

발간등록번호

G00K31-2016-129

**전문심사 대상선정 기준과
효율적 운영방안
-수시분류를 중심으로-**



건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

발간등록번호

G00K31-2016-129

전문심사 대상선정 기준과 효율적 운영방안 -수시분류를 중심으로-

연구진

연구책임자
공동연구자

오동관 주임연구원
박지숙 대리



건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

목 차

| | |
|--------------------------|-----------|
| 요 약 | v |
| 제1장 서론 | 1 |
| 1. 연구배경 및 필요성 | 1 |
| 가. 전문심사 운영 현황 | 1 |
| 나. 연구의 필요성 | 4 |
| 2. 연구목적 및 연구방법 | 5 |
| 가. 연구목적 | 5 |
| 나. 연구방법 | 5 |
| 제2장 건강보험심사평가원의 심사 | 7 |
| 1. 심사 업무 분류와 개념적 목표 | 7 |
| 2. 전문심사 | 11 |
| 가. 정의 및 목적 | 11 |
| 나. 기본원칙 | 12 |
| 다. 심사관련 법안 검토(대만) | 15 |
| 3. 소결 | 18 |
| 제3장 전문심사 대상선정(안) | 19 |
| 1. 전문심사 대상선정 기준 | 19 |
| 2. 전문심사 대상선정(안) | 21 |
| 가. 유형화 | 21 |
| 나. 분류 | 24 |
| 다. 영역구분 | 26 |
| 라. 도입 및 퇴출 기준(안) | 27 |
| 3. 소결 | 36 |

| | |
|---|-----------|
| 제4장 전문심사 기준(안) 반영 검토 | 37 |
| 1. 전문심사 대상선정(안) 유형별 특성..... | 37 |
| 2. 퇴출 기준(안) 반영 검토..... | 38 |
| 3. 소결..... | 44 |
| | |
| 제5장 전문심사 운영방안 | 45 |
| 1. 전문심사 운영 및 개선(안)..... | 45 |
| 2. 전문심사 성과측정(안)..... | 47 |
| | |
| 제6장 결론 | 53 |
| | |
| 참고문헌 | 57 |
| | |
| 부록 | 61 |
| 부록 1. 보건의료체계에서의 심사..... | 63 |
| 부록 2. 보건의료체계에서의 낭비(waste)..... | 68 |
| 부록 3. 기초생활보장제도의 급여지급 기본원칙..... | 81 |
| 부록 4. 법령 입안·심사시 헌법 관련 체크리스트(헌법의 일반원칙)..... | 82 |
| 부록 5. 중소기업법 :SBJA(Small Business Jobs Act of 2010)..... | 84 |
| 부록 6.全民건강보험법의 심사방법..... | 90 |
| 부록 7. 미국의 규제개혁 12원칙..... | 108 |
| 부록 8. 산업 및 조직심리학..... | 109 |
| 부록 9. 정부업무 또는 공공기관 성과관리..... | 112 |
| 부록 10. 미국 CMS 성과측정 사례 - FPS 보고서..... | 117 |

표 목 차

| | |
|---|----|
| 〈표 1〉 전문심사 대상 구분 및 선정기준 | 2 |
| 〈표 2〉 부적절한 지불 유형의 정의 | 8 |
| 〈표 3〉 개념적 목적의 정의 | 9 |
| 〈표 4〉 전문심사의 정의(안) | 11 |
| 〈표 5〉 전문심사의 목적(안) | 12 |
| 〈표 6〉 전문심사 운영의 기본 원칙(안) | 14 |
| 〈표 7〉 한국과 대만 건강보험법 심사업무 관련법안의 수준 | 16 |
| 〈표 8〉 한국과 대만의 심사업무 관련법안 구성요소 | 17 |
| 〈표 9〉 한국과 비교하여 대만 전민건강보험법에만 있는 심사관련 법안 항목 | 18 |
| 〈표 10〉 유형별 분류에 포함되는 항목 수 | 25 |
| 〈표 11〉 전문심사 필수 영역(안) | 27 |
| 〈표 12〉 전문심사 성과 측정시 제한점 | 31 |
| 〈표 13〉 단계별 성과지표(안) | 33 |
| 〈표 14〉 사업평가와 성과관리의 차이 | 34 |
| 〈표 15〉 전문심사 퇴출 기준 지표(안) | 35 |
| 〈표 16〉 전문심사 대상선정(안) 유형별 특성 | 37 |
| 〈표 17〉 주요사업 범주의 계량지표 세부평가내용 | 39 |
| 〈표 18〉 계량지표 평가방법 | 39 |
| 〈표 19〉 측정 주기에 따른 지표값과 미달성 산출 기간 변화 | 41 |
| 〈표 20〉 전문심사 퇴출 기준에 따른 항목 수 변화 | 42 |
| 〈표 21〉 국정과제 140개 | 50 |
| 〈표 22〉 보건분야 업무계획 | 50 |

그림 목차

| | |
|--------------------------------------|----|
| [그림 1] 전문심사 대상 선정 구분 | 1 |
| [그림 2] 전문심사를 위한 수시분류 연혁 | 3 |
| [그림 3] 수시분류 '지정' 항목의 연도별 운영 현황 | 4 |
| [그림 4] 연구 수행체계도 | 6 |
| [그림 5] 부적절한 지불 유형과 심사 관련 업무들의 개념적 목적 | 10 |
| [그림 6] 전문심사 대상선정(안) 수립 과정 | 21 |
| [그림 7] 전문심사 대상 항목의 유형화 | 22 |
| [그림 8] 전문심사 대상 유형의 목적 및 개념적 목표 | 23 |
| [그림 9] 전문심사 대상 유형의 특성 분류 | 24 |
| [그림 10] 전문심사 필수영역 선정(안) | 26 |
| [그림 11] 심사영역에 따른 도입 및 퇴출 | 27 |
| [그림 12] 전문심사의 성과측정 방안 검토 | 32 |
| [그림 13] 전문심사 항목의 퇴출 의사결정 기준(안) | 41 |
| [그림 14] 목표값을 통한 퇴출 기준 : 상향지표(예시) | 43 |
| [그림 15] 전문심사 운영 개선(안) | 47 |
| [그림 16] 심평원의 성과와 전문심사의 성과 | 48 |
| [그림 17] 최근 5년간 심평원의 주요사업 경영평가지표 | 49 |
| [그림 18] 연구 자체의 의미 | 54 |

요약

1. 연구배경 및 목적

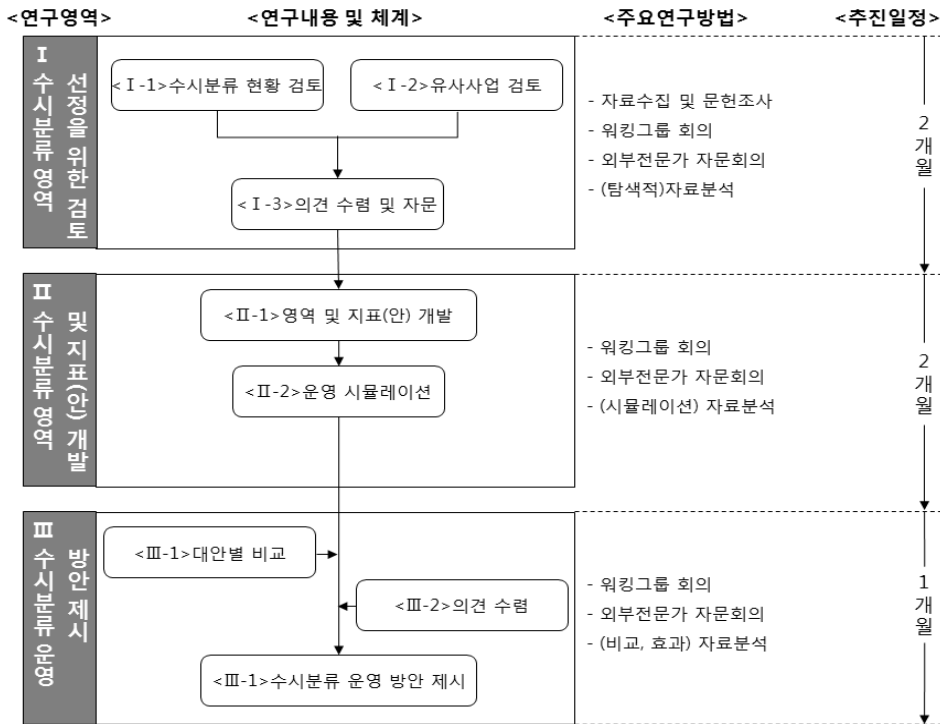
가. 연구배경 및 필요성

- 전문심사는 특정 기관, 행위, 약제, 치료재료 등 전문인력이 직접 심사 할 필요가 있다고 판단되는 영역에 대하여 관리하는 제도임.
- 전문심사 과정으로 진입 조건이나 퇴출 기전이 마련되어 있지 않아 운영상에 어려움이 존재함.
 - 지속적인 항목의 증가 : 관리의 어려움, 심사 업무량 증가 및 부담
 - 필요성이 모호한 항목의 전문심사 전환 : 전문심사 효과·효율 감소
- 이에 전문심사 선정 기준에 대한 검토와 효율적 운영방안이 요구됨.
 - 전문심사 선정기준은 정기분류와 수시분류로 운영됨.

나. 연구목적 및 방법

- 이 연구의 목적은 전문심사 대상선정 기준에 대한 검토를 통해 효율적 수시분류 운영방안을 도출하는 것임.
 - 수시분류 항목 검토, 현황 분석을 통해 항목들의 유형화
 - 유사 사례 검토를 통해 항목들의 진입·퇴출 기준을 설정하여 수시분류의 운영방안을 제시함.
 - 정기분류를 포함한 전문심사에 대한 전반적인 검토 및 향후 운영 방안 제시
- 연구 방법
 - 전문심사 현황 및 유사사업 검토
 - 전문심사 관련 내부자료(업무편람 및 매뉴얼, 기능과 역할 등)
 - 유사사업 자료(CMS, 일본, 대만 등)
 - 전문심사를 위한 수시분류 대상선정(안) 검토
 - 항목의 유형화 및 영역 선정

- 전문심사를 위한 수시분류 운영방안 검토
 - 도입 및 퇴출방안 검토
 - 사업평가 및 성과관리 관련 자료
- 협의체 회의 및 실무부서 의견 조사



[요약그림 1] 연구 수행체계도

2. 건강보험심사평가원의 심사

- 건강보험심사평가원의 기능과 역할(2016)과 심사 관련 업무 매뉴얼을 토대로 심사 관련 업무들을 나열하고 분류하였음.
- 구조, 과정, 결과에 따라 인프라, 예방 및 교육, 심사방법, 결과확인으로 대분류를 구분하였음.
- 사업들의 특성에 따라 중분류로 구분하고, 실질적인 사업단위를 소분류로 정의하였음.
- 부적절한 지불 유형
 - Error, Waste, Abuse, Fraud는 청구와 심사, 지급 사이에 발생하는 부적절하게 지불되는 유형의 연속적 구분
- 심사 관련 업무들에 따라 관련된 부적절한 지불 유형을 표시¹⁾하고 각 업무들의 개념적 목적을 정의
 - 목적이 명확한 청구기준(정확성, Accuracy)을 비롯하여 다양한 목적을 가지는 전문심사까지 구분을 정리

| 심사 관련 업무 | | | 부적절한 지불 유형 | | | |
|------------------------|-----------------------------------|--|----------------------|---------|-----------|-----------|
| 대분류 | 중분류 | 소분류 | Error | Waste | Abuse | Fraud |
| 인프라(구조) | Database | 자격, 기준 관련 마스터 자료 관리 심사결정 자료 구축(DW) | AC | AP | | FD |
| | 심사지원 시스템 | 요양기관 프로파일 심사지식뱅크 | | AP | EF1 | FD |
| | 청구 인프라 구축 및 관리 | 청구기준(청구명세서 작성 서식, 방법) 청구 S/W 인증, 관리 청구 시스템(EDI) 관리, 개발 청구오류 점검서비스 | AC AC AC AC | | EF1 EF2 | FD |
| 사전예방 및 교육 (구조 및 과정) | 기준 공개 및 교육 | 급여기준 심사기준 진료지침 | | AP | EF1 SC | EF2 SF |
| | 정보제공 및 교육 | 지표연동자율개선제 종합정보서비스 | | AP | EF1 | FD |
| 심사방법 (과정) | 명세서 심사 | 전산점검 | AC | AP | | |
| | | 전산심사 | AC | AP | | |
| | 전문심사(직원, 위원, 위원회) 사후심사 방문심사 | AP | EF1 EF2 | SC SF | FD | |
| | 부당, 거짓 조사(감사) | 현지조사 | | | SC SF | FD |
| 결과 확인(결과) | 관리구제절차 | 이의신청 | AP | EF1 | | EF2 SC FD |
| | 소비자 권익보호 | 진료비확인 | AP | EF1 EF2 | SC SF | FD |

[요약그림 2] 부적절한 지불 유형과 심사 관련 업무들의 개념적 목적

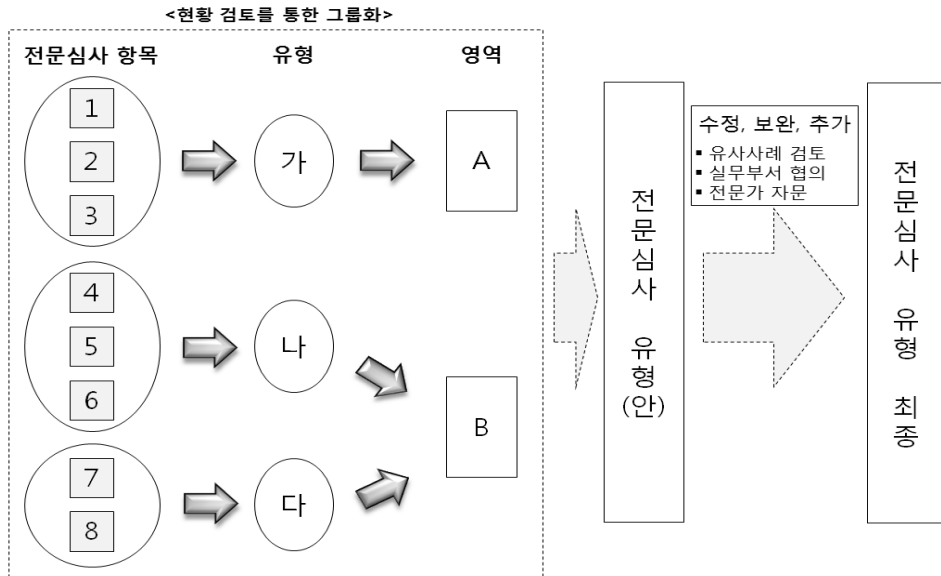
1) 직접적인 관련성에 따라 음영(1칸 ~ 2칸)으로 표시

- 과거 선행연구(김창엽 등, 1999; 강희정 등, 2011), 업무편람, CMS 발간 매뉴얼, 일본 사회보험진료보수지불기금 보고서 등을 검토하여 전문심사의 정의 및 목적에 대한 (안)을 작성함.
- 전문심사의 정의(안)
 - 의학적으로 필요하고 정당한 것인가를 판단함으로써 재정보호와 국민에 대한 의학적 보호기능을 동시에 달성할 수 있도록 정보시스템(기계)에 의한 기본 심사와 더 정밀한 심사의 추가적 실시가 필요할 때(또는 요구되는 때), 과학적으로 개발된 선정기준에 따라 선별적으로 다양한 의무기록 자료들을 활용하여 전문심사 인력이 집중 심사하는 방법
- 전문심사의 목적(안)
 - 잠재적인 부당청구 예방 및 감지 → Fraud
 - 기준(청구, 급여, 심사, 진료 등) 부합 여부 확인 및 근거 마련
→ Accuracy, Appropriate, Standard of care
 - 비용효과성, 효율성 검토
→ Efficiency, Effectiveness, Standard of care
 - 의료사고, 감염병 등과 같은 환자 안전이나 사회적 문제 발생 감지 → Safety
- 헌법의 기본원칙, 일본 건강보험법, 대만全民건강보험법-심사방법, 미국 중소기업법(SBJA)-부당방지시스템(FPS), 미국 규제 12가지 기본원칙 등 검토한 내용을 바탕으로 전문심사 운영의 기본원칙²⁾에 포함되어야 할 사항들을 검토함.
- 선언적 의미, 적용범위, 적용 기준, 대상영역, 결과 활용, 성과 측정 등

2) 규범이나 법칙을 정의하는 목적이 아니라 마땅히 그래야 한다고 생각하는 것(소리)들을 정형화하고자 함.

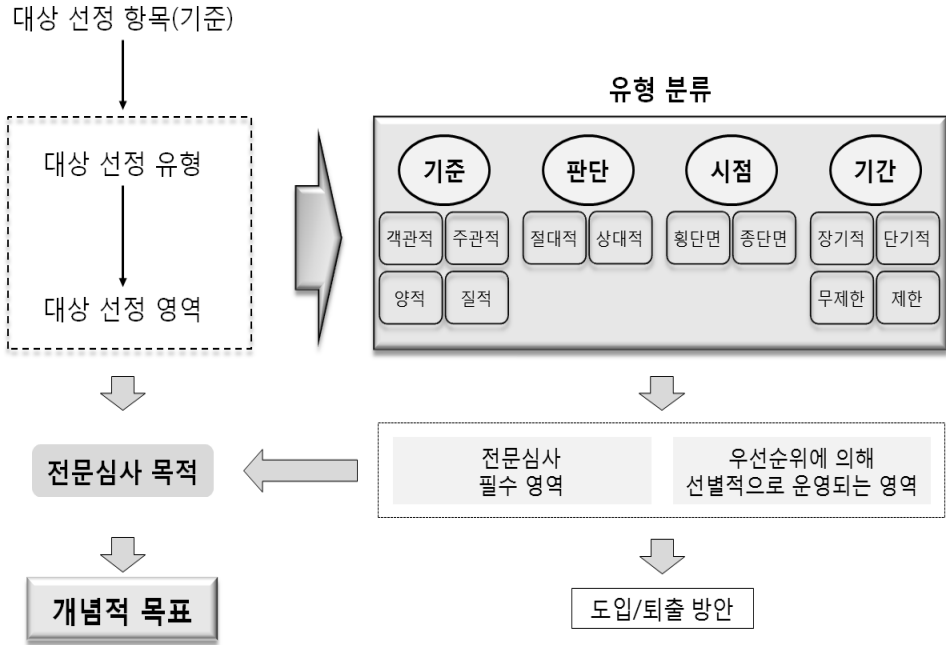
3. 전문심사 대상선정(안)

- 전문심사 대상을 선정함에 있어서 개념적인 틀이나 영역에서 세부 항목으로 발전시킬 만한 선행 연구가 없음³⁾.
- 운영 중인 항목을 바탕으로 유사한 형태별로 그룹화, 단순화, 개념화하여 활용함.



[요약그림 3] 전문심사 선정(안) 수립 과정

3) 집중심사영역, 전문심사영역, 선별집중심사, 우선순위 등과 관련된 문헌 검토



[요약그림 4] 전문심사 대상 유형의 특성 분류

<요약표 1> 전문심사 필수 영역(안)

- 국민의 건강에 위해성이 명백한 경우 : 법정 전염병, 환자 안전 포함 유형
- 사회적 문제로 논의 또는 이슈화 된 영역(언론, 민원 등)
 - : 현지조사 관련 유형
- 오류일 가능성이 매우 높지만 전산으로 일괄 조정하기에는 드물게 발생 될 수 있는 경우 (조정/확인 2가지 선택 밖에 없음) : 사실확인 유형
- 급여기준 변경, 신규 개설 기관 등과 같은 관리 및 모니터링 필요 영역
 - : 모니터링 및 관리(모니터링) 유형
- 심사상 진료 오남용에 대한 개연성이 확인 된 경우 : 모니터링 및 관리(남용)

4. 전문심사 운영방안

- 전문심사 퇴출 기준 지표(안)을 토대로 실제로 적용 가능한 퇴출기준을 작성하고 운영 중인 항목에 적용함.

1) 절대적 기준

- 전문심사의 효과를 측정하기 위한 절대적인 기준은 청구 또는 조정이 전혀 발생되지 않아 효과가 전혀 측정이 되지 않거나, 측정된 값이 매우 작아서 효과가 없다고 판단 할 수 있는 수준의 값인 경우로 정의함.
 - ① 청구건 또는 금액이 0인 경우
 - ②조정건을 또는 조정액률이 0% 또는 0.1% 미만인 경우
 - 1개월 또는 분기별 조정률과 같이 변동이 발생할 수 있는 경우를 제외
 - 적어도 반기 이상의 조정건율이나 조정액률의 경우 0%로 측정되거나 0.1%⁴⁾미만으로 측정되는 경우 조정의 효과가 거의 없다고 판단

2) 상대적 기준

- 비교 대상으로 선정 가능한 기준들은 우선순위 필요 영역의 항목들이 적어도 달성해야 하는 효율의 정도를 나타냄.
 - 전문심사 또는 정기분류 : 조정건율이나 조정액률이 높기도 하지만 효율이 높은 항목들이 포함된 상태의 평균적인 효율
 - 평균적인 효율 이하인 경우 퇴출하는 방식은 다소 보수적인 접근일 수 있음.
 - 퇴출 기준이기 때문에 아무것도 하지 않은 일반심사 또는 전체 심사의 효율보다 낮은 경우 퇴출 하는 방안이 적절함.

4) 우선순위 필요 영역에 포함되어 있는 항목 중 조정률이 0.1%로 나타나는 것은 조정 효과가 거의 없는 것과 같다고 판단함. 우선순위 필요 영역에 포함되어 있는 항목들의 조정률 분포와 일반심사 조정률을 고려하였음.

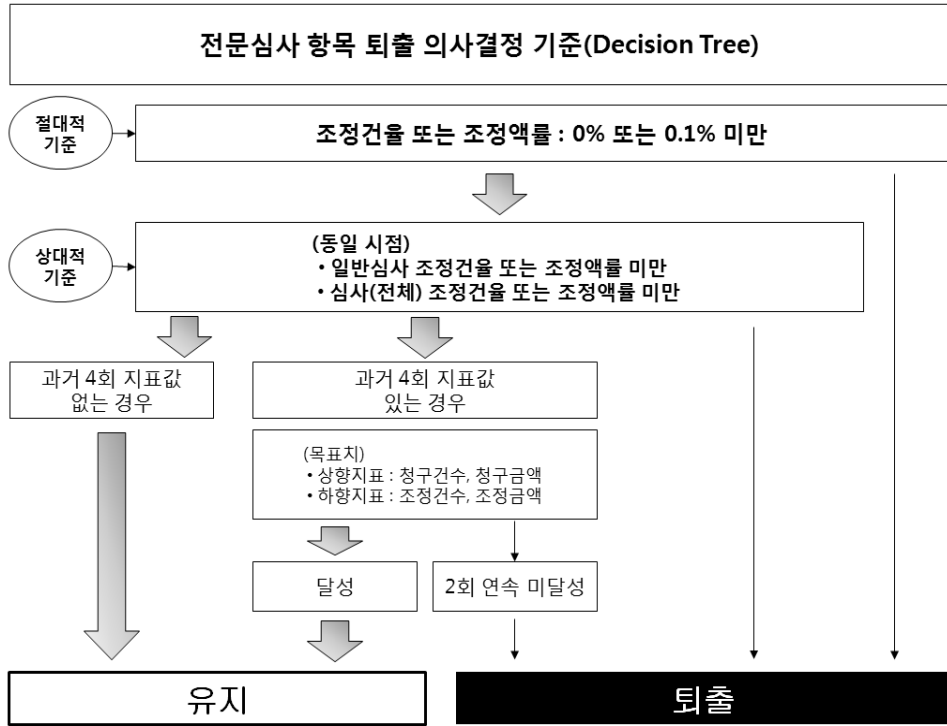
- ① 2015년 일반심사 조정건율 또는 조정액률 미만
- ② 2015년 심사(전체) 조정건율 또는 조정액률 미만

3) 목표치 또는 추세

- 목표부여(편차)를 활용하여 과거 4회의 지표값이 있는 경우 상향 또는 하향의 목표치를 선정할 수 있음.
 - 청구(진료량)와 조정건수/금액이 항목의 세부 기준에 대한 수정이나 재도입하지 않으면 특별하게 변동없이 감소하거나 증가하는 경향을 보인다는 가정
 - 2회 연속 목표치를 미달성하는 경우 퇴출하는 방안
 - 2회 연속 목표치를 달성하지 못했다는 것은 효과가 감소하는 단계
- 적용하기 위해서는 측정 주기를 설정
 - 측정되는 지표값(청구건수/금액, 조정건수/금액)의 변동에 크게 영향을 받지 않고,
 - 사업성과를 추세나 목표치를 통해 측정하는데 있어 최소한의 기간 보장과 연속 미달성 했다고 판단이 되는 기간

<요약표 2> 측정 주기에 따른 지표값과 미달성 산출 기간 변화

| 측정 주기 | 과거 4회 지표값 | 연속 2회 미달성 |
|-------|-----------------|-------------------|
| 분기 | 1년간 사업성과 | 분기 2회 = 반기 |
| 반기 | 2년간 사업성과 | 반기 2회 = 1년 |
| 연간 | 4년간 사업성과 | 1년 2회 = 2년 |



[요약그림 5]전문심사 항목의 퇴출 의사결정 기준(안)

5. 결론

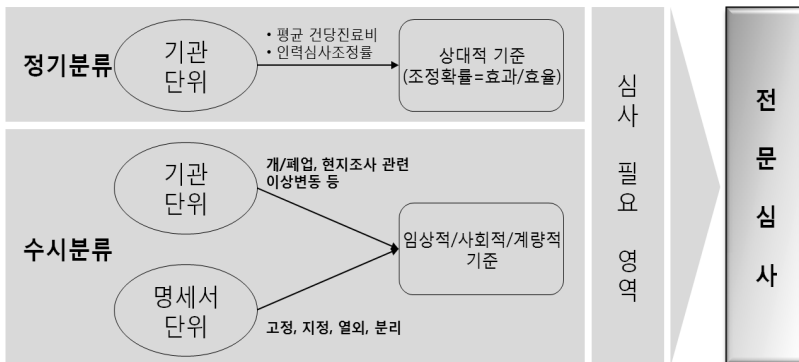
- 건강보험심사평가원에서 심사의 업무 분류와 업무들 사이에서 전문심사가 가지는 정의, 목적, 기본원칙, 법적 근거 마련에 대한 개념을 검토함.
- 개념적인 검토를 바탕으로 전문심사 대상 선정(안)을 통해 전문심사 필수 영역과 우선순위 필요 영역으로 구분함.
 - 현재 전문심사의 목적을 구분하고 유형을 나눔으로써 퇴출의 기준을 계량적으로 접근할 수 있게 함.
 - 또한 목적을 구분함으로써 성과를 측정함에 있어서 지표를 산출할 때 발생하는 문제점, 즉 재정 절감, 개선율 등의 경우 일부 전문심사(환자 안전, 모니터링 등)는 목적을 달리하기 때문에 동일하게 성과를 측정하기 어려운 부분을 제외함.
- 전체 전문심사에 적용은 어렵지만 적어도 우선순위 필요 영역에 대한 퇴출 기준을 제시함으로써 운영에 효율성(업무량 감소, 명확한 기준 등)을 높이는데 기여함.

제1장 서론

1. 연구배경 및 필요성

가. 전문심사 운영 현황

- 전문심사란 효율적인 심사위해 각종 통계기법과 문제항목 등 선정기준을 통해 대상 기관과 항목을 선별하여 심사직원이 직접 집중심사 하는 방법
- 대상에 따라 기관단위, 건단위로 구분되며, 주기에 따라서 정기분류와 수시분류로 구분됨.
 - 정기분류
 - 전문심사의 효율, 효과를 높이기 위해 상대적으로 조정확률이 높은 기관을 선별 하는 통계적 모형을 통해 기관 선정
 - 전문심사 업무량을 고려 우선순위 상위기관부터 선정
 - 수시분류
 - 전문심사가 필요하다고 판단되는 항목, 유형을 선정
 - 기관단위, 특정 내역(질환, 행위, 약제, 치료재료 등)을 포함하는 명세서



[그림 1] 전문심사 대상 선정 구분

〈표 1〉 전문심사 대상 구분 및 선정기준

| | 정기분류 | 수시분류 |
|-------|---|--|
| 기관 단위 | - 판별분석/로지스틱 회귀분석 * 평균 건당진료비 * 인력심사조정률 - 기타 : 연속 일반심사기관 등 | - 개, 폐업 기관 - 지표연동지출개선제 미개선 기관 - 현지조사 실시 기관 - 이상변동 기관 - 급여기준 관련 전문심사기관 (한방, 치과) - 기타 : 자체선정기준 (민원, 언론보도, 기획심사 등 선별집중심사 포함) |
| 건단위 | | - 고정 * 반드시 확인이 필요한 특정 항목 명세서 : 일정금액 이상(고액), 법정 감염병, 상단열외군, 선별급여 관련, 중복청구, 분리청구(입원) 등 - 지정 * 전문심사가 필요하다고 판단되는 명세서 : 사회적 이슈, 급여기준 제·개정 등(선별집중심사 포함) |

○전건 전문심사에서 업무량의 증가, 심사 업무의 효율성을 위해 지표/경향 심사를 도입하면서 발생하는 지표나 경향만으로 감지할 수 없는 문제를 해소하기 위해 상시적·탄력적으로 운영 및 발전되어 옴.

1) 경향심사 제외기관

- 진료과목별 총진료비가 평균 200%이상인 기관
- 현지심사 및 자율지도 선정 기관
- 경향심사 중 입원 심사시 문제점 발견 기관

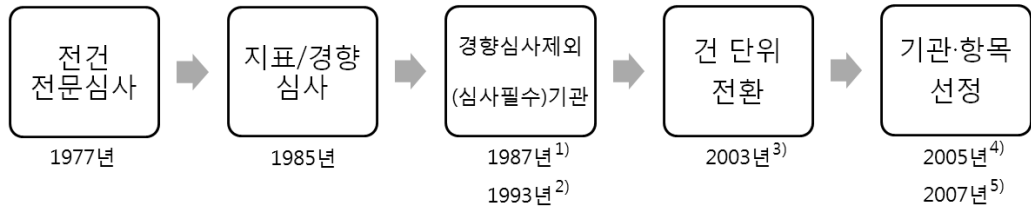
2) 신규지정기관 추가 : 신규지정 이후 6개월간 경향심사 제외

3) 건단위 분류 검토 : 열외군, 특정점검, 중점관리(물리치료·정신요법), 추가·보완건, 치과·한의원 입원 등

4) 건단위 운영 및 코드 일체 정비(코드 구성)

- 첫째자리(심사여부) : M (전산심사), S (심사)
- 둘째자리(심사방법분류) : A (일반), C (전문)
- 셋째자리(정밀전환 사유) : 2 (전산심사, 전열 : 전산 정밀전환대상 및 전산 조정건), 3 (일반 : 지표, 정밀), 4 (고정 : 고액 등 특정명세서), 5 (지정건), 6 (분리), 7 (열외건)

5) 선별집중심사 시행 : 사회적 이슈, 언론 보도, 진료비·청구건수 급증 등

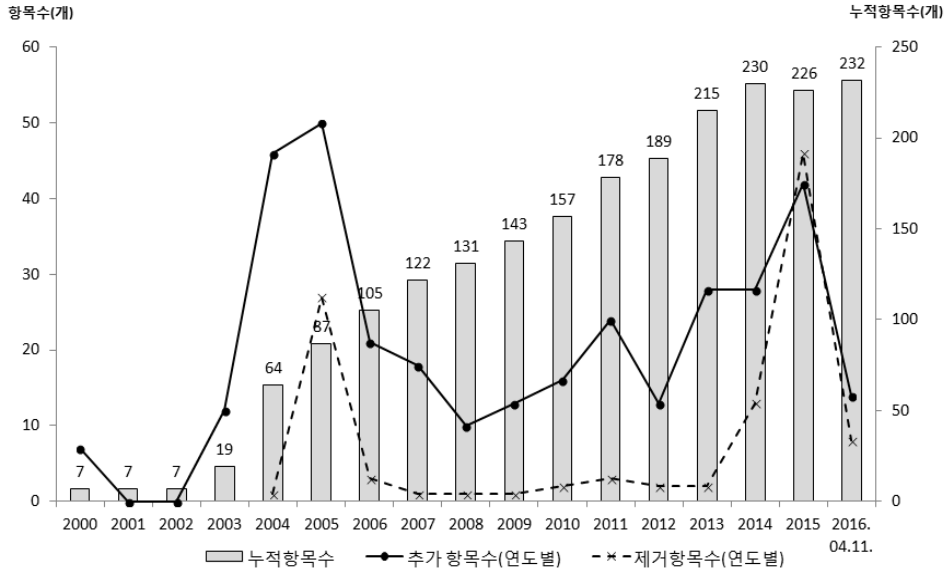


[그림 2] 전문심사를 위한 수시분류 연혁

- 수시분류 항목은 기관단위(11항목)와 건단위(고정 19항목, 열외 1항목, 분리 1항목, 지정 232항목⁶)으로 구분됨.
- 지속적으로 추가되어 온 수시분류 항목(지정)들은 필요에 의해 매번 추가되어 왔지만 도입 및 퇴출 기준, 심사 필요 영역 등에 대한 정의가 부족함.
 - 2003년 건단위 ‘지정’ 항목 도입 이후 꾸준히 증가추세
 - 2003년~2015년 연평균 24.7개씩 추가, 7.8개씩 제외
 - 2005년 : 초과 관련 항목 27개(3개월~10개월 도입 이후 삭제)
 - 2015년 : ‘지정’ 항목의 개선 방안으로 일부 항목 제외⁷
 - ① 전산심사에서 전액 조정 항목 제외(인정금액 = 0원인 경우)
 - ② 심사 trend 및 실무부서 의견 반영한 변경 및 제외
 - ③ 최근 2년간 청구 및 심사실적을 연계한 제외
 - 청구건수/인력조정건수 미발생, 조정실적(액)의 전체가 전산조정
 - ④ 급여기준 확대 항목 제외
 - 2016년 : 유형의 신설·보완·삭제 기전 정리화
 - ① 급여기준 협의체 활성화
 - ② 수시분류 관리체계 정리화 → 심사연구팀 연구결과 반영 예정

6) HIRA+ 시스템(2016.4.11. 기준)

7) 건강보험심사평가원 내부자료(2015). .전문심사 수시분류 ‘지정’ 개선방안.



[그림 3] 수시분류 '지정' 항목의 연도별 운영 현황

나. 연구의 필요성

- 진입 장벽이나 퇴출 기전이 마련되어 있지 않아 운영상에 어려움이 존재함.
 - 지속적인 항목의 증가 : 관리의 어려움, 심사 업무량 증가 및 부담
 - 불필요한 항목의 전문심사 전환 : 전문심사 효과·효율 감소
- 이에 수시분류 전문심사 선정 기준에 대한 검토와 효율적 운영방안이 요구됨.

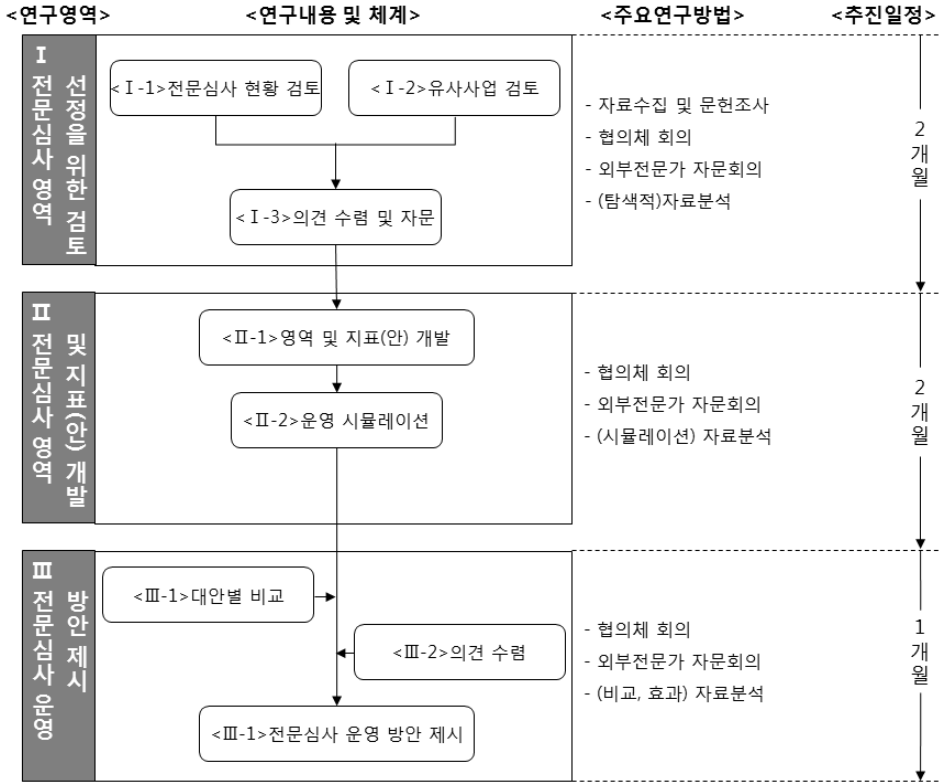
2. 연구목적 및 연구방법

가. 연구목적

- 이 연구의 목적은 전문심사 대상선정 기준에 대한 검토를 통해 효율적 수시분류 운영방안을 도출하는 것임.
 - 수시분류 항목 검토, 현황 분석을 통해 항목들의 유형화
 - 유사 사례 검토를 통해 항목들의 도입·퇴출 기준을 설정하여 수시분류의 운영방안을 제시함.

나. 연구방법

- 전문심사 현황 및 유사사업 검토
 - 전문심사 관련 내부자료(업무편람 및 매뉴얼, 기능과 역할 등)
 - 유사사업 자료(CMS, 일본, 대만 등)
- 전문심사를 위한 수시분류 대상선정(안) 검토
 - 항목의 유형화 및 영역 선정
- 전문심사를 위한 수시분류 운영방안 검토
 - 도입 및 퇴출방안 검토
 - 사업평가 및 성과관리 관련 자료 검토
- 협의체 회의 및 실무부서 의견 조사



[그림 4] 연구 수행체계도

제2장 건강보험심사평가원의 심사

1. 심사 업무 분류와 개념적 목표

- 건강보험심사평가원(이하 심평원)의 주요 업무로 구분되는 심사는 전문심사 이외에도 다양한 업무들을 기반으로 이루어지고 있음.
- 심평원 내에서 이루어지고 있는 심사 업무들을 분류하고, 각각의 업무들이 가지는 개념적 목적들을 정리함.
- 심평원에서 발간하는 기능과 역할과 심사 관련 업무 매뉴얼을 토대로 심사 관련 업무들을 나열하고 분류하였음.
 - 우선적으로 구조, 과정, 결과에 따라 인프라, 예방 및 교육, 심사방법, 결과확인으로 대분류를 구분함.
 - 사업들의 특성에 따라 중분류를 정의하고, 실질적인 사업단위가 소분류에 포함되도록 함.
- 심사의 목적 중 많은 부분을 차지하고 있고 재정적인 부분을 설명함에 있어서 자주 활용되는 CMS에서 정의한 청구와 심사, 지급 사이에 발생하는 부적절하게 지불되는 유형의 연속적인 구분인 ‘부적절한 지불유형(type of improper payment)’을 심사 업무 분류에 따라 포함되는 유형을 정의함.
 - 4가지 부적절한 지불 유형(Error, Waste, Abuse, Fraud)의 정의는 아래와 같음.

〈표 2〉 부적절한 지불 유형의 정의

- Error(오류) : 의학적 필요성과 관련되어 있음. 부정확한 코드 선택이나 청구 행태로 인한 결과⁸⁾
- Waste(과잉) : 규정에 정의되지 않은, 일반적으로 자원의 과이용 또는 서비스의 부적절한 사용과 오용을 포함하는 것으로 이해되며, 일반적으로 범죄 또는 의도적인 행위는 아님⁹⁾.
- Abuse(남용) : 불필요한 비용 또는 진료지침에 맞지 않는 의료서비스 또는 불필요한 의료서비스로 인한 보험상환. 정상적인 회계, 사업, 의료행위와 불일치하는 진료. 불필요한 비용을 초래하는 수급자의 진료행위도 포함(범죄 또는 의도적 행위)⁹⁾¹⁰⁾.
- Fraud(허위) : 자신 또는 다른 사람에게 부적절한 급여(benefit)를 초래하는 지식을 가진 사람에 의해 만들어진 의도적 기만 또는 허위진술. 연방 또는 주법에 의해 적용되는 사기(fraud)를 구성하는 모든 행위를 포함⁹⁾¹⁰⁾.

- 심사 관련 업무들에 따라 관련된 부적절한 지불 유형을 표시하고 각 업무들이 포함하고 있는 개념적 목표를 정의함.
 - 개념적 목표들은 일반적으로 보건의료체계를 설명함에 있어서 활용되는 용어들을 기준으로 검토하고, 심사에서도 포함될만한 목표들을 구분하여 정리하였음.
 - 각각의 개념적 목표들은 다양하게 정의되고 있지만, 심사가 가지는 특성과 가장 유사하게 정의된 문헌을 위주로 정리함.

8) Medical Insurance : An Integrated Claims Process Approach, 6e, 2013.

9) CMS(2016). Health care fraud and program integrity : An overview for providers.

10) ELECTRONIC CODE OF FEDERAL REGULATIONS(전자코드 연방규정).

Title 42(Public Health) → Chapter IV → Subchapter C → Part 455(PROGRAM INTEGRITY: MEDICAID) → § 455.2(Definitions)

〈표 3〉 개념적 목적의 정의

- Accuracy(정확성) : 정확한 상태, 올바른 상태, 결점이나 오류로부터의 자유(무결점상태)¹¹⁾; 청구를 위해 제출된 자료의 완결성¹²⁾
- Appropriateness(적절성) : 제공된 진료/개입/활동은 고객의 요구와 연관이 있고, 설립된 기준을 근거로 함¹³⁾.
- Efficiency(효율성) : 효율성은 좋은 진료 성과를 얻기 위한 적절한 자원 사용, 생산성, 최고의 진료를 위한 보건의료 기술의 사용, 개입의 적절성을 의미함¹⁴⁾.
- Standard of care(진료지침) : 일반적 또는 특정된 의학적 진료지침(treatment guideline). 과학적 근거와 전문가들 간 협의에 기반해 정의된 적절한 진료¹⁵⁾.
- Effectiveness(효과성) : 환자에게 도움이 되는 경우에 과학적인 지식에 기반하여 서비스를 제공하고, 환자에게 도움이 되지 않는 경우에는 서비스 제공을 방지함(과소사용, 오용 및 남용 방지)¹⁶⁾.
- Safety(안전성) : 안전성은 병원 구조의 활용 및 과정의 향상과도 관련됨. 위험 예방 또는 감소를 설명하는 근거. 안전성은 환자안전 뿐만 아니라 직원과 환경적 안전성과도 연관이 있음¹⁴⁾.

- 전반적으로 인프라(구조)에서 결과확인(결과)로 갈수록 오류(Error)에서 허위(Fraud)로 이동하는 경향을 보임.
- 오류(Error)는 정확성·적절성, 과잉(Waste)과 남용(Abuse)는 효율성·진료지침·효과성·안전성, 허위(Fraud)는 허위와 관련성이 높음.

11) 사전적 정의 : <http://www.dictionary.com/browse/accuracy> (접속일 : 2016.08.22.)

12) CMS MLN(2014), Medicare Billing: 837P and Form CMS-1500

13) National Health Performance committee(2001), National Health Performance Framework Report, Brisbane: Queensland Health.

14) PATH(2007), World Health Organization, Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals

15) https://en.wikipedia.org/wiki/Standard_of_care (접속일 : 2016.08.22.)

16) IOM(2001), Institute of Medicine, Board on Health Care Services Crossing the quality chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National

- 전문심사는 부적절한 지불 유형 모두와 관련이 있지만 상대적으로 과잉이나 남용과 관련성이 높으며, 검토된 개념적 목표를 모두 포함하고는 있지만 정확성의 경우 직접적인 목표에 포함시키기는 어렵다고 판단하여 제외함.
- 전문심사의 개념적 목표 : Appropriateness(적절성), Efficiency(효율성), Standard of care(진료지침), Effectiveness(효과성), Safety(안전성), Fraud(허위)

| 심사 관련 업무 | | | 부적절한 지불 유형 | | | |
|------------------------|------------|---------------------------------------|------------|---------|-------|-------|
| 대분류 | 중분류 | 소분류 | Error | Waste | Abuse | Fraud |
| 인프라(구조) | Database | 자격, 기준 관련 마스터 자료 관리 심사결정 자료 구축(DW) | AC AP | | | FD |
| | 심사지원 시스템 | 요양기관 프로파일 | AP | EF1 | | FD |
| | | 심사지식뱅크 | AP | EF1 EF2 | | |
| 사전예방 및 교육 (구조 및 과정) | 기준 공개 및 교육 | 급여기준 | AP | | | |
| | | 심사기준 | | EF1 | EF2 | |
| | | 진료지침 | | SC | SF | |
| | 정보제공 및 교육 | 지표연동자율개선제 중합정보서비스 | AP | EF1 | | FD |
| 심사방법 (과정) | 명세서 심사 | 전산점검 | AC | AP | | |
| | | 전산심사 | AC | AP | | |
| | | 전문심사(직원, 위원, 위원회) | AP | EF1 EF2 | SC SF | FD |
| | | 사후심사 | | | EF2 | FD |
| | 방문심사 | | | SC | FD | |
| 부당, 거짓 조사(감사) | 현지조사 | | | SC SF | FD | |
| 결과 확인(결과) | 권리구제절차 | 이의신청 | AP | EF1 | EF2 | SC FD |
| | 소비자 권익보호 | 진료비확인 | AP | EF1 EF2 | SC SF | FD |

[그림 5] 부적절한 지불 유형과 심사 관련 업무들의 개념적 목적

* AC: Accuracy, AP: Appropriateness, EF1: Efficiency, EF2: Effectiveness, SC: Standard of care, SF: Safety, FD: Fraud

2. 전문심사

가. 정의 및 목적

- 심평원에서 발간되는 요양급여비용심사 업무편람 ‘제3장 제8절’에서는 전문심사를 효율적인 심사를 위해 각종 통계기법과 문제항목 등 선정기준을 통해 대상기관과 항목을 선별하여 집중 심사하는 방법으로 정의하고 있음.
 - 목적 : 효율적인 심사
 - 기준 : 선정기준(각종 통계기법, 문제항목 등)
 - 방법 : 집중 심사
- 앞서 정의한 개념적 목표를 반영한 목적에 대한 변경과 방법에 대한 추가적인 설명을 포함하는 개선된 전문심사의 정의 및 목적이 필요함.
- 선행연구와 업무편람, CMS 매뉴얼, 일본 사회보험진료보수지불기금 보고서 등을 검토한 내용을 바탕으로 전문심사의 정의 및 목적에 대한 안을 작성함.
 - ① 제시된 정의들 검토
 - 제공된 서비스가 질병 또는 부상을 진단, 치료, 재활, 예방하기 위하여 의학적으로 필요하고 정당한 것인가를 평가¹⁷⁾
 - 급여범위, 코딩기준, 진료비기준, 청구기준에 부합하지 않는 명세서 확인¹⁸⁾
 - 진료행위가 보험진료 규칙을 준수하고 있는지 등을 확인¹⁹⁾

〈표 4〉 전문심사의 정의(안)

제공된 서비스가 의학적으로 필요하고 정당한 것인가를 판단함으로써 재정보호와 국민에 대한 의학적 보호기능을 동시에 달성할 수 있도록 정보시스템(기계)에 의한 기본 심사외에 더 정밀한 심사의 추가적 실시가 필요할 때(또는 요구되는 때), 과학적으로 개발된 선정기준에 따라 선별적으로 다양한 의무기록 자료들을 활용하여 전문심사 인력이 집중 심사하는 방법

17) 김창엽(1999). 건강보험심사평가원의 설립과 운영방안 연구.

18) CMS(2016). Medicare Program Integrity Manual.

19) 사회보험진료보수지불기금(2011). 심사위원회 본연의 자세

② 제시된 목적들 검토

- 재정보호와 국민에 대한 의학적 보호기능을 동시에 달성¹⁷⁾
- 심사 기능의 실체와 다양한 중재활동들은 잠재적인 부당청구를 예방²⁰⁾
- 변화가 필요한 행태를 교정하고 부적절한 청구를 예방 / 집중 심사를 통해 수급자와 공급자를 공정하게 다루고, 효율적으로 자원을 사용함으로써 메디케어 재정의 잠재적인 손실을 최소화¹⁸⁾
- 공적 의료보험 제도의 적정한 실시, 운영을 담보하는데 필수 / 환자보호의 관점에서 보호심사 / 의료 남용이 쉬운 상황이기 때문에 이를 제어하는 역할¹⁹⁾

〈표 5〉 전문심사의 목적(안)

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> · 잠재적인 부당청구 예방 및 감지 : Fraud(허위) · 기준(청구기준, 급여기준, 심사기준, 진료지침 등) 부합 여부 확인 및 근거 마련 : Accuracy(정확성), Appropriate(적절성), Standard of care(진료지침) · 비용효과성, 효율성 판단 : Efficiency(효율성), Effectiveness(효과성), Standard of care(진료지침) · 의료사고, 감염병 등과 같은 사회적 문제 발생 감지 : Safety(안전성) |
|---|

나. 기본원칙

- 전문심사의 정의나 목적은 개념적인 부분이라면, 전반적인 운영에 관련된 내용은 기본원칙으로 정의하는 것이 일반적임.
- 전문심사의 기본원칙을 세우기 위해서는 목적과 방향성에 대한 내외부적인 합의가 필요함.
 - 전건 전문심사 권한과 책임에 대한 이해
 - : 열거주의(positive system)와 포괄주의(negative system)²¹⁾

20) 강화정(2010). 부당청구 사전예방체계 구축방안.

21) 원칙적으로 전체 청구건을 전문심사 하지만 일부 항목을 제외하는 방식과 제한적으로 전문심사가 필요한 영역을 정의하고 나머지는 일반심사하는 방식

- 전건 심사와 전건 전문심사의 차이에 대한 인식 제고
- 시간적/재정적 제약에 따른 전건 전문심사 불가에 대한 사회적 합의
- 중병이상 지원심사로 변경 후 지역의 특성을 반영하는 전문심사 방향 설정
- 법에서 정의하고 있는 기본원칙(헌법의 기본원칙), 국외 건강보험법(일본²²), 대만²³), 심사와 관련된 법안 및 원칙(중소기업법(SBJA)-부당방지시스템(FPS)²⁴, 미국의 규제개혁 12원칙) 등을 검토함.
- 본 연구의 목적인 전문심사의 운영방안이나 영역을 설정함에 있어서 정의, 목적, 기본원칙의 필요성을 나타내기 위해 일반적인 수준에서 포함되어야 할 사항을 검토하고 예시적인 기본원칙을 작성함.
 - 규범이나 법칙을 정의하는 목적이 아니라 마땅히 그래야 한다고 생각하는 것(조리)들을 정형화하고자 함.
 - 선언적 의미, 적용범위, 적용기준, 대상영역, 결과활용, 성과측정 등이 포함될 수 있음.
- 전문심사 기본원칙의 포함 사항과 예시적인 내용
 - (선언적 의미)전문심사의 정의와 목적
 - (적용 범위)전건 전문심사 권한은 있지만 책임은 없음.
 - (적용 범위)시간적/재정적 제약에 따른 전건 전문심사 불가에 대한 사회적 합의 필요
 - (적용 기준)전문심사는 청구기준, 급여기준, 심사기준, 진료지침²⁵)을 근거로 자의적 해석 없이 평등하게 심사²⁶)

22) 사회보험진료보수지불기금 <http://www.ssk.or.jp/kikin.html>

23) * 전민건강보험법-의병비용(진료비) 심사판법(심사방법) : 全民健康保險 醫療費用申報與核付及醫療服務審辦法
<http://www.rootlaw.com.tw/LawArticle.aspx?LawID=A040170080000300-1031222>

* 전민건강보험법(전문)

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=660&webdata_id=2091&WD_ID=672

24) SBJA(Small Business Jobs of Act), FPS(Fraud Prevention System)

25) · 명확하게 정해져 있는 급여기준, 심사위원회에서 정해진 심사 기준(공개 원칙) : 직원심사

· 전문적인 의학적 판단이 필요한 진료지침과 급여기준의 모호한 영역 : 위원심사

· 누적된 사례로 인해 심사 기준 설정이 필요한 영역 : 위원회 심사

26) * 명확성의 원칙 : 범죄와 형벌을 가능한 한 명확하게 확정하여야 법과의 자의를 방지할 수 있고, 국민으로서도 어떤 행위가 형법에서 금지되고 그 행위에 대하여 어떤 형벌이 과하여지는가를 예측 할 수 있는데 의의가 있음.

* 심사 기관의 책무이자 권한으로 해석될 수 있음. 심사의 근거가 예측가능하고 명확함을 의미하기도 함.

- (적용 기준)고의와 과실을 따로 구분하여 심사하지 않으며²⁷⁾, 고의가 의심되는 경우 현지조사와 연계, 과실이 의심되는 경우 전문심사 위원회를 통해 심사기준을 강화함.
- (대상 영역)전문심사는 명백히 심사가 필요한 영역과 우선순위에 의해 선별적으로 운영되는 영역으로 구분
- (대상 영역)중병이상 지원심사로 변경 후 지원별 상황에 따라 운영
- (대상 영역)운영되는 대상 항목이나 유형에 관한 세부사항은 매뉴얼에서 정의
- (결과 활용)심사 결과(전문심사, 현지조사 등)는 심사 업무의 향상, 평가 및 급여 결정, 분류체계, 자원 배분 등과 같은 심평원 내부 업무와 연계하여 활용 할 수 있도록 함.
- (성과 측정) 심사의 성과측정 방안 및 보고서 작성

〈표 6〉 전문심사 운영의 기본 원칙(안)

1. 전문심사 운영의 기본 원칙은 전문심사의 선언적 의미, 적용범위, 적용 기준, 대상영역, 결과 활용, 성과 측정을 정의한다.
2. 제공된 서비스가 의학적으로 필요하고 정당한 것인가를 판단함으로써 재정보호와 국민에 대한 의학적 보호기능을 동시에 달성할 수 있도록 정보시스템(기계)에 의한 기본 심사외에 더 정밀한 심사의 추가적 실시가 필요할 때(또는 요구되는 때), 과학적으로 개발된 선정기준에 따라 선별적으로 다양한 의무기록 자료들을 활용하여 전문심사 인력이 집중 심사하는 방법을 말한다.
3. 전문심사의 목적은 다음과 같다.
 - 가. 잠재적인 부당청구 예방하고 감지함으로써 건강보험 재정을 보호한다.
 - 나. 사회적으로 합의된 기준들(청구기준, 급여기준, 심사기준, 진료지침 등)에 부합하는지 확인하며, 근거자료를 통해 기준을 마련하는데 이바지한다.
 - 다. 기준 부합 외에도 효과적인지, 효율적인지 검토한다.
 - 라. 의료사고, 감염병 등과 같은 사회적 문제의 발생을 감지함으로써 국민의 안전을 보호한다.

27) 전문심사의 목적이 고의와 과실을 구분하기 위함이 아님.

4. 심사와 전문심사는 다른 의미로 사용되며, 청구되는 모든 명세서에 대한 전문심사 권한은 있지만 제한적인 자원으로 인해 선택과 집중을 기본으로 한다.
5. 전문심사는 제한적인 자원(시간, 인력 등)을 효율적으로 운영하는 것을 목표로 한다.
 - 가. 청구되는 명세서 양에 비례하지 않고, 전문심사를 담당하는 인력에 비례하도록 운영한다.
 - 나. 가용한 인력의 업무량 내에서 전문심사하며, 업무량을 넘어서는 경우 우선순위로 조절한다.
6. 전문심사는 청구기준, 급여기준, 심사기준, 진료지침 등을 근거로 자의적 해석 없이 평등하게 심사함을 원칙으로 한다.
7. 전문심사는 고의 또는 중대한 과실이 의심되는 경우 현지조사와 연계하고, 그 밖의 과실이 의심되는 경우 전문심사위원회를 통해 심사기준을 강화하는 등의 필요한 조치를 취한다.
8. 전문심사는 명백히 심사가 필요한 영역과 우선순위에 의해 선별적으로 운영되는 영역으로 구분하여 운영한다.
9. 전문심사는 본·지원별 특성과 상황에 따라 자체적으로 운영하며 대상 항목이나 유형에 관한 세부사항은 매뉴얼에서 정의한다.

다. 심사관련 법안 검토(대만)

- 우리나라 건강보험법과 유사한 나라들 중에서 심사와 관련된 법안이 공개된 대만의 심사방법 법령을 검토하였음.
- 대만²⁸⁾의 법체계는 법률(法律) - 법규명령(法規命令) - 행정규칙(行政規則) - 협약(合約) - 기타(其他)로 구성되어 있음.

28) 대만은 우리나라와 같은 법체계를 가지는 대륙법계 국가로 성문법을 법치의 근간으로 함. 대만의 법률은 헌법, 법률과 명령의 세 분야로 구성되며 「중화민국헌법」은 모든 법이 상위법과 상호 저촉될 수 없도록 규정하고 있음.

- 심사방법과 관련된 법은 법률에 포함된 국민건강보험법 제63조²⁹⁾에 따른 법규명령임.
 - 보험자는 계약한 의료기관에서 제공하는 의료서비스(항목, 수량, 품질)의 심사를 목적으로 임상(의료, 제약) 전문가를 임명함.(샘플링 또는 케이스 분석을 사용)
 - 권한이 있는 당국은 절차 및 일정을 수립해야 함.
- 우리나라도 건강보험법 제47조에 요양급여비용의 청구와 지급에 대한 정의가 되어 있지만 실제 심사·지급업무 처리기준은 고시에 존재함.
- 이에 반해 대만의 경우 우리나라 시행령에 해당하는 상대적으로 높은 수준에서 심사방법을 정의하고 있음.

〈표 7〉 한국과 대만 건강보험법 심사업무 관련법안의 수준

| | 한국 | 대만 |
|----|---|------------------------------|
| 법률 | 국민건강보험법 제47조(요양급여비용의 청구와 지급) 제63조(심사평가원업무 등) 제66조(진료심사평가위원회) 제87조(이의신청) 제96조(자료의 제공) | 국민건강보험법 제63조(의료서비스의 심사방식) |
| 명령 | 국민건강보험법 시행령 제28조(대통령령으로 정하는 업무) | 의료서비스기관 의료서비스 심사방법 |
| 규칙 | 국민건강보험법 시행규칙 제20조(요양급여비용의 심사)4항 | |
| 고시 | 요양급여비용 심사 지급업무 처리기준 | |

29) * The Insurer, in order to examine the item, quantity and quality of the medical service of this Insurance provided by the contracted medical care institutions, shall appoint medical and pharmaceutical specialists who have clinical or relevant experiences to conduct the review, which should be based on the approved payment; the review work should be assigned to the relevant professional agency or group.

* Review of the medical services in the preceding paragraph shall be done before, during, and after the matter; sampling or case analysis will be the methods used.

* The Competent Authority shall establish the procedure and schedule for medical expense application and payment, as well as rules for reviewing medical services.

* The Insurer shall be responsible for drafting the contract items of Paragraph 1, the contracted institutions, qualifications of the group, selection and revision of procedure, supervision and relevant pertaining to rights and responsibilities and reporting these matters to the Competent Authority for approval.

- 우리나라와 대만의 심사방법에 대한 법령은 구성항목³⁰⁾에서 차이가 있지만 유사한 구성요소들을 가지고 있음.

〈표 8〉 한국과 대만의 심사업무 관련법안 구성요소

| | 한국 | 대만 |
|--------|---------------------------|--------------------|
| 청구 | 기준 제2조 | 시행령 제2장 제4~10조 |
| 지급 | 기준 제9조 | 시행령 제2장 제10-1~13조 |
| 불능 | 기준 제3조 | 시행령 제3장 제15조~15-1조 |
| 보완자료요청 | 기준 제5조 | 시행령 제2장 제4조 |
| 심사 | 기준 제4조 | 시행령 제3장, 제4장, 제6장 |
| 진료사실확인 | 기준 제7조 | |
| 현지확인 | 기준 제6조 | 시행령 제5장 제20~28조 |
| 결과 통보 | 기준 제8조, 제10조 | 시행령 제3~5장에 각각 명시 |
| 재심사 | 심사평가원 내부규정 ³¹⁾ | 시행령 제7장 부칙 제32조 |
| 이의신청 | 기준 제11조 | 시행령 제7장 부칙 제31조 |

| | 우리나라 | 대만 |
|----------------------|---------------------------------------|------------------------|
| 구성 항목 | 보건복지부고시 | 전민건강보험시행령 |
| | - 요양급여비용 심사지급업무처리기준 - | - 의료서비스기관 의료서비스 심사방법 - |
| | 제1조(목적) | 제1장 총칙 |
| | 제2조(요양급여비용의 심사청구 및 접수) | 제2장 의료서비스 신고 및 지급 |
| | 제3조(요양급여비용심사청구서 등의 반력 및 수장·보 완 요청) | 제3장 절차심사 및 전문심사 |
| | 제4조(요양급여비용의 심사) | 제4장 사전심사 |
| | 제5조(심사관련 보완자료의 요청) | 제5장 현장심사 |
| | 제6조(요양급여비용 내역의 현지확인) | 제6장 서류분석 |
| | 제7조(요양급여비용의 진료사실 확인) | 제7장 부칙 |
| | 제8조(요양급여비용 심사결과와 통보) | |
| | 제9조(요양급여비용의 지급) | |
| | 제10조(정보통신망 등에 의한 통보) | |
| 제11조(심사결과에 대한 이의 신청) | | |
| 제12조(세부운영요령) | | |

31) 우리나라의 경우 재심사를 심사평가원 내부규정으로 두고 있어 법적분쟁의 소지가 많은 반면, 대만은 시행령자체에 재심사 규정을 명시하고 있음.

- 다만 심사방법의 차이로 인해 발생하는 가지급, 지급제외, 표본추출과 같은 항목에서 차이점이 존재함.

〈표 9〉 한국과 비교하여 대만全民건강보험법에만 있는 심사관련 법안 항목

| | |
|----------------|------------------------|
| - 가지급에 대한 세부사항 | |
| · 세부기한명시 | 시행령 제5조, 8조, 9조, 10-1조 |
| · 비율목록표 규정 | 시행령 제7조 |
| · 정지 사항 규정 | 시행령 제11조 |
| - 지급제외사항 | 시행령 제15조, 15-1조 |
| - 표본추출심사 | 시행령 제16조 |

3. 소결

- 결국 심평원이 하고 있는 업무의 당위성이나 절차상의 타당성은 그 업무가 얼마나 잘 정의되고 있느냐에 달려 있음.
- 따라서, 공개된 또는 이해관계자들과의 합의가 이루어진 법적인 근거와 매뉴얼에 명확하게 업무의 절차나 목적에 대해 명시하는 것이 필요함.
- 결국 전문심사는 재정보호의 기능이나 정확한 청구와 같은 큰 틀에서의 심사 목표보다는 진료행태의 개선이나 기준/근거 마련, 환자 안전 등과 같은 전문성을 띄는 방향으로 이루어져야 하며, 이를 위해서는 업무량이나 영역에 대한 이해관계자 간 논의와 합의가 중요함.
- 또한, 여타 다른 나라의 심사 관련 법안들이 가지는 구성, 법적 위치 및 효력에 대한 검토 및 비교를 통해 우리나라 심사 관련 법안들이 부족한 점을 매우고 법적 근거를 공고히 하기위한 노력이 필요함.

제3장 전문심사 대상선정(안)

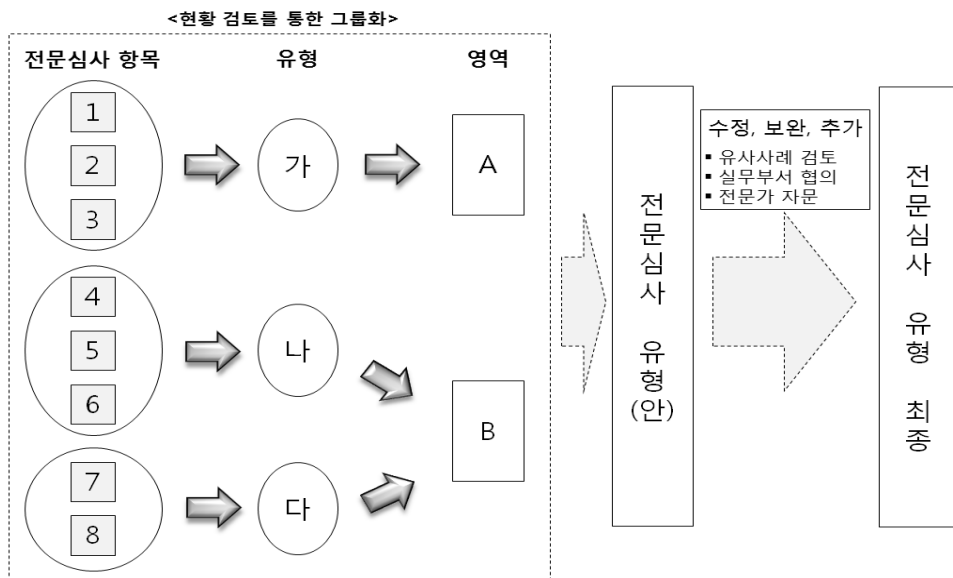
1. 전문심사 대상선정 기준

- 업무량이 늘어남에 따라 전진 전문심사에 대한 어려움이 발생됨으로 인해 심평원은 경향/지표/선별 심사 등을 통해 전문심사 대상선정 기준을 변경해왔음.
- 과거 검토된 전문심사 대상선정 기준 또는 영역과 유사사례들을 검토함으로써 현재 전문심사 대상선정(안)을 마련하는데 참조함.
- ① 김창엽(1999). 건강보험심사평가원의 설립과 운영방안 연구
 - 선별심사(≒정기분류)
 - 조정률(건과 비용)을 고려하여 가장 비용 효과적인 선에서 경향 심사의 적용을 최대화하는 것을 목적으로 함.
 - 심사조정액이 높을 것으로 예상되는 청구건만을 선별적으로 심사함으로써 심사를 효율화
 - 전문심사(≒위원심사)
 - 문제의 크기가 큰 것 : 발생건수와 진료비
 - 외국과 비교하여 수술률, 입원률이 높으나, 이를 정당화할 의학적 근거가 없는 경우
 - 지역간 수술률, 입원율의 변이가 크나, 이를 정당화할 의학적 근거가 없는 경우
 - 낮은 진료의 질이 의심되는 경우
 - 급여 적정성을 평가 할 수 있는 객관적 기준을 작성할 수 있는 경우
- ② 심사1실(2012). 선별집중심사 업무 매뉴얼.
 - 진료비의 급격한 증가 또는 지속적 증가 항목
 - 보험급여 정책 또는 사회적·경제적 이슈 항목
 - 심사 상 관리 필요항목
 - 급여확대 및 신규등재 행위·약제 등 기준설정 및 개선 필요항목

- 급여기준에 부합하는 적정청구 유도 필요항목
 - 불필요한 의료이용 증가가 우려되는 항목
- ③ 박미숙(2014). 선별집중심사 항목의 관리방안 연구
- 진료량 증가(금액, 건), 변이여부, 급여기준, 사회적 이슈, 부당청구 등
 - 영향력 및 포괄성 : 전체 진료량에서 차지하는 크기 및 포함하는 대상 집단의 크기
 - 문제의 중요성 및 심각성 : 사회적 관심 및 필요 정도
 - 개선가능성 : 심사를 통한 개선가능성 및 개선시 효과
- ④ 이성우(2012). 메디케어의 청구오류 확인과 조정활동 : CMS
- 집중 심사 영역(target areas)
 - 높은 이용량(High Volume)
 - 높은 비용의 서비스(High Cost)
 - 이용량의 급격한 변화(Dramatic Change)
 - 문제가 발생할 위험이 큰 영역(High risk problem-prone areas)
 - RA, CERT 심사자의 데이터 분석결과와, OIG, GAO와 같은 외부 기관의 데이터에서 취약성을 보이는 기관
 - 신규 공급자 및 신규 급여 포함 서비스
 - 20~40건의 샘플 심사 → 모니터링 및 심사 강도 및 개입 수준 결정
- ⑤ 사회보험진료보수지불기금(2011). 심사위원회 본연의 자세
- 월 심사 평가 사유(다빈도)
 - 적응증 외, 과잉·과량, 의학적으로 부적당, 산정규칙 위반
 - 심사 중점화
 - 8만점 이상의 높은 점수 의료비 청구서 등에 대한 심사
 - 심사의 필요도(A, B, C)가 높은 순서대로 의료기관을 분류

2. 전문심사 대상선정(안)

- 대부분의 사례에서 문제라고 판단되는 영역을 전문심사 필요영역으로 정의하고 있지만, 문제를 판단하는 기준들이 다양하고 개념적인 틀이나 영역에서 세부 항목으로 발전시킬 만한 연구가 없었음.
- 따라서 운영 중인 전문심사 항목들을 바탕으로 유사한 형태별로 그룹화, 단순화, 개념화하여 활용함.



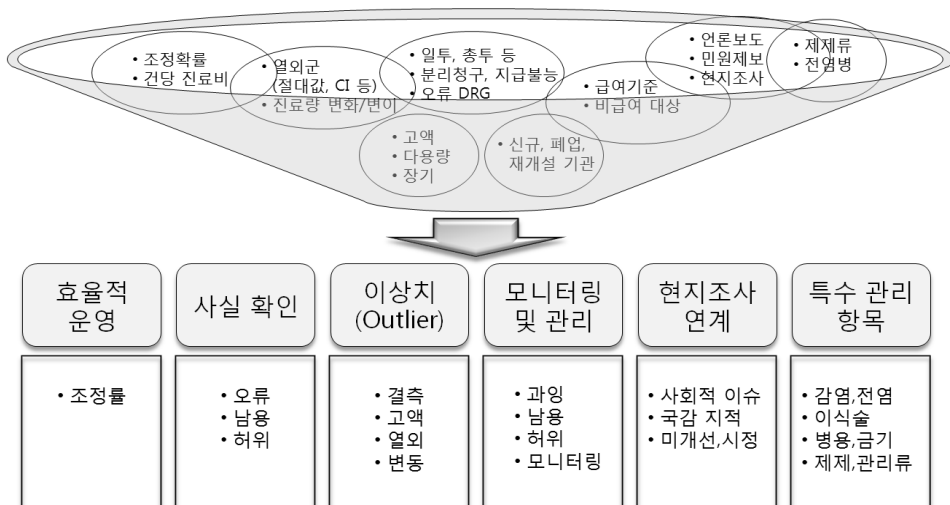
[그림 6] 전문심사 대상선정(안) 수립 과정

가. 유형화

- 전문심사 대상으로 선정하는 항목들을 나열하고, 나열하는 과정에서 항목을 구분함에 있어서 차이가 없는 경우 같은 항목으로 정의³²⁾

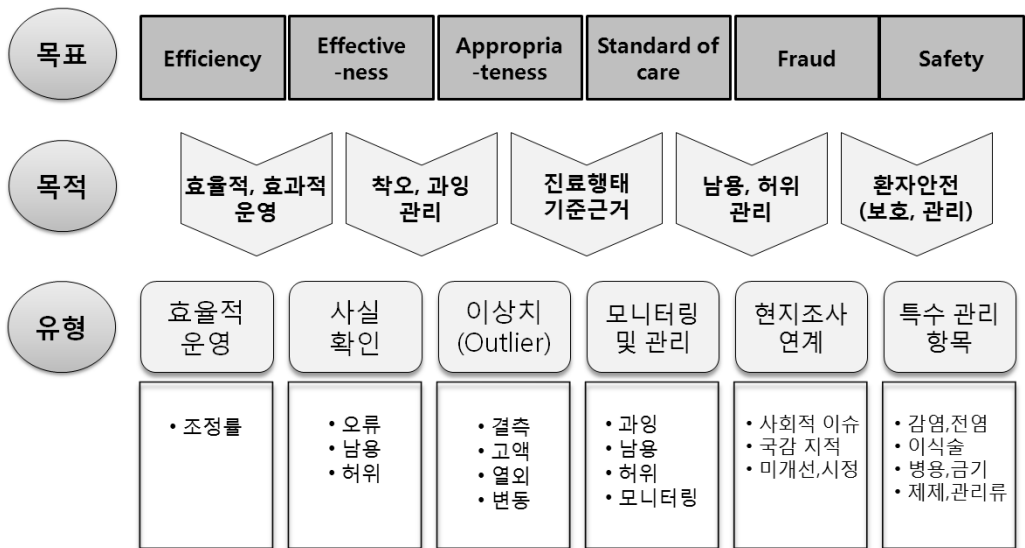
32) 예) 한방 & 치과 급여기준 집중관리 항목 다발생 청구기관 → 급여기준 집중관리 항목 다발생 청구기관

- 나열된 항목들의 공통적인 부분을 유형화하면 효율적 운영, 사실확인, 이상치 (Outlier), 모니터링 및 관리, 특수관리 항목, 현지조사 연계로 구분됨.
- 효율적 운영 : 조정률(건과 비용)을 고려하여 상대적(동일한 전문심사 업무량 대비)으로 심사조정액을 최대화하는 것을 목적으로 함(정기분류).
- 사실 확인 : 전산로직/코딩규칙/청구규칙 등으로 판단하였을 때 오류일 가능성이 높다거나 남용, 허위가 의심되는 경우
- 이상치(Outlier) : 양적 수치로 상대적 비교를 함에 있어서 발생하는 결측이나 상대적 열외군(고액, 변동 등)
- 모니터링 및 관리 : 진료량 증가(과잉), 오남용 개연성(남용), 급여기준 변경(모니터링) 등과 같은 관리가 필요한 경우
- 현지조사 연계 : 현지조사와 연계하여 관리대상이 되는 항목 또는 기관인 경우
- 특수 관리 항목 : 법정 전염병·감염병, 이식술, 마약류 등과 같은 특별하게 따로 관리하는 경우
- 유사한 항목(남용, 허위 등)이라 하더라도 분류시 유형의 특성에 맞게 구분하여 포함하였음.



[그림 7] 전문심사 대상 항목의 유형화

- 앞서 정의한 전문심사의 개념적 목표를 중심으로 달성하고자 하는 목적들을 나열하고, 항목들로부터 생성된 유형들을 연결하면 다음과 같음.
- 앞서 정의한 개념적 목표와 목적(안)³³⁾들은 개념적으로 접근하여 도출되었기 때문에 운영 중인 항목들을 개념화하면서 도출된 유형들과 연계하여 접근한 실질적인 목적과 차이가 존재함.
- 특히, 효율적·효과적 운영의 경우 운영에 있어서 매우 중요한 목적이지만 개념적으로 접근시 고려하지 못하였음.
- 정리된 유형들과 목표·목적들 사이에 명확하게 구분되어 연결되는 것은 아니며 하나의 목적에 여러 가지 개념적 목표들이 연결되기도 하고 2~3가지의 유형이 포함되기도 함.



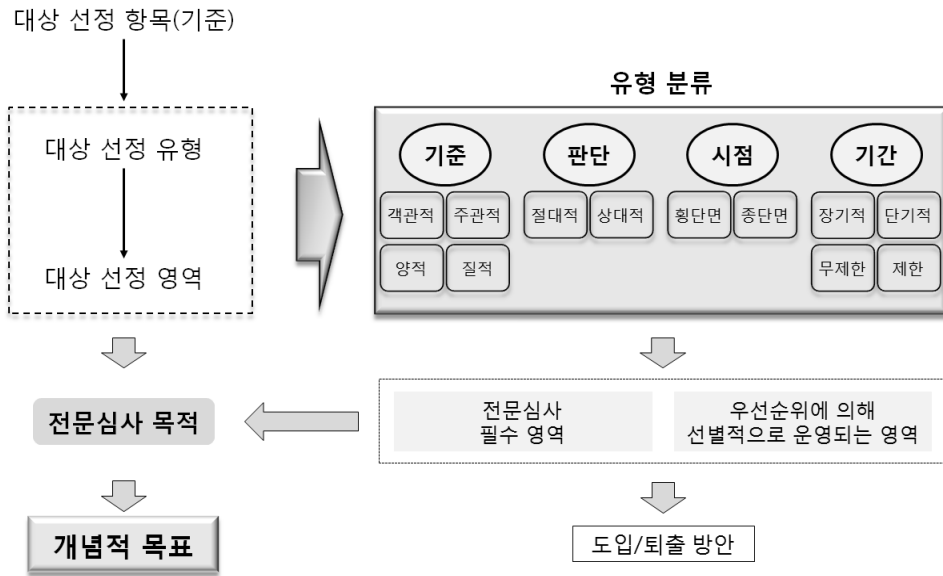
[그림 8] 전문심사 대상 유형의 목적 및 개념적 목표

33) * 전문심사의 목적(안) : p12 <표 5>

- 잠재적인 부당청구 예방 및 감지 : Fraud(허위)
- 기준(청구기준, 급여기준, 심사기준, 진료지침 등) 부합 여부 확인 및 근거 마련 : Accuracy(정확성), Appropriate(적절성), Standard of care(진료지침)
- 비용효과성, 효율성 검토 : Efficiency(효율성), Effectiveness(효과성), Standard of care(진료지침)
- 의료사고, 감염병 등과 같은 사회적 문제 발생 감지 : Safety(안전성)

나. 분류

- 정리된 대상선정 유형을 특성에 따라 분류하고, 분류된 특성을 바탕으로 전문심사 필수영역과 우선순위 필요영역으로 구분하고자 함³⁴⁾.
- 유형을 특성에 따라 분류함에 있어서 일반적으로 사용되는 개념적 반의어와 산업 및 조직심리학³⁵⁾에서 활용되는 준거분류 기준을 참고하였음.
 - 기준 : 객관적(양적) 또는 주관적(질적) 기준을 사용 여부
 - 판단 : 판단을 함에 있어서 절대적 또는 상대적 개념을 사용 여부
 - 시점 : 특정시점(횡단면) 또는 시계열적(종단면) 개념을 사용 여부
 - 기간 : (운영기간)정해진 기간 또는 상시적으로 사용 여부



[그림 9] 전문심사 대상 유형의 특성 분류

34) · 기본적인 개념은 “절대vs상대”, “주관vs객관” 이런 분류와 유사한 분류를 차용하기 위해 검토함.
 · “taxonomy”, “categorization”, “분류준거”, “준거”, “범주”, “범주의 타당성”, “이항대립” 등등으로 검색한 결과 그나마 가장 유사한 산업심리, 조직심리 분야의 “준거개발” 을 검토함.

35) · 산업 및 조직에서 발생하는 인간문제를 효율적으로 해결하기 위한 학문
 · 인사심리학, 조직심리학, 공학심리학 등 정부조직, 사회단체, 기업에 대한 연구가 주축을 이룸.

- 유형에 따라 설정한 분류기준을 적용하여 분류한 결과 유형별 특성이 존재함.
- 모니터링 및 관리에서 과잉, 남용, 모니터링으로 구분된 세부 유형이 다른 특성으로 분류되고 있어 추가적으로 유형을 구분함.
 - 이상치(Outlier) : 객관적(양적) 기준, 상대적인 판단, 특정시점
 - 사실확인 : 절대적 판단, 특정시점, 장기적 운영
 - 모니터링 및 관리(과잉) : 객관적(양적) 기준, 상대적 판단, 특정시점, 단기적 운영
 - 모니터링 및 관리(모니터링) : 절대적 판단, 특정시점, 단기적 운영
 - 특수관리 항목 : 주관적(질적) 기준, 절대적 판단, 특정시점, 장기적 운영
 - 현지조사 : 주관적(질적) 기준, 절대적 판단, 단기적 운영

〈표 10〉 유형별 분류에 포함되는 항목 수

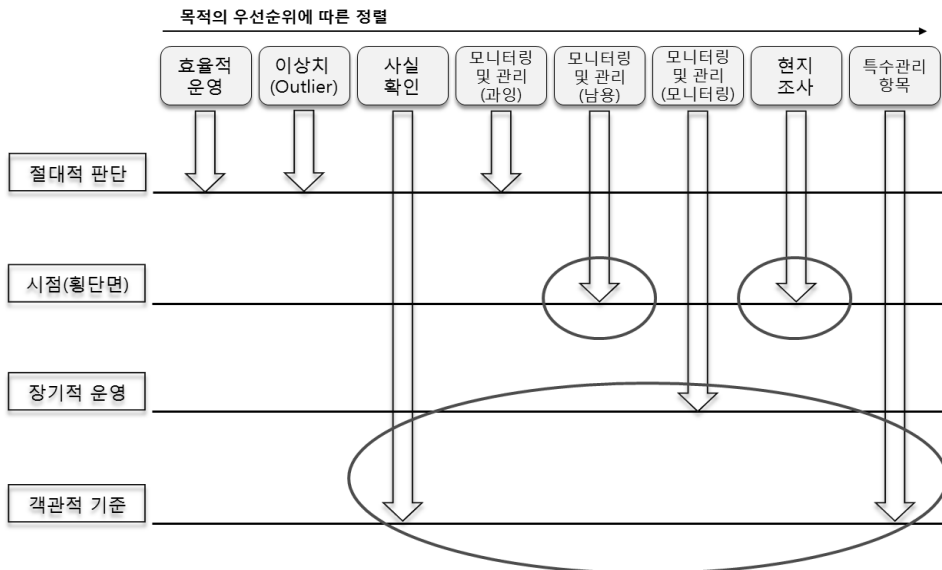
| 유형 | | 기준 | | 판단 | | 시점 | | 기간 | |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 구분 | 수 | 객관 | 주관 | 절대 | 상대 | 횡단 | 종단 | 장기 | 단기 |
| 계 | 51 | 21 | 20 | 32 | 13 | 17 | 24 | 25 | 15 |
| 효율적 운영 | 1 | 1 | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 |
| 이상치(Outlier) | 6 | 6 | - | 3 | 5 | 1 | 5 | 3 | 3 |
| 사실 확인 | 13 | 6 | 7 | 13 | - | - | 13 | 13 | - |
| 모니터링 및 관리 | 11 | | | | | | | | |
| 과잉 | 6 | 6 | - | 2 | 6 | 2 | 4 | 2 | 4 |
| 남용 | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | - | - | 1 |
| 모니터링 | 4 | 1 | 3 | 4 | 1 | 4 | - | 1 | 3 |
| 특수관리 항목 | 6 | - | 6 | 6 | - | 6 | - | 6 | - |
| 현지조사 연계 | 3 | 1 | 3 | 3 | - | 2 | 2 | - | 3 |

* 객관 : 객관적, 주관 : 주관적, 절대 : 절대적, 상대 : 상대적

* 횡단 : 횡단면, 종단 : 종단면, 장기 : 장기적, 단기 : 단기적

다. 영역구분

- 전문심사 필수 영역은 객관적 기준, 절대적 판단, 시점(횡단면) 기준, 장기적 운영의 특성을 만족하면 필수 영역으로 선정하기 용이함.
- 명확하게 모든 분류 기준의 특성을 만족하는 유형이 존재하지 않기 때문에 비교적 명백히 전문심사가 필요한 영역을 전문심사 필수 영역으로 선정하는 방안을 정의함.
 - 앞서 정의한 목적들을 기준으로 문제의 중요성이나 심각성, 영향력이나 포괄성, 개선 효과 등을 고려했을 때 상대적으로 전문심사 필수 영역으로 선정되어야 하는 우선순위는 다음과 같음.
 - 목적의 우선순위 : 환자 안전 > 남용, 허위 관리 > 진료행태, 기준근거 > 착오, 과잉 관리 > 효율적, 효과적 운영
 - 전문심사 필수 영역을 선정함에 있어서 가장 선행되어야 할 분류기준은 절대적인 판단 근거의 여부임.
 - 그 외에 시점, 운영기간, 기준(객관/주관)은 크게 영향을 미치지 않음.
 - 분류 특성의 우선순위 : 절대적 판단 > 시점(횡단면) ≒ 장기적 운영 ≒ 객관적 기준



[그림 10] 전문심사 필수영역 선정(안)

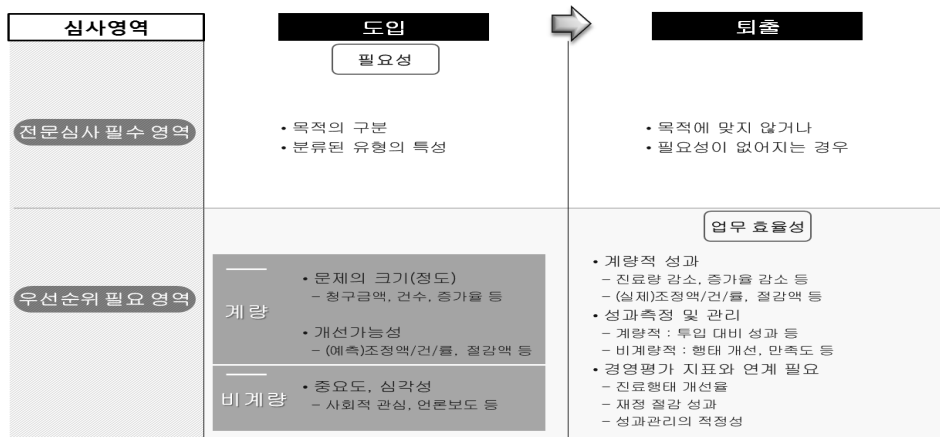
- 목적과 분류 특성의 우선순위에 따라 정렬 후 상대적인 전문심사 필수영역을 선정하면 다음과 같음.

〈표 11〉 전문심사 필수 영역(안)

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> · 국민의 건강에 위해성이 명백한 경우 : 법정 감염병, 환자 안전 포함 유형 · 사회적 문제로 논의 또는 이슈화 된 영역(언론, 민원 등) : 현지조사 관련 유형 · 오류일 가능성이 매우 높지만 전산으로 일괄 조정하기에는 드물게 발생 될 수 있는 경우(조정/확인 2가지 선택 밖에 없음) : 사실확인 유형 · 급여기준 변경, 신규 개설 기관 등과 같은 관리 및 모니터링 필요 영역 : 모니터링 및 관리(모니터링) 유형 · 심사상 진료 오남용에 대한 개연성이 확인 된 경우 : 모니터링 및 관리(남용) |
|--|

라. 도입 및 퇴출 기준(안)

- 전문심사 필수 영역과 우선순위 필요 영역에 따라 도입과 퇴출 방안을 검토함.
- 전문심사 필수 영역의 경우 목적과 필요성이 도입에 중요한 부분을 차지하며, 우선순위 필요 영역의 경우 업무 효율성이 퇴출에 중요한 부분을 차지함.



[그림 11] 심사영역에 따른 도입 및 퇴출

1) 전문심사 필수 영역

- 목적의 구분과 분류된 유형의 특성에 따라서 영역을 정의하였기 때문에 이미 정의된 절대적 기준에 의해 전문심사 대상에 선정됨.
- 관리 차원에서 목적에 맞지 않거나 처음 의도한 필요성이 없어지는 경우 퇴출이 가능하도록 해야함.
 - 도입되는 항목이 어떤 유형에 포함되는 항목인지 확인하고, 유형에 따라 얼마나 많은 항목들이 운영되고 있는지 관리 필요
 - 제한된 자원(업무량)을 효율적으로 운영하기 위해서 유형별 항목의 수나 업무량에 대한 관리가 최소한 연단위로 이루어질 필요가 있음.
- 전문심사 필수 영역의 경우 퇴출 기준은 도입시 정의한 목적에 맞지 않거나, 전문심사로 운영할 필요성이 없어지는 경우로 볼 수 있음.
 - 환경이나 정책의 변화로 인한 도입 시점에 정의한 목적과 맞지 않게 운영되는 경우
 - 도입시 선정한 운영기간 만료 또는 더 이상 존재하지 않는 경우 등
- 목적이 변경되는 경우 포함되는 유형을 이동하여 운영해야 성과측정시 반영할 수 있음.
 - 예시 : 모니터링 및 관리(모니터링) → 모니터링 및 관리(과잉)
 - 모니터링 및 관리(과잉)의 경우는 우선순위 필요 영역에 해당되기 때문에 다른 항목들과의 상대적 비교 필요
 - 성과 측정시 목적과 연관되기 때문에 어떤 목적을 가지고 전문심사에 포함되었는지는 중요함.
 - 관리가 필요해서 모니터링을 하는 경우 조정률이 큰 의미를 가지지 않지만, 과잉이나 남용이 의심되어 전문심사로 적용된 경우 조정률 자체가 목적이자 성과측정 지표가 될 수 있음.

○ 단기적 개선(안)

① 모니터링 및 관리(모니터링)³⁶⁾, 현지조사 연계

- 도입시 최소한의 운영 기간을 지정하는 방안 필요
- 추가적인 모니터링이 필요하다고 판단시 운영하고 있는 실무자가 판단하여 추가적인 운영 기간 연장을 요청하는 방식을 제안

② 사실 확인

- 정책적 판단으로 업무량을 줄일 수 있는 여지가 존재
- 지급불능 또는 확인필요 한 부분은 청구 기관에 책무성을 높이기 위해 전산에서의 조정이나 재청구하는 형태를 제안
- 재청구나 일괄조정 후 이의신청 등과 같은 행정적인 부담이 발생할 수 있음.

2) 우선순위 필요 영역

- 본 연구는 운영되는 영역의 도입 및 퇴출 기준(안)에 초점이 맞춰져있음.
- 우선순위를 정하는 것은 미리 정해진 기준에 의하여 상대적 중요도에 따라 순위를 매기는 행위로 정의할 수 있음³⁷⁾.

가) 도입 기준

- 우선순위 필요 영역은 대부분이 수시로 발생되며, 환경 변화에 반응하여 새로운 대상의 도입이 이루어져야 함.
- 우선순위는 계량적인 문제의 크기, 개선가능성과 비계약적인 중요성, 심각도 등³⁸⁾을 통해 결정 할 수 있음.
 - 심사의 특성상 사업 도입 이전에 예비타당성³⁹⁾과 같은 계량적 측정이 어려움.

36) 신규 및 변경 된 기관/급여기준에 대한 관리 필요

37) 임문혁 네덜란드의 보건료서비스의 선택, 2001년도 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집, 2001.(재인용)

38) · 측정 및 예측 : 청구 또는 진료량 금액/건수, 증감율; 조정액/건, 절감액
· 측정 및 조사 : 사회적 관심, 언론보도 등

39) 기획재정부 : 총사업비가 500억원 이상인 사업을 대상으로 신규사업의 신중한 착수와 재정투자의 효율성을 높이기 위한 제도(국가재정법 제38조)

- 청구자료는 기관들의 청구 형태 또는 의료인들의 진료 형태에 종속적으로 반응함.
- 우선순위 필요 영역의 전문심사 선정은 주관적·비계량적인 부분을 배제하고 객관적·계량적인 기준만으로 결정하기 어려움.
- 계층 분석 방법(AHP)을 제안한 바 있지만 적용하는데 있어 방법론 자체의 제한점⁴⁰⁾과 실질적인 운영상의 어려움이 존재함.
- 그럼에도 불구하고, 수시분류 심사 대상을 선정하는 방식(도입 기준)은 객관적인 기준(진료량, 번이, 증감율과 같은 기초통계량)을 바탕으로 의사결정 과정을 통해 선정하는 형태로 자체적인 합리적 방안을 통해 전문심사 전환하고 있음⁴¹⁾.
- 단기적 개선(안)
 - 의사결정에 근거가 되는 계량적 기준들에 비계량적 기준의 대체 지표 활용
 - 중요도, 심각성 : 이의신청 횟수, 언론보도 횟수, 자문요청 횟수 등

나) 퇴출 기준 : 성과측정 방안 검토

- 우선순위 필요 영역의 퇴출 기준은 도입 기준과 같이 기준을 정의하는데 어려움이 존재함.
 - 성과측정은 도입과 같이 계량적 성과와 비계량적 성과로 구분할 수 있지만 비계량적 성과는 측정과 상대적 비교가 어려움.
- 전문심사 필수 영역과 구분함으로써 업무 효율성에 초점을 두고 성과측정 결과만으로 평가하고 퇴출하는 방안을 검토함.
 - 우선순위가 필요 영역에 포함된 유형들의 목적
 - 착오, 과잉, 남용, 허위의 관리 → 재정보호
 - 효율적, 효과적 전문심사의 운영

40) 1. 수치척도와 어의적 표현의 불일치
 2. 평가척도 구간의 불균등성
 3. 대안 평가의 순위역전 문제
 4. 평가자별 평가 기준의 상이
 5. 의사결정 계층구조의 문제점

41) 박미숙(2014). 선별집중심사 항목의 운영방안.

〈표 12〉 전문심사 성과 측정시 제한점

1. 절대적인 값의 비교 : 가치중립적 기준은 존재하지 않음.
2. 측정하는 과정에서 발생하는 오류와 어려움은 항상 존재⁴²⁾
3. 어떤 것을 측정할지, 측정된 값에 대해 어떤 해석을 내릴지에 대한 합의와 같은 상호작용이 필요⁴³⁾
4. 전문심사의 목적이 다양한데, 다양한 목적들을 하나의 지표로 측정하기는 어려움.
(예, 심사조정률 등)
5. 전문심사의 성과는 심사 업무 평가지표(경영평가)의 방향성이나 세부지표로써의 기능을 무시할 수 없음.

○ 성과 목표 및 측정 가능한 지표 설정⁴⁴⁾을 위해 우리나라 정부의 정책평가방법의 활용실태는 다양하게 존재하지만 공공기관 또는 정부업무의 평가⁴⁵⁾, 국가재정이 소요되는 사업에 대한 타당성 평가⁴⁶⁾, 행정규제의 신규 또는 변경시 영향분석⁴⁷⁾, CMS에서 실시하는 FPS 프로그램의 성과산출 방식을 검토함.

– 대부분의 성과측정 지표는 투입, 활동, 산출, 결과의 단계로 유형을 구분하여 측정(정부 및 공공기관의 성과측정)⁴⁸⁾

→ 우선순위는 **투입과 결과에 초점**을 두고 계량적인 지표를 통해 **효과, 효율을 측정**

– 정부 정책이 가져올 이익과 손해가 비용편익 분석에 의해 비교 되며, 순편익이 음인 규제조치를 취소 또는 폐지(규제영향분석)⁴⁹⁾

→ 비용편익분석⁵⁰⁾ vs **비용효과분석**⁵¹⁾, 고정효과 접근법 vs **고정예산 접근법**

42) · 비의도적 오류 : 측정설계의 오류, 수집된 자료와 측정된 정보에 대한 부실한 검증과 보고 등

· 의도적 오류 : 의도적인 속임수와 게이밍 현상 등

43) 델파이(Delphi), 집단 심층 면접(FGI, Focus Group Interview), 계층분석기법(AHP, Analytic Hierarchy Process), 자료 포락분석(DEA, Data Envelopment Analysis) 등

44) 평가결과(성과측정 결과)를 절대적 또는 상대적 우선순위 기준으로 활용 할 수 있다고 판단하였기 때문

45) 정부업무평가기본법, 공공기관의 운영에 관한 법률

46) 국가재정법 제38조 예비타당성조사

47) 행정규제기본법 제2조 5항 규제영향분석

48) 전문심사 전체의 성과는 운영방안에서 제시

49) 규제영향분석서 작성 지침 : 규제의 필요성, 대안검토 및 비용·편익 분석 비교, 적정성 및 실효성

- 기술적 효율성⁵²⁾은 이미 달성되어 있다고 판단하고 분배적 효율성⁵³⁾에 초점을 두기 때문에 결국 비용 효율성⁵⁴⁾을 측정함.
- 양적 목표를 대상으로 하는 효과성 평가 방안⁵⁵⁾
 - ① 목표달성 대비 계획된 목표
 - ② 정책·사업 전후 비교
 - ③ 추세치와 실제치 비교
 - ④ 실시 지역(또는 집단)과 미실시 지역(또는 집단) 비교
 - ⑤ 통제된 실험



전문심사의 성과측정 검토

- 전문심사의 우선순위 측정 방안 검토
- 전문심사 항목의 상대적 효율 측정

| | | |
|----------------------------|--|--|
| 정부 및 공공기관의 성과측정 | | <ul style="list-style-type: none"> • 정부 업무평가 기본법 • 공공기관의 운영에 관한 법률 : 제5절 경영평가와 감독 |
| 심사규제 - 규제영향분석 | | <ul style="list-style-type: none"> • 행정규제기본법 : 제2조 제5항 규제영향분석 |
| 비용 편익/효과 측정 - 사업의 타당성 | | <ul style="list-style-type: none"> • 국가재정법 : 제38조 예비타당성조사 |
| CMS 성과측정 사례 - FPS 성과보고서 | | <ul style="list-style-type: none"> • 중소기업법(SBJA, Small Business Jobs Act) : 4241절 FPS 프로그램 (e) 보고(Reporting Requirements) |

[그림 12] 전문심사의 성과측정 방안 검토

50) 대안들의 가치에 대한 판단 근거 제공, 여러 대안들의 우선순위 결정
 51) 비용과 편익에 대한 비교 불가, 여러 대안들 중 가장 비용효과적인 대안 결정
 52) 직원의 서비스나 기계와 같은 실제적 "투입" 을 베스트 프랙티스에 견주어 "산출" 로 전환하는 정도
 53) 기술적 효율성은 이미 완전하게 달성되고 있다는 가정 하에, 특정 산출 수준과 일련의 투입 가격 아래에서 생산비용을 최소화 할 수 있도록 투입이 결정되는가에 관련된 개념
 54) 기술적 효율성과 분배적 효율성을 모두 달성하는 정도(2가지 효율성의 곱)
 55) 김명수, 공병천(2013). 성과관리를 위한 공공정책평가론.

다) 퇴출 기준 : 성과측정 지표(안)

○ 우선순위 필요 영역에서 퇴출을 위해 성과측정 지표(안)을 마련하고자 함.

- 우선순위를 통한 전문심사 영역의 목적은 업무의 효율성, 효과성으로 나타낼 수 있고 이는 경영평가지표와 맞물려 건강보험재정절감 성과와도 이어짐.
- 경영실적평가지표 - 주요사업 - 진료비 심사 사업 - 건강보험 재정절감 성과⁵⁶⁾
- 비용효과를 측정하기 위해서는 총 투입된 임금에 비해 절감된 재정의 실제 금액 및 예상 금액이 순효과로 계산되어야 함.
- 비용을 측정함에 있어서 여러 가지 운영비, 전산개발 및 운영비 등에 대해서는 모두 고려하기 어려움.

〈표 13〉 단계별 성과지표(안)

| 성과지표 구분 | | | 활용 가능한 지표 |
|---------|-------|----|----------------------------|
| 투입지표 | | | 전문심사 건수/금액 |
| 결과지표 | 현재 시점 | 측정 | 조정된 건수/금액 조정건당 조정금액(효율) |
| | | 추정 | 청구 건/금액 감소 증가율 감소 |
| 연단위 측정 | | 예측 | 예측된 조정건/금액 예측된 절감건/금액 |

* 투입지표 : 사업추진에 투입된 재원과 인력, 기타의 자원

- 전문심사 인건비, 전문심사 운영비, 전산개발비 등(제외)
- FPS 성과측정시 비용 : FPS 계약자 비용, CMS 관리비용, ZPIC 조사비용

* 결과지표 : 사업완료 후 나타나는 궁극적인 결과

- FPS 재정절감액 = 실제(지불금지, 환수, 조정) + 예상(지불금지, 환수, 조정)

56) 기획재정부(2016). 2016년도 공공기관 경영평가편람.

※ 건강보험 재정절감 성과

= (진료비 허위·부정수급 적발건수×0.5)+(진료비 허위·부정수급 적발금액×0.5)

· 적발건수 : 착오청구 등으로 조정한 진료내역별 건수

· 적발금액 : 착오청구 등으로 조정한 금액

- 최종적으로 활용 가능한 지표들은 개념적이고 이상적인 지표들 보다는 실용적이고 활용성 있는 지표로 나타낼 수 밖에 없음.
- 매번 추정치와 예측값, 투입 인력 등을 산출하여 퇴출 여부를 판단하기에는 정해진 인력으로 처리하기 어려운 일임.
- 직관적 · 객관적 · 계량적인 지표를 설정함으로써 가장 단순한 값의 비교를 통해 성과를 비교하고 이를 근거로 퇴출을 결정하는데 초점을 맞춤.
 - 성과관리나 성과측정 보다는 사업평가의 개념으로 접근한 퇴출 기준 지표(안)을 설정함⁵⁷⁾.
- 향후 장기적으로는 전문심사 전체의 성과를 측정하고 전문심사 내에서 영역과 유형을 구분하여 성과를 측정하고 관리방안을 마련하는 노력이 필요함.

〈표 14〉 사업평가와 성과관리의 차이

| | 사업평가 | 성과관리 |
|--------|---------------------|-------------|
| 행위빈도 | 일회성(one-shot) | 지속성 |
| 문제의 속성 | 이유와 방법(why and how) | 대상(what) |
| 비용 | 높음 | 낮음 |
| 보고서 | 서술적 | 계량적 |
| 환류 시기 | 늦음(out of date) | 적절함(timely) |
| 단위 | 사업 or 정책 | 조직 or 기관 |
| 인과성 | 분석대상 | 전체 |

- 본 연구에서는 다양한 항목의 상황이나 과거 도입 배경에 관계없이 현시점에 존재하는 실제값을 활용한 상대적 우선순위를 위한 지표를 설정하고자 함.

57) 이광희(2015). 평가의 타당성 제고를 위한 성과측정 매뉴얼 개발 연구. 한국행정연구원.

- 절대적 또는 상대적 비교를 통해 절대적인 효과나 상대적인 효율을 측정하는 지표와 다른 항목과 관계없이 항목 자체의 목표치나 추세를 통한 평가 지표를 고려함.
 - 청구건/금액, 조정건/금액, 조정건율/액률을 기본적인 활용 값으로 정의함.
 - 절대적 기준은 0 또는 0에 가까운 값, 효과가 없다고 판단할 수 있는 일반적인 수준의 값으로 정의할 수 있음.
 - 청구건이 더 이상 발생되지 않아 전문심사의 효과가 예상되지 않거나 1년간 운영했음에도 불구하고 조정건/금액이 0에 가까운 값을 나타내는 경우 우선순위 필요 영역의 항목들이기 때문에 퇴출이 가능함.
 - 상대적 기준은 일반심사 > 심사(전체) > 전문심사 > 정기분류에 따라 단계별로 상대적 기준으로 활용하여 상대적인 효율(조정건율/액률)을 비교 할 수 있음.
 - 예를 들어 정기분류의 조정건율/액률보다 낮은 항목의 경우 동일한 업무량을 정기분류에 적용한다면 더 나은 효과를 달성 할 수 있음.
 - 추세 또는 목표치의 경우 퇴출기준으로 직접 적용하긴 어렵지만 다른 기준들에서 유사한 형태를 보이는 경우 참고지표로 활용 가능함.

〈표 15〉 전문심사 퇴출 기준 지표(안)

| | | 청구 | 조정 | 조정률 | 비고 |
|------------------|-----------------|---|------|------|---|
| | | 건 금액 | 건 금액 | 건 금액 | |
| 비 교 | 절대적 기준 | · 청구가 되지 않거나 조정이 없는 경우 · 효과가 없다고 판단 할 수 있는 수준의 값 | | | 전문심사를 할 만큼의 효과가 예상되지 않음 |
| | 상대적 기준 | · 심사/전문심사/정기분류/일반심사 같은 비교 그룹의 조정률(건/금액) | | | 상대적으로 전문심사의 효율 이 낮음 |
| 자 체 평 가 | 추세 또는 목표치 | · 목표치 : 공공기관 성과지표 지침 · 추세 : 증가 또는 감소로 측정 | | | 추가적인 청구(진료량)나 조정 률의 증가가 발생되지 않음. (참고지표) |

* 목표치 = 과거 4개년도 표준편차 / (3개년도의 평균과 전년도 값 중 큰 값)

* 청구(진료량) : 상향지표, 조정건/금액, 조정률 : 하향지표

→ 정해진 횟수(2회 또는 3회)만큼 지표의 추세가 변하지 않거나, 목표를 달성하지 못하는 경우 퇴출 고려

- 효과의 종료 시점은 효과 측정 방식에 따라 다르게 나타날 수 있음.
- 청구가 줄어서 조정 효과가 감소 할 수도 있고, 청구는 그대로면서 조정 효과만 감소할 수도 있음.
- 일반적으로 우선순위 필요 영역의 경우 한번 청구(진료량)이나 조정률이 내려가게 되면 다시 증가하는 경우가 많지 않음.
- 의료기관의 반응(부적절한 진료비 청구 행태)으로 인한 결과 일 수도 있고, 전문심사의 목적을 달성하여 공급자의 진료 행태가 개선되었을 수도 있음.
- 어떠한 경우라도 새로운 항목의 도입 또는 과거 항목의 수정(메시지 적용 기준의 변화)을 통하지 않고서는 추가적인 효과를 발생시키기 어려움.

3. 소결

- 전문심사 대상선정 항목들의 도입이나 퇴출 방안을 마련하기 위해 현재 운영 중인 항목들을 유형화·분류를 통해 전문심사 필수 영역과 우선순위 필요 영역으로 구분하였음.
- 이는 전문심사 필수적인 영역을 정의함으로써 우선순위를 정하는데 필요한 기준들 중 주관적이고 판단이 어려운 부분을 최대한 배제하고 객관적이고 계량적인 기준으로 우선순위를 정함으로써 도입 또는 퇴출을 단순화시킴.
- 여전히 존재하는 측정의 어려움(자료의 객관성, 비교의 상대성·절대성 등)이 있지만, 실제 분석을 통해 적용 가능성에 대한 확인이 필요함
- 귀에 걸면 귀걸이 코에 걸면 코걸이(耳懸鈴 鼻懸鈴)라는 논리에서 완벽하게 자유롭긴 어렵지만 다양한 자료에 대한 검토를 통해 근거가 되는 대안들을 마련하고 대안들 중에서 가장 합당하다고 판단되는 안을 선택함.
- 유형이나 영역을 만들에 있어서 연구자의 주관적인 부분을 완벽하게 배제하기는 어려움. 하지만, 지표나 기준과 같은 계량적이고 객관적인 부분을 통해 최대한 주관적인 부분을 배제하고 일반적이고 합리적인 안을 도출하고자 하였음.

제4장 전문심사 기준(안) 반영 검토

1. 전문심사 대상선정(안) 유형별 특성

- 유형에 따라 포함하고 있는 항목들의 특성이 달라 유형별 청구/조정(건수,금액), 조정건/액률, 편차에 따라 높고 낮음을 나타냄.
 - 이상치 : 청구나 조정의 비율은 낮지만 조정률은 높음.
 - 관리(과잉) : 청구나 조정에서 차지하는 비율이 높으며, 항목들 사이에 편차가 심하게 나타남. 조정건/액률도 높게 나타나며 조정액률에서의 편차도 높음.
 - 관리(모니터링), 사실 확인 : 청구나 조정에서 차지하는 비율은 높지만 조정액률이 낮음.
 - 특수항목 : 청구금액에서 차지하는 비율이 높고, 항목별 조정건이나 금액의 편차가 심함. 조정액률은 낮지만 편차가 크게 나타남.
 - 현지조사 : 청구금액에서 차지하는 비율은 낮지만, 조정금액에서 차지하는 비율이 높고 편차가 크게 나타남.

〈표 16〉 전문심사 대상선정(안) 유형별 특성

| | 청구 | | | | 조정 | | | | 조정률 | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|
| | 건 | CV | 금액 | CV | 건 | CV | 금액 | CV | 건 | CV | 금액 | CV |
| 이상치 | ▽ | | ▽ | | ▽ | | ▽ | | ▲ | ▽ | ▲ | ▽ |
| 관리(과잉) | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | | ▲ | | ▲ | ▲ |
| 관리(모니터링) | ▲ | | ▲ | | ▲ | | ▲ | | ▲ | ▽ | ▽ | |
| 관리(남용) | | | | | | | | | ▲ | ▽ | ▽ | ▽ |
| 사실 확인 | ▲ | ▽ | | ▲ | ▲ | | ▲ | | ▲ | | | |
| 특수항목 | | ▲ | ▲ | ▲ | | ▲ | | ▲ | ▲ | | ▽ | ▲ |
| 현지조사 | | ▽ | ▽ | ▲ | | ▲ | ▲ | ▲ | ▽ | ▲ | | |

* 청구/조정(건수,금액)의 경우 전체에서 차지하는 비율의 상대적 높고 낮음.

* 조정률의 경우 항목들의 평균 조정률을 기준으로 상대적 높고 낮음.

* 편차의 경우 항목 간 차이(CV) 기준의 상대적 높고 낮음.

2. 퇴출 기준(안) 반영 검토

- 우선순위 필요 영역에 해당하는 57개 항목에 대해 앞서 정리한 퇴출 기준(안)을 적용 가능한지 검토함⁵⁸⁾.
- 전문심사 퇴출 기준 지표(안)를 토대로 실제로 적용 가능한 퇴출기준을작성하고 현재 운영 중인 항목들에 적용하는 경우 어느 정도의 항목들이 포함되는지 검토함.
- 전문심사의 효과를 측정하기 위한 절대적인 기준은 청구 또는 조정이 전혀 발생되지 않아 효과가 전혀 측정이 되지 않거나, 측정된 값이 매우 작아서 효과가 없다고 판단 할 수 있는 수준의 값인 경우로 정의함.
 - ① 청구건 또는 금액이 0인 경우
 - 도입이후 해당 시점에 청구건 또는 금액이 없다고 하더라도 향후 청구가 발생할 여지가 있기 때문에 최소한 2~3회 정도 측정시에도 0인 경우 퇴출하는 방식이 필요함.
 - ② 조정건을 또는 조정액률이 0% 또는 0.1% 미만인 경우
 - 1개월 또는 분기별 조정률과 같이 변동이 발생할 수 있는 경우를 제외하고, 적어도 반기 이상의 조정건율이나 조정액률의 경우 0%로 측정되거나 0.1%⁵⁹⁾로 측정되는 경우 조정의 효과가 거의 없다고 판단 할 수 있음.
- 우선순위 필요 영역에서 상대적 기준은 비교 대상을 무엇으로 하나에 따라 달라 질 수 있음.
- 비교 대상으로 선정 가능한 기준들은 우선순위 필요 영역의 항목들이 적어도 달성해야 하는 효율의 정도를 나타냄.
 - 일반심사 : 아무것도 하지 않았을 경우 전산으로 점검하는 조정의 효율
 - 전체심사 : 건강보험재정 전체에 대한 심사업무 전체의 효율
 - 전문심사 또는 정기분류 : 전문심사 전체 또는 통계적 모형을 통한 심사의 효율

58) 청구가 없는 경우 메시지가 발생되지 않기 때문에 현황 분석시 반영하지 못함.

59) 우선순위 필요 영역에 포함되어 있는 항목 중 조정률이 0.1%로 나타나는 것은 조정효과가 거의 없는 것과 같다고 판단함. 우선순위 필요 영역에 포함되어 있는 항목들의 조정률 분포와 일반심사 조정률을 고려하였음.

- 전문심사나 정기분류의 경우 조정건율이나 조정액률이 높기도 하지만 효율이 높은 항목들이 포함된 상태의 평균적인 효율이기 때문에 이를 기준으로 하는 것은 평균적인 효율 이하인 경우 퇴출하는 방식이기 때문에 다소 보수적인 접근일 수 있음.
- 퇴출 기준이기 때문에 아무것도 하지 않은 일반심사 또는 전체 심사의 효율보다 낮은 경우 퇴출 하는 방안이 적절함.

① 2015년 일반심사 조정건율 또는 조정액률 미만

② 2015년 심사(전체) 조정건율 또는 조정액률 미만

- 정해진 시점을 기준으로 비교하는 지표들은 절대적·상대적 기준으로 구분할 수 있고, 항목의 자체적인 추세나 목표치를 활용하는 방안도 퇴출 기준으로 활용 할 수 있음.
- 공공기관의 운영에 관한 법률에 의해 운영되고 있는 공공기관 경영실적평가에서 주요사업의 계량 지표는 주요사업의 계획·활동·성과를 종합적으로 평가하며 목표 부여(편차) 방법의 적용을 원칙으로 함.

〈표 17〉 주요사업 범주의 계량지표 세부평가내용

| 평가지표 | 주요사업(계량) |
|--------------|---|
| 지표정의 | 주요사업별 경영성과가 목표대로 달성되었는지를 평가한다. |
| 세부 평가내용 (예시) | ① 성과지표는 각 사업별 효율성 및 효과성을 객관적으로 파악할 수 있는 계량 지표로 평가하는 것을 원칙으로 함. ② 계량지표는 원칙적으로 투입지표(input)가 아닌 성과지표(outcome)로 설정 하되, 불가피한 경우 산출지표(output)도 가능 ③ 각 사업별로 1~2개 수준의 세부지표로 평가하는 것을 원칙으로 함. |

* 자료 : 2016년도 공공기관 경영평가편람, 기획재정부

〈표 18〉 계량지표 평가방법

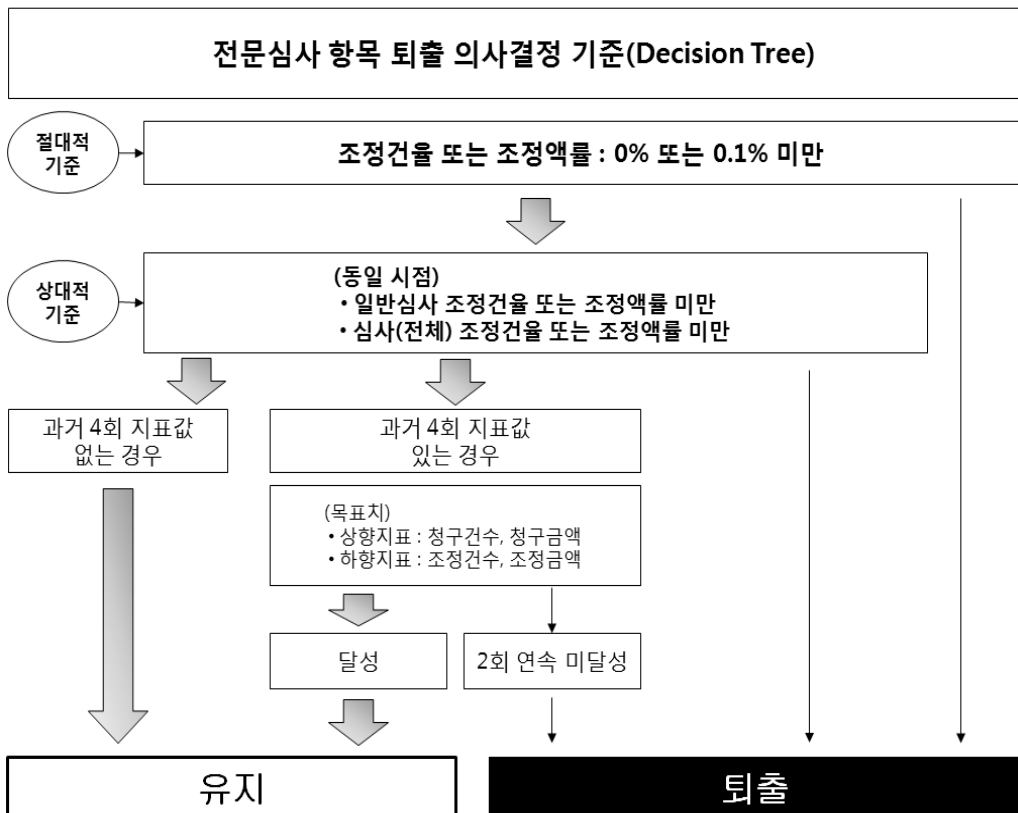
| 평가방법 | 평가방법 개요 | 비고(적용대상 등) |
|-----------|--|---------------------------------|
| 목표부여 (편차) | 당해 연도 실적과 최저목표와의 차이를 최고 목표와 최저목표의 차이로 나누어 측정하되, 최고·최저목표는 5년간 표준편차를 활용하여 설정 | 평가 대상 실적치가 5년 이상 축적되고 신뢰할 만한 경우 |

| 평가방법 | 평가방법 개요 | 비고(적용대상 등) |
|------------|---|--|
| 목표부여 | 당해 연도 실적과 최저목표와의 차이를 최고 목표와 최저목표의 차이로 나누어 측정하되, 최저목표와 최고목표는 기준치에 일정비율을 감안하여 설정 | 평가 대상 실적치가 5년 미만인 경우 또는 10년 이하 실적치가 있으나 신뢰하기 곤란한 경우 |
| 글로벌 실적비교 | 글로벌 우수기업의 실적치, 세계적 수준 등과의 격차, 비중 등을 활용하여 최고목표와 최저목표를 설정하되, 목표부여(편차) 방법 등을 적용 | 글로벌 우수기업의 실적과 직접 비교하는 지표, 국제적으로 공인된 기관에 의하여 평가·인증되는 국가기준의 성과지표 또는 이를 활용하여 개발된 지표 등의 경우 |
| 중장기 목표부여 | 주무부처 중장기계획 또는 선진국 수준 등을 활용하여 최종 목표를 설정하되, 연도별 목표는 사업수행 기간과 최종목표를 활용하여 단위목표를 산출하고 목표부여 방법 등을 준용하여 설정 | 주무부처 중기계획 등을 통해 관리되고 있거나 선진국 대비 하위수준인 공공서비스 등의 신속한 개선이 필요한 경우 |
| 목표 대 실적 | 편람에 목표수치를 제시하고 그 달성여부를 평가 | 평가 대상 실적치가 5년 미만인 경우 |
| β 분포 | 최상·최하·직전년도 실적치를 감안, 표준치와 표준편차를 구하고, 실적치가 표준치로부터 어떤 확률범위 내에 있는지 평가 | 평가 대상 실적치가 5년~10년 이하로 축적되고 신뢰할 만한 경우 |
| 추세치 | 회귀분석을 활용, 표준치와 표준편차를 구하고, 실적치가 표준치로부터 어떤 확률범위 내에 있는지 평가 | 평가 대상 실적치가 10년 이상 축적되고 신뢰 할 수 있는 경우 |

- 목표부여(편차)를 활용하여 과거 4회의 지표값이 있는 경우 상향 또는 하향의 목표치를 선정할 수 있고, 청구(진료량)와 조정건수/금액이 항목의 세부 기준에 대한 수정이나 재도입하지 않으면 특별하게 변동없이 감소하거나 증가하는 경향을 보인다는 가정 하에 2회 연속 목표치를 미달성하는 경우 퇴출하는 방안을 고려할 수 있음.
- 2회 연속 목표치를 달성하지 못했다는 것은 효과가 감소하는 단계에 들어섰다고 볼 수 있으며 이를 개선하기 위해서는 청구 또는 진료행태를 반영한 기준의 변화가 필요함.
 - 4회의 지표값 유무와 2회 연속 미달성을 적용하기 위해서는 측정 주기를 설정해야 함.
 - 측정되는 지표값(청구건수/금액, 조정건수/금액)의 변동에 크게 영향을 받지 않고, 사업 성과를 추세나 목표치를 통해 측정하는데 있어 최소한의 기간 보장과 연속 미달성했다고 판단이 되는 기간을 고려했을 때 지표값은 반기 단위로 측정하는 것이 타당함.

〈표 19〉 측정 주기에 따른 지표값과 미달성 산출 기간 변화

| 측정 주기 | 과거 4회 지표값 | 연속 2회 미달성 |
|-------|-----------|------------|
| 분기 | 1년간 사업성과 | 분기 2회 = 반기 |
| 반기 | 2년간 사업성과 | 반기 2회 = 1년 |
| 연간 | 4년간 사업성과 | 1년 2회 = 2년 |



[그림 13] 전문심사 항목의 퇴출 의사결정 기준(안)

- 전문심사 항목의 퇴출 기준(안)을 통해 현재 운영 중인 항목들에 적용해보고 어느 정도의 항목들이 퇴출 기준에 해당하는지 파악함.
- 2015년 항목별 전문심사 조정률을 통해 조정건율과 조정액률 둘 중 하나의 기준에 라도 미달되는 경우 제외하는 경우 5~40항목이 퇴출 대상이 될 수 있음.
- 절대적인 기준으로 설정한 0.1%의 조정률은 실제 일반심사 조정률보다 낮기 때문에 상대적인 기준에 포함되어 있는 일반심사 기준을 적용했을 때 더 작은 항목이 퇴출 대상이 됨.
- 조정건율의 경우 분포가 상대적으로 넓어서 기준값이 조금 상향된다고 하더라도 퇴출되는 항목에 차이가 크게 발생하지 않음.
- 조정액률의 경우 평균에 비해 편차는 크게 나타나지만 분포가 넓지 않아서 기준값의 변동에 따라 퇴출 항목수가 크게 증가할 수도 있음.

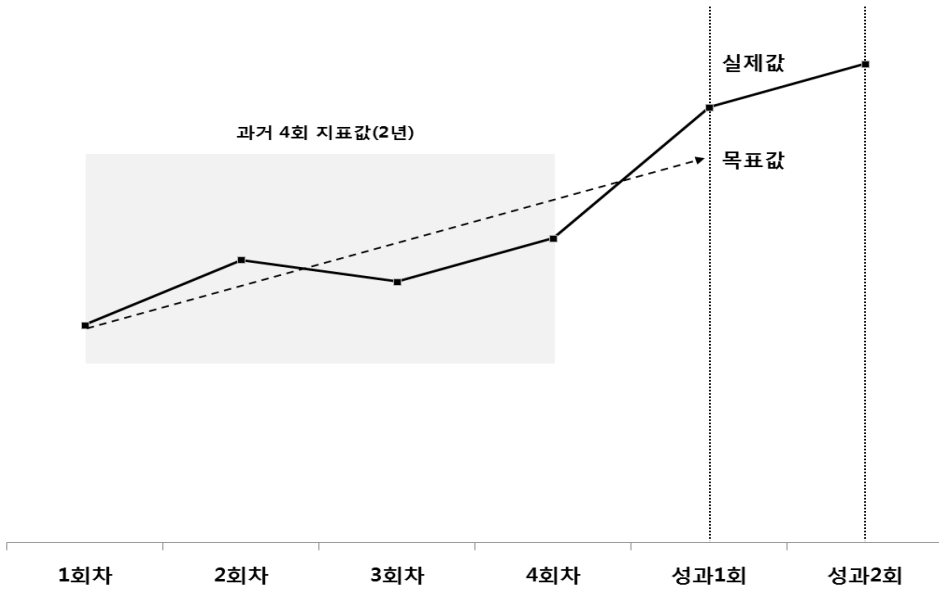
〈표 20〉 전문심사 퇴출 기준에 따른 항목 수 변화

| | | 해당항목 수 (조정건율기준) | 해당항목 수 (조정액률기준) | 퇴출 항목 수 |
|--------|--------|--------------------|--------------------|------------|
| 절대적 기준 | | 1 | 12 | 12 |
| 상대적 기준 | 일반심사 | 3 | 5 | 5 |
| | 심사(전체) | 4 | 31 | 31 |
| | 전문심사 | 9 | 38 | 40 |
| | 정기분류 | 9 | 38 | 40 |

- 과거 4회의 지표값을 활용해 목표치를 설정하고 달성여부를 통해 퇴출 여부를 결정하는 방식을 적용해봄.
- 2015년을 퇴출 여부를 결정하는 2개의 분기값으로 정의하고, 과거 2년치(4분기)의 실적이 존재하는 28개의 항목⁶⁰⁾을 대상으로 시뮬레이션을 하였음.

60) · 명세서 단위의 메시지 항목은 2015년을 제외한 나머지 과거 자료를 구축하지 못함.
 · 57개의 우선순위 필요 영역 항목 중 34개의 항목이 2009년부터 2015년 사이에 존재하였음.
 · 그 중 과거 4개 분기의 실적이 존재하는 28개 항목에 대해 적용함.

- ① 과거 4회 표준편차 / (전회값과 4회 평균값)의 최대값 또는 최소값
= 증가 또는 감소 목표율
- ② 전회값 * 증가 또는 감소 목표율 = 이번회 목표값
- ③ 목표값과 실제값 비교 : 높으면 달성, 낮으면 미달성
- ④ 2회 연속 미달성시 퇴출



[그림 14] 목표값을 통한 퇴출 기준 : 상향지표(예시)

- 28개 항목 중 연속 2회 미달성하는 항목은 상향지표인 청구건수나 금액에서는 발생하지만 하향지표인 조정건수나 금액은 발생하지 않음.
 - 청구건수 15개, 청구금액 9개, 조정건수, 금액 0개
- 조정의 경우 건수나 금액이 감소하는 추세보다 더 많이 조정이 발생되고 있음.

3. 소결

- 전문심사의 현황 분석을 통해 정기분류와 수시분류, 수시분류 내에서 항목들의 차이 등을 확인함.
- 수시분류 항목의 증가와 함께 수시분류가 전문심사에서 차지하는 비율도 증가하였으며 추가된 항목들 사이에 목적과 특성의 차이가 존재함.
- 전문심사 대상선정(안)과 현황 분석을 통해 고려할 수 있는 부분을 반영해 실질적인 퇴출 기준(안)을 마련하고 적용해봄.
- 전체 전문심사에 적용은 어렵지만 적어도 우선순위 필요 영역에 대한 퇴출 기준의 가능성을 확인함.
- 비교의 기준이 되는 값들은 일부 타당성 문제에서 자유로울 수 있지만, 추세에 대한 목표치 설정의 경우 타당성에 대한 문제가 있을 수 있음.
- 명확한 매뉴얼이나 지침으로 정해진 바가 없고, 비교적 검증된 값으로 판단되는 경영평가실적 계량 지표의 기준을 차용해서 반영하는 방식을 취함.
- 가용할 수 있는 값들(청구진/금액, 조정진/금액) 내에서 판단에 근거가 되는 기준들을 마련하다 보니 제한적인 지표들이 선택되었음.
- 연구진에서 과거 이력이나 해당 사유 등을 검토하여 최대한 유형에 맞게 분류하였지만, 실무적인 차원에서의 검토가 필요함.
- 제시된 대안들과 기준 값들은 실무부서와의 협의를 통해 수정 변경 보완이 이루어져야 실제적인 운영방안으로 활용 할 수 있음.
- 항목의 퇴출기준이기 때문에 항목의 감소는 측정할 수 있지만, 하나의 명세서에 다양한 전문심사 항목들이 포함되기 때문에 항목 감소로 인한 전문심사 업무량의 감소 정도는 명확하게 측정하기 어려움.
- 대용량의 자료(명세서 단위) 분석을 통해 추가적인 업무량에 대한 검토도 추가적으로 이루어져야 함.

제5장 전문심사 운영방안

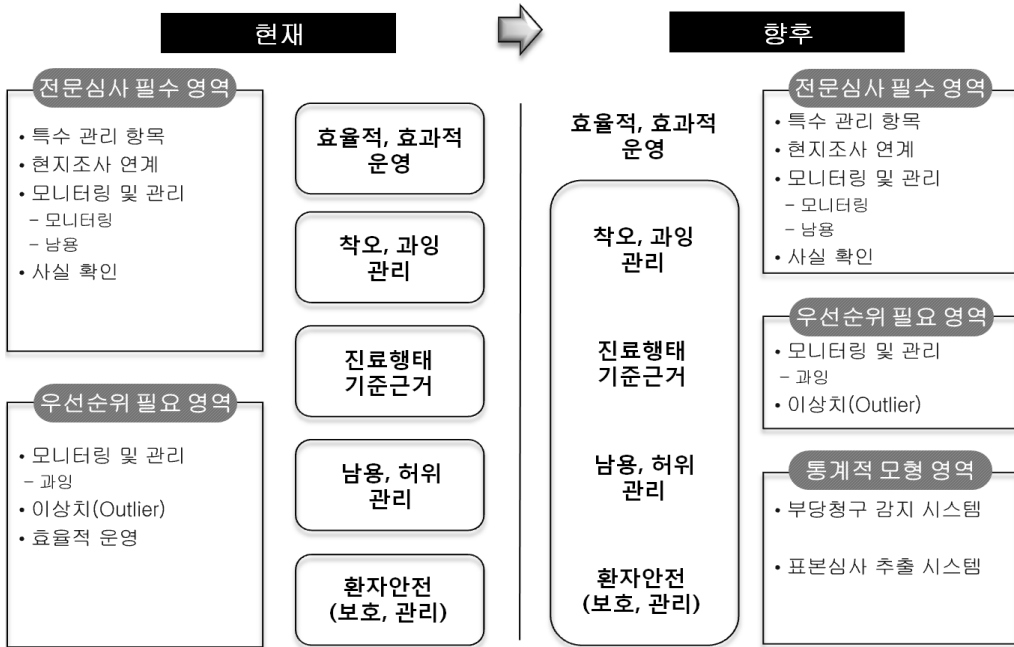
1. 전문심사 운영 및 개선(안)

- 수시분류가 차지하는 비율이 지속적으로 증가했다 하더라도 정기분류와 수시분류가 중복되는 부분을 고려했을 때 여전히 정기분류가 차지하는 비율은 50%가 넘어서고 있음.
- 연구에서는 전문심사라는 단어를 가져와서 쓰고 있지만, 심사 전체의 패러다임을 생각하지 않고는 해결하기 어려운 문제임.
- 따라서, 수시분류의 운영방안을 고민함에 있어서 전문심사 전체의 운영 및 개선(안), 정기분류와의 관계 등은 논의에서 제외하기 힘든 부분임.
- 전문심사 운영 방안은 보는 관점과 입장에 따라서 다양한 안이 제시 될 수 있지만, 얼마나 현재 상황에 맞고 합리적인 방안을 도출 할 수 있느냐가 관건임.
- 현재 심평원의 심사가 투박한(crude)하다는 지적이 늘어나고 있으며 이에 대해 더 정밀한 예측 방식의 접근이 필요함.
 - 좀 더 구조적인 문제로 들어가면 현재의 청구 자료와 분류체계로는 case-mix를 통한 진료비의 차이를 구분하기 어려운 실정임.
 - 수시분류의 개선도 필요하지만 정기분류 로직도 시간이 지남에 따라 수정·보완이 필요함.
- 정기분류의 경우 효율적 운영을 위해 도입되었으며 조정률을 높이는데 치중되어 있음.
 - 조정률을 어떤 의미로 정의하느냐에 따라 다르게 판단 될 수 있지만 현재 정기분류의 모형은 조정률을 부당청구 확률 또는 재정 보호를 위한 목표로 설정하고 있음.
 - 전문심사는 재정보호를 위한 심사 사업 중 하나일 수 있지만 세부적으로 다른 목적들을 가지고 있음.
 - 또한 통계적인 모형을 통해 달성하고자 하는 목표는 조정률을 높이기 위한 또는 전문심사를 효율적으로 운영하기 위한 모형이기 보다는 현지조사 또는 부당청구, 허위청구를 감지하는 모형이 되어야 함.

- 청구 자료만으로 생성된 통계적 모형은 근본적인 한계점이 존재하기 때문에 부당·허위를 감지하기 위해서는 내부 자료의 활용 및 외부자료의 연계가 필요함.
- 내부자료
 - ① 정형 자료 : 급여조사 결과(현지조사), 진료비확인신청(민원), 신고일원화(자원관리), 적정성 평가 결과 등
 - ② 비정형 자료 : 특정내역, 보완자료⁶¹⁾, 심사록 등
- 외부자료 : 공단(가입자 내역 등), 국세청(세금, 카드/현금 결제 등), 법무부(출입국 등)
- 제시한 전문심사 유형에서 정기분류 모형을 부당·허위를 감지하기 위한 통계적 모형으로 전환하는 경우 선별적으로 타겟팅하여 집중 심사하는 영역만 존재하게 됨.
- 정기분류는 기관단위로 접근하기 때문에 조정을 상위기관에 집중되더라도 일부 전체 경향에 대해 확인되는 부분이 있음.
- 선별 집중심사 운영 중 절차 상에서 일부 모니터링(기초 통계량 및 문제 영역에 대한 자료 작성) 부분이 존재하며 다양한 모니터링 지표도 존재하지만 사각지대가 발생될 수 있음.
- 정기분류와 같은 일부 기관에 국한되지 않는 전체를 대표하는 심사 모니터링을 통해 문제 영역을 검토, 확인하는 기전이 필요함(표본심사⁶²⁾).
- 표본심사에 해당하는 부분은 의무기록자료 수집 및 축적을 통해 심사 결과 활용(분석, 평가영역 선정, 자원할당 등)에 필요한 DB 구축
- 퇴출 기준에서는 일반심사나 심사(전체)와 비교하는 방안을 제시 했지만 표본심사가 시행된다면 표본심사의 효율과 상대적으로 얼마나 타겟팅을 잘했는지 전문심사의 효율을 측정 할 수 있음.

61) 제출받은 자료만으로 심사가 곤란하다고 인정되는 경우 추가적으로 요청되는 진료기록부, 수진자에게 발행된 진료비 계산서 사본 등 요양급여비용 심사에 필요한 보완자료

62) 전수 심사를 기본원칙으로 하되, 비교적 안정된 진료 내용과 진료비 청구를 보이는 기관이나 항목을 대상으로 표본심사 제도를 점진적으로 도입하는 방안 검토(김창엽, 1999).

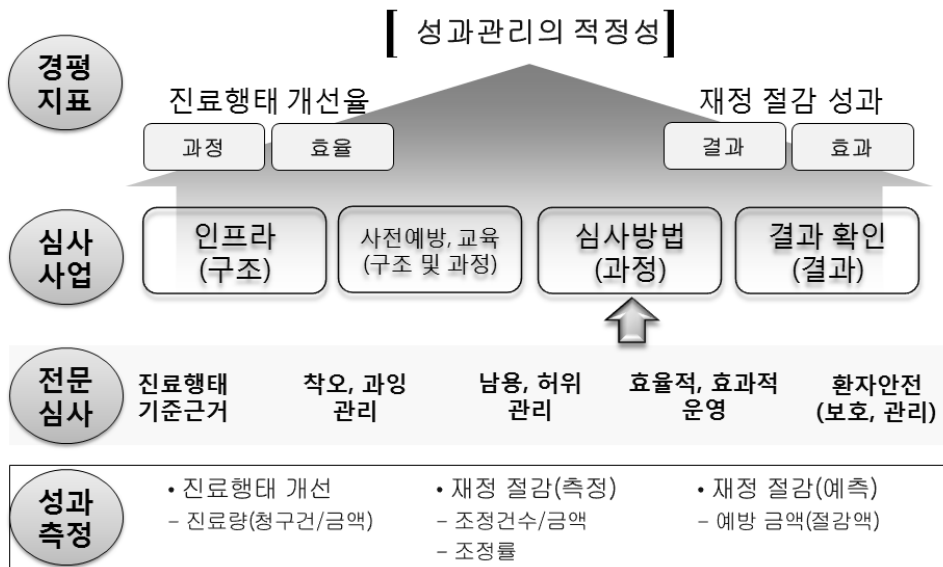


[그림 15] 전문심사 운영 개선(안)

2. 전문심사 성과측정(안)

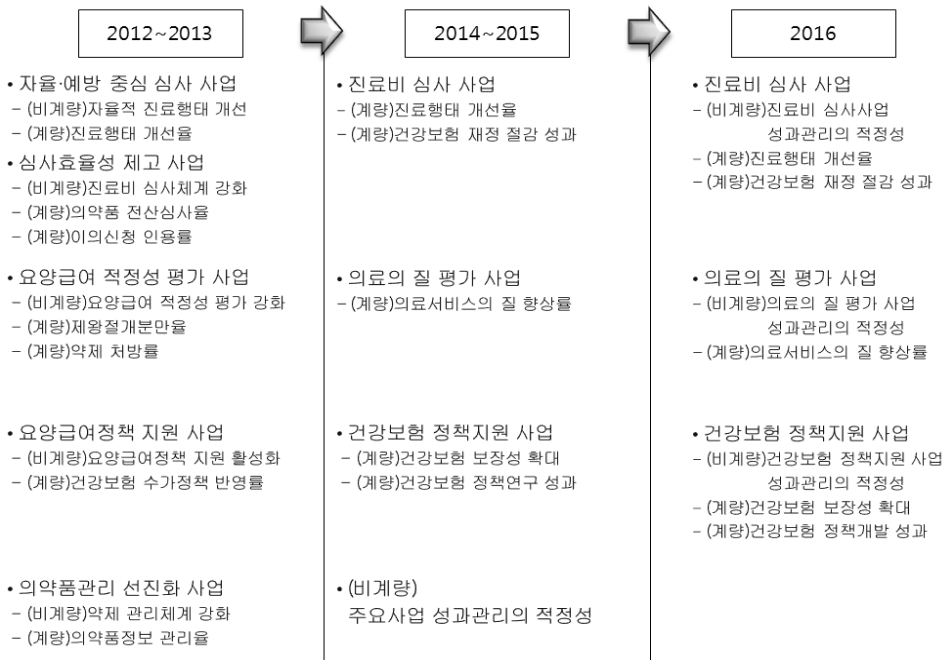
- 전문심사 퇴출 기준을 통해 일부 정의한 내용이 있지만 최종적으로는 전문심사 전체의 성과와 심평원의 심사 업무의 성과를 측정하는 방안이 필요함.
- 우선순위 필요 영역이 아닌 명백한 심사 영역의 성과 측정 및 전반적인 전문심사 성과 측정(안)에 대한 검토가 필요함.
- 심사 성과(평가)의 한계점이자 문제점인 조정금액이나 조정건수에 대한 해결이 필요함.
- 연구에서 제시하는 방향처럼 재정 또는 조정(삭감) 이외의 목적들을 포함하는 영역은 현실적으로 합의가 어려울 수 있음(전문심사 필수 영역).
 - 예를 들어, 환자 안전은 굉장히 중요한 문제인데 환자 안전과 관련된 전문심사의 결과에서 조정금액이 낮으면 잘못된 것으로 평가하고 있음(현행기준).

- 심사의 다양한 목적에 대한 합의와 성과(평가) 방안으로 종합적인 심사의 평가에 대한 언급이 과거에도 존재하였지만 현실적인 문제로 아직 시행되지 못하고 있음.
- 결국에는 이런 부분이 해결되어야 외부의 공격에서 자유로울 수 있음.
- 조정(삭감) 이외에도 여러 가지 검토될 수 있는 심사의 목적이나 역할 또는 효과에 대해서 실무진들의 의견을 받고 가시화, 개념화 하는 것도 하나의 방법일 수 있음.
- 전문심사 다양한 목적과 연계한 성과측정지표(예시)
 - 심사 기준 생성 및 공개 횟수
 - 부당청구/현지조사와의 연계 비율
 - 전문심사 영역의 선정 효과(효율화)
 - 일반심사 또는 표본심사 대비 전문심사의 효율/효과(조정률 등)
- 전문심사의 성과측정지표는 될 수 있지만 심사 사업의 대표지표로는 여전히 한계가 있음.



[그림 16] 심평원의 성과와 전문심사의 성과

- 심평원은 최근 5년간 심사 사업의 성과지표를 자율·예방을 통한 행태 개선과 재정 절감 성과를 경영평가 지표로 사용하고 있음.
- 2016년 경영평가 편람을 기준으로 심평원과 기능이 유사하거나 지표의 특성이 유사한 기관의 지표들을 중심으로 검토함.
 - 기관 : 공무원연금공단, 국민연금공단, 근로복지공단, 사립학교교직원연금공단, 사립학교교직원연금공단, 예금보험공사, 국민건강보험공단 등
 - 지표 : 급여지급오류율, 연금부정수급률, 급여결정의 정확성 제고, 지급 신속성 및 공정성, 기금전전성 제고, 보험급여비용 누수방지 등



[그림 17] 최근 5년간 심평원의 주요사업 경영평가지표

* 자료 : 공공기관 경영평가편람, 기획재정부, (2012~2016)

- 국가의 사업 또는 정책을 집행하는 기관의 성과는 국정과제, 부처업무계획, 대통령 지시 사항 등을 포함하도록 하지만 목표체계가 제시되지는 않음⁶³⁾.
 - 국무총리실(국정성과) - 보건복지부(부처별 성과) - 건강보험심사평가원(공공기관 성과) - 심사운영실(사업/정책 성과)로 이어지는 성과의 연계가 필요함.
 - 이런 상황에서 건강보험심사평가원은 성과와 심사 사업의 성과는 어떤 방향으로 설정해야 할지 국정과제나 보건분야 정책 사업들을 검토함.

〈표 21〉 국정과제 140개

- 경제부흥(3대 전략, 42개 과제), 국민행복(4대 전략, 65개 과제), 문화융성(3대 전략, 10개 과제), 평화통일(3대 전략, 15개 과제), 추진기반(1대 전략, 8개 과제)⁶⁴⁾
- (전략)생애주기별 맞춤형 복지 제공
 - (국정과제)국민중심의 복지 전달체계 개편
 - (국정과제)의료 보장성 강화 및 지속가능성 제고
 - (국정과제)건강의 질을 높이는 보건의료서비스 체계 구축

〈표 22〉 보건분야 업무계획

- 맞춤형 복지 체감도 제고⁶⁵⁾
 - 맞춤형 복지제도 내실화
 - 복지사각지대 적극해소
 - 읍면동 중심 복지전달체계 구축

63) 이광희(2015) 평가의 타당성 제고를 위한 성과측정 매뉴얼 개발 연구. 한국행정연구원

64) 제18대 대통령직인수위원회 제안(박근혜정부 국정과제). 2013. 제18대 대통령직인수위원회.

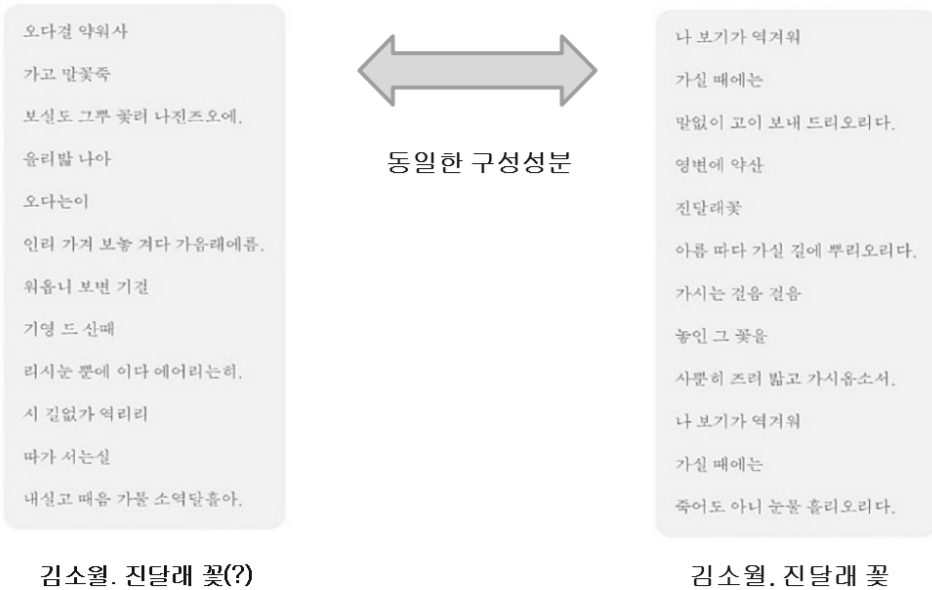
65) 2016년 국민행복 분야 업무계획. 2016. 교육부 · 고용노동부 · 보건복지부 · 여성가족부.

- 국정과제나 보건분야 업무의 방향성은 보장성 확대, 맞춤형 복지, 질 강화, 지속가능성 등으로 나타남.
- 이러한 방향성과 더불어 최근 건강보험심사평가원의 업무 중 심사의 비중이 줄어든 점을 감안할 때 심사 사업의 합계를 줄이고 정책 지원 사업과 관련된 지표를 개발하는 것이 타당함.
 - (예시)환자 안전 강화, 맞춤형 급여비 지급 등
- 현재 운영 중인 심사 사업 지표의 개선을 위해 활용 가능한 지표는 신속성, 정확도, 오류율, 건전성제고(부정수급률 하향)등을 고려할 수 있음.

제6장 결론

- 건강보험심사평가원에서 심사의 업무 분류와 업무들 사이에서 전문심사가 가지는 정의, 목적, 기본원칙, 법적 근거 마련에 대한 개념적인 검토를 하였음.
- 개념적인 검토를 바탕으로 전문심사 대상 선정(안)을 통해 전문심사 필수 영역과 우선순위 필요 영역으로 구분함.
 - 현재 전문심사의 목적을 구분하고 유형을 나눔으로써 퇴출의 기준을 계량적으로 접근할 수 있게 함.
 - 또한 목적을 구분함으로써 성과를 측정함에 있어서 지표를 산출할 때 발생하는 문제점, 즉 재정 절감, 개선율 등의 경우 일부 전문심사(환자 안전, 모니터링 등)는 목적을 달리하기 때문에 동일하게 성과를 측정하기 어려운 부분을 제외함.
- 전반적인 전문심사의 현황과 연구에서 정의된 유형별 영역별 현황을 분석함으로써 정기분류·수시분류, 수시분류 항목들의 특성 차이를 확인함.
- 전체 전문심사에 적용은 어렵지만 적어도 우선순위 필요 영역에 대한 퇴출 기준을 제시함으로써 운영에 효율성(업무량 감소, 명확한 기준 등)을 높이는데 기여함.
- 제한적이지만 전문심사의 운영방안이나 성과측정, 심평원의 심사사업 등을 검토함으로써 장기적으로 전문심사의 목표나 성과측정에 대한 방향성을 논의함.
- 본 연구의 주요한 결과는 퇴출 기준을 통한 전문심사의 효율성을 높이는 방안을 제시하는 것보다 다양한 방식으로 접근하고 있는 전문심사의 항목들을 정리하고 유형화함으로써 개념적으로 잘 정의했다는데 있음.
- 김소월의 “진달래 꽃”에 포함된 글자들(구성성분)을 배열을 무시한 채 랜덤하게 흩뿌려 놓으면 아무런 의미 없는 글자들이 되듯이 전문심사도 동일한 항목들을 가지고 얼마나 관계를 잘 맺고 구성하느냐에 따라 운영의 당위성, 타당성, 효율성이 바뀔 수 있음.

구성 성분은 같지만 관계를 잘 맺고 있는 것이 중요



[그림 18] 연구 자체의 의미

* 자료 : 세상물정의 물리학. 김범준. 2015. 동아시아.

- 심사의 원칙, 법령, 기준을 정하고 바꾸는 것은 해외의 관련 근거가 명확하게 있는 것도 아니어서 힘든 부분이 있음(해외사례들에서 심사와 관련된 프레임은 전무).
- 심사 프레임을 만드는 작업은 초안 작성 이후 상근심사위원이나 실무부서의 관리자를 활용할 필요가 있음.
- 전건 전문심사의 불가능, 비효율에 대한 부분은 선행 연구66)가 존재하지만 여전히 설득과 합의가 필요함.

66) 민인순, 김세라, 임정수. 의원 외래환자 건강보험 진료비 청구에서 심사조정률에 영향을 미치는 요인. 대한의사협회지. 2010.

- 전문심사 현황 분석 및 성과측정 지표 반영시 중복 존재함.
 - 기관단위, 건단위, 진료내역단위 전환시 현황 및 성과측정의 중복
 - 전문심사 현황 측정시 전체에서 차지하는 비율은 현황 파악을 위해서만 활용하고 주요산출 결과로 포함하지 않음.
- 전문심사의 효율적 운영을 위해서는 도입-운영-퇴출-도입으로 이어지는 순환적 시스템을 고려한 지표 개발이 필요함.
- 향후 심사 사업의 성과 측정과 통계적 모형 영역의 개발을 위해 통합적 심사 성과 측정 및 측정 결과에 대한 심사 연례 보고서에 대한 기획 및 검토 연구나 심사 관련 자료들(정형, 비정형 자료)의 활용방안, 심사와 연계 가능한심평원 내부 자료의 맵핑 등과 같은 추가적인 연구가 필요함.

참고문헌

- 강영철. 효과적 정책관리를 위한 특정평가제도 및 방법론 개선방안. 한국행정연구원. 2009.
- 강희정. 김운묵. 홍재석. 이성우. 부당청구 사전예방체계 구축방안. 건강보험심사평가원. 2011.
- 건강보험심사평가원 내부자료. 요양급여비용심사 업무편람. 2013.
- 건강보험심사평가원. 건강보험심사평가원 기능과 역할. 2015.
- 건강보험심사평가원 내부자료. 선별집중심사 업무 매뉴얼. 2012.
- 건강보험심사평가원 내부자료. 전문심사 수시분류 ‘지정’ 개선방안. 2015.
- 고태호. 황경수. 우리나라 정부의 정책평가방법에 관한 개선방안 연구. 정책분석평가학회보 2006;16(4):227-249.
- 공병천. 성과관리 제도 운영 분석 및 정책과제. 한국공공관리학보. 2012;26(4):55-84.
- 공병천. 평가와 감사의 연계방안. 한국행정연구원. 2005.
- 교육부·고용노동부·보건복지부·여성가족부. 2016년 국민행복 분야 업무계획. 2016.
- 국무조정실. 2015년도 정부업무 성과관리 운영지침. 2015.
- 국무조정실. 규제영향분석서 작성 지침. 2013.
- 국무조정실. 규제영향분석서 작성 지침. 2013.
- 국무조정실. 성과지표 개발·관리 매뉴얼. 2009.
- 국무총리실. 정부성과관리 운영실태 및 성과 분석. 2012.
- 국민권익위원회. 정부업무평가 매뉴얼. 2009.
- 권태형. 공공사업 타당성평가에서 다기준분석의 의의와 한계. 한국공공관리학보. 2008;22(3):31-51.
- 규제개혁위원회. 규제영향분석서 작성지침 개정안. 2013.
- 기초생활보장제도의 급여지급 기본원칙(보건복지부). Available from: URL: www.mohw.go.kr
- 기획재정부. 2012년도 공공기관 경영평가편람. 2012.
- 기획재정부. 2013년도 공공기관 경영평가편람. 2013.
- 기획재정부. 2014년도 공공기관 경영평가편람. 2014.
- 기획재정부. 2015년도 공공기관 경영평가편람. 2015.
- 기획재정부. 2015년도 예비타당성조사 운용지침 . 2015.
- 기획재정부. 2016년도 공공기관 경영평가편람. 2016.
- 김계현. 원선애. 손명세. 한국과 일본 의료법 체계에 관한 연구. 한국의료법학회지. 2001;9(2):99-127.

- 김명수, 공병천. 성과관리를 위한 공공정책평가론. 한국학술정보. 2013.
- 김성수. 연구개발 사전타당성 조사에서 정책적 기준의 운영에 관한 연구. 한국사회와 행정 연구. 2007;18(1):197-219.
- 김창엽. 건강보험심사평가원의 설립과 운영방안 연구. 서울대학교. 1999.
- 김태윤. 규제영향분석에 있어 편익 평가 및 측정의 타당성에 관한 연구. 한국경제연구원 규제연구지. 2011;20(2).
- 민병찬. 공공기관 경영실적평가의 문제점과 개선과제. 2014. 국회예산정책처.
- 민병찬. 공공기관 경영실적평가의 문제점과 개선과제. 국회예산정책처. 2014.
- 민인순, 김세라, 임정수. 의원 외래환자 건강보험 진료비 청구에서 심사조정률에 영향을 미치는 요인. 대학의사협회지. 2010;53(11):1017-1027.
- 박경귀. 성과관리의 장애요인과 극복방안. 한국정책평가연구원. 2004.
- 박경귀. 성과관리제 도입배경과 취지. 한국정책평가연구원. 2004.
- 박경귀. 성과관리제의 개념과 추진체계. 한국정책평가연구원. 2004.
- 박경귀. 성과지표의 개념과 유형. 한국정책평가연구원. 2004.
- 박경귀. 성과평가의 과정과 활용상 유의점. 한국정책평가연구원. 2004.
- 박경귀. 외국의 성과관리. 한국정책평가연구원. 2004.
- 박미숙. 오동관. 선별집중심사 항목의 관리방안 연구. 건강보험심사평가원. 2014.
- 박은철. 국가암검진사업의 평가와 발전방향 제시. 국립암센터. 2010.
- 법제처. 법령 입안 심사 기준. 2012.
- 사회보험진료보수지불기금. Available from: URL: <http://www.ssk.or.jp/kikin.html>
- 사회보험진료보수지불기금. 심사위원회 본연의 자세. 2011.
- 産業 및 組織心理學(산업 및 조직심리학). 성균관대학교 산업심리학과. 博英社(박영사). 1995.
- 세상물정의 물리학. 김범준. 2015. 동아시아.
- 연경남, 이성중, 이종현, 송충한. 연구계획서 평가시 정량지표 도입의 타당성에 관한 분석. 기술혁신학회지, 2005;8(1):261-276.
- 오동관. 하랑경. 심사효율화를 위한 통계적 접근방안 검토-심사현황 검토를 중심으로-. 건강보험심사평가원. 2015.
- 유금록. 재정사업자율평가제도 평가지표의 타당성 및 신뢰성 분석. 정책분석평가학회보. 2011;21(1):1-26.
- 이광희. 윤수재. 성과관리와 평가체계의 관계에 대한 비교 연구 : 캐나다와 한국 사례를 중심으로. 행정논총. 2012.;50(1):37-65.

- 이광희. 주요 정책과제 평가방법 연구. 한국행정연구원. 2003.
- 이광희. 평가 결과 및 성과정보의 활용도 제고 방안. 한국행정연구원. 2013.
- 이광희. 평가의 타당성 제고를 위한 성과측정 매뉴얼 개발 연구. 한국행정연구원. 2015.
- 이석환. 조주연. 성과평가제도의 수용성에 영향을 미치는 요인에 대한 연구. 한국사회와 행정연구. 2010;20(4):269-291.
- 이성우. 규제영향분석 방법론의 실용적 체계화. 한성대학교. 2003.
- 이성우. 규제영향분석제도의 효과적 집행방안. 2004. 한성대학교.
- 이성우. 메디케어의 청구오류 확인과 조정활동. 건강보험심사평가원. 2012.
- 이윤식. 우리나라 정부의 정책평가방법에 관한 개선방안 연구. 정책분석평가학회보. 2006;16(3):1-32.
- 이종한. 규제정책 평가 및 관리 개선방안 : 기존 규제정비제도를 중심으로. 한국행정연구원. 2014.
- 임문혁. 네덜란드의 보건 의료서비스의 선택. 2001년도 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집. 2001.
- 장우진. 김영학. 지적재조사사업의 사회경제적 타당성 제고에 관한 연구. 한국지적정보학회지. 2010;12(1):73-92.
- 장지인. 곽채기. 신완선. 오철호. 공공기관 경영평가제도의 변천과정 연구(Ⅱ). 한국조세연구원. 2013.
- 제18대 대통령직인수위원회. 제18대 대통령직인수위원회 제안(박근혜정부 국정과제). 2013. 한국개발연구원. 영국의 규제개혁과 규제비용총량제. 2014.
- APIC(Active Pharmaceutical Ingredients Committee) of Cefic. Auditing Guide. 2010.
- CMS MLN. Medicare Billing: 837P and Form CMS-1500. 2014.
- CMS. Health care fraud and program integrity : An overview for providers. 2016.
- CMS. medicare administrative contractors' performance. 2014.
- CMS. Medicare Program Integrity Manual. 2016.
- CMS. Report to Congress Fraud Prevention System First Implementation Year. 2012.
- CMS. Report to Congress Fraud Prevention System Second Implementation Year. 2014.
- CMS. Report to Congress Fraud Prevention System third Implementation Year. 2015.
- Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan and John Whittington. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs 2008;27(3):59-769.

- GAO. Better targeting of Medicare's claims review could reduce improper. 2011.
- GAO. MEDICARE FRAUD PREVENTION_CMS Has Implemented a Predictive Analytics System, but Needs to Define Measures to Determine Its Effectiveness. 2012.
- GAO. MEDICARE FRAUD, WASTE, AND ABUSE : Challenges and Strategies for Preventing Improper Payments. 2010.
- IOM. Institute of Medicine. Board on Health Care Services Crossing the quality chasm. A New Health System for the 21st Century. 2001
- Jerry L. Mashaw & Theodore R. Marmor, Conceptualizing, Estimating, and Reforming Fraud, Waste, and Abuse in Healthcare Spending, 11 Yale J. on Reg. 1994.
- Medical Insurance : An Integrated Claims Process Approach, 6e, 2013.
- National Health Performance committee. National Health Performance Framework Report. Brisbane: Queensland Health. 2001.
- OIG. THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES HAS IMPLEMENTED PREDICTIVE ANALYTICS TECHNOLOGIES BUT CAN IMPROVE ITS REPORTING ON RELATED SAVINGS AND RETURN ON INVESTMENT. 2012
- PATH. World Health Organization. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. 2007.
- TANYA G.K. BENTLEY, RACHEL M. EFFROS, KARTIKA PALAR, and EMMETT B. KEELER. Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework. The Milbank Quarterly, 2008;86(4):629-659.
- 전민건강보험법(전문). Available from: URL:
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=660&webdata_id=2091&WD_ID=672 (접속일 : 2016.08.22.)
- 전민건강보험법-의병비용(진료비) 심사판법(심사방법). Available from: URL:
<http://www.rootlaw.com.tw/LawArticle.aspx?LawID=A040170080000300-1031222> (접속일 : 2016.08.22.)
- 정확성 사전적 정의. Available from: URL: <http://www.dictionary.com/browse/accuracy> (접속일 : 2016.08.22.)
- 진료지침 사전적 정의. Available from: URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Standard_of_care (접속일 : 2016.08.22.)

부록

부록 1. 보건의료체계에서의 심사

○ 사전적 정의

- 검수(檢收)
 - 물건의 규격, 수량, 품질 따위를 검사한 후 물건을 받다.
- 심사(審査)
 - 자세하게 조사하여 등급이나 당락 따위를 결정하다.
 - 관련 어휘 : 검사, 심판, 심의, 조사, 감정
- 감사(監査)
 - 감독하고 검사하다.

- review
 - evaluation of a publication, service, or company(Wikipedia)
 - consider it carefully to see what is wrong with it or how it could be improved. (Collins English dictionary)
- audit vs inspection⁶⁷⁾
 - audit : 업체가 스스로의 비즈니스 목적으로 법 준수 여부 또는 정도를 모니터하고 개선의 여지가 있는지 확인하는 것
 - inspection : 규제기관에서 법적인 요건을 충족시키고 있느냐를 확인하기 위한 방문 조사

For the purpose of this guide it is appropriate to make a distinction between an “audit” and an “inspection”. The term “inspection” usually implies to visits by regulatory authorities, who assess the compliance status with the requirements and have the potential for leading to regulatory or legal sanctions. In contrast the term “audit” is used in the context of a review by industry personnel with the objective of not only monitoring compliance but also identifying areas for improvement to the benefit of the business.

67) Auditing Guide(2010), APIC(Active Pharmaceutical Ingredients Committee) of Cefic (유럽화학산업협회의 활성의 약성분 협의회)

○ 요양급여비용의 심사

- 요양급여비용 심사·지급업무 처리기준(복지부 고시, 2015)
 - 심사청구 내역이 각 호에 적합한지 심사
 - 요양급여기준, 산정내역, 산정지침, 심사기준 등
- 보건복지부고시 제2015-143호, 요양급여비용 심사·지급업무 처리기준

제4조(요양급여비용의 심사) ① 심사평가원은 요양급여비용의 심사청구를 받은 때에는 그 심사청구 내역이 다음 각 호에 적합한지를 심사하여야 한다. 이 경우 제4호에 해당하는 심사기준은 공개하여야 한다.

1. 법 제41조 제2항 및 제3항에 따른 요양급여기준에 관한 규칙에서 정한기준
2. 법 제45조 및 46조에 따른 요양급여비용의 산정내역
3. 보건복지가족부장관이 정한 요양급여비용의 산정지침
4. 그 밖에 심사평가원의 원장이 법 제66조에 따라 설치된 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 정한 요양급여비용의 심사기준 등

- 기능과 역할(2015), Strategic Purchasing의 관점에서(2015)
 - 검토·확인 후 결정 하는 것
 - 정확한 청구, 의·약학적 타당성, 비용효과성, 산정기준 적정성
 - 목적
 - 부적절한 비용지출 방지, 의료의 질 향상, 비용의 적정성

가. 업무 정의 및 의의

- 요양기관에서 환자를 진료하고 청구한 요양급여비용을 객관적으로 공정하게 검토·확인하여 요양기관에 지급할 비용을 결정하는 것
 - 사전에 설정된 내용에 대해 정확히 청구되었는지, 필요한 자료가 모두 청구되었는지에 대한 판단
 - 공급자가 제공한 의로서비스 등이 타당한 것인지, 산정기준에 맞게 산정되었는지에 대한 판단
- 요양기관의 진료비청구권(진료비채권)에 대하여 보험자 및 수급자의 진료비 지급의무(진료비 채무)가 적법하고 타당한 것인지를 판단하는 일련의 행정작용(김운목, 2007)
- 의의
 - 요양기관이 취급하는 요양급여의 타당성과 충실을 유도하고 요양기관의 부당한 진료비 청구를 방지하여 보험재정의 균형을 도모하며 건강보험 진료질서를 확립시키고자 설치한 제도적 장치
 - 국가 자원이용의 효율성, 국민건강의 향상, 의료공급자의 진료행태 및 의료수요자의 의료이용행태의 정상화와 의료의 질 향상 등을 염두에 두고 있음
 - 의사의 진료권과 건강보험 급여원칙 사이에서 공정성, 객관성을 가지고 균형을 유지할 수 있어야 함(강윤구, 2014).

- 요양급여비용심사 업무편람(2013)
 - 대조·확인 및 전문의학적 판단을 실시
- 심사기구의 일차적인 목적⁶⁸⁾
 - 정확하게 지급(pay it right)
 - 급여범위에 포함, 의학적 필요성, 정확한 코딩

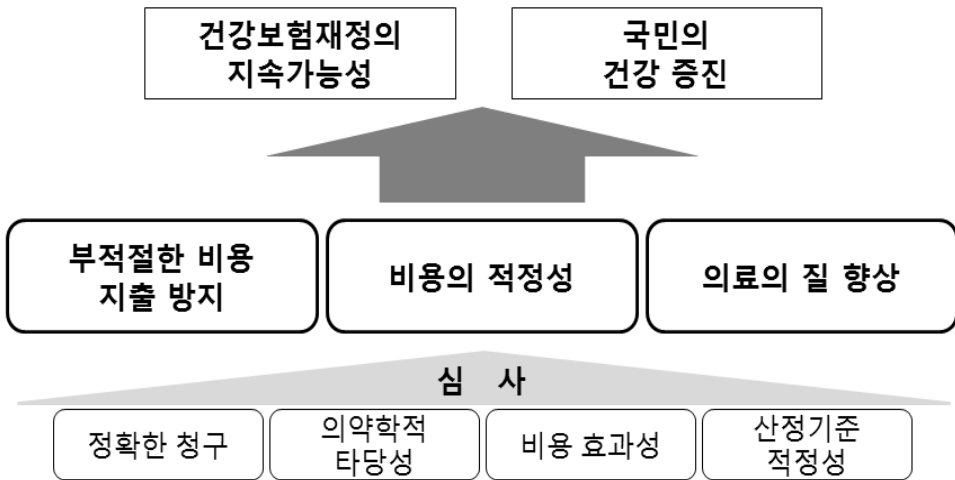
The primary goal of each Medicare claims processing contractor is to "pay it right," i.e., to pay the proper amount for covered, medically necessary, and correctly coded services.

68) CMS(2011) Medicare Fee-for-Service : Improper Payments Report

○ 건강보험심사평가원 기능과 역할(2015)

- 요양급여비용의 심사의 정의를 토대로 작성

‘요양기관에서 환자를 진료하고 청구한 요양급여비용이 정확하게 청구되었는지, 의학적으로 타당하고 비용효과적인 방법으로 이루어졌는지, 국민건강보험법령에서 정한 요양급여비용 산정기준에 따라 산정되었는지 여부 등을 객관적으로 공정하게 검토·확인하여 요양기관에 지급할 비용을 결정 하는 것으로 부적절한 비용지출을 방지하고 국민의료의 질 향상과 비용의 적정성을 도모하는데 그 의의가 있다.’

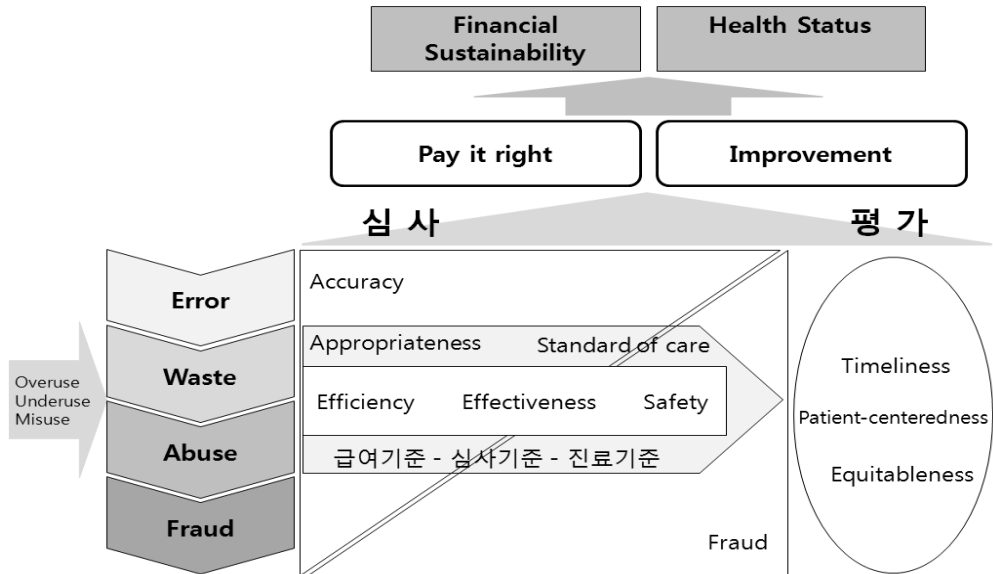


[그림] 요양급여비용 심사의 개념도

○ 보건의료체계에서의 심사

- 지속가능한 재정과 건강증진을 위해 올바른(right) 지불과 질 향상(improvement)은 매우 중요함.
- 심사는 올바른(right) 지불을 주요 목적(goal)으로 하지만 질 향상과도 무관하지 않음.
- 옳음(right)은 부적절한(improper) 지불 유형으로 설명 가능
- 부적절한 지불 유형은 다양한 보건의료체계에서의 목표들과 관계가 있음.
 - 정확성(accuracy)은 오류(error)와 가장 관계가 깊지만 다른 부적절한 지불 유형과도 관계가 없지 않음. 허위(fraud)도 그러함.

- 주로 waste와 관련이 많은 기준들(급여, 심사, 진료)은 효율(efficiency), 효과(effectiveness), 안전(safety)을 포함하고 있음.

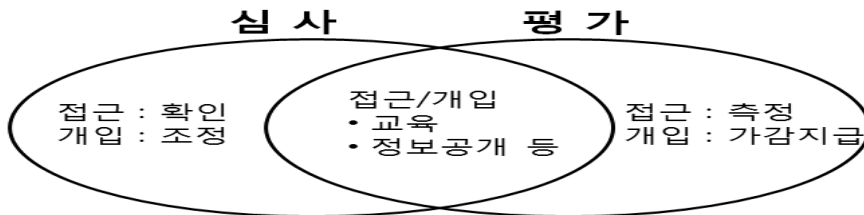


[그림] 보건의료체계에서의 심사

○ 심사와 평가

- 심사와 평가는 목적이 같다? 다르다?
- 비슷한 방향을 보고 있는 것 같은데 다른 사업?
- 최종적인 목적(goal)은 같거나 비슷하지만, 접근하는 방식과 영역의 차이?

· 재정적 측면이 강함 - 부정적 이미지 - 확인/심사 - 조정, 조사
 · 질 향상 측면이 강함 - 덜 부정적 이미지 - 측정/평가 - 가감지급



[그림] 심사/평가의 접근과 개입 방식

부록 2. 보건의료체계에서의 낭비(waste)

- Conceptualizing, Estimating, and Reforming Fraud, Waste, and Abuse in Healthcare Spending 보건 의료비 지출에 있어서 Fraud, Waste, Abuse 개념화, 측정, 개선⁶⁹⁾

미국 의료에서 waste, fraud, abuse를 없애는 것은 증가하는 의료 비용에 도전(저항)하기 위한 빠르고 쉬운 해법이 아니다. 특히 행정 분야에서 분명히 비용 절감 가능한 부분이 존함에도 불구하고, 정책입안자들의 기대에 훨씬 이르지 못할 공산이 있다.

과잉(excesses)을 줄이기 위한 많은 정책들은 중대한 정치적인 난관에 부딪치거나 의료의 질에 관련된 비정량적인 이슈에 대한 가치 판단 문제에 관여한다. 다른 대안들은 abuse를 제거하는 만큼이나 필수적인 의료를 금지할 가능성이 있어 보인다. 몇 가지 사례에서, 특히 소비자 fraud에 관련하여, 엄중 단속은 어떠한 비용도 절약하지 못하고 그저 비용을 전가(shift)할지도 모른다. 결국, waste, fraud, abuse를 잘라내기 위한 다수의 제안들은 윤리적이고 도덕적인 가치 판단 문제에 관여하며, 그러한 문제들은 미국인들이 아직까지 어떤 경우에도 인정하지 않은, 정부나 다른 어떤 제3자에게 양도를 원하지 않을지도 모르는 문제들이다.

- 몇 가지 기본 개념 및 난제

많은 사람들이 미국 의학계에서 waste, fraud, abuse를 제거하는 것이 사실상 저절로 일반 의료 보험(universal health insurance)에 자금을 덜 것이라고(부담할 것이라고) 믿는 것 같아 보인다. 지나친 행정상 비용, 불필요한 절차(방식), 불충분한(부적당한) 소비자 vigilance, 예방 치료의 불가능성, 치솟는 의료 과실 premia들은 모두 미국 사회가 의료에 쏟고 있는 막대한 자원의 엄청난게 waste적인 배분을 시사한다. 다음 페이지에 나오는 차트 1과 차트2는 국내 총 생산 비율에 따라서 걸보기에 거침없이 계속되는 미국 의료비 지출의 증가와, 미국과 다른 OECD 국가들의 의료비 지출 사이의 눈에 띄는 차이를 도표로 보여준다.

69) Jerry L. Mashaw & Theodore R. Marmor, Conceptualizing, Estimating, and Reforming Fraud, Waste, and Abuse in Healthcare Spending, 11 Yale J. on Reg. (1994).

왜 미국의 의료비는 그와 같이 비효율적인 것인가? 왜 우리는 소비자 전자 기술 산업, 가공 식품 시장, 대학 교육 시스템에서는 waste, fraud, abuse에 대한 유사한 이야기(stories)를 읽지 않는 것인가? 대부분의 시장에서, 우리는 fraudulent, abusive, wasteful한 공급자들이 service-conscious하고 cost-conscious한 소비자들에 의해서 비즈니스로부터 무자비하게 몰아내지거나 감옥에 갇히는 것을 기대한다. 자원을 waste하는 소비자는 희망했던 다른 제품의 구입을 포기하고(Consumers who waste resources forgo the purchase of other desired goods), and thus have every incentive to smarten up.

왜 의료는 차이가 나는가? 논평자(해설자)들은 의료가 다른 서비스들과 다른 세 가지 측면을 제안했다. 그리고 이러한 차이에 대한 몇 가지 가능한 결과들을 언급했다. 첫 째, 의료에 대한 필요의 불확실성은 황폐시키게 높은 치료 비용과 결부된 활발한 의료 보험 수요를 만들어낸다. 의료 서비스 지불 금액의 4분의 1 미만이 "out of pocket"이다. 둘째, 전염성 질병의 확산 예방 및 치료 대금을 지불할 능력이 없는 사람들에게 대한 동정에 지역 사회가 관심 갖는 것은 의료 및 보건 관련 연구와 발전을 위한 상당한 공공 보조금으로 이어진다. 달리 말하면, 우리는 아프고 부상 입은 환자들이 지불 능력과 관계없이 치료를 받을 수 있기를 원한다. 그리고 우리는 의료 과학의 한계를 지속적으로 확장하는 연구를 희망한다. 마지막으로, 의료 정보의 불확실하고 불균형적인 특성은 보건의료 전문직 및 시설에 대한 면허/허가와 소비자 선택을 가이드 하는 수탁자(fiduciary provider)에 대한 의존으로 이어진다. 우리는 무엇을 사야 할지 알지 못하며, 우리에게 말하는 판매자를 신뢰해야만 한다.

의료 시장과 다른 시장 간의 이러한 차이점이 waste, fraud, abuse가 발생하는 것으로 생각되는 영역의 대부분을 야기한다. : 제한적인 면허 교부, 공급자 유도 수요(supplier-induced demand), 전문의 및 첨단 기술 의료의 과용(overuse), 지나친 행정상 비용, 치솟는 의료 과실 premia, 방어적인 의료, 수명 연장을 위한 엄청난데 힘든 노력, 노골적인 fraud. 불행히도, 의료에서 waste, fraud, abuse를 외과적으로 깔끔하게 지워 버리거나 그것에 대해서 측량할 방법은 거의 없다. 항암 화학요법(Chemotherapy)또는 아마도 융단 폭격(carpet bombing)은 더 나은 비유(유추)이다. : 선(善에) 손상을 주는 위험을 무릅쓰고 악한 수단을 지워버리는 것(wiping out the bad means risking injury to the good.) 증가하는 환자 본인 부담금(patient cost-sharing), 관리 의료, 보급 통제(supply controls), 공공 배급제도(public rationing)와 같은 솔루션들은 모두 이러한 위험을 무릅쓸 것이다.

그럼에도 불구하고, 개혁(reform)은 중요하다. Wherever possible, waste, fraud, abuse 제거되어야만 한다. 그러나 “목욕물이 더럽다고 아기까지 내다 버리지 말라”란 서양 속담처럼, 두 가지 과제에 참여하는 것이 요구된다. 하나는 미국 의학계에서 fraud, waste, abuse가 어떻게 나타나는지 더욱 정확한 이해를 얻는 것이다. 다른 하나는 이러한 용어들이 사용되는 무수히 많은 문맥들을 분명히 이해하는 것이다. 확실히, fraud, waste, abuse의 중요성을 명확히 하는 것은 우리가 그러한 용어들에 확정적인 뜻을 부여할 것을 요구할 뿐만 아니라, “누구에 의하여”, “무엇에 관하여”와 같은 질문할 것을 요구한다. 결국, fraud, waste, abuse에 대한 분석이 미국 의료 및 파이낸싱 개혁(reform)에 대한 정책 토론/쟁점을 명확히 하는 것이라면, 분석가들은 의료 행위의 불확실성과 가치(양)을 어렵할 중요한 데이터의 부족(결핍)을 제대로 인식해야 한다.

그런 이유로, 우리의 분석은 fraud, waste, abuse에 대한 단순한 정의로 시작한다. 그리고 나서 (1) 누구의 행동이 fraudulent, abusive, wasteful 하다고 하는지에 의해 결정되는 비용 절감에 대해서 이 용어들이 가지는 상이한 implications (2) fraud, waste, abuse를 식별할 수 있고 아마도 제거할 수 있는 다양한 정책 contexts를 분명히 보여준다. 그리고 나서 이 세 가지 원인에서 비롯된 불필요한 비용에 대한 기존의 추정치(추산)을 제공하고 논평한다. As will become clear, 어떤 serious한 분석이라도 미국 의료에서 fraud, waste, abuse의 측정을 둘러싸고 있는 불확실성에 대해 강조해야만 한다.

- Fraud, Waste, Abuse 구별

Fraud는 여러 모로 정의하기에 가장 단순한 개념이다. 고전적인 fraud에는 또 다른 거래 당사자의 misrepresentation 해로운 의존(detrimental reliance)과 관련된 사항에 대한 misrepresentation이 포함된다. fraud 개념의 여러 적용들(applications)은 복잡하지 않다. 예를 들어, 의료계 전문직 종사자들은 개인 또는 제3자(공공 또는 민간 insurer)로부터 자기가 받는 보상(이득)의 수준을 높이기 위해서 자기가 제공하는 서비스의 특성과 범위를 잘못 전할 때 fraud를 범한다. 일부 misrepresentation들은 다른 것 보다 좀 더 확실하게 "fraud"의 범위에 들어간다. 요양원(nursing) 비용의 Medicaid 변제(상환) 자격을 얻기 위해서 모친의 자산을 은닉하는 것처럼 수행된 적 없는 절차(방식) 또는 치료받는 적 없는 환자에 대한 빌링은 명백하게 fraudulent하다.

이와 반대로, “abuse”는 흔히 fraudulent practice의 가장자리(margin)에 있는 waste성 소비의 사례를 묘사할 때 사용되는데, fraudulent practice는 의료 제공(provision)과 자금 조달에 대한 기존의 합의(처리 방식)에 의해 허용된, 문제의 행동이다. “fraud”와 “abuse” 사이의 경계가 본질적으로 모호한 결과이다. abuse의 일부 사례는 아마도 완곡한 어법의 fraud이다. 예를 들어, 또 다른 약속(예약)에 가는 길이기 때문에 Medicaid 측으로 “상담(진찰)”에 대한 청구서를 보내는 정신과 의사를 생각해 보면, 그녀는 복도에서 자활 능력이 결여된(보호 시설 생활에 익숙해진) 환자와 이야기하는 데 1분을 썼으며, 그 환자의 컨디션에 대해 질문했을 뿐이다. 그 정신과 의사는 잠깐 동안 환자의 매너를 관찰했을 것이다. 그리고 심지어 나중에야 환자 기록을 위해 노트를 받아쓰게 할지도 모른다. 그러나 합리적인 사람이라면 이렇게 건성의(대충하는) 접촉을 정신과 의사의 상담(진찰)이라고 보기 어려울 것이다. 심사위원단은 이러한 의사에게 fraud 판결을 내릴 수도 있고 아닐 수도 있지만, 그러한 행동은 틀림없이 abusive하다.

확실히, 공급자에 의한 abusive의 가능성은 사실상 한이 없다(방대하다). 1회로 충분한 곳에 다회 방문(multiple visits)을 고집하는 것은 의료 abuse에서 종종 듣는 이야기이다.

높은 비용으로 개별 청구되는 독립된 활동으로의 언변들링 절차(방식) 또한 흔한 것으로 생각된다.(Unbundling procedures into separate activities that are billed independently at a higher total cost is also thought to be common.) 건강의 회복을 복돋우려고 하는 환자(또는 그들의 대리인)에 맞춘 조정으로서, 산재 보상 사례와 관련하여 상상컨대 모든 진단 절차(방식)(과정)를 추구하는 것은 많은 사람들이 abusive하다고 생각하는, 미국 의료를 과다 이용하는 또 다른 형태이다. 이 모든 사례에 절차(방식)를 위한 몇몇 그럴듯한(타당한 것 같은) 의료적 설명이 공통으로 있다. Abuse lies in the motivation imputed to the provider, in the suspicion that costs were increased for purposes related, at best, only tangentially to producing a better medical result. 그러나 엄밀히 말해서 이러한 것들은 fraud의 사례가 아니다. 의료적인 시험, 절차, 진찰 등이 행해졌고, 그리고 적절한 빌링 코드가 변제(상환)를 구하는데 사용 됐다.

소비자 abuse는 유사한 패턴을 보여준다. 제약 의료 보험에 의해 커버되기 때문에 처방된 진통제를 구입하는 환자들은 저렴한 비처방 진통제가 효과가 있다는 것을 알았을 때, 의료비를 불필요하게, abusively하게 부풀린다.(법률을)준수하는 의사들은 이러한 abuse의 공범들이다. 마찬가지로, Medicaid benefits를 유지하기 위해서 자산을 양도(transfer asset)

하거나 근로 시간을 제한하는 환자들도 시스템을 abusing하는 것으로 간주될지도 모른다. 그러나 그러한 “자격” abuses는 보건의료 지출에 의료비 총액에 중대한 영향을 미칠지도 아니면 그렇지 않을지도 모른다는 점을 주목해라.

abuse는 어느 사이엔가 거의 알아차릴 수 없게 waste 속으로 녹아든다(서로 구분이 안 되게 어우러진다). 수술 후 6주 및 6개월 과정의 검사를 요구하는 외과 의사는 시스템을 abusing하고 있는 것일지 모른다. 만약 그가 6개월 과정의 검사를 필요하다고 믿지 않는다면, 환자 또는 insurer가 그것에 대해 지불 의사가 있다고 하더라도, 그 외과 의사는 틀림 없이 시스템을 abusing하고 있다. 다른 한편으로는, 그 의사는 추적 검사의 효험이나 필요에 관하여 단순히 그의 일부 동료들과는 다른 믿음을 가지고 있는 것일지도 모른다. 몇 가지 객관적인 기준에 의해 이러한 추가적 사후 방문이 그것에서 나오는 benefits과 equal하지 않아야만 그의 행동이 wasteful하다고 올바르게 말할 수 있다. waste를 식별하기 위한 객관적인 근거(기준)는 수술 후 6개월 과정의 검사와 6개월 과정의 검사가 없는 것의 의료 성과(medical outcomes)를 비교하는 신중하게 통제된 테스트일 수도 있다. 그렇지 않으면 그것은 외과 의사 집단 다수의 행동에 의해 증명되듯이 의학계의 우세한 생각(신념)에서 나오는지도 모른다.

waste를 식별하기 위한 기준은, 방법론이 무엇이든지간에, 최소한 두 가지 타입이 있다. : “비용 효율성(cost-effectiveness)”과 “비용-편익(cost-benefit)” 테스트가 그것이다. 평균적으로 보아, 비용 비효율적인(Cost-ineffective) 의료 개입(medical interventions)이 몇몇 저렴한 치료 보다 더 나은 의료 성과(medical results)를 생산하지 않는다. 또한 비용 효율성(cost-effectiveness) 테스트에 불합격하는 절차(방식)은 상대적으로 대안적인 절차(방식) 보다 비용 측면에서 이익이 덜 하다. - 비용 대 효익(costs to benefits)의 비율이 낮아질 것이다. 그러나 만약, 다른 치료 방법 대비 우월함이 무엇이든지간에, 그럼에도 불구하고 평균적으로 비용을 초과하는 benefits를 만들어내는데 실패한다면, 개입(interventions)은 또한 비용-편익(benefit) 테스트에 실패할지도 모른다.

그러나 이러한 기준 정의(standard definition)들에 대해 잠깐만 생각해보면, 왜 waste를 식별하는 방법이 매우 논란이 많을 성 싶은지 드러난다. 사용 가능한 약물 치료를 통해 통증을 완화하기 위한 시도를 맨 먼저 하지 않고서 비대성 부분(a hypertrophic prostate)을 절제하는 비뇨기과 전문의사는 아마도 비용 효율성(cost-effectiveness)과 비용-편익(cost-benefit) 기준 모두에 의해 wasteful하다고 볼 수 있다. 같은 증상을 보이는 경감(the same symptomatic relief)은 외과적 개입(intervention) 보다 제약(약)을 통해서 훨씬 더 적

은 비용으로 달성되었을지도 모른다. 만약 유사한 결과가 더 적은 비용에 가능하다면, 치료제를 처방하는 것의 비용 편익 비율이 외과 수술에 참여하는 것의 비용-편익 비율 보다 낮다.

이러한 판단들에 대한 논쟁 거리는 두 가지 소스에서 발생한다. 하나는, 개별 사례에 대한 판단을 위해 평균을 사용하는 것의 문제점이다. ; 다른 하나는 치료의 비용(the costs)과 편익(the benefits)을 측정하는 것의 어려움이다. 전립샘적제술 사례에 관하여, 앞으로 길게 보았을 때 결국에는 50세 환자에게 수술적 절제를 하는 것이 30세 환자에게 계속 하이트린(Hytrin ; 전립성비대증 치료제) 처방을 유지하는 것 보다 저렴할지도 모른다. 그리고 그 약이 효험을 잃어버린다면 어찌됐든 아마도 절제술을 해야만 할 것이다. 절제술은 또한 치료하지 않으면 암으로 발전하여 결국 수술이 필요했을 조직을 제거할 수 있다. 그러나 평균적인 비용 효율성은 특수한 경우의 waste에 대해서는 설명을 거의 못한다. 환자를 둘러싼 환경이 아주 유사하기 보다는 대단히(폭넓게) 다양한 곳에서는, 평균에 근거하고 있는 단순해 보이는 비용 효율성 분석은 상당한 오해의 소지를 만들지도 모른다.

waste에 대한 비용 편익 분석은 훨씬 더 신뢰할 수 없다(기만적이다). 심지어 비용(costs)이 비교적 복잡하지 않은 곳에서도, 편익(benefits) 계산은 보통 과학적이고 윤리적인 불확실성 투성이 이다. 부분적으로, 이것은 의료의 “benefits”이 잘 정의되어 있지 않기 때문이다. 사망자 수 또는 사망률의 의미(Effects on mortality or morbidity rates)는 비교적 선명하나, 이러한 총체적 지표들(gross indicators)은 보통 판별력(discriminatory power)이 거의 없다. 완전한 무대책(complete inaction)부터 대수술까지 모든 것은 유사한 통계적인 상관관계를 나타낼지도 모른다(may produce). 세부적인 평가 기준이 필요하지만, 그러나 신체적-정신적 안정(편안함), 또는 기능적 능력(functional capacity)에 대한 의료적 개입(interventions)의 효과를 평가하는 것은 힘들고 불확실한 일이다. 최근의 임신 중의 초음파 검사에 대한 최근의 논란은 이러한 포인트의 좋은 사례이다. 최근에 보고된 임상 실험은 의료적 benefits이 없다는 것을 알아냈다. 그러자 저명한 산부인과 전문의사들은 즉시 그 보고서를 맹렬히 비난했다. 그 이유는 임신 중인 환자 내면의 평안에 어떤 가치도 두지 못했기 때문이라면서, 방법론이 과학적일지 모르지만 임상적으로는 쓸모없다고 반박했다.

게다가, 보다 더 명확한 사망률 추정을 to even 하기 위해서 금전적 가치를 대입(the assignment of dollar values)하는 것은 심각한 윤리적 의문을 제기한다. 최근 Medicaid 절차(방식)를 위한 오리건 주의 우선 순위 목록에 대한 논란은, 수명을 연장하고 통증이나 신체 기능 제한을 완화보조해주는 데 가치를 두는 것을 놓고 큰 분열을 드러내 보였다.

입법자들은 "one man's pork is another man's prosciutto." 라면서 재정 책정 (appropriations) 절차(방식)에 대해 비판적인 입장이다. 의료 시술 abuse에 관해서도, 누군가의 의료 자원의 waste가 다른 이에게는 기적적 치료가 될 수 있다.

이것은 우리가 waste의 명확한 사례가 부족하다는 결론을 내기 위함이 아니다. 예를 들어, 개인 지급인(individual payors)을 위한 청구 및 회계에 드는 행정상 비용은, clearinghouse 절차(방식), 단순화된 의료비 변제(상환) 서식(forms), 단일 보험자 체제(single-payor system)가 이와 같은 비용의 상당 부분을 잡아먹을 때 waste적이다. 그리고 산재 보상 청구를 위한 엄청난 진단 시험(diagnostic testing)의 엄청난 속도_산재 보상을 받지 못하는 근로자의 상해 및 질병 평균치의 9배_가 산재 보상 체계에 있어서 어떤 특별한 의료상 필요를 대변한다고 보기는 어렵다. 마찬가지로 이야기를 self-referral(소개/위탁)이 없는 곳과 비교할 때 의료인 소유의 진단 시험(diagnostic testing) 장비 사용율의 급증에 대해서도 할 수 있다. 그러나 정책 분석에 있어서 이해해야 할 중요한 것은 "waste"가 "abuse" 보다 훨씬 더 guises(외관/겉모습/가장)에 관여한다는 점이다. 그러므로 waste의 유형과 그것을 어떻게 측정할지에 집중하는 것이 중요하다. waste의 개념화에 문제가 많은 곳에서, 공공 정책은 어떤 위험을 무릅쓰으면 하는지_위험한 과소 진료의 위험을 선호하든지 아니면 waste적인 과잉 진료의 위험을 선호하든지_에 대한 의문에 맞서게 된다. 공급자나 환자가 비용 측면에서 이익이거나 효율적인 의학적 치료에 정확한 액수(amount)를 사용하도록 장려책(incentive)을 구축하는 것은 비현실적인 포부이다. "against waste"는 쉽다. 대안적인 위험 요소가 불충분한 의료 서비스 규정 하에 있는 것일 때 waste를 없애는 방법을 결정하는 것은 매우 어려운 일이다.

- 결론

미국의료계에서 waste, fraud 및 abuse을 제거하는 것은 만병통치약이 아니다. 어떤 이들은 미국에서 이를 제거하는 것이야 말로 전반적인 의료비용을 획기적으로 줄이면서 동시에 치료품질을 유지(또한 향상)할 수 있는 방법이라고 한다. 그러나 본 연구가 밝혔듯이 이러한 믿음은 입증되지 않았고 많은 문제를 안고 있다.

그러나 우리는 오늘날 의료시스템에 많은 문제가 있다는 것을 알고 있다. 우리는 대략적으로나마 이러한 문제가 환자, 보험가입자, 그리고 납세자들에게 어느 정도의 비용을 야기하는지 예측할 수 있다. 그리고 우리는 이중 몇몇 문제들을 어떻게 해결해야 하는지에 대

한 나쁘지 않은 생각도 갖고 있다. 예를 들어, 특정 고가 첨단 장비들이 너무 많이 사용되고 있다는 데에는 이견이 없다. 그리고 다양한 개선방법으로 이런 장비들의 사용을 억제할 수 있다.

둘째, 우리는 의로서비스 구매력을 강화하게 되면 길항력을 발휘해 의료비가 가차 없이 오른다는 것도 알고 있다. 더욱이 개별 방식으로 지불(capitation method of payment)하면 제공되는 서비스의 양을 늘리고자 하는 압력에서 벗어날 수 있다는 것도 알고 있다. 이미 알고 있듯이, 미국에서의 행정비용은 다른 국가들에 비해 상당히 높다. 이러한 비용을 획기적으로 줄일 수 있는 방법은 수수께끼가 아니다. 노골적인 fraud는 혁신을 위한 우선순위 쟁점이다. 이는 fraud가 사회에 미치는 피해가 얼마나 큰지 알 수 없는 상황에서도 확실하다. 효율적인 관리의료기술을 더 많은 인구에 대해 적용하는 것은 비용을 절감할 수 있는 잠재력이 있다. 문제는 어떻게 합리적으로 이를 적용하면서 매출에 영향을 미치지 않는가이다.

효과적인 치료에 관한 새로운 연구는 의로서비스의 질을 높이는 것과 동시에 비용도 절감시킬 수는 희망을 준다. 더 중요한 것은, 이러한 연구가 전문가들을 이로운 측면에서 도전할 것이다. 그렇기 때문에 당장 효과가 나타나지 않는다 하더라도 진행할 가치가 있다.

○ 미국 의로서비스체제에서의 낭비(waste) : 개념적 틀(conceptual framework)⁷⁰⁾

- 내용 : 미국 의로서비스 비용은 미국과 비슷하거나 더 나은 서비스를 제공하는 선진국들에 비해 상당히 높은 편이다. 낭비성 지출은 바람직하지 않은 결과를 야기하는데 낭비절감을 통해 줄일 수 있다. 본 문헌은 연구원들과 정책개발자들이 낭비를 계산하고 낭비감소전략을 통해 불필요한 의로서비스지출을 절감할 수 있도록 개념적 틀을 제시한다.
- 방법 : 본 문헌은 의로서비스 낭비를 행정적, 운영적, 임상적 낭비로 분류하고 각각을 개관한다. 낭비를 수량화하기 위해 연구원들이 어떻게 상위차원적(high-level) 그리고 분야 또는 시술별(sector or procedure-specific) 비교를 사용했는지 설명하고, 낭비를 계산하고 절감하는데 있어서의 예시와 과제를 검토한다.

70) TANYA G.K. BENTLEY, RACHEL M. EFFROS, KARTIKA PALAR, and EMMETT B. KEELER, Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework, The Milbank Quarterly, Vol. 86, No. 4, 2008 (pp. 629-659)

- 발견 : 낭비는 의료보험이나 의학적 불확실성과 같은 요인에 의해 생기는데 이는 비효율적이고 저가치적인 서비스생산에 기여한다. 이러한 낭비를 절감하기 위한 다양한 노력은 다음과 같은 과제를 안고 있다; 높은 초기투자비용, 의도하지 않은 행정적 복잡성, 그리고 환자 보험업자(payer) 제공자(provider) 사이의 균형. 낭비분류 작업이 낭비를 발견하고 그 종류나 원인을 측정하게 한다면, 성공적인 절감전략은 행정적, 운영적, 그리고 임상적 요소를 조합해 목표를 확인하고, 시스템변경과 기술개선을 수반해야 한다.
- 결과 : 낭비를 분류하고 확인하고 측정하는 작업은 그 원인을 밝히고, 시스템 목표를 분명히 하며, 개선 가능한 의료서비스를 특정할 수 있다. 이는 의료보험과 의료서비스 시장의 개혁을 통해 효율성을 개선함으로써 궁극적으로는 미국 의료서비스의 낭비를 절감시킬 것이다.

○ 논의 : 낭비를 줄이는 다음 단계

미국의료서비스체제에서의 낭비는 의료서비스의 높은 비용에 기여할 뿐만 아니라 관련 자원이 다른 사회적 목표를 추구할 수 없게 한다. 본 문헌의 목표는 의료서비스 낭비를 정의하고, 그 분류를 위한 개념적 틀을 제공하며, 세 가지 종류의 낭비에 대해 설명하고 낭비를 절감하는데 있어서 도전과제를 제시하는 데 있다. 우리는 논의를 통해 낭비성 지출과 그 다양한 원인의 복잡한 상호작용을 정확히 확인하는 것이 힘들다는 점을 이해했다. 의료서비스체제에 속한 다양한 단체와 개인에게 낭비를 줄이는 데 대한 명확한 동기를 줄 뿐만 아니라 그렇게 할 수 있도록 시스템, 정보, 그리고 방법을 제공해 주기 전까지는 중대한 변화가 일어나지 않을 것이다. 미국의료보험체제에서의 어긋난 동기는 우연히 다음 문제에 기여한다: 낭비적 지출은 가끔 개인이나 단체의 수입을 증가시키고, 지불정책은 어떠한 의료서비스가 제공되는지를 왜곡시킨다. 이러한 동기를 바꾸기 위해서 미국은 의료서비스를 효율적으로 생산하고, 행정을 하고, 그리고 제공하는데 있어서 다양한 개혁을 해야 한다. 재정 혹은 품질개선을 위한 정책제안은 의료보험 및 의료서비스 시장을 개선할 수 있고, 따라서 보다 효율적인 동기를 만들어낼 수 있다. 현 체제 속의 낭비를 통해 수익을 얻는 힘 있는 당사자들의 이해관계가 낭비절감을 위한 정치를 복잡하게 만들고, 체제 전반에 걸친 의료개혁을 어렵게 한다. 예를 들어, 경제학자들은 고용주가 제공하는 보험에 대한 세금혜택을 줄여야 한다고 30년이 넘도록 주장하고 있는데, 이 정도 개혁은 전국민의

료보험에 비하면 작은 규모이다. 이러한 도전과제에도 불구하고, 시스템 차원의 통합적 접근방법만이 자원을 효율적으로 분배하고 동기, 지침, 그리고 서비스를 통해 고품질 임상서비스를 제공할 수 있다.

사람들이 낭비를 줄일 동기가 있다고 하더라도, 그렇게 할 수 있는 지식과 도구가 필요하다. 사람들의 행동이 바뀌지 않으면 낭비도 바뀌지 않은 것이고, 이러한 변화를 쉽게 만들기 위해서는 장비와 교육을 위해 대대적인 투자가 요구된다. 예를 들어 HIT를 성공적으로 도입하게 되면, 운영적 낭비는 줄겠지만, 상당한 초기 투자비용이 필요하다. 여기에는 행동을 변화시키는 교육, 훈련, 그리고 업무평가 비용이 포함된다. 보험업자들은 교육을 시작으로 새로운 방법을 찾을 수 있도록 가르쳐야 한다. 이러한 훈련비용은 재정적 지출뿐만 아니라 교육 시간에 대한 기회비용도 포함한다.

일부 개혁은 미국 의료서비스 가격을 인하하는데 그 목적이 있다. 예를 들어, 정부보험은 경쟁력 있는 가격을 추구하거나 정부구매력을 더욱 공격적으로 사용해 약품, 병원 또는 의사 서비스 비용을 낮춰야 한다. 낮춰진 가격은 현재 의료서비스에 대한 정부지출을 줄일 것이고, 그러면 다른 목표를 위해 자원을 사용할 수 있게 된다. 반면, 신약개발이나 의료 인력과 서비스의 품질과 수량의 저하를 초래할 수도 있다. 우리보다 훨씬 가격이 낮은 다른 국가들도 좋은 의료 결과물과 만족도를 생산했으나, 미국의 경우 가격 인하가 어느 정도 효과가 있을지는 분명하지 않다(Reinhardt, Hussey, and Anderson 2004).

미국 의료서비스체제에서 효율성을 증가하고 낭비를 절감하는 노력이 계속되면서, 사회적 목표 및 선호도에 관한 문제가 야기될 것이다. 예를 들어, 임상적 낭비를 줄이는 데에 있어서, “건강”을 어떻게 정의하느냐에 따라 보험의 적용범위가 달라질 수 있다. 좁은 의미의 건강은 치사율 및 육체적 정신적 기능만을 포함하는 반면, 넓은 의미의 건강은 개인적인 만족감이나 삶의 질을 포함할 수도 있다. 만일 건강을 가장 넓게 해석해서, 미용, 성적 실현, 그리고 행복을 포함한다고 가정한다면, 의료보험에 치아교정, 성형수술, 그리고 삶의 품질을 향상하는 약품도 포함되어야 할 것이다. 뿐만 아니라 의료보험의 범위가 건강한 생활방식에까지 확장되어, 예를 들어 운동을 하거나 건강식을 먹는 대신 콜레스테롤 조절약을 섭취하는 것까지 포함될 수 있다. 이렇게 건강 개념을 확정하게 되면 의료서비스비용이 무척 높아질 것이다. 건강의 개념을 좁게 잡아 보험혜택을 제한할 경우, 사람들은 보험 대상이 안되는 서비스의 경우 전액을 지불해야 하기 때문에 많이 사용하지 않을 것이다.

낭비절감전략은, 모든 개인이 필요한 의료서비스를 받을 수 있고 적절한 가격에 보험 혜택을 받을 수 있는 방식으로, 사회적 정의를 달성할 수 있다. 제한된 자원으로 전국민적인 의료혜택을 주기 위해서는, 어떠한 기본 의료서비스 패키지가 모든 개인에게 적용될 수 있는지 소비자와 제공자가 결정해야 한다. 전국민적 혜택을 적당한 가격에 제공하기 위해서는, 좁은 의미의 건강을 바탕으로 전반적인 낭비절감전략을 도입해야 한다.

제한된 의료서비스자원으로는, 가장 가치있는 지출을 할 수 있도록 자원을 분배함에 있어서 비용효율적분석(CEA) 방법론이 필요할 수 있다. 지금까지는, 미국에서 의료서비스지출을 결정함에 있어서 이와 같은 비용대비 가치 고려는 상당한 저항에 부딪혀 왔다. 왜냐하면 이러한 적용은 서비스 배급제도로 해석될 여지가 있기 때문이다(Neumann 2004; Neumann, Rosen, and Weinstein 2005). 그럼에도 불구하고, 많은 사람들이 CEA 방법론을 낭비적 지출을 절감할 수 있는 종합적인 전략의 일부로 이해하고 있다.

다른 사회적 목표가 기본적인 비용과 가치에 관한 CEA의 고려를 무시하는 경우도 있을 수 있다. 예를 들어, 사회 구성원으로서 우리는 더 오래 살고, 삶의 품질을 향상시킬 수 있는 방향으로 돈을 사용할 수 있음에도 불구하고, 아프고 가장 취약한 환자를 돌보고 싶어 한다(Nord 1999). 이러한 경우에도 목표를 어떻게 설정하느냐에 따라 낭비를 줄일 수 있다. 예를 들어, 우리는 임종간호의 목표를 삶의 마지막을 편안하게 보내는 것으로 정할 수 있다. 이러한 목표에는 삶을 연장시키는데 필요한 서비스 제공을 포함하지 않는다; 우리는 서비스가 소용없거나 증거로 뒷받침 되지 못했을 경우, 그러한 서비스를 제공하는 것이 낭비적일 뿐만 아니라 비윤리적이라는 점을 인정해야 한다.

의료품질평가협회(Institute of Medicine's Quality Chasm) 보고서에 따르면, 미국 의료서비스체계에 매우 큰 낭비가 발견되지만, 낭비된 자원 이외에도 다른 많은 문제점이 보인다고 한다(Institute of Medicine 2001). 예를 들어, 한 연구에 따르면 미국 성인들은 권고 받은 서비스의 55% 밖에 받지 못한다고 한다(McGlynn et al. 2003). 이렇게 사용되지 않는 권고 서비스와 서비스품질에 향한 정책의 비용 및 의료혜택은 알려지지 않았지만, 분명 낭비에 영향을 미칠 것이다. 품질향상을 위한 국가목표 설정 및 품질측정시스템의 도입, 품질보고, 그리고 증거기반 임상결정과 같은 정책제안은 의료보험 및 의료서비스 시장의 개선하고 더 높은 효율성을 추구할 동기를 마련할 수 있다.

○ The Triple Aim(세 가지 목표): 의료서비스, 건강 및 비용

의료서비스 통합을 위해 남겨진 과제는 기술적인 적이 아니다; 정치적인 것이다.⁷¹⁾

요약 : 미국의 의료서비스체계를 개선하기 위해서는 Triple Aim을 동시에 추구해야 한다 : 의료서비스 경험의 개선, 국민 건강의 개선, 그리고 1인당 의료서비스 가격의 절감. 이를 위한 전제조건은 다음을 포함 한다; 대상 국민의 등록, 모든 회원에 대한 보편적 책임, 그리고 그 국민을 위한 Triple Aim을 책임질 기관(소위 “통합자(integrator)”). 통합자의 역할은 최소한 다섯 가지의 요소를 포함한다; 개인과 가족과의 파트너십, 1차 진료에 대한 재설계, 국민건강관리, 금융관리, 그리고 거시적 체계의 통합.

CHF(Congestive heart failure)는 Medicare 환자들이 병원에 입원하는 가장 일반적인 이유다. 안타깝게도, CHF로 입원 후 퇴원한 Medicare 환자들의 40%가 90일 이전에 재입원한다. 잘 디자인 된 시연프로젝트에 따르면 환자관리만 제대로 된다면 이 비율을 80% 이상 낮출 수 있다고 한다. 환자들은 이러한 시스템을 통해 열악한 서비스를 받았거나 기억이 부족하다고 느낀다. 의료서비스제공자들은 최선을 다 했음에도 불구하고 좌절감을 느낀다.

○ 부적절한 지불을 방지하기 위한 과제와 전략⁷²⁾

GAO(Government Accountability Office; 회계감사원)는 fraud, waste and abuse를 방지하고 궁극적으로 부적절한 지불을 줄이기 위해 5개 주요 분야에서 과제와 전략을 확인했다. GAO는 이 분야에 대해 권고를 했다. CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)는 몇 개 분야에서 진전을 이루었고, 최근 입법에서도 CMS가 추가적인 권한을 가져다주었다. 그러나 CMS는 지속적인 도전에 직면하고 있다.

1. 제공자(provider) 등록과정과 기준의 강화. 사기를 목적으로 하는 제공자들의 등록을 방지하기 위한 핵심적인 단계는 제공자들이 지원하는 시점에 배경조사를 하는 것이다. 특히 GAO는 부당지불(improper payments)에 특별히 취약한 제공자들에 대해 보다 까다로운 합법성 심사를 하도록 권고했다.

71) Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan and John Whittington. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs 27, no.3 (2008):759-769

72) GAO(2010). MEDICARE FRAUD, WASTE, AND ABUSE : Challenges and Strategies for Preventing Improper Payments.

2. 청구금 선지불 심사(prepayment claims of review)에 대한 개선. 청구금 선지불 심사는 한 번에 정확하게 Medicare 지불이 이루어질 수 있도록 하기 위해 중요하다. GAO는 CMS가 보다 정확하게 청구금을 확인할 수 있도록 청구금 지불 전에 자동으로 청구금 선지불 심사를 하도록 권고하였다.

3. 가장 취약한 분야에 후지불 청구금 심사(postpayment claims of review)를 집중한다. 후지불 청구금 심사는 지불오류를 발견하고 과다지불을 공제하기 위해 중요하다. GAO는 CMS가 가장 취약한 분야에 대해 후지불 청구금 심사를 하도록 권고하였다.

4. 계약사(contractors) 감독 개선. Medicare는 계약사들에 의해 운영되기 때문에, fraud, waste and abuse를 막기 위해서는 그들의 업무를 감독하는 것이 중요하다. GAO는 CMS의 처방약계획후원사(prescription drug plan sponsors) 준수프로그램 감독에 제약이 있다는 점을 발견했다. 그렇지만 GAO의 권고에 힘입어, CMS의 감독이 확장되고 있다.

5. 확인된 취약성을 개선하기 위해 강력한 절차를 개발. 부당지불을 야기하는 취약성을 제거하기 위한 장치를 보유하는 것은 프로그램 관리를 위해 매우 중요하다. 그러나 CMS는 이런 문제점들을 해결하기 위한 강력한 절차를 개발하지 않았다. GAO는 CMS가 확인된 부당 지불 문제를 신속하게 해결할 수 있는 적당한 절차를 개발하도록 권고했다.

부록 3. 기초생활보장제도의 급여지급 기본원칙⁷³⁾

1. 최저생활보장의 원칙

생활이 어려운 자에게 생계·의료·주거·교육·자활 등 필요한 급여를 행하여 이들의 최저생활을 보장한다.

2. 보충급여의 원칙

생계급여 수급자에 대한 최저보장수준은 생계급여액과 수급자가구의 소득 인정액을 합한 수준이 생계급여 선정기준 이상이 되도록 지원한다.

3. 자립지원의 원칙

근로능력이 있는 생계급여 수급자가 근로활동에 종사하지 않는 경우 자활사업에 참여할 것을 조건으로 생계급여를 지급한다.

4. 개별성의 원칙

급여수준을 정함에 있어서 수급자의 개별적 특수 상황을 최대한 반영한다.

5. 가족부양 우선의 원칙

급여신청자가 부양의무자로부터 부양될 수 있으면 기초생활 보장급여에 우선하여 부양의무자의 보호가 먼저 행해져야 한다.

6. 타급여 우선의 원칙

급여신청자가 다른 법령에 따라 보장을 받을 수 있는 경우에는 기초생활보장급여에 우선하여 다른 법령에 따른 보장이 먼저 행해져야 한다.

7. 보편성의 원칙

국민기초생활 보장법에 규정된 요건을 충족시키는 국민에 대하여는 성별·직업·연령·교육수준·소득원 기타의 이유로 수급권을 박탈하지 아니한다.

73) 보건복지부 홈페이지 참조(www.mohw.go.kr)

부록 4. 법령 입안·심사시 헌법 관련 체크리스트(헌법의 일반원칙)⁷⁴⁾

1. 비례의 원칙(과잉금지의 원칙)

국민의 기본권을 제한하려는 입법은 입법목적의 정당성과 그 목적달성을 위한 방법의 적정성, 입법으로 인한 피해의 최소화, 그리고 그 입법에 의해 보호하려는 공익과 침해되는 사익의 균형성을 모두 갖추도록 해야 한다.

2. 평등의 원칙

법상의 평등은 법 적용상의 평등만을 의미하는 것이 아니고, 정의와 형평의 원칙에 합당하게 합헌적으로 법률을 제정할 것을 명하는 법내용상의 평등을 의미하므로, 입법 내용이 정의와 형평에 반하거나 자의적이지 않도록 해야 한다.

3. 신뢰보호의 원칙

새로 법률을 제정하거나 개정할 때에 기존 법질서와 어느 정도의 마찰은 불가피하므로, 신뢰보호의 원칙에 위반되는지를 판단하기 위해서는 신뢰보호의 필요성뿐만 아니라 다음 사항을 종합적으로 비교·형량해야 한다.

4. 적법절차의 원칙

적법절차의 원칙에 부합하기 위해서는 절차를 형식적 법률로 정하고, 그 법률에 합치해야 할 뿐만 아니라, 적용되는 법률의 내용에 있어서도 합리성과 정당성을 갖춘 적정한 것이어야 한다는 점을 유의한다.

5. 과소보호금지 원칙

입법에 있어서는 헌법상 기본권의 보호의무의 이행과 관련하여 헌법이 요구하는 효과적인 보장수준의 하한을 준수해야 한다.

6. 명확성의 원칙

기본적으로 최대한이 아닌 최소한의 명확성을 요구하는 것이다. 따라서 법문언이 해석을 통해서, 즉 법관의 보충적인 가치판단을 통해서 그 의미내용을 확인해낼 수 있고, 그러한 보충적 해석이 해석자의 개인적인 취향에 따라 좌우될 가능성이 없도록 해야 한다.

74) 법령 입안·심사 기준(2012). 법제처.

7. 포괄위임금지원칙

법치국가적 법적 안정성의 관점에서 법률에 대한 수권을 내용으로 하는 규정은 수권의 목적, 내용과 범위를 명확하게 규정함으로써 행정청의 자의적인 법적용을 배제할 수 있는 객관적인 기준을 제시하고, 국민으로 하여금 행정청의 행위를 어느 정도 예견할 수 있도록 해야 한다.

8. 법률유보원칙

헌법에서 직접 법률로 정하도록 규정하고 있는 사항과 의회유보의 원칙과 관련하여 국가공동체의 그 구성원에게 기본적으로 중요한 의미를 갖는 영역은 반드시 법률에서 직접 규정해야 한다.

9. 자기책임의 원리

자기 책임의 원리는 자기결정권의 한계논리로서 책임부담의 근거로 기능하는 동시에, 자기가 결정하지 않은 것이나 결정할 수 없는 것에 대하여는 책임을 지지 않고, 책임부담의 범위도 스스로 결정한 결과 내지 그와 상관관계가 있는 부분에 국한됨을 의미하는 책임의 한정원리로 기능한다.

10. 체계 정당성의 원칙

체계 정당성 위반자체가 바로 위헌이 되는 것은 아니지만, 비례의 원칙이나 평등 원칙의 위반 내지 입법의 자의금지 위반 등의 위헌성을 시사하는 하나의 징후가 되므로, 입법을 할 때에는 기존의 규범 상호간의 구조와 내용 등과 모순과 갈등 없이 체계와 균형을 유지하도록 해야 한다.

부록 5. 중소기업법 :SBJA(Small Business Jobs Act of 2010)

SBJA 4241절. 노인의료보험 FFS 프로그램에서의 낭비, 사기 그리고 남용을 확인하고 방지하기 위해 예측모델과 기타 다른 분석 기술의 이용(P.L. 111-240 4241조 (b); 42 U.S.C. 1320조a-7m(b))

- (a) 노인의료보험 FFS 프로그램에 이용. 장관은 노인의료보험 FFS 프로그램에서 환급을 위한 부적절한 청구를 확인하기 위해 그러한 청구의 지급을 방지하기 위해 그리고 예측모델과 다른 분석 기술(본 절에서 “예측분석기술”로 지칭한다)을 사용한다.
- (b) 예측분석기술 요건사항(Requirement). 장관이 이용한 예측분석기술
 - (1) (A) 노인의료보험 서비스제공자 네트워크, 서비스제공자 청구패턴 그리고 수익자 이용패턴을 확인하고 분석하기 위해; 그리고
 - (B) 높은 부정활동을 나타내는 그러한 패턴과 네트워크를 확인하고 탐지하기 위해, 그러한 프로그램 내에 있는 모든 서비스제공자, 수익자 그리고 서비스제공자 전체에 포괄적 검토를 제공하기 위해 메디케어 FFS 프로그램에서의 노인의료보험 서비스제공자 그리고 노인의료보험 수익자 활동을 포착한다.
 - (2) 적은 노력과 최대 효율성을 가지고 기존 메디케어 FFS 프로그램 청구 진행에 통합한다.
 - (3) 다음과 같이 가능해야 한다.
 - (A) 특이하거나 의심스러운 패턴 또는 비정상행위에 대한 대용량 데이터를 분석하거나 낭비, 부정(사기) 또는 남용 발생에 연계된 다른 요소들을 포함할 수 있어야 한다.
 - (B) 지급이 이루어지기 이전에 그러한 분석에 착수할 수 있어야 한다.
 - (C) 조사자원을 보다 더 효율적으로 이용하기 위해 잠재적 낭비, 부정(사기) 그리고 남용의 가능성에 관해서 지급이 이루어지기 전, 추가 검토를 위해 그런 확인된 거래(transactions)를 우선순위화할 수 있어야 한다.
 - (4) 청구의 최종상태에 관한 사후 지급정보를 포함하여, 그러한 결과 정보의 근거에 대한 예측분석기술의 향상과 개선을 할 수 있도록 환급을 위한 조정청구에 대한 결과정보를 확인한다.

(5) 청구가 유효한 것으로 확인될 때까지 잠재적으로 낭비, 사기 또는 남용으로 확인된 환급 청구 지급을 방지한다.

(c) 시행요건사항

(1) 제안요구(Request for Proposals). 2011년 1월 1일 이내에, 장관은 첫 시행연도 동안 본 절을 수행하기 위해 제안요구서를 발행한다. 장관이 적절하다고 결정할 정도 내에-

(A) 초기 제안요청서는 차후 시행연도를 포함할 수 있다; 그리고

(B) 장관은 차후 시행연도와 관련한 추가제안요청서를 발행할 수 있다.

(2) 첫 시행연도. (1)항에 따라 발행된 초기제안요청서는 노인의료보험 FFS 프로그램에서 가장 높은 낭비, 부정(사기) 또는 남용을 가진 것으로 장관이 확인한 10개 주(states)에서 2011년 7월 1일에 예측분석기술 이용을 시작할 수 있도록 계약자를 선정하도록 한다.

(3) 두 번째 시행연도. (e)(1)(B)항(subsection)에 따라 요청된 보고서와 건의사항의 결과에 기초하여, 장관은 주(state)가 (2)항(paragraph)에 따라 확인한 이후, 노인의료보험 FFS 프로그램에서 가장 높은 낭비, 부정 또는 남용을 가진 것으로 장관이 확인한 추가 10개 주(states)에 적용하기 위해 2012년 10월 1일에 예측분석기술의 이용을 확장한다.

(4) 세 번째 시행연도. (e)(2)항에 따라 요청된 보고서와 건의사항의 결과에 기초하여, 장관은 (2)항 또는 (3)항 그리고 연방국(commonwealths)과 보호령(territories)의 확인되지 않은 주(state)에서 노인의료보험 FFS 프로그램에 적용하기 위해 2014년 1월 1일에 예측분석기술의 이용을 확대한다.

(5) 네 번째 시행연도. (e)(3)항(subsection)에 따라 요청된 보고서와 건의사항의 결과에 기초하여, 장관은 Medicaid와 CHIP에 적용하기 위해 2015년 4월 1일 시작으로, 예측분석기술의 이용을 확대한다. 장관이 적절하다고 결정할 정도 내에, 그러한 확대는 단계별 기준(a phased-in basis)에 따라 이루어질 수 있다.

(6) 개선과 평가를 위한 선택(Option for Refinement and Evaluation). 첫 번째, 두 번째 또는 세 번째 시행연도와 관련하여, 만일 보건복지부의 감사관(the Inspector General of the Department of Health and Human Services)이

그 해에 (e)항에 따라 노인의료보험 FFS 프로그램에서 명목실제 절약액(nominal actual savings)이 아니거나 오직 명목실제 절약액을 요청한 보고서의 일부로서 인증한 경우, 장관은 추가 확대 이전에 명목 절약액 이상을 달성하기 위해, 예측 분석기술 이용을 개선할 수 있도록 다음 해에 본 절에 따라 예측분석기술의 이용 확대에 12개월을 초과하지 않는 일시중지(moratorium)를 부과할 수 있다. 만일 일시중지가 본 항에 따라 부과된 경우, 다음 해 또는 차후 연도에 적용될 수 있는 시행일자는 일시중지기간을 고려하기 위해 조정된다.

(d) 계약자 선정, 자격 그리고 데이터 접근요건

(1) 선정

(A) 일반사항. 장관은 the Federal Acquisition Regulation에 규정된 바와 같이 경쟁절차를 이용하여 본 절(section)을 수행하기 위해 계약자를 선정한다.

(B) 계약자의 수(Number of Contractors). 장관은 연도(any year)와 관련하여 본 절을 수행하기 위해 적어도 2명의 계약자를 선정한다.

(2) 자격

(A) 일반사항. 장관은 독립체(entity)가 (I) 노인의료보험 FFS 프로그램의 적절한 임상지식과 경험 그리고 지급규칙과 규정을 가지고 있고; 그리고 (II) (b)항에 따른 요건을 수행하기 위해 필요한 예측분석기술 이용에 직접적인 관리경험과 능숙함을 가진 (i) 리더십과 직원을 가진 경우 또는 (ii) (i) 항에 기술된 기준을 충족하는 리더십과 직원을 가진 다른 독립체와 계약을 체결하거나 그러한 계약을 체결할 경우 본 절에 따른 계약을 체결한다.

(B) 이해의 충돌(Conflict of interest). 장관은 독립체가 일반적으로 연방 취득 및 조달(Federal acquisition and procurement)에 적용되는 것으로서 이해 충돌의 표준(conflict of interest standards)을 준수하는 경우, 본 절에 따라 그러한 독립체와만 계약을 체결할 수 있다.

(3) 데이터 접근. 계약에 부합하게 예측분석기술을 사용하는 독립체를 위해 필요한 데이터를 적절하게 접근하도록 장관은 독립체에게 계약을 제공한다.

(e) 보고 요건(Reporting Requirements)

- (1) 첫 시행연도 보고서. 본 절에 따라 첫 시행연도의 완성 후 3개월 내에, 장관은 의회의 해당 위원회(appropriate committees)에 제출하며 다음과 같은 사항을 포함하여 보고서를 대중이 이용할 수 있도록 한다.
 - (A) 1년 동안, 예측분석기술의 이용 시행에 대한 서술
 - (B) 보건복지부 감사관의 인증(a certification)- 이러한 인증은
 - (i) 회피된 부적절한 진료비와 환수된 부적절한 진료비와 관련한 절약금액의 평가를 포함하여 예측분석기술 이용의 결과로서 노인의료보험 FFS 프로그램에서의 실제 및 예상절약액을 특정한 것
 - (ii) 메디케어 FFS 프로그램에서 부정, 낭비 그리고 남용을 탐지하고 방지하기 위해 이용되는 다른 전략 또는 기술과 비교하여 그리고 예측분석기술의 이용으로 투자수익률에 비례하여 그러한 기술이용의 결과로서 노인의료보험 FFS 프로그램에서의 실제 및 예상 절약액; 그리고
 - (iii) 다음사항과 관련한 건의사항을 포함한다.
 - (I) 장관이 예측분석기술을 지속적으로 이용해야 하는지의 여부
 - (II) 그러한 기술 이용이 (c) 항의 요건에 따라 확장되어야 하는지의 여부
 - (III) 실제 또는 예상 절약금액을 증가시키거나 노인의료보험 수익자 또는 서비스제공자에 대한 부정적 영향을 완화시키기 위해 취해져야 하는 수정 또는 개선
 - (C) 예측분석기술 이용이 노인의료보험 FFS 프로그램에서 낭비, 부정 또는 남용을 성공적으로 탐지하고 예방한 정도에 대한 분석
 - (D) 예측분석기술이 노인의료보험 수익자에게 제공된 항목과 서비스에 대한 접근권 또는 그 질에 영향을 주었는지의 여부에 대한 검토
 - (E) 만일 있는 경우, 예측분석기술의 이용이 노인의료보험 서비스제공자에게 어떤 영향을 주었는지에 대한 검토
 - (F) 장관이 적절하다고 결정한 항목

- (2) 두 번째 시행연도. 본 절에 따라 두 번째 시행연도의 완성 후 3개월 내에, 장관은 보고서를 의회의 해당 위원회에 제출하고 대중에게 이용가능할 수 있도록 한다. 그러한 보고서는 해당 연도와 관련하여 (1)항에 따라 요구된 항목을 포함하며 해당 연도의 보고서와 관련하여 장관이 적절하다고 결정한 다른 추가 항목뿐만 아니라 다음 사항을 포함한다.
- (A) 저소득층의료보험과 CHIP에 예측분석기술 이용을 확대할 가능성과 비용 효율성의 분석
 - (B) 만일 있는 경우, 저소득층의료보험과 CHIP에 따른 청구에 예측분석기술의 적용이 주(states), 연방국(commonwealths)과 보호령(territories)에 미친 영향 분석
 - (C) 기술지원이 예측분석기술의 적용을 확대할 필요성이 있을 수 있는 정도와 그러한 지원 형태와 관련한 건의사항
- (f) 독립된 평가 및 보고서(Independent Evaluation and Report)
- (1) 평가. 예측분석기술이 저소득층의료보험과 CHIP에 따른 청구와 관련되어 이용된 첫 해의 완성 후, 장관은 노인의료보험 FFS 프로그램과 저소득층의료보험 그리고 CHIP상의 예측분석기술이용에 대한 독립된 평가를 보조금(grant), 계약 또는 기관간 협의에 따라 수행한다. 평가는 (e)(3)항에 따라 세 번째 시행 보고서를 위해 요청된 각 프로그램의 항목과 관련한 분석을 포함한다.
 - (2) 보고서. (1)항에 따라 요청된 평가가 시작된 후, 18개월 내에 장관은 평가결과, 그러한 결과에 대한 장관의 응답, 그리고 장관이 적절하다고 인정한 정도, 행정조치 또는 입법을 위한 건의사항을 포함한 평가에 대해 의회에 보고서를 제출한다.
- (g) 면제권(Waiver Authority). 장관은 본 절을 수행하기 위해 적절하다고 결정한 바에 따라, 사회보장법(Social Security Act)의 16, 19에 따라 적용 가능한 즉각적인 진료비 요건을 포함하여, 그러한 법률의 11,16,19,21장의 조항을 면제할 수 있다.
- (h) 기금(Funding).
- (1) 책정액(Appropriation). 달리 책정되지 않은 국고 기금에서 본 절을 수행하기 위해 지출될 때까지 이용 가능할 수 있도록 2011년 1월 1일자를 기점으로 100,000,000달러를 장관에게 책정한다.

(A) 독립된 평가(Independent Evaluation). 장관은 (f)항에 따라 요구된 독립된 평가를 수행하기 위해 (1)항에 따라 책정된 기금의 5%를 보유한다.

(B) 저소득층의료보험과 CHIP에 적용. 장관은 저소득층의료보험과 CHIP상의 청구에 예측분석기술을 확대할 경우에는, 행정조치를 위해 주에 지원을 제공할 목적으로 장관이 적절하다고 결정한 것으로서 (1)항에 따라 책정된 기금의 일부를 보유한다.

(i) 정의(Definition). 본 절에서:

- (1) 연방국(commonwealths)과 보호령(territories). “연방국과 보호령”의 용어는 푸에르토 리코, 버진제도, 괌, 미국령 사모아 연방국, 북 마리아나 제도 연방국 그리고 기타 노인의료보험 FFS 프로그램, 저소득층의료보험 또는 CHIP가 운영되는 미국 영토 또는 소유지를 포함한다.
- (2) CHIP. “CHIP” 용어는 사회보장법(42 U.S.C. 1397aa et seq.) 21장에 따라 수립된 아동건강보험프로그램을 의미한다.
- (3) 메디케이드. “메디케이드” 용어는 사회보장법(42 U.S.C. 1396 et seq.) 19장에 따라 수립된 의료지원프로그램을 위해 주(states)에 보조금을 제공하기 위한 프로그램을 의미한다.
- (4) 노인의료보험 수익자. “노인의료보험 수익자” 용어는 노인의료보험 FFS 프로그램에 등록된 개인을 의미한다.
- (5) 노인의료보험 FFS 프로그램. “노인의료보험 FFS 프로그램” 용어는 사회보장법(42 U.S.C. 1395 et seq.) 18장의 A와 B 파트에 따른 기본 노인의료보험 FFS 프로그램을 의미한다.
- (6) 노인의료보험 제공자. “노인의료보험 제공자 용어는 서비스제공자(사회보장법 1861절의 (u)항에 규정)와 공급자(사회보장법 1861절의 (d)항에 규정)를 의미한다.
- (7) 장관. “장관” 용어는 노인의료보험 & 저소득층의료보험 서비스센터의 행정관을 통해 행위하는, 보건복지부의 장관을 의미한다.
- (8) 주(state). “주” 용어는 50개의 각 주와 컬럼비아 특별구를 의미한다.

부록 6.全民건강보험법의 심사방법

법규 명칭:全民건강보험의료서비스기관의료서비스심사방법

(民國100년12월16일 수정)

조항내용

제1장 총칙

제1조 본 방법全民건강보험법(이하 본 법이라 칭함)은 제52조 규정에 따라 제정한다.

제2조 보험자는 보험 의료서비스기관에서 제공한全民건강보험(이하 본 보험이라 칭함)의 의료서비스 항목, 수량, 적합성 및 품질을 심사하기 위하여 본 방법의 규정에 따라 심사를 실시하며 이를 근거로 비용을 지급한다.

보험자는 상기 항의 의료서비스심사를 실시할 때 의료서비스심사위원회(이하 심사위원회라고 칭함)를 구성해야 하며 필요 시 관련 의사기관 또는 단체에 위탁하여 처리한다.

제3조 본 방법에서 칭한 의료서비스심사에는 의료서비스 신고 및 지급, 절차심사 및 전문심사, 사전심사, 현장심사 및 서류분석이 포함된다.

상기 항에서 칭한 의료 서비스 신고 및 지급에는 의료서비스 금액이 신고, 가불, 표본추출, 지급 및 신청 등 절차가 포함된다.

제2장 의료서비스 신고 및 지급

제4조 보험 의료서비스기관은 보험자에게 의료서비스금액을 신청할 시 다음 서류를 구비해야 한다:

1. 의료서비스 금액 신고 일람표.
2. 의료서비스 금액 리스트
3. 의료서비스 의학법령 리스트

상기 항 문서는 신고 시 함께 제출해야 하며 문서가 완전하지 않거나 오류가

있을 시 보험자는 그 이유를 설명하여 수정을 요청한 후 접수하며 단계별 일정
에 따라 전자문서로 신고한다.

의료서비스심사에 필요한 병력 또는 진료 관련 증명서류에 대하여, 보험 의료
서비스기관은 보험자가 통지한 서류들을 제공해야 한다.

제5조 보험 의료서비스기관은 당월 의료서비스 안전에 대하여 다음달 20일 전에 상
기 항 제1항에 열거한 서류를 첨부하여 보험자에게 의료 서비스금액을 신고해야
한다. 전자 자료로 신고 시 1일부터 15일까지 및 16일부터 월말까지 두 단계
를 거쳐 온라인 또는 매체를 통하여 신고해야 하며 다음달 5일 및 20일 전에
의료서비스 금액 신고 일람표를 발송한다.

제6조 보험 의료서비스기관에서 의료서비스금액 신고 시 상기 항의 신고기한 2년을
어길 경우 보험자는 지급하지 않는다.

보험 의료서비스기관이 신고한 의료서비스금액에 대하여, 전민건강보험의료서
비스기관 특약 및 관리방법 제36조, 제37조 또는 제38조 에 규정한 상황이 없
을 경우, 보험자가 의료서비스 신고안전, 신청안전을 접수한 날로부터 2년이
경과할 시 보험자는 삭감할 수 없다.

지급기준 및 약값기준에 대하여 명확한 규정이 있으며 보험자가 신고안전을 접
수한 2년 내에 서류분석을 거쳐 규정위반사항이 발견 될 경우 보험자는 개선하
도록 인도하며 그 비용을 삭감하며 반환하지 않는다. 심사를 거쳐 삭감한 동일
부분에 대하여서는 중복으로 삭감할 수 없다.

제7조 보험 의료서비스기관이 기간에 따라 신고한 의료서비스금액에 제4조 제2항에
열거한 상황이 없을 경우 보험자는 아래 규정에 따라 가불처리를 해야 한다:

1. 지급기록이 없거나 확정지급기록이 3개월 미만일 경우 85%를 가불한다.
2. 지급기록이 3개월 이상일 경우 최근 3개월 삭감율의 평균치를 계산 기준으
로 하며 가불비율은 부록 1과 같다.
3. 가불금액 단위는 1위안씩 100위안까지 계산하며, 100위안 이하는 계산하
지 않는다. 총액예산부문을 실시하는 보험 의료서비스기관의 가불 단위 금액
은 최근 3개월 예상 평균치로 계산한다. 100위안까지 계산하며 100위안 이
하는 계산하지 않는다. 단, 가불금액 단가는 1위안보다 높지 않도록 제한한

다. 보험자는 별도로 각 부문 총액수탁업체와 지급금액 단가 제정원칙을 수립하며, 보험자가 주관기관에 신청하여 승인을 받은 후 공고한다. 기타 지급 기관이 적용한 지급금액단가는 서양의학기층 총액부문과 비교 대조하여 계산한다.

4. 보험 의료서비스기관이 당월 신고한 의료보험금액에 대하여, 보험자의 심사를 거쳐 확정금액이 가불금액보다 낮을 시 보험자는 다음 조달의료서비스비용에서 삭감하며 의료서비스비용이 삭감금액에 못 미칠 경우 추가 보상해야 한다.

제8조 보험 의료서비스기관은 제5조에 명시한 규정기한 내에 신고하며 보험자는 신고 문서를 받은 날로부터 아래 기한 내에 가불해야 한다:

1. 전자자료 신고 시: 15일 내
2. 서면신고 시: 30일 내

상기 항에서 기한 내에 신고한 신고문서에서 제4조 제2항 상황을 반드시 수정해야 할 경우 보험자는 기한 내(전자자료 신고 시 접수일로부터 10일 내; 서면 신고 시 접수일로부터 20일 내)보험 의료서비스기관에 통지해야 한다. 보험 의료서비스기관이 보험자 통지일로부터 10일 내에 보완할 시 보험자는 규정에 따라 가불처리를 한다.

가불날짜는 보완자료 송달일로부터 계산한다. 보험자 통지일 및 보험 의료서비스기관 보완기한의 계산은 모두 휴일 포함이다.

제9조 보험 의료서비스기관이 제5조 규정기한 내에 신고하지 않을 경우 신고 당월 가불하지 않는다. 정당한 이유가 없을 경우 이상 안전 심사범위에 포함시킨다. 신고 지연기간이 30일을 초과할 경우 보험자는 제10조 제1항에 정한 지급기한의 제한을 받지 않는다.

제10조 보험 의료서비스기관이 송부, 신청, 보완한 의료서비스안전에 대하여, 보험자는 서류신청일로부터 16일 내에 확인해야 하며 기한이 지나도 확인하지 않을 경우 전액 가불해야 한다.

총액예산부문을 실시하는 보험 의료서비스기관은 상기 항 의료서비스안전의 지급, 재심사, 분쟁 및 행정분쟁의 금액단가는 최근 분기 결산한 지급금액단가

로 계산하거나 접수 당월의 파동 및 비 파동예산 가치에 따라 각각 계산한다. 접수 당월의 예산가가 산출되기 전에는 최근 3개월 파동 및 비 파동 예산가의 평균치로 계산한다. 보험자는 별도로 각 부문 총액 수탁업체와 지급금액 단가 제정원칙을 수립해야 하며 보험자가 주관기관에 신청하여 승인을 받은 후 공고한다. 기타 교부기관이 적용한 지급금액단가는 서양의학기층 총액부문과 대조 비교하여 계산한다.

보험 의료서비스기관이 신고한 의료서비스금액에 대하여 제4조 제2항 상황을 반드시 수정해야 할 경우 60일 내에 지급해야 하며 기한은 보완자료 송달일로부터 계산한다.

보험자는 제4조 제3항 규정에 따라 보험 의료서비스기관에 검사병력과 진료증명서류 등 자료를 보내도록 통지하며 보험 의료서비스기관은 통지일로부터 7일 내(휴일 미포함)에 완료해야 한다. 기한이 지나서 문서를 보완할 경우 그 보완문서 송달일로부터 60일 내에 지급한다.

제10-1조 예산실시 부문 보험 의료서비스기관이 신고한 의료서비스금액의 지급금액단가가 계산은 당기 완료 후 제3개월 말일 전에 확정된 당기 및 전 분기별 의료서비스금액으로 계산하는 것을 원칙으로 한다. 그러나 지급일정을 고려하여 결산일을 조정해야 하며 금액은 결산 후 1개월 내에 확인 완료해야 한다. 결산 시 결산금액이 확정금액보다 낮으면 보험자는 다음 보험의료서비스기관에 지급해야 하는 의료서비스비용에서 삭감하며 의료서비스비용 저당금이 부족할 경우 보험자는 추가 보상해야 한다. 보험의료서비스기관에 특별한 어려움이 있을 경우 보험자에게 분할 지급을 신청할 수 있으며 결산금액이 확정금액보다 높을 경우 보험자는 보충 지급해야 한다.

제10-2조 총액예산 실시부문 보험 의료서비스기관이 자체로 특약을 정지 또는 해지할 경우 보험자는 해당 보험 의료서비스기관이 미결산한 보류금액 10%를 남기고 금액단가에 따라 지급하여 결산을 완료해야 한다.

제10-3조 본 방법 제7조 및 제10조에서 칭한 예산가는 다음 열거한 원칙에 따라 처리한다:

1. 금액: 접수 당월 송부 및 보완한 금액신청에 따라 계산하며 예산 삭감을 산정한다.
2. 범 구역 치료비율: 1~6월은 전년도 상반기 범 구역치료비율로 추산하며, 7~12월은 전년도 하반기 범 구역치료비율로 산정한다.

제11조 보험 의료서비스기관에 아래 상황 중 하나가 발생할 경우 보험자는 최근 신고한 월분 비용에 대하여 가불을 정지 한다:

1. 보험자의 통지를 거쳐 제공해야 할 병력 또는 진료관련증명서류가 서류도착일로부터 14일 내(휴일 포함)내에 완전히 제공되지 않을 경우
2. 이미 가불한 외래 의료서비스신고 자료작성이 완전하지 않거나 오류건수가 해당 월분 안건의 3%에 도달할 경우
3. 이미 가불한 입원 의료서비스신고 자료작성이 불완전하거나 오류건수가 해당 월분 안건의 10%에 도달할 경우

제12조 보험 의료서비스기관이 다음 각 상황 중 하나에 속할 경우 보험자는 삭감 및 삭감예정금액 범위 내에서 가불 및 지급 한다:

1. 특약 정지, 특약 해지 또는 의료서비스처리를 임시 정지할 경우
2. 허위, 과장하여 의료서비스금액을 보고하여 검찰관 기소 또는 법원판결을 받을 경우
3. 특약병원, 진료소에서 의사자격을 구비하지 않은 인원이 보험대상을 위하여 진료, 처방하고 보험자가 방문조사를 거쳐 명확한 증거가 있거나 또는 검사업체에서 조사 중일 경우
4. 특약약국에서 약사자격을 구비하지 않은 인원이 보험대상을 위하여 조제하고 보험자가 방문조사를 거쳐 명확한 증거가 있거나 또는 검사업체에서 조사 중일 경우

제13조 보험 의료서비스기관이 허위, 과장하여 의료서비스금액을 신고하여 보험자가 방문조사를 거쳐 증거가 명확하거나 또는 검사업체 조사 중일 경우, 보험자가 허위, 과장 정도를 참작하여 가불 및 지급비율과 그 집행기간을 확정한다.

제3장 절차심사 및 전문심사

제14조 보험자는 보험 의료서비스기관 의료서비스 신고 자료를 심사할 때 아래 항목에 따라 절차심사를 실시 한다:

1. 보험대상의 자격
2. 보험지급범위의 대조확인
3. 보험지급기준 및 약값기준 정확성의 대조확인
4. 신고자료 작성의 완전성 및 정확성
5. 검토첨부자료의 구비여부
6. 병례에 따른 보수안건의 기본진료항목 초보적 심사
7. 사전심사안건의 대조확인
8. 기타 의료서비스 신고절차 심사사항

보험 의료서비스기관에 신고한 의료서비스안건에서 상기 항 심사를 거쳐 본 법 관련규정 위반사항이 있을 경우 해당 항목비용을 지급하지 않으며 지급불가내용 및 이유를 명시한다. 단, 보험 의료서비스기관은 관련서류를 구비하여 보험자에게 신청해야 한다.

제15조 보험 의료서비스기관은 입원진단관련군(이하 진단관련군이라 칭함)으로 신고하지 않은 안건에 대하여, 심사를 거쳐 다음 열거한 상황 중 하나가 있을 경우 그 이유를 명시하여 지급불가 및 부적합한 부분의 내용을 명시한다.

1. 치료와 병증진단 불일치
2. 불필요한 연속 진료
3. 치료재료의 사용이 병증과 불일치
4. 치료내용과 신고항목 또는 그 규정과 불일치
5. 불필요한 검사 또는 금액
6. 불필요한 입원 또는 입원일수 부적합
7. 병력기재가 불완전하여 그 진단과 치료내용을 지원할 수 없을 경우.

8. 병력기재내용이 심사의사 2명의 확인을 거쳐도 글씨체를 판독하기 어려울 경우.
9. 약 사용종류가 병증과 불일치 또는 중복
10. 약 사용분량이 병증에 부합되지 않을 경우
11. 임상상규에 따라 사용하지 않거나 제1선 약물이 아닐 경우
12. 약품항목을 사용하여 발생한 교호작용이 임상상규에 부합되지 않을 경우
13. 병례에 따른 보수계산안건으로 신고했으나 그 적응증이 부합되지 않을 경우
14. 병례에 따른 보수안건으로 신고했으나 그 의료품질이 전문가 인정에 부합되지 않을 경우
15. 병례에 따른 보수안건의 진료항목이 기타 2차 부문, 입원진료로 이전되어 시행되었을 경우
16. 병례에 따른 보수안건이 퇴원조건에 부합되지 않으나 퇴원을 명할 경우
17. 기타 관련법령을 위반하거나 의료품질이 전문가 인정에 부합되지 않을 경우

제15-1조 보험 의료서비스기관이 진단관련군으로 신고한 안건에 대하여 전문심사를 거쳐 아래 상황 중 하나가 있을 경우 이유를 명시하고 지급하지 않는다:

1. 불필요한 입원
2. 불필요한 수술 또는 처치
3. 주 수술 또는 처치의 의료품질이 전문인정에 부합되지 않을 경우
4. 병증이 불안정하지만 퇴원을 명할 경우

보험 의료서비스기관이 진단관련군으로 신고한 안건은 전문심사를 거쳐 병증이 주 진단코드에 부합되지 않고 차 진단코드도 인정할 수 없을 경우 주 진단코드에 열거하며 해당 안건은 지급하지 않는다. 단, 보험 의료서비스기관은 관련서류를 구비하여 보험자에게 신청해야 한다.

보험 의료서비스기관이 진단관련군으로 신고한 안건에 아래 열거한 상황 중 하나가 있을 경우 정당한 진단관련군코드로 확정지급해야 한다:

1. 신고한 주 진단코드가 부적합하지만 차 진단코드가 인정을 거쳐 주 진단

코드에 열거할 수 있을 경우.

2. 차 진단코드, 처치코드가 심사를 거쳐 부적합할 경우

상기 항 신고안건에 대하여 보험 의료서비스기관은 관련서류를 구비하여 보험자에게 신청해야 한다. 심사를 거쳐 진단관련군 신고를 적용하지 않은 안건 또는 진단관련군 적용이 힘든 안건, 그러나 그 의료서비스금액이 상한선보다 높거나 하한선보다 낮을 경우 제15조 규정에 따라 전문심사를 실시한다.

제16조 보험 의료서비스기관이 신고한 의료서비스안건에 대하여 보험자는 표본추출방식으로 심사를 진행해야 한다. 표본추출은 랜덤추출을 원칙으로 하며 그 표본추출 및 반환방식의 상세한 내용은 부록2를 참조한다. 랜덤추출은 등비 반환을 채택하며 표본 추출한 것은 반환하지 않는다.

보험자는 보험 의료서비스기관이 신고한 의료서비스안건에 대하여 분석을 진행하며 분석 자료를 피드백한 후 분석결과에 따라 랜덤추출 비율을 증감하거나 추출심사를 면제한다.

보험자, 보험 의료서비스기관은 협상을 거쳐 임의의 기간 내에 추출한 약간의 월분 심사결과를 해당 기간의 기타 월분 삭감율의 계산 기초로 한다.

제17조 (삭제)

제18조 전문심사는 심사위원 및 심사의사, 약사 등 의사인원이 관련법령규정에 따라 처리하며 의학원리, 병증수요, 치료환급, 의료능력 및 서비스행위를 기초로 하여 실시한다. 상기 항 전문심사는 심사의사, 약사 등 의사인원이 의료서비스안건을 심사한다. 의료적합성 또는 품질 등 질의가 있을 경우 기타 관련 전문의, 약사 등 의사인원들과 함께 심사하거나 심사회의회에 제출하여 심사한다.

제19조 심사위원회 심사위원 및 심사의사, 약사 등 의사인원은 그 본인 또는 배우자가 근무하는 보험 의료서비스기관 및 그 3촌 이내 혈족, 배우자가 설립한 보험 의료서비스기관 의료서비스안건일 경우 회피해야 한다.

제4장 사전심사

제20조 보험자는 본 보험지급기준 및 약값기준규정에 따라 사전심사를 처리해야 한다. 고 위험, 고 비용 또는 범람사용이 쉬운 의료서비스, 특수재료 및 약품에 대하여 보험자는 주관기관에서 확정 후 공고한 항목에 따라 사전심사를 처리한다. 보험 의료서비스기관은 상기 2항 규정에 따라 사전심사를 신고해야 한다.

제21조 보험 의료서비스기관은 보험자에게 사전심사를 신고할 때 아래 문서를 첨부해야 한다:

1. 사전심사 신고서
2. 심사판단을 위한 충분한 병력 및 관련자료
3. 상기 조항 제1항 및 제2항 사전심사항목에 규정한 필수문서자료

상기 항 제1항 사전심사 신고서는 부록3과 같다.

제22조 보험자는 보험 의료서비스기관이 송달한 사전심사신고문서를 받은 후 2주 내에 확인을 완료해야 한다. 기한이 지나도 완료하지 못할 경우 사전심사를 완료한 것으로 간주한다. 그러나 자료가 불완전하여 보험자가 자료보완을 통지할 경우는 제외한다.

제23조 보험 의료서비스기관은 상황이 긴급할 경우 서면설명으로 전신을 통하여 보험자에게 신고한 후 먼저 치료를 실시하고 즉시 첨부문서를 보완 첨부하여 심사하도록 한다.

제24조 규정에 따라 항목을 사전 심사해야 하며 보험 의료서비스기관이 사전에 신고 또는 보고하지 않거나 보험자 확인을 거치지 않고 실시 할 경우 절차심사규정에 따라 비용을 지급하지 않는다.

사전심사안건은 신고 또는 보고 후 심사답변을 거칠 시간이 없이 긴박하여 수요에 의하여 시행해야 할 경우 전문심사확인과에 따라 처리한다.

제5장 현장심사

제25조 보험자는 심사효과를 증진시키기 위하여 보험 의료서비스기관 의료서비스품질을 지도하며 현장심사를 실시한다.

상기 항 현장심사는 보험자가 인원을 특정보험 의료서비스기관에 파견하여 그 의료서비스의 인력시설, 제공하는 의료서비스 또는 이미 신고한 의료서비스금액항목의 서비스내용에 대하여 심사를 실시하는 것을 가리킨다.

제1항의 현장심사에 대하여 보험자는 관련의사단체대표를 요청하여 함께 동행하도록 해야 한다.

제26조 보험자는 상기 조항 규정에 따라 특정 보험 의료서비스기관에 가서 현장심사를 실시한다. 사전에 서신으로 통지해야 하며 방문을 받는 기관에서 인원을 파견하여 함께 동행 하거나 방문 시 기관인원과 함께 동행 하도록 상담한다.

제27조 보험자는 현장심사완료 후 심사결과를 심사기록으로 작성하여 보험 의료서비스기관에 통지해야 한다.

제28조 보험 의료서비스기관 현장심사를 거쳐 의료서비스 부적합 또는 규정위반사항을 발견할 경우, 보험자는 개선하도록 인도하며 본 법 관련 규정에 따라 심사를 강화하고 비용을 삭감하며 감사이송 또는 본 방법 제30조 지급불가지표 및 처리방식에 따라 그 신고비용을 지급하지 않는다.

제6장 서류분석

제29조 보험 의료서비스기관의 의료보호금액 신고 자료에 대하여, 보험자는 의료서비스기관과, 의사, 보험대상, 안전유형, 질병유형 또는 병례 별로 분급 분류하여 해당 유형 안전의 의료자원소모비용, 진료형태, 복약형태 및 치료형태 등의 서류분석을 실시하며 그 분석결과에 따라 개선하도록 인도하며 인도를 거쳐 일정기간 내에 개선하지 않을 경우 보험자는 표본추출심사, 가중심사 또는 전부심사를 채택하며 필요시 감사를 신청할 수 있다.

제30조 보험 의료서비스기관 의료서비스금액 신고 자료에 대하여, 보험자의 서류분석 심사를 거쳐 지급불가지표에 부합될 경우 그 신고비용에 대하여 보험자는 해당 지표 처리방식에 따라 지급하지 않는다. 상기 항목 지급불가지표 및 처리방식

에 대하여, 보험자는 보험 의료서비스기관 대표와 공동으로 작성하며 주관기관에 신청하여 확정을 거친 후 공고한다.

제7장 부칙

제31조 보험 의료서비스기관이 의료서비스안전 심사결과에 이의가 있을 시 보험자 통지일로부터 60일 내에 이유를 열거하여 신청하며 보험자는 신청문서접수일로부터 60일 내에 확인 완료한다.

상기 조항 확인기간의 계산은 보험 의료서비스기관이 개별병력 또는 진료관련 증명문서를 제공할 경우 보험 의료서비스기관이 관련 자료를 보험자에게 송달한 날로부터 계산한다.

제1항의 신청안건은 원 심사의사, 약사 등 의사인원의 재심사에 제공해서는 안되며 필요 시 원 심사의사, 약사 등 의사인원이 함께 동행하여 설명해야 한다.

제1항의 신청안건에 관하여 보험자는 동일 안건에 대하여 그 비용을 추가 삭감해서는 안 된다.

제32조 총액예산 실시부문 관련 보험 의료서비스기관이 신청서류심사결과에 이의가 있고 재심사조건에 부합될 경우, 신청결과송달일로부터 15일내에 재심사를 1회 신청 가능하며 보험자는 재심사문서 접수일로부터 45일 내에 확인 완료해야 한다.

상기 항목 재심사안건에 대하여 보험자는 해당 총액수탁단체에 위탁하여 처리한다.

제1항의 재심사 조건에 대하여, 보험자는 보험 의료서비스기관 대표와 공동으로 작성하며 주관기관에 신청하여 확인을 받은 후 공고한다.

제33조 본 방법에 필요한 서식은 보험자가 제정하며 서면도표양식에 변동사항이 있을 경우 보험자는 1개월 전에 공고해야 한다.

제34조 본 방법은 발표일로부터 실시한다.

[제7조 부록1] 확정지급기록 3개월 이상일 경우 최근 3개월 삭감율의 평균치를 계산 기준으로 가불비율을 다음과 같이 산정 한다:

| 삭감율 | 가불비율 | |
|-------------------|-----------|-------|
| | 매체, 온라인신고 | 서면신고 |
| 0% | 95% | 85% |
| 2.5%이하(포함) | 92.5% | 85% |
| 2.5%(미포함)~5%(미포함) | 90% | 88.5% |
| 5%(포함)~10%(미포함) | 85% | 85% |
| 10%(포함)~15%(미포함) | 80% | 75% |
| 15%(포함)~20%(미포함) | 75% | 75% |
| 20%(포함)~25%(미포함) | 70% | 65% |
| 25%(포함)~30%(미포함) | 65% | 65% |
| 30%(포함)~35%(미포함) | 60% | 55% |
| 35%(포함)~40%(미포함) | 55% | 55% |
| 40%(포함)이상 | 가불 불가 | 가불 불가 |

진민건강보험 의료서비스기관 의료서비스 심사방법

[제16조 부록 2] 진민건강보험 의료서비스기관

의료서비스안전 표본추출 및 반환방식

1. 랜덤추출방식: 인원별 표본추출 또는 안건별 표본추출.

(1) 인원별 표본추출

| 표본추출 분류 | 표본추출 유형별 | 표본추출인원수 | | |
|------------|---|-----------|--------------|---|
| | | 신고 인원수 | 인원수 표본추출율 | 표본인원수 |
| 외래 | 서양의학 기층 | 1-500 | 1/100 | 1. 신고인수*인원수 표본 추출율(반올림)로 표본인원수를 계산한다. 2. 서양의학기층 샘플인원수는 최소 5명(5명이 안될 경우 실제 신고인원수로 전부 추출)이며 중의 샘플인원수는 최소 10명(10명이 안될 경우 신고인원수 전원 추출), 치과 샘플 인원수는 최소 10명(10명이 안될 경우 실제 신고인원수로 전부 추출)이다. |
| | | 501이상 | 1/100 | |
| | 중의 | 1-250 | 1/50 | |
| | | 251이상 | 1/50 | |
| 치과의 | 1-150명 | 1/15 | | |
| | 151이상 | 1/15 | | |
| 비고 | 1. 표본추출유형별 신장세척, 대행안건을 배제하고 환자를 표본추출단위로 하여 컴퓨터가 인원별로 귀속시킨 후 랜덤표본추출을 실시한다. | | | |
| | 2. 표본환자의 전체 안건은 배제안건을 제외하고 모두 표본추출안건에 열거하여 심사하도록 보낸다. | | | |

(2) 안건별 표본추출

| 표본추출 분류 | 표본추출 유형별 | 표본추출건수 | | | | 비고 |
|------------|-------------------|--------------------|------------------|----------|----------------|---|
| | | 신고건수 | 인원수 표본 추출율 | 조정 수 | 표본수 | |
| 외래 | 서양의학 기증, 중의 | 1-10000 10001이상 | 1/100 1/100 | 0 100 | 1-200 201이상 | 1. 서양의학병원은 만성병 및 기타 2가지 유형으로 나뉜다. 진료소는 유형을 나누지 않는다. 2. 각 표본추출유형별 최소 표본추출 건수는 20건이다. 3. 랜덤 추출 심사에 열거하지 않는 안건: 신장세척, 가정간호, 정신질환 지역사회 재활, 예방보건, 일반안건(안건분류: 01,11,21), 대행안건, 병례에 따른 보수계산안건(안건분류: c1)및 컴퓨터절차심사를 거쳐 모든 안건이 삭감된 경우 |
| | 치과의 | 1-1000 1001이상 | 1/10 1/20 | 0 50 | 1-100 101이상 | |

| 표본추출 분류 | 표본추출 유형별 | 표본추출건수 | | | 비고 |
|------------|-------------|----------|-----------|------------|--|
| | | 신고 건수 | 표본 추출율 | 조정수 샘플수 | |
| 입원 | 내과계통 | | | | 1. 좌측에 열거한 각 과의 세부진료과목은 다음과 같다: 내과계통: 내과, 가정의학과, 신경과, 방사선과, 핵의학과, 결핵 과, 신장세척과 등. 외과계통: 외과, 신경외과, 정형외과, 미취과, 병리과 소아과: 소아과 산부인과계통: 산부인과 골과계통: 골과, 재활과 기타 계통: 비뇨기과, 이비인후과, 안과, 피부과, 정신과, 치과, 중의 2. 각 표본추출유형별의 최소 표본추출건수는 10건이다. 3. 표본추출심사에 열거하지 않는 안건: 고액, 특정의료안건(안 건분류3), 병례에 따른 보수계산안건(안건분류2), 임원진단관 련군 안건(안건분류5) 및 컴퓨터 절차 심사를 거쳐 전체안건을 삭감한 경우 |
| | 외과계통 | | | | |
| | 소아과계통 | | | | |
| | 산부인과계통 | 1/15 | | | |
| | 골과계통 | | | | |
| | 기타계통 | | | | |

2. 반환방식

(1) 총 삭감금액

| | |
|--------------|--|
| 총 삭감금액 | $[(\text{총합계금액}) - (\text{극단치 미포함 합계금액}) \times (\text{삭감율})] + (\text{극단치 미포함 삭감금액}) + (\text{안건이 최소표본추출건 수보다 작은 추출유형별의 삭감금액}) + (\text{표본추출시안건에 열거하지 않은 삭감금액})$ |
| 안건수의 계산 | <p>1. 추출검사안건삭감금액의 극단치안건수N, 외래는 전부추출시안건수의 6%, 임원은 전부추출시안건수의 10%로 계산(반올림).</p> <p>2. 모든 삭감금액은 높은 데서부터 낮은 데로 배열되며 그 극단치 안건의 삭감금액은 각각 M1(합계금액T1) M2(T2), M3(T3)....Mn(Tn)이며 삭감율 계산시 점유하는 비율은 순서대로 $1/(N+1), 2/(N+1), 3/(N+1) \dots N/(N+1)$.</p> |
| 극단치 미포함 합계금액 | $\sum (Tn) [(N+1 - n) / (N+1)]$ |
| 삭감율 | $\sum (Mn) [n / (N+1)] + \sum (\text{기타 비 극단치 안건의 삭감금액})$ |
| 극단치 미포함 삭감금액 | $\sum (Tn) [n / (N+1)] + \sum (\text{기타 비 극단치 안건의 삭감금액})$ |
| 비고 | $\sum (Mn) [(N+1 - n) / (N+1)]$ <p>1. 제16조에 따라 랜덤 샘플 추출 심사를 하지 않은 안건에 대한 삭감금액은 반환 계산하지 않는다.</p> <p>2. 각 표본추출유형별 표본추출 안건수에서 외래는 20보다 적고 임원이 10건보다 적을 시 해당 표본추출유형별로 단독으로 삭감금액(즉 전부심사 불반환)을 계산하며 반환삭감율을 합병계산하지 않는다.</p> <p>3. 삭감율 계산은 소수점 아래 4자리까지 하며 5번째 자리는 반올림한다.</p> <p>4. 총 삭감금액은 서양의학, 중의, 치과별로 단독으로 계산한다.</p> |

(2) 신청 또는 분쟁심의 총 보충지급 금액

| | |
|-----------------|---|
| 총 보충지급금액 | $(\text{표본추출심사안건 보충지급금액}) + (\text{극단치 미포함 보충지급금액}) + (\text{안건이 최소표본추출건수보다 적은 표본추출유형별의 보충지급금액}) + (\text{표본추출심사에 열거하지 않는 보충지급금액})$ |
| 보충지급율 | $(\text{극단치 신청안건 참여의 보충지급금액}) + (\text{비극단치 신청안건 보충지급금액})$ $(\text{추출샘플 극단치 안건이 참여한 삭감금액}) + (\text{추출샘플 비극단치 안건 삭감금액})$ |
| 표본추출심사안건 보충지급금액 | $\{[(\text{총합계금액}) - (\text{극단치 미포함 합계금액})] \times (\text{삭감율})\} \times \text{보충지급율}$ |
| 비고 | 1. 보충지급율은 소수점아래 4자리까지 계산하며 5번째 자리는 반올림한다. 2. 총 보충지급금액은 서양의학 중의, 치과의별로 단독으로 계산한다. |

3. 사전심사신청서

| 진민간강보림하이테크 진료항목 | | 투수진료항목 | | 사진심사신청서 | | □수부 □진정 | | 집 수 | 날짜 | 제 1 령 | |
|---|--|------------|-------------|--------------|---|---------|---|--|-------------|-------|--|
| 의료서비스 기부내징 및 코드 | | 보 | 이름 | 출생 | 년 | 월 | 일 | 주 | 이름 | 보 건 국 | |
| 신청내역, 신청 상황 및 사용 이유 또는 신 장이유 | | 권 | 신분증 등록번호 | 별 | | | | 지 | 신분증 등록번호 | 심 사 령 | |
| 순번 | | 등록번호 | | 규격, 제형 및 사용법 | | 수량 | | 진보구 확인란 | | | |
| | | 등록번호 | | 브랜드 | | | | □ 검토동의 | | | |
| | | | | | | | | □ 지도에 필수가 아닐 경우 동의하지 않습니다. | | | |
| | | | | | | | | □ 상병상환이 사용하는 규정에 부합되지 않음, 을 사용하십시오. | | | |
| | | | | | | | | □ 상병상환에 따라 그 수술을 동의한다. 단 투수재료는 으로 변경 사용하지시오. | | | |
| | | | | | | | | □ 항목 제 항, 수량은 로 확정합니다. | | | |
| | | | | | | | | □ 동일한 지표효과, 가격이 비교적 저렴한 약품 또는 특수자재 를 사용하십시오. | | | |
| | | | | | | | | □ 영봉포드와 영망이 부합되지 않습니다. | | | |
| | | | | | | | | □ 수술은 축만 동의하며, 다른 한쪽은 동의할 수 없습니다. | | | |
| | | | | | | | | □ 병력에 따른 보수계산건은 그 수술을 동의하며 특수재료는 로 변경 사용하지시오. | | | |
| | | | | | | | | □ 반복 심사작성 검토 중, 결의 후 다시 서신으로 답변합니다. | | | |
| | | | | | | | | □ 검토서 제 항을 보충 발송하기 바랍니다. (전사송부 첨부 란 참조) | | | |
| | | | | | | | | 다기타 | | | |
| | | | | | | | | 심사 의사 | | | |
| | | | | | | | | 중양간강보림구 본관 본인 | | | |
| | | | | | | | | 담당 자 | | | |
| | | | | | | | | 대주 | | | |
| | | | | | | | | 과장 | | | |
| | | | | | | | | 결재 | | | |
| 의료서비스기 관 | | 책임의사 본인 | | 신청일 문서번호 | | 년 | | 월 | | 일 | |
| <p>□1. 병력영보 □2. 수권권 □3. 신장등 이식개안 진단기록표 □4. 세균배양검사보고 □5. 영력개요 □6. 심전도 □7. 의료기록 □8. 조음파영상 □9. 백내장 수술 전 검사기록 □10. 수술동의서</p> <p>1. 본 신청서는 한가지 양식 2부로 작성되며 1인당 한 안건으로 제한한다. 보림의료서비스기관이 작성하여 보고하며 비본 이 필요 없다. 심장의식, 폐장의식, 간장의식, 골수이식 신청 및 일체 정장 방사수술 및 위생서 역동적가중에 포함되지 않는 적용증 위생서에서 동의한 특별한 수염에 대하여 본 국은 고하여 수복자, 최극원병적중양원의 안건으로 건보총국 에 보내어 심사를 받도록 한다. 그 외의 안건은 건보국의 각 본국에서 심사하기 바란다.</p> <p>2. [원 접수번호] 신청 시 작성하며 처음 발송 시 작성할 필요 없다.</p> <p>3. 사전사사의 항목이 규정에 따라 사전에 심사를 신청하지 않을 경우 비용을 지급하지 않는다; 사전신청 비준의 개인에 대하여 사후 심사를 거쳐 해당 보림대상 또는 의료서비스기관에 진민간강보림지급규정에 부합되지 않는 사항이 있을 경우 비용을 지급하지 않는다.</p> <p>4. 의료서비스기관작성약품, 특수재료가격은 심사를 거친 후 해당의료비용신고서 가격을 이미 하향 조정하였던 건보국 이 공고한 약값기준에 따라 약품확정가로 지급한다; 특수재료는 치료비용지급기준에서 정한 금액에 따라 지급한다.</p> <p>5. 확인결과에 이의가 있을 경우 확인통지를 받은 날로부터 60일 내에 물의 신청서(신청 표기, 원 접수번호 명기)를 작성 하여 원 심사업체에 재심사를 신청한다.</p> <p>6. 본 신청서는 보림의료서비스기관이 자체로 인쇄제작하며 신청항목수도에 따라 영망양식의 특정항목신청서로 제작하여 사용한다. (예를 들면 인공 고관절)</p> | | | | | | | | | | | |

부록 7. 미국의 규제개혁 12원칙⁷⁵⁾

1. 행정기관은 시장실패나 기존제도의 결함으로 인한 문제가 정말 심각하고, 규제를 통해서가 아니고서는 문제를 해결할 수 없는 경우에만 규제를 도입해야 한다.
2. 새로운 규제로 해결하고자 하는 문제가 기존의 잘못된 규제나 법률 때문에 발생된 것이 아닌지 반드시 검토해야 한다.
3. 직접적으로 규제하기보다 국민들이 올바르게 판단하고 선택할 수 있도록 돕기 위한 정보의 제공 등 경제적 유인(인센티브)을 제공하는 등의 방법으로 문제를 좀 더 원천적으로 해결할 수 있는 방법이 없는지 검토해야 한다.
4. 국민의 안전을 위협하는 제반 위험의 본질과 심각성 정도를 면밀히 고려하여 규제의 우선순위를 설정해야 한다.
5. 규제수단의 선택에 있어서는 기술혁신의 유인, 일관성, 예측가능성, 정부기관·피규제 집단이나 국민이 부담해야 할 규제집행 및 순응비용의 크기, 규제준수방식의 융통성(신축성), 분배측면의 효과 및 공정성 등을 고려하여 가장 비용효과적인 규제방법을 선택해야 한다.
6. 행정기관은 규제의 비용과 편익을 평가하여야 하며, 편익이 비용을 초과하는 경우에만 정당하게 규제를 도입할 수 있다.
7. 규제를 신설할 때에는 규제의 필요성과 규제를 통해 얻을 수 있는 결과에 대한 최선의 과학적·기술적·경제학적 정보에 입각하여 합리적으로 결정해야 한다.
8. 피규제자로 하여금 특정 행동방식을 그대로 채택하도록 강요하는 전통적인 명령지시적 규제 방법을 지양하고, 가능한 한 성과기준(performance standard)에 의한 규제 방법을 사용함으로써 피규제자가 정해진 기준이나 목표를 가장 효율적이고 효과적으로 달성할 수 있는 방안을 선택할 수 있도록 최대한 융통성을 허용하여야 한다.
9. 주 및 지방정부에 규제의무를 부과하는 경우에는 사전에 지방공무원들의 의견을 구하고, 연방의 규제명령이 주 및 지방정부에 미치게 될 영향, 특히 지방의 재원조달 능력을 평가하여 그들의 부담이 최소화되도록 해야 한다.
10. 다른 규제와 불일치, 상충, 또는 중복되는 규제의 도입을 피해야 한다.
11. 중소기업 및 소규모 자치단체의 규제비용을 최소화할 수 있도록 적절하게 배려해야 한다.
12. 규제안을 가능한 한 단순하고 이해하기 쉽도록 작성함으로써 규제내용의 불확실성과 그로 인한 소송제기 가능성을 최소화해야 한다.

75) 국무조정실(2013). 규제영향분석서 작성 지침.

부록 8. 산업 및 조직심리학⁷⁶⁾

○ 산업심리학은 직무특성 fit 개인특성 이 관심사. 무얼 기준으로 특성을 파악할 것인가.
“준거”

- ①기준을 잡고(개념준거) ②준거를 만족하는 수단(실제준거) 찾고 ③직무분석
④예언변인선정 ⑤모집 및 선발

평가자들이 서로 다른 준거를 사용하는 경우, 판단에서의 개인차

- 개념준거 : 이론적인 기준, 실질 측정 불가
- 실제준거 : 준거측정치. 개념준거의 조작적 정의. 측정하거나 평가하는 데 사용하는 실제적 기준 하나이상의 적절한 실제준거 찾기 필요
- 준거관련성, 준거적절성 : 실제준거가 개념준거와 일치되는 정도 .
- 준거결핍 : 실제 준거가 개념준거를 나타내지 못하고 있는 정도
- 준거오염 : 실제 준거에 개념준거와는 관련없는 내용들이 포함되어 있는 부분
- 준거왜곡 = 준거오염 + 준거결핍

* 모든 인사도구 개발 시 가장 우선되는 것은 “준거” 를 잡는 것.

준거는 개념은 이해하기 위한 base 역할, 개념은 그것을 측정하기 위한 준거들간의 상호관련성에 의해 가장 잘 설명될수 있음.

○ 준거개발방법

- 연역 (장: 시간과 비용 절감, 단:기존연구가 없으면 힘듦)
- 귀납 (장: 연역연구 토대 제공, 단 : 시간과 비용이 많이듦)
- 개발단계 : ①조직 목표, 요구분석-직무분석 (개념준거가 나옴)
②실제로 측정할 수 있는 측정치를 개발 (실제준거)
③준거의 차원들을 요인분석이나 군집분석으로 찾아냄 - 실제준거
들을 공통된 요인들도 하나로 묶어 (다 측정할 수 없음)

76) 産業 및 組織心理學(산업 및 조직심리학). 성균관대학교 산업심리학과. 博英社(박영사). 1995.

- ④ 찾아낸 차원들을 신뢰성 높게, 구성타당도 높게 준거측정치 개발
- ⑤ 준거측정치 각각에 대하여 예언타당도를 지니는지 하나씩 검토

cf 1) 신뢰성 있게 - 반복 측정시 같도록.

구성타당도가 높게 - 명명한 실제준거가 이 자료에만 해당하는지 실제 존재하는 특성인지 construct 유무를 파악

cf 2) 실제로 존재한다면,

다음으로 예언타당도 측정 - 안되면 문항을 삭제(회귀방정식의 r 값이 낮으면 삭제)

○ 준거의 종류

- 단기준거 - 당장 효과가 나오는 특성, 장기준거 (생활사 문항) - 잠재능력
- 객관적 준거, 주관적 준거
- 과정준거 (지각, 조퇴, 결근, 성실성), 결과준거 (실적, 생산량)
- 상대준거 (비교되는 집단), 절대준거

○ 준거의 분류

- 기간 : 단기준거와 장기준거
- 기준 : 객관적 준거와 주관적 준거
- 결과 : 과정준거와 결과준거
- 판단 : 상대준거와 절대준거

○ 평가를 위한 접근법

- 복합준거법 : 여러개의 준거들을 결합하여 하나의 복합준거를 구성. (장: 뽑기 쉽다, 단: 정보가 없어서, 손떨리는 외과의사를 뽑을 수 있다.) 전반적인 질, 조직에 대한 가치, 충점을 측정. 비교 판단을 위한 단일지표. 가중치부여 경우도 있음.
- 다중준거법 : 독립적인 준거들을 그대로 나열. 더할 수 없음.

(장: 정보가 있어. 단: 결정을 할 수 없어) 교육이나 훈련시 유용.

- 해결책 - 인사결정시 복합준거. 연구개발,교육시 다중준거. 다중준거접근으로 최소한의 수준에 못미치는 사람을 배제하고, 복합준거접근으로 나머지를 평가하는 방법.

부록 9. 정부업무 또는 공공기관 성과관리

□ 정부업무평가⁷⁷⁾의 성과측정

- 정부업무평가기본법에 성과관리가 도입된 이후, 우리나라의 평가제도는 심사분석-정책평가(기관평가)-성과관리로 이어지는 패러다임의 변화를 겪고 있음.
- 성과관리와 평가의 관계를 명확히 구분하지 못하고, 동일하거나 유사한 것으로 간주하여 접근하고 있음.⁷⁸⁾

- 성과관리

- 개인과 팀의 성과를 진전시킴으로써 조직성과를 개선하기 위한 체계적인 과정
- 성과관리(performance management), 성과측정(performance measurement), 성과점검(performance monitoring) : 유사하게 사용
- 성과관리 3단계(요약) : 계획 - 점검 - 측정 및 보고

- 평가

- 개선을 위한 정보 도출을 위해 사업·정책의 효과나 성과를 파악하고, 영향을 미치는 요인이 무엇인지를 분석
- 미국 등의 국가들에서는 평가보다는 성과관리로 무게 중심이 옮겨가고 있으며, 정부 업무에 대하여 종합적인 성과관리 제도를 도입하여 운영하고 있음.

□ 성과측정 매뉴얼 : 재정사업 성과지표 개발 매뉴얼⁷⁹⁾

- 정부업무성과 : 경제성, 능률성, 효과성, 책임성 등으로 구분
- 성과측정 프레임워크 = 논리모형(투입-활동-산출-결과)
- 성과지표 = 정량지표(계량지표) + 정성지표(비계량지표)

77) 정부업무평가 기본법(법률 제14118호). 정부업무평가에 관한 기본적인 사항을 정함으로써 통합적인 성과관리체계의 구축과 자율적인 평가역량의 강화를 통하여 국정운영의 능률성·효과성 및 책임성을 향상 시키는 것을 목적으로 함.(2006년 도입)

78) 이광희, 윤수재, 성과관리와 평가체계의 관계에 대한 비교 연구 : 캐나다와 한국 사례를 중심으로, 행정논총, 제 50권 제1호(3):37~65.

79) 이광희, 평가의 타당성 제고를 위한 성과측정 매뉴얼 개발 연구, 2015. 한국행정연구원.

- 지표개발 절차 : 정책/사업의 목적 확인→논리모델 도출 및 성과지표 수립→좋은 성과지표 기준에 의한 검증→최종 확정

〈표〉 좋은 성과지표의 기준

| | |
|--------|--|
| 정책 대표성 | 성과지표가 평가대상이 되는 정책/사업의 내용을 모두 포괄하고 있는가? |
| 구체성 | 일관성 있는 성과 자료의 수입과 공정한 비교를 위해 성과지표가 명확하고 알기 쉽게 정의되고 있는가? |
| 측정가능성 | 측정을 위한 자료가 존재하며 사용하는데 제약이 크지 않는가? 현재는 자료가 존재하지 않지만 평가를 위해 수집 및 생산이 가능한가? 자료의 수집 및 생산에 소요되는 시간과 비용은 적절한가? |
| 인과성 | 성과지표는 평가대상이 되는 정책/사업의 영향력에 따른 것인가? |
| 적시성 | 성과측정 대상년도의 성과정보가 성과 측정 전에 도출될 수 있는가? |

* 성과지표 개발·관리 매뉴얼(국무조정실)에서 목표치의 적절성, 비교 가능성은 제외

- 재정사업 성과지표 개발 매뉴얼(기획재정부·한국조세연구원 2012)
 - 성과지표는 성과목표 또는 관리과제가 추구하는 목적 달성 여부를 측정하는 도구 (성과 개념을 명확히 제시하지 않음.)
 - 신뢰성 : 가급적 공식적이고 객관적인 통계정보를 활용
 - 적시성 : 성과측정 대상년도의 성과정보가 성과측정 전에 나와야 함.
 - FAQ의 문제점 및 개선방안
 - 다양한 성과지표의 지수화(묶음)
 - 가중치를 부여하는 기준에 대한 객관성으로 인한 신뢰도 문제
 - 핵심되는 결과지표를 분리하여 성과지표로 관리
 - 억제나 방지를 목적으로 하는 사업의 경우 성과지표의 설정
 - 여러 가지 이유로 성과측정이 어려울 수 있음.
 - 산출과 결과 사이에 궁극적인 전략목표와 밀접한 관계를 가지면서도 사업의 구체적 활동을 나타내는 지표 선택

□ 공공기관 경영실적평가⁸⁰⁾⁸¹⁾

- 「정부투자기관관리기본법」과 「정부산하기관관리기본법」에 의해 구분되어 운영되어 오던 경영평가제도가 2007년 4월 시행된 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따라 공공기관 경영실적평가제도로 일원화됨.
 - 공기업 I, 공기업 II, 기금관리형, 위탁집행형, 강소형으로 구분하여 평가함.
 - 전년도 경영실적보고서를 중심으로 평가를 수행하고 매년 6월20일까지 국회에 보고함.
 - 평가지표는 종합적으로 평가 할 수 있도록 「경영관리-주요사업」의 2개 범주로 구성됨.

- 주요사업 범주는 주요사업별로 구분하여 비계량 또는 계량 세부평가지표를 활용하여 해당 주요사업의 계획·활동·성과를 종합적으로 평가함.
 - 기관의 사업 특성을 반영하여 지표산식을 설계하고 평가받는 형식을 적용함.(2000년부터 계량지표 별도 관리 시작)
 - 비계량지표 : 과정지표, 계량지표 : 결과실적지표
 - 목표부여(편차) 방법의 적용을 원칙으로 함.
 - 특별한 사유가 없는 한 3년간 유지를 원칙으로 함.

80) 민병찬. 공공기관 경영실적평가의 문제점과 개선과제. 2014. 국회예산정책처.

81) 장지인 외 3인. 공공기관 경영평가제도의 변천과정 연구(II). 2013. 한국조세연구원.

○ 유사기관들의 지표 사례

○ 공무원연금공단

$$(1) \text{급여지급오류율(하향지표)} = \frac{\text{급여지급 재결정건수}}{\text{급여지급 결정건수}}$$

$$(2) \text{연금부정수급률(하향지표)} = \frac{\text{부정수급자수}}{\text{연금수급자수}}$$

$$(3) \text{재해보상급여지급 신속성(하향지표)} \\ = \frac{\text{재해보상급여청구서 처리일수의 합}}{\text{재해보상급여청구서 처리건수의 합}}$$

○ 국민연금공단

$$(1) \text{급여결정의 정확성 제고(하향지표)} \\ = \frac{\text{당해연도 수급권 취소 건수}}{(\text{당해연도 지급결정 건수} / 100,000)}$$

$$(2) \text{급여 미청구 방지 노력(상향지표)} = (\text{국민연금급여 미청구 방지} \times 0.5) \\ + (\text{기초연금 미수급 방지} \times 0.5)$$

○ 근로복지공단

$$(1) \text{산재보험 신속성 및 공정성 제고 성과(하향지표)} \\ = (\text{요양급여신청 신속성 증진 평점}^{82}) \times 0.4 + \\ (\text{보험급여 이의제기율 평점}^{83}) \times 0.6$$

$$(2) \text{보험사각지대 해소를 통한 사회안전망 강화(상향지표)} \\ = \frac{\text{산재보험 가입근로자수}}{\text{산재보험 적용대상 근로자수}} \times 100$$

○ 사립학교교직원연금공단

$$(1) \text{급여지급오류율(하향지표)} = \frac{\text{급여지급 재결정건수}}{\text{급여지급 결정건수}}$$

82) 접수일수의 합/접수건수의 합

83) 제기건수의 합/불승인(부지급)건수의 합

○ 예금보험공사

(1) 금융안정을 위한 기금건전성 제고 성과(상향지표)

$$= \frac{\text{예금보험기금 잔액}}{\text{보험예금 잔액}} \times 100$$

○ 국민건강보험공단

(1) 건강보험 부과재원 발굴 및 사회보험 통합징수 성과

$$= \text{당년도 건강보험 징수율(e)} \times \frac{\text{건강보험 부과재원 발굴금액}}{\text{당년도 건강보험료 부과액}}$$

(2) 보험급여비용 누수방지(상향지표)

$$= \frac{\text{요양급여비용 환수결정금액}}{\text{연간 요양급여비용}} \times 100$$

부록 10. 미국 CMS 성과측정 사례 – FPS 보고서⁸⁴⁾

: 2011년 6월 30일 CMS의 통합프로그램센터(CPI)⁸⁵⁾는 메디케어 행위별수가 프로그램⁸⁶⁾에서 fraud(사기), waste(낭비), abuse(남용) 등을 확인하고 예방하기 위하여 최신식예측분석 기술을 선보였다. FPS가 새로 도입한 새로운 예측분석기술, 즉 Twin Pillars System⁸⁷⁾은 다양한 수준에서 Fraud(사기)를 다루는 포괄적인 국가 프로그램으로써 사기예방시스템(FPS)⁸⁸⁾와 의료서비스제공자 자동선별시스템(AP S)⁸⁹⁾ 두 가지의 영역으로 이루어져 있다. 이에 대한 내용은 2015년에 우리원에서 발간한 선행연구인 「심사효율화를 위한 통계적 접근방안 검토-심사현황 검토를 중심으로-」에서 자세히 서술하고 있다. 본고에서는 FPS가 새로운 기술 도입 후 3년간 매년 국회에 제출한 보고서 및 OIG, GAO 등의 권고사항 등을 검토하여 CMS의 FPS성과 측정(ROI, Return on Investment) 사례에 대해 검토 하였다.

84) 다음 문헌을 참고하여 검토하였음.

심사효율화를 위한 통계적 접근방안 검토-심사현황 검토를 중심으로-. 건강보험심사평가원; 2015

Report to Congress Fraud Prevention System First Implementation Year ; 2012

Report to Congress Fraud Prevention System First Implementation Year ; 2014,6

Report to Congress Fraud Prevention System third Implementation Year ; 2015

MEDICARE FRAUD PREVENTION_CMS Has Implemented a Predictive Analytics System, but Needs to Define Measures to Determine Its Effectiveness, GAO. 2012

THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES HAS IMPLEMENTED PREDICTIVE ANALYTICS TECHNOLOGIES BUT CAN IMPROVE ITS REPORTING ON RELATED SAVINGS AND RETURN ON INVESTMENT, OIG. 2012

85) CMS's Center for Program Integrity : CMS의 통합 프로그램 센터로 FPS의 모델개발 및 개선과 같은 업무 수행

86) Medicare fee-for-service program : 메디케어 행위별 수가 서비스 프로그램

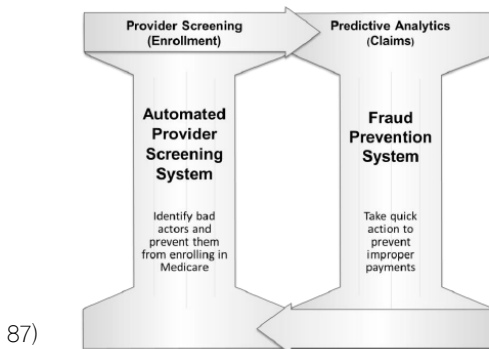


Figure 1. CMS's Innovative "Twin Pillars" Strategy for Fraud Prevention

88) Fraud Prevention System : 사기방지시스템으로 명세서에 대한 예측분석을 시행

89) Automated Provider Screening System : 의료서비스제공자 자동선별시스템으로 공급자 자격 등의 스크리닝을 시행

: 검토차례

- 도입 첫해 성과측정
- OIG, GAO 권고사항
- 도입 두 번째 해 성과측정
- 도입 세 번째 해 성과측정

○ 도입 첫해 성과측정

- FPS outcomes

- CMS의 프로그램통합전략(program integrity strategy)은 기존 추적 (“pay-and chase”) 접근법에서 지급전 사기 확인, 무자격 provider 제외, 오류 발견 시 지급 중단 또는 배제 조치 등 더욱더 효과적인 전략의 사용으로 이동하고 있다. FPS에서 찾은 단서(leads)를 가지고 CMS 및 그 계약자들은 심사를 수행, 지급전에 청구를 중단, 부적정 진료비 사후지급 확인 등을 수행한다.
- Twin pillar system 도입 첫해 FPS 단서(leads)만을 근거로 공급자(provider)에게 시행한 행정조치로 CMS는 총 1억1,540만 달러의 자금을 절감했다. 이는 실제절감액 3,180만 달러와 예상절감액 8,360만 달러의 합산 금액이다.

| 분류(FPS 단서에 의한 행정조치) | \$(백만) | \$(백만) |
|----------------------------|--------|--------|
| | 실제절감액 | 예상절감액 |
| · 비용지출방지 - 청구자격 취소처분에 따른 | 7.3 | 6.6 |
| · 비용지출방지 - 청구행위 변화처분에 따른 | 6.7 | 43.4 |
| · 지급전편집기로 청구처리가 보류 된 금액 | 11.5 | - |
| · 자동거부편집기로 지급거부 된 금액 | 4.7 | - |
| · 지급정지 | 1.6 | - |
| · 환수(recovery)에서 회수된 초과지급액 | - | 4.4 |
| · 법집행기관에 회부한 초과지급액 | - | 68.2 |
| 추정 절감액 | 31.8 | 83.6 |
| 총 추정 절감액 | 115.4 | |

<표> FPS 절감액(추정)

– FPS 실제·예상 절감액

· 실제절감액(Actual savings)

1) 비용지출방지(Cost Avoidance)

: CMS는 FPS 연례보고서에서 의료서비스제공자의 청구권 취소행정처분 및 청구행위변화 행정처분에 따라 지출이 예방된 비용을 계산⁹⁰⁾하고 있다. 비용지출방지에 의한 실제 절감액은 비용지출방지로 지급예방을 못한 경우 모두 지급된 금액에서 비용지출방지에 따른 실제 지급액의 차이이다.

· 비용지출방지에 의한 절감액

$$\begin{aligned}
 & \text{의료서비스제공자 청구권 취소처분} \\
 & (\text{비용지출방지 없이 모두 지급된 금액} - \text{비용지출방지 된 실제 지급액}) \\
 = & \qquad \qquad \qquad + \\
 & \text{청구행위 변화처분에 따른 절감액} \\
 & (\text{비용지출방지 없이 모두 지급된 금액} - \text{비용지출방지 된 실제 지급액})
 \end{aligned}$$

2) 편집기(Edits)를 통한 지급거부

: FPS의 단서를 근거하여 FPS 보고기간 동안에 편집기에 의한 지급거부로 발생한 절감액을 계산하고 있다. 편집기를 통한 지급거부는 자동거부 편집기 (Auto-Dinal Edits)⁹¹⁾에 의한 지급거부와 지급전 편집기(Prepayment Edit)⁹²⁾에 의한 지급보류가 있다.

· 자동 편집기에 의한 지급거부로 발생한 절감액

$$= \text{자동거부편집기의 지급거부} + \text{지급전편집기의 지급보류로 인한 절감액}$$

90) 비용지출방지기산방법론¹⁾은 민간지불자(Commercial payer)에 의해 사용되는 방법론과 비교될 수 있는데, 민간지불자에 예방절감액 계산은 실제청구지급과 청구오류를 확인 및 수정하지 않았을 때 지급되는 비용 사이의 차이를 계산하는데 중점을 둔다.

91) 자동거부편집기 : 시행되지 않은, 부정확하게 코딩된, 부적절하게 청구된 서비스의 지급을 예방하는 편집기

92) 지급전 편집기 : 의학적 심사(medical review)로 보류중인 청구서의 처리를 예방하는 편집기

3) 지급정지

: 확실한 사기혐의 및 믿을만한 초과지급을 근거⁹³⁾로 조사계류 중인 경우 메디케어는 지급정지를 개시할 수 있는데 이로 발생하는 절감액을 계산한다.

· 지급정지로 발생한 절감액

= 사기 및 초과지급 혐의로 조사계류중인 지급정지에 대한 절감액

· 예상절감액(Projected Savings)

1) 부적정 지급(Improper payment)의 환수(Recovery)

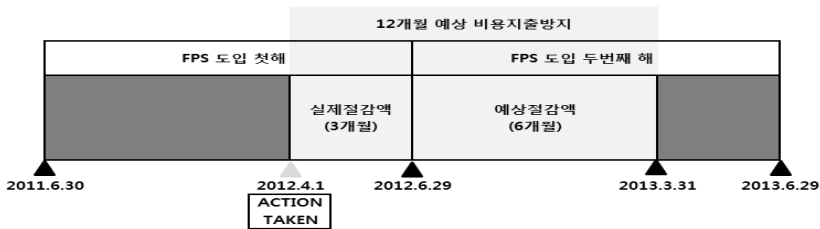
: 부적정 지급에 의한 환수에 의해 메디케어 신용기금⁹⁴⁾으로 회수될 것으로 기대하는 금액을 절감액으로 계산한다. 이것은 환수를 위해 MACs에 위탁한 초과지급결정⁹⁵⁾ 금액 및 법집행기관에 회부된 초과지급 추정금액⁹⁶⁾을 포함한다.

· 부적정지급 환수에 따른 예상 절감액

=MACs 위탁 초과지급결정 절감액+ 법집행기관 회부 초과지급 추정 절감액

2) 비용지출방지(Cost Avoidance)

: 실제절감액에서와 같이 의료서비스제공자의 청구권 취소행정처분 및 청구행위 변화 행정처분에 따라 예상되는 지출절감비용을 추계한다.



Cost Avoidance(비용지출방지)에 의한 실제 및 예상 절감액

93) 규정 42 C.F.R 405.371(a)(1)에 의거한 지급보류

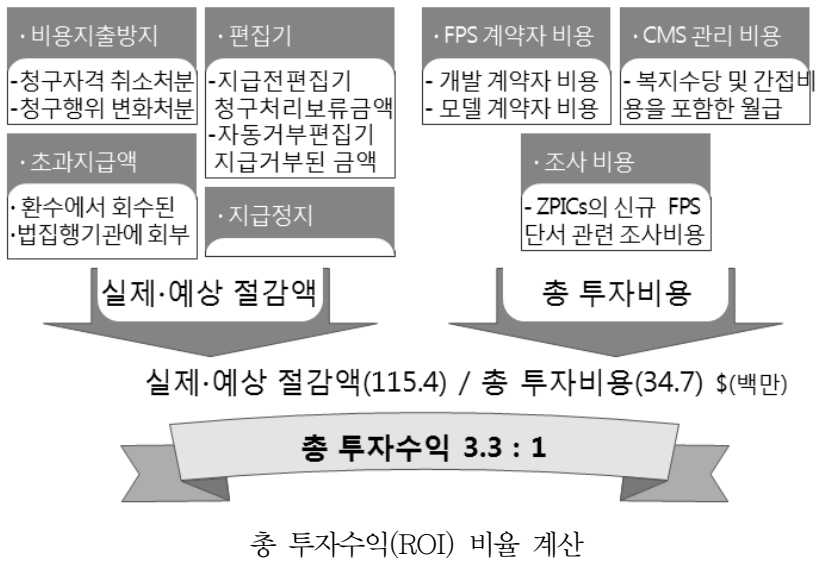
94) The Medicare Trust Funds : 메디케어 신용 기금(메디케어 자금을 말함)

95) 초과지급(overpayment)은 의학적 필요성이 없거나 부적절하게 청구한 경우 결정된 서비스나 항목에 대해 서비스제공자에게 초과지급 된 금액을 말함. ZPICs가 메디케어 프로그램 통합 매뉴얼의 지침에 따라 초과지급을 결정 및 계산하고 이를 MACs에 보고함.

96) 만형사상 조사를 위해 법집행기구에 사건을 회부할 때 사건의 추정비용을 계산하여 CMS에 보고함.

- FPS 투자수익(Return On Investment : ROI)

: CMS는 FPS에 의한 투자수익의 계산을 SBJA⁹⁷⁾ 법률에서 규정하고 있으며, 절감액을 달성하기 위해 사용된 비용과 실제·예상 절감액을 비교하여 계산한다. (예: FPS도입 시행 첫해에 프로그램 시행을 위해 매 1달러 소비 시에 3달러 이상이 절감되었다.)



· FPS 이익 및 절감(Benefits and Savings)

: 앞서 상세한와 같이 CMS의 FPS도입에 따른 실제·예상 절감액은 도입 첫해 총 1억1,540만 달러로 이것은 1)공급자 청구자격취소처분 및 행위변화처분에 따른 비용지출방지, 2)지급전·자동거부 편집기에 의한 지급거부, 3)지급정지, 4)부적정 지급의 환수 및 법집행기관의 회부 등 4가지 범주로 계산된 금액이다.

97) SBJA(Small Business Jobs Act of 2010) : 메디케어 행위별수가 프로그램의 낭비, 사기, 남용을 확인하고 방지하기 위해 예측모델과 기타 분석 기술의 이용 등에 관한 법률

· FPS 지출비용(Cost)

: FPS가 사용한 투자비용은 1)FPS 계약자 비용, 2)CMS 관리 비용, 3)ZPIC 조사비용 등 세 가지를 합산한다. 도입 첫째 총 투자비용은 3,470 달러로 추정하였다.

| 분류 | \$(백만) |
|--|--------|
| · FPS 계약자 비용 | |
| 개발 계약자 비용 | 26.9 |
| 모델 계약자 비용 | 3.6 |
| · CMS 관리 비용 | |
| 복지수당 및 간접비용을 포함한 월급 | 2.3 |
| · 조사비용 | |
| ZPICs의 신규FPS 단서 제작관련 조사비용 ⁹⁸⁾ | 1.9 |
| 총 추정 FPS 투자비용 | 34.7 |

〈표〉 FPS 투자비용 추계

1) FPS 계약자 비용

· FPS 계약자비용 : 개발계약자 및 모델 계약자와의 계약된 금액 포함

2) CMS 관리 비용

· CMS 관리 비용 = 1인당 [\$ 148,531]의 비율로 계산함.

$$= \begin{matrix} 15.25\text{일 전일 근무자 1인당} \\ \text{월급 및 복지수당} \\ [\$ 129,157] \end{matrix} + \begin{matrix} \text{사무, 훈련, 여행 등 기타 1인당} \\ \text{간접비용} \\ [\text{월급 및 복지수당의 } 15\%] \end{matrix}$$

3) ZPIC 조사비용

· ZPIC 조사비용 = FPS관련 ZPICs가 조사한 비용 추정 값
= 총 ZPIC조사(신규 FPS단서로 창출하는) 비율 X 총 조사관 비용

98) 새로운 FPS 단서로 만들어진 총 ZPIC 조사의 비율 과 총 조사관 비용의 비율을 곱하여 평가함

· 투자수익(ROI) 계산 (수익 : 투자)

: 소비된 비용과 비교하여 실제·예상 절감액을 계산한다. <표>를 보면 실제·예상 절감액과 투자비용을 비교하여 추산한 총 투자 수익 비율은 3.3 : 1 이며, 이것은 1달러 투자에 3.3달러를 절감한 것을 의미한다.

| 분류 | \$(백만) |
|-------------------|--------|
| 실제예상 절감액 | 115.4 |
| 총 비용 | 34.7 |
| 총 투자수익 추계 3.3 : 1 | |

<표> 총 투자수익 추계- 도입 첫 번째 해

· 투자수익(ROI) 비율 계산

$$= \text{실제예상 절감액} / \text{총 투자 비용} = 115.4 / 34.7 = 3.3 \quad \text{\$(백만)}$$

○ OIG, GAO 권고사항

- 도입 두 번째 해에 OIG⁹⁹⁾의 권고 사항을 포함시키는 투자수익 평가 방법론을 개정

| OIG 권고사항 | 투자수익 평가 방법론 개선 |
|---|---|
| 1. 계약자에게 FPS 단서의 결과에 기인한 환수사항을 추적하도록 요구할 것. | 환수사항을 추적하는 현재 시스템은 초과지급 된 정보를 확인할 수 없음. CMS는 권고사항을 다루기 위해 아래와 같은 개선사항을 만듦. · 과거 경험을 기반으로 하여 환수사항을 추정하는 보정요인을 개발함. · ZPIC가 환수사항을 추적할 수 있도록 관련된 시스템을 수정함. 이러한 개선은 2014년 1월에 효력이 발효되었음. |
| 2. 이관이 예상되는 사례에서 기소결과와 조사보고를 향상시키기 위해 법집행기관과 협력할 것. | CMS는 이관이 예상되는 법원명령 환수사항을 추정하기 위해 OIG와 협력하는 보정요인을 개발함. 보정요소는 형사기소가 예상되는 사례비용에 대한 GAO의 판결을 기초로 하며, OIG와 CMS로부터 얻은 데이터를 사용함. |
| 3. 비용지출이 방지된 부적절한 진료비와 관련한 예상 절약금액을 계산하는 방법론을 수정할 것. | CMS는 두 가지 보정요소를 포함하는 방법론을 개선함. 첫 번째 요소는 항소를 통해 궁극적으로 지급될 수 있는 청구를 추정하는 청구편집기로부터 발생한 절약금액을 감소시킴. 두 번째 요소는 정당한 청구로서 다른 의료서비스 제공자가 청구할 수 있는 의료서비스를 취소한 부분으로 인해 청구특혜 취소가 발생한 절약금액을 감소시킴. |
| 4. 정보가 계약자가 보관한 기록과 일치한다는 확인을 포함하는 지급정지와 편집기를 통해 지출이 방지된 금액을 계산하는 방법론을 수정할 것. | CMS는 ZPICs가 의료서비스제공자 특정한 결과 데이터를 제출하는 것을 요구하는 방법론을 개선함. 이는 전년도로부터 발생한 변화이며, 계약자가 일반적으로 CMS에게 보고하는 방식과는 다름. 계약자들은 일반적으로 매월 총 절약금액 정보를 제출함. 계약자들에게 의료서비스제공자 및 결과에 대한 특정데이터를 요구함으로써, CMS는 더 나은 심사를 실행할 수 있음. |
| 5. 투자수익 계산에서 보고비용, 간접비용, 예상비용을 포함하여 FPS와 관련된 모든 비용을 포함시킬 것. | CMS는 투자수익 계산에 포함되는 비용을 명확하게 함. |

〈표〉 OIG 권고사항과 방법론 개선(오동관, 2015)

99) OIG (Office of Inspector general) : 감사원

- 도입 두 번째 해에 GAO¹⁰⁰⁾의 4가지 권고사항 포함한 조치

| GAO 권고사항 | 권고사항을 다룬 CMS의 조치 |
|---|--|
| 1. FPS을 측정하는 메커니즘과 함께 FPS를 사용함으로써 예상되는 수량화할 수 있는 혜택들을 정의할 것. | FPS 도입 첫째 의회보고서는 정량화할 수 있는 절약금액의 측정방법을 포함하고 있음. 보건부 감사관실의 권고사항에 기반 하여, 절약금액 측정방법은 개선되었음. |
| 2. FPS 실행을 위한 계약자들의 개선된 사기 예방 계획 평가를 측정할 수 있는 중요한 사건 및 결과에 기반한 성과목표들을 기술할 것. | CMS는 FPS를 통해 비용지출이 방지된 부적절한 지불금과 회수된 부적절한 지불금 모두와 관련된 절약금액을 추정할 필요가 있는 적절한 측정방법을 개발하였음. 가치에 기반한 효율성을 개발하는 것과 목표로 설정된 절약금액을 달성하는 것 사이에 혜택을 균형 있게 할 필요가 있기 때문에 프로그램 통합 업무를 위한 성과목표를 만드는 데에는 어려움이 존재함. 특히 중요한 사례들은 ZPICs에 의해 법집행기관으로 이관됨. |
| 3. 일을 완성하는데 필요한 모든 자원과 활동을 확인하는 청구지불처리시스템을 FPS에 완전히 통합할 계획에 대한 프로그램을 개발 할 것. | 청구지불처리시스템 실행에 대한 프로그램은 FPS을 위한 관리 처리과정 변화, 사업 처리과정 요소들을 포함함. 이러한 프로그램은 완성되고 실행되었음. CMS는 두 번째 시행 연도 동안 청구처리시스템 및 FPS의 통합을 성공적으로 완성함. 또한 CMS는 의료서비스제공자 집단이 적절하게 의사소통할 수 있고 향수도 지원하는 것을 보장하는 사업 처리과정과도 적절하게 통합할 수 있는 개념의 근거를 마련하였음. |
| 4. CMS의 사기 예방 프로그램의 목표를 달성할 노력 지원 및 예측된 재정적인 혜택 제공이 효과가 있는지를 밝히는 시스템의 사후적인 검토를 수행할 것. | 시스템의 주기 절차에 대한 구체적인 요구사항을 가진 사후적인 검토 수행은 기술 검토 위원회(Technical Review Board)와 함께 2012년 11월 7일에 개최하였음. |

〈표〉 GAO 권고사항(오동관,2015)

○ 도입 두 번째 해 성과측정

| 분류 | 첫 번째 해 | 두 번째 해 |
|-----------|---------|---------|
| 실제예상 절감액 | 115.4 | 210.7 |
| 총 비용 | 34.7 | 40.5 |
| 총 투자수익 추계 | 3.3 : 1 | 5.2 : 1 |

〈표〉 FPS 총 투자수익 추계- 도입 두 번째 해

\$(백만)

100) GAO(Government Accountability Office) : 회계감사원

- FPS 도입 두 번째 해 투자 수익은 1달러 소비에 5달러 이상 절감된 것으로 평가되었다. 또한 절감액의 추정 시 감사기준을 충족하기 위해 확인된 절감액 계산 이외에 보정요소를 적용한 보정된 절감액 계산을 도입하여 총 5,420만 달러가 회수 및 지급방지 될 것으로 추정하였다.

| 보정요소 ¹⁰¹⁾ 적용 | 계산 |
|--|--|
| “지급액 보정요소” 를 절감액 추정을 위해 자동편집기 및 사전편집기 심사로 거부된 청구금액에 적용함. | 지급금액 VS 청구금액의 비율 |
| “이의신청 보정요소” 를 절감액 이의신청 성공결과 금액 추정을 위해 자동편집기 및 지급전 심사로 거부된 청구금액에 적용함. | 이의신청으로 반복된 지급거부 청구건에 대한 오류율의 평균 감소율 |
| “지급정지 보정요소” 를 환수를 위해 MAC에 회부된 초과지급금액을 상쇄하는 금액 추정에 보고기간 마지막 날 지급정지 공급자를 위한 조건부 지급금액에 적용함. | 환수를 위해 회부된 초과지급을 상쇄하는 조건부 지급의 총량 VS 지급정지 해지 이전 조건부 지급 총량 |
| “초과지급 보정요소” 를 예상 수집 금액 추정에 환수를 위해 MAC에 회부된 초과지급금액에 적용함. | MAC환수 총 초과지급액 VS MAC에 회부한 총 초과지급액의 비율 ; 각 계약 분리 계산 |
| “법 집행 보정요소” 를 예상절감액 추정을 위해 법 집행기관 위탁 비용에 적용함. | 복구, 판단, 유치권, 합의 등의 법원명령 VS ZPIC가 식별한 위험 원가의 비율 |
| “비용지출방지 보정요소” 를 해지된 공급자의 청구 비율을 계산하기 위해 비용지출방지 된 비용에 적용함. | 해지 이전 수급자의 청구 VS 해지 후 다른 공급자와 유사한 서비스에 동일한 수급자에 대한 청구 비율 |

〈표〉 보정된 절감액 추산의 보정요소

101) Paid Amount Adjustment Factor(지급액 보정요소), Appeals Adjustment Factor

○ 도입 세 번째 해 성과측정

| 분류 | 첫 번째 해 | 두 번째 해 | 세 번째 해 |
|-----------|---------|---------|--------|
| 실제예상 절감액 | 115.4 | 210.7 | 454.0 |
| 총 비용 | 34.7 | 40.5 | 46.9 |
| 총 투자수익 추계 | 3.3 : 1 | 5.2 : 1 | 9.7:1 |

〈표〉 FPS 총 투자수익 추계- 도입 세 번째 해 \$(백만)

- FPS 도입 세 번째 해 투자 수익은 1달러 소비에 9달러 이상 절감된 것으로 평가되었다. 또한 보정된 절감액은 총 1억 3,320만 달러가 회수 및 지급방지 될 것으로 추정하였다.

전문심사 대상선정 기준과 효율적 운영방안
- 수시분류를 중심으로 -

발행일 : 2016년 12월
발행인 : 손명세
편집인 : 이윤태
발행처 : 건강보험심사평가원 심사평가연구소
강원도 원주시 혁신로60
대표전화 : 1644-2000
홈페이지 : www.hira.or.kr

인쇄처 : 해든디자인플러스 (02) 868-6854

※ 이 보고서는 무단으로 복제나 인용을 할 수 없습니다.
(저작권법 제136조 등 관련법 적용)

