

의료의 질 향상을 위한 건강보험 적정성평가 발전방안

*Future Directions for the Healthcare
Quality Assessment in NHI*



김계숙 건강보험심사평가원 평가기획실장

요양급여 적정성 평가는 진찰·시술·투약·검사 등 요양급여에 대해 의·약학적 측면과 비용효과적 측면에서 적정하게 제공되었는지를 평가하는 것이다. 평가결과와 공개를 통해 의료기관의 자율적 질 향상을 유도하고, 국민에게 양질의 의료와 비용의 적정성을 보장하는 것을 목적으로 한다. 적정성 평가는 적정 진료유도, 요양기관간 진료 변이 감소, 국민의 의료선택권 강화를 위한 정보공개, 진료비가합지급, 수가연계 및 지표연동제 등에 적용된다. 심사평가원은 2013년부터 비용(효율성)과 의료 질을 연계한 '가치기반 심사평가'를 미래발전전략으로 발표하고, ① 가치기반 심사평가를 통한 의료 질과 효율성 향상, ② 평가영역의 지속적 확대, ③ 파트너쉽의료계 중심 기반 평가지표 및 평가기준 개발, ④ 효율적 의료 질 평가 정보수집체계 구축을 미래발전전략으로 추진하고 있다.

1. 서언

“질병별, 연령별 사망률뿐만 아니라 병원별 사망률 차이도 공개되어야 한다(Florence Nightingale, 1863).”¹⁾ 150년전, 나이팅게일이 런던에 소재한 병원들의 사망률 격차를 확인한 후, 의료 질 평가의 중요성을 강조하며 한 말이다. 우리나라는 어떨까? 급성심근경색으로 쓰러져 응급실에 실려 갔을 때, 병원도착후 초회 경피적관상동맥중재술(Primary PCI)을 90분이 내에 시술받으면 생명을 살릴 수 있다. 급성심

근경색증 진료가이드라인중 하나다. 그러나 최근 건강보험심사평가원이 실시한 평가결과를 보면²⁾, 그 실시율이 70%미만인 기관이 12%에 이르고 있다. 다시 말하면, 급성심근경색으로 쓰러진 환자가 어떤 병원으로 이송되는가에 따라 생사가 엇갈리는 순간을 맞을 수 있는 것이다. 이러한 병원간 격차를 줄이고 의료의 질을 일정 수준이상으로 높이하고자 하는 것이 건강보험심사평가원(이하 심사평가원)이 실시하고 있는 요양급여 적정성 평가다.

의료의 질이 비용과 비례한다면, 비용지출을

1) Nightingale, F.(1863). *Notes on hospitals*. London: Longman.

2) 상급종합병원 44개소, 종합병원 88개소 총 132개 의료기관을 대상으로 평가한 결과임(건강보험심사평가원, 2012).

늘리면 의료의 질은 높아질 수 있다. 그러나 현실은 그렇지 않다. 진료비가 높은 병원이 사망률이 높은 경우도 있고, 반대로 진료비는 낮은데, 사망률이 낮은 병원도 있다. 치료의 성과는 비슷한데, 비용이 두배, 세배 더 든다면, 이는 또 어떻게 설명할 것인가. 물론 환자의 특성이나 중증도가 달라 일률적으로 비교할 수 없다는 주장도 타당하다. 그렇지만 비용이 높으면 의료의 질이 높다거나 비용이 낮아 의료의 질이 낮다는 주장은 논거가 빈약하다. 동일한 진료에 병원간 진료비 차이가 있다면, 그 비용 차이가 의료의 질에 어떠한 영향을 주고 있는지, 요양기관별로 서로 다르게 제공되는 의료서비스 강도가 환자에게 적합한 것인지, 환자요인이 아닌 병원요인으로 인한 비효율은 없는지, 안해도 될 불필요한 시술로 인한 환자의 피해나 진료비 지출은 없는지, 심사평가원이 2013년부터 미래전략으로 추진하고 있는 ‘가치기반 심사평가’는 이러한 점에 초점을 두고 있다. 이하 의료 질 향상을 위한 적정성 평가의 현황과 향후과제 및 미래발전방안을 소개하고자 한다.

2. 적정성 평가의 개념

요양급여 적정성 평가는 건강보험으로 제공된 진찰·시술·투약·검사 등 요양급여에 대해 요양기관별, 상병별, 진료과목별로 구분하여

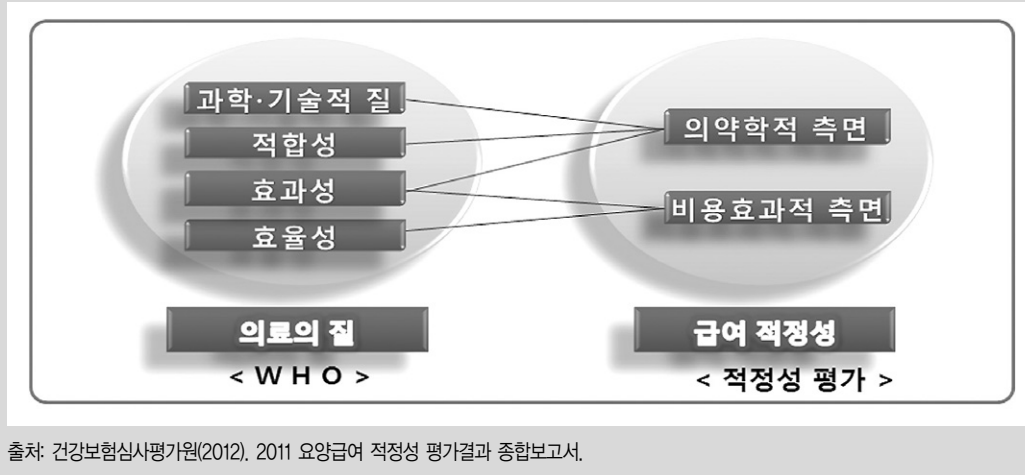
의·약학적 측면과 비용효과적 측면에서 적정하게 제공되었는지를 평가하는 것이다.³⁾ 적정성 평가는 의료서비스의 적정성을 평가하고 그 결과를 공개함으로써 의료기관의 자율적 질 개선을 유도하고, 국민에게는 양질의 의료와 비용의 적정성을 보장하는 동시에 의료선택권을 강화하는 것을 목적으로 한다. WHO는 ‘의료의 질(Quality of care)’의 구성요소로 효과성, 효율성, 적합성, 과학·기술적 질을 제시하고 있다.⁴⁾ 심사평가원의 적정성 평가와 WHO 의료의 질 구성요소의 연계성은 [그림 1]과 같다.

행위별수가제하에서는 불필요한 서비스를 제공할 수 있고 같은 수가를 적용받는 요양기관 간에도 진료변이가 크게 나타날 수 있다. 결과적으로 심사기준의 부합여부를 판단하는 진료비 심사와는 다른 요양급여의 질 평가에 대한 요구가 증가하게 되었다. 이에 건강보험으로 제공되는 의료서비스(요양급여)의 질 향상과 비용효과성을 도모하기 위한 요양급여 적정성 평가가 2000년 7월 심사평가원의 업무로 신설되었다. 적정성 평가 업무는 ▲ 의료의 질 저하가 우려되는 경우 ▲ 의료자원 배분의 왜곡 등으로 요양급여의 비용효과가 낮은 경우 ▲ 진료비심사만으로 요양급여의 적정성 확보가 어려운 경우 등을 평가대상으로 하고 있다.

3) 국민건강보험법 시행규칙 제29조에서 “심사평가원은 요양급여 등의 적정성에 대한 평가를 하는 경우에는 의학학적 측면과 비용효과적 측면에서 요양급여를 적정하게 행하였는지를 평가하여야 한다”라고 규정함.

4) 미국 의학연구소는 의료 질 향상과 환자 안전을 위해 다음 6개 영역을 제시하고 있음: 안전성(Safe), 효과성(Effective), 환자중심성(Person-centred), 적시성(Timely), 효율성(Efficient), 형평성(Equitable).

그림 1. 의료의 질과 적정성 평가의 연계성



3. 적정성 평가의 현황

심사평가원이 처음 적정성 평가를 시작한 초기에는 약제급여 등 이용도 중심의 평가를 수행하였다. 그 이후 2004년에는 허혈성 심질환을 시작으로 임상 질 평가로 전환하였다. 또한, 2005년부터는 주사제 처방률 양호기관 명단을 공개하면서 평가결과를 대국민 공개하기 시작하였다. 2007년 이후에는 평가결과를 토대로 가감지급사업을 시작하였고, 2011년부터 중증·만성질환으로 평가영역을 확대하여 <표 1>과 같이 현재 총 7개 영역에 걸쳐 적정성 평가를 진행하고 있다. 특히 금년부터는 ‘비용’ 중심의 심사와 ‘의료 질’ 중심의 평가라는 심사평가원의 핵심사업을 비용과 질을 동시에 고려하는 ‘가치’ 중심의 심사평가로의 전환을 모색하고 있다. 가치기반의 심사평가를 통해 의료기관의 자율적 개선을 유도하고 궁극적으로는 보건의료체계의 성과를 향상시키고자 한다.

4. 평가결과의 활용

적정성 평가는 요양기관의 질적 변이를 줄이기 위한 자발적 질 향상 활동외에 평가결과 공개를 통한 국민 의료선택권 강화, 진료비 가감지급, 수가연계를 통한 패널티 부여, 의료 질 향상(QI) 지원사업, 심사 평가 연계사업, 보험정책, 질병관리 등 정부 정책수립 근거로 활용되고 있다.

1) 평가결과 공개를 통한 국민의 의료선택권 강화

미국, 영국 등 선진 외국에서는 1990년대부터 평가결과를 공개하고 있다.⁵⁾ 우리나라도 선진국에 비해 늦은 감은 있으나 국민건강보험법에 의거 요양급여의 적정성 평가 결과를 공개하고 있다.⁶⁾ 공개된 평가결과는 의료기관의 자율적 질 개선과 의료 이용자인 국민의 의료선택

표 1. 요양급여 적정성 평가 현황(2013년 기준)

영역		적정성 평가항목		비고 (예비평가)*
		지속평가(19)	신규평가(10)	
입원	심·뇌질환 (급성기)	- 급성심근경색증, 관상동맥 우회술, 급성기뇌졸중	허혈성심질환 - 경피적관상동맥중재술	-
	암 질환	- 대장암, 유방암	- 폐암	- 위암, 간암
	주요수술	- 수술예방적항생제(11개 수술) - 제왕절개분만 - 진료량 (5개 수술)	-	-
외래	만성질환	- 고혈압, 당뇨병	- 천식	- 만성폐색성폐질환
	약제급여	- 주사제처방률 - 항생제처방률 - 약품목수 - 투약일당 약품비 - 골관절염해열진통 소염제중복처방률 - 유소아중이염 항생제	-	-
포괄수가		-	7개 질병군 포괄수가(병·의원급) - 수정체수술, 편도 및 아데노 이드수술, 탈장수술, 충수절 제술, 항문수술, 자궁 및 자궁 부속기 수술, 제왕절개분만	- 7개 질병군 포괄수가 (종합병원 이상) - 신포괄수가
기관단위		- 요양병원 - 의료급여 정신과 - 혈액투석	-	- 일반질지표(상급종합)

* 예비평가는 평가지표 및 평가기준의 타당성 및 유효성, 실행가능성 등을 검증하기 위해 일부 표본기관을 대상으로 실시하는 시범평가임.
출처: 건강보험심사평가원 내부자료

정보(informed choice)로 활용되고 있다.

적정성 평가 초기에는 평가결과의 요약만을 공개하였으나, 2005년에는 양호기관, 2006년에는 양호기관과 미흡기관 전체 명단을 공개하였다. 2009년부터는 평가항목별로 종합결과를 공

개하고 각 지표별 결과값을 공개하고 있다.

2012년에는 위암, 간암, 대장암 등 3대 암의 병원별 수술 사망률을 최초로 공개하는 성과를 거두었다.⁷⁾ 특히 심사평가원의 적정성 평가결과 공개가 중요한 의의를 갖는 이유는 <표 2>와 같

5) 미국은 CMS는 'Hospital Compare' 라는 별도 홈페이지를 통해 병원별 평가결과를 공개하고 있음.

6) 국민건강보험법 시행령 제28조에 '요양급여의 적정성 평가 결과의 공개'로 규정하고 있음.

7) 환자들은 의료의 질이 높은 병원을 선택하는 데 필요한 정보를 충분히 가지고 있지 않아 이른바 '카더라 통신' 같은 구전되는 명

료 질 수준에 관계없이 투입량에 비례한 진료비를 보상받았다. 그러나 미국, 영국, 호주 등 여러 국가에서 의료의 질을 평가하고 이를 근거로 진료비를 보상하는 P4P(Pay for Performance)를 도입하고 있다⁸⁾. 의료서비스의 질을 기준으로 진료 성과를 평가하여 비용대비 가치(Value for Money)를 높이겠다는 취지이다. 우리나라도 2007년 7월부터 2010년까지 급성심근경색증과 제왕절개분만의 평가결과를 활용하여 가감지급 시범사업을 실시하였다. 2011년부터 본 사업으로 확대 실시되었으며, <표 3>과 같이 대상항목

지금까지 의료공급자들은 자신이 제공한 의

표 2. 평가영역별 평가지표 현황

구 분	계	구조	과정	결과	기타
	329	49	188	87	5
입원진료	183	21	116	46	-
외래진료	46	0	44	2	-
장기진료	82	28	23	31	-
포괄수가	18	0	5	8	5

* 영역구분 (입원진료) 관상동맥우회술, 급성기뇌졸중, 급성심근경색증, 대장암, 수술의예방적 항생제 사용, 유방암, 제왕절개분만, 진료량, 진료결과, 폐암
(외래진료) 고혈압, 당뇨병, 약제급여(5항목), 유·소아 급성중이염 항생제 사용, 천식, 외래처방인센티브
(장기진료) 요양병원, 의료급여 정신과, 혈액투석
(포괄수가) 7개질병군
출처: 건강보험심사평가원 내부자료

도 급성심근경색증, 제왕절개분만, 급성기 뇌졸중, 수술 예방적 항생제, 고혈압, 당뇨병, 약제급여 등으로 확대되었다.⁹⁾ 가감지급사업 실시이후, 2012년에 최초로 4개 기관에서 감액이 발생하여 의료 질 향상을 위한 강력한 동기를 부여하게 되었다. 또한 그간 인센티브만 지급되던 외래처방인센티브제를 약제평가제도와 연계한 가감지급사업으로 확대하여 요양기관의 질 향상 동기를 강화하게 되었다.

가감지급사업에 따른 평가결과를 보면 급성심근경색증의 경우 지속적이고 뚜렷한 의료 질 향상이 나타나고 있다. 전체 추이를 나타내는 평균 종합점수는 92.10점('07 하반기 진료분)→93.65점('08진료분)→97.38점('09진료분)→92.95점('10진료분)→96.79점('11진료분)으로 2010년 재관류술 평가지표 강화로 잠시 감소하였으나 2011년 다시 상승하였다¹⁰⁾. 최하위 기관

의 질 향상 수준도 시범사업 중에는 59.08점('07 하반기 진료분)이었으나 종합병원이 포함된 본 사업에서 74.94점('11년 진료분)으로 비약적으로 상승하는 결과를 보였다. 전반적으로 기관 간 의료질 격차 감소와 함께 최하위 점수의 상승으로 가감지급 사업 모형에 적합한 질 향상을 유도하는 결과를 도출한 것이다.

제왕절개분만의 가감지급사업 결과를 보면 제왕절개분만율은 지속적으로 감소되었고, 기관 간 변이도 줄어들었다. 전체 추이를 나타내는 평균 표준점수는 -0.347점('07 하반기)→-0.906점('08년)→-1.983점('09년)→-1.58점('10년)→-2.22('11년)으로 향상되었다.

급성기뇌졸중은 2011년(진료분) 처음으로 평가결과에 대한 가감지급사업을 실시하여 가감지급사업에 대한 전년대비 질향상 결과를 비교할 수는 없지만 10개 모든 과정지표 결과가

9) 2010.10월 파리에서 개최된 OECD 보건장관회의에서 한국의 가감지급사업이 의료 질 향상 대표사례로 소개되었음.

10) 건강보험심사평가원(2012). 건강보험심사평가원 기능과 역할.

90% 이상이고, 그 중 8개 지표는 95% 이상이였다. 가감지급사업 첫 적용으로 평균종합점수가 2.3점('10년 86.4 → '11년 88.7) 향상되었다. 최하 위기관 의 종합점수도 3.5(30.6점 → 34.1점) 향상되어 의료의 질이 개선되는 결과로 나타났다.

3) 평가결과 수가연계를 통한 의료 질 낮은 기관에 대한 패널티 적용

요양병원을 대상으로 평가결과를 수가와 연계하여 의료 질이 낮은 기관에 대해 패널티를 적용하고 있다. 요양병원 적정성 평가결과, 구조 및 진료부문 모두 하위 20% 이하인 기관에 대해

의사 등 인력 확보 수준에 따른 입원료 가산 및 별도 보상을 6개월 동안 지급하지 않는 것이다.¹¹⁾ 2011년부터 실시된 평가결과 수가연계는 정액수가로 인한 요양병원의 의료 과소제공 및 진료행태의 기관간 변이를 줄이기 위한 목적으로 실시되고 있다. 2013년 현재, <표 4>와 같이 총 937개 기관을 대상으로 평가가 실시되어 이중 36개 기관이 수가연계 패널티 적용을 받았다.

4) 의료 질 향상(QI)지원을 통한 요양기관의 자율적 질 개선 유도

심사평가원은 평가결과를 토대로 요양기관의

표 3. 가감지급사업 확대 실시 현황

실시시기	대상 평가항목	대상기관
2007~2010년(시범사업)	급성심근경색증, 제왕절개분만	상급종합병원
2011년~	급성심근경색증, 제왕절개분만, 급성기 뇌졸중	종합병원 이상
2012년~	수술의 예방적 항생제 사용 고혈압, 당뇨병*	병원급 이상 의원급
2013년~	약제급여평가(항생제 처방률, 주사제 처방률, 약품목수, 외래처방약품비)	의원급

* 고혈압, 당뇨병은 인센티브(가산)로만 운영됨.

출처: 건강보험심사평가원 내부자료

표 4. 연도별 요양병원 평가결과 수가연계적용 현황

평가년도	수가연계(패널티) 적용 진료분	수가연계적용기관수/평가기관수
2011년	'11.10월~12.3월	30개소/782개소
2012년	'13.4월~9월 진료분	36개소/937개소
2013년	'14.10월~'15.3월 진료분	예정

출처: 건강보험심사평가원 내부자료

11) 관련근거: 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수(고시 제2011-159호)

자율적 질 향상을 유도하기 위하여 의료 질 향상(QI) 지원사업을 수행하고 있다. 적정성 평가결과를 활용한 질 향상 지원사업은 크게 4가지로 구분된다. ① 질 향상 컨설팅 사업은 질 향상 활동이 상대적으로 저조할 수 밖에 없는 중소병원을 대상으로 질 개선 문제점을 파악하고 방문컨설팅 및 실적점검 등을 통해 질 향상을 유도한다. ② QI우수기관 및 우수사례 공모 및 포상은 적정성 평가결과를 기반으로 개별 요양기관에서 실시된 자발적 질 향상 활동 벤치마킹 사례가 되는 우수사례를 발굴하여 질 향상 우수사례를 공유·확산하고 있다. ③ 평가하위기관 맞춤형 현장방문상담은 현장방문 상담은 평가결과 하위기관, 질 향상 요청기관, 신규개설기관, 가감지 급적용 대상우려 기관 등을 대상으로 소그룹, 개별방식으로 실시되고 있다. ④ QI 교육과정, QI 커뮤니티, QI 뉴스레터 운영은 QI 교육과정은 질 향상 인프라가 취약한 중소병원을 우선 대상으로 실시하고 있으며, QI커뮤니티는 의료현장의 QI실무자들이 상호의견을 교환하고, 외국의 우수사례 및 강좌를 소개하는 기능을 하고 있다. 의료 질 향상(QI)지원사업 실시현황은 <표 5>와 같다.

5) 심사 및 현지조사 연계 및 정부 정책사업 등과의 연계

평가결과는 심사평가원의 심사·평가 연계 사업, 지표연동관리제, 수가 및 급여기준 개선, 기획 및 현지조사 대상기관 선정 등에 활용되고 있다. 대외적으로는 급성심근경색증 평가결과를 활용한 심·뇌혈관 센터 지정, 지역거점 공공병원 운영, 항생제 내성관리 종합대책 등 타 평가·지정사업과도 연계되고 있다. 또한 항목별 평가결과는 정부의 보험정책 수립 및 질병관리 정책, 의료기관 관리 정책 수립 근거자료로 활용되고 있다.

5. 향후 과제 및 발전방안

적정성 평가실시 이후, 감기항생제 처방률, 제왕절개분만, 수술 예방적 항생제 사용, 급성 심근경색증, 요양병원 등 진료행태가 평가초기에 비해 비약적인 질 향상을 보이고 있다. 그러나 이러한 적정성 평가의 기능에도 불구하고 평가방법이나 평가결과에 대한 요양기관의 개선

표 5. 연도별 의료 질 향상(QI) 지원사업 실시 현황

구분	QI 컨설팅	QI 우수사례선정	평가결과 하위기관 맞춤상담 기관수	QI교육과정	QI뉴스레터(수신자수)/ QI커뮤니티(가입자수)
2013년	7개소	진행	진행	168명 이수(3회 과정)	2,300명 / 778명
2012년	6개소	9개소	100기관	97명 이수(2회 과정)	2,000명 / 700명
2011년	4개소(시범운영)	8개소	213기관	100명 이수(2회 과정)	1,400명 / 620명

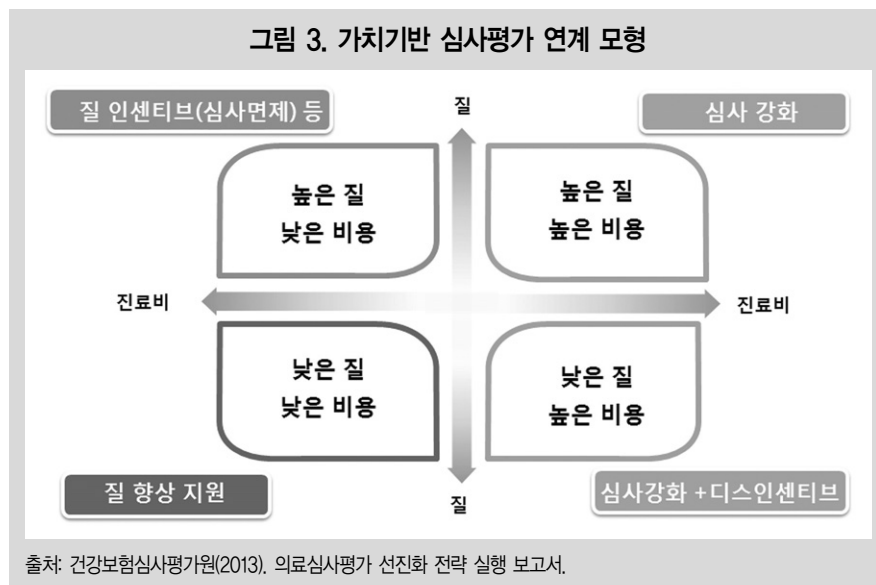
출처: 건강보험심사평가원 내부자료

요구가 있는 것도 사실이다. 이에 심사평가원은 그간의 적정성 평가의 성과를 바탕으로 향후 10년을 내다보는 적정성 평가 방향을 ‘가치기반 심사평가’로 정하고 그 과제를 다음의 의료심사평가 선진화 전략으로 추진하고 있다.

첫째, 가치기반 심사평가를 통해 의료의 질과 효율성을 향상하는 것이다. 현재 심사평가원의 정교한 진료비 심사와 평가에도 불구하고, 척추수술과 관절수술이 증가하고 있다. 이는 의학적인 이유로 잘 설명되지 않는다. 이것이 심사평가원의 의료 질 평가와 진료비 심사의 패러다임을 ‘가치기반 심사평가’로 전환하고자 하는 이유다. 비용중심의 심사와 임상적 질 중심의 평가라는 심사평가원의 대표적 사업을 비용과 질을 동시에 고려하는 가치기반의 심사평가를 추진하겠다는 것이다. 이러한 미래전략을 구현하기 위해 현재 가치기반 심사평가의 모형을 개발

하고 시범사업을 통해 이를 검증하기 위한 준비를 해 나가고 있다. 현재 총 3개 영역에서 새로운 심사평가 모형을 개발하고 있다. 내과계 입원에서는 경피적관상동맥중재술, 외과계 입원에서는 척추수술, 외래에서는 전식 및 만성폐색성폐질환에 대한 모형을 개발하고 있다. 심사평가 연계의 기본구상은 [그림 3]과 같이 기관단위로 비용과 질을 통합관리하는 방안이다. 즉 비용이 다소 높은 입원건이 있더라도 기관단위로 비용과 질이 적정하다면 요양기관의 자율성을 인정하는 방향이다. 따라서 낮은 비용으로 높은 질의 진료성과를 내는 요양기관은 지금과는 달리 심사면제나 별도의 질 인센티브를 제공할 수 있다.

둘째, 의료서비스 전반의 개선을 위해 평가영역을 지속적으로 확대한다. 적정성 평가 실시 이후, 평가의 양적, 질적 측면에서의 괄목할 성



장에도 불구하고 평가영역의 포괄성이나 대표성 부족이 항상 문제가 되고 있다.¹²⁾ 현행 질환/시술중심의 항목별 평가는 평가를 받는 항목은 요양기관에서 관심을 갖지만 평가대상이 아닌 영역에 대해서는 소홀해 질 수 있다는 지적이다. 개별 평가항목 공개가 마치 요양기관 전체의 평가결과로 오해받을 수 있다는 요양기관의 불만도 있다. 향후 보험관리적 측면에서 의료기관 단위의 성과를 측정하고 평가하기 위해서는 평가영역 및 평가지표의 포괄적, 균형적 확대가 필요하다. 물론 요양기관에서 제공되는 모든 의

료서비스에 대한 질환/시술 특이적 지표의 개발은 가능지도 바람직하지도 않다. 유병률이 높거나 사망과 이환에 심각한 영향을 주는 질환, 다빈도 또는 진료비가 높은 질환/시술, 사회적 관심이 크거나 정책 우선순위가 있는 질환 등을 중심으로 주요 질환 및 시술을 선정¹³⁾하여 평가영역을 확대해 나가고자 한다. 우선 <표 6>과 같이 2017년까지 10대 중증 및 만성질환, 30대 수술로 평가대상을 확대하여 입원 진료비의 83%, 외래 진료비의 42%까지 평가영역으로 포함할 계획이다.

표 6. 평가대상 확대 후보 질환 및 시술

구분	대상질환 및 수술 등	선정사유
중증 및 만성질환 <10대 질환>	암(10대 암), 뇌혈관질환, 심장질환, 폐렴, 정신질환, 당뇨병, 만성하기도질환(천식, 만성폐쇄성폐질환), 고혈압성질환, 간질환, 만성신부전	10대 사망원인, 단일상병기준 고비용 만성질환
주요 수술 <30개수술>	위수술, 관절치환술, 편도수술, 유방절제술, 갑상선수술, 척추수술 등	수술항생제평가(26개 수술) 포괄수가(7개 수술), 다빈도·고비용 수술, 적응증 심사 적용 수술
중소병원 <10개 분야>	수지접합, 척추[신경외과], 재활의학과, 알코올, 화상, 소아청소년과, 이비인후과, 한방중풍, 한방척추	전문병원지정 분야 중 신규지표개발 필요 분야 ¹⁾ (‘13년 예비평가완료 예정)
전염성 질환	결핵	결핵예방법 제정 및 제1기 종합관리대책수립(‘12)
일반질	전체 질환의 사망률, 재입원율 ²⁾	기관 전체치원의 포괄적 평가지표 개발

주: 1) 전문병원 지정 20개 분야 중 나머지 10개 분야(관절, 뇌혈관, 대장항문, 산부인과, 신경과, 안과, 외과 등)는 기존의 적정성 평가항목 연계 활용

2) 미국 CMS는 2012.10.1부터 급성심근경색증, 심부전(heart failure), 폐렴 3개 질환을 대상으로 재입원율이 높은 기관에 대해 진료비의 1%를 감액하는 ‘병원 재입원 감액제도(HRRP: Hospital Readmission Reduction Program)’ 실시

출처: 건강보험심사평가원(2013). 의료심사평가 선진화 전략 실행 보고서.

12) 적정성 평가대상 진료비 점유율은 약 40%(입원 29.2%, 외래 45.1%)임(심사평가원 내부자료, 2012년 기준).

13) 「요양급여의 적정성 평가 및 요양급여비용의 가감지급기준(보건복지부 고시)」에서는 1. 의료의 질 저하로 국민보건에 심각한 결과를 초래할 수 있는 경우, 2. 의료자원 배분의 왜곡 등으로 인하여 요양급여의 비용효과가 낮은 경우, 3. 그 밖에 요양급여비용의 심사만으로는 요양급여의 적정성 확보 및 개선을 기대하기 곤란한 경우를 고려하여 평가대상을 선정하고, 그 선정 우선순위로는 전체 요양급여에서 차지하는 빈도나 비용의 비중, 의·약학적 중요성, 사회적 관심의 정도, 평가실시로 기대되는 개선효과, 평가의 용이성 등을 정하고 있음.

평가영역 확대와 함께 요양기관의 평가 부담을 완화하고, 평가의 사각지대 해소를 위해 진료 영역별 포괄평가를 추진하고 있다. 그 첫단계로 2013년에는 급성심근경색증, 관상동맥우회술, 경피적관상동맥중재술, 협심증을 포괄하는 허혈성 심질환 영역 평가를 진행하고 있다. 2015년에는 대장암, 유방암, 폐암, 위암, 간암 등 5대암 포괄평가를 진행하고, 2016년에는 고혈압, 당뇨병, 천식, 만성폐색성폐질환, 결핵 등을 포괄하는 만성질환 영역별 평가를 실시할 계획이다.

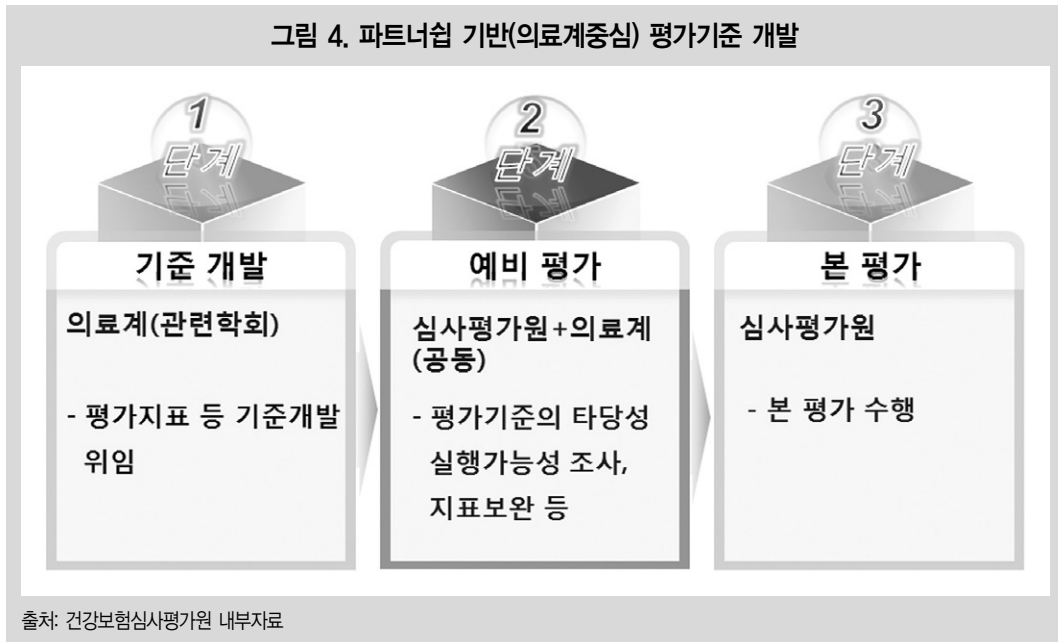
평가영역 확대를 통해 단계적으로 평가영역의 포괄성을 높여 나가는 한편, 그 결과를 종합하여 기관단위 성과평가도 진행할 계획이다. 임상 질, 비용 등 진료성과의 모든 구성요소를 기관전체차원에서 종합화하여 단일 종합지표를 산출하고, 요양기관의 자율적 개선을 위한 종합정보 자료로 제공하는 것이다. 적정성 평가 종합 결과는 향후 진료성과를 기준으로 한 종별 가산율 차등, 상급종합병원 지정 또는 배제요건 적용 등으로 활용할 계획이다. 또한 3대 비급여 보장성 강화를 적정성 평가와 연계하여 의료기관단위의 질 평가 및 진료비 보상 등도 가능할 것으로 보여진다. 현재 상급종합병원을 대상으로 급성심근경색증, 급성기 뇌졸중 등 9개 평가항목에 대해 종합지표를 산출하고 있으며 2014년에는 대상항목을 늘려 종합병원까지 확대 적용할 계획이다. 중장기적으로는 현행 질환/시술단위 평가를 기반으로 진료영역별·기관단위별·의사별 평가로 확대, 추진해 나갈 계획이다.

셋째, 파트너십을 기반(의료계 중심)으로 평가지표 및 평가기준을 개발한다. 현재 평가의 전 과정에서 전문가 의견수렴을 위한 여러 단계

의 절차가 마련되어 있으나 평가지표 및 기준에 대한 의료계 개선요구가 있는 것이 사실이다. 이러한 요구를 해소하기 위한 조치로 평가지표 및 평가기준 개발시 관련 학회 참여를 적극 유도할 계획이다. 신규 평가항목 지표개발과 기존 평가항목의 지표개선에 온라인 전문가 의견수렴(Public Comment)을 의무화하고, 의견제출 기회도 상시화하여 의료현장의 의견을 적극 수렴하고자 한다. [그림 4]와 같이 평가지표 확정 전에 예비평가 대상기관의 의료진이 제시하는 현장의견을 최대한 반영하여 평가지표의 타당성 및 실행가능성을 높여 나갈 계획이다. 평가지표 개발에 의료계의 참여가 중요한 성공요인이라는 것은 아무리 강조해도 지나치지 않을 것이다. 의료계의 참여에 기반해야 심사평가의 의학적 근거 기반을 강화할 수 있고 절차적 정당성을 확보할 수 있기 때문이다. 또한 소비자 참여를 통한 투명성을 강화하기 위하여 소비자의 직접 의견제출을 위한 소비자 의견제출제도, 의료소비자 패널 운영 등도 추진중에 있다. 환자만족도, 이용경험 등 조사를 통한 환자중심 평가도 검토할 계획이다. 평가결과를 공개하는 병원평가정보 공개 홈페이지의 설계에도 의료이용자의 참여를 강화하여 소비자 눈높이에 맞는 화면설계 및 설명기능을 보완할 예정이다.

넷째, 효율적인 의료 질 평가 정보수집체계를 구축한다. 적정성 평가항목이 계속 확대되면서 요양기관의 평가자료 제출 부담 또한 가중되고 있는 것이 사실이다. 특히 요양기관의 평가자료 제출이 전산화, 자동화되지 못하고 수작업으로 진행됨에 따른 인력, 시간, 비용 등 요양기관의 부담과 적기제출 문제, 정확성 저하 등 문제가

그림 4. 파트너십 기반(의료계중심) 평가기준 개발



제기되고 있다. 신뢰할 수 있는 평가결과 산출, 신속한 평가결과와 피드백, 심사평가 연계자료로의 활용 등 신속하고 정확한 평가자료 수집체계 구축이 시급히 구축되어야 할 시점이다. 이를 위해 심사평가원은 2012년 요양급여 적정성 평가자료 수집체계 연구를 진행하였다. 그 결과를 토대로 요양기관의 수작업을 최소화하고 요양기관 전산시스템과 평가자료 제출을 연계하여 평가자료를 가급적 자동으로 추출할 수 있는 평가자료 Mapping program 제공을 검토하고 있다. 이와 함께 진료영역 포괄평가 등을 통해 평가항목을 필수항목중심으로 간소화하고, 평가자료 제출비용에 대한 보상방안도 검토할 계획

이다. 평가자료의 정확도 제고를 위해 제출자료에 대한 신뢰도 점검을 강화하고, 기관별로 표본조사를 실시하여 조사결과를 요양기관의 평가결과에 반영하는 방안도 검토하고 있다. 장기적으로는 청구시점에 평가자료가 심사평가원에 자동 전송되는 심사평가통합 의무기록기반 전송시스템으로의 발전을 모색하고 있다.

6. 결언

공공정보를 적극 개방·공유하는 정부 3.0이 새로운 정부 운영 패러다임이다¹⁴⁾. 적정성 평가

14) 정부 3.0개념: 공공정보를 적극 개방·공유하고, 부처간 칸막이를 없애고 소통·협력함으로써 국정과제에 대한 추진동력을 확보하고 국민 맞춤형 서비스를 제공함과 동시에 일자리 창출 등 창조경제를 지원하는 새로운 정부운영 패러다임

의 미래전략도 정부 3.0 패러다임이 지향하는 방향성과 같다. 맞춤형 평가정보 제공, 실시간 평가자료 수집 및 정보제공, 국민·의료계 등 수요자 중심의 서비스 등이다. 이전의 평가가 심사평가원 중심으로 진료비 심사와 평가가 분리되어, 비용과 질이 각각 평가되던 시기라면, 앞으로의 평가는 심사평가원과 의료계, 심사평가원과 국민이 파트너십을 통해 비용과 질이 동시에 평가되는 가치 중심의 심사평가 시기라 할

수 있다. 평가대상인 요양기관이 평가결과를 기꺼이 수용하고, 국민이 믿고 활용할 수 있는 평가 정보를 제공하는 새로운 시대정신에 맞는 적정성 평가로 발전해 나가고자 한다. 향후, 현재의 건강보험 적정성 평가가 우리나라 의료 질 수준을 종합적으로 평가하고, 그 결과가 국내뿐만 아니라 세계적으로 리포팅되는 국가의료 질 평가 제도로의 발전을 기대해 본다. 