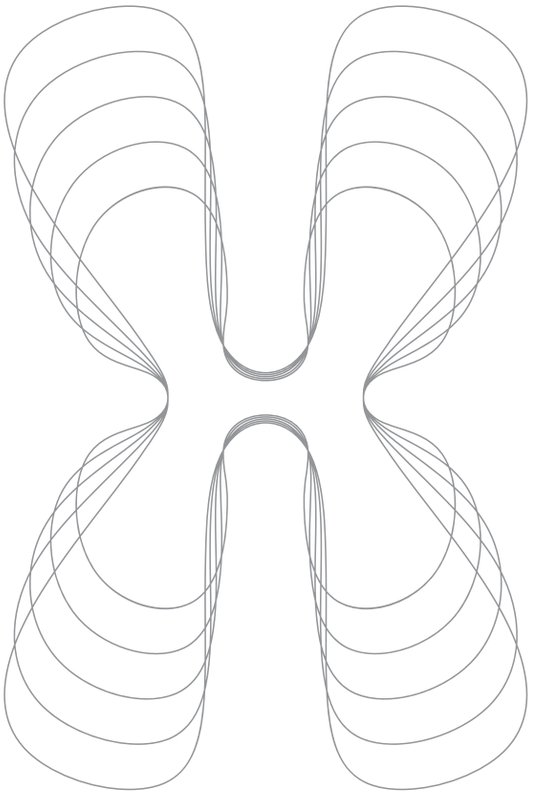
건강보험심사평가원, 스물

국민과 함께한 20년, 세계를 선도할 20년

VOL.1 **HISTORY BOOK**



발간사



국민과 함께한 20년, 세계를 선도할 20년을 향해 나아갈 건강보험심사평가원

대한민국의 대표적인 사회보장제도인 건강보험은 1977년 의료보험협의회 출범과 함께 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 첫발을 내디뎠습니다. 1989년 도시지역 자영업자까지 확대 적용함으로써 우리나라는 전 국민이 의료보험 혜택을 받는 나라로 발전하였습니다.

의료보험의 도입과 함께 진료비 심사 역시 시작되었습니다. 보험의 적용 대상이 사업장 근로자, 공무원 및 사립학교 교직원, 농어민, 도시지역 자영업자로 점차 확대되고, 다양한 의료보장 정책이 도입되는 과정에서 심사기구가 다원화 되어 비효율이 발생하기도 하였습니다.

2000년 7월 1일, 건강보험 통합 개혁 과정에서 전신 의료보험연합회의 통합 진료비 심사기능을 승계한 독립 심사기구로서 건강보험심사평가원이 출범하였습니다. 심사평가원은 기존의 건강보험 진료비 심사에 더해 의료서비스의 적정성을 평가하고, 그밖에 다양한 보건의료 정책지원을 수행함으로서 국민건강 증진에 이바지해 왔습니다.

진료비 심사는 IT를 활용해 연 15억 건의 심사가 이루어지고 있습니다. HIRA ICT 시스템은 세계 최초로 해외에 수출하는 등 그 우수성을 인정받았습니다. 이제 우리는 대한민국을 넘어 국제사회의 '보편적 건강보장'을 위해서도 노력하고 있습니다.

창립 20주년을 맞은 2020년은 코로나19로 인하여 우리나라뿐만 아니라 전 세계의 모든 산업과 생활 전반이 크게 바뀌었습니다. 심사평가원에서는 방역 초기 단계부터 DUR 시스템을 통해 국내 의료진의 감염경로 차단을 지원하고, 중증환자 치료를 위한 유휴병상 확보를 위한 보건의료 인력·시설·장비에 관한 정보를 방역 당국에 제공하고, 의약품유통정보시스템을 통해 코로나19 환자 치료제의 원활한 공급이 이루어지도록 지원하였습니다. 이것은 평소 다양한 보건의료과제를 집단지성과 발전된 ICT 시스템으로 해소해 온 우리 역사를 단적으로 보여주는 일입니다.

이번에 발간하는 <건강보험심사평가원, 스물>은 심사평가원의 길을 기록한 역사서입니다. 우리나라의 보건의료 발전과 국제사회의 보편적 건강보장 달성이라는 거시적인 목표를 위해 걸어온 20년 여정을 사실에 입각하여 기록하였습니다. 이 책은 역사서인 본책과 자료집인 별책으로 구성되었습니다. 본책은 크게 두 개의 편으로 구성되어 있습니다.

첫 번째 '통사편'은 의료보험의 도입기부터 스무 살 심사평가원이 있기까지 전반적인 개별사건을 역사적 의의에 주안점을 두고 편년체(編年體)로 서술하였습니다.

두 번째 '부문사편'은 현재 심사평가원의 주요사업 구분에 따라 각 장을 분리하고 그 세부사업의 경과를 체계적으로 정리하였습니다.

이 책을 통해 국민, 의료종사자, 임직원 등 다양한 독자 여러분께서 각자의 필요에 맞게 우리나라 건강보험의 역사를 이해하실 수 있을 것이라 믿습니다.

심사평가원 20년사 <건강보험심사평가원, 스물> 편찬을 위해 적극적으로 협조해 주신 임직원 여러분, 바쁘신 일정에도 불구하고 감수위원직을 마다하지 않으신 심사평가원 동우회 여러분, 제작사 등 모든 관계자 분들께 감사의 말씀을 드립니다.

2020년 12월 30일

건강보험심사평가원장 김 선 민

축사



국민의료평가기관으로
더욱 확고한 위상을 확립하기를

건강보험심사평가원의 출범 20주년을 축하합니다.

건강보험심사평가원은 그동안 진료비 심사와 요양급여 적정성 평가, 국민이 이용하기 편한 병원정보 서비스 등을 통해 국민건강 증진에 기여해왔습니다.

건강보험심사평가원이 20주년이 된 지금, 우리나라는 코로나19라는 미증유의 감염병 위기에 처해 있습니다. 건강보험심사평가원도 가용한 모든 자원과 역량을 동원하여 코로나19 극복에 큰 역할을 수행하고 있습니다.

'포스트 코로나 시대'라는 말이 나올 정도로, 코로나19는 사회 전 분야에서 많은 변화를 가져올 것으로 예측되고 있습니다. 우리나라 의료보장체계의 한 축을 담당하고 있는 건강보험심사평가원도, 앞으로의 보건의료 환경의 변화를 미리 대비하고, 바람직한 변화를 선도해 나가야 할 것입니다.

이런 의미에서 그간의 장정을 담은 〈건강보험심사평가원 20년사〉 발간은 새로운 20년을 열어가는 출발점이라 할 수 있을 것입니다.

국민건강보험은 우리 국민의 건강보장을 위해 1977년 의료보험제도로 출발해 40년의 역사를 쌓아왔습니다.

그 동안 우리의 건강보험은 OECD 주요국을 비롯해 전 세계가 부러워하는 선진 사회보장제도로 자리매김하였습니다.

특히 건강보험심사평가원은 2000년 7월 1일 출범한 이래, 의료서비스 제공을 둘러싼 이해관계자와의 적극적인 소통으로 심사·평가의 전문성을 제고하고, 건강보험 보장성을 확대해 모든 국민이 건강하고 행복한 삶을 누리도록 각고의 노력을 기울여 왔습니다.

2017년 3월에는 세계 최초로 한 국가의 건강보험시스템을 외국에 수출하는 '바레인 국가건강보험시스템 개혁 협력 프로젝트' 계약을 성사시켰고, 2년여 만에 성공적으로 완수하였습니다.

이 프로젝트의 성공은 우리 건강보험 제도의 글로벌 경쟁력을 확인하고 한 단계 더 제고하는 토대가 되었습니다.

이밖에도 이번에 발간하는 〈건강보험심사평가원 20년사〉에는 건강보험심사평가원이 걸어온 지난 20년의 생생한 역사가 담겨, 그 의의와 가치를 되짚어볼 수 있는 귀중한 자료로 활용될 것으로 기대합니다.

앞으로도 국민으로부터 나온 건강보험 재정이 제대로 쓰였는지, 의료서비스의 질은 적절했는지를 공정하고 투명하게 관리하여 건강한 사회 조성에 힘써주시길 바랍니다. 나아가 그 경험과 노하우를 대외에도 전파하여 국제사회의 공통과제인 보편적 의료보장(UHC) 달성을 선도해 주시기를 희망합니다.

지난 역사의 토대 위에서 미래의 비전을 세우고, 주어진 과제를 충실히 수행하며 한 걸음씩 더 발전해 나간다면, 건강보험심사평가원이 국민의 복지향상과 건강증진에 헌신하는 준비된 국민의료평가기관으로 더욱 확고한 위상을 확립할 수 있으리라 확신합니다.

다시 한 번 건강보험심사평가원의 출범 20주년과, 20년사 발간을 축하드립니다.

감사합니다.

2020년 12월 30일

보건복지부장관 권 덕 철





건강보험심사평가원, 스물

국민과 함께한 20년, 세계를 선도할 20년

VOL.1 **HISTORY BOOK**

발간사 2

축사 4

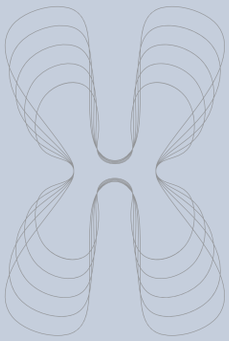
타임라인 10

특별기획 코로나19 징비록 512

현황화보 520

창립 20주년 인터뷰 548

부록 554



창립전사 **의료보험제도 도입과 진료비 심사기구 설립 노정** (1977~1999)

1. 의료보험제도 도입으로 의료보장의 여명을 밝히다 18
2. 전 국민 의료보험 시대가 열리다 30
3. 의료보험에서 국민건강보험으로 제도가 개편되다 36

통사 **제1장 건강보험심사평가원의 출범과 정착** (2000~2003)

제1절. 논란과 갈등을 딛고 심사평가 전문기관을 설립하다 41
제2절. 심사수요 증가로 전산심사를 기획하다 49
제3절. 적정성 평가사업 추진으로 양질 의료서비스의 초석을 다지다 58
제4절. 데이터웨어하우스시스템 구축으로 보건의료 통계의 중추에 서다 63

제2장 심사 · 평가 전문기관으로서의 기능과 역할 확대 (2004~2008)

제1절. 자율 · 예방 중심으로 심사 패러다임을 바꾸다 71
제2절. 의료 평가체계를 재정비하다 79
제3절. 신의료기술 상대가치점수 개정 82
제4절. 근거중심 의학체계 도입으로 심사 · 평가 과정의 투명성과 공정성을 강화하다 85
제5절. 의약품 안전사용과 유통정보 관리 체계를 마련하다 88
제6절. 전산심사를 통해 심사의 과학화를 꾀하다 92
제7절. 정책개발 연구로 미래 보건의료를 견인하다 97
제8절. 심사평가원의 국제적 역할 102

제3장 바른 심사, 바른 평가로 기관 신뢰도 확보 (2009~2012)

제1절. DUR 시범사업으로 국민건강을 지키다 107
제2절. 창립 10주년, '2020 뉴 비전' 정립으로 미래를 향해 도약하다 118
제3절. 진료비청구포털시스템 서비스 개시로 진료비 청구 편의를 향상하다 124
제4절. 자동차보험 진료비 심사수탁으로 국민의료비 심사기관으로 발돋움하다 131
제5절. 환자분류체계 업무 신설로 심사평가 기준의 영점을 맞추다 138

제4장 원주시대를 열며 혁신하는 건강보험심사평가원 (2013~2017)

제1절. 정부3.0 정책에 발맞춰 보건의료 공공데이터 공개를 확대하다 147
제2절. HIRA ICT 시스템의 글로벌 브랜드화를 추진하다 160
제3절. 종합병원 지원업무 이관으로 현장중심 심사를 강화하다 166
제4절. 원주 신사옥 이전으로 글로벌 원주시대를 열다 174

제5장 국민을 향한 포용적 복지를 위한 의료체계 강화 (2018~2020)

제1절. HIRA ICT 시스템 수출로 대한민국 보건의료체계의 우수성을 세계에 알리다 187
제2절. 비급여 관리체계 구축으로 건강보험 보장성을 강화하다 195
제3절. 환자중심 의학적 근거기반의 심사 · 평가체계 개편으로 균형적 발전에 돌입하다 206
제4절. 신종감염병 위기대응체계 정립과 고도화로 사회안전망을 확충하다 215

제6장 윤리 및 인권중심 경영으로 신뢰받는 기업문화

제1절. 투명하고 공정한 윤리경영으로 기관의 가치를 올리다 227
제2절. 차별과 배제 없는 평등한 인권경영을 실현하다 242
제3절. 일과 가정의 양립을 지향하여 가족친화 조직문화를 조성하다 248

제7장 진심을 전하고 행복을 함께하는 나눔문화

제1절. 건강한 국민과 건강한 의료문화를 위해 진심을 다하다 261
제2절. 지역사회와 대한민국의 행복을 위해 나눔을 선도하다 270

창립전사

1977-1999

의료보험제도 도입과 진료비 심사기구 설립 노정

1. 의료보험제도 도입으로 의료보장의 여명을 밝히다

2. 전 국민 의료보험 시대가 열리다

3. 의료보험에서 국민건강보험으로 제도가 개편되다

1.

의료보험제도 도입으로 의료보장의 여명을 밝히다

의료보험의 필요성

건강보장은 최소한의 의료비 부담으로 보건의료에 대한 접근성을 보장하려는 사회적 제도이다. 질병 발생으로 인한 개인 부담능력의 한계와 위험성을 극복하고, 국민의 건강수준을 향상시키는 것을 목표로 한다. 건강보장은 각종 위험으로 인한 소득상실에 대비하는 소득보장과 함께 사회보장을 구성하는 주요 제도이다. 과거에는 질병으로 인한 소득중단에 대처하는 경제보장과 치료비 지출에 대비하는 의료비 보장 역할을 하는 '의료보장'을 중시하였다. 최근에는 만성질환 등 상병구조의 변화에 따라 질병치료에서 한 단계 더 나아가 질병 예방 및 건강증진을 목표로 '건강보장'이라는 광의적인 개념이 등장하였다. 2000년 '의료보험'에서 '국민건강보험'으로 명칭을 변경한 의의가 여기에 있다.

건강보험은 의료비용을 지불해주는 보험의 한 형태이다. 넓은 의미로는 장애, 장기 요양 및 관리를 포함하기도 한다. 정부가 지원하는 사회보험을 통해 제공될 수도 있고, 공동체가 구성원을 위해 가입할 수도 있으며, 개인적으로 가입할 수도 있다. 가입자 개인이나 단체는 보험료 또는 세금을 내어 불시에 닥친 높은 의료비로부터 자신을 지킬 수 있다.

국민건강보험제도는 생활상의 질병 · 부상에 대한 예방 · 진단 · 치료 · 재활과 출산 · 사망 및 건강 증진에 대하여 보험급여를 실시한다. 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진하고자 보험의 원리를 이용하여 의료비의 지출 부담을 가입자 모두에게 분산시켜 국민 생활안정을 도모하기 위한 사회보험이다. 국민건강보험제도는 강제가입이 가장 큰 특성이다. 피보험

자에게는 보험료 납부 의무가 있고, 국가 또는 보험관리자에게는 보험료 징수의 강제성이 부여된다. 국가가 보험의 주체가 되어 부담능력에 따른 보험료의 차등부담(형평부과)과 보험급여의 균등한 수혜를 관리한다.

의료보험의 세계적 추이

현재와 같은 국가 제도로서의 건강보장은 18세기 말에서 19세기 말에 걸쳐 그 기틀이 마련되었다. 북유럽과 러시아 중심의 국가주도 모형과 독일을 중심으로 한 사회보험 방식으로 발전하여 왔다. 우리나라 건강보장제도는 사회보험 방식의 영향을 받았다.

1883년 독일의 비스마르크는 건강보장제도로서 사회보험을 도입하였다. 산업화로 인해 임금노동자의 수가 많아지고, 이들이 질병으로 일을 할 수 없을 경우 이들의 소득을 보전할 수단이 필요했다. 보험료 납부가 가능한 대규모의 노동자 증가는 국가제도로서의 사회보험 성립의 바탕이 되었다. 독일형 건강보험제도는 오스트리아(1887년), 노르웨이(1902년), 영국(1910년), 프랑스(1921년) 등 1930년대 초반까지 대부분의 유럽국가로 확산되었다. 라틴아메리카 국가들은 아르헨티나 등이 19세기 말부터 의료보험을 실시하여 브라질(1923년), 칠레(1924년), 멕시코(1925년), 에콰도르(1935년), 페루(1936년) 등으로 이어졌다. 1926년 일본이 임금노동자 중심의 건강보험을 실시하였다. 1950년대 대만은 노공보험(勞公保險)으로 건강보장제도를 도입하였다. 우리나라는 1963년 12월 16일 「의료보험법」을 제정하였고, 1977년 본격적인 의료보험을 시작하였다.

1945년 집권한 영국 노동당 정부는 1946년 국가보건서비스(NHS, National Health Service)의 입법화에 성공하였다. 국가의 일반재정으로 의료재정을 조달하는 국가보건서비스제도로 전환이 이루어졌다. 자본주의를 유지하면서도 조세를 재원으로 무상의료를 보장하는 제도가 시행된 것이다.

현재 건강보장제도 분류는 재원 조달 방식에 따른 분류기준을 가장 많이 사용하고 있다. 독일식 국민건강보험(NHI, National Health Insurance)과 영국식 국가보건서비스의 구분도 재원조달 형태로 분류하고 있다.

국민건강보험 방식은 개인이 납부하는 보험료를 주요 재원으로 하는 건강보장제도이다. 보험재정의 낭비를 줄이고 지속가능성을 높이고자 대부분의 국가에서 의료서비스 이용 시 본인일부부담금을 부과하고 있다. 한국, 독일, 프랑스, 일본 등이 이 방식을 운영하고 있다.

국가보건서비스는 국민 의료를 국가가 책임져야 한다는 관점에서 조세를 재원으로 모든 국민에게 국가가 직접 의료를 제공하는 방식이다. 의료기관의 상당 부분이 국유화되어 있다. 대체로 본인일부부담금 비율이 낮은 무료의료(Free Medical Care)를 지향한다. 부담의 형평성 면에서는 사회보험형보다 우수하지만, 의료의 질 저하 및 관리운영상의 비효율이 나타날 수 있다.

우리나라 의료보험제도를 연 「의료보험법」 제정

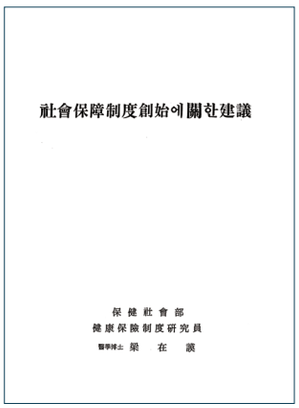
1948년 8월 15일 대한민국 정부가 수립된 직후 의료보험제도를 비롯한 후생행정에 관한 첫 조사 연구가 수행되었다. 조선시대와 일제강점기를 지나는 동안 국민복지가 구빈(救貧)정책에 머물러 있었던 데 비하면 '사회보장제도'라는 용어가 등장하게 된 것은 새로운 민주국가를 건설하려는 의지가 반영된 커다란 진전이었다. 그러나 한국전쟁의 발발로 국가건설과 더불어 사회보장의 꿈을 유보해야만 했고, 전쟁의 여파로 국토재건과 응급구호에 치중할 수밖에 없어 의료보장의 길은 멀어져만 갔다.

어려운 여건 속에서도 의료보장을 향한 도전이 시작되어 1955년 의료보험조합 방식으로 운영되는 부산노동병원이 설립되었다. 이후, 전국 규모의 사단법인 한국노동병원으로 출범하는 한편 1959년 8월 의료보장을 중심으로 한 사회보장제도 도입을 정부에 건의하였다.

1959년 10월 보건사회부 의정국 주관으로 '건강보험제도 도입을 위한 연구회'가 발족되면서 정부 차원의 의료보장이 태동하였다. 매주 목요일 열렸던 이 연구회는 우리나라 사회보장제


韓國 醫療 保險制度 導入에
關한 見解
目 次
槪 要

1960 서울대 의대 엄장현 교수의 '한국 의료보장제도 도입에 관한 견해'


社會保障制度創始에 關한建議
保 健 社 會 部
保 健 保 險 制 度 硏 究 員
醫學博士 梁 在 謨

1961 연세대 의대 양재모 교수의 '사회보장제도 창시에 관한 건의서'

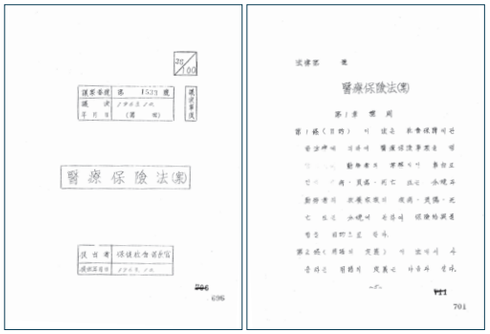
도 연구의 효시이자 이후 다양한 제도의 이정표였다. 노동국은 실업 및 노동재해보험을, 사회국은 공적부조(公的扶助) 연구를 착수하였다.

연구회는 재외 공관을 통해 외국의 참고자료를 입수하고 국내 여건에 맞는 연구결과를 제시하였다. 1960년 자문위원 엄장현 교수(서울대 의대)가 '의료보험제도 도입에 관련된 제문제에 관한 견해 및 예비권고'를 통해 사회보장제도심의위원회 설치를 제안하였다. 1961년에는 양재모 교수(연세대 의대)가 '사회보장제도 창시에 관한 건의'를 정부에 공식 제출하였다. 선구적인 내용의 이 건의서들은 구체적인 의료보험 시행계획을 담은 최초의 보고서로서 의료보험법 제정과 의료보험 탄생의 토대가 되었다.

4 · 19혁명 이후인 1960년 12월, 장면 총리 주관으로 전국종합경제회의가 열리면서 사회보장제도 수립에 대한 본격적인 건의가 시작되었다. 5 · 16군사정변으로 집권한 정부는 정치적 정통성 확보와 민심 수습책의 일환으로 국민 생활안정을 위한 각종 사회 입법 활동에 적극 나섰다. 1960년 「공무원연금법」, 1961년 「생활보호법」 및 「아동복리법」 제정과 1961년 제1차 경제개발 5개년계획에 반영하기 위해 '의료보험제도 5개년계획' 시안 작성 등이 그 결과물이었다. 1962년 3월 20일 대통령령 제469호로 「사회보장제도심의위원회 규정」이 제정되어 사회보장제도심의위원회(초대 심의위원장 : 최국진 보건사회부 차관)가 발족하였다. 사회보장제도심의위원회는 산하에 의료보험반을 포함한 총 4개반을 구성하여 분야별로 본격적인 연구에 착수하였다. 1963년 11월과 12월에 「사회보장에 관한 법률(법률 제1437호)」, 「산업재해보상보험법(법률 제1438호)」, 「의료보험법(법률 제1623호)」 등 사회보장 3개 법안이 잇달아 제정, 공포되면서 사회보장제도의 기틀이 마련되기 시작하였다.



1960 장면 총리 주관으로 열린 전국종합경제회의



1963 사회보장제도심의위원회가 작성한 '의료보험법(안)'

1963년 12월 16일 제정 · 공포된 「의료보험법(법률 제1623호)」이 우리나라 의료보험제도를 열었다. 이듬해인 1964년 6월 5일 동법 「시행령(대통령령 제1832호)」이, 10월 27일 동법 「시행규칙(보건사회부령 제145호)」이 각각 제정되었다. 그리고 1964년 6월 29일 「의료보험심사규정(대통령령 제1858호)」, 1964년 11월 30일 「의료보험심사규정시행규칙(보건사회부령 제149호)」, 1964년 12월 20일 「의료보험요양급여기준(보건사회부 예규 제210호)」 등 하위법령이 잇달아 제정됨으로써 비로소 의료보험제도가 시행되는 법적 기반을 갖추게 되었다.

의료보험조합 설립과 강제 의료보험제도 시행

국내 최초로 제정된 「의료보험법」은 피고용자만을 대상으로 한 임의 가입제도를 택하였던 탓에 유명무실한 면이 있었다. 정부는 시범사업장 선정기준을 정한 다음 정부관리 기업체를 대상으로 후보 사업장을 선정하여 의료보험 시행을 권고하였다. 하지만 시행에 나서는 업체가 없었는데 의료보험에 대한 인식부족과 보험료 부담 등이 그 이유였다.

서울 종로구의 현대병원에서 자신이 주축이 되어 7개 사업장이 공동으로 의료보험조합을 설립하겠다는 의사를 표명하였다. 실태조사를 마친 정부에서 설립을 인가하여 1965년 4월 23일 국내 최초의 의료보험조합이 설립되었다. 그러나 사업주와 피보험자 모두 보험료 납부에 소극적이어서 조합은 그해 11월 인가 취소되고 말았다. 이후 전남 나주의 호남비료 의료보험조합, 봉명흑연광업소 의료보험조합, 대한석유공사 의료보험조합 등이 잇달아 설립되었으나 낮은 인식 수준과 높은 보험료 부담으로 인해 사회보험 역할 수행에 한계가 많았다.

1965년 외국인을 대상으로 한 전주 예수병원 중심의 대한의료공제회가 최초의 자영자 임의

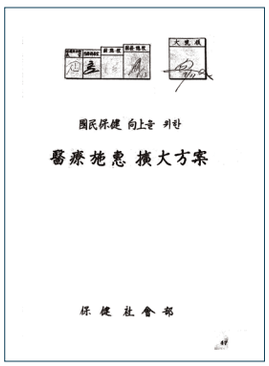
조합으로 설립되었고, 1968년에는 부산복음병원 중심의 부산청십자의료보험조합이 설립되었다. 이후 1973년 옥구청십자의료보험조합, 1974년 협성의료보험조합, 1975년 증평메리놀의료보험조합, 1977년 삼화의료보험조합 등이 잇달아 설립인가를 받았다.

정부가 일부 국고지원을 했지만 재정책임이 온전히 조합의 몫이어서 임의 의료보험조합은 어려움이 컸다. 대부분의 조합들이 재정자립도가 낮아 적자상태였고, 법체계 기준 미흡과 재정난의 이중고로 의료보험조합 본연의 역할을 수행하지 못했기에 임의 가입제가 아닌 사회보험 방식 채택으로 해결해야만 하였다.

제1차 경제개발 5개년계획의 순조로운 진행과 생활수준 향상으로 의료보험에 대한 국민적 기대가 높아지는 가운데 1968년 오원선 의원 외 40인이 피용자 강제적용을 골자로 한 의료보험법 개정안을 의원입법으로 국회에 상정하였다. 근로자 대상의 임의 가입에서 전 국민으로 적용대상을 확대하고, 공무원과 군인은 강제 적용하게 한 점에서 매우 획기적인 발안이었다. 그러나 사업시행에 대한 정치적 결단이 보류되어 하위법령이 미비 되면서 1976년 제2차 개정 때까지 이 개정안은 표류하게 되었다.

정부는 1972년 9월 26일, 의료보험의 단계적 실시계획을 확정 · 발표하였고, 1973년부터 월평균 임금 3만 원 이상의 국영기업 및 은행에 당연적용 의료보험을 시행하였다. 500인 이상 일반사업체는 사업주와 근로자가 협의해 의료협동조합을 구성 · 운영하게 한 것이었으나 1972년 '10월 유신'으로 그 시행이 보류되었다.

개정법은 이처럼 표류하였으나 의료보험에 대한 국민의 인식수준은 높아졌다. 당시 북한이 남한의 취약한 의료실태를 국제사회에서 비난하는 등 '선 경제성장, 후 복지'라는 전략으로 강제 의료보험제도를 유보할 수만은 없는 상황이었다. 1975년 12월 취임한 보건사회부 신현확 장관은 대통령을 설득하여 강제 의료보험제도 시행의 최종 재가를 받았다.


國民保健 向上을 期한
醫療施惠 擴大方案
保 健 社 會 部

1976 '국민보건 향상을 위한 의료시혜 확대 방안'

정부는 1976년 9월 13일 '국민보건 향상을 위한 의료시혜 확대 방안'을 수립 · 발표하고, 10월 12일 연이어 「의료보험법」 제2차 개정안을 국회에 제출하였다. 이 개정안은 1976년 12월 22일 법률 제2942호로 공포되었다.

전문이 개정된 「의료보험법」은 제1차 개정법에 비해 많이 바뀌었다. 하지만 사회보험 방식, 강제적용, 노사 공동부담, 조합방식 등의 제도 골격은 그대로 유지되어 정책 실행에 대한 강한 의지가 표명되었다. 개정 「의료보험법」은 피보험자를 국내에 거주하는 국민으로 하되 「공무원 · 군인 및 사립학교교직원연금법」의 해당자와 생활보호법 적용자는 제외하였다. 이는 국민의료보장의 법체계를 공적 부조에 의한 의료보호, 일반 직장 및 자영자 의료보험, 공무원 · 교직원의료보험으로 3원화한 것이었다. 사업장 근로자를 제1종피보험자로, 지역주민 등

제1종피보험자 외의 자를 제2종피보험자로 규정하여 그 대상을 이원화하였다. 또한 500인 이상 사업장에 대한 강제적용을 명시하고, 중앙의료보험조합연합회를 설립해 조합 보험재정의 위험 보장과 의료시설 및 복지시설 설립 · 운영을 가능하게 하였다. 피보험자 자격과 보험료 및 보험급 등에 대한 불복을 의료보험심사위원회에 청구하는 등의 제도를 규정하여 본격적인 직장의료보험시대가 열리게 되었다.

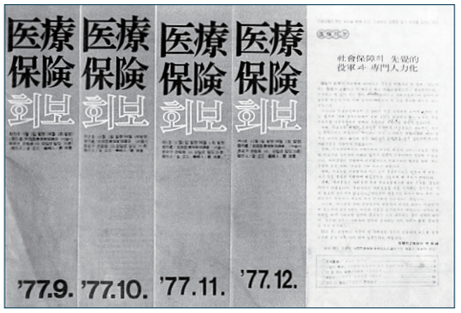
전국의료보험협의회의 발족과 보험급여의 개시

개정 「의료보험법」의 공포 이후, 제도 시행을 위한 시행규칙 개정과 진료수가 및 요양급여 기준 제정 등 제도적 기초가 마련되었다. 또 전국경제인연합회가 의료보험사업 전개를 자임하고 나서면서 1977년 1월 13일 의료보험협의회를 발족시켰다. 보건사회부가 의료보험조합 설립 지원 주체로 공식인정한 의료보험협의회는 의료보험 시행 전반에 대한 의사조정기구로서 기능하였다. 협의회의 사무국을 의료보험조합설립추진본부로 개편해 의료보험조합 설립에 필요한 지침과 자료의 제작, 설립 준비요원의 교육훈련, 요양취급기관의 지정계약 등에 이르는 제반 작업을 수행하였다.

1977년 7월 1일 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 의료보험이 시작되면서 전국 486개 의료보험조합이 설립되고 의료보험급여가 개시되었다. 의료보험협의회는 곧바로 「의료보험법」 제27조에 의한 중앙의료보험조합연합회의 출범을 준비하였다. 1977년 11월 28일 사단법인 전국의료보험협의회(회장 : 김입삼)로 재출범하여 의료보험조합과 모기업, 의료단체 및 기타 유관단체를 회원으로 하고 지도급 인사 37명으로 이사회를 구성해 법적 지위를 갖추게 되었다.



1977 전국의료보험협의회 제1차 이사회



1977 전국의료보험협의회가 발행한 최초의 월간지 '의료보험회보'

전국의료보험협의회는 초창기 제도 시행 정착을 위해 수요상담회를 개최하였다. 정부와 지방행정기관, 의료계 및 조합실무자 등 전문가들이 의료보험사업 추진과정에서 겪는 제반사항을 협의하고 상호 정보를 교환하는 장을 펼쳤다. 그리고 전국의료보험조합 임직원을 대상으로 한 정규교육과정 개설로 사회보장제도 확대, 발전을 위한 전문 인력을 양성하였다. 이외에 1977년 9월 '의료보험회보'와 1978년 7월 월간 '의료보험'을 창간하여 의료보험에 대한 범국민적인 인식제고에 기여하였다.

1977년 12월 31일 정부는 법률 제3081호로 「공무원 및 사립학교 교직원의료보험법」을 제정 · 공포하였다. 이에 따라 1978년 1월부터 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단(이하 공 · 교공단)이 업무에 들어갔다. 피보험자 수는 공무원 약 63만 명, 사립학교 교직원 약 7만 명 등 총 70만 명 규모에 부양가족은 300만 명에 달하였다. 공 · 교공단은 보험료 총액이 매월 430억 원을 넘어 전국 최대 규모의 보험자 조직으로 발전했는데, 공 · 교공단은 진료비 심사위원회를 구성하여 효율적으로 업무를 관장하였다. 1979년 12월에는 적용대상을 확대해 군인 가족 및 사립학교 경영기관 직원까지 포함하는 개정안이 공포되었다. 이로써 사립학교 재단에 근무하는 직원과 부양가족 약 2,000명, 장기하사 이상의 군인 가족 약 45만 명이 공 · 교의료보험 혜택을 받게 되었다.

300인 이상 사업장 적용 확대와 제도 정비

전격 시행된 직장의료보험은 요양취급기관 지정, 진료비 청구사무의 복잡성, 진료수가 적정성, 의료전달 체계 미비, 보험환자에 대한 불친절, 보험재정 불균형, 진료비 심사 지급의 공정성과

신속성 등 운영상의 다양한 문제가 드러났다. 이에 전국의료보험협의회는 1978년 말 현행제도의 문제점과 세부 대책 등을 담은 '의료보험제도 개선을 위한 건의서'를 정부에 제출하였다. 같은 시기, 한국노동조합총연맹에서도 본인부담률 경감과 보험급여 국고 부담 확대를 골자로 한 법령 개정안을 제출하였고 이 건의서들은 제3차 「의료보험법」 개정에 많은 영향을 미쳤다.

보건사회부는 300인 이상 사업장으로 적용범위를 확대하고 요양취급기관을 일괄 지정하는 등의 주요 내용으로 3차 개정안을 국회에 제출하였다. 1979년 4월 17일 이 개정 법안이 공포되었다. 이로써 의료보험 적용대상 300인 이상 사업장 확대, 보험료 미납 시 연체금 징수, 요양취급기관의 일괄지정, 요양급여기준 및 요양급여비용 산정기준 위반 시 제재조치 등의 규정으로 운영의 효율성이 높아졌다.

1979~1980년의 정치적 격변은 의료보험제도 운영에도 많은 영향을 미쳤다. 300인 이상 사업장 확대적용으로 전국의 의료보험조합 수가 크게 증가하였다. 정부의 실태조사로 전체 조합의 22%인 130여 개 조합의 재정이 극도로 취약한 것이 드러났다. 이에 정부는 3,000명 미만의 조합 통폐합을 결정하고 1980년 1차 조합 통폐합으로 92개의 조합이 폐쇄되었다.

또 정부는 전국의료보험협의회와 공 · 교공단의 일원화도 추진했는데, 전국의료보험협의회와 전경련 등 경제 5단체, 한국노동총연합회와 언론의 반대에 부딪혀 이 계획을 유보하였다. 대신 정부는 1981년부터 2차 조합 통폐합을 추진하였다. 같은 해 4월 피보험자 3,000명 미만의 단독조합 233개를 통폐합하여 2~3만 명 규모의 지구공동조합으로 설립하는 방침을 세웠다. 이로써 1981년 5월 전국적으로 186개의 대형조합이 새로 출범하게 되었다.

의료보험제도는 역대 정권들이 국민의 지지를 얻기 위한 수단으로 사용되기도 해서 사업자 적용 확대 및 농어촌 지역의료보험 시행은 정치적 영향을 받은 것도 사실이었다. 직장의료보





1979 300인 이상 사업장조합 설립 사업장 실무자교육 — **1980** 조합 통폐합에 따른 서울 · 경기 지구조합 특별간담회

험 적용대상 확대와 공 · 교공단 설립으로 300인 이상 사업장의 직장인과 공무원 교직원들이 안정적인 혜택을 받게 된 것과 달리 소외계층과 저소득층의 불만은 높아질 수밖에 없었다.

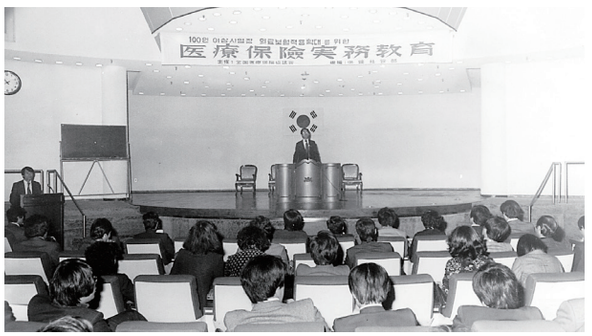
1980년 국가보위비상대책위원회는 「의료보험법 시행령」을 개정해 직장의료보험 적용대상을 100인 이상 사업장으로 확대하였다. 1980년 8월 기준 새로 적용받게 된 대상은 시 · 도별 100인 이상 300인 미만 사업장 2,240곳에 총 36만 3,520명의 근로자들이었다.

그해 8월 '저소득층에 대한 의료시혜 확대방안'을 수립하고 12월 「농어촌 보건의료를 위한 특별조치법」을 제정하였다. 1981년 3월에는 지역의료보험 시행을 준비하면서 「의료보험법」 4차 개정안이 국회에 제출되었다. 불과 3개월 뒤인 7월부터 강원 홍천군, 전북 옥구군, 경북 군위군을 대상으로 시범사업이 시행되었다. 보험료 부담에도 불구하고 의료환경이 개선되지 않는다는 인식 때문에 3곳의 보험료 징수율이 44~71%대에 그치는 등 문제점이 드러났다.

1982년 7월 경기 강화군, 충북 보은군, 전남 목포시에서 2차 시범사업을 시행한 정부는 농어촌 전 지역 의료보험 확대를 위해 지속적인 경험을 쌓아나갔다.

1981년 초, 의료보험관리기구 일원화가 여론의 반대에 부딪치자 정부는 「의료보험법」에 규정된 연합회의 기능을 수행할 법정 보험자단체 설립이 필요하다고 판단하였다. 잠정적 기구였던 사단법인 전국의료보험협의회를 중앙의료보험조합연합회로 대체 설립할 방침을 굳혔다.

1981년 8월 보건사회부는 전국 196개 의료보험조합에 대해 9월까지 의료보험법 제27조에 의한 중앙의료보험조합연합회를 설립할 것을 명하고, 전국의료보험협의회에 연합회 설립 지원을 의뢰하였다. 9월 임시총회를 개최한 전국의료보험협의회는 '전국의료보험협의회를 발전적으로 해체하고 중앙의료보험조합연합회를 설립할 것'을 만장일치로 통과시켰다. 그리고 즉석에서 중앙의료보험조합연합회 설립총회를 개최하였다.



1980 100인 이상 사업장 의료보험 적용확대를 위한 실무교육 실시



1981 중앙의료보험조합연합회 설립총회

1981년 10월 중앙의료보험조합연합회(초대 회장 : 김학묵 삼부토건조합 대표이사)가 현판식을 갖고 공식 출범하였다. 연합회는 해산과 설립의 형식을 취했지만 사실상 전국의료보험협의회의 권리와 의무를 포괄 승계하여 정통성을 이어갔다. 이와 함께 진료비공동심사위원회가 설치되었다. 1981년 9월 보건사회부가 협의회와 공 · 교공단에 의료보험 심사업무 지침을 시달하였고, 10월에는 연합회와 공 · 교공단 관계자가 첫 모임에서 심사기준 통일안 등 공동심사위원회 발족을 논의하였다. 2차 회의에서는 위원장 등 상근위원 선출과 진료비공동심사위원 105명 위촉, 내과 · 신경정신과 · 일반외과 등 20개의 분과위원회를 결성하였다.
의료보험진료비 심사를 이원화된 기구가 서로 다른 심사기준으로 실시하여 의료기관으로부터 많은 비판을 받아왔다. 진료비공동심사위원회의 설치는 이런 논쟁을 종식시키고 의료보험관리기구 일원화를 향한 중요한 시금석이 되었다.

거듭되는 「의료보험법」 개정과 사업장 적용 확대

1981년 12월 31일 「의료보험법」 제5차 개정 및 「공 · 교의료보험법」 제3차 개정이 이루어졌다. 「의료보험법」 제5차 개정에서 중앙의료보험조합연합회의 명칭을 의료보험조합연합회로 변경하였다. 또한 연합회의 기능을 강화하는 재정조정사업, 의료시설 및 복지시설의 설치 운영 등에 대한 구체적인 규정들이 추가되었다. 1982년 12월 21일에는 16인 이상 사업장에 대한 적용 확대가 「의료보험법 시행령」 개정(대통령령 제10959호)으로 확정되었다. 이미 16인 이



1981 제1회 진료비공동심사위원회 회의

상 100인 미만 사업장의 근로자 81%가 임의적용을 받고 있던 상황에서 보건사회부는 나머지 19%의 재정 부족 사업장에 대하여 당연적용 유예조치를 취하였다. 이 무렵 한방의료보험 시범사업도 개시되었다. 보건사회부는 1977년 의료보험 출범 당시부터 한방의료 포함을 주장했던 대한한의사협회의 건의를 수용하여 1982년 11월 시범사업을 실시하기로 방침을 정하였다. 1984년 12월 1일부터 충북 청주시와 청원군을 대상으로 2년간 시행된 시범사업의 결과가 매우 긍정적으로 나타나, 1987년 2월 한방의료보험은 26개 처방을 대상으로 전국에 걸쳐 확대 실시되었다.

1980년대 중반을 지나며 의료보험제도는 요양급여기준, 진료수가기준, 보험약가제도 등 급여제도가 보완 발전되었다. 심사지급업무에서는 1985년 12월부터 평균 건당진료비 75% 수준 이하의 1,768개 기관에 대해 심사를 생략하고 진료비를 지급하는 경향심사제도를 도입하여 효율성을 높였다. 현지 지도방문인 '실사'를 통해 과잉진료 성향을 억제할 수 있었다. 진료비 청구명세서를 기준으로 진료 및 청구내용을 대조해 부당 또는 허위사실이 확인되면 부당 및 과다징수금액을 환수하였다. 보건사회부의 처분기준에 따라 경고 또는 요양취급기관지정 취소 등의 처분이 내려졌다.

1981년 12월 「의료보험법」과 「공 · 교의료보험법」 개정을 기해 행정심판기구인 의료보험심사위원회가 의료보험연합회와 공 · 교공단에 각각 설치되었다. 지역의료보험 시행 이전인 1987년까지 의료보험심사위원회는 피보험자 자격 여부를 가장 많이 심사하였다. 전 국민 의료보험이 시행된 1989년 이후에는 실질적 수급권 침해 여부를 다루는 보험급여에 관한 분쟁을 주로 취급하게 되었다.

2.

전 국민
의료보험 시대가 열리다

전 국민 의료보험 시대 개막과 심사지급체계 일원화

1985년 우리나라 의료보장 인구가 전체의 절반을 넘어서면서 의료보장 계층과 비보장 계층 간의 차별성이 점차 사회문제화 되었다. 이에 정부는 1986년 9월 '국민복지증진대책'을 통해 1988년 농어촌지역, 1989년 도시지역에 의료보험을 확대 시행하겠다고 밝혔다. 전 국민 의료보험 실시계획은 1988년 1월부터 실시된 국민연금제도와 함께 당시 제6차 경제사회발전 5개년계획에 담긴 사회보장 사업의 핵심이었다.

정부는 1987년 11월 1일 전국 134개 군에 지역의료보험조합을 설립한 데 이어 1988년 1월부터 기초지방자치단체별로 조합을 구성해 강제 적용하는 방식의 농어촌의료보험을 전면적으로 시행하였다. 보험료 부과는 소득, 재산, 피보험자 및 세대 등 4개 요소를 기준으로 지역 실정에 맞게 적용하도록 하였다. 시행초기의 가장 큰 관심사는 보험료 징수율이었는데 첫 달에는 47.6%에 불과했으나 집중적인 홍보 결과 1년 후인 1989년에는 90%를 기록할 수 있었다.

정부는 도시지역에도 의료보험 시행을 준비하였다. 1989년 1월부터 시행하고자 했던 110개 시 · 군 단위의 전국도시지역의료보험조합 설립 계획은 정권교체기를 맞아 신정부가 출범하면서 일단 백지화되었다.

신정부는 1988년 5월 국민의료정책심의위원회를 설치하였다. 6월에는 서울특별시, 각 직할시, 구가 있는 일반 시 등 8개 대도시는 시 단위로, 52개 지방중소도시는 인근 군과 통합하여



1987 도시지역 의료보험 확대 실시를 위한 지역실태 조사교육

조합을 설립하는 광역화 방침을 정부안으로 발표하였다. 그러나 1988년 4월 총선에서 여소야대 정국이 형성되면서 정부안과 별도로 당시 야당과 대한의학협회 등에서 독자적인 개정안을 마련하여 총 5개의 개정안이 국회에 제출되었다. 각기 다른 개정안에 대해 토론과 공청회를 거치면서 야당 단일안으로 제출된 「국민의료보험법」이 1989년 3월 국회 본회의에서 만장일치로 의결되었다. 하지만 의료보험연합회를 비롯한 정부, 여당, 재계, 언론 등의 반대에 부딪혀 1989년 3월 국회로 환부되었다가 1992년 6월 제13대 국회 임기가 만료되면서 자동 폐기되고 말았다.

정부는 현행법에 의거해 도시지역의료보험을 추진하기로 결정하였다. 많은 우여곡절과 진통 끝에 1989년 7월 1일 전국 114개 시 · 군 조합의 989만 8,000여 명을 대상으로 도시지역의료보험이 시행되었다. 1977년 의료보험이 첫 시행된 이후 불과 12년 만에 사회보험 방식의 전 국민 의료보험 시대가 개막한 것이다. 이렇게 우리나라의 의료보험제도는 국민보건을 위한 사회보장제도의 핵심으로 자리를 잡게 되었다.

전 국민 의료보험 실시를 앞두고 의료보험연합회와 공 · 교공단으로 나뉘어져 있던 관리체계와 진료비 심사지급 체계의 일원화가 추진되었다. 보건사회부는 1987년 11월 두 단체에 진료비심사기구 통합 지침을 시달해 공 · 교공단의 진료비심사업무를 1988년 1월 1일자로 의료보험연합회에 위탁하도록 하였다.

이 지침에 의해 진료비 심사기구가 의료보험조합연합회 중심으로 통합되어 심사지불제도 정



1989 전 국민 의료보험 시행 기념 오찬

착과 진료비 심사기준 표준화 등 체계적인 업무 토대가 마련되었다. 공 · 교공단의 진료비 심사기능 이관과 함께 204명의 인력이 의료보험연합회로 흡수되었다. 심사물량 증가에 대응해 136명의 신규 인력을 보충하여 의료보험연합회의 총 인원은 1,041명으로 늘어났다.

「의료보험법」 개정에 따라 1988년 1월 1일부터 '의료보험조합연합회'에서 '의료보험연합회'로 기관 명칭이 변경되었다. 1988년 3월 1일부터 공 · 교공단이 의료보험연합회 회원으로 가입되었다. 이로써 보험자와 보험자단체의 통합논쟁이 일단락되면서 의료보험연합회가 '의료보험의 중심'으로 자리 잡게 되었다.

1988년 7월 22일 「의료보험법 시행령」 개정으로 의료보험연합회의 상근심사위원 수를 7인 이내에서 10인 이내로, 비상근심사위원 수를 150인 이내에서 350인 이내로 늘렸다. 중앙진료비심사위원회와 지부별 지역진료비심사위원회를 구성하여 의료인 참여가 확대되면서 진료비 심사의 공정성과 객관성을 높였다. 1990년 6월 16일의 「의료보험법 시행령」 개정에서는 다시 비상근 심사위원 수가 500인 이내로 증원되었다.

새로운 시작을 위한 종합전산망 구축

1979년 8월 전국의료보험협의회의 전산시스템 도입과 1982년 9월 자체 전산시스템 가동으로 의료보험 업무의 전산화 기틀이 다져졌다. 이를 통해 의료보험연합회는 각 조합의 업무 전



1979 진료비 심사결과 전산화 작업

산화를 지원하는 동시에 자체 업무 전산화 개발에 박차를 가하였다. 국고 예산 범위 안에서 조합의 전산장비를 도입 설치해주면서 그 운영 프로그램도 일괄적으로 개발, 보급하였다.

의료보험연합회는 1993년부터 대도시 지역의료보험 전산운용 개선 조치의 일환으로 의료보험 종합전산망 구축을 추진하였다. 이 사업은 보건사회부가 의료보험전산화추진기획단을 구성해 지원했던 국가 프로젝트였다.

의료보험연합회는 1995년 10월 의료보험 종합전산망 실행 기본(안)을 보건복지부(1994년 12월 보건사회부에서 보건복지부로 명칭 변경)에 보고하고 승인을 요청하였다. 이 안은 조합 전산시스템 개선, 자격관리 전산망 구축, 진료비 청구·심사 · 지급 전산화, 통계시스템 구축 등 4개 부문의 시스템을 구축하는 것이 골자였다. 보건복지부는 1996년 9월 이 사업을 승인하였다. 의료보험연합회는 자문위원회의 심의와 한국전산원의 기술검토를 받아 전담 사업자를 선정해 의료보험 종합전산망 구축사업을 추진하여 1999년 피보험자 자격망까지 갖춘 의료보험 종합전산망을 완성하였다.

의료보험연합회는 1994년 3월부터 서울지역 15개 의원급 요양기관을 대상으로 진료비 청구 · 심사의 전산화 시범사업을 추진하였다. 한국통신이 자체 개발한 전자문서교환(EDI) 방식을 이용한 진료비 청구 · 심사시스템을 도입하여 1996년 6월부터 적용하였다. 그해 말에는 수도권 지역 53개 병 · 의원을 대상으로 EDI 방식에 의한 상용 서비스를 시범 운영하였다. 연합회는 이 사업을 의료보험 종합전산망 구축사업과 연계하여 1999년 7월 전 요양기관으로 확대 시행하였다.



1995 의료정보망 시범서비스 개통

수가제도 발전을 위한 노력

1990년대에 들어서며 소득수준 향상과 인구의 노령화, 만성퇴행성질환의 증가 등 의료욕구가 증대되는 변화가 나타났다. 이에 발맞춰 보험급여 수준도 점진적으로 향상되었는데 요양급여 기간의 연장, 고가 장비의 보험급여 확대, 신기술의 보험급여 확대, 한방급여 범위의 조정, 요양급여기준의 변경 등에 걸친 것이었다.

진료수가기준이 점차 상향조정됨에 따라 의료보험연합회는 행위별수가제도의 문제점을 해소하기 위해 질병군(DRG, Diagnosis Related Group) 포괄수가제도 도입을 추진하였다. 질병군 포괄수가제도는 2002년 1월부터 8개 질병군(수정체 수술, 편도 수술, 충수절제술, 자연분만, 제왕절개 분만, 탈장 수술, 자궁 수술, 항문 수술)을 대상으로 본 사업을 시행하기로 하였다.

약가관리제도에도 약제비에 대한 실거래가 상환제도가 도입되었다. 실구입가와 고시가 간의 약가 차액이 요양기관에 귀속되는 구조적인 문제를 해소하고, 과다한 약가 차액을 노린 요양기관의 과잉투약을 근절하여 국민건강을 증진한다는 취지로 도입되었다. 보건복지부는 1999년 11월부터 종전의 고시가에 의한 약제비 상환방식을 개별 요양기관의 품목별 실구입가격에 기초한 실거래가 상환제도로 변경하였다. 의료보험연합회는 1999년 1월부터 의료보험 약가 관리업무를 담당함으로써 실거래가 도입에 중추적인 역할을 수행하였다.

전 국민 의료보험 실시를 기하여 의료보험연합회에서 일괄 지정하게 된 요양기관 지정제도는 1994년 1월 법률 개정으로 1차, 2차, 3차 또는 특수진료기관 지정이 명문화되었다. 요양



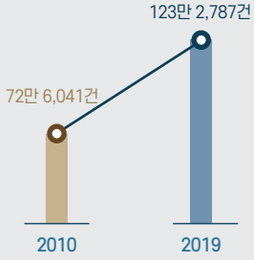
1996 DRG 지불제도 시범사업 설명회

취급기관 수는 지속적으로 증가하여 1996년 말 기준 5만 4,965개에 이르렀다. 진료비 심사 방법으로 자리를 굳힌 경향심사는 심사방법을 세부화한 후 의원급 경향심사제를 보완하였고, 1997년 9월부터 병원급 이상 요양기관도 경향심사제가 도입, 시행되었다.

요양기관 현지조사도 지속적으로 강화되었는데, 대상 선정기준과 조사방식을 보완하고 관련 업무를 전산화하는 등 보다 효율적인 관리감독이 시행되었다.

심사평가원 20년 톺아보기!

포괄수가제 청구 현황



포괄수가제 청구 건수는
2019년 123만 건으로 2007년 67만 건 대비
83.6% 증가

3.

의료보험에서 국민건강보험으로 제도가 개편되다

국민의료보험관리공단 출범

의료보험 통합을 선거공약으로 내세운 김대중 정부가 출범하면서 의료보험이 마침내 통합되었다. 1980년대 초반의 제1차, 1988년의 제2차 통합논쟁을 거치는 과정에서 실현되기 어려울 것이라는 예상을 뒤엎은 결과였다.

1997년 12월 31일 「국민의료보험법」이 법률 제5488호로 제정, 공포되었고, 이에 따라 「공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법」은 자동 폐기되었다. 1998년 10월 1일부터 전국 227개 지역조합이 공 · 교공단과 통합되어 국민의료보험관리공단으로 출범하였다. 1998년 2월 제1기 노사정위원회에서 의료보험 통합법의 연내 제정을 합의한 데 이어, 1999년 2월 8일에는 2002년까지 의료보험재정 완전 통합 시행을 골자로 하는 「국민건강보험법」이 국회에서 통과되었다.

그러나 직장의료보험조합 노조와 한국노총 등의 강력한 반대로 정부는 2000년 1월 1일부터 시행하려던 완전통합을 진행하기 어렵다고 판단하고 그 실행을 6개월간 연기하였다. 이와 함께 보험재정은 공무원과 직장 간에는 2000년 12월 31일까지, 지역은 2001년 12월 31일까지 각각 구분 계리하도록 하는 등 과도기적인 완화방안을 적용하였다.

많은 우여곡절 끝에 2000년 7월 1일 역사적인 의료보험의 완전 통합이 이루어졌다. 국민의료보험관리공단과 139개 직장의료보험조합이 통합되어 국민건강보험공단으로 새롭게 출범하면서 명실공이 통합 의료보험 시대의 막이 올랐다. 다만 재정통합은 2002년 1월 1년 반 유예하자는 법안이 국회 본회의를 통과함에 따라 3년 후인 2003년 7월 1일 완수되었다.



1999 의료보험 통합법안 반대 시위

심사기능 분리 및 평가기능 신설과 건강보험심사평가원 출범

1988년 1월 진료비심사기구가 의료보험연합회 중심으로 통합 발족된 이래 의료보험연합회는 심사전문기관으로서의 위상을 다져왔다. 그러나 심사의 공정성과 객관성에 대한 의료계의 논란이 이어져왔고, 보험자로부터도 심사권 독립 요구가 거셌다. 의료계는 1993년 「한국의료보험급여심사원법」 제정을 위한 청원서를 국회에 제출하였다. 이에 반해 의료보험연합회는 공식적으로 심사기구 독립의 반대를 선언하면서 갈등이 심화되었다.

이런 갈등을 해소하기 위해 보건복지부는 1995년 2월 진료비 심사기구의 개편방안을 확정하고 진료비 심사위원회의 규정을 새로 제정하였으며, 연합회는 직제규정 등 관련 규정들을 개정하였다. 이로써 완전한 심사기구 독립은 아니지만 의료계의 의견을 상당부분 수렴한 심사기구로 거듭났다.

그런데 1998년 「국민건강보험법」 제정 과정에서 의료보험의 통합을 지지한 의료계가 심사기구 독립에 적극적으로 문제를 제기하면서 다시 중요 관심사로 부각되었다. 1998년 3월 발족한 의료보험통합추진기획단은 이를 통합법안의 주요 쟁점사항의 하나로 논의하였다. 이어 9월 28일 심사기능을 독립시키는 동시에 의료의 질 평가 기능까지 겸하는 건강보험심사평가원을 신설하도록 정부에 건의하였다. 1999년 2월 8일 제정된 「국민건강보험법」 제5장에 '건강보험심사평가원'의 신설을 규정함으로써 심사기능의 독립 논쟁을 매듭지었다. 이로써 진료비심사기구인 의료보험연합회는 요양급여의 적정성 평가기능을 신설하여 2000년 7월 1일 건강보험심사평가원으로 새로이 출범하였다.

HISTORY
—
통사

2000-2020

건강보험심사평가원 20년의 발자취



제1장

건강보험심사평가원의 출범과 정착

(2000~2003)

제2장

심사 · 평가 전문기관으로서의 기능과 역할 확대

(2004~2008)

제3장

바른 심사, 바른 평가로 기관 신뢰도 확보

(2009~2012)

제4장

원주시대를 열며 혁신하는 건강보험심사평가원

(2013~2017)

제5장

국민을 향한 포용적 복지를 위한 의료체계 강화

(2018~2020)

제6장

윤리 및 인권중심 경영으로 신뢰받는 기업문화

제7장

진심을 전하고 행복을 함께하는 나눔문화

제1장

건강보험심사평가원의 출범과 정착

(2000~2003)

제1절.
논란과 갈등을 딛고
심사평가 전문기관을 설립하다

제2절.
심사수요 증가로
전산심사를 기획하다

제3절.
적정성 평가사업 추진으로
양질 의료서비스의 초석을 다지다

제4절.
데이터웨어하우스시스템 구축으로
보건의료 통계의 중추에 서다

제1절.

논란과 갈등을 딛고 심사평가 전문기관을 설립하다

1. 찬반양론의 뜨거운 논쟁에 휩싸인 심사기관 독립

의료보험통합추진기획단 발족

2000년 7월 1일 탄생한 건강보험심사평가원은 요양급여비용 심사와 급여 적정성을 평가하는 심사평가 전문기관이다. 1990년대 초반부터 시작된 심사권 독립에 대한 의료계의 거듭된 주장에 힘입어, 1998년 「국민건강보험법」 제정 과정에서 심사기관 독립이 공론화되면서 탄생한 것이다.

의료보험 통합을 100대 국정과제 중 하나로 선정한 국민의 정부는 1998년 2월 제1차 노사정위원회를 거쳐 통합의료보험법 제정에 착수하였다. 그리고 그해 3월에는 각계 대표로 구성된 의료보험통합추진기획단(이하 추진기획단)을 보건복지부장관의 자문기구로 발족시켰다.

진료비 심사 · 지불제도의 개편시안을 마련한 추진기획단은 심사기관 독립을 집중 논의하였다. 당시 진료비 심사에 대해 공정성, 전문성, 객관성을 확보하는 것이 핵심 사안이었는데, 추진기획단은 관리운영 체계, 보험료 부과 체계 및 재정운영, 진료비 심사 · 지불 체계 등 3개 분과위원회를 두고 분야별로 폭넓게 의견을 수렴하였다. 이에 의해 진료비 심사 · 지불 체계의 심사 기능을 독립시키고 동시에 의료의 질 평가 기능까지 겸하는 건강보험심사평가원을 신설하기로 결론을 내렸다. 그리고 1998년 9월 28일 의료보험통합방안 최종 보고서를 보건복지부에 제출하였다.

다양한 의견수렴으로 심사기관 독립 결정

당시 심사기관 독립이라는 사안은 찬반양론이 팽팽하게 맞서 있었다. 독립운영을 제안한 측은 심사기관의 공정하고 전문적인 심사와 의료의 질을 평가하는 기능에 초점을 맞췄다. 심사기관을 독립 설치하여 '의료의 질 개선'과 '보험재정 보호'라는 두 가지 목적을 달성하고 보험자와 의료공급자 상호 견제기능까지 확보할 수 있도록 하자는 것이었다. 반면 보험자의 진료비 심사기능을 유지하자는 측은 새로운 기구조직 설립에 드는 행정비용 증가에 주안점을 두고 기존 심사기능을 개선해서 의료의 질을 높이자는 주장을 펼쳤다. 심사기관 독립으로 야기될 보험자의 보험제정 통제 약화와 의학적 판단이 강조됨에 따른 의료공급자 영향력 증대를 방지하자는 것이었다.

다양한 의견을 수렴하고 뜨거운 논쟁을 거듭한 추진기획단은 결국 심사기관 독립 쪽으로 방향을 잡았다. 무엇보다 강제적으로 요양기관이 지정되는 제도에서는 진료비 심사에 객관성과 공정성 확보가 필요하다고 판단했기 때문이었다. 1977년 7월 의료보험 실시와 함께 보험자에게 심사권한이 부여되었으나, 심사기준의 일관성과 전문성 결여 문제가 발생하여 묵과할 수만은 없었다.

더구나 1988년 1월 지역의료보험 실시를 기하여 의료보험연합회로 심사업무를 일원화하면서 보수를 요구하는 요양기관과 비용을 지급하는 국민건강보험공단 사이에서 이해가 상충되었다. 이를 법령에 따라 중립적인 입장에서 조정하려면 심사기관을 요양기관 및 건보공단으로부터 분리, 운영하는 것이 바람직하다는 판단을 내렸다. 심사와 더불어 의료의 질 평가도 병행 수행하도록 하여 최적의 적정 진료를 이끌어낼 수 있을 것이었다. 가입자의 건강증진을 도모할 수 있다는 점과 심사 결과에 대하여 명백한 책임의식을 갖고 적정한 심사를 수행할 것이라는 기대도 있었다. 중장기적으로 건강보험 운영에 있어 이해관계자 간에 견제와 균형을 통하여 제도 발전을 기하고, 진료비 심사환경의 변화에 탄력적으로 대응하기 용이해질 것이라는 점도 긍정적인 방향으로 이끌기 충분하였다.

독립적인 심사 · 평가 전문기관으로서의 건강보험심사평가원 탄생의 산파 역할을 수행했던 추진기획단은 1999년 9월 30일 6개월간의 한시적인 자문기구로서의 기능을 완수하고 해체되었다.

2. 국내 유일 심사 · 평가 전문기관 출범을 위한 활동

독립 심사기관 설립에 대한 법적 근거 마련

보건복지부는 1998년 12월 3일 추진기획단으로부터 받은 의료보험통합방안 보고서를 기초로 '국민건강보험법안'을 정부 입법으로 국회에 제출하였다. 이 법안은 1999년 1월 6일 제199회 임시국회에서 의결되어 그해 2월 8일 법률 제5854호로 공포되었다. 법률 안에는 제5장에 건강보험심사평가원의 설립 및 업무 등에 대한 규정을 따로 마련하였다. 또한 제56조에는 건강보험심사평가원의 업무를 요양급여비용의 심사, 요양급여의 적정성에 대한 평가, 그리고 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무 등으로 규정하였다.

「국민건강보험법」

(1999.02.08 제정, 제5854호)

제56조(업무 등)

① 심사평가원은 다음 각 호의 업무를 관장한다.

1. 요양급여비용의 심사
2. 요양급여의 적정성에 대한 평가
3. 심사 및 평가 기준의 개발
4. 제1호 내지 제3호의 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력
5. 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
6. 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
7. 기타 보험급여비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령이 정하는 업무

② 제1항 제2호 · 제5호 및 제7호의 규정에 의한 요양급여 등의 적정성 평가에 관한 기준 · 절차 · 방법 기타 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

이에 따라 건강보험심사평가원은 요양급여와 관련한 업무를 더욱더 폭넓게 수행할 수 있는 법적 기반이 마련되었다. 뿐만 아니라 정부의 건강보험사업 관련 정책이 전체 국민을 위한 방

향으로 수립되고 시행될 수 있도록 전문적 지식과 경험을 지원하는 역할도 수행하게 되었다. 「국민건강보험법」은 1999년 12월 31일 제6093호로 개정되어 시행일을 2000년 7월 1일로 확정 · 공포되었다.

심사기관 탄생을 위한 설립위원회와 설립지원반의 활동

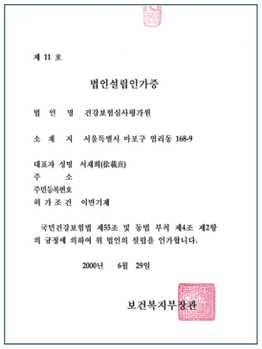
보건복지부는 국민건강보험 시행을 위해 서울대 의대 김창엽 교수를 책임자로 하여 1998년 12월부터 '건강보험심사평가원의 설립과 운영방안'에 대한 연구용역 사업을 추진하였다. 1999년 7월 30일 제출된 최종 연구보고서에는 요양급여비용의 심사업무 개선, 적정성 평가 기능 개발, 조직 및 업무 설계 등을 제시하였다. 이 연구보고서는 건강보험심사평가원의 설립 및 운영에 유용하게 활용되었다.

1999년 3월, 「국민건강보험법」 부칙 제4조의 규정에 따라 건강보험심사평가원 설립위원회가 구성되면서 설립 작업이 본격화되었다. 설립위원회는 보건복지부 사회복지정책실장을 위원장으로 의료계 대표 2인, 가입자 및 보험자 대표 2인, 심사기관 대표 1인 등 총 6인으로 구성하였다. 이들에게는 요양급여 비용심사 및 적정성 평가업무 개발, 건강보험심사평가원의 조직 설계 및 정관과 제 규정 마련 등 법인 설립준비 임무가 주어졌다. 이들의 업무 수행을 지원하기 위하여 같은 시기에 설립지원반도 구성하였다. 5개 팀(행정팀, 개발1팀, 개발2팀, 기준팀, 전산팀) 총 27명의 설립지원반은 법인 설립 등기, 조직설계, 심사업무 개선 방안 및 적정성 평가 업무 개발, 정보화 시스템 구축에 이르는 모든 실무를 수행하였다.

설립지원반은 건강보험심사평가원의 조직과 행정관리 시스템 구축에 특히 심혈을 기울였다.



1999 심사평가원 설립위원회 현판식



제 11 호

법인설립인가증

법 인 명 건강보험심사평가원

소 재 지 서울특별시 마포구 염리동 168-9

대표자 성명 서재희(徐載熙)
주 소
주민등록번호
허 가 조 건 어떤기재

국민건강보험법 제55조 및 동법 부칙 제4조 제2항의 규정에 의하여 위 법인의 설립을 인가합니다.

2000년 6월 29일

보건복지부장관

2000 심사평가원 법인설립인가증

이는 기존의 심사업무 기능과 새로운 평가업무 기능의 상호 연계체계를 위하여 매우 중요한 시스템이기 때문이었다. 건강보험 환경 변화에 효율적으로 대처하고, 차질 없는 업무 연속성 확보를 위하여 조직 안정화에 중점을 두면서 일부 이관 업무를 제외하고는 보완을 통해 승계하는 방향으로 조직운영 체계를 구축하였다. 더구나 새롭게 추진되어 초기 부작용이 예상되는 평가업무는 점진적으로 접근하여 부작용을 최소화하는 데 중점을 두었다.

본원은 심사 · 평가 관련 기획업무와 조정 · 통제 업무 및 정책지원 업무 등의 핵심역량 위주로 재편하였다. 지원은 병원급 이하 요양기관 진료비 심사 실무 기능을 분담하여 합리적인 조직체계를 마련하였다. 보건복지부장관이 정하는 급여행위 목록 및 각종 고시사항과 보건복지부 승인이 필요한 정관 및 직제, 인사 규정과 제 규정에 대한 초안도 마련하여 새로운 심사기관 탄생에 만전을 기하였다.

빈틈없는 업무 수행으로 드디어 모든 준비를 마친 6월 29일, 건강보험심사평가원은 정관 및 법인 설립인가(보건복지부 보정 65710-410호)를 받았다. 그리고 다음날 법인 등기를 마치면서 설립지원반은 새로운 심사기관 설립이라는 막중한 업무를 끝맺게 되었다.

3. 건강보험심사평가원 시대 개막

건강보험심사평가원 설립과 창립기념식

새로운 심사기관으로 탄생한 건강보험심사평가원(이하 심사평가원). 2000년 7월 1일 세종문화회관 3층 컨벤션센터에서 국민건강보험공단과 함께 창립 기념식을 거행하면서 두 기관의 역사적인 탄생을 세상에 알렸다. 「국민건강보험법」 시행을 축하하고 심사평가원의 창립을 기념하는 이날 행사에서 심사평가원의 초대원장 서재희 원장은 기념사를 통해 원대한 포부를 선포하였다.

> "명실상부한 심사 · 평가 전문기관으로서 보험자와 요양기관뿐만 아니라 국민과 정부의 기대에 부응하기 위해, 첫째 요양급여의 적정성 평가를 통하여 국민에게 양질의 적정 의료를 보장하고, 둘째 객관성 · 전문성 · 공정성을 갖춘 심사평가로 보험재정의 안정에 기여하며, 셋째 과학적이고 전문적인 업무시스템 구축으로 정부 정책수립의 능동적인 개발지원에 힘써 나가겠습니다."
>
> _ 심사평가원 서재희 초대원장



2000 서재희 초대원장 취임식

심사평가원은 의료보험연합회 시절부터 사용해온 건강보험회관(서울시 마포구 염리동 168-9)을 그대로 사용함으로써 새로 출범한 통합공단과 같은 공간에서 일하게 되었다. 기관이미지(CI)를 제정하고, 궁극적으로 국민건강 증진에 기여하는 전문기관의 이미지를 상징적으로 담아 심벌마크도 만들었다. 또한 'Health Insurance Review Agency(HIRA)'로 영문 명칭을 정하여 국민에게 한 발 더 가까이 다가가는 기관이 되고자 하였다.

기념식을 통해 기관의 새로운 이념을 천명한 심사평가원은 서둘러 그에 어울리는 새로운 조직을 구성하였다. 심사기능은 보험자 단체인 의료보험연합회에서 수행해오던 것을 그대로 승계하고 요양급여 적정성 평가기능을 새로이 제도권으로 편입시켰다.

또한 이사회를 집행기관으로 두었고, 기획총무, 정보통신, 심사, 심사지원, 약제심의, 평가, 평가지원, 조사지원, 감사 등 하부조직으로 9실을 두었다. 서울 · 부산 · 대구 · 광주 · 대전 · 수원 · 창원 등 7지원까지 합쳐 총 1,189명의 임직원을 두었다.

인력 대부분은 의료보험연합회에서 승계하였지만 설립위원회가 수행한 새로운 조직 설계에 맞도록 전면 재배치하였다. 업무 특수성을 감안하여 행정직, 심사직, 전산직, 연구직, 기능직 등 5개의 전문 직종으로 세분화하였고, 조직의 조기 안정을 위한 승진 및 전보 등 인사를 마무리하고 결원된 15명을 공개 채용하였다.

최고 의결기구인 이사회는 원장과 상임이사 3인, 의약단체 추천 5인, 국민건강보험공단 추천 3인, 노동조합 · 사용자단체 · 농어업인단체 · 소비자단체에서 추천한 각 1인, 정부 1인 등 총 16인으로 구성하였다. 자문기구인 진료심사평가위원회의 상근심사위원 23명을 공개 채용하였으며, 이의신청위원회를 포함하여 법률 규정에 의거한 각종 위원회를 신설하였다.



2000 심사평가원 제1회 이사회(임시) 개최

심사 · 평가 업무의 조기 정착을 위한 당찬 걸음

심사평가원은 원년도 사업목표를 '요양급여 심사 · 평가 업무의 조기 정착'으로 정하였다. 사업추진 기본방향은 첫째, 보건의료제도 변화에 따른 업무 수용체계 정립. 둘째, 요양급여비용 심사업무의 안정적 승계수행. 셋째, 요양급여의 적정성 평가 업무체계의 조기 구축. 넷째, 조직의 안정화로 건강보험 정착 발전에 기여 등으로 설정하고 추진해 나갔다.

또한 국정감사에서 드러난 취약점을 보완하기 위해 2000년 9월에는 조직발전기획단을 발족하였다. 조직발전기획단은 '업무능력 개선과 향상을 위한 추진방향'과 함께 3대 과제를 제시하였다. 첫째, 업무개선 과제로 진료비 심사업무 개선 및 발전, 효율적인 약제비 심사, 요양급여의 적정성 평가 실시, 심사 · 평가 정보시스템 보강, 조사 및 교육 홍보 활성화, 정부 업무의 지원 등을 내세웠다. 둘째, 업무능력 향상에 대한 과제로 책임경영 관리체계 구축, 진료심사평가위원회 역할 정립, 효율적 업무추진 체계 구축, 합리적인 인사관리 시행, 보수 체계의 정비, 직원의 자질 향상, 조직문화의 창달에 대한 의지를 다졌다. 셋째, 기관의 독립성 및 안정성 제고에 대한 과제로 정부지원 사무의 처리 근거 마련, 진료심사평가위원회의 향후 발전, 지원의 발전, 사옥이전 검토 등이었다.

혼란과 시련을 딛고 세운 성장의 초석

심사평가원은 출범 후 몇 달 지나지 않아, 건강보험과 의료정책 개선에 많은 변화를 겪었다. 어렵게 출발한 의약분업이 자리 잡는 과정에서 갈등이 불거지면서 진통이 야기된 것이었다. 이에 더하여 건강보험 재정 위기가 사회적 이슈로 부각해 정부차원의 종합대책 마련 필요성



2002 신영수 제2대 원장 취임식

이 대두되면서 혼란이 가중되었다.

건강보험심사평가원은 정부 의지에 부응해 건강보험 재정 건전화와 국민 의료 서비스 수준 향상에 기여하고자 모든 역량을 집중하였다. 그런 노력을 기울였음에도 심사평가원은 억울한 시련에 맞닥뜨리게 되었다. 일각에서 2000년 7월 이전에는 진료비 연간 조정률이 1.12% 수준이었는데, 이후 0.7~0.8% 수준으로 하락하면서 건강보험재정이 악화되었다고 심사평가원의 책임으로 몰아가기 시작한 것이었다.

건강보험재정 악화의 근본적 이유는 의약분업으로 진료비 규모가 배 가깝게 증가하였기 때문에 발생한 착시 현상이었다. 그런데도 심사평가원에 책임을 돌리면서 다시 보험자와 심사기구를 통합하여야 한다는 주장이 일기도 하였다.

엎친 데 덮친 격으로 서재희 초대 원장이 일신상의 이유로 2001년 8월에 사임하는 상황이 벌어졌다. 안팎으로 어수선했던 심사평가원은 새로운 원장을 맞으면서 일대 변화를 맞이할 수 있었다.

2002년 2월 취임한 신영수 원장은 2002년 사업 운영 기조를 '건강보험 · 의료제도의 건전한 발전의 견인차 역할'로 정하고, 종전 보험자 단체의 역할과 기능 및 운영 프로세스를 전향적으로 일신하였다. 이로써 심사 · 평가 · 요양기관 지도 등 포괄적으로 급여관리 기능을 전담하게 되면서 의료체계 중심에서 건강보험제도를 운영하게 되었다.

신영수 원장은 '적정부담 · 적정급여 · 적정보상'이라는 건강보험제도의 큰 골격을 유지 발전시키면서 건강보험심사평가원이 심사평가 전문기관으로 성장하는 초석을 다졌다.

참여정부 출범과 함께 2003년 7월 기관 운영의 바통을 이어받은 신언항 원장이 안정적인 기반 위에 본격적인 성장과 발전의 시대를 열어갈 수 있도록 길을 다져주었다.

제2절.

심사수요 증가로 전산심사를 기획하다

1. 의약분업 시행과 건강보험 재정위기

역사적인 의약분업시대의 개막

2000년 7월 1일은 「국민건강보험법」의 시행, 건강보험심사평가원 및 통합공단 출범, 의약분업 시행으로 국내 의료사에 중요한 한 획을 그은 날이었다.

의약분업은 오랜 시간 진통을 겪으며 산고를 치르고 있었다. 의약분업의 원칙은 1963년 「약사법」 개정으로 규정하였지만 그 시행은 유보되었다. 1993년 「약사법」 개정 때 1999년 7월 7일 이전에 의약분업을 실시하도록 규정하여 1998년부터 도입을 추진하였지만, 의료계의



1998 의약분업 실시 준비 전담반

파업 등 강력한 반발에 부딪혀 또 시행이 연기되었다. 1999년 5월 의약분업추진협의회는 다시 시행방안을 정부에 건의하였고, 정부는 그해 9월 최종확정안을 국회에 제출하였다. 대한의사협회와 대한병원협회가 약사의 임의조제 방지가 미비하다며 반대하였지만 1999년 12월 7일, 드디어 「약사법」 개정안이 국회 본회의를 통과하였다.

그러나 2000년 7월 1일부터 시행되어야 했던 의약분업은 전공의들의 파업 등으로 또다시 한 달간 유예되었다가 8월 1일이 되어서야 본격적으로 시행되면서 의약분업시대를 열게 되었다.

건강보험 재정안정대책에 동참한 심사평가원

의약분업 실시 이후 정부는 보건의료 환경개선을 위해 2002년까지 단계적인 수가 현실화 계획을 추진하였다. 그런데 건강보험 수가가 1년 새 무려 30% 가깝게 인상되면서 건강보험 재정이 급격히 악화되었다. 1998년 말 국민건강보험공단과 직장조합 적립금의 합은 3조 359억 원이었다. 그런데 2000년 말 5,979억 원으로 감소하더니 2001년에는 적립금 전액 소진으로 재정파탄이라는 초유의 사태가 발생한 것이다. 원인은 크게 두 가지로 분석할 수 있었다. 2000년 7월 1일 의약분업을 시행하면서 급여제외목록방식(Negative List System)을 채택하였다. 식품의약품안전처 허가(또는 신고)를 받은 의약품 중 비급여대상으로 정한 일부를 제외하고 모든 의약품을 요양급여대상으로 정하는 방식이었다. 이에 첫째, 보험등재 의약품 수가 과다해져 의약품, 보험재정의 효율적 관리가 어려워졌다. 둘째, 노령화와 고가신약 사용량 증가 등이 건강보험의 재정건전성을 위협한 것이었다.

정부는 2001년 5월 31일 '건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책'을 발표하였다. 2003년까지 단기 수지균형을 이루고, 2006년까지 5년 내에 재정적자를 해소하겠다는 목표였다. 이에 따라 합리적인 급여제도 개선과 진료비 심사 강화, 약제비 절감 등을 추진하였다. 또한 선별등재목록방식(Positive List System)이 개선방안으로 도입되었다. 동시에 2002년 1월 19일 「국민건강보험 재정건전화 특별법」을 제정, 시행하였다. 이는 지역보험 재정의 국고지원금 40% 및 담배부담금 10% 지원 등 보험재정에 대한 정부지원 50%를 법제화함으로써 재정 안정을 이루기 위함이었다.

당시 재정 위기가 심각한 상황이었던 만큼 심사평가원은 국민건강보험공단과 함께 보건복지부 주관 아래 격주 단위로 시행하는 재정상황 점검회의를 개최하였다. 또한 정부 정책에 부응해 2001년부터 심사방법의 개선, 심사기준의 보완, 전산심사 도입 등 단위과제별로 재정안정

대책을 수립하여 추진하였다.
또한 2003년까지 요양기관 종합관리제 운영, 올바른 진료비 청구운동 전개, 진료행태 개선을 위한 진료 가이드라인 마련, 전산심사기법 확대, 현지조사 강화 등을 강도 높게 수행하였다. 이로써 재정안정 조기 달성에 크게 기여하고, 건강보험 보장성 강화의 기틀을 세웠다.

2. 새로운 심사방법 도입과 전산심사

녹색인증제와 지표심사 도입

의료보험 도입 이후 충분한 노하우와 경험이 쌓인 요양급여비용 심사는 심사평가원 출범과 동시에 모든 업무가 정상적으로 작동되었다. 그러나 의약분업 시행으로 진료비 청구 물량이 급증하여 합리적이고 과학적인 심사 방법과 시스템 구축이 필요하다는 현실에서 벗어날 수는 없었다.
사실 과학적인 심사 방법 제시를 위한 노력은 오래전부터 있어왔다. 1979년 7월 심사가 일원화된 이후 명세서 전건(全件)을 정밀심사를 하였으나 증가하는 심사 물량 처리를 위해 1985년 11월 의원 외래 청구 건을 대상으로 지표심사를 도입함으로써 정밀심사와 지표심사로 분류, 운영하였다. 1996년 8월부터는 EDI(전자문서 교환 방식) 시스템을 통하여 항목별 전산점검을 실시하면서 심사업무의 전산화 시대를 열었다. EDI 청구시스템은 1999년 7월부터 조산소를 제외한 전 요양기관으로 확대되어 심사 효율성을 높이는데 기여하였다. 여기에 힘입어 2001년 6월부터 의원급 EDI 청구기관을 대상으로 녹색인증제도를 도입하였다. 요양기관이 자율적으로 요양급여를 실시하면 그 심사청구 내역에 대해 전산심사를 제외한 심사절차를 생략



2001 요양급여 비용청구 WEB EDI 개발 완료

하는 제도였다. 그러나 녹색인증 요양기관의 해지율이 지속적으로 증가하고 진료비 조기 지급이 지연되는 등 당초의 취지가 퇴색됨에 따라 2007년 7월 1일 폐지하기에 이르렀다.
새로운 심사방법으로 지표심사도 있었다. 지표심사 도입은 2000년 10월부터 한의원을 시작으로 2002년 1월 의원급으로 확대하였으며, 2003년부터는 종합병원 이상 입원진료비 명세서에 대한 지표심사를 도입하였다. 이로써 KDRG(Korea Diagnosis Related Group)를 이용하여 진료비고가도지표(CI, Costliness Index)를 산출하고, 이를 토대로 지표심사 대상을 분류, 적용하여 심사의 효율성을 높일 수 있었다.

급여적정성 종합관리제 시행

2003년 4월에 시행된 의원급 대상 급여적정성 종합관리제는 심사 효율성 제고의 전기가 되었다. 종합관리제는 기존의 건별 심사 및 사후적 심사에서 벗어나 기관별 · 상병별로 예방적인 비교심사를 실시하여 질병별 · 표시과목별로 표준 진료비를 설정하는 제도이다. 실제 청구되는 진료비를 표준 진료비에 접근되도록 중점 관리하여 진료 및 진료비용 청구의 적정성을 추구하고 있다. 더불어 종전의 건별 심사방법이 주던 업무 부담과 심사정확도 저하를 극복하고 심사방법의 틀을 근본적으로 개선하는 것을 목표로 하고 있다.
종합관리제는 전산점검 및 청구 단위의 개선 등을 동시에 추진해야 하므로 기관의 역량을 총동원해 준비에 매진하였다. 창원 및 대전지원의 시범사업을 거쳐 2003년 4월 의원 및 치과의원을 대상으로 종합관리제를 처음 시행하였고, 2005년 11월 병원급 이상 입원 · 외래와 의원급 입원으로까지 전면 확대하였다.
같은 시기에 청구질서 투명화를 목적으로 대행청구제도를 도입하였다. 이는 2002년 1월 제정된 「국민건강보험재정건전화특별법」과 2002년 3월 고시된 「요양급여비용 대행청구 인정범위 기준」에 따른 제도이다. 요양기관이 급여비용을 심사평가원에 청구할 때 대행청구 단체가 청구할 수 있는 제도로, 그동안 음성적으로 이루어지던 것을 제도권 내로 흡수하여 청구절차의 투명성을 확보하기 위함이었다.

전산심사 도입과 확대

심사평가원이 설립되면서 효율적이고 과학적인 심사를 위해 전산심사의 필요성이 대두되어

IT를 접목한 상병별 전산심사를 도입하였다. 이는 폭증하는 심사 건수를 효율적으로 처리하기 위한 심사방법이다. 단순하면서도 빈도가 높은 상병을 대상으로 진료비 청구내역과 심사기준과의 적합성 여부를 전산 프로그램으로 심사한다.

심사평가원은 2003년 8월부터 감기에 대해 전산점검을 개시하기로 하고, 그해 5월부터 3개월간 개별 요양기관에 심사 조정 없이 전산점검 내역을 통보하였다. 그런데 개원의협회에서 진료비의 무차별적 삭감은 1차 의료의 붕괴라고 주장하며 반대하고 나섰다. 대한의사협회에서도 전산점검 기준 완화와 시행 연기를 요구하였다. 중재를 위하여 보건복지부는 설명회와 간담회를 통하여 적극적인 대화를 시도하였다. 이러한 노력을 통해 대한의사협회에서 수용함으로써 예정된 8월 1일부터 감기에 대한 전산심사를 시행할 수 있었다.

감기 전산심사로 심사 직원의 과중한 업무가 경감되었고, 녹색인증기관에 연계해 적용함으로써 인력대체 효과는 물론 심사의 일관성과 객관성도 높아졌다. 이렇게 심사 효율성 제고에 큰 효과를 거두자 2005년부터 상병 전산심사의 적용 대상을 지속적으로 확대해 나갔다.

이밖에도 요양기관에서 청구한 요양급여비용 산정내역의 사실 여부 확인이 필요한 경우, 방문심사(현지확인심사)를 활성화하여 변화하는 심사환경에 적극 대처하였다.

3. 심사 전문성 제고와 재정안정화

전문심사제와 진료심사평가위원회

심사평가원은 출범 당시 심사의 효율성과 전문성, 공정성, 객관성을 높여야 한다는 사회적, 시대적 요구를 받았다. 의학의 급속한 발전과 함께 진료 분야가 전문화 · 세분화되어 동일과목 심사위원이 담당하기 곤란할 정도로 요양급여비용 청구가 증가하는 추세도 한 몫 거들었다.

이에 따라 심사평가원은 2000년 9월부터 전국 지원을 대상으로 전문 과목별 전문심사제(Peer Review)를 도입하였다. 의료현장에 재직 중인 의료인들을 비상근심사위원으로 위촉하여 진료과목별로 전문적인 심사를 수행하도록 하는 제도였다. 전문심사위원은 각 지원관할 의원 및 병원을 대상으로 10개 분야에서 83명을 위촉하였다. 2001년 2월부터 확대 시행하여 본원(종합병원 이상)에도 특수진료 7개 분야에 8명을 전문심사위원으로 위촉해 건강보험 심사의 전문성을 높였다.

더불어 심사평가원은 「국민건강보험법」 제59조 규정에 의거하여 진료심사평가위원회를 구



2002 진료심사평가위원회 전문심사위원 연찬회

성하였다. 본원에는 중앙심사평가조정위원회, 중앙심사위원회, 중앙평가위원회를, 7개 지원에는 지역심사평가위원회, 지역심사평가조정위원회를 두었다. 본원의 중앙심사위원회는 기존의 26개 분과위원회에 장기이식 및 조혈모세포이식 심사위원회를 신설하여 총 28개 분과로 운영하였다. 또한 각 지원에는 기존 6개 분과에 내과 · 외과 · 한방 · 약학 분과를 신설하여 총 10개 분과위원회를 두었다. 위원 수도 확대하였는데, 분과별로 30인 이내의 상근 심사위원과 600인 이내의 비상근 심사위원으로 법적 구성인원을 갖추었다. 그리고 각 지원에 상근심사위원을 배치하여 전문심사를 활성화함은 물론 의약분업의 시행으로 급증한 심사물량에 효율적으로 대처하였다.

심사 사후관리 체제 정립

심사평가원은 출범과 함께 급증하는 심사물량에 발맞추어 이의신청 업무 개선과 심사처분에 대한 권리구제 프로세스를 더욱 강화하였다. '진료비(약제비) 이의신청'으로 불리던 명칭을 '이의신청'으로 변경하고 요양기관의 이의신청 내용에 따라 단순심사와 의학적심사로 나누어 신청하게 해 더 신속하고 효율적인 업무가 가능해졌다.

2003년 5월부터는 금액산정 착오와 증빙자료 미제출 등 요양기관의 단순 착오에 대하여 접수단계에서부터 수정, 보완하는 전산 자동점검시스템을 가동하였다. 이로써 이의신청을 사전에 예방하는 효과를 거두었다. 그러나 당시 현실은 연평균 150만 건에 이를 만큼 폭증하는 상황이었고, 심사평가원은 이에 대응하기 위하여 2003년 5월부터 7월까지 3개월간 특별대책반을 운영하기에 이르렀다. 특별대책반은 이후 2006년과 2009년에도 운영되면서 이의신



2001 이의신청 · 심사청구 간담회

청 계류 건을 집중 처리하는 데 기여하였다.

각계 전문가의 객관적이고 전문적인 심의를 위하여 이의신청위원회를 두고 원장이 위원장을 맡았다. 심사평가원의 임직원 1인, 가입자를 대표하는 단체가 추천하는 자 2인, 변호사 및 사회보험에 관한 학식과 경험이 있는 자 각 1인, 의사 · 치과의사 · 한의사 및 약사 각 1인 등 총 10인으로 구성하였다.

더불어, 요양급여비용 심사 및 요양급여 적정성 평가에 대한 심사평가원의 이의신청 결정에 불복하여 보건복지부에 설치된 건강보험분쟁조정위원회에 제기하는 권리구제 절차를 마련하였다. 2014년 1월 의료급여에 대한 심판청구 신설을 골자로 한 「의료급여법」 일부를 개정함으로써 그동안 분리 운영하던 건강보험 심판청구와 의료급여 행정심판을 건강보험분쟁조정위원회에서 통합하여 심리 · 의결하게 되었다. 2017년 7월에는 심사평가원 직제규정 개정을 통해 이의신청2부에서 수행하던 심판청구 업무를 별도로 분리하여 이를 전담할 심판청구부를 신설함으로써 '요양급여비용 심사 및 요양급여 적정성 평가, 이의신청, 심판청구'라는 권리구제 프로세스 운영체계를 완성하였다.

심사평가원은 급증하는 심사물량에 대응하면서 심사품질 향상 도모를 위하여 심사 결정 후 별도 관리하는 사후관리 체계를 담당할 심사관리부를 2002년 4월에 신설하였다. 사후관리는 심사기준 적용 착오를 확인하는 심사재점검과 요양기관의 청구착오를 확인하는 청구착오 점검으로 구분할 수 있다. 사후관리의 의의는 심사업무의 통일성과 질을 향상하는 데 있다. 요양급여비용 정산에 그치지 않고 1차 심사과정에서 면밀히 살펴보아야 할 요양기관의 청구형태나 심사기준 적용에 착오 발생이 확인되면 그 점검결과를 해당 부실 또는 각 지원에 통보하여 심사품질 향상을 선도하였다.

공공기관에서 의뢰한 '입원적정성 심사'를 심사평가원은 지원해 왔으며, 공공이익 강화를 위해 이를 기반으로 2015년 1월 공공심사부를 신설하였고 2016년 9월 「보험사기방지특별법」 통과 이후 명확한 법적 근거를 바탕으로 본격적으로 추진하였다. 수사기관이 보험사기 수사를 위한 심사 의뢰한 사항은 2017년 2월 내부위원 10명, 외부위원 9명으로 구성된 공공심사위원회의 의사결정시스템을 갖추게 되었으며 2020년 10월 공공심사 업무를 전담하는 심사전문위원을 충원 · 구성하였다.

재정안정을 위한 현지조사 제도의 변천

현지조사는 요양(의료급여)기관이 지급받은 요양급여비용 등에 대해 세부진료내역을 근거로 사실관계 및 법령, 각종 고시 등 급여기준과의 적합 여부를 확인 · 조사하고 그 결과에 따라 부당이득 환수 및 행정처분 등을 실시하는 보건복지부장관의 행정조사이다. 현지조사의 목적은 ① 건전한 요양급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료 유도, ② 불필요한 건강보험재정 누수 방지, ③ 건강보험 가입자 수급권 보호 및 건전한 의료공급자 보호이다.

요양기관의 현지조사에 대한 법적 근거는 1963년 12월 「의료보험법」 제5조(검사 · 질문) 및 제21조(보고와 검사) 제정으로 마련되었다.

1981년 보건사회부에서 현지조사를 실시하여 전국의료보험협의회와 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험공단에서 업무를 지원하였다. 1986년에는 건전한 요양급여비용 청구 풍토 조성과 적정 진료 유도로 가입자의 수급권 보호와 재정 누수를 방지하기 위해 보건복지부 주관의 자율시정통보제가 시작되었다. 분기별로 입원 · 외래별, 상병별, 내원일수 및 건당진료비를 산출하여 요양기관에 통보하였다. 자율시정 통보 점수를 누적관리하여 종합점수 11점 이상인 기관의 현지조사와 연계하였다. 이는 조사 및 처벌 위주의 현지조사를 지양하고 사전예방 및 자율 개선을 유도하는 방향으로 발전시킨 것이었다. 1988년에는 심사기구 일원화에 따라 현지조사 지원업무를 의료보험연합회로 일원화하였다. 현지조사의 전반적인 업무는 2000년 7월 1일 심사평가원 설립 이후에도 계속되었다.

현지조사 도입 이후 국회와 정부기관에서는 건강보험 재정 누수 방지를 위해 조사기관 수 증가를 지속적으로 요구하였다. 이에 따라 증가하는 조사기관 수와 지능화되어 가는 거짓 · 부당청구 관리를 위해 조사 선정기법의 고도화가 필요하였다. 2004년 9월 심사평가원은 데이터마이닝기법을 활용한 부당청구감지시스템을 보건의료 분야 최초로 개발하였다. 그 후 2011년부터

는 룰 시나리오 기법, 2018년은 통계분석 기법을 적용하며 부당청구감지시스템을 지속적으로 고도화하였다.

한편, 국민의 알 권리를 보장하고 부당청구 사전예방 효과를 강화하기 위해서도 노력하였다. 이에 2008년 3월 「국민건강보험법」 개정을 통해 거짓청구기관 명단 공표제도의 법적 근거를 마련하였다. 2010년 12월, 13개 거짓청구기관 명단이 보건복지부 · 심사평가원 등 홈페이지를 통해 국민에게 처음 공표되었다.

또한, 심사평가원은 건강보험재정 누수 방지를 위해 요양기관의 자율개선을 유도하는 자율점검제를 2018년에 도입하였다. 자율점검제란 요양기관이 자체점검을 통해 착오청구 등에 대한 요양 · 의료급여비용 반납 등을 자율적으로 시정할 수 있도록 하는 제도이다. 자율점검제가 안정화됨에 따라 건전한 의료공급자를 보호하고, 사전 계도 · 예방 중심의 부당청구 관리 기전도 마련하게 되었다.

제3절.

적정성 평가사업 추진으로 양질 의료서비스의 초석을 다지다

1. 적정성 평가사업 수행을 위한 기틀 구축

적정성 평가 요구와 평가 인프라 구축

요양급여에 대한 적정성 평가 요구는 제도적 · 정책적으로 오래전부터 그 필요성이 제기되어 왔다. 1995년부터 2001년 사이에 시행된 의료기관서비스평가제도 시범사업과 2002년 의료기관 평가제도의 도입 등 정부 주도 아래 양질의 의료서비스를 제공하고자 노력한 바가 있었다. 과학과 새로운 의료기술이 발달할수록 그에 따라 의료서비스도 점점 고도화되었다. 그에 비례하여 질 높은 의료서비스에 대한 국민의 욕구 또한 증대하였다. 이로 인하여 요양급여 적정성을 종합적으로 판단할 필요성이 더욱 커진 것이다.

이에 요양급여 적정성 평가를 도입하기로 결정한 의료보험통합추진기획단은 신설되는 심사평가원이 그 기능을 담당하도록 「국민건강보험법」에 명시하였다. 이후 건강보험심사평가원설립위원회는 2000년 6월 15일 '평가업무 수행방안'을 보건복지부에 제출하여 승인을 받아냈다.

심사평가원은 출범과 동시에 적정성 평가의 기본 틀을 잡고 평가 인프라를 구축하는 작업에 돌입하였다. 평가와 관련한 각종 논문을 수집해 자료화하고, 종합전문요양기관의 의료의 질 관리 실태를 비롯하여 대한병원협회의 병원신임제도, 보건산업진흥원의 의료서비스평가제도 등 질 관리제도의 실태조사를 추진하느라 불철주야 동분서주하였다. 더불어 평가 기초자

료 분석을 위한 정보시스템을 구축하고, DB 구축을 위한 정보자료 전산체계 개발에도 박차를 가하였다.

이런 와중에 의료계가 보이는 평가사업 시행에 대한 우려와 불신을 해소하기 위하여 간담회를 3개월 동안 15차례나 개최하였다. 간담회에서 나온 의료계 · 학계 · 의료수요자 등 이해관계자들의 다양한 의견을 광범위하게 수렴하면서 평가사업 시행에 대한 이해를 증진시켰다. 또 선진국들의 경험과 자료를 입수하기 위하여 미국의 의료기관합동심의위원회, 프랑스의 평가인증기구, 독일의 병원평가인증위원회 등을 방문하였다.

평가의 기본 틀 마련을 위한 연구용역도 진행되었다. 서울대 보건대학원과 연세대 보건정책 및 관리연구소에 요양급여의 적정성 평가 모형과 체계개발에 관한 연구를 의뢰하여 평가사업의 이론적 근거를 마련하였다.

적정성 평가는 합리적이고 공정한 평가기준 개발을 통해 평가업무 수행 기반을 조성하고, 비용효과적인 서비스를 개발하는 체계 구축에 기본 방향을 두고 있다. 또한 '평가'를 통해 심사기준을 보완하고, '심사'를 통해 평가대상을 도출함으로써 심사와 평가를 유기적으로 연계관리하고 단계적으로 그 영역을 확대하는 데 포석을 두었다.

이러한 준비과정을 통하여 기본체계와 평가기준, 주요업무 설정을 마친 심사평가원은 2000년 11월 중앙평가위원회의 심의를 거쳐 확정을 받고 본격적으로 업무를 시작하였다.

중앙평가위원회의 구성과 관련 규정 신설

심사평가원은 평가 인프라를 구축하는 과정에서 적정성 평가 심의기구인 중앙평가위원회를 구성하였다. 중앙평가위원회는 평가업무에 관한 최고 심의기구로 평가대상을 선정하고, 평가계획과 평가기준, 평가공개 방법 등 적정성 평가에 대한 전반적인 내용을 심의하는 역할을 수행하였다. 이 위원회는 진료심사평가위원회 부속기구로 진료심사평가위원장이 위원장을 겸임하도록 하였다. 위원은 상근 평가위원과 의약단체, 소비자단체, 보험자 등 비상근 평가위원 20인 이내로 구성하였다.

요양급여 평가를 수행하기 위한 관련 규정 마련 작업도 본격적으로 이루어졌다. 2001년 9월 「요양급여 적정성평가 및 요양급여비용의 가감지급기준」이 제정, 공포되었다. 또한 평가 및 가감지급에 필요한 세부사항을 정하기 위하여 2002년 3월 중앙평가위원회 심의를 거쳐 「요양급여의 적정성 평가 업무운영 규정」도 제정되었다.

심사평가원이 막 신설되어 업무를 시작한 초기에는 중앙평가위원회 심의를 거쳐 평가대상을 선정하였다. 업무가 서투른 초기였던 2001년에는 평가가 쉽고 교정효과가 큰 사회복지법인 요양기관, 조혈모세포 이식 실시기관, 약제급여에 대한 평가를 수행하였다.

사회복지법인 부설 요양기관의 적정성 평가는 이들 기관 수가 1996년 대비 2000년에는 3.4배나 급증하였다. 건강보험 진료비 과다청구 등이 사회적 문제로 대두됨에 따라 2001년 한 해 동안 실시하였다. 조혈모세포 이식 실시기관 적정성 평가도 실시요양기관의 인력 · 시설 · 장비의 적정화와 적정시술을 유도하여 조혈모세포이식술의 질적 향상을 도모하는 취지로 2001년 한 해 동안 수행하였다. 약제급여 적정성 평가는 오 · 남용의 우려가 큰 항생제 및 주사제 등을 대상으로 2001년부터 실시하였다.

평가 항목의 확대와 평가 틀 구축

요양급여 적정성 평가업무는 실시 2년 차인 2002년에 평가 인프라와 시스템을 구축하여 평가 항목을 7개 항목(약제평가 4항목, 제왕절개분만, 전산화 단층촬영(CT), 혈액투석)으로 확대하였다. 1년 후에는 수혈, 정신과 병 · 의원, 집중치료실, 슬관절치환술 등 11개 항목으로 늘렸다.

제왕절개분만 적정성 평가는 세계보건기구(WHO) 권고 기준보다 2배 이상 높은 분만율 요인분석과 상승률 완화를 위해 2002년부터 평가결과를 공개하였다. 2003년 제왕절개 산모 위험도 보정 모델을 개발하여 평가에 적용하였다. 2005년 자연분만 수가인상 정책 지원, 2009년 평가결과 우수기관에 대한 인센티브 지급, 2011년 가감지급 대상기관의 종합병원 확대 시행까지 제왕절개 분만율 완화를 위한 지속적인 조치를 취해 나갔다. 제왕절개분만은 2014년 적정성 평가 및 가감지급이 종료되었다.



2002 제왕절개분만 적정화를 위한 공청회

CT 적정성 평가는 1996년 CT의 보험급여를 시작하면서 CT촬영 남용으로 보험재정 악화문제가 대두됨에 따라 조사대상으로 선정하였다. 혈액투석 적정성 평가는 혈액투석 환자의 지속적 증가로 의료비가 증가하고, 뇌졸중 · 심질환 · 감염 등으로 인한 사망률이 큰 것으로 나타나 2002년 평가를 실시하고 그 결과를 공개하였다.

수혈 적정성 평가는 혈액 확보가 어렵고 수혈에 의한 AIDS 및 간염 등 각종 질환 전파의 우려 속에서도 공인된 가이드라인이 마련되지 않아 혈액자원 낭비를 방지하고자 실시하였다. 요양기관의 전반적인 수혈 관련 실태를 파악하고, 혈액을 적정하게 사용할 수 있는 방안을 모색하기 위하여 2003년부터 실시되었다.

정신과 병 · 의원 의료급여 적정성 평가는 진료비 규모가 크고 건강보험이 다른 수가체계를 갖고 있어 2003년 1차로 수행하였지만 결과는 공개하지 않았다. 그러나 2008년 10월부터 의료급여 정신과 정액수가가 인상되고 인력확보 수준에 따라 수가차등제로 변경되면서 보건복지부의 요청에 따라 2009년부터 적정성 평가를 실시하였다.

슬관절치환술 적정성 평가는 인구고령화로 수술 건수가 매년 증가하는 반면, 진료비가 높고 건수가 적은 기관들에 대한 수술의 적정성 문제가 제기되어 2003년부터 평가에 착수하였다.

심사평가원은 조사 항목을 점진적으로 확대하면서 적정성 평가의 전문성을 높여왔다. 아울러 한국QA학회 및 한국QI간호학회 등에서 주관하는 학술대회 및 국제의료질관리학회 등에 참가하여 평가사례를 발표하고 제반정보를 입수하고 분석하는 등의 노력을 기울였다. 그 결과 2004년 이후 적정성 평가사업은 안정화 되었다. 합리적인 평가지표 개발과 평가 전문성 및 수용성을 높이는 방안들이 점차 도입되면서 의료평가 전문기관의 위상도 다져나갔다.

2. 요양기관 현황관리 업무의 일원화

요양기관 현황의 정확도 제고를 위한 일제 정비

2000년 7월 1일 「국민건강보험법」 시행과 함께 요양기관 현황관리 업무는 심사평가원으로 일원화되었다. 요양기관 현황은 대부분 인력 · 시설 · 장비로 구성되고 요양급여비용 심사 및 평가에 필수적인 요소들이다. 2000년 말 기준 심사평가원에서 관리하는 요양기관은 종합병원 288개를 포함하여 6만 1,776개 기관으로 전년 대비 3.3% 증가하였다. 이에 따라 업무 효율을 높이기 위해 본원에서 하던 업무를 순차적으로 지원에 이관하였다. 2000년 11월 병원

급 이하의 요양기관 현황관리 업무 이관을 시작으로 2001년 1월 한의원, 2004년 6월 의약분업 예외지역 및 응급의료기관, 2007년 1월 보건지소, 2008년 2월 이학요법료 산정관리 등의 업무를 이관하였다.

요양기관현황통보서 등 법정서식이 2001년 7월 개정되고, 차등수가제가 실시됨에 따라 관련 요양기관 현황의 일제 정비가 이루어졌다. 이때 의사, 치과의사, 한의사, 약사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사 등 7개 직종에 대한 의료인력 DB를 구축하여 중복 등재된 인력 1,600여 명을 확인, 정비하였다. 이와 함께 전국 요양기관을 대상으로 시설 및 장비 보유 현황도 점검하여 2001년 7월부터 10개월에 걸쳐 일제정비를 실시하였다.

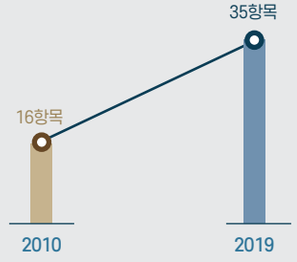
2003년 5월부터는 포털사이트를 운영하여 요양기관에서 현황 및 변경사항을 인터넷으로 신고하고 조회할 수 있게 되어 업무 편의성을 높였다.

국정감사에서 의료장비 관리의 필요성이 제기되면서 2001년 11월 의료장비 관리방안을 마련하여 중점 관리를 추진하였다. 식품의약품안정청의 허가를 받지 않은 의료장비를 제조·판매하거나 사용하는 사례가 언론에 보도되는 등 문제가 발생하였기 때문이었다.

이후 2002년 2월부터 의료장비 상세관리 전산프로그램을 개발해 의료장비를 전산으로 관리하였다. 2003년 1월 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제정과 「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 개정이 이루어졌다. 2007년부터 정보관리 체계의 과학화 및 효율화와 의료자원의 합리적 사용을 위한 인프라가 구축되면서 심사 평가와 연계한 의료자원관리가 이루어지기 시작하였다.

심사평가원 20년 톺아보기!

요양급여 적정성 평가 항목 추이



요양급여의 적정성 평가란?

건강보험으로 제공된 의료서비스가
의·약학적인 측면과 비용효과적인 측면에서
알맞게 행해졌는지를 평가하는 것으로,
평가결과를 의료제공자에게 통보하여
의료서비스의 자율적인 질 향상을 유도하고,
국민에게 공개하여 **의료선택권을 보장**하고자 한다.

제4절.

데이터웨어하우스시스템 구축으로 보건의료 통계의 중추에 서다

1. 정보화 사업을 위한 10년 마스터플랜

‘e-심평원’ 시대 개막

심사평가원이 출범한 2000년, 정부는 국가 경쟁력 제고 수단으로 정보화사업을 중점 추진했다. 심사평가원은 정보수집 및 분석을 위한 정보인프라 구축을 목표로 단계적인 정보화사업 추진 계획을 수립하였다. 지원별로 분산된 심사와 평가 통계자료를 효율적으로 관리하기 위하여 과학적인 지식관리 기반의 정보경영체계 구축이 필요했기 때문이었다.

정보화사업 계획은 1단계(2000~2003년) ‘e-심평원 기반 마련’과 2단계(2004~2010년) ‘e-심평원 실현’으로 추진하였다. 가장 먼저 추진한 사업은 정보시스템 보강사업으로, 2000년 5월부터 2001년 8월까지 15개월 동안 진행하였다. 이를 통해 기관의 주 기능인 청구심사 업무와 평가 업무, 그리고 조직관리 업무를 지원하는 통합시스템을 구축하였다.

2002년 8월부터 1년에 걸쳐 정보관리체계 보강사업을 수행하였다. 건강보험 정책지원 자료를 즉시에 제공하기 위한 데이터웨어하우스(DW)시스템과 데이터마이닝시스템을 구축하였다. 그리고 인터넷을 이용한 전자 업무처리와 내부 업무의 사무자동화를 위한 인트라넷의 구축 등 새로운 포털시스템을 선보였다. 이어 2003년 12월 ‘e-심평원’의 기반 강화를 위한 정보보호사업에 착수해, 종합관제시스템을 구축하여 정보시스템의 안정적인 서비스를 도모하



2002 심사 · 평가 정보관리체계 보강사업 착수보고

였다. 이처럼 심사평가원은 2003년까지 'e-심평원'의 기반을 착실히 다져, 이를 발판 삼아 2000년대 중반을 거치면서 'e-심평원' 시대를 활짝 열게 되었다.

보건의료 중추에 선 데이터웨어하우스(DW)

심사평가원은 2002년 8월 DW 구축을 위하여 총 사업비 105억 원을 투자하였다. 선험기관의 노하우를 전수받기 위하여 SK텔레콤, 서울 아산병원, LG전선 등을 방문하는 등 벤치마킹은 물론, TF팀을 구성하여 촉탁자문위원(전기홍 교수)의 자문도 받았다.

DW의 구축은 심사평가원의 통계생산방법을 획기적으로 전환시켰으며, 자료취합 시간단축 효과는 물론 통계자료까지 신속 · 정확하게 생산할 수 있게 되었다. 그러나 5년 후에는 의약분업과 월별 청구에서 일자별 청구로 청구방법이 바뀌는 등의 변화로 평가업무가 확대되고 평가대상도 5개에서 22개로 늘어나면서 속도저하의 문제점이 발생하였다. 뿐만 아니라 분석시간 과다와 개인정보보호 취약이라는 구조적인 문제에서 CPU 및 메모리 과부하라는 시스템 측면의 문제까지 제기되었다.

이러한 문제점 해결을 위하여 2009년 7월 DW시스템 재구축을 시작하였다. 노후기기 교체, DW 구조개선, 개인정보보호 강화를 위한 H-PIN을 도입하고 OLAP 분석환경의 개선 사업을 펼쳤다.

2010년 완료된 재구축사업의 효과는 곧바로 나타났다. 사용자가 폭발하는 시간에도 정상적으로 서비스가 이루어진 것은 물론, 통계생산 시간이 크게 단축되어 업무혁신사례로 언론에 소개되어 심사평가원의 위상을 높였다.



2004 보건의료정보(DW) 공유 · 활용 세미나

DW 활용도 극대화를 위하여 직원들을 상대로 2004년부터 보건의료정보분석사 자격시험을 실시하였다. 해를 거듭할수록 직원들 간에 보건의료정보분석사에 대한 관심이 높아지면서 선의의 경쟁이 치열해지더니 DW 사용이 더욱 활성화되는 선순환 효과가 나타났다. 시행 초기에는 경진대회 성격이었다. 한국산업인력공단이 사업장 내 자격으로 공식 인정하면서 보다 체계적이고 공정한 검정이 이루어지도록 제도를 정비하는 등 절차와 과정이 업그레이드되었다.

진료비 전산청구의 지속적 확대

심사평가원은 전산청구율이 낮은 서면청구 요양기관을 대상으로 EDI 청구홍보 안내문을 지속적으로 발송하여 참여를 권장하고, 초기 개통비 면제 및 이용료 인하 등을 통하여 전산청구(EDI, 디스켓) 확대를 유도하였다.

의 · 약단체 간담회를 개최하여 전산 참여 확대에 기여한 단체 및 요양기관에 포상하였다. 그 결과 2001년 말 기준 전체 요양기관의 64.3%인 4만 355개 기관이, 2002년 말에는 4만 8,257개 기관이 참여하였다. 디스켓 청구기관을 포함하면 5만 6,937개 기관으로 전체의 86.9%가 참여하는 성과를 올린 것이었다. 전산청구 건수는 지속적으로 증가하여 전산청구 비율은 2003년 말 95.7%에 이르렀다.

시대를 앞서간 데이터마이닝

심사평가원은 DW 구축과 함께 데이터마이닝이라는 새로운 기술도 도입했다. 데이터 활용성 제고를 위해 도입된 데이터마이닝은 빅데이터 기반 인공지능 데이터 분석의 원조라고 말할 수 있는 당시로서는 획기적인 기술이었다. 이 기술은 대용량 데이터에 숨겨져 있는 데이터간의 관계, 패턴, 규칙 등을 탐색하고 이를 모형화해서 유용한 정보로 변환하는 일련의 과정을 말한다. 데이터마이닝의 핵심 중 하나는 축적된 과거 자료로부터 수집된 대용량의 데이터를 이용해 미래를 잘 설명할 수 있는 모형 개발이었다. 이는 통계적 추론과 검증보다 예측모형의 일반화 및 다양한 의사결정에 사용한다는 특징을 가지고 있다.

심사평가원 정보통신실의 데이터마이닝 조직은 2004년부터 LG-CNS를 주사업자로 한국SAS와 공동으로 '정밀심사 참고자료 제공을 위한 모델' 사업을 추진하였다. 이 사업은 청구유형별로 연관성 있는 진료패턴(행위, 약제 등)을 데이터마이닝의 연관성규칙(Association Rule) 기법으로 발굴하고, 이를 심사에 적용하여 심사업무의 질을 향상시키겠다는 선진적 목적을 가지고 있었다. 그러나 모델은 결국 활성화되지 못하였다. 당시의 데이터마이닝 모델은 업무에서 수용하기에 너무나도 급진적인 방식이기 때문이었다.

결국 정보통신실의 데이터마이닝 조직은 2008년 1월 '의료급여의과의원 현지조사 대상기관 선정 모델'개발을 끝으로 해체되었다. 하지만 그때 데이터마이닝 기술을 습득함으로써 새롭게 출범한 의약품정보센터의 '약품 고가약 대체청구' 등 정확도가 매우 높은 모델을 개발할 수 있는 자양분이 되었으니 그 또한 유의미한 실패가 아닐까.





2005 정보통신부문 품질경영 선포식 — **2007** 심사평가정보센터 개소기념 심포지엄(우리나라 심사평가의 현재와 미래)

정보보안 활동 강화

2000년 7월 1일 제정된 「정보통신기반보호법」에 의거하여 민감한 진료정보를 취급하는 건강보험 청구심사시스템이 2002년 1월 12일 첫 번째 주요 정보통신기반시설로 지정되었다. 심사평가원은 매년 정보보안업무 추진실적과 계획을 국가정보원 및 행정안전부에 보고하는 한편 임직원 대상 보안교육을 강화하고 전문인력 확보를 통하여 정보보안에 대비해 나갔다. 이후 사이버 침해가 지능화함에 따라 2004년에는 통합보안관리시스템을 구축하였다.

2. 정책개발 및 연구지원

조사연구업무의 본격적인 전개

「국민건강보험법」의 시행으로 의료환경이 급격히 변화해 건강보험 정책 개발 및 연구사업이 중요해졌다. 2000년 12월 조사연구팀을 신설해 조사연구 업무를 개시하였다. 2001년 5월 조사연구실 체제로 확대하여 심사평가제도에 대한 조사 및 각종 통계자료를 생산하였다. 2002년부터 연구인력을 보강하기 시작하여, 2003년 진료비분석팀, 평가질향상팀, 신기술평가팀, 심사급여제도팀 등 4개 연구팀을 갖추었다. 연구 인력은 한국보건사회연구원 및 한국

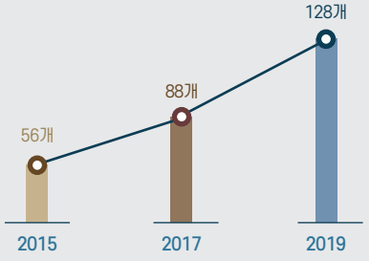
보건산업진흥원 등 외부 전문가들을 대거 채용하여 전문성을 제고하였다. 2007년 심사평가정보센터로 확대되면서부터 정책연구를 수행하는 싱크탱크의 역할을 하게 되었다.

정보공개 및 통계관리의 기반 마련

심사평가원은 정보제공 환경 변화와 그동안의 정보공개 실태를 반영하여 2002년 12월 '정보공개 및 제공 업무운영지침'을 제정하고 2002년 5월 인터넷을 통한 정보공개 서비스를 시작하였다. 해마다 요양기관의 진료실적을 수록한 '건강보험통계연보'를 발간하였다. 이후 내용 중복 방지 및 동일 항목 통계수치 일치를 위해 2005년부터 국민건강보험공단과 함께 격년으로 발간하고 있다.

심사평가원 20년 톺아보기!

공공데이터 개방 현황 추이



2013년 「공공데이터법」 시행으로
공공기관이 보유한 데이터를
국민이 자유롭게 활용할 수 있도록
다양한 형태로 개방,
적극적인 신규 공공데이터 발굴 노력으로
개방 건수는 **매년 증가 추세**



제2장

심사 · 평가 전문기관으로서의 기능과 역할 확대

(2004~2008)

제1절.
자율 · 예방 중심으로
심사 패러다임을 바꾸다

제2절.
의료 평가체계를
재정비하다

제3절.
신의료기술
상대가치점수 개정

제4절.
근거중심 의학체계 도입으로 심사 · 평가
과정의 투명성과 공정성을 강화하다

제5절.
의약품 안전사용과
유통정보 관리 체계를 마련하다

제6절.
전산심사를 통해
심사의 과학화를 꾀하다

제7절.
정책개발 연구로
미래 보건의료를 견인하다

제8절.
OECD 국제통계 생산과
심사평가원의 국제적 역할

제1절.

자율 · 예방 중심으로 심사 패러다임을 바꾸다

1. 기관이 나아갈 방향과 미래를 설계

심사 평가 기능 강화를 위한 조직 경영진단의 실시

2003년 2월 참여정부 출범과 함께 신정부 정책기조에 부합하기 위한 조직운영 전반에 걸친 체계적인 진단의 필요성이 대두되었다. 심사평가원은 2002년 12월부터 조직 경영진단에 착수하였다. 경영진단위원회를 설치하고 공정성과 객관성 확보를 위해 외부 전문기관에 의뢰하였다. 2003년 1월 프로젝트 설명회를 시작으로 7개월에 걸친 경영진단 과정을 거쳐 그해 8월 최종 결과를 발표하였다.

진단 결과를 토대로 각 사업부서의 의견을 수렴해 '조직발전 TF'를 구성하여 기본 방향을 수립하였다. 사업환경의 지속적인 변화를 감안하여 점진적으로 개선하는 것으로 방향을 정하였다. 민원상담을 포괄한 교육 · 홍보 인프라를 구축하고 국민의 알 권리 충족을 위하여 홍보상담실을 설치하였다. 기능 전문화를 위하여 교육훈련부, 약가재평가부, 수원지원, 심사2부 등 4개 하부조직도 증설하였다. 인력운영에 있어서는 복수직급제(직위 · 직급분리)와 개방형 직위제를 도입하였다.

국민과 요양기관으로부터 신뢰받는 전문가 조직을 지향

조직 경영진단을 토대로 비전 및 중장기 발전계획을 수립하였다. 당시 비전은 '국민과 요양기관으로부터 신뢰받는 전문가 조직을 지향'하는 것이었다. 이와 함께 미션을 '의료 서비스의 질 향상과 보험재정 지출의 건전화'로 정하였다.

비전 달성을 위한 중장기 발전계획은 참여정부의 의료 · 건강보험제도의 방향을 반영하여 5개년(2004~2008년)계획으로 수립하였다.

변화관리 및 경영혁신을 위하여 2003년 9월부터 '조직발전 및 업무혁신을 위한 TF'를 구성, 운영하였다. 이 조직은 기능 · 프로세스, 조직, 인사, 전자심평원, 대국민서비스 · 홍보 등 5개의 혁신추진반으로 구성하였으며, 조직발전과 업무혁신을 이끌어가는 중심축으로 활동하였다.

2. 심사평가원 혁신을 위한 비전

2000년대 중반에 들어서며 건강한 삶과 질 높은 의료서비스에 대한 관심이 높아지고, 국민의 정보수요 역시 점점 커져갔다. 내부적으로는 심사 · 평가 전반의 업무량이 계속 늘어나 업무 프로세스 개편과 환경 변화에 대처하는 위기관리 능력 등 상시적인 혁신체제가 요구되었다.

2003년 2월 참여정부 출범과 함께 심사평가원은 신정부 정책기조에 부합하려면 조직운영 전반에 걸친 체계적인 진단의 필요성을 느꼈다. 이에 조직 경영진단을 토대로 '국민과 요양기관으로부터 신뢰받는 전문가 조직을 지향'이라는 비전과 함께 '의료 서비스의 질 향상과 보험재정 지출의 건전화'라는 미션을 정하였다. 비전 달성을 위한 중장기 발전계획은 참여정부의 의료 · 건강보험제도의 방향을 반영하여 5개년(2004~2008년) 계획으로 수립하였다. 사내 지식제안제도인 'i-Hira'를 활성화하고, 혁신 마인드 공유를 위한 연찬회를 5회에 걸쳐 개최하는 등 변화와 혁신을 위한 기반을 정비하였다.

2005년 신년사에서 신언항 원장은 "변화의 흐름을 먼저 읽고 혁신의 어젠다를 내세워 심사평가원의 역할에 부합하고 국민과 고객이 감동하는 조직으로 바꾸어 나가야 한다."면서 변화와 혁신의 필요성과 고객만족 경영 의지를 천명하였다. 3월에는 고객만족 경영혁신 다짐대회를 개최하였다. 신언항 원장은 "전문가의 함정에서 빠져 나와야 한다. 우리가 누구를 위해 존재하는지, 누가 우리의 고객인지 명확히 해야 한다."고 지적하고, 고객가치 중심의 새로운 비전 설정에 착수하였다. 핵심전략과 지향목표를 담은 비전을 제시하여 조직원의 역량결집 계



2005 고객만족 경영을 위한 혁신 토론회

기로 삼고 고객에게 굳은 실천의지를 표명하기 위한 것이었다.

2005년 10월 임원진을 비롯하여 실 · 지원장, 부장, 차장, 노동조합 등 80여 명이 참석한 워크숍을 열어 비전과 미션에 대한 의견을 수렴하였다. 2005년 12월 '고객신뢰를 바탕으로 의료의 질과 비용의 적정성을 보장하는 최고의 전문기관'이 새로운 비전으로 선정되었다. 이와 함께 미션을 '국민의료의 질과 비용의 적정성을 보장'으로 정하였다. 새로운 비전 달성을 위한 중장기 사업계획인 'New Hira-Plan 2010'도 제시되었다.

3. 심사 환경 변화에 대응한 시스템 개선

2000년대 중반에 접어들며 의료기술의 급속한 발달에 진료 현실을 반영한 심사 전문화의 요구가 높아져 진료비용 전자청구 시대에 걸맞은 청구항목 및 방법에 대한 개선이 필요하였다.

심사평가원은 진료임상 의사들이 참여하는 전문심사제를 확대해 전문심사위원의 수를 2004년 185명, 2005년 202명으로 늘렸다. 진료비심사평가위원회도 운영방법을 개선하였다. 2004년부터 심사위원 워크숍을 개최해 정보제공을 강화하고, 2005년 11월 직접 방문의 시간 소모를 줄이는 심사위원 원격심사(Tele-Review)를 시범 운영하였다. 2007년 8월부터 원격심사는 본원과 지원으로 확대 실시되었다.

심사인력의 전문역량 강화를 위해 2004년부터 의학회 학술활동 참여를 지원하였다. 그 결과 심사업무 전문성과 효율성이 높아져 2006년 기준 1인당 심사처리 건수가 전년 대비 24% 향상되었다.



2004 전문심사위원 워크숍

해마다 급증하는 심사물량에 대응해 2004년 4월부터 심사대상 선정에 IT를 활용하여 MDM(Multi-Dimension Monitoring) 다차원 분석기법 시스템을 개발, 심사대상의 합리적 선정 수단으로 적극 활용하였다. 2004년 8월부터 전산심사 대상을 확대해 전산점검항목을 꾸준히 늘려나가, 2006년 말 기준 상병별 전산점검이 22개 상병으로 확대되었다.

4. 자율 · 예방 중심으로 변화하는 심사업무 패러다임

「의료보험법」이 전면 개정된 1976년 이래 전국의 의료보험조합 수가 늘어 수혜자가 전체 인구의 23.8%에 달하게 되었다. 이에 감사원은 의료보험제도의 효율적 운영과 가입자의 편익을 위해 의료보험제도 운영 실태를 감사하였다. 그때까지 심사는 명세서 전건을 서면으로 심사하여 진료비를 지급하였는데, 감사 결과 허위청구가 많고 진료비 산정방식도 절차가 복잡하고 착오발생률이 높다는 지적을 받게 되었다.

이에 1981년 10월 개정된 「의료보험 요양취급기관 관리요령」에 따라 성실요양취급기관제도를 도입하였다. 그러나 이 명칭은 다른 요양 기관을 '불성실'로 비치게 한다는 이유로 1982년 1월 '소액진료비 청구 시범요양취급기관'으로 명칭이 변경되었다. 이후 소액진료비 청구 시범요양취급기관제도의 불합리한 점을 개선하여 1985년 12월부터 시행한 '의원급 외래진료비 경향심사제도'의 정착에 따라 결국 폐지되었다.

외래진료비 경향심사는 심사방법을 지표심사, 개괄심사, 정규심사, 정밀심사 등의 4등급으로

세분화하였고, 1997년 9월부터는 병원급 요양기관의 외래진료비까지 확대하여 실시하면서 심사 패러다임의 시초가 되었다.

건강보험 시행과 의약분업 이후 진료비가 폭증하여 적자가 급증하자 정부는 '건강보험 재정 안정화 대책'을 발표하였다. 이에 따라 기획심사제를 도입하고, 현지 확인심사 및 정밀심사를 확대하였지만 건별 심사 강화로 업무부담이 가중되자 요양기관의 불만이 높아졌다.

이러한 근본적인 문제를 개선하는 첫 시도로 의원급 외래 진료비 모니터링을 실시하였다. 이에 '고가도지표'를 산출하여 기관별 모니터링 결과에 따라 현지 방문하여 안내함으로써 자율적 개선을 유도하는 것이었다. 이 경험을 토대로 2003년에 도입된 제도가 '급여적정성 종합관리제'이다.

이 제도의 목적은 효율적 심사를 통한 급여의 적정성 및 건보재정의 건전화를 위해 기존의 건별 · 사후적 심사방법에서 기관별 · 사전 예방적인 관리로의 전환에 있었다. 진료비에 대한 정보를 의료기관에 제공하여 의료기관 스스로 진료행태를 변화시키도록 동기를 부여하자는 취지였다. 장기적으로는 적정의료와 의료의 질 향상 및 건보재정 안정을 유도하며 의료기관에 대한 사후규제 및 간섭행정이 아닌 현장중심의 진료 적정성을 유도하는 데 있었다.

'급여적정성 종합관리제'는 2002년 창원 및 대전지원 시범사업을 시작으로 2003년 의원 및 치과의, 2005년 보건기관과 병원급 이하 입원 · 외래, 의원 입원까지 전면실시하기에 이르렀다.

이에 따라 현행 청구건별 · 양적 심사가 요양기관 단위별 질적 총괄관리로 바뀌게 되었고, 그동안 일방적인 사후진료비 심사 조정을 사전조율과 예방기능으로 전환하게 되었다.

〈심사와 종합관리제〉

심사		종합관리제
• 목표 : 질/재정 관리 • 관리단위 : 건 • 요양기관 관계 : 결과 통보 • 행태변화 : 건별 진료	⟷	• 목표 : 질/재정 관리 • 관리단위 : 기관(제공자) • 요양기관 관계 : 정보/교육 • 행태변화 : 전반적 진료 행태

그런데 대상 범위가 한방병원과 한의원, 약국으로까지 확대되자 요양기관은 이 제도가 심사 이외의 또 다른 규제와 개입이라고 생각하였다. 뿐만 아니라 심사직원들도 심사와 더불어 중재 업무가 가중되어 부담감을 느끼고 있는 터라 누구도 만족하지 못하는 제도였다.

이에 요양기관 스스로 적정급여, 진료행태 개선 및 정확한 청구를 하도록 제도 개선이 필요하

다는 요구에 따라 심사평가원은 2009년 '급여적정성 종합관리제'를 '적정급여 자율개선제'로 전면 개편하였다.

적정급여 자율개선제는 심사평가원이 건강보험제도와 관련된 각종 규정 및 기준, 현장 의료기관 중심의 종합정보를 의료기관별 맞춤형으로 제공하는 제도였다. 의료기관이 자율적으로 정확한 청구 및 적정 진료를 하도록 지원함으로써 의료의 질과 비용의 적정성을 보장하였다. 즉, 진료비 종합컨설팅 제도의 개념으로서 진료, 심사, 평가, 자원, 실사, 청구, 심사기준, 급여정책 동향 등 심사평가원이 의료기관에 제공 가능한 모든 정보를 제공하여 적정급여를 유도한다는 취지였다.

2009년 7월부터는 종합병원 이상에 대하여 심사업무 패러다임 전환의 일환으로 기관별 심사 관리를 병행하는 요양기관 종합정보서비스를 실시하였다. 여기에 더하여 2011년 12월에는 국가의료서비스 총량관리 기전의 역할이 강화된 '지표연동관리제'가 도입되었다.

5. 심사의 수용성 제고 위해 심사품질 제고

심사업무 효율화를 위한 선택과 집중

고령화 사회에 접어들며 심사물량은 매년 증가해 연평균 1억 건의 증가추세를 보였고, 2007년 말에는 10억 건을 넘어섰다. 따라서 심사업무 효율성을 높여 생산성 제고와 심사의 품질을 향상시킬 필요가 있었다. 2008년에는 8개 항목을 선정해 '선택과 집중'의 심사를 수행하였다.



2007 심사품질혁신 선포식

심사평가원은 2007년 2월 심사품질혁신 선포식을 개최하여 그 의지를 널리 알렸고, 심사품질혁신 로드맵(2007~2010년)을 마련해 심사품질 향상을 위한 '6시그마 기법' 도입과 심사의 편의성 제고를 위한 '심사지식 뱅크'를 구축해 나갔다. 이밖에도 심사혁신 아이디어 경진대회를 개최하여 참신하고 심층적인 아이디어를 도출하는 계기로 삼았다.

2007년부터 인공지능(AI, Artificial Intelligence)을 활용한 상병 전산심사 항목 수를 지속적으로 확대해 2007년 68개 상병에서 2008년에는 81개 상병으로 늘어나 전체 심사물량의 39%를 차지하였다. 2008년에 고효율 상병심사 개발을 위한 업무규칙시스템(BRMS, Business Rule Management System)을 구축해 전산심사 프로세스를 전면 개편함으로써 심사의 과학화를 꾀하였다.

권리구제의 지속적인 확대

2005년 8월부터 심사평가원 심사결정에 명백한 오류가 확인된 경우, 법이 허용하는 범위 내에서 자체 시정하고 환급 조치하는 청구 · 심사 정정 서비스를 실시하였다. 이는 요양기관이 재심사조정청구 또는 이의신청을 통해서만 환급이 이루어지던 업무절차를 개선한 것이었다. 심사평가원 스스로 착오를 바로잡음으로써 적극적인 책임행정 구현과 고객서비스 혁신을 실천하기 위함이었다.

2006년 청구 · 심사 정정 서비스 환급처리실적은 1,312개 기관, 7,870건, 1억 1,020만 원이었다. 시스템 가동 후 이의신청 인정 건 중 심사평가원의 착오 발생 건은 시행 전인 0.92%보다 0.64% 감소한 0.28%로 나타났다.

수탁 심사 확대하여 기관 위상 제고

심사평가원은 1988년 1월 의료보험연합회로의 심사기구 일원화와 2000년 7월 심사평가원 설립으로 수탁 심사를 승계하여 왔다. 국내 최고의 의료정보 인프라와 의료정보 통계를 보유하고 있어 심사평가원에 타 급여비용의 심사를 위탁하는 경향이 확대되었다. 2004년 국회 국정감사에서 분산되어 있는 자동차보험, 산재보험, 보훈환자 등에 대한 진료비 심사를 심사평가원으로 통합하자는 의견이 다수 제시되었다.

2005년 8월 한국보훈복지의료공단은 심사평가원과 위탁병원에 대한 진료비 심사 평가 업무계약을 체결하였고, 같은 해 10월 1일부터 위탁병원 보훈의료비 심사를 실시하였다. 또



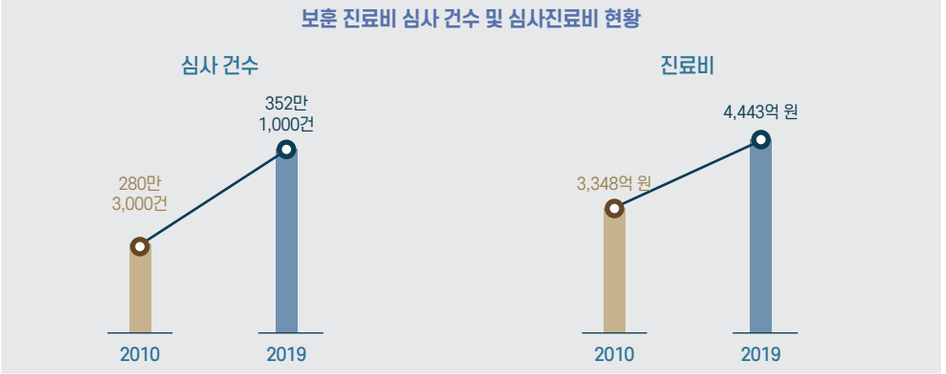
2008 보훈병원 진료비 심사 · 평가업무 위탁계약 체결

2008년 9월에는 전액 국비지원 대상자에 대한 5개 보훈병원진료비의 심사 평가 업무위탁도 체결하였다.

1995년 1월 「응급의료에 관한 법률」 개정으로 심사평가원의 전신인 의료보험연합회가 보건복지부로부터 응급의료기금의 관리 · 운용을 위탁받았다. 이후 2003년 1월 법률 재개정으로 기금의 관리 · 운용은 보건복지부가, 응급의료비 미수금 대지급 제도운영은 심사평가원이 맡게 되어 현재까지 제도운영을 수행하고 있다.

체계적인 의료지원이 열악한 외국인 근로자, 노숙인 등 소외계층 의료서비스 지원 사업이 시행되어, 2005년 9월 54개 의료기관에 대한 의료서비스 지원 사업 진료비 수탁심사를 시작하였다.

심사평가원 20년 톺아보기!



제2절.

의료 평가체계를 재정비하다

1. 적정성 평가 항목의 지속적인 확대

요양급여 적정성 평가는 심사평가원의 고유기능으로 시간이 지날수록 전문기관다운 전문성을 축적해 나갔다. 의료 품질에 대한 국민의 기대수준과 진료정보에 대한 요구가 높아짐에 따라 과학적인 지표개발과 평가결과 활용 강화로 기관 신뢰성을 확보해야 했기에 적정성 평가의 질과 양을 한 단계 더 도약시켜야만 하였다.

2003년 슬관절치환술, 정신과 병 · 의원 의료급여, 집중치료실, 수혈 등에 대하여 첫 요양급여 적정성 평가를 실시하였다. 2005년에는 급성심근경색증(AMI), 경피적관상동맥중재술(PCI), 관상동맥우회술(CABG) 등 3개 항목을 새로 선정하여 적정성 평가를 실시하였다. 2006년에는 급성기뇌졸중, 2007년 수술의 예방적 항생제, 진료량 지표평가를 각각 신규 항목으로 추가하였고, 2008년부터 요양병원 입원비용을 신규 항목에 추가하였다. 2008년 말 기준, 적정성 평가대상은 누적 17항목에 이르렀다.

2. 의료기관 이용 선택권 보장 위한 평가결과 공개

심사평가원은 의료의 질 평가 수행 후 그 결과를 공개해왔지만 2004년까지는 항목별 평가결과를 개략 요약하여 공개하는 수준에 머물렀다. 건강정보에 대한 국민 관심이 높아지고 요양기관의 자율적인 의료서비스 개선활동 유도를 위해 2005년부터 평가결과를 적극 공개해오고 있다.

2005년 5월 주사제를 시작으로 9월 제왕절개, 10월 감기 항생제를 거쳐 2006년에는 공개범위를 더욱 확대하고 TV와 일간지 등 매체를 통하여 대국민 캠페인을 전개해 나갔다. 이에 따라 주사제 · 항생제의 처방률이 크게 하락하는 효과를 거두었다.

2005년 11월에는 허혈성심장질환 진료 평가결과가 양호한 기관 명단을 국내 최초로 공개하였다. 평가 결과는 TV, 라디오, 일간지, 홈페이지 등에 공개되어 요양기관 간의 경쟁을 통한 질 개선을 유도하여 의료 서비스의 질을 향상시키는 효과를 거두었다.

평가결과 공개는 올바른 의료서비스 정착에 크게 기여했다. 2007년에 주사제, 항생제 처방률, 처방건당 약 품목 수, 제왕절개 분만율, 뇌졸중, 진료량 등 6항목으로 늘어났고, 공개 횟수도 전년 10회에서 13회로 증가하였다.

2007년 7월부터 진료비 인센티브를 제공하는 사업을 시범적으로 운영하였다. 의료의 질이 우수한 요양기관에는 인센티브를 제공하고 질이 낮은 기관에는 패널티를 부여하는 '요양급여비용 가감지급'사업이다. 상급종합병원을 대상으로 급성심근경색증과 제왕절개분만 등 2개 평가항목에 대하여 실시하였으며, 2011년부터는 본 사업이 시행되었다.



2008 가감지급 시범사업 1차년도 평가결과 요양기관 설명회

3. 의료기관 질 향상(QI) 지원사업의 활성화

심사평가원은 의료기관의 질 향상(QI, Quality Improvement) 지원사업을 2007년부터 실시해왔다. 종합병원을 대상으로 평가 상세내역과 외국의 진료 가이드라인 등 벤치마킹 자료를 제공하는 등 자율적인 의료서비스의 질 개선활동을 유도하였다. 심사평가원은 2007년 QI담당자들과의 대화채널을 구축한 데 이어, 12월에 '질 향상 지원사업 자문단'을 구성하였다. 그해 11월 질 향상 우수기관 사례발표회를 개최하고, 'QI 뉴스레터'를 창간하여 국내 · 외 주요 이슈를 전파해 나갔다. 의료기관 질 향상 지원사업은 2008년부터 본격적으로 확대되었다.

4. 정보연계 강화로 의료자원의 시너지를 높이다

2005년 보건의료인력 면허증 사본 제출을 생략하고, 종전에 5~7일 소요되던 요양기관의 기호부여 신청을 당일에 처리해주는 'One-day 서비스'를 실시하였다. 2007년 9월 장비종합정보 서비스 시스템을 구축, 가동함으로써 의료자원의 정보연계를 통한 시너지를 높였다. 이 서비스를 제공함에 따라 업무처리 시간이 14일에서 3일로 대폭 단축되었다.

의료자원 현황 통계자료의 생산 및 제공이 전년 대비 25% 증가하였으며, 통계청의 '국가통계연감 DB'와도 연계가 이루어져 장소의 제약 없이 자원정보를 조회할 수 있게 되었다.

이와 함께 의료자원의 전산점검이 확대되어 장비는 2006년 98종에서 2007년 172종으로, 인력 · 시설은 2006년 13항목에서 2007년 27항목으로 각각 늘어나 의료자원과 심사 · 평가의 연계성을 대폭 강화하게 되었다.



2008 QI 활동 우수 기관 시상식



2007 QI 뉴스레터 창간

제3절.

신의료기술 상대가치점수 개정

1. 신의료기술 평가업무 수행과 이관

심사평가원은 신의료기술 등에 적정한 상대가치점수 및 상한 금액을 제시하기 위하여 2004년부터 전문평가위원회의 운영을 정착시켜 적정성 확보를 위한 전문성을 강화하고 결정 과정의 투명성을 제고하였다. 2005년 2월에는 신청자에게 전문평가위원회의 평가 결과를 통보하는 제도를 도입하여 평가 결과의 수용성을 한층 높였다. 2007년 4월 「의료법」 개정을 통한 신의료기술평가제도가 시행됨으로써 신의료기술평가제도의 법제화는 물론 평가수행을 위한 기반을 조성하게 되었다.

2007년 4월 「의료법」 제54조에 따라 신의료기술 평가를 수행할 신의료기술평가위원회가 보건복지부 산하에 설치되었다. 더불어 신의료기술 평가업무를 원활하게 수행하기 위해 「의료법」 제55조의 규정에 따라 2007년 6월 심사평가원과 신의료기술 평가 수반업무에 관한 위탁계약을 체결하였다. 이에 심사평가원은 같은 해 12월 신의료기술평가사업본부를 신설하고 신의료기술평가위원회 운영지원, 평가업무 수행을 위한 자료수집 및 분석, 평가인력 양성 및 평가기술개발 등의 업무를 수행하였다.

신의료기술평가제도가 도입된 2007년 4월부터 2010년 6월까지 접수된 신의료기술평가는 총 613건이었다. 그중 372건(60.7%)은 진단 및 유전자검사 분야였으며, 처치나 수술 등의 의



2008 신의료기술 결과 발표회

료기술은 240건(39.1%), 기타 1건(0.2%)이었다. 의료기관이 439건(71.6%), 비의료기관이 174건(28.4%)을 차지하였으며, 의료기관의 경우 상급종합병원 및 종합병원이 80.2%를 차지하였다.

2007년 8월부터 2010년 6월까지 총 33차례 신의료기술평가위원회를 개최해 신청된 신의료기술을 심의한 결과, 안전성 · 유효성 평가가 필요하다고 결정된 의료기술은 전체 신청 건 중 261건(42.6%), 평가비대상건으로 결정된 의료기술은 337건(55.0%), 심의 전 안건이 15건(2.4%)으로 나타났다.

2008년 12월 의료기술에 대한 평가 및 분석업무를 담당하는 '한국보건의료연구원'이 설립되면서 심사평가원이 수행하던 업무가 한국보건의료연구원으로 변경되었다. 이에 2010년 6월부로 신의료기술평가 업무는 한국보건의료연구원으로 이관되었고, 그간 축적된 평가경험으로 전문성을 확보한 해당 인력 14명은 한국보건의료연구원에서 고용 · 승계하였다.

2. 급여기준 및 지침의 지속적인 정비와 상대가치점수 전면개정 연구 수행

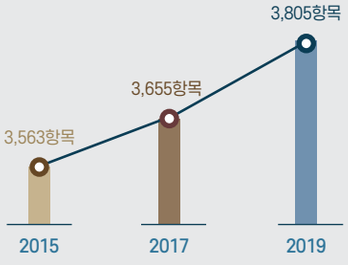
2005년 보건복지부와 연계하여 '건강보험 혁신 TF'를 운영하면서 급여기준의 개선방안을 검토하였다. 이를 기반으로 2006~2007년 심사지침을 일제 정비하여 총 284항목을 고시 전환

하도록 보건복지부에 건의하였다. 2007~2008년에 임의비급여 해소를 위한 급여기준 모니터링을 실시하여 2008년 12월 행위 30항목 및 치료재료 34항목을 개정, 고시하도록 건의하였다.

또한 상대가치연구개발단의 주도 아래 2003년 3월부터 2006년 12월까지 상대가치점수 전면개정을 위한 연구를 수행하였다. 업무량, 진료비용 및 위험도 구분으로 상대가치점수 체계에 맞는 행위별 근거자료 구축을 통하여 상대가치점수를 전면 개정하였다. 개정된 상대가치점수는 급격한 조정으로 인한 혼란을 방지하기 위하여 2008년부터 2012년까지 5년에 걸쳐 20%씩 단계적으로 반영해 나갔다. 하지만 진료과목별로 총점을 고정한 상태에서 행위 간 상대가치점수를 조정하여, 진료과목 간 불균형이 완전히 해소되지 못하였다. 이런 문제를 해결하기 위하여 2010년부터 2016년까지 상대가치점수 2차 전면 개정작업을 추진하였다. 상대가치점수 산출체계를 진료과목별(40개)에서 행위유형별(5개)로 전환하였다. 이를 통하여 상대적으로 저평가된 수술 등 해당 분야의 보상수준을 높임으로써 건강보험 수가 간 균형적 보상에 긍정적인 효과를 거두었다. 2차 전면 개정결과는 2017년 7월부터 2020년까지 4년에 걸쳐 25%씩 단계적으로 반영하였다.

심사평가원 20년 톺아보기!

급여기준 관리 현황



급여기준 관리 현황은
행위 · 약제 · 치료재료 등 전체 건강보험 등재 급여목록 중 **급여기준을 설정 · 운영하고 있는 항목들의 총 개수**를 말하며, 매월 말일 **보건복지부장관이 고시한 사항** 및 **심사평가원장이 공고한 항목 수**를 집계한다.

제4절.

근거중심 의학체계 도입으로 심사 · 평가 과정의 투명성과 공정성을 강화하다

1. 근거중심보건의료의 도입과 기반 구축

심사평가원은 의사결정 과정의 투명성과 공정성 강화로 심사 · 평가 전문기관으로서 각계의 기대를 충족시킨다는 취지로 근거중심보건의료(EBH, Evidence Based Healthcare)의 도입을 추진하였다. 기반 조성을 위하여 2006년 2월 신의료기술평가본부 내에 신설된 EBH팀은 '근거중심의사결정체계 구축'이라는 미션 아래 EBHC 선험기관을 방문하였고, 국외 학회(Leeds Systematic and Review Course) 등에 참석하여 정보를 수집하고 국제동향을 파악하였다. 또한 건강보험 급여기준에 대한 기본 원칙 및 과학적 근거에 대해 전문가 의견을 수렴하는 콘퍼런스를 개최하였다. 더불어 근거중심의사결정의 지식기반 구축을 위한 체계적인 문헌고찰, 방법론에 대한 자체 세미나 등 건강보험심사평가원의 의사결정체계 업무개발을 위한 밑그림을 그렸다.

2007년 11월 의료기관, 보건의료계 등 약 270여 명이 참석한 가운데 근거중심보건의료 실현을 위해 우선적으로 고려할 의학적 근거에 대한 특성 이해와 보건의료 각 분야의 견해에 대한 토론을 실시하여 근거중심보건의료가 성장할 수 있는 장을 마련하였다.

국제적 네트워크 형성과 심사평가원의 위상을 높이기 위하여 2008년 10월 코크란 전문가회의(16th Cochrane Colloquium)에 참석해 EBH 관련 활동이 우리나라 건강보험 의사결정체계에 미친 역할을 발표하였다. 또한 미국보건의료연구품질관리국(AHRQ, Agency for Health care Research and Quality)의 EBH 전문가를 초빙하여 국내 근거중심의사결정체계의 현황과 공통 관

심사에 대한 의견을 교환하는 등 지속발전을 위한 협력관계를 돈독하게 다졌다.
2009년 조직개편과 더불어 급여기준실로 소속이 바뀌었고, 근거중심의사결정체계를 보다 안정적으로 구축하기 위한 워크숍 개최 및 학회 참석 등의 노력을 기울였다. 2010년 근거중심의 급여 및 평가의 패러다임 전환을 위해 EBH부가 임시조직에서 정규직제화 되었다.

2. 근거중심보건의료 평가 수행과 확산

근거중심 의사결정을 위한 EBH평가 수행

심사평가원의 각 위원회를 통한 의사결정은 진료비 심사 · 평가업무는 물론 의료소비자들의 의료공급과 소비행태에 큰 영향을 주었다. 따라서 객관적이고 합리적인 의사결정을 위하여 신뢰할 수 있는 양질의 정보를 제공받는 것이 얼마나 중요한지 깨닫게 되었다. 이에 심사평가원은 단시간에 효율적으로 과학적 근거자료를 생성할 수 있는 근거문헌활용지침(EBRM)을 개발하였다. EBRM 개발을 위해 미국 AHRQ의 의학정보 검색방법과 영국 SIGN에서 개발한 임상진료지침 작성을 위한 안내서를 참고로 초안을 작성하였다. 관련 실무자들의 의견수렴과 시범평가를 거쳐 2005년 12월 EBRM 초판을 완성하기에 이르렀다. 2006년 초판에 대한 실무적 지식을 보강한 제2판을 발간하였다. 2010년 근거중심 의사결정체계에 대한 인식 확산 및 활용도 증대에 따라 사용자 중심으로 개편된 제3판을 발간하였다.
심사평가원은 EBRM을 활용하여 '안면부 화염상 모반에 시행한 레이저 치료의 요양급여 인정 여부' 등 13항목의 EBH 평가를 시범 실시하였다. 또한 평가 우선순위를 설정하는 등 본격적인 평가를 수행하였다.
EBH 평가업무 수행에 있어 임상연구 문헌의 질 평가 도구 개발 필요성이 제기됨에 따라 2009년 3월 '임상연구 문헌 분류도구 및 비뚤임위험 평가도구(Hira-SDA & Hira-RoB, Hira-Study Design Algorithm & Hira-Risk of Bias)'를 개발하여 체계적 문헌고찰로 수행되는 EBH 평가보고서의 완성도와 신뢰성을 높였다.

EBH평가결과 공유 및 확산

심사평가원은 2007년 9월부터 체계적 문헌고찰로 수행한 EBH 평가결과를 '근거보고서' 책

자로 발간하여 내부 관련부서와 외부학회 등에 제공하였다. 2009년에는 일반 국민들의 접근이 쉽도록 홈페이지에 13개 EBH 평가항목을 공개하였다. 근거보고서는 전문가 관점의 전문용어 사용, 방대한 분량 등으로 정보 활용이 제한될 것을 감안하여 일반 국민이 이해하기 쉽도록 1페이지에 '알기 쉬운 요약'과 '평가요약' 등 초록정보를 제공하였다. 또한 이용자 편의 위주로 내용을 보강한 '근거문헌활용지침(EBRM) 개정3판'과 '임상연구 문헌 분류 및 비뚤임위험 평가도구(Hira-SDA & Hira-RoB)'를 홈페이지에 올려 보건의료 분야 등에서 활용하였다. EBH 평가결과는 발표회 및 학술대회 등을 통해 정보공유를 활성화하였다. 2011년 국제 코크란학회에 관련 업무소개 포스터를 발표하는 등 EBH 평가 정보공유 및 확산에 앞장섰다.

3. 근거중심보건의료 전문인력 양성

심사평가원은 2006년 3월부터 '근거문헌활용지침(EBRM)교육'을 실시하였다. 더불어 내부 직원의 직무능력 향상과 근거중심보건의료 개념의 의료계 확산을 위하여 노력하였다. 이 같은 노력은 근거중심보건의료의 필요성에 대한 인식 확산과 전문 인력의 저변 확대 필요성에 따라 보건의료 분야 종사자를 대상으로 한 대외교육으로 이어졌다.

근거중심보건의료교육은 체계적 문헌고찰에 대한 개념, 문헌검색 및 의학데이터베이스 활용 등 기본과정과 임상연구문헌설계, 문헌의 질 평가, 메타분석 등 수준별 심화과정으로 운영하였으며, 2006년부터 2010년까지 총 699명의 전문 인력을 양성하였다.

2007년 4월부터 EBH교육을 통해 배출된 전문 인력 가운데 근거문헌 활용 및 자료 작성 우수자를 EBRM마스터로 선발하였다. 선발된 27명의 EBRM마스터들은 실무 현장에서 멘토링 역할을 수행하는 등 EBRM 확산에 주도적인 역할을 하였다. 또한 EBRM 개정에 적극 동참해 사용자 위주의 실용성을 높이는 데 크게 기여하였다. 선발된 마스터는 3년간 자격이 유지되어 만료 전 보수교육을 통해 자격을 연장하였다. 이렇게 배출된 EBRM마스터를 중심으로 현업부서와 EBH 정보공유, EBRM 활용의 실시간 지원을 위해 'EBRM마스터 워킹그룹'을 운영하였다.

심사평가원은 EBRM마스터 제도 활성화를 위해 노동부에서 주관하는 고용보험법에 의거 '근거문헌활용지침마스터 사업 내 자격' 인증 획득을 추진하였다. 그 결과 2010년 9월 사업 내 자격 인증을 획득하였다. 이를 통해 심사평가 전문기관으로서 경쟁력 제고 및 EBRM마스터 사내 자격증의 브랜드 가치를 높이는 등 이미지 향상에 기여하는 한편 근거중심 업무 프로세스의 강화로 공신력 있는 전문기관으로 거듭나게 되었다.

제5절.

의약품 안전사용과 유통정보 관리 체계를 마련하다

1. 의약품 안전사용 기준마련

우리나라에서 의약품 사용에 대한 안전관리의 필요성이 대두된 것은 2000년 7월 의약분업이 시행되면서부터였다. 의약분업으로 약제비 심사물량이 폭증하자 심사평가원은 2002년 숙명여대 의약정보연구소에 '전산화 약물사용 평가 프로그램을 활용한 약제비 심사 효율성 향상방안'에 대한 연구를 의뢰하였다. 그 결과 미국에서 적용하고 있는 의약품 안전사용 기준을 초과하여 조제한 건수가 전체의 약 4.9%로 나타났다.

의약품 안전 사용에 문제가 있다고 판단한 보건복지부는 국내 의약품사용 평가체계 및 기준 개발을 마련하기에 이르렀다. 이에 2003년 12월 의약품사용 평가 관련 전문가와 의약단체 및 소비자단체 추천을 통하여 '의약품사용평가위원회'를 구성하였고, 심사평가원이 운영하도록 하였다.

의약품사용평가위원회는 2004년 1월 처음으로 병용금기 162개 성분조합과 연령금기 10개 성분을 고시하였다. 또한 심사평가원은 2004년 8월 진료분부터 병용금기 또는 연령금기 의약품의 진료비 청구 건에 대하여 전산 자동점검심사를 실시하였다. 그러나 투약이 끝난 후 심사단계의 점검은 부작용 예방 등 안전투약 관리의 실효성이 미흡함에 따라 환자가 먹기 전에 점검할 수 있는 근본적인 대책의 필요성이 대두되었다.

단계별 추진계획 발표

의약품 사전점검시스템 구축에 대한 국회의 요구에 따라 2007년 4월 보건복지부, 심사평가원과 식품의약품안전청이 참여한 '의약품 사용평가(DUR) 추진 TF팀'을 구성하였다. TF팀은 의약품 사전점검시스템 구축을 위한 기관별 추진계획을 수립하여 계획 대비 실적을 점검하고 문제점을 논의하였다.

심사평가원은 TF팀 지원을 위해 정보통신실, 혁신기획실, 종합관리개발실, 약제관리실을 중심으로 실무협의팀을 구성하고 사전점검 프로그램 설치 및 운영에 대한 구체적인 방안을 모색하였다.

2007년 6월, 보건복지부, 심사평가원, 식품의약품안전청, 의약단체가 참여하는 간담회에서 '건강보험 약제 사전정보제공시스템' 구축방안에 대해 논의한 끝에 사전점검시스템을 '의약품처방 · 조제지원시스템(DUR, Drug Utilization Review)'이라 명명하였다. 또 2007년 10월에는 국민과 각계 전문가 의견을 수렴하기 위해 '병용금기 등 의약품 안전사용을 위한 정책방향'이라는 주제로 공청회를 개최하여 DUR의 단계적 추진계획을 발표하였다.

동일 처방전 내 사전점검프로그램 구축

2007년 7월 보건복지부는 「약사법」과 「의료법」을 개정하였다. 이에 '병용금기와 연령금기 의약품 처방'에 대하여 약사는 처방의사에게 확인 후 조제하고, 의사는 약사의 문의에 응대하도록 하는 조항을 신설(위반 시 300만 원 이하의 벌금)함으로써 DUR 시행의 법적 근거를 마련하였다. 또한 동일 처방전 내 금기성분이나 식품의약품안전청 허가취소 품목을 처방 또는 조제할 경우 팝업창에 경고 메시지를 띄우도록 설계된 '의약품 처방 · 조제지원 소프트웨어' 개발과 함께 「요양급여 비용 심사청구 소프트웨어의 검사 등에 관한 기준」을 개정 · 고시하여 이 시스템을 요양기관 보험청구 프로그램에 탑재하도록 의무화하였다.

2008년 4월부터 의약품 안전을 사전 점검하는 DUR이 실시되었다. 심사평가원 서버로부터 실시간 전송되는 의약품 안전정보는 컴퓨터 부팅 시 자동으로 업데이트 된다. 이를 이용하여 컴퓨터 화면에 팝업창을 띄워 자체 점검하도록 하였다. 동일 처방전 내 사전점검 프로그램은 처방사유를 기재하지 않고 금기 의약품을 청구한 경우 이를 전산으로 자동 조정하였다. 사유기재가 있는 경우에는 의학적 타당성을 판단해 급여 여부를 결정하였다.

2. 의약품 유통 관리체계 마련

의약품관리종합정보센터 설립

1998년 보건복지부는 의약품 유통 비리 근절을 위해 의약품 물류 네트워크 구축을 골자로 하는 의약품 유통개혁방안을 확정하였다. 유통되는 모든 의약품에 바코드를 부여해 생산에서 판매에 이르는 전 과정을 투명화함으로써 비리를 원천적으로 봉쇄하고자 한 것이었다. 동시에 그동안 요양기관을 통해 지급하던 약제비를 국민건강보험공단에서 제약회사에 직접 지급하는 직불제로 전환해 제약회사의 경쟁력을 높이고자 하였다. 그러나 2000년 3월 '의약품유통종합정보시스템' 운영을 개시한 이후 약제비 직불제도가 폐지(「국민건강보험법」 개정, 2002년 12월)되는 등 시스템 이용을 강제할 수 없는 상황에 놓이게 되었다. 더욱이 거래내역 노출을 이유로 의료기관과 의약품 공급업체가 이 시스템을 외면해 결국 사업이 좌초되고 말았다.

정부에서는 기존의 의약품유통종합정보시스템 구축사업을 대체하는 동시에 의약품 유통정보를 체계적으로 관리하여 의약품 유통 투명성을 제고할 목적으로 의약품관리종합정보센터 설립을 추진하였다. 2003년 12월 보건복지부는 의약품 유통정보와 사용정보를 수집, 분석할 수 있는 의약품관리종합정보센터 구축에 돌입하였다. 2004년 9월 사업 주관기관을 '한국보건산업진흥원'에서 '건강보험심사평가원'으로 변경하였고, 심사평가원은 2005년 2월부터 설립준비팀을 구성하고 준비 작업에 들어갔다.

의약품관리종합정보센터 설립은 2005년 2월 국가청렴위원회에서도 의약품 리베이트 관행 근절 등을 위해 제안한 바 있었다. 또한 보건의료 분야 20개 단체가 참여하는 '보건의료 분야 투명사회협약'에도 반영해 추진하기로 합의된 사안이기도 하였다. 보건복지부는 2005년 8월 의약품관리종합정보센터 설립 기본계획을 수립하고 정보시스템 구축을 위한 정보화전략계획(Information Strategy Planning) 컨설팅을 실시(2005.9.29~2005.11.28)하였다.

이 컨설팅을 바탕으로 심사평가원은 2007년 4월 LG CNS를 전담사업자로 선정하고, 정보시스템 구축사업(사업기간 : 2007.4~2007.12 사업비 : 45억 7,000만 원)을 추진하기 시작하였다. 2007년 10월 드디어 의약품관리종합정보센터가 출범하여 의약품 유통의 투명성을 높이게 되었다. 2007년 10월 의약품관리종합정보센터 설립 근거 마련을 위한 「약사법」 일부 개정법률이 법률 제8643호로 공포되었다.



2007 의약품관리종합정보센터 개소식

의약품 유통의 투명성 제고 및 유통정보의 적극 공개

의약품관리종합정보센터 출범과 함께 의약품관리종합정보시스템을 가동하였다. 이 시스템은 의약품 관리 종합정보 포털, DW, 의약품 생산 · 수입실적 및 공급내역 등의 정보를 연계 분석하는 통계분석 기법인 데이터마이닝 등으로 구축되어 의약품 물류 흐름의 정확한 파악이 가능하였다. 특히 데이터마이닝 모델은 해마다 개발, 보완하여 유통 및 실거래가 현지조사 대상기관 선정 등에 유용하게 활용하였다. 2008년 불성실 보고업체 판별 모델 등 총 4개 모델 개발에 이어 2011년 현재 10개의 모델을 운영하고 있다.

의약품관리종합정보센터는 국내 의약품의 생산 · 수입 실적, 의약품 공급내역, 의약품 사용정보 등을 보유 · 관리하는데, 이들 정보를 의약품 유통 일반 정보공개와 산업계 등 개별정보 제공으로 구분하여 공개하고 있다.

제6절.

전산심사를 통해 심사의 과학화를 꾀하다

1. 청구명세서 서식개선으로 심사시스템 개선

청구명세서는 서식의 변화 없이 서면과 디스켓 등으로 청구되어 왔다. 2004년 대부분의 요양기관이 서면청구방식에서 전자청구방식으로 전환함에 따라 청구명세서 서식 관련 심사시스템을 보강하게 되었다.



2004 진료비 전자청구시대 기념식



2005 진료비 전자청구 발전을 위한 공청회

심사평가원은 '진료비청구명세서개선협의회'를 구성하여 이해당사자 간 협력체계 아래 '건강보험요양급여비용청구방법 · 심사청구서 · 명세서 서식 및 작성요령'을 변경하였다. 청구명세서 서식개선 효과는 다양하게 나타났다. 청구명세서를 방문일자별로 작성, 청구하도록 함에 따라 환자진료정보에 대한 보건의료통계의 정확성 및 신뢰성이 증진되었다. 약국의 약제비 처방 · 조제내역 기재 간소화는 EDI 전송량을 감소시켰고, 보완자료 요구내역 정형화는 행정업무를 간소화하고 심사기간을 현저히 단축시켰다. 이밖에도 서면청구명세서의 다중 바코드체계 적용에 따른 효과는 입력오류 방지 및 사회적 비용절감으로 나타났다. 전체 요양기관을 대상으로 청구매체 선택기준이 확대 적용됨에 따라 다양한 청구매체 선택권이 부여되었다.

2004년 4월 심사평가원은 적정진료 유도를 위해 다변량 분석시스템(MDM)을 개발하였다. 총 13본의 프로그램을 개발하였는데, 이를 명세서 또는 요양기관 단위의 개별 심사대상 분류에 적용하였다.

2005년 보훈환자 진료비 등의 수탁심사를 개시함에 따라 수탁심사업무와 관련한 876본의 프로그램을 개발하였다. 이로써 국내 유일의 진료비 심사 · 평가 전문기관으로서의 위상을 정립하고 향후 타 법령에 의한 진료비 수탁심사업무 확대기반을 마련하였다. 더불어 의료복지 사각지대에 있는 외국인 근로자 및 노숙자 무료진료 수탁심사를 통해 국책사업 시행에 일조하였다.

2005년 이의신청 및 재심사조정청구업무 자동화는 약국 이의신청 청구시스템 구축과 총 98본의 프로그램 개발로 가시화되었다. 2005년 12월 57개의 요양기관이 이 프로그램을 통해 이의신청 청구업무 간소화 및 통보기간 단축 효과를 보았다. 이밖에도 질병코드 사용오류 요양기관 모니터링시스템을 구축, 진료비 심사시스템의 전산점검을 강화하였다. 그 결과, 다양한 통계기법을 활용한 합리적인 지표 개발 및 제공이 가능해져 접수에서 심사결정까지의 심사시스템이 개선되었다. 뿐만 아니라 요양기관의 올바른 청구풍토 조성과 보건의료 질병정보의 정확도를 높였으며, 심사물량 감소 및 심사 일관성 향상으로 대외 신뢰도 제고에도 큰 몫을 담당하였다.

2. 심사업무의 과학화로 고객편익 증진

2006년 EDI 청구가 일반화됨에 따라 진료비 청구 즉시 접수결과를 확인하려는 요구가 증대되었다. 심사평가원은 청구물량이 월초에 집중되는 현상을 막기 위해 실시간 접수시스템을

구축하였다. 이를 가동함으로써 평균 접수기간이 1일 단축되는 등 고객만족도 향상에 기여하게 되었다. 심사물량 증가에 따른 부담을 줄이고 과학적 심사품질관리를 위해 다빈도 상병인 고혈압을 전산점검에 확대 적용하였다. 그 결과, 전산점검 대상이 2005년 29개 상병에서 2006년 34개 상병으로 17% 증가하여 심사업무의 과학화 · 효율화를 제고하였다.

2006년 4월 보건복지부는 '의료급여 적정관리 종합대책안'을 수립하여 의료수급자의 무분별한 의료쇼핑에 따른 보험급여재정의 과다지출을 막고자 하였다. 심사평가원은 같은 해 6월부터 12월까지 의료급여 질병군별 심사전담제, 과다수급내역 관리개선, 의약품 중복처방 전산점검, 이용현황 누적정보관리시스템을 구축하였다. 그 결과 심사전문성 및 일관성 강화, 과다수급자의 조기 적정관리 및 무분별한 의료쇼핑 억제, 의료급여의 효율적 집행, 병용 또는 연령금기약품 사용현황관리 등을 통해 국민건강 증진에 기여하였다.

2007년 고객편익 증진을 위한 심사시스템을 구현하였다. 인터넷 이의신청 확대를 통해 요양기관에 편의를 제공하고, 자료발췌와 명세서 제출 등의 업무를 집약하여 전산처리하였다. 또한 심사금액 결정검증시스템을 구축하여 검증용 데이터 확보 및 심사결정 전 · 후 비용검증 등 업무처리 시간을 획기적으로 단축할 수 있었다.

2007년 7월 '의원급 외래명세서 일자별 작성청구' 시행에 따라 전산점검이 보다 확대 실시되었다. 아울러 응급대지급금 청구방법을 서면청구방법에서 웹청구방식으로 개선하였다. 심사품질 향상을 위해 심사마감 시 심사결과 재점검을 확인할 수 있는 프로그램을 개발하였다. 2008년 본 · 지원의 심사기준 테이블 정보를 통일하기 위해 수작업방식에서 자동화방식으로 변경했고, 심사품질 향상을 위해 6시그마 기법을 활용한 심사 재점검 프로그램을 개발하였다.

심사평가원은 2008년 5월부터 의료자원과 수가 전산점검 연계를 추진하였다. 연계 항목은 2008년 148항목, 2009년 164항목, 2010년 189항목으로 늘어나면서 꾸준한 보험재정 절감 효과를 거두었다. 또한 국민건강보험공단, 식품의약품안전청 등 유관기관과 의료자원의 정보를 연계하였고, 2009년 11월에는 지방자치단체(시 · 도/시 · 군 · 구) 및 한국의료영상품질관리원 등 품질검사기관 등과 정보연계시스템을 구축하여 심사 단계에서 활용하고 있다.

이처럼 세계 수준의 정보기술력을 활용한 전산심사로 심사평가원은 심사의 과학화와 효율화를 이루었다. 특히 2009년에는 103개 상병에 대한 전산심사로 총 930억 원의 의료비와 연간 심사인력 150명을 절감하였다. 2010년에는 위장병 및 대장염 등 132개의 상병 전산심사가 이루어져 전체 청구 건의 50%를 차지하는 효과를 거두었다.

3. 심사지식뱅크시스템 구축과 개인정보보호 강화

진료비 심사는 의 · 약학적 지식과 심사기준, 심사사례 등 종합정보가 필요하였다. 이에 질병정보 구축 5개년계획(2008~2012년)을 추진하여 심사업무에 필요한 각종 질병정보 및 의학정보, 심사기준 및 사례 등을 통합 조회할 수 있는 심사지식뱅크시스템을 구축하였다. 아울러 인터넷 홈페이지 요양기관 서비스 업무에서도 개인정보를 포함하는 업무에 대해 보안모듈 및 키보드암호화모듈을 적용하여 개인정보 보호를 강화하였다.

2009년 4월에는 신포괄수가제도 시범사업 실시를 위한 프로그램을 개발하였다. 이는 환자분류, 수가기준, 지불방식의 적합성 등을 평가해 지불모형으로서의 타당성 및 확대적용 가능성과 의료의 질, 진료행태, 청구 및 심사업무에 미치는 영향 등을 검증하기 위함이었다. 같은 해 12월 말기 암환자의 특성에 맞는 양질의 완화의료 서비스 제공을 위한 완화의료수가 도입 시 예상되는 문제점을 파악하고 이를 사전 보완하기 위해 7개 의료기관을 선정하여 시범사업을 실시하였다. 또한 청구오류사전점검시스템 개발로 요양기관이 스스로 청구오류를 점검하여 수정, 보완할 수 있도록 40개 기관에 시범 실시하였다.

이밖에도 '의료장비의 시 · 군 · 구 정보활용시스템' 개발로 정보연계 및 활용이 용이해짐에 따라 의료자원신고, 등록업무 간소화, 검사일이 도래한 장비에 대한 사전안내를 실시하여 고객만족도를 높였다.

4. 심사 시스템 과학화로 국제 위상 제고

ISO 국제인증 획득으로 국제 수준의 품질경영 실현

심사평가원의 EDI 심사시스템은 2005년 6월 ISO 9001:2000(품질경영시스템) 인증을 획득하였다. 이는 공공기관 정보기술 분야에서 국내 세 번째로 이룬 쾌거였다. 2006년 11월 DW 및 데이터마이닝시스템으로 인증 범위를 확대하였다. 2007년 12월 포털시스템을 포함한 정보통신 전 부문으로 인증 범위를 넓혀 품질경영을 가속화하였다. 2010년 5월 의약품 정보시스템과 2011년 6월 고객센터 운영관리시스템까지 ISO 9001:2000 인증을 획득, 품질경영을 확대함으로써 기관의 위상을 한 차원 끌어 올렸다.

진료비 전자심사 시스템의 국내 · 국제 특허 등록

전산화 초기에는 매년 급증하는 심사 물량(2006년 기준 약 9억 건)을 전산화 속도가 미처 따라가지 못해 여전히 수작업에 의존해야 하는 범위가 넓었다. 따라서 전산심사의 범위 및 항목을 확대하고 프로세스를 효율화하는 데에는 직원들의 피땀 어린 노력이 요구되었다. 이러한 과정을 거쳐 세계 제일의 진료비 전자심사 시스템으로 인정받게 되었다.

심사평가원은 첨단 기술 보호를 강화하고 기술의 무단 이용에 대응하기 위해 2005년부터 국내 · 외에 걸쳐 특허를 추진하였다. 진료비 전자심사 시스템은 2006년 6월 국내 특허 등록에 이어 2007년 11월 남아프리카공화국에서 처음 국제 특허를 등록하였다. 이후 2008년 5월 일본, 2009년 4월 호주, 2009년 10월 싱가포르, 2010년 12월 베트남, 2011년 12월 미국에서 잇달아 국제 특허를 등록하기에 이르렀다.

심사평가원은 참여정부의 '전자정부 해외진출지원 로드맵'과 지원전략에 따라 진료비 전자심사시스템 해외진출을 추진하였다. 이에 2005년 10월부터 12월까지 정부부처 및 산하기관 19곳의 해외진출 지원 사례를 조사하였다.

2005년 12월에는 일본 나고야에서 열린 'EDI 전산심사 관련 워크숍'에 참석해 EDI 청구시스템 구축에 대한 논의를 전개하였다. 이렇게 철저한 사전준비를 마친 심사평가원은 전자정부 기술로는 최초로 일본 아이치현 치과의사협회에 진출하여 2006년 3월부터 2007년 8월까지 약 1년 6개월 동안 EDI 의료정보망 기술 컨설팅을 실시하였다.

전자정부 출범 이후 수출 전례가 없는 전자청구 해외진출에 성공한 심사평가원은 우리나라 진료비 전자청구심사시스템의 우수성을 널리 알리는 일대 전기를 마련하였다. 또한 원천기술 확보로 인한 수출 증대와 향후 동남아 등 제3국 진출을 위한 교두보를 확립하여할 수 있게 되었다.

제7절.

정책개발 연구로 미래 보건의료를 견인하다

1. 조사연구 업무의 본격적인 전개

1999년 「국민건강보험법」의 시행으로 건강보험제도의 혁신 등 보건의료 환경이 급격히 변화함에 따라 관련 정책 개발 및 연구 사업이 중요해졌다. 심사평가원은 이러한 환경변화에 따라 보건의료의 정책 개발과 심사 · 평가 업무 지원을 위해 2000년 12월에 조사연구팀을 신설하여 조사연구에 관한 업무를 시작하였다.

2001년 5월에는 조사연구팀을 조사연구실 체제로 확대하여 정부의 역점사업인 건강보험 재정 안정화 대책 마련과 심사평가 제도에 대한 조사 및 각종 통계자료 분석 연구를 수행하였다. 2002년 전문 연구역량 향상을 위해 보건의료 전문 인력을 대거 보강하였다. 2003년에는 진료비분석팀, 평가질향상팀, 신기술평가팀, 심사급여제도팀 등 4개 연구팀을 싱크탱크로 구성하여 정책지원을 활발히 전개하였으며, 아울러 국제 교류를 위한 국제화 업무를 지원하였다.

OECD, WHO 등 국제기구와 일본, 대만 등의 아시아 국가에서 내방한 보건의료연구단에게 심사평가제도를 소개하였다. 국제의료질관리협회(ISQua) 등 국제심포지엄에 참가하여 국제 유관기관 간 보건의료체계를 교류하였다. 대한외상학회, 대한당뇨병학회 등 국내 임상학회와 MOU 체결 및 공동연구 협력체계를 구축하는 등 대내 · 외적으로 보건의료체계의 국제 교류에 대한 기반 마련과 정책개발 연구 사업 발전을 견인하였다.

2004년 조사연구실이 1실 2팀(연구기획팀, 연구개발팀)으로 개편되면서 연구 자문 기능 및 수탁

연구사업 관리, 객원연구원 운영 체계를 마련하여 연구 사업의 효율성을 높였다. 이러한 기틀을 토대로 보장성 강화 지원모니터링, 급여적정성 평가, 호스피스지원, 의약품경제성 평가 등 급여비용 심사와 의료 질 모니터링 연구를 확대하였다. 또한 의료서비스에 대한 심사 · 평가 분야의 기반을 다져 효율적 국민의료비 관리의 효율화를 도모하였다.

2006년에는 의료서비스에 대한 심사 · 평가 분야의 기술 기반을 다지기 위해 급여비용 심사와 급여 적정성 평가 연구를 확대 · 강화했으며, 정부의 정책수요에 부응하는 정책지원 기능을 수행하였다.

2. 미래성장을 견인하는 연구소로 위상 제고

2007년 2월 정책수립에 필요한 객관적 근거수립과 전략적 실행방안 창출을 목적으로 정부정책 연구지원 전담부서인 심사평가정보센터(2실 7팀)를 설립하였다. 심사평가연구실과 진료정보분석실은 심사평가 등 실무연구 기능 확대 및 진료정보 분석을 통한 정책개발 강화에 주력하였다. 의료 질 평가모형개발 연구, 심사평가 통계와 모니터링 정보를 활용한 지식정보 체계화 연구, 현지조사제도 운영의 타당성을 뒷받침하는 연구 등을 수행하였다. 국내 보건의료 관련 기관과의 협력을 통해 국민보건 향상을 위한 의학정보 활용 등 학술적 선도 역할 외에도 건강보험제도 발전을 위한 세계 각국과의 교류 및 지원 활동을 지속적으로 확대 · 강화하였다.

같은 해 6월에는 초대 연구센터장(정형선 교수)의 취임과 더불어 '심사평가의 현재와 미래'라는



2020 제44회 심평포럼

주제로 심포지엄이 개최되었다. 2007년은 고객 지향적 연구 활성화, 심사평가 및 정책 지원 연구의 전문성 강화, 연구관리 및 인프라 강화 등 연구의 질적 수준 향상과 보건의료 서비스 정책의 새로운 패러다임 창출을 위한 시기였다. 심사평가 정책연구의 질적, 양적기능 체계를 마련하기 위해 '연구과제관리시스템'을 구축하여 자체연구 및 수탁연구과제 관리의 효율성을 확보하였다. 2020년 7월에는 창립 20주년 기념 심평포럼에 보건의료정책의 전문가로 다양한 분야에서 활약 중인 역대 심사평가연구소장을 초대하여 코로나19 상황에 대한 조명과 보건의료 환경 변화, 그리고 앞으로 심사평가원이 나아가야할 미래 방향에 대해 논의하는 자리를 마련하였다.

3. 보건의료정책을 선도하는 연구 메카로 자리매김

2009년 9월 심사평가정보센터가 심사평가정책연구소로 명칭을 변경하고 연구조직을 확대 개편하였다. 정책연구와 실무연구 기능을 강화하여 국민의료 심사 · 평가 등 보건의료정책을 선도하는 연구 메카로 자리매김하는 기반을 마련하였다. 대내 · 외적으로 연구사업 추진의 투명성에 대한 관심이 높아지면서 연구과제 진도관리와 연구윤리 확보를 위한 제도화의 필요성이 제기되었다. 2010년 9월 연구윤리심의위원회를 구성하여 심사평가 연구의 투명성을 제고하였다. 2014년 학계, 법조인, 언론인 등 생명윤리 전문가로 구성된 기관생명윤리위원회를 설치하여 연구사업 심의를 통한 인간 대상 연구윤리의 타당성을 확보하였다.

2011년 1월 심사평가연구소로 명칭을 변경하여 연구 기획 및 관리 기능 등 연구조직체계를 정비하고, 현업과의 연계 · 통일성을 높이기 위해 이원화된 연구조직(정책지원실 4개 팀과 심사평가연구실 3개 팀)을 연구조정실(1부 7팀)로 통합 · 개편하였다. 연구조정실은 보건의료의 통계 수요가 증가함에 따라 재정분석 분야와 진료통계를 제공하는 업무를 주로 담당하였다. 이후 보건의료 통계에 대한 수요가 지속적으로 증가함에 따라 2012년 1월 심사평가연구소에 통계정보센터를 신설하여 진료통계를 제공하였다. 이를 계기로 보건의료 통계에 대한 일관성 확보와 심사 · 평가의 재정적 효과 분석 업무가 전문화되었다.

보건의료를 둘러싼 국내 · 외 환경 변화에 맞춰 보건의료체계 및 사회현안을 해결하고, 국정과제 지원 등 핵심 이슈를 발굴하여 이를 연구과제화하였다. 건강보험 보장성 강화 정책 및 관리체계 구축, 의료 질 향상을 위한 평가, 사전예방을 위한 심사, 의약품 안전사용 유도 방안, 보건의

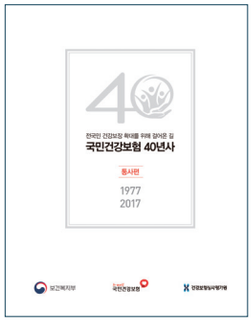
료 자원관리, 의료 · 정보기술 도입의 정책지원 등 심사평가원 전략 개발과 보건의료정책을 선도하는 다양한 연구가 진행되었다. 2014년에는 미국 CMS 초청 국제회의를 개최하여 성공적으로 이끄는 등 국제 수준의 정책 개발을 위한 노력도 병행하였다.

2017년 7월 건강보험 시행 40주년을 맞아 그간의 역사적 과정과 성과를 반추하고 건강보험 발전의 밑거름이 될 발자취를 기록한 '건강보험 40년사'가 발간되었다. 심사평가원, 보건복지부, 국민건강보험공단이 공동으로 주관한 역사적 과업에 심사평가연구소가 참여한 것이다. 연구소 내에 워킹그룹을 구성하여 40년간 축적된 건강보험의 발자취와 심사평가원의 역사적 기록을 수집하고 객관적 사실을 근거로 심사평가원의 업적을 기술했다.

2018년 심사평가연구소는 건강보험정책연구원과 건강보험협의체를 구성하였다. 연구협의체는 보건의료정책연구를 담당하는 양 기관에서 학술적 교류를 강화하고, 보건의료 연구의 중복을 사전에 검토함으로써 연구의 시너지 효과를 창출하고자 추진된 것이다. 같은 해 6월 연구협의체는 '노인의료비 관리 효율화 연구 전략'을 주제로 첫 공동세미나를 시작한 이후 총 4회를 개최하였다.

4. 연구기능 강화와 HIRA 지식 공유의 성과

심사평가연구소는 전사적 중점사업에 관한 연구 기능을 강화하고, 연구 결과물에 대해서는 그 성과를 확산하는데 많은 노력을 기울이고 있다. 심사 · 평가 등 실무연구 기능이 확대되고, 진료정보 분석을 통한 정책개발 기능이 강화되면서 2007년 10월에는 'HIRA 정책동향'을 창간하여 정책 현안, 연구결과, 해외동향, 진료경향 분석 등의 이슈를 게재해 국내 · 외 보건의료 연구 및 정책동향 정보를 제공하고 있다. 한편 연구과제관리시스템을 통해 연구의 양적 관리는 물론 질적 향상을 위해 매월 연구진도보고회를 진행해왔다. 이후 2020년 10월부터는 연구세미나로 확대 개편하여 논문 발표와 최신 연구 동향을 공유하는 등 연구자 상호 간에 소통과 연구 역량강화를 촉진하고 있다. 또한 연구보고서의 신뢰도 및 완결성과 가독성을 높이기 위해 교정 · 교열 등 검독 과정을 신설하여 보고서 작성에 대한 역량을 강화하고, 연구보고서에 영문초록을 추가함으로써 국내 · 외 다양한 연구 네트워크 구축 등 연구기능의 국제화를 강화하고 있다. 2019년 7월부터 올바른 연구윤리 확립을 위해 모든 연구보고서를 대상으로 표절 검사를 실시하여 연구의 투명성 확보에도 노력하고 있다.



2017 '국민건강보험 40년사' 발간

연구소에서는 전문 도서관을 운영하고 있으며, 2020년 7월에는 국내 최초로 클라우드 기반의 지식 공유 · 확산 시스템인 HIRA OAK (Open Access Korea) 리포지터리를 구축하게 되었다. 심사평가원에서 생산하는 연구보고서, 정기간행물, HIRA 이슈, 통계자료, 빅데이터브리프 등을 등록하고, 메타데이터를 수집 · 축적하여 이용자가 손쉽게 정보를 습득 · 활용할 수 있도록 접근성을 높였다. 연구 성과 및 지식정보 제공 · 확산률이 오픈 전에 비해 최고 5배 이상 상승하여 보건의료 분야의 전문 도서관으로 지역사회와 함께하는 선제적인 역할을 수행하고 있다.

제8절.

심사평가원의 국제적 역할

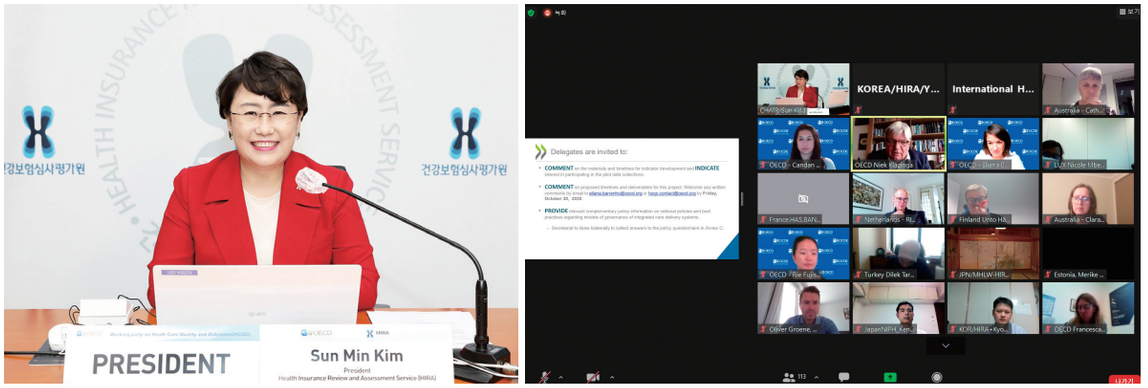
국제협력 확대를 통한 기관의 위상 제고

심사평가원의 건강보험제도 발전을 위한 세계 각국과의 교류 및 지원활동은 계속 확대되어 해마다 20개 국에 가까운 방문단이 내방하여 교류를 가졌다. 2005년 첫 국제심포지엄을 개최하였고, 2007년에는 한국 건강보장 30주년을 기념하여 '한국건강보장 30주년: 성취를 넘어 미래로'라는 주제로 국제심포지엄을 진행하였다.

2008년 6월 영국의 NICE 초청 국제심포지엄을 개최한 데 이어 11월에는 미국 CMS · AHRQ 초청 국제 심포지엄을 개최하였다. 이들 심포지엄은 선진 보건의료시스템을 국내에 소개하



2019 OECD HCQO 워킹그룹 국제회의



2020 OECD 보건의료 질과 성과(HCQO) 전문가회의

고, 국가 간 보건의료시스템을 비교해 발전 방향을 모색하는 계기가 되었다. 특히 영국 NICE와 MOU를 체결해 양국의 보건의료시스템 공유 및 공동 연구 등을 추진하였다.

OECD 국제통계 생산

보건의료 영역에서 의료의 질 모니터링과 활용이 강조됨에 따라, 경제협력개발기구(OECD)에서는 2001년부터 보건의료 질 통계 작업반(HCQO, Working Party on Health Care Quality and Outcome)을 구성 · 운영하고 있다. 심사평가원은 국내 의료의 질 관리를 담당하는 기관으로서 보건복지부(정책통계담당관)의 위임을 받아 2009년부터 OECD HCQI(Health Care Quality Indicators) 프로젝트에 참여하고 있다. 한편 심사평가원의 진료비청구자료와 국가암등록자료를 이용한 우리나라의 질 지표 값을 산출하여 이를 OECD와 공유하고 있다.

당시 김선민 기획상임이사는 2011년부터 2015년까지 OECD 보건의료 질과 성과(HCQO) 워킹그룹의 부의장으로서 OECD 프로젝트 지원단장을 맡아 HCQO 워킹그룹 실무책임자(Focal Point), OECD 보건의료 질 국가 평가(Quality of Care Country Review) 사업의 한국 측 실무 담당자(Central Contact)로 역임하였다. 2019년에는 HCQO 워킹그룹 의장으로 선임되어 주요 의사를 결정하고 전문가 회의를 진행하였다. 같은 해 6월 한국, 캐나다, 호주를 비롯한 32개 국의 전문가가 참석한 OECD HCQO 워킹그룹 국제회의에서 소개된 한국의 선진의료시스템은 전 세계적으로 의료 질 평가 분야에서 한국의 달라진 위상을 보여준 쾌거로 볼 수 있다.

2014년 보건의료, 경제, 산업 등 다양한 영역에서 빅데이터에 대한 관심과 활용도가 증대됨

에 따라 심사평가원의 빅데이터를 활용한 OECD 통계생산 방안 연구가 추진되었다. 의료서비스에 관한 부분은 건강보험 진료비청구자료를, 의약품 시장에 관한 부분은 의약품 유통신고자료를 함께 이용하여 통계 산출의 가능성을 확인한 연구였다. 심사평가원은 국제통계 업무를 통합 관리하는 콘트롤 타워 역할을 수행함으로써 업무의 효율성을 확보하고, 국제통계 작성 · 제공 기관으로서 위상을 정립하였다.

2018년 OECD 국제통계 업무가 확대됨에 따라 효율적인 통계 생산과 정합성 높은 통계 생산 기반 구축이 필요하였다. 이에 국내 보건의료 환경에 적합한 통계 산출 기준을 개발하였고, 국가 간 비교 가능한 통계 작성 항목이 지속 확대되어 국가 정책 통계 분야의 발전에도 기여하고 있다. 2020년 5월에는 OECD 보건의료 질과 성과(HCQO) 전문가 회의에서 한국의 코로나19 위기 대응 보건의료정보시스템과 데이터 활용 사례를 소개하여 국내 보건의료시스템의 우수성을 알렸다.


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

제3장

바른 심사, 바른 평가로 기관 신뢰도 확보

(2009~2012)

제1절.
DUR 시범사업으로
국민건강을 지키다

제2절.
창립 10주년, '2020 뉴 비전'
정립으로 미래를 향해 도약하다

제3절.
진료비청구포털시스템 서비스 개시로
진료비 청구 편의를 향상하다

제4절.
자동차보험 진료비 심사수탁으로
국민의료비 심사기관으로 발돋움하다

제5절.
환자분류체계 업무 신설로
심사평가 기준의 영점을 맞추다

제1절.

DUR 시범사업으로 국민건강을 지키다

1. 국민의 안전과 심사 효율화를 위해 도입한 DUR시스템

2000년 7월 의약분업이 시행된 이후 약제비 심사물량이 폭증하였지만 의약품 사용에 대한 심사나 평가는 이루어지지 않고 있었다. 그런데 심사평가원에서 실시한 국내 의약품 사용 안전성 평가 결과 그 심각성이 대두되었다. '약제비 심사 효율화를 위한 연구'에서 약 4.8%의 부적절한 의약품 사용이 확인된 것이었다.

이에 보건복지부는 의약품 안전 사용을 위해 2003년 12월 국내 의약품 사용 평가체계와 기준 개발에 돌입하였다. '의약품사용평가위원회'를 설치하고 그 운영을 심사평가원에 일임하였다. 2004년 1월 위원회는 처음으로 병용금기 162개 성분조합과 연령금기 10개 성분을 고시하였다. 심사평가원은 병용 및 연령금기 의약품 진료비 청구 건에 대한 전산 자동점검 심사를 시작하였다. 그러나 투약 이후 심사점검은 안전투약에 대한 실효성이 부족하여 환자가 약을 먹기 전에 점검할 필요성이 강조되었다.

2007년 4월 보건복지부와 심사평가원, 식품의약품안전청은 '의약품 사용 평가 추진 TF팀'을 구성하고 의약품 사전점검시스템 구축 계획수립에 들어갔다. 2007년 6월 이 사전점검시스템을 '의약품 처방 · 조제지원시스템(DUR, Drug Utilization Review)'이라고 명명하였다. 보건복지부는 「약사법」과 「의료법」을 개정하였다. '병용금기와 연령금기 의약품 처방'에 대해 약사는 처방의사에게 확인 후 조제하고, 의사는 약사의 문의에 응대해야 한다는 조항을 신설하여 DUR 시행의 법적 근거를 세웠다.

2. 병용금기 및 중복투약 차단을 위한 DUR 점검 전국 도입

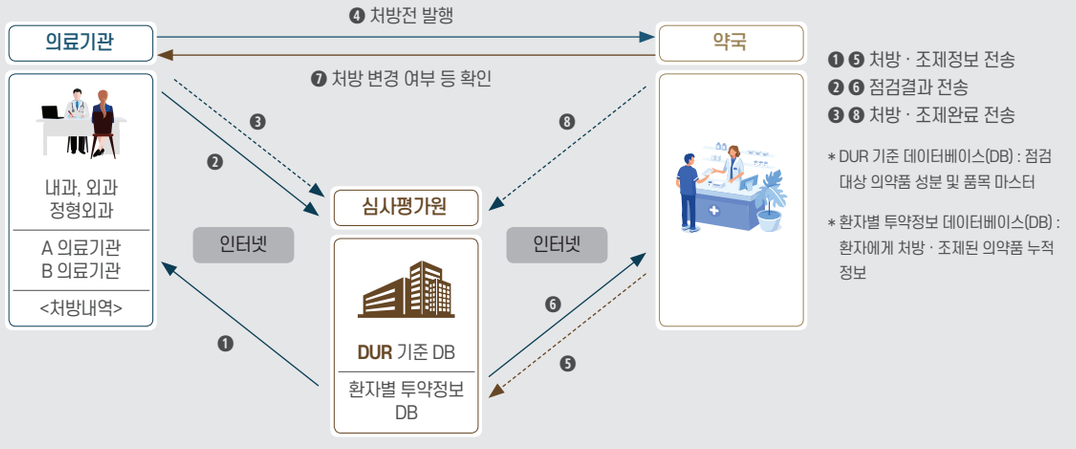
의약품정보 확인 「의료법 · 약사법」, 시행규칙, 지침 개정

2008년 보건복지부는 「요양급여비용 심사청구소프트웨어 검사 등에 관한 기준」 고시를 통해 실시간 DUR 점검으로 적절한 처방과 조제를 유도하려고 하였다. 그러나 요양급여비용 진료비 청구가 없는 요양기관은 DUR 점검대상기관에서 제외되었다. 한 사람이 여러 요양기관을 방문하는 경우에는 처방전 간 발생할 수 있는 금기 · 중복 약품에 대한 실시간 확인이 불가능하였다.

2012년 6월 이낙연 의원은 의사 · 약사 의약품 정보확인 의무와 의약품 처방 · 조제 지원시스템 구축 및 운영에 관한 사항을 규정하는 「의료법 · 약사법」 개정안을 발의하였다. 김현숙 의원도 「의료법 · 약사법」 개정안을 발의하였다. 이 개정안들은 19대 국회 임기만료를 앞둔 2015년 11월 수정되어 12월 법사위를 거쳐 국회 본회의를 통과하였다. 이로써 DUR 운영의 법적 근거가 마련되었고, 개정된 「의료법 · 약사법」은 2015년 12월 30일부터 시행되었다.

2017년 1월 23일 의약품정보 확인 관련 「의료법 · 약사법 시행규칙」과 의약품 정보의 확인 및 정보시스템 운영 등에 관한 지침이 개정되었다. 「의료법」과 「약사법」의 개정으로 의사 및 치과의사는 의약품을 처방하거나 조제할 경우 의약품 정보를 미리 확인해야 하고, 법률에 따라 DUR 점검을 시행하게 되었다.

<DUR 점검 시스템 흐름도>



처방전 간 사전점검 실시

2008년 4월, 동일 처방전 내 DUR이 실시되었다. 심사평가원 서버에서 실시간으로 전송되는 의약품 정보가 컴퓨터 부팅 시 자동 업데이트되고 팝업창으로 띄워져 의약품 안전을 사전 점검하는 프로그램을 도입한 것이다. 그러나 이 프로그램은 다른 요양기관이나 의사 간의 점검이 이루어지지 않아 병용금기와 중복투약을 효과적으로 차단하지 못하였다. 이에 처방전 간 사전점검을 실시하는 전 단계로 무엇보다 필요한 시스템 안정성을 확보하기 위해 시범사업이 실시되었다. 2009년 5월 경기 고양시를 시작으로 같은 해 11월 제주도를 포함, 전국 확대 실행 전인 2010년 11월까지 지속되었다.

2010년 12월 1일 처방전 간 DUR 점검이 전국으로 확대되었다. 심사평가원은 안정적이고 편리한 DUR시스템을 구축하기 위해 시스템 중단방지를 대비한 장비용량 확대와 장애 대처용 별도시스템을 마련하였다. 또 요양기관과의 통신구간 전송정보를 모두 암호화해서 정보보안에 만전을 기하였다. 의사와 약사를 대상으로 DUR 교육 영상을 배포하고 전국순회 설명회를 개최했다. 전문적인 DUR 고객지원 체계를 수립해 문제발생에 즉각적으로 대응하였다. 더불어 TV와 라디오 광고를 통해 DUR 점검을 국민들에게 적극적으로 홍보하여 의약품 안전사용에 대한 의식을 높였다.

자동차보험, 산업재해보상보험 환자 대상 DUR 점검 실시

DUR의 전국 확대 초기에 자동차보험과 산업재해보상보험 환자들이 DUR 점검대상에서 제외되어 있어 사각지대가 존재하였다. 이에 심사평가원은 2011년 5월 자동차보험과 산업재해보상



2010 DUR시스템 시연회



2010 DUR시스템 전국 확대 정책브리핑

보험 유관기관들과 간담회를 가졌다. 대한의사협회는 DUR시스템 과부하와 환자 정보유출로 인한 사생활 침해, 보험회사의 영리목적 DUR 악용 가능성에 대한 대책이 확립되어야만 한다는 의견을 제출하였다. 2012년 3월 심사평가원의 주도로 관계 부처와 기관 등이 다시 만나 적극적인 소통과 설득의 과정을 거쳤다. 그 결과 2012년 7월 1일부로 자동차보험과 산업재해보상보험 대상의 DUR 점검이 실시되어 국민의 의약품 안전복용을 위한 사각지대가 해소되었다.

보건진료소 DUR 점검 실시

심사평가원의 사각지대 해소를 위한 노력은 계속되어 보건진료소로 향하였다. 그동안 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 의사, 약사 없이 보건진료 전담공무원이 투약하는 보건진료소는 DUR 점검 대상에서 제외되어 있었다. 이에 「의약품 처방 · 조제 지원서비스 운영계획」 개정 등을 통해 보건진료소 대상 DUR 점검 실시 계획을 추진하였다.

2013년 1월, 16개 시 · 도 보건진료소 대표와 보건복지부, 한국보건복지정보개발원, 한국건강증진재단과 합동 간담회를 개최하여 보건진료소 DUR 점검의 시범운영을 3개월간 시행한 후, 4월부터 전국으로 확대하기로 결정하였다.

심사평가원은 10개 지역 1,023명의 보건진료원을 대상으로 4회에 걸친 DUR 교육을 실시해 원활한 DUR 운영을 준비하였다. 또 보건진료소의 전자기록 및 청구소프트웨어를 담당하는 보건복지정보개발원과 연계하여 보건진료소의 DUR 점검기반을 갖추었다. 2013년 4월 기준 전체 보건진료소의 97.7%인 1,864개소에 DUR 프로그램을 설치함으로써 우리 국민의 안전한 의약품 사용 환경 마련에 더욱 이바지하게 되었다.

보건의료 환경변화에 따른 DUR시스템 변경사항 인증

2016년 12월 30일 DUR 관련 「의료법 · 약사법」이 개정되었다. 의사와 약사의 처방 · 조제 시 의약품정보 확인 의무화와 함께 외래에서 입원환자까지 점검범위가 확대되는 등 점검환경의 변화로 DUR시스템 변경사항의 적용 여부에 대한 확인이 요구되었다.

2017년 DUR시스템 변경검사를 위해 기술자문협의회를 열어 검사항목과 일정을 파악하고 필수점검 항목 결정, 입원 점검범위 기준 및 절차를 준비하는 등 변경검사에 필요한 기반을 마련하였다. 청구SW업체와 요양기관을 대상으로 집합교육을 통해 검사항목 등의 내용을 공

유하였다. 총 412개소의 대상기관 전체에 변경검사 실시 안내와 상담인력 증원, 원격 및 현장 기술지원 등을 통해 2020년 3월 모든 의료기관의 DUR시스템 변경검사인증을 완료하였다. 변경검사를 통해 입원환자까지 DUR 점검이 가능해지고, DUR시스템의 통일성이 확보됨으로써 요양기관의 정확한 정보제공이 가능해졌다.

폐쇄망을 사용하는 군병원과도 DUR 점검 실시

이처럼 전국 민간병원 간 DUR 점검이 전면 실시되었음에도 군병원과 교정시설 부속의원은 민간과 교류가 되지 않는 폐쇄망을 사용하는 특성상 여전히 DUR 점검의 사각지대로 남아있어 군장병 등의 약물 부작용 발생 가능성이 상존하고 있었다.
이에 심사평가원은 군병원과의 DUR 점검 실시를 위해 2010년 12월부터 수차례 협의를 진행한 결과 2012년 12월 국군의무사령부 내 19개 국군병원에 대해 우선 DUR 점검을 실시할 수 있도록 기술지원을 시작하였다. 이후 정보연계 필요성에 대해 국군의무사령부 직접방문 등 지속적인 설득 및 협의 끝에 2017년 10월 군병원과 민간병원 간 DUR 점검을 실시하기로 합의를 도출하였다.
이를 계기로 심사평가원은 군병원과 상호 정보연계 시스템 구축 및 테스트 등을 거쳐 2018년 4월부터 군병원과도 DUR 점검을 실시하였다. 그 결과 2018년 12월 기준 1만 6,905건의 부적절 의약품 사용 예방에 기여하였다. 2020년 현재 의약품 안전 사각지대의 마지막 해소대상인 교정시설 부속의원과도 DUR 점검 추진을 위해 협의 및 인프라 구축을 진행하고 있다.

3. DUR 정보 제공으로 안전망 강화

불순물(NDMA) 함유 위해 의약품 처방 · 조제 차단

2018년 7월 7일 식품의약품안전처는 NDMA가 검출된 중국산 발사르탄 함유 고혈압약에 대해 처방 · 조제 차단을 요청하였다. 이날 심사평가원은 발사르탄 함유 고혈압약 중 불순물이 검출된 사용중지 의약품 54개 사 115개 품목에 대해 DUR시스템으로 처방 · 조제가 차단되도록 조치하였다. 동시에 DUR알리미를 통해 의사와 약사의 첫 진료 · 조제 이전에 전국 의

료기관과 약국에 이 사실을 안내하였다. 또한 국민들이 '내가 먹는 약! 한눈에' 서비스를 통해 문제의 약품을 처방받았는지 여부를 직접 확인할 수 있도록 보도자료를 내고 언론매체를 통해 알렸다. 더불어 심사평가원 내부에 의약품안전대책추진단을 구성하여 DUR관리실을 의약품안전정보관리반(TF)에 소속시키고 의약품 안전관리를 맡겼다.

DUR시스템을 통한 사용중지 의약품의 처방 · 조제 차단은 2019년 9월 26일 라니티딘 성분 위장약 처방 · 조제 차단과 2020년 5월 26일 메트포르민 성분 당뇨병치료제 처방 · 조제 차단 등으로 계속 시행되고 있다. '내가 먹는 약! 한눈에' 서비스를 통해 국민들이 문제의약품을 처방받았는지의 여부를 확인하고 교환받을 수 있도록 함으로써 의약품 사용의 안전성을 지켰다.

DUR시스템을 통한 감염병 정보 제공

2015년 메르스 감염으로 인한 확진자와 사망자의 발생으로 인해 전국의 의료기관과 실시간으로 정보교류가 가능한 DUR시스템을 활용한 방역조치가 시급하였다. 이에 2015년 6월 9일 심사평가원은 메르스 환자 등 해외 감염병 관련자 정보를 제공하기 시작하였다.

질병관리본부로부터 메르스 발생 근원지인 중동지역 방문 입국자 및 메르스 확진자와의 접촉자 등 약 35만여 명의 정보를 제공받아 실시간으로 의료기관에 제공하였다. 또 역학조사 지원을 위해 감염병환자 및 감염병 발생지역 방문자에 대한 타 의료기관 방문이력을 질병관리본부에 다시 제공하였다. 메르스가 종식되고 2015년 12월, 심사평가원과 질병관리본부는 e메일을 활용한 수작업 정보연계방식에서 자동 송수신 처리가 가능한 시스템으로 개선하였다.

심사평가원과 질병관리본부의 감염병 예방 및 전파 차단을 위한 공조는 2016년 지카바이러스, 2017년 에볼라, 라싸열, 페스트로 확대되었고 2020년 코로나19까지 계속 이어졌다.

2017년에는 감염병 관련정보가 DUR 처방 · 점검 단계 이전인 '방문환자 접수진료(문진)' 단계에서도 제공될 수 있도록 ITS(해외여행력 정보제공 프로그램)가 개발되어, 2018년 1월부터 본격 가동되었다. 여기에는 2019년 7월 단기체류한 외국인정보까지 확대 · 제공되었다.

코로나19가 유입된 2020년에는 매월 감염병 예방 및 대응에 대한 정보제공의 범위가 확대되어 나갔다. 1월에는 정보제공 대상이 의료기관에서 약국으로까지 확대되었고 '발생국가 입국자와 확진자의 접촉자 정보'가 제공되었다. 2월에는 '아시아 · 유럽지역 등 주요 발생국가 입국자 정보'가 추가되었고, 3월에는 기존 '주요 발생국가 입국자 정보'가 '전 세계 해외 방문 입국자 정보'로 확대되었다. 4월부터 발생국가 입국자 정보가 '해외 방문 입국자 정보'로 통합되었고, 감염병

재확산 차단을 위해 4~5월에는 '확진 후 격리 해제자에 대한 정보'까지 실시간으로 제공하였다. 코로나19로 인해 2020년 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」이 개정됨으로써 감염병 정보 확인을 위한 DUR · ITS사용이 의무화되어 감염병에 대한 신속 대응이 가능해졌다. DUR시스템을 통해 환자가 경유한 병의원 및 약국 등을 신속하고 정확하게 파악할 수 있게 되어 감염병 확산 방지에 크게 기여할 수 있었다.

사용(급여)중지 및 생산 · 수입 · 공급 중단 의약품에 대한 안전망 강화

2012년 9월 유관기관들의 회의에서 시판중단 의약품에 대한 DUR 처방 · 조제 차단기능 도입을 검토하기 시작하였다. 식품의약품안전처가 배포하는 안정성 서한 관련 판매중지 또는 회수 조치된 의약품을 처방하는 사례가 지속적으로 발생한다는 것이 파악되었기 때문이었다. 안전한 의약품 사용환경 조성을 위해 의약단체들과의 협의와 DUR실무협의회, 보건복지부 업무협의 등을 거쳐 2013년 1월 1일부터 사용(급여)중지 의약품에 대한 DUR 처방 · 조제 차단기능이 도입, 실시되었다.

식품의약품안전처에서 매 분기마다 공개하는 공급중단 의약품은 심사평가원의 의약품관리종합정보센터가 관리하고 있었다. 의료 현장에서는 환자가 공급 중단된 의약품을 처방받는 경우가 빈번히 발생하여 대한약사회 등의 요청으로 공급중단 의약품에 대해 DUR 정보를 제공하기로 결정한 것이다.

심사평가원은 2020년 4월 1일부터 의사와 약사가 공급중단 의약품을 처방 · 조제하는 경우를 막기 위해 DUR시스템을 통한 정보제공을 시작하였다. 또 요양기관 업무포털에 공급중단 의약품 목록을 게재하여 요양기관이 직접 확인할 수 있도록 조치하였다. 이로써 국민들이 시중의 약국에 더 이상 공급되지 않는 약품을 찾아 헤매는 일을 방지하고 보다 안전한 처방과 조제를 받을 수 있게 되었다.

DUR을 통한 헌혈금지 의약품 복용 정보 제공

심사평가원은 요양급여 비용 청구자료 중 헌혈금지 약물복용 내역을 대한적십자사에 제공하였다. 하지만 실제 투약과 진료비 청구 사이에 최소 1개월에서 최대 3년의 간격이 벌어져 부적절한 혈액 유통을 막기 어려웠다. 이에 수혈의 안전성을 높이고 헌혈금지약물 복용자 관리

를 강화하기 위한 회의를 열었다. 회의에는 보건복지부의 생명윤리정책과와 약무정책과, 심사평가원의 DUR기획부, 대한적십자 혈액관리본부 기획조정팀과 안전관리팀이 모였다. 이 회의를 통해 DUR 점검 정보의 대외 제공에 대한 관련법을 검토하여 법적 근거를 확보하였다. 심사평가원은 대한적십자사 혈액관리본부 안전관리팀 및 혈액전산팀과 헌혈금지약물 복용자의 DUR 점검 정보제공 세부방안을 협의하고, 관련 정보 추출 및 연계프로그램을 개발하고 테스트를 진행하였다. 또 비급여의약품 헌혈금지약물 DB를 구축하고, 2014년 4월 DUR 점검자료 중 헌혈금지약물 투약정보와 비급여의약품을 포함한 헌혈금지약물 처방 · 조제정보를 실시간으로 대한적십자사에 제공하기 시작하였다. 대한적십자사는 이 정보를 활용해 헌혈 전 점검과 혈액출고 전 점검을 실시하였다. 시행 첫 해인 2014년 5,409건에서 2019년 8천여 건 등 연평균 7,000건 이상의 부적절 혈액 유통에 의한 부작용 피해를 예방하는 성과를 올렸다. 2014년 보건복지부의 정부3.0 우수사례 경진대회에서 장려상을 수상하는 영예를 차지하였다.

인체조직 이식 · 분배 금지 의약품 복용 정보 제공

「인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률」 제10조 제3항(조직의 안전성 확보)에 의거하여 심사평가원은 요양급여비용 청구자료를 기반으로 인체조직 분배 · 이식 금지약물 투약 이력을 제공하고 있었다. 그러나 요양급여는 청구와 심사에 1개월 이상 걸리고, 조직기증자의 비급여의약품 투약이력 확인이 불가능한 한계로 인해 금지약물 복용정보를 통한 안전한 인체조직 관리가 필요하였다.

식품의약품안전처에서는 「인체조직 기증 · 이식 적합성 평가 가이드라인」을 제정하기 위해 심사평가원에 인체조직 기증자의 병력과 투약이력조사에 대한 의견을 요청하였다. 또한 DUR관리부와 DUR정보부, 의료정보관리부 및 빅데이터부와 식품의약품안전처 바이오의약품정책과 및 바이오의약품품질관리과 등과의 협의를 통해 인체조직 기증자 병력과 투약이력조사에 관련된 실시간 투약정보 제공방안을 모색하였다.

이러한 과정을 거쳐 구축된 실시간 투약이력 정보시스템은 2017년 1월부터 본격적으로 인체조직 기증의사자의 이식 · 분배 금지약물 복용정보를 제공하기 시작하였다. 2017년 1월부터 2019년까지 총 6,741건의 인체조직 이식 · 분배 금지약물 복용정보를 제공하여 인체조직 이식에 대한 안전망을 강화하고 국민건강 위해요소를 사전 차단할 수 있었다.

4. 사용자 중심 DUR시스템 서비스 실시

요양기관 대상 DUR 알리미 서비스 제공

식품의약품안전처의 의약품 안전성 서한은 「의약품 등 안전성 정보관리규정」 제17조에 의거해 서면으로 요양기관에 전달되었다. 그러나 서면전달은 의사와 약사가 즉각적으로 인지하기 어려워 효용성이 떨어졌다. 이에 심사평가원은 'DUR알리미' 프로그램을 개발해 2013년 2월 1일부터 전국의 요양기관이 사용할 수 있도록 배포하였다. 이 서비스를 통해 식품의약품안전처의 안전성 속보 및 안전성 서한이 1시간 이내에 전국 의사 · 약사들의 처방 · 조제 화면에 공지됨으로써 의약품 안전성의 문제를 미연에 방지할 수 있었다.

DUR 정보제공 표준팝업창 개선

2016년 12월 30일 「의 · 약사법」 개정으로 의 · 약사의 처방 · 조제 시 의약품정보 확인 의무화 및 외래에서 입원까지 점검범위 확대 및 DUR 이용 증가에 따라 의약품점검 기준에 따른 표준화된 정보제공 환경마련이 필요하게 되었다.

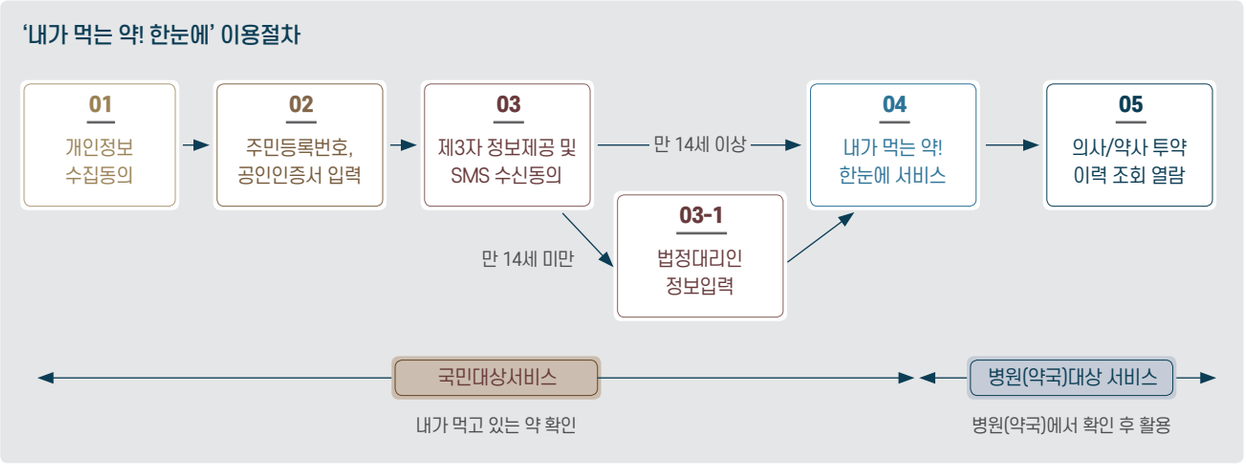
또한 의약품 안전정보를 실시간으로 제공받는 요양기관 중심의 시스템 개선 필요성이 대두됨에 따라 DUR 점검결과를 확인하는 표준팝업창을 개선하게 되었다.

기존에 요양기관에서 DUR 점검결과에 대한 처방 · 조제 사유 입력 시 점검결과별로 건건이 접속하여 사유를 입력했던 부분을 사유 표준화를 통한 코드화로 입력 대신 코드를 선택하여 기재할 수 있도록 개선하여 사용자의 편의를 향상시켰다. 또 DUR 버전 확인 및 자동 업데이트 기능을 추가하여 DUR 점검결과에 대한 정확성을 향상시켰다. 이를 통해 사용자 중심의 시스템으로 한걸음 더 나아갈 수 있었다.

개인 투약이력 조회(내가 먹는 약! 한눈에) 서비스

의약품안전사용을 위한 대국민 서비스 제공의 필요성이 높아지면서 DUR 점검을 통해 심사평가원에 수집 · 저장된 '국민들이 처방 · 조제 받은 의약품 내역 데이터'를 개방하고 공유하는 맞춤형 서비스를 추진하게 되었다.

심사평가원은 소비자 단체와 대한약사회, 대한의사협회 등 이해관계자들의 의견을 수렴해



국민과 요양기관을 서비스 제공대상으로 정하였다. 그리고 최근 3개월간의 투약 이력을 홈페이지와 요양기관 처방 · 조제 화면에 제공하기로 결정하였다. 이 내역은 민감한 개인정보여서 법률자문을 통해 「개인정보보호법」에 저촉되지 않는 서비스 제공 방안과 공인인증 로그인, 주민번호를 H-PIN으로 변환하는 방식을 활용하고 본인동의를 받는 등 철저한 보안절차를 세웠다. 국민 참여 공모 결과를 참고해 '내가 먹는 약! 한눈에'로 명칭이 결정된 서비스는 2016년 1월 25일부터 개시되었다. 서비스 고도화 사업을 통해 2017년 1월, 모바일 앱으로 서비스를 제공하고, 2018년 7월에는 투약이력 조회 기간을 1년까지 확대하였다.

'내가 먹는 약! 한눈에' 서비스를 통해 의사와 약사는 환자가 복용중이거나 복용했던 의약품을 확인하고 이를 참조해 처방 · 조제를 할 수 있게 되었다. 또한 국민들은 자율적으로 복용의약품 관리가 가능해지는 효과를 거두었다.



'내가 먹는 약! 한눈에' 모바일 앱 화면

5. DUR시스템 품질인증으로 공신력 확보

DUR 특허 출원 및 등록

2007년 7월 의료기관과 약국의 50% 이상이 사용하고 있는 청구 소프트웨어업체인 (주)○○케어가 심사평가원에 DUR시스템이 자신들의 특허를 침해했다는 공문을 보내왔다. 이 회사

의 특허가 인정된다면 그에 관한 협의가 필요했겠지만, DUR 사업 진행에 차질을 주려는 목적이 아니어서 특허관련 확인이 진행되는 동안 지장을 받지는 않았다. 심사평가원은 변리사를 선임하고 특허침해 여부를 확인하였다. 2007년 12월 DUR시스템이 청구범위에 기재된 필수 구성요소와 상이한 대응 구성을 포함하거나 그 일부를 결여해 특허 권리 범위에 속하지 않음으로써 이 회사의 특허권을 침해하지 않은 것으로 밝혀졌다.

심사평가원은 이후 시스템 권리 관련 문제가 발생하지 않도록 2011년 5월 DUR프로그램에 대한 특허를 출원해서 2011년 10월 의약품 처방 · 조제 지원시스템(DUR)에 대한 특허를 등록받았다.

DUR시스템 품질인증

2012년 6월 한국표준협회의 전문적이고 객관적인 평가를 통해 DUR시스템의 서버, 통신, DW분야의 개발 및 운영관리 등 시스템 전반에서 제공하는 서비스가 안정적으로 운영 · 관리되고 있음을 인정받고 ISO 9001 인증을 획득하였다. 이로써 심사평가원은 DUR시스템의 우수성과 신뢰성을 대외적으로 확보하게 되었다.

2016년 11월에는 DUR시스템의 데이터품질(DQC-V) 인증 심사 결과 최상위 등급인 플래티넘을 획득하였다. 이는 데이터 정합성 인증심사를 위해 DUR 데이터의 명칭과 용어를 표준화하고 솔루션을 활용한 데이터 오류 정합성 제고 등 수립된 품질관리계획에 따른 1년여에 걸친 관리 노력의 결과였다.

2019년 11월 한국데이터산업진흥원과 한국데이터산업협회가 공동 주관하는 데이터 품질대상 우수상에 선정되어 DUR 데이터 관리 및 품질제고에 대한 다각적인 노력을 인정받았다. 이로써 심사평가원의 DUR 데이터는 그 정확성과 시스템의 신뢰성이 객관적으로 입증되어 대국민 지원서비스를 제공할 수 있는 공신력을 확보하였다.

제2절.

창립 10주년, '2020 뉴 비전' 정립으로 미래를 향해 도약하다

1. 바른 심사 바른 평가를 위한 새로운 비전 선포

국민건강과 행복을 책임지는 '2020 뉴 비전' 수립과 선포식 개최

2010년 2월 송재성 원장이 사임하면서 3월 제7대 강윤구 원장이 취임하였다. 강윤구 원장은 건강가치 경영, 균형추 경영, 파트너십 경영, 바른 경영을 4대 경영철학으로 삼아 기관을 이끌어 나갔다.

2010년 기관 창립 10주년을 맞이하여 6월 30일 심사평가원의 대강당에서 창립10주년 기념식과 아울러 '2020 뉴 비전' 선포식이 진행되었다. 현장에는 200여 명의 임직원이 참석했고, 그 실황은 인터넷으로 전 직원들에게 생중계되었다. 선포된 새 비전은 '바른 심사 바른 평가, 함께하는 국민건강'으로 명명되었다. 이 선포식에서 강윤구 원장은 대외적으로 실천의지를 천명하였다.

> "창립 10주년을 기폭제로 하여 건강보험심사평가원 구성원 모두에게 신선하고 활력이 넘치는 새바람이 불기를 열망합니다. 비전에 충실한 비즈니스 마인드가 있어야 비약적 성장이 가능합니다. 그러니 우리 모두 비전 실천의 주체가 되어 시너지 효과를 거두면서 함께 비전을 실현해 나갑시다."
>
> _ 심사평가원 강윤구 제7대 원장



2010 강윤구 제7대 원장 취임식

「공공기관의 운영에 관한 법률(제46조)」에 따라 심사평가원은 설립목적에 따른 미션과 비전 달성을 위한 중장기 경영목표와 전략을 수립하여 '국민건강과 행복'을 책임지는 의료심사평가 전문기관으로서 미래에 대한 명확한 비전과 목표를 제시한 것이다.

심사평가원은 창립 10년의 성과를 토대로 향후 10년의 장기 비전을 세우고 3년 단위의 중기 경영목표와 1년 단위의 단기전략 경영계획으로 연계되는 구체적인 실천전략을 세워 업무를 추진하였다. 이를 위해 2010년 4월 뉴 비전 및 중장기 경영전략 수립방향을 설정하고, 각 실부장 중심으로 '2020 뉴 비전 및 경영목표수립 TF팀'을 구성해 외부 컨설팅업체인 갈랩앤컴퍼니와 협업에 들어갔다. 2010년 5월 TF팀과 외부컨설팅업체가 참여한 워크숍을 개최하여 2020 미래상과 전략목표별 전략과제 초안을 도출하였다. 이후 각 실의 의견수렴과 중간보고회를 개최하여 임직원 대상의 비전공모와 3개 안으로 의견을 좁혀 이에 대한 직원투표를 거쳐 2010년 6월 '2020 뉴 비전 수립' 최종보고서를 완성하였다.

'바른 심사, 바른 평가, 함께하는 국민건강'이라는 '2020 뉴 비전'은 이렇게 탄생되었고, 창립 10주년 기념식은 전 직원이 이 비전을 공유하고 실천을 다짐하는 중요한 자리가 되었다. 또 심사업무 패러다임 전환, 의료 질 평가관리 기관으로서의 역할 강화, 수요자 중심의 정보제공 확대, 정책분석 및 연구기능 강화, 경영선진화 등의 구체적인 실행전략 수립으로 업무의 방향성이 보다 명확해졌다.



2010 창립 10주년 기념식 및 비전 선포식



2010 창립 10주년 기념 국제심포지엄

성황리에 개최된 창립 10주년 기념 심포지엄

2010년 5월, 창립 10주년 기념 국제심포지엄이 서울 JW 메리어트 호텔에서 개최되었다. '국민 의료의 질과 비용의 적정성 보장'을 주제로 해외 5개 국 전문가 15명과 국내 전문가 15명 등 30명이 발표 및 토론자로 참가하여 자리를 빛내주었다. 국내 · 외 전문가 870여 명이 참여해 성황을 이룬 가운데, 최신 국내 · 외 보건의료 동향 및 이슈를 공유하고, 국내 · 외 보건의료 네트워크를 확충하는 자리가 되었다.

신뢰도 확보를 위한 '2013 뉴 비전' 선포식 개최

새 정부가 국정기조로 내세운 정부3.0과 창조경제 등의 경영환경 변화에 능동적으로 대응하고, 중기(2014~2018년) 경영목표 수립을 통해 미래를 향한 지속성장의 필요성이 대두되었다. 심사평가원은 2013년 9월 국정 패러다임 변화에 따른 경영가치 및 사업체계 검토와 보완을 위한 중장기 전략수립 컨설팅을 추진하였다. 2단계에 걸친 연구용역 결과를 토대로 2013년 12월 심사평가원의 미래지속성장을 위해 새롭게 수립한 미션과 비전을 대내 · 외에 선포하는 뉴 비전 선포식을 열었다. '바른 심사, 바른 평가, 신뢰받는 심사평가원'이라는 새로운 비전과 함께, '의료의 질 향상과 비용의 적정성 보장을 통해 국민건강 증진에 기여한다'는 미션이 주어졌다. 여기에는 '진료행태 개선율 50%, 총진료비 60% 평가, 국민평가 90점 이상'이라는 경영목표를 통해 공정하고 상생하는 전문기관이면서 최우선적으로 신뢰받는 심사평가원의 핵심가치를 전달하려는 강한 의지가 담겨 있었다.



2013 '2013 뉴 비전' 선포식



2015 '2025 뉴 비전' 선포식

국민건강 증진을 향한 '2025 뉴 비전' 선포식 개최

2015년에 접어들어 대내 · 외적인 보건의료 생태계 환경의 급속한 변화에 대응하여 심사평가원의 기능과 역할을 명확히 규정해야 할 필요성이 높아졌다. 또한 본원의 지방이전 시대에 맞춘 새로운 경영가치체계 정립과 중장기 경영전략이 요구되었다. 이에 2015년 4월 17일부터 8월 17일까지 갈랩앤컴퍼니에 '2025 뉴 비전 및 중장기전략 수립'을 위한 컨설팅을 의뢰하고 새로운 비전을 설정하였다. 2015년 5월 13일부터 5월 19일까지 전 직원을 대상으로 설문조사와 비전 공모전을 실시하여 뉴 비전과 중장기전략 수립과정에 직원들의 관심과 참여도를 높였다. 2015년 5월 29일에는 임직원과 컨설팅업체 115명이 참석한 뉴 비전 수립 워크숍을 열어 직원들의 참여를 유도하고 다양한 의견과 요구사항 수렴을 통해 공유의 폭을 넓혔다.
2015년 6월 30일 본사 대강당에서 창립 15주년 기념식과 함께 '2025 뉴 비전' 선포식을 개최하였다. '건강하고 안전한 의료문화를 열어가는 국민의료평가기관'이라는 새로운 비전 아래, '건강보험과 보건의료의 발전을 통한 국민건강 증진'을 미션으로 심사평가원의 역할을 더욱 적극적으로 이행할 것을 천명하였다.

2. 미래를 향한 도전과 준비

공공기관 선진화계획에 부응한 경영효율화

심사평가원은 2010년을 기점으로 미래로 도약하기 위해 경영효율화와 고유 업무 선진화 작

업을 강도 높게 추진하였다. 이의 일환으로 고유 · 핵심 기능을 중심으로 부서 기능을 새로 정립하는 한편, 조직 통폐합 및 슬림화를 추구하고, 단순기능 업무는 민간에 위탁하였다. 아울러 성과 중심의 조직문화 창출을 위하여 성과체계 및 평가방법을 개선하고, 성과평가 결과를 인사 및 보수에 적극 연계해 나갔다.

또한 2008년부터 '지속가능경영보고서'를 발간해오고 있으며, 정부의 '녹색성장 국가전략 5개년계획'에 부응하여 녹색경영 전략을 세워 추진하고 있다. 문서 사용을 최소화한 '평가정보시스템'을 도입하고, 전자결재시스템을 도입하여 각종 문서들을 전자문서 형태로 관리함으로써 업무 효율 및 자원 절약에 앞장서고 있다. 조직개편과 전산심사 확대, 적정성 평가영역 확대 등 경영효율화와 고유 업무 선진화를 충실히 수행해 정부의 공공기관 선진화계획에 적극 부응하였다.



2008 지속가능경영보고서 발간

미래 설계를 위한 심사 · 평가 선진화 추진 방안 수립

심사평가원은 '2020 뉴 비전'의 실행을 위한 선진화 추진 청사진도 마련하였다. 이를 위해 2010년 12월부터 2011년 1월까지 외부 전문가 그룹이 참여한 심사평가선진화기획단을 구성 · 운영하였다. 선진화기획단은 '심사 · 평가 선진화 방안'을 수립했는데, 핵심전략조직(Core Control Tower)을 두어 큰 틀의 목표관리과제 개발과 이의 효율적인 수행을 위한 전략을 수립하여 정부와 실무조직을 연계하는 기능을 수행하였다. 규제자의 이미지를 벗고 지원자(Supporter)의 위상을 정립하기 위하여 총량관리 중심의 지표연동관리제 도입을 추진하였다.



2011 심사 · 평가 선진화 실행 워크숍

신성장동력 발굴을 위한 미래전략위원회 구성

미래 신성장동력 발굴과 급변하는 경영환경에 대처할 수 있는 경영포인트를 준비하기 위해 심사평가원은 2011년 3월 미래전략위원회 기본운영계획을 수립하였다. 위원회는 건강보험을 포함한 보건의료체계 개선에 관한 사항 전반에 대한 논의와 경영자문을 통해 지속가능한 정책방향을 제시하는 것이 그 운영목적이었다. 약 1,500명에 이르는 부서별 추천전문가 등 관련 전문가를 1차 선정하였고, 미래전략위원회 운영에 필요한 사항을 규정한 지침(안)을 마련하였다. 이후 선정실무회의와 임원 의견수렴을 거쳐 2011년 9월 최종적으로 111명의 미래전략위원회 구성을 완료하였다. 심사분과, 평가분과, 정책개발분과, 고객만족분과, 경영효율화분과의 5개 분과에 외부 95명, 내부 16명의 각 분야(학계, 의약계, 언론계, 법조계, 소비자시민단체 등) 전문가들을 선정하여 위원회를 구성하였다.

2011년 10월 11일 미래전략위원회의 세부운영계획이 마련되었고, 2011년 10월 17일 미래전략위원회의 전체회의를 열었다. 전체회의에서 중기경영(2012~2016년) 목표에 대한 의견수렴 및 주요 현안과제에 대한 토론과 전체위원장과 분과위원장 선임 등 효과적인 분과위원회 운영을 위한 방안을 마련하였다. 미래전략위원회는 급변하는 경영환경에 대처할 수 있는 미래의 신성장업무 발굴과 실행방안을 도출하는 등 심사평가원의 업무선진화와 미래발전을 논의하는 경영 자문 협의체로서 운영되었다.

2012년 11월 5개 정책목표와 11개 전략과제, 28개 세부사업으로 구성된 '의료심사평가 선진화를 위한 미래전략' 보고서를 발간하였다. 2013년 9월 제1기 미래전략위원회가 그 임기를 마치고, 2013년 10월부터 2015년 9월까지 위원 183명 7개 분과로 구성되었던 제2기 미래전략위원회가 운영되었다. 미래전략위원회는 2016년 4월부터 2018년 3월까지 35명 3개 분과로 운영되었던 제3기를 끝으로 운영이 종료되었다. 전문가 중심에서 국민 중심의 새로운 패러다임으로 전환됨에 따라 '국민참여열린경영혁신단(가칭)'으로 그 역할과 기능이 이전되었다.



2011 미래전략개발 실무회의 워크숍

제3절.

진료비청구포털시스템 서비스 개시로 진료비 청구 편의를 향상하다

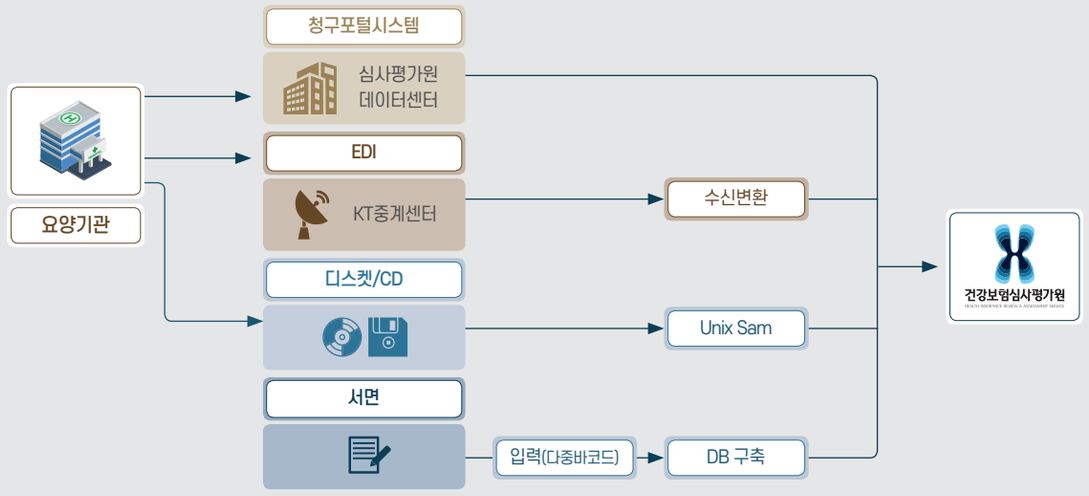
1. 요양기관 진료비 청구시스템의 발전

요양기관이 의료서비스를 제공하고 그 비용의 일부를 환급받으려면 심사평가원으로부터 환자에게 제공한 진료비명세서(서비스내역)에 대한 심사를 받아야 한다. 진료비명세서를 의료기관에서 심사평가원으로 전달하는 방법은 현재 진료비청구포털시스템(MCPoS, Medical Claims Portal Service)을 통하여 이루어지고 있는데, 그 변화와 발전은 건강보험 통합 이전부터 다양하게 이어져왔다. 건강보험 도입시기인 1977년에는 서면으로 청구서를 전달하였다. 그 후 심사업무가 일원화된 1979년부터는 전국적으로 발생하는 정보를 효율적으로 처리하기 위해 본격적으로 전산화가 추진되었다. 1994년부터는 디스켓 청구, 1996년부터는 EDI(전자문서교환) 방식으로 발전하였다.

2010년 말까지 전국의 요양기관 93%가 EDI 방식으로 진료비를 청구하고 있었다. 당시 심사평가원과 요양기관들이 KT와 청구서비스 계약을 맺고 월 이용료를 지불하고 있었는데, 국회와 요양기관들이 이 부분에 대한 무료화를 지속적으로 요구하고 있었다.

사용자의 불편함이 점점 심각해져가고 있다는 문제점도 부각되었다. IT기술이 발달하고 인터넷 환경이 날로 향상되는 상황 속에서 EDI 청구방식은 데이터 전송량이 겨우 80MB로 제한을 받고 있어서 심사보완자료 등의 대용량 파일을 전송할 수 없었다. 또 전반적으로 기능이 저하되었고, 유명 포털의 개인정보 유출 사고로 촉발된 정보보호 요구에 대해 대응할 필요가

<진료비 청구시스템 정보 흐름도>



있었다. KT와의 EDI 이용 협정만료일(2011.06.28)이 다가오면서 이를 대체할 청구시스템의 필요성이 강하게 대두되었다. 이에 새로운 시스템을 개발하기 위한 사전계획을 수립하였다. 2010년 12월 고시 2010-114호 「건강보험 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서식 및 작성요령」이 개정되었다. 2010년 12월 심사평가원은 진료비청구포털시스템 구축 등 관련된 청구방법에 대한 안내를 실시하였다. 이로써 진료비청구포털시스템 구축 관련 법적 근거가 마련되면서 진료비 청구 및 자료 매체의 다양화가 이루어지는 계기가 되었다.

<진료비 청구방법 변천사>

서면청구	디스켓 청구	EDI 청구	진료비청구포털서비스
1977 서비스 개시	1994.01 서비스 개시	1996.10 서비스 개시	2011.06.29 서비스 개시 2012 80% 가입 / 2016 96.0% 가입 2013 91.7% 가입 / 2017 96.8% 가입 2014 94.2% 가입 / 2018 97.3% 가입 2015 95.2% 가입 / 2019 97.6% 가입

2. 진료비청구포털시스템 구축

진료비청구포털시스템 개발 과정

심사평가원은 진료비청구포털시스템 개발단계부터 이용자의 경제성과 사용편리성 및 보안성을 중점적으로 고려하였다. 2010년 8월 기존의 EDI 청구시스템을 분석하고, 요양기관과 청구SW공급업체, 의약단체, 보건복지부 등 다양한 이해당사자들과의 교류를 통해 의견과 요구사항을 적극 수렴하였다.

같은 해 8월부터 10월까지 2개월 동안 수렴된 의견을 반영해 새로운 시스템을 설계하였고, 2011년 1월에 '표준형 포털 전자청구시스템'을 개발하였다. 이렇게 개발된 시스템의 완성도를 높이기 위해 단위테스트와 요양기관, 데이터센터, 심사시스템 간의 통합테스트를 수행하였다. 2011년 1월부터 2월까지 전국 8만 2,000여 요양기관에서 Pilot System을 이용한 실전테스트를 실시하였다. 2011년 3월부터 6월까지 종별 · 지역별 · 규모별로 선정된 100개의 요양기관에서 모의현장운영과 검증을 거치기도 하였다.

진료비청구포털시스템 사용자 설명회 개최

심사평가원은 요양기관의 진료비청구포털시스템 사용 편익을 위하여 서비스 개시 전에 16개 시 · 도 요양기관과 청구SW업체 및 의약단체 등을 대상으로 전국을 4개 권역으로 나누어 지역별 사용자 설명회를 열었다.

2011년 6월 16개 시 · 도 의료 현장에서 시작된 설명회는 7월에서 10월까지는 심사평가원 본원과 각 지원 교육장에서 집합설명회를 실시해 시스템의 이해와 활용도를 높였다. 동영상을 제작하여 요양기관 업무포털에 게시하기도 하였다.

헬프데스크를 운영하여 고객지원에 한발 더 다가서고자 노력하였다. 헬프데스크는 3단계로 운영되었는데, 1단계는 UHD(User Help Desk) 운영으로 진료비전자청구포털서비스 신청 및 사용방법 등 단순 민원 위주로 응대하였다. 이때 기술 상담이 필요한 경우에는 2차 상담원에게 전화로 연결하여 응대하도록 하였다. 2단계는 원격지원이었다. 원격지원시스템을 통해 요양기관 사용 시 문제점을 즉시 해결하였고 원격처리가 불가능한 PC 장애의 경우 방문하여 지원하도록 하였다. 3단계는 지역 네트워크(N/W) 연계 출장 방문 지원이었다. 전국 30개 지역의 기술센터에서 현지 출장방문을 담당하여 방문지원을 통해 진료비전자청구포털서비스 장애 등을 조치하였다.

진료비청구포털시스템 서비스 개시

2011년 5월 전국 8만여 요양기관이 사용할 수 있는 요양기관 업무전용 포털시스템을 구축하였다. 이를 통해 요양기관에 필요한 심사정보, 현황신고, 각종 신청서 제출업무 등이 한 자리에서 가능해졌고, 여기에 알리미서비스가 더해져 각종 고시사항과 진료비 청구명세서 접수 진행과정 등을 실시간으로 받아볼 수 있게 되었다.

유료였던 EDI 청구방식과 달리 무료화된 진료비청구포털서비스는 2012년 한 해에만 117억 원의 진료비 청구 비용을 절감하는 효과를 올렸다. 80MB였던 데이터 전송량 제한도 500MB까지 확대되어 대용량 파일을 전송할 수 있게 되었고, 요양기관이 심사평가원의 데이터센터 직접 전송으로 청구시간이 대폭 단축되었다. 접수부터 심사결과까지 42종의 각종 서식을 통합 조회할 수 있는 원스톱 서비스가 제공되어 사용자 편의성이 매우 높아졌다.

'전송 전 청구오류점검' 제공으로 요양기관이 청구 전에 PC에서 기재착오나 일반적 오류를 직접 점검할 수 있게 되었다. 사전점검으로 심사 반송률이 2012년 기준 77% 감소되었다.

진료비 청구파일 내에 수록된 환자 개인정보를 보호하기 위해 국가사이버안전센터의 권고안을 준수하여 공인인증서 기반의 서비스 접속과 함께 모든 자료를 암호화할 수 있는 기능이 제공되어 보안성이 한층 강화되었다.

3. 차세대심사평가시스템 구축

구축방향과 추진전략 수립

2011년 5월 기존 심사시스템의 구조를 개선하고 평가시스템을 새롭게 구축하며, HIRA넷과 종합전산망 등 도처에 산재한 인사 · 회계시스템을 통합하고자 차세대심사평가시스템 구축 사업에 착수하였다. 1999년 구축된 이후 응용시스템의 기능이 임계치에 이르러 지속적인 개발요구와 프로세스 정비 · 개선의 필요성이 높아졌다. 더불어 시스템 부하가 심하고 기반구조가 노후화되어 ICT신기술 적용이 어려운 데다 유지보수 비용이 매년 증가하고 있었다. 따라서 프로세서(Processor) 간의 상호연계가 점차 복잡해지고 유연성이 부족해져서 관리 · 운영 및 신규 전산화 구현이 어려움에 부딪혔다. 정부 정책변화에 능동적으로 대응하고 보장성 강화정책에 신속히 대응할 수 있으며, 에피소드 단위의 심사, 원격근무, 재택근무 등 향후 다가





2011 차세대 심사평가시스템의 성공적 구축을 위한 워킹그룹 제1차 워크숍　**2013** 차세대 심사평가시스템 오픈 기념식

올 심사 패러다임의 변화를 수용할 수 있는 시스템이 요구되었다. 본원과 지원에 분산되어 있는 시스템을 본원으로 통합해 운영을 효율화하고, 운영 인력 낭비 및 공동데이터 이중관리, 정합성 부족 등의 문제점을 해결해야 하였다.

2010년 8월부터 2011년 5월까지 10개월에 걸쳐 기본계획 수립과 추진 전담팀 구성 및 예산 확보, 구축방향과 추진전략을 수립하고 전담사업자를 선정하는 등의 준비작업을 실행하였다. 2011년 5월부터 2013년 8월까지 약 27개월간 이어진 차세대정보시스템 구축 본 사업은 심사평가원 설립 이래 가장 크고 장기간에 걸쳐 수행된 대형 프로젝트였다. 272억 7,000만 원의 예산이 소요되었고, 사업 주관을 위해 차세대정보시스템 구축 TF팀이 구성되어 현업부서 요구사항과 업무개선사항 검토, 사용자 검증 등의 작업에 총 48개 부서, 109명이 워킹그룹으로 참여하였다. 사업 진행 중 발생할 수 있는 중대한 차질과 위험요인에 신속한 의사결정으로 대처하기 위해 조정위원회를 별도로 운영하였다.

업무 프로세스 재설계에 5.5개월, 분석과 설계에 3.5개월, 개발 및 검증에 18개월의 과정을 거쳐 2013년 1월 평가시스템을 오픈하였다. 기존 수작업으로 처리하던 평가업무 전반을 시스템화함으로써 업무효율성을 높였다. 항목별로 평균 1년이 소요되는 평가수행기간을 4개월 이상 단축하는 성과를 거두었다.

2013년 9월 오픈된 심사시스템은 시스템 안정화를 위해 4단계 중첩 테스트를 거쳤다. 1단계로 시스템 운영자에 의한 기능점검, 2단계 현업부서 사용자에 의한 요구사항 및 업무 프로세스 반영 여부 점검, 3단계 업무별 전체프로세스 점검, 4단계 실무부서의 현장점검이 실시되었다. 대량의 데이터 이행을 위해 실제상황과 동일한 조건으로 총 3차례의 리허설을 거쳐 TB 단위의 대용량 데이터 처리가 완벽하게 이행되는 것을 검증한 이후 시스템을 오픈하였다.

진료비 청구 편의와 보건의료 개혁 구축

차세대 심사평가시스템 구축사업을 통해 본원과 지원에 분산되어 있던 C/S방식의 시스템을 웹 기반의 인프라로 통합함으로써 본원과 지원의 처리방식이 통합되었다. 대용량 · 고성능 장비의 도입으로 기존 시스템(종망) 대비 처리시간이 5배나 단축되어, 2013년 7월 1일 기준 접수처리 시간이 기존 종망의 653.8시간에서 131.4시간으로 줄어들었다. 늘어난 DB용량으로 심사결정자료의 보관주기도 기존 6개월에서 36개월로 크게 확대되었다.

심사시스템은 접수 처리 단계가 22단계에서 14단계로 간소화되고, 본원과 지원에 분산되어 있던 수진자(의사로부터 진료를 받는 사람) 정보를 통합함으로써 동일 수진자 정보 확보가 용이해졌다. 심사에 필요한 다양한 정보를 단일화면 및 Dashboard 형태로 제공하게 되었고 심사의뢰서 및 결과지를 웹 편집기로 작성할 수 있게 되었다. 복잡했던 메뉴와 기능구성을 단순화하고 잦은 화면 이동과 과다한 팝업을 정비해 직관적인 사용이 가능해졌다.

평가시스템은 매년 변경되는 조사표의 동적 생성을 통해 유연한 시스템으로 구축되었고, 업무 프로세스를 '수집 → 분석 → 결과공개 → 모니터링 → 자료관리'로 표준화하는 등 전 과정의 시스템이 최적화되었다.

2013년 12월 각 요양기관에 청구오류 자동점검 프로그램을 배포하여 요양기관의 PC에서 점검서비스(MCPOS)가 가능해졌다. 청구오류점검은 진료비청구포털서비스에서 청구파일점검을 실행하는 것으로 작업이 완료될 수 있게 되었다. 또한 약가와 수가, 치료재료대의 단가착오, 코드구분 착오 및 치료재료대 신고누락 등의 항목을 사전점검 할 수 있도록 추가 기능을 제공하였다.

진료비청구포털시스템을 통해 단순청구오류 건의 63%에 달하는 오류 건수를 요양기관이 자체적으로 자동 점검할 수 있게 되었다. 이로써 청구기관의 91%가 이용할 수 있게 되어 청구오류를 미연에 예방함으로써 보완청구와 이의신청 등 불필요한 노고와 행정비용을 절감하는 부대효과도 올릴 수 있었다.

차세대 심사평가시스템 구축사업은 심사평가원과 관련 사업자를 포함하여 총 475명이 참여하여 많은 노력을 기울인 산출물이다. 이 시스템은 현재도 운영되고 있으며, 이후 더욱 업그레이드 된 새로운 미래시스템이 구축되기까지는 변함없이 전 국민의 건강 향상과 보건의료 선진화에 이바지할 것이라는 자부심을 갖기에 충분하다.

“차세대 심사평가시스템 구축,
심사평가원 향후 10년을 이끌어 갈 개혁의 첫 걸음”

국민, 요양기관 등 심사평가원에 대한 고객의 요구 사항과 정보기술(ICT) 트렌드의 변화 등 외부 환경이 급변하고 매년 10% 이상 증가하는 심사업무량을 효율적으로 처리해야한다는 현실을 고려해볼 때, 금번 “차세대 심사평가시스템 구축”은 분명한 혁신이라 할 수 있습니다.

차세대 심사평가시스템은 내부업무 중심의 시스템에서, 사용자 및 요양기관 중심의 웹 기반 시스템으로 전환하고, 본 · 지원 통합운영 환경으로 구축함으로써 e-심평원의 완성 및 스마트 심평원의 기반을 조성하는 방향으로 시스템 구축을 추진하여야 할 것입니다.

아울러 그동안 누적된 현 시스템의 문제점 및 한계점을 해소하고, 심사평가의 미래가치 창출을 위한 신 성장동력의 기반을 확보함은 물론 국민보건의 향상과 사회보장 증진에 기여하고, 더 나아가 선진화된 ICT 환경을 기반으로 심사평가원의 향후 10년을 이끌어 갈 개혁의 첫걸음이 될 것이라는 기대를 해 봅니다.

_ 심사평가원 최명례 심사기획실장(차세대 소식지 칼럼 2011.11)



2013 차세대 심사평가시스템 구축사업 CIO 어워드 공공부문 베스트 프로젝트 대상 수상

제4절.

자동차보험 진료비 심사수탁으로 국민의료비 심사기관으로 발돋움하다

1. 자동차보험 진료비 심사수탁에 대한 근거 마련

심사업무 전문기관 위탁 추진

자동차보험은 자동차 소유자에게 강제된 의무보험으로 사고에 따른 피해 보상을 목적으로 하고 있다. 그런데 보험사별로 이루어지는 진료비 심사에 문제가 제기되었다. 보험사마다 다른 심사기준을 적용하여 전문성과 객관성의 신뢰가 떨어졌고, 이로 인한 보험사와 의료기관 간의 분쟁이 빈번히 일어났다. 거기에 일부 환자들의 도덕적 해이로 자동차보험금에 누수가 발생해 선량한 시민의 보험료 부담이 늘고 있는 실정이었다. 이에 선량한 시민의 피해를 방지하기 위해 자동차보험을 전반적으로 개선하자는 사회적 요청이 뒤따랐다. 국민권익위원회는 2009년 11월 자동차보험 진료비 심사를 전문기관에 위탁하고 심사업무를 심사평가원에 위탁하는 방안을 추진하도록 정부에 권고하였다.

정부는 허위 · 과잉진료와 보험금 누수를 방지하기 위해 2010년 12월 보건복지부, 국토해양부, 공정거래위원회, 금융위원회, 경찰청, 금융감독원 등의 6개 부처 합동으로 '공정사회를 향한 자동차보험 개선대책'을 발표하고, 심사평가원에 진료심사를 위탁하기로 확정하였다. 심사평가원은 자동차보험 진료비 심사수탁의 기반을 다지는 법령을 개정하기 위해 관련 부처와의 긴밀한 협업관계를 유지해나갔다.

심사수탁에 대비하는 심사평가원

심사평가원은 2011년 5월 미래전략부의 주도로 자동차보험 진료비 심사 소요인력 및 수수료 산출에 대한 연구용역을 추진하였다. 2012년 1월에는 자동차보험심사총괄팀을 구성하였다.

법령의 정비도 연이어졌다. 2011년 6월, 입법 발의된 「자동차손해배상보장법」 개정안에 따라 자동차보험 진료비 심사 조정업무 등을 전문심사기관에 위탁하기로 결정되었다. 2012년 8월 「자동차손해배상보장법 시행령」 제11조의2를 신설하면서 심사평가원을 전문심사기관으로 명시하였다. 2012년 9월에는 「자동차손해배상보장법의 시행규칙」 제6조의2~5(진료비 청구, 심사, 지급 및 이의제기 등)가 신설되었다.

<자동차보험 진료비 심사 수탁 관련 법령 개정 내용>

법령명	내용	개정일
자동차손해배상보장법 제12조의2(업무의 위탁)	- 자동차보험 진료비 심사 · 조정 업무 전문심사기관 위탁	2012.02.22
동법 시행령 제11조의2 (자동차보험진료수가 전문심사기관)	- 전문심사기관으로 심사평가원 단독 명시	2012.08.22
동법 시행규칙 제6조의2 (자동차보험진료수가의 청구) 등	- 진료비 청구, 심사, 지급 및 이의제기 등 - 기타 세부사항 국토해양부장관이 정하여 고시	2012.09.04
자동차보험 진료수가 심사업무 처리에 관한 규정	- 자동차보험진료수가 청구 및 지급절차 - 심사결과의 통보 및 이의제기 등	2013.05.08
자동차보험 진료수가에 관한 기준	- 진료의 기준 및 진료수가의 인정범위·산정방법 등	2013.06.28

자동차보험심사센터 신설

심사평가원은 심사수탁에 대비하기 위해 2013년 1월 자동차보험심사센터를 1센터 5부 체제로 신설하고 100명의 인력을 확보하였다. 연이어 14개의 보험회사 및 6개 공제조합과 일괄위 · 수탁 계약을 체결하고 「자동차손해배상보장법」(제15조 및 시행규칙 제7조)에 따라 자동차보험심사업무를 수탁하였다. 2013년 7월 1일 진료분부터 자동차보험 심사업무를 시작했는데



2013 자동차보험진료수가 심사업무 위 · 수탁 계약 체결식



2013 자동차보험진료수가 심사업무 착수식

심사청구 창구가 단일화되고 전산청구가 가능해짐으로써 의료기관의 업무편의성이 크게 향상되었다.

2. 조기 안정화로 심사 효율성 제고

일관성 있는 심사기준 마련

심사의 안정화를 위해 심사평가원은 자동차보험 진료비 심사업무를 시작함과 동시에 그동안 보험회사별로 달리 적용하던 자동차보험 심사 진료수가 · 기준 · 청구 전반에 대해 자동차보험의 특성을 감안한 통합과 일관성이 필요함에 따라 이 기준 마련에 나섰다.

전문가와 전문위원, 관련 학회 등의 중심에서 심사평가원이 전문기관으로서의 기능과 역할을 담당하여 보험업계와 의료계 등의 의견을 최대한 수렴해 보험사 및 공제조합별로 다르게 적용하던 것을 하나로 통합함으로써 일관성 있는 심사기준을 마련하였다. 국토부 등의 정책결정에 필요한 기준을 제시한 것이다.

자동차보험의 특성을 감안해 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 내에서 보편타당한 방법과 범위 및 기술 등에 따른 진료기준을 세웠고, 진료비 청구 · 심사 · 지급 등 업무처리절차를 명확하게 규정함으로써 건전한 청구 환경을 조성했다.

이러한 노력으로 2013년 5월 「자동차보험 진료수가 심사업무 처리에 관한 규정」 중 자동차

보험진료수가 청구 및 지급절차, 심사결과의 통보 및 이의제기 등이 개정되었다. 또 2013년 6월 「자동차보험 진료수가에 대한 기준」에서 진료의 기준 및 진료수가의 인정범위 · 산정방법 등이 개정되었다.

선별집중심사로 심사 효율성 제고

2013년 7월, 자동차보험 진료비 심사업무를 개시한 심사평가원은 자동차보험 특성에 맞는 심사 운영 및 진료비 적정관리를 위한 노력을 기울였다. 매년 증가하는 자동차보험 환자수와 그에 따른 진료비 상승에 대해 청구건 단위 진료비심사 중심에서 자율과 예방 중심으로 패러다임을 전환하였다. 그리고 임상현장과 적극적인 소통에 힘씀으로써 의료기관의 적정진료를 유도하였다.

2014년 6월, 수탁 이후 1년간의 심사실적을 활용해 효율적인 관리방안 모색과 포괄적인 문제관리를 통해 자동차보험 심사위탁 취지에 맞는 기관단위의 진료비 관리를 시작하였다. 이에 자동차보험 진료비의 주요 증가요인을 핵심지표로 선정하고 대상기관을 확대하여 의료기관 전담제 등의 맞춤형 밀착관리가 시행되었다.

심사의 효율성을 높이기 위한 방안으로 2016년 6월 선별집중심사를 실시하였다. 이에 자율적인 진료행태 및 적정진료를 유도해서 꼭 필요한 진료는 보장하고 불필요하거나 낭비적인 진료비 지출을 방지할 수 있었다. 선별집중심사를 위해 매년 새로운 항목을 선정하였는데 자료요청을 통한 전문심사, 전산 점검 및 메시지 적용, 분기별 개선 여부 모니터링 등의 기법으로 적극적인 관리가 가능해졌다. 이러한 집중심사는 자동차보험의 다빈도 청구항목에 대한 심사노하우 개발에 중요한 기반이 되었다.

그러나 매년 증가하는 자동차보험 진료비 청구로 인하여 집중심사만으로는 효율성이 오르지 않았다. 자동차보험 진료비를 보다 효율적으로 관리하기 위해 2019년 3월 종합정보서비스를 도입하였다.

진료비 상승에 영향이 큰 한방의 행위 다종 시술과 첩약, 약침술, 추나요법과 의과의 도수치료 등 항목에 대해 항목별 청구경향을 분석해 제공함으로써 그 개선 여부를 모니터링하여 의료기관 맞춤형의 계도를 실시하였다.

이의제기 업무 내실화와 심사 환류체계 강화

심사평가원은 동일사례 이의제기건에 대한 반복 자문으로 업무의 효율이 저하되고, 기관 특성에 맞는 프로세스가 정립되지 않아 심사결과의 일관성 유지에 어려움을 겪게 되었다. 이의제기를 최소화하고 효율적인 사후관리를 위해 2018년 12월 의료기관의 다빈도 이의제기 항목 표준화와 보험회사 등의 다빈도 신청항목의 1차 심사 환류 및 전산연계 체계를 도입하여 이의제기 업무 내실화와 심사 환류체계를 강화하였다.

이의제기를 최소화하고 기한 내에 업무를 처리하기 위해 상급종합병원 20개소를 포함하여 동일 청구경향기관, 민원다발생기관 등 49개소를 대상으로 기관별 전담제 지정을 통해 맞춤형 정보를 제공하였다. 이의제기 유형분류를 통해 단순청구착오건, 동일사례 반복청구건 등은 우선 처리하였다. 또한 이의제기 다빈도 항목에 대한 심사위원 자문표준화 및 이의제기 결과통보서 표준문안을 수정 · 보완해 전산에 반영하였고, 이의제기가 많은 기관에 대해서는 다채널 맞춤형 관리를 실행함으로써 적정진료를 유도하였다.

이로써 자동차보험 진료비 정밀심사 확대로 인한 다빈도 이의제기 증가와 법정기한 내 처리율 저하에 대응하고, 이의제기 이후 환류체계 미비로 동일한 사례가 반복 접수되는 사안을 예방할 수 있게 되었다.

'자동차보험 진료수가 심사위원회' 설치 · 운영

심사평가원은 심사품질 향상과 심사결과에 대한 의료기관의 수용성을 높이기 위하여 '자동차보험심사전문가자문단'을 구성해 운영하였다. 심사기준의 객관성과 공정성을 높이기 위해 2019년 12월, 「자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정」 제23조(국토교통부고시 제2019-742호) 제2항 개정으로 2020년 5월 10일자로 '자동차보험심사 전문가자문단'을 '자동차보험 진료수가 심사위원회'로 확대 구성 · 운영하였다.

또한 진료수가기준에 따른 심사에 불분명한 사항이 있을 때, 심사평가원이 세부심사 기준을 마련할 수 있는 법적인 근거도 마련되었다. '자동차보험 진료수가 심사위원회'의 심의를 거쳐 심사지침이 설정되어 심사평가원장에 의해 공고됨으로써 객관성과 공정성이 높아져 심사결과에 대한 수용성이 제고되었다.

신설된 위원회는 전문소위원회, 분과위원회, 심사조정위원회로 기능이 세분화되어 운영되며 동 위원의 세부 운영지침은 심사평가원장이 정하도록 되어 있다.

3. 의료기관 업무편의 향상을 위한 원스톱 서비스 구현

자동차보험 심사시스템 구축

자동차보험이 건강보험과 체계가 다르고 개인질병정보 유출의 우려가 각계에서 제기되자 심사평가원은 2012년 자동차보험 전용심사시스템 구축에 들어갔다. 2013년 7월 오픈 예정이었으나 「자동차보험 진료수가 심사업무처리에 관한 규정」과 고시 제정이 지연되어 예정된 날에 오픈하기 어려운 상황이 되었다. 그러나 '가상 시나리오'를 기반으로 시스템을 설계하고, 이전의 건강보험 시스템을 재활용해 개발기간을 단축시켰다. 그 결과 2013년 6월 자동차보험 심사시스템 구축을 완료할 수 있었고, 2013년 7월 1일 자동차보험 진료비 심사 개시와 함께 업무를 정상적으로 수행하였다.

이 시스템은 보험회사와 의료기관 간의 진료비 청구자료, 심사결과통보 등의 정보가 연계되게 하고, 건강보험과 독립된 시스템으로 구축해 개인의 질병정보 유출에 대한 사회적인 우려를 불식시켰다. 또한 50년 동안 100% 서면으로 이루어지던 자동차보험 진료비 청구를 전산청구시스템으로 바꾸어 40일이나 걸리던 지급일을 14일로 단축시키는 획기적인 변화를 가져왔다.

자동차보험 진료분석시스템 구축

자동차보험 진료비가 지속적으로 증가하면서 새로운 심사전략이 요구되었다. 심사평가원은 정부정책을 신속하고 정확하게 지원하고 나섰다. 진료비 통계분석시스템의 필요성과 함께 도덕적 해이에 따른 자동차보험료 청구 증가 방지를 위한 진료비 이상패턴 사전탐지 정보시스템을 구축한 것이었다.

2016년 4월 자동차보험 진료분석시스템 구축을 완료함으로써 의료기관의 진료비 청구패턴을 통계적이고 종합적으로 파악할 수 있게 되었다. 시각적으로 전달이 가능해 자동차보험 심사전략 수립의 과학적 기반을 마련할 수 있었다. 2013년 심사수탁 이후 축적된 심사정보를 지능정보 분석기법으로 활용해 보험사기 개연성이 높은 환자와 의료기관을 64.8%의 적중률로 예측하는 성과를 올려 자동차보험료 누수를 방지하였다.

자동차보험 사고환자의 도덕적 해이로 인한 과잉 청구를 방지할 수 있도록 사회적 여론 형성에 기여하였으며 자동차보험 사기 예방을 위한 유관기관과의 협업체계를 구축할 수 있으리라는 기대효과도 도출하였다.

자동차보험 차세대 심사시스템 구축

자동차보험은 보험사, 공제조합 등의 관계기관과 전화 또는 팩스를 이용해 자격점검 절차를 밟아야 한다. 그런 일련의 과정에서 진료지연이나 입력오류가 발생해 청구 정확성이 떨어지는 경우가 많았다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 건강보험 시스템을 재활용하여 시스템을 구축하였지만 노후화로 유지보수 비용이 많이 지출되었다. 이에 따라 IT기술을 접목한 새로운 시스템 구축의 필요성이 제기되었다.

이를 해결하기 위하여 자동차보험 심사시스템 전반에 대한 업무프로세스 재설계(BPR)를 바탕으로 최신의 ICT를 반영한 새로운 심사체계를 도입한 자동차보험 차세대 심사시스템을 총 22개월에 걸쳐 구축하였다.

서비스 오픈은 2017년 7월 1단계, 2018년 3월 2단계, 2018년 5월 3단계로 홈페이지를 통해 오픈되었다.

> "심사평가원이 제공하는 자동차보험 진료 관련 콘텐츠를 활용해 국민은 자동차사고에 대한 경각심을 고취하고, 의료기관은 병원의 자동차보험 청구현황 등을 다차원으로 분석해 경영에 활용하는 등 유용하게 사용할 수 있게 되었습니다. 앞으로도 국민, 의료기관 및 보험회사에게 실질적인 도움을 줄 수 있는 맞춤형 정보를 지속적으로 발굴하고 협력해 나갈 계획입니다."
>
> **_ 심사평가원 강지선 자동차보험심사센터장**

심사평가원은 자동차보험 차세대 심사시스템 구축으로 신뢰성이 높고 안정적인 시스템을 통해 무중단 서비스를 제공하고 있다. 99.9% 이상의 최고 등급으로 데이터 품질평가를 인정받음으로써 대내 · 외적으로 높은 공신력도 쌓을 수 있었다. 교통사고 환자가 자신의 진료정보를 홈페이지를 통해 조회할 수 있게 된 것도 최신 ICT기술이 적용되고 고객서비스가 강화되었기에 가능한 일이었다. 더불어 지급보증 중계시스템을 운영하면서 기존에 팩스나 유선으로 처리하던 지급보증 업무를 실시간으로 처리해 의료기관 및 보험사 등의 보상업무 능률을 크게 향상시키고 업무지연을 감소할 수 있게 되었다.

2020년 10월에는 대용량의 영상자료를 웹 기반으로 실시간 제출하는 영상자료제출서비스를 개시하여 의료기관의 시간과 비용을 절감하고, 심사처리도 단축하는 등 ICT서비스를 지속 발굴하고 확대하였다.

제5절.

환자분류체계 업무 신설로 심사평가 기준의 영점을 맞추다

1. 환자분류체계의 도입

환자분류체계의 정의와 필요성

환자분류체계(PCS, Patient Classification System)는 상병, 시술, 기능상태 등을 이용해 '임상적 의미'와 '의료자원 소모' 측면에서 환자를 유사한 그룹으로 나누는 도구이다. 병원에서 진료 받는 환자는 상병, 연령, 치료방법 등이 다양하므로 진료내용이 유사한 환자들을 그룹으로 관리함으로써 환자요인에 의한 차이를 보정한 보건의료체계의 변이를 확인하고 비교할 수 있게 된다. 전 세계적으로 병원의 성과 측정, 진료비 지불 등에 광범위하게 사용되고 있으며, 우리나라 건강보험제도에서도 의료기관 간 진료비와 질적 수준을 비교하기 위해 환자구성의 차이를 보정하는 표준도구로 활용되고 있다.

많은 환자분류체계 중에서 'DRG(Diagnosis Related Group, 진단명 기준 환자군)'는 대표적인 환자분류체계로, 1960년대 말부터 10여 년간 미국 예일대학팀에 의해 개발된 병원 경영개선을 위한 환자특성 및 진료특성을 반영한 입원환자 분류체계이다.

우리나라에서는 1986년 서울대 병원연구소에서 한국형 진단명기준환자군(KDRG, Korean Diagnosis Related Groups)을 처음 개발하였다. 이후 1991년 보건사회부의 용역을 받은 서울대부설 병원연구소가 개발한 KDRG 버전 2.0이 발표되었다. 포괄수가제도 확장을 위해 2000년

8월부터 2002년 12월까지 심사평가원과 한국보건산업진흥원이 공동으로 개선하여 KDRG 버전 3.0이 2003년 12월에 발표되었다. 심사평가원은 KDRG 버전 3.0 개발에 참여한 이래, 환자분류체계의 실질적 개발과 관리주체 역할을 담당해오고 있다.

환자분류체계의 개발 · 관리업무 법적 근거 마련

2012년 포괄수가제 전면 확대 추진과 맞물려 포괄수가의 기본 단위가 되는 환자분류체계에 대한 의료계의 임상적 수용성 제고 요구가 높아졌다. 이에 심사평가원은 보다 체계적인 환자분류체계 업무 수행을 위한 법적 근거의 필요성에 대해 보건복지부와 법제처 등을 설득하여 「국민건강보험법 시행령」 제28조에 환자분류체계의 개발 · 관리업무 주체를 심사평가원으로 규정하는 법적 근거를 마련하였다.

2. 환자분류체계 개발의 초석 마련

포괄수가제도의 전면 확대로 환자분류체계의 활용도가 높아짐에 따라 변화하는 의료환경과 진료유형을 반영하고 분류모형의 정확도를 높이기 위해 지속적으로 환자분류체계를 개선하고 재정비해야할 필요성이 높아졌다.

심사평가원은 2011년 12월 의료계와 임상전문가가 참여한 환자분류체계 검토위원회를 구성해 환자분류체계의 문제점 파악과 개선방안 도출 등의 준비 작업에 들어갔다. 2012년부터 각 의학회의 전문가 패널들이 질병군의 임상적 타당성과 구조 개선을 검토해 의견을 제시하는 분과위원회(현 임상전문가위원회)와 의학회별 논의결과를 검토하고 의견을 조율하는 실무검토위원회 및 최종 논의 기구인 임상전문가위원회(현 검토위원회)를 구성해 실질적인 개선과 개발을 추진하여 입원환자분류체계(KDRG) 버전 3.5와 외래환자분류체계(KOPG) 버전 1.2를 개정하였다. 이러한 외부전문가를 활용한 상시적 자문체계 구축으로 임상전문가들의 의견을 토대로 임상현실을 반영한 독자적인 한국형 환자분류체계를 개발할 수 있는 초석을 마련하게 되었다. 동시에 의학단체 및 임상전문가의 참여로 의료계의 수용성을 높일 수 있는 일석이조의 효과를 올릴 수 있었다.

3. 환자분류체계의 성장 과정

분류체계관리실 신설

2013년 1월 심사평가원의 심사, 평가, 심사 · 평가기준 개발 업무 등을 수행하기 위한 환자분류체계 개발 · 관리로 업무범위를 구체화하여 「국민건강보험법 시행령」이 개정되었다. 이에 환자분류체계 업무를 전담함과 동시에 환자분류체계의 구성요소인 질병분류, 의료행위분류 등을 통합관리하는 '분류체계관리실'을 신설하였다. 정규조직의 신설로 환자분류체계 개발 · 관리를 체계적으로 진행할 기반이 마련됨과 더불어 환자분류체계에 국내 의료현실을 반영하고 지불제도 개편을 위한 업무의 추진 동력도 구비되었다.

전문가 육성으로 업무역량 강화

분류체계관리실이 신설되었지만 조직의 업무를 수행할 수 있는 전문인력이 부족해 그 양성이 시급한 과제로 떠올랐다. 특히 의료 선진국의 환자분류체계시스템을 이해하고 우리나라 실정에 맞는 환자분류체계 개발 역량을 갖춘 전문가를 육성해야만 하였다.
이에 심사평가원은 직원역량 개발에 대한 단계별 마스터 플랜을 수립하고, 2013년 1월부터 환자분류체계 국외단기연수를 시행하였다. 매회 4주 과정으로 9명의 직원들이 호주 울런공대(University of Wollongong) 내 연구소 국립환자분류센터(NCCC)를 2013년부터 2015년까지 3회에 걸쳐 방문하여 국제적인 호환성과 선진 노하우를 습득하였다. 또한 국제환자분류학회(PCSI, Patient Classification Systems International)와 국제의료질관리학회(ISQua, The International Society for Quality in Health Care) 등에 꾸준히 참여하여 심사평가원의 개발성과를 발표하는 노력을 기울였다. 교육을 통한 업무 전담직원의 역량 강화로 국제학회에 우리의 성과를 알리고 위상을 높여 전세계 전문가들과 국제 최신 동향을 공유하면서 심사평가원이 글로벌 전문보건기관으로 자리잡는 계기가 되었다.

KDRG 버전 4.0 및 KOPG 버전 2.0 개정

포괄수가제 지불단위 및 심사 · 평가업무의 환자보정 도구로서, 또 상급종합병원 지정 등 KDRG는 광범위하고 다양하게 활용이 확대되고 있었다. 하지만 2003년 KDRG 버전 3.0 개

발 이후 10여 년간 전면적으로는 개정이 이루어지지 않아 변화된 의료현실을 반영하지 못하고 있었다. 심사평가원은 업무 수행을 위한 인프라 확충을 기반으로 2014년부터 KDRG와 KOPG의 전면개정 작업을 추진하게 되었다.

임상적 타당성과 이해관계자의 수용성 및 환자구성 보정도구로서의 정확성을 높이기 위해 의료계가 대대적으로 참여하였다. 200여명의 전문의학회 임상전문가들이 참여한 160여회의 자문회의를 거쳐 임상적 타당성을 평가하였고, 여러 차례에 걸친 통계전문가의 자문을 통해 자원소모 분석의 정확성을 확보하였다. 약 2년여(2014~2015년)에 걸친 대대적인 전면 개정 작업으로 KDRG에서는 주진단 범주(MDC, Major Diagnostic Category)와 중증도 개선, 자원소모 분석기준 및 질병군 분류기준 마련, 질병군 명칭 정비 및 KCD 7차 개정 결과를 반영하였다.

KOPG의 경우 월별에서 방문 당으로 변화된 청구방법을 반영하여 외래 에피소드 단위를 방문 당으로 개선하고, 항암제를 새로운 분류 변수로 활용하는 등 최신 임상현실을 반영하여 2015년 12월 KDRG 버전 4.0과 KOPG 버전 2.0을 완성하였다.

환자분류체계 활용분야의 확대로 의료기관들의 관심이날이 갈수록 높아짐에 따라 '환자분류체계 정보제공 서비스'를 개설하여 우선 의 · 치과 입원 · 외래 환자분류체계 분류번호를 제공하고 이후 한의 외래로 확대해 나갔다.

이렇듯 성공적인 환자분류체계 활용 분야 확대로 최신의 임상현실을 반영한 환자분류 정확도가 향상되어 의료계의 환영을 받았다. 또한 의료기관에 질병군 분류번호를 제공함으로써 의료기관 종사자들이 환자의 구성과 진료비 수준 등 다양한 지표를 효과적으로 활용해 효율적인 진료환경을 구축할 수 있었다.

세계 유일한 한의 환자분류체계 개발

심사평가원은 세계 유일한 한의 외래 환자분류체계를 2007년 개발하여 한방 외래 진료의 의료기관 간 상대비교 기준으로 활용해 왔다. 그러나 KCD의 개정으로 상병이 대폭 변화함에 따라 2012년부터 한방 임상변화에 따른 분류체계를 위한 전면 개정을 추진하였다. 이로써 청구빈도를 고려한 상병그룹 개선, 연령세분화 단계 추가 및 KCD 개정사항을 반영하여 한의 외래환자분류체계(KOPG-KM) 버전 2.0이 탄생하게 되었다.

이러한 노력으로 2013년 9월, 환자분류체계 관련 이슈를 다루는 가장 권위 있는 국제단체인 국제환자분류체계학회(PCSI)에서 주는 최고의 포스터상(Best Poster 상)을 수상하는 영예를 안아

심사평가원의 국제적 위상을 제고하였다.
한편, 한방 입원진료비의 폭발적 증가로 효율적인 관리 필요성이 대두되었다. 심사평가원은 한의 환자분류체계 검토위원회 운영 등을 통해 한의 외래환자분류체계에 이어 세계 유일의 한의 입원환자분류체계의 기본모형을 독자적으로 개발하여 2015년부터 적용하였다.

4. 환자분류체계의 성숙과 확장

PCS 분석 자동화 시스템 구축

우리나라의 임상 현실을 반영한 분류체계 개발이 확대되면서 다양한 분류체계와 대용량 데이터를 효율적으로 관리할 수 있는 시스템 개발이 요구되었다. 기존의 개인 PC기반 작업으로 업무가 분산되고 이중 수행되는 등 수작업으로 인해 반복 발생하는 문제들을 해소하기 위하여 사용자 중심으로 프로세스를 표준화하고 자동화하는 전산시스템 선진화가 추진되었다.
2014년 11월 '원스톱 환자분류체계 정보시스템'을 구축하면서 분류프로그램을 개인 PC에서 심사시스템(HIRA+)으로 전환하고 분류프로그램(Grouper) 실행을 위한 데이터 자동 추출 등 드디어 환자분류체계 자동화를 구현할 수 있었다.
2017년부터 환자분류체계를 활용한 정책 지원과 심사패러다임의 변화, 나아가 4차 산업혁명에 따른 빅데이터 분석 요구까지 분석업무를 혁신적으로 효율화할 필요성이 높아졌다. 이에 PCS 시스템 서버 기반으로 작업환경을 개선하고 SAS-EG를 통해 자료를 자동으로 생성하는 '자료구축 자동화 시스템'을 구축하였다. 또한 '기초통계 분석 시스템'을 구축함으로써 'PCS 분석 자동화 시스템' 개발을 완료하였다. 이로써 업무단계 간소화와 분석소요시간 단축으로 업무생산성이 획기적으로 높아졌고, 정책 및 자료분석 요구에 즉각적으로 대응할 수 있는 토대가 마련되었다.

한국형 재활환자분류체계(KRPG) 개발

한국형 진단명기준환자군(Korean DRG, KDRG)은 급성기 환자를 대상으로 한 분류체계여서 급성기 이후 재활환자의 자원소모와 임상적 특성을 반영하기에는 한계가 있었다. 미국, 호주,

북유럽 등에서는 이미 자국의 실정에 맞는 재활환자분류체계를 개발하여 운영하고 있었다. 우리나라에서도 아급성기 집중재활환자의 특성을 반영한 분류체계 개발이 급선무였다.

한국형 재활환자분류체계 개발을 위해 2011년 7월부터 대한재활의학회, 국립재활원, 심사평가원이 참여한 검토위원회를 구성하여 2013년 하반기부터 본격적인 논의가 시작되었다. 2014년부터 2015년까지 2년여에 걸쳐 개발을 추진하였다. 개발 전반에 임상전문가가 참여해 임상적 타당성과 수용성을 높였고, 심사평가원이 독자적 역량으로 의무기록을 조사해 자료를 구축하고 한국형 재활손상대분류 및 정의서를 개발하였다.

2015년 1월 급성기 이후 환자를 대상으로 한 뇌 · 척수 손상 중심의 한국형 재활환자분류체계(Korean Rehabilitation Patient Group, KRPG) 버전 1.0 개발이 완료되었다.

이후, 2017년부터 근골격계 질환 및 절단 환자 추가, 통합재활기능평가표 개발 등 지속적으로 개선하고 있다. 정부에서 추진하는 재활의료기관 지정 · 운영 사업에서 회복기재활 대상자를 명확히 정의하고 환자의 기능상태 차이를 반영한 적절한 재활치료를 제공하기 위해 한국형 재활환자분류체계가 활용되고 있다. 이는 KRPG가 다양한 관점에서의 환자분류체계 개발 필요성과 가능성을 발견하는 계기가 되었으며 나아가 재활의료 전달체계 확립에도 기여하고 있다.

한국형 정신환자분류체계 개발

정신건강의학과 환자는 동일한 진단명을 갖고 있어도 임상적으로 다양한 기능수준과 증상의 심각도를 보인다. 또한 치료시기에 따라 요구되는 의료서비스도 달라지는 특징도 있다. 그러나 KDRG는 주진단명과 시술 기준으로만 분류하고 있어 정신건강의학과 환자에게 적용하기에는 한계가 있었다.

2014년 대한신경정신의학회와 심사평가원이 협업하여 '한국형 정신환자분류체계 개발위원회'를 구성하여 2016년부터 본격적인 개발에 돌입하였다. 2017년 기초자료 구축을 위해 참여 의료기관의 현장조사를 실시하고 2018년 영국의 Mental Health Cluster와 호주의 Phase of Care를 우리나라 현실에 맞게 재구성한 한국형 정신환자대분류를 개발하여 2019년 최종 42개 질병군으로 한국형 정신환자분류체계 버전 1.0 개발을 완료하고 별도의 정신환자평가표도 개발하였다. 제외국의 변수를 활용하여 한국형 정신환자 대분류를 개발하고 국외에서 사용하지 않는 독자적인 임상변수를 활용하였다는 점이 주목할 만하다.



INTERVIEW

강윤구

제7대 원장

"빨리 가려거든
혼자 가고,
멀리 가려거든
함께 가라"

Q. 심사평가원 제7대 원장으로 재임 당시 당면한 과제가 무엇이었는지 말씀 부탁드립니다.

A. "빨리 가려거든 혼자 가고, 멀리 가려거든 함께 가라"

제가 제7대 심사평가원장에 취임하는 자리에서 직원 여러분께 말씀드린 아프리카 속담입니다. 당시 심사평가원은 공공기관 기능 조정이라는 위기에 맞닥뜨려 있었습니다. 이는 2010년 심사평가원 창립 10주년을 맞아 재도약을 다짐하고 새로운 비전 "바른심사 바른평가 함께하는 국민건강"을 발표하게 된 배경이기도 합니다.

우리 사회가 추구하는 방향은 심사평가원 혼자서는 갈 수 없습니다. 정부는 물론이고, 의약계 · 학계 등 전문가단체, 시민단체 등 이해관계자와 적극적인 소통의 장을 펼쳐 보건의료의 발전과 국민건강 증진의 길로 가기 위한 구체적이고 지속가능한 로드맵을 강구하는 것이 제가 재임 기간 중 수행해야 할 과제였습니다.

Q. 심사평가원이 앞으로 수행해야 할 역할은 무엇일까요?

A. 심사평가원은 의료소비자인 국민과 공급자인 의약계 사이에서 중간자 역할을 수행하는 기관입니다. 어느 한쪽으로 치우치지 않고 국민의 건강과 안전을 최우선으로 여기며 공정하게 업무를 수행해야 합니다. 그러기 위해서 앞으로 심사평가원이 이해관계자와 소통을 넘어 공감하는 조직이 되었으면 합니다. 작금의 코로나19 위기라는 엄중한 상황을 헤쳐 나가는 것도 민 · 관 · 공의 긴밀한 소통과 협력 관계가 바탕이 되어야 긍정적인 방역 효과로 되돌아온다고 생각합니다. 그러므로 모든 구성원이 한마음 한뜻으로 지향점을 설정하고, 더불어 나아가는 심사평가원으로 거듭났으면 합니다.

Q. 창립 20주년을 맞은 심사평가원에 남기고 싶은 메시지 말씀 부탁드립니다.

A. 심사평가원의 창립 20주년과 20년사 발간을 진심으로 축하드립니다. 특히 직원 여러분께서는 이번 20년사를 통해 심사평가원이 그동안 '바른심사, 바른평가'를 통해 우리나라의 건강보험제도를 발전시켜 온 일련의 과정을 되돌아보고, 나아가 향후 주요업무 수행을 위한 지침서로 활용하시기를 권해드립니다. 심사평가원 임직원 모두와 조직의 앞날에 무궁한 영광과 발전이 함께하기를 기원합니다.

제4장

원주시대를 열며 혁신하는 건강보험심사평가원

(2013~2017)

제1절.
정부3.0 정책에 발맞춰
보건의료 공공데이터 공개를 확대하다

제2절.
HIRA ICT 시스템의
글로벌 브랜드화를 추진하다

제3절.
종합병원 지원업무 이관으로
현장중심 심사를 강화하다

제4절.
원주 신사옥 이전으로
글로벌 원주시대를 열다

제1절.

정부3.0 정책에 발맞춰 보건의료 공공데이터 공개를 확대하다

1. 보건의료 통계정보 제공으로 보건의료정책 지원

2000년도에 우리나라는 65세 이상이 전체인구의 7.2%를 차지하며 고령화사회로 진입했다. 2019년 현재 14.9%로 고령사회에 접어들었다. 이와 함께 국민들의 건강정보에 대한 관심이 높아졌고, 보건의료정책 수립과 평가에 대한 근거로서의 통계정보가 관심을 받게 되었다.

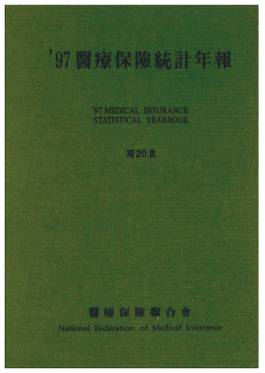
심사평가원은 창립 이래 20년간 매년 진료비통계지표를 발간해오고 있다. 요양기관에서 심사평가원으로 요양급여비용을 청구한 명세서를 근거로 건강보험 · 의료급여 등 진료비 현황, 다빈도 상병, 악성신생물 및 연령별 진료비 현황 등 다양한 통계정보를 산출하여 진료비통계지표를 작성한다.

건강보험 주요지표(내원일 수, 요양급여비용 등), 요양기관종별 심사실적, 진료수가 유형별 4대 분류별 요양급여비용 현황, 월별 · 시 · 도별 · 연령별 · 성별 심사실적, 질병 다발생 순위별 요양급여실적 등의 내용들이 주요내용으로 등재되어 열람되고 있다.

2015년 진료비통계지표부터 자동차보험 심사 실적을 추가해 산출하였고, 2018년 진료비통계지표부터 의료현장의 진료시점을 정확하게 파악할 수 있도록 진료일 기준의 통계가 추가되어 진료비통계지표를 작성하고 있다.

진료비통계지표는 심사평가원이 보유하고 있는 대표적인 보건의료 통계정보로서 심사와 평

가 업무 수행에서 활용되고 있을 뿐만 아니라 보건복지부 등의 보건의료정책 수립 및 평가 시에도 기초자료로 활용되고 있다.



1997 '의료보험통계연보' 제20호



2005 건보공단과 공동 발간하기 시작한 '건강보험통계연보'

건강보험통계연보 발간

1977년 의료보험의 실시는 국민들의 큰 호응을 받으면서 의료보험사업의 비약적인 발전으로 이어졌다. 건강보험(의료보험) 통계정보에 대한 관심도 매우 높아졌는데, 이 수요에 부응하면서 건강보험 정책 입안과 사업평가의 기초자료로 건강보험 현황 전반에 관한 통계정보를 건강보험통계연보 발간을 통해 제공해오고 있다.

1979년 '의료보험통계연보' 제1호를 발간한 이래 현재까지 매년 '건강보험통계연보'의 발간을 이어오고 있다. 2005년부터는 보다 효율적인 정보제공을 위해 심사평가원과 국민건강보험공단이 공동으로 제작 · 발간하였다. 정확하고 활용성 높은 통계정보를 제공하기 위해 '건강보험통계연보'는 통계청으로부터 국가승인을 받아 통계의 품질관리를 지속하고 있다. 의료보험의 역사와 함께 이어져 온 건강보험통계연보는 심사평가원이 발간하는 통계정보 중 가장 오래된 만큼 건강보험제도 전반에 대한 흐름을 담고 있으며, 정부가 보건의료 정책을 수립하고 평가하는 데에 가장 중요한 근거자료로 활용되고 있다.

국가승인통계 생산 및 제공

보건의료정책은 의료기술의 발달과 신종질병 발생 등 외부 환경의 변화에 따라 다양하게 대응해야 한다. 정책 수립 시 다양한 통계정보가 근거로 활용됨에 따라 통계의 중요성은 날이 갈수록 더 높아지고 있다.

심사평가원은 1996년 8월 건강보험통계 생산 · 제공에 대한 승인을 받은 이후, 2007년 7월 의료기관별급여적정성평가현황, 2011년 12월 완제의약품유통정보통계, 2016년 4월 급여의약품 청구 현황, 2016년 6월 의료급여통계, 2017년 3월 자동차보험 진료비 통계, 2020년 1월 국가정신건강현황, 2020년 2월 비급여 진료비용 및 제증명수수료 통계 등 총 8종의 국가승인통계를 매년 생산, 제공하고 있다.

「통계법」 제3조 제1항 제1호의 정의에 근거하여 심사평가원이 생산 · 관리하는 8종의 국가승인통계는 보건의료정책 지원과 건강보험제도 발전에 중요한 초석이 되고 있다.

통계 보급 · 이용 활성화 최우수상 수상



2018 '생활 속 질병통계 100선' 발간

국민의 건강정보에 대한 관심이 높아짐에 따라 심사평가원은 누구나 쉽고 빠르게 활용할 수 있는 보건의료 통계정보를 제공하기 위한 노력을 기울였다.

2015년부터 보건의료빅데이터 개방시스템을 구축하여 이를 통해 다양한 의료통계정보를 제공해오고 있다. 2018년에는 국민생활 공감형 통계콘텐츠로서 '생활 속 질병통계 100선'을 발간하였고, 국민들의 관심도가 높은 질병과 진료에 대한 통계를 분석하여 보도자료로 배포함으로써 국민들의 수요를 만족시켰다.

국민들의 관심사인 통계항목을 신규 발굴하고 국민들이 실생활에서 필요한 질병 · 진료에 대한 통계콘텐츠를 지속적으로 제공한 심사평가원은 2018년 11월 통계청장으로부터 '통계 보급 · 이용 활성화' 최우수상을 수상하였다. 심사평가원은 통계정보의 활용성을 높여 국민보건의료 향상을 도모하는 노력을 지금도 꾸준히 이어가고 있다.

2. 보건의료정보 적극 공개로 국민 알권리 실현 및 편익 증진

공공기관 최초 정부3.0 대통령상 수상

2014년 7월 국무총리 소속의 정부3.0추진위원회가 발족하면서 국민입장에서 알고 싶은 것을 선제적으로 제공하는 정부3.0의 실행이 가속화되었다.

심사평가원은 공공기관으로서 국민들의 알권리 실현을 위해 다양한 보건의료정보를 적극적으로 공개하고 국민과의 소통을 강화하기로 결정하였다. 정보공개분야에서 타공공기관보다 앞서 나가기 위해 사전정보공표를 대폭 확대하였다. 민간부분에서의 활용도를 높이기 위해 공공데이터를 적극적으로 개방하였다. 비급여 가격정보 공개와 병원정보 개방을 통한 병원찾기 서비스 등이 국민 생활 맞춤형 정보제공의 대표적인 사례이다.

2014년 3월 심사평가원은 국민 맞춤형 서비스로 일자리 및 신성장 동력을 창출해온 노력을 인정받아 정부3.0 대통령상을 수상하였다. 이는 공공기관 최초의 사례로서, 보건의료정보 적극 공개로 의료이용자와 학술 및 산업계의 보건의료 생태계 조성을 위해 경주해온 노력을 인정받은 것이었다.

2016년도 정부3.0 우수기관 선정

심사평가원은 국민의 입장에서 알고 싶어 하는 것을 선제적으로 제공하는 정부3.0 비전에 발맞춰 보건의료정보를 국민 맞춤형 정보로 제공함으로써 국민의 알권리 보장을 실현하기 위해 노력하였다. 국민의 정보공개 요구가 가장 많은 질병 및 상위 100개의 다빈도 질병 등에 대한 통계정보를 즉시 조회할 수 있도록 사전정보공개 서비스를 확대하였다. 보건의료빅데이터 개방시스템 구축을 통해 질병 · 행위 통계, 공공데이터 등 국민에게 유익한 정보를 누구나 쉽게 이용할 수 있도록 적극 공개하였다.

심사평가원은 보건의료빅데이터를 국민과 정부, 공공기관 및 산업계 맞춤형 정보로 제공한 결과, 평가등급이 전년 대비 2등급 상승하여 최상위 등급인 '2016년 정부3.0 우수기관'으로 선정되는 쾌거를 이루었다.

3. 보건의료빅데이터 공개와 활용으로 전문기관으로서의 위상 제고

공공데이터 전면개방

정부는 2013년 제정된 「공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률」(이하 「공공데이터법」) 및 공공데이터 개방 계획 등의 정책에 따라 공공기관이 보유 · 관리하고 있는 공공데이터의 전면개방과 활용 확대를 적극 추진하였다.

심사평가원은 공공데이터 제공을 총괄하는 책임관 및 실무담당자를 임명하고, 공공데이터포털(data.go.kr)을 통해 공공데이터를 개방 · 제공하기 시작하였다. 2012년 구축하여 연구목적으로 제공하던 환자표본자료를 모든 국민이 이용할 수 있도록 2014년부터 공공데이터 목록으로 공표하여 총 4종(전체, 입원, 고령, 소아 · 청소년)의 환자표본자료를 개방 · 제공하였다. 또한 「공공데이터 제공 및 이용업무 운영지침」을 제정하여 심사평가원이 보유 · 관리하는 공공데이터의 이용 절차, 제공 수수료 등의 사항을 규정하였다.

2018년에는 공공데이터 이용 활성화 도모와 제3자 권리 보호가 양립할 수 있도록 정보주체의 권리 침해와 목적 외 이용 시 제재 강화 및 장기 이용자에 대한 수수료 감면 등을 추가하는 등 운영지침을 전면 개정하였다. 또 '공공데이터 제공 심의위원회'를 정기적(매월 2회)으로 개최하여 공공데이터 제공과 관련된 사항을 심의 · 의결하였다.

이러한 공공데이터의 적극적인 개방과 품질관리를 통해 2019년 공공기관 대상으로 최초 도입된 '공공데이터 제공운영 실태평가'에서 '우수기관'에 선정되는 영예를 안았다.
심사평가원의 공공데이터 개방은 2020년 코로나19 국면에서도 계속 이어졌다. 국민안심병원 정보, 선별진료소 정보, 공적마스크 판매정보 등 오픈API 서비스 개방을 통해 국민들에게 코로나 19와 관련된 실시간 정보를 제공한 것이다. 2020년 현재 2세대 환자표본자료 구축을 위한 '환자표본자료 구축 방안 및 활용 실태조사' 연구용역을 수행 중에 있다. 국민 중심의 효용가치가 높은 공공데이터 발굴과 개방을 지속하여 국민의 이용권을 보장하려는 노력을 이어가고 있다.

민간일자리 창출 및 R&D 지원

심사평가원은 보건의료빅데이터를 활용하여 혁신적인 창업아이템과 R&D 과제를 발굴할 수 있도록 지원하기 위해 '보건의료빅데이터 활용 창업 경진대회'를 개최하였다. 창업아이템의 발굴이 사업화 성공으로 이어져 민간의 일자리 창출에 기여하고, R&D 과제 발굴을 통해 신약 및 의료기기 개발로 이어져 바이오헬스 분야의 혁신 성장을 지원하기 위한 목적으로 기획된 사업이었다.
보건복지부가 주최하고 심사평가원과 국민건강보험공단이 주관한 이 경진대회는 2015년 9월 15일부터 10월 8일까지 '보건의료빅데이터 활용한 창업아이디어 공모전'이라는 타이틀로 제1회 대회를 시작하였다. 창업 및 신규사업 아이템을 보유한 대한민국의 모든 국민을 대상으로 펼쳐진 이 경진대회는 2020년 제6회 '보건의료빅데이터를 활용한 창업경진대회'까지 매년 이어졌다. 6년간 총 465팀이 접수하였고, 그중 63팀이 수상하였다.
공모전에서 수상한 팀들을 대상으로 아이디어 구체화 컨설팅을 통해 비즈니스 모델별 맞춤형 데이터셋 제공과 분석 지원이 이루어졌고, 2018년부터는 체계적인 사업화 지원을 위해 인큐베이팅 프로그램을 신설하여 지원을 강화하였다. 경영, 투자, 법률, 기술 등 분야별 전문가로 구성된 창업전문가자문협의체를 운영해 창업과 사업운영에 관련된 점검과 자문 기회를 제공하였다. 또한 창업 멘토링을 통해 고충해결과 성공노하우 및 협업기회를 제공하였으며, 투자유치와 특허출원 등의 전문가에게 1:1 코칭을 받을 수 있는 네트워킹데이를 열었다.
2017년 7월부터 보건의료빅데이터 Open R&D센터를 설치하여 운영하였다. 신약 · 스마트 의료기기 개발 등 보건의료 분야 R&D 및 스타트업 인큐베이팅의 체계적 지원을 위한 오프



2020 보건의료빅데이터를 활용한 창업 아이디어 공모전

라인 분석센터로 기능하였다. 2019년 9월부터는 R&D 혁신 파트너십 프로그램을 운영하고 있다. 이는 제약 · 의료기기 업체 대상의 데이터 기반 R&D 활성화를 통해 생태계를 조성하기 위한 종합 지원 프로그램이다. 혁신신약과 의료기기, 신기술 개발 등의 R&D 과제 발굴을 지원하고 연구계획서 작성과 데이터 설계 등에 대한 개별 컨설팅을 지원하고 있다.

이러한 지원을 받은 수상팀들은 행정안전부가 주관하는 '공공데이터 활용 범정부 창업경진대회'에서 2016년 대상, 2018년 우수상, 2019년 대상, 2020년 최우수상, 우수상을 수상하였다. 또 사업화 성공을 통해 143명의 민간일자리를 창출하였다. 약 115억 원에 달하는 투자유치와 35건의 특허출원, 14개 신규서비스를 창출하였다. 빅데이터 분석 기반의 R&D 수행을 통해 신약개발로 이어진 케이스도 다수 나왔다. 이 가운데 2019년 3월 보험급여 등재된 위식도역류질환치료제 '케이캡정'은 중남미와 인도네시아 등 19개국과 수출계약을 체결하였고 국내 약품비로도 1,000억 원을 달성하는 성과를 거두었다.

인공지능(AI) 기반 의료영상데이터 이용 활성화

4차 산업혁명시대를 맞아 경쟁을 뚫고 혁신성장을 이루기 위한 필수과제가 대두되었다. 인공지능과 IoT 등의 신기술과 데이터의 유기적 융합을 통해 신산업을 성장시키고 신가치를 창출하기 위해 소요되는 데이터의 개발과 적극적인 개방이 요구된 것이었다.



2019 제7회 범정부 공공데이터 활용 창업경진대회

심사평가원은 2017~2019년 행정안전부가 주관하는 국가중점데이터 개방사업에 참여하여 인공지능 플랫폼 및 의료영상데이터 DB를 구축하였다. 뇌동맥류 MRA 1,000set, 폐암 PET-CT 600set, 척추 MRI 1,000set로 의료영상 및 레이블링으로 데이터베이스를 만든 후 인공지능 의료영상 판독 시스템을 구축한 것이다. 또 뇌동맥류와 폐암의 딥러닝 판독 알고리즘을 개발하고, 인공지능 딥러닝 개발을 위한 의료 영상데이터를 빅데이터 센터를 통해 제공하였다. 영상판독 알고리즘의 소스파일을 공공데이터포털에 공개하고 무료로 다운로드 받을 수 있게 개방함으로써 국가중점데이터 개방사업에 적극 참여하였다.

2019년에는 영상데이터 분류 및 정제를 위한 GPU 기반의 인공지능 표준화 서버를 도입하여 심사평가원 내부영상을 이관하고 정제 자동화를 시행하였다. 약 10만 건에 달하는 의료영상 데이터에 대한 개방 DB를 구축하고, 영상판독 활용을 위해 1,000set의 레이블링 작업을 완료하였다. 심사평가원의 의료영상 데이터는 2019년까지 누적 2,200건이 개방되었고, 뇌동맥류 및 폐암에 대한 인공지능 의료영상 판독지원 알고리즘은 2018년 850건, 2019년 1,048건이 다운로드 되는 성과를 올렸다.

보건의료분야 결합전문기관으로서 데이터기반 혁신의 주역이 되다

2020년 8월, 개정된 데이터3법• 시행으로 데이터 활용의 핵심인 가명정보•• 이용에 대한 법적 근거가 마련되었다. 이에 따라 가명정보는 정보주체의 동의 없이 정보 활용이 가능해졌고, 가명정보의 결합은 정부로부터 지정받은 '결합전문기관'만 수행할 수 있도록 법률이 개정되었다.

보건의료정보는 개인 Privacy 침해가능성이 높은 민감 정보인 점을 감안할 때, 보건의료분야 결합전문기관은 '데이터기반 혁신을 통한 데이터경제 활성화'라는 시대적 소명을 수행함과 동시에 '국민들의 건강정보에 관한 권익 보호'라는 공익적 역할도 기대되었다. 심사평가원은 보건의료빅데이터 전문기관으로서 보건의료빅데이터개방시스템 운영을 통해 공공데이터 개방과 수요자의 다양한 맞춤형 자료 제공을 선도함과 동시에 개인정보의 안전한 관리에 매진해왔다. 이러한 경험과 노하우를 바탕으로 보건의료 발전과 국민건강 증진에 기여하고자 보건의료분야 결합전문기관 지정을 준비하였다.

• 「개인정보 보호법」「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 개정안을 일컫는 말로, 데이터산업 활성화를 위해 개정되었다. 세 개 부처(행정안전부, 방송통신위원회, 금융위원회)가 관장하는 개인정보 보호 체계는 국무총리실 산하 개인정보보호위원회가 통합 관리한다.

•• 가명처리한 개인정보. 개인정보의 일부를 삭제하거나 일부 또는 전부를 대체하는 등의 방법으로 추가 정보 없이는 특정 개인을 알아볼 수 없도록 처리한 정보



2020 보건의료분야 결합전문기관 지정서 및 현판 수여식

심사평가원은 「가명정보의 결합 및 반출 등에 관한 고시」에서 정한 지정요건을 충족하여 2020년 10월 29일 보건의료분야 결합전문기관으로 국내 최초로 지정되는 쾌거를 이루었다. 심사평가원은 가명정보 결합을 통해 데이터 기반 혁신사례를 전파하고, 범사회적인 데이터 활용 기조를 확산해 나갈 것이다. 그 결과 산업계에 신기술 개발 등 새로운 가치를 창출하고, 국민에게는 맞춤형 의료서비스 제공을 지원하여 국민편익을 높이는데 심사평가원이 기여하고자 한다.

기관 간 정보 공유 · 협업을 통한 빅데이터 활용도 제고

심사평가원은 근거법령 하에 정부 공공기관과 심사평가원이 보유한 빅데이터를 공유 협업하고, 이를 활용하여 환자안전제고와 복지급여 부정수급 방지 등에 기여하고 있다. 2013년 2월부터 「인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률」에 따라 식품의약품안전처 · 조직은행에서 받은 인체조직 기증자 정보를 통해 기증의사자의 병력 · 투약이력 정보를 제공하고 있다. 조직은행에서 분배 · 이식 적합성 여부 판단에 필요한 정보 제공을 통해 인체조직 안정성 확보에도 기여하고 있다. 2015년 1월부터 「사회보장급여의 이용 · 제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」에 따라 사망의심자(진료결과 '사망'), 생존가능자(사망의심자 중 진료발생) 정보를 사회보장정보원 사망의심자 HUB시스템에 제공하고 있다. 정부 · 지자체 · 공공기관 등 활용기관과 사망관련 정보를 상호 공유함으로써 사망신고 지연으로 인한 복지급여 부정수급 방지에 기여하고 있다.
2016년 5월부터 「혈액관리법」, 「혈액관리법 시행규칙」에 따른 헌혈금지 감염병(HIV) 환자정보를 대한적십자사에 제공하고 있다. 헌혈금지 감염병(HIV) 확진환자 정보연계를 통해 혈액사고 방지에 기여하고 있다. 2020년 2월부터 한국데이터진흥원이 주관하는 데이터안심구역(안심존) 사업에 공동 참여하여, 폐쇄환경의 분석 공간인 데이터안심존에서 중소 · 스타트업 등에 빅데이터 활용 지원 및 신규데이터 확보를 통해 심사평가원의 빅데이터 활용 가치 제고에 기여하고 있다.



2017 'HIRA 빅데이터 브리프' 창간호

HIRA 빅데이터 성과공유의 장 마련

빅데이터에 대한 각계의 관심이 높아지면서 빅데이터의 동향과 활용사례분석 등을 소개하는 기회를 통해 보건의료 영역 간의 연계가 필요해졌다. 또한 빅데이터의 분석 결과에 대해 정책



2017 보건의료빅데이터 미래포럼 첫 개최



2019 보건의료빅데이터 미래포럼

활용도를 향상시키는 등 수요자가 체감할 수 있는 빅데이터 정보를 제공해야 할 필요성도 대두되었다.

이에 보건의료빅데이터 동향과 보건의료빅데이터 분석(현재의 보건의료빅데이터 분석 사례), 의료정보 종합모니터링(현재의 HIRA 빅데이터 활용 가이드) 등의 콘텐츠로 구성하여 2017년 3월 'HIRA 빅데이터 브리프' 제1권을 발간하였다. 연 4회 제작되는 HIRA 빅데이터 브리프는 매 회차 제작마다 사전에 편집위원회를 구성하여 운영함으로써 발간물의 전문성을 강화하였다. HIRA 빅데이터 브리프는 보건의료정책 효과분석정보를 제공하였고, 빅데이터의 최신 동향을 제공함으로써 빅데이터 기반의 신규 아이템 발굴에 활용될 수 있었다.

또한 HIRA 보건의료빅데이터 성과를 공유하고, 보건의료 분야 빅데이터의 발전 방향을 논의하기 위해 연 1회 보건의료빅데이터 미래포럼 개최를 기획하였다.

2017년 12월, 보건의료빅데이터 및 현안 공유를 위한 첫 '미래포럼'이 열렸다. 포럼 준비과정에서 심사평가원은 보건의료빅데이터개방시스템(opendata.hira.or.kr)을 통해 요양기관과 학계 및 산업계 등의 빅데이터 이용자에게 미래포럼 개최를 홍보하여 참석을 유도하였다. 이날 본 행사에서는 '의료 빅데이터 활용의 양면성', 'IoE 기반 고령자 뇌졸중 모니터링 기술개발과 빅데이터', '공통데이터모델(CDM)의 발전과 진화' 등이 발표되었고, 이후 매년 이어진 포럼에서 다양한 주제들로 발표가 이어졌다.

이때 발표된 공통데이터모델(CDM) 기반 연구인 '급성관상동맥증후군(ACS) 환자의 경피적관상동맥중재술(PCI) 시술 후 복용하는 항혈소판 제제 효과 비교연구 결과'는 2020년 JAMA 학술지에 게재되는 성과를 보였으며 이를 통해 실제임상데이터(RWD) 활용 연구의 필요성을 제시하였다.

보건의료빅데이터 미래포럼은 매년 빅데이터 분석 환경의 혁신적 변화에 따른 분야별 빅데이터 활용 방안과 새로운 빅데이터 분석 모델을 제시하고 있다. 항상 최신 이슈에 대한 주제를 선정하여 개최함으로써 보건의료 분야 빅데이터 활용 가치를 더욱 높이고, 일반 국민이 의료이용 및 건강 관련정보를 효과적으로 얻을 수 있도록 하는 방안 마련에 기여하였다. 2018년 개최된 보건의료빅데이터 미래포럼에서는 보건의료빅데이터 분석의 새로운 방향에 대해 집중적으로 논의되었고, 2019년은 지능형 시각화 분석과 양방향 소통이 주제였다. 2020년은 코로나19 대응을 위한 HIRA 빅데이터 국제협력 사례 공유와 빅데이터 기반 국제공조 방안에 대해 국내 · 외 전문가들이 토론하였다.

HIRA 빅데이터 기반 산 · 학 · 관 연계 맞춤형 인재 양성

심사평가원은 2018년부터 산업체 및 대학생과 협력적인 관계를 맺고 HIRA 빅데이터 기반 산 · 학 · 관 연계 맞춤형 인재 양성 교육을 매년 2회씩 개최하기 시작하였다. 지역 내 대학생을 대상으로 빅데이터 전문인력을 양성하고 민간부문에 질 좋은 일자리를 만들기 위해 공공기관과 산업체, 대학교 간 협업 모델 구축의 일환이었다.

이 교육을 통해 심사평가원이 보유한 보건의료빅데이터 분석기술을 이전하여 경쟁력 있는 산업체와 현장 친화적인 인재를 양성함과 동시에 청년 일자리를 창출하는 목표를 달성하고자 하였다. 보건의료 관련 빅데이터 분석 분야에 취업을 희망하면서 기초통계분석이 가능한 대학생과 빅데이터 활용계획이 있으면서 멘토 역할을 수행할 수 있는 산업체를 선정하여 교육을 진행하였다.

1주차에는 청구자료를 기반으로 한 보건의료빅데이터의 전반적인 내용을 교육하고, 2~4주차에는 팀별 프로젝트 주제를 선정하여 주제에 필요한 통계분석을 위한 현장 실습 코칭을 병행한다. 교육과정을 마친 대학생들은 프로젝트 결과물을 최종발표회 때 발표하며, 수료식 때 우수팀을 시상과 포상을 통해 격려한다.

보건의료빅데이터 활용 분석 및 정책 지원

심사평가원은 보유한 보건의료빅데이터의 대외 제공을 활성화하고, 이용자의 편의를 극대화하기 위해 2013년 원격데이터접속서비스를 시행하고, 2015년 보건의료빅데이터개방시스템



2018 '산 · 학 · 관 연계 빅데이터 현장실습 교육' 조별 발표 및 수료식



2019 산 · 학 · 관 연계 맞춤형 인재 양성 교육 수료식

을 구축하였다. 이는 학계와 의약계, 산업계 등 외부 이용자들의 보건의료빅데이터 분석과 정부 정책을 지원하기 위함이었다.

2017년 'HIRA 빅데이터 활용 공동 연구 주제 공모'를 통해 외부 협업과제 19건을 선정하고 연구 컨설팅과 데이터셋 지원 등의 협업을 수행하였다. 4차 산업혁명 등 다양한 연구 분야에서 보건의료빅데이터의 수요가 지속적으로 증가함에 따라 2018년에는 상 · 하반기로 확대하여 'HIRA 빅데이터 분석 협업 과제 공모'를 실시하였다. 이 공모에서 20건의 외부 협업과제를 선정하고 연구 협업을 수행하였다.

2014년 4월 40석 규모의 '의료정보지원센터'를 열어 산업계 등 민간에 대한 보건의료빅데이터 활용을 지원하였다. 이후 이 센터는 보건의료빅데이터 활용의 취지에 맞춰 '보건의료빅데이터센터'로 명칭을 변경하였다. 2015년 '보건의료빅데이터센터'가 원주로 이전함에 따라 이용자의 원거리 방문 등 불편사항이 발생하였다. 이를 해소하고 지역보건의료산업 균형 발전을 위해 2016년 4월 7개 지원(서울, 부산, 대구, 광주, 대전, 의정부, 전주)에 '보건의료빅데이터센터'를 설치하였다. 2017년 7월 보건의료빅데이터 이용 수요 증가와 센터 추가 설치 요구에 따라 2개 지원(수원, 인천)에 '보건의료빅데이터센터'를 추가 설치하였다.

2016년 11월, 데이터 기반 미래전략 정책지원 시범사업으로 '감염병 의심환자 조기 감지 시스템'을 구축하여 인플루엔자와 수족구병 등 주요 감염병에 대한 의심환자를 실시간으로 모니터링하였다. 메르스와 C형간염 등의 감염병이 확산되는 추세 속에서 부적절한 의료이용을 방지하고 보건의료빅데이터를 활용한 종합적이고 시의적절한 환자안전관리의 필요성이 높아지던 시기였다.



보건의료빅데이터개방시스템 PC 화면



2015 본원 보건의료빅데이터센터

2017년 6월부터 빅데이터 플래그십 시범사업을 통해 '감염병 의심환자 조기 감지 시스템'의 감시 대상 감염병을 총 17종으로 확대하는 등 고도화하였다. 감지 결과는 2018년 1월 1일부터 질병관리본부와 공유하여 감염병의 확산에 대비할 수 있었다. 2018년 12월 감염병 5종을 추가하여 총 22종의 감염병에 대한 '감염병 의심환자 조기 감지 시스템' 운영이 확장되어 2019년부터 총 22종의 감염병에 대해 모니터링할 수 있게 되었다. 2019년에는 역대(2013~2018년) 데이터 플래그십 사업 중 우수사례인 F4(Flagship4)에 선정되었다.

심사평가원은 보건의료빅데이터의 분석에 어려움을 겪는 연구자와 산업계에 맞춤형 상담과 분석 지원을 제공하여 국내 학술 연구와 산업계의 빅데이터 이용 활성화에 기여하였다. 그 결과 200여 편의 SCI급 논문 게재로 이어졌으며, 연구성과는 지금도 계속 만들어지고 있다. 또한 2018년부터 매년 국민건강보험공단과 공동으로 '보건의료빅데이터 활용 성과 공유 심포지엄'을 통해 그해의 우수 연구사례를 공유하고 성과의 확산을 도모하고 있다. 정부 및 공공기관의 정책과 사업에 적극 협력하여 의약품 부작용 분석, 의료행위 적정성 평가 등 근거기반 보건의료 정책 수립을 통해 궁극적으로 국민 건강 증진에 기여함으로써 보건의료빅데이터 제공과 분석 전문기관으로서의 위상을 다졌다.

제2절.

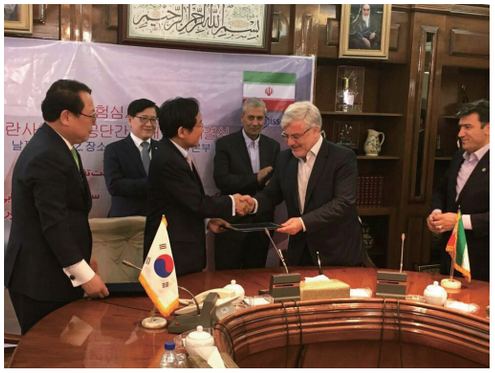
HIRA ICT 시스템의 글로벌 브랜드화를 추진하다

1. 국제협력 네트워크 구축

1977년 우리나라 건강보험제도 출범 이후 40년이 넘는 시간 동안 온전하게 단일기관으로서 쌓아온 고품질 의료데이터인 HIRA 빅데이터와 ICT 시스템은 심사평가원만이 아니라 우리나라의 소중한 자산이 되었다. 효과적인 의료비 지출관리와 양질의 의료서비스에 대한 성과로 우리나라의 보건의료시스템에 대한 세계 각국 보건의료관리자들의 관심은 줄곧 높아져 왔다. 특히, 중동과 동남아시아의 정부와 보건의료기관 관계자들이 자국의 사회보장시스템 발전이라는 과제를 해결하는 과정에서 우리나라의 건강보험에 주목하고 있었다.

심사평가원은 심사 · 평가 등 다양한 업무와 이를 지원하는 ICT 시스템을 통해 축적된 경험으로 인하여 이들 국가들의 벤치마킹 대상으로 그 위상이 높아졌다. 이에 국제사회로부터 심사평가원의 기능과 역할에 대한 공유요청이 증가하였으며, 외국인 방문단 운영, 국제협력 관련 업무협약(MOU) 체결 등으로 세계 여러 나라와 국제협력 네트워크를 지속적으로 구축해 나가고 있다.

2014년 11월 심사평가원은 대만의 국민건강보험국(NHIA)과 양국의 건강보험제도 운영에 대해 상호협력을 다져나가기로 MOU를 체결하였다. 2015년 1월 이란의 건강보험청과 MOU를 체결하였고, 2019년 4월 인도네시아의 건강보험공단과 MOU를 체결하고 협력관계를 이어나갔다. 2019년 6월에는 베트남과 MOU를 맺었고, 미얀마와도 협력사업을 추진하기 위해 협의를 진행하였다. 다양한 여러 국가의 유관기관과 업무협약(MOU) 체결을 계속 이어나가



2016 심사평가원 - 이란 사회보장공단(ISSO) MOU 체결식



2019 심사평가원 - 인도네시아 건강보험공단 MOU 체결식



2019 심사평가원 - 사우디아라비아 건강보험구매청 보건의료협력 합의서(FOC) 서명

2020년 8월 기준 15개 국가, 3개 국제기구 및 2개의 비영리 단체와 MOU를 맺고 국제협력 관계를 유지하고 있다.

심사평가원은 업무협약 체결을 계기로 구축된 국가와 기관 간의 네트워크를 활용해 국가별 건강보험제도에 대한 상호 이해와 공동발전 방안을 모색하고 학술교류 및 컨설팅을 지속하고 있다. 이러한 국제협력과 관계를 통해 우리나라 건강보험제도의 우수성을 세계에 알리고 기능과 역할을 각국에 전파하여 보편적 건강보장(Universal Health Coverage : 모든 사람들이 재정적 어려움 없이 양질의 필수 건강서비스를 받을 수 있도록 보장하는 것)이라는 UN이 발표한 지속가능한 발전목표(SDGs) 달성에 기여하고 있는 것이다.

2. 국제심포지엄 개최로 HIRA ICT 시스템 글로벌화 추진

세계 여러 국가들과 건강보장 분야의 성공사례를 공유하고, 보건의료제도를 시행하고 있는 나라들 사이에서 서로 비교하고 평가하는 자리를 통해 의료정책 발전방안을 모색하기 위하여 국제심포지엄을 열었다.

심사평가원은 2005년 첫 국제심포지엄을 개최하였고, 이후 2007년 11월 13일부터 14일까지 우리나라의 건강보장 30주년을 기념하여 '한국건강보장 30주년 : 성취를 넘어 미래로'라는 주제로 국제심포지엄을 개최했다. 여기에는 보건의료관계자 및 학계에서 총 736명이 참



2010 창립 10주년 기념 국제심포지엄

석하였고, 국내 · 외 보건의료전문가 및 해외의 저명한 석학 24명의 발표와 토론이 열렸다. 국제학술의 장으로서 시금석을 놓는 의미와 더불어 심사평가원은 물론 우리나라 건강보험시스템의 우수성을 국제사회에 널리 알리는 기회의 장이 되었다.

2010년 5월에는 창립 10주년을 기념하는 국제심포지엄을 개최하였다. '국민 의료의 질과 비용의 적정성 보장'이라는 주제로 보건의료관계자와 시민 총 876명이 참석해 심사와 평가, 약제, 지불제도에 대해 뜨거운 토론의 장을 열었다. 또한 2011년 5월에는 OECD와 손잡고 HIRA-OECD 주최 국제심포지엄을 열었다. '보건의료시스템의 성과와 지속가능성 제고'라는 주제로 총 391명의 보건의료관계자들이 참가하여 OECD 국가들과 한국 보건의료 상황을 비교하여 한국 보건의료시스템의 발전방향을 모색하였다. 이로써 미국, 영국, 덴마크 등의 보건의료전문가들과 OECD 건강분과와의 네트워크를 통한 협력체계를 다지는 계기가 되었다.

이후로도 국제심포지엄은 계속 이어져 2012년 5월 '유럽 · 미국 · 호주 · 한국 DRG 지불제도 운영경험과 시사점', 2013년 9월 '보편적 의료보장의 가치극대화', 2014년 6월 '보건의료 성과향상을 위한 데이터 활용'의 주제로 개최하였다.

2015년에는 심사평가원과 보건복지부, 국민건강보험공단, 한국국제보건의료재단(KOFIH)이 공동으로 주관하여 국제포럼을 진행하였다. 2016년 12월 '치료재료와 약제의 효율적 관리를 통한 지속가능한 보편적 건강보장 실현'의 주제로 국제심포지엄이 열렸다.

2017년 6월에는 건강보험 도입 40주년을 맞아 국민건강보험공단과 심사평가원이 공동으로 '한국 건강보험의 성과와 도전과제'를 주제로 개최하였다. 500명 이상이 참석한 심포지엄에서는 한국 건강보장 성과에 대한 국민적 자부심을 고취할 수 있었고, 국제적 평가를 통해 새로운 도약의 장을 마련하였다. 40년간 이어진 심사 · 평가의 발자취를 더듬어 심사평가원의







2016 국제심포지엄 **2017** 국제심포지엄 **2018** 국제심포지엄

가치를 정립하고, 국제협력을 통해 거둔 성과를 소개하였다.

2018년 10월 '신의료기술 · 약제의 가격설정 및 효율적 건강보험지출관리 방안', 2019년 11월 '지속가능한 보편적 건강보장을 위한 체계 변화'의 주제로 국제심포지엄은 계속 이어졌다. 최근 3년간(2017~2019년)의 심포지엄에서는 '보편적 건강보장(UHC)'의 가치를 기반으로 많은 국가가 직면한 건강보험 재정 문제와 진료비 효율적 관리를 주제로 집중적인 논의를 펼쳐 인류의 보편적 가치를 실현하고자 노력하였다.

국제심포지엄은 각국의 건강보장 관련 동향과 전략을 상호 공유 · 습득하고 국내 · 외의 보건의료 네트워크를 다지는 기회를 주었다. 아울러 우리나라의 건강보장체계를 국제사회에 널리 알림으로써 아세안 · 중남미 등의 국가들과 건강보험 협력사업의 토대를 마련하는 성과를 거두기도 하였다.

3. 국제연수과정 운영으로 국제협력사업 확대 기반 마련

2013년 4월 심사평가원은 보건복지부, 국민건강보험공단, 국제연합 아시아태평양 경제사회위원회(UNESCAP), 세계보건기구 서태평양지역 사무처(WHO/WPRO)와 건강보험 국제연수과정 운영 MOA를 체결하였다. 심사평가원이 보유한 우리나라 국민의료를 위한 전략적 구매(Strategic Purchasing) 운영경험에 대한 국제기구와 개도국의 관심이 높아짐에 따라 건강보험 국제연수과정을 운영해 노하우를 전수하게 되었다.

심사평가원은 2013년의 합의각서 체결에 따라 심사평가원의 업무를 특화하여 연수프로그램을 개발하였고, 연수생들의 요구에 적극적으로 대응해 프로그램을 진행해나갔다. 2013년 7월부터 시작된 건강보험 국제연수과정에는 가나, 네팔, 캄보디아 등 12개국 26명이 참여하였고, 이후 더 많은 국가들로부터 큰 관심을 받게 되었다. 2014년 15개국 32명, 2015년 12개국 25명, 2016년 12개국 26명, 2017년 15개국 24명, 2018년 13개국 23명, 2019년 11개국 1국제기구 24명 등 국제 연수과정에 대한 뜨거운 호응이 계속 이어졌다.

연수에 참가하는 나라와 연수생의 수가 점차 늘어나며 새로운 과제가 도출되었다. 많은 국가의 다양한 참가자 수준과 관심사에 어떻게 호응하여 맞춤형 프로그램을 구성하고 효과적으로 적응시킬 것인지에 대한 문제였다. 심사평가원은 2015년 이 문제에 대한 대안으로 건강보험 급여보장성 및 지불제도 부문을 강화하는 등 연수생 맞춤형 교육프로그램을 개발해 내었다. 또 양적 확대에 치중하기보다는 국제연수 규모의 효율성을 감안해 국가별 인원제한을 두고 좀 더 많은 국가가 참가할 수 있는 기회를 갖도록 참가국 수와 인원의 적정선을 조정하였다.

2019년에는 세계보건기구 서태평양지역 사무소(WHO/WPRO)에 협력센터 지정 신청서를 제출하고, 서태평양지역 WHO의 주요 파트너로서 기술지원 및 국가단위 역량강화 및 연구 참여 등의 활동을 준비하고 있다.

2013년부터 2019년까지 이어진 국제연수과정에서는 진료비 심사와 급여기준 관리 등 심사평가원의 주요업무가 전파되었고, 세계 각국에서 참여한 연수생들은 참가 국가별 보건의료제도 발표와 열띤 토론을 이어가며 내실 있는 연수과정을 마쳤다.

심사평가원의 국제 연수과정은 개발도상국들로 하여금 제도 운영에 필요한 지식을 전수받고 운영경험을 얻음으로써 각국 건강보장제도 도입이나 확대 운영에 대한 기반을 마련할 수 있







2013 국제연수과정 수료식 **2016** 국제연수과정 수료식 **2017** 국제연수과정 수료식

게 기여하였다. 더불어 각국의 유관분야 종사자들과 인적 네트워크를 형성함으로써 국제교류가 활발해지고 공적개발원조(ODA) 등의 후속사업으로 이어졌다.
심사평가원에게는 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT) 사업이 시작되는 기회를 제공하기도 해서, 연수과정을 통한 네트워크 형성이 국제협력사업의 확대로 이어지는 계기가 되었음을 확인할 수 있었다.

4. 국제기구 등 협력을 통한 공동 컨설팅 개최

기획재정부의 경제발전경험공유사업(KSP, Knowledge Sharing Program)은 우리나라의 발전경험과 지식을 바탕으로 협력대상국의 수요와 여건을 고려한 맞춤형 정책연구와 자문을 제공하고 역량을 배양해주는 지원사업이다. 우리나라 정부(기획재정부)가 주관하고 한국수출입은행과 세계은행(WB)이 공동으로 컨설팅 사업을 추진하고 있다.
심사평가원은 2014년 6월부터 12월까지 인도네시아를 대상국으로 세계은행(WB)과 공동으로 '건강보험제도 개선을 위한 정보화 활용 지원사업'에 대한 컨설팅용역을 수행하였다. 2015년 8월부터 2016년 1월까지는 심사평가원이 주체가 되어 페루를 대상으로 'ICT를 활용한 건강보험제도 개선'을 주제로 컨설팅을 실행하였다. 심사평가원과 건강보험공단은 공동으로 2016년 11월부터 2017년 7월까지 '콜롬비아 의료서비스 평가 및 재정관리 제도 개선 지원' 컨설팅을 콜롬비아를 대상으로 수행하였다. 2018년 1월부터 8월까지 '페루 의료정부 관리 시스템의 투명성 및 책임성 제고'라는 주제로 컨설팅을 실시하였다. 페루를 대상국으로 한 이 KSP사업은 ICT 기반인 한국의 재정관리, 건강관리, 의료서비스 질 관리 분야의 사례와 지식을 공유하였고, 페루 보건의료제도의 현황 분석과 정책 실무자를 대상으로 현지 역량강화 연수를 진행하였다.
KSP사업을 통해 대상 국가의 보건의료제도 전반을 검토하고 현황을 파악하여 우리나라의 제도와 비교하였다. 이를 바탕으로 협력 대상국가의 보건의료제도 개선방안을 도출한 후 실질적인 수행방안을 제시하였다. KSP사업을 통해 지식과 경험정보를 습득한 개인과 조직은 효과적인 역량 개발이 가능해졌고, 이를 통해 정책의 변화를 선도하여 보건의료제도의 개선으로 이어졌다. 이렇게 형성된 우호적인 네트워크를 기반으로 양 국가의 개발협력 또는 경제협력으로 연결되면서 사회 인프라와 경제발전을 통한 보편적 건강보장(UHC) 달성에 이르는 선순환효과를 낳았다.

제3절.

종합병원 지원업무 이관으로 현장중심 심사를 강화하다

1. 업무이관에 대한 이사회의 의결

심사평가원은 본원의 원주 이전에 맞추어 현장중심 심사서비스 기반을 확충하고자 2016년 7월 27일 이사회를 열어 종합병원급 의료기관의 심사업무 이관에 대해 논의하였다. 2017년 1월 1일부터 종합병원급 심사업무를 전국 지원으로 이관하고, 소재지별 관할 지원에서 일괄적으로 진료비심사를 수행하게 되는 것이었다. 이사회에서는 이 같은 내용의 '정관 일부개정안'과 '직제규정 일부개정규정안'을 원안대로 의결하였다.

2017년 1월 1일부터 지원장에게 위임되는 권한이 확대되어 상급종합병원을 제외한 요양기관의 요양급여비용에 대한 심사권한과 이의신청에 대한 결정권한이 해당 요양기관 소재지를 관할하는 지원장에게 위임되었다.

- **37조(원장 권한의 위임)**

  「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원을 제외한 요양기관의 요양급여비용에 대한 심사권한과 이의신청에 대한 결정 권한을 해당 요양기관의 소재지를 관할하는 지원장에게 위임할 수 있다.

심사평가원 심사위원의 업무기능도 개편되어 심사, 심사 모니터링 및 개선과 적정성평가, 평가 모니터링 및 개선에 대한 사항, 수가 · 환자분류체계 · 상대가치 관련 개선에 관한 사항 등의 업무를 담당하게 되었다.

정부의 '공공기관 지방이전' 방침에 따라 원주혁신도시 내에 확보한 부지에서 2013년 신사옥건설에 착공하여 2015년 12월 1차 이전을 완료한 심사평가원은 2차 이전을 앞두고 전국의 지원이 현장 중심으로 개편할 수 있는 계기를 마련한 것이었다.

2. 종합병원 업무 지원 이관 준비작업

사랑하는 임직원 여러분! 올 한 해도 예상되는 여러 도전과 기대 속에서 임직원 여러분들께 핵심과제와 아울러 당부말씀을 드리고자 합니다.

(중략) 둘째, 본 · 지원(支院) 간 기능과 역할을 재정립하여 기관의 체질을 개선하고 지역사회와 지역의료계가 함께 상생 · 발전할 수 있는 기반을 마련하겠습니다.

심사평가원은 지난 10여 년간 본원(본부) 중심으로 성장해왔습니다. 조직구조상 본원은 점점 비대해지고 지원은 정체되어 있는, 국민의료의 균형발전 목표를 추구하기에는 다소 비효율적인 구조를 가지게 된 것입니다.

세계화-지방화-정보화는 거스를 수 없는 시대의 흐름입니다. 이런 가운데 올해 2개 지원이 신설되고 그 운영성과를 바탕으로 확대해 나갈 계획입니다.

종전과 같이 경직된 사고와 고정관념에 갇혀서는 조직의 발전을 기대할 수 없습니다. 앞으로는 시간과 공간을 초월하여 업무를 수행할 수 있는 유비쿼터스, IoT 기반이 마련되어 중앙과 지방, 본원과 지원의 경계 역시 무너질 것입니다.

심사평가원의 본원과 9개 지원 체계는 스마트워크에 대단히 적합할 것입니다. 따라서 본원의 인력, 권한과 기능을 과감히 지원으로 이양하고, 지원의 역할을 현장의료 중심으로 개편하여 건강한 의료생태계를 만들어가겠습니다.

유수불부(流水不腐), 흐르는 물은 썩지 않듯이, 지원 그리고 본원은 이런 환경에 맞게 스스로 역량을 키우고 발전할 수 있도록 혼신의 노력을 다하여야 할 것입니다. (하략)

_ 심사평가원 손명세 제8대 원장 신년사 중 발췌(2016)



2016 전국 의약단체장 초청간담회

심사평가원은 2016년 신년사를 통하여 심사일관성과 전문성을 유지하기 위하여 심사업무를 각 지원으로 이관하겠다는 의지를 천명한 바 있었다. 이에 2016년 6월부터 11월까지 종합병원 심사기능 지원이관을 위한 실무협의를 격주로 총 8회 운영하여 이관계획을 수립하도록 하였다. 2016년 5월과 7월에 전국 의약단체장 초청 간담회, 보험심사간호사회 간담회, 각 의약단체 설명회를 열어 심사기능 지원이관에 대한 의견을 수렴하였다. 종합병원급 진료비 심사 기능 이전에 대비해서 시범사업운영을 추진하였다. 2016년 10월 11일부터 11월 11일까지 서울, 부산, 광주, 수원 4개 지원에서 본격적인 업무 이관에 앞서 업무 이관에 따라 발생할 수 있는 시스템 오류와 심사편차 등의 문제점을 사전에 점검하고 보완하기 위해 시범운영을 선행한 것이다.

시범운영을 통해 드러난 문제점과 미비사항에 대해 업무 이관 전에 필요한 보완조치를 완료함으로써 업무이관에 따른 국민과 요양기관의 혼란과 불편을 미연에 방지하기 위한 사전작업이었다. 심사평가원은 종합병원급 진료비 심사 기능의 지원이관을 계기로 요양기관별 맞춤형 종합정보서비스 제공을 확대하는 등 현장중심형 지원체계를 구축해 요양기관들이 적정 의료서비스를 제공할 수 있도록 유도하기로 하였다.

2016년 11월 7일 심사평가원은 종합병원급 이상 심사 · 평가업무의 각 지원 이관 준비작업의 일환으로 심사 일관성을 향상하기 위해 본원과 지원간의 첫 영상회의를 개최하였다. 서울사무소와 전국 9개 지원의 영상회의실에서 '심사일관성 향상을 위한 영상회의'를 열어 본원과 지원의 심사위원 사이에 심사방법을 공유하기 위한 것이었다.

이 영상회의에는 정형외과의 상근과 비상근 심사위원 32명이 참석하였다. 정형외과 슬관절 분야 관절경 수술을 주제로 '반월판연골절제술, 미세천공술, 활액막절제술의 적응증', '동시

에 시행한 관절경 수술 수가 산정방법', '심사사례 발표(서울대보라매병원 강승백 위원)' 등 다양한 심사사례 중심의 의학적 타당성과 수가산정 기준, 심사방법에 대해 논의를 펼쳤다.
심사평가원은 영상회의를 통해 전문의학적인 논의를 충분히 진행할 수 있음을 확인하고, 다른 진료 분야 영상회의 확대 및 본원과 지원 심사위원들의 심사 모니터링을 세밀하게 조율하는 등 프로세스를 정비하여 심사의 일관성과 공정성, 수용성을 높이려는 노력을 기울였다.

이관을 앞두고 전략적 맞춤 심사 강화

2016년 하반기, 종합병원에 대한 진료비 심사가 지원으로 이관되는 것에 대비해서 각 지원별로 심사물량 증가를 감안해 별도의 심사시스템을 구축하는 등의 본격적인 준비작업에 들어갔다. 창원지원은 요양병원 수진자 자동분석, SMART 심사시스템, 가치기반 심사 등 다양한 방법으로 심사를 강화하고 이관되는 업무를 수용할 준비를 갖췄다. 특히 다양하고 복잡한 종합병원 진료비 심사환경에 대비해 창원지원에서 자체 프로그램을 지속적으로 개발하여 심사의 일관성과 효율성 제고를 계획하였다.
이 계획 아래 '요양병원 수진자 자동 분석 프로그램' 3종(장기입원환자 현황조회, 환자분류군별 연속동일순 청구수진자 현황, 요양병원 입원 중 타과 의뢰 외래 수진자 현황)과 진료내역 총 횟수 등 수작업 조정을 개선하기 위해 '입원일수 자동 조정 프로그램'을 개발하였다. 또 매년 증가하는 심사물량 해소를 위해 심사편차가 높은 심사조정항목과 보험자 이의신청 항목 등을 SMART 심사시스템에 적용하였다.
창원지원은 SMART 심사시스템 운영으로 건강보험 재정절감의 성과를 올렸고, 늘어나는 심판청구 물량을 모두 처리할 수 있었다. 성과를 올린 자체 개발 시스템의 효과를 전사에 공유함과 동시에 종합병원 심사업무 이관에 대한 기반을 마련하였다.

종합병원 심사 지원 이관 관련 간담회 개최

2016년 11월 심사평가원 전주지원은 전북 병원관계자와 정보공유 및 소통강화를 위해 전북지역 병원급 이상 보험심사 간호사회 회원 15명을 초청해 업무간담회를 열었다. 이 간담회를 통해 최신 심사 · 평가 정보 및 보건의료 동향을 공유하고, 종합병원 심사 지원이관에 따른 애로사항 및 건의사항을 수렴하여 안정적인 종합병원심사의 정착을 위해 상호 협력 방안을 모색하였다.

심사평가원 전주지원과 전북 보험심사간호사회는 2017년의 종합병원 심사 이관에 대한 일정 및 관련 자료를 의 · 약계에 전달하여 차질 없는 준비로 혼란을 방지하고, 나아가 전북도민의 건강증진이라는 궁극적인 목표를 달성하기 위한 동반자로서 상호존중 및 이해를 통해 소통과 협력을 강화해 나가기로 뜻을 모았다.

종합병원 진료비 심사 지원 이관에 대비한 조직개편

지역의료의 균형적인 발전과 요양기관과의 소통 확대 등을 위해 9개 지원으로 종합병원 진료비 심사업무를 이관하기로 결정한 심사평가원은 차질 없는 진행을 위해 기존 2,449명이었던 정원을 2,584명으로 증원하고 대대적인 조직개편을 단행하였다.
그동안 종합병원 심사업무를 담당했던 심사 1실과 2실을 심사실로 통합하고, 상근심사위원을 정규직제에 포함시키는 등 업무 이관에 대비한 조직개편 계획을 세웠다. 공모를 통해 각 지원의 상근심사위원 충원 절차를 진행하여 기존 50명이었던 상근심사위원을 70명으로 증원하였다.
업무이관에 따라 발생할 수 있는 문제를 해결하기 위해 각 지원 상근심사위원의 '기피제도'와 '영상회의 시스템' 등을 적극 활용하여 보다 긴밀하고 원활한 심사업무처리 체계를 준비하였다.
종합병원 진료비 심사업무 이관은 9개 지원의 안정적인 업무 수행을 위해 치과 및 한방과를 포함한 종합병원은 2017년 1월 1일부터, 한방병원은 7월 1일, 치과대학부속치과병원은 2018년 1월 1일의 일정에 따라 순차적으로 이관하기로 하였다. 업무 이관에 대해 전국 시 · 도 및 의료단체에 공문으로 안내하고, 심사평가원 홈페이지에 게재함과 동시에 요양기관의 진료비심사청구 접수증 및 심사결과통보서에도 안내 문구를 삽입해 적극 홍보함으로써 업무 공백을 사전에 방지하였다.

3. 종합병원 진료비 심사 지원 이관

2016년 12월 고시 2016-280호 「건강보험 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령」이 개정되어, 종합병원 심사 지원 이관 관련 요양급여비용 청구처 변경 등 청구방법이 변경되었다.

2017년 1월 1일부터 심사평가원 본원에서 수행해오던 종합병원 진료비 심사업무가 9개의 지원으로 이관되었다.(2016년 10월 기준 293개소의 종합병원 진료비 심사업무) 심사평가원은 진료비 심사 업무의 지원 이관에 대비해 심사의 일관성과 전문성을 확보하고자 사전에 의료기관별 진료 · 청구 경향을 분석하고, 각 지원에 종합병원 심사 경력직원 및 상근 심사위원을 집중 배치하였다.

종합병원 진료비 심사에서 가장 중요한 내과와 외과 담당 직원들의 역량을 강화시키기 위해 교육을 실시하여 심사전문성을 향상시켰다. 2016년 10월~11월 한 달간의 4개 지원(서울, 부산, 광주, 수원) 시범운영을 통해 심사조정 일치율이 서울지원 98.1%, 부산지원 97.6%, 광주지원 97.9%, 수원지원 98.4% 등 평균 98.1%로 확인되어 신뢰성이 확보되었다.

심사평가원은 권역별 분과위원회와 지역심사평가조정위원회를 전국 단위로 구성하고 그 운영을 통해 지원 간 심사 일관성 및 전문성을 도모하였다. '심사모니터링 시스템', '심사일관성 협의체' 등을 연중 상시 가동해 검증체계를 강화하는 계획을 세웠다. 종합병원 진료비 심사업무가 지원으로 이관됨에 따라 지역의 현황을 이해하고 반영함으로써 현장중심의 심사체계가 강화되었다.

4. 인천지원 설립과 한방병원 심사업무 지원 이관

2017년 7월 1일 심사평가원 인천지원이 전국 10번째 지원으로 설립되었다. 인구 300만의 수도권 최대도시임에도 수원지원 관할로 분류되어 있어 지역심사평가위원회에 인천지역 임



2017 인천지원 개원식

상 의사의 참여가 어려운 실정이어서 인천지역 의약단체의 지속적인 지원 설치 요구가 관철된 것이다.

이를 위해 2017년 6월 고시 2017-106호 「건강보험 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령」이 고시되어 한방병원 심사 지원 이관 및 인천지원 설립 관련 요양급여비용 청구처 등이 변경되었다. 인천은 진료비 증가율이 전국 평균보다 높고 CT, MRI 등 검사장비를 이용한 진료 · 청구 경향 등 지역특성을 반영한 현장지원 강화의 필요성으로 인천지원 설립을 통한 요양급여비용 심사가 필수적이었다.

2017년 7월 1일 종합병원에 이어 한방병원 290개소(2017년 1월 기준)의 진료비 심사 업무가 지원으로 이관됨으로써 안정적인 업무 이관이 순차적으로 유연하게 진행되었다.

5. 치과병원 심사업무 지원 이관

2017년 12월 고시 2017-256호 「건강보험 요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령」이 개정되어 치과대학부속치과병원 진료비 심사 지원 이관 관련 요양급여비용 청구처 등이 변경되었다.

이에 따라 2018년 1월 1일 심사평가원 본원이 담당하던 치과대학부속치과병원 7개소(2017년 10월 기준) 진료비 심사업무가 지원으로 이관되었다. 진료비 청구명세서 접수부터 심사, 이의신청, 의료자원 현황 신고 등의 제반 업무가 모두 해당지역의 심사평가원 지원에서 담당하게 되었다.

이렇게 순차적으로 안정적인 종합병원 진료비 심사업무가 지원으로 이관되면서 종합병원과 근거리에서 수시로 대면하여 상담함으로써 현장소통이 활성화되었다. 의원 심사에서 종합병원 심사까지 업무영역이 확대됨으로써 지원의 역할이 강화됨과 동시에 직원들이 난이도 있는 종합병원 심사를 처리하여 심사업무 전문성이 크게 향상되었다. 심사업무 지원이관으로 국민과 요양기관, 심사평가원의 접근성이 높아져 지역별 특성에 부합하는 현장 지원체계가 구축되어 요양기관의 의료서비스 질이 향상되는 성과도 올릴 수 있었다.

‘상급종합병원 심사’ 및 ‘진료비확인서비스’ 업무의 지원 이관 무산

심사평가원은 2017년 본원에서 지원으로 이관된 ‘종합병원 심사’가 정착단계에 접어듦에 따라, 2019년에는 ‘상급종합병원 심사업무’를 각 지원에 이관하는 방안을 검토하고 추진하였다. 상급종합병원이 서울 등 수도권과 함께 전국적으로 분포되어 있어 원주는 지리적으로 한계가 있었기 때문이었다. 하지만 이 계획은 철회되고 말았다.

현재 「국민건강보험법 시행령」 제30조에 따르면, 심사평가원장이 지원에 위임시킬 수 있는 요양기관 심사에는 상급종합병원은 제외돼 있다. 그러므로 시행령 개정이라는 과정이 선행되어야 하는데, 시기상 어렵다는 이유로 보건복지부와의 최종 합의가 이루어지지 않았던 것이다.

이와 더불어 서울지원을 대상으로 해왔던 ‘진료비확인서비스 시범사업’도 2019년 말일을 끝으로 종료되었다. 상급종합병원 심사이관을 전제로 추진한 시범사업이었으므로 심사이관 철회와 함께 진료비 확인업무도 그 결과를 따라가는 것이 자연스러운 일이었다. 하지만 내부적으로는 ‘행정낭비’만 한 게 아니냐는 비판의 목소리가 제기되기도 하였다.

그러나 이 사업은 실패라고 단정 지어 말할 수는 없다. 본원에 밀집된 기능과 인력을 분산하여 기관을 안정적이고 효율적으로 운영하기 위해서는 반드시 거쳐야 할 과정이기 때문이다. 이를 위하여 심사평가원의 본 · 지원 기능 재정립은 사회적 공감대 형성 등의 과정을 통하여 중장기적으로 추진 방안을 모색하여야 할 과제로 남아있다.

제4절.

원주 신사옥 이전으로 글로벌 원주시대를 열다

1. 국가 균형 발전을 위한 본원 원주 이전

2003년 12월 「국가균형발전특별법」(법률 제7061호)이 국회를 통과하였다. 정부는 수도권에 집중되어 있는 경제구조를 지방으로 분산함으로써 효율적인 지역발전을 추진하기 위하여 2005년 6월 '공공기관의 지방 이전' 계획을 발표하였다.

공공기관 지방 이전 사업은 「국가균형발전특별법」 제 18조와 「공공기관 지방 이전에 따른 혁신도시 건설 및 지원에 관한 특별법」 제4조, 동법 시행령 제3조에 따라 수도권에 집중된 공공기관을 전국에 균형 배치하는 사업이었다.

강원 원주시의 '혁신도시'는 지방으로 이전하는 공공기관을 중심으로 산 · 학 · 연 · 관이 혁신클러스터를 구성하여 지역의 경쟁력을 선도하는 거점으로서 물리적 인프라와 수준 높은 정주환경을 갖춘 새로운 차원의 미래형 도시이다. 심사평가원은 2005년 6월 정부발표 지방이전계획에 따라 원주혁신도시로 이전이 확정되었다. 국가 균형발전의 대의를 위하여 추진되는 사업이니만큼 지역사회에 새로운 성장동력을 촉발시켜 궁극적으로 지역발전을 실현하기 위해 지방이전을 적극 추진하여야 했다.

심사평가원 원주 이전 준비작업

심사평가원은 지방이전종합계획을 수립하기 위해 2007년 6월부터 8월까지 연구용역에 착수하였다. 2007년 6월에는 신사옥 건립계획에 관련한 임직원 설문조사를 실시하여 업무시설과 후생복지시설 등에 대한 의견을 수렴하였다. 이전계획 수립을 위한 기초자료와 이전부지 규모, 신사옥 건축비용 등의 내용을 담은 지방이전계획서를 제출하고 2009년 8월 국토교통부(전 국토해양부)로부터 승인을 받았다. 이전시점에 실제 근무하게 될 수용인원을 추정하여 확장성과 가변성을 고려하였고, 정부의 녹색성장정책에 부합하는 선진시스템이 도입된 신사옥 건축계획을 수립함으로써 국내 · 외로부터 인증을 취득하였다.

2010년 6월 강원도 원주시 반곡동 2047-10번지의 이전부지 매입계약을 체결함으로써 심사평가원의 원주혁신도시 이전은 본격적인 궤도에 올랐다.

지방이전계획은 환경 변화에 대응하여 신속한 변경을 거치게 되었다. 2011년 6월 인력규모에 적합한 적정 신축 사업비와 건축면적을 설정하여 지방이전계획 수정 및 보완을 요청하였다. 2011년 9월 당시 국토해양부로부터 지방이전계획 변경안을 승인받았다. 같은 해 9월 이 변경안을 보건복지부에 통보하였다. 2013년 1월에는 설계 및 대형공사 입찰방법 검토 등에 많은 시일이 소요되면서 발생한 이전시기 변경, 신사옥 부지 내 증축부지 및 건물안정성 확보를 위한 연면적 증가 등의 내용이 포함된 2차 지방이전계획 변경안이 국토해양부로부터 승인을 받았다. 이로써 제1신사옥 신축이 본격적으로 추진되기 시작하였다.



2010 원주혁신도시 이전부지 매입계약 체결식

2. 제1신사옥 설계와 지방이전추진단 구성

신사옥 건립공사는 심사평가원 설립 이후 가장 규모가 큰 사업이자 성공적인 지방이전을 완수하기 위한 핵심사업이었다. 그러므로 정부의 권장정책 반영 이외에도 직원들의 업무성취도와 만족도가 충분히 높아질 수 있도록 안전하고 쾌적한 건물로 시공하는 것이 관건이었다. 우수한 품질의 관급자재를 선정하고, 그 선정과정이 공정하고 투명성이 확보될 수 있도록 노력하였다.
설계 완성도를 높이고 건축공사 과정의 부족한 경험과 전문성을 보강해줄 사업파트너로서 건설사업관리(CM)자가 필요하였다. 2010년 11월 8일 신사옥 건립공사 건설사업관리(CM)자 선정 공고를 내고, 2010년 12월 30일 건설사업관리(CM)자를 선정하여 2011년 1월 3일까지 과업에 들어갔다.
2011년 1월 1일 지방이전추진단이 구성되면서 이전과 관련한 현안을 검토하고 실행계획을 수립하는 등 본격적인 이전 준비업무가 추진되기 시작하였다. 임직원들의 설문조사를 반영한 신사옥 건축 기본계획이 2011년 6월 3일 수립되었다. 조달청에 의뢰하여 2011년 7월 28일부터 10월 19일까지 신사옥 건립공사 설계공모가 공고되었다. 2011년 12월 28일 신사옥 건립공사 설계자가 선정되어 2011년 12월 29일부터 2012년 8월 24일까지 설계과업이 진행되었다. 원주시의 시화인 장미꽃을 형상화한 신사옥 설계가 완료되었다.

시공사 선정과 이전

물리적인 신사옥 건립공사에서 가장 중요한 핵심과제인 시공사 선정은 공정하고 투명하게 진행되면서 동시에 우수한 기술력을 보유하고 견실한 건설업체를 선정해야 하였다. 심사평가원은 2012년 8월 6일 조달청에 신사옥 건립공사 시공사 선정을 의뢰하였다. 2013년 3월



2013 제1신사옥 기공식 및 안전기원제

11일 통신공사에 세안이앤씨, 3월 12일 전기공사에 화신전기와 소방공사에 에이스종합건설, 3월 18일 건축공사에 남양건설(주)을 선정하고 계약을 체결하였다.

2013년 4월 1일 착공식 및 안전기원제를 개최하고 제1신사옥 건립공사가 시작되어 심사평가원의 원주혁신도시 이전은 속도가 붙게 되었다. 2015년 11월 16일 제1신사옥의 건축공사가 마무리되고, 예정대로 준공되어 사용승인을 받음으로써 이전준비가 완료되었다.

2015년 12월 5일부터 사무실 이사를 시작하여 12월 20일 총 23실 72부의 1차 이전부서 이전이 성공적으로 완수되었다. 2015년 1월에 수립한 지방이전 종합계획에 의거하여 효율적인 이전을 통해 업무공백 최소화에 성공하였다.

심사평가원은 이전하는 직원들의 삶의 질이 유지되도록 원주혁신도시 정주여건 및 직원 복리후생을 위한 여러 가지 제도를 마련하였다. 타 기관 벤치마킹과 관련부서와의 협업을 통해 쾌적한 사무환경 조성 및 직원복리후생 향상 관련 예산을 빠짐없이 확보하였다. 원주혁신도시 정주여건 향상을 위해 강원도이전공공기관협의회 회의 및 워크숍에 참석하였고, 문화예술단체 간담회 참석 등 원주시와 상생하고 협력하는 관계를 구축하였다. 설문조사를 통해 받은 직원들의 의견에서 69%를 차지한 업무환경의 쾌적화가 본원 이전 기대효과에서 가장 많이 나왔던 만큼 설계단계에서 많은 고려를 거쳤다. 이주직원에 대한 지원대책으로 국토교통부의 지침에 따른 직원숙소와 임시사택을 운영하였고, 기획재정부의 지침에 맞춰 이주수당 및 이사비용을 지원하여 직원들의 불편을 해소하였다.

2016년 1월 27일 제1신사옥의 개청식을 열고, 심사평가원의 원주혁신도시 시대 개막을 선포하였다. 심사평가원은 공사현장을 체계적으로 관리하고 공사수행 시 발생하는 장애요소에 대해 예견되는 문제점을 사전 발굴하여 선제적으로 대응하였다. 추진과정에서 발생하는 예측 불가능한 요인들에 대해서도 적기에 문제를 해결함으로써 모든 건축공정을 순조롭게 진행하여 건축일정대로 제1신사옥의 완공과 이사를 성공적으로 완수하였다.



2015 제1신사옥 첫 출근



2016 제1신사옥 개청식

3. 제2신사옥 신축 추진

심사평가원은 최초의 지방이전계획 확정 이후 심사 · 평가업무와 국정과제 수행 등 보건의료 분야에서 기능과 역할이 확대됨에 따라 사업수행을 위한 인력이 지속적으로 증원되어 왔다. 제1신사옥의 건축설계가 완료된 이후 인력증원이 발생하였으나, 인력증원을 반영하여 설계를 변경하기가 어려운 상황이었기 때문에 제2신사옥 신축과 단계별 지방이전계획을 수립할 수밖에 없었다.

이에 지방이전 변경계획을 승인받기 위해 국토교통부에 대한 설득에 들어갔다. 제2신사옥을 신축해야 하는 필요성과 단계별 이전에 대한 당위성을 담아서 지방이전 변경계획안을 준비하여 국토교통부에 제출하였다. 2015년 6월 15일 제2신사옥 신축규모와 2단계 조직분리 기준을 담은 지방이전 변경계획에 대해 국토교통부로부터 승인을 받았다. 이로써 2차 원주혁신도시 이전 일정은 2018년 12월, 제2신사옥의 연면적 5만 2,481㎡가 확정되었다.

제2신사옥 착공

심사평가원은 2015년 12월 11일 제2신사옥 부지매입 계약을 체결하고, 2016년 1월 25일 조달청과 제2신사옥 건축에 대한 맞춤형서비스 약정을 체결하였다. 2016년 3월 3일에 수립된 제2신사옥 건축 기본계획에 따라, 2016년 4월 15일 제2신사옥 건립공사의 설계공모를 조달청에 의뢰하였다. 2016년 4월 28일부터 7월 19일까지 설계공모가 공고되었고, 2016년 5월 12일 설계공모에 대한 사업설명회를 실시하였다. 2016년 8월 23일 제2신사옥 건립공사 설계자를 선정하고, 2016년 8월 29일부터 2017년 6월 30일까지 설계과업을 진행하였다.



2019 제2신사옥 건축 현장

2017년 7월 13일 제2신사옥 건립공사와 관련한 전문성과 객관성 확보를 위해 건설사업관리(CM)자 선정 공고를 내었다. 2016년 10월 5일 건설사업관리(CM)자를 선정하여 2016년 11월 1일까지 과업수행에 들어갔다.

2017년 11월 20일 건축공사에 화성산업 외 2개 업체, 전기공사에 라산전공 외 1개 업체, 통신공사에 우민전기 외 2개 업체를 시공사로 선정하였다. 판로지원법에 따라 직접 발주하는 관급자재도 조달청 관급자재 심의(66개 품목)를 거쳐 관련업체를 선정하였다. 모든 업체 선정은 조달청을 통한 입찰로 진행되어 공정성과 투명성을 확보할 수 있었다.

시공업체 선정과 함께 착공에 들어간 제2신사옥 건립사업은 공사 현장 부지가 암반으로 구성되어 있어 작업에 많은 난관을 겪었다. 공사 기간 중 현장 근로자에 대한 주 52시간 정책이 적용되었고, 유례없는 폭염으로 조업시간이 단축되는 등의 난제가 가중되었다. 그러나 심사평가원은 시공사와 유관기관 등 관계자들과 지속적으로 소통하고 협업하면서 난관을 헤쳐 나갔다. 현장 상주 직원을 배치하여 공사 진행 상황 점검, 안전 위험 요인에 대한 선제적 대응 등의 철저한 공사 관리에 노력을 기울였다. 그 결과 전체 공사기간 내에 무재해 현장을 달성할 수 있었고, 2019년 11월 21일 30개월간의 공사 끝에 마침내 건축물 사용 승인을 획득하였다.

제2사옥으로의 이전 및 의의

심사평가원은 2019년 5월 지방이전 종합계획안을 수립하여 안전하고 쾌적한 제2신사옥 건립과 원주혁신도시로의 성공적 이전과 안정적인 정착을 추진하였다. 예산확보 작업을 통하여 직원들이 만족할 수 있는 편의시설과 복리후생시설을 확충하고 쾌적한 근무환경을 조성해 밝은 조직문화를 구현하고자 하였다. 사무집기와 전산장비 등 주요물품들을 안전하고 신속하게 이전하여 업무공백을 없애고, 이전하는 직원들의 안정적인 정착을 위한 지원제도를 마련하였다. 이로써 2019년 11월 29일부터 12월 17일까지 2차 이전부서 총 22실(단) 70부(팀)의 사무실 이전이 순차적으로 안전하게 완료될 수 있었다.

심사평가원은 이전하는 직원들의 안정적인 정착을 위해 원주혁신도시 정주여건과 직원 복리후생에 대한 여러 가지 제도를 마련하였고, 지역사회와의 상생을 위해 다양한 협력체계를 구축하였다. 법정 최대 인원인 300명 규모로 설치된 사내 보육시설은 전 직원의 73%에 달하는 여직원들의 육아 부담을 덜어주면서 직장 만족도를 끌어올렸다. 1~2층에 자리 잡은 북카페와 다목적 컨벤션 홀 등은 직원뿐만 아니라 지역주민에게도 개방하는 복합문화공간으로 운

영되어서 지역사회와 함께 참여하는 다양한 행사의 장으로 활용하고 있다.

조선시대 원주 감영의 객사였던 '화경원'을 건축물로 재현하여 손님을 맞이하는 마음가짐으로 국민을 대하는 심평인의 자세를 상징적으로 대내 · 외에 알리고 있다. 신축된 제2사옥은 '화경(꽃의 풍경)에 물들다'라는 콘셉트로 디자인되었다. 키가 큰 꽃을 모티브로 건축된 제1사옥 옆에서 새롭게 피어나는 꽃들을 형상화하여 디자인된 제2사옥은 기존 1사옥과의 유기적인 라인이 강조되었다. 연면적 5만 2,673㎡(부지면적 3만 8,385㎡)에 지하 1층-지상 9층 규모로 건립되어 제1사옥과 함께 원주시의 새로운 랜드마크로 자리매김하게 되었다.

제2사옥으로 이전한 직원들의 규모는 약 1,300명이었다. 기존 제1사옥의 직원 약 1,600명을 포함하여 총 3,000여명이 원주혁신도시로 이전함으로써, 전국 지방이전기관 중 단일기관으로는 최대 규모의 공공기관으로 우뚝 섰다.

심사평가원의 신사옥 이전의 의의는 지역의 세수 증가와 지역경제를 활성화시켜 지역과 공공기관이 동반성장할 수 있도록 이끌었다는데 있었다. 수도권의 인구 밀집을 해소하면서 지역 친화적인 공간 구성으로 공공성을 확보할 수 있게 되어 지역균형발전이라는 정부시책에 부응하는데 일조하였다.

그린빌딩 건축으로 쾌적하고 효율적인 공간을 구현하여 대국민 서비스를 향상시킬 수 있었다. 저탄소 녹색성장을 선도하는 원주혁신도시의 친환경 랜드마크가 되어 기관의 위상을 강화하고 비전 달성을 통한 도약의 계기가 마련되었다.



제1사옥과 제2사옥 전경

4. ICT센터 원주 이전

심사평가원의 원주혁신도시 신사옥 이전에 따라 심사 · 평가업무에서 가장 핵심기능을 수행하는 정보통신시스템의 안정적인 이전에 대한 전략 수립의 필요성이 대두되었다. 또한 신사옥에 신규로 구축되는 ICT센터로의 정보통신시스템 이전에 대한 명확한 산정 근거도 제시되어야 하였다.

2014년 8월부터 12월까지 ICT센터 이전에 대한 컨설팅 사업을 실시하였다. 정보통신시스템의 정보자원에 대한 상세 현황조사와 이전 전략 계획을 수립하고, 신규 ICT센터 구축 설계 및 정보통신시스템의 이전에 대한 상세 계획도 수립하였다.

ICT센터 이전 준비 작업은 정보통신시스템 이전 시의 위험분석을 통해 서비스 중단을 최소화하는 것에 초점이 맞춰졌다. 신규로 구축하는 ICT센터는 에너지 절감을 고려하여 친환경으로 설계하였고, 정보통신시스템을 효율적으로 배치함으로써 장비 재활용을 통해 비용 누수를 최대한 방지하였다.

ICT센터를 원주 신사옥으로 이전하기 위해 2015년 7월부터 2016년 1월까지 6개월에 걸쳐 이전 사업을 추진하기로 결정하였다. 2015년 10월 16일과 10월 24일, 11월 14일 3차례에 걸쳐 ICT센터 이전 모의훈련을 실행하였다. 신사옥 ICT센터의 통신기반을 구축하고 외부기관과의 연계 전용회선을 개통하였고, 이전할 정보통신시스템의 대상을 확정하고 정보자원 현황정보를 업데이트하였다.

2015년 11월 19일(목) 18:00시부터 11월 22일(토) 24:00까지 54시간 동안 ICT센터 이전을 실행하였다. 서버 388대, 스토리지 108대, 네트워크 201대, 보안장비 63대, 백업장비 60대



제2사옥 북카페



화경원 전경

등 총 820대의 정보통신시스템이 이전되는 대단위 작업이었다.

ICT이전 모의훈련을 통해 참여인력이 절차를 숙달함으로써 계획과 일정이 준수되어 위험을 최소화할 수 있었다. 정보통신시스템을 원주로 먼저 이전하고 통신 환경을 구축함으로써 사무실 원주 이전에 따른 업무 중단이 최소화되었고 안정적인 서비스를 지속적으로 제공할 수 있었다. 이로 인해 ICT센터 이전 기간 중에도 의약품안전정보(DUR) 및 고객센터 상담서비스가 끊김 없이 제공되었다.

원주 신사옥에 신규로 구축된 ICT센터는 친환경 고효율의 에너지 절약형 설계를 적용하여 완성되었다. ICT센터 전용 브리핑(관람)실이 마련됨으로써 이를 통해 심사평가원의 ICT를 홍보할 수 있는 기회가 확대되었다.

2019년 12월 10일 본원의 2차 이전에 따라 진료비 심사의 원주시대가 개막되었다. 2차 이전으로 인해 심사직원은 원주에서 근무하게 되고, 심사위원은 서울에서 업무를 보게 되어 공간분리로 인한 위원심사 업무에 혼란이 예상되었다. 이에 그간의 서면방식 심사에서 서류 없는 전산화 심사로 전환하는 방안을 마련하였다. 직원들이 심사위원에게 심사의뢰 시 보완자료 등 심사참고자료(서면, 영상)를 모두 스캔 등록 또는 e-image system에 등록하도록 하고, 심사위원은 심사결과를 수기입력에서 전산입력으로 개선하였다. 이로써 원주 이전에 따른 심사업무 혼란을 사전에 방지하고, 시스템 내에서만 심사가 이루어짐으로써 심사의 공정성과 효율성이 높아졌다.



2015 ICT센터 원주 이전


HIRA 건강보험심사평가원



INTERVIEW

손명세

제8대 원장

보건의료 글로벌 선도 국가를 향한 길에 일조하는 심사평가원이 되길

Q. 심사평가원 제8대 원장으로 재임 당시, 가장 큰 과제는 무엇이었는지 말씀 부탁드립니다.

A. 2015년에 추진하였던 심사평가원의 원주 이전은 재임 중 가장 큰 현안이었습니다. 본원의 이전과 함께 삶의 본거지를 옮겨야만 하는 직원들의 고충을 줄이고, 직장에 대한 자긍심을 유지해 나가기 위해 사옥 신축에 상당한 공을 들였습니다. 이와 함께 직원 역량 계발을 위한 동기 부여를 위해 사내자격증 제도와 승진제도를 연계하도록 하였습니다.

심사평가원의 원주 이전에 앞서 정부 관계 부처 등도 세종으로 이전하게 되었습니다. 각 분야 전문가와의 원활한 소통을 위해 신사옥에 스마트워크센터와 화상회의시스템을 도입하였는데, 코로나19 상황에서 잘 활용이 되고 있다 들으니, 큰 보람이라고 생각합니다.

Q. 재임 당시 가장 큰 성과가 있다면 무엇일까요?

A. 제가 재임하던 2015년에는 신종감염병 메르스가 발생했습니다. 메르스가 전국으로 확산하는 상황에서 많은 직원이 역량을 합쳐 확진환자와 의심환자에 대한 추적 관리를 통해 감염 확산 방지와 의료기관 종사자 보호에 애썼던 기억이 납니다.

이는 1977년 의료보험 도입 이래 지속하여 축적해 온 데이터가 근간이 된 건강보험 ICT 시스템, 즉 HIRA시스템 기반의 집단지성이 발현된 사례라고 할 수 있겠습니다. 특히 이와 같은 경험은 향후 대한민국 건강보험 시스템을 중동의 바레인 왕국에 수출함으로써 건강보험 분야에서 세계 최초로 일국의 건강보험제도를 이식하는 위업을 달성하는 데 있어 주춧돌이 되기도 했습니다.

Q. 심사평가원이 앞으로 수행해야 할 역할에 대한 바람이 있으시다면 말씀 부탁드립니다.

A. 심사평가원은 이제 국경을 넘어 국제사회의 보건의료 발전을 위한 중추적 역할을 수행하고 있습니다. 코로나19 위기관리를 통해 우리나라의 보건의료체계와 건강보험제도에 세계보건기구를 비롯한 국외기관의 관심이 집중되고 있습니다. 심사평가원은 앞으로도 건강보험제도 운영 경험과 보유한 인프라를 바탕으로 도움이 필요한 국가에 노하우를 전수하여 대한민국이 명실상부 보건의료 글로벌 선도 국가로 발돋움하는 데 일조하기를 바랍니다.

또한, 대한민국 의료체계의 근간이 되는 데이터가 집약된 심사평가원이 뉴노멀 시대를 주도하는 기관이 됐으면 합니다. AI를 비롯해 사물인터넷 등 첨단 기술은 하루가 다르게 발전하고 있습니다. 심사평가원의 우수한 시스템을 더욱 발전시키기 위해서는 현재 보유하고 있는 데이터를 더 체계적으로 분석하고 응용할 수 있는 지속적인 인적 역량의 계발이 중요합니다. 여러분의 선전을 기대합니다.

제5장

국민을 향한 포용적 복지를 위한 의료체계 강화

(2018~2020)

제1절.
HIRA ICT 시스템 수출로 대한민국 보건의료체계의 우수성을 세계에 알리다

제2절.
비급여 관리체계 구축으로 건강보험 보장성을 강화하다

제3절.
환자중심 의학적 근거기반의 심사 · 평가 체계 개편으로 균형적 발전에 돌입하다

제4절.
신종감염병 위기대응체계 정립과 고도화로 사회안전망을 확충하다

제1절.

HIRA ICT 시스템 수출로 대한민국 보건의료체계의 우수성을 세계에 알리다

1. 세계로부터 주목받은 대한민국 건강보험과 HIRA ICT 시스템

2015년 9월 제70차 국제연합(UN)총회에 모인 세계 회원국의 정상들은 2016년부터 2030년까지 새롭게 추진할 국제개발협력의 지침으로 "지속가능발전목표(SDGs, Sustainable Development Goals)"를 채택하였다.

총 17개의 목표와 169개의 세부목표 중 세 번째 목표인 '모든 인류의 건강과 안녕(Good Health and Wellbeing) 달성'은 질병으로부터 인간을 보호한다는 점에서 그 중요성이 부각되었다. 이 목표를 달성하기 위한 세부목표로서 '보편적 건강보장(UHC, Universal Health Coverage)'이 국제사회의 새로운 화두로 주목받았다. 모든 사람들이 경제적 어려움 없이 기본적인 의료서비스를 제공받을 수 있도록 보장하는 이 목표는 잘 다듬어진 의료보장제도와 보건의료지출관리시스템이 필수요건이었다. 이러한 이유로 국제사회는 대한민국의 건강보험제도와 심사평가원이 운영하는 보건의료지출관리서비스인 건강보험심사평가시스템(HIRA ICT 시스템)에 뜨거운 관심을 갖게 되었다.

1977년 건강보험제도를 도입한 대한민국은 불과 12년만인 1989년 전 국민 건강보험을 실현함으로써 세계 최단기 전 국민 건강보험 도입 기록을 세웠다. 세계에서 유례없는 대한민국의 경험과 의료서비스의 비용효과성, 질, 접근성, 형평성을 실현하는 HIRA ICT 시스템은 자국의 건강보장제도에 대한 솔루션을 찾고 있는 해외보건당국들과 국제기구로부터 그 가치를 인정받게 되었다.

2011년부터 2016년까지 심사평가원을 방문하는 해외 보건의료 분야 및 정책 관계자들의 숫자가 매년 평균 100여 명 수준에서 1,200여 명 이상으로 크게 늘었다. 이들은 심사평가원의 효율적이고 과학적인 의료비지출관리 노하우를 배워가기 위해 방문한 것이었다. 첨단 정보통신기술(ICT) 기반 위에서 모든 업무 기능이 유기적으로 작동되는 HIRA ICT 시스템에 대해서는 놀라움을 금치 못하며 벤치마킹하고자 교류를 신청해왔다.

이에 대만, 인도네시아, 이란, 베트남, 멕시코, 페루 등 중동과 동남아시아, 그리고 중남미 지역을 중심으로 협력 양해각서(MOU)를 체결하는 국가들이 점점 늘어나고 있다. 이런 협력관계를 바탕으로 HIRA ICT 시스템을 자국으로 직접 가져가고 싶어 하는 수요도 높아지고 있다.

2. 맞춤형 HIRA시스템으로 바레인 국가건강보험제도 지지

바레인의 건강보험제도(SEHATI Program)

바레인왕국(Kingdom of Bahrain)은 페르시아만에 위치한 인구 138만 명의 도시국가로, 중동 산유국 6개국으로 구성된 걸프협력회의(GCC, Gulf Cooperation Council)의 일원이다. 오일머니의 힘으로 국민들에게 의료서비스를 거의 무상으로 제공해 왔으나, 국제적으로 저유가 기조가 이어지면서 지속가능성을 고민하게 되었다. 더불어 다양한 의료서비스 제공을 요구하는 국민들의 수요와 인구 절반 이상을 차지하는 외국인 거주자 등 변화하는 환경에 맞춘 장기적인 대책이 필요하게 되었다. 바레인 정부는 안정적이고 지속적인 보건의료체계를 구축하기 위해 2000년 초반부터 'SEHATI(아랍어로 '나의 건강'이라는 의미)'라는 국가건강보험제도 개혁을 실행하였다.

이 개혁으로 바레인은 국가보건서비스(NHS) 방식에서 국가건강보험(NHI) 방식으로 새로운 의료보장체계를 운영하고자 하였다. NHDD(National Health Data Dictionary)를 통해 보건의료정보 표준을 규정하고, 이를 기반으로 국가의 모든 보건의료데이터를 중앙으로 통합하는 국가진료정보저장소(NEMR, National Electronic Medical Repository)를 구축하기로 결정하였다.

바레인의 NEMR 구축으로 방대한 데이터를 수집할 수 있어 다양한 보건의료정보 활용이 가능해지는 것이다. 이에 바레인에 거주하는 모든 사람들은 새로운 국가건강보험제도의 보건의료서비스를 받게 되고, 민간의료기관들이 국가건강보험제도권 안으로 들어와 국민들에게 더 다양한 서비스를 제공하게 된다.

바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT) 구축사업

보편적 건강보장(UHC) 달성을 위해 국가건강보험제도(SEHATI Program)를 지지할 보건의료시스템을 구축하기 위해 유럽, 중동, 아시아 등 여러 국가의 사례를 검토하던 바레인은 2016년 1월 대한민국에서 개최된 「보편적 건강보장을 위한 국제회의」에 참석하였다. 이 회의에서 바레인 국가보건최고위원회(SCH, Supreme Council of Health) 의장은 심사평가원장과 국가건강보험제도 도입과 관련하여 협력 방안을 논의하였다. 단기간 내에 이룬 전 국민 건강보험제도 도입과 안정적인 운영, 심사평가원의 앞선 ICT 시스템이 보여주는 신속한 데이터 수집 · 통합 · 활용 능력은 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT) 구축 프로젝트를 심사평가원이 수주하게 된 결정적인 요인이 되었다. 이와 더불어 국내 민간기업의 우수한 IT기술이 심평원-민간기업 간 협력사업의 밑바탕이 되었다.

2016년 3월 대한민국의 심사평가원과 바레인의 국가보건최고위원회(SCH)는 양해각서(MOU)를 체결하였다. 2016년 3월부터 11월까지 제안서 제출 및 바레인 수도 마나마에서 2차례의 현장조사를 유상으로 실시하였다. 2016년 10월 바레인 SCH와 의향서(LOI)를 체결한 심사평가원은 2016년 12월 '계약체결을 위한 아키텍처 설계서 및 사업수행계획서'를 제출하였다.

2017년 3월 대한민국의 심사평가원과 바레인 국가보건최고위원회(SCH)는 '바레인 국가건강보험시스템 개혁 협력 프로젝트' 계약을 체결했고, 2017년 6월 바레인 SEHATI-IT 프로젝트 착수 보고회를 개최하였다.

2017년 6월부터 2020년 7월까지 총 사업기간 26개월에 1,350만 US달러(한화 약 162억 원)의 금액으로 체결된 계약은 국가의약품관리시스템(DUR), 국가건강보험정보시스템(NHIIS), 보건의료정보활용시스템(SUN)을 구축하는 내용이었다.



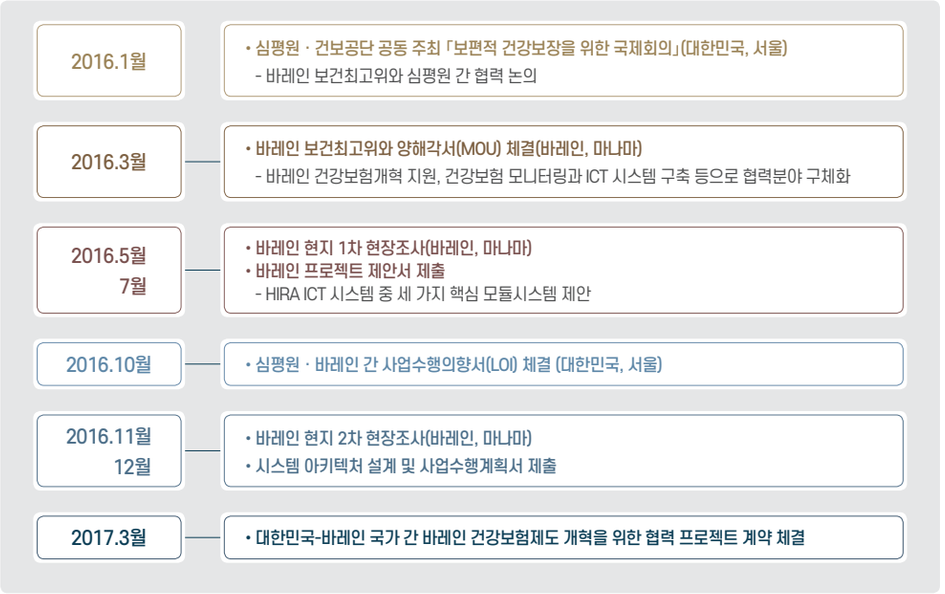
2016 심사평가원 - 바레인 SCH 의향서(LOI) 체결식



2017 '바레인 국가건강보험시스템 개혁 협력 프로젝트' 계약 체결식

바레인 건강보험제도 정책자문 지원

심사평가원은 '바레인 맞춤형 HIRA시스템'을 개발하여 바레인 정부가 국가건강보험제도를 효율적으로 운영 · 관리할 수 있도록 시스템을 구성하였다. 심사평가원은 바레인 건강보험제도의 수립과 정착을 위한 정책자문도 실시하였다. 급여목록 표준화와 급여기준 설정, 진료비 지불제도와 본인부담제도 설계, 심사 프로세스 설계등 바레인 정부에게 생소한 부분들에 대해 어떠한 법과 규정을 개정하고 신설할지 여부와 노하우를 전파한 것이다. 물리적인 ICT 시스템의 구축과 함께 맞춤형 HIRA시스템을 구축하기까지 쌓아온 심사평가원의 경험과 지식이 함께 이식될 수 있었다.



2018년 3월 국가진료정보저장소(NEMR) 구축에 대한 추가 계약을 체결하였다. 2018년 3월부터 2019년 3월까지 총 13개월의 사업기간이 정해졌고 152만 6,000 US달러(한화 약 18억 원)로 수주하였다. 2018년 11월 30일, 국가의약품관리시스템(DUR) 구축을 완료하였다.

2019년 3월 국가의약품관리시스템(DUR) 유지관리 및 고도화 사업에 대한 추가계약을 체결하였다. 사업기간은 2018년 12월부터 2019년 7월까지 총 8개월이었고, 계약금액은 74만 9,000 US달러(한화 약 8억 6,000만 원)였다. 2019년 3월 31일 국가진료정보저장소(NEMR) 구축이 완료되었고, 2019년 7월 31일 국가건강보험정보시스템(NHIIS)과 국가의료정보활용시스

템(SUN)의 구축이 완료되었다. 2019년 8월, SEHATI-IT시스템의 유지관리로 전환되었고, 프로젝트 종료 및 검수 승인을 받았다.
2019년 12월 4일 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT) 오픈 현지 기념식이 개최되었고, 이날부터 대국민서비스가 본격적으로 개시되었다.

3. 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT) 유지관리 사업 체결

2019년 12월 개통된 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT)은 그 우수한 성능으로 큰 호응을 얻었다. 이 시스템은 구축이 완료된 시점에서 바레인의 일부 공공병원에서만 SEHATI-IT시스템과 연계되어 있었다. 그런데 바레인의 국가보건최고위원회(SCH)는 공공병원과 민간병원 및 민간보험사 등 모든 보건의료기관을 통합적으로 활용하는 시스템으로 확장하고자 새로운 계획을 세웠다. 이에 SEHATI-IT시스템을 확장하여 현지 실정에 적합하도록 지속적인 보완과 개선 필요성을 충족시키기 위해 시스템 전반에 대한 유지관리 계약을 추진하게 되었다.
2019년 9월 서울 여의도 63컨벤션센터에서 심사평가원과 바레인 국가보건최고위원회는 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT) 구축 성공을 기념하였다. 그 자리에서 향후 5년(2019년 8월 1일~2024년 7월 31일)간의 유지관리 사업 계약을 체결하였는데, 총 60개월의 사업기간 동안 1,134만 6,000 US달러(한화 약 136억 원) 규모로 진행될 예정이다.

> "앞으로 5년간 유지관리 사업을 충실히 수행하여 바레인 국가건강보험시스템이 안정적으로 정착될 수 있도록 노력하겠습니다. 또한 바레인 프로젝트의 성공 경험이 사우디 등 중동 국가에 확산되어 HIRA ICT 시스템이 국제 표준으로 자리매김 하기를 기대합니다."
>
> **_ 심사평가원 김승택 제9대 원장**

시스템 유지관리뿐만 아니라 전반적인 협력과 프로젝트 지원을 수행해야 하는 이 사업은 그 과업 범위가 상당히 넓었다. 프로젝트 관리를 통해 커뮤니케이션 관리와 사업수행 조직 관리, 일정과 품질 및 모든 산출물 관리를 하고, 프로젝트 지원을 통해 관리자 및 사용자 교육 수행, 건강보험법과 지침 등에 관한 자문 등을 담당하기로 하였다. SEHATI-IT시스템이 보건의료 분야 전체에 확산되도록 지원 또한 수행해야 한다. 뿐만 아니라 시스템 유지보수와 운영을 위



2019 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT) 유지관리 사업 계약 체결식

해 시스템 운영 및 모니터링, 응용프로그램 보완 및 개선, 장애조치 및 예방활동, 기술 환경변화에 따른 시스템 적용 등의 과업이 모두 포함되었다.

이 모든 활동을 원활히 진행하기 위해 유지관리사업 당사자인 심사평가원 해외사업추진부와 바레인SCH, 민간전담사업자 간에 물리적인 시간과 거리를 극복하고 매주 영상회의를 통해 의사소통하기로 결정하였다. SEHATI-IT 주간운영회의를 비롯해 PMO(Project Management Office)회의, 단위시스템별 회의 등을 필요할 때마다 수시로 열게 되었다.

심사평가원은 바레인의 SEHATI-IT시스템을 유지관리하면서 구축의 동반자로서 사업품질을 꾸준히 높여가고 있다. 체계적인 교육지원과 예방점검, 감리수행 등의 활동은 SEHATI-IT 시스템이 온전하게 바레인의 상황에 맞는 국가 통합 보건의료시스템으로 발전할 때까지 지속될 것이며, 그런 심사평가원의 노력에 대한 다른 해외국가의 관심도도 계속 증가하고 있다.

4. SEHATI-IT시스템 구축 성과와 의의

바레인은 SEHATI-IT시스템을 구축함으로써 정부는 보건의료 재정 절감과 장기적인 안정성의 기반을 마련하였다. 의료기관은 의료의 질 향상과 경쟁력을 강화하게 되었다. 의약품 유통업체와 약국은 신속하고 체계적인 의약품 유통관리가 가능해지고, 바레인 국민들은 보다 수준 높은 의료서비스를 받게 됨으로써 바레인의 보편적 건강보장(UHC)에 한 걸음 더 다가서게 되었다.

"한국의 건강보험시스템을 도입하면서 국립병원과 개인 병원 간에 경쟁이 가능해졌습니다. 그로 인해 환자들은 보다 나은 의료서비스를 선택할 수 있게 되었지요."

- 바레인 KH 왕립병원 의사 달랄
KBS 다큐온 '의료한류, 세계를 휩쓸다' 편에서 발췌(2020.07.04 방영)

SEHATI-IT시스템 구축 프로젝트는 HIRA ICT 시스템 도입을 원하는 외국 정부가 자국 예산으로 시스템을 직접 구매한 최초의 사례였다. 한국 건강보험 40년 역사 이래 최초의 건강보험 수출 계약 수주였다. 이로써 대한민국 건강보험제도와 보건의료시스템의 우수성과 효율성을 세계적으로 알리는 계기가 되어 우리나라와 심사평가원의 위상을 드높였다. 또한 정부의 유망 신사업 육성 정책에 맞춘 민-관 동반성장이 가능한 새로운 비즈니스 모델을 제시하였다. 더불어 보건의료제도 개혁을 추진 중인 인근 중동 국가에 심사평가원의 HIRA ICT 시스템이 진출하는데 긍정적으로 작용할 것이다.

'HIRA 건강보험 전자정부시스템'을 해외 국가에 구축하는 과정 중 양질의 민간일자리를 공급하여 사회적 · 경제적인 가치를 창출하였다. 공공기관과 민간기업이 상생할 수 있는 협력으로 양질의 민간일자리 창출에 기여함으로써 대외적으로 높은 평가를 받은 것이다. 이에 2017년 12월 제54회 '무역의 날' 준정부기관 최초로 300만 불 수출의 탑과 대통령상을 수상하였고, 2018년 3월에는 글로벌 헬스케어에서 유공 국무총리상을 수상하였다.

2019년 11월에는 전자정부 해외수출에 대한 유공 표창 수상과 한-아세안 정상회의를 계기로 아세안 국가를 대상으로 홍보 부스를 운영하였다. 2019년 12월에는 제19차 한-사우디 경제공동위에서 HIRA ICT 시스템의 해외 진출 사례로 소개되기도 하였다.



2018 글로벌 헬스케어 국무총리상 수상



2019 전자정부 해외수출 우수기관 선정

또한 2020년 11월에는 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT) 구축 프로젝트 케이스스터디(Case Study) 책자를 발간하였다. 대한민국 최초의 보건의료 전자정부시스템 수출 경험과 노하우를 국내 · 외에 공유하고, 그 성과를 홍보하여 국가 위상을 강화하는 데 일조하였다.

이제 지구촌 인류의 보편적 건강보장이라는 세계 공동목표에 기여하게 된 심사평가원은 바레인 프로젝트를 기화로 HIRA ICT 시스템의 국제표준화, 세계 속의 상생발전에 대한 꿈을 꾸기 시작하였다. 이를 실현하기 위해서는 후속 성공사례들을 차례로 만들어나가야 할 것이다. 앞으로 전 세계가 보편적 건강보장에 집중하게 될 15년(2016~2030년)이라는 시간을 HIRA ICT 시스템 해외진출의 새로운 전기로 삼아야 한다. 지금의 건강보험제도와 HIRA ICT 시스템을 더 향상시키려는 정부 및 보건의료전문가들의 노력 또한 지속되어야 할 것이다. HIRA ICT 시스템의 기반이 되는 IT에 대한 국가 차원의 투자와 의료기관들의 의료 품질 향상 의지 등이 모두 동반되는 전방위적 협력이 필요한 시기이다.

제2절.

비급여 관리체계 구축으로 건강보험 보장성을 강화하다

1. 건강보험 보장성 강화 추진

'병원비 걱정 없는 나라' 만들기

2005년 정부는 참여복지 5개년 계획 구체화의 일환으로 보장성 강화 집중분야 발굴 및 추진을 위한 '건강보험 보장성 강화 로드맵'을 발표하였다.

초기 보장성 강화 정책은 1차(2004~2008년)와 2차(2009~2013년), 3차(2014~2018년)에 걸쳐 '모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담완화 및 건강수준 향상'이라는 목표를 설정하였다. 그동안 해결하기 어려웠던 3대 비급여(선택 진료비, 상급병실료, 간병비) 문제해결에 큰 성과를 낳았다.

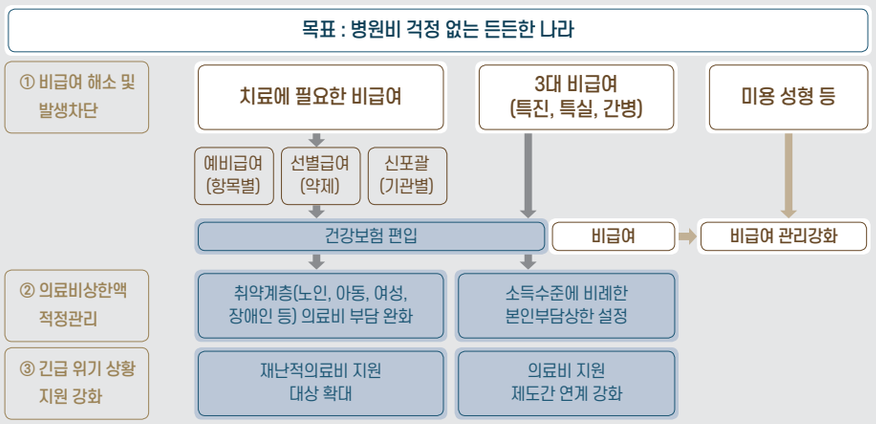
그러나 1차~3차에 걸쳐 정부가 보장성 강화 정책을 지속적으로 추진하였지만 국민부담 의료비 수준은 여전히 높았고 재난적 의료비 위험에 대한 가계의 대비도 충분하지 않았다.

이에 정부는 장기적인 건강보험 재정투입으로 "병원비 걱정 없는 든든한 나라"를 만들기 위한 '건강보험 보장성 강화 대책(2017.8.9)'을 발표하였다. 치료에 필수적인 의학적 비급여의 전면 급여화를 추진하기 위하여 의약단체, 소비자단체, 학회 등 유관기관을 대상으로 설명회를 개최하는 등 충분한 의견수렴 절차를 진행하였다. 연차별 우선순위를 고려하여 2022년까지 단계적으로 급여화를 추진 중에 있다.

<보장성 강화정책 주요성과 요약>

구분	주요성과
1차 중기 보장성 계획 (2004~2008년)	- 암 등 고액 · 중증질환의 법정본인부담 완화 20% → 10% - 2006년부터 만 6세 미만 입원아동 본인부담금 면제 - 특정 암 건강검진 본인부담률 경감 - 장기이식수술과 식대 급여화 - 5대 암(자궁경부, 위, 유방, 대장, 간) 무료 검진대상자 보험료 하위 50%로 확대
2차 중기 보장성 계획 (2009~2013년)	- 고액 · 중증질환자, 저소득 · 취약계층 진료비 부담 지속경감 - 진료비 부담이 큰 비급여 항목 급여전환 - 저출산 등 사회환경 변화에 적극 대응
4대 중증질환 보장 및 3대 비급여 개선 (2013~2016년)	- 심장질환에 대한 MRI 검사, 고가 항암제 및 방사선 치료 건강 보험 적용(필수급여) - 카메라 내장형 캡슐내시경, 초음파 절삭기 등 비필수적 최신 의료서비스도 건강보험에서 일부 지원 (선별급여) - 선택 진료비, 상급병실료, 간병비 등 비급여에 대해 2013년 말까지 환자부담 완화를 위한 제도개선안 마련 - 4대 중증질환부터 건강보험 우선 확대 후 다른 질환에 대해서는 2017년부터 단계적으로 급여확대
3차 중기 보장성 계획 (2014~2018년)	- 생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장 - 고액비급여의 적극적 해소와 관리체계 도입 - 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화 ※ 총32개 과제 중 4대 중증질환, 3대 비급여 등 7개 과제 국정과제에 포함되어 2014년부터 실행 (기타 25개 과제는 2015~2018년 단계적 추진)

<보장성 강화 추진방향>



비급여 급여화 지속적인 확대

심사평가원은 국민 의료비 절감 및 건강보험 보장성을 강화하고자 비급여의 급여화를 확대하여 추진하였다. 횟수, 개수, 적응증 제한 등 '급여기준 초과로 인한 비급여' 해소와 신규 비

급여 발생을 차단하기 위하여 미용과 성형 등 치료와 무관한 비급여를 제외한 치료에 필수적인 의학적 비급여를 급여화하는 방안을 마련한 것이었다. 필수적 의료를 중심으로 400여 개 항목을 선정하여 2018년 9월까지 57개 항목에 대해 급여범위를 확대하였다.

필수급여가 어려운 경우에는 예비급여로 편입하여 급여화하는 방안을 도입하였다. 국민참여위원회는 의료계 등과 협의하여 국민 체감도 및 사회적 요구 등을 고려한 급여화 우선순위를 정하여 단계적으로 급여를 확대하였다.

특히 MRI, 초음파는 재정부담에 따른 기준제한(적응증, 횟수 등)으로 비급여 규모가 크고, 국민적 요구도가 높은 점을 감안하여 급여화를 위한 별도항목으로 정하여 관리하였다. 이밖에도 기타 치과, 한방, 의약품, 3대 비급여(상급병실료, 선택 진료비, 간병비), 새로운 비급여 발생 최소화를 위한 신포괄수가제 확대, 신의료기술 제도개선, 비급여 진료비용 공개 확대 등을 병행 추진하였다. 약제비 전액을 부담하는 항목에 대하여 환자 부담 금액을 30~80%로 낮추기 위하여 약제 기준비급여 급여전환을 추진하였다.

기준비급여의 급여화 검토 대상은 항암제 48개 항목, 일반약제 367개 항목 등 총 415개 항목으로, 2018년에는 88개 항목(항암제 17개 항목, 일반약제 71개 항목)을 검토 완료하였다.

2019년 보건복지부의 공식 발표 자료에 따르면 건강보험 보장성 강화 대책 시행 2년 동안 약 3,600만 명의 국민이 약 2조 2,000억 원의 의료비 경감 혜택을 받은 것으로 나타났다. 특히 중증환자의 의료비 부담이 정책시행 전에 비해 1/2~1/4 수준까지 크게 줄었으며, 중증환자를 많이 진료하는 상급종합병원의 경우 보장률은 68.8%까지 높아지고 있었다.

소외계층에 대한 보장성 강화

심사평가원은 소외계층에 대한 보장성 강화를 위하여 노인 대상 치매, 틀니 등에 대한 의료비 부담을 완화하였다. 15세 이하 아동입원 진료비의 본인부담률과 충치 예방 및 치료 부담도 줄였다. 여성 대상으로는 난임시술을 건강보험 적용하여 여성 특화 진료에 대한 보장 범위를 확대하였다.

노숙인, 외국인근로자 및 그 배우자와 18세 미만 자녀 등 각종 의료보장제도를 받을 수 없는 사람들을 대상으로 의료서비스를 제공하여 건강한 삶의 질을 보장하였다. 또한 보훈 관련 정책도 지원하고 있는데, 보훈병원의 보훈감면대상자를 확대하여 지원하고, 2018년 보훈 국비 및 감면대상자의 본인부담 유형 변경을 추진하였다.

응급의료에 대한 국민의 접근권 보장을 위하여 응급의료비 대지급 제도를 마련하였다. 이는 모든 국민이 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 않고 응급의료를 받을 수 있도록 응급의료비용을 대신 지급하고 나중에 돌려받는 제도이다. 1995년부터 2019년까지 응급의료비 대지급은 9만 7,540건, 492억 6,000만 원을 지급하여 사회적 소외계층 환자가 적기에 시급한 치료를 받을 수 있도록 하였다. 또한 경제적 취약계층을 대상으로 대지급금 5만 2,725건, 279억 2,000만 원을 결손 처리하여 진료비 부담 의무를 면제하였다. 심사평가원은 매년 대국민 홍보를 강화하여 향후에도 보다 많은 사회취약계층이 응급의료서비스를 적시에 이용할 수 있도록 지원할 계획이다.

2. 의료 보장 강화를 위한 비급여 진료비용 공개

비급여 진료비용 공개 근거 마련

국민의 관심 대상이었던 의료기관의 비급여 진료비용을 의료기관별로 알기 쉽게 공개함으로써 국민들의 알 권리를 충족시키고 의료선택권을 강화해야 한다는 요구가 높아졌다. 이러한 국민의 요구에 따라 한국소비자원은 2011년 7월 31개 상급종합병원의 비급여 항목 고지실태를 점검하고, 소비자에게 제공되는 정보 내용 및 방법 재검토, 정보의 표준화와 한글화 등 '비급여 진료비용 고지제도' 개선이 필요함을 건의하였다.
2012년 3월 기획재정부 장관이 주재한 '물가관계장관회의'에서 고령화 등의 요인으로 진료비 지출이 늘어나면서 비급여 진료비 부담도 꾸준히 증가한 점 등을 고려 시 병원별 비급여



2012 정책토론회

진료비의 비교정보 제공 필요성이 제기되었다. 이에 정부는 부처 간 논의를 거쳐 그동안 파악되지 않았던 의료기관의 주요 비급여 항목에 대한 진료비용을 조사 · 수집 · 분석하여 비교정보를 국민에게 공개하기로 결정하였다.

2012년 4월 심사평가원은 정책토론회를 열고 현행 법령 내에서 국민의 관심대상인 일부 비급여 항목에 대한 가격비교 사이트를 구축하기로 결정하였다.

2012년 6월 심사평가원은 한국소비자원과 함께 44개 상급종합병원의 비급여 가격정보 시범조사를 공동 시행하였다. 이는 「소비자기본법」 제4조(소비자의 기본적 권리)와 13조(소비자에의 정보제공), 35조(업무) 등에 따라 의료소비자의 기본적인 알 권리를 실현시키기로 결정한 바에 따른 시범조사였다. 병원마다 다른 비급여 명칭, 코드, 기준 등을 표준화하고, 양 기관의 수집자료를 보완하여 공개 가능 항목을 선정한 뒤 다시 재분류하는 등 비교정보 제공방안을 마련하였다.

2012년 10월에 열린 물가관계장관회의에서, 단계별로 비급여 진료비 가격공개를 추진하기로 결정하였다. 1단계는 2012년 4분기 내에 상급종합병원 6개 항목(30개 중분류)의 비급여 진료비 가격을 공개하기로 하고, 2단계는 2013년 1분기까지 상급종합병원 대상 공개항목을 추가확대하며, 3단계는 2013년 하반기에 대상병원을 종합병원 275개까지 확대하기로 계획하였다.

또한 2015년 12월 「의료법」 제45조의2(비급여 진료비용 등의 현황조사 등) 제정과 2016년 10월 보건복지부 고시 제2016-193호 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」 이 신설되어 동 고시 제2조(업무의 위탁)에 따라 심사평가원이 보건복지부장관으로부터 비급여 진료비용 공개 업무를 위임받아 수행하는 법적 근거가 마련되었다.

진료비용 공개 선정기준과 표준화

심사평가원은 2013년 1월 심사평가원 홈페이지 등을 통해 43개 상급종합병원별 비급여 진료비용 29항목을 공개하였다. 공개대상 항목은 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」 제4조 제1항에 따라 비급여 항목의 사용 · 실시 빈도나 개별항목의 징수비용, 의약학적 중요성 및 사회적 관심 등을 고려하고 내 · 외부 전문가 자문을 거쳐 선정하였다.

심사평가원은 2012년 한국소비자원과 공동 실시한 시범조사 시 의료기관별로 다양하게 사용되는 것으로 확인된 비급여 항목의 명칭이나 분류방법을 표준화하고 세부분류 하였으며, 최종적으로 상급병실료 차액 · 초음파진단료 · PET진단료 · 캡슐내시경검사료 · 교육상담료 · 제증명수수료 등 실시목적이나 대상, 방법 등의 다양성에 대한 논란이 적고 보편적으로

실시하는 29항목을 선정하여 공개하였다. 또한 공개대상 항목과 기관을 점차 확대하여 의료기관별 비급여 진료비용 정보공개의 단계적 추진을 이어가고 있다.

비급여 진료비용 공개의 단계적 확대

2013년 43개 상급종합병원을 대상으로 시작된 비급여 진료비용 공개대상은 2014년 종합병원급 이상, 2015년 치과 · 한방 · 전문병원, 2016년 150병상 초과 병원 및 2017년 전체 병원급 이상 의료기관으로 점차 확대하였다.

2013년 1월 상급병실료 차액 등 29항목을 대상으로 시작된 비급여 진료비용 공개항목은 2020년 현재 국민 관심이 많은 도수치료, 예방접종료, 약침술 등 564개 항목을 대상으로 공개하고 있다.

<비급여 진료비용 공개 대상 및 항목 현황>

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년
공개 대상	43기관	336기관	887기관	2,041기관	3,666기관	3,762기관	3,825기관	3,925기관
	상급종합병원	종합병원 이상, 치대부속 치과병원	종합병원 이상, 치과 · 한방 · 전문병원	150병상 초과 병원급 확대 (요양병원 포함)	전체 병원급 의료기관			
공개 항목	1월: 29항목 9월: 37항목	2월: 37항목 12월: 32항목	52항목	52항목	107항목	207항목	340항목	564항목

의원급 확대

현행 비급여 진료비용 공개대상이 병원급 이상의 의료기관에 한정되어 있지만, 전체 의료기관의 94.2%를 차지하고 있는 국민 최접점인 동네의원들이 제외되어 있어 제도 실효성에 대한 문제가 제기되었고 국민의 의료이용에 실질적으로 도움되는 정보를 제공하기 위해 공개대상을 의원급까지 확대하자는 국회 · 언론 · 시민단체 등 사회적 요구가 끊이지 않았다.

이에 심사평가원은 의원급 확대에 이르는 전면조사 이전에 비급여 진료비용 공개 실효성 등의 분석을 위해 표본조사를 시행하였다. 1차 표본조사는 2017년 12월 11일부터 12월 22일까지 서울과 경기 소재 의원급 1,000개 기관을 대상으로 의원급 의료기관 비급여 진료항목

및 비용현황 조사를 실시하였다. 2017년 병원급 이상 비급여 진료비용 공개대상 107항목에 대해 비급여 진료비용 송수신시스템을 이용하여 당해 연도 시행중인 항목을 조사하였는데, 689개의 의원이 자료를 제출한 54항목에 대해 분석하였다.

이후, 조사대상 기관 수와 지역을 확대하여 재추진하자는 필요성 제기에 따라 2차 표본조사 추진을 위해 2019년 5월 27일부터 6월 7일까지 전국의 의원급 3,000개 기관을 대상으로 의원급 의료기관 비급여 진료항목 및 비용현황 분석에 들어갔다. 2019년 병원급 이상 비급여 진료비용 공개대상 340항목 중 진료계열별 별도 항목(평균 78개 항목)을 선정하여 비급여 진료비용 송수신시스템을 이용, 당해 연도 시행중인 항목을 조사하였다. 총 2,056개의 기관이 자료를 제출하여 220항목에 대한 분석을 실시하였으며, 2차례의 표본조사 분석결과는 보도자료를 통해 국민들에게 공개되었다.

두 번의 표본조사 결과를 토대로 이해관계자 등의 의견청취를 거쳐 의원급 비급여 진료비용을 공개하기로 결정하였다. 2020년 「의료법 시행규칙」을 개정하고 전국 의원급 의료기관을 대상으로 시범사업을 수행한 이후 2021년부터 의원급 비급여 진료비용 공개가 의무화되어 시행될 예정이다.

3. 공개항목 관리와 평가표 개발

국민의 알 권리를 보장하고 의료선택권을 강화하기 위해 심사평가원은 매년 공개항목을 확대하여 왔다. 신규 항목 수를 기준으로 2017년 100항목에서 2018년 159항목, 2019년 280항목으로 계속 증가시켜가고 있다. 또한 항목선정의 객관성을 높이기 위해 선정사유를 감안한 평가표를 개발하는 등 기준을 계량화하였다. 기존 공개항목 모니터링을 통하여 사후관리를 강화함으로써 공개업무의 내실화에 힘을 실었고, 공개항목의 수용성을 높이기 위해 의견청취 경로를 다각화하여 국민체감형 항목들을 발굴해 내었다.

심사평가원은 비급여 진료비용 공개항목 선정을 위해 대국민 설문조사와 1:1 인터뷰 등 현장의 의견을 청취하여 국민 관심도가 높은 항목을 발굴하였다. 또 진료심사평가위원회와 전문학회, 의약계 및 비급여관리정책협의체, 시민참여위원회 등의 전문의학적 검토 및 자문과 의견수렴 과정을 거쳤다.

비급여관리정책협의체는 효과적인 비급여 진료비용 관리방안 등을 논의하기 위해 정부, 공

급자, 소비자, 전문가 등 20인으로 구성된 민 · 관 협의체이며, 시민참여위원회는 보건의료정책 수립 운영에 대한 국민 관점의 의견 청취 및 소통을 위해 시민단체, 소비자단체, 환자단체, 근로자단체 등 18인으로 구성된 위원회이다.

이러한 과정을 통해 선정된 공개항목은 보건복지부장관 고시를 거쳐 2020년 4월 564항목의 병원급 비급여 진료비용을 공개하였다. 기존 공개항목의 경우 모니터링을 통해 급여로 전환되면 공개대상에서 삭제하고, 가격편차가 큰 항목은 세분화하는 등의 분류를 거쳐 비급여 항목을 체계적으로 관리하였다.

2019년 공개항목 선정의 공정성과 객관성을 제고하기 위해 '비급여 진료비용 공개항목 선정 항목별 평가표'를 개발하였다. 이 평가표는 시민과 소비자단체, 공급자단체 및 전문가 등의 의견을 반영하였으며, 보건복지부 고시에서 명시하는 선정기준을 고려하여 항목별 배점을 계량화한 것으로 '빈도 및 비용 40점 + 의약학적 중요성 30점 + 사회적 관심 30점'을 합한 100점 만점을 기준으로 세웠다. 이 평가표를 토대로, 평가점수 상위항목을 '비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준' 공개항목으로 선정하였다.

홈페이지와 모바일 앱을 통한 접근성 제고

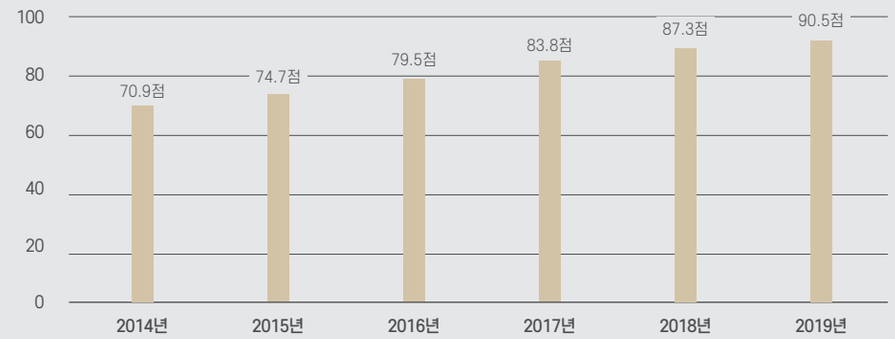
심사평가원은 의료 소비자가 비급여 진료비용 정보를 통해 합리적인 선택으로 의료기관을 이용할 수 있도록 항목별 최저 · 최고 · 평균 · 중간금액 및 병원별 · 지역별 · 병원규모별 가격비교 정보를 제공하고 있다. 심사평가원의 홈페이지와 모바일 앱 '건강정보'를 통해 누구나 쉽게 확인할 수 있도록 접근성을 제고하였다.

2019년에는 주제별 정보를 신설하여 이해하기 어려운 비급여 정보에 쉽게 접근할 수 있도록 분류하였다. 생애주기별(영유아기, 청 · 장년기, 노년기 등), 성별(남, 여), 신체부위(머리, 눈, 허리 등), 서류(진단서, 출생증명서 발급비용 등) 등의 항목으로 구분하여 관심주제별로 확인 가능하도록 배치하였다.

환류체계로 고객 만족도 제고

심사평가원은 비급여 진료비 공개정보의 활용도를 높이고 공개정보의 품질을 향상시키기 위해 2014년부터 매년 전문조사업체에 의뢰하여 일반국민을 대상으로 만족도조사를 실시하고

<‘비급여 진료비 정보’ 만족도 점수>



있다. 이는 비급여 진료비 정보 서비스의 객관적인 평가를 통해 성과를 확인하고, 향후 비급여 진료비 정보공개 사업의 내실화 및 개선에 필요한 기초자료를 확보하여 활용하기 위한 것이다.

심사평가원 홈페이지 내부의 배너 및 SNS를 활용하여 구조화된 설문지를 마련하여 25일간의 온라인 설문조사를 통해 정량조사를 실행하였다. 또 사전 과제 부여를 통한 심층 인터뷰 및 사용성 평가를 통한 정성조사를 그룹별로(일반국민 및 이해관계자/프로그램 개발 및 운영전문가) 실시하여 만족도 점수를 산출해 내었다. 2014년 70.9점으로 시작한 만족도 조사의 점수는 매년 상승하여 2019년 기준 90.5점을 달성하였다. 특히, 만족도 점수는 기관장의 임기 3년간(2017~2019년) 성과계약지표로 설정하고 중점관리하는 대상으로서 지속적인 자체 평가와 환류를 통한 개선노력으로 서비스 품질과 고객만족도 향상을 이루는 성과를 거두었다.

비급여 진료비 정보 관리 업무는 보건의료계에서 심사평가원만이 유일하게 독자적으로 수행



2018 ‘세계 표준의 날’ 대통령 표창 수상

하고 있다. 이를 통해 국민의 알 권리를 보장하고 의료선택권을 강화할 수 있게 되었다. 병원마다 천차만별인 비급여를 표준화 및 체계화함으로써 '2018년 세계 표준의 날'에 대통령 표창을 수상하여 비급여 진료비 정보 관리의 허브기관으로서 전문성을 인정받아 대내 · 외적으로 자긍심과 위상이 한층 높아졌다.

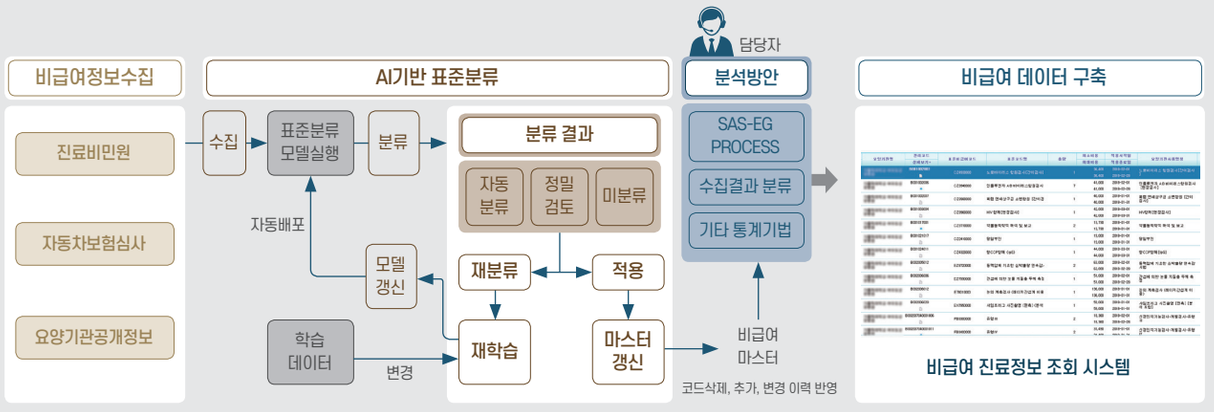
4. 비급여 진료비용 정보관리시스템 구축

비급여 진료비 공개제도가 시행된 이후 매년 공개범위가 확대되는 과정에서 의료기관의 정보관리 부담이 가중되고, 축적되는 비급여 정보량이 과다해지는 문제가 발생하였다. 심사평가원의 각 부서에서 수집하는 비급여 정보가 업무별로 산재해 있었다. 정보형태에 통일성이 없어 정보연계 및 활용상의 한계로 비급여 정보의 체계적인 관리시스템이 요구되었다. 이에 비급여 정보의 수집 · 검증 · 분석 · 공개 · 모니터링 등의 업무 효율성을 높이고 대내 · 외에 산재된 자료를 정보화하고 통합 운영이 가능한 '비급여 진료비용 정보관리시스템'을 구축하게 되었다.

비급여 진료비용 정보관리시스템은 2017년부터 2019년까지 3개년 연도별 로드맵을 수립하였다. 또한 기관장 성과계약지표로 설정하여 3년간 지속 관리함으로써 추진동력을 높였다.

비급여 진료비용 정보관리시스템은 비급여 진료정보 자동 수집 · 검증시스템과 비급여 진료

<비급여 진료비용 통합 분석 시스템 업무 흐름도>



비용 통합분석시스템, 비급여 진료비용 고지 맞춤형 지원시스템으로 단계를 구분 설계하여 구축되었다.

1단계의 자동수집 · 검증시스템은 지능정보기술인 Web Crawling(웹사이트의 정보를 자동으로 수집하는 소프트웨어) 솔루션을 활용하여 의료기관별 홈페이지의 고지정보를 자동 수집하는 시스템이다. 수집된 정보를 의료기관이 비급여 진료비용 공개 자료로 활용할 수 있도록 제공하여 자료제출 시간을 항목 당 20분에서 2분으로 단축시키는데 기여하였다. 2017년 상급종합병원, 2018년 종합병원 및 전문병원 약 400개 기관을 대상으로 실시한 바 있었다. 의료기관 진료비용 정보의 품질향상을 위해 Grouping Rule(통계적 유의성 기준에 따라 자료를 검증하여 Pass나 Fail로 분류)을 활용하여 유효성을 검증함으로써 정보의 정확성을 높였다.

2단계 통합 분석시스템 구축으로 진료비 확인, 자동차보험, 의약품 유통 등 심사평가원 내 부서별로 산재된 비급여 정보와 의료기관의 비급여 고지정보를 통합하여 비급여 분석 기반을 마련하였다. 또 인공지능(AI)을 활용하여 비급여 분류 모델을 개발하고, 병원마다 다른 비정형화된 비급여 항목을 표준항목으로 분류하고 DB화함으로써 비급여 현황조회, 모니터링 및 통계 분석 환경을 강화하였다.

3단계 고지 맞춤형 지원시스템은 국민의 비급여 정보 이해도와 접근성을 향상시키기 위해 웹페이지용 고지 표준 서식 10종을 개발, 의료기관이 홈페이지에 표준화된 비급여 진료비용 정보를 고지할 수 있도록 제공하였다. 또 2019년 7월부터 비급여 진료비용 고지용 홈페이지의 제작 · 관리를 신청한 의료기관에 대해 '비급여 진료비용 고지 맞춤형 지원 서비스'를 시행하였다. 이는 신청한 의료기관의 웹페이지용 고지 표준서식을 적용한 비급여 진료비용 고지 웹페이지를 제작해 해당 의료기관 URL에 링크해주는 서비스였다. 이로써 전산운영비용 절감과 업무 편의가 향상되는 효과를 거두게 되었다.

이렇게 단계적인 작업을 거쳐 2019년 12월 비급여 진료비용 정보 관리시스템 구축이 완료되었다. 비급여 진료비용 정보 관리시스템이 구축됨으로써 비급여 정보의 체계적이고 효율적인 관리와 표준화를 통해 비급여 진료비용 공개와 고지제도가 내실화되어 국민의 비급여 정보 이해도를 향상시키는 효과를 거두었다. 의료기관들은 비급여 정보관리와 공개 및 고지 업무에 필요한 전산운영 비용이 절감되었고, 업무처리 시간 단축 등으로 업무 부담을 최소화할 수 있게 되었다.

심사평가원은 ICT 기반의 인공지능(AI)을 도입하여 비급여 표준체계 기반을 구축하고 비급여 정보화를 위한 비급여 관리 기전을 마련할 수 있었다. 또 이 시스템을 활용하여 신뢰성 높은 비급여 정보 분석결과를 제공하게 됨으로써 사회적 가치 창출에 기여하였다.

제3절.

환자중심 의학적 근거기반의 심사 · 평가체계 개편으로 균형적 발전에 돌입하다

1. 평가의 균형적 발전을 위한 환자경험 평가

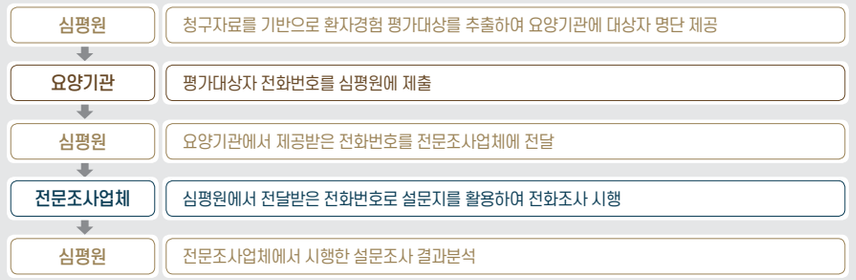
2000년대 이후 주요 이슈로 인식된 환자중심성은 여러 국가에서 성과평가 필수영역으로 다루고 있었다. 우리나라도 환자중심 영역 확대와 의료 질 향상을 위한 사회적 요구가 증대되면서 환자가 직접 참여한 의료서비스 환자경험 평가결과를 처음으로 공개하기에 이르렀다.

보건복지부와 심사평가원은 2014년 환자중심성 평가모형 개발 연구를 시작으로 2015년에는 의료 질 평가의 균형적 확대를 위해 의료기관의 포괄적인 질 수준을 반영하는 평가를 진행하였다. 환자안전 및 환자중심성 정책이 강조되는 추세에 발맞춰 환자경험에 대한 평가를 추진한 것이었다. 이어서 상급종합병원, 500병상 이상 종합병원 95개 기관, 1만 4,980명에 대한 환자경험 평가결과를 산출하는 등 평가의 균형적 발전을 위하여 노력하였다.

이로 인하여 의사의 회진 안내와 절차가 개선되고 의사면담 기회가 증가되는 등 의료서비스가 개선되는 성과를 거두었다. 이는 기존 의료공급자 중심의 임상적 질 평가에서 의료소비자인 환자중심성 의료 질 평가로 인식이 전환되는 계기가 되었다.

더불어 2차 평가결과 공개를 통해 500병상에서 300병상 이상 종합병원 154개 기관으로 평가대상을 확대하여 환자중심 의료문화를 확산하고 국민이 체감할 수 있는 의료 질 향상을 유도하였다. 또한 요양기관 의료 질 관리 실무자의 이해를 돕기 위한 설명회를 실시하고 QI우수사례집을 발간하여 의료소비자 중심 의료문화 정착에 기여하였다.

<평가자료 수집방법 및 절차>



2. 균형적 발전을 위한 심사 · 평가체계 개편

심사체계 개편의 필요성

요양급여비용 심사는 의료보험이 시작되었던 1977년 명세서 전건심사로 출발해서 전산심사로 확대되었고 지표와 연동한 관리체계 도입 등 기술적 발전과 사전예방으로의 전환을 추진했었다. 그러나 의료기술의 발전과 고령사회로 접어들면서 환자안전과 의료의 질에 대한 사회적 관심이 증가하였고, 제한적인 급여기준에 기반한 건 단위 심사의 한계성과 심사 · 평가의 상충된 기준 운영 등에 대한 개선의 필요성이 꾸준히 제기되어 왔다.

전 세계적인 보건의료관리체계의 방향도 비용 절감 중심의 재정관리에서 보건의료의 비용 대비 가치를 향상시키는 '가치기반(value-based)'으로 변화하고 있었다. 대부분의 국가들이 '가치기반 보건의료(value-based healthcare)'의 개념에서 비용 대비 가치를 향상시키는 목표를 설정하고 있다. 이 가치의 개념에 의해 건강보험 보장성에서도 의학적 타당성을 근거로 한 의료서비스 이용을 보장하는 건강보험체계를 지향하고 있었다. 이에 진료비 심사 역시 '비용효과성' 중심의 심사 조정방식에서 '의학적 타당성' 중심의 필수 의료서비스 보장을 담보하는 심사체계로의 변화가 요구되었다.

심사평가원이 설립된 2000년 당시의 심사 결정 건수는 약 4억 3,000만 건에 심사 결정 금액 14조 7,000억 원이었으나, 2017년에는 15억 1,410만 건에 78조 9,000억 원으로 크게 증가하였다. 건강보험 급여 항목 수도 행위는 2000년 4,185개에서 2018년 8,987개로 늘었고, 치료재료는 2000년 1,724개에서 2018년 2만 4,689개, 의약품은 2007년 1만 5,223개에서 2018

년 2만 2,389개로 증가하였다. 이러한 심사 물량 증가와 더불어 보건의료 환경 변화는 심사업무의 부담을 가중시켰고, 의료기술의 발전으로 수가기준과 급여기준이날로 복잡해져 심사업무의 난이도까지 심화되었다. 결국 심사물량의 양적 증가와 의학적 타당성을 검토해야 할 항목의 증가로 인해 기존의 인력과 방법을 유지하기에는 임계치에 도달한 것으로 판단되었다. 이에 정부는 2017년 8월 건강보험 보장성 강화대책을 발표하면서 건별 심사에서 질환, 환자, 항목, 기관 등 단위 심사로 전환하는 심사체계의 개편 방향을 이행과제로 선정하였다.

심사 · 평가체계 개편 추진

정부는 제1차 국민건강보험종합계획을 통해 의학적 타당성에 의한 진료를 보장하는 건강보험 패러다임의 변화를 추진하였다. 고령화와 질병구조 변이 등 환경 변화에 따른 심사물량 증가와 의료기술의 발전에 따른 의학적 타당성 확인을 필요로 하는 항목의 지속적인 증가, 보장성 강화 정책에 따른 급여범위 확대 등 현행 심사방식을 개선해야 하는 단계에 이르렀기 때문이었다. 심사평가원은 보건복지부와 함께 대내 · 외 의견수렴과 논의 과정을 거쳐 2018년 5월 심사평가체계 개편단을 구성하고 개편방향(안)을 수립하였다. 의학적 타당성과 분석기반 심사체계로의 안정적 전환을 위해 심사 · 평가 업무의 운영체계 개편업무와 '의료이용통합모니터링단'의 기능을 통합하여 심사평가체계 개편단을 구성한 것이다. 그 실행조직으로는 '심사평가체계개편반'과 '의료이용모니터링반'을 구성하였다. 각각의 하부조직으로 '심사체계개편부'(6명) 및 '평가체계개편부'(4명) 그리고 '의료이용모니터링부'(12명)를 편성하였다. 이로써 단장을 포함하여 25명의 전임 반원들이 심사평가체계 개편단의 업무를 전담하게 되었다.

<심사평가체계 개편반>

구분(24명)		인원구성(전임)
심사평가체계 개편반(전임)	심사체계개편부(6명)	(2급) 1명, (3급) 3명, (4급 이하) 2명
	평가체계개편부(4명)	(2급) 1명, (3급) 2명, (4급 이하) 1명
의료이용모니터링반(겸임)	의료이용모니터링부(12명)	(2급) 1명, (3급) 2명, (4급 이하) 9명

‘심사체계개편부’는 보건복지부의 관련 TF와 협업하여 심사체계 개편 방안을 마련하고, 이와 연계한 의료이용 모니터링 항목들을 발굴하였다. ‘평가체계개편부’는 국정과제와 연계한 평가체계 개편 방안을 준비하고, 의료이용 모니터링 결과를 반영한 평가대상의 발굴 및 선정 방안을 검토하였다. ‘의료이용모니터링부’는 발굴 또는 선정된 모니터링 항목들이 업무에 활용될 수 있도록 지표를 개발하고 시스템을 구축하는 등 업무 정보화를 추진하였다.

3. 심사체계 개편 추진동력과 수용성 확보

건강보험 심사평가체계 개편 협의체 회의 개최

2018년 9월 건강보험 심사평가체계 개편 협의체가 구성되어 회의를 열었다. 가입자와 공급자, 전문가 등이 모두 참여해서 심사평가체계 개편방향에 대한 논의와 의견수렴 등의 공론화 과정을 거쳐 심사평가체계 개편의 추진동력과 수용성 확보를 위해 ‘건강보험 심사평가체계 개편 협의체’를 구성하였다.

2018년 10월에는 실무적 논의를 위해 제1분과와 제2분과로 편성된 실무추진위원회와 선도(시범)사업의 대상별 분석지표 등을 개발하기 위한 자문위원회를 각각 구성하였다. 또한 전문학회와 지역의사회, 보험심사간호사회 등 이해관계자와의 간담회 등을 병행하여 의견수렴의 장을 넓혔다.

2018년 9월 19일 ‘심사평가체계 개편 협의체’의 제1차 회의가 열렸다. 이 회의에서 위원장을 선출하고, 심사평가체계의 개편 방안 설명 및 의견수렴이 진행되었다. 2018년 10월 5일 제2차 회의를 열고, 심사체계 개편(안) 도출과 전문심사위원회 등의 의견을 수렴하였다. 2018년 12월 19일 ‘심사평가체계 개편 협의회’ 제3차 회의에서는 선도(시범)사업 대상 선정과 전문가 심사제도에 대한 논의가 펼쳐졌다.

‘건강보험 심사평가체계 개편 협의체’의 회의를 통한 건강보험 심사평가체계 개편안의 도출은, 사회적 논의 과정을 거침으로써 개편 방향에 대한 사회적 공감대를 최대한 형성하여 합의를 도출하기 위한 노력의 일환이었다.

이러한 과정을 거쳐 도출된 ‘건강보험 심사평가체계 개편 방안’은 2018년 12월 27일 제22차 건강보험정책심의위원회에 보고되었다. 건강보험정책심의위원회의 보고 결과를 토대로 실무부서 및 의료계 등과 논의를 거쳐 최종 개편방안을 확정하고 선도(시범)사업을 추진하였다.

심사평가체계 개편방안 전사 공유 설명회 개최

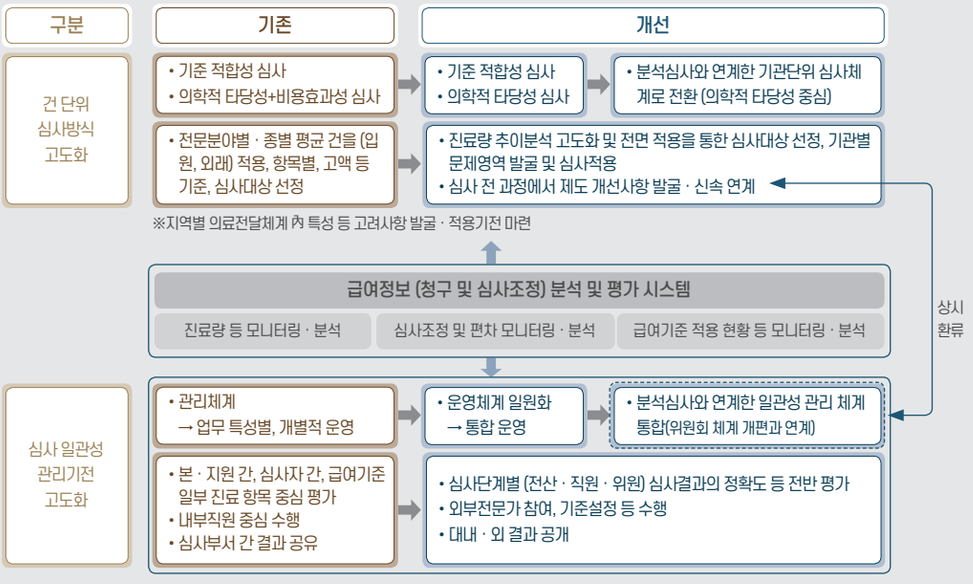
2019년 2월부터 4월까지 보건의료 환경변화 및 건강보험 보장성 강화 정책을 반영한 심사평가체계 개편방안을 전사적으로 설명하고 공유할 수 있는 설명회를 진행하였다. 심사평가원 서울사무소를 시작으로 전국의 지원에서 순차적으로 개최하였다.

현행 심사방식 개선 추진 계획 수립 및 세부과제별 추진방안 수립

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(비용효과성 삭제)」 개정 및 분석심사의 단계적 확대에 따라 의학적 타당성과 분석을 기반으로 한 심사체계로의 안정적인 전환을 위해 현행의 청구건별 심사운영체계에 대한 전면적인 정비가 필요해졌다. 제1차 건강보험종합계획 수립 및 「요양급여비용 심사 · 지급업무 처리 기준」 고시 전부개정과 연계하여 불분명하거나 제한적인 심사 기준 등의 체계를 정비하고 임상 현실과 사회적 요구, 의학적 근거를 반영하여 심사의 일관성과 투명성 및 수용성을 높여야 하였다.

불분명하거나 제한적인 심사기준을 전면적으로 재정비하기 위해 심사기준 관리체계 및 심사

<현행 심사운영 체계 정비 추진방향>



운영 제도 개선 운영체계를 구축 · 운영하였다. 현행 심사운영 체계는 건 단위 심사방식을 고도화하고, 심사 일관성 관리기전을 체계화하여 정비하는 방향으로 가닥을 잡았다.

진료심사평가위원회의 운영체계를 개선하여 심사위원과 심사위원회의 책임성을 강화하고 위원회 운영체계를 재정비하였다. 전문심사위원회는 분석심사와 중재를 담당하는 전문가심사위원회(Professional Review Committee, PRC)와 의학적 근거 등 심사기준과 심사 정확성 등을 관리하는 전문분과심의위원회(Special Review Committee, SRC)의 2단계 운영체계로 운영하고 대부분 임상의사와 전문학회 추천자로 구성되었다. 사전심사제도 운영이 필요한 항목 발굴로 예측성을 강화하고 신뢰성을 제고하였으며, 심사의 활용성과 정확성을 높이기 위해 심사에 필요한 인프라를 강화하였다.

이러한 과정을 거쳐 2019년 6월 현행 심사방식 개선 추진 계획 수립 및 세부과제별 추진방안이 수립되었다. 환자 중심적이며 의학적 근거를 기반으로 한 분석기반 심사방식으로 진료비 심사체계 전환, 심사의 일관성과 투명성 제고를 위한 심사 운영방식 개선 및 심사기준 관리체계를 정비하는 구체적인 계획이 마련된 것이다.

4. 분석심사시스템 구축

환자 중심적이면서 의학적 타당성을 기반으로 한 진료비 심사체계로 전환하기 위해 건별 중심 심사시스템인 HIRA+를 개편할 필요성이 대두되었다. 분석심사시스템은 최신 ICT 기술을 바탕으로 의학적 필요성 및 의료의 질과 비용 등을 종합적으로 분석하고 판단하여 체계적 심사운영을 지원할 수 있는 분석시스템을 지향하였다.

심사평가원은 2019년 2월부터 12월까지 분석심사시스템 구축을 추진하여 2019년 정보화사업과 연계하였다. 선도사업으로서 심사시스템(HIRA+)의 개편에 들어갔다. 2018년 10월부터 2019년 2월까지 1차 개편을 통해 분석심사 대상 명세서의 태깅과 분배 등의 분류와 필수 전산심사 선별 및 비필수 대상 예외처리 등으로 전산심사를 간소화하였다. 또 주제별, 기관별 분석을 위한 데이터를 구축하여 월별 분석심사 현황을 파악할 수 있게 하였다.

2019년 3월부터 5월까지 1차 서비스를 개시하여 분석심사 대상 건 접수 및 처리 현황을 파악하고, 기관별 월 단위 현황 조회가 가능해졌다. 또 화면을 통한 심사보류 처리, 심사록 관리, 조성 및 접수 마감현황 등 화면심사와 분기당 지표 현황과 변이 조회 기능(OLAP) 등의 2차 서

비스 구축을 진행하였다. 2019년 6월 최종적으로 서비스를 오픈하여 HIRA+에서는 분석 심사 진행, 현황 조회, 분석 및 중재이력관리 등이 실행되었고, DW에서는 주제별 · 지표별 전체 현황 및 통계 집계가 수행되었다.

HIRA+ 프로세스 및 기능을 개편하여 분석심사 대상 명세서 선별, 전산심사 간소화, 총괄 현황 조회, 데이터 마트 구축 등이 선행되어 본 사업인 '2019년 정보화사업'의 기반이 마련되었다.

2019년의 주요 현안인 정보화사업으로서 분석심사시스템의 구축이 추진되었다. 2019년 5월부터 6월까지 분석 및 설계 작업이 진행되었다. 분석심사 주제 및 지표 관리 업무에는 지표개발과 관리 · 검증 프로세스 분석 및 지표 생애주기 · Pool관리 기능 등이, 중재관리 업무에는 주제별 · 기관별 세부 분석 업무 및 환경 분석이 설계되었다. 인공지능 콘텐츠로는 변이감지 기관에 대한 중재 필요 여부 제안 기능과 지표별 기준선, 목표설정 및 시뮬레이션 등이 포함되었다. 2019년 6월부터 10월까지 인프라 구축 및 시스템 개발 작업이 진행되었다. 대용량 데이터 처리 전용 인프라를 도입하였고, x86 기반 Scale-out 가상화 환경을 구성하였다. 또 지표 생애주기 관리 및 기관별 중재, 전문가심사제도 운영 등의 응용프로그램을 개발하였다.

2019년 10월부터 11월까지 테스트 및 시범운영을 실시하여 데이터와 프로그램 기능 사용자를 검증하였다. 2019년 11월부터 12월까지 안정화를 위해 사용자 확대 및 교육을 실시하였다. 시스템 오류와 추가 개선에 대한 요구사항을 수렴해 반영했고, 향후 시스템 운영을 위해 기술을 이전하고 개발자 교육을 강화하였다.

5. 심사평가체계 개편을 위한 분석심사 선도사업 실시

2019년 8월 실시된 심사평가체계 개편을 위한 분석심사 선도사업은 주제별 분석심사 선도사업을 통해 심사평가체계 개편의 적정성을 파악하고, 새 심사제도로서의 타당성과 확대 적용 가능성을 검증하는 사업이었다. 의학적 근거 기반의 분석심사 시행으로 의료의 질과 의료공급자의 진료행태, 진료비 청구, 심사 및 관리업무 등에 미치는 제반 영향을 평가하여 문제점을 도출하고 개선방안을 모색하기 위한 목적을 띄고 있었다.

선도사업을 시작하는 시점에서는 1년의 기간을 상정하고 있었으나, 2020년 코로나19 등으로 인해 효과분석의 어려움이 발생해 기한이 연장되었다. 선도사업의 대상은 환자에게 중요하고 의미 있는 에피소드 단위로 정의하고, 만성질환 영역의 고혈압, 당뇨병, 만성 폐쇄성 폐

질환(COPD), 천식과 급성기 진료 영역의 슬관절치환술, 그 외 MRI와 초음파 등 7개 영역을 분석심사의 대상영역으로 선정하였다.

이 대상영역은 건강보험 심사평가체계개편 협의체에서 논의한 결과에 따라 선정되었다. 영역별로 전략적인 접근방식이 다를 수 있겠지만 최종적인 목표는 환자 중심의 질 평가와 심사의 연계, 진료성과에 기반한 가치기반 심사체계 구현에 그 목적을 두고 선정한 것이었다.

분석심사 선도사업은 분석심사의 적용 가능성, 운영상의 문제점, 개선사항 등을 도출 · 반영하여 본 사업 모형을 개발하고 적용하기 위해 추진하였다. 선도사업의 결과를 종합하여 효과를 분석하고, 필요한 제도보완을 거쳐 2023년까지 단계적으로 확대해 나갈 예정이다.

<분석심사 대상영역(건강보험 심사평가체계개편 협의체 논의결과)>

영역	대상(주제)	종별	목 표	선정사유	비고
만성 질환	고혈압	의원 (외래)	• 적절한 처방 및 관리 등을 통한 합병증 및 급성 악화 예방 (입원 감소)	• 평가시행 항목으로 질과 비용 통합관리 가능항목 • 진료인원 및 진료비 규모가 큰 사회적 관심 항목	분석심사 모델 우선 적용
	당뇨병				
	만성 폐쇄성 폐질환(COPD)				
	천식				
급성기 진료 (시술 포함)	슬관절 치환술	전체 (입원)	• 합병증 없는 슬관절치환술 시행 및 슬관절 기능 개선 (재입원 감소)	• 질과 비용의 통합관리 가능 항목 • 진료인원 및 진료비 규모가 큰 사회적 관심 항목	
항목	자기공명 영상진단 (MRI)	전체	• 환자에게 필요한 검사의 효율적 제공 유도	• 보장성 강화 정책에 따른 사회적 관심 항목 • 일종의 파일럿 형식으로 모니터링 진행(모니터링 통한 기준개선 등)	현재 모니터링 심사방식 유지
	초음파				

전문심사위원회 합동 워크숍 개최

2019년 10월 전문심사위원회(SRC, PRC) 합동 워크숍이 개최되었다. 심사과정 전반에 의료현장 전문가의 주도적 참여를 요청하고, 의학적 근거 기반 중심의 분석심사 선도사업이 실시됨에 따라 실질적이고 안정적인 운영을 위해 전문심사위원회의 위원을 위촉하려는 목적이었다. 워크숍을 통해 위원회별 위원의 역할이 명확하게 공유되고, 주제별 운영방안을 논의하는 등 위원 간의 소통이 원활하게 이루어지는 계기가 마련되었다.



2019 분석심사 전문심사위원회 합동 워크숍

4개의 전문분과심의위원회(SRC)와 13개의 전문가자문위원회(PRC)가 참석한 이날의 워크숍에서는 150명의 위원이 위촉되었다. 전문심사위원회의 위원들에게 위촉장이 수여되었고, 선도사업 운영에 대한 안내와 주제별 분석심사 모델 및 분석사례를 공유하고 논의하는 시간이 이어졌다.

전문심사위원회 합동 워크숍은 전문심사위원회의 원활한 운영을 위한 기반을 다진 중요한 자리였다. 분석심사 선도사업에 대한 운영절차와 요양기관 중재 방안에 대한 논의와 분석심사 모형, 분석지표 및 분석사례에 대한 공유가 이루어졌고 세부 운영방안에 대한 의견이 모아져 전문심사위원회의 역할과 기능이 강화되었다.

제4절.

신종감염병 위기대응체계 정립과 고도화로 사회안전망을 확충하다

1. 21세기 신종감염병의 등장

2003년 전 세계를 공포에 떨게 했던 감염병 중증급성호흡기증후군(SARS). 이 감염병은 중국 광동성에서 처음 확인된 것으로 사스-코로나바이러스(SARS-CoV)가 원인이며 발열과 기침, 호흡곤란, 비정형 폐렴 등의 증상을 보인다. 기존의 급성호흡기 질환과 달리 성인과 노인에서 높은 감염률을 보이고 중증인 경우 폐렴으로 진행하여 사망에까지 이른다. 감염자와의 접촉으로 비말에 의해 감염되며, 초전파감염(감염자 1인이 많은 사람에게 전파하는 것)이 높아 환자가 입원해 있는 병원에서 병원종사자들에게 전파가 높은 것으로 알려졌다. 2003년 7월 5일 유행이 종료될 때까지 29개국에서 8,098명이 감염되어 774명이 사망한 것으로 집계되었다.

그러나 우리나라에서는 3명의 SARS환자가 발행하였고 사망자는 한 명도 없었다. 당시 정부는 동원 가능한 모든 조치를 취해서 사스의 국내 유입과 국내 확산을 조기에 차단하였다.

2003년 3월 16일부터 7월 30일까지 범부처적 총력 대응체계를 가동하여 국내 유입을 차단하였다. 2003년 4월 28일 정부합동사스대책본부(총리실) 및 중앙사스방역대책본부(보건복지부)를 설치하였고, 전 부처 및 전국 16개 시 · 도, 관련단체(대한의사협회, 대한병원협회, 대한간호협회 등) 등과 합동으로 인력을 구성하였다. 국립보건원 내의 사스전문TF(중앙사스방역대책추진실무단)를 중심으로 검역소와 방역대책본부를 운영하였고, 국립보건원 내부 전문가들로 방역팀을 구성

해 일일상황을 점검하였다. 이를 위하여 전국의 검역소와 시 · 도, 보건소(242개소) 등이 24시간 비상근무체계를 유지하였다.

정부는 전국 병 · 의원을 통한 사스조기경보체계를 구축 · 운영하였고, 2003년 5월 2일 「검역법」 시행규칙을 신속하게 개정하여 사스를 검역대상 질병으로 지정하였다. 사스의 유행 종식 후, 사스대응정책의 집행과정에서 도출된 여러 문제점을 해결하는 과정에서 전염병 관리를 위한 전문 운영체계 구축의 필요성을 절감하여 2004년 1월 17일 질병관리본부가 출범하게 되었다. 그 후로도 신종감염병의 위기는 계속 이어져서 조류인플루엔자 인체 감염증(Avian Influenza Human Infection), 신종인플루엔자 대유행(H1N1 Pandemic), 중동호흡기증후군(Middle East Respiratory Syndrome, MERS)이 계속 유입되었고, 2020년 전 세계적인 대유행으로 번진 코로나19까지 이르게 되었다.

2. 세계적 팬데믹 선언에 대한 조직적인 대응체계 구축

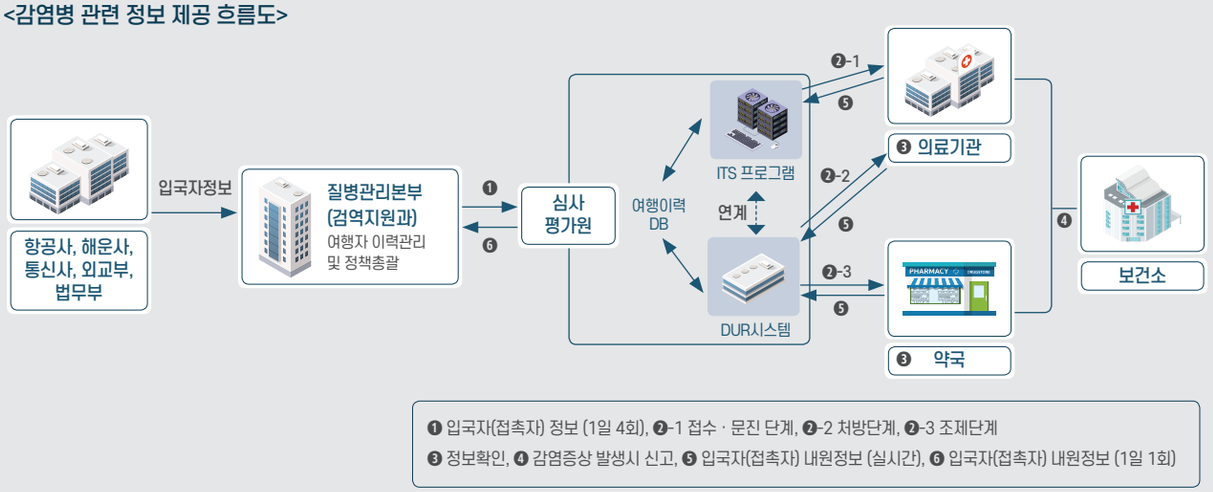
2012년 9월 중동지역에서 처음 확인된 중동호흡기증후군(MERS)은 신종 코로나바이러스(MERS-CoV)에 의한 중증급성호흡기질환이다. 우리나라에는 2015년 5월 20일 바레인에서 입국한 내국인 1명이 확진판정을 받으면서 확산이 시작되었다. 메르스는 유행종료가 선언된 2015년 12월 23일까지 186명의 확진자와 38명의 사망자가 발생하였다.

2019년 12월 처음 시작된 코로나19는 전 세계로 확산되면서 2020년 3월 11일 세계보건기구(WHO)가 세계적 대유행인 팬데믹(Pandemic)을 선언하였다. 이는 1968년 인플루엔자A(H3N2)와 2009년 신종인플루엔자A(H1N1)에 이어 세 번째로 선언된 팬데믹이었다.

우리나라에서는 2020년 1월 20일 해외유입(중국 우한시)으로 코로나19 확진환자가 발생하였다. 이후 대구 · 경북 지역의 감염 급증세로 인해 2020년 2월 23일 최고의 위기단계인 '심각'을 선포하고, 국무총리를 본부장으로 하는 중앙재난안전대책본부를 가동하여 범정부적인 방역을 펼쳤다. 또한 모든 국민들이 감염병에 대한 경각심을 바탕으로 한마음으로 뭉쳐 방역에 집중하였으나, 일부 종교단체 등 비이성적인 사람들의 방해로 인해 재확산의 위기를 맞는 등의 우여곡절을 겪었다.

심사평가원은 메르스와 코로나19에 대해 효과가 입증된 치료제가 없는 상황에서 국가재난상황임을 유념하여 긴급하고 신속한 치료제 급여기준 검토와 고시를 제공하였다. 전문가의 권

<감염병 관련 정보 제공 흐름도>



고안과 중앙임상TF의 치료원칙 합의안을 반영하여 최단기간 내에 급여기준을 검토한 후 유효하고 안전한 최적의 치료제를 제공하기 위해 유관기관과 긴밀한 협력체계를 구축하였다. 2015년 6월 중동호흡기증후군(MERS) 관련 치료제의 급여기준을 설정하고 이를 안내하였다. 또 2020년 2월에는 코로나19 관련 치료제의 급여기준을 마련하여 이를 홈페이지를 통해 안내하였다. 심사평가원은 보건의료 분야 공공기관으로서 국가전염병에 대한 조직적인 대응체계를 구축하여 감염병 확산 방지 및 종료를 위해 선제적이고 유기적인 대응을 준비하였다.

DUR시스템을 통한 감염병 정보 제공

2015년 5월 메르스 증상이 있는 환자가 본인의 감염사실을 모른 채 여러 의료기관을 방문함으로써 병원 내 감염이 빠르게 확산되었다. 신종감염병이 갑자기 유입된 상황이라 환자의 위험요인을 파악하기가 어려웠고, 유사증상이 발현된 환자에게 적절한 조치를 제때에 취하기도 힘들었다. 감염병 확산을 방지하기 위해 ① 환자가 의료기관 방문 시 감염병 발생국가를 최근 방문한 이력이 있는지, ② 감염병 확진자와의 접촉으로 감염병에 노출되지는 않았는지, ③ 감염병 관련 증상이 있는 채로 여러 의료기관에서 진료를 받지는 않았는지의 여부를 신속

히 파악해야만 하였다. 이 같은 조치를 취하기 위해 전국 의료기관과 실시간 정보교류가 가능한 심사평가원의 DUR시스템을 활용하기로 결정되었다.

2015년 6월부터 10월까지 심사평가원은 메르스 환자 등 해외 감염병 관련자 정보를 DUR시스템을 통해 전국 의료기관에 제공하였다. 심사평가원은 메르스가 발생한 중동지역 방문 입국자 및 메르스 확진자와의 접촉자 등 약 35만여 명의 정보를 질병관리본부로부터 제공받아 DUR을 통해 실시간으로 의료기관에 제공하였다. 또 역학조사 지원을 위해 감염병 환자 및 감염병 발생지역 체류방문자들의 타 의료기관 방문이력 등을 다시 질병관리본부에게 제공하였다. 2015년 12월 메르스가 종식된 이후, 심사평가원가 질병관리본부는 그간 이메일로 수작업하여 전송하던 정보연계방식을 자동 송수신 처리가 가능한 시스템으로 개선하였다. 이렇게 감염병 예방과 전파 차단을 위해 시작된 심사평가원과 질병관리본부의 공조는 이후로도 계속 이어졌다. 2016년 2월부터 2017년 12월까지 '해외 감염병 관련 중남미지역(지카바이러스) 입국자 정보'를 제공했고, 2017년 5월 '해외 감염병 관련 콩고민주공화국 북부지역(에볼라) 입국자 정보'를 제공하였다. 2017년 8월 '해외 감염병 관련 나이지리아(라싸열) 입국자 정보, 2017년 10월 '해외 감염병 관련 마다가스카르(페스트) 입국자 정보' 등을 제공하였다.

2020년 1월 코로나19 확산 국면에서 심사평가원은 2020년 1월 10일 코로나19 관련 발생국가 입국자 정보를, 1월 21일에는 확진자의 접촉자 정보를 제공하였다. 또 정보제공 대상을 의료기관에서 약국까지 확대하여 1월 30일 약국을 대상으로 코로나19 관련 발생국가 및 확진자의 접촉자 정보를 제공하였다. 2월에는 '아시아 · 유럽지역 등 주요발생국가 입국자 정보'가 추가되었고, 3월에는 기존의 주요 발생국가 입국자 정보를 전 세계 '해외 방문 입국자 정보'로 확대하였다. 4월부터 5월까지는 코로나19의 재확산 방지를 위해 '확진 후 격리해제자에 대한 정보'까지 실시간으로 제공하였다.

심사평가원의 DUR시스템은 감염병 확산 국면의 위기 상황에서 감염병 발생국 입국자 정보와 메르스 확진자의 접촉자 정보 등을 효과적으로 의료기관에 실시간 제공하여 환자 조기발견과 의료기관 감염예방으로 피해 최소화에 기여하였다. 또한 역학조사에서도 환자의 잔존 기억에만 의지하던 경향에서 탈피하여 DUR시스템을 통해 환자가 경유한 병 · 의원 및 약국을 신속하고 정확하게 파악할 수 있었다. 이런 과정을 거쳐 DUR시스템은 우리나라의 주요한 실시간 질병 예방관리시스템으로 공인받게 되었다.

DUR · ITS를 통한 해외여행력정보 실시간 제공

2015년 5월 메르스의 국내 확산에 대처하면서 심사평가원과 질병관리본부는 의료기관 내에서의 감염병 확산을 미연에 방지하기 위해 처방단계(DUR) 이전인 방문환자의 접수 및 진료 단계에서 해외여행력 정보가 추가로 제공되는 정보전달 체계의 필요성을 인식하였다. DUR에서의 정보제공은 방문환자가 이미 병원 내에서 많은 이동을 한 후 상당시간이 지나 의사 처방을 받는 단계에서 이루어지므로 병원 내 접촉자와 의료인 감염확산이 심각하게 의심되었다.

이에 심사평가원은 2017년 12월 해외여행력 정보제공 프로그램(International Traveler Information System, ITS)을 구축하여 2018년부터 본격적으로 가동하기 시작하였다.

2019년 7월 심사평가원과 질병관리본부는 그동안 정보제공에서 제외되었던 단기체류 외국인에 대해서도 조회 및 데이터 연계가 가능한 DUR · ITS프로그램 기능 추가개발로 외국인의 여권번호 조회를 통해 모든 외국인의 해외여행력 정보를 제공하기 시작하였다. 심사평가원은 전국의 모든 요양기관에 문서와 유선안내, 원격지원 등을 통하여 DUR · ITS 활용을 장려하였다. DUR · ITS에 대한 요양기관의 해외여행력 정보 이용률은 코로나19 사태 이전인 2020년 1월에는 54.1%에 그쳤으나, 신종감염병의 국내 유입 이후 정부기관과 심사평가원, 의료단체 등의 적극적인 노력과 협조로 99.8%까지 향상되었다. 또 질병관리본부에서도 확진자 감염 경로 및 접촉자 파악 등 역학조사에 DUR 자료를 활용하여 코로나19 발생지역 방문자 및 접촉자 등의 요양기관 내원정보를 실시간 제공하여 감염예방과 감염전파 차단에 크게 기여하였다.

2020년 코로나19를 계기로 DUR · ITS의 중요성은 더욱 부각되었고, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」이 개정되어 DUR · ITS 사용이 의무화됨으로써 감염병 발생에 더 신속하게 대처할 수 있는 환경이 조성되었다. DUR은 의약품 부작용 예방이라는 본연의 목표와 더불어 전 세계를 위협하는 감염병으로부터 국민의 안전을 지키는 서비스로 발전해 나가고 있다.

3. 코로나19 대응

심사평가원의 전사적 위기대응 돌입

2020년 1월 코로나19의 첫 확진자가 발생한 이후 2월로 접어들어 대구 · 경북 지역의 확산세가 급격히 상승하며 정부의 감염병 위기경보도 '주의' → '경계' → '심각'으로 상향됨에 따라 심사평가원도 전사적인 대응체계 준비에 돌입하였다.



2020 코로나19 대책추진단(모니터링팀) 신설

2020년 1월 28일 전체 33명의 임시조직인 '코로나바이러스 대책추진단'을 신설하고 그 운영계획을 수립하였다. 기획상임이사를 단장으로 총괄반, 정보관리반, 대외협력반, 심사지원반, 자원관리반, 인력지원반 등의 6개 반에 각각 반장을 임명하여 임시조직을 운영하였다. 또한 2020년 1월 31일 임시조직의 구성과 운영을 포함한 전사적인 코로나바이러스감염증 대응 계획을 수립하여 코로나19의 확산 방지를 지원하였다. 더불어 코로나19 관련 수가 및 약제 등의 건강보험 적용에 관련된 사항들을 검토하였고, 중앙방역대책본부와 1339 응급의료정보센터 등에 인력을 지원하여 코로나19 대응에 적극 참여하였다.

2020년 2월에 정부의 감염병 위기경보가 '경계' → '심각'으로 상향됨에 따라 임시조직을 확대개편하고 대응체계 강화에 나섰다. 2020년 2월 25일 조직의 명칭을 '코로나19 대책추진단'으로 변경하고, 단장을 기관장으로 격상시켜 임시조직의 구성원을 확대하고 세부운영체계를 마련하여 본원과 지원의 대응체계를 강화시켰다. '코로나19 대책추진단'은 심사평가원장을 단장으로 하고, 기획상임이사를 부단장으로 총 8개반으로 구성되었다. 총괄반, 정보관리반, 정보지원반, 대외협력반, 심사지원반, 정책지원반, 자원관리반, 인력관리지원반 등 전체 187명으로 확대 구성된 '코로나19 대책추진단'은 중앙사고수습본부, 중앙방역대책본부 및 의약단체, 국민건강보험공단 등의 기관들과 긴밀한 협력체계를 구축하여 코로나19 대응에 유기적인 협력관계를 조성하였다.

코로나19 국민안심병원 운영기관 지정 및 지정현황 공개

보건복지부는 코로나19 감염 확산에 따라 국민들의 불안감을 덜고 안심하고 진료 받을 수 있

는 안전한 병원체계 구축을 위해 2020년 2월 22일 「코로나19 국민안심병원 운영지침」을 발표하고, 심사평가원에 코로나19 국민안심병원 지정 및 운영현황 공개에 대한 협조를 요청하였다. 국민안심병원은 병원급 이상의 의료기관이 대한병원협회를 통해 신청이 가능하였다. 또 호흡기환자의 이동 동선과 진료구역을 일반환자와 분리하여 호흡기 전용 외래를 설치 · 운영하는 A유형과 외래와 입원 진료가 가능하고 선별진료소를 운영하는 B유형으로 구분되었다.

심사평가원의 자원평가실 자원관리부는 2020년 2월 25일 40개 기관을 시작으로 10일 만인 2020년 3월 5일 누적기준 총 290개 의료기관을 '코로나19 국민안심병원'으로 지정하고 운영현황을 공개하였다. 이후 주말 일정까지 포함하여 일일 지정기관 현황을 홈페이지에 공개하였고, 자율점검과 현장점검 등을 통해 지정기관 요건 준수 여부 등을 확인하였다. 심사평가원은 350여 개 기관을 국민안심병원으로 지정하고 그 준수요건을 사후 점검하여 국민들이 안심하고 진료 받을 수 있는 코로나19 대응체계 구축에 기여하였다.

마스크 중복구매 확인시스템 구축

코로나19 감염예방에 필수적인 마스크의 수요 · 공급에 불균형이 생김으로써 줄서기와 사재기 등 국민 불편과 불공평한 보급상의 문제가 발생하여 대책이 시급하였다. 정부는 국민들의 불안감을 최소화하고 마스크 배분을 조속하게 안정화하기 위해 1주당 1인 2매로 구매를 제한하고 요일별 구매 5부제를 시행하였다. 또 중복구매 확인시스템을 가동함으로써 '마스크 3대 구매 원칙'이 준수되도록 방침을 세웠다. 심사평가원은 2020년 3월 6일 공적마스크 판매처의 판매이력을 지원하는 마스크 중복구매 확인시스템을 구축하였다.

마스크 중복구매 확인시스템(biz.hira.or.kr/indexS.ndo?PROGRAM_ID=Msk)은 코로나19 발생으로 공급물량이 부족해진 마스크를 전 국민에게 공평하게 배분하고 판매처의 확인을 지원하기 위해 구축되었다. 국민 1인당 마스크 구매제한을 점검하는 핵심기능은, 마스크 입고수량 등록, 전 국민 주민등록번호 및 외국인등록번호의 유효성 체크, 1주일 2매 구매한 내역 등록, 판매처의 판매내역을 간편하게 조회할 수 있는 것이었다. 국민들이 내 주변의 마스크 판매처 재고수량을 웹과 앱으로 실시간 조회하여 혼란 없이 구매가 가능하도록 하였다. 이를 위해 마스크 판매처의 입고시간, 입고량, 판매량 누계정보 등이 5분 단위로 한국정보화진흥원에 제공되었다.

마스크 중복구매 확인시스템은 공적마스크 배분 안정화를 위해 5일이라는 최단기간 내에 구축된 시스템이었다. 이 시스템을 통해 국민들은 1주 2매(6월 18일 기준 1주 10매)의 구매 제한 속



2020 약국에서 공적마스크를 구입하는 시민

에서도 마스크 구매에 대한 신뢰감이 확보되어 불편과 불안감이 줄어들어 심리적인 안정감을 되찾을 수 있었다. 심사평가원의 우수한 ICT기술력을 기반으로 최단기일 내에 시스템이 구축된 바탕 위에, 국민과 정부가 유기적으로 원활한 협조체계를 이룸으로써 국가적 위기상황에 지혜롭게 대처하는 좋은 사례를 남기게 되었다.

코로나19 대응을 위한 의료자원 관리

중앙사고수습본부는 코로나19 중증환자 치료에 사용 가능한 병상 파악을 위해 코로나19 관련 병상운영 정보시스템의 구축을 심사평가원에 요청하였다.

심사평가원은 중앙사고수습본부 병상관리팀으로부터 요청받은 음압격리병실 보유 의료기관 대상 비상연락체계와 병실 운영현황을 모니터링한 후 중앙사고수습본부에 보고하였다. 코로나19 중증환자 치료병상 확인을 위한 시스템 개발을 요청받은 심사평가원은 2020년 3월 10일 보건의료자원 통합신고포털에 의료기관이 코로나19 관련 병상현황 정보를 매일 제출하는 기능, 중앙사고수습본부와 지자체 등에서 보고서 형태의 결과물을 볼 수 있는 기능을 갖춘 시스템을 구축하였다. 중앙사고수습본부와 지자체, 국립중앙의료원은 코로나19 환자의 병상배정에 이 시스템을 활용하였다. 또 중앙사고수습본부에서는 전국 음압병상 및 의료인력 등의 현황정보를 요청하였는데, 감염병 확산에 신속대응하기 위해 보건의료자원에 대한 정보의 중요성과 활용성이 부각된 사례였다. 심사평가원은 코로나19 중증환자 치료가 가능한 97개 기관의 음압병상 보유 및 가용현황을 매일 파악하여 병상배정에 활용함으로써 중증환자의 신속한 치료와 감염병 확산에 적극적으로 대응할 수 있었다.

코로나19 관련 의약품 재고정보 프로그램 개발

심사평가원은 2020년 3월 23일 코로나19 관련 의약품의 재고정보를 실시간으로 조회할 수 있는 프로그램을 개발하였다. 이는 국가적 재난사태인 코로나19 국면에서 관련 치료약의 보유추정 공급업체 파악과 요양기관의 치료약 수급정보를 제공해야 할 필요성에 의해 개발된 것이다. 코로나19 치료제의 재고정보 프로그램 개발로 실시간 재고량 산출 및 제공을 통해 의약품 수급현황 모니터링이 가능해졌다. 코로나19의 경우와 같은 보건 분야 국가 재난상황이 발생할 시, 신규 치료제의 재고량을 즉시 파악하고 그 정보를 제공함으로써 감염병 확산 방지 및 치료에 신속한 대응이 가능하게 되었다.

코로나19 환자관리정보시스템 구축

코로나19의 전국적인 확산으로 각 기관별로 산재되어 있는 환자의 분류 및 상태 등 환자관리 정보에 대한 통합 관리가 필요해졌다. 이에 기관별 확진 환자 정보 취합 및 실시간 현황 파악이 가능한 통합관리시스템을 구축하게 되었다.

심사평가원과 중앙사고수습본부는 시스템 개요, 사용자별 업무 정의, 화면 구성 구체화 등의 의제로 시스템 구축을 위해 비대면 영상회의 등 업무 협의를 진행하였다. 이후 곧바로 시스템 구축 관련 임시조직을 구성하고, 2020년 3월 10일부터 3월 17일까지 8일간 시스템 개발을 완료하였다. 3월 18일 질병관리본부 및 17개 시 · 도 확진자 데이터베이스 구축을 완료하고 3월 20일부터 코로나19 환자관리정보시스템을 본격적으로 서비스하기 시작하였다.

정부(질병관리본부, 중앙대책수습본부), 각 17개 시 · 도, 격리기관(의료기관, 보건소, 생활치료센터) 등이 일원화된 시스템을 통해 환자의 입 · 퇴원(전원) 현황, 진단상태, 치료상태 정보 등을 공유하고 관리하게 됨으로써 국민들에게 정확한 정보를 실시간으로 제공하게 되었다. 또 의료기관별 병상(음압 등) 잔여 현황을 연계 · 서비스하여 중증환자를 격리기관에 신속하게 배정할 수 있도록 지원하게 되었다.

코로나19 환자관리정보시스템은 향후 감염병 및 재난 대응체계의 성공적 모델을 제시하는 동시에, 관련 정보를 활용함으로써 신종감염병 발생 등에 따른 예방 정책 수립을 지원할 수 있을 것으로 기대된다.



INTERVIEW

김승택

제9대 원장

코로나19 위기 대응을 도약의 발판 삼아 심사평가원의 기능과 역할을 널리 알리길

Q. 심사평가원 제9대 원장으로 재임 당시의 소회가 궁금합니다.

A. 심사평가원에 몸담았던 일원으로서 코로나19 관련 대응으로 고생하고 있을 직원들을 생각하면 안타까운 마음과 자랑스러운 기분이 교차합니다. 재임기간 동안 어려운 여건 속에서도 위기를 지혜롭게 극복하고 묵묵히 각자 맡은 소임을 수행해 준 임직원 여러분에게 감사드리고 싶습니다.

그간 심사평가원은 국민의료평가기관으로서 다양한 임무를 수행하며 발전에 발전을 거듭해 왔습니다. 특히 심사평가원의 시스템이 해외로 진출하고 있는 것을 보더라도 그 우수성은 입증된 것이라 볼 수 있습니다. 이처럼 재임하는 동안 폭넓은 분야에서 최고의 영예를 얻을 수 있었던 것은 모두 심사평가원 임직원의 하나 된 노력이 있었기에 가능했다고 생각합니다.

Q. 창립 20주년을 맞은 심사평가원에 남기고 싶은 메시지는 무엇인가요?

A. 보건의료 정책은 빠르게 변화하고 건강보험제도 실무환경 또한 따라잡기 어려울 정도로 격변하고 있습니다. 사회적 관심도가 높고 정확한 판단을 요구하는 업무도 증가하면서 심사평가원의 역할은 그만큼 더 중요해졌습니다.

창립 20주년을 맞이한 지금, 심사평가원은 우리 사회의 기대에 더 적극적으로 부응해야 합니다. 신속히 대응하는 것도 중요하지만 그보다 지금 하는 일이 과연 국민을 위하는 가치 있는 일인가에 판단의 기준점을 두어야 합니다.

Q. 심사평가원이 앞으로 나아가야 할 방향에 대하여 바람이 있다면 말씀 부탁드립니다.

A. 변화의 물결을 받아들이고 새롭게 적응하는 것만이 심사평가원의 고유 업무인 심사와 평가를 더욱 발전시키는 길입니다. 특히 이번 코로나19 위기 대응을 도약의 발판으로 삼아 심사평가원이 수행하는 기능과 역할을 대중에게 알리고 발전시키는 기회로 활용했으면 하는 바람입니다.

또한, 심사평가원은 항상 국민을 위해 봉사하는 기관이라는 것을 잊지 말아야 할 것입니다. 임직원께서는 이 점을 명심하고 건강보험 재정 관리와 함께 국민의 의료이용 보장 강화를 위해 최선을 다해주시길 바랍니다.

제6장

윤리 및 인권중심 경영으로 신뢰받는 기업문화

제1절.
투명하고 공정한 윤리경영으로
기관의 가치를 올리다

제2절.
차별과 배제 없는
평등한 인권경영을 실현하다

제3절.
일과 가정의 양립을 지향하여
가족친화 조직문화를 조성하다

HISTORY
통사

제1절.

투명하고 공정한 윤리경영으로 기관의 가치를 올리다

1. 윤리경영의 필요성

OECD회원국 간에 국제상거래에서 외국공무원에 대한 뇌물 공여행위를 규제하는 「뇌물방지협약」 체결 이후, 윤리경영은 글로벌 스탠더드로 인식되고 있다. 우리나라도 1998년 12월 「국제상거래에 있어서 외국공무원에 대한 뇌물방지협약」을 제정하고 건전한 시장경제 확립과 기업의 투명성 강화, 부패방지법 등의 제도적 장치를 통해 윤리경영을 시행하고 있다.

국내 기업들 대부분이 기업윤리가 경쟁력 확보의 선결조건이라는 인식으로 윤리경영을 기관의 핵심역량으로 부각시키고 있다. 200개가 넘는 정부 산하기관에서도 경영의 효율성과 투명성이 평가의 중요한 요소로 강조되고 있다. 여러 관련 단체들과 언론기관들의 조사 결과에



2011 제1회 윤리경영위원회 회의



2012 청렴 · 윤리 의식 교육

<윤리수준 진단>

	조직문화 진단	윤리경영 실천수준(HIRA-EMX)	외부고객평가
대상	전 임직원	전 임직원, 이해관계자	심사평가원 업무경험 민원인
주요 내용	• 개인청렴성, 부패신고제도 실효성, 적발처벌 적절성 등 조직문화, 업무문화에 대한 취약부분 인식 및 대응방안 도출	• 윤리경영제도 및 시스템, 사회적 책임이행, 개인별 부패경험 및 인식 관련 수준 진단	• 업무투명성, 업무책임성, 부패인식 및 경험에 대한 인지 및 대응방안 도출
측정	• 조직문화지수 : 8.20점 • 업무문화지수 : 8.27점 * 10점 만점 기준	• 내부 : '19년 89.5점 • 외부 : '19년 91.9점 * 100점 만점 기준	• 투명성 지수 : 8.87점 • 책임성 지수 : 9.54점 • 부패지수 : 9.87점 * 10점 만점 기준
환류	• 개선 필요 사항 도출 및 향후 제도 개선에 반영 • 진단 결과 전 임직원 교육 및 공유	• 개선 필요 사항 도출 및 향후 제도 개선에 반영 • 진단 결과 전 임직원 교육 및 공유	• 조직 성과 공동지표 '청렴도지수'에 반영 • 고객 니즈별 관리방안 수립 및 대응

따르면 윤리경영에 적극적인 기업이 기업가치와 성과 면에서 탁월한 것으로 나타나고 있다.
심사평가원은 윤리수준이 높아야 성과와 가치를 이룰 수 있다는 점을 깊이 인식하고 시대가 요구하는 투명하고 공정한 경영에 선도적으로 나아가고자 윤리경영을 '심사평가원의 경쟁력이자 국민과 요양기관과의 약속'으로 정립하였다.
원장을 위원장으로 한 윤리경영위원회를 구성하고, 상임감사가 위원장인 청렴경영추진위원회와 외부위원들로 구성된 고객만족 경영혁신자문단으로부터 자문을 받고 있다. 윤리경영위원회 산하에 청렴윤리실무위원회를 두고 실무조직들을 통해 구체적인 윤리경영을 실행하고 있다.
2015년까지 윤리경영의 기반구축 단계로 설정하여 추진체계 구축과 윤리규범 정비, 조직 강화, 신고시스템 등의 제도를 개선하였다. 2016~2018년까지 정착단계를 설정하여 청렴 · 윤리의식 교육을 통해 투명경영 시스템을 강화하였다. 윤리경영 실천 로드맵의 마지막인 고도화단계는 2019~2020년 사이에 윤리경영을 생활화하고 윤리 선도기관으로서 대외적으로 리더십을 발휘하여 청렴도 최고기관 실현을 목표로 세웠다.

2. 전문역량 기반의 고품질 감사 서비스 제공

국가기관 자체감사활동 및 상임감사 직무수행실적 평가에 대응하는 감사실의 노력

감사원에서 실시하는 자체감사활동 심사는 2010년 「공공감사에 관한 법률」 제정과 함께 본격적으로 시행되었다. 이에 따라, 감사원은 매년 「공공감사에 관한 법률」에 따라 자체감사활

동의 역량 강화를 지원하기 위해, 중앙행정기관과 지자체 및 공공기관의 자체감사활동에 대해 심사하고 그 결과를 발표하였다.

2017년 심사평가원은 감사원 자체감사활동 평가에서 C등급을 받았다. 이에 기관의 명예와 감사실의 자체감사활동 역량 강화를 위한 특단의 조치가 필요하였다.

2017년 한 해 동안 원주로의 2차 지방이전과 급변하는 보건의료 환경 등에 대비하기 위해 전문역량을 기반으로 감사품질을 향상하고, 대안 제시 중심의 컨설팅 예방 감사를 수행할 수 있도록 감사실의 역량을 집중하였다. 특히, 감사인력 충원 한계 극복과 자율점검 활성화를 위해 도입한 준 감사인 제도의 실효성을 높이고자 준 감사인 공모제를 통해 대상인원을 51명까지 확대 · 운영하였다. 자율점검 실적을 부서평가(BSC)에 도입하여 153건에 대해 2억 3,000만원 정도의 재무상 조치를 달성하여 자율점검을 활성화하였다. 더불어 준 감사인 전원을 대상으로 감사인 전문교육을 실시하는 등 현업부서의 자율점검 역량을 향상시키는 데 노력을 기울였다.

이러한 전방위적 노력을 기울인 결과, 2018년 자체감사활동에 대한 감사원 평가에서 최고등급인 A등급을 달성하여 준정부기관 부문 최우수 자체감사기구 포상(감사원장상)을 수상하는 개가를 올렸다.

이후로도 심사평가원의 자체감사활동 역량강화 노력은 지속적으로 이루어져, 2019년 자체감사활동 평가에서도 A등급을 달성하였다. 2020년 평가에서는 비록 한 등급 하락한 B등급을 받았으나 우수등급을 유지하기 위한 혁신적인 감사활동을 선제적이고 조직적으로 이행하고 있다.

기획재정부는 감사 직무수행의 적정성 및 책임성을 제고하기 위해 「공공기관 운영에 관한 법률」에 따라 「상임감사 직무수행실적 평가」를 실시하였다. 공기업 및 준정부기관을 대상으로 2008년부터 2017년까지는 2년 단위로, 2018년 이후는 매년 실시하고 있다.

심사평가원은 2018년과 2019년 상임감사 직무수행실적 평가에서 양호등급인 B등급을 달성하였다. 그러나 2020년 평가에서는 보통등급인 C등급으로 한 등급 하락하여 신뢰받는 감사기구로 재도약하기 위한 활동이 필요하였다.

이에 중장기 감사전략을 재수립하였다. 구체적인 성과지표를 설정하여 지속적으로 감사 직무수행 적정성 및 책임성을 제고하고 감사자문위원회의 자문기능을 대폭 강화하였다. 또한 다양한 이해관계자 및 외부전문가의 의견을 적극 반영하여 국민에게 더욱 신뢰받는 기관으로 거듭날 수 있도록 체계적이고 조직적인 노력을 지속하고 있다.

준 감사인 제도 도입

심사평가원의 업무영역 확대와 감사대상부서 및 직원의 지속적 증가로 감사 사각지대가 발생하는 등 운영상 한계가 발생하여 감사인력의 효율적 운영 및 감사 전문성 확보를 위해 2014년 6월 준 감사인 제도를 도입하였다. 도입 당시에는 7명의 준 감사인을 지정 · 운영하였으며, 연도별 그 수를 확대하여 2016년에는 39명, 2017년에는 주무팀장 외 희망자의 지원을 받는 공모제 도입으로 4명 추가하여 43명, 2018년과 2019년에는 감사업무 유경험자를 추가하여 각각 51명, 57명, 2020년 현재에는 부서별 주무차장 1명과 전문지식이 있다고 판단된 타 직종(심사직, 전산직, 연구직) 1명을 포함하여 총 89명으로 확대 · 운영하고 있다.

<점검 프로세스>

자체점검
- 해당부서 수행업무 자체점검(반기 1회)
- 공직기강 점검(수시)
- 방만경영 예방 활동 점검(분기 1회)

(특이사항 없음) ➡ **점검결과 조치**
- '특이사항 없음'을 서면 또는 구두로 감사실로 통보

(사안 발생 시) ➡ **점검결과 조치**
- 즉시 시정조치 후 발생내용, 조치사항, 조치계획 등을 감사실로 통보

⬇ **감사실 점검**
- 자체점검 활동 및 조치내용 등에 대한 내용 확인

⬅ **사후관리 및 재발 방지**
- 체크리스트의 지속적인 업데이트 및 현업 배포
- 타기관 · 자체 지적사례 공유 및 교육 실시

이들의 주요 업무는 감사인과 동일한 자격으로 종합감사 등 실지감사에 참여하였고, 각 소속 부서의 업무에 대해 주기별 자율점검을 통한 자체감사 활성화에 기여하고 있으며, 방만경영 예방활동, 부패방지경영을 위한 부서별 부패리스크 도출 및 평가 등의 업무를 수행하였다.



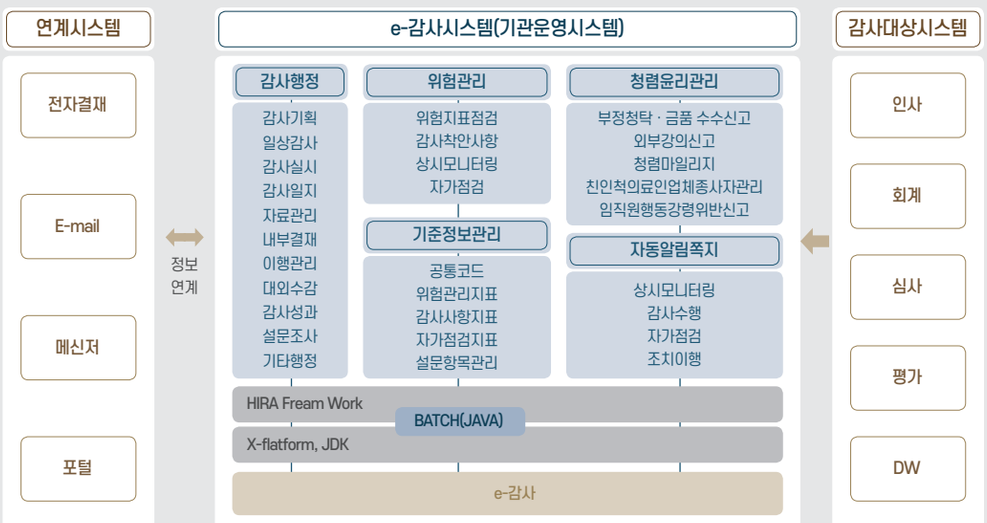
2015 준 감사인 대회

준 감사인의 전문 역량 강화를 위해 매년 감사지식 함량과 반부패 · 청렴 · 윤리의식을 고취하는 등 집합교육을 실시해 왔으며, 부서별 자율점검 평가 등을 통해 우수등급을 받은 부서의 준 감사인에 대한 포상 추진 및 모범직원 해외연수 대상자로 추천하는 등 준 감사인 대상 인센티브를 강화하여 자율점검 활성화에 노력하였다.

e-감사시스템 구축

2013년 6월에 비즈넷 시스템에서 운영해왔던 내부감사 업무와 심사평가원 내 위험을 도출하고 관리하기 위한 사전경고시스템 기능을 통합 및 IT감사 기법을 도입하여 내부감사 업무, 상시모니터링 등이 가능한 e-감사시스템 구축을 완료하였다. 이후 대내 · 외의 감사요구 증가와 감사자료 분석을 통한 감사품질 제고 중요성이 커져 감사정보의 체계적인 관리가 요구되었다. 이에, 2016년 '내부감사 품질평가 및 중장기 감사전략' 컨설팅을 통해 전사 위험기반 감사운영체계를 강화하고, 2017년에는 감사실무 체크리스트, 자율점검 체크리스트 등 감사지표 개선과 전자결재시스템과 자동 연계하는 등 업무편의성 제고와 감사업무 효율성 향상을 위해 e-감사시스템 개선을 지속적으로 추진하였다.

<시스템 구성도>



e-감사시스템을 지속적으로 개선한 결과, 감사실에서는 대내 · 외 수감한 감사에 대한 이력관리, 내부감사 진행상황 관리, 상시모니터링 지표관리, 연도별 감사실적 관리, 감사인 교육관리, 외부강의 신고 등을 위한 청렴신고센터 운영 등의 업무를 수행할 수 있으며, 사업부서에서는 매년 자체적으로 시행하는 자율점검 결과등록, 종합감사 자료제출, 조치이행 결과등록, 감사관련 설문조사참여, 대외 감사 수감 시 대외수감일보 작성, 상시모니터링 확인 등록 등의 업무를 수행할 수 있는 체계적인 내부통제시스템으로 발전하였다.
2020년에는 감사사례 검색기능, 감사 반복지적사례 공유, 상시 감사관련 질의 등 직원과의 소통을 원활히 할 수 있는 감사 커뮤니티를 신설하는 등 지속적인 e-감사시스템 고도화로 감사품질을 제고하였다.

감사자문위원회 운영

감사자문위원회는 2014년 자체 감사업무의 전문성 및 공정성 제고를 위해 회계사, 노무사, IT 전문가 등 내 · 외부 위원 7명을 2년 임기로 구성하여 중장기 감사전략 및 감사제도 개선 등에 대한 자문역할을 수행토록 하였다. 2017년에는 원주 이전에 따른 지역 활동 전문가, 건축 및 법률 전문가 등을 위촉하여 감사자문위원회를 재구성, 중장기 감사전략 설정 및 중점관리 위험지표 선정에 참여하였다. 2018년에는 분기별 정례화를 실시하여 감사자문위원회를 4회 개최하였다. 2019년에는 감사자문위원회 전문가 영역을 확대하기 위해 건축, 토목, 전기, 감정평가 분야 등의 전문가를 위촉하여 7명에서 15명으로 확대 구성하였다.
감사자문위원회가 다양한 분야의 전문가로 확대되면서 감사 전략수립뿐만 아니라, 각종 감사업무 현안에 대한 수시자문, 대내 · 외 감사활동에 전문적이고 다양한 의견이 반영되어 감사업무의 전문성 및 투명성이 강화되었다.

안심신고변호사 제도 도입

심사평가원은 익명신고채널을 통해 부패행위, 성희롱, 직장 내 괴롭힘 등의 사건을 접수하여 조사하고 있다. 익명신고 접수 건의 대부분은 신고 내용이 명확하지 않아 신고자에게 증빙자료를 보완 요청하거나 구체적인 사실관계 및 근거 없이 특정인을 비방하는 사례 등으로, 신고자의 불안감 해소, 감사실과 신고자의 소통 등을 위한 중간자 역할이 필요하였다. 2020년 8

월 감사실은 신고자 권익 보호 및 익명성 강화를 위해 안심신고변호사 제도를 도입하였다. 안심변호사가 전자우편을 통해 신고자와 법률적 소통을 하고 감사실에 대리 신고하여 신고자의 익명성을 보호하는 제도이다. 안심신고변호사는 인사, 노무분야 자문경험이 풍부한 변호사(강원도 소재)를 위촉하였다. 직원들이 편안하게 전문가 상담을 이용하고 비위행위 신고를 활성화시켜 청렴문화가 확산되길 기대하고 있다.

<신고처리 절차>



3. 임직원의 청렴 문화와 경영 투명성 제고

국가기관 청렴도 및 부패방지 시책평가에 발맞추는 청렴 노력

국민권익위원회는 매년 중앙행정기관 및 공직유관단체 등을 대상으로 부패발생 현황을 측정하여 청렴도 평가를 실시하였다. 2017년 심사평가원은 가장 낮은 종합청렴도 5등급을 받았다. 기관의 명예와 직원들의 자긍심 회복을 위해 반드시 청렴도를 높여야만 하였다.

이에 신 · 구세대가 공감할 수 있는 조직문화를 조성하는 것에 노력을 기울인 결과, 2018년 청렴도 평가에서 직전 대비 3개 등급이나 상승하여 종합청렴도 2등급을 달성하는 개가를 올렸다. 청렴한 조직문화를 만들기 위해 모든 구성원이 화합하고 노력한 결과라서 더욱 뜻깊은 일이었고, 청렴도 등급의 회복으로 국민들로부터 더욱 신뢰받는 기관으로 우뚝 서게 되었다.

심사평가원의 청렴 수준 제고 노력은 계속 이어져 부패취약분야와 민간 주도 반부패 확산활동에도 집중하였다. 부패를 사전에 차단하고 공공기관의 사회적 책무를 다하고자 반부패 · 청렴문화 확산 활동을 체계적이고 조직적으로 이행하고 있다.

국민권익위원회가 공공부문 청렴 수준 제고를 위해 2002년부터 매년 평가하는 공공기관 반부패 활동 및 성과에서도 2019년 1월 '2018년도 공공기관 부패방지 시책평가 우수기관'으로 선정되었다. 2013년부터 6년 연속 선정됨에 따라 심사평가원의 높은 부패방지 수준을 대

내 · 외로부터 인정받았다.
그러나 2019~2020년에는 청렴도 평가에서 3등급에 머물러, 내부청렴도가 전반적으로 미흡하다는 내 · 외부 지적이 있어 내부청렴도를 높이기 위한 노력을 기울이고 있다.

청탁금지법 제정에 따른 노력

그간 우리나라는 경제성장에 우선순위를 둔 결과, 세계 10대 경제대국은 달성하였지만 국제투명성 평가에서는 2016년까지 세계 52위로 낮은 수준이었다. 이에 2012년 공직사회 기강 확립을 위해 '부정청탁 및 금품수수의 금지에 관한 법률'이 일명 '김영란법'으로 입법 발의되었다. 2014년 세월호 사건을 계기로 국회 논의가 급물살을 타게 되면서 2015년 3월에 정식 공포되었고, 2016년 9월부터 본격 시행되었다.
청탁금지법 시행에 발맞춰 심사평가원은 2016년 9월 '청탁금지법 관련 특별교육'을 실시하였다. 청탁금지법과 직접적 연관성이 높은 부서부터 교육을 실시하였다. 점차 전 직원 대상으로 직급별 · 분야별 맞춤형 교육으로 전환하여 임직원 부패행위에 대한 인식도를 높이고 부패신고방법을 구체적으로 안내하였다. 10월에는 「부정청탁 및 금품 등 수수의 금지에 관한 법률」 시행에 따른 신고의 접수 및 처리 업무를 효율적으로 수행하기 위해 「부정청탁 및 금품 등 수수의 신고사무 처리지침」을 제정하였다. 그해 11월에는 '청탁금지법 준수를 위한 HIRA 매뉴얼'을 제작하였다. 「부정청탁 및 금품 등 수수의 금지에 관한 법률」이 시행됨에 따라 청렴한 공직문화 형성을 위해 임직원 업무수행 시의 가이드라인을 제공하기 위한 것이었다. 이로써, 청탁금지법의 주요사항을 숙지하고 실천하여 부패행위와 민원 발생에 대응하는 태세를 갖추게 되었다.
2017년 10월 청탁금지법 시행 1년을 맞아 임직원뿐만 아니라 고위직 및 청탁금지법 대응 실무협의체를 대상으로 청렴교육을 실시하였다. 이를 통해 심사평가원의 청탁금지법 대응체계를 확인하고, 청탁금지법 시행 시사점 등을 공유하는 계기가 되었다. 2018년에는 청렴실천을 결의하는 서약서를 전 직원이 작성하였고, 매월 청탁금지법, 행동강령 개정사항 등 청렴콘텐츠를 포함한 자가학습시스템을 운영하였다. 2019년에는 부패방지경영시스템(ISO 37001) 국제 인증을 보건의료 분야 공공기관 최초로 획득하였다. 이는 P-D-C-A(계획-실행-평가-개선) 기반의 부패예방 선순환체계를 구축하여 심사평가원의 윤리경영을 지원하고 대내 · 외적으로 신뢰도 향상에 기여하였다.

2020년 1월부터는 상임감사의 특별지시로 부서장 중심의 반부패추진단을 구성하여 각 부서별 청렴도 향상 자체 추진과제를 자율적으로 발굴하였다. 이는 직원들의 주도적 참여로 추진실적을 점검 · 공유하여 반부패 · 청렴의 가치를 내재화하는데 큰 역할을 하고 있다. 5월에 개시한 '반부패 · 청렴 챗봇(Chatbot) 서비스'는 임직원이 언제든지 청탁금지법과 임직원 행동 강령을 쉽게 검색할 수 있는 창구가 되었다. 부정청탁, 금품 등 수수금지, 외부강의, 임직원행동강령, 부패신고채널을 포함하는 5개 영역 48개 범주에 대한 상담지식을 개발하였다. 이러한 실시간 AI 상담 서비스는 관련 법령에 대한 임직원의 이해도를 제고하였다.

2020년 10월 「청탁 대응 표준 행동수칙」을 제정하였다. 임직원이 부정청탁을 받았을 때 현명하게 대처할 수 있도록 심사평가원이 수행하는 심사 · 평가 · 정책결정 등의 업무범위에서 구체적 행동방식을 제시하였다. 12월에는 「식사제공 및 금품향응 수수 등에 대한 표준행동 수칙」을 제정 · 배포하였다. 내 · 외부 이해관계자로부터 공정성을 훼손하는 선물 식사 접대 시, 상황별 거절할 수 있는 요령을 안내하여 청탁금지법 위반 상황을 사전에 예방하기 위함이었다.

반부패추진단 구성 및 운영

심사평가원은 기관 전체 부서장들로 구성된 조직을 마련하였다. 청렴과 반부패 업무의 추진동력과 실행력을 확보하기 위하여 2020년 1월 상임감사를 단장으로 기관 전체 부서장들로 구성된 반부패추진단을 구성한 것이다.

반부패추진단은 부서장 주도로 조직의 청렴 · 반부패 경영방향성을 공유하고 임직원들의 일체감을 형성하여 윤리경영 인식을 고취시켰다. 1월 출범회의를 시작으로 분기별로 회의를 운영하고 있다. 1월 30일 반부패추진단 운영방향 등의 논의를 위한 1차 회의, 3월 15일 청렴 · 반부패 업무 추진동력 및 실행력 확보를 위한 2차 회의, 6월 4일 청렴 · 반부패 업무 추진동력 및 실행력 확보를 위한 3차 회의를 개최하였다.

반부패추진단은 부서별로 업무 특성에 맞는 청렴 · 반부패 향상 과제를 발굴하여 추진하는 구심점으로 기능하고 있다. 더불어 청렴 · 반부패 업무에 관한 타 기관의 우수사례를 공유하고, 추진계획과 실행방안에 대한 외부 전문가 자문을 통해 전문성과 실효성을 갖춘 정책을 수립하고 있다.



2014 반부패 · 청렴 실천 결의대회

국제 표준 부패방지경영시스템(ISO 37001) 인증 도입

2019년 10월 심사평가원은 '국제표준 부패방지경영시스템(ISO 37001)'을 인증 받았다. 부패방지경영시스템이란, 국제표준화기구(ISO)가 제정한 부패방지 경영시스템 국제표준으로 세계 반부패 법령이 요구하는 수준을 갖춘 조직에게 수여하는 것이다.

인증을 위해 매년 각 부서 단위로 내 · 외부 환경변화 및 업무에 따라 발생하는 고유 리스크를 식별하고, 리스크 수준에 맞는 적절한 통제 수단을 관리 · 실행하고 있는지 평가하였다. 또한, 외부 이해관계자를 대상으로 심사평가원의 부패방지 경영시스템에 대한 인지도를 조사하여 대내 · 외적으로 심사평가원 제반 업무에 대한 신뢰도를 향상시켰다. 심사평가원의 부패 모니터링 체계가 올바르게 작동하고 있고, 부패 사전차단을 위한 개선활동이 지속적으로 이루어지고 있음을 국제적으로 인정받은 것이다.

2020년에는 부패방지경영시스템(ISO 37001) 사후 인증을 유지하였다. 대내 · 외 환경 분석을 통해 부패리스크를 식별하고 통제수단을 강화하여 내 · 외부 심사를 통해 부패방지경영시스템(ISO 37001)을 고도화 하였다.

청렴가치 공유를 위한 청렴소식지 발간

청렴소식지는 일방적 · 하향식 청렴가치 전달의 한계를 극복하고자 2013년 5월 제1호를 발간하였다. 매 월 기관장의 청렴메시지, 청렴업무 현안 · 관심사항 등을 수록하여 청렴소식지를 청렴매니저(2급 관리자) e-mail로 송부하였고, 부(팀)별 청렴 활동의 날 학습 자료로 활용 하

였다. 이는 직원 대상 청렴가치 전파에 있어 관리자(2급)의 역할을 강화하여 주체적이고 자발적인 청렴활동을 촉진하기 위함이었다.

2018년 2월부터는 청렴활동의 날에 대한 업무 부담과 피로를 줄이고, 자율적 청렴분위기 조성을 유도하기 위해 청렴소식지 발간을 중단하였다. 대신 청렴 관련 자료를 청렴 · 윤리게시판에 수시 게재하여 전사 공유하고, 청렴활동의 날 운영도 부(팀)장 책임 하에 자율 운영 하는 등 방식을 변경하여 운영하였다. 그러나 청렴도 향상 관련 정보 및 공지사항, 감사사례 등의 정보 전달을 위하여 2019년 12월부터 분기별 1회 주기로 청렴소식지를 다시 발간하였다. 청렴공유 활동을 더욱 촉진시키고 부패 · 비위에 대한 경각심을 높여 재발을 방지하기 위하여 감사사례 전사 공유가 특히 중요했기 때문이었다.

이에 더해 신고사항 접수 및 처리 · 조치 결과, 현재 현안 · 관심사항 등을 적극 공지하여 정보의 비대칭성을 해소하고 전 직원 소통을 강화하고자 하였다. 사내게시판 '청렴문화 이야기'에 게시하여 연중 · 수시 검색 및 활용이 가능하도록 하고, 각 부(팀)는 청렴활동의 날 운영 시 자율적 학습 및 토론 자료에 청렴소식지를 활용하고 있다.

청렴시민감사관 제도 운영

지역 시민단체 대표자 등 외부 전문가로 구성된 '청렴시민감사관' 제도는 2012년 최초로 도입되었다. 이 제도는 지역사회와 협력적인 관계를 구축하여 부패행위에 대한 밀착 관찰과 실질적인 개선 및 반부패 문화 확산과 정착에 기여하는 것을 목표로 하고 있다. 이에 청렴시민감사관을 위촉하고, 독립적으로 업무를 수행할 수 있는 지위를 부여해 감사업무에 참여시켰다.



청렴소식지

2019년에는 심사평가원이 원주혁신도시로 전체 이전함에 따라 5명 이내였던 청렴시민감사관을 10명 이내로 확대하도록 관련 규정을 개정하였다. 이와 더불어 반부패 · 청렴업무 전문가, 강원도 지역 시민단체 활동가 등 시민사회를 대표하는 다양한 분야의 전문가를 위촉하여 재구성하였다. 청렴시민감사관 제도 운영을 통해 반부패 · 청렴 정책을 분석하고 부패유발요인을 사전에 예방하여 심사평가원의 행정 공정성과 투명성을 제고하기 위함이었다. 청렴시민감사관은 심사평가원의 경영과 사업 전반에 대한 투명한 감시 및 평가뿐만 아니라 지역사회와 상생할 수 있는 사회공헌활동을 통해 지역 청렴문화 확산에도 기여할 것으로 기대하고 있다.

자발적 청렴문화 확산, 청렴활동의 날 운영

2013년 5월 감사실 위주의 하향식 청렴교육에서 탈피하여, 부(팀) 중심의 실질적 · 자발적 청렴활동을 실시하고자 매월 두 번째 월요일에 '청렴활동의 날'을 운영하였다. 이는 청렴도 향상을 위한 실질적인 업무개선과 조직문화 변화를 위함이었다. 청렴매니저(2급)를 각 부별로 지정하여 직원들의 애로 · 건의사항을 청취하고 정보를 공유하는 등 진정한 소통의 장으로 운영되었다. 2015년 4월에는 공공부문에서 민간부문으로 청렴문화를 확산해야한다는 정부 기조에 발맞춰, 청렴활동 대상범위를 외부 이해관계자까지로 넓혔다. 공익신고자 보호제도 및 심사평가원 부패방지 노력 등을 알려 대외적으로 업무 투명성 및 신뢰도를 제고하였다. 2018년 2월부터는 자율적 운영을 적극 독려하기 위해 매월 우수사례를 선정하여 포상금을 지급하였다. 이로써 직원들의 참여도는 대폭 증가하였고, 아래로부터 시작하는 자발적 청렴의지는 그해 청렴도 2등급이라는 결과로 이어졌다.

공익 · 익명신고자 보호 및 실효성 확보

2011년 9월 30일부터 「공익신고자 보호법」이 시행되었다. 이에 국민의 안전 · 환경 등 공익침해행위를 신고한 사람을 각종 불이익으로부터 보호함으로써, 누구든지 안심하고 신고할 수 있도록 '공익신고자 보호제도'를 운영하였다.

심사평가원도 홈페이지에 공익신고 채널을 마련하여 공익신고 분위기 활성화에 동참하였다. 2012년 10월 공익신고자의 징계처분을 감면하고 신고자의 비밀보장 등을 내용으로 「부패방지 및 공익신고 운영에 관한 지침」을 제정하였다. 모든 임직원에게 신고의무를 부과하고, 신

고방법 및 처리절차와 신고자에 대한 인센티브를 마련한 지침이었다.
2014년 9월부터 외부 기관인 레드휘슬을 활용한 '익명 신고시스템'을 도입하여 내부 신고자의 신분 노출로 인한 불이익을 막고, 부패취약 분야 조기발견과 내부통제 강화에도 힘쓰고 있다.

<익명 신고시스템 진행과정>



부패행위 신고센터 홍보 및 활성화 노력

2020년 5월 부패행위자 처벌의 실효성 강화 및 신고제도 활성화를 촉진하기 위해 '부패근절 365챌린지'를 시작하였다. 매월 1일 사내메신저 알림을 통해 청렴 소식을 전달하는 '청렴소식 알리미', 매월 1일 SMS(문자)를 통해 청렴 실천 다짐 메시지를 전송하는 '청렴 실천 다짐 알리미'를 실시하고 있다.
신고할 내용에 따라 적절한 신고센터를 활용하도록 이슈별(부패, 갑질, 성희롱 등) 상담 부서 및 신고 센터를 표로 정리하여 사내 게시판, 알림창, 청렴소식지에 상시 게시하였다. 더불어 부패행위와 신고센터 안내 스티커를 제작 · 배포하는 등 부패신고센터를 적극 홍보하였다. 조직 내 · 외의 부패행위를 적극적으로 신고할 수 있는 분위기를 조성함으로써 부패근절 의지를 대내 · 외에 전파하고 있다.

고위직 직무청렴계약 체결

심사평가원 정관 제20조(상임임원의 직무청렴 계약 등) 내부규정에 따라 기관장을 포함한 임원은 직무청렴계약을 체결하고 있다. 윤리경영 강화 및 경영 투명성 제고를 위해 2006년부터 취임 후 3개월 이내 직무청렴계약을 체결하여야 한다. 고위직의 솔선수범을 강화하여 경영 투명성을 높이고자 하는 목적이며, 임원의 청렴의무와 그 위반에 대한 책임 등 고위공직자의 준수사항이 계약의 주 내용을 이루고 있다.

임직원 청렴 · 반부패 문화 내재화 및 확산

심사평가원은 임직원들의 청렴 · 반부패에 대한 인식을 고취시키고, 업무 수행에서 내재화된 행동양식으로 정착하기 위해 교육과 행사를 지속적으로 수행하고 있다.

2018년 전 부서가 참여하는 청렴 표어행사를 진행하여 총 38개의 표어를 제출하였고, 최종적으로 9개의 표어를 선정하여 임직원과 지역주민에게 공유함으로써, 심사평가원 반부패 · 청렴문화 확산의지를 지속적으로 표명하였다.

2019년에는 'HIRA 청렴주간(청렴WEEK)'을 지정하여 청렴문화 개선 활동을 진행하였다. 6월 12일부터 14일까지 임직원들이 직접 청렴 문구와 구절을 만들어보는 캘리그라피 액자, 비누 만들기 등 참여행사를 통해 청렴 · 반부패 문화가 내재화되는 기회를 제공하였다. 청탁금지법, 신고자 보호제도 등의 내용을 쉽게 이해할 수 있도록 '청렴 개그콘서트'도 진행하였다.

2020년 6월 22일부터 24일까지 'HIRA 청렴주간(청렴WEEK)'에는 관람형(청렴영화 상영) · 체험형(부패모의 신고 체험, 청렴 관련 상담) · 맞춤형(청렴교육) 등 임직원이 다양한 프로그램에 참여할 수 있는 기회를 마련하였다. 이는 코로나19 위기상황에서도 심사평가원의 청렴 분위기가 확산하는 데 일조하였다.

4. 청렴도 향상을 위한 외부기관과의 협력

2013년 6월 반부패 · 청렴활동 선도기관인 한국공항공사와 '반부패 · 청렴 업무협약(MOU)'을 체결하였다. 국민권익위원회의 반부패 경쟁력 평가에 효과적으로 대응하기 위한 노력의 일환이었다. 양 기관은 반부패 · 청렴 업무에 상호 협력체계를 구축하고, 청렴문화 정착과 윤리경영 확립을 위한 제반 활동을 영위해 나가기로 하였다. 더불어, 부패행위 예방을 위한 감사 활동과 품질을 향상시키는 방안을 공유하고, 그 외 부패방지 확산을 위한 협력사항을 공동으로 모색하였다.

2016년 9월 심사평가원은 '치악골 청렴 한마당'을 개최하여 원주지역 혁신도시 공공기관들과 청렴 클러스터를 구축하였다. 공공기관 지방이전을 계기로 지역별 청렴거점을 통해 공공기관과 우리 사회 전반에 청렴분위기를 조성하기 위한 행사였다. 이 행사에는 국립공원공단, 국민건강보험공단, 대한석탄공사, 대한적십자사, 도로교통공단, 한국관광공사, 한국광물자원공사, 한국광해관리공단, 한국보훈복지의료공단 등이 참여하였다.



2019 대한석탄공사, 원감회 연탄나눔 행사

2017년 9월에는 심사평가원 주관 '청정강원 청렴한마당'을 개최하였다. 이는 강원지역 청렴 클러스트 구축 및 지역사회 청렴문화 확산을 위한 것이었다. 원주 혁신도시 초등학생, 지역주민 그리고 16개 공공기관이 참여한 대규모 행사로 원주시립교향악단 축하공연으로 행사가 시작되었다. 지역 초등학생을 대상으로 실시한 청렴콘텐츠 공모전 수상작 시상과 청렴연수원에서 준비한 공연 및 연극 등의 순서로 진행되었으며, 다양한 청렴문화 체험활동도 함께 이뤄졌다. 이로써 국민들이 청렴의 중요성을 깨닫고 솔선수범해 일상생활에서도 청렴을 실천하도록 청렴문화를 확산하는 데 일조하였다.

2018년 3월 심사평가원은 국민권익위원회가 주관한 '청렴컨설팅'에 참여하였다. 한국관광공사가 멘토기관이 되어 공공기관 전반의 청렴수준 향상을 위해 상대적으로 청렴도가 미흡한 기관의 문제점과 원인을 진단하여 맞춤형 대안을 제시하는 컨설팅이었다. 이에 심사평가원과 한국광해관리공단이 멘티기관으로 참여하여 컨설팅을 받게 되었다.

청렴도 2등급 기관으로 우뚝 선 2018년 12월에는 국민권익위원회가 주관하는 '2018년 반부패 주간 기념식'에 심사평가원이 발표기관으로 선정되어 참석하였다. '기관장이 직접 지휘하는 청렴 경영 및 청렴 실천을 위한 현장중심 소통 확대'의 내용으로 사례를 발표함으로써 청렴우수기관으로서의 입지를 공고히 다졌다.

2019년 9월 「강원도 청렴사회 민관협의회 설치와 운영에 관한 조례」 제정에 따라 공공기관을 중심으로 강원도 청렴사회 민관협의회의 창립총회가 열렸다. 이로써 공공기관과 민간기관 및 기업이 함께 노력하여 강원지역의 반부패 활동과 청렴문화를 확산하는 기반이 마련되었다.

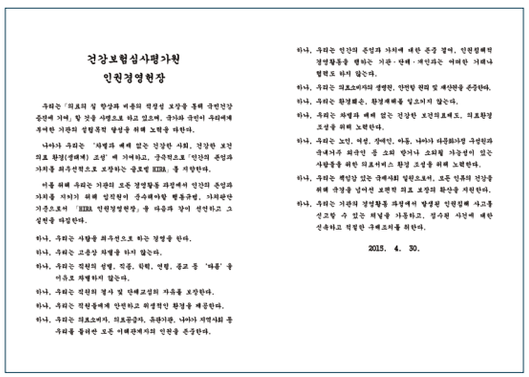
제2절.

차별과 배제 없는 평등한 인권경영을 실현하다

1. 인권경영의 전략

심사평가원은 인권을 주요 경영 이슈로 인식하고 있으며, 국내 · 외 기준을 적극 검토하여 인권경영을 추진하고 있다. 특히, '인권경영헌장'을 선포하고 '인권경영이행지침' 제정 및 인권경영위원회를 구성하는 등 인권경영 확산을 선도하고 있으며, 국내 · 외 다양한 활동을 통해 인권의 핵심인 '건강과 복지증진'을 실현시키고자 노력하고 있다.

심사평가원은 인권경영 제도 도입에 대한 로드맵을 수립하고, 2015년 인권경영 추진계획



건강보험심사평가원
인권경영헌장

심사평가원은 「의료의 질 향상과 적정성 보장을 통해 국민건강 증진에 기여」, 「안전을 사명으로 하고 있으며, 우리와 국민이 국회에게 부여한 기관의 설립목적 달성을 위해 노력을 하한다.

나아가 우리는 '차별과 배제 없는 건강한 사회, 건강한 보건의료 환경(생태계) 조성' 에 기여하고, 궁극적으로 '인간의 존엄과 가치를 최우선적으로 보장하는 광조에 ㅁㅁㅁ, 을 지향한다.

이를 위해 우리는 기관의 모든 경영활동과정에서 인간의 존엄과 가치를 지키기 위해 법적합의 준수해야할 행동규범, 가치판단 기준으로서 「ㅁㅁㅁ 인권경영헌장」을 마음과 맞이 선언하고 그 실천을 하겠한다.

하나, 우리는 사람을 최우선으로 하는 경영을 한다.

하나, 우리는 고충상 차별을 하지 않는다.

하나, 우리는 직원의 선발, 직종, 직책, 전형, 종교 등 '다름' 을 이유로 차별하지 않는다.

하나, 우리는 직원의 평가 및 단체교섭의 자유를 보장한다.

하나, 우리는 직장폭력에 단호하고 희생적인 환경을 제공한다.

하나, 우리는 의료소비자, 의료공급자, 유관기관, 나아가 지역사회 등 우리를 둘러싼 모든 이해관계자의 인권을 존중한다.

하나, 우리는 인간의 존엄과 가치에 대한 존중 정어, 인권침해적 경영활동을 멀하는 지준 · 단체 · 개인과는 어떠한 거래나 협력도 하지 않는다.

하나, 우리는 의료소비자의 생명권, 안전할 권리 및 개인만을 존중한다.

하나, 우리는 환경훼손, 환경파괴를 일으키지 않는다.

하나, 우리는 차별과 배제 없는 건강한 보건의료에도, 의료환경 조성을 위해 노력한다.

하나, 우리는 노인, 여성, 장애인, 아동, 나아가 다중회가장 극선한과 국내거주 외국인 중 소외 받거나 소외될 가능성이 있는 사람들을 위한 의료서비스 환경 조성을 위해 노력한다.

하나, 우리는 책임감 있는 국제사회 일원으로서, 모든 인종의 건강을 위해 건강을 심어선 보편적 의료 보장의 확산을 지원한다.

하나, 우리는 지속적 경영활동을 과정에서 경영진 인권침해 사고를 선고할 수 있는 체널을 가동하고, 접수된 사안에 대한 신속하고 적절한 구제조치를 취한다.

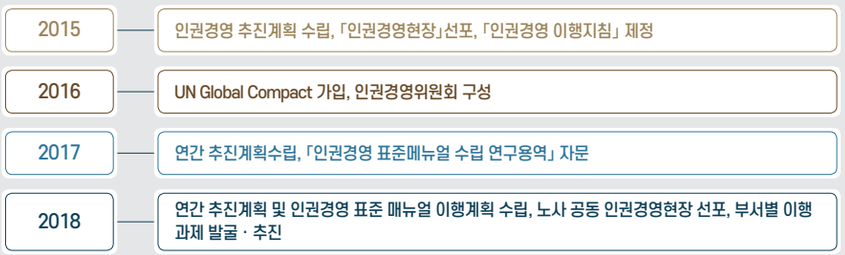
2015. 4. 30.

2015 건강보험심사평가원 인권경영헌장

을 세워 '인권경영헌장' 선포 및 '인권경영 이행지침'을 제정하였다. 2016년 UN Global Compact에 가입하였고, 기관 내부에 인권경영위원회를 구성하였다. 2017년에는 인권경영에 관한 연간 추진계획을 수립하고, 국가인권위원회 '인권경영 표준매뉴얼 제작' 연구용역에 자문기관으로 참여하였다. 2018년 연간 추진계획 및 인권경영 표준매뉴얼 이행계획을 수립하였고, 노사 공동으로 인권경영헌장을 선포하였다. 또 각 부서별로 이행과제 발굴을 추진하였다.

심사평가원은 단체협약과 취업규칙 등 내부 규정에 따라 인권이 존중되는 근무환경을 조성함으로써 업무, 승진, 복지, 기본급 등에 대한 차별 발생을 방지하였다. 인권 침해 및 차별과 관련된 사항에 대해서는 인권침해구제 절차 또는 사내 감사 등의 내부 모니터링 시스템으로 대응하고 있다. 또 인권감수성 함양을 위해 매년 장애인식개선교육(연 1회), 폭력예방교육(연 2회), 청렴교육(연 1회) 등 다양한 주제의 인권교육을 정기적으로 진행하고 있다. 신규직원 및 승진자 교육과정에 인권교육을 포함시킴으로써 조직 구성원들의 인권 감수성 함양의 토대가 되고 있다. 국가인권위원회가 2017년부터 공공기관의 인권경영문화 확산을 위해 기획한 '기업과 인권' 교육 과정을 연 1회 운영하고 직원들의 참여를 장려하였다.

<인권경영 제도 도입 로드맵>



2. 인권경영 추진 기반 마련

인권경영헌장 선포

2014년 9월 국가인권위원회 상임위원회는 공공기관을 대상으로 '공공기관 인권경영 실천 · 확산을 위한 인권경영 가이드라인 및 체크리스트 적용 권고'를 결정하였다. 인권경영에 대한

사회적 인식 확산과 인권경영 실천의 제도적 여건을 마련하기 위해 30개 공기업과 87개 준정부기관을 대상으로 권고가 실행되었다.
심사평가원은 기관운영 및 사업추진 진행 시, 인권보호 및 존중의 책무를 다짐할 수 있는 정책선언의 필요성이 대두되었다.
심사평가원은 인간의 존엄과 가치를 중시하고 보호하는 인권경영 추진계획을 수립하여 2015년 4월 3일 그 보고를 실행하였다. 이사회가 인권경영의 의사결정기구로서 기능하고 미래전략부가 인권경영의 총괄부서로 구성되는 등 심사평가원의 인권경영을 위한 체계적인 추진 기구들을 마련하였다.
인권경영헌장은 2015년 근로자의 날에 맞춰 선포되었다. 노사가 공동으로 선포한 심사평가원의 인권경영헌장은 대한민국 공공기관 중 최초의 제정 및 선포라는 영예를 안았다.

인권경영 이행지침 제정

2014년 12월 국가인권위원회는 기관이 실시 중인 인권경영을 구체화하여 실질적이고 효과적인 실행이 되도록 노력할 것을 권고하였다. 이에 심사평가원은 2015년 11월 13일 기관 최초로 '인권경영 이행지침'을 제정하였다. 제1조(목적)를 포함하여 총 18개 조항으로 구성된 이 지침은 내 · 외부의 인권전문가로 구성된 인권경영위원회의 조직을 명문화하였다. 인권침해에 대한 구제책을 마련하고 인권교육을 연 1회 이상 실시할 것 등을 적시하였다. 기관 최초로 인권경영 이행지침을 제정함으로써 인권경영의 구체적인 운영체제가 구축되어 그 실행의 발판으로 기능하게 되었다.

UN의 '기업과 인권' 연례 포럼 참석

2015년 11월 심사평가원장은 스위스 제네바에서 열린 UN의 '기업과 인권' 연례포럼에 패널로 참석하여 대한민국 공공기관으로서 심사평가원의 인권경영을 발표하였다. UN은 '기업과 인권' 연례포럼 개최를 통해 전 세계의 다양한 기업과 인권 관련 현안을 논의하고 경험을 공유하며 발전방향을 모색하여 왔다. UN은 2015년 제4회 UN '기업과 인권 포럼'에 국가인권위원회의 추천을 받아 심사평가원장을 패널로 초청하였고, 심사평가원장은 대한민국 공공기관 대표로서 참석한 것이었다. 이 포럼을 통해 영국의 국가보건의료서비스(National Health

Service, NHS)와 덴마크 보건부, 런던정경대 등에 대한민국의 ICT기반 건강보험제도를 소개하는 기회를 얻었다. 또 심사평가원과 덴마크 보건부 간에 건강보험 협력을 위한 의향서(LOI)를 체결하는 등 국제 네트워크 구축을 추진할 것에 대해 논의하였다.
심사평가원이 대한민국의 공공기관을 대표하여 UN의 '기업과 인권 포럼'에 참석, 심사평가원의 인권경영을 전 세계에 알리며 국제적인 위상이 크게 증대되었다.

노사 공동 인권경영 선포식

2018년 6월 29일, 창립 18주년 기념식에서 심사평가원의 노사는 공동으로 인권경영 선포식을 개최하였다. 노사 공동 인권경영 선포식은 기관장이 새로 취임할 때마다 정기적으로 개최하고 있으며 선언문은 심사평가원 홈페이지를 통해 공개하고 있다. 심사평가원은 인권경영 선언을 통해 '인권보호와 존중'이라는 사회적 가치를 구현하며 HIRA 인권경영을 전사적으로 공유하고 있다.
심사평가원과 노동조합이 공동으로 추진한 인권경영 선언에서 남녀 대표직원이 인권경영 선언을 낭독한 후, 원장과 노동조합 위원장에게 선언서를 전달하였다. 인권경영 선언서에는 성별 · 종교 · 장애 등 차별금지와 표현의 자유 보장, 결사 및 단체교섭의 자유 보장 등 19개 조항이 명시되었다. 이날의 선포식을 통해 HIRA 인권경영 원칙이 대내 · 외에 천명되었고, 인권존중에 대한 인식을 전사적으로 공유하는 계기가 되었다.



2018 노사 공동 인권경영 선포식



2019 인권포럼

인권주간 행사 개최

2019년 11월 18일 '심기일전(심사평가원이 기획한 일주일간의 인권감수성 충전) 인권주간' 행사가 개최되어 11월 22일까지 진행되었다. 이 행사는 임직원의 인권감수성 향상과 인권 친화적인 조직문화 정립, 임직원의 인권역량 강화와 체계적인 인권경영 추진의 기반을 마련하기 위해 개최되었다.

심사평가원과 더불어 국가인권위원회 강원인권사무소와 지역사회가 함께 2019년 11월 18일부터 11월 22일까지 인권감수성을 함양할 수 있는 행사를 진행하였다. 심사평가원 본원의 대강당과 홍보관 등 곳곳에서는 인권사진전과 인권구제절차안내, 인권강연회, 인권음악회 등이 열렸다. 원주 센트럴 메가박스에서는 인권영화가 상영되었고, 이 모든 행사에 심사평가원 임직원들과 타 공공기관 임직원, 그리고 지역주민들이 한데 어우러져 성황을 이루었다. '인권'을 주제로 한 다양한 프로그램을 통해 심사평가원 전 임직원들의 인권감수성을 높이고, 타 공공기관과 지역사회 주민들에게 인권존중의 문화를 확산하는 행사였다.

3. 인권교육을 통한 인권감수성 함양

심사평가원은 장애인식개선교육(연 1회), 폭력예방교육(연 2회), 청렴교육(연 1회) 등 다양한 주제의 인권교육을 매년 정기적으로 실시하였다. 또한 신규직원 교육 및 승진자 교육과정에 인권교육을 포함하여 구성원의 인권감수성 함양에 앞장서고 있다. 2017년부터는 공공기관의 인

권경영문화 확산을 위하여 국가 인권위원회가 기획한 '기업과 인권' 교육 과정을 연1회 운영하여 직원들의 참여를 독려하고 있다.
기관장 등 임원 및 비정규직을 포함한 전 직원을 대상으로 성희롱 · 성폭력 · 성매매 · 가정폭력 예방을 위해 연 4시간 통합교육을 실시하였다. 전문 고충심의위원회를 구성하여 성희롱 등 사안을 심의하고 처벌을 강화하는 등 피해자 보호 및 재발 방지를 위해 노력하였다.

4. 인권영향 평가 실시

2019년 11월 25일 기관 최초로 주요사업 및 기관운영 분야로 인권영향평가를 실시하였다. 인권영향평가는 국가인권위원회의 인권경영 매뉴얼 적용 권고(2018.09.03)와 인권경영이행지침에 따라 시행된 것이었다.(「인권경영이행지침」 제27조(인권영향평가), 심사평가원 기관운영 및 사업추진 과정에서 발생할 수 있는 실제적 · 잠재적인 인권 리스크를 사전에 파악하고 평가하여 심사평가원의 지속가능 발전 도모)
심사평가원은 인권영향평가를 실시하기 위해 2019년 5월 29일부터 6월 7일까지 분야별 체크리스트를 작성하였다. 2019년 11월 25일부터 11월 27일까지 실시된 인권영향평가에서 관련 부서 및 대상자는 체크리스트를 점검한 후, 관련규정 및 근거를 기재하여 인권경영 담당부서(경영전략부)로 제출하였다. 12월 6일 인권전문가들이 현장평가를 실시하였고, 2020년 1월 13일 인권영향평가 결과보고서가 작성 완료되어 그 보고가 수행되었다.
기관운영에 대한 인권영향평가는 11개 분야에서 178개의 체크리스트가 제출되어 전년대비 140개가 증가하였다. 기관운영분야는 전반적으로 '양호'한 결과를 도출하였고, 중점관리분야의 종합평균점수는 5점 만점에 4.18점을 획득하였다.
주요사업에 대한 인권영향평가는 4개 분야 75개의 체크리스트가 제출되었는데 이는 기관 최초의 기록이었다. 주요사업과 중점관리의 전체 75개 지표를 대상으로 '양호'한 결과가 도출되어 심사평가원의 인권경영은 전반적으로 '양호'하게 전개되고 있음이 확인되었다.

제3절.

일과 가정의 양립을 지향하여 가족친화 조직문화를 조성하다

1. 조직문화의 지향점

조직문화는 조직구성원의 가치관, 사고방식, 행동을 지배하는 근본요소로서 조직의 체질을 결정하는 '정신적 토대'에 해당된다. 조직문화는 조직의 지속적 성과 창출과 경쟁력의 원천으로서 조직이 존립할 수 있는 기반이 된다. 심사평가원은 고품격 조직문화 구축을 위해 매년 다양한 개선활동을 전개하고 있다. 이를 통해 직원의 소속감과 자긍심이 고취되고, 기관이 '직원이 행복한 일터'로 자리 잡을 수 있다.

심사평가원은 '인재 제일주의'의 원칙 위에서 오랜 시간 동안 시대의 변화를 반영하는 조직문화를 조성하려고 노력해왔다. 경영전반에서 국민과 근로자의 생명과 안전을 최우선 가치로 추구하는 원칙 위에서 안전관리 체계를 구축하고 공공서비스를 강화해 나가고자 하였다.

Top-Down 방식의 기관장 개선의지로 청렴도 평가 최상위 등급으로의 도약을 목표로 하고, Bottom-Up 방식인 직원들의 변화 노력으로 목표를 공유하고 자율적으로 청렴과 혁신 활동을 서로 독려해나가는 건강한 조직문화를 형성해 나가고 있다. 4차 산업혁명 시대를 맞아 대내 · 외 환경에 대응하기 위한 혁신기술 기반의 생산적인 업무프로세스 개선과 52시간 근무제 도입으로 일과 가정이 양립할 수 있는 문화를 정착시켜 낡은 업무관행을 제거하고 효율적인 업무 혁신을 추진하고 있다.

2. 인재육성을 위한 전략

인사 · 교육제도 개편

2019년 9월 심사평가원은 인사 · 교육제도를 개편하였다. 신규직원 유입 등 급격한 조직 정원 증가로 직무 전문성이 저하되고 업무 고충 및 직장생활 만족도 하락, 승진 적체 발생 예상 등의 우려가 드러났다. 직무 전문성에 기반한 조직 경쟁력 강화가 시급하여 새로운 인사 · 교육체계를 마련하게 되었다.

부서 평정결과를 바탕으로 조직기여 등에 가점을 더하여 승진후보자를 선발함으로써 객관적인 직원 평정체계를 마련하였다. 3급 이상 승진후보자에 대해서는 따로 역량 검증절차를 이행함으로써 역량 기반의 승진제도가 도입되었다. 전보주기를 3년에서 5년으로 상향하고 전문가트랙과 순환전보로 전보제도를 이원화함으로써 조직과 직원의 전문성을 향상하는 방식으로 개선하였다. 또 업무수행에 필요한 교육을 요구하는 직원들의 수요에 맞는 직무 · 현장 중심의 교육체계로 개편하였다.

심사평가원은 인사 · 교육제도 개편을 통해 직무 전문가 양성 및 조직 경쟁력 강화에 초점을 맞춘 역량중심의 객관적인 체계를 마련하였다. 3급 이상 관리직 승진자에 요구되는 역량교육 · 평가를 통해 직원 역량강화 및 평가 공정성이 증대될 것을 기대하고 있다. 학점이수제의 안정적인 수행을 위해 강원대와 업무협약을 체결하여 HIRA E-캠퍼스(교육관리시스템)를 운영하고 있다. 직원들의 응모를 통한 전문가트랙을 실시하여 2020년 현재 50여 명의 직원이 전문가트랙으로 근무하고 있다. 사내교수제도는 인재개발부 근무 전임강사 2명, 전문강사 51명, 일반강사 283명을 운영하고 있으며, 부서 내 교육(OJT)과 연계하여 사내교수제도를 활용하고 있다.

직원 역량 향상 교육

심사평가원은 직원들의 직무공통역량을 향상시키기 위해 보고서 작성, OA활용(엑셀, 액세스, 파워포인트 등) 교육을 지속적으로 운영하고 있다. 심사체계개편 등의 환경변화에 능동적으로 대처하고 수요자 맞춤형 교육을 운영하기 위해 DW, SAS 등 통계분석 교육을 확대하여 직원 역량을 개발하고 핵심인재를 육성하고자 노력하였다. 신규 입사자부터 퇴직예정 직원에 이르기까지 직급과 연차별로 생애주기에 따라 맞춤형 교육을 운영하였고, 이러닝 · 북러닝 · HIRA 문화학교 등 자기주도학습을 지원하여 개인의 역량 향상에 실질적인 조력을 제공하였다.

법정의무교육과 정부시책교육 등을 통하여 정부정책을 뒷받침함과 동시에 공직자로서의 올바른 가치관을 형성할 수 있도록 힘써왔다.

심사평가원은 외부 교육기관의 공개교육과정 참여에서 자체적인 직무공통교육 운영으로 방향을 선회하여 상시교육체계를 마련하였다. 마이크로러닝 촬영장을 구축하고 이를 활용하여 자체 교육 콘텐츠를 제작하고, 부서별 OJT교육을 체계화하여 직무 전문가를 육성하고 있다. 신규직원의 신속한 조직 적응과 공공업무 수행자로서의 역할 인식을 위해 기본교육과 직무교육을 실시하고 부서별 OJT를 통하여 전문화를 앞당기고 있다.

<인재상>

전문인 Professional	소통인 Open Communication	혁신인 Renovation	윤리인 Integrity
• 의료 서비스 분야의 최고 전문가가 되기 위하여 학습하는 인재 • 전문지식과 노하우로 국가 의료서비스의 품질을 끊임없이 높이는 인재	• 국민과 산업계를 포함한 이해관계자와 소통하고 협업하는 인재 • 조직 내 · 외부에서 상하좌우 열린 소통을 하는 인재	• 창의적인 생각과 신속한 실행을 통해 변화를 주도하는 인재 • 의료제도 발전을 위하여 고정관념을 버리고 더 나은 가치를 창조하는 인재	• 국민 모두가 공감할 수 있도록 공정하고 균형 잡힌 업무를 수행하는 인재 • 엄격한 윤리 기준과 원칙을 스스로 준수하는 인재
핵심역량	**핵심역량**	**핵심역량**	**핵심역량**
전문성, 학습 능력, 글로벌 시야	협동심, 리더십, 의사소통 능력	창의성, 통합적 사고, 실행력	공감 능력, 청렴성, 공정성

근무를 이어가는 동안 승진자 교육과 관리자 코칭 등 직급별로 기관에 필요한 인재상에 부합하는 필요역량을 함양할 수 있도록 커리큘럼을 체계화화여 운영하고 있다. 퇴직예정 직원 대상으로는 경력과 적성 등을 진단하여 상담기회를 제공하고, 제2의 인생설계를 지원함으로써 공공기관의 사회적 책임을 이행하고 있다. 법정의무교육과 정부시책교육을 부서 성과와 연계하여 운영함으로써 전 직원이 100% 이수할 수 있도록 지속적인 관리를 하고 있다. 오프라인과 온라인을 활용한 교육으로 교육효과를 높이면서 접근성을 높여 교육 참여가 용이하도록 구성하였다.

직원 역량 향상 교육을 통해 심사평가원은 업무수행에 필요한 직무공통역량과 직무기본역량을 향상시켜 직무 전문가를 양성하고 정책수행의 성과창출에 기여할 수 있었다. 상시학습체계 구축과 자발적인 학습문화 조성으로 긍정적인 조직문화가 자연스럽게 확산되었고, 직원들의 조직몰입도 및 직장 만족도를 높일 수 있었다.

국내 · 외 연수과정 운영

심사평가원은 대내 · 외 보건의료 환경변화에 대응할 수 있는 전문 인력을 양성하고 관련 분야 연구를 진작하는 한편 정보교류 네트워크를 형성하기 위해 주요 대학교와 산학협력 체계를 구축하고 우리 직원들이 참여하거나 지원할 수 있는 장치를 마련하였다. 2009년 11월 서울대 행정대학원 공기업정책과의 연수과정 참여를 시작으로 2011년 12월 국방대 및 경찰대 연수과정 참여로 이어지며 지속되어 왔다. 심사평가원의 원주 이전 이후, 직원들의 교육 요구를 충족시키기 위해 원주 연세대 미래캠퍼스 및 강원대와 업무협약을 체결하고 연수과정에 참여하였다.

직원 연수과정은 국내와 국외에서 참여 가능한 과정은 모두 포함시켰다. 국내연수과정은 학위과정, 정책연구과정, 고위자정책과정, 산학연계과정 등으로 분류하였다. 서울대 행정대학원 공기업정책과 연수과정 참여로 시작된 학위과정은 2016년 4월 연세대 보건대학원 보건정책관리학 및 보건의료학과, 2019년 12월 강원대 경영대학원 등과 업무협약 체결을 통해 석사학위과정 학자금 지원 등으로 학습 환경 조성에 힘쓰고 있다. 국방대 안보과정과 경찰대 치안정책과정을 통해서는 기관 간의 협업 기반 구축과 상호이해 증진 등의 교류가 이루어졌다.

고위자정책과정은 관리자를 대상으로 하는 외부기관 고위자과정에 참여하여 심사평가원의 비전 달성과 성과 창출에 기여할 수 있는 관리자 양성에 초점을 맞추어 진행하였다. 국내연수 산학연계과정은 연수희망자가 현재 재학 중인 대학(원)에 학자금을 지원하였다. 국외연수과정의 경우, 연수희망자가 직접 입학허가를 취득한 국외대학원 석사학위과정에 대하여 학자금을 지원하고 있다. 연수자를 선발하는 절차는 희망자가 추천서가 포함된 신청지원서를 접수하면, 교육운영위원회를 열어 심사 및 검토를 거쳐 대상자를 확정하고 통보하였다.



2016 산학 협력 협약식(연세대)

심사평가원은 직원들의 국내 · 외 연수과정을 통해 선진 사례연구를 습득하고, 정책제도의 이해와 최신 정보 교류 등 다양한 직무에 걸쳐 전문성을 함양하는 기회를 취득하였다. 주요 대학과 업무협약 체결을 통해 네트워크가 형성되어서 심사평가원의 업무 관련 교과목 개설, 대학생 견학프로그램 제공, 보건의료 관련 강사 제공 등 상호협력으로 상생이 가능한 산 · 학 협력관계를 강화해 나가고 있다.

심평학교 운영

심사평가원은 공공기관으로서 지역사회에 책임을 다하고 사회적 가치를 실현하기 위해 다양한 지역인재 육성 프로그램을 시행하였다. 특히 교육 대상에 따라 맞춤형 진로체험 프로그램을 진행하여 건강생활 습관, 건강보험제도 소개 및 진로체험 기회를 제공함으로써 지역인재와 예비 보건의료인의 육성에 기여하고자 하였다.

2020년 4월 심사평가원은 초 · 중 · 고 · 대학생 대상의 맞춤형 진로체험인 심평학교를 열었다. 강원도 내 초 · 중 · 고 · 대학생을 대상으로 하였고, 도서 · 산간 지역 등 심사평가원으로의 방문이 어려운 지역에 있는 학교를 대상으로 직접 찾아가는 프로그램을 기획하였다. 2020년 상반기에는 비대면 교육(이러닝)을 포함하여 대학생 진로체험이 이루어져서 4개 학교의 94명이 수료하였다.

지역선도대학 육성사업은 강원지역의 핵심인재를 공동으로 양성하기 위해 국토교통부, 지자



2020 산 · 학 · 관 연계 맞춤형 인재 양성 교육 발표회

체, 이전 공공기관, 강원지역 5개 협력대학(강원대, 경동대, 강릉원주대, 연세대 미래캠퍼스, 한림대)이 협업체계를 구축하여 운영하는 사업이다. 심사평가원은 강릉원주대, 강원대, 경동대 학생들을 위해 공공건강보험융합전공 하계 계절학기를 열어 2020년 7월 6일부터 7월 24일까지 3주간 비대면으로 교육을 실시하였다. 2020년 동계 계절학기도 개설하기 위해 계획을 수립하였다. 심사평가원은 다른 대학들과도 협업하여 보건의료 학과 내에 교과목을 개설하는 맞춤형 지역교육과정 개발, HIRA 빅데이터 기반 산 · 학 · 관 연계 맞춤형 인재 양성 프로그램, 대학생 대상 보건의료 특강 등을 진행하여 지역인재 육성에 노력을 기울이고 있다.

심사평가원은 심평학교를 통해 지역인재들에게 보건의료 분야 교육 기회를 제공함으로써 관련 분야 진출에 대한 정보를 제공하였다. 심사평가원 주요 업무에 대한 선수학습으로 미래의 인재를 선제적으로 육성할 수 있게 되었다. 교육 접근성이 낮은 지역을 대상으로 연령별 필요성에 따른 눈높이 교육을 실시하여 교육기부의 장을 펼쳐 공공기관의 역할 확대와 지역사회와의 협력에 기여하게 되었다.

3. 일과 삶의 균형을 위한 조직문화 조성

가족친화적 사내문화 조성 및 제도운영

2019년 12월 심사평가원은 가족친화기업으로 재인증을 받았다. 심사평가원은 직원들의 임신 · 육아 · 출산 · 일생활 균형을 위한 지원 등 다양한 제도와 프로그램을 적극적으로 운영함으로써 여성가족부 주관 가족친화우수기업 인증을 획득하였다. 가족친화우수기업 인증은 근



2016 제1신사옥 어린이집 제1회 졸업식



2013 엄마, 아빠와 함께하는 직업체험 행사

로자의 일생활 균형 지원을 위하여 가족친화제도를 모범적으로 운영하고 있는 기관에 대한 인증제도이다.

심사평가원은 일과 가정의 양립을 위해 복무제도를 지속적으로 개선하여 왔다. 임신 직원의 신체적 불편을 완화하고 태아를 보호하기 위해 전자파 차단 앞치마, 임부복대, 발받침대, 손목보호대 등의 임산부 편의용품을 제공하였다.

건강관리실 내에 수유실 및 산모휴게실을 운영하고 아기침대와 수유베개, 젖병소독기 등을 비치하였다. 임신 시에는 출산장려지원금을, 출산 시에는 출산축하금을 지급하여 직장에서의 임신이 소중하게 대우받을 수 있도록 조처하였다.

<출산 · 육아휴직 사용 현황>

구분		단위	2015	2016	2017
육아휴직 사용인원	남성	명	2	5	6
	여성		239	331	423
출산휴가 사용인원	남성	명	11	24	26
	여성		121	151	168
육아휴직 후 복귀율 (복귀 인원 / 복귀 예정 인원)	남성	%(명)	100(2/2)	100(5/5)	83.3(5/6)
	여성		98.3(235/239)	98.2(325/331)	98.3(416/423)
복귀 후 12개월 근무자 비율 (12개월 근무 인원 / 복귀 인원)	남성	%(명)	100(2/2)	80(4/5)	100(5/5)
	여성		98.3(231/235)	97.8(318/325)	98.3(409/416)

원주혁신도시 이전 시에는 직원들의 보육수요를 반영하여 법정 최대 규모인 300명 규모의 직장 내 어린이집을 설립하였다. 서울사무소에서는 타 기업과 공동으로 서초와 분당 지역에 직장어린이집을 운영하고 있으며, 수원지원에서는 사옥 내에 자체 어린이집을 운영하고 있다. 직원들이 안심하고 아이를 맡길 수 있는 보육환경 조성을 위해 외부전문기관에 위탁하고 연간 16억여 원의 예산을 지원함으로써 우수한 교사채용과 최상의 보육서비스 및 식단 제공이 가능하게 하였다. 모성보호 근무제 확대와 배우자 출산휴가 확대 및 남성육아휴직 장려 등으로 직원들의 출산을 지원하고 있다.

직장과 가정이 양립하는 조직문화를 정착하기 위해 계층별 다양한 가족친화 프로그램을 운영하고 있다. 본원에서는 초등학생 이하 자녀를 위한 '엄마 아빠와 함께 하는 직업체험(키자니



2019 심사평가원 - 원주시정신건강복지센터 업무협약 체결식

아)', 청소년을 위한 '직업체험 프로그램(잡월드)', 수험생 자녀를 위한 '대학교 진학상담' 등을 운영하고 있다. 각 지원은 자체적으로 특성에 맞게 프로그램을 발굴하여 자율적으로 운영토록 지원하고 있다. 아울러, 사후 설문조사를 통해 영화 · 스포츠 관람, 가족사진 콘테스트 등 직원들의 만족도가 높은 프로그램은 지속적으로 운영하고 있다.

장시간 근로 해소를 통한 가족친화적 조직문화 조성을 위해 임금피크제 적용직원 근로시간 단축 등의 유연근무 제도를 확대하려고 시도하고 있다. 'PC-OFF제', '가정의 날' 운영을 통해 출 · 퇴근 문화를 개선하여 가족과 보내는 시간을 확장할 수 있도록 배려하고 있다. 휴식권 보장을 통해 직원 삶의 질을 향상시키고자 난임특별휴가를 신설하고, 자녀돌봄휴가의 기준을 개선하는 등 특별휴가제도를 확대 운영하고 있다.

이러한 노력을 기울여온 결과, 심사평가원은 자녀출산과 양육지원, 가족친화적 프로그램의 지속적인 운영 등의 성과를 인정받아 2008년 이래 12년 연속으로 가족친화기업 인증을 획득하게 되었다.

양성평등 조직문화 구현

심사평가원은 실질적 성평등 조직을 실현하기 위하여 노력하고 있다. 특히 여성 직원이 다수인 조직 특성을 고려한 수용성 높은 인사제도 운영 필요성을 인식하여 승진심사 인사위원회 위원 선정 시 여성 비율을 높이고, 여성리더에 특화된 교육프로그램을 운영하고 있다.

<양성평등 정책 현황>

	추진 실적	주요 성과
승진기회 양성균등	• 승진 관련 인사위원회 여성 참여율 22%p 상승 • 중간관리자(3급) 면접승진 심사위원장 여성 임명 • 잦은 출장으로 인한 여성 기피업무(현지조사) 승진 가점 부여	• 평균 승진 소요기간 전년대비 2급(여성) 13개월, 3급(여성) 8개월 단축
여성임원 역량강화	• 여성임원 목표제(20% 이상) 운영 • 역할 강화를 위해 기획이사업무(조직 · 인사 · 예산) 부여	• 여성 임원 비율 25% 달성(4명 중 1명) • 1급 승진 여성비율 증가
여성참여 확대	• 양성평등한 의사결정 위해 HIRA 내부 각종 위원회 여성 위원 · 위원장 비율 목표제(25%) 도입	• 여성위원 비율 32.4% 달성 • 여성위원장 비율 34.8% 달성

이러한 다양한 노력으로 심사평가원은 2020년 8월 보건복지 분야 공공기관 중 유일하게 고용노동부가 주최한 '2020년 남녀고용평등 유공 포상' 남녀고용평등 부문에서 국무총리표창을 수상하였다.

> "심사평가원 창립 20주년을 맞이해 편견 없는 채용, 역량중심 균형 인사, 일과 가정이 양립하는 행복한 조직문화를 대외적으로 인정받아 기쁘게 생각합니다. 앞으로도 남녀 고용평등 실현에 앞장서는 공공기관이 되겠습니다."
>
> _ 심사평가원 김선민 원장

이는 직무능력 중심 블라인드 채용으로 전체 근로자 대비 여성비율을 3년 연속 70% 이상으로 유지하고, 전체 관리자 대비 여성비율이 57.3%로 역량중심 균형인사 제도를 운영하였기 때문에 이룰 수 있는 쾌거였다.
양성평등 임원임명 목표제 운영에 따라 여성임원 비율 37.5%를 달성해 공공기관 여성임원 비율 평균 19.9%(2019년 기준) 대비 2배 이상 높은 수준으로 지난해 10월 국무총리 직속 양성평등위원회 선정 '유리천장 해소 적극추진 사례'에 소개되기도 하였다.

지속적인 임직원 건강관리 체계 구축

심사평가원은 2019년 9월 근로자 건강증진활동 우수사업장 재인증을 받았다. 한국산업안전

공단이 주관하는 근로자 건강증진활동 우수사업장 인증은 직원들을 위한 다양한 건강증진 프로그램과 지원제도를 운영함으로써 근로자 건강을 최상의 상태로 유지하는 사업장에 주어진다.

심사평가원은 임직원 대상으로 지속적인 건강관리 증진활동의 일환으로 건강관리실을 운영하여 처치실과 안정실(남여), 모유수유실 및 소독실을 시설하고 상담까지 실행하였다. 안마의자와 안마베드, 인바디 측정기 등을 비치하여 피로를 풀며 체지방 측정을 통한 비만관리를 가능하도록 조치하였다. 감기약과 소화제, 밴드 등 안전상비의약품을 상시 비치하고 제공하여 단순한 상해와 질병에 대비하였다.

근로자 지원프로그램(EAP)을 운영하여 직무스트레스 측정 및 심층상담을 전문기관에게 위탁하였다. 근골격계 질환 예방 및 관리 프로그램을 운영하여 근골격계 질환에 대한 기초 상담 및 운동치료와 보조도구를 지급하고 불의의 부상을 미연에 방지하였다. 원주시의 정신건강복지센터와 MOU를 체결하고 직원들의 심리 상담을 지원하였다.

국가 건강검진 결과 심혈관계질환 고위험군에 대한 종합검진 수검료를 1인당 30만 원 상당 지원하여 각종 성인병 예방 효과를 거두었다. 이렇듯 노사의 높은 건강증진활동 인식수준과 경영자의 지원을 통해 기관 차원의 다양한 프로그램과 제도 운영의 결과 2013년 최초 인증 이후 연속으로 근로자 건강증진 우수사업장 인증을 획득하는 쾌거를 올릴 수 있었던 것이다.

<복리후생제도 현황>

맞춤형 복지	보육 지원	기타
• 하계휴양소, 법인콘도 및 휴양시설 제공, 단체보험(최대 5억 원) • 구내식당, 카페 운영 • 생활안정자금, 대학생학자금 대여 지원 • 경조화환 및 물품 지급 • 결혼, 가족사망 등 경조사특별휴가 및 임산부 검진 특별휴가	• 유학 · 육아 · 질병 · 간병휴직 • 출산장려지원금, 임산부 보호용품 지급 • 출산축하금(최대 200만 원) 지급 • 직장보육시설 운영	• 4대보험(국민연금, 건강보험, 고용보험, 산재보험) • 사내동호회 활동지원, 모범직원 국내 · 외 견학 • 건강관리실 운영 및 정기 건강검진 실시



INTERVIEW

류기정

선임비상임이사

(한국경영자총협회 상무)

Q. 정부에 따라 제도도 바뀌는데, 제도의 지속가능성은 어떻게 유지할 수 있습니까?

A. 각 정부마다 속도의 차이가 있을 뿐, 의료의 질과 보장성을 확대하려는 방향성은 비슷합니다. 재정 건전성을 지키면서 보장성을 강화해 나가는 것이 지속가능성의 관건입니다. 재원을 부담하는 주체인 가입자들, 특히 기업이나 근로자들의 어려움을 잘 고려해야 할 것입니다. 심사평가원은 제도의 효율성을 높이고 방법론상의 갈등을 조절해 나가는 역할을 하면서 재정안정성과 지속가능성을 추구하고 있습니다.

Q. 심사평가원의 '선임비상임이사'라는 의미와 역할, 그 무게에 대한 소회 말씀 부탁드립니다.

A. 선임비상임이사는 심사평가원의 주요 임원들을 추천해 정부가 임명할 수 있도록 임원추천위원회의 위원장 역할을 하고 있습니다. 역량 있고 훌륭한 분들을 모셔와 기관을 잘 이끌 수 있도록 안배하는 중요한 일입니다. 또 각계에서 참여하는 비상임이사들 사이에서 이사회 안건이나 제도에 관련된 이해가 충돌할 때 조절하고 사전협의하는 역할도 중요하다고 생각합니다.

심사평가원은 선임비상임이사제도를 통해 더 세밀한 이사회 기능을 살리고 있습니다. 외부로부터 다양하고 새로운 아이디어를 기관에 제공받을 수 있는 제도여서 선

임비상임이사로서 부담을 더 받아도 괜찮다는 마음가짐입니다. 비상임이사들이 같은 고민을 공유하고 토론하면서 기관의 문제를 해결하고자 노력했던 일들이 의미 있었다고 봅니다.

Q. 2013년 건강보험정책심의위원회 소위원으로 계셨습니다. 당시 소임과 추진하신 관련 업무에 대한 말씀 부탁드립니다.

A. 건강보험에 대한 국민들의 걱정을 씻어내기 위해 건강보험정책심의위원회는 많은 노력을 하고 있습니다. 다양한 이해 관계자들이 위원회에 참여하지만 의료 서비스의 질 향상과 건강보험제도의 지속가능성에 대한 고민을 함께 나누며 해법을 찾아나가고 있습니다.

건강보험정책심의위원회의 가장 중요한 소임 중 하나가 건강보험료를 결정하는 것입니다. 의료서비스를 확대하고 질을 높여나가는 것이 좋은 일이지만 그로 인해 건강보험료가 과도하게 올라가 국민들의 부담이 무거워지는 것을 항상 주의해야 합니다. 공급자의 입장에서는 타당하더라도 국민의 관점에서 부당한 사항도 있기 때문에 건강보험료 인상을 조정하는 것이 중요한 업무였습니다. 소위원회에서 사전에 논의하고 준비했던 사항들이 전체회의에서 큰 갈등이나 무리 없이 통과되게 했던 일들이 그 당시의 경제상황 등에 비추어 적절했다는 점에서 의미 있었다고 생각합니다.

Q. 직무청렴계약 체결이 심사평가원 역할과 기능에 미치는 영향은 무엇일까요?

A. 심사평가원은 국가정책을 집행하는 기관으로서 법적인 책임을 엄격하게 준수하고 높은 윤리적 기준으로 운영되어야 합니다. 국내 유일의 심사 평가 기관으로서 다른 어떤 기관보다도 뛰어난 청렴도를 기반으로 한 윤리성과 책임의식이 요구됩니다. 직원들의 청렴성과 윤리의식이 국민들로부터 좋은 평가를 받아야 기관의 신뢰도가 높아지게 됩니다. 2020년 6월 김선민 원장님과 의 직무청렴계약 체결 또한 모든 임직원들에게 솔선수범하는 의지를 보이기 위한 것으로 기관 전체의 윤리의식을 향상시킬 수 있다고 봅니다.

Q. 심사평가원 임직원이 지켜야할 윤리경영의 실천과제는 무엇일까요?

A. 심사평가원은 기관에 대한 신뢰성이 가장 중요합니다. 신뢰성과 책임성을 요구받는 기관으로서 작은 부분이라고 할지라도 국민들의 신뢰를 잃어버리면 안 됩니다. 철저한 내부 시스템의 운영으로 신뢰성을 지켜나갈 수 있도록 모든 임직원과 사외이사들까지 한 번 더 마음가짐을 다지고 세밀하게 살펴나가야 할 것입니다.

Q. 〈건강보험심사평가원 20년사〉에 꼭 넣고 싶은 조언이나 고견을 듣고 싶습니다.

A. 심사평가원이 수행하는 미션에 비해 국민들에게 덜 알려져 있습니다. 코로나19 대응에서도 여러 가지 역할을 했는데 이를 계기로 국민들에게 기관의 위상을 높일 수 있는 기회를 만들면 좋겠습니다. 공정한 평가를 통해 어떤 의료기관의 의료의 질이 높고 서비스를 잘하는지를 국민들에게 알려주면 의료기관을 돌아다니면서 진료를 받지 않아도 되니까 재정적인 부담도 덜어줄 수 있을 것입니다. 의료기관에서도 좋은 서비스를 제공하려는 선의의 경쟁이 일어나서 선순환 구조가 조성될 것입니다. 이런 측면에서 심사평가원의 중요한 역할을 적극적으로 알릴 필요가 있습니다. 심사평가원이 국민들이 이용할 수 있는 서비스를 잘 안내하고 선택할 수 있도록 하는 것입니다. 국민들과 의료기관 사이에서 신뢰성을 높여줄 수 있는 중간다리 역할을 해야 합니다.

제7장

진심을 전하고 행복을 함께하는 나눔문화

제1절.
건강한 국민과 건강한
의료문화를 위해 진심을 다하다

제2절.
지역사회와 대한민국의
행복을 위해 나눔을 선도하다

제1절.

건강한 국민과 건강한 의료문화를 위해 진심을 다하다

1. 심사평가원의 고객만족경영 지향점

고객서비스 헌장 제정

심사평가원은 2005년 8월 고객서비스 헌장을 제정 · 공포하였다. 고객중심의 업무수행에 대한 기준을 제시한 것이다. 고객서비스 헌장에는 심사평가원이 제공하는 주요 서비스와 핵심업무서비스 이행 표준, 고객응대서비스 이행 표준 등의 내용이 담겨 있었다.



2005 고객서비스 헌장 선포식

이후 대내 · 외의 환경변화에 따라 2006년부터 2018년까지 총 9차 개정을 거치는 한편, 정기적으로 고객응대 서비스 표준 실태를 점검함으로써 현장의 실천력을 강화하여 왔다. 그 결과 2016년 이후 해마다 공공기관 고객만족도 점수가 향상되었고, '국가산업대상'을 수상하는 등 기관의 이미지가 제고되었다.

고객중심 추진체계 정비

심사평가원은 사업수행체계를 고객중심으로 정비하고, 고객만족을 일상화된 조직문화로 정착시키기 위해 '국민건강과 행복의 FAIR파트너'를 고객만족 비전으로 선포하였다. FAIR는 고객에게 한결같이 친근하고(Friendly), 정확한(Accurate) 심사평가서비스를 제공하며, 고객과의 상호교감(Interactive)을 통해 고객을 존중하고 고객으로부터 존경받는(Respectable)다는 것을 의미하였다.

이러한 비전을 실현하기 위해 국민건강과 행복을 목표로 변함없이 공평하고 올바르게 고객만족경영을 지향해 나간다는 명제 아래 임직원이 하나가 되어 노력하였다. 고객과의 접점에서 공정성과 전문성, 투명성을 가치로 공유하는 마음가짐을 가다듬었다. 고객지향적인 조직문화를 구축하여 CS역량을 강화하고, 엄정한 CS평가체계를 통해 접점환경 표준화 및 서비스 품질관리를 향상시켜 왔다.

VOC운영 활성화로 고객의 소리에 보다 더 귀를 기울이며 고객접점관리를 내실화하였다. 업무에 대한 자부심을 바탕으로 고객과 공감하며 전문적인 역량을 갖춘 HIRA인을 CS인재상으로 정립하고 고객중심의 선도적 역할을 완수하는 경쟁력 있는 CS전문가 양성에 매진하였다. 또한 고객중심의 의료소비자 권익보호 일환으로 진료비확인서비스를 제공하였다. 진료비확



인서비스는 의료정보에 상대적으로 취약한 국민이 의료기관에서 진료를 받고 지불한 진료비 중 건강보험 적용대상이 아닌 '비급여 진료비'를 적정하게 부담하였는지를 확인하여 더 많이 지불한 경우 환불받을 수 있는 의료소비자 권익보호제도이다.

진료비확인서비스 마련

진료비확인서비스는 2002년 12월 「국민건강보험법」 제43조의2(현행 제48조) '요양급여의 대상 여부의 확인 등'이 신설, 공포되면서 마련되었다. 심사평가원은 전담부서 설치 및 확장과 인력증원을 통해 효율적인 진료비 확인업무를 실시하였다. 2004년 5월에 진료비 확인업무 민원문서 처리 자동화시스템 운영을 시작으로 인터넷 홈페이지를 통한 서비스 기능을 확대시켰다. 2009년 2월에는 '환불금 지급 원스톱 처리시스템'을 종합병원 이상 대상으로 운영하기 시작하였다. 2011년 1월 담당부서 명칭을 '진료비확인부'로 변경하면서 곧이어 '웹메일 송부시스템'을 추가 구축하고 병원급 이하 전체요양기관으로 운영 범위를 확대하였다. 2012년 2월 「긴급복지지원법」에 따라 긴급의료지원비 중 비급여 금액 150만 원 이상 건에 대한 진료비 확인심사 범위를 확대하였다. 2013년 10월 진료비 환불 예측시스템 및 환불금 사후관리 시스템을 구축하여 불필요한 민원을 예방하고 환불금 수령여부를 명확하게 관리함으로써 고객만족 향상에 크게 기여하였다.

2015년 4월 진료비 확인 심사정보조회시스템을 구축하였다. 또한 심사평가원 홈페이지 민원 관련 체계 어디에서나 '진료비 확인 자가점검 서비스'를 이용할 수 있도록 안내시스템을 개선하였다. 이는 진료비 확인 처리결과를 요양기관별 · 심사자별 · 진료기간별 조회를 가능하게 하고 비교분석에 활용하여 심사 일관성을 향상시켰다. 급여와 비급여를 포함한 전체 진료비용 파악이 가능해져 비급여관리의 기초자료로도 활용되었다.

2016년 11월 진료비 확인요청서 접수에 대한 안내를 문자서비스(SMS)로 제공하였고 비급여 진료비 확인 전산심사를 개발하여 심사의 효율성과 정확성을 높여 처리시간을 68% 단축하였다.

2018년 7월 자동심사 적용, 비급여 자료입력 화면 개선, 자료제출 시스템 개선 등 진료비 확인 전산시스템을 혁신적으로 개발하였다. 심사평가원에서 사용하는 모든 비급여 코드를 표준화하여 비급여 정보의 활용성과 정확도를 높였다.

심사평가원은 진료비확인서비스 제도 시행 이후부터 2020년까지 약 37만 2,000건을 확인하여 이 중 13만 7,000여 건, 660억 원을 국민에게 환불하였다.

고객만족경영 실천과 성과

고객중심 추진체계 정비와 진료비확인서비스 구축으로 고객만족경영을 향해 노력한 심사평가원은 2018년 12월 진료비확인서비스에 대한 한국서비스품질인증(SQ인증)을 받았다. 이는 보건의료정책서비스에 대한 최초의 외부 인증 취득으로서 고객중심의 서비스 체계 구축과 업무처리 프로세스 개선으로 서비스 품질을 향상한 점을 인정한 것이었다.

심사평가원의 고객만족경영 의지에 대한 성과는 고객이 평가하는 만족도 조사에서도 엿볼 수 있었다. 기획재정부는 해마다 「공공기관의 운영에 관한 법률(공운법)」 제13조 제2항, 제3항에 따라 공공기관이 제공하는 서비스의 질을 고객이 평가하는 만족도 조사를 실시하고 있다. 초기에는 공기업만을 대상으로 하였으나 2004년부터 준정부기관까지 대상이 확대되면서 심사평가원도 최초로 만족도 조사를 실시하여 57.7점을 받았다.

심사평가원은 업무 전반적인 고객만족도를 파악하고 향상시키기 위해 자체 만족도 조사인 해피콜 조사를 2005년부터 매년 이어오고 있다. 고객서비스 헌장을 개정하고 지속해서 이행 실태도 점검하였다. 고객만족도 향상을 위해 피드백 교육은 물론 고객만족도 우수기관을 벤치마킹하는 노력도 이어왔다.

이와 같은 노력으로 심사평가원의 공공기관 고객만족도 점수는 매해 꾸준히 향상되어갔다. 고객만족경영의 지속적인 실천이 기관의 이미지를 끌어올리며 2019년의 첫 수상에 이어 2020년 5월 '2020 국가산업대상(고객만족 부문)' 2년 연속 수상을 달성하는 성과를 거두었다.



2020 국가산업대상(고객만족 부문) 수상

2. 고객만족 향상을 위한 대국민 서비스 모니터링

해피콜 조사

해피콜 조사는 2005년부터 실시해온 자체 만족도 조사로, 심사평가원의 주요 업무 서비스 수준을 객관적으로 측정하여 관련 업무서비스 개선 기초자료로 활용을 목표로 하고 있다. 국민을 대상으로 요양급여 대상 여부 확인 1종과 요양기관과 제약사 등을 대상으로 하는 요양급여비용 심사 7종 등 총 8종이 조사 대상 업무이다.

조사결과를 매년 전사에 공유하고 있는데 주요 업무서비스에 대한 만족도를 공개하여 업무서비스 개선의 기초자료로 활용하고 있다. 자체 조사임에도 엄정한 기준을 적용함으로써 2018년 80.8점이었던 점수가 2019년에는 74.9점으로 하락하여 고객만족 서비스에 경종을 울렸다. 이에 2019년 조사 결과의 전사 공유를 통해 주요 업무서비스별 만족도를 점검하고 업무서비스 개선 유도를 위해 노력하고 있다.

전화친절도 조사

심사평가원 설립 초기, 전화친절도의 중요성에 대한 인식부족으로 민원전화에 대한 고객의 불만이 쌓여 갔다. 진료비 확인, 심사 관련 문의 등 민원전화가 이어져 전화연결의 어려움이 발생했고, 다른 부서로 전화 돌리기, 불친절한 어투 등이 고객 불만의 주된 내용으로 거론되었다.

고객 응대 품질 향상 및 고객서비스 마인드 제고를 위해 2003년부터 외부 기관에 위탁하여 전 직원 대상의 전화친절도 모니터링 사업을 실시하였다.

2010년부터 매년 전 직원을 대상으로 전화친절도 교육과 모니터링을 실시한 결과, 2006년 89.2점이던 전화친절도 점수가 2010년 90.3점, 2019년 94.3점으로 전화 응대 서비스 품질이 크게 향상되었다. 전화친절도 우수 직원과 부서에는 포상을 실시하였다. 미비한 부서와 직원에

구분	2017년	2018년	2019년
고객만족도 조사	81.5	85.1	87.7
해피콜 조사	77.3	80.8	74.9
전화 친절도(직원)	93.6	92.8	94.3
전화 친절도(상담사)	98.9	98.3	97.7

게는 CS역량강화 교육 등 환류활동으로 고객서비스 마인드 함양에 노력을 기울이고 있으며, 2020년부터 입사 5년 미만의 직원들을 대상으로 입사 초기부터 집중교육과 조사를 통해 민원 전화에 대한 고객서비스 마인드를 내재화해오고 있다.

경영관리군 만족도 조사

심사평가원은 외부 고객에 대한 응대의 질이 향상되어 가고 있었지만 정작 내부고객인 직원들의 목소리가 반영되지 않는다는 불만이 있었다. 기관운영에 대해 내부직원들이 목소리를 내고 요구를 수용할 수 있는 창구의 필요성이 대두되었다.

2007년부터 조직관리, 성과관리, 복지 등 기관운영(ESI)과 업무의 신뢰성, 대응성 등 상호업무(ICSI) 두 분야에 대해 전 직원을 대상으로 내부고객 만족도 조사를 시작하였다. 전자메일과 사내게시판 등을 활용하여 온라인 설문조사를 실시함으로써 익명성을 보장하고 객관적인 조사 결과를 얻기 위해 노력하였다. 2016년부터 '경영관리군 업무 직원 만족도 조사'로 변경하여 경영관리군 업무의 전반적인 직원 만족도를 조사해오고 있다.

매년 조사결과를 전사에 공유하여 경영관리군 운영에 대한 내부직원의 만족도를 공개하고 있다. 조사결과를 바탕으로 조직활성화 방안과 경영지원 업무의 개선방안을 모색하는 기초자료로 활용한다. 처음 조사를 시작한 2007년의 경영관리군 업무 만족도는 60.3점으로 저조한 출발을 보였으나, 2019년 81.4점으로 크게 향상되어 전반적으로 업무에 대해 만족하고 있는 것으로 평가되었다. 내부직원 만족도 조사는 경영지원 업무 개선 활동으로 내부고객의 만족도를 향상시킴으로써 '직원이 행복한 회사'로 나아갈 수 있는 길을 열어주었다.

고객센터 운영

2006년부터 2007년에 걸쳐 심사평가원과 관련된 각종 모니터링 결과, 내부와 외부로부터 콜센터의 필요성이 제기되었다. 상급기관으로부터도 요청이 전달됨에 따라 고객센터 구축을 추진하게 되었다. 2007년 실시한 고객센터 필요성에 대한 설문조사에서 고객의 '필요' 응답은 86%였던데 비해 내부의 '필요' 응답은 89%로 나와, 내부직원들이 고객센터에 더 갈증을 느끼고 있었던 것으로 나타났다.

2007년부터 2008년에 걸친 콜센터 구축 계획 수립을 시작으로, 2008년 12월부터 2009년





2009 오픈 당시 고객센터 내부 모습 — **2016** KS-CQI 콜센터품질지수 인증 수여식

2월까지 시범운영을 실시하였다. 시범운영으로 기반을 다진 후 2009년 4월 40석 규모의 고객센터를 오픈하였다. 이후 변화하는 외부환경에 대응하여 2011년 전문상담사 운영, 2014년 아웃바운드 전담팀 운영, 2015년 자동차보험 상담전담팀 운영 등 고객센터의 규모를 점차 확대하였다. 고객센터 구성 인원도 2012년 49명에서 2013년 74명, 2014년 94명으로 점차 늘어났다. 2008년 11월 정확하고 원활한 상담을 위해 상담사 매뉴얼을 최초로 발간하였고, 매년 개정을 거쳐 2020년 현재 9차 개정 상담사 매뉴얼이 발간되었다. 연구용역과 정보화사업 등을 통해 고객센터 시스템을 업그레이드하고 상담어플리케이션 개발 등 상담품질 향상을 위해 끊임없는 노력을 기울이고 있다.

고객센터는 조사항목별 평가결과를 상담품질 개선에 활용하고 적극적으로 피드백함으로써 서비스 품질을 꾸준히 향상시켜 온 결과, 보건의료 전문상담 고객센터로서의 입지를 확고히 하였다. 상담사 자체처리율 상승으로 현업부서의 상담응대 최소화 및 만족도가 지속적으로 향상되었다. 대외적으로는 KSQI(한국능률협회 주관, 조사결과 90점 이상인 콜센터를 「한국의 우수 콜센터」로 선정) 10년 연속, KS-CQI(한국표준협회 주관, 공공기관 조사대상 내에서 평균 점수 이상인 콜센터를 '공공부분 우수 콜센터'로 선정)를 6년 연속 수상하는 영예를 안았다.

고객의 소리(VOC)

국민들의 공공서비스에 대한 관심과 참여하고자 하는 의지가 점점 높아졌다. 공공기관들은 국민의 요구 수준에 맞는 서비스를 전달하기 위해 고객의 의견을 다양한 경로로 청취하고 분석하여 적극적이고 실질적인 피드백을 제공해야 할 필요성이 증대하였다.

심사평가원은 2010년부터 고객의 소리에 대한 체계적인 관리시스템을 지속적으로 확대 · 운



2011 민원행정개선 우수사례 경진대회 대상 수상

영하여 대고객 서비스의 품질을 향상시켜 왔다.

민원처리에 관한 법률 및 고객의 소리를 바탕으로 2011년부터 매년 민원행정 개선실적 및 아이디어 경진대회를 실시하였다. 이를 통해 민원행정서비스를 선제적으로 개선하고, 홈페이지를 통한 유형별 다발생 문의사항을 상시 업데이트하여 지속적으로 국민의 편익을 도모하여 왔다. 또 고객의 소리 처리결과를 매월 분석하고 데이터베이스화하여 전사적으로 공유하였다.

2017년부터 공공기관 전자민원창구인 고객의 소리가 국민권익위원회의 국민신문고로 통합되면서 국민의 민원이용 편의성이 향상되었다. 심사평가원은 전체 공공기관 중 연간 7천여 건을 처리하는 최다처리기관 상위 10위에 있다. 그런데도 만족도에서는 공공기관 평균보다 높은 수준으로 민원을 처리하여 2018년 상반기 공공기관 국민신문고 민원만족도 실태점검에서 1위를 차지하는 개가를 올렸다.

2020년에는 민원 키워드별 분석시스템을 개발하여 민원서비스 개선과 데이터 활용에 연계하였다. 고객의 소리에 대한 우수 답변사례를 포상하고 부서별로 민원처리 실적을 종합평가하여 민원응대 및 처리 역량을 지속적으로 강화하고 있다.

고객의 소리 수집채널을 다양화하여 급여기준개선, 치료재료 및 의약품 불공정신고, 소극행정신고 등 국민 중심의 민원서비스와 신뢰성 높고 신속한 민원처리를 수행함으로써 국민의 요구사항 및 건의사항 수용 · 처리를 전문화하였다.

대국민 홈페이지 및 모바일 서비스 제공

정보통신 기술과 매체의 발달에 따라 급변하는 트렌드를 반영하여 홈페이지 및 모바일 앱을 오픈하고 지속적으로 서비스를 개편하여 운영하고 있다. 1996년 의료보험연합회 시절 인터넷 홈페이지를 처음 운영하기 시작하였고, 2000년 7월 1일 심사평가원 출범과 함께 홈페이지 주소(http://www.hira.or.kr)를 변경하였다. 스마트폰의 대중화에 발맞추어 2010년 모바일 앱 서비스를 실시하여 이용자들의 의료정보 선택권 및 접근성을 강화하였다.

환경변화에 따라 제공되는 서비스의 품질을 계속 업데이트하고 있으며 주기적으로 만족도 조사와 콘텐츠 개편을 실행하고 있다. 2020년 현재 콘텐츠 만족도 조사와 IPS컨설팅 결과를 바탕으로 2021년도 홈페이지 및 모바일 서비스 개편사업을 예정하고 있다.

심사평가원이 보유하고 있는 각종 건강 관련 자료와 의료통계 데이터는 타 기관이나 기업에서 생산할 수 없는 고유의 공공데이터이다. 국민 누구나 공공데이터를 이용할 수 있는 콘텐츠 환경 구축으로 공공기관으로서의 사회적 책임을 수행할 의무가 있다. 이에 홈페이지와 모바일 서비스를 일반인과 장애인, 노약자 모두 동등하게 이용할 수 있도록 하고 있다. 한국정보화진흥원, 한국웹접근성평가센터, 한국시각장애인연합회,(주)웹와치 등의 공인심사기관으로부터 매년 접근성 심사를 받고 있다.

홈페이지 개편사업 기간을 제외하고 2012년부터 매년 홈페이지 및 모바일 앱 접근성 심사에서 인증마크를 획득하였다. 데이터산업진흥 공공기관인 한국데이터진흥원으로부터 굿콘텐츠 서비스 품질인증을 받음으로써 콘텐츠 수준에 대한 검증이 확인되었다. 방송통신위원회가 주최하는 '2012년 대한민국 모바일앱 어워드'에서 공공서비스 부문 특별상 수상을 필두로 '2016 굿 앱 평가 대상'에서 건강정보 부문의 수상까지 모바일 앱의 우수성도 확인되고 있다.

홈페이지 및 모바일 앱 이용자수는 2017년 하반기 회원수 15만 1,507명에서 2019년 하반기 22만 1,700명으로 6만여 명이 증가하였다. 업무의 고유한 특성으로 인해 전체 회원 중 요양기관과 약국 등의 이해관계자 비중이 일반 국민보다 높게 나타났다.

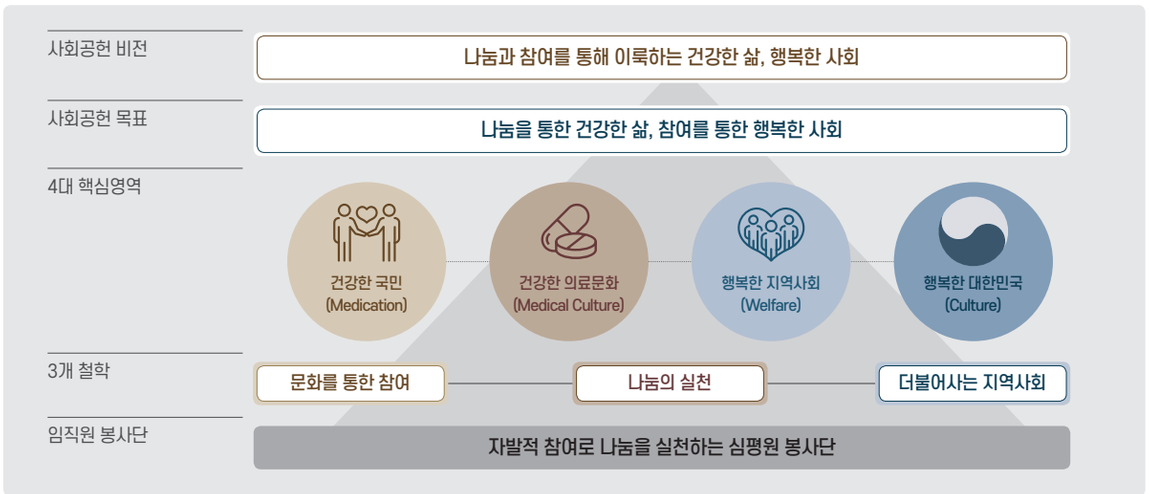
심사평가원은 콘텐츠를 이용하는 국민 의견을 반영하고 이용자 중심의 콘텐츠를 제공하기 위해 만족도 조사를 시행하여 왔다. 매년 홈페이지와 모바일 앱 만족도 점수는 지속 상승하였고, 조사 결과를 이용하여 콘텐츠 보완점과 개선방향을 도출하여 양질의 서비스로 발전시키는데 활용하고 있다. 2018년도 이후 만족도 조사는 2년 주기로 시행되고 있다.

제2절.

지역사회와 대한민국의 행복을 위해 나눔을 선도하다

1. 사회공헌 추진 체계

심사평가원의 사회공헌 비전은 '나눔과 참여를 통해 이룩하는 건강한 삶, 행복한 사회'로서 '나눔을 통한 건강한 삶, 참여를 통한 행복한 사회'라는 사회공헌 목표를 달성하기 위해 노력을 기울였다. 사회공헌의 구체적인 추진을 위해 심사평가원의 업무특성을 반영하여 '건강한



국민(Medication), 건강한 의료문화(Medical Culture), 행복한 지역사회(Welfare), 행복한 대한민국(Culture)'을 4대 핵심영역으로 설정하였다. 기관 구성원들의 자발적인 참여로 나눔을 실천하기 위해 구성된 '심평원봉사단'을 조직하여, '문화를 통한 참여', '나눔의 실천', '더불어 사는 지역사회'를 행동철학으로 내재화하고 사회공헌에 적극적으로 나서고 있다.

2. 지역사회 지원을 통한 사회적 가치 제고

심평원봉사단

심사평가원은 다양한 사회적 책임 활동으로 원장을 단장으로 하여 전 직원이 무료급식봉사와 재능기부 등을 통해 다양한 사회공헌 활동을 추진하고 있다. 14개 보건의약단체와 협업을 통해 연 4회 의료소외계층을 대상으로 의료봉사를 실시하여 의료취약지역의 복지 발전과 주민의 건강 증진에 기여하고 있다.

2004년부터 '희귀질환 및 난치병 환아 돕기'와 '급여 우수리 모으기' 등으로 사회공헌활동을 추진하였다. 2006년 9월 보다 체계적이고 지속가능한 사회공헌활동의 전개를 위해 전담부서 설치의 필요성을 느끼고 사회공헌 전담부서인 '복지협력부'를 신설하였다.

2007년 6월에는 희귀난치성금을 도입하였고, 2006년 7월 심평원봉사단을 창설하여 조직적인 봉사활동을 전개해 나갔다. 2009년부터 심평원봉사단을 전 직원이 당연가입하는 체계로 확대 · 운영하기 시작함에 따라 전사적인 규모의 사회공헌활동이 펼쳐지게 되었다.



2007 노사가 함께하는 샘물봉사단 창단식

아울러 10개의 지원에서도 사회복지센터 지원, 저소득층 후원, 미혼모 쉼터 봉사, 의료봉사 등 자체적으로 나눔 활동을 시행하고 있으며 2017년에는 총 30개의 프로그램에 765명이 참여하여 전국에 HIRA의 나눔 문화를 확산하였다.

구분	프로그램 명	내용
저소득층 아동지원	낙원프로젝트	• (2017년) 굿네이버스 등과 협업하여 원주시 식품빈곤 아동 대상 희망나눔 KIT 600박스 제작 · 배포 및 빈곤가정 주거환경 개선 지원 • (2018년) 강원지역 식품빈곤아동을 위해 즉석밥 3,300개 후원
	자유학기제 진로체험	• 1사 1촌 결연을 맺은 마을 저소득가정 청소년 대상 진로체험 활동비 지원
	디딤씨앗통장	• 취약계층 요보호 아동에게 매월 자립지원금을 지원
지역사회 문제 해결	도시농부아카데미 하우스	• 노숙인 거주공간 마련 및 IoT 기술을 적용한 첨단 도시농업 기술(작물재배) 교육, 심리치료를 통한 노숙인 자활 지원
	아기사랑 분유뱅크	• 저출산 문제 해결을 위해 원주 지역 취약계층 10개월 미만의 영아를 대상으로 분유를 포함하여 식품 및 생필품 무상 지원
	1사 1촌 결연마을 봉사활동	• 일손돕기, 김장김치 나눔행사 등 결연마을 봉사활동
	독거노인 안부전화서비스	• 심사평가원 콜센터는 2010년부터 보건복지부 주관 '독거노인 안부전화서비스'에 참여하여 120명의 독거 어르신 대상 주 2회 어르신의 안부확인 및 건강보험 관련 정보 제공 등 노인의 특성을 고려한 안부전화 서비스 실시를 통해 고독사 방지에 기여
문화소외지역	문화햇살 콘서트	• 조손가정 등 문화소외계층 오케스트라 관람기회 제공
	나눔 콘서트	• 기관 시설을 활용하여 각종 문화공연(아동극 등) 개최
	지역문화 후원	• 원주지역 문화시설 인프라를 활용한 지역 소외계층의 문화향유 기회 확대
	기관 견학	• 강원도 농촌지역 초등학교 어린이들의 진로체험을 위한 기관 방문 지원

희귀난치병 어린이 돕기 프로젝트

2011년 3월 심사평가원은 한국사회복지협의회와 '희귀난치병 어린이 돕기 프로젝트'에 대한 협약을 체결하였다. 공공기관으로서 고유한 업무와 연계하여 전략적인 사회공헌 활동을 전개할 필요성이 대두되었고, 한국사회복지협의회와 뜻을 같이 함으로써 봉사활동의 범위를 확장할 수 있었다.





2011 제30차 희귀난치병 어린이 치료비 성금전달(서울성모병원) **2013** 제3회 심평원과 함께하는 건강+ 행복 캠프

한국사회복지협의회와 업무 협약을 통해 희귀난치병 어린이에 대한 치료비 지원을 시작으로, 환우 및 환우 가정의 정서적 지원활동으로까지 사회공헌 영역을 확대하였다. 1회부터 9회까지 '건강 + 행복 캠프'를 열어 161가정을 지원하였고, 9회에 걸쳐 '레인보우 브릿지(소아암 완치자 밴드)'를 지원하였다. 희귀난치환우 180명에게 10억 4,300만 원의 치료비를 지원하였고, '어린이 건강 지킴이 교실'에 7,200만 원을 지원하였다. 전국의료원 8개소에 '건강+행복 어린이 도서관'을 개관하여 지속적으로 유지하였으며, 3회에 걸쳐 '행복을 전하는 동화책'을 제작하여 배포하였다. 6명의 환우들에게 '소아당뇨 인슐린 펌프' 3,909만 원 상당을 지원하고, 1,000명의 환우에게 '장기입원 항균용품' 4,949만 4,160원 상당을 지원하는 등의 활동을 전개하였다.

독거노인 지원 사업

심사평가원은 2010년 12월 독거노인종합지원센터(당시 한국노인종합복지관협회)와 업무협약을 체결하고 '독거노인 사랑 잇기' 사업으로 독거노인 지원을 추진하였다. 주 2회 120명의 독거노인을 대상으로 독거노인의 사회적 보호와 고독사 예방을 위한 안부전화 걸기를 실행하였고, 예방접종 등의 건강정보를 제공하였다. 긴급상황 발생 시 독거노인지원종합센터로 바로 접수가 될 수 있도록 연계조치를 하였고, 사랑의 김치 전달 등 정기적인 봉사활동을 꾸준히 실천하였다.



2016 '홀로 사는 어르신을 위한 사랑 나눔의 場' 보건복지부 장관상 수상

2016년 12월 '2016년 홀로 사는 어르신을 위한 사랑 나눔의 場' 행사에 참석한 심사평가원은 독거노인 보호 유공단체 부문에서 보건복지부 장관상을 수상하여 기관의 독거노인 보호 활동을 대외적으로 공인받았다.

디딤씨앗통장

심사평가원은 보호를 요하는 아동들이 성년이 된 후의 자립을 지원하기 위하여 지방자치단체와 협력하여 자립 지원금을 적립하였다.

한국사회복지협의회와의 업무협약을 통한 기존의 '희귀난치병 어린이 돕기'와 별개로 임직원들이 '디딤씨앗통장' 모금을 시작하여 가입자가 늘어나는 추이에 맞추어 지원 규모도 점진적으로 확대해 나갔다.

2012년 11월 '디딤씨앗통장' 후원에 대하여 보건복지부 장관으로부터 표창을 수상하였다.

'디딤씨앗통장'은 2019년 12월 기준, 누적아동 8만 5,802명에게 총 9억 5,663만 2,000원이 지원되었다.





2010 심사평가원과 함께하는 따뜻한 점심(서울노인복지센터)

2018 1사 1촌 마을과 김장김치 담그기

3. 지속되는 나눔 실천과 이어지는 수상

행복나눔인상 수상

심사평가원은 2007년 '심평원봉사단' 창단 이후, 2009년부터 전 직원이 당연 가입하는 조직으로 확대 · 운영해왔다.

'건강검진의 날'과 '건강의 날'을 기념하는 건강검진행사에서의 보조역할과 장애인 이동지원 등의 봉사활동을 진행하였고, '서초야 놀자' 장애인 한마음 축제와 '샘마을 떡국 나눔' 등의 행사를 지원하였다.

이러한 노력을 인정받아 2013년 6월 '제2회 행복나눔인상'에서 보건복지부 장관상을 수상하였다. '심평원봉사단'은 2010년부터 2019년까지 임직원 4만 2,290명이 16만 8,519시간의 봉사활동을 달성하여 심사평가원의 사회공헌 3대철학인 '더불어 사는 지역사회'에서 '문화를 통한 참여' 정신으로 '나눔의 실천'이 지속됨을 보여주고 있다.

CSR 필름페스티벌 2회 수상

심사평가원은 2013년 6월과 2020년 11월 국내 최대의 CSR(Corporate Social Responsibility) 축제인 '대한민국 CSR 필름페스티벌'에 영상을 출품하여 보건복지부 장관상을 수상하였다. 대한민국 CSR 필름페스티벌은 기업의 사회적 가치를 주제로 봉사, 나눔, 환경, 다문화 등 여러 영역에서 펼쳐지는 현장활동을 영상으로 만들어 국민과 공유하는 축제이다.

심사평가원은 2013년 “희귀난치병 어린이와 함께 한 건강 + 행복 캠프”를 제작하여 출품하였다. 심사평가원이 개최한 제3회 ‘건강 + 행복 캠프’에서 심평원봉사단이 희귀난치병 어린이와 함께 어울려 건강한 웃음을 자아내는 모습을 영상화한 것이다. 심평원봉사단은 제주 에코랜드에서의 휴 체험과 건강기원 나무심기 등의 프로그램으로 희귀난치병 어린이와 그 가족들에게 즐거움을 안겼다. ‘건강 + 행복 캠프’는 희귀난치병 어린이와 그 가족들에게 일상에서 벗어나 편히 쉬어가는 기회를 제공하였다. 치료와 삶에 지쳐 자칫 소홀해질 수 있는 가족의 유대관계를 강화하고 휴식을 제공하는 정서적 지원활동으로서 심사평가원의 특성화된 사회공헌활동으로 인정받았다.

그리고 2020년에는 제주 우도 주민 의료이용권 향상 프로젝트 “우도 효도차 - 탑써”를 출품하였다. 심사평가원이 실시한 제1회 지역사회 문제해결형 보건의료 사회공헌 아이디어 공모전에서 최종 선정된 사업이었다. 심사평가원과 제주특별자치도 사회복지협의회는 의료시설이 부재한 제주 우도의 의료취약계층(장애인, 노인 등)이 제주 소재 의료기관을 방문하여 의료서비스를 받기 위해서는 이동 시간이 너무 많이 소요된다는 점을 발굴하였다. 양 기관과 한국사회복지협의회, 우도면 사회보장협의체, 동제주종합사회복지관, 우도면사무소 등이 협업하여 제주 우도 의료취약계층에게 제주 의료기관까지 ‘원스톱 이동편의 제공’을 실시하였다. 이로써 기존 이동소요시간을 7시간에서 3시간으로 단축하였다. 봉사자가 동행함으로서 환자와 보호자들에게 마음의 안정도 가져다주었다. 도서지역의 보건의료 문제점을 발굴하고 의료취약계층의 의료이용권 향상을 위한 사회공헌 프로그램으로 심사평가원의 지역사회 보건의료 문제해결형 사회공헌 활동으로 인정받았다.

이 두 사업은 CSR 필름페스티벌에서 수상함으로써 희귀난치병 환우와 의료취약계층의 의료이용권 보장에 대한 국민적 관심을 고조시키는 계기를 마련하였다.

노숙인 문제 해결 민 · 관 협력 플랫폼 ‘도시농부 아카데미 하우스’

원주혁신도시로 이전한 이후 ‘지역사회 문제 해결과 사회공헌 사업을 어떻게 연결시킬 것인가?’에 대한 방안을 모색하였다, 심사평가원은 2017년 한국사회복지협의회와 지역문제 해결 프로그램 개발에 대하여 논의하였다. 지역 시민 대상 조사결과 원주지역의 현안으로 노숙인 증가 문제가 가장 큰 비중을 차지하였다. 노숙인에게 일자리 제공을 통한 문제해결을 위해 ‘도시농부 아카데미 하우스’ 프로그램을 제안하게 되었다. ‘도시농부 아카데미 하우스’는 지



2019 도시농부 아카데미 하우스 개장식

역 노숙인들에게 스마트팜(작물재배 컨테이너)을 제공하고 작물재배 기술을 지원하여 사회적응 및 자활의지를 고취시키는 프로그램이다. 사업의 시작을 위해 부지와 인력, 스마트팜 확보가 필요하여 시민, NGO, 지자체와의 협업을 진행하였다. 부지는 지역사회의 협조를 받아 해결하였고, 인력은 원주노숙인센터에서 자활의지가 있는 노숙인 22명을 선발하였다.

스마트팜 설치를 위해 스마트팜 2동(8,283만 원)을 후원하고 스마트팜의 원활한 가동을 위해 바닥콘크리트 공사, 전기공사 등 기반공사(1,349만 5,000원)를 지원하였다. 또한 노숙인들에게 프로젝트에 대한 이해와 참여를 독려하고자 사업설명회를 개최하였다. 국내 처음으로 노숙인 대상 민 · 관 협력 플랫폼을 구축하면서 사업의 성공을 기원하기 위해 사업부지(원주시 소초면 장양리 1266번지)에서 2018년 12월 착공식과 2019년 7월 개장식을 진행하였다.

사업 초기 노숙인이 스마트팜을 원활히 운영할 수 있도록 원주농업기술센터와 국민참여열린경영위원회 자문위원의 도움으로 농작물 재배교육과 갈거리사회적협동조합을 통해 경제관념 교육도 지원하였다. 처음 시도한 작물은 상추였으나 사업부지 장소의 수질이 상추와 맞지 않아 여러 작물을 시도한 결과 새싹보리가 스마트팜의 특성과 지역적 환경조건에서 가장 잘 자라는 것으로 확인하였다. 현재 노숙인 22명 중 전담인력 2명의 노숙인이 스마트팜 운영관리에 참여하고 있으며 대체인력인 노숙인 50명을 대상으로 직업교육도 지원하였다. 새싹보리 건조 생산 시, 연 176kg 생산이 가능하며 연 3,800만 원의 수익이 예상된다.

2020년 원주시 사회복지협의회와 새싹보리 가공전문업체인 대산바이오(주), 새싹보리 인터넷 판매업체인 한국슈퍼파낙스(주)와의 협약을 통해 안정적인 판로를 확보하였다. 납품 조건인 무농약 인증을 위해 농업용수 망간제거장치를 후원하여 식품의약품안전처로부터 무농약

인증을 획득하였다. 또한 농작물의 안정적인 수확과 보관을 위해 비닐하우스(690만 원)와 저온저장고(300만 원)를 후원하였다. 그리고 노숙인들의 근로 안전과 환경개선을 위해 농막(화장실, 휴게실, 세면장)을 후원하였고, 노숙인 보험가입과 안전매뉴얼 수립 등 감독체계도 구비하였다. 심사평가원은 지역사회 문제해결 민 · 관 협력 모델 수립경험과 프로젝트 실행경험을 통해 사업의 지속가능성 확보와 타 지역으로의 확대를 위해 지속적인 노력을 기울이고 있다.

대한민국 나눔국민대상 수상

심사평가원은 '2019년 대한민국 나눔국민대상'에서 보건복지부 장관상을 수상하였다. 한국사회복지협의회의 추천으로 물적나눔 분야에서 수상하였는데, 이는 공공기관으로서 사회적 책임을 실천하고 나눔 문화 확산 노력에 대한 공로를 인정받은 것이었다.

연도	나눔 실적
2004~2019년	'희귀난치병 어린이 돕기' 사회공헌 활동 추진: 임직원 자발적 모금으로 환아 및 가족 후원(282명 환우, 총 29억 5,324만 원) ※ 경제적 지원(치료비 지원) 및 정서적 지원(가족 캠프, 수기 공모전 등)
2005~2019년	'디딤씨앗통장'을 통한 아동발달 지원('18년 말 기준 총 8억 6,261만 원)
2007년부터	'심평원봉사단'운영 : 헌혈, 급식봉사 등 정기봉사활동과 사랑나눔 걷기대회(2009~2014)개최 등 비정기 지역사회 나눔활동 병행 추진 - 매주 1회 정기적으로 지역 복지시설 및 초등학교에 임직원 봉사자 지원
2010년부터	매년 2회 임직원 대상 헌혈 실시(19회, 총 2,532명 참여)
2011년부터	건강플러스 행복캠프 진행(9회, 총 161가정(535명) 참여)
2011~2019년	1사 1촌 삼송마을과 자매결연으로 지역 농산물 구매(배추 1만 8,600포기, 김장김치 2,200kg)
2014~2017년	공공의료원에 건강플러스 행복 어린이 도서관 개관(총 8개)
2015~2017년	희귀난치병 환우 가족 이야기 행복을 전하는 희망동화책 제작 · 배포(총 1만 권)
2016~2018년	보건의료 특화 사회공헌활동 추진(4억 7,200만 원) - 독거노인 상실감 회복 프로그램 '휴먼스토리' 진행 - 지역 초등학교생들의 비만 · ADHD 예방 방과후 교실 '어린이 건강지킴이' 운영
2017년부터	지역 식품빈곤 아동돕기 및 주거환경 개선을 위한 '낙원 프로젝트'(7,739만 원)
2017년부터	저출산 극복 및 지역 저소득계층 가정을 돕기위한 '아가사랑 분유뱅크' 진행 - 10개월 미만 영아를 둔 저소득가정에 매월 분유 2통씩 지원(289가정, 분유 총 578통)
2018년부터	지역 노숙인 자립 · 자활을 위한 '도시농부 아카데미하우스'(8,283만 원) - 노숙인 자립 지원을 위한 심리 치료 및 작물을 재배할 수 있는 스마트팜 2동 후원 ※ 명절, 희망나눔캠페인, 국군장병 위문성금 등 수시성금 모금 실시(매년 8,000만 원 규모 성금 모금)

지역사회공헌 인정제 선정

심사평가원은 2019년 12월, '제1회 지역사회공헌 인정의 날' 행사에 참석하여 '강원 및 광주 지역사회공헌 인정패'를 수여받았다.

'지역사회공헌 인정제'는 사회공헌활동을 통해 지역활성화에 기여한 기업 및 기관을 지역사회가 인정해주는 제도이다. 2019년 7월 보건복지부와 한국사회복지협의회가 공동주관하여 처음 도입되었다.

심사평가원 본원은 강원지역에서, 광주지원은 광주지역에서 공공기관 최초로 '지역사회공헌 인정기관'으로 선정되는 영예를 안았다.

심사평가원 본원은 지역 밀착형 사회공헌활동을 꾸준히 전개하여 왔다. 스마트팜을 활용해 지역 노숙인 자립기반 마련을 지원하는 '도시농부 아카데미 하우스', 저소득계층 가정에 매월 분유를 지원하는 '아가사랑 분유뱅크', 1사 1촌 마을과 취약계층을 위한 김장김치 담그기 행사 등을 매년 개최하였다. 보건의료빅데이터를 활용한 지역 인재 육성과 창업 지원, 의료기기 컨설팅 및 기술개발 지원 등 지역 내 사회적 가치 창출에 기여하였다. 매월 지역 농 · 특산물 직거래 장터 운영과 강원도 내 사회적 경제 활성화 및 판로 확대 지원 등의 지역경제 활성화에도 지속적인 노력을 기울였다.



2019 공공기관 최초 지역사회공헌 인정기관 선정



2017 아가사랑 분유뱅크 후원 협약식

"심사평가원은 2019년 12월 2차 지방이전이 완료됨에 따라 본격적인 원주 시대를 맞이하게 되었습니다. 앞으로도 원주를 비롯한 강원지역 사회공헌활동을 확대하고 지역과 긴밀한 협력체계를 구축하여 지역사회 발전에 기여해 나가겠습니다."

_ 심사평가원 김선민 원장

광주지원은 광주 · 전남 지역사회와 탄탄한 네트워크를 구축하고 다양한 지역사회공헌활동을 실행하였다. 일자리 창출, 지역사회 통합 연계서비스를 통한 취약계층 지원, 기관의 특성을 살린 '사랑나눔 의료봉사활동' 등 사회적 가치를 창출하고 지역 활성화에 기여한 점이 높이 평가받았다.





2017 부산지원, 1사 1촌 월평마을 봉사활동 — **2018** 의정부지원, 지역사회 행사 참여(제12회 전국어울림마라톤대회)





2019 대전지원, 지역농산물 후원 나눔 활동(돈보스코의 집) — **2019** 광주지원, 지역사회와 상생을 위한 미니카페 '딜라잇 가든' 오픈

비영리단체인 '송광종합사회복지관'이 광주지원을 추천하였다. 지역 및 중앙심사위원회의 1 · 2차 심사를 거쳐, 광주지역 공공기관 중 유일하게 지역사회공헌 우수기관으로 선정되었다. 또한 2020년에는 본원과 6개 지원이 지역사회공헌 인정기관으로 보건복지부로부터 인정받았다. 2019년에는 본원과 광주지원만 인정을 받았으나, 2020년에는 본원과 광주지원은 2년 연속으로, 부산 · 대구 · 대전 · 의정부 · 전주지원은 최초로 지역사회공헌 인정기관이 되었다. 이처럼 심사평가원은 지역사회 문제 해결을 위하여 지속적이고 적극적인 지역밀착형 사회공헌 사업을 추진해 나가고 있다.





2018 전주지원, 도서벽지 의료봉사 활동 — **2020** 대구지원, 동절기 대비 안전캠페인 실시



INTERVIEW

방상혁

비상임이사

(대한의사협회 상근부회장)

Q. 심사평가원 비상임이사라는 직함의 의미와 역할, 그 무게에 대한 소회 말씀 부탁드립니다.

A. 의료계를 대표하여 심사평가원의 비상임이사를 맡게 된 소임의 무게는 결코 가볍지 않았습니다. 국민에게 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 심사지침을 마련한 심사평가원과 국민에게 양질의 의료서비스를 위해 지침에만 의존할 수 없다는 의료계의 팽팽한 대립을 풀기 위한 가교역할을 수행해야 한다는 중압감이 컸습니다. 국민보건 향상을 위한 동반자적인 원활한 소통과 건전한 견제에 의한 신뢰형성만이 그 해답이라고 생각합니다.

Q. 심사평가원과 의료계의 상호협력 발전을 위하여 관계 설정에 대한 의견을 듣고 싶습니다.

A. 심사평가원 출범 당시 의료계에서는 기대가 컸습니다. 이전에 불합리하거나 명확하지 않아 의료서비스 수행에 혼란을 주었던 심사기준들이 이제야 제대로 정립될 것이라는 기대였습니다. 하지만 조정 건수에 의존하던 체계가 달라지기에는 더 많은 시간이 필요했습니다. 의료계와 심사평가원의 마찰은 계속되었지만 상호협력과 발전을 위한 노력은 계속 이어져야 한다는 의지는 같았다고 생각합니다. 더 많은 소통과 이해와 신뢰로 공정하고 형평성을 잃지 않은 체계를 마련하기 위해 무릎을 마주하고 앉는 자리를 더 자주 만들어야 합니다.

의료서비스 현장의 고충을 나누고, 효과적인 심사체계 마련을 위한 과학적 접근에 대한 연구도 더 많아져야 할 것입니다. 의료서비스 수행기관이 몰라서 수행하지 못하는 서비스나 정보 전달의 오류로 청구에 대한 실수가 발생하더라도 감시의 시선에 앞서 따뜻한 시선으로 안내해 주는 이해의 자세도 필요하다고 봅니다. 원활하고 바른 청구가 건강보험 재정 손실을 막을 수 있는 길임을 우리는 잘 알고 있습니다. 건강보험 재정의 효율적인 배분을 위한 노력이 이어져야 대국민 의료서비스의 질이 향상된다는 것도 잘 알고 있습니다. 그러니 두 기관의 상호협력 관계를 위한 노력은 계속되어야 한다고 생각합니다.

Q. 코로나19로 혼란스러운 지금, 심사평가원과 의료계의 대응 역할은 무엇일까요?

A. 코로나19 위기상황에서 의료기관은 방역의 최일선에서 감염병 확산 저지 등 국민건강 수호를 위해 사투를 벌이고 있습니다. 코로나19라는 감염병에 대한 정보 부족과 급박한 상황 전개에 전문가 의견수렴 시간이 부족했다는 점에서 초기대응은 원활하지 못했다고 생각합니다.

이제는 일상적인 환자와 기존 중환자, 외상환자 등의 서비스 질도 떨어뜨리지 않고 감염병에 대응할 수 있는 이원적인 체계를 강화해야 합니다. 의료기관을 선별하여 감염병 전용병원 운영에 대한 현실적인 대응 방향도 확고히 해야 합니다. 또한 두 기관의 원활한 소통과 전문기관의 자문을 통해 감염병 치료에 대한 수가 및 기준을 마련하여 효율적인 급여화를 진행해야 할 때라고 생각합니다.

Q. 코로나19 장기화에 대응하는 의료계의 중장기적 대응체계에 대한 의견 부탁드립니다.

A. 코로나19 장기화에 대비하여 전담의료기관 지정과 의료인력의 효율적 운영, 의료이용 체계 변화 등을 준비해야 한다는 것은 거듭 강조해도 과하지 않다고 생각합니다. 감염병 환자 병상확보와 백신확보의 중요성 또한 간과할 수 없습니다.

병상확보의 경우 지역별 적정분배와 필요 시 추가 병상 확충도 필요합니다. 하지만 코로나19 상황이 종식된 후 병상가동률을 고려할 때 민간병원에서는 감염병 환자만을 위한 병상 확충에 참여하기 어려운 실정입니다. 그래서 중증환자를 진료할 수 있는 병상 준비를 위해 환자 입원 여부와 상관없이 준비병상 보상을 위한 예비병상 수가 신설이 필요합니다. 또한 기존 중증환자가 코로나19 환자 우선 치료로 인해 역차별 문제가 발생하지 않도록 의료이용 체계 변화도 준비해야 할 것입니다.

코로나19 회복 후 후유증을 최소화하여 빠른 사회복귀를 위한 제도 마련도 병행되어야 합니다. 사회적 격리로 인한 스트레스와 우울감 등의 코로나블루 후유증을 최소화하는 정신과적 치료체계 마련도 시급합니다.

백신확보의 상황은 더욱 촘촘하고 과학적인 접근이 필요합니다. 과학적으로 개발되고 검증된 백신이지만 예기치 못한 부작용이나 사고에 대한 대비가 있어야 합니다. 백신에 대한 모든 과정과 절차에 대한 실무는 의료계와 함께 종합적이고 구체적이며 단계별 실행 계획을 수립할 것을 권고합니다. 코로나19 상황이 하루빨리 종식되기를 바라며 이런 경험들이 향후 발생할 수 있는 감염병 상황에 대처하는 좋은 선례가 되기를 희망합니다.

Q. 20주년 축하메시지와 심사평가원의 발전을 위해 한 말씀 부탁드립니다.

A. 지난 20년간 건강보험 발전에 기여한 심사평가원의 노고에 감사드립니다. 다양한 시각과 임상경험을 지닌 김선민 원장님에 대한 기대와 믿음이 있어 미래 20년의 건강보험 발전을 위한 선도자 역할도 잘 해나갈 것이라 생각합니다.



INTERVIEW

조윤미

비상임이사

(소비자권익포럼 상임이사)

Q. 직함의 의미와 역할, 그 무게에 대한 소회 말씀 부탁드립니다.

A. 심사평가원이 의료기관과 소비자 사이에서 한쪽으로 쏠리지 않고 근거 기반의 판단을 할 수 있도록 중심을 잡는 것이 중요하다고 생각합니다. 비용과 의료의 질이 적정하게 행해지는지에 대해 판단함으로써 이사회가 중요한 역할을 수행하고 있다고 봅니다. 심사평가원은 의사와 기관들은 끊임없이 만나지만 소비자와는 자주 만날 일이 없어요. 그래서 심사평가원이 소비자를 위해 하는 의미 있는 활동이 잘 공유될 수 있도록 이사회가 중요한 역할을 담당해야 한다고 생각합니다.

Q. 2000년 의약분업추진 운동본부인 '의료개혁시민연합' 간사로 활동하셨습니다. 의약분업 정착의 자원봉사자에서 실무자가 되었을 때의 소회를 듣고 싶습니다.

A. 제가 간호사로 일하던 2000년도에는 의약분업과 관련해 의사 파업이 한창이었습니다. '의료개혁시민연합'에서 의약분업을 추진하고 있었는데, 간사들이 너무 무리하게 밤을 새워 일하다가 응급실에 실려 가는 일이 다반사였습니다. 사무국이 공백 상태가 되어서 도와주러 갔다가 시민단체 활동을 처음 알게 되었습니다. 실무자로 일하기 시작하면서 의약분업 추진에 적극적으로 나섰습니다. 400여 회의 세미나를 열었고 의약분업 교육 책자를 만들어 전국의 시민사회단체들과 제도의 필요성에 대한 인식을 공유했습니다. 의약분업 과정에서 이해관계 조정의 중요성을 깨달았습니다. 그렇게 성사된 의약분업이

올해로 20주년이 되었습니다. 당시 심사평가원도 본격적인 활동을 시작했었는데, 시민사회단체 내에서 의약분업보다 소비자에게 더 중요한 역할을 하게 될 곳이 심사평가원이라고 다들 인정했었지요. 개인적으로는 의약분업이 전혀 다른 새로운 길을 걷게 된 계기가 되었습니다. 국가적으로도 선진화된 의약품 사용 시스템을 갖추게 되어 사회적인 의미도 크다고 생각합니다.

Q. 16년간 '녹색소비자연대'에 몸담으며 보건 · 의료 관련법 개정과 정책 방향 설정에 관한 활동 중 의미 있는 내용에 대한 말씀 부탁드립니다.

A. 의약분업이 하드웨어라면 그 소프트웨어에 해당하는 것이 DUR 시스템입니다. 심사평가원에서 DUR위원회를 만들었는데 첫 위원장을 제가 맡게 되었습니다. DUR의 로드맵을 그리고 시스템이 구축되면서 의약분업이 정착하는 중요한 계기가 되었던 게 기억에 남습니다.

2004년 의료법개정 TF에 참여해 새로운 의료법의 틀을 마련했던 것도 보건의료 발전의 중요한 한 장이었다는 점에서 큰 의미로 기억됩니다.

최근의 이슈로는 비급여에 대한 문제를 해결해나가는 것이 건강보험의 안정성과 유효성에 대한 중요 평가 기준이 되었다는 점입니다. 의원급에서 많이 실행되는 비급여 행위에 대해 소비자들이 정확한 정보를 파악할 수 있도록 고지하는 심사평가원의 역할이 중요해졌습니다.

Q. 코로나19로 혼란스러운 지금, 건강보험과 심사평가원이 강화해야 할 역할에 대한 고견을 듣고 싶습니다.

A. 우리나라가 다른 나라에 비해 코로나19 방역에 성공한 것은 공적 건강보험체계의 발달이 뒷받침되었기 때문입니다. 다른 나라에서 엄두도 못 내는 검사비용을 우리나라 건강보험이 많은 부분을 부담함으로써 체계적으로 대처할 수 있었습니다. 질병이나 질환에 노출된 이후 적용하던 건강보험을 사전 예방으로 기능을 확장할 필요가 있다고 생각합니다. 또 '코로나 블루'라고 격리와 단절에서 오는 스트레스가 전 세계에서 우리나라가 가장 높은 것으로 나타난 만큼 이 부분도 건강보험이 커버해야 한다고 봅니다. 앞으로도 계속 발생할 바이러스 등 질병에 대한 다양한 대처와 노령화로 점점 늘어나는 어르신들에 대한 건강보험의 영역이 확장되어 가야 할 것입니다. 이에 따라 심사평가원은 새로 등장할 다양한 의료기술에 대해 안전성과 유효성 등 적정성 평가를 통해 안전한 진료가 이루어질 수 있도록 가이드라인을 제시하는 기능을 강화해야 할 것입니다.

Q. '소비자권익포럼'의 대표로서 의료소비자 권리 강화를 위해 심사평가원에 당부하실 말씀이 있으십니까?

A. 심사평가원이 발전과 함께 조직도 커지고 인력도 많이 늘었습니다. 심사평가원 내부의 각 조직들에게 긍지와 에너지를 불어넣어 보다 적극적인 활동으로 새롭게 에너지를 창출하는 선순환 구조를 만드는 것이 중요합니다. 건강보험에 보험료를 내는 의료소비자들에 대한 의료서비스에 한 차원 높은 변화가 필요하다고 봅니다. 지금은 예방과 검진, 치료 그리고 노인이 되었을 때의 의료서비스가 단절되어 모두 따로 실행되고 있는데, 한 사람의 전 생애 주기에 걸쳐 연결된 구조로 의료서비스가 제공되어야 할 것입니다. 심사평가원은 평가와 심사를 통해 단절된 의료 이용을 한 사람의 환자 중심으로 이어져 나가도록 기능해야 한다고 봅니다. 심사평가원은 개인 질병 데이터를 기술적으로 활용해서 우리나라가 지향하는 미래의 보건의료시스템에서 환자 중심의 의료를 구현하는 정책적 기능을 가진 중요한 조직으로 성장해 나가는 것을 지향해야 할 것입니다. 소비자가 의료기관을 선택할 때 도움을 받을 수 있는 정보를 생산하여 소비자 중심적인 보건의료 환경을 조성하는 구심점으로 역할을 할 수 있는 곳은 오직 심사평가원밖에 없다는 점을 명심하고 최선을 다해야 할 것입니다.

DEPARTMENT
STORY
—
부문사

HIRA's Today,
20년을 넘어
새로운 40년을 향한 항해



제1장

의학적 타당성을 갖춘 현장 중심의 심사

제2장

양질의 의료서비스 보장을 위한 평가

제3장

의료소비자 중심의 보건의료체계 정비

제4장

대한민국 보건의료계의 브레인

제5장

보건의료 인프라 관리

제6장

국내 최고, 세계 유일 보건의료 ICT 서비스

제7장

글로벌 헬스케어의 이정표

제8장

고객만족경영의 실현

“

진료비 심사란 요양기관의 청구 내용이 의학적으로 타당한지, 또 그 비용은 적절한지 등을 객관적이고 공정하게 검토해 요양기관에 지급할 최종 비용을 결정하는 업무입니다. 국민이 적정 비용으로 양질의 의료서비스를 제공받게 하는 것을 목표로 업무를 진행하고 있습니다.

•

현재 대외 환경의 변화로 인해 심사물량이 급증하고 있는 상황입니다. 2019년을 기준으로 연간 15억 건, 하루로 환산하면 400만 건 이상을 처리해야 하는 실정입니다. 더구나 의료기술의 세분화로 미래의 심사는 더욱 더 복잡해질 것으로 예상됩니다.

•

이러한 미래에 대비해 그간 심사의 전산화와 과학화를 추진해 왔으며, 예방기능 강화와 다층적인 심사 기법 개발에 힘써 왔습니다. 앞으로도 우리 심사평가원은 의학적 근거를 기반으로, 의료계와 국민으로부터 신뢰받는 진료비 심사를 위해 노력하겠습니다.

”

제1장

의학적 타당성을 갖춘 현장 중심의 심사

제1절

요양급여비용 심사란 무엇인가?

제2절

심사체계의 패러다임 혁신

제3절

진료심사평가위원회 운영

제4절

수탁심사의 확대

제5절

심사결정에 대한 권리구제 절차 운영

제6절

심사 사후관리

제7절

현지조사

DEPARTMENT STORY

부문사

제1장

의학적 타당성을 갖춘 현장 중심의 심사

제1절 요양급여비용 심사란 무엇인가?

1. 요양급여비용 심사의 의의

국민건강보험제도에서는 환자에게 의료서비스를 제공한 요양기관에 대해 일정한 절차에 따라 요양기관이 제출한 진료 및 비용 청구내역을 검토한 후, 이를 지급하고 있다. 이 일련의 검토과정을 '진료비(요양급여비용) 심사'라 한다.

구체적으로 국민건강보험법령에서 정한 요양급여기준 등에 따라 적절한 비용이 산정되었는지를 객관적이고 공정하게 검토하고, 요양기관에 지급할 최종 비용을 결정하는 업무인 것이다. 따라서 건강보험심사평가원이 수행하고 있는 심사업무는 정당한 급여비용 지급을 인증하기 위한 국가 차원의 절차적 장치인 셈이다. 또한 요양급여비용 심사는 국민이 공정하고 적절한 의료서비스를 제공받을 수 있도록 보장해주고, 부적절한 청구비용이 발생하는 것을 방지하는 과정이란 점에서 건강보험제도를 떠받치고 있는 버팀목 중 하나라 할 수 있다.

한편 의료보험에 기반한 요양급여비용의 심사는 1977년부터 시작되었다. '국민건강보험법' 제정 이후에는 제63조에서 건강보험심사평가원의 업무로 규정하고 있으며, 제47조에서는 요양급여비용의 청구 및 지급절차에 대해 규정하고 있다. 요양기관은 심사평가원에 요양급여비용의 심사를 청구하고, 청구를 받은 심사평가원은 이를 심사한 후 그 내용을 국민건강보험공단과 요양기관에 알리도록 법적으로 규정하고 있는 것이다.

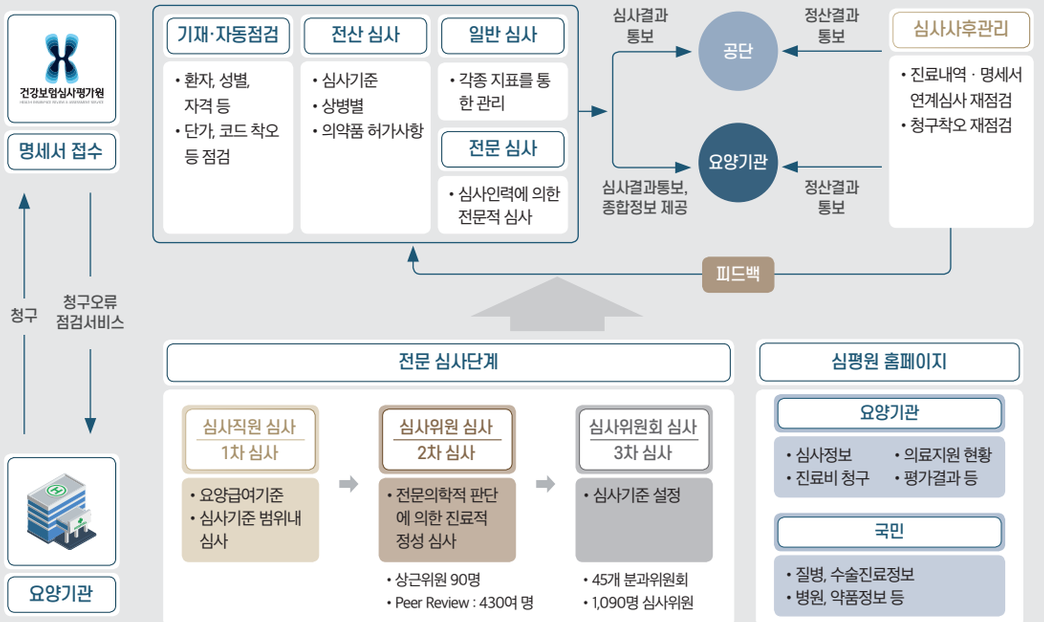
2. 심사업무의 처리 절차

심사업무의 전체 흐름

심사처리 절차를 요약하면 다음과 같다. 요양기관으로부터 진료비 청구 명세서가 '접수'되면, ICT 시스템을 활용해 필수 기재사항이나 단가, 코드 등에 착오가 있는지 '전산점검'이 이루어지고 인공지능 전산프로그램에 의해 '전산심사'가 실시된다.

이 중 전문의학적 판단이나 심사자의 확인이 필요한 건은 '전문심사' 단계로 이관되어 심사결정되고, 일련의 과정을 거쳐 결정된 '심사결과'는 해당 요양기관과 국민건강보험

〈심사처리 절차에 따른 심사업무 흐름도〉



공단에 즉시 통보된다. 이후 국민건강보험공단은 심사결정된 금액을 요양기관에 지급함으로써 일련의 절차가 마무리된다.

한편 심사평가원은 부득이한 사유로 심사단계에서 확인할 수 없고, 누적관리가 필요한 급여기준 항목 등에 대해 '심사 사후관리'를 실시함으로써 심사 정확성을 높이기 위해 최선을 다하고 있다.

청구명세서 접수

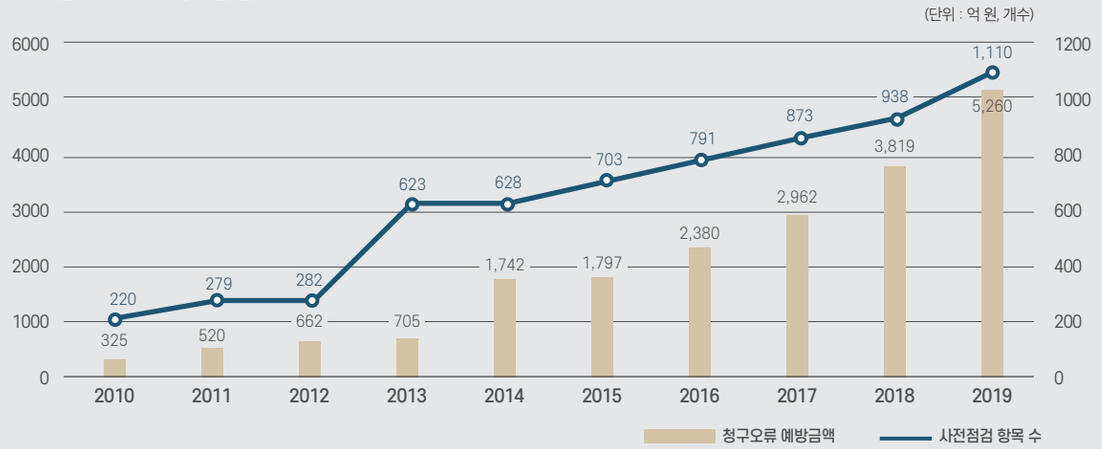
요양기관이 '진료비 청구명세서'에 환자별로 실시한 진료내역과 비용을 작성해 심사평가원에 제출하면 청구명세서 내용의 타당성을 확인하게 된다.

청구명세서는 입원과 외래, 진료 분야별(내과, 외과 포함 7개 분야), 직접조제와 처방조제 등으로 구분해 작성하도록 되어 있고, 작성방식은 정보통신망(포털서비스, EDI 등), 전산매체(디스켓 등), 서면 중 택일할 수 있다.

심사평가원은 정확한 청구 유도를 위해 단순 오류를 요양기관이 스스로 점검할 수 있도록 2003년부터 '접수 후 수정 · 보완 점검서비스'를 제공해왔다. 2010년대 이후에는 '청구오류 점검서비스'로 이름을 바꾸고, 접수 전 청구오류 사전점검서비스를 신설하며 점차 기능을 확대해왔다.

특히 2013년 12월에는 청구오류 자동점검 프로그램을 전국 요양기관에 배포해 단순 청구오류 건의 63%를 요양기관 내에서 자동 점검할 수 있도록 조치했다. 이에 불필요한 행정비용 절감에 크게 기여할 수 있었다.

<연도별 청구오류 예방사업 실적>



전산심사

청구서가 접수되면 심사평가원은 전산 프로그램을 활용해 모든 청구명세서의 환자 상병코드, 청구코드 및 가격 오류 등을 점검한다. 이 과정에서는 특히 로직화된 첨단기술을 활용한 인공지능 전산심사가 실시된다.

전문심사

전문심사란 심사대상을 선별해 1차적으로 심사직원이 우선 심사를 실시하고, 전문의학적인 판단이 필요한 경우 심사위원 심사 또는 심사위원회 심의를 의뢰하는 것을 말한다.• 이에 반해 일반심사의 경우는 전산점검 및 전산심사를 거쳐 심사 완료되며 각종 지표를 통해 관리되고 있다.

전문심사의 주체는 심사직원, 심사위원, 심사위원회로 구분할 수 있다. 우선 심사직원 심사는 요양기관의 청구 경향을 파악한 뒤 청구방법, 급여기준 등에 의거해 심사가 이뤄지며, 이 중 전문 의 · 약학적 판단이 필요하거나 고액 진료비가 청구된 경우에는 담당자 소견을 첨부해 심사위원에게 심사를 의뢰하고 있다.

한편 심사위원회 심사는 진료과목별로 전문 의 · 약학적 판단에 의해 새로운 기준이 필요하거나 심사기준에 이견이 제기된 사항 등을 대상으로 실시한다. 이때 합의에 의한 판단이 필요한 사안은 중앙 및 지역에 설치되어 있는 중앙심사위원회와 지역심사평가위원회의 심의를 거쳐 심사를 결정하게 된다.

심사금액 결정 및 결과통보

심사가 완료되면 요양급여비용 지급을 위해 최종 심사결정 금액을 생성한다. 이렇게 생성된 일체의 심사결과••가

• 진료내역 확인이 필요한 경우에는 방문심사를 진행하기도 한다.

•• 결정금액과 수진자별 조정금액, 그리고 조정사유 등

기재된 '요양급여비용 심사결과 통보서'가 국민건강보험공단과 요양기관 명의로 송부되며, 이 자료를 근거로 국민건강보험공단은 요양기관에 비용을 지급하게 된다.
한편 심사평가원은 '요양급여비용 심사결과 통보서'의 심사결과 조정내역에 대해 설명이 필요한 경우 구체적인 항목별 · 사유별 세부내역을 해당 요양기관에 송부해 요양기관에서 청구 및 진료 시 참고할 수 있도록 하고 있다.

심사 사후관리

심사평가원은 요양급여비용 지급이 완료된 이후에도 심사가 끝난 내용에 대해 적합성 및 적정성을 검토하는 절차를 마련해 운영하고 있다. '심사 사후관리'의 대상이 되는 사례는 크게 다음과 같다.

<심사 사후관리의 대상>

급여기준이 명확하게 고시되어 있으나, 요양기관 간 연계 곤란 등의 이유로 1차 심사단계에서 확인이 곤란한 청구 건

이러한 사례를 대상으로 재차 점검하는 과정을 '심사 사후관리'라 한다. 이와 같은 점검과정을 통해 요양기관에는 올바른 청구풍토를 유도하고 심사평가원 입장에서는 심사 정확성을 높여 나가고 있다.
한편 심사평가원은 1차 심사단계에서 확인이 곤란한 사항에 대해 보완책이 필요해지자 2002년 4월, 심사관리부를 신설하고 사후관리 기능을 강화했다. 이후 신의료기술 도입과 이에 따른 급여범위 변화 등 시대적 흐름에 맞춰 심사사후관리의 항목과 범위를 꾸준히 확대하며 보건의료체계 정비에 힘을 보태고 있다.



제2절
심사체계의 패러다임 혁신

1. 요양급여비용 심사제도의 발전과정

소액진료비 청구 시범요양기관 제도

여전히 명세서 전체 건을 서면심사하던 시절의 이야기였다. 진료비 산정방식이 지나치게 복잡했을 뿐 아니라 요양기관의 정확한 청구를 유도할 동인도 부족했다. 이에 정부는 1981년 10월부로 '의료보험요양취급기관 관리요령'을 개정하고, 이 규정에 의거해 성실요양취급기관 지정제도를 도입했다. 진료비 청구상태가 양호한 요양기관에 한해 청구명세서 작성의 번거로움을 덜어주기 위해 고안된 제도였다.

심사조정률이 낮아 성실요양취급기관으로 지정된 의원의 경우, 진료내역 기재 없이• 수진자의 인적사항과 진료비 총액만 기재해 청구하는 방식이었다. 또 해당 심사 지급기관 역시 심사 없이 청구된 진료비를 그대로 지급하는 형태였다.

이 제도는 의료보험 시행 초창기, 의료계의 민원해소 차원에서 도입된 측면도 있었으나 불필요한 오해를 불러일으킬 수 있는 명칭이 문제였다. 대문에 걸린 '성실'이란 명칭으로 인해 지정받지 못한 대부분의 요양기관이 '불성실'로 인식될 우려가 있었다. 이에 해당 제도는 '소액진료비 청구 시범요양취급기관'으로 이름을 바꿔 달게 되었고, 1982년 1월부터 1986년 11월까지 약 5년간 지속되었다.

그러나 도입 시의 목표와는 달리 이렇다 할 성과를 거두지 못했고, 이후 '의원급 외래 경향심사제도'가 정착됨에 따라 1986년 12월부로 공식 폐지되었다.

지표 활용 심사제도의 첫 도입, 경향심사제도

1985년 12월 1일, 의료보험연합회는 의원급 요양기관 중 외래 평균 건당 진료비가 75% 이하인 기관을 대상으로 심사부담을 덜어주는 '외래 진료비 경향심사제도'를 도입했다.

심사 부담을 덜어준다는 공통점보다는, 심사에 본격적으로 지표를 활용하기 시작했다는 차별성으로 인해 역사적으로 유의미한 제도였다. 구체적으로 건당 진료비 등 진료지표가 낮아 정밀심사 필요성이 적은 경우에 한해 일정기간 지표심사 또는 개괄심사를 적용하는 형태였다. 진료비 청구경향을 분석해 만든 지표를 본 심사에 적용하기에 '경향심사'로 불렸다. 도입 이후로는 점차 본 심사 이전단계에도 확대 적용되며 적정 진료비 청구의 기반이 되어 갔다.

경향심사의 도입과 더불어 요양기관의 자율성을 중시하는 방향으로 심사제도의 틀을 바꿨다. 이듬해 1월부터 '요양취급기관 자율시정통보제'를 시행한 것이다. 청구진료비를 분기별 · 종별 · 진료행태별 · 청구 다빈도 상병별로 구분해 일당 진료비 및 건당 내원일수를 종합 점수화하고, 이를 바탕으로 전국 평균치 이상인 요양기관에 대해서는 자율적으로 시정할 수 있도록 통보하는 제도였다. 사전에 진료비 청구내용에 대한 시정 기회를 부여하고, 불시에 진행되던 현지지도 감독에 대한 불만을 해소할 수 있어 현장의 호응이 높은 제도이기도 했다. 그러나 시정이라는 용어에 요양기관들이 거부감을 드러냄에 따라 이후에는 '요양취급기관 자율지도제'로 명칭을 바꿔 달게 되었다.

한편 지표를 활용한 심사의 효용성이 확인되자, 지표를 세분화하고 다양화해 심사에 적용하는 방법들이 개발되기 시작했다. 그 결과 1995년도에는 기준을 대폭 개편한 '심사관리 심사방식'을 개발해 전국에 확대 시행하게 되었다. 또 1997년 9월에는 병원급 외래진료 건으로까지 경향심사가 확대되었으며, 기관분류 기준을 개선하고 환자의 상

• 외래 건당 진료비가 일정금액 이하일 때 적용 가능했다.

병구성을 감안해 다빈도 상병 상대지표 기준을 도입하기도 했다.

녹색인증제도

의료보험 재정이 바닥을 보이고 있었다. 최악의 경우 보험급여 지급이 중단될 수 있다는 우려마저 감돌았다. 의약분업과 진료수가 인상의 여파로 인해 재정 악화가 단기간에 가중된 탓이었다. 이에 정부는 의료보험 재정 보호의 필요성을 절감하고 제도적 방안을 모색해 나갔다. 그 첫 단계로 우선 의 · 약계와의 신뢰관계 구축에 나섰는데, 무엇보다 긴축재정 추진에 대한 의 · 약계의 반발을 무마하기 위함이었다.

방편 중 하나로 고안된 것이 바로 '녹색인증제도'였다. 요양기관이 「국민건강보험법」 등 관련 법령에서 정한 바에 따라 자율적으로 성실하게 요양급여를 실시한 경우 그 심사 및 청구 내역에 대해 사전심사 이외의 심사 부담을 덜어주는 제도였다. 해당 제도는 2001년 5월 보건복지부 고시 '제2001-23호 요양급여비용심사 · 지급업무처리기준 제4조의2'의 신설과 함께 시행되었으며, 그 세부는 다음과 같았다.

<녹색인증제 시행 세부요강>

인증기간

2년

인증대상

- 요양급여비용 청구를 제3자에게 의뢰하지 않고 직접 심사 및 청구하는 기관
- 신청일로부터 1년 이내에 관련 법령에 의한 업무정지 또는 과징금 부과처분을 받은 사실이 없는 기관
- 전자문서교환(EDI)에 의해 심사청구를 실시하는 기관

시행 초기에는 의원급만을 대상으로 했다. 그러다 같은 해 11월부로 약국까지 확대 실시되었다. 그 후 녹색인증제도 시행에 따른 효과 및 필요성을 분석한 결과, 제도의 본래 목적이 구현되지 못하고 있다는 결론에 도달했고 이에 2007년 1월 폐지 수순에 들어갔다.

지표를 활용한 심사제도의 확대

과학적이고 합리적인 심사체계의 구축은 보건의료계의 오랜 숙원 중 하나였다. 이에 2000년 7월 심사평가원의 출범을 계기로 그해 10월부터 한의원을 대상으로 지표심사제도를 도입하게 되었다.[••] 2003년 1월부터는 종합병원 이상 입원진료비 명세서까지 적용범위에 포함되며 심사업무에 있어 지표 활용[•••]이 본격화되기 시작했다.

한편 기존 심사업무 이외에도 적정성 평가업무의 중요성이 부각되면서, 지표를 다방면으로 활용한 사전 예방적 심사관리의 필요성이 제기되었다. 이에 의료보험연합회 시절부터 시행되어 온 '요양취급기관 자율지도제' 이외에도 심사평가원은 '급여적정성 종합관리제'를 개발해 시행에 들어갔다.

사전 예방적 활동을 통해 요양기관이 스스로 진료행태 및 진료비 규모를 개선해 나가도록 하는 것이 제도의 취지였다. 심사와 평가, 실사 등의 결과물을 활용해 유의미한 정보를 산출하고 이를 개별기관에 제공해 부적절한 진료행태를 스스로 개선해 나가도록 유도하는 포괄적인 관리시스템이었다.

•• 제도 도입 초기만 해도 지표 · 개괄 · 정밀로 분류해 심사했으나, 2001년 7월을 기점으로 지표 · 정밀 · 전문 심사로 분류가 수정되었다.

••• 입원환자분류체계(KDRG, Korea Diagnosis Related Group)를 이용한 진료비 고가도지표(CI, Costliness Index)를 산출해 이를 토대로 지표심사 대상을 분류해냈다.

기존 진료비 심사가 각 진료 건을 기본단위로 관리하는 체계였던데 반해 급여적정성 종합관리제의 도입 이후에는 기관 단위 관리체계가 더해졌다는 점이 큰 차이였다. 새로운 시스템의 마련으로 인해 이후 심사평가원은 심사와 종합관리제의 동시 운영을 통해 균형 잡히고 상호 보완적인 형태로 진료비 관리업무를 수행해 나갈 수 있었다.

<급여적정성 종합관리제 확대 일지>

2002년
창원 · 대전 지원 시범사업

2003년 4월
의원 및 치과의원 대상으로 본격 시행 돌입

2005년 11월
급여적정성 종합관리제 전면실시
- 병원급 이하 입원 · 외래, 의원 입원 대상

2005년 12월
한방병원, 한의원까지 확대 적용

2006년 1월
약국까지 확대 적용
→ 전 종별 요양기관 확대 적용

한편 2006년 7월부터는 새로 개발한 외래환자분류체계(KOPG, Korean OutPatient Group)•를 사용해 지표심사기관을 분류하기 시작했다. 또 2009년 4월부터는 심사분류 용어체계를 정비했는데, 기존 지표심사는 '일반심사'로, 기존 정밀심사는 '전문심사'로 변경해 오늘에 이르고 있다.

• 환자분류체계(PCS, Patient Classification System)는 임상적인 측면과 자원소모 관점에서 유사한 환자끼리 분류하는 체계로 입원 또는 외래 환자를 상병, 시술, 기능상태 등의 항목을 이용해 분류한다. 특히 외래환자분류체계(KOPG)의 경우 미국의 APG(Ambulatory Patient Groups) Ver. 2.1을 모델로 가톨릭대 가톨릭 병원연구소에서 개발한 KAPG를 2006년 심사평가원에서 최초로 보완 및 개발해 내놓았다.

지표연동자율개선제로 통합 · 운영

이후에도 심사평가원은 요양기관의 자율적인 노력을 독려하고 사후처리보다는 사전예방에 중점을 두고 심사관리제도를 개선해 왔다.

<자율 · 예방 중심의 심사관리제도 변천 내역>

2009년 1월
적정급여자율개선제 개편

2011년 12월
지표연동관리제 실시 / 병원급 이하 대상

2012년 6월
종합병원급 이상 대상 확대

2014년 7월
지표연동자율개선제로 통합

그럼에도 심사물량은 지속적으로 증가해 청구건 단위의 진료비 심사는 임계점에 닿기 시작했다. 이에 심사업무에 있어 근본적인 패러다임 전환이 필요하다는 인식이 광범위하게 공유되었고, 집중적인 모색 끝에 심사평가원은 결국 포괄적인 관리 개념을 내포한 '지표연동관리제'를 도입하게 되었다.
구체적인 진행과정을 들여다보면 우선 2011년 12월부터 병원급 이하 요양기관을 대상으로 내원일수, 급성상기도감염 항생제 처방률, 주사제 처방률, 약품목수, 외래처방약품비 5개 항목을 대상으로 시행에 들어갔다. 진행 결과 긍정적인 효과가 확인되자 이듬해 6월부터는 종합병원급 이상으로 범위를 확대해 나갔다. 해당 제도의 시행을 기점으로 심사평가원이 국가의료서비스 관리의 핵심 기전으로 거듭났다는 차원에서도 역사적으로 매우 의미 있는 성과였다.
한편 일선 요양기관들은 오랜 기간 이중 부담에 시달려온 터였다. '자율'과 '예방'이 주목적이라고는 하나 심사평가원

에서는 '지표연동관리제'를, 보건복지부에서는 '자율시정통보제'를 요양기관을 대상으로 각각 시행 중이었던 것이다.

<심사평가원 '지표연동관리제'와 보건복지부 '자율시정통보제'의 유사성>

내용의 유사성

→ 두 제도 모두 관리지표가 높은 기관에 내용을 통보하고 진료행태의 자율적 개선을 유도

핵심 관리지표의 유사성

→ 내원일수 지표(VI)와 건당 진료비고가도 지표(CI) 등으로 사실상 동일

사정이 이러하니 두 제도의 통합 운영을 요구하는 의료단체 및 일선 요양기관의 목소리에는 충분히 설득력이 있었다. 2013년 국정감사에서부터 개선이 필요하다는 의견이 본격적으로 제기되었고, 의 · 정 협의체의 논의와 꾸준한 공감대 형성 끝에 2014년 7월부로 '지표연동자율개선제'라는 이름 아래 기존 두 제도의 통합 운영이 결정되었다. 이후 지표연동자율개선제는 확대 개편된 형태로 심사평가원 주관 하에 운영되기 시작했다.

<지표연동자율개선제 '통합'의 형태>

주관

- **보건복지부장관 (조사기획부)**
- **심사평가원장 (심사기획부)**

➡ **심사평가원장** (심사기획부)

관리항목

- **외래 : 지표연동관리제로 일원화**
  - 내원일수, 항생제 처방률, 주사제 처방률, 약품목수, 외래처방 약품비
- **입원 : 자율시정통보제 통보기준 유지**
  - 진료비고가도 지표

한편 지표연동자율개선제가 통합 시행됨에 따라 요양기관의 업무 부담이 크게 완화되었을 뿐만 아니라 대상기관 선정의 합리성과 정확성이 상승했다. 따라서 지표점검제도의 효율성 역시 큰 폭으로 향상될 수 있었다.

시행 주체가 된 심사평가원은 제도의 성공적인 안착을 위해 심혈을 기울였다. 2016년 10월부터는 장기 미개선 요양기관에 대한 정보를 의료단체에 공유해 미개선기관이 스스로 개선해 나갈 수 있도록 유도했고, 2017년 7월부터는 급여기준 변경사항을 포함해 최신 심사정보를 분기별로 제공함으로써 요양기관이 적정진료를 수행할 수 있도록 독려해 나갔다.

선별집중심사 지속 실시

무엇보다 과거에 비해 청구양상 자체가 다양화되고 있었다. 새로운 의료기술들이 속속 등장 중인데다 급여정책의 변화 폭은 과거에 비할 바가 아니었고, 새로 등장하는 민간의료보험의 보장형태는 대중의 의료이용에 영향을 줄 수 있는 수준이었다. 이처럼 급격한 변화의 파고 앞에서 '집중관리'의 필요성이 제기되었다. 진료비용의 급격한 증가를 이끌거나 사회적 이슈가 되고 있는 진료항목들을 선별해 관리할 필요가 있었다. 이에 기존에 시행 중이던 급여적정성 종합관리제와는 별도로, '선별집중심사' 제도가 도입되어 2007년부터 시행에 들어갔다.

진료경향 개선이 필요한 항목을 선정해 사전예고하고, 이를 집중 심사하는 사전예방적인 심사 형태였다. 구체적으로 집중관리 및 주기적 모니터링을 통해 행태 개선 여부를 점검하고, 그 결과를 요양기관에 피드백해 스스로 진료행태를 개선하도록 유도했다. 궁극적으로는 국민에게 필요한 진료를 보장하고, 진료비 지출을 사전에 방지하는 것이 목적이었다.

<선별집중심사 대상항목 선정 현황>

연도	관리대상
2007	약제 다품목처방 등 8개 항목
2008	한방 염좌상병 입원 등 12개 항목
2009	약제 다품목처방 등 9개 항목
2010	양전자단층촬영(PET) 등 12개 항목
2011	슬관절치환술 등 13개 항목
2012	갑상선검사(4종 이상) 등 14개 항목
2013	종양표지자검사(3종 이상) 등 17개 항목
2014	2군 항암제 등 18개 항목
2015	갑상선수술 등 19개 항목
2016	항진균제 등 19개 항목
2017	세포표지검사 등 23개 항목
2018	유전자검사 등 20개 항목
2019	골다공증치료제 등 15개 항목
2020	심장표지자검사 등 15개 항목

2. 진료비 청구방식의 변화와 전산심사 확대과정

서면제출 청구방식에서 전산매체(디스켓) 청구방식까지

의료보험제도 도입 초창기만 해도 서면청구만이 진료비 청구를 위한 유일무이 방식이었다. '불편'과 '비효율'은 상상하는 그대로였다. 청구물량이 늘어감에 따라 청구명세서의 겉표지를 색깔로 구분하는 등 여러 고육지책을 강구했으나 큰 틀에서 업무 비효율성의 타개는 아직 요원한 일이었다. 모든 청구 건을 일일이 수작업으로 처리해야 했으며, 청구기관 역시 명세서 제출을 위해 장시간 기다려야 하는 일이 다반사였다.

1988년 1월 진료비 심사기구가 의료보험연합회로 일원화되고, 1989년 7월 전 국민 의료보험이 시행된 이후로는 청구물량이 폭증해 더 이상 서면심사만으로는 적기 심사와 지급 처리가 어려웠다. 이에 전산매체 활용방안을 적극적으로 연구한 끝에, 의료보험연합회는 1992년 12월 디스켓을 활용한 진료비 청구 전산시스템을 개발했다. 이후 1994년 3월 서울지역 15개 의원급 요양기관을 대상으로 시범사업에 들어갔으며, 그해 하반기에는 당시 보건사회부가 연이어 신설 고시조항•을 공포함으로써 법적 근거를 마련하고 그 적용범위를 확대해 나갔다. 1995년 7월 광주지부 관내 요양기관으로 대상을 확대한데 이어 1996년 7월에는 부산과 제주를 제외한 전국으로 대상을 넓히며 사실상 전국 단위를 커버할 수 있는 시스템으로 거듭났던 것이다.

<전산매체 활용 확대 성과(2000년)>



한편 1997년 7월에는 화면심사시스템을 개발해 명세서를 일일이 출력하는 번거로움을 해소했다. 그러나 이후 전자문서 교환(EDI) 청구방식이 개발되고 운영에 들어가면서, 전산매체를 이용하는 요양기관 수는 급감하기 시작했다. 2001년에 1만 1,205개로 전년 대비 17.6% 감소했으며, 2016년 들어서는 전체 요양기관 중 0.2%인 224개 기관만이 전산매체를 통한 청구방식을 유지했다.

• 7월 '진료수가기준 중 의료보험 진료비 전산매체 청구방법', 9월 '전산매체 진료비 청구명세서 세부내역 및 진료비 전산매체 청구관련 업무처리 절차' 신설 및 공포

전자문서 교환(EDI) 방식에 의한 청구

전산매체 시스템을 개발하고 시범운영에 들어간 무렵과 시기가 겹쳤다. 1994년 1월, KT가 자체 개발한 전자문서 교환(EDI) 방식의 진료비 청구 · 심사시스템을 제안하고 나선 것이다. 이에 소프트웨어 개발 및 하드웨어 설치에 소요되는 비용을 KT가 부담하고 당시 의료보험연합회가 요구분석 등 개발에 필요한 전문지식을 제공하는 형태로 사업의 공동추진이 합의되었다.

이후 연구와 개발작업에 3년여의 시간이 소요되었다. 그 끝에 1996년 12월에는 서울지부 관할구역 내 병 · 의원 53개소를 대상으로 첫 상용서비스 시범운영에 돌입할 수 있었다. 청구 효율성의 제고 효과가 눈으로 확인되었다. 이에 확대 추진에 가속이 붙게 되었다. 1997년 8월에는 서울지역 내 약국과 본부 관할 요양기관 전체로 EDI 시스템 적용범위가 확대되며 청구 · 심사 업무의 주요 창구로 자리잡을 수 있었다.

이참에 보건복지부는 진료비 청구 · 심사 정보화의 전국 확산을 앞당길 요량이었다. 서울지역 내 확대가 현실화됨과 동시에 EDI 방식에 의한 진료비 청구방법을 고시하고, 관련 절차를 재정비한 것이다.

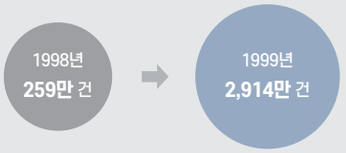
한편 심사평가원은 1998년 4월부터 각 지역 지부로 적용대상을 확대해 같은 해 8월부로는 전 지부 EDI 시스템 구축을 완결 지었다. 그 결과 참여기관 수와 청구 건수에 있어 비약적인 성장세를 기록하게 되었다.

<청구 · 심사 EDI 시스템 확산세>

참여기관 수



청구 건수



한방요양기관과 DRG청구 요양기관, 그리고 보건기관까지 확대 적용••이 마무리되면서 사실상 디스켓을 활용한 전산매체 청구 방식의 시대는 막을 내리게 되었다. 이에 2011년에 들어서는 전체 요양기관의 99%가 EDI 시스템을 활용해 전산청구를 수행하게 되었다.

단계별 전산심사 시스템 구축

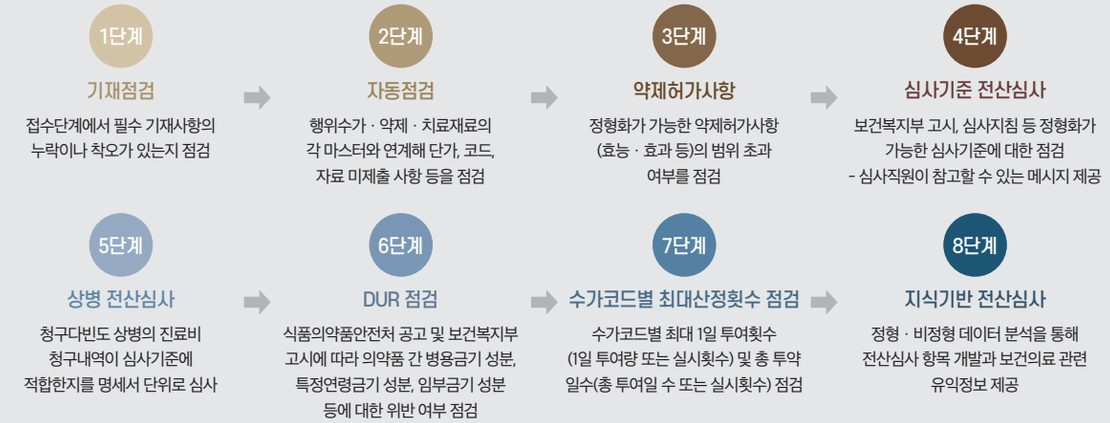
2010년대를 전후해 심사평가원은 전산심사 체계를 단계별로 구성하고 촘촘한 스크린을 통해 청구 오류사항들을 사전에 걸러내기 시작했다. 특히 2009년부터는 착오 청구 가능 건에 대해 보다 세밀한 점검 기준을 도출하려는 목적으로 수가코드별로 최대 산정횟수•••를 정하고 이를 시스템화하는 방법에 대한 논의를 전개했다.

수가코드만 해도 수 만개에 이르렀다. 그 방대한 개체에 대해 하나하나 산정 가능횟수를 정한다는 것은 그 자체로 대단히 지난한 작업이었다. 10개월에 걸쳐 코드별로 청구현황을 분석하고 검증했을 뿐만 아니라 실무진의 의견을 들어 수정 및 보완하는 작업이 이어졌다. 그 결과 2010년 6월 23일 드디어 신설단계가 추가된 시스템을 오픈할 수 있었다.

•• 1998년 12월, 한방요양기관 대상의 시범사업 실시 이후 1999년 3월에는 한방요양기관과 DRG청구 요양기관까지, 또 1999년 7월부로는 보건기관으로 확대 적용되었다.

••• 수가코드별로 최대 일일 투여횟수나 총 투여횟수를 정하고, 산정한 초과분에 대해서는 조정을 가했다.

<전산심사 단계별 점검내용>



전에 비해 촘촘한 그물망을 갖추자 심사의 효율과 효과가 높아짐은 당연했다. 또 청구착오 건에 대해 보다 적극적인 심사조정에 나서자 요양기관의 정확한 청구를 유도하는 효과도 거둘 수 있었다. 현 시점 심사평가원은 수가코드별 최대 산정횟수 단계를 1만 1,831항목에 대해 적용하고 있으며, 앞으로도 지속적으로 확대 보완해 나갈 예정이다.

웹 기반의 청구시스템 구축

KT와 서비스 계약을 맺고 운영 중인 까닭에 EDI 시스템을 사용 중인 요양기관들은 이용료•를 지불해야 했다. 그러던 차에 KT와의 계약 만료일이 다가옴에 따라 심사평가원 측은 결단을 내렸다. 청구시스템을 자체 개발하고 운영하는 방향으로 패러다임을 전환했던 것이다. 이에 개발 작업에 박차를 가한 끝에 2011년 6월 29일자로 웹 기반의 진료비 청구포털시스템을 자체 구축하고 한 차원 진화된 서비스를 제공하기 시작했다.

무엇보다 진료비 청구절차가 비약적으로 개선되었다. 기존에는 데이터 전송량이 80MB로 제한되었던 데다, 청구단계별로 정보조회 기능이 분리되어 있어 이용자 불편이 적지 않았다. 그러나 포털시스템 개통과 함께 최대 전송 용량이 500MB로 확대되면서 심사영상을 포함한 보완자료 제출이 용이해졌다. 나아가 기존 EDI 서비스에서는 필수적으로 거쳐야 했던 변환과정이 생략되었다. 이에 청구절차는 간소해지고, 소요시간은 눈에 띄게 단축될 수 있었다.

<웹 기반 진료비청구포털시스템 구축으로 인한 상승효과>

심사평가원

업무처리속도 **3배** 이상 상승, 청구에서 심사결과 확인까지 **원스톱서비스** 제공

이용자

청구업무 **간소화**, 진료비 지급기간 단축(40일에서 15일로)으로 **경영효율화**에 일조

• 연간 15만 원에서 1,800만 원에 이르는 이용료를 지불해야 했다.

진료비 청구비용 무료화 요구에도 완벽히 부응할 수 있었

다. 전자문서 교환(EDI) 서비스를 사용하던 시절 요양기관 측에는 연간 약 184억 원의 비용이 발생하고 있었고, 심사평가원 역시 약 3억 3,000만 원의 이용료를 지불하고 있었다. 그러나 새로운 청구시스템의 개설 이후에는 인터넷망 이용에 따른 소소한 액수 이외에 새어나가는 비용이 거의 없었다. 여기에 더해 종이문서의 재입력 비용과 물류비용을 포함한 제 사회비용까지 절감할 수 있으니 말 그대로 일거양득(一擧兩得)의 효과였다. 끝으로 진료내역 정보의 빠르고 정확한 수집이 가능해졌다는 점을 고려할 때, 심사평가원은 웹 기반 진료비청구포털시스템의 구축과 함께 국가 보건의료 정보의 중추기관으로 거듭날 수 있었다.

시스템 론칭 이후에는 들불처럼 번져 나갔다. 시범사업을 거쳐 2011년 6월 29일 서비스를 개시했고, 이듬해에 들어서자 전국 80%의 요양기관이 웹 기반 진료비청구포털시스템을 이용할 정도로 보편화되었다. 그러나 이후에도 심사평가원은 시스템 개선 및 보완을 위한 노력을 게을리 하지 않았다. 특히 2013년에는 고도화 사업의 일환으로 요양기관 점검용 수가 · 약가 · 치료재료 점검 DB를 구축하였고, 지속적으로 적용 가능한 점검항목을 추가 발굴하여 2020년에는 200여 개의 청구 전 오류사항을 점검하고 있다. 이로써 요양기관의 행정비용을 절감하고, 심사불능 및 재청구 건수를 크게 감소시킬 수 있었다.

<웹 기반 진료비청구포털시스템 이용 현황(2020년)>

전체 요양기관의 **97.8%**인 **9만 2,307개** 기관에서 사용

지식기반 전산심사 개발

정형화된 기존의 심사기준만으로는 의료기술의 다양화와 급여기준의 복잡성으로 대표되는 시대의 흐름을 따라갈 수 없었다. 침대 길이에 맞춰 나그네의 발을 자를 수는 없는 법. 이에 심사평가원은 2014년에 들어 기존의 정형적인 틀을 뛰어넘는 새로운 패러다임 발굴에 나섰다.

본격적인 지식기반 전산심사시스템의 구축에 앞서 'QR(Quality Review) 전산심사'라 이름 붙인 파일럿시스템을 구축하고 운영에 들어갔다. 심사 업무영역 중 심사결과 편차발생 확률이 높은 8개 분야를 대상으로•• 새로운 점검모형을 개발하는 프로젝트였다. 특히 심사자의 전문심사 노하우를 일반심사에 연계시키는 것이 지상과제였으며 이를 통해 요양기관별 · 심사자별 조정변이의 감소와 심사 품질 향상, 그리고 심사의 효율성 제고를 추구해 나갔다.

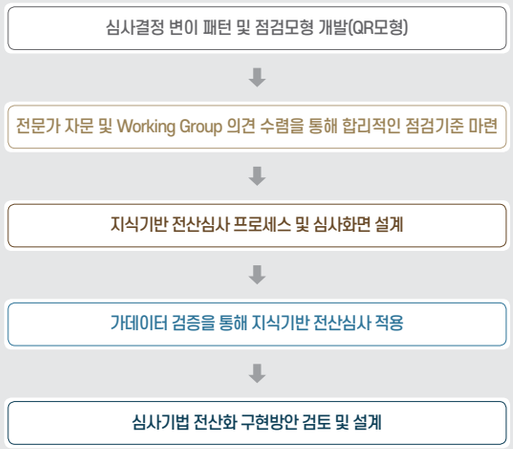
2015년 12월에는 본 사업에 돌입해 12개월에 걸쳐 시스템 구축작업을 진행했다. 그 결과 빅데이터를 신속하게 수집 및 분석할 뿐 아니라 다양한 정보를 효과적으로 관리할 수 있는 고성능 인메모리 기반의 어플라이언스(appliance)••• 독립서버를 구축할 수 있었다. 비정형데이터를 활용해 딥러닝 기반의 인공지능 전산심사가 가능해졌다는 점도 주목할 만한 성과 중 하나였다.

한편 2016년 12월 새로 구축된 지식기반 전산심사시스템은 무엇보다 심사자들이 원하는 분석 데이터를 즉시 제공할 수 있다는 장점을 가지고 있었다. 따라서 기존 심사실무자 중심의 워크플로우가 심사분석 중심으로 전환될 수 있었다. 또 개발과정에서는 본 · 지원의 조정 편차를 충분히 모니터링하고, 심사자의 심사지식뿐 아니라 심사사례별 조정패턴을 발굴함으로써 정형화된 기존 급여기준에 변화를 줄 수 있었다. 때문에 심사평가원은 제한적이던 기존의 심사영역에서 벗어나 다양한 영역으로 전산심사를 확대해 나갈 수 있었다.

•• 8개 분야, 총 9,294개 대상항목 중 본 · 지원 간 조정편차가 큰 723개 항목을 발췌해 분석을 진행했다.

••• 별도의 운용체계(OS)나 SW를 설치하지 않아도 전원을 켜면 곧바로 사용할 수 있는 정보기기

<지식기반 전산심사 개발과정>



3. 가치 기반의 심사평가체계로 개편

한계에 이르다

심사물량은 폭증하고 청구항목은 나날이 복잡해져 갔다. 기존 심사방식은 이를 담기에 한계에 도달해 있었다. '이제 한계다'라는 생각은 심정적 공감을 넘어 눈에 보이는 수치로 확인되고 있었다.

<심사평가체계 개편 추진동기가 된 객관적 수치들>

심사대상 청구 건수



이의제기 지속 증가



심사인력 증가



증가하는 업무량을 인력 수급 속도가 따라가지 못했던 데다, 15일이라는 짧은 법정기한 내에 엄청난 물량을 처리해야 했기에 심사의 전문성과 일관성에 대한 문제가 지속적으로 불거져 나왔다. 더불어 의학적 적정성보다 비용 적정성 중심으로 이루어지던 기존의 심사방식은 시대의 키워드로 떠오른 보장성 강화정책의 체감을 저하시키고 있었다. 현재의 곤란을 넘어 미래에도 걸림돌이 될 가능성이 농후한 문제들이었다. 이에 근본적인 대책이 필요한 시점이었다.

<누구도 만족시키지 못했던 2017년의 상황>

의료공급자의 입장

"환자별 특수성이 고려되지 않는데다, 가끔은 심사기준이 무엇인지도 불분명하게 느껴집니다."

의료보험 가입자의 입장

"치료에 절실하게 필요한데도 건강보험 혜택에서 제외되거나 제한되어 있는 항목이 너무 많습니다."

정부의 입장

"일률적으로 진행되는 심사업무에 대한 불신이 결국 정부 보건의료정책 전반에 대한 불신으로 이어지고, 의료계와의 주된 갈등요소로 작용하고 있습니다."

세계로 눈을 돌려도 진료량 · 진료비용 통제(Utilization Management) 중심의 심사기법은 이미 과거의 방식이었다. 보건의료계의 선진국들은 의료서비스 제공에 따른 성과•에 기반(Value-based)해 보상하는 쪽으로 키를 고쳐 쥔 지 오래였다. 미국과 일본 등은 이미 행위별 수가에 대한 삭감 위주 심사보다 성과기반 보상 등을 결합한 다양한 실험을 진행 중이었다. 반면 국내의 경우 건강보험제도 도입 이래 40년이 다 되도록 청구명세서 기반의 건별 심사방식에 머물러 있었다.••

심사평가원의 경우에도 사회적 필요성이 크게 대두되는 단기적 과제에 집중하다보니 의료의 질 향상을 실현할 수 있는 적정성 평가 환류체계를 갖추지 못하고 있었다. 심사 후 평가결과 산출까지 1~2년이 소요되는 현실 속에서 구조적으로 환자중심 질 향상을 위한 피드백을 적시에 반영하기 어려웠다. 따라서 환자 중심의 적정 의료를 제공할 수 있는 진료환경을 조성하고, 의료 가치를 종합 판단할 수 있는 인프라 및 기전을 구축하기 위해서는 근본적인 혁신이 필요한 시점이었다.

심사체계 개편방안 마련

먹고 입고 자는 것만큼이나 중요한 게 의료비이나 여전히 국민들에게는 큰 부담이었다. 가계 의료비 부담수준이 36.8%로 2017년 OECD 평균••• 대비 약 1.9배 높았다. 이런 상황에서 정부는 "병원비 걱정 없는 든든한 나라"를 슬로건으로 건강보험 보장성 강화를 약속하고 나섰다. 심사평가원 역시 이러한 정책방향에 적극적으로 화답했다. 의학적으로 타당하며 동시에 진단 · 치료에 필수적인 항목은 건강보험 혜택을 충분히 보장할 수 있도록 심사체계를 개편하기로 한 것이다.

방향타 설정이 먼저였기에 설계 작업에 각별히 공을 들였다. 첫 발을 뗀 2017년에는 연구조정실의 주도 하에 '기준비급여 급여화에 따른 진료비 심사관리방안'을 내놓았고, 연구용역을 통해 '합리적 의료비용 운영을 위한 진료비 심사체계 개선방안'을 손에 쥐었다.

2018년에는 확실한 추진동력을 얻기 위해 조직과 거버넌스 구축에 나섰다. 5월에는 개편작업의 실무를 전담할 '심사평가체계개편단'을 출범시켰으며, 9월에는 가입자와 공급자, 전문가가 모두 참여하는 협의체를 구성해 전방위적으로 의견을 수렴해 나갔다. 이후 협의체를 중심으로 두 개 분과로 구성된 실무추진위원회를 운영했으며, 선도사업을 위한 대상별 분석지표 개발을 위해 자문위원회를 별도로 구성하고 분주히 논의를 이어 나갔다.

서둘러 움직인 탓에 오래지 않아 성과가 나왔다. 협의체 구성 4개월 만에 심사평가체계 개편방안 도출에 성공한 것이다. 심사평가원은 이 개편안을 바탕으로 제1차 국민건강보험종합계획과 보조를 맞춰 단계적으로 개편을 추진해 나가기로 했고, 이후 철저한 사전준비를 위해 물밑 작업에 돌입했다.

개편원칙 및 방향 - 1. 심사방법

"환자 중심, 의학적 근거 기반의 심사평가체계로 전환"

개편작업의 기본정신이었다. 무엇보다 과거 '청구건 단위, 비용효과성 관점'의 심사를 '주제 단위, 의학적 타당성 관점'의 심사로 전환하는 것이 핵심이었다.

• 치료성과와 환자만족도 등

•• 비용 청구를 위한 가격 정보 위주로 기재되다보니 의학적 정보는 제한적으로 기입되고 있는 형편이었다.

••• 19.6%

<개편 이후의 관점 변화>

과거	개편 이후
급여기준에서 조금이라도 초과되면 심사조정 대상으로 분류	급여기준을 초과해도 의학적 필요성이 있다면 인정하며, 변이 발생 및 중재 이후에도 지속 시에는 의무기록 기반 심층심사 시행

간단히 말해 과거의 건당 심사방식이 평균비용을 중심으로 개개의 청구내역을 '수렴'시키는 형태였다면, 주제 단위 심사방식에서는 종별 · 기관별 특수성을 '인정'하기 시작했다. 예를 들어 타 기관에 비해 청구량이 급증한 요양기관이 발생한 경우라도 이에 대해 합리적 사유가 소명•되면 인정하는 식이었다.

개편원칙 및 방향 - 2. 심사결정

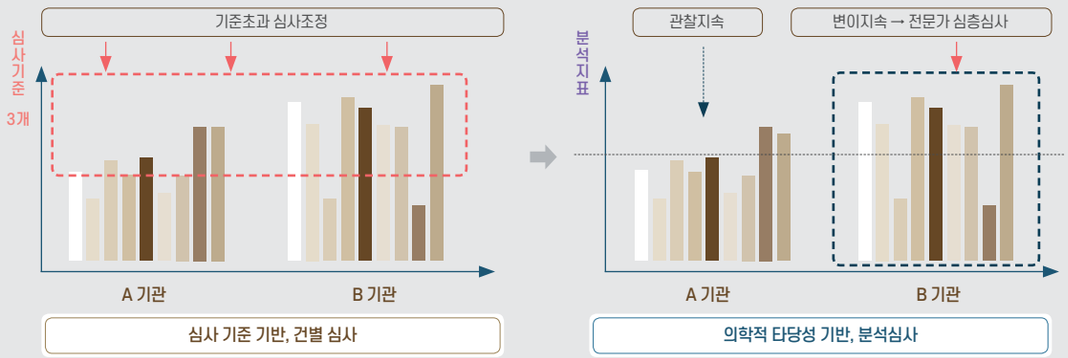
또한 심사평가원은 내부중심 심사결정 구조에서 개방형 심사결정 구조로 전환해 나갔다. 과거에는 진료심사평가위원회 중심으로 심사결정이 이뤄졌던데 반해 개편 이후에는 임상전문가와 전문학회 등이 심사주체로 전면에 나서는 참여형 구조로 개선해 나갔던 것이다.

구체적으로 지역 단위의 전문가심사위원회(PRC, Professional Review Committee)를 구성해 지역 내 임상전문의들이 심사주체로 참여할 수 있도록 개편했으며 PRC의 심사가 일관성과 정확성을 유지할 수 있도록 주제별 심사 가이드라인을 개발하고 모니터링 및 분석 지표를 개발하는 전문분과심의위원회(SRC, Special Review Committee)를 설치했다.

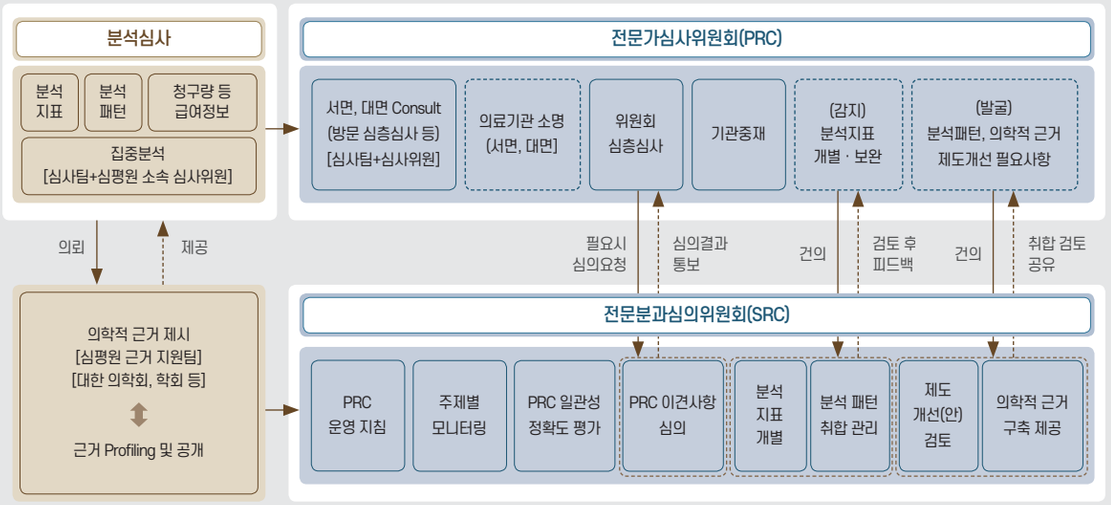
• 특정질환을 전문으로 진료하는 의사, 인근 의료기관 폐업으로 일시적 환자 쏠림 등의 이유

<심사체계 개편의 기본 프레임>

구분	현행	개선
접근	건 단위 · 항목별 심사	환자 중심 주제별 단위 심사
관점	비용 중심	의학적 타당성 중심
적용	급여기준(항목) 적합 여부에 따라 심사 인정 또는 조정 * 심사평가원 중심 심사결정	환자에게 제공된 의료서비스 질, 효율성 및 진료결과 등을 종합적으로 판단 * 전문학회, 임상 등 전문가 참여 · 합의기반 심사결정 * 분석지표 개발, 기준정비 개선 등 선순환 운영



<전문가 심사제도 업무흐름도(안)>



그간 심사제도 운영과정에서 소외되어 왔던 건강보험 가입자의 목소리도 최대한 반영해 나갔다. 의료공급자와 전문가, 그리고 건강보험 가입자가 함께 진료비 심사제도의 운영방안을 논의하는 사회적 협의체인 '심사제도 운영위원회'를 신설하고 운영에 들어갔던 것이다. 특히 해당 위원회는 앞서 언급한 전문분과심의위원회에서 조정 또는 결정하지 못해 별도의 의사결정이 필요한 사항에 대해 적극적으로 의견을 개진하며, 가입자들의 목소리를 실질적으로 반영해 나갔다.

한편 이상과 같은 개편을 통해 심사평가원은 기존의 감시자 역할을 넘어 데이터 분석 및 의학적 근거 제시에 있어 보건의료계의 리더로 거듭날 기반을 마련했으며, 다양한 주체 간 조율과 중재에 더욱 집중할 수 있게 되었다.

개편원칙 및 방향 - 3. 업무연계

심사업무와 평가업무 사이의 거리를 좁힌 것도 개편의 핵심 포인트였다. 우선 심사대상별 모니터링 지표 중 적정성 평가지표와 동일하거나 유사할 경우에는 이를 적극적으로 연계해 나갔고, 심사와 평가 간 기준이 상충할 경우에는 정비작업을 병행해 나갔다. 또 비용자료 중심이었던 기존 청구명세서를 개편해, 심사 및 평가 지표 산출이 원활하게 진행될 수 있는 양식으로 바꾸고 전산 프로세스 역시 표준화했다. 이와 같은 일련의 변화를 통해 심사평가원은 심사업무와 평가업무 사이 선순환뿐만 아니라, 시의성 있는 중재 및 의료 질 향상을 기대할 수 있는 업무 연계체계를 구축하게 되었다.

한편 심사평가원은 심사방법에서 심사결정 구조, 그리고 내부 업무연계 체계까지 재구축한 지난 몇 년간의 심사평가체계 혁신작업을 통해 '가치기반(Value-based) 심사 · 평



2019 분석심사 전문심사위원회 합동 워크숍 개최

가'로 전환할 수 있는 기반 마련에 성공했다. 이후에도 정밀한 효과분석과 지속적인 보완작업을 통해 힘들게 내디딘 변화의 첫 걸음이 위대한 혁신으로 마무리될 수 있도록 최선을 다할 예정이다.

분석심사 선도사업 운영

2019년에 들어 사업 이름을 명확히 하고 선도사업• 추진에 박차를 가했다. 그러나 그간 통상적으로 사용되던 기존의 '경향심사'라는 용어는 의료단체와 일선 요양기관에 선입견을 심어줄 우려가 있었다.

2018년 12월에 수립된 '건강보험 심사평가체계 개편방안'을 자세히 들여다보면 의료의 자율성 보장이 핵심이었음에도 의료계 입장에서는 '진료의 획일화와 평준화를 부추길 우려가 있다'며 도입에 반대의견을 보이고 있었다. 이에 진통은 줄이고 거부감은 덜어 줄 새로운 용어가 필요했다. 때문에 심사평가원은 '분석심사'라는 새로운 용어를 고안해 사용하게 되었다.

<분석심사란?>

의료기관 진료정보에 대해 주제별로 다차원 분석한 후 전문심사위원회에서 분석결과와 의학적 근거, 진료 특성 등을 종합적으로 검토하고 논의해 중재 방법을 결정하는 심사방식

폭넓은 공감대 형성을 통해 사업추진의 동력을 확보한 뒤에는 적정한 선도사업의 대상을 선정하는 일이 급선무였다. 이에 심사평가원은 환자에게 중요하고 의미 있다고 판

• 기존의 시범사업

단되는 영역들을 주제 단위로 묶고 정의를 부여했다. 일련의 작업 과정을 통해 테마가 산출되었다. 첫 손으로 꼽힌 영역은 '의료의 질과 비용의 통합관리로 그 가치를 높일 수 있는 영역'으로 고혈압과 당뇨병을 포함한 만성질환, 슬관절치환술, 폐렴입원 진료, 급성기뇌졸중 등이 대표적인 사례였다.

다음으로는 '합리적 의료서비스가 요구되는 영역'으로 혈액(CBC)검사, 간기능(LFT)검사, MRI, 척추수술 등이 포함되었다. 최종적으로 3개 영역, 7개 대상에 대한 선정작업을 완료하고, 그중 고혈압 등 5개 대상에 대하여 2019년 8월 1일부터 '분석심사 선도사업' 운영에 들어갔다.

선도사업 출범 당시에만 해도 1년간 운영 예정이었다. 그러나 누구도 예상치 못했던 코로나19라는 변수가 발생했고, 효과분석의 어려움으로 인해 부득이하게 기한을 연장할 수밖에 없었다.

한편 심사평가원은 향후 2023년까지 효과분석과 제도적 보완과정을 거치며 해당 사업을 단계적으로 확대해 나갈 예정이다. 의료계 참여를 적극적으로 독려하며 문제점과 개선사항을 도출하고 이를 통해 본 사업 모형을 정교하게 다듬어 나갈 계획이다.

<선도사업 적용 대상(3개 영역, 7개 대상)>

영역	대상(주제)	종별	목 표	선정사유	비고
만성질환	고혈압	의원(외래)	• 적절한 처방 및 관리 등을 통한 합병증 및 급성 악화 예방(입원 감소)	• 평가시행 항목으로 질과 비용 통합관리 가능항목 • 진료인원 및 진료비 규모가 큰 사회적 관심 항목	분석심사 모델 우선 적용
	당뇨병				
	만성 폐쇄성 폐질환(COPD)				
	천식				
급성기 진료(시술 포함)	슬관절 치환술	전체(입원)	• 합병증 없는 슬관절치환술 시행 및 슬관절 기능 개선(재입원 감소)	• 질과 비용의 통합관리 가능 항목 • 진료인원 및 진료비 규모가 큰 사회적 관심 항목	
항목	자기공명 영상진단(MRI)	전체	• 환자에게 필요한 검사의 효율적 제공 유도	• 보장성 강화 정책에 따른 사회적 관심 항목 • 일종의 파일럿 형식으로 모니터링 진행(모니터링 통한 기준개선 등)	현재 모니터링 심사 방식 유지
	초음파				

제3절
진료심사평가위원회 운영

1. 진료심사평가위원회의 의의

진료심사평가위원회는 국민건강보험법 제66조에 근거하고 있다. 요양급여비용 심사와 심사기준 설정을 비롯해 심사평가원 핵심업무를 효율적으로 수행하기 위해 설치되어 20년째 운영 중이다. 본원에는 '중앙심사위원회'와 '의료평가위원회'를, 지원에는 '지역심사평가위원회'를 두고 산하에 각각 진료과목별 전문분과위원회를 설치해 운영 중에 있다.

구체적으로 중앙심사위원회는 중앙 및 지역 분과위원회에서 올라온 안건에 대해 심의와 조정을 책임질 뿐 아니라 다수 요양기관에 공통적용이 필요하다 판단되는 경우에는 심의사례를 발췌해 심사기준에 추가하는 역할도 겸하고 있다.

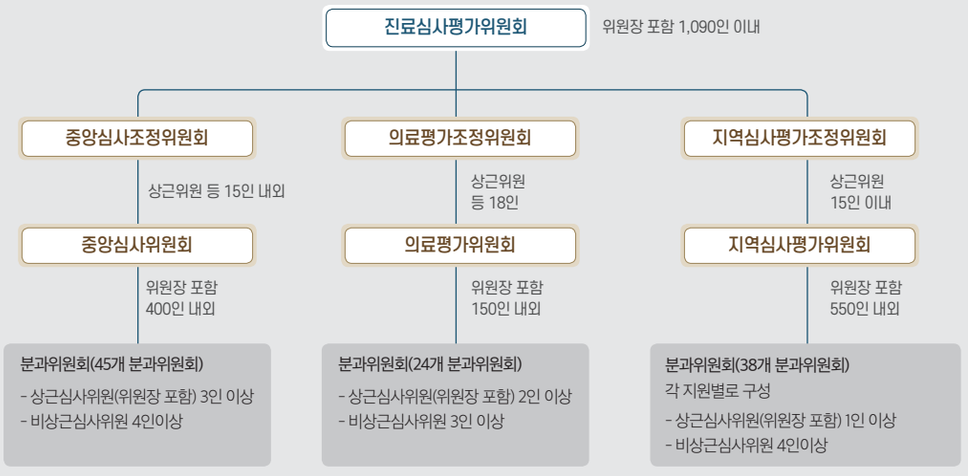
또 의료평가위원회는 요양급여의 적정성 평가업무와 관련한 최고 의사결정기구 중 하나로, 평가대상의 선정과 평가계획에서부터 평가의 방법과 절차 및 기준, 평가결과와 그 적용에 관한 제반사항을 심의하고 있다.

한편 '공개경쟁' 방식과 '추천에 의한 심사평가원장의 위원 임명 · 위촉' 방식을 통해 각 진료과목별로 위원을 임명 · 위촉하고 있다. 위원장과 상근 심사위원의 경우 공개채용을 원칙으로 경쟁을 통해 선임하고 있으며 비상근 심사위원의 위촉 시에는 소비자단체, 의약단체, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 이사회 등의 추천을 받아 원장이 위촉하는 형식을 취하고 있다.

2. 심사전문성 제고를 위한 조직 확대

최초의 진료비심사위원회는 1979년 1월 공무원 · 교직원 의료보험관리공단에 설치되었다. 이후 의료보험 일원화 시

<진료심사평가위원회 구성체계>



기에 접어들며 의료보험연합회 산하에서 점차 확장세를 이어오다, 2000년 7월 1일 심사평가원 출범과 함께 '진료심사평가위원회'로 명칭을 변경하고 630명 이내의 조직으로 재탄생하게 되었다.

한편 요양급여 청구 건수는 꾸준히 증가해 왔고 더불어 중앙심사위원회와 지역심사위원회에서 처리해야 할 안건도 증가했다. 이와 같은 상황 속에서 심사전문성 강화와 품질 향상을 위해 진료심사평가위원회는 점차 규모를 키워왔다. 특히 2009년 1월에는 상근위원을 30명에서 50명으로 늘리고 비상근위원을 600명에서 1,000명으로 증원했으며 2016년 2월에는 상근위원을 50명에서 90명으로 확대했다. 이로써 심사평가원은 심사물량의 안정적인 처리를 위한 기반을 마련할 수 있었다.

의료 전문화가 시대의 화두로 떠오르면서 위원회 산하의 분과 역시 세분화될 수밖에 없었다. 조직설립 초창기였던 2000년 9월에는 장기이식분과를 신설하고 일부 분과를 분리 및 통합함으로써 총 28개 분과를 갖췄다. 또 2002년 6월에는 본원에 척추분과를 신설하고 동시에 한방분과는 2개로 분리해 28개 분과에서 30개 분과로 세분화했다. 이후 2004년 7월 본원에 내과Ⅲ를, 지원에 척추분과를 신설함으로써 본원 31개, 각 지원 11개 분과로 확대되었고 2007년 11월에는 면역관용요법 분과위원회를 추가로 신설하는 등 중앙 33개 분과체제로 재편되었다.

2009년 1월에는 조직 규모가 대폭 확대됨에 따라 분과 역시 더욱 늘어나 본원의 경우 기존 33개 분과에서 41개 분과로 증가했으며, 지원의 경우 기존 11개 분과에서 18개 분과로 세분화되었다. 2020년에는 본원 45개 분과위원회(사전승인 8항목 중 분과위원회가 있는 7개 항목 포함), 각 지원 38개 분과위원회로 확대해 운영에 들어갔다. 이와 같은 조직 확대와 분과 세분화로 인해 심사평가원은 심사전문성을 보강할 수 있었을 뿐만 아니라 대상 요양기관의 제도 수용성도 크게 제고할 수 있었다.

<진료심사평가위원회 구성변동 추이>

구분	법적근거	조직구성	
		상근	비상근
1982.04.01	「의료보험법 시행령」 제32조의12 본조 신설	7명 이내	정관이 정한 수
1982.11.25	「의료보험법 시행령」 제32조의12 개정(1986년 1월 1일 시행)	7명 이내	150명 이내
1988.07.22	「의료보험법 시행령」 제32조의12 개정 시행	10명 이내	350명 이내
1990.06.16	「의료보험법 시행령」 제32조의12 개정 시행	10명 이내	500명 이내
1997.05.22	「의료보험법 시행령」 제62조 개정 시행	15명 이내	500명 이내
1999.02.08	「국민건강보험법」 제59조 제정 및 2001년 1월 시행	30명 이내	600명 이내
2008.03.28	「국민건강보험법」 제59조 개정 및 2009년 1월 시행	50명 이내	1,000명 이내
2016.02.03	「국민건강보험법」 제66조 개정 및 2016년 2월 시행	90명 이내	1,000명 이내

3. 시대 흐름에 맞는 사전승인제도의 운영

사전승인제도의 도입 및 현황

진료심사평가위원회는 환자의 약제 및 이식 등에 대한 요양급여대상 여부를 치료 전에 산하 분과위원회에서 심의하는 '사전승인제도'를 운영하고 있다. 1992년 10월부터 요양급여에 포함되기 시작한 '동종골수조혈모세포이식'이 그 대표적인 케이스였다. 당시만 해도 생존율과 보험급여 수준 등을 고려해 대상연령을 40세 미만으로 제한하고, 대상 질환도 최소한의 범위로 제한해 부분적인 보험급여만을 인정했다. 해당 진료행위에 소요되는 비용과 전문성을 감안해 남용을 억제하고 이식 성공률을 높이려는 의도였다.

의료기술의 발달과 함께 사전승인제도의 적용 범위도 점차 확대되어 왔다. 2007년 면역관용요법, 2012년 솔리리스주, 2016년 ICD(심율동전환제세동기거치술)&CRT(심장재동기화치료), 2018년 임상연구, 심실보조장치치료술, 2019년 스핀라자주, 2020년 스트렌식주 8항목으로 확대되어 현재 운영 중에 있다. 심사평가원은 이러한 제도 운영을 통해 고위험 · 고비용 의료서비스의 요양급여 여부를 치료 전 결정하고, 치명적 결과를 사전에 예방함으로써 국민 삶의 질 향상에 기여하고 있다.

전문심사위원에 의한 전문심사제도의 도입

신의료기술의 발전으로 인해 해당 분야의 전문가가 아니면 심사가 곤란한 시대가 도래했다. 이런 청구분야가 꾸준히 증가하자 심사평가원의 출범을 계기로 전문심사제도(Peer Review)의 도입이 추진되었다. 해당 분야의 임상에 종사하고 있는 전문가가 직접 심사에 참여하도록 한 것이다. 시작점은 2000년 9월이었다. 이때를 기점으로 진료심사평가위원회는 운영규정 제20조에 의거해, 10개 전문과목별로 83명의 위원을 위촉하고 전문심사를 실시하기 시작했다.

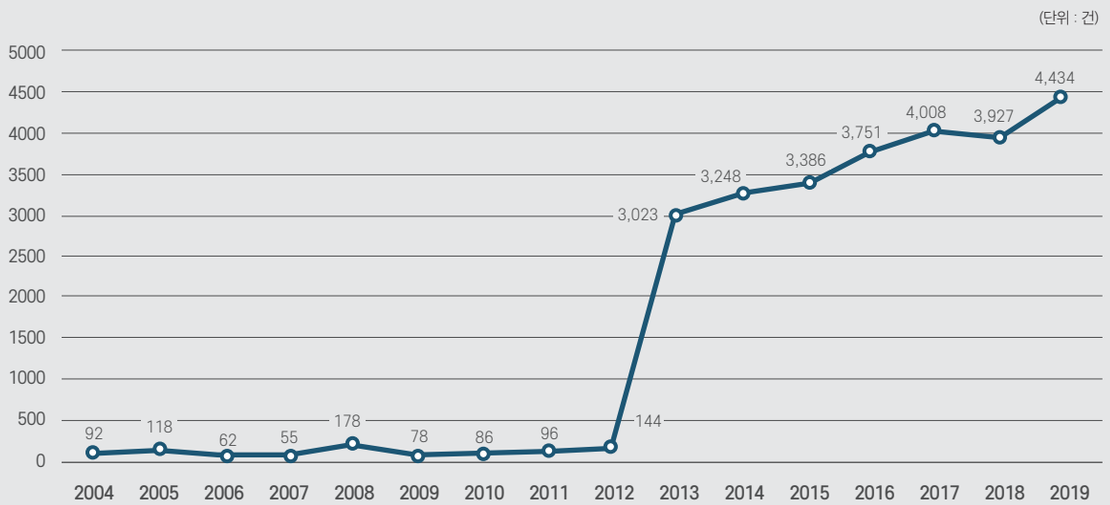
이듬해부터 꾸준히 신의료기술의 수요를 심사제도에 흡수해 나갔다. 2001년 2월부로 본원에 특수진료 분야인 관산동맥 스텐트 삽입술과 항암화학요법의 전문심사위원 8명

<사전승인제도 확대 경과>

'92	'07	'12	'16	'18	'19	'20
조혈모 세포이식	조혈모 세포이식 **면역** **관용요법**	조혈모 세포이식 면역 관용요법 **솔리리스주** **(PNH)**	조혈모 세포이식 면역 관용요법 솔리리스주 (PNH) **ICD & CRT**	조혈모 세포이식 면역관용요법 솔리리스주 (PNH) ICD & CRT **솔리리스주** **(aHUS)** **VAD**	조혈모 세포이식 면역관용요법 솔리리스주 (PNH, aHUS) ICD & CRT 임상연구 VAD **스핀라자주**	조혈모 세포이식 면역관용요법 솔리리스주 (PNH, aHUS) ICD & CRT 임상연구 VAD 스핀라자주 **스트렌식주**
1항목	2항목	3항목	4항목	6항목	7항목	8항목

주) ICD(심율동 전환 제세동기 거치술), CRT(심장재동기화 치료), PNH(발작성 야간 혈색소뇨증), aHUS(비정형 용혈성 요독 증후군), VAD(심실 보조장치 치료술)

<연도별 심의사례 공개 건수>



을 위촉하고 11월에는 중재적 방사선시술, 방사선치료, 척추수술, 구강외과, 이비인후과 분야에서도 전문심사위원을 위촉한 것이다.

의료현실에 부합하는 제도이다 보니 호응이 높을 수밖에 없었다. 이에 진료심사평가위원회는 이후로도 계속해서 전문심사위원을 증원해 나갔고, 그 결과 2011년 354명에서 2020년 현재 483명의 위원을 심사에 참여시키게 되었다.

심의사례 공개 및 교육활동 강화

진료심사평가위원회는 요양급여비용 청구 시의 착오를 줄이고, 요양기관의 비용산정 과정에 도움을 주기 위해 다양한 활동들을 전개해왔다.

먼저 2004년부터 위원회를 통해 결정한 사례 중 심사에 공통적으로 적용 가능한 사례들을 선별해 매월 공개하기 시작했다. 이후 2013년부터는 진료심사평가위원회에서 사전 심의한 사항 전건을 공개했으며, 2018년 이후로는 사후심사까지 전건 공개하고 있다. 공개한 내용은 심사평가원 홈페이지뿐만 아니라 의약전문지 등에 게재해 널리 알림으로써 요양기관의 청구업무 역량 신장을 도모하고 있다.

2008년부터는 각 요양기관을 대상으로 청구업무에 대한 컨설팅을 지원하고, 심사기준에 대한 교육을 실시해왔다. 또 신규 공중보건의와 예비 의료인, 각 전문학회 등을 대상으로도 심사기준 전반에 대한 교육을 활발히 실시했다. 더불어 정기적으로 의약단체가 참석하는 간담회를 개최함으로써 심사업무 관련 현안에 대해 요양기관의 이해를 증진시켜 왔다.

특히 2010년에는 '의료인 심사업무체험 참여 프로그램'을 진행했는데, 이는 임상현장 의료인을 대상으로 한 심사평가원 최초의 교육활동으로 당시 14명의 의료인이 참여했다. 심사기준의 설정과정에서부터 동료심사 체험까지, 심사업무 전반을 체험하는 프로그램으로 현재까지 운영 중

에 있으며, 2019년에는 53명의 의료인, 11개의 의약단체가 참여했다. 심사의 공정성과 투명성에 대한 부정적 인식을 해소하는 계기가 되었다는 점에서 역사적으로 유의미한 사례이기도 했다.

진료심사평가위원회는 심사직원의 업무능력 향상을 위해 새로운 의학기술 및 전문분야별 의학정보의 교육에도 노력을 기울여 왔다. 그 일환으로 2008년에는 심사위원과 직원 간 최신 의학정보 공유 프로그램인 그룹스터디(Group-study)를 실시하고, 임상현장에서 잔뼈가 굵은 외부강사를 초빙해 다양한 이론교육을 진행하기도 했다.

또 현장공백의 장기화로 인한 심사위원의 전문성 저하를 방지하고자 여러 방안을 고안하고 실행에 옮겼다. 신의료기술에 대한 임상현장 위탁연수를 시행했으며, 자가학습(Self-study)을 매주 실시해 의학적 전문성을 높이는 기회를 마련하기도 했다. 이후에도 전문의학 교육을 지속적으로 실시함으로써 직원심사의 적정성을 유지 및 발전시켜 나가고 있다.

심사실명제 도입

'심사실명제'는 의료계의 오랜 숙원 중 하나였다. 조정 규정조차 명확히 공개되지 않는 상황 속에서 심사위원들이 익명의 벽 뒤에 숨기 좋은 구조라는 불만이었다. 2018년 당시 의료계 현장에서 들려온 '심사실명제' 요구의 목소리는 이러했다.

> "이제까지는 누가 심사했는지도 알 수 없는 상황에서 일방적으로 삭감을 당하는 경우가 많았습니다."
>
> "청구를 잘못하는 경우도 있지만 실제보다 과하게 삭감하는 경우도 많습니다. 아무래도 실명제가 도입되면 이러한 부당삭감 사례가 줄어들 것으로 기대됩니다."
>
> - 데일리메디 2018년 2월 12일자
> "진료비 심사실명제 도입 임박……개원가 '환영'" 기사에서

심사제도의 근본정신을 고려할 때, 의료계의 신뢰를 얻는 일은 심사평가원의 숙명에 가까웠다. 이에 외부의 투명성 강화 요구를 받아들이고 심사 신뢰도를 제고하기 위해 심사평가원은 심사실명제 도입을 결정하게 되었다.• 우선 심사분야별 전임상근위원부터 시범적으로 적용하고, 이후 겸임상근위원까지 단계적으로 확대 적용해 나간다는 계획이었다.

계획에 따라 2018년 10월 1일 통보 분부터 심사실명제가 적용되기 시작했고, 2019년 12월 1일 진료과목별 겸임상근위원까지 확대 적용에 들어갔다. 실명제 적용 방법은 요양급여 심사결과 통보서와 원외처방약제비 심사결과 통보서에 해당 심사분야 담당직원••과 대표위원의 성명을 기재하는 방식이었다.

<심사실명제 시행 경과>

2018년 10월 1일

전임상근위원 대상으로 심사실명제 최초 시행(18과목 25명)

2019년 12월 1일

겸임상근위원까지 대상을 확대해 시행(45과목 45명)

이로써 심사평가원은 핫라인으로 연결된 즉각 대응체계를 구축하고 심사수용성을 향상시켜 나갔다. 또한 실명제 시행으로 인해 의약계와의 소통 기반이 더욱 공고해지는 부수적인 효과를 거둘 수 있었다.

• 의료계와 정부 측이 함께 참여한 '심사기준 개선 협의체' 1차 회의가 열렸던 2018년 7월 27일, '상근심사위원 심사 실명 공개방안'이 발표되었다.

•• 담당 팀장과 대표 직원의 경우, 성명과 함께 전화번호도 기재하게 되어 있었다.

제4절
수탁심사의 확대

1. 타 법령에 의한 급여비용 심사의 종류와 수탁배경

타 법령에 의한 급여비용 수탁심사의 종류

의료비 총액은 지속적으로 증가하고, 새로운 의료기술의 등장으로 급여기준은 한없이 복잡해지고 있다. 이와 같은 환경 속에서 심사평가원의 전문성이 자연스레 주목을 받게 되었다. 국내 최고의 의료정보 인프라와 인력을 갖춘 기관으로서 심사평가 업무의 스페셜리스트로 지목되었던 것이다. 이에 2000년대 중반을 넘어서며 심사평가원이 수행하는 타 법령에 의한 급여비용 심사 수탁업무의 범위는 점차 확대되어 갔다.

<심사평가원이 수행 중인 수탁심사의 종류>

① 공공부문
- 의료급여비용 심사, 응급의료비 미수금 대지급제도, 외국인 근로자 등 의료지원사업 진료비 심사, 보훈진료비 심사, 입원적정성 심사

② 민간부문
- 자동차보험 진료비 심사

심사평가원에서 현재 수행 중인 수탁심사 업무는 크게 공공분야와 민간분야로 나뉜다. 공공부문에서 수탁 시행 중인 사업으로는 '의료급여비용 심사', '응급의료비 미수금 대지급제도', '외국인 근로자 등에 대한 의료지원사업 진료비 심사', '보훈진료비 심사'가 있고, 여기에 더해 민간부문에서 '자동차보험 진료비 심사'를 위탁받아 수행 중에 있다. 한편 각 수탁사업을 심사평가원이 수행하게 된 배경을 정리해보면 다음과 같다.

의료급여비용 심사

의료급여비용의 심사와 지급은 1977년부터 1982년 5월까지 보호대상자(현 의료급여 수급권자)의 거주지 관할 시 · 군 · 구에서 담당했다. 이후 1982년 4월 13일 의료보호법 시행규칙 개정으로 인해 '진료비 심사의 전문기관 위탁'을 위한 법적근거가 마련되고, 1988년 1월 의료보험심사기구가 의료보험연합회로 통폐합되면서 의료보호 대상자의 2차 진료 건•••심사를 공무원 · 교직원 의료보험관리공단에서 의료보험연합회로 이관하였다. 이후 의료급여비용의 위탁에 관한 연혁을 살펴보면 아래와 같다.

<의료급여비용 위탁 내력>

1988년 1월 1일

의료보험 심사기구 통 · 폐합

- 의료보험관리공단 업무(의료보호대상자 2차 진료건)를 의료보험연합회로 이관

1990년 1월 1일

의료보호 수가체계를 의료보험과 일치

- 정신과, 가산료를 제외하고 행위별수가로 전환

2000년 1월 1일

의료보험연합회에서 의료보호 진료비를 일괄 심사

- 보건기관 및 정신과 정액 진료비 심사를 의료보험연합회로 이관

••• 2차 진료기관의 진료건(병원급 이상 입원·외래)

이후 2000년 7월 1일 심사평가원 설립과 함께, 기존 의료보험연합회에서 수행하던 의료급여비용 심사업무는 심사평가원으로 이관되었다. 이후 2012년 1월 1일부터 '의료급여사례관리사업•지원단'을 심사평가원에서 위탁 운영됨에 따라 해당 업무 역시 수행 중에 있다.

응급의료비 미수금 대지급제도

1994년 1월 7일, 응급의료에 관한 법률이 제정되었다. 이후 1995년 1월부터 의료보험연합회가 '응급의료기금'의 관리 및 운영을 정부에서 수탁하고, 관련 업무를 수행하기 시작했다.

심사평가원은 출범과 함께 해당 업무를 이관 받게 되었으나, 2003년 1월 7일 응급의료기금의 관리 주체가 보건복지부로 변경되면서 심사평가원은 응급의료비 미수금 대지급 사업만 보건복지부로부터 위탁받아 운영하게 되었다.

외국인 근로자 등 의료지원사업 진료비 심사

외국인의 국내 고용 사례와 국제결혼의 절대치 증가로 국내 체류 외국인의 수는 나날이 급증하고 있었다. 그러나 이들에 대한 국가 차원의 의료지원은 매우 열악한 수준이었다. 이에 보건복지부는 2005년 5월, '외국인 의료서비스 지원사업'을 개시하며, 심사평가원 측에 진료비 심사 수탁을 요청했다.

2005년 7월 보건복지부의 위탁 승인 이후, 심사평가원은 같은 해 9월 54개에 달하는 의료기관과 사업시행을 위한 심사 위탁계약을 체결하고 해당 수탁업무를 개시했다.

보훈진료비 심사

의약분업의 시행 이후, 보훈 진료비가 폭증했다. 이에 관리 주체이던 한국보훈복지의료공단을 대상으로 감사원과 기획재정부는 공신력 있는 전문기관에 심사 위탁을 권고하게 되었다. 이후 2005년 8월, 심사평가원은 한국보훈복지의료공단과 보훈진료비 심사 · 평가업무의 위탁계약을 맺게 되었고 같은 해 10월 1일부터 위탁병원 국비대상자 진료비 심사업무를 시행하게 되었다. 한편 2008년 9월 보훈병원 국비대상자 진료비 수락 및 2017년 6월 보훈병원 감면대상자 진료비까지 수탁하고, 이에 대한 심사업무도 심사평가원이 주체가 되어 진행하게 되었다.

2018년 8월 새로 개설된 인천보훈병원이 관리 대상에 포함됨으로써 현재 6개 보훈병원 진료비에 대한 심사를 수행하고 있다.

자동차보험 진료비 심사

자동차보험의 전반적인 개선이 필요한 상황이었다. 보험사마다 제각기 다른 심사기준을 적용하는 통에 전문성과 객관성에 대한 신뢰가 떨어지는데다, 보험사와 의료기관 간 분쟁도 빈번한 형편이었다. 여기에 일부 환자들의 도덕적 해이가 더해지며, 자동차보험금의 누수로 인해 선량한 시민들의 부담이 늘고 있었다. 결국 2009년 11월 3일 자동차보험 진료비 심사의 전문기관 위탁을 골자로 하는 국민권익위원회의 권고에 이어, 2012년 8월 22일에는 「자동차손해배상보장법」 시행령 제11조의2의 신설과 함께 심사평가원이 자동차보험 진료비 심사의 주관기관으로 명시되기에 이르렀다.

• 수급권자의 적정 의료이용 유도 및 건강관리 능력 향상을 목적으로 사례관리를 실시해 의료급여 재정 안정화에 기여

<자동차보험 진료비 심사 수탁 관련 법령 개정과정>

2012년 2월 22일

자동차손해배상보장법 제12조의2 신설

- 보험회사 등은 제12조 제4항에 따라 의료기관이 청구하는 자동차보험진료수가의 심사 · 조정 업무 등을 대통령령으로 정하는 전문심사기관에 위탁

2012년 8월 22일

자동차손해배상보장법 시행령 제11조의2 신설

- 심사평가원이 전문 심사기관으로 명시

2012년 9월 4일

자동차손해배상보장법의 시행규칙 제6조의2~5 신설

- 진료비 청구에서 심사, 지급과 이의제기 등의 절차와 내용이 법적으로 규정

이러한 사회적 흐름에 발 맞춰 심사평가원은 2013년 14개의 보험회사 및 6개 공제조합과 일괄 위탁계약을 체결하고 해당 업무를 수행하기 시작했다.

2. 의료급여비용의 체계적 관리체계 마련

의료급여비용 심사업무의 발전과정

「국민건강보험법」 제63조 제1항 제5호의 규정에 따라 심사평가원은 "다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무"를 수행하고 있다. 이 중 하나가 의료급여제도••에 따라 시행되는 급여비용의 심사업무이다.

출범 당시부터 의료보험연합회의 업무를 승계 받아 오늘에 이르렀다. 지난 20년 동안 심사평가원은 해당 업무를 맡아, 빈곤층에 대한 의료보장 확대를 위해 노력했을 뿐만 아니라 수가 및 청구방법의 개선을 통해 의료급여 서비스의 질적 향상에도 기여해 왔다. 특히 의료급여제도 변경 시에는 정책수립의 첫 손에 꼽는 서포터이자 공공과 민간 사이 신뢰할 만한 중재자로써 맡은 바 소임을 충실히 소화해 왔다. 정부 정책수립을 위한 자료를 제공하는 한편 2002년부터는 '의료급여 실무편람'•••을 매년 발간함으로써 국민건강보험공단과 기타 보장기관, 그리고 의료급여기관 등의 의료급여 현황에 대한 이해를 북돋워 온 것이다. 이러한 노력을 통해 2008년 11월 심사평가원이 보건복지부장관으로부터 의료급여사업 우수기관으로 선정되는 쾌거를 거두었다.

그러나 의료급여는 그 본질적인 성격상 본인부담이 없거나 혹은 낮다는 특징을 지니고 있었다. 따라서 건경보험에 비해 장기입원 사례가 많았고 그 비율 역시 현저히 높게 나타났다. 이에 심사평가원은 2012년부터 장기입원에 대한 사례 관리와 심사체계 간 연계를 모색했고, 1년에 걸쳐 경기도와 경상북도를 대상으로 첫 시범사업에 착수했다.

사업 첫 해부터 성과가 눈에 보였다. 시범사업의 성과를 분석한 결과, 장기입원 사례관리와 심사절차를 연계함으로써 32.1%의 퇴원율을 기록했던 것이다. 효과가 확인된 만큼 이후 전국으로 사업이 확대되어 갔다. 특히 2018년 7월부터 그간 소외되었던 관외•••• 입원자까지 사업대상의 범위를 넓혀갔는데, 이로써 시 · 군 · 구의 지자체가 중재를 의

•• 의료급여제도는 헌법과 사회보장기본법상 "생활유지 능력이 없거나 생계가 어려운 국민"에 대해 최저생활을 보장하고 자립을 돕는 공공부조의 하나로, 해당 국민에 대해 의료급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회복지 증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다.

••• 의료급여 관련 법령, 고시, 행정해석 및 업무매뉴얼 등 수록

•••• 대상자의 주소지 관할 시도 이외 지역에 입원한 경우로 관할도내 시군 간 편도 50km이상인 경우도 관외로 포함

뢰할 경우 지역에 관계없이 협업할 수 있는 체계가 완성되었다.

또한 2020년에 들어 관내와 관외를 포함한 합동방문 중재 업무의 일관성과 효율성을 높이기 위해 지원으로의 업무 이관을 결정했다. 이와 같은 업무이관을 통해 이후 심사평가원은 의료급여비용 심사업무의 일원화 체계를 갖추고 사업효과를 극대화할 수 있었다. 또한 각 지원과 관할 보장기관의 협업체계를 강화함으로써 적정의료 이용을 보다 원활히 유도할 수 있었다.

의료급여 통계의 생산과 제공

1992년은 체계적인 통계관리의 원년이었다. 보건복지부와 당시 의료보험관리공단이 '의료보호통계연보' 제1호를 발간한 것이다. 이후 심사평가원은 출범과 함께 2001년부터 매년 '의료급여비용 심사통계 주요지표'를 펴내기 시작했다.

한편 2000년대 중반에 들어 의료급여비용의 꾸준한 증가로 인해 의료급여 재정의 건정성 문제가 화두로 부상했다. 이에 정부는 2006년 4월 '의료급여 혁신 종합대책'을 발표하고 추진에 들어갔다. 심사평가원의 적극적인 서포트가 정책 성공의 키포인트 중 하나였다. 이에 심사평가원은 다양한 통계자료를 생산해 제공함으로써 정책 지원에 나섰으며, 종합대책의 일환으로 추진된 '의료급여 사례관리 사업'이 효율적으로 전개될 수 있도록 관련 통계자료를 선별 생산해 보장기관 측에 전달하기도 했다.

2016년에는 심사평가원의 의료급여 통계가 '국가승인통계'로 격상되었다. 국가승인통계는 통계청의 대표 포털에 해당 내용이 서비스되기에 확장성이 클 뿐 아니라 승인과수록 자체만으로 대내 · 외에서 높은 신뢰를 얻을 수 있었다. 이에 2016년에 들어 심사평가원은 의료급여 진료비 통계지표의 국가통계 승인을 추진했고, 그해 6월 30일 최종적으로 '승인' 통보를 받게 되었다.

'승인' 절차의 완료 이후에는 곧바로 유의미한 성과를 내놓았다. 2017년 10월 31일자로 '2016년 의료급여통계연보'를 국민건강보험공단과 공동으로 발간한 것이다. 국가승인통계 자격을 갖춘 뒤의 첫 발간사업이었으며, 이후로도 꾸준히 건보공단과의 공동 발간사업을 이어가며 의료급여통계의 활용도와 접근성을 높여 나갔다.

<'의료급여통계연보' 발간사업의 진전>

2017년	2018년	2019년
2016년 의료급여통계연보 • 국가승인통계로서 첫 발간	2017년 의료급여통계연보 • 국영문 혼용 도입으로 국내 · 외를 막론하고 이용자 접근성 확대	2018년 의료급여통계연보 • 활용빈도가 높은 통계지표를 '그림으로 보는 의료급여 통계'로 정리

3. 그 외 공공부문 수탁심사 운영

보훈환자 진료비 심사

심사평가원은 타 법령에 의한 진료비 심사의 일환으로 보훈진료비의 심사와 그 적정성 여부에 대한 평가를 수행하고 있다. 보훈진료비의 경우 종전에는 심사과정 없이 지급되었으나 2005년 위탁계약 이후 심사평가원의 진료비 심사과정을 거쳐 지급되기 시작했다. 심사위탁 계약일은 위탁병원 국비대상자 2005년 8월 3일, 보훈병원 국비대상자 2008년 9월 29일, 보훈병원 감면대상자 2017년 6월 29일이고, 2005년 10월 1일, 2008년 10월 1일, 2017년 7월 1일 각각 심사 수탁업무가 개시되었다.

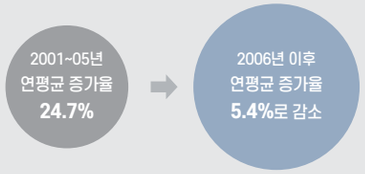
심사절차와 방법은 원칙적으로 건강보험과 동일하나, 국가보훈처에서 지원하고 있는 '보훈부담액'이 포함되어 있으

므로 해당 심사결과를 계약을 체결한 6개 보훈병원뿐 아니라 한국보훈복지의료공단에도 통보하고 있다.

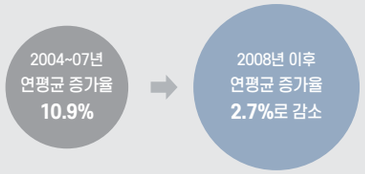
한편 전체 보훈대상자의 증가와 국가유공자 평균 연령의 상향으로 보훈환자 진료비 재정의 부담이 점차 커지고 있다. 이에 심사평가원은 정확성과 공정성을 원칙으로 위탁병원과 보훈병원의 진료비 심사에 임하고 있다. 그 결과 심사평가원 수탁 전과 후를 비교해보면, 진료비 증가율이 둔화되었거나 감소한 수치를 보이고 있다.

<수탁 전후 보훈환자 진료비 증감 현황>

위탁병원의 경우



보훈병원의 경우



한편 심사평가원은 이밖에도 2010년 12월부터 '보훈병원 및 위탁병원 심사위탁 관련 보훈환자진료비 심사실적 및 변화추이'라는 책자를 발간해 관련기관에 배포함으로써 위탁심사 성과를 널리 공유하고 유관기관 정책지원 자료로 활용했다.

외국인 등 의료지원사업 진료비 심사

의료지원사업의 수혜자는 건강보험이나 의료급여의 혜택을 받을 수 없는 계층으로, 원칙적으로 '의료급여에 관한 기준'이 적용된다. 이 사업은 보건복지부의 시행지침에 따라 운영되고 있으며 입원부터 퇴원까지 발생한 총 진료비의 90%를 지원하고 10%는 본인부담으로 한다. 식대는 80% 지원, 20% 본인부담이 원칙이며, 비급여 항목 중에서도 초음파에 대한 진료비 지원이 실시되고 있다.

<의료지원사업의 지원 대상자>

"노숙인, 외국인 근로자 및 그 자녀와 배우자(외국인), 국적 취득 전 결혼이민자와 그 자녀, 난민 등 및 그 자녀"

2005년 5월, '외국인 의료서비스 지원사업'의 시작과 함께 보건복지부의 요청을 받아 심사평가원이 위탁 수행해 왔다. 상급종합병원 이상의 진료비 심사는 본원 수탁사업부에서, 종합병원급 이하는 10개 지원에서 담당하고 있다. 사업시행 의료기관이 심사평가원에 해당 진료비를 청구하면 심사평가원 측은 이에 대해 심사해 해당 의료기관과 각 시 · 도에 심사결과를 통보하고 있다.

<의료지원사업 시행 의료기관 현황>

국 · 공립병원(지방의료원, 적십자병원, 국립의료원)과 시 · 도 지원 90개 민간병원

응급의료비 미수금 대지급제도 운영

'응급의료비 미수금 대지급제도'는 응급환자가 의료기관에서 응급의료(이송 포함)를 제공받고 일시적인 경제적 어려움으로 의료비용을 지불하지 못한 경우에 적용된다. 응급의료 비용을 국가가 의료기관에 대신 지급해 주고, 나중에 환자 본인을 포함한 상환의무자로부터 돌려받는 제도를

말한다. 응급환자가 경제적 어려움에도 불구하고 적시에 응급의료 서비스를 받을 수 있도록 지원하고, 응급의료를 거부하는 폐해를 없앰으로써 인간생명의 존엄성을 유지하기 위해 도입되었다.

1995년 1월부터 정부의 '응급의료기금' 사업을 위탁받아 의료보험연합회에서 운영하다가 심사평가원의 출범과 함께 해당 업무가 승계되었다. 이후 2003년 1월 응급의료기금의 관리 주체가 보건복지부로 변경되면서, 심사평가원은 '응급의료비 미수금 대지급 사업'만 보건복지부로부터 위탁받아 운영에 들어갔다.

한편 심사평가원이 수탁 운영한 2003년 이후 제도 도입의 취지가 비로소 실현되기 시작했다. 2002년 대지급 건은 541건, 약 5억 7,000만 원 수준에 불과했으나 매년 증가하여 2019년에는 8,385건, 52억 6,000만 원으로 응급대지급 제도가 눈에 띄게 활성화 되었다.

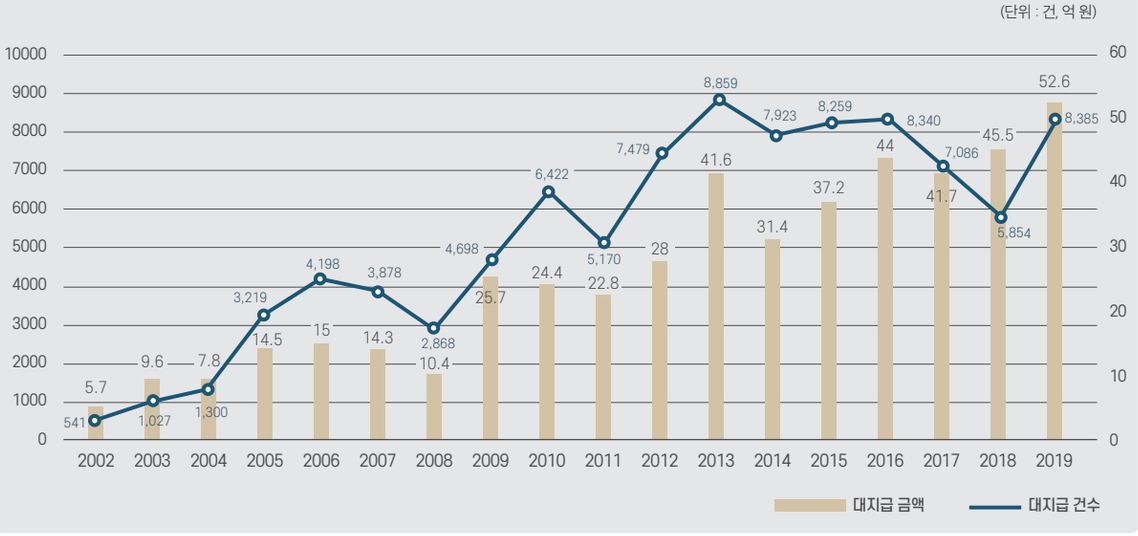
한편 2011년부터는 국내에 체류 중인 외국인이 응급의료 대상에 포함되었다. 상환의무자에 대한 규정도 구체화되어 본인, 배우자, 직계 혈족 및 그 배우자까지로 범위를 확대했다. 또 응급의료비 미수금 대지급금의 구상권 소멸시효는 기존 10년에서 3년으로 축소함으로써 상환능력이 없는 취약계층을 배려했다.

4. 자동차보험 진료비 심사 위탁수행

자동차보험 심사업무의 첫 장

자동차보험제도 전반에 대한 개선 요구가 거셌다. 이러한 환경 속에서 2009년 11월 3일 발표된 국민권익위원회 개선안의 핵심내용은 이러했다.

〈응급의료비 대지급 활성화 추이(2002~2019)〉



<2009년의 요양급여 운영체계 제도 개선안>

단기적

"자동차보험 등 민간보험의 심사를 심사평가원에 위탁할 것을 권고"

중장기적

"심사평가원의 기능을 확대해 모든 요양급여비용에 대한 통합 심사 · 평가를 추진하는 방안 검토"

이후 2012년 8월 22일, 신설된 「자동차손해배상보장법 시행령」 제11조의2에 자동차보험 진료비 심사 조정업무를 위탁할 전문심사기관으로 "건강보험심사평가원"이 명시되면서, 민간보험 심사업무를 위탁해 수행할 수 있는 법적 근거가 마련되었다.

관련 부처와 협업관계를 유지하며 새로운 업무를 위한 제반 준비에 심혈을 기울였다. 그 끝에 심사평가원은 2013년 1월 전담부서인 '자동차보험심사센터'•를 신설하고 자동차보험 진료비 심사업무의 기반을 조성해 나갔다. 순풍을 맞은 돛단배처럼 속도를 올렸다. 같은 해 6월 14일에는 14개의 보험회사 및 6개 공제조합과 진료비 심사업무 위탁계약을 맺더니 7월 1일자로 본격적인 심사업무에 돌입했다.

심사업무 개시와 동시에 보편적으로 타당할 뿐 아니라 자동차보험만의 특성이 잘 반영된 심사 · 진료기준을 마련했다. 그간 보험사마다, 또 공제조합마다 다르게 적용되던 심사 · 진료기준을 일관성 있게 정비함으로써 자동차보험의 건전한 청구환경 구현에도 크게 기여했다.

한편 심사평가원의 자동차보험 심사업무 수탁으로 인해 해당 분야 진료비 심사 및 지급 과정에 있어 공공성과 객관성이 확보될 수 있었다. 또 '국민의료비 심사 일원화'를 향한 첫 발을 떼고, 선진국형 진료비 심사체계의 구축을 위한 발판을 놓았다는 점에서도 20년 역사를 통틀어 매우 유의미한 성과라 할 수 있었다.

맞춤형 심사운영 및 적정관리 기반 마련

사업 첫 돌이 지나고 있었다. 이에 심사평가원은 지난 1년의 심사실적을 활용해 보다 효율적인 관리방안을 모색하기 시작했다. '고쳐 잡은 키'가 바라보는 곳은 건강보험 심사 전반의 개편방향과 같은 지점을 향했다. 청구건 단위 진료비 심사에서 기관 단위 진료비 관리로 방향을 틀었던 것이다. 2014년 6월에 시작된 이와 같은 패러다임 전환을 통해, 이후 심사평가원은 매년 청구경향 개선율을 높여 나갔으며 의료기관 단위로 적정진료를 유도해 나갔다.

또한 2016년 6월부터는 자동차보험 심사 분야에도 선별집중심사를 도입하고, 매년 진료비용의 비정상적인 증가를 이끌거나 사회적 이슈가 되고 있는 진료항목들을 선별해 집중관리에 들어갔다. 이러한 적극적인 관리체계의 도입을 통해 이후 심사평가원은 자동차보험 다빈도 청구항목에 대한 심사 노하우를 두텁게 쌓아 나갈 수 있었다.

한편 2019년 3월에는 집중심사에도 불구하고 매년 증가추세를 보이고 있는 자동차보험 진료비의 효율적인 관리를 위해 '종합정보서비스'를 도입하고 시행에 들어갔다. 진료비 상승에 영향이 큰 항목들••에 대해 요양기관별로 청구경향을 분석한 후, 이를 바탕으로 맞춤형 계도를 실시하고 이후에는 개선 여부를 모니터링하는 사업이었다.

이와 같은 집중관리형 서비스의 도입과 시행을 통해 심사

• 1센터 5부

•• 한방의 경우 행위 다종 시술, 첩약, 약침술, 추나요법 등이 포함되었고 의과의 경우에는 대표적으로 도수치료가 선정되었다.

평가원은 이후 자동차보험 진료비의 적정성을 제고할 수 있었고, 의료기관들의 적정진료 행태를 유도해 나갈 수 있었다.

자동차보험 전산심사 시스템 구축

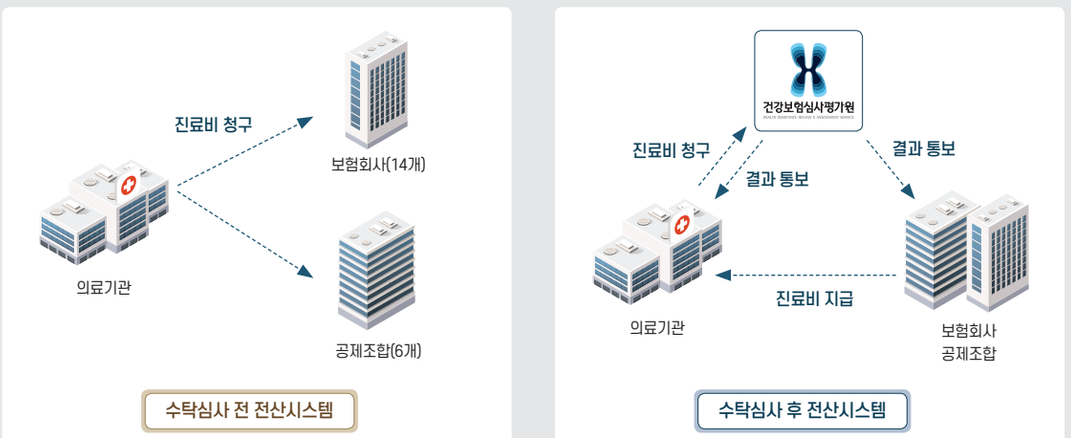
원년으로 돌아가 보면, 2013년 7월을 자동차보험 심사업무의 시작점으로 설정하고 제반 작업을 추진했으나 관련 규정 고시의 지연으로 시스템 구축일정이 매우 촉박한 상황이었다. 때문에 자동차보험심사센터와 전산팀은 심사업무처리에 관한 규정 고시가 확정되기도 전에 '가상 시나리오'를 기반으로 시스템을 설계할 수밖에 없었다. 심사시스템의 전체 뼈대를 우선 구축하고 세부사항은 고시확정 이후에 수정하고 보완해 나갔던 것이다.

우여곡절 끝에 심사평가원은 위탁심사 개시 바로 직전에야 전산심사 시스템과 응용 프로그램의 개발을 완료할 수 있었고, 이와 함께 자동차보험의 심사업무 역시 전산화의 서막을 열수 있었다.

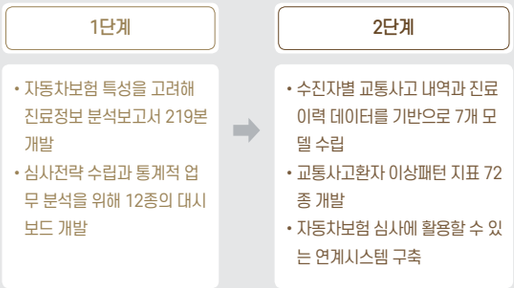
자동차보험 심사를 수탁하기 이전 과거 50년 동안 100% 서면 방식으로 이루어지던 청구행위가 2013년을 기점으로, 99.9% 전산청구로 전환되었다. 지급일까지 걸리는 기간도 비약적으로 단축되어 기존 40일이던 것이 시스템 오픈 이후에는 14일로 줄어들었다. 또한 의료기관의 업무 편의를 높였음은 물론이고, 청구오류율 역시 10% 미만으로 관리됨에 따라 안정적인 업무처리 기반이 마련될 수 있었다.

그럼에도 날이 갈수록 새로운 심사전략이 요구되었다. 무엇보다 자동차보험진료수가 청구에 있어 '도덕적 해이'가 만연해 있었다. 때문에 진료비 청구의 이상패턴을 사전에 탐지할 수 있는 정보시스템 구축이 필요해졌다. 이에 심사평가원은 2016년 '자동차보험 진료분석시스템' 구축에 착수해 2단계로 나눠 개발작업을 진행했다.

<자동차보험 진료비 심사수탁 전 · 후 전산화 수준>



<자동차보험 진료분석시스템 구축과정>



2016년 4월 개발이 완료됨에 따라 자동차보험 심사전략 수립을 위한 과학적 기반이 완비될 수 있었다. 무엇보다 해당 시스템의 구축 이후로는 축적된 자동차보험 심사정보를 지능정보 기법을 통해 분석하고 활용하기 시작했다. 이에 보험사기 개연성이 높은 환자와 의료기관을 64.8%에 이르는 높은 적중률로 가려낼 수 있었다.

한편 자동차보험의 청구 정확성이 떨어지는 이면에는 근본적으로 구조적인 원인이 숨어 있었다. 건강보험의 경우 단일 보험자가 존재하지만, 자동차보험의 경우 보험사 · 공제조합 등 복수의 보험자가 전화 또는 FAX 등으로 지급보증을 수행하는 구조였던 것이다. 때문에 필연적으로 진료지연과 입력 오류 등이 수시로 발생할 수밖에 없었다.

수탁업무의 시행을 위해 단기간에 서둘러 구축된 전산시스템 초기의 자동차보험 전산시스템은 2004년부터 사용하던 예전의 건강보험 시스템을 재활용하는 방식으로 구축되었다.

더구나 기존 자동차보험 전산시스템은 이미 수명을 다한 노후화된 시스템이었기에, 자동차보험 제도의 미래를 위해서도 최신 ICT기술이 접목된 스마트시스템의 구축이 절실했다. 이에 2016년 9월 '자동차보험 차세대 심사시스템' 구축사업의 첫 장을 열고 22개월에 걸친 대장정에 오르게 되었다.

<자동차보험 차세대 심사시스템 추진경과>

2016년 9월 5일	자동차보험 차세대 심사시스템 구축사업 착수
2016년 11월 25일	업무프로세스 재설계(BPR) 완료보고
2017년 6월 22일	중간보고
2017년 7월 3일	시스템 1차 오픈
2018년 3월 19일	시스템 2차 오픈
2018년 5월 14일	지급보증정보 중계시스템 오픈
2018년 6월 20일	자동차보험 차세대 심사시스템 구축사업 완료보고

2018년 6월 20일 완료보고회를 끝으로 구축사업은 성공적으로 마무리되었다. 이후 실시간 지급보증정보 중계시스템이 운영에 들어감에 따라 업무지연이 크게 감소되고, 오류율 역시 대폭 줄며 청구정확성이 높아졌다. 또한 데이터 품질평가에서 최고 품질을 인정받으며 대내 · 외적으로 높은 공신력을 확보할 수 있었다. 나아가 국민들의 입장에서는 자동차사고 관련 진료정보를 새로 구축된 심사평가원 홈페이지를 통해 제공받음으로써 한층 신장된 알 권리를 향유할 수 있었다.

자동차보험 심사 환류체계 강화

심사 사후관리의 내실 다지기는 심사평가원 자동차보험심사센터의 남은 과제 중 하나였다. 이에 2018년부터 이의제기 최소화를 목표로 해당 항목의 표준화와 전산연계 체계 도입작업에 돌입했다. 그 결과 같은 해 12월에는 5개의 표준화 항목 발굴에 성공했으며, 발굴된 항목의 경우 '유사사례, 동일 기준'을 적용해 1차 심사 환류 및 전산연계를 추진해 나갔다.

또한 이의제기 청구건을 대상별로 분류하고, 해당 분류에 맞는 맞춤형 정보제공 활동을 크게 강화했다. 의료기관을 대상으로 일대일 의료기관 전담제, 현장방문, 실무협의회, 유선안내 등을 실시했으며 보험회사를 대상으로 2회에 걸쳐 이의제기 부적합 사례 설명회를 개최했다.

<2018년 이의제기 업무 내실화 성과>

	2017	2018
이의제기 법정기한 내 처리율	81%	91%
표준화 항목 처리 소요일	31일	27일

2019년에도 이의제기 최소화 및 적기처리, 그리고 기관 맞춤형 관리라는 기본적인 업무 방향성에는 변함이 없었다. 그러나 의료기관 전담제의 대상을 기존 상급 종합병원 20개소에서 49개소로 대폭 확대했으며, 이의제기 건에 대한 유형분석을 통해 단순건으로 분류되는 4,403건을 우선적으로 신속 처리하는 성과를 거뒀다. 또한 '표준화' 분야에 있어서도 눈에 띄는 성과를 만들어냈는데, 이의제기 다빈도 항목에 대한 처리기준을 수립했을 뿐만 아니라 809항목에 대한 결과통보서의 표준문안을 정비하고 전산심사에 반영해낼 수 있었다.

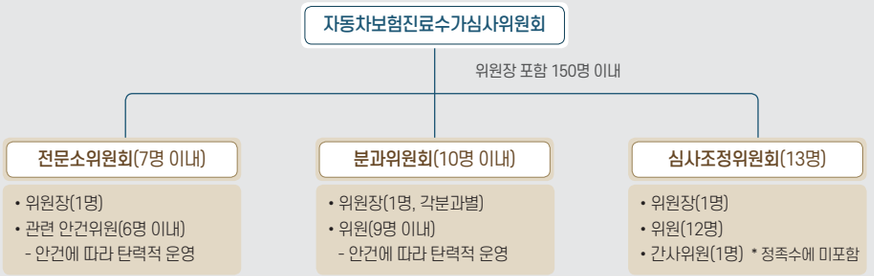
한편 집중관리기관으로 선정된 161개의 의료기관에 대해서는 맞춤형 정보제공을 실시하고, 보험사와는 쌍방향의 정례적 소통채널을 구축하는데 성공함으로써 적정진료 유도효과를 극대화할 수 있었다.

<2019년 이의제기 업무 내실화 성과>

	2018	2019
이의제기 법정기한 내 처리율	91.0%	94.5%
집중관리기관 중재 후 이의제기율	0.8%	0.9%



<자동차보험 진료수가 심사위원회 구성체계>



자동차보험 진료수가 심사위원회 설치 및 운영

2020년에는 '자동차보험 진료수가 심사위원회(이하 자보심사위원회)'를 설치하고 운영에 들어갔다. 그간 '자동차보험 심사전문가 자문단'을 매년 구성해 운영해 왔으나 그것만으로는 부족했다. 심사기준의 객관성과 공정성을 제고하기 위해서는 명확한 법적근거를 가진 전문조직이 필요했다. 이에 「자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정」 제23조 2항의 신설로 법적근거를 마련함과 동시에 2020년 5월 10일 자보심사위원회를 출범시켰다.

한편 심사평가원은 심사기준이 애매하거나 불분명할 경우 심사평가원이 스스로 세부 심사기준을 마련할 수 있는 법적 근거를 확보•하게 되었다. 이후 해당 근거를 바탕으로 자동차보험 심사지침 5항목••이 신설되어 2020년 9월에 심사평가원 홈페이지에 공개되었고, 2020년 12월 1일 진료분부터 적용되기 시작했다.

• 자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정 제23조(국토교통부고시 제2019-742호) 제3항

•• 도수치료 시행시기, 이온삼투요법 적응증 및 시행시기, 체온열 검사, 소애주를 이용한 직접애주구, 첩약과 건강보험 등재 한약제 또는 첩약과 복합엑스제

제5절
심사결정에 대한 권리구제 절차 운영

1. 권리구제 절차의 개념과 처리체계

요양급여비용의 심사결정에 대한 권리구제 절차는 크게 '이의신청'과 '심판청구'로 구분된다. 먼저 이의신청은 심사평가원의 처분에 대한 권리구제 절차로, 요양급여비용의 심사결정과 요양급여 적정성 평가결과에 불복해 관계법령에 따라 처분의 취소나 변경을 신청하는 것을 말한다.

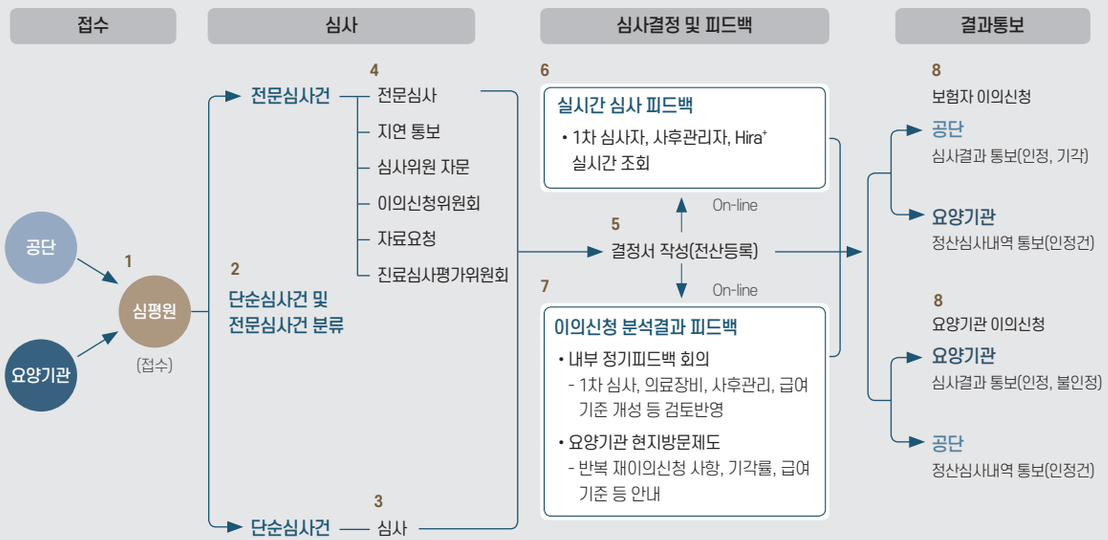
심사평가원 출범 이전만 해도 원칙적으로 '보험자 이의신청'이라는 개념이나 법적 근거가 명확하지 않았다.• 그러나 2000년 국민건강보험법의 제정과 함께 '이의신청제도'가 법률상의 제도로 격상되면서 본격적으로 운영에 들어갔다. 한편 심사평가원이 건강보험 심사평가 기구로 독립 설치됨에 따라 보건복지부 내에는 '건강보험분쟁조정위원회'가 설치되었다. 이후 해당 위원회는 국민건강보험공단과 심사평가원의 처분 내용에 대한 행정심판 기능을 전담하게 되었다. 보험가입자의 권리를 충분히 보장하기 위한 행정적 안전장치였던 셈이다.

이와 같은 법적 · 행정적 체계의 구축 이후, 일선 요양기관들은 심사평가원의 이의신청 결정에 불복사항이 있는 경우 법령에서 정한 사항을 기재한 심판청구서를 보건복지부 건강보험분쟁조정위원회에 제출하고•• 행정쟁송 절차를 청구할 수 있게 되었다.

• 국민건강보험법 이전에도 이의신청을 제기할 수는 있었으나 이는 의료보험법에 규정된 제도가 아니라, 보건복지부장관의 고시인 요양급여기준에 근거를 두고 있었다.

•• 2014년 심판청구 일원화 조치 이전에는, 건강보험분쟁조정위원회 뿐만 아니라 심사평가원에도 심판청구서를 제출할 수 있었다.

<이의신청 업무처리 흐름도>



2005년 2월에는 이의신청의 선행단계로 '재심사조정청구'가 추가되었다. 이의신청 처리 소요기간에 대한 요양기관들의 민원에 대응하기 위해, 단순 이의신청인 경우 보다 신속하게 처리 가능한 플랫폼을 신설한 것이다. 이로써 요양기관이나 보험가입자들은 재심사조정청구에서 이의신청, 그리고 심판청구까지 3단계로 확대된 권리구제제도를 활용할 수 있게 되었다.

<권리구제제도 단계별 운영 현황>



한편 2005년 도입 이후 해당 제도는 심사결과통보서가 요양기관에 도착한 날을 기준으로 그 익일부터 60일 이내에 신청하도록 운영되어 왔다. 그러나 2009년 7월 1일부터 90일로 확대됨에 따라 이의신청 기간과 동일하게 운영되기 시작했다.

2. 권리구제 매커니즘의 완성과정

이의신청위원회, 그리고 탄력적인 조직 운영

심사평가원의 출발과 때를 같이했다. 이의신청 처리업무를 효율적으로 수행하기 위한 심의기관이 2000년 7월 1일자로 문을 연 것이다. '이의신청위원회' 제1기는 건강보험심사평가원장을 위원장으로 위촉해 10명의 인원으로 구성되었다. 이후 해당 위원회는 이의신청 사안 중 기준 해석이나 적용에 있어 다툼의 여지가 있거나, 진료심사평가위원회에서 검토가 필요하다고 상정한 안건에 대해 객관적이고 전문적인 심의를 실시해 왔다.

그러나 의학적 타당성을 요구하는 이의신청 건이 날로 증가함에 따라 분야별로 전문적 검토가 미흡하다는 지적이 제기되어 왔다. 이에 2007년 7월 25일자로 「국민건강보험법 시행령」 제48조를 개정하고, 위원 수를 기존의 10명에서 25명으로 확대했다. 이로써 이의신청위원회는 심의분야별로 전문가를 확보하고 보다 객관적인 심의를 진행할 수 있었다.

한편 심사물량의 꾸준한 증가와 함께 이의신청 및 심판청구 물량 역시 계속해서 늘고 있었다. 처리 인력은 고정된 상황에서 계류 건만 기하급수적으로 증가했던 것이다. '병목현상'은 자연스러운 일이었다. 이에 법정기간 내 처리율이 하락세로 돌아서기 시작하면서, 특단의 대책이 필요하게 되었다.

심사평가원은 우선 2003년 5월 1일부터 7월 20일까지, 또 2006년 6월에서 12월까지, 두 차례에 걸쳐 심판청구 건 처리를 위한 전담지원팀을 운영했다. 또한 2009년 5월 11일부터 7월 10일까지는 이의신청 해결을 위한 특별대책반을 운영했다. 특히 2009년 운영된 특별대책반의 경우 한 해 동안 무려 10만 3,165건의 이의신청을 해결해내는 성과를 올리기도 했다.

심사평가원은 이처럼 유연하고 탄력적인 조직 운영을 통해 고객만족도를 크게 신장했을 뿐만 아니라 유형별 특성 검토를 거쳐 이의신청 감소 유도방안도 마련했다.

이의신청 환류체계••• 강화

그러나 임시방편일 뿐이었다. 특별대책반 운영으로 큰 성

••• 환류[還流, feed-back] : 어떤 흐름이 진행되다가 다시 원 상태로 되돌아와 흐르는 현상을 일컫는다. 행정학에서 '환류'라 하면 조직을 개방체계(open system)로 보아 조직에서 내보낸 산출(産出)이 환경에 영향을 주고 그것이 다시 조직 안으로 투입되어 '환경으로 산출 → 조직으로 투입'이라는 반복적 과정이 계속해서 이루어지는 현상을 말한다.

과를 거뒀다 해도 폭증하는 이의신청 발생 건수 해소의 근본적인 대책이 될 수는 없었다. 무엇보다 심사처리 담당부서 간 업무흐름 단절이 이의신청 건수 폭증의 원인이 되고 있다는 내부진단에 따라 심사평가원은 뿌리부터 튼튼히 할 패러다임 개선에 나섰고, 결국 부서 간 소통채널 마련을 최우선 과제로 설정하게 되었다.

우선 2009년 4월 당시 기획조정실 창의경영부에서 '이의신청 원인제거 방안 안내 및 추진협조' 문건을 작성했고, 이에 근거해 같은 해 6월에는 이의신청 결과에 대한 심사평가원 최초의 피드백협의체인 '이의신청 Co-Work단'을 구성했다.

이의신청부를 중심으로 관련 부서와 벽을 뛰어 넘어 업무 공유체계를 마련하는 것이 핵심이었다. 우선 이의신청부와 심사실을 하나로 묶었다. 반복적으로 이의신청이 발생하는 항목을 심사실에 직접 송출하는 파이프라인을 만들었고 이를 통해 다발성 발생 건의 제거를 위한 업무 공유체계를 마련했다. 다음으로 당시 심사전산개발부, 그리고 의료장비부와의 환류체계를 강화함으로써 전산착오 조정 건을 최소화할 기반을 마련했으며, 또한 장비 미신고 조정 건에 대해서도 실질적인 해결책을 내놓았다. 이밖에도 요양급여비용 심사기준 개발에 직 · 간접적으로 연관된 부서들과 활발하게 논의를 전개하고 협업을 강화한 끝에, 의료현실에 부합하는 방향으로 급여기준을 정비해 나갈 수 있었다.

<이의신청 환류체계 수립의 예>

해당 부서	고유 업무	업무 공유 내용
수가등재부, 급여기준부, 약제기준부, 재료기준부, 위원회운영부 이의신청부	내부 심사기준 정비 및 고시화 추진 등 급여기준 현실화 필요 항목 발굴 및 의견 개진	의료현실에 부합하는 급여기준 정비 업무 공유 및 협업

구체적으로 매분기 1회 정례회의 개최를 통해 부서 간 업무협의를 이어갔다. 이와 같은 피드백협의체의 운영으로 반복적인 이의신청 항목을 줄여갈 수 있었고 부서 간 소통부재가 주요 원인이던 이의제기 건을 감소시킬 수 있었다.

성과가 눈으로 확인되자 2009년 이후에도 계속해서 유사한 형태의 협의체가 구성 및 운영되었다. 명칭은 조금씩 달라도 목적과 운영 형태 등에 있어서는 대동소이했다. 이 협의체들의 지속적인 구성과 운영은 이후 심사평가원 내부에 이의신청 처리에 관한 환류시스템이 마련되는 기제로 작용했고, 해당 업무의 패러다임이 기존의 '사후관리' 관점에서 '사전관리' 관점으로 변화하는 도화선이 되었다.

<이의신청 환류시스템 마련을 위한 추진체의 변천내역(2009년 이후)>

연도	이의신청 환류시스템 추진체 명칭
2011년 3월 24일	'이의신청 원인제거를 위한 Co-work단' 운영
2016년 2월 26일	'이의신청 실무협의체' 운영 - 심사, 이의신청, 급여기준 간의 환류체계 강화
2017년 2월 13일	'이의신청 효율화 실무협의체' 운영 - 이의신청 사전차단 및 항목별 집중관리
2018년 1월 29일	'WITH-UP(이의신청 · 심사 협의체)' 운영
2020년 3월 24일	'심사 · 이의신청 · 심판청구 실무 협의체' 운영

심판청구 업무 일원화

2014년 당시만 해도 '심판청구'는 건강보험과 의료급여가 분리되어 운영되고 있었다. 건강보험의 경우 「국민건강보험법」을 근거로 심판청구를 통한 권리구제가 가능했으나, 의료급여의 경우 이의신청에 대한 결정에 불복이 있는 자가 국민권익위원회 소속 중앙행정심판위원회를 통해 행정심판을 청구해야 했던 것이다. 국민의 권익보호를 위해 대

책이 필요했다. 이에 2014년 1월 28일, 의료급여에 대한 심판청구 신설을 골자로 법률의 일부 개정이 이루어졌다. 해당 법령 개정 이후 건강보험과 의료급여의 구분 없이, 건강보험분쟁조정위원회를 통해 심판청구 심리 및 의결이 수행되기 시작했다.

<의료급여법 일부 개정 내용>

제30조의2 심판청구

① 급여비용심사기관의 이의신청에 대한 결정에 불복이 있는 자는 「국민건강보험법」 제89조에 따른 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구를 할 수 있다.

② 제1항에 따라 심판청구를 하려는 자는 대통령령으로 정하는 심판청구서를 처분을 행한 급여비용심사기관에 제출하거나 건강보험분쟁조정위원회에 제출하여야 한다.

[시행 2014. 7. 29] [법률 제12362호, 2014. 1. 28, 일부개정]

한편 국민의 권리의식이 높아짐에 따라 지속적으로 심판청구 안건이 증가했다. 이에 해당 위원회는 2017년 5월 8일자로 별도의 사무국을 설치해 운영에 들어갔고, 심사평가원 또한 대응 차원에서 같은 해 7월 1일 심사관리실 내에 심판청구부를 신설하게 되었다.

이후 심판청구부는 건강보험분쟁조정위원회의 심판청구 업무를 지원하고, 해당 절차와 처리기준의 개발 및 운영에 기여하며 중추적인 역할을 수행해 나가고 있다.

3. 원인 제거를 위한 맞춤형 서비스 제공

이의신청 요양기관 맞춤형 방문서비스 실시

2010년대를 전후해 전사적으로 '사전예방'의 중요성이 강조되면서 이의신청 업무에 있어서도 '사후약방문(死後藥方文)은 별 무소용'이라는 공감대가 형성되었다. 단편적인 민원 처리보다 발생원인의 근본적인 제거가 중요하다는 인식이 공유되었던 것이다.

이에 이의신청을 발생원인을 사전에 차단하고 의료현장 요양기관과의 업무협의 접촉점을 생성하기 위해 2010년 7월부터 맞춤형 서비스를 실시하기 시작했다. 매년 상반기와 하반기 이의신청 증가 추이와 제기율, 기각률, 반복 제기 항목 등을 분석해 현지방문 대상기관을 선정했으며 특이사항 발생기관의 경우 수시로 현지방문을 실시해 분석정보를 제공했다. 나아가 대상 요양기관별로 담당자를 지정하고, 이를 신속대응을 위한 전담창구로 활용함으로써 1:1 원스톱 서비스 제공의 기반을 마련하기도 했다.

이와 같은 집중관리를 실시하자 행정처리 미숙에 따른 이의신청 건이 현저히 줄어들었으며 요양기관의 서비스 만족도 역시 눈에 띄게 향상되었다. 성과가 확인되자 심사평가원은 2012년 5월에도 이의신청 다발생기관 현장 방문 서비스를 실시하는 등 꾸준히 맞춤형 서비스를 시행하며, 이의신청의 근본 원인 차단을 위한 노력을 기울여 나갔다.

심판청구 요양기관 맞춤형 대면서비스 실시

심판청구 업무에 있어서도 '현장과의 소통'은 중요한 요소였다. 이에 심사평가원은 2013년 10월 요양기관을 초청해 '심판청구 요양기관 맞춤형 대면서비스'를 처음으로 실시했다. 무엇보다 상호 교류의 장 마련이 목적이었기에 참석 명단에는 보건복지부와 심사평가원의 담당자가 포함되었다. 이 자리를 통해 심판청구 처리결과에 대한 세부 분석내용 등 요양기관별 맞춤형 정보를 제공했고, 이로써 심판청구에 대한 요양기관들의 이해도를 높일 수 있었다.

이후 심사평가원은 해당 서비스를 매년 실시했으며 해마다 20개 이상의 기관이 참여를 이어오며 지속적으로 그 효

용성을 유지하고 있다.

2016년에서 2019년에 걸쳐 총 98개 요양기관이 참여했으며, 이를 양방향 소통의 효과적인 채널이자 심판청구 효율성 증대와 고객만족도 제고의 기초로 적극적으로 활용하고 있다.

<심판청구 요양기관 맞춤형 대면서비스 실시 현황>

	2016	2017	2018	2019
참여기관	26기관	22기관	24기관	26기관

4. 업무효율화를 위한 전산시스템 구축

이의신청 전산시스템 구축

수작업과 대장관리에 의존해 업무를 진행하다보니 어려움이 많았다. 이의신청 물량이 폭증하다보니 서류의 보관 장소조차 마땅치 않았다. 그러나 2000년대로 넘어오면서 이의신청 접수가 종합전산망을 통해 이루어질 수 있도록 개선되었고 이에 업무효율성이 크게 제고될 수 있었다.

<이의신청 업무 전산화의 내력(2003~2011)>

2003년 5월

요양기관 전산자동점검시스템 오픈으로 청구오류에 기인한 이의신청 최소화 달성

2005년 7월

심사 참고자료 시스템 구축으로 신청자 편리성 향상

2007년 8월

이의신청 인터넷 접수, 약국에서 전 요양기관으로 확대 시행

2009년 10월

이의신청 결과를 우편 송부하던 방식에 EDI 시스템을 통한 전자통보 방식으로 변경

2010년 11월

'HIRA+'를 통해 이의신청 처리결과 실시간 조회 가능

2010년 5월, 2011년 1월, 2011년 8월

총 세 차례에 걸쳐 이의신청 결정 회신문 정비

→ 총 1,055개의 문안을 간결하고 알기 쉽게 정형화하고 이를 전산시스템에 적용

그러나 이와 같은 발전에도 시스템 사용자인 요양기관 입장에서는 '신청'만이 전산으로 가능한 상황이었다. 증빙자료 제출을 포함한 대다수 업무의 경우 서면으로만 가능했다.

이에 심사평가원은 2017년 6월 기존의 한계점을 보완한 '이의신청 전산처리시스템'을 개발하고 운영에 들어감으로써 오랜 숙원을 해소할 수 있었다. 이 시스템의 오픈과 함께 심사평가원은 원심의 전산심사와 동일한 절차를 비로소 이의신청 처리절차에도 적용하기 시작했다. 특히 이의신청 신청서뿐만 아니라 증빙자료의 송신과 수신 역시 정보통신망을 통해 처리 가능해졌다. 업무 전반에 걸친 '전산화 완성'이라는 차원에서 매우 의미 있는 성과였다.

<이의신청 전산시스템의 발달 과정>



심판청구 전산시스템 개발

2017년은 권리구제 절차 전반에 있어 '전산화 완성'의 해였다. 같은 해 7월 심판청구 전산시스템 역시 개발이 완료되었던 것이다.

국민의 권리의식이 높아짐에 따라 해마다 심판청구 건수는 증가하는데, 한정된 처리인력으로 신속한 권리구제가 어려운 상황이었다. 이에 심사평가원은 2015년 3월부터 이의신청 전산화 사업과 함께 심판청구 전산시스템 개발에 돌입하게 되었다.

개발과정에서는 무엇보다 건강보험분쟁조정위원회를 비롯해 대내 · 외 의견을 충실히 반영되는데 주의를 기울였다. 또 심판청구 업무의 효율화를 위해 개발 세부내용을 면밀히 챙겼다. 그 결과 심판청구 업무를 위한 전용 시스템은 2017년 7월 13일 개발을 완료하고 운영에 들어갈 수 있었다.

이와 같은 전산시스템의 개발로 인해 심사평가원은 심사 일관성을 대폭 향상시킬 수 있었고, 이후 진일보한 권리구제 서비스 제공을 통해 요양기관 만족도를 크게 진작시킬 수 있었다.

<심판청구 전산시스템 개발 세부내역>

접수단계	처리단계	관리단계
사전점검 기능 강화 (명세서별 · 줄단위별 중복점검)	심판청구 자동 분배 기능 및 답변서 자동화 시스템 구축	신규 통계화면 13종 개발 (심판청구 접수처리 현황 등)



제6절
심사 사후관리

1. 심사 사후관리의 개념과 필요성

심사 사후관리란 이미 심사와 지급이 완료된 내용에 대해 다시 한번 적합성과 적정성을 검토하는 절차를 말한다.

2000년 의약분업 시행이 사후관리 중요성에 대한 공감대 형성의 도화선이 되었다. 도입 첫 해 약국 청구 건수가 약 3배 이상 폭증하면서, 허위 또는 부당청구 사례를 적발할 새로운 시스템 도입의 필요성이 제기되었던 것이다.

이러한 요구에 대응하기 위해 2002년 4월 심사평가원 내에 심사관리부가 신설되었다. 이후 의 · 약사 본인 진료 및 조제 5개 항목에 대한 사후관리를 시작으로, 지속적으로 관리항목을 개발하며 1차 심사단계에서 확인이 곤란한 항목 등에 대해 사후관리 점검을 실시하게 되었다. 이로써 심사평가원은 보험재정 지출 건전화에 일조할 수 있었고, 심사의 대외 신뢰성을 제고할 수 있었다.

<심사 사후관리 대상 항목>

급여기준이 명확하게 고시되어 있으나, 요양기관 간 연계 곤란 등의 이유로 1차 심사단계에서 확인이 곤란한 청구 건•

심사 사후관리 추진 실적을 살펴보면 2011년부터 2020년까지 총 212항목을 신규 발굴하고, 1,127억 원의 지출 감소 효과를 거뒀다.

2. 심사 사후관리 체계화 토대 마련

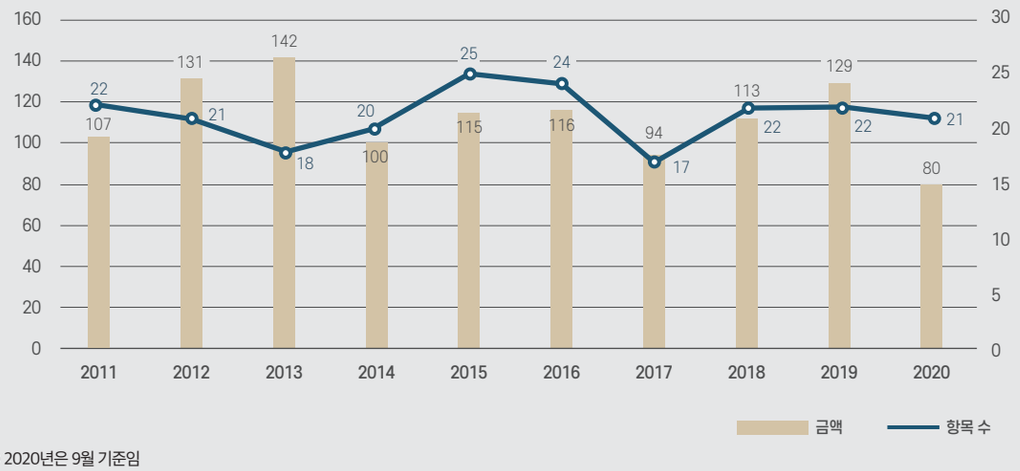
심사일관성 향상을 위한 점검시스템 구축 및 운영

심사평가원은 심사 사후관리 항목의 발굴과 심사일관성의

• 가입자별로 요양급여 실시 횟수나 기간 등을 제한하는 사항, 요양기관 간 연계 확인이 필요한 사항, 국가 · 지방자치단체 등이 확인을 요청하는 사항, 환자안전 등 사회적 요구가 있는 경우

<연도별 조정금액 실적>

(단위 : 개수, 억 원)



주) 2020년은 9월 기준임

향상을 위해 2008년부터 점검시스템을 구축하고 운영에 들어갔다. 이에 본 · 지원 간 심사결정 편차를 크게 줄여나갈 수 있었으며, 2009년에는 주제별 점검시스템을 구축함으로써 상병 · 수가 · 약제 · 재료대 등이 조합된 주제 단위로도 점검이 가능해질 수 있었다.

특히 '발사르탄 성분이 함유된 문제의약품' 등 사회적으로 크게 이슈가 된 의약품에 관해 철저한 점검을 시행함으로써 국민들이 안심하고 의약품을 소비할 수 있는 환경을 만들어 나갔다. 이에 시행 원년 이후 지속적으로 점검항목의 수를 늘려 나갔으며, 2019년에 들어서는 총 22항목에 대해 점검을 실시했다.

심사 사후관리 협의체 구성

급여기준의 복잡성 증가에 비례해 심사 사후관리의 중요성 역시 강조되었다. 이에 심사평가원은 사후관리 업무 전반에 대한 합리적인 의사결정 체계를 마련하고자 했다.

2012년 8월, 드디어 '심사 사후관리 협의체'라고 이름붙인 사후관리 업무의 컨트롤 타워가 첫 발을 내디뎠다. 이후 연 2회에 걸쳐 정기적으로 운영되었으며, 제 심사 관련부서의 의견을 듣고 취합하는 객관적인 과정을 통해 심사 사후관리 항목을 선정하기 시작했다. 이로써 심사평가원은 1차 심사부터 사후관리에 이르는 선순환체계를 완성할 수 있었다.

<연도별 점검항목>

연도	점검항목 수	점검항목 내역
2008	15항목	의과 청구착오, 처방조제 상이내역, 원외처방약제비 미연계건 사후연계 등
2009	15항목	만성질환관리료, 가정간호방문관리료, CT 등 장비 부적격 등
2010	17항목	항목별재점검, 동일성분의약품 중복처방, 중환자실 간호관리료차등제 등
2011	22항목	골밀도검사료, 차등지수(진찰료, 조제료), 입원진료비 중복 등
2012	21항목	원외처방약제비 미연계건 사후추가연계, 입원환자 식대점검, 감사원 처분관련 등
2013	18항목	의과 · 한의과 협진 중복진료, 급여기준 전산심사 항목, 변비치료제(하제) 등
2014	20항목	자보 · 건보 중복진료, 요양병원 입원기간 중 외래진료건 등
2015	25항목	위탁진료 중복, 외래요양급여비용 중복청구, 치면열구전색술 등
2016	24항목	HbA1c 산정횟수 점검, 약국본인부담률 차등적용 점검, 비자극검사 점검 등
2017	17항목	처방 · 조제 상이내역, 골밀도검사료, 초음파검사, 치면열구전색술 등
2018	22항목	의료급여 정신과 입원환자 조제 · 복약지도료 등 중복, 베일리영아발달측정 산정횟수 점검 등
2019	22항목	치과임플란트 단계별 중복청구, 발사르탄 성분함유 문제의약품 교환 관련 점검 등

<심사 사후관리 업무 의사결정체계의 변화>

현행	조정
• 심사관리부 자체 결정 • 의과 중심	• 심사 사후관리 협의체 결정 • 의과중심에서 약국, 치과, 약제 등으로 확대

더불어 2013년 1월에는 '심사 사후관리 업무처리 규정'을 제정했다. 새로운 규정의 제정과 운영으로 인해 사후관리 업무범위가 전에 비해 명확해졌으며, 업무처리의 정당성과 객관성이 확보됨에 따라 보다 효율적인 업무수행이 가능하게 되었다.

업무 프로세스 개선

2014년에 들어와도 심사 사후관리 업무는 여전히 수작업에 의존하고 있는 형편이었다. 효율성과 정확성에 있어 아쉬움이 있을 수밖에 없었다. 이에 심사평가원은 심사 사후관리 데이터베이스 구축사업을 계기로 업무 전산화에 나서게 되었다. 사후관리 항목에 대한 일괄처리 전산시스템을 구축하기 시작한 것이다.

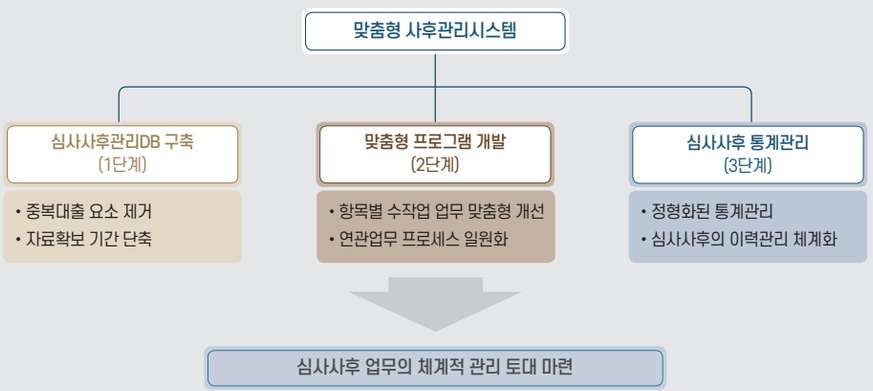
'맞춤형 사후관리시스템'이 문을 열고 업무에 적용되기 시작하자, 업무처리 기간이 대폭 줄고 소요 행정비용은 크게 절감될 수 있었다. 또한 업무 정확성이 담보됨으로써 사후관리의 영역 또한 지속적으로 확장될 수 있었다.

통계관리 시스템이 함께 구축되었다. 관점별로 정산실적 관리화면이 신설되었으며, 통계보고서가 자동 생성되는 기능도 포함하고 있었다. 이에 따라 심사 사후관리 전 항목에 대해 보다 신속하고 정확한 통계 산출이 가능해졌을 뿐만 아니라 통계 유형의 표준화 측면에서도 큰 진전을 이룰 수 있었다.

3. 심사오류 자체시정서비스 운영

심사평가원은 심사결정에 착오가 확인된 경우 자체 시정하고 환급하는 제도를 마련했다. 2005년 8월의 일로 책임행정 구현과 고객서비스 혁신에 대한 적극적인 의지의 피

<맞춤형 사후관리시스템 구축사업 추진도>



력이기도 했다. 과거에는 요양기관이 재심사조정청구나 이의신청을 해야 조정과 환급이 이뤄질 수 있었다. 그러나 '청구 · 심사 정정서비스'의 신설과 운영으로 인해 고객 중심으로 업무절차가 개선될 수 있었다.

심사평가원은 사업실효성에 대한 확신을 가지고 이후 꾸준히 업무체계를 개선해 나갔다. 특히 2009년 2월에는 청구 · 심사 정정서비스 운영 프로세스를 종합전산망 내에 구축했으며, 같은 해 3월에는 '감사면책제도'를 도입함으로써 자발적이고 적극적인 오류 시정을 독려해 나갔다.

이어 2010년에는 사업의 명칭을 기존 '심사오류 자체시정 서비스'에서 '청구 · 심사 정정서비스'로 변경하고, 서비스의 폭과 깊이를 넓혀 나갔다. 심사평가원의 명백한 오류사항을 넘어, 요양기관 오류 건으로 서비스 범위를 확대한 것이 핵심 포인트였다. 여기에 더해 심사평가원은 분기별 운영결과를 분석하고 이에 대한 관련부서 피드백을 통해 착오가 반복 발생하지 않도록 체계를 마련했으며, 이후 관련 전산시스템 적용을 즉각적으로 진행해 나갔다. 이와 같은 노력을 통해 심사평가원은 행정절차로 인한 낭비를 최소화하고, 심사에 대한 신뢰도와 만족도를 제고할 수 있었다.

4. 입원적정성 심사 수행

「보험사기방지특별법」 시행

2년 반 동안 국회에 계류되어 있었으나 통과는 시간문제라는 예상이었다. 「보험사기방지특별법」은 그렇게 2016년 3월 통과되어 같은 해 9월 30일자로 시행에 들어갔다. 심사평가원은 법이 통과되기 이전부터 분주히 움직이고 있었다. 2015년 1월 심사관리실 내에 공공심사부를 신설하고 특별법 통과 이후를 대비했던 것이다.

<심사평가원 입원적정성 심사업무•의 위상 변화>

「보험사기방지특별법」 시행 이전	「보험사기방지특별법」 시행 이후
행정 협조 및 지원 차원에서 입원적정성에 대한 의견 제공	건강보험심사평가원의 상시 업무로 해당 법령에 규정

한편 2016년 심사평가원의 상시 업무로 편입된 '입원적정성 심사'는 수사기관이 보험사기 수사를 위해 심사 의뢰하는 것에서 출발한다. 의뢰 이후 제출된 자료를 토대로 공공심사위원회의 심의 · 의결을 거치고, 그렇게 결정된 입원의 필요성 및 적정입원 기간 등에 대한 결과를 의뢰기관에 통보하는 업무인 것이다. 심사평가원은 공공기관에서 의뢰한 건에 대해 과거에서부터 심사를 지원해 왔으나 특별법 통과 이후 명확한 법적 근거를 바탕으로 본격적인 업무 수행에 돌입했다.

이후로는 수사기관의 심사의뢰가 날이 갈수록 쇄도함에 따라 이에 대응하기 위해 업무 프로세스를 지속적으로 개선해 왔다.

<공공기관 심의의뢰 심사업무 발전과정>

2003년 5월

직제규정 시행규칙에 공공기관 심사의뢰 관련 업무분장 명시 (심사1실)

2005년 3월

공공기관 심사의뢰건 업무처리 절차 마련

• 「보험사기방지특별법」 시행 이후 심사평가원은 수사기관이 의뢰한 건에 대한 입원적정성 여부 심사를 수행하기 시작했다.

2015년 1월

심사관리실 소속 '공공심사부' 신설

- 공공기관 심의의뢰 심사 전담수행 조직으로 정원(21명)

2015년 4월, 10월

공공기관 심의의뢰 전산시스템과 입원적정성 심의지침 마련

- 공공기관 심의의뢰 심사업무의 체계화 토대 마련

2017년 2월

입원적정성 심사업무 관련 공공심사위원회 구성 · 운영

2018년 7월

심사위원 명단 공개 및 증인출석 시행

2020년 9월

입원 적정성 심사전문위원 채용 · 운영(4명)

- 내과, 정형외과, 신경외과, 한방과 각 1명

공공심사위원회 구성 및 운영

보험사기방지특별법의 시행으로 입원적정성 심사가 심사평가원의 상시 업무로 의무화되었다. 이에 심사평가원은 2017년 2월 내부위원 10명과 외부위원 9명으로 구성된 '공공심사위원회'를 구성하고 입원적정성 심사 업무를 위한 의사결정시스템을 갖추게 되었다.

배를 띄웠으나 2018년에는 공공심사위원회의 운영에 중요한 영향을 끼친 사건이 발생했다. 그해 4월, 심사평가원의 입원적정성 심사의뢰 검토 결과에 대해 증거능력을 불인정하는 대법원 판결이 나왔던 것이다.

"피고인 또는 피고인이 아닌 자가 작성한 서류의 경우, 그 작성자 또는 진술자의 진술이 없는 경우 증거능력을 불인정한다."

- 2018년 4월 12일의 대법원 판결문 중에서

이에 심사평가원은 증인소환 요청이 올 경우 특이사안이 없으면 심사위원의 참여를 원칙으로 정하게 되었다. 또 같은 해 7월의 회의 결과를 토대로 내부 심사위원 중 명단공개 대상을 선정하고 해당자의 동의를 받는 절차를 거쳤다. 다만 외부위원의 경우 심리적 부담과 현업에 받을 영향을 고려해 일단은 명단공개 대상에서 제외했다.

한편 심사평가원은 사전관리 기관으로 선정된 요양기관을 대상으로 청구내역을 분석해 적정입원을 유도하고, 부적정 입원사례 항목을 발굴해 나갔다. 그 결과 2019년 11월에는 성인 상기도감염 입원진료, 입원적정성 심사 다빈도 수술 등 2개 항목의 발굴에 성공했다. 이와 같은 부적정입원 사례 항목 발굴을 통해 심사평가원은 적정입원을 유도했을 뿐만 아니라 보험재정의 누수 방지에도 기여할 수 있었다.

그러나 시간이 갈수록 입원적정성 심사에 참여하는 위원들은 과중한 업무 부담을 호소하고 있었다. 기존 진료심사평가위원회에 소속된 심사위원들이 입원적정성 심사까지 병행했고, 2018년의 대법원 판결 이후에는 법정진술까지 수행해야 했기 때문이다. 건강보험 심사라는 본연의 임무에도 지장을 초래하고 있었으며, 당연히 보험사기 수사 적기지원에도 한계를 보이고 있었다. 이에 인력 충원 필요성이 절실해짐에 따라 2020년 입원적정성 심사를 전담하기 위한 심사전문위원을 새로 채용하게 되었다.

입원적정성 심사 전문위원제 도입과 운영으로 인해, 이후 보험사기 관련 공공심사 역시 안정적인 기반 아래 효율적이고 신속한 업무 수행이 가능해졌으며 증거능력의 측면에서도 효용성이 제고될 수 있었다. 이에 심사평가원은 보험사기 예방과 국민의료비 절감이라는 특별법의 제정 취지를 보다 충실하게 구현해 나갈 수 있었다.

제7절
현지조사

1. 현지조사의 개념과 운영

현지조사는 요양기관이 지급받은 비용 등에 대해 세부 진료내역을 근거로 사실관계 및 적법 여부를 확인 · 조사하고, 그 결과에 따라 부당이득을 환수하고 행정처분을 실시하는 보건복지부 장관의 행정조사이다.

요양기관 현지조사는 요양기관의 건전한 요양급여 비용 청구 풍토를 조성하고 적정 진료를 유도하여 건강보험 가입자의 수급권을 보호하고 건강보험의 재정 누수를 방지하기 위한 제도이다. 1963년 12월 의료보험법 제정으로 제도 운용의 법적 근거가 마련되었고, 1986년 자율시정통보라는 이름으로 처음 도입되었다. 이후, 2000년 7월 1일 심사평가원 설립 이후부터 현재까지 정부(보건복지부)의 현지조사 업무를 지원하고 있다. 2000년 창립 당시 1실 3부(조사지원실 조사지원1부 · 2부 · 3부), 전체 정원 96명 및 출장전담부 정원 72명으로 시작된 현지조사 지원 업무는 보험급여 사후관리의 중요성 증대에 따라 2020년 현재 2실 6부(조사운영실 조사기획부 · 자율점검부 · 조사관리부, 급여조사실 조사1부 · 2부 · 3부), 전체 정원 209명 및 출장전담부 정원 115명으로 확대되었다.

<현지조사의 종류>

① 정기조사

지표점검기관, 외부의뢰 요양기관 등 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 기관에 대해 실시하는 일반적이고 통상적인 현지조사

② 기획조사

건강보험제도 운영상 개선이 필요한 분야 또는 사회적으로 문제가 제기된 분야에 대해 실시하는 현지조사

③ 긴급조사

증거인멸 · 폐업 등의 우려가 있는 기관 또는 사회적으로 문제가 제기되어 긴급하게 조사가 필요한 기관 등에 대해 실시하는 현지조사

④ 이행실태조사

업무정지처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 요양기관 혹은 불이행이 의심되는 요양기관 등에 대해 사후이행 여부를 점검하기 위해 실시하는 현지조사

2. 적발과 예방 사이, 현지조사 발전과정

심사평가원은 출범 직후 현지조사 계획수립, 대상기관 선정, 조사실시, 결과정산 및 행정처분 등의 제반 업무를 지원하는 역할을 수행해왔다. 출범 당시 현지조사는 정기 현지조사와 기획 현지조사로 나누어 시행하였다. 2007년 1월에는 정기현지조사, 특별현지조사, 기획현지조사, 긴급현지조사로 구분되어 시행하다가 2009년에는 조사유형을 조사 특성에 맞게 3개 유형(정기 · 기획조사 · 이행점검조사)으로 단순화하였다. 그 후 2010년 사회적으로 문제가 제기되어 긴급하게 조사가 필요한 기관 등에 대한 긴급조사가 추가되어 2020년 현재까지 4가지 종류의 현지조사가 실시되고 있다.

기획조사 실시

기획조사는 건강보험제도 운영상 개선이 필요한 분야 또는 사회적으로 이슈가 된 사안에 대해 문제점을 파악하고 이를 제도개선 활동에 연계시키는 현지조사 활동이다. 심사평가원은 조사대상 항목을 선정하고, 이를 진행시기와 함께 사전 예고함으로써 시정기회를 부여하고 부당청구를 사전에 예방해 왔다.

2005년 4월에는 2006년 실시 예정인 건강보험 기획조사

5개 항목에 대하여 사전 예고하였으며, 이를 기점으로 매년 시정기회를 부여한 뒤에 기획조사를 실시하였다. 한편 2009년 3월부터는 의료급여 분야에서도 기획조사를 실시하기 시작했으며 같은 해 11월 18일에는 '기획조사 선정항목 협의회'를 구성하고 항목 선정작업에 있어 투명성을 높이기 시작했다.

<2010년 이후 기획조사 실시항목>

연도	항 목
2010	본인부담금 과다징수(상급종합병원)
	수시 개 · 폐업
	의료소비자생활협동조합, 사단법인기관
2011	의약품대체청구
	척추수술 청구
	급성상기도감염 항생제 처방
2012	본인부담금 과다징수(상급종합병원)
	부적정 입원
2013	수시 개 · 폐업
	본인부담금 과다징수(종합병원, 병 · 의원)
2014	본인부담금 과다징수(종합병원, 병 · 의원)
2015	진료비 이중청구
2016	본인부담금 과다징수(종합병원, 병원)
	진료비 이중청구
2017	본인부담금 과다징수(상급종합병원)
2018	가짜 입원환자 의심 요양기관
	내시경 세척 · 소독료
	산소(O_2)청구
2019	본인부담금 과다징수(종합병원)
	의료인력 부당청구(병원급)

부당청구 유형 및 사례 공개

궁극적인 목표는 '적발'이 아니라 '예방'에 있었다. 따라서 현지조사 실시 자체에 의미가 있지 않았다. 조사의 결과를 어떻게 활용하느냐에 방점이 찍혀 있었다. 이에 심사평가원은 2005년부터 주요 부당청구 유형 및 사례를 분석해 매 분기 이를 홈페이지에 공개하기 시작했다. 2007년의 연구결과•를 통해 현지조사제도에 대한 인식 수준이 부당청구를 효과적으로 억제한다는 사실이 확인됨에 따라 심사평가원은 정보공개의 수준과 범위를 넓혀 나갔다.

2009년부터는 웹메일을 활용하기 시작했다. 홈페이지를 통한 소극적인 정보공개에 머물지 않고, 개별 요양기관을 대상으로 해당 정보를 직접 송부함으로써 보다 적극적인 예방시책을 펼치기 시작한 것이다. 이밖에도 이 시기 심사평가원은 지역별 의약단체를 초청해 수시로 간담회를 개최하고, 대외교육을 실시하는 등 현지조사제도의 수용성 제고를 위해 많을 공을 들이기도 했다.

거짓청구 요양기관 명단 공표

한편 국민건강보험법의 2008년 3월 개정에 따라, 보건복지부 및 심사평가원 · 국민건강보험공단 등은 2010년 11월부터 거짓청구기관 명단 공표제도를 도입하여 거짓청구기관 명단을 홈페이지를 통해 국민에게 공개하고 있다. 개정 법령에 따라 행정처분을 받은 요양기관 중 일정 기준선을 넘은 기관들••을 대상으로 건강보험공표심의위원회에서 위반행위의 동기, 정도, 횟수 및 결과 등을 고려해 명단을 공개하도록 한 것이다. 이로써 2010년 11월 거짓청구기관 13개소가 최초로 공표되었다.

• 현지조사 인식도 조사 및 요양기관 현지조사 효과분석

•• 거짓으로 청구한 금액이 1,500만 원 이상이거나 그 비율이 20% 이상인 요양기관

<2010년 이후 거짓청구 요양기관 명단 공표 실적>

공표 차수	공표 기간	공표 기관 수
1차	2010.11.15~2011.05.14	13
2차	2011.05.24~2011.11.23	14
3차	2011.11.28~2012.06.27	22
4차	2012.06.28~2012.12.27	23
5차	2012.12.28~2013.06.27	25
6차	2013.06.28~2013.12.27	11
7차	2013.12.28~2014.06.27	10
8차	2014.06.28~2014.12.27	15
9차	2014.12.28~2015.06.27	7
10차	2015.06.28~2015.12.27	7
11차	2015.12.28~2016.06.27	20
12차	2016.07.01~2016.12.31	21
13차	2017.01.01~2017.06.30	28
14차	2017.07.02~2018.01.01	17
15차	2018.01.02~2018.07.01	36
16차	2018.07.16~2019.01.15	33
17차	2019.01.14~2019.07.14	60
18차	2019.10.21~2020.04.20	41
19차	2020.01.20~2020.07.19	11
20차	2020.08.31~2021.02.28	11

요양기관의 현지조사 수용성 향상을 위한 노력

심사평가원은 의료계 · 시민단체 · 전문가 등과 함께 현지조사 제도를 개선하며 안정적인 사후관리체계를 마련하였다. 2009년에는 '현지조사 확인서 점검반'을 구성하고 조사결과에 대한 재점검을 실시함으로써 조사의 정확성을 검증할 수 있는 체계를 마련했으며, 이를 통해 현지조사 수행 중 발견된 다양한 문제점이 급여기준 개선으로 이어지는 관리 기제 역시 갖출 수 있었다. 또한 2017년부터는 '공공 및 관련 단체의 전문가로 구성된 현지조사 선정심의위원회'[•••] 운영을 통해 대상 선정의 객관성을 확보한 동시에 의료계의 제도 수용성도 크게 향상시킬 수 있었다.

또한, 정부와 심사평가원은 현지조사에 대한 요양기관의 업무 부담을 완화시키고, 동시에 제도에 대한 수용성을 제고하기 위한 효율적인 방안을 찾기 시작했다. 그 결과 요양기관을 직접 방문하는 '현지조사'를 대체할 수 있는 '서면조사' 도입 방안을 마련하게 되었다. 이후 보건복지부와의 협의와 업무 매뉴얼 제작과정을 거쳐 2017년 3월에는 부당청구에 대한 객관적 근거가 확보된 10개 약국에 대해 서면조사를 최초로 실시하게 되었다.

오래지 않아 효과가 확인되었다. 시행 원년의 8월부터 12월까지 진행된 만족도 조사를 통해 서면조사 그 자체만으로도 요양기관의 조사부담이 경감되고 제도에 대한 수용성 역시 향상되었다는 사실이 확인된 것이다. 이에 2018년부터는 서면조사 수행팀을 기존 1개 팀에서 2개 팀으로 증편하고 확대 운영에 들어가게 되었다.

심사평가원은 한발짝 더 나아가, 2017년에는 요양기관이 조사 실시를 사전에 확인할 수 있도록 조사기간, 조사방향 등을 개괄적으로 공개하는 조사기관 사전 통지제를 도입함으로써 현지조사 예측 가능성을 제고하였다. 또한 2020년 7월 지침개정을 통해 사전통지 시기 기준을 조사개시 3일 전에서 7일 전으로 확대 · 도입하였다.

3. 업무과학화의 실현

대상기관 선정의 과학화 실현

객관적인 대상기관 선정은 현지조사제도 수용성 제고를

••• 구성 : 공공(3명), 의약단체(5명), 시민단체(1명), 법조계, 전문가 등(3명)

위한 핵심과제였다. 이에 심사평가원은 2003년 외부전문가 자문과 전문기관의 감리를 받았고, 이와 같은 과정을 거쳐 그해 8월에는 부당청구 예측을 위한 기본모델 개발을 완료할 수 있었다.

데이터마이닝 기법의 적용이 기본모델 개발의 핵심이었다. 진료비 청구경향, 인력 · 시설 · 장비현황, 부당청구 유형 등 다양한 자료를 대용량의 데이터베이스에 축적하고 이를 상시 분석함으로써 부당청구기관을 조기에 예측할 수 있는 시스템을 마련했던 것이다.

이를 기초로 2004년 5월부터 6월까지, 약 두 달간 모의운영에 들어갔다. 미흡한 부분은 보완하고 수정할 부분은 개선한 끝에, 같은 해 9월에는 의과의원 모델에 대한 검증을 완료할 수 있었다. 특히 시스템 적용 결과 대상이었던 45개 기관 중 37개 기관에서 부당청구 사실을 확인해냈다. 약 82%에 이르는 놀라운 적중률을 보였던 것이다. 이처럼 괄목할만한 성능이 확인되자 이후에는 자연스럽게 다른 분야로 적용 범위를 넓혀가게 되었다.

2011년부터는 룰 시나리오 기법을 도입해 부당청구감지시스템의 기전을 보다 강화했다. '룰(Rule)'은 조사자의 경험과 부당사례 패턴을 정형화한 모델로, 이를 바탕으로 발생 가능성이 있는 여러 가지 시나리오를 구상해 각각의 전개과정을 추정하는 '시나리오 기법'을 활용함으로써 허위 · 부당 청구 기관의 감지 기능을 크게 제고할 수 있었다.

2015년에는 시나리오 기법을 통한 부당청구감지시스템의 1차 고도화 사업을 추진했다. 62개 룰의 구축과 약국 확대가 주요 내용이었으며, 이와 더불어 차세대심사시스템과의 통합 구축이 추진되면서 부당감지 기능이 향상되고 사용자 편리성은 증대될 수 있었다.

2018년에는 부당청구감지시스템의 2차 고도화 사업을 추진했다. 해당 사업은 정량적인 예측분석을 위해 빅데이터 기반의 최신 통계 기법을 접목하는 것이 주요 내용이었다. 사업의 결과로 125개 룰이 구축되었으며, 외부 데이터와의 정보연계를 통해 적중률은 향상되고 시스템 활용도는 높일 수 있었다.

<부당청구 예측 모델의 확대 적용 내역>

연도	확대 적용 분야
2005	치과의원 모델 개발
2006	내과의원 모델 개발
2007	의과 · 치과 · 내과의원 모델 성능 개선
2008	한의원 모델 및 의료급여 의과의원 모델 개발
2011	병원급 이상으로 확대 적용

현지조사 지원 위한 온라인 송 · 수신 체계 구축

갈수록 부당내역을 점검할 수 있는 전문역량의 필요성을 절감하고 있었다. 구체적으로 요양기관의 청구 소프트웨어에 저장된 전산 데이터베이스에 대한 분석능력이 절실히 필요했다. 이에 현지조사반 구성 시 전산 데이터베이스에 대한 분석능력을 갖춘 전산담당자를 편성해 왔으나, 결국 인력 부족의 한계에 부딪힐 수밖에 없었다. 한정된 인력만으로는 모든 조사대상 기관에 함께 출동하는 일이 불가능했던 것이다.

이에 심사평가원은 2008년 3월부로 전산DB분석팀을 구성하고, 온라인 DB 분석지원 송 · 수신체계를 구축했다. 조사대상 기관의 전산 DB를 온라인으로 수신해 부당 청구내역을 분석한 후, 현장에 출장 중인 조사팀에 송신하는 새로운 작업방식이었다.

한편 온라인 지원체계의 효율성을 강화하기 위해 매년 청구 소프트웨어별 대응 진료DB 정보를 체계적으로 관리했으며, 현지조사팀이 개별 의료현장에서 이를 실시간으로 운영 가능하도록 업무 프로세스를 개선해 나갔다.

체계적인 데이터관리 급여조사시스템 구축

현지조사 제도 이행 시 선정, 조사, 정산, 처분, 사후관리의 업무처리과정에서 선정검토 서류 및 부당내역 정산의 복잡도는 나날이 증가하였다. 이에 IT기술 발전에 따라 수기조사에서 시스템을 활용한 현지조사로의 변화가 요구되었다.

특히, 부당내역 정산은 3년의 청구데이터에서 부당금액을 산출하는 업무로 짧은 시간에 대량의 데이터를 처리할 수 있도록 시스템 자동화에 많은 노력을 기울였다.

현지조사의 체계적인 관리를 위해 데이터의 신뢰성을 확보하고 조사정보연계를 강화할 수 있는 현지조사시스템을 구축 · 운영하였고 2008년에 현장지원 시스템을 개발하였다.

2011년에는 현지조사 실시 자료관리, 사후관리, 통계 등 현지조사 관련 업무 관리시스템을 구축하여 현지조사의 업무 전산화를 고도화해 나가기도 했다.

2015년에는 기존의 업무별 시스템의 용어, 데이터, 코드, 화면 등을 표준화 및 데이터 정합성을 확보하여 급여조사 시스템 통합 구축을 완료하였고, 2016년에는 보건의료통합분석 플랫폼에 현지조사 결과데이터를 탑재하여 조사업무통계의 정합성을 한층 향상시켰다.

한편 현지조사 및 자율점검 등의 제도 운영 효율화와 단순 작업 최소화를 위하여 매년 새로운 제도 및 기준에 맞추어 시스템을 개선 발전시켜 제도운영의 효율화에 기하고 있다.

4. 공정한 현지조사의 토대 마련

심사평가원은 현지조사의 공정성과 합리성을 제고하기 위한 노력도 끊임없이 경주했다.

이에, 심사평가원은 2006년부터 선정, 처분, 의견검토를 포함해 각 업무 단위별로 실무검토반을 구성하고, 조사과정에서 발생하는 각종 이슈에 대해 합리적이고 효율적인 의사결정을 추구해 왔다.

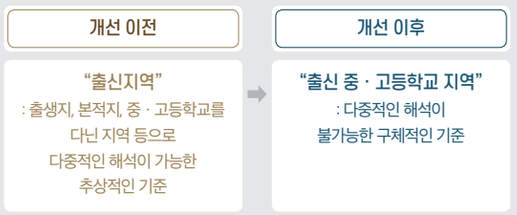
현지조사 업무의 정확도를 높이기 위해서도 각별히 노력해 왔다. 이러한 노력의 일환으로 2009년에는 '현지조사 확인서 점검반'을 구성하고, 조사결과에 대해 재점검을 실시했다. 여기에 더해 '내부관리점검위원회'를 구성하고 위원회 주재의 회의 개최를 통해 의료현장 현실과 괴리된 제도 및 기준의 문제점을 개선해 나가기도 했다.

한편 현장과의 직접 접촉이 해당 업무의 주요 내용인 까닭에, '부패의 차단'은 무엇보다 중요한 이슈였다. 이에 심사평가원은 향피 · 기피제, 요양기관 청렴도 설문조사, 조사직원에 대한 청렴각서 의무화 및 청렴이행 자가진단, 청렴교육 등의 안전장치를 마련하고 부패방지를 위해 다각적인 노력을 기울여 왔다.

특히 2007년 1월 처음 도입된 '향피 · 기피제'는 현지조사 담당직원이 요양기관 대표자 또는 종사자와 학연 · 지연 · 혈연 등으로 얽혀있는 경우 불공정 조사가 이루어질 수 있다는 우려를 받아들여 현지조사 시 이러한 조건의 직원을 편성에서 제외한 제도로, 부패의 주요 원인을 사전에 차단했다는 측면에서 대내 · 외의 높은 평가를 받았다. 이후 제도 수용성을 높이는 주요 기제로 잡았다는 내부 판단과 함께 2008년 1월부터는 기존 팀장급 적용에서 전체 직원 확대로 적용범위를 넓혀갔고, 이후 심사평가원을 대표하는 부패 차단 및 청렴 제도로 자리 잡아갔다.

2010년대 중반 이후로는 제도 적용의 세부 조건을 보다 엄정하게 다듬어 갔다. 우선 2015년 8월에는 향피 · 기피제 적용 시 주요 기준인 '출신지역' 정의가 애매하다는 문제점을 개선했다. 출신지역이라는 조건 자체가 출생지, 본적지 등으로 여러 의미로 해석될 수 있어 정보등록과 관리가 어려웠던 점을 보다 간명한 기준 설정을 통해 해결해낸 것이다.

<개선 이전과 이후의 제외기준 변화>



또한 2018년 5월부터는 수기로 등록되던 조사자의 향피 · 기피 정보를 전산시스템을 통해 관리하기 시작하면서, 정보 누락이나 오류의 문제점을 바로 잡았다. 나아가 향피 · 기피 대상자의 정보누락 방지를 위해 HIRA+에 팝업창을 만들고 정보 누락자의 경우 접속이 제한되도록 조치했으며 등록대상도 간헐적으로 현지조사에 참여하는 모든 직원•까지 확대했다. 이와 같은 선제적인 조치를 통해 심사평가원의 향피 · 기피제도는 점차 전사 차원의 청렴제도로 자리 잡아갈 수 있었다.

한편 심사평가원은 현장의 목소리에도 각별히 귀를 기울였다. 특히 2019년 1월부터는 '요양기관 현지조사 청렴확인제'를 신설하고 운영에 들어갔다. 설문결과를 감사실 청렴기획부에서 평가하고 관리한다는 측면에서 현지조사 실시 중 발생할 수 있는 부패를 사전에 차단하겠다는 의지가 강력하게 반영된 제도였다. 이후 해당 조사의 결과와 피드백은 급여조사실 전 직원의 청렴교육에 활용되었는데, 심사평가원은 이와 같은 일련의 과정을 통해 청렴도 제고를 위한 의지를 대내 · 외에 적극적으로 표명할 수 있었다.

5. 사전예방체계 구축

자율시정통보제와의 연계 수행

심사평가원은 요양급여비용 심사제도와 연계해 지속적으로 사전예방 활동을 전개해 왔다.•• 구체적으로 상병별 지표•••가 비교대상 요양기관 분류군의 평균지표보다 일정 점수 이상 높은 요양기관에 대해 그 내역을 통보함으로써 의료인 스스로 진료내역을 이해하고 자율적 시정을 유도하는 방향으로 운영되어 왔다. 다만 자율시정 사항을 이행하지 않은 미개선 기관에 대해서는 심사 사후관리 차원에서 '현지조사'를 실시해 왔던 것이다.

자율시정지표는 분기별로 입원 · 외래별, 상병별, 내원일수 및 건당진료비 산출 후 요양기관에 통보하였고, 이를 현지조사와 연계한 것이다.

그 후 2004년 4월에는 건강보험 자율시정통보제와 유사한 제도로 의료급여 적정진료를 유도하기 위해 의료급여 청구경향 통보제도를 도입하였다.

한편, 자율시정통보제는 심사평가원에서 운영되던 또 다른 제도인 적정급여 자율개선제의 진료비고가도 지표와의 산출방법 단일화를 위해 제도개편을 추진하였다. 이에 2008년과 2009년 사이 관리지표 단일화를 위한 연구와 의료단체 대상의 간담회를 집중적으로 실시했고, 그 결과로 자율지표 산출방법과 진료비고가도 지표 산출방법이 통합되기에 이르렀다. 이에 2011년 4월부터 일원화된 지표가 적용되기 시작했다. 원년에는 의원급 기관에 시범적으로 우선 적용되었으며, 이후에는 병원급 이상 요양기관까지 단계적으로 확대되어 갔다.

• 조사운영실 및 급여조사실 모두 포함

•• 1986년부터 시행되었던 보건복지부의 자율시정통보제와 건강보험심사평가원의 급여적정성 종합관리제(2003년), 적정급여자율개선제(2009년), 지표연동관리제(2011년), 지표연동자율개선제(2014년)와 연계해 운영되어 왔다.

••• 일당진료비, 내원일수 등

한편 2014년 이전에는 요양기관의 자율적 개선 노력을 독려하기 위해 심사평가원에서는 '지표연동관리제'를, 보건복지부에서는 '자율시정통보제'를 각각 운영해왔다. 그러나 그해 12월부터 '지표연동자율개선제'라는 이름 아래 기존 두 제도의 통합이 결정되었다. 이에 요양기관의 자율시정을 독려하는 업무는 심사실로 이관되어 운영에 들어갔다.

자율점검제 도입과 안정

현지조사만으로는 건전한 요양급여비용 청구 풍토를 조성하고, 건강보험 재정의 누수를 방지하는 데 한계를 보였다. 더불어 징벌적 성격의 사후조사 방식에서 사전 계도와 예방 중심으로 전환할 것을 요구받고 있었다. 이에 심사평가원은 2017년부터 자율점검제 도입을 추진하게 되었다.

우선 2017년에는 법적 근거를 마련하고 제도 설계를 위해 연구용역을 시행했다. 이어 제도 도입을 위한 전담 TF를 구성했고, 이를 바탕으로 그해 12월부터 시범사업에 돌입했다.

2018년에는 2차 시범사업까지 종료됨에 따라 해당 결과를 의약단체와 공유해 나갔으며, 제도 도입을 위한 분위기 조성을 위해 간담회를 개최했다. 이어 그해 11월 1일자로 「요양 · 의료 급여비용 자율점검제 운영기준」이 고시 제정됨에 따라 같은 날부터 13개 항목 1,054개소를 대상으로 자율점검제 본 사업에 착수했다.

제도 도입 이후에는 안정적인 정착을 위해 임상견학, 현장안내, 유관기관과의 업무 협의, 전문가 자문 등의 사전예방 활동을 전개했다. 또한 17개 시도의 의약단체를 초청해 간담회를 개최하고, 49개 종합병원 담당자를 대상으로는 찾아가는 서비스를 실시하며 신설 제도를 널리 알려 나갔다. 리플릿, 소식지, 업무 동영상, 카드뉴스 등의 홍보물도 제작해 배포했으며 이를 통해 시의성 있게 관련 정보를 제공해 나갔다. 또 자율점검제에 대한 만족도 조사를 실시하고 해당 결과를 제도 개선 및 보완 과정에 적극적으로 반영해 나갔다. 특히 2020년 1월에 들어서는 공공위원 3인과 의약단체 6인 등 총 9명으로 구성된 '자율점검운영협의체'를 구성했는데, 이를 관련 단체와의 상호협력 체계 유지의 창구로 활용해 나갔다. 같은 해 7월에는 제2차 자율점검운영협의체 회의를 서면으로 개최하고, 지침 개정과 제도 보완에 대한 논의를 진행했으며 그 결과는 의사결정 과정에 적극적으로 반영해 나갔다.

한편 자율점검을 충실히 수행한 성실기관의 경우, 별도의 현지조사나 관련 처분이 뒤따르지 않아 부담을 일정 부분 떨쳐낸 것으로 파악되었다. 그러나 자율점검 결과서를 제출하지 않거나 허위자료를 제출한 경우 등 불성실 기관에 대해서는 현지조사로 연계해 확실히 조치해 나갔다. 이에 2020년 1월에는 산정기준 위반청구 등을 이유로 2개 항목, 6개소에 대해 현지조사를 시행했다.

이처럼 자율점검 제도가 도입되고 안정화됨에 따라 확실한 사전예방 효과를 거둘 수 있었다. 또한 자율시정의 기회가 제공됨에 따라 건전한 의료공급자를 보호할 수 있었으며, 건전한 요양급여비용 청구 풍토가 자리잡아 감에 따라 건강보험의 재정 누수도 최소화할 수 있었다.

“

요양급여 적정성 평가는 국민에게 제공된 의료서비스가 의 · 약학적으로 타당한지, 비용효과적인 측면에서 적정하게 이루어졌는지를 평가하는 업무입니다.

•

의료기관이 제공하는 의료서비스를 평가하고 결과를 공개함으로써 국민의 알권리를 보장하고, 의료기관이 스스로 의료 질을 개선할 수 있도록 유도하는 것을 목적으로 하고 있습니다.

•

앞으로는 환자가 직접 의료서비스의 수준을 평가하는 환자중심 및 안전 평가영역을 중점적으로 확대해나갈 계획입니다. 또한 수도권과 지방의 의료이용 격차를 해소하기 위해, 국민에게 우수한 동네 의료기관의 통합정보를 알기 쉽게 제공하는 일에도 힘쓸 것입니다.

”

제2장

양질의 의료서비스 보장을 위한 평가

제1절

요양급여 적정성 평가란 무엇인가?

제2절

지속가능한 적정성 평가체계 구축

제3절

평가결과의 활용 극대화

제4절

성과 지불체계 강화

DEPARTMENT STORY

부문사

제2장

양질의 의료서비스 보장을 위한 평가

제1절 요양급여 적정성 평가란 무엇인가?

1. 요양급여 적정성 평가의 목적과 대상

요양급여 적정성 평가는 평가결과를 요양기관에 통보해 요양기관의 자율적인 질 향상 및 진료행태 개선을 유도하고, 공개된 평가결과를 다양하게 활용해 의료 질을 향상하는 데 목적이 있다.

심사평가원은 「국민건강보험법」 제47조와 제63조에 따라 적정성 평가 업무를 수행하고 있다. 구체적으로 「국민건강보험법」 시행규칙 제29조 「요양급여 등의 적정성 평가」에 근거해 의 · 약학적 측면과 비용 · 효과적 측면에서 요양급여 적정성을 평가하고 있다.

적정성 평가의 범위는 사실상 의료서비스 전반을 아우른다. 위탁계약에 따라 심사평가원에서 대행하고 있는 의료급여나 보훈진료 의료서비스의 적정성 평가도 포함되기에, 사실상 전체 의료보장에 대한 질 평가를 수행하고 있는 것이다.

한편 적정성 평가에서 다루는 의료의 질 영역은 일반적으로 효과성, 안전성, 환자중심성, 효율성을 포괄하며 최근 들어 인구집단 간 의료의 질 격차를 측정할 수 있는 형평성 영역의 평가 역시 그 중요도가 강조되고 있다.

<평가대상 선정 시 우선순위 설정 기준>

① 전체 요양급여에서 차지하는 빈도나 비용의 비중
② 의 · 약학적 중요성
③ 사회적 관심의 정도
④ 평가 실시로 기대되는 개선효과
⑤ 평가의 용이성

2. 적정성 평가의 수행절차

적정성 평가대상 항목은 의료평가조정위원회의 심의를 통해 정하고 있다. 임상 학회 등을 통해 제안받은 후보 항목을 바탕으로 예비평가를 실시하고, 이후 결과 분석을 거쳐 본평가 대상을 선정하게 된다. 이와는 별도로 정책적으로 긴급하게 요구되는 사항에 대해서도 평가 대상으로 포함할 수 있다.

한편 적정성 평가업무의 절차는 크게 기획단계, 수행단계, 평가결과 활용단계로 구분되며 각 업무의 세부 내용은 다음과 같다.

<적정성 평가업무의 절차>

기획단계	수행단계	평가 결과 활용단계
평가대상 후보항목 선정, 예비평가, 연간 평가계획 수립, 세부 평가계획 수립	평가자료 구축, 신뢰도 점검, 평가자료 분석, 평가결과 산출	의료기관에 결과 제공, 대국민 공개, 의료기관의 질향상 지원, 평가결과에 근거한 가감지급, 기타 질 향상 정책과 연계

<적정성 평가 수행절차 흐름도>



제2절
지속가능한 적정성 평가체계 구축

1. 적정성 평가 도입과 업무의 기초 세우기

적정성 평가의 도입

의료의 질에 관한 평가제도의 기원은 1981년 대한병원협회에서 시행되었던 '병원표준화심사'에서 찾을 수 있다. 이후 1990년대 초반에는 각 의료기관 단위로 자체적인 질 향상 활동들이 산발적으로 전개되었다. 이후 1995년에서 2001년 사이 보건복지부의 '의료기관서비스 평가제도' 시범사업을 통해 정부 차원의 도입 시도가 본격화되었다.

그러나 이때까지만 해도 '의료의 질'에 대한 명확한 개념이 정립되지 않은데다, 서비스의 질 향상을 위한 노력 역시 전반적으로 미흡했다. 때문에 당시의 의료기관서비스 평가제도는 기대한 만큼의 성과를 거두지 못하고 마무리되었다.

심사평가원 설립에 관한 물밑작업과 함께, 드디어 적정성 평가 업무의 서장이 열리게 되었다. 1999년 '건강보험심사평가원의 설립과 운영방안' 연구용역을 통해 적정성 평가의 목표와 방향, 평가대상과 수행체계, 단계별 업무내용 등 평가업무의 근간이 제시되었던 것이다. 해당 운영방안은 2000년 6월 15일 보건복지부의 최종 승인을 얻었고, 이후 초창기 평가업무 수행을 위한 이정표 구실을 했다.

한편 심사평가원은 적정성 평가업무의 수행을 위해 2000년 7월 평가실을 신설하고, 평가사업 전반에 대한 기반 마련에 착수했다.

평가업무 개발을 위해 3개월 동안 총 15회에 걸쳐 관련 토론회를 개최하고, 이를 통해 각계의 의견을 수렴해 나갔다. 또한 다방면에 걸친 연구용역 사업의 진행을 통해 평가사업의 이론적 근거를 마련해 나갔으며, 대표적으로 '요양급여의 적정성 평가모형 개발'과 '평가대상 개발에 관한 중·장기 계획 수립' 등의 용역사업이 전개되었다. 이밖에도 보건의료 및 의료의 질과 관련된 약 100여 종에 이르는 논문을 자료화했으며, 44개 종합전문요양기관에 대한 실태조사와 미국 현지 출장조사 등을 실시해 적정성 평가업무의 기초를 탄탄히 닦아 나갔다.

<초창기 적정성 평가업무의 방향>

① 합리적이고 공정한 평가기준 개발
② 비용효과적 측면을 고려한 항목 개발

이러한 과정을 거쳐 마련된 적정성 평가업무의 이론적·실무적 방향은 2000년 11월 10일 당시 중앙평가위원회의 심의를 거쳐 확정되었다. 이로써 심사평가원은 '평가'를 통해 심사기준을 보완하고, '심사'를 통해 평가대상을 도출한다는, 유기적 연계 관리의 큰 그림을 품을 수 있게 되었다.

적정성 평가업무의 기반 조성

2002년 슬관절치환술과 정신과 평가를 계기로 전문위원회를 구성해 평가지표와 지침을 개발해 나갔다. 이후 평가항목이 지속적으로 늘어남에 따라 각 항목별로 '전문가 자문단'이 구성되어 운영에 들어갔다. 외부 전문위원과 임상의, 통계 전문가, 학계 전문가 등이 자문위원으로 위촉되었으며 이들의 전문적인 자문을 바탕으로 적정성 평가업무를 위한 엄정한 잣대를 마련해 나갔다.

2004년에는 뇌졸중 평가를 시작으로 '예비평가제도'를 도입했다. 본 평가에 앞서 평가기준과 지표, 조사표를 마련하는 제도로, 이후 2006년 수술의 예방적 항생제, 2009년 고혈압 평가 등까지 적용 항목을 확대해 나갔다.

2006년 7월에는 '국가 질 평가 우선순위 설정 계획'을 수

립하고 우선순위 설정의 개념과 틀을 완성했다. 적정성 평가 시행 초기만 해도 평가대상 항목의 선정에 있어 사회적 수용성이 가장 우선적 기준이 될 수밖에 없었다. 그러나 2000년대 중반으로 접어들면서 의료의 질 제고에 대한 범사회적 공감대가 형성되었고, 이에 보다 합리적이고 타당한 선별기준이 필요하게 되었다. 이러한 사회적 요구에 대응하기 위해 심사평가원은 우선순위 설정 기준을 정비하고, 초 · 중 · 장기 단위로 우선순위 평가대상목록 42개 항목을 마련했으며, 같은 해 9월에는 당시 중앙평가위원회 심의를 거쳐 우선순위 대상을 확정했다.

한편 2013년 이전만 해도 평가 모형 및 평가지표는 전문가 단체에 의뢰하거나 심사평가원 연구소에서 자체적으로 개발되었다. 그러나 2013년을 기점으로 평가기준과 지표의 개발작업을 관련 학회•에 위임하기 시작했다.

• 대한중환자의학회, 대한결핵 및 호흡기학회 등

2. 평가 심의기구의 위상 제고

2000년 9월 출범 당시만 해도 중앙평가위원회는 「국민건강보험법」에 규정되어 있는 '진료심사평가위원회'의 부속기구였다. 해당 위원회는 같은 해 11월 1일 위원장을 포함한 18명의 위원으로 제1기 위원회를 발족하고 평가업무의 서막을 열었다.

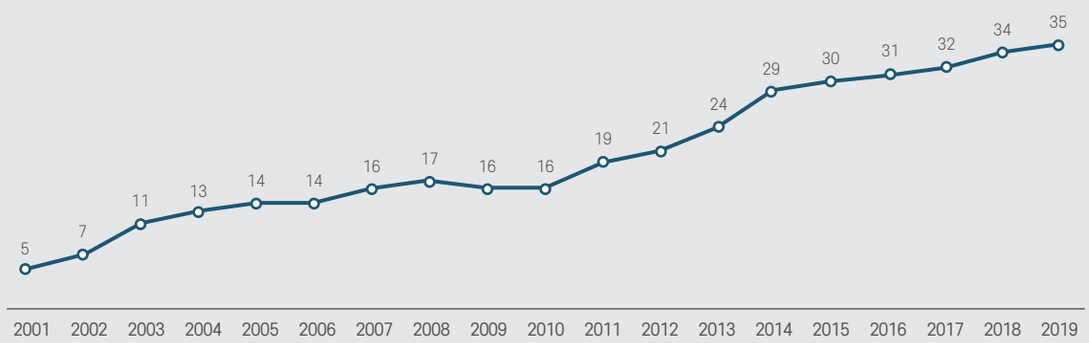
<중앙평가위원회 원년의 주요 성과들>

① 적정성 평가업무의 추진방향 수립
② 평가 원년의 평가대상 선정
③ 제왕절개 분만, 사회복지 법인부설 요양기관, 조혈모세포 이식 기관 등 3개 평가계획에 대한 안건 심의

이후 연간 5회에서 6회에 걸쳐 회의를 개최하며 평가대상의 선정과 평가기준의 수립, 평가공개 방법의 결정 등 적정성 평가 관련 전반적 내용을 심의해왔다.

<평가항목 증가 추이>

(단위 : 항목)



그러나 2014년 허혈성심질환 통합평가 실시를 계기로 적정성 평가의 운영방식에 대한 문제점이 확인되었다. 이에 그해 9월 심사평가원 내에 설치된 국민의료평가 발전위원회를 중심으로 혁신의 방향을 논의해 나갔고, 그 끝에 '지속가능한 국민의료평가 발전방안'을 도출해냈다. 15년 묵은 평가 의사결정구조를 완전히 일신하는 내용이었다. 무엇보다 의사결정 과정에 소비자가 참여하는 새로운 거버넌스 체계의 구상이 담겨 있었다.

2015년에 들어 작업에 속도가 붙었고, 그해 4월 개편을 완료했다. 이에 따라 기존에 운영 중이던 중앙평가위원회는 심사조정위원회와 대등한 위상을 갖춘 '의료평가조정위원회'로 격상되었고, 그 산하에는 질환별 · 평가항목별로 분과위원회를 운영하는 '의료평가위원회'가 신설되었다.

<의료평가조정위원회의 구성과 개요>

구성	의약계 · 공익 · 건강보험의 대표를 동수(총 18명, 6:6:6)로 위촉 · 구성
위원 추천 권한	대표단체에 위임
위원 임기	2년

한편 기존에는 비정형 자문기구에 머물렀던 '전문가 자문단'이 의료평가조정위원회 산하 정규 심의기구인 '의료평가위원회'로 격상됨에 따라, 소비자와 특수 분야 전문가•의 분과위원회 참여가 확대되었다. 이에 의사결정의 전문성과 공정성 향상을 기대할 수 있게 되었다.

• 전문간호사, 의료통계 전문가, 기초의학자 등

3. 평가 효율성의 제고

평가에 필요한 자료를 서면으로 수집하던 시기를 지나, 심사평가원은 2006년 뇌졸중 평가부터 인터넷 전송방식을 도입했다. 나아가 2007년 수술의 예방적 항생제 평가부터는 인터넷에서 직접 평가자료를 입력하고 전송하는 '웹자료 수집방식'으로 전환함으로써 평가 수행기간을 2개월여 단축하는 성과를 거두었다.

그럼에도 평가항목별로 서로 다른 특성을 가진 탓에 업무상의 애로점이 적지 않았다. 평가자료의 추출이나 수집, 분석 등 관련 모든 작업이 개별적으로 진행될 수밖에 없었던 것이다. 평가영역과 항목의 확대로 인해 당장 자료 관리에만도 어려움을 겪었다. 이에 2011년 '차세대 심사평가시스템 구축사업' 당시 심사평가원은 별도의 평가시스템 구축에 나서게 되었다. 그 결과 자료 수집에서 관리, 그리고 분석까지 연계해 수행할 수 있는 평가 전용 통합전산시스템을 갖출 수 있었다.

2014년부터는 요양기관의 자료제출 방식을 획기적으로 개선하기 시작했다. 전자의무기록과의 자동 연계를 통해 평가자료를 제출할 수 있는 'E-평가자료제출시스템' 시범사업을 실시한 것이다. 해당 사업은 점차 확대되어 2018년 '영상정보관리시스템(e-Image)'의 구축, 2019년 '심사평가정보 제출시스템(e-Form)'의 완성으로 이어졌다. 이로써 심사평가원은 평가자료 제출과정을 완전히 일원화하고, 보다 효율적으로 업무를 운영해 나갈 수 있었다.

한편 2019년에는 평가결과의 통보과정 역시 전산화할 수 있었다. 같은 해 10월 '평가결과 전산통보시스템' 구축을 완료하고 전산 방식의 통보를 시행한 것이다. 이에 심사평가원은 통보서 제작비용과 우편 발송비용 등으로 인한 불필요한 재정 낭비를 차단할 수 있었고, 요양기관 입장에서는 평가결과에 대한 신속한 확인이 가능해졌다. 또한 평가결과의 데이터 표준화 역시 눈에 띄게 진전됨으로써 데이

터베이스 이력관리 측면에서도 효율성을 크게 향상시킬 수 있었다.

4. 평가영역의 확대

평가업무 도입 초기에는 전체 요양급여에서 차지하는 빈도와 비용을 중심으로 평가영역을 설정했다. 이에 시행 원년인 2001년에는 약제급여 3항목[••]과 사회복지법인 요양기관, 조혈모세포이식기관 등 총 5개 항목으로 적정성 평가를 시작했다. 이어 2002년에는 처방건당 약품목수를 추가해 약제급여를 4항목으로 늘렸으며, 제왕절개 분만과 혈액투석, 전산화단층촬영(CT)까지 총 7개 항목을 운영하게 되었다.

안정기에 접어든 2004년부터는 적정성 평가 본연의 취지를 살리기 위해, 의료이용도 중심의 평가항목 선정방식에서 벗어나 '임상의 질 분야'로 평가영역을 확대해 나갔다. 2004년 허혈성심질환평가를 시작으로 2006년에는 뇌졸중, 2007년 수술의 예방적 항생제 평가를 추가하며 평가영역의 경계를 넓혀 나갔다. 특히 이 시기에는 단순한 외연확장을 넘어 평가업무의 수준 자체가 한 단계 진화했다. 해당 항목들에 환자의 중증도 보정 산정방식이 적용됨으로써 보다 입체적인 평가가 가능해진 것이다.

2008년부터는 급성기 진료 분야에 국한되어 있던 평가영역을 외래와 장기진료 영역으로까지 넓혀 나갔다. 또 2009년에는 요양병원과 혈액투석, 의료급여 정신과에 대한 평가를 진행하기 시작했다.

2010년 이후로는 국민 다수의 건강 생활에 지대한 영향을 미치는 만성질환 영역으로 범위를 확대해 고혈압과 당뇨, 천식과 만성폐쇄성폐질환을 새로운 평가항목으로 추가했다. 나아가 2011년부터는 다수의 중증질환을 평가영역에 포괄하기 시작했으며 그 결과, 우리나라 사망원인 1위인 암에 대한 평가를 수행하게 되었다.[•••] 이밖에도 심사평가원은 2012년 유 · 소아 중이염 항생제, 2013년 7개 질병군 포괄수가, 2014년 폐렴과 중환자실 등의 항목을 새로운 평가대상으로 추가하며 지속적으로 평가영역을 확대해 나갔다.

2015년에는 또 한 번의 평가 패러다임 전환을 시도했다. 국민들이 이해하기 쉽고 병원의 전반적인 의료서비스 질을 측정할 수 있는 새로운 지표를 개발해 본 평가에 적용하기 시작한 것이다. '병원 표준화 사망비' 및 '위험도 표준화 재입원비' 지표가 그것으로, 이를 통해 심사평가원은 모든 원인의 사망과 계획되지 않은 재입원에 대한 평가의 기반을 마련하게 되었다.

2017년에는 의료서비스 환자경험 본 평가를 진행함으로써 의료소비자의 관점에서 의료 질 향상을 유도하기 시작했다. 세계적으로 환자안전과 환자중심성 정책이 강조되고 있는 추세였다. 보건의료 선진국들에서는 이미 환자경험(Patient Experience)이 보건의료체계 성과평가의 필수영역으로 간주되고 있었다.

이와 같은 글로벌 추세에 발 맞춰 2014년 심사평가원은 '환자중심성 평가모형 개발 연구'에 착수했고, 3년에 걸친 사업 추진 끝에 2017년 본 평가를 시행할 수 있었다. 1차 평가의 경우 500병상 이상 종합병원을 대상으로 했으나, 2019년에 진행된 2차 평가의 경우 300병상 이상 종합병원으로 평가대상을 확대했다. 참여율 역시 비약적으로 향상되어 1차 평가 당시에 비해 약 160%이상 증가한 것으로

[••] 항생제, 주사제, 투약일당 약품비

[•••] 대장암, 유방암, 폐암, 위암, 간암

<연도별 신규 추진 평가항목>

항목	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19
사회복지부설요양기관	■																		
조혈모세포이식술 실시기관	■																		
약제급여	3항목	4항목	5항목	6항목	7항목	7항목	7항목	7항목	6항목	6항목	6항목	6항목	5항목	6항목	6항목	6항목	6항목	5항목	4항목
제왕절개 분만		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
전산화단층촬영(CT)		■	■	■	■	■	■	■											
혈액투석		■							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
의료급여 정신과			■						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
슬관절 치환술			■	■	■	■	■	■											
수혈			■	■	■	■	■	■	■										
중환자실(집중치료실)			■											■	■	■	■	■	■
급성심근경색증(AMI)				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
관상동맥우회술(CABG)				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
경피적관상동맥중재술(PCI)				■	■														
급성기뇌졸중						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
수술의 예방적 항생제 사용							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
진료량					■	■	■	■	■	■	■	■	■						
요양병원 입원급여								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
고혈압										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
대장암											■	■	■	■	■	■	■	■	■
당뇨병											■	■	■	■	■	■	■	■	■
진료결과 (위암 · 간암 · 대장암 수술)											■	■							
유방암												■	■	■	■	■	■	■	■
유소아 중이염 항생제												■	■	■	■	■	■	■	■
폐암													■	■	■	■	■	■	■
천식													■	■	■	■	■	■	■
허혈성심질환													■	■	■	■	■	■	■
7개 질병군 포괄수가													■	■	■	■	■	■	■
외래처방 인센티브													■	■					
위암														■	■	■	■	■	■
간암 진료결과														■	■	■	■	■	■
만성폐쇄성폐질환														■	■	■	■	■	■
폐렴														■	■	■	■	■	■
병원표준화사망비															■	■	■	■	■
위험도표준화재입원비															■	■	■	■	■
환자경험																	■	■	■
결핵																		■	■
마취																		■	■
치과근관치료																		■	■
신생아중환자실																		■	■
중소병원																			■
정신건강영역																			■
우울증 외래																			

나타났다. 이에 의료서비스 환자경험 평가는 적정성 평가의 한 영역으로 안정적으로 자리매김한 것으로 평가되었으며, 향후 환자 중심 의료문화의 확산에 있어 구심점 역할을 할 것이라 기대되고 있다.

5. 의료 질 평가의 미래지도 그리기

의료소비자와의 소통채널 구축

적정성 평가업무가 확장기에 접어든 2010년대 중반 이후로는 소비자 참여확대가 해당 분야의 제1과제로 부상했다. 이에 2014년 10월 소비자단체와의 간담회를 개최하고 소비자의 평가참여 활성화 방안을 논의하기 시작했다.

그럼에도 요양급여 적정성 평가의 초점이 의료단체에 맞춰져 있다 보니, 국민이 체감하는 실효성이 떨어진다는 지적이 잇달았다. 이에 심사평가원은 2018년 9월 '국민 중심의 평가를 위한 시민사회단체 워크숍'을 열어 국민 중심 평가체계로의 전환을 모색하게 되었다.

<국민 중심의 평가를 위한 시민사회단체 워크숍 진행사항>

① 심사평가원 주요사업 소개 및 동영상 상영

② 주제별 발표 진행

- 요양급여 적정성 평가 현황 및 전망
- 해외 의료 질 평가 사례 공유
- 건강정보 앱 및 심사평가원 홈페이지 활용에 대한 시연
- 평가 결과 홍보 동영상 상영

③ 국민 중심 평가에 대한 발전방향 논의

특히 모바일 앱 '건강정보'와 홈페이지 '병원평가정보'의 직접 시연을 통해 평가결과의 활용방법을 상세히 홍보했으며, 향후 시스템과 콘텐츠의 지속적인 개선을 전제로 '협조'가 가능하다는 소비자단체 측의 긍정적인 피드백을 얻기도 했다. 이에 심사평가원은 해당 워크숍을 계기로 시민사회단체의 적극적인 협조 속에, 평가체계의 국민 중심 발전방향을 수립해 나갈 수 있었다.



업무전문성 강화 노력

적정성 평가 시행 이래 '업무전문성의 강화'는 심사평가원의 주요 과제 중 하나였다. 특히 2010년대 중반 이래 '의료의 질'에 대한 광범위한 관심이 이어지면서 심사평가원은 전문성 보강에 더욱 초점을 맞추게 되었다.

숙고 끝에, 2014년 1월에는 원내에 '평가아카데미'를 신설했다. 자발적이고 상시적인 학습문화의 조성을 목적으로 고안된 프로그램으로, 이후 정기적인 개최와 내 · 외부 강사의 초청강연을 통해 평가업무 전문성 강화를 위한 교육을 이어 나갔다.

2017년에는 항목별 평가 전문성의 보강을 넘어, 예고되어 있는 평가 패러다임 전환에 선제적으로 대응하기 위해 '의료질분석사' 제도를 도입하게 되었다. 이후 의료질분석사 자격검증위원회를 구성하고, 교육 및 사내 자격시험을 실시해 나갔다. 비록 2018년 이후로 운영이 중단되기는 했으나, 평가 관련 인적 인프라의 강화라는 측면에서 향후 '시금석'이 될 만한 유의미한 사례였다.

의료 질 평가의 중장기 비전 수립

요양기관의 의료서비스에 대한 자율적인 개선 의지를 독려해 나간다는 차원에서 적정성 평가업무는 심사평가원의 현재이자 미래였다. 이에 가까이 보고 세세히 챙기는 일만큼이나, 큰 그림을 그리고 일관된 방향으로 업무를 추진해 나가는 일이 필요했다.

이에 심사평가원은 2010년부터 중장기 로드맵을 수립하고, '가치 기반, 국민 중심' 평가로의 전환을 모색하게 되었다.

<2010년 '요양급여 적정성평가 2020 중장기 로드맵' 수립의 직접 요인>

① 의료 분야별 · 제도별•로 평가사업 중복
② 의료 질과 효율을 함께 고려한 지불보상 방안의 논의 가시화
③ 보건의료 분야에 대한 다양한 정보공개 요구 증가

2010년 3월에는 실무 추진을 위한 TF를 구성하고, 토론회를 거쳐 평가분야별 향후 과제를 도출한 끝에 7월에는 초안을 내놓을 수 있었다. 이후 외부전문가와 평가 전문위원, 차장 이상 직원 등을 대상으로 의견 수렴절차를 거쳐 같은 해 12월에는 로드맵 수립을 완료했다.

해당 로드맵을 통해 심사평가원은 우선 의료 질 향상 활동의 지원을 목적으로 의료서비스 경쟁력 강화방안을 수립했고, 의료서비스 선택에 필요한 평가결과와 진료정보의 체계적인 제공계획을 마련했다. 또한 가감지급사업의 경우 중장기적인 비전을 가지고 진료비 지불체계와 연동해 가기로 했으며, 2020년까지 전체 진료비의 약 50% 영역으로 평가대상을 넓혀 나간다는 포부를 밝히기도 했다.

이후에도 의료 질 평가에 대한 국민적 관심이 꾸준히 증가함에 따라 2016년에는 기존에 마련된 로드맵의 보완 차원에서 중기 발전방안을 수립하고 세상에 내놓았다. 구체적으로 해당 발전방안에서 내놓은 '3대 전략, 10대 과제'의 내용은 다음과 같았다.

• 분야별로는 응급의료 및 공공병원 평가와 중복되는 부분이 있었고, 제도상으로는 의료기관 인증제와 겹치는 부분이 있었다.

<2016년 '2020 진입을 위한 적정성 평가 중기 발전방안'의 3대 전략, 10대 과제>

① 평가 영역 정립 및 업무품질 향상

- 평가 대상 영역의 균형성 확보
- 평가수행의 질적 개선 및 수용성 제고
- 성과 연동 지불체계 안착 및 고도화
- 평가 품질관리 체계 구축

② 평가 거버넌스 체계 확립 및 인프라 강화

- 파트너십 기반의 평가 거버넌스 구현
- 평가자료 수집체계의 정보화 실현
- 평가 전문 인재 육성 및 인프라 강화

③ 평가 허브기관 역할 강화

- 의료 질 평가 국가허브 플랫폼 구축
- 의료 질 향상 지원사업 확대 실효성 제고
- 의료 질 평가 국제협력 강화

긴 호흡의 계획을 바탕으로 심사평가원은 평가업무를 혁신해 나갔다. 그 결과로 먼저 평가자료 제출의 자동화를 달성함으로써 자율적인 의료 질 관리의 기반을 마련할 수 있었다. 또한 평가결과를 활용해 다양한 건강정보서비스를 제공함으로써 의료선택권을 강화하고 국민의 알 권리를 크게 신장시킬 수 있었다. 마지막으로 심사평가원은 의료평가 빅데이터를 기반으로 새로운 가치 창출에 적극적으로 나섰고, 이를 바탕으로 대한민국 유일 '평가 허브기관'의 위상을 정립해 나갈 수 있었다.

한편 적정성 평가도 어느새 20년 세월을 지나 성인기에 진입해 있었으나, 여전히 대형병원 중심으로 평가가 진행되다보니 질 관리 사각지대가 존재했다. 지속가능한 평가체계를 마련하고 국민건강 증진에 실질적으로 기여하기 위해서는 패러다임의 전환이 필요했다. 이에 심사평가원은 2020년에 들어 평가체계 혁신을 위한 워킹그룹••을 구성하고 운영에 들어갔다.

<평가체계 혁신 워킹그룹 업무 진행경과>

2020년 5월

- 평가체계 혁신 워킹그룹 구성 및 운영계획 보고
- 킥오프 회의 진행
- 전문가 자문 및 이해관계자 의견 수렴

2020년 6월

- 실무회의 진행
- 전문가 자문 및 이해관계자 의견 수렴

2020년 6-7월

- 평가체계 혁신 추진방향 수립
- 관련 설명회 개최

워킹그룹에서는 직원들의 의견을 적극적으로 수렴하고 중요성과 시급성, 실행 가능성 등을 따져 혁신 방안을 모색했다. 이는 단순히 관리자들만이 참여하는 '그들만의 리그' 수준을 넘어, 평가업무 관련 직원 전체가 혁신에 동참한 의미 있는 과정이었다. 이와 함께 '2040 평가 혁신을 위한 평가발전위원회'•••를 발족하여 우리의 고민을 외부에 알리고 의견을 수렴하는 절차도 거치게 되었다. 2020년 12월 현재 평가발전위원회는 적정성평가의 과거와 현재를 돌아보고, 미래 비전을 위한 권고안을 준비 중에 있다. 이러한 내외부의 다양하고 진정성 있는 고민과 비전을 담은 '2040 평가체계 혁신안'이 곧 완성되길 기다리며, 이를 통해 심사평가원이 국가 의료 질 전체를 관장하는 기관이 될 것이라 기대하고 있다.

•• 평가운영실, 평가실, 자원평가실, 심사평가연구실의 2급 이상과 상근평가위원으로 구성

••• 공급자, 소비자, 학계 정부 등 10인으로 구성

제3절
평가결과의 활용 극대화

1. 평가정보의 공개 및 제공

심사평가원은 「국민건강보험법」제28조 제1항 3호 「요양급여의 적정성 평가결과 공개」 조항에 근거해, 2005년부터 평가결과 정보를 심사평가원 홈페이지에 게시하고 있다. 해당 정보를 바탕으로 국민이 우수한 의료서비스를 제공하는 요양기관을 선택하고, 요양기관에게는 자율적인 의료의 질 향상을 유도하기 위함이다.

평가업무의 시행 초기만 하더라도 평가결과가 이처럼 전면적으로 대외에 공개되지 않았다. 평가기관을 대상으로 개별 통보되고 그 중 사회적 중요성이 큰 부분만 추려 언론에 그 뼈대만 보도되던 형태였다. 그러던 중 2005년 평가결과를 공개하는 법적 근거를 마련하게 되었고, 공개 초년에 평가결과 '양호기관'을 전격 공개하였다.

그러나 그 정도만으로는 사회적인 요구를 충족시키지 못했다. 이에 관련 시민단체를 필두로 평가 하위기관의 명단 공개까지 요청하며 행정소송을 제기하기에 이르렀다. 이후 평가공개 방식에 일대 전환이 일었다. 행정소송의 결과를 수용한 심사평가원이 국민의 알 권리에 대한 존중 차원에서 2006년 1월부터 평가결과를 홈페이지에 전면 공개하기 시작한 것이다.

2009년부터는 국민이 평가결과에 접근할 수 있는 문턱을 크게 낮췄다. 평가항목별 종합 결과를 별 개수• 형태로 공개하기 시작한 것이다. 이후 2011년에는 별 개수 형식에서 안테나 개수 형식으로 공표 형태를 바꿨으며, 약제평가의 경우에는 기존 2등급 표시에서 5등급 표시로 공개방법을 변경했다. 또한 2013년에는 국민이 심사평가원의 홈페이지를 통해 병원 선택 시 필요한 정보를 쉽게 찾을 수 있도록 개선작업을 시행했으며, 평가항목별 종합결과 등급 표시도 '숫자 등급' 표기 형태로 바꾸었다.

한편 2014년에는 심사평가원의 평가결과 정보공개 역사에서 주목할 만한 변곡점이 마련되었다. 병원평가정보 앱 서비스를 시행함으로써 평가결과에 대한 정보 접근성이 전과는 비교할 수 없을 정도로 크게 향상되었던 것이다. 이후 심사평가원은 매년 병원평가정보를 제공하는 홈페이지 화면과 앱 서비스에 대한 개선작업을 수행하며 누구나 쉽게 이해하고 활용할 수 있는 사용자 관점의 서비스를 실현해 나가고 있다. 특히 2019년에는 '심사평가원 홈페이지 모니터링단'의 의견을 반영해 병원평가정보 시스템 개선을 진행함으로써 진정한 의미에서 의료소비자 중심의 서비스를 구현할 수 있었다.

<2019년 병원평가 정보제공 서비스 개선사업의 성과>

직관성

사용자 관점의 화면구조 개편 10건 → 만족도 92%

이해 용이성

평가항목별 설명자료 표준화 5건 → 만족도 100%

검색 용이성

절차 개선 17건 → 만족도 96%

활용성

대상별 맞춤 홍보 추진 → 만족도 전년 대비 이용률 45% 증가

만족도 조사

국민 모니터링단 대상 만족도 설문 결과 → 만족률 96%

• 1개에서 5개까지



이밖에도 적정성 평가의 결과는 타 기관의 평가사업에도 제공되어 활용되고 있다. 보건복지부의 공공보건의료계획 수립과 평가, 서울특별시립병원 평가 등에 제공되고 있는 것이다. 특히 2008년부터는 권역심뇌혈관질환센터 지정 및 평가에 급성심근경색증과 급성기뇌졸중 평가결과를 제공하고 있다. 또한 응급환자의 긴급이송 시에도 평가결과가 활용되고 있는데, 심혈관중재학회 및 소방청과의 정보 공유를 통해 평가결과 우수기관으로 환자가 신속히 이송될 수 있도록 지원하고 있다.

2. 의료의 질 향상 지원사업

요양급여 적정성 평가 초기에는 이용도 중심의 평가에 집중했다. 질 향상(QI, Quality Improvement) 활동은 상대적으로 미약했다. 적정성 평가 결과 또한, 해당 요양기관이 진료행태를 개선할 수 있도록 평가 결과를 환류하는 데에만 중점을 두었다.

이후 의료서비스의 질에 대한 국민 관심이 높아지면서 질 향상 활동의 중요성이 부각되었다. 적정성 평가결과의 요양기관 통보 및 대국민 공개, 가감지급사업 등 외적 활동 외에도 의료기관 내부의 질 향상을 위한 역할 필요성이 대두되었던 것이다. 이에 심사평가원은 2007년 7월 요양기관 QI담당자들과의 대화채널을 구축하고, 같은 해 12월 '질 향상 지원사업 자문단'을 구성해 본격적으로 QI 지원사업에 착수했다.[••] 주로 지역 · 중소 병원의 의료 질 격차 해소를 목표로 현장 중심 활동체계를 구성했으며 이후 다방면의 업무를 통해 의료기관의 자율적인 질 개선 활동을 지원해 나갔다.

•• 2007년 제1기 8명에 이어, 2019년 제6기 50명 활동

<의료 질 향상 지원사업 주요 내용>

① QI 활동 우수사례 선정 및 발표회 개최
② QI 뉴스레터 발간 및 QI 커뮤니티 개설 · 운영
③ QI 전문교육 실시
④ 요양기관 상담 시행
⑤ QI 컨설팅 실시

사업 시행 원년인 2007년에는 'QI 활동 우수사례 선정 및 발표회'를 개최해 정보교류의 장을 마련하고 의료기관의 자체적인 QI 활동을 독려해 나갔다. 이후 매년 발표회를 실시했으며, 그 결과에 대해서는 우수사례집을 제작하고 심사평가원 홈페이지에 관련 커뮤니티를 개설해 게시해 나갔다. 이로써 QI 활동을 위한 유용한 정보창구로도 활용할 수 있었다.

<QI 뉴스레터 및 QI 커뮤니티 수록 내용>

QI 뉴스레터
요양급여 적정성 평가 소식, 의료기관의 질 향상 활동 사례, QI 이론 및 도구, QI 관련 국내 · 외 주요 이슈등

QI 커뮤니티
QI 뉴스레터, QI 관련 활동 및 병원 소개, 평가정보, 교육자료 및 동영상 등

2008년부터는 전국의 QI 활동 담당자와 중소병원 실무자를 대상으로 'QI 전문교육'을 실시했다. 도입 당시만 해도 국내에 아직 QI 개념이 확대되기 이전이라 주로 이론에 치우쳐 교육을 실시했으나,• 2012년에 들어서는 실무 교육과정을 개발해 운영하기 시작했다. 또한 2013년부터는 의료기관의 접근성을 고려해 지방에도 교육과정을 개설했으며, 이후로는 지속적으로 지역을 확대해 전국의 주요 거점 도시라면 빠짐없이 교육 프로그램이 개설 및 운영될 수 있도록 배려했다.

2009년에 들어서는 '요양기관 상담'을 시작했다. 이는 평가결과에 따라 질 개선이 절실한 기관이나 질 향상 지원을 요청하는 기관을 심사평가원 담당자가 직접 방문해 기관

• QI 기본 개념 및 도구, 표준진료지침 활용 등



별 맞춤형 정보••를 제공하는 사업으로, 도입 이후 좋은 반응 속에 지속적으로 확대되어 왔다.

한편 2011년에는 의료기관의 문제점을 파악하고, 질 향상 계획 수립에서부터 실행, 결과 도출까지의 전 과정을 지원하는 'QI 컨설팅 시범사업'을 실시했다. 시범사업을 통해 사업의 실효성을 확인하고 나서는 지역단위 통합지원체계를 구축했고, 이를 중심으로 지속적으로 사업을 확대해 나갔다.

3. 지역의료정보 개선사업

서울 소재 대형병원이 진료 잘하는 병원이라는 막연한 인식이 문제였다. 가벼운 질환에도 소위 '빅5'라 불리는 대형병원을 찾는 일이 허다했고, 이는 서울과 수도권 지역으로의 의료이용 쏠림을 부추겼다.

무엇보다 내 주변에도 좋은 의료기관이 많이 있음을 효과적으로 전달해야 했다. 이에 심사평가원은 본인이 살고 있는 지역 내에서 의료기관을 믿고 이용할 수 있는 분위기를 조성하기 위해 2020년 3월부터 '지역의료정보 개선사업'을 추진하게 되었다.

우선 평가결과의 제공방식을 개선했다. 전에는 평가항목마다 그 결과가 다른 형태로 제공되었으나 '표준 보도자료 서식'을 개발하고 나서는 일관성 있는 틀을 갖춰 평가정보를 제공하기 시작했다.

그러나 아무리 제공하는 정보가 정확하고, 내용상으로 풍부하다 할지라도 보기 싫으면 그만이었다. 이에 다음 작업으로 심사평가원은 홈페이지에 실려 있는 '병원평가정보'의 리뉴얼에 착수했다. 가장 큰 문제는 텍스트 중심의 서술식 구조였다. 어떻게 보아도 국민들을 위한 정보라기보다는 의료계 종사자를 위한 것에 가까웠다. 이에 심사평가원은 보다 시각적이고 직관적인 형태로 기존의 병원평가정보를 리뉴얼했고, 2020년 8월 '우리 지역 좋은 병원 찾기'라는 보다 친근한 이름을 붙여 다시 문을 열었다.

기존 병원평가정보 외에도 비급여정보와 의료자원 현황 등의 핵심 정보가 함께 실렸고, 필요한 정보를 한 눈에 알아볼 수 있도록 이해하기 쉽게 구성되었다. 이에 오픈 이후 대내 · 외에서 좋은 평가가 쏟아졌다. 행정안전부의 중점협업과제로 선정되어 국민참여 사이트인 '광화문 1번가'에 소개되기도 했고, 여기저기서 협업 제의가 쇄도한 끝에 몇몇 지방자치단체와는 정보 연계에 대한 최종 협의를 완료하기도 했다. 무엇보다 심사평가원은 이러한 개선활동을 통해 국민들이 본인이 사는 곳에서도 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있는, 지역중심의 의료문화를 열어가는 데 크게 기여할 것으로 보인다.

4. 적정성 평가결과를 활용한 보건의료정책

의료질평가지원금 제도와 적정성 평가

2015년 '의료질평가지원금' 제도가 도입되었다. 3대 비급여 항목 중 하나인 '선택진료'•••를 단계적으로 축소하면서, 의료기관의 손실을 보상하기 위해 만들어진 제도였다. 도입 당시만 해도 1,000억 원 규모로 출발했으나, 2016년 9월부터는 5,000억 원 규모로 확대되었다. 2018년 1월에

•• 평가의 위험도 보정요인 세부내역을 비롯한 평가방법과 지표 산출방법에 대한 내용 등

••• 환자 또는 보호자가 특정 의사를 선택해 진료받는 행위를 말하며, 의료법에 근거를 두고 있다. 그러나 현실적으로는 병원이 특정 의사를 지정해 환자에게 특진을 받도록 하는 경우가 많으며, 진료비도 최대 2배 비싸다.

들어 선택진료제도가 폐지됨에 따라 7,000억 원으로 다시 한번 확대하고, 의료기관의 질에 따라 달리 보상해 나가고 있다.

<의료질평가지원금의 보상기준 산정방법>

환자안전, 의료 질, 공공성, 전달체계 및 지원활동, 교육수련, 연구개발 등 6개 영역 52개 지표에 대한 평가를 통해 산정

적정성 평가의 결과들이 의료 질 평가의 지표로 광범위하게 활용되었다.• 이를 통해 의료질평가지원금은 임상적으로 질이 높은 의료기관에 대한 보상을 강화할 수 있었다.

상급종합병원 · 전문병원 지정 기준으로의 활용

종합병원 중에서 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 '상급종합병원'이라 하며, 보건복지부 장관이 이를 매 3년마다 지정하고 있다. 심사평가원은 2011년 4월부터 의료법 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 제5조에 의거, 보건복지부 장관에게 위탁을 받아 상급종합병원 평가 및 지정업무를 수행하고 있다.

2015년에는 '상급종합병원 의료 질 평가 방안' 연구를 수행해 지정 기준과 적정성 평가결과를 연계하는 방안을 제시했다. 이에 따라 2017년 개정 시 적정성 평가결과가 지정 기준에 포함되었으며 심혈관질환, 뇌졸중, 주요 암, 수술의 예방적 항생제, 고난이도 수술의 진료량 등에 대한 평가결과가 우선적으로 활용되기 시작했다. 이로써 상급종합병원에서 수행하고 있는 주요 중증질환에 대한 의료서비스 역시 일정 수준 이상의 의료 질을 보장할 수 있게 되었다.

한편 '전문병원 지정제도'는 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대해 난이도가 높은 의료행위를 제공하는 기관을 보건복지부 장관이 전문병원으로 지정하는 제도이다. 심사평가원은 2011년 1월부터 「의료법」에 근거한 「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」 제7조에 의거, 보건복지부 장관에게 위탁을 받아 전문병원 평가 및 지정업무를 수행하고 있다.

2015년에 들어서는 전문병원 지정 과정에 의료 질 평가를 최초로 도입했다. 의료기관 평가 인증 획득을 지정 요건에 포함시켰던 것이다. 이어 2016년에는 적정성 평가가 시행되지 않는 영역까지 포함해 20개 전 분야의 의료 질 지표 개발을 완료했으며, 이후로도 이미 개발된 지표를 지속적으로 보완해 나가고 있다.

• 수술의 예방적 항생제, 항생제 · 주사제 처방률, 대장암, 유방암, 뇌졸중, 관상동맥수술, 고혈압, 당뇨 등

제4절
성과 지불체계 강화

1. 가감지급사업의 전개와 운영

의료서비스의 양에 대한 지불 보상에서 질과 성과에 기반을 둔 지불 보상으로 패러다임의 전환이 시도되었다. 요양급여 적정성 평가결과에 맞춰 경제적 인센티브와 디스인센티브를 적용하는 '가감지급사업'이 도입되었던 것이다.

역시 첫 문은 심사평가원이 열었다. 2007년 급성기심근경색증과 제왕절개분만 등 2개 평가항목에 대해 '가감지급 시범사업'을 실시했으며, 대상은 상급종합병원이었다.

시범사업은 3년에 걸쳐 단계적으로 시행되었으며, 가산율은 평가항목의 국민건강보험공단 부담금액 및 의료급여기금 부담액의 1%를 지급하는 것으로 정했다. 또한 평가등급은 상대평가 5등급으로 구분하고, 5등급의 상한선을 감산기준선으로 설정했다.

<가감지급 시범사업 진행 경과>

1차년도

감산기준선 공표

2차년도

1등급 및 질 향상 기관에 인센티브 지급 개시

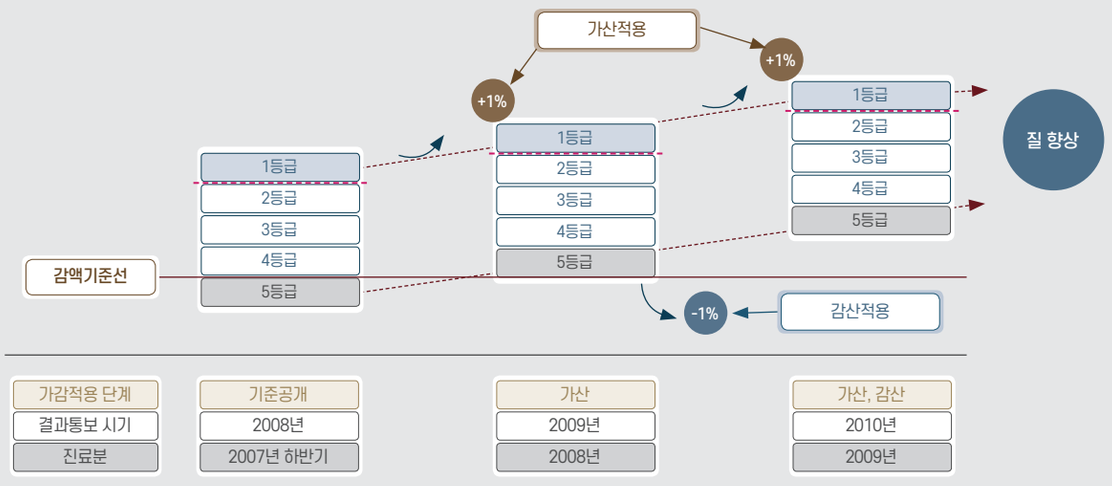
3차년도

감산기준선 미달 기관에 디스인센티브 적용 개시

이후 2011년 1월부터는 본 사업에 들어가 매년 적용 대상 항목을 늘려 나갔으며, 평가 및 지불 대상 기관도 상급종합병원에서 의원급 요양기관까지 확대해 나갔다. 또한 가감률 역시 대폭 확대함으로써[••] 요양기관 간의 질적 차이는 줄이면서도, 모든 기관을 일정수준 이상으로 향상시키고자 했다.

[••] 최저 ±1%에서 최고 ±5%까지

〈가감지급 시범사업 모형〉



<가감지급사업 대상항목 확대 추이>

구 분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
급성심근경색증									
제왕절개분만									
급성기뇌졸중									
수술의예방적항생제사용									
외래약제(3항목)									
혈액투석									
고혈압									
당뇨병									

한편 가감지급 항목 선정 시에는 인센티브에 의해 의료공급자의 행태 변화가 예측되는 항목을 우선해 고려하게 된다. 특히 문제 크기, 심각성, 실행 가능성, 개선 가능성, 사회적 영향 등을 고려해 선정이 이뤄지게 된다.

본 사업 시행 이후 지난 10년간 가감지급사업 시행 결과, 전체적으로 대상기관들에서 지속적이고 뚜렷한 질 향상이 나타나는 것으로 확인되었으며 요양기관 간 질적 격차의 감소현상 역시 객관적 수치로 검증되었다. 현재 문제가 되고 있는 총 의료비의 급격한 증가 추세를 고려할 때, 앞으로 가감지급제도는 건강보험 재정의 지속가능성 확보를 위해 필수 기제가 되어 갈 것이라 전망되고 있다.

2. 만성질환 관리에 대한 의원급 인센티브제도 시행

'만성질환 관리에 대한 인센티브 사업'은 고혈압 및 당뇨병을 가진 만성질환 환자가 일차의료기관인 의원에서 적절한 진료 및 건강관리를 받을 수 있도록 지원하기 위한 제도이다. 2012년 9월 당시 중앙평가위원회의 심의를 거쳐 2013년부터 본격적으로 사업이 시행되었다.

고혈압과 당뇨 요양급여 적정성 평가 결과가 '양호기관'으로 산출된 의원을 대상으로 인센티브가 제공되는데, 평가지표는 요양기관이 제공한 의료서비스가 얼마나 효과적이고 안전한지에 초점이 맞춰져 있다. 만성질환자의 지속 관리는 합병증 예방과 건강 향상을 위해 가장 중요한 요소라 할 수 있기에 '치료 지속성'을 주요 평가지표로 활용하고 있는 것이다.

한편 가산금액은 환자의 지속관리 수준을 평가해 주어지는 기본 금액과 관리환자 수의 구간에 따라 지급되는 인센티브로 구성되며, 환자 수에 대해서는 구간별 의원 수 분포를 감안해 '적정 환자 구간'을 따로 지정하고 있다.

이렇게 세밀하게 설정된 기준에 따라 2013년 9월에는 고혈압에 대한 1차 인센티브가 지급되었으며, 2013년 12월에는 당뇨병에 대한 1차 인센티브가 주어졌다.

<만성질환 관리에 대한 인센티브 지급 현황>

(단위 : 개소, 백만 원)

연도	고혈압 인센티브 지급액		당뇨병 인센티브 지급액	
	지급기관 수	총 금액	지급기관 수	총 금액
2013	10,429	11,092	2,882	3,170
2014	4,951	5,680	-	-
2015	5,033	5,416	3,010	3,477
2016	4,544	9,946	2,581	3,033
2017	4,917	10,822	2,876	3,441
2018	5,341	11,832	3,194	3,930
2019	5,494	12,477	3,427	4,335

해당 사업에 대해 심사평가원은 만성질환 관리서비스의 질을 높일 뿐만 아니라 일차의료기관 전반의 질 향상을 도모할 수 있는 사업으로 판단하고 있다. 이에 단순히 대상질환 확대 중심의 발전방향을 지양하고 있으며 '복합 상병을 가진 환자 중심, 만성질환 환자의 건강결과' 중심의 제도로 다듬어 나갈 계획이다.



“

건강보험 지불제도 운영은 의료공급자가 국민에게 제공하는 의료서비스에 대한 보상방법을 결정하는 업무입니다. 구체적으로 가격 결정, 보험급여 기준 설정, 입원부터 퇴원까지의 비용을 정하는 ‘포괄수가’와 입원 일당 또는 외래 · 내원 일당 비용을 정하는 ‘묶음수가’를 운영 중에 있습니다.

•

이를 통해 의료공급자에게는 적정 진료행위를 보장하고, 국민에게는 최적의 의료서비스를 제공하는데 힘을 보태고 있습니다.

•

앞으로도 신약, 치료재료 등을 신속하게 등재하고 지불제도를 확대함으로써 의료공급자에게는 합리적 보상을 제공하고 국민을 위해서는 의료비 부담을 줄일 수 있도록 노력하겠습니다.

”

제3장

의료소비자 중심의 보건의료체계 정비

제1절

한국형 수가제 마련과 확산

제2절

환자분류체계 개선 노력

제3절

요양급여 등재절차의 중심축 역할

제4절

요양급여기준 설정 및 관리

DEPARTMENT STORY

부문사

제3장

의료소비자 중심의 보건의료체계 정비

제1절 한국형 수가제 마련과 확산

1. 요양급여비용 지불제도의 개념과 종류

요양급여비용 지불제도의 개념

지불제도란 의료공급자가 건강보험 가입자를 대상으로 진료를 실시한 경우, 그 진료의 대가로 지불되는 보상방식을 말한다. 요양급여비용은 크게 의료인과 의료기관에 대한 비용으로 구분된다. 일반적으로 의료인에 대한 보수 지불은 주로 의료행위라는 전문기술에 대한 보상을 목표로 하고, 의료기관에 대한 보수 지불은 시설 · 장비 · 물자 · 운영비용 등의 투입비용에 대한 보상을 의미한다.

요양급여비용 지불방식에는 행위별수가제, 포괄수가제, 일당정액제, 인두제, 총액계약제, 성과지불보상제 등 다양한 형태가 포함된다. 어느 지불제도를 택하느냐에 따라 의료서비스의 구성과 제공 행태, 진료비에 대한 심사 및 관리방식 등에 있어 결정적인 차이가 발생하게 된다.

대체로 지불제도는 하나의 형태만을 취해 운영되기보다는 각국의 실정에 맞게 변형되거나 여러 가지 방식이 혼합된 형태로 운영된다. 국내의 경우 의료보험제도 도입 초기부터 '행위별수가제(Fee-for-Service)'를 기초로 운영되어 왔다. 한편 행위별수가제는 고급 의료서비스의 발전에 많은 기여를 해온 것이 사실이나, 국민들의 의료비 부담을 늘린 주요 원인이 되기도 했다. 이 때문에 행위별수가제의 문제점을 보완하기 위해 1997년 2월부터 총 3차례의 시범사업을 거쳐 병의원급에 대해서는 2012년 7월부터, 종합병원급 이상은 2013년 7월부터 7개 질병군을 대상으로 포괄수가제를 단계별 시행하게 되었다.

〈유력한 지불제도의 종류〉

행위별수가제, 인두제, 봉급제, 포괄수가제, 총액계약제, 일당진료비 방식 등

행위별수가제(Fee-for-Service)

우리나라 건강보험 진료비 지급의 근간을 이루고 있는 지불제도는 행위별수가제와 포괄수가제, 그리고 일당정액제가 손꼽힌다. 그중 '행위별수가제'는 진료에 소요되는 약제

또는 재료비를 별도로 산정하고, 의료인이 제공한 진료행위 하나하나에 대해 항목별로 가격을 책정해 진료비를 지급하도록 하는 제도이다. 가장 보편적이고 시장친화적인 방법으로, 자본주의 경제체제를 가진 대부분의 나라가 채택하고 있는 가장 일반적인 지불제도이기도 하다.

행위별수가제는 의료인이 제공하는 시술 내용에 따라 값을 정해 의료비를 지급하기 때문에 전문의의 진료방식에 적합하다. 특히 의료인들로 하여금 의료장비 · 기술의 개발을 촉진하게 하는 유인효과가 있어 고급 의료서비스의 개발에 기여하는 측면도 있다.

포괄수가제(Diagnosis Related Groups)

포괄수가제는 개별 진료행위를 비용 산정기준으로 하지 않고, 환자가 어떤 질병 치료를 위해 입원했는가에 따라 진료비를 지급하는 제도이다. 객관적인 기준으로 사용되는 'DRG(Diagnosis Related Groups)'라는 질병군 분류체계를 통해 미리 책정된 일정액의 비용을 지급하고 있다. 따라서 포괄수가제 하에서는 환자가 병 · 의원에 입원해서 퇴원할 때까지 받은 진료의 종류나 양과 관계없이 정해진 일정액의 진료비를 지불하게 된다.

〈포괄수가제의 장점〉

① 불필요하고 과다한 진료량을 줄일 수 있다.
② 의료공급자 입장에서는 진료비 청구가 용이하고, 보험자 입장에서는 진료비 지급에 소요되는 비용을 절감할 수 있다.
③ 환자의 진료비 부담이 줄어든다.

그러나 진료비 청구가 간편한 만큼 허위 · 부당 청구의 가능성이 상존한다. 이에 심사기구는 부정청구의 방지를 위해 감독 기능을 강화해야 하는 단점이 있다.

일당정액제(Per-Diem Payment)

일당정액제는 서비스, 의약품, 치료재료 등의 실제 서비스 사용과 관계없이 입원 일당 고정금액을 진료비로 부과하는 지불제도이다.

일당정액제나 건당진료비제도는 정해진 금액 내에서 서비스를 제공하기 때문에 비용통제가 가능하지만, 진료 건수의 증가를 불러오고 진료 강도는 감소시키는 단점이 있다. 현재 우리나라에서도 행위별수가제 적용이 어려운 요양병원 입원수가, 의료급여 정신과 입원수가, 혈액투석 외래 건당진료비 등 일부 의료서비스를 대상으로 일당정액제를 도입해 적용하고 있다.

2. 상대가치점수제 도입

행위별수가제 시대

의료보험제도 시행을 눈앞에 둔 1976년, 정부는 의견수렴 절차를 거쳐 '행위별수가제'를 새로운 지불제도로 선택했다. 기존 관행수가제도와의 큰 단절 없이 의료보장제도의 연결성을 유지할 수 있는 사실상 유일한 방법이었다. 1977년 6월에 들어 9개 장, 763개 항목으로 구성된 행위별 수가체계가 세상에 모습을 드러냈다. 행위별 점수 1점당 10원으로 환산지수를 설정하고, 점수당 비용을 물가와 연동해 최종 산정하도록 하는 형태였다.

이러한 점수제 지불방식은 1981년 6월부터 진료행위마다 가격을 정하여 지급하는 '금액제'로 변경하게 되었다.

〈점수제에서 금액제로의 변경 이유〉

① 점수를 고정한 채 단가만 변화시키는 기존의 산정방식이 진료행위 간 불균형을 초래
② 점수의 금액 환산 과정에서 의료현장의 불편을 야기

행위별 수가제 시행 이후 의료계는 수가구조적인 측면과 운영적 측면에서 지속적으로 문제점을 제기하였다.
수가구조상의 문제점으로는 수가항목의 불충분과 수가항목 간의 불균형 등을 들었고, 수가운영상의 문제점으로는 수가 수준이 전반적으로 낮다는 점과 수가 조정 과정에 전문가 참여가 부족하다는 것이었다.
정부는 이에 1994년 1월 '의료보장개혁위원회'를 구성하고, 논의를 거듭한 끝에 유의미한 두 가지 정책대안을 세상에 내놓았다.

〈의료보장개혁위원회가 제시한 수가구조 개편안〉

① 현행 행위별수가제를 유지하되, 미국의 자원기준 상대가치점수 체계와 환산지수개념을 도입해 수가를 현실화하는 방안
② 행위별수가제에서 질병분류체계에 기초한 포괄수가제로 전환하는 방안

상대가치제 개발의 여정

1994년 12월, 15인•으로 구성된 '의료보험수가 구조개편협의회'가 구성되었다. 이어 1995년 7월에는 보건복지부 예규 12호로 「의료보험수가 구조개편협의회 규정」을 제정하고 운영에 들어갔다. 수가체계 개편과정에 과학적인 정밀성을 더하기 위해 전문 연구기관의 참여를 결정했는데, 용역 연구의 수행 주체로는 연세대 보건정책 및 관리연구소가 지정되었다. 이후 보건복지부와 해당 연구소는 긴밀한 협업 끝에 4차에 걸쳐 성과를 내놓았다.

〈상대가치 개발과정 연혁〉

순번	연구용역 기간	성과
1차	1996년 6월 - 1997년 10월	한국표준의료행위분류••를 기본단위로 한 자원기준 상대가치(RBRVS) 개발
2차	1997년 11월 - 1998년 9월	의료보험진료수가분류 개선안 마련
3차	1998년 11월 - 1999년 10월	의료보험진료수가분류 개선안에 대한 상대가치 개발
4차	1999년 12월 - 2000년 10월	의료보험진료수가분류 개편안에 대한 상대가치의 단계적 적용방안 마련

개발과정에서 보건복지부는 심사평가원의 전신이던 당시 의료보험연합회에 수가구조 개편작업의 지원을 위한 실무반의 구성을 요청했다. 이에 연합회는 1998년 1월부터 1999년 12월까지 '의료보험 진료수가 구조개편 실무전담반'•••을 구성하고 전문적인 실무지원에 나섰다.
한편 도입이 결정된 상대가치점수제는 각 의료행위에 사용되는 요양급여의 가치를 상대적으로 비교해 이를 화폐단위가 아닌 점수로 나타낸 것이었다.

건강보험수가 =
상대가치점수 × 점수당 단가(환산지수)

또한 「국민건강보험법 시행령」에는 요양급여에 소요되는 시간과 노력을 포함한 업무량, 인력 · 시설 · 장비 등을 포

• 의료계 대표, 보험자 및 보험자단체 대표, 학계 및 연구기관 대표 및 보건복지부 소속 공무원 등 포함

•• 연세대 보건정책 및 관리연구소는 대한의사협회의 의뢰로 '한국표준의료행위분류(KCPM)' 개발에 착수해, 1996년 5월부로 KCPM 8,687개 항목 개발에 성공했다. 대한치과의사협회 역시 연세대 치과대학 예방치과학교실에 연구를 의뢰해 1996년 7월, 한국표준치과의료행위분류(KCPD) 2,031개 항목 개발에 성공한 터였다.

••• 급여관리실 내에 설치되었으며 차장 1인을 필두로 실무자 6인으로 구성되었다.

괄하는 자원의 양, 요양급여 시의 위험도, 이렇게 세 가지 구성요소를 종합적으로 고려해 '요양급여의 상대가치점수'를 산정하도록 명시되었다.

상대가치점수 =
업무량 상대가치점수 + 진료비용 상대가치점수
+ 위험도 상대가치점수

미약한 첫 걸음, 그리고 상대가치점수 1차 개편

2001년 1월 상대가치점수가 최초로 고시되고, 급격한 수가조정의 충격을 완화하기 위해 해당 점수에 대한 '부분적인' 반영이 이뤄졌다. 그러나 야심찬 첫 출발이었음에도 대내 · 외의 반응이 좋지 못했고, 주로 제기되었던 불만의 내용은 다음과 같았다.

〈2001년 도입된 상대가치점수제의 문제점〉

① 고시단계에서 수가 인상요인이 있는 경우에는 반영하고, 수가 인하요인이 있는 경우에는 기존점수를 유지하는 선에서 조정하다보니 항목 간 불균형 해소라는 본래의 취지가 상당히 훼손되었다.

② 원가분석에 사용된 요양기관의 표본 수가 적어 그 대표성 문제가 제기되었다.

③ 상대가치 산정의 3요소라 할 수 있는 업무량, 진료비용, 위험도가 현장에서는 분리되지 않고 있어 의사에 대한 업무량 보상과 병원에 대한 진료비용 보상을 명확히 구분하기 어려웠다.

대응 차원에서 보건복지부는 건강보험정책심의위원회 산하에 '상대가치운영기획단'을 조직하고 그 사무국 역할은 심사평가원이 전담하였다. 이후 상대가치운영기획단은 상대가치점수 산정의 3요소를 명확히 반영해 간다는 큰 틀의 개편방향을 세웠고, 해당 개선작업을 위한 세부 연구용역은 심사평가원이 수행하게 되었다.[••••]

이에 심사평가원은 사내에 '상대가치점수연구개발단'이라는 명칭으로 전담조직을 발족하고, 2003년 8월부터 2006년 12월까지 해당 연구를 위탁 받아 수행했다.

우선 업무량 상대가치점수 산출을 위한 기반을 구축했다. 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사회와 공동으로 행위분류를 정비하고 이를 바탕으로 행위정의 자료를 개발함으로써 객관적인 업무량 산출의 초석을 놓은 것이다. 또한 총 300여 명의 임상전문가로 구성된 협의체를 구성하고 행위별 직접 진료비용 산출을 위한 데이터베이스를 구축했다. 마지막으로 광범위한 의견수렴 과정을 거쳐 행위별 위험도 상대가치점수 산출을 위한 근거자료를 구축했다.

시내가 모여 바다가 되듯, 하나씩 성과가 모여 드디어 수가체계의 새로운 미래를 열었다. 마침내 행위별 구성요소 점수가 충실히 반영된 '신상대가치점수' 산출이 가능해졌다.

상대가치점수 2차 개편 완료

1차 개편 완료 이후 개편 결과는 2008년부터 2012년까지 5년에 걸쳐, 20%씩 단계적으로 적용했다. 그러나 1차 개편 당시 쓰인 기반자료가 2003년의 비용자료였기에 그간의 변화를 반영할 필요성이 제기되었다.

더구나 첫 개편의 과정에는 결정적인 한계가 잠재되어 있었다. 진료과목별로 총점을 고정한 상태에서 과목 내 조정

[••••] 2003년 상대가치운영기획단이 발주한 연구용역에 대해 신청기관이 없음에 따라 그해 4월, 건강보험정책심의위원회에 '심사평가원의 사업으로 연구를 수행'한다는 보고가 이뤄졌다.

만 시행하다보니, 진료과목 간 불균형으로 인한 자원배분의 왜곡을 피해갈 수 없었던 것이다. 이에 2010년부터는 심사평가원의 상대가치개발부를 중심으로 2차 개정을 위한 연구작업에 착수했다.

1차 개편과는 달리 '조정'에만 머무르지 않았다. 상대가치 산출체계를 기존의 진료과별 모형에서 행위 유형별 모형으로 전환함으로써 행위별 다양성을 담아내기 어려웠던 1차 개편 때의 한계를 극복해 나갔다.

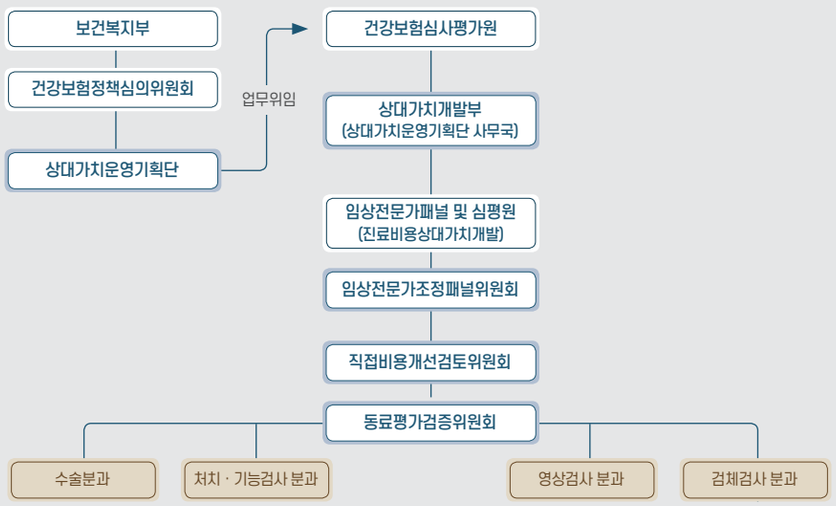
새로운 유형분류 체계를 활용해 검체와 영상을 포함한 물적자원 위주의 검사 분야보다는 인적자원의 노력이 수반되는 수술 · 처치 · 기능 분야의 점수를 상향 조정했다.

또 인건비 · 장비비 · 재료비의 경우 구성요소별, 행위유형별로 세분화된 총 15개의 변환지수를 적용했고, 이에 현장의 실제 직접비용 특성이 수가구조에 반영되기 시작했다.

의료계의 다양한 목소리에 귀를 기울인 결과, '현장 맞춤형' 개편에도 일정부분 성과를 보였다. 특히 검체유형 수가의 인하 결정은 5개 유형간의 불균형을 조정한 결과이기는 했으나, 여러 사회적 혼란을 불러올 가능성을 품고 있었다. 이에 개편 주체였던 심사평가원은 의료계와의 논의 끝에 일부 행위를 선정•해 수가를 인상••했을 뿐만 아니라 검체검사의 질 저하 방지를 목적으로 질관리 우수기관을 대상으로는 '검체검사 질 가산수가'를 신설했다. 이외에도 어지럽게 혼재되어 있던 '소아가산제도'의 기준을 명확히 정비함으로써 관련 요양급여비용 산정기준의 일관성을 높였다.

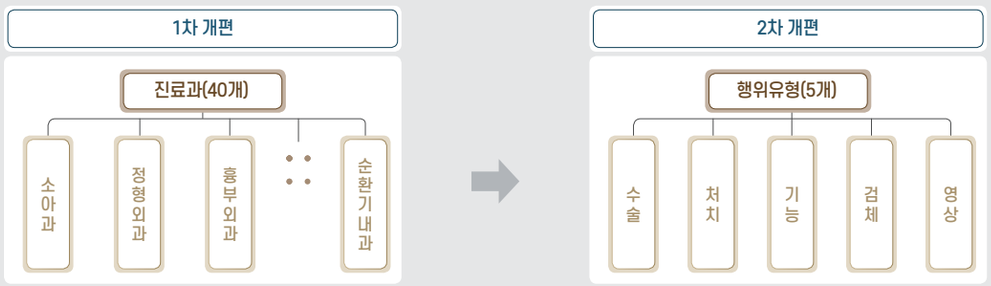
• 의원 다빈도 검사 및 만성질환 관리와 관련된 10개 행위
•• 1차 점수 대비, 2차 4단계 변화율 기준으로 75~85% 수준으로 인상

〈상대가치점수 2차 개편 의사결정체계〉



임상전문가패널(Clinical Practice Expert Panel, CPEP)

〈2차 상대가치 개편을 위한 5개 행위 유형별 산출체계〉



이에 2차 상대가치는 2017년 7월부터 2020년까지 4개년에 걸쳐 단계적으로 도입을 완료하게 되었다.

② 따라서 가파르게 상승하고 있는 의료비 부담의 주요 원인이 되고 있을 뿐 아니라 궁극적으로 건강보험 재정의 지속가능성을 위협할 우려가 컸다.

3. 포괄수가제 도입과 신포괄수가제 개발

포괄수가제 발전 약사(略史)

1994년 1월, 당시 '의료보장개혁위원회'는 대한민국 보건의료 역사에 있어 중요한 건의를 상신했다. 행위별수가제의 개선방안으로 포괄수가제(Diagnosis-Related Group, DRG)의 단계적 적용을 건의한 것이다. 이러한 건의의 배경에는 두 가지 함의가 담겨 있었다. 하나는 행위별수가제의 근본적인 성격에서 기인한 것이었고, 다른 하나는 건강보험 재정의 지속가능성과 관련되어 있었다.

〈행위별수가제의 단점〉

① 행위별수가제는 진료량을 늘리면 늘릴수록 의사 또는 병원의 수입 역시 증가한다는 구조적인 문제점을 지니고 있다.

반면 '진료비 정찰제'라는 별호로도 잘 알려진 포괄수가제는 환자가 입원해서 퇴원할 때까지 발생한 진료비를 하나로 묶어 계산하는 제도이다. 이에 환자 입장에서는 더 넓은 보험혜택을 받을 수 있을 뿐 아니라 병원비를 미리 가늠할 수 있어 좋았고, 정부와 보험자의 입장에서는 천정부지로 치솟고 있는 의료비 부담의 속도를 완화시키는데 유리했다.

이와 같은 제도 도입의 효과를 고려해 결국 당시 보건복지부는 1995년 1월 'DRG 지불제도 도입 · 검토 협의회'를 구성했고, 해당 협의체를 바탕으로 1997년 2월부터는 시범사업에 돌입했다.•••

••• 시범사업 당시에는 미국 예일대에서 개발한 DRG 분류 프로그램을 근거로 국내 사정에 맞게 보완 · 수정한 질병분류체계를 사용했다.

〈포괄수가제 시범사업 연혁〉

구분	1차 시범 ('97.2.~'98.1.)	2차 시범 ('98.2.~'99.1.)	3차 시범 ('99.2.~'00.1.)	연장(2회) ('00.2.~'01.12.)
대상 질병군	• 4개 진료과, 5개 질병군	• 4개 진료과, 5개 질병군	• 6개 진료과, 9개 질병군	• 4개 진료과, 8개 질병군
세부 질병군	• 백내장, 편도, 맹장, 질식분만, 제왕절개분만	• (좌동)	• (좌동) • (추가, 4개) 항문, 탈장, 자궁 · 부속기, 단순폐렴 · 늑막염	• (좌동) • (제외, 1개) 단순폐렴 · 늑막염 * 진료비 변이가 커서 제외

4차에 걸친 시범사업에 대한 평가 결과, 긍정적인 신호가 곳곳에서 감지되었다. 우선 의료서비스 제공량은 평균적으로 감소한 것으로 집계되었다. 환자 1인당 진료비와 항생제 사용기간, 검사횟수 역시 줄어든 것으로 나타났다. 의료서비스 제공량과 환자 1인당 진료비의 감소에도 요양기관의 실제 수익률은 오히려 높아진 것으로 드러났다.

더 이상 미룰 이유가 없었다. 이에 2001년 11월 건강보험심의조정위원회는 본 사업 시행을 의결하고, 4개 진료과목의 8개 질병군•을 2002년 1월부터 희망기관에 한해 적용해 가기로 했다. 이로써 2002년은 '포괄수가제 도입의 영년'으로 대한민국 보건의료 역사에 기록될 수 있었고, 2003년에 들어 7개 질병군 대상으로 정비된 후에는 사업의 확대 적용이 지속적으로 모색되었다.

• 2002년에는 포함되었던 '질식분만'의 경우 환자 상태에 따라 위험군이 다양하게 분포되어 있어 임신부의 포괄수가제 기피가 우려되었다. 이에 2003년 9월부터 대상 질병군에서 제외됨으로써 포괄수가제 적용 질병 대상군은 7개가 되었다.

포괄수가제 확대 적용과 심사평가원의 역할

뜻밖에 오랜 정체기가 펼쳐졌다. 정부의 제도 확산 의지는 확고했으나 의료계의 거센 반대로 인해 '쳇바퀴 돌림'의 연속이었다. 그 와중에도 의원급 요양기관의 참여율은 꾸준히 증가한 것에 반해 병원급 이상의 참여율은 오히려 줄고 있었다.

'선택 참여' 방식으로는 더 이상 힘들다는 공감대가 형성되었다. 여기에 2011년 8월 보건복지부 산하 '보건의료미래위원회'의 포괄수가제 단계적 확대 권고가 불씨를 지피면서 정부는 드디어 해당 제도의 '당연 적용'을 추진하게 되었다.

첫 도입 이후 십년이 지났음에도 여전히 행위별수가제가 지불제도의 근간을 이루고 있었다. 이대로는 건강보험의 유지가 힘들다는 위기의식이 팽배해졌고, 자연스레 포괄수가제 확대론이 더욱 힘을 받게 되었다. 이에 2012년 2월 건강보험정책심의위원회는 당해 7월 병 · 의원급 확대, 2013년 7월 종합병원급 이상 확대를 내용으로 하는 포괄수가제 발전방안을 의결하기에 이르렀다.

한편 심사평가원은 정부의 확고한 정책의지를 뒷받침하기 위해 2012년 1월 원내에 포괄수가제 관련 업무를 추진할 '포괄수가관리실'을 신설했다. 임시조직이던 기존의 '상대가치연구개발단'을 정규편제에 반영하고, 1실 3부 정원 43명에 이르는 대규모 조직을 출범시킨 것이다. 포괄수가제 확대가 대한민국 보건의료계의 건전성은 물론이고 심사평가원의 발전에도 크게 기여할 것이라는 판단 때문이었다.

한편 기세 좋게 배를 띄웠으나, 출항의 고동소리가 잦아들기도 전에 암초에 부딪혔다. 우선 의료계의 반발이 예상을 뛰어넘는 수준으로 강경했다. 여기에 더해 아직은 일반에 생소했던 포괄수가제에 대해 온갖 루머가 양산되기 시작했다. 거의 괴담이 괴담을 낳고 있는 수준이었다.

〈포괄수가제와 관련된 괴담〉

① "복강경(내시경) 수술은 하지 못하고 무조건 배를 째는 수술을 할 것이다."
② "제왕절개분만 때 무통주사를 못 맞는다."
③ "백내장 수술에 저질 인공수정체(중국산, 파키스탄산)를 쓴다."
④ "맹장수술에 싸구려 봉합사를 써서 수술부위에 고름이 생긴다."
⑤ "치료비가 고정되어 있어서 무조건 정해진 치료만 받아야 한다."

- 심사평가원이 편찬한 '포괄수가제의 발자취' 중에서

6월의 상황이었다. 이에 심사평가원은 즉각 '포괄수가제 비상대책반'을 구성하고 운영에 들어갔다. 국민 혼란을 방지하고, 의료계의 수술 거부 움직임을 포함한 집단 반발 상황에 대해 해결책을 모색하기 위함이었다. 이후 심사평가원장 주재로 매일 비상대책회의를 열었고 7개 지원별로 일일보고체계를 가동하며 상황에 대처해 나갔다.

〈포괄수가제 비상대책반 구성(2012년 6월 18일)〉



제도 수용성을 높이는 일이 급선무였다. 이에 심사평가원은 끊임없이 의료계와 소통해 나갔다. 자문회의에서부터 간담회, 그리고 의료단체와 현장을 대상으로 한 설명회까지, 형식을 가리지 않았으며 2012년에만 이러한 소통의 횟수가 총 130여 회를 넘어섰다. 그 과정에서 심사평가원의 전 임직원이 발 벗고 나섰으며, 특히 지역 의사회와의 현장 소통을 적극적으로 추진해 나갔다.

그럼에도 포괄수가제에 대한 정보가 부족했던 국민들의 입장에서는 "의료의 질 저하"와 같은 우려들에 무방비로 노출될 수밖에 없었다. 이에 심사평가원은 제도의 혜택을 중심내용으로 홍보물••을 제작하고 이를 각종 매체를 통해 홍보하기 시작했다. 특히 UCC 제작과 뉴스 기획 보도, 생활정보 프로그램 제작 지원 등에 힘을 기울였으며 생활체감형 소재를 적절히 활용해 최대한 이해하기 쉽게 포괄수가제를 알리려 노력했다.

이밖에도 국민이 직접 진료비를 조회해 볼 수 있는 '포괄수가 진료비 알아보기' 서비스와 포괄수가제 실시 요양기관을 찾아볼 수 있는 '병원 찾기' 서비스를 개발하고 심사평가원 홈페이지를 통해 제공함으로써 포괄수가제 바로 알리기에 앞장서 나갔다.

당연 적용의 효과는 곧 증명되었다. 환자 본인부담금이 감소되었음에도 건강보험 보장률은 증가했다. 또 우려할만한 의료의 질 저하도 나타나지 않았다. 이로써 제도 도입기에 제기되었던 수많은 우려와 불안들이 상당 부분 불식되고, 새로운 수가제에 대한 긍정론이 확산될 수 있었다.

포괄수가제 개편

제도 안정기에 접어들자, 이번에는 '지불 정확성의 확보'가 화두로 부상했다. 무엇보다 과거의 포괄수가는 기존의

•• 올바른 정보 알리기가 핵심이었기에 '포괄수가제 오해와 진실'과 같은 홍보 책자를 발간해 온 · 오프라인에 배포하기도 했다.

행위별수가 진료비 청구내역을 기반으로 산출된 것이기에 한계가 있다는 지적이었다. 이에 변화하는 진료형태를 반영해 적정수가를 산출하고, 새로운 의료기술 등을 유연하게 반영하기 위해서는 수가모형의 개선이 필요했다.

2018년 9월 보건복지부와 심사평가원이 각각 운영 중이던 회의체가 통합되어 '포괄수가협의회'가 출범하면서 분위기가 무르익었다. 이에 해당 협의회를 중심으로 그해 12월부터 각급 병 · 의원의 진료내역과 일부 지역거점공공병원의 비용자료를 활용해 비용기반 수가개발에 착수했다. 동시에 4개 진료과 학회의 의견수렴을 통해 포괄수가제의 개선방안을 찾아나갔다.

이후 1년여에 걸친 개발 및 조정 작업 끝에 심사평가원은 2020년 1월, '비용기반 포괄수가'를 개발해 세상에 내놓았다. 또한 그간 요구가 높았던 고가의 치료재료 항목은 별도 보상하기로 했으며, 국민들이 이해하기 쉬운 방식으로 진료비 계산식을 개정했다. 더불어 비급여렌즈를 이용한 백내장수술의 경우, 중복보상을 방지하기 위해 인공수정체 금액을 제외하고 청구할 수 있도록 운영방식을 개선했다.

2020년의 수가개편은 2013년 전 종별 포괄수가 당연 적용 이후 최초로 진행된 수가개편이라는 점에서 의미가 컸다. 정례적인 수가조정의 기반을 마련함으로써 적정수가 산출에 한 발 더 다가섰다는 차원에서도 유의미한 성과였다.

신포괄수가제 개발

포괄수가제를 도입하기는 했으나, 일부 기관들로 참여가 편중되어 제도의 본래 취지를 살리지 못하고 있었다. 확산세가 지지부진하자 정부는 2007년 12월 새로운 수가모형 개발을 위한 계획을 수립하게 되었고, 곧 보건복지부 내에 '지불제도 개편 TF'와 '포괄수가 모형개발 협의체'를 구성해 운영에 들어갔다.

한편 심사평가원은 보건복지부의 '포괄수가 확대를 위한 모형 개발계획'에 따라 2008년 1월 원내에 전담 조직인 포괄수가연구개발단을 조직하고, 2월에는 제1차 지불제도 개편 TF회의를 거쳐 '신포괄수가 개발방향'을 수립했다.

기존 7개 질병군에 대한 지불모형의 경우 비교적 단순한 질병군들을 대상으로 만들어진 것이기에 유연성이 낮았으며, 진료내역의 편차가 큰 질병군들에는 적용이 어려워 제도 확산에 한계가 있었다. 따라서 새로운 수가모형은 무엇보다 전체 입원환자, 전체 질병군으로의 확대 적용을 목표로 설계되었다.

기본적으로는 포괄수가와 행위별수가를 결합한 모형이었다. 의료자원의 효율적 사용이라는 포괄수가제의 장점과 적극적인 의료서비스의 제공이 가능한 행위별수가제의 장점을 혼합한 형태였다.

〈신포괄수가 모형〉

신포괄수가 = 포괄수가[기준수가 + 일당수가] + 행위별수가

기본진료비는 포괄수가로 묶고, 진료비 차이가 큰 고가서비스와 의사의 시술행위 등은 행위별수가로 별도 보상하는 체계였다. 구체적으로 살펴보면 10만 원 미만의 비급여 서비스와 초음파 검사는 보험급여로 전환해 비급여 항목의 범람을 막는 한편, 비교적 고가의 전문적인 서비스들은 행위별수가 항목으로 분류해 과소진료의 폐해를 막고자 했다.

지불방식에 있어서는 입원일수 단축에 대한 인센티브를 부여하고, 중증도에 따라 수가를 구분해 차등 보상하는 시스템을 채택했다. 또한 중증도 간 진료비 차이를 평가해 통계적으로 유의미한 차이가 발견되지 않는 경우에는 단일 포괄수가로 설정했다.

신포괄수가제 시범사업 확대

새로운 모형의 첫 임상 적용은 일산병원에서 이루어졌다. 1차 시범사업이 개시되기까지의 일지를 정리해보면 다음과 같았다.

〈신포괄수가제 1차 시범사업, 준비에서 시행까지〉

2008년 7, 8월

1차로 개발할 20개 질병군 선정 완료

2008년 12월

일산병원을 대상으로 신포괄수가 초안 산출

- 20개 질병군을 입원 일수에 따라 정상군, 하단열외군, 상단열외군으로 분류

2009년 1월

정부와 시범기관인 일산병원 간의 세부협의 진행

- 일산병원의 대상 질병군 일부 변경 요청, 시범사업 참여기관에 대한 인센티브 제공 결정 등

2009년 4월 20일

일산병원 1차 시범사업 개시

이후 신포괄수가제가 적용되는 질병군은 일산병원 시범사업을 통해 꾸준히 확대되어 갔다. 그러나 보험자 병원 1개 기관의 시범사업 결과만으로 국가 전체의 사업방향을 정할 수는 없었다. 이에 2011년 4월부로 포괄수가제 확대를 위한 중장기 로드맵을 수립했고, 이 청사진에 따라 3단계로 나눠 점차 시범사업의 범위를 확대해 갔다.

질병군 확대에 이어, 다음 목표는 '공공병원으로의 확대'였다. 이에 2011년 7월 공공병원 대상 신포괄수가제 시범사업 1단계로 3개소•를 선정하고 사업에 돌입했다. 이후 지역거점 공공병원을 대상으로 계속해 사업을 확장해 나간 결과, 2017년에 들어서는 모두 42개의 의료기관이 신포괄수가 시범사업에 참여하게 되었다.

〈신포괄지불제도 시범사업 확대 단계〉



한편 정부의 입장은 확고했다. "비급여는 축소하고 건강보험의 보장성을 확대해 나간다!". 2017년 이후 대한민국 보건의료정책의 백년 청사진에 대한 명확한 밑그림이 연이어 발표되었다.

〈대한민국 보건의료정책의 방향성〉

2017년 8월

건강보험 보장성 강화대책 발표

2019년 5월

제1차 건강보험 종합계획 발표(2019~2023)

이와 같은 정책방향에 따라 비급여 비용이 수가모형에 이미 반영되어 있는 신포괄수가제의 확대가 더욱 강조될 수밖에 없었다. 이에 해당 제도의 확대경과는 비로소 3단계에 진입하게 되었다. 그간 42개 공공병원을 중심으로 운영되어 왔으나, 민간병원의 참여를 획기적으로 늘림으로써 2022년까지 5만 병상으로 제도를 확대해 간다는 계획이

• 대구의료원, 남원의료원, 부산의료원

수립된 것이다.

3단계 확대 적용은 신포괄수가제 전환이 용이할 것으로 예상되는 급성기 · 민간 중소병원을 대상으로 추진되었다. 시범 적용 이후에는 민간부문 확산 가능성을 검토해 민간 종합병원까지 확대해 나가기로 했다.

한편 심사평가원은 정부 측의 확대 플랜이 발표됨에 따라 신포괄수가제의 민간병원 확대사업을 원활히 수행하기 위해 임시조직인 '신포괄확대운영팀'을 구성하고 적극적으로 업무를 지원해 나갔다.

〈신포괄수가제 확대 현황〉

연도	참여기관 수		보험자 종별
~2017	42	공공 42개소	건강보험, 의료급여
2018	56	공공 2 · 민간 12개소 확대	
2019	68	민간 12개소 확대	건강보험, 의료급여, 보훈(확대)
2020	98	공공 2 · 민간 28개소 확대	

시범사업 평가 결과 신포괄수가제의 최대 장점이 그대로 확인되었다. 기존 비급여 항목을 급여 항목에 포함시키는 모형의 특성으로 인해, 건강보험 보장률이 지속적으로 증가한 것으로 드러났다.

더구나 2019년에는 2018년의 진료비 실태조사•와 비교했을 때, 신포괄 참여병원의 경우 환자 보장률(80.5%)이 행위별 병원(종합병원 71.9%)보다 8.6% 높은 것으로 확인되었다. 또 심사평가원이 수행한 '환자경험 조사 결과'에서도 신포괄 참여병원(84.9점)이 행위별 병원(83.9점) 대비 환자경험 성과가 조금 더 높은 것으로 드러났다.

• 국민건강보험공단 발표 자료

신포괄수가제 도입의 효과가 민간에서도 또 한 번 증명되었다. 이에 2018년도부터 추진된 3단계 시범사업은 신포괄수가제의 민간 확산에 있어 마중물이 될 것으로 평가받았다.

신포괄수가제 모형 개선

일산병원에서 산출된 모형이 십년 가까이 쓰이고 있었다. 모형의 정확성에 대한 의구심 제기는 당연한 수순이었다. 일산병원 외에도 41개 공공병원이 시범사업에 참여하고 있음에도 그들의 사정이 모형에는 반영되지 않아 대표성에 의문이 제기되었던 것이다.

이에 2016년 1월, 신포괄수가 모형에 대한 최초의 개선작업이 진행되었다. 서울의료원과 부산의료원 등 3개 기관의 자료를 기초로 환자 구성 및 질병군 빈도, 진료실적 등을 고려해 기본수가를 산출하고 모형 개선에 적용해 나갔다.

포괄 · 비포괄 항목의 구분 기준을 보다 세밀하게 다듬은 것이 대표적인 성과 중 하나였다. 기존에는 포괄 · 비포괄 구분 시 '단가 10만 원'을 기준치로 삼았으나 모형 개선 이후에는 보다 다양한 변이와 가중치를 고려하기 시작한 것이다. 이러한 개선작업에 따라 의사행위 성격을 지닌 항목들의 경우 대부분 비포괄로 전환되었고, 대신 단가 10만 원 이상의 항목 중 일부는 포괄영역에 흡수되었다.

〈포괄 · 비포괄 항목 구분의 기준 변화〉

2016년 이전	2016년 이후
'단가 10만 원' 기준을 일괄 적용해 구분	① 의료행위 - 의사업무량의 비율과 점수를 고려해, 의사행위 성격의 비포괄 항목에 대해서는 100% 보상

2016년 이전	2016년 이후
	② 약제 · 치료재료 - 처방변이와 가중평균가를 고려해 비포괄 항목(실구입가의 80% 보상, 20%는 포괄수가에 포함)을 설정

한편 2018년에 들어 신포괄수가제의 민간병원 확대가 계획되면서 이들의 진료특성이 반영된 새로운 수가모형이 필요해졌다. 이에 심사평가원은 이듬해 8월, 신포괄 기본수가 산출기관을 기존 3개소에서 6개 병원••으로 확대하며 발 빠르게 대응해 나갔다. 또 신포괄 정책 취지에 맞춰 입원환자 분류체계 및 포괄 · 비포괄 분류 개선, 유형별 조정계수 확대, 결과중심 정책가산 평가지표 개발방안 수립 등을 시행하고 있다.

〈기본수가 산출 및 질병군 확대 현황〉

적용시기	2009.04 이후	2016.01 이후	2019.08~ 현재 (민간병원 확대)
기본수가 산출기관	1개소 일산병원	3개 기관 - 일산병원 - 서울의료원 - 부산의료원	6개 기관 - 일산병원 - 서울의료원 - 국립중앙의료원 - 보라매병원 - 순천향서울병원 - 울산대병원
질병군 개수 (ADRG)	20	559	567

비용기반 수가체계 도입 검토

신포괄수가 모형은 근본적으로 저수가 문제를 안고 있다. 이에 행위별수가 기반에서 비용 기반으로의 수가체계 전환이 검토되었다.

2017년부터 5개년 계획을 수립하고 단계적으로 시행에 들어갔다. 원가자료 수집체계를 확충하고, 2021년까지 원가 기반 수가모형을 시범적용한다는 구상이었다. 이에 따라 심사평가원은 2020년 3월 포괄수가실 내에 임시 조직인 비용분석부를 신설하고, 비용 기반 신포괄수가 산출체계 구축을 추진 중에 있다.

심사평가원은 이처럼 기관별 특성에 맞는 수가모형 개선 작업을 통해 의료공급자의 제도 수용성을 확보해 가고 있으며, 이와 같은 성과는 향후 공공과 민간을 가리지 않는 신포괄수가제 확산으로 이어질 것이라 기대된다.

4. 그 외 수가제도 현황

유형별 수가계약제

직역별 고유성과 요양기관마다의 특성을 고려해 합리적으로 수가가 산정되어야 한다는 취지에서 2007년 '유형별 수가계약제'가 도입되었다. 이로 인해 7개 유형별•••로 각 단체의 장이 당사자가 되어 매년 국민건강보험 이사장과 수가계약을 맺기 시작했다.

•• 민간병원 2개소, 공공병원 1개소 추가

••• 병원, 의원, 치과, 한방, 약국, 조산원, 보건기관

〈유형별 수가계약제 도입으로 인한 변화〉

	2000~2006년	2007년 이후
계약 상대	각 단체의 대표로 구성된 '요양급여비용계약협의회'	7개 유형별 단체의 대표들
계약 형태	요양급여비용계약협의회와 국민건강보험공단 이사장이 일괄 계약 체결	유형별 단체의 장이 건강보험 이사장과 각각 별도로 계약 체결

거슬러 올라가면 「국민건강보험법」의 제정과 함께, 수가결정 방식 역시 금액 기준 고시제에서 수가계약제로 변경되었다. 수가계약제가 2000년 건강보험 통합 당시 의료계 5대 요구사항 중 하나였기 때문이다. 이에 따라 「국민건강보험법」에서는 요양급여비용을 보험자 대표인 국민건강보험공단 이사장과 의약계 대표들이 1년 단위 계약으로 정하도록 하고 있다.• 또한 요양급여비용 계약은 보험재정의 수입과 지출에 깊숙이 관련된 문제이기에 보험가입자의 의사가 잘 반영될 수 있도록 재정운영위원회의 심의 · 의결을 거치도록 하고 있다.

입원료 차등제

간호관리료를 포함한 '입원료 차등제'는 적정 수의 의료인력을 확보하지 못한 요양기관의 의료 질 저하를 방지하기 위해 도입되었다. 1999년 도입 당시에는 병상 수 대비 일반병동에 근무하는 간호사 수를 반기(6월 말, 12월 말) 기준으로 산출해 1~6등급으로 수가를 차등화했다.

2007년 4월에 들어서는 종합병원과 병원을 대상으로 7등급제가 도입되었고, 7등급 의료기관을 대상으로 입원료를 5% 감산하기 시작했다. 그러나 의료취약지역의 의료기관에 대해서는 간호사 고용이 어려운 실정을 고려해 7등급이 아닌 6등급을 적용하는 보완제도를 2008년 2월에 도입했다.

한편 일반병동 간호관리료를 시작으로 이후에는 입원료 차등제가 점차 확대되어 갔다. 2007년 10월 신생아 중환자실, 2008년 7월 성인 · 소아 중환자실로 확대되었으며, 요양병원은 2008년 1월, 의료급여 정신과의 경우에는 2008년 9월에 간호관리료 차등제가 도입되었다. 또한 완화의료의 신규 수가체계가 도입될 당시에도 차등제가 도입됨으로써 의료서비스 질 관리에 대한 정부의 확고한 의지가 의료계 전반에 스며들 수 있었다.

요양병원 정액수가제

요양병원이란 요양환자 30명 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고, 주로 장기입원 환자에게 의료서비스를 제공하는 의료기관이다. 급속한 고령화와 만성질환 의료서비스 수요의 증가로 인해 요양병원 수가 크게 늘었으나 기존 행위별 수가제로는 해당 질환의 특성에 맞는 의료서비스 공급에 한계가 있었다. 이에 정부는 요양병원의 특성에 적합한 지불보상 체계인 '일당정액제(Per-Diem Payment)'의 도입을 결정했고, 시범사업의 시행 주체로는 심사평가원을 선택했다. 이후 2005년 7월부터 2006년 6월까지 '장기요양병상수가 시범사업'이라는 명칭 아래, 22개 요양병원과 5개 요양병상 보유병원이 해당 사업에 참여했다.

그러나 사업 개시 이후 오래지 않아 위기가 찾아왔다. 전산청구 시스템의 개발비용을 감안하지 못했던 많은 요양기관들이 돌연 시범사업 철회 의사를 밝혀왔던 것이다. 눈 위에 서리친 격으로, 소프트웨어 개발업체 또한 1~2개 요양기관을 위해 프로그램을 개발할 수는 없다며 포기 의사를

• 계약 결렬 시 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 것으로 명시하고 있다.

밝혀왔다. 그럼에도 심사평가원의 노련한 상황 대처와 끈질긴 설득으로 시범사업은 결국 예정기간 내에 무사히 성료될 수 있었다.

시범사업 수행과정에서 심사평가원은 제도 개선의 과제를 추출해냈다. 정액수가가 적용되는 장기요양병상과 행위별 수가가 적용되는 일반병상 사이 구분이 모호하다 보니 수가 적용이 용이한 쪽으로 편법 운영되는 사례가 다수 발견되었다. 이에 시범사업에서 나타난 문제점 보완을 위해 일당정액제 수가모형에 대한 추가 개선작업을 진행하게 되었다.

〈시범사업 전후의 일당정액 수가모형 개선사항〉

시범사업 전	시범사업 후
관습적인 질병분류와 ADL**에 따라 정액수가 결정	50~80개의 문항으로 구성된 환자평가표를 작성하고, 그로부터 분류된 7개 환자군과 ADL에 의해 정액수가 결정

** ADL[activities of daily living]: 일상생활동작. 식사, 배설, 목욕, 옷 갈아입기, 보행 등 일상생활의 기본적인 동작을 말한다.



또한 기관 간 의료인력 확보수준의 편차가 심한 점을 감안해 의사의 경우에는 5개 등급, 간호사의 경우에는 9개 등급으로 구분하고, 그 결과에 따라 일당 일정액의 수가를 가산 또는 감산하는 기준을 도입했다.

시범사업의 성과를 바탕으로 2008년 1월부터 본 사업에 착수했다. 본 사업에 도입된 최종 수가모형은 환자의 임상적 특성과 자원소모량에 따라서는 정액수가를 적용하고, 일부 예외기간과 일부 항목에 대해서는 행위별 수가를 적용하는 형태였다.

완화의료 정액수가제

매년 암 사망자가 꾸준히 늘어나고 있으나 환자의 존엄한 죽음과 사별가족의 아픔에 대한 보건의료 서비스 체계는 아직 미흡했다. 그나마 일부 의료기관에서 자발적 호스피스 서비스를 제공하고 있었지만 기관 간 편차가 크다는 문제가 있었다. 이에 2008년 2월 보건복지부는 '말기암환자 완화의료 제도화 추진계획'을 수립하고 호스피스 법제화를 추진하기 시작했다.

한편 이에 앞서 심사평가원은 완화의료 서비스 활성화를 목표로 일당정액 형태의 수가개발에 착수한 끝에, 2008년 5월부로 개발을 완료했다. 또한 2009년 11월에는 완화의료 건강보험수가 적용을 위한 시범사업팀을 구성하고 그 해 12월부터 시범사업을 주관해 나갔다.

〈완화의료 수가체계 모형〉

완화의료수가 = 요양기관 종별 입원일당 정액수가

- 가산 : 간호사 인력확보수준 및 사회복지사 전담을 기준으로 가산
- 식대 : 행위별 수가를 적용
- 제외 : 100/100 항목, 기존 비 급여(병실차액, 선택 진료비 등)는 제외

그러나 막상 시범사업에 들어가자, 정액수가로 인해 경제적 손실이 크다며 참여기관들이 시행 어려움을 호소하고 나섰다. 이에 심사평가원은 문제 해결을 위해 입원일자별 자원소모량 조사를 실시하고 2010년 12월부로 체감기준 완화 조치를 단행했다. 입원 16일째부터 정액수가의 50%를 체감하는 기준에 예외규정을 두어, 16일에서 22일 사이에 사망하는 경우는 체감 적용을 하지 않도록 한 것이었다. 과정은 지난하고 다소 부침도 있었으나, 결국 심사평가원은 예정기간 내에 시범사업을 마무리할 수 있었다. 이후 완화의료의 국내 확산과 안정화 기반을 마련했다는 측면에서 꽤나 의미 있는 성과였다.



제2절
환자분류체계 개선 노력

1. 환자분류체계 개선의 필요성

보건의료 분야의 만능열쇠, 환자분류체계

포괄수가제와 환자분류체계는 밀접한 관계에 있다. 환자분류체계가 포괄수가제 하에서 요양급여비용의 지불단위로 사용되기 때문이다. 더불어 환자분류체계는 심사평가 업무 시 환자구성상태(case-mix)를 보정하는 도구이며, 병원 간 진료비 수준을 비교하기 위한 기초도구로 쓰이기도 한다. 그야말로 보건의료 분야의 만능열쇠인 것이다. 실상 심사평가원의 모든 업무영역에 걸쳐 환자분류체계가 활용되고 있다 해도 과언이 아니다.

최초의 환자분류체계는 1986년 서울대병원 연구소에 의해 개발된 'KDRG 버전1.0'이다. 미국의 입원환자분류체계(DRG)를 토대로 수정 · 보완된 한국형 모형이었다. 이후 1991년에는 다시 한번 미국의 Refined DRG를 기초로 KDRG 버전2.0이 개발되었으며, 2003년에는 심사평가원과 한국보건산업진흥원의 공동작업으로 실제 운영 전산프로그램•이 추가된 KDRG 버전3.0이 세상에 모습을 드러냈다.

이밖에도 우리나라는 현재 외래환자분류체계(Korean Outpatient Group, KOPG), 한의외래환자분류체계(Korean Outpatient Group-Korean Medicine, KOPG-KM), 한의입원환자분류체계(Korean Diagnosis Related Group-Korean Medicine, KDRG-KM), 재활환자분류체계(Korean Rehabilitation Patient Group, KRPG), 정신환자분류체계(Korean Psychiatric Patient Group, KPPG) 등을 개발해 활용하고 있다.

〈환자분류체계의 종류〉

명칭	구분	용도 (2020년 기준)	관리 개수 (최종DRG)	개발 연도
KDRG	입원	일반용 (V4.3)	2,753개	V1.0 1986 V2.0 1991 V3.0 2003 V4.0 2016
		신포괄용 (V1.2)	1,979개	V1.0 2010
KOPG	외래	외래 (V2.3)	598개	V1.0 2006 V2.0 2014
KOPG-KM	외래	한의 (V2.4)	260개	V1.0 2007 V2.0 2013
KDRG-KM	입원	한의 (V1.4)	209개	V1.0 2014
588 분류	외래	보건기관(V1.1)	591개	V1.0 2003
KRPG	입원	재활의료기관 (V1.2)	266개	V1.0 2015 V1.1 2017 V1.2 2019
KPPG	입원	정신환자(V1.0)	42개	V1.0 2019

환자분류체계 개선의 공감대 형성

2010년대로 접어들었으나 당시의 입원환자분류체계(KDRG)는 2003년 개정 이후 일부만 보완해 활용되고 있어 임상현실과 거리가 있었다. 이에 지속적인 지불제도 개편을 위해서는 환자분류체계의 인프라 정비가 선행되어야 했다. 2011년 8월 '보건의료미래위원회'의 입원환자분류체계 재정비 권고가 개선작업 추진의 동력으로 작용했다. 이어 정부 차원의 환자분류체계 전면 재정비가 결정되었고, 구체적인 액션 플랜이 수립되었다. 2012년 7개 질병군에 대한 환자분류체계 개선을 시작으로, 지속적인 개편작업을 추진하는 쪽으로 방향을 잡아 나갔다.

그러나 의지가 아무리 충만해도 자원이 충분치 않았다. 지속적이고 주기적인 개정작업을 추진하기에는 인적 · 물적 자원이 턱없이 부족했다. 2012년 당시만 해도 심사평가원 내 환자분류체계 담당 인력은 6명에 불과했으며, 국내 전

• KDRG Grouper 3.0

문연구자도 한 손에 꼽을 정도였다. 이에 심사평가원이 넘어야 할 첫 번째 미션은 명확했다. 업무 수행을 위한 법적 근거 마련과 전담조직의 신설이 제1과제였다.

〈환자분류체계 국외 단기연수 시행 개요〉

진행연도 : 2013년부터 2015년까지 매년 진행, 매회 4주 과정
참여인원 : 9명
방문처 : 호주 울런공대(Universty of Wollongong) 내 국립환자분류센터(NCCC)

2. 환자분류체계 연구 및 개선 업무의 기반 마련

환자분류체계 개발 주체로 부상

2003년 KDRG 버전3.0 개발에 참여한 이래, 환자분류체계 개발과 관리의 실질적인 주체는 심사평가원이었다. 그러나 아무리 '실질적인 관리자'로서의 위치를 강조해도, 명확한 법적 근거 없이 전면적인 개정작업 진행은 불가능했다. 이에 정부와 심사평가원은 환자분류체계의 개발과 관리를 위한 법적 근거 신설작업에 돌입해, 2012년 7월에서 2013년 1월까지 근거조항을 마련해 나갔다.

한편 환자분류체계 관련 업무의 원활한 수행을 위해 심사평가원은 이미 2011년도부터 초석을 놓고 있었다. 그해 11월 다양한 전문가로 구성된 '환자분류체계 검토위원회'를 출범시킴으로써 상시적인 자문체계를 구축했던 것이다. 이듬해에 들어서는 인력 확보를 최우선 과제로 삼고 보건복지부 및 기획재정부와 긴밀한 협의를 이어나간 끝에 전담인력 50명을 추가로 확보했고, 2013년 1월에는 해당 업무를 전담할 '분류체계관리실'을 발족했다. 이로써 심사평가원은 환자분류체계 업무수행을 위한 제반준비를 마칠 수 있었다.

조직의 기초가 놓이자 '인력의 전문성 강화'가 다음 과제로 떠올랐다. 의료 선진국의 환자분류체계 시스템을 무리 없이 이해하는 것은 물론이고 이를 바탕으로 국내 실정에 맞춰 해당 체계를 직접 기획하고 개발할 수 있는 전문가가 필요했다. 이에 직원의 역량개발을 위한 마스터플랜을 수립하고 그 첫 단계로 '맞춤형 국외연수'를 진행함으로써 선진 노하우를 습득해 나갔다.

또한 2013년 이후로는 국제환자분류학회(PCSI)와 국제의료질관리학회(ISQua) 등 국제적인 학술대회에 꾸준히 참석해 우리의 개발성과를 발표했는데, 이를 통해 국제 최신동향과 정보를 공유할 수 있는 기회를 마련했다.

성장의 모멘텀

전담조직 태동의 원년에는 성장의 모멘텀을 만들기 위해 노력했다. 특히 2013년 3월부터는 한의 입원환자분류체계 기본모형에 대한 독자적인 개발에 돌입했다. 한의 입원환자를 대상으로 한 세계 유일의 분류체계이기에 세간의 관심을 모았고, 이에 심사평가원이 환자분류체계 개발에 뛰어들었다는 사실을 대외에 알릴 수 있었다.•

이듬해 3월에 들어서는 약 2년여에 걸친 대대적인 전면개정 작업에 종지부를 찍고, 한국표준질병 · 사인분류•• 7차 개정 결과가 반영된 'KDRG 버전4.0'과 'KOPG 버전2.0'을 완성했다. 특히 버전3.0 개발 이후 10여 년간 개정이 미흡한 상태로 남아있던 KDRG를 일신함으로써 변화된 의료현

• 해당 분류체계는 2014년 10월 분류 모형의 적정성 평가를 마치고 버전1.0 개발을 완료했으며, 이듬해 1월부터 심사평가원 홈페이지를 통해 제공되기 시작했다.

•• 한국표준질병 · 사인분류(KCD, Korean standard classification of disease and cause of death): 의무기록자료, 사망원인 통계조사 등 질병이환과 사망자료를 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 분류한 것을 말한다. 통계청에서는 세계보건기구의 국제질병분류(ICD)를 근거로 표준화한 한국표준질병·사인분류를 제정 · 고시하고 있다.

실을 환자분류체계에 정확히 반영할 수 있었다. 구체적으로 버전4.0은 이전보다 ADRG••• 기준으로 356개 더 많은 질병군을 제공했으며, 이처럼 환자분류가 세밀해지고 정확해짐에 따라 의료계 수용성을 크게 향상시킬 수 있었다.

개정 이후에는 요양기관을 대상으로 '환자분류체계 정보제공 서비스'를 실시했다. 환자분류체계 분류번호를 제공함으로써 활용도를 더욱 높이고자 했으며, 이로 인해 의료기관 종사자들은 지표 관리와 효율적인 진료환경 구축에 큰 도움을 받을 수 있었다.

2014년 11월에는 방대한 환자분류체계 데이터를 효율적으로 관리할 수 있는 '원스톱 환자분류체계 정보시스템'을 오픈했다. 무엇보다 불필요한 작업 단계들을 정리함으로써 속도와 이용자 편의성을 눈에 띄게 개선했다. 기존의 HIRA+시스템 내에 구축되어 접근성이 좋았을 뿐만 아니라 데이터 추출이 쉽고 모니터링 기능까지 추가되어 있었다. 또 환자분류번호의 실시간 조회기능과 버전별 분류체계 기능 등이 탑재되어 있어, 이용자가 원하는 바를 맞춤으로 구현해 냈다는 평가를 받기도 했다.

〈원스톱 환자분류체계 정보시스템 구축의 성과〉

마스터파일 생성관리 작업단계



: 72% 감소

환자분류체계 분류번호 모니터링 작업단계



: 66.7% 감소

••• 기본 DRG로 KDRG 6자리 중 앞 4자리에 해당되며, 외과계 질병군은 환자가 받은 수술에 따라 질병군을 결정하고 내과계 질병군은 주 진단에 따라 질병군을 결정하는 것을 일컫는다.

2014년이 저물기 전에 '한국형 재활환자분류체계(KRPG)' 개발에 성공했다. 급성기 이후 집중재활 환자의 특성을 반영한 분류체계가 필요하다는 보건의료계의 요구를 받아들여 추진에 들어갔으며, 대한재활의학회와의 공동 진행으로 수용성을 높여 나갔다.

개발과정에서는 심사평가원의 축적된 역량이 빛을 발했다. 특히 재활환자의 임상적 특성을 정확히 반영하기 위해 연령과 기능평가 결과를 적절히 활용한 점, 조사능력과 데이터베이스 분석 능력을 바탕으로 '한국형 재활손상대분류 및 정의서'를 개발해낸 점은 해당 프로젝트의 진행과정에서 손꼽을 만한 성과였다.

이러한 노력 끝에 2014년 12월 KRPG 버전1.0 개발을 완료하고 이듬해 1월 일반에 공개했다. 질환별 재활손상대분류가 적용되고,•••• 임상적으로 의미 있는 기능평가도구와 연령별 질병군이 온전히 반영되어 있는 완성도 높은 결과물이었다. 환자분류체계의 다양한 가능성을 제시했다는 측면에서 매우 의미 있는 성과였고, 개발 이후에도 심사평가원은 다양한 사업을 전개하며••••• KRPG 버전1.0의 임상 안착을 위한 발판을 마련해 나갔다.

3. 한국형 환자분류체계의 성숙기 견인

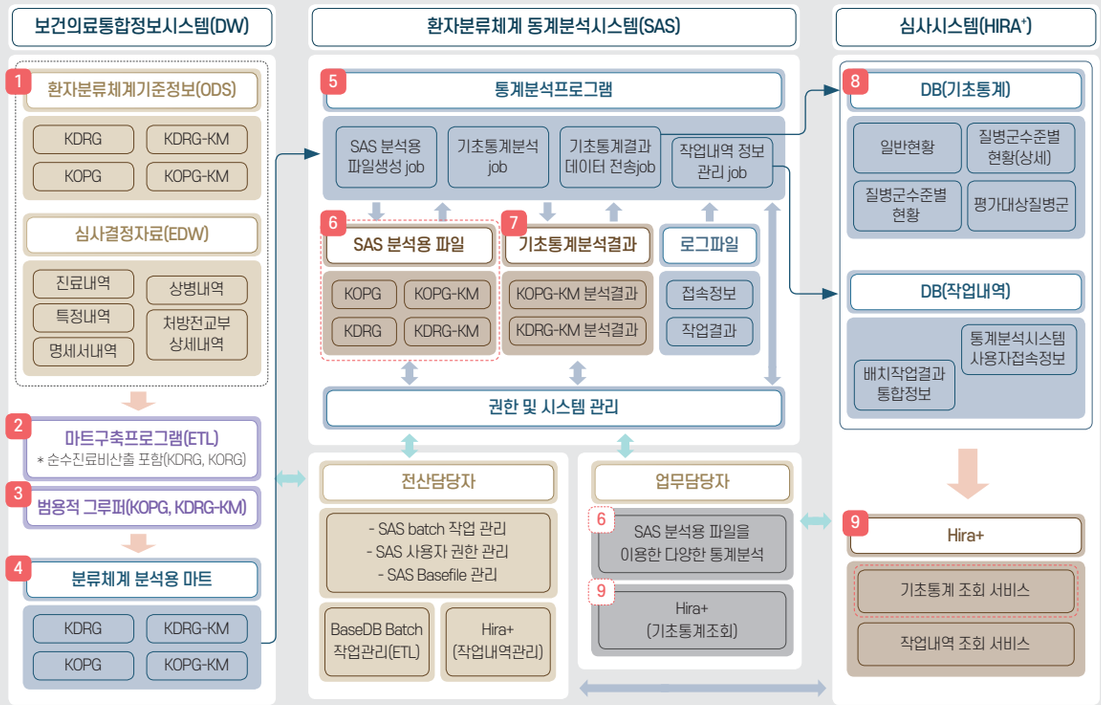
PCS 업무전산화 완성

환자분류체계(Patient Classification System, PCS) 업무도 어느 덧 정착기에 접어들자, 한 단계 도약을 위해 전산화 필요성

•••• 우리나라 입원 전문재활치료 중 94.7%(2013년 기준)를 차지하는 뇌·척수 손상 환자를 중심으로 분류가 이루어졌다.

••••• 회복기 재활치료 인프라의 확충을 위해 '재활의료기관 지정·운영 시범사업'을 진행했고, 본 사업 시행 시에는 한국형 재활손상대분류를 활용해 사업 적용대상 환자군을 선정했다.

〈PCS분석 자동화 시스템의 구조〉



이 제기되었다. '정보가 곧 재화인 시대'. 보건의료계에서 가장 가치가 큰 정보 중 하나가 바로 환자분류체계였던 것이다. 이에 심사평가원은 활발한 정책지원 요구와 심사패러다임의 혁신적인 변화, 빅데이터 분석 수요의 폭발적인 증가 등을 예상하고, 선제적인 대응의 차원에서 'PCS분석 자동화 시스템' 구축에 착수했다.

사업 진행에 박차를 가한 끝에, 2017년 9월 시스템 구축을 완료했다. 시스템 개통 이래 업무는 크게 간소화되었고, 분석에 소요되는 시간이 감소함에 따라 업무생산성이 눈에 띄게 향상되었다. 더해 폭증할 것이라 예상되는 자료분석 요구에 효과적으로 대응할 수 있는 '도구'를 미리 마련했다는 차원에서도 의미 있는 성과였다.

한국형 분류체계의 정착

한의 환자분류체계는 그 활용에 있어 몇 가지 특징을 지니고 있었다. 우선 특정상병에 청구가 집중되어 있고, 요양급여 대상 시술행위 역시 침 · 구 · 부항술에 한정되어 있었다. 심사지표 산출 시에는 한의 외래환자분류체계(KOPG-KM)만 활용되고 있었다. 따라서 임상적 타당성과 자원소모 타당성

을 높이기 위해 전면개정이 필요한 상황이었다. 이에 심사평가원은 2017년 '한의 환자분류체계 전면개정 4단계 로드맵'을 수립하고 단계별로 개정작업에 들어갔다.

한의 외래환자분류체계(KOPG-KM)의 경우 최신 임상현실을 반영해 보다 세밀한 분류를 만들어내는 것이 핵심과제였다. 이에 8개 질병군을 대상으로 연령을 세분화했다.• 다음으로 한의 입원환자분류체계(KDRG-KM)는 최소 건수를 지속적으로 충족하지 못할 뿐 아니라 변동계수가 큰 상병과 진찰투약 그룹에 대해, 상병에 관계없이 자원소모에 더 큰 영향을 미치는 진료행태인 순수입원과 협진으로 분리했다. 또 진료비 차이가 크지 않은 연령세분화 그룹은 과감하게 통합하고, 청구 건수가 지속적으로 적은 시술그룹은 기타그룹에 통합해 2018년부터 적용에 들어갔다. 2020년 현재 로드맵의 4단계를 진행 중이며, 특히 개정된 분류체계의 활용도를 높이는 방안을 모색 중이다.

한편 2018년에는 아직 환자분류체계의 미개척지로 남아있던 정신건강의학과 영역에도 주목했다. KDRG만으로는 분류와 그 특성에 대한 설명이 충분치 않은 영역이었다. 동일한 진단명이라도 임상적으로 다양한 기능 수준과 증상의 심각도를 가지고 있으며, 치료시기에 따라서도 의료서비스 요구도가 달라지기 때문이다. 이에 새로운 분류체계 개발에 대한 갈증이 있었고, 이번에도 응답의 주체는 심사평가원이 되었다.

언제나 그랬듯이 거버넌스의 구성이 먼저였다. 임상전문가와 보건전문가가 참여하는 '한국형 정신환자분류체계 개발 위원회'가 구성되었고 이를 바탕으로 본격적으로 문헌검토와 조사 작업에 돌입했다.

2018년, 영국의 정신건강클러스터(Mental Health Cluster)의 틀과 호주의 정신건강치료단계(Mental Health Phase of Care)를 우리 현실에 맞게 재구성해 '한국형 정신질환 대분류 및 정의서'를 개발했다. 나아가 청구자료에서 수집하기 어려운 변수들을 수집하고•• 이를 대분류 변수로 활용함으로써 보다 정신환자의 특성이 잘 반영된 분류체계 개발을 추구해 나갔다.

이러한 노력 끝에 2019년 12월 심사평가원은 드디어 정신건강의학과 입원환자를 대상으로 한 '한국형 정신환자분류체계 버전 1.0' 개발을 완료했다. 환자분류체계의 개발영역을 넓혔다는 점을 고려하면, 심사평가원을 넘어 대한민국 의료분류체계의 발전사에서 매우 의미 있는 성과였다.

• 65세 전후

•• 중증 신체질환 공존 여부, 입원 병력, 자의입원 여부 등

제3절
요양급여 등재절차의 중심축 역할

1. 의료행위 등재업무의 현황과 변천

의료행위의 정의와 요양급여 등재절차 현황

국민건강보험에서는 의료행위에 대한 요양급여를 실시하고, 요양급여의 범위를 정하고 있다. 이때 요양급여의 범위를 요양급여대상이라 하고, 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 요양급여대상에서 제외되는 사항을 비급여라 한다. 새로운 의료행위를 요양급여로 등재하기 위해 요양기관 또는 의약관련 단체 등은 요양급여대상 여부 결정을 신청한다. 신청된 의료행위에 대해서는 심사평가원에 설치된 의료행위전문평가위원회에서 건강보험 재정이 투입될 가치가 있는 의료행위인지, 기존 급여대상과의 차이가 존재하는지 등에 대해 검토하고 급여 필요성 여부를 평가한 후 비용을 산정한다. 또한 기존에 등재된 비급여 의료행위를 급여로 전환하거나 비용을 조정하기도 한다.

〈의료행위전문평가위원회 운영 개요〉

위원 임명

보건복지부 장관이 임명 또는 위촉, 임기는 2년

의사결정

선정위원 과반수 출석과 출석위원 과반수 찬성으로 의결

특이사항

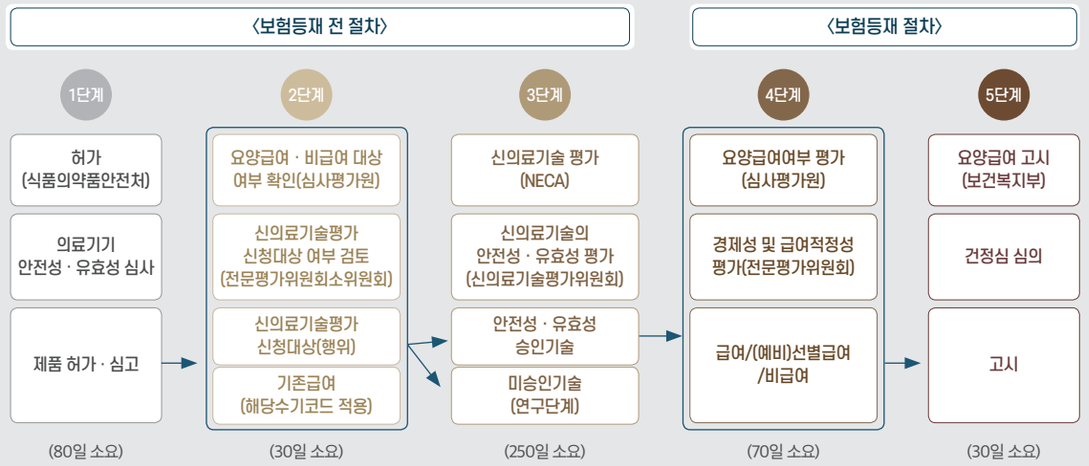
2013년 '전문가 인력풀제도'• 시행

의료행위 요양급여 등재제도의 변천과정

의료보험 도입 당시만 해도 등재과정에 있어 행정적인 검토 장치가 명확히 규정되지 않았다. 요양기관이 제공하는 요양급여대상 의료행위가 그대로 요양급여 항목이 되어 국민들

• 의사결정의 공정성과 전문성을 제고하고자, 회의 때마다 위원장이 무작위로 위원을 구성하는 제도

〈보험등재 과정에서 심평원의 역할〉



에게 고시되었다. 이에 관행적인 임의비급여 항목이 넘쳐나게 되었고, 새로운 의료행위에 대해서는 국민들이 보험급여 혜택을 제대로 받지 못하는 문제가 빈번히 발생했다.

「국민건강보험법」 제정 시 이러한 문제 상황의 타개에 초점이 맞춰졌다. 때문에 법 제정을 계기로 모든 의료행위를 요양급여대상과 비급여대상으로 구분하는 '급여목록표'가 고시되기 시작했다. 비급여대상으로 정해 고시하지 않은 의료행위는 자동으로 요양급여대상으로 규정하는 '급여제외목록(Negative List)' 등재방식이었으며, 이를 위해 보건복지부는 2000년 7월을 데드라인으로 삼아 요양기관으로 하여금 보험급여적용 신청을 하지 않은 의료행위에 대해 결정 신청을 하도록 했다.

그러나 이후에도 '미결정'이라는 꼬리표를 단 의료행위들이 여전히 발생했고, 이에 보건복지부는 관련 결정 및 조정기준을 제정해 고시하게 되었다. 한편 미결정 행위의 안전성 · 유효성 확인과 요양급여대상 여부, 그리고 상대가치점수 검토를 포함한 일련의 실무 진행을 위해 심사평가원에는 '행위전문위원회'가 구성되어 운영에 들어갔다.

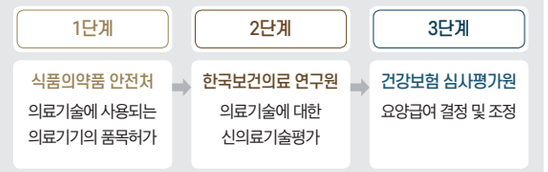
〈행위전문위원회의 구성〉

대한의사협회장이 추천하는 자 등 17명의 전문위원으로 구성

이후 신의료행위의 폭증으로 인한 관리문제가 새로운 이슈로 부상했다. 이에 2002년 8월 '미결정행위 등의 결정 및 조정기준'이 폐지되고 새로운 의료행위를 평가하기 위한 '신의료기술의 요양급여 결정신청 제도'가 도입되었다. 새로운 제도의 취지에 맞춰 기존 '행위전문위원회' 역시 '의료행위전문평가위원회'로 이름을 바꾸었으며, 위원은 18명으로 구성해 경제성 및 급여 적정성 평가업무를를 전담하기 시작했다.

2007년에는 신의료기술의 안정성과 유효성에 대한 국가검증체계가 도입되었다. 이후로는 '신의료기술평가제도'를 통해 국민의 건강권을 보호하고 신의료기술의 발전을 촉진하기 위한 일련의 검증작업이 수행되었다. 도입 당시에는 심사평가원이 정책수행의 주체로 기능했으나 2010년 6월부터는 해당 제도의 운영업무가 한국보건의료연구로 이관되었다.

〈신의료기술평가제도에 따른 3단계 검증 및 등재절차〉



그러나 결국 시간의 문제였다. 3단계에 따라 최종 결정이 이루어지다보니 신의료기술이 의료현장에 도입되는데 너무 많은 기간이 소요되었던 것이다. 이에 2015년 9월부터 신의료기술행위에 대해 기존 기술인지 신의료기술인지를 판단하는 '기존기술확인 업무'가 심사평가원 내에 신설되어 오늘에 이르고 있다.

한편 '감염병 체외진단검사'의 경우 신속성이 생명인 데다 안전성의 우려가 적은데도, 장기간 소요되는 등재절차를 거쳐야 했다. 신종감염병에 대한 대응체계 마련이 전사회적인 화두로 부상함에 따라, 이러한 현실은 시급한 개선과제로 부상하게 되었다. 이에 정부와 심사평가원은 2019년 4월 '감염병 체외진단검사의 건강보험 등재절차 개선 시범사업'을 추진하고, 이를 통해 안전성 우려가 적은 체외진단검사에 대해 사후평가 기전 도입 가능성을 모색해 나가고 있다.

2. 치료재료 등재업무의 현황과 변천

치료재료의 정의와 요양급여 등재절차 현황

치료재료는 통상 건강보험 적용 대상자의 진료에 사용되는 재료로 관련 규정과 절차에 따라 보건복지부장관이 인정 · 고시하고, 식품의약품안전처장 또는 관계법령에 의해 허가 또는 신고를 필한 소모성 재료를 말한다. 그 종류와 범위를 명확히 규정할 수는 없지만, 관계법령에 의거해 대체로 다음과 같이 구분한다.

〈치료재료의 종류〉

「의료기기법」

의료기기 중 인공관절, 스텐트 등 주로 소모성 의료기기

「약사법」

의약외품 중 거즈, 붕대 등 일부 품목

「인체조직 안전 및 관리 등에 관한 법률」

뼈, 인대, 연골 등 인체조직

기타 공산품 중 일부 품목

우리나라의 건강보험에서는 의료행위, 약제와 함께 치료재료도 요양급여 등재 여부와 가격을 결정하고, 이를 '치료재료목록표'로 만들어 관리하고 있다. 이 역시 비급여대상으로 정해 고시하지 않을 경우, 자동적으로 요양급여대상으로 등재되는 'Negative list' 방식을 따르고 있다.

한편 식품의약품안전처의 수입 및 제조 인허가를 받은 경우, 의무적으로 치료재료 결정을 신청함으로써 건강보험 제도권 내로 진입하도록 규정하고 있는데 심사평가원은 이 과정에서 제반 검증 및 평가 업무•를 담당하고 있다.

관련 법령의 규정••에 따라 요양기관 또는 의약관련 단체, 치료재료의 제조 · 수입업자 등은 식품의약품안전처장으로부터 품목허가를 받거나 품목신고를 한 날로부터 30일 이내에 관련서류를 첨부해 보건복지부 장관에게 급여대상 여부의 결정을 신청해야 한다.

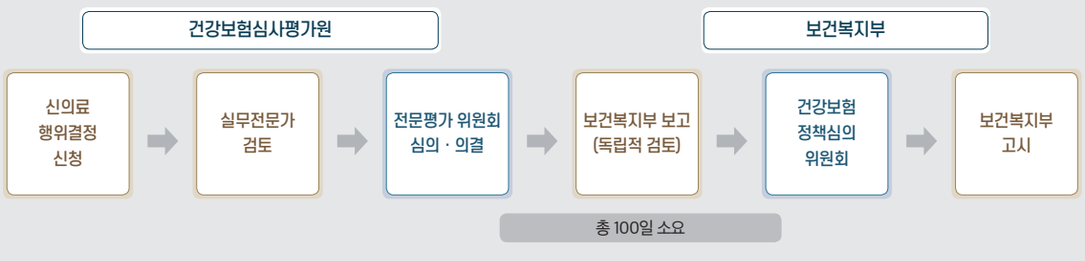
결정 신청된 치료재료는 심사평가원 내에 설치된 '치료재료전문평가위원회'를 통해 안전성 · 유효성 확인, 경제성 평가, 급여적정성 평가, 상한금액 검토 등의 과정을 거치게 되고 심사평가원은 해당 평가결과를 보건복지부 장관에게 보고하도록 규정되어 있다.

한편 인체조직의 경우 2005년 「인체조직 안전 및 관리 등에 관한 법률」이 시행되면서 가격산정 기준이 최초로 명시되었

• 치료재료의 급여등재, 가격산정, 코드 표준화나 유통·사용과 관련된 모니터링 및 관리, 이미 급여목록에 등재된 치료재료에 대한 목록 재정비나 상한금액 조정 등의 재평가 업무 포함

•• 「국민건강보험법」과 동법 시행령, 그리고 「국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙」, 「행위 · 치료재료 등의 결정 및 조정기준」 등

〈치료재료 결정(조정) 신청 처리절차〉



다. 이후 2009년 12월 새로운 가격산정 기준이 고시되었으며, 해당 등재절차에서 검증에 관한 제반업무는 심사평가원 내 '인체조직전문평가위원회'에서 수행하고 있다.

치료재료전문평가위원회와 인체조직전문평가위원회의 구성

출범 당시의 명칭은 '치료재료전문위원회'였다. 건강보험에 등재되지 않은 새로운 치료재료의 요양급여대상 여부와 상한금액 결정을 위해 대한의사협회장이 추천하는 자 등 15인의 전문위원으로 구성해 심사평가원 내에 설치하고 운영에 들어갔다.

그러다 새로운 치료재료에 대한 경제성 및 급여적정성 평가 필요성이 커지면서 2002년 8월 '치료재료전문평가위원회'로 명칭을 변경해 그 역할을 확대했고, 이후로는 점차 위원의 수를 늘려 2010년에는 18인으로 증원되었다.

한편 2010년 3월에는 인체조직에 대한 요양급여대상 여부를 가리고 상한금액을 결정할 전담조직으로 '인체조직전문평가위원회'가 구성되었다.

2020년 현재 치료재료 · 인체조직전문평가위원회는 보건복지부 장관이 임명 또는 위촉한 350명 내외의 위원 중, 회의 개최 시마다 23명 이내의 위원을 선정해 운영하고 있다. 또 각 위원의 임기는 2년으로 하되 연임의 가능성을 열어놓고 있다.

치료재료 요양급여 등재제도의 변천과정

최초의 법적 규정은 1995년 4월에 이루어졌다. 당시 치료재료 인정 등의 기준을 제정하면서 보험적용 신청 및 등재절차가 법적으로 규정되었다. 요양급여대상 여부에 대한 평가는 심사평가원장이 하도록 했으며, 보건복지부 장관이 최종 결정해 고시하도록 명시했다.

이후 새로운 의료기술이 우후죽순 등장하고, 경제성 평가를 포함해 비용효과에 대한 검토 필요성이 제기됨에 따라 2010년 「행위 · 치료재료 등의 결정 및 조정기준」이 개정되면서 치료재료에 대한 재평가를 정기적으로 시행하는 제도가 도입되었고, 이는 현재까지 지속적으로 시행되고 있다. 또한 같은 해 1월에는 「인체조직 상한급액의 산정 기준」이 마련됨에 따라 이를 계기로 인체조직을 치료재료에서 분리해 별도 관리에 들어가게 되었다.

한편 한미FTA 조약 합의사항 이행의 일환으로 2011년 12월, 치료재료의 요양급여 대상 여부 및 상한금액 결정과정에 이견이 있는 경우 별도의 검토를 받을 수 있도록 하는 '독립적 검토 절차'가 마련됨으로써[•••] 치료재료 결정과정이 보다 투명하고 공정해질 수 있었다.

2014년에 들어서는 치료재료 평가절차에 대한 이해 부족으로 인해 발생하는 누락이나 착오를 방지하기 위해 심사평가원 내에 '사전상담제'가 도입되고 운영에 들어갔다. 이후 2016년부터는 '찾아가는 사전상담제' 서비스, '업체 실무교육' 등의 형태로 점차 확대되어 갔으며 이는 비용보상에 대한 예측가능성을 높이는 행정적 기제로 의료소비자들에게 많은 호응을 받았다.

치료재료 보장성 강화

2017년 8월 건강보험 보장성 강화대책이 발표되었다. 이에 정책대상과 질환별 중증도를 고려해 의학적 비급여 치료재료의 우선순위를 정하고, 비급여의 점진적 축소를 목표로 '보장성 강화 5개년 로드맵'을 수립하게 되었다.

이에 심사평가원은 항목별 전문가들이 참여하는 자문회의

[•••] 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제13조의2에 근거를 두었으며 인체조직은 제외되었다.

를 개최하고, 이해관계자들과의 전방위적인 소통 및 협의 과정을 진행했다. 이를 바탕으로 비급여의 단계적 급여화 발판을 마련했으며, 국민의 의료비 부담을 완화시키기 위한 정책추진을 적극적으로 지원해 나갔다.

치료재료 통합정보시스템 지속적 구축

심사평가원은 2010년대 중반에 들어 두 차례에 걸쳐 치료재료 관리의 정보화 수준을 개선했다. 먼저 2015년에는 고시작업 관리시스템과 통계시스템의 추가를 통해 치료재료 관리시스템의 수준을 한 단계 높였다. 또한 2018년에는 치료재료 분야에 있어서도 '전주기 관리 체계'의 중요성을 인식하고 통합 전산망 구축에 나섰다.

특히 통합 전산망 구축사업의 키워드는 무엇보다 '연계'였다. 이는 외부와 내부, 양쪽 모두의 연계를 의미했으며 우선 외부적으로는 식품의약품안전처 UDI와 심사평가원 EDI의 연계를 추진했다. 이는 단순히 식약처와 심사평가원의 정보 공유 차원을 넘어서는 야심찬 계획이었다. 심사평가원을 연결고리로 허가와 유통(식품의약품안전처), 등재와 심사 및 평가, 사후관리(심사평가원), 그리고 구입과 사용, 청구(의료기관)까지 하나로 묶은 '치료재료 안전망'을 구축하겠다는 의미이기 때문이다. 힘든 과정이었지만, 2019년 12월 UDI-EDI 연계 및 등재관리 전산화를 위한 1단계 시스템 구축을 완료하였고, 2020년 현재에는 치료재료 실거래가 조사에 활용할 수 있도록 식약처 의료기기 공급내역 정보를 연계하는 2단계 시스템 구축을 진행 중이다.

시스템의 오픈으로 그간 단계별로 분절되어 있던 정보들이 순환형 체계로 정리됨에 따라 내부적으로도 업무 연속성이 눈에 띄게 향상될 수 있었다. 또 등재업무의 전산화로 등재업무 전반에 대한 표준화가 진전되고 신청절차 역시 간소해지는 등 서비스 개선효과가 나타났다. 끝으로 제도안내 · 알림방 · 정보방 등 대내 · 외 맞춤형 정보 제공을 위한 화면들이 새로 구축되었는데, 이를 통해 치료재료에 대한 각계의 다양한 정보요구에 대응할 수 있는 발판이 마련되었다.

3. 약제 등재업무의 현황과 변천

약제 요양급여 등재방식의 변화

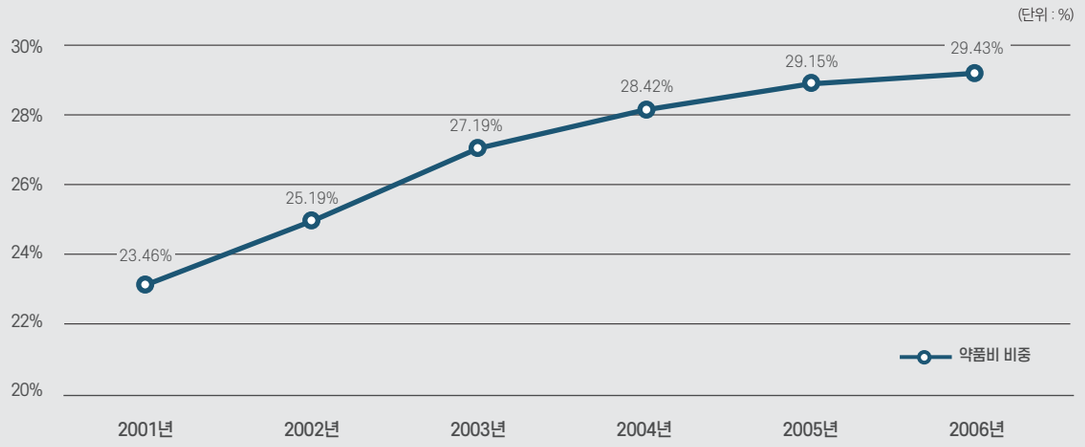
심사평가원은 2000년 7월 1일 의약분업의 시행과 더불어 '급여제외목록방식(Negative List System)'을 도입했다. 의료소비자의 선택권을 넓히고 혁신신약 개발 및 신의료기술의 발전을 도모하기 위함이었다. 이 제도는 식품의약품안전처 허가(또는 신고)를 받은 의약품 중 국민건강보험법령에서 비급여 대상으로 정한 일부를 제외하고 모든 의약품을 요양급여대상으로 정하는 방식으로 2000년 7월부터 2006년 12월까지 시행되었다.

급여제외목록방식에서의 약가산정은 각계 임상전문가로 구성된 '약제전문평가위원회'의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 고시하는 형태로 이루어졌다. 그러나 해당 제도는 보험등재 의약품 수의 과다로, 의약품 및 보험재정의 효율적 관리가 어렵다는 문제점을 지니고 있었다.

〈기존 급여제외목록방식의 문제점〉

① 비용 대비 효과성에 대한 검증 없이 의약품이 보험에 등재된다.
② 보험등재 의약품 수가 지나치게 많아져 효율적인 관리가 어렵다.
③ 의약품 사용에 대한 관리체계가 미흡하다. 예를 들어 제네릭 의약품이 진입할 경우 오리지널 의약품의 약가에 대한 별도의 재평가 체계가 전무한 상황이다.

〈총진료비 대비 약품비〉



또 건강보험 약제비는 매년 총 진료비 증가율을 능가해 지속적으로 늘고 있었다. 세계적으로 보아도 사정은 마찬가지였으나 특히 우리나라의 경우 그 속도가 지나치게 빠르게 진행되고 있어, 건강보험의 재정건전성을 위협할 정도였다. 정부는 문제 상황의 타개를 위해 2006년 12월 '선별등재목록제도(Positive List System)' 도입을 결정했다. 이에 따라 2007년을 기점으로 약제의 보험등재 방식은 치료적 가치와 경제적 가치가 우수한 의약품을 선별해 보험 등재하는 선별등재목록제도(Positive List System)로 전환되었다.

한편 심사평가원은 제도의 효율적 운영을 위해 그간 의약품 등재를 담당하던 '약제전문평가위원회'를 2007년 1월, '약제급여평가위원회'로 개편하고 심사평가원장의 권한 하에 운영에 들어갔다. 이후 임상전문가와 보건경제학 전문가, 보건의료전문가 등 18인의 위원으로 구성된 해당 위원회의 심의를 거쳐, 비용 대비 효과가 우수한 의약품을 선별하는 작업이 이루어졌다.

선별등재목록제도와 의약품 경제성평가 제도

선별등재목록제도 도입과 함께 심사평가원은 약제급여평가위원회 산하에 '경제성평가 소위원회'를 구성해 전문평가 체계를 구축하고, 약제 등재 시 경제성 평가•를 도입했다. 이에 따라 2007년에는 '의약품 경제성 평가지침'을 제정했으며, 2011년에는 관련 지침에 대한 개정을 진행했다. 그러나 경제성 평가 방법론의 진화와 더불어, 가용 데이터 부족 등으로 인한 자료의 불확실성 개선과 예측가능한 평가제도 운영 및 효율성 제고에 대한 요구가 발생하였다. 이에 심사평가원은 제약업계와 공동으로 실무 워킹그룹을 꾸리고 2017년에서 2018년까지, 2년에 걸쳐 꾸준히 주요 개선사항에 대한 논의를 진행했다.

• 한정된 자원을 두고 경쟁하는 대안들이 있을 때, 주어진 자원을 어떻게 배분하는 것이 가장 효율적인지를 판단하기 위해 활용하는 방법론

또 2019년에 들어서는 의약품 경제성 평가지침의 개정방안에 관해 위탁연구를 진행했다. 해당 연구결과에 대해 주요 이해관계자의 의견 수렴과정을 진행해 왔으며, 이를 바탕으로 2021년 경제성 평가 지침개정을 앞두고 있는 상황이다. 이로써 앞으로는 보다 과학적인 정보 제공을 통해 요양급여 결정절차의 정확도를 높여 나갈 수 있을 것으로 기대된다.

중증 · 희귀난치질환의 신약 접근성을 높여주는 위험분담제 도입

선별등재목록제도 하에서는 고가 항암제들이 비용효과성의 불확실성 등을 이유로 비급여 결정되는 사례가 많아졌다. 이에 정부는 중증질환 보장성 강화를 위해 신약의 비용효과성 또는 재정영향의 불확실성을 제약회사와 건강보험공단이 일부 분담하는 제도를 도입했다. 2013년 12월부터 시행에 들어간 해당 제도는 '위험분담제(Risk Sharing Agreement)'라 명명되었다.

〈'위험분담제'란 무엇인가?〉

제도 도입의 이유

비용효과성을 중시하는 선별등재제도를 보완하고, 중증질환자의 의약품 접근성을 높이기 위해 도입

기대효과

비용효과성 입증이 곤란한 고가 항암제나 희귀질환치료제의 건강보험 급여등재 가능성을 높임

최초 적용사례

- 직결장암 치료제인 '얼비툭스주'
- 이밖에도 대체제가 없고 생존을 위협할 정도의 심각한 질환에 사용되는 의약품들을 제도 적용의 대상으로 주로 선정

시행 초기 국내에서 제도 운영의 경험이 없음을 고려해, 위험분담기간 내 해당 약제의 급여기준 확대를 금지하는 등 제한적으로 운영되었다. 이후 제도 운영경험이 쌓이면서 2016년 9월부터 위험분담 적용 약제의 급여기준 확대를 허용했으며, 2019년 7월에 들어서는 생존을 위협하는 암이나 희귀질환에 국한되어 있던 기존의 적용대상을 중증난치질환까지 넓혀 나갔다. 이어 2020년 10월에는 비용효과적인 후발의약품, 경제성평가 면제 약제, 3상 조건부 허가 약제• 등으로까지 적용범위를 확대하며 꾸준히 제도를 개선 · 발전시켜 나가고 있다.

환자 접근성 강화 및 등재기간 단축을 위한 신약 등재제도 개선

2012년 약가일괄인하 조치 이후 여러 이해관계자로부터 신약의 적정가치 인정 및 등재기간 단축 요구가 있었다. 이에 2014년 9월, 식품의약품안전처의 안전성 · 유효성 허가 전이라도 제약사가 심사평가원에 보험급여 결정 신청을 할 수 있는 '허가-평가 연계제도'를 도입하게 되었다. 해당 제도의 도입으로 18개 성분, 21개 품목('20년 9월 기준)의 의약품에 대해, 환자들이 보다 신속하게 보험급여 적용을 받을 수 있는 길이 열리게 되었다.

또한 2015년에는 중증희귀질환 환자들의 치료제 접근성을 높이기 위해 '경제성평가 자료제출 생략제도'를 도입했다. 대체제가 없거나 환자수가 적어 상대적으로 근거 생성이 곤란한 희귀질환치료제 및 항암제 등이 경제성평가 면제대상으로 선정되었으며, 선정 이후에는 A7•• 국가의 최

• 생명을 위협하거나 치료법이 없는 질환 치료제라고 식품의약품안전처장이 판단하면 3상 임상시험 자료 제출을 조건으로 의약품 판매를 허가하는 제도

•• A7 국가 : 미국, 영국, 독일, 프랑스, 이탈리아, 스위스, 일본

저가 이하 수준으로 급여적정성을 인정받기 시작했다. 아울러 기존 약제들과 효과가 유사한 신약에 대해서는 제약사가 기존 약제들의 시장가 중 평균가격 이하로 등재가격을 신청할 경우, 약가협상 절차를 생략하고 신속하게 등재될 수 있도록 했다.

한편 2015년에는 신종감염병 대응기제 마련이 전 사회적인 이슈로 부상했다. 이를 계기로 긴급하고 신속하게 치료제의 급여기준을 검토하고 즉각 고시에 반영할 수 있어야 한다는 의견에 힘이 실렸다. 이에 심사평가원은 국가 전체가 맞이한 전염병 위기에서 국민건강을 보호하기 위해 신약 등재제도 개선방안을 꾸준히 연구해왔다. 그 같은 노력의 결과로 2020년 코로나19 팬데믹 상황에서는 관련 치료제에 대한 급여기준을 신속하게 마련할 수 있었고, 이를 바탕으로 전 국가 차원의 전염병 대응체계 구축에 일익을 담당할 수 있었다.

의약품에 대한 보장성 강화

그간 의약품에 대한 건강보험 보장성 강화가 지속적으로 추진되어 왔으며, 2018년 '기준비급여의 급여화 5개년 로드맵'이 수립됨에 따라 보장성 강화 흐름에 탄력이 붙었다.

환자가 약제비 전액을 부담하는 항목에 대해 약제비 부담금액을 30~80%로 낮추는 것을 골자로 했다. 415개 항목 의약품을 대상으로 2022년까지 사회적 요구도가 높은 의약품을 우선해 단계적으로 검토를 진행하되, 관련 단체에 대한 의견 수렴 및 전문가 자문 과정을 거쳐 기준비급여의 지속적인 급여화를 추진한다는 내용이었다. 더불어 예정된 대상 항목의 경우, 검토 완료 후에는 최대한 빠른 시일 내에 고시를 진행함으로써 의료취약계층의 부담을 완화하고 국민의 약제비 절감 체감도를 높일 수 있도록 했다.

이에 기준비급여의 급여화 사업이 완료되는 시점에 이르면, 국민의 의약품에 대한 접근성이 현저히 강화되고 그로 인해 환자의 약제비 부담도 상당부분 완화될 것으로 기대하고 있다.

〈'기준비급여의 급여화 5개년 로드맵'에 따른 검토대상 확대추이〉

검토대상 / 연도	총계(누계)	항암제	일반약제
~2018	141	**27항목** (희귀암 5항목, 여성암 11항목, 사회적 요구도 높은 암 1항목 등)	**114항목** (유전성 대사장애 등 소아질환, 치매 등 노인질환 및 중증질환 중 순환기, 뇌질환 등 투여되는 약제)
2019	85 (226)	**16항목** (중증질환 보장성 강화 관련 항목)	**69항목** (일반약제 중 다발성경화증 등 중증질환 투여약제)
2020	72 (298)	**5항목** (항구토제, 암성통증치료, 조메타주, 카디옥사, G-CSF)	**67항목** (골다공증, 골관절염 등 근골격계질환 등 투여되는 약제)
2021	67 (365)	-	**67항목** (간염, 당뇨 고지혈 등 만성질환 및 감염질환, 호흡기질환 등 투여되는 약제)
2022	50 (415)	-	**50항목** (안과질환, 이비인후과질환, 소화기계질환 등 투여되는 약제)

제4절
요양급여기준 설정 및 관리

1. 요양급여기준의 지속 정비

급여기준과 심사기준, 그 정의와 범위

급여기준은 요양기관이 실시하는 요양급여의 방법 · 절차 · 범위 · 상한 및 요양급여 제외대상 등에 대해 정하는 모든 내용이다. 즉, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 따라 보건복지부장관이 고시한 사항, 법 제45조 및 제46조에 따른 요양급여비용의 산정내역, 보건복지부장관이 정한 요양급여비용의 산정지침 등을 포함하고 있다.

한편, 심사기준은 심사평가원이 요양기관의 요양급여비용 청구내용에 대해 보건의료 관계법규 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 기준 규칙에 따라 보건복지부장관이 고시한 사항, 요양급여비용의 산정내역과 산정지침 등에 적합한지를 심사하기 위한 기준을 일컫는다.

〈심사기준의 범위〉

심사기준 = 보건의료관계법규 + 급여기준 + 요양급여비용의 산정내역 + 요양급여비용의 산정지침 + 심사지침 등

따라서 법령상의 급여기준은 요양기관 입장에서는 진료의 원칙이 되고, 심사평가원에서는 심사기준이 되며 심사평가원은 급여기준의 지속적인 개정과 관리를 통해 급여기준 개선에 기여하고 있다.

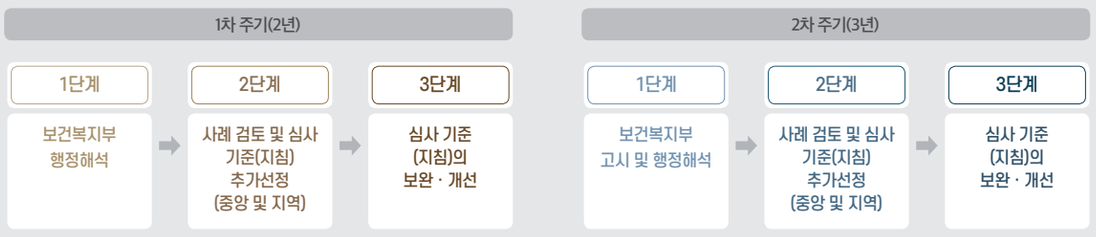
급여기준 일제정비 사업

워낙 의료환경의 변화 속도가 빠르기에 그에 맞는 적기의 대응이 중요했다. 이에 심사기준의 전반적인 재정비가 필요해짐에 따라 심사평가원은 2000년 10월, '심사기준관리계획안'을 마련하고 일제 정비에 착수했다. 의료보험 진료비 심사가 시작된 1979년부터 현재까지의 보건복지부 행정해석, 그리고 심사위원회의 심사지침 중에서 선별된 2,442개 항목을 대상으로 한 정비작업이었다.

2차 주기•부터는 되도록 3년을 주기로 해, 지속적인 관리를 실시했다. 각 단계별 관리항목을 살펴보면, 1단계에선 보건복지부 행정해석에 대한 검토 및 고시를 다루었으며, 2단계에선 중앙 · 지역심사평가위원회 심의사례를 검토하

• 2002~2004년

〈급여기준 일제정비 관리주기 흐름도〉



고 이를 바탕으로 심사기준을 추가로 선정하는 작업을 진행했다. 마지막 3단계에서는 이미 공개한 심사기준을 보완하고 개선해 나갔다.

이와 같은 정비작업을 위해 2002년에는 전담조직을 마련했다. 그해 5월 전문학회 대표자로 이루어진 '급여기준전문위원회'와 심사평가원, 건보공단 및 의약단체 대표 16명이 참여하는 '급여기준개선검토위원회'를 구성한 것이다. 사전협의 기구를 운영함으로써 급여기준과 심사지침의 타당성에 대한 논란을 불식시킬 수 있었고, 이후로는 의학적 근거를 바탕으로 합리적이고 투명한 급여기준을 마련해 나갔다.

〈심사기준 개선 관련 '위원회'의 세부운영 개요〉

급여기준전문위원회

① 전문위원회를 통해 해당 진료과목별 실무검토 진행

② 위원회 개최 전 해당 위원들에게 안건을 미리 송부하고, 충분한 사전검토 실시

③ 임상 증거에 근거한 토론 진행 후, 합의된 심사기준 개선안 도출

급여기준개선검토위원회

① 급여기준전문위원회를 통해 도출된 개선안에 대한 전문과목별 이견 조정 및 심의 진행

② 심사기준 개선안을 최종 확정해, 일부는 보건복지부에 고시 건의하고 개선 심사지침은 일반에 공개

2015년에 들어서는 다시 한번 'Zero-base'로 돌아갔다. 2014년 5월에 개최되었던 '규제개혁대토론회'를 통해 검토대상으로 선정된 급여기준 509항목의 목록을 바탕으로, 3개년 로드맵을 수립한 것이다.

무엇보다 급여기준 설정에 있어 국민 참여의 기반을 마련했다는 점에서 높은 평가를 받았다. 그간 소외되어 왔던 환자와 소비자단체 등이 급여기준 검토과정에 참여할 수 있는 길을 제도적으로 열어놓았던 것이다. 구체적으로 해당 로드맵의 수행을 통해 177항목이 최종적으로 고시 형태로 제정 및 개정되었으며, 이로 인해 총 2,697억 원의 의료비가 절감되고 4대 중증 질환자에 대해 1,789억 원의 의료비 혜택이 돌아간 것으로 추산되었다.

2019년에는 「요양급여비용 심사 · 지급업무 처리기준」의 개정이 '일제정비' 사업의 계기로 작용했다. 심사에 앞서 그 시행의 기준을 먼저 공개하도록 법적으로 규정됨에 따라 심사기준 없이 심사에 적용하던 사례를 발굴해 '심사기준화'하는 사업이 추진되었던 것이다.

사업의 원활한 추진을 위해 심사평가원 내에 '심사기준개선추진단'이 구성되어 운영에 들어갔다. 이후로는 본 · 지원 심의 및 심사사례를 분석하고 기준화하는 실무에 돌입했으며, 의료계의 의견을 적극적으로 수렴하고 제도수용성을 높이기 위해 '유형분류위원회' 및 '심사지침설정위원회'를 구성하고 이를 협력 거버넌스의 구심점으로 활용해 나갔다.

한편 이와 같은 심사기준화 사업의 추진으로 심사평가원은 '심평의학'••이라는 오래된 비판에서 다소나마 벗어날 수 있었고, 의료계의 심사기준에 대한 수용성 향상을 이끌어낼 수 있었다.

한편 해당 사업을 통해 심사평가원은 본 · 지원의 총 1,433개 심의 · 전산 · 심사 사례를 발굴해 검토를 진행했다. 그 결과 813개 사례는 삭제하고 430개 사례는 공개를 실시했으며 198개 사례는 통합을 진행했다. 또 95개 항목에 대해서는 기준화를 추진해, 65개의 고시 항목과 30개의 지침 항목을 산출해낼 수 있었다.

•• 의료계는 의사의 의학적 판단과 임상경험에 따라 진료하고 비용을 청구해도, 비전문가집단인 심사평가원에 의해 청구비용이 삭감되는 일이 부지기수라며 오래전부터 '심평의학'이라는 비판을 해왔다.

급여기준 합리화 체계 마련

'사태'라는 이름이 붙은 작은 전쟁이 벌어졌다. 문제의 진원지는 여의도성모병원으로, 2006년 12월 해당 병원에서 진료를 받은 백혈병 환자와 그 가족들이 해당 병원의 진료비 과다 청구문제를 제기하고 나섰다. 논란은 좀처럼 수그러들지 않았고, 이듬해에 들어서는 오히려 전 사회를 휩쓴 뜨거운 감자로 부상했다. 이에 2007년 8월 심사평가원과 보건복지부는 의료계가 함께 참여하는 협의체를 구성하고, 그해 12월에는 '급여기준 모니터링 계획'을 세워 본격적으로 실무검토에 들어갔다.

심사평가원의 '심사기준'이 보건의료계를 넘어 대한민국 전체의 핫이슈로 부상한 흔치 않은 사례였다. 이에 심사평가원은 협의체와는 별도로 내부 급여기준 실무회의를 구성하고, 선정항목에 대한 의학적 근거 및 타당성 검토에 나섰다. 그 결과 2008년 말에 들어서는 총 5차례에 걸쳐 의료행위 50건과 치료재료 34개 항목을 보건복지부에 고시 건의할 수 있었다.

2010년에는 급여기준 모니터링을 위한 상시시스템이 구축되었다. 급여기준의 신설 또는 변경 이후, 해당 기준이 의료현장에서 원래의 취지대로 잘 기능하고 있는지를 살펴보기 위함이었다. 상시시스템 구축 이후로는 급여기준 운영상 개선을 필요로 하는 항목에 대한 확인과 주요 수가 및 급여기준 신설 전 · 후 진료비 청구의 이상 징후 파악이 보다 용이해졌다. 동시에 그 모니터링 결과를 심사 및 급여기준 개선업무에 환류시킬 수 있는 업무 프로세스가 완비될 수 있었다.

이와 같은 환류체계의 구축으로 완벽하지는 않아도 그간의 불만을 상당 부분 해소할 수 있었다. 불필요한 논쟁과 그로 인한 자원의 소모가 전에 비해 줄어들었으며, 또 산 · 학 · 연을 포함한 사회 전반에 '급여기준 마련의 합리성 추구'라는 대의가 뿌리내리는 계기가 되기도 했다.

한편 2009년 4월에는 급여기준 개선을 위한 민원의 통로가 처음으로 개설되었다. 심사평가원 홈페이지 내에 '급여기준 신문고'가 새로 문을 연 것이다. 고객의 소리에 귀 기울이려는 심사평가원의 진심이 반영된 사업이었으며, 개설 이후로는 매년 100건 이상의 고객의견을 수렴하고 처리함으로써 정부와 의료소비자 사이 연결고리로 훌륭히 기능하고 있다.

2. 치료재료 급여기준 적정관리

치료재료 급여비용 제도의 변천

치료재료 비용에 대한 보상은 요양기관이 실제 구입한 가격을 보상하는 방식으로 시작되었다. 그러나 이러한 보상제도는 비용청구 시 구입 가격의 증빙을 위한 자료제출과 그 처리에 관한 복잡한 업무과정을 거쳐야 했다.

1984년 12월 기존 실구입가 보상의 보완재 차원에서 '협약가제도'가 도입되어 운영에 들어갔다. 보험자 및 보험자단체가 관련단체와 합동으로 조사한 치료재료의 가격에 대해 보건복지부장관의 인정을 받아 보상하는 방식이었다. 본격적인 시행 원년으로 볼 수 있는 1986년 7월 219개 품목을 시작으로 매 2년마다 협약가를 설정해 진료비 청구 및 심사에 적용하기 시작했다. 그 이후 협약가제도는 대략 14년 동안 치료재료 비용의 보상방식으로 유지되었다.

「국민건강보험법」 시행이 협약가제도 폐지의 계기가 되었다. 이때부터는 상한금액의 범위 내에서 요양기관의 실구입가를 보상하는 방식으로 전환되었고, 2000년 11월 기존 3만 6,655개 품목•을 2,712개 품목으로 정리하고 금액을 재산정해 고시하게 되었다.

• 실구입가 2만 5,860개 품목, 협약가 2,295개 품목, 단일상한가 8,500개 품목

한편 글로벌 금융위기로 인해 환율이 요동침에 따라 2009년 4월에는 「치료재료 상한금액 환율연동 조정기준」••을 새로 마련하고 치료재료 상한금액에 환율변동을 정기적으로 반영하기 시작했다. 이로써 급격한 환율변동에 대응할 수 있는 제도적 기제가 마련되었으며, 이를 바탕으로 치료재료 수급 안정을 꾀해 나갈 수 있었다.

치료재료 사후관리 강화

심사평가원은 치료재료 사후관리 강화의 한 방편으로 실거래가 조사를 실시해왔다. '치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표'에 등재된 품목을 대상으로 실거래 내역을 확인하고, 이러한 확인과정을 통해 기존에 고시되었던 상한금액을 조정해왔다.

2000년 11월 실거래가 상환제로 전환되면서 치료재료 유통시장의 투명성을 제고하고 상한금액의 적정성을 유지하기 위해 도입된 이후, 심사평가원은 보건복지부와 협의해 조사 세부계획을 수립하고 현지조사를 포함해 관련 실무를 전담해오고 있다.

2010년 10월부터는 치료재료의 가격변동 요인을 반영해 3년을 주기로 급여대상인지 아닌지를 결정하고 요양급여 대상의 상한금액을 조정하는 '치료재료 재평가제도'를 도입해 운영에 들어갔다.•••

〈치료재료 재평가 주요내용〉

① 급여중지 고시

치료재료 중 재평가 실시 전년도를 기준으로 최근 3년간 요양급여 비용 청구실적이 없는 치료재료의 경우 급여중지 고시

② 요양급여 대상 여부 조정

이미 고시된 요양급여대상 및 비급여 대상품목을 대상으로 경제성과 급여적정성 등을 고려해 조정

③ 품목군 재분류

비용효과 또는 기능 등을 감안해 품목군 재분류

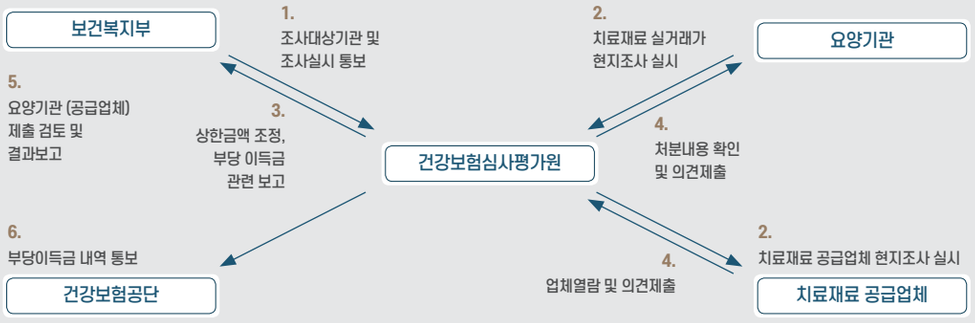
④ 상한금액 조정

품목군 재분류 결과와 상대가치평가 결과, 그 밖의 가격변동 요인 등을 고려해 상한금액 조정

•• 「행위 및 치료재료 등의 결정 및 조정기준」 내에 신설

••• 2010년 10월 '행위·치료재료 등의 결정 및 조정기준' 제9조 2항 제3호로 '치료재료 재평가 조정기준'을 신설되면서 도입이 결정되었다.

〈치료재료 사후관리 절차도〉



한편 2020년 2월에 들어 심사평가원은 치료재료 재평가 체계를 보다 강화하기 위해 관세청과 업무협약을 맺고, 치료재료 수입업체에 대한 관련 정보를 공유하기 시작했다. 수입업체의 통관 정보를 포함해 해외 유통 · 보험공시 가격정보, 그리고 수입가 조작 단속결과 등에 대한 자료를 공유하며 안정적인 협업의 발판을 다져 나갔다. 이로써 심사평가원은 정확한 수입원가에 기초해 치료재료 재평가를 시행할 수 있게 되었으며, 건강보험 재정에 대한 불법적인 편취 행위를 사전에 차단해 나갈 수 있었다.

치료재료 허가범위 초과 사용절차 고시 제정

'허가범위 초과 사용'에 관한 딜레마는 의 · 약계와 정부 사이 오랜 논쟁을 불러 일으켰다. 진료에 꼭 필요하다는 말에 공감하지 못하는 바 아니나, 정부 입장에서는 그렇다고 마냥 풀어줄 수도 없었다. 그러나 거스를 수 없는 흐름이라면 보다 세밀하고 안전한 관리가 나았다. 이에 치료재료의 허가범위 초과 사용에 대한 체계적인 관리절차 마련에 돌입했고, 그 끝에 2020년 5월 26일 드디어 「치료재료의 허가 · 신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 절차 및 방법 등에 관한 기준」이 고시 제정되었다.

심사평가원은 치료재료전문평가위원회 내 '허가범위 초과 사용 소위원회'를 구성하고 관련 평가체계 구축을 위해 발빠르게 움직였다. 2020년 현재 원활한 신청과 접수를 위해 관련 전산시스템의 개발을 진행 중에 있으며, 한발 더 나아가 사후관리 체계의 구축까지 추진 중에 있다. 앞으로도 심사평가원은 이처럼 신속한 대응을 통해 신설 법규의 안정적인 정착에 기여함은 물론이고 환자 안전 및 진료 선택권 보장에도 적극적으로 힘을 보태 나갈 계획이다.

3. 약제 급여기준 적정관리

약제 급여비용 상환제도의 변천

1977년 의료보험제도 시행 이후부터 1999년까지 약제의 급여비용은 '고시가상환제'의 틀 안에서 운영되었다. 의료보험 약가기준은 원가수준에서 결정한다는 원칙 아래, 생산원가에 일정비율의 유통마진을 가산하는 방식이었다. 다만 생산원가를 조사하고 산정하는 방식에 변화가 있었을 뿐이다. 1982년까지는 직권실사제로 운영하다가 그 이후 신고제로 전환해 운영에 들어갔던 것이다.

〈생산원가 산정방식의 변화〉

직권실사제(1977~1982)

: 생산원가 즉, 공장도 출하가격을 정부에서 직권으로 조사하는 방식

신고제(1982~1999)

: 의약품 제조업자가 신고한 공장도 출하가격에 유통마진을 가산하는 방식으로, 제약협회 내에 설치된 의료보험약가심사위원회의 심사를 거쳐 신고가격으로 인정

고시가상환제도의 도입 당시만 해도 '일정비율의 유통마진'이라는 단서조항이 그렇게도 문제가 될지 몰랐다. 시간이 흐를수록 오히려 비정상적인 거래 형태가 업계의 '정상'으로 자리 잡았으며, 곳곳에서 폐해가 드러났다.

〈고시가상환제 내 약제 유통시장의 사정〉

요양기관

상환받는 가격이 고시가로 정해져 있다 보니 가능한 한 의약품을 싸게 구입해, 더 많은 약가 마진을 챙기려는 행태를 보임

의약품 공급업자

의료기관에 대한 판매가격이 공급비용을 초과하기만 하면 이윤을 남길 수 있으므로 서로 간에 치열한 가격경쟁을 벌임

사정이 이렇다 보니 가격경쟁을 넘어 비가격경쟁까지 벌어졌다. 뒷돈거래, 랜딩비 제공, 연구비 지원, 해외 학술대회 참가비나 향응 등이 횡행했던 것이다. 특히 1990년대 중후반에 들어 이러한 형태의 뒷돈거래로 인한 문제의 파장이 커졌고, 급기야 30여년을 이어온 제도에 손질을 가하게 되었다. 이러한 과정을 거쳐 1999년 11월 고시가상환제도는 역사의 뒤안길로 사라졌고, '실거래가상환제도'가 그 자리를 대신하게 되었다.

뚜렷한 문제의식에서 출발한 제도이기에 지향점이 분명했다. 의약분업을 앞두고 약가차액을 없앰으로써 의약관련 정책추진을 위한 토대를 마련한다는 차원에서 시행되었던 것이다.

〈실거래가상환제도 도입의 취지〉

① 약가 차액을 없앤다.

② 실거래가 상환을 통해 남게 되는 기존의 '차액'은 모두 의료소비자에게 환원한다.

이에 따라 요양기관의 보험의약품 실거래가 내역에 대한 적정성 여부 조사가 시행되었다. 그리고 상한금액 미만으로 거래된 사실이 발견된 경우 이를 의약품 상한금액 조정에 반영해 나갔다. 또한 적발된 의료기관을 대상으로는 그 차액을 부당이득금으로 징수하고, 부당이득 비율이 높은 기관에 대해서는 관련 규정에 의거 행정처분을 실시했다. 그 결과 시행 원년이었던 2000년에는 1만 8,000여 품목에 대한 상한금액 인하조치를 바탕으로 3,973억 원에 이르는 재정절감 효과를 거둘 수 있었다.

그러나 '관행'의 생명력은 끈질겼다. 실거래가상환제도 운영 이후에도 요양기관과 제약회사 간 리베이트에 의한 거래가 계속되며, 의약품 유통시장의 공정거래 질서 확립을 방해했던 것이다. 공정거래위원회의 제재와 다양한 입법조치•에도 불구하고 리베이트 관행이 좀처럼 근절되지 않았다.

이에 정부는 2010년 5월 「약사법」 등의 개정을 통해 제약회사와 의약품 도매상, 그리고 의 · 약사를 동시에 처벌할 수 있는 일명 '쌍벌제'를 도입한 데 이어, 그해 6월에는 국민건강보험법 시행령의 개정을 통해 '시장형 실거래가제도' 도입을 공식화하고 약제 급여비용제도의 운영에 있어 패러다임 전환의 기점을 마련했다.

〈시장형 실거래가제도란 무엇인가?〉

"병 · 의원이나 약국 등의 요양기관이 의약품을 건강보험에 규정된 가격보다 저렴하게 구입할 경우, 그 차액 중 70%를 요양기관과 환자가 공유하는 제도로 일명 '저가구매 인센티브제'라고도 한다."

시장형 실거래가제도의 공식적인 도입 시점은 2010년 10월이었다. 그러나 2012년 약가제도 추가 개편에 따라 대규모의 약가 일괄 인하조치가 단행되면서 그해 2월부터 2014년 1월까지 두 차례 제도 시행이 유예되었다. 그러다 2015년 1월 31일을 기준일로 해, 2년 단위로 시장형 실거래가제도의 본격 시행에 돌입하게 되었다.

〈시장형 실거래가 제도 이후 약제비 절감액••〉

연도(시행일 기준)	품목 수(개)	평균인하율(%)	약제비절감액(억 원)
2016년	4,640	1.96	1,366
2018년	3,619	1.30	808
2020년	3,924	1.16	809

주) 거래가 인하 품목 수는 조사기준일 당시를 기준으로 평가한 결과로, 실제 약가 인하 고시 품목 수와 다를 수 있음.

• 2008년 12월 「약사법 시행규칙」을 개정하여 경제적 이익 등 포괄적인 리베이트 관행을 금지하고 이를 위반할 경우 자격정지 또는 영업정지에 해당하는 행정처분을 내렸다. 이어 2009년 8월에는 음성적 거래행위 적발 시 해당 의약품의 상한금액을 최대 20%까지 인하할 수 있도록 관련고시를 개정하였다.

•• 2019 보건복지백서에서 발췌

심사평가원은 제도의 성공적인 안착을 위해 제도 동향을 모니터링하고 지역별 약사회를 대상으로 현장의 개선의견을 수렴하며, 정부와 요양기관 사이 가교 역할을 충실히 수행했다. 이와 같은 노력을 통해 시장형 실거래가제도의 안정화와 확산에 크게 기여할 수 있었다.

약제급여기준의 합리적 개선

2006년 12월 약제 요양급여의 등재방식이 선별등재목록제도(Positive List System)로 바뀌면서 치료적 · 경제적 가치가 우수한 의약품을 선별해 요양급여대상으로 등재하고, 상한금액은 제약사와 국민건강보험공단의 협상을 거쳐 결정하기 시작했다.

이후 심사평가원은 약제 급여기준의 합리성을 확보하기 위해 전력을 기울였다. 특히 2009년에는 약제급여기준 개선을 위한 TF팀을 구성하고 의료현실과 거리가 있는 기준 268개를 발굴해 개선작업을 수행함으로써 298억 원 규모의 추가 급여를 보장했다. 이어 2010년에도 약제급여기준의 정비작업을 시행했으며, 해당 사업을 통해 오 · 남용 우려약제, 상대적 고가약제, 진료에 반드시 필요한 약제, 신약 등에 대해 보다 균형감 있고 형평성을 갖춘 기준을 마련했다.

약제 산정기준 관리

2012년에는 건강보험 약제비 관리에서 또 한 번의 중요한 결정이 있었다. 특허기간이 만료된 오리지널약과 그 복제약(제네릭)에 대한 가격 산정구조를 변경한 것이다.

〈2012년 1월 이전 오리지널 및 제네릭* 약가산정기준〉

오리지널

특허기간 만료 오리지널 의약품의 80%로 산정

제네릭

보험등재 순으로 1~5번째 제네릭은 68%, 6번째 제네릭은 61.2%, 7번째 제네릭은 55% 등 계단형 가격 산정구조 적용

이와 같이 기존의 산정기준에 따르면, 선진국의 유사 사례에 비해 약가가 훨씬 높아 국민 부담으로 이어지고 있었다. 이에 2012년 1월 정부는 '약가제도 개편 및 제약산업 선진화 방안'의 일환으로 약가의 일괄인하를 결정하게 되었다. 우선 특허가 만료된 오리지널 의약품의 상한금액은 53.55%로 낮췄으며, 계단식 약가산정방식은 폐기하고, 동일 성분 제네릭에 동일 상한가를 부여하기 시작했다.

〈2012년 1월 이후 오리지널 및 제네릭 약가산정기준〉

오리지널

특허기간 만료 오리지널 의약품 53.55%

제네릭

동일제제 동일가 원칙으로 제네릭의약품 53.55%

그러나 약가제도 개편 이후 우리나라 제네릭 제도의 문제점이 드러나기 시작했다. 주요 문제점으로는 위탁 · 공동생동성시험 허용에 따른 낮은 진입장벽, 품질관리 제도 미비, 높은 복제약 가격 구조 등이 제기되었다. 지속적으로 문제점이 제기되던 가운데 2018년에는 발암물질이 함유된 고혈압 치료제의 판매가 중지되는 사건이 발생했다. 이에 공동 생물학적 동등성 시험제도, 높은 약가 수준으로 인

* 제네릭(generic, 복제약) : 신약의 특허가 만료되어 다른 제약사에서 그 약과 주성분, 효능, 용법이 동일하게 만드는 약. 특허가 만료되기 전에 물질을 개량하거나 제형을 바꾸어서 만드는 약

한 제네릭 의약품의 난립, 원료 품질관리 미비 등이 주요 원인으로 지적되자, '제네릭 의약품 차등 보상제도' 도입을 주요 골자로 하는 약가제도 개정 필요성이 대두되었다.

이에 심사평가원은 보건복지부 및 식품의약품안전처와 함께 '제네릭 제도개선 협의체'를 구성하고 운영에 들어갔다. 해당 협의체를 통해 제도 전반에 대한 검토가 진행되었고, 이 내용을 바탕으로 식품의약품안전처 허가제도와 보건복지부 약가제도를 연동하는 개선안이 마련될 수 있었다.

이와 같은 과정을 거쳐 2019년 12월 23일 발표된 '약가 가산제도 개편안'에는 기존의 '동일제제, 동일가격' 원칙에서 벗어나 제네릭 개발 노력을[••] 평가해 '차등가격' 원칙을 적용한다는 내용이 명시되었다. 이후 2020년 2월에는 자체 생물학적 동등성 시험자료, 또는 임상시험 입증 자료 등을 제출하고 등록된 원료의약품 사용 입증서류를 제시한 경우에만 기존과 같이 상한금액을 53.55%로 하며, 그 외 의약품은 차등을 두도록 하는 약제의 결정 및 조정기준이 개정되었다.

이 개정안은 제약회사들의 과당경쟁과 그로 인해 야기되는 질 낮은 의약품의 난립을 원천적으로 차단하겠다는 행정당국의 강력한 의지가 표현된 정책이었다. 이로 인해 심사평가원은 향후 제네릭 의약품에 대한 보다 세밀하고 정확한 급여기준 마련을 요구받게 되었다.

〈2020년 2월 이후 오리지널 및 제네릭 약가산정기준〉

오리지널

특허기간 만료 오리지널 의약품의 53.55%로 산정

제네릭

- 2개 조건(자체 생물학적동등성시험자료 또는 임상시험 입증자료 제출, 등록된 원료의약품 사용) 충족 시 53.55%, 1개 조건 충족시 45.52%, 조건 미충족 시 38.69%로 산정
- 동일제제가 20개 이상 제품이 등재되어 있는 경우, 동일제제 상한금액 중 최저가와 38.69%로 산정되는 금액 중 낮은 금액의 85%

〈제네릭 약가제도 변천사〉

연도	오리지널	제네릭
2012년 1월 이전	특허기간 만료 오리지널 의약품의 80%	보험등재 순으로 1-5번째 제네릭은 68%
		6번째 제네릭은 61.2%
		7번째 제네릭은 55% 등 계단형 약가제도
2012년 1월 이후	특허기간 만료 오리지널 의약품의 53.55%	동일제제 동일가 제네릭 의약품의 53.55%
2020년 2월 이후	특허기간 만료 오리지널 의약품의 53.55%	2개 조건(자체 생물학적동등성시험자료 또는 임상시험 입증자료 제출, 등록된 원료의약품 사용) 충족 시 53.55%
		1개 조건 충족 시 45.52%
		조건 미충족 시 38.69%
		동일제제가 20개 이상 제품이 등재된 경우 최저가와 38.69%로 산정되는 금액 중 낮은 금액의 85%

처방 관련 인센티브제도

심사평가원이 외래처방 인센티브제도를 도입한 건 2007년 11월의 일이었다. 의약품 사용량 관리대책의 일환으로, 의사가 자율적으로 처방행태를 개선해 비용 대비 효과적인 약을 처방하게 하려는 의도였다. 해당 제도의 요지는 명료했다. "줄이면 더 준다."

〈외래처방 인센티브제도란 무엇인가?〉

약품비를 절감하면 절감액의 일정부분을 해당 의원에게 인센티브로 돌려주는 제도

[••] 책임성 강화 및 시간, 비용 투자 등

2008년 7월부터 1년여 동안의 시범사업을 거쳐 2010년 10월부터는 전국의 의원급 의료기관을 대상으로 본 사업에 들어갔다. 2012년부터 병원급 이상으로 시행대상을 확대했고 인센티브 규모도 늘려 나갔다. 기존에는 절감액의 20~40% 선에서 결정하던 것을 50%선까지 상한선을 늘린 것이다. 이후 2014년 9월에는 기존의 저가구매 인센티브제도와 통합해 '처방 · 조제 약품비 절감 장려금제도'로 확장했다.

한편 금전적 보상의 형태를 취했던 장려금제도와는 달리, 비금전적인 인센티브가 주어지는 '그린처방의원 인센티브 사업'도 2011년 6월부터 시행에 들어갔다. 이 때 선정 의원에게 주어지는 비금전적 인센티브의 내용은 아래와 같았다.

〈그린처방의원에게 주어지는 비금전적 인센티브 내용〉

① 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단의 현지조사 의뢰 대상에서 제외
② 수진자 조회 1년 유예
③ 그린처방의원 지정서 교부(2016년 3월부터)

해당 사업은 약품비 수준을 지속적으로 적정하게 처방하는 의원에 대해 혜택을 주자는 의도로 시작되었으며, 제도 도입기에는 외래진료 청구 약품비만 대상으로 했으나, 2015년 8월부터 입원진료 약품비까지 확대되었다.

약제급여 목록의 정비

2006년 선별등재제도의 도입으로 인해, 이미 등재되어 있는 의약품 목록 정비가 제일 먼저 추진되었다. 이에 정부는 건강보험이 적용되는 1만 6,529개 의약품에 대한 목록정비 계획을 수립하고 시행에 들어갔다. 총 49개 효능군에 대해 임상적 유용성과 비용효과성을 재평가해 약가를 인하하거나 보험급여 대상에서 제외하는 것으로, 2007년부터 향후 5년에 걸쳐 단계적으로 목록을 정비해 나갈 계획이었다.

심사평가원은 시범평가 수행기관으로 지정되어 2007년부터 편두통치료제에 이어 고지혈증치료제 평가를 완료했다. 해당 사업의 수행을 통해 괄목할만한 약제비 절감 성과를 거두기는 했으나, 문제는 '시간'이었다. 경제성 평가방법으로 시범평가를 진행하다 보니, 다양한 기관 및 전문가집단의 이의제기 등의 사정으로 인해 당초 예상보다 너무 많은 기간이 소요되었던 것이다. 이에 정부는 당초의 정비계획을 변경하기로 결정했다. 이번에는 경제성 평가 대신 신속 정비방안을 마련했고, 이후로는 해당 평가방법을 바탕으로 '조기 사업완료'를 목표 삼아 매진했다.

본 사업으로 돌입한 이후에도 심사평가원의 활약은 계속되었다. 2010년 하반기 대표 효능군이라 할 수 있는 고혈압치료제의 평가를 완료한데 이어, 2011년 5월에도 5개 효능군에 대한 평가를 조기에 마무리 지었던 것이다.

〈기등재의약품 연도별 평가대상 및 절감액〉

구분	평가대상 품목 수 및 절감액		
	시범평가 ('08~'09)	본평가 ('10 하반기)	본평가 ('11 상반기)
평가군(품목 수)	2개 효능군(378)	1개 효능군(769)	5개 효능군(2,398)
절감액	473억 원	1,346억 원	3,017억 원

그러나 워낙 방대한 규모의 사업이다 보니 '기등재의약품 목록 정비사업' 이후에도 급여목록의 완성도에는 개선의 여지가 남아 있었다. 특히 '생산규격'의 오류 문제가 많이 제기되었으며, 급기야 2012년 10월에는 감사원의 지적을 받게 되었다.

〈약제급여목록의 문제점에 대한 감사원의 지적내용〉

"약제급여목록의 일부 약품•이 실 생산규격과는 달리, 최소단위로만 등재되어 있어 1회 투약비용 등이 고가임에도 저가의약품으로 보호되고 있음"

다시 한번 심사평가원의 주도로 목록 정비 작업이 시작되었다. 2012년 12월부터 정비를 위한 워킹그룹을 구성해 1년여에 걸쳐 운영했다. 이어 관련 거버넌스의 핵심 연결고리 역할을 하며 각계의 의견을 수렴한 끝에 2015년 하반기에는 약제급여목록 정비안을 내놓았다. 실제 유통되고 있는 '생산규격' 단위에 근거해 등재원칙을 일괄적으로 정비한 목록이었으며, 이를 통해 목록과 현장의 불일치로 인한 혼란을 방지하는데 크게 기여할 수 있었다.

• 액상제, 주사제, 외용제 등

의약품 정보교류를 통한 의약품 안전 관리

심사평가원은 의약품에 관한 정보를 유관기관으로부터 제공받아 업무품질 제고에 활용하고 있다. 2007년 9월 약학정보원과 맺은 정보교류협력에 관한 협의체결이 시작점이었다. 이후 해당기관에서 제공받은 의약품에 관한 성분정보, 복약지도정보, 낱알식별정보 등을 활용 중에 있다.

〈약학정보원에서 제공받은 정보의 업무활용 현황〉

의약품 성분정보

DUR 점검대상 비급여의약품 목록작성 시 주성분코드 부여에 활용

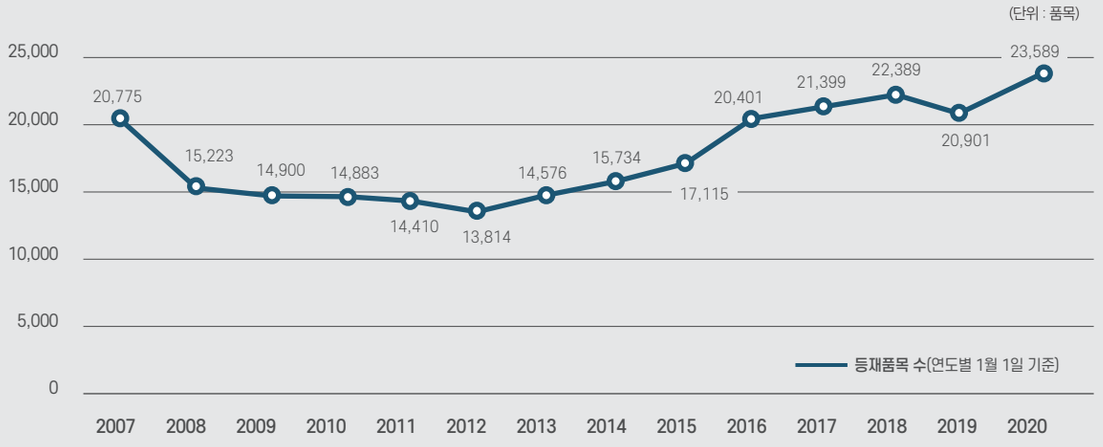
복약지도정보

'내가 먹는 약! 한눈에' 서비스의 의약품 세부정보(허가정보)에 반영

의약품 낱알이미지 식별정보

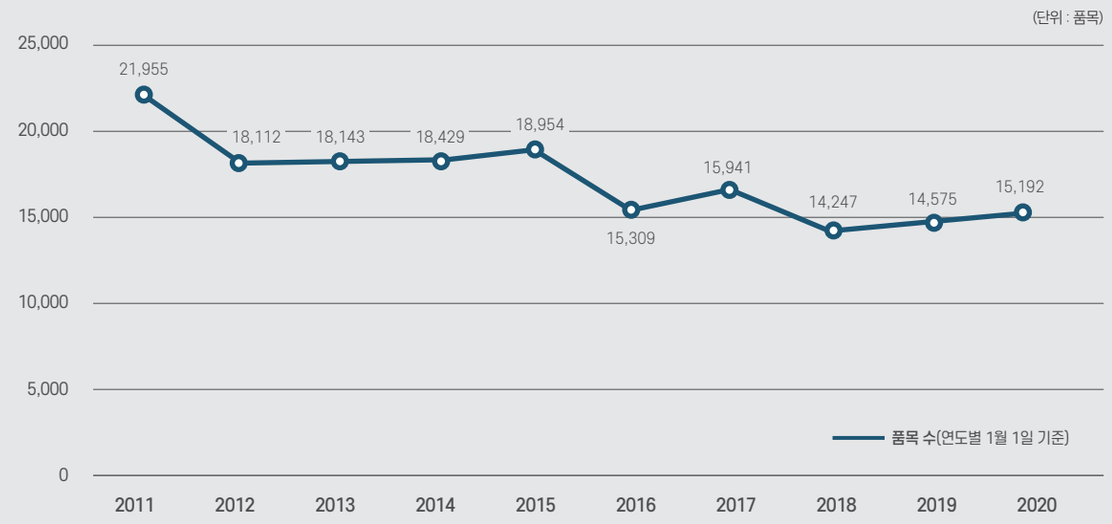
의약품관리종합정보센터(KPIS)가 심사평가원 홈페이지를 통해 제공하는 의약품 정보검색에 활용

〈연도별 약제 급여 목록 현황〉



주1) 2006.12.29 선별등재(positive list) 도입으로 「약제 급여 · 비급여 목록 및 급여 상한금액표」를 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」로 개정, 관리
주2) 2007.02.05 2년간 생산 · 수입 실적이 없어 미생산약제로 관리하던 약제를 약제 급여 목록표 상에서 일괄 직권삭제
주3) 2015.12.09 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 일부개정(보건복지부 고시 제2015-213호) 2016.01.01 시행(생산규격 단위 목록정비로 품목 수 증가)

〈연도별 DUR 점검대상 비급여의약품 목록 현황〉



주) 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 등재되지 않은 비급여 대상 의약품 중 임부금기, 중복처방 등 DUR 점검대상 비급여 의약품을 목록화함

2017년 5월 이후로는 질병관리본부(현 질병관리청)으로부터 다제내성결핵 신약에 대한 사전승인 정보를 제공받고 있다. 이를 심사업무에 반영함으로써 임상현장의 행정적 부담을 해소하는 데 활용하고 있다. 그밖에도 식품의약품안전처로부터 품목허가, 허가사항 변경내용, 안전성 서한 등의 정보를 제공받아 약제급여목록 관리에 사용하고 있으며, 대한적십자사로부터 제공받은 헌혈금지성분 약물목록은 '헌혈금지 의약품 복용정보 제공 서비스'에 이용하고 있다.

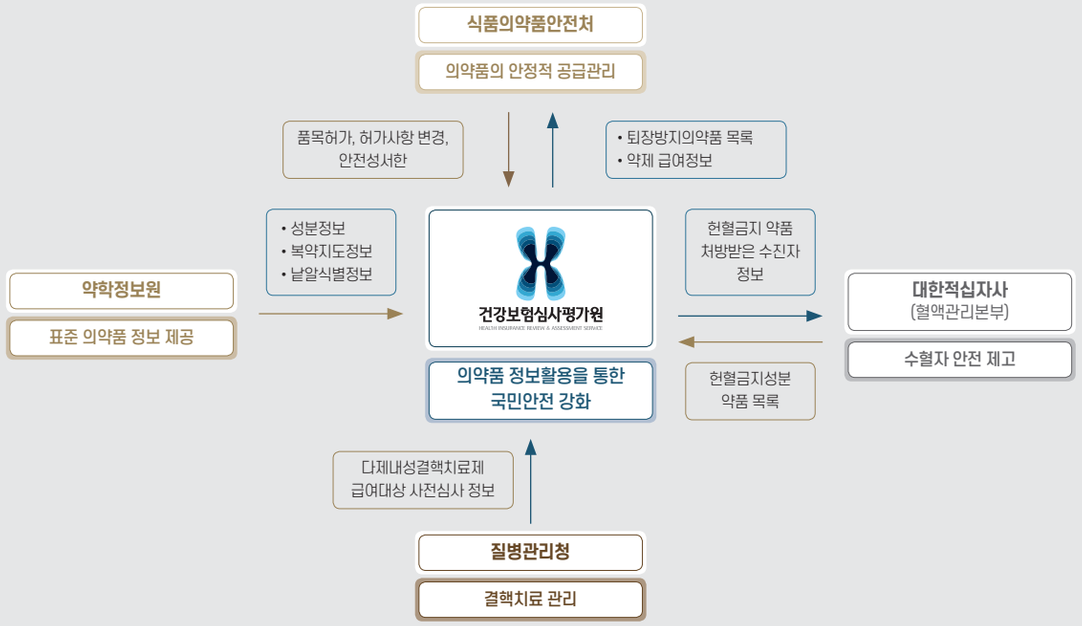
한편 심사평가원은 보유하고 있는 정보를 유관기관에 제공함으로써 국민안전 강화에 기여하고 있다. 대한적십자사의 경우, 국정감사에서 기형을 유발하는 약물복용자의 헌혈 문제로 몇 차례 지적을 받았다. 이에 심사평가원은 2012년 12월부터 헌혈금지 약품을 처방받은 수진자 리스트, 해당약물, 요양개시일자, 총 투여일수 등의 정보를 매일 제공하기 시작했다. 이로써 수혈자 안전의 사각지대를 해소하는데 미력하나마 힘을 보태고 있다.

또 식품의약품안전처에는 퇴장방지의약품 목록을 매월 제공하고 있다. 해당 정보는 현재 '생산 · 수입 공급중단 보고 의약품' 공고에 활용되고 있는데, 이로써 의약품 안정 공급의 원천자료로 사용되고 있다.

허가범위 초과약제 사용관리

허가범위 초가약제 승인제도의 기원에는 '암질환심의위원회'가 있었다. 2005년 11월 건강보험 보장성 강화방안의 일환으로 심사평가원 내에 암 진료전문가 17인으로 구성된 해당 위원회가 설치되면서, 암환자 치료에 사용되는 약제의 요양급여 적용기준 설정 주체가 보건복지부에서 심

〈유관기관과의 정보교류 현황〉



사평가원으로 변경되었던 것이다. 이에 따라 암질환심의위원회는 허가사항을 초과하거나 공고된 요법 이외의 치료법을 시행하고자 하는 경우, 의학적 타당성과 치료법의 대체가능성 등을 심의한 후 이를 승인하기 시작했다.

2008년 8월에는 항암제를 제외한 일반약제에 대해 허가초과 약제를 비급여 형태로 사용할 수 있는 제도가 마련되었다. 의학적 근거가 있음에도 법령상 사용이 금지되어 있는 '임의비급여'에 대한 개선방안을 마련하고 적정 의료행위를 보장하기 위함이었다. 구체적으로 허가 또는 신고범위를 초과해 처방하거나 투여하고자 하는 경우, 병원 내 임상시험심사위원회의 자체심사를 거친 후 심사평가원에 신청하면, 심사평가원은 식약처에 안전성 · 유효성 검토를 의뢰하고 이 평가 결과를 바탕으로 승인 여부를 결정하는 방식이었다.

제도 시행 이후 임상적 필요성에 따라 허가초과 약제사용 신청 건이 꾸준히 증가했다. 반면 약제의 안전성 · 유효성이 부족한 불승인 사례도 증가하게 되었다. 이에 심사평가원은 의학적 근거가 불충분한 약제사용을 선제적으로 예방하고, 국민 알 권리의 제고를 위해 불승인 사례를 홈페이지에 공개하기 시작했다. 또한 허가초과 약제 사용승인을 받은 요양기관이 매년 제출하는 사용 내용을 토대로 유용성 및 급여적정성 등을 사후평가하고, 이중 총 28개의 항암요법에 대해 2012년에서 2019년까지 급여화를 진행했다.

의료현장의 목소리를 반영해 허가초과 약제 사용승인 제도를 지속적으로 정비해 오기도 했다. 특히 2018년 7월에는 신속치료의 필요성이 있는 경우, 심사평가원장의 승인

통보 전이라도 허가초과 항암요법을 사용 할 수 있도록 '사후승인제'를 신설했다. 이로써 환자들이 치료제를 적기에, 신속처방 받을 수 있는 기반이 마련될 수 있었다.

〈허가초과 비급여 사용승인 업무의 발전과정〉

2008년 8월

허가범위 초과 사용약제 비급여 승인업무 제도 시행

2010년 7월

비급여 사용승인 및 사용실적 모니터링 결과를 식품의약품안전처와 공유

2011년 7월

허가범위 초과 사용 승인업무 웹시스템 구축

2014년 11월

허가범위 초과 항암화학요법 사후평가 결과 공개

2019년 10월

허가 또는 신고범위 초과 약제비 비급여 사용승인업무 운영규정 전면 개정

- 일정조건에 만족하는(사용례 수 3,000례 이상 등) 약제는 의약품 임상시험실시기관(IRB)이 아닌 요양기관에서도 신청하도록 절차 신설
- 허가초과 승인 내역 제출에 대한 요양기관 부담완화(2회/년 → 1회/년)

허가초과 약제의 안전한 사용 및 관리의 체계적인 수행을 통해 무엇보다 진료사각지대에 놓인 환자들의 치료접근성을 크게 향상 시킬 수 있었다. 또한 진료에 꼭 필요한 경우를 제외하고는 특정 약제가 남용되지 않도록 지속적인 모니터링을 실시함으로써 제도로 인한 부작용을 최소화하며 안정적으로 운영해 나갈 수 있었다. 심사평가원은 의료현장과 국민의 목소리를 제도 개선에 반영하기 위해 직원들의 역량을 집중해 나가고 있다.

약가 재평가, 그리고 사후평가 추진의 기반 마련

약가 재평가는 2002년 하반기에 처음으로 실시되었다. 국민건강증진 종합대책의 일환으로 약가재평가를 위한 세부시행지침과 그에 따른 업무지침이 마련됨에 따라 심사평가원이 해당 업무의 수행 주체가 되었다. 이에 1999년 8월 말 이전에 등재된 의약품 3,134성분, 1만 2,178개 품목을 대상으로 약가재평가를 처음 실시했다. 실시 이후 얼마 되지 않아 효과가 나타났다. 2004년 제도시행 전·후 효과를 분석한 결과, 해당 시기 청구물량은 12.2% 증가했으나 약품비는 4.6% 증가에 그쳤던 것이다.

약가인하 효과가 눈으로 확인되자, 지속적인 사업 실시를 위한 행정적 근거 마련에 나섰다. 그 결과 2006년 「재평가 대상 약제 상한금액 조정기준」을 신설함으로써 업무의 법적근거를 명확히 할 수 있었다.

〈약가 재평가 업무의 주요 연혁〉

2006년 12월

「신의료기술 등의 결정 및 조정기준」의 개정 고시 당시,
「재평가 대상 약제 상한금액 조정기준」 신설

2007년

외국약가 색인 결과를 데이터베이스화해 업무효율화 도모

2009년 8월

의료현실에 맞도록 환율적용기준을 6개월 평균에서 3년 평균으로 변경

2010년

타 약가인하 정책이 마련됨에 따라 '약가 재평가' 사업의 잠정 보류 결정

한편 시장형 실거래가상환제도의 도입과 기등재의약품 목록정비사업 등 다른 약가인하 정책의 등장과 함께 사업이 잠시 보류되었던 약가 재평가 사업은 2019년 '의약품 사후평가'라는 이름으로 돌아왔다.

노인 진료비의 급격한 증가와 약품비의 지속적인 지출 증가에 따라, 건강보험 재정의 지속가능성에 대한 우려가 증대되었기 때문이다. 정부는 2019년 4월 '제1차 건강보험종합계획'을 발표하면서 건강보험의 지속가능성 제고를 위해 합리적인 지출구조 설계를 세부 과제로 선정했다. 이에 약품비의 지출구조 설계를 위해 기등재의약품의 급여체계 정비 및 약제비 적정관리 계획이 수립되었으며, 임상적 유용성과 재정영향 등을 고려해 재평가 사업에 다시 시동을 걸게 되었다. 건강보험 보장성 강화와 재정건전화의 실현, 두 마리 토끼를 동시에 잡기 위한 고민 끝에 도출된 결론이기도 했다.

이에 심사평가원은 2019년 8월, '의약품 사후평가 방안'을 수립했으며 같은 해 12월 관련 공청회를 개최해 제도의 당위성에 대한 공감대를 형성해 나갔다. 이후 각계의 의견을 수렴하며 제도를 다듬어 나간 끝에 2020년부터 임상적 유용성이 불확실한 약제에 대해 급여적정성 재평가 사업을 실시하게 되었다.

일회성에 그치는 것이 아니라, 지속적인 모니터링 체계를 갖추고 진행된다는 점이 이전의 약가 재평가 사업과는 가장 큰 차이점이었다. 사업명을 '재평가'가 아닌 '사후평가'로 칭한 것도 지속적인 사업 전개의 의지를 내포하고 있었기 때문이다.

또 의약품 사후평가는 크게 '재정기반 사후평가'와 '성과기반 사후평가'로 구분되었다. 그간 주로 재정기반 평가체계에 머물러 왔던 것이 사실이었으나, 임상적 유용성을 평가하는 성과기반 체계를 포함시킴으로써 재정과 효능, 양쪽을 모두 포괄하는 종합적 약제 사후평가 제도가 설계될 수 있었다. 이에 향후 사후평가 제도가 성공적으로 안착된다면, 합리적인 약제비 지출관리 및 건강보험 지속가능성 제고에 크게 기여할 것으로 기대되고 있다.

“

보장성 강화 정책지원이란, 건강보험에서 보장하지 않았던 비급여 항목의 급여화를 통해 그간 운영되어 오던 보험급여의 범위를 확대해가는 업무입니다. 현재 건강보험 보장성 강화라는 정책방향에 따라 보건복지부를 적극적으로 지원하고 있습니다.

•

심사평가원은 의료소비자인 국민을 대표해 의료공급자로부터 가격적·질적으로 적정 수준을 갖춘 의료서비스 등을 구매하고, 이를 전달하는 역할을 수행한다고 볼 수 있습니다.

•

과거에는 비급여의 급여화를 통해, 비급여를 건강보험의 범주에 편입시키는 일에만 집중해 왔습니다. 그러나 앞으로는 남아있는 비급여에 대한 관리와 더불어, 대형병원 쏠림현상 방지 활동을 통해 의료전달체계의 지역사회 중심 재편에도 노력을 기울이겠습니다.

”

제4장

대한민국 보건의료계의 브레인

제1절

건강보험 보장성 강화를 위한 정책 지원

제2절

보건의료 분야의 지식창고

제3절

대내 · 외 역량강화 노력

DEPARTMENT STORY

부문사

제4장

대한민국 보건의료계의 브레인

제1절 건강보험 보장성 강화를 위한 정책 지원

1. 보장성 강화 추진의 전담조직 출범

심사평가원 출범 초기에는 건강보험 재정 안정화가 시대가 요구하는 최우선 목표였다. 그러나 2004년 이후 건강보험 재정의 누적 적자가 해소되면서, 비로소 보장성 확대를 위한 공론회의 장이 열리기 시작했다.

2004년 정부 주도 보장성 강화 움직임의 기원이라 할 수 있는 '참여복지 5개년 계획'이 발표되었다. 당시 4대 추진과제 중 하나로 '보장성 강화를 통한 의료안전망 구축'이 포함되었고, 이를 바탕으로 수립된 2005년의 '건강보험 보장성 강화 로드맵'이 이후 보장성 강화 추진의 원동력이 되었다.

<2005년 건강보험 보장성 강화 로드맵의 의미>

4~5년 단위로 보장성 강화 분야를 발굴해 구체적인 방안을 제시하게 된 건강보험 종합계획 수립의 근거이자 기원

이 시기의 정책은 대한민국 건강보장 역사에서 처음 시도된 대규모의 보장성 확대정책이었다. 국민의 본인부담을 경감시키기 위한 여러 정책의 효시가 되었고, 이로써 국민건강보험은 고액의료비를 책임지고 의료비에 대한 불안감을 지우는 모범적인 사회보장제도로 자리매김해 나갈 수 있었다. 한편 참여복지 5개년 계획이 사업 추진의 동력이 되었으며, 건강보험 보장성 강화 로드맵이 이후 타임라인의 큰 틀로 작용했던, 주요 건강보험 보장성 강화정책의 연혁은 다음과 같았다.

<건강보험 보장성 강화정책 연혁>

2004년 11월 1일
- 제1차 건강보험 중기보장성 강화계획 발표
- 2004년부터 2008년까지 추진 및 시행

2009년 7월 9일
- 제2차 건강보험 중기보장성 강화계획 발표
- 2009년부터 2013년까지 추진 및 시행

2013년 6월 25일
- 4대 중증질환 보장 강화계획 발표
- 2013년부터 2016년까지 추진 및 시행

2015년 2월 3일

- 제3차 건강보험 중기보장성 강화계획 발표
- 2014년부터 2018년까지 추진 및 시행

2017년 7월 19일

- 국정운영 5개년 계획 발표

2017년 8월 9일

- 건강보험 보장성 강화대책 발표

심사평가원은 보장성 강화 추진 초기부터 거버넌스의 한 축으로 역할을 담당해왔다. 2014년까지는 의료행위관리실을 중심에 두고 주로 중증질환의 보장성 강화에 힘을 보탰다. 2015년 1월부터는 기존 의료행위관리실을 의료수가실과 급여기준실, 두 개 부서로 개편하면서 관여 분야를 넓혀갔다.

또 2018년 1월에는 급여보장실을 신설하고 운영에 들어감으로써 '필수 비급여의 급여 전환'이라는 새로운 정책방향에 능동적으로 대응해 나갈 수 있었다. 당시 4,000여 개에 달하는 비급여를 급여로 전환하는 과정에서 세부적인 급여기준을 마련해야 하는 등 업무적으로 풀어야 할 숙제가 많았다. 그러나 해당 전담조직과 관련 부서의 협업을 바탕으로 임무를 완수해냈고, 그 결과 심사평가원은 보장성 강화정책 추진의 주역으로 급부상할 수 있었다.

2. 보장성 강화 확대과정

4대 중증질환 보장성 강화

제2차 건강보험 보장성 강화계획의 추진에 따라 심사평가원은 중증질환자의 보장성 개선에 보다 집중해 나갔다. 완치까지 진료비가 많이 소요되거나, 평생 치료가 필요한 환자들의 본인부담률을 줄이는 것이 사업 추진의 목표였다.

<제2차 건강보험 중기보장성 강화계획 추진에 따른 주요 성과>

2009년 7월

희귀난치질환에 대한 본인부담률 20%에서 10%로 인하

2009년 12월

암환자 본인부담률 10%에서 5%로 인하

2010년 1월

심장질환 · 뇌혈관질환 본인부담률 10%에서 5%로 인하

2013년에 들어 보장성 강화 정책은 새로운 전환점을 맞이했다. 그해 6월 정부 핵심과제로 '4대 중증질환 보장강화 계획'이 선정됨에 따라 의료비 부담이 큰 4대 중증질환• 치료에 필요한 모든 의료서비스의 급여화가 추진되었던 것이다. 심사평가원은 이 과정에서 중증질환에 대한 비급여 진료 중 필수의료에 해당되는 부분이 빠짐없이 급여화될 수 있도록 힘을 보탰다. 또한 의학적 필요성은 낮으나 환자 부담이 높은 고가의료 등의 경우, 환자 본인부담률을 차등 적용하는 선별급여 방식의 도입을 추진했다.

<4대 중증질환 보장강화 계획 추진에 따른 주요 성과>

2013년

초음파 영상진단 등 25항목 급여 확대

2014년

MRI 영상검사 등 100항목 급여 확대

2015년

방사선 치료, 수술 행위 등 258항목 급여 확대

2016년

초음파 분류체계 개편 및 급여확대
유전자 검사, 교육상담료 등 289항목 급여 확대

• 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환

제3차 건강보험 보장성강화 계획 수립 시에는 아직 공백으로 남아있던 빈틈을 메우는데 주력했다. 이에 질환 간 보장 형평성의 확보가 핵심목표로 부상했고, '생애주기별 핵심적인 건강문제에 대한 필수의료 보장강화'를 기본방향으로 설정했다. 구체적으로 건강보험 보장의 사각지대에 놓여 있던 청 · 장년층과 여성, 그리고 사회적 약자의 의료지원 강화에 주력했으며, 고액 비급여의 보험적용을 꾸준히 확대해 나갔다.

<제3차 건강보험 중기보장성 강화계획 추진에 따른 주요 성과>

2015년 7월

고위험 산모의 입원 본인부담률을 20%에서 10%로 인하

2016년 7월

제왕절개 분만 시 입원 본인부담률을 20%에서 5%로 인하

2016년 11월

보육기 수가 인상

2016년 12월

- 신생아중환자실의 간호관리료 차등제를 4등급에서 5등급 체계로 개편하고, 1등급 상향조정
- 질병이 있는 신생아 진료 및 간호 시 신생아실 입원료 별도 수가 신설

2017년 7월

뇌사 장기기증자 관리료 수가 신설

그럼에도 선진국에 비해 국민들이 직접 부담하는 의료비의 비율이 높았다.• 특히 재난적 의료비의 발생비율이 높아, 저소득층의 경우 의료비로 인해 가계파탄 위험에 더 쉽게 노출되었다.

이에 정부는 2017년 8월 9일 '병원비 걱정 없는 든든한 나라'를 만들기 위한 건강보험 보장성 강화대책을 세우고, 대통령이 그 세부계획을 직접 발표하였다. 주요 골자는 치료에 필수적인 의학적 비급여는 모두 급여화하고, 필수급여가 어려운 경우 '예비급여'로 편입시킨다는 방안이었다.

<'선별급여'란 무엇인가?>

안전성 · 유효성은 있으나 비용효과성이 낮은 항목에 대해 본인부담을 높게 적용(50%~90%)하고, 3~5년 후 주기적 재평가를 실시해 급여전환의 지속 여부 등을 결정하는 방안

심사평가원은 기존 선별급여제도 운영 노하우를 살려, 대상 선정에서부터 의료계와의 협의, 그리고 급여기준 설정 업무까지 수행하며, 관련 거버넌스의 중심축으로 기능하였다. 또한 급여의 적용기준이 엄격해 비급여를 유발하는 항목의 경우에는, 그 기준을 단계적으로 완화해 급여화를 유도하였는데, 대표적으로 MRI와 초음파처럼 수가가 책정되어 있으나 기준제한•• 등으로 비급여 규모가 큰 경우, '별도 급여화 항목'으로 집중 관리해 나갔다.

심사평가원은 이와 같은 활동을 통해 국민들의 의료비 부담을 줄이고, 그 경감 혜택을 피부로 체감할 수 있도록 적극적으로 지원해 나가고 있다.

• 가계직접부담 의료비 비율 36.8%로 OECD 평균(19.6%) 대비 1.9배이며, 멕시코(40.8%)에 이어 두 번째로 높은 수준이다.

•• 적응증, 횟수 등

2대 비급여 보장성 강화

환자가 의사를 선택해 진료받는 선택진료제도•••와 6인실 이외 병실에 상급병실 비용을 부과하는 상급병실료가 대표적인 비급여 항목으로, 국민 의료비 부담을 가중시키는 주요 원인이 되고 있었다. 이에 정부는 2014년에 들어 선택진료와 상급병실, 간병 등 '3대 비급여의 제도개선'을 국정과제로 선정하고 추진에 들어갔다.

우선 선택진료의 경우 시행 원년인 2014년부터 단계적 축소에 들어갔으며, 2017년 보장성 강화대책이 발표되고 난 이후로는 전면적으로 폐지되었다. 한편 선택진료제가 비운 자리는 '의료질평가지원금'이라는 새로운 제도로 메웠는데, 의료기관의 손실을 보존하면서도 의료서비스의 질적 수준을 향상시키기 위해 도입되었다.

이에 심사평가원은 의료 질 평가의 대표적인 기관으로서 제도 운영의 주체로 기능하기 시작했다. 의료 질 관련해 향상된 성과를 보이는 기관을 선별하고, 관련 평가결과를 지원금 지급의 근거로 정부에 제공했던 것이다.

상급병실의 경우 2014년부터 4 · 5인실까지 건강보험 적용대상이 확대되었다. 또한 2018년 7월부터는 본인부담률을 차등 적용하는 방식으로 상급종합병원 · 종합병원의 2 · 3인실까지 급여 범위를 확대했으며, 이듬해 7월에는 병원 · 한방병원의 2 · 3인실까지 급여목록에 포함시켜 관리에 들어갔다. 이로써 의료비 부담이 높은 상급병실료의 급여화가 대체로 달성되었고, 그에 따라 환자 부담이 과거에 비해 적게는 3분의 1 수준에서 많게는 절반가량 줄어든 것으로 추산되었다.

사회적 취약계층의 건강권 보호

제2차 · 제3차 건강보험 중기보장성 강화계획을 통틀어 중요한 정책 목표 중의 하나는 사회적 약자의 건강권 보호를 향해 있었다. 이에 2012년 7월 레진상 완전틀니의 급여화를 시작으로 2014년 7월 임플란트 급여적용 하는 등 정부와 심사평가원은 꾸준히 치과 보장성을 확대해 나갔다. 2019년 1월에는 12세 이하 아동의 광중합형 복합레진 충전 등을 급여로 전환함으로써 충치 치료의 부담 역시 크게 완화시킬 수 있었다.

••• 명목상으로는 환자가 특정 의사를 선택해 진료받는 제도였으나, 2012년 기준으로 선택진료 의사 비중이 43개 상급종합병원의 80%, 116개 종합병원의 70%를 차지했다. 따라서 큰 병원을 이용하는 환자로서는 사실상 선택의 여지가 없었다.

<선택진료제도의 개편 추이>

구분	'14년	'15년	'16년	'17년
선택진료제도 개편	선택진료 이용 비용 평균 35%축소	선택의사비율 80% → 67%(2/3) (진료과목별 75%미만)	선택의사비율 67% → 33.4%(1/3) (진료과목별 75%미만)	'18년 선택진료 전면 폐지
건강보험 적용	고도수술 · 처치수가 인상	의료질평가지원금 신설	의료질평가지원금 확대	의료질평가지원금 확대

<치과 보장성 확대 연혁>

시행연도	보장성 강화 내용
2012년 7월	만 75세 이상 레진상 완전틀니 급여적용
2013년 7월	• 만75세 이상 부분틀니 급여적용 • 치석제거 급여확대
2014년 7월	만 75세 이상 임플란트 급여적용
2015년 7월	• 만 70세 이상 레진상 완전틀니, 부분틀니, 임플란트 보험 급여 적용 • 금속상 완전틀니 급여적용
2016년 7월	만 65세 이상 틀니, 임플란트 보험 급여 적용
2017년 11월	틀니 본인부담률(50% → 30%)인하
2018년 7월	임플란트 본인부담률(50% → 30%)인하
2019년 1월	12세 이하 광중합형 복합레진 충전 급여 적용
2019년 3월	구순구개열 치과교정 및 악정형 치료 급여 적용

고도비만 환자에 대해서도 치료의 문턱을 대폭 낮췄다. 고도비만 치료에 있어 '수술'이 비용효과적인 대안으로 평가받던 시기였다. 미국, 캐나다 등 주요 국가에서도 이미 비만환자의 수술치료를 건강보험 대상에 포함시키고 있었다. 이에 정부와 심사평가원은 2019년 1월부터 비만수술 및 그 동반비용에 대해 건강보험을 적용하기 시작했다.

또한 같은 해 3월에는 선천성 안면기형 중에서 가장 많이 발생한다고 알려져 있는 '구순구개열'의 치료에 대해서도 건강보험을 적용했다.• 성장과 발육의 단계에 따라 반복적 치료가 필요하기에 비용 부담이 만만치 않은 질환이었다. 그러나 만 6세 이하 구순구개열 환자의 구순열비교정술 수술과 그 동반비용에 대해 건강보험이 적용되기 시작하면서, 질환에 시달리는 아동과 그 가족의 부담이 많은 부분 해소될 수 있었다.

2019년 4월에 들어서는 한방 추나요법이 건강보험의 적용을 받기 시작했다. 이용률이 높음에도 건강보험 보장 수준이 낮아 그 비용이 고스란히 환자의 부담으로 이어지던 분야였다. 그러나 단순, 복잡, 특수로 나눈 3항목의 수가가 신설되고, 의료 질 관리를 위한 체계적인 시스템이 도입됨에 따라 부담이 덜한 가격으로 좋은 의료서비스를 누릴 수 있는 기반이 갖춰질 수 있었다.

한편 이와 같은 영역 확대로 인해 대한민국의 건강보험은 보다 다양한 계층과 질환에 대해 치료의 문턱을 낮출 수 있었고, 나아가 혜택을 받는 국민들에게 새로운 삶의 기회를 제공하는 수준으로 도약할 수 있었다.

생애주기별 필수의료서비스 보장성 강화

자연분만 수가를 인상하고•• 신생아와 산모를 위해 필수의료서비스를 개선해 보아도,••• 체감하는 효과가 크지 않았다. 출산율은 여전히 바닥이었고, 분만 가능한 산부인과는 지속적으로 줄고 있었다. 때문에 2014년을 기점으로 건강보장판 "요람에서 무덤까지" 계획이 실행에 들어가자, 분만 인프라 개선을 위한 보장성 확대가 우선적으로 추진되었다.

그 결과 2016년부터는 고위험분만 및 심야분만 가산수가를 신설해 운영에 들어갔으며, 분만취약지 수가를 새로 마련해 분만실이 없거나 분만실이 있음에도 운영이 어려운 산부인과에 대해 대대적인 지원이 시작되었다.

• 구순구개열 치료를 위한 반흔교정술에 대해서는 2013년부터 급여 적용이 실시되었으나, 구순열비교정술에 대해서는 2019년 3월에 이르러 건강보험 적용이 이루어졌다.

•• 2010년 7월 자연분만 수가 50% 인상

••• 2013년 3월 조기진통 시의 수가 신설, 35세 이상 산모에 대한 자연분만 가산제 도입

2017년에는 예산 지원에 국한되어 있던 난임시술 지원사업 역시 건강보험 급여체계 안으로 편입되었다. 같은 해 10월부터 난임치료 시술비와 그 제반비용에 대해 건강보험 적용이 시작된 것이다. 더불어 난임시술 의료기관에 대한 평가를 실시하고, 표준의학에 기반을 둔 가이드라인을 제정해 고시함으로써 난임시술 전반에 대한 질관리 체계가 갖춰질 수 있었다. 이로써 정부와 심사평가원은 국가적 위기요인으로 부상한 저출산 문제에 대해, 최소한의 대응 기제를 마련할 수 있었다.

이후에는 뜨거운 감자로 떠오른 치매 조기검사의 표준화와 급여 확대에 힘을 쏟았다. 특히 치매 진단에 많이 사용되는 표준화된 검사들을 중심으로 단계적인 급여 전환을 실시해 나갔는데, 그 결과 2017년 10월에는 '신경인지기능검사'[••••]의 급여 전환을 달성할 수 있었다. 심사평가원은 이처럼 표준화된 검사를 급여화함으로써 진료 현장에 만연했던 과잉진료의 폐해를 차단할 수 있었고, 나아가 치매환자의 조기진단이 활성화되는데 크게 기여할 수 있었다.

3. 비급여 진료비용 공개

2012년 3월, 기획재정부 장관 주재로 열린 '물가관계장관회의'에서는 진료비 지출 상승의 주요 원인으로 지목되는 비급여 진료비에 대해, 병원별 비급여 진료비용 비교정보의 필요성이 제기되었다.

이에 심사평가원은 2012년 6월 한국소비자원과 공동으로 시범조사를 실시했다. 43개 상급종합병원을 대상으로 했으며 병원마다 다른 명칭과 코드, 기준 등에 관한 표준화 작업을 거쳐 2013년 1월 심사평가원 홈페이지에 그 결과를 최초로 공개했다. 서비스 효용성과 체감도가 전에 없이 높았다. 때문에 사업 확대 결정은 어찌 보면 당연한 수순이었다. 이에 해마다 적용대상을 늘려가며, 모든 종별을 대상으로 사업을 확대해 갔다.

양적인 성장에 더해 질적인 향상에도 주의를 기울였다. 일례로 2019년에는 보건복지부 고시에 명시되어 있는 선정기준을 계량화해 '비급여 진료비용 공개항목 선정 평가표'를 개발했다. 이로써 심사평가의 공개항목 선정과정에 객관성이 확보되었을 뿐만 아니라 공개되는 결과에 대한 신뢰도 역시 크게 향상될 수 있었다.

•••• 인간의 인지영역을 평가해 치매 감별진단과 치료방침 결정 등에 활용하는 일련의 검사. 급여 전환 전까지는 치매환자의 비급여 비용 중 동검사의 비용이 42.3%에 해당했다.

<비급여 공개대상 및 공개항목 확대 추이>

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
공개 대상	43기관	336기관	887기관	2,041기관	3,666기관	3,762기관	3,825기관	3,925기관	의원급 공개 의무화 시행 예정
	상급종합병원	종합병원 이상, 치대부속 치과병원	치과, 한방, 전문병원	150병상 초과 병원 확대 (요양병원 포함)	병원급 전체 의료기관				
공개 항목	1월: 29항목 9월: 37항목	2월: 37항목 12월: 32항목	52항목	52항목	107항목	207항목	340항목	564항목	

이처럼 지속적인 개선 노력은 대내 · 외 호평으로 이어졌다. 우선 해당 서비스의 만족도 조사에서는 매년 목표치를 상회해 최고 기록을 갱신해 나갔다. 또한 천차만별이던 비급여 정보를 표준화한 공로를 인정받아 2018년 '세계 표준의 날' 행사에서 대통령 표창을 수상하기도 했다. 이에 심사평가원은 국내 유일의 비급여 정보관리 기관으로 그 위상을 드높일 수 있었다.

한편, 비급여 진료비 공개제도의 시행 이후 정보관리의 부담이 크게 가중되었으나, 여전히 업무별로 관련 정보가 뿔뿔이 흩어져 있었다. 이에 비급여 정보의 체계적인 관리를 위해 2017년부터 3년간의 로드맵에 따라 '비급여 진료비용 정보관리 시스템' 구축에 착수했다.

2019년에 들어 모습을 드러낸 해당 시스템은 크게 세 부분으로 구성되어 있었다. 우선 '자동수집 · 검증 시스템'의 경우 최신 지능 정보기술•의 적절한 활용을 통해 자료제출 기간을 크게 줄이고 정보 검증의 정확성은 대폭 향상시켰다. 다음으로 '통합 분석 시스템'은 부서별로 흩어져 있던 비급여 정보들을 통합 관리하는 플랫폼으로서 기능했다. 마지막으로 '고지 맞춤형 지원시스템'은 의료기관에 제공되는 비급여 진료비용 고지 전용 웹 페이지로, 표준화된 비급여 정보의 고지를 가능하게 하는 솔루션 형태의 시스템이었다.

심사평가원은 이처럼 인공지능 기술을 기반으로 한 비급여 관리기전을 도입함으로써 이후 보다 믿을 수 있는 비급여 정보 분석 결과를 정부와 대중에 제공할 수 있었다.

• 웹 사이트의 정보를 자동수집하는 소프트웨어인 'Web Crawling' 솔루션과 통계적 유의성 기준에 따라 자료를 검증한 후 Pass나 Fail로 분류하는 'Grouping Rule' 활용

제2절
보건의료 분야의 지식창고

1. 연구 전담기구의 탄생과 발전

2007년 2월 심사평가원의 연구 전담기구인 심사평가정보센터가 원장 직속으로 설립됐다. 급변하는 보건의료 환경에 대응해 선제적으로 정책개발에 나서기 위함이었다. 첫 이벤트로 같은 해 6월에는 개소 기념 심포지엄이 개최되었다. 보건복지부와 의 · 약계 주요 인사들이 참석해 자리를 빛냈으며, 향후 연구수행의 발전 방향이 논의되었고 '우리나라 심사 · 평가의 현재와 미래'를 주제로 진지한 토론이 이어졌다.

10월에는 설립 취지에 부합하는 첫 결과물을 내놓았다. 심사평가원 내에서 수행한 연구 성과와 진료경향 분석 결과를 유관기관과 공유하기 위해 'HIRA 정책동향'의 창간호를 발간한 것이다. 이후 2008년까지는 월 1회 발간했으며, 2009년부터 현재까지는 격월로 발간하고 있다.

이 간행물은 발간호별로 원고 검독과 편집위원회를 통한 전문가 의견수렴 과정을 거쳐 제작이 진행되었다. 이에 수록 콘텐츠의 양적 · 질적 수준을 높여 대내 · 외적으로 신뢰도 향상에 노력해왔고, 이를 바탕으로 보건의료 정책수립 과정에 근거 논리를 제공하는 창구가 되어 왔다. 또한 유관기관들과 정책 동향을 공유하고 논의하는 의사소통의 장으로 자리매김하기도 했다.

2011년 1월에는 '심사평가연구소'로 확대 개편(1실 1부 7팀)해 건강보험 재정분석, 수가제도, 심사제도, 의료평가, 약제평가, 기술 평가 등 심사평가원 핵심 업무의 과학적 근거 개발에 대한 연구를 수행하며, 정책수립의 근거를 제공하는데 크게 기여해왔다.

2014년 9월에 들어서는 연구사업의 윤리적 타당성 확보 계기를 마련했다. 인간의 존엄과 가치를 침해하거나 위해를 끼치는 연구를 사전에 방지할 목적으로 '기관생명윤리위원회 운영규정'을 제정한 것이다. 이어 11월에는 생명과학이나 보건의료 분야의 전문가들을 위원으로 위촉하고 활동에 들어감으로써 심사평가원에서 수행하는 인간 대상 연구들의 윤리적 기반을 확립했다.

2017년에는 건강보험의 역사적인 과업에도 주도적으로 참여했다. 심사평가원과 보건복지부, 국민건강보험공단이 공동으로 주관한 '건강보험 40년사' 발간사업의 핵심 추진체 중 하나로 연구소가 참여했던 것이다. 심사평가원은 발간 과정에서 기관의 주요 핵심 사업에 대해 원고를 집필해야 했는데, 연구소 내에 구성된 워킹그룹을 중심으로 관련 실무작업이 진행되었다. 워킹그룹은 여기저기에 흩어져 있던 방대한 자료의 수집과 더불어, 조사에서부터 정리와 원고 작성까지 폭넓게 관여하여 객관적인 데이터를 토대로 심사평가원에서의 건강보험 40년 역사를 온전히 수록할 수 있었다.

2018년에는 심사평가원의 심사평가연구소와 건강보험정책연구원 간에 연구협력 기구가 구성되었다. 일차적으로 양자 간 연구 중복을 미연에 방지하기 위함이었고, 궁극적으로는 사전 점검 및 조정 기능과 더불어 보다 강화된 학술교류를 바탕으로 연구 시너지 효과를 극대화하기 위함이었다. '건강보험연구협의체'라는 명칭으로 2018년 6월 배를 띄웠으며, 같은 해 9월에는 첫 번째 공동세미나를 개최했다. 이후 연 2회에 걸쳐 공동 심포지엄을 개최하였고, 앞으로 양 기관이 보유하고 있는 빅데이터를 연계해 공동연구의 체계를 구축해 나갈 예정이다.

2. 지식 확산의 도구 마련

심사평가연구소는 국내 · 외 보건의료 환경변화에 맞춰, 보건의료체계 및 사회 현안 등의 국정 과제와 핵심 이슈 등을 선제적으로 연구 · 개발하는 역할을 수행해왔다. 심사평가원의 전략 개발 및 보건의료 정책 지원을 위한 보장성강화 정책 및 관리체계 구축, 지출 효율화, 의료보장 제도개선, 의료서비스 질 향상을 위한 평가 연구, 사전예방적 심사를 위한 연구, 적정하고 안전한 의약품 사용 유도 방안 연구, 효율적 의료정보기술 도입의 정책지원 연구, 보건의료자원관리의 효율성 강화 연구, 환자중심 관련 연구 등 다양한 보건의료 측면에서의 연구를 수행해 왔다.

이 외에도 연구중점사업에 관한 점검과 확대, 연구기능 강화를 통해 연구 성과 확산에도 노력하고 있다. 연구과제관리시스템을 통해 연구의 양적관리는 물론 질적 향상을 위해 매월 연구진도보고회를 진행해왔고, 최근에는 연구세미나로 확대 개편해 논문 발표와 최신 연구 동향을 공유하는 등 연구자 상호 간 소통과 연구 역량강화를 촉진하고 있다. 한편 연구보고서에 교정 · 교열 등 검독 과정을 신설하고, 영문초록을 추가함으로써 보고서의 신뢰도 및 완결성과 가독성을 높이고, 이를 통해 국내 · 외 연구 네트워크 구축에도 힘쓰고 있다. 2019년 7월부터는 올바른 연구윤리 확립을 위해 모든 연구보고서를 대상으로 표절 검사를 실시함으로써 연구보고서에 대한 대외 신뢰도 향상의 틀을 마련하였다.

심사평가연구소는 정보의 접근성 및 활용성 제고를 위한 '국가 지식정보의 Open Access화 사업'에 동참해 2020년 7월 국내 최초로 클라우드 기반의 지식 공유 · 확산 시스템인 HIRA OAK(Open Access Korea) 리포지터리를 구축하게 되었다.

이에 심사평가원에서 생산하는 연구보고서, 정기간행물, HIRA 이슈, 통계자료, 빅데이터 브리프 등을 등록하고, 메타데이터를 수집 · 축적해 이용자가 손쉽게 정보를 습득 · 활용할 수 있도록 접근성을 활성화하고 있다. 또한 이 시스템은 해외 오픈 리포지터리에도 등록되어 지식정보의 해외 확산에도 기여하고 있다.



<HIRA 지식 공유 · 확산 시스템 구축사업 진행경과>

2019년 5월

- 국립중앙도서관의 2019년 OAK 리포지터리• 신규 보급 기관 공모 참여
- 전문가 심의를 거쳐 신규 보급 기관으로 선정

2019년 7월

OAK 리포지터리 보급기관 최초 클라우드 기반 방식 도입 및 추진 계획 마련

2019년 8월

심사평가원이 생산한 지식정보의 메타데이터 구축 및 원문 파일 수집

2019년 12월

IaaS 보안인증(CSAP)을 획득한 민간 클라우드 업체와 구축사업 계약 체결

2020년 7월

클라우드 기반의 HIRA OAK 리포지터리(repository.hira.or.kr) 구축 완료 및 오픈

• OAK(Open Access Korea) 리포지터리란 한국형 기관 리포지터리 솔루션으로써 데이터 보존 및 서비스를 위한 표준방식을 지원하는 메타데이터 및 원문 저장소를 말한다.

3. OECD 국제통계 생산 및 관리

업무 수행의 기원에서 통합관리 체계의 마련까지

보건의료 분야에서 의료 질 측정과 활용의 중요성이 점차 강조되었다. 국제통계 영역에서도 사정은 마찬가지였다. 이에 OECD는 2000년대 중반 이후, 보건의료 질 통계 작업반(HCQO, Working Party on Health Care Quality and Outcome)을 구성하고 운영에 들어갔다.

심사평가원은 국가 수준의 의료 질 통계를 생산할 수 있는 대표적인 기관이다. 이에 2006년부터 HCQO 활동에 참여해 기초연구를 수행하기 시작했다. 또한 2009년 12월부터는 보건복지부의 위임을 받아 한국 측 실무 담당기관으로 HCQO에 참여하게 되었다. 한편 당시 심사평가원 김선민 기획상임이사(현 심사평가원장)는 OECD 보건의료 질과 보건의료 질 통계 작업반(HCQO) 워킹그룹의 부의장으로 선임되어 2001년부터 2015년까지 OECD 프로젝트 지원 단장을 맡아 역할을 수행했다. 이후 2019년에는 의장으로 선출되어 HCQO 워킹그룹을 대표해 주요 의사 결정을 내리고, 한국의 선진의료시스템을 소개하는 등 의료 질 평가 분야에서 한국의 위상 제고 계기를 마련했다.



여러 국제기구(OECD, WHO, EU 등)에서는 다양한 통계자료를 요청해왔다. 이에 데이터를 구축 및 관리하고 있는 심사평가원의 여러 부서가 국제통계 생산 및 제공 업무를 수행하게 되었다. OECD에서 요구하는 보건의료 질 통계는 심사평가연구실에서 생산 · 제공하고, 한국보건사회연구원이 요청하는 '의료인력 · 장비' 및 '고가장비 촬영 건수' 통계는 각각 의료자원실과 의료정보융합실에서 통계 생산을 지원하는 식이었다.

이처럼 업무가 분산되어 진행되다보니 효율성이 떨어질 뿐 아니라 통계 생산 및 관리와 관련해 사업 확장의 토대를 마련하기에도 어려움이 따랐다. 이에 심사평가원은 2014년 관련 업무의 통합관리 방안을 모색하기 시작했고, 그해 8월 국제협력통계팀을 콘트롤 타워로 통합관리 체계를 마련하게 되었다. 이로써 심사평가원은 보다 효율적인 프로세스 속에 국제통계 업무의 효율성을 확보할 수 있었고, 이후 국제통계 생산 전문기관으로 위상을 정립해 나갈 수 있었다.

국제통계 생산방법의 고도화 달성

OECD에서는 보건의료의 질, 보건자료, 보건계정 등의 통계를 수집하고 있다. 이중 '보건통계(Health Statistics)'를 구성하는 '의료서비스 이용' 및 '의약품 시장' 항목은 표본조사를 통해 통계가 생산되었다. 이에 보건복지부는 2013년에 들어 심사평가원의 빅데이터를 기반으로 통계 생산이 가능한지에 대해 검토를 요청해왔다.

<OECD에서 수집하는 주요 보건통계>

통계	영역	수집 주기
보건의료 질	급성기 진료, 일차의료, 환자안전, 정신보건 등 의료의 질 통계 수집	격년 (홀수연도)
보건통계	건강 결정요인, 의료서비스 이용, 의약품 시장, 의료자원 등 전반적인 보건의료 통계 수집	연간
보건계정	의료비의 재원, 기능, 공급자별 흐름을 일목요연하게 보여주는 국가 단위 의료비 지출의 종합표	연간



2014년 보건의료, 경제, 산업 등 다양한 영역에서 빅데이터에 대한 사회적 관심과 활용도가 증가함에 따라 심사평가원은 건강보험진료비 청구자료와 의약품 유통 신고자료 등 빅데이터를 활용해 국제통계 생산 방안 연구를 추진했다. 이후 2년 반에 걸친 노력 끝에, 2016년 12월부터 심사평가원이 보유하고 있는 빅데이터를 기반으로 의료서비스 통계를 생산하기 시작했다. 이는 통계 생산의 방법을 기존의 표본조사 기반에서 건강보험 진료비 청구자료 기반으로 바꿔 나가는 전환점이 되었다. 그 결과 비용절감 효과는 물론이고 산출과정의 연속성과 지속성, 산출결과의 대표성 등에 있어 큰 진전을 이룰 수 있었다.

이후 OECD 국제통계 업무가 확대됨에 따라 통계 산출기준의 고도화 필요성이 제기되었다. 정합성 높은 통계 생산을 위해 토대 마련이 필요했던 것이다. 이에 심사평가원은 2018년 내내 작업에 몰두한 끝에, 보다 정교한 산출기준을 개발하는데 성공했다.

<국제통계 산출기준 고도화 작업의 성과>

보건의료 질 통계

통계 생산 영역 확대(정신질환 자살률) 및 통계 품질 제고를 위해 자료원(환자경험) 및 산출기준 정의(약제처방) 정교화

의약품 소비량과 판매액

자료원 및 산출기준 검토를 통한 효율적인 통계 산출과정 마련, 국가 간 통계 비교결과 해석 등

의료서비스 이용

국내 보건의료 환경에 부합하는 산출기준 개발 및 활용도 높은 통계 개발 등

보건계정

통계 산출과정의 연속성과 산출결과의 정확성 확보를 위한 SAS 기반 통계 산출체계 개발

이처럼 정합성이 높은 산출기준을 개발함에 따라 심사평가원이 생산하는 국제통계는 국가 간 비교 목적으로 활용되던 수준을 넘어, 보건의료 정책수립에 본격적으로 활용되기 시작했다. 이에 심사평가원은 통계 생산 지원기관에서 통계 생산 책임기관으로 점차 그 역할을 확대해 나갈 수 있었다.

제3절
대내 · 외 역량강화 노력

1. 전문성 강화를 향한 여정

2007년 5월 심사평가원 지식경영시스템 '지존(知 · Zone)' 구축이 완료되었다. 새로운 전산시스템의 도입이라는 단순한 의미 외에, 지식경영체계의 도입이라는 측면에서 역사적으로 함의가 남달랐다. 관련된 학습동아리(CoP) 활동이 장려되고 그 평가 및 보상제도가 운영에 들어감으로써 지식활동과 인사 · 성과제도의 연계 기반이 마련되었기 때문이다.

2008년부터는 자체적인 상시교육체계를 마련했다. 인프라 측면에서는 마이크로러닝 촬영장을 구축해 자체 교육 콘텐츠를 제작하기 시작했으며, 내용상으로는 직급별 · 연차별 생애주기에 따라 맞춤형 교육 프로그램의 운영에 들어갔다. 특히 부서별 OJT 교육을 신입사원 · 승진자 · 관리자 교육 등으로 세분하고 커리큘럼을 체계화해 운영함으로써 높은 교육효과를 얻을 수 있었다.

2009년부터는 다양한 국내 · 외 연수과정을 새로 마련하고 지원을 실시했다. 이 중 국외연수 과정은 연수 희망자가 직접 입학허가를 취득한 국외 대학원의 석사학위 과정에 대해 학자금을 지원하는 형태였다. 반면 국내연수 과정의 경우 보다 다양한 형태로 분류되었는데 학위과정, 정책연구과정, 고위자정책과정, 산학연계과정 등이 이에 포함되었다.

심사평가원 임 · 직원들은 이처럼 다양한 연수과정들을 새로운 네트워크 형성과 직무 전문성함양을 위한 기회로 활용했다. 또한 조직 차원에서도 주요 대학과의 업무협약 체결을 통해 산학협력 관계를 보다 강화하는 기회로 만들어 나갔다.

<국내연수 과정의 지원 내용>

학위과정

주요 대학교와의 업무협약 체결을 통해 석사학위 과정의 학자금을 지원하고, 나아가 학습 환경 조성까지 지원

정책연구과정

국방대학교 안보과정, 경찰대학 치안정책과정 등과 연계해 진행



고위자정책과정

관리자 대상 외부 기관 고위자과정에 참여

산학연계과정

연수 희망자가 현재 재학 중인 대학이나 대학원 과정에 대해 학자금을 지원

전보체계

- 3급 이하 직원을 대상으로 전보체계 이원화
- 기존 순환보직제와 유사한 순환트랙 외에 전문가트랙 신설
- 전문가트랙은 특정 부서나 직무군의 장기근무를 독려해 직무전문가를 양성하는 일종의 경력개발제도 형태로 운영

전보제도와 승진제도의 연계

- 전문가트랙에 5년을 초과해 근무할 시 해당 직원에 대해 승진포인트 가산점 부여

2. 인사 · 교육제도의 개편

정원이 증가하고, 신규직원의 유입이 늘면서 심사평가원의 업무환경은 급격한 변화를 맞이했다. 몇 가지 우려들이 제기되었다. 그 중에서도 '직무 전문성의 저하' 문제는 조직의 미래를 결정할 중대한 사안이었다. 이에 지속적인 모니터링 끝에 심사평가원은 2019년 9월에 들어 인사 · 교육체계의 개편을 단행했다. 시간이 흐르면서 당초의 도입 취지가 퇴색된 낡은 제도에는 과감하게 손을 댔다. 이와 같은 혁신을 통해 직무 전문성을 향상시키고, 궁극적으로 조직 전체의 경쟁력 강화를 추구해 나갔다.

우선 큰 틀에서 역량 기반의 객관적인 직원 평정체계와 승진제도가 도입되었다. 또한 심사평가원의 변화된 인적 구성에는 맞지 않는다고 판단되는 순환전보제도 역시 과감히 혁신했다. 기존에는 3년 내외 주기로 직종 내에서 순환해 인사이동이 실시되었으나, 직무 전문성의 보완을 위해 전보주기는 5년으로 상향 조정하고 전보체계는 전문가트랙과 순환트랙으로 이원화시켰다.

<전보제도 개선 내용>

전보주기

기존 3년에서 5년으로 상향 조정

이밖에도 심사평가원은 개편작업을 통해 직무 · 현장 중심의 교육체계 정비를 완료했다. 먼저 승진 가산 획득의 수단이 되어 있던 '사내자격제도'는 폐지한 대신, '사내교수제도'를 도입해 부서별 OJT활동의 활성화 기반을 조성했다. 또한 과정별로 연간 의무교육 시간을 산정하던 '학습시간 이수제'는 직급별로 달리 산정된 학점•을 이수하는 방식의 '학점이수제'로 변경했고, 이로써 심사평가원은 직무 전문성 강화라는 제도 운영의 취지에 보다 충실한 교육체계를 갖추게 되었다.

이와 같은 혁신을 통해 심사평가원은 인사 · 승진제도와 교육제도의 긴밀한 연계에 성공했다. 개편 이전의 교육제도 운영이 자율적인 학습문화의 조성에 방점이 찍혔다면, 개편 이후에는 인사제도와 교육제도가 통합적인 시스템 속에서 톱니바퀴처럼 맞물려 돌아가게 된 것이다. 이에 심사평가원은 양적으로 크게 성장한 조직의 효율적인 관리 기반을 갖출 수 있었고, 이를 바탕으로 한 차원 높은 직무 역량을 기대할 수 있게 되었다.

• 심사평가원은 러닝 로드맵을 수립하고 이를 기반으로 직급별 · 직종별 총 이수 학점을 산출하고 있다.

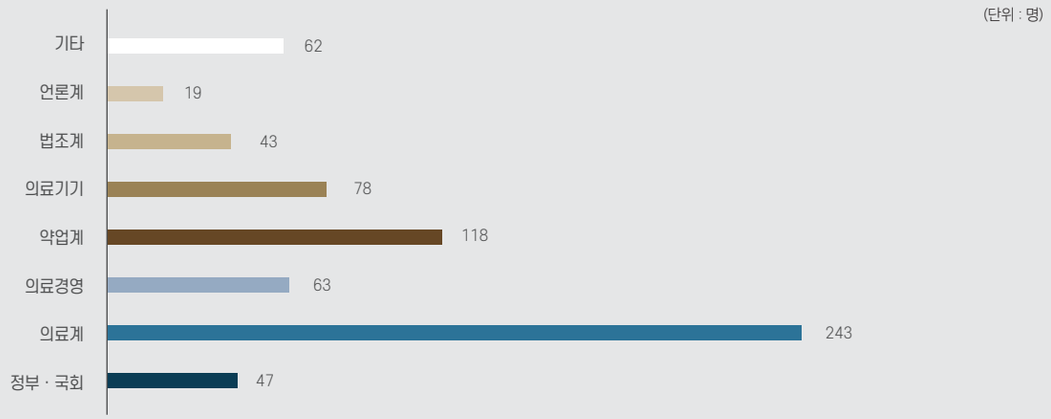
3. 건강보험심사평가 최고위자과정 설치 및 운영

운영 7년차에 접어들며 심사평가원의 기관 인지도는 보다 높아졌고, 수행 중인 진료비 심사 및 평가 업무에 대한 일반의 관심은 현저히 상승했다. 따라서 외부고객과의 소통 채널 마련과 효과적인 홍보기제의 구축이 필요해졌다. 이에 심사평가원은 2007년에 들어 보건의료 각 분야의 리더들을 대상으로 '건강보험심사평가 최고위자과정'을 개설하고, 이 자리를 심사평가원의 기능과 역할에 대한 소개의 장이자 상호신뢰 관계 구축의 토대로 활용해 나갔다.

제1기 과정의 개설 이후로 지난 13년간 중단 없이 프로그램을 운영해왔다. 그 내용은 심사 · 평가, 약제관리, 포괄수가제 등 심사평가원의 업무와 관련된 콘텐츠가 주를 이뤘으며 임원 및 각 부서장들이 교수진으로 직접 참여했다. 이외에도 보건의료 분야 이론특강 및 국내 · 외 연수 등을 진행하며, 다양한 지식 및 정보 습득의 기회를 제공해 나갔다. 또한 토론 형식의 열린 교육을 지향함으로써 다양한 분야에서 운영 중이던 최고위자과정 중, 가장 흥미롭고 손꼽힐 만큼 알찬 프로그램으로 대외에 널리 알려지게 되었다.

프로그램의 우수한 질은 참여 범위와 규모에 관한 객관적인 수치로 증명되었다. 지난 13년간 16기에 걸쳐, 총 641명이 해당 과정을 수료했으며 정부 및 국회, 의료 및 의료경영, 약업계, 의료기기, 법조계, 언론계 등의 사회 각 분야 리더들이 참여해왔던 것이다. 이처럼 건강보험심사평가 최고위자과정은 보건의료계 환경변화에 대한 이슈를 서로 공유하고, 그 대응력을 함께 배양해 나가는 대표적인 교육 프로그램으로 그 위상을 굳건히 다져나가고 있다.

<건강보험심사평가 최고위자과정 직군별 수료생 현황>



<건강보험심사평가 최고위자과정 연도별 수료생 현황>

(단위 : 명)

구분		계	직군							
연도	기수		정부 · 국회	의료계	의료 경영	약업계	의료 기기	법조계	언론계	기타
계		673 (100.0%)	47 (7.0%)	243 (36.1%)	63 (9.4%)	118 (17.5%)	78 (11.6%)	43 (6.4%)	19 (2.8%)	62 (9.2%)
2007(상)	1	33	5	9	2	5	3	1	0	8
2007(하)	2	33	0	12	2	8	4	2	2	3
2008(상)	3	33	1	10	1	7	6	2	1	5
2008(하)	4	32	0	17	2	6	2	2	1	2
2009(상)	5	32	4	12	0	7	2	2	0	5
2009(하)	6	33	1	12	0	11	2	3	1	3
2010	7	35	5	7	2	8	1	4	1	7
2011	8	44	5	14	4	11	3	2	2	3
2012	9	47	0	18	4	8	5	7	4	1
2013	10	48	5	15	10	7	7	2	0	2
2014	11	47	5	17	7	9	5	2	1	1
2015	12	51	5	21	12	2	6	2	1	2
2016	13	47	7	16	3	8	4	3	2	4
2017	14	42	1	18	7	5	7	2	0	2
2018	15	43	1	20	4	9	5	3	0	1
2019	16	41	1	19	0	0	8	2	0	11
2020	17	32	1	6	3	7	8	2	3	2

“

보건의료 인프라 관리는 의료기관과 약국이 의료자원을 잘 갖추고 있는지, 안전한 의약품을 사용하는지, 의약품 처방이 적절한지 등 보건의료의 제반 여건을 관리하는 업무입니다. 대한민국의 보건의료체계를 지탱하고 떠받치는 튼튼한 뿌리와 같은 기능을 수행한다고 볼 수 있습니다.

•

구체적으로 의료기관과 약국의 시설 · 인력 · 장비 정보를 관리하고, 모든 완제의약품의 생산 · 수입 · 공급 및 사용내역 등 유통정보를 수집 · 가공하며, 의약품을 처방하고 조제할 때 의약품의 안전성과 관련된 정보를 제공하고 있습니다.

•

과거에는 비급여의 급여화를 통해, 비급여를 건강보험의 범주에 편입시키는 일에만 집중해 왔습니다. 그러나 앞으로는 남아있는 비급여에 대한 관리와 더불어, 대형병원 쏠림현상 방지 활동을 통해 의료전달체계의 지역사회 중심 재편에도 노력을 기울이겠습니다.

”

제5장

보건의료 인프라 관리

제1절

의료자원의 관리

제2절

의료전달체계 확립으로 의료공공성 기반 마련

제3절

의약품 유통정보 관리

제4절

의약품안전사용서비스(DUR) 개발과 확산

DEPARTMENT STORY

부문사

제5장

보건의료 인프라 관리

제1절 의료자원의 관리

1. 요양기관 현황관리의 개요

「국민건강보험법」 제42조에 의한 요양기관은 요양급여비용을 청구하기 위해서는 「국민건강보험법」 제43조에 따라 심사평가원에 요양기관 현황에 대한 신고를 해야 한다.

심사평가원은 요양기관 현황신고를 담당하게 된 이후, 신고관리의 정확성을 높이기 위해 의료자원 데이터베이스를 지속적으로 정비하고 있다. 또한 보건복지부와 지방자치단체, 국민건강보험공단의 의료자원 데이터베이스와 연계를 강화해 나가고 있다. 더불어 요양기관의 편의성을 높이기 위해 신고관리 업무 프로세스를 꾸준히 개선하고 있는데, 2016년부터 구축하여 운영 중인 '보건의료기관 통합신고 포털'이 대표적인 사례이다.

<의료자원의 정의>

의료자원은 의료서비스를 제공하는 요양기관의 시설, 인력, 장비를 의미한다.

건강보험제도가 처음 도입되었을 때만 해도 급여를 받을 수 있는 요양기관은 각 의료보험조합과 지정계약을 맺은 기관으로만 제한되었다. 또한 이때만 해도 의료기관 지정계약 외에는, 의료자원과 관련해 별도의 관리체계가 마련되어 있지 않았다.

이후 1979년에 들어 조합별 지정계약 방식에서 당시 전국의료보험협의회의 일괄 지정계약 방식으로 전환되었으나, 여전히 의료자원의 관리 측면에서는 여러 기관에 해당 기능이 분산되어 있는 형편이었다.

1999년 2월 「국민건강보험법」이 국회를 통과하면서 역사적인 변곡점이 마련되었다. 요양기관 지정제도가 폐지되고 당연지정제•가 적용되기 시작한 것이다. 그러나 요양기관 지정제도가 폐지되었다 해도 진료비 심사와 지급을 위해서는 여전히 의료기관 및 약국의 개설 허가증 등이 필요했다. 이에 심사평가원이 관련 서류를 받아 요양기관 기호를

• 「국민건강보험법」 출범 이후에는 등록만 하면 별도의 지정절차 없이 건강보험 요양기관으로 인정받게 되었다.

부여하고 그 현황을 관리하는 기능을 맡게 되었는데, 이로써 요양기관 현황관리 업무는 비로소 일원화된 체계 속에서 수행될 수 있었다.

2. 현황관리 업무의 발전과정

인프라 정비와 업무효율성 강화 노력

심사평가원은 2000년 9월 기존 의료보험연합회와 국민의료보험공단이 별도로 관리해 오던 데이터베이스를 통합해 요양기관 현황신고 자료를 정비했다. 그러나 이후에도 관리대상이 폭증하고 의약분업과 차등수가제 등이 도입됨에 따라 현황신고 관리업무의 보강 필요성이 지속적으로 제기되었다. 이에 2000년 11월 병원급 이하 요양기관을 시작으로, 업무의 지원 이관이 본격화되었다.

<요양기관 현황관리 업무의 지원 이관 진행경과>

이관 연도	이관 대상
2000년 11월	병원급 이하 요양기관(한방 제외)
2001년 1월	한의원
2004년 6월	의약분업 예외지역, 응급의료기관, 가정간호사업 실시기관
2007년 1월	보건지소
2008년 2월	이학요법료 산정관리
2017년 1월	종합병원
2017년 7월	한방병원
2018년 1월	치과대학부속 치과병원

2001년 7월에는 「국민건강보험법 시행규칙」의 개정에 대응하는 차원에서 전체 요양기관을 대상으로 일제 정비를 단행했다. '요양기관 현황통보서' 양식이 세분화되고,[••] 관련 인력의 주민등록번호와 면허번호를 등재하도록 개정됨에 따라 의료인력에 대한 보다 세밀한 관리가 요구되었던 것이다. 일제정비사업을 통해 2002년 말에는 7개 직종, 12만 6,799명의 의료인력 데이터베이스 구축에 성공했다. 아울러 시설 및 장비 현황관리 측면에서도 최신 정보를 추가할 수 있었다.

2002년 2월에는 의원급 요양기관 표시과목에 대한 기존 분류를 전반적으로 점검하고 혼란의 소지가 있는 부분은 개선했다. 예를 들어 전문의가 개설한 의원이 요양기관 명칭에 전문과목을 표시하지 않아 일반의로 분류되었다거나, 일반의가 개설한 의원이 전문과목과 유사한 명칭을 사용하는 탓에 전문의 그룹으로 분류된 사례가 있었다. 심사평가원은 이런 경우를 바로 잡음으로써 이후 현황관리 업무의 정확도를 높여 나갈 수 있었다. 한편 이 시기에는 지역별로 관리 요양기관의 수가 점증함에 따라 기호부여의 세부를 수정해 나갔는데, 그 구체적인 내용을 살펴보면 다음과 같았다.

<지역별 · 기관별 기호부여 방식의 변화>

변경 시점	해당 기관	기호부여 방식의 변화
1997년 3월	서울지역 의원 및 약국	1만 번째 기관부터 앞 두자리를 '11'에서 '12'로 변경
2003년 6월	경기 및 인천 지역	1만 번째 기관부터 앞 두자리를 '31'에서 '41'로 변경
2006년 9월	한의원	5,000번째 기관부터 '12'로 부여

2003년은 현황관리 업무 전산화의 원년이었다. 이해 5월 포털서비스를 개시함으로써 요양기관 현황(변경) 통보서의 인터넷 제출과 처리결과의 신속한 조회가 가능해졌던 것

•• 양방, 한방, 약국용으로 세분

이다. 이후에도 요양기관의 업무 편익을 도모하고 현황관리 업무의 효율화를 달성하기 위해, 지속적으로 전산화 흐름을 이어갔다. 특히 2005년 7월에는 요양기관 기호를 현장에서 즉시 부여하는 '요양기관 기호부여 당일(One-day) 서비스'를 실시했는데, 이로써 기존에는 3-5일이 소요되던 기호부여 처리기간이 대폭 축소될 수 있었다.

2009년부터는 요양기관 현황관리 업무에도 본격적으로 전산화 바람이 불었다. 무엇보다 1998년 종합전산망 도입 이후 현황관리시스템에 대해서는 제도변경에 따라 산발적인 보강만이 진행되어온 터였다. 그러다 보니 10년이 지났음에도 구성 내용이 대단히 복잡하고 상호연계도 미흡했다. 이에 심사평가원은 현황관리시스템의 고도화 필요성을 인식하고, 2009년 8월에 들어 '요양기관 현황관리시스템 재구축 계획'을 수립하게 되었다. 이후 2010년 7월 용역계약을 체결하고 구축사업에 돌입했고, 10개월에 걸친 개발작업 끝에 2011년 5월 웹 기반 의 새로운 현황관리시스템을 오픈할 수 있었다. 이로써 심사평가원은 기존에 수작업으로 진행해오던 현황관리 업무를 사전 · 사후 기능이 추가된 전산 시스템을 활용하여 수행해 나갈 수 있었다.

<현황관리시스템 재구축 사업의 세부 성과>

① 현황관리시스템의 웹 기반 조성
- 차세대 심사평가시스템과의 연계 기반 조성

② 업무메뉴 통합 및 재분류
- 인력 · 시설 · 장비 등 통합해 중복관리 차단
- 현황신고의 접근성과 정확성 확보

③ 이력관리 기능 강화
- 변경 · 수정 이력 추적 조회 기능 보강

이밖에도 심사평가원은 관련 제도 및 법령의 변화에도 효과적으로 대응해왔다. 특히 2014년 「도로명주소법」 전면 시행이 예고됨에 따라, 2011년 9월부터 선제적으로 '도로명주소 전환계획'을 마련하고 시행에 들어갔다. 이로써 심사평가원은 기존에 수작업으로 진행해오던 현황관리 업무를 사전 · 사후 기능이 추가된 전산 시스템을 활용하여 수행해 나갈 수 있었다. 이후에도 제도 변화를 반영해 현황관리 업무 프로세스를 개선해 나갔는데, 구체적으로 내용을 살펴보면 다음과 같았다.

<국민건강 관련 제도 변화를 반영한 요양기관 현황관리 업무 개선>

개선 시점	제도 변화	개선 내용
2014년 9월	4인실 및 5인실의 입원비용 전액이 건강보험의 적용을 받기 시작	요양기관 현황신고서 서식 개편
2015년 7월	국민건강보험법 · 의료법 · 약사법 시행규칙, 진방 · 특수장비규칙 개정 공포	의료자원 신고일원화를 위한 법령 개정 및 서식 표준화(11종)
2015년 10월	통합신고포털 운영 및 관리 등에 관한 규칙제정, 장비고시 개정	의료자원 신고일원화에 따른 서식 표준화(8종)
2015년 10월	민원사무처리기준표 고시	민원사무에 따른 법인등기부등본 열람
2018년 7월	「연명의료결정법」 시행	호스피스 입원실과 일반 입원실을 구분해 신고할 수 있도록 개정
2018년 7월 ~ 2019년 7월	2인실 및 3인실의 입원비용이 건강보험의 적용을 받기 시작	요양기관 현황신고서 서식 개편(2018년 7월 종합병원 급, 2019년 7월 병원급 기관 순차적으로 적용됨)
2019년 7월	「약사법 시행규칙」 일부 개정	약국개설자의 지위승계 신고 신설

이처럼 보건의료 제도 변화를 정확히 반영한 시의적절한 관리를 통해, 심사평가원은 의료자원 현황관리의 정확성을 지속적으로 높여 나갈 수 있었다.

보건의료자원 신고 일원화 실현

2016년 전에만 해도 보건의료자원의 신고 창구는 각 지방자치단체와 심사평가원으로 나뉘어 있었다. 지방자치단체는 「의료법」을 근거로 의료기관의 개설 신고와 허가, 의료장비의 신고관리를 맡고 있었고, 심사평가원은 「국민건강보험법」을 근거로 요양급여 보상을 위해 요양기관 현황신고 관리를 담당하고 있었다.

의약단체로부터 개선 요청이 빗발쳤다. 중복 신고로 인한 업무 부담과 행정 비효율이 적지 않았던 것이다. 이에 2012년에 들어 일선 요양기관의 요구에 대한 응답의 주체로 심사평가원이 나서게 되었다. 이해관계자들의 의견 수렴과 신고일원화제도 도입방안 검토를 거쳐 1년여에 걸친 노력을 통해 신고일원화 전환의 기반을 다져나갈 수 있었다.

2014년부터 신고일원화제도 도입을 위해 2팀으로 구성된 실무지원 TF를 신설하고, 본격적으로 사업 추진에 나섰다. 관련법령 및 서식 개정안 검토, 통합신고포털 시스템 구축이 주요 과제였다. 전담조직을 기반으로 사업에 속도를 붙인 끝에, 2015년에는 신고일원화 도입을 위한 법적 근거 마련에 성공할 수 있었다. 「국민건강보험법 시행규칙」을 비롯한 5개 관계법령•의 개정을 이뤄냈던 것이다.

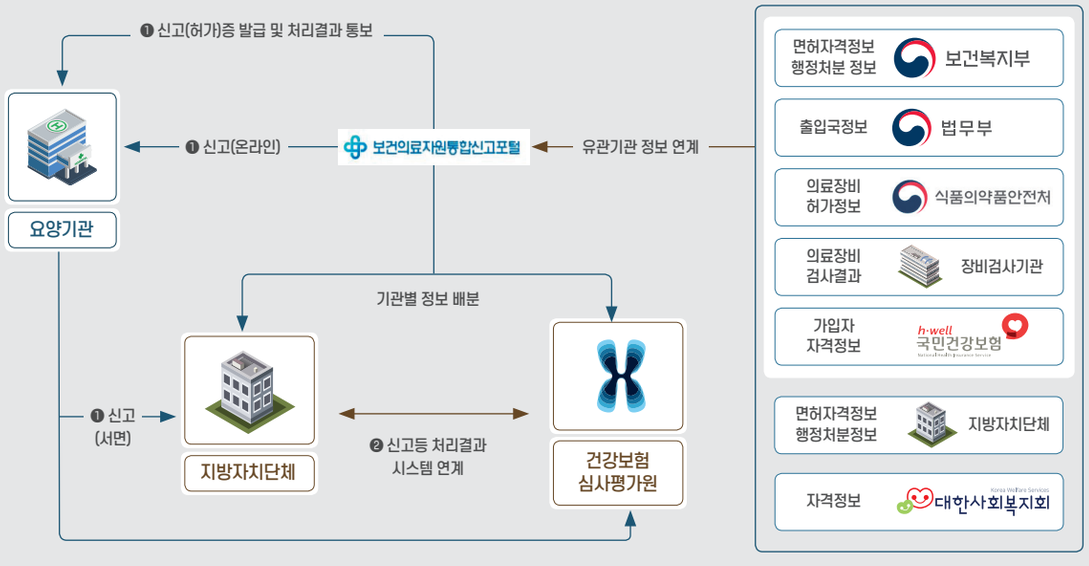
<「국민건강보험법 시행규칙」 제12조 제 · 개정 내용>

① 현황신고 간소화 및 보건의료자원통합신고포털 설치 · 운영에 관한 사항 신설 · 개정

② 보건의료자원통합신고포털 운영 및 관리 등에 관한 규칙 제정

• 「국민건강보험법 시행규칙」, 「의료법 시행규칙」, 「약사법 시행규칙」, 「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」, 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」

<보건의료자원통합신고포털 업무 프로세스>





이후 심사평가원은 해당 법령 개정내용을 근거로, 여타 행정기관 시스템들과 신고 및 허가 처리정보 연계사업을 진행했다. 그 끝에 2015년이 저물기 전에는 '보건의료자원통합신고포털' 구축을 완료할 수 있었고, 2016년 1월부터 3월까지 해당 시스템을 단계적으로 오픈해 나갔다.

요양기관 입장에서는 신고 및 허가 접수에서부터 처리와 증명서 발급까지 원스톱으로 진행되다 보니 이보다 더 편할 수 없었다. 또 기존처럼 중복 신고를 해야 한다거나, 각 지자체를 직접 방문해 신고절차를 진행할 필요가 없다 보니 불필요한 행정비용을 대폭 절감할 수 있었다.

한편 심사평가원의 경우 신고 일원화 제도가 도입되면서 보건의료자원의 현황 파악이 보다 용이해졌다. 그간 요양급여비용을 청구하지 않았던 기관이나 요양급여와 관련이 없는 장비 현황까지 파악할 수 있게 된 것이다. 이에 통합신고포털의 오픈 이후, 심사평가원은 보건의료자원의 관리에 있어 진정한 콘트롤 타워로 거듭날 수 있었고 이를 바탕으로 의료자원 보건의료 정책의 수립을 보다 효과적으로 지원해 나갈 수 있었다.

이밖에도 심사평가원은 2018년 재해나 재난, 혹은 장애 발생 시에도 계속해 서비스를 제공하고, 빠른 복구를 통해 업무 연속성을 보장하기 위해 '요양기관 현황관리 재해복구 시스템'을 구축했다. 이에 사이버테러를 포함한 각종 대내 · 외 위협으로부터 시스템을 안전하게 보호하고, 안정적으로 서비스를 제공할 수 있게 되었다.

2019년에는 정부의 정책 방침에 따라 ActiveX를 포함한 비표준 기술을 제거하고, 웹 호환성을 확보했다. 또 게시판, 도움말, 팝업존, 배너 등을 업무 담당자가 직접 관리할 수 있도록 개선함으로써 민원 불만을 최소화하고 직원들의 업무 효율성을 크게 향상시킬 수 있었다.

3. 의료장비 관리업무 개선

의료장비 관리시스템의 구축과 개선

심사평가원은 의료장비 현황신고의 정확성을 높이기 위해서도 지속적으로 노력해왔다. 2001년 11월 '의료장비관리 개선방안'을 수립해 중점관리 대상과 장비별 점검항목을 정비해 관리를 시행해 왔으며, 2002년에는 의료장비 상세관리 전산 프로그램을 개발함으로써 의료장비 관리업무에서도 전산화의 첫 장을 열었다.

이후 2005년과 2006년에는 의료장비 관리시스템의 개선작업을 잇달아 수행해 업무효율화를 도모했으며, 2008년에는 식약처 허가와 수가 정보 등 연계 정보의 조회까지 가능한 종합정보시스템을 구축하기에 이르렀다.

2013년에는 전산화의 진전을 통해 업무 패러다임의 전환을 시도했다. 의료장비 전산점검의 틀을 기존에는 전문가가 점검해 왔으나, 이해부터 완전히 자동점검으로 전환했던 것이다. 이후에도 '의료장비 현황관리 장비등록 시스템'에 대한 수정 · 보완 작업은 지속적으로 시행되고 있으며, 이를 통해 보다 정확하고 완전한 형태의 의료장비 관련 정보를 제공하기 위해 애쓰고 있다.

2016년에는 보건의료자원 신고일원화 사업의 일환으로, 지자체와 심사평가원의 업무범위와 내용이 정리되었다. 그 세부를 살펴보면 다음과 같았다.

<보건의료자원 신고일원화에 따른 업무조정 내용>

지자체

진단용 방사선 발생장치 및 특수의료장비의 설치 · (재)사용 · 사용중지 · 양도 · 이전 · 폐기신고(등록), 변경신고(통보)접수 · 처리 등 지자체로 일원화

심사평가원

지자체 의료장비 바코드 요청에 대한 회신, 요양기관 바코드 발급, 장비 품목 기능 정보 지자체 제공 등

의료장비의 체계적 관리기반 마련

2007년 1월에는 원내에 '의료장비팀'을 신설했다. 국제표준 및 식약처 분류체계와 코드에 맞도록 의료자원 데이터베이스를 정비할 필요성이 제기되었고, 이에 해당 업무를 전담할 조직을 마련했던 것이다. 조직 정비를 마치고 같은 해 8월부터는 '의료장비 현황 정비'에 착수했다. 해당 사업을 통해 심사평가원은 보건복지부 등록 의료장비 20개에 대한 세부정보 및 미신고 장비에 대한 정비를 완료할 수 있었다.

2011년 1월에는 기존 '의료장비부'를 '자원평가부'로 재편하고 적극적으로 의료장비의 이력 및 품질 관리에 나섰다. 같은 해 2월, '의료장비관리 인프라 구축 기본계획'을 세우고 이에 따라 의료장비 목록 정비, 의료장비 코드 표준화, 의료장비 관리시스템 구축 등의 사업을 전개해 나갔다.

<'의료장비관리 인프라 구축 기본계획'에 따른 사업수행 경과>

2011년 4-11월

식약청 허가번호 미등록 및 등록 오류장비 12만여 대에 대한 일제 정비 실시

2011년 5-7월

정부에서 관리하는 특수의료장비 등 15종 9만여 대에 대한 일제 정비 실시

이처럼 대대적인 정비사업을 진행함으로써 무엇보다 의료장비 이력 및 품질의 체계적인 관리를 위한 기틀을 마련할 수 있었다. 구체적으로 일원화된 표준코드를 마련하고 의료장비의 생산에서 유통까지 체계적으로 관리하기 시작했으며, 신고대상 장비 중 CT를 포함한 23종의 장비에 대해서는 '바코드 관리' 시대를 열었다.

2015년에는 보건의료자원 신고일원화 사업의 일환으로 지자체와 심사평가원 간 불일치 문제를 개선했다. 4월에서

10월까지 DB정비를 일괄 진행해 일치되도록 조정했으며, 미신고장비를 대상으로는 바코드 부여를 완료했다.

2018년에는 의료자원의 관리에도 '환자안전' 기제의 장점을 접목하는 데 성공했다. 당시 신생아 사망사건을 계기로 우선 보육기, 인공호흡기 등 신생아 중환자실 장비에 대한 일제정비를 시행했으며, 이후에도 환자안전과 밀접히 관련되어 있는 장비를 선정해 단계적으로 정비를 실시해 나가고 있다.

4. 의료자원 사후관리체계 고도화

심사평가원은 의료자원의 신속하고 정확한 관리로, 진료비 심사평가 업무의 적정성을 제고하기 위해 의료자원 사후관리 업무를 실시하고 있다.

사후관리의 유형은 크게 전산점검과 현지확인으로 나뉜다. 전산점검은 진료수가와 연계된 의료자원 정보와 심사평가원이 보유한 정보 등을 활용해 착오 또는 부당신고 유무를 가려내는 사후 전산점검을 말한다. 반면 현지확인 점검은 현지확인이 필요한 기관이나 착오 또는 부당신고 개연성이 높은 요양기관에 대해 실시하는 것으로, 직접 요양기관을 방문해 확인하는 절차를 의미한다.

1999년 간호관리료 차등제가 신설되면서 의료자원 건강보험 수가의 복잡성이 증가함에 따라 서류와 현장의 의료인력 운영현황 불일치 개연성이 높아졌다. 이에 심사평가원은 요양기관 현황관리 업무를 전담하게 된 이후, 꾸준히 현지확인 활동을 강화해 왔다.

2008년 10월에 들어서는 새로운 차등제 수가들이 추가되었다. 의료급여 정신과 입원료 차등제와 요양병원 입원료 차등제가 시행에 들어간 것이다. 이에 심사평가원은 2009년 3월부터 12월까지 현지확인과 운용실태 조사를 실시했다. 해당 조사를 통해 다수의 착오 기재와 허위 신고가 적발됨에 따라 현지확인 업무 강화의 필요성이 더욱 커지게 되었다.

2015년부터는 국민건강보험공단 자격정보, 법무부 해외출입국 정보 등 연계정보를 적극적으로 활용함으로써 현지확인 대상기관 선정에 있어 투명성과 효율성을 제고해 나갔다. 이어 2017년에는 현지확인 관리체계의 강화 필요성이 지속적으로 제기됨에 따라 대상기관을 권역별로 구분하고, 본 · 지원 합동 조사팀을 구성해 '기획 현지확인'을 실시하고 있다.

5. 정보 연계 및 정보 활용 활성화

관련 기관과의 정보 연계

심사평가원은 요양급여비용의 지급을 위해 필요한 의료자원 관련 정보를 타 기관과의 시스템 연계를 통해 제공받고 있다. 또 심사평가원이 보유하고 있는 의료자원 정보를 국가재난 관련 대응 등을 위해 제공하고 있기도 하다. 요양기관 현황관리 업무의 도입 초기부터 여러 기관과 협력관계를 구축하고 이러한 정보 연계 활동을 이어왔으며, 그 주요 내역을 살펴보면 오른쪽과 같다.

한편 2017년에 들어서는 행정안전부에서 추진 중이던 '행복출산 원스톱 서비스'의 일환으로 온라인 출생신고 시범사업에 참여하게 되었다. 이에 심사평가원은 출생정보를 연계해 나가는 과정에서 보다 적극적인 의미에서 정보 연계 활동을 수행하게 되었다. 특히 분만 병 · 의원에서 출생정보•를 실시간으로 심사평가원에 전송할 수 있는 시스템을 마련하고 사업 확대에 있어 중추적인 역할을 수행해 나갔다.

• 산모 성명, 출생자 출생일시 및 성별 등

<타 기관과의 의료자원 정보 연계 주요내역>

기관명	연계 시작 시점	연계 내용
국민건강보험공단	2001년 5월	• 공단의 정보연계시스템을 통해 관련 자료 송 · 수신
법무부	2004년 5월	• 전 국민 및 의료인 출입국 자료 수신 • 부당청구내역 선별
보건복지부	2004년 7월	• 보건의료인력의 면허DB 수신 • 현황관리 등록업무에 활용
식품의약품안전처	2006년 12월	• 의료장비의 허가(신고)번호, 사용 목적 등 21개 항목에 대해 매일 정보를 수신
한국의료영상품질관리원 등 5개 품질검사기관	2008년 12월	• 품질검사결과 정보연계시스템 구축 • 장비 품질검사와 이력관리 등에 활용
지방자치단체	2009년 11월	• '행정정보공동이용 중계시스템'을 통해 신고된 정보를 실시간으로 연계
소방방재청	2010년 8월	• '지진재해대응시스템'과 정보연계시스템 구축 • 요양기관 명칭과 진료과목별 의사 수 등의 정보 매일 제공
행정안전부	2010년 11월	• '비상대비 자원통합 관리시스템'과 연계시스템 구축 • 요양기관 현황정보 제공
국민건강보험공단	2012년 9월	• 면허(자격) DB상의 의료인력에 대한 건보공단 자격 변경 정보 수신 • 포괄간호서비스 시범사업 관련 자료 수신
보건복지부	2015년 10월	• 의료인 면허자격 정보 수신, 의료인 행정처분 정보 수신
질병관리본부	2015년 10월	• 전국 요양기관 자료 제공
한국지역정보개발원	2015년 10월	• 국가주소유통정보서비스 이용을 위한 정보 수신
시 · 도 시 · 군 · 구	2015년 10월	• 의료인 수 변경에 대한 송신
사회복지사협회	2016년 1월	• 사회복지사 자격 등록
국민건강보험공단	2016년 10월	• 요양병원 호스피스 시범사업 기관 현황정보 수신
한국의약품안전관리원	2017년 9월	• 의료기관 마약류 오남용 차단 • 요양기관 현황자료 제공
대법원 법원행정처	2018년 5월	• 온라인 출생신고에 따른 사실 증명 • 요양기관이 제출한 자료를 대법원에 제공
식품의약품안전처	2018년 6월	• 의료기기 허가 및 신의료기술평가 등 통합운영 심사시스템 구축 • 요양기관이 보유한 의료기기 관련 정보 제공
시 · 군 · 구	2018년 8월	• 의료자원 신고일원화 관련 • 의약분업 예외지역 지정 등에 관한 사항 정보 수신
의료기관평가인증원	2018년 9월	• 의료기관 안전관리료 수가 산정 • 요양기관 현황정보 제공
의료기관평가인증원	2018년 9월	• 입원환자 안전관리료 수가 산정을 위한 정보 수신
식품의약품안전처	2018년 10월	• 안전한 먹거리 환경 및 의료기기 공급내역 보고를 위한 전산시스템 구축 • 요양기관 현황관리 정보 제공
사회보장정보원	2019년 8월	• 진료정보교류-의뢰 · 회송 시범사업 연계 확대로 휴 · 폐업 기관으로 의뢰 · 회송서 발송 문제 해소 • 요양기관 현황정보 제공
법무부	2019년 11월	• 선원기록 및 승무원 출입국 자료 수신

기관명	연계 시작 시점	연계 내용
국민건강보험공단	2020년 1월	• 국민건강보험공단 요양병원 환자지원팀 운영현황 정보 송신
의료기관평가인증원	2020년 2월	• 입원환자 안전활동의 수가 산정을 위한 정보 수신
공무원연금공단	2020년 3월	• 공무원 재해보상법에 의거 요양급여비용 승인 및 지급 • 요양기관 현황정보 제공
행정안전부	2020년 4월	• 임신지원 원스톱서비스 확대 • 분만실 보유기관 및 난임 관련 요양기관 현황정보 제공
사회보장정보원	2020년 9월	• 진료정보교류 사업 참여기관 요양급여비용 심사를 위해 기관 현황정보 수신
국민건강보험공단	2020년 10월	• 개방형 호흡기전담클리닉 운영현황을 통한 지급결정자료 활용을 위해 정보 수신

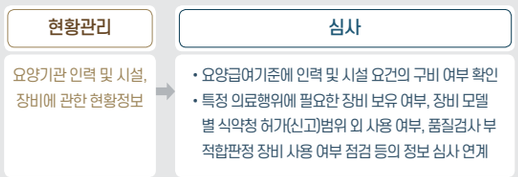
2019년에도 '행복출산 원스톱 서비스 사업'의 성공적인 전개를 위해 지원을 아끼지 않았다. 심사평가원이 분만실 보유기관 현황정보, 난임수술 병원의 기본정보 등 21개 항목의 데이터를 제공함으로써 정부가 기획한 대국민 서비스가 현실화되는 과정에 힘을 보탰던 것이다.

이와 같은 정보 제공 활동을 통해 심사평가원은 적극 행정을 구현하고 있는 대표적인 기관의 하나로 대외에 알려졌을 뿐 아니라 국민 편익을 위해 실질적으로 기여할 수 있었다.

의료자원 정보의 심사평가 연계

진료 건수의 급격한 증가로 사전점검의 필요성이 증가했다. 현황관리 업무와 심사평가 업무 간의 긴밀한 협조체제 마련이 요구되었다. 이에 심사평가원은 2008년 5월, 요양기관 현황관리 정보와 진료수가 전산점검의 연계를 위한 추진계획을 수립하고 이후 지속적으로 추진해 나갔다. 추진 초기에는 의료인력 현황에 따른 수가차등 중심으로 연계해 나갔다. 그러나 이후 시설 및 장비로도 연계 분야를 확대해 가고 있다.

<요양기관 현황관리와 심사 연계 현황>



한편 2011년 5월에는 인트라넷과 심사시스템이 통합된 새로운 현황관리시스템이 오픈하면서 심사 연계의 수준이 보다 고도화되고 사전점검 조정액 역시 매년 상승할 수 있었다. 또한 2016년에는 '보건의료자원통합신고포털'이 운영에 들어감으로써 유관기관과의 실시간 정보 연계가 가능해졌고, 이를 바탕으로 심사평가 업무의 효율성을 크게 향상시킬 수 있었다.

코로나 대응을 위한 의료자원 데이터베이스 활용

심사평가원은 코로나19 전장의 한가운데에서 국민들이 안심하고 진료를 받을 수 있는 체계 구축에 앞장섰다. 2020년 2월에는 보건복지부의 요청을 받아 국민안심병원 지정

<음압병상 운영현황 정보시스템 서비스 체계도>



과 그 운영현황의 공개에 관한 과업을 수행했는데, 작업 착수 10일 만에 총 290개 기관의 지정 및 운영현황 공개를 완료했다. 이후 최종적으로 350여 기관의 지정과 공개를 달성했으며, 철저한 사후 요건점검 실시 등을 통해 코로나19 상황에서도 국민이 안심하고 의료기관을 이용할 수 있도록 했다.

이어 3월에는 중앙사고수습본부의 코로나19 중증환자 치료병상 확인을 위한 전산개발 요청에 따라, '음압병상 운영현황 정보시스템'을 구축했다. 기존 보건의료자원통합신고 포털의 병상현황 정보 제출 기능을 활용해 관련 기관들이 매일 보고서 형태의 결과물을 확인할 수 있도록 구축되었으며, 해당 시스템은 실제로 중앙사고수습본부 및 지자체, 국립중앙의료원의 코로나19 환자 병상배정에 적극적으로 활용되었다.

심사평가원은 이와 같은 시스템 구축 능력과 정보활용 능력을 통해 감염병 확산을 차단하기 위한 국가적인 노력에 적극적으로 화답할 수 있었다. 또한 이처럼 모범사례들을 잇달아 쏟아내면서, 보건의료자원 정보 활용의 중요성이 전 사회적인 주목을 끄는 데 기여하기도 했다.

제2절
의료전달체계 확립으로 의료공공성 기반 마련

1. 상급종합병원 지정 및 평가

'상급종합병원 지정제도'는 종합병원 중에서, 중증질환에 대해 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 기관을 상급종합병원으로 지정하는 제도로서 매 3년마다 실시되고 있다.

역사적 연원을 찾아 거슬러 올라가면 1989년 전 국민 의료보험 시행을 계기로 요양기관을 1차, 2차, 3차로 구분하면서 대학병원 및 종합병원 중 25개 기관이 3차 진료기관으로 지정되었다. 그러나 「국민건강보험법」의 제정과 동시에 기존 '3차 진료기관'은 '종합전문 요양기관'으로 변경되었고, 이후 2008년에 들어서는 상대평가를 통한 경쟁체제를 도입해 10개 권역에 걸쳐 44개 요양기관을 지정하게 되었다.

심사평가원이 해당 업무를 맡게 된 것은 2011년이었다. 그 해 지정 및 평가 수행을 위한 법적 근거가 「의료법」으로 전환되면서 4월부터 심사평가원이 보건복지부의 위탁을 받아 상급종합병원 평가 및 수반업무를 수행하게 된 것이다.•

2011년부터 상급종합병원 제1기 지정평가가 시행되었다. 지정기준에 대해 요양기관들이 제출한 자료를 검토하는 절대평가를 거쳐, 이를 충족한 기관을 대상으로 상대평가를 실시한 끝에 10개 진료권역에서 44개 상급종합병원을 지정했다. 이후 상급종합병원평가협의회 등을 통해 치열한 논의를 거친 끝에 심사평가원은 '상급종합병원 지정기준 개정안'을 마련했고, 이를 바탕으로 2014년 7월에는 「상급종합병원 지정 및 평가에 관한 규칙」의 개정을 이끌어냈다.

<상급종합병원 지정제도 보완사항>

① 지정기준 신설 및 강화

- 중환자실 시설과 장비에 대한 신설기준
- 환자구성비율 기준 강화

② 지정기관에 대한 중간평가 도입

- 중간평가 통해 지정기준 유지 여부 확인 및 미충족 시 지정취소 기준 마련
- 지정 이후에도 지속적인 질 향상 유도

2014년에는 상급종합병원 제2기 지정평가가 시행되었다. 제1기 지정평가 시행 경험을 바탕으로 제도 운영의 보완점을 마련했고, 이를 통해 보다 정교한 평가를 지향해 나갔다. 그 끝에 10개 진료권역별로 우수한 43개의 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있었다. 특히 이 시기에는 환자 쏠림현상과 무분별한 병상증설을 방지할 수 있는 새로운 장치를 마련했다. 2015년 1월부로 '병상 신증설 사전협의제도'를 신설해 위반 시에는 지정기관에 감점을 적용해 나갔던 것이다. 이로써 심사평가원은 의료전달체계 확립이라는 제도의 취지를 보다 명확하게 업무 프로세스에 반영해 나갈 수 있었다.

<병상 신증설 사전협의제도의 정의>

상급종합병원의 경우 병상 신증설 시 보건복지부와 사전협의하는 승인 절차를 거치도록 기준 설정

2015년에는 또한 '상급종합병원 의료 질 평가방안' 연구를 수행해 지정기준과 적정성 평가결과를 연계할 수 있는 방안

• 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」 제5조에 의거

을 제시했다. 이에 따라 2017년 지정기준 개정이 이루어지며 적정성 평가결과가 지정기준에 포함되기 시작했고,[••] 이로써 상급종합병원에서 수행하고 있는 주요 중증질환 의료서비스의 경우 일정 수준 이상의 의료 질을 보장할 수 있게 되었다. 이밖에도 제3기 지정평가를 앞두고 단행된 지정기준 보완을 통해 여러 개선점이 도출되었는데, 이를 정리해 보면 다음과 같았다.

<제3기 지정평가 수행을 위한 지정기준 개정사항>

① 지정기준 신설

- 음압병상 확보 현황
- 병문안객 통제시설 및 보안 인력 기준
- 경증환자의 병 · 의원 진료의뢰 · 회송을 위한 정보협력체계 구축 기준

② 지정기준 강화

- 환자구성비율 기준 강화

이와 같은 개선 노력을 거쳐 2017년 상급종합병원 제3기 지정평가가 시행되었다. 평가결과 진료권역별로 42개 기관이 상급종합병원으로 지정되었고, 제도가 안정화 시기에 접어들었다는 평가를 받았다. 이에 심사평가원 역시 의료자원의 이용 효율성 극대화에 기여하며, 제도 신설의 취지를 효과적으로 구현해냈다는 평가를 받았다.

2. 전문병원 지정 및 평가

'전문병원 지정제도'는 병원급 요양기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환에 대해 난이도가 높은 의료행위를 하는 기관을 전문병원으로 지정하는 제도이다. 1990년대부터 제도 도입을 위한 논의가 진행되었으며, 관련 연구가 최초로 수행된 건 2003년이었다. 이후 2005년 보건복지부에서 전문병원 시범사업 계획을 발표하고 세 차례에 걸쳐 시범사업을 실시했다.

역량 있는 중소병원을 육성하고, 대형병원으로의 환자 쏠림현상 등을 완화하기 위해 도입되었다. 이에 의료서비스의 질을 보장하기 위해서는 임상 질 지표와 특정 의료서비스의 진료실적 기준이 지정기준에 필수적으로 반영되어야 한다는 제안이 있었다.[•••] 이 제안을 바탕으로 2011년 1월 「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」이 제정되었고, 같은 규칙 제7조에 의거, 전문병원 평가 및 수반업무를 보건복지부의 위탁을 받아 심사평가원이 수행하게 되었다.

2011년부터 전문병원 제1기 지정평가가 시행되었다. 20개 분야에서 99개 기관을 지정해 운영에 들어갔으며, 지정기준 개선에 집중한 끝에 수지접합, 척추질환, 재활의학과, 화상 분야 등 10개 분야의 임상 질 평가지표 개발을 완료했다.

2015년부터는 전문병원 지정평가 제2기가 개막되었다. 지정과정에서는 제1기의 성과를 바탕으로 의료 질 평가 기준을 최초로 도입했으며, 이처럼 보다 정교해진 평가모형을 기반으로 111개 기관을 지정해 운영에 들어갔다. 제2기 운영과정에서는 먼저 전문병원제도 시행 대상 전 분야에 걸쳐 의료 질 지표의 개발을 완료했다. 2016년 기존에는 적

[••] 심혈관질환, 뇌졸중, 주요 암, 수술의 예방적 항생제, 고난이도 수술의 진료량에 대한 평가결과가 우선 활용되기 시작했으며 가중치 5%가 적용되었다.

[•••] 2010년 수립된 '전문병원제도 시행을 위한 지정기준(안)'

정성 평가가 시행되지 않던 미개발 영역까지 개발작업을 완료하고 10월에는 156개 기관을 대상으로 관련 설명회를 개최한 것이다.

한편 같은 해 2월에는 전문병원 지정제도 발전사에 있어 중요한 변곡점이 마련되기도 했다. 전문병원으로 지정받은 요양기관을 대상으로 전문병원 관리료 및 전문병원 의료질지원금이 산정되기 시작한 것이다.

<전문병원 관리료 및 전문병원 의료질지원금 운영 방식>

전문병원 관리료

- 입원, 외래관리료로 구분
- 입원의 경우 1~3분야로 나뉘어 소정점수 산정

전문병원 의료질지원금('16~'18년)

- 추가비용 징수의사가 있는 선택진료 의료기관에서 산정

전문병원 의료질평가지원금('19년~현재)

- 모든 병원급 전문병원 대상

2017년에는 전문병원 지정평가 업무의 전산화가 본격적으로 추진되었다. 신청화면 및 환자조사표 개발, 분석시스템 개발 등이 주요 과업이었으며 각각 2월과 3월에 개발 및 구축 사업에 돌입하게 되었다. 그 결과로 같은 해 5월에는 화면개발과 검증작업을 거쳐 분석시스템 구축사업이 완료될 수 있었고, 이어 8월에는 10개 분야•의 환자조사표가 새로 개발될 수 있었다.

또 2018년에는 의료 질 평가를 실시해 의료 질 점수가 높은 기관을 3개 등급으로 구분하고, 입원 · 외래 전문병원 의료질평가지원금을 지급하게 되었다.

전문병원 지정평가 제3기에 돌입하고 오래지 않아 해당 제도는 커다란 변화를 맞게 되었다. 2020년 3월 보건복지부가 「전문병원 지정 및 평가 등에 관한 규칙」을 개정함으로 인해 제도 운영의 몇 가지 틀이 수정되었던 것이다. 가장 눈에 띄는 점은 전문병원 평가주기의 변화였다. 모집주기가 기존 3년에서 1년으로 단축되었던 것이다. 또한 평가항목의 가중치 부과기준도 변경되어 기존 환자구성비율은 30%에서 20%로 줄어든 반면, 의료 질 평가항목은 20%에서 30%로 늘게 되었다. 이와 같은 변화로 인해 향후 전문병원 지정제도는 보다 까다롭고 엄정한 기준 속에 운용될 것으로 예상되며, 이에 심사평가원이 수행해야 될 역할의 중요도 역시 점차 증가하게 될 것으로 보인다.

전문병원 지정제도의 도입으로 인해 지역 의료전달체계가 많이 개선되었으며, 의료서비스 질 향상으로 환자만족도 역시 크게 제고되었다. 이와 같은 성과는 그간 심사평가원의 다양한 정책개발 활동과 관련 연구 수행 등 부단한 노력으로 제도 발전에 크게 이바지한 결과이다. 심사평가원은 앞으로도 전문병원이 보건의료 전달체계 내 튼튼한 허리 역할을 담당할 수 있도록 제도 보완 작업을 지속적으로 해나갈 것이다.

3. 재활의료기관 지정 및 운영

만성 · 노인성 질환이 늘면서, 급성기 치료 이후 기능회복을 위한 재활치료의 필요성이 크게 증가했다. 그러나 재활치료서비스의 제공기관이 요양병원에 집중되어 있어, 그로 인해 생기는 문제가 적지 않았다. 일당정액수가제의 적용을 받는 요양병원의 특성상 장기입원을 할수록 수익이 생기는 구조인 데다, 조기에 자택 복귀를 유도하는 기전이 없어 환자의 기능개선과 조기 사회복귀에 한계를 드러냈던 것이다. 이에 정부는 재활의료 전달체계의 개선을 목적으

• 관절, 뇌혈관, 대장항문, 심장, 주산기, 산부인과, 신경과, 안과, 유방, 한방부인과

로, 2015년 12월 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」을 제정했다.

이후 법 시행을 앞둔 2017년 2월 심사평가원이 시범사업 운영의 주체로 선택되었다. 이에 의료현장의 의견 청취과정과 전문가 자문회의 등을 거쳐 같은 해 7월에는 '재활의료기관 지정 · 운영 시범사업 추진계획'을 수립하고, 10월부터는 본격적으로 시범사업에 돌입했다.

시범사업의 핵심 과제는 본 사업 추진을 위해 재활의료기관 지정 및 운영 모형을 마련하는 일이었다. 이에 심사평가원은 시범사업 운영과 평가를 병행해 나갔으며, 2018년에는 관련 용역의 연구[••] 결과를 바탕으로 모형 도출을 완료할 수 있었다. 이후 같은 해 12월에는 시범사업 운영협의회 및 건강보험정책심의위원회에 해당 내용을 보고했으며, 이로써 급성기에서 회복기와 유지기, 그리고 지역사회 통합돌봄으로 이어지는 재활의료 전달체계 모형의 초석을 놓을 수 있었다.

2019년에 들어 지역균형의 재활의료기관 지정을 위한 지역별 필요 병상수 산출과 재활의료 단계별 역할 정립에 관한 연구용역을 추진하였고 재활의료기관 지정 · 운영에 관한 세부사항 고시가 행정예고 되었다. 세부사항 고시가 행정예고되자, 지방 중소병원들의 기준완화 요구가 빗발쳤다. 이에 정부와 심사평가원은 관련 기준을 갖출 수 있도록 충분한 기간을 준 후 평가를 진행하는 '전향적 평가방식'을 마련하고, 지정신청 시에 의료기관이 평가방식을 스스로 선택할 수 있도록 변경해 8월 30일 「재활의료기관 지정 및 운영 등에 관한 고시」를 제정 · 공표했다.

<재활의료기관 지정 및 운영 제1기의 평가방식>

후향적 평가

지정계획 공고일 기준 전년도 실적을 평가

전향적 평가

기준을 갖출 수 있도록 기간을 준 후 평가하는 방식으로, 지정계획 공고일 이후 1년간 실적을 평가

세부사항 고시 제정과 함께 보건복지부의 제1기 재활의료기관 지정계획 공고에 따라, 2019년 8월 30일부터 지정평가가 진행되었다. 전향적 평가방식의 도입으로 인해 예상치를 뛰어넘는 수준인 총 68개 기관이 지정신청에 참여했으며, 이후 진행경과는 다음과 같았다.

<제1기 재활의료기관 지정 및 운영 진행경과>

2019년 9월

제1기 재활의료기관운영위원회를 구성하고 서류평가 실시

2019년 11월-12월

신뢰도 점검 현장조사 실시 및 실무검토

2020년 1월

재활의료기관운영위원회 심의

2020년 2월

보건복지부장관 지정 공고(26기관)

2020년 3월

1차 지정 26개 기관에 대한 본 사업 개시

2020년 12월

재활의료기관운영위원회 심의 및 보건복지부장관 2차 지정 공고(19기관)

[••] '시범사업 평가 및 성과평가 보상체계 개발', 신용일, 2018

심사평가원은 지속적으로 의료계와 소통함으로써 별다른 마찰 없이 본 사업까지 이어질 수 있도록 사업을 운영해 나갔다. 또한 제도의 원칙은 지키되 제도 운영의 유연성을 발휘함으로써 참여확대의 토양 조성에도 크게 기여했다.

심사평가원은 본 사업 제1기 운영결과를 바탕으로 향후 성과지표를 개발하고 차등 보상체계를 정비해 나갈 예정이며, 이를 통해 정밀한 재활의료 전달체계의 수립에 힘을 보태고자 한다.

4. 난임시술 의료기관 평가 및 통계관리

저출산의 위기는 이미 '오래된 위기'이나 뚜렷한 해답을 내놓지 못하고 있었다. 동시에 난임인구 수는 해마다 늘어도 난임시술 의료기관의 질 관리 기전은 부재했고, 난임시술의 통계현황 산출도 지지부진한 상황이었다. 그러다 전환점이 마련되었다. 2017년 2월 「모자보건법 시행규칙」 제12조 및 제12조의6에 의거, 심사평가원이 보건복지부로부터 '난임시술 의료기관 평가 및 통계시스템 구축 · 운영' 수행기관으로 지정받았던 것이다.

이에 심사평가원은 2017년 난임시술 지정 377개 의료기관 중 254개 기관을 대상으로 기초평가를 수행했다. 이를 통해 해당 의료기관들의 인력 및 시설, 장비 등에 관한 실태를 파악했으며, 그간 비급여로 운영되어왔던 난임시술의 실상을 정확히 들여다볼 수 있었다. 또한 그해부터 심사평가원은 지속적인 난임시술의 통계자료 생성과 분석, 그리고 관리를 위해 자료수집시스템 개발에 착수하기도 했다.

2018년에 들어서는 기관조사표와 난임시술기록지를 제출한 201개 기관을 대상으로 시범평가를 진행했다. 보조생식술에 대한 급여가 시작된 2017년 10월부터 12월까지 시행된 난임시술 건에 대해 시술별, 원인별, 연령별로 특성을 추출했으며 시술과정과 결과까지 고려해 난임시술의 현황을 종합적으로 분석해냈다. 이로써 심사평가원은 본 평가 추진에 앞서 지정평가 체계의 기반을 단단히 다질 수 있었다. 한편 2018년에는 자료수집 자동화시스템의 개발을 완료함으로써 정확하고 효율적인 통계관리를 위한 초석을 놓을 수도 있었다.

2019년에 들어서는 본 평가 수행을 위한 법적 근거의 정비를 마쳤다. 보건복지부와의 협의 끝에 그해 4월 「난임시술 의료기관 평가 등에 관한 기준」이 고시 제정됨으로써 난임시술 평가 및 통계관리 업무를 심사평가원에 위탁하는 법적 근거가 마련되었던 것이다.

이후 본 평가에 들어간 심사평가원은 우선 의료기관의 질적 차이를 반영하는 지표별 평가를 통해 평가체계의 구축을 완료했다. 또 지정기준 미충족 기관에 대한 조치사항을 명확히 하는 등 행정절차의 세부를 마련했으며, 자율적 질 향상을 유도하기 위해 평가결과 공개방안을 수립하기도 했다.

이후 2020년 4월에 난임시술 의료기관 평가위원회에서 평가결과 공개방법 및 공개내용에 대해 심의 · 결정하여 의료기관에는 기관 평가등급 및 평가지표별 평가결과를 제공하였으며, 2020년 8월에 국민이 합리적으로 난임시술 의료기관을 선택할 수 있도록 심사평가원 홈페이지에 평가결과를 공개하였다.

또한, 2022년에 시행하는 2차 평가는 '전향적 평가'를 목표로 '평가체계고도화 방안 연구'를 추진하였으며, 연구결과 도출된 평가지표 및 평가기준, 적용방법에 대해 이해관계자들(소비자, 의료계, 전문가 등)로 구성된 자문위원의 의견수렴 과정을 거쳐 평가지표 및 평가기준, 평가내용 등 2차 평가계획을 평가 완성하여 평가대상기간 전에 2020년 12월 말에 공개하였다.

이밖에도 통계관리 측면에서는 보조생식술에 대한 건강보험 적용이 시작된 2017년 10월부터 연 단위로 비급여를 포함한 난임시술 전 건을 수집하고 분석함으로써 난임 통계의 연단위 누적관리 기반을 마련했으며, EMR 연계를 통한 자료수집시스템을 구축함으로써 정확하고 신뢰도 높은 통계자료 확보의 기반을 다지기도 했다.

이로써 업무 전개를 위한 기초 세우기에 성공한 심사평가원은 향후 난임시술 질 관리의 효율을 높일 수 있는 새로운 지표를 개발하고 지속적으로 보완해 나갈 계획이며, 이를 통해 국가적인 위기로 부상하고 있는 저출산 문제에 해법을 제시해 나갈 것이다.

<난임시술 의료기관 평가 및 통계관리 사업 추진경과>

2017년 기초평가 수행

(대상) 2016년 난임부부 시술비 지원사업 건

2018년 시범평가 수행

(대상) 2017년 10월~12월 시행된 비급여 포함 난임시술건 전체

2019년 첫 본 평가 수행

(대상) 2018년 1월~12월 시행된 비급여 포함 난임시술 건 전체

2020년 8월 첫 본평가 결과 공개

2020년 12월 2차(2022년) 전향적 평가계획 공개

연단위 난임시술 현황 통계관리 수행

보조생식술 급여화(2017년 10월) 이후부터 국제수준의 연 단위 난임 통계구축

제3절
의약품 유통정보 관리

1. 의약품관리종합정보센터의 탄생

의약품 유통시장의 난맥상은 이러했다. 우선 소규모 유통업체가 난립하다 보니, 유통단계가 지나치게 복잡했다. 복잡한 구조는 필연적으로 과다한 유통비용을 발생시켰고, 업체 간의 과다경쟁을 불러왔다. 이에 변칙적 거래가 성행하며 의약품 유통을 둘러싼 시장환경은 날이 갈수록 불건전한 양상을 띄어갔다.

이를 개선하기 위해서는 특단의 조치가 필요했다. 이에 1998년 정부는 '의약품 유통 개혁방안'을 마련하고, 의약품의 생산에서 판매에 이르는 전 과정을 투명하게 한다는 분명한 목표를 제시했다.

<의약품 유통 개혁방안의 주요 내용>

① 의약품 물류 일원화 실현
- 의약품유통종합정보시스템 구축
- 의약품 물류센터 건립

② 유통되는 모든 의약품에 바코드 부여

③ 약제비 지급을 직불제로 전환

2000년 3월 '의약품유통종합정보시스템'은 운영에 들어갔으나, 약제비 직불제도는 꽃도 피우기 전에 곧 폐지됐다. 가장 큰 문제는 직불제 폐지로 인해 의약품유통종합정보시스템의 이용을 유도할 수단이 없어졌다는 점이었다. 이에 해당 시스템은 시장의 외면을 받게 되었고, 결국 의미있는 제도화 성과를 연결되지 못한 채 사업 자체가 좌초되고 말았다.

정부는 곧 의약품유통종합정보시스템을 대체할 새로운 사업을 계획했고, 2003년 12월에 들어 의약품관리종합정보센터 설립 구상을 내놓았다. 이후 2004년 9월부로 해당 사업의 주관기관이 변경되면서,• 의약품 유통시장 혁신의 중책을 심사평가원이 맡게 되었다. 이에 심사평가원은 2005년 2월부터 설립준비팀을 구성하고 제반 준비에 들어갔으며, 진행 경과는 다음과 같았다.

<의약품관리종합정보센터 설립 추진 경과>

2005년 8-11월
- 의약품관리종합정보센터 설립 기본계획 수립
- 시스템 구축을 위한 컨설팅 실시

2007년 4월

시스템 구축을 위한 전담사업자로 LG CNS 선정

2007년 10월

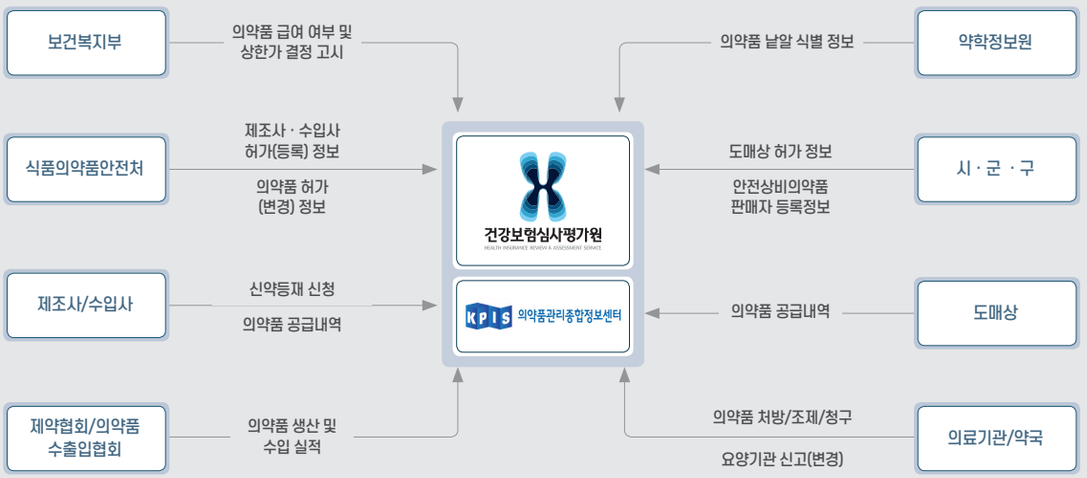
「약사법」 일부 개정을 통해 의약품관리종합정보센터 설립의 법적 근거 마련

2007년 10월 의약품관리종합정보센터가 문을 열었다. 오랜 부침을 뒤로 하고 의약품 유통정보를 체계적으로 관리할 수 있는 도구가 드디어 마련되었던 것이다.

이후 해당 센터는 의약품 정보 표준화를 비롯해 의약품 유통정보의 종합적인 관리를 수행하는 콘트롤 타워로 기능하고 있다. 구체적으로 의약품 유통정보의 수집과 조사에서부터 가공과 제공까지 전담하며 국가 의약품 통계 인프라의 중추로 역할을 다하고 있고, 다양한 형태의 정보 생산과 활용을 통해 의약품 유통의 효율화 실현에 크게 기여하고 있다.

• 기존 '한국보건산업진흥원'에서 심사평가원으로 변경

<의약품 정보 관련 거버넌스>



2. 의약품정보 표준화의 변천과정

의약품 바코드 표시의 의무화

2000년 7월 처음으로 의약품 바코드 표시제도가 도입되었으나, 이후 추진과정이 원활히 진행되지 못해 사업이 중단되었다. 그럼에도 일부 업체들과 각 기관들은 의약품 관련해 자체 코드를 만들어 사용하기 시작했고, 필연적으로 의약품 코드에 대한 일원화 요구 목소리에 힘이 실렸다.

이에 보건복지부는 2008년에 들어 의약품 표준코드••를 제정하고, 그 관리의 업무는 기존 '한국보건산업진흥원'에서 심사평가원 의약품관리종합정보센터로 이관시켰다. 이어 2009년에는 의약품에 13자리 숫자 정보로 이루어진 바코드 표시가 의무화됨에 따라 국내에 유통되는 모든 의약품에 대한 정보수집의 기반이 마련되었다.

특히 '의약품 바코드 표시' 시대가 열린 2009년을 전후해, 제도 안착과정에 있어 심사평가원의 기여가 컸다. 의약품관리종합정보센터를 통해 '올바른 의약품 바코드 표시 매뉴얼'을 제작하고 배포함으로써 제도 수용성을 높이는 데 힘을 보탰을 뿐만 아니라, 연 2회 바코드 표시 실태조사를 시행하고 바코드에 대한 무료 검증 서비스를 제공함으로써 부착 오류율을 줄여나가는 데 일익을 담당했던 것이다.

한편 신설제도가 안정기에 진입함에 따라 의약품관리종합정보센터는 의약품 생산에서 유통, 그리고 소비과정에서 발생하는 정보의 통합 관리를 수행하게 되었고 이를 통해 대한민국 보건의료 정보의 표준화에 크게 기여했다.

•• KD코드 : Korea Drug Code

의약품 RFID 도입과 ATC 코드 부여

심사평가원에서는 의약품 분야에 있어 RFID 도입 가능성을 검증하기 위해 2006년부터 1년 동안 시범사업을 실시했다. 그러나 기술적 한계와 고가의 태그 가격 등이 문제가 되어 현실화되지는 못했다. 그러나 2009년부터 지식경제부의 국고지원을 받은 주요 제약사들•이 하나 둘 의약품 RFID 도입에 성공함으로써 다시 한번 보건의료계의 관심을 끌게 되었다.

한편 의약품관리종합정보센터는 2009년과 2010년에 걸쳐 RFID 도입과 확산을 위한 연구를 진행하며 기술적 준비를 마쳤고, 2013년 「의약품 바코드 표시 및 관리요령」 고시가 개정됨에 따라 다시 한번 사업 진행에 착수하게 되었다.

<2013년 「의약품 바코드 표시 및 관리요령」 개정 고시의 내용>

의약품에 바코드 또는 RFID 태그를 선택해 부착 가능하며, 전문의약품에는 표준코드 정보 외에 유효기한, 제조번호 정보까지 포함하여 부착

심사평가원은 1m 내외에 존재하는 의약품을 동시에 인식할 수 RFID 기술이 의약품 유통의 선진화를 앞당기는 길이라 판단하고, 이후 제도 확산을 위해 다양한 지원활동을 이어가고 있다.

한편 2008년부터는 국제기구의 의약품 관련 통계 산출 요구에 부합하기 위해 의약품에 ATC 코드를 부여하기 시작했다. 이후 모든 의약품에 ATC 코드를 주기적으로 부여하고 있으며, 나아가 해당 코드를 활용해 의약품의 공급 부족을 예방하고 원활한 수급 관리를 유도하기 위해 매년 생산 · 수입 · 공급중단 보고대상 의약품을 선정하고 있다. 또한 관련 업체나 연구기관 등에서 이를 적기에 활용할 수 있도록, 의약품관리종합정보센터 홈페이지(biz.kpis.or.kr)를 통해 의약품 표준코드와 ATC 코드를 연계한 목록을 공개하고 있다.

<ATC(Anatomical Therapeutic Chemical) 코드 정의와 구성>

정의

의약품을 보다 효율적이고 체계적으로 분류하기 위해 세계보건기구(WHO)에서 개발한 치료제군별 의약품 분류코드

구성

5단계, 7자리의 영문자 및 숫자로 구성

일련번호 표기 시대의 개막

2015년 「약사법 시행규칙」이 개정되면서 의약품 관리기전의 새로운 시대가 열렸다. 생산 · 수입된 전문의약품을 대상으로 일련번호 정보 표시제도가 도입되었던 것이다. 이때의 일련번호는 최소포장 단위의 개별의약품에 식별 가능한 20자리 이내의 고유번호를 부여하는 것으로, 이를 통해 의약품의 생산 · 유통 · 사용 전 단계에 걸쳐 실시간으로 이력 추적이 가능하게 되었다.

<의약품 일련번호제도란 무엇인가?>

정의

최소포장 단위의 개별의약품에 부여된 일련번호 정보를 포함한 공급내역을 실시간으로 보고하는 제도

변화의 포인트

① 공급총량 중심에서 최소 유통단위 관점으로 관리기전 변화

② 익월 말 보고에서 실시간 보고로 보고 시점 변화

• 2009년 한미약품, 2010년 일동제약과 한국콜마

법 시행 이후 행정처분유예 기간이 종료됨에 따라[••] 2019년 1월부터는 해당 제도가 본격적으로 시행에 들어갔다. 한편 심사평가원은 2017년 3월부터 의약품관리종합정보센터장을 단장으로 '일련번호 제도 안정화 TF'를 구성하고 광범위한 의견 수렴과 찾아가는 행정서비스 등의 실시를 통해 제도의 안정적인 정착을 꾀해 왔다. 앞으로도 1:1 교육, 간담회, 사전 모니터링을 지속적으로 실시함으로써 제도 확산의 긍정적인 환경 조성을 위해 최선을 다할 것이다.

3. 의약품 정보시스템 구축과 강화

의약품관리종합정보센터의 출범과 함께 '의약품정보시스템'의 구축이 추진되었다. 이후 2010년 5월부터 구축사업에 본격 착수했으며, 6개월에 걸친 작업 끝에 같은 해 10월, 포털시스템과 DW 정보시스템을 동시에 오픈할 수 있었다.

사용자의 편의성을 높이기 위한 개선작업이 지속적으로 전개되었다. 특히 장애인과 고령자를 포함한 정보화 소외계층의 이용 편의성을 개선하는 데 집중했으며, 그 끝에 2011년 5월 '웹 접근성 품질마크' 인증을 획득하게 되었다.

2015년 의약품 일련번호제도 시행이 예고됨에 따라, 심사평가원은 새로운 패러다임에 맞는 의약품정보시스템 구축을 준비했다. 2014년 4월에 들어 선제적으로 새로운 제도의 운영방안에 관한 연구용역을 진행했으며, 같은 해 12월에는 의약품정보시스템 개선을 목적으로 컨설팅사업을 수행했다. 이처럼 발 빠른 대응 끝에 2015년 12월에는 일련번호 정보수집과 관리에 적합한 새로운 시스템의 문을 열 수 있었고, 이를 바탕으로 의약품 유통의 실시간 흐름을 파악해 나갔다.

2018년에는 의약품관리종합정보센터가 가지고 있는 독보적인 기술력의 수준을 대외에 널리 알리는 성과를 거두었다. 그해 2월부터 센터가 구축하고 있는 '의약품 이력추적 및 위해 의약품 차단 시스템'에 대한 특허등록을 추진한 끝에, 같은 해 8월 특허 획득에 성공한 것이다. 이를 통해 심사평가원은 자신들이 보유하고 있는 의약품 정보시스템의 우수성을 국내 · 외에 알릴 수 있었으며, 이러한 성과를 바탕으로 '바레인 건강보험시스템 구축사업' 진행 시에 해당 시스템을 당당히 수출목록에 포함할 수 있었다.

2019년에는 무엇보다 국민들에게 더 친숙하고 가까이 다가가는 시스템 구축에 성공했다. 그해 7월부터 12월까지, 6개월에 걸친 작업 끝에 '약! 찍어보는 안심정보 앱'을 오픈했던 것이다. 의약품관리종합정보센터는 그간 의약품 유통과 관리에 큰 몫을 담당해 왔으나, 국민들이 쉽게 활용할 수 있는 의약품 정보제공의 차원에서는 다소 아쉬움이 있는 것이 사실이었다. 그러나 다양한 콘텐츠가 탑재된 해당 앱의 개발을 계기로 보다 사용자 친화적이고 다방면 활용이 가능한 의약품 정보를 국민들에게 제공할 수 있었다.

한편 갑작스러운 재난 사태 속에서는 신속한 프로그램 개발과 서비스 제공을 통해 국난 극복에 힘을 보탰다. 코로나19의 확산으로 치료약의 수급정보가 절실한 상황이 되자, '의약품 재고정보 프로그램'을 개발해 의료기관을 대상으로 서비스를 제공했던 것이다. 무엇보다 속도가 관건이던 급박한 상황이었으나, 의약품관리종합정보센터는 개발에 들어간 지 4일 만에 프로그램 구축작업을 완료해냈다. 이에 센터를 넘어 심사평가원 전체가 국민 곁의 든든한 파수꾼이자 동반자로 각인되는 계기를 마련할 수 있었다.

[••] 일련번호 보고 제도의 안정적인 정착을 위해 제조·수입사는 6개월('16.12월까지), 도매상은 2년 6개월('18.12월까지)의 처분유예 기간을 두었고 2018년 12월 31일자로 종료되었다.

4. 의약품 유통정보의 제공과 활용

심사평가원은 수집된 의약품 유통정보를 활용해 정확하고 시의성 있는 관련 통계정보를 생산하고 있다. 이처럼 귀중한 통계정보들은 우선 보건의료 정책 마련과 의약품 피해구제 부담금 산정, 약가협상 등의 기초자료로 사용되고 있다. 또 리베이트 조사, 세무조사 등에는 유용한 참고자료로도 활용되고 있다.

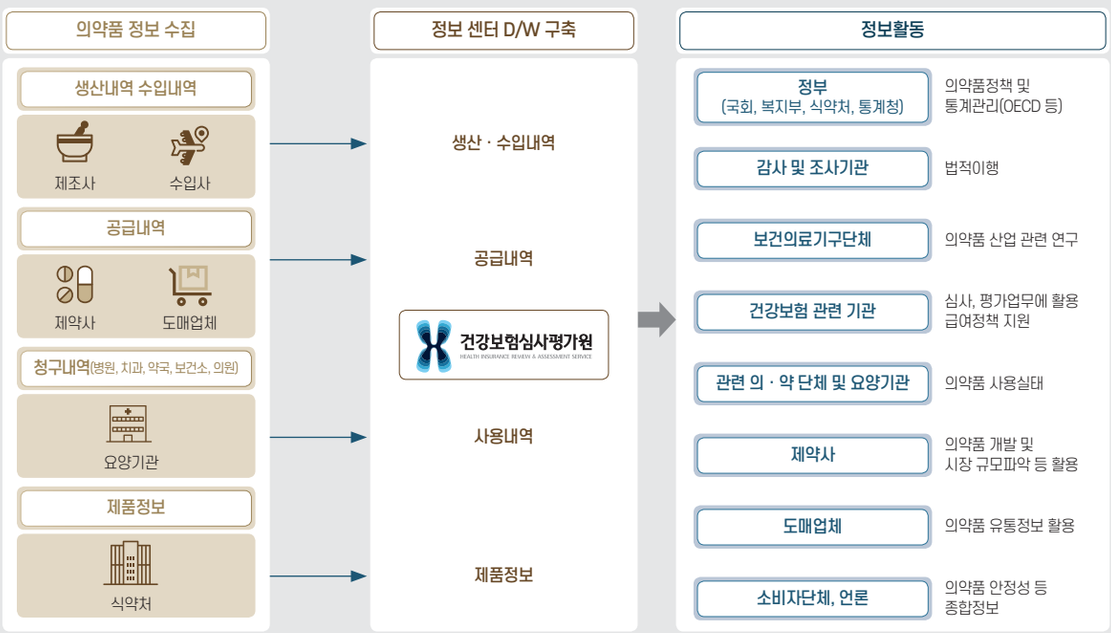
이밖에도 심사평가원은 매년 완제의약품• 유통정보 통계집을 발간하여 공개하고 있으며, 안전상비의약품 판매처 정보의 경우 홈페이지와 '건강정보 앱'을 통해 제공하고 있다. 아울러 유통정보 수요자의 요구에 부합하는 '맞춤형 정보제공'도 실시하고 있는데, 2013년부터는 '자사 제품의 시도별 공급실적'을 포함해 3개의 정보제공 유형을 추가로 개발하고, 현재 13개의 맞춤형 정보를 제공하고 있다. 또한 2014년 보건의료빅데이터센터가 출범한 뒤로는 해당 조직의 개방시스템을 통해서도 의약품 정보를 제공 중에 있다.

한편 의약품 일련번호제도가 실시됨에 따라 생산에서 공급까지, 전 과정의 추적이 가능해졌다. 이에 소비자가 의약품을 구입할 때 그 진위 여부를 가려내는 일이 가능해졌고, 이러한 정보를 전 국민을 대상으로 공개함으로써 부정의약품의 시장 진입을 사전에 차단하고 있다.

또 일련번호별로 공급된 최종 거래처의 파악이 용이해짐에 따라 의약품의 회수 기전도 크게 강화했다. 2017년 '회수의약품 유통차단 시스템'을 마련하고, 안전성 · 유효성에 문제가 있는 의약품의 경우 신속한 회수가 가능하도록 지원했던 것이다. 이로써 심사평가원은 정보가 누락되거나 공급처가 확인되지 않아 국민들이 입을 수 있는 피해를 미연에 방지할 수 있었다.

• 모든 제조공정이 완료되어 최종적으로 소비자에게 투여될 수 있도록 제조된 의약품

<의약품 유통정보 수집 및 활용체계>



제4절
의약품안전사용서비스(DUR) 개발과 확산

1. DUR시스템의 탄생

DUR(Drug Utilization Review)은 부적절한 의약품 사용을 막기 위해 도입된 제도로, 심사평가원과 전국 의료기관 및 약국 간 정보 연계망••을 중심으로 운영된다. 의사와 약사가 의약품을 처방하고 조제할 때 의약품 안전성과 관련된 정보••• 를 진료 · 조제 컴퓨터 화면을 통해 실시간으로 제공하고 있다. 이를 통해 약물 부작용을 사전에 점검할 뿐 아니라 안전한 의약품 사용을 유도해 나가고 있다.

2000년 7월 의약분업의 시행으로 국내에도 의약품 안전사용에 대한 공감대가 형성되었으나, 당시만 해도 DUR 개념이 적용된 심사평가는 이루어지지 않았다. 그러나 2003년 6월에 들어 병용금기 의약품을 복용한 환자가 사망하는 사건이 발생했고, 이로 인해 의약품의 안전한 사용이 다시 한번 뜨거운 감자로 부상했다. 이때부터 보다 구체적인 문제의식이 형성되었다. 의 · 약사가 의약품목에 대한 안전정보를 제때에 알 수 있도록 전산시스템이 활용되어야 한다는 것이었다.

이에 2007년부터는 본격적으로 의약품안전사용정보시스템의 구축이 추진되었다. 보건복지부와 식약처, 그리고 심사평가원이 참여하는 '의약품 사용평가 TF'가 구성되었고 이를 바탕으로 DUR의 단계적 추진계획이 수립된 것이다.

<단계별 DUR 추진계획>



이 기간 심사평가원은 시스템의 양방향 정보교류 성능을 검증하기 위해 시범사업을 실시했다. 경기 고양시의 경우 2009년 5월부터 실시했으며, 제주도의 경우 같은 해 11월부터 시범사업에 돌입했다. 두 곳의 사업은 2010년 11월부로 공식 종료되었고, 시범사업을 통해 드러난 문제점을 보완해 그해 12월에는 전국 요양기관을 대상으로 DUR 점검을 확대했다.

그러나 이 과정에서 의약계의 반발이 예상보다 거셌다. 특히 관련 고시에 DUR 기능 탑재를 의무화한 점을 문제 삼아 헌법소원을 제기하기도 했는데, 2010년 10월 헌법재판소가 보건복지부와 심사평가원의 손을 들어줌으로써 제도 시행의 걸림돌이 해소될 수 있었다.

<DUR 시행에 관한 헌법재판소의 판결 주문>

"요양기관이 의무적으로 의약품안전사용정보시스템을 사용하도록 한 고시는 헌법에 위반되지 않는다."

그 결과, 전체 요양기관 중 97%•••• 가 DUR에 참여해 전국적 네트워크를 형성할 수 있었고, 연간 11억 건 이상의 처방전 점검을 통해 의약품 오남용을 예방해 나갈 수 있었다.

•• 의약품 안전사용 정보시스템
••• 함께 먹으면 안 되는 약, 어린이 · 임신부가 먹으면 안 되는 약 등
•••• 2011년 11월 말 기준

2. DUR시스템 확대과정

이후 탄탄대로를 걸었다. DUR 점검의 사각지대로 남아있던 분야로 한 걸음씩 보폭을 넓혀갔다. 먼저 2012년 7월에는 관련 단체에 대한 적극적인 소통과 설득 끝에 자동차보험과 산업재해보상보험 환자를 상대로도 DUR 점검을 실시하게 되었다. 또 보건복지부, 보건복지정보개발원 등과의 협업 끝에, 2013년 1월부터는 전국의 보건진료소에서 DUR 점검이 가능하게 되었다.

2015년 12월에 들어서는 DUR 확산에 있어 최대 과제로 남아있던 법적 근거의 마련에도 성공했다. 「의료법」과 「약사법」 개정으로 의약품 정보의 확인이 의무화되고, DUR시스템 운영의 근거가 확보되었던 것이다.

이처럼 전국 민간병원 간 DUR 점검이 전면 실시되었음에도 군병원과 교정시설 부속의원은 민간과 교류가 되지 않는 폐쇄망을 사용하는 특성상 여전히 DUR 점검의 사각지대로 남아있었다.

이에 심사평가원은 군병원과의 DUR 점검 실시를 위해 2010년 12월부터 국군의무사령부 직접방문 등을 통해 기술지원 및 지속적인 설득과 협의 끝에 2018년 4월부터 군병원에도 DUR 점검을 실시하게 되었고 2020년도에는 의약품 안전 사각지대 마지막 보루인 교정시설 부속의원과도 DUR 점검을 위해 협의 및 인프라 구축을 추진하고 있다.

또 2020년 3월부터 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」이 개정됨에 따라 DUR · ITS시스템을 통한 감염병 정보의 확인이 의무화되었다. 이에 DUR시스템은 감염병 방역을 위한 핵심 기반 시스템으로 자리매김하게 되었다.

<의약품정보의 확인 의무화 세부내용>

① 기 처방 또는 투여되고 있는 의약품과 동일한 성분 포함 여부
② 식약처장이 병용 · 특정연령 금기 또는 임부 금기 등으로 고시한 성분 포함 여부
③ 그 밖에 보건복지부령으로 정한 정보

이전까지 처방과 조제 단계에서의 DUR 점검은 2010년부터 시행에 들어간 관련 운영지침에 근거를 두고 있었다. 그러나 법적 구속력이 약하다 보니 기관들의 자율적 참여에 의존해 제도 확산을 도모해야 하는 형편이었다.

그러던 차에 2016년 12월 30일자로 개정 법령들이 효력을 발휘하기 시작하자, 일선 현장의 의료인들은 의무적으로 의약품 정보를 미리 확인하게 되었고 법률에 따라 DUR 점검을 시행하게 되었다.

의약품 안전사용을 위한 대국민 서비스 제공은 심사평가원의 또 다른 숙제 중 하나였다. 이에 심사평가원은 DUR 점검을 통해 축적된 데이터의 활용방안을 모색하기 시작했고, 그 결과로 맞춤형 서비스 제공을 추진하게 되었다.

구체적으로 심사평가원은 개인의 투약 이력을 홈페이지를 통해 손쉽게 조회할 수 있는 서비스를 기획했다. 이에 우선 이해관계자들의 의견을 청취하고 수렴하는 과정을 거쳐 환자의 최근 3개월간 투약 이력 제공에 대한 합의를 이끌어냈다. 다음으로 철저한 보안장치의 완비를 통해 「개인정보보호법」에 위배되지 않는 서비스 제공방안을 마련했다. 이와 같은 제반 준비에 더해 시스템 개발이 완료되고 나서는, 국민 참여 명칭공모를 통해 새로운 서비스의 이름을 찾아 나섰다.

'내가 먹는 약! 한눈에'. 대국민 서비스의 취지에 정확히 부합하는 '맞춤형' 이름이었다. 이후 2016년 1월부터는 심사평가원 홈페이지를 통해 시범서비스를 개시했고, 그에 대한 피드백을 바탕으로 폭넓은 부서 간 협업을 진행한 끝에 2017년 1월에는 모바일 앱 '건강정보'로 서비스 제공 채널을 넓혔다.

3. DUR의 활약상

DUR을 활용한 위해 의약품 처방 · 조제 차단

2018년 7월 7일, 식약처는 발사르탄을 원료로 하는 고혈압 치료제에서 불순물이 검출되었음을 발표했다. 상황은 숨 가쁘게 흘러갔다. 당장 문제의약품에 대한 처방과 조제의 차단이 필요했다. 또 해당 의약품을 처방받은 환자들에 대해서도 신속한 조치가 이뤄져야 했다. 나아가 정보 취약 지역의 요양기관이나 환자들에게는 지속적으로 비상 알림을 울려야 했다.

때를 놓치면 부적절한 의약품 사용을 막기 위한 그간의 노력이 수포로 돌아갈 수도 있는 상황, 그러나 심사평가원에는 이미 보건의료계의 비상사태에 적절히 대응할 수 있는 관리기전이 마련되어 있었다. 식약처의 처방 · 조제 차단 요청을 신호탄으로 심사평가원의 DUR 체계는 바쁘게 가동되기 시작했다.

우선 불순물이 검출된 사용중지 의약품 115품목에 대해서는 DUR시스템을 통해 당일로 처방 · 조제 차단 조치를 완료했다. 문제의약품을 처방 · 조제한 요양기관에는 복용환자 명단과 관련 정보 조회시스템을 제공함으로써 신속히 환자를 확인하고 조치를 취할 수 있도록 했다. 전국의 의 · 약사가 발사르탄 관련 처방 · 조제의 차단 사실을 인지하는 일도 중요했다. 이에 DUR 알리미를 발송해 전국의 요양기관과 약국에 실시간 상황을 안내해 나갔다. 또한 국민이 '내가 먹는 약! 한눈에' 서비스를 통해 자신이 복용 중인 약을 직접 확인할 수 있도록 보도자료 등 매체를 통해 지속적으로 알려 나갔다.

다방면에 걸친 이 모든 조치가 대부분 식약처 발표 당일에 이루어졌다. DUR시스템이기에 가능한 일이었다. 전국 요양기관과 연계되어 실시간 정보교류를 할 수 있다는 장점을 십분 발휘했던 것이다.

이후에도 굵직한 '의약품 파동'이 벌어질 때마다 그 해결의 중심에는 항상 DUR이 있었다. 2019년 9월 라니티딘 성분의 위장 치료제에서 발암 가능 물질이 검출되었을 때나, 2020년 5월 메트포르민 성분의 당뇨병 치료제에서 불순물이 발견되었을 때에도 심사평가원의 DUR시스템이 의약품 안전사용의 마지막 파수꾼으로서 제 기능을 다했던 것이다.

해외여행력 정보 제공으로 감염병 차단에 기여

참으로 난감한 상황이었다. 2015년 갑자기 찾아든 '메르스'라는 불청객은 명성이 높은 전문가마저 이러지도, 저러



지도 못하는 상황을 연출해냈다. 병원 내 감염은 빠르게 확산 중인데 위험요인을 정확히 판단해 내기에는 정보가 태부족이었다. 당시 유사 증상자와 방문 요양기관의 위험도를 제대로 가려내기 위해 필수적으로 요구되었던 정보들은 다음과 같았다.

<메르스 위험도 판별을 위해 요구되었던 정보들>

① 환자가 의료기관 방문 시 감염병 발생국가를 최근 방문한 이력이 있는지
② 감염병 확진자와의 접촉으로 감염병에 노출된 환자는 아닌지
③ 감염병 관련 증상을 지닌 채로 여러 의료기관에 진료를 받지는 않았는지

이처럼 난감한 상황에서 구세주로 등장한 것이 심사평가원의 DUR시스템이었다. 전국 요양기관과 실시간으로 정보교류가 가능하다는 장점을 살려, 질병관리본부와 요양기관 사이 일종의 '정보 플랫폼'으로 기능했던 것이다. 먼저 중동지역 방문자와 메르스 확진환자 접촉자 약 35만여 명의 정보를 질병관리본부로부터 제공받아 실시간으로 요양기관에 제공했다. 또 감염병 환자와 감염병 발생지역 방문자의 타 요양기관 방문이력 등을 다시 질병관리본부에 제공했다.

DUR시스템은 이처럼 원활한 정보교류를 위한 중계기지 역할을 수행함으로써 메르스 사태 내내 감염병 확산의 피해를 최소화하는데 중추적인 역할을 했다. 이에 DUR은 메르스 대응사례를 계기로 국내 대표적인 질병 예방 · 관리 시스템으로 공인받게 되었다.

2017년 심사평가원은 감염병 대응의 새로운 비전을 또 한번 제시했다. 감염병 관련 정보가 DUR 점검단계 이전인 문진 단계에도 추가 제공될 수 있도록, 해외여행력 정보제공 프로그램인 ITS를 개발한 것이다. 2018년 1월부터 가동에 들어간 해당 시스템은 감염병 조기 차단에 제 몫을 해낼 기전으로 세간의 기대를 모았다.

그러다 2020년 코로나19 사태를 맞아 그 중요성이 더욱 부각되었다. 이에 심사평가원은 사태 진행의 추이를 지켜보며 DUR · ITS을 통한 정보 제공의 범위를 점차 확대해 나갔다.

<DUR · ITS를 통한 정보 제공 범위의 확대>

1월~
- 정보제공 대상을 의료기관에서 약국까지 확대
- 발생국가 입국자 및 확진자의 접촉자 정보 제공

2월~
아시아 · 유럽지역 등 주요 발생국가 입국자 정보 추가 제공

3월~
전 세계 방문 입국자 정보로 확대 제공

4~5월
확진 후 격리 해제자에 대한 정보 실시간 제공

누구도 예기치 못했던 돌발 변수의 발생으로 2020년 내내 대한민국은 감염병의 '확산'과 '감소' 사이에서 롤러코스터를 탔다. 이러한 상황은 신종감염병의 국내 유입에 대한 경각심을 일깨우는 계기가 되어, 2020년 3월 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」의 개정으로 이어졌다. 개정 법률안은 의료인, 약사 및 보건의료기관의 장은 의료행위를 하거나 의약품을 처방 · 조제하는 경우, 심사평가원 시스템(DUR · ITS)등을 통해 감염병 정보를 의무적으로 확인해야 하는 내용을 담고 있었다. 이에 DUR은 의약품 부작용 예방이라는 본래의 기능을 넘어, 감염병으로부터 국민을 보호하는 시스템으로 그 정체성을 확장해 나가고 있다.

HIRA
건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE
건강보장
Best
AWARD

“

보건의료 정보서비스 운영이란 기관 핵심기능의 원활한 수행을 위해, 청구용 데이터를 수집 · 처리 · 분석하고 이를 다양한 ICT 시스템으로 개발하고 관리하는 업무입니다.

•

현재 진료비 심사, 요양급여 적정성 평가, 빅데이터를 포함해 66개의 단위시스템이 운영 중에 있습니다. 궁극적으로 업무의 연속성과 효율성을 보장하고, 최신 IT기술 접목을 통해 업무패러다임의 혁신을 추구하는 것을 목표로 하고 있습니다.

•

발전해가는 지능정보 기술을 신속히 반영해 ICT 서비스의 퀄리티를 지속적으로 개선해 나가고 있습니다. 앞으로도 ICT 혁신 속도를 더욱 높임으로써 보건의료 분야 업무의 디지털 전환을 선도해 나갈 계획입니다.

”

제6장

국내 최고, 세계 유일 보건의료 ICT 서비스

제1절

건강보험 전산화의 역사

제2절

대한민국 보건의료 ICT 시스템의 선두

제3절

데이터웨어하우스시스템 구축과 운영

제4절

보건의료빅데이터 활용으로 상생발전 추구

제5절

의료정보자원 관리체계 강화

제6절

비대면 업무시스템 도입

DEPARTMENT STORY

부문사

제6장

국내 최고, 세계 유일 보건의료 ICT 서비스

제1절 건강보험 전산화의 역사

1. 전산 개발 및 운영의 외부 위탁 시기

국민건강보험 전산 운영의 첫 페이지는 1978년 9월에 출범한 공무원 · 교직원 의료보험관리공단(이하 공 · 교공단)에 의해 쓰였다. 건강보험 이용을 효과적으로 지원하고 관리하기 위해 전산시스템 도입을 결정하고, 당시 한국과학기술연구소(현 KIST)에 의뢰해 건강보험 전산화 개발에 착수한 것이다. 이후 타당성 조사와 업무처리요령 및 관련서식 개발과정을 거쳐 1978년 11월부터 전산시스템을 활용해 건강보험 업무를 수행하기 시작했다.

한편 정부의 요양취급기관 일괄지정 방침에 따라, 당시 전국의료보험협의회(이하 협의회, 이후 의료보험연합회) 내에 심사기구가 설치되면서 대량의 심사업무를 효과적으로 처리하기 위해 전산시스템 개발에 나서게 되었다. 한국과학기술연구소와 공동으로 1979년 6월부터 개발에 착수했으며, 프로그램 및 마스터파일 구축을 마친 뒤 같은 해 8월부터 운영에 들어갔다. 그러나 처리해야 할 물량이 워낙 방대했다. 월 평균 70만 건에 달해 이미 설치된 전산시스템의 처리능력을 넘어서고 있었다. 결국 개발을 담당했던 한국과학기술연구소가 구원투수로 등판해 원활한 전산운영을 도와야 했다. 이후 프로그램 개발을 포함해 업무처리의 전 영역을 협의회와 한국과학기술연구소가 나눠 수행하는 '공동 전산운영 체제'가 당분간 이어질 수밖에 없었다.

이처럼 전산화 추진 이후 처음 몇 년간은 비록 당시 의료보험협의회 내에 전산실이 설치되고 일부 전담인력이 확보되어 있었다 할지라도, 타 기관에서 개발과 운영의 전 영역에 걸쳐 전산업무를 대행해야 했던 시기였다.

2. 자체 전산시스템 마련과 독자운영 시대의 도래

전산장비의 사용 측면에서도 1970년대 후반에서 1980년대 초반까지는 '임차' 방식을 취했다. 전산 전문회사들의 전용장비를 빌려 업무를 꾸려 나갔던 것이다. 그러나 오래지 않아 한계에 봉착했다. 특히 1980년 7월에는 전산장비의 사용계약 만료로 인해 업무 연속성에 심각한 위협을 받게 되었고, 이에 자체 전산장비 도입계획을 수립하게 되었

다. 이때의 계획이 현실화되기까지는 꽤 많은 시간이 필요했다. 당시는 협의회와 공 · 교공단의 통합이 논의되던 시기로, 정부 측에서 전산장비의 도입 결정을 잠정 보류했던 것이다.

1982년에 들어, 그간 뿌려두었던 씨앗이 싹을 틔웠다. 그 해 3월과 4월, 기다리던 보건사회부와 과학기술처의 승인이 이뤄지면서 자체 전산체계 도입이 현실화될 수 있었던 것이다. 이후 기존 프로그램의 전환 작업을 거쳐 1982년 9월 1일부터는 자체 전산시스템(IBM 4341, 메모리 4MB, 디스크 2.54GB)을 오픈하고 이를 통해 업무를 처리하기 시작했다.

3. 전 국민 건강보험 시대의 전산화

1988년 1월 진료비 심사기구가 일원화되고 1989년에는 전 국민 건강보험 시대가 열림에 따라, 건강보험 업무의 전산화는 '선택'이 아니라 '필수'가 되었다. 이에 당시 의료보험연합회(이하 연합회, 이후 건강보험심사평가원)는 전산시스템의 확충과 업무 전산화 실현에 집중했다.

먼저 새로운 제도가 도입됨에 따라 그 대응 차원에서 잇달아 전산시스템을 도입했다. 1989년 10월 약국 요양급여가 실시됨에 따라 진료비 지급시스템을 보완한 데 이어, 1990년 1월에는 의료보호 1차 기관 심사의 수탁에 따라 그 대응 전산시스템을 새로 구축했다. 또 같은 해 4월에는 도시지역 전면예탁제가 시행됨에 따라 조합별 예탁금 관리업무를 전산화하게 되었다.

지역조합의 효율적인 업무 지원을 위해 전자납부(OCR) 처리방식을 도입하기도 했다. 기존 키 엔트리(Key-Entry) 방식의 시스템 하에서는 착오 입력으로 인한 업무 비효율 문제가 끊이지 않았던 데다, 징수내역의 적기 관리마저 어려워 건강보험제도의 신뢰성을 떨어뜨리는 주요 원인이 되고 있었다. 이에 연합회는 안양시 조합을 대상으로 한 1년여의 시범사업을 거쳐, 1992년 하반기부터 OCR기기를 활용한 영수필 통지서 자동입력업무를 개시하게 되었다. 이어 1993년에는 컴퓨터 통신기법의 업무활용을 고민하기 시작했는데, 적극적인 사업추진 끝에 같은 해 9월에는 5개 시중은행•을 대상으로 '진료비지급 계좌이체' 시스템을 도입할 수 있었다.

끝으로 연합회는 각 조합의 장비 간 호환이 원활하지 않은 문제를 해결하기 위해 적극 나섰다. 수많은 조합들이 별도의 전산시스템을 독자적으로 운영하다 보니 생기는 문제였기에, 본격적으로 각 조합의 장비교체를 추진했던 것이다.

교체 설치된 전산장비는 AXIL 기종으로, 3년에 걸쳐 사업을 완료함에 따라 장비 간 호환성이 큰 폭으로 향상될 수 있었다.

〈연도별 조합 전산장비 교체사업 실적〉

연도	교체 실적
1994년	지역 74개 조합
1995년	지역 125개 조합, 직장 60개 조합
1996년	지역 28개 조합, 직장 49개 조합

4. 심사평가원 통합전산시스템의 탄생

1994년 7월, 연합회는 '의료보험 전산발전 종합계획'을 확정했다. 그러나 연합회와 전국의 의료보험조합, 그리고 각 요양기관을 하나의 전산망으로 연결하는 방대한 작업이었

• 상업은행, 국민은행, 조흥은행, 외환은행, 한일은행

기에 생각만큼 진척이 쉽지 않았다. 1996년 9월에 들어 정부의 승인을 획득함에 따라 본격적으로 사업에 돌입했고, 1999년 5월에 와서야 최종적으로 전국 통합전산망 구축을 완료할 수 있었다.

한편 「국민건강보험법」의 제정과 시행이 가시권 안에 들어오자 다시 한번 전산시스템의 보강작업이 추진되었다. 1차 종합전산망 사업의 성과를 계승하되, 변화된 제도적 환경에 시의 적절하게 대응하는 것이 새로운 구축사업의 핵심 목표였다. 보다 세부적인 목표와 추진일정의 수립을 위해 연구용역을 진행했으며, 그 결과를 토대로 1999년 8월 '의료보험 진료비 청구심사 정보시스템 보강계획'을 마련했다.

〈'진료비 청구심사시스템 보강사업'의 세부 목표〉

① 증가하는 진료비 청구 물량의 적기 심사를 위한 현행 시스템 보강
② 의약분업 실시에 대비한 응용프로그램 개발
③ 요양급여의 적정성 평가를 위한 시스템 개발 및 운영 작업 수행
④ 정보 공개 및 기초코드 관리를 위한 정보 관리체계 구축

2000년 5월 개발에 본격 착수해 2001년 8월 24일에는 안정화 기간을 거쳐 모든 사업을 완료했다. 해당 사업을 통해 심사평가원은 무엇보다 청구와 심사에서부터, 조직관리까지 지원하는 통합 정보시스템을 구축할 수 있었다. 이로써 심사평가원은 향후 전개될 건강보험제도의 발전에 대비할 수 있는 ICT 시스템의 기반을 마련하는 데 성공했으며, 이후 급변하는 의료환경 변화에 선제적으로 대비해 나갈 수 있었다.

〈'진료비 청구심사시스템 보강사업'의 단계별 진행상황〉

단계	진행 기간	과제 완료 현황
1단계	2000.05~2000.12	• 청구심사시스템 보완 • 본 · 지원 장비의 소프트웨어 보강
2단계	2001.01~2001.08	• 조직관리(인사 · 회계) 시스템 구축 완료 • EDI와 디스켓으로 이원화되어 있는 청구심사 DB의 통합 • 평가업무시스템 개발 • 의약품 유통개혁과의 정보연계

제2절
대한민국 보건의료 ICT 시스템의 선두

1. 한눈에 보는 심사평가원 통합 ICT 시스템

통합 ICT 시스템의 체계

심사평가원은 진료비의 심사 및 평가, 기타 이를 지원하기 위한 다양한 시스템들을 갖추고 있다. 이러한 시스템들은 각각 구분되어 별도의 명칭을 가지고 있으나, 실제로는 하나의 통합시스템으로 묶여 상호 업무를 지원하는 형태로 구성되어 있다. 더불어 하나의 데이터베이스는 특정 시스템을 위해 쓰이기도 하지만, 다른 많은 하부시스템에 의해 복합적으로 활용되는 경우가 대부분이다.

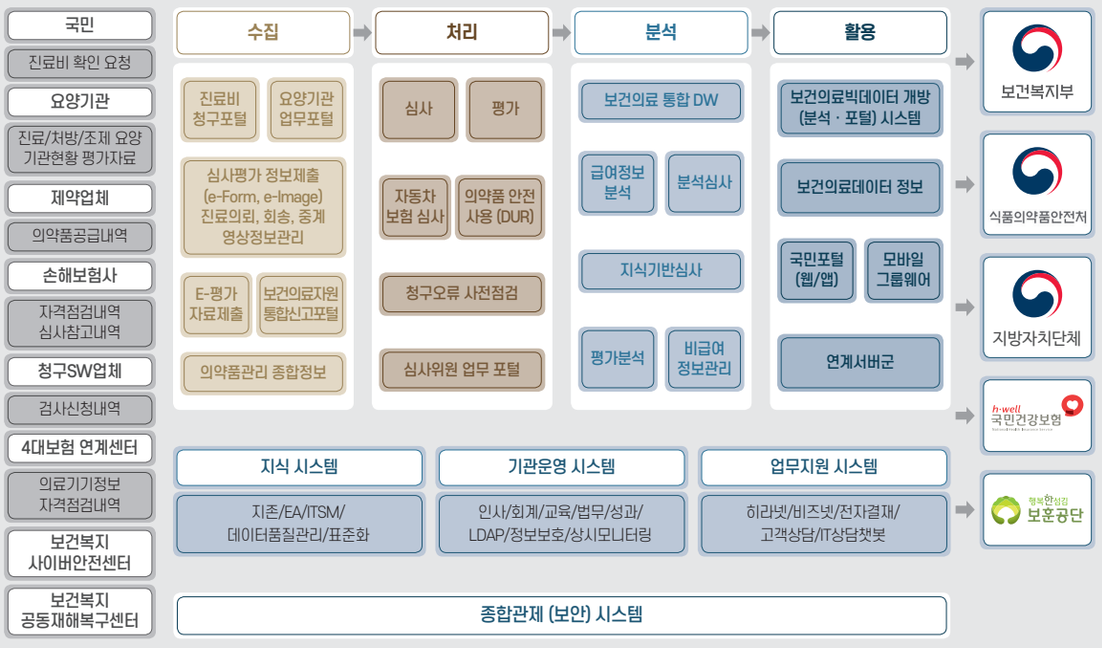
때문에 심사평가원의 통합 ICT 시스템은 하부시스템의 작은 변화에도 함께 연동하며, 하나의 유기체와 같은 형태로 끊임없이 진화하고 있다.

진료비 청구시스템 발전의 흐름

요양기관이 환자에게 의료서비스를 제공하고 그 비용의 일부를 국민건강보험공단으로부터 환급받으려면 환자에게 제공한 진료비 명세서에 대한 심사를 심사평가원으로부터 받아야 한다. 따라서 진료비 명세서를 심사평가원으로 송부하는 '진료비 청구시스템'의 중요성이 일찍부터 강조되어 왔다.

건강보험의 초창기에는 서면을 통해서만 요양급여비용을 청구할 수 있었다. 1988년 심사업무 일원화를 계기로 전국에서 몰려드는 방대한 양의 정보를 처리하기 위해

〈심사평가원의 통합 ICT 시스템 구성도〉



본격적으로 전산시스템 구축에 착수했다. 1991년 11월 CR(Computer Review) TF팀을 구성(총 13명: 전산 6명, 행정 2명, 심사 5명)하여 서면 청구를 전산매체(디스켓) 청구로 전환하여 1994년 3월 진료비 전산매체 청구 시범사업(15개소)를 시작하였다. 이때, 청구 명세서 전산서식(512Bbytes)과 각종 마스터파일(수가, 약가, 재료대, 상병 등)을 동시에 구축하여 서비스를 하였고 1996년 10월부터는 전자문서교환(EDI) 방식을 통해 청구와 접수를 진행할 수 있었다.

그러나 요양기관의 진료비 청구를 위한 EDI 사용 비용이 증가하고, EDI 이용에 대한 협정만료일•이 다가옴에 따라 이를 대체할 청구시스템이 필요해졌다.

이에 심사평가원은 2009년 한 해 동안 시스템 개발을 위한 사전계획을 수립하고, 2010년 7월부터 시스템 개발을 착수해 2011년 6월 29일부터는 웹 기반의 진료비청구포털시스템을 오픈하고 운영에 들어갈 수 있었다.

진료비 심사시스템 발전의 흐름

진료비 명세서는 청구 접수가 이루어지고 난 후 전산점검 및 전산심사를 거치게 된다. 이 과정을 마친 심사 청구서 및 명세서에 대해서는 전산시스템을 통해 선별 집중심사 대상이 추출되고, 각 접수 건별로 지표연동관리제 시행을 위한 지표를 생성하게 된다. 이 일련의 과정에서 심사평가원의 심사 업무를 지원하는 시스템을 통칭해 '진료비 심사시스템'이라 한다.

행위별수가제 아래에서 진료비 심사시스템의 존재감은 더 이상 강조가 필요 없을 정도이다. 수천만 건에 달하는 진료비 명세서에 대한 심사를 전산시스템으로 대체한다는 측면에서 그 운영의 파급효과가 매우 크기 때문이다. 전문심사 인력만으로 그러한 역할의 수행이 불가능할 뿐만 아니라 설령 수행을 한다 해도 대규모 인력의 투입이 불가피한 것이다.

한편 심사평가원은 2004년 대부분의 요양기관이 서면청구 방식에서 전자청구 방식으로 전환됨에 따라 1,494본의 프로그램을 개발했다. 해당 사업을 통해 월별 · 일별 청구명세서의 접수와 심사처리를 위한 시스템을 개발했고, 약국명세서의 방문일자별 점검 및 심사를 위한 시스템을 새로 마련했다. 이로써 심사평가원은 업무 전산화의 기초를 다시 세우고, 본격적으로 '자체 전산시스템 개발'에 뛰어들 수 있었다.

2013년 8월에는 심사평가원 발전의 핵심 동력이 되었던 '차세대 심사평가시스템 구축사업'을 완료했다. 오픈 이후 심사서비스의 품질이 눈에 띄게 향상되었다는 대내 · 외의 평가와 함께, 심사평가원의 전산시스템은 공공기관 최고 수준의 ICT 서비스를 제공하기 시작했다.

요양기관 급여적정성평가시스템 발전의 흐름

'요양기관 급여적정성평가시스템'은 심사평가원의 의료질 관리 및 급여적정성 평가 업무를 지원하는 전산시스템이다. 국민에게 제공되는 의료서비스가 적정한지를 평가하고 해당 정보를 의료서비스 제공자들에게 제공해 적정의료를 유도하기 위한, 일련의 업무과정을 지원하고 있다.

2000년 7월 심사평가원의 출범과 함께 해당 시스템을 운영하기 시작했다. 이후 2005년 6월에는 클라이언트-서버방식(CS방식)의 적정성평가시스템 구축을 완료했으며 2006년에는 웹 방식의 평가자료 제출 체계를 도입했다. 또한 2010년 5월에는 독자적인 평가분석용 데이터웨어하우스 시스템을 구축함으로써 청구물량 폭증으로 인한 '사용자 경합' 문제를 상당부분 해소했고, 같은 해 9월에는 통계

• 2011년 6월 28일

분석 도구인 SAS프로그램을 도입해 평가업무의 정확성을 향상시켰다.

한편 2013년 1월에는 차세대 전산시스템 구축 프로젝트의 일환으로 새로운 평가시스템 구축을 완료할 수 있었다. 이로써 심사평가원은 기존의 CS기반 시스템에서 웹 기반 시스템으로 전환해 평가업무를 수행하기 시작했다.

2. 대전환, 차세대 ICT 시스템의 탄생

진료비청구포털시스템 구축

EDI 청구방식은 KT와의 사용계약에 의해 각 요양기관과 심사평가원이 월 이용료를 지불하는 형태로 운영되었다. 이에 국회 및 일선 요양기관으로부터 '무료화 요구'가 잇달았다. 당시 각 요양기관은 개별적으로 연간 15만 원에서 1,800만 원에 이르는 이용료를 지불하고 EDI 서비스를 사용하고 있었으며, 연간 합산 금액은 184억 원이 넘을 것으로 추산되었다. 심사평가원 역시 연간 3억 3,000만 원에 달하는 이용료를 지불하며 EDI 청구방식을 유지하고 있는 형편이었다. 더구나 해당 청구방식은 데이터의 전송량이 80MB로 제한되고, 청구단계별 정보조회서비스가 분리되어 있어 사용자의 불편이 적지 않았다.

그러던 차에 KT와의 계약 만료일이 다가오자 심사평가원은 결단을 내렸다. 자체개발을 통해 웹 기반의 진료비 청구포털시스템을 구축하기로 한 것이다. 2010년 8월 기존 시스템 분석과 새로운 시스템 설계를 시작으로 개발 작업에 본격적으로 착수했으며, 이후 10개월에 걸쳐 구축사업을 전개해 나갔다.

2011년 6월 29일 드디어 진료비청구포털시스템 구축을 완료하고 이후로는 한 차원 진화된 요양기관 청구 관련 서비스를 제공하기 시작했다.

〈진료비청구포털시스템 구축사업 진행 경과〉

2009년 1월-2010년 7월

의약단체의 의견을 반영하여 요양기관이 청구프로그램 환경설정 등 복잡한 변경절차 없이 진료비청구포털서비스를 이용할 수 있도록 시스템 설계

2010년 8월-9월

기존 시스템과 주변 여건 분석, 새로운 시스템 설계

2010년 10월-2011년 1월

표준형 포털 전자청구시스템 개발 및 통합테스트•• 수행

2011년 1월-2월

- 파일럿 시스템 구축
- 진료비 청구DB 활용해 전수데이터 생성

2011년 3월-6월

- 선정된 100개 요양기관을 대상으로 현장운영 및 검증 시행
- 선정된 1,000개 요양기관을 대상으로 시범사업 실시

2011년 6월 29일

진료비청구포털시스템 오픈

구축된 시스템은 몇 가지의 기술적 특징을 가지고 있었는데, 우선 인터넷과 웹을 기반으로 HTML 표준을 준수해 개발되었으며, 동시에 정부에서 권고한 '전자정부 표준 프레임워크'를 최초로 도입했다. 이로써 심사평가원은 급속도로 변화하고 있는 ICT 환경 속에서 적응력을 높일 수 있었다. 또한 전산시스템의 개발 생산성을 대폭 향상시킴으로써 이후 극대화된 원가절감 효과를 거둘 수 있었다.

이밖에도 진료비청구포털시스템의 구축으로 인해 다방면에서 긍정효과를 체감할 수 있었으며, 이를 보건의료계 각 종사자의 입장을 고려해 개선효과별로 정리해 보면 다음과 같았다.

•• 요양기관, 데이터센터, 심사시스템 간 통합테스트 진행

〈진료비청구포털시스템 신설로 인한 개선효과〉

사용자 경제성 & 편의성 증진

- 요양기관 진료비 청구비용 무료화
- 심사평가원 데이터센터 직접 전송으로 신속한 접수
- 접수에서 심사결과통보서(42종)까지 통합 조회가 가능하도록 원스톱(One-Stop) 서비스 제공

청구업무 운영환경 개선

- 청구오류 사전예방 점검서비스 제공으로 심사반송률 대폭 감소
- 첨부파일 최대 전송량을 증설(80MB → 500MB)하여 대용량 심사자료 전송 가능

정보보안 강화

- 공인인증서 기반의 서비스 접속으로 보안수준 향상
- 전송되는 모든 자료를 암호화• 전송

국가보건의료 정책지원 강화

- 방대한 진료내역 정보의 신속 · 정확한 수집환경 구축으로 국가보건의료 정책 수립 기반자료 생산

도입 이듬해에 이미 전국 요양기관의 80% 이상이 진료비 청구포털시스템을 이용할 정도로 보편화되었다. 사업 성공의 객관적인 증거가 눈으로 확인된 것이다.

이에 해당 시스템의 우수성에 대한 확고한 믿음을 바탕으로 이후로는 고도화 작업에 박차를 가했다. 특히 2013년에는 시스템 고도화 사업의 일환으로, 다양한 요양기관 점검용 데이터베이스를 구축했고 이를 바탕으로 요양급여비용의 정확한 청구를 유도함은 물론, 심사불능 및 재청구 건수를 감소시켜 나갔다.

이처럼 지속적인 시스템 개선 및 보완 노력은 다시 한번 눈에 띄는 성과로 이어져, 2019년 기준으로 포털시스템을 통해 진료비를 청구한 요양기관은 전체 요양기관 중 97.3%인 9만 281개 기관에 달하게 되었다.

차세대 심사평가시스템 구축

2011년 5월에는 '차세대 심사평가시스템' 구축사업에 착수했다. 무엇보다 기존 심사시스템의 노후화가 사업 착수의 가장 큰 동력이었다. 또한 평가 분야의 경우 2001년 도입 이래 별도의 전산시스템 없이 수작업으로 업무를 처리해 왔기에, 통합된 시스템의 구축이 시급한 상황이었다.

〈차세대 심사평가시스템 구축사업의 주요 내용〉

① 노후화된 심사시스템의 구조 개선
② 평가시스템 신규 구축
③ 히라넷과 종합전산망 등에 흩어져 있던 인사 · 회계시스템 통합

설립 이래 가장 규모가 크고, 장기간에 걸쳐 수행되는 대형 프로젝트였다. 개발기간은 2011년 5월에서 2013년 8월까지, 27개월에 달했으며 투입되는 소요예산은 272억 7,000만 원에 이르렀다.

이에 심사평가원은 사업의 규모와 의미에 걸맞도록 세밀한 전담 조직체계를 마련했다. 우선 사업 주관을 위해 '차세대 정보시스템 구축TF'를 구성했으며, 48개 부서 소속의 109명으로 구성된 워킹그룹을 조직하고 협업 부서의 요구사항을 검토해 나갔다. 여기에 더해 신속한 의사결정을 위해 별도의 조정위원회를 구성함으로써 긴급한 비상상황 발생 시의 대응조직도 완비할 수 있었다.

다음 과제는 BPR, '업무 프로세스 재설계(Business Process

• 국가사이버안전센터 권고안 준수

Reengineering)'였다. 이에 사업 착수와 함께 삼일PWC와 삼성SDS를 용역업체로 선정하고, 5개월여에 걸쳐 업무 프로세스 재설계 과정에 돌입했다.

심사에서 평가, 기관운영 업무 전반까지 포괄하는 사업이었기에 전 직원이 대상으로 설정되었으나, 처음 겪어보는 BPR 과정이었기에 아무래도 낯설고 생소했다. 이에 약 10회에 걸쳐 교육을 실시해 업무혁신 마인드를 전사적으로 조성해 나갔다. 또한 현행 업무에 대한 철저한 분석과 실무부서를 대상으로 한 요구사항 조사작업을 통해 기존 업무 프로세스의 문제점을 도출해 나갔다.

〈BPR을 통한 개선방안 도출 성과〉



2012년에 들어서는 시스템 분석 및 설계 결과를 반영해 응용프로그램을 개발했다. 해당 개발과정에서는 특히 '수진자 관점의 누적 데이터베이스' 구축을 핵심과제로 설정하고 요양기관 단위로 구축되어 있던 기존 DB구조를 수정해 나갔다. 2012년 2월부터 2013년 1월까지 11개월에 걸쳐, 약 120명의 인력이 투입되었으며 총 3,522본의 응용프로그램을 개발하고 단위테스트를 실시했다.

〈수진자 단위 데이터베이스 구축의 의미〉



심사패러다임 전환에 대한 대응기반 마련

기관운영시스템과 평가시스템이 먼저 문을 열었다. 2013년 예산 편성을 위해 2012년 9월 '예산편성시스템'이 가장 먼저 문을 열었으며, 2013년 1월에는 회계시스템을 당초 예정보다 한 달 앞당겨 오픈하고 2012년도 가결산부터 실무 적용에 들어갔다. 특히 새로 문을 연 회계시스템의 경우 국제회계기준(IFRS)을 준수해 설계된 시스템이었기에, 심사평가원은 이후 보다 투명하고 믿을 만한 재무정보를 제공할 수 있었다.

평가시스템이 문을 연 건 2013년 1월이었다. 이에 기존에는 수작업으로 처리되던 평가업무 전반이 드디어 안정적인 시스템의 반석 위에서 운영될 수 있었고, 그 결과 항목별로 평균 1년이 소요되던 평가 수행기간도 4개월 이상 단축될 수 있었다.

한편 현장연관성이 가장 높은 심사시스템의 경우 여타 시스템에 비해 보다 철저한 교차검증의 과정을 거쳤다. 시스템 안정화 기간을 충분히 확보하고 4단계 중첩테스트를 진행했던 것이다.

〈차세대 심사시스템 안정화를 위한 4단계 중첩테스트의 내용〉



이후 실제상황과 동일한 조건으로 총 3차례 리허설을 시행한 끝에, 2년여에 걸친 대장정을 마무리하고 2013년 7월 22일 드디어 차세대 심사시스템의 문을 열 수 있었다.
이에 사업의 이름 그대로 심사평가원은 보건의료계의 다음 세대를 열어 나갈 확실한 동력을 확보하게 되었고, 이후 전 국민 건강 향상과 보건의료 선진화를 위해 보다 높은 효율 속에 업무를 진행해 나갈 수 있었다. 원내 참여인력과 관련 사업자를 포함해 총 475명의 열과 성이 아낌없이 투여된 결과였으며, 심사평가원 출범 이래 가장 주목할 만한 전산화 성과이기도 했다.

3. 심사평가원 ICT 도구의 패러다임 혁신

지식기반 전산심사시스템 구축

그간 '정형화' 가능한 심사기준에 갇혀 있던 것이 사실이었다. 그러다 보니 기존의 심사기준은 의료기술의 다양한 형태와 급여기준의 복잡성을 따라가지 못하고 있었다. 이에 심사평가원 구성원들은 의구심을 품기 시작했다.

〈의료서비스 다원화 시대를 맞은 심사평가원 내부의 질문〉

"우리의 전산심사는 이제 한계에 도달한 것이 아닌가?"

기존의 방식을 뛰어넘는 새로운 패러다임의 발굴이 절실했다. 이에 심사자들의 축적된 노하우와 지식 등을 활용하기 위한 방안이 모색되었고, 그 결과 인공지능을 적용한 '지식기반 전산시스템' 구축에 나서게 되었다.
본격적인 시스템 구축에 앞서 2014년에는 심사자들만의 조정패턴을 전산심사 형태로 발굴하는 작업이 선행되었다. 특히 본 · 지원의 조정 편차를 모니터링하고, 이를 바탕으로 심사사례별 조정패턴을 찾아 나갔다. 또한 'QR(Quality Review) 전산심사'라는 이름으로 파일럿 시스템을 개발하고, 시범운영을 통해 시스템의 성능과 현장적응성을 검증해 나갔다.

〈지식기반 전산심사 시스템이란?〉

"심사자의 전문심사 내용을 분석해 유형화한 '지식기반 모형'을 전산심사에 반영할 수 있도록 구현한 시스템"

심사자의 전문심사 내역을 일반심사에 연계함으로써 심사누락을 방지하는 것을 제1목표로 했다. 이를 통해 그간의 획일적인 심사에서 요양기관별 '맞춤형' 심사로의 전환을 꾀했으며, 궁극적으로는 축적된 정보와 지식의 활용을 통해 '지식심사'의 기반을 마련해 나갔다.

〈지식기반 전산심사의 개념〉

구분	기존		지식기반 전산심사
전산심사	• 정형화 데이터에 특정해 개발 • 정형화 가능한 급여기준에 대한 항목개발에 한정 • 공통적 · 획일적 전산심사 적용 • 심사노하우 개별관리 체계로 인해 심사지식의 분산관리 체제 • 심사내용을 전문심사에만 적용	➡	• 비정형데이터도 포함해 개발 • 사례별 심사기준을 포함해 항목개발 • 유형별 · 맞춤형 전산심사로 확대 • 심사노하우 및 심사지식의 전산화와 통합관리 • 심사내용을 일반심사까지 적용

2014년 파일럿 시스템 운영을 마치고, 2015년 12월 본격적으로 구축사업에 돌입했다. 해당 시스템은 빅데이터의 신속한 수집 · 분석과 다양한 정보의 관리를 위해 어플라이언스 독립서버 형태로 구축되었으며, 심사직원 관점 시스템의 한계를 벗어나 심사분석가 관점의 시스템으로 개

발되었다.

2016년 12월, 1년여에 걸친 개발작업을 끝내고 시스템을 오픈하자 기존에는 전문심사에서만 이루어졌던 특정내역에 대한 텍스트 분석이 인공지능 전산심사에도 적용되기 시작했다. 또한 심사자들이 원하는 분석데이터를 대시보드를 통해 즉시 제공하는 기능이 추가됨으로써 심사의 정확성이 큰 폭으로 향상될 수 있었다. 이에 심사평가원은 기존의 정형화된 전산심사에서 탈피해, 다양한 영역으로 전산심사 범위를 넓혀 나갈 수 있는 새로운 기제를 확보하게 되었다.

가치기반 심사분석시스템 구축

두 갈래의 도저한 물결이 시대를 관통하고 있었다. 그 하나가 '건강보험 보장성 강화'의 흐름이라면, 다른 하나는 '4차 산업혁명의 물결'이었다.

먼저 건강보험 보장성 강화 흐름이 시대의 상수가 되어감에 따라, 심사평가원은 2018년에 들어 분석심사•를 실시할 수 있는 새로운 업무 시스템의 설계에 들어갔다. 그러나 에피소드별 진료정보의 종합분석지표와 청구현황을 포함해 처리해야 할 정보의 양은 급속도로 증가하는 데 반해, 해당 업무의 상당 부분은 아직 수작업에 의존해야 할 형편이었다.

심사평가원은 이미 연동성과 호환성이 뛰어난 DW시스템을 갖추고 있었으나, 데이터 증가의 속도가 워낙 빨랐다. 이에 기존 시스템만으로는 과거의 데이터와 융합해 실시간 분석을 진행하기 어려웠고, 그런 사정으로 인해 결국 진료정보를 입체적으로 관찰하고 분석해 심사에 적용할 수 있는 전산시스템의 구축을 검토하게 되었다.

한편 심사평가원은 새로운 심사분석시스템 구축사업을 또 다른 혁신의 기회로 삼았다. 심사분석시스템의 개발과 '공통 인공지능 플랫폼'의 도입을 동시에 추진한 것이다. 공통 인공지능 플랫폼은 대량의 진료 데이터를 기반으로 업무에 활용할 수 있는 다양한 학습 · 예측 모형을 개발하는 도구로, 여러 면에서 심사평가원 20년 역사에서 대표적인 혁신사례로 평가할 만했다. 특히 4차 산업혁명의 기술적 진보를 근근이 따라가던 수준을 넘어, 보건의료계 ICT 기술의 발전을 앞에서 끌어가는 'Catch-Up 모델'을 실험했다는 측면에서 역사적으로 매우 유의미한 시도였다.

〈공통 인공지능 플랫폼의 기능〉

① 머신러닝을 통해 분석지표와 후보변수를 학습한 후 주제별 특성을 분석해내고, 중재 대상 요양기관을 예측해내는 기능

② 자동 기계학습을 통해 후보 분석모형 중 가장 최적화된 모형을 추천하는 기능

2019년 12월 26일, 가치기반 심사분석시스템과 공통 인공지능 플랫폼이 구축을 완료하고 동시에 문을 열었다. 이에 심사평가원은 다양한 유형의 원시데이터를 빠르게 분석 처리해 업무에 활용할 수 있는 새로운 전산 프로세스를 추가할 수 있었다.

우선 가치기반 심사분석시스템의 신설로 분석심사에 필요한 대량의 데이터 수집과 처리과정이 자동화되고 정밀해짐에 따라, 진정한 의미에서 의학적 근거에 바탕을 둔 심사가 가능해졌다. 또한 전사 차원에서 활용 가능한 인공지능 플랫폼이 개설됨에 따라, 머신러닝을 활용한 업무혁신이 현실화되기 시작했다.

따라서 심사평가원은 새로운 ICT 도구의 마련과 함께, '환

• 의료기관 진료정보에 대해 주제별로 다차원 분석한 후 전문심사위원회에서 분석결과와 의학적 근거, 진료 특성 등을 종합적으로 검토하고 논의해 중재 방법을 결정하는 심사방식

자 중심, 의학적 근거 기반'이라는 심사평가체계의 새로운 이정표에 한 발 더 가까이 다가설 수 있었다.

4. 고객맞춤형 시스템 개발과 운영

심사평가정보 제출시스템 구축과 운영

의료기관마다 진료정보를 전자적으로 처리하고 관리하는 시스템을 갖추고 있음에도, 진료비 심사 및 요양급여 적정성 평가 등에 필요한 자료를 비정형 · 비전자적 방식으로 제출하고 있었다. 이에, 의료기관의 자료제출 부담을 완화하고 업무 활용도를 높이기 위해, 자료제출 시스템의 구축 필요성이 제기되었다. 이에 심사평가원은 2016년에 들어 시스템 마련을 위한 시범사업을 실시하게 되었다.

〈청구 · 심사 효율화 시범사업 추진 경과〉

구분	1차 시범사업('16년)	2차 시범사업('17년~)
사업 기간	'16.09~12	'17.02~'19.01
참여 기관	창원경상대병원	대전선병원('17.02~), 유성선병원('17.02~), 창원경상대병원('17.04~), 을지대병원('17.05~), 한마음창원병원('17.06~), 동탄성심병원('18.10~)
대상 범위	건강보험 외래진료비 청구	건강보험 입원 · 외래 진료비 청구

2017년에 들어서는 정형화된 전자정보 수집체계를 구축하기 위해 워킹그룹을 구성하고 운영에 들어갔다. 14개 실의 3급 이상 직원을 주요 대상으로 구성했으며, 이후 우선순위를 가려 표준서식을 마련해 나갔다. 또한 진료심사평가위원들을 주요 멤버로 전문가 자문단을 구성하고 워킹그룹에 의해 도출된 표준서식들을 수정 및 보완해 나갔다. 이처럼 추진체를 이중으로 구성함으로써 표준서식의 완성도를 높일 수 있었고, 의료기관의 서식에 대한 수용성을 향상시킬 수 있었다.

2018년 3월에는 먼저 의료영상을 국제표준• 형태로 전송할 수 있는 'HIRA e-Image시스템'의 구축을 완료하고 운영에 들어갔다. 이에 일선 요양기관들은 의학영상정보시스템(PACS, Picture Archiving and Communication System)에서 생성된 영상정보를 시스템을 통해 신속하고, 안정적으로 심사평가원에 제출할 수 있게 되었다.

이어 2019년 3월에는 병원정보시스템(EMR)과 연계해 표준화된 진료정보를 송 · 수신할 수 있는 'HIRA e-Form시스템'이 구축되었다. 이에 우편 등의 자료제출 방식으로 인해 발생하던 의료기관의 불필요한 행정비용이 절감될 수 있었고, 진료비 심사 등의 업무효율성 역시 크게 개선될 수 있었다.

〈심사평가자료의 전자적 제출을 위한 법적 근거〉

2019년 7월 31일

보건복지부 고시 「요양급여비용 심사 · 지급업무 처리기준」 제5조 제4항 개정을 통해 '요양기관이 정보통신망을 통해 심사자료를 제출'할 수 있도록 규정

2019년 12월 30일

- '정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항' 원장 제정 공고
- 사용할 수 있는 총 37종의 표준서식 명시

2020년 10월 1일

- '정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항'을 개정 공고

• DICOM

• 표준서식의 효율적 관리를 위해 운영방식 개선(일부서식 및 작성요령 공고→공개)
  - 공고 : 28종, 공개: 8종(난임, 신포괄 등 특정업무용 서식)
• 표준서식 개선
  - 29종 서식의 1,448항목 검토(신설, 삭제 및 보완) 등

한편 2019년 12월에는 AI 기반 의료영상 심사판독시스템의 구축을 완료했다. 영상자료의 판독업무는 매우 전문적인 업무이기에, 전문의 간 판독 오차를 줄이고 정확도를 향상시키는 일이 필요했다. 이에 심사평가원은 AI기술을 활용한 판독 모델 개발을 추진하게 되었고, 7,000건의 영상자료 분석 끝에 질환진단 및 급여기준을 자동 측정하는 알고리즘 개발에 성공할 수 있었다.

이는 수집된 영상자료의 2차 활용 가능성을 확인한 사례이기도 했다. 이에 2019년의 구축 경험을 바탕으로 심사평가원은 향후 보다 적극적으로 AI기술을 업무에 접목해나갈 예정이다. 나아가 빅데이터 분석, AI 등 최신 IT기술을 활용해 보건의료 분야의 새로운 발전방향을 제시해 나갈 계획이기도 하다.

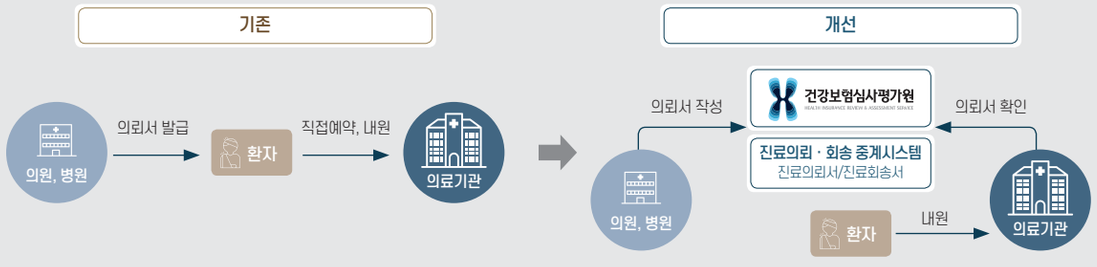
진료의뢰 · 회송 중계시스템 구축

'진료의뢰 · 회송 시범사업'은 병원 간 협력체계를 이용해 중증환자는 상급종합병원이나 종합병원에 진료를 '의뢰'하고, 중증진료가 마무리된 환자나 경증환자는 병 · 의원으로 '회송'하는 제도이다. 대형병원 쏠림 현상 등을 유발하는 현행 의료전달체계의 문제점을 개선하기 위해 2015년 보건복지부는 해당 사업을 도입하게 되었다.

이에 따라 심사평가원 역시 요양기관 업무포털시스템을 통해 진료의뢰 · 회송 중계서비스를 제공해 왔으나, 전국 의료기관으로의 전면적인 확대를 위해서는 전담시스템의 구축이 절실했다. 이에 심사평가원은 전문시스템의 개발에 나섰고, 그 끝에 2018년 1월 '진료의뢰 · 회송 중계시스템'을 오픈하게 되었다.

이전에는 환자가 직접 의뢰서를 제출하고 의료기관을 예약해 진료를 받아야 했으나, 해당 시스템의 오픈 이후에는 일련의 과정이 자동 처리되기 시작했다. 중계시스템을 통해 의료기관 간 진료 연계가 자동으로 이뤄짐에 따라 진료의 연속성과 편의성이 크게 향상될 수 있었던 것이다. 이에 진료의뢰 · 회송 중계시스템을 매개로 심사평가원은 효율적인 의료체계 운영과 그로 인한 양질의 의료서비스 제공

〈진료의뢰 · 회송 중계시스템 업무 흐름도〉



에 기여할 수 있었다.

2020년에 들어서는 상급종합병원 진료회송 본 사업 시행 및 진료의뢰료 차등화 시범사업 실시 등으로 인해 진료의뢰 · 회송 중계시스템의 업그레이드가 필요하게 되었다. 이에 심사평가원은 HIRA e-Form시스템과 연계해 표준서식의 진료정보와 의료 영상정보를 교류할 수 있는 시스템으로 재구축했고, 같은 해 10월 오픈해 서비스를 제공하기 시작했다.

〈코로나19 환자관리정보시스템 개발 및 운영 일정〉

3월 10일-3월 17일

코로나19 환자관리정보시스템 개발 완료

3월 18일

질병관리본부 및 17개 시 · 도 확진자 데이터 DB 구축 완료

3월 20일

서비스 개시

신종감염병 극복을 위한 환자관리정보시스템 지원

심사평가원은 성공적인 코로나19 방역에도 크게 기여했다. 특히 누구도 예기치 못했던 몇몇 돌발 상황의 발생으로 인해 '전국 확산'의 우려가 현실로 이어지던 2020년 3월, 환자관리정보시스템을 단기간에 구축함으로써 확산세 차단의 주역으로 부상할 수 있었다.

2월 말에서 3월 초에 걸쳐 당시의 급박했던 상황을 돌아보면, 확진환자가 폭증하고 있음에도 관련 정보가 각 기관별로 산재되어 있어 관리에 어려움을 겪고 있었다. 이에 통합관리시스템 구축의 필요성이 강하게 제기되었고, 심사평가원이 K-방역의 핵심 역할을 수행하게 되었다.

중앙사고수습본부와의 의견 교환과 협의를 바탕으로 심사평가원 내 임시 전담조직 모두가 시스템 개발에 주력했고, 그 결과 기관별 실시간 확인자 정보 등록부터 배정(의료자원정보연계 등), 환자추적 이력관리가 가능한 코로나19 환자관리정보시스템을 구축하여 운영할 수 있었다.

무엇보다 '정확한 정보'에 목말라 있는 상황이었다. 그러나 해당 시스템의 오픈 이후에는 정부와 17개의 시 · 도, 그리고 전국의 격리기관들이 일원화된 시스템을 통해 환자 정보를 체계적으로 공유하고 관리하기 시작했고, 이를 바탕으로 국민들에게 정확한 정보를 실시간으로 제공할 수 있었다. 국내를 넘어 전 세계적인 쾌거로 평가받았다. 이에 심사평가원은 코로나19 방역과정에서 전 세계에 대한민국 보건의료시스템의 우수성을 알린 주역으로 인정받게 되었다.

현재 심사평가원은 여전히 시스템 관련 기준 변경을 진행하고 있으며, 코로나19 완전 차단에 환자관리시스템이 실질적인 도움이 될 수 있도록 지속적으로 수정 · 보완해 나가고 있다.

제3절
데이터웨어하우스 시스템 구축과 운영

1. 보건의료 데이터 분석과 활용의 기원, 심사평가원 DW

데이터웨어하우스(DW)시스템 구축

요양급여 적정성 평가업무의 원활한 수행을 위해서는 정보인프라 구축이 시급했다. 그러나 각 지원별로 심사 및 평가 자료가 흩어져 있어 체계적인 관리가 이뤄지지 못하고 있었다. 때문에 간단한 자료 생산에도 시간을 허비해야 했고, 많은 인력을 투입해야 했다. 이에 의사 결정에 도움이 되는 통계를 빠르고 정확하게 추출할 수 있는 데이터웨어하우스(Data Warehouse, 이하 DW)•시스템의 도입 필요성이 제기되었다.

〈DW시스템 도입의 목적〉

① 요양급여 적정성 평가를 비롯해 제반업무의 효율성 제고
② 과학적이고 정확한 통계자료의 생산
③ 지식관리 기반의 정보경영체제 구축

2002년 8월에 들어 구축사업이 본격화되었다. 1999년부터 쌓아둔 방대한 양의 심사 · 평가 자료를 토대로 진행되었으며 총 사업비는 105억 원, 사업기간은 12개월에 달했다.
심사평가원은 우선 케이스 스터디에 집중했다. 이미 DW 구축에 성공한 선험기관••의 노하우를 전수받기 위해 직접 방문과 자료 공유 등의 과정을 진행했으며, 이를 통해 성공 요인들을 추려내고 벤치마킹해 나갈 수 있었다.
이후 시스템 구축작업의 전반을 책임질 TF조직을 구성해 전문성을 지닌 자문위원과의 협업 속에 사업을 추진해 나갔고, 이와 같은 과정을 거쳐 2003년 8월에는 84TB급의 세계적으로도 손꼽힐만한 DW시스템을 세상에 내놓을 수 있었다.
도입의 효과는 예상한 그대로였다. 우선 시스템 구축 이후로는 정형화된 통계자료는 물론이고 비정형 통계자료까지 신속한 생산이 가능해짐에 따라 업무효율이 눈에 띄게 향상될 수 있었다. 더구나 시스템 내에 OLAP(Online Analytical Processing) 도구를 탑재함으로써 사용자가 직접 맞춤형의 통계들을 생산하는 일이 가능해졌다. 이에 의사전달 과정에서의 오류가 큰 폭으로 줄었고, 반대로 업무처리의 효율은 대폭 향상될 수 있었다.

〈DW시스템 구축을 통한 의사결정 신속성 향상의 예〉

통계 생산 절차의 단축



제2기 DW시스템의 탄생

그러나 도입 이후 5년의 세월이 경과하자, 서서히 문제점이 발생하기 시작했다. 핵심은 무엇보다 폭증하는 데이터와 그

• 정보(data)와 창고(warehouse)의 합성어. 기업의 정보 자산을 효율적으로 활용하기 위한 하나의 패러다임으로서, 기업의 전략적 관점에서 효율적인 의사 결정을 지원하기 위해 데이터의 시계열적(時系列的) 축적과 통합을 목표로 하는 기술의 구조적 · 통합적 환경을 말한다.

•• SK텔레콤, 서울 아산병원, LG전선 등

로 인한 속도저하의 문제였다. 의약분업의 실시 이후 약국 데이터가 2배 이상 증가한 데다,• 평가업무의 지속적인 확대로 인해 평가대상도 5개에서 22개로 늘어났던 것이다.

〈'데이터 폭증'의 현황〉

구분	2007	2008
데이터 양	10억 건	12억 건
DW시스템 사용량	1만 5,000회	5만 회

시스템의 처리능력과 구조에도 문제가 있었다. 먼저 CPU 및 메모리 사용량이 월 평균 90% 수준을 웃돌면서, 과부하를 일으켜 사용자의 작업시간을 지연시키는 걸림돌이 되고 있었다. 또한 구조적으로도 진료내역과 조제내역이 분리되어 있지 않아 분석시간이 과다하게 소요되는 단점이 있었으며, 개인정보보호 측면에서도 보안상 취약점이 노출되고 있었다.

이에 더 이상 문제를 방관할 수 없다는 판단에 따라 심사평가원은 2008년 'DW시스템 개선을 위한 컨설팅'을 실시하고, 해당 결과를 바탕으로 목표시스템 설계 및 세부 실행계획 수립 작업에 돌입했다.

1년여에 걸친 숙고와 치열한 논의가 2009년에 들어서는 열매를 맺었다. 그해 7월, 드디어 'DW시스템 재구축사업'이 본격화된 것이다. 사업의 주요 내용은 노후기기의 교체, DW구조의 개선, 개인정보보호의 강화, OLAP 분석환경의 개선, 사용자 편의성 개선 등이었으며 이에 대한 구체적인 개선 성과는 다음과 같았다.

〈DW 재구축으로 인한 개선 성과〉

구분	개선 성과
노후기기 교체	• DW와 OLAP의 서버 하드웨어 교체 → 기존 36만tpmC에서 470만tpmC로 서비스 지원성능 10배 이상 향상
DW구조 개선	• 진료내역에 포함되어 있던 약국 조제내역을 분리 • 별도의 평가분석 DW시스템 구축
개인정보보호 강화	• 대체키 방식으로 주민등록번호를 암호화함으로써 극복
OLAP 분석환경 개선	• OLAP 분석도구를 BO에서 MSTR로 교체 • 라이센스도 350유저(user)에서 800유저(user)로 증설
사용자 편의성 개선	• DW 관련 업무를 통합한 DW포털 신설

2010년 5월, 재구축사업을 완료하고 심사평가원의 제2기 DW시스템이 문을 열자 사업효과가 곧 눈으로 확인되었다. 전년 대비 DW 사용량••은 다시 큰 폭으로 증가했으나, 오후 2시를 전후한 피크시간에도 무리 없이 정상적인 서비스가 가능했던 것이다. 사정이 이렇다 보니 외부 반응도 대체적으로 호의적이었다.

특히 해당 사업의 성과는 업무혁신사례로 전자신문•••에 기사화되는 등 타 기관의 벤치마킹 사례로 대외에 널리 알려지며, 다시 한번 심사평가원의 위상을 높이는 계기가 되기도 했다.

〈DW 재구축사업에 대한 ROI(Return On Investment) 분석 결과〉

직접비용 효과

시스템 재구축 이후 1년 만에 투자비용 회수

간접비용 효과

연간 약 5조 5,000억 원의 효과 추산

• 월별 청구에서 일자별 청구로 변경된 점도 데이터 폭증의 현실을 부추겼다.

•• 사용자 1.6배, 사용량 9배

••• 전자신문 2010년 9월 29일 기사, "건강보험심사평가원-빠른 심사평가로 신속한 진료비 지급, 부당 · 허위 청구 진료비는 원천 봉쇄"

2. 보건의료 통합분석 플랫폼의 구축

2010년대 중반 이후로는 본격적으로 빅데이터 시대가 열렸다. 데이터 절대량의 증가와 사용자의 폭증은 이제 '특이변수'가 아니라 '고정상수'가 된 지 오래였다. 때문에 2016년에 들어 심사평가원은 다시 한번 기존 DW시스템의 한계를 절감하게 되었다. 2010년에 재구축된 기존의 DW시스템은 수년간 누적된 방대한 양의 데이터를 처리하고 다양화된 업무에 대응하기에, 이미 낡고 좁은 그릇이 되어 있었다.

한편 심사평가원은 현 시점이 새로운 개념의 전산시스템 도입에 있어, 적기라는 판단을 내렸다. 4차 산업혁명을 맞아 ICT 패러다임의 전환에 대비하고 미래 동력을 만들어 가기 위해서는 아예 새로운 개념과 형태의 전산도구가 필요했던 것이다. 이에 심사평가원은 '통합'과 '연계'를 핵심 키워드 삼아, 2016년 6월 빅데이터에 기반을 둔 '보건의료 통합분석 플랫폼 구축사업'에 착수하게 되었다.

〈'보건의료 통합분석 플랫폼 구축사업'의 주요 내용〉

① 통합 및 연계 분석이 용이하도록 전체 시스템 설계

- 심사 및 평가 · DUR · 의약품DW 간 통합과 연계가 가능하도록 설계

② 환자단위 통합진료 데이터베이스 구축

- 요양기관별 명세서 중심의 데이터 구조에서 환자별 진료단위 데이터 구조로 전환

③ 사용자 의견 수렴해 분석항목의 이해를 돕는 도구 마련

- DW데이터 분석항목(컬럼)의 내용 이해와 검색이 가능한 'DW사전' 구축

④ 자동차보험, 비급여 등에 대한 DW 추가 구축

- 기존 16종에서 36종으로 확대

⑤ 응용프로그램 추가 개발 및 데이터 품질 향상

- 647종의 대시보드 및 정형보고서 추가 개발
- 3만 2,570항목에 대한 데이터 표준화 수행
- 99본에 대한 품질 점검

심사평가원은 특히 환자단위 통합DB의 개발을 통해 의료정보 데이터 분석의 패러다임을 바꿔 놓았다. 요양기관별 명세서 중심의 데이터 구조에서 환자단위 진료 데이터 구조로의 전환을 선도했던 것이다. 이에 해당 DB를 토대로 이후 진료비 특이패턴 판별[••••], 요양기관 환자 진료패턴 분석 등이 가능한 '지능형 이상감지 모니터링 모델'의 시대가 열릴 수 있었다. 이에 보건의료 통합분석 플랫폼 구축이 완료되고 2017년 8월 문을 열자, 심사평가원은 보건의료 데이터의 활용가치를 한 차원 높여 놓았다는 평가를 받을 수 있었다.

〈DW시스템 구축 및 발전과정〉

구분	2003(최초 개시)	2010(시스템 보강)	2017 (통합분석플랫폼 구축)
주요내용	• 심사평가분석시스템 • 데이터마이닝 개발 - 부당청구 기관 선정 - 종합관리제 성과측정 • 통계보고서 개발	• DW 성능 개선 (40 → 15일) • 사용자 분석 환경 개편 • 평가분석시스템 구축 • 주민번호대체키 (H-PIN) 도입 • 표준화시스템 도입	• DW 통합 및 분석영역 확대 • 통합 분석환경 개발 • 환자 진료DB 및 이상감지 - 의약품 오남용 관리 등 • DW포털 개편
인프라	• HP 슈퍼돔 2대 (36코어) • Sybase ASIQ(12 Ver) • 40TB(HDD) • OLAP(BO 350개)	• HP 슈퍼돔 2대 (67코어) • Sybase ASIQ(15 Ver) • 80TB(HDD) • OLAP(MSTR 800개) • SAS 분석서버 도입	• 어플라이언스 8대(568코어) • Oracle Exatada • 160TB(메모리) • OLAP(MSTR 1,800개) • R 분석서버 도입
비용	105억 원	54억 원	116억 원

•••• 의약품 오남용, 중복청구, 의료쇼핑 등

3. 보건의료정보 분석 전문가 양성

2003년 7월 DW시스템이 문을 열자 사용자 스스로 필요한 통계자료를 생산해 활용하는 일이 가능해졌다. 그러나 새로 마련된 도구가 만능열쇠일 수는 없었다. 구슬이 서 말이라도 꿰어야 보배인 법. 아무리 훌륭한 도구일지라도 적시에, 알맞게 쓰여야 그 효용을 다할 수 있었다. 이에 심사평가원은 2004년부터 'DW분석사 자격시험'을 신설하고 이를 매개로 전 직원의 DW 활용능력을 함양해 나갔다.

도입 당시만 해도 전 직원의 10%인 150명의 취득을 목표로 했다. 그러나 4회째인 2007년에 이르자 목표를 훌쩍 넘어 DW분석사 취득인원이 153명에 이르게 되었다. 이후 해당 시험은 매년 전체 직원의 10~22%가 응시할 정도로 관심이 높았다. 지원별, 부서별로 합격자 배출 경쟁이 심화될 정도였다. 이러한 관심과 호응은 DW 사용의 활성화로 자연스럽게 이어졌다. 분석사가 되었거나, 분석사가 되기 위해 노력하는 직원들이 DW시스템의 활용을 늘려나갔던 것이다.

한편 2010년에는 분석사 시험의 위상이 대폭 격상되었다. 이전까지는 사내규정으로만 운영되던 해당 시험이 한국산업인력공단으로부터 '사업 내 자격'으로 공식 인정받고, 그 품격이 '국가기술자격'으로 격상되었던 것이다.

이후에는 검정위원회의 주관으로 시험 관련 제도의 정비가 진행되었다. 그 결과 평가방식은 기존의 상대평가에서 절대평가 방식으로 전환되었으며, 자격명 역시 기존의 'DW분석사'에서 '보건의료정보분석사'로 변경되었다. 또한 기존의 자격등급은 '2급'으로 낮추고, 분석능력이 특출한 전문분석사의 선발을 위해 '보건의료정보분석사 1급'을 신설하게 되었다.

국가자격으로 격상된 이후에도 호응은 여전했다. 지속적으로 응시자 수와 합격자 수가 증가했으며, 그 결과 2017년도에 들어서는 심사평가원 전체 인원 대비 약 21%가 보건의료정보분석사 자격을 보유하게 되었다.

〈보건의료정보분석사에게 주어진 인사 가점(2016년 신설)〉

급수	부여 가점
2급	1.5점
1급	2점

그러나 2004년 도입 이후 17년째 이어져오던 보건의료정보분석사 제도는 2020년 폐지되었다. 인사체계 개편에 따라 직원에 대한 동등한 교육기회 제공이 강조되면서, 해당 교육과정이 학점이수제에 필수과목으로 편입되었기 때문이다. 그럼에도 보건의료정보분석사 시험과 해당 교육과정은 심사평가원이 보유한 보건의료데이터의 활용을 극대화하는데 중요한 동력이 되어왔으며, 사내에 데이터의 가치에 대한 인식이 공유되기 시작한 '역사적 변곡점'으로 기억되고 있다.

4. 급여정보분석시스템 구축

건강보험 보장성 강화대책의 발표 이후 의료이용량과 진료비 지출의 급증이 예상되자, 심사평가원은 2016년부터 '의료이용 실시간 모니터링 체계'를 구축하고 급여정보에 대한 정밀분석을 실시해왔다. 이어 2018년에는 심층 분석의 실시와 맞춤형 정보 제공을 위해 '급여정보분석시스템'의 구축에 돌입하게 되었다.

〈급여정보분석시스템의 구축 목적〉

① 통합적인 국민 의료이용 모니터링 및 분석 · 예측으로 합리적 의료이용 환경 조성

② 선제적인 지출관리를 통해 건강보험 재정건정성 강화에 기여

우선 급여정보분석에 필요한 '기준정보관리체계'를 만들고 5년간의 청구자료를 활용해 다양한 분석관점별 데이터 마트를 구축했다.

이후에는 보장성 강화 정책 내용에 부합하는 다양한 분석 및 예측 서비스를 설계하고 개발하는 일에 집중했다. 그 결과 보험급여 전반에 대한 분석서비스를 설계했으며, 사회적 관심이 부쩍 높아진 노인진료비 · 만성질환 · 4대 중증질환 관련 분석서비스를 개발할 수 있었다.

7개월에 걸친 개발과정과 검증작업을 거쳐 2018년 11월에는 '급여정보분석시스템'의 구축을 완료하고 공식적으로 서비스를 개시했다. 이후 심사평가원은 생산된 다양한 분석 및 예측 데이터를 정책 수립의 기반자료로 제공함으로써 건강보험 정책결정체계의 혁신에 일조할 수 있었다. 이는 AI기반의 분석 · 예측 정보를 정책 의사결정 과정에 활용한 최초의 사례로 지금도 널리 회자되고 있다. 또한 해당 시스템의 운영을 통해 보험재정의 예방적 지출관리를 수행함으로써 건강보험제도의 지속가능성 확보에도 크게 기여할 수 있었다.

한편 시스템 도입 이후로도 의료이용 모니터링 서비스 수요가 지속적으로 증가함에 따라, 2019년 해당 시스템의 고도화 사업을 추진하게 되었다.

〈급여정보분석시스템 고도화 사업의 개선 방향성〉

① 건강보험 의료이용 전반에 대한 모니터링 기능을 대폭 강화
② 사용자 관심 분야별 세부 분석예측과 기여도 분석 서비스 신설
③ 이상감지 기능을 세분화 및 정교화

2020년 상반기까지는 사용자의 다양한 의견수렴과 실무협의를 거쳐, 6월부터 본격적인 고도화사업을 진행하였다. 내용은 크게 3가지로, ① 통합기준정보관리체계 및 사용자 맞춤형 분석예측 구축, ② 분석예측 영역 전수확대 및 정교화, ③ 권한 관리체계 개편 및 속도개선 등 운영효율화이다.

최대 8년분의 기존 데이터 대부분을 재구축하는 빅데이터 구축성 사업인 만큼 자료 구축 · 검증 · 전환에 상당한 시간이 소요되었으나 기간 내에 무사히 완료하여 11월 말 공식 개시할 수 있었다. 서비스 개발이 신규 225종 · 개선 47종, 데이터 구축이 신규 219종 · 변경 43종이었다는 것만 보아도 그 규모를 대략 짐작할 만하다.

고도화 결과, 검사 · 처방 · 치료재료 등 다양한 조합의 분석관점을 사용자가 직접 등록하고 그에 따른 예측정보를 즉시 활용할 수 있게 되었다. 5계층 주제별 분석예측 신설 및 분석관점 추가로 전방위적 분석예측이 가능해졌으며, 예측정확도가 평균 87%에서 95%로 향상되었다. 이로 인해 보건의료정책 및 업무 요구에 대한 대응력이 대폭 향상되었다. 실례로, 동 서비스를 활용하여 필요한 환자에게만 MRI 건강보험이 적용되도록 고시를 개정함에 따라 연 400억 원의 재정누수 차단 효과를 거두기도 했다.

제4절
보건의료빅데이터 활용으로 상생발전 추구

1. 보건의료빅데이터 전문기관으로 위상 제고 빅데이터 활용을 위한 인프라 구축

"심사평가원이 보유한 방대한 양의 보건의료 데이터를 공공과 민간에서 활용할 방법은 없을까?"

보건의료 데이터의 가치를 아는 이라면 업계의 종사자인지, 아닌지를 떠나 누구나 한 번쯤은 떠올려 봤을 법한 질문이었다. 대한민국은 세계 최고 수준의 고품질 의료 빅데이터를 확보하고 있는 데다, 그 중심에 심사평가원이 있다 보니 어디서나 '기대'와 '희망'이 쏟아졌다. 이에 심사평가원은 2013년 원격접속시스템과 통계분석시스템을 구축하고, 이를 바탕으로 의 · 약계와 학계의 연구자를 대상으로 보건의료빅데이터 서비스를 제공하기 시작했다.

빅데이터 분석 및 활용에 있어 공식적인 추진체계가 만들어진 건 2014년이었다. 그해 4월 심사평가원은 연구자를 넘어 민간분야에까지 보건의료빅데이터 활용을 지원하기 위해 40석 규모의 '의료정보지원센터'를 개소했던 것이다. 이어 같은 해 8월에는 해당 조직의 명칭을 '보건의료빅데이터센터'로 변경하고 빅데이터 활용가치의 극대화와 글로벌화를 추구해 나갔다.

2015년 본원의 원주 이전을 계기로 '제2의 창업기'에 돌입하자, 빅데이터 관련 조직의 중요성이 보다 강조되었다. 이에 2016년에는 이용자의 원거리 방문으로 인한 불편함을 해소하고 나아가 지역 보건의료산업의 균형발전을 위해, 7개 지원에 추가로 보건의료빅데이터센터를 개소하게 되었다.

7개 지원의 개소 결과, 지역사회의 호응은 기대 이상으로 높았고, 보건의료빅데이터에 대한 수요는 지속적으로 증가해 나갔다. 일례로 경기 · 인천 지역 유관단체들은 해당 센터의 추가 설치를 요구하고 나섰다. 이에 2017년에 들어 심사평가원은 수원과 인천 지역을 대상으로 2개 센터의 추가 설치를 결정하게 되었다.

빅데이터의 활용만큼이나 '협업'과 '연결'이 강조되고, 이 두 가지 키워드가 사업의 성패를 좌우하는 분야도 없을 것이다. 그런 측면에서 볼 때, 2017년을 계기로 심사평가원은 9개 지원에 센터 설치를 완료함으로써 해당 업무에 관련된 전국 네트워크망의 '연결'에 성공했다. 이후로는 탄탄한 인프라를 바탕으로 대한민국 유일의 보건의료빅데이터 전문기관으로 위상을 다져 나갈 수 있었다.

빅데이터 활용 및 제공의 모범사례 산출

심사평가원은 선도적으로 구축한 인프라를 바탕으로 보건의료빅데이터의 다양한 활용분야를 개척해 나갔다. 먼저 2012년부터 입원환자에 대한 환자표본자료를 구축했다. 건강보험 청구자료에 대한 접근성과 활용성을 높이기 위함이었다. 2013년에도 총 4종의• 환자표본자료를 추가 구축했으며, 이후에도 2009년 진료분부터 매년 구축작업을 진행함으로써 연간 약 500건을 일반에 제공하고 있다.

이밖에도 보건의료 연구를 매년 약 170건씩 지원함으로써 약 200편의 SCI급 논문 작성에 기여했다. 또 제약사와 의료기기 업체를 대상으로 의료시장 경향 빅데이터를 연간

• 전체, 입원, 고령, 소아·청소년

1,300여 건 제공하고 있는데, 이를 통해 업체들의 시장 규모를 고려한 마케팅 전략 수립에 도움을 줌으로써 의약품 및 치료재료의 효율적인 자원 분배에 일조할 수 있었다.

정부 및 공공기관과의 정보 공유를 통한 협업을 진행해 사회 안전망 구축에도 기여하고 있다. 질병관리청과 감염병 의심환자 조기감지 시스템을 구축해 인플루엔자 등 22종 감염병에 대해 실시간 모니터링을 하고 있으며, 중앙응급의료원과도 응급의료 모니터링 시스템을 구축하고 응급환자 정보를 공유 중이다.

식약처와 조직은행에는 인체조직 기증의사자의 병력 · 투약이력 정보를 제공함으로써 안전한 장기이식을 돕고 있다. 또 대한적십자사에는 헌혈금지 감염병 및 금지약물 복용자의 정보를 제공해 안전한 혈액수급이 가능하도록 하고 있다.

「공공데이터 제공 및 이용 활성화에 관한 법률」(이하 「공공데이터법」)이 제정됨에 따라 2013년부터는 국민의 니즈를 반영해, 공공데이터를 발굴하고 공개하기 시작했다.•• 특히 2020년 3월에는 공적마스크 판매 정보를 오픈 API••• 형태로 제공해 다양한 사이트와 앱에서 활용 가능하도록 함으로써 국민들이 약국별 공적마스크 재고 현황을 직접 확인할 수 있도록 지원했다. 이밖에도 심사평가원은 현재 병원정보, 질병정보, 비급여 진료비 정보 등을 오픈 API 형태로 제공하고 있으며, 이는 포털사이트와 굿닥, 똑딱, 착한의사 등의 앱에서 유용하게 활용되고 있다.

이처럼 적극적으로 공공데이터를 발굴 및 개방하고, 꾸준히 품질관리를 수행해 나갔다. 그 결과 심사평가원은 2019년 공공기관을 대상으로 최초 도입된 '공공데이터 제공운영 실태평가'에서 우수기관으로 선정되었다. 국민의 공공데이터 이용권 보장에 기여한 선도기관으로, 대외에 그 위상을 인정받는 순간이었다.

2014년 이후로는 국민의 알 권리 충족을 위해 개방시스템을 마련하고 질병별 · 행위별 · 의약품별 통계를 제공하기도 했다. 231개 질병과 117개 진료행위를 '국민 관심 질병 및 진료행위'로 정하고, 관련 정보에 익숙하지 않은 국민들도 쉽게 찾아볼 수 있도록 구성해 제공해 나갔다. 국민 맞춤형 정보의 선도적 제공이라는 성과는 다수의 수상실적으로도 이어졌다. 특히 2014년에는 공공기관 최초로 정부3.0 대통령상을 받기도 했으며, 2016년도 정보공개 추진실적 평가에서는 최상위 등급인 '우수기관'에 선정되기도 했다.

한편 심사평가원은 「공공데이터법」이 시행에 들어감에 따라 2013년 공공데이터 제공 책임관과 실무담당자를 지정하고, 업무 운영지침을 마련했다. 내부 업무체계의 정비를 마친 이후로는 관련 거버넌스 구축에 힘을 쏟았는데, 그 결과 2017년에는 보건복지부, 국민건강보험공단과 공동으로 '빅데이터 제공 공동기준'을 마련할 수 있었다.

2018년은 업무 고도화를 달성한 전환점이었다. 그해 정보주체의 권리 침해와 목적 외 이용 시 제재 강화 등의 내용을 반영해 운영지침을 전면 개정하고, '공공데이터제공심의위원회'를 발족해 이용목적에 따라 데이터 제공 여부를 심의하기 시작한 것이다. 이에 심사평가원은 안전하고 적정한 데이터 활용의 기반을 구축하고, 이를 바탕으로 자신들이 보유한 보건의료빅데이터의 활용 가치를 극대화해 나갈 수 있었다.

•• 2020년 현재 103종의 공공데이터를 개방하고 있다.

••• 인터넷 이용자가 일방적으로 웹 검색 결과 및 사용자인터페이스(UI) 등을 제공받는 데 그치지 않고 직접 응용 프로그램과 서비스를 개발할 수 있도록 공개된 API를 말한다.

2. 빅데이터 활용의 새로운 패러다임 제시

심사평가원은 관련 법령에 따라 요양기관과 공공기관으로부터 실시간 수집 · 정제한 데이터를 보건의료 제 분야와 일반 국민을 대상으로 공개하고 있다. 단순 공개로 넘어 개방 빅데이터를 새로운 창업 및 고용창출 기회로 활용하기 위해 획기적인 사업이 검토되기 시작했다.

2015년부터 매년 개최되고 있는 '보건의료빅데이터 활용 창업 아이디어 공모전'이 그것으로, 해당 공모전을 통해 심사평가원은 참신한 창업아이템을 발굴하고 사업화할 수 있도록 지원하고 있다. 1회 대회 이래 거르지 않고 매년 열리고 있으며, 2018년에는 '인큐베이팅 프로그램'을 도입함으로써 체계적인 사업화 지원시스템까지 갖추게 되었다.

참가자들의 다수 수상실적•을 만들어내며 보건의료계의 대표적인 창업 아이디어 뱅크로 자리 잡았다. 또한 전문적이고 체계적인 창업 지원을 바탕으로 숱한 스타트업 성공사례를 양산해내며, 양호한 민간일자리 창출 실적도 작성하고 있는 중이다.••

한편 심사평가원은 2017년 빅데이터를 활용한 유망한 창업아이템이 실제 사업으로 이어질 수 있도록, 또 하나의 요람을 마련했다. 그해 7월 서울사무소 10층에 마련된 '보건의료빅데이터 OPEN R&D센터'가 그것으로, 기본적으로 빅데이터 기반 민간 스타트업과 보건의료 분야 R&D 과제 등을 지원하는 인큐베이팅 센터였다. 개소 이후에는 최적의 빅데이터 분석 환경을 갖추고, 맞춤형 데이터 셋 제공부터 모델링까지 폭넓게 지원하고 있다.

2019년 9월에는 해당 센터를 바탕으로 제약사와 의료기기 업체를 지원할 수 있는 실질적인 프로그램 운영에 들어갔다. 'R&D 혁신 파트너십'이라 이름 붙은 해당 프로그램은 보건의료빅데이터 활용을 위한 전문 실습 교육 후, 우수한 과제 5개 내외를 최종 선정해 지원하는 형태였다.

• 행정안전부 주관 '공공데이터 활용 범정부 창업경진대회'에서 2016년 대상 · 2018년 우수상 · 2019년 대상 · 2020년 최우수상, 우수상

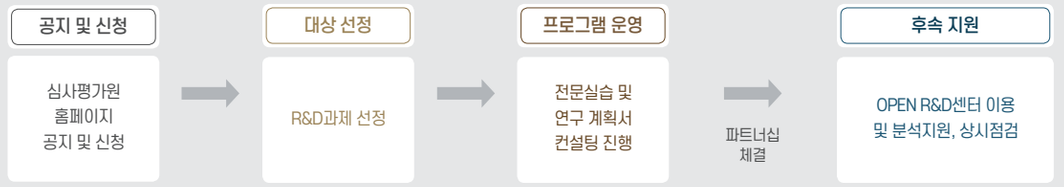
•• 투자유치 약 115억 원 달성, 특허출원 35건, 신규서비스 창출 14개, 신규일자리 창출 143명

〈보건의료빅데이터 활용 창업 아이디어 공모전 운영 개요〉

회차	연도	공모주제	기간	공모 과제 수	범정부 경진대회
1회	'15	보건의료빅데이터 활용한 창업아이디어 공모전	09.15~10.08	28팀(수상 5팀)	-
2회	'16	보건의료빅데이터 건강한 대한민국을 만든다	06.15~08.29	118팀(수상 10팀)	대상 수상 (대통령상)
3회	'17	보건의료빅데이터 4차산업의 성장을 이끌다	03.13~05.26	101팀(수상 14팀)	-
4회	'18	보건의료빅데이터 창업성공의 길을 열다	05.28~08.23	46팀(수상 10팀)	우수상 수상
5회	'19	보건의료빅데이터 미래를 혁신하다	04.29~07.23	91팀(수상 10팀)	대상 수상 (대통령상)
6회	'20	보건의료빅데이터를 활용한 창업경진대회	04.27~07.23	81팀(수상 14팀)	최우수상(국무총리상), 우수상(장관상) 수상

* 총 465팀 접수, 63팀 수상('15~'20)

〈R&D 혁신 파트너십 프로그램 운영절차〉



R&D 혁신 파트너십 프로그램의 운영을 통해 심사평가원은 서울 R&D센터 개소의 취지를 현실화시킬 수 있었고, 빅데이터 분석 기반의 지원을 통해 2020년 기준으로 약 1,000억 원의 복합신약 매출 성과를 거둬들이고 있다.

3. HIRA 빅데이터의 미래지도 그리기

HIRA 빅데이터 활용 가치 제고를 위한 데이터 표준화

정부를 포함해 각 공공기관들은 업무 수행에 필요한 다량의 데이터를 보유하고 있다. 그러나 그 용어와 구조가 다르고, 민감정보를 포함하고 있는 경우도 많아 기관 간 데이터의 연계와 융합에는 한계가 있는 것이 현실이다. 해결점 모색을 위해 각 기관은 보유 데이터를 국제 표준용어로 변환하고, 데이터 구조를 표준화 한 '공통데이터모델(CDM, Common Data Model)'•••을 활용하기 시작했다.

심사평가원은 2018년 보건복지부 주관의 보건의료빅데이터 위탁사업 기관으로 지정된 후, '기관 간 분석자료 공유 · 활용 네트워크 구축' 사업을 진행 중에 있다.

이후 진행경과를 살펴보면 2019년에는 청구데이터의 공통데이터모델 변환 및 분석을 위해 분석서버와 분석 툴, 그리고 스토리지 도입을 완료했다. 이어 2020년에는 공통데이터모델 표준용어 매핑사전을 구현했고, 청구명세서 13년분에 대해 CDM변환을 진행 중이다. 향후 CDM을 활용한 분산연구 기반이 구축됨에 따라 공익적 보건의료 연구가 활성화되고, 이를 바탕으로 데이터에 근거한 보건의료 정책수립 지원이 가능해질 전망이다.

신종감염병 대응 등 국제협력 연구 및 정책 지원

코로나19의 확산을 막기 위해 신속한 대응이 필요했다. 그러나 진료 현장에는 실제 임상데이터에 기반한 근거가 부족했고, 정부 측에는 정책수립과 실행에 필요한 정보가 턱없이 부족했다. 이처럼 답답한 상황 속에서 심사평가원은 든든한 후방 지원자로 제 역할을 다해 나갔다. 코로나19 의심 · 확진자의 의료이용 데이터를 비식별화해 국내 · 외 연구자들에게 제공함으로써 국제협력 연구가 진행될 수 있도록 지원한 것이다.

국제협력 연구가 진행되는 과정 속에서 심사평가원이 제공한 빅데이터는 매우 귀중한 원천자료로 활용되었으며,

••• 기관별로 상이한 데이터 구조와 용어를 표준화해 구축한 데이터베이스로, 민감 개인정보의 유출 없이 확장된 연구수행이 가능하다. 보유 데이터를 CDM으로 변환해 분석을 진행한 후, 그 결과값만을 공유하기 때문이다.

그렇게 도출된 연구의 결과들은 이후 의료자원의 배분과 방역, 치료대책 수립 등의 근거가 되었다. 2020년 현재 신종감염병 위협이 일상이 되어가고 있는 점을 고려할 때, 앞으로도 HIRA 빅데이터는 감염병 위기의 대응과 극복에 있어 많은 기여를 하게 될 것으로 예상된다.

산 · 학 · 관 연계 맞춤형 인재 양성 교육 프로그램 운영

원주 이전을 계기로 심사평가원은 빅데이터를 활용한 지역상생 방안 마련을 모색했다. 논의 끝에 지역 내 대학생을 대상으로 빅데이터 전문인력 양성을 위한 교육 프로그램을 계획하게 되었다. 인재 양성에서 일자리 창출까지 연계한 계획이었기에, 산업현장의 수요 분석을 위해 지역 산업체까지 포함해 진행되었다.

2018년부터 운영에 들어갔다. 프로그램의 명칭은 '산 · 학 · 관 연계 맞춤형 인재양성 교육'이었으며, 보건의료빅데이터 분야에 취업을 희망하는 대학생과 멘토 역할을 수행할 수 있는 산업체를 한 팀으로 묶어 진행되었다.

4주 일정으로 진행되는 교육 내용을 들여다보면, 우선 보건의료빅데이터 전반에 대한 수업이 심사평가원 내 빅데이터 전문가의 코칭 아래 이뤄진다. 이후 산업체가 제시한 주제에 대해 참가 대학생들이 필요한 통계분석을 실시한 뒤, 결과물을 산출하는 형태로 진행되고 있다.

2020년까지 총 6회 진행되었으며, 38개 산업체와 21개 대학이 참여해 총 181명이 과정을 수료했다. 지역사회 대학교와의 업무협약 등을 통해 매년 교육 프로그램 대상을 확대 중에 있으며, 산업체를 대상으로 홍보도 강화하고 있다. 심사평가원은 앞으로도 해당 과정을 빅데이터 전문가를 양성하고 양질의 인력을 산업체에 공급하는 맞춤형 교육과정으로 운영해 나갈 계획이다.

빅데이터 성과 공유를 위한 소통창구 운영

심사평가원은 2015년 '보건의료빅데이터개방시스템' 구축을 계기로 국민 관심 빅데이터 정보를 선정해 제공 중에 있다. 이에 보다 강력한 공유와 소통의 장을 마련하고, 이를 바탕으로 빅데이터의 활용 가능성을 더욱 확장해 나가고자 했다.

먼저 2017년에는 빅데이터 최신 동향 및 정책 · 이슈 분석 결과 등의 정보를 제공하기 위해 'HIRA 빅데이터 브리프'를 발간하기 시작했다. 분기별 1회 발간 하였고, 매회 편집위원회를 열어 발간물의 전문성을 보강해 나가고 있다.

또한 국내 · 외 전문가들의 의견 교류 장을 마련하기 위해, 2017년부터 연 1회씩 '보건의료빅데이터 미래포럼'을 개최하기도 했다. 이는 빅데이터 주요 성과를 공유하고 향후 발전방향에 대해 논의하는 자리였으며, 이러한 소통의 장 마련을 통해 심사평가원은 새로운 빅데이터 활용 분야를 꾸준히 발굴해 나가고 있다.

〈보건의료빅데이터 미래포럼 선정 주제〉

회차	일시	주제
1회	2017.12.13	보건의료빅데이터의 명암 그리고 미래를 묻다
2회	2018.11.5	공통데이터모델(CDM), 보건의료빅데이터 분석의 새로운 방향
3회	2019.12.10	HIRA 빅데이터를 표현하다 : 지능형 시각화 분석과 양방향 소통
4회	2020.9.16	코로나19 Pandemic 대응과 HIRA 빅데이터 활용 방안 : HIRA 빅데이터 기반 국제협력연구 가능성과 성과

4. D.N.A 시대를 주도하는 심사평가원, 국내 최초 '보건의료분야 결합전문기관'으로 지정되다

D.N.A(Data, Network, AI) 기반을 바탕으로 한 4차 산업혁명 시대에 데이터 이용 수요가 급증하는 현실을 반영한 데이터 3법•이 시행('20.8.5.)되었다. 데이터 활용의 핵심인 정보주체의 동의없이도 정보 활용이 가능한 가명정보••에 대한 법적 근거가 마련되고 정보 활용의 전문성과 안정성을 높이기 위해 정부로부터 지정받은 '결합전문기관'이 가명정보 결합을 할 수 있는 권한을 부여받았다. 2020년 코로나19 충격 속에 대한민국 정부가 위기 극복 국가발전전략으로써 추진한 '한국판 뉴딜'의 핵심 정책방향인 '디지털 뉴딜'과도 맞닿아 있어 산업 및 의료 현장에서 가명정보 활용에 대한 기대감이 급격히 높아지고 있다.

보건의료정보는 개인 Privacy 침해가능성이 높은 민감 정보이므로 정보 활용에 있어 다각적인 방법으로 안전조치가 이루어져야 한다. 따라서 심사평가원은 보건의료분야 결합전문기관으로서 가명정보의 활용을 선도할 수 있도록 사업 수행 속도를 높임과 동시에 국민들의 건강정보 침해 위험에 대응하는 역할이 요구된다.

심사평가원은 한국데이터진흥원으로부터 데이터인증 최상위 등급을 획득하는 등 빅데이터 시대를 선도해옴과 동시에 국제표준화기구(ISO)에서 제정한 정보보호 관리체계(ISO27001) 글로벌 인증을 받아 정보보호 관리체계의 우수성을 확인받았다. 심사평가원은 그간 보건의료빅데이터 전문기관으로서 축적된 경험과 노하우를 바탕으로 보건의료 발전과 국민편익 증진에 기여하고자 결합전문기관으로 지정받기 위한 준비를 하였다. 개인정보보호 · 법률 · 기술 전문가로 구성된 전담조직을 구성하고, 결합 · 가명처리, 반출을 위한 공간 · 시설 및 시스템을 구축했다. 아울러 데이터 및 네트워크 보안조치를 마련해, 개인정보 관리상의 안전성도 확보했다.

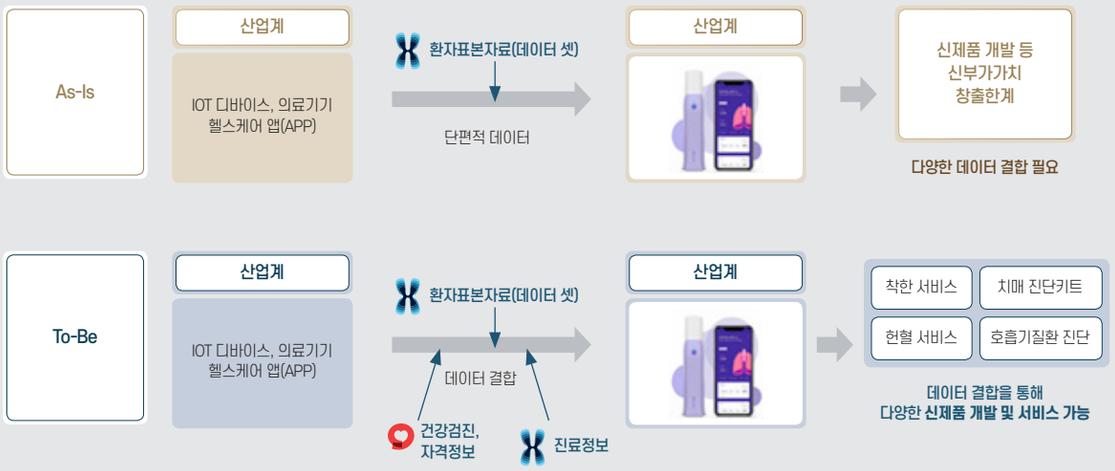
그 결과, 심사평가원은 보건복지부에서 주관한 결합전문기관 지정심사회에서 「가명정보의 결합 및 반출 등에 관한 고시」에서 정한 지정 기준인 5개 영역 ▲ 조직 · 인력 ▲ 시설 · 시스템 ▲ 정책 및 절차 ▲ 재정 ▲ 법령준수사실에서 지정요건을 모두 충족하여 2020년 10월 29일 보건의료 분야 결합전문기관으로 국내 최초로 지정되었다.

결합전문기관으로서 심사평가원은 서로 다른 개인정보처리자 간의 가명정보를 안전하게 결합 · 반출하여 의료, 산업, 정책 현장의 데이터 기반 혁신을 주도할 것으로 기대된다. 데이터 빅뱅 시대에 보건의료 데이터 활용 생태계의 중심에 위치한 심사평가원의 앞으로의 역할이 더욱 주목된다.

• 「개인정보 보호법」「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 개정안을 일컫는 말로, 데이터산업 활성화를 위해 개정되었다. 세 개 부처(행정안전부, 방송통신위원회, 금융위원회)가 관장하는 개인정보 보호 체계는 국무총리실 산하 개인정보보호위원회가 통합 관리한다.

•• 가명처리한 개인정보. 개인정보의 일부를 삭제하거나 일부 또는 전부를 대체하는 등의 방법으로 추가 정보 없이는 특정 개인을 알아볼 수 없도록 처리한 정보

<데이터결합 사례>


As-Is
산업계
IOT 디바이스, 의료기기
헬스케어 앱(APP)
환자표본자료(데이터 셋)
단편적 데이터
산업계
신제품 개발 등
신부가가치
창출한계
다양한 데이터 결합 필요
To-Be
산업계
IOT 디바이스, 의료기기
헬스케어 앱(APP)
환자표본자료(데이터 셋)
데이터 결합
건강검진,
자격정보
진료정보
산업계
착한 서비스
치매 진단키트
헌혈 서비스
호흡기질환 진단
데이터 결합을 통해
다양한 신제품 개발 및 서비스 가능

제5절
의료정보자원 관리체계 강화

1. 정보기술아키텍처시스템 도입

정보기술아키텍처(EA, Enterprise Architecture)란 조직 및 업무활동, 정보기술 간의 상호관계(Architecture)에 대해 현재의 모습과 향후 추진해 나갈 모습을 미리 규정한 정보화 종합설계도를 말한다. 심사평가원은 2006년 당시 정보통신부의 '공공기관 정보기술아키텍처 도입을 위한 기본계획'에 따라 2단계 로드맵을 수립하고 EA시스템 도입을 추진했다.

〈EA시스템 2단계 도입과정〉



시스템 운영이 본격화된 2009년에는 기존 품질경영시스템과의 이중관리 문제가 대두되었다. 이에 양 시스템의 업무절차와 업무매뉴얼을 검토하고 그 결과를 바탕으로 일원화 작업을 진행함으로써 업무처리 과정을 간소화할 수 있었다. 또한 같은 해 사업부서 및 개발부서의 책임자가 참여하는 '정보화관리협의회'를 구성했으며, 현업부서의 EA시스템 담당자 61명으로 전담조직을 운영하기도 했다. 이러한 전담 추진체계를 바탕으로 지속적이고 상시적인 개선작업을 수행함으로써 EA시스템의 완성도를 높여 나갈 수 있었다.

2010년에는 정부 차원에서 정보화 통합이 추진되었다. 이에 심사평가원은 기관별 중복업무의 식별과 국가 정보화 예산의 효율적 통제를 위해, 13개 기준 항목에 대해 행정안전부 및 보건복지부 EA시스템과의 연계를 추진하게 되었다.

한편 EA시스템 도입으로 인해 흩어져 있던 정보자원의 연계와 통합이 가능해짐에 따라, 심사평가원 구성원들의 개별 업무기능 이해도가 전에 비해 대폭 향상될 수 있었다. 또한 ICT 시스템의 개편과 신설 과정에서 중복투자가 방지되었고, 이에 따라 과거에 비해 합리적인 의사결정이 가능해졌다.

시스템의 우수성과 이후 운영성과를 인정받았다. 이에 심사평가원은 행정안전부 주관 '정보자원관리 수준 평가'에서 2018년 우수기관으로 선정되며 유공 표창을 수상할 수 있었고, 2018년과 2019년 2년 연속으로 평가점수 만점을 달성할 수 있었다.

2. ICT 서비스 관리체계 국제표준 획득

심사평가원은 2005년 6월 22일, ISO 인증기관인 한국표준협회로부터 ISO9001•을 획득했다. 공공기관으로는 특허청과 한국전자통신연구원에 이어 국내 세 번째 취득이었다. 이후로는 1년마다 돌아오는 한국표준협회 사후관리 심사의 대응 차원에서, 해마다 인증범위를 확대해 나갔으며 그 확산의 연혁을 살펴보면 다음과 같았다.

• 국제표준화기구(ISO)에서 제정·시행하고 있는 품질경영시스템에 관한 국제규격

〈ISO9001 인증 확산의 역사〉

2006년 11월 5일

DW 및 데이터마이닝 시스템 인증 획득

2007년 12월 5일

심사평가원 포털시스템 인증 획득

2010년 5월 24일

의약품정보시스템 인증 획득

2011년 6월 6일

고객센터운영관리시스템 인증 획득

한편 심사평가원은 2005년부터 2014년까지 10년에 걸쳐 품질경영시스템 인증을 유지해 왔으나, 심사평가원 ICT 시스템의 특성을 제대로 반영하기 위해서는 제조업 중심의 ISO9001에서 탈피해야 한다는 주장이 만만치 않았다. 이에 심사평가원은 ICT 프로세스에 적합한 인증체계를 물색한 끝에, 2013년에 들어 ISO20000•의 도입을 결정하게 되었다.

이에 관련 컨설팅을 진행하고, 절차서와 지침서를 포함해 각종 문서화 작업을 완료했으며, 서비스 수준협약(Service Level Agreement, SLA)••의 운영에 들어갔다. 이러한 노력 끝에 심사평가원은 영국왕립표준협회의 3단계 인증심사를 통과하고, 2014년 11월 14일 ISO20000 인증을 획득하게 되었다. 이로써 심사평가원은 정보통신시스템의 운영에 있어, 국제표준의 최신규격 프로세스를 적용할 수 있었다. 또한 인증 획득을 계기로 IT서비스의 지속적인 수준 관리가 이뤄지고, 운영업무 절차가 개선됨에 따라 고객만족도 역시 큰 폭으로 향상될 수 있었다.

• 국제표준화기구(ISO)가 2005년 발표한 IT서비스관리(ITSM) 국제 표준

•• IT서비스 제공업체와 고객 간에 맺는 서비스 품질에 대한 계약으로, 품질보장에 대한 협약이라 볼 수 있다.

3. 원주 ICT센터 시대 개막

2014년 심사평가원의 원주혁신도시 이전이 결정되었고, ICT센터의 몫으로 약 833.7㎡의 공간이 할당되었다. 이에 정확한 이전 비용 및 기간을 산출하고, 운영업무 중단의 공백을 최소화하기 위해 2014년 8월부터 4개월에 걸쳐 컨설팅 사업에 착수했다.

〈이전 컨설팅 사업의 주요 결과〉

ICT센터 설계의 기준 가이드 마련

- 시스템 가용성 및 확장성을 고려한 전산실 환경 구성
- 친환경 및 에너지 절약형 설계를 통한 그린ICT 구현

비용의 최소화 방안 마련

- 중복투자 및 비용낭비 요소 제거를 통한 적정비용 산정
- 경제성 있는 이전 설계

컨설팅 결과와 정보자원에 대한 현황조사를 바탕으로, 심사평가원은 이전 전략과 상세 계획을 수립해 나갔다. 특히 일정에 차질 없이 이전을 완료하기 위해 세 차례에 걸쳐 모의훈련을 진행하는 치밀함을 보이기도 했다. 이처럼 철저한 사전준비로 인해 심사평가원은 업무 공백과 비용을 최소화하며 2015년 11월 24일 무사히 ICT센터 원주 이전을 마무리할 수 있었다.

한편 새로운 ICT센터는 시스템실과 관제실, 브리핑실 등으로 구성되었으며, 지하공간을 활용해 무정전 전원장치와 축전지를 배치함으로써 공간 활용을 극대화할 수 있었다. 또한 대국민 건강정보를 관리하고 운영하는 시스템이기에 무엇보다 1년 365일, 안정적으로 가동되는 것이 중요했다. 이에 심사평가원은 완벽한 전원공급 시스템의 구축을 위해 전기설비를 이중으로 설치했다.

보안 측면에서도 안정적인 운영체계를 마련했다. 우선 물

리적 보안을 위해 복도에서 시스템실까지 3중의 출입문을 설치했으며, 단계별 출입권한을 부여해 운영함으로써 보안 위험을 사전에 차단했다. 또 ICT센터 전 구역에는 진도 8 이상에도 견딜 수 있는 내진이중마루를 설치했는데 이로써 어떤 재해 상황에서도 정보시스템이 보호되고 안정적으로 운영 가능한 전산환경을 조성할 수 있었다.

〈원주 ICT센터 기반시설 구성〉

구분	내용
관제실	55" LED모니터를 이용한 상황별 또는 집중관제 시스템 구축
브리핑실	대내 · 외 방문객 대상, 브리핑을 위한 미라클 스크린 도입
전기	전력공급을 위한 수전 및 무정전전원공급장치(UPS) 이중화
공조	• 효율성 높은 수냉식 항온항습기(20RT 12대) 설치 • 냉각장치 장애를 대비하여 공랭식 항온항습기 11대 설치 운영 ※ 공랭식 항온항습기 20RT 7대, 15RT 3대, 10RT 1대
통신	내부 및 외부 지능형 통신설비
소방	인체 무해한 가스식 소화설비
방호	출입통제 시스템 및 CCTV

4. 개인정보보호 관리시스템 마련

업무망과 인터넷망 분리를 통한 개인정보보호 체계 구축

국가 · 공공기관의 어지러운 네트워크 구조로는 점차 지능화 되어가고 있는 사이버 위협에 대한 방어가 어려웠다. 이에 국민의 소중한 진료정보를 대량으로 보유하고 있는 심사평가원은 이러한 위협의 원천차단을 위해 업무망과 인터넷망의 분리를 검토하게 되었다.

2007년 국가정보원의 '국가기관 업무망 분리 설명회'가 시작점이었다. 이후 심사평가원은 물리적 분리방식 3개안과 논리적 분리방식 2개안 중, 적합한 방안을 모색하기 시작했다. 그러나 특정방식의 선택에 앞서, 잠시 숨을 골라야 했다. 당시만 해도 망분리를 추진하는 기관들 중 심사평가원과 같이 지방조직 전체에 이를 적용한 사례가 없었다. 이에 보다 정밀한 구축효과 예측과 위험도 분석을 위해 적절한 타 기관의 구축사례를 기다릴 필요가 있었다.

2010년 이후로는 지방자치단체와 교육청 등에서 시행하는 망분리 사업의 추이를 모니터링하며 때가 무르익기를



기다렸다. 그러다 2014년에 들어 사업 추진을 위한 제반 준비가 갖춰지자, 본 · 지원을 포함한 사업계획을 세우고 보안성이 강한 물리적 망분리를 추진하게 되었다.

해당 사업은 2014년 7월부터 5개월간 진행되었으며, 업무망은 기존 PC를 활용하고 인터넷망 접속을 위해서는 전용 Mini PC를 별도로 도입하는 방식을 택했다.

이와 같은 과정을 거쳐 2014년 11월 업무망과 인터넷망의 분리가 실현됨에 따라 심사평가원은 전사적으로 한 단계 높은 보안 수준을 갖출 수 있었으며, 국민의 소중한 개인정보를 보다 철저히 보호할 수 있게 되었다.

〈망분리 사업의 주요 내용〉

① 망분리 안정성 확보

국가정보원 CC EAL2 이상의 인증을 획득한 정보보호시스템 도입

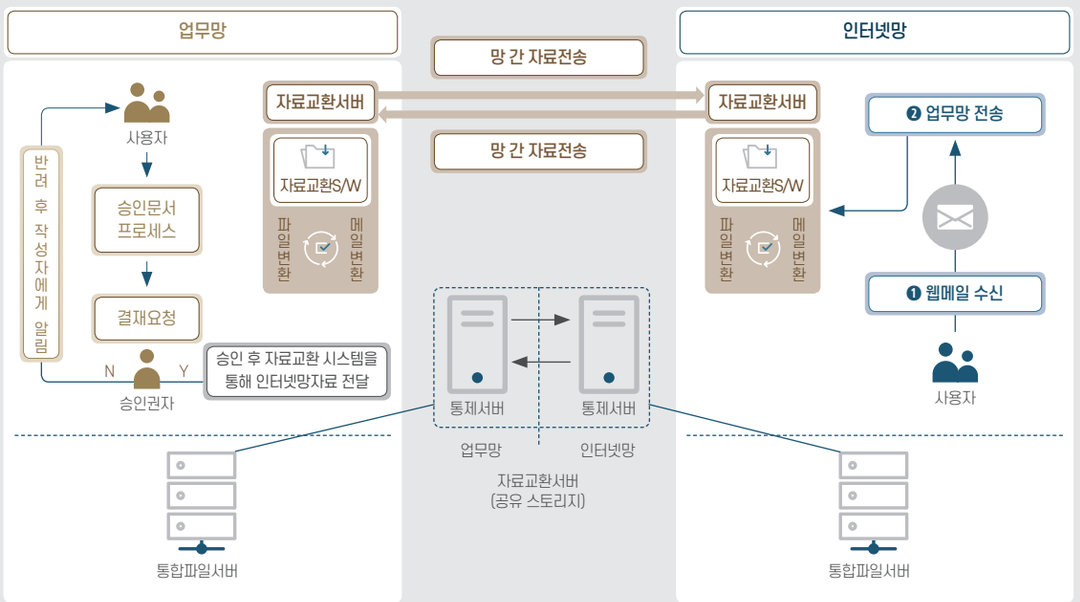
② 네트워크 보안 강화

네트워크 접근제어(NAC) 및 본 · 지원 간 방화벽 구축, 종합관제시스템 도입

③ PC 보안 강화

PC보안관리 시스템(DLP), 보안 USB메모리 관리시스템, 좀비PC방지(APT 대응) 시스템, 바이러스 백신프로그램, 백신 및 윈도우 패치관리 시스템, 개인정보 검색 프로그램, PC취약점 점검 시스템 등 도입

〈망분리 구성도〉



요양기관 개인정보보호 위험관리 예측시스템 구축

2016년 8월 9일, 「개인정보보호 자율규제단체 지정 등에 관한 규정」이 시행됨에 따라 행정안전부는 그간 대외 개인정보보호 활동에 애써온 심사평가원을 의약분야 전문기관으로 선정하고, 의약 5단체•를 자율규제단체로 지정했다.••

이후 심사평가원은 관련 동영상 강좌를 개설하고, 현장방문 지원 확대 차원에서 예약 · 관리 시스템을 도입하는 등 다방면의 업무개선 활동을 펼쳤으나 전국 9만 6,000여 요양기관을 홀로 감당하기에는 힘이 부쳤다.

이에 2020년 1월에는 지난 5년간의 요양기관별 개인정보보호 자율규제 활동사례 데이터를 분석해 유의미한 통계지표를 발굴하고, 같은 해 2월부터 해당 지표들을 바탕으로 '요양기관 개인정보보호 위험관리 예측시스템 구축사업'을 추진하게 되었다.

이후 자체 세부화면 개발과 검증 테스트, 그리고 시범운영을 거쳐 5월 1일 서비스를 개시했으며, 현재는 요양기관정보화지원협의회를 중심으로 요양기관 대상의 안내와 홍보를 진행 중에 있다.

〈요양기관 개인정보보호 위험관리 예측시스템의 기대효과〉

심사평가원

요양기관의 개인정보보호 위험관리 기전 마련 & 정부 정책의 지원을 위한 운영 내실화 도모

의약단체

소속 요양기관의 위험도 모니터링이 가능해짐으로써 위험 분산을 위한 자체활동의 발판 마련

요양기관

객관적 비교지표를 통해 기관의 개인정보보호 수준을 확인하고 이를 보완할 수 있는 계기 마련

국민

요양기관의 개인정보보호 관리수준 향상으로 민감 정보의 유출 우려 경감

정부 부처

요양기관의 자발적 안전관리 문화 정착으로 자율규제 제도 확대의 기틀 마련

• 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사회

•• 심사평가원과 의약 5단체는 2005년 1월 25일 '요양기관정보화지원협의회'를 발족했으며, 2014년 8월 해당 협의회를 통해 '요양기관 대상 온라인 개인정보보호 자율규제시스템'을 구축하고 시범서비스를 실시했다.



제6절
비대면 업무시스템 도입

1. 모바일 그룹웨어의 탄생

'사무실'이 사라지고 있다는 말은 과장이나, 적어도 그 단어에 실린 무게가 과거와 같지는 않았다. 2010년대 중반을 넘어서며 심사평가원 역시 '근무환경의 다변화' 시대를 체감하고 있었다. 이에 시대의 흐름에 맞는 새로운 개념의 행정업무 지원서비스가 필요해졌다. 여기에 더해 신입직원이 급격히 늘며 직원 간 소통체계 마련이 시급한 과제로 부상함에 따라, 심사평가원은 2017년에 들어 모바일을 활용한 신개념의 그룹웨어, '히라톡톡'을 개발하게 되었다.

〈모바일 그룹웨어 '히라톡톡'의 탑재 서비스〉

실시간 의사소통 지원

웹메일, 메신저, 게시판, 조직도 등 4종의 메뉴

이동형 행정업무 서비스

근태, 통근버스, 배차, 회의실 신청, 급여 조회 등 5종의 메뉴

이후 시범운영을 통해 2018년 1월과 2월에는 국정원 보안성 심의 및 보안 대책을 마련했으며, 3월에서 5월까지는 사용자 피드백을 반영해 시스템을 보완하고• 최종 리허설을 수행했다. 이에 10개월의 개발과정을 모두 마치고 2018년 6월, 심사평가원 전 직원을 대상으로 모바일 히라톡톡 서비스를 개시할 수 있었다.

오픈 이후에도 꾸준히 서비스의 품질을 향상시켜 나갔다. 의견 수렴과 설문조사 진행을 통해 지속적으로 고객만족도 향상 방안을 찾아 나갔으며 그 결과 셔틀버스 신청, 통근버스 노선 검색 등 활용도 높은 콘텐츠를 잇달아 개발해 낼 수 있었다. 이처럼 적극적인 사후관리와 사용 독려를 통해 모바일 히라톡톡은 심사평가원 직원들의 일상 사무에 짧은 시간 안에 녹아들 수 있었다.

〈'히라톡톡' 사용률 증가 성과〉



1년 사이 사용률 **36%** 증가

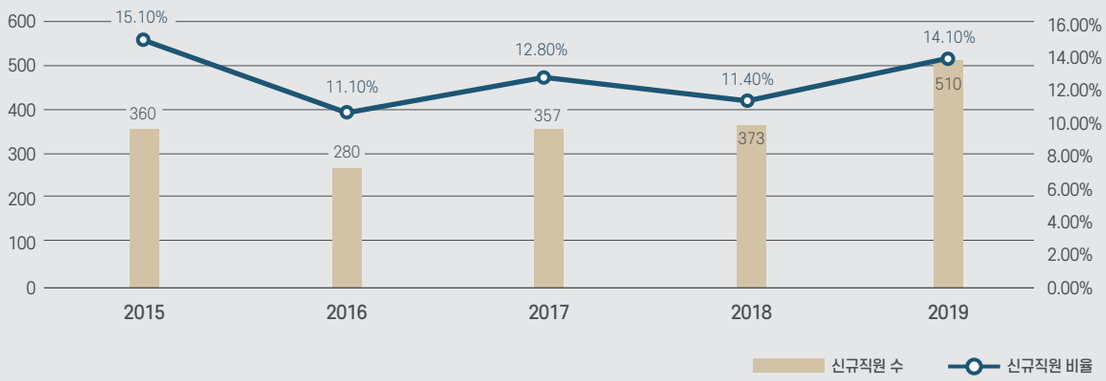
2. 인공지능 챗봇시스템 구축

직원 수가 가파르게 늘고 있었다. 덩치가 커진 만큼이나 반작용도 적지 않았다. 무엇보다 신입직원의 업무 적응 문제가 불거졌다. 이에 사무환경의 다변화 추세에 부합하는 새로운 개념의 소통체계와 기술지원 서비스가 필요해짐에 따라, 심사평가원은 2018년 11월을 기점으로 인공지능 챗봇••시스템 구축에 나섰다.

• 아이폰 설치 구현

•• 문자 또는 음성으로 대화하는 기능이 있는 컴퓨터 프로그램 또는 인공지능으로, 단어나 구(句)의 매칭만을 이용하는 단순한 챗봇부터 복잡하고 정교한 자연어 처리기술을 적용한 챗봇까지 수준이 다양하다.

〈심사평가원 신규직원 증가 추이〉



먼저 타 기관의 도입사례가 검토되었다. 대구시와 법무부, 인천공항, 도로공사 등의 사례에 대한 검토가 진행되었으며 이를 통해 챗봇시스템 설계의 밑그림을 그려 나갈 수 있었다. 또한 내부직원들의 민원 및 요구사항 약 12만 건을 수집하고 분석함으로써 시스템 세부를 알찬 구성으로 채워 나갈 수 있었다.

〈히라챗봇(Hi-Chat)시스템 구축사업의 진행경과〉

2018년 2월-12월

ICT 관련 민원 음성파일 12만 건 수집

2019년 1월-2월

- ICT 민원 음성파일에 대한 분석 실시
- 민원유형 분류 및 콘텐츠 개발

2019년 3월-5월

사용자 화면(챗봇 UI, 관리도구 등) 구축

2019년 6월

히라챗봇 서비스 개시

2020년 3월

유연근무 등 근태신청 및 통근버스 신청기능 서비스 실시

2020년 7월

청렴문화 콘텐츠 60종 추가

2020년 10월

안전, 계약, 인재개발, 연구협력 업무 콘텐츠 180종 추가

2020년 11월

오픈 이후, 약 1년 5개월간 600여 종, 3만여 건 콘텐츠 수록

시범운영을 거쳐 심사평가원은 공공기관 최초의 직원용 상담챗봇 서비스인 '히라챗봇(Hi-Chat)시스템'을 오픈했다. 내부직원을 대상으로 질의응답, 기술지원 등을 실시할 수 있는 인공지능 기반의 시스템이었다. 오픈 이후에도 심사평가원은 내부직원과의 끊임없는 소통을 통해 콘텐츠 강화방안과 서비스 개선방안을 마련해 나가고 있으며, 이를 바탕으로 '히라챗봇'을 가장 유능하고 활용도 높은 상담자로 성장시켜 나갈 계획이다.

“

국제협력이란 국민건강보험법령에서 규정한 심사평가원의 주요 업무를 바탕으로 세계인의 건강한 삶에 기여하기 위해 다양한 분야에서 국제사회와 협력하는 업무를 말합니다.

•

현재 '보편적 건강보장'이란 국제사회의 공동 목표 달성을 위해 그간 쌓아온 경험과 지식을 여러 국가들과 공유하고 있습니다. 또한 세계보건기구(WHO) 등 국제기구와의 공조를 통해 우리나라와 제외국의 보건의료 발전방안을 모색하고 있습니다. 더불어 국가별 맞춤형 건강보험 컨설팅, 의료비 지출 관리를 위한 ICT 시스템 구축 등 전문사업 수행을 통해 국제사회에서 대한민국 건강보험의 위상을 드높이고 있습니다.

•

향후 우리 정부의 국제협력 기조를 반영해 ASEAN 국가의 방역 역량 강화를 지원함과 동시에, 국제기구와의 다자협력을 통해 각종 교육과 정책지원 사업을 전개해 나가겠습니다.

”

제7장

글로벌 헬스케어의 이정표

제1절

세계를 향한 손짓

제2절

의료한류의 중심에 선 HIRA ICT 시스템

DEPARTMENT STORY

부문사

제7장

글로벌 헬스케어의 이정표

제1절
세계를 향한 손짓

1. 국제협력의 모색

국제협력사업의 의의

심사평가원의 국제협력 업무는 의료보험 통합 이전인 의료보험연합회 시절, 첫걸음을 떼었다. 이후 건강보험제도의 발전단계에 따라 국제협력 업무도 함께 발전해왔다. 과거에는 선험국의 제도를 배우고 흡수하는 데 초점이 맞춰져 있었다. 그러나 전 국민 건강보험 확대를 계기로 우리 제도의 장점에 대한 개발도상국의 벤치마킹 요구를 수용하고, 나라별로 특화된 정책 컨설팅을 제공하기 시작했다. 최근에는 이미 제도적인 측면에서 안정기에 접어든 국가들에 대해서도 건강보험의 효율적인 관리와 운영방안 등에 대해 경험을 공유하고 있다. 심사평가원은 이러한 업무 수행을 통해 세계인의 건강한 삶에 다양한 방식으로 기여하고 있다.

세계적인 석학을 초청한 국제심포지엄 개최

심사평가원은 2005년 첫 번째 국제심포지엄을 개최했다. 이후 매년 해외의 저명한 석학과 국내 · 외 보건의료 전문가들을 초청해 국제 학술행사를 진행하고 있다. 특히 2017년에는 건강보험 도입 40주년을 맞아 국민건강보험공단과 공동으로 심포지엄을 개최했는데, 이 자리를 통해 심사평가 업무의 지난 발자취를 돌아보고 그간의 국제협력 성과를 소개하는 시간을 가졌다.

국제심포지엄은 각국의 건강보험 동향과 전략을 '공유'하고 '습득'하는데 방점이 찍혀 있었다. 국제 학술행사 주최가 처음 시작된 2000년대 중반에서 2010년대 초반까지만 해도 보건의료 선도국들의 성공사례를 학습하고 모방하는 데 초점이 맞춰져 있었던 것이다. 그러나 국민의료를 위한 전략적 구매자로서• 위상이 점차 높아짐에 따라 심사평가원의 위치는 '학습자'에서 '전파자'로 바뀌어 갔다.

• 전략적 구매(Strategic purchasing) : 주어진 예산의 범위 내에서, 국민이 필요로 하는 보건의료서비스를 제공하기 위한 전략적 활동을 의미한다.



2017 국제심포지엄(건강보험 도입 40주년)



2020 국제심포지엄(하이브리드 방식 진행)

구체적으로 2017년부터 2019년까지는 '보편적 건강보장(UHC)'을 최우선 가치로 많은 국가가 직면해 있는 건강보장 재정관리 문제와 진료비의 효율적 관리라는 주제에 집중했다. 이로써 인류를 위한 보편적 가치 실현을 위해 최선을 다해 나갔다.

또 2020년에는 "코로나19, 뉴노멀 시대의 보건의료체계 패러다임 재설계"라는 주제로 하이브리드 방식(온라인 + 오프라인 동시 진행)의 비대면 국제심포지엄을 개최했다. 최초로 진행된 비대면 심포지엄이었기에 준비과정에 어려움도 많이 따랐다. 그러나 공간적 제약을 극복해 더 많은 이들이 참여할 수 있는 길을 열었고, 그 결과 696명의 인원이 심포지엄에 동참할 수 있었다.

국제심포지엄 개최 현황 및 주제 (2010년 이후)

- **2010년** "국민 의료의 질과 비용의 적정성 보장"(건강보험심사평가원 창립 10주년)
- **2011년** "보건의료시스템의 성과와 지속가능성 제고"(HIRA-OECD 주최)
- **2012년** "유럽 · 미국 · 호주 · 한국 DRG 지불제도 운영 경험과 시사점"
- **2013년** "보편적 의료보장의 가치 극대화"
- **2014년** "보건의료 성과향상을 위한 데이터 활용"
- **2015년** * 국제연수과정과 연계하여 진행
- **2016년** "치료재료와 약제의 효율적 관리를 통한 지속 가능한 보편적 건강보장 실현"
- **2017년** "한국 건강보험의 성과와 도전과제"(국민건강보험공단 공동 주최)
- **2018년** "신의료기술 · 약제의 가격설정 및 효율적 건강보험지출관리 방안"
- **2019년** "지속 가능한 보편적 건강보장을 위한 체계 변화"
- **2020년** "코로나19, 뉴노멀 시대의 보건의료체계 패러다임 재설계"

건강보험제도 전파 계기가 된 국제연수과정

국제기구와 개도국의 관심이 증가함에 따라 2013년부터는 다수의 국제기구••와 MOA를 체결하고 '건강보험 국제연수과정'의 운영에 들어갔다.

심사평가원은 전파자의 역할에 충실했다. 이에 2015년부터는 연수생 맞춤형 교육 프로그램을 개발하고, 특정 국가

•• 국제연합 아시아태평양 경제사회위원회(UNESCAP), 세계보건기구 서태평양 지역 사무처(WHO WPRO) 등

에 인원이 편중되지 않도록 국가별 인원 제한을 두어 더 많은 국가가 참여할 수 있도록 조정했다. 이와 같은 개선 노력을 통해 프로그램 운영의 취지는 살리고, 연수 효과는 더욱 높여 나갔다.

한편 국제연수과정은 심사평가원의 글로벌 성장과정에서 여러모로 이점을 안겨 주었다. 이 과정을 진행함으로써 각국의 보건의료 분야 종사자들과 인적 네트워크를 형성할 수 있었고, 이는 국제협력사업 확대의 기회로 연결되었다. 대표적으로 심사평가원의 최대 글로벌 성과라 할 수 있는 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI•-IT) 개혁 협력 프로젝트 역시 이렇게 형성된 네트워크를 통해 불씨를 지필 수 있었다.

2010년대에 들어서는 세계 각국의 보건당국과 네트워크를 강화해 나갔다. 2014년 대만의 국민건강보험국과 맺은 MOU가 그 시발점이 되었으며, 이후 다양한 국가들과 구체적인 업무 분야를 설정해 협력체계를 구축해 나갔다.

이처럼 전 세계에 걸쳐 형성된 네트워크는 이후 심사평가원의 국제협력사업 전개과정에서 귀중한 마중물이 되었다. 이에 꾸준히 발을 넓혀 온 끝에, 2020년 8월 기준으로 15개 국가, 3개 국제기구, 2개 비영리단체와 MOU를 체결하고 협력관계를 이어가고 있다.

세계 각국의 방문 요청

우리나라의 건강보험제도와 그 운영 현황에 대한 세계 각국의 관심은 해가 갈수록 높아져 갔다. 국민의료를 위한 전략적 구매자로서 그 위상이 높아짐에 따라 다양한 국가에서 방문 요청이 쇄도했다. 이에 심사평가원은 세계 각국의 방문단을 맞이하고, 건강보험제도 운영에 관한 경험과 지식을 공유하기 시작했다.

2013년 이후로 외국인 방문단이 매년 20회 이상 심사평가원을 다녀갔고, 대한민국의 건강보험제도에 대해 각별한 관심을 표한 각국 고위급 인사들과 국제기구 임원진의 방문이 줄을 이었다. 2017년에는 사우디아라비아, 네팔, 가나 보건부 차관이 방문했다. 또 2018년에 들어서는 미주개발은행(IDB) 보건실장, 필리핀 건강보험청 청장 등이 심사평가원을 찾았다. 이어 2019년에는 WHO WPRO(세계보건기구 서태평양지역) 국장 및 사무처장, 베트남 보건부 장관, 아제르바이잔 국가의료보험청장 등이 차례로 방문해 우리나라 건강보험제도에 대한 관심을 드러냈다.

2011년부터 2020년까지 최근 10년 동안, 다양한 국가 및 국제기구에서 총 1,885명이 심사평가원을 다녀갔고 이를 계기로 양자 간 혹은 다자 간 협력의 범위가 점차 확장되고 있다.

국제기구와의 협력

- WHO

1949년 8월 보건분야의 유엔기구인 세계보건기구(WHO)에 가입한 우리나라는 그동안 회원국들의 건강보장 · 건강증진을 위한 노력에 적극적으로 협력해왔다. 특히 2015년 10월에 들어 WHO는 효율적인 의료비 지출관리와 의료질 평가 영역에서 심사평가원의 참여를 적극적으로 요청해왔다.

그 내용을 구체적으로 살펴보면, 우선 회원국의 보건의료서비스 및 성과를 측정하고, 의료서비스 질과 안정성 향상을 위한 정책을 개발함에 있어 적극적으로 나서줄 것을 요청해왔다. 또 국제의료질지표(WHO Global Quality Indicators) 작성을 위한 전문가 자문그룹에의 참여와 전략 리포트 개발을 맡아줄 전문가의 파견도 요청해왔다.

한편 파견 근무자의 선정은 공개 경쟁방식으로 이뤄졌다.

• 'SEHATI'는 아랍어로 '나의 건강'을 의미한다.





2017 가나 방문단 **2019** WHO WPRO 사무처장 방문

서류심사를 통과한 지원자 중 어학 및 업무수행 능력 등을 고려해 3배수의 후보자가 선정되었고, 이어 WHO 인터뷰를 통과한 직원이 최종 합격자로 선정되었다. 이처럼 엄정한 선발과정을 거쳐 심사평가원은 어학능력과 국제적 소양, 업무 전문성을 두루 갖춘 인재를 WHO에 파견했다.

현재 파견 근무자는 WHO 업무 외에도, 분기별로 WHO 사업추진 현황 및 회원국 동향 등의 내용이 포함된 업무실적 보고서를 작성하고 있고, 매월 국제 주요 이슈 공유 및 업무활용을 위한 뉴스레터를 작성 중이다. 심사평가원은 이와 같은 양질의 정보를 우리나라의 건강보험제도의 발전을 위해 적극적으로 활용하고 있으며, 2020년 현재 총 3명의 직원을 WHO에 파견했다.

심사평가원은 높은 전문성을 갖춘 인재의 파견 외에도, 2013년에는 '환자안전과 의료의 질에 대한 세계보고서(Global Report on Safety and Quality of Health Care Sercives)' 작성에 도 참여했다. 전 세계에서 모인 9명의 자문단을 중심으로 진행된 프로젝트였기에, 심사평가원이 글로벌 수준의 보건의료기관으로 성장했음을 확인할 수 있는 성과였다. 또 2013년부터 5년간 지속된 '아태지역 의료의 질 향상 네트워크(Asia pacific quality improvement network)'에도 참여해 대상국가의 의료의 질 현황조사를 주관했다.

- OECD

보건의료 영역에서 의료의 질 모니터링과 활용이 점차 강조되고 있었다. 이에 경제협력개발기구(OECD)는 2001년부터 보건의료 질 통계 작업반(HCQO, Working Party on Health Care Quality and Outcome)을 구성해 운영에 들어갔다. 심사평가원은 국내 의료의 질 관리를 담당하는 기관으로서 보건복지부의 위임을 받아 2009년부터 OECD HCQI(Health Care Quality Indicators) 프로젝트에 참여하기 시작했다. 구체적으로 보유하고 있는 진료비 청구자료와 국가암등록자료를 활용해 대한민국의 질 지표 값을 산출해내고, 이를 OECD와 공유해 나갔다.

2011년에는 OECD와 손잡고 국제심포지엄을 공동으로 개최했다. '보건의료시스템의 성과와 지속가능성 제고'라는 주제로 진행되었으며, 세계 각국에서 모인 총 391명의 보건의료관계자들이 보건의료시스템의 미래 발전방향을 함께 모색해 나갔다. 이 자리는 이후 심사평가원이 미국, 영국, 덴마크 등의 보건의료전문가뿐 아니라 OECD 건강분과와 네트워크를 다지는 계기가 되었다.

또한 당시 OECD 프로젝트 지원단을 이끌었던 김선민 현 심사평가원장은 2019년에 들어 HCQO 워킹그룹 의장으로 선임되었다. 이에 같은 해 5월 개최된 OECD 보건의료

질과 성과(HCQO) 전문가 회의를 직접 진행하며, 의사결정 과정을 주도했다. 해당 회의에서는 한국의 코로나19 위기 대응 보건의료정보시스템과 데이터 활용 사례에 대한 소개가 이뤄졌으며, 이를 통해 심사평가원은 의료 질 평가 분야에서 대한민국의 달라진 위상을 보여줄 수 있었다.

- JLN

심사평가원은 보건의료 관련 공적개발원조(ODA) 사업을 확대 추진하기 위해 2015년부터 공동학습네트워크(JLN, Joint Learning Network)와 세계은행(WB, World Bank)의 국제개발지식공유사업(CoP, Community of Practice)에 가입해 다양한 활동을 전개하고 있다.

JLN은 보편적 건강보장(UHC) 달성을 지원하기 위한 목적으로 2009년 설립된 국제적인 학습네트워크이다. 세계은행(WB), 록펠러재단(Rockefeller Foundation), 빌게이츠재단(Bill Gates Foundation) 등의 재정 지원을 받아 궁극적으로 개발도상국이 스스로 보편적 건강보장을 실현할 수 있도록 지원하는 데에 중점을 두고 있다. 현재 30개 이상의 회원국과 175개 회원기관, 15개 국제기구가 협력 파트너로 참여하고 있으며, 회원기관 상호 간에 보편적 건강보장 달성에 필요한 보건의료 지식 및 정보, 정책, 재원조달방법 등을 공유하고 있다.

한편 JLN은 회원국의 보건의료 비용에 대한 역량 강화를 목적으로 '국제표준 심사평가 매뉴얼(MAT, Medical Audits Toolkit)' 개발에 나섰다. 이에 심사평가원을 벤치마킹 대상으로 선정하고 2016년 3월 '국제표준 심사평가 매뉴얼' 개발을 위한 공동 연구수행 계약을 맺었다. 이후 양 기관은 회원국 및 국제기구와 3차례에 걸쳐 워크숍을 진행하고, 비대면회의를 실시하며 의견 수렴에 나섰고, 실질적인 적용이 가능한 매뉴얼 개발을 위해 긴밀히 협력해 나갔다. 그 결과로 심사평가원은 2017년 3월에 들어 '국제표준 심사평가 매뉴얼'의 최종보고서를 주도적으로 작성해 JLN에 제출했다.

2. 글로벌 사업화의 첫발

국제기구와의 협력 통한 공동 컨설팅 사업

'경제발전경험공유사업(KSP, Knowledge Sharing Program)'은 단기간에 고도의 성장을 달성한 우리나라만의 독특한 경제발전 경험을 개발도상국 등과 공유하기 위한 지역공유사업을 말하며, 기획재정부가 주관하고 있다. 심사평가원은 2014년부터 이 사업에 참여해 세계은행과 공동으로 총 4회에 걸쳐 컨설팅을 실시했다.

1~4차 사업은 모두 공동 컨설팅사업 방식으로 진행되었고, 건강보험제도 도입계획이 있거나 도입 초기 단계에 있는 국가가 한국의 건강보험제도 설계 경험을 벤치마킹 할 수 있도록 지식을 공유해 나갔다.

1차 사업은 2014년 인도네시아를 대상으로 실시되었다. 이어 2015년에는 페루를 대상으로 보다 심화된 개선작업이 진행되었다. 3차 사업의 대상국으로는 콜롬비아가 선정되었는데, 해당 국가는 당시 중남미 국가 가운데 우수한 보건의료제도를 보유하고 있는 나라로 평가받았으나 재정위험도가 높아 즉각적인 개선이 요구되고 있는 상황이었다. 이에 심사평가원은 수가관리, 보건계정 등을 포함한 한국 건강보험제도의 운영 경험을 폭넓게 공유했으며, 콜롬비아의 보건의료제도 거버넌스 구축방안을 새로 수립해 제안했다.

2017년에 시행된 4차 사업의 대상국으로는 다시 한번 페루가 선정되었다. 당시 페루는 보험자와 제공자의 분리를 추진 중이었기에, 건강보험 재원 관리의 효율성을 향상하고 합리적인 자원배분 시스템을 구축하기 위해 성과지표

마련이 필요한 상황이었다. 이에 심사평가원은 적극적으로 ICT 시스템 구축 경험을 공유하며 페루 건강보험 시스템의 개선을 위해 모든 노력을 기울여 나갔다.

동시에 이 시기는 심사평가원이 그간의 축적된 역량을 바탕으로 국제무대에서 '사업화'를 고민하던 시기였다. 때문에 정부사업 외에도 독자적인 사업 확대를 모색했다. 그 결과 2018년에는 필리핀, 캄보디아, 베트남 3개 국가를 대상으로 정책컨설팅을 수행했으며 2019년에는 캄보디아를 대상으로 역량 강화 연수과정을 운영했다. 2020년의 초입에도 또 한 번 반가운 소식을 전했다. 그해 2월 미주개발은행과 남미 국가를 대상으로 '중남미 가치기반 보건의료서비스 구매제도 컨설팅' 계약을 체결하는 데 성공했던 것이다.

앞으로도 심사평가원은 국제기구와의 다자협력 컨설팅사업을 지속적으로 추진해 나갈 계획이며, 점차 그 역할과 대상을 넓혀 나갈 예정이다.

카타르, 글로벌 사업의 경험을 얻다

중동과 동남아시아의 여러 국가들이 자국 사회보장시스템의 해법을 얻기 위해 대한민국의 건강보험에 주목하고 있었다. 특히 2011년에 들어서는, 가능성 수준에 머물던 협업의 구상이 현실의 외피를 입기 시작했다. 그해 6월, 심사평가원을 방문한 카타르 보건부의 장 · 차관 일행이 자국의 건강보험 전산시스템 구축을 위해 HIRA ICT 시스템을 벤치마킹하고 싶다는 의사를 피력했던 것이다.

관심 표명은 곧장 현지조사로 이어졌고, 그해 10월 카타르 측은 심사평가원장 앞으로 시스템 도입 의사를 밝히는 공식메일을 보내왔다. 이후 심사평가원은 카타르의 요청에 따라 요구사항이 모두 반영된 사업제안서를 작성해 2012년 1월부로 제출을 완료했다.

문제는 그 다음부터였다. 심사평가원 측에서는 보다 정확한 현황 파악과 기술적 대응을 위해 카타르 측에 타당성 조사 수행을 공식적으로 요청했으나, 도무지 진전이 보이지 않았다. 그 와중에 2012년 12월에는 정보제공과 비밀유지에 관한 법률문제에 있어 양자 간의 합의점을 찾지 못했고, 결국 사업은 일시 정지 상태로 동면에 들게 되었다.

다시 물꼬가 트인 것은 보건복지부 산하에 '코리아메디컬홀딩스(KMH, Korea Medical Holdings)'•가 설립되고 난 이후였다. 2014년에 들어 카타르 측이 재차 KMH에 HIRA ICT 시스템 도입에 대해 긍정적인 의사를 표시해 오면서, 양자 간의 논의가 재개되었던 것이다. 특히 그해에 들어서는 제약사항이 많던 정부 간 사업에서 KMH를 통한 컨소시엄 계약형태로 사업방식이 변경되면서, 불거졌던 법률적 문제들이 상당 부분 해소될 수 있었다.

사업의 전망은 장밋빛이었다. 지난했던 협상과정의 끝이 보이는 듯 했다. 그러나 부푼 꿈에 들떠 있던 바로 그때, 다시 한번 등장한 암초에 걸려 이번에는 사업이 완전히 좌초되고 말았다. 2015년 1월 중동에 불어 닥친 오일머니 하락과 그로 인해 카타르 내에 벌어진 건강보험 재원을 둘러싼 논쟁으로 인해, 건강보험 개혁과 관련된 프로젝트 자체가 중단되어 버렸던 것이다. 당연히 HIRA ICT 시스템의 도입 논의 역시 없던 일이 되었고, 이에 2011년부터 이어져 온 심사평가원과 카타르 사이의 인연도 마무리될 수밖에 없었다.

5년을 바쳐 결국 빈손이 되었지만 수확도 있었다. 특히 중동이라는 생소한 시장에서의 협상 경험은 이후 큰 자산이 되었다. 또 해외사업 전개에 있어 현지화의 중요성을 깨닫게 된 점도 수확이라면 아주 큰 수확이라 할 수 있었다.

• 대한민국 의료와 관련된 기술·산업 등의 해외진출을 돕기 위해 2013년 5월 설립된 주식회사이다.

제2절
의료한류의 중심에 선 HIRA ICT 시스템

1. 세계 최초의 보건의료시스템 수출 달성

가능성에서 현실로

2016년 1월 전 세계인의 이목이 서울에 집중되었다. 심사평가원과 건보공단의 주관으로 '보편적 건강보장(UHC, Universal Health Coverage)•을 위한 국제회의'가 1월 14일부터 15일까지 양일간 개최되었던 것이다.

참여국들은 대한민국 건강보장권 구현의 원동력으로 자리 잡은 HIRA ICT 시스템의 우수성에 매료되었다. 특히 해당 국제회의에 참석했던 바레인의 경우, 국민들에게 무상 의료서비스를 제공하고 있는 나라였기에 차원이 다른 관심을 보였다. 지속 가능한 의료보장제도로의 개혁을 위해 가장 효과적인 보건의료시스템을 물색 중이었던 것이다. 이에 바레인 국가보건최고위원회(SCH, Supreme Council of Health) 의장은 해당 회의 장소에서 국가건강보험제도(SEHATI Program) 도입과 관련한 협력체계 구축을 심사평가원 측에 제안해 오게 되었다.

가능성은 곧 현실로 이어졌다. 같은 해 3월, 당시 심사평가원장의 현지방문이 진행되었고, 바로 그 자리에서 협력방안을 문서화 해 양해각서를 체결했던 것이다. 의례적인 양해각서와는 질적인 차이가 있었다. 바레인 국가건강보험제도의 도입을 위해 심사평가원의 노하우를 공유하고, 관련 전문가를 파견한다는 구체적인 내용이 포함되었다. 이에



바레인 현지출장 중 한국과 영상회의 모습

곧 심사평가원 내 전문인력 8명이 2주간에 걸쳐 바레인 현장조사를 진행한다는 계획에 양측의 합의가 이뤄질 수 있었다.

밑그림의 완성

합의를 기반으로 2016년 5월 27일부터 6월 9일까지, 총 11박 14일간의 현장조사가 진행되었다. 바레인의 현 건강보장제도와 관련된 의료정보시스템 현황에 대한 조사가 주 내용이었다.

2주간의 조사를 마치고 귀국한 현장조사단은 바로 제안서 작성에 착수했다. 실무진 외에도 다양한 분야 전문가들이 참여해 팀이 꾸려졌으며, 2016년 7월부터 8월까지 2개월에 걸쳐 작업이 진행되었다. 초안이 마련된 뒤에는 바레인 측 SCH 사무총장이 직접 한국을 방문해 수정작업에 동참하며 제안서의 완성도를 높여 나갔다. 이렇게 작성된 제안서는 바레인 정부로 제출되었으며 이후 9월까지 해당 제안서에 대해 지속적인 논의를 이어갔다.

10월에는 최종협상 단계에 이르렀고, 보건복지부장관 임석 하에 바레인 SCH 의장과 대한민국 심사평가원 원장 간

• 모든 사람들이 재정적 어려움 없이 필수 건강서비스를 받을 수 있도록 보장하겠다는 개념이다. 국제연합(UN, United Nations)이 지정한 지속 가능한 개발(SDGs, Sustainable Development Goals)의 목표에 "건강보장"이 포함된 이후, 국제사회의 주목을 받기 시작했다.

사업수행의향서(LOI, Letter of Intent) 체결이 이뤄졌다. 이를 바탕으로 11월에는 2차 현장조사가 진행되었으며 출장 중 분석한 결과를 기반으로 향후 구현될 시스템에 대한 설명회가 개최되었다. 이를 통해 심사평가원은 현지 보건의료 관계자들에게 바레인 건강보험시스템 혁신의 적임자로 각인될 수 있었다.

역사에 남을 서명

두 차례에 걸친 현지조사와 광범위한 이해관계자 인터뷰 끝에 심사평가원은 바레인 프로젝트의 수행계획서를 완성했다. 그 안에는 구축될 주요 시스템들이 어떻게 바레인 보건의료 개혁의 새로운 동력이 될 수 있는지, 그 청사진이 구체적으로 담겼다. 또한 설치되거나 탑재될 하드웨어와 소프트웨어의 목록, 시스템 개발 일정과 인력 투입 계획, 인건비 등의 구체적인 기술적 내용이 함께 수록되었다.

사업수행계획서를 바탕으로 사업내용에 대한 제반 합의가 이루어지자, 양측의 치열한 협상 끝에 2017년 3월 서울에서 '바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT) 개혁 협력 프로젝트'의 정식계약을 체결하게 되었다. 사업기간은 2017년 6월부터 2019년 7월까지 총 26개월에 달했으며, 총 계약금액은 미화 1,350만 불(약 162억 원)에 이르렀다.

이로써 심사평가원은 건강보험제도와 관련된 의료정보시스템을 다른 나라에 통째로 수출한, 전 세계적으로 유례없는 성과를 달성했다. 양해각서를 체결하고 불과 1년 만에 이뤄낸 쾌거로, 중동지역의 특수성을 감안했을 때 심사평가원의 남다른 협상력이 빛을 발한 케이스로 평가되기도 했다.



2019 바레인 SEHATI-IT 시스템 오픈 현지 기념식

2. 보편적 건강보장을 위한 새로운 이정표 제시

SEHATI-IT 시스템 구축 성공적 완수

2017년 6월, 심사평가원은 바레인 국가건강보험시스템 구축을 위한 'SEHATI-IT 프로젝트'에 착수했다. 바레인의 클라우드 우선 정책을 준수하고 안정적이고 효율적인 시스템 운용을 위해 아마존 클라우드(AWS) 방식으로 정보시스템을 구성했으며, 이를 기반으로 4개의 세부시스템(NHIIS, DUR, NEMR, SUN)을 설계했다.

총 20여 회에 걸쳐 600일에 이르는 바레인 현지출장이 이뤄졌으며, 약 50여 명의 인원이 프로젝트에 직 · 간접적으로 투입되었다. 그 결과 2018년 11월에는 의약품 안전 점검 및 유통의 전 과정을 관리하는 국가의약품관리시스템(DUR)의 구축이 가장 먼저 완료될 수 있었다. 이후 2017년 9월까지 청구 및 임상 진료 데이터를 수집하는 국가진료정보저장소(NEMR), 건강보험의 임상적 · 재정적 정보를 처리하는 국가건강보험정보시스템(NHIIS), 그리고 NEMR에 수집된 보건의료 데이터를 분석 · 활용하는 보건의료정보활용시스템(SUN) 등 모든 세부시스템의 구축작업이 완료되었다. 이어 같은 해 12월, 대국민 서비스를 시작하며 26개월간 숨 가쁘게 진행된 SEHATI-IT 시스템 구축 프로젝트는 성공적으로 막을 내렸다.

보편적 건강보장 달성의 모범사례

역사와 문화가 다른 한 국가가 타 국가에 솔루션 형태로 보건의료시스템을 수출한다는 것은 세계적으로 유례를 찾아볼 수 없는 도전적인 과제였다. 기존 제도와 시스템의 특징뿐만 아니라 한 나라의 역사와 문화까지 완벽히 이해해야 성공을 보장할 수 있기 때문이다. 국가 대 국가의 프로젝트인 만큼 이해관계자도 헤아릴 수 없이 다양했다. 보건부,



2019 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT) 유지관리 사업 계약 체결식

관세청, 전자정부청 등 정부 기관은 물론 병원, 약국, 수입 업체와 같은 민간기관에 이르기까지 다양한 이해 주체가 얽혀 있었다.

이러한 어려움에도 면밀한 조사와 끊임없는 소통으로 프로젝트를 성공적으로 마무리했으며, 이에 건강보험제도의 도입 또는 개선을 추진하고 있는 세계 여러 국가에 국제협력의 모범사례로 알려지기 시작했다. 국내에서는 새로운 경제적 활로로도 주목받았다.

또한 한 가지 괄목할만한 성과를 꼽자면 프로젝트 전 과정을 민간기업과 협력해 진행해 냈다는 사실이었다. 국가건강보험 정책 수립, 운영에 관한 공공기관의 전문성과 최신 IT기술에 관한 민간기업의 전문성이 결합해 해외에서 경쟁력있는 시너지를 발휘한 것이다. 특히 정부의 유망 신산업 육성 정책에 맞춰, 심사평가원은 민-관이 상호협력 및 효율적 역할분담을 통해 동반성장 할 수 있는 새로운 비즈니스 모델을 제시했다는 평가를 받을 수 있었다. 이처럼 높은 평가는 그대로 다수의 수상 결과로 이어져, 심사평가원의 대외 위상 제고에 큰 몫을 하기도 했다.

나아가 심사평가원이 바레인에서 쏘아올린 공은 국제사회의 '보편적 건강보장'을 향한 여정에서 그 첫 페이지를 장식한 성과였다. 때문에 현재를 넘어 미래의 잠재력이 더 기대되는 성과라 할 수 있었다.

구축에서 유지관리까지

2019년 12월, 양국의 협업 끝에 구축된 바레인 국가건강보험시스템(SEHATI-IT)이 대국민 서비스에 들어갔으나 그것으로 끝이 아니었다. 대한민국이 짧은 기간 건강보험제도를 성공적으로 정착시킨 것처럼, 바레인도 그 이상의 성과를 원하고 있었다. 공공병원을 넘어 민간병원과 민간보험사, 나아가 전국의 모든 보건의료기관과 연계되는 통합시스템을 구축하고자 했다.

이에 바레인 SCH 측은 연계 확장에 따른 추가 관리의 수요를 심사평가원에서 다시 한번 맡아줄 것을 요청해왔다. 관련 논의가 이어진 끝에 2019년 9월에 들어 미화 1,135만 불(약 136억 원) 규모의 바레인 SEHATI-IT 프로젝트 유지관리 사업 계약이 체결되었고, 이로써 심사평가원은 구축에 이어 SEHATI-IT 시스템 전반의 유지관리 업무뿐만 아니라 제도 확산을 위한 운영 지원까지 수행하게 되었다.

심사평가원은 2020년 현재 예방점검과 교육지원, 감리수행 등 유지관리 전 분야에서 꾸준히 사업 품질을 향상시켜 나가고 있으며, 이와 같은 성과를 바탕으로 바레인의 건강보험제도 개혁과정에 큰 힘을 보태고 있다.

보건의료 전자정부시스템 수출 비결 공개

2020년 11월 심사평가원은 바레인 국가건강보험시스템 구축 프로젝트의 경험과 노하우를 정리해 책자로 발간했다. '바레인, 지속 가능한 건강보장 실현을 위해 대한민국과 손을 잡다(Bahrain Joins Hands with the Republic of Korea for Sustainable Universal Health Coverage)'라는 제목으로 프로젝트의 추진배경, 바레인 국가건강보험시스템 구축 내용, 프로젝트의 도전과제와 성공전략, 기대효과 및 시사점 등을 쉽고 흥미로운 스토리로 엮어냈다.

케이스스터디라는 연구 방식을 적용해 제작을 진행했으며, 한글본과 영문본을 동시에 발간했다. 이로써 한국형 보건의료 전자정부시스템에 관심을 가진 외국의 전문가뿐만 아니라, 전자정부 시스템 수출을 준비하거나 진행 중인 정부기관 및 국내 민간기업이 실무에 참고할 수 있도록 했다. 케이스스터디 발간을 통해, 대한민국 최초의 보건의료시스템 수출 성과를 영원히 공유될 수 있는 역사자료 형태로 남길 수 있게 되었다.

“

고객만족(CS) 경영 업무는 전사적 차원에서 모든 업무를 고객중심으로 기획하고 관리하는 것입니다. 고객의 소리에 귀를 기울이고 고객의 니즈를 생각함으로써 심사평가원과 고객 사이 신뢰를 형성하고 심사평가원의 긍정적인 이미지를 널리 확산시키고 있습니다.

•

구체적으로 CS 교육, 실천과제 실행, 서비스이행 기준 개선, 고객관리 등 다양한 활동을 전개하고 있으며 내 · 외부 고객만족도 조사, 모니터링 등 CS 성과를 측정하고 관리하는 역할도 수행하고 있습니다.

•

향후 공공기관의 CS경영 미션은 고객 개개인의 만족을 넘어 사회적 약자에 대한 배려, 기관의 공공성 강화 등 사회적 책임 분야로까지 확대될 것으로 예측됩니다. 때문에 앞으로는 고객의 경험을 근간으로, 고객과의 모든 접점에서 서비스를 차별화하기 위해 노력해 나가겠습니다.

”

제8장

고객만족경영의 실현

제1절

고객만족경영 선포와 실천

제2절

요양급여 대상 여부 확인제도의 도입과 발전

제3절

국민에 전하기, 세계에 알리기

DEPARTMENT STORY

부문사

제8장

고객만족경영의 실현

제1절 고객만족경영 선포와 실천

1. 고객만족경영 추진 전담조직 신설

심사평가원은 출범과 동시에 평가지원실 내에 상담부를 두어 고객민원에 대응해 나갔다. 그러나 본격적인 고객관리 활동을 기대하기에는 역부족이었다. 쏟아지는 민원 처리에만도 힘이 달리는 데다 '고객만족'의 개념마저 미처 정립되지 못한 상황이었다.

그럼에도 시대는 빠르게 변하고 있었다. 공공부문에서도 '고객만족'의 중요성이 점차 강조되기 시작했고, 이에 정부는 2004년에 들어 공공기관에 대해 최초로 고객만족도 조사를 실시하게 되었다. 첫 조사의 실시 이후 심사평가원은 실망스러운 성적표를 받아들었다. 100점 만점에 57.7점. 전체 75개 기관 중 심사평가원의 위치는 74번째에 자리해 있었다. 충격은 이듬해에도 이어졌다. 전년보다 다소 개선된 68점을 획득했음에도 여전히 순위는 77개 기관 중 73위에 머물러 있었다.

수행하고 있는 업무가 '규제'의 성격을 갖다보니 어쩔 수 없다는 자조 섞인 반응도 있었다. 국민과 요양기관 사이에서, 상반된 고객 모두를 만족시키기 어려운 것도 사실이었다. 그러나 이대로 머물러 있을 수는 없었다. 변화하는 시대의 흐름에 따라가지 못해서야 돌아올 결과는 불을 보듯 뻔했다. 절실한 마음가짐으로 패러다임 전환에 버금가는 변화를 시도해야 했다.

심사평가원은 키를 고쳐 잡았다. 뱃머리를 돌려 '고객만족경영'으로의 전환을 본격적으로 시도해 나갔다. 문제에 대한 정확한 진단이 우선되어야 했다. 이에 2005년 4월 '고객만족경영자문단'을 구성하고 운영에 들어갔다. 이후 각 계각층의 인사들•로 구성된 자문단은 매년 정기회의를 개최하고, 심사평가원의 업무품질과 서비스 개선을 위한 양질의 의견을 제시해 나갔다.

같은 해 7월에는 본 · 지원의 고객담당 직원을 핵심멤버로 'CSO(Customers Satisfaction Officer) 협의회'를 구성했다. 현장의 소리에 귀 기울이고, 이를 바탕으로 구체적인 실천과제와 개선방안을 발굴하기 위함이었다. 이후 매년 2회 이

• 의약계와 소비자 단체, 시민단체, 보건의료산업 종사자, 정부와 언론계 등

상의 회의를 통해 고객만족 핵심지표에 대한 수행실적을 점검하고 우수사례를 선정해 전파하며, 고객만족경영의 촉매제로 역할을 다해 나갔다.

2005년 12월에는 고객만족활동 전담 조직인 'CS총괄팀'을 신설했다. 이어 고객접점에 있는 24명의 차장을 중심으로 실무그룹을 만들고 일반직원 11명으로는 주니어보드를 구성해, 다양한 성공사례들을 벤치마킹하기 시작했다.

2006년에 들어서는 조직을 확대하고 직제에 정규 편성해 '고객지원실'을 출범시켰다. 하부조직으로 고객만족 업무를 총괄하는 'CS기획부'와 콜센터를 운영하는 '고객센터운영부', 진료비 확인업무를 전담하는 '진료비확인부'를 두어 고객만족경영을 추진할 새로운 동력으로 삼아 나갔다.

2. 국내 유일 보건의료 전문상담센터 운영

바닥에서 정상으로

조직의 기틀을 세우는 것과 함께, 고객만족 달성을 위한 기제 마련에도 박차를 가했다. 이에 2005년 8월에는 '고객서비스 헌장'을 제정해 공표하게 되었다. 고객만족경영의 대외적 선포인 동시에, 내부적으로는 전체 구성원의 실천을 촉구하는 근거가 되었다. 구체적으로 심사평가원이 제공하는 주요 서비스와 핵심업무 관련 서비스 이행의 표준, 고객응대 서비스 이행의 표준 등이 담겼는데, 이후 해당 헌장은 심사평가원이 수행해야 하는 고객중심 서비스의 기준으로 자리 잡았다.

다음으로 해마다 '고객의 소리(VOC, Voice Of Customer)' 수집 채널을 확대해 나갔다. VOC 수집 및 분석 업무의 경우, 인터넷 민원접수 처리를 시작한 2004년이 시행의 원년이었다. 그러나 업무의 일관성이 제대로 갖춰지기 시작한 건 2005년부터였다. 그해 '묻고 답하기(Q&A)' 운영지침을 마련하고, 고객제안제도와 친절 · 불친절 신고제를 도입함에 따라 비로소 공식적인 수집채널이 확보되었던 것이다. 2007년에는 여러 채널에서 수렴되는 고객의 소리를 통합적으로 관리 및 분석하기 위해 고객관계관리(CRM, Customer Relationship Management) 시스템을 구축하고 2008년 4월부터 운영을 시작했다. 또한 2009년에는 고객의 의견에 대해 보다 실질적인 피드백을 제공하려는 목적으로 VOC 통합관리시스템을 구축하고 2010년 1월부터 운영에 들어갔다. 이후, 범정부 민원 통합관리체계 구축의 일환으로 심사평가원의 기존 민원시스템인 홈페이지, 모바일앱, 요양기관업무포털, 의약품관리종합정보센터를 폐쇄하고, 2017년 1월1일 부터 국민신문고 민원시스템을 연계하여 홈페이지, 모바일앱 등을 통해 민원신청 및 처리결과를 조회할 수 있게 되었다. 이와 같은 업무 체계화 노력과 시스템 구축작업을 통해 심사평가원은 고객중심 서비스 추진의 기틀을 세워 나갈 수 있었다.

2008년에는 드디어 고객센터의 출범이 가시권에 들어왔다. 그해 12월, 당시 제2별관으로 사용되던 동산빌딩 내에 상담 전용의 시스템 구축을 완료했던 것이다. 이후 상담사 40명과 관리자 5명 규모로 약 4개월간의 시범운영을 진행했고, 2009년 4월에는 심사평가원의 고객센터 '행복의 전화(1644-2000)'를 정식으로 개소했다.

개설 이후에도 세심한 관리가 이어졌다. 신속하고 정확한 서비스 제공을 지원하기 위해 통화내용 모니터링 및 피드백을 주기적으로 실시했고, 신설되거나 변경되는 수가와 급여기준, 청구방법 등에 대해서는 집중교육을 시행했다. 여기에 더해 데이터베이스화된 상담지식 매뉴얼과 사례집을 상담사들에게 제공함으로써 고품질의 서비스 실현을 독려해 나갔다. 이에 심사평가원 고객센터는 오래지 않아 국민과 요양기관을 대상으로 전문적인 상담서비스를 제공할 수 있었다.

흘린 땀은 달콤한 열매로 돌아왔다. 불과 몇 년 전만 해도 최하위 그룹에 들어 고전을 면치 못했으나, 2009년 고객만족도 조사에서는 83.3점을 획득해 '보통' 그룹으로 도약하더니 2010년에는 85.2점으로 '양호' 그룹에 진입했던 것이다. 그럼에도 심사평가원은 만족하지 않고 한 걸음 더 나아갔다. 2010년을 아예 고객만족 실현의 원년으로 삼겠다는 의지로 CS비전을 대외에 선포했던 것이다.

<심사평가원 CS비전 '국민건강과 행복의 FAIR 파트너'의 내용>

Friendly	고객에게 한결같이 친근하고
Accurate	정확한 심사평가 서비스를 제공하며
Interactive	고객과의 상호 교감을 통해
Respectable	고객을 존중하고 고객으로부터 존경받는다

이에 심사평가원 20년 역사를 통틀어 2010년은 고객만족 경영이 정착된 한 해로 기록될 수 있었다. 흔한 자화자찬이 아니었다. 그해 5월 26일, 한국능률협회인증원에서 주관하는 '글로벌스탠더드 경영대상'의 서비스경영 부문에서 대상을 수상했던 것이다. 그만큼 심사평가원의 고객만족 브랜드는 한 단계 높은 수준으로 도약해 있었다. 기관 이미지 제고의 확실한 전환점이기도 했다. 이 뜻깊은 수상을 계기로 심사평가원은 더 이상 보건의료계의 경찰기능을 담당하는 규제기관으로 기억되지 않았다. 그보다는 고객과의 접점을 부지런히 찾아가는 대국민서비스 기관으로 각인되기 시작했다.

보건의료 전문 고객센터로 입지 강화

심사평가원 고객센터는 서비스 분야를 늘려가며 점차 규모를 키워 나갔다. 2011년에는 전문상담사 운영을 추가하고, 2014년에는 아웃바운드 전담팀을 신설했으며, 2015년에 들어서는 자동차보험상담 전담팀을 구성해 운영에 들어갔다.

양적인 확장을 넘어 질적으로도 성숙해져 갔다. 매년 상담사 매뉴얼에 대한 개정작업을 꾸준히 진행하며 상담서비스의 품질 개선에 각별히 주의를 기울였다. 또 고객센터 시스템을 개선하고, 상담 어플리케이션의 업그레이드를 추진함으로써 고객의 편의를 향상시켜 나갔다.

그 결과, 심사평가원 고객센터는 2011년 이후 10년 연속으로 '한국의 우수 콜센터'에 꼽힐 수 있었고 '공공부분 우수콜센터'로도 6년 연속 선정될 수 있었다.

한편 고객센터의 대고객 상담 노하우는 국가적인 위기 상황 속에서도 빛을 발했다. 2015년 메르스, 2020년 코로나19 등 감염병 확산과정에서 해외입국자에 대한 신속한 모니터링을 실시함으로써 정부의 방역작업을 효과적으로 지원했던 것이다.

이로써 심사평가원 고객센터는 정부의 코로나19 확산 방지 노력에 힘을 보탤 수 있었고, 보건의료 전문 고객센터로서 그 위상을 대내 · 외에서 인정받을 수 있었다.

<코로나19 확산과정에서의 전화모니터링 지원내용(2020년)>

1월 28일-2월 12일

- 상담사 20명으로 전담팀 운영
- 중국 우한공항 입국자 대상 전화모니터링 실시

2월 14일-6월 30일

- 원주시 건강가정 · 다문화가족지원센터와 협업해 원어민 상담사 21명 투입
- 해외입국자 능동감시 전화모니터링 지원

제2절

요양급여 대상 여부 확인제도의 도입과 발전

1. 요양급여 대상 여부 확인제도 (비급여 진료비 확인제도) 운영 개요

2002년 12월 의료 전문지식이 부족한 국민들의 권익보호를 위해 요양급여 대상 여부 확인제도(비급여 진료비 확인제도)가 도입되었다. 비급여 진료비 확인업무는 국민이 요양기관에서 진료를 받고 지불한 비용 중, 급여 부분의 전액본인부담금과 비급여 진료비가 규정에 맞게 부과되었는지를 확인하는 업무로 정의된다. 이를 통해 심사평가원은 의료정보의 비대칭 상황에서 상대적으로 약자 편에 놓인 국민의 권익을 보호하게 되었다.

<비급여 진료비 확인제도 추진경과>

2002년 12월

비급여 진료비 확인업무 실시(舊 국민건강보험법 제43조의2 신설)

2007년 3월

비급여 진료비 확인업무 범위를 의료급여로 확대(의료급여법 제11조의3 신설)

2009년 3월

심사평가원과 건강보험공단에서 이원으로 실시되던 비급여 진료비 확인업무를 심사평가원으로 통합해 실시하기 시작

2013년 2월

긴급의료지원 대상 비급여 진료비 확인심사 실시

2017년 1월, 7월

- 종합병원급 진료비 확인심사 지원으로 이관
- 한방병원급 진료비 확인심사 지원으로 이관

2. 지상과제, 고객만족의 달성

비급여 진료비 확인 환불금 지급시스템 운영

비급여 진료비 확인과정을 거쳐 환불금이 발생해도, 요양기관에서 지급을 지연하거나 아예 되돌려 주지 않는 경우가 비일비재했다. 이에 심사평가원은 2011년 '환불금 지급 원스톱 처리시스템'을 구축하고, 환불 결정된 모든 건에 대해 지급처리 절차를 수행하도록 하였다. 요양기관이 심사평가원의 홈페이지를 통해 지급방법과 지급 예정일을 선택하도록 하고, 확인요청자에게 해당 정보를 안내하기 시작했다.

<'환불금 지급 원스톱 처리시스템' 도입으로 인한 변화>

도입 이전	도입 이후
환불결정 시 확인요청자가 심사평가원 측에 다시 환불금 지급을 요청하던 방식	환불결정된 모든 건을 지급요청한 것으로 간주

2011년 4월부터는 해당 시스템의 적용대상을 종합병원급 이상 요양기관 대상에서 병원급 이하 전체 요양기관으로 확대해 실시했다. 국민고객이 환불금을 지급받기 위해 재차 민원을 신청하던 절차를 생략함으로써 환불금 수령의 편의성 향상은 물론 환불 처리기간을 대폭 단축할 수 있게 되었다.

그러나 환불 방법에 대한 안내만으로는 부족했다. 고객의 실수령 여부에 대한 관리가 이뤄지지 않고 있어, 서비스 체감도가 높지 못했다. 이에 2014년 8월부터는 요양기관의 국민건강보험공단 공제처리 의사 확인 즉시, 환불금 차감지급을 국민건강보험공단에 통보해 환불금 지급기간을 단축시켰다.

2016년에 들어서도 환불 확인체계를 개선해 나갔다. 요양기관이 '자체환불'을 선택할 경우 지급예정일자나 실지급

일자를 필수 입력하도록 개선하고, 확인요청자는 홈페이지 뿐만 아니라 우편과 이메일로도 처리내역을 확인할 수 있도록 조치한 것이다.

심사평가원은 환불금 지급관리를 통해 요양기관으로 하여금 신속한 환불을 유도해 나갈 수 있었다. 이는 곧 지급기간의 획기적인 단축이라는 성과로 이어졌으며, 고객만족도 실현의 원천으로 작용할 수 있었다.

고객 자가점검 기제의 확보

진료비 확인 결과 환불금이 발생하지 않는 건에 대한 고객 불만이 증가했다. 환불을 기대한 확인요청자 입장에서는 불만과 동시에, 장기간의 기다림에 대한 불평이 섞여있었다. 이에 심사평가원은 2013년 10월, 확인요청 전에도 환불 여부를 미리 점검할 수 있도록 '진료비 환불 예측시스템'을 구축하게 되었다.•

그러나 기대했던 이용률 실적 성과로 이어지지 않았다. 결국 2015년 고객지원실 종합감사 결과에서는 자가점검 시스템의 활용 미흡이 주요 개선사항으로 지적을 받게 되었다. 당시 해당 서비스의 문제점으로는 비급여 진료비 확인 자가점검시스템의 접근성 부족, 비급여 명칭 및 코드의 사용 어려움 등이 꼽혔다. 이에 심사평가원은 즉시 문제점 개선에 착수했고, 이용률 제고를 위해 다양한 작업을 수행하게 되었다.

<자가점검 서비스 이용률 제고를 위한 노력>

① 비급여 진료비 자가점검 서비스의 접근성을 높일 수 있도록 심사평가원 홈페이지 개선
② 환불되지 않는 다빈도 항목에 대한 안내 확대
③ 진료비 확인 민원사례 공개 확대
④ 비급여 명칭 또는 코드 검색기능 개선

이 같은 조치에도 불구하고 자가점검서비스 이용률은 증가하지 않았다. 더구나 심사평가원이 제공하는 여타 온라인 서비스의 이용률 상승폭에 비해 증가율이 미미한 편이었다. 이에 2020년 4월에 들어 고객 관점에서 시스템 이용현황을 분석하고, 다빈도 처리항목을 중심으로 체계적인 분류작업을 진행했다. 이와 같은 노력을 통해 심사평가원은 비급여 정보에 대한 접근성을 큰 폭으로 개선했고, 이를 바탕으로 자가점검 서비스의 이용도를 제고할 수 있었다.

3. 비급여 진료비 확인업무의 효율 제고

2010년대에 들어 진료비 확인업무의 체계적인 발전기반이 비로소 마련되었다. 2012년 10월에는 기 결정 통보건 중 결정금액의 오류를 확인한 경우 자체적으로 시정해서 통보할 수 있는 '진료비 확인 심사오류 자체시정 시스템'이 구축되었다. 이로 인해 비급여 진료비 확인 심사 오류건의 신속한 자체시정이 가능해져 행정력 낭비는 줄이고 업무의 효율성은 높일 수 있었다.

<'민원처리 상황조회 시스템' 오픈으로 인한 개선사항>

① 민원처리 단계별 현황 파악을 위한 정보시스템 마련
② 여타 민원처리 화면과의 연계 개선

• 1단계 구축은 2013년 10월에 완료되었고, 이어 2단계 구축사업은 2014년 4월에 끝마쳤다.

2013년에는 언론보도 등을 통해 집중 조명된 특정분야에서 민원이 폭증했다. 그러한 사례가 연이어 발생했으며, 처리지연 및 결과에 대한 고객의 불만이 이어졌으나, 대응기제는 부재한 상황이었다.

이에 심사평가원은 2015년 4월, 신속한 민원처리를 위한 '진료비 확인 우선 검토대상 점검화면'을 구축하여 우선 처리 가능한 유형을 선별지원하여 처리기간을 대폭 단축할 수 있었다. 2015년 5월에는 일반 국민이 신청한 진료비 확인 처리시스템과 보장기관에서 신청한 긴급의료지원비 확인처리시스템이 이원화되어 심사자의 불편을 초래하였다. 이를 해결하기 위해 HIRA+ 심사시스템 내에 '긴급의료 지원비 확인 심사시스템'을 통합 구현하게 되었다. 이로써 비급여 진료비 확인업무의 일관성과 효율성이 크게 향상될 수 있었고, 관리비용 절감이라는 부수적인 효과까지 거둘 수 있었다.

<진료비 확인업무의 이원화된 심사시스템 체계 (2015년 5월 이전)>

비급여 진료비 확인 심사시스템

HIRA+ 심사시스템을 이용

긴급의료지원비(비급여) 확인 심사시스템

정보통신실 자체 개발시스템과 히라넷을 사용

2017년의 가장 큰 이슈 중 하나는 종합병원급 및 한방병원급 비급여 진료비 확인심사의 지원 이관이었다. 문제는 지원 이관으로 심사인력은 감소한 데 반해, 처리건수는 줄지 않았다. 결국 그해 6월 다시 한번 진료비 확인 처리기간 단축을 목표로 업무 프로세스 개선에 나서게 되었다. 진료비 확인 심사자문 의뢰건 처리화면을 신설했으며, 청구명세서 자동색인 시스템의 개발을 완료했다.

이와 같은 노력에 힘입어 심사평가원 본원은 심사인력 감소라는 악재를 훌륭히 극복해냈다. 당장 처리일수 단축 및 처리건율 향상이라는 성과를 얻었고, 전산 심사 도입으로 미래에도 더 큰 업무효율화 결실을 기대할 수 있게 되었다.

한편 동일 비급여 항목에 대해서도 요양기관마다, 또 심사자별로 다른 코드를 사용하고 있었다. 이러다 보니 축적된 비급여 정보의 활용이 불가능했고, 급여 · 비급여를 아우른 전체 진료비용의 파악이 어려웠다. 이에 심사평가원은 비급여 항목의 교통정리에 나섰다. 우선 2015년에는 이미 처리된 심사결과를 참조해 비급여 내역 입력 시의 엑셀업무 절차를 정비했다.

2018년에 들어서는 드디어 숙원과제를 해결했다. 그해 7월 기존에 사용되던 모든 비급여 코드의 부여체계를 정리해 일원화하고, '코드 표준화'를 달성해냈던 것이다. 그 결과로 비급여 정보의 활용도는 전과는 비교할 수 없을 정도로 확대될 수 있었고, 정확도 역시 큰 폭으로 상승할 수 있었다. 이로써 심사평가원의 비급여 진료비 확인업무는 어려움이 많았던 과거와 완전히 단절하고, 보다 수준 높은 업무체계 속에서 전개되어 갈 수 있었다.

4. 긴급의료지원 진료비 확인업무 시행

보건복지부는 「긴급복지지원법」에 따라 긴급의료지원 대상자의 진료비에 대해 최대 600만 원의 지원을 시행했다. 심사가 이루어지지 않는 전액본인부담금과 비급여 부분에 대해 부적정한 진료비 누수 가능성이 있어, 긴급의료지원비 중 비급여 금액 150만 원 이상건에 대해 진료비 확인 심사를 실시하게 되었다.

심사평가원은 우선 제반업무 시스템의 구축작업에 나섰다. 2012년 3월 심사평가원 홈페이지와 히라넷, 심사시스템

등에 대한 개발작업을 완료했으며, 그해 6월 1일 이후 접수분부터 전산시스템을 통한 확인심사에 돌입하게 되었다. 이후 2016년 12월에는 긴급의료지원비 확인업무를 전산심사로 전환하고 관련 화면을 개발함으로써 심사 효율성과 정확도를 크게 향상시켰다. 특히 비정형 제출자료에 대한 자동매핑 프로그램을 개발하여 처리시간을 68% 단축시킬 수 있었다.

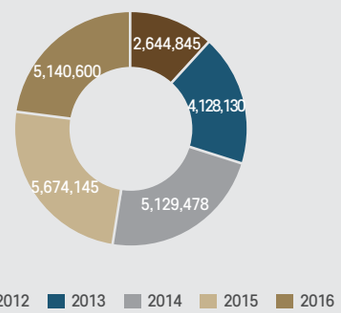
5. 수진자 권익보호 위한 제도개선 노력

비급여 진료비 확인신청 제도는 민법규정에 따라 민영보험사가 환자의 위임을 받아 진료비 확인 신청이 가능했다. 그러나 위임신청이 도를 넘어 '남용'에 이르렀다는 외부의 거센 비판이 이어졌다.

특히 2017년에 들어 공공재를 민간 보험금 지급 심사의 수단으로 활용하고 있다는 비판이 일었고, 이에 근본적인 관리대책 마련의 필요성이 제기되었다.

<연도별 민영보험사 위임신청 금액 증가 추이>

(단위: 천 원)



<위임 신청 증가로 인한 수진자 권익 침해사례>

진료비 확인을 전제로 보험금이 지급되는 관행에 따라, 수진자 본인이 자신의 확인요청 건에 대해서도 진행상황을 인지 못하는 상황이 다수 발생

이에 심사평가원은 2018년에 들어 보험사별로 '비급여 진료비 확인 위임신청 전담부서'를 지정하게 되었다. 의료지식이 풍부한 전문인력으로 구성된 해당 조직을 바탕으로, 스스로 민원사례 관리를 수행하도록 유도했으며 동일 유형의 비급여 진료건에 대해서는 심사평가원의 결정사항을 참조해 자체 처리하도록 했다.

그러나 이와 같은 조치에도 불구하고 위임신청 건은 지속적으로 증가했고, 따라서 심사평가원이 민영보험사의 이익에 기여하고 있다는 비판 역시 줄지 않았다. 이에 2020년 8월에는 법적, 제도적 개선방안 마련을 위해 외부 전문가에게 컨설팅 용역을 의뢰하였고 그 결과를 반영한 합리적이고 타당한 비급여 진료비 확인제도로 개선하여 국민권익 보호의 대표 공공서비스로 거듭날 예정이다.

제3절
국민에 전하기, 세계에 알리기

1. 홍보매체의 발전과정

인쇄매체 광고에서 TV 캠페인까지

출범 당시의 심사평가원은 직접적인 기관 홍보보다 그 기능과 역할을 알리는 데 집중했다. 인쇄매체 광고 비중이 높았던 시기이기도 했는데, 주요 매체로는 신문과 잡지 외에도 전화번호부가 손에 꼽혔다. 전화번호부 업종편과 상호편에 대표전화와 부(部) · 실(室)의 전화번호를 게재했으며, 국민에게 쉽고 빠르게 인식되기 위해 주로 배너광고 형태를 이용했다.

이밖에도 라디오 캠페인과 매년 제작했던 브로슈어를 주요 홍보수단으로 활용했다. 그러다 2005년에 들어 최초로 TV 캠페인을 실시하게 되었다. 이후 국민건강 증진에 기여하고 있는 심사평가원의 정체성과 주요사업을 알리고자 TV 캠페인을 지속적으로 제작해 송출하고 있다.

<심사평가원 TV 캠페인 연혁>

연도	내용
2005	'진료비를 확인해주는 가까운 이웃' 편
2006	'무조건 빠른 치료보다 바른 치료' 편
2007	'할머니 의사의 원칙' 편
2008	'심평원 씨, 약물의 오남용' 편
2009	'진료비 확인' 편
2010	'DUR서비스' 편
2011	'진료비 확인, DUR서비스' 편
2012	'나와 내 가족의 건강을 위한 즐겨찾기' 편
2013	'전문병원' 편
2014	'비급여제도 개선' 편
2015	'병원평가정보' 편
2016	'생애주기별 맞춤형 복지' 편
2017	'사랑! 심쿵, 건강! 심평' 편
2018	'국민 모두가 건강한 나라 원해요' 편
2019	'진심과 공평, 심평' 편
2020	'세계 호평, 심평' 편

뉴미디어 시대에 맞는 소통채널 모색

올드미디어의 보완재로 기능하던 시절을 지나, '뉴미디어'가 시대의 주류이고 대세였다. 이에 심사평가원은 2009년에 들어 뉴미디어 실험의 첫 장을 열게 되었다. 그해 5월 블로그 '심평원 씨'를• 개설했던 것이다.

대중의 이목을 끌만한 생활 속 건강이야기를 추구했고, 이에 반응이 폭발적이었다. 2010년 12월 기준으로 국내 파워블로그 24만여 개 중 48위에 오르는 기염을 토했다. 이후 2011년에는 연간 370만 명이 넘는 네티즌이 방문하며, 공공기관 블로그 중에서는 명실공이 국내 최고로 발돋움했다. 2011년 7월에는 심사평가원 공식 트위터를 개설했다. 국민과의 현재진행형 소통을 위해 고객의 모니터 속으로, 손안의 스마트 기기 안으로 들어가겠다는 의도였다. 이로써 심사평가원은 어떤 매체나 기기를 사용하더라도, 시간과 공간의 제약 없이 서비스를 제공할 수 있게 되었다.

이후 보다 많은 국민과 만나, 더 깊은 이야기를 나누기 위해 소통채널을 본격적으로 늘려 나갔다. 그 결과 2020년 현재 네이버 블로그, 네이버 포스트, 페이스북, 인스타그램, 카카오스토리, 유튜브 등의 뉴미디어 홍보채널을 운영 중에 있으며, 이를 통해 보다 친근한 심사평가원으로 국민 곁에 다가가고 있다.

• http://blog.daum.net/yeshira

<심사평가원 뉴미디어 홍보 채널 운영 현황>

채널명	채널 특성	주요 내용
블로그 2013.03~현재	일상경험, 지식 등을 공유하고 소통하는 가장 대중화된 채널	기관 소식, 심사평가원 주요사업, 보건의료 정책, 의학 · 건강 · 문화 정보 등
포스트 2015.03~현재	각 분야별 전문가들이 콘텐츠를 제작 · 운영하는 프리미엄 채널	주요질병 정보 시리즈 (역사, 영화, 영양, 운동법 등 질병과 연계)
페이스북 2013.06~현재	20~30대 남녀가 주 이용층이며, 이미지 콘텐츠 공유 중심의 채널	심사평가원 주요사업, 보건의료 정책, 질병 · 건강 정보 등을 카드뉴스로 제작
카카오스토리 2014.09~현재	30~50대 여성이 주 이용층이며, 이미지 콘텐츠 공유 중심의 채널	아이건강, 질병정보, 육아정보 등의 관심주제를 시리즈로 제작
유튜브 2014.06~현재	영상콘텐츠 기반, 전 연령대에서 이용자가 가장 많이 증가하는 채널	기관 홍보영상 및 대국민서비스 등 업무소개 영상, 정책 홍보 영상 등
인스타그램 2019.01~현재	감성사진과 심사평가원 행사사진 등을 통해 10~30대와 소통하는 채널	심사평가원 행사, 주요 뉴스, 웹툰 등

2. 사용자 편의성을 더한 홈페이지 개편

심사평가원은 2000년 7월 출범과 함께 홈페이지 주소를 'http://www.hira.or.kr'로 정하고 기관소식을 비롯해 심사평가제도에 대한 정보와 요양기관 정보 등을 제공하기 시작했다.

그러다 2003년 3월에 들어 그간 수작업으로 이뤄지던 업무를 인터넷으로 처리할 수 있고, 또한 그 처리결과를 웹메일로 받아볼 수 있는 포털시스템을 구축하게 되었다. 이어 2005년에는 포털 웹사이트 컨설팅 결과와 정보통신위원회 자문을 반영해 심사평가원 홈페이지 개편을 진행했

으며, 이후 사용자의 접근성 향상과 관심 제고를 위해 지속적인 개선작업을 수행해 나갔다.

<사용자 접근성 향상을 위한 심사평가원 홈페이지 개편내용>

2005년 4월

- 요양기관 평가결과 조회서비스 개선
- 요양기관 이의신청 서비스 개선
- 장애인을 위한 음성서비스 및 뉴스 제공
- 전자자료관 구축

2007년 12월

- 일반 국민용과 요양기관용으로 웹사이트 구분
- 국민 대상의 '병원진료정보', 요양기관 대상의 '우리병원 정보보기' 등 맞춤형 메뉴 신설
- 건강관련 다양한 콘텐츠 제공

2009년 5월

- 첫 화면에서 바로 로그인 가능하도록 개선
- 자주 이용하는 상위 10개 서비스 전면 배치
- 병원 평가결과에 대한 접근성 향상

2010년 1월

- 많이 이용하는 메뉴를 메인화면에 배치
- 장애인의 접근성 향상 위해 동영상과 이미지에 텍스트 삽입

2011년 5월에는 별도의 요양기관 전용 업무포털•을 개설했다. 기존 심사평가원 홈페이지는 일반 사용자를 위한 서비스 중심으로 재편되었으며, 요양기관이 필요로 하는 서비스는 새로 구축된 포털로 분리해 운영에 들어갔다.

2014년 3월에는 사용자가 심사평가원이 제공하는 정보를 직접 활용할 수 있도록 OPEN API•• 방식의 홈페이지가 구현되었다. 이에 심사평가원의 홈페이지가 새로운 사업 아이디어의 원천이 되거나 일자리 창출의 기폭제가 될수 있는 가능성이 열리게 되었다.

이밖에도 급여기준, 심의사례 등의 정보를 일반 국민들도 쉽게 확인할 수 있도록 화면이 재구축되었고, 기존에는 홈페이지에서만 제공되던 비급여 진료비 정보가 모바일로도 확인이 가능해졌다. 이에 이용자들의 의료정보 접근성이 눈에 띄게 향상될 수 있었다.

심사평가원은 이처럼 홈페이지 오픈 이후에도, 사용자 편의성 향상을 위해 꾸준히 시스템 개선작업을 진행해 왔다. 무엇보다 그들이 보유 중인 보건의료빅데이터가 그대로 국민에게 돌려주어할 공공재라는 의식이 강했다. 따라서 심사평가원은 국민 누구나 데이터를 사용하고 활용할 수 있는 콘텐츠 환경을 구축함으로써 공공기관으로서 사회적 책임을 다하려 했다. 앞으로도 이러한 기본방향에는 변함이 없을 것이다. 아울러 장애인과 노약자 등 정보 취약계층까지 심사평가원의 홈페이지와 모바일 서비스를 마음껏 이용할 수 있도록 보다 접근성을 높여나갈 계획이다.

3. 공공 건강정보 일등 알리미

심사평가원 20년 역사에서 2010년은 건강정보 서비스 제공사업의 도약 원년이 되었다. 그해 10월 '건강정보' 앱의 구축을 완료했을 뿐만 아니라 건강정보 서비스 마스터플랜의 수립에도 나섰던 것이다.

이후 스마트 폰에서 실행되는 어플리케이션을 통해 차별화된 서비스를 제공해 나갔다. 특히 단말기별 운영체제의 차이를 고려해 '건강정보', '건강통계', '병원정보' 3종류의 앱

• biz.hira.or.kr

•• 특정서비스를 제공하는 업체가 자신들의 서비스에 접근할 수 있도록 그 방법을 외부에 공개한 것.

서비스를 개발하고 지속적으로 콘텐츠를 보강해 나갔다.

그러나 무서운 속도로 기술적 진보가 이루어졌다. 오래지 않아 단말기 차이로 인한 앱 사용의 제한이 발생하지 않게 되었다. 더욱이 일관성 있게 콘텐츠 개발을 추진하기 위해 플랫폼의 정리가 필요하기도 했다. 이에 심사평가원은 2015년에 들어 그간 개별적으로 운영되어 오던 3개의 앱을 '건강정보' 앱 하나로 통합하게 되었다. 이용도와 중요도 분석을 실시한 후, 각 부서 및 위원회의 심의를 거쳐 1종 81개의 메뉴로 탈바꿈시켰다. 이로써 '건강정보' 앱은 질 높은 보건의료빅데이터를 국민에게 전달하는, 심사평가원의 대표 창구로 자리매김하게 되었다.

2017년에는 서비스의 질적 향상에 보다 집중했다. 이에 폭넓은 의견수렴 과정을 거쳐 불필요한 메뉴는 삭제하고 핵심기능을 강화시켜 나갔다. 또 심사평가원 홈페이지와 유사한 형식으로 구조를 개편함으로써 웹과 앱의 통일성을 향상시키기도 했다.

한편 이처럼 지속적인 개선 노력과 꾸준한 홍보활동이 이어지면서, 심사평가원의 홈페이지와 모바일 서비스를 이용하는 사용자 수는 점차 증가했다. 2017년 하반기만 해도 회원 수가 약 15만 명에 머물렀으나, 불과 2년 만인 2019년 하반기에는 22만 명을 넘어설 수 있었다.

그럼에도 현재의 성과에 도취되지 않고, 앞으로는 전체 회원 중에서 일반 국민의 비중을 높여나갈 계획이다. 이를 통해 심사평가원은 공공 보건의료 정보의 대표 알리미로 그 위상을 굳혀 나갈 것이다.

4. 국민참여 프로세스 강화

2018년은 심사평가원이 '현장중심경영'을 선포한 한 해였다. 20년에 가까운 역사를 통틀어 가장 아쉬운 점은 그간의 성과와 역할에 비해 외부의 평가가 박하다는 것이었다. 안타까움의 정도에 비례해 반성의 강도를 높여야 할 사안이었다. 이에 심사평가원은 외부의 이러한 시선을 본격적인 소통강화 대책 마련의 계기로 삼아 나갔다.

오랜 숙고 끝에, 2018년에는 해법을 들고 나왔다. 그해 6월과 7월 '국민참여열린경영위원회'와 '시민참여위원회'를 각각 발족하고 운영에 들어갔던 것이다.

<국민참여형 회의체의 설립 취지와 구성 현황>

국민참여열린경영위원회

① 설립 취지

심사평가원의 지역사회 상생을 위한 혁신계획 수립과 혁신과제 발굴, 중기경영목표 수립 등에 국민이 직접 참여해 의견을 모으고 자문역을 수행하는 국민참여 기구

② 구성 현황

국민과 지역대표 기관의 추천인 12명, 심사평가원 내부 직원 4명 등 총 16명으로 구성

③ 설치 현황

본원 및 전국 10개 지원에 설치

시민참여위원회

① 설립 취지

보건의료 정책 전반에 대해 시민들의 의견을 청취하고 정책에 반영하기 위한 양방향 소통체계

② 구성 현황

시민사회 및 소비자 대표단체에서 추천한 16명, 심사평가원 내부 직원 2명 등 총 18명으로 구성•

• 2018년 출범 당시에만 해도 시민사회 및 소비자 대표단체 추천인 14명과 심사평가원 내부 직원 2명을 합해 총 16명으로 출발했으나, 2020년 제2기 위원회의 발족과 함께 2명이 늘어 18명이 되었다.



'국민참여열린경영위원회'가 국민의 직접적인 경영 참여에 방점을 찍었다면 '시민참여위원회'는 정책의견 개진과 자문을 목적으로 설립되었다.

이후 국민참여열린경영위원회는 2년여에 걸친 활동을 통해 지역사회 상생 · 협력, 일자리 창출 등에 관한 다양한 제안과 의견을 제시했다. 이로써 사회적 가치 실현을 위한 국민 채널로서 그 역할을 다해 나갈 수 있었다.

또한 시민참여위원회는 제1기, 2년의 임기동안 총 8회의 회의를 개최했으며, 이를 통해 23개의 안건을 논의했다. 그 중 비급여 진료비용 공개와 관련해서는 국민 관심이 높은 '예방접종'의 항목 추가를 제안함으로써 2019년 4월 공개정보 반영을 이끌어낼 수 있었다. 또 선별집중심사 항목 선정과정에도 적극적으로 참여해 전산화단층영상진단(CT)의 병 · 의원 확대 적용 성과를 일구어 내기도 했다.

심사평가원은 2020년 현재 국민소통 채널로 기능하고 있는 양대 위원회의 운영을 통해 점차 현장과의 접점을 늘려나가고 있다. 앞으로도 국민의 목소리에 귀 기울이는 것을 업(業)의 기본으로 삼아 직접 참여의 문을 넓혀나갈 예정이며, 이를 바탕으로 새로운 사회적 가치 창출에 기여해 나갈 것이다.



특/별/기/획

코로나19 懲毖錄징비록

K-방역의 새 장을 열다

1. 참 안전한 나라의 심사평가원

“
급속히 퍼져나가는 코로나19에 허가 찔린 나라들에게
한국은 중요한 모델이 되고 있다. - 미국 월스트리트저널
”

“
많은 사람들이 신기해하고 또 궁금해 합니다.
대체 한국은… - 미국에 거주하는 어느 교포
”



“
우리에게는 의료기관과 직접 연결된
10만 개의 정보시스템이 있습니다.
- 심사평가원 정보통신실장 이영곤
”

“
어떻게 코로나19 곡선을
완만하게 만들었나 - 미국 뉴욕타임스
”

“
얼핏 아무 상관없어 보였지만, 그런 것들이 바로
코로나19를 이겨내게 한 숨은 주역이었습니다.
- 심사평가원장 김선민
”

2. 마스크를 찾는 사람들

대형마트 앞으로 줄이 길게 늘어서 있다. 재고 수량이 바닥을 보임에도 '혹시나' 하는 마음인지 누구도 자리를 뜨지 않는다. 곧 품절 소식이 알려지고 나서야 사람들은 허탈한 표정으로 발걸음을 돌린다.
2020년 3월 대한민국의 풍경이었다. 코로나19 유행이 본격화된 뒤로 일상이 되어버린 '마스크 대란'의 한 단면이었다. 황사를 대비해 마스크를 미리 구매한 이들은 '신의 한 수'를 두었다며 주위 사람들의 부러움을 샀다. 어떤 이들은 몇 년 만에 고이 모셔두었던 재봉틀을 꺼내, 직접 마스크를 만들기 시작했다. 그런 와중에도 온라인 쇼핑몰까지 번진 품귀현상으로, 마스크 가격은 평소의 20-30배로 치솟았다.
바이러스가 지역사회로 번져감에 따라 마스크가 곧 방역의 최전선이자 코로나19 전쟁에 대비할 수 있는 개인들의 유일한 무기였다. 그럼에도 점점 수요와 공급의 불균형이 심화되었고, 국민들의 불안감은 증폭되었다. 서둘러 마스크 공급대책을 세워야 했다. 이에 정부는 수급안정을 위해 '마스크 3대 구매 원칙'을 마련해 발표했고, 그 핵심내용 중 하나로 심사평가원이 개발을 맡은 '마스크 중복구매 확인시스템'이 포함되었다.
마스크 5부제라는 초유의 시도가 성공하기 위해서는, 정책적 구상에 피를 돌게 하고 살을 붙일 시스템 구축이 선행되어야 했다. 이에 심사평가원은 기획재정부의 요청을 받아 3월 2일부터 개발에 착수했다.



"조금 주저했던 게 사실이에요. 시스템 개발이 힘든 일인데 주어진 시간은 그에 비해 너무 짧았어요. 그런데 갈수록 사태가 심각해지고, 국민들의 인내심이 임계점에 닿았다 싶은 순간이 왔죠. 그런 상황에서 마침 우리 정보통신실이 방법을 내놓았던 거예요."

- 심사평가원 정보통신실장 이영곤

DUR시스템의 장점을 적극적으로 활용하자는 아이디어였다. 전국 의료기관과 실시간으로 정보를 주고받을 수 있는 기존 시스템의 특징을 이용해, 공적마스크의 분배 현황을 관리하자는 구상이었다. 막상 개발에 들어가자, 화면 구축에 관련된 작업은 굉장히 단순했다. 구매자의 주민등록번호와 판매량을 입력할 수 있는 창만 있으면 만사 해결이었다. 그러나 다음이 문제였다. 망과 망 사이를 엮는 작업이 프로젝트의 가장 큰 숙제로 떠올랐던 것이다. 처음에는 기존의 DUR로 커버가 가능하리라 생각했으나 시스템 개발의 의도를 온전히 구현하기 위해 의료기관이 아닌 곳도 '연결'되어야 했다. 그러나 이 모든 판매처를 DUR만으로 엮는 것은 무리였다. 결국 우체국, 하나로마트 등 비의료기관과도 연결할 수 있도록, 공인인증을 하면 이용할 수 있는 요양기관 업무포털을 플랫폼으로 삼게 되었다.
이렇게 정리되고 나니 요양기관 업무포털에 DUR 원리를 응용한 별도 프로그램을 개발해 탑재해야 했다. 그러나 시스템 오픈까지 주어진 시간은 단 5일. 뾰족한 수가 없었다. 퇴근의 기쁨, 휴식의 여유는 잠시 뒤로 미뤄야 했다. 이후 심사평가원은 민 · 관에 연결된 핫라인을 24시간 열어두고, 그 초봄의 낮과 밤을 온전히 개발작업에 쏟아 부어 나갔다.

3. 감염병 전쟁 최전선의 게이트 키퍼



"정부는 6일부터 마스크 중복구매 확인시스템을 가동한다. 이 시스템을 통해 전 국민의 마스크 구매이력을 체크하고, 관리에 직접 나선다. 약 일주일 정도의 준비기간을 거쳐, 우체국과 농협 하나로마트 등의 판매처에도 중복구매 확인시스템을 구축하고 공적 물량을 공급할 예정이다."

- 연합뉴스 3월 5일자 기사

몇 차례 신종감염병의 급습을 통해 확인된 사실. 미지의 바이러스에 대한 극도의 불안은 영혼을 잠식한다.
일상이 무너질지도 모른다는 두려움은 방역체계의 수립과 실행을 어렵게 하는 주된 요인 중 하나였다. 그러나 마스크 5부제가 시행되면서 언제든지 마스크를 구매할 수 있다는 신뢰감이 싹 트기 시작했다. 국민들이 심리적인 안정감을 되찾아 감에 따라 줄서기의 진풍경도 눈에 띄게 줄어들었다.

"마스크 값이 천정부지로 오르고, 마스크가 들어오면 1분 만에 매진되던 지난주와는 확실히 다릅니다. 아마도 손님들이 더 균등하게 분배되고 있다고 느끼는 것 같습니다."

- 방역 최일선 현장 약사의 증언

이로써 정부와 국민 사이, 대화의 기초가 마련될 수 있었다. 정부가 세운 방역대책의 의도와 밑그림이 보다 온전히 국민에게 전달되기 시작했다. 이런 안정감을 바탕으로 신종감염병 전쟁의 상황은 비로소 반전 국면을 맞이했다. 4월에 들어서자 전 세계적으로 신규 확진자 수가 빠르게 증가했다. 그러나 대한민국의 코로나19 유행 곡선만은 완만한 하강세를 보이며 점차 '꿈의 곡선'에 근접해 가고 있었다.





한편 심사평가원 20년 역사에서 신종감염병 극복에 대한 기여는 일회성에 그치지 않았다. 2015년 메르스 사태 이후 실시간 정보교류 시스템인 DUR의 장점을 활용해, 게이트키핑의 한 축으로 자리 잡아 온 것이다.

최초의 활용사례를 작성한 2015년에만 해도, 병원 내 감염 확산이라는 급박한 상황 속에 내놓은 임시처방전에 가까웠다. 그러나 감염병 관련 해외입국자 정보를 실시간으로 제공한 경험을 살려 2017년부터는 감염병 대응의 새로운 비전을 제시하기 시작했다. 해외여행력 정보제공 프로그램인 ITS를 개발하고 이를 DUR시스템에 탑재함으로써 의료기관이 접수단계부터 환자의 해외여행력을 알 수 있도록 한 것이다.

"출입국관리소나 외교부 등에서 질병관리본부로 감염병 발생국가 입국자 정보가 제공되면, 그 자료가 우리에게 실시간으로 넘어옵니다. 이를 DUR · ITS시스템을 통해 전국 요양기관에 제공하는 것입니다. 어느 나라에서, 어떤 감염병이 발생할지 모르는 상황입니다. 이에 대응해 안전망이 제대로 작동할 수 있도록 기본 장치를 마련한 것입니다."

- 심사평가원 업무상임이사 강희정



이를 통해 요양기관에서는 환자의 입국정보 등을 접수 및 문진 단계(ITS시스템), 의약품 처방 및 조제 단계(DUR시스템)에서 실시간으로 확인할 수 있다. 초기 단계에서 감염자를 가려낼 수 있는 기회를 이중 삼중으로 제공한 셈이다.

심사평가원은 이 시스템을 통해 지난 1월 10일부터 코로나19 관련 정보를 제공하기 시작했으며, 4월 10일 이후로는 기존의 해외여행 이력 및 확진자 정보 외에, 확진 후 격리 해제된 사람에 대한 정보도 지원하고 있다.

4. K-방역 열풍의 주역

열풍이 불었다. 3월과 4월에 걸친 눈부신 성과로 인해 대한민국의 K-방역은 세계의 이목을 집중시켰다. 또한 그 중심에 섰던 심사평가원에는 노하우 공유 요청이 쇄도했다. 이에 심사평가원은 OECD 보건의료 질과 성과(HCQO) 워킹그룹 영상회의에서 코로나 대응 우수사례로 '데이터 활용'을 소개하게 되었다.

"건강보험의 방대한 정보를 방역에 어떻게 활용하고 있느냐, 이 부분이 해외에서 가장 궁금해 했던 부분이었습니다. 올해 상반기에 있었던 OECD 회의에서도 한국에 대해서는 데이터를 어떻게 활용했는지를 주제로 사례발표를 요청해 왔습니다. 이후로 다른 나라의 굉장히 많은 부러움을 샀고, 또 벤치마킹의 대상이 되고 있습니다."

- 심사평가원장 김선민

개별 국가 단위로도 대한민국의 코로나19 대응전략을 물어왔다. 인도, 아르메니아, 카자흐스탄 등 각국 보건관계자들이 공식적으로 노하우 공유를 요청해왔다. 이에 심사평가원은 화상회의나 이메일 등 비대면 방식을 택해, 코로나19 대응 노하우를 세계 여러 나라에 알리고 있다.

이밖에도 팬데믹 기간 내내 다방면에서 방역에 기여해왔다. 우선 코로나19 환자가 건강보험으로 치료받을 수 있도록 관련 급여기준을 신속히 정비했다. 또 음압격리병상과 국민안심병원 등 의료자원 인프라의 관리에 있어 든든한 한 축으로 기능했다. 경증 확진자의 새로운 관리체계로 부상했던 생활치료센터의 '환자관리 가이드라인'도 심사평가원이 개발해 내놓은 작품이었다.

현장 최일선에서도 코로나19 확산 방지에 힘을 보탰다. 질병관리본부와 인천공항, 대구시청 등에 소속 전문인력을 파견함으로써 대응을 적극적으로 도왔다. 또 원주시 건강가정 · 다문화가족지원센터와 연계해 중국어, 영어, 일어, 미얀마어가 능통한 인력들로 모니터링단을 구성하고 해외입국자를 대상으로 능동 감시를 실시 중에 있다.

이처럼 다양한 노력과 성과가 외부에 자연스레 알려지며, 심사평가원의 위상에 변화가 일어났다. 국가적인 방역 위기에 일조했다는 자긍심에 더해, 오랜 염원이던 국민과의 거리 좁히기에도 눈에 띄는 변화가 일어났다. 국민과의 일대일 접점 조직이 아니기에, 그간에는 하는 일에 비해 많이 알려져 있지 못했다. 그러나 코로나19 이후로는 직원들 사이에 '가족조차 뭐 하는 기관인지 몰랐는데, 이제 알

게 됐다'는 이야기가 돌기 시작했다. 이는 조직 전체적으로 구성원들이 자신들이 하는 일에 대한 자부심과 성취감을 느끼는 계기로 작용했다.
그러나 심사평가원은 현재의 성과에 머무를 때가 아님을 잘 알고 있다. 재확산 이야기가 나오고 있는 코로나19는 여전히 '현재진행' 중이고, 세계 각국의 전문가가 신종감염병은 인류의 새로운 일상이 될 것이라 예측하고 있다. 더구나 대한민국이 코로나19에 대한 대응을 통해 글로벌 롤 모델 국가로 부상하면서, 그 반대급부로 뒤따르고 학습해야 할 모델이 사라져 버린 상황이기도 하다.

"어찌 보면 스스로 길을 내고, 창조적으로 미래를 열어가야 할 시점이 앞당겨진 느낌입니다. 세계적으로 한국에 대해 리딩국가로 발돋움할 기회라 조언하고 있는 상황입니다. 따라서 심사평가원도 현재에 안주해서는 안 됩니다. 언택트 시대의 도래를 대비해 기반 업무의 패러다임 전환에 집중해 나가야 할 시기입니다."

- 심사평가원 기획상임이사 신현웅

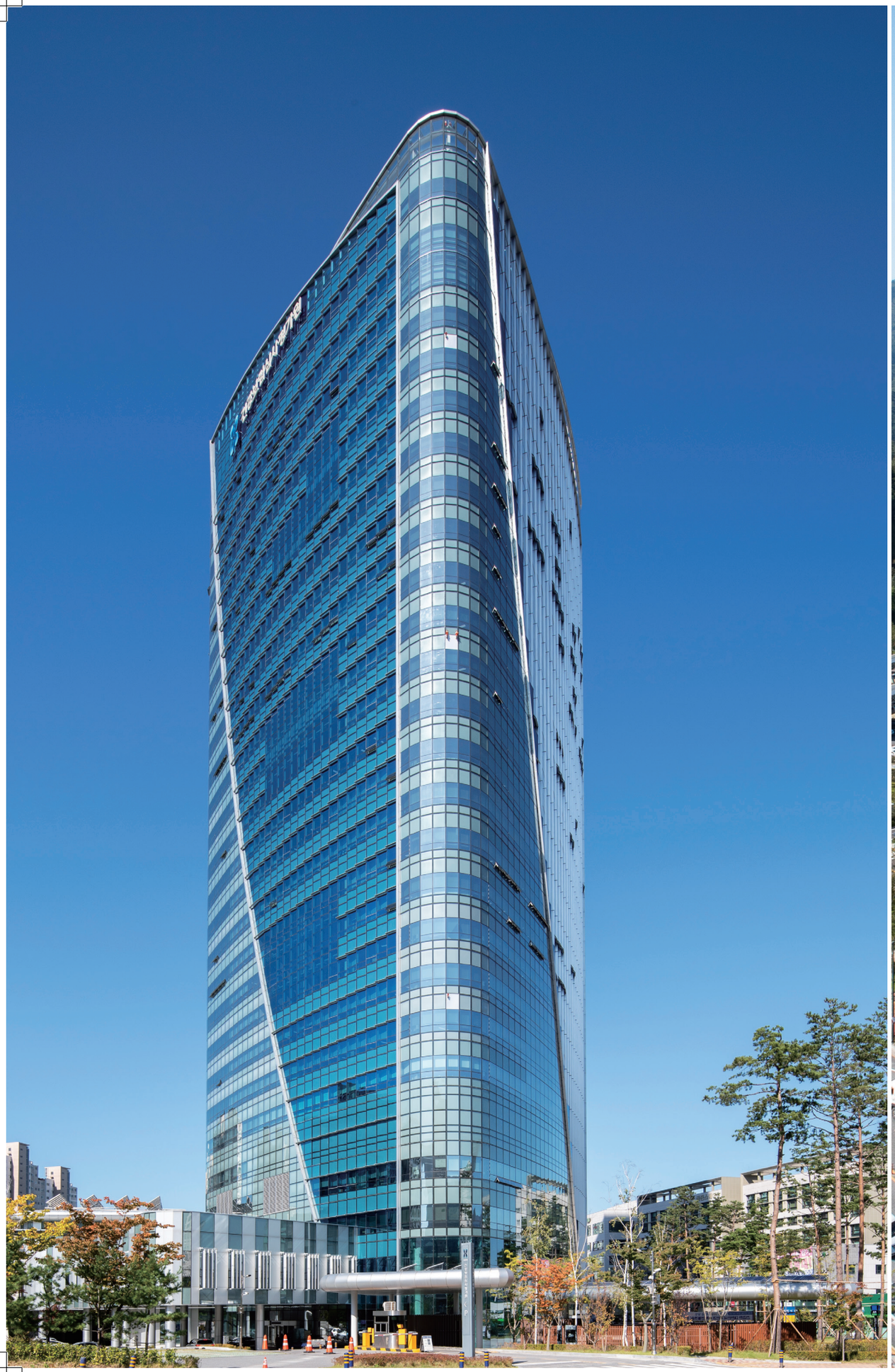


목표를 얘기하면서도 도달할 수 있는 방법, 즉 사다리에 대해서는 비껴가는 경우가 많다. 그러나 심사평가원은 이미 코로나19 이후의 세밀화를 내놓기 시작했다. 10월에 들어 '디지털뉴딜추진단'을 구성하고, 데이터 활용 극대화에 초점을 두어 사업을 추진하기 시작한 것이다. 구체적으로 전통적인 기반업무를 디지털 형식으로 전환한 뒤, 이를 서로 연계해 의료정보플랫폼을 구축해 나갈 계획이다. 이를 통해 심사평가원은 보다 합리적이고 촘촘한 방역체계 완성에 기여할 것이다. 나아가 언택트 시대의 패러다임 대전환에 대비하며, K-방역 너머의 새로운 청사진을 제시해 나갈 것이다.



건강보험심사평가원,
글로벌 원주시대를 열다


KEB 하나은행






HIRA
건강보험심사평가원


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE














HIRA

건강보험심사평가원이 꿈꾸는
건강한 삶 행복한 사회

건강보장
HIRA
건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

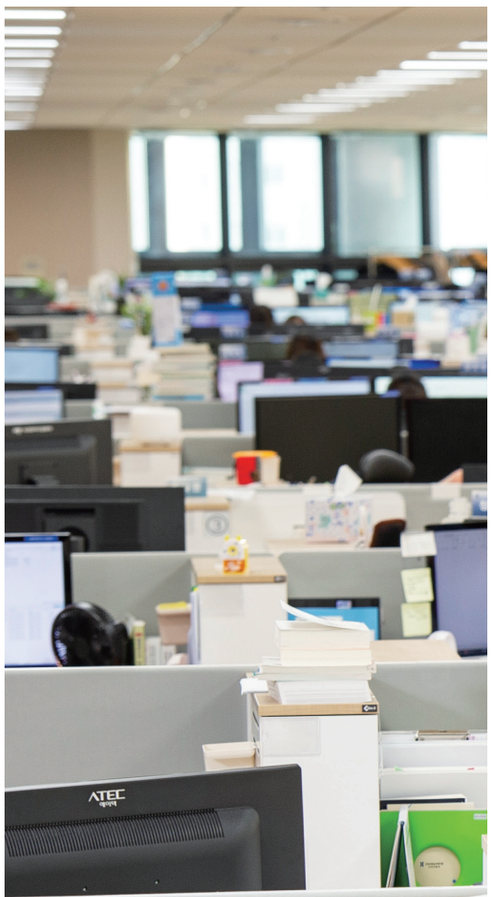



















이진주
배선희


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE
ICT CENTER










·심사
병의원, 약국 등에서 환자를 진료하고
건강 보험법에 정하는 기준으로 공하므로
확정 [심의] 합니다
- 의료 보장 취지에 합당한 적정성로 보장
- 부적절한 진료비용의 발생
·평가
의 · 적 확적면과 비용 효과
이루어 졌는지를 평가 하여
의료서비스의 질을 향상













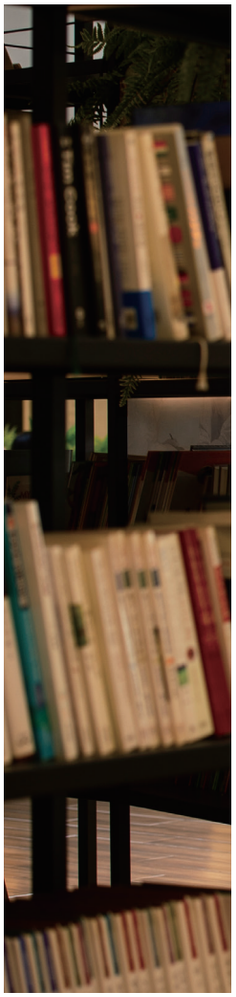



Sim's Library & Café




HIRA
건강보험심사
INSURANCE REVIEW & ASSES
Informatio


497
852
853
478

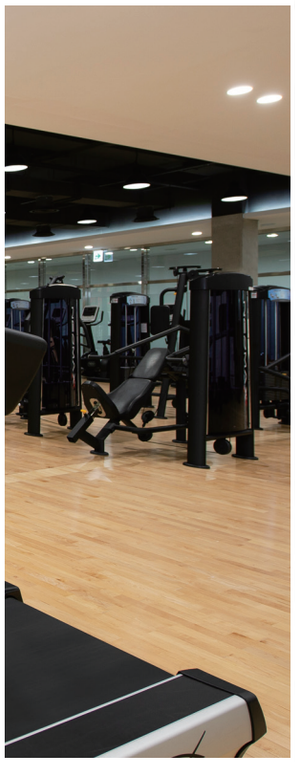









S25TL
POWERED BY CONFIDENCE




13
HIRA
0


쌓기
영역








304
303






HIRA

김선민
원장

Q1.
그동안 여러 기관에서 수행하신 임무 중 가장 기억에 남는 역할은 어떤 것인가요?

적정성 평가 업무와 국제협력 업무를 꼽고 싶습니다.

2006년부터 상근평가위원으로 일하면서 적정성 평가를 설계하고 수행하는데 기여했습니다. 처음에는 뜬구름 잡는 이야기 같았는데, 2~3년이 지나니 의료현장의 질이 높아지는 게 눈에 보였습니다.

대표적인 예로 급성심근경색증에 베타블로커를 쓰도록 하는 평가지표가 있었습니다. 전 세계에서 권장하는 약이었지만 국내 일부 의사들은 그렇게 하지 않고 있었습니다. 처음에는 왜 그렇게 쓰라고 권하냐는 분들이 있었지만, 논란은 잦아들었습니다. 심사평가원의 역할이 얼마나 중요하고 또 영향력이 큰지 그때 깨달았습니다.

여기서 심사평가원이 중요한 역할 변화를 했다는 점을 강조하고 싶습니다. 사실 그전까지 심사평가원에서는 어떤 약을 쓰지 말라는 권고를 했지, 무엇을 쓰라는 권고를 하지는 않았습니다. 그야말로 획기적인 변화였습니다.

2009년부터는 OECD와 일을 했습니다. 처음에는 심사평가원 데이터를 활용해서 OECD에 국가 통계를 제출하는 일에서 출발했습니다. 그러던 중 OECD가 의료의 질 관점에서 국가 의료시스템을 검토하는 사업을 시작했습니다. 그렇지 않아도 의료 질 관점에서 되돌아보기를 희망했던 대한민국이 가장 먼저 참여하게 되었습니다. 당시 우리나라의 포컬 포인트 역할을 맡아서 자료를 주고받았습니다. 그때 국제사회가 우리나라의 건강보험제도를 어떻게 바라보는지 알게 되었습니다. 우리나라가 국제기구와 함께 보건의료 이슈를 논의할 수 있는 역량과 인프라를 인정받았다는 점에서 상당히 고무적이었다는 평가를 받은 것으로 기억합니다.

Q2.
심사체계 개편을 담당하셨을 당시에 가장 중요했던 과제가 무엇이었나요?

심사평가원과 관련 당사자들의 의식을 바꾸는 게 제일 중요했던 것 같습니다. 지난 40년 가까이 건별 심사는 대한민국 건강보험을 지키는 데 가장 중요한 역할을 했던 것이 사실입니다. 하지만 새로운 시대에 새로운 패러다임으로 전환해야 하는 것도 저희의 중요한 임무입니다. 심사체계를 개편하자는 것이 지난 역사를 부정하는 것으로 오해받는 것 같아 안타까웠습니다.

Q3.

기획이사 당시에 제2사옥 건립을 이끌고, 심사체계 개편을 통해 보건의료 발전에 선두주자로 역할을 다 할 수 있었던 성공 요인은 무엇일까요?

그건 저 혼자만의 성공이라기보다는 조직의 성공이라고 생각합니다. 저의 역할이라면 능력 있는 적임자에게 일을 맡기고 진행 상황을 촘촘하게 점검하는 것이었습니다. 제2사옥 건립 때는 현장을 자주 방문했습니다. 제가 건축을 잘 알 리가 없지 않습니까? 하지만 자주 가서 얼굴 보고 이야기하는 것은 정말 중요한 것 같습니다.

심사체계 개편은 여전히 시작 단계이기 때문에 성공 요인이라는 표현은 아직 이릅니다. 다만 우리가 가야 할 방향을 분명하게 제시하는 것과 여러 부서 간 의사소통의 중요성을 늘 염두에 두고 있습니다. 특히 의료기관에서 진료한 내역에 대해서 비용을 지급하는 데 기초가 되는 심사는 심사평가원 전체 업무와 밀접하게 연관되어있기 때문에 특정부서의 업무변화만으로는 불가능합니다. 설계하는 본원뿐 아니라 수행을 하는 지원도 변화의 중심에 서야 합니다. 부서 간의 원활한 의사소통을 유도하는 것이 임원의 막중한 책임이라고 봅니다.

Q4.

활발한 의사소통을 위해 어떤 노력이 있었나요?

회의를 자주 했습니다. 특히 어느 부서가 어떤 역할을 해야 하는지 짧고 정확하게 포인트를 짚으려고 노력했습니다. 미사여구보다는 구체적인 용어를 사용하도록 지적하는 것도 자주 했습니다. 임원이나 회의를 주재하는 사람은 목표를 뚜렷하게 세우고, 참석자들에게 다음에 해야 할 일과 결론을 정확하게 내려주는 것이 중요하다고 생각합니다.

하지만, 원주 이전과 코로나19 상황으로 이런 의사소통에 제한이 많이 있었습니다. 원주 이전에 대비해서 화상회의 시스템을 만들긴 했지만, 질이 많이 떨어지는 것을 확인해서 2019년에는 획기적으로 시스템을 점검했습니다. 시기가 맞아 떨어져서 2020년 코로나19 상황에서 아주 큰 역할을 하고 있습니다.

코로나19 상황에서 직원들과 소통하는 것을 늘 걱정하고 있습니다. 월례조회도 유튜브로 실시간 댓글을 쓰게 하기 시작했습니다. 매월 베스트 댓글러에게는 제가 직접 카카오톡 선물도 보냅니다. 이사나 원장이 문자를 보내니, 처음에는 "잘못 보내셨습니다" 하고 되돌아오기도 했어요. 이제는 답장도 많이 옵니다. 가끔 익명 게시판에 "원장입니다" 하고 댓글도 달아요. 소통은 한두 번의 이벤트가 아니라 지속적인 노력과 마음 자세인 것 같습니다.

Q5.

심사평가원 원장으로서 가장 중요한 직무는 무엇일까요?

어느 조직이나 기관장은 비전을 제시하고 위기를 관리하는 일이 가장 중요한 것 같습니다. 비전은 명확해야 한다고 생각합니다. 10년, 20년 후를 위해 오늘, 매달, 매년 어느 부서는 무엇을 어떻게 해야 하는지 구체적으로 제시해야 합니다. 비전만 명확하다면 임직원들은 훌륭하게 제 몫을 해낼 것이라고 믿고 있습니다.

위기관리 또한 원장의 임무입니다. 심사평가원은 비교적 위기상황에 대처하는 시스템이 잘 갖춰져 있습니다. 그래서 기관장인 원장이 상황을 빨리 감지하여, 현장에서 답을 찾아내 직원들이나 외부 고객과 소통하며 위기를 관리하는 것이 중요합니다. 위기관리의 처음과 끝은 메시지를 전파하는 일이지요. 즉 위기관리는 소통입니다.

Q6.

20년을 되돌아보았을 때 심사평가원의 발전 동력은 무엇이었나요?

인력의 전문성과 양질의 정보입니다.

심사평가원에 모이고 쌓인 온 국민의 의료정보가 전문 인력과 만나 계속 시너지를 일으키며 발전의 동력이 되었습니다. 양질의 정보와 숙련된 전문 인력이 있었기 때문에 코로나 위기대응에서도 마스크 중복구매 확인시스템이나 DUR, 의약품유통정보, 병원정보 등에서 세계가 부러워할 만큼 효율적인 성과를 낼 수 있었다고 생각합니다.

Q7.

기관의 책무강화를 위한 경영 목표는 무엇인가요?

그동안 심사평가원은 보장성 강화, 심사체계 개편, 사회적 가치, 정보통신의 활용 등에 책무의 초점을 두었습니다. 지금은 보장성 강화가 어느 정도 궤도에 올랐으니 거기에 맞는 심사체계 개편을 완전하게 안정화시키는 것에 목표를 두고 있습니다.

또한 비급여 분야의 효율적 관리가 주요 목표입니다. 지금까지 급여 항목을 확대하는 것으로 보장성을 강화했다면, 앞으로는 비급여를 효과적으로 관리해서 국민의 의료비 부담을 줄이는 과제가 남은 것입니다.

또 하나는 코로나19 위기를 겪으면서 의료제공체계의 중요성이 강조되어 대두된 목표가 있습니다. 일차의료의 강화, 상급종합병원의 적정한 역할 강화, 의료 공공성의 강화 등에서도 심사평가원이 지원해야 할 일이 많습니다. 언뜻 보면 이것도 심사평가원 일이야? 하는 의문이 들 수 있겠지만, 정책 목표를 갖고 디테일을 챙기는 것과 그렇지 않은 것은 큰 차이를 야기합니다. 이런 일들을 하기 위해서 심사평가원은 정보 인프라를 한번 더 도약하게 해야 합니다. 지금까지는 정보를 모으는 것에 중점을 두었다면 이제는 모인 정보를 다양하게 연계하여 창의적으로 활용해야 할 때입니다.

코로나19 위기 초기 때 심사평가원이 구축한 마스크 중복구매 확인시스템은 큰 기여를 했습니다. 하지만 이 정보망은 원래 마스크를 위해 만들어진 시스템은 아니었습니다. 원래 가지고 있던 시스템을 창의적으로 연계하고 새롭게 업그레이드하여 만든 시스템입니다. 이러한 다양한 시도와 창의적인 활용이 모든 영역에서 이루어진다면 정보 인프라가 더욱 강화될 것입니다.



Q8.

외부에서 제기된 업무의 효율성에 대한 의문을 해결할 대책은 무엇일까요?

의료비 증가로 인해 심사평가원이 협의해야 할 심사물량이 늘어나고 있습니다. 그래서 제한된 인력으로 건별 심사를 한다는 게 과연 효과적이냐는 의문이 제기되었습니다. 재정을 관리하는 입장에서 보면 진료비를 효율적으로 사용하기 위해 심사를 하는 것인데 1년에 16억~17억 건이나 되는 과도한 심사물량을 꼼꼼히 들여다볼 수 있는가 하는 것이 의문이었습니다. 청구 건수가 늘다 보니 각 지원 혹은 심사자마다 편차가 발생해서 의료계의 불평을 야기하기도 했습니다.

이런 것을 해결하는 것이 바로 심사체계 개편입니다. 예측 가능한 심사를 위해 심사기준을 보다 명확하게 제시하는 것이 한 축이라면, 전국적 통계에 기반한 심사가 다른 한 축입니다. 데이터에 기반한 의료행태분석 결과를 의료계에 제공하여 진료 행위를 바꿀 기회를 주고 나서, 비용 조정을 하면 형평성과 효율성을 높일 수 있습니다. 지난해 시작한 일부 영역에서 벌써 효과가 나타나고 있습니다.

Q9.

사람 중심 의료보장체계 완성이라는 과제 해결을 위한 계획은 무엇입니까?

예전에는 건강보험이나 의료제공체계가 공급자, 즉 의료계 중심이었습니다. 그러나 지금은 선진외국은 물론 우리나라에서도 환자와 국민 중심, 즉 사람 중심으로 의료보장체계가 바뀌어야 한다는 담론이 형성되고 있습니다. 대표적인 사례는 환자경험평가입니다. 하지만 여기에 국한되는 것이 아니라, 모든 의사결정에서 국민이나 환자가 참여하는 방식으로 바뀌어야 합니다. 수십억이 들어가는 항암제와 희귀난치성 질환 치료제 등의 급여 여부를 결정할 때도 이제는 전문가뿐 아니라 직접 수혜자인 환자의 관점이 반영되어야 합니다.

또 하나 강조하고 싶은 것이 사람 중심의 정보입니다. 의료정보도 사람 중심으로 재배치되어야 합니다. 심사평가원이나 의료계만 의료정보를 가지고 있을 게 아니라 환자나 국민들에게 투명하게 공개하는 쪽으로 바뀌어야 사람 중심의 의료보장체계라고 할 수 있을 것입니다. 공개 측면뿐 아니라 데이터의 구조도 바뀌어야 합니다.

Q10.

코로나19 팬데믹 시대에 심사평가원의 중요한 역할은 무엇일까요?

초반에는 조기발견에 애를 많이 썼습니다. 조기발견의 핵심은 의료진이 의료기관을 방문한 환자들이 위험지역을 방문했는지 여부를 사전에 확인하는 것입니다. 이를 위해 심사평가원은 입국자정보를 연계한 ITS(해외여행력 정보제공 프로그램)를 개발하여 의료기관에 방문한 환자의 해외입국 여부를 실시간으로 제공하였습니다.

또한 코로나19는 감염병이기 때문에 초반의 확산 방지가 굉장히 중요합니다. 지난 3월 우리 사회에서 가장 어려웠던 것이 마스크 공급 문제였는데, 심사평가원은 단 3일 만에 마스크 중복구매 확인시스템을 구축하여 정부의 마스크 5부제 시행을 성공적으로 지원한 바 있습니다.

확진환자가 늘어나는 지금은 치료가 더 시급한 상황이 되어 치료제 개발에 박차를 가하고 있습니다. 심사평가원의 역할은 개발된 치료제를 최대한 빨리 등재하고 치료제에 대한 심사기준과 급여기준도 빨리 만들어 체계를 갖추는 것입니다. 또한 치료부문에 있어서 약제, 인력, 시설, 장비 등의 자원관리가 매우 중요한데, 정보에 기반한 실시간 모니터링으로 발 빠르게 대처하고 있습니다. 2021년에는 이와 관련해서 정보관리 시스템을 업그레이드하고 코로나19뿐만 아니라 각종 위기상황에 대응할 수 있는 정보시스템 구축을 시작할 계획입니다.

Q11.

심사평가원이 더 발전하기 위해서 해결 과제나 임직원에게 당부하고 싶은 말씀은 무엇인가요?

계속 강조했지만 우리가 새로운 시대에 새로운 일을 하려면 정보 활용이 극대화되어야 합니다. 그러려면 직원들도 새로운 배움이 필요한데, 이를 위해 일의 프로세스가 바뀌는 것에 따라 재교육을 실시하고 있습니다. 20년 역사를 돌이켜 보면 일의 프로세스가 바뀔 때마다 우리 직원들은 잘 적응해왔다고 자부합니다. 직원들에게는 두렵게 생각하지 말고 각자의 역량을 믿고 자신 있게 업무 변환에 임하자고 강조하고 있습니다. 그동안 심사평가원은 변화에 능동적인 조직이었다는 것을 마음 깊이 믿고 있기 때문입니다.


HIRA
건강보험심사평가원

APPENDIX
부록

1. 현 임원

2. 역대 임원

3. 역대 진료심사평가위원장 및 심사평가연구소장

4. 조직도

5. 조직 변천도

6. CI 변천

7. 전국 지원 현황

8. 대내외 수상 실적

9. 연표

1. 현 임원



원장 **김선민**



상임감사 **문정주**



기획상임이사 **신현웅**



개발상임이사 **장용명**



업무상임이사 **강희정**



진료심사평가위원장 **양훈식**



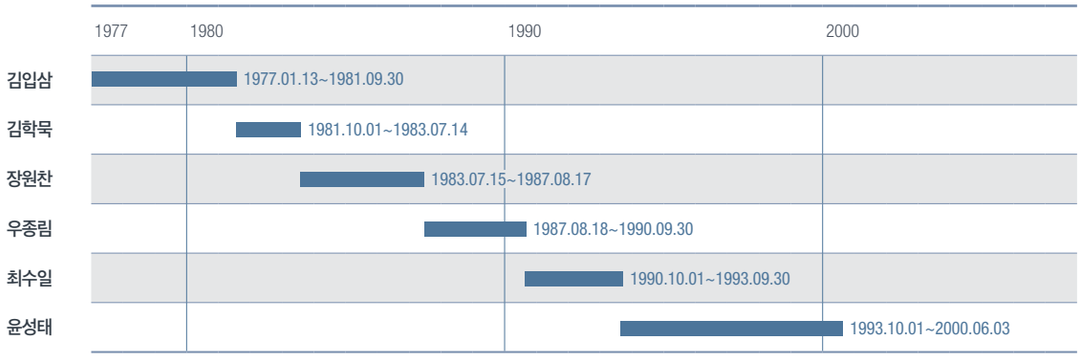
심사평가연구소장 **이진용**

2. 역대 임원

전국의료보험협의회•(1977.01.13~1981.09.30)
중앙의료보험조합연합회(1981.10.01~1981.12.31)
의료보험조합연합회(1982.01.01~1987.12.31)
의료보험연합회(1988.01.01~2000.06.30)

• 의료보험협의회 기간을 포함

회장





김입삼

1977.01.13~1981.09.30



김학묵

1981.10.01~1983.07.14



장원찬

1983.07.15~1987.08.17



우종림

1987.08.18~1990.09.30



최수일

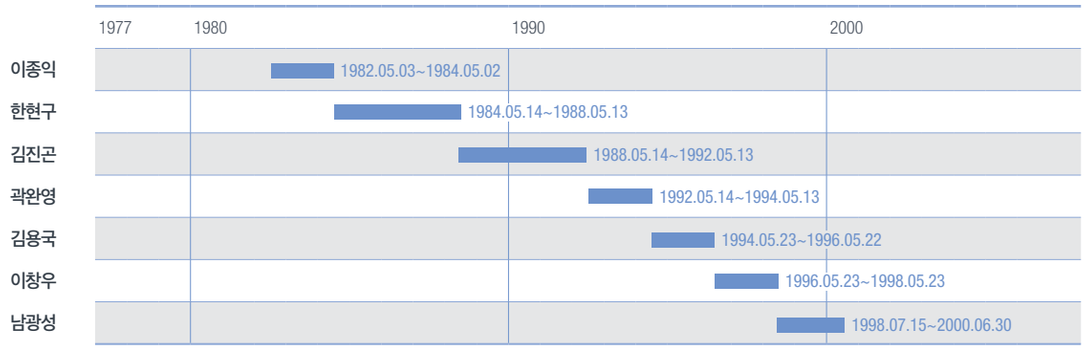
1990.10.01~1993.09.30



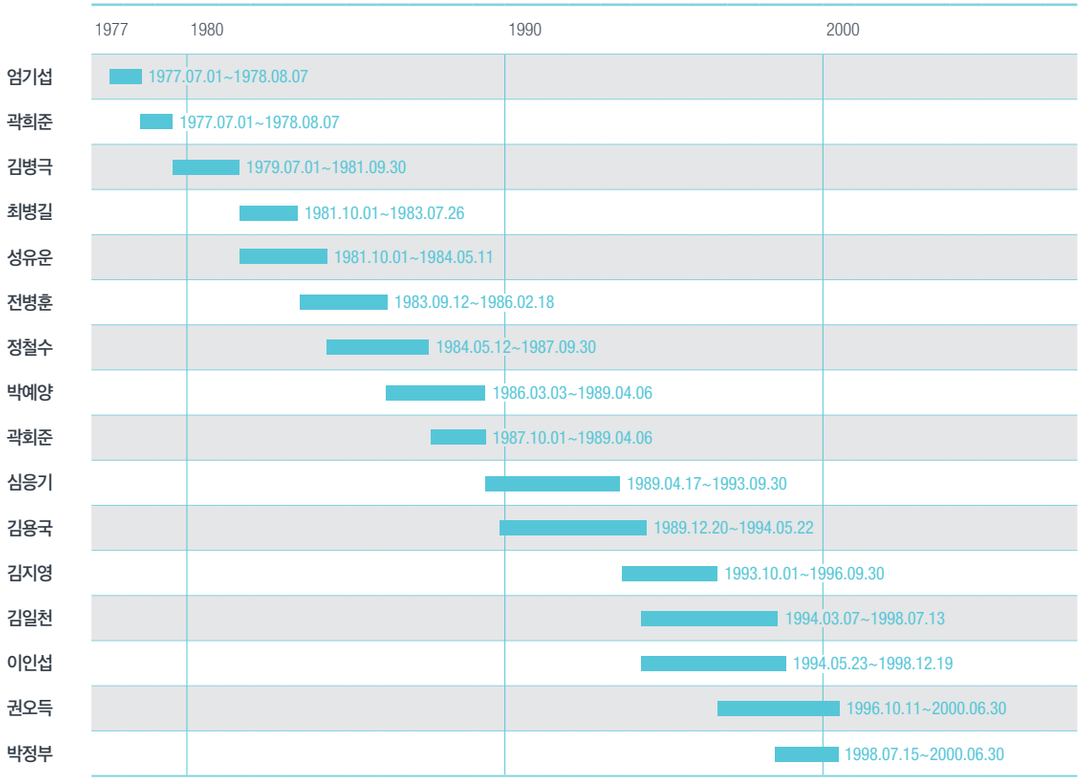
윤성태

1993.10.01~2000.06.30

상임감사


1977
1980
1990
2000
이종익
1982.05.03~1984.05.02
한현구
1984.05.14~1988.05.13
김진곤
1988.05.14~1992.05.13
곽완영
1992.05.14~1994.05.13
김용국
1994.05.23~1996.05.22
이창우
1996.05.23~1998.05.23
남광성
1998.07.15~2000.06.30

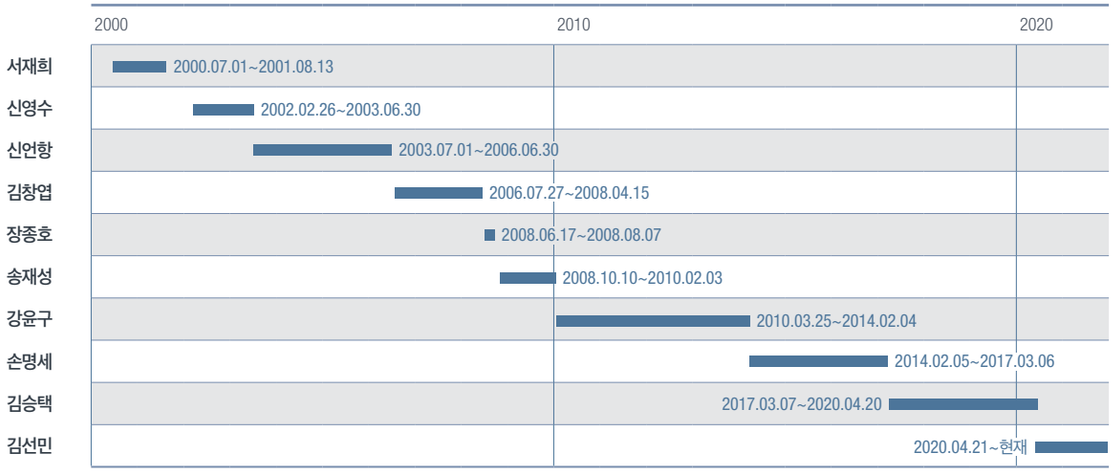
상임이사


1977
1980
1990
2000
엄기섭
1977.07.01~1978.08.07
곽희준
1977.07.01~1978.08.07
김병극
1979.07.01~1981.09.30
최병길
1981.10.01~1983.07.26
성유운
1981.10.01~1984.05.11
전병훈
1983.09.12~1986.02.18
정철수
1984.05.12~1987.09.30
박예양
1986.03.03~1989.04.06
곽희준
1987.10.01~1989.04.06
심응기
1989.04.17~1993.09.30
김용국
1989.12.20~1994.05.22
김지영
1993.10.01~1996.09.30
김일천
1994.03.07~1998.07.13
이인섭
1994.05.23~1998.12.19
권오득
1996.10.11~2000.06.30
박정부
1998.07.15~2000.06.30

2. 역대 임원

건강보험심사평가원(2000.07.01~현재)

원장





서재희
2000.07.01~2001.08.13



신영수
2002.02.26~2003.06.30



신언항
2003.07.01~2006.06.30



김창엽
2006.07.27~2008.04.15



장종호
2008.06.17~2008.08.07



송재성
2008.10.10~2010.02.03



강윤구
2010.03.25~2014.02.04



손명세
2014.02.05~2017.03.06

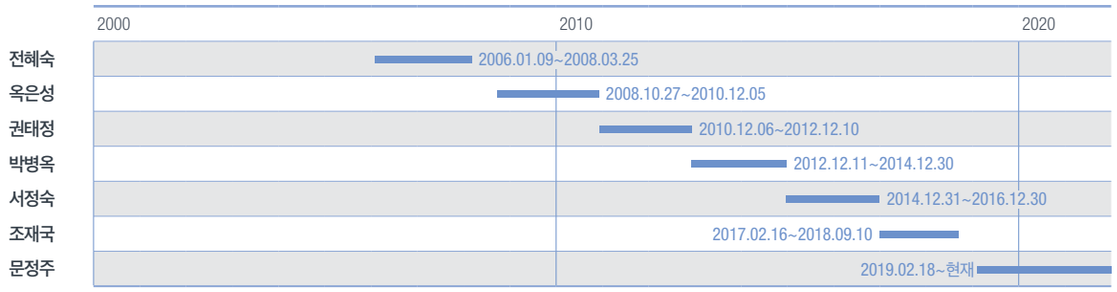


김승택
2017.03.07~2020.04.20

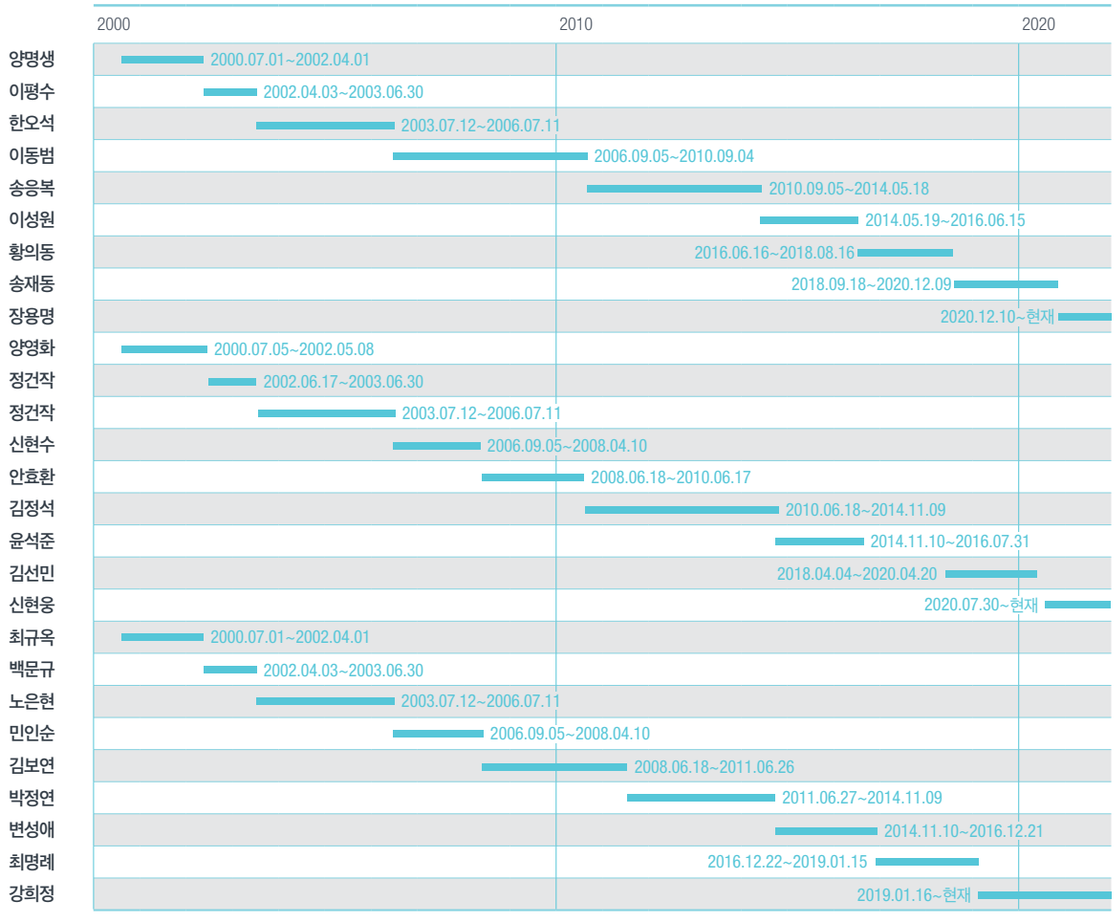


김선민
2020.04.21~현재

상임감사

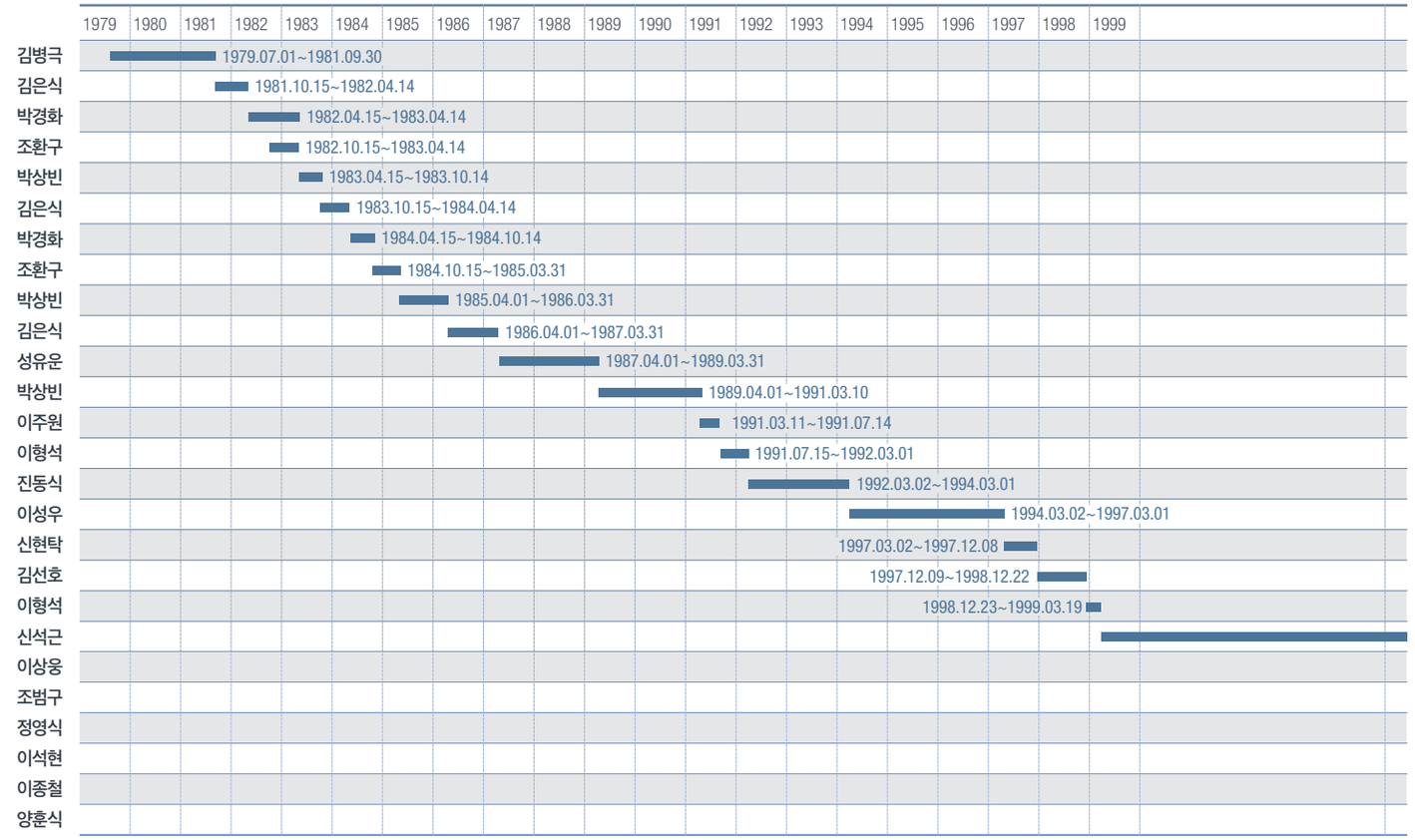

2000
2010
2020
전혜숙
2006.01.09~2008.03.25
옥은성
2008.10.27~2010.12.05
권태정
2010.12.06~2012.12.10
박병옥
2012.12.11~2014.12.30
서정숙
2014.12.31~2016.12.30
조재국
2017.02.16~2018.09.10
문정주
2019.02.18~현재

상임이사

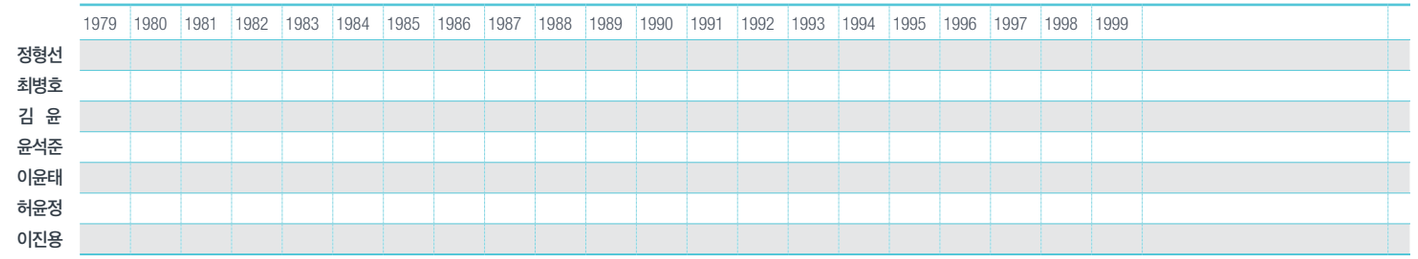

2000
2010
2020
양명생
2000.07.01~2002.04.01
이평수
2002.04.03~2003.06.30
한오석
2003.07.12~2006.07.11
이동범
2006.09.05~2010.09.04
송응복
2010.09.05~2014.05.18
이성원
2014.05.19~2016.06.15
황의동
2016.06.16~2018.08.16
송재동
2018.09.18~2020.12.09
장용명
2020.12.10~현재
양영화
2000.07.05~2002.05.08
정건작
2002.06.17~2003.06.30
정건작
2003.07.12~2006.07.11
신현수
2006.09.05~2008.04.10
안효환
2008.06.18~2010.06.17
김정석
2010.06.18~2014.11.09
윤석준
2014.11.10~2016.07.31
김선민
2018.04.04~2020.04.20
신현웅
2020.07.30~현재
최규옥
2000.07.01~2002.04.01
백문규
2002.04.03~2003.06.30
노은현
2003.07.12~2006.07.11
민인순
2006.09.05~2008.04.10
김보연
2008.06.18~2011.06.26
박정연
2011.06.27~2014.11.09
변성애
2014.11.10~2016.12.21
최명례
2016.12.22~2019.01.15
강희정
2019.01.16~현재

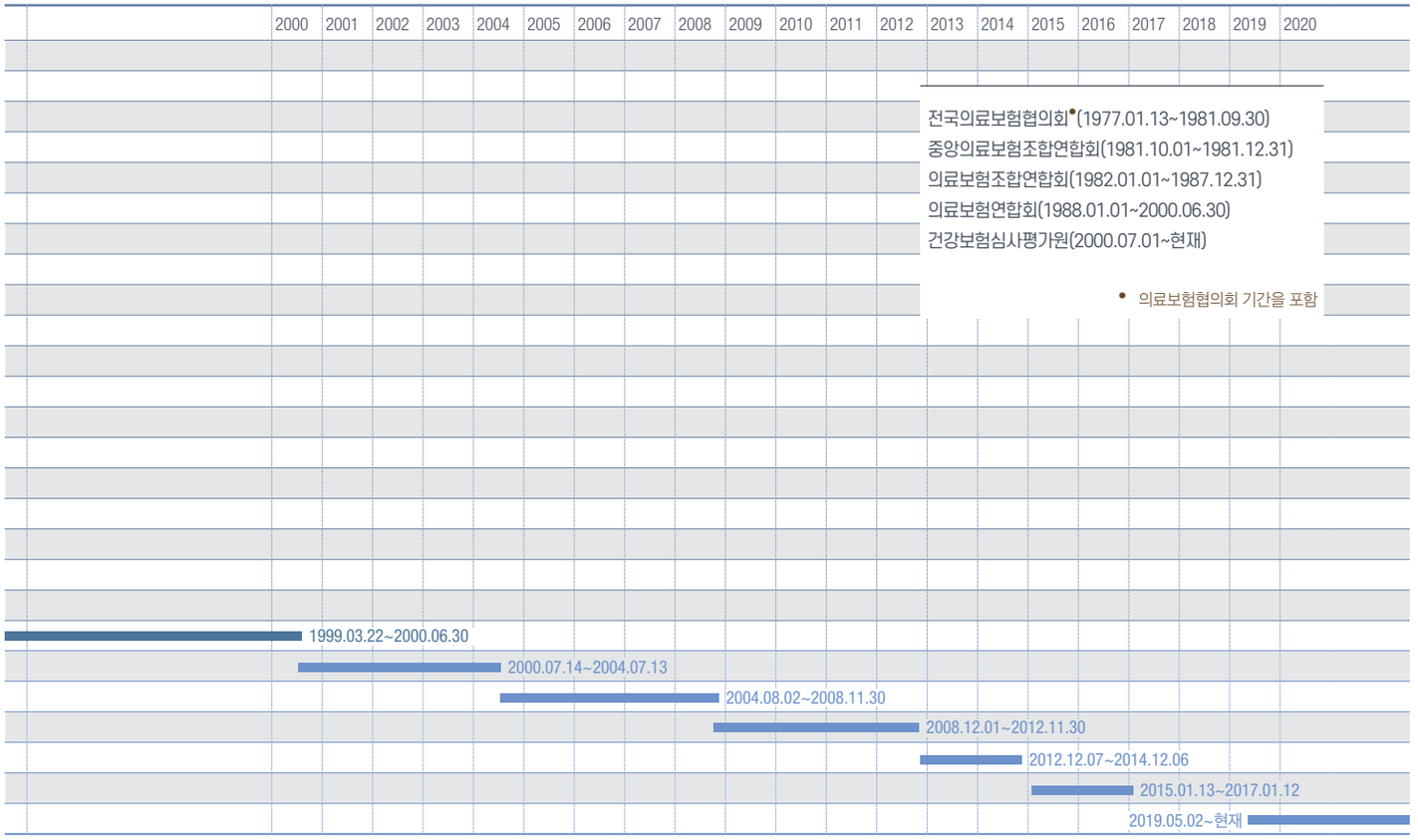
3. 역대 진료심사평가위원장 및 심사평가연구소장

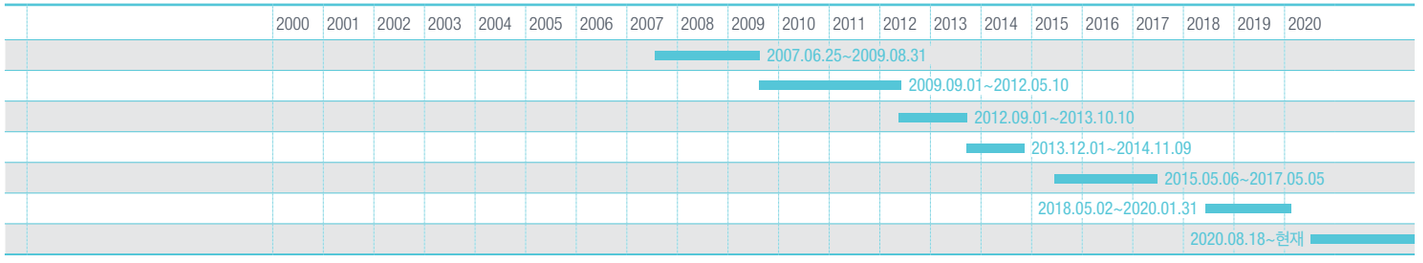
진료심사평가위원장



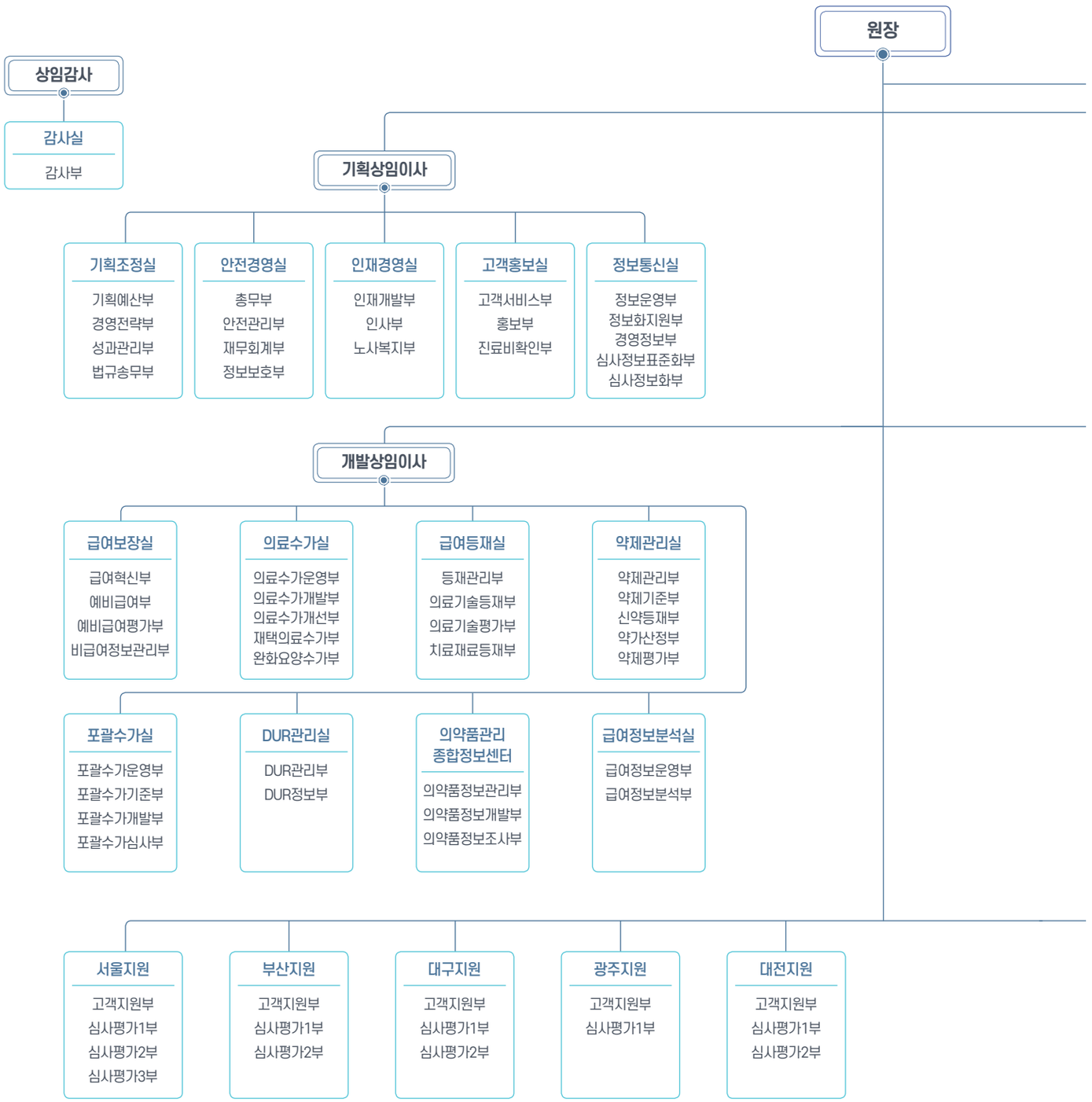
심사평가연구소장




2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020
전국의료보험협의회•(1977.01.13~1981.09.30)
중앙의료보험조합연합회(1981.10.01~1981.12.31)
의료보험조합연합회(1982.01.01~1987.12.31)
의료보험연합회(1988.01.01~2000.06.30)
건강보험심사평가원(2000.07.01~현재)
• 의료보험협의회 기간을 포함
1999.03.22~2000.06.30
2000.07.14~2004.07.13
2004.08.02~2008.11.30
2008.12.01~2012.11.30
2012.12.07~2014.12.06
2015.01.13~2017.01.12
2019.05.02~현재


2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020
2007.06.25~2009.08.31
2009.09.01~2012.05.10
2012.09.01~2013.10.10
2013.12.01~2014.11.09
2015.05.06~2017.05.05
2018.05.02~2020.01.31
2020.08.18~현재

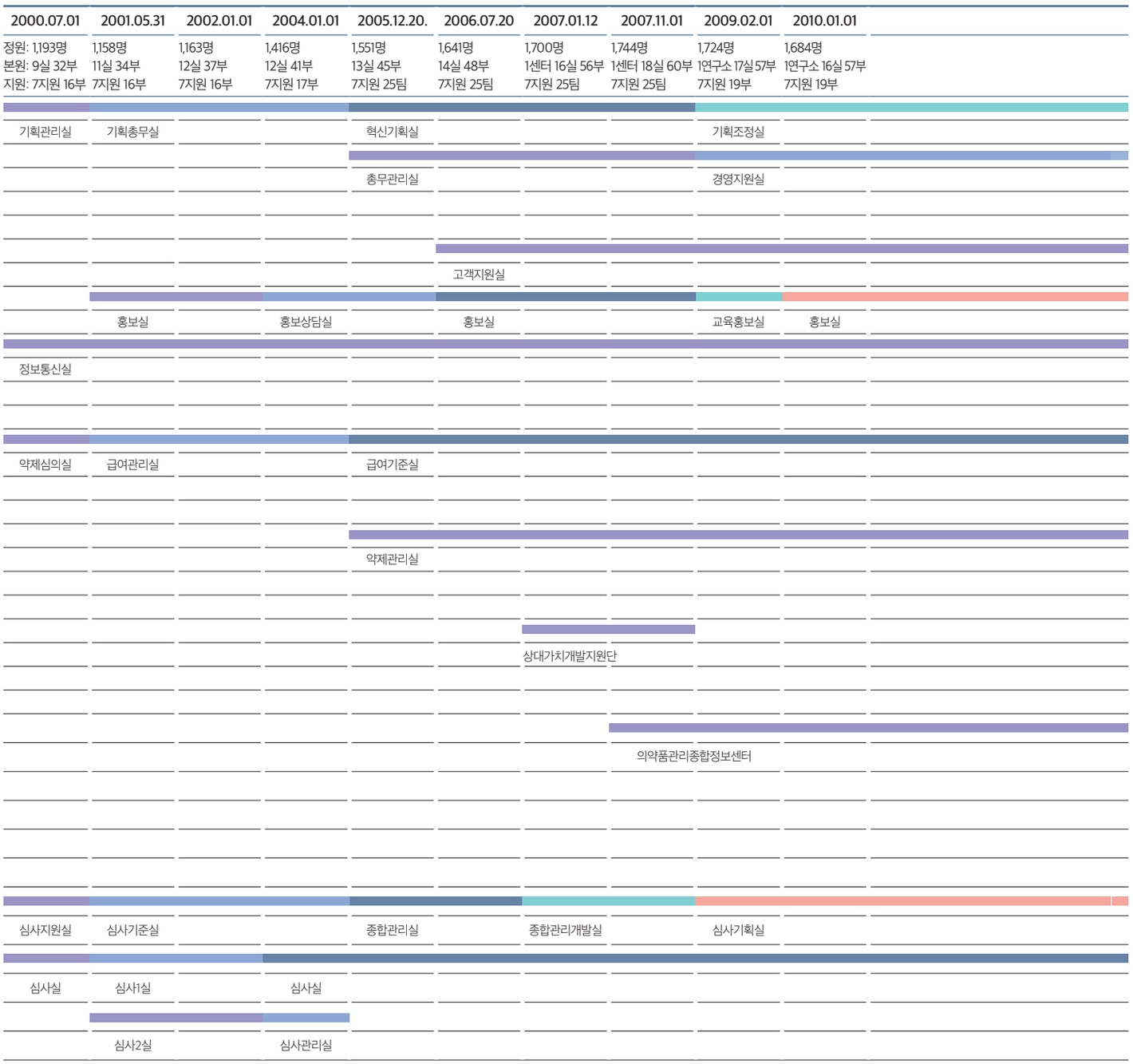
4. 조직도

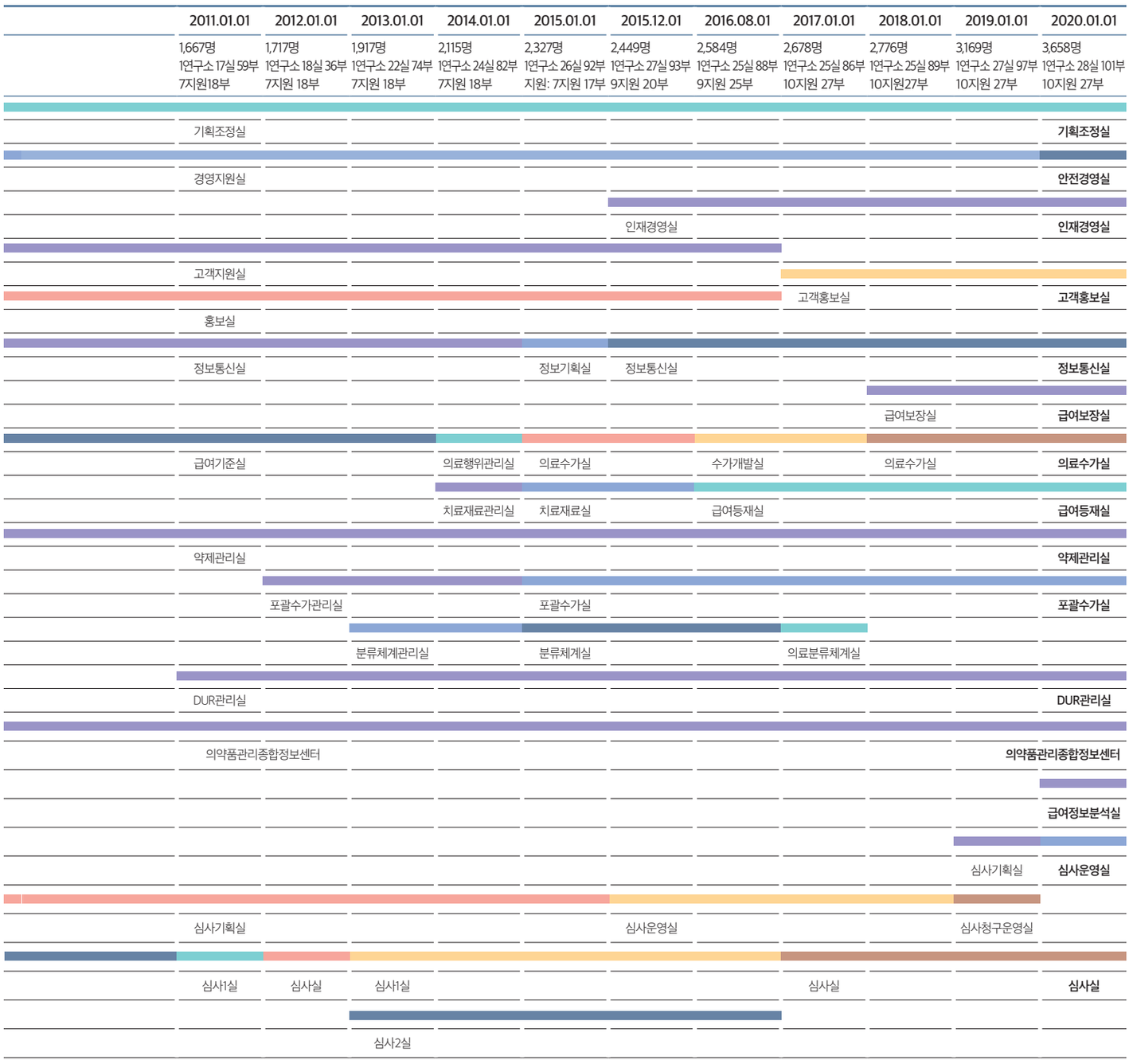

원장
상임감사
감사실
감사부
기획상임이사
기획조정실
기획예산부
경영전략부
성과관리부
법규송무부
안전경영실
총무부
안전관리부
재무회계부
정보보호부
인재경영실
인재개발부
인사부
노사복지부
고객홍보실
고객서비스부
홍보부
진료비확인부
정보통신실
정보운영부
정보화지원부
경영정보부
심사정보표준화부
심사정보화부
개발상임이사
급여보장실
급여혁신부
예비급여부
예비급여평가부
비급여정보관리부
의료수가실
의료수가운영부
의료수가개발부
의료수가개선부
재택의료수가부
완화요양수가부
급여등재실
등재관리부
의료기술등재부
의료기술평가부
치료재료등재부
약제관리실
약제관리부
약제기준부
신약등재부
약가산정부
약제평가부
포괄수가실
포괄수가운영부
포괄수가기준부
포괄수가개발부
포괄수가심사부
DUR관리실
DUR관리부
DUR정보부
의약품관리 종합정보센터
의약품정보관리부
의약품정보개발부
의약품정보조사부
급여정보분석실
급여정보운영부
급여정보분석부
서울지원
고객지원부
심사평가1부
심사평가2부
심사평가3부
부산지원
고객지원부
심사평가1부
심사평가2부
대구지원
고객지원부
심사평가1부
심사평가2부
광주지원
고객지원부
심사평가1부
대전지원
고객지원부
심사평가1부
심사평가2부

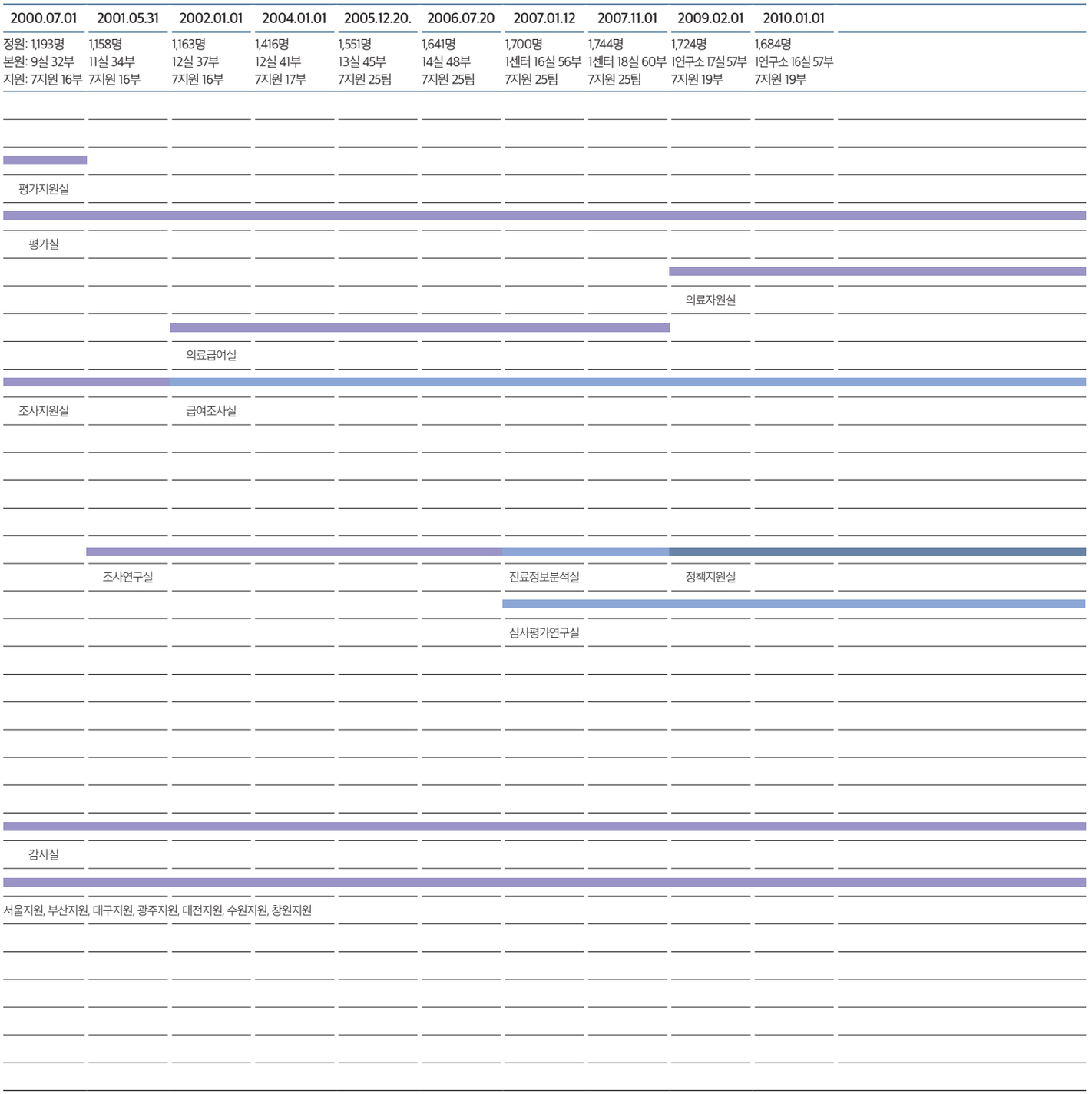
* 2020년 12월 기준


진료심사평가위원회
심사평가연구소
심사평가연구실
연구행정부
국제협력부
혁신연구센터
혁신연구부
분류체계개발부
상대가치개발부
빅데이터실
빅데이터기획부
빅데이터사업부
빅데이터지원부
심사기준실
위원회운영부
심사기준부
심사품질부
업무상임이사
심사운영실
심사운영부
가치심사부
만성질환심사평가부
청구관리부
심사실
심사총괄부
내과심사1부
내과심사2부
외과심사부
전산심사부
심사관리실
심사관리부
이의신청부
심판청구부
공공심사부
평가운영실
평가운영부
평가개발부
평가분석부
평가정보부
평가보상부
평가실
평가관리부
평가1부
평가2부
평가3부
평가4부
자원평가실
자원운영부
자원관리부
병원지정평가부
의료급여실
의료급여운영부
의료급여심사부
수탁사업부
조사운영실
조사기획부
자율점검부
조사관리부
급여조사실
조사1부
조사2부
조사3부
자동차보험 심사센터
자보심사운영부
자보심사1부
자보심사2부
자보심사3부
자보심사개발부
수원지원
고객지원부
심사평가1부
심사평가2부
창원지원
고객지원부
심사평가부
의정부지원
고객지원부
심사평가1부
심사평가2부
전주지원
고객지원부
심사평가부
인천지원
고객지원부
심사평가부

5. 조직 변천도

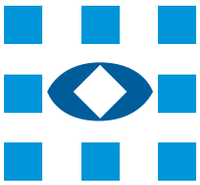

2000.07.01
2001.05.31
2002.01.01
2004.01.01
2005.12.20.
2006.07.20
2007.01.12
2007.11.01
2009.02.01
2010.01.01
정원: 1,193명
본원: 9실 32부
지원: 7지원 16부
1,158명
11실 34부
7지원 16부
1,163명
12실 37부
7지원 16부
1,416명
12실 41부
7지원 17부
1,551명
13실 45부
7지원 25팀
1,641명
14실 48부
7지원 25팀
1,700명
1센터 16실 56부
7지원 25팀
1,744명
1센터 18실 60부
7지원 25팀
1,724명
1연구소 17실 57부
7지원 19부
1,684명
1연구소 16실 57부
7지원 19부
기획관리실
기획총무실
혁신기획실
기획조정실
총무관리실
경영지원실
고객지원실
홍보실
홍보상담실
홍보실
교육홍보실
홍보실
정보통신실
약제심의실
급여관리실
급여기준실
약제관리실
상대가치개발지원단
의약품관리종합정보센터
심사지원실
심사기준실
종합관리실
종합관리개발실
심사기획실
심사실
심사1실
심사실
심사2실
심사관리실


2011.01.01
1,667명
1연구소 17실 59부
7지원18부
2012.01.01
1,717명
1연구소 18실 36부
7지원 18부
2013.01.01
1,917명
1연구소 22실 74부
7지원 18부
2014.01.01
2,115명
1연구소 24실 82부
7지원 18부
2015.01.01
2,327명
1연구소 26실 92부
지원: 7지원 17부
2015.12.01
2,449명
1연구소 27실 93부
9지원 20부
2016.08.01
2,584명
1연구소 25실 88부
9지원 25부
2017.01.01
2,678명
1연구소 25실 86부
10지원 27부
2018.01.01
2,776명
1연구소 25실 89부
10지원27부
2019.01.01
3,169명
1연구소 27실 97부
10지원 27부
2020.01.01
3,658명
1연구소 28실 101부
10지원 27부
기획조정실
기획조정실
경영지원실
안전경영실
인재경영실
인재경영실
고객지원실
고객홍보실
고객홍보실
홍보실
정보통신실
정보기획실
정보통신실
정보통신실
급여보장실
급여보장실
급여기준실
의료행위관리실
의료수가실
수가개발실
의료수가실
의료수가실
치료재료관리실
치료재료실
급여등재실
급여등재실
약제관리실
약제관리실
포괄수가관리실
포괄수가실
포괄수가실
분류체계관리실
분류체계실
의료분류체계실
DUR관리실
DUR관리실
의약품관리종합정보센터
의약품관리종합정보센터
급여정보분석실
심사기획실
심사운영실
심사운영실
심사기획실
심사청구운영실
심사1실
심사실
심사1실
심사실
심사실
심사2실


2000.07.01
2001.05.31
2002.01.01
2004.01.01
2005.12.20.
2006.07.20
2007.01.12
2007.11.01
2009.02.01
2010.01.01
정원: 1,193명
본원: 9실 32부
지원: 7지원 16부
1,158명
11실 34부
7지원 16부
1,163명
12실 37부
7지원 16부
1,416명
12실 41부
7지원 17부
1,551명
13실 45부
7지원 25팀
1,641명
14실 48부
7지원 25팀
1,700명
1센터 16실 56부
7지원 25팀
1,744명
1센터 18실 60부
7지원 25팀
1,724명
1연구소 17실 57부
7지원 19부
1,684명
1연구소 16실 57부
7지원 19부
평가지원실
평가실
의료자원실
의료급여실
조사지원실
급여조사실
조사연구실
진료정보분석실
정책지원실
심사평가연구실
감사실
서울지원, 부산지원, 대구지원, 광주지원, 대전지원, 수원지원, 창원지원


2011.01.01
1,667명
1연구소 17실 59부
7지원18부
2012.01.01
1,717명
1연구소 18실 36부
7지원 18부
2013.01.01
1,917명
1연구소 22실 74부
7지원 18부
2014.01.01
2,115명
1연구소 24실 82부
7지원 18부
2015.01.01
2,327명
1연구소 26실 92부
지원: 7지원 17부
2015.12.01
2,449명
1연구소 27실 93부
9지원 20부
2016.08.01
2,584명
1연구소 25실 88부
9지원 25부
2017.01.01
2,678명
1연구소 25실 86부
10지원 27부
2018.01.01
2,776명
1연구소 25실 89부
10지원27부
2019.01.01
3,169명
1연구소 27실 97부
10지원 27부
2020.01.01
3,658명
1연구소 28실 101부
10지원 27부
심사관리실
심사관리실
평가기획실
평가1실
평가운영실
평가운영실
급여평가실
평가실
평가2실
평가관리실
평가실
자원평가실
의료자원실
자원평가실
심사2실
의료급여실
의료급여실
급여조사실
조사운영실
급여조사실
자동차보험심사센터
자동차보험심사센터
연구조정실
심사평가연구실
심사평가연구실
혁신연구센터
혁신연구센터
진료정보분석실
의료정보분석실
의료정보융합실
빅데이터실
빅데이터실
급여기준실
심사기준실
심사기준실
감사실
감사실
서울지원, 부산지원, 대구지원, 광주지원, 대전지원, 수원지원, 창원지원
의정부지원
의정부지원
전주지원
전주지원
인천지원
인천지원

6. CI 변천



2000.07.01~2007.06.30

- 가운데 모형은 심사와 평가를 눈으로 형상화하여 공정하고 객관성 있는 기관임을 상징하며, 중앙의 사각형태는 시각적으로 강한 임팩트를 통해 기관의 신뢰성을 강조한 것이다.
- 눈을 둘러싸고 있는 사각의 형태는 건강보험심사평가원을 바라보는 국민, 보험자, 요양기관, 정부를 의미하는 동시에 건강증진을 통한 복지사회를 실현하고자 하는 기관의 바람과 의지를 조형적으로 표현한 것이다.
- 심볼마크의 색상은 미래지향적이고 투명한 심사평가원의 이미지 정립을 위해 현대적 감각의 청색과 그린계열의 색상을 적용하여 진취적인 미래를 표현한 것이다.



2007.07.01~2015.12.31

- 의료를 상징하는 Cross를 모티브로 건강보험심사평가원이 공정하고 어느 쪽으로도 치우치지 않는 정확성을 추구하는 기관이며, 대한민국 중심의 의료 심사평가 기관임을 나타낸다.
- 'H'의 Negative 공간은 눈동자의 빛남을 표현함으로써 심사평가원이 국민의 동반자로서 친밀한 의료 심사 · 평가 기관임을 나타낸다.
- 푸른색은 공정한 심사와 투명한 평가전문기관으로서의 신뢰성을 상징하며 희망찬 미래를 향해 나아가는 심사평가원의 힘차고 역동적인 면모를 표현하고 있다.



2016.01.01~현재

'H' 염색체

심사평가원의 새로운 CI는 염색체를 모티프로 하여 제작되었다. 염색체와 같이 방대한 의료정보를 바탕으로 건강한 국민의료 생태계를 발현시키고자 하는 심사평가원의 비전을 담았다.

심사와 평가의 핵심 기능

심사하고 평가하는 심사평가원의 핵심 기능을 CI에도 반영하여, 심사평가원의 4대 주요영역에 대한 성과 지표를 나타내는 스케일 모델을 적용하였다.

변화와 성장하는 유연한 기관

한가지 모습으로 정체되어 있는 것이 아닌, 변화에 지속적으로 반응하고 경험을 축적하는 형태의 심볼마크는 심사평가원의 유연한 수용성, 지식과 경험의 축적을 통해 성장해나가는 심사평가원의 전문성을 표현하였다.

기관의 투명성과 안전성

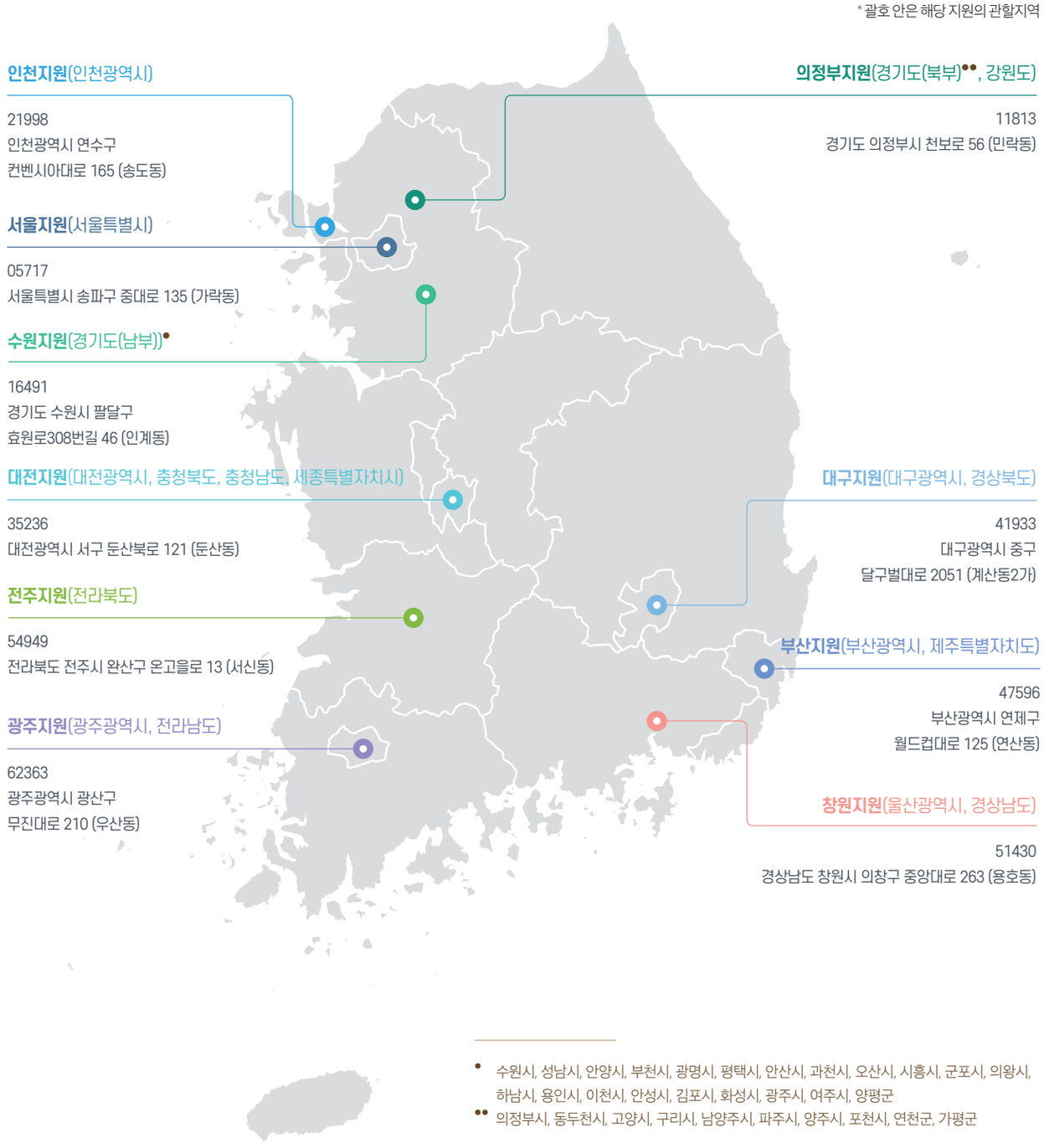
마치 X-Ray와 같이 투명하게 비치는 듯한 파란 색상은 기관의 투명성을 표현하는 동시에 건강하고 안전한 의료문화를 열어가는 국민의료평가기관의 이미지를 전달한다.



창립 20주년 기념 엠블럼

7. 전국 지원 현황

*괄호 안은 해당 지원의 관할지역



인천지원(인천광역시)

21998
인천광역시 연수구
컨벤시아대로 165 (송도동)

서울지원(서울특별시)

05717
서울특별시 송파구 중대로 135 (가락동)

수원지원(경기도(남부))•

16491
경기도 수원시 팔달구
효원로308번길 46 (인계동)

대전지원(대전광역시, 충청북도, 충청남도, 세종특별자치시)

35236
대전광역시 서구 둔산북로 121 (둔산동)

전주지원(전라북도)

54949
전라북도 전주시 완산구 온고을로 13 (서신동)

광주지원(광주광역시, 전라남도)

62363
광주광역시 광산구
무진대로 210 (우산동)

의정부지원(경기도(북부)••, 강원도)

11813
경기도 의정부시 천보로 56 (민락동)

대구지원(대구광역시, 경상북도)

41933
대구광역시 중구
달구벌대로 2051 (계산동2가)

부산지원(부산광역시, 제주특별자치도)

47596
부산광역시 연제구
월드컵대로 125 (연산동)

창원지원(울산광역시, 경상남도)

51430
경상남도 창원시 의창구 중앙대로 263 (용호동)

• 수원시, 성남시, 안양시, 부천시, 광명시, 평택시, 안산시, 과천시, 오산시, 시흥시, 군포시, 의왕시, 하남시, 용인시, 이천시, 안성시, 김포시, 화성시, 광주시, 여주시, 양평군

•• 의정부시, 동두천시, 고양시, 구리시, 남양주시, 파주시, 양주시, 포천시, 연천군, 가평군

8. 대내외 수상 실적

연도	수상명	주관(시상자)
2005	마이크로소프트 소프트웨어 자산관리 우수 기업 인증	한국마이크로소프트웨어 대표이사
2005	5대 의약단체 감사패	대한의사협회장 김재정/ 대한병원협회장 유태전/ 대한치과의사협회장 안성모/ 대한한의사협회장 엄종희/ 대한약사회장 원희목
2006	청렴한 공직 풍토 조성 표창	국무총리
2006	2006년 혁신우수사례 경진대회 우수상	보건복지부장관 유시민
2006	제10회 대한민국 e비지니스 대상 최우수상	국무총리 한명숙
2006	품질경영시스템 인증	한국표준협회장
2006	2006년 대한민국 커뮤니테이션 대상, 외부유관단체상 부문 한국잡지협회장상	사단법인 한국사보협회
2006	국가안전보장패	국가정보원장
2007	피터트러커 소사이어티 평생학습부문 우수상	피터드러커 소사이어티
2007	국민건강증진 공로 표창	대통령 노무현
2007	국민건강향상 국가사회발전 공로 표창	대통령 노무현
2007	2007년 혁신우수사례 경진대회 최우수상	보건복지부
2007	2007년 존경받는 대한민국 CEO 대상 공공기관 부문 대상	한겨레, 이코노미21
2007	2006년 경영실적 평가 우수기관 표창	기획예산처
2007	제8회 공공혁신전국대회 고객만족 부문 대상	한국공공자치연구원
2007	제8회 공공혁신전국대회 사업역량부문 최우수상	한국공공자치연구원
2007	2007년 대한민국 커뮤니케이션 대상	(사)한국사보협회
2008	2008년 대한민국 문화경영대상 나눔경영부문	한국일보/지식경제부/문화체육관광부/중소기업청
2008	가족친화인증기관 인증	보건복지가족부
2008	남녀고용평등우수기업 표창	노동부장관
2008	출산장려 관련 표창	서울특별시장 오세훈
2008	나눔경영 우수 문화기업 상장	한국일보사
2008	국가생산성대상 생산성혁신부문	지식경제부장관 이윤호
2008	희귀난치성환우돕기 관련 감사패	한국백혈병환우회
2008	우수봉사상(샘물봉사단)	서초구청
2008	공공기관 창의 · 실용 우수사례 우수상	보건복지가족부장관 전재희
2008	생산성경영시스템 우수 인증기업 인증(등급: Level 5 Plus)	한국생산성본부
2008	아동발달지원계좌사업 활성화 표창	보건복지가족부장관 전재희
2008	가족친화 인증기업 인증(등급: AA)	보건복지가족부장관 전재희
2009	한국HRD대상 HRD종합대상	한국HRD협회
2009	2009년 대한민국BSC대상 공공부분 대상	한국경제신문사 사장 신상민/휘슬리쿼스트 대표 정종섭
2009	2009년 통계유공기관 국무총리 단체표창	통계청
2009	2009년 기업학습 우수사례기관 선정	노동부
2009	인적자원개발 우수기관 인증	교육과학기술부장관 안병만/행정안정부장관 이달곤

연도	수상명	주관(시상자)
2009	약의날 표창	보건복지가족부장관 전재희
2009	지식경영대상 공공부분 혁신상	매일경제신문TV 대표이사회장 장대환/ B&/MC korea Inc. 대표이사 사장 장종현
2009	녹색보건복지정책 아이디어 분야 장려상	보건복지부
2009	일자리 창출 표창	국무총리 정운찬
2010	2010년 한국HRD대상 HRD경영종합대상	한국HRD협회
2010	사업내 자격검정 인증(DW분석사)	한국산업인력공단
2010	2010 Forbes CEO Award 대상	Forbes Korea
2010	아름다운가게 감사패	아름다운가게
2010	제3회 독서문화대상 독서교육부문	독서생활운동중앙회
2010	2010년 글로벌스탠더드경영대상 서비스경영부문 대상	한국능률협회인증원
2010	규제개혁 추진실태 감사평가 모범기관 선정(민원처리 간소화)	감사원
2010	진료비 환불금 지급 업무처리시스템 개선 표창	감사원장 김황식
2010	삼성서울병원 감사패	삼성서울병원 원장 최한용
2010	세계BSC 명예의 전당 수상	세계BSC협회
2010	사업내 자격검정 인증(근거문헌수록지침 마스터)	한국산업인력공단
2010	기업학습 우수사례 공모전 최우수기관 선정	고용노동부
2010	PC보급 감사패	한국IT복지진흥원
2010	웹어워드코리아 공공·교육분야 최우수상(건강나래 모바일 웹진)	웹어워드코리아
2010	모바일앱 서비스 부문 통합대상	웹어워드코리아
2010	웹어워드코리아 준정부기관 분야 최우수상(건강나래 웹진)	웹어워드코리아
2010	제7회 평생학습대상 공공기관부문 우수상	평생교육진흥원
2011	한국의료기기산업협회 감사패	(사)한국의료기기산업협회
2011	2011년 KSQI 한국의 우수 콜센터 선정	CS리더클럽 한국능률협회컨설팅
2011	2011 Forbes CEO Award 대상	Forbes Korea
2011	품질경영시스템 인증(콜센터 서비스)	한국표준협회
2011	양성평등 및 여성의 지위 향상 기여 유공자 포상	여성가족부
2011	IT 표준화 우수성과 지식경제부장관상 수상	지식경제부
2011	데이터베이스 품질 인증	한국데이터베이스진흥원
2011	2011년 나눔문화 실천 대통령 표창장	보건복지부
2011	가족친화우수기관 선정	여성가족부
2011	민원행정개선 경진대회 대통령 표창	행정안전부
2011	2011 Gold Stevie Award The international business awards	The Stevie Awards
2011	2011년 대한민국 커뮤니케이션대상 문화체육부장관상	문화체육관광부
2011	2011년 데이터베이스 품질대상	문화체육관광부
2012	2012 Gold Stevie Award The international business awards	The Stevie Awards

연도	수상명	주관(시상자)
2012	사회복지발전 감사패(한국사회복지협의회 창립 60주년 기념)	한국사회복지협의회
2012	개인정보보호 우수사례 공모전 상장	행정안전부
2012	명지전문대학 보건의료정보과 학생현장교육 감사패	명지전문대학
2012	사회공헌경영부문(공공) 대상	한국경제신문 사장 김기웅
2012	한국정보화진흥원 표창	한국정보화진흥원
2012	보건복지부 표창	보건복지부
2012	2012년 한국PR 대상 KPRA Awards 정부PR 부문 우수상	한국PR협회장
2012	KS-CQI 콜센터품질지수 우수콜센터 선정	한국표준협회 및 조선일보
2012	나눔실천상	서초구립한우리정보문화센터
2012	남산종합사회복지관장 감사패	남산종합사회복지관장
2013	한국에서 가장 윤리적인 기업 공기업부문	시사저널, 한국윤리학회
2013	2013년 KSQI 한국의 우수콜센터 선정	CS리더스클럽위원장 허태학/한국능률협회컨설팅 대표이사 김종립
2013	제2회 행복나눔인상	보건복지부
2013	한국산업안전보건공단 최우수상	한국산업안전보건공단
2013	삼성서울병원 감사패	삼성서울병원 원장 송재훈
2013	근로자 건강증진활동 우수사업장 인증	한국산업안전보건공단
2013	제3회 2013 대한민국 SNS 대상 공공기관 부문 최우수상	해럴드경제 대표이사 이영만/KASCO 회장 이강석
2013	2013 Global Standard Management Awards 품질경영대상	한국능률협회인증원
2013	밝은사회부문 대상	2013대한민국 CSR 필름페스티벌 대회위원회, 보건복지부
2013	제8회 CIO AWARDS 2013 BEST PROJECT 공공부문 대상	CIOCISO 매거진
2013	가족친화인증서 가족친화기관 인증	여성가족부
2013	제3회 2013 대한민국 소통경영 대상	한국경제매거진
2013	10th Annual Meeting HTAi SEOUL 2013 감사패	2013 HTAi 국제의료기술평가조직위원회 위원장 엄영진
2013	2013 Gold Stevie Award The international business awards	The Stevie Awards
2014	소비자물가안정 표창	부총리 겸 기획재정부 장관 현오석
2014	개인정보보호대상 수상기관 표창	개인정보보호위원회
2014	2014년 한국에서 가장 존경받는 기업 의료지원서비스 산업부문	전략경영위원회 위원장 이승한/한국능률협회컨설팅 대표이사 김종립
2014	정부 3.0 업무추진 표창	대통령 박근혜
2014	2014 Korea Blog Award 우수상 공공부문 공공기관 우수상	한국블로그산업협회
2014	2014년 KSQI 한국의 우수 콜센터 선정	CS리더스클럽위원장 허태학/한국능률협회컨설팅 대표이사 김종립
2014	2014년 고객중심경영 대상	한국정보산업연합회, CRM.BI협의회 회장 정진섭
2014	2014 Gold Stevie Award The international business awards	The Stevie Awards
2014	대구광역시 중구청장 표창	대구광역시중구청장
2014	2014 Global Standard Management Awards 품질경영대상	한국능률협회/한국능률협회인증원 회장 이봉서
2014	인적자원개발 우수기관 인증	교육부장관 황우여/안전행정부장관 정종섭
2014	KS-CQI 콜센터품질지수 우수콜센터 공공기관 부문	KSA한국표준협회 회장 백수현/조선일보 대표이사 방상훈

연도	수상명	주관(시상자)
2014	개인정보보호(PIPL)인증서 개인정보보호(PIPL)인증서	한국정보화진흥원
2014	데이터베이스품질대상 데이터보안 부문 우수상	한국데이터베이스진흥원
2014	통계보급이용부문(우수) 표창	통계청장 박형수
2014	보건복지부장관 표창	보건복지부장관 문형표
2015	하나로 기관고객 상패	NH농협은행장 김주하
2015	e-PRIVACY 마크 인증	개인정보보호협회
2015	2015년 KSQI 한국의 우수콜센터	CS경영위원회위원장 허태학/한국능률협회컨설팅 대표이사 김종립
2015	2015년 휴먼테크놀로지어워드 사회혁신부문 우수상	한겨레신문사
2015	제4회 대한민국지식대상 민간공공기관부문 최우수상	국무총리 황교안/행정자치부장관 정종섭/매경미디어그룹회장 장대환
2015	2015 Best Workplaces in Korea 본상	GWP Korea
2015	2015 Global Standard Management Awards 품질경영대상	한국능률협회인증원 회장
2015	2015 KOREA BLOG AWARD 공공부문 공공종합 협회장상	사단법인 한국블로그산업협회 회장
2015	앱어워드코리아 2015 올해의 앱 공공서비스분야 대상	디지틀조선일보 대표이사 김찬
2015	2015년 독서경영 우수 직장 국가브랜드진흥원장상	(사)국가브랜드진흥원 대표이사
2015	KS-CQI 콜센터품질지수 우수콜센터 공공기관 부문	KSA한국표준협회 회장 백수현/조선일보 대표이사 방상훈
2015	전자정부 경진대회 대상	행정자치부장관 정종섭
2015	건강보험심사평가원 『건강을 가꾸는 사람들』 인쇄사보(사외보)부문	보건복지부장관 정진엽
2015	2015년 대한민국 커뮤니케이션 대상 전자사보 부문 인터베이스 대상	(사)한국사보협회장
2015	Internet ECO Award 2015 Winner 공공데이터분야 대상	(사)한국인터넷전문가협회장/인터넷에코어워드위원회위원장
2015	2015 &AWARD GRAND PRIX	DIGITAL AD. GOVERNMENT
2016	대한민국 SNS 산업대상 공공보건부문	사단법인SNS산업진흥원 원장 정연태
2016	2016년 대한민국 GoodApp평가대상 건강정보부문	한경닷컴 대표이사사장 황재활
2016	건축물 에너지효율등급 인증(등급: 1등급)	(사)한국건물에너지기술원장
2016	e-PRIVACY 마크 인증	개인정보보호협회
2016	녹색건축 인증(등급: 그린1등급 최우수)	한국환경산업기술원장
2016	인터넷사이트안전마크 i-SAFE 인증	개인정보보호협회
2016	대한민국지식대상 대상	대통령 박근혜/행정자치부장관 홍윤식
2016	2016 Global Standard Management Awards 품질경영대상	한국능률협회인증원 회장
2016	보건의료DW 우수상	한국데이터진흥원장
2016	공공분야 빅데이터 우수사례 경진대회 대상(빅데이터 분석을 통한 질병 예측, 감시 서비스)	행정자치부장관 홍윤식
2016	한국보건의료기술평가학회장 감사패	한국보건의료기술평가학회장
2016	원주시장 표창	원주시장 원창묵
2016	KS-CQI 콜센터품질지수 우수콜센터 공공기관부문	한국표준협회장 백수현/조선일보 사장 방상훈
2016	2016년 대한민국인터넷소통대상 준정부기관/디지털콘텐츠부문 대상	사단법인 한국인터넷소통협회장/대한민국 소통어워드위원장
2016	2016년 대한민국 커뮤니케이션 대상 블로그 및 카페 부문 최우수 기획블로그상	(사)한국사보협회장 김흥기
2016	2016년 대한민국 커뮤니케이션 대상 인쇄사보 부문	고용노동부장관 이기권

연도	수상명	주관(시상자)
2016	문화체육관광부장관 표창	문화체육관광부장관 조윤선
2016	서울노인복지센터 자원봉사 부문 감사장	서울노인복지센터장
2016	사업내 자격검정 운영기업	한국산업인력공단이사장
2016	콘텐츠(UCC)분야 장려상	국민권익위원회위원장
2016	보건복지부장관 표창	보건복지부장관 정진엽
2016	미래창조과학부장관 표창장	미래창조과학부장관 최양희
2016	2016 대한민국 일하기 좋은 100대 기업 대상	GPTW Institute
2016	2016 독서경영 우수 직장 인증	문화체육관광부장관 조윤선
2016	원주시장 감사패	원주시장 원창묵
2017	인증서 장애물 없는 생활환경 최우수등급	한국장애인개발원장
2017	2017년 KSQI 한국의 우수 콜센터 선정	CS경영위원회위원장/한국능률협회컨설팅 대표이사
2017	대한적십자사회 표창	대한적십자사회장
2017	원주시장 표창	원주시장 원창묵
2017	제5회 보건복지 해킹방어대회 1위	보건복지부장관 박능후
2017	제1회 보건복지 정보보호 UCC공모전 금상	보건복지부장관 박능후
2017	개인정보 보호 자율규제 전문기관 지정	행정안전부장관
2017	4차산업혁명 POWER KOREA 대전 2017 4차 산업혁명 경영대상 4차 산업혁명 스마트 공공기관상	국회융합혁신경제포럼대표의원 김성태/(사)한국언론인협회장 성대석
2017	(사)한국침해사고대응팀협의회장 우수회원패	(사)한국침해사고대응팀협의회장
2017	웹접근성 품질인증	사단법인한국장애인단체총연합회/한국웹접근성인증평가원
2017	지능형건축물 인증	사단법인 IBS Korea 회장
2017	국무총리 표창	국무총리 이낙연
2017	원주시장 표창	원주시장 원창묵
2017	2017년도 Global Standard Management Awards 품질경영대상	한국경영인증원 대표이사
2017	통계청장 표창	통계청장 황수경
2017	KS-CQI 콜센터품질지수 우수콜센터 공공기관부문	한국표준협회장 백수현/조선일보 사장 방상훈
2017	무역의날 삼백만불 수출의 탑	한국무역협회 / 대통령 문재인
2017	2017년 대한민국 커뮤니케이션 대상 블로그 및 카페 부문 최우수 캠페인블로그상	(사)한국사보협회장
2017	개인정보보호 자율점검 표창	행정안전부장관 김부겸
2018	2018년 KSQI 한국의 우수 콜센터 선정(공공기관 부문 8년 연속 한국의 우수콜센터)	CS경영위원회위원장 허태학/한국능률협회컨설팅 대표이사 김종립
2018	국무총리 표창	국무총리 이낙연
2018	교육기부 진로체험기관 인증	교육부장관
2018	일련번호 추적 및 위해 의약품 차단 방법 특허증	특허청장 성윤모
2018	2018년 4차 산업혁명 경영대상 스마트공공기관상	(사)한국언론인협회장/국회융합혁신경제포럼대표의원 김성태
2018	대통령 표창	대통령 문재인
2018	한국경영인증원 글로벌경영위원회 명예의전당 헌액패 품질경영대상	한국경영인증원 글로벌경영위원회 위원장 최동규

연도	수상명	주관(시상자)
2018	통계청장 통계보급이용부문 최우수 표창	통계청장
2018	한국서비스품질우수기관 인증	사단법인 한국서비스진흥협회장
2018	감사원장 표창	감사원장 최재형
2018	콜센터품질우수 우수콜센터 상패	한국표준협회 회장 이상진/조선일보 사장 방상훈
2018	2018 대한민국 커뮤니케이션 대상 인쇄사보(공공) 부문	보건복지부장관 박능후
2018	2018 대한민국 커뮤니케이션 대상 블로그 및 카페 부문 최우수 기획 블로그상 상패	한국사보협회
2018	공공저작물 개방 우수기관분야 우수상	한국문화정보원
2018	행정안전부장관 표창	행정안전부장관 김부겸
2018	강원도지사 감사패	강원도지사 최문순
2018	2018년 조달서비스 우수기관	조달청장 정무경
2019	사단법인한국컨텍센터산업협회 감사장	사단법인한국컨택센터산업협회
2019	사단법인한국의약품유통협회 감사패	사단법인한국의약품유통협회
2019	2018년 글로벌헬스케어(메디컬코리아) 유공 포상 국무총리상	보건복지부 해외의료총괄과
2019	국무총리 표창	국무총리 이낙연
2019	웹 접근성 품질 인증(건강보험심사평가원 홈페이지)	웹와치주식회사
2019	원주시 표창	원주시
2019	강원 사회복지공동모금회 감사패	강원 사회복지공동모금회
2019	2019년 국가산업대상 고객만족부문	산업정책연구원
2019	2019년 KSQI 한국의 우수콜센터 선정	한국능률협회컨설팅 부회장
2019	한국통계학회 감사패	한국통계학회 회장
2019	원주시 사회공헌장 기념패	원주시
2019	2019년 대한민국 나눔국민대상	보건복지부장관 박능후
2019	2019년 대한민국 CEO 명예의 전당 서비스혁신	산업정책연구원
2019	제43회 국가생산성대상 4차산업혁명 선도기업	국무총리 이낙연
2019	콜센터품질지수 우수콜센터 선정	KSA한국표준협회 회장 이상진/조선일보 대표이사 방상훈
2019	대한적십자사회 표창	대한적십자사회장 박경서
2019	서울노인복지센터 노인복지공헌상(자원봉사 부문)	서울노인복지센터장
2019	한국데이터산업진흥원 우수상(의약품안전사용서비스)	한국데이터산업진흥원
2019	행정안전부장관 표창	행정안전부장관 진영
2019	법무부 감사패	법무부
2019	안양소년원 감사패	안양소년원 원장 이용호/정심여자중고
2019	보건복지부 독거노인 보호 유공단체 표창	보건복지부장관 박능후
2020	강원도 노인일자리 사업 표창	강원도청
2020	장애인고용신뢰기업(True Company) 금상 수상	한국장애인고용공단
2020	남녀고용평등 유공 우수기업 국무총리 표창	고용노동부
2020	지역사회공헌 인정기관 선정	보건복지부

연도	수상명	주관(시상자)
2020	원주시 사회공헌 기여 지역사회공헌 감사패 수상	원주시사회복지협의회
2020	2020년 광주광역시 우수 지역사회공헌활동 인정 감사패 수상	광주송광종합사회복지관
2020	CSR필름 페스티벌 사회가치부문 보건복지부 장관상 수상	이투데이
2020	지역문제해결 플랫폼 유공 장관 표창(도시농부 아카데미 하우스)	행정안전부
2020	강원도 혁신도시 조성 및 발전 유공 도지사 표창	강원도청
2020	「2020 안전혁신대상」 대상 수상	한국서비스경영학회, 한국혁신연구원
2020	2020년 행정안전부 주민등록전산자료 이용기관 점검 우수사례 선정	행정안전부
2020	인사혁신 우수사례 경진대회 동상 수상	인사혁신처
2020	국가품질경영대회 국가품질혁신상(서비스혁신부문) '대통령상' 수상	산업통상자원부, 국가기술표준원
2020	강원혁신도시 혁신우수사례 경진대회 '대상' 수상	행정안전부
2020	2020년 CEO 명예의 전당(서비스혁신 부문) 수상	산업통상자원부, 산업정책연구원
2020	한국산업의 서비스 품질지수(KSQI), 10년 연속 '한국의 우수 콜센터' 선정	한국능률협회컨설팅
2020	KS-CQI(콜센터품질지수) 7년 연속 '공공부문 우수콜센터' 선정	한국표준협회
2020	2020 대한민국 SNS 대상 '최우수상' 수상(SNS 운영 우수)	한국소셜 콘텐츠진흥협회
2020	2020 올해의 SNS '최우수상' 수상(블로그 운영 우수)	한국소셜 콘텐츠진흥협회
2020	ARS 운용 공공기관부문 최고 우수기관 선정	과학기술정보통신부
2020	모범·적극행정사례 감사원장 표창	감사원
2020	2020년도 하반기 적극행정 우수사례 경진대회 우수상 수상	보건복지부
2020	2020년 공공저작물 이용활성화 우수상 수상	문화체육관광부
2020	2020년 불법마약류 퇴치 유공 식약처장 표창	식품의약품안전처
2020	제34회 약의 날 보건복지부 장관 표창	보건복지부
2020	2020년 약물감시 유공 식약처장 표창	식품의약품안전처
2020	2020년 신종감염병 생물테러 대응 유공 장관 표창	질병관리청
2020	2020년 의약품 유통 및 의료기기 투명화 유공 장관 표장	보건복지부
2020	2020년 결핵예방의 날 유공 장관 표창	보건복지부
2020	코로나19 감사패 및 감사장 수상	전국재해구호협회
2020	제33회 정보문화의 달 유공 국무총리 표창	과학기술정보통신부
2020	2020년도 국가정보화 유공 장관 표창	과학기술정보통신부
2020	대한민국 IT서비스 혁신 대상 학회장상	한국IT 서비스 학회
2020	대한민국 ICT Innovation Awards 장관 표창	과학기술정보통신부
2020	2020년 기술사업화 유공 장관 표창	산업통상자원부
2020	제8회 범정부 창업경진대회 왕중왕전 '최우수상(국무총리상)' 및 '우수상(중소벤처기업부 장관상)' 수상	행정안전부
2020	2020년 ICT 기반 의료정책 유공 장관 표창	보건복지부
2020	2020년 ICT 기기산업 발전 유공 장관 표창	과학기술정보통신부
2020	2020년 행정정보 공동이용 활성화 유공 장관 표창	행정안전부
2020	2020년 국가통계 개발·개선 통계청장 표창	통계청

9. 연표

1950

1959.10.01 건강보험제도 도입을 위한 연구회 설치(보건사회부)
- 1960년 7월 양재모, 엄장현 위촉

1960

1960.12.15 전국종합경제회의 개최
- 고용 및 생활수준 분과위원회에서 사회보장제도심의위원회 설치 건의

1962.03.01 사회보장제도심의위원회 설치(보건사회부)
1963.12.16 「의료보험법」 제정(법률 제1623호)
1964.06.05 「의료보험법 시행령」 제정(대통령령 제1832호)
1964.06.29 「의료보험 심사규정」 제정(대통령령 제1858호)
1964.10.27 「의료보험법 시행규칙」 제정(부령 제145호)
1964.11.30 「의료보험 심사규정 시행규칙」 제정(부령 제149호)
1964.12.12 의료보험요양급여기준 제정(예규 제210호)
1965.09.25 호남비료의료보험조합 설립(최초 인가 피용자조합)
1968.05.13 부산청십자의료보험조합 설립(최초 인가 자영자조합)

1970

1976.09.13 국민보건 향상을 위한 의료시혜 확대방안 발표(보건사회부)
1976.10.25 전국경제인연합회 경제토론회
- 경제 · 기술조사센터 내 의료보험 전담부서 설치 결정

1976.11.10 의료보험수가조사위원회 설치(보건사회부)
1976.12.22 「의료보험법」 전문 개정(법률 제2942호)
1977.01.13 의료보험협의회 창립
- 전국경제인연합회 부설 경제 · 기술조사센터 내 사무실 설치(종로 3.1빌딩)

1977.03.14 「의료보험법 시행령」 전문 개정(대통령령 제8487호)
1977.04.25 「의료보험법 시행규칙」 전문 개정(부령 제559호)
1977.06.08 진료수가기준 제정(고시 제16호, '77.7.1 시행)
요양급여기준 제정(고시 제17호, '77.7.1 시행)
의료보험 약가 제정(직권실사제)
- 품목별 공장도 평균가격 직접 조사
- 도매거래가격 도매마진율 12% 가산

1977.07.01 직장의료보험 실시(최초 강제적용)
- 500인 이상 사업장 근로자 대상

전국직장의료보험조합 설립(486개)
- 조합별 직장의료보험 진료비 심사 개시(명세서 전건 직원심사)

의료보험조합-의료기관 계약 지정제 실시
치료재료비용 상환기준 제정(실구입가)
1977.11.28 의료보험협의회(임의법인) → 전국의료보험협의회(사단법인) 재출범
1977.12.31 「공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법」 제정
「의료보호법」 제정
1978.07.01 월간잡지 '의료보험' 창간
「공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법 시행령」 제정
1978.08.11 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단(공 · 교공단) 설립
- 공 · 교의료보험 진료비심사위원회 구성 및 진료비 심사 개시

1979.01.01 공 · 교의료보험 실시
- 공무원 및 사립학교 교직원 대상

지역차등제 개정(4단계 → 2단계)
- 서울 · 대도시 → 대도시
- 중소도시 · 농어촌 → 기타지역

1979.04.01 전국의료보험협의회 국제사회보장협회(ISSA) 정회원 가입
1979.07.01 직장의료보험 확대
- 300인 이상 사업작 적용 확대

1979.07.01 진료비 심사 및 요양기관 지정업무 일원화(각 직장조합 → 전국의료보험협의회)
- 전국의료보험협의회 내 진료비심사위원회 설치 · 운영

1979.09.08 의료보험요양기관 관리요령 제정
1979.11.24 사옥 이전(종로 3.1빌딩 → 여의도 전경련회관)
1979.12.01 공 · 교의료보험 적용대상 확대
- 군인 가족 및 사립학교 경영기관 직원 대상

1980

1980.02.29 제1회 의료보험공동협의회 개최
1980.07.17 의료보험 시스템 개발 운영 한국과학기술연구소(KIST) 위탁
1980.08.04 의료보험 요양기관 행정처분기준 제정
1980.12.31 「농어촌 보건의료를 위한 특별조치법」 제정
1981.01.01 직장의료보험 확대
- 100인 이상 사업장 근로자 대상

지역의료보험 시범 실시
- 의약분업 및 의료전달체계 감안하여 조합에서 자체 지정

1981.02.01 의료보험제도 운영실태 감사
1981.05.10 서울 · 경기지역조합 통폐합 완료
1981.06.15 진료수가 점수제를 금액제로 변경
진료수가 지역차등제 폐지
1981.07.01 지역의료보험 1차 시범사업 실시(홍천, 옥구, 군위)
1981.09.03 중앙의료보험조합연합회 설립총회 개최
1981.10.01 전국의료보험협의회 해산 → 중앙의료보험조합연합회 출범
1981.10.02 성실요양취급기관제도 시행
- 지정된 성실요양취급기관 대상 소액 진료비 청구에 대한 정밀심사 생략

1981.10.15 진료비공동심사위원회 발족
- 연합회 및 공 · 교공단 심사기준 통일성 정비 추진

1982.01.01 중앙의료보험조합연합회 → 의료보험조합연합회 명칭 변경
성실요양취급기관제도 → 소액진료비 청구 시범요양취급기관제도 명칭 변경
보험약가제도 전면개정(신고제)
- 공장도 출하가격의 도매 마진율(12.3%)

1982.04.10 월간통신지 '의보소식' 발간
1982.04.13 의료보호 진료비 심사 공 · 교공단 수탁
- 의원급 입원, 병원급 이상 입원 · 외래(2차 진료)

1982.06.01 약가 신고제 실시(약가 전면조정)
1982.07.01 지역의료보험 2차 시범사업 실시(강화, 보은, 목포)
1982.09.01 자체 전산시스템 구축(IBM 4341-L01, 4MB)
1982.12.21 직장의료보험 적용대상 확대
- 16인 이상 사업장 근로자 대상(임의)

1984.05.22 수탁검사 실시기관 인정등기준 제정
1984.06.01 의료보험조합업무 온라인 시스템 구축
1984.06.21 보험약가산정 기준결정 및 관리요령 개정
1984.11.01 사옥 이전(여의도 전경련회관 → 마포 의료보험회관)
한방의료보험 요양급여기준 제정(고시 제84-72호, '84.12.1 시행)
한방의료보험 진료수가기준 제정(고시 제84-73호, '84.12.1 시행)
1984.12.01 한방의료보험 시범사업 실시(청주, 청원)
치료재료 협약가 제도 실시

1985.01.01 유통거래폭 조정에 따른 약가 하향조정
1985.12.01 성실요양취급기관제도 폐지
경향심사제도 시행(의원급 외래)
의원 외래지표 심사(97년 9월 병원 외래지표 심사)
1986.01.01 요양취급기관 자율시정통보제 도입
1986.01.01 외래소액진료비 본인부담정액제 실시
- 표준보수월액상한제 폐지
1986.12.01 소액진료비 청구 시범요양취급기관제도 폐지
1986.12.09 의료보험 요양기관지정취소기준 제정
의료보험 요양기관행정처분기준 개정
1987.02.01 한방의료보험 전국 확대 실시(한방요양기관 일괄지정)
1987.03.25 한방의료보험 약가기준액표 제정(고시 제87-13호)
1987.04.01 직장의료보험 적용대상 확대
- 16인 이상 사업장 근로자 대상(당연)
한약제 보험급여 실시
1987.11.01 농어촌지역의료보험조합 설립(134개 군)
1988.01.01 의료보험조합연합회 → 의료보험연합회 명칭 변경
진료비 심사기구 통합
- 보건사회부 '진료비심사기구 통합 지침'에 따라 공 · 교공단의 진료비 심사업무를 의료보험연합회에 위탁
진료비 심사 기능 지방 분산
- 서울, 부산, 대구, 광주, 대전 등 5개 지부 설치
농어촌지역의료보험 실시
- 지역조합: 해당 조합에서 1~3차로 구분하여 지정
- 직장 및 직종조합: 의료보험연합회에서 별도 구분 없이 지정
1988.03.01 공 · 교공단 의료보험연합회 회원 가입
1988.06.10 월간잡지 '의보련' 창간
1988.06.21 월간홍보지 '의료보험소식' 창간
1988.07.01 직장의료보험 적용대상 확대
- 5인 이상 사업장 근로자 대상
1989.01.01 진료지표 및 관리지표 점수화, 누적관리
1989.05.22 도시지역의료보험 시 · 군 통합지역 온라인 장비 설치
1989.07.01 도시지역의료보험조합 설립(117개 시 · 군)
도시지역의료보험 실시
- 전 국민 의료보험 시대 개막
1989.09.29 약국의료보험 요양급여기준 제정(고시 제89-55호, '89.10.1 시행)
약국의료보험 약제비산정기준 제정(고시 제89-56호, '89.10.1 시행)
1989.10.01 연합회 지부 신설(경기, 경남)
약국의료보험 실시
덤핑 보험약가 인하 조정
1989.11.01 의료보험 전화민원자동응답시스템(ARS) 가동
1989.12.07 약국약제비심사기준 제정(급여 31510-15694)
1989.12.15 의료보험 진료수가기준 개정
재활 및 물리치료실시기관 인정등기준 제정(고시 제89-72호)

1990

1990.01.01 의료보호 진료비 심사 전면수탁
- 정액수가가 적용되는 정신과 1 · 2차 진료(보건기관 제외)
유통거래폭 및 도매 하한가의 탄력운영 조치
1990.09.01 의료보험 음성정보 서비스 확대 실시
1990.12.28 의료보험사료실 개관
1991.03.02 '진료비 명세서 전산매체 이용처리 및 심사업무 전산화 계획' 수립 및 개발 착수
1991.03.29 「지정진료에 관한 규칙」 제정(부령 제867호)
1991.05.08 한방지정진료에 관한 기준 제정(고시 제91-26호)
1991.12.17 진료비 청구명세서 선입력 전산시스템 개발
1992.01.01 3차 진료기관 별도 분류
1992.10.01 골수이식술 보험급여 실시
1992.12.01 진료비 청구 전산처리시스템 개발
1993.03.01 약가산정방법 개정
공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단과 공동명의로 의료보험요양기관 지정서 교부
- 지정번호 부여 관리업무 의료보험연합회 담당
1993.05.20 요양기관 규모별 · 전문과목별 분리 심사 시행
1994.01.01 집단개원의 요양기관 지정
1994.01.07 「응급의료에 관한 법률」 제정('95.1.1 시행)
1994.01.15 의료보장개혁위원회 발족
1994.02.14 진료과목별 심사 실시(종합병원급)
1994.03.01 진료비 전산매체청구 시범사업 실시(서울지역 15개 의원급)
1994.05.31 의료보장개혁위원회 공청회 개최
1994.07.01 진료비 전산매체청구 시범사업 확대(광주지부 관내 요양기관)
의료보험 진료비 전산매체 청구방법 고시
1994.08.01 「의료보험법 시행령」 전문 개정(대통령령 제14350호)
- 가정간호 시범사업 실시
1994.09.01 전산매체 진료비 청구명세서 세부내역 및 진료비 전산매체청구 관련 업무처리절차 고시
1995.01.01 요양급여기간 연간 210일로 연장
1995.01.01 응급의료기금 관리업무 개시
1995.01.06 「진단용방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제정(부령 제3호)
1995.01.14 노인의료비 공동부담사업 실시
1995.02.22 응급의료수가기준 제정(고시 제95-7호)
1995.05.01 진료용재료 인정 등 기준 제정
1995.07.01 진료비 전산매체청구 광주지부 관내 확대
1995.12.06 진료비 청구 · 심사지원 EDI 시범시스템 개통
응급의료수가기준 개정(고시 제95-62호)
1996.01.01 전산화단층촬영(CT) 보험급여 개시
1996.02.01 DRG(포괄수가제) 시범사업 실시
1996.07.01 진료비 전산매체청구 전국 요양기관 확대
- 부산은 '97.01.01부터 적용
1996.08.01 분만급여대상 범위 확대(2자녀 제한 기준 폐지)
1996.12.01 EDI 청구 상용서비스 시범운영(서울 · 경기지역 53기관)
1996.12.27 EDI 청구를 위한 '의료보험 진료비 청구 · 심사 및 지급의 전자문서 처리기준' 고시
1997.02.01 질병군별 포괄수가제도 시범사업 실시
1997.02.17 의료보험연합회 홈페이지 개설(www.nfmi.or.kr)
1997.03.01 서울지역 요양기관 기호부여 체계 보완
- 약국 · 의원의 경우 10,000번째 기호부여 기관부터 앞 2자리 기호를 11 → 12로 변경 부여
1997.07.01 화면심사 및 디스켓 전문가 점검시스템 개발
1997.08.01 EDI 청구 상용서비스 확대(서울지역 약국, 본부 관할 병원급 요양기관)
1997.09.01 경향심사제도 확대(병원급 외래)
1998.01.01 치료재료 환율연동제 실시
1998.03.23 의료보험통합추진기획단 발족
- 단장 송자, (~'98.9.30)
1998.08.01 심사실명제 시행(병원급 이상)
1998.08.30 EDI 시스템 구축 완료
1998.10.01 국민의료보험관리공단 업무 개시
- 지역조합 및 공 · 교공단 통합(단, 재정은 분리)
지역조합 지원 · 지도업무 공단 이관
의약분업추진반 설치 · 운영
1998.12.01 한방요양기관 EDI 시범사업 실시

1999.01.12 약제 보험등재 및 가격관리업무 개시
- 제약협회에서 의료보험연합회로 이관
1999.02.08 「국민건강보험법」 제정(당초 '00.1.1 시행 예정 → '99.12.31 부칙 개정으로 '00.7.1 시행 연기)
1999.03.01 심사실명제 확대(요양기관 전체)
건강보험심사평가원 설립추진반 구성(27명)
EDI 청구 확대(한방 및 DRG 청구 요양기관)
1999.03.09 건강보험심사평가원 설립위원회 구성(6명)
1999.04.01 진료비 심사지침 공개
1999.05.23 의료보험 종합전산망 구축
1999.07.01 EDI 청구시스템 전체 요양기관 적용 확대(조산소 제외)
의료보험 요양기관 당연지정제 적용
1999.07.09 의료보험 요양기관 지정제도 폐지에 따라 요양기관 현황관리 방안 시행
1999.07.30 건강보험심사평가원 설립 운영방안 연구용역 보고서 발표
- 연구책임자: 서울대학교 의과대학 김창엽 교수
1999.11.01 간호인력 확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 실시
1999.11.15 보험약가제도 전면개정
- 보험의약품 실거래가 상환제도 실시
- 보험약가 30.7% 인하

2000

2000.01.01 의료보호 진료비 심사 수탁(정신과 1 · 2차 진료, 보건기관)
치료재료 수입원가 조사 실시
2000.01.25 건강보험심사평가원 기능설정위원회 구성
2000.03.02 진료비 청구명세서 접수실명제 도입
전국 단일 대표전화 도입(1588-2575)
2000.05.01 퇴장방지의약품 선정 및 관리제도 시행
- 176 성분, 1,174 품목
2000.06.23 「국민건강보험법 시행령」 제정(대통령령 제16853호, '00.7.1 시행)
2000.06.29 건강보험심사평가원 정관 및 법인설립 인가(보정65710-410호)
2000.06.30 「국민건강보험법 시행규칙」 제정(부령 제157호, '00.7.1 시행)
건강보험심사평가원 법인 등기
2000.07.01 의료보험연합회 해산
「국민건강보험법」 시행
의약분업 실시
건강보험심사평가원 창립
요양급여비용 수가계약제 도입
요양기관 현황관리업무 통합
2000.07.02 건강보험심사평가원 설립위원회 및 설립추진반 해산
2000.07.18 미결정행위 등의 결정 및 조정기준 제정(고시 제2000-38호, '00.7.1 적용)
- 이후 '신의료기술등의 결정 및 조정 기준'으로 변경('02.8.21)
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 제정(고시 제2000-42호, '00.7.1 적용)
약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준 제정(고시 제2000-39호, '00.7.1 적용)
2000.08.01 요양급여 적정성 평가 개시(제왕절개분만율)
2000.08.11 건강보험심사평가원 제1회 (임시)이사회 개최
2000.08.17 월간 '심평' 창간('00.7.19 등록)
2000.08.18 연합회 해산에 따른 결산감사 실시
2000.08.24 건강보험심사평가원 업무인계 완료
2000.08.25 건강보험심사평가원 업무인수 완료
2000.09.08 제1차 이의신청위원회 개최
2000.09.15 치료재료전문평가위원회 구성
2000.09.30 진료심사평가위원회 운영규정 제정
- 전문심사제도 도입
2000.10.01 지표심사제도 도입(한의원)
- 지표 · 개괄 · 정밀로 분류
'요양급여비용 심사처리현황' 전화자동응답(ARS) 서비스 실시
2000.10.11 평가관련업무 추진방향 발표
2000.10.17 의료행위전문평가위원회 구성
2000.10.18 약제전문평가위원회 구성
2000.10.23 국회 국정감사 수감
2000.10.24 '행정서비스헌장' 제정 및 선포식 개최
2000.11.01 중앙평가위원회 구성
병원급 이하 요양기관 현황관리업무 지원 이관
- 한방은 '01.1.1 이관
2000.11.01 치료재료 급여목록 및 상한금액표 시행
2000.11.10 제1회 중앙평가위원회 개최
- 평가업무의 이론적 · 실무적 방향 설정
2000.12.22 질병군별 DRG(포괄수가제도) 시범사업 설명회
2000.12.30 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 제정(고시 제2000-73호)
2001.01.01 상대가치점수제 도입
치료재료 협약가 제도 폐지
영상자료 처리시스템(PACS) 개발 및 시범사업 실시
2001.04.01 음성자동안내(CTI) 서비스 전 지원 확대
2001.05.01 현지확인심사제도 도입
PACS 이용 영상자료 처리시스템 도입
2001.05.04 건강보험공단과 정보자료 공유 협약 체결
- 자격관리, 청구명세서 등
2001.05.24 「의료보호법」→「의료급여법」 전부 개정
2001.06.01 녹색인증요양기관제 시행(의원, 치과의원, 한의원)
- 약국은 '01.11.1부터 실시
- 이후 '07.7.1 녹색인증요양기관제 폐지
2001.06.12 요양급여 비용청구 Web-EDI 개발 시연회
2001.06.29 창립 1주년 기념식
- 원훈 제정 선포('밝고 예의바르게', '신속하고 친절하게', '성실하고 공정하게')
2001.06.30 업무정지처분 및 과징금부과 기준 개정
이의신청위원회 위원장을 '원장' → '원장이 지명하는 상임이사'로 변경
2001.07.01 Web-EDI 서비스 개시
진찰료 및 처방료 수가 체계 개편
지표심사제도 분류범위 수정
- 지표 · 정밀 · 전문심사로 분류
2001.07.02 저가약 대체조제 인센티브 지급 실시
- '01.7.1 조제분부터 적용
의약품 등 불공정거래행위 신고센터 설치
2001.08.01 의료보호 정신과 정액진료비 EDI 청구 실시
병원 및 한의원 EDI 인정업무 지원으로 이관
2001.08.24 전산매체 및 EDI 청구시스템 통합
2001.09.29 요양급여 적정성평가 및 요양급여비용의 가감지급기준 제정(제2001-50호)
2001.11.01 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제정(제2001-56호)
2000년 건강보험심사평가통계연보' 발간
의료급여 혈액투석 정액수가제 실시
2001.11.09 질병군별 DRG(포괄수가제도) 확대 시행을 위한 공청회
2001.11.27 고시관련 운영규정 제정
2001.12.26 청구소프트웨어 검사기준 고시 제정
2001.12.31 업무정지처분기준 개정
2002.01.01 선택적 참여방식의 포괄수가제 본사업 실시(8개 질병군)
요양(의료)급여비용 심사 사후관리 시행
2002.01.09 국민건강보험재정건전화특별법 제정(법률 제6620호)
- '06.12.31까지 한시법
2002.01.19 요양급여비용 심사 대행청구제도 시행

2002.02.15 청구소프트웨어 검사 심의위원회 구성
2002.02.26 질병군별 포괄수가제도 확대 시행을 위한 공청회
2002.03.06 요양급여의 적정성 평가 업무운영 규정 제정(중앙평가위원회 심의)
2002.03.18 요양급여비용 대행청구 관리기준 제정(제2002-22호)
2002.04.01 현지조사 자율시정통보제 도입
2001년도 약제급여 적정성 평가결과 발표
2002.05.01 사이버 신고함 설치 · 운영
2002.06.12 기획위원제 도입
2002.06.29 창립 2주년 기념식
2002.07.05 진료심사평가 상근심사위원진 확정(24명)
2002.07.22 대구지원 사옥 이전
2002.08.01 제왕절개분만 평가결과 발표
2002.08.12 지식제안시스템 '좋은생각 i-Hira' 개설
2002.08.14 비상근심사위원 545명 위촉(임기 2년)
2002.08.21 신의료기술등의결정및조정기준 개정(구 미결정행위 등의 결정 및 조정기준)
- 약가 재평가 관련 근거 마련
2002.09.01 실거래가 사후관리 실시
- 최저 실구입가격 적용 1년간 한시적 운영
감기(급성호흡기감염증) 전산점검 기준 검토 및 개발
2002.09.03 EDI 청구 5만 기관 참여 기념행사 개최
2002.09.06 CT 평가결과 발표
2002.10.31 혈액투석 평가결과 발표
2002.11.20 요양급여장비의 적정기준 고시 제정
- 이후 '08.4.15 폐지
2002.12.01 원외처방약제비 전산자동연계심사 전산프로그램 보완
지표심사제도 확대(종합병원 이상)
2002.12.03 제왕절개분만 적정화를 위한 공청회
2002.12.09 지역심사평가위원회 한방 비상근심사위원 위촉(지원별 5명, 총 35명)
2002.12.18 요양급여의 대상 여부에 대한 확인신청제도 도입
- 의료급여는 '07.3.29부터 도입
2003.01.01 질병군 분류체계를 이용한 진료비고가도지표 산출
- 종합병원 이상 입원진료비 명세서에 대해 입원환자분류체계(KDRG) 이용
2003.01.02 직원윤리강령 제정
2003.01.09 상대가치운영기획단 회의 개최(1차)
2003.01.14 특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙 제정(부령 제235호)
2003.02.13 제1차 조직경영진단위원회 개최
2003.02.24 식품의약품안전청과 의약품허가(신고)에 대한 전산자료 공유 협약
2003.03.01 요양급여비용 청구명세서 자동분배시스템 개발
2003.03.06 보건의료정보분석시스템(DW) 구축
2003.04.01 급여적정성 종합관리제 실시(의원, 치과의원)
감기 전산점검 실시 계획 수립
2003.04.29 외래에서 진료한 감기(급성호흡기감염증) 심사원칙 설명회
2003.05.01 단순청구 착오 전산점검 전 기관확대
인터넷 홈페이지, 의료정보포털시스템으로 전면개편
요양기관 현황 조회, 변경 및 폐업관리 포털서비스 개시
심판청구전담지원팀 운영(~'03.7.20)
2003.05.15 WHO 제56차 세계보건총회 참석
2003.05.21 2002년 연간 약제급여 적정성평가 결과 발표
2003.06.30 창립 3주년 기념식
2003.07.01 데이터웨어하우스(DW) 시스템 가동
2003.08.01 전산점검 개시(의원급, 감기)
2003.08.11 상대가치점수연구개발단 설치(7명)
2003.08.18 상대가치점수연구개발단 및 신기술평가개발팀 현판식
2003.09.01 요양기관 기호부여 포털서비스 개시
포괄수가제 본사업 대상 질병군 축소 실시(질식분만 제외한 7개 질병군)
2003.09.29 한국희귀의약품센터를 요양기관에 포함
2003.10.01 퇴장방지의약품의 사용장려비용 산정기준 변경
- 정액에서 상한금액의 10%를 가산 지급
2003.11.01 2001년도 제왕절개분만율 평가결과 발표
2004.01.12 보건복지부 면허 데이터베이스 공유 개시
2004.02.24 의약품사용평가위원회 설치 · 운영
- 병용금기 등 의약품 사용기준 심의
2004.03.02 약물 배합금기 및 특정 연령대 금기 처방성분 인터넷 조회서비스 제공
2004.04.01 경기 한강 이북소재 관할기관 서울지원 → 수원지원 변경
의료급여 청구경향통보제도 도입
2004.04.21 진료심사평가 옴부즈만제도 운영 개시
2004.04.27 제1회 열린토론방 운영(월 2회)
- 외국의 진료비 지불제도 동향 등
2004.05.01 OLAP 활용 경진대회 최초 실시
보건의료정보분석사 자격제도 도입
2004.05.31 진료비 확인업무 자동화시스템 구축
MDM 기법(다차원 통계분석 시스템) 도입
2004.06.30 창립 4주년 기념식
2004.07.01 본인부담상한제 실시
2004.07.14 외래 및 약국명세서 청구단위 변경 고시(월 → 일 변경)
- 외래 방문일자별/약국 처방전별 청구, 주단위 청구 허용
요양급여비용청구명세서 서식 개선 추진팀 구성
2004.07.15 무면허 의료행위 사전 적발 전산시스템 가동
2004.07.30 정보통신위원회 출범(내외부 전문가로 구성)
2004.09.01 부당청구감지시스템 운영 개시(데이터마이닝 기법 활용)
2004.10.27 공동연구협약 체결(대한외상학회, 대한응급의학회, 대한임상독성학회)
2004.11.23 당뇨병학회와 질병통계자료 공유 조인식
2004.12.06 진료비 전자청구시대 기념식 개최
2005.01.01 외래 명세서 일자별 작성 월(주)단위 청구 관련 화면심사시스템 개발
자기공명영상진단(MRI) 보험 급여
자연분만 및 신생아 입원 본인부담금 면제
2005.01.12 2003년도 제왕절개분만 평가결과 발표
2005.02.01 재심사조정청구제 신설
2005.02.21 의약품종합정보센터 설립준비팀 업무 개시
2005.03.28 고객만족 경영혁신 다짐대회 개최
2005.04.01 기획현지조사 사전예고제 시행
공공기관(검찰, 경찰 등) 심사의뢰업무 개시
2005.05.01 요양급여 적정성 평가결과 공개 확대(현 병원평가정보)
- '04년까지는 항목별 평가결과 요약 공개 수준
- '05년부터는 평가결과 양호 요양기관 명단 등 포함 공개
2005.05.19 본원 사옥 이전(마포 의료보험회관 → 서초사옥)
2005.06.01 민원 관련 진행정보 실시간 문자제공서비스 실시
2005.06.17 서울지원 사옥 이전(~6.19)
2005.06.21 서초사옥 입주식
2005.06.22 EDI 심사시스템 ISO9001 인증 획득
2005.06.30 창립 5주년 기념식
2005.07.01 무료진료환자 진료비 심사 수탁
주5일 근무제 실시
요양급여비용 청구자료 등 관리체계 구축 실행
2005.07.04 대한의학회와 연구 및 질병통계 공유 협약 체결
2005.07.11 홈페이지 환불금지급요청서비스 개시
2005.07.21 고객만족 경영자문단 구성
2005.08.01 급여적정성 종합관리제 확대(보건기관)
2005.08.03 보훈환자 진료비 심사 수탁계약 체결
2005.08.05 청구 · 심사 정정서비스시스템 구축
2005.08.10 고객서비스헌장 제정 · 선포
2005.08.24 EDI 심사시스템 국제인증 획득 기념 현판식

2005.09.13 국제심포지엄 최초 개최
- 주제: 근거중심의학의 현재와 미래
2005.09.21 직장보육시설(푸르니어린이집) 개원식
창원지원 사옥 이전
2005.10.01 보훈환자 위탁진료기관 진료비 심사 수탁
2005.10.24 고객만족 향상을 위한 Happy Call 시행
2005.10.27 중증질환심의위원회 설치
항암화학요법 공고체계 변경(장관 → 원장)
2005.11.01 급여적정성 종합관리제 전면실시(병원급 이상)
인터넷을 이용한 이의신청 도입(약국)
2005.11.09 허혈성 심장질환 관련 적정성 평가결과 공개
2005.11.15 전문심사위원 원격심사 시범운영 개시
2005.11.30 국가정보보안협의회 가입
2005.12.01 급여적정성 종합관리제 확대(한의원, 한방병원)
2005.12.22 SMS시스템 통합구축 및 관리운영 일원화
2005.12.23 CS총괄팀 설치
2006.01.01 전액본인부담제도 폐지(126항목)
양전자단층촬영(PET) 보험급여 개시
6세 미만 아동 입원 본인부담 면제
- '08년 10%로 조정
급여적정성 종합관리제 확대(약국)
2006.01.09 암환자에게 처방 · 투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 제정
2006.02.03 2005년 고객만족도조사 실시(68점)
2006.02.09 전국 요양기관 항생제처방률 평가결과 홈페이지 공개
2006.03.01 치료재료 상한금액 산정기준 제정
2006.03.09 New Vision 선포식
- 비전: 국민의료의 질과 비용의 적정성을 보장하는 중추기관
2006.03.29 진료비 전자청구심사시스템 일본 진출
- 아이치현 치과의사회 컨설팅 계약
2006.04.01 현지조사 유형별 청구경향통보제 확대
2006.05.16 전국 의료기관의 주사제 처방률 공개
2006.06.01 입원환자 식대 보험급여 개시
심판청구전담지원팀 운영(~'06.12.31)
2006.06.26 진료정보제공용 Web-service 실시
2006.06.28 '진료비 전자심사방법' 대한민국 특허 등록
2006.06.30 창립 6주년 기념식
2006.07.01 정밀심사 선정기법 도입
2006.07.10 홈페이지 '환불금 지급요청' 코너 신설
2006.07.21 고객지원실 설치
2006.08.10 인터넷 방송 및 화상회의 시스템 구축
2006.09.15 '진료비 전자심사방법' 중국 특허 출원
2006.09.23 근거중심 의사결정을 위한 컨퍼런스 개최
2006.10.27 「의료법」 개정('07.4.28 시행)
- 신의료기술평가 및 신의료기술평가위원회 설치 근거 마련
2006.11.01 데이터웨어하우스(DW) 분야 ISO9001 국제인증 획득
2006.12.01 암상병 병원 진료정보 제공
2006.12.20 슬관절치환술 2005년도 진료분 평가결과 공개
2006.12.28 2005년 제왕절개분만율 공개
2006.12.29 의약품 등재방식을 포지티브 방식으로 변경
- 경제성평가 및 약가협상제도 이원화
- 약제전문평가위원회가 폐치되고 약제급여평가위원회 설치
2007.01.01 6세 미만 아동 외래본인부담 성인의 70% 적용
현지조사요원 향피 · 기피제 도입
정기간행물 제호 변경('심평' → '건강을 가꾸는 사람들')
요양급여 종별 요양급여비용 수가계약제 도입
2007.01.01 의원급 외래명세서 일자별 작성 · 청구 전면 확대 실시
선별집중심사 도입
- 진료비 급증, 사회적 이슈화 등 진료경향 개선이 필요한 항목을 선정 및 사전 예고 후 집중 심사하는 사전예방적 심사로, 약제 다품목 처방 등 8항목 관리
2007.01.02 약제급여평가위원회 설치
2007.01.25 한국 '건강보장 제도' 선진화 사례 일본 NHK TV 방영
2007.02.07 약제 요양급여 적정성 평가 개시
2007.03.06 질병코드 모니터링 조회시스템 웹 서비스 실시
2007.03.08 제1기 건강보험심사평가 최고위자과정 입학식
2007.03.29 의료급여 수급권자 진료비 확인요청제도 확대
2007.04.01 항암화학요법 사용기준 공고
간호등급 가산제도 개선
2007.04.02 기등재 의약품 정비 계획 공고
2007.04.24 EBRM 활용 우수자 최초 도입 · 선발(5명)
2007.04.27 신의료기술평가에 관한 규칙 제정(기타령 제396호, '07.4.28 시행)
2007.05.01 진료비 부당청구 e-신고센터 개설
2007.05.15 대국민 홍보용 '건강마을 기차여행' 책자 발간 · 배포
아름다운 가게 나눔마당 행사 개최
2007.05.29 건강보험심사평가원 홍보대사 위촉(배우 이선균)
2007.06.15 신의료기술평가 수반사업 위탁기관으로 선정
- 신의료기술평가위원회 설치
2007.06.25 건강보장 30주년 기념사업 홈페이지 오픈
2007.06.27 심사평가정보센터 개소 기념 심포지엄 개최
2007.06.29 창립 7주년 및 건강보험 30주년 기념 브랜드 '의료평가 1' 선포식
요양급여비용 및 의료급여비용 가감지급 시범사업에 관한 기준 제정(고시 제2007-56호)
2007.07.01 요양급여비용 가감지급 시범사업 실시(급성심근경색증, 제왕절개분만)(~'10.12.31)
녹색인증요양기관제 폐지
청렴이행 자가진단 평가제 도입
2007.07.04 건강보장 30주년 기념식
2007.07.09 '바른치료이야기' 블로그 개설
2007.07.23 국립암센터와 업무협력체계 구축 협약 체결
2007.07.25 이의신청위원회 확대(10명 → 25명)
- 「국민건강보험법 시행령」 개정
2007.08.01 의료장비현황 일제 정비(~'07.8.31)
원격심사제도 확대 실시
2007.08.16 이의신청 인터넷 접수 확대(약국 → 전체 요양기관)
'진료비 전자심사방법' 멕시코 특허 출원
2007.08.20 서초사옥 1층 '고객쉼터' 마련 개소식
2007.08.24 엄마 · 아빠 직장체험하기 행사 개최
2007.08.29 '진료비 전자심사방법' 브라질 특허 출원
2007.09.04 국제심포지엄 개최
- 주제: 진단법 평가에 대한 과학적 이해와 임상 응용
2007.09.05 건강보장 30주년 기념 심포지엄 개최
- 주제: 한국건강보장의 비전과 전망
2007.09.10 WHO 서태평양지역총회 'EDI 기반 진료비 전자청구 · 심사시스템' 홍보관 설치(~9.14)
2007.09.14 약학정보원과 '의약품 정보교류 협력에 관한 협약' 체결
2007.09.19 뇌졸중 환자의 진료적정성 평가결과 오개
2007.09.20 상대가치점수 전면개편안 의결
2007.09.21 '약 바루 바루' 뉴스레터 발간
2007.10.01 신생아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등 적용
'HIRA 정책동향' 창간호 발간
2007.10.08 의약품관리종합정보센터 개소식
2007.10.23 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준 제정

2007.10.29 전체 요양기관 대상 처방건당 약품목수 처방지표 공개
2007.11.07 의료급여 30주년 기념식 및 학술심포지엄
2007.11.10 보건복지공동재해복구(DR)센터 구축
2007.11.13 건강보장 30주년 기념 국제심포지엄 개최(~11.14)
2007.11.21 요양병원형 건강보험수가제도 시행 관련 청구명세서 서식 개정
2007.11.28 '진료비 전자심사 방법' 남아프리카공화국 특허 등록
2007.12.24 포털 웹사이트 개편 오픈
- 국민용/요양기관용 구분
- 맞춤형 종합정보서비스(우리병원 정보 보기) 콘텐츠 추가
2007.12.27 조혈모세포이식술 등 위험도 높은 7개 수술의 진료량 지표 평가결과 공개
2007.12.28 본원 지방이전 계획 수립
종합상담센터 구축 및 운영
- 보건복지부, 심사평가원 공단과 연계하여 건강보험 대국민 서비스제공을 위한 종합상담센터 구축
2008.01.01 요양기관 유형별 환산지수 적용 개시
2008.01.01 요양병원 일당 정액수가제 도입
- 입원료(의사 · 간호인력 기준) 차등 적용
2008.01.10 심사지식 Bank 1단계 구축
2008.01.15 고객만족 경영자문단 확대(16명 → 150명)
2008.01.18 요양기관 의료장비 등록 포털시스템 개편
2008.02.14 호스피스 수가 개발 공청회 개최
2008.02.22 의약품 표준코드 홈페이지 일괄 공고
2008.03.03 대전지원 사옥 이전
2008.03.12 의료장비종합정보시스템 구축 및 서비스 개시
개량신약 평가절차 개선
- 평가기간을 150일에서 60~90일로 단축
2008.03.28 거짓청구 요양기관 공표제 도입
- 「국민건강보험법」 개정('08.8.29 시행)
2008.04.01 동일 처방전 내 DUR 점검 실시(1단계)
2008.04.02 광주지원 사옥 이전
2008.04.15 요양급여장비의 적정기준 고시 폐지
- 「국민건강보험 요양급여의 적용기준에 관한 규칙」에 규정
2008.04.21 의료장비 종합정보 제공서비스 홈페이지 개시
2008.04.29 CRM시스템 구축 및 운영(1단계)
2008.05.07 '진료비 전자심사방법' 일본 특허 등록
2008.05.19 EBRM(근거문헌활용지침) 마스터 선발대회 개최(4명)
2008.06.05 심사 일관성 향상을 위한 시스템 구축
2008.06.25 국제심포지엄 개최
- 영국 NICE 초청(4명)
2008.06.26 영국 NICE와 업무협약(MOU) 체결
2008.06.30 창립 8주년 기념식
2008.07.01 중환자실 입원환자 간호관리료 차등 적용
약제비 처방총액절감 인센티브 시범사업 실시(~'09.6)
2008.07.11 허가 또는 신고범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차 제정(고시 제2008-73호)
2008.08.01 허가 · 신고범위 초과사용 약제 비급여 승인업무 개시
요양기관 종합정보(profile) 1단계 시스템 구축
2008.08.19 위암 등 11대 암질환의 입원일수 · 진료비 정보 공개
2008.08.20 약제급여 평가결과 공개
2008.08.26 수술예방적항생제 1차년도 평가결과 공개
2008.09.01 건강보험심사평가원 TV캠페인 홍보 개시(~10.31)
2008.09.02 2008년도 기등재평가대상약제 공개
2008.09.26 5개 보훈병원 심사 수탁 관련 청구방법 개정 고시
2008.10.01 보훈병원 진료비 심사 수탁('08.1.1부터 소급)
의료급여 정신과 입원 차등수가제 실시
2008.10.07 의약품종합정보시스템 구축
2008.10.26 서울지원 사옥 이전
2008.11.11 국제심포지엄 개최
- 주제: 보건의료서비스체계 내에서의 근거와 가치
2008.11.18 HIRA-모바일민원서비스 시범사업 개시
2008.11.20 HIRA 비전 선포식 및 경영목표 달성 다짐대회 개최
- 비전: 세계 제일의 의료심사평가기관
생산성 향상 우수기관 현판
2008.11.24 2008년 공공기관 고객만족도조사 실시(77.6점)
2008.11.30 급성심근경색증 2008년도 평가결과 공개
2008.12.01 가감지급 시범사업 1차 평가결과 및 감액기준선 공개
특정의료서비스 병원정보 제공 개시(장기이식술, 부정맥수술 등)
2008.12.05 콜센터 시범운영
- 콜센터 운영 시 시스템 장애 발생과 고객 불만 최소화 및 시범운영 시 제기되는 문제점을 분석, 보완하여 콜센터의 조기 정착을 도모
2008.12.08 대장암수술 등 위험도 높은 수술의 진료량 지표 평가결과 공개
2009.01.01 진료심사평가위원회 위원 증원
- 상근심사위원 30명 → 50명
- 비상근심사위원 600명 → 1,000명
2009.01.01 급여적정성 종합관리제 → 적정급여 자율개선제 개편
2009.01.27 병원별 수술비 · 입원일수, 접합수술 등 특수병원정보 공개
2009.01.29 내부 회계관리시스템 구축
2009.02.19 대한상공회의소와 '의약품 정보교류 협력에 관한 협약' 체결
제2기 약제급여평가위원회 위원 위촉
2009.03.01 진료비 확인업무 건강보험심사평가원으로 일원화
2009.03.09 개성공업지구 '그린닥터스 개성의원'에 요양기관기호 부여
2009.03.19 CRM시스템 구축 및 운영(2단계)
2009.04.01 치료재료 상한금액 환율 연동 조정기준 고시 · 시행
지표심사를 일반심사로, 정밀심사를 전문심사로 명칭 변경
요양기관 종합정보(profile) 2단계 시스템 구축
약제 결정 · 조정신청 인터넷 신청 개시
'온라인 급여기준 신문고' 오픈
2009.04.07 현지확인심사를 방문심사로 명칭변경
2009.04.20 일산병원 대상 신포괄수가제 제1차 시범사업 실시(~'10.6)
2009.04.23 '진료비 전자심사방법' 호주 특허 등록
2009.04.28 고객센터 개소(행복의 전화 1644-2000)
2009.05.01 고양시 DUR 시범사업 실시(~'09.10.31)
2009.05.05 IPTV 공공서비스 보건의료부문 시범사업자로 선정
2009.05.11 이의신청 특별대책반 운영(~'09.7.10)
2009.05.28 '사이버 심사평가원씨' 블로그 오픈
2009.06.01 감사원 규제개혁 추진실태 감사결과 모범기관으로 선정(진료비 확인업무)
2009.06.17 08년도 요양병원 입원급여 적정성 평가결과 공개
2009.06.23 방송통신융합(IPTV) 시범사업 협약식 개최
대한민국 콜센터 경영컨퍼런스 참석
2009.06.25 처방총액절감 인센티브 시범사업 결과 발표
'09년 1/4분기 고객서비스헌장 이행실태 점검(~7.3)
2009.06.30 창립 9주년 기념식
2009.07.01 적정급여 자율개선제 확대(종합병원 이상)
- 요양기관 종합정보서비스 개시
전공의 수급 활성화 위해 흉부외과 및 외과수술 가산제(100%, 30%) 도입
희귀난치질환자 등록제 시행 및 본인부담 경감(20% → 10%)
암환자, 심장 및 뇌혈관 질환자 본인부담 경감(10% → 5%)
2009.07.07 요양병원 평가결과, 시설 · 인력 · 진료 등 우수한 요양병원 대국민 공개
종합상담서비스 및 우리병원전담제 실시
2009.07.14 수술전후 항생제 사용 우수병원 선정결과 발표
2009.07.20 청구오류 사전점검서비스 시범사업 실시(~'09.12.31, 30기관)

2009.07.31 인체조직에 대한 결정 및 조정신청제도 도입
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 및 '신의료기술 등의 결정 및 조정기준' 개정
2009.08.01 리베이트-보험약가 연동제 도입
- '신의료기술 등의 결정 및 조정기준' 개정
2009.08.04 본원 지방이전 계획(안) 국토해양부 승인
2009.08.14 녹색경영 선포식
2009.08.20 건강보험심사평가원-한국보건의료연구원 상호 업무협력체계 구축을 위한 협약식
2009.08.27 신종플로 상황반 운영(~'10.3.31)
- 감염관리료 신설, 급여기준 마련 및 정부상황보고 체계 가동
2009.08.29 1사 1촌 자매결연
- 강원도 횡성군 강림면 월현1리 달고개마을
2009.09.02 적정성평가 통계 유공기관으로 국무총리상 수상
2009.09.30 생산 · 수입 · 공급 중단 보고대상 의약품 고시(제2009-178호)
2009.10.01 이의신청결과 전산통보(EDI) 전면 시행
2009.10.30 '진료비 전자심사 방법' 싱가포르 특허 등록
2009.11.02 제주도 DUR 시범사업 실시
IPTV를 통한 양방향 보건의료 서비스 국내 최초 제공(~12.31)
2009.11.03 국민권익위원회에서 자동차보험 진료비 심사업무 건강보험심사평가원 위탁 추진 권고
2009.11.06 기등재 의약품 목록정비 사업 본평가
2009.11.10 업무협의를 통한 고발기준 개정
2009.11.12 급성기 뇌졸중 진료 평가 우수병원 공개
2009.11.18 기획조사선정항목협의회 구성 및 운영
2009.11.23 지방자치단체와 보건의료자원 정보연계 개시
2009.11.26 허위청구기관 등 요양기관 고발기준 개정
2009.11.30 가감지급 시범사업 2차년도 평가결과 및 인센티브 지급대상기관 발표(21기관)
2009.12.01 의료장비 품질검사주기 사전안내시스템 구축 및 서비스 개시
한방물리요법 및 치아우식증 예방진료 급여 적용
식품의약품안전청 의료장비 허가범위 연계 심사 실시
요양급여 적정성 평가 지침서 제작 · 배포(요양기관 활용)
암환자 본인부담 경감(10% → 5%)
2009.12.17 근거문헌수록지침(EBRM) 마스터 선발(4명)
2009.12.18 농촌사랑 1사 1촌 자매결연 협약식 개최
- 충북 보은군 마로면 송현리
2009.12.28 완화의료수가 제1차 시범사업 실시(~'11.5.31)
2009.12.29 한국실명예방재단과 개안수술비 지원 협약
2009.12.30 인체조직 가격의 산정기준 제정(고시 제2009-247호)

2010

2010.01.01 치료재료 재평가 제도 도입
2010.01.04 CS 비전 선포
- 국민 건강과 행복의 'Fair Partner'
2010.02.16 의약품 거래 및 약가제도 투명화 방안 마련
2010.02.19 건강보험심사평가원 인터넷방송국 홈페이지 오픈
2010.02.23 DW분석사 국가공인 사내자격제도 인증 취득
2010.02.24 인체조직전문평가위원회 설치(17명)
2010.03.02 독거노인을 위한 심사평가원 고객센터 안심콜서비스(1644-2000) 실시
2010.03.29 인체조직전문평가위원회 1차 회의 개최
2010.03.31 생산, 수입, 공급이 중단되어서는 안 되는 의약품 선정 · 공고('10.4.1 시행)
- 1,444개 품목, 211개 업체
2010.04.01 요양병원 입원료 차등수가제 전면개편
- 의사 · 간호등급 산정방법 변경(병상 수 대비 인력→환자 수 대비 인력)
2010.04.01 전자자료관리시스템 구축
- 각종 신고서, 심사보완자료 등 전자화
진료비 확인업무 웹메일 송부시스템 개시
2010.04.13 2010년 고객만족 실천다짐 대토론회
2010.04.26 한국형 의료행위분류 행위정의개발 및 관리체계구축(1단계)을 위한 연구계약 체결
2010.05.01 진료비 확인 민원현황 통계시스템 구축
요양기관 종합정보(Profile) 3단계 시스템 구축
제주도 약국 판매 일반의약품 DUR 시범사업 실시
2010.05.20 진료비용 정보공개 관리체계 구축 연구용역 실시
2010.05.25 창립 10주년 기념 국제심포지엄 개최
- 주제: 국민의료의 질과 비용의 적정성 보장
전체 의약품에 WHO 의약품 성분코드(ATC) 부여 완료(49,718개 품목, 518개 업체)
2010.06.01 신의료행위의 건강보험 등재 세부절차 홈페이지 공개
2010.06.07 홈페이지에 고객맞춤형 '자주 묻는 진료항목정보' 코너 개설
2010.06.08 의약품 시장형실거래가 제도 시행 관련 청구방법 개정 고시
2010.06.15 신의료기술평가 수반사업의 업무 이관(건강보험심사평가원 → 한국보건의료연구원)
2010.06.24 혈액투석기관 평가결과 최초 공개
2010.06.28 건강보험심사평가원 창립 10주년 기념 브랜드 워크숍 개최
2010.06.30 창립 10주년 기념식 및 2020 New 비전 발표
- 비전: 바른심사 바른평가, 함께하는 국민건강
일산병원 대상 신포괄수가제 제2차 시범사업 실시(~'11.6)
현지조사 온라인 지원시스템 구축
2010.07.01 자연분만 수가 및 조산료 50% 가산(2년에 걸쳐 단계적 적용)
산정특례대상 등록 중증환자 본인부담률 5% 수준으로 경감
2010.07.30 사업 조기수행을 위해 기등재 의약품 목록 정비계획('07.4.2) 변경공고
2010.08.02 청구오류 사전점검서비스 1단계 실시(병원급)
- 진료비 청구 전 220항목 청구오류 사전점검 가능
2010.08.03 2009년도 '수술의 예방적 항생제 사용' 평가결과 공개
2010.08.13 의원외래처방에 대한 '요양급여비용 가산지급기준' 고시(제2010-22호)
2010.08.24 2009년도 전국 요양병원 평가결과 공개
2010.09.10 한국소비자원과 의료소비자 정보제공 확대를 위한 업무협약 체결
2010.09.14 NHN과 건강정보 제공을 위한 업무협약 체결
2010.09.24 본원 지방이전 사옥 신축 추진계획 보고
웹진 '건강나래' 공개
2010.09.30 '약제의 결정 및 조정 기준' 제정(고시 제2010-79호)
- 행위 · 치료재료와는 달리 선별등재(포지티브) 방식을 취하고 있어 분리하여 별도 고시
2010.10.01 의약품 시장형 실거래가제도 시행
2010.10.04 '행위 · 치료재료 등의 결정 및 조정 기준' 개정(고시 제2010-82호)
- '신의료기술등의 결정 및 조정 기준'의 고시명 변경
2010.10.08 다기능 스마트폰 앱 '건강정보' 개발 · 공개
2010.10.15 근거문헌활용지침 마스터 국가인정 자격사 제도로 공식 인증
2010.10.19 노동부 주최 2010년도 기업학습 우수사례 공모전 최우수기관으로 선정
2010.10.24 제1회 사랑 나눔 걷기대회 개최
2010.11.04 의료급여 정신과 의료기관 평가결과 첫 공개
2010.11.15 건강보험 거짓청구 요양기관 명단 공고
2010.11.16 가감지급 시범사업 결과 발표(상급종합병원의 급성심근경색, 제왕절개분만)
2010.11.20 의약품안전사용서비스(DUR) 구축
2010.12.01 처방전 간 DUR 점검 전국 확대(2단계)
- 비급여 의약품 포함
2010.12.09 요양급여 적정성평가 중장기(~2020) 로드맵 수립
2010.12.13 허위청구 요양기관 명단 첫 공개
2010.12.15 '2009년 건강보험통계연보' 발간

2010.12.20 진료비청구포털시스템 구축 관련 요양급여비용 청구 및 자료제출 매체 확대 고시
2010.12.27 '진료비 전자심사방법' 베트남 특허 등록
2010.12.28 근거문헌수록지침 마스터 선발(4명)
2010.12.29 6개 부처* 합동 '공정사회를 향한 자동차보험 개선대책' 발표
* 보건복지부, 국토해양부, 공정거래위원회, 금융위원회, 경찰청, 금융감독원
식품의약품안전청과 치료재료 허가정보 공유시스템 구축
2011.3.16 한국형 의료행위분류 · 의료행위정의 개발 및 관리체계 구축을 위한 연구 추진(치과, 한방, 약국)
의료기관 회계조사 연구용역 추진
한국형 의료행위분류 · 의료행위정의 개발 및 관리체계 구축을 위한 연구 추진(의과 2단계)
2011.01.13 정보기술아키텍처 관리 · 활용 공공기관 중 최우수기관 선정
2011.01.16 2011년 공공기관 고객만족도조사 실시
2011.01.17 의약품관리종합정보센터 홈페이지 개설(www.kpis.or.kr)
2011.01.21 건강통계 스마트폰용 앱 출시
2011.01.24 공 · 민영보험 적정급여 유도 및 보험금 누수방지를 위한 건강보험심사평가원-금융감독원 간 업무협약 체결
2011.02.24 인터넷포털 Daum과 병원정보 등 건강정보서비스 제공 업무협약 체결
2011.02.25 전문병원 지정 · 평가 위탁사업 업무 개시
2011.03.03 교보생명보험㈜과 '고객만족 선도경영을 위한 교류 협약' 체결
2011.03.04 한국사회복지협의회와 '희귀난치병 어린이 돕기 프로젝트' 협약 체결
2011년 상대가치운영기획단 워크숍 개최
2011.03.08 2011년 한국산업서비스품질지수(KSQI) 우수 콜센터 선정
2011.03.10 민원처리기간 단축 성과포상제 실시
- 진료비 확인업무 수행 직원 대상(~12.23)
2011.03.14 제3기 약제급여평가위원회 위원 위촉
2011.03.23 전문병원 지정 관련 평가 수행기관으로 지정
스마트폰용 '병원정보' 앱 T스토어 출시
2011.04.12 SBS와 사회공헌 협약식
2011.04.15 환불금지급 원스톱 처리시스템 및 웹메일 송부시스템 확대
2011.04.20 상급종합병원 지정 · 평가 위탁사업 업무 개시
2011.04.25 전문병원 임상(의료) 질 지표 개발 계획 수립 및 추진(~'17.10.26)
- 척추, 재활, 화상 등 20개 분야별로 개발
2011.04.26 진료비청구포털시스템 구축
- EDI를 대체한 인터넷망 활용 청구방법으로 5~6월 기간 시범운영
2011.05.13 건강보험심사평가원 · OECD 주최 국제심포지엄 개최
- 주제: 보건의료시스템의 성과와 지속가능성 제고
2011.05.16 청렴마일리지제 시행
CT, MRI 등 의료장비 일제조사 실시(~6.15)
2011.05.23 요양기관 업무포털시스템 홈페이지 구축(biz.hira.or.kr)
병원급 이상 외래명세서 방문일자별 작성 청구방법 고시
급여조사 정보관리시스템 구축(~10.22)
2011.05.26 2011년 고객센터 운영 · 관리 품질경영시스템(ISO9001) 인증
2011.06.01 시장형 실거래가 '구입약가 검증시스템' 구축
2011.06.10 네이버를 통한 동네 병원 · 약국찾기 서비스 제공
2011.06.20 「자동차손해배상보장법」 개정안 입법 발의
2011.06.22 콜센터 서비스 운영 ISO9001 인증
2011.06.29 진료비청구포털시스템 서비스 개시
2011.06.30 이의신청위원회 위원장 자격변경(원장 → 원장이 지명하는 심사평가원 상임이사)
창립 11주년 기념식
2011.07.01 청구오류 사전점검서비스 보건기관 및 약국 확대 제공(239항목)
의원외래처방 인센티브 내역 통보 및 지급(그린처방의원 선정 · 통보)
일산병원 대상 신포괄수가제 제3차 시범사업 실시(~'12.6)
공공병원 대상 신포괄수가제 1단계 시범사업 실시
2011.07.01 대형병원 외래 경증환자의 대형병원 집중화 완화를 위한 약값 본인부담률 인상
2011.07.21 농촌사랑 1사 1촌 자매결연 협약식
- 원주시 신림면 송계1리
2011.07.22 '고객서비스헌장' 책자 발간
2011.08.23 「요양급여의 기준에 관한 규칙」 개정(보건복지부령 제83호)
- 장비 품질, 이력 관리를 위해 장비 식별 부호화 관리(별표1 제8호 사목 신설)
2011.08.26 수원지원 사옥 이전
2011.09.01 완화의료수가 제2차 시범사업 실시
2011.09.29 2010년도 요양병원 적정성 평가결과 공개
2011.09.30 「국민건강보험법 시행규칙」 개정(제80호)
- 신고대상 장비를 고시로 정하도록 명시(제12조 제6항 신설)
2011.10.01 의료장비 신고대상 및 식별부호화에 대한 기준 고시 제정
- 건강보험 의료행위와 직접 관련되는 장비 192종(281개 세분류) 선정 고시
2011.10.06 국가환자표본자료(HIRA-NPS)를 이용한 학술심포지엄 개최
2011.10.11 의약품안전사용서비스(DUR) 특허 등록
2011.10.17 미래전략위원회 전체회의 개최
- 학계, 의료계, 시민단체, 언론계, 법조계 등
2011.10.23 제2회 사랑 나눔 걷기대회 개최
2011.10.24 제1기 전문병원 지정(99기관)
2011.10.25 '비급여 진료비 직권심사에 관한 연구' 용역 실시(~'12.11.20)
2011.11.01 청구오류 사전점검서비스 전체 요양기관 확대(의원급 추가)
2011.11.02 개별 장비 식별체계 도입, 의료장비 바코드 우선 부착대상 공고(심사평가원장 공고 제2011-121호)
- 특수의료장비 및 진단용방사선 발생장치 등 15종
2011.11.14 요양급여비용 가감지급 본사업 실시(급성심근경색증, 제왕절개분만)
2011.11.17 2011년 가감지급사업 결과 발표
- 39개 병원에 11억 원 인센티브 지급
2011.11.23 OECD 회원국 간 보건의료 질 비교결과 발표
- 자궁암 진료성과가 OECD 국가 중 최고 수준
2011.12.01 지표연동관리제 실시(병원급 이하 대상)
- 분기별 안내문 통보
- 총 5항목(내원일수, 약제평가 3항목, 외래처방약품비) 운영
'진료비 전자심사방법' 미국 특허 등록
2011.12.19 제1기 상급종합병원 지정(44기관)
2011.12.26 요양기관 현황관리 점검시스템 및 의료인 자기정보 조회시스템 구축
'2010년 건강보험통계연보' 발간
2011.12.28 과태료 처분 관련 검토 및 처리방안 마련
국가승인통계 신규등록(완제의약품 유통정보)
2011.12.29 의료장비 관리시스템 구축
- 장비등록, 이력관리, 심사연계, 바코드관리 등을 종합적으로 수행
2012.01.01 고객센터 서비스 수준 협약(SLA) 운영(~12.31)
병원급 이상 외래명세서 방문일자별 작성 · 청구 전면 확대 시행
2012.01.16 2011년 공공기관 고객만족도조사 실시
2012.02.14 신포괄지불제도 공공병원 2단계 시범사업 모의운영 실시
2012.02.15 '포괄수가제 발전방안' 건강보험정책심의위원회 의결
2012.02.22 「자동차손해배상보장법」 제12조의2 개정
- 자보 진료비 심사 조정업무 등을 전문심사기관에 위탁
2012.03.01 고가의료장비 진료비 모니터링 추진
- CT, MRI, PET 진료비 및 장비현황 모니터링 자료 구축 등
2012.03.07 바코드 관리대상 8종 확대 적용(심사평가원장 공고 제2012-18호)
2012.03.12 2012년 한국산업서비스품질지수(KSQI) 우수 콜센터 선정
2012.03.20 '국제분류 호환 위한 행위분류 연구' 및 '비급여행위 분류 연구' 용역 추진
2012.03.23 기등재 의약품 재평가에 의한 약가 인하내용 안내
진료비 확인업무 프로세스 개선
2012.03.30 긴급지원의료비(비급여) 확인심사 관련 전산시스템 구축(~12.31)

2012.04.09 치료재료 독립적 검토 절차 운영 실시
2012.05.15 진료비 확인 심사오류 자체시정 시스템 구축(~10.26)
2012.05.22 2012 고객만족경영대상 서비스 부문 수상
2012.06.01 지표연동관리제 관리대상 요양기관 확대(종합병원 이상)
2012.06.27 환자분류체계 관리 주체의 명시화(「건강보험법 시행령」 개정, '12.7.1 시행)
2012.07.01 치과(보철료, 보철물유지관리 등) 수가 신설
CT, MRI, PET 등 영상진단료 인하
7개 질병군 포괄수가제 병 · 의원급 확대
일산병원 · 공공병원(40기관) 대상 신포괄수가제 시범사업 실시
자동차보험, 산업재해보상보험 DUR 점검 실시
「국민건강보험법 시행령」 제28조 건강보험심사평가원 업무에 환자분류체계 업무 신설
2012.08.21 만성질환관리에 대한 요양급여비용의 가산지급 기준 제정
2012.08.22 「자동차손해배상보장법 시행령」 제11조의2 신설
- 전문심사기관으로 심사평가원 명시
2012.08.24 원주 1사옥 설계용역 종료
2012.09.04 「자동차손해배상보장법」 시행규칙 제6조의2~5 신설
- 진료비 청구, 심사, 지급 및 이의제기 등
2012.10.25 물가관계장관회의에서 비급여 진료비용 공개 결정
2012.11.16 '상대가치 총점관리 연구' 및 '제외국 행위분류 조사연구' 용역 추진
2012.12.01 지표연동관리제 관리항목 확대(병원급 이상 외래처방약품비)
2012.12.09 심사사후관리 협의체 구성
2012.12.10 전문병원 환자 만족도 설문조사 실시
심사평가원 · 국민건강보험단 '2011년 건강보험통계연보' 공동 발간
2013.01.01 4대중증질환 보장성 강화 관련 급여 확대(25항목) 및 비급여 항목의 급여 전환 평가업무 프로세스의 통합관리를 위한 차세대 평가정보 시스템 구축
자동차보험심사센터 신설(1센터 5부)
보건진료소 DUR 점검 실시
2013.01.01 분류체계업무 전담 조직 신설(분류체계관리실)
2013.01.09 비급여 진료비용 공개(상급종합병원 44기관)
2013.01.21 청렴경영추진위원회 및 청렴경영실무추진반 구성 · 운영
2013.02.01 심사사후관리 업무처리규정 제정 및 시행
2013.02.06 체계적 원가조사를 위한 요양기관 패널제도 도입
2013.02.21 사회보장정보원 사망의심자 HUB 시스템 연계 사망의심자 정보 제공
2013.03.22 요양급여비용 명세서 청구실명제 관련 의료인(의사 · 치과의사 · 한의사 · 약사 등) 면허정보 기재 서식 개정 고시
'요양기관 패널제도 도입 연구' 용역 추진
비급여행위(의과) 항목별 분류체계 표준화 및 행위정의 개발 연구' 용역 추진
2013.03.27 민원 처리상황 조회시스템 구축(~9.12)
2013.04.05 건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 개정(고시 제2013-19호)
2013.05.01 행복나눔인상 보건복지부 장관상 수상
2013.05.10 진료비 환불 예측시스템 구축(~10.4)
2013.06.05 전문병원 지정기관 연차보고서 분석
2013.06.14 자동차보험진료수가 심사업무 위 · 수탁 계약 체결
- '13.7 진료분부터 심사
2013.07.01 자동차보험 심사시스템 구축 및 심사 개시
7개 질병군 포괄수가제 종합병원급 이상 확대
요양급여비용 명세서 청구실명제 관련 의료인(의사 · 치과의사 · 한의사 · 약사 등) 면허정보 기재 · 청구 전면시행
7개 질병군 포괄수가 적정성 평가 시작
2013.07.10 제4기 약제급여평가위원회 위원 위촉 및 워크숍 개최
2013.07.11 '국제분류호환을 위한 한국형 의료행위 분류 및 상대가치개발 연구(치과)' 용역 완료
2013.07.22 차세대 심사평가시스템 구축
2013.09.10 비급여 진료비용 공개(상급종합병원 43기관) 항목 추가
2013.10.10 '2011년 건강보험통계연보' 발간
2013.10.29 전문병원 환자만족도 조사 및 일반국민 대상 제도 인지도 조사 실시(~11.15)
2013.11.01 비급여정보 지원시스템 구축(~'14.6.30)
2013.11.25 원격데이터접속서비스 시행(보건의료빅데이터개방서비스 개시)
2013.12.02 새로운 비전 선포식 개최
- 비전: 바른심사, 바른평가, 신뢰받는 심사평가원
2013.12.11 제왕절개분만율 평가 종료 후 모니터링으로 전환
2013.12.23 상급종합병원 지정 기준 개정을 위한 공청회 개최
2013.12.24 건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 개정(고시 제2013-192호)
2013.12.26 행위분류 표준화 및 국제호환을 위한 행위분류 연구용역 완료
2013.12.27 각 요양기관에 청구오류 자동점검 프로그램 배포
- PC 내 점검서비스(MCPOS) 실시
2013.12.31 위험분담제(RSA) 도입 등 관련 규정 개정 보고
2014.01.01 4대 중증질환 보장성 강화 관련 급여 확대(100항목) 및 비급여 항목의 급여 전환
한의 외래환자분류체계(KOPG-KM) 버전 2.0 개정
2014.01.20 진료비환불예측시스템 2단계 구축(~12.31)
2014.01.29 진료비 환불금 사후관리시스템 구축
2014.02.18 비급여 진료비용 상급종합병원 및 300병상 초과 종합병원으로 확대 공개
2014.03.01 심사사례공개 실시(60사례)
2014.03.03 상대가치제도 개선 관련 연구용역 완료
공공기관 최초 정부3.0 대통령상 수상
2014.04.17 의료정보지원센터 개소
2014.04.22 심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr) 개편 및 사전정보공개 서비스 확대 제공
2014.06.30 치료재료 사전상담제 운영 실시
급여조사정보시스템 통합구축(~'15.04.30)
2014.07.01 치과 보장성 확대를 위한 만 75세 이상 임플란트 보험 급여 적용
2014.07.22 지표연동관리제와 자율시정통보제를 '지표연동자율개선제'로 통합 운영
- '14년 2/4분기 통보분 부터 적용
2014.07.25 요양기관 패널제도 2단계 사업 추진
- 의료기관 표준원가분석 모듈개발
2014.08.01 선택진료 개편 관련 건강보험 수가적용
- 고도 수술 · 처치 · 기능검사 수가인상 등
건강보험, 의료급여 심판청구 접수 건강보험분쟁조정위원회 일원화
2014.08.19 심사평가원 국제통계업무 통합 관리 방안 마련
2014.08.22 진료비 환불방법 사전관리 시범사업 실시(~12.31)
2014.09.01 상급병실 개편 관련 입원료 수가조정
- 기본진료료 인상 및 4 · 5인실 수가신설 등
익명신고시스템(헬프라인) 구축
2014.09.30 심사평가원 · 국민건강보험공단 '2013년 건강보험통계연보' 공동 발간
2014.10.01 반부패 · 청렴 실천 결의대회 개최
2014.11.11 '비급여행위(의과) 항목별 분류체계의 표준화 및 행위정의 개발연구' 용역 완료
2014.11.24 2014년 KS-CQI 콜센터 품질지수 '공공부문 우수콜센터' 인증 선정
2014.12.29 제2기 상급종합병원(43기관) 지정
2014.12.30 비급여 진료비용 공개대상 확대(전체 종합병원 및 치과대부속치과병원 추가)
2015.01.01 4대 중증질환 보장성 강화 관련 급여 확대(258항목) 및 비급여 항목의 급여 전환
한의 입원환자분류체계(KDRG-KM) 버전 1.0 적용
- KDRG-KM 버전 1.0, 전산프로그램 적용
2015.01.02 제2기 전문병원(111기관) 지정
2015.01.30 인체조직 기증의사자 병력 · 투약 이력정보 제공(식품의약품안전처 정보연계)
2015.03.02 급여조사통합시스템 오픈
2015.03.13 비급여자료 엑셀파일 변환 개선

2015.03.20 텍스트 문안을 포함한 정형 · 비정형 심사 정보를 분석하는 지식기반 전산심사 개발 및 구현
2015.04.01 의료평가조정위원회 제1기 구성
2015.04.02 진료비 확인요청 비급여내역 제출방식 의료기관 협조 요청
2015.04.23 진료비 확인 우선 검토대상 점검화면 구축
2015.05.15 요양기관 업무포탈을 통한 환자분류번호 조회 서비스 제공
2015.05.29 경제성평가 제출 생략제도 도입 등 관련 규정 개정 보고
2015.06.09 메르스 환자 등 해외 감염병 관련자 정보 제공(~10.25)
2015.06.16 의료기관의 행정부담 완화 및 평가자료 정확성 제고를 위한 E-평가자료 제출시스템 구축
2015.06.19 해외 감염병 관련 중동지역(메르스) 입국자 정보 제공 실시
2015.06.24 중동호흡기증후군(메르스) 관련 치료제 급여기준 설정 및 안내
2015.06.25 본원 2차 지방이전 계획 보건복지부 승인
보건의료빅데이터개방시스템 구축
2015.06.30 2025 뉴 비전 선포식 개최
- 비전: 건강하고 안전한 의료문화를 열어가는 국민의료평가기관
2015.07.01 임플란트 보험 급여 적용(만 75세 이상→만 70세), 금속성 완전틀니 급여전환
2015.07.14 의료질평가지원금 지급을 위한 의료질평가 첫 실시
- 종합병원 대상, 5개 영역 37개 지표, 1,000억 원 규모
2015.07.24 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조 개정 및 제12조의2 신설('16.01.01 시행)
- 현황신고 간소화 및 보건의료자원 통합포털 설치 · 운영에 관한 사항 개정 및 신설
2015.07.29 '상대가치 총점관리 모형개발 및 관리체계 구축방안(2단계)' 연구 완료
2015.08.01 국립중앙의료원 신포괄수가제 시범사업 참여
2015.08.13 제5기 약제급여평가위원회 위원 위촉 및 워크숍 개최
2015.08.20 진료비 확인 자가점검 서비스 개선
2015.09.01 선택진료 개편
- 의료질 평가지원금 수가 신설
상급병실 개편
- 중환자실, 무균치료실 등 입원료 인상 및 전담전문의 가산 신설 등
2015.09.15 제1회 보건의료빅데이터 활용 창업아이디어 공모전 개최(~10.8)
2015.09.21 요양급여대상 · 비급여대상 여부 확인 제도 도입
2015.10.12 해외 감염병 관련 메르스 의심환자 접촉자 정보 제공 실시
심사평가원 · 국민건강보험공단 '2014년 건강보험통계연보' 공동 발간
2015.10.21 제1회 보건의료빅데이터 활용 창업아이디어 공모전 시상식 개최
2015.10.27 2015년 KS-CQI 콜센터 품질지수 '공공부문 우수콜센터' 인증 선정
2015.11.19 고객센터 상담시스템 이전 관련 고객센터 운영계획 수립
ICT센터 원주 이전(~11.24)
2015.11.30 2015년(2차년도) 4대중증질환 보장성 확대 사업 추진
2015.12.07 본원 1차 지방이전(서초사옥 → 원주 1사옥)
2015.12.08 지식기반 전산심사 시스템 구축
2015.12.21 비급여 진료비용 등의 고지 지침 고시 제정
KCD 7차 개정 반영한 '입원환자분류체계(KDRG) 버전4.0' 및 '외래환자분류체계(KOPG) 버전 2.0' 전면개정
2015.12.22 보건의료빅데이터 분석 DB 데이터품질인증 Gold Class 획득
2015.12.23 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등) 개정
2015.12.28 차세대 자동차보험 심사시스템 구축(~'18.6.29)
2015.12.29 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제정('17.12.30 시행)
2015.12.30 비급여 진료비용 887기관, 52항목 공개
의약품정보 확인 의무 및 의약품안전사용정보시스템 구축 운영 관련 「의료법 · 약사법」 개정
2016.01.01 4대 중증질환 보장성 강화 관련 급여 확대(289항목) 및 비급여 항목의 급여전환
요양기관 현황 일제정비(~'16.12)
-보건의료자원 신고 일원화에 따른 지자체-심사평가원 간 DB 불일치 정비
입원환자분류체계 버전 4.0 개정
한국형외래환자분류체계(KOPG) 버전 2.0 개정
2016.01.04 보건의료자원통합신고포털 단계별 오픈
- (1.4) 의료기관 개설, 약국 개설/변경
- (2.5) 진방 · 특수장비신고 · 변경 · 사용중지 등
- (2.12) 의료기관 변경 · 휴업 · 폐업, 약국 휴업 · 폐업
- (2.15) 의원급 의료기관 대진의 지자체 통보
- (3.11) 의료기관 의료인수 변경내역 지자체 통보
2016.01.27 원주시대 비전을 담은 새 CI 선포
2016.02.03 2016년(3차년도) 4대 중증질환 보장성 확대 사업 추진
2016.02.17 해외 감염병 관련 중남미지역(지카바이러스) 입국자 정보 제공(~'17.12.31)
2016.03.02 진료비 확인 전산심사 개발 추진(~12.31)
2016.03.07 2016년 진료비 확인 업무 프로세스 개선 아이디어 공모전 개최(~3.10)
2016.03.23 2015년 공공기관 고객만족도(PCSI) 조사 실시
2016.04.01 의료질평가지원금 규모 확대 및 지표 수 확대 실시
- 5개 영역 59개 지표, 5,000억 원 규모
7개 지원 보건의료빅데이터센터 개소(서울 · 부산 · 대구 · 광주 · 대전 · 의정부 · 전주)
2016.04.11 보건의료자원 신고일원화 관련 교육 실시
2016.04.12 자동차보험 진료분석시스템 구축
2016.04.18 국가승인통계 신규등록(급여의약품 청구 현황)
2016.04.27 '흉부외과 · 외과 전문의 수가 가산제도 개선방안 연구' 추진
2016.05.10 헌혈금지 감염병(HIV) 환자정보 제공(대한적십자사 정보 연계)
2016.06.15 2016년 보건의료빅데이터 활용 창업아이디어 공모전 개최(~8.29)
- 주제: 보건의료빅데이터 건강한 대한민국을 만든다
2016.06.23 「모자보건법 시행규칙」 제12조(난임시술 의료기관 평가업무의 위탁) 제정
2016.06.30 국가승인통계 신규등록(의료급여통계)
2016.07.01 노인 틀니, 임플란트 보험급여 적용대상 확대(만 70세 이상→만 65세 이상)
2016.08.02 분류 '동질성 기준' 개발로 질병군 통계적 방법론 개발 및 기준 근거 마련
2016.08.29 2016년 보건의료빅데이터 활용 창업아이디어 공모전 시상식 개최
2016.08.30 안양소년원 입소자 대상 고객센터 체험학습 실시
2016.08.31 상대가치 근거자료 구축 표준 가이드라인 개발 연구' 추진
2016.09.01 감염예방 관리료 및 격리실 등 감염예방 관리 강화를 위한 수가개편
선택진료제도 개편
- 선택진료의사 축소, 의료질평가지원금 수가개선 등
2016.09.08 약제의 요양급여대상여부 등의 평가 기준 및 절차 등에 관한 규정 일부개정규정안 보고
- 위험분담 약제 급여기준 확대 허용
2016.09.30 「보험사기방지특별법」 시행
- 심사평가원의 입원적정성 심사업무 수행에 대해 명문화
2016.10.01 심사평가원 · 국민건강보험공단 '2015년 건강보험통계연보' 공동 발간
2016.10.06 '비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준' 고시 제정
- 병원급 의료기관 대상, 52항목
2016.10.14 2016년 KS-CQI 콜센터 품질지수 '공공부문 우수콜센터' 인증 선정
2016.11.01 청탁금지법 준수 서약 및 선포식 개최
2016.11.03 진료비 확인 업무 효율화를 위한 단문자서비스(SMS) 개선
2016.11.09 청탁금지법 준수를 위한 HIRA 매뉴얼 제작
2016.11.10 서면조사 도입방안 보고('17.2부터 서면조사 실시)
요양기관 서면조사 도입 검토 및 추진
2016년 공공분야 빅데이터 우수사례 경진대회 장관상 수상
2016.11.23 행정처분심의위원회 설치 · 운영 및 처분 감경기준 개정
2016.11.30 개인정보보호 자율(자가)점검 시스템 통합 개발
감염병 의심환자 조기 감지 시스템 구축
2016.12.01 병원평가 참여 온라인 의견수렴시스템 활성화 추진
보건의료빅데이터 개방시스템 플래티넘 클래스 등급 획득
비급여 진료비용 공개
- 2,401기관(150병상 초과 병원), 53항목

2016.12.02 보건의료빅데이터분석DB 데이터품질인증 플래티넘 클래스 등급 획득
2016.12.06 제4회 공공데이터 활용 창업경진대회 '아이디어 기획' 부문 대상(대통령상) 수상(행정안전부 주관)
2016.12.20 「의료법」 제45조의2(비급여 진료비용 등의 현황조사 등) 개정(과태료), 제증명수수료의 기준 고시 등 신설
2016.12.22 비급여 협의체 회의 개최
2016.12.27 상대가치 개발을 위한 의사업무량 측정 및 검증도구 개발 추진
2016.12.28 비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준 고시 개정(107항목)
2016.12.29 의약품정보 확인 관련 의료법 · 약사법 시행규칙, 의약품정보의 확인 및 정보시스템 운영 등에 관한 지침 개정
의료기관 및 의료자원현황 등 의료이용지도서비스(GIS) 구축
2016.12.30 종합병원 심사 지원 이관 관련 요양급여비용 청구처 등 변경 개정 고시
2017.01.01 개괄적 사전공개제도 시행
진안군의료원 신포괄수가제 시범사업 참여
종합병원 진료비 심사 지원 이관
2017.01.23 개인 투약이력 조회(내가 먹는 약! 한눈에) 서비스 모바일 앱 제공 실시
2017.01.25 인체조직 기증의사자의 이식 · 분배금지 약물 복용정보 제공 실시
2017.02.01 객관성, 공정성, 투명성 확보를 위한 공공심사위원회 구성 · 운영
2017.02.06 요양기관 서면조사 운영 계획 수립
2017.02.08 2017년도 난임시술의료기관 평가 및 통계시스템 구축 운영 수행기관 지정 통보
2017.02.13 회복기 재활의료기관 지정 · 운영 시범사업 기반 마련
2017.02.24 현지조사 선정 심의위원회 운영
2017.03.01 2016년도 정부3.0 우수기관 선정
2017.03.02 재활의료기관 지정운영 시범사업 추진을 위한 재활의료기관지정운영팀 구성
2017.03.06 HIRA시스템 바레인 수출계약 체결
2017.03.13 요양기관 서면조사 최초 실시 및 요양기관 서면조사 업무 매뉴얼 제작
2017년 보건의료빅데이터 활용 창업아이디어 공모전 개최(~5.26)
- 주제: 보건의료빅데이터 4차산업의 성장을 이끌다
2017.03.17 2017년 진료비 확인업무 효율화 방안 추진
2017.03.27 국가승인통계 신규등록(자동차보험 진료비)
2017.03.29 2016년도 정부3.0 우수기관 선정
2017.04.03 비급여 진료비용 공개
- 전체 병원급(3,666기관), 107항목
2017.04.14 '병원급 전문심사 선정모형(AI) 개발 연구' 용역 추진(~12.14)
2017.04.25 2016년도 공공기관 고객만족도 조사 실시
2017.04.26 '흉부외과 · 외과 전문의 수가 가산제도 개선방안 연구' 완료
2017.04.27 2017년 민원접점 직원 사기진작 프로그램 실시(~12.6)
2017.05.17 해외 감염병 관련 콩고민주공화국 북부지역(에볼라) 입국자 정보 제공
요양(의료)급여비용 자율점검제 도입 추진
2017.05.26 2017년 보건의료빅데이터 활용 창업아이디어 공모전 시상식 개최
2017.06.05 진료비 확인심사 안내서비스 확대 시범운영(~9.4)
2017.06.12 HIRA+ 요양급여대상 확인 시스템 개선 · 보완(종료: 2017.12.31)
2017.06.16 이의신청 전산처리시스템 오픈(723기관 이용)
2017.06.19 '상대가치 근거자료 구축 표준가이드라인 개발 연구' 완료
2017.06.22 '업무정지 처분 및 과징금 부과 기준의 합리적 개선방안 마련 연구' 용역 실시
2017.06.27 한방병원 심사 지원 이관 및 인천지원 설립 관련 요양급여비용 청구처 등 변경 고시
2017.06.29 전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙 및 관련 고시 일부개정
보건의료빅데이터 OPEN R&D센터 개소(의약산업계 R&D지원)
2017.06.30 원주 2사옥 설계용역 종료
2017.07.01 한방 종합병원 진료비 심사 지원 이관
2017.07.03 '제3차 상대가치 개편 방안 연구' 추진
2017.07.18 2개 지원(수원, 인천) 보건의료빅데이터센터 설치
2017.08.01 보건의료통합분석플랫폼(통합DW) 구축
요양기관 서면조사 최초 만족도 설문조사 실시
2017.08.02 환자분류체계 개정 주기 및 버전관리 기준 최초 정립으로 KDRG 관리체계 강화
2017.08.04 해외 감염병 관련 나이지리아(라싸열) 입국자 정보 제공
2017.08.31 2017 4차 산업혁명 POWER KOREA 대전 스마트 공공기관상 수상
2017.09.07 제6기 약제급여평가위원회 위원 위촉 및 워크숍 진행
2017.09.25 청정강원 청렴 한마당 개최
2017.09.27 제1차 재활의료기관 지정운영 시범사업 운영협의회 개최
2017.09.29 환자분류체계 통계 분석 업무의 자동화 및 효율성 제고를 위한 PCS 분석 자동화 시스템 구축 완료
2017.10.01 난임시술 건강보험 적용
회복기 재활병원 시범사업 추진(15기관, ~'20.2.28)
2017.10.16 2017년 KS-CQI 콜센터 품질지수 '공공부문 우수콜센터' 인증 선정
해외 감염병 관련 마다가스카르(페스트) 입국자 정보 제공
2017.10.18 심사평가원 · 국민건강보험공단 '2016년 건강보험통계연보' 공동 발간
2017.11.17 KDRG 기타진단 중증도 반영제외(CC Exclusion) 진단목록 정비 · 개선 및 영향성 평가(기타진단 중증도 반영 목록 전수 검토, 43개 학회, 113명 임상전문가 참여)
2017.11.23 의료이용통합모니터링단 TF 구성(현 급여정보분석실)
2017.11.28 요양기관 서면조사 처리실적 보고
2017.12.01 심사평가연구소 개소 10주년 기념 심평포럼 개최
- 주제: 환자 중심 보건의료 거버넌스 구축을 위한 지능정보기술 활용 전략
2017.12.11 비급여 진료비용 공개 의원급 의료기관(서울 · 경기 소재 1,000기관) 표본조사 실시
2017.12.12 해외여행력 정보제공 프로그램(ITS) 구축
2017.12.14 보건의료빅데이터분석DB 데이터품질인증 플래티넘 클래스 등급 갱신
2017.12.20 감염병 의심환자 조기 감지 시스템 고도화
2017.12.21 요양(의료)급여비용 자율점검제도 시범운영(1차) 추진
건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 2차 상대가치 개편 2단계 도입(고시 제2017-222호)
2017.12.26 2017년 진료비 확인 관련 민영보험사 설명회 실시
제3기 상급종합병원(42기관) 지정
2017.12.28 진료비 확인 협업 우수 요양기관 포상 실시
치과대학부속치과병원 진료비 심사 지원 이관 관련 요양급여비용 청구처 등 변경 고시
평가체계 개편 방안 수립
제3기 전문병원(108기관) 지정
2017.12.31 난임시술 의료기관 기초평가 실시(253기관)
2018.01.01 의료기관 손실분의 합리적 보상을 통한 선택진료제도 폐지
2018.01.01 치과대학부속 치과병원 진료비 심사 지원 이관
2018.01.08 진료의뢰-회송 중계시스템 구축
2018.02.01 상급종합병원 심사를 진료과목 심사에서 세부전문과목별 심사로 개편
2018.02.08 예비급여 및 약제 선별급여 도입 관련 청구방법 개정 고시
2018.02.09 'with HIRA 대학생 서포터즈' 구성 · 운영 실시(~11.23)
2018.02.12 요양기관 서면조사 업무매뉴얼 수정 및 보완
2018.02.13 '제3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구' 추진
2018.02.28 적정진료 보장 및 재정지출 효율화를 위한 급여정보분석 실시
2018.03.01 e감사시스템 구축 · 운영
2018.03.19 영상정보관리시스템(HIRA e-Image) 구축
2018.03.22 뇌동맥류 MRA 의료영상 · 레이블링 데이터 구축 및 의료영상판독 인공지능 딥러닝 알고리즘 개발 · 개방(2017년도 국가중점데이터 개방 사업)
2018.03.26 신포괄수가제 시범사업 참여기관 공모(~4.6)
2018.03.27 2018년 진료비 확인 관련 민영보험사 방문 업무협의 실시
2018.03.29 2017년도 공공기관 고객만족도 조사 실시
치료재료 상한금액 환율 연동 조정기준 개정

2018.04.02 비급여 진료비용 공개
- 전체 병원급(3,762기관), 207항목
2018.04.12 종합병원급 전문심사 선정모형(AI) 개발 연구 용역(~12.12)
2018.04.27 약제 보장성강화 정책 관련 기준비급여의 급여화 5개년 로드맵 마련(415항목 검토 추진)
2018.05.27 비급여 진료비용 공개 의원급 의료기관(전국 3,000기관) 표본조사 실시
2018.05.28 2020 국가산업대상 고객만족 부문 대상 수상
2018년 보건의료빅데이터 활용 창업아이디어 공모전 개최(~8.23)
- 주제: 보건의료빅데이터 창업성공의 길을 열다
2018.05.31 상급종합병원에 설치된 한의과대학부속한방병원의 종별가산율(30%) 신설에 따른 진료비 심사 본원 이관 관련 요양급여비용 청구처 등 변경 고시
2018.06.01 모바일 그룹웨어(히라톡톡) 시스템 구축
2018.06.14 의료질평가지원금 지급을 위한 전문병원 의료질 평가 첫 실시
(병원급 전문병원 대상, 3개 영역 11개 정규지표, 2개 시범지표)
2018.06.20 자동차보험 차세대 심사시스템 구축 완료
2018.06.22 병원평가정보 홈페이지 및 모바일 앱 개선(~'18.12)
2018.07.01 상급병실 급여화 추진
- 상급종합, 종합병원 2 · 3인실 건강보험 적용
상급병실 급여화에 따른 의료기관 손실보상을 위하여 중증응급환자 관련된 수가 인상(20~50%)
권역외상센터 명세서 분리 및 전담심사 실시
- 청구서 진료형태 구분기호: 입원 D, 외래 E로 작성
2018.07.11 2018년 시민참여위원회 Kick-off
2018.07.12 2018년 한국서비스품질우수기업(SQ) 인증 획득
2018.07.19 2018 난임시술 의료기관 시범평가 실시(373기관)
2018.07.20 진료비 확인 전산시스템 개선(~'19.10.30)
2018.08.01 민간 12개, 공공 2기관 신포괄수가제 시범사업 참여
2018.08.03 산 · 학 · 관 연계 빅데이터 현장 실습교육 수료식 진행
2018.08.10 환자가 직접 참여한 '의료서비스 환자경험' 평가결과 첫 공개
2018.08.16 '종별기능 정상화 및 의료전달체계 확립을 위한 수가가산제도 개선방안 연구' 추진
2018.08.22 2018 4차 산업혁명 POWER KOREA 대전 스마트 공공기관상 2년 연속 수상
2018.08.23 2018년 보건의료빅데이터 활용 창업아이디어 공모전 시상식 개최
2018.09.05 국민 중심의 평가를 위한 2018년 시민사회단체 워크숍 개최
2018.09.06 의원급 의료기관 비급여 진료비용 표본조사 결과 공개
2018.09.20 현업부서 직원 고객센터 체험사업 실시
2018.09.27 심사평가원 · 국민건강보험공단 '2017년 건강보험통계연보' 공동 발간
2018.10.17 2018년 KS-CQI 콜센터 품질지수 '공공부문 우수콜센터' 인증 선정
2018.11.01 요양(의료)급여비용 자율점검제 본사업 추진
2018.11.02 통계 보급 · 이용 활성화 최우수상 수상
2018.11.12 제6회 범정부 공공데이터 활용 창업경진대회 우수상 수상(행정안전부 주관)
2018.11.16 국가 의료질 향상을 위한 의료질평가 중장기 개편 추진계획 보고
2018.11.16 제왕절개분만율 모니터링 종료
2018.11.19 자율점검 시행에 따른 2018년 17개 시도 권역별 의약단체 간담회 개최
2018.12.05 국민권익위원회 주관 2018년 반부패주간 기념식 청렴 우수사례 발표
2018.12.07 보건의료빅데이터분석DB 데이터품질인증 플래티넘 클래스 등급 갱신
2018.12.11 평가뱅크 1차 개발 완료
2018.12.13 2018년도 공공기관 청렴도 2등급 획득
2018.12.19 '건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수' 2차 상대가치개편 3단계 도입(고시 제2018-259, 262호)
2018.12.26 '제3차 상대가치 개편 방안 연구' 완료
2018.12.31 2020년 의료질평가 영역 개편 및 전향적 평가를 위한 지표 공개(6개 영역 52개 지표)
2019.01.01 아동진료비 본인부담률 인하
- 1세 미만 소아 외래 진료비 본인부담 5~20%로 경감
병적 고도비만의 수술 치료에 대한 건강보험 적용
민간 8기관 신포괄수가제 시범사업 참여
결과등급에 따른 병원급 전문병원 의료질평가지원금 차등지급 실시
2019.01.28 진료비 확인업무 지원이관 사전 시범운영 실시(~12.31)
2019.01.30 2018년도 공공기관 부패방지 시책평가 우수기관 선정
2019.02.13 자율점검 운영 협의체 구성
2019.02.26 2019년 민원접점 직원 EAP 운영(~12.4)
2019.02.27 진료비확인서비스 체험수기 공모전 개최 및 실시(~5.22)
2019.03.11 심사평가정보 제출시스템(HIRA e-Form) 구축
2019.03.13 뇌동맥류 MRA 추가, 폐암 PET-CT 의료영상 · 레이블링 데이터 구축 및 의료영상판독 인공지능 딥러닝 알고리즘 개발 · 개방(2018년도 국가중점데이터 개방 사업)
2019.03.15 진료비 심사 처리시간 단축 및 청구오류 사전점검서비스 이용률 제고를 위한 약제 전산심사 프로세스 개선
갑질옴부즈만 운영에 관한 지침 제정
2019.03.25 바레인 SEHATI-IT 프로젝트 국가의약품관리시스템(DUR) 유지관리 및 고도화 추가계약 체결
2019.04.01 추나요법 건강보험 적용 확대
2019.04.03 평가자료 수집의 시의성 향상을 위한 평가자료 수집체계 개선(~12.24)
2019.04.11 2018년도 공공기관 고객만족도조사 실시
2019.04.29 '난임시술 의료기관 평가 등에 관한 기준' 제정(고시 제2019-84호)
2019년 보건의료빅데이터 활용 창업아이디어 공모전 개최(~7.23)
- 주제: 보건의료빅데이터 미래를 혁신하다
2019.05.14 심사대상 선정모형 고도화 연구용역(~'20.1.13)
제1차 난임시술 의료기관 평가위원회 개최
2019.05.17 2019년 난임시술 의료기관 본평가 실시(377기관)
2019.05.22 본원 2차 지방이전 종합계획 수립
2019.05.29 3차 상대가치 개편을 위한 '업무량 상대가치 개발 연구' 추진
3차 상대가치 개편을 위한 '기본진료료 개선방안 마련 및 상대가치 개발 연구' 추진
2019.06.03 히라챗봇(Hi-Chat) 시스템 구축
2019.06.05 '상대가치점수 산출 체계 개선 연구' 추진
2019.06.14 현행 심사방식 개선 추진 계획 수립 및 세부과제별 추진방안 수립
2019.06.25 전문병원 의료질평가 지표 수 확대(3개 영역 13개 정규지표) 및 지표 개선
2019.07.01 상급병실 급여화 추진
- 병원, 한방병원 2 · 3인실 건강보험 적용
안전한 진료환경 조성을 위한 감염예방 관리료 개편 및 수술실 환자안전 관리료 신설
2019.07.02 3차 상대가치 개편을 위한 '업무량 상대가치 개발 연구' 추진(~12.27)
2019.07.15 비급여 진료비용 고지맞춤형 지원서비스 제공
2019.07.23 2019년 보건의료빅데이터 활용 창업아이디어 공모전 시상식 개최
2019.07.25 위험분담제(RSA) 적용 대상 확대(중증난치질환) 실시
2019.07.29 의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준 개정(고시 제2019-170호)
2019.08.01 민간 4기관 신포괄수가제 시범사업 참여
심사평가체계 개편을 위한 분석심사 선도사업 실시
- 고혈압, 당뇨병, 천식 · COPD, 슬관절치환술, MRI, 초음파 등 7개 주제 대상
한림대학교와 업무협약 체결
2019.08.12 보건의료빅데이터 활용 R&D 엑셀러레이팅 프로그램 운영(~11.1)
- 빅데이터 활용 신약 · 의료기기 개발을 위한 R&D 수행 역량 강화
2019.08.23 산 · 학 · 관 연계 현장 중심 인재 양성 교육(~08.23)
2019.08.27 국토교통부 주관 강원혁신도시 오픈캠퍼스 운영 선도사례 발표
2019.08.29 데이터 플래그십 우수사례 F4(Flagship4) 선정
2019.08.30 재활의료기관 지정 및 운영 등에 관한 고시 제정
2019.09.06 의원급 의료기관 비급여 진료비용 2차 표본조사 결과 공개

2019.09.09 바레인 국가건강보험시스템 구축 완료 및 향후 5년('19.7.1~'24.7.31)간의 유지관리 계약 체결
2019.09.16 적정성 평가결과 서면에서 전산통보로 전환 시행
2019.09.18 제77기 약제급여평가위원회 위원 위촉
2019.09.24 2019년 KS-CQI 콜센터 품질지수 '공공부문 우수콜센터' 인증 선정
2019.10.16 제77기 약제급여평가위원회 소위원회 구성
2019.10.28 현업부서 직원 고객센터 체험사업 실시
부패방지경영시스템 국제표준(ISO37001) 인증
2019.10.31 제1차 재활의료기관 운영위원회 개최
2019.11.06 심사평가원 · 국민건강보험공단 '2018년 건강보험통계연보' 공동 발간
2019.11.07 2019년 통계작성기관 워크숍 국가통계통합DB 업무 우수기관 선정
2019.11.23 제7회 범정부 공공데이터 활용 창업경진대회 '아이디어 기획' 부문 대상(대통령상) 수상(행정안전부 주관)
2019.11.25 제4기 전문병원 지정평가 체계 개선 검토 보고
'온라인 출생신고' 정부혁신 우수사례 선정
2019.11.30 본원 2사옥 준공(11.21 사용승인)
2019.12.17 본원 2차 지방이전 완료
비급여 진료비용 정보 관리시스템 구축 완료
2019.12.18 보건의료빅데이터 분석 DB 데이터품질인증 플래티넘 클래스 등급 갱신
2019.12.20 7개 질병군 포괄수가 적정성 평가 및 모니터링 종료
2019.12.24 의료기관 평가자료 제출의 정확도 향상 및 행정부담 완화를 위한 평가자료제출의 사전오류점검 시스템 구축
재정 유연성 및 평가결과 활용 효율 제고를 위한 평가결과 전산통보체계 도입
2019.12.26 가치기반심사분석시스템 구축
평가뱅크 1단계-2차 개발 완료
2019.12.27 한국형 정신환자분류체계 버전 1.0 개발 완료
- KPPG 분류모형 확정 및 정신환자평가표 개발, 분류집 발간
2019.12.30 2차 상대가치 개편 4단계 점수 산출(고시 제2019-266호)
2020.01.01 민간 28개, 공공 2기관 신포괄수가제 시범사업 참여
지표개선안 적용 '적정진료성과' 목표 재설정(지표명, 지표 산식, 세부지표 신설 등)
- 75세 미만 6품목 이상 처방비율 변경(40%→30%)
- 75세 이상 5품목 이상 처방률 신설
2020.01.02 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙 등 일부개정
2020.01.08 의약품 경제성평가지침 개정방안 마련 위탁연구용역 완료
2020.01.10 해외 감염병(코로나19) 관련 중국 등 발생국가 입국자 정보 제공
반부패추진단 구성
2020.01.15 국가승인통계 신규등록(국가정신건강 현황)
2020.01.17 신약 평가기준 관련 일부규정개정(안) 검토 보고
- 위험분담 적용 약제의 후발약제 대상 확대
2020.01.21 해외 감염병(코로나19) 관련 확진자의 접촉자 정보 제공
2020.01.22 차세대 보건의료빅데이터개방시스템 구축을 위한 정보전략계획(ISP) 수립 추진
2020.01.28 코로나19대책추진단 운영계획 수립
2020.01.30 약국대상 해외 감염병(코로나19) 관련 발생국가 및 확진자의 접촉자 정보 제공 실시
2020.01.31 코로나19 대응 계획 수립
제2차 재활의료기관 운영위원회 개최
2020.02.01 자율점검 사후관리(모니터링) 실시
2020.02.05 제1기 재활의료기관(26기관) 1차 지정
2020.02.06 코로나19 진단검사 건강보험 적용 실시
2020.02.10 건강보험 재정 건전성 강화를 위한 업무협약(MOU) 체결
응급의료 심사전담팀 구성 및 운영
- 응급의료 심사 · 모니터링 및 사후관리 방안 마련 등
2020.02.11 해외 감염병(코로나19) 관련 주요 발생국 입국자 정보 제공 실시(싱가포르, 태국, 베트남, 홍콩, 마카오)
2020.02.12 코로나19 상황대비 비상연락체계 및 대응요령 전사 안내
2020.02.13 '3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구용역' 완료
2020.02.17 심사평가정보 수집체계 일원화를 위한 e-Form 수집체계 도입
2020.02.20 2020년 진료비 확인업무 담당자 EAP 운영
2020.02.21 산 · 학 · 관 연계 맞춤형 인재 양성 교육 최종발표회 개최
2020.02.24 코로나19 관련 치료제 급여기준 마련 및 홈페이지 안내
2020.02.25 전산심사 단계 통합 추진(7단계→5단계)
2020.02.27 평가뱅크 2단계 개발 추진
2020.03.01 지역의료정보 개선 사업 추진
현지조사 정산코드 분류체계 개편 TF 구성 및 운영
2020.03.04 감염병 정보 확인을 위한 심사평가원 정보시스템 사용 의무 관련 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 개정
2020.03.06 코로나19 마스크 중복구매 확인시스템 구축
전문병원 지정규칙(시행규칙, 고시) 등 일부 개정
'종별기능 정상화 및 의료전달체계 확립을 위한 수가가산제도 개선방안 연구' 완료
상대가치 개발을 위한 요양기관 비용분석 표준 가이드라인 개발 연구' 추진
2020.03.10 코로나19 관련 병상운영정보시스템 구축
2020.03.17 제4기(2021~2023) 전문병원 분야별 의료 질 평가지표 개선
2020.03.18 코로나19 관련 입국자 정보 전 세계 입국자로 확대 제공 실시
2020.03.20 코로나19 환자관리정보시스템 구축
2020.04.01 비급여 진료비용 공개
- 3,915기관, 564항목
2020.04.06 코로나19 관련 손실보상 조사표 개발
- 코로나19 관련 감염 예방법에 따른 의료기관 손실보상 산정을 위한 조사표 제출 및 수집 가능 시스템 개발
2020.04.10 코로나19 관련 확진 후 격리해제자 정보 제공 실시(~5.31)
2020년 제1차 난임시술 의료기관 평가위원회 개최
2020.04.16 OPEN API 개방(2019년도 국가중점데이터 개방 사업)
- 척추질환 의료영상 · 레이블링 데이터
- 5개 질환정보(척추, 무릎관절, 어깨관절, 대퇴골경부골절, 뇌동맥류)
2020.04.17 진료비 확인 자가점검 개선
2020.04.27 2020년 보건의료빅데이터 활용 창업경진대회 개최(~6.10)
- 분야: 아이디어 기획/제품 및 서비스 개발
2020.04.28 고객센터 개소 11주년 기념행사
2020.04.30 요양기관 개인정보보호 위험관리 예측시스템 구축
2020.05.22 2020년 어린이 재활의료기관 지정 운영 시범사업 위탁사업 실시(~11.30)
2020.05.25 2019년 공공데이터 제공 운영실태 평가 우수기관 선정
2020.05.26 평가체계혁신 워킹그룹 구성 및 운영
치료재료 허가범위 초과 사용 절차 최초 신설 및 시행('20.6.1 시행)
2020.05.28 2020 국가산업대상 고객만족 부문 대상 수상
보건의료빅데이터 활용 R&D 혁신 파트너십 운영(~7.16)
- 신약 · 의료기기 개발 고도화 등 바이오헬스 분야 혁신 R&D 지원
2020.06.01 건강보험 현지조사 사전통지 시기 확대(3일 전→7일 전) 도입
2020.06.18 2020년도 진료비확인서비스 체험자 대상 설문조사(~7.17)
2020.06.29 1인실 기본입원료 지원 대상 등 병원 지정(165기관)
2020.06.30 창립 20주년 기념식
2020.07.02 지침개정 및 제도보완을 위한 2020년 제2차 자율점검 운영 협의체 회의 개최
창립 20주년 기념 심평포럼 개최
- 주제: 포스트 코로나 시대, 보건의료 환경변화와 심사평가원의 역할
2020.07.14 2019년도 공공기관 고객만족도(PCSI) 조사 결과 피드백 실시
2020.07.16 코로나19 응급용 선별검사 건강보험 적용 실시
2020.07.27 심사위원업무포털시스템 구축

건강보험심사평가원 20년사 편찬조직

편찬위원장

신현웅 기획상임이사

편찬위원

박인기 기획조정실장
이영현 안전경영실장
배경숙 인재경영실장
김형호 고객홍보실장
이영곤 정보통신실장
김무성 국제협력단장
장인숙 급여보장실장
지점분 의료수가실장
정완순 급여등재실장
김애련 약제관리실장
김남희 포괄수가실장
김철수 DUR관리실장 · 의약품관리종합정보센터장
이소영 급여정보분석실장
이미선 심사실장 · 심사운영실장
박인실 심사관리실장
박영희 평가운영실장
하구자 평가실장
조자숙 자원평가실장
박인범 의료급여실장
장희숙 조사운영실장
심재옥 급여조사실장
오영식 자동차보험심사센터장
기호균 심사평가연구실장
최원희 혁신연구센터장
김현표 빅데이터실장
문경아 심사기준실장
유미영 감사실장

감수위원

윤석준 前기획상임이사
김덕호 前상근심사위원
이기성 前상근평가위원
방근호 前상근평가위원
박영자 前실장

편찬TFT (홍보부)

김형호 실장
이　호 부장
임동규 팀장
이윤덕 과장

건강보험심사평가원, 스물

국민과 함께한 20년, 세계를 선도할 20년

발행인 **김선민**

발행일 **2020년 12월 30일**

발행처 **건강보험심사평가원**

강원도 원주시 혁신로 60

1644-2000 / www.hira.or.kr

발간등록번호 **G000C98-2020-187**

기획/디자인 **(주)유니크플러스**

서울시 성동구 성수일로 108 KM빌딩 4층

02-2140-1114 / www.unps.co.kr

사업책임 전미옥
집필 김혜란, 염경호
교정교열 최용균, 한민규, 정혜인
디자인 김보연
제작진행 백현, 이길재
총괄기획 강문천
기획진행 정진기, 이정희
아트디렉터 이현우
촬영 이명철

인쇄 **예림인쇄**

비매품

9 791186 392416 03510

ISBN 979-11-86392-41-6