

# 미국 CMS의 공적보험 운영과 지향



임지혜 부연구위원  
건강보험심사평가원 연구기획부

## 1. 들어가며

미국 보건부(Department of Health and Human Service, DHHS)는 국가의 전반적인 보건의료, 사회보장, 공정부조의 책임을 가지고 있으며, 제3지불기관으로서 관련 기관과 자발적 민간조직에 권한을 위임하고 자원을 분배하는 역할을 담당하고 있다. 특별히, 미국 보건부 산하의 보건의료재정청(Center for Medicare & Medicaid Service, CMS)은 미국의 주요 공적 프로그램을 운영하면서,<sup>1)</sup> CMS에서 운영하는 공적 건강보험과 계약을 맺고 있는 기관들 및 주정부 기관들의 활동을 감시하는 역할을 한다.

CMS의 주요 업무는 국가 우선순위에 따른 보건의료자원의 할당과 재정 계획에 따른 비용 지불이다. 일반적으로, 메디케어와 메디케이드 프로그램은 미국 보건부 전체 예산 중 80%를 사용하고 있다고 보고되고 있다. 2008년에는 가입자 약 4천3백만명에 대하여 연간 4천5백억 달러의 의료비를, 2010년에는 가입자 약 1억명 이상에 대하여 연간 8천억 달러의 의료비를 지출했다고 한다(DHHS, 2010). 이와 같이, 지속적으로 증가하고 있는 의료비 관리를 위해 CMS의 책임감 있는 예산지출은 필수적이다.

미국은 2010년 오바마케어라고 불리는 환자보호 및 부담적정보호법(Patient Protection

1) CMS에서 운영하고 있는 미국의 공적프로그램에는 사회보장법 제18조에 근거한 65세 이상 노인을 대상의 Medicare 프로그램과 사회보장법 제19조에 근거한 저소득층 대상의 Medicaid 프로그램, 그리고 어린이들을 위한 Children's Health Insurance Program(CHIP)이 있다.

and Affordable Care Act, PPACA)을 도입하였다. 이를 계기로 국민들의 건강보험 가입 유도, 의료서비스의 질 향상 및 비용절감 도모, 질병예방 및 기타 재원에 대한 문제 해결을 위한 국가 측면에서의 논의가 시작되었다. 현재 CMS는 동 법에 근거하여 자원을 사용하고 있다. 그리고 미국 보건의료의 현대화를 위해 이전까지의 진료비 청구에 대한 수동적인 지불자(passive payer) 역할에서 벗어나, 의료서비스 질에 근거한 적극적 구매자(active purchaser)로의 변화를 꾀하고 있다(DHHS, 2010). 따라서 본고에서는 미국 CMS의 공적보험 운영에 대한 경험을 살펴보고, 보건의료서비스 구매자로서 한 단계 발돋움하는 CMS의 향후 지향점을 모색해 보고자 한다.

## 2. 공적보험 운영자로서 CMS의 역할

### 가. 의료비용 심사<sup>2)</sup>

의료서비스와 관련하여 의사와 환자 사이의 정보 비대칭은 이미 잘 알려진 문제이다. 즉, 의사는 환자에 비해 더 많은 정보를 가지고 있기 때문에 불필요한 진료를 제공하더라도 소비자는 인지하기 어렵다. 이와 마찬가지로, 보험자 역시 진료에 대한 사전 지식을 상세하게 인식하지 못하기 때문에, 의사의 과잉 또는 허위청구에 대한 개연성을 방지하기 어렵다.

미국은 1860년대부터 공공기관의 부정청구(fraud) 방지를 위한 법률을 제정하여 관리해 오고 있다.<sup>3)</sup> 의료계에서 발생하는 부정청구에 대한 관심은 1993년 클린턴 행정부의 출범과 더불어 시작되었다. 그리고 당시 국가예산의 10% 이상을 차지하고 있던 의료비 절감의 현안을 해소하기 위해 1996년 건강보험의 자격보호와 진료비관리에 관한 법률(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)을 제정하였다. 동 법은 피고용자의 이직이나 실직 등에 대한 건강보험 자격 보호 조항, 환자 개인정보 보호 조항, 허위청구 및 과잉청구 규제 조항을 포함하고 있다.

허위청구 및 과잉청구 규제와 관련한 CMS의 목적은 의료서비스와 관련된 청구오류를 규명하고, 감소시키며, 공급자에게 올바른 코딩을 유도하는 것이었다. 즉, 사전심사를 통한 부적절한 지불 예방과 동시에 사후심사를 통한 부적절한 지불과 손실에 대한 보상에 중점을 두

2) 본 내용은 건강보험심사평가원(2008)의 G5국가의 의료심사평가제도와 CMS 웹사이트를 참조하여 작성하였다.

3) 최초의 부정청구와 관련된 법률은 미국 남북전쟁 당시 링컨 대통령에 의해 제정된 민사허위청구방지법(Civil False Claims Act, CFCA)이었으며, 이후 진료비의 부정청구 방지를 위한 금품수수금지법(Anti-kickback Law, 1972), 민사벌금법(Civil Monetary Penalties Law, 1981), 메디케어 및 메디케이드 환자와 동제도의 보호에 관한 법률(Medicare and Medicaid Patient and Program Act, 1987), 자가이송금지법(Self-referral Prohibition, Stark I, 1989, Stark II, 1993) 등의 법률이 제정되었다(건강보험심사평가원, 2008).

고 있었다.<sup>4)</sup> 이에 보건부는 동 법에 근거하여 공적 및 민간부문에 대해 부정청구 예방 및 환수를 실시함으로써 부정청구 문제를 해결하는 강력한 수단을 갖게 되었다. 특히, 메디케어와 메디케이드를 대상으로 부정청구 행위가 확인된 공급자는 강제적으로 공적보험 프로그램에서 퇴출시키는 조치를 취하였다.

CMS는 의사, 병원, 기타 공급자들이 CMS의 규칙에 따라 제출한 청구자료에 대해 Carrier, Fiscal Intermediaries(FIs), Medicare Administrative Contractors(MACs) 등 다양한 외부기관과 계약을 통해 심사하고 있다(CMS, 2010). 메디케어가 도입되던 1966년부터 CMS는 메디케어 입원환자(파트 A) 명세서의 심사 및 지불업무를 수행하도록 FIs와 계약했으며, 메디케어 외래환자(파트 B) 명세서의 심사 및 지불업무를 담당하도록 Carrier와 계약했다. 그러나 2003년 메디케어 현대화법(Medicare Modernization Act, MMA) 제정이후 의회는 가입자 및 공급자들의 청구 편리성을 향상시키기 위해 FIs와 Carrier를 파트 A와 파트 B를 통합한 형태의 MACs으로 대체하도록 요구하였다. MACs은 2006년부터 본격적으로 활용되고 있으며, FIs와 Carrier는 2013년에 계약 종료되었다.



그림 1. 심사프로그램 통합 방식 전략 원칙

자료: 신영석(2011).

오늘날 CMS 메디케어 청구는 MACs 네트워크에 기반하고 있다. MACs에는 약 1백5십만명의 공급자가 가입되어 있으며, 공급자 가입 관리, 청구 교육, 공급자 및 가입자 요구사항에 대한 응답 등 메디케어 행위별수가 프로그램의 1차 접촉자 역할을 하고 있다. MACs를

4) 사전심사는 비용청구 자료 중 무작위로 추출하여 타당성 여부를 심사한 후에 잠정적 지불 결정하는 것이며, 사후심사는 9단계로 세분화하여 평균가를 중심으로 실시되는 심사이다. 다만, 지불 후 심사는 진행 중에 잠재적인 부정이 발견되면 다음 단계로 넘어가지 않고 BI(benefit integrity)에 조사를 의뢰하게 된다.

포함한 기타 메디케어 청구자료 심사기관은 1일 약 4백9십만 건의 심사물량을 처리하며, 3천6백5십억 달러 이상의 청구금액을 지불하고 있다.

성과기반 평가를 적용하고 있는 MACs의 도입으로 최근 메디케어 청구 비용이 감소하고 있으므로, MACs는 메디케어 심사청구에 있어 혁신적이고 비용효과적인 도구로 평가받고 있다. 결론적으로, 메디케어 현대화법에 따른 메디케어 심사계약 개혁은 CMS가 포괄적이고, 질 중심적이며, 가입자와 공급자 모두에게 최선의 서비스를 제공할 수 있는 기관으로 거듭날 수 있는 기반을 마련해 주었다.

## 나. 의료서비스 질 평가

CMS의 핵심적인 기능 중 하나는 질 관리이다. 질 관리에 있어 CMS는 전반적인 정책 수립, 기획, 모니터링을 담당하고, 각 주(州)는 민간 비영리기구인 질 향상 기구(quality improvement organization, QIO)와의 계약을 통해 질 관리 업무를 수행한다. 그리고 QI는 병원의 자발적인 질 보고 조직을 구축하도록 유도하고, 질 지표를 활용한 질 평가 결과를 공개하며, 일차의료의 만성 질환 임상 질 지표 및 장기요양기관에 대한 질적 수준을 평가하여 공표하고 있다. 또한 QIO는 교육, 자료수집과 분석, 조직 및 운영체계 혁신 등의 방법으로 병원의 질 향상을 지원한다.

QIO의 전신은 메디케어 의료이용 및 질 관리 동료심사프로그램(Medicare utilization and quality control peer review program)이며, 조세평등과 재정무법(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, TEFRA)에 기초하여 1982년에 설립되었다. 19세기 초반 QI는 올바른 진료행위를 유도하기 위해서 동료심사를 통해 기준에 부합하지 않는 환자를 식별하는데 초점을 두고, 의료이용 및 개별 진료기록에 대한 사례심사, 진료비 지불 조정, 개별 서비스에 대한 인증(certification)을 주로 담당하였다. 이후 개별 서비스에 대한 심사기능이 축소됨에 따라 질 관리 및 향상 프로그램 운영을 주요 목적으로 두고, 질 향상 방법, 공급자 성과 보고, 성과기반 보수지불 개발에 노력을 기울이고 있다.

한편, 미국 의회는 2003년 메디케어 현대화법 109(d)(1)에 근거하여 의학원(institute of medicine, IOM)에 질 향상 프로그램에 대한 평가를 요구하였다(Leavitt, 2006). 2006년 3월 IOM의 첫 보고서가 발행되었다. 그 결과 메디케어 가입자들에게 양질의 서비스를 제공하기 위해서는 효과성, 효율성, 환자중심성이 필요하다는 것을 확인하게 되었다. 이와 같이, 초기 QIO는 메디케어 가입자들에게 제공되는 의료서비스의 이용과 질을 모니터링하고 향상시킴으로써 질 높은 서비스를 효과적으로 제공하는 목적으로 조직되었으나, 최근에는 메디케어 가입자들에게 공급되는 서비스의 효과성, 효율성, 경제성, 질 향상은 물론, 공급자에

계 의료서비스 질 관련 정보 제공을 위한 목적으로까지 확대되었다.

게다가, 메디케어 서비스의 질에 대한 정책결정자들의 관심이 높아지면서 2001년 보건부와 CMS는 전 국민 대상 의료서비스 질 보장을 위한 Quality Initiatives(QI)를 도입하였다. QI는 보건의료시스템 전반에 개입하며, 2002년 11월 가정간호의 질 정보 제공 및 의료제공자 질 향상 활동을 지원하는 Nursing Home Quality Initiative(NHQI), 2004년 Doctor's Office Quality Project를 포함하는 Physician Focused Quality Initiative 및 말기 신부전환자 제공 의료 질 향상을 위한 End Stage Renal Disease Quality Initiative 등까지 확대되었다.

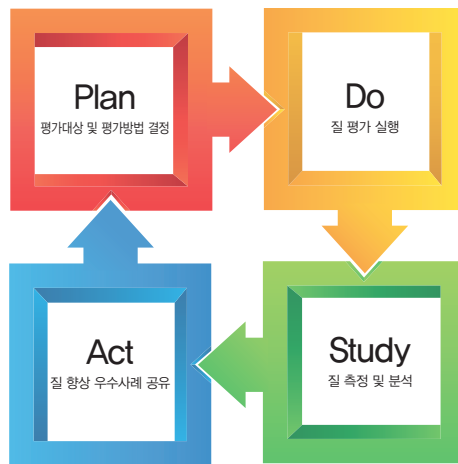


그림 2. 질 향상을 위한 과학적 근거 창출 방법(PDSA)

자료: QIO, Advances in quality: QIO program progress report, July 2011.

모든 QI는 연방 및 주정부, 연구자, 의료제공자, 소비자단체 등과의 협력관계를 구축하는 것이 중요하다. 특히, QI는 QIO 및 CMS 등과의 협력이 중요한데, QIO는 메디케어 가입자와 서비스 제공자의 의사결정 지원을 위한 질 평가 자료를 제공하며, CMS는 지속적인 질 표준 관리 및 적용을 위해 QI를 지원한다.

이와 더불어, CMS는 양질의 의료와 비용효과적인 의료서비스 제공을 장려하는 도구 개발을 위해서도 많은 노력을 기울여 왔다(CMS, 2009). 그리고 CMS는 과정(process), 결과(outcome), 환자경험(patient experience of care) 등 질 지표(quality measure)를 통해 측정된 병원성과를 인센티브 지불로 전환함으로써 메디케어 비용을 증가시키지 않고도 가치에 기반한 지불 강화방법을 개발하기 위해 다양한 시도를 해왔다(임지혜, 2013). 왜냐하면, 표준화된 질 측정 방법의 개발과 유지의 질 관리 프로그램에 있어 의사결정 과정 및 판단의 기준이 되는 것은 물론, 향후 성과에 따른 보상체계 도입과 관련해서도 필수적인 요소가 되기 때문이다. 모든 지불자가 동일한 측정방법을 사용하고, 이해관계자가 성과 및 결과 측정

에 대한 동일한 정보를 획득하면, 공급자들은 정보공개에 대한 부담이 줄어들게 될 것이다.

부담적정보보호법의 통과 이후 미국의 보건의료 지불자, 공급자, 그리고 환자는 의료의 질 관리에 더 많은 관심을 기울이고 있다. 이에, 의료 질 향상을 위한 국가 전략(national quality strategy)을 구축하고, 모든 국민들의 의료 및 질 향상을 목적으로 하는 다양한 이해관계자들과의 협력의 기틀을 마련하였다. 그리고 국가 질 전략에 기반하여 의료서비스 질 향상을 위한 우선순위 설정, 경험 공유, 국가 전반에 걸친 질 측정을 수반하고 있다. 효과적인 성과측정은 공급된 서비스에 대한 질 측정, 원하는 결과 획득을 위한 최선의 진료 규명, 질 향상을 위한 기회를 제공하므로, 향후 지불제도와 의료서비스의 질과의 결합에 있어 유용하게 활용될 것이다(DHHS, 2014).

### 3. 나가며

지금까지 미국은 지불제도, 관리의료 등과 같이 거시적인 수준의 계획과 변화를 통해 의료의 질과 비용을 관리해 왔다. 게다가 다른 국가와는 달리 다양한 의료비 규제방안을 개발하여 의료 시장에 적용해 왔음을 확인할 수 있다. 그러나 오히려 의료비 증가 속도는 세계에서 가장 높으며, 건강 수준 역시 좋지 못하다. 일례로, 영아사망률이 OECD 국가 중 최하위에서 세 번째(인구 1,000명당 6.7명)에 해당될 만큼 심각한 상황이라고 보고되고 있다(OECD Health Data, 2010).

이 때문인지, 미국은 부담적정보보험법을 통해 새로운 보험 시장을 만들고 세금 혜택을 제공함으로써 수백만 미국인들에게 공적 건강보험을 제공하고자 노력하고 있다. 이러한 변화는 전국민에게 의료보장의 기회를 제공한다는 단순한 동기가 아닌, 의료비용 지출에 대한 구체적인 대책과 의료의 질 보장 없이는 보건의료 시스템의 지속가능성을 담보할 수 없다는 한계 인식의 결과로 볼 수 있다.

CMS의 미션은 모든 미국인에게 양질의 보건의료를 제공하겠다는 것이다. 이에 따른 비전은 개인과 인구집단에 더 나은 의료로 제공하고 비용을 감소시키는 것이다. 오랫동안 미국은 의료서비스의 질 보다는 양에 근거하여 의사, 병원, 그리고 기타 의료서비스 공급자들에게 비용을 지불해 왔다. 그 결과 보건의료 시장의 비효율성을 초래했다. 따라서 새로운 의료전달체계의 구축에 있어 CMS는 목표는 의료의 질 분석을 강화하고, 성과측정 매트릭스에 기초한 공급자 보상으로 질을 향상시킨다는 두 가지 측면에 초점을 두고 있다.

결국, 부담적정보보험법은 양에 기반한 구매가 아니라 의료의 질, 환자안전, 통합진료, 커뮤니케이션 등 가치에 기반한 구매를 통해 다양한 이해관계자들에게 결과 공개가 가능하도록 최선의 성과를 제공하는 구매 메커니즘의 변화라고 볼 수 있다.<sup>5)</sup> 이러한 맥락에서, 가치

5) 보건의료 분야에서 가치(value)는 넓은 의미에서 질(quality), 효율성(efficiency), 안전성(safety), 그리고 비용(cost)의 함수이다(임지혜, 2013).

기반구매에 있어 공급자들은 의료서비스의 질과 비용에 대한 책임을 져야 하고, 환자는 건강 결과와 건강상태를 포함한 의료의 질과 관련된 모든 정보를 제공해야 한다. 다시 말해서, 부담적정보험법을 계기로 의료서비스의 질에 근거한 적극적 구매자로 변화하고자 하는 CMS의 노력을 지지하기 위해서는 가입자들에게 양질의 효과적인 의료를 보장할 수 있도록 의료 이용, 건강결과, 비용과 관련된 분석뿐만 아니라 양과 규모의 증가 추이도 제공해야 하므로, 질 평가 및 의무기록과 같은 새로운 데이터는 물론, 가입자, 공급자, 그리고 국민들에게 제공되는 서비스에 대한 정확한 데이터 구축이 필수적이다.

이러한 변화 속에서 부담적정보험법 통과 이후 미국 공적보험의 지향점이 의료서비스 질 평가를 통한 합리적 구매자 역할을 확보하는 것이라고 한다면, 설립 시점부터 적정성 평가 실시는 물론, 전산청구를 통해 전 국민 청구데이터를 확보하고 있는 건강보험심사평가원(이하 심평원)의 지향점은 심사를 통해 더 큰 구매가치를 얻는 방향으로 나아가야 할 것이다. 특히, 심평원의 청구데이터는 미국과는 달리 단일 기관에서 심사를 하고 있으므로, 전문성과 일관성이 높기 때문에 질 관리에도 용이한 것으로 평가되고 있다. 따라서 공급자들의 질 향상에 대한 관심 증대와 의료서비스의 질을 반영한 지불제도로의 변화를 꾀하는 오늘날의 보건의료 환경 속에서 의료이용에 대한 정보 수집가로서, 질 평가를 통한 비용효과적인 의료서비스 구매자로서, 나아가 수집된 정보를 중심으로 보건의료 관련 포괄적 모니터링 담당자로서 심평원의 고유한 역할은 반드시 존재해야 할 것이다. 🌐

## 참고문헌

- 
- 건강보험심사평가원. G5국가의 의료심사평가 제도. 2008.  
 미국 보건부 <http://www.dhhs.gov>  
 미국 보건의료재정청 <http://www.cms.gov>  
 신영석. 미국 출장보고서. 2011.  
 임지혜. 미국의 병원가치기반구매 프로그램, HIRA정책동향, 2013;7(1):75-86.  
 CMS. Medicare claim review programs: MR, NCCI Edits, MUEs, CERT, and RAC. October 2010. Available from: URL: <http://www.cms.gov/MLNGenInfo>  
 CMS. Roadmap for Implementing Value Driven Healthcare in the Traditional Medical Fee-for Service Program. Available from: URL: [http://www.cms.gov/Medicare?Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/downloads/vbroadmap-oea\\_1-16\\_508.pdf](http://www.cms.gov/Medicare?Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/downloads/vbroadmap-oea_1-16_508.pdf)  
 DHHS. Modernizing CMS computer and data systems to support improvements in care delivery Version 1.0. CMS, December 23, 2010.  
 DHHS. 2013 Annual progress report to congress-National strategy for quality improvement in health care. 2014.  
 Michael O. Leavitt. Improving the medicare quality improvement organization program-response to the institute of medicine study. Secretary of Health and Human Services 2006.  
 QIO. Advances in quality: QIO program progress report, Quality Improvement Organizations, July 2011.