

포괄수가제로 국민들의 의료비 부담이 줄어듭니다



대통령실

“

정부는 국민 누구나 평생 질 높은
보건의료 혜택을
편리하게 누릴 수 있도록 각종 보건의료 제도의
개선에 힘쓰고 있습니다.

이명박 대통령
2012. 4. 6, 세계 보건의 날 기념식

”

CONTENTS

목 차

I 포괄수가제 도입 배경	06
1. 포괄수가제란 무엇인가요?	
2. 포괄수가제를 하면 국민에게 어떤 이득이 있을까요?	
3. 포괄수가제, 충분한 준비는 되었는지요?	
4. 그동안 병원이 행위별수가제와 포괄수가제 중에서 선택토록 해왔는데, 이에 대한 환자의 만족도는 어땠나요?	
II 포괄수가제, 오해와 진실	16
1. 포괄수가제 관련 국민들의 9대 오해와 진실	
2. 포괄수가제를 하면 의료의 질이 떨어진다던데요?	
3. 신의료기술 도입이 어려워진다는 지적이 있는데요?	
4. 포괄수가제 환자분류체계에 대해 의료계의 우려가 있던데요?	
5. 중증 환자 기피현상이나 경증 환자의 대형병원 쏠림현상이 심해지지 않나요?	
6. 총액계약제로 가기 위한 전 단계라는 말도 있는데요?	
III 포괄수가제, 차질 없이 시행하겠습니다	28
IV 이용방법 및 문의 관련	30

포괄수가제(진료비 정액제)로 국민 부담은 줄어들면서 의료의 질은 낮아지지 않습니다

안녕하십니까? 고용복지수석입니다.

우리나라는 저렴한 비용으로 양질의 의료 서비스를 제공하는, 전 세계가 부러워하는 건강보험 제도를 가지고 있습니다. 그러나 최근 국민 의료비가 가파르게 증가하면서 건강보험 제도의 지속 가능성을 걱정하는 목소리가 높아지고 있습니다. 우리나라 의료비 지출은 국민총생산(GDP) 대비 6.8%로 아직 OECD 평균인 8.9%보다 낮으나 총 의료비 증가율은 연평균 11.6%로 OECD 국가 중 1위에 해당하여 미래를 낙관하기 어려운 상황입니다.

전문가들은 급격한 의료비 증가의 원인 중 하나로 ‘행위별수가제’라는 제도를 지목합니다. 환자에게 제공한 모든 서비스에 대해 각각 가격을 매기는 행위별수가제하에서는 의료기관이 더 많은 진찰, 처치, 검사 등을 제공할수록 이익도 많아지게 되므로 과잉진료가 발생할 가능성이 높아진다는 것입니다. 이렇게 의학적으로 불필요한 진료가 많아지면 건강보험 재정이 낭비되는 것을 넘어 환자와 가족의 건강에도 나쁜 영향을 미칠 수 있습니다. 불필요한 수술 등 병원의 과잉진료로 발생하는 사망이 의료 선진국인 미국에서도 전체 사망 원인 중 3위를 차지할 정도로 흔하다는 점은 시사하는 바가 큽니다.

포괄수가제는 이러한 행위별수가제의 단점을 보완하기 위한 제도로 대다수 선진국에서 이미 시행하고 있습니다. 포괄수가제는 다른 지불방식에 비해 진료량을 적절히 유지하고, 합리적인 의료비 예측을 가능하게 하며, 병원 진료의 투명성과 효율성을 높이는 장점이 있다는 것이 외국의 경험을 통해 얻은 교훈입니다.

우리나라도 지난 10여 년간 시범사업 및 자율 시행을 통해 한국형 포괄수가제 도입 가능성과 구체적인 실행방안을 점검해왔습니다. 그간 축적된 노하우와 제도 확대에 대한 사회적 합의를 바탕으로 우선 7개 질병군에 적용되는 포괄수가제를 올해 7월부터 전체 병·의원으로 확대하고, 내년에는 종합병원을 포함한 전체 의료기관으로 적용 범위를 넓혀나갈 계획입니다.

일부에서는 포괄수가제를 시행할 경우 ‘싸구려 진료’를 할 수밖에 없다고 주장합니다. 그러나 이번에 확대하는 포괄수가제는 행위별수가제로 하던 것보다 평균 17.9% 높은 수가를 적용하기 때문에 결코 ‘값싼 진료’가 아닙니다. 다만 불필요한 검사·시술이 줄어들고, 건강보험 적용이 되지 않던 서비스가 정액 진찰료 안에 포함되어 제공되기 때문에 국민들이 직접 부담하는 비용은 평균 21%가 줄어들게 됩니다.

포괄수가제를 시행할 경우 ‘의료의 질’이 떨어질 것이라는 주장도 있지만, 그동안 시행한 결과를 보면 의료의 질은 떨어지지 않았습니다. 하지만 혹시라도 우려하는 상황이 발생하지 않도록 충분한 보완대책을 마련하겠습니다.

체계적인 의료서비스 질 평가 시행 및 평가결과에 따른 성과지불제도 도입, 표준화된 임상진료지침 개발·보급, 환자분류체계 개선·보완, 정기적인 수가 조정기전 마련 등을 적극 추진하여 의료의 질 저하를 방지하고 비용 대비 효과가 높은 신의료기술이 신속히 도입될 수 있도록 하겠습니다.

이명박 정부는 건강보험 약가 인하, 만성질환 관리제 도입, 안전상비의약품 약국 외 판매, 의료분쟁조정제도 도입 등 국민의 편의를 증진하고 권익을 보장하기 위한 보건 의료 정책을 꾸준히 펼쳐왔습니다.

이번에 전면 확대하는 포괄수가제 또한 많은 장점이 있고 국민의 입장에서 반드시 필요한 제도이므로 빠른 시일 내에 정착될 수 있도록 최선을 다하겠습니다. 아무쪼록 많은 관심과 격려 부탁드립니다.

2012년 6월 28일

고용복지수석 노연홍

I

포괄수가제 도입 배경

1. 포괄수가제(진료비 정액제)란 무엇인가요?

포괄수가제(DRG · Diagnosis Related Group Payment System)는 치료 과정이 비슷한 질병군(환자군)별로 제공된 의료 서비스의 종류와 관계없이 미리 책정된 정액진료비를 지불하는 일종의 ‘입원진료비 정액제’입니다. 이렇게 정해진 정액진료비 전체에 건강보험이 적용되어 입원 환자는 진료비의 20%만 본인이 부담하게 됩니다.

1977년 의료보험 제도 도입 이후부터 우리나라는 의료비 지불제도로써 ‘행위별 수가제(Fee for Service)’를 근간으로 하고 있습니다. 이는 환자가 진찰을 받으면 진찰료, 검사는 검사료, 처치는 처치료, 입원은 입원료, 약은 약값, 이렇게 따로따로 가격을 매겨놓고 각각의 행위(서비스)의 가격을 모두 더해서 최종 병원비를 계산하는 방식입니다.

그런데 이러한 행위별수가제하에서는 의사가 환자에게 진료 행위량을 늘리면 늘릴수록 의사의 수입도 같이 늘어나게 됩니다. 이 때문에 환자에게 꼭 필요한 만큼의 진료 행위량을 넘어서 과잉진료가 발생할 가능성이 높아집니다.

이렇게 되면 불필요하게 제공된 진료 행위만큼 환자의 경제적 부담이 늘어나고 건강보험 재정도 낭비되는 문제가 발생합니다. 또한 방사선을 많이 쬐다거나 항생제를 너무 많이 복용해서 환자의 건강에도 좋지 않은 결과를 초래할 수 있습니다.

이것은 비단 우리나라만의 문제가 아니라 세계 거의 모든 나라의 고민이었는데, 많은 의료 선진국들이 이러한 고민에 대한 답으로 선택한 것이 바로 ‘포괄수가제’라는 지불방식입니다.

1979년 미국의 예일대학에서 경영관리기법을 의료관리에 도입함으로써 ‘포괄수가제’가 처음 시작되었습니다. 그 후 많은 국가가 이 제도의 유용성과 한계 등을 검토하였으며 지금은 대부분의 국가가 이 제도를 도입하여 운영하고 있습니다.

국가명	Grouping 유형	도입 시기 ¹	환자그룹 수 (2006)	병원 예산 중 DRG 비중	DRG 적용 병원
미국	HCFA-DRG	1983 ²	543	n.a.	100%
호주	AR-DRG	1997	657 ⁴	65%	100%
영국	HRG	2003 ³	600	35~70%	100% by 2008
독일	G-DRG	2003	914	20%	100%
일본	DPC	2003	183		82개 병원
프랑스	PMSI	2004	768	50% by 2007	100%
네덜란드	DBC	2005	641	10%	n.a.

주 : 1. 병원의 자원 분배에 도입한 시기를 의미함 2. 메디케어에 도입 3. England에 도입 4. New South Wales

자료 : Erlandsen E. OECD Working Paper(2007)

포괄수가제는 다른 지불방식에 비해 진료량을 상대적으로 적절히 유지하고 환자회피 위험이 낮으면서 효율성과 투명성이 높은 제도로, 이를 올바르게 시행한다면 병원 진료의 투명성, 효율성, 질의 개선을 기대할 수 있다는 장점이 있습니다. 이러한 이유로 최근 OECD는 한국 의료의 질 향상을 위해 포괄수가제를 전체 병원으로 확대하고, 가능한 한 많은 서비스들을 포괄수가제의 대상으로 할 것을 권고한 바 있습니다.



OECD가 본 한국 의료의 현실

“OECD 국가에 비해 보건의료비 지출 증가율이 두 배 이상 높음”

- 한국은 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 1인당 보건의료비 지출이 가장 빠르게 증가
- 2002~2009년 사이 한국의 1인당 평균 보건의료비 증가율 연간 7.7%에 달함. 이는 OECD 연간 평균인 3.6%의 두 배가 넘는 수준

“입원 일수, OECD 국가 중 2위”

- 한국의 평균 입원 일수는 14.6일, 반면 OECD 평균은 7.2일

“병원마다 입원 일수 편차가 큼”

- 같은 질병임에도 병원별로 진료비 및 입원 일수의 차이가 크게 나타남

“고가 의료장비와 병상 수의 증가”

- 인구 수 대비 CT 및 MRI 보유 대수가 OECD 국가 중 최상위권
- 지난 8년간 한국의 의료비 구성을 분석해보면 진찰료의 비중은 감소하고 있는 반면, 입원료 및 고가 의료장비 비중이 두드러지고 있음
- * 진료비 구성 중 특수영상료 비중 2.5%p 증가 : 2.1%(2003년)→4.6%(2009년)

“급성기 병상 증가”

- OECD 국가의 경우 급성기 병상 공급은 감소되거나 정체되어 있지만 한국은 오히려 증가하고 있음
- 인구 1000명당 한국은 8.3병상, OECD 평균은 4.9병상

한국 의료의 질 향상을 위한 OECD의 권고

- ① 한국의 급격한 의료비 상승을 억제하고, 의료 체계의 효율성을 높이기 위해 포괄수가제를 한국의 전체 병원으로 확대할 것, 그리고 가능한 한 많은 서비스들을 포괄수가제의 대상으로 할 것
- ② 적절한 입원 및 퇴원 기준을 마련할 것
- ③ 입원 시의 진단명과 제공된 서비스의 구성 및 양에 대한 엄격한 감시 등 질 관리를 통해 포괄수가제를 보완할 것

OECD 한국의료의 질 검토보고서(2012) 발췌

2. 포괄수가제를 하면 국민에게 어떤 이득이 있을까요?

포괄수가제는 환자나 병원 모두에게 도움이 되는 제도입니다.

먼저 환자 입장에서 의료비 부담이 줄어듭니다.

우리나라의 환자 1인당 평균 재원 일수는 16.7일로 2009년 OECD 국가 평균 8.7일보다 8일이나 많습니다. 퇴원해도 되는 환자가 계속 입원을 함으로써 불필요한 의료 서비스를 받게 되고 환자 본인의 의료비 부담도 늘어난다는 말입니다. 포괄수가제를 도입하면 이러한 과잉진료 관행이 줄어들어 의료비를 절감할 수 있습니다.

또한 오는 7월부터 확대 적용되는 포괄수가제는 그동안 건강보험이 적용되지 않던(비급여) 진료항목 중 많은 부분에 대해 건강보험 혜택을 적용하여 현재보다 의료비 부담이 평균 21%나 감소하게 됩니다.

둘째, 과잉검사나 항생제 남용 등을 줄여 국민 건강권이 더욱 보호될 것입니다.

검사나 치료를 많이 하면 질병을 더 빠르고 정확하게 진단하고 치료할 수 있을 것이라 생각하기 쉽습니다. 그러나 전문가들은 CT 촬영과 같은 방사선 노출이 많아지면 암 발생 위험이 높아지는 등 불필요한 검사, 시술, 투약은 오히려 건강에 해가 될 수 있다고 경고합니다.

포괄수가제는 행위별수가제와 달리 불필요한 검사를 많이 할수록 의료기관이 손해를 보게 되므로 국민 건강에 도움이 되지 않는 과잉진료를 억제하는 효과가 있습니다.

셋째, 병원비가 얼마나 나올지 미리 예측하기가 수월해집니다.

예상보다 병원비가 많이 나와 갑자기 큰돈을 마련하느라 당황한 적이 있으셨을 겁니다. 포괄수가제는 동일한 질병에 대해서는 정액의 진료비를 지불하기 때문에 상

대적으로 예측이 쉽습니다. 진료비가 얼마일지 미리 알고 가계 사정을 고려하여 합리적인 지출계획을 세울 수 있을 것입니다.

마지막으로 병원이나 의원에도 긍정적 영향을 주게 됩니다.

정해진 비용 내에서 꼭 필요한 진료만 하고 가격에 비해 효과가 좋은 서비스나 제품을 선택해 사용하면, 그 나머지 부분은 병원의 이익으로 돌아가기 때문에 병원이 자율적으로 경영을 효율화하는 계기가 됩니다. 또한, 청구·심사·지불 절차가 간소해져 행정비용이 줄어들고, 진료의 자율성이 확대되며, 병원과 건강보험심사평가원(이하 심평원)이 진료비의 적정성을 두고 서로 갈등하는 경우도 상당히 줄어들 것입니다.

7월 이후 병·의원 7개 질환의 수술비 변화

(단위: 원)

	총 진료비	현재 환자부담금	7월 이후 환자부담금	환자부담금 감소율(%)
백내장수술	88만6403	23만7546	17만7281	25.4
제왕절개술	147만6255	39만7169	29만5251	25.7
자궁적출술	198만4545	50만2386	39만6910	21.0
맹장수술	192만6097	42만3033	38만5219	8.9
탈장수술	106만9186	29만2979	21만3837	27.0
치질수술	80만6590	19만109	16만1318	15.1
편도수술	75만2794	16만9594	15만559	11.2

포괄수가제 시행으로 보험 혜택이 커지는 사례

백내장수술	각막형태검사 (ORB CT) * 수술 전 검사	<ul style="list-style-type: none"> • (행위별수가제) 비급여로 비용의 전부(약 10만 원)를 환자가 부담 • (포괄수가제) 급여화로 비용의 20%인 약 2만 원만 환자가 부담 (약 8만 원 정도의 환자 본인부담 감소)
편도·아데노이드 수술	코블레이터 (coblator) * 수술 시 사용하는 기구	<ul style="list-style-type: none"> • (행위별수가제) 비급여로 비용의 전부(약 20만~30만 원)를 환자가 부담 • (포괄수가제) 급여화로 비용의 20%인 약 4만~6만 원만 환자가 부담 (약 16만~24만 원 정도의 환자 본인부담 감소)
맹장수술	창상봉합용 액상접착제 * 수술 시 피부를 봉합할 때 사용	<ul style="list-style-type: none"> • (행위별수가제) 비급여로 비용의 전부(약 5만~7만 원)를 환자가 부담 • (포괄수가제) 비용의 20%인 약 1만~1만4000원만 환자가 부담 (약 4만~5만6000원 정도의 환자 본인부담 감소)
자궁수술	유착방지제 * 수술 시 절제한 수술 부위 주위 조직의 유착 방지를 위해 사용	<ul style="list-style-type: none"> • (행위별수가제) 비급여로 비용의 전부(약 30만 원)를 환자가 부담 • (포괄수가제) 비용의 20%인 약 6만 원만을 환자가 부담 (약 24만 원 정도의 환자 본인부담 감소)

3. 포괄수가제, 충분한 준비는 되었는지요?

우리나라에서도 정부 및 학계에서 그동안 포괄수가제에 대해 많은 연구와 논의를 해왔습니다. 1997년 2월부터 2001년 12월까지 5년간 시범사업을 거쳐 한국형 포괄수가제 모형을 개발하였고, 2002년부터 10년간 의료기관의 자율적 참여에 의해 포괄수가제를 시행해왔습니다.

이러한 제도 운영 경험과 근거를 토대로 2011년 8월 ‘보건의료미래위원회’에서는 보건의료 개혁을 위한 10대 정책 제언의 하나로 현행 행위별수가제를 포괄수가제로 개편할 것을 정부에 권고하였습니다. 현재 부분적으로 실시하고 있는 포괄수가제를 향후 5년간 단계적으로 확대하되, 학계, 전문가, 의료계가 참여하는 추진체계를 구성하여 지불제도 개편과 관련한 구체적인 사항들을 논의하자는 제안입니다.

이에 따라 대한의사협회(의협), 병원협회(병협) 등 각계에서 추천한 전문가로 ‘포괄수가발전협의체’를 구성하여 2011년 9월부터 총 7차례 회의를 개최하였고, 이어 건강보험과 관련된 최고의 의사결정기구인 ‘건강보험정책심의위원회(이하 건정심)’에서 의협, 병협이 참여한 가운데 포괄수가제의 확대 시행방안과 중·장기 로드맵을 심의, 의결하였습니다.

포괄수가제 발전방안의 추진 방향 : 건정심 의결 안건 발췌

- 입원 환자에 대해 비보험, 비급여를 포함하는 포괄수가제를 확대해 보장성을 높이고 재정 소요의 예측 가능성을 제고
- 7개 질병군은 정책 효과를 제대로 평가하기 위해 우선 확대하고, 중·장기 포괄수가 개선방안은 국민, 의료계와 공감대를 마련하며 추진
- 의료계가 필요한 연구를 실시하되, 정부가 연구비용을 지원하여 의료계가 책임감 있게 참여할 수 있도록 협력 강화

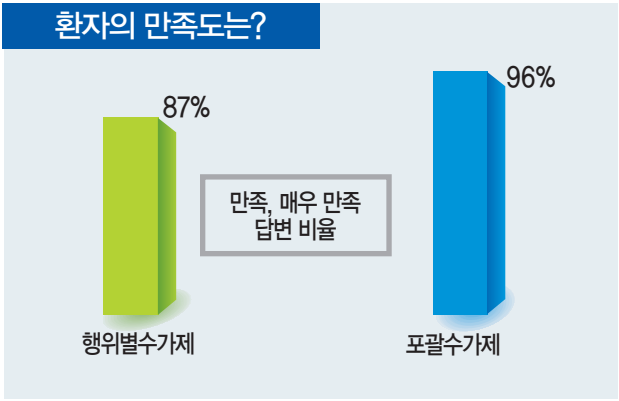
이렇게 만들어진 로드맵을 바탕으로 포괄수가제 당면 적용 확대를 위한 사전준비를 관련 4개 진료과(안과, 산부인과, 외과, 이비인후과) 학회, 협회 등 전문가들과 함께 시행해왔습니다. 포괄수가제 세부 추진방안에 대한 의료계의 의견 수렴을 목적으로 개최한 각종 회의 및 간담회가 올해만 무려 37회에 이를 정도입니다. 이렇게 많은 노력을 기울여왔고, 의료계 또한 준비 과정에 적극적으로 참여해왔기에 7개 질병군 포괄수가제 확대 시행을 위한 준비는 충분하다고 판단됩니다.

- (4개 진료과) 7개 질병군 환자분류체계 전문가 자문회의 11회
- (지역의사회) 현장 의사들의 의견 청취를 위한 간담회 20회
- (포괄수가발전협의체) 자문 3회
- (질병군전문평가위원회) 보고 3회
- (연구용역) 분류체계 개정, 임상진료지침 마련 등 연구용역에 의료계가 주도적으로 참여

또한 그간의 경험을 통해서도 포괄수가제의 장점과 실행 가능성은 충분히 검증되었다고 봅니다. 이렇게 선택적으로 포괄수가제를 적용하고 있는 상황에서도 2011년 말 기준 총 3282개 의료기관 중 71.5%인 2347개 기관이 이미 포괄수가제를 선택하여 운영하고 있으며, 특히 의원인 경우에는 총 2511개소 가운데 83.5%인 2096개소가 포괄수가제에 참여하고 있습니다. 반면, 의료의 질 저하와 같은 우려되었던 부작용들은 실제 의료 현장에서 거의 발생하지 않은 것으로 나타났습니다.

4. 그동안 병원이 행위별수가제와 포괄수가제 중에서 선택토록 해왔는데, 이에 대한 환자의 만족도는 어땠나요?

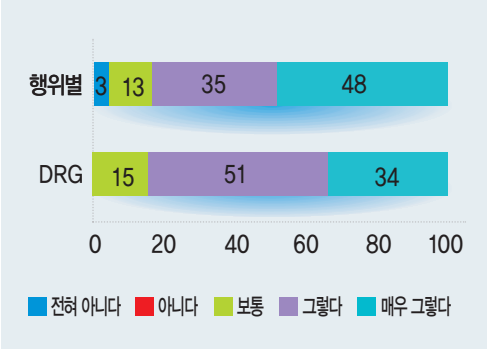
의료진의 진료 과정, 검사의 신속성 등 의료 서비스의 만족도를 조사한 결과, 포괄수가제 병원에서 진료 받은 환자가 전체적인 의료 서비스에 대해 더 높은 만족을 느끼는 것으로 나왔습니다.



※ 자료 : 7개 질병군 포괄수가제도 발전방안 연구(충북대 · 서울대 산학협력단, 2009)

설문1. 의사가 치료 과정 및 결과에 대해 자세히 설명해주었습니까?

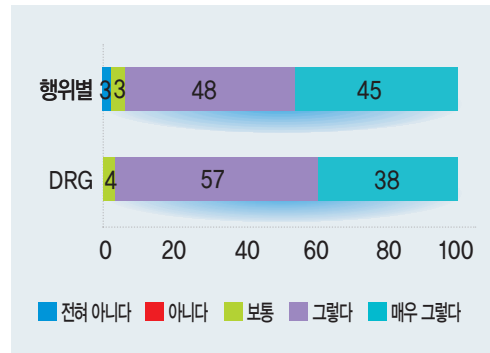
항목	포괄수가제(DRG)	행위별수가제
전혀 아니다	0%	3%
아니다	0%	0%
보통	15%	13%
그렇다	51%	35%
매우 그렇다	34%	48%
계	100%	100%



☞ 치료 과정과 결과에 대해 자세한 설명을 들었다(그렇다, 매우 그렇다)고 한 응답자의 비율은 포괄수가제 시행 병원이 85%로 행위별수가제 시행 병원의 83%보다 높게 나타났습니다.

설문2. 검사는 신속하게 이루어졌습니까?

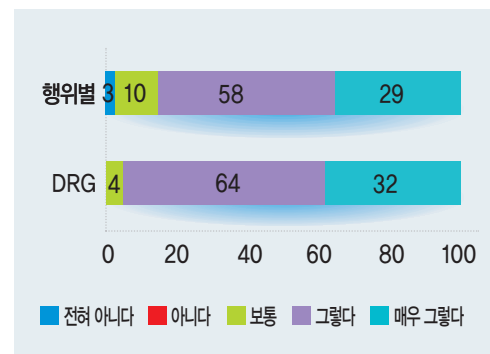
항목	포괄수가제(DRG)	행위별수가제
전혀 아니다	0%	3%
아니다	0%	0%
보통	4%	3%
그렇다	57%	48%
매우 그렇다	38%	45%
계	100%	100%



☞ 검사가 신속하게 이루어졌다(그렇다, 매우 그렇다)고 한 응답자의 비율은 포괄수가제 시행 병원이 95%로 행위별수가제 시행 병원의 93%보다 높게 나타났습니다.

설문3. 이 병원에서 제공되는 의료 서비스에 대해서 만족하십니까?

항목	포괄수가제(DRG)	행위별수가제
전혀 아니다	0%	3%
아니다	0%	0%
보통	4%	10%
그렇다	64%	58%
매우 그렇다	32%	29%
계	100%	100%



☞ 병원에서 제공한 의료 서비스에 만족한다(그렇다, 매우 그렇다)고 한 응답자의 비율은 포괄수가제 시행 병원이 96%로 행위별수가제 시행 병원의 87%보다 높게 나타났습니다.

II

포괄수가제, 오해와 진실

1. 포괄수가제 관련 국민들의 9대 오해와 진실

연번	오 해	진 실
1	백내장 수술비가 낮아져서 의사들이 싸구려 렌즈를 쓸 수밖에 없다.	백내장 수술 가격은 48종이며, 포괄수가제하에서도 렌즈 가격에 따라 총액이 달리 책정돼 있어 환자의 상태에 따라 적절한 렌즈를 선택하여 사용할 수 있습니다.
2	제왕절개 분만이나 맹장수술 후 환자가 원해도 무통주사를 못 맞는다.	무통주사는 현재도 환자가 비용을 전액 부담하는 비급여 진료이며, 포괄수가제하에서도 마찬가지로 비급여로 맞을 수 있습니다.
3	맹장수술 할 때 복강경 수술비가 비싸 병원에서는 개복수술만 할 것이다.	복강경을 하면 개복수술보다 의료기관이 40만~50만 원을 더 받을 수 있으므로 필요에 따라 복강경과 개복수술 중 선택할 수 있습니다.
4	싼 봉합실을 써서 수술 후 상처가 굵는 등 합병증 가능성이 높아진다.	식약청에서 안전성과 유효성을 검증한 제품만 사용 가능하며, 상처를 굵게 하는 봉합실은 식약청이 애초에 허가를 하지 않습니다.
5	포괄수가제를 하더라도 선택진료료, 상급 병실료, 초음파는 여전히 보험이 안 되기 때문에 국민의 병원비 부담은 줄지 않을 수도 있다.	아닙니다. 포괄수가제하에서는 행위별수가제에서 보험이 적용되지 않던 처치, 약제, 재료 등을 보험으로 적용하여 평균 환자 부담이 21% 줄어듭니다. 다만 선택진료료, 상급 병실료 차액, 초음파는 포괄수가제가 당연 적용이 되어도 여전히 비급여로 환자가 전액 본인 부담하여 선택할 수 있습니다.
6	미리 비용을 정해놓은 산부인과의원에서 정말 영양가 있는 미역국을 먹을 수 없다.	사실이 아닙니다. 행위별수가제를 적용하는 경우와 다르지 않습니다. 환자의 선호에 따라 영양식 등을 선택할 수 있고 별도로 50%를 부담토록 되어 있습니다.
7	포괄수가제로 질이 떨어지면 고급의료에 대한 수요가 늘어나 의료 민영화를 부추킨다.	포괄수가제 확대는 의료 민영화와는 전혀 관계가 없습니다. '의료 민영화 저지 범국민운동본부' 소속의 시민단체 및 조합, 협회 등에서 포괄수가제 도입을 적극 찬성하고 있습니다. 정부는 건강보험의 사회안전망으로서의 역할을 강화하는 방향으로 정책을 추진해나갈 계획입니다.
8	병원이 수익을 많이 남기기 위해 환자가 낫기도 전에 퇴원시킨다.	질병별로 적절한 입원 일수를 정해놓고 그보다 일찍 환자를 퇴원시키면 병원의 이익이 상대적으로 줄어들게 하여 충분한 치료가 이루어지도록 하고 있습니다.
9	수술비가 한 가지로 고정돼 있으니 무조건 정해진 치료만 받아야 한다.	환자 상태에 따라 치료법과 수술비가 달라지며, 병원 규모까지 가격에 반영돼 수술비 종류는 총 312개가 됩니다.

2. 포괄수가제를 하면 의료의 질이 떨어진다고요?

1 고비용이 의료의 질을 보장하지는 않습니다

검사를 많이 하고, 비싼 약을 먹고, 항생제를 많이 투여하면 더 안전하고 질 높은 의료 서비스일까요? 아닙니다. 의료 서비스 제공량을 늘리고 비용을 많이 투자한다고 해서 의료의 질이 향상되지는 않습니다.

한 가지 예로 '수술 후 예방적 차원에서 투여하는 항생제는 첫 투여 시기가 적절하다면 대개의 경우 1회의 투여로 충분'하며, 더 많은 횟수를 투여한다고 해서 감염 발생이 줄어들지 않는다는 것이 중론입니다. 어린이가 CT를 여러 번 촬영해 방사능에 많이 노출되면 뇌종양, 백혈병 등 암에 걸릴 위험이 높아진다는 연구 결과도 있습니다.

이와 같이 적정 수준을 넘어선 과도한 검사나 투약, 시술 등은 국민 건강에 도움이 되지 않을 뿐더러 때로는 해를 끼치기도 합니다. 이것이 바로 포괄수가제를 도입하는 중요한 이유 중 하나입니다. 구조적으로 과잉진료를 유발하는 경향이 있는 행위별수가제의 문제점을 극복하고, 적정 진료가 이루어지도록 의료 이용을 합리화하는 것입니다.

최근 포괄수가제 확대에 따른 의료의 질 저하를 우려하는 목소리가 높아지고 있습니다. 그러나 역설적이게도 포괄수가제를 처음으로 도입한 나라는 의료의 질이 세계 최고 수준인 미국입니다. 미국은 1983년부터 공보험인 메디케어에서 포괄수가제를 도입하여 시행하고 있습니다만, 세계적 연구기관인 RAND에서 수행한 대규모 연구 결과에 따르면 진료 과정(Process)과 결과(Outcome)에서 질적 저하는 발견되지 않았습니다.

2 의료의 질 저하는 나타나지 않았습니다

우리나라에서 2002년부터 2007년까지 포괄수가제를 시행한 결과를 분석한 결과에서도 역시 의료의 질 저하는 나타나지 않았습니다.

포괄수가제 대상 7개 질병군의 진료 자료를 분석한 결과, 행위별수가제 병원과 포괄수가제 병원의 재입원을 차이는 거의 존재하지 않았습니다. 특히 연도별로도 큰 차이를 보이지 않는 것으로 나타나 포괄수가제에서도 의료 서비스의 질이 일정하게 유지되고 있는 것을 알 수 있습니다.

일선 의료 현장에 계신 우리나라 의사 선생님들 대부분은 진료비 지불방식과 상관 없이 최선의 진료를 하고 있다는 것을 알 수 있는 대목입니다.

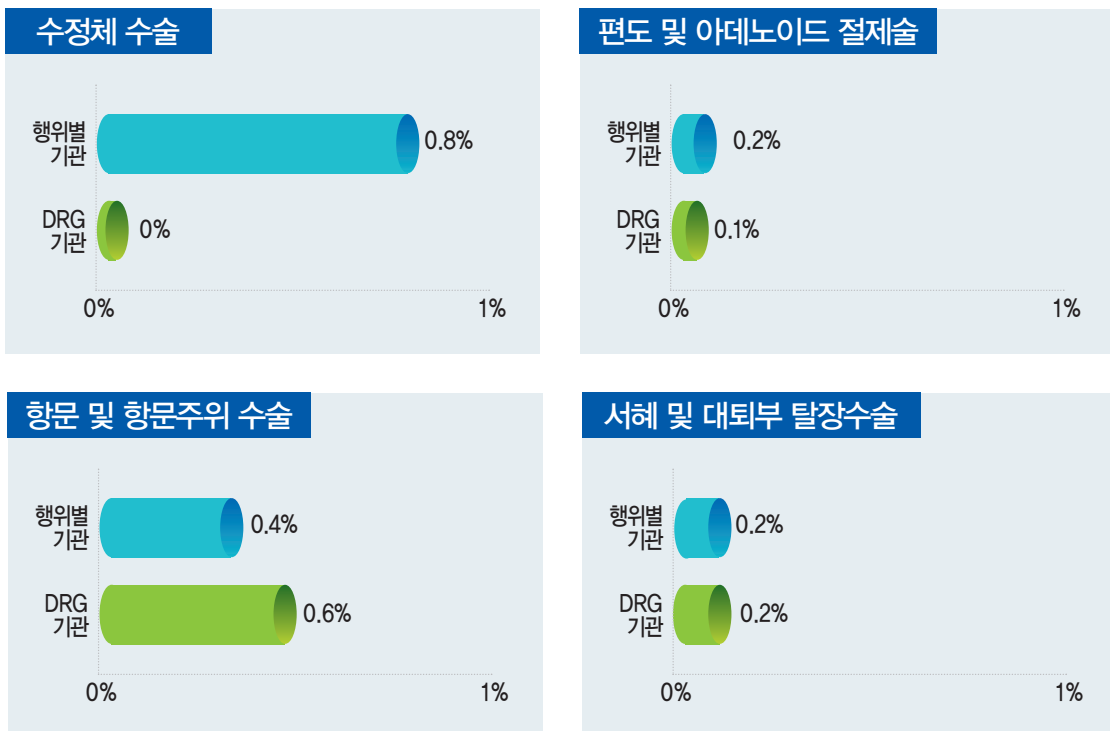
또한 7개 입원 환자에 대한 수술 건수나 진료 수준이 높은 ‘전문병원’ 대부분이 현재 포괄수가제에 자발적으로 참여하고 있는 것을 보더라도, 포괄수가제와 의료 서비스의 질 저하가 무관함을 알 수 있습니다.

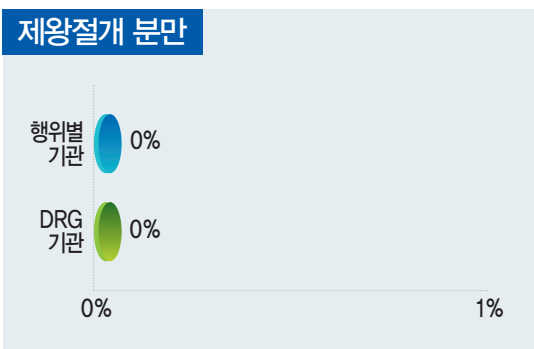
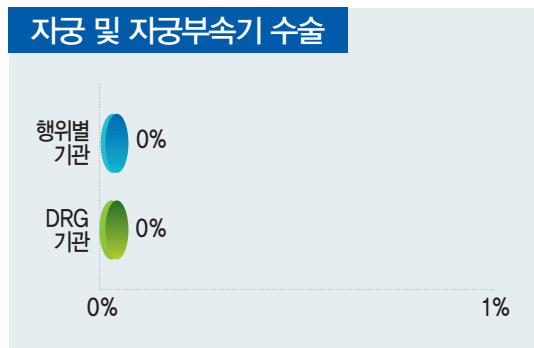
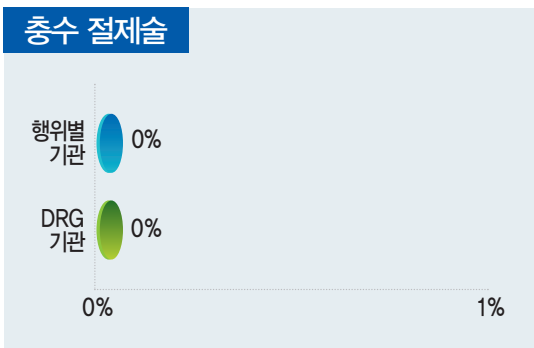
* 대장항문외과 4개, 안과 8개 전문병원은 전부 참여, 산부인과는 13개 중 9개, 이비인후과는 2개 중 1개 참여

포괄수가제 병원과 행위별수가제 병원의 재입원을 비교

포괄수가제(DRG) 병원과 행위별수가제 병원의 질병군별 재입원율(2002~2007년)

※ 자료 : 7개 질병군 포괄수가제도 발전방안 연구(충북대 · 서울대 산학협력단, 2009)





☞ 7개 질환군의 재입원율은 대부분 포괄수가제 시행 기관이 낮거나 행위별수가제 시행 기관과 동일하였으며, 항문 및 항문 주위 수술의 경우에만 조금 높게 나타났으나 큰 차이를 보이지는 않았습니다.

3 충분한 안전장치를 마련하겠습니다

포괄수가제 적용 대상인 7개 질병군은 상대적으로 그 시술 난이도가 높지 않고 실제 입원 일수, 비용의 편차도 크지 않아 전체 의료기관으로 확대 시행하더라도 진료의 질이 낮아질 우려는 크지 않다는 것이 보건정책 전문가들의 의견입니다.

그러나 만에 하나 의료의 질이 저하되지 않도록 포괄수가 적용 환자의 의료 서비스 수준에 대한 질 평가를 강화하는 등 안전장치를 마련하였습니다.

의료계와 합의하여 7개 질병군 진료의 질 관리에 반드시 필요한 18개 지표(수술 전 필수검사 실시율, 수술 전 항생제 사용률, 입원 중 감염률 및 합병증 발생률, 퇴원 후 재입원율, 응급실 이용률 등)를 이미 선정하고, 7월 1일부터 평가를 시작하기로 하였습니다. 또한 의료기관의 성과에 따라 가감지급 방식으로 진료비를 보상하거

나, 다음 번 수가 계약 시에 평가 결과를 반영하여 의료의 질이 적절히 유지될 수 있도록 하겠습니다.

그 외에도 임상진료지침 및 병원 내 임상경로 등의 개발과 교육, 보급, 확대 등을 과감히 지원하는 등 의료계가 자발적으로 질 향상 노력을 할 수 있는 여건을 조성해 나가겠습니다.

※ 대한의사협회에서 언급한 캐나다 사망률 증가 사례는 사실과 다릅니다!

의협은 포괄수가제를 전면 도입한 캐나다에서 의료사고 사망률이 증가하고 이후 증가된 사망률이 유지되었다고 합니다.

하지만 캐나다 사례 관련 논문은 1983년 기준 자료의 환자들을 대상으로 한 것으로서 이 당시는 캐나다가 DRG를 도입하기 훨씬 이전 시점이기 때문에 논문의 신뢰성을 인정할 수 없다고 합니다(근거문헌 : 다나 포지온(Dana A) 2004년도 보건의료재정 논문집(Journal of Health Care Finance; Fall 2004;31,1).

또한 논문의 질 지표가 되는 OECD 통계는 OECD HCQI 팀장(Niek Klazinga)으로부터 부적절한 방법론이라는 지적이 있었다고 하며, 해당 논문의 저자인 Dana 교수 스스로가 얼마 전 개최되었던 ‘유럽, 미국, 호주, 한국 DRG 지불제도 국제 심포지엄’ (5월 21일, 코엑스)에 직접 방문해 자신의 논문의 결론을 캐나다에서 의료의 질 저하가 있었다는 식으로 해석하지 말 것을 공개적으로 언급한 바 있습니다.



“독일, 질병별 진료비 표준화해 과잉 의료 못해”

“독일이 지난 2004년부터 전면 실시하고 있는 포괄수가제(DRG)로 병원 경영이 굉장히 투명해졌다.”

“특정 병원이 수익을 내기 위해 과잉 진료를 하거나 환자들이 특별한 이유 없이 병원에 더 있겠다고 요청해도 진료 내용, 입원 일수 등이 표준화돼 있어 거의 불가능하다.”

- 크리스티안 켈러(프랑크푸르트 인근 디부르크병원 원장)

“포괄수가제를 적용한다고 해서 의료의 질이 떨어진다는 것은 이해할 수 없는 논리.”

“포괄수가제를 진료 과정에서 기본 지침서로 생각하고 있다.”

“환자들도 어느 병원에 가든 표준화된 진료를 받을 수 있어 긍정적.”

- 미하엘 발츠(디부르크병원 내과 전문의)

“독일에서 포괄수가제가 시행되고 나서 의료의 질이 떨어졌다는 보고서는 단 한 번도 나온 적이 없다. 오히려 상향 평준화하고 있다.”

- 요아힘 포일라르트

(독일 7개 질병금고 중 하나인 ‘바르머’(BARMER)의 건강보험급여 담당자)

“분명한 건 포괄수가제 시행으로 의료비의 급격한 증가는 막을 수 있었다는 점.”

“병원 경영이 투명해지면서 건강보험 재정에 대한 예측이 어느 정도 가능해지는 등 장점이 많아 독일은 포괄수가제에 만족하고 있다.”

- 카를 게오르크 볼프, ‘바르머’(BARMER) 대표

2011.2.6. 한겨레신문 보도 내용에서 발췌

3. 신의료기술 도입이 어려워진다는 지적이 있는데요?

의료계에서는 ‘포괄수가를 적용하는 질병군 치료에 신의료기술 도입이 필요한데도 이것을 수가에 반영하지 않을 것’이라는 우려를 하고 있습니다. 그러나 포괄수가제에서도 안전성과 유효성이 입증된 신의료기술은 보상받을 수 있는 길은 열려 있으며, 포괄수가제가 신의료기술 발전을 저해한다는 뚜렷한 증거는 없습니다.

첫째, 포괄수가제에 포함되지 않은 신의료기술도 필요한 경우 별도로 보상받을 수 있습니다.

영국, 프랑스 등은 포괄수가제에서 인정하는 항목 외에 의학적 필요성이 있어 특별한 경우에 불가피하게 사용해야 하는 치료법(항암화학요법, 방사선요법, 신장투석, 고가의 약제·기구 사용, 중환자실 치료 등)은 별도의 보상체계를 마련하여 운영하고 있습니다.

해외 사례 : DRG + 별도 보상체계

구분	영국	프랑스	독일	네덜란드
특별한 경우의 고비용 서비스 적용 항목	Chemotherapy, Radiotherapy, Renal dialysis, Diagnostic imaging, High Cost drugs	Chemotherapy, Radiotherapy, Renal dialysis, ICU, High Cost drugs	Chemotherapy, Radiotherapy, Renal dialysis, High Cost drugs / devices	ICU, Care in cooperation with practice based physicians
혁신성의 인정	○	○	○	○ (약제 분야에 한정)

* 출처: ‘유럽의 DRG 지불제도-투명성, 효율성, 서비스 질 향상을 위해’, Reinhard Busse(베를린공대 교수), 2012

우리나라도 이미 2002년부터 고시를 통해 질병별 포괄수가 외에 별도로 비급여로 보상받을 수 있는 신의료기술 항목들을 규정하여, 의료진이 환자 진료에 필요한 최선의 판단과 진료를 할 수 있도록 하고 있습니다.

포괄수가제에서 별도 비급여 인정 항목* 예

진료과목	질병군	구분	적용일
산부인과	제왕절개	산전 태아의 선천성 기형 진단 (양수 아세틸콜린에스터라제 Amniotic Fluid Acetylcholinesterase 등)	2002. 10. 1
안과	백내장	백내장 수술에 조절성 인공수정체 사용 (조절성 인공수정체인 ACRYSOF RESTOR MULTI-PIECE IOL 등)	2010. 8. 1
외과	탈장	통증을 조절하기 위해 국소마취제를 주입 (개흉·개복술 부위 지속적 국소마취제 투여법 등)	2011. 4. 1

* 검사, 영상진단 및 방사선 치료, 주사 및 마취료 등 총 53건 중 진료과목별 발체(2012년 4월 기준)

둘째, 비용 대비 효과가 입증된 신의료기술은 과감히 포괄수가에 포함하여 보험급여 혜택을 받을 수 있도록 할 예정입니다. 정기적인 포괄수가 조정을 통해 이러한 신의료기술의 비용을 반영하여 국민들이 기술적 진보로 얻는 혜택을 신속히 누릴 수 있도록 하겠습니다.

셋째, 특정한 지불제도가 신의료기술 발전에 결정적인 영향을 미치지 않으며, 신의료기술이 모두 국민 건강에 도움이 되는 것도 아닙니다. 오히려 최근에는 행위별수가제하에서 한국의 신의료기술 발전은 진료 성적을 개선하는 것보다는 보험 적용을 피할 수 있는 기술 개발에 초점이 맞추어져 있다는 우려와 함께, 포괄수가제 도입이 비용 대비 효과가 높은 기술 개발에 박차를 가하는 계기가 될 것이라는 전문가 의견도 있습니다.

DRG 국제 심포지엄(2012. 5. 21) : 김선민 건강보험심사평가원 평가위원 발표자료 중

- 현재 한국의 신의료기술 발전은 행위별수가제이기 때문에 가능한 것이라기보다는 보험 적용을 피할 수 있는 기술에 초점이 맞추어져 있음.
- 척추수술의 예를 보면, 진료 성적을 개선하는 것보다는 보험을 피해서 본인 부담금 발생을 많이 하게 하는 시술이 기형적으로 발전하고 있고, CT를 급여화해놓으면 CT는 안 찍고 보험 적용이 안 되는 MRI, PET를 많이 찍는 기형적인 현상이 만들어지고 있음.
- 사례로 돌아가면 CT, MRI, PET는 모두 쓰임새가 다를 뿐 어느 한 기술이 다른 기술에 비해서 우수한 것이라 할 수 없음. 그럼에도 불구하고 더 비싼 기술이 마치 더 좋은 것처럼 여겨졌는데, 이는 보험 급여가 안 되는 기술이 마치 더 좋은 기술인 것처럼 설명하는 의사들에게도 탓이 있음. 최소한 이러한 일은 줄어들 것임.
- 따라서 DRG에 의해서 국민의 건강에 필수적인 신의료기술 발전에 저해되는 일은 없을 것임.

4. 포괄수가제 환자분류체계*에 대해 의료계의 우려가 있던데요?

* 환자분류체계 : 환자를 자원 소모나 임상적 유사성 측면에서 유사한 그룹으로 분류하는 체계

포괄수가제가 적용되는 질병군은 모두 7개이지만, 이들 7개 질병군은 환자의 중증도, 수술의 난이도 등을 고려하여 다시 여러 개의 소그룹으로 나누어집니다. 예를 들어 외과의 탈장수술은 복강경 시술 유무에 따라서 분류체계를 세분화하고, 제왕절개 분만은 태아 수(단태아, 다태아)에 따라서 세분화하는 식입니다.

현재 시행 중인 포괄수가제는 환자 그룹을 61개로 나누어 각각 다른 수가를 적용하고 있으며, 이 숫자는 올해 7월부터는 의료계의 의견을 반영하여 78개로 더 늘어납니다. 게다가 4개 의료기관 종별로 수가가 달라지므로 실제로는 총 312개의 환자분류 그룹이 있는 것입니다.

이는 선진국에 비해서도 매우 세분화된 분류체계로, 동일한 7개 질병군에 대하여 미국은 26개, 호주는 22개의 분류 그룹만을 가지고 있어 우리나라가 3배 정도 많습니다. 이 분류 개수만 보더라도 임상 현장의 의견을 최대한 반영한 것임을 알 수 있습니다.

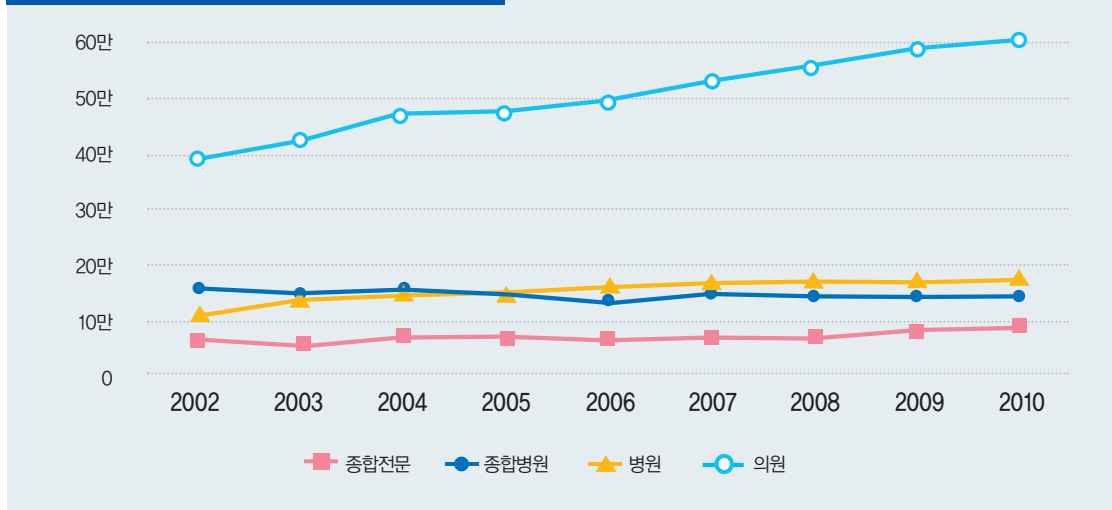
의료기술이 발전하고 질병 치료에 필요한 의료 자원의 양이 달라지면 환자분류체계 또한 달라져야 합니다. 따라서 완성된 형태의 환자분류체계는 있을 수 없으며 제도를 시행하면서 지속적으로 개선하고 보완해나가는 것이 필요합니다.

정부는 향후 포괄수가제 발전의 기반이 될 환자분류체계를 지속적으로 발전시켜나가기 위해 환자분류체계 전문위원회를 별도로 두고, 의료계의 참여와 협조하에 개정 원칙 등에 대한 기준을 마련하여 운영해나갈 계획입니다. 또한 위원회가 안정적으로 운영될 수 있도록 법적 근거를 신설(국민건강보험법 시행령 개정)하고, 세부적인 규정(환자분류체계 개발 및 관리를 위한 기준 고시)도 새롭게 정비할 예정입니다.

5. 중증 환자 기피현상이나 경증 환자의 대형병원 쏠림현상이 심해지지 않나요?

포괄수가제가 시행되면 ‘작은 병원들이 정해진 진료비 안에서 복잡한 환자를 진료하다 보면 수익이 줄어들까봐 큰 병원으로 환자를 보내버릴지도 모른다’는 우려가 있습니다. 또 ‘7개 질병군으로 입원하려는 환자들이 대형병원으로 쏠리는 현상이 심해져 오히려 국민 의료비가 늘어나는 것이 아니냐?’는 우려의 목소리도 있습니다.

7개 질병군 대상 연도별 진료 건수



그러나 7개 질병군 입원 환자의 지난 8년간의 의료기관 종별 입원진료 현황을 보면, 우려와는 달리 포괄수가제에 적극 참여하고 있는 의원과 병원은 환자가 꾸준히 증가한 반면, 종합병원급 이상의 대형병원으로의 환자 이동 현상은 나타나지 않았습니다.

포괄수가제하에서도 복잡하고 어려운 환자에 대해서는 동일한 질병이라 할지라도 더 높은 수가를 받을 수 있도록 질병 분류를 세분화하고 있습니다. 또한 의료기관이 중증 환자를 기피하지 않고 소신껏 진료할 수 있도록 정말로 진료비가 많이 발생하는 예외적인 경우에 대해서는 행위별수가제를 적용하는 방안도 검토하겠습니다.

6. 총액계약제로 가기 위한 전 단계라는 말도 있는데요?

포괄수가제가 총액계약제(총액예산제)로 가기 위한 전 단계라는 최근 의료계의 의혹 제기는 전혀 근거가 없는 이야기입니다.

보건의료미래위원회에 참여한 의료계를 포함한 각 분야 전문가들은 ‘현 지불제도는 일시에 바꿀 수 있는 제도가 아니므로 우리 현실에 적합한 제도를 설계’해나가기로 합의했습니다. 그 결과물이 포괄수가제의 단계적 확대였습니다.

민간 병상이 90%가 넘는 의료 자원의 특성과 건강보험 보장성이 충분하지 않다는 점 등 한국의 의료제도 특성을 고려할 때, 총액계약제 도입은 그 논의조차 시기상조라는 의견이 있었으며, ‘거시적 의료비 관리체계 도입방안’을 중·장기 과제로 연구하여 한국형 모형에 대해서 학계와의 논의를 시작해보자는 정도의 권고가 있었습니다.

참고로 모든 지불제도에는 각기 지향하는 특성이 있으며, 포괄수가제와 총액계약제는 제도 운영상 아래와 같은 차이가 있음을 알려드립니다. 포괄수가제는 병원 진료의 투명성과 기술적 효율성을 증가시키고, 미래 의료비용에 대한 예측 가능성을 높이기 위해 도입하는 것이며, 의료 행위의 총량이나 비용을 통제하기 위한 것이 주된 도입 목적이 아닙니다.

지불 제도별 장단점

구 분	행위 수		비용 통제	기술적 효율성	의료의 질	행정 간소화	투명성
	case 수	service 수					
행위별수가	+	+	-	0	0	-	0
DRG 수가	+	-	0	+	0	-	+
총액예산제	-	-	+	0	0	+	-

* 자료 : DRG in Europe, R.Busse et al., 2011, 13쪽, (+) 증가, (-) 감소, (0) 중립 또는 불명확

Ⅲ

포괄수가제, 차질 없이 시행하겠습니다

■ 포괄수가제, 오는 7월부터 전체 병·의원으로 확대합니다.

포괄수가제가 적용되는 7개 질병군에 대한 처치는 발생 빈도가 높고 비교적 합병증이 적은 간단한 외과적 수술에 속합니다. 또한 수술하는 의사들 간에 진료방식에 대한 논란이 적을 뿐만 아니라 진료비 편차가 크지 않다는 특징이 있습니다.

특히 7개 질병군의 경우 우리나라에서 시범사업 기간을 포함하여 시행된 지 벌써 15년이 경과하였으며, 그동안 많은 운영 경험과 노하우가 축적된 상태이므로 이 질병군들에 대해 우선적으로 실시하는 것입니다.

다만 종합병원, 상급종합병원까지 적용하는 것은 진료 내역이 복잡해질 수 있다는 점을 고려해 1년 더 준비기간을 거쳐 내년 7월부터 실시할 예정입니다. 중증 환자에 대한 보상체계, 특수한 환자에 대한 포괄수가 적용 제외요건 구체화, 정기적인 수가 조정기전 확립 등을 철저히 준비해나가겠습니다.

■ 전문가 의견을 충분히 수렴하여 지속적으로 보완·발전시켜나가겠습니다.

금년 7월1일부터 지방의료원 등 공공의료기관을 대상으로 7개 질병군 외에 다양한 질병에 대한 포괄수가제를 시범적으로 적용할 계획이며, 이를 통해 제도를 지속적으로 보완할 예정입니다.

또한 건정심에서 의결한 포괄수가제 발전을 위한 중·장기 과제들을 차질 없이 시행하도록 하겠습니다. 환자분류체계 정비, 표준임상진료지침 개발 확대, 수가체계 개편, 의사·병원비용의 구분 등 다양한 사안들에 대해 최선의 실행방안이 도출될 수 있도록 하겠습니다. 이 과정에서 의료계 등 전문가와 지속적으로 대화하고, 합리적인 의견은 적극 수용하여 제도 개선에 반영해나갈 계획입니다.

포괄수가제 중·장기 과제

구 분	추진기한	내 용
질병군 환자분류체계 전면 재정비	~2013년 (제도화)	의료계가 주도해 중증도, 연령 보정, 다양한 처치 등을 반영한 전면 개정안을 마련(건보법 시행령에 근거 마련해 제도화 예정)
표준임상진료지침 개발 확대	계속	의료계가 주도해 다빈도 입원 질환에 대해 우선적으로 입원적응증, 검사, 치료방법 등을 포함해 지침을 개발토록 지원 (의협, 병협 매칭펀드 방식 지원/매년 20억 규모)
원가 기반 수가 책정 체계 구축	~2013년	의료계와 국민건강보험공단의 공동 연구를 통해 지속가능한 비용 수집체계 (자료 제공에 대한 충분한 보상 등)와 수가 책정 기전 및 조정 계수 (가칭 포괄수가용 환산지수)를 마련 * 국민건강보험공단에서 발주
의사·병원비용의 명확한 구분	~2014년	의협, 병협에 연구과제를 발주해 의사·병원비용을 명확히 구분할 수 방안을 마련 * 심평원에서 발주
통합모형 및 운영체계 구축	~2016년	공공의료기관 대상 시범적용 결과와 현행 포괄수가 모형을 비교분석하여 (모형타당성, 비용, 질 수준, 효율화 정도, 보장성 효과 등) 통합모형안 마련

IV

이용방법 및 문의 관련

- 올해 7월 1일부터 7개 질병군(백내장수술, 편도수술, 맹장수술, 탈장수술, 치질수술, 제왕절개 분만, 자궁수술)에 해당되는 환자는 해당 진료를 하는 동네 병원이나 의원으로 가세요.
- 병원이나 의원에서 7개 질병군으로 수술을 받고 난 뒤 병원비를 계산할 때 저절로 포괄수가제가 적용됩니다. 단, 종합병원과 상급 종합병원과 같은 큰 병원은 2013년 6월까지의 신청한 곳에 한해서만 포괄수가제 적용을 받으실 수 있습니다.
- 큰 병원을 이용해야 하는 경우에는 포괄수가제에 참여하는 병원인지 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr)나 스마트폰 앱 '병원정보'를 통해 미리 확인해보실 수 있습니다.

포괄수가제 적용 병원 찾기

- ① 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr)
▷정보 ▷병원약국 찾기 ▷특수병원 ▷특정분야 ▷질병군(DRG)적용병원
- ② 스마트폰 앱 '병원정보'
특수병원별 ▷특정분야별 찾기 ▷질병군(DRG) 적용 병원

전화 문의

건강보험심사평가원 고객센터 : 1644-2000
국민건강보험공단 고객센터 : 1577-1000

청와대 정책소식 과일호

제124호 교통정책, 이렇게 개선되었습니다
 제123호 서민과 중소기업을 위해 불공정거래를 개선했습니다
 제122호 이명박 정부의 복지정책과 성과
 제121호 대한민국, 세계가 평가하다
 제120호 장애인 고용 종합대책
 제119호 이동신문고, 국민 고충 현장 해결사
 제118호 이제, 물 확보 여부가 경쟁력을 좌우합니다
 제117호 올해 5월부터 연대보증 제도가 개선됩니다
 제116호 공공기관 이전, 4대강, 지역인재 채용 등 지방시대가 열리고 있습니다
 제115호 이명박 정부 4년, 경제 분야 주요 성과
 제114호 더 평화롭고 안전한 세상을 위한 2012 서울 핵안보정상회의
 제113호 중소기업을 위한 한미 FTA 100% 활용하기
 제112호 2012년 이런 정책들을 추진합니다 <22개 부처 및 4개 위원회 업무계획>
 제111호 3월 2일 농협이 새롭게 태어납니다
 제110호 학교폭력 반드시 해결하겠습니다
 제109호 <전통시장 온누리 상품권> 좋은 물건도 사고 전통시장을 살리는 착한 소비입니다
 제108호 한미 FTA, 정확히 아시나요?
 제107호 <광역경제권정책 4년> 지역발전을 이끌어가고 있습니다
 제106호 공기업들이 녹색도시·녹색건축으로 '지방시대'를 엮니다
 제105호 내년에는 국민 세금을 주로 일자리와 복지에 쓰겠습니다(2012년 예산안)
 제104호 국민 권익보호 현장 속으로 찾아갑니다
 제103호 4대강 새물결 준비되었습니다
 제102호 서민 체감경기 개선에 최선을 다하겠습니다
 제101호 만5세 어린이들도 의무교육의 혜택을 받게 됩니다
 제100호 한국 경제 성적표(G20 국가와 비교)
 제99호 서민과 소외계층의 안전한 '여름나기'를 최대한 돕겠습니다
 제98호 이명박 정부가 14년 동안 유예돼 온 복수노조 제도를 노사정 합의로 시행합니다
 제97호 소외되었던 이웃 2만3669명이 다시 웃었습니다
 제96호 '전관예우' 이렇게 뿌리뽑겠습니다
 제95호 공공기관 지방이전 서두르겠습니다
 제94호 지역발전정책을 종합적으로 추진하고 있습니다
 제93호 대법원, 한강살리기 집행정지 신청 기각
 제92호 베이비붐 세대는 국가 발전과 가치 창출의 소중한 자산입니다
 제91호 "농협 선진화" 이렇게 준비하겠습니다
 제90호 기후 급변과 국정 대응방안
 제89호 서울정상회의의 성과 계승 및 발전을 위한 G20 재무장관 중앙은행총재 회의 주요결과
 제88호 선진 대한민국, 반드시 해내겠습니다 (이명박 정부 3년, 성과와 과제)
 제87호 지금은 서민 복지에 전력을 다할 때입니다
 제86호 구제역, 국민과 정부가 힘을 합쳐 극복해 나가고 있습니다

제85호 서민물가를 반드시 안정시키겠습니다
 제84호 법원이 4대강 살리기 사업의 타당성과 효과를 전부 인정했습니다
 제83호 2011 정부부처 업무보고
 제82호 2011 정부부처 업무보고
 제81호 2011 정부부처 업무보고
 제80호 법원이 한강살리기 사업의 타당성과 효과를 전부 인정했습니다
 제79호 입학사정관제, 이렇게 내실을 기하겠습니다
 제78호 세계 최대 시장을 연 한, EU-FTA
 제77호 인허가 규제에 틀이 100여년 만에 새롭게 바뀝니다
 제76호 4대강 사업 예산의 오해와 진실
 제75호 녹색성장을 실천하는 폐휴대폰 재활용
 제74호 디지털방송 전환, 지금부터 준비하세요
 제73호 4대강의 진실
 제72호 1조 2천억원 규모의 농경지 리모델링 사업
 제71호 내년 예산! 서민희망예산으로 준비했습니다
 제70호 국민의 토지이용불편이 이렇게 개선됩니다
 제69호 서민의 금융 애로를 해결하겠습니다
 제68호 서서히 모습을 드러내는 4대강 살리기 사업
 제67호 규제개혁 2년 반 이렇게 달라졌습니다
 제66호 다문화가족과 함께 하는 따뜻하고 열린 사회
 특집호 물, 강, 그리고 생명이야기
 제65호 서울 G20 정상회의의 중요성과 의의
 제64호 경제회복의 온기를 서민경제로 확산
 제63호 나라를 위해 희생한 분들에 대한 보상과 지원
 제62호 대한민국의 녹색희망, 새만금
 제61호 서민이 편해지는 생활공감정책
 제60호 서민일자리창출을 위한 정책기반 확충
 제59호 사회복지통합관리망
 제58호 우리고유의 맛과 멋- 한식세계화
 제57호 현재 세계시장 점유율 2.4% 컨텐츠산업
 제56호 내 집 마련의 꿈을 현실로- 보금자리주택
 제55호 죽어가는 4대강, 지금 꼭 살려야 합니다
 제54호 건강한 국민생활을 위한 환경성 질환 대책
 제53호 리베이트 근절을 통한 제약산업발전 정책
 제52호 대한민국 기술명장을 길러내는 마이스터고
 제51호 세계가 주목한 정상외교 2년

청와대 정책소식 _ 2009년 2월 23일 창간

퍼낸이 _ 이동우 기획관리실장

역은이 _ 최원목 국정과제1 비서관

대통령실 _ 서울 종로구 청와대로 1

이 책은 저작권법에 따라 보호받는 저작물이므로

이 책 내용의 일부 또는 전부를 인용하려면 출처를 명기하여야 합니다.

<비매품>

본 책자는 청와대 홈페이지 (www.president.go.kr)에서도 보실 수 있습니다.



대통령실