

# DRG, 당뇨병에 적용가능한가?

국민건강보험 일산병원  
내분비 당뇨병센터  
남주영

# DRG(Diagnosis Related Group)

입원 환자를 자원소모 유사성과 임상적 유사성에 기초하여 분류하는 입원환자 분류체계로서 의료관리 분야에서 광범위하게 활용

- 입원환자를 대상으로 하는 수가기준에 참조
- 의료자원 이용감시
- 병원경영
- 의료의 질 관리 등

# 구 DRG 별도 수가산정 항목

순번	수술명	별도 수가산정 항목
1	공통사항	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 입원 30일 초과분은 행위별 계산</li> <li>• 혈우병, HIV 환자는 DRG제외</li> <li>• 당일 수술 후 6시간 이후 퇴원시 DRG 적용</li> <li>• 수정체절개술, 기타항문수술, 서혜및대퇴부 탈장수술은 6시간 미만이라도 DRG 적용</li> <li>• 초음파, 식대, PCA, 선택진료 등 법정비급여는 별도 본인부담</li> </ul>
2	총수절제술	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 외과 전문의 가산 30%는 종별가산율을 적용하여 총진료비에 포함.</li> <li>• 복강경수술, 절개수술의 질병군번호 및 총진료비가 다르게 책정되어 있고(약 70만원 차이) 별도 보상 없음.</li> </ul>
3	수정체절개술	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강보험 요양급여비용 산정 책자 부록에 있는 일부 '조절성 인공수정체'는 별도 비급여이나 그 외 수정체는 DRG 포함임.(신DRG는 80% 보상)</li> </ul>

# 구 DRG 별도 수가산정 항목

순번	수술명	별도 수가산정 항목
4	편도 및 아데노이드 절제술	• 삼출성중이염으로 V-TUBE insertion을 T&A 수술과 동시에 하더라도 별도 수가산정 없음. 수익(-) 발생.
5	항문 및 항문주위수술	• 원형자동문합기 치핵절제술 시 재료대 별도 보상 (총액 273,000원 - 본인부담 20% 54,600원)
6	서혜 및 대퇴부 탈장수술	• 소아환자가 포경수술을 같이 원할 경우 별도 비급여
7	자궁적출술 및 자궁부속기 수술	• 복강경수술, 절개수술의 질병군번호 및 총진료비가 다르게 책정되어 있기는 하나 재료비용이 충분히 반영되어 있지 않음. (Trocar, Ligasure 등 별도산정 불가), 수익(-) 발생. ※ 신DRG는 80% 보상
8	제왕절개분만	• C/SEC 중 불임목적의 Tubal ligation은 별도 비급여 • 자연분만 시도 후 제왕절개술 할 경우 별도 보상 없음 • 제왕절개후 양수색전증으로 장기입원 한 경우 별도보상 없음

# 신포괄지불제도 추진경과

- 2007년 10월 장관정책토론회  
-포괄수가 확대를 위해 공단 일산병원을 대상으로 새로운 포괄수가 모형을 개발토록 정책방향 결정
- 2008년 1월- 복지부 TFT
- 2008년 1월- 포괄수가연구개발단 발족(심평원)
- 2008년 1월- 포괄수가 모형개발지원단 구성(일산병원)
- 2008년 5월 -포괄수가 모형에 대한 토론회-학계,의약단체,보험자,정부 등 각계 의견 개진
- 2008년 8월- 건강보험정책 심의위원회의 제도개선 소위원회보고 -일산병원 포괄수가 모형개요
- 2008년 2월,7월,2009년 2월 -3차례 지불제도 개편 TF 회의 개최
- 2008년 1월,10월,2009년 1월-포괄수가 모형개발 협의체 회의 -포괄수가 모형,적용질병군, 수가, 진료비청구 등 시범사업 운영에 필요한 세부내용 협의
- 2008년 2월~9월 일산병원 임상전문의 간담회 및 워크숍
- 2009년.4월 20일 ~2010년 6월 30일:20개 질병군에 대해 1차년도 시범사업 실시

# 시범사업 주요내용

## ㉔ 현재 일산병원 대상의 신포괄수가 시범사업은 3차에 걸쳐 추진

- 1차 시범사업( '09. 4. 20 ~ '10. 6. 30 )  
20개 질병군( 전체 입원건수의 16% 정도 )
- 2차 시범사업( '10. 7. 1 ~ '11.6.30 )  
76개 질병군( 전체입원의 50% 정도 )
- 3차 시범사업('11. 7. 1 ~ '12.6.30)  
553개 : 적용가능 질병군 모두( 전체입원의 96% 정도 예상)
- **현재 시범사업**('12. 7. 1 ~ )  
550개 : 제외 7개(신포괄 개선건의 관련), 추가 4개(7개질병군 수가개정 관련)

● 2011년 7월1일부터 3개 지방 의료원 시범사업 참여(76개 질병군 기준)  
: 부산, 대구, 남원의료원

● 2012년 7월1일부터 40여개 공공병원으로 확대(550개 질병군)

# 신포괄지불제도의 주요내용

- 진료비 지불에 포괄수가와 행위별 수가 병행
- 건당 포괄 방식에 일당 수가 개념 도입
- 급여 범위 확대

# 수가 산정 방법

환자군	입원일수	진료비산정
하단열외군(<5%)	정상군 하한일수 미만	행위별 수가
정상군(5%-95%)	정상군 하한-정상군 상한 일수	신포괄수가(포괄수가+비포괄수가) *포괄수가(비포괄부분의 20% 비용포함)=기준수가+일당수가 *비포괄수가=항목별로 행위별수가 80% 적용
상단열외군(>95%)	정상군 상한일수 초과	정상군 기간까지:신포괄수가(포괄수가+비포괄수가) 정상군 초과일:행위별수가

# 신포괄수가 모형 개요



## 포괄수가 및 비포괄수가 대상항목

구분	포괄 대상	비포괄 대상
구 성	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 단가 10만원 미만 행위·약제·치료재료                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 행위별수가제의 급여 및 비급여 대상 해당</li> </ul> </li> <li>▪ 단가와 무관한 포괄 대상 항목                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전산화단층영상진단(CT)</li> <li>- 초음파검사(단, 시술을 위한 초음파는 제외)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 단가 10만원 이상 행위·약제·치료재료                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 행위별수가제의 급여 해당(행위별 단가의 80%)</li> </ul> </li> <li>▪ 단가 10만원 이상의 비급여 항목은 DRG에서도 비급여</li> <li>▪ 단가와 무관한 비포괄 대상 항목                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>의사행위 성격의 항목</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 수술 및 시술 : 외과적 수술, 내시경하 시술, 경피적 시술 중재적(방사선) 시술, 비관혈적 시술</li> <li>• 검사 : 혈관조영촬영, 내시경 검사 및 천자·생검 등</li> </ul> </li> <li>- <b>특수질환자 관련 항목</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신과 특정행위(전기충격요법) 및 약제</li> </ul> </li> <li>- <b>기타 특정 항목</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 중환자실(병실료)·격리병실료</li> <li>• 투석 관련 행위 및 투석액</li> <li>• 심폐소생술 및 제세동술</li> <li>• 전혈 및 혈액성분제제</li> <li>• 제한 항균제</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

# 신포괄 시범대상 20개 질병군

DRG번호	질병군명칭		
B6623	비출혈성 뇌졸중,연령>69		반월상연골수술
	내시경을 이용한 주요부비동수술,양측		유방 악성종양근치술
	세균성폐렴,연령 0~17세		주요갑상선수술,양측
	광범위정맥류발거술	K6000	당뇨병
	위부분 및 아전절제술		요실금수술
	장관염,연령0-17세		주요 경요도적 수술
	복강경을 이용한 전담낭절제술		말기신질환,연령>64세
	합병증을 미동반한 간경변증밀 알콜성간염		신장 및 상부 요로감염,0세-64세
	슬관절 전치환술(단측)		정신분열병 및 망상장애,0-64세
	척추고정술		정동장애 0-64세

		평균입원일수	정상군하한	정상군상한
K6000	당뇨병	8.61	4	19

# K6000(당뇨병)질병군

상병코드	상병명	코드	합병증
E10	Insulin-dependent DM	E1*0	with coma
E11	Non-insulin dependent DM	E1*1	With ketoacidosis
E12	Malnutrition-related DM	E1*6	With other specified complications
E13	Other specified DM	E1*7	With multiple complications
E14	Unspecified DM	E1*8	With unspecified complications
		E1*9	Without complications

# 신포괄 진료비 수가현황

DRG번호	AADRG	평균입원 일수	정상군하 한	정상군상 단	기준수가	일당수가
K6000	당뇨병, 중증도0	8.61	4	19	1,243,290	96,670
K6001	중증도1	8.61	4	19	1,243,290	96,670
K6002	중증도2	8.61	4	19	1,452,200	115,050
K6003	중증도3	8.61	4	19	2,208,660	159,110

# DRG 지불제도의 문제점과 개선점

- 의료의 질적 수준 저하 우려

: 의료서비스 제공 최소화 or 과소이용  
- 투약료, vital sign, 검사 및 재료 절감  
입원 기간 단축- Critical pathway

- 진료내용 변화 및 진료량 감소

: 평균입원진료비 감소, 재원일수 감소,  
조기퇴원, 재입원률(합병증 발생시) 증가  
경증 환자 - 당일 수술 및 당일 퇴원

# DRG 지불제도의 문제점과 개선점

- 중증환자 기피현상(skimming)
  - : 의료서비스와 자원이 많이 투여될 것으로 예상되는 중증환자에 대한 진료기피
  - : 복합질환의 천공성 총수염
- 동일 DRG에 대한 분리치료(DRG split)
  - : 불필요한 복수입원 유도

# DRG 동반질환 및 합병증

## 7 개 DRG 질병군과 비교

구분	사례
동반 상병 or 기왕력 치료	신부전(투석), 당뇨병, 고혈압, 간질, 정신과(알콜의존, 우울증), 간경화, 심방세동, 대상포진, 크론병, 뇌종양
합병증 치료	출혈(수혈), 패혈증, DIC, 응고장애, 급성췌장염, pleural effusion, 지주막하출혈, 골절, 창상감염, 수술부위파괴 등

급여영역에서의 200만원 초과 90% 보상 → 2010 7월부터 100만원 초과 전액 보상  
 예) 제왕절개술: 7년입원: 약 9800만원 차익발생

# 동반 수술

예: 탈장수술 + 백내장수술, 갑상선수술+ 탈장수술

구 분	사 례
동반 수술 or 재수술	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤복강경 자궁적출술 후 요관방광문합술</li> <li>➤자궁적출술 후 장및장간막손상수술(장폐색)</li> <li>➤제왕절개수술 후 자궁적출술</li> <li>➤자궁부속기절제술 + 자궁근종절제술 + 요관스텐트삽입술</li> <li>➤자궁부속기절제술 + 장관유착박리술</li> <li>➤서혜부허니아수술 + 음낭수종수술</li> <li>➤충수절제술 + 자궁부속기절제술(난소낭종)</li> </ul>

# 동반 수술의 인정 이 필요

백내장+ 탈장  
요실금+ 항문수술  
갑상선수술+ 탈장수술  
갑상선수술+ 치핵수술

포괄수가 + 비포괄수가  
포괄수가+포괄수가

--너무 경직성을 가지고 운용

# DRG 에서 고가 서비스 및 야간수술

구 분	사 례
고가서비스 (DRG수가수준 낮음)	CT, MRI 등 고가장비이용 검사, 고가 항생제, 안티트롬빈 주, 고가지혈제, trocar(3~4개),
야간(or 공휴) 수술	행위별 수가에서는 가산이 인정 되어 150%로 산정하는데, DRG수가에서는 별도 구분 없음 (수술비 및 마취비 포함)

# 기타 DRG 차액발생 사례

구 분	사 례
<p>평균진료내역 범위를 초과할 정도이나 중증도는 반영 안됨</p>	<p>수술시간과 마취시간 길어짐, 재원일수 길어짐, ICU입원, 항생제 2종 이상 투여, 아토시반(트랙토실:조산방지) 사용, 의심되는 병태에 대해 evaluation 또는 치료 하였으나 확진 안되어 중증도 반영 안됨</p>

**\*\*주질환과 관련 없는 타상병의 중증도만 반영**

# 수가의 제한성;비급여 등

구 분	사 례
전액 환자부담 or 비급여 범위가 행위별수가에 비해 제한적임	행위별수가에서 전액본인부담 이거나 비급여 일지라도 진료와 관련된 부분은 모두 DRG 수가에 포함됨 : 알부민주, 영양수액제, 신의료기술 관련 등

# 신의료기술에 대한 탄력성

- 새로운 수술법복강경이용 총수절제술 시 반영이 적기에  
되지 않고 있는 구조  
: 재료비용 별도보상 안됨  
-- 당일 퇴원 가능
- 주진단과 관련이 없는 검사 및 진료를 환자가 원하는 경우  
불가능
- 행위료가 따로 분리 안되어 있어 분리가 필요

그러나

진료비 특히 고가 검사비 임상병리 검사비 등을 줄일 수  
있는 강력한 기전이 존재

# 1차 시범사업 결과

[진료비 청구현황 : 행위별수가 대비 진료비 현황]

● 1차누계 : 20개 질병군 4,420건(`09.4.20~`10.6.30)

- 급여 : 비급여 = 81.9 : 18.1%

(단위 : 천원)

구 분	총진료비	본인부담금	보험자부담금	급여	비급여	비포괄액 (급여)
차액(율)	3.1% (375,072)	▲7.9% (-358,810)	9.9% (733,881)	8.9% (829,072)	▲16.9% (-454,000)	
행위별수가	11,986,239	4,539,855	7,446,384	9,298,272	2,687,968	
신DRG수가	12,361,311	4,181,046	8,180,265	10,127,344	2,233,968	3,671,451 (36.3%)

# 1차 시범사업 결과

**동일 질병군 내에서 진료비와 진료내역의 변이가 매우 큼.**

- ✓ 대상 질병군의 진료비 분포가 평균값 대비 약 9배까지 분포됨.
- ✓ 진료 세부 내역에서도 검사료, 영상료 등에서 많은 차이를 보임.
- ✓ 질병분류체계에 대한 종합적인 재검토가 필요할 것으로 판단됨.

**질병군별 진료비 수준의 편차가 매우 큼.**

- ✓ 행위별수가 대비 33% 증가한 질병부터 4% 감소한 질병까지 존재함.
- ✓ 향후 동일한 수가 책정 방법을 사용할 경우 이러한 문제들이 지속적으로 발생할 것으로 판단됨.

## **보험자부담금이 행위별 대비 약 9.9% 증가함.**

- ✓ 일부 질환에서는 보험자부담이 48%까지 증가함.
- ✓ 행위별 대비 7억3천만원의 추가 부담이 발생하였음.
- ✓ 향후 대상질환의 확대 및 시범사업기관의 확대를 고려하면 막대한 재정부담으로 작용할 것으로 판단됨.

## **환자부담금은 행위별 대비 약 7.9% 감소함.**

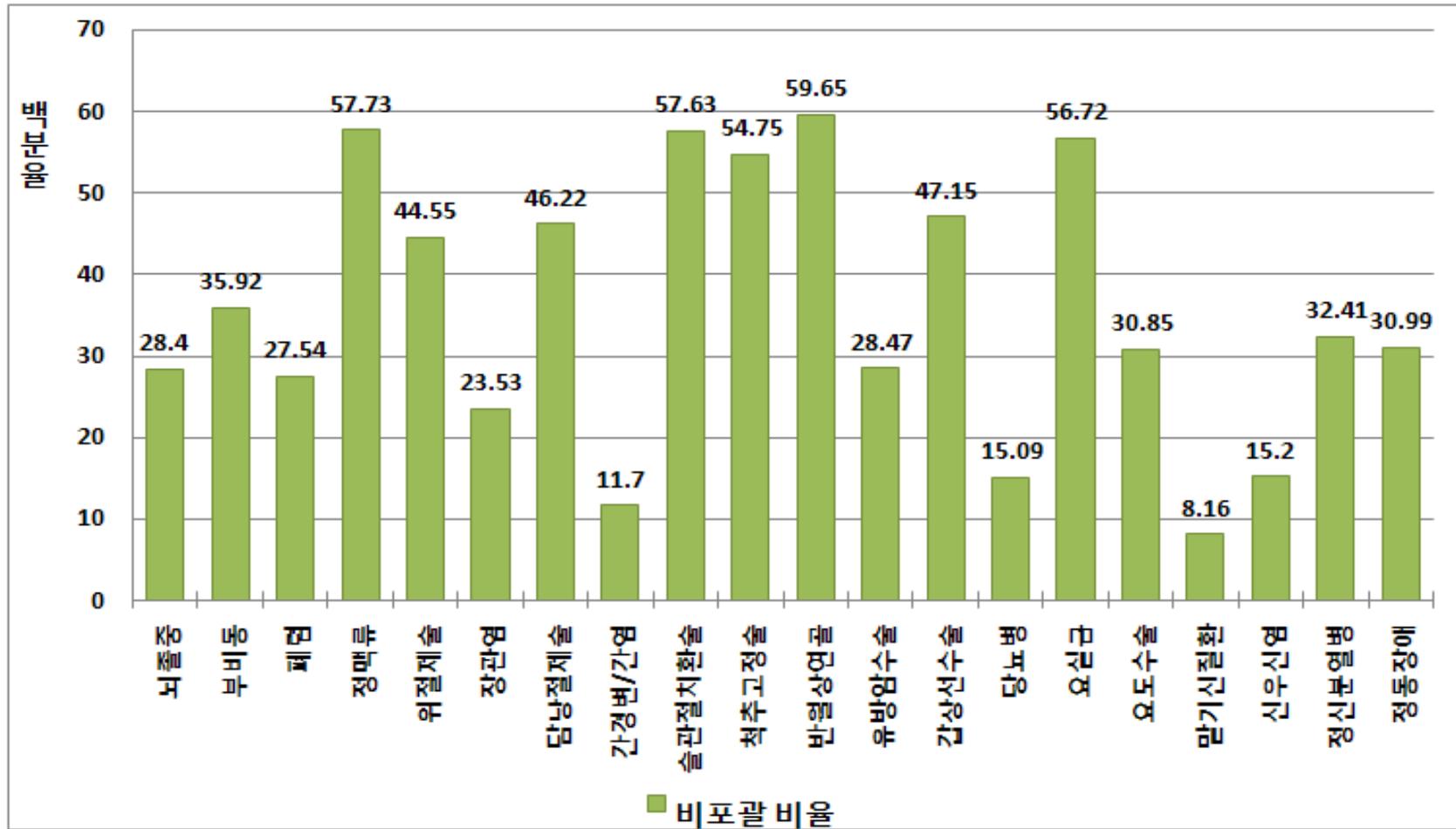
- ✓ 20개 질병군 중 9개 질병군에서 환자부담이 10% 이상 감소하였음.
- ✓ 그러나 일부 질병군에서는 환자부담이 증가하는 경우도 발생함.

## **비포괄진료비가 전체 진료비의 36.3%로 매우 높았음.**

- ✓ 20개 질병군 중 5개 질병군에서 비포괄진료비가 50% 이상이었음.

# 비포괄 진료비 현황

## ■ 질병군별 비포괄 진료비 비율



## **비급여환자부담금은 행위별 대비 16.9% 감소됨.**

- ✓ 정상군기간 내에서 선택진료비와 병실료차액을 제외한 비급여 환자 부담금은 48%(4억4천만원) 감소하였음.
- ✓ 이는 타 병원에 비해 본원의 낮은 비급여 비율을 감안할 때, 향후 시범사업 기관이 확대 될 경우 보험자의 재정부담이 더 증가할 것으로 예측됨.

## **결론적으로 1차 시범사업에서,**

- ✓ 긍정적 진료행태 변화를 통한 진료비 안정화나 진료비 지불절차의 간소화를 효과적으로 달성하지 못함
  - ✓ 보험자의 재정부담 초래 가능성
- 분류체계를 포함한 제도 전반에 대한 체계적인 재검토가 필요

# 2차 시범사업 결과

[진료비 청구현황 : 행위별수가 대비 진료비 현황]

● 2차누계 : 76개 질병군 12,050건 (`10.7.1~`11.6.30)

- 급여 : 비급여 = 84.1 : 15.9%

(단위 : 천원)

구 분	총진료비	본인부담금	보험자부담금	급여	비급여	비포괄액 (급여)
차액(율)	2.2% (652,979)	▲9.4% (-941,684)	8.1% (1,594,663)	6.9% (1,663,806)	▲17.3% (-1,010,827)	
행위별수가	29,800,724	10,016,511	19,784,213	23,954,092	5,846,632	
신DRG수가	30,453,703	9,074,827	21,378,876	25,617,897	4,835,805	9,548,252 (37.3%)

# 환자군 분포

순위	질병군 명칭	하단군	정상군	상단군	전체
1	단순 인후두 수술	58% (21건)	31% (11건)	11% (4건)	100% (36건)
2	기관지경 및 방사선하 수술	0% (0건)	41% (23건)	59% (33건)	100% (56건)
3	출혈성 뇌졸중, 거미막하 및 뇌내 출혈 제외	14% (1건)	43% (3건)	43% (3건)	100% (7건)
4	유방 악성종양근치술	41% (19건)	46% (21건)	13% (6건)	100% (46건)

# 항목별 진료비 변화

[수가보정]

구분	급여				비급여				전체			
	시범전	시범후	차이	p-값	시범전	시범후	차이	p-값	시범전	시범후	차이	p-값
진찰료	32,615	31,790	-826	0.007	155	7	-148	<.001	32,771	31,797	-974	0.001
입원료	383,636	389,270	5,634	0.295	461	4,614	4,153	<.001	384,097	393,883	9,787	0.073
투약 및 조제료	47,786	48,480	694	0.462	5,890	5,785	-105	0.680	53,676	54,265	589	0.567
주사료	251,756	291,105	39,349	<.001	29,021	9,728	-19,292	<.001	280,777	300,833	20,057	0.005
마취료	44,815	46,611	1,796	0.144	6,309	5,637	-673	0.027	51,124	52,248	1,124	0.425
물리 치료료	8,046	12,792	4,746	<.001	2,039	2,899	859	<.001	10,085	15,691	5,606	<.001
정신 요법료	15,127	17,483	2,356	0.094	4,043	5,395	1,352	0.008	19,170	22,878	3,708	0.047
처치 및 수술료	591,263	643,152	51,888	0.005	93,654	89,815	-3,839	0.280	684,917	732,967	48,050	0.020
검사료	251,595	243,043	-8,552	0.031	16,242	14,381	-1,861	<.001	267,838	257,424	-10,413	0.011
영상료	151,277	140,450	-10,827	0.001	61,896	58,653	-3,243	0.068	213,173	199,103	-14,070	0.001
CT료	44,815	41,681	-3,135	0.002	21	34	13	0.580	44,837	41,715	-3,122	0.002
MRI료	26,968	27,002	34	0.982	17,400	14,489	-2,911	0.009	44,368	41,491	-2,877	0.127
sono료	-	-	-	-	42,645	42,888	243	0.855	42,645	42,888	243	0.855
기타료	-	-	-	-	4,104	4,533	430	<.001	4,104	4,533	430	<.001
식대	85,708	87,653	1,945	0.172	3,658	3,397	-261	0.199	89,367	91,050	1,684	0.239
소 계	1,863,625	1,951,830	88,204	0.002	227,473	204,844	-22,628	<.001	2,091,098	2,156,674	65,576	0.038

## 2차 시범사업 결과

- 의료행태 변화
  - 주사료, 마취료, 물리치료료, 처치 및 수술료...증가
  - 진찰료, 영상료(CT 등)...감소
- 입원일수에 따른 환자군 구분이 부적정
  - 정상군비율이 31%...재원일수 수정이 필요
- 진료비 변이가 지나치게 크다.
  - 질병군 분류 수정이 필요
- 질병군별 포괄항목 비율차이가 크다.
  - 21~ 83%
- 신포괄 진료비 산정 모형이 너무 복잡하다.
  - 간소화가 필요

# 제외 질병군 선정

## ● 'error 질병군' (전체 입원건의 1.8%)

- 961 주진단으로 적절하지 않은 산과 주진단
- 962 시술과 일치하지 않는 산과 주진단
- 963 연령/체중과 일치하지 않는 신생아 진단
- 990 주진단과 일치하지 않는 수술
- 999 분류 불가능(철자가 틀린 진단코드나 시술코드 입력 등)

## ● 진료비 편차가 크고 질 저하 가능성이 큰 질병군 (2.1%)

- Pre MDC 장기이식환자 및 기관절개 환자군
- MDC 15 신생아 환자군
- MDC 23 재활이나 치료 후 관리 등의 기타 환자군

● **신포괄 개선건의 관련 - 7개 질병군 제외**

질병군 번호	질병군 명칭	비고
Q620	지혈 장애	혈우병 제외 관련
S630	HIV 관련 감염	AIDS 제외 관련
S640	기타 HIV	AIDS 제외 관련
W020	다발성 중요 외상 치료목적의 사지접합술, 고관절부 및 대퇴골 수술	다발성외상 제외 관련
W040	다발성 중요 외상 치료목적의 기타 수술	다발성외상 제외 관련
W600	다발성외상, 다른 의료기관으로 이송된 경우(재원기간 5일 미만)	다발성외상 제외 관련
W610	수술을 받지 않은 다발성 외상	다발성외상 제외 관련

● 7개질병군 수가개정 관련 - 4개 질병군 추가

현행 질병군(4개)	변경 질병군(8개)	비고
서혜 및 대퇴부 탈장수술, 단측	복강경이용한 서혜 및 대퇴부 탈장수술, 단측	세분화
	서혜 및 대퇴부 탈장수술, 단측	
서혜 및 대퇴부 탈장수술, 양측	복강경이용한 서혜 및 대퇴부 탈장수술, 양측	세분화
	서혜 및 대퇴부 탈장수술, 양측	
주요 항문 수술	원형자동문합기를 이용한 치핵절제술	세분화
	원형자동문합기를 이용한 치핵절제술을 제외한 주요항문수술	
제왕절개분만	제왕절개분만(1태아)	세분화
	제왕절개분만(다태아)	

# 시범사업 진료비 청구현황

[진료비 청구현황 : 행위별수가 대비 진료비 현황]

● 시범사업 총누계 : 39,387건 (`09.4.20~`12.6.30)

(단위 : 천원)

구 분	총진료비	본인부담금	보험자부담금	급여	비급여	비포괄액 (급여)
차액(율)	2.6% (2,618,140)	▲9.1% (-3,067,362)	8.3% (5,685,502)	7.6% (6,285,996)	▲18.4% (-3,667,916)	
행위별수가	102,447,837	33,881,744	68,566,093	82,476,041	19,971,855	
신DRG수가	105,065,977	30,814,382	74,251,595	88,762,037	16,303,939	32,190,996 (36.3%)

● 3차누계 : 553개 질병군 22,875건 (`11.7.1~`12.6.30)

(단위 : 천원)

구 분	총진료비	본인부담금	보험자부담금	급여	비급여	비포괄액 (급여)
차액(율)	2.6% (1,590,080)	▲9.1% (-1,766,967)	8.1% (3,357,046)	7.7% (3,793,217)	▲19.3% (-2,203,198)	
행위별수가	60,667,675	19,328,170	41,339,505	49,228,755	11,438,980	
신DRG수가	62,257,755	17,561,203	44,696,551	53,021,972	9,235,782	18,973,763 (35.8%)

# 문제점 및 개선방향

## ② 임상의견 수렴 부족

### ● 510개 질병군에 대한 의견조사 실시(3차에 추가되는 질병군 대상)

※ 의견조사내용 : 질병군분류체계 및 정상군범위의 적정성

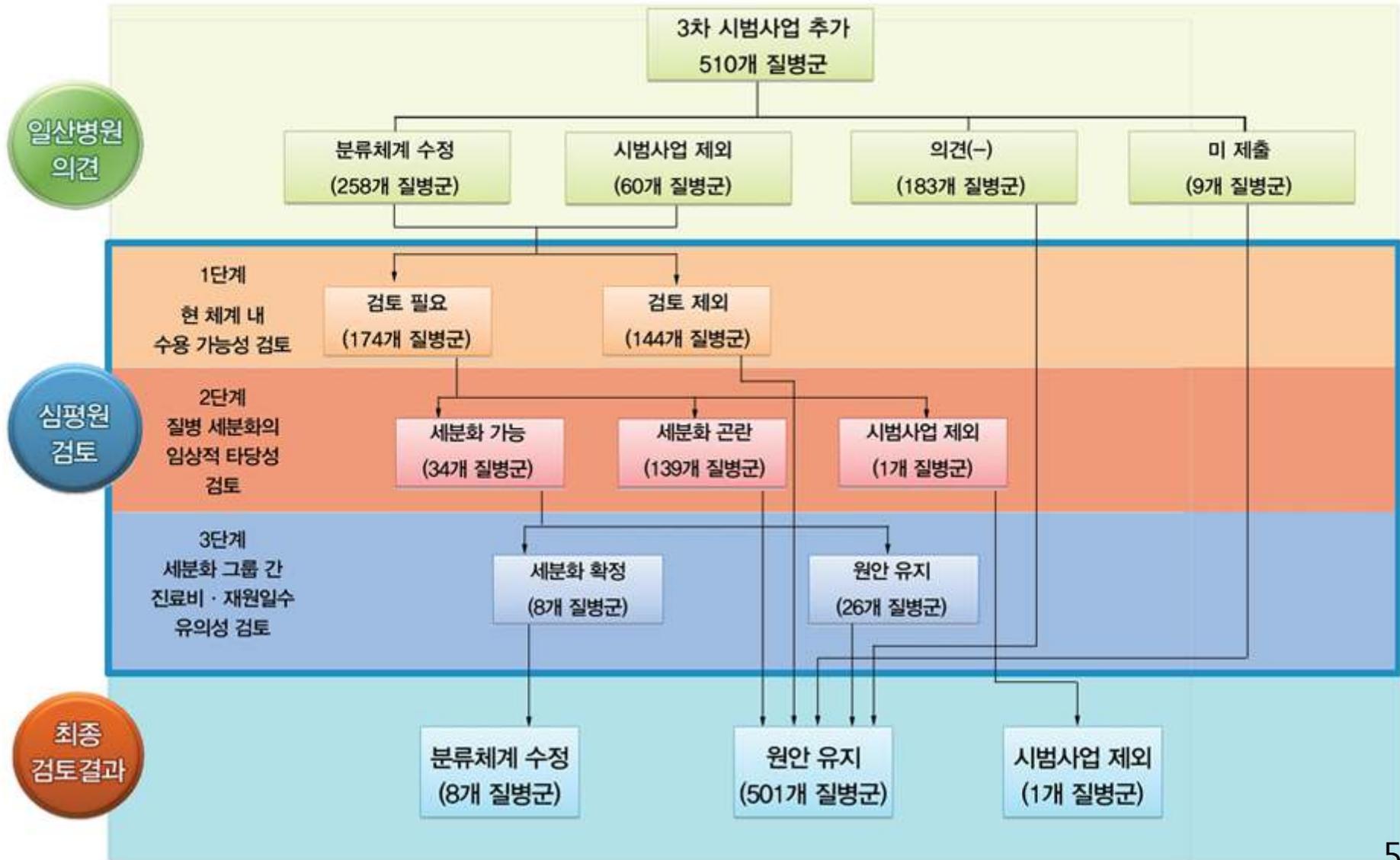
※ 의견제출현황

의견요청	의견제출	의견구분	수정요청	시범사업제외	의견(-)
510	501	분류체계	258	60	183
		정상군범위	114	-	387

※ 의견조사 검토결과

- 분류체계수정 : 8개
- 시범사업 제외 : 1개
- 정상군범위 수정 : 57개

# II. 3차 시범사업 대상 질병군 선정



# 문제점 및 개선방향

- ④ **연간 20건 미만의 저빈도 질병군은 대상에서 제외**  
단, 동일질병군내 이질적 상병에 대한 분류 세분화 및 발생빈도는 추후 재검토 필요
- 저빈도 질병군은 동일 질병군 내에서의 진료비와 진료내역의 변이가 매우 커서 환자요인에 의해 크게 영향을 받을 수 있는 질병군이 대부분이고,
- 실폐괄 모형의 복잡한 구조로 인한 행정비용 부담을 일부 감소시키기 위해서 저빈도 질병군의 제외를 요청하는 바임

# 문제점 및 제안사항

< 연간 20건 이상/미만 발생 질병군 비교 >

구 분	질병군수	질병군비율	환자수	환자수비율	비고
계	553개	100.0%	29,431명	100.0%	
연간 20건 이상	223개	40.3%	20,971명	71.3%	
연간 20건 미만	281개	50.8%	1,884명	6.4%	
미발생	49개	8.9%	6,576명	22.3%	

※ 2011.7.1~2012.6.30, 질병군수 및 퇴원환자수(건강보험·의료급여·자보·산재)

# 문제점 및 제안사항

## @ 암환자의 경우 포괄대상에서 제외(1)

- 암환자는 치료법이 너무 다양하여 (암종, 기저질환, 방사선요법& 화학요법&수술이 환자 상태에 따라 매우 다름) 이를 포괄수가로 묶어서 표준진료를 하는 것은 적절한 환자 치료를 방해하는 요인임.  
ex) 직장암(5일) 80만원, 위암(5일) 80만원,  
폐암(3일) 60만원, 유방암(3일) 60만원
- 고가 항암제에 대한 반응이 미미함(20% 포괄부분 차액발생)  
ex) 맵테라(140만원/1cycle), 벨케이드(360만원/1cycle)
- 약물치료 이외 환자교육 등에 대한 부가 진료 부분들이 제대로 평가 받지 못함(현재는 무상으로 교육을 해주고 있는 상태임)

# 문제점 및 제안사항

## @ 암환자의 경우 포괄대상에서 제외(2)

- leukemia 치료의 경우 환자마다 사용하는 antibiotics, anti fungal agent가 다양할 수 밖에 없는데 (또한 이런 약제들이 매우 고가임) 포괄수가로 처리하는 것은 불합리함.

ex) 브이펜드주(107만원/2주), 암비솜주(163만원/2주)

- 기저질환으로(수혈을 지속적으로 받아야 하는 혈액내과 질환들) 인해 수술 전 시행한 수혈 보상 미미(20% 포괄부분 차액발생)  
: 혈소판 수혈(34만원/8pint)

# 문제점 및 제안사항

## ㉔ 정신질환자의 경우 포괄대상에서 제외

- 정신질환자는 동일 상병이라도 환자에 따라 치료법이 너무 다양하므로 이를 포괄수가로 묶어서 표준진료를 하는 것은 적절한 환자 치료를 방해하는 요인임
- 정신질환자의 특성에 적합한 고유의 질병분류체계를 개발하여 이에 맞는 별도의 포괄수가를 적용해야 함  
: 질환의 중증도나 심각도가 너무 달라서 현행 분류체계로는 정확한 평가가 이루어질 수 없음.

# 문제점 및 제안사항

## @ 질병군 분류체계 개선(세분화 수준)

- 질환의 원인, 진단방법, 치료방법 및 예후 등이 다르고, 의료자원소모 측면에서도 상이한 진단들이 동일 질병군에 포함되어 있음
  - 다양한 질환과 다양한 수술이 동일 질병군에 포함
  - 합병증 및 동반상병에 따라 치료방법, 치료기간, 예후 등이 다르나 동일 질병군으로 분류
  - 같은 질환이라도 진료과에 따라 치료방법이 달라질 수 있으나 진료과 구분없이 동일 질병군으로 분류
  - 악성신생물의 경우 종양의 위치, stage에 따라 치료기간과 방법이 다르나 동일 질병군으로 분류

발간등록번호  
EK5 - 2010 - 60

# KDRG 분류집

## (신포괄지불제도용)

2010.7

### 안내글

#### 1. DRG 개발과 발전 과정

진단명기준환자군(Diagnosis Related Group, 이하 DRG)은 입원 환자를 자원소모 유사성과 임상적 유사성에 기초하여 분류하는 입원환자 분류체계이다. DRG 개발은 일반 산업에서 사용하고 있는 비용이나 질 관리 방법을 병원에 적용하기 위한 시도의 일환이었다. 산업적 개념을 병원에 적용하려는 시도는 1900년대 초로 거슬러 올라가지만, 이전 접근법과는 달리 DRG 접근법은 병원의 최종 생산물(final product)에 초점을 두었다. 즉, 특정 질환자에게 제공된 재화나 서비스의 '묶음'으로 병원의 생산물을 정의하고자 하였다. 이처럼 병원의 생산물을 규정함으로써 DRG는 병원의 생산성을 측정하고 평가할 수 있는 도구를 제공하고자 하였다.

## 문제점 및 제안사항

- ② **인공호흡기 사용 등 중환자실 치료내역 제외**  
: 심폐소생술은 2012.7.1부터 제외됨
- ② **비포괄 수가 보상 시 수술료 100% 보상 : 현재 80%만 보상**
- ② **기존 7개 DGR는 신포괄 대상에서 제외 : 기존방식으로 전환여부**
- ② **재료대, 약가 등을 줄일 수 있는 기전이 부족**
- ② **행정비용 증가**  
: 진료비 청구 및 심사, 지불(산정방식)복잡,  
퇴원 전 정확한 상병 코딩, 중증도, 퇴원 이후 확진되는 상병
- ② **지불제도(3가지) 비교연구 및 평가를 위한 인력사용 지원**

# 의료의 질적 보장과 의료의 발전

- 의료서비스 질 저하 가능성
  - ... 평가 시스템만으로 가능한가
- 신의료기술, 고가·일회용 치료재료의 변화에 따른 반영기전이 원활해야 함
  - ... 주기적(?), 신의료기술 평가 : 합리적 평가가 필요
- 새로운 치료기술과 재료를 환자치료에 적용하기 어려울 경우
  - ... 임상의학의 발전과 의료기술 발전의 저해 가능성 배제

# 행정업무 등 개선

- 진료내역에 행위별 수가와 DRG분류체계의 두 가지 지불방식이 혼용되어 진료비 청구·심사업무에 대한 행정업무 증가  
: 편리한 청구시스템 개발
- 신포괄수가 모형 자체가 가지는 수가구조는 일부만 포괄하는 것이고 별도 보상하는 항목에 대한 기준이 단가 10만원  
: 복잡한 구조
- 중등도 처리, 병명의 정확한 코딩 등의 문제

# 구조적 개선

- 행위별 수가와 DRG분류체계의 두 가지 지불방식이 혼재
  - 수가 구조자체를 이해하기도 힘들
  - 일본 DPC(diagnosis procedure combination)  
: 2451개(2008년)
- 10만원 이상 보상 등 구조가 복잡 : 수많은 재료, 약제 등
- 질병분류와 수가체계의 불균형성
- 근본적 보완과 추가연구

# 결론

- 시범사업의 객관성 있는 평가 - 분류체계, 시스템 개선
- 의료계 의견의 수용 - 장기적 안정적 정착을 위해
- 행위별 수가의 문제점을 근본적으로 개선할 수 있는 구조개발이 필요
- 급여확대에 따른 재정부담 고려
- 양적 달성보다 실현가능한 범위로 선회
- 장기적 목표를 가지고 연구를 위한 연구가 아닌 현실적 연구가 필요
- 또한, 공공병원 대상으로만 시행하고 있는 현 신포괄 시범사업에 대해  
향후 민간 병원으로의 확대 여부 재검토 필요

# 당뇨병에서는?

- 2007-9년까지의 일산병원 입원환자 데이터를 기준으로 수가 결정
- 질병의 중증도 구분(ICU,합병증)
- 타질환과의 동반
- 현재까지는 외과계, 입원이 주인 내과계와 비교 시 적자는 아님.

감사합니다!