

# 호주의 경험으로 본 DRG 지불제도의 정치적 담론



Stephen Duckett 교수  
La Trobe University

## 1. 호주의 DRG 도입 및 구성

호주는 1992년에 처음 DRG 분류체계가 등장했고 1997년 개정을 통한 두 번째 DRG 분류체계를 선보이면서 현재 700여개의 그룹을 분류하여 관리하고 있다. 호주의 DRG 분류체계는 우수성을 인정받아 유럽의 여러 나라와 싱가포르를 포함한 아시아의 각국으로 수출되었다. 호주는 다른 나라의 시스템을 호주의 특성에 맞게 재조직하여 코드입력시스템인 국제질병통계분류(ICD10-AM, international Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification)와 DRG 분류체계인 개정된 호주식 DRG(Australian Refined Diagnosis Related Groups, AR-DRG) 분류체계를 새롭게 정립하였고 이 두 체계를 조화롭게 업데이트하고 있다. 업데이트 과정은 독립적 병원가격결정당국(Independent Hospital Pricing Authority)의 자문단 역할을 하는 임상환자구성위원회(Clinical Casemix Committee of Australia)가 총괄한다.

## 2. DRG 분류체계 시행을 위해 고려해야 하는 기준들

DRG 분류체계를 개발하고 행위(activity)의 명시 및 분류과정을 발전시킨 Fetter 교수가 처음 제시한 원리에 따르면, 분류 항목은 전산화된 퇴원요약자료에서 일상적으로 수집되는 정

원고정리: 전하림(건강보험심사평가원 약제평가연구팀 주임연구원)

보를 기반으로 정의해야 하며 분류항목의 수는 관리 가능한 정도여야 한다. 또한 특정 분류항목에서 의료자원 사용의 패턴이 유사해야 하며(자원 동질성), 환자들은 임상적으로 유사해야 한다(임상적 동질성). 여기서 특히 자원 동질성부분에 주의해야 하는데 이것은 동일한 그룹 내에서 동일한 치료비의 발생을 가정하는 것으로 고정된 자원으로 인한 의료기관간의 의료 서비스 품질 차이가 없다는 것을 증명하기 위한 방법들이 많이 논의되고 있다.

이후 DRG 분류체계의 개념은 Palmer와 Reid에 의해 더 다듬어져서 환자구성(case mix) 분류체계의 특징이 정리되었다. 환자구성의 분류는 높은 예측 타당도(predictive validity)를 가져야 하고 한 DRG 그룹 내의 개개인에 대해 동질성이 있어야 한다. 동질성에 대해선 더 명확히 정의할 필요가 있는데 이것은 특정 그룹으로 분류되면 환자들이 평균적으로 어느 정도의 비용이 들거나 입원을 할 것이라는 가정을 하는 것으로 전체적 비용 경향을 보고자 하는 것이지만 각각의 경우에 따른 개별 비용을 관리하는 것이 아니라는 것을 기억해야 한다. 또한 분류 기준을 만들 때 열외군의 정의 및 비율도 다루어야 하며 DRG 그룹수와 소형 그룹들, 임상적 일관성(clinical coherence) 및 수용성(acceptability) 등을 고려해야 한다.

호주의 개혁된 지불제도인 활동기준 지불방식(activity based funding)은 포괄수가제와 유사한 개념으로, AR-DRG로 분류되는 환자구성에 따른 병원의 활동(activity)에 대해 일 정액을 의료 공급자가 지불받는 것이다. 이 제도가 잘 운영되기 위해서는 분류체계 및 지불체 계 설계가 투명성과 이해가능성(understandability)을 바탕으로 되어야 하고 제도에 안정성(stability)이 있어야 하며 잘못된 보상제공을 최소화시켜야 한다. 활동기준 지불방식 제도 시행 시 환자의 진단명을 고의로 잘못 입력하여 더 많은 진료비를 청구하는 행위(upcoding)와 같은 악용이 문제가 되는데 이러한 행위는 병원이 경제적으로 위험 상황일수록 발생할 가능성이 커지게 된다. 따라서 악용을 막기 위해 지속적인 모니터링을 하고 의료의 질적 향상을 위한 인센티브를 제공하는 노력이 필요하다.

호주의 AR-DRG 업데이트 시에는 다음과 같은 통계적인 기준들을 고려된다. 우선 최소한의 그룹 크기를 위해 충분한 그룹의 수를 확보하고 그룹 간에 평균재원기간(average length of stay, ALOS)에서 2일, 비용에서는 20%의 의료자원 사용의 차이를 보이는지 확인한다. 또한 집단 동질성<sup>1)</sup>, 자원 동질성<sup>2)</sup>과 같은 기준들을 활용한다.

입원환자에 대한 병원 서비스 외의 다른 병원 서비스 관련 활동기준 지불도 이루어지고 있으나 입원환자의 분류만큼 잘 발달되어 있지는 않다. 응급실에서의 병원의 활동은 URGs(Urgency Related Groups)와 UDGs(Urgency Disposition Groups)의 두 종류가 운영되고 있으나

1) 그룹 간의 변동 계수(coefficient of variation, CV)가 1.3 미만인 경우가 이상적이다.

2) 그룹 내 재원기간(LOS)과 비용 모두에서의 편차가 5% 감소하는 경우가 이상적이다.

응급실을 통해 등록된 입원환자의 응급실 처치 활동에 대해선 어떻게 지불해야 하는지와 같은 경계에 대한 문제가 존재한다. 외래 환자의 경우 통합된 진료 기반 시스템(bundled clinic-based system)으로 관리되고 있으며, 의료기관 방문 및 방문 이전 혹은 이후 30일 이내에 발생한 모든 보조적 서비스를 묶어서 지불하고 있다.

지불 가중치(payment weight)는 매년 업데이트되고 있으며 병원으로부터 전송된 데이터에 의해 결정된다. 병원의 데이터는 환자수준 비용산출자료(patient level costing data), 비용 모델링(cost modeling)자료가 있으며 이 자료는 DRG 개발 과정에도 이용되고 있다. 이를 통해 국가 비용산출 표준이 현재 개발되었다.

### 3. 호주의 활동기준 지불방식의 도입 과정

Kimberly 등이 저술한 문헌에 의하면 DRG 지불제도가 도입되는 과정에서 국가 별로 영향을 끼친 요인들을 크게 6가지로 나눌 수 있다. 그 6가지는 도입경로, 보건정책적 맥락, 기술적 맥락, 이해 당사자, 정책옹호자 및 내외부적 지원망에 해당하며 이러한 요인들에 의해 나라마다 각기 다른 방향으로 DRG 지불제도가 도입되었다. 여기서는 보건정책적 맥락, 기술적 맥락, 이해 당사자에 대한 부분을 중점적으로 살펴보고자 한다.


호주에서는 1993년 빅토리아주가 최초로 활동기준 지불방식을 시행하였다. 그 당시 보건정책분야는 10%의 예산 삭감이 있었지만 제도 도입 시 필요한 예산을 전액 공적 자금으로부터 제공받는 등 강력한 정치적 지원이 있었다. 또한 DRG 지불제도와 관련하여 오랜 기술적인 지원이 있었고 환자수준의 비용산출 시스템이 잘 구축되어 있어 효율성을 극적으로 높여주었다. 그 당시의 병원들은 예산 삭감이라는 상황에서 활동기준 지불방식을 가장 공정하고 공평한 방식의 지불제도라고 받아들이게 되었다.

2012년에는 호주 전반적으로 활동기준 지불방식을 도입하였다. 보건정책분야에서의 예산 삭감은 없었지만 복합적인 연방단위의 정치적 전후사정을 고려하게 되었다. 기술적 부분에서는 국가단위의 지불체계가 그동안 존재하지 않았고 주(states)에 따라 자료의 질이 고르지 않으며 외래환자 및 응급실 방문에 대한 분류가 잘 발달되어 있지 않았다. 또한 새로운 양상으로 이해 당사자들 사이의 제도 협의 과정 비중이 커지게 되었다. 제도를 도입할 때는 그 제도의 어떤 측면에 대해 설명할 것인지를 고려하면서 실시해야 하는데 1993년 빅토리아주의 적용은 활동기준 지불방식 제도의 효율성을 보고자 한 것이고 2012년 호주 전반에 걸친 제도의 시행은 투명

성, 공정성을 보고자 한 것이었다.

활동기준 지불방식 제도의 협의과정은 중요하며 각 분야의 의견을 조율하기 위해 자문단을 구성하고 정기적인 모임을 가진다. 자문단은 법적 관계자, 임상 전문가, 의료보험제공자로 이루어져 있고, 가격체계 개발을 위해 공공토론회를 통하여 의견을 모아 협의를 한다.

#### 4. 결론

활동기준 지불방식 제도의 도입은 기술적, 정치적 쟁점이 모두 고려되어야 한다. 즉, 제도 실행 시 개입된 정치적 목적에 따라 활동기준 지불방식 제도의 특정 부분이 부각되거나 무시될 수 있다. 이러한 외부 요인들이 반영이 되면 성공적인 도입을 위하여 분류 그룹 간에 임상적으로 일관성이 있도록 분류체계를 설계해야 할 것이며, 시스템의 공정성과 기술적 문제를 함께 염두에 두고 지불 체계를 설계하는 것이 필요하다. 

---

#### 참고문헌

1. Duckett S.J., The development of Australian refined diagnosis related groups: the Australian inpatient casemix classification. *Casemix* 2000;2(4):115-120.
2. Fetter R.B., Casemix classification systems. *Australian Health Review* 1999;22(2):16-38.
3. Australian Government, Department of Health and Ageing. Australian Refined Diagnosis Related Groups(AR-DRGs). Available from: URL: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/health-casemix-ardrg1.htm>
4. Department of Health, Victoria, Australia. Casemix Funding in Victoria. Available from: URL: <http://www.health.vic.gov.au/casemix>
5. University of Wollongong. ICD-10-AM. Available from: URL: <http://nccc.uow.edu.au/icd10am/icd10am/index.html>