

최근 보험 관련 변화 및 업데이트



민 양 기

한림의대 강남성심병원 신경과

Current issue and change in Health Insurance Review and Assessment Service

Yangki Minn, MD, PhD

Department of Neurology, Kangnam Sacred heart Hospital, Hallym University

본 강의는 심사평가원의 입장에서 작성하였습니다. 일선 의사분들의 정서와는 다를 수 있습니다

DECLAIM

진료비 심사체계 현황과 과제

- 보건의료기술의 발전과 인구의 고령화, 건강보험 보장성 강화 등의 영향으로 의료이용이 증가함에 따라 진료비 심사대상 청구명세서의 물량이 증가하고 내용도 복잡해지고 있다.



현행 심사체계 환경 분석 및 개선방안 제시가 필요한 시점

- 그간 요양급여비용 심사체계의 성과로는 심사업무의 패러다임 전환을 꾀할 수 있음. '소통과 협력을 기반으로 하는 심사'를 제시하고 부적정한 진료비 지출을 방지하고 예방하였음.
 - (주요 성과) 심의사례 및 전산심사 정보 공개를 통한 투명성 강화, 지표연동 자율 개선제 등 사전 예방 심사 강화를 통한 심사수용성 제고, 지식기반 심사시스템 구축으로 심사 일관성 향상을 위한 정책을 추진함.
 - 2016년, 진료비 심사로 1조 2,614억 원의 부적정 지출을 방지하였음.
 - 진료비 연평균 증가율 9% 수준으로 관리하는 데 기여함.

전문성, 일관성, 투명성의 한계

- 심사기준과 심사 근거자료의 신뢰도 및 타당도에 대한 우려와 불만
- 불투명성, 불명확성, 복잡성, 의료제공자의 자율성 침해, 의학적 근거의 부족
- 동일한 내용의 청구 건이라도 전문심사 대상 여부가 달라질 수 있고, 진료비 총액 규모가 크거나 관심 대상인 의료기관에 대해서는 비용효과성 심사 기준이 보다 엄격히 적용될수 있다는 점 등에서 심사기준의 일관성 측면에서도 한계가 존재

보장성 강화정책의 실현을 위한 심사체계 필요

- 정부는 지난 2017년 8월, 의학적으로 필요함에도 불구하고 현재 비급여 항목으로 분류된 의료서비스에 대해 '예비급여'를 도입하여 급여화를 추진하기로 하였으며, 정책의 성공적 정착을 위한 심사평가체계가 필요함.

진료비 심사체계 개편방향

- 동료심사체계 활성화
- 프로파일링 지표를 활용한 주제별 분석 심사체계 구축
- 진료비 자율심사제의 단계적 추진
- 심사그린카드제의 단계적 도입
- 평가항목 연동형 가치기반 심사확대
- 참여형 급여기준 및 심사기준 개선 협의체 운영
- 미래지향적 진료비 명세서 개편

건강보험 심사평가체계 개편

제한적 심사기준
기관의 건별 심사에서
의료의 질과 의학적
타당성 기반의
분석심사로 전환

비용효과대비
급여기준에서
의학적필요성에 따른
급여기준으로

추진 배경 및 개편 방향

심사체계에 대한 의료계 요구사항

- 급여 및 심사기준 상설협의체 운영
- 심사실명제 도입
- 심사기준 전면 공개
- 심사위원 구성 및 운영방식 개선
- 1차 심사 적정성 평가 실시
- 심사의 공정성과 형평성 확보
- 부적절한 급여 및 심사기준 완전 폐기
- 행정 소명 절차 간소화 및 투명화

추진 배경

심사 물량·복잡성 증가 등으로 현행 심사방식의 한계 도달

- 의료기술 발전, 고령화, 급여 확대 등으로 심사대상 명세서 물량과 청구 항목의 복잡성이 매년 급속히 증가
- 짧은 법정기한(15일) 내 엄청난 심사 물량을 처리하면서 심사의 전문성, 일관성 문제도 지속 제기
- 심사대상 청구건수는 375% 증가(4억건(00)→15억건(17))한 반면, 심사인력은 17% 증가(530명(23)→634명(18)), 1인당 연간 250만건 담당
- 진료비 복잡성
 - (의료행위) 4,158개(00)→9,511개(18)
 - (의료재료) 1,724개(00)→28,427개(18)
 - (의약품) 15,223개(07)→20,901개(18)

추진 배경

비용 중심의 현행 심사는 보정성 강화 정책의 재검을 지시시키는 제안점으로 인식

- (공급자) 환자별 특수성을 고려하지 않고 일률적인 심사기준을 적용하거나 불분명한 심사기준 운영으로 심사결과에 대한 불신
- (가입자) 치료에 필요해도 건강보험 혜택이 제한되거나, 불확실한 심사조건을 피하기 위해 의료기관의 비준거 징수 등 부담 발생
- (환자) 심사결과에 대한 불신이 정부 보건의료정책 전반에 대한 신뢰 저하로 이어져 의료계와 정부의 우월 갈등으로 작용

적정성 평가 대상·영역 불균형 및 환원체계 미흡

- 사회적 필요성이 제기되는 단기과제 중심(입원 진료), 일부 영역 중심(항사 안전, 효과적 진료)의 의료 질 평가
- 후행적 평가결과 도출(심사 후 평가결과 산출까지 1~2년 소요)로 환자 중심의 질 향상 노력·결과 등을 즉시 반영하기 어려운 구조
- 보정성도 간 중백, 일부 중백 중심 평가로 인해 질 향상 사각지대 존재 등 제도적 관리기전 미흡

기본방향

국민에게 안전하고 적절한 의료 보장
의료인의 전문성·자율성 존중

의학적 근거 및 환자 중심의 거시적 진료비
심사평가체계

초과 자율성, 중 전문성, 근 투명성, 등 일관성, 요 총합성

현재는
· 심사기준 중심, 전 단위 심사
· 계약형 급여 기준 운영
· 구조·과정 위주, 후행적 평가
· 심사·평가·기준개발 작동

앞으로
· 의학적 근거 중심(추진/관할 등) 단위 심사
· 의학적 근거 기반 심사기준
· 환자 중심 치료의 질, 적시 평가
· 심사·평가·기준 통합 작동

개편 방향

'정규 건 단위·비용효율성 관점 심사'에서 '주제(입원·외래 등) 단위·의학적 타당성 관점 심사'로 전환

- 환자에게 제공된 의료서비스의 질, 효율성 및 진료결과 등을 의학적 견지에서 종합적으로 판단하고, BMI(건강지수)와 유사한 일 포괄 총, BMI가 산출·지속될 경우 심층심사·공급자의 의료결과를 종합해 보정하기 위해 다양한 지표용 포괄도 분석하고, 소정 및 사전안내 등 중개기능을 강화
(기존) 급여가중치 조달이라도 보이지 않던 심사조건 (개인) 급여기준을 초과하여도 의학적 필요성이 있으면 인정, 과도한 편차 시 의무기록 기반 심사
편차적 사유에, 특정포괄 관련 보고, 비 정부 서비스도 의학적 용해 평가 소명된 인정
- 요양기관 유형·기능별 진료관점 및 질환 특수성 등을 고려, 맞춤형 분석심사 방법론 운영
· 중립적·최초방한 실정에 다양한 시도가 필요한 영역은 양질의 의료서비스와 의학적으로 필요한 지표가 제공되도록 심사역량 강화 등
- 심사(급여 기준) 중심 임상진료지침 준수로 대체, 빠르게 변화하는 진료행태를 심사에 적용할 수 있도록 개선
· 기관 역량강·내부 심사기준은 전면 개정, 공개 후, 적용 절차를 확립

개편 방향

심평원 내부 중심 심사결정 구조에서 개방형·참여형 구조로 전환

- 분석심사 과정 전반에 의료현장 임상 전문가가 심사주체로 참여, 합리결정하는 개방형 전문심사제도(위탁화) 도입
- 진료비 심사제도 전반에 대한 효율적 운영을 위한 사회적 합의(의료공급자, 가입자, 전문가, 정부 등 함께 참여) 운영

환자 중심의 질 향상을 위한 심사·평가 선순환 및 업무 연계 강화

- 심사과정에서 의학적 타당성 및 의료의 질을 함께 확인, 분석하여 시의성 있는 총재 및 질 향상이 이루어지도록 추진
· 상용 기준 정비 및 자료 일관화, 제출양식 및 전자시스템 등 통합·표준화
- 의료현장계 기능 유형별 심사·평가 관리기전 사각지대 해소 및 질 향상을 목표로 관리기전 간 유기적인 연계 강화

현행 심사와 분석심사 Frame 변화

| 구분 | 전 단위 심사 | 분석심사 |
|----|------------------------------|--|
| 입근 | 건 단위·환자별 심사 | 환자 중심 계약제(주제) 단위 심사 |
| 관점 | 비용 중심 | 의학적 타당성 중심 |
| 구조 | 심평원 중심 심사결정 | 전문회의, 임상 총 전문가 참여·협의 기반 심사결정 |
| 역할 | 급여(문헌)에 적용여부에 따라 심사 인정 또는 조정 | 환자에게 제공된 의료서비스 질, 효율성 및 진료결과 등을 종합적으로 판단하여 사정고려, 총재 후 심사·의학적 타당성, 전문성이 적용되는 수준을 결정 |

기대효과

심사평가체계 개편에 따른 진료비 관리 변화

단기적으로 심사조정의 재정입급 효과는 감소로 보이나, 재정 건전화에 기여 및 조정을 통해 질 격차 없는 효율성 개선 및 의료질 향상(합병증 입원감소 등)을 통해 국민의료비 절감효과는 더 클 것으로 기대

전 단위 심사
· 심사 조정
· 의료 질 향상
· 환자 중심 진료

분석심사 기대효과
· 심사 조정
· 질 향상 및 기관 단위 효율성 개선
· 합병증 입원 감소

· 의료 질 향상
· 의료 질 향상
· 의료 질 향상

기대효과

- 국민**
치료를 필요하고 안전한 양질의 의료서비스 보장
보장성 정책의 실질적 제감 및 의료비 부담 감소
- 요양기관**
의료 전문성·자율성 보장으로 의학적 판단과 책임성
기반의 소신 진료가 가능한 적정 진료환경 조성
- 정부**
보장성 강화 추진기반 확보와 거시적 진료비 관리체계 구축
- 심평원**
신뢰받는 심사·평가 전문기관으로서 역할 재정립

개편(안) 주요 내용

1. 의학적 근거 중심의 전문가 심사제도 도입 (사) 전문의심사제도

전문가 심사제도

- (기본방향)** 심평원 소속 심사위원 중심의 심사과정 전반 환경에서 주제별 진료현상에 대한 의학의 타당성 분석 및 중재 등 심사과정 전반에 의료현장 전문가가 주도적으로 참여하는 '의학적 근거 중심의 전문가 심사제도' 도입
- 운영방향**
 - ① (진료·유급성 보장) 심사기준고시보다 **의학적 근거**의 우선 적용, 단계적 대체
 - 의학적 근거: 교과서, 임상진료지침, 임상유형 등
 - ② (심사전문성 강화) **임상전문 의, 전문학의 등이 심사 주체로 참여**
 - ③ (심사과정성 확보) 개별 심사위원 결정에서 다수 전문가들이 협의결정하는 **체계** 마련
임상 의사·전문학회·전문단체 등 사안별로 균형있게 구성

1. 의학적 근거 중심의 전문가 심사제도 도입

■ 운영체계: 2단계 전문심사기구(FRC, SRC)

① (구성·운영) 의료현장 전문가를 공정한 운영을 위해 **의사단체 추천**으로 구성
요양병원, 임상 전문의, 원문학회 등 균형성 고려, 내부적인 협의 조속한 실현 수행을 위해 구성

전문가심사위원회의 구성(2024년 1월 1일 기준)

| 구분 | 전문가심사위원회 (PRC) | 전문분과심사위원회 (SRC) | 전문가심사위원회의 구성(2024년 1월 1일 기준) |
|----|----------------|-----------------|------------------------------|
| 인원 | 7명 내외 | 12명 내외 | PRC: 7명, SRC: 12명 |
| 운영 | 월 1회 | 분기 1회 | |

1. 의학적 근거 중심의 전문가 심사제도 도입

■ 주제별 PRC 설치방안

- 선도사업의 **심사대상 및 지역별 의사수 고려, 5개 권역단위 구성 및 대표지원 주도 운영**

| 권역 | 대표기관 | 주요 및 지원 | 간담회(대표) |
|---------------|------|------------------|-------------------------|
| 제주(제주) (서울) | 서울 | 서울, 강원부 | 고병원, 당뇨, 심장 CVD, 알콜병적질환 |
| 제주(제주) (제주) | 충청 | 충청, 대전, 강원 | |
| 제주(제주) (전라북도) | 경남 | 경남, 대전, 광주 | |
| 분원 (분원) | 분원 | 분원(전남), 주요권역(전남) | 알콜병적질환 |

* (비고) 조중재 내장은 특별 고시(사)를 주제로 별도 구성 운영은 보류

■ 주제별 PRC 인력 세부 구성

| 역할 (명) | 원칙 조건 | 주요 역할 |
|------------|--|---------------------------------|
| 위원장(1) | 의학단체 추천인 중 위원회 내 호선 (내과 전문의에 임명(또는) 호선) | · 회의 개최 및 운영 |
| 주최위원장(1) | 임명된 심사위원 (내과 전문의 또는 기타 호선) | · 회의 운영성 조율 및 기타 공제 공제서 역할 |
| 전문기회 (2~3) | 의학단체 추천 권역 임상활동 전문의 (2024년 1월 1일 기준 호선(또는) 호선) | · 다양한 주제별 관련 결정, 중재 및 상충심사 등 수행 |

1. 의학적 근거 중심의 전문가 심사제도 도입

■ 위원회 기능과 역할

다자합의 협의방식
· 협의·조정
· 협의·조정
· 협의·조정
· 협의·조정

전문가심사위원회 (PRC)

전문분과심사위원회 (SRC)

① 의무기록 분석 및 내역 확인 등 상충심사
· 내역 내용에 대한 의학적 타당성 여부 판단
· 내역 내용에 대한 중재결정
· 지역 특성(예: 노인)에 따른 결정
· 분석자료, 제도개선사항 발굴 권의

② PRC에서 최종 안전에 대한 협의
· PRC에서 심사 의견 및 심사결과 권역에 공유
· 권역에 공유된 심사결과(의사)가 온/오프라인 상충심사 카이(의사)에 의한 결정
· 주제별 다양한 분석자료 시시결과 공유 및 제도 개선

1. 의학적 근거 중심의 전문가 심사제도 도입

■ 전문가 심사제도(요약)

심사관의 우선순위는: 전문가심사위원회의 합의한 의학적 근거(고지서, 임상정보지침 등) > 글머리표 고지, 그 외 각종 정보

1. 의학적 근거 중심의 전문가 심사제도 도입

■ 진료비 심사제도 운영 효율화 방안

■ 의료계 등 전문가 참여방안

- (시범사업 초기) 기존에 의학단체 추진체로 초안을 최소화
- (본사업 정착기) 공청회, 특별성 강화를 위해 중장기적인 참여방안으로 자율참여신청제, 인력풀제 등 단계적 검토
 - 후속제도: 국민참여예산제 신설, 강령제 제도

■ 심장원 심사위원 역할 명확화

- 센터내 분석결과와 의학의 근거 제시
 - 센터지원과 연계하여 의료 및 학회 산기 제시 전달 심사위원 지원
- 의학계 학회 도움을 요청하는 등 심층심사에 참여

■ 진료비 심사제도 전반에 대한 효율적 운영을 위한 사회적 협의체 운영(심사제도운영위원회)

- 공청회, 가담회, 전문가, 정부 등이 함께 진료비 심사제도의 직접 운영방안을 논의하는 사회적 협의체 구성
 - 본사업의 필요성, 프로그램 확정, 위원회 확대 등 제반사항, 사회관계자 및 국민들의 등 전문가적 논의의 필요성의 의사결정이 필요한 사항 등 논의

2. 의학적 근거 및 분석 기반 심사체계 도입

■ 건단위 심사에서 분석심사로 전환

■ (기본방향) 일괄적 기준 적용, 비중관리 중심의 심사방식에서 요양기관 유형, 기능별, 질환별 특성 등 진료 특수성을 고려한 적정 진료환경을 지원 할 수 있는 '의학적 근거 및 분석 기반의 다양한 심사방식' 으로 전환(도입)

■ 건단위 심사방식에서 주제(입찰, 항목 등)별 분석심사로 전환

- 주제별 의학적 근거에 기반하여 분석심사 개발
- 주제별 진료정보에 대해 분석하고, 청구원할 등을 다차원 분석을 통해 반이기관 감지
- 반이감지기관은 사전 안내(고지) 및 중재 실시, 그럼에도 반이가 지속 또는 심화기초는 전문가심사위원회를 통한 의무기록 기반 심층심사 실시

| 구분 | 변화방향 | 개선 |
|------|-----------|------------------------|
| 심사방식 | 항목 단위 심사 | 주제별, 일괄적 기준에서 다양한 분석심사 |
| 심사대상 | 일괄적 기준 적용 | 의학적 근거, 기능별, 질환별 특성 고려 |
| 심사방식 | 일괄적 기준 적용 | 의학적 근거, 기능별, 질환별 특성 고려 |

■ 선도(시범)사업 대상 : 별도 설명

2. 의학적 근거 및 분석 기반 심사체계 도입

■ 분석심사 맞춤형 프로세스로 전면 개선

■ 심사방식 개선

- 청구시점에는 필수사항 중심으로 전산점검 후 심사결정, 심사결정 후 분석 및 전문가심사위원회 심사방식으로 전환

2. 의학적 근거 및 분석 기반 심사체계 도입

■ 전산심사 프로세스 개선

- 심사기준 의학계에서 의학적 근거 중심 심사방식 개선에 따라 청구확고, 환자 안전 등 관련 액체 전산점검 중단 필수 결정으로 유익(비이)사업자 보호 강화
- 잦은, 경우 등 제한적 글머리표, 심사제정 필요성 검토

| 현행 | 개선 |
|----------------|----------------|
| 의학적 근거 중심 심사방식 | 의학적 근거 중심 심사방식 |
| 의학적 근거 중심 심사방식 | 의학적 근거 중심 심사방식 |

■ 중재 프로세스 개선

- 반이감지 사전 안내, 중재 후, 반이가 심화 - 지속될 경우 의무기록 기반 심층심사 등
 - 공급계약의 의료결정권을 충분히 보장하고, 투명성 - 예측성 강화

| 현행 | 개선 |
|------------|------------|
| 반이감지 사전 안내 | 반이감지 사전 안내 |
| 반이감지 사전 안내 | 반이감지 사전 안내 |

2. 의학적 근거 및 분석 기반 심사체계 도입

■ 의학적 근거

■ 의학적 타당성 관점의 분석심사 운영을 위해 위원회의 합의기준으로 활용되는 의학적근거 선정 - 관리, 지속적인 자료 관리를 통해 기존 심사기준 대체

■ 의학적근거는 보건복지부(의료기술)에 대하여 의학적으로 타당한 확률의 임상연구 결과, 국내 외 고지서, 임상정보지침, 임상정보 등을 의미

| 현행 | 개선 |
|----------------|----------------|
| 의학적 근거 중심 심사방식 | 의학적 근거 중심 심사방식 |
| 의학적 근거 중심 심사방식 | 의학적 근거 중심 심사방식 |

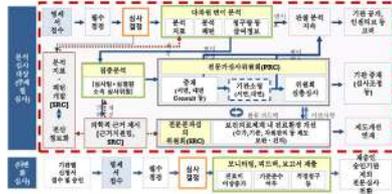
■ 의학적 근거 선정 - 관리 운영

■ 전문분석위원회(SRC)에서 의학적 근거 중심의 주제별 가이드를 선정하고, 요양기관 진료 및 위원회 심사 활용 등을 위해 제공 및 공개

- 심평원 내 의학적근거지원팀 구성, 주제별 국내외 의학적 근거 수준의 자료 검토
 - 후보 목록 마련 → SRC 회의에서 최종 목록 선정 → 홈페이지 공개
- 개발 또는 업데이트 필요시, 관련 학회 등 통해 개발 - 보완 등 의뢰하여 개발, 인종 목록 선정

2. 의학적 근거 및 분석 기반 심사체계 도입

■ 분석심사 운영 절차(프로세스)



1. 선도(시범)사업 대상 영역 및 기준

■ 대상 영역 및 선정 기준

■ 대상 영역

- 환자에게 중요하고 의미있는 주제 단위(에피소드)로 정의
- 제공기간, 제공단위, 서비스 포괄성 등에 따라 주제단위를 달리 할 수 있으며, 주로 급성기 진료, 만성질환, 중증환자, Unit 단위, 항목단위 등으로 분류

■ 선정 기준

- ① 의료의 질과 비용 통합관리로 가치를 높일 수 있는 영역
예) 만성질환(당뇨병, 당뇨병 등), 관상동맥질환, 폐렴입원 진료, 급성기(뇌졸중 등)
- ② 공공성 영역이고 전문성·자율성 보장이 시급한 영역
예) 광역의상생태, 대학병역역, 중환자실, 신생아중환자실, 류마시관절염 등
- ③ 할리릭 의료서비스가 요구되는 영역
예) 혈액(CBC)검사, 간기능(LFT)검사, MRI, 척추수술 등

2. 선도(시범)사업 대상

■ 심사평가체계개편협의체 논의결과(대상 선정) : 3개 영역 7개 주제

| 영역 | 주제 | 유형 | 목적 | 선정사유 | 선도사업 |
|----------------|---------------------------|----|-------------------------------------|---------------------------------|--------------|
| 임상 진료 | 고혈압 당뇨병 만성폐쇄성폐질환(COPD) 전이 | 질환 | 직접적 처방 및 관리 등을 통한 합병증 예방 (예방 강조) | 수정할 필요가 없는 것의 경우 동일관리 가능함 | 분석심사 포함수업 적용 |
| 급성기 진료 (이송 포함) | 급성기 질환 | 진료 | 합병증 있는 급성기질환을 예방 및 순환기능 개선 (재입원 감소) | 관료인원 및 진료에 임무가 부여됨 | |
| 방역 | 자기감염병상인단 (MRSA) 유증자 | 진료 | 환자에게 필요한 검사/교육적 제공 유도 | 보통실 진료 일정에 따른 진료의 중요성에 대한 인식 제고 | 분석심사 포함수업 적용 |

→ 대상환자 범위, 의료서비스 제공(의무)가 동일하여 협의 대상, 제공 장소도 동일함(관할)함 고려

3. 전문가 자문위원회 구성·운영

■ (목적) 전문가 참여를 통한 분석모형 개발

- (구성) 임상전문가, 심리학 박사·영기원, 보건통계학자 등 6인 내외 구성
- (역할) 지도 개발, 지표별 세부기준 및 관리방안, 중재기준 및 중재방안 등 논의
- (운영) 대상별 구성, 대안 자문회의 참석, 필요시 개별 자문(사면 중) 수시 실시

| 주제 | 관련단체(전문학회) | 주제 | 관련단체(전문학회) |
|-----|--|----------|---|
| 고혈압 | · 대한사혈학회(간학회) · 대한고혈압학회, 대한신장학회 · 대한가정내과학회 · 대한가정내과학회 · 대한가정내과학회 · 대한가정내과학회 · 보건통계학회 | 임상, COPD | · 대한사혈학회(간학회) · 대한가정내과학회 · 대한가정내과학회 · 대한가정내과학회 · 대한가정내과학회 · 보건통계학회 |
| 당뇨병 | · 대한사혈학회(간학회) · 대한당뇨병학회 · 대한당뇨병학회 · 대한당뇨병학회 · 대한당뇨병학회 · 보건통계학회 | 순환계질환 | · 대한사혈학회(간학회) · 대한당뇨병학회 · 대한당뇨병학회 · 대한당뇨병학회 · 대한당뇨병학회 · 보건통계학회 |

- 임의치 유무 제외 및 단계 별 차등 적용
- MRI, 초음파등사는 협의 대상일 경우 관련 중재방안 유무 차등 적용의 구성 가능, MRI, 초음파 제외방안 협의 대상일 경우, 운영

4. 분석지표 개발

■ 분석지표 영역

■ 임상(진료과정 및 결과), 비용, 행정, 환자 영역으로 구분



· 본 단편은 각 지표 개발 단계별 협의체(의사, 세간)를 통해 (trend)에 따른 패턴을 도출하여 지표의 타당성을 높여주도록 함

4. 분석지표 개발 (예시, 당뇨병)

■ 분석대상 목표 및 지표영역별 개발 로드맵

■ 당뇨병 환자 지속관리를 통한 합병증 예방

| 지표영역 | 분석대상 목표 | 지표영역별 개발 로드맵 |
|------|---|------------------------------------|
| 임상영역 | · 환자의 지속관리를 위한 합병증 예방 | · 1단계 - 현재 운영 - · 2단계 - 신규 개발 - |
| 비용영역 | · 동일 수준의 진료결과에 투입된 비용·차별 측정(간접의료비 등 포함, 의료비 제외) | · 1단계 - 현재 운영 - · 2단계 - 신규 개발 - |
| 행정영역 | · 가치 측정에 필요한 자료 기재율, 정확도 등 측정(자기 검토 포함) | · 1단계 - 현재 운영 - · 2단계 - 신규 개발 - |
| 환자영역 | · 환자의 진료 과정, 경험 및 만족도 등 환자 중심 지표개발 확대 | · 1단계 - 현재 운영 - · 2단계 - 신규 개발 - |

4. 분석지표 개발 (예시: 당뇨병)

- (대상) 주 또는 제1 부상병이 당뇨병(10~E11)만 의해 병세서를 청구한 의뢰 환자
- (포함제) 건강보험 및 의료급여
- 분석지표 (예) 치료 경과 및 합병제 운영

| 분석지표 | 분석사유 |
|-----------------------|-----------------------|
| 임상 영역 | |
| ▶ 발문치속 환자비율 | ▶ 발문치속 환자비율 |
| ▶ 처방지속 환자비율 | ▶ 처방지속 환자비율 |
| ▶ 신장기능검사 시행률 | ▶ 신장기능검사 시행률 |
| ▶ 안지오텐신 억제제 사용률 | ▶ 안지오텐신 억제제 사용률 |
| ▶ 지질관련 검사 시행률 | ▶ 지질관련 검사 시행률 |
| ▶ 당화혈색소검사 시행률 | ▶ 당화혈색소검사 시행률 |
| 비용 영역 | |
| ▶ 환자보험 총진료비 - 의료비 제외 | ▶ 환자보험 총진료비 - 의료비 제외 |
| ▶ 환자보험 원내진료비 - 의료비 제외 | ▶ 환자보험 원내진료비 - 의료비 제외 |
| ▶ 환자보험 원외진료비 - 의료비 제외 | ▶ 환자보험 원외진료비 - 의료비 제외 |
| ▶ 진료비 변동추이 | ▶ 진료비 변동추이 |

4. 분석지표 개발 (예시: 슬관절치환술)

■ 분석대상 목표 및 지표영역별 개발 로드맵

슬관절치환술 합병증 예방 및 관리 가능성 개선

| 지표영역 | 선도사업(1단계) | 2단계 |
|------|--|--|
| 대상영역 | 수술 적응률 수술 합병제 직접 사용 수술 합병제 예방 실천 | 수술 적응률 수술 합병제 직접 사용 수술 합병제 예방 실천 |
| 비용영역 | 진료비 변동 추이 자원사용 효율성 | 진료비 변동 추이 자원사용 효율성 |
| 행량영역 | 중요 임상정보 기재 | 자료 정확도 측정 질량관리 사업 참여(전종류특제 등) |
| 환자영역 | | 환자의 기능 개선 |

4. 분석지표 개발 (예시: 슬관절치환술)

- (대상기관) 슬관절치환술을 시행한 청구한 전제 의료기관
- (포함제) 건강보험, 의료급여
- 분석지표(인) (예) 치료 경과 적응 및 합병제 운영

| 분석대상 지표 | 분석사유 |
|--|--|
| ▶ 65세 미만 환자 수술 비율 | ▶ 65세 미만 환자 수술 비율 |
| ▶ 수술 전-후 비경구 항생제 복용 환자 비율 | ▶ 수술 전-후 비경구 항생제 복용 환자 비율 |
| ▶ 비경구 Aminoglycosides 계열 또는 Glycopeptides 계열 Cephalosporins 계열 투여율 | ▶ 비경구 Aminoglycosides 계열 또는 Glycopeptides 계열 투여율 |
| ▶ 적절기간 수술 비율 | ▶ 적절기간 수술 비율 |
| ▶ 환자보험 진료비 - 의료비 제외 | ▶ 환자보험 진료비 - 의료비 제외 |
| ▶ 환자보험 진료비 - 의료비 제외 | ▶ 환자보험 진료비 - 의료비 제외 |
| ▶ 진료비 변동추이 | ▶ 진료비 변동추이 |

5. 분석결과에 따른 중재

■ 기관 유형, 특성에 따른 중재

■ 분석지표 결과에 따라 기관 유형 분류

- 의료질(임상)이 전반적으로 낮으면서 비용이 높은 기관을 우선 분석, 중재 접근

5. 분석결과에 따른 중재

■ 기관별 중재방안

■ 기관유형에 따라 단계적 중재방안 설정 및 중재 실시

| | | |
|----|--|----------------|
| 1차 | - (정보제공) 관계 기관 직책 및 책임 - (정보제공) 변이추진기관 유선 안내 - (정보제공) 변이추진기관 유선 안내 | 조사 기록 조사 |
| 2차 | - (학제 중재) 병원, 대학, 협회 등 다양한 - (정보제공) 기관 - 수가 개선 등 연계 | 위탁 조사 |
| 3차 | - (정보제공) 의무기록 기반 유용성 - (정보제공) 기관 - 수가 개선 등 연계 - (정보제공) 사업 평가결과를 연계 - 새로운 중재방안 개발 제시 | 위탁 조사 |

■ 단계적 실시를 원칙으로 하나, 기관 특성이 긴급·심각 등은 단속, 생략 가능

II 자율형 분석심사(가칭) 추진 개요

□ 추진배경

- 진료 특수성과 중증질환자 등 환자의 개별 특성 및 진단·치료의 가치 등을 고려한 맞춤형 분석심사방식의 도입 필요

□ 추진방향

추진 방향

- ◆ 의학적 변이가 큰 질환·병역의 환자에게 필요한 의료의 특성 제공 및 의료 질 향상을 위해, 우수 요양기관은 자율적 진료 기능을 대폭 보장하는 한편 진료성과를 모니터링하고 결과 환류를 강화하는 심사 가능 구현

| | |
|--|--|
| <p>평가기준</p> <ul style="list-style-type: none"> • 평가용 진료정보와 후진기관에 진료 기록정보를 포함하는 의사 • 평가기관은 1년간 1건의 이상으로 진료기록을 제출하여 평가 및 후진정보를 환급 • 그 외 기관은 특별에 기준 중의 하나 | <p>평가대상</p> <ul style="list-style-type: none"> • 공통평가항목 : 진료비 실적에 관한 기록정보 • 보완평가항목 : 진료비 실적에 관한 기록, 건강검진 등 평가 용이하여 많은 환자정보를 보유 기관에게 • 과외 : 진료비 실적에 관한 기록정보를 보유 기관 중, 평가대상과 동일하게 평가 대상이 되는 기관으로, 특별에 기준에 따라 평가 |
| <p>평가기준</p> <ul style="list-style-type: none"> • 필요 : 진료비 실적, 진료비 실적에 관한 기록, 건강검진 등 평가 용이하여 많은 환자정보를 보유 기관에게 • 과외 : 진료비 실적에 관한 기록정보를 보유 기관 중, 평가대상과 동일하게 평가 대상이 되는 기관으로, 특별에 기준에 따라 평가 | <p>평가기준</p> <ul style="list-style-type: none"> • 필요 : 진료비 실적, 진료비 실적에 관한 기록, 건강검진 등 평가 용이하여 많은 환자정보를 보유 기관에게 • 과외 : 진료비 실적에 관한 기록정보를 보유 기관 중, 평가대상과 동일하게 평가 대상이 되는 기관으로, 특별에 기준에 따라 평가 |
| <p>평가대상</p> <ul style="list-style-type: none"> • 공통평가항목 : 진료비 실적에 관한 기록정보 • 보완평가항목 : 진료비 실적에 관한 기록, 건강검진 등 평가 용이하여 많은 환자정보를 보유 기관에게 • 과외 : 진료비 실적에 관한 기록정보를 보유 기관 중, 평가대상과 동일하게 평가 대상이 되는 기관으로, 특별에 기준에 따라 평가 | <p>평가대상</p> <ul style="list-style-type: none"> • 공통평가항목 : 진료비 실적에 관한 기록정보 • 보완평가항목 : 진료비 실적에 관한 기록, 건강검진 등 평가 용이하여 많은 환자정보를 보유 기관에게 • 과외 : 진료비 실적에 관한 기록정보를 보유 기관 중, 평가대상과 동일하게 평가 대상이 되는 기관으로, 특별에 기준에 따라 평가 |

| 출 전 | 현 행 | 향 후(22-23년 기준) |
|------------------------------|--|--|
| <p>진료항목 단위 기준 적합성 심사</p> | <p>분석심사 도입</p> | <p>환자중심 질량 항목 단위 분석심사</p> |
| <p>• 사전점검(전산심사 등)</p> | <p>• 사전점검(전산심사 등) • 지표분석 기반 분석 심사(약 10%)</p> | <p>• 사전점검(전산심사 등) • (질량, 특수영역) 지표 분석 기반 분석심사 - 주제별: 만성·급성질환 등 - 자율형: 중증·특수영역 등</p> |
| <p>• 개별 기준 적합성 심사</p> | <p>• 개별 기준 적합성 심사 (약 60%)</p> | <p>• 평가 결과 연계 강화 • (항목영역) 경향분석 기반 분석심사·특수영역 등 • 개별 기준 적합성 심사</p> |

□ 주제별 vs 자율형 분석심사(안) 비교

| 구분 | 주제별 분석심사 | 자율형 분석심사(가설) |
|----------|---|--|
| 진료 특성 | <p>• 환자 개별 특성이 크지 않고 의학적 가이드라인에 따라 보편적 진료가 가능한 의료영역</p> | <p>• 환자 개별 특성이 강화되고 진단과 치료량 등 질량에 다양한 시도가 필요한 의료영역</p> |
| 심사 방식 | <p>• 주제별 의학적 근거(임상진료지침 등)에 기반한 분석지표 개발, 평가기준 일치 하여 사전안내, 질량 후 연이 실시 시 집중 심사</p> | <p>• 질량영역, 특수기관 승인 후 기관 자율관리 부여 및 모니터링(정보제공) 되고, 진료실과 병단을 통해 제출법, 결과는 평가 등과 연계</p> |
| 프로 세스 | <p>• 환구 → 프로젝트팀(질량) → 데이터팀 등 위원회 검토 → 최종 (의심적) 최종심사 및 평가 연계 포함</p> | <p>• 위원회 승인 → 환구 → 프로젝트팀 (질량) → 데이터팀 등 자율 관리 → 데이터팀(의심적) 데이터팀에 포함</p> |