

포괄수가제의 개요

박 하 영 교수

〈가톨릭대학교 의과대학 예방의학〉

1. 포괄수가제 제안의 배경

우리나라의 의료보험은 1977년에 본격적인 시행에 들어간 후 12년만인 1989년에 전국민의 의료보험 체계속에 포함하게 되는 등 외형적으로 급격한 성장을 이룩한 바 있다. 그러나 저렴한 수가와 제한적 급여 등 그간 유지해온 행위별 수가제 아래서 많은 문제점들이 파생되어 왔다. 이러한 문제점들은 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 진료량을 확대해야 수익도 증가한다는 행위별 수가제의 유인체계하에서 의료기관들은 낮은 수가로 인한 경영의 어려움을 서비스량을 극대화함으로써 극복하려 해왔기 때문에 처음부터 원가보다도 낮게 책정된 수가가 매년 인상을 조차도 억제되어 왔음에도 불구하고 전체 진료비는 빠른 속도로 증가되어 왔다. 1990년부터의 자료를 살펴보면 보험수가 인상률이 8.0%, 5.98%, 5.0%이었던 것에 반해 총 보험진료비 인상률은 9.1%, 16.2%, 16.7%이었다.

둘째, 진료비 청구, 심사업무의 복잡과 업무량 과중으로 인한 문제를 들 수 있다. 의료기관에서는 1,613항목의 행위, 11,817항목의 약품사용, 100여종의 재료사용에 대해 일일이 처방전을 분류해 확인청구하여야 하며 지불자는 진료비 청구명세서상의 행위, 투약, 재료사용 등을 진료내역과 고시내용에 따라 일일이 대조심사한 후 진

료비를 지급하고 있다. 따라서 의료기관과 지불자 모두 청구, 심사, 지불과정에 많은 인력과 비용을 투입하고 있는 실정이다. 전국적으로 청구액의 일정률(약 4-5%)을 수수료로 받고 있는 청구대행업소가 400여개 이상 성업중에 있으며, 의료보험연합회에서는 전직원의 약 70%에 해당하는 1,000여명이 심사업무에 투입되고 있다. 또한 이와 같은 복잡한 절차 때문에 의료기관은 의료행위에 따른 비용 발생후 2개월정도가 지나야 그에 대한 비용을 보상받게 되었다.

그밖에 개별행위를 지불단위로 하고 있는 현행의 지불제도 아래서는 10,000여개에 달하는 품목별로 수가기준 및 인상율을 결정하여야 하는 어려움이 있고, 개별행위를 대상으로 하는 임상 고유영역의 심사 때문에 의학의 전문성과 진료의 자율성에 대한 시비가 끊이지 않고 있으며, 서비스간 불균등한 원가보상을 때문에 나타나는 의료서비스 공급행태의 왜곡현상이 심각한 문제들로 지적되고 있다. 한편 의료수가인상율이 불가인상율의 일부로 통제되고 있는 현실에서 이와 같이 복잡하게 얽혀있는 문제들을 현행의 행위별 수가제들 속에서 근본적으로 해결한다는 것은 불가능에 가까운 일일 수 있다.

행위별 수가제나 포괄수가제가 아닌 다른 형태의 의료비 지불제도로는 총액계약제, 예산할당제, 인두제 등이 있다. 병원에서의 입원진료를 대상으로 하는 예산할당제는 공공병원이 대부분이며 조세에서 의료비를 조달하는 국가에서 일반적으로 채택되고 있고, 인두제나 총액계약제

이 글은 1994년 5월 27일 개최된 본협회 제51차 세미나에서 발표한 주제강연을 요약한 것입니다.

는 1차 외래진료를 대상으로 하는 것이 보통인데 인두제에서는 환자의 의사선택권이 제한된다. 따라서 민간자원 주도로 의료가 공급되고, 의료기관간의 기능분담이 불명확한 상태에서 의원과 병원이 경쟁하고 있고, 환자들의 의료기관간 이동이 심한 우리의 형편에는 적절한 대안들이 되지 못한다.

반면, 현재 우리가 가지고 있는 문제들을 해결하기 위한 대안으로서의 새로운 지불제도는,

- 의료공급자의 바람직한 진료행태를 유도할 수 있어야 하고,
- 보건의료서비스 생산의 효율화와 수급의 적정화를 달성할 수 있어야 하고,
- 의료인과 보험자간의 마찰을 최소화할 수 있는 방안이어야 하고,
- 진료비 청구·심사과정을 지금보다 대폭 간소화 시켜야 하고,
- 국민의료비의 부담을 줄일 수 있어야 하며,
- 국민의 의료이용에 불편을 초래하지 않아야 한다는,

조건을 고려할 때 지불단위의 포괄화를 기본 골격으로 하고 있는 DRG를 이용한 포괄수가제가 가장 적합한 대안으로 부상되었다. 이제도의 실시 타당성을 요약해 보면 다음과 같다.

- 이미 선진 국가에서 광범위하게 도입하고 있는 진료비 지불제도이며,
- 의료비 절감효과가 증명되었고,
- 의료공급자 수준에서 경영의 효율화를 위한 의식전환(질향상 프로그램의 활성화)과 실질적인 개선효과(재원일수의 단축과 병원 생산성 증가 등)를 가져왔으며,
- 의료진의 입장에서 볼 때에도 현재의 행위별 수가제에서 문제시되어 왔던 진료비 청구, 심사과정에서의 진료의 자율성 침해를 크게 개선할 수 있으며,
- 이미 두차례의 국내 연구경험으로 인해 DRG 분류체계의 자체개발 및 적용과 지불제도 운영과정에서의 기술적인 문제는 없을 것으로 예상된다.

2. 포괄수가제의 개념

포괄수가제란 제공된 의료서비스들을 하나 하나 그 사용량과 가격에 의해 진료비를 계산, 지급하는 행위별수가제에 반해 환자가 어떤 질병의 진료를 위해 입원했었는가에 따라 미리 책정된 진료비를 실제 진료내용에 관계없이 지급하는 제도이다. 예를 들어 맹장염수술을 받고 퇴원한 환자의 진료비는 해당 환자가 입원기간동안 받았던 수술, 검사, 약 등의 횟수와 단가에 의해 결정되는 것이 아니고 해당 환자군에 대해 책정된 일정액이 된다.

따라서 포괄수가제가 공정하고 부작용이 없는 지불제도로 운영되기 위해서는 환자들을 임상적인 의미에서 뿐 아니라 입원기간동안 필요로 하는 의료서비스 양에 따라 정확히 분류할 수 있어야 한다. 이와 같은 환자의 분류를 위해 가장 널리 쓰이는 체계가 DRG(Diagnosis Related Group)이다. DRG에서는 모든 입원환자들이 임상적 특성과 자원의 소모량이 유사한 환자들끼리의 그룹으로 나뉘어진다는 특징을 갖는다.

포괄수가제에서는 하나 하나 환자의 지불진료비 정확성은 문제삼지 않는다. 단지 포괄수가제에서는 확률이론과 통계이론에 근거하여 환자들이 특정한 선택원칙 없이 임의로 병원을 선택하며 한병원은 일정기간(예를 들어 1년)동안 한 DRG 환자를 여러명 진료할 경우, 해당 병원에 그 DRG의 건당 평균진료비를 단가로 지급하여도 병원 입장에서는 평균진료비보다 진료비가 낮은 환자들과 높은 환자들의 진료비가 서로 상쇄되어 공정한 진료비 지급이 된다는 가정하에 실시되는 것이다. 그러나 현실적으로 이러한 가정이 성립되지 못하는 특수상황(즉, 환자개인의 본인부담금 결정이나 3차의료기관, 수련병원, 국공립병원, 농촌병원 등 병원의 특성상 한 DRG 안에서도 중증도가 높은 환자들만이 집중될 수 있는 경우)에서는 이를 보완하기 위한 조치가 필요하다.

포괄수가제의 장점으로서는 진료량의 증가에 의

한 경제적인 이득이 보장되지 않을 뿐더러 순수 입의 감소를 초래하기 때문에 진료서비스 수량의 절대적인 감소가 일어나며, 주어진 진료비의 범위 내에서 의사들의 임상적인 자율권을 보장해 줄 수 있어 현재의 행위별 수가제가 가지는 단점을 상당부분 보완해 줄 수 있고, 지불단위가 하나 하나의 행위에서 여러 행위들의 묶음으로 포괄화됨에 따라 진료비의 청구, 심사, 지불절차가 간단해진다는 것을 들 수 있다. 또한 의료기관의 자발적인 경영효율화 노력을 기대할 수 있어 총체적인 의료비용의 절감이 가능해진다.

한편 단점으로는 의료기관의 과도한 영리추구로 의료서비스의 제공량이 최소화 될 경우 환자, 의료기관간의 마찰 증대와 질의 저하를 초래할 수 있다는 것과 환자분류 체계의 신규기술 이전에 대한 변환이 적절하지 못할 경우 새로운 기술의 개발이나 임상 연구 분야의 발전에 장애가 예상된다는 것이다. 특히 DRG별 수가가 적정 원가를 보상하지 못하는 수준에서 책정될 경우 경영압박을 받는 의료기관들이 질저하를 통한 원가절감을 모색하게 될 수 있다.

외국 여러나라에서의 DRG를 이용한 포괄수가제의 적용사례를 살펴보면 다음과 같다.

3. DRG 분류체계

진단명기준 환자군이라 번역되는 DRG는 미국의 Yale 대학팀에 의해 1960년대 말부터 10여년에 걸쳐 병원경영개선을 위해 개발된 입원환자분류체계이다. 1983년부터 미국 노인대상 의료보험(Medicare)의 병원진료비 지불방식이

포괄수가제로 바뀌면서 이 제도의 지불단위로 사용된 이후 현재 의료비 지불이나 의료서비스 이용분석의 목적으로 세계적으로 널리 사용되고 있다. DRG 분류체계에서는 모든 입원환자들이 주진단명 및 부상병명, 수술명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 491개의 질병군(1993년 10월 1일 현재)으로 분류되는데, 이때 하나의 질병군을 DRG라고 부른다.

DRG에서의 일반적인 환자분류과정을 살펴보면 우선 환자의 주진단명에 따라 23개의 주진단범주(MDC, Major Diagnostic Category)로 나뉜다. 일단 주진단범주가 결정되면 해당 주진단범주내에서 수술을 받았던 경우에는 수술의 종류에 따라 그렇지 않은 경우에는 주진단명의 종류에 따라 ADRG(Adjacent DRG)가 결정된다. 소아환자가 많거나 소아의 경우 진료방법이나 진료후 회복과정이 성인과 다른 경우 17세를 기준으로 소아환자들은 별개의 ADRG로 분류된다. 마지막으로 합병증의 유무가 진료방법이나 의료서비스 영향을 미치는 경우 이에 따라 분류되어 최종 DRG 번호가 결정된다.

DRG 분류체계는 매년 질병양상의 변화나 의료기술의 발전을 분류에 반영하기 위해 개정되고 있다. 최근에는 이러한 노력의 일부로 위에서의 일반적 주진단범주 분류이전에 어떠한 주진단을 갖든 의료서비스 이용이 많다는 특성을 갖는 환자들이 따로 분류될 수 있도록 개정되었다. 또한 1989년에서 DRG를 개발하였던 Yale 대학팀에 의해 한 DRG내에서 질병의 중증도가 다름으로 해서 의료서비스 이용량이 달라지는 것을

특징	호주	벨지움	프랑스	아일랜드	노르웨이	포르투갈	스웨덴	미국
적용방법	예산배정 기준#	예산배정 기준#	예산배정 기준# 지불제도	예산배정 기준#	예산배정 기준# 지불제도	예산배정 기준#	예산배정 기준#	지불제도
적용범위	일부지역 적용	일부서비스 적용	일부대상 적용	제안단계	일부병원 적용	완전적용	일부지역 '95년까지 적용	완전적용

*자료 : Wiley, M.M., "Hospital financing reform and case-mix measurement : An international review", Health Care Financing Review, Vol 13, No. 4, 1992.

#공공병원이 대부분인 국가에서 이들의 병원운영비를 국고에서 배정하는 기준을 말한다.

환자분류에 반영하기 위한 Refined DRG가 개발된 바 있다.

DRG에서 합병증의 유무로만 구별되던 환자분류가 Refined DRG에서는 합병증의 종류에 따라 세분된다. 합병증의 종류에 따라 3개의 Class로 나뉘어 Class 2는 의료서비스 이용을 많이 증가시키는 합병증이 있는 경우, Class 1은 의료서비스 이용을 상당히 증가시키는 합병증이 있을 경우, Class 0은 합병증이 없거나 의료서비스 이용을 거의 증가시키지 않는 합병증이 있는 경우에 해당한다. 각 합병증 Class 마다의 대표적인 상병들을 들어보면 아래와 같다.

Class 2

- 0388 Other specified septicemias
- 436 Cerebrovascular accident
- 4100 Acute myocardial infarction of anterolateral wall

Class 1

- 1629 Malignant neoplasm of bronchus and lung, unspecified
- 4919 Chronic bronchitis, unspecified
- 5715 Cirrhosis of liver without mention of alcohol

Class 0

- 4011 Benign hypertension
- 4660 Acute bronchitis
- 7242 Lumbago

Refined DRG 체계내에서 충수절제술을 받았던 환자의 분류예를 살펴보면 다음과 같다.

- 1649 주요 주상병 동반의 충수돌기절제술, 합병증 Class=0
- 1641 주요 주상병 동반의 충수돌기절제술, 합병증 Class=1
- 1642 주요 주상병 동반의 충수돌기절제술, 합병증 Class=2

주상병

- 1535 Malignant neo appendix

- 5400 Abscess append w/peritonitis
- 5401 Abscess of appendix

수술명

- 자 285 충수주위농양절개술
- 자 286 충수절제술

1660 기타 주상병 동반의 충수돌기절제술, 합병증 Class=0

1661 기타 주상병 동반의 충수돌기절제술, 합병증 Class=1

1662 기타 주상병 동반의 충수돌기절제술, 합병증 Class=2

주상병

- 기타 소화기계 진단명

수술명

- 자 285 충수주위농양절개술
- 자 286 충수절제술

4. 미국 포괄수가제와 그 파급효과

Medicare 환자를 대상으로 1983년 10월 DRG를 이용한 포괄수가제(DRG based Prospective Payment System, Medicare PPS)가 실시된 이후 20여개 주의 Medicaid 환자와 일부 사보험환자에게로도 포괄수가제의 실시가 확대되어 일반적으로 병원 입원환자의 40-60% 정도가 DRG에 의한 포괄수가제에 따라 진료비를 지불받고 있다. Medicare 포괄수가제의 경우 전국적으로 적용되는 DRG별 건당 진료비에 병원별로 다음과 같은 변수에 따라 조정되어 진료비가 결정된다.

- 지역별 임금이 차지하는 비율과 단위 임금의 상대적 고가도
- 의료취약지병원
- 극빈자 중심 병원
- 수련병원
- 후송병원

또한 예기치 못했던 일로 재원이 길어지거나 많은 의료서비스를 사용하게된 환자들은 열외군으로 분류되어 DRG별로 정해진 진료비 이외에

일당 진료비를 지급받게 된다.

미국에서의 DRG 지불제도의 가장 뚜렷한 파급효과로 입원이용량의 감소를 들 수 있다. DRG 지불제도의 대상이 되는 입원진료의 경우 재원일수와 입원율이 모두 감소하여 전체 진료비의 증가율이 둔화되는데 기여했다. 반면 외래 진료 이용량은 급격히 증가하게 되었다.

	1980-1983 증감율	1983-1986 증감율
평균재원일수	-7.5%	-11.2%
입원이용율	+5.7%	-16.8%
입원이용량	+2.6%	-22.4%
Medicare 총진료비	+59.2%	+29.8%

또한 적정진료가 가장 기본적인 비용절감 방법이라는 공감대 형성에 따라 TQM(Total Quality Management), CQI(Continuous Quality Improvement) 등의 질 향상 활동이 활성화되었고 진료과정 및 결과에 대한 평가기능분야가 확대되었다. 나아가 병원의 경영기법 측면에서 많은 발전이 있었다. DRG 지불제도를 통해 병원경영효율화에 대한 의식전환이 이루어져 생산품별 관리(Product line management) 등의 경영기법이 병원계에 도입되었고, 특히 의료진의 병원경영에 대한 관심 증대로 입원환자의 진료과정 관리(Case management) 등이 가능하게 되었다.

한편 DRG 지불제도가 실시되면 의료기관의 특정환자 기피, 서비스의 질적 수준 저하, 진단명 조작에 의한 부당 청구(DRG Creep) 등이 우려되었다. 그러나 실시 10년이 되어오며 이러한 현상들에 의한 피해는 심각하지 않다는 것이 연구들에 의한 일반적인 평가이다. 제도 실시 이후 사망율이나 재입원율이 증가되지 않았으며 입원환자 질병의 중증도는 증가하였으나 이는 DRG Creep 때문이라기 보다는 의무기록의 정확성에 대한 관심 증가에 따른 것이라 보는 견해가 일반적이다.

5. 포괄수가제 실시의 선행조건

우리나라에서 현행의 의료보험진료비 지불제도가 안고 있는 문제점들을 해결하고 새로운 제도에 의한 부정적 영향없이 포괄수가제가 실시되려면 다음과 같은 고려사항들이 지불제도에 제대로 반영되어야 한다.

진료비 수준의 적정화

• 문제 : 진료비의 수준은 공급자, 소비자, 정부 모두에게 관심이 많은 부분으로 제도개혁의 성패를 좌우할 수 있는 핵심적인 요소이다.

• 대안 : 진료비수준을 결정하기 위해 두가지 방안을 생각해 볼 수 있는데 그 첫째는 현재의 진료비를 기준으로 하여 결정하는 것이고 다른 하나는 DRG당 적정 진료원가를 계산하여 결정하는 것이다. 두 방법 모두 합리적인 산출과정을 거치는 것이 당연하지만 각각 장점과 단점을 가지고 있다. 현재의 진료비를 가지고 결정하는 것은 '현재의 임상진료행태와 수가수준이 적당하다'는 것을 가정으로 하고 현재 진료비의 평균값을 산출하여 그것을 보상 진료비를 결정하는 것이다. 예를 들어 충수돌기절제술 환자의 전국 평균 건당 진료비를 산출하여 결정하는 것이다. 이 방법의 경우 통계적 방법에 따라 비교적 쉽게 진료비 수준을 결정할 수 있으나 현재 과잉 또는 과소진료가 이루어지고 있다거나 현재 수가수준이 불합리할 경우 이로 인한 문제가 그대로 보상 진료비 수준에 영향을 주게된다. 두번째 방법은 DRG 별로 적정한 진료방법을 결정한 후 이를 구성하는 요소들의 원가를 기초로 진료비 수준을 정하는 것이다. 이것은 이상적 방법이라고 할 수 있으나 그 결정과정이 복잡하여 진료비수준의 결정에 많은 시간과 비용이 소요된다는 단점을 가지고 있다. 어떤 방식이든 의료보험수가조정위원회와 같은 기구를 통해 소비자와 보험자, 의료기관이 합의한 선에서 수가수준을 결정하는 것이 바람직하다. 미국의 경우 DRG 지불제도의 원활한 도입을 위해 의료기관에 적정마진이 보장되도록 진료비수준을 결정한 바 있다.

의료기관 특성에 따른 진료비 보정

•문제 : 의료기관의 특성상 한 DRG내에서도 중증도가 높은 (의료비용이 많이 드는) 환자들만이 집중될 경우 진료비 지불의 형평성 문제가 제기될 수 있다.

•대안 : 의료기관 특성에 따른 진료비 보정방안(차등가산율)이 필요하다. 이를 위해 의료기관별로 의료전달체내에서의 위치, 의료인력 수련강도, 극빈환자부담을 등 객관적이며 정책 변수로 타당한 지표에 따라 과학적 방법에 의해 가산율이 결정되어야 한다. 또한 개별 DRG내에서 환자의 중증도가 다름을 반영할 수 있는 R-DRG를 지불단위로 채택하는 것도 한가지 방법이다.

열외군(Outliers) 환자 진료비 지불의 별도 처리

•문제 : 의료의 불확실성, 의학지식의 불완전성, DRG 분류체계의 불완전성 등으로 해당 DRG의 대부분 환자들과는 다른 형태의 진료에의 반응이나 서비스이용 패턴을 보이는 환자들 이 있을 수 있다. 즉 같은 질병을 가지고도 다른 환자들과는 달리 오래 입원해야 하거나 의료이용량이 많은 환자가 있을 수 있는데 이들로 인한 의료기관의 손해가 문제될 수 있다.

•대안 : 이와 같은 환자들의 진료비 지불은 따로 처리되어야 한다. 미국과 같이 재원일이나 진료비가 일정 기준치를 넘는 경우에는 책정된 DRG 수가이외에 일당 진료비를 추가로 지급할 수 있다.

본인 일부 부담금의 결정

•문제 : DRG별 수가의 일정율로 결정될 경우 환자 개인의 의료사용량이 다른데서 오는 본인부담금의 형평성 문제가 제기될 수 있다.

•대안 : 환자개개인이 일회성으로 지불하는 본인부담금을 DRG별 수가에 따라 결정하는 것은 불합리하다. 미국의 경우처럼 입원일수에 따라 본인부담금을 결정하든가 개인의 실제 진료

에 따른 진료비를 산출하여 이를 근거로 본인부담금을 결정하여야 한다.

부당청구 방지방안의 마련

•문제 : 진단명 등 진료정보 조작(DRG Creep, DRG Split)을 통한 부당청구가 우려된다.

•대안 : 이러한 행위를 근절하거나 검출하는 체계 개발이 필요하다. 우선 의료기관별로 질병 구성의 변화를 계속 모니터해야 하며 이 결과에 따라 의료감사를 수행할 수 있는 기구가 조직되어야 한다. 그러나 문제의 심각성측면에서 볼 때 현재의 행위별 수가제하에서의 문제점보다는 크지 않을 것이며 부당 행위의 적발도 더 쉬울 것으로 판단된다.

적정진료 보장방안의 마련

•문제 : 의료기관의 진료비절감활동이 적정 선을 넘게될 때 의료의 질적 수준의 저하가 우려된다.

대안 : 의료의 질보장 프로그램의 활성화, 의료감사, 의료기관 신임제도 도입 및 미국의 Peer Review Organization(PRO)와 같은 적정진료를 보장하기 위한 기구의 운영이 필요하다. 기존의 심사기구가 기능개편을 통해 이와 같은 업무를 담당할 수 있을 것으로 생각된다. 또한 적정진료 기준을 가지고 있는 의료기관에 대해서는 재정적이거나 절차상의 혜택을 줌으로써 이들의 자발적 적정진료보장활동을 권장할 수 있다.

환자 불만족 처리방안의 마련

•문제 : 조기퇴원의 강요 및 합병증이나 병발증이 많은 환자의 기피 경향으로 인한 의료기관과 환자간 분쟁, 환자불만족의 표출이 예상된다.

•대안 : 우선 이러한 현상이 나타나지 않도록 예방하기 위해서는 진료비보상액을 적정한 수준에서 책정하고, 합병증이나 병발증이 많은 환자들이 그렇지 않은 환자보다 많은 진료비를 지급 받을 수 있도록 Refined DRG를 이용하여 환자

분류의 정확도를 높이는 방안을 생각해 보아야 하겠다. 둘째, 이러한 여건이 마련되었음에도 불구하고 부적절한 행태를 보이는 의료기관들은 앞에서의 적정진료보장활동을 통해 그 행태가 시정되도록 한다. 또한 과도한 의료를 요구하는 환자들로부터 의료기관을 보호하는 방안도 강구되어야 한다. 의료의 적정선에 관한 환자, 의료기관간의 분쟁을 신속히(예를 들어 4시간 이내) 중재해 줄 수 있는 기구가 필요하며 이를 앞에서의 적정진료보장을 위한 기구가 담당할 수 있다. 장기적으로 급성기병원에서의 서비스가 필요없어진 환자들을 위한 중간요양시설이나 가정간호서비스가 확충되어 환자, 의료기관 모두에 불편없이 국민의료비가 절감될 수 있는 방안이 마련되어야 한다.

외래진료비 증가 대처방안의 마련

• 문제 : 입원진료비가 포괄수가로 묶여 있고 외래진료비가 행위별수가제하에 있는 경우 가능한 한 외래에서 진료하려는 경향이 예상된다. 실제 미국의 경우도 외래진료이용량이 급격히 증가된 바 있다. 이러한 현상이 모두 부정적인 것은 아니나 적정선을 넘어설 때 의료의 질저하, 환자의 불편초래, 의료비 급등현상이 우려된다.

• 대안 : 근원적으로 외래진료 부분에도 적절한 포괄수가제도를 도입하여 입원, 외래 모두 의료이용량과 의료기관 수입사이의 유인방향이 동일하도록 해야 하겠다. 일차적으로 적정입원진료의 보장 뿐 아니라 외래진료의 적정성을 보장하기 위한 활동이 외래진료비 심사기능의 강화와 함께 활성화되어야 하겠다.