

출장 보고서 : 미국(CMS,AMA)

■ 출장자 : 신영석 선임연구위원

■ 출장기간 : 2011년 8월 25일 목요일 ~ 2011년 9월 1일 목요일

■ 주요일정

□ 2011.8.26 : (AMA/Five-Year Review Workgroup) 상대가치 수가체계 개정을 Five-Year Review 추진과정 및 최근 이슈 그리고 점수개정 시 AMA의 역할 등에 대한 자문 - 구체적으로 상대가치 점수 조정을 위한 병원조사절차(회계조사절차,조사표 등),의료행위 분류, 의사업무량(Physician Work) 측정방법에 대한 조사.

○ 주요 면담자

- Stepehn R. Permut, MD, JD (Board of Trustees(BOT) of AMA, AMA)
- Robert D. Otten (Vice President of Health Policy, AMA)

□ 2011.8.29: (CMS/RBRVS Team) 상대가치 수가체계 발전과정, 최근의 Five-Year Review 추진과정 및 최근 이슈 그리고 CMS의 역할 등에 대한 자문 - 구체적으로 미국의 상대가치 수가의 결정구조, 진료비용(Practive Expense) 상대가치 조사방법(인건비, 재료비, 관리비 등에 대한 조사)에 대한 조사.

○ 주요 면담자

- Jay Merchant (International Relations Advisor, CMS)
- Amy Bassano (Director of Hospital and Ambulatory Policy Group, CMS)

□ 2011.08.30 : (CMS/False Claims Management Team) 미국의 의료기관의 허위청구 또는 부당청구(과다청구)에 대한 관리방안 및 정부기관

인 CMS의 역할 등에 대한 자

○ 주요 면담자

– John Spiegel (Director of Center for Program Integrity(CPI),
CMS)

■ 출장 보고

미국의 상대가치수가제도(RBRVS:Resource-Based Relative Value Scale)

- 상대가치수가제는 의료행위에 투입되는 Resource(자산)에 근거하여 상대적인 가치를 측정하여 각 진료행위에 대하여 지불보상하는 것이 정당하다는 논리에 기초하고 있음.
 - 각 행위별 상대가치(RV:Relative Value)는 점수로 표현되고, 점수에 대하여 점당 단가인 환산지수(CF:Conversion Factor)를 곱하여 수가가 결정됨.
- 상대가치수가제도 지불체계의 주요 구성요소로는 상대가치점수(RVUs:Relative Value Units), 환산지수(CF:Conversion Factor), 지역에 따른 조정계수(GPCIs:Geographic Practice Cost Indexs)와 메디케어 비계약의사에 대한 지불보상금의 제한(Limits on Balanced Billing)의 네 가지로 볼 수 있음.
 - 상대가치점수(RVUs)는 의사업무량(Physician Work)상대가치점수, 진료비용(Practice Expense)상대가치점수, 의료책임보험(Professional Liability Insurance)상대가치점수 등 세가지로 구성되어짐.

1. 상대가치점수(RVUs)의 구성요소

1)의사업무량(Physician Work)

- 의사업무량은 서비스를 제공하는데 소요되는 시간, 기술적인 노련함과 육체적인 수고, 정신적으로 요구되는 수고와 판단, 환자에게 발생 가능한 위험에 기인한 스트레스 등을 들 수 있음.
 - 미국에서 상대가치 평가를 위해 적용하고 있는 방법론은 다음과 같음.
 - 총업무량(total work) 평가를 위해 clinical panels 사용 : clinical family 내에서 비정상적인 순위(rank order anomalies)를 확인하고, 유사 서비스에 있어서 전문과별로 횡적인 비정상적인 점수(cross-specialty anomalies)를 확인함.
 - Rasch paired comparison 방법 : clinical family 내에서 소집단 panel 비교에 기초하여 총업무량이나 실제로 서비스에 투입된(intra-service) 업무량의 잘못된 가치를 찾음. 이는 주로 통계적인 outlier를 찾는 것이 목적인.
 - Physician-level clinical profit database 사용 : 현재의 업무량 추정치에 근거한 총 서비스 시간의 적절성 평가하는 것으로 가용한 clinical time 의 추정치에 비교하여

총서비스 시간의 합리성을 평가함.

- Four alternative objective data sources
 - 직접적인 방법으로 재원기간(length of stay)과 그 중 수술에 소요된 기간의 비중을 측정함.
 - 의료비청구자료(medical claims data) 사용 : 서비스장소, 총빈도, 시간에 걸친 서비스의 전문성 혼합(specialty mix) 등의 변화를 관찰함.
 - 시간단위당 업무량(work per unit time)의 직접 비교
 - Magnitude estimation 방법 : 미국 하버드대학교 Hsiao교수팀의 의해 개발된 이 방법은 임의의 기준의료행위를 선정하고 이에 100점을 부여한 후 측정하고자 하는 다른 의료행위의 상대적인 수치를 정하는 방법임.
- 이렇게 개발된 상대가치는 상대가치수가제도 설립 범규에 근거해 CMS가 5년 주기로 상대가치 검토안을 출간하고 있으며, 1992년 1월 1일 상대가치수가제도에 근거한 메디케어 수가표(Medicare Fee Schedule)가 도입된 이후 1996년 말에 1차 검토가 완료되어 1997년 1월 1일에 시행되었고, 2001년 말까지 2차 검토를 하였으며, 현재까지 RUC란 위원회에 의해 4차 검토가 완료되었으며 CMS에 의해 2012년부터 도입될 예정임.

2) 상대가치 개정위원회(RUC)의 역할 및 상대가치 검토안

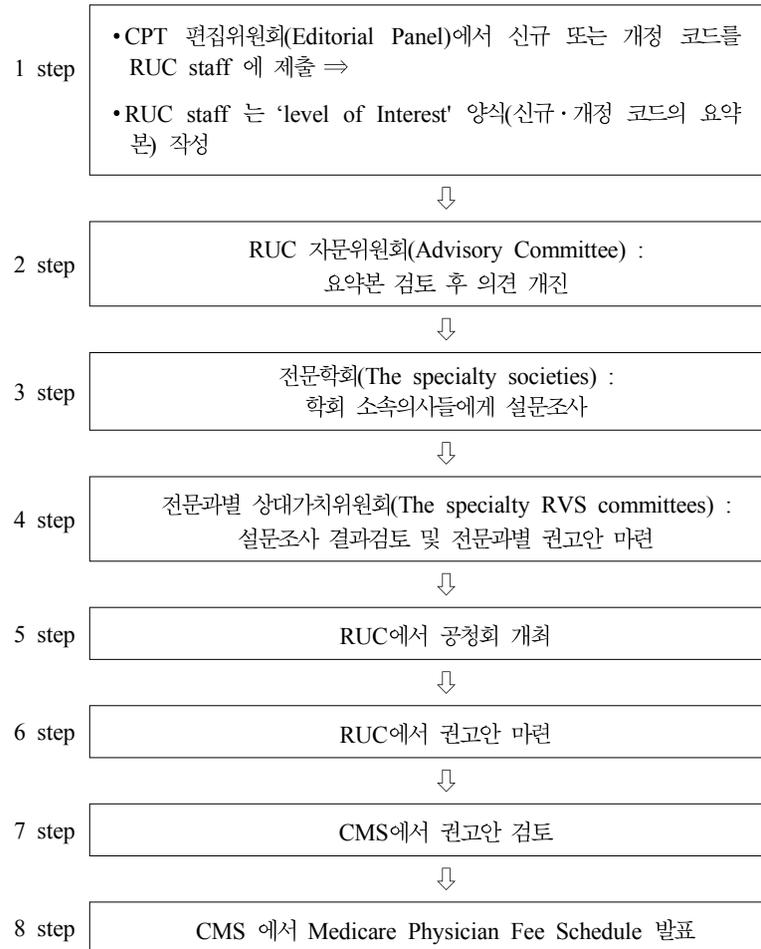
- 의사업무량의 상대가치는 새로 형성되거나 변경되는 의료행위에 대하여 새롭게 상대가치점수를 계산하기 위하여 매년 개정(update)을 하는데 이를 위해 미국의사협회에서는 상대가치 개정위원회(RVS Update Committee: 이하 RUC)를 두고 있음.
 - 이러한 RUC는 1993~2011동안 새로운 또는 개정된 코드를 위해 4000여개가 넘는 상대가치점수에 대한 권고안을 제출해 왔음.
 - 게다가 RUC는 예방차원의 진료를 포함하여, carrier가 책정하는 수가 혹은 급여되지 않는 서비스 등에 대하여 300개 이상의 권고안을 CMS에 제출해 왔음.
 - 이렇게 RUC가 권고한 안은 CMS에서 매년 90% 이상 수용하고 있음.
- RUC에서 상대가치 권고안을 제출하고 CMS에서 Medicare Physician Fee Schedule을 발표하기까지의 과정을 살펴보면 다음과 같음.
 - 1단계: CPT 개정위원회(Editorial Panel)에 신규 또는 개정할 코드가 발생되면 RUC 담당자에게 송부하면 RUC 담당자는 CPT 편집위원들의 신규 또는 개정할

코드를 요약한 'level of Interest' 양식을 준비함.

- 2단계: RUC 자문위원회(Advisory Committee) 구성원은 이 요약본을 검토하고, 상대가치 권고안 개발에 있어서의 그들 학회의 관심정도를 표명할 수 있는데, 이때 학회는 몇 가지의 선택을 할 수 있음. 첫째, 학회 회원들에게 서비스 제공에 포함되는 의사업무량에 대하여 설문조사할 수 있으며 그 자료를 토대로 상대가치 권장안을 개발할 수 있음. 둘째, 다른 학회에서 개발한 권장안에 대하여 평가할 수 있음. 셋째, 개정할 CPT 코드의 경우에는 서비스의 본질이 크게 바뀌지 않았다면 코드변경이 불필요하다고 결론지을 수 있음. 넷째, CPT 행위 코드가 그들의 전문과 내에서 행해지지 않는 경우는 아무런 조치를 취하지 않아도 됨.
- 3단계: AMA 담당자는 전문학회를 위한 조사자료를 개발하면 전문학회는 최소 30명 이상의 개업의들을 조사해야 함. RUC의 조사자료는 의사들로 하여금 전문과별 상대가치 위원회에서 선별했었던 15~20 서비스 항목들에 대하여 참고 기준점(reference points)으로 질문하며 조사를 받은 의사들은 참고 행위들을 통하여 신규 또는 개정된 코드의 의사업무량을 평가해야 함. 그 조사 자료는 메디케어청구자료 분석과 Harvard RBRVS 연구와 같은 또 다른 연구로부터 얻은 정보를 통하여 강화되어 짐.
- 4단계: 전문과별 상대가치 위원회는 설문조사를 실시하고 그 결과를 재검토하며, RUC에 제출할 전문학회의 권고안을 만드는데 이때 두 개이상의 전문학회와 관련된 권고안의 경우는 RUC가 그 학회들에게 설문조사과정을 조정하거나 합의된 권고안을 만들도록 권하고 있으며 문서화 된 권고안은 회의가 열리기 전 RUC로 제출되어짐.
- 5단계: 전문과별 자문위원들은 권고안을 RUC 회의시 발표하며 이렇게 발표한 내용에 대하여 질문과 답변의 과정을 충분히 거치게 되고, 여러 질문시에 해당 자문 위원회는 자신들의 제안에 대하여 합당한 답변을 할 수 있어야 함.
- 6단계: RUC는 전문학회별 권고안을 받아들이거나, 전문학회로 다시 되돌려보내거나, CMS에 제출하기 전에 내용을 수정할 것인지에 대하여 결정해야 하며 CMS에 제출할 최종 권고안은 RUC 구성원의 2/3 이상의 찬성이 있어야만 가능함. RUC의 추가적인 검토가 요구되는 권고안의 경우는 Facilitation Committee에 회부됨.
- 7단계: RUC의 권고안은 매년 5월 안에 CMS로 제출되며, CMS는 RUC의 권고안을 선별된 의료계약 대표(Carrier Medical Directors)로 하여금 검토하도록 함.
- 8단계: RUC의 권고안에 대한 CMS의 검토를 포함하고 있는 Medicare Physician

Fee Schedule은 늦가을에 발표됨.

<표 1>미국 메디케어 상대가치 개정안 마련을 위한 절차



□ RUC에서는 이렇게 매년 CPT에 대한 상대가치점수를 권고하는 것 뿐만 아니라, 1990년 재정 OBRA(Omnibus Budget Reconciliation Act)의 1848(C)2 (B)항은 CMS가 최소 매 5년마다 모든 상대가치점수를 재검토하고 모든 필요한 판단을 취하도록 규정되어 있으며, 최초 5년 개정이 처음 시행된 것은 1997년 1월이며, 2번째 회기년에 개정된 상대가치는 2002년 1월 1일부터 시행되었음.

○ 1995년 검토(1차 검토)

– 미국 보건의료재정청(HCFA: Health Care Financing Agency)¹⁾잘못 평가된 상대가치를 발견하고 개정하기 위해 상근 의사들(Career Medical Directors)에게 상대가치

1) HCFA는 2001년부터 Center for Medicaid Service(CMS)로 개칭됨.

가 높게 매겨진 행위들을 검토하도록 하고, 미국의사협회 상대가치개정위원회 (RUC:RVS Update Committee)의 권고안에 상당부분 의존하였음.

- 1995년 9월, RUC는 HCFA에 1000개가 넘는 행위들에 대한 권고안을 제출하였는데 650개 항목의 의사업무량 상대가치가 동일하게 유지되어야 하며 296개 항목의 의사업무량 상대가치가 증가되고, 107개 항목의 의사업무량 상대가치가 감소되어야 한다고 권고하였고, 또한 65개 코드의 상대가치에 대한 심도 깊은 고려를 하기에 앞서 CPT 편집위원회로하여금 항목 변경을 고려하도록 권고함.
- 1996년 5월에 HCFA가 상대가치 개정결과에 대해 출간한 Federal Register를 참조하면, HCFA는 1차 검토시에 약 96%의 RUC의 권고안을 받아들인 것을 알 수 있음.

○ 2000년 검토(2차 검토)

- 2차 검토에는 상대가치검토 및 개정을 위한 개량적 개발에 중점을 두었으며, 2000년 10월 RUC는 870의 개별 CPT²⁾항목에 대한 권고안을 CMS에 제출하였으며, 혈관수술과 일반외과수술 등과 같이 저평가된 항목에 대한 상대가치를 증가시키기를 권고하였음.
- RUC는 의사업무량 상대가치 항목중, 311개 항목이 유지되고 469개 항목의 증가, 27개 항목이 감소하여야 한다고 권고하였으며, 또한 63개 코드의 상대가치에 대한 심도 깊은 고려를 하기에 앞서 CPT 편집위원회로하여금 항목 변경을 고려하도록 권고함.
- 결과적으로, CMS는 RUC 권고안의 약 98%를 받아들였으며 2002년 1월 1일부터 개정된 상대가치가 시행되었음.

○ 2005년 검토(3차 검토)

- 2005년 10월, 2006년 2월, 2007년 3월과 5월에 RUC는 751개의 개별 CPT항목에 대한 권고안을 제출하였음.
- RUC는 751개의 항목 중 294개 항목의 현상유지, 285개 항목의 인상과 33개 항목의 감소를 권고하였으며, 또한 139개의 코드의 상대가치에 대한 심도 깊은 고려를 하기에 앞서 CPT 편집위원회로하여금 항목 변경을 고려하도록 권고함.
- 결과적으로 CMS는 RUC 권고안의 약 97%를 받아들였으며 2007년 1월 1일부터 개정된 상대가치가 시행되었음.
- 3차 검토의 주된 내용으로는 1)동료 평가(peer review)와 신뢰할 만한 데이터를 받

2) CPT(Current Procedural Terminology:행위분류체계) : 의사 목록 또는 제공자의 서비스 또는 처치코드가 5가지 숫자로 되어있는 미국내 표준 행위목록

영하여 의사업무량을 수정 2)의료기술의 변화에 따른 의사업무량 변화를 반영 3)시간과 강도에 대한 객관적 데이터를 분석하여 의사업무량의 불균형을 시정 4)기존 상대가치에서 가정에 의한 것을 가용한 데이터를 적용하여 수정이 있음.

○ 2010년 검토(4차 검토)

- 2010년 10월, 2011년 2월에 RUC는 290개 CPT항목에 대한 상대가치 개정안을 제출하였음.
- RUC는 290개 항목중, 144개 항목의 상대가치 유지 83개 항목의 상대가치 증가,41개 항목의 상대가치 감소를 권고하였으며, 또한 52개의 코드의 상대가치에 대한 심도 깊은 고려를 하기에 앞서 CPT 편집위원회로하여금 항목 변경을 고려하도록 권고함.
- CMS는 2011년 11월 a Final Rule in the Federal Register를 발간하여 상대가치 개정에 관한 내용을 공표하였으며, 개정된 상대가치는 2012년 1월 1일부터 시행될 예정임.

<표 2>RUC 권고안 내역 및 권고안 중 최종 개정 결정된 비율

Year 연도	Recommendations Sumitted (Number of CPT Codes) 권고된 CPT 항목수	Work Relative Values at or Above RUC Recommendations (After Completion of Refinement Process) 권고안 중 최종 개정 결정된 비율
CPT 1993	253	79%
CPT 1994	561	89%
CPT 1995	339	90%
CPT 1996	196	90%
CPT 1997	90	96%
CPT 1998	208	96%
CPT 1999	70	93%
CPT 2000	130	88%
CPT 2001	224	95%
CPT 2002	314	95%
CPT 2003	350	96%
CPT 2004	162	96%
CPT 2005	149	99%
CPT 2006	283	97%
CPT 2007	230	98%
CPT 2008	169	100%
CPT 2009	233	97%
CPT 2010	216	98%
CPT 2011	292	85% ³⁾
First 5-Year Review(1997)	1118	96%
Second 5-Year Review(2002)	870	98%
Third 5-Year Review(2007)	751	97%
Fourth 5-Year Review(2012)	290	TBD

자료 : RVS Update Process, 2011, AMA

□ 진료비용은 임대료, 직원급여, 이윤, 의료장비, 진료재료 공급을 포함한 의사의 진료행위에 대한 총비용을 의미함.

○ 진료비용은 Facility, Non facility 진료비용으로 구분되어지는데 Non facility setting은 개원의(physician office), 독립된 영상센터(freestanding imaging center), 독립된 조직 검사실(independent pathology lab)을 포함하고, Facility setting은 그 밖의 모든 setting을 포함하고 있다. 즉, 병원, 통원수술실, 전문간호시설(skilled nursing facility), 부분병원(partial hospital)등이 있음.

□ 의료책임보험은 의사가 행하는 의료행위의 사고위험에 대하여 보호받기 위해서 가입하는 보

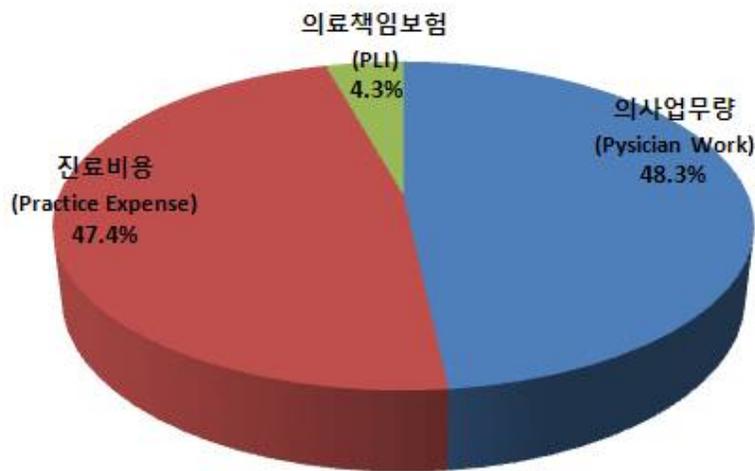
3) CMS는 RUC 권고안의 내용과 대조적으로 추가적인 행위에 대해서 재정 중립을 가정하여 적용함.

험으로 CMS는 메디케어지불액을 계산하기 위한 3가지 주요 요소 중 하나로 이것을 포함시킴.

○ 의료책임보험 상대가치점수는 각 CPT코드별로 계산되고 각 전문가가 제공하는 기여율에 그 전문분야의 위험요소값을 곱하여 얻어짐.

□ 위와 같은 세 가지 구성요소가 총진료비에서 차지하는 비중은 각각 48.3%, 47.4%, 4.3%임.(2011년 기준)

<그림 1 >미국 메디케어 상대가치(RVUs)의 세 가지 구성요소의 비중



자료 : RVS Update Process, 2011, AMA

□ 지역에 따른 조정계수(GPCIs)는 의료서비스 제공에 소요되는 자원비용에 있어서의 지역간 차이를 보정하기 위해 전국평균에 대한 상대적 가치를 반영한 지표로서, 상대가치점수 구성요소에 따라 의사업무량의 GPCI, 진료비용의 GPCI, 의료책임보험의 GPCI로 구분할 수 있음.

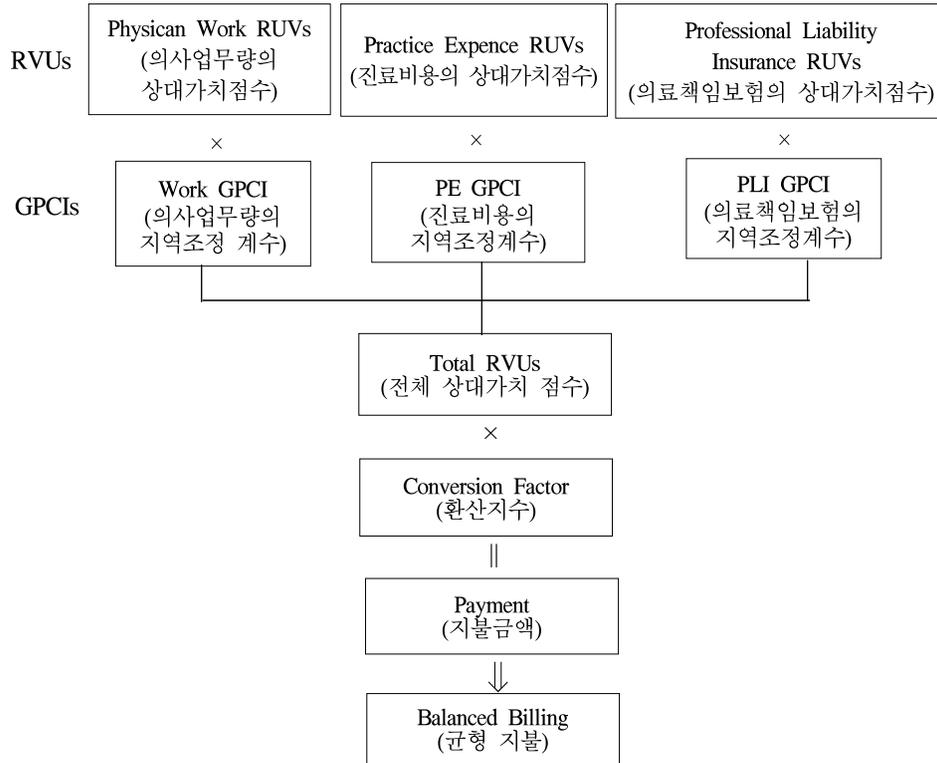
□ 환산지수(CF)는 상대가치점수를 진료비용으로 전환하는 점수당 단가임.

□ 상대가치수가제도 지불방식은 각 진료행위별 CPT(Current Procedural Terminology)를 결정하고 행위항목별로 각각 세 가지의 RVUs를 산정한 후, GPCIs로 지역간 점수를 조정하고 조정된 총상대가치 점수에 CF를 곱하여 각각 CPT에 따른 총진료비를 산출함.

□ 최종적으로 이렇게 산출된 총진료비에 대하여 메디케어의 상대가치수가제도 지불체계를 수용

하는 의사와 수용하지 않는 의사를 구분하여 차등 지불함.

<그림 2> 미국 메디케어 상대가치수가제도의 구조



□ RVUs의 계산 Table을 이해하는 것이 중요할 것으로 판단되며, 이런 RVUs의 계산 Table을 이해하기 위하여 다음의 4가지 CPT코드를 예로 들어 설명하고자 함.

〈표 3〉 Medicare 상대가치(RVUs)의 산정 예

CPT Code	Description	Work RVUs	Non Facility Practice Expense RVUs	Facility Practice Expense RVUs	PLI RVUs	Total Non Facility RVUs	Medicare Payment Non Facility	Total Facility RVUs	Medicare Payment Facility	Global Period	Payment Policy Indicators			
99213	Office/Out patient visit, est (외래환자 재진방문료)	0.67	0.62	0.23	0.03	1.32	\$50.50	0.93	\$35.58	XXX				A+
27130	Total hip replacement (고관절 치환술)	20.12	NA	18.20	2.82	NA	NA	41.14	\$1,573.94	090	M	B		C+
33533	CABG, arterial, single (관상동맥 우회술, 혈관 1개)	25.83	NA	22.29	3.24	NA	NA	51.36	\$1964.94	090	M			
71010-26	Chest x-ray (흉부 x-ray)	0.18	0.07	0.07	0.01	0.26	\$9.95	0.26	\$9.95	XXX				A+

- Work RVUs는 의사업무량(Physician Work)에 대한 상대가치점수를 나타내는 것임.
- Non Facility Practice Expense RVUs와 Facility Practice Expense RVUs의 경우는 진료 비용(Practice Expense)에 대한 상대가치 점수를 나타내는 것으로 의사의 소속 요양기관 형태에 따라 Non Facility와 Facility로 구분하고 상대가치점수를 달리하고 있음.
- PLI RVUs는 의료사고에 따른 책임 보험료 부담에 대한 상대가치 점수로 Malpractice Expense라고도 불리워 진다.
- Total RVUs는 Non Facility의 경우 Work RVUs, Non Facility PE RVUs, PLI RVUs를 합한 값이며 Facility의 경우는 Work RVUs, Facility PE RVUs, PLI RVUs를 합한 값임.
 - 그러나 여기서 제시된 Total RVUs는 해당 CPT 코드의 상대적 가치를 나타내는 척도 로만 활용될 수 있고 실제로 지불되는 진료비는 각각 RVUs에 지역적인 조정(GPCIs)을

통하여 계산되어지는 Total RVUs로 지불되어 짐.

○ 이에 대한 자세한 설명은 GPCIs 설명부분인 <표 >에서 하고자 함.

□ Medicare Payment는 각각 Total RVUs에 환산지수(CF) \$38.2581(2001년 기준)을 곱한 값임.

□ Global period는 포괄적인 수술 package로 수술 후 치료일수를 포함하는지 여부를 말하는 것임.

○ 이를테면, 090은 수술 후 90일의 치료일수가 지불 금액에 포함되었다는 것을 의미함.4)

□ Payment policy indicator는 수술보조의(assistants-at-surgery), 협력수술의사(cosurgeons), 팀수술의사(team surgeons); 서비스 장소, 재료; 그리고 복잡과 양측적인 서비스 등에 적용되는 지표임.5)

□ <표 >에서 제시된 Total RVUs는 지역간의 가치 차이를 조정을 하지 않은 것으로 실제로는 GPCIs에 의한 지역간 조정 후 지불하도록 되어 있으며, 이처럼 지역간 조정을 통한 총상대 가치 점수를 구하는 산식은 다음과 같음.

총상대가치점수(Total RVUs) = (의사업무량 RVUs × 의사업무량 GPCI) + (진료비용 RVUs × 진료비용 GPCI) + (PLI RVUs × PLI GPCI)

○ 즉, 각각 세 가지 RVUs에 각각의 GPCI로 지역간 조정을 한 값들을 합산하여 총상대 가치점수를 산정하는 것이며, 이후 총진료비는 총상대가치점수에 환산지수를 곱하여 계산함.

4) 이 칼럼에는 치료일수 또는 다음의 alpha code가 나타날 수 있는데 각 의미는 다음과 같다.

XXX = Global period가 적용되지 않음.

YYY = carrier에 의해 포괄적 치료 기간이 부과되어야 함.

ZZZ = 이 코드는 다른 치료행위의 한 부분이며 그 치료행위에 포괄적 치료기관이 부과된다.

MMM = 합병증이 동반되지 않은 모성의 경우에 제공되는 행위로 산전진찰, 분만, 산욕기치료가 포함된다. 통상적인 포괄수술개념은 적용되지 않는다.

5) M = 복합수술(Multiple surgery) 적용(주수술(상대가치가 가장 높은 수술)에 대해서는 100%, 두 번째부터 5 번째 수술까지는 50%의 global payment schedule을 인정한다. 그 외 처치 가격은 carrier가 정한다)

B = 양측수술(Bilateral surgery) 적용

A = 수술보조의(assitant-at-surgery)에 한정

A+ = 치료의 필수사항으로 기록이 남았을 때만 지불됨.

C = 협력수술의사(지불가능)

C+ = 치료의 필수 사항으로 기재되어 있을 때에만 급여되는 협력 수술의사

T = 팀수술의사(지불가능)

T+ = 치료의 필수사항으로 기재되었을 때에만 급여되는 팀수술의사

§ = Medicare에서 급여되지 않는 행위

총진료비(Payment) = 총상대가치점수(Total RVUs)×환산지수(Conversion Factor)

- 이런 계산과정에 대하여 미국 의사협회 본부가 있는 Chicago 지역의 진료비 지불금액을 산정하는 과정을 몇 가지 코드를 예를 들어 다음 <표>에서 제시하고 있으며, 이중 CPT 코드 99213(외래환자 재진방문료⁶⁾)에 대하여 총진료비를 계산하여 보면,

$$\begin{aligned} \text{총상대가치점수} &= 0.67(\text{Work RVUs}) \times 1.027(\text{Work GPCI}) + 0.62(\text{PE RVUs}) \times \\ &\quad 1.090(\text{PE GPCI}) + 0.03(\text{PLI RVUs}) \times 1.745(\text{PLI GPCI}) \\ &= 1.416 \end{aligned}$$

$$\text{총진료비(Payment)} = 1.416(\text{Total RVUs}) \times \$38.2581 = \$54.17$$

- 즉, 여기서 1.416은 Chicago 지역에서 CPT 코드 99213의 총상대가치 점수가 되며, 여기에 환산지수 \$38.2581를 곱한 \$54.33이 총진료비가 됨.

- 이렇게 계산된 진료수가에 대하여 메디케어 지불방식에 참여하는 의사와 참여하지 않는 의사에 따라 지불보상의 범위를 다르게 적용하여 이 지불 방식에의 참여를 유도하고 있으며, 동일한 행위에 대한 참여의사와 비참여의사간의 지불금액의 편차를 줄이기 위해 limit charge로써 이를 조정하고 있다.

6) 의원 재진방문료는 Evaluation and Management Service 수가의 일종임. E/M 서비스 수가는 의원의 초진과 재진 방문에 따른 수가, 병원의 외래방문 수가, 상담료, 응급서비스에 대한 수가, 예방에 관한 서비스 수가 등으로 의료서비스에 있어 기본적으로 행하여지는 기본진료비 성격의 서비스 수가이다.

〈표 4〉 미국의 지역별 조정에 따른 상대가치 수가 지불방식의 계산 예

CPT Code	Description	Work RVUs	Work GPCIs	Non Facility Practice Expense RVUs	Facility Practice Expense RVUs	PE GPCI	PLI RVUs	PLI GPCI	Total Non Facility RVUs	Total Facility RVUs	Conversion Factor	Non Facility Local Payment Schedule	Facility Local Payment Schedule
99213	Office/Outpatient visit, visit (외래환자 재진진찰료)	0.67	1.027	0.62	0.23	1.090	0.03	1.745	1.416	0.9911	\$38.2581	\$54.17	\$37.92
27130	Total hip replacement (고관절치환술)	20.12	1.027	NA	18.20	1.090	2.82	1.745	NA	45.392	\$38.2581	NA	\$1736.61
33533	CABG, arterial, single (관상동맥 우회술, 혈관 1개)	25.83	1.027	NA	22.29	1.090	3.24	1.745	NA	56.477	\$38.2581	NA	\$2160.70
71010-26	Chest x-ray (흉부 x-ray)	0.18	1.027	0.07	0.07	1.090	0.01	1.745	0.278	0.278	\$38.2581	\$10.64	\$10.64

주 : 지역은 Chicago를 예를 들었으며, Chicago를 포함한 몇몇 주와 도시의 지역별 GPCIs 값들은 이후 <표 >에서 제시하고 있음.

2. 지역별 비용조정지수(GPCIs)의 산정

□ 의료서비스 제공에 소요되는 자원비용에 있어서의 지역간 차이를 보정하기 위해 전국평균에 대한 상대적 가치를 반영한 지표로서 크게 의사업무량(Physician Work), 진료비용(Practice Expense), PLI(의료책임보험)에 대해 각각의 GPCI가 있음.

□ CMS는 의료서비스를 제공하는데 투입되는 자원으로 의사업무량 또는 순소득, 피용자 임금, 사무실 임대료, 의료장비 및 진료재료 가격, PLI, 기타 비용 등을 감안하며, 또한 GPCIs를 산정함에 있어서 지역별로 이런 요소를 감안하여 산정하고 있음.

- 의사업무량 GPCIs는 1990년 census data에 기초하여 1995년에서 1997년까지의 각 지역별 대졸 근로자의 임금 차이를 기준으로 산출함.
 - 진료비용 GPCIs의 경우는 피용자 임금, 사무실 임대료, 의료장비 및 진료재료 가격, 기타 비용을 포함하여 계산하게 되는데 각각 요소가 진료비용에 차지하는 가중치를 감안하여 각 지역별 GPCIs를 산출함.
 - 가중치는 AMA의 사회 경제학적 monitoring system survey 자료에 기초하고 있고, 사무실 임대료는 HUD(House and Urban Development)의 아파트 임대 자료를 사용하며, 피용자 임금은 1990년 census data의 사무원(clerical workers), 사무 간호사(registered nurses), 의료기사(health technicians) 등의 임금을 기준으로 하고 있음.
- 이런 GPCI를 값이 가장 높거나 가장 낮은 몇몇 주와 도시를 예로써 제시한 것은 다음 <표>와 같음.

<표 5> 미국 메디케어 상대가치의 지역별 조정계수(GPCI)의 예시

Medicare Payment Locality	Work GPCI	Practice Cost GPCI	PLI GPCI
California			
Anaheim/Santa Ana, CA	1.036	1.187	0.901
Los Angeles, CA	1.055	1.169	0.901
Marin/Napa/Solano, CA	1.014	1.205	0.677
Oakland/Berkeley, CA	1.040	1.216	0.677
San Francisco, CA	1.067	1.378	0.677
San Mateo, CA	1.047	1.353	0.677
Santa Clara, CA	1.062	1.321	0.653
Ventura, CA	1.027	1.128	0.750
Illinois			
Chicago, IL	1.027	1.090	1.745
East St. Louis, IL	0.988	0.927	1.589
Suburban Chicago, IL	1.006	1.069	1.505
Rest of Illinois	0.964	0.888	1.074
Michigan			
Detroit, MI	1.042	1.030	2.903
Rest of Michigan	0.996	0.938	1.700
New York			
Manhattan, NY	1.093	1.352	1.661
NYC Suburbs/Long I. NY	1.067	1.242	1.942
Poughkpsie/N NYC Sunurbs, NY	1.010	1.079	1.300
Queens, NY	1.057	1.231	1.855
Rest of New York	0.998	0.951	0.778
Puerto Rico	0.882	0.720	0.317
South Carolina	0.975	0.905	0.279

3. 메디케어 비계약의사에 대한 지불보상금 산정(Balanced billing)

- Medicare에서 진료비의 청구와 관련하여 assigned과 non-assigned claim이 있음.
 - Assigned claim은 진료시에 가입자는 본인부담금(20%)만 지불하고 나머지 진료비는 의료제공자가 청구하는 방식임.
 - Nonassigned claim은 가입자가 진료비를 의료제공자에게 선지불하고 의료제공자가 진료내역계산서를 medicare carrier에게 제출하면 medicare carrier가 보험자 부담금(80%)을 가입자에게 보상하는 방식임.
 - 의사는 1년 단위로 두 가지 방법중 하나를 선택하여야 하며 assigned claim을 수용하는 의사를 Participating(PAR) Physician 이라고 하는데 이 경우 가입자에게서 공제액(deductible)과 본인부담(coinsurance)을 직접 징수하고 medical carrirer에게 나머지를 청구하게 되며, Medicare 수가를 수용하지 않은 의사를 Nonparticipating (NON-PAR) physician이라고 하는데 그는 Assigned claim을 수용하지 않아도 됨.

- PAR physician이 받을 수 있는 인센티브로서는 비참여(Non-PAR)의사에 대한 지불보상은 PAR의사에 대한 지불금액의 산정액의 95%로 조정되며, Non-PAR청구보다 더 빨리 처리하고 있음.
 - 그리고 Non-PAR는 일반수가표(physicain fee schedule)표의 95%에 해당하는 금액의 115% 이상을 청구해서는 안되는 제한이 있지만, 결과적으로 PAR의사보다 최대 9.25%(즉, $95\% \times 1.15 - 100\%$)를 더 받을 수 있는 구조임.

- PAR Program에 대한 의사의 참여도는 1997년에 80%였으며, 이후 전문분야와 지역에 따라 많은 차이를 보였음.
 - 가장 높은 참여율을 보인 분야로는 혈관 외과를 포함한 외과의사(93.3%)와 혈액학/종양학(90.4%)이었으며 가장 낮은 참여율을 보인 분야는 일반의(66.3%)였다. 참여율은 또한 주별로 널리 증가되었으며 1999년에는 약 85%로 증가되었음.

4. 메디케어 Part B 관련수기의 선정

1) 경미한 수술과 내시경(Minor Surgery and Nonincisional Procedures Endoscopies)

- 1992년 내시경 시술과 경미한 수술에 대한 메디케어 지불 정책에 주요한 수정이 이루어졌으며, 분리되고(separate) 확인할 수 있는(identifiable) 서비스가 제공되지 않는다면 경미한 수술과 내시경 시술이 수행된 당일의 방문(visit)에 대한 부분은 지불되지 않음.
 - 이에 대해 HCFA는 머리에 외상을 입은(head trauma) 환자에 대하여 신경학적 검사(neurological exam)가 이루어졌을 때 상처 봉합(suturing a scalp wound)에 덧붙여 방문에 대한 지불(payment for a visit)을 인정하는 것은 추가적인 지불이 되는 것이며, 또한 의사가 상처 봉합의 필요성만 밝히고 알레르기 및 면역 상태(allergy and immunization status) 여부만 확인한다면 방문에 대한 부분을 청구하는 것은 부적절하다는 예를 제시하고 있음.
 - 그러나 carrier⁷⁾는 청구서에 경미한 수술이나 내시경을 한 당일 방문에 대하여 기록할 수 있음.
- 수술로부터 회복되는데 이루어지는 모든 수술 후 서비스는 global fee에 포함되며, 경미한 수술에 대한 global period을 결정하기 위하여 상대가치단위의 목록에는 “Global Period”이라는 난이 포함되어 있음.

2) 수련의(provider-based physician)와 teaching physician에 대한 지불보상

- 메디케어 지급 규제(regulation)는 병원 근무의사(hospital-based physicians)에 의한 직접적인 환자 보호 서비스(direct patient care service)와 일반적 환자 보호(general patient care)와 관련된 서비스를 구분함.
 - 일반적 환자 보호와 관련된 서비스는 메디케어 PartA 서비스로서 병원 선지불제(hospital prospective pricing system)나 합리적인 가격에 기초(reasonable cost base)하여 지불될 수 있음.

7) carrier는 HCFA의 지불보상업무를 대행하는 위탁업체로, 환자가 진료를 받을 때에 의사에게 비용을 먼저 지불하면 이후 carrier가 환자에게 보상하는 시스템으로 운영된다.

□ 직접 환자 보호 서비스(direct patient care service)에 대한 지불은 메디케어 Part B에서 커버함.

○ 수련병원(teaching hospital)은 의사의 직접 진료 및 수술 서비스 비용이 병원에게 지불되도록 택할 수 있다. 만약 이러한 선택을 하지 않는다면 teaching 의사에게 직접 지불됨.

○ HCFA는 직접적인 환자 보호를 ① 의사에 의하여 직접적으로 제공되는 서비스, ② 개별 환자의 진단이나 치료에 직접적으로 기여하는 서비스, ③ 의사에 의해 통상적으로 제공되는 서비스 등과 같이 정의하고 있음.

□ 1995년 12월 8일 HCFA는 인턴이나 레지던트에 의해 제공되는 서비스에 대하여 새로운 지급 규칙인 Final Rule을 제시하였으며, 이는 AMA, 전문학회(national medical specialty societies), Association of American Medical Colleges, Medical Group Management Association으로부터 개발되었음.

○ HCFA는 새로운 규칙이 실행되기 전에 의사들(attending physicians)의 감독하에 레지던트나 인턴이 제공하는 서비스에 대한 청구를 위하여 환자들과 전문적 관계(professional relationship)를 세워줄 것을 요청함.

○ 그러나 전문적 관계(professional relationship)를 정의하는데 있어 의사 집단이 레지던트의 teaching과 감독 의무를 분명하게 구분하기 어려운 현실을 감안하여 기준을 폐지하고, 새로운 규칙에서는 teaching 의사에 의해 제공되는 서비스가 입원 치료만 국한되지 않고 다양한 환경에서 일어날 수 있다는 것을 인정하였음.

○ 결과적으로 새로운 규칙에서는 teaching 의사의 레지던트의 적절한 감독을 “물리적 존재(physical presence)가 필요할 때”에 대하여 좀 더 많은 유연성을 제공함.

– 새로운 정책에서 teaching 의사는 레지던트가 기술을 하는 동안 “핵심적 부분(key portion)”에 대해서만 참석할 것을 명백히 하고 있으며,수술이나 다른 복잡한 기술을 하는 동안 teaching 의사는 기술의 모든 핵심적 부분에 반드시 참석해야하고 전체 서비스 또한 언제나 참여할 수 있는 상태이어야 함.

– 규칙에서는 외과 의사(surgeon)가 각 기술의 핵심적 부분에 대해 물리적으로 참석하고(주요 부분은 동시에 일어날 수 없다) 다른 외과 의사는 첫 번째 기술을 도와주기 위하여 대기하고 있다면, 두 개의 연속적으로 시행되는 외과적 기술에 대한 감독에 대하여 지불함.

– 한 명의 의사만이 각 기술에서 공동으로 이루어지는 것에 대하여 청구할 수 있으며,

평가와 관리(evaluation and management; E/M) 서비스를 감독하는 것에 대해 지불 받기 위하여 teaching 의사는 청구될 서비스 수준을 결정하는 환자의 방문(visit)시 반드시 참석하여야 하고 teaching 의사의 존재는 환자의 진료 기록(medical record)에 반드시 기록되어야 함.

- 또한 HCFA는 teaching 의사의 물리적 존재를 요구하는 것은 레지던트 훈련 프로그램(training program)의 속성과 본질적으로 무관하다는 것을 인정하였음.
- 그래서 teaching 의사가 레지던트나 인턴을 감독하는 것이 주된 목적이 아니지만 어떤 특수한 상황에는 지불이 적절하다고 인정하며, 특정 기준에 부합한다면 teaching 의사 없이 레지던트에 의해 제공된 low-to mid E/M 서비스(CPT 코드 99201-99203, 99211-99213)에 대하여 지불함.
- teaching 의사가 감독하는 레지던트는 언제나 4명을 초과해서는 안되며 서비스를 제공하는 레지던트에 대하여 최소한의 훈련 요구사항(training requirement)을 설정해놓고 레지던트에 의해 제공될 서비스의 범위에 대하여 제시함.
- 예외 기준에 가장 잘 부합하는 훈련 프로그램(training program)으로 HCFA는 가정 진료(family practice)와 일반적인 내과 진료, 노인학과와 소아과에서 일부 프로그램을 제시하였으며, 1996년 Final Rule에서 HCFA는 산과와 부인과 레지던트 프로그램 혹은 여성 건강 보호와 관련된 프로그램이 바람직하다고 밝힘.
- 또한 HCFA는 정신과 프로그램에서 레지던트에 의해 제공되는 서비스에 대한 지불 규칙에 대해 예외를 설정함.
 - 여기서는 물리적 존재를 충족시키기 위하여 거울(one-way mirror)이나 비디오 시설을 통하여 teaching 의사가 레지던트(E/M 서비스뿐 아니라 정신과적 서비스)에 의해 환자에게 제공되는 서비스를 관찰한다면 가능하게 하였음.

3) 비의사에 대한 지불보상

□ 메디케어 프로그램에서는 limited license practitioner와 nonphysician practitioner의 일곱 개 범주에 대하여 분리된 적용범위와 지불을 하며, 이러한 서비스를 관리하는 지불 규칙은 서비스 장소, 진료 감독, 다른 환경에 따라 상당히 다양함.

가) Limited License Practitioners

- 메디케어 법에서는 시력측정사(optometrist), 척추지압사(chiropractor), 치과의사(dentist), 구강악안면의사(oral and maxillofacial surgeon), 족병(足病) 치료전문의(podiatrist)를 모두 의사로 간주하여 의사와 동일한 지불 스케줄을 적용함.
 - Nonphysician practitioner에게 CPT 코드의 적용이 가능할 경우 표준화된 지급을 실시하고 그렇지 못하는 경우 적절한 HCPCS 코드를 사용하며, 각 nonphysician 유형별 지불규모는 carrier에 의해 계산됨.
 - 지불 스케줄 하에서 nonphysician 서비스에 대해 승인된 지불 규모는 지역(locality)별 의사 서비스에 승인된 지불 규모에 관련되어 있음.
 - 즉, nonphysician 서비스에 대한 지불 스케줄은 의사의 서비스에 대한 지불 스케줄과 같은 방법으로 실시됨.

나) Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists

- 1997년 Balanced Budget Act는 nurse practitioners(NPs)와 clinical nurse specialists(CNSs)가 MD/DO의 직접적이거나 물리적인 감독 없이 의료행위를 할 수 있고 직접 메디케어 지급을 받을 수 있도록 하였으며, 이들 직종에 대한 메디케어 지불은 메디케어 RBRVS 혹은 실제 비용의 85%보다 적게 유지되고 있음.
 - 그러나 1998년 11월 2일 Federal Register에서는 1999년 1월 1일부터 NPs와 CNSs 모두 새로운 자격기준(certification requirement)에 부합하도록 함.
 - nurse practitioners는 반드시 ① 간호학 석사학위 소지, ② 주법에 따른 NP 서비스를 제공하며 주에 의해 인정되어 등록된 전문 간호사, ③ American Nurse Credentialing Center나 다른 nurse practitioners과 같은 국가 인증기관에 의해 인증된 nurse practitioners 등과 같은 자격을 충족시켜야 함.
 - Clinical Nurse Specialist도 서비스의 메디케어 Part B에 대하여 청구하기 위하여 비슷한 자격을 충족시켜야 함.
 - 자격기준은 ① 주법에 따라 clinical nurse specialist의 서비스를 할 수 있도록 자격이 주어진 등록된 간호사, ② 공적으로 인증된 교육 기관의 clinical 부분 석사 학위 소지자, ③ American Nurse Credentialing Center에 의해 인증 받은 clinical nurse specialist임.
 - 또한 1998년 11월 2일 Federal Register에서 NPs와 CNSs에 대한 정책으로 “NPs와 CNSs는 반드시 그들의 진료 범위를 기록하고 그들이 행한 진료 범위 밖의 이슈를 다루

는 데 있어서 의사들과의 관계를 명시해야한다”와 같이 의사와 공동작업에 대해 규제하지 않도록 하고 있음.

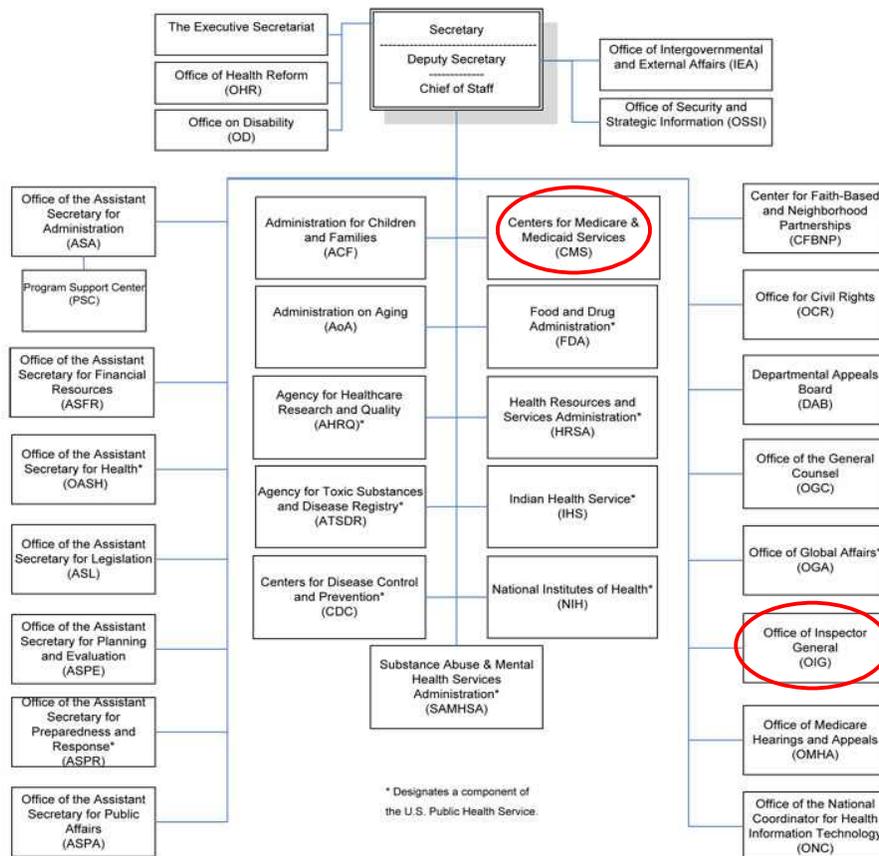
미국의 공적 건강보장제도(Medicare, Medicaid)에서의 부정청구 현황 및 개선정책

□ 본 출장보고서는 미국 보건성 산하에 있는 CMS에서 구체적으로 통합(완결성) 프로그램을 개발 관리하는 부서인 CPI(Center for Program Integrity)를 방문하여 미국의 의료기관 부당청구 관리방안에 대한 현황 및 관리방법에 있어서의 개선정책을 주제로 자문회의를 가진 결과보고서임.

○ 미국의 부당청구 관리방안에 대한 방향을 검토한 후 시사점을 도출하여 결과적으로 우리나라 부당청구 방지를 위한 정책대안을 마련하는 것에 그 목적이 있음.

□ 미국 보건성(HHS : Department of Health and Human Services)에는 아래 <그림 1-1>에서 보는 것과 같이 CMS, OIG 등의 미국 건강보장과 관련된 산하기관들이 있다.

<그림 1> 미국 보건성(HHS)의 조직도



출처 : 미국 보건성 홈페이지 <http://www.hhs.gov/about/orgchart/>

○ CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)는 Medicare와 Medicaid에 대한

전반적 관리를 담당하고 있음.

- OIG(감사관실)는 Public Law 95-452에 근거하여 설립된 기관으로 보건성 관련기관의 운영과 프로그램에 대한 감사권, 조사권, 실사권 등의 권리를 가짐.
- 미국의 경우 1993년 이래로, 클린턴정부는 Medicare와 Medicaid에서 부정청구와 과잉진료에 대해 전례없이 큰 관심을 나타내기 시작함. 또한 최근까지도 보건의료공급자들에게 부당하게 지급되는 급여비용을 밝혀내기 위한 새로운 관리수단을 개발함과 동시에 일련의 수사(investigation)와 기소(indictment)를 통해 유죄판결(conviction)을 얻어내는 등의 개가를 올리고 있음.
- 이때부터, 부정청구와 과잉진료에 대한 관심이 집중되면서 보건부 감사관실(HHS-OIG)과 FBI, 법무부(DOJ), 건강보험재정청(HCFA) 및 기타 정부부처의 노력으로 Medicare와 Medicaid에 청구되는 부정행위에 대한 보다 구체적인 실태와 경향을 파악할 수 있게 되었음.
 - 1991년 1월 6일 입안된 진료비 부정청구방지법(Health Fraud and Abuse Act of 1999)은 보건부, 노동부, 보훈처와 인사관리처의 모든 감사관(OIG)에게 모든 연방법률에 위반한 부정청구과잉진료를 예방·억제·통제하는 것과 관련하여 감사권, 민·형사상 조사권, 실사권, 평가권을 부여함.
- 허위청구에 관한 사건들은 FBI나 보건부 감사관실(HHS-OIG) 그리고 다른 수사기관으로부터 검찰국(USAO:United States Attorney's Office)에 보고되는데, 이 사건들에 대하여 각 지역별로 수사가 계속됨.
- 수사는 혐의가 인정되어 공소가 제기되거나 공소에 적합하지 않은 것으로 결정될 때까지 계속됨.
- 미국의 공적 건강제도 현황을 살펴보자면, Medicare의 경우, 1일 근무일 기준 약 \$13억 달러(대략 4.5만건의 청구서)를 지출하고 있으며, 한 달 평균 19,000건의 제공자 등록 신청을 받고 있음.
- 2009년 기준 Medicare의 경우, 46백만 이상의 보험수급자에게 \$4,300억 이상의 금액을 지불하였으며 medicare에서 발견되는 improper payments는 \$450억 이상으로 추정됨.

- Medicaid의 경우, 51백만 이상의 보험수급자에게 \$3,810억 이상의 금액을 지불하였으며, medicaid에서 발견되는 improper payments는 \$180억 이상으로 추정됨.
- 미국의 경우, 2012년까지 medicare의 improper payment비율을 2009년 12.4%에서 2012년 6.2%까지 감소시킬 것을 목표로 삼고 있음.
 - 미국의 경우, 부당허위 청구 등에 대한 처분강도가 상대적으로 높은 편임.
 - 미국의 경우, 의료공급자와 보험자가 모두 다원적이며, 이들 간에 연계 및 협력관계가 결여되어 있기 때문에 부정청구에 대한 통제가 실질적으로 어렵다는 단점이 있음.
- 미국의 improper payment는 Errors, Waste, Abuse, Fraud 이 네 가지 모두를 포함함.
 - Errors(기록오류) : 진료기록에 오류가 발생한 경우로, 진료기록이 없거나 기록이 불충분한 경우 등도 이에 포함됨.
 - Waste(과다청구) : 의료자원의 비효율적이며 부적절한 이용을 한 경우임. 과다청구는 진단은 적절하였다고 전제하며, 다만 이에 대한 진료가 필요한 범위를 초과하는 경우를 말함.
 - Abuse(과잉진료) : 규정을 위반하는 행위로, 과잉청구는 진료의 측면에서 해당 신체의 질병상태의 진지성을 과장하여 평가하고 필요한 범위를 벗어난 내용과 종류의 진료를 하는 경우임.
 - Fraud(허위청구) : 고의적으로 속이는 행위로 허위청구는 진료를 행하지 않았음에도 비용보상을 청구하거나, 산정기준을 위반하여 보상을 청구하는 경우 또는 초과청구를 하는 경우를 의미함.
- 우리나라의 경우 허위청구와 과잉청구의 경우와 과다청구를 구분하여 심사하고 있지 않음.
 - 허위청구는 진료를 하지 않았음에도 불구하고 비용이나 보상을 청구하거나 진료기간을 허위로 연장하는 경우로 우리나라의 경우 허위청구에 대한 처벌의 강도는 높은 편임.
 - 요양기관 업무정지 또는 과징금 부과처분을 받은 요양기관 중 관련서류를 위조 변조하여 요양급여비용을 거짓으로 청구한 요양기관으로서, 거짓으로 청구한 금액이 1천 500만원 이상이거나, 요양급여비용총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20이상인 경우에는 건강보험공표심의위원회의 심의를 거쳐 공표대상기관으로 선정됨.
 - 공표대상기관으로 선정 될 시에는, 요양기관의 명칭·주소, 대표자의 성명, 성별, 면호번호

호 및 위반행위, 처분내용 등이 공개됨.

- 특정 A약을 쓰고, B라는 약으로 처방할 경우 미국에서는 이를 허위청구로 간주하지만 우리나라에서는 부당청구로 간주하여 허위청구에서보다 처분의 강도가 다소 약함.

- 이는 약가 정보 등의 업데이트가 늦게 된 경우 등이 발생하기 때문임.

□ Medicare에서 진료비 심사는 지불 전 심사와 지불 후 심사가 있음.

- 지불 전 심사를 위하여 비용청구 중 일부를 무작위로 추출하여 타당성 여부를 심사함. 지불 전 심사는 장정적 지불을 위한 초기 결정이며, 심사 내용에는 급여 변위 심사, 법적 예외 심사, 합리성과 필요성 심사, 코딩 심사가 해당됨.
- 지불 후 심사는 9단계로 세분되며, 단계를 진행 중에 잠재적인 부정이 발견되면, 이후 단계를 정지하고 BI(Benefit Integrity) 부서에 조사를 외뢰함. 지불 후 심사는 기본적으로 평균가를 기준으로 이루어짐.

□ CMS내에서 프로그램 통합을 담당하고 있는 CPI(Center for Program Integrity)는 Improper payments를 방지하기 위해 다음과 같은 목표를 가지고 있음.

- 최신의 방법을 사용해 허위여부를 파악·예방하며 과잉·과다 등의 여타 improper payments를 줄여 합법적인 제공자에게 올바른 금액을 보장하는 것을 목표로 함.
- 이를 위해, CPI는 improper payments의 유형을 포착하여 조직적이고 통합된 시스템하에서 improper payment를 예방함.

□ 위의 목표를 위해 CPI는 다음과 같은 6가지 방안을 마련하고 있음.

<그림 2> 프로그램 통합 방식의 전략 원칙



□ 급여 지급 후 허위청구로 인한 improper payment를 추적하는 등의 사후적인 처분이 기본이 되는 현행시스템을, 미리 감지하고 예방할 수 있는 사전적인 대책을 강조하는 시스템으로 전환할 필요가 있음.

□ 부정청구를 파악함에 있어 포괄적으로 적용되던 획일적인 방법을 지양하고, 부당청구의 위험성이 있는 공급자에게 주목하여 재빠른 대책을 수립할 수 있도록 해야 할 것임.

□ 기존의 프로세스에 업데이트 않고 혁신과 기술의 이점을 적극적으로 수용하여 예방에 초점을 맞출 필요가 있음.

□ 정부가 단독으로 주도하는 방식을 지양해야 하며, 적극적인 공적·민간기관의 참여가 필요함.
○ 전문화된 공적·민간기관이 참여함에 따라 효율성을 높일 수 있을 것임.

□ 정리하면, 미국의 경우, 부정청구를 사전에 예방하기 위해 관련 법률을 제정하고 보건성, 법무부 등의 부처가 서로 연계하여 협력하고 있음.

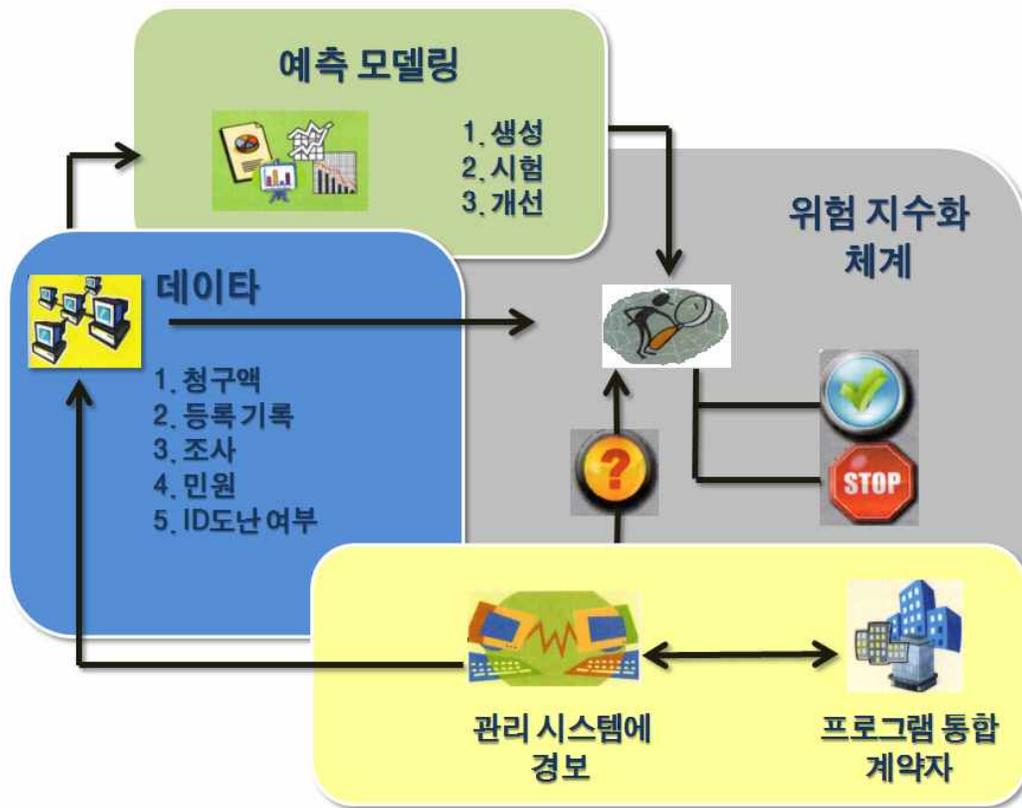
○ 즉, 공급자의 부정청구가 발생하기 전에, 부정청구 요양기관의 공적보험제도가입을 사전에 방지하며, OIG(Office of Inspector General, 사회보장청산하 의료사기 총수사국)와

협력하여 허위·부당청구를 사전에 예방함.

- 허위청구, 불법수수료 수수 및 그 밖의 심각한 금지행위를 한 의료공급자가 발견될 경우, 즉시 건강보장제도에서 퇴출시킬 수 있음.
 - 또한, 부분적으로 the Small Business Jobs Act를 통해 불법행위를 한 의료공급자에 대한 제재가 가능함.
- 부정청구 예방사업 프로그램은 심사강화와 예측분석의 두 가지 체계가 동시에 이루어져 부정청구를 사전에 예방하고자 하는데 의의가 있음.
- 예방사업 프로그램은 먼저, Medicare와 Medicaid 등록단계 심사를 강화하고자 함.
 - 오바마 정부의 건강보험 개혁안 중 Affordable Care Act 조항은 의료제공자 등록 심사를 강화하는 대안을 제시함.
 - 위험성의 정도에 따라 4개 그룹으로 제공자를 나누어 위험성이 높은 그룹의 제공자들에 대한 관리, 감독을 증가시킴.
 - 공적건강제도 등록을 유예시키거나, 등록비(Enrollment fees)를 받기도 함.
 - 허위 청구 조사기간동안 급여 지급을 중단하거나 연방정부 프로그램으로부터 배제할 수 있음.
 - 또한 예방사업 프로그램은 급여 청구 시, 예측 분석을 사용하여 허위청구를 방지하고자 함.

□ 부정청구 예방사업의 매커니즘은 아래 <그림 5-1>과 같이 도식으로 설명될 수 있음.

<그림 3> 부정청구 예방사업 매커니즘



□ 부정청구 예방사업은 수집한 데이터를 예측모델링을 이용해 위험성을 지수화 시켜 잠재적인 허위청구나, 과잉진료 등의 징후가 나타날 때에는 급여 청구를 중지하고 미리 공적보험제도에 서 제외시킴.

○ Medicare 대행자인 RACs , PSCs/ZPICs는 데이터 마이닝은 청구액과 공급자의 등록 기록 등을 조사하여, 이례적 청구 행태를 발견하거나, 전례에 벗어난 행태를 보이는 공급자를 찾아내는 등 공급자의 새로운 부당청구 패턴을 발견하고 감지함.

○ 부정청구 예방사업 매커니즘의 예측 모델링은 부당청구를 사후 발견하고 처벌하는 것에서 나아가 사전에 감지하여 부당청구를 감소시키는데 도움을 주고 있음.

– 예측 모델링은 효과적이며 시기적절한 CMS의 행정 처분을 가능하게 하며, 분석과정은 잘못된 확률을 최소화시키기는 등 효율성이 높다는 장점이 있으며 위험성 평가 (risk-based)에 의한 진단을 한다는 특징이 있음.

□ CMS는 여러 대행자와 계약하여 Medicare Contractors 제반 업무(보험급여 및 심사)를 대행하게 함.

- 부당청구 관리 대행자인 PSC(Program Safeguard Contractors)/ZPIC(Zone Program Integrity Contractors)은 CMS, 법무부, CIA와 공조하여 CMS 산하조직인 OIG의 관리 하에 부당청구를 감지하고 업제하는 업무를 수행함.

<그림 4> ZPIC(Zone Program integrity Contractors)



□ 예방 모델링 개발, ZPICs/PSCs 대행자, CPI(Center for Program Integrity) 및 법적집행이 공조하는 방식으로 부정청구 예방이 이루어 질 수 있음.

- 예측모델링 개발대행자는 예측모델을 기반으로 위험성을 측정하고, 변경가능한 규정을 바탕으로 leads(?)의 우선순위를 정하며, 조사자에게 자료를 제공하며 예측모델링 단계에서 나타나는 취약점을 찾아냄.
- ZPICs/PSCs 대행자는 부당청구를 조사하고 improper payments를 방지하기 위한 적절한 조치를 취하며 이 경우, 법적 집행 케이스들을 참조함. PICs/PSCs 대행자 역시 이 제반 업무 수행시 나타나는 취약점을 분석함.
- CPI는 위 대행자들이 수행하는 예측모델링 생성,시험,개발 단계를 지도·감독하며, Investigate fraud leads and liaison with law enforcement(field offices).

- 또한 법적 집행력은 부당청구에 대한 조사 시 법률에 의거한 체계적인 조사가 가능하게 하며 부당청구를 한 제공자를 기소하는 것을 가능하게 함.

※ CMS 조사개입여부

가령, 캘리포니아의 의료기관에 있는 의사가 진찰의 목적으로 뉴욕에 있는 환자의 의료차트를 참고할시에는 이 두 행위에 대해서 비용을 청구할 수 있으며, 이 경우에 CMS는 특별히 개입하지 않지만, 동일한 의사로부터 동일한 일자에 서로 다른 주에서 이루어진 마취 등의 의료행위에 비용청구가 접수될시에는 허위·부당청구의 가능성이 있을 것이라 간주하여 CMS가 개입하게 된다.