

의료심사평가 12년의 성과와 과제



김진현 교수
서울대학교 간호대학

1. 건강보험심사평가원의 출범

1963년 우리나라 최초의 의료보험법이 제정·공포되었다. 그러나 초기의 의료보험법은 임의 가입방식이어서 사회보험 기능에 한계가 있었다. 이후 여러 차례 개정을 거치면서 1977년 상시 고용 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 사회보험으로서의 의료보험이 처음으로 시작되었으며 이 때 전국의료보험협의회가 출범하였다. 1978년 공무원 및 사립학교 교직원과 1979년 군인 가족 및 사립학교 경영기관 직원에 대한 공·교의료보험이 적용되었고, 1979년 300인 이상 사업장에 대해 의료보험 적용이 확대되었다. 1977년 직장의료보험의 시작과 함께 전문성 있는 심사에 대한 요구가 증가하면서 1979년 전국의료보험협회 내에 진료비심사위원회를 설치하여 진료비 심사지급 업무를 일원화하였다. 1980년 직장의료보험이 100인 이상 사업장으로 확대되면서 1981년 전국의료보험협의회를 해체하고 중앙의료보험조합연합회 설립에 맞추어 진료비공동심사위원회를 설치 운영되었다. 1988년 농어촌지역, 1989년 도시지역에 지역의료보험이 확대 시행되면서 12년 만에 사회보험방식에 의한 전국민의료보험시대를 열었다.

진료비 심사에서는 1988년 중앙의료보험조합연합회가 의료보험연합회로 명칭이 변경되면서 공·교 공단의 진료비 심사업무를 의료보험연합회에 위탁하도록 하여 심사기구가 통합되었다. 그러나 진료비 심사의 공정성과 객관성 및 전문성에 대한 의료계의 논란이 계속되면서 의료계는 보험자로부터의 심사기구 독립을 지속적으로 요구해왔고, 1998년 의료보험의 관리운영

체계가 통합방식으로 전환되면서 심사기능을 독립과 요양급여의 적정성 평가 기능을 더한 건강보험심사평가원 신설이 논의되어 2000년 7월 1일 건강보험심사평가원이 출범되었다.

심사기구의 독립에 관한 찬반의견이 대립될 때 각각의 의견은 다음과 같았다. 먼저 심사기구의 독립을 찬성한 의견은 요양급여비의 공정하고 전문적인 심사와 함께 의료의 질 평가 기능을 신설함으로써 의료의 질 개선과 보험재정 보호, 보험자와 의료공급자의 상호견제 기능, 진료비 적정성 및 비용효과성 평가, 심사기준 및 요양급여기준 개선, 4대 사회보험 통합과 모든 진료비 청구의 전반적인 심사·평가 기능 수행을 제시하였으며, 이에 대하여 반대 의견은 새로운 조직 설립에 대한 행정비용 증가, 심사기구 독립에 의한 진료의 적정성과 보험재정 보호 효과 불확실, 보험자의 통제기능 한계와 의료공급자의 영향력 강화의 문제점을 제기하였다. 최종 결정은 정치적으로 이루어졌으며 건강보험심사평가원을 국민건강보험공단으로부터 독립시키는 것으로 결정되었다.

건강보험심사평가원은 요양급여비용 심사와 급여적정성을 평가하는 심사·평가 전문기관으로서 그 업무를 수행해 왔으며 올해로 12년이 경과되었다. 특히 최근 들어 국민의료비가 급증하고 그에 대한 관심과 의료서비스 및 요양급여의 적정성에 대한 문제가 대두되면서 건강보험심사평가원의 중요성이 부각되고 있다. 이에 지난 12년간 건강보험심사평가원의 성과를 평가하고 앞으로 나아갈 방향을 제시해보고자 한다.

2. 건강보험심사평가원의 성과

건강보험심사평가원은 요양급여 심사의 객관성과 공정성 및 전문성 확보, 국민에 대한 의학 적 보호, 재정보호, 국민의료 전반에 대한 관리 및 의료체계 모니터링과 대안제시를 목적으로 설립되었으며 주요 업무로는 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 적정성 평가, 심사평가기준의 개발, 심사평가업무와 관련된 조사연구, 국제협력·교육·홍보, 요양급여 대상여부 확인, 다른 법률에 의해 위탁받은 진료비 심사평가, 심사청구와 관련된 소프트웨어의 개발·공급·검사 등 전산관리, 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무가 있다.

가. 요양급여비용 심사

심평원의 설립 이후 지난 12년간 건강보험의 의료이용량은 급격히 증가하였다. 2000년 대비 요양기관수는 35.5%, 진료비는 3.5배 증가하여 부당한 지출을 막고, 국민건강 향상을 위한

적정의료 제공 및 보험재정 보호를 위한 객관적이고 전문적 심사의 중요성이 더욱 증대되었다.

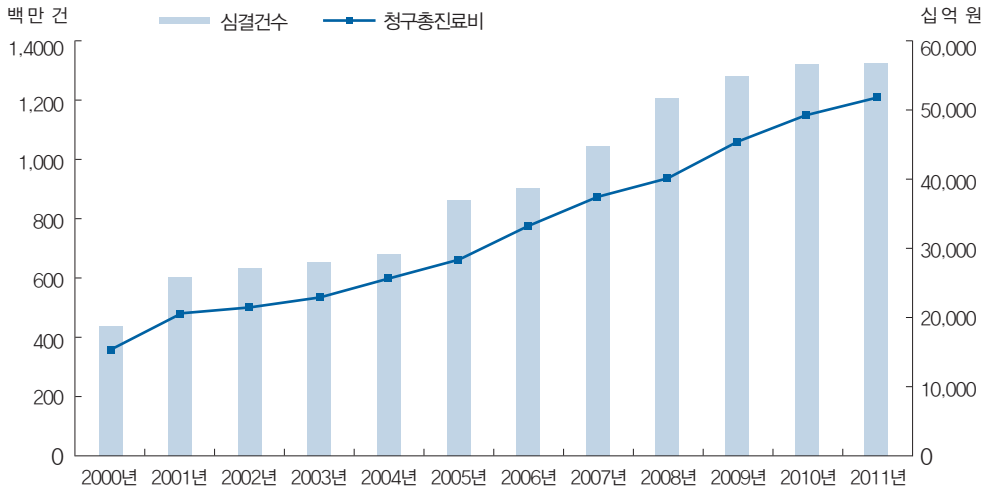


그림 1. 요양급여비 연도별 심사건수 및 청구진료비 추이

1977년 서면청구를 시작으로 전자매체에 의한 청구를 거쳐, 1996년 전자문서교환방식(EDI)이라는 획기적인 진료비 청구매체를 기반으로 2011년에는 진료비 청구 포털서비스(Web)로 발전하면서 전자청구의 연속성을 확보하고 발전된 기술을 적용하는 단계에 진입한 것으로 보인다. 그 결과 전산청구율 99%를 달성하고, IT를 활용한 진료비 심사 인프라를 구축하였다.

또한 진료비 심사에 있어서도 전산화와 효율화를 추구하여 단순오류에 대한 심사문제를 최소화 하고 심사결과에 대한 신뢰성과 수용성을 제고하였다. 적정 진료 유도 및 올바른 청구를 위한 사전 예방·관리를 위해 진료건 단위에서 기관단위의 종합관리를 유도하고 있으며 심사 사후 관지를 통해 심사·지급 후 심사품질 향상을 위해 노력하고 있다.

그 결과 2000년 직원 1인당 심사건수가 361천건이었던 것과 비교하여 2011년에는 773천건으로 늘어나 직원의 생산성이 2.1배 증가하였으며, 각종 심사사례와 분석결과를 통해 정책 지원 기능도 수행하고 있다. 특히 건강보험심사평가원의 심사기술은 이미 그 전문성을 인정받아 해외특허와 해외수출로 이어져 국민경제에도 도움을 주고 있다.

그러나 부족한 인력 및 시간으로 인해 충분한 현지조사가 이루어지지 못하고 있으며, 아직 까진 개별 건의 심사에 치중하고 있어 요양기관단위의 통합적 관리가 부족하여 심사결과에 대

한 신뢰도와 수용성이 낮다는 문제가 있으며, 총량관리 및 적정진료 가이드라인의 미흡으로 급증하는 진료비 관리에 한계점을 나타내고 있다. 이와 관련하여 허위청구에 대한 처벌이 미흡하여 현지조사 부족을 보완하지 못하고 있으며, 진료비 심사 삭감률이 낮은 점도 문제점으로 지적되고 있다.

표 1. 건강보험심사평가원의 연도별 주요 성과

연도	주요성과
2000	지표심사
2001	녹색인증제
2002	약가 재평가
2003	적정급여 종합관리제 시행, 대항청구 도입, 전산심사, 전문심사, 청구오류 사전점검 시행
2004	약국 청구명세서 처방전별 작성
2005	서면청구 다중바코드 시행, 공공기관·보훈위탁병원·무료진료비 심사위탁
2006	심사지침 정비, 의약품 선별등재방식 도입
2007	녹색인증제 폐지, 의원급 외래청구명세서 일자별 작성, 선별 집중심사, 급여기준 모니터링 실시
2008	요양병원수가 개발, 신상대가치 개발, 보훈병원진료비 심사위탁, DUR 실시
2009	적정급여 자율개선제, 신포괄수가제 시범사업, 종합병원 이상 종합상담서비스, 환불금 지급 원스탑 시스템 구축
2010	약가재평가 폐지, DUR 전국 확대, 급여기준 상시모니터링 실시
2011	진료비 청구 포털서비스(Web), 지표연동관리제
2012	병원급 이상 외래청구명세서 일자별 작성

나. 요양급여 적정성 평가

건강보험심사평가원은 요양급여에 대한 심사뿐만 아니라 요양기관에서 제공하는 의료서비스(진찰, 시술, 투약, 검사 등)의 의약학적 타당성과 비용효과성을 평가하여 의료의 질적 수준 향상 및 비용부담의 적정화를 추구해왔다.

요양급여 적정성 평가의 발전과정은 3단계로 구분할 수 있는데, 1단계는 2006년 이전의 평

가시시스템 정착단계로서 평가기반을 조성하고 평가결과를 제공하였으며 평가결과에 대한 대국민 공개를 시작하였다. 2단계는 2007년에서 2010년까지로 임상 질 평가 확대 단계로서 평가분야를 확대하고 이용도 평가에서 임상 질 평가로 전환하였으며 급성심근경색증과 제왕절개분만에 대해서는 가감지급사업을 시작하였다. 3단계는 2011년부터라고 볼 수 있는데 질 평가 영역을 확대하고 질 향상 지원사업을 강화하는 한편, 급성기 뇌졸중과 수술의 예방적 항생제 사용에도 가감지급 사업을 적용하였다.

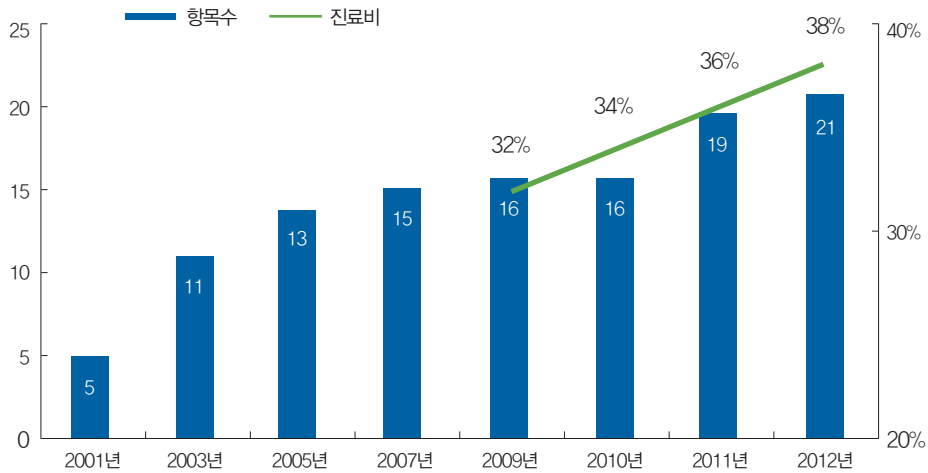


그림 2. 영양급여 적정성 평가항목 확대

평가항목은 2001년 5개 항목에서 2012년 21개 항목으로 확대되었으며 전체 진료비의 38%에 해당하는 항목에 대해 평가를 하고 있다. 또한 평가영역도 급성기 질환에서 중증·만성질환으로, 구조 및 과정에 대한 평가에서 결과지표 평가로 확대되었고 항목별 평가에서 유사영역 포괄 평가 및 기관단위 통합평가와 포괄수가 질병군에 대한 질평가 지표도 개발하고 있다.

이렇게 평가된 결과는 각 평가항목에 대한 결과와 병원 및 진료정보를 국민에게 제공하여 의료선택권 강화에 도움을 주고 의료기관의 진료행태 개선과 심사 등 건강보험심사평가원의 내부 사업 뿐만 아니라 정부 등 유관산업에도 연계하여 다양한 의료정보를 제공하고 있다.

의료서비스에 대한 평가 및 결과 공개를 통해 감기 항생제 사용 등 약제 처방률이 감소하였으며, 수술의 예방적 항생제의 적정 사용률은 개선되었다. 또한 가감지급사업 시행결과 요양기관 간의 질적 차이가 감소하고 하위등급기관의 질 향상이 나타났다.

표 2. 건강보험심사평가원의 연도별 주요 성과

평가영역		임상적 효과	경제적 효과 (백만원)	
			누적 편익	연평균 순편익
제왕절개분만	제왕절개율	3.6%	45,206	2,224
	제왕절개건수	64,258건		
허혈성심질환	사망건수	508건	216,178	64,808
	입원일수	35,941일		
진료량 지표	사망건수	91.3건	28,853	28,853
	입원일수	22,458일		
수술의 예방적 항생제	수술부위 감염률	47.3%	20,102	20,102
약제급여	전체 상병 항생제	65,867,606건	406,400	25,400
	주사제	87,537,748건		
	항생제 내성률	5.6%		
수혈	수혈량	4,076unit	153	17
계			716,892	141,404

자료: 서울대학교 의과대학 의료관리학연구소(2009) 요양급여적정성평가 효과분석 모형개발 연구

건강보험심사평가원의 요양급여 적정성 평가와 가감지급시범사업은 OECD 모범사례로 채택될만큼 그 성과를 인정받았다. 그러나 이 역시 평가결과에 대한 기관단위의 종합화 부족과 의료의 질과 진료비용의 연계 미약, 평가기간의 장기화 및 평가항목 확대와 자료수집의 어려움에 관한 한계를 해결하여야 한다.

의료서비스뿐만 아니라 의료자원(인력, 시설, 장비)에 대해서도 시스템과 인프라를 구축하여 관리·활용하고 있으니 아직까지 의료자원의 쏠림현상 해결과 신고내역에 대한 사실관계 확인 등에 한계를 가지고 있어 의료자원에 대한 적정성 평가는 개선 여지가 많이 남아있다.

다. 요양급여기준관리 및 약제관리

건강보험심사평가원의 지속적인 급여기준개선과 보장성 확대 및 의료행위 수가개선을 통해 요양급여기준을 개선하고, 신의료기술에 대한 항목 점검과 신의료기술의 안정성 및 유효성 평

가제도 도입을 통해 신의료기술 평가, 약제 및 치료재료에 대한 관리, 상대가치 개발 등 지속적인 기준 정비로 급여기준 합리성 및 신뢰도를 향상시켰으며 건강보험제도의 안정적 운영 및 정부의 보험급여 정책지원의 전문성 획득, 급여확대를 통한 국민부담 경감 및 소외계층 배려, 국민건강권 보호 및 임의비급여 해소, 환율연동제 도입을 통한 정기적 상한금액 조정으로 치료재료 수급 안정에 기여하는 등 요양급여기준과 약제관리를 위해 적지 않은 노력을 하였다.

그러나 아직은 요양급여기준이 의료기술의 발전 및 의료현장의 변화를 수용하는데 한계가 있어 의료계의 지속적인 불만을 사고 있으며 이해당사자간의 대립, 약가거품 및 치료재료의 사후 관리 미흡에 따른 문제가 야기되고 있고 포괄수가제에 대해서는 도입 이후 15년 동안 제대로 평가가 이루어지지 않았으며 제도 확대를 위한 인프라 부족 등의 문제가 남아 있다.

특히 합리적인 약가를 설정하여 건강보험재정을 절감하고, 국민들에게 양질의 의약품을 제공하기 위해 시도된 건강보험 의약품 목록정비사업이 중단된 점과 약가거품의 존재는 제약산업의 투명성과 경쟁력을 저하시켰다.

라. 정보시스템 구축 및 정보제공

건강보험심사평가원은 최적화된 정보시스템 및 서비스 제공을 위해 3단계로 나누어 평가시스템 구축과 데이터 웨어하우스 구축을 위한 e-심평원 기반 마련, 의약품 처방조제 지원시스템 심사시스템(DUR) 구축, 진료비청구 포털 구축을 통한 e-심평원 실현, 차세대 심사시스템 구축, 업무 PC의 가상화, 데이터 표준화를 통한 스마트 심평원이라는 목표 하에 고도화된 심사평가시스템을 구축하고 세계적인 시스템 개발하여 운영하고 있다. 최첨단 정보시스템을 이용하여 심사시간단축뿐만 아니라 의료비 절감과 정보 보호에도 최선을 다하고 있으며 해외특허 및 국제 인증과 진료비 전자시스템의 해외진출을 통한 경제적 이익도 창출하고 있다.

또한 정확하고 방대한 건강보험 데이터베이스와 통계자료를 개발·관리하여 보건의료정보의 허브로서 역할을 수행하고 있으며 각종 업무와 연구·정책의 기초자료를 제공하고 있다. 진료비 확인제도를 통해서 국민들이 부당하게 지출한 진료비에 대해 환불처리를 해주고 있으며, 의약품 처방·조제 지원시스템(DUR)을 통해 국민의 부적절한 약물 사용을 사전에 차단하고 다양한 건강정보 콘텐츠 개발과 제공을 통해 의료소비자의 권익보호에 기여하고 있다.

그러나 방대한 건강보험 통계정보를 내부적으로만 활용하고 있고, 외부의 전문연구자들과 국민들이 기대하는 수준까지는 공개하지 못하고 있으며, 국민의 알권리를 충족시키기에는 여전히 미흡한 상태이다.

3. 종합적 평가와 향후과제


2000년 출범 이후 건강보험심사평가원은 지난 12년간 요양급여비 심사와 평가에 있어서 초기 설립 취지에 맞추어 객관성과 전문성을 확보하는데 큰 노력을 기울였다. 그 결과 일원화된 최고의 심사전문기관으로서 그 기능을 인정받아 의료급여, 보훈, 자동차보험(추진 중) 진료비에 대한 심사도 수행하고 있으며 전문화된 세계 최고의 심사시스템을 구축하여 국제특허뿐만 아니라 심사시스템의 해외진출이라는 업적도 이루었다. 그러나 국민의료비에 대한 통합관리가 미흡하여 기관단위의 종합화가 부족하고 낮은 심사조정률 및 급여관리 미흡으로 건강보험재정의 지속가능성에 대한 위협을 해소하지 못하고 있다. 또한 비급여 표준화 부재와 진료비 총량관리를 위한 적정 진료가이드라인이 미흡한 문제를 해결하지 못하고 있다.

건강보험심사평가원은 요양급여비용의 심사·평가업무뿐만 아니라 보건의료정보의 허브로서 정부정책 및 연구의 근거자료를 제공하고 급여기준과 수가 등 보험정책을 개발에 기반을 마련하고 정확하고 방대한 축적된 데이터베이스 구축으로 국가의료제도 발전 및 정책지원에 큰 도움을 주고 있다. 그러나 정부의 입장에서 벗어나 건강보험심사평가원만의 능동적이고 자발적인 태도로 제도개선을 위해 의견을 제시하여야 할 것이며 급변하는 보건의료시스템과 요양기관이 요구에 발맞추어 대응할 수 있도록 준비하여야 한다.

건강보험심사평가원은 의료자원이 통합관리를 위한 정보인프라 구축과 대국민 서비스를 통한 정보제공에 힘써 왔지만 아직 의료자원에 대해서는 의료자원에 대한 심사연계 및 공유가 미흡하여 그 정확성이 부족하고 실효성 확보수단의 부재로 의료자원의 쓸림 현상 해결에 한계가 있으므로 이를 개선하고자 노력하여야 하며, 수요자 입장에서 정보를 제공하고 인지도를 높여 국민이 다양한 정보에 접근할 수 있도록 개선하여야 한다.

건강보험심사평가원은 그 설립목적에 맞추어 진료비 관리의 효율성 제고를 위해 종합적 관리를 지향하여야 하고 사전예방기능 강화를 통해 건강보험재정을 보호할 수 있도록 심사·평가의 방향을 설정해야 한다. 또한 심사평가 결과를 적극적으로 활용하여 의료의 질 향상과 환자 안전 개선, 진료수기와의 연계를 강화하여야 하며, 의료자원관리의 실효성을 확보하여 병상·시설·장비 등 의료자원의 공급을 적정화하고 신의료기술의 가격과 사용량을 관리할 수 있는 방법을 제시하여야 한다.

더불어 국민의 눈높이에 맞는 행정을 구현하여 국민이 이용하고, 참여할 수 있는 의료서비스와 정보를 제공에 노력을 아끼지 않는다면 세계 최고의 요양급여 심사기관으로서 더 발전해 나

갈 수 있을 것이다. 심평원의 예산은 건강보험 가입자의 건강보험료에서 지출되고 있다는 점을 항상 기억하여, 가장 중요한 고객인 가입자의 요구와 가치가 충분히 반영될 수 있는 경영을 지향해야 할 것이다. 

참고문헌

1. 김진현. 의료심사평가 12년의 평가. 건강보험심사평가원 창립 12주년 기념 세미나. 서울; 건강보험심사평가원: 2012.7.
2. 건강보험심사평가원. 건강보험심사평가원 10년의 이야기. 서울; 건강보험심사평가원: 2010.
3. 서울대학교 의과대학 의료관리학연구소. 영양급여적정성평가 효과분석 모형개발연구. 서울; 건강보험심사평가원; 2009.
4. <http://www.hira.or.kr>