

현행 심사제도의 개선과제 및 병원의 대응전략



글 · 임배만 | 서울중앙병원 SPI팀장

1. 시작하는 말

새 천 년의 시작과 함께 예고되었던 의료계의 변화는 다시는 생각하고 싶지도 않은 대란을 치루면서 큰 상처만 남기고 잠복 상태에 있다. 준비가 부족했다느니, 너무 성급했다느니, 하는 평가와 함께 시행되었던 의약분업, 의료보험통합, 약·진료재료의 실거래가보상제, 선택진료제 등은 최근 보험재정에 어려움과 병원 운영에 타격을 주고 있다. 특히 보험재정의 악화는 의료보험료 인상과 국가예산의 보험지원이 불가피해 졌으며, 의료보험료 인상은 봉급 생활자 및 서민들의 불만으로 이어지고 있다. 또한 관련기관 및

단체에서는 보험재정의 안정적인 운영과 의료의 질을 향상시킨다는 목표아래 보험관련 정책들을 발표하고 있다. 그 대표적인 내용을 보면 다음과 같다.

- 요양기관의 현지방문 확인심사 등 현지 실사작업을 대폭 강화한다. 이를 위해 지난 해 부당청구의 개연성이 높은 265개 요양기관에 대해 실시했던 현지 실사작업 대상기관을 올해 1000개소로 대폭 확대한다.
- 장기치방전 발급시 1회당 30일로 제한하고, 30일 이상 60일 이내 장기치방을 할 경우에는 보험청구시 그 연장사유를 서면으로 청구한다.
- 보험재정의 근본적인 적자구조개선을 위해 의

료저축제도, 소액진료비 본인부담제도의 도입을 적극 검토하겠다.

이와 같은 정책을 보는 국민들은 더욱더 요양기관을 신뢰하지 않으려 할 것이며, 장기치방을 해야 하는 만성질환 담당의사 및 환자의 반발이 예상되고 있다. 또한 의료저축제도와 소액진료비 본인부담제도는 사회보험제도의 근간을 흔드는 발상이라는 지적과 함께 사회적인 합의없이 경질환 환자에 대한 의료비 부담을 증진시킨다는 이유로 시민단체 등에서 반대 여론이 대두되고 있다.

최근 병원들은 작년에 시행된 의료정책과 의료대란으로 병원경영에 있어 큰 어려움을 겪고 있다. 이런 상황에서 보험제정의 안정 차원으로 제기된 급여역제 정책과 진료비 심사제도의 강화는 병원 경영을 더욱 어렵게 할 것으로 예상된다.

2. 심사제도의 본질

진료비 심사제도는 요양기관에서 청구한 진료비를 보험자가 적정성과 타당성을 심사하면서부터 시작되었다. 그 동안 진료비 심사는 보험자 또는 보험자 단체에서 시행해 왔는데, 진료비를 지불하는 보험자가 직접 심사를 하기 때문에 전문성, 객관성, 공정성의 문제가 끊임없이 제기되어 왔으며 의료계에서는 심사의 정당성과 신뢰를 확보하기 위해서 제3의 심사기구 독립을 주

장해 왔다.

이후 의료보험 통합과정에서 의료계의 의견이 받아들여져 독립적이고 중립적인 전문기관으로서 건강보험심사평가원이 설립되었다. 그러나 아직도 심사평가원의 운영에 필요한 제정을 공단에 의존하고 있고, 보건복지부의 감독하에 있기 때문에 정부와 보험자로부터 자유롭다고 보기 어려우며 심사의 중립성과 공정성에 의구심을 갖는 경우도 있다.

요양급여비용의 심사는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 비용이 효과적인 방법으로 요양급여가 행해졌는지를 공적·타당하게 심사함으로써 요양급여에 대한 사회적 책임과 국민에 대한 의학적 보호기능을 수행하며, 보험재정보호 및 의료의 질 향상 도모에 목적을 두고 있다.

또한 건강보험심사평가원의 역할은 국민에게는 양질의 적정진료를 보장하고, 요양기관에게는 공정한 심사평가로 객관성을 확보하며, 정부 및 보험자에게는 국민의 건강권을 지키기 위한 정책을 지원하고 보험제정의 안정에 기여하는 것이다. 그러나 의료를 제공받는 국민의 입장에서 양질의 적정진료보다는 한층 높은 최상의 의료제공을 기대하고 있으며, 의료를 제공하는 의료인 입장에서도 가능성이 있는 모든 방법을 동원하여 생명을 보존하고 건강을 유지시켜 주려고 한다.

하지만 최상의 의술을 제공하기 위해서는 재정적 뒷받침이 없이는 불가능하다. 그렇다고 무한정 정부나 보험자가 의료비를 충당해 줄 수는 없는 일이다. 그렇다면 국민소득에 맞는 수준에

서 적절한 의료를 제공하는 방법이 있을 수 있다. 하지만 그렇게 되면 국민들이 원하는 최상의 의료를 제공받기는 어렵다. 그래서 최상의 진료를 원하는 자는 진료비에 규제없이 최상의 의료를 제공하고, 일정 기준이상의 초과된 진료비를 환자본인이 부담하거나 사보험이 대리해서 부담할 수도 있다. 하지만 그렇게 되면 고가의 의술과 장비, 재료가 국내에 부분별하게 도입되어 가계 지출에서 의료비 지출이 급상승할 것이다. 그래서 고가 의료장비 및 약·재료의 도입과 진료의 적정성 평가를 위한 심사제도는 불가분 필요하다. 다만, 현실에 맞는 적절한 기준으로 심사함으로써 상호객관성을 확보하는 것이 심사제도의 과제일 것이다.

3. 심사제도의 개선방향

1) 심사평가원의 심사업무 추진방향

작년 7월 1일 설립된 건강보험심사평가원은 그 동안 빠르게 변화하는 의료환경에 대응할 수 있는 체계적인 심사기준을 마련하여 운영하고 있다. 또한 의약분업 이후의 심사물량의 급증, 처방 및 약제비 청구형태의 변화, 약제비 심사의 구조적 한계 등의 심사환경의 변화에 대비하여 2001년도 진료비 심사업무 추진방향을 제시하고 있는데 그 내용을 요약해 보면 다음과 같다.

첫째, 심사기능의 강화이다. 외래 정밀심사 비율을 확대하고 기관별로 진료비를 비교·분석하

는 기획심사를 실시하며, 청구 양상에 따라 지표(경향)심사, 정밀심사로 구분해서 심사할 계획이다. 또한 의약분업 정착을 위하여 약국의 조제내역과 의료기관 처방내역을 연계 심사하며, 요양기관 현지 방문확인 심사를 확대·실시할 예정이다.

둘째, 심사의 전문성 및 투명성 제고이다. 심사기준을 보완·공개하고 전문인력을 확충, 연수 기회를 확대하며 진료분야별 전문심사(peer-Review)범위를 확대할 예정이다.

셋째, 심사의 능률제고를 위한 심사의 전산화 확대이다. 전산심사를 확대하고 신속한 심사정보 확인이 가능하도록 요양기관 종합정보조회 시스템의 구축을 추진할 예정이다.

2) 심사제도의 개선방향

건강보험심사평가원 설립 이후, 많은 심사제도의 개선이 있었으나 요양기관에서는 아직도 만족하지 못하고 있다. 진료비를 청구하고 관리하는 요양기관이 현장에서 느끼는 심사제도의 개선방향을 제시해 보면 다음과 같다.

(1) 미결정행위 재료에 대한 급여 확대

미결정 행위 및 재료에 대한 급여 여부는 심사제도의 범주에 포함되지 않는다고 할 수 있으나, 궁극적으로 미결정행위 및 재료가 항상 심사제도와 연관되어 진행될 수 밖에 없다. 그 동안 요양기관은 요양기관에서 시행하던 미결정행위 및 재료에 대해서 일괄적으로 급여를 신청하였

다. 그러나 급여인정 범위는 20~30%에 머무르고 있다고 한다. 그렇게 되면 미결정행위는 양성화되지 못하고 임의 비급여로만 남게 된다. 요양기관은 급여인정 범위만으로는 최선의 진료를 행할 수 없는 것이 현실이므로, 제공된 진료에 투입된 원가만이라도 보존받으려고 한다. 요양기관이 투명하고 신뢰받는 진료비 산정을 하기 위해서는 미결정행위·재료에 대한 급여의 범위를 확대해야 하며, 환자 전액 본인부담의 범위도 확대해야 할 것이다. 다만, 요양기관은 고가의료행위 및 재료의 도입은 경제 수준을 감안하여 적정선을 유지해야 할 것이다.

(2) 심사의 일관성 및 합리성 유지

고객 진료비를 우선적으로 심사대상에 선정하는 경향이 있다. 특히 최근 개발된 신약이나, 고가재료의 사용시에 단순히 고객이라는 이유로 조정되는 빈도가 높다. 또한 응급의료관리료를 산정하는 과정에서 응급증상에 의한 응급의료관리료를 청구하면 응급상황을 이해하지 못하고 삭감되는 경우가 있으므로, 진료를 하는 의료인 입장에서는 일관성 있고 합리성을 유지할 수 있는 심사기준을 개발했으면 하는 바램이다.

(3) 경향심사 및 위임심사제도 도입

급격한 심사 물량의 증가, 인력의 한계, 전산 청구의 확대 추세, 의약품업 시행 등의 환경변화를 반영하여 병원별·상병별로 표본심사제도의 도입, 병원별 경향심사의 확대, 전산심사 확대 등

의 방안이 검토되어야 할 것이다. 또한 요양기관에서도 자체 심사 직원에 의한 진료비의 적정성 및 객관성을 심사하고 있으므로 심사평가원에서 일정한 기준 및 교육에 의하여 요양기관의 자체 심사직원을 양성화하고 인정하여 위임심사를 확대함이 바람직할 것이다.

(4) 청구절차의 간편성 제공

요양기관에서 진료비를 청구할 때 진료비 명세서 이외에 소견서, 검사결과지 등의 제출 때문에 청구업무가 가중되고 있다. 특히 의약품업 이후에 원외처방된 약제에 대하여 보험기준에 의한 결과지를 첨부해야 하는 것은 보완되어야 할 것으로 사료되며, 전산청구가 확대되고, 요양기관별·진료 경향별로 DB가 구축되고 있음을 감안할 때, 자료보완이나 첨부해야 할 서류를 대폭 간소화해야 할 것이다.

(5) 청구·심사 정보시스템의 구축

진료비의 전산청구가 확대되고 심사업무도 자동점검시스템으로 변경되어, 요양기관은 진료비 심사내용 등을 전산으로 제공받고 있다. 그러나 보험자, 의약품 공급자, 요양기관과의 정보 연계 시스템이 구축되지 않아 보험자격관리, 의약품가격관리 등의 작업이 이중으로 진행되고 있다. 환자가 요양기관에 진료를 신청하고, 병원이 약품을 구입할 때부터의 모든 정보를 공유하는 시스템을 구축해야 할 것이다. 또한 심사기준을 사전에 공개하여 심사의 투명성을 높이고, 요양기

관이 가능한 심사기준에 부합된 진료제공으로 심사기준에 초과하는 과잉진료가 사전에 관리 될 수 있어야 할 것이다.

4. 병원의 대응전략

1) 자체 진료비의 관리 강화

정부는 보험재정 안정 차원에서 진료비 심사를 더욱 강화할 것으로 사료된다. 병원은 그 동안 자체 심사직원(심사간호사 등)을 양성하여 보험 진료비 자체심사(사전·사후), 진료비 청구, 진료비 관리업무 등을 담당하게 하고 있다. 그러나 이제는 사후 관리를 위한 심사제도에서 과감히 탈피하여 사전에 교육하고, 점검하는 사전관리 업무를 수행해야 한다. 입원진료의 경우, 입원수술에서부터 퇴원시까지의 모든 행정, 처방, 수가, 진료비 상담 등의 토털서비스를 제공하는 Case management를 수행해야 할 것이며 진료에 참여하는 의료인이 직접 급여기준을 숙지하고 관리할 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 외래진료의 경우는 의약분업 이후 진료형태의 변화에 따라 상병관리에 의한 검사·투약이 이루어질 수 있도록 진료현장에서 사전에 관리되어야 하며 진료후의 전산이나 외래진료비 명세서에 의한 자체심사는 생략되어야 한다.

2) CP(Critical Pathway)의 개발

CP는 의료서비스의 지연과 자원의 활용을 최

소화하고 진료의 질을 극대화하기 위하여 특정한 진단 또는 처치과정에서 의사, 간호사 및 직원의 적절한 개입과 투입을 조절하는 것으로 정의할 수 있다. CP는 DRG전면시행에 대비하여 진료를 표준화함으로써 경영자 입장에서는 병상이용도 증가, 평균 재원일수 단축, 자원의 효율적인 관리를 할 수 있고, 환자입장에서는 만족도 향상, 진료 내용에 대한 이해도 증가, 환자교육 충실, 비용부담 감소를 기할 수 있으며, 직원 입장에서는 업무내용 개선과 의사소통 원활로 팀 의료를 실현할 수 있다.


3) 수가개발

질병군에 따른 진료과정을 측정·분석하여 수가 항목을 개발하고, 활동성 원가계산에 의한 수가를 산정하여 의료보험 수가기준에 반영하도록 권의하여야 한다.

5. 맺음말

금년 들어 보도되는 의료보험 관련 기사를 보면, 의료보험 재정이 부족해서 의료보험료의 인상이 불가피하다는 기사를 시작으로 의약분업 이후에 부당청구, 과잉청구가 늘고 있고 의원급 요양기관의 진료비 지급액이 월평균 400만 원 정도 늘었다고 한다. 최근에는 의료보험재정 보호 차원에서 진료비 심사를 강화하고 현지 실사 대상 요양기관수를 대폭 늘리겠다는 보도를 볼 수

있다. 이러한 보도를 접할 때마다 사회보험 자체의 본질적인 해결 방안보다는 요양기관의 심사 강화에 초점을 맞추는 듯 해서 마음이 무겁다.

건강보험심사평가원 설립 이후 심사제도는 의료환경의 변화와 실정에 맞게 개선되고 있으며 앞으로도 계속 개선될 것이다. 요양기관도 이제는 의료보험 관련 업무를 정보화하고 체계화하여 의료보험제도의 정착과 발전에 동참해야 할 것이며, 그 길만이 우리 모두가 함께 하고 신뢰 받는 사회가 될 수 있을 것이다.  2001