

요양급여 적정성 평가체계 혁신 중장기 계획

김상지, 전숙경, 이창원, 정영애, 안재영, 안유미, 권아영, 임상희, 최정남, 윤미선, 변의형, 조미현
건강보험심사평가원

Planning for Innovation in the Quality Assessment System of Healthcare Benefits

Sang Ji Kim, Sook Kyoung Jun, Chang Weon Lee, Young Ae Jeong, Jae-Young Ahn, You Me An, Ah-Young Kwon, Sang Hee Lim, Jeong Nam Choi, Mi Sun Yun, Eui Hyeong Byun, Mee Hyeon Cho

Health Insurance Review and Assessment Service, Wonju, Korea

Correspondence to:

Eui Hyeong Byun

Quality Assessment Administration
Department, Health Insurance Review
& Assessment Service, 130 Ipchun-ro,
Wonju 26465, Korea

Tel: +82-33-739-3500

Fax: +82-33-811-7418

E-mail: joy1004@hira.or.kr

Mee Hyeon Cho

Quality Assessment Department, Health
Insurance Review & Assessment Service,
130 Ipchun-ro, Wonju 26465, Korea

Tel: +82-33-739-4500

Fax: +82-33-811-7420

E-mail: chomee88@hira.or.kr

Received: October 22, 2021

Revised: November 8, 2021

Accepted after revision: November 10, 2021

© 2021 by Health Insurance Review &
Assessment Service

© This is an Open Access article distributed
under the terms of the Creative Commons
Attribution Non-Commercial License ([http://
creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0](http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0))
which permits unrestricted non-commercial
use, distribution, and reproduction in any
medium, provided the original work is
properly cited.

With the recent spread of remote culture and the development of digital infrastructure technologies, it has become necessary to improve the evaluation system to respond to the upcoming changes in the medical environment. To respond to these changes, Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA) selected 23 detailed promotion tasks for innovation and seven innovation tasks in three areas that require priority performance. First, the areas of meaningful evaluation are “a paradigm shift in introducing new evaluations,” “reorganization of evaluation indicators centered on core indicators,” and “redesign of existing evaluation items.” Second, the areas of data collection to promote innovation are “preparing the legal basis and spreading the e-form system” and “expanding the collection of present on admission.” Third, the areas of expanding the use of evaluation results are “selection to enhance public utilization of evaluation information” and “strengthening value-based compensation.” The mid- to long-term plan for innovation in the quality assessment system for healthcare benefit adequacy is first to develop and introduce new evaluations focusing on key indicators such as patient-centered and patient safety-related outcome indicators that can improve national health outcomes. Second, the reform is intended to prepare a legal basis for the smooth collection of evaluation data and switch to the collection of evaluation data using the e-form evaluation form, which is a form for submitting data at the time of claiming medical care benefit costs. Third, it is to improve and operate the current Value Incentive Program focusing on small and medium-sized hospitals and clinics that need to improve the quality of medical care and expand the evaluation items and scale of the additional reduction payment. HIRA is expected to further promote value-based medical quality improvement by doing the following: reorganizing the evaluation centering on key indicators such as outcome indicators that can measure public health performance through the seven tasks and strengthening rewards for health performance improvement.

Keywords: Health Insurance Review & Assessment Service; Plan; Quality assessment; Healthcare

서론

보건의료체계 정의는 국민의 건강을 향상시키고 건강 관련 요구에 부응하는 것으로, 의료비 부담으로부터 국민을 재정적으로 보호하고 건강수준을 향상시키는 데 목적이 있다[1]. 전 세계적으로 보건의료체계 패러다임은 제공된 진료의 양보다는 국민건강 향상에 실질적으로 기여한 성과에 대한 보상을 강화한다는 가치기반(value-based) 보건의료로 전환되고 있다[2]. 이는 낮은 가치에서 높은 가치의 의료로 자원을 배분하는 장기적 전략을 요구하며, 임상 진료의 변이 측정을 넘어서는 평가방법론의 발전을 요구한다. 우리나라는 저출산·고령화 등 보건의료 환경변화로 인해 건강보험 재정관리와 복합만성질환관리의 일차의료 기능 강화, 환자 중심의 통합 의료서비스 제공이 강조되고 있다. 뿐만 아니라 최근 비대면 문화 확산과 디지털 인프라 기술(5G, 인공지능 등)의 발전으로 다가올 미래 의료환경에 대

응하기 위한 평가체계 개선이 필요한 시점이다. 따라서 건강보험의 지속 가능성 확보를 위한 의료 질 제고와 환자 중심의 보상 강화로 낭비적 지출에 대한 관리와 더욱 적극적인 의료서비스의 질 관리가 요구되고 있다.

그러나 2001년부터 이어 온 요양급여 적정성 평가는 의료 질의 균형적 확대 등의 발전을 통해 노력해 왔음에도 불구하고 평가의 사각지대가 존재하며, 결과지표 등 유의미한 지표로의 전환과 자료수집의 편이성 개선 등이 요구되고 있다. 이렇게 대내외적으로 빠르게 변화하는 보건의료 환경을 현 평가체제로 대응하기에는 한계가 있다. 이에 건강보험심사평가원(심사평가원)은 평가체계 혁신을 위한 중장기 추진전략을 계획하였다(그림 1).

2020년 9월 내·외부 평가전문가로 평가발전위원회를 구성하여 전문가 및 이해관계자 자문, 내부 의견수렴, 과거 평가발전방안 검토 등을 바탕으로 전략 구체화에 돌입하였다.

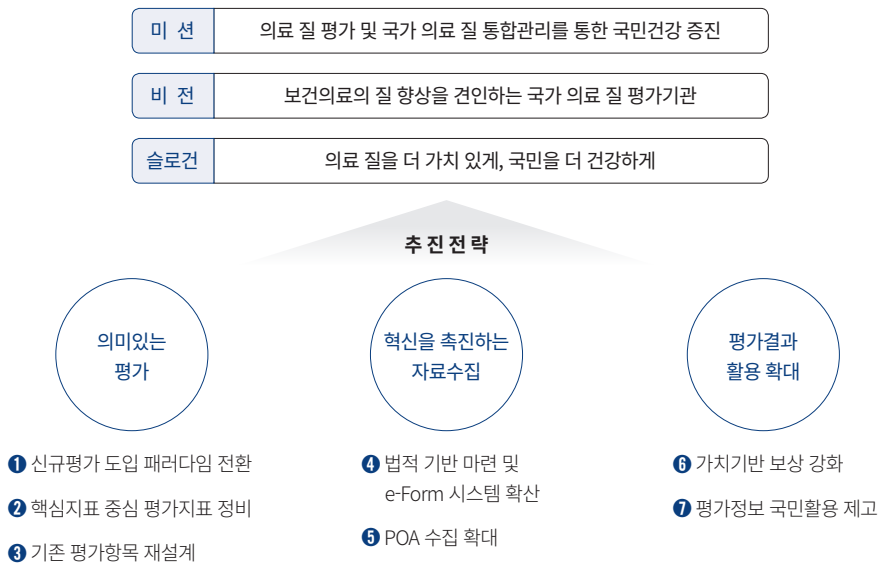


그림 1. 평가체계 혁신 중장기 추진전략 체계도. POA, present on admission.

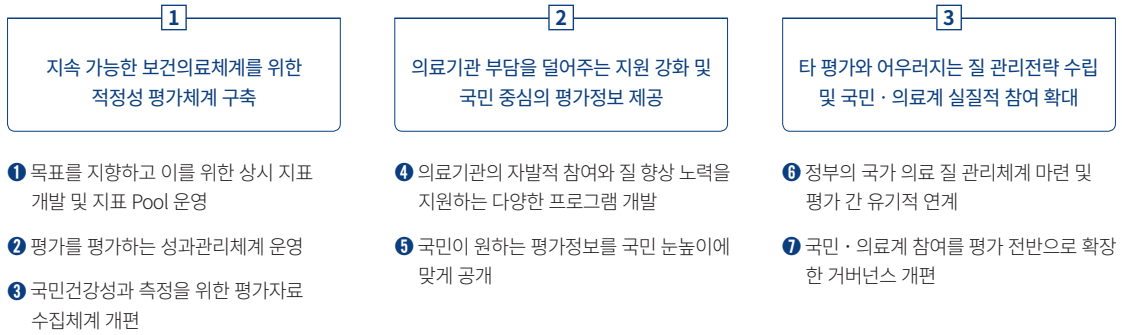


그림 2. 평가발전위원회의 평가체계 혁신방향 및 7개 권고(안).

2021년 3월에는 “2040 적정성 평가 미래발전 방향” 포럼을 개최하여 3대 혁신 방향 및 7대 권고안을 도출하였다(그림 2) [2]. 이를 바탕으로 23개 세부 추진과제를 마련하여 그 중 선제적 조치가 필요한 주요 이슈 중심의 7개 과제를 혁신과제로 선정하고 나머지는 일반과제로 분류하였다.

7개 혁신과제 중 (1) 신규평가 패러다임 전환, (2)

핵심지표 중심의 평가지표 정비, (3) 기존 평가항목 재설계는 (4), (5) 평가자료 수집 기반 마련과 병행되어야 하며, 이를 통하여 핵심지표 중심으로 전환된 평가결과를 반영한 (6) 가치기반 보상 강화 및 (7) 평가정보 국민 활용 제고는 또 다른 한 축으로 실행되어야 할 것이다(그림 3).

구분	(1) 신규평가 도입 패러다임 전환	(2) 핵심지표 중심의 평가지표 정비	(3) 기존 평가항목 재설계	(6) 가치기반 보상 강화
정의	도입이 미진했던 환자안전, 환자 중심 지표 Pool 개발로 건강성과 집중측정	목표부여방식 등 건강성과로 이어지는 핵심지표 중심 평가로 전환	· 일차의료 통합평가 · 암 질환 환자 중심 포괄 평가 · 환자경험 증별 확대 · 지표 자율선택제	· 가감지급 전면 개편 - 대상: 전체→병의원급 - 지불: 가감→가산 · 만성질환 인센티브 전환 - 자료 제출 자율참여 대상
거버넌스	기획분과, 지표분과 (소비자, 환자 참여)	지표분과, 항목분과 (소비자, 환자 참여)	지표분과, 항목분과 (소비자, 환자 참여)	· 의료질평가지원금 개편 - 핵심지표 측정결과 반영
자료 수집 기반	(4) 법적 기반 마련 및 e-Form 시스템 확산			(7) 평가정보 국민 활용 제고
	· 자료 제출의 실효성 확보를 위한 건보법 상위 조항 신설 · e-Form 시스템으로 평가자료 수집 일원화(P4R 연계) · 전자의무기록 인증 기반 평가자료 수집을 위한 수가 신설(P4R)			· 평가등급 등 평가결과가 보다 쉽게 눈에 들어오도록 시각화 · 평가결과 빅데이터 오픈 API 개발 및 국내 대형 포털(네이버, 카카오) 연계
	(5) POA 정보 수집 확대			
	· POA 정보 수집을 위한 ‘의료질평가지원금’ 제도와 연계 · POA 정보의 정확한 수집을 위한 코딩지침 및 사례집 개발, 교육			

그림 3. 7대 혁신과제 프레임워크. P4R, pay for reporting; POA, present on admission; API, application programming interface.

의미 있는 평가

보건의료체계에서 국민건강성과 측정은 의료 질 향상으로 이어질 수 있는 지표를 통해서 가능하다. 건강결과의 향상과 환자경험의 개선, 비용의 절감 등을 지표로 측정하는 것이다(그림 4). 이러한 국민 건강성과를 향상할 수 있는 핵심지표를 개발하고, 현재 질 지표를 핵심지표 중심으로 정비하고자 한다. 여기서의 핵심지표 예시로는 National Quality Forum의 '가치 있는 질 지표유형'을 참조할 수 있다 [3] (표 1).

1. 신규평가 도입 패러다임 전환

평가항목의 지속적 확대에도 불구하고 여전히 평가 필요영역이 존재한다. 2021년 6월 기준 35개 평가항목 323개 지표를 운영 중이나, 결과 및 환자경험(구조 및 과정지표 73.7%, 결과지표 23.8%, 환자경험 2.5% 비중의 지표유형), 환자 중심성(환자안전 지표 81개[25.1%] 중 결과지표 27개, 환자 중심성 4.9% 등의 질 구성요소) 지표의 비중은 낮다. 또한 실질적으로 국민 요구가 있고 국가 간 비교에 필요한 '수술 후 합병증' 등의 환자안전 영역 지표도 부재한 상황이다. 그리고 연차별 제안 항목 수 감소 및

의료 질 향상 더욱 촉진

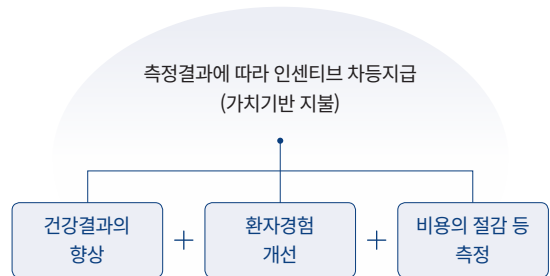


그림 4. 국민건강성과 측정의 의미.

관련 임상학회 중심의 제안으로 균형성 있는 평가대상 발굴 및 확대가 제한되고, 신규평가 제안시스템 운영 한계로 신규평가 도입까지 장시간 소요되고 있다. 이에 (1) 환자안전·환자 중심성 등 핵심지표 개발 및 평가 도입 (2) 적시성·수용성 제고를 위한 신규평가 도입체계 개선을 수행하고자 한다.

1) 환자안전·환자 중심성 등 핵심지표 개발 및 평가 도입

상시 제안시스템을 통하여 발굴된 신규평가 항목의 지표 개발 및 예비평가 시 환자안전·환자 중심성을 고려하여 지표를 개발하고, 평가가 제안되지 않았지만, 경제협력개발기구(Organization for

표 1. 가치 있는 질 지표유형

Outcome measures	진료 결과지표
Patient-reported outcome measures	환자 중심 결과지표
Measures addressing patient experience, care coordination, population health, quality of life or impact on equity	환자경험, 진료연계, 국민건강, 삶의 질, 형평성 관련 지표
Appropriateness, overuse, efficiency, and cost-of-care measures	적절성, 과다이용, 효율성, 비용지표
Composite measures	복합지표
Process measures with strong evidence-based link to patient outcomes	환자의 건강결과와 강한 관련성이 있는 과정지표

자료: National Quality Forum. Maximizing the value of measurement: MAP 2017 guideline. Washington (DC): National Quality Forum; 2017 [3].

Economic Cooperation and Development, OECD), Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 등의 환자안전 및 환자 중심성 주요 결과지표는 중요도와 시급성, 측정 가능성 등을 고려하여 단계적으로 자체 발굴하여 핵심지표를 개발하고 평가를 도입하며, 수행 중인 평가항목도 결과지표를 단계적으로 확대 추진하여 기존 항목을 재설계할 것이다.

2) 적시성 · 수용성 제고를 위한 신규평가 도입 체계 개선

상시 제안시스템 운영과 3년 주기 자체진단을 통한 평가의 필요영역 도출로 신규평가 후보대상을 발굴하는 두 시스템을 병행하고, 실효성 있는 평가지표 개발을 위한 표준화된 지표개발 가이드라인을 개발하여 평가지표 개발을 효율화하며, 평가지표 개발과 예비조사를 동시에 실시하는 등 프로세스를 다양화하여 신규평가 도입기간을 단축할 계획이다. 또한 신규평가 도입을 위한 예비평가 대상기관의 공개 모집을 시행하여 의료기관의 주도적 참여를 통한 평가 수용성을 높이고자 한다.

2. 핵심지표 중심의 평가지표 정비

앞에서 언급하였듯이 진료성과를 직접적으로 나타내는 결과지표의 비중은 23.8%로 낮다. 이 중 48%는 결과공개 및 보상에서 제외되는 모니터링지표이다. 그간 평가영역의 확대에 치중하다보니 지표 개선 및 퇴장과 같은 관리기전은 상대적으로 미흡하였다. 2016년부터 지표 생애주기 관리기전을 마련하여 비핵심지표의 평가 종료를 검토하였으나, 기존의 포괄성 및 적용의 객관성 · 일관성 등의 문제로 인해 지표 정비 성과가 저조하였다. 이에 기존 평가지표를 정비하고 핵심지표 중심으로 전환하기 위하여 (1) 평가지표 생애 관리기준 및 절차 마련, (2) 기존 평가지표 정비, (3) 핵심 평가지표 주기적 재평가를 수행하고자 한다.

1) 평가지표 생애관리기준 및 절차 마련

목표달성 여부, 추세분석 등을 반영한 관리원칙 및 세부기준을 마련하고, 연도별 결과, 학회 권고기준, 타 국가 결과 등을 참조하여 평가지표별 · 항목별 목표를 설정하여 예측 가능성을 높이며, 지표관리의 일관성 및 객관성을 위하여 지표분과위원회를 신설하였다.

2) 기존 평가지표 정비

현재 수행 중인 평가지표 중 구조 및 과정지표를 진료성과와의 관련성 정도 등에 따라 핵심 지표와 일반지표로 구분하여 일반지표는 일제 정비하고, 핵심지표는 평가지표 관리기준에 따라 재평가를 실시할 예정이다. 또한 모니터링지표의 결과지표는 평가지표로 전환하고 중증도 보정모형 개발 시 모형 공개를 통한 의료계의 수용성을 제고하고자 한다.

3) 핵심 평가지표 주기적 재평가

평가지표 관리원칙 및 기준에 따라 주기적(3차수마다) 재평가를 실시할 예정이며 재평가 결과에 따라 유지, 개선, 전환 또는 종료 결정된다. 단, 새로운 근거로 인해 평가대상이나 분석 등에 중요한 변경이 필요한 경우, 또는 의도하지 않은 중대한 부작용 가능성이 있는 경우 등은 3차수 이내라도 재평가 실시가 가능하다. 평가항목의 경우, 항목의 목표 도달 여부에 따라 종료 여부를 결정할 것이다.

3. 기존 평가항목 재설계

항목 중심 평가 확대는 국가 의료 질 향상을 견인하는 데 한계가 있어 의료기관 유형 · 기능 및 질환 관리 특성을 반영한 평가가 요구된다. 현 우리나라의 인구구조 변화 및 만성 · 복합질환 증가, 코로나 팬데믹 이후 정신건강관리 필요성 증대 등 보건의료

환경변화에 대응한 평가설계가 필요하므로 (1) 환자 안전, 환자 중심성 평가 강화, (2) 일차의료 및 만성 질환관리, 장기요양 평가 개선, (3) 중소병원, 정신병원 평가 확대 및 개선을 하고자 한다.

1) 환자안전, 환자 중심성 평가 강화

중환자실의 안전 환경 구축을 위한 감염지표 및 사망률 중증도 보정모형을 개발 적용하고, 종별, 규모별, 중증도 등을 고려한 의료기관 기능별 평가지표, 등급기준 세분화 등 기관별 맞춤형 평가모형을 개발 적용할 계획이다. 혈액투석 평가에서도 혈관접근로 감염률 등 환자안전 결과지표를 도입하고 현행 감염 관련 평가지표 기준을 강화한다. 아울러, 약제 평가에서는 노인 환자 약물 안전 강화를 위한 지표를 도입하고 항생제 처방량 지표를 신설하여 항생제 적정사용 및 국가 정책목표 달성을 위한 관리를 확대할 것이다.

환자경험 평가는 평가대상을 중소병원과 의원급 외래 경험 등으로 확대하고, 환자보고 결과지표 및 환자보고 안전지표 등 환자 중심성 평가영역을 확대하고 장기적으로 진료영역별 환자 중심성 평가지표를 통합관리하는 방안을 마련하고자 한다. 이를 위하여 현행 전화조사에서 심사평가원의 빅데이터 기반 모바일 조사 도입 등으로 조사방법을 다양화할 예정이다.

2) 일차의료 및 만성질환관리, 장기요양 평가 개선

만성질환 등 일차의료 평가는 의원 진료기능에 적합한 고혈압·당뇨병 통합지표를 개발하여 의원급 기능을 반영한 통합평가를 우선 시행하고, 천식 등으로 점차 확대하여 일차진료 활성화가 가능한 의원 기능 중심의 통합평가로 추진할 예정이다. 또한 암 질환 평가는 이전의 수술 중심에서 암 환자의 생

애주기 전 과정을 평가하는 환자·결과 중심의 암 평가체제로 전환을 추진 중이다. 결과지표를 포함한 공통지표를 개발하여 타 암 질환 영역으로 확대 및 전체 암 진료의 질 관리 기반을 마련하고자 한다. 장기요양 평가항목인 요양병원 평가는 투약안전 및 감염관리 관련 지표를 개발하여 환자안전관리를 강화하고 퇴원환자 지역사회 연계를 위한 지표 도입 및 가중치 상향으로 퇴원환자 지역사회 복귀를 유도할 수 있는 기반을 구축하여 사회의 취약계층을 포용할 수 있는 평가로 나아가고자 한다.

3) 중소병원, 정신병원 평가 확대 및 개선

중소병원은 요양기관별로 다양한 병원유형을 가지고 있다. 이에 중소병원 평가에서는 요양기관별로 병원유형별 평가지표를 직접 선택하게 하여 기관별 성과향상 정도에 따른 보상체계를 도입할 예정이다. 정신병원 평가에서는 정신건강서비스 표준화 및 질 제고를 위해 정신건강 입원영역 통합평가(건강보험·의료급여)로 전환을 계획하고 있다.

혁신을 촉진하는 자료수집

핵심지표 중심의 '의미 있는 평가'로의 전환을 위해서는 정확하고 시의적절한 평가자료 수집이 전제되어야 한다. 환자안전 및 핵심지표 중심의 평가결과를 즉시성 있게 요양기관 및 국민에게 제공하는 평가가 될 수 있도록 평가자료 수집을 개편하고자 한다.

1. 법적 기반 마련 및 e-form 시스템 확산

핵심지표로의 평가 전환 등을 위해서는 그에 따른 핵심 정보가 수집되어야 하나, 법적 근거가 미약하고 별도 자료수집에 따른 의료기관 행정부담 등으로

핵심 평가정보 수집에 한계가 있다. e-평가시스템을 이용하였을 때 수작업 자료 입력에 따른 의료기관의 행정부담을 완화하고 전자의무기록(electronic medical record, EMR)과 바로 연동하여 자료의 신뢰성을 높이면서 수집기간을 단축할 수 있는 시스템으로의 전환이 필요한 상황이다. 디지털 기술 기반 간편 수집체계인 e-form 시스템이 바로 그 대안이다. 그러나 기존의 e-평가시스템에서 e-form 시스템으로의 전환 동인이 부족하여 확산되고 있지 못한 실정이다. 이에 따라 (1) 건강보험법령 정비 및 상위 근거조항 마련, (2) 진료비 청구시점에 평가자료 수집으로 전환 및 자료 제출에 대한 보상(pay for reporting, P4R) 연계, (3) 환자 중심성 평가 확대를 위한 자료수집 기반 구축을 마련하고자 한다.

1) 건강보험법령 정비 및 상위 근거조항 마련

건강보험법령 정비를 통해 평가자료 제출의 적시성과 실효성을 확보하고자 한다. 현재 적정성 평가는 건강보험법 제63조 제1항 제2호에 따른 심사평가원의 업무로 규정되어 있을 뿐이다. 또한 자료 제출에 관해서는 법 제96조에서 공공기관이나 공공단체 등에서 보유하고 있는 정보 중 대통령령으로 정하고 있는 자료를 필요한 경우 요청할 수 있게만 정하고 있다. 건강보험법령 개정은 적정성 평가의 정의와 목적, 평가대상, 자료 제출시기, 결과의 통보 등을 흐름에 맞게 하나의 조항에서 규정할 수 있어야 한다. 또한 조문의 위치도 요양급여비용 등과 관련된 상위 근거조항의 신설로 이어지게 할 예정이다.

2) 진료비 청구시점에 평가자료 수집으로 전환 및 P4R 연계

진료비 청구시점에 평가자료를 수집한다는 것은 상시적인 평가자료 수집 및 월 단위, 분기 단위, 연

단위로의 평가결과 공개 가능성을 의미한다. 평가자료 수집방법으로는 청구명세서를 활용한 수집과 e-form 시스템을 통한 표준화된 심사·평가서식 활용을 확대하는 것이다.

청구명세서를 활용한 핵심 평가자료 수집을 위해 필수 임상정보 목록을 선정하고, 청구명세서 상병내역, 진료 내역, 특정 내역으로 수집이 가능한지 검토하게 된다. 특히 특정 내역으로 평가자료를 수집하게 될 경우 기재 정확도를 제고하고 기재율을 높일 수 있는 지원방안을 마련할 계획이다. 또한 e-form 평가자료 제출서식을 확대하고, 사용 의료기관 수 확대를 위하여 행정비용 보상 등의 지원도 확대하고자 한다. 이를 위해 5개년 확대계획을 마련하고 평가자료 제출방법을 e-form으로 일원화하려고 한다. e-form 평가자료 제출기관에 대해서는 신뢰도 점검 등을 면제하고 데이터 정확도 향상 및 사후관리 기전도 마련할 예정이다.

3) 환자 중심성 평가 확대를 위한 자료수집 기반 구축

앞서 언급한 “기존 평가항목 재설계” 중 환자 중심성 평가 강화계획에 따라 자료수집체계를 정비하고 발전시켜 나갈 계획이다. 이를 위해 국민이 직접 보고(patient-reported indicators survey)하는 건강정보를 수집하고 활용할 수 있는 플랫폼을 개발 중이다.

2. 입원 시 상병 정보 수집 확대

국민건강성과 향상의 주요한 지표 중 하나인 환자안전지표 측정을 위해서는 입원 시 상병(present on admission, POA) 정보 수집이 필요하다. 현재 POA는 신포괄수가제 및 7개 질병군 포괄수가제 대상 진료비 청구명세서에 한하여 수집되고 있으며, 전체 건으로 확대를 위해서는 의료기관이 정확한 코

당을 할 수 있도록 인프라를 지원해 주면서 청구명세서 서식 개정 노력을 병행하여야 한다. 이에 심사평가원은 (1) POA 수집의 단계적 확대를 위한 '의료질평가지원금' 지표와 연계, (2) POA의 정확한 수집을 위한 코딩지침 및 사례집 개발·배포 등 의료기관 지원, (3) POA 수집 확대를 위하여 청구명세서 개정을 시행하고자 한다.

1) POA 정보 수집의 단계적 확대를 위한 '의료질평가지원금' 지표와 연계

그간 '의료질평가지원금' 평가영역 중 '전달체계 및 지원활동 영역'에 'POA 보고체계 운영'지표를 운영해 왔다. 이와 관련해서 현재는 구조지표인 '진단명 및 진단코드를 관리하는 인력배치'와 과정지표인 'POA 코드 및 정확성 평가 관리체계 구축·운영'을 반영하고 있는데, 앞으로 결과지표인 'POA 정확도'를 반영할 계획이다. 우선 POA가 수집되고 있는 7개 질병군을 대상으로 시행하고, 이후 전체 상병으로 확대를 추진하려고 한다. 의무기록의 정확성과 충실성 제고를 위한 'POA 정확도' 평가를 위해 평가방법 개발도 필요하다.

2) POA 정보의 정확한 수집을 위한 코딩지침 및 사례집 개발·배포 등 의료기관 지원

심사평가원 및 관련 단체·학회 추천 전문가 20인으로 구성된 전문가 검토단은 POA 코딩지침을 개발하고, 다빈도 발생 진료과 중심으로 100개 사례를 발굴하게 된다. POA 코딩지침과 사례집은 의료기관에서 코딩 및 관리를 담당하고 있는 인력을 대상으로 한 교육에 활용할 예정이며, 이를 통해 POA 개념을 명확히 하고 의료계의 인식을 개선해 나가고자 한다. 이러한 교육활동은 전문가 검토단 및 관련 단체 등과 심사평가원이 공동으로 진행할 계획이다.

이외에도 사례공유시스템을 개발하여 기존 사례 적용이 곤란한 경우 등 추가적인 사례를 발굴하고 그 결과를 공유할 계획도 포함하고 있다.

3) POA 정보 수집 확대를 위한 청구명세서 개정

POA 정보 수집 확대를 위해서 수집목적을 구체화하고 활용방안 등을 명확히 하는 과정이 필요하다. 이 과정을 통해 의료기관 및 의료계를 설득하고 협조를 구할 수 있어야 하며, POA 자료 제출에 필요한 인력 등 의료기관의 인프라 구축을 지원할 수 있어야 한다. 즉 자료 제출에 대한 비용을 별도 보상하는 체계 마련 후 청구명세서 서식 개정 등을 통해 POA 정보 수집을 확대할 계획이다.

평가결과 활용 확대

핵심지표 중심의 평가결과에 따른 보상을 확대하여 가치기반 지불을 통해 의료 질 향상을 견인하고 타 평가 및 심사와 평가결과 연계를 촉진하여 활용성을 증대시키고 국민의 요구에 맞는 평가결과를 시의성 있게 제공하도록 개선하고자 한다.

1. 가치기반 보상 강화

가치기반 의료시스템으로의 변화 지향 환경에서 다양한 성과기반 보상제도 도입에 따른 유사 보상제도 간 연계성 저하로 인해 보상제도별 특성을 고려한 성과 중심 보상 강화 방안 마련이 필요하다. 성과 보상제도 간 체계적 연계를 위해 (1) 가감지급사업을 병·의원급 대상 가산제도로 개편, (2) 의료질평가지원금 개편을 통한 적정성 평가의 영향력 강화, (3) 병원지정 등 타 평가제도에 적정성 평가 연계 활용 강화 체계를 구축할 계획이다.

1) 가감지급사업을 병·의원급 대상 가산제도로 개편

현행 가감지급사업의 경우 가산은 종합병원급 이상에 집중되어 있고, 감산은 병·의원급에 집중되는 경향을 보이고 있다. 의료의 질이 상대적으로 취약한 병·의원급에 감산이 집중됨으로써 가감산제도가 의료 질 향상이라는 본래의 취지와 목적에 부합되지 못하고 있다는 지적이 있다. 또한 종합병원급 이상의 경우 의료질평가지원금을 통해 7,000억 원 규모의 인센티브 제도가 운영되고 있어 가산이 중복된다는 지적으로 가감지급제도 개편 필요성이 대두되고 있다. 이에 의료 질 향상이 필요한 병·의원급을 대상으로 한 가산 중심의 제도로 전환하여 가산 항목 확대 및 보상을 강화하고 결과지표 자율참여제를 활성화하여 성과기반 보상을 확대해나갈 것이다.

현재 평가는 모든 기관이 의무적으로 참여하고 있으며 동일한 지표로 평가되고 있고 구조·과정지표에 비해 결과지표가 부족한 상황이다. 이에 평가 항목에 많은 결과지표를 도입하기 위하여 의료기관이 선택적으로 참여하는 ‘결과지표 자율참여제’를 도입할 예정이다.

초기에는 P4R을 통해 결과지표 참여를 유도하고 점차 결과지표 성과에 따른 보상을 확대해 최종적으로 결과지표에 참여하는 기관에 한하여 평가결과에 따른 성과보상제도로 나아갈 것이다. 현재 진행 중인 고혈압/당뇨병 평가에 따른 만성질환 인센티브 제도에 우선 적용하여 만성질환 통합관리 및 자율참여기관 보상 확대를 통해 성과기반 보상을 실시하려고 한다.

2) 의료질평가지원금 개편을 통한 적정성 평가의 영향력 강화

적정성 평가가 핵심지표 중심의 건강성과 측정으로 전환되면 현행 의료질평가지원금에 반영되는 적

정성 평가결과 적용방식에도 변화가 필요하다. 평가결과 등급을 반영하면서 변별력이 부족하다는 지적을 그간 받아왔는데, 적정성 평가 핵심지표와 의료질평가지원금 지표 연계를 통해 이 문제를 해결할 수 있을 전망이다. 이를 통해 환자안전과 의료의 질 영역에서 가중치를 상향 조정하는 변화도 예측해볼 수 있다. 또한 의료질평가지원금이 상급종합병원으로 집중되는 점과 상대평가의 한계 등을 보완할 수 있는 새로운 평가체계의 도입에 관해서는 연구 등을 통해 단계적으로 추진될 수 있을 것이다.

3) 병원지정 등 타 평가제도에 적정성 평가 연계·활용 강화

의료전달체계의 정립을 위해 도입한 각종 병원지정 평가 시 적정성 평가결과를 반영하고 있으나 향후 활용도를 더 높여갈 계획이다. 특히 타 평가에서 필요로 하는 임상 질 지표를 개발하고 측정하는 역할까지 적정성 평가기능을 확장하고, 유사 중복되는 지표를 정비해서 타 평가와 적정성 평가가 상호 호환이 가능한 체계로 추진하려고 한다. 평가자료 수집에 있어서도 타 평가와 적정성 평가가 중복되는 자료를 상호 공유함으로써 여러 평가로 인한 의료기관의 부담과 피로를 줄이는 노력도 병행한다. 이를 위해 현행 평가뱅크와 e-평가시스템을 통합한 ‘국민의료평가포털시스템’을 구축하여 국내 의료기관 평가를 아우르는 평가플랫폼으로 발전시킬 계획이다.

또한 인력·시설, 장비 등 의료기관의 인프라를 지원하는 수가정책과 적정성 평가를 연계하고자 한다. 대부분 신설된 수가는 일몰제 적용이 없기 때문에 인프라 구축이 지난 시점에는 임상 질 평가를 통한 인센티브 차등제로 전환하여 의료 질 향상으로 이어질 수 있도록 지원할 예정이다. 이를 위해서는 적용사례를 발굴하고 계획을 사전에 공지하는 프로

세스를 통해 의료기관의 예측 가능성을 높여야 할 것이다.

2. 평가정보 국민 활용 제고

국민이 의료기관 선택 시 평가결과를 활용하도록 공개하고 있으나 내용이 어려워 실질적 활용에 한계가 있다. 또한 심사평가원 홈페이지 외에도 국민이 다양한 경로를 통해 손쉽게 병원평가정보에 접근할 수 있는 환경이 미흡하다. 이를 (1) 대국민 평가정보 제공방식 개선, (2) 평가정보 제공서비스 고도화를 통해 개선하고자 한다.

1) 대국민 평가정보 제공방식 개선

현재 심사평가원 평가결과 공개는 평가항목별로 평가등급 및 지표별 결과를 공개하고 있다. 그러나 평가등급의 분류체계가 상이하고 의미 또한 모호하여 일반 국민이 평가결과를 이해하기 어렵고 해석이 곤란하다는 지적이 있다. 이에 평가결과에 따른 의료 질 수준을 한눈에 이해할 수 있도록 평가등급 시각화 작업을 시행 중이며 단계적으로 고도화할 계획이다. 또한 국민이 이해할 수 있는 용어 및 표현방식을 사용한 보도자료·홈페이지 내용 등으로 개선하고자 전문용어 순화 등 직관적으로 개편할 예정이다.

2) 평가정보 제공서비스 고도화

평가정보가 홈페이지 및 모바일로 공개되고 있지만, 국민의 이용도가 낮은 상황이며, 의료기관 현황 등을 제공하는 병원 찾기와 분리되어 있어 의료기관의 다양한 정보와 연계 미흡 등 국민의 접근성과 편의성이 낮다. 이에 병원평가정보 등에 대한 고객 만족도 조사 개선의견을 반영하고 국민 입장에서의 이해·활용이 용이한 구조로 공공데이터를 적재, 이러한 자료를 활용 수준이 높은 검색포털(네이버, 카카

오 등) 및 지자체 등에서도 활용할 수 있도록 추진할 것이다. 검색포털에서 의료기관 검색 시 의료기관 현황 및 진료비 등과 함께 평가결과를 제공하여 의료기관 선택에 활용성을 높이고자 한다.

결론

심사평가원은 2001년부터 지금까지 적정성 평가를 수행하면서 국가 전체 의료 질을 담보할 수 있는 평가체계를 고민해왔다. 현 적정성 평가는 평가항목이 꾸준히 증가하였음에도 여전히 평가의 사각지대가 존재하고 있으며 대형병원 대비 의료 질 관리가 필요한 중소병원 및 의원의 의료 질 관리체계가 미비, 평가제도의 분절적 운영 등 종합적 질 관리의 한계를 느끼고 있다. 이에 국민건강성과를 측정할 수 있는 결과지표 등 핵심지표 중심으로 평가를 개편하고 국민건강성과 향상에 대한 보상을 강화함으로써 가치기반 의료 질 향상을 더욱 촉진할 것으로 기대한다. 아울러 평가자료 수집체계를 개선·확대하여, 적정성 평가뿐 아니라 국가 보건의로 평가정보를 통합 관리할 수 있는 체계를 구축하고, 심사 및 수가와 연계, 그리고 타 평가와의 연계를 강화하여 국가 의료의 질을 아우르는 평가로 나아가고자 한다.

이러한 평가혁신을 통해 다음과 같은 효과를 기대해 본다. 먼저, 국민 측면에는 병원평가정보 신뢰성·접근성 향상으로 합리적 의료이용 및 지역 중심 의료문화를 정착하고, 평가 수행기간 단축을 통한 최신 평가결과 정보제공으로 국민의 의료 선택권 보장과 국민 니즈에 부합하는 맞춤형 건강정보서비스 제공으로 국민의 건강한 삶의 질을 보장하고자 한다.

두 번째, 의료계에는 가치기반 성과보상체계 확대 및 다양한 보상제도의 유기적 연계를 통한 의료기관의 자율적 질 향상을 유도하고 실질적 보상을

제공하여 중소병원 경영환경 개선으로 의료진달체
계 기능을 확립하여 국가 의료 질 향상을 위한 동반
자로서 평가 대상기관의 자긍심을 제고하고자 한다.

마지막으로, 정부는 현재 분절적으로 시행된 평
가에서 통합평가체계로의 전환으로 국가 수준의 보
건의료체계 조망 및 의료 질을 관리하고 합리적 의
료이용 유도 및 효율적 지출관리를 통한 지속 가능
한 건강보험 재정 건전성을 확보할 수 있을 것이다.
또한 평가정보 통합 및 가치기반 성과보상체계 관리
로 국가 의료서비스 품질 향상 및 국민건강 증진을
위한 보건의료정책을 수립·개선할 수 있을 것이다.

감사의 글

이 연구는 건강보험심사평가원에서 수행한 평가체
계 혁신 중장기 추진계획(2021.7.)의 일부를 정리한
것이다. 추진계획을 수립하는 데 도움을 주신 건강보
험심사평가원 평가운영실·평가실 직원 여러분에게
감사드린다.

ORCID

Sang Ji Kim: <https://orcid.org/0000-0002-9911-3528>

Eui Hyeong Byun: <https://orcid.org/0000-0002-6783-7185>

Mee Hyeon Cho: <https://orcid.org/0000-0001-8781-7782>

참고문헌

1. World Health Organization, World health report 2000 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Nov 25]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79020>.
2. 건강보험심사평가원. 2040 평가체계 혁신 방향. 원주: 건강보험심사평가원; 2021
3. National Quality Forum, Maximizing the value of measurement: MAP 2017 guideline. Washington (DC): National Quality Forum; 2017.