

"2000년 시행될 의료정책 "

김 창 엽 교수
(서울대의과대학 의료관리학교실)

2000년 시행될 의료정책

김 창 업

(서울대의과대학 의료관리학교실 교수)

I. 전반적 의료환경 변화와 의료 정책의 흐름

한국의 의료는 유례 없는 변화의 와중에 있는 것으로 보인다. 중요한 정책들이 숨들릴 틈 없이 시행되거나 제안되고 있다. 의료보험 관리체계의 변화, 의료보험 진료비 제도의 변동, 의약분업 등, 하나 하나를 두고 보더라도 결코 만만치 않은 중요성을 가진 정책변화가 한꺼번에 진행되고 있는 것이다.

그러나 이러한 정책변화가 “우연의 산물”은 결코 아니다. 어떤 종류의 의료정책도 갑자기 돌출 하는 법은 없다. 마땅한 이유와 근거가 있고 실제 정책이 입안되고 시행되기 이전에 정책에 대한 ‘압력’이 있게 마련이다. 따라서 어떤 특정 정책을 이해하고 해석하는 첫 걸음은 그러한 압력의 성격과 흐름을 이해하는 것이다. 내년에 시행될 정책을 제대로 이해하기 위해서도 먼저 이러한 거시적 환경변화와 정책시행의 필연성들을 먼저 이해하는 것이 필요하다.

그러면 현재의 정책변화를 압박하고 있는 거시적 환경변화는 과연 무엇인가?

가장 먼저, 보건의료의 효율성 문제가 한국 의료 전반의 가장 중요한 환경요인으로 부상하고 있다. 최근의 의료비 팽창, 특히

보험진료비의 증가는 괄목할 만하다. 주요 선진국에 비하면 양적인 측면에서 아직도 취약함을 면치 못하고 있는 것이 사실이지만, 1990년 이후 최근까지 급여비 지출 증가율이 매년 평균 15.7%에 이르고 있고 이러한 추세는 경제위기 상황에서도 변화되지 않았다.

문제는 이러한 지출 증가를 뒷받침하여야 할 재정수입이 결코 안정적이지 못하다는 점이다. 정부의 재원은 한정되어 있고, 일반 국민은 보험료 인상에 매우 부정적이다. 이러한 상황이 지속될 경우 현재 우리나라 의료비 문제의 핵심인 의료보험의 재정 위기는 피할 수 없다.

결국 보건의료비의 급격한 상승에 의한 재정위기는 국가적 차원에서 의료이용의 효율성을 추구하지 않을 수 없게 할 것으로 보인다. 양적, 질적으로 팽창하는 국민의 의료요구를 모두 수용하기는 불가능하므로 국가로서는 보건의료 부문의 지출을 적정화하기 위하여 인력, 시설, 장비, 의료이용 등 모든 측면에서 효율성에 바탕을 둔 정책을 수립할 것으로 예상할 수 있다.

두 번째로 들 수 있는 환경변화는 보건의료 서비스의 질적 수준 향상에 대한 요구가 더욱 강력해 질 것이라는 점이다. 소득수준의 향상과 의료의 질에 대한 관심의

중대로 보건의료 소비자들이 서비스의 높은 질적 수준을 요구하는 것은 피할 수 없는 추세이다. 보건의료의 질 문제는 단순히 가용자원의 크기나 기술적 수준에 의해서만 결정되지 않는다. 의료인력 양성과정의 내용과 질적 수준, 개별 의료공급자의 가치관이나 태도, 문화, 의료제도와 의료제공체계 등이 복합적으로 영향을 미친다. 그러나 이러한 요인의 다양성에도 불구하고 질적 수준 자체를 높여야 한다는 것이 가장 중요한 의료환경의 하나라는 점은 부인하기 어렵다.

우리나라의 경우 현재는 민간 우위의 구조와 의료보험의 재정적 제약 때문에 상대적으로 양질의 의료에 대한 강력한 사회적, 정치적 요구가 불가능한 것이 사실이다. 그러나 질의 문제는 단순히 보건의료 환경의 제약으로 합리화될 수 있는 것이 아니며, 의료의 성격상 사적 영역에 속한 것이라기 보다는 국민의 건강보호라는 측면에서 명백히 공공의 영역에 속한 것이다. 따라서 앞으로 일정 수준의 질을 유지하는 것은 정부와 의료공급자의 피할 수 없는 책임이 될 것이다.

세 번째 요인은 환자와 이용자 위주의 보건의료가 되어야 한다는 인식이 급속하게 확산되고 있다는 점이다. 기존의 한국의 보건의료 체계는 공급자를 중심으로 한 자유경쟁형 보건의료제도로 발전해 왔다. 보건의료서비스의 수급에 대한 정부의 통제정도가 매우 약하고 의료자원과 시설의 대부분이 민간에 의하여 건립, 운영되어, 이윤 추구를 주목표로 하여 환자의 인간적 권리나 삶의 질 향상 등은 간과되어 온 것이 사실이다.

그러나 이제 기존의 정부의 정책기조 자

체가 “의료공급자 관리” 중심에서 국민을 대신해서 국민의 건강과 생명을 보호하는 것으로 바뀌어야 한다는 요구가 광범위하게 제기되고 있다. 정책의 관점(perspective)부터 새롭게 설정해야 한다는 주장도 적지 않다.

구체적으로는 보건의료 이용의 접근성 향상, 최소수준의 보건의료의 질 보장, 정보의 생산과 제공, 보건의료 이용에 대한 지침의 생산과 보급 등이 정부 정책에 대한 요구로 제기될 것이다.

개별기관의 입장에서도 마찬가지이다. 소득수준의 향상, 삶의 질(quality of life)에 대한 관심 증대, 의학기술의 발전 등에 의하여 각 개인의 보건의료에 대한 요구는 극히 다양화, 개성화(個性化) 되어있다. 이것은 비슷한 수준과 성격의 보건의료 서비스를 전체 인구집단에 대량으로 제공하는 종래의 서비스 제공체계가 다양한 서비스를 각자 혹은 소집단에게 개별적으로 제공하는 체계로 바뀌어야 함을 의미한다(제조업에서 말하는 다품종 소량생산에 대한 요구와 마찬가지로의 경향이라 할 수 있다).

네 번째로 보건의료기관 간의 기능분화와 상호 의존에 대한 요구가 더욱 커지고 있다는 점을 지적할 수 있다. 포괄성과 환자 중심의 서비스가 한 기관에서 자체 완결적으로 제공되는 것은 사실상 불가능하다. 또 기능과 역할의 중복에 따른 비효율성도 무시하기 어려운 수준이다. 따라서 장기적으로는 보건의료 기관간의 기능분화와 연계, 그리고 상호의존이 불가피한 것으로 인식되고 있다.

최근까지도 우리나라 보건의료는 이러한 점에서 심각한 분절현상을 보이고 있다. 공공과 민간기관 사이에 기능성 연계가 거의

없으며, 서비스 수준별(예를 들어 1, 2, 3 차) 의료기관의 기능분화도 대단히 미미한 상태에 있다. 그 결과 환자에 대한 진료와 기타 서비스는 개별적이고도 분절적으로 이루어지며 연속성을 거의 확보하고 있지 못하다. 또한 비슷한 서비스를 서로 다른 여건과 기능의 기관이 경쟁적으로 제공하는 경우도 있어, 자원의 낭비는 물론이고 서비스의 적절한 지역적 분포도 이루어지고 있지 못한 형편이다.

그러나 앞으로도 이러한 방식의 서비스 제공이 용인되지는 않을 것으로 보인다. 이미 앞에서 서술한 바와 같이 포괄성과 환자 중심성에 대한 요구가 강력히 제기되는 한편 각 기관이 제공하는 서비스가 전문화되는 경우, 각 기관간의 기능 분화와 연계 관계 수립은 피할 수 없는 과제가 될 것이기 때문이다.

거시적 환경변화의 방향이 이러하다면, 반드시 2000년 한 해가 아니더라도 새롭게 제안되거나 시행될 의료정책들이 어떤 모양을 가지게 될 지 예측하는 것은 그리 어렵지 않다. 다소의 편차는 있겠지만, 개별 정책들은 환경변화를 충실히 반영하는 내용들을 가지게 될 것이 틀림없다.

II. 시행예정인 주요정책의 내용

1. 의약분업

정부측 대표, 의약단체대표, 시민단체대표, 공익대표 등으로 구성된 의약분업 실행위원회가 지난 9월 17일 최종안을 결정하였다. 보건정책분과위원회, 의료보험분과위원회, 의약품관리분과위원회의 3개 분과로 나뉘어져 활동해온 실행위원회에서 합의된 주요 내용을 정리하면 다음과 같다.

1) 의약분업 대상 기관 및 환자

- 모든 외래기관의 외래환자에 대한 원의조제를 의무화하고, 조제실 근무 약사가 처방전에 의한 조제를 못하도록 의무사항으로 규정함.
- 약국 개설을 금지하되, 기존 의료기관의 구내에 개설된 약국은 1년 간 경과 조치함
- 보건소는 외래환자에 대한 진료에 대해서 의약분업을 시행하되, 보건지소는 업무의 특성상 예외로 하기로 함.
- 의약분업에서 제외된 대상으로 병역의 무중인 자와 교정시설에 수용중인 자, 1, 2급 장애인, 1종 전염병 격리수용자, 파킨슨병, 한센병, AIDS·장기이식 등 특수질환, 정신요양시설에 입소한 정신질환자, 국가시책에 따른 결핵 치료제의 투약, 의료봉사활동에서의 투약 등이 해당함.

2) 의약분업 대상 의약품의 범위

■ 의약분업 예외 주사제 범위

운반 및 보관에 냉동·냉장·차광이 필요한 주사제, 항암제, 검사·수술·처치에 사용되는 주사제는 예외로 함.

■ 의약분업 제외 의약품 범위

희귀의약품, 의료기관 조제실 제제, 임상시험용 의약품, 마약, 방사성 의약품, 신장 투석액 및 이식정 등 투약 시에 기계·장치를 이용하거나 시술이 필요한 의약품, 정신과 환자용의 위약 등은 대상에서 제외함.

- 환자의 불편을 최소화하기 위해 처방전 전송 제도 및 사전처방제도를 도입함.

3) 처방 및 조제 방식

- 약사가 처방을 변경 또는 수정하여 조제하고자 하는 경우 의사의 사전 동의를 받아 야 함.
- 대체 조제 시에는 당일 또는 3일 이내에 의사에게 통보하되, 지역별 의약분업협력위원회에서 정한 범위 내에서 대체 조제한 경우 통보하지 않음.
- 의사의 사전동의와 확인 없이 조제하여 발생한 약화사고는 약사법에 따름.

4) 약효동등성 확보방안

- 약효동등성 시험 대상은 단일제로서 정제·캡슐제·좌제로 하며, 의약분업 시행 전까지 비교용출시험 등을 업소에서 자체적으로 실시하고 식품의약품안전청에 결과를 제출하여 평가를 받음.
- 생물학적 동등성 시험 대상 품목은 국내 시험능력을 고려하여 일정 기간 동안 시험을 마치도록 함. 그 기간동안에는 대체를 허용하되 의사와 약사가 사전 협의하여야 함.

5) 의약품 분류 및 일반의약품 판매방식

- 의약품분류소분과위원회 상설화
- 정제 또는 캡슐제는 날개마다 문자, 숫자, 외관으로 구별함.
- 의약품을 개봉하여 판매할 수 있는 범위

처방전, PTP 또는 Foil 포장, 한약제제를 개봉하여 판매하는 경우

이번 의약분업 실행위원회안은 대체로 시민대책위원회를 그대로 따랐지만 구체화되고 일부조항은 수정되었다.

첫째 의약분업 예외조항이 구체적으로 확정되었다. 주사제 예외조항이 확정됨에 따라 외래에서 사용되는 대부분의 주사제

가 의약분업의 예외조항으로 인정되었다. 의약분업 예외환자 조항도 장애자의 경우 1-2급 장애자가 예외로 인정되었고 정신과 의 경우 병식이 없는 환자나 정신분열증, 우울증 환자 등이 예외로 인정되었다. 이외에 결핵, 한센씨병 등도 예외로 인정되었다. 전체적으로 주사제 예외조항이나 환자 예외조항은 늘어난 것으로 판단되는데 이는 국민불편을 최소화하겠다는 의지가 반영된 것으로 보인다.

둘째 의약분업 대상기관에서 보건소는 포함되었지만 보건지소는 제외되었다. 정부는 애초에 보건소도 의약분업 예외규정으로 하려고 시도하였지만 분업실행위원 다수의 반대에 따라 보건소는 포함되지 못하였고 보건지소는 일반 의료기관이 존재하는 곳에는 보건지소를 폐쇄하는 방향으로 행정지도를 시행하겠다는 보건복지부의 의지표명에 따라 논란 끝에 의약분업 대상기관에서 제외되었다.

셋째 약효동등성 문제와 대체조제 문제가 구체적으로 확정되었다. 약효동등성 검증은 FDA 약품코드상 B rated drug의 경우는 생물학적 동등성 검사의 대상으로 하고 나머지 약제들은 비교용출시험과 기타 시험으로 약효동등성을 검증하는 것으로 확정되었다. 이렇게 볼 때 약효동등성은 300여 품목을 제외한 대부분의 약제들이 내년 7월 이전까지 약효동등성을 인정받거나 아예 시장에서 퇴출 되는 결과로 이어질 것으로 보인다. 생물학적 동등성 검사 대상 약제들의 경우 국내 생물학적 동등성 검사능력이 최대 150여 개인 정도임을 감안해 유예기간을 두고 이 기간에는 의·약사가 사전 협의를 거쳐 대체가 가능하도록 하였다.

이번에 확정된 안은 정기국회를 거쳐 법안으로 확정될 예정이다. 이번 분업실행위 안은 일단 약사법 등의 법안수정사항만을 내용으로 다루었고 처방료/조제료 산정문제나 의약품 분류 등의 문제는 아직 다루지 않았다.

그러나 한편 2차 분업실행위에서 의협과 병협 대표가 약화사고 책임구명, 임의조제 근절책, 보건지소 예외 문제 등 주요문제에서 의료계의 입장이 반영되지 않았다는 이유로 항의하면서 퇴장하였기 때문에 정기국회에서 의협과 병협의 주장에 따른 새로운 수정안들이 제기될 것으로 예상되고 있다.

2. DRG

1) DRG란 무엇인가

진단명기준 환자군이라고 번역되는 DRG (Diagnosis Related Group)는 미국 예일(Yale)대학팀에 의해 1960년대 말부터 10년여에 걸쳐 개발된 입원환자 분류체계이다. DRG 분류체계에서는 모든 입원환자들이 주진단명 및 부상병명, 수술명, 연령 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 질병군으로 분류되는데 이 때 하나의 질병군을 DRG라고 부른다.

미국에서 1983년부터 미국의 노인 및 장애자 대상 의료보험인 메디케어(Medicare)의 입원진료비 지불 방식이 포괄수가제로 바뀌면서 DRG가 이 제도의 지불단위로 사용되었고 이후 의료비 지불이나 의료서비스 이용분석 목적으로 세계적으로 널리 사용되고 있다.

DRG 지불제도는 입원환자를 대상으로 한 포괄수가제도로서 입원환자의 분류 및 지불단위로 DRG를 이용한다. DRG 지불제도는 한 환자가 병원에 입원해 있는 동안

제공된 의료서비스를 하나하나 그 사용량과 가격에 의해 진료비를 계산, 지급하는 행위별수가제에 반해 환자가 어떤 질병의 진료를 위해 입원했었는가에 따라 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 포괄수가제이다. 예를 들어 맹장염 수술을 받고 퇴원한 환자의 진료비는 해당 환자가 입원 기간 동안 받았던 수술, 검사, 약 등의 회수나 단가와 관계없이 해당 DRG에 대해 미리 책정된 일정액이 된다.

2) DRG 도입의 배경

■ 행위별수가제의 문제점

- 의료비 상승의 가속화: 행위별수가제 하에서 의료기관은 진료량을 늘려야 수익이 증가 하므로 낮은 수가로 인한 경영의 어려움을 서비스량을 극대화함으로써 극복하여 왔다. 이는 급격한 의료비 상승의 원인이 되었다.
- 진료비 심사 및 청구 업무의 복잡함과 업무 과중: 의료기관에서는 수백에 달하는 재료 사용, 수천에 달하는 의료행위, 수만에 달하는 의약품 사용에 대해 일일이 처방전을 분류, 확인 청구해야 하며, 지불자는 청구명세서와 진료내역, 지급기준을 일일이 대조하고 난 후 진료비를 지급하고 있다. 이러한 업무에 의료보험연합회 1000여명의 직원이 투입되고 있으며 심사지불기간도 1개월 이상 걸리고 있다.
- 수가관리의 어려움: 개별 행위를 지불단위로 하고 있어 10,000여 개에 달하는 품목별로 수가기준 및 항목별 수가인상을 결정해야 하는 어려움이 있다.
- 의료인, 보험자간 마찰 및 갈등 상존 요인: 개별 행위를 대상으로 하는 입

상 고유 영역의 심사때문에 의학의 전문성과 진료의 자율성에 대한 시비가 끊이지 않고 있다.

- 의료서비스 공급행태 왜곡 현상: 서비스항목간 수가수준의 상대적 불균형으로 상대적으로 수익성이 높은 서비스항목이나 비급여분야에 투자가 집중되므로 의료공급행태와 진료패턴의 왜곡이 심화되고 있다.

■ 다른 나라에서 DRG 시행 경험

- 1983년부터 미국 연방정부의 노인 및 장애자 대상 의료보장인 메디케어(Medicare)의 입원진료비 지불방식이 포괄수가제로 바뀌었고, 이후 Medicaid와 민간 의료보험으로 확산되었다. 현재 미국에서는 입원 환자의 경우 가장 많은 형태의 진료비 지불제도이다.
- 미국 이외에 독일과 호주, 프랑스 등에서도 주로 병원에 대한 총괄예산제의 기초로 DRG를 사용하고 있다. 즉, DRG가 주로 자원투입양의 동질성에 기초를 두고 환자를 분류하는 것이므로, 병원에 대해 예산제를 채택하고 있는 이들 나라에서는 DRG 분류를 기초로

개별병원의 예산을 배정하는 것이다.

- 일본의 경우는 현재 국립 의료기관에 대해 시범사업을 실시하고 있는 중이고, 향후 확대·시행될 가능성이 높은 것으로 전망되고 있다.

3) DRG의 장점

포괄수가제인 DRG 지불제도 하에서는 DRG로 구분된 질병군에 따라 미리 책정된 일정액의 가격을 지불하므로 진료량과는 상관없이 효율적으로 의료서비스를 제공하고 비용절감을 이룩한 의료기관은 그만큼의 재정적 혜택을 누릴수 있게 된다. DRG 제도의 장점은 흔히 다음과 같이 요약된다.

- 의료기관은 비용을 줄이기 위하여 합리적이고 효율적인 의료서비스를 제공하기 위해 비용절감과 과잉진료 및 의료서비스 남용 억제 노력이 이루어진다. 더 이상 행위별수가 제하에서처럼 진료량을 늘임으로써 경제적 이득을 얻지 못한다.
- 의료기관의 진료비 청구방법이 매우 간편해지고 진료비 청구심사가 불필요하거나 대폭 간소화되어 막대한 행정비용이 절감된다.

표 1. 외국의 DRG 지불제도 적용 현황

특 징	호 주	벨 지 음	프 랑 스	영 국
적용방법	예산배정기준	예산배정기준	예산배정기준 지불제도	예산배정기준
적용범위	일부 지역	일부 서비스	일부 대상	일부 지역
특 징	노르웨이	포르투갈	스 웨 덴	미 국
적용방법	예산배정기준 지불제도	예산배정기준	예산배정기준	메디케어 지불제도
적용범위	일부 병원	완전 적용	일부 지역 (95년부터 완전적용)	완전적용

표 2. DRG 지불 제도가 병원경영에 미친 영향 (미국)

항 목	결 과
PPS 이윤	- 초기 2년 동안 급격히 증가했다가 이후 감소. - 높은 case mix, 대형, 도시 소재, 교육수련병원이고, 낮은 원가 구조를 가진 병원에서 높은 이윤을 남김.
전 체 이 윤	- 하락세를 보이다가 제도 시행 3년째부터 안정화됨.
기타 재정지표	- 재정 유동성 하락, 부채 증가.
폐 업	- 전체적으로 DRG 지불제도에 영향을 받지 않는 않았으나 지방 소형병원은 영향을 받음.
병 원 지 출	- 증가율의 억제
병원 효율성 및 생산성	- 진료강도와 재원일수의 감소로 제도 시행 초기에 효율성과 생산성이 향상됨.

- 임상적 자율권 영역의 심사가 없어지고 진료비는 DRG 단위의 총량적 통제 수준에 머무르게 되므로 현행 진료비 심사에 따른 의료인과 보험자간의 마찰이 줄게 된다.
- 적정 관리에 대한 병원 경영진의 공감대가 형성되는등 의료기관의 자발적인 경영효율 화를 기대할 수 있게 된다.

4) DRG의 단점

- 의료기관들의 비용절감 노력이 의료서비스 제공량 최소화로 이어질 경우 의료의 질 저하 및 환자와의 마찰을 초래할 수 있다.
- DRG 코드 조작에 따른 의료기관의 허위/부당 청구의 우려가 있다.
- 진료효과면에서 우수하나 비용이 많이 드는 신기술이나 진료방식 채택이 억제됨으로써 신기술 개발이나 임상연구 분야 발전에 장애가 될 수 있다.

5) DRG 제도가 병원 경영에 미친 영향

- 미국의 경우 당초 우려하였던 부정적

영향은 크게 나타나지 않은 반면 의료비 상승을 억제하는 데 크게 기여하였다는 것이 일반적 평가이다.

- 메디케어(Medicare)에 DRG를 도입한 첫 해 재원일수는 급격히 감소하였다가 안정화 추세를 보였고, 반면 입원건수는 감소하였으며 이에 따라 메디케어 입원진료비 증가율은 현저히 둔화되었다(1972-83년 18.0% → 1983-93년 7%).
- 의료의 질 저하가 우려되었으나 퇴원 60일 이내 사망률이나 재입원율의 증가로 측정된 질 저하 현상은 없었다.
- 복잡한 DRG 환자나 많은 의료서비스를 필요로 할 것이 예상되는 환자 기피 현상이 우려되었으나 이러한 환자 기피 현상의 뚜렷한 증가는 없었다.
- 외래 서비스, 가정간호 서비스, 중간요양시설 서비스 이용률은 예상대로 증가하였다. 입원 진료비가 고정되어 있는 데 반해 외래 서비스는 여전히 행

표 3. DRG 시범사업 대상질병군

진 료 과	1, 2 차 년 도	3 차 년 도
안 과	수정체 수술	좌 동
이비인후과	편도·아데노이드 수술	좌 동
일반외과	충수절제술	항문과 항문 주위 수술, 서혜 및 대퇴부 탈장수술 추가
산부인과	질식분만, 제왕절개술	자궁과 자궁부속기 수술 추가
내과, 소아과		단순폐렴 및 늑막염

위별 수가제의 적용을 받았으므로 많은 검사, 처치, 수술 등이 외래에서 행해졌다. 외래이용량 증가율이 DRG 도입 전 2-3%에서 도입 후 5-7%로 높아졌다.

6) DRG 지불제도 도입의 전망

■ DRG 시범사업 추진 현황

○ 1994년 6월 「의료보장개혁위원회」에서 포괄수가제인 DRG 지불제도의 단계적 도입을 건의하였고, 이에 따라 시범사업이 1997년 2월부터 시행되었다. 현재 마지막 연도의 시범사업이 추진되고 있으며, 2000년 후반부터 현재 시범사업 중인 DRG에 대해 전 의료기관을 대상으로 확대할 예정이다. 그간 추진된 시범사업의 개요를 정리하면 다음과 같다.

- 사업기간

- 제1차: 1997년 2월 - 1998년 1월
- 제2차: 1998년 2월 - 1999년 1월
- 제3차: 1999년 2월 - 2000년

1월(예정)

- 대상기관

- 제1차: 시범사업 참여를 희망한 54

개 요양기관(3차 2, 종합병원 22개, 병원 19개, 의원 11개)

- 제2차: 시범사업 참여를 희망한 133개 요양기관(3차 11, 종합병원: 61개, 병원 29개, 의원 32개)
- 제3차: 시범사업 참여를 희망한 798개 요양기관(3차 16, 종합병원: 95, 병원 78, 의원 609개) - 추가 지정기관 포함

- 대상질병군

- 제1, 2차: 4개 진료과 5개 질병군 (29개 DRG)
- 제3차: 6개 진료과 9개 질병군 (41개 DRG), 1999년 9월부터 희망 요양기관에 한하여 MDC6(소화기계 질환)의 내과계 8개 질병군 추가 확대 적용 예정-전체 입원진료 건수의 37%에 해당희망 요양기관에 한하여 1999년 9월부터 MDC6(소화기계 질환)의 내과계 8개 질병군 추가 적용: 내과, 소아과

■ 1·2차년도 DRG 시범사업의 평가

- 의료공급자의 의료제공행태 변화

- 의료서비스 제공량과 재원일수가 통계적으로 유의미하게 감소
- '복잡한 충수절제술'(DRG16400)을 제외한 모든 DRG에서 재원일수 및 총진료비 감소
- 외래 방문회수 증가,
- 약제사용의 전반적 감소, 퇴원시 항생제 사용 감소, 퇴원후 항생제 사용 증가
- 종합병원 및 3차 의료기관에서 입원진 검사 증가 및 입원시 검사 감소

○ 의료비의 변화

- 행위별수가로 계산했을 때보다 진료비 수준이 높았음.
- 행위별수가 적용시와 비교하여 환자 본인부담금은 감소, 보험자부담금은 12% 증가
- 병원진료수익 증대

○ 의료의 질

- 수술전후 필수검사의 미시행률 높아짐, 특히 충수절제술의 경우 유의하게 높아짐.
- 수술전후 필요처치 시행률이 떨어짐.
- 수정체수술 및 절식분만의 나머지에서 합병증 발생이 증가함. 그러나 의료기관별 차이가 컸음.

○ 진료비 청구 및 지불

- 전체 진료비 지급건의 6.5% 모니터링, 그중 26.2%가 심사 조정.
- 행위별수가제 하에서 진료비 지급기간 1개월이 6.6일로 단축됨.

3. 심사평가원 설립 운영

1) 배경

- 국민건강보험법의 규정에 의하여 2000년 1월부터 시행될 국민건강보험법에서는 심사기능을 보험자로부터 분리하여 독립된 기관인 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"으로 줄여 부름)을 설치하여 이를 담당하게 하고(법 55조),¹⁾ 종전의 심사기능에 추가하여 "요양급여의 적정성에 대한 평가" 기능을 추가하였다(법 56조). 이러한 규정에 의하여 국민건강보험에서는 심사평가원이 독립된 기관으로서 진료비 심사와 급여의 적정성 평가업무를 담당하게 된 것이다.

2. 심사평가원의 기능과 운영방향

(1) 기본방향

- 심사평가원이 수행하는 심사평가의 목적은 건강보험의 범위 안에서 보험가입자를 의학적, 재정적으로 보호하는 것이고, 이에 따른 실제적인 기능이 진료비 심사와 급여의 적정성 평가이다. 따라서 심사평가원의 기능이 진료비 심사라는 측면에서는 지금까지 수행하던 기능의 연장선 위에 있지만, 급여의 적정성 평가를 추가로 수행한다는 점에서 "새로운 기능을 가진 새로운 기관"으로 이해하는 것이 필요하다.

(2) 진료비 심사

- 진료비 심사 기능은 현행 심사의 문제점을 극복하는 방향으로 설계될 것

1) 최근 새로운 법의 시행을 6개월 연기하는 것이 논의되고 있으나, 여기에서는 당초 안대로 2000년 1월 시행되는 것으로 간주하였다.

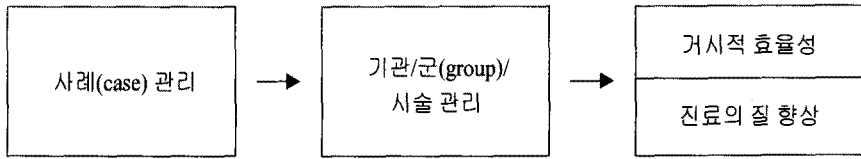


그림 1. 급여 적정성 평가의 개념

이다. 따라서 심사의 객관성과 합리성을 기하되, 효율성이 극대화되는 방식이 강조될 것으로 보인다. 그동안 추진 중이던 경향심사의 확대, EDI 등의 지속적인 추진과 아울러 다음과 같은 점에서 개선이 시도될 것으로 보인다.

○ 표본심사제도의 도입

- 현재는 입원 혹은 외래에 대한 전수 조사를 기본원칙으로 하고 있으나, 비교적 안정된 진료내용과 진료비 청구를 보이고 있는 의료기관이나 진료항목을 대상으로 표본심사제도를 점진적으로 도입하는 것이 검토되고 있다.
- 그러나 이것이 가능하려면 진료비 지급과 본인부담 등에 대한 법규나 규정의 개정은 물론, 모의실험을 통한

신뢰도 검증 등의 절차가 필요할 것이다.

○ 전문심사(peer review)의 활성화

- 현재도 제도적으로는 심사위원회에 의한 전문심사의 원칙이 있으나, 실제 기능은 미흡한 것이 사실이다. 전문심사의 내용과 양을 확대하고, 특히 각 지역별로 분산하여 전문심사를 활성화하는 것이 기본 방향으로 잡혀 있다.

(3) 급여의 적정성 평가

- 서비스의 과다제공 가능성, 서비스 과소 제공 가능성, 의료서비스의 질적 변이, 국민건강 보호라는 측면에서는 단편적 자원의 과다이용이나 부당 청구의 적발보다는 의료서비스 적정성에 대한 포괄적 평가가 훨씬 더 중요하다.

표 4. 적정성 평가를 위한 질 평가의 수준과 내용

구분	정의	사례
기관	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 각 시술 및 부서의 서비스를 지원하는 각종 행정서비스 및 환경 ◦ 각 서비스 성과의 기관단위 종합 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 대기시간, 편의시설 등 ◦ 사망률 등
서비스 또는 부문	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 개별화된 진료가 아닌 상대적으로 복합적인 서비스 또는 부서 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 응급서비스, 중환자 서비스, 격리 서비스 등
진료건(급여) (episode)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 환자가 특정 질환의 치료를 시작하기부터 끝날 때까지의 과정 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 재원기간, 진료비, 기타 자원사용 적정성 등
개별 시술	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 치료를 위해 제공된 개별 시술 단위 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 항생제 사용 적정성, 제왕절개술 적정성 등

○ 따라서 급여 적정성 평가의 기본 개념과 목표는 아래의 그림과 같이 기존의 사례관리 중심에서 기관, 군, 시·군·자치구로의 전환을 통하여 거시적 효율성을 달성하는 동시에 진료의 질을 향상시키는 것이다.

○ 적정성 평가의 영역과 범위

- 적정성 평가는 투입(input) 요소로서 의료자원의 과소이용이나 부적절한 사용, 의료제공 방법의 적절성, 결과로서 건강 상태 개선, 바람직하지 못한 결과(adverse outcome)를 평가하는 것이다. 이러한 평가 활동은 이용도 조사(utilization review)²⁾와 질 평가로 구분할 수 있다.
- 이용도 조사는 특정한 의료서비스가 환자의 치료에 필요한 것인지, 그리고 그러한 서비스가 적절한 수준과 강도, 비용으로 제공되었는지를 평가하는 것으로 이용도 조사의 예는 다음과 같다.

- 진료건의 적정성: 입원, 혹은 수술의 필요성
- 진료 제공 내용: 의학적 필요성의 충족도
- 진료 제공 시점: 수술전 입원 기간의 적정성
- 진료 제공량(진료 시간 및 빈도): 병원 재원 기간 적정성, 검사횟수 적정성
- 진료 제공 장소: 병원/대체기관(외래, 통원수술센터, 요양원)

2) 이용도 조사(utilization review)란 특정한 의료서비스가 환자의 진료에 필요한 것인지, 그리고 그러한 서비스가 적절한 수준과 강도, 비용으로 제공되었는지를 평가하는 것임. 이용도 조사의 예는 진료건의 적정성(입원 혹은 수술의 필요성), 진료제공 내용(의학적 필요성과 충족도), 진료제공 시점(수술전 입원기간의 적정성), 진료 제공량(병원 재원기간의 적정성, 검사 횟수의 적정성), 진료 제공 장소(병원, 외래, 통원수술기관, 요양원) 등임.

- 의료의 질 평가는 구조·과정·결과 측면에서 평가할 수 있지만 심사평가원은 주로과정과 결과 측면에서의 변이를 평가하는데 초점을 둘 것이다. 즉 의료서비스의 제공 과정과, 그 결과로 발생하는 사건이나 건강 상태의 변화를 측정하고 평가하는 것이 질 평가의 주된 내용이다.

- 이러한 영역 외에도 개별 시술 자체의 적정성뿐 아니라 그로 인한 결과의 크기를 규명하는 성과 평가(outcome measure), 각 시술간의 성과 및 관련 비용을 경제적 용어로 비교하는 경제 적 평가(economic analysis), 각 시술의 과정 및 결과를 보다 구체적으로 측정하기 위한 각종 임상 지표(clinical indicators)의 개발, 적정서비스 제공을 위한 요건(requirements) 및 지침의 정비, 환자의 만족도 및 의견에 대한 조사(social survey) 등이 적정성 평가가 담당하는 업무 범위에 모두 포함된다.

- 적정성 평가 대상 선정의 기준은 문제의 크기, 평가의 용이성, 교정에 따른 효과, 사회적 수용성 등을 고려한다. 이러한 기준에 따라 평가 대상별로 급여 적정성 평가의 예를 들면 다음과 같다.

III. 병원의 과제

1. 의학적 질의 향상과 비용-효과적인 진료

○ DRG의 전면 시행에 따라 비용-효과적인(cost-effective) 진료가 무엇보다 중요해질 것이고, 건강보험에서 급여의

표 5. 적정성 평가의 예

분 류	평 가 대 상 의 예
약 제	<ul style="list-style-type: none"> - 항생제 사용의 적정성 - 외래 수액 제제 사용의 적정성 - 알부민 제제 사용의 적정성 - 고혈압 치료 약제 사용의 적정성
검 사	<ul style="list-style-type: none"> - 수술 전후 검사의 적정성 - CT 검사의 적정성 - MRI 검사의 적정성 - 의료기관내 반복 검사의 적정성 - 의료기관간 중복 검사의 적정성
처 치 및 시 술	<ul style="list-style-type: none"> - 제왕절개술의 적정성 - 편도절제술의 적정성 - 혈액 제제 사용의 적정성
진료결과	<ul style="list-style-type: none"> - 사망률 - 계획에 없던 재입원을 - 계획에 없던 재수술률 - 수술 취소율 - 병원내 감염률 - 환자 만족도
부 서	<ul style="list-style-type: none"> - 응급실 서비스의 적정성 - 중환자실 서비스의 적정성 - 신투석 서비스의 적정성
기 타	<ul style="list-style-type: none"> - 입원 적절성 평가(AEP) - 투약대기시간

적정성 관리와 이에 필요한 평가가 필수적인 요소가 되었으므로, 의료기관은 어떤 형태로든 의학적 질을 향상시키기 위해 노력하는 것이 불가피하다. 예를 들어 항생제를 사용하는 경우 종래에는 개별 사례에 대해 특정 항생제가 급여범위 안에서 사용되었는가가 초점이었다면, 새로운 체계에서는 항생제 사용의 비용-효과와 전반적인 적정성이 관심의 대상이 된다.

- 따라서 각 의료기관은 기존의 업무인 진료비 청구의 타당성 이외에도 전반적인 의학적 질(=급여의 타당성)을 유지, 향상시키는 데도 관심을 기울여야 할 것이다. 이는 '보험진료'에 대한 관리가 기존의 개별 사례, 미시적 차원에서 기관단위, 거시적 차원으로 바뀌어야 하는 것을 의미한다. 아울러 내부 관리의 필요성이 대폭 강화된다는 것을 뜻한다. 이러한 변화에 대응하기 위해서는 의료기관 전체 차원에서 질 향상을 위한 기획(planning)과 관리(management) 개념과 기법이 도입되어야 할 것이다.
- 또한 장기적으로는 기관 단위의 의학적 질에 대한 평가가 어떤 형태로든 이루어질 것으로 예상되므로 이에 대한 적극적인 노력이 필요하다. 특히 자원투입 뿐 아니라 의학적 적정성이 강조되므로 임상의학적 전문성이 크게 강화되어야 한다.

2. 효율성 향상

- 심사평가원의 심사가 EDI를 적극 활용하고 일부나마 표본심사를 채택하는 경우, 전체 건수보다는 기관 혹은 영역별 지표를 관리하는 것이 더욱 중요해질 것으로 예상된다. 이 경우 의료기관 내에서 행해지던 사전심사(자체심사)의 방법과 목표가 달라져야 할 것이다. 즉, 사전심사의 비용-효과에 대한 고려가 필요하다.
- DRG 적용이 전체 의료기관으로 확대됨에 따라 행위별수가제에 기초한 기존의 심사방식 변경은 불가피하다. 효율적인 자원투입과 질적 수준 유지가 의료기관의 목표가 됨에 따라 자원관리와 질 관

리가 의료기관 내 진료관리의 중요한 내용이 될 것이다.

- 의학적 질향상과 마찬가지로 효율성 측면에서도 개별적인 접근만으로는 한계가 있고, 기관단위, 거시적 차원으로 초점이 바뀌어야 한다. 이 경우 주진료경로(主診療經路, critical path), 임상진료지침, TQM/CQI 등의 기법이 광범위하게 쓰이고 정보체계의 구축이 필수적인 과제로 등장할 것이다.
- 아울러 자원 사용의 효율성이 더욱 강조됨에 따라 불필요한 자원투입(Cost of Poor Quality, COPQ)을 막을 수 있는 업무향상의 중요성이 더욱 크게 부각될 전망이다.

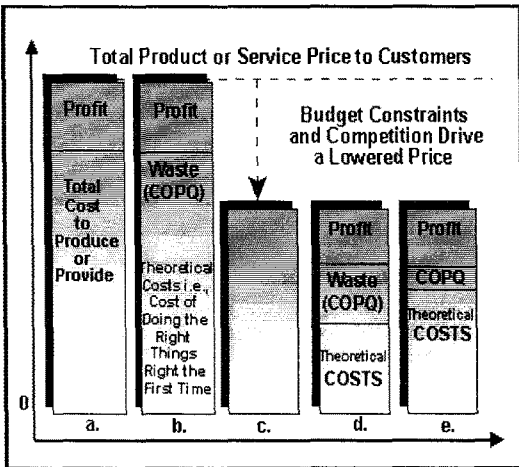


그림 1. 비용과 COPQ

3. 조직과 체계의 혁신

- 의학적 질의 향상과 효율성 향상을 위해서는 개별적인 접근이나 임기응변적인 대응으로는 한계가 있고, 기관 전체 차원에서 업무향상(performance improvement)을 위한 체계 (system)를 구축하는 것이 필요하다. 이러한 체계는 심사, 질 향상, 진료, 관리 등 기존의 업무들을 포괄하는 것이 되어야 한다.
- 아울러 이러한 체계에 맞추어 새로운 조직의 구축과 기능부여가 불가피할 것이다. 심사, 질 향상, 업무효율화와 체계 개선 등을 통합적으로 담당하는 “performance improvement department”의 조직이 촉진될 것으로 보인다.
- 이러한 조직에 필요한 인력은 단순한 두 영역의 업무를 담당하는 전통적인 전문가(specialist)라기보다는, 체계를 개발(system development)하고 문제를 해결해나가는 (problem solving) 새로운 전문인력(professionalist)일 것이다. 각 기관에서 이러한 전문 인력을 어떻게 개발하는가에 따라 기관의 경쟁력이 영향을 받을 것이다.