



건강보험심사평가원 요양급여 적정성 평가의 문제와 방향

박은철^{1,2} | 연세대학교 의과대학 ¹예방의학교실, ²보건정책 및 관리연구소

Problems and future directions for quality evaluation of the Health Insurance Review and Assessment Service

Eun-Cheol Park, MD^{1,2}

¹Department of Preventive Medicine, ²Institute of Health Services Research, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

In 2014, there were disagreements between the Value Incentive Program (VIP) of the Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA) and academic societies. The primary differences of opinion arose over acute myocardial infarction and stroke, which are the first disease targets of the VIP. The quality of healthcare is one of the three components of the iron triangle in healthcare policy. Improving the quality of care requires effort from both internal approach (medical community) and external approach. The scope of HIRA for improving and monitoring the quality of care could be widened because (as of 2012) HIRA deals with only 16 items of quality improvement and assessment; does not monitor the total scope of medical services, patient safety, and patient experiences; and the VIP of HIRA is contains solely a quality dimension without a cost dimension. Therefore, HIRA should cooperate with medical communities to effectively improve the quality of care and expand procedures for quality improvement, assessment, and monitoring. HIRA must keep in mind that, with regard to improvement of quality of care, its role is not regulatory in nature, but cooperative.

Key Words: Quality of care; Quality evaluation; Health Insurance Review and Assessment Service; Value Incentive Program

서론

2014년 요양급여 적정성 평가(적정성 평가)에 있어 건강보험심사평가원(심평원)과 학회 사이에 갈등이 발생하였다.

뇌졸중의 적정성 평가에 있어 심평원과 학회 사이에 마찰의 소리가 들려오더니, 대한심장학회가 급성심근경색증의 적정성 평가에 참여를 거부하였고, 이에 대하여 심평원은 제재를 가하기로 결정하였다. 급성심근경색증은 심평원에서 시행한 가감지급사업의 첫 번째 대상이다. 심평원은 2007년 7월부터 2010년 12월까지 상급종합병원을 대상으로 가감지급 시범사업을 실시한 후, 2011년에는 본사업으로 확대하여 사업 대상을 상급종합병원에서 종합병원까지로 확대하였고, 급성기 뇌졸중을 항목으로 추가하였으며, 가감지급률도 1%에서 2%로 확대하였다.

Received: January 21, 2015 Accepted: February 5, 2015

Corresponding author: Eun-Cheol Park
E-mail: ecpark@yuhs.ac

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

적정성 평가를 통한 가감지급의 최초 항목인 급성심근경색증에 대해 해당 학회가 참여를 거부하는 것은 매우 중대한 문제이며, 반드시 해결되어야 할 중요한 사안이다. 이 글은 우리나라 의료의 질 관련 정책의 전체적 조망을 통해 심평원이 수행하여야 할 바람직한 적정성 평가의 방향을 제시하고자 한다.

의료의 질 관리

보건의료정책의 3대 분야는 의료의 접근도 제고, 의료비 절감과 함께 의료의 질 향상이며, 이를 보건의료정책의 철의 삼각이라 한다[1]. 우리나라의 시대별 보건의료정책의 중점 과제를 살펴보면, 1970-80년대에 의료의 접근도 제고가 정책의 주요 부분이었다가, 1990년대에는 의료비 절감과 의료의 질 향상이 화두로 대두되었고, 2000년대에는 보장성 강화라는 용어를 통해 다시 의료 접근도 제고가 중점 과제가 되었다. 2010년대에 와서는 의료의 질 향상이 중점 정책 과제로 부각되고 있는데, 다양한 종류의 외부적 접근이 도입되거나 진행되고 있고, 의료기관들도 질 향상을 위한 다양한 활동을 수행하고 있다.

의료의 질을 향상시키기 위해서는 정부 및 관련기관에 의한 외부적 접근과 의료기관의 자체적 노력에 의한 내부적 접근이 함께 이루어져야 한다. 의료의 질관리를 위한 의료기관의 내부적 접근과 정부 및 관련기관의 외부적 접근은 유사한 배경 하에 시도되고 있고, 동일한 목적과 방법을 적용하고 있어 의료의 질을 향상시키기 위해서는 내부적 접근과 함께 외부적 접근이 함께 진행되어야 한다.

우리나라는 중증질환 의료의 질이 매우 좋은 수준이며, 지속적으로 향상되고 있다. 우리나라의 중증질환 관련 의료의 질은 매우 우수한 수준이며, 지속적으로 향상되고 있다. 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 국가들과 비교하여, 우리나라는 뇌졸중의 입원 30일 사망률, 자궁경부암 및 대장암 5년 생존율이 가장 우수한 국가 중 하나이다[2,3]. 우리나라에서 호발하는 암종인 위암의 5년 생존율은 71.5%(미국 28.3%), 간

암은 30.1%(미국 16.6%), 자궁경부암은 80.3%(미국 67.9%)로 미국에 비해서도 매우 우수한 결과를 보이고 있다[4]. 반면, 일차의료의 질, 정신질환 진료의 질, 환자안전과 환자경험에 있어서는 OECD 국가들의 평균에 비해 나쁘거나 아예 자료도 제출하지 못하고 있는 형편이다. 즉, 우리나라에서 호발하는 질환들의 의료의 질은 세계 최고수준이라고 할 수 있으나, 일차의료와 환자안전 등은 개선되어야 할 영역이라고 할 수 있다.

건강보험심사평가원의 요양급여 적정성 평가의 방향

2000년 7월 심평원이 독립되면서 적정성 평가가 도입되었다. 그러나 2011년이 되어서야 적정성 평가를 통한 가감지급 사업이 시작되었으며, 2012년에도 단지 16개 영역만이 평가되고 있어 적정성 평가를 위한 심평원의 노력은 더 경주되어야 한다.

심평원의 적정성 평가를 포함하여 국가적 차원에서의 의료의 질 관리를 위한 방향을 두 가지 제시하고자 한다. 첫째, 국가 차원의 국가의료질보고서(National Healthcare Quality/Disparity Report)를 발간해야 한다. 이를 통하여 우리나라 의료의 질을 국가 전체적 차원에서 모니터링하고 보고할 수 있다. 구체적으로는 심평원이 가지고 있는 전국민 청구자료를 적극 활용하고 추가적인 자료를 확보하여 의료의 질을 총괄적으로 모니터링해야 한다. 특히, OECD의 보건의료질지표(Health Care Quality Indicators)에 포함되어 있는 항목들은 빠른 시일에 측정되어야 하는데, OECD 국가 중 가장 높은 자살률을 보이는 정신건강 측면은 반드시 모니터링 해야 하며, 환자 안전에 관하여는 어떠한 형태의 자료도 없어 이를 측정할 수 있는 기반을 구축하여야 하며, 환자 경험 역시 측정되어야 한다. 이를 위해서는 선행 절차로서 건강보험 청구자료와 함께 의료의 질 측정을 위한 최소자료(minimum data set)를 확보해야 한다. 의료기관으로부터 이 자료를 획득하기 위해서 심평원 등은 의료기관에게 자료수집비를 지불하고 최소자료를 이용한 의료의 질 평가

를 통해 의료의 질을 파악해야 한다. 한편, 심평원은 적정성 평가를 통해 의료의 질에 따라 가급지급사업을 실시하고 있으나 현재는 의료의 질이라는 단일 차원으로만 평가하고 있다. 이를 의료의 질뿐만 아니라 의료비를 포함한 이중 차원으로 확대 개선하여, 의료의 질이 좋고 의료비도 적절할 때 가산 지급하고 반대의 경우에 감산 지급하는 형태로 변경해야 할 것이다.

둘째, 심평원은 외부적 접근에 의해 의료의 질을 관리해 오고 있으나 앞서 언급한 대로 앞으로 해야 할 일들이 더 많이 남아있다. 이를 위해서는 심평원은 의료계와 긴밀히 협조해야만 한다. 의료의 질 향상은 심평원의 주도만으로는 달성되지 않는다. 의료의 질을 향상시키기 위해서는 의료계의 주도도 필요하기 때문이다. 우리나라는, 우리나라에서 호발하는 중증질환에 대하여는 세계 최고 수준의 의료의 질에 도달해 있다. 이런 성과는 의료계가 주도한 것이다. 적정성 평가를 시작하기 이전에 뇌졸중, 위암, 간암과 자궁경부암 등은 그 의료의 질이 이미 세계 최고 수준이었기 때문이다. 이에 더해, 심평원이 합리적으로 의료의 질을 향상하기 위해 의료계와 함께 질 관리를 주도한다면 우리나라 의료의 질은 더욱 빠르게 향상될 것이다. 심평원과 의료계의 적정성 평가에 대한 이번 갈등은 심평원이 홀로 의료의 질 향상을 주도할 수 있다는 잘못된 관점에서 일어난 일이 아닌가 하는 생각이 든다. 심평원이 적정성 평가를 실시한지 15년이 되었고, 시범사업을 통해 가급지급 본사업도 실시하게 됨으로써 심평원은 협력의 대상인 의료계를 규제의 대상으로 인식하게 된 것이 아닌가 생각한다. 그러나 만일 이런 생각을 하고 있다면, 심평원의 이런 인식은 우리나라 의료의 질을 향상시키는데 한계에 봉착할 것이다. 이는 의료의 질 향상을 위해서는 심평원 등의 외부적 접근만으로는 한계가 있으며, 또한 질 향상에 대해서 심평원이 이제껏 해온 일보다 더 많은 해야 할 일들이 남아 있어, 의료계의 협력은 절대적으로 필요하기 때문이다.

결론

의료기관의 존재이유는 국민의 생명을 살리는데 있다. 의료기관들은 더 많은 국민의 생명을 살리기 위해 의료의 질을 향상시키고 있다. 국가는 의료기관들이 더 많은 국민의 생명을 살릴 수 있게 하기 위하여 지원과 규제라는 정책수단을 활용해야 한다. 그리고 의료의 질 향상이라는 공동의 목적을 지니고 있는 의료계와 심평원은 말과 마부의 관계가 아닌 쌍두마차를 이끄는 두 마리의 말이 되어야 하며, 마부의 역할은 국민들이 맡아야 한다.

적정성 평가와 관련하여 이번 학회와 심평원의 갈등을 계기로 심평원은 적정성 평가의 조직들을 개편하려고 하고 있다. 이런 개편은 바람직하다. 그러나 조직의 개편뿐만 아니라, 조직의 개편과 함께 심평원의 생각과 태도도 함께 개편되기를 바란다. 의료의 질 향상을 위해서는 심평원이 일을 주도하는 것이 아니라 의료계가 주도하고, 심평원은 기획하고 지원해야 하므로, 둘은 규제적 관계가 아니라 협력적 관계이어야 함을 심평원은 명심해야 할 것이다.

찾아보기말: 의료의 질; 요양급여 적정성 평가; 건강보험심사평가원; 가급지급사업

ORCID

Eun-Cheol Park, <http://orcid.org/0000-0002-2306-5398>

REFERENCES

1. Kissick WL. Medicare's dilemmas: infinite needs versus finite resources. New Haven: Yale University Press; 1994.
2. Park EC, Jang SI. The diagnosis of healthcare policy problems in Korea. J Korean Med Assoc 2012;55:932-939.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2015.
4. National Cancer Center. The results of National Cancer Registry Program. Goyang: National Cancer Center; 2014.