

가치기반 진료비 심사체계 개편방안



윤석준 교수
고려대학교 의과대학 예방의학교실

Key Point	<input checked="" type="checkbox"/> '비용효과성' 중심의 진료비 통제에서 '의학적 타당성' 중심의 필수의료 보장을 위한 심사체계 개편
	<input checked="" type="checkbox"/> 가치기반 의료를 지원할 수 있는 심사체계 개편방안을 동료심사체계의 활성화 등 7개 추진과제로 제언
	<input checked="" type="checkbox"/> 자율과 책임 기반의 패러다임 변화로 진료비 심사의 전문성·일관성·투명성 제고

Key Word 심사체계, 가치기반

1. 들어가며¹⁾

대부분의 국가들은 '가치기반 보건의료(value-based healthcare)'라는 흐름에서 비용 대비 가치를 향상시키는 목표를 추구하고 있다. 가치란 비용 대비 질로 표현되며(Value=Quality/Cost), 같은 비용의 의료서비스라면 의료의 질이 더 높은 서비스가 '가치'있다고 할 수 있다. 이러한 가치의 개념은 건강보험 보장의 패러다임에도 변화를 주고 있다. 비용 절감 중심의 재정 관리를 목표로 했던 보장성 논의에서 의학적 타당성에 근거한 의료서비스 이용을 보장하는 건강보험체계를 논의한다. 재정적으로 지속 가능한 건강보험체계는 자원 조달의 안정성뿐 아니라 개인의 가치와 국민건강을 모두 향상하는 방향으로의 효율화를 목표로 한다. 이에 진료비 심사 역시 '비용효과성' 중심의 진료비 통제에서 '의학적 타당성' 중심의 필수 의료서비스 보장을 담보하는 심사체계로의 변화를 요구한다.

건강보험심사평가원(이하 심평원)이 설립된 2000년 당시 심사 결정 건수는 약 4억 3,000만 건, 심사 결정 금액은 14조 7천 억원이었으며, 이는 2017년 15억 1,410만 건(3.5배), 78

1) 이 글은 「윤석준 등, 합리적 의료비용 운영을 위한 진료비 심사체계 개선방안. 건강보험심사평가원, 고려대학교 의료원 산학협력단. 2018.」 내용 일부를 재구성하였다.

조 9천 억원(5.4배)까지 증가하였다(건강보험심사평가원, 2016; 2018). 보건의료 환경의 변화와 심사 물량의 양적 증가로 심사업무 부담은 가중되고, 의료기술의 발전과 수가기준과 급여 기준은 날로 복잡해지고 있는 시점에서 심사업무의 난이도 또한 증가하고 있다. 이 글에서는 내외부적 환경과 '가치기반'이라는 새로운 건강보험보장의 패러다임에 필요한 진료비 심사체계의 효과적인 개편방안을 논의하고자 한다.

2. 진료비 심사체계 현황 및 과제

보건의료기술의 발전과 인구의 고령화, 건강보험 보장성 강화 등의 영향으로 의료이용이 증가함에 따라 진료비 심사대상 청구명세서의 물량이 증가하고 내용도 복잡해지고 있다. 건강보험 급여 항목 수만 보더라도 행위는 2000년 4,158개에서 2018년 8,987개로 2배 이상 증가하였으며, 치료재료는 2000년 1,724개에서 2018년 24,689개, 의약품은 2007년 15,223개에서 2018년 22,389개로 증가하였다(건강보험심사평가원, 2018). 이러한 변화 추이는 심사 물량의 양적 증가와 의학적 타당성을 검토해야 할 항목이 증가하여 기존의 인력과 방법을 유지하는 데 임계치에 달한 것으로 평가된다.

진료비 심사의 고객 또한 2000년 이후 확대되고 있는데, 전통적 고객인 중앙정부 및 보험자, 의료제공자를 넘어 일반 국민(진료비 확인제도), 민간보험(자동차보험) 등을 포함한다. 이처럼 진료비 심사의 사회적 역할이 확대되면서 심사업무에 대한 이해관계자의 기대와 요구도 증가하고 있다.

진료비 심사의 과제로 지적되는 사항들은 크게 심사체계의 전문성, 일관성, 투명성의 한계이다. 심사의 전문성 요구는 심사기준과 심사 근거자료의 신뢰도 및 타당도에 대한 우려와 불만에서 제기된다. 심사기준의 주 과제로는 불투명성, 불명확성, 복잡성, 의료제공자의 자율성 침해, 의학적 근거의 부족 등이 있다. 물론 특정 세부 항목의 의학적 필요성을 정의하는 데 고려해야 할 요소가 많고, 의학적 불확실성이 높아 명확한 심사기준 설정이 어렵다는 한계가 있지만, 개발된 심사기준을 공개하고 시의성 있는 투명한 개정과정이 요구된다. 동일한 내용의 청구 건이라도 전문심사 대상 여부가 달라질 수 있고, 진료비 총액 규모가 크거나 관심 대상인 의료기관에 대해서는 비용효과성 심사기준이 보다 엄격히 적용될 수 있다는 점 등에서 심사기준의 일관성 측면에서도 한계가 존재한다.

3. 진료비 심사체계 개편방안

진료비 심사대상의 지속적인 증가와 심사의 전문성, 일관성, 투명성에 대한 이해관계자의 요구가 증대하는 환경에서 심사체계는 청구 건 단위로 진료량과 진료비를 조정하는 기

존의 관리 기능에서 환자 단위의 진료성과를 모니터링 하는 기능으로 변화해야 한다. 이 글에서는 가치기반 의료를 지원할 수 있는 심사체계 개선방안을 아래 7개 추진과제로 제안하고자 한다.

가. 동료심사체계 활성화

심사의 의학적 전문성과 자율성을 보장하기 위해 전문 이해관계자의 적극 참여 기전을 마련할 필요가 있다. 명확한 기준에 의한 심사 외에 의학적 타당성 심사가 필요한 대상은 동료심사체계(peer-review system)를 적극 활용해야 한다. 단기적으로는 심평원의 상근 및 비상근 심사위원을 활용할 수 있다. 기존 심사인력은 심평원이 보유한 정보를 바탕으로 동료심사를 지원하는 근거를 제공해야 한다. 중장기적으로는 의학적 타당성 심사는 동료심사에서 전담하고, 심평원의 지원기능과 동료심사의 이원체계를 구축해갈 수 있다. 이를 위해서는 동료심사 참여를 독려할 수 있는 인센티브가 뒷받침되어야 한다.

나. 프로파일링 지표를 활용한 주제별 분석 심사체계 구축

진료행위가 급여기준에 부합하는지를 확인하는 이용도 심사에서 근거기반 진료를 장려하면서 비용을 관리하는 이용도 관리로의 심사 패러다임 전환은 프로파일링 지표를 통한 주제별 분석 심사로 반영할 수 있다. 사전에 합의·공개된 지표를 기준으로 진료비를 상시 모니터링하고, 합의 기준에서 벗어나는 기관 또는 진료 유형이 관찰될 시에 심사대상으로 선정하는 방식이다. 선정된 기관의 청구 건 중 무작위 표본을 대상으로 의무기록기반의 동료심사를 시행하고, 심사결과에 따른 조정과 필요한 경우 현지조사와의 연계를 통해 부당지출을 관리할 수 있다. 대만의 경우, 2011년 기준 진료비 경향 관련 404개의 지표를 개발하여 프로파일 분석을 시행 중이다. 산출된 결과는 지급 거부의 기준으로 활용되거나 동료심사 시 참고 정보가 되고 국민에게 공개된다. 이를 위해서는 동일한 임상적 유형의 환자에 대한 진료 패턴을 분석하여 프로파일링 지표를 개발하는 것이 필수적이며, 심평원과 의료계 합의를 통해 사전에 결정해야 한다.

다. 「진료비 자율심사제」의 단계적 추진

국세청 세무 행정에서 모범납세기관 등의 사례처럼 일정 기간 청구 및 지급심사 과정에서 중대한 삭감 조정이 없었던 의료기관을 대상으로 최대한 자율성을 부여해볼 수 있다. 심사 관련 전담인력과 인프라가 비교적 체계적으로 구축된 상급종합병원을 대상으로는 평가

자료를 제출하는 영역에 한해 「자율심사제」를 단계적으로 도입 가능하다. 예를 들면, 2018년 기준 상급종합병원 대상 적정성 평가 항목이면서 심사조정실적이 낮은 영역 등이다.

라. 「심사 그린카드제」의 단계적 도입

종합병원 이하 의료기관은 「심사 그린카드제」를 적용할 수 있는데, 일정 기준 이상의 의료기관 신청으로 선정하여 해당 기간 동안 필수 전산점검 후 모니터링하는 방안이다. 물론 선정과 해지, 제재 기준과 관리방안을 의료계와의 합의로 사전 마련해야 한다. 자율심사제와 심사 그린카드제 모두 심사 자체를 배제해주는 것이 아니라 청구오류 등 필수 점검을 위한 전산심사는 시행하여 완료 후, 무작위 표본 심사 등을 통해 모니터링 하는 것을 의미한다. 이는 의료기관의 자율성을 보장하고 전문심사의 효율화를 추구하는 동시에 의료기관의 책임성을 강화하기 위한 제도적 장치로 건전한 진료환경 조성을 기대할 수 있다.

마. 평가항목 연동형 가치기반 심사 확대

보건의료시스템의 지속가능성을 위해 의료의 효율성 제고와 질 향상이 제도 개혁의 핵심 수단이 되고 있는 상황에서 진료비 심사체계의 개편은 궁극적으로 가치기반 심사평가 체계로의 전환을 의미한다. 다만, 전면 전환은 어려우므로 의료의 질과 비용을 통합하여 관리 가능한 영역을 선정하여 우선 적용해가면서 단계적으로 대상과 역량을 확대해야 한다. 단기적으로는 질환, 시술 중심에서 장기적으로는 의료기관과 환자 중심으로 적용 단위를 넓힐 수 있다. 결과적으로 대상 의료기관을 비용과 질로 교차된 4사분면에 4개 유형으로 분류할 수 있는데, 질은 낮으면서 비용은 많이 소요되는 대상은 심사와 가감지급 기준을 강화하고, 높은 질을 유지하면서 비용은 상대적으로 낮은 기관을 대상으로는 최대한 자율성을 부여해주는 등의 인센티브를 제공할 수 있다.

바. 참여형 급여기준 및 심사기준 개선협의체 운영

합리적인 진료비 심사와 지급을 위해서는 근거에 기반을 둔 급여·심사·평가 기준이 진료현장에서 적시에 적용되어야 한다. 임상적 근거를 심사기준에 보다 빠르게 반영하여 진료실 의사결정에 활용할 수 있도록 임상적 근거와 심사기준의 연계 기반이 구축되어야 한다. 다만, 급여·심사·평가 기준을 결정하는 과정에 전문가 등 이해관계자가 참여해야 하며, 그 과정이 투명하고 절차는 객관적이고 명확해야 한다. 이에 의료계, 공익위원, 시민단체 등을 포함하여 협의체를 구성하고 운영하는 것을 제안한다. 매주 1회 공개 운영하는

등의 투명성 제고 방안도 필요하다. 합의된 기준을 적용할 때에는 사전 공개된 기준만을 적용하고, 불명확한 부분에 대해서는 반드시 위원회 등의 공식적 의결 과정을 거쳐 적용하도록 하여 심사기준 결정과 적용의 투명성을 확보해야 한다.

사. 미래 지향형 진료비 명세서 개편

마지막으로 가치 중심으로의 건강보험 패러다임 변화를 반영할 수 있는 명세서 개편이 추진되어야 한다. 현재 적정성 평가가 이루어지는 영역에 우선순위를 두어 청구명세서에 포함할 영역과 지속해서 별도 수집이 불가피한 영역으로 구분하여 명세서 개편을 고민해야 한다. 명세서에 포함하기 어려운 영역에 대해서는 평가정보를 효율적으로 수집할 수 있는 통합 체계를 구축하여 정보를 수집하고 관리, 활용 단계에서 효율성을 높일 뿐 아니라 정보를 제공하는 의료기관의 행정 부담을 완화할 수 있어야 한다.

4. 가치기반 심사체계의 구현

7개 추진과제 중 ‘평가항목 연동형 가치기반 심사 확대’의 실행 가능성을 검토하기 위해 심사·평가 관련 지표를 활용하여 가치기반 심사체계를 구현하였다. 2016년 종합병원의 진료비 심사 및 평가결과에 따라 비용과 질로 교차된 4사분면에 대상 의료기관을 분류하였으며, 2017년 진료비 조정건과 조정액을 파악하여 지표의 유용성을 확인하였다.

가. 방법

심사 영역의 지표는 ‘요양기관 프로파일링 시스템’을 활용하여 의료기관 단위로 산출하고 있는 후보지표 6개(조정건율, 조정액률, 현지조사결과 부당청구기관, CI, VI, LI, 지표연동자율개 선제 선정여부)로 선정하였다. 지표별 기준에 부합하면 1점을 부여하고 지표별 점수를 합산하여 영역 점수를 산출하였다. 영역 점수가 0점인 경우 ‘양호’, 이외에는 ‘불량’ 기관으로 분류하였다.

평가 영역은 적정성 평가 대상인 8개 항목(급성기뇌졸중, 만성폐쇄성폐질환, 유소아 급성중이염 항생제, 폐렴, 위암, 유방암, 대장암, 폐암)의 평가결과, 1등급을 받은 항목의 수로 산출하여 합산하였다. 영역 점수가 0점인 경우 ‘불량’, 이외에는 ‘양호’ 기관으로 분류하였다. 지표별 기준은 (표 1)과 같다.

(표 1) 가치기반 심사·평가 지표별 평가 기준(안)

구분	지표	기준	점수
심사	조정건율	(상위10%) 조정건율 9.4% 이상 기관	1점
	조정액률	(상위10%) 조정액률 1.09% 이상 기관	1점
	현지조사 결과	현지조사 결과, 부당청구 기관으로 확인된 기관	1점
	CI(진료비)	1년 측정 모두(8회 ¹⁾ CI>1 기관	1점
	VI, LI(내원일수)	1년 측정 모두(8회 ¹⁾ VI(LI)>1 기관	1점
	지표연동자율 개선제 선정여부	분기별 1개 이상 지표에서 통보받은 기관	1점
평가	적정성 평가 결과(8개 항목 ²⁾)	1등급 받은 평가항목(양호) 수 합산	0~8점

CI: Costliness Index; VI: Visit Index; LI: Lengthiness Index

주: 1) 모든 종합병원 대상 분기별로 CI, VI(LI) 지표 입원/외래 구분하여 산출한다(연8회).

2) 급성기뇌졸중, 만성폐쇄성폐질환, 유소아 급성중이염 항생제, 폐렴, 위암, 유방암, 대장암, 폐암 자료: 윤석준 등. 합리적 의료비용 운영을 위한 진료비 심사체계 개선방안. 2018.

나. 결과

종합병원 295개 중 2016년 심사 영역 6개 지표에 모두 해당하지 않아 ‘양호’로 분류된 기관은 총 197개(66.78%)였으며, 적정성 평가결과 8개 항목 중 1개 이상의 항목으로 1등급을 받아 평가 영역에서 ‘양호’로 분류된 기관은 총 204개(69.41%)였다(표 2).

(표 2) 2016년 종합병원 대상 심사 및 평가 영역 점수

(단위: 명, %)

심사				평가			
총점(지표별 점수 합산)			결과	총점(지표별 점수 합산)			결과
점수	N	%		점수	N	%	
0	197	66.78	양호	0	91	30.85	불량
1	60	20.34	불량	1	74	25.08	양호
2	33	11.19		2	42	14.24	
3	5	1.69		3	27	9.15	
				4	11	3.73	
			5	5	1.69		
			6	10	3.39		
			7	16	5.42		
			8	19	6.44		

자료: 윤석준 등. 합리적 의료비용 운영을 위한 진료비 심사체계 개선방안. 2018.

심사와 평가 영역 모두에서 '양호'로 분류된 147개(49.8%) 기관은 '높은 질-높은 비용효과성' 유형의 기관으로 평가할 수 있으며, 앞서 추진과제에서 제시한 「심사 그린카드제」 대상 선정기준으로 제한할 수 있다. 반면, 심사·평가 영역에서 모두 '불량'으로 분류된 41개 기관(13.9%)은 '낮은 질-낮은 비용효과성' 유형의 기관으로 「심사 강화 대상」으로 분류하여 의무기록 기반 심사를 강화하거나 현지조사와의 연계 등의 역유인(disincentive) 대상으로 활용 가능하다.

(표 3) 평가항목 연동형 가치기반 심사에 따른 기관 분류 결과

		심사	
		양호 (0점)	불량 (1~6점)
평가	양호 (1~8점)	기관수: 147개(49.8%) 조정건율 : 3.81% 조정액률 : 0.58%	기관수: 57개(19.3%) 조정건율 : 6.31% 조정액률 : 0.82%
	불량 (0점)	기관수: 50개(16.9%) 조정건율 : 3.88% 조정액률 : 0.60%	기관수: 41개(13.9%) 조정건율 : 6.00% 조정액률 : 1.11%

자료: 윤석준 등. 합리적 의료비용 운영을 위한 진료비 심사체계 개선방안. 2018.

2016년 심사와 평가 영역에서 모두 '불량'으로 분류된 기관의 2017년 진료비 조정 건 비율은 6.00%, 조정액률은 1.11%로 '양호'기관의 조정건율(3.81%)과 조정액률(0.58%) 보다 높았다. 청구금액을 기준으로 대형 종합병원과 중형 종합병원으로 구분해본 결과, 대형병원 '불량'기관의 조정건율과 조정액률은 각 9.88%, 1.38%, '양호'기관의 경우 4.01%, 0.62%였다. 중형병원에서도 '불량'기관의 조정건율(5.80%)과 조정액률(1.09%)은 '양호'기관의 조정건율(3.64%), 조정액률(0.55%)보다 높았다.

5. 나가며

진료비 심사체계가 가치기반 의료를 지원하고 강화하기 위해서는 청구 건 단위로 진료량을 통제하고 조정하는 기존의 미시적 관리에서 벗어나 심사단위와 대상, 기능 등의 다차원적 변화가 요구된다. 이 글에서는 7개 추진과제를 중심으로 가치기반 심사체계 개편방안을 제시하였다. 추진과제를 안정적이고 효과적으로 실현하기 위한 대전제는 이해관계자 간 '신뢰'이다. 전체 청구 건을 대표하는 표본을 대상으로 의무기록과 청구자료의 대조로 신뢰도를 점검하는 「무작위 신뢰도 점검」을 활성화함으로써 의료기관의 정확한 청구를 유도하고,

바른 청구문화 조성을 기대해 볼 수 있다. 진료비 심사의 본 목적인 건강보험 재정을 보호하는 성과는 청구된 진료비를 심사를 통해 얼마나 줄여서 지급했는지에 대한 조정률이 아니라 얼마나 정확하게 진료비를 지급했는가이다. 자율 속 책임을 강조하는 패러다임 변화로 심사 전 과정의 투명성, 참여와 합의를 통한 심사의 일관성, 동료심사를 기반으로 하는 전문성 제고를 기대한다. ❧

참고문헌

건강보험심사평가원. 수치로 보는 HIRA 15년의 발전사. 2016.

건강보험심사평가원. 2017년 손에 잡히는 의료 심사평가 길잡이. 2018.

윤석준, 강희정, 홍재석, 김교현, 고든솔, 정재훈. 합리적 의료비용 운영을 위한 진료비 심사체계 개선방안. 건강보험심사평가원, 고려대학교 의료원 산학협력단. 2018.