

의료의 질 향상을 위한 심사평가제도 개선방향

2006. 10. 25

국회의원 안 명 옥

●● 머 리 말

의료의 질 향상을 위한 심사평가제도 개선 방향

급속한 인구고령화와 의료기술의 고도화, 양질의 의료소비 욕구의 증가는 국민 건강보험의 지출규모를 증가시키고 있으며 이러한 지출규모의 증가는 지출의 적정성을 높이기 위한 심사와 평가 업무를 중요하게 부각시키고 있습니다.

2000년에 건강보험법에 근거하여 설립된 건강보험심사평가원은 전체 국민에 대한 상병별 분류와 처방내역을 통계자료로 가지고 있는 기관입니다. 이 방대한 자료는 잘만 활용한다면 실로 학문적·경제적 가치가 무궁무진한 지식을 창출해내는 ‘태반’이 될 것입니다.

아울러, 의료공급자에게는 양질의 의료를 제공할 수 있는 의료정보로서, 환자에게는 의료기관의 선택 등 최적의 의료서비스를 적정 이용하도록 하는 유익한 정보를 제공하는 기관으로 역할을 해야 할 것입니다.

따라서 건강보험심사평가원은 사후적인 심사 중심의 기능에서 탈피하여 사전 예방을 위한 평가기능을 강화해야 하며, 이를 위해서는 심사청구제도를 통해 수집되는 정보의 내용과 제공체계를 내실화해야 합니다. 아울러, 정보의 신뢰도를 높이기 위해 각 분과 의학회 등 전문가의 의견을 수렴하고 질병관리본부 등 관련 기관과 긴밀한 연결과 협조체제를 갖추어야 할 것입니다.

본 자료집이 건강보험심사평가원이 심사와 평가의 전문기관으로서 최적의 보건 의료정보를 생산하는 메카로 거듭날 수 있도록 건강보험 심사평가제도의 개선방향을 마련하는데 기여할 수 있기를 바랍니다.

2006년 10월

국회의원 안 명 옥

I. 보건의료정책 환경의 변화	1
1. 보건의료 환경 변화와 건강보험 정책 방향	3
2. 보건의료정책 이슈의 변화	5
3. 의료의 질 평가	6
II. 심사평가원의 환경 변화	11
1. 심사물량의 증가에 따른 심사 효율화 요구	13
2. 건강보험심사평가원의 위상 변화 : 독립성과 전문성 요구	21
3. 의료의 질 정보에 대한 요구 증대	22
III. 심사평가원의 심사·평가 현황 및 평가	29
1. 진료비 적정화에 대한 역할 부진	31
2. 심사기준의 포괄성과 공정성 문제	40
3. 의료의 질 향상 유도를 위한 급여적정성 종합관리제의 한계	42
4. 급여 적정성 평가의 문제	52
IV. 심사평가원 발전방향	55
1. 급여심사평가체계의 합리적 개편	57
2. 건강보험 평가제도의 개선	61
3. 급여의 충실성을 저해하는 규제 개선	65
V. 심사평가원의 역할 재정립	73
1. 심사평가원의 정체성 정립의 방향	75
2. 심사평가원 업무의 공정성 확보	78
3. 심사평가원 운영의 효율성을 통한 대국민 신뢰 제고	79
5. 국가 질병통계 시스템 구축 엔진으로서 기능전환	86
VI. 참 고 문 헌	89

의료의 질 향상을 위한 심사평가제도 개선방향



보건의료정책 환경의 변화



1. 보건의료 환경 변화와 건강보험 정책 방향

- 21세기에 접어들면서 보건의료를 둘러싼 환경은 크게 변화하고 있음. 이러한 사회 환경의 변화는 보건의료체계에서도 새로운 패러다임을 요구하고 있음.
 - 저출산과 고령화 인구구조, 의료시장의 국제화로 인하여 건강보험의 운영, 재원조달과 급여체계에 있어서 경쟁과 효율화가 요구됨.
- 증가하는 새로운 의료수요와 소비자 중심의 이용체계를 요구하고 있음.
 - 현재 우리나라 의료체계는 과거 급성기 질환 중심에서 변화하지 못하여 아직도 급성질환중심의 다단계 의료전달체계를 가지고 있음.
 - 인구고령화와 함께 만성병 중심으로 상병구조가 변화됨에 따라 의료수요자는 One-stop 서비스와 같은 시스템을 요구하며, 만성질환은 자본집약적인 병원시스템과는 잘 맞지 않음.
 - 만성질환 중심의 의료체계 변화를 위해서는 정신보건서비스, 재활서비스, 건강증진서비스 등 새로운 의료수요에 반응할 수 있어야 함.
- 보건의료서비스에 대한 국민의 요구수준이 증가하고 있음. 이러한 문제는 고소득층의 해외 원정의료 문제를 초래하고 있음.
 - 양질의 의료서비스에 대한 국민의 욕구가 증가하고 있는 만큼, 양질의 의료서비스 선택을 위한 정보를 요구하고 있음.
- 건강보험, 보건의료정책에서 가장 중요한 것은 단기적인 비용절감보다는 현실성과 장기적인 지속 가능성을 고려하는 것임.
 - 이를 위해 정책결정 전에 초당적 합의를 이루고, 보건의료 개혁이 전반적인 경제발전에 기여하는 투자임을 인식해야 함.

□ 1977년 의료보험 도입 이후 전 국민을 대상으로 하는 건강보험 대상자가 확대되면서 포괄성은 달성하였다고 할 수 있지만 여전히 의료서비스에 대한 공평한 접근에 있어서는 문제가 제기되고 있음.

- 현재는 진료비 지출관리와 점차적으로 강화되는 환자의 권한에 대비해야 하는 단계라고 보임.
- 2001년 재정파탄위기에서 2003년 재정 안정 국면으로 돌아선 이후 3년이 되는 현재, 2006년 상반기 급격한 급여비 지출 증가는 또 다시 재정악화의 우려와 함께 진료비 지출관리에 대한 중요성을 부각시키고 있음.

• • 건강보험 정책의 접근 단계 • •

1단계 포괄성	2단계 진료비지출관리	3단계 환자권한강화
- 적용대상, 접근성, 재원 조달, 서비스 보장수준	- 진료비 지출관리: 재원의 효율 적 이용 - 비용/의료의 질 간의 균 형관리	- 환자기대에 대한 반응 - 환자중심적인 서비스 제공 - 지속적 질 증진 보장
- 공평한 접근	- 효율성 효율개선적인 의료제공 을 통한 혁신	- 반응성 환자를 위해 보다 편리한 서비스 조합과 개입, 중재 를 위한 혁신

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

2. 보건의료정책 이슈의 변화

- 전국민 의료보장제도의 실현으로 보건의료의 접근성이 향상되고, 소비자의 권리 의식이 증가함에 따라 보건의료정책의 주요 관심이 접근성(accessibility)에서 비용(cost)과 질(quality)의 문제로 옮겨가고 있음.
- 국민의 교육수준 향상은 의료서비스를 선택하기 위한 다양한 정보를 갖게 되었으며, 심사평가원등에 대해 의사결정을 위한 다양한 정보를 제공해주는 역할을 기대하고 있음.
- 양질의 의료에 대한 국민의 관심이 증가하고 있으며, 의료의 질과 관련된 우리나라의 주요 정책 및 제도로는 국민건강보험법 및 의료법에 근거하여 시행하고 건강보험심사평가원의 요양급여 적정성 평가와 의료기관평가 등이 있음.
- 의료의 질적 수준 향상을 위해서는 단순한 규제 위주의 접근만으로는 소기의 성과를 거둘 수 없음. 참여자에게 올바른 정보를 제공하고 제공된 정보를 통해 바람직한 방향으로 행동을 유도할 수 있어야 함. 규제위주의 접근은 단기간의 효과만을 발휘할 뿐 장기적이고 지속적인 효과를 기대하기 어려움.

3. 의료의 질 평가

- 의료 서비스의 질을 다루기 위해서는 먼저 의료의 질에 대한 정의가 필요함. 이를 통하여 질 평가와 향상 활동의 내용과 범주를 정하는 것이 가능하기 때문임. 의료의 질에 대해서는 다양한 정의가 있고 각각에 따라 질에 대한 접근이나 방향에 대한 다양한 개념을 포함하고 있지만 이중에서도 비교적 널리 받아들여지는 Institute of Medicine의 정의(Lohr 1990)를 원용하고자 함.
- ‘의료의 질은 개인과 인구 집단에 대한 의료서비스가 기대되는 건강의 향상에 기여하고 현재의 전문적 지식에 부합하는 정도’로 정의 됨.¹⁾

가. 진료행태 변이, 의료의 질, 그리고 의료비의 관계²⁾

- 미국 전체 국민의 1%이하가 미국 GDP의 10%를 좌우함. 의사의 보수(fee)는 전체 의료비의 15%정도를 차지하지만, 의사들의 의사결정에 따라 보건의료비의 90%가 좌우될 수 있음(Eisenberg, 2002). 따라서 의사들의 다양한 의사결정 즉 진료행태의 변이는 의료의 질은 물론 의료비에도 직접적인 영향을 미치게 됨.
- 일반적으로 행위별수가제의 경우에는 의료의 과다제공이, 인두제하에서는 과소제공이 문제가 됨. 따라서 의료비에 영향을 주는 정책을 시행할 때에는 반

1) Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.

2) ‘진료행태변이, 의료의 질, 그리고 의료비의 관계’와 ‘진료행태 변이 감소를 통한 질 향상 활동’은 심사평가원의 급여성정성 종합관리제 효과측정방법 개발 연구(2006.1)의 이론적 정리 중 일부를 발췌하여 재정리하였음.

드시 이에 수반되는 건강성과를 같이 고려해야 하고, 비용과 질에 미치는 영향을 미리 예측하는 것이 필요함.

□ 의사 진료행태의 변이는 과다 의료이용의 존재를 확인하는 것 외에도, 변이의 크기, 변이의 방향(높은지 낮은지)을 같이 고려해야함. 이러한 고려 없이 단순히 변이를 줄이는 것 자체가 정책의 목적이 되어서는 안 됨.

- 단순히 의료이용의 감소를 통해 변이만을 줄이고자 하는 한다면 의사들은 다른 불필요한 서비스로 대체하거나 의학적으로 필요한 진료행태를 하지 않는 방향으로 반응을 하기 때문임.
- 또한 수술을 많이 하는 경우 환자의 진료결과가 좋아지는 반응용량의 관계(dose response relationship)도 존재하기 때문임.

□ 의료의 양과 질은 상호 복잡하게 얽혀있음. 너무 많거나 적은 의료 모두가 건강에 해가 될 수 있음.

- 많은 의학적 의사결정이 항상 확고한 의학적 지식에 기반을 두어 내려지는 것이 아니라 항상 불확실성하에서 결정을 하기 때문에, 의료체계, 지불체계, 의사의 특성, 환자의 특성 등 많은 요인들이 영향을 미치게 됨.(Eisenberg, 1986)
- 따라서 의료비의 통제를 고려하는 경우에는 반드시 이에 수반하는 건강성과를 같이 고려해야하고, 어떤 방법을 이용할 것인가를 결정해야함. 즉 비용과 질을 같이 고려해야 함.

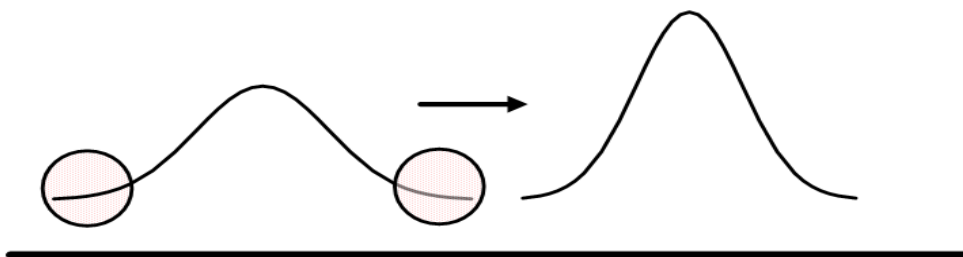
□ 일반적인 다른 상품이나 서비스의 소비가 지역적으로 차이가 난다면 사람들은 이러한 현상에 대해 별로 관심을 기울이지 않지만, 의료서비스는 이와는 매우 다른 의미를 가짐. 그 이유는 다음과 같음.(Eigenberg, 1985)

- 대부분의 의료비는 사회공동체에 의해 모인 돈으로 제3자에 의해 지불되기 때문이고, 의료재는 필수재이며 항상 거래관계(trade-off)가 존재하기 때문임.
- 진료행태의 변이, 즉 의료이용의 차이는 누군가가 의료서비스의 이용으로 도움도 받지만 부작용도 항상 수반함.
- 또한 치료에 있어서의 변이는 비용과 직접적으로 연결되어 있으며, 또한 보험유무 또는 사회경제적 수준에 따라 치료가 다른 경우에는 의료비와 의료의 형평성 문제와도 관계가 있기 때문에 의사들의 진료행태에 있어서 변이는 매우 중요한 의미를 가지고 있음.

나. 진료행태 변이 감소를 통한 의료의 질 향상 활동

- 질 향상에 대한 접근방법은 크게 질보장(quality assurance, QA)과 지속적 질 향상(continuous quality improvement, CQI)의 개념으로 크게 구분할 수 있음.
- 전통적으로 많이 사용되었던 질 보장 개념은 “썩은 사과(bad apple) 고르기” 방법을 이용했음. 이는 의료의 질에 있어 문제가 발생한 경우 특정 의료 제공자의 실수나 잘못이 원인이라고 판단하고 이를 바로 잡음으로서 그 문제를 해결할 수 있다고 생각하는 것임.(그림)

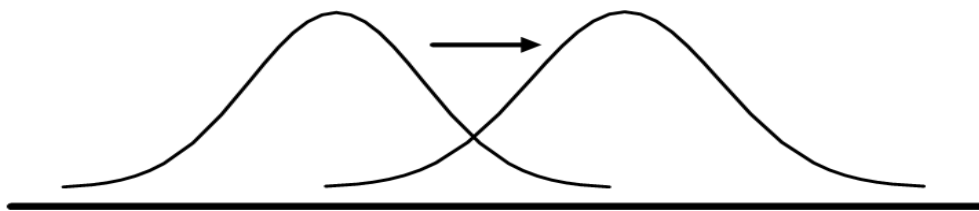
• • 질보장(Quality Assurance, QA) • •



□ 그러나 최근에는 이상치 즉 개인의 잘못보다는 이를 유발한 시스템이 문제라는 인식하에 시스템 측면에서 의료의 질 향상을 위해 노력해야 한다는 지속적인 질 향상의 개념으로 변화하고 있음.(그림)

- 이는 분포곡선에서 이상치를 대상으로 하는 것이 아니라 곡선 자체를 이동하는 것으로, 이 때에는 모델로 제시하거나 벤치마킹할 수 있는 표준화된 기준이 필요함. 그리고 이상치 하나에 대한 자세한 정보가 아닌 전반적인 성과나 과정을 평가할 수 있는 체계적인 데이터 수집이 선행되어야 함.

• • 지속적 질향상(Continuous Quality Improvement, CQI) • •



□ 미국의 공보험인 메디케어는 1972년부터 동료심사기구(peer review organizations, PROs)를 통해 입원의 적정성, 의료질의 적정성 등을 감시하였음. 그 결과를 토대로 불필요한 의료 행위를 했다고 판단된 경우에는 메디케어에서 지불을 중단할 수 있는 권한이 있었음.

□ 기존의 동료심사에서는 “찍은 사과” 이론에 근거하여 교육을 통해 개개 의사들의 진료행태를 변화시키고자 하였음. 그러나 1990년대 메디케어의 동료심사는 진료행태를 변화시키는데 긍정적인 방향의 인센티브를 제공하지 못했다는 의견이 많이 제시되었음.

- 병원이나 의사들이 모두 불이익을 피하기 위해 본인들의 실수를 감추려고만 했음.(Lohr, 1990; Gottlieb, 1992; Prosser, 1992; Leape, 1994)

- 완벽하게 썩은 사과 몇 개를 제거했다고 해도 적절한 진료행태를 하지 않는 나머지 의료제공자들에 의한 문제들은 해결할 수 없었음.
- 또한 동료심사 시 전문가들마다 상황에 따라 의료의 질이나 양이 적절한지에 대해 의견을 달리하는 경우가 많았음.

□ 따라서 동료심사는 질 향상기구를 위장한 의료비 통제기전이라는 비난을 받았고, 동료심사기구에서는 기존의 단순히 이상치를 제거하는 방법은 질 문제의 근본적 해결책이 될 수 없음을 인식하고, 전반적인 의료 행위를 좀 더 높은 수준으로 끌어올리기 위해서는 새로운 조직과 방법 도입의 필요성을 갖게 됨.

□ 1992년 의료의 질 향상이라는 본연의 임무를 잘 수행하기 위하여 질향상기구 (quality improvement organizations, QIOs)로 그 조직을 변경하였음.(Bodenheimer, 1999)

□ 메디케어 질 향상 기구의 의료의 질 문제에 대한 시각은 의료인이나 의료기관에 종사하고 있는 개개 인력의 무능으로 보기보다는 시스템의 잘못에서 발생된 문제라고 보고, 이러한 관점에서 시스템 차원에서 문제점을 고치기 위해 진료행태에 대한 데이터의 분석과 진료행태의 변화를 목적으로 하였음.

II

심사평가원의 환경 변화

1. 심사물량의 증가에 따른 심사 효율화 요구

□ 건강보험이 도입된 1977년 이래 진료비 지불제도로는 행위별 수가제가 근간으로 활용되고 있음. 진료결과의 보상인 진료비 청구, 심사지급 또한 월 또는 주단위의 건별·사후관리 방법을 활용하고 있음. 물론 일부 입원 질환에 대해서는 포괄수가제를 선택적으로 적용하고 있고, 보건기관을 중심으로 방문당 수가등 정액수가제를 적용하고 있음.

- 2005년 기준 건강보험 연간 진료비청구·심사건수는 799,644,387건으로 약 8억여건에 이르고 있음.

- 2006년도 상반기 통계자료에 의하면, 청구건수가 건강보험과 의료급여 모두 포함하여 약 4억6천9백만건에 이르고 있어 연간 9억건 이상에 이를 것으로 예상됨.

• • 2006년 상반기 청구건수 • •

(단위: 천건)

	총계	종합전문 요양기관	종합 병원	병원	의원	치과 병의원	한방 병의원	조산원	보건 기관	약국
건강 보험	430,204	8,393	13,918	10,498	139,569	16,891	17,817	1	7,508	215,609
의료 급여	38,354	450	1,800	1,456	7,411	493	649	0	821	15,274
계	468,558	8,843	15,718	11,954	146,980	17,384	18,466	1	8,329	230,883

자료: 건강보험심사평가원, 2006년 상반기 보험통계지표³⁾

3) 건강보험심사평가원, 2006년 상반기 보험통계지표. 2006.8

● ● 청구 방법별 심사기간 현황(EDI) ● ●

(단위 : 건, %)

구분		법정기간(15일) 이내	비율	법정기간(15일) 이외	심결건수 (계)
		심결건수		심결건수	비율
종합전문병원	01년	2,401,545	24.41	7,436,489	75.599,838,034
	02년	26,174	0.19	13,399,376	99.8113,425,550
	03년	38,160	0.26	14,620,748	99.7414,658,908
	04년	3,312,186	21.45	12,130,387	78.5515,442,573
	05년	9,666,119	60.54	6,301,124	39.4615,967,243
	'06.상반기	7,587,804	90.41	805,142	9.598,392,946
종합병원	01년	1,698,642	28.01	4,365,524	71.996,064,166
	02년	161,492	1.38	11,515,572	98.6211,677,064
	03년	230,672	1.29	17,630,134	98.7117,860,806
	04년	7,837,423	36.98	13,355,331	63.0221,192,754
	05년	18,905,091	74.28	6,545,127	25.7225,450,218
	'06.상반기	12,920,312	95.21	649,362	4.7913,569,674
병원	01년	700,492	44.07	888,828	55.931,589,320
	02년	1,004,484	27.13	2,697,505	72.873,701,989
	03년	2,284,121	26.36	6,380,609	73.648,664,730
	04년	3,702,087	28.59	9,246,237	71.4112,948,324
	05년	9,929,429	55.97	7,810,467	44.0317,739,896
	'06.상반기	8,308,645	83.01	1,700,293	16.9910,008,938
치과병원	01년	100,223	41.84	139,305	58.16239,528
	02년	145,528	29.67	344,974	70.33490,502
	03년	201,193	29.83	473,295	70.17674,488
	04년	368,715	45.10	448,789	54.90817,504
	05년	551,202	67.04	270,944	32.96822,146
	'06.상반기	411,576	89.14	50,124	10.86461,700
한방병원	01년	20,703	59.59	14,038	40.4134,741
	02년	25,047	18.50	110,348	81.50135,395
	03년	134,048	46.02	157,221	53.98291,269
	04년	285,253	52.65	256,539	47.35541,792
	05년	927,666	96.03	38,393	3.97966,059
	'06.상반기	469,519	94.57	26,969	5.43496,488
의원	01년	63,306,629	56.12	49,506,234	43.88112,812,863
	02년	80,398,382	53.32	70,380,814	46.68150,779,196
	03년	107,102,317	59.57	72,680,748	40.43179,783,065
	04년	152,633,717	77.02	45,543,223	22.98198,176,940
	05년	187,992,208	85.34	32,295,497	14.66220,287,705

구분		법정기간(15일) 이내		법정기간(15일) 이외	심결건수 (계)
		심결건수	비율	심결건수	비율
	'06.상반기	112,937,750	92.54	9,099,135	7.46122,036,885
치과의원	01년	9,784,809	57.94	7,103,662	42.0616,888,471
	02년	11,800,623	56.79	8,979,478	43.2120,780,101
	03년	13,318,311	55.05	10,873,779	44.9524,192,090
	04년	19,757,673	75.14	6,536,716	24.8626,294,389
	05년	23,808,253	84.90	4,235,221	15.1028,043,474
	'06.상반기	14,059,028	96.17	560,569	3.8314,619,597
한의원	01년	13,180,405	66.81	6,548,050	33.1919,728,455
	02년	17,515,288	71.76	6,892,957	28.2424,408,245
	03년	19,325,878	71.19	7,821,232	28.8127,147,110
	04년	22,665,755	75.38	7,403,138	24.6230,068,893
	05년	27,086,550	83.49	5,357,557	16.5132,444,107
	'06.상반기	15,662,088	90.77	1,592,115	9.2317,254,203
약국	01년	129,886,663	53.58	112,511,786	46.42242,398,449
	02년	228,800,999	88.89	28,608,801	11.11257,409,800
	03년	216,399,661	84.15	40,764,342	15.85257,164,003
	04년	241,768,703	89.62	28,002,818	10.38269,771,521
	05년	383,092,608	96.00	15,965,774	4.00399,058,382
	'06.상반기	211,202,306	97.97	4,382,836	2.03215,585,142
보건기관등	01년	3,969,139	72.18	1,529,695	27.825,498,834
	02년	4,128,436	65.81	2,144,448	34.196,272,884
	03년	5,598,764	66.49	2,821,600	33.518,420,364
	04년	7,452,045	71.63	2,951,609	28.3710,403,654
	05년	9,946,847	85.05	1,749,035	14.9511,695,882
	'06.상반기	7,053,536	95.30	348,185	4.707,401,721

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

● ● 청구 방법별 심사기간 현황(서면) ● ●

(단위 : 건, %)

구분		법정기간(40일) 이내		법정기간(40일) 이외	
		심결건수	비율	심결건수	심결건수 (계)
종합전문병원	01년	2,540,970	88.63	326,037	11.372,867,007
	02년	1,209,226	77.78	345,528	22.221,554,754
	03년	106,425	19.77	431,832	80.23538,257
	04년	273	0.19	141,132	99.81141,405
	05년	49	81.67	11	18.3360
	'06.상반기	1	50.00	1	50.002
종합병원	01년	11,518,160	91.58	1,058,329	8.4212,576,489
	02년	7,859,501	76.86	2,366,368	23.1410,225,869
	03년	2,021,792	31.25	4,447,754	68.756,469,546
	04년	655,591	16.45	3,329,109	83.553,984,700
	05년	924,473	66.19	472,195	33.811,396,668
	'06.상반기	343,136	98.46	5,358	1.54348,494
병원	01년	7,631,748	72.20	2,937,943	27.8010,569,691
	02년	5,614,782	53.03	4,973,159	46.9710,587,941
	03년	3,592,681	45.79	4,253,754	54.217,846,435
	04년	2,517,607	48.48	2,675,343	51.525,192,950
	05년	1,127,709	66.01	580,555	33.991,708,264
	'06.상반기	398,741	91.80	35,596	8.20434,337
치과병원	01년	149,820	75.66	48,195	24.34198,015
	02년	46,913	39.61	71,519	60.39118,432
	03년	12,723	26.90	34,573	73.1047,296
	04년	2,176	29.95	5,090	70.057,266
	05년	39,025	43.60	50,482	56.4089,507
	'06.상반기	44,331	99.07	416	0.9344,747
한방병원	01년	983,650	98.80	11,932	1.20995,582
	02년	853,583	77.39	249,313	22.611,102,896
	03년	473,914	51.62	444,195	48.38918,109
	04년	68,084	10.88	557,478	89.12625,562
	05년	167,023	85.54	28,226	14.46195,249
	'06.상반기	34,860	96.19	1,380	3.8136,240
의원	01년	16,761,333	77.44	4,883,442	22.5621,644,775
	02년	8,357,975	62.72	4,967,416	37.2813,325,391
	03년	4,445,765	54.78	3,669,627	45.228,115,392
	04년	2,668,938	52.20	2,443,537	47.805,112,475
	05년	1,038,256	65.95	536,153	34.051,574,409
	'06.상반기	375,522	97.60	9,232	2.40384,754

구분		법정기간(40일) 이내	비율	법정기간(40일) 이외	심결건수 (계)
		심결건수		심결건수	비율
치과의원	01년	812,349	94.36	48,530	5.64860,879
	02년	320,468	82.70	67,038	17.30387,506
	03년	105,882	65.06	56,871	34.94162,753
	04년	62,264	55.90	49,118	44.10111,382
	05년	39,330	77.01	11,738	22.9951,068
	'06.상반기	15,439	98.34	261	1.6615,700
한의원	01년	2,688,977	90.91	268,972	9.092,957,949
	02년	1,064,209	81.74	237,683	18.261,301,892
	03년	394,631	69.21	175,555	30.79570,186
	04년	194,853	67.12	95,456	32.88290,309
	05년	105,639	74.58	36,011	25.42141,650
	'06.상반기	28,970	97.85	637	2.1529,607
약국	01년	2,075,994	85.85	342,106	14.152,418,100
	02년	389,330	77.77	111,286	22.23500,616
	03년	114,019	64.81	61,901	35.19175,920
	04년	69,915	71.00	28,558	29.0098,473
	05년	35,998	78.17	10,051	21.8346,049
	'06.상반기	6,539	88.81	824	11.197,363
보건기관등	01년	6,167,418	85.92	1,010,581	14.087,177,999
	02년	3,984,924	73.84	1,412,074	26.165,396,998
	03년	1,571,904	48.12	1,694,888	51.883,266,792
	04년	774,739	48.57	820,239	51.431,594,978
	05년	282,612	84.89	50,321	15.11332,933
	'06.상반기	105,009	97.96	2,183	2.04107,192

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

□ 제도도입 이후 전국민으로 대상이 확대되고 보장성이 강화됨에 따라 심사물량이 지속적으로 증가해옴에 따라 심사제도의 효율성과 건강보험재정 조정 역할을 수행하기 위하여 심사제도를 변경해 왔음4).

① 전건 정밀심사 (1963.12~1985.11)

- 의료보험제도하에서는 요양급여비용의 심사와 지급을 보험자의 법적 권한으로 하되, 단일 심사기준에 의한 심사의 변이를 없애기 위하여 전문심사기

4) 심사제도의 변화는 급여적정성 종합관리제 효과측정방법 개발 연구(2006.1)의 심사제도변화 내용을 일부 발췌하여 재정리하였음

관에 권한을 위탁하여 심사업무를 수행토록 하였음.

- 의료보험연합회에 심사기능이 위탁되었으며, 이 시기의 심사제도는 보험의 최소급여 원칙을 바탕으로 보험재정보호를 위한 일률적·규제적인 진료비 조정 역할을 하였음.
- 청구되는 심사건은 모두 심사직원에 의해 정밀심사방법으로 심사되었음.

② 지표심사 확대 (1985.12~)

- 진료비 심사기관으로 의료보험조합연합회와 의료보험관리공단이 분리되어 운영되었으나 1988년 의료보험연합회로 명칭이 변경되면서 의료보험관리공단도 연합회에 가입하게 되었음.
- 이에 1988년 1월 1일부터는 의료보험진료비 심사기관이라 하면 의료보험연합회만을 지칭하게 되었음.
- 의료보험연합회로 심사기관이 일원화되고 1989년 이후 전국민 의료보험시대에 들어서면서 심사물량이 계속 증가하여 기존의 정밀심사만으로 심사물량을 충당하기 어려워짐.
- 이에 1985년부터 의원급 외래 진료비에 대하여 정밀심사를 줄이고 일부는 지표심사만으로 심사를 완결하는 경향심사(현재 지표심사)가 시행되었고, 1997년 병원급 외래, 2003년에는 종합병원 입원진료비까지 계속 확대되고 있음.
- 경향심사를 위한 지표개발이 계속되었고 1997년부터는 환자의 상병구성을 고려한 다빈도상병 상대지표로 경향심사가 이루어지게 되었음.
- 전산청구 의료기관이 증가하면서 지표심사기관도 지속적으로 확대됨.

③ 심사의 독립 (2000.7~) : 심사의 효율성, 심사의 전문성 확대

- 2000년 7월 건강보험법 시행으로 보험자와 독립된 건강보험심사평가원이 출범하게 되었고, 의약분업이 시행됨에 따라 이로 인한 여러 가지 제도개편

이 있었음.

- 기존의 심사기능뿐 아니라 적정성평가기능이 추가되어 심사를 통해 적정진료를 유도해 내기 위한 기능과 역할 보강이 요구되었으며, 독립된 심사기구로서 심사의 공정성과 전문성·객관성을 확보하기 위한 노력이 요구되었음.
- 의료기관과 약국의 기능을 구분하는 의약분업 실시에 따른 청구물량의 급증과 이로 인한 각종 제도의 개편으로 청구방법이 변경되고 복잡해짐에 따라 심사업무를 기존의 심사인력으로 해소하기가 어려워졌음.
- 이에 심사업무의 효율성 문제가 크게 제기되었고, 정밀심사를 감소시키는 대신에 지표심사를 확대하는 방법론 개발이 가속화되었음.
- 청구된 심사대상을 지표심사 대상과 정밀심사대상으로 여과하는 기준에 대한 연구가 활발히 진행되었고, 선정된 정밀심사대상에 대해서는 독립된 심사기구로서의 전문성을 제고하기 위하여 전문심사(Peer Review)가 시행되었음.
- 2000년7월이후 심사물량 증가로 지표심사물량이 지속적으로 증가하여 2002년에는 전체 심사건의 60%이상을 차지하였음.

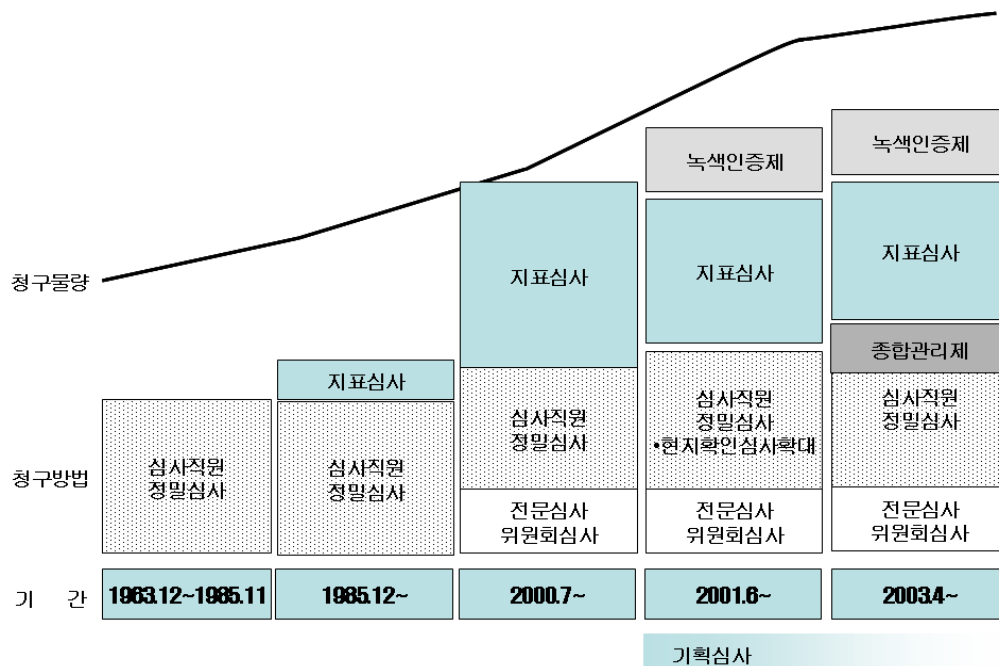
④ 재정지출억제 기획심사 (2001. 6~)

- 2001년 건강보험재정위기가 도래하면서 지출억제를 목적으로 사후적 심사가 강화되었고 부적정·부당청구를 방지하기 위하여 보다 강력한 심사수단인 기획심사가 확대되었음.
- 이때는 재정절감을 목적으로 시행된 각종 제도변화로 이의신청 증가 등 심사물량이 더욱 급증하였고 부적정, 부당청구로 인한 재정누수 가능성이 커지면서 정밀심사의 필요성도 증대되었음.
- 심사의 효율성과 대 의료기관 신뢰관계 구축차원에서 녹색인증제를 실시하여 자격이 되는 의료기관은 일정기간 동안 정밀심사 없이 심사가 완료되도록 하였음.

⑤ 정밀심사제도 효율성 확대 (2003.4~) : 종합관리제

- 지금까지의 사후적 조정기능에서 탈피하여 사전적으로 정보를 제공하여 적정진료를 유도할 수 있도록 동기부여를 하는 제도로써 종합관리제를 시행하였음.
- MDM 시스템에 의하여 정밀심사대상으로 분류된 기관에서 집중관리대상을 기준에 의하여 선정한 뒤, 여러 중재방법을 통하여 의료기관과 담당 심사직원 간에 친밀감을 형성함으로써 사전적으로 의료인이 적정진료행위를 하도록 유도하는 기능을 수행하고 있음.
- MDM 시스템을 도입함으로써 정밀심사 대상 중 일부에 대하여 종합관리제를 시행함으로써 지표심사물량은 전 기간에 비해 감소하고 정밀심사물량은 증가하였음. 그러나 정밀심사물량의 일부에 대한 종합관리제 시행으로 심사직원에 의한 정밀심사물량은 감소하였음.

● ● 심사제도와 심사물량의 변화 ● ●



자료: 건강보험심사평가원. 급여성정성 종합관리제 효과측정방법 개발 연구. 2006.1

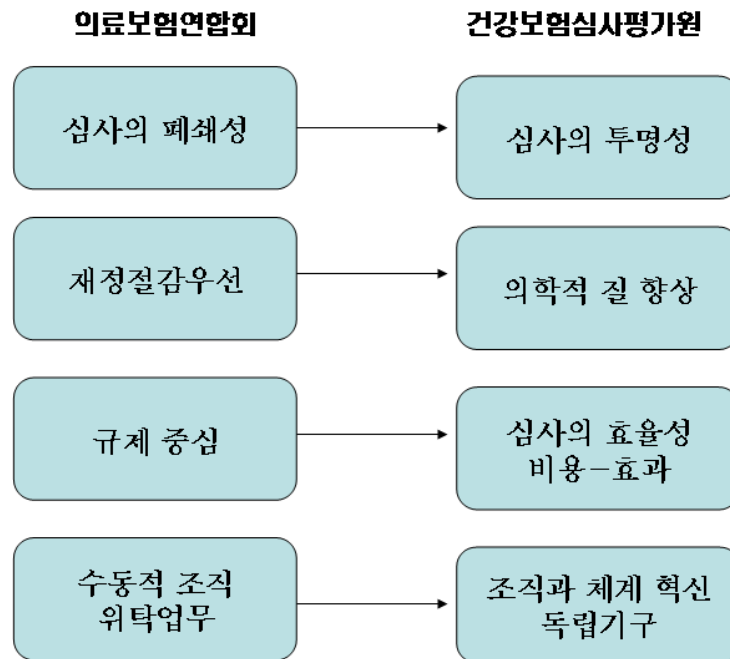
2. 건강보험심사평가원의 위상 변화 : 독립성과 전문성 요구

- 과거에는 사후적으로 심사기준에 의한 삭감을 함으로써 재정절감 목적을 달성하였으나, 이제는 거시적 관점에서 의학적 질을 향상시키면서 적정진료비 지출을 유도할 수 있는 심사운영이 요구됨.
 - 기존의 심사기준에 따른 일률적인 사후 심사는 의료의 질을 저하시킬 염려가 있으며, 전문성과 융통성이 없다는 문제가 지적되어 왔음.
 - 심사기준의 강제적 적용에 의한 심사는 일시적인 재정절감 효과가 있을 뿐 장기적인 재정안정에는 한계가 있음.
 - 심사기준을 비공개하고 재정절감 목적에 따라 크기가 일률적으로 조정되는 사후적 심사조정방식은 심사의 전문성과 객관성을 훼손시킨다는 비난을 받아왔음.

- 정해진 규제와 기준에 의하여 일률적인 조정과 삭감 업무를 위탁해온 의료보험연합회의 심사운영방식에서 탈피하여 심사의 전문성을 높이고 효율성을 높일 수 있는 심사조직의 체계화와 혁신이 요구됨.
 - 규제중심의 인력과 비용투입보다는 심사의 비용과 효과를 동시에 고려하는 심사의 효율성이 요구됨.

- 의료기관에 대하여 진료행태 변화를 유도하기 위한 진료비 관련 정보를 제공해 줌으로써 의료기관이 자발적으로 행태를 변화시키도록 동기부여하며, 장기적으로 적정 질과 재정안정을 유도할 수 있는 심사제도 운영이 요구됨.

• • 심사운영의 패러다임 변화 • •



자료: 건강보험심사평가원. 급여적정성 종합관리제 효과측정방법 개발 연구. 2006.1

3. 의료의 질 정보에 대한 요구 증대

- 사회보험으로서 의료보험이 도입된 1977년 이래 진료비의 지불제도로는 행위별 수가제가 적용되고 있음. 진료 결과의 보상인 진료비의 심사, 청구 또한 월 단위를 기준으로 건별 방법을 활용해 오고 있음.
 - 물론 그건 일부 입원질환에 대해서는 포괄수가제를 적용하는 것을 시도 중이고 외래에 대해서는 보건기관을 중심으로 방문당 수가 등 포괄수가제를 적용하여 왔음.
- 행위별수가를 중심으로 한 월 단위 심사청구의 결과 의약분업 이후 연간 심사청구 건수가 6억여건에 이름에 딸 진료비를 청구하는 요양기관과 이를 심사지급하는 보험자 간에 심사기준의 합리성 등 다양한 갈등이 노출되고 있음.

- 의료행위의 다양화에 따라 그 결과인 진료비 또한 지역, 요양기관 및 진료과에 따라 다양한 양태를 나타내고 있지만 이를 검토하는 심사기준이나 방법 등에 있어서는 의료행위자와 심사자간에 갈등과 혼란이 일어나고 있음.
- 진료비 심사지급의 당사자는 건강보험의 가입자 등에게 의료서비스를 제공하고 이에 대한 보상을 요구하는 요양기관인 공급자, 청구된 진료비를 심사 지급하는 보험자임. 공급자들이 호소하는 애로는 업무의 양과 질, 심사결과의 일관성, 심사기준의 합리성, 지급의 지연 등으로 요약될 수 있음.
- 심사결과의 일관성 문제는 동일한 사항에 대해서 심사의 시점과 대상 건에 따라서 그 결과가 다르게 나타나는 경우가 있다는 것임. 즉, 어떤 시기에는 문제로 지적되지 않았던 사항이 어떤 시기에는 문제로 지적되어 진료비가 조정(삭감)된다는 것임. 동시에 청구한 진료비 중에서도 건에 따라 이러한 차별 현상이 발생할 수 있기 때문에 공급자는 심사자의 판단 기준 등이 자의적이라는 의심을 제기할 수 있음.
- 진료비의 심사 지급과 관련된 문제들의 원인 중 상당 부분은 지불제도에서 기인함. 즉, 행위별수가제를 활용함으로 청구명세서의 세부적인 항목별 내용을 일일이 점검하여야 하므로 많은 업무량이 발생함.
- 심사 기준 또한 세부 항목의 적용 여부 및 적용의 정도 등을 일일이 정하여야 하는 부담이 있지만, 실제 심사기준이 공급자들이 시행하는 다양한 기술의 방법이나 상황을 모두 반영하기는 어려움. 동시에 급격하게 발전하는 의료기술을 평가하여 안전성이나 유효성은 물론 경제성까지를 반영한 기술의 인정 등에 한계가 있음.

- 현행의 급여범위가 negative system을 활용한다는 것도 원인임. 전체 의료행위, 약제 및 재료 중 일부 행위 등을 제외한 내용을 급여범위로 함으로써 많은 종류의 행위 등이 급여의 대상이 되면서 안전성이나 유효성은 물론 비용효과성이 공식적으로 입증되지 않은 내용이 진료에 활용될 수 있는 가능성은 심사기준의 마련을 더욱 어렵게 함.
- 심사물량이 많기 때문에 모든 청구건수를 일일이 점검할 수 없음. 이에 현실적으로 경향심사 또는 녹색인증기관 등으로 개별심사를 생략하는 경우가 있는데 이 경우 심사기준에 명백하게 문제가 되는 개별항목도 조정되지 않고 지불 될 수 밖에 없으며 이에 대해 심사결과를 검토하는 입장에 있는 공급자나 보험자등은 심사의 일관성에 문제를 제기 할 수 있음.
- 국민들의 의료기관의 이용기회가 많아지면서 자연 의료기관의 질에 대한 사회적인 관심도 증가하였음. 하지만 현재의 심사결과는 의료의 질을 평가할 수 없다는 문제가 있음.
- 양질의 의료서비스 제공은 정부 보건 정책의 주요 목표로 등장하고 의료의 질에 관한 연구 활동도 증가하고 있는 추세임. 환자의 의료기관 선택권이 거의 전적으로 보장되고 기관들 간에 경쟁상태가 심화되면서 양질의 서비스를 제공하는 병원을 찾고자 하는 국민의 욕구가 증대하여 의료서비스의 질적 수준에 대한 평가와 이에 대한 정보 제공의 필요성이 높아지고 있음.

가. 국민의 알 권리와 의료의 질 정보 요구

- 국민이 보건의료정책 결정과정에 참여하면서 보건의료서비스에 대한 선택권 확대차원에서 보건의료서비스에 대한 질 평가와 결과 공개를 요구하고 있음.

- 국민의 알 권리 확대와 양질의 의료서비스에 대한 선택권 확대를 위해 질 평가와 정보 공개 범위는 계속 확대될 것임.

나. 의료의 질 향상(평가) 관계 법령들

- 보건의료기본법, 의료법, 국민건강보험법에서는 의료서비스의 질적 향상을 위하여 의료서비스 평가를 하도록 하고 있으며, 심사의 전문기관으로서 심사평가원은 의료의 질을 평가하기 위한 정보 제공 기관으로서의 역할을 하도록 기대되고 있음.

<보건의료기본법>

- 제2조(기본이념) 이 법은 보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고, 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율의 조화를 기할 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본이념을 한다.
- 제3조(정의)

보건의료: 국민의 건강을 보호증진하기 위하여 국가 지방자치단체 보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동을 말한다.

보건의료서비스: 국민의 건강을 보호증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다.(이하생략)
- 제5조(보건의료인의 책임)

보건의료인은 양질의 적절한 보건의료서비스를 제공하도록 노력하여야 한다.

(이하생략)
- 제52조(보건의료인의 책임)

보건의료인은 양질의 적절한 보건의료서비스를 제공하도록 노력하여야 함.(이하생략)

- 제52조(보건의료서비스의 평가)

보건복지부장관은 보건의료서비스의 질적향상을 위하여 관계 법령이 정하는 바에 의하여 보건의료서비스에 대한 평가를 실시하여야 한다.

<의료법>

- 제47조의2(의료기관평가)① 보건복지부장관은 의료의 질 향상을 촉진하기 위하여 대통령령이 정하는 바에 따라 의료기관에 대한 평가(이하 “의료기관평가”라 한다)를 실시하여야 한다.(이하 생략)

<국민건강보험법>

- 제56조(업무 등)① 심사평가원은 다음 각호의 업무를 관장한다.
1. 요양급여비용의 심사평가원
 2. 요양급여의 적정성에 대한 평가(이하 생략)
- 시행규칙 제21조(요양급여 등의 적정성 평가)① 법 제56조제2항의 규정에 의하여 심사평가원은 요양급여 등의 적정성에 대한 평가를 하는 경우에는 의약학적 측면과비용 효과적 측면에서 요양급여를 적정하게 행하였는지를 평가하여야 하며, 그 평가결과를 공개하여야 함.

다. 현재 수행 중인 의료의 질 향상(평가) 사업들

- 전국단위

연번	구분	주관기관	관련근거
1	요양급여 적정성 평가	건강보험심사평가원	국민건강보험법
2	의료기관 서비스 평가	대한병원협회, 진흥원	의료법
3	병원 표준화 심사	대한병원협회	
4	종합전문요양기관 또는 전문요양기관의 관리 및 평가	건강보험심사평가원	복지부고시 제2000-37호

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

- 학회, 병원 단위

병원단위 의료질 향상 사업 : QA 및 QI 전담부서

학회: 정도관리, 자체 인증제도 사업

- 개인 단위

연수 및 보수교육, 각종 인증제도 등

의료의 질 향상을 위한 심사평가제도 개선방향



심사평가원의 심사·평가 현황 및 평가



1. 진료비 적정화에 대한 역할 부진

- 2003년 4월부터 의원급의 진료비 모니터링제도인 종합관리제가 시행되었음.
 - 심사평가원은 요양기관에 대한 사후 규제, 간접 행정에서 현장 중심의 진료 적정성을 조성하기 위한 행정을 추구하고 있으며, 이는 세계 보건의료정책의 목표가 비용억제 중심의 개별 서비스 관리에서 의료의 질과 효율성 극대화를 위한 통합적 관리로 변화하고 있는 세계적인 추세에 부응하는 것임.
- 이에 따라 진료비를 청구하는 요양기관과 이를 심사·지급하는 심사평가원 간에 심사기준의 합리성 등 다양한 갈등이 노출되고 있음.
 - 이러한 문제를 해결한다는 취지로 심사평가원을 독립기구로 설립하였으나 의료장비, 기구 및 진료 재료의 발전과 새로운 약제의 개발로 의료행위 등 진료의 방법이 급격한 속도로 변화하고 있어서 이러한 갈등은 더욱 심화될 것으로 예상됨.
- 우리나라 보건의료시스템의 장기비전⁵⁾은 비용의 억제보다는 질적 수준향상을 강조하고 의료비 지출규모의 축소 자체보다는 의료자원의 효율적 활용을 도모하는 등이 주장되고 있음.
- 이는 “진료 결과의 개선”과 “환자 안전의 보호”가 동시에 요구되고 있는 것으로 특히, 부적정 의료를 억제함으로써 국민의 건강을 보호하고, 한편으로는 보험재정을 거시적으로 관리할 수 있는 급여적정성 평가기능을 제대로 작동·확대할 필요가 있음.

5) 허호영등, 한국의 의료개혁 2010. 서울, 조선일보사,2003.

□ 그러나 현재 심사평가원에서 실시하고 있는 급여적정성 평가는 약제, 진찰, 검사, 처치 등과 같은 자원의 과다이용 즉, 이용도 측정을 통한 양적 남용을 방지하는데 초점을 두고 있음.

- 즉, 의료이용량의 증가를 억제하는데 평가의 초점을 맞추어 왔기 때문에, 반드시 제공되어야 할 의료가 제공되지 않는 과소이용 또는 진료과정 중에 발행하는 의원성 질환(iatrogenic disease)등 의료 오용에는 관심이 미약하여 문제가 심각함.

□ 그러나 심사평가원의 건강보험 재정보호와 비용적정화에 대한 기능 발휘에 대해서도 논란이 있음.

- 현재 심사평가원의 심사와 평가제도가 보험재정을 보호하는 데에 얼마나 효과 적인가 하는 것이 의문임.
- 실제로 2001년 이후 우리나라의 보험진료비 증가율은 연평균 14%에 이르러, OECD 국가의 증가율을 크게 앞지르고 있음.
- 지난 20년간 대부분의 OECD 국가의 연평균 의료비 증가율은 일정하지는 않지만 대략 3%대에 불과했음. 1997년부터 2003년까지 연평균 증가율은 4.3%였음⁶⁾.
- 2004년기준 의료비의 GDP 비중이 5.4로 사회보험 형태의 건강보험제도를 갖는 OECD 국가 중 최저국가에 해당됨⁷⁾.
- 1인당 의료비도 \$1,074(PPPs)으로 2003년기준 OECD평균의 45%수준에 불과한 우리나라에서 2001년이후 보험진료비의 연평균 증가율이 14%에 이르는 것은 보건의료재정의 적정 운용 차원에서 심각한 문제임.

6) OECD FACTBOOK 2006/QUALITY OF LIFE/HEALTH. OECD, 2006

7) OECD HEALTH DATA 2006. 2006.6

• • 연도별 진료비 증가추이 • •

(단위 : 억원)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006.6
총진료비	131,410	178,194	190,606	205,336	223,559	247,968	139,093
증가율*		35.60	6.97	7.73	8.87	10.92	15.50
급여비	895,697	129,549	136,916	146,923	160,989	180,147	102,837
증가율*		44.63	5.69	7.31	9.57	11.90	17.78

※ 전년대비 증가율

자료: 각 연도별 요양급여비용 현황, 건강보험심사평가원, 2006. 9

• • OECD 국가의 GDP 대비 의료비 비중 • •

(단위:%)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Australia	4.0	4.2	4.5	6.9	6.8	7.2	7.5	8.0	8.8	8.9	9.1	9.2	
Austria	4.3	4.6	5.2	7.0	7.5	6.5	7.0	9.7b	9.4	9.5	9.5	9.6	9.6
Belgium			3.9	5.6	6.3	7.0	7.2	8.2	8.6	8.7	8.9	10.1b	
Canada	5.4	5.9	7.0	7.1b	7.1	8.2	9.0	9.2	8.9	9.4	9.7	9.9	9.9e
Czech Republic							4.7	7.0	6.7	7.0	7.2	7.5b	7.3e
Denmark			7.9	8.7	8.9	8.5	8.3	8.1	8.3	8.6	8.8	8.9b	8.9e
Finland	3.8	4.8	5.6	6.2	6.3	7.1	7.8	7.4	6.7	6.9	7.2	7.4	7.5
France	3.8	4.7	5.3	6.4	7.0	7.9	8.4	9.4	9.2	9.3	10.0b	10.4	10.5e
Germany			6.2	8.6	8.7	9.0	8.5	10.3	10.4	10.6	10.8	10.9	
Greece			6.1		6.6	7.4	7.4	9.6	9.9e	10.4e	10.3e	10.5e	10.0e
Hungary							7.1	7.4	7.1	7.3	7.7	8.3e	8.3e
Iceland	3.0	3.5	4.7	5.7	6.2	7.2	7.9	8.4	9.2	9.3	10.0	10.5	10.2e
Ireland	3.7	4.0	5.1	7.3 b	8.3	7.5	6.1 b	6.7	6.3	6.8	7.2	7.2	7.1
Italy						7.5	7.7	7.1	7.9	8.0	8.2	8.2	8.4
Japan	3.0	4.4	4.5	5.6	6.5	6.7	5.9	6.8b	7.6	7.8	7.9	8.0e	
Korea					4.4	4.1	4.4	4.2	4.8	5.4	5.3	5.5	5.6
Luxembourg			3.1	4.3	5.2	5.2	5.4	5.6	5.8	6.4	6.8	7.7b	8.0e
Mexico							4.8	5.6	5.6	6.0	6.2	6.3	6.5
Netherlands			6.6	6.9	7.2	7.1	7.7	8.1	7.9	8.3	8.9	9.1e	9.2e
New Zealand			5.1	6.5	5.9	5.1	6.9	7.2	7.7	7.8	8.2	8.0	8.4
Norway	2.9	3.4	4.4	5.9	7.0	6.6	7.7	7.9	8.5	8.9	9.9	10.1	9.7
Poland							4.9	5.6	5.7	6.0	6.6b	6.5	6.5
Portugal			2.6	5.4	5.6	6.0	6.2	8.2b	9.4b	9.3e	9.5e	9.8e	10.0e
Slovak Republic								5.8	5.5	5.5	5.6	5.9	
Spain	1.5	2.5	3.5	4.6	5.3	5.4	6.5	7.4	7.2	7.2	7.3	7.9b	8.1e
Sweden			6.8	7.6	9.0	8.6	8.3	8.1	8.4	8.7	9.1	9.3	9.1e
Switzerland	4.9	4.6	5.5	7.0	7.4	7.8	8.3	9.7b	10.4	10.9	11.1	11.5	11.6e
Turkey				3.0	3.3	2.2	3.6	3.4	6.6	7.5	7.4	7.6	7.7
United Kingdom	3.9	4.1	4.5	5.5	5.6	5.9	6.0	7.0	7.3	7.5	7.7	7.9b	8.3d
United States	5.1	5.6	7.0	7.9	8.8	10.1	11.9	13.3	13.3	14.0	14.7	15.2	15.3

Definition: www.irdes.fr/ecosante/OCDE/411000.html

Sources and Methods per country: www.irdes.fr/ecosante/OCDE/500.html

Copyright OECD HEALTH DATA 2006, June 06

NOTES:

- a) -1, -2, -3, 1, 2, 3 shows that data refers to 1, 2 or 3 previous or following year(s).
- b) For Germany, data up to 1990 refer to West Germany.
- c) "b" means there is a break in the series for the given year; "e" means the data is an estimate.

• • OECD국가의 일인당 총 의료비와 공공의료비 • •

	US dollars calculated using PPPs						As a percentage of the OECD average					
	Public expenditure on health per capita			Total expenditure on health per capita			Public expenditure on health per capita			Total expenditure on health per capita		
	1990	2000	2003	1990	2000	2003	1990	2000	2003	1990	2000	2003
Australia	877	1 646	1 821	1 307	2 403	2 699	101	116	106	110	121	113
Austria	984	1 473	1 557	1 338	2 161	2 302	113	104	91	113	109	96
Belgium	1 158	1 620	2 009	1 345	2 279	2 827	133	115	117	114	115	118
Canada	1 295	1 760	2 098	1 737	2 502	3 001	149	125	122	147	126	125
Czech Republic	541	879	1 170	555	962	1 298	62	62	68	47	48	54
Denmark	1 296	1 963	2 292	1 567	2 382	2 763	149	139	134	132	120	115
Finland	1 151	1 290	1 622	1 422	1 718	2 118	132	91	95	120	86	88
France	1 201	1 862	2 214	1 568	2 456	2 903	138	132	129	133	124	121
Germany	1 593	2 098	2 343	1 748	2 671	2 996	183	148	137	148	134	125
Greece	451	850	1 032	840	1 617	2 011	52	60	60	71	81	84
Hungary	523	606	919	586	857	1 269	60	43	54	50	43	53
Iceland	1 398	2 168	2 602	1 614	2 625	3 115	161	153	152	136	132	130
Ireland	570	1 321	1 911	793	1 804	2 451	65	93	111	67	91	102
Italy	1 100	1 507	1 697	1 391	2 049	2 258	126	107	99	118	103	94
Japan	865	1 602	1 743	1 115	1 971	2 139	99	113	102	94	99	89
Korea	139	356	531	377	771	1 074	16	25	31	32	39	45
Luxembourg	1 440	2 665	3 329	1 547	2 985	3 705	165	189	194	131	150	155
Mexico	119	232	270	293	499	583	14	16	16	25	25	24
Netherlands	965	1 425	1 856	1 438	2 259	2 976	111	101	108	122	114	124
New Zealand	820	1 252	1 484	995	1 605	1 886	94	89	87	84	81	79
Norway	1 156	2 543	3 188	1 396	3 083	3 807	133	180	186	118	155	159
Poland	271	411	520	296	587	744	31	29	30	25	30	31
Portugal	439	1 107	1 253	670	1 594	1 797	50	78	73	57	80	75
Slovak Republic	..	533	687	..	597	777	..	38	40	..	30	32
Spain	689	1 092	1 306	875	1 525	1 835	79	77	76	74	77	77
Sweden	1 418	1 929	2 304	1 579	2 273	2 703	163	136	134	133	114	113
Switzerland	1 065	1 770	2 213	2 033	3 182	3 781	122	125	129	172	160	158
Turkey	101	284	364	166	452	513	12	20	21	14	23	21
United Kingdom	824	1 482	1 860	986	1 833	2 231	95	105	108	83	92	93
United States	1 085	2 008	2 503	2 738	4 539	5 635	125	142	146	231	228	235
OECD average	871	1414	1714	1183	1988	2394	100	100	100	100	100	100

자료 : OECD Factbook 2006: Economic, Environmental and Social Statistics. OECD, 2006

□ 전체 요양급여비용은 2005년 기준 약 25조원 규모로 매년 급속한 증가를 보이고 있으며, 이에 따른 국민의 보험료 부담, 국고부담도 큰 폭으로 상승하고 있음.

- 진료비 증가는 노인의료비 및 만성질환증가, 보험급여 및 보장성확대 정책, 수가인상, 신의료기술 및 고가의약품의 개발 등 제도외적 요인 뿐 아니라 의료공급자 및 소비자의 진료량, 청구내역의 정당성 검증 등 제도내적인 「진료비 억제 장치가 제 기능을 다하지 못함」 에도 적지 않은 원인이 있음.

• • 진료비 증가 기여도(2001년~2005년) • •

(단위: 원, %)

구분	2001	2005	변화율	기여율
총진료비	17,819,470	24,796,776	39.16	100
적용인구(명)	46,379,161	47,392,052	2.18	6.53
1인당의료이용회수(일/명)	21.44	23.71	10.59	30.46
-의료기관	13.06	15.28	-	-
-약 국	8.38	8.43	-	-
내원일당진료비(원/일)	17,916	22,064	23.15	63.01
내원일당진료비(증가액)		4,148	(100.00)	
-수가인상분 증가(원/일)		905	(21.82)	13.75
-보장성확대분 증가(원/일)		1,201	(28.95)	18.24
-기타 증가(원/일)		2,042	(49.23)	31.02

주) 내원일당진료비 변화율 항목중()비율은 증가액(100%)에 대한 수가인상 등 각 내역별 구성 비율

※ 건강보험 심사결정기준이며, 수가인상, 보장성 확대, 기타항목은 '01년-'05년까지 발생된 금액을 추계누적하여 '05년에 반영하여 산출

※ 수가인상율: 7.08%('01년), -2.9%('02년), 2.97%('03년), 2.65%('04년), 2.99%('05년)

※ 보장성강화 항목은 연도별 급여확대비용을 추정하여 산출

※ 진료비증가 기여율을 계산하기 위해 수가인상, 보장성확대 등 관련 항목을 내원일당 금액으로 산출 비교

자료: 진료비 증가 기여도, 건강보험심사평가원, 2006.8

□ 요양기관이 의료서비스량 또는 빈도를 증가시켜 수입증대를 할 수 있는 행위
별수가제 및 진료건별 사후 심사제하에서 진료비 증가는 불가피한 현상임.

- 심사효율화 방안으로 실시되고 있는 지표심사, 녹색기관인증 등은 과중한
심사물량 해소에는 기여할 수 있으나 완벽하고 철저한 심사업무와는 괴리
가 있음.

• • 연도별 녹색인증요양기관 현황 • •

(단위: 개소)

구분	2001		2002		2003		2004		2005		2006.6	
	인증	해지	인증	해지	인증	해지	인증	해지	인증	해지	인증	해지
총 계	10,458	41	11,155	949	5,377	9,633	6,226	1,837	4,088	3,314	4,100	2,317
의 원	841	17	1,006	175	542	730	380	332	306	225	319	58
치과의원	999	11	990	108	248	896	171	127	115	130	110	12
한 의 원	1,117	10	1,110	121	326	997	255	135	169	191	169	22
약 국	7,501	3	8,049	545	4,261	7,010	5,420	1,243	3,498	2,768	3,502	2,225

※ 인증은 연도말 현재, 해지는 연도별 합계임.

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

• • 연도별 심사조정을 변화 • •

(단위: %)

구분	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006.6
조정액율	1.21	1.38	1.07	1.36	1.53	1.28	1.04	0.77	0.53

주) 요양기관 전체 금액조정을

자료: 건강보험심사평가원 제출자료, 2006.8

• • 연도별 요양기관종별 심사조정을 변화 • •

(단위 : 천건, 백만원,%)

구 분		심결건수	조정건수	조정건율	청구총진료비	심결총진료비	조정금액	조정액률
종합전문	2000년	12,997	1,213	9.34	2,501,408	2,468,281	33,126	1.32
	2001년	12,705	1,522	11.98	2,411,931	2,363,247	46,057	1.91
	2002년	14,980	1,616	10.79	2,706,685	2,648,131	54,008	2.00
	2003년	15,197	1,369	9.01	3,054,826	3,007,256	45,208	1.48

구 분		심결건수	조정건수	조정건율	청구총진료비	심결총진료비	조정금액	조정액률
	2004년	15,584	1,284	8.24	3,258,851	3,216,253	44,103	1.35
	2005년	15,967	1,037	6.49	3,546,225	3,512,589	31,837	0.90
	2006년 상반기	8,393	348	4.15	2,004,291	1,991,021	9,852	0.49
종합병원	2000년	18,192	1,708	9.39	2,286,608	2,256,619	29,989	1.31
	2001년	18,641	2,078	11.15	2,280,471	2,236,756	42,912	1.88
	2002년	21,903	2,113	9.65	2,427,799	2,379,376	46,777	1.93
	2003년	24,330	1,976	8.12	2,911,946	2,867,487	44,870	1.54
	2004년	25,177	1,931	7.67	3,180,867	3,140,983	43,216	1.36
	2005년	26,847	1,577	5.87	3,524,748	3,487,909	37,980	1.08
	2006년 상반기	13,918	532	3.82	1,964,846	1,950,238	12,613	0.64
병원	2000년	11,304	1,154	10.21	992,974	983,282	9,753	0.98
	2001년	12,159	1,530	12.58	1,088,161	1,068,550	19,906	1.83
	2002년	14,290	2,363	16.54	1,216,898	1,181,529	36,653	3.01
	2003년	16,585	2,392	14.42	1,451,828	1,408,384	43,182	2.97
	2004년	18,242	2,040	11.18	1,661,916	1,620,502	40,822	2.46
	2005년	19,573	1,876	9.58	1,920,540	1,881,706	37,859	1.97
	2006년 상반기	10,498	876	8.34	1,103,127	1,084,651	17,457	1.58
의원	2000년	188,376	16,270	8.64	4,729,148	4,685,141	44,059	0.93
	2001년	217,107	27,734	12.77	5,938,675	5,846,913	93,427	1.57
	2002년	232,096	37,045	15.96	6,075,731	5,963,801	126,661	2.08
	2003년	239,013	35,596	14.89	5,970,264	5,874,023	105,164	1.76
	2004년	247,545	28,636	11.57	6,188,962	6,110,975	84,692	1.37
	2005년	259,204	20,656	7.97	6,694,794	6,633,162	66,990	1.00
	2006년 상반기	139,569	9,375	6.72	3,730,443	3,704,768	26,995	0.72

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

• • 청구건에 대한 정밀심사건율 • •

(단위: %)

구분	2003	2004	2005	2006.6
정밀심사건율	52.5	54.8	37.1	18.1

주) 약국을 제외한 의료기관의 정밀심사건율임

자료: 건강보험심사평가원 제출자료, 2006.8

- 이는 심사업무가 안정적으로 정착되거나 요양기관의 적정청구가 정착된 결과이기 라기 보다는 「요양기관에서 심사기준에 맞는 청구요령 및 청구프로그램 습득에 따른 결과」라고 볼 수도 있음.

□ 그러나, 이러한 현상은 복합적인 것으로 진료비 심사 평가만의 문제는 아님.

즉, 행위별수가제 보건의료제공체제 등 우리나라의 보건의료제도를 규정하고 있는 제도적 요인과 보건의료 정책 역량의 부족, 국민의 의료이용 행태변화 등과 같은 주요한 요인들이 함께 작용한 결과임.

- 다만, 1인당 이용횟수, 내원일당 진료비 증가 등 공급자, 수요자 측 부문의 진료비 증가에 대한 심사평가원의 적정화 노력을 양적인 측면만이 아니라 질적인 측면에서도 어떠한 노력과 효과를 발휘했는지 평가가 필요함.

• • 연도별 급여등재항목 현황 • •

(단위 : 건)

구분	행위			약제			치료재료			DRG		
	급여	비급여	100/100	급여	비급여	100/100	급여	비급여	100/100	급여	비급여	100/100
2002	31	94	114	1,644	5,682	20	573	83	230	11	-	-
2003	16	10	10	2,314	176	4	967	50	158	445	5	0
2004	16	68	7	2,841	187	13	793	32	206	1,277	4	0
2005	20	36	0	2,649	270	0	1,677	538	103	1,299	23	0
2006.6	2	10	0	1,200	95	0	542	77	0	604	9	0

자료: 건강보험심사평가원 제출자료, 2006.8

• • 연도별 신의료행위 신청 및 처리현황 • •

(단위 : 건)

구분	신청건수	결정건수		미결건수	반려건수
2002	889	급여	155	69	457
		비급여	92		
		100/100	116		
2003	173	급여	29	61	51
		비급여	26		
		100/100	6		
2004	202	급여	29	73	14
		비급여	79		
		100/100	7		
2005	173	급여	43	59	35
		비급여	36		
		100/100	0		
2006.6	93	급여	9	44	19
		비급여	21		
		100/100	0		

주) 신청건수 : 전년미결건수 + 접수건수

자료: 건강보험심사평가원 제출자료, 2006.8

• • 연도별 신의료행위: 치료재료 신청 및 처리현황 • •

(단위 : 건)

구분	신청건수	결정건수		미결건수	반려건수
2002	1,815	급여	1,206	503	81
		비급여	87		
		100/100	195		
2003	966	급여	804	361	94
		비급여	164		
		100/100	46		
2004	1,260	급여	955	351	158
		비급여	23		
		100/100	134		
2005	1,147	급여	779	289	145
		비급여	103		
		100/100	182		
2006.6	693	급여	680	61	149
		비급여	92		
		100/100	0		

주) 신청건수 : 전년미결건수 + 접수건수

자료: 건강보험심사평가원 제출자료, 2006.8

• • 연도별 신의료행위 : 약제 신청 및 처리현황 • •

(단위 : 건)

구분	신청건수	결정건수		미결건수	반려건수
2002	2,240	급여	1,950	0	43
		비급여	242		
		100/100	5		
2003	2,167	급여	1,821	0	20
		비급여	323		
		100/100	3		
2004	3,134	급여	2,956	0	23
		비급여	155		
		100/100	0		
2005	2,631	급여	2,403	8	11
		비급여	209		
		100/100	0		
2006.6	986	급여	785	96	11
		비급여	94		
		100/100	0		

주) 신청건수 : 전년미결건수 + 접수건수

자료: 건강보험심사평가원 제출자료, 2006.8

2. 심사기준의 포괄성과 공정성 문제

- 진료비 심사지급과 관련된 문제들의 근본적 원인은 행위별수가제를 활용하므로 8억건의 청구명세서의 세부적인 항목별 내용을 일일이 점검하여 청구하고 심사·지급하여야 하므로 많은 업무량과 그 정확성 담보에 기인함.
- 청구·심사기준 또한 세부항목의 적용여부 및 적용의 정도 등을 일일이 정해야 하는 부담이 발생함. 심사결과에 따른 진료비 조정 및 지급, 환급금의 산정과제 역시 엄청난 업무량을 수반함.

- 한편, 심사업무의 처리방법인 모든 청구명세서를 일일이 점검하여야 하는가는 현실적으로는 지표심사 또는 녹색인증기관 등으로 개별심사를 생략하여 심사기준에 어긋나는 개별항목도 심사 조정되지 않고 지급될 수 있음. 이 경우에 심사결과를 받는 요양기관이나 건보공단은 이를 잘못된 심사로 보아 이의를 제기할 수 있음.
- 예컨대, '06년 최근에 급여가 시작된 MRI의 경우 급여기준의 불명확성으로 병의원의 불만은 물론 환자들의 이의제기가 끊이지 않고 있음.

• • 2006년 상반기 MRI적용에 대한 민원처리 • •

단위: 건,(%)

구분	전체 민원	MRI		
		민원	급여	비급여
건수	5,977(100.0)	2,789(49.5)	508	2,281

자료: MRI 민원현황, 건강보험심사평가원, 2006.9

- 건강보험심사평가원이 작년 1월 1일부터 건강보험이 적용된 자기공명영상 진단(MRI) 진료비에 대해 민원(총 2789건)을 심의한 결과, 이중 18.2%(508건)가 급여대상으로 결정돼 환불 조치한 것으로 나타났음.
- 특히 요양급여대상으로 결정돼 환불된 건은 종합병원 이상은 13.9%에 불과한 반면, 병원급 이하는 43.1%로 나타나 병원급 이하 의료기관에서 요양급여 기준에 대한 적용착오가 높은 것으로 나타났음.
- MRI는 작년 1월1월부터 건강보험이 적용되었지만 지난 2월 22일 MRI관련 보도가 있는 후 폭발적으로 증가해 단기간에 올 상반기 요양급여 대상여부 확인요청 총 민원 건(5,977건)의 49.5%에 달하는 2,957건이 접수됐음.
- 2,789건에 대한 분석결과, 급여대상으로 심의돼 환불 조치토록 한건이 18.2%(508건), 정당 비급여로 판단된 건이 36.1%(1008건), 심사결정이 이뤄지기 전에 자진 취하한 건이 41.3%(1153건) 등으로 나타났음.

- MRI는 검사방법과 조영제 사용여부등에 따라 비용이 달라지는데 평균 MRI 비용은 종합병원 이상은 71만원, 병원급 이하는 36만4000원으로 나타나 종합병원 이상에서 MRI 진료비가 34만6,000원이 높았음⁸⁾.

- 이를 해소하기 위해서는 ①새로운 행위나 약재 등에 대해 근거에 입각하여 안전성, 유효성 및 비용효과성을 개발자 또는 의료기관등 행위자가 입증하게 하는 것을 제도화 하고 기준을 명확히 하여 동일한 기준을 적용하여야 할 필요가 있고 ②급여·심사기준에 적합지 않거나 사실과 부합치 않는 급여행위에 대해서는 처분을 강화하거나 명확히 하여야 할 것임.

3. 의료의 질 향상 유도를 위한 급여적정성 종합관리제의 한계

- 심사평가원은 청구명세서 건별 심사에서 발생하는 문제점을 해소하기 위해 심사의 기본방향을 진료결과의 청구내용에 대한 사후삭감에서 진료 또는 청구건 사전 예방으로 전환하기 위해 급여적정성 종합관리제를 도입·시행하고 있음.
- 이는 건당 개별심사의 방법을 포괄적인 경향 및 분석심사로 전환하고, 진료비용 및 진료 추세 등 변화에 대한 지속적인 관리로 특정기관의 진료비수준은 물론 상병이나 수술의 구성 등 진료내역을 타 기관과 또는 동일기관의 기관별로 분석하여 특이사항에 대한 지속적인 점검을 실시해야 함.

8) 심평원 보도자료, 2006년 8월 8일자

- 종합관리제는 요양기관별로 요양급여비와 관련된 각종 지표를 산출하고, 일정 주기별로 지속적 추구 관리하여 요양기관에 제공함으로써 의료계의 자율적인 진료행태 개선을 촉진시키고, 의료자원의 적정 사용을 통한 보험재정 절감에 기여할 수 있도록 하는 것임.
 - 상병별 예방적 비교심사를 통하여 전체진료비 크기를 관리하고, 이를 위하여 심사뿐만 아니라 요양기관에 대한 교육·제도, 정보제공과 자문 등 다양한 중재수단을 사용하여 사전적으로 의료기관에 정보를 제공함으로써 의료기관이 자발적으로 진료행태를 표준진료비에 가깝게 변화시키고자 함.
 - 종합관리제는 기존의 사후적 심사결과를 일방적으로 통보하던 방식에서 의료기관과 상호신뢰를 바탕으로 진료비와 진료행위에 관련된 사항을 상호 의사소통하는 방식으로 심사의 기본 틀을 변화시켰다는 점에서 의의가 있음.

- 기존의 진료사후적인 심사방법에 의한 효과는 심사조정률 지표로 산출되었으나, 종합관리제의 도입에 따라 요양기관의 자발적인 청구진료비의 적정화 효과를 나타낼 수 있는 새로운 평가 지표가 요구됨.
 - 이에 심사평가원에서는 종합관리제 실시에 따른 재정절감효과를 측정하고자 진료분의 청구비용개선율을 산출하고, 청구비용개선율을 심사조정률과 통합하여 총 급여비지출건전화율을 산출함.

- 그러나 진료행태의 적정성을 꾀하도록 유도하는 종합관리제의 효과를 평가하는 데는 다음과 같은 한계가 있음.
 - 종합관리제 급여비지출건전화효과를 산출하는 방법은 단기적으로 유용한 방법이나 장기적인 효과 측정방법으로 사용할 수 있는지에 대한 검토가 이루어지지 않았음. 장기적인 재정절감 효과를 평가하기 위해서는 기존의 평가방법에 대한 검토가 요구됨.

- 새롭게 도입된 급여적정성 종합관리제는 사후적인 심사조정이 아닌 사전적인 예방활동으로 요양기관의 자율적인 변화를 통한 적정진료비 청구를 유도하는 제도이기 때문에, 실제 금전적인 재정절감 효과 이외의 실제 진료행태의 변화를 보여 줄 수 있는 지표가 요구됨.
- 그리고 종합관리제의 효과 및 성과를 종합적으로 평가하기 위해서는 요양기관의 수용성, 진료행태 및 진료비의 자율개선 정도, 심사평가원에 대한 신임도 상승 등 질적인 측면의 평가가 포함되는 것이 바람직함.

□ 따라서 심사평가원의 주요 추진과제로서 종합관리제의 지속적 운영 및 확산을 앞두고 관리대상 요양기관 선정과 관련된 지표의 수정, 보완 및 개발과 장기적으로 활용 가능한 종합관리제의 효과측정방법의 개발이 필수적임.

□ 청구비용개선을 산출 근거

- 청구비용개선금액은 종합관리제가 없었다면 청구했을 것으로 예측되는 진료비에서 종합관리제 실시 후 실제 청구된 진료비의 차이로 정의됨.
- 종합관리제의 순수 효과는 건당진료비의 변화이므로 예측된 건당진료비와 실제 청구된 건당진료비의 차이를 산출한 후, 총 건수를 곱하여 청구비용개선금액을 산출함.
- 예측한 건당진료비 : 비중재건의 종합관리제 실시 전·후 건당진료비의 증감율을 종합관리제 실시전 전체 건당진료비에 반영한 건당진료비임.

$$\text{산출식 : 청구비용개선을} = \frac{\text{청구비용개선금액(A)}}{\text{청구진료비}}$$

- 요양기관별 청구비용개선금액(A)

= 종합관리제 없을 경우의 예측진료비 - 종합관리제 실시후 실제진료비

= {[종합관리제 실시전 건당진료비×(1+자연증감률)] - [종합관리제 실시후 건당진료비]} × 실시후 총 건수

- 건당진료비 = $\frac{\text{총진료비용}}{\text{총진료건수}}$ (지원별, 표시과목별 산출)
- 총 청구비용개선금액 : 각 "요양기관별 청구비용개선금액(A)"의 합
- 자연증감률 = $\frac{(\text{종합관리제 실시후건당진료비} - \text{종합관리제 실시전건당진료비})}{\text{종합관리제 실시전건당진료비}}$

• • 2005년도 요양기관 종별 종합관리제 청구개선율 • •

(단위: 원, %)

구분	총진료비	청구비용개선금액	청구비용 개선율
전체	6,715,942,289,710	126,372,949,688	1.88
의과	5,766,685,665,480	120,715,893,544	2.09
치과	949,256,624,230	5,657,056,144	0.60

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

※ 청구비용개선율은 의원급에 대하여만 산출하고 있음

※ 중재는 1개 요양기관에 여러종류의 중재(유선, 문서, 대면)가 중복하여 발생하게 되며, 청구 개선율은 중재된 각기관의 연간 청구 진료비 총계와 중재가 없을 경우 청구가 예상되는 진료비 총계를 비교하여 산출하는 것이므로 중재수단별 청구개선율은 산출되지 아니함

• • 2005년도 지역별 진료비용 종합관리제 청구개선율(의원, 치과의원) • •

(단위: 원, %)

구 분	총진료비	청구비용 개선금액	청구비용개선율
전체	6,715,942,289,710	126,372,949,688	1.88
서울	1,914,074,554,150	28,171,399,453	1.47
부산	611,154,595,760	13,363,290,377	2.19
대구	718,027,597,953	10,299,878,052	1.43
광주	753,909,361,100	11,788,345,472	1.56
대전	765,098,579,580	16,674,717,779	2.18
수원	1,369,979,924,240	29,883,357,494	2.18
창원	583,697,676,927	16,191,961,062	2.77

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

- 2005년 1월부터 6월까지 종합관리제 개입한 개관을 대상으로 개입전(2004년 하반기)과 후(2005년 하반기, 2006년 상반기) 진료비 청구추이를 비교한 결과, 심사조정율이 감소한 것으로 보임. 그러나 이것이 지속적인 변화를 유도하는 결과인지 추후 분석이 요구됨.

• • 의원급 종합관리제 효과분석 • •

구 분		중재전 6개월	중재후 6개월	2006년 1-6월
기 관 수(개소)		2,576	2,576	-
월평균	진료비 청구액(원)	29,799,070	30,764,936	-
	진료건수(건)	1,149	1,183	-
중 재 전 후 6개월 기 준	건당진료비(원)	25,929	25,997	-
	1인당내원일수(일)	2.15	2.12	-
	심사조정율(%)	2.31	1.49	-
	청구비용개선율(%)	-	3.76	-

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

• • 2005년도 지원별 급여적정성 종합관리제 성과 측정 • •

(단위 : 천원, %)

구분			총진료비	청구비용개선율	심사조정률급여비 지출건전화율
전체	전체	계	6,715,942,290	1.88	0.81 2.69
		개입군	2,431,354,253	4.41	1.10 5.51
		비개입군	4,284,588,037	0.45	0.65 1.09
	의과	계	5,766,685,665	2.09	0.83 2.92
		개입군	2,242,409,191	4.56	1.12 5.68
		비개입군	3,524,276,474	0.52	0.64 1.16
	치과	계	949,256,624	0.60	0.71 1.31
		개입군	188,945,062	2.59	0.86 3.46
		비개입군	760,311,562	0.10	0.67 0.77

구분			총진료비	청구비용개선율	심사조정률급여비 지출건전화율
창원	전체	계	583,697,677	2.77	0.78 3.55
		개입군	315,808,869	4.13	0.96 5.09
		비개입군	267,888,808	1.17	0.57 1.74
	의과	계	504,440,997	3.01	0.79 3.80
		개입군	287,418,181	4.25	0.99 5.24
		비개입군	217,022,816	1.35	0.54 1.89
	치과	계	79,256,680	1.30	0.69 1.99
		개입군	28,390,689	2.90	0.65 3.55
		비개입군	50,865,992	0.40	0.71 1.11
부산	전체	계	611,154,596	2.19	1.01 3.20
		개입군	241,225,951	4.61	1.40 6.01
		비개입군	369,928,645	0.61	0.76 1.37
	의과	계	522,789,545	2.42	1.07 3.49
		개입군	215,102,398	4.88	1.46 6.33
		비개입군	307,687,147	0.70	0.80 1.50
	치과	계	88,365,051	0.81	0.65 1.46
		개입군	26,123,553	2.42	0.89 3.31
		비개입군	62,241,498	0.14	0.55 0.69
대전	전체	계	765,098,580	2.18	0.81 2.99
		개입군	349,151,667	3.99	0.93 4.92
		비개입군	415,946,913	0.66	0.71 1.37
	의과	계	672,948,926	2.42	0.81 3.23
		개입군	333,272,857	4.11	0.92 5.03
		비개입군	339,676,069	0.75	0.71 1.46
	치과	계	92,149,653	0.45	0.78 1.23
		개입군	15,878,810	1.57	0.98 2.55
		비개입군	76,270,843	0.22	0.74 0.96
수원	전체	계	1,369,979,924	2.18	0.71 2.90
		개입군	454,641,534	5.41	0.89 6.29
		비개입군	915,338,390	0.58	0.63 1.21
	의과	계	1,176,999,217	2.39	0.71 3.11
		개입군	424,521,661	5.43	0.89 6.32
		비개입군	752,477,556	0.68	0.62 1.30
	치과	계	192,980,708	0.89	0.71 1.60
		개입군	30,119,873	5.12	0.84 5.97
		비개입군	162,860,834	0.11	0.69 0.79

구분			총진료비	청구비용개선율	심사조정률급여비 지출건전화율
광주	전체	계	753,909,361	1.56	0.93 2.49
		개입군	302,717,768	3.62	1.24 4.86
		비개입군	451,191,594	0.18	0.72 0.90
	의과	계	645,269,440	1.79	1.00 2.78
		개입군	263,249,422	3.99	1.34 5.32
		비개입군	382,020,018	0.27	0.76 1.03
	치과	계	108,639,922	0.24	0.51 0.75
		개입군	39,468,346	1.16	0.57 1.73
		비개입군	69,171,576	-0.29	0.48 0.19
대구	전체	계	718,027,598	1.43	0.91 2.35
		개입군	282,950,432	2.72	1.36 4.08
		비개입군	435,077,166	0.60	0.62 1.22
	의과	계	615,965,922	1.58	0.98 2.56
		개입군	261,378,988	2.69	1.41 4.10
		비개입군	354,586,934	0.77	0.66 1.43
	치과	계	102,061,676	0.53	0.53 1.06
		개입군	21,571,444	3.05	0.81 3.87
		비개입군	80,490,232	-0.15	0.45 0.30
서울	전체	계	1,914,074,554	1.47	0.74 2.21
		개입군	484,858,033	5.33	1.12 6.45
		비개입군	1,429,216,522	0.16	0.61 0.77
	의과	계	1,628,271,620	1.67	0.72 2.39
		개입군	457,465,685	5.53	1.10 6.63
		비개입군	1,170,805,935	0.16	0.57 0.73
	치과	계	285,802,934	0.34	0.86 1.20
		개입군	27,392,348	1.95	1.48 3.42
		비개입군	258,410,587	0.17	0.79 0.96

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

• • 2005년도 종합관리제 청구비용개선을 산출대상 기관수 • •

(단위: 개)

		진료월	2003년하반기	2004년도	2005년도
전체	전체	1월		31,817	32,880
		2월		32,049	32,797
		3월		32,243	32,670
		4월		32,542	33,547
		5월		32,785	33,426
		6월		32,411	33,329
		7월	24,561	32,489	34,436
		8월	24,853	32,185	34,392
		9월	24,922	31,744	34,291
		10월	24,984	32,964	34,952
		11월	25,132	32,649	34,757
		12월	25,252	32,153	34,581
	종합 관리제 개입군	1월		5,037	7,389
		2월		5,297	7,499
		3월		5,535	7,605
		4월		6,006	7,770
		5월		6,102	7,878
		6월		6,175	8,005
		7월	1,988	6,350	8,342
		8월	2,439	6,580	8,525
		9월	2,964	6,649	8,745
		10월	2,966	6,925	8,974
		11월	3,668	7,071	9,171
		12월	3,917	7,163	9,365
	비개입군	1월		26,780	25,491
		2월		26,752	25,298
		3월		26,708	25,065
		4월		26,536	25,777
		5월		26,683	25,548
		6월		26,236	25,324
		7월	22,573	26,139	26,094
		8월	22,414	25,605	25,867
		9월	21,958	25,095	25,546
		10월	22,018	26,039	25,978
		11월	21,464	25,578	25,586
		12월	21,335	24,990	25,216

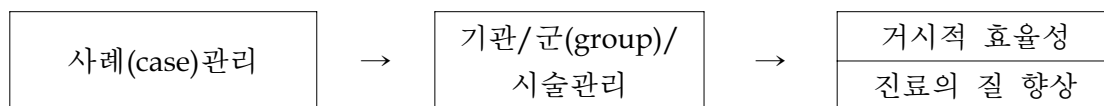
		진료월	2003년 하반기	2004년도	2005년도
의과	전체	1월		21,156	21,823
		2월		21,281	21,746
		3월		21,469	21,633
		4월		21,629	22,312
		5월		21,773	22,230
		6월		21,554	22,111
		7월	16,933	21,558	22,919
		8월	16,884	21,337	22,829
		9월	16,931	21,120	22,767
		10월	16,873	21,791	23,178
		11월	16,954	21,616	23,046
		12월	16,825	21,302	22,929
	종합 관리제 개입군	1월		4,156	6,026
		2월		4,369	6,112
		3월		4,535	6,185
		4월		4,970	6,295
		5월		5,044	6,370
		6월		5,106	6,454
		7월	1,716	5,254	6,686
		8월	2,045	5,412	6,814
		9월	2,482	5,479	6,961
		10월	2,475	5,686	7,113
		11월	3,018	5,799	7,260
		12월	3,230	5,864	7,377
	비개입군	1월		17,000	15,797
		2월		16,912	15,634
		3월		16,934	15,448
		4월		16,659	16,017
		5월		16,729	15,860
		6월		16,448	15,657
		7월	15,217	16,304	16,233
		8월	14,839	15,925	16,015
		9월	14,449	15,641	15,806
		10월	14,398	16,105	16,065
		11월	13,936	15,817	15,786
		12월	13,595	15,438	15,552

		진료월	2003년 하반기	2004년도	2005년도
치과	전체	1월		10,661	11,057
		2월		10,768	11,051
		3월		10,774	11,037
		4월		10,913	11,235
		5월		11,012	11,196
		6월		10,857	11,218
		7월	7,628	10,931	11,517
		8월	7,969	10,848	11,563
		9월	7,991	10,624	11,524
		10월	8,111	11,173	11,774
		11월	8,178	11,033	11,711
		12월	8,427	10,851	11,652
	종합 관리제 개입군	1월		881	1,363
		2월		928	1,387
		3월		1,000	1,420
		4월		1,036	1,475
		5월		1,058	1,508
		6월		1,069	1,551
		7월	272	1,096	1,656
		8월	394	1,168	1,711
		9월	482	1,170	1,784
		10월	491	1,239	1,861
		11월	650	1,272	1,911
		12월	687	1,299	1,988
	비개입군	1월		9,780	9,694
		2월		9,840	9,664
		3월		9,774	9,617
		4월		9,877	9,760
		5월		9,954	9,688
		6월		9,788	9,667
		7월	7,356	9,835	9,861
		8월	7,575	9,680	9,852
		9월	7,509	9,454	9,740
		10월	7,620	9,934	9,913
		11월	7,528	9,761	9,800
		12월	7,740	9,552	9,664

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

4. 급여 적정성 평가의 문제

- 2000년부터 시행된 급여 적정성 평가의 기본 개념과 목표는 아래의 그림과 같이 기존의 사례관리 중심에서 기관, 군, 시술 관리로의 전환을 통하여 거시적 효율성을 달성하는 동시에 진료의 질을 향상시키는 것임. 즉, 기존의 심사가 개별 건(case 혹은 episode 단위)의 진료와 그에 대한 청구의 적정성을 대상으로 하는 것이라면, 급여의 적정성은 의료기관 전체, 어떤 진료과, 혹은 어떤 진료항목(처치, 수술, 약품 사용 등) 등, 집단과 군을 대상으로 하는 것임. 예컨대 제왕절개의 경우 기존의 심사는 제왕절개술 자체는 적합하게 이루어졌다는 전제에서 사용한 각 건별로 약품이나 재료, 자원 등을 심사하였으나, 급여 적정성 평가의 대상인 군별 관리에서는 처치 자체 혹은 약품이나 재료 사용의 적정성을 의료기관별로 평가하는 것임.



자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

- 심사평가원의 급여적정성 평가는 기본방향을 정립하는 과정에 있고, 현재까지 일부 영역에 대해 이용도 조사를 시행하고 있음. 따라서 적정성 평가의 또 다른 축인 질 평가에는 아직 이르지 못하고 있음. 질 평가를 위해서는 평가의 영역을 신속하게 질 평가까지 확장하고, 이용도 조사 및 질 평가를 위해 필요한 기술적 역량을 최대한 보완하여야 할 것임.
- 아울러 적정성 평가에 큰 장애로 작용하고 있는 평가대상 자료의 신뢰성 문제를 해결하기 위하여, 질 관련 자료의 체계적인 축적과 데이터베이스의 구축이 앞으로의 중요과제가 되어야 함.

- 비용 효과적인 서비스가 이루어지기 위한 또 다른 과제는 현행 건강보험의 급여범위가 전면적으로 재평가되어야 함.
- 특히 어떤 급여가 기본급여(basic package)에 포함되어야 하는지를 명확한 근거 하에 재조정하여야 함. 물론 대부분의 국가가 기본급여의 개념을 가지고 있으나, 그 범위는 나라마다 일정치 않음. 예를 들어 영국에서는 일차의료가 급여에 들어 있으나 프랑스나 뉴질랜드는 명시적이지 않음. 캐나다에서는 약품 구입비는 제외되어 있고, 영국에서는 약간의 본인부담이 있음.
- 기본급여는 대부분 비용효과를 고려하여 정해지나, 여기에도 절대적인 기준을 정하기 어렵다는 점도 있음. 이는 비용효과가 급여범위를 정하는 데 유일한 기준이 아니기 때문이며, 때로는 일반인들이 인식하는 정도를 기준으로 상대적인 효율성(relative efficiency)이 더 중요한 기준으로 쓰이기도 함. 즉, 질병부담이 큰 질환의 경우 상대적으로 비용대비 효과가 적더라도 급여 범위 결정에서 우선순위가 높아질 수 있음.
- 그럼에도 불구하고 건강보험의 급여범위를 비용효과, 질병부담, 국민들의 인식 등 일관된 기준을 가지고 다시 정비할 필요가 있음.

IV

심사평가원 발전방향



1. 급여심사평가체계의 합리적 개편

가. 시스템에 의한 기능과 역할

- 건강보험재정을 보호하고 의료의 질을 높일 수 있는 급여비용 기준이 마련되어야 함.
 - 국민건강 보장과 재정지출의 건전화가 가능한 보장범위, 의학적·경제적 측면의 효용을 측정할 수 있는 기준이 마련되어야 함. 또한 기준은 지속적으로 개정해야 함.
- 요양기관의 올바른 청구와 의료적정성을 향상시키는 사전관리 방법을 개발·운영하여야 함.
 - 의료서비스 질 향상을 위해 임상진료지침 등을 개발, 보급되어야 하고 과잉·허위청구가 효과적으로 관리되어야 함.
- 의료의 질을 높일 수 있는 시스템을 구축하여야 함.
 - 의료소비자로서 권리를 행사할 수 있도록 정보가 제공되어야 함.
 - 본인부담비율 및 건강보험 처리에 대한 사항이 확인될 수 있어야 함.
 - 정책적 틀을 위한 의학적 정보는 물론 정책효과에 대한 정보가 제공되어야 함.

• • 시스템에 의한 심평원의 기능·역할 구조 • •



자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

나. 건강보험 심사제도의 효율화

- 진료비 심사정책의 방향의 합목적성을 제고하며 구체적으로는 의학적 적정성과 비용효과성을 균형 있게 추구하도록 재편함. 이를 위해 심사의 목적과 방향을 이러한 내용으로 명시화하고 세부 심사기준들도 이에 걸맞는 내용으로 개편함.
- 정책의 수용성을 높이고 불필요한 사회비용을 줄이기 위해 현행의 사후집행된 진료비에 대한 개별 심사 중심의 방법에 의존하기보다 사전 예고를 통한 공급자 자율적 관리 방안을 병행시킴.
- 시대에 맞지 않거나 의학적으로 타당하지 않는 심사기준을 정비하여 심사내용의 합리성과 적정성을 제고함.
- 심사기준 개발과 적용과정에서 다양한 전문가단체의 의견들이 민주적으로 수용되는 절차를 마련해야 함.
 - 심사기준 개발 시 관련 학회 검토를 의무화함.
 - 심사기준을 정례적으로 공개하는 등 운영과정의 투명성을 확보함.
 - 새롭게 개발되는 심사기준은 근거자료를 함께 공개함으로써 심사기준의 합리성과 공급자들의 수용성을 높이도록 함.
- 진료비 심사과정 및 업무방식의 효율성을 제고해야 함.
 - 경향심사 방식과 개산불 지급을 대폭 확대함.
 - 현행 지표심사방식의 합리성을 높여 확대해나가되, 지표산출 방식을 공개하고 예고하여 예방적으로 진료비 지출관리를 해나감.
 - 진료비 지급기간을 법에 명시하여 보험자가 급여 지급기간을 준수하도록

하며 기간 내에 정산되지 못할 경우 가산지급하게 하여 행정의 책임성을 높임.

- 심사의 기본방향을 진료한 결과의 청구내용에 대한 사후조정(삭감)에서 진료 또는 청구 사전예방 체제로 전환을 확대해야 함. 의료의 질향상을 위해서는 공급자의 행동변화를 유도해야 함.
- 건당개별심사의 방법을 포괄적인 경향 및 분석심사로 전환해야 함. 이를 통하여 문제의 기관, 문제의 건 및 문제의 경우를 찾아내어 이를 대상으로 집중적으로 심사하고 해당기관 또는 개인과의 대화 등을 통한 조정 등으로 예방을 시도하는 것으로 심사의 효율성을 높여야 함.
- 구체적으로는 현재 심평원에서 활용 중인 바와 같이 중증도까지 감안한 유사 또는 동일 질환이나 상태에 대한 진료비를 기관별, 진료과별, 지역별은 물론 기간별로 분석하여 문제를 찾아내어 활용하는 것임. 진료의 동질성을 확보할 경우 재원기간이나 특정 진료내용의 적정성 까지도 점검할 수 있을 것임.
- 변화추세 등 변화에 대한 지속적인 관리가 강화되어야 함. 특정 기관의 진료비 수준은 물론 상병이나 수술의 구성 등 변화추세를 타 기관과 또는 동일 기관의 기간별로 분석하여 특이사항에 대한 지속적인 점검을 실시하는 것임. 동시에 이 과정에서 발견된 문제는 심사자와 공급자가 공유하여 원인과 변화의 타당성을 검증하고 그에 대한 대안을 함께 모색하는 것임.
- 심사기준의 정비를 위한 기준을 정비할 필요가 있음. 문제해결의 방법상 모든 문제를 일시에 해결할 수 없으므로 문제의 크기에 따라서 해결하되 방법에

대한 기준을 정할 필요가 있음. 이는 심사에 대한 일관성과 공정성을 제고함으로써 심사결과의 신뢰성을 높이기 위한 것으로 심사기준의 정비에 있어서는 건강보험 참여자의 의견 수렴이 반드시 이루어져야 함. 이러한 과정 중 평가단계에는 이해당사자 보다는 전문가를 중심으로 하고, 평가결과를 적용하는 단계에서는 당사자와의 협의가 필요할 것임.

2. 건강보험 평가제도의 개선

가. 의료의 질 관리의 필요성

- 의료의 질 평가 및 향상에 대한 관심이 증가하게 배경으로 정부의 보건의료비 지출 증가, 보건의료비의 상승, 의과학의 급속한 발전, 의료의 질적 수준이 낮다는 연구 결과의 제시, 소비자의 기대 수준증가 및 의료과오 소송의 증가, 보건의료 제공기관의 증가 등이 언급되고 있음.
- 우리나라의 경우도 의료비 지출이 증가하고 건강보험 재정 위기를 겪으면서 비용-효과적인(cost-effectivw) 의료제공에 대한 관심이 증가하고 있으며, 지출하는 비용의 가치(value for money)에 대한 요구가 증가하고 있음.
- 또한 진료 행위의 지역간 또는 기관간 변이가 매우 크게 나타나 의료의 질적 수준에 문제가 있다고 할 수 있음. 하나의 예로 시·군·구별 급성호흡기감염증 환자의약품 처방률의 차이가 1.57배 ~ 10.55배에 이르고 있음(표 1 참조). 또한 시·도별 제왕절개 분만율에 있어서도 최고 지역은 46.4%(강원), 최저 지역은 28.8%(광주)로 큰 차이를 보이고 있음.

• • 시군구별 급성호흡기감염증 환자의약품 처방률 • •

(단위: %)

	주사제		주사용 항생제		경구용 항생제	
	성인	소아	성인	소아	성인	소아
중앙값	74.76	34.68	26.30	14.84	71.56	80.99
최고(A)	96.84	78.63	51.28	36.31	90.08	91.72
최저(B)	41.34	7.43	6.12	2.03	51.76	58.51
A/B	2.34	10.55	8.38	18.74	1.74	1.57

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

- 전국민 의료보장제도의 실현으로 보건의료의 접근성이 향상되고, 소비자의 권리 의식이 증가함에 따라, 보건의료정책의 주요 관심이 접근성(accessibility)에서 비용(cost)과 질(quality)의 문제로 옮겨가고 있음. 정부의 보건의료정책은 건강보험 재정위기를 맞이한 이후, 건강보험의 재정보험에 치중하고 있으며 보건의료의 질적 수준 향상을 위한 정책 개발에 적극적으로 나서고 있지 않은 것으로 판단됨.
- 일례로 참여정부의 보건복지 5개년 계획에도 <보건의료의 질>에 대한 기본적인 정책 방향이 제시되어 있지 않음.
- 양질의 의료에 대한 국민의 관심이 증가하고 있으나 정보의 비대칭성이라는 의료의 특성 때문에 국민의 관심이 의료의 기술적 측면(technical aspect) 보다는 이용자의 입장에서 판단이 요인한 대인관계 측면(interpersonal aspect) 또는 편의 시설 측면(amenities)에 국한되는 경향이 있음. 소비자의 합리적인 선택(informed choice)을 유도할 수 있는 의료의 질에 대한 정보의 생산 및 제공이 필요하며, 의료의 질 향상에 소비자의 참여를 보장할 수 있는 적절한 기전이 마련되어야 할 것임.
 - 의료의 질과 관련된 우리나라의 주요 정책 및 제도로는 국민건강보험법 및 의료법에 근거하여 시행하고 있는 건강보험심사평가원의 요양급여적정성 평가와 의료기관평가 등이 있음.

- 최근 국민건강보험발전위원회에서 진료지침(clinical practice guideline)의 도입에 대한 논의가 진행된 바 있으나, 이의 개발, 보급, 실행 및 평가를 위한 기반이 취약한 상태임. 또한 신의료기술평가(Health Technology Assessment) 종합전문요양기관평가 등의 프로그램이 있으나 서로 연계가 없이 운영되고 있음.
 - 의료기관간 경쟁의 심화 등으로 인하여 의료기관들도 나름대로 질 개선 노력을 경주하고 있으나, 대부분의 노력이 환자 진료의 핵심적인 부분보다는 병원 경영 수지의 개선 또는 외부에 노출되는 가시적인 부분에 치중하고 있음.
 - 진료 결과의 개선을 위해서는 전문가들이 자발적으로 환자 진료 과정과 결과를 검토하고 분석하여, 이러한 자료에 근거한 개선 활동을 전개할 필요가 있으나 이러한 활동이 활발하게 이루어지지 않고 있음.
 - 그 이유로는 적절한 제도적 유인의 부족, 의료기관 내부의 역량 미흡 등을 들 수 있음. 이와 더불어 중요한 요인 중 하나는 병원 내에서 질 관리 활동을 목적으로 만들어진 문서에 대한 법적 보호 장치가 없어, 자발적인 개선 활동 자료가 외부에 노출될 경우 발행할 수 있는 형사 및 민사상의 불이익에 대한 우려가 있음.
- 의료의 질적 수준 향상을 위해서는, 문제 보고의 의무화와 같은 단순한 규제 위주의 근만으로는 소기의 성과를 거둘 수 없음. 따라서 의료제공자들의 자발적 참여를 유도할 수 있는 방안을 함께 고려하여야 하나, 현재 우리나라에는 이러한 제도적 장치가 마련되어 있지 않은 상태임. 일례로, 병원에게 의료과오 및 병원감염률 보고를 의무화하는 경우, 병원이 자료의 외부 공개 시 발생할 수 있는 불이익을 기피하기 위하여 의료과오나 병원감염을 감시하는 활동을 최소한의 요구 조건을 만족하는 수준에서 형식적으로 할 가능성이 높음. 결과적으로 이러한 접근법은 환자 진료의 질적 수준 향상에 큰 도입이 되지 않게 됨.

□ 선진국에서는 오류 보고체계의 운영, 전문가들의 동료 검토(Peer Review)등과 같은 질 관리 활동을 지원하고 진료 중에 발행하는 위해사건과 의료과오의 원인을 찾아 해결하려는 노력을 기울이고 있음. 우리나라에서도 이와 같은 노력을 활성화할 수 있는 제도적 방안의 모색이 필요함.

□ 국내 의료서비스 질 향상을 위한 적정성 평가의 향후 발전방향

- 적정성 평가목표 및 기능을 현재와 같은 총량 중심에서 의학적 적정성에 초점을 두며, 이를 평가목적과 방향에 명시
- 평가방향과 평가원칙을 신뢰성, 공정성, 객관성, 전문성을 담보할 수 있도록 정하고, 특히 의료기관들이 자율적으로 질 관리를 해나갈 수 있는 동기부여에 초점을 맞추어 정책의 생산성을 높임.
- 단계적이고 중장기적 관점에서 평가방법과 절차를 수립하여 질 평가 체계에 대한 각 이해주체들의 역할과 국가의 조정기능을 명시한 청사진 마련
- 질 향상 방안을 개발할 수 있는 기초자료 생산에 업무를 집중
- 관련 학회들과 공조하여 공급자 교육과 피드백 체계를 구축함으로써 사후 평가보다는 예방적 관리적 접근을 지향
- 평가결과 활용 시 긍정적 유인방안을 적극적으로 활용하는 동시에 평가결과 공개의 파장을 고려하여 신중하고 타당한 정보공유 방안을 마련
- 중장기적으로 평가결과가 좋은 의료기관의 경우 추가적인 재정지원을 받을 수 있도록 함으로서 서비스 질 개선 동기를 강화해감.
- 국내 현실에 부합된 실증자료 생산 및 질 관리 정보체계를 구축해나감. 세계 사례들을 고려하여 가칭 '종합질관리 정보센터'를 운영함.
- 정보센터는 질적 수준을 판단할 수 있는 다양한 기준등과 정보들, 진료지침의 외국 사례들, 의료행위 및 약제에 대한 적정성과 비용효과 자료들을 제공하는 clearing house 역할을 부여

- 적정성 평가의 타당성을 높이기 위한 전문가 인력풀을 구성하고 활용함.
: 현재와 같은 비공식적, 임의적인 협의채널보다는 분야별로 상설위원회를
정례적으로 운영하여 의견들을 조정할 수 있는 절차 마련
- 평가의 독립성과 전문성을 높이기 위해선 심사평가원장의 임기를 보장하고
전문적인 식견을 가진 자로 자격을 정하여 평가조직의 위상을 정립 필요

3. 급여의 충실성을 저해하는 규제 개선

- 외형상 건강보험 급여로 인정되고 있음에도 불구하고, 실제 운영과정에서는
급여에서 제외되도록 제한하고 있는 각종 규제들을 개선하는 것이 건강보험
체계의 실질적인 보장성을 확보하는데 있어 우선과제라 할 수 있음. 이 과정
에서 심평원의 역할이 강조되어야 함.

가. 급여기준의 개선

- 외형상으로는 급여 범위에 해당하나 세부 급여기준에서는 급여가 인정되지
않는 예외조항이나 횟수 제한, 투여량 제한을 통해 실제 환자진료에 필요한
행위조차도 제한하는 결과를 초래하고 있는 바, 이를 완화할 필요가 있음.
- 이러한 급여제한의 적용을 받는 경우 대부분이, 건강보험 혜택이 절대적으로
필요한 중증 질환자이거나 고액진료비 부담자이기 때문에 급여체계 조정대안
중 가장 우선적으로 개선되어야 할 사항임.

- 명시적인 급여항목으로 인정된 경우, 허위·부당청구 사례를 제외하고 합당한 진료기록을 첨부할 경우, 급여로 인정하도록 하며 횡수나 사용량 제한은 원칙적으로 철폐함.
- 별도 인정되지 않는 고가재료 및 약제에 대해선 원가분석을 통해 별도 인정 해주므로써 소비자에게 양질의 서비스 이용기회를 보장하고 의료산업 측면에서는 치료기술 및 치료재료 발전의 유인을 제공할 필요가 있음.
- 공급자의 도덕적 해이로 인한 진료량 증가분에 대한 관리는 다단계 심사, 즉 경향심사를 통한 표본 설정과 심층심사를 통해 해결해나감. 최근 진료비 총량과 약제 총량에 대한 모니터링이 강화되고 있기 때문에 이러한 제도적 기전으로 해결 가능함.

나. 심사기준의 적정화

- 급여기준은 형식상의 보장성을 결정하는 틀인 반면, 급여기준의 적용과 심사 기준은 소비자에게 직접적으로 제공되는 건강보험 급여의 내용과 질을 결정하는 핵심 요건이므로 보장성 강화를 위해선 심사기준 완화가 필수적임.
- 형식상의 급여보장 틀일 실질적인 보장성으로 연계되기 위해, 심사체계 중 세부적으로 개선되어야 할 주요사항을 제시하면 다음과 같음.
 - 의학적 적정성과 비용효과성 측면에서 심사기준이 타당성을 갖추도록 정비하며, 선정에 대한 객관적 근거공개, 선정과정에 전문가 집단과 소비자의 의견을 수렴하는 기전을 마련함.
 - 심사기준을 정기적으로 평가하여 급여의 적정성을 훼손하지 않는지를 평가하고 적절하게 보완해나감.

- 심사기준에 대한 자의적 운영(적용기간, 인정사례)을 최소화할 수 있도록 기준내용을 정비함.
- 심사기준에 대한 이의를 수렴, 개정하는 추명하고 객관적인 의사소통 절차를 정비해 나감.

다. 100분의 100제도 개선

- 한시적 비급여는, 정부에서 실제로 보험급여를 전혀 해주지 않으면서 수가만 할인하여 소비자에게는 보험급여가 되는 것처럼 하고 공급자에게는 수가를 통제하는 수단으로 악용되는 문제가 있음.
- 100분의 100제도를 폐지하고 급여화의 필요성이 큰 항목들부터 단계적으로 급여에 포함시켜 급여수가를 적용하되, 실제 급여비용이 지급되지 않은 항목들은 비급여 항목으로 인정하고, 가격통제와 같은 불합리한 규제는 철폐.

라. 급여대상과 의료행위간의 관계 정립

- 현재 시술가능한 의료행위 허용과정이, 건강보험 체계내에서 국가에 의해 관리됨으로서 의학적 타당성외에, 사회적 비용부담 가능여부가 의료행위 허용의 주요 판단기준이 되고 있음.
- 이에 따라 의학적으로 타당한 의료행위인데도 불구하고 건강보험 재정의 제한성 또는 비용-효과성 입증이라는 제약 때문에 허용되지 않음으로써 최신 의학기술에 대한 소비자들의 접근성을 제한하고 의료개혁의 중요 지향점인 소비자 반응성을 떨어뜨리는 요인이 되고 있는 바, 포괄적인 보장성 측면에서 다음과 같은 개선이 필요.

- 현재와 같은 건강보험 중심의 관점으로 의료행위를 관리하는 방식을 개선할 필요가 있으며, 미국과 같은 의료전문가와 환자가 스스로 선택하고 책임질 수 있도록 하거나, 복지부 장관이 관장하는 별도의 의료행위전문위원회를 구성하고 보험급여과와 의료정책과가 공동으로 의료행위 결정에 관여하되 급여 수혜여부 및 방식에 대한 논의는 보험급여과에서 관장하는 방식으로 전환
- 아울러 한방 의료 행위들을 함께 포괄하여 관리하도록 함으로서 영역별 의료행위 관리의 난맥상(동일한 목적과 효능을 가진 행위가 양방분야에서는 의료행위로 채택되지 않는 반면, 한방에서는 채택되어 시술되는 경우들이 있음)을 개선
- 보건의료 기본법 또는 의료법에 의료행위 및 의료기술에 대한 조항을 명시하여 의료행위(의료법)와 급여행위(건강보험법)를 분리 접근하도록 법적 기반을 확보

마. 미결정 의료행위 관리과정의 합리적 개선

- 현재, 행위실시 또는 약품의 경우 허가받은 날로부터 30일이내에 일정자료를 갖춰 급여여부를 신청하도록 명시하고 있으나 제출을 요구하는 자료 수준이 비현실적이고 실제 제출자료 준비기간으로도 무리한 일정이므로, 이를 현실적인 기준으로 간소화함.
- 다만, 행위 인정 지연으로 인한 소비자의 부담을 고려하여 인력확충 등의 보다 신속한 결정을 위한 보완도 동시에 고려해야 함.

• • 신의료행위 평가 소요기간 현황 • •

(단위 : 건)

구분	신청건수	처리건수		
		계	법정기간내(100일)내	법정기간(100일)외
2002	889	363	17	346
2003	173	61	7	54
2004	202	115	16	99
2005	173	79	21	58
2006.6	93	30	5	25

자료: 건강보험심사평가원 제출자료, 2006.8

• • 연도별 신의료행위: 치료재료 신청 및 처리현황 • •

(단위 : 건)

구분	신청건수	처리건수		
		계	법정기간내(100일)내	법정기간(100일)외
2002	1,815	1,488	408	1,080
2003	966	1,014	520	494
2004	1,260	1,112	716	396
2005	1,147	1,064	837	227
2006.6	693	772	726	46

자료: 건강보험심사평가원 제출자료, 2006.8

• • 연도별 신의료행위: 약제 신청 및 처리현황 • •

(단위 : 건)

구분	신청건수	처리건수		
		계	법정기간내(100일)내	법정기간(100일)외
2002	2,240	2,197	560	1,637
2003	2,167	2,147	1,729	418
2004	3,134	3,111	2,936	175
2005	2,631	2,612	2,562	50
2006.6	986	879	856	23

자료: 건강보험심사평가원 제출자료, 2006.8

- 현재는 의료행위를 실행해야만 등록신청을 할 수 있으나 고가 장비의 경우 구매하여 사용하다가 승인이 나지 않을 경우 사장시켜야 하는 문제 등이 발생하므로, 일정 액수 이상의 장비는 실시하지 않고도 외국 자료 등을 통해 비용효과가 입증될 경우 허용하며 일정기간 사용실적을 토대로 중기적으로 재평가하는 방안을 검토함.
- 급여가각이 결정될 때 비현실적인 가격에 대해선 조정을 신청하도록 되어 있으나, 조정신청 기간이 지나치게 길거나 보류될 경우, 역시 결정자체가 지연되는 가운데 이 기간 동안엔 비현실적인 가격으로 시술을 해야 하는 불합리성이 제기되고 있으므로 조정기간을 신청 후 30일 이내로 명시할 필요가 있음.
- 전반적으로 신의료기술 평가 과정이 복잡하고 신속하게 변화하는 신의료기술의 수요가 많아 평가 조직이 이를 따라가지 못하는 관계로 평가를 받기까지 1~2년 이상이 소요되어 신의료기술 활성화의 걸림돌이 되고 있음.
- 따라서 신의료기술에 대한 국가적 중재는 기술에 대한 비용-효과, 효율 평가를 통해 건강보험체계에 편입시킬 것인지에 대한 의사결정 자료를 생산하는데 국한하고 의료기술의 의학적 타당성은 민간 전문가 단체로 이관함.

바. 새로운 의료수요에 부응하는 급여내용 확충

- 의료수요의 다양화와 인구사회학적 특성 변화를 수용하기 위하여 건강보험급여 내용의 확충이 필요함.
- 새롭게 정비되어야 할 분야들로서 다음의 서비스들에 대한 급여항목들을 새로이 추가하고 개발해나감.

□ 만성질환 관리서비스

만성질환 증가로 개인별 생활행태 관리가 질병관리의 요체가 되기 때문에 이와 관련된 교육상담료, 추구관리 서비스, 영양 및 운동 등 생활행태 교정처방 등 만성관리 기술료 항목들을 추가함.

□ 요양 및 간병서비스, 재활

- 기대수명 및 노인인구 증가, 교통사고 급증 등으로 인한 요양 및 재활서비스 수요 증가에 부응하여 각종 요양관리, 간병, 재활서비스 항목들을 추가하도록 하며 특히 방문서비스 관련 항목들을 정비함.
- 현재 설계중인 노인요양제도와 연계성을 고려하되, 노인요양제도가 주로 간병지지 서비스에 초점을 맞추게 될 경우, 이에 포함되지 못하는 보건의료 서비스 항목들은 건강보험에서 제공하도록 보완함.

□ 외래수술

- 의학기술의 발달로 활성화되고 있는 외래수술이나 혁신기술에 대한 급여항목 정비 및 수가산정이 필요함.

□ 호스피스 등 임종관리

- 노인인구와 만성질환의 증가로 품위있고 인간적인 죽음의 준비에 대한 욕구가 커지고 있음. 중증질환 중심으로 단계적인 급여확대가 필요함.

의료의 질 향상을 위한 심사평가제도 개선방향



심사평가원의 역할 재정립



1. 심사평가원의 정체성 정립의 방향

- 심사평가원은 국민건강 보장체계 운영의 핵심을 이루는 급여비용심사와 급여 적정성 평가를 공정하게 수행하여야 하는 공공기관이자 전문기관임.
- 국민건강보험을 효율적이고 전문적으로 관리하는 주체로서 보험자인 건강보험공단과 심사평가원은 법령에 의해 역할을 분담하는 분업적 협력기관임. 국민의 건강보호와 건강보장 재정의 보호하는 양대 목표를 협력적 관계에서 동시에 수행하여야 함.
 - 단, 가입자를 대변하는 보험자인 공단과 달리 특정 이해관계자를 대변하지 않는 중립적 기관으로 자리매김하여야 함. 그러나 국민의 건강보호라는 측면에서 실질적인 중립성의 의의를 찾아야 한다고 봄.
- 그러나 심사평가원은 아직까지 건강보험과 관련된 이해관계 단체로부터 전문성과 객관성이 있는 심사평가 기구로 인정받지 못하고 있음.
 - 공단과 시민소비자 단체로부터는 의료공급자의 시각에 치우쳐 있다는 비판을 받고, 의약계와 요양기관으로부터는 보험재정·비용절감위주의 규제·간섭기관이라는 평가를 받고 있음.
- 국민건강보장의 급여체계는 보편적인 의료서비스가 국민에게 효율적으로 제공되는 것을 목표로 설계되고 운영되어야 함.
 - 불필요한 의료제공은 억제하여 국민의료비를 적정화하는 한편, 보편적인 의료는 쉽게 접근할 수 있도록 하여야 할 것임.

- 한편 의료접근이 일반화되고 경제수준이 향상되면서 보다 양질의 의료서비스와 소비자 중심의 의료 환경에 대한 국민욕구가 확대되고 있음.
- 심사·평가제도는 국민을 의학적, 재정적으로 보호하는 역할에 그 존재이유가 있다고 봄. 보다 소비자 중심적이고 수준 높은 의료서비스가 제공되기 위해 “적절한 수준의 의료비 유지” “의료의 질적 수준향상”과 “의료의 접근성 보장”이 가능하도록 심사평가 제도를 유연하게 전개할 필요성이 있다고 봄.
- 그러나 지금까지 심사평가기능은 진료비 과잉청구 및 과다이용 등에 대한 단기적, 미시적 진료비용 절감이나 진료이용도 측정에 치우쳐 “보험 진료비”관리에 초점을 맞추어 따라, 국민 전체의 의료비부담을 줄이거나 보건의료 자원의 효율적 활용이라는 “국민 의료비”관리의 측면은 거의 부각되지 못하였다고 봄.
- 2000년 설립이후 심사와 평가제도 모두 발전하였다고 보나, 심사와 평가제도의 존재이유 나아가 심사평가원의 정체성에 대한 명확한 정립이 필요한 시점임.
 - 특히, 심사·평가 기능간 역할 모호, 건보공단과의 역할분담, 제3의 평가 기관설립, 자보·산재·민간보험등과의 심사일원화, 보건복지부 업무의 지속적인 심사평가원로의 위탁 및 이에 따른 기구·인력증가에 관한 타당성 등의 논란 속에서 심사평가원의 위상, 기능 나아가 비전과 정체성을 정립하고 이를 대내외적으로 공표할 필요가 있다고 봄.

가. 심사평가원의 기능 개편 방향

- 심사평가원이 심사환경의 변화에 부응하기 위해서는 다음과 같은 사항들이 요구됨.

① 국민에 대한 의학적 보호기능 / 의료의 질 관리

- 기존의 진료비 심사는 진찰, 검사, 처치, 약품 등과 같은 자원의 과다이용 (over-utilization)에 가장 중요한 초점이 맞춰져 왔으나, 의료의 질 향상을 꾀하기 위해서는 자원의 과소사용(under-utilization) 혹은 부적절한 사용 (mis-utilization)에 대한 관리도 포함하여야 함.

② 거시적, 효율적 재정보호

- 지금까지 진료비 심사기능이 단기적, 미시적 비용절감에 치우쳐 장기적으로 의료인 스스로 의료행태를 변화시킬 수 있도록 해야 함.

③ 심사의 공정성과 합리성

- 심사의 공정성에 대한 시비가 의료제공자로부터 제기되는 문제가 없도록 심사업무의 객관성, 합리성을 유지하려는 노력이 필요함.

④ 과중한 심사업무와 심사의 효율성

- 지표심사의 적용을 받는 일부 의원을 제외하면 거의 모든 청구건이 심사의 대상인 현 상황에서는 심사물량의 폭증, 과다와 심사의 질 저하가 불가피하기 때문에 의학적 적정성을 판단하기 위한 전문심사 확대 등을 통한 심사업무의 효율성을 극대화해야 함.

2. 심사평가원 업무의 공정성 확보

- 심사평가원이 보험자인 국민건강보험공단(이하“공단”)과 분리되어 운영됨으로써, 심사평가 업무의 균형과 공정성에 대한 논란이 제기되고 있음. 즉, 기존보다 의학적 적정성을 강조함으로써 의료제공자의 이해관계를 더 강하게 반영할 가능성이 제기되고 있음.
- 이에 따라 일부에서는 심사평가와 관련되어 심사평가원이 수행하는 업무에 상호 견제와 균형이 요구된다고 주장하고 있고, 이를 위하여 심사평가 결과에 대한 이의제기를 할 수 있는 제도적 장치가 필요하다고 주장하고 있음.
- 심사평가 업무에 공정성이 확보되어야 한다는 것은 의심의 여지가 없으나, 공정성을 확보하는 방법, 즉 심사평가원 업무의 균형과 견제를 유지하는 방법은 공단과 심사평가원의 위상을 어떻게 규정하는가에 딸 달라질 수 있음. 공단과 심사평가원의 운영에 대한 책임이 종국적으로 국가에 있다면 심사평가원 업무의 공정성 확보도 국가의 책임임.
- 어느 경우든 심사평가 업무가 보험가입자를 의학적, 경제적으로 보호한다는 측면에서 공정성을 유지할 수 있도록 구체적인 제도적 장치를 마련할 필요가 있음. 특히 급여의 적정성 평가 기능이 적극적으로 활용 되어야 함.

3. 심사평가원 운영의 효율성을 통한 대국민 신뢰 제고

- 심사평가 업무 자체의 효율성은 물론 심사평가원 운영의 효율성도 제고되어야 함.
- 이를 위하여 심사업무의 효율화, 심사평가원 조직의 합리적인 설계, 중앙조직과 지방조직의 기능분담과 합리적인 연계, 정보시스템의 구축 등이 요구됨.

가. 의학적 질의 향상

- 건강보험에서 급여의 적정성 관리와 이에 필요한 평가가 필수적인 요소가 되었으므로, 의료기관은 어떤 형태로든 의학적 질을 향상시키기 위해 노력하는 것이 불가피함. 예를 들어 항생제를 사용하는 경우 종래에는 개별 사례에 대해 특정 항생제가 급여 범위 안에서 사용되었는가가 초점이었다면, 새로운 체계에서는 항생제 사용의 전반적인 적정성이 관심의 대상이 될 수 있음.
- 이 경우 각 의료기관은 기존의 업무인 진료비 청구의 타당성 이외에도 전반적인 의학적 질(=급여의 타당성)을 유지, 향상시키는 데도 관심을 기울여야 할 것임.
- 이는 '보험진료'에 대한 관리가 기존의 개별 사례, 미시적 차원에서 기관단위, 거시적 차원으로 바뀌어야 하는 것을 의미함. 또한 내부 관리의 필요성이 더욱 강화됨을 뜻하는 것임. 이러한 변화에 대응하기 위해서는 의료기관 전체 차원에서 질 향상을 위한 기획(planning)과 관리(management) 개념과 기법이 도입되어야 할 것임.

- 또한 장기적으로는 기관 단위의 의학적 질에 대한 평가가 어떤 형태로든 이루어질 것으로 예상되므로 이에 대한 적극적인 노력이 필요함. 특히 자원투입뿐 아니라 의학적 적정성이 강조되므로 임상의학적 전문성이 크게 강화되어야 함.

나. 효율성 향상

- 심사평가원의 심사가 EDI를 적극 활용하고 일부나마 표본심사를 채택하는 경우, 전체 건수보다는 기관 혹은 영역별 지표를 관리하는 것이 더욱 중요해질 것으로 예상됨. 이 경우 의료기관 내에서 행해지던 사전심사(자체심사)의 방법과 목표가 달라져야 할 것임. 즉, 사전심사의 비용-효과에 대한 고려가 필요함.
- DRG적용이 전체 의료기관으로 확대될 경우, 행위별수가제에 기초한 기존의 심사방식 변경은 불가피함. 효율적인 자원투입과 질적 수준 유지가 의료기관의 목표가 됨에 따라 자원관리와 질 관리가 의료기관 내 진료관리의 중요한 내용이 될 것임.
- 의학적 질 향상과 마찬가지로 효율성 측면에서도 개별적인 접근만으로는 한계가 있고, 기관단위, 거시적 차원으로 초점이 바뀌어야 함. 이 경우 critical path, 임상진료지침, TQM/CQI등의 기법이 광범위하게 쓰이고 정보체계의 구축이 필수적인 과제로 등장할 것으로 예상 됨.

다. 조직과 체계의 혁신

□ 의학적 질의 향상과 효율성 향상을 위해서는 개별적인 접근이나 임기응변적인 대응으로는 한계가 있고, 기관 전체 차원에서 업무향상(performance improvement)을 위한 체계(system)를 구축하는 것이 필요함. 이러한 체계는 심사, 질 향상, 진료, 관리등 기존의 업무들의 포괄하는 것이 되어야 함.

- 심사, 질 향상, 업무효율화와 체계 개선 등을 통합적으로 담당하는 “performance improvement department”의 조직이 촉진될 것임.
- 이러한 조직에 필요한 인력은 단순히 한두 영역의 업무를 담당하는 전통적인 전문가(specialist)라기보다는, 체계를 개발(system development) 하고 문제를 해결해 나가는(problem solving)새로운 전문인력(professionalist)일 것임.

□ 심사평가 체계 개편에 부합하는 조직 개편을 위해 평가인력의 증원이 필요함

- 현재는 1,544명 중 59명으로 3.8%에 불과함. 의료의 질 향상을 위한 평가 업무를 확대하기 위해서는 그에 준하는 인력 개편이 필요함.

심사평가원 인력현황

부실명	부서명	정규직		비정규직	
				계약직	임시직
		정원	현원	현원	현원
		1,641	1,544	26	62
임원실	소계	5	5	0	0
	임원실	5	5	0	0
혁신기획실	소계	27	21	0	0
	기획예산팀	11	9	0	0
	업무혁신팀	8	4	0	0
	성과관리팀	8	8	0	0
총무관리실	소계	67	101	3	4
	총무부	21	19	0	4

부실명	부서명	정규직		비정규직	
				계약직	임시직
		정원	현원	현원	현원
	관재부	10	10	0	0
	법규.송무부	19	14	0	0
	인력개발부	9	12	0	0
	복지협력부	8	5	0	0
	지방이전실무추진팀	0	2	0	0
	심사평가원	0	39	3	0
고객지원실	소계	42	34	0	2
	CS팀	10	9	0	0
	민원상담팀	24	19	0	0
	요양기관지원팀	8	6	0	2
정보통신실	소계	100	100	0	0
	정보관리부	19	20	0	0
	심사정보부	29	29	0	0
	평가정보부	25	25	0	0
	정보개발부	27	26	0	0
심사실	소계	181	161	0	8
	심사1부	24	21	0	1
	심사2부	55	51	0	2
	심사3부	50	44	0	2
	심사4부	35	29	0	1
	심사관리부	17	16	0	2
평가실	소계	73	59	7	1
	평가총괄팀	14	12	0	1
	평가개발팀	16	8	6	0
	평가1팀	12	11	0	0
	평가2팀	14	11	1	0
	자원정보팀	17	17	0	0
급여조사실	소계	145	128	0	0
	급여조사1부	25	25	0	0
	급여조사2부	39	34	0	0
	급여조사3부	42	36	0	0
	급여조사4부	39	33	0	0
의료급여실	소계	89	68	0	0
	의료급여1부	11	10	0	0
	의료급여2부	35	29	0	0
	의료급여3부	32	24	0	0
	위탁사업부	11	5	0	0
종합관리실	소계	46	48	0	0

부실명	부서명	정규직		비정규직	
				계약직	임시직
		정원	현원	현원	현원
	종합관리기획팀	14	12	0	0
	심사전산화팀	21	20	0	0
	DRG운영팀	11	12	0	0
	장기요양시범팀	0	4	0	0
급여기준실	소계	86	83	0	6
	수가기준부	27	24	0	0
	재료기준부	22	22	0	0
	이의신청부	37	37	0	6
약제관리실	소계	71	63	0	3
	약가관리부	19	19	0	2
	약제등재부	20	13	0	1
	약제기준부	17	15	0	0
	약가재평가부	15	11	0	0
	의약품정보센터설립팀	0	5	0	0
홍보실	소계	10	12	0	0
	홍보부	10	12	0	0
조사연구실	소계	28	25	14	0
	연구기획팀	16	6	0	0
	연구개발팀	12	1	0	0
	건강보험정책지원반	0	1	0	0
	질병정보관리팀	0	5	1	0
	1차의료서비스평가연구팀	0	2	2	0
	장기의료서비스평가연구팀	0	1	4	0
	의약품경제성평가연구팀	0	1	2	0
	심사연구팀	0	1	2	0
	보장성강화상시모니터링팀	0	3	2	0
	호스피스사업추진T.F팀	0	1	0	0
	국민의료비관리효율화T.F팀	0	3	1	0
감사실	소계	9	9	0	0
	감사부	9	9	0	0
비서실	소계	5	5	0	0
	비서실	5	5	0	0
기획심사위원	소계	25	23	0	3
	위원회운영팀	25	23	0	3
의료기술평가사업단	소계	0	9	1	0
	EBM팀	0	6	0	0
	의료기술평가사업팀	0	3	1	0
상대가치연구개발단	소계	0	14	1	0

부실명	부서명	정규직		비정규직	
				계약직	임시직
		정원	현원	현원	현원
	행위분류검토반	0	8	1	0
	상대가치연구반	0	6	0	0
서울지원	소계	166	147	0	10
	운영지원팀	17	18	0	5
	정보운영팀	16	13	0	0
	심사평가1팀	35	30	0	1
	심사평가2팀	33	30	0	2
	심사평가3팀	33	29	0	1
	심사평가4팀	32	27	0	1
부산지원	소계	67	60	0	4
	운영지원팀	22	19	0	3
	심사평가1팀	23	21	0	1
	심사평가2팀	22	20	0	0
대구지원	소계	76	69	0	3
	운영지원팀	22	19	0	3
	심사평가1팀	28	27	0	0
	심사평가2팀	26	23	0	0
광주지원	소계	80	76	0	3
	운영지원팀	23	19	0	2
	심사평가1팀	29	28	0	1
	심사평가2팀	28	29	0	0
대전지원	소계	73	69	0	3
	운영지원팀	23	21	0	2
	심사평가1팀	25	24	0	1
	심사평가2팀	25	24	0	0
수원지원	소계	103	95	0	8
	운영지원팀	23	22	0	5
	심사평가1팀	27	17	0	2
	심사평가2팀	27	33	0	1
	심사평가3팀	26	23	0	0
창원지원	소계	67	60	0	4
	운영지원팀	21	19	0	3
	심사평가1팀	23	21	0	1
	심사평가2팀	23	20	0	0

자료: 건강보험심사평가원, 2006.9

라. 근거(evidence)의 생산과 적용

- 보건의료 전반과 건강보장의 영역 안에서 급여의 효과성(effectiveness) 과 경제성(efficiency, value for money)에 대한 판단의 필요성이 더욱 커지고 있으며, 이는 심사 및 평가와 직결된 기능임.
 - 현재 일부 영역에서 부분적으로 이루어지고 있는 근거의 생산과 적용활동을 크게 확대하여 심사와 평가의 질을 획기적으로 개선하는 기반으로 삼고자 함.
 - 나아가 의료보장의 영역에 있는 모든 보건의료 서비스가 근거 중심으로 (evidence-based) 이루어지도록 전체 의료계와 학계를 선도하고 사회적 분위기를 조성하고자 함.

마. 정보인프라의 개선

- 최근의 의료급여 재정 절감 논으나 약제비 정책에서도 나타났듯이, 적시에 정책을 개발하고 대책을 마련하기 위해서는 정보 인프라의 건전성이 관건적인 요소임.
- 정보 인프라는 단순히 기계적인 측면에서의 전산화가 아니며 지식과 정보를 생산하고 관리하는 기반임. 건강보험 자료(data)를 활용하여 정책수립과 의사결정에 필요한 정보(information)를 신속·정확하게 제공하는 체계를 강화할 것임.
- 아울러, 여러 클라이언트(정부, 민간, 하계, 소비자 등)에게 정보를 제공할 수 있는 체계도 필요함.

바. 투명성 제고

- 국민과 의료공급자의 정확하고 신속한 의사결정과 바람직한 행동 변화를 위해서는 투명성을 크게 향상시켜야 함. 여기에는 비용, 의료이용, 질, 업무 경과 등 모든 영역을 포함함. 특히 의료공급자에 대한 정보가 충분히 제공되고 공개되어야 함.

5. 국가 질병통계 시스템 구축 엔진으로서 기능전환

- 국가 차원의 건강보험 질병통계 시스템 구축에 대한 주장이 학계 및 국회 차원에서 제기돼 왔으나, 건강보험심사평가원이 그 중요성을 인정하고 질병통계 수립에 나가야 함.
- 심평원이 현재 보유하고 있는 각종 통계자료는 국가질병통계 자료로 활용하는데 많은 한계점이 있으므로 과학적이고 체계적인 질병조사체계를 수립할 필요가 있음.
- 심평원 질병통계는 요양기관이 진료비를 청구할 때 작성하는 명세서 상의 상병분류기호를 기초로 작성되고 있으며, 진료비청구명세서에 기재된 주된 상병 기준으로 지역별·요양기관종별·연령별·성별 등으로 생산됨.
- 요양기관으로부터 작성되는 진료비청구명세서는 상병분류기호에 의존하다보니 정확성 미흡하고, 산출되고 있는 질병통계는 환자 중심이 아닌 의료공급 측면에서 진료비 실적 중심으로 집계되는 수준임.

- 특히 현 진료비청구명세서는 개별행위 각각에 대한 정밀심사와 그에 따른 진료비 청구 목적으로 작성되는 자료라는 제한이 있는 것은 물론 개별행위들의 근거가 되는 진단명·건강결과 등 중요정보가 진료비 청구와 직접적 관련이 적어 정확도가 떨어지는 문제점을 내포하고 있음.
- 이밖에도 요양기관 작성 진료비청구명세서 상 상병분류 착오·입력오류 등 기타 사유로 인해 진료당시 환자의 실제 상병과 다르게 청구되는 경우도 발생함.
- 따라서 심평원이 건강보험 질병통계를 제대로 생산해 낼 수 있도록 하는 시스템은 물론 국가적 건강 질병 통계정보를 공유하고 활용하도록 하는 체계를 마련하는 것이 시급히 요구됨.
- 실제로 기존 학술연구에서도 건강보험 청구자료 중 청구진단명의 정확도가 현저히 낮은 점이 지적돼 정확한 질병통계 산출의 중요성이 지속적으로 제기됨
 - 진료내역에 부합하는 질병 파악을 위한 조사체계를 구축해야 하며 일정 표본에 대해 의료기관 의무기록 및 진료내역과 대조확인을 해야 하고, 표본추출·조사 실시 및 결과분석 등 일련의 조사과정을 체계적으로 만들어야 한다고 봄
 - 아울러 체계적으로 마련된 질병통계자료는 신뢰도 높은 국가 보건의료정책 수립에 기여하는 것은 물론 만성질환 등 다발성 질병에 대한 체계적 관리를 위해 사용될 수 있음.
- 건강보험 질병통계에 대한 중요성은 국회 보건복지위원회 소속 의원들도 강조해 온 사항임.
 - 안명옥 의원(한나라당)은 2004년 심평원 국정감사에서 "심평원이 방대한 자료를 보유하고도 제대로 활용하지 못하고 있다"며 "개인정보가 유출되지 않

는 선에서 국가 질병통계를 산출할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다"고 제안했음.

- 정화원 의원(한나라당)은 지난 3월 "심평원이 보유하고 있는 국가적 건강질병 통계정보의 관리 및 공유체계를 마련한 뒤 대통령령이 정하는 기관·단체와도 공유가 가능하도록 정보 공유시스템을 구축할 필요가 있다"며 국민건강보험법 개정안을 발의했음.
- 이와 관련하여 질병관리본부는 국가차원의 질병통계 구축을 위해 심평원과 DB 구축을 위한 방안을 모색하고 있음.

□ 의료정책 '근거중심 기반마련'

- 국내 보건의료정책은 '근거중심 의학(Evidence-based Medicine, EBM)'을 바탕으로 국민들이 원하는 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 방향으로 전개되어야 함.
- 이 같은 관점에서 △공공보건의료체계 정비 △의료제도 선진화 및 병원산업 육성 △양질의 보건자원 적정공급체제 구축 △건강보험의 건실한 운영 △건강관리 강화 및 건강증진사업의 활성화 △보건산업 경쟁력 강화 등의 정책 방향이 요구됨.
- 보건의료정책의 비전은 모든 국민이 신뢰하는 수준 높은 보건의료서비스를 제공하는데 있으며 의료정책 결정과정에서 근거중심의 정책 결정이 필요함.
- 이는 합리적인 근거자료를 얻기 위해 관련 전문기관, 학계에 연구용역 또는 각종 조사나 통계적인 방법을 동원하기도 하는 것과 다르지 않으며 체계적인 평가과정을 통해 EBM이 올바르게 적용 될 수 있을 것임.

VI

참 고 문 헌



- 감사원 사회복지감사국 총괄과. 국민건강보험 운영실태. 2004.12
- 감사원 사회복지감사국 총괄과. 국민건강보험 운영실태..2004.12
- 김창엽. 건강보험심사평가원 설립의 의의와 운영방향. 2000.
- 대한의사협회. 유럽 건강보험제도 시찰보고서. 2006
- 심사평가원. 급여적정성 종합관리제 효과측정방법 개발 연구. 2006.1
- 이규식. 건강보험 관리운영 패러다임의 조정. 건강복지사회를 여는 모임;2002 (146-147쪽)
- 최병호. 건강보험 재정통합 이후의 정책과제, 보건복지포럼. 2003.8
- 한국법제연구원. 국민건강보험법. 2003.
- 한국보건산업진흥원. 건강증진 및 신규서비스 보건의료인력 체계 구축. 2001.
- 한국의학원. 21세기 한국보건의료정책 개혁방향. 2002.
- Eisenberg JM. Doctors' decisions and the cost of medical care, Health admission press perspectives 1986
- Eisenberg JM. Physician utilization: The state of research about physicians' practice patterns. Medical care 2002;40(11):1016-35