

# 미국 CMS가 수행하는 표본심사제도와 자발적 공개 프로그램의 개요 및 시사점



김선미 주임연구원  
건강보험심사평가원 심사평가연구팀

## Key Point

- ☑ 미국은 의료비 심사에서 시간적·물리적 제약을 감안하여 표본심사를 도입함.
- ☑ 미국은 자발적 공개 프로그램을 통해 의료기관에게 심사의 자율성을 부여함.
- ☑ 한국의 심사체계 개편 측면에서 위와 같은 제도는 좋은 예시가 될 수 있음.

**Key Word** 미국의 경향심사, 자발적 공개제도

## 1. 들어가며

최근 건강보험심사평가원에서는 건별심사를 기관별 심사로 전환하기 위한 심사체계 개편이 화두가 되고 있다. 진료비심사 물량의 증가, 비급여의 급여화 정책 등 보건의료환경변화로 인해 건별심사로는 대응하기 어려운 시점에 도달하였다. 또한 건별심사의 비투명성, 비일관성에 대한 의료기관의 지속적인 문제제기가 있었다. 이에 따라 의료기관에게는 자율성을 부여하고, 진료패턴 모니터링을 통해 평균추세 범위를 벗어나는 기관을 중점적으로 심사하는 경향심사가 주요하게 논의되고 있다. 즉, 건 단위 심사에서 기관단위 심사로의 전환이 검토됨에 따라 외국의 사례를 벤치마킹할 필요성이 제기되었다.

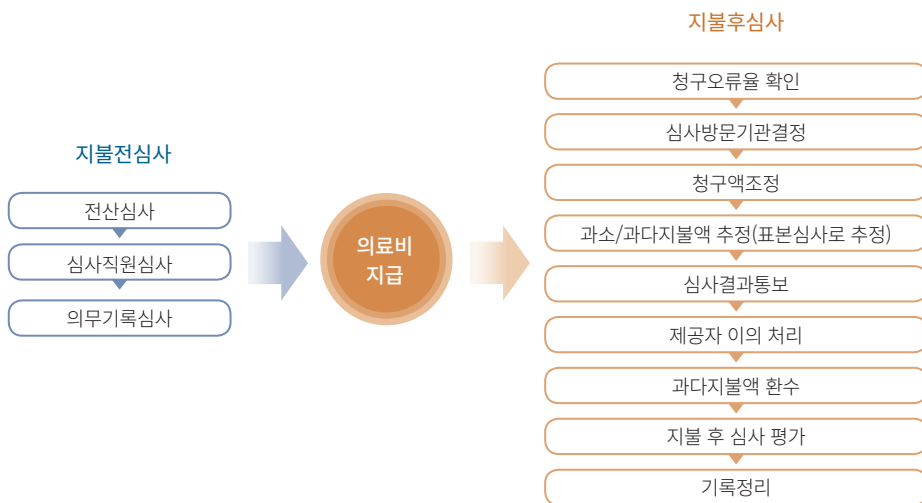
대만과 미국은 심사과정의 시간적·물리적 제약을 고려한 후 표본심사를 도입하여 심사업무의 효율성을 높이고 있다. 표본심사는 심사체계 개편 과정에 증가하는 심사물량에 따른 업무부담 경감의 대응방안으로 제시될 수 있다. 일본, 미국, 대만, 독일의 경우에는 환자 혹은 기관단위 프로파일링 분석을 통해 평균적인 추세를 벗어나는 기관, 혹은 문제발

생이 많은 영역에 대한 집중심사를 한다. 이 글에서는 심사업무의 부담을 경감시킬 수 있는 메디케어 메디케이드서비스센터(Centers for Medicare Medicaid Services, 이하 CMS) 메디케어 파트 B의 표본심사와 의료기관에 자율성을 부여하여 심사기관과 의료기관이 소통하고 있는 자발적 공개제도를 국외사례로 살펴보고, 이를 바탕으로 심사체계 개편을 추진할 수 있는 국내 상황에 대한 시사점을 모색해 보고자 한다.

## 2. 미국 CMS의 메디케어 파트 B의 진료비심사의 과정

미국 국가의료보험을 총괄하는 CMS는 의료보험청구자료에 대한 심사를 총괄하며, 계약자(contractors)들과 계약을 통해 청구서 접수, 심사 및 질 관리 업무를 위탁하고 있다. 심사계약자들과의 계약은 기본적으로 1년이며 계약자들의 성과와 평가를 통해 10년까지 연장할 수 있다. 심사계약자들의 성과평가의 영역은 심사 건수, 비용이 아니라 주로 업무수행에 대한 적시성, 정확성 등으로 구성된다.

메디케어 파트 B는 외래서비스에 대한 연방정부의 보험이며 65세 이상의 미국인을 대상으로 한다. 파트 B는 우리나라와 유사한 행위별수가제를 채택하고 있으며, 일반 연방정부재정에서 재원을 조달하고 있다. 이 글에서는 메디케어 파트 B에 대한 심사를 중점적으로 살펴보고 청구오류를 계산과 과다과소지불액 추정 시 사용하는 표본심사에 대해 확인하였다. 심사는 지불전 심사와 지불후 심사로 나뉜다. 전반적인 심사 과정은 [그림 1]과 같다.



[그림 1] 미국 CMS 메디케어 파트 B의 심사 과정

## 가. 지불전 심사 과정

지불전 심사에서는 메디케어 심사 전반을 책임지는 메디케어 행정계약자<sup>1)</sup>와 부당청구에 대한 관리를 하는 계약자<sup>2)</sup>가 1차적으로 청구건에 대한 지불여부를 판단한다. 자료입력 점검<sup>3)</sup> 프로그램을 통해 전산시스템 상에서 청구자료 입력 내용에 대한 정확성을 확인한다. 또한 서비스 제공 내용에 대한 적절성 점검<sup>4)</sup> 및 의무기록심사<sup>5)</sup>를 시행한다. 행정적인 절차는 다음과 같다.

- ① 심사자는 청구심사 건을 결정하고 청구처리시스템 또는 일반적 사항을 검토한다.
- ② 심사자는 추가적인 서류가 필요할 경우, 추가 서류 요청을 보낸다. 의료기관은 45일 이내에 요청에 대한 답변을 해야 하며, 시간에 맞추어 제출하지 않거나 서류가 부족하다고 판단될 경우에는 지불이 거절된다.
- ③ 메디케어 행정계약자와 부당청구에 대한 관리를 하는 계약자는 서류가 완전하게 제출되었는지에 대한 검토에 대한 결정을 하여 모든 요청서류를 받은 날로부터 60일 이내에 총괄 계약자인 메디케어 행정계약자에게 통보하고 메디케어 행정계약자는 서류를 수령한 일로부터 30일 이내에 지불 결정을 내린다.

## 나. 지불후 심사 과정

1차 지불이 완료된 후 추가적인 심사과정이 진행된다. 심사계약자는 이미 지불된 건들에 대하여 종합지불오류율 검정프로그램<sup>6)</sup>을 이용하여 이미 지불된 청구건에 대한 청구 오류율을 계산한다. 또한 메디케어 행위별수가제 부적정지불 감사계약자<sup>7)</sup>, 보조적 메디케어 심사계약자<sup>8)</sup>, 부당청구에 대한 관리계약자가 지불 이후에 청구건을 심사하는 과정이다.

지불후 심사에서는 지불오류율 산출과 부적정지불<sup>9)</sup>을 확인하기 위해 통계적 표본심사와 의무기록심사를 수행한다. 특히, 지불결정에 대한 확정, 또는 과소·과다청구 건에 대한 수정 결정이 이루어진다. 과소·과다 지불은 메디케어 법령과 규정에서 정한 사항을 기준으로 한다. 과다 지불에는 주로 법에서 급여가 되지 않는 서비스나 지나치게 많은 양의

1) Medicare Administrative Contractors, 이하 MACs

2) Zone Program Integrity Contractors, 이하 ZPICs/Program Safeguard Contractors, 이하 PSCs

3) National Correct Coding Initiative Edits, 이하 NCCI edits

4) Medically Unlikely Edits, 이하 MUEs

5) Medical Review, 이하 MR

6) Comprehensive Error Rate Testing, 이하 CERT

7) Medicare Fee For Service Recovery Auditors

8) Supplemental Medicare Review Contractor, 이하 SMRC

9) Recovery Audit Program, 이하 RAP를 말하며 이미 지불된 건중에 부적절하게 과다지불된 것이 있는지 추정한다.

서비스를 청구하여 지불된 경우, 동일서비스를 중복적으로 청구하여 지불된 경우, 불필요한 서비스나 급여에서 제외된 서비스를 청구하여 지불한 경우, 의학적으로 불필요하거나 부적절한 상황에서 서비스가 제공되어 지불이 이루어진 경우, 잘못 지불된 경우가 포함된다. 지불후 심사과정은 다음과 같다.

- ① 심사자는 청구처리 시스템이나 업무기록을 토대로 검토할 청구건을 결정한다.
- ② 심사자는 추가적인 서류가 필요하면 의료기관에게 추가적 서류 요청을 보낸다. 의료기관은 45일 내 (ZPICs/PSCs일 경우 30일 내)에 응답을 해야 한다. 심사자는 서류가 기한 내에 제출되지 않거나, 작성 수준이 미흡하면 청구건에 대한 지불을 거절할 수 있다. 기한 안에 모든 서류가 도착했다고 판단될 경우 메디케어 행정계약자는 심사 결정을 하고 서류 도착일로 부터 60일 내에 서면으로 결과를 통보한다.
- ③ ①에서 결정된 청구건들을 심사하여 심사자가 자동화심사를 실시하거나 부적절한 지불 또는 지불 오류로 결정할 수 있으며 이 경우 요청서를 보낸다.
- ④ 의료기관은 청구건에 오류가 있을 경우, 마감일이 경과하기 전에 기한 내에 청구건을 수정하고 기입하여 다시 제출할 수 있다. 만약 과다청구가 발견될 경우, 계약자는 과다 청구된 부분에 대해 서류를 요청한다. 청구오류감사 계약자는 의료기관이 추가적인 증거나 서류를 제출할 경우 수용하지만, 서명기록, 전자 서명 절차 등은 연간 보고서 발간이 완료되기 이전에 제출되어야 한다. 만약 잠재적 사기가 발견될 경우 지불오류 심사계약자는 부당청구에 대한 관리계약자에게 그 내용을 보고한다.

미국의 심사 프로그램별 주제 및 내용은 (표 1)과 같다.

(표 1) 미국의 심사프로그램별 주제 및 내용 요약

| 지불전/후심사              | 지불전 심사  |                                |                        | 지불후 심사   |                                |                        |
|----------------------|---|--------------------------------|------------------------|--|--------------------------------|------------------------|
|                      | 프로그램  | NCCI Edits                     | MUEs                   | MR   | CERT Program                   | Recovery Audit Program |
| 복잡/비복잡 <sup>1)</sup> | 비복잡   | 비복잡                            | 복잡                     | 복잡   | 복잡                             | 복잡                     |
| 내용                   | 청구자료 입력정확성 점검                                     | 서비스단위 점검                       | 의료심사                   | 종합오류율 점검   | 부적정지불감사                        |                        |
| 수행기관                 | MACs, ZPICs, CERT, Medicare FFS Recovery Auditors | MACs                           | MACs, ZPICs/PSCs, SMRC | CERT Review Contractors(RC), CERT Statistical Contractor(SC) | Medicare FFS Recovery Auditors |                        |
| 심사대상                 | HCPCS와 CPT 코드를 이용하는 Part B 서비스                    | HCPCS와 CPT 코드를 이용하는 Part B 서비스 | 행위별수가제 서비스와 항목         | 행위별수가제 서비스와 항목   | 행위별수가제 서비스와 항목                 |                        |
| 메디케어 계약자             | NCCI 계약자가 심사기준 개발 MACs 운영                         | NCCI 계약자가 심사기준 개발 MACs 운영      | MACS ZPICs/PSCS SMRC   | CERT RC CERT SC  | Medicare FFS Recovery Auditors |                        |

| 지불전/후심사             | 지불전 심사                                    |                                     |   | 지불후 심사  |  |
|---------------------|---|-------------------------------------|---|---|--|
| 프로그램                | NCCI Edits                                | MUEs                                | MR  | CERT Program  | Recovery Audit Program   |
| 심사대상                | 모든 Part B 임상가, 외래수술센터 (ASC), 병원 OPPTS 청구건 | Part B 임상가, ASC, 병원 외래, 의료장비, 치료청구건 | 목표된 내용 중심의 청구심사   | 메디케어 FFS청구 건들을 총화된 무작위 표본추출함                        | 전체 또는 목표중심의 청구건 심사   |
| 지불전 의료심사            | O   | O                                   | O   | X   | X  |
| 지불후 의료심사            | X   | X                                   | O   | O   | X <sup>2)</sup><br>O <sup>3)</sup>                                       |
| 추가서류 요청에 대한 공급자의 응답 | 해당없음                                      | 해당없음                                | 지불전 심사<br>MAC/ZPIC/PSC에<br>요청일로부터<br>45일 내 제출<br><br>지불후 심사<br>MAC/SMRC에<br>요청일로부터<br>45일 내(ZPICs/<br>PSCs는 30일내)<br>제출 | 공급자는 반드시<br>의무기록을<br>CERT RC에<br>요청일로부터<br>45일 내 제출 | 요청일로부터<br>45일 이내에<br>의무기록을<br>메디케어<br>FFS recovery<br>Auditor에<br>제출해야 함 |
| 이의제기 권한             | O   | O                                   | O   | O   | O  |

주: 1) 임상적 검토나 의무기록이 필요하지 않으면 비복잡, 면허가 있는 전문가가 추가적으로 필요할 경우 복잡으로 구분됨.

2) 명확한 지불 오류가 없을 경우

3) 지불오류가 있을 만한 경우

자료: CMS. Medicare Claim Review Programs. 2016.

### 1) 청구자료 입력에 대한 정확성 점검(NCCI)

메디케어 행정계약자, 부당청구에 대한 관리계약자, 지불오류심사계약자, 메디케어행위별 수가제 부적정지불 감사계약자들은 의료기관이 입력한 청구자료에 대한 정확성 점검을 수행한다. 또한 이 프로그램을 통해 급여기준 위반, 부정확한 청구자료 입력 등에 대한 자료를 수집하고 이를 이용하여 전산시스템 상에서 심사 기준을 수립한다. CMS는 메디케어 파트 B 청구건에 대해 부적정 지불을 야기할 수 있는 부정확한 청구자료 입력을 통제하고 정확한 청구자료 입력 방법을 장려하기 위하여 이 프로그램을 개발하였다. 데이터 입력은 American Medical Association(AMA)의 Current Procedural Terminology(CPT) 매뉴얼을 참고하여 개발되었다. 이 프로그램은 각 지역별 메디케어 정책과 기준을 참고하였고 청구자료 입력 가이드라인은 학회, 임상서비스표준과 현재 청구자료 입력 현황 등을 기반으로 만들어졌다. 외래의 경우 별도의 Outpatient Code Editor(OCE) 기준이 있다.

## 2) 서비스 제공 내용에 대한 적절성 점검(MUEs)

MUEs는 메디케어 파트 B의 청구건에 대한 청구오류율을 줄이기 위하여 고안된 것으로 NCCI처럼 전산시스템상의 자동화된 사전 지불 교정시스템이다. 제출된 청구건들이 MAC의 시스템에서 서비스별로 적절하게 청구되고 있는지 확인한다. HCPCS/CPT코드에 대한 MUE는 한 서비스 제공일자에 대하여 한 수혜자에 대한 최대로 제공 가능한 서비스의 단위이며 이를 벗어날 경우 잘못된 청구자료로 인식하게 된다. MUE는 정책과 임상적 근거를 기반으로 청구율 단위와 서비스 일자를 분류한다. 모든 처치코드에 대해 이 단위가 존재하는 것은 아니다. 국가보건관리기구들이 이 단위를 검토하며, 각 기관에서 제안한 사항들을 반영하여 서비스 단위를 도입한다. 이 서비스의 단위는 CMS 웹사이트에 공개되어있다. 그러나 허위와 남용의 우려로 모든 지표를 공개하고 있지는 않다. 서비스 단위는 분기별로 업데이트를 한다.

## 3) 의무기록심사(MR)

의무기록심사는 지불 이전·이후 모두 진행되는데, 사전지불심사에서 문제가 발생할 경우 의무기록심사를 실시한다. 만약 청구자료가 정확하게 교정되었다면 사전지불심사는 종결되며 메디케어 행정계약자가 지불을 승인한다. 지불후 심사과정에서는 심사계약자들은 Comprehensive Error Rate Testing(CERT), Recovery Audit Program을 통해 산출된 청구오류율을 기반으로 의무기록이 필요한 청구건을 선정한다. 일반적으로 문제의 심각성에 따라 적절한 조치를 취하고 문제영역을 명확히 하기 위해서 청구오류가 확인되면 심각성 정도에 따라 단순, 보통, 심각 수준으로 분류하고 교정활동을 하도록 한다. 또한 공급자의 지원 및 교육을 통해 청구 교육을 실시하고, 의무기록을 제출하여 계약자들이 의무기록 심사를 수행한다. 의무기록심사를 통해 문제가 발견되면, 그에 따른 공급자교육/피드백을 한다. 지불후 심사에서는 통계적으로 타당한 표본추출을 통해 지불 이후에 청구자료를 계약자들이 문제발생 가능한 청구건을 의무기록심사하고, 과소지불 또는 과다지불액을 추정한다. 모든 청구건을 확인하지 않아도 되기 때문에 행정적 부담을 덜 수 있다.

## 4) 종합지불오류율검정프로그램(CERT)

CMS는 매년 행위별수가제인 메디케어 파트 B의 청구건을 무작위 표본심사를 시행하여 부적정 청구율을 산출한다. CERT는 표본을 추출하여 해당 제공자 및 공급자에게 의무기록 등의 문서를 제출하도록 하며, 의무기록심사를 수행하고 메디케어 급여 보장 범위, 지불, 청구자료 입력, 청구방법 등에 문제없이 정확히 지불이 되었는지 결정한다. CMS는 오류의 원인을 찾기 위하여 오류율을 계산하며, 매년 이 심사결과를 공개한다. 메디케어 행위

별수가제 부적정 지불률은 메디케어 재원 전체에 얼마나 큰 영향을 미치는지 확인하는 유용한 지표이다.

#### 5) 부적정지불 감사프로그램(Recovery Audit Program)

부적정지불을 감사하는 계약자들은 메디케어 파트 B에서 과다 또는 과소지불된, 즉 부적정 지불된 청구건을 표본심사를 통해 확인하고 심사한다. 표본심사란, 종합지불오류율검정프로그램을 통해 문제가 발견된 기관을 대상으로 해당기관의 청구건 중 표본을 추출하여 심사를 수행하고, 이를 통해 과소지불 또는 과다지불된 양을 추정하는 심사과정을 의미한다. CMS는 표본심사를 통하여 과소지불, 과다지불된 오류율을 산출하고 이를 기반으로 의무기록심사를 추가적으로 실시한다(CMS, 2018). 종합지불오류율검정프로그램을 통해 문제가 발견된 기관 이외에도 추가적 표본심사 고려 대상은 관련법 집행 시 문제가 된 기관, 현재 및 과거의 의료기관 종사자들에 의해 잘못된 행위가 주장되는 기관, 감사원(Office of Inspector General, 이하 OIG)에 의해 평가나 감사를 받은 기관의 경우 대상이 된다.

통계적 표본추출을 위한 합의된 사항은 없다. 표본추출은 각 계약자별로 다른 방식을 사용할 수 있다. 따라서 모든 계약자가 표본추출 방법을 공개하고 있지 않다. CMS의 프로그램 준수 매뉴얼에는 통계적으로 타당한 표본추출을 해야 된다고 언급하고 있다. 기본적인 표본추출 및 심사의 단계는 다음 여섯 가지로 구성된다. ① 공급자 선택, ② 심사 기간 선택, ③ 모집단 정의 및 표본의 단위-표본추출 방법 선택, ④ 표본추출 계획(단순무작위표본추출, 층화표본추출, 군집표본추출) 및 표본선정, ⑤ 각 표본 단위 심사 및 과잉청구 존재여부 결정, ⑥ 정의된 모집단에 대한 과잉청구 추정 및 환수 금액 결정.

### 3. 부정적 지불 예방을 위한 자발적 공개(Self Disclosure Protocol, SDP) 프로그램

미국 OIG에서는 의료기관의 자발적 공개 프로그램을 시행하고 있다. 이 프로그램은 1998년 공급자의 책무성을 강화하여 부적절한 의료비 지불, 특히 부당청구를 예방하고자 하는데 목적이 있다. 이 프로그램은 의료기관이 자체적으로 합당한 평가를 통해, 잠재적으로 부당행위와 관련된 연방의 형법, 민법, 행정법을 위반할 가능성이 있는 사항들을 평가하고 이를 해결하는 것이다. 특히 고의성이 포함되며 사기의 가능성이 있는 경우 이 프로그램을 통해 자발적으로 자정할 수 있도록 하는 프로그램이며, 스스로 반성하고 교정하는 절차를 진행했다는 것을 보여줌으로서 처벌을 감면받을 수 있다.

OIG의 자발적 공개 프로그램은 CMS에서 운영하고 있는 자가의뢰 공개규정<sup>10)</sup>과는 구별된다. 단순한 청구오류일 경우 CMS의 자가의뢰 공개규정에 해당하며 OIG의 자발적 공개 프로그램은 고의적으로 부당한 이익을 취하고자 한 행위에 대한 보고이다. 참여하는 기관은 스스로 위반 가능성이 있는 법을 구체적으로 명시해야한다.

프로그램에 참여하기 위해서는 신청 서류를 작성해야 한다. 참여를 결정한 기관은 기관 내부의 부정행위가 확실히 종료된 것인지 우선적으로 확인해야 한다. 횡령의 경우 참여 신청서 제출일로부터 90일 내에 손실금액 산정 및 합당한 시정조치를 의료기관이 취해야 하며 시행되지 않은 경우에는 참여가 강제 종료될 수 있다. 모든 의료기관, 의료기기 소모품 공급자, 개인 및 관련 단체는 이 프로그램에 참여할 수 있으며, 관련 내용은 자신이 소속된 단체만 공개할 수 있고, 타 기관을 고발하는 용도로는 사용할 수 없다.

본래 CMS는 개인 또는 단체의 과다청구가 확인되면 재정처벌법에 의거하여 결과보고 일로부터 60일 내에 과징금을 내지 않을 경우 처벌한다. 그러나 SDP에 참여하여 보고한 자는 처벌 유보신청을 할 수 있으며 과징금을 내야할 경우 적은 금액을 내도록 할 수 있고, 면책을 줄 수 있다. 조정 금액은 연방법을 침해했을 경우 손실 건당 1.5배의 금액을 내야하고, 각 케이스별로 다른 배수를 적용한다. 투명성을 위해 조정금액의 최소 금액을 제시하고 있는데, 횡령관련 SDP의 경우 5만 불의 조정금액을 명시하고 있으며, 각 거래 당 5만 달러부터 월 수익의 3배까지도 법정 과징금을 부과한다. 그 외에는 1만 불이 최소 금액이다. 지불할 능력이 안 될 경우 재정 정보를 제공해야 하며 세금반환, 자산정보 등을 제출해야 한다. 정보자유법<sup>11)</sup> 하에 OIG는 합당한 정보공개를 해야 한다.

의료기관은 한번 서류를 제출하였으면 참여를 중단할 수 없다. 의료기관이 서류를 기한 내, 완전하게 제출하지 않으면 일처리 시간이 지연되기 때문에 OIG가 SDP 참여를 제외시킬 수 있다. 서류에 포함할 내용은 다음과 같다.

### 가. 조사완료 인증서

참여자는 내부조사를 실시하고 이에 대한 보고서를 제출해야한다. 만약 참여자가 내부 조사를 제출일 까지 완료하지 못할 경우 초기 제출일로부터 90일 내에 조사가 완료 될 것이라는 인증서를 제출해야한다. 인증서에는 다음과 같은 내용이 포함된다.

10) Self-Referral Disclosure Protocol, 이하 SRDP

11) Freedom of Information Act, 이하 FOIA



1. 이름, 주소, 보건의료공급자 유형, 공급자 식별번호, 참여자와 정부 지불자(메디케어계약자)의 세금 식별번호 기입
2. 참여자가 개인이 아니라 네트워크, 조직에 속한 것이라면 관계도를 제시
3. 대표자의 이름, 주소지, 전화번호, 이메일주소
4. 청구유형, 거래유형, 관련 문제 내용, 행위 발생 기간, 단체명, 문제 사항에 대한 관련자의 역할 등에 대한 설명
5. 공개 행위가 침해한 형법, 민법, 행정법에 대한 설명
6. 공개행위에 영향을 받는 연방 보건의료프로그램
7. 예측된 손실 건에 대해 실제 규모를 정확히 연방 보건의료관리프로그램에 맞게 각각 제시
8. 행위 발견에 대한 시정조치에 대한 설명
9. 정부 에이전시나 계약자가 실제 조사 중인지에 대한 사실을 참여자가 알고 있는가에 대한 설명
10. 참가기관을 대표하는 관련 권한이 있는 실무자의 이름
11. 참여자가 가진 최대한의 지식을 가지고 실제로 진실한 정보를 담아 제출했는지, 잠재적 책임 해결을 목적으로 자료를 제출했는지에 대한 증명서를 제출

## 나. 부적절 청구관련 감사 자료 제출사항

부적절한 청구건에 대해서는 추정금액을 제시해야하며 감사원에서 손실액을 확인한다. 감사는 ① 공개에 제출된 모든 청구건들 또는 ② 무작위 추출방법을 이용한 손실액 추정으로 구성된다. 제출 기일은 연장할 수 없으며, 추정 손실액을 줄이거나, 과소 추정된 건과 합산하여 제시해서는 안 된다. 일반적으로는 100개 정도의 표본 크기면 충분하며 청구유형이 다양하게 혼재된 경우에는 더 많은 표본이 필요하다. 부적절 청구관련 감사자료로 제출할 보고서 내용은 다음과 같다.

- 보고서 포함 내용
  1. 감사 목적
  2. 대상 청구건의 인구집단 설명
  3. 데이터의 출처
  4. 감사자의 자격사항(통계학자, 회계사, 감사자)
  5. 측정 건의 특성(전체 혹은 일부 청구건 여부, 중복 청구건 여부 등)

- 표본추출 계획(표본기반 재정 감사) 포함 내용
  1. 표본추출 단위(지정된 요소)
  2. 표본추출 틀(모집단과 표본 집단)
  3. 표본 크기
  4. 무작위번호 생성 숫자 출처(예. 감사원 통계표본 소프트웨어 이용)
  5. 표본추출 단위 선택방법
  6. 표본 디자인(층화, 군집 등)
  7. 결측 표본: 결측 값은 오류로 처리 후 보고
  8. 추정 방법(각 인구집단별, 변수별 표본추출, 전체 오차 추정)

#### 다. 부정행위로 인해 퇴직한 직원 관련 필요 제출 서류

1. 개인, 공급자 식별번호
2. 수행 직무
3. 계약관계나 고용관계의 일자
4. 공개자가 수행한 피고용인의 배경에 대한 설명
5. 고용 계약 오류여부에 대한 검토과정 설명
6. 행위 발견 정황에 대한 설명
7. 시정조치에 대한 설명 및 잘못을 저지른 피고용자에 대한 재고용을 하지 않겠다는 조치도입 설명

### 4. 나가며

건강보험심사평가원은 국민건강보험법령의 요양급여비용 산정기준에 근거하여 청구한 비용의 정확성, 의약학적 타당성 등을 확인하여 요양기관에 지급할 비용을 결정한다(건강보험심사평가원, 2018). 의료의 접근성 확대 등으로 진료비 심사 물량이 지속적으로 증가함에 따라 효율적인 심사방식으로의 전환이 요구되었다. 특히, 적정수준의 진료를 하는 의료기관에게는 자율성을 부여하고 평균적인 추세를 벗어나는 기관을 중점적으로 심사하는 방향이 대안으로 논의되고 있다.

표본심사는 증가하는 심사청구 건수에 대응하여 효율적인 심사를 위한 대안 중 하나이다. 미국은 지불이후 사후심사과정에서 시간적 재정적 제약을 감안하여 표본심사를 통해 지불오류율을 산출하고 이를 기반으로 잠재적으로 부적절한 지급가능성이 높은 건을 우선적으로 심사한다. 미국의 통계적 표본추출 과정은 구체적으로 공개되어 있지는 않으나, 전체적인 심사 계약자별 표본심사 과정을 확인하는 것이 필요할 것이다. 우리나라도 효율성

제고 측면에서 평균적인 진료경향을 벗어나는 기관을 중점적으로 심사하는 경향심사를 도입한다면 표본심사를 활용하는 것을 적극적으로 검토해 볼 필요가 있다.

건강보험심사평가원에서 사전예방관리 시스템의 일환으로 지표연동자율개선제와 종합정보서비스 사업을 통하여 기관단위 청구경향을 파악하고 의료기관에 정보를 제공함으로써 적정진료를 유도하고 부당청구 및 부적절 지불 예방활동을 하고 있다. 정보제공 뿐 아니라 이 사업들에서 산출되는 내용을 지표로 활용하여 경향심사 대상을 선정하는 방안도 심사체계 개편시 연계할 수 있을 것이다. 미국에서 활용하는 지불요율과 같은 지표를 프로파일링 지표로 모니터링하여 지속적으로 문제가 발생하는 기관을 확인할 수 있다. 확인된 기관은 전문심사의 대상으로 연계하는 방안도 고려해볼 수 있다.

또한 자발적 공개를 통해 자신의 기관을 감사하고 자율적으로 보고하는 제도는 심사기관이 직접 강제 하는 것이 아니라 의료기관이 자발적으로 보고하는 시스템이라는 점에 의의가 있다. 우리나라에서도 의료인이 스스로 부당청구를 예방하고 의료인에게 도덕적 책무를 부여하여 자율성을 보장하는 유용한 방안이 될 수 있다. 미국에서는 자율성을 부여하는 대신, OIG가 업무를 함께 수행하여 업무를 수행하여 적법 시 이에 상응하는 법적 처벌을 강력하게 부과하고 있다. 우리나라도 자율성과 책임성이 균형을 이루도록 하는 제도가 마련될 필요할 것으로 생각된다. X

## 참고문헌

- 강희정 외. 주요국의 심사제도 현황. 건강보험심사평가원. 2012.
- 건강보험심사평가원. 2018 건강보험심사평가원 기능과 역할. 건강보험심사평가원. 2018.
- 건강보험심사평가원. G5국가의 의료심사평가 제도. 건강보험심사평가원. 2008.
- 김교현, 이현주, 채정미, 오동관, 손강주, 박춘선, 박지숙. 건강보험심사업무 발전방향 검토연구. 건강보험심사평가원. 2016.
- 김정희, 이혜진. 질병군 포괄수가 진료비 과학적 효율적 관리 방안. 2014.
- 노연숙, 이성우, 신한나. 심사사후관리 효율성에 관한 연구. 건강보험 심사평가원. 2013.
- 이성우, 강희정. 메디케어의 청구오류 확인과 조정활동. 건강보험심사평가원. 2012.
- 이성우. 메디케어의 청구오류 확인과 조정활동. 건강보험심사평가원. 2012.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare Claim Review Programs. 2016.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare Program Integrity Manual. 2018.
- Office of Inspector General. Health and Human Services and the Department of Justice Return \$2.6 Billion in Taxpayer Savings from Efforts to Fight Healthcare Fraud; 2018.[cited 2018.4.6] Available from: <https://oig.hhs.gov/publications/docs/hcfac/FY2017-hcfac.pdf>
- Office of Inspector General. OIG's Provider Self-Disclosure Protocol. 2013.
- Rachel P. Medicare's Use of Statistical Sampling to Determine Overpayments. 2017.