의 필요성과 방향(2005)에서 일부 발췌

2) 의료서비스 질 저하의 가능성

- 위에 언급한 대로 미국은 병원서비스와 의사진료행위를 분리시켜 의사진료비를 행위별수 가제로 보상함으로써 DRG제도 하에서 나타날 수 있는 부적절한 조기퇴원 증가, 필요서비스의 감소 등 진료행태의 왜곡을 막고 의료의 질을 확보할 수 있는 기전을 갖추고 있다.
- 국내 DRG 시범사업 전후 의료서비스 제공량의 변화를 보면(표3), 행위량이 행위별수가 청구 시 보다 약 3.16-10.26% 감소하였다고 평가하고 있다. 이 결과가 비참여기관과 비교되지 않았으며 시간효과나 다른 영향에 의한 변화가능성을 고려하지 않았다는 점에서 해석에 있어 제한점을 가지나, DRG 제도를 변화의 주원인으로 판단할 때, DRG제도가 의료의 하향평준화를 초래할 수 있음을 시사하는 결과라 할 수 있다.

표 3. 시범사업 참여 전후 의료서비스의 제공량 변화



자료출처 : DRG 지불제도 시범사업 평가 및 개선방안 연구 (2000년도, 보건복지부)

3) 중증질환자 기피현상 발생 가능성

- DRG제도는 환자가 받는 의료서비스나 진료내용에 상관없이 일정금액만을 지불하는 방식으로 DRG제도 하에서는 중증도와 합병증의 위험이 높은 환자를 진료함으로써 발생하는 진료비부담을 의료기관이 떠안게 된다.
- 민간주도 형태의 국내 의료체계에서 수익을 증가시켜야하는 의료기관들은 중증질환자의 입원을 기피하게 되고 다른 기관으로 이송시킴으로써, 동시에 중증질환을 지닌 의료소비자에게는 의료의 접근성이 악화되는 결과를 초래할 수 있다.

4) 임상의학의 발전과 의료기술 발전의 저해

- 신의료기술, 고가·일회용 치료재료의 변화에 따른 반영기전이 미흡하여, 원가상승의 원인이 되는 새로운 치료기술과 재료를 환자 치료에 적용하기 어렵다. 시범사업 당시부터 지속적으로 제기되고 있는 이런 문제점은 복강경 충수절제술과 같이 행위별 수가제에서는 급여로 인정하고 있음에도 불구하고 DRG분류체계에서는 인정되지 않고 있는 예에서 찾아볼 수 있다.[5]
- 일부 전문과목은 이미 현행 행위별수가제 하에서도 의료기관을 운영에 있어 수익보전이 안되고, 전공의 수급과 전문의 확보가 어려운 상황인 바, 공급자 통제와 지불제도와 맞물려 특정 전문과목을 비롯한 전체 국내 임상학과 의료기술의 발전에 부정적인 영향을 미칠 수밖에 없을 것이다.

5) 의료기관과 보험자의 또다른 마찰 우려

- 의료기관 분류 정보 불신(DRG creep, DRG split, DRG dump 등의 형태 가능성)에 대한 보험자 측 감시기능 강화로 또 다른 마찰이 발생하게 된다. 또한 이런 불신은 의료기관이 질병의 변이와 합병증 가능성을 예측하여 질병정보를 분류하게 유도하는 DRG제도의 특성 때문에 발생된다.
- 단순한 질병과 수술일지라도 치료과정에 있어 질병변이나 증례가 다양하며, DRG 분류체계가 치료 후가 아닌 진단 후 보상기준이 정해진다는 점에서 의료기관은 가능한 상황을 고려하여 질병을 분류할 수밖에 없고 결과적으로 이에 따른 분류오류로 인한

마찰은 불가피하다 할 수 있다.

6) 시범사업 및 본 사업에 대한 자료공유와 객관적 평가의 미비

- 10여년간의 시범사업과 본 사업에도 불구하고 그 결과에 대한 평가 자료는 미비한 실정이다. 분석을 통해 평가된 자료는 시행주체에 한정되어 있고 대부분의 분석 자료가 한·두개 의료기관에 그치고 있는 점을 고려할 때 DRG제도에 대한 객관적인 평가가 이루어지지 못했다고 할 수 있다.

III. 국내 DRG제도 본 사업에 대한 타당성 평가

그간에 DRG제도에 관하여 논의된 핵심내용들에 대한 검토를 통해 국내 DRG 지불제도의 타당성을 평가해보고자 한다.

1) DRG 지불제도가 의료비를 절감시킬 수 있는가?

국내 건강보험 재정 및 의료이용 증가에 따라 도입된 제도이니만큼 가장 주목할 만한 부분이 DRG 지불제도가 의료비 절감의 기대효과를 가져올 수 있는가를 점검해보는 것이다.

① 국내 진료비 증가 현황 및 원인

- 우리나라는 국민 1인당 의사 방문횟수가 2002년도에는 10.5건으로 OECD 주요국에서 두 번째로 높았고, 2005년도에는 11.8건으로 OECD 평균 7.3건에 비해 1.6배에 달하는 수치를 보이는 바, 우리나라 의료수요자의 의료이용이 다른 나라에 비해 현격히 많음을 볼 수 있다.[8]
- 우리나라는 2000년 7월 의료보험 관리운영체제의 통합 일원화를 시행하면서 치료적 서비스를 위주로 하는 '의료보험'에서 건강증진, 질병예방, 재활까지를 모두 포괄하는 '건강보험'을 표방하며 수입측면과 장기적인 재정안정보다는 지출에 치중한 정책

을 시행해왔다.

- 실제로 정부는 경증환자의 의료이용을 유도하는 본인정액부담제의 구조적 모순⁵⁾으로 '07년도에는 경증 외래환자 본인부담 조정을 시행한 바 있고(표4), 2005년도부터 본격적으로 실시된 암 등 중증질환자의 본인부담 경감, 식대의 보험적용, 6세미만 소아의 입원 본인부담금 면제 등 보장성 강화 효과로 보험급여지출액이 대폭 증가하였다(표5).

표 4. 30% 본인부담율과 본인부담정액제 비교

(단위: 원)

총 진료비		8,000	10,000	12,000	15,000	18,000
본인 부담	30% 본인부담률 적용(A)	2,400	3,000	3,600	4,500	5,400
	본인부담정액제 적용(B)	3,000	3,000	3,000	3,000	5,400
	차이 (B-A)	600	-	-600	-1,500	-

자료출처: 보건복지부, 2007

표 5. 연도별 보험급여비 지급현황

(단위: 억원, %)

구분	2005	2006	증감율	2006 상반기	2007 상반기	증감율
보험급여비 계	183,659	214,389	16.7	103,839	119,123	14.7
협물급여비	182,241	212,890	16.8	103,058	118,213	14.7
-요양급여비	179,886	209,316	16.4	101,561	116,406	14.6
(본인부담액상한제사전적용)	(300)	(293)		(128)	(192)	
-건강진단비	2,355	3,574	51.8	1,497	1,808	20.8
현금급여비	1,417	1,499	5.8	781	909	16.4
-요양비	175	168	-4.0	87	80	-8.0
-장제비	492	462	-6.1	243	261	-7.4
-본인부담액보상금	276	199	-27.9	113	112	-0.9
-장애인 보장구	217	380	75.1	175	264	50.9
-본인부담액상한제사후적용	257	290	12.8	164	193	17.7

자료출처: 국민건강보험공단, 2007

5) 당초 '86년도 도입 당시 정액본인부담제는 경증환자의 외래이용을 막아보자는 취지였으나, 향후 20년간 의료환경 변화를 반영하지 못한 미미한 상향조정으로 결국 경증환자의 본인부담이 할인되는 제도로 취지가 180도 퇴색할. 결과적으로 본인정액부담제하에서 의원의 경우 총 진료비 구간에서 44.6%를 차지하는 1만원 ~ 1만5천원 환자들이 일반 본인부담률(30%) 적용 때보다 본인부담을 5~10%, 약국의 경우는 전체의 36.3%를 차지하는 1만원 미만환자가 7.5%의 추가할인을 받게 됨.

- 사실상 보험자의 수가통제와 엄격한 진료비 청구심사기능 하에서 의료수요자를 의료기관에 유인할 의료제공자의 개별노력은 어려웠다고 할 수 있으며, 의료이용량 및 건강보험지출 증가의 주요원인은 진료량을 늘리려는 의료제공자의 노력보다는 낮은 수가, 보험급여확대, 보장성강화 정책 하에서 의료이용자들의 학습효과에 의한 수요증가폭의 지속적인 상승 결과로 볼 수 있다.

② DRG제도의 의료비 절감 효과 평가

- 외국의 DRG지불체계 관련 연구들에서, DRG제도가 단기적인 재원일수 감소효과를 가져왔으나 그 효과도 단기에 그쳤을 뿐 장기적인 재원일수 감소나 의료비용 절감의 효과가 보고된 연구를 찾아보기 어려우며, 2000년 이후 진행된 DRG지불체계에 대한 연구들도 더 이상은 재원일수의 감소나 의료비용 절감여부에 중점을 두고 있지 않다.
- 국내 DRG시범사업 평가결과에서도 보면[9], 환자본인부담금이 급여범위의 확대와 진료비 부담방식의 변경에 따라 평균 25%가 경감되었으나, 전체 진료비는 행위별수가제보다 23.8%, 보험재정부담은 26% 가량 증가한 것으로 나타났다.
- 의료비 증가와 건강보험재정 불안에서 출발한 DRG제도가 지불체계 내에 비급여항목의 추가로 인하여 단기적으로 환자본인부담은 경감되었는지 모르나 건강보험재정은 더 증가되는 결과를 보이고 있다.
- 저부담에 더하여 의료보장 확대를 통하여 추구하고자 하는 고급여정책은 DRG제도의 도입으로 건강보험재정을 더 악화시키고 있으며, 머지않아 고부담-최저급여의 결과를 초래하게 될 수 있음을 상기해야 한다.
- 또한, 국내 DRG지불제도가 상대가치에 근거한 행위별 진료비의 평균값으로 산정되고 있고, 이것은 개인의 지불능력에 따른 합리적인 지불방식이 아니라 같은 분류군속에서 최소의 진료를 받거나 최대의 의료서비스를 받은 의료소비자가 같은 본인부담금을 지불함으로써 전체 의료비 차원 뿐 아니라 개별 의료소비자의 의료비 지출에 있어서도 불합리한 의료비 지출 현상을 초래하게 된다.
- 따라서 낮은 수가, 보험급여확대, 보장성 강화 정책 등 소비자의 수요를 증가시키는 건강보험재정 지출 증가의 근본적인 원인들을 고려할 때, 전체 건강보험체계에 대한 고려 없

이 지불제도의 개편만으로는 의료비용 절감이나 합리적인 지출을 유도하기 어렵다.

2) 의료소비자에게 의료의 질을 담보할 수 있는가?

- DRG제도 도입에 따라 의료제공자의 동기가 최대의 질보다 최소의 질을 지향하는 유인으로 전환되므로 질 저하의 우려를 제도적인 결함으로 가지고 있다고 할 수 있다.
- OECD회원국을 대상으로 연구한 분석결과를 보면[10], 캐나다의 경우 DRG 지불제도를 광범위하게 도입한 해에 의료사고 사망률이 크게 증가하였고 이후 지속적으로 높은 수준의 사망률을 나타냈으며, DRG 지불제도 도입국이 비도입국에 비해 전반적으로 더 높은 사망률을 보였다.
- 국내의 경우에는 자료접근이 제한되어 결과분석이 시행주체에 의해 주로 이루어졌는데, DRG지불제도 시행 후 합병증 발생률과 재수술율의 유의한 차이가 없다고 보고하고 있다.[11]
- 그러나, 일부 DRG제도 적용 전후 비교분석에서는 수정체수술 시행에 있어 일반렌즈의 사용량이 현저히 증가하고 그 증가분만큼 특수렌즈의 사용이 감소되었음을 보였고(43.9%)[12], DRG분류체계를 적용하여 진료가 이루어진 경우 행위별수가제를 적용한 경우에 비해 재입원을 할 확률이 39.65%나 높은 것으로 나타났다[13].
- 또한 2008년도 DRG제도 참여기관 조사결과[5], 과반수에 달하는 기관들이 서비스 질 및 환자편이성 저하 문제를 체험했다고 응답하였는데, DRG제도의 부작용으로서 의료서비스 질 저하가 현실적인 문제로 나타나고 있음을 보여준다.

3) 진료비 청구·심사 업무에 대한 감소로 행정업무의 감소효과를 가져오는가?

- 보험자 측면에서 보면, DRG 제도 시행을 위해 분류정보 조작(DRG creep), 여러 개의 다른 DRG분류로의 분절화(DRG split), 조기 퇴원 후 즉시 재입원(DRG dump) 등의 행태에 대한 감시체계 수립과 의료의 질 보장을 위한 모니터링 체계를 갖추어야 함을 고려할 때 행정업무의 감소를 기대하기 어렵다.
- 반면 의료제공자의 입장에서는 청구심사를 위한 업무 부담이 감소하였다고는 하나

확인심사(모니터링)자료 제출의 업무⁶⁾ 또한 적지 않으며, 행위별수가와 DRG분류체계의 두 가지 지불방식의 업무를 수행하기 위한 담당인력이나 업무량의 증가를 고려한다면 의료제공자 역시 DRG제도 하에서 행정업무의 감소는 기대하기 어렵다.

4) 의료소비자-의료제공자, 그리고 보험자-의료제공자간의 마찰이 감소되는가?

- 국내 의료소비자의 특성상 DRG제도 하에서 불편을 감수해야하는 측면이 존재하는데, 중복질환을 가진 환자가 한 번의 입원으로 두 가지 질환을 동시에 치료하고자 할 때 의료기관은 해당 환자를 퇴원을 시키고 다시 입원시켜야하고 이에 따른 환자의 불편과 의료기관과의 마찰가능성도 배제할 수 없다.
- 또한 환자가 새로운 치료나 신기술, 약제를 이용한 치료를 요구하는 경우 DRG분류체계 하에서 보장받을 수 없는 진료비부담으로 인해 종전의 치료를 고수해야하는 의료기관과 차별화되거나 새로운 치료를 선택하고자 하는 환자간의 마찰은 의료기관에 대한 불신으로 남게 될 것이다.
- 보험자와 의료제공자의 관계에서는 심사청구의 간소화 대신 의료기관의 정보 분류에 대한 불신으로 또 다른 감시체계가 구축될 수밖에 없다.

IV. 국내 DRG 제도의 개선방안

앞서 논의들을 종합할 때 DRG제도가 시범사업 시행에 따른 문제점을 해소하지 못한 채 본 사업으로 지속됨에 따라 의료제공자의 수용성은 미흡한 것으로 보이며, 제도의 유

6) 현행 DRG 분류체계 적용 대상 질환이 단순질환으로 분류되고 진료변이가 적음에도 확인심사 자료 제출이 과다하여 사후 행정업무가 과다함. 질병에 따라 제출 서류가 다른지, 하나 입·퇴원요약지, order지, progress note, 수술·마취기록지(분만기록지), 병리조직검사지, 투약기록지, 합병증을 동반한 경우는 청구내역을 증빙할 수 있는 자료, 요양급여 열외군 환자의 경우 FFS 산정방식에 따라 기재된 요양급여명세서, 수정체 소절개수술인 경우 수술절개창의 길이와 렌즈의 모델명 기재 서류, MRI & PCI 시술시 사용한 재료대의 실구입가 및 실 약제 사용량의 확인이 가능한 자료/각 수진자별 금액산출 근거자료, 퇴원요약지에 기재된 진단명이 확인가능한 자료, 수진자 조회를 위한 연락처 등의 자료를 제출하도록 하고 있음.

용성을 거두지 못하고 있는 것으로 판단된다.

DRG제도 도입의 목적인 보험지출의 합리적인 관리측면은 지불체계의 개편으로만 달성하기 어렵고, 전체 건강보험체계에 대한 검토가 함께 이루어져야 할 것으로 사료되며, 지불제도 개편에 있어 중요하게 고려해야 할 점은 의료제공자들은 최선의 진료를 제공할 수 있고, 의료소비자들은 더 나은 의료서비스를 선택할 수 있는 여건이 마련되어야 한다는 것이다.

향후 DRG제도에 대한 개선방향으로는 다음의 내용들을 고려할 수 있겠다.

- ▶ DRG제도를 원칙적으로는 의료급여서비스와 국·공립의료기관을 대상으로 적용하여 비효율적인 진료관행을 바로 잡고 진료의 효율화를 도모한다.
- ▶ 그러나 DRG제도가 지불제도 개혁을 위해 10여년에 걸쳐 막대한 투자를 해 시행하고 있는 제도이니 만큼 현행 시행하고 있는 7개 질환에 대하여 DRG제도 선택형 본 사업을 유지한다. DRG제도를 의료비절감의 목적으로 사용하기보다는 혼합형 지불체계 시도를 통해 경영과 진료의 효율화와 의료의 질 확보를 함께 담보할 수 있는 방안의 모색이 필요하다.
- ▶ 병원서비스와 의사의 진료행위 분리를 통해 DRG제도 하에서 의료의 질 확보 기전을 구축하고, 질병군별 적정수가를 마련한다.
- ▶ DRG 시범사업 및 본 사업에 대한 자료를 공유함으로써 객관적인 평가를 통해 합리적인 제도로 정비할 필요성이 있다. **KHA**

※ 참고문헌

1. 보건복지부/국민건강보험공단. 본 사업 대비 DRG 설명 자료. 2001.
2. 보건복지부. 하반기 중, 7개 질병군 포괄수가제(DRG) 적용 보도자료. 2003.
3. 강길원. 7개 질병군을 대상으로 한 DRG지불제도 도입의 필요성. 공청회 주제 발표문. 2003.
4. 대한병원협회. DRG 지불제도 현황 및 대책. 2003.8.
5. 이선희, 채유미, 김현미, 김주혜, 하귀염, 서주현. 건강보험재정분석 및 진료비 지불체계 개선방안. 이화여자대학교 예방의학교실. 2008.4.
6. 이상전. 임상치의 입장에서 본 포괄수가제. 대한의사협회지 2000; 43(6): 506-510.
7. 이선희. DRG 지불제도 시범사업 평가 및 도입 타당성 검토. 범의료계 의료보험제도 개선위원회, 2000.6.
8. 배성일, 김영숙, 태윤희, 이창중. 국제 통계로 본 한국의 보건의료와 전망. 국민건강보험공단, 2007.
9. 한국보건산업진흥원. DRG 지불제도 Q&A자료. 2001.1.
10. Forgione D.A, Vermeer T.E., Surysekar K., Wrieden J.A., and Plante C.A. The impact of DRG-based payment systems on quality of health care in OECD countries. J Health Care Finance 2004;21(1):41-54.
11. 보건복지부/서울대의료관리학 교실. DRG 지불제도 시범사업 평가 및 개선방안 연구. 2000.
12. 이미림, 이용환, 고광욱. 한 종합병원의 포괄수가제 실시 전후 수정체수술환자의 의료서비스 및 진료비 비교분석. 병원경영학회지, 2005; 10(1): 48-49.
13. 박지연. 유인체계를 통한 의료비 지출 효율화와 건강보험 재정 건전화. 경기대학교대학원 박사학위논문. 2003.
14. 박은철, 이선희, 이상규. DRG 지불제도에 대한 미국의 경험과 우리나라의 시사점. 병원경영학회지, 2002; 7(1): 105-120.
15. 보건복지부. 중증환자 및 아동에 대한 건강투자 확대 보도자료. 2007.2.
16. 정형선. 진료비지불보상제도 개편의 필요성과 방향. 건강보험창립5주년학술세미나, 2005.