

심평의학의 문제점 및 제도 개선방안



김재연

대한산부인과 의사회 법제이사
k202904@naver.com

〈편집자 주〉 심사평가원은 청구건별로 심사를 실시하고 심사기준에 맞지 않는다고 판단되는 요양급여비는 삭감한다. 문제는 삭감의 근거가 되는 심사기준이 불명확하고 투명하지 못하다는 점으로, 의료계의 불만이 큰 상황이다. 그리고 건보재정과 관련해서 비용효과성을 고려하는 심사체계로 인해, 최선의 진료가 봉쇄되고 전문가의 자율성이 위축된다는 문제가 크다. 일각에서는 교과서에서 배운 의학적 지식에 따라 진료하더라도 심평원의 심사기준에 의해 삭감되는 현실을 빚대 ‘심평의학’이라고 비꼬기도 한다. 또 전문가인 의사의 의학적 판단과 임상경험에 따른 진료비용을 삭감하는 주체인 심사자가 비공개 처리되는 문제가 큰 상황이다. 이에 심사실명제를 도입해야 한다는 주장도 힘을 얻어가고 있다.

이에 심평의학이라 불리는 현행 심사체계의 문제에 대해 일괄하고, 최선의 진료와 의학적 전문성·자율성을 보장할 수 있는 심사체계 개선방안에 대해서 적시하는 것이 중요하겠다.

I. 서론

우리나라 건강보험제도는 행위별수가제를 기본으로 채택하여 개별 의료행위에서 발생한 요양급여 비용을 건별로 청구한다. 심사평가원은 청구건별로 심사를 실시하고 고시를 통해 발표된 보험인정 기준을 통해 심사기준에 맞지 않는다고 판단되는 요양급여비는 삭감한다. 고시를 통해 발표되는 보험인정기준이 거의 매일같이 변경·발표되고 있는 현실에서 의사들이 의학적 기준에 따른 진료를 행하면서 교과서적인 진료를 하여도 보험인정기준이 무엇인지 확인하지 못하면 삭감을 각오해야 하는 것이 현실이다.

보험인정기준이 되는 급여기준이 어떤 근거로 만들어졌는지조차 대부분의 의사들은 알지 못하고 있는 실정이다. 더 큰 문제는 삭감의 근거가 되는 심사기준이 불명확하고 투명하지 못하다는 점으로, 심사가 대부분 전산 심사에 의해서 이루어지다보니 질환별·의료 행위별 전산 심사의 기준이 무엇인지조차 알 수가 없다는 점이다. 이로 인해 의료계의 불만이 크다. 그리고 건보재정과 관련하여 비용효과성을 고려하는 심사체제로 인해, 최선의 진료가 봉쇄되고 전문가의 자율성이 위축되는 문제가 심각하다.

일각에서는 교과서에서 배운 의학적 지식에 따라 진료하더라도 심평원의 심사기준에 의해 삭감되는 현실을 빚대 ‘심평의학’이라고 비꼬기도 한다. 또한, 전문가인 의사의 의학적 판단과 임상경험에 따른 진료비용을 해당 분야를 비전공한 심사자가 삭감하는 일도 비일비재하게 나타나고 있다. 더구나 심사의 주체인 심사자가 비공개 처리되어 책임 소재를 알 수조차 없게 되어 있다는 점도 문제가 큰 상황이다. 이에 심사실명제를 도입해야 한다는 주장

이 이미 대세가 되어가고 있다.

이처럼 현 심사체제와 심사기준이 문제가 크다는 인식은 공유가 되고 있으나, 그 해법에 있어 정부와 의료계의 인식 차이가 큰 상황이다. 정부는 기관별 경향심사 쪽으로 가닥을 잡고 조만간 구체적인 개편방안을 발표할 계획인데, 의료계는 경향심사는 과소진료를 유도하여 의료를 하향평준화 시킬 것이라고 강하게 반발하고 있다.

이에 심평의학의 문제점과 심사체제 개선방안에 대해 논의하는 것이 중요하겠다.

II. 본론

1. 심평의학과 저수가

건강보험제도 도입 때부터 시작된 저수가로 인해 수가 보전의 문제는 수십 년이 지난 오늘날에도 전혀 나아질 기미도 없이 계속 의사들의 희생을 요구하고 있다. 이는 저비용 고보장의 건강보험수가 체계 하에서 어쩔 수 없이 생기는 것으로 의료공급자에게 저수가 체계를 강요하기 위해서는 건강보험 인정기준을 만들어서 의료행위를 통제할 수밖에 없었던 것이다. 즉, 국민건강보험법을 중심으로 다양한 관련 법, 고시, 유관기관과의 조율 등을 통해 건강보험 재정 안정화와 적정진료라는 명분으로 통제하였다.

심평원의 업무 자체가 의료공급자의 소신진료를 제한하기 위해 급여기준을 만들고 의료행위 각각에 대한 심사기준을 만들었으므로 지속가능한 건강보험제도 및 건강보험 보장성 강화를 위해서 불가피하게도 심평의학을 통한 심사를 해온 것이다.

상황이 이렇다보니 심평원에서는 심사조정, 의

료계는 삭감이라는 용어가 만들어지게 되었고 의료인과 심사평가원 사이에 갈등을 야기시키고 의료인과의 관계를 어렵게 만드는 주요 원인 중 하나로 “심평의학”이 상징적으로 표현된 것이다.

‘심평의학’이란? 의사가 의학적 원리에 따른 진료보다 건강보험심사평가원(심평원)의 급여기준에 맞춰 환자를 치료하게 되는 세태를 반영한 신조어인 것이다. 심평원은 기준을 두고 심사조정을 한다고 판단하지만, 의료계는 모르고 깎이는 삭감을 당한다고 생각하게 된 것이다. 바로 이 ‘모르고 깎이는’ 상황 속에서 갈등이 발생되고 있는 것으로 이 문제의 근본적인 원인은 바로 저수가의 의료 보험 체계인 것이다.

우리나라 의료가 심하게 왜곡됐고 건강보험 제도가 강제계약에 기초해 있기 때문에 정부가 의료인들에게 불이익을 주는 제도를 강요해도 의료인들은 거부할 수 없다. 의료기관의 “건강보험 당연 지정제”라는 것 때문에 원가 이하의 왜곡된 저수가 건강보험제도가 수십 년이나 유지되어 왔다. 정치인, 대통령은 더 많은 돈을 내지 않고도 국민에게 많은 의료혜택을 해 줄 수 있다고 하면서도 정작 기획재정부는 의료 부문에 재정을 투입하지 않고 의료인들의 희생을 전제로 한 저수가 체계를 유지하기 위해서 국고지원금 최소화와 건강보험료 인상을 억제해 왔다. “심평의학”을 비롯하여 수많은 기형적이고 왜곡된 의료문제는 저수가 의료보험체제로 인해서 잉태된 것이다.

2. 심평의학과 심사체계의 개편안

최근 들어 문재인 케어라는 비급여의 급여화 과정으로 보장성을 강화하려는 정부 정책의 시행으로

인해 의료계와 갈등이 심화되고 있어 심평원은 심사체계의 패러다임 변화를 모색하고 있다. 이른바 ‘모르고 깎이는 심사조정 혹은 삭감’ 사례를 최대한 줄이면서 의료기관 자율성을 기반으로 현행 건별 및 비용중심의 심사에서 진료 패턴을 전체적으로 고려한 기관단위 심사로 변화하겠다는 것이다. 이를 일명 “경향심사”라고 하는데 심평원은 의료계와의 신뢰감 형성을 기반으로 심사체계 개편을 추진하려고 한다. 그러나 이를 추진하기 전에 분명한 것은 행위별수가제와 의약품 및 재료의 항목별 수가 방식을 유지하는 한 ‘심평의학’은 유지될 수밖에 없다는 것이다.

현행 건별 및 비용중심의 심사에서 진료 패턴을 전체적으로 고려한 기관단위 심사로 바꾼다고 하지만, 행위별수가제와 의약품 및 재료의 항목별 수가 방식을 폐지하고 요양급여의 비용효과성 일반원칙을 삭제하지 않고는 눈 가리고 아웅 하는 것과 같다.

심평원은 의료행위, 약제, 치료재료 급여 심의는 물론이거니와 ‘심평의학’이라고 불리는 심사 기준을 개선하기 위해서는 반드시 요양급여의 일반원칙에서 제1호의 다목 ‘요양급여는 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다.’는 것부터 삭제해야 한다. “비용효과성” 일반원칙의 삭제가 없이 비급여 항목의 급여화는 일반원칙에 위배 되는 것이다. 해당 항목을 삭제해야만 심평원이 의료행위, 약제, 치료재료 급여 심의는 물론이거니와 ‘심평의학’이라고 불리는 심사 잣대로 인한 의료 왜곡의 비난에서 자유로울 수 있다.

그럼에도 이에 대한 대책은 없고 명확한 근거를 중심으로 일관성을 확보한다는 전제를 두고 의학적 적정 수준을 벗어나지 않은 경우에는 의료인의 진료 자율성을 보장하겠다는 것이 바로 심사체계 개

편의 뼈대로 의료기관 자율성을 기반으로 심사를 통해 책임 있는 진료를 가능하게 하는 기반을 형성하겠다는 것이다. 단지 심평원이 심사체계 개편을 준비하면서 심사·조정 사유를 구체적으로 알리는 체계를 형성하는데 주력하려는 정도로는 근본적으로 개선 의지가 없다는 것으로 보일 뿐이다.

심평원이 자율성과 책임감을 기반으로 소신 진료가 가능해지기 위해서 노력하고 있다고 한다면 가장 시급한 것이 의료인의 전문성을 반영할 수 있도록 의사결정의 거버넌스 구조를 바꾸는데 실제적인 역할을 해야 할 것이다. 심평원은 형식적으로는 의료전문가들을 대거 참석시켜 의사 결정하는 방식이지만, 현실적으로는 건정심 산하 각종 전문위원회에서 중요한 의사 결정이 이뤄지고 있다. 심평원 내의 의사들에게 의사결정에 상당한 권한을 부여하는 대신 책임도 지우는 구조가 되면 이와 같은 흐름은 바뀔 수도 있다고 본다.

의료 행위료뿐만 아니라 “인건비 인상률에 따라 자동적으로 연동되는 보험수가 인상 반영” 등을 포함하고, 그나마 이름뿐이고 형식적인 위험도 상대 가치 가산률을 현실화하여 기본적인 의료기관의 생존권부터 보장한 이후에 자율성과 책임감을 요구하는 것이 순서라고 본다. 의료 행위료 자체가 원가에도 미치지 못하는 현실에서 자율성과 책임감부터 강요한다는 것은 앞뒤가 바뀐 것이다. 건강보험이 곧 의료행위 전체를 뜻하는 의미로 해석되는 지금은 이해 당사자인 구성원들의 신뢰형성이 무엇보다 중요하다.

3. 심사체계 개편안(표본심사·경향심사·심사실명제)의 문제점

심평원은 진료비 심사물량의 증가, 비급여의 급여화정책 등 보건 의료 환경 변화로 건별 심사로는 현실적으로 대응하기 어려운 상황에 직면하여 기관별 심사로의 전환을 위한 심사체계 개편을 추진하고 있다. 그동안의 건별 심사의 비 투명성, 비밀관성으로 인한 문제 제기와 심사의 투명성 요구와 자율성 보장 요구에 대응하기 위해 진료 패턴 모니터링을 통해 평균 추세 범위를 벗어나는 기관을 중점적으로 심사하는 경향 심사 도입이 논의 중이다.

1) 표본심사

기관단위 경향심사에서 표본심사의 목적과 활용을 살펴보면 자료의 정확도측정을 위하여 의무기록과 청구 자료의 일치도를 파악하고 정확도가 낮은 의료기관은 현지조사와 연계하거나 전문 심사 대상으로 전환한다.

의학적 타당도를 심사하기 위하여 의무기록 기반 전문 심사로 의학적 타당성에 따라 심사·조정한다. 진료 및 의료 행태 파악, 지표 개선사항을 도출하기 위하여 의료기관에 대한 진료 형태 및 환자의 의료 이용 형태를 파악함으로써 적용 지표에 대한 평가 및 신규 지표 개발을 위한 문제점을 발굴 한다.

문재인 케어 이후 급여로 들어오는 기준 비급여는 심사건의 폭증 및 청구 건마다 일정기간 모니터링 후 기관단위 경향 심사하게 됨에 따라 상복부 초음파 및 MRI 검사가 우선적으로 적용 될 예정이다.

2) 경향 심사

경향 심사의 목적은 본인 부담금을 감소 시켜 보편적 의료 보장의 확대를 기하고, 보장성 강화에 따

른 합리적 재정 지출을 도모하고, 비용 효과성에서 의학적 적정성으로 전환하며 진료 현장에서 자율성을 강화 하는 것이다.

MRI의 예를 들면 임상적 과잉 진료 영역으로 특수 및 기본 검사 동시 시행 비율과 다 부위 촬영 비율 및 척추 CT·MRI 촬영 비율, 반복 재촬영 주기, 위암 환자의 촬영 비율 등을 보고 낭비적 운영 영역으로는 기관이동에 따른 재촬영과 MRI 검사 단순 입원 비율, 촬영 횟수 초과 비율, 질환별 열외군 환자 진료 비율 등을 포함 한다.

실제 심평원 발표에 따르면 기준점에 한 가지라도 초과하는 기관은 전문 심사 대상으로 선정 하고, 표준 편차의 2배로 전문 심사 기관 선정결과 2016년 청구 건수 기준 102개 기관(5.2%), MRI 촬영 진료비의 8.3%(9,221억 원), 촬영 횟수의 8.6%(10만 회)로 보고 있다. 이들은 항목별로 5~10%는 전수조사 가능성이 있다고 보고 있다.

또한 그동안 의료계가 반대해 온 동료 평가제를 표본 심사 결과를 통한 경향 심사 과정에 반영하여 자율심사제를 운용하려 하고 있다.

3) 표본심사와 경향 심사의 문제점

경향심사 방식이 평균 진료를 강요할 수 있다. 결국 평균치에 맞춰야 삭감을 당하지 않는 상황이 될 수 있기 때문이다. 경향심사가 도입되면 결국 적정 진료보다는 평균진료를 강요당하게 되어 결국 또 다른 문제점을 불러올 수 있다.

첫째, 의료인과 환자 사이에 불신을 조장할 수 있다. 둘째, 의료의 전반적인 하향평준화로 의료 이용량이 감소하게 된다.

셋째, 의료 행위의 평준화로 인한 신의료기술 개발 및 의사의 보다 나은 진료를 위한 동기 부여가 제한될 수 있다.

넷째, 전문 과목별 특정 질환 치료내용에 따른 서비스제공의 특성이 무시될 공산이 크다.

다섯째, 치료 내용 중 처방 의약품의 약제비 상승이나 내원일수 증가 등의 책임을 의료 기관에 전가 할 수 있다.

여섯째, 동료 평가제로 인하여 상호 불신과 위화감이 조성되어 의료인 간 반목이 심화 될 수 있다.

4) 심사 실명제

심평의학으로 불신이 극에 달한 현실에서 신뢰관계의 회복을 위해 가장 시급한 것이 심사정보 종합 서비스를 통해 진료비 심사와 관련한 세부 규정 전부를 공개하고, 진료비 심사 책임자를 공개하는 이른바 ‘심사실명제’ 즉각 시행이다.

그러나 보건복지부가 행정 예고한대로 10월부터 시행 예정인 심사실명제는 진료과목 별로 대표위원제를 두고 요양기관에 제공되는 ‘요양급여 비용 심사결과통보서’에 심사담당자와 함께 기재하는 방식이다. 하지만 심평원 지원의 경우에는 그동안 진료과목별로 심사위원 조차 없어서 산부인과의사가 정형외과를 심사하는 어처구니없는 부실 심사가 이루어져 왔다. 이러한 사정으로 보건복지부는 고육지책으로 상급종합병원 진료분을 심사하는 본원에서는 진료과목 별로 대표위원제를 운영하지만, 종합병원과 의원급 의료기관을 심사하는 지원에서는 진료과목별이 아닌 진료심사위원장의 이름을 기재 하려는 것이다. 지금이라도 당장 지원에 진료과목별로 심사위원을 상근직으로 채용해야 하는

이유이다.

또한 심사실명제를 도입한다고 해도 의원급 의료기관의 경우는 대부분 지원에서 심사하게 되므로 진료심사위원장만 기재 하는 것도 문제가 아닐 수 없다. 지역 의사사회에서 진료심사위원장을 모를 리 없어 실효성이 거의 없다고 본다. 심평원 지원의 경우 그나마 있는 진료 과목도 심사위원은 해당 진료과목에서 퇴직한 교수 출신들이 임명되기 마련인데, 심사위원의 제자가 심사에 불만을 호소하기가 현실적으로 어려워 결국 생색내기용 제도가 될 수 있다.

III. 결론

향후 정부는 건강보험심사평가원의 심사체계 개편을 두고 '건'별보다는 '의료기관'별 경향심사 방향으로 개선할 예정이라고 한다. 정부가 고려하고 있는 '경향심사'는 의료의 효율성 및 과잉 진료 여부 등의 진료 경향을 분석해 의료 질을 평가하는 의무 기록에 기반을 둔 심사방식이다. 즉 급여기준을 벗어나지만 의학적으로 필요한 환자에 대해 의료기관에 '자율성'을 부여하고 적정수준을 벗어난 의료기관을 대상으로 집중 심사하는 것이 주요 내용이다.

정부가 심사체계 개선을 위해 '경향 심사' 체계로 전환 한다면 '하향평준화 진료 유도'를 우려하지 않을 수 없다. 경향성 평가를 통해 평균 추세에 벗어나는 기관을 중점으로 심사함에 따라 충분하고 적절한 진료가 아닌 과소진료로 하향평준화를 유도할 가능성이 있는 것이다.

의료기술의 발전으로 급여되는 의료행위, 의약품, 치료재료가 빠르게 확대되는 상황에서 급여기

준이 그 범위와 속도를 포괄하기 어렵다. 심사기준 자체가 변화하는 진료내용을 보상 할 수도 없고 제한적인 청구정보를 기반으로 하는 지급 전 심사만으로는 의학적 적정성을 판단하기 어렵다고 본다. 심평원은 모니터링을 통해 의학적 적정성에서 많이 벗어나는 사례가 발견되면 정밀 심사를 통해 전수 조사를 하는 식으로 의료기관의 책임을 강화하려는 것이다.

건별심사가 질병별 심사로 바뀌면 지금의 자율점 검제를 반영한다고 할 때, 통상적으로 검사빈도, 약제비나 약의 종류, 내원 빈도 수, 약 처방일수 등이 타 유사 의원급과 비교해 상위 10% 등에 경향 심사 결과를 통보해 시정 되지 않는 의료기관을 실사 한다는 것이다. 알아서 과소진료 하라는 제도이다. 치료를 해도 적게 청구하는 행태로 알아서 과소 진료 하는 형국이 될 것으로 예상된다. 더 큰 문제는 현지 조사 시에는 경향 심사 결과만으로 위법성을 판단할 수 조차 없고 처분을 내릴 수 있는 법적근거가 없으므로 지금과 같이 허위 청구와 과다 청구기준으로 판단할 수밖에 없다.

같은 질병이라도 중증도가 다를 수 있고 치료 내용이 많은 경우 일수록 동반된 질병과 합병증이 다를 수 있는 것이다. 치료를 많이 하는 상위 의료기관 일수록 현지조사 대상으로 선정된다. 항생제 사용 건수가 증가 할 수 있는데 질병 별로 항생제를 많이 사용하는 경향을 보이는 기관으로 선정 될 수 있고, 전문화된 질병군 환자를 많이 보는 의원일수록 질병명의 종류가 적고, 치료 약제가 증가할 수밖에 없는 것이 현실이다.

경향성 평가를 통해 평균 추세에서 벗어나는 기관을 중점으로 심사함에 따라 충분하고 적절한 진료가 아닌 과소진료로 하향평준화를 유도하는 제도

일 뿐이다. 질병별 청구 내용 중에서 심사하기 위한 평가 지표에 평균 수치를 기준으로 어느 정도 수준까지 인정할 것인지 범위 설정에 대한 논란이 심화될 수밖에 없다.

평균 이상인 구간에 대한 과도한 규제 가능성이 문제가 되며, 특히 관리대상 선정기준 단순화에 따른 왜곡을 최소화하고 관리지표 선정 및 방식에 있어 합리성 제고하며 질 관리 차원에서의 지표관리가 필요하다. 여러 지표들을 의료기관에 적용해 관리와 통제를 가함으로써 진료비 효율성을 어느 정

도 개선시킬 수는 있겠지만, 이런 개선의 책임을 모두 의료기관에만 전가하려는 의도가 아닐 수 없다.

심평원의 심사체계 개편안은 단순히 비용절감 차원에서 양적 문제만을 고려한 개편안으로 질적 측면을 함께 고려해 지표에 반영해야 한다. 지금까지 의료기관을 옥죄어온 기형적인 심사기준부터 전부 폐기하고 심사의 적정성 평가는 의료인들 스스로가 자율적으로 할 수 있게 하는 것이 향후 올바른 심사체계 개편안이라고 본다.