

# 심사평가체계 개편의 필요성과 추진방향



**이영아** 실장  
건강보험심사평가원 심사기획실

<b>Key Point</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 환자 중심, 의학적 근거 기반의 진료비 심사평가체계로 전환 <input checked="" type="checkbox"/> 의료의 질과 효율성 향상을 균형 있게 도모하는 가치기반 심사평가체계로 이행
<b>Key Word</b>	가치기반(value-based), 심사평가체계 개편

## 1. 들어가며

세계 각국에서는 의료서비스 양 중심의 ‘자원투입 보상’에서 투입 비용 대비 의료 질 적정성인 ‘가치 기반 보상’으로 건강보험보장의 패러다임이 변화하고 있다. 이는 모든 참여자들(환자, 정부, 의료기관)이 양(volume)이 아닌 가치(value)에 기초하여 의사결정을 유도하는 운영 패러다임의 변화를 의미한다(윤석준, 2018).

한편 보건복지부는 ‘건강보험 보장성 강화 대책’을 통해 의학적으로 필요한 의료 서비스에 대해 ‘예비급여’를 도입하여 비급여의 급여화를 추진하기로 하였다(보건복지부, 2017).

건강보험심사평가원(이하 ‘심사평가원’)은 정부의 보장성 강화 정책을 효과적으로 지원하기 위해 관련 연구용역<sup>1)</sup>을 추진하여 새로운 심사평가의 방향을 모색하였다. 이를 토대로 2018년 5월 전담조직(심사평가체계개편단)을 구성하고 보건복지부 심사체계개편 TF팀과 함께 대내외 의견수렴과 논의를 거쳐 개편방안을 마련(2018.7.)하였다. 같은 해 9월에는 의료

1) 기준 비급여 급여화에 따른 진료비 심사 관리방안 연구(박춘선 등, 2018), 합리적 의료비용 운영을 위한 진료비 심사체계 개선방안(윤석준 등, 2018)

공급자, 가입자, 전문가(학계), 정부 등이 모두 참여하는 ‘건강보험 심사평가체계 개편 협의체<sup>2)</sup>’를 발족하여 수차례 논의를 거쳐 제22차 건강보험정책심의위원회(2018.12.27.)에 개편 방안을 보고한 바 있다.

이 글은 「건강보험 심사평가체계 개편보고서(심사평가원, 2019)」와 「심사·평가체계 개편을 위한 2019 분석심사 선도사업 지침(심사평가원, 2019)」의 일부를 발췌·정리한 것으로 심사평가원에서 운영하고 있는 분석심사 선도사업<sup>3)</sup> 방향과 내용을 살펴보고자 한다.

## 2. 심사평가체계 개편의 추진방향

심사평가체계를 개편하는데 있어 가장 기본적인 방향은 국민에게 적정 의료서비스를 보장하고 의료인의 전문성·자율성을 존중하며 환자 중심, 의학적 근거 기반의 진료비 심사평가체제로 전환하는데 있다. 궁극적으로, 비용 증가가 일정 부분 불가피한 상황에서 의료의 질과 효율성 향상을 균형있게 도모하는 가치기반 심사평가체제로 이행하는 것을 목표로 하며, 이를 달성하기 위한 세부적인 전략은 다음과 같다.

### 가. ‘청구 건 단위·비용효과성 관점 심사’에서

#### ‘주제(환자·질환·항목 등) 단위·의학적 타당성 관점 심사’로 전환

환자에게 제공된 의료서비스의 질, 효율성 및 진료결과 등을 의학적 관점에서 종합적으로 견지하고, 변이감지 시 중재를 먼저 실시하고 변이가 지속·심화될 경우 심층심사하는 ‘의학적 근거 및 분석기반 심사방식’을 도입한다. 기존에 일률적 급여기준에서 조금이라도 초과하면 심사·조정하는 청구 건 단위 심사 방식에서 기준을 초과하더라도 의학적 필요성을 분석하여 인정 여부를 결정하는 방식으로 전환을 의미한다. 예를 들어, 타 기관에 비해 청구량이 급증하더라도 특정질환을 전문으로 진료하는 의사, 인근 요양기관 폐업으로 인한 일시적 환자 쏠림 등과 같이 합리적 사유가 소명되는 경우 인정하는 방식을 말한다.

또한, 주제별로 심사에 적용하는 의학적 근거목록과 지표를 사전에 고지하고, 의학적 필요성 관점의 분석과 전문 심사위원회 논의를 거쳐 중재방법을 결정한다. 의학적으로 타당한 최적의 임상연구 결과, 국내외 교과서, 임상진료 지침 등의 의학적 근거가 심사기준이 됨으로써, 종전의 제한적 급여기준 또는 심사기준을 대체하게 된다.

2) 건강보험 심사평가체계 개편 협의체는 가입자(4명), 공급자(6명), 전문가(6명), 정부·심사평가원·건강보험공단(각 1명)으로 구성되어 있다.

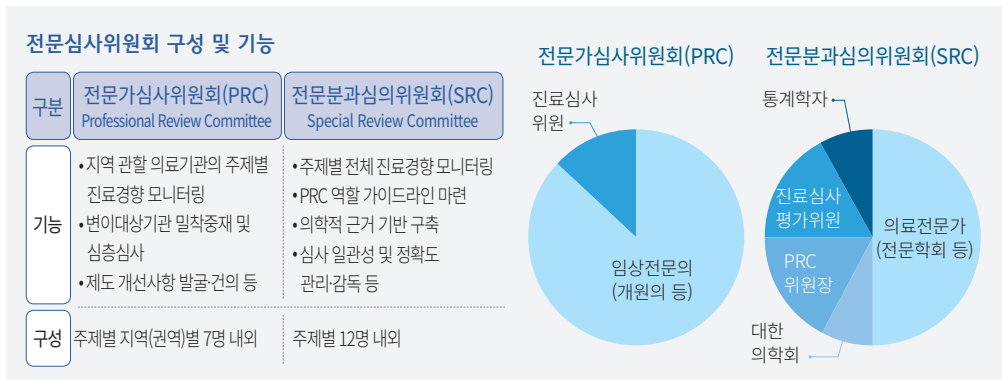
3) 보건의료기본법 제44조제1항에 따라 정부의 보장성 정책 방향에 맞추어 새로운 심사평가체계 개편의 시범 적용을 위하여 의학적 근거기반 분석심사 선도사업을 실시하였다.

### 나. 심사평가원 내부 심사결정 구조에서 개방형·참여형 구조로 전환

진료비 심사방법의 개선에 따라 그 동안 폐쇄적 운영체제로 지적받고 있는 진료심사평가위원회의 심사결정 운영체계에서 의료현장의 임상 의사, 전문학회 등이 주체적으로 참여하는 전문심사위원회를 별도로 구성하여 주제(상병)별 진료현상에 대해 의학적 타당성 분석과 증재방법을 결정하는 등 심사과정 전반을 관장하는 운영체계로 전환한다.

전문심사위원회는 분석심사와 증재를 담당하는 전문가심사위원회(Professional Review Committee, 이하 PRC)와 의학적 근거 등 심사기준과 심사 정확성 등을 관리하는 전문분과심사위원회(Special Review Committee, 이하 SRC)의 2단계 운영체계로 운영할 예정이며, 대부분 임상 의사와 전문학회 추천자로 구성된다.

추가적으로 진료비 심사제도 전반에 대한 효율적 운영을 위해 사회적 협의체(의료공급자, 가입자, 전문가, 정부 등)도 상시적으로 운영할 계획이다.



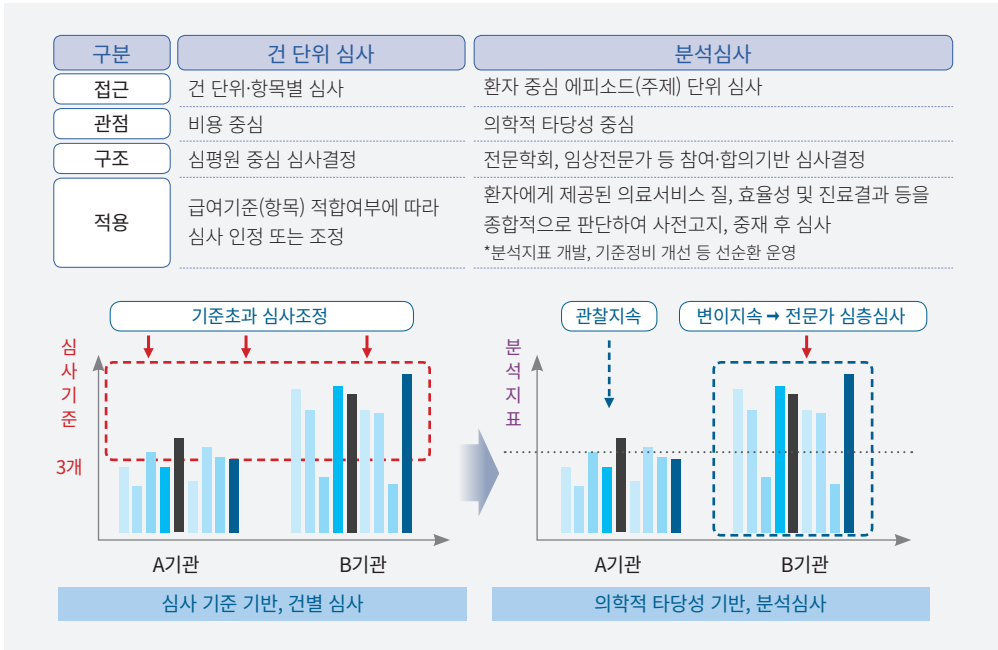
[그림 1] 전문심사위원회 구성 및 기능

자료: 건강보험심사평가원, 심사·평가체계 개편을 위한 2019 분석심사 선도사업 지침, 2019.

### 다. 환자 중심의 질 향상을 위한 심사·평가 선순환 체계 구축

의료기술의 발전, 인구 고령화, 요양급여 확대 등으로 인한 진료비의 증가가 불가피한 현실 속에서 환자에게 제공되는 치료결과를 중시하는 ‘가치기반(value-based) 심사·평가’로 전환을 추진하는 것은 앞서 언급한 세계적인 패러다임을 따라가는 당연한 결과 일 수 있다. 심사평가원은 의료전달체계 유형별 심사·평가 관리기전의 사각지대를 해소하고 기능에 기반한 성과를 측정할 수 있도록 평가를 강화한다. 또한, 의료 질 향상을 목표로 하는 가감지급, 인센티브, 정책수가 조정 등과 같은 다양한 관리기전들 간의 유기적인 연계를 강화함으로써 선순환 체계의 연결 고리를 견고히 할 수 있다고 보고 있다.

더 나아가서 분석심사 주제별 모니터링 지표 중 적정성 평가지표와 동일 또는 유사한 경우 요양기관의 혼란을 최소화하고, 업무의 일관성을 유지하기 위해 기존의 정비를 병행한다. 심사·평가 업무가 효율적으로 진행되도록 비용자료 중심의 현행 청구명세서를 개편하고, 제출 양식·전산프로세스 등을 통합·표준화<sup>4)</sup> 하는 것도 이러한 선순환 체계 구축을 지원하는 방안의 일환이다.



[그림 2] 개편에 따른 심사 프레임 변화

자료: 건강보험심사평가원. 심사·평가체계 개편을 위한 2019 분석심사 선도사업 지침, 2019.

### 3. 선도사업과 로드맵

심사평가원은 2018년 12월 협의체 제3차 회의를 통해 선도사업 대상을 확정하였다. 선도사업의 대상은 환자에게 중요하고 의미 있는 에피소드 단위로 정의하고, 주로 급성기 진료·만성질환·중증질환·unit 단위·항목단위 등으로 분류하여 대상을 선별하였다. 실무진에서 검토된 대상과 선정기준(표 1)을 바탕으로 중요도, 적용가능성, 내·외과 형평성 등을 고려한 사회적 논의 결과를 통해 최종 3개 영역 7개 주제가 선정되었다(표 2).

2019년 선도사업을 도입하고, 효과분석 및 수정·보완을 거쳐 단계적 개편을 통해 2022년까지 완성에 이르는 것을 목표로 단계적 확대방안을 검토 중에 있다. 의료기관 기

4) 자료제출 부담 등이 증가하는 경우 Pay for Reporting(P4R) 체계 등의 도입에 대해 검토한다.

능 유형별 특성 및 질환별 진료현황 분석을 통해 중증질환, 주요 단순수술, 급성질환, 만성 질환 등 영역별로 전략적 접근방안이 다를 수 있으나 최종적인 목표는 환자 중심의 질 평가와 심사의 연계, 더 나아가서는 진료성과에 기반한 가치기반 심사체계 구현에 있다[그림3].

**(표 1) 선도사업 대상 선정기준**

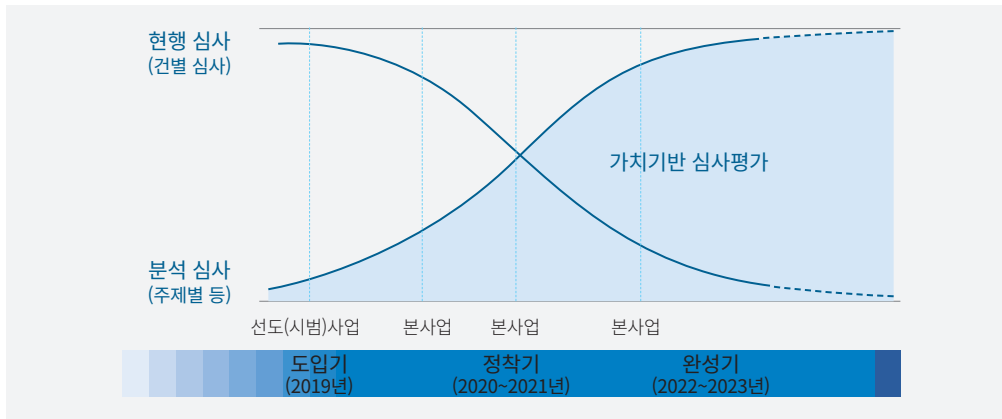
① 의료의 질과 비용 통합관리로 가치를 높일 수 있는 영역 예) 만성질환(고혈압, 당뇨병 등), 관절치환술, 폐렴입원 진료, 급성기뇌졸중 등
② 공공성 영역이고 전문성·자율성 보장이 시급한 영역 예) 권역외상센터, 분만취약지역, 중환자실, 신생아중환자실, 응급실 진료 등
③ 합리적 의료서비스가 요구되는 영역 예) 혈액(CBC)검사, 간기능(LFT)검사, MRI, 척추수술 등

자료: 건강보험심사평가원. 심사-평가체계 개편을 위한 2019 분석심사 선도사업 지침. 2019.

**(표 2) 분석심사 선도사업 대상**

영역	대상(주제)	종별	목표	선정사유
만성 질환	고혈압	의원 (외래)	•적절한 처방 및 관리 등을 통한 합병증 및 급성 악화 예방 (입원 감소)	•평가시행 항목으로 질과 비용 통합관리 가능항목 •진료인원 및 진료비 규모가 큰 사회적 관심 항목
	당뇨병			
	만성폐쇄성폐질환			
	천식			
급성기 진료 (시술 포함)	슬관절 치환술	전체 (입원)	•합병증 없는 슬관절치환술 시행 및 슬관절 기능 개선(재입원 감소)	•질과 비용의 통합관리 가능 항목 •진료인원 및 진료비 규모가 큰 사회적 관심 항목
항목	자기공명영상진단 (MRI)	전체	•환자에게 필요한 검사의 효율적 제공 유도	•보장성 강화 정책에 따른 사회적 관심 항목 •일종의 파일럿 형식으로 모니터링 진행(모니터링 통한 기준개선 등)
	초음파			

자료: 건강보험심사평가원. 심사-평가체계 개편을 위한 2019 분석심사 선도사업 지침. 2019.



**[그림 3] 연도별 확대 로드맵**

자료: 건강보험심사평가원. 심사-평가체계 개편을 위한 2019 분석심사 선도사업 지침. 2019.

## 4. 나가며

환자중심의 의료 질 향상과 진료의 전문성·자율성을 보장하기 위해 선도사업을 운영 중인 분석심사는 진료비 심사평가체계 개편의 첫 걸음이다. 이를 통해 의사는 의학적 견지에서 소신 진료가 가능하도록 하고 국민은 적정 의료서비스 이용이 가능하도록 하여 의료의 질 향상을 통한 불필요한 합병증 예방 등 거시적인 효과를 기대해 볼 수 있다.

선도사업을 통해 심사평가원이 달성하고자 하는 것은 최종적인 확정이 아니라 심사평가체계 개편의 가능성과 타당성에 대한 검증이라고 볼 수 있다. 이러한 관점에서 선도사업은 현실과 이론의 차이를 연결하는 ‘성찰적 평형(reflective equilibrium)’에 이르는 과정으로 볼 수 있다. 롤스(John Rawls)가 말하는 성찰적 평형이란 일련의 연속적인 숙고의 과정을 거쳐 도달한 잠정적 결론으로, 일반원칙(또는 지식이나 규범)과 구체적인 판단 사이에서 상호 조정을 거쳐 균형된 상태를 달성한 것을 가리킨다(김창엽, 2019. 재인용).

따라서 심사평가원은 앞으로도 의료계와 함께 새로운 심사 패러다임 전환을 도모하여 심사 전문성과 수용성을 높이고, 다수의 임상전문가들이 협의 결정하는 심사체계를 확고히 하여 심사 공정성을 담보할 수 있도록 최선의 노력을 다할 것이다. X

## 참고문헌

- 
- 건강보험심사평가원. 건강보험 심사평가체계 개편보고서. 2019.
  - 건강보험심사평가원. 심사·평가체계 개편을 위한 2019 분석심사 선도사업 지침. 2019.
  - 김창엽. 건강의 공공성과 공공보건의료. 한울엠플러스. 2019.
  - 박춘선 등. 기준 비급여 급여화에 따른 진료비 심사 관리방안 연구. 건강보험심사평가원. 2018.
  - 보건복지부. “모든 의학적 비급여 비용·성형 등 제외, 건강보험이 보장한다”. 보건복지부 보도자료. 2017.8.9.
  - 윤석준 등. 합리적 의료비용 운영을 위한 진료비 심사체계 개선방안. 건강보험심사평가원. 2018.