



의료의 질과 수익성을 잡는 一石二鳥

진료패턴 적정화

반혜숙 · 유미영 · 이수현 · 한은화

 URSCOPE



_____ 께
감사의 마음을 담아 이 책을 드립니다.

_____ 드림



의료의 질과 수익성을 잡는 1石 2鳥

진료패턴 적정화

| 프롤로그 |

의료 빅데이터의 분석에 답이 있다

모든 일에는 인연이나 운명이 있나 보다. 의도하지 않았지만 직장 생활의 1/4씩을 종합병원 임상, 심사평가원, 전문병원, 컨설팅 회사에서 보냈다. 각 조직에서 얻게 된 지식과 경험 그리고 노하우들이 서로 조화를 이뤄가며 일에 대한 가치와 의미를 찾게 해주었다. 임상과 심사평가원에서의 경험들은 밑거름이 되었고 전문병원에서는 나무를 심고 물을 주었으며 컨설팅에서는 열매를 수확하는 시기였다.

유알스코프에서의 시간은 파란만장했다. 약 20년 동안 상급종합 27개, 종합병원 102개, 병·의원 94개 등 총 230여개 기관의 진료비 분석과 ‘진료패턴 적정화 컨설팅’을 하였다. 이 중에는 18년간 계약을 유지해 온 오랜 고객병원도 있다. 때로는 비협조적인 고객을 만나 힘겨워하고, 때로는 지식의 한계를 느끼기도 했다. 그럴 때마다 아쉽고 부족함을 채우려고 안간힘을 쓰곤 했다. 그런 노력 때문인지 우리 덕분에 병원이 살아났다는 감사 인사를 받는 일이 잦아졌다. 힘들었

던 만큼 더욱 큰 기쁨과 보람으로 되돌아움을 느끼곤 한다.

솔직히 말해서 이런 성과는 우리의 개인 실력만으로 했다가보다 지난 20여 년간 쌓인 국내 유일의 의료 Big Data와 이를 분석할 수 있는 다양한 시스템이 있었기에 가능했다. 진료실적은 물론 처치내역, 치료재료, 약제, 삭감, 적정성평가와 의료질평가 지표 등을 분석할 수 있는 다양한 분석시스템 덕분이다.

초기에는 주로 중소병원을 컨설팅했는데, E대학병원을 컨설팅하게 되는 기회가 있었다. 대학병원들은 중소병원과 달리 데이터를 기반으로 한 수가기획이나 표준처방을 통한 의료품질 관리를 잘하고 있을 것이라고 믿었기에 컨설팅할 수 있는 것이 별로 없을 것이라고 생각했다. 그런데 막상 분석을 해보니 대학병원 의료진들의 실력에 비해 수가기획이나 의료품질 개선 노력이 매우 미흡했다. 예상과 달리 많은 성과가 났고 고정보수에 추가하여 성과보수를 받았다.

S대학병원 교수님들은 본인들이 최고이기 때문에 다른 대학병원 교수들과 비교하는 것은 의미가 없다며 냉소적 반응을 보였다. 그러나 의료진 개인별, 질환별 분석을 한 결과 Big 4 병원이라 해서 모든 분야에서 최상의 진료실적을 보유하지 않았고 타 대학병원이나 전문병원의 의료진이 최고 실적을 보유한 경우가 많았다.

G대학병원을 컨설팅할 때는 마치 노천에서 금맥을 발견한 듯했다. 그동안 한 번도 수가기획이나 표준처방을 만들지 않은 탓에 진료과마다 적정화할 항목들이 태반이었다. 병원장님과 기획실, 심사팀장님과 간호부장님의 협조로 첫해에 47억 원의 추가 수익이 실현되었으며, 진료협력센터와 콜센터 고도화로 인한 수익까지 합하면 최소한 60억 원 이상이라고 예상된다. 금년과 내년에는 누적분이 더해져서 더욱 많은 열매를 맺을 것으로 기대된다.

K대학병원에서는 병원의 요청에 따라 진료과별로 단

체미팅을 하였다. 그러자 자존심이 강한, 어느 교수님의 거센 반발로 어려움에 봉착한 적도 있었다. 한 번도 자신들의 진료실적이 공개된 적이 없었는데, 진료과별 질환별 세부 진료내역을 발표한 것이 심기를 불편하게 한 것이다. 이를 계기로 의료진 개인별로 분석 결과를 제공하고, 필요한 경우에 개별 상담하는 방식으로 전환하게 되었다.

우리는 대학병원은 물론 중소병원의 컨설팅을 하면서 보다 설득력 있고, 의료품질을 높이기 위한 새로운 개념이 필요하다는 것을 느끼게 되었다. 점진적인 개선효과를 위해 유사한 병원이나 진료과와의 비교가 필요하다고 판단하였다. 하지만 동일 질환이라면 중소병원이나 대학병원과 관계없이 최고 품질의 진료 패턴은 거의 유사해야 하지 않을까라는 의문이 생겼던 것이다.

초기에는 대부분의 의료진들이 주변 병원의 진료 패턴을 궁금해하여 비교병원이라는 콘셉트를 가지고

유사병원 3, 4개를 평균하여 정보를 제공하였다. 그 후 전국적으로 분야별 명의들의 진료패턴을 알게 되었고, 중소병원이라 하더라도 가급적 명의의 진료패턴과 비교하는 것이 더욱더 효과적이라고 판단하게 되었다.

그래서 고객병원에 소속된 의사를 두 가지 개념상의 의사와 비교하여 분석 결과를 제공한다. 하나는 비교 의사라는 개념인데, 이는 병상 규모와 의료진 수, 진료과목 등의 병원 특성이 유사한 3~4개 병원의 평균치로 산정한 의사이다. 다만 지역적인 요소는 가능하면 배제하려고 한다. 동일질환 진료패턴이 지역에 따라 달라져야 하는 이유는 없기 때문이다. 또 하나는 표준의사라는 개념인데, 이는 전국의 최고 실적을 갖춘 15명 이상의 질환별 세부 실적과 적정성평가 기준까지 반영한 가상의 의사이다. 표준의사는 수가기준, 진료실적, 평가기준에 따라 매년 최신화하여 질환별 표준처방을 만드는 기본 자료로 활용한다.

중소병원은 관련 업무를 수행하는 직원의 수가 적기도 하고 교육을 받을 기회도 없어 전문성을 확보한 경우가 매우 드물었다. 그래서 표준처방을 새롭게 만든다고 해도 실행할 수 있는 경우가 많지 않았다. 그러나 필요성을 절감하여 열정을 가진 경영진들을 만나면 교육도 하고 함께 논의하면서 좋은 성과를 만들 수 있었다. 대학병원은 팀 단위로 스스로 해결할 수 있도록 교육하고 실행지원을 하면 되는 데 반해, 중소 병원은 일일이 직접 챙겨가며 수행해야 함을 배웠다. 이 책은 고객병원의 많은 분들과 상의하며 쌓아온 경험과 노하우를 압축하여 정리한 것이다.

개선 의지와 전문인력이 있는 병원은 유알스코프의 정보제공서비스를 활용하여 이 책에서 소개하는 사례들을 적용해도 큰 도움이 될 것이다. 전문인력이 미흡하고, 내부적으로 의료진과의 논의와 설득이 어렵다면 유알스코프의 전문가들을 파트너로 활용하는 것도 좋은 대안일 것이다.


많은 분들의 격려와 질책, 조언이 있었기에 진료패턴
과 의료품질이라는 한 길을 꾸준히 걸어올 수 있었다.
유알스코프의 경험과 노하우를 담은 이 책이 의료계
에 작은 도움이 되기를 바란다.

유알스코프 드림

| 목 차 |

| | |
|--------------------------------|----|
| 프롤로그 의료 빅데이터의 분석에 답이 있다 | 4 |
| ❖ 진료패턴 적정화에 눈을 뜨다 | 14 |
| ❖ 진료패턴 적정화의 첫발을 내딛게 된 병원 | 19 |
| ❖ 삭감률이 낮으면 좋아해야 하는가? | 24 |
| ❖ 진료패턴 적정화를 해야 하는 4가지 이유 | 30 |
| ❖ 진료패턴 적정화의 오해와 진실 | 38 |
| ❖ 해외에도 선진 병원일수록 진료패턴 적정화에 투자한다 | 46 |
| ❖ 진료패턴 적정화를 위한 접근법 | 52 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| ❖ 유알스코프만의 새로운 개념의 분석절차 | 59 |
| ▶ Step 1. 병원 차원의 진료수익 특징을 파악한다 | 62 |
| ▶ Step 2. 수익이 많은 진료과, 다빈도 질환에 집중한다 | 67 |
| ▶ Step 3. 표준처방을 만들고, 위법수가를 정리한다 | 73 |
| ❖ 진료패턴 적정화와 시너지가 있는 개선과제들 | 82 |
| ❖ 진료패턴 적정화 프로젝트의 성과사례들 | 88 |
| | |
| 에필로그 의료품질과 수익성의 두 마리 토끼를 한 번에 잡는 법 | 99 |



진료패턴 적정화에
눈을 뜨다

유알스코프 리더그룹은 심사평가원에서 10년 내외의 시간을 보내다 보니 예전에 근무했던 의료현장이 그리워졌다. 그동안 심사평가원에서 익혔던 기관관리 진료지표나 통계 혹은 요양급여기준을 적용해 보고 싶은 열망이 생긴 것이다. 안정된 직장에 사표를 던지고 돌아서는 것이 몹시 힘든 일이었지만 유알스코프의 전문가들은 어쩌면 마지막 기회라는 생각에 과감하게 결단을 하며 모이게 되었다.

전문병원에서의 전쟁이 시작되었다.

대규모 조직에서 체계적인 업무절차에 길들어있던 터라 야전부대에 파견 나온 느낌이었다. 흔한 문서철조차 제대로 없는 것은 물론이고 인력신고를 했다는데 언제 누가 했는지 근거가 남아있지 않았다. 업무 인수인계 대장이 없는 것이 당연하게 여겨졌다.

전임자는 ‘네가 얼마나 잘하는지 두고 보자’는 식의 냉소적인 반응이었다. 그도 그럴 것이 그동안 일반 행정

직이 심사를 하면서 진료실적 통계나 수가관리를 제대로 하지 못했으며, 임의비급여가 큰 비중을 차지하고 있었음에도 해결 방안을 마련하지 못했다. 이로 인해 그동안 수차례의 진료비 민원과 보건복지부 현지조사(실사)로 인해 매번 수억 원 단위의 과징금을 추징당했다고 했다. 당시 병원장님은 답답한 마음에 실사를 나온 심사평가원의 모 차장에게 어떻게 하면 실사를 면할 수 있겠냐고 물었다고 한다. 그랬더니 그는 수가를 잘 아는 심사평가원 출신 심사팀장을 영입하라는 충고를 했다고 한다.

업무를 파악하면서도 실사가 들이닥치면 어떡하나 덜컥 겁이 났다.

우선 특유의 무기인 통계로 가닥을 잡았다. 특히 리스크 관리를 위해서 임의비급여에 주목하였다. 당장 임의비급여를 줄이자니 병원 수익이 줄 것 같아 일단 보류하고, 대체할 수익을 확보하기 위하여 보험청구한 진료실적을 살폈다. 이 과정에서 놀라운 사실을 발견

하게 되었다.

같은 병원 내에서 동일한 수술을 했음에도 입원일수, 건당진료비, 항목별진료비 간 매우 큰 차이가 났다. 묶음처방을 사용하고 있었음에도 말이다.

평균재원일수는 약 7일, 일당진료비는 2.4배, 건당진료비는 1.5배, 250만 원 차이가 발생했다.


[표 1-1] A수술에 대한 의사별 주요 지표의 차이(일, 천 원)

| 구분 | 최대값 | 최소값 | 평균값 | 최대-최소 | |
|--------|-------|-------|-------|-------|------|
| | | | | 차이 | 비교 |
| 평균재원일수 | 9.8 | 2.8 | 5.9 | 6.9 | 3.5배 |
| 일당진료비 | 1,757 | 748 | 1,184 | 1,009 | 2.4배 |
| 건당진료비 | 7,294 | 4,776 | 5,949 | 2,518 | 1.5배 |

의료진들은 바쁜 진료일정 때문에 처방에 충분히 신경을 쓰지 못했고, 상당 부분은 전담간호사들의 몫이었다. 한 번도 처방을 비교분석 해본 적이 없었기에 자

신의 진료수익은 알았지만 세부적인 처방내역은 잘 모르고 있었다.

문제를 파악했으니 해결책은 간단했다. 질환별로 분석 후 묶음처방을 바람직한 진료패턴으로 설계하여 표준처방을 만들고 임의비급여를 점차 정리하였다. 약사위원회, 재료대위원회, 장비위원회 등을 정상화하여 신규 수가를 도입하기 전에 수가 타당성 검토를 하게 했다. 그 결과 효율적인 구매가 이루어졌으며 진료비 민원이나 현지조사가 나와도 부담스럽지 않았다. 수가기준에 맞게 수가체계 정비를 했기 때문이다.



진료패턴 적정화의
첫발을 내딛게 된 병원

전문병원 그룹에서 수가담당 임원으로 3년의 시간을 보내며 온갖 경험치들이 쌓여가던 중이었다. 어느 날 지인의 소개로 지방 중소병원의 이사장님을 만나게 되었다. 주말조차 반납하면서 병원에 매달렸지만, 진료수익이 오르지 않아 경영에 어려움을 겪고 있다며 하소연하셨다.

이사장님의 열정은 있으나 병원 시설과 장비, 인력의 수준이 형편없이 부족해 보여 마음이 아팠다. 어떻게든 도움을 주고 싶었다. 그래서 그동안 병원에서 진료 패턴 적정화를 위해 활용했던 유알스코프의 병원별 진료실적 분석시스템을 통해 그 병원의 진료패턴을 분석해 보았다.

공보의로 근무하고 있던 정형외과 의사의 진료실적은 충격적인 수준이었다. 병원에서도 뭔가 문제가 있다는 감은 있었으나 타 병원과 비교 분석한 적이 없어 무엇이 문제인지 구체적으로 알 수가 없었다고 했다. 비슷한 지역 150병상 규모의 입원 건당진료비가 150

만 원인데 비해 이 의사의 입원 건당진료비는 91만 원 수준이었다. 입원료를 제외한 항목별진료비의 편차는 더욱 심했다. 특히 수술 전, 후에 해야 하는 기본적인 검사조차도 하지 않았으며, 복잡골절 등에 CT도 시행하지 않았다.

편차가 심한 검사료와 영상진단료가 평균적인 수준 정도만 유지한다 해도 이 의사의 진료수익은 훨씬 달라졌을 것이다. 수익보다 더 중요한 부분은 **과소검사로 인해 사전에 파악해야 하는 위험요인을 놓쳤을 우려도 있었다는 점이다.**

A의사는 최고 의사에 비해 검사료는 45%, 영상진단료는 무려 81%나 낮았으며 평균보다 각각 21%, 62%가 낮았다.

[표 2-1] 동일 병상 규모의 의사별 항목별 건당진료비 차이(천 원)

| 구분 | A의사 | 최대값 | 평균값 | 최대-A의사 | |
|-------|-----|-----|-----|--------|-----|
| | | | | 차이 | 비중 |
| 검사료 | 151 | 276 | 192 | 125 | 55% |
| 영상진단료 | 41 | 213 | 107 | 172 | 19% |
| 재료대 | 78 | 174 | 130 | 95 | 45% |

이렇게 3개월간 진료패턴을 분석하고 결과에 따른 진료패턴 적정화를 진행했다. 그 결과 진료수익은 당연히 개선되었고 이를 통해 병원 직원들의 인식이 변화하였다.

이사장님은 좋은 의사를 뽑는 것만큼 진료패턴 관리의 중요성을 깨닫게 되셨음을 고백했다. Y심사과장은 보험청구 뿐만 아니라 수가관리를 어떻게 해야 되는지를 알게 되었다. 그리고 진료과장들은 본인들의 진료패턴이 적정한지 지속적으로 피드백을 요구하게 되었다.


이 병원을 필두로 유알스코프의 ‘진료패턴 적정화’라

는 컨설팅 사업영역이 시작되어 전국 병원으로 확산되었다. 이렇게 지대한 역할을 한 Y심사과장은 현재 모 대학에서 교수로 재직하고 있으면서 지금까지 좋은 관계를 유지해오고 있다.

가장 보람된 일은 가끔 병원협회 행사 등에서 만났을 때 같이 일했던 병원장님들이 ‘우리 병원을 살려준 은인’이라며 과분한 감사 인사를 받을 때이다.

그렇다!

‘진료패턴 적정화’는 분명히 병원을 살리는 중요한 일 중 하나다.



삭감률이 낮으면
좋아해야 하는가?

병원은 각 직군별로 각자의 위치에서 자원과 시간을 투입하여 결과물을 만들어낸다. 그 결과가 합법적인 진료수가에 부합되었을 때 진료수익이 생기는 것이다. 그래서 진료수익을 극대화하기 위해서는 각 분야의 자원을 가장 효과적으로 활용하고 프로세스 개선을 통해 효율성을 제고해야 한다.

이를 위해서는 무엇보다도 **의료진이 적극 참여하고, 관련 부서가 함께 힘을 모아야** 한다. 예를 들면 고위험군 환자에게 수술 전 심장초음파를 도입하려고 할 때 의료진의 업무 부하, 초음파실 예약, 환자에 대한 설명, 급여 혹은 비급여수가 산정 여부 등 다양한 업무가 발생한다. 통상적으로 5개 이상의 부서가 연관된다. 이처럼 새로운 진료패턴을 만드는 것은 병원의 자원을 총체적으로 활용하는 과정이다. 따라서 진료패턴과 수가를 기획하는 부서는 관련 부서와 함께 프로세스에 대한 세부 실행계획을 세워야 한다.

많은 병원들은 자원 활용의 결과물인 진료패턴을 개

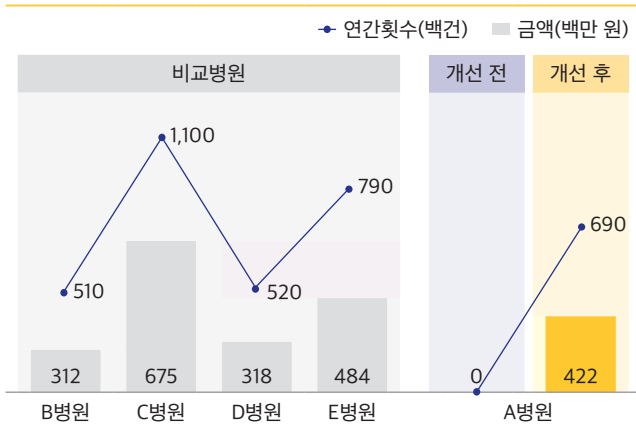
선하고자 하는 필요성조차 인식하지 못하고 있다. 또한 비교분석하는 정보시스템을 활용하거나 전문인력을 양성하는 데에도 매우 인색하다. 비교할 수 있는 통계자료가 없다 보니 병원의 현 위치도 모를 수밖에 없다. 그래서 엄청난 시설·장비와 인력을 투입하여 시행한 진료행위들이 진료수익으로 연결되지 못하거나 누수되고 있어도 이를 알지 못하는 게 다반사이다.

대학병원이라고 해서 중소병원과 사정이 크게 다르지 않다. 상당수의 경영진들은 자신이 운영하는 병원의 진료비 수준이 어느 위치에 있는지도 모르고, 비급여 비율도 모르며, 어느 정도가 적정 수준인지도 모른다. 더구나 질환별 진료패턴 정보는 전혀 알지 못하고 있었다.

모 대학병원의 실적을 분석해 보니 대부분의 환자에게서 발생해야 할 적혈구검사가 현저하게 적었다. 프로세스를 확인해보니 언젠가부터 일부 진료과의 묶음 처방에서 누락되어 있었는데, 이를 발견하지 못한 채

오랜 시간이 흘렀던 것이다. 이 한 가지 항목만으로도 연간 6.9만 건, 4.2억 원의 진료수입이 누락된 것인데, 이는 진료수입의 이익률이 5%라고 가정한다면 연간 84억 원의 진료수익을 올렸을 때 생기는 이익이다. 이런 항목을 발견하게 되면 84억 원의 진료수익을 올린 것과 같은 효과를 낸다는 뜻이다.

[그림 3-1] A병원의 수가 누락 전·후 현황



중소병원의 경우는 점입가경이다. 고정비를 절감한다는 미명하에 보험 관련 부서를 지하창고 같은 공간에

두고, 운영자금이 없으니 건강보험 청구를 빨리하라고 성화다. 심지어 삭감이 발생하면 직원을 다그치고, 직원은 해당 의사들한테 삭감내역을 통보한다.

결과는 뻔하지 않은가? 직원들은 수가 기준이나 근거를 찾는 노력을 하는 대신에 삭감될만한 항목을 빼고 청구를 하게 된다. 그러면 삭감당할 이유도 야단맞은 일도 없어지기 때문이다. 의료진도 잔소리 듣지 않으려면 처방을 안 하면 된다. 실제로 현장에서는 이런 일들이 빈번히 벌어지고 있다.


실제로 S병원 원장님은 본인 병원의 삭감률은 0.2% 밖에 안 된다며 자랑을 하였다. 진료패턴 분석을 해보니 진단검사 분야에서 유난히 누락항목이 많고, 시행률이 낮았다. 진단검사의학과에 직접 확인을 하니 모두 시행하고 있었다. 그래서 왜 시행했는데 청구하지 않느냐고 심사팀장에게 물어보니 과거에 삭감된 적이 있어 아예 자체 삭감을 하고 청구하지 않는다고 하였다. 청구하지 않은 부분을 산정해보니 월 9천만 원,

0.7%였다. 급여 보장성이 확대되고 심사기준이 바뀌었음에도 과거에 삭감당한 경험으로 심사를 하고 있었던 것이다. 이 병원의 삭감률은 0.2%가 아니라 0.9%인 셈이다.

그래서 삭감률을 낮추라고 독려하는 대신 적정성평가를 감안한 표준치방을 하도록 권고해야 한다. 그 병원 에서 주로 자체 삭감을 하는 항목은 다음과 같았다.

[표 3-1] 자체 삭감을 했던 주요항목

| 분류번호 | 수가명 |
|-------|------------------|
| 자47가 | 경피적척추성형술 |
| 다245 | 전산화단층촬영 |
| 누261라 | LDL콜레스테롤 |
| 누421나 | 알파피토프로틴 |
| 누435 | CA-19-9 [정밀면역검사] |
| 누189가 | γ -GTP |



진료패턴 적정화를 해야 하는
4가지 이유

병원을 운영하면서 많은 문제가 진료패턴에서 기인하는데도 불구하고, 의외로 진료패턴을 적정화해야 하는 이유를 모르는 경우가 많다. 적정한 검사나 시술을 제때 시행하지 않는 것이나, 반대로 필요 이상의 검사 시행이나 약제를 많이 처방하는 것도 환자안전을 위협하는 것이다. 과소진료로 조기에 발견할 수 있는 질환을 발견하지 못하면 의료품질의 저하는 물론 소송의 부담을 지게 된다. 불필요한 항생제 등을 과도하게 사용하면 환자에게 부담을 주고, 병원의 이익에도 전혀 도움이 되지 않으며 불필요한 정부재정을 낭비한다. 이와 같이 진료패턴 적정화를 해야 하는 이유를 4가지로 정리해 볼 수 있다.

첫째, **의료품질을 개선할 수 있다.** 동일한 질환에서도 전국 의료진들 간 진료패턴의 차이가 많이 난다. 이를 명의의 진료패턴과 비교한 결과를 가지고 의료진이 자신의 진료패턴을 재검토한다면 많은 개선의 여지가 있을 것이다.

전국적인 콘퍼런스나 교육 못지않게 명의의 진료패턴을 참고함으로써 선진적인 의료품질에 다가갈 수 있다. 특히 심사평가원에 청구하는 진료실적은 표준화된 자료의 형식을 갖추고 있어 비교분석이 가능하다. 병원별, 의사별, 질환별 세부 진료내용을 파악할 수 있어 개선방향을 쉽게 가늠할 수 있다. 정부의 정책방향도 점차 의료질평가 위주로 전환되고 있다. 약제 적정성평가, 질환별 적정성평가, 응급의료기관평가, 중환자실평가, 의료질평가 등의 개선은 의료품질과 함께 수익도 동시에 개선될 수 있다.

둘째, 누락으로 인한 소송 위험을 예방할 수 있고 과다처방으로 인한 재정누수도 통제할 수 있다. 마땅히 행해야 할 필수 검사 등의 누락으로 인한 의료소송의 위험에 대비할 수 있으며 역으로 특정 항목의 과다처방으로 인한 건강보험의 재정 누수도 일부 예방할 수 있다.

부산 D종합병원에서의 일이다. 의료진과의 합의를 거쳐 40대 이상 고위험군 환자에게는 전신마취 시 수술

전 심초음파를 하기로 했다. 78세 고혈압 환자의 수술을 앞두고 검사를 시행하려 했으나 환자와 보호자 모두 반대하였다. 정형외과에서 다리에 핀을 빼는 간단한 수술이라는 이유에서였다. 그러나 마취과와 순환기내과 협진으로 심장초음파 등 관련 검사를 다 시행했음에도 수술 다음 날 새벽에 환자는 사망하였으며, 사인은 심근경색으로 판명되었다. 담당 주치의는 엄청난 스트레스를 받았으며 병원은 갈팡질팡하였다. 결국 보호자들의 항의가 약간은 있었으나 순순히 사건을 종결지을 수 있었다. 수술 전 위험요인 설명과 함께 필요한 검사 등의 조치를 다 취했기 때문이었다.

셋째, **자원을 효율적으로 활용할 수 있다.** 동일한 병상 규모라도 재원일수 관리에 따라 실제 병상 수의 30%까지 활용도 차이가 날 수 있다. 효율적 자원 활용을 위해서는 주요 상병별 재원일수, 일당진료비 등 진료패턴 분석이 선행되어야 한다.

K대학병원의 경우 내시경수술이 특화된 소화기내과

에서는 늘 병실이 부족하여 교수들 간 갈등이 있었으나 주니어 교수들은 불만을 표출하지도 못하였다. 해당 교수님들과의 미팅을 통해 비교그룹의 질환별 진료지표를 제공하니 바로 진료패턴을 바꾸었다. 교수들은 객관적인 근거와 판단자료를 제시하면 잘 수용하는 전문가 집단이기 때문이다. 그 결과 재원일수가 줄어들면서 병상을 늘리는 효과가 나타났다.

A교수 위내시경시술 입원일수는 7.1일로 비교군보다 3.3일이나 길었고 일당진료비는 64% 수준이었으나 분석자료 제공 후 즉시 개선하였다.

[표 4-1] K대학병원의 소화기내과 입원 'G5010 위내시경시술' 현황(천 원)

| 구분 | A교수 | 비교군 | 차이 |
|-----------|-----|-----|------|
| 건수(건) | 45 | 51 | - |
| 평균재원일수(일) | 7.1 | 3.8 | 3.3 |
| 일당진료비 | 434 | 682 | -228 |
| - 검사료 | 130 | 207 | -77 |
| - 영상진단료 | 59 | 42 | 17 |
| - 처치및수술료 | 102 | 115 | -13 |
| - 약제비 | 33 | 25 | 8 |
| ... | ... | ... | ... |

넷째, 의료수익의 누수를 방지하고 비용을 절감할 수 있다. 병원을 운영해야 하는 이유와 목적은 경영진에 따라 다를 수 있다. 병원은 최고 전문가 집단의 노동집약적 산업으로 상당한 시설과 장비 투자를 전제하고 있으며, 인건비 비중 또한 아주 높은 편이다.

또한 급속한 산업 발전, 각종 규제와 새로운 제도 도입에 맞추어 수시로 인력·시설·장비에 재투자하여야 한다. 대학병원을 포함한 대형병원들은 분원을 개설하고 점점 규모를 확장하고 있는 것에 비해 중소병원들은 설자리마저 잃어가고 있으며, 최소한의 투자여력도 없는 실정이다. 의료품질을 확보할 뿐 아니라 수익성을 제고하기 위해서는 진료패턴 적정화를 지속적으로 추진해야 한다.

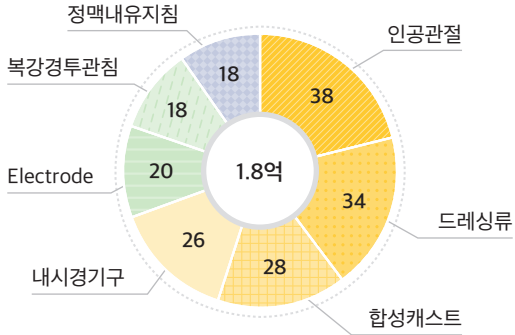
최적의 진료패턴을 벗어나는 경우를 관리함으로써 불필요한 원가를 줄일 수 있고, 적법한 수익에 대한 권리를 확보할 수 있다. 급여가 확대되고 수가 고시 발표가 수시로 나고 있음에도 이 사실조차 모르고 있는 경우

가 허다하며, 과거의 진료패턴을 고집하는 경우가 많다. 심지어 해당 부서에서 재료대나 수가 입력시기를 놓쳐 누락되는 경우도 많은데, 누락 여부도 자료를 비교 분석하기 전에는 발견하지도 못하고 지나친다.

그래서 진료패턴을 분석함으로써 의료품질 제고, 의료소송 위험 감소, 자원활용도 제고, 의료수익 누수 방지와 비용절감 등을 기대할 수 있다.

A병원의 경우 비교분석을 통해 고가의 인공관절 재료 대마저 누락되었음을 발견하였다. 수술실에서 입력을 누락했던 것이다. 심지어 탄력붕대의 사이즈에 따라 코드가 다르다는 사실도 알지 못하여 한 가지 코드로만 청구된 경우도 있었다.

[그림 4-1] A병원의 연간 재료대 누수 현황(백만 원)과 인터뷰를 통한 누락 사유



바빠서 입력시기를 놓쳤다.


하루에 1개만 인정되는 줄 알았다.

다른코드로 변경된 줄 몰랐다.

누락된 줄 몰랐다.

EB 사이즈별로 코드가 다른 줄 몰랐다.

수가산정이 되는 줄 몰랐다.



진료패턴 적정화의 오해와 진실

오해 1

심사평가팀이 불이익을 받게된다?

경영진의 결정으로 프로젝트가 시작되면 가장 먼저 심사팀장들이 불편해한다. 본인들의 업무가 점점 당한다고 생각하거나 착오가 드러날 수 있다는 염려 때문이다.

실제로 초창기에 E대학병원과 K대학병원에서 프로젝트를 진행할 때 처음 1, 2개월 동안 담당자들과 불편한 관계로 지내기도 했다. 그러나 빅데이터와 분석시스템이 없는 대학병원에서조차 당연히 오류는 생길 수밖에 없고 실수나 착오는 어느 병원에서나 발생할 수 있는 것이기에 곧 서로의 입장을 이해하게 된다.

초기에는 불편해하다가도 같이 일하다 보면 오해가 풀리고 좋은 파트너임을 알게 된다. 전문가들은 자신들의 업무를 잘 알기에 애로사항도 같이 공감하여 함께 해결하기도 하고, 적정한 정보제공이나 교육을 통해 더

효율적으로 일할 수 있도록 도움을 주기 때문이다.

오래지않아 경영진들에게 그들의 업무가 얼마나 중요한지 알려지게 되어 존중받게 되었고, 자신들이 모르는 분야에도 눈을 뜨게 되며 업무 영역이 확장되었음을 고백한다. 특히 심사팀의 업무 중 적정성평가의 비중이 늘어난 후에는 더욱 긴밀하게 협조하고 있다. 심지어 I대학병원을 비롯한 상당수의 담당자들은 우리가 제공하는 자료를 통해 업무 수행에 큰 도움을 받고 있다고 말한다.

우리는 경영진에게 심사팀의 역할을 알리는 데 상당한 공을 들인다. 특히 심사청구나 평가 못지않게 수가기획이 중요하다는 점을 강조한다. 그래서 수가정책을 배제한 기획은 있을 수 없기에 기획실에는 수가기획을 하는 전문가가 있어야 한다고 권고한다. 우리의 권고에 따라 K대학병원, S대학병원 등에서는 기획실에 수가기획 전문가들이 포진하여 병원정책 방향을 같이 결정하고 있다.

오해 2

병원을 이롭게 하는 것은 심사평가원의 역할을 방해한다?

심사평가원과도 해프닝이 있었다. 물론 심사평가원의 공식적인 입장은 아니었다. 몇 해 전 병원협회 주관으로 강의를 진행한 적이 있다. 심사평가원의 한 부장이 병원협회에 전화하여 심사평가원 출신이 심사평가원에서 배운 지식을 이용하여 병원들에 이득을 주는 거 아니냐는 것이었다. 즉 병원에 이득이 되면 국가재정에서 지불해야 하고, 재정 악화를 시키는 것이 아니냐는 뜻이었으리라.

이에 대해 병원협회의 담당자는 이렇게 말했다고 한다.

“병원들이 진료패턴을 적정화하여 의료품질을 높이고, 오류를 줄여 제대로 청구하는 풍토를 조성하는 것이야말로 병원협회는 물론 심사평가원이 할 일 아니냐”

그랬더니 아무 말도 못하고 머뭇거리다가 전화를 끊었다고 했다.

세무사들이나 공인회계사는 고객의 세금을 줄여주려고 엄청난 노력을 한다. 세무당국으로 보면 국민이 잘 몰라 더 낼 수도 있는데, 이들이 알려주어 더 거둘 수도 있는 세금을 못 거둔다고 생각할 수도 있다. 하지만 세무당국은 세무사들이나 공인회계사들은 자신들을 돕는 파트너로 인정한다. 세무당국의 목표는 무조건 세금을 많이 거두는 것이 아니라 처음부터 적법하게 납세하도록 하는 것이 목적이다. 그것이야말로 국민의 불만을 줄이고 불필요한 업무를 줄여 효과적인 행정을 할 수 있기 때문이다.

심사평가원도 마찬가지로 많은 전문가들로 하여금 병원들이 제대로 된 청구를 할 수 있도록 교육하고, 사전 심사할 수 있도록 여건을 만들어야 한다. 그중 하나가 보험심사나 진료패턴 적정화를 전문으로 하는 전문가나 전문회사를 육성하는 것이다. 우리나라

도 머지않아 수가 전문가들이 각 병원들을 상대로 독립적인 영역을 균히게 될 날이 올 것이다. 각 병원들이 심사전문가들을 구해달라는 요청이 끊이지 않고 있음이 그 증거다.

오해 3

진료패턴 적정화는 의사의 진료권을 침해한다?

의사들은 자신의 진료패턴에 대해서 논의하는 것을 꺼려한다. 자신의 전문성을 믿지 못한다고 생각하거나 고유의 권한인 진료권을 침해한다는 이유에서이다. 중소병원의 의사들보다는 대학병원의 교수님들의 거부감이 상대적으로 심한 경향이 있다. 진료를 시작한 후로 병원장을 비롯하여 스승도 자신의 진료패턴에 대해 언급한 경우가 드물기 때문이다. 하지만 이미 의료진의 진료내역에 대해서는 공개되었을 뿐 아니라 표준을 따르지 않은 진료에 대한 거증책임은 의료진에게 돌아간다. 그래서 **의료품질 관리시스템**

은 의료진을 보호하기 위해서는 반드시 구축되어야 한다.


또 현재 최선의 진료패턴도 언제나 정답은 아니다. 의료기술과 장비 그리고 약이 바뀌고 수가정책이 바뀐다. 그에 따라 최적의 진료패턴도 바뀌어야 한다. 그런데 개인 의사가 이런 변화를 주시하면서 매번 자신의 진료패턴을 바꾸는 것은 매우 힘든 일이다. 그것이 주업이 아니라 지금까지 익숙한 방식으로 잘 진료하기만 하면 된다고 생각한다.

그런데 동일한 질환이라도 의사에 따라 진료패턴이 현저한 차이가 난다면 상대적으로 바람직한 방식이 있을 것이라는 생각을 할 수 있다. 만약 학술적으로 인정받은 검사를 하지 않는다거나, 과거에는 임의비급여였던 시술이 합법적인 비급여로 전환되었다면 재고할 필요가 있다.

진료패턴 적정화는 강권하는 것이 아니라 의료진이

지금까지 몰랐던 질환별 정보를 제공받게 된다. 그래서 자신과 동급병원 또는 대학병원 우수 의료진의 진료패턴과 비교할 수 있는 자료를 통해서 자신의 진료패턴을 돌아볼 기회를 가지게 된다.

대부분의 의료진이 처음에는 불편해하다가도 시간이 지나면 다른 의료진의 진료패턴을 궁금해하기도 하고, 분석자료를 통해 스스로 진료패턴을 표준처방에 가깝게 수정해가게 된다. 특정 진료과의 분석을 하고 있으면, 자신의 진료과는 왜 진료패턴 분석 정보를 주지 않느냐며 항의하는 의료진이 있을 정도로 협조적인 분위기가 형성된다.



해외에도 선진 병원일수록
진료패턴 적정화에 투자한다

미국의학연구소(IOM, Institute of Medicine)에 따르면, 의료사고 및 과오로 인한 사망자는 교통사고와 에이즈, 유방암 사망자보다 많다. 미국의 의료소송으로 인해 부담하는 비용은 우리나라와 비교할 수 없는 수준이다. 예를 들면 조영제 알레르기를 사전에 체크하지 않아 속으로 낙상을 일으킨 경우에 병원은 환자에게 \$842,350의 손해배상금을 지불해야만 했다.

병원 직원은 CT 스캔을 위해 환자를 검사실로 데려와 표준 IV 조영제를 주입했다. 얼마 지나지 않아 환자는 극심한 고통을 겪고 바닥에 쓰러졌다. 의사들은 나중에 그 환자가 조영제에 알레르기가 있다는 것을 발견했다. 사전에 체크하지 않았던 의사와 병원 직원들의 부주의는 낙상으로 인한 심각한 부상을 막지 못했다. 환자는 의료과실로 병원을 고소했다. 병원은 더 잘 모니터링하고 알레르기가 있는지 확인해야 했으며, 이러한 일이 발생하지 않도록 절차와 프로토콜이 있어야 했다고 환자는 주장했다. 병원 측은 이러한 주장을 부인했지만, 결국 패소했다. 이런 사례가 비일비재하

기 때문에 진료패턴 적정화와 의료품질을 제고하는데 많은 노력을 하고 있다.

이와 같이 미국에서는 당연히 해야 할 검사나 조치를 하지 않아서 소송에서 지는 경우가 매우 많고, 손해배상금액도 매우 커서 병원경영에서 관리해야 할 주요 사안 중 하나로 취급되고 있다.

미국에서는 학술대회에 발표하는 내용을 참고하는 정도를 제외하고는 진료패턴 적정화를 할 기회가 없다. 왜냐하면 미국은 보험회사가 각기 다르기 때문에 동일 질환에 대한 진료패턴 정보를 확보하기가 어렵다. 그런데 해야 할 조치를 하지 않아 의료소송이 발생하고 막대한 비용을 지불하기 때문에 필요성을 절감하게 된다.

처음에는 공동구매를 하기 위해 여러 병원이 만든 회사에서 자신들의 회원병원들의 진료패턴 자료를 모아 분석하기 시작하였다. 중소병원이 모여서 만든 회

사가 비지언트(Visient)와 프리미어(Premier)이고 대학병원이 모여서 만든 회사가 MGB이다. 이렇게 여러 병원이 모여서 자료를 공유하기도 하고, 존스홉킨스를 비롯하여 다병원을 가진 세계적 선도병원들이 여러 병원의 동일 질환에 대한 자료를 분석하여 토론을 한다. 우리나라의 폐쇄적인 문화와는 달리 **의료진들이 주가 되어 보험심사관련 전문가가 함께 모여 공동 작업을 한다.** 이를 통해서 진료패턴을 지속적으로 개선하는 노력을 하고 있다.

그동안 우리나라는 미국과 달리 의료과실이 공중파를 통해 공개되어도 병원이 입는 손실은 크지 않았다. 일시적으로 환자가 감소하기도 하지만, 금전적으로나 병원 명성에 입힌 피해는 치명적이지 않았다. 하지만 이미 ‘좋았던 시절’은 지나갔다. 환자의 권리의식은 높아지고 법률전문대학원 도입으로 변호사 절반이 일 자리를 찾지 못하는 상황이 되었다. 이미 출범한 의료전문 법무법인도 상당수가 있지만 의료사고와 과오에 관심을 가지는 변호사들은 계속 증가할 전망이다. 미


국 영화에서 보듯이, 불만에 찬 환자나 보호자를 찾아 병원의 복도를 서성이는 변호사의 모습을 우리나라에서도 보게 될 것이다. 이미 수입료를 받지 않고, 승소했을 때 승소금액의 일정 비율을 성공보수로 받는 형태를 제안하는 변호사가 늘어나고 있다.

앞으로 수술실에서 생기는 문제뿐만 아니라, 서비스 및 약물의 오용(Misuse), 과잉제공(Overuse)과 과소 제공(Underuse) 등의 문제도 적지 않을 것이다. 다양한 형태의 의료과실이 병원경영에 미치는 손실은 민·형사상 책임으로 인한 금전적 피해와 신뢰감 하락에 그치지 않는다. 환자와 보호자, 의료진 모두가 평생 마음의 짐을 지고 살아가야 한다. 의료사고가 연달아 두 번만 일어나면, 그 의사는 스스로 자신감을 잃게 되고 병원 내에서 평판이 좋지 않게 되어 의사로서 회복할 수 없는 지경이 된다.

우리나라는 건강보험이라는 단일보험체계가기 때문에 표준화되어 있고 전국 병원의 정보가 공유되고 있

는 셈이다. 이런 점을 고려하여 20년 전부터 유알스코프는 진료정보에 대한 데이터베이스를 만들고 분석을 위한 정보시스템을 구축하였다. 우리나라의 단일보험으로 인한 표준화된 정보로 미국보다 의료품질을 더 발전시킬 수 있는 기회로 삼기 위함이었다.

다병원을 가진 우리나라의 선도적인 대학병원도 수년 전부터 자체적인 진료패턴 시스템을 만들어 의료진이 다른 의료진의 동일 질환에 대한 진료패턴을 참고할 수 있도록 하고 있다.



진료패턴 적정화를 위한 접근법

진료패턴을 적정화하기 위해서는 의료진만의 노력으로 되는 것이 아니라 병원 차원에서 체계적인 노력이 필요하다.

첫째, **경영진과 의료진의 인식 전환이 필요하다.** 의료품질에 대해서 진료한 의사를 제외하고 누구도 알 수 없었던 시절이 있었다. 하지만 정보시스템의 발달에 따라 진료 데이터가 축적되고, 정부의 진료정보 공개 정책에 힘입어 의료품질에 대한 투명성이 높아지고 있다. 그래서 과거와 같이 진료패턴을 의료진 개인의 판단에만 의존하지 말고 의료품질 개선을 위해 병원 차원에서 관계자가 모두 참여해야 한다.

그나마 대학병원에서는 진료과별로 콘퍼런스를 지속적으로 해왔으나, 특정 질환에 대해 관련 진료과들이 함께 콘퍼런스를 여는 경우는 그리 많지 않다. 물론 갈수록 질환중심의 센터화가 진행되어 개선되고 있지만, 질환별로 의료품질을 높이려는 노력이 더욱 강화되어야 한다.

둘째, 수가기획팀이나 걱정관리팀 등의 전담조직을 만들어야 한다. 대학병원에서조차 이 업무를 충실히 하는 조직이 없는 경우가 많다. 그래서 기존 조직에 인력을 더 충원하거나, 새로운 조직을 만들어야 한다. 전담조직에서 각 의료진의 질환별 진료패턴을 주기적으로 분석해 처방별 시행률이나 시행항목, 질환별 재원일수 등 가장 효과적인 진료패턴이 설정되도록 해야 한다. 의료사고가 발생하거나 의료성과에 대한 고객의 불만사항이 있는 경우에는 개선사항에 대한 정보를 제공하여야 한다.

전담조직이 있어야 수가정책이나 적정성평가 등에 대한 보건의료정책의 변화가 있을 때마다 적시에 숙고하고 효과적으로 대응할 수 있게 된다. 수가정책과 평가기준에 민감하게 대응하지 않으면 큰 손실을 보는 경우가 많다. 자원신고가 제때 이루어지지 않아 의료질평가 등급하락으로 인해 수십억 원의 손해를 감수해야 하는 경우도 빈번히 일어난다.

셋째, 전문성을 보강하기 위해 내부 인력을 교육하거나 외부의 전문가를 활용해야 한다. 중소병원들은 의사결정을 빨리할 수 있다는 강점이 있는 반면에 전문성 있는 인력이 부족하여 실행하는데 애로사항이 적지 않다. 진료패턴 적정화는 비교할 수 있는 정보와 분석시스템이 없이는 불가능하기 때문에 전문기관이나 전문가의 도움을 받고 정보시스템을 활용하면 빠른 시일 내에 목표를 달성할 수 있다.

반면에 대형병원들은 인적자원이 풍부하므로 교육을 통한 직원들의 역량 강화가 우선이다. 대표적인 사례가 서울성모병원이다. 성모병원 계열 전체 담당자들을 대상으로 UCM(Utilization Case Manager) 전문과정을 설계하여 운영하고 있다. 코로나가 극성인 2020년도와 2021년도에도 8개 계열 병원 부서장 혹은 차세대 리더들을 대상으로 수가 기획과 자료분석 방법 등을 교육하고 훈련하였다. 특히 각 병원들의 담당자들이 실제 데이터로 비교분석을 하고 수익과 의료품질을 개선하려는 노력과 함께 평가자료를 검토하

는 시간을 가졌다.

넷째, 병원 차원의 진료패턴을 분석해야 한다. 병상수, 진료과목과 종별 구분에 따른 중증도 등을 감안해 비슷한 비교그룹을 정해야 한다. 최상위 병원과 비교병원 그리고 해당 병원의 건당진료비, 진료항목별 진료비, 내원일수 그리고 검사 시행률과 같은 세부 진료내역까지 비교분석한다. 이를 통해서 특이한 진료과나 의사를 파악하고 이들의 진료패턴을 개선하는 데 집중해야 한다. 상대적으로 높으면 원인분석을 해 불필요한 부분을 찾는 노력을 해야 하고, 낮은 부분에 대해서는 의료품질과 환자안전 차원에서 진료패턴을 보완, 변경해야 한다.

다섯째, 의료진별 질환별 진료패턴 비교분석표를 제공하고, 표준처방을 구축해야 한다. 병원 내 동일한 질환을 치료하는 의사들 간의 진료패턴 비교표를 보기 쉽게 작성해 주기적으로 제공해야 한다. 만약 가능하다면, 선도병원과 비교병원의 동일 질환을 치료하는

의사의 진료패턴과 비교분석한 정보를 제공해야 한다. 모든 진료과나 모든 의사를 동시에 진행하는 것은 실무적 역량으로나 의료진의 수용도를 확보하기가 매우 어렵다. 그래서 병원의 다빈도 상병과 수술을 하는 의료진을 대상으로 우선적으로 분석하여 정보를 제공하는 게 효과적이다. 이렇게 분석을 통해 표준처방을 구축하는 구체적인 방법은 Step 1, 2, 3으로 구분하여 후술한다.

여섯째, 기대효과별 성공사례를 발굴해 전파한다. 진료패턴을 변경함으로써 발생한 의료품질의 제고, 누락된 수익의 발굴, 자원의 활용도 제고 등의 효과를 측정해 알려야 한다. 그리고 획기적인 개선을 한 의료진에게는 ‘의료품질 혁신상’을 주는 등 진료패턴 개선을 지속적으로 할 수 있도록 권장해야 한다.

원하는 의료진부터 분기별로 모니터링하고 피드백한다. 대부분의 의료진들은 현재 자신의 진료지표 수준과 동일 그룹과 비교한 자료를 제공하면 몹시 관심을

보이며 자신의 진료패턴을 기꺼이 수정한다. 그동안 분석된 통계자료를 본 적도 없었고, 자신의 진료패턴을 몰라서 안 했을 뿐이다. 극히 일부 의료진은 처음엔 진료권을 침해했다고 민감한 반응을 보이기도 하지만, 대부분의 의료진은 자신의 진료패턴에 대한 정보를 접하면 금방 수긍하고 협조한다. 주기적으로 모니터링하면서 변화과정을 피드백하면 훨씬 좋은 분위기에서 진료패턴을 논의할 수 있게 된다. 성과도 높아지지만, 무엇보다 본인의 처방에 관심을 가지면서 환자에게 더 집중하는 분위기가 형성된다.

유알스코프만의
새로운 개념의 분석절차

진료패턴의 적정화를 위해서는 구체적으로 세부사항들을 분석해야 한다. 그간의 경험을 통해 볼 때 병원 차원의 주요 지표분석에서 개별 의료진의 질환별 분석에 이르기까지 다음의 순서가 가장 효과적이라고 생각된다.

Step 1. 병원 차원의 진료수익 특징을 파악한다.

Step 2. 수익이 많은 진료과, 다빈도 질환에 집중한다.

Step 3. 표준처방을 만들고, 위법수가를 정리한다.

이 과정에서 같은 질환을 다루는 의사들 간에 진료패턴을 비교하면 된다. 우리는 서문에서도 언급한 것과 같이 그동안의 경험과 축적된 데이터를 통해 분석과 설득을 위해서 개념상으로 가상의 의사를 만들었다. 즉, 의사들에게 객관적인 정보를 제공하기 위해 비교의사와 표준의사를 활용한다.

비교의사라는 개념은 병상 규모와 의료진 수, 진료과목 등의 병원 특성이 유사한 3~4개 병원을 상대로 동

일 진료과의 질환별 평균치로 산정한 의사이다. 다만 지역적인 요소는 가능하면 배제하려고 한다. 동일 질환 진료패턴이 지역에 따라 달라져야 하는 이유는 없기 때문이다.

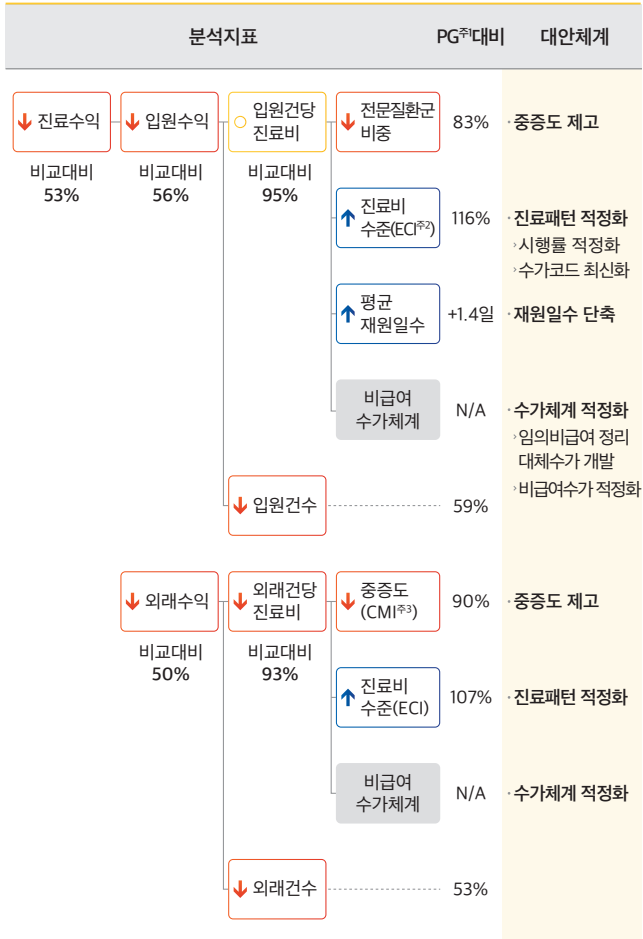
또 하나는 표준의사라는 개념인데, 이는 전국의 최고 실적을 갖춘 15명 이상의 질환별 세부실적과 적정성 평가 기준까지 반영한 가상의 의사이다. 표준의사는 수가기준, 진료실적, 평가기준에 따라 매년 최신화하여 질환별 표준처방을 만드는 기본자료로 활용한다.

Step 1.

병원 차원의
진료수익 특징을 파악한다

고객병원을 비교군과 대비하여 병원 진료지표의 통계 지도를 그린다. 병원 전체 진료지표의 통계지도는 진료수익에서부터 드릴다운(Drill-down)하여 그린 연계도를 나타낸 그림이다. 통계지도를 그려보면 한눈에 병원의 현재 지표 수준을 알 수 있다. 이 지도에서 주요 지표를 중심으로 Top-down 혹은 Bottom-up 방식으로 깊이 있게 분석하면 개선해야 할 부분들이 눈에 띄게 된다.

[그림 8-1] 비교군 대비 A병원의 통계지도(예시)



주1. PG : Peer Group 비교군

주2. ECI : Episodes Costliness Index 건당진료비 고가도지표

주3. CMI : Case Mix Index 환자구성 상태지표

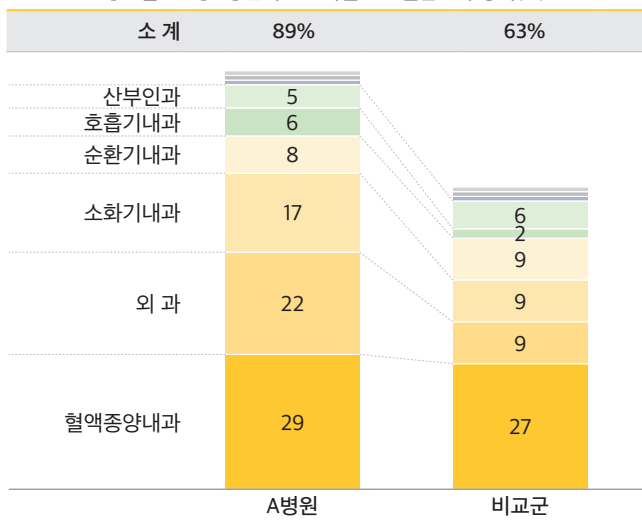
진료수익이 저조한 이유가 중증도가 낮고 재원일수와 건당진료비 등 진료량이 적은 것인지 혹은 환자 수가 월등히 적은 탓인지 판단이 가능하다. 중증도가 낮으면 전문화·특성화 전략을 세우고 의료진의 진료역량을 보강해야 한다. 때로는 우수한 의료진을 영입하기도 해야 한다. 진료량이 낮으면 진료패턴을 표준화하고, 환자 수가 적으면 홍보 등을 통해 유입 통로를 확장해야 한다.

전문질환군 비율 즉 중증도는 그 병원의 전문화·특성화와 관련이 있고 병원의 다른 지표에도 미치는 영향이 크기 때문에 초기에 파악을 해야 한다. 비슷한 그룹이거나 목표로 하는 좀 더 큰 규모의 그룹과 진료과별 중증도를 파악하면 보완하거나 집중 투자해야 할 진료분야를 판단할 수 있다. 진료과별 전문질환군 비율과 함께[표 8-1], 진료과별 전문질환군 구성비를 같이 분석해야 정확히 판단할 수 있다[그림 8-2].

[표 8-1] A병원의 진료과별 전문질환군 비율(%)

| 구 분 | A병원 | 비교군 | 차 이 |
|----------|------|------|-------|
| 계 | 48.7 | 41.5 | 7.2 |
| 혈액종양내과 | 83.2 | 84.2 | -1.0 |
| 정신건강의학과 | 73.7 | 44.9 | 28.8 |
| 산부인과 | 69.4 | 32.7 | 36.7 |
| 류마티스내과 | 66.7 | 77.5 | -10.8 |
| 외과 | 65.1 | 41.0 | 24.1 |
| 순환기내과 | 54.1 | 65.9 | -11.8 |
| 내분비·대사내과 | 49.3 | 16.1 | 33.2 |
| 호흡기내과 | 49.1 | 30.7 | 18.4 |
| 안과 | 47.8 | 49.8 | -2.0 |
| 소화기내과 | 47.4 | 41.6 | 5.8 |
| ... | ... | ... | ... |

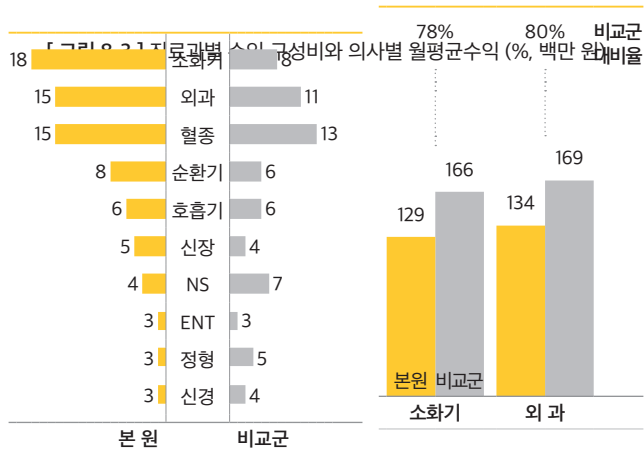
[그림 8-2] A병원의 진료과별 전문질환군 구성비(%)



Step 2.

수익이 많은 진료과,
다빈도 질환에 집중한다

한꺼번에 모든 진료과를 대상으로 분석하고, 소속된 의사의 질환을 분석하는 것은 많은 노력이 투입된다. 보다 효율적으로 성과를 내기 위해서는 수익 비중이 높은 주요 진료과에 집중하는 것이 좋다. 비교군의 진료과별 수익 구성비를 참고하되, 진료과별 의사평균 수익 등을 전략적으로 판단해야 한다.



수익 비중이 높은 진료과를 선정할 때 의사별 평균수익을 살펴야 한다. 의사 수가 비교군보다 많아서 과별 진료수익 비중이 높으나 소속된 의사들의 월평균 수익이 낮은 경우가 적지 않다. 이런 진료과의 경우가 개선의 여지가 아주 높다. [그림 8-3]과 같이 소화기내과와 외과의 경우 진료과별 수익 비중이 가장 높음에도 비교군 대비 의사별 월평균 수익은 각각 22%, 20%가 낮다.

[표 8-2]의 사례에서 보듯이 집중해야 할 진료과가 선정되면, 진료과별로 다빈도 질환의 진료항목별 차이(gap)를 확인한다. 동일 질환이라도 재원일수, 건당진료비 등에서 큰 차이가 나는 것에 주목하되, 중증도 차이로 인한 경우인지 파악할 필요가 있다.

[표 8-2] A병원과 동일병상 규모의 외과 다빈도질환 진료지표(천 원)

| 질환군명 | 건수 | 평균재원일수 | | 건당진료비 | | | 건수 비율(%) | |
|----------------|-----|--------|-----|-------|--------|-------|----------|-----|
| | | A병원 | 비교군 | A병원 | 비교군 | Ratio | A병원 | 비교군 |
| 계 | 934 | 5.6 | 6.8 | 3,674 | 4,858 | 76 | 100 | 100 |
| 악성유방질환 화학요법 | 391 | 3.7 | 2.8 | 2,441 | 1,519 | 161 | 38 | 6 |
| 복강경 담낭절제술 | 79 | 5.5 | 5.2 | 3,966 | 4,370 | 91 | 8 | 7 |
| 유방절제술 | 73 | 6.9 | 5.6 | 5,767 | 5,243 | 110 | 8 | 5 |
| 복강경 위아전절제술 | 30 | 10.5 | 9.9 | 9,969 | 11,362 | 88 | 3 | 3 |
| 갑상선 수술 | 24 | 7.8 | 4.9 | 4,297 | 3,657 | 118 | 3 | 4 |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

[표 8-3]에서 보는바와 같이 동일 질환에서 재원일수가 비슷함에도 건당진료비 차이가 나는 검사료와 영상진단료는 환자의 안전과 관련한 진단적 요소이기 때문에 세부내역을 확인해야 한다.

[표 8-3] 외과 A질환 진료지표 예시(천 원)

| 구분 | A병원 A의사 | 비교군 | | | | | | 평균 |
|--------|------------|-------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|
| | | B병원 | C병원 | D병원 | ... | Y병원 | Z병원 | |
| | | B의사 | C의사 | D의사 | ... | Y의사 | Z의사 | |
| 건수 | 50 | 26 | 126 | 107 | ... | 105 | 75 | 88 |
| 평균재원일수 | 5.6 | 6.6 | 6.8 | 4.6 | ... | 4.3 | 5.0 | 5.0 |
| 건당진료비 | 3,990 | 4,530 | 4,720 | 4,102 | ... | 4,012 | 4,378 | 4,128 |
| 검사료 | 194 | 352 | 512 | 279 | ... | 236 | 518 | 288 |
| 영상진단료 | 93 | 225 | 192 | 148 | ... | 162 | 117 | 173 |
| 마취료 | 174 | 173 | 148 | 184 | ... | 157 | 211 | 177 |
| 처치수술료 | 1,432 | 1,399 | 1,356 | 1,406 | ... | 1,352 | 1,435 | 1,416 |
| 약제비 | 200 | 280 | 364 | 121 | ... | 159 | 252 | 195 |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

[표 8-4]와 같이 진료지표의 차이를 파악하다 보면 누락 수가와 착오 청구가 있는지를 확인할 수 있다. 누락이나 착오는 선도적인 병원과의 비교분석을 통해서만 발견이 가능하다. 이는 거울을 보기 전에는 본인의 얼굴에 뭐가 묻었는지 확인하기 힘든 경우와 같다. 특히 간호 관련 수가는 간호사들의 교육을 통해 쉽게 해결할 수 있다. 각종 모니터링 항목 중 혈압측정 검사나 모자동실료 산정 착오는 매우 흔한 사례다.

[표 8-4] 일부 항목별 시행횟수 현황

| 간호처치료 | 연간 시행횟수 | | | 연간수익 (천 원) |
|------------|---------|-------|-------|---------------|
| | A병원 | 비교군 | 차이 | |
| 도뇨(1회당) | - | 1,500 | 1,500 | 7,500 |
| 비강영양(1일당) | 200 | 1,500 | 1,300 | 9,438 |
| 침상목욕 | 40 | 520 | 480 | 5,304 |
| 회음부간호(1일당) | 30 | 1,520 | 1,490 | 5,796 |
| 유치 카테타 설치 | 200 | 1,800 | 1,600 | 13,792 |
| 소계 | ... | ... | ... | 41,830 |

Step 3.

표준처방을 만들고,
위법수가를 정리한다

흔히 동일 병원 내 동일 질환 간에도 진료지표의 차이가 크게 나는 이유는 묶음처방을 활용하여 습관적으로 처방을 내는 경우가 많기 때문이다. 보장성 강화와 신의료 행위 등 정책변화로 인한 수가 변동이 수시로 발생하고 있으므로 빅데이터 비교분석으로 인한 진료 패턴 변화에 초점을 맞추지 않으면 높은 의료품질과 정당한 의료수익을 확보할 수 없다. 그래서 의료진들에게 자신의 질환별 세부 시행항목과 시행 횟수를 확인하고, 표준의사와의 비교를 통해 현 위치를 알려주어야 한다.

A병원의 A의사의 협의진찰료는 평균에 비해 1.6회 이상 차이가 있으며, 세부 검사내역도 차이가 있으므로 담당 의사와 분석결과에 대해 적정성 여부를 상의한 후 개선할 부분을 결정해야 한다.

[표 8-5] 신경과 A질환 세부 시행 항목별 평균시행횟수 예시

| 구분 | A병원 A의사 | 비교군 | | | | | | 평균 |
|-----------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | B병원 | C병원 | D병원 | ... | Y병원 | Z병원 | |
| | | B의사 | C의사 | D의사 | ... | Y의사 | Z의사 | |
| 혈액진찰료 | 0.6 | 1.4 | 1.4 | 4.8 | ... | 3.1 | 1.5 | 2.2 |
| CBC | 1.4 | 2.4 | 3.2 | 2.2 | ... | 2.3 | 3.1 | 2.5 |
| PT | 0.3 | 1.4 | 1.7 | 1.1 | ... | 1.1 | 2.5 | 1.6 |
| 섬유소원검사 | - | 0.2 | 0.1 | 0.9 | ... | 0.9 | 0.6 | 0.5 |
| 섬유소분해산물 | - | - | - | 0.9 | ... | 0.9 | 0.6 | 0.3 |
| D-dimer검사 | - | 0.2 | - | 0.9 | ... | 1.2 | 1.0 | 0.6 |
| LDH | 0.0 | 1.0 | 2.7 | 0.6 | ... | 1.0 | 0.3 | 0.8 |
| ALP | 0.2 | 1.0 | 3.0 | 2.2 | ... | 0.5 | 0.8 | 1.3 |
| CPK | 0.5 | 1.2 | 0.7 | 0.9 | ... | 1.2 | 1.2 | 1.1 |
| CK-MB | 0.1 | 0.3 | 0.7 | 0.9 | ... | 0.2 | 1.4 | 0.8 |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

의료진별 다빈도 질환에 대한 차이 분석이 이루어지면, 의료진 등 관련 부서와 함께 다빈도 질환에 대한 표준처방을 만들어야 한다. 다빈도 질환군별로 표준처방을 만들 때는 관련 부서와 협의하여 결정하는 것이 좋으며, 무엇보다 실행을 위해서는 전공의, 간호사들의 적극적인 참여가 중요하다.

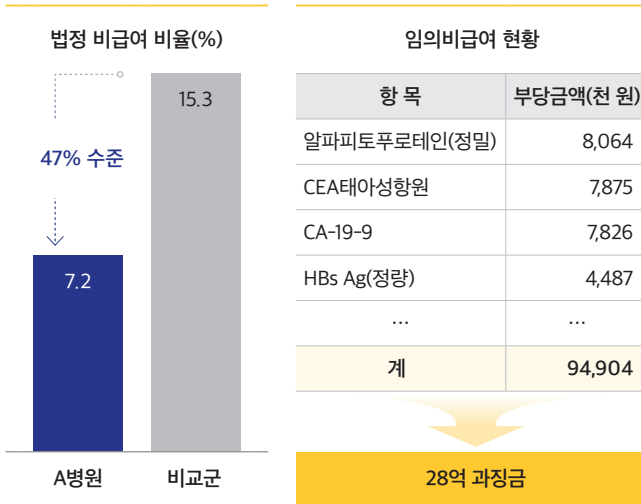
[표 8-6] 표준처방 사례

| 구분 | 수술 전 | OP | POD | | | |
|-------------------------|------|-----|------|------|------|-------|
| | | | 1day | 3day | 7day | 10day |
| PT & APTT | ○ | | | | | |
| A,B,O & Rh | ○ | | | | | |
| 불규칙항체검사 | ○ | | | | | |
| AST (SGOT) & ALT (SGPT) | ○ | | ○ | | | |
| LDH | ○ | | | | | |
| ALK- Phosphatase | ○ | | ○ | | | |
| r-GTP | ○ | | | | | |
| Total protein & Albumin | ○ | | ○ | | ○ | |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

표준처방을 설계함과 동시에 임의비급여와 같은 위법 수가를 정리하고 비급여를 적정화한다. 경영진조차도 본인 병원의 비급여 현황을 제대로 알고 관리하는 경우는 거의 없다. 통상 총매출액의 10~25%를 비급여가 차지하고 있는데, 의료진이나 관련 부서조차도 정확한 비급여 개념이나 관리방안을 알지 못하는 경우도 많다. 그러다 보니 정당하게 비급여로 받아도 될 항목 대신 삭감이 우려되는 항목이나 산정불가 항목을 임의비급여로 수납하기도 한다. 그래서 보건복지부의 현지조사가 나오면 수억 원의 과징금을 부과 당하는 악순환을 반복한다.

아래 [그림 8-4]에서 보는 것과 같이 A종합병원의 비급여 비율은 7.2%에 비해 비교군은 15.3%이다. 무려 8.1% 포인트의 차이가 난다. 그럼에도 암표지자 검사와 같은 항목을 임의비급여로 수납하여 28억 원의 과징금을 부과했다. 비급여 관리를 하지 않았기 때문이다.

[그림 8-4] A병원의 비급여 비율과 임의비급여로 인한 과징금



또한 신규장비 혹은 치료재료대나 의약품을 도입하기 전에 수가 타당성 조사를 해야 하며, 매월 비급여 항목과 비율을 적정하게 관리하면서 임의비급여는 정리해야 한다. 이와 함께 진료에 꼭 필요한 신규 비급여 항목을 도입하고 환자안전을 위한 일회용 치료재료대 등 비급여 단가를 현실화해야 한다.

표준처방으로 진료패턴 적정화를 하게 되면, 앞서 말한 효과뿐만 아니라 추가적인 성과가 따라온다. 즉, **적정성평가와 의료질평가도 개선되는데 이는 병원의 이미지와 수익에 큰 영향을 미친다.** 이를테면 질환별 표준처방으로 진료패턴을 적정화하면서 어떤 약제가 문제인지 확인한 후 담당 의사와 면담을 통해 쉽게 개선할 수 있다.

[표 8-7] A병원의 수술의 예방적 항생제 분석 결과

수술의 예방적 항생제


수술 후 수술 부위가 감염되는 것을 막기 위해서 예방적으로 항생제를 사용합니다. 수술 부위 감염은 국소감염부터 사망에 이르게 하는 전신감염까지 일으킬 수 있기 때문입니다. 하지만 예방적 항생제는 많이 사용한다고 좋은 것이 아니며 적절한 시점에 적절한 항생제를 선택하여 하루 또는 이를 정도 사용하는 것이 바람직합니다.



| 항목 | 담낭수술 | | | 척추수술 | | | 견부수술 | | |
|-------------------|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|
| | 전체 | A병원 | 최저 | 전체 | A병원 | 최저 | 전체 | A병원 | 최저 |
| 평가등급 | 3등급 | | | 2등급 | | | 2등급 | | |
| 피부절개 1시간이내 투여율(%) | 77 | 74 | 100 | 76 | 6 | 100 | 87 | 89 | 100 |
| 아미노글리코시사이드 투여율(%) | 11 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 3 | 4 | 0 |
| 3세대이상세파계열 투여율(%) | 14 | 9 | 0 | 11 | 0 | 0 | 10 | 18 | 0 |
| 예방적 항생제비용 투여율(%) | 27 | 22 | 0 | 22 | - | 0 | 18 | 25 | 0 |
| 퇴원 시 항생제 처방률(%) | 29 | 100 | 0 | 19 | 3 | 0 | 16 | 71 | 0 |
| 예방적항생제 총 평균투여일(일) | 3.9 | 7.3 | 0 | - | - | - | 6.7 | 8.1 | 0 |

[표 8-8] A병원의 항생제 처방률 분석 결과

| 건수 및 지표 | | 전체 | | 호흡기내과 | | 소아청소년과 | | 이비인후과 | |
|---------|--------|-------|-------|-------|------|--------|------|-------|------|
| | | A병원 | 비교군 | A병원 | 비교군 | A병원 | 비교군 | A병원 | 비교군 |
| 명세서건수 | | 2,098 | 1,566 | 540 | 38 | 396 | 314 | 721 | 220 |
| 처방건수(건) | 항생제 | 1,468 | 473 | 343 | 4 | 260 | 71 | 636 | 114 |
| | 세파-3세대 | 396 | 51 | 230 | 1 | 70 | 2 | 94 | 31 |
| | 퀴놀론계 | 100 | - | 34 | - | - | - | 63 | - |
| 처방률(%) | 항생제 | 70.0 | 30.2 | 63.5 | 10.5 | 65.7 | 22.6 | 88.2 | 51.8 |
| | 세파-3세대 | 27.0 | 10.8 | 67.1 | 25.0 | 26.9 | 2.8 | 14.8 | 27.2 |
| | 퀴놀론계 | 6.8 | - | 9.9 | - | - | - | 9.9 | - |



진료패턴 적정화와
시너지가 있는 개선과제들

대부분의 의료혁신이 그러하듯이, 진료패턴 적정화를 위한 노력도 진료 프로세스의 혁신이나 환자 유입을 위한 개선과 밀접한 연관이 있다. 다음과 같은 과제들로 병원이 혁신할 수 있도록 도왔더니 시너지를 내어 더 빠른 시일 내에 더 높은 수익 개선 효과를 볼 수 있었다.

첫째, 전문화와 관련된 핵심적인 시사점을 파악한다. 이를테면 암과 혈액종양내과의 중증도는 연계되어 있으므로 서로 연관성이 높은 진료과 순으로 의료진을 영입하는 것이 효과적이다. 또한 뇌병원을 개설하기 위해서는 지향하고자 하는 병원 규모의 신경과와 신경외과 수익 비중을 확인하고, 세부 진료내역을 통해 예상 수익을 파악하는 것도 도움이 된다.

둘째, 콜센터를 고도화하고 예약 프로세스와 진료개시 시간을 준수한다. 전화로 진료예약을 하려고 하면 좀처럼 통화가 되지 않거나 마냥 들으면서 기다려야

하는 자동응답멘트(ARS) 때문에 포기하고 전화를 끊는 경우가 있다. 어쩌다 연결이 되어도 원무팀 직원들의 바쁜 숨소리로 자세한 상담을 하기가 힘들다.

오후 4시경에 외래를 방문하면 한산한 경우를 자주 접한다. 5시 30분에 진료를 마감하는데 콜센터에서는 ‘인터넷 빠른 예약’이나 전화예약에서 4시에 예약을 마감한 것이다. 그 시간 이후 진료를 계획했던 환자들은 다른 날로 미뤄야만 한다.

콜센터에서는 기존에 원무과를 거쳐 돌고 돌던 전화를 받는 것은 물론이고 진료 예약관리, 해피콜, 간단한 진료상담, 부도환자 관리, 불만고객 관리, 온라인 채널 등 예약채널을 관리하도록 전문인력을 교육하고 훈련하도록 설계해야 한다. 특히 대부분의 불만 상황을 직접 접하므로 매달 유형별 통계를 산출하여 개선방향을 찾는 것도 중요하다.

진료개시가 늦어지는 경우도 문제다. 외래진료 대기

시간이 길어지고, 환자 불만이 높아지기 때문이다. 예약 테이블과 예약 간격을 효율적으로 관리하고 진료 개시 시간을 준수하는 것이 환자 유입 통로를 확대하는 길이다.

셋째, **진료협력센터를 활성화한다.** 상급종합병원에서는 평가기준을 준수하기 위해 경증환자를 하위 협력기관으로 보내야 하는 실정이고, 중소병원은 중증환자를 상급종합병원으로 의뢰해야 할 뿐 아니라 의원, 요양병원, 요양원과의 협력관계를 구축하는 것이 중요하다. 이를 위해서는 환자상태를 파악하고 정보를 주고받을 수 있는 통로가 필요하다. 이것이 진료협력센터다.

수많은 비용을 들여 홍보하는 것보다 훨씬 효과적이고 환자 만족도도 높다. 의료전달체계를 효과적으로 활용할 수 있고 수가 보상도 있다. 아울러 이들과 신뢰관계를 구축하며 장비를 공동으로 이용한다면 일석이조의 효과를 기대할 수 있다.

넷째, **저조한 병상 가동률을 개선한다.** 전공의가 없는 대부분의 중소병원들에서 목요일 이후의 병상가동률은 평균 69%대, 금요일부터 일요일까지의 병상 가동률은 60% 이하 수준이다.

특히 대학병원에서는 중증환자들을 수용하기에도 병상이 부족한 현실이다. 이를 해결하기 위해 항암 환자들을 위한 낮병동을 운영하거나 목요일 오후부터 항암병동을 운영하는 병원들이 있다. 또한 금요일 오후부터 직장인들을 위한 통증센터를 운영하는 곳이 있는데 자원 활용 차원에서 재고해 봐야 할 부분이다.

적절한 재원일수를 관리하는 방법 또한 비슷한 그룹의 질환별 재원일수를 참고하고, 퇴원예고제 등을 실시하는 것도 좋은 방법이다.


다섯째, **전문 진료과목 간의 협진을 활성화한다.** 입원 기간 중 협진을 통해 정확한 진단과 치료를 하게 되면 입원 기간도 단축할 수 있고 환자는 훨씬 양질의 진료

를 받을 수 있을 뿐 아니라 위험인자도 속히 파악할 수 있다.

정형외과에서 기저질환을 가진 환자들을 수술할 경우 내과, 마취과 등 타 진료과와의 진료협력을 통해 수술 위험성을 사전에 체크하는 것이 가장 흔한 예이다.

특히 고관절골절 등 장기 입원환자들에게 반코마이신내성장구균(VRE; Vancomycin-resistant enterococci) 환자가 발생 시 병원에서는 긴장하기 마련인데, 감염내과가 없는 병원에서는 감염내과가 있는 대학병원으로 신속히 의뢰를 보내어 적절한 항생제 가이드를 받는 것이 환자를 위해서도 좋다.

당연히 병원의 수익 개선에도 도움이 된다. 전공의가 없는 중소병원에서는 환자 정보를 가장 잘 파악하고 있는 간호부가 적극적으로 협력하는 것이 중요하다.



진료패턴 적정화 프로젝트의 성과사례들

병원의 규모는 진료패턴 적정화를 하는 방법에 영향을 준다. 의원이나 전문병원은 거의 모든 의사를 대상으로 하여 비교분석표를 만들고 진행하더라도 무리가 없다. 하지만 대학병원과 같이 규모가 큰 경우에는 의료진 수가 많아 분석하거나 의논하는데 적지 않은 인력투입이 요구된다.

그래서 작은 규모의 의원급은 3개월 내외의 기간에 진료패턴 적정화의 업무를 수행할 수 있다. 진료패턴 분석을 통해 의료품질을 높이기도 하고, 정당하게 시술을 하고 있는데 누락하고 있는 부분을 찾아낸다. 그것보다 더 중요한 것은 **청구를 잘못하고 있는 부분을 바로잡아 교정하는 것이다.** 의원급에서는 정당하게 청구할 수 있는 수가를 잘못하여 현지조사(실사)가 나와서 막대한 과징금을 부과하는 경우가 허다하기 때문이다.

A의원의 사례를 들어보자, 연매출 16억 원 규모의 A의원은 임의비급여로 인해 민간보험회사의 고발을 당

했다. 수가기준을 잘 몰라 동료 의사분들에게 물어본 후 수가를 세팅한 결과다. 오랫동안 누적된 금액이 상당히 컸으므로 현지조사(실사)가 나올까봐 두려웠다. 컨설팅을 통해 적정수가 설정과 누락오류를 개선하고 임의비급여를 정리한 결과 9.6천만 원의 매출증가와 사전 현지조사 점검으로 1.5억 원의 과징금을 예방하였다.

대학병원은 3년의 기간을 두고 진료패턴 적정화 작업을 하게 된다. 처음에는 전반적인 분석을 통해서 기대할 수 있는 효과와 금액을 산정한다. 또한 기대효과를 기준으로 3가지 그룹(A, B, C)으로 분류하여, 진행할 진료과와 의사에 대한 우선순위를 결정한다.

1차 년도에는 전 진료과에 영향을 미치거나 기대효과가 많은 의료진 그룹(소위 A그룹)에 집중하여 분석하고 표준처방을 만든다. 그리고 개선사항이 유지될 수 있도록 분기별 모니터링을 하게 된다.

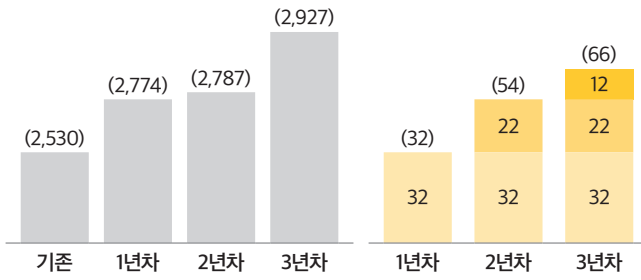
2차 년도에는 B그룹을 대상으로 비교분석표를 제공하고 표준처방을 구축한다. 그리고 A그룹의 모니터링과 함께 신규 의료진을 대상으로 협의하여 표준처방이 정착되도록 지원한다. 이때 병원의 인력을 교육하여 자체적으로 진료패턴 적정화를 할 수 있도록 교육하기도 한다. 2년 차에서는 진료프로세스나 정책의 변화에 따른 여러 가지 제도개선을 도입한다.

3차 년도에는 병원의 전문인력과 함께 C그룹을 대상으로 비교분석표를 제공하고 표준처방을 구축한다. 그리고 A, B 그룹을 모니터링하여 표준처방을 업그레이드하거나 정착되도록 지원한다. 2년 차에 개선한 프로세스를 안착시키고, 도입한 제도를 모니터링하여 성과를 내도록 지원한다.

3년간의 성과를 요인별로 살펴보니 전체 수익증가분 중 표준처방을 적용한 결과가 81%를 차지하였다. 누락이나 오류의 대부분은 첫해에 발견되었는데 5%를 차지했고, 비급여수가 적정화가 4%를 차지하였다.

병원에 따라 연차별 성과도 매우 다르게 발생했으나 3년간의 성과를 100%라고 했을 때 평균적으로 1차 년도 45%, 2차 년도 35%, 3차 년도 20%로 나타났다.

[그림 10-1] 매출액 및 컨설팅 성과(억 원)



A종합병원은 표준처방체계 구축과 프로세스 개선으로 만성 적자인 병원이 2년 만에 흑자로 전환되었다. 3년 기준으로 보면 평균 1.5%, 3년 차에는 3.4%의 이익률 개선효과가 있었다.

최근에 수행한 G대학병원은 진료패턴 적정화의 성과가 1년 동안 이익률 3%의 개선으로 나타났다. 한 해

만에 이익률을 3% 개선할 수 있다는 것은 보통 일이 아니다. 병원에서 수익비용구조를 관리하는 부문에서 일하는 사람이라면 이익률 1% 포인트가 갖는 의미가 적지 않게 와 닿을 것이다. 이익률 1%를 올리기 위해서는 수많은 의료진의 의료 수익은 물론 편의사업을 통한 수익 창출 노력이 뒤따라야 한다. 또한 비용을 절감하려는 노력도 전 방위적으로 요구된다. 이익률 1%가 1억 원이라면 추가 수익을 100억 원 더 창출하여야 한다.

진료패턴 적정화를 통해 얻는 재무적 성과는 동일한 자원을 투입하여 수익은 더 창출하고, 삭감 위험은 더 줄인 결과다. 진료패턴 적정화를 통하여 이렇게 확보된 수익과 이익은 재무구조에 갑작스러운 변화가 있지 않는 한 계속 유지되는 것이 일반적이다. 왜냐하면 수익이 일시적으로 늘어난 것이 아니라 수익구조가 진료패턴의 변화로 인하여 완전히 새로운 체질로 전환된 것이기 때문이다.

최적화된 진료패턴은 CP의 개발과 적용, 묶음처방 기획과 교육 등 지속적인 모니터링과 업데이트로 유지하게 된다. 이러한 과정에서 최적화된 진료패턴을 정착시키며 얻을 수 있는 효익 중 겉으로 드러나는 **재무성과 뿐만 아니라 이외에도 드러나지는 않지만 체질이 바뀌는 성과가 있다.**

K대학병원 유방외과의 전문의들이 시행하는 악성유방종양근치술에 관한 다양한 지표를 분석하였다. 분석에 포함된 비교사례는 모두 동일 권역 내 대학병원들의 유방외과 데이터였다. 동일 세부전공의 전문의들이 동일 상병에 대한 동일 수술을 시행함에도 재원일수는 3.2배, 검사료 및 진단 관련 비용은 1.3~5.3배에 이르렀고, 약제비와 재료비의 경우 많게는 7배 이상의 차이를 보이기도 했다.

물론 동일 상병에 대한 동일 시술이라 할지라도 환자의 상황과 여건에 따라 어느 정도의 차이가 있을 수 있다. 그러나 이 차이가 2배, 3배를 넘어서게 되면 진

료패턴이 의사 개인에 의존적인 구조로 바뀌게 되고 의료품질을 관리할 수 있는 영역을 벗어나게 된다. 환자 입장에서는 ‘의사 만나는 것은 복불복’이라는 표현에서 느끼듯이 어떤 의사를 만나는가에 따라 의료품질이 좌우된다고 여기는 것이다. 많은 병원들이 표준 임상진료지침(Critical Pathway)을 운영하며 최소한의 표준 가이드를 만들려고 하는 이유가 바로 이 때문이다.

K대학병원은 해당 전공의와 교수님들과의 주기적인 미팅을 통하여 비교그룹의 진료지표를 공유하고, 목표 범위를 정하여 관리함으로써 진료지표의 차이를 2배 이내로 만들었고, 이는 수익 개선은 물론 의료품질의 표준 정립과 진료지표의 예측가능성 제고로 이어졌다. 이처럼 진료패턴 적정화는 의료품질에 대한 의료진의 관심과 환기를 통하여 표준처방을 준수하도록 자연스럽게 유도하는 효과가 있다.

병원별, 의사별, 질환별, 시술별 세부 진료내용을 비

교 그룹과 분석하면 현재의 문제점과 해결과제 그리고 개선 방향을 더 쉽게, 더 구체적으로 논의할 수 있다. 실제적인 논의가 될 수밖에 없으므로 그만큼 실행력은 더욱 강화된다. 현재 진행 중인 보건의료 정책방향도 의료질지표의 공개를 의무화하는 등 점차 의료질을 강조하는 방향으로 전개되고 있어 이와 같은 정책방향은 심화될 전망이다. 진료패턴 적정화는 장기적으로 의료품질 중심의 병원 경영을 실현하는 근본적인 기반이 될 것이다.

진료패턴 적정화는 의료품질의 제고라는 직접적인 기대효과 이외에도 수가기획과 관리 프로세스의 정립을 통하여 전략적인 수가 정책을 구현할 수 있는 이점이 있다. 병원이 필수적으로 취해야 할 조치를 취하지 않음에 따른 의료소송의 위험을 원천적으로 봉쇄하거나 선제적으로 대비할 수 있게 한다.

A병원에 70대 환자가 어지럼증으로 집에서 낙상을 하여 내원하였다. 병원에서는 두부 CT 등 어지럼증

과 관련한 검사를 시행하였다. 그러나 환자는 숨 쉴 때 계속 가슴통증이 있음을 호소하였다. 의료진은 진통제만 투여하면서 경과를 관찰하였다. 입원기간이 길어지고 통증은 감소되지 않자 보호자는 흉부 X-RAY를 요청하여 촬영결과 늑골골절이 확인되었다. 고령의 환자가 낙상을 하면 기본적으로 흉부 X-RAY 촬영절차가 기본이나 당해 절차를 누락하여 환자는 통증이 지속되고 입원기간도 그만큼 길어졌다. 다행히 사후조치로 일단락되었으나 환자 가족과의 갈등이 의료소송까지 번졌더라면 상황은 더욱 복잡해져 의료진과 경영진은 더 큰 위협에 처할 뻔했다. 그 이후 입원 프로토콜을 대대적으로 재정비하였다.

B병원은 당뇨환자의 경우 수술 전 내분비내과 협의진료를 통하여 당 조절이 잘 되고 있는지 확인 후 수술을 진행하는 프로세스가 정착되어 있었다. 어느 날 대퇴부골절로 정형외과에 당뇨가 기저질환인 환자가 입원하게 되었다. 담당 주치의는 병원에 임용된 지 한 달 밖에 안 되었으나, 원내 절차에 따라 내분비내과 협의

진료를 의뢰하였다. 환자는 혈당 조절 후에 수술을 진행하였고 당뇨로 인한 합병증을 예방할 수 있었다.

진료패턴 적정화는 보험심사청구 업무를 수행하는 직원들을 수가기획 전문가로 성장할 수 있게 한다. 반복적인 심사청구 업무에서 수가전략을 기획하고 구사할 수 있는 역량을 갖추게 되는 것이다. 또한 병원 자원의 효율적 활용을 가능하게 한다. 예컨대 동일한 병상 규모라도 재원일수를 어떻게 관리하는가에 따라 실제 병상 수의 70~130%를 운영하는 것과 같은 효과 차이가 있다. 운영 병상을 더 늘릴 수 없다면 재원일수를 효과적으로 관리하여 활용도를 높이는 것이 병상을 늘리는 것과 같은 셈이다. 병원 내 체류기간을 최소화하는 것은 환자를 위해서뿐만이 아니라 운영 효율을 위해서도 필요하다. 효율적 자원 활용을 위해서는 주요 상병별, 수술별 재원일수, 일당진료비 등 진료패턴 분석을 선행하여야 한다.

| 에 필 로 그 |

의료품질과 수익성의 두 마리 토끼를 한 번에 잡는 법

굶어서 하는 다이어트 vs 식단, 운동을 병행하는 다이어트

다이어트를 하는 방법으로 가장 쉽게 생각하는 방식은 무조건 굶는 것이다. 고통스럽지만 하루 이틀 지나면서 체중이 극적으로 줄어드는 것을 보고 제법 성공적이라고 생각할 수 있다. 하지만 그동안 먹고 싶은 것은 제대로 먹지도 못하고, 기운은 빠지면서 몸은 보이지 않게 만신창이 된다. 반면, 적절한 식단과 꾸준한 운동을 병행하면 오히려 먹고 싶은 음식을 충분히 먹으면서도 건강한 체질로 바꿀 수 있다. 체지방, 근육량, 영양소 섭취현황 등 현재 건강 상황에 대한 면밀한 분석을 토대로 내게 필요한 효과적인 식단과 운동을 기획할 수 있다면 자신감 넘치는 몸매와 실질적인 건강을 동시에 얻을 수 있는 것이다.

의료품질과 수익성의 두 마리 토끼를 한 번에 잡는 법

의료품질과 수익성은 동전의 앞뒷면과 같다. 수익성만을 쫓아 필요한 절차를 놓치거나 또는 필요 이상의 절차를 지나치게 하다가는 의료의 질이 저하되고 삭감, 의료소송 등 더 큰 위험에 처할 수 있다. 또한 현황에 대한 분석과 계획 없이 의료품을 관리하려 한다면 지속하기 어려운 일시적인 해프닝이 되고 만다. 진료패턴 적정화는 의료품을 일정 수준 이상으로 상향 평준화하고, 동시에 의료의 질을 지속적으로 높일 수 있는 투자여력의 확보방안이 된다. **의료품질과 수익성을 모두 잡을 수 있는 묘수가 바로 진료패턴 적정화**며, 이는 **병원경쟁력을 위한 선택이 아닌 필수**다.

의료의 질과 수익성을 잡는 1石 2鳥 진료패턴 적정화

지 은 이 유알스코프(반혜숙, 유미영, 이수현, 한은화)

출판기획 유알스코프

교정·교열 유알스코프

디자인 강세미

발행처 유알스코프

주 소 서울특별시 강남구 언주로103길 7, 3층

전 화 02-6952-3021

팩 스 02-6952-3016

E - M a i l urscope@urscope.co.kr

홈페이지 www.urscope.co.kr

- 이 책의 저작권은 '유알스코프'에 있으며, 본사의 허락 없이는 전재, 복사 등 어떠한 형태나 수단으로도 이 책의 내용을 이용하지 못합니다.
- 잘못된 책은 바꾸어 드립니다.

서울 강남구 언주로103길 7, 3층 유알스코프
Tel: 02-6952-3021 FAX: 02-6952-3016 www.urscope.co.kr