

## 한국형 입원환자분류체계의 고찰과 제안

가톨릭대학교 의과대학 내과학교실

이 인 석

### Investigation and Proposals of Korean Diagnosis Related Group and Patient Classification System

In Seok Lee

Department of Internal Medicine, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

#### KDRG 소개

진료의 대가로 의료공급자에게 지불되는 지불제도 보상 방식은 크게 행위별수가제(fee for service), 인두제(capitation), 포괄수가제(bundled payment), 총액계약제(global budget), 일당진료비 방식(per diem fee)으로 나뉜다. 우리나라는 2000년부터 대부분 의료인이 제공한 진료행위(진찰, 검사, 수술, 처치 등), 입원료, 약제 등의 가격을 각각 매긴 뒤 모두 합산하여 지불받는 행위별수가제를 실시한다.

우리나라는 1977년 처음 의료보험을 도입하면서 독일의 영향을 받은 일본의 점수제를 모방하였다. 이후 1981년부터 진료 행위마다 가격을 정하여 지급하였다. 2000년부터는 미국의 상대가치제를 도입하고, 행위별 수가계약제를 시행하였으며 2010년 1차개정 2017년 상대가치 2차개정이 이루어졌다. 그러나 행위별 수가제는 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 장점이 있음에도 불구하고 환자에게 많은 진료를 제공하면 할수록 의사 또는 의료기관의 수입이 늘어나게 되어 과잉진료 및 의료서비스 남용의 위험이 있으며 의료재정의

증가의 위험이 발생할 수 있다. 또한 의사 행위에 대한 지불 제도로써 상대 가치를 사용하는 미국과 달리 우리나라에서는 병원 입원비용에 대한 시설 사용료를 포함하고 있는 것이 큰 차이이다(Table 1).

포괄수가제는 환자가 어떤 질병의 진료를 위하여 입원했었는가에 따라 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 제도로 환자가 병원에서 어떤 치료를 받든지 입원일수와 질병의 정도(중증도)에 따라 미리 정해진 진료비를 요양기관에 지불하는 제도이다. 포괄수가제를 실시하기 위해서는 환자분류체계(patient classification systems)가 정립되어야한다. 입원환자를 자원소모나 임상적으로 유사한 그룹끼리 분류해야 하며, 이를 진단명 기준 환자군(diagnosis related group, DRG)이라 한다. 우리나라에서는 2012년 7월부터 의원급에 선택적으로 실시하였던 7개 질병군 포괄수가제가 전면 도입되고 2013년 7월부터 종합병원 및 상급종합병원에서도 전면 실시 되었으며 2020년에는 약 200여개의 병원에서 신포괄수가제가 시행될 예정이다. 이에 따라 질병군별 포괄수가제 확대와 더불어 포괄수가제의 지

Correspondence to In Seok Lee, M.D.

Department of Internal Medicine, College of Medicine, The Catholic University of Korea, 222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul 06591, Korea

Tel: +82-2-2258-2055, Fax: +82-2-2258-6022, E-mail: isle@catholic.ac.kr

Copyright © 2018 The Korean Association of Internal Medicine

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Table 1. Comparison between fee for service and bundle payment system**

지불방식	장점	단점
행위별수가제 (fee-for-service)	환자에게 충분한 양질의 의료서비스 제공 가능 신 의료 기술 및 신약개발 등에 기여 의료의 다양성이 반영될 수 있어 의사 의료 기관의 제도 수용성이 높음	환자에게 많은 진료를 제공하면 할수록 의사 또는 의료 기관의 수입이 늘어나게 되어 과잉진료, 과잉검사 등을 초래할 우려가 있음. 과잉진료 및 지나친 신 의료 기술 등의 적용으로 국민의료비 증가 우려수가 구조의 복지병으로 청구오류, 허위, 부당청구 우려
포괄수가제 (Burdled-payment)	경영과 진료의 효율화 과잉진료, 의료서비스 오남용 억제 의료인과 심사기구, 보험자간의 마찰 감소 진료비 청구방법의 간소화 진료비 계산의 투명성 제고	비용을 줄이기 위하여 서비스 제공을 최소화하여 의료의 질적 수준 저하와 환자와의 마찰 우려, 조기 퇴원 DRG 코드 조작으로 의료기관의 허위, 부당 청구 우려 의료의 다양성이 반영되지 않으므로 의료 기관의 불만이 크고 제도 수용성이 낮음

DRG, diagnosis related group.

불단위가 되는 환자분류체계(patient classification systems)에 대한 관심도 증가되었다. 아울러 병원평가 도구나 의료질평가 지원금 분배를 위한 도구로 KDRG 분류가 사용되면서 KDRG에 대한 관심이 최근 증가하고 있다. 본 원고는 한국형 포괄수가제에 대한 이해를 돕고 향후 진행방향을 고찰하고자 한다.

### 한국형 포괄수가제의 역사

최초의 DRG는 미국 예일 대학에서 1960년대 말부터 10년에 걸친 개발 과정을 거쳐 만들어졌으며, 이후 유럽이나 호주는 진료행태나 질병구조가 미국과 다르기 때문에 자국 실정에 맞게 미국 DRG를 수정하여 사용하고 있다. 또한 영국, 네덜란드, 오스트리아 등은 기존 DRG와는 구성 원리에 차이가 있는 분류체계를 개발하여 사용하고 있다. 우리나라는 1986년 서울대학교 병원연구소에서 미국의 Medicare에 사용하는 DRG를 기초로 한국형 진단명 기준 환자군(Korean DRG, KDRG)을 개발하였다. 그러나 당시에는 포괄수가제에 대한 거부감으로 의료계의 참여가 거의 이루어지지 못했기 때문에 미국 DRG의 규정을 대부분 수용할 수밖에 없었다. 1997년부터 일부 질병군을 중심으로 포괄수가제 시범사업이 시작되면서, 미국 DRG가 우리나라 임상현장을 잘 반영하지 못한다는 점을 알게 되었고, 따라서 시범사업 기간 중에 수정체수술과 탈장수술을 단측과 양측으로 분리하고, 항문수술을 주요 및 단순으로 분리하는 등 임상현장에 맞게 수정하려는 시도가 이루어졌다. 이후 시범사업에 포함되지 않는 질병군도 수정할 필요성이 제기되었고, 2000년 8월부터 2002

년 12월까지 2년 반에 걸쳐 KDRG version 3.0 개정 작업이 진행되었다. 기존과는 달리 관련 의학회가 KDRG의 임상적 타당성을 평가해 주었으며, 호주 DRG를 참고하여 내과 시술 그룹 신설, 중증도 분류 방식 변경 등 새로운 방식의 분류 원리를 도입하였다. 그러나 여전히 7개 질병군에 한하여 의원급에 선택적으로 포괄수가제를 사용했었기 때문에 KDRG에 대한 의료계의 관심이 그리 많지 않았던 것으로 보인다.

하지만 2013년 7월부터 7개 질병군에 대한 포괄수가제가 상급종합병원, 종합병원을 포함한 전체 의료기관에서 전면 실시되었고, 따라서 포괄수가제의 지불단위인 KDRG에 대한 의료계의 관심도 자연스럽게 증대되었다. 이에 더해 KDRG는 건강보험심사평가원 진료비 심사 및 평가 업무 시 환자 구성 상태(casemix) 보정 도구 및 각종 병원 간 진료비 수준 비교 자료로 이용되면서 활용 범위가 지속적으로 확대되고 있다. 또한 2010년 상급종합병원, 2011년 전문병원 지정 및 평가의 질병군 중증 분류 기준으로도 이용되고 있으며, 최근에는 선택진료비 폐지에 따른 의료질평가 지원금 분배를 위한 근거로도 KDRG가 활용되고 있다.

그러나 2013년 이후로 최근의 임상현실을 반영할 수 있도록 KDRG를 전면 개정해야 한다는 의료계의 의견이 지속적으로 제기되었다. 그 결과 2014년 1월부터 2015년 12월까지 2년에 걸쳐 KDRG version 4.0 전면 개정 작업이 진행되었으며, 이 작업은 개정 시작 단계부터 종료까지 의학회 임상전문가 200여 명이 참여하여 임상적 타당성을 평가하였고, 통계 전문가와의 자문도 수차례 진행하였다. 이후 KDRG 활용 부서 및 관련 기관, 의학회 등에서 건의한 내용 등을 반영하여 수정·보완되었으며 2018년 1월 1일 KDRG 4.2판까지 개정

되었다.

### KDRG 군의 구조

#### 주진단(MDC)의 분류

DRG의 일반적인 분류 과정은 입원환자의 주진단에서 출발한다. 주 진단에 따라서 입원환자를 26개의 major diagnostic categories (MDC)s 중 하나로 분류한 다음, 그 환자가 수술(이를 OR procedure라 명명한다)을 받았는지 여부에 따라 외과계 질병군과 내과계 질병군을 구분한다. 외과계 질병군은 그 환자가 받은 수술에 따라서 질병군이 결정되고, 내과계 질병군은 조기사망 환자를 제외하면 주진단명에 따라서 질병군이 결정된다. 이 단계까지의 분류를 adjacent DRG (ADRG)라고 한다. 이후 연령 구분과 기타 진단명을 이용한 중증도 분류가 추가적으로 이루어져서 최종적인 DRG가 결정된다(Table 2).

#### 내과계/외과계 그룹 분류

수술실을 필요로 하는 외과적 시술은 환자가 사용하는 병원 자원(예를 들어 수술실, 회복실, 마취)에 유의한 영향을 미치기 때문에 대부분의 MDC는 먼저 내과계 그룹과 외과계

그룹으로 나뉜다. 환자가 수술실 사용을 필요로 하는 시술을 받으면 외과계 그룹에 속하는 것으로 간주된다. 일반적으로 이용 가능한 환자 정보에 환자가 수술실을 사용했는지가 정확하게 나타나 있지 않기 때문에 외과 환자군은 수행된 시술에 근거해 분류된다.

#### ADRG 분류

외과계 그룹은 다시 시행된 시술명에 따라 세분화된다. 시행된 외과적 시술의 범위에 따라 주요 수술(major surgery), 간단한 수술(minor surgery), 기타 수술(other surgery), 주진단과 일치하지 않는 수술(surgery unrelated principal diagnosis) 등으로 분류된다. 한 환자가 동일 입원기간 내에 여러 시술을 받은 경우 ‘외과적 우선순위(surgical hierarchy)에 따라 우선순위가 가장 높은 외과 질병군으로 배정된다.

내과계 그룹은 입원을 하게 된 주 진단명에 따라 세분화된다. 각 MDC내의 내과계 질병군은 대개 해당 신체 기관과 관련된 악성종양과 증상 혹은 특정 상태에 따라 분류된다. 예를 들어 호흡기계 MDC내의 내과계 질병군은 폐색전증(pulmonary embolism), 감염(infections), 종양(malignant tumor), 흉부외상(chest trauma), 흉막삼출액(pleural effusion), 폐부종(pulmonary edema), 만성폐색성폐질환(COPD), 단순폐렴(simple

**Table 2. Classification of Korean major diagnostic categories**

주진단 분류 (MDC범주)	
PreMDC	MDC 13. Diseases and Disorders of the Female Reproductive System
MDC 01. Diseases and Disorders of the Nervous System	MDC 14. Pregnancy, Childbirth and Puerperium
MDC 02. Diseases and Disorders of the Eye	MDC 15. Newborns and Other Neonates
MDC 03. Diseases and Disorders of the Ear, Nose, Mouth and Throat	MDC 16. Diseases and Disorders of the Blood and Blood-Forming Organs and Immunological Disorders
MDC 04. Diseases and Disorders of the Respiratory System	MDC 17. Neoplastic Disorders (Haematological and Solid Neoplasms)
MDC 05. Diseases and Disorders of the Circulatory System	MDC 18-1. Infectious and Parasitic Diseases: HIV
MDC 06. Diseases and Disorders of the Digestive System	MDC 18-2. Infectious and Parasitic Diseases
MDC 07. Diseases and Disorders of the Hepatobiliary System and Pancreas	MDC 19. Mental Diseases and Disorders
MDC 08. Diseases and Disorders of the Musculoskeletal System and Connective Tissue	MDC 20. Alcohol/Drug Use and Alcohol/Drug Induced Organic Mental Disorders
MDC 09. Diseases and Disorders of the Skin, Subcutaneous Tissue and Breast	MDC 21-1. Multiple Trauma
MDC 10. Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases and Disorders	MDC 21-2. Injuries, Poisoning and Toxic Effects of Drugs
MDC 11. Diseases and Disorders of the Kidney and Urinary Tract	MDC 22. Burns
MDC 12. Diseases and Disorders of the Male Reproductive System	MDC 23. Factors Influencing Health Status and Other Contacts with Health Services

pneumonia), 간질성폐질환(interstitial lung diseases), 기흉(pneumothorax), 기관지염 및 천식(bronchitis and asthma), 호흡기계 증상(respiratory symptoms), 기타 호흡기질환(other respiratory diseases) 등이다.

### 연령 분류

DRG분류체계에서는 수술이나 주진단에 따라서 ADRG 분류를 한 다음, 필요시 연령에 따라서 ADRG를 추가로 세분화한다. 연령 구분이 필요한 경우는 한 ADRG 내에 다양한 연령층이 함께 포함되어 있고, 연령층에 따라서 진료 내용이나 진료비가 유의한 차이를 보이는 경우이다. 연령 구분 시 유의할 점은 입원 환자가 가진 동반 상병이나 합병증으로 인한 진료비 차이는 다음 단계에서 이루어지는 ‘중증도 분류’에서 반영된다는 점이다. 하지만 동반 상병이나 합병증이 연령과 연관되어 있는 경우 두 가지 요인의 영향을 구분하기 어려울 수 있다. 이 경우 연령 구분보다는 동반 상병이나 합병증에 따른 중증도 분류를 이용해서 ADRG를 추가로 구분하는 것이 합리적이다. 따라서 연령 구분은 중증도 분류를 통해서 반영하지 못하는, 연령으로 인한 진료비 차이만을 대상으로 한다.

### 기타 진단을 이용한 중증도 분류

DRG의 중증도 분류 과정은 3단계로 구분해 볼 수 있는데, 첫 번째 단계는 동반하는 기타 진단의 중증도 점수를 결정하

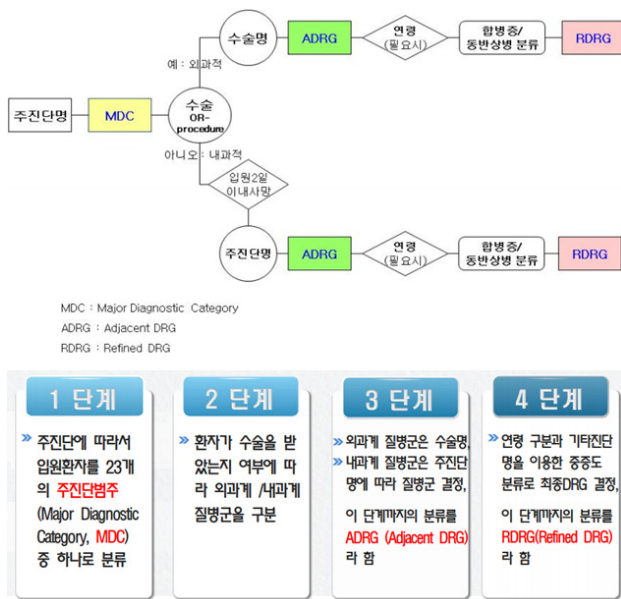


Figure 1. Algorithm and code structure of KDRG.

는 것이다. 기타진단의 중증도 점수는 complication & comorbidity level이라고 표기하며 외과환자의 경우 0점에서 4점, 내과환자의 경우 0점에서 3점까지 중증도 점수를 부여하고 있다. 다음은 한 환자가 2개 이상의 기타 진단을 가질 경우 이를 통합하여 환자단위의 중증도 점수를 결정하는 것이다. 환자단위 중증도 점수는 patient clinical complexity level이라고 한다. KDRG version 2.0에서는 2개 이상의 기타 진단이 있을 경우 최고 점수를 가지는 하나의 기타 진단에 의해 환자단위 중증도 점수가 결정되던 방식에서 KDRG version 3.0부터 기타 진단의 상호 작용을 반영하여 개별 기타 진단의 중증도 점수를 통합하는 방식을 적용하여 환자단위 중증도 점수를 결정한다. 마지막으로 환자단위 중증도 점수를 이용하여 최종 Refined DRG (RDRG) 번호를 결정하게 된다. KDRG version 2.0에서는 모든 ADRG를 3단계로 중증도 구분을 하고 있고 이 경우 환자단위 중증도 점수가 바로 ADRG의 중증도 분류 단계가 된다. 그러나 R-DRG에서는 ADRG별로 중증도 분류의 단계를 달리하기 때문에 환자단위 중증도 점수가 ADRG의 중증도 분류 단계와 일치하지는 않는다(Fig. 1).

### KDRG의 문제점

#### 의사비용 포함

지속적인 개정 노력에도 불구하고 KDRG와 이를 지불제도로 활용하는 포괄수가제에 대한 의료계의 불만은 계속되고 있다. 그럴 수밖에 없는 가장 큰 이유는 KDRG 개발에 큰 영향을 미친 미국과 호주의 DRG 시스템이 우리나라와는 많이 다르기 때문이다. 미국은 공공병원이 약 40%를 차지하고 개방형 병원(attending system) 형태로 운영된다. 따라서 의사와 병원에 대한 보상을 분리하여 지불하고 있는데, 의사의 진료에 따른 보상은 current procedural terminology에 의해 행위별수가제로 지불하고, 병원에서 제공한 서비스에 대한 보상은 DRG를 활용하여 포괄로 지불하고 있다. 호주는 공공병원에서 공공보험(medicare) 적용을 받는 입원환자에 대한 연간 예산할당을 위한 근거로 DRG를 주로 활용하고 있다. 이때 의사들은 공공병원에 고용된 공무원이기 때문에 봉급(salary)을 지급 받으며, 병원 서비스에 대한 보상은 DRG로 지불 받는다. 최근에는 공공병원이나 민간병원에서 민간보험의 적용을 받는 입원환자에 대해서도 DRG로 지불하는 경우가 늘고 있는데, 이러한 경우에 병원 비용은 DRG 형태로 지불하고, 의사가 제공한 서비스는 우리나라의 건강보험요

양급여비용 책자에 해당하는 medicare benefit schedule에 의해 행위별수가제로 지불 받는다. 즉 미국과 호주는 병원에서 제공한 서비스는 DRG로 지불하며, 의사가 제공한 서비스는 행위별수가제로 별도 보상하거나 봉급을 주고 있다. 따라서 미국과 호주는 DRG를 개발할 때, 의사에 대한 보상을 고려할 필요가 없었다.

그러나 우리나라는 90% 이상이 민간병원이며, 의사와 병원에 대한 보상을 분리할 수 없는 폐쇄적인 형태로 의료기관을 운영하고 있다. 따라서 KDRG는 미국과 호주의 DRG 시스템을 참고하여 개발되었지만, 이를 지불체제로 활용한 7개 질병군 포괄수가제는 의사와 병원에 대한 보상을 모두 포함하고 있다. 이로 인해 포괄수가제를 시범 사업하면서 KDRG 질병군을 수정할 수밖에 없었는데, 앞서 언급한 것처럼 단측과 양측에 실시한 수술을 분리하고, 수술의 난이도에 따라 주요 수술과 단순 수술을 구분하였으며, 개복과 복강경을 구분하였다. 사실 병원에서 제공한 서비스만 DRG로 보상하였으면 구분이 필요 없었겠지만, 의사에 대한 보상도 고려하면 꼭 필요한 수정이었다. 하지만 여전히 문제점은 존재하였는데, 동시에 발생한 수술은 인정받지 못한다는 점이다. 예를 들어, 7개 질병군에 속하는 탈장수술 환자가 속쓰림을 호소하여 내시경 검사를 실시하였다하더라도, 의료기관은 이에 대한 보상 없이 탈장수술에 대한 포괄수가 비용만 지급받을 수 있다. 또한 맹장수술을 실시하던 중, 장에 작은 혹이 있어 이를 제거하였다하더라도 오직 맹장수술에 대해서만 보상받을 수 있다. 이에 대한 문제제기가 계속되었고, 결국 이에 대한 해결방안으로 2014년 12월부터 동시수술을 받는 경우에는 주된 수술 이외의 추가 수술비용의 70%를 보상해주는 것으로 개선하였다. 그러나 동반질환이 있거나 합병증이 발생하면 일반적으로 입원기간이 증가하고 약제 사용량이 증가하는 등 추가비용이 발생하지만 이는 고려되지 않았다. 특히 수술이 아닌 내과적 처치가 비용 소모가 큰 경우 이에 대한 보상을 충분히 받는 것은 어려운 실정이다. 물론 KDRG 질병군의 포괄수를 산정할 때, 동반질환이나 합병증 등 중증도를 고려하기는 하지만, 충분한 보상이 아니라는 의료계의 문제제기는 계속되고 있다. 또한 현 포괄수가제에서는 새로운 수술방법, 기구, 재료 등이 신의료기술로 인정되어 보상받기가 어렵다. 7개 질병군과의 관련성 검토가 가장 중요하여 그밖에 타 수술은 신의료기술로 인정받기 어려운 실정이며, 인정받았다하더라도 기존의 비슷한 행위를 인용해 수가를 산정하는 등 한계가 있다.

결국 제도적인 측면에서 막혀 신의료기술 도입이 어려워지고 있는데, 이를테면 백내장 수술기법이 발전하여 지금은 레이저로 정확히 재서 수정체 두께를 고려해 분쇄할 수 있는 기술들이 개발되고 있지만, 우리나라에서는 제도에 막혀 도입이 되지 못하고 있다.

### 원가 자료의 부재

일반적으로 DRG 질병군은 ①임상적으로 의미가 있고(임상적 동질성), ②자원 소모량이 유사해야 하며(경제적 동질성), ③통계적으로 타당해야 한다. 따라서 임상 전문가에 의해 임상적으로 유사하다고 판단된 그룹들은 자원소모의 동질성을 판단하기 위해, 해당 질병군에서 발생한 모든 의료서비스에 대한 비용 자료가 수집되어야 한다. 따라서 DRG 시스템을 성공적으로 운영하고 있는 국가들은 공공병원에서 원가자료를 수집하고, 이를 토대로 공공병원에 활용할 수 있는 DRG를 개발하고 있다.

이를테면, 호주 빅토리아 주의 공공병원은 주정부에서 자금을 지원하는 모든 의료서비스에 대한 비용 자료를 보고해야 하며, 관리 측면의 효율성을 높이기 위해 병원에서 수행한 활동들을 관리하고 원가계산 시스템을 운영해야 한다. 원가계산 시스템을 잘 갖춘 병원에서는 상향식 방식(bottom-up)으로, 즉 개별 환자가 직접 소비한 서비스 각각에 대해서 원가 수집이 이루어진다. 반면, 정교한 시스템이 없는 소규모 병원은 하향식 방식(top-down)으로 원가자료를 수집하는데, 예일 대학에서 개발한 원가 모델(yale cost model)을 활용하여 병원의 원가를 환자들에게 할당하여 DRG 질병군의 평균 원가를 계산한다. 또한 이미 개발된 DRG 질병군의 원가 자료를 계속 수집하다보면 비용 소모가 현저히 낮거나 높은 이상치를 발견할 수 있으며, 이를 분류체계에서 제외하는 방안을 모색하는 등 질병군의 동질성을 높이기 위해 지속적인 개정 및 보완이 가능해진다.

그러나 우리나라는 민간 의료가 주도하는 환경으로 원가 자료를 수집하는데 어려움이 있다. 따라서 KDRG를 개발할 때 자원소모의 동질성을 판단하기 위해서, 원가 자료가 아니라 행위별수가제 하에서 지불된 진료비를 사용하였다. 하지만 진료비는 급여기준 등으로 정부에서 규제한 자료이며 따라서 실제로 의사가 환자에게 사용한 의료서비스보다 종류나 양이 적을 수밖에 없다. 이는 결국 원가 자료에 비해 자원소모의 분산(variance)값을 줄여서 DRG 질병군을 세분화하는 근거가 줄어들게 될 가능성이 있다. 뿐만 아니라 의료기

관이 제공하는 서비스가 각각 보상이 되는 행위별수가제와 제공한 서비스에 관계없이 평균값이 보상되는 포괄수가제는 의료 환경이 너무 다르며, 따라서 포괄수가제 하에서 의료기관이 제공한 서비스를 전향적으로 수집하여, 이를 KDRG 개발 및 개정에 활용하는 것이 적절하다.

### 내과 질병군에 대한 분류체계의 개선 방향

현 분류체계 개발과정은 외국과는 달리 의사진료비를 고려하지 않고 또한 진료원가를 반영하지 않은 심평원에서 주도적으로 진행되어 왔다. 그러나 KDRG 분류체계가 상급병원 분류와 의료질 평가에 이미 사용되고, 신포괄제도를 수용하는 병원이 2018년부터 대폭 증가할 예정이다. 또한 언제라도 지불제도로 사용이 될 수 있으므로 현 질병군에 대한 세심한 고찰이 필요하다.

KDRG를 도입하는 이유로 의료비 절감과 재원일수 감소가 주목적이다. 의료비 상승의 원인은 고령화 및 건강보험보장의 확대에 있으며, 장기재원은 자동차보험과 산업재해환자와 같이 외과영역의 환자가 다수인 것을 감안하면 외과계보다는 내과계 포괄수가체계를 잘 정립하는 것이 중요하다. 특히 고령의 환자가 증가하면서 입원중 복잡한 진료과정이 필요하여 동시수술은 반영할 수 있는 분류체계 모델 개발이 필요하다. 두 번째로는 현재 연령별 분류와 기타질환의 중증도를 반영한 분류에서 임상적 타당성이 부족하다. 소아나 노인의 연령기준이 정립되어야 하며 RDRG군에서 중증도 분류에 따른 진료비의 역전현상이 발생하고 있다. 무엇보다도 가장 중요한 점은 포괄수가제의 가장 큰 문제점인 수익추구의 가

능성이 있으며 신의료 기술의 도입이 어려워져 진료행위의 제한이 우려되어 이에 대한 보완장치를 마련해야 할 것이다.

### 맺음말

현재 KDRG는 발생 빈도는 높지만 합병증이나 동반질환이 적은 7개 질병군에 한해서 지불제도로 사용되었지만 신 포괄수가제 시범사업이 확대되고 있다. 의료계는 또한 최근의 임상현장을 반영하기 위해 질병군을 세분화하고, 동시수술을 별도 보상하는 등 지속적으로 개선하기 위해 노력해왔다. 그럼에도 불구하고 포괄수가제에 대한 의료계의 불만은 여전하며, 이는 가장 기본적인 문제, 즉 의사비용이 포함된 것과 원가자료의 부재를 해결하지 않는 한 분류체계는 영원히 불완전할 수밖에 없다.

현 분류체계는 이미 다양한 방식으로 활용되고 있다. 특히 상급종합병원, 전문병원 지정 및 평가에 활용하는 것에 더해 의료질평가지원금 분배에까지 활용되면서, 이제 KDRG는 포괄수가제를 실시하는 진료과만이 아니라 의료계 전체가 관심을 가져야 한다.

물론 처음 도입했을 때부터 우리나라 임상현실에 맞게 개발했다면 어땠을까 하는 아쉬움이 남지만, 지금이라도 늦지 않았다고 생각한다. 특히 내과 질병군 분류에 대한 지속적인 관심이 필요하며, 개정된 KDRG가 우리나라의 현실을 반영한 분류체계로서 의료계의 수용성을 확보하고, 국제적으로 각광받을 수 있는 날이 오기를 기대해 본다.