
내과연관학회 건강보험정책단 활동내역 보고서

2023. 12



대한내과학회
THE KOREAN ASSOCIATION OF INTERNAL MEDICINE

- 목 차 -

I 내과연관학회 건강보험정책단 활동내역

1. 운영 현황	1
가. 조직도	1
나. 위원 명단	2
다. 규정	3
1) 보험위원회 규정	3
2) 내과연관학회 건강보험정책단의 조직 및 운영에 관한 규정	5
2. 회의 결과	8
가. 개최 현황	8
1) 보험위원회 및 건강보험정책단 전체회의	8
나. 회의 결과 - 보험위원회 및 건강보험정책단 회의	9
1) 보험위원회 및 건강보험정책단 2022년 제1차 전체회의	9
2) 2023년 제1차 대한내과학회 보험위원회 및 건강보험정책단 워크숍	11
강의자료: 내과학회 건강보험정책단 역사와 그간의 역할 [김영삼]	12
강의자료: 내과학회 건강보험정책단 정체성과 역할의 문제점 [김형준]	30
강의자료: 내과학회 보험위원회와 건강보험정책단 목표와 조직 구성 개선 제언 [김형중]	40
강의자료: 환자분류체계위원회 발표 [이인석]	51
강의자료: 우리나라 의료보험정책의 나아갈 방향 [박은철]	71
강의자료: OECD데이터로 본 대한민국 의료제도 고찰 [서인석]	96
3) 보험위원회 및 건강보험정책단 2023년 제2차 전체회의	121
강의자료: 환자분류체계 주요 추진계획 [김희남]	123
4) 보험위원회 및 건강보험정책단 2023년 제3차 전체회의	148
강의자료: 건강보험 약제 급여기준 [장준호]	150
5) 보험위원회 및 건강보험정책단 2023년 제4차 전체회의	164

II 환자분류체계위원회 활동내역

1. 회의 결과	166
가. 개최 현황	166
1) 환자분류체계위원회 전체 회의	166
나. 회의 결과 - 환자분류체계위원회 회의	167
1) 환자분류체계위원회 2022년 제1차 회의 결과	167
2) 환자분류체계위원회 2023년 제2차 회의 결과	168

III 신포괄수가제위원회 활동내역

1. 회의 결과	169
가. 개최 현황	169
1) 신포괄수가제위원회 회의	169
나. 회의 결과 - 신포괄수가제위원회 회의	170
1) 신포괄수가제위원회 2023년 제1차 회의 결과	170
2) 신포괄수가제위원회 2023년 제2차 회의 결과	171

IV 보험 아카데미 및 학술대회

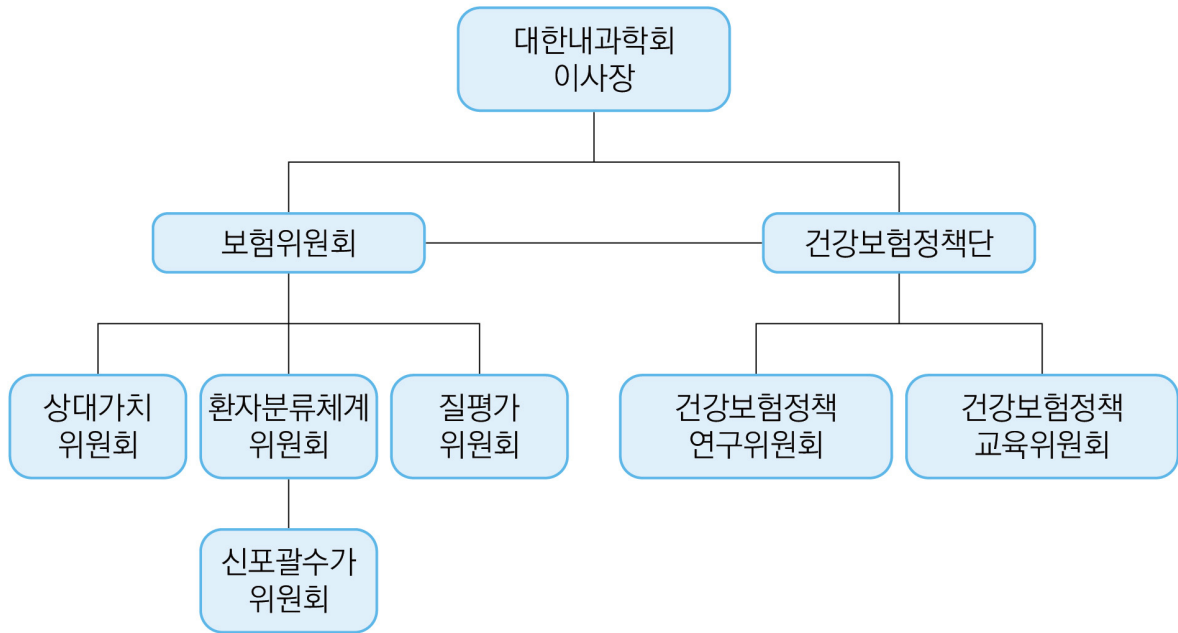
1. 대한내과학회 건강보험정책단 제5회 보험아카데미	172
1) 강의자료: 신약 급여 등재	173
[건강보험심사평가원 신약등재부 공지런]	
2) 강의자료: 약제 급여 기준과 사후 관리	193
[건강보험심사평가원 약제기준부 김국희]	
3) 강의자료: 치료재료 급여 등재	203
[건강보험심사평가원 진료심사평가위원회 서기현]	
4) 강의자료: 급여 등재 관련 의견서 작성	214
[대한내과학회 보험위원회 간사 김형중]	

2. 대한내과학회 건강보험정책단 제6회 보험아카데미	217
1) 강의자료: 우리나라 건강보험 지불 체계	218
[대한내과학회 보험이사 김형중]	
2) 강의자료: 외국의 의료보험 체계 (미국, 호주, 독일, 영국)	259
[차의과학대학, 예방의학과 지영건]	
3) 강의자료: 신의료기술 등재절차 및 기준	274
[건강보험심사평가원 급여등재실 정영애]	
4) 강의자료: 3차 상대가치 개편 진행 경과	286
[보건복지부 보험급여과 조영대]	

I 내과연관학회 건강보험정책단 활동내역

1. 운영 현황

가. 조직도



- 기존에 대한내과학회는 보험과 관련된 업무를 처리하기 위하여 보험위원회를 운영하였음.
 - 상대가치위원회 : 의료행위 상대가치 관련 업무 담당
 - 환자분류체계위원회: 입원환자분류 및 외래환자분류 업무 담당
 - 신포괄수가제위원회: 신포괄수가 대상 병원 모니터링 및 연구사업 담당
- 그러나 내과 질환과 관련된 보험, 정책 업무를 장기적으로 개선하고, 내과연관학회들의 보험 업무를 지원할 필요성이 제기됨.
- 따라서 대한내과학회 보험위원회(이하 “보험위원회”)와는 별개로, 내과연관학회 건강보험정책단(이하 “건강보험정책단”)을 구성하여 운영하였음.
- 2023년 4월 보험위원회 및 건강보험정책단 조직 구성 변경이 필요하여 보험위원회 산하에 질평가위원회(질평가 업무 담당)를 추가하고, 건강보험정책단 산하 건강보험정책 연구위원회와 건강보험정책 교육위원회로 조직을 변경함.

나. 위원 명단

연번	구분	내과학회 직책	성명	소속	분야
1	보험위원회	위원장	김형중	차의과대학	신장
2			강창원	강창원내과	개원
3		부위원장	전로원	전로원내과	심장
4		간사	서존	순천향의대	심장
5			박근형	차의과학대학	신장
6		환자분류체계위원회 위원장	이인석	가톨릭의대	소화기
7		상대가치위원회 위원장	김영삼	연세의대	호흡기
8		신포괄수가제위원회 위원장	최병용	서울의료원	류마티스
9		위원	김대중	아주의대	내분비
10			김성용	건국의대	혈액
11			김종화	부천세종병원	당뇨
12			김태빈	김태빈내과의원	개원
13			배장환	충북의대	심장
14			윤보영	인제의대	류마티스
15			이재련	울산의대	종양
16			정대영	가톨릭의대	소화기내시경
17			정재원	인제의대	알레르기
18			최대은	충남의대	신장
19			추은주	순천향대	감염
20			황용일	한림의대	호흡기
1	건강보험정책단	단장	김형준	중앙의대	소화기
2			김형중	차의과대학	신장
3		부단장	김병옥	중앙보훈병원	심장
4		간사	이현웅	연세의대	소화기
5		위원	구동회	성균관의대	종양
6			김성남	김성남내과	신장
7			김세훈	서울의대	알레르기
8			김태빈	김태빈내과의원	개원
9			박병규	국민건강보험공단 일산병원	소화기
10			박성미	고려의대	심장
11			손경희	경희의대	알레르기
12			윤영경	고려의대	감염
13			이문형	연세의대	심장
14			이정규	서울의대	호흡기
15			전성완	순천향의대	내분비
16			홍승재	경희의대	류마티스

다. 규정

1) 보험위원회 규정

제 1 조 (목적)

본 규정은 대한내과학회 회칙 18조에 의하여, 대한내과학회 보험위원회(이하 위원회)의 조직과 운영에 관한 사항을 규정하는 것을 목적으로 한다.

제 2 조 (기능)

보험위원회는 내과와 관련된 제반 보험 업무를 효율적으로 수행하고, 회원의 이익을 도모한다.

제 3 조 (구성 및 임기)

1. 보험위원회는 다음과 같이 구성하며, 위원회의 임기는 대한내과학회 임원의 임기에 준한다.
 - 1) 위원장: 대한내과학회 보험이사는 위원회를 대표하여 위원장(당연직)이 되며, 대한내과학회 이사장이 임명한다.
 - 2) 부위원장 및 간사: 보험위원 중에서 위원장 추천에 의해 이사장이 임명한다.
 - 3) 위원: 분과별로 안배하여 최소 각 분과에 1명 이상과 대한내과의사회에서 1명을 추천받아 구성하며, 위원장 추천에 의해 이사장이 임명한다.
2. 보험위원회 산하에 상대가치위원회와 환자분류체계위원회, 질평가위원회를 구성하고, 위원장은 보험이사의 추천에 의해 이사장이 임명한다. 위원은 분과별로 안배하여 최소 각 분과에 1명 이상으로 구성한다.

제 4 조 (업무)

보험위원회의 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 업무를 진행한다.

1. 의료보험
 - 1) 의료보험과 관련된 사항에 대한 심의 및 검토
 - 2) 의료보험 진료수가 분류체계 연구 및 검토
 - 3) 포괄수가제(DRG) 및 외국 의료보험체계 연구 및 검토
2. 의료정책
 - 1) 의료전달체계 연구 및 검토
 - 2) 의약분업에 대한 연구 및 검토
3. 대한내과의사회의 협조 및 간담회
4. 기타 이사회의 위촉사항

제 5 조 (회의)

1. 보험위원회 및 산하 상대가치위원회와 환자분류체계위원회는 일 년에 2회 정기적으로 회의를

개최하며, 필요에 따라 위원장이 회의를 소집할 수 있다.

2. 위원회는 재적위원 과반수의 출석 혹은 위임으로 성립하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.
가부동수인 경우 위원장이 의결권을 갖는다.
3. 위원회에서 논의되고 결정된 사항은 대한내과학회 이사회에 보고되어 승인을 받아 시행한다.

제 6 조 (운영 세칙)

1. 본 규정에 규정되지 않은 사항은 보험위원회의 결정에 따른다.

제 7 조 (부칙)

1. 본 규정은 2013년 9월 28일부터 시행한다.
2. 본 규정은 2019년 10월 26일부터 개정 시행한다.
3. 본 규정은 2022년 9월 22일부터 개정 시행한다.
4. 본 규정은 2023년 3월 14일부터 개정 시행한다.

2) 내과연관학회 건강보험정책단의 조직 및 운영에 관한 규정

제 1 장 총칙

제 1 조 (목적)

본 규정은 대한내과학회 회칙 25조 1항에 의하여, “내과연관학회 건강보험정책단”의 조직과 운영에 대한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제 2 조 (기능)

본 정책단은 내과 질환과 관련된 보험정책업무를 장기적으로 개선하기 위하여 내과연관학회들의 보험업무를 지원하고 대관업무 수행에 구심점을 제공하며, 관련 국내외 자료들을 수집하고 연구하여 선제적으로 공동 대응하여 국민보건의료 향상에 이바지함을 목적으로 한다.

제 3 조 (사업)

정책단은 상기 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 사업을 시행한다.

1. 단기과제

- 1) 내과 및 내과연관학회의 대관보험업무에서 대한의사협회, 대한병원협회 및 대한의학회의 정보를 공유한다.
- 2) 보험관련 단체(대한의사협회, 대한병원협회, 대한의학회, 건강보험심사평가원, 질병관리본부, 보건복지부, 국회, 시민단체 등)에 대한 대관 업무의 창구 역할을 담당하고 공동 개선방안을 마련한다.
- 3) 보험관련 전문 인력을 육성하고 대관보험업무 전담 인력을 지속적으로 유지한다.
- 4) 정부의 보험정책 현안에 대한 구체적인 정책을 개발하고 선제적으로 제안한다.

2. 장기과제

- 1) 국내자료 연구 및 해외사례 수집을 통해 장기적 개선과제를 제안하고 계획을 수립한다.
- 2) 정책전문가 육성하고 신규 임원을 교육한다.
- 3) 국가 보건의료의 향상을 위해 개발한 정책들을 언론에 홍보하고, 정부 및 국회와의 활동을 통해 실현하도록 한다.

제 2 장 참여 학회

제 4 조 (참여 학회)

1. 정책단에 참여하는 내과연관학회는 대한감염학회, 대한결핵 및 호흡기학회, 대한내분비학회, 대한당뇨병학회, 대한류마티스학회, 대한소화기학회, 대한소화기내시경학회, 대한신장학회, 대한심장학회, 대한천식알레르기학회, 대한임상암학회, 대한혈액학회, 대한내과의사회 등 세부학회로 한다.

2. 추가로 참여를 희망하는 학회는 대한내과학회 이사회의 인준을 받아 참여할 수 있다.
3. 정책단에 참여한 학회는 자유의사에 따라 참여를 철회할 수 있다.

제 3 장 구성

제 5 조 (구성원)

정책단의 업무를 수행하기 위하여 구성원은 원칙적으로 내과학회 정회원 중에서 선정하며 다음과 같이 구성한다.

1. 단장 2명
2. 부단장 1명
3. 위원 20명 내외

제 6 조 (업무)

1. 정책단은 대한내과학회 이사장 산하의 별정 조직으로 한다.
2. 단장은 정책단을 대표하고 정기 및 임시회의의 의장이 되며 정책단의 제반업무를 총괄하며 대한내과학회 이사장이 임명한다.
3. 대한내과학회 보험이사가 공동 단장으로 대한내과학회 보험위원회와의 업무 조정 및 역할 분담을 결정하고 정책단의 논의 및 결정 사항을 내과학회 이사회에 보고한다.
4. 위원은 정기 및 임시회의에 출석하여 정책단의 업무에 관한 사항을 결정하며 단장으로부터 위임 받은 사항과 대한내과학회 보험위원회 및 이사회에서 위임받은 업무를 수행한다.
5. 정책단의 목적을 달성하기 위해 다음과 같은 업무를 진행한다.
 - 1) 내과와 관련된 의료행위분류체계 및 상대가치에 대한 연구
 - 2) 의료전달체계와 관련된 정책연구
 - 3) 의료의 질 평가에 대한 연구
 - 4) 기타 대한내과학회에서 위임 받은 보험관련 정책 연구
6. 대한내과학회 감사는 정책단의 사무 및 재정을 감사하고, 그 결과를 대한내과학회 이사회에 보고한다.

제 7 조 (임기)

1. 단장, 부단장의 임기는 3년으로 하고 연임할 수 있다.
2. 위원의 임기는 3년으로 하고 연임할 수 있다.
3. 임원의 임기 중 결원이 생긴 때에는 제7조에 근거하여 3개월 이내에 보선하고, 보선에 의하여 취임한 임원의 임기는 전임자의 잔여기간으로 한다.

제 8 조 (선정)

1. 단장은 “내과연관학회 연합체”의 의견수렴과 정책단의 추천을 받아 대한내과학회 이사회에서

임명 한다.

2. 대한내과학회 보험이사는 당연직 공동단장으로 한다.
3. 위원은 참여하는 학회마다 최소 1명 이상을 추천받아 참여 학회별로 1명을 단장이 위촉하되, 단장은 학회추천 위원 이외에 3명 이내의 위원을 추가로 위촉할 수 있다.
4. 위원의 선정은 대한내과학회 이사회의 인준을 받아야 한다.

제 4 장 회의

제 9 조 (회의)

1. 회의는 정기회의와 임시회의로 구분한다.
2. 정기회의는 매년 4회 개최하고, 임시회의는 단장이 필요하다고 인정하는 때 또는 재적위원 과반수의 서면요청이 있는 때와 감사의 요청에 의해 소집한다.
3. 회의는 재적위원 과반수의 출석 혹은 위임으로 성립하고, 부단장이 의사록을 작성하여 단장이 서명 날인한다.

제 5 장 재정

제 10 조 (재정 및 회계연도)

1. 정책단의 재정은 내과연관학회에서 출연하는 출자금과 연구용역 등으로 충당한다.
2. 정책단의 회계연도는 대한내과학회의 회계연도(10월부터 다음해 9월)를 따른다.

제 11 조 (예산과 결산)

정책단의 예산과 결산은 대한내과학회 이사회에서 인준을 받아야 한다.

제 6 장 사무

제 12 조 (사무)

1. 정책단의 사무를 집행하기 위해 상근직원을 둔다.
2. 상근직원은 보험관련 근무경력 또는 이에 준하는 경력이 있는 자 중에서 단장이 선정한다.

제 7 장 부칙

제 13 조 (부칙)

1. 본 회칙에 규정되지 않은 사항은 정책단 정기회의의 결정에 따른다.
2. 본 회칙은 대한내과학회 이사회에서 인준을 받은 날부터 시행한다.
3. 본 규정은 2016년 12월 20일 시행한다.
4. 본 규정은 2022년 9월 22일부터 개정 시행한다.

2. 회의 결과

가. 개최 현황

1) 보험위원회 및 건강보험정책단 전체회의

회의	일시 및 장소	안건
2022년 1차	22. 12. 20 온라인 회의	- 건강보험정책단 관련 연구보고서 요약 및 배포 논의 - 보험위원회 및 건강보험정책단 워크숍 개최 검토
제1차 워크숍	23. 2. 11	대한내과학회 보험위원회 및 건강보험정책단이 나아갈 방향
2023년 2차	23. 4. 25 온라인 회의	- 보험위원회 산하 질평가위원회 구성 검토 - 제6차 보험 아카데미 프로그램 검토 - 건강보험정책단 연구 공모과제 검토
2023년 3차	23. 6. 27 온라인 회의	- 건강보험정책단 지정 연구과제 검토 - 제7차 보험 아카데미 프로그램 구성 검토
2023년 4차	23. 8. 22 온라인 회의	- 건강보험정책단 정책 연구과제 검토 - 보험위원회 및 건강보험정책단 위원 공로 감사패 수여 규정 마련 검토

나. 회의 결과 - 보험위원회 및 건강보험정책단 회의

1) 보험위원회 및 건강보험정책단 2022년 제1차 전체회의

일시 : 2022년 12월 20일

장소 : 온·오프라인 회의

참석

- 보험위원회 : 오프라인 (김형중, 전로원, 박근형, 이인석, 김영삼)
온라인 (강창원, 서준, 최병용, 김대중, 김종화, 김태빈, 이재련, 정대영, 정재원, 최대은, 황용일)
- 정책단 : 오프라인 (김형준, 김병욱, 이현웅)
온라인 (구동희, 박병규, 손경희, 윤영경, 이문형, 전성완, 홍승재)

■ 보고사항

1. 2022년 보험위원회 및 건강보험정책단 구성 및 소개

■ 토의사항

<김형중 보험이사 보고>

1. 2022년 보험위원회 및 건강보험정책단 사업계획 보고

- 1) 건강보험정책단 운영 (유기적 역할 분담과 공조 협조)
- 2) 상대가치위원회, 환자분류체계위원회(신포괄수가제 등), 질 평가위원회 운영
- 3) 질평가위원회 변경 등 조직도 정비 논의: 보험위원회 산하 위원회 재정비 (안)
 - 보험위원회 및 건강보험정책단 워크숍 안건으로 토의 예정
- 4) 유관기관과 긴밀한 업무 공조(대한의사협회, 대한병원협회 등) 및 보험위원회 및 건강보험정책단 업무 및 각 분과 건강보험정책 관련 내과학회 회원 홍보
 - 매달 말 분과학회 및 보험이사님에게 홍보지 배포 예정

2. 보험위원회 및 건강보험정책단 회의 및 워크숍 일정 논의 후 확정

- 1) 보험위원회 및 건강보험정책단 정기회의 개최 일정 (연 6회): 짝수달 4째주 화요일
- 2) 보험위원회 건강보험정책단 워크숍 개최 일정(안): 2023년 2월 11일(토) ~ 2023년 2월 12일(일)
 - 참석자 파악하여 일정 진행 여부 논의

3. 건강보험정책 관련 연구보고서 요약 및 배포의 건

- 심평원, 복지부, NECA 등에서 발표되는 건강보험정책 관련 연구보고서 요약하여 매달 말 배포 예정

<김영삼 전 건강보험정책단 단장 보고>

1. 건강보험정책단 재정 현황 및 결산보고
2. 2022년 건강보험정책단 활동내역서 보고
 - 추후 분과학회로 배포 예정

<이인석 환자분류체계위원장 보고>

1. 환자분류체계위원회 업무사항 및 보고사항 보고

■ 기타사항

1. 차기(제2차) 보험위원회 및 건강보험정책단 회의 개최
 - 일시 및 장소: 2023년 2월 28일 (화) 18:00, 대한내과학회 회의실 (온·오프라인 병행)

2) 2023년 제1차 대한내과학회 보험위원회 및 건강보험정책단 워크숍

- 일시: 2023년 2월 11일(토) ~ 2월 12일(일)
- 장소: 명동 세종 호텔 (서울특별시 중구 퇴계로 145)
- 주제: 대한내과학회 보험위원회 및 건강보험정책단이 나아갈 방향
- 외부 인사 초청: 박은철 교수(연세의대 예방의학과), 김선우 팀장 (대한의사협회 보험급여팀)

■ 보험위원회 및 건강보험정책단 워크숍 프로그램

(13:00~13:10)	인사말	박종원 이사장
(13:10~13:20)	내과학회 건강보험정책단 역사와 그간의 역할	김영삼 상대가치위원장
(13:20~13:30)	내과학회 건강보험정책단 정체성과 역할의 문제점	김형준 건강보험정책단 단장
(13:30~13:50)	내과학회 보험위원회와 건강보험정책단 목표와 조직 구성 개선 제언	김형중 보험이사
(13:50~14:00)	환자분류체계위원회 발표	이인석 환자분류체계위원장
(14:00~14:50)	패널토의 (건강보험정책단에 대한 분과학회의 조언과 제언)	내과분과 대표위원 9인, 대한의사협회 김선우 팀장, 연세의대 박은철 교수
(14:50~15:00)	휴식	
(15:00~15:40)	우리나라 의료보험정책의 나아갈 방향 (미정)	연세의대 예방의학과 박은철 교수
(15:40~16:20)	자유주제 (미정)	대한병원협회 서인석 보험이사
(16:20~16:50)	Q&A 및 자유토론	
(16:50~17:00)	Closing	김형준 건강보험정책단 단장

강의자료

[내과학회 건강보험정책단 역사와 그간의 역할], (김영삼)

내과학회 건강보험정책단 역사와 그간의 역할

내과학회 건강보험정책단 상대가치 위원장

김 영 삼

출범배경

- 전공의 미달사태 및 대체인력 획득의 어려움
- 3D과로 전략
- 교수가 당직근무
- 병원취업(봉직의) 및 개원가 내과의 몰락



내과의 위기 = (필수)의료 기반의 붕괴

내과학회 회원: 전공의 16%(2,812), 분과전문의 34%(5,923), 전문의 50%(8,645)

2

출범배경

보험관련 TFT의 운영

2014년

1. 2014. 6. 9 제2차 보험위원회 개최 (현안 대책논의)
2. 청년의사 등 보도- 상급종합병원 내부 simulation 자료
3. 2014. 6.12 내과학회 의견서 의협 발송
4. 2014. 7. 22 대한내과학회-보건복지부(보험정책국-보험급여과) 간담회
5. 2014. 10.6 대한내과학회 의견 보건복지부, 병협/의협에 개진

출범배경

보험관련 TFT의 운영

2015년

1. 선택진료비 TF 사전 1차 준비모임 (2015.1.5)
2. 제 1차 선택진료비 TF (확대) 회의 개최 (2015.1.23) TF위원회-내과 연관학회 보험이사 연석회의
3. 제 2차 선택진료비 TF (확대) 회의 개최 (2015.2.13) TF위원회-내과 연관학회 보험이사-보건복지부 보험급여과-의협-병협 모임
4. 선택진료비 TF 소모임(2차 준비 모임) (2015.2.21) 2차 년도 개편에 반영할 환자안전 관련수가개발 전략수립
5. 선택진료비 TF 1차 실무간담회 (2015.3.13) TF 위원-보건복지부(보험급여과)-심평원(수가기획부, 상대가치개발부)
6. 선택진료비 TF 2차 실무간담회 (2015.4.23) 내과학회 보험위원-보건복지부(보험급여과)-심평원(수가기획부)
7. 중재시술 저평가 기자간담회 (2015.5.29)

출범배경

보험관련 TFT 운영결과

재정 5천억 변동에 **150-200억(3-4%)의** 고유영역 개선효과

1. 인터벤션 가산수가 25% → 50% 인상 건의안
 - 소요재정 추계가 600억이라는 이유로 반영/개선 안 됨
2. 감염수가(내시경소독 포함)와 상담수가
 - 별도 논의/ 다음 회계연도로 이월
3. 총 700억 재정 중...

(2015)

외래 항암주사관리료	48억
항암부작용 및 반응평가료 신설	100억
인공호흡 및 CPR 수가 개선	141억
급성복막투석-투석액교환수가 개선	3억

출범배경

보험관련 TFT 운영결과

선택진료비개편 관련 개선(수가신설/개선)

- **종양** 관련 신설수가 등 ----- 151억
 - 2014. 9.
- 내과분과 간 **협진료** 인정 ----- 160억
 - 2014. 9. 중환자 협진 횟수 제한 철폐
 - 2016. 7. 내과분과 전문과 인정
- 환자안전수가
 - **감염관리**수가 ----- **1,200억**
 - 2016. 7. 전문진료/진찰행위수가에서 입원환자수가로 변경 (**MERS 이후**)
 - 내시경 **생검도자 별도산정** 급여 ----- 400억
 - 수면내시경 수가, 내시경 **소독** 수가 ----- (예상) **수백-천억**

출범배경

위기의 내과

- 수련기간 3년 단축으로 해결되었나?
 - 전문의 수급 정상화 : 수련정원 감축
 - 수련환경개선
- 선택진료비 개편
 - 1조 5천억 재정 변동에 내과계 소외
 - 정책 아젠다와 구체적인 개편안 확정 후 심각성 인식
- 병원 내과입원환자 비율 30-35%
 - 의협 상대가치위원 회(보험정책 관련 최종의결기구)에서 법정 26개 학회 중 1/13 발언권(내과, 결핵및호흡기)

출범배경

산적인 보험 현안의 해결

- 2차 상대가치 개편 적용과정
 - 유형간 재정(5천억 이상)이동에 대한 대처
- 3차 상대가치 개편
 - 진찰료, 입원료
 - 전향적, 공세적인 대응 필요
 - 행위재분류를 통한 불균형해소방안
 - 입원료 내과가산 폐지 대처
 - 수세적인 방어가 필요하다
 - 가산의 근거자료 제시
- Hospitalist 수가 현실화
- 의료질 평가
- 포괄수가제/DRG

출범배경

보험정책단의 필요성

시간이 많이 걸린다

- 3-5년 이상

인적 네트워크가 필수다

- 병의협, 복지부/질병관리본부, 심평원, 국회, 시민/환우단체 등

- 내과학회-분과학회, 의학회

장기적 인력육성과 재정투입이 필요하다

- Funding source 개발(용역연구수주, 정책연구기금)

선제적 정책제안(비전제시)가 중요하다

- 학술/간행/수련처럼 보험정책도 내과학회가 구심점 역할을...

건강보험정책단 출범

- 명칭

- 내과연관학회 건강보험정책단

- 출범일

- 2017. 2. 1.

- 참여 학회

- 대한내과학회 및 내과연관학회(13개)

(내과연관학회 : 대한감염학회, 대한결핵 및 호흡기학회, 대한내분비학회, 대한당뇨병학회, 대한류마티스학회, 대한소화기학회, 대한소화기내시경학회, 대한신장학회, 대한심장학회, 대한천식알레르기학회, 한국임상암학회, 대한혈액학회, 대한개원내과의사회)

건강보험정책단 구성

연번	직책	이름	근무처	분야
1	단장	오동진	한림의대	심장
2	단장	김영삼	연세의대(신촌)	호흡기
3	부단장	전로원	전로원내과	신장
4	위원	이미숙	경희의대	감염
5	위원	이혁	중앙성모의원	개원
6	위원	김종화	부천세종병원	내분비
7	위원	박석오	광명성애병원	당뇨병
8	위원	김현아	한림의대	류마티스
9	위원	김형준	중앙의대	소화기
10	위원	한정호	충북의대	소화기내시경
11	위원	김성남	김성남내과	신장
12	위원	이문형	연세의대(신촌)	심장
13	위원	정재원	인제의대	알레르기
14	위원	김도연	동국대일산병원	종양
15	위원	정철원	성균관의대	혈액

주. 참여학회별 1명의 위원을 구성하나 필요시 TF팀 등을 구성하여 추가로 운영할 예정.

건강보험정책단 출범



건강보험정책단 구성

진찰료 개선 TFT

- 배경
 - 먼저 현행 기본진찰료에 포함된 고시 행위목록(97개) 중 분리가 가능한 항목을 검토하고,
 - 또한 심평원의 신규 진찰료 모형 및 외국 사례를 참고하여 새로운 진찰료 수가 모형을 개발하기 위해 구성
- 운영방안

[소규모 스터디 그룹 생성]

a) Step 1

- 그룹1 : 기본진찰료에 포함되어 청구할 수 없는 진료행위에 대한 한국, 미국 등의 연구
- 그룹2 : 시간별, 강도별 새 수가모형과 미국의 Level 1-5에 대한 연구 및 기타 외국의 사례에 대한 연구

b) Step 2

- 그룹1 : 세분화 작업을 위한 항목 개발 및 수가화 작업
- 그룹2 : 시간별, 강도에 따른 독자 수가 모형의 틀 개발 및 수가화 작업

c) Step 3

- 타과, 타 기관과 공략 및 공조를 위한 작업

13

건강보험정책단 구성

진찰료 개선 TFT

연번	구분	직책	이름	근무처	분야
1		팀장	전로원	전로원내과	신장
2	1팀	팀장	정재원	인제의대	알레르기
3	1팀	팀원	김종화	부천세종병원	내분비
4	1팀	팀원	윤보영	인제의대(일산)	류마티스
5	1팀	팀원	이미숙	경희의대	감염
6	1팀	팀원	정성훈	가톨릭의대	소화기내시경
7	1팀	팀원	조성균	유민내과	개원
8	2팀	팀장	이문형	연세의대(신촌)	심장
9	2팀	팀원	김봉석	중앙보훈병원	종양
10	2팀	팀원	김성남	김성남내과	신장
11	2팀	팀원	김영삼	연세의대(신촌)	호흡기
12	2팀	팀원	이혁	중앙성모의원	개원
13	2팀	팀원	정철원	성균관의대	혈액

14

건강보험정책단 출범 전 활동

회의명		일시	장소	비고
내과 보험위원회 및 정책단 전체 회의		2016. 12. 06	대한내과학회	1차 회의
정책단 회의		2016. 08. 02	대한내과학회	1차 회의
		2016. 10. 12	대한내과학회	2차 회의
		2017. 02. 14	대한심장학회	3차 회의
진찰료 TF팀 회의	1팀, 2팀	2016. 08. 23	종근당 강남빌딩	1차 회의
		2016. 11. 29	종근당 강남빌딩	2차 회의
	1팀	2016. 10. 05	주주 이자카야	1차 회의
		2016. 11. 14	대한내과학회	2차 회의
	2팀	2016. 10. 17	주주 이자카야	1차 회의
		2016. 12. 27	대한심장학회	2차 회의
		2017. 01. 31	대한내과학회	3차 회의
정책단 준비운영위원회		2016. 07. 12	타호비즈니스센터 층무로점	1차 회의

15

건강보험정책단 업무

- **업무 내용** (근거: 정책단 운영규정 제6조)
 - ① 내과와 관련된 의료행위분류체계 및 상대가치에 대한 연구
 - ② 의료전달체계와 관련된 정책연구
 - ③ 의료의 질 평가에 대한 연구
 - ④ 기타 대한내과학회에서 위임 받은 보험관련 정책연구
- **향후 중점 운영과제**
 - ① 3차 상대가치 개정
 - 진찰료 개편 : 내과관련 전문진료의 수가화 → **진찰료 TF팀 구성 중**
 - 수가/원가분석 : 변환지수(과별(1차)) >> 유형별(2차) >> 세부분야별
 - ② 의료 질 향상/평가
 - ③ 포괄수가제(DRG) : 차기 정권 정책방안 채택 대비
 - ④ 급성 질병치료에서 만성질환(NCD) 관리와 질병예방으로의 정책
주도 : 질병예방 기금 조성

16

건강보험정책단 예산

- 대한내과학회 출연 예산
 - 출연 금액 : 50,000,000원
 - 사용 기간 : 2016. 05 – 2017. 09

17

건강보험정책단 예산

학회명	출자금 납부액
대한소화기학회	5,000,000
대한소화기내시경학회	5,000,000
대한심장학회	10,000,000
대한결핵및호흡기학회	5,000,000
대한내분비학회	5,000,000
대한신장학회	5,000,000
대한혈액학회	5,000,000
한국임상암학회	5,000,000
대한감염학회	5,000,000
대한전식알레르기학회	5,000,000
대한류마티스학회	5,000,000
대한당뇨병학회	5,000,000
대한개원내과의사회	3,000,000

18

주요활동 (2018년)

- 상대가치 3차 전면개정
 - 기본진료료 개선 방법(진찰강도, 진찰시간 등으로 세분화)에 대한 내과학회 의견 마련 및 반영
- 정부의 보장성 강화 대비
 - 모든 의학적 비급여의 건강보험으로 편입, 3대 비급여(선택진료, 상급병실, 간호-간병서비스) 해소 등에 대한 내과학회 의견 준비
- 신포괄수가제 확대 적용
 - 새로운 비급여의 발생 차단 및 관리를 위한 신포괄수가제 확대 적용에 대비한 분류체계 개선안 마련
- KDRG 질병군 분류등급 개선
 - 상급종합병원의 지정 및 평가, 의료질평가 지원금 등에 활용되는 KDRG 질병군 분류에 대한 내과학회 개선안 마련

19

주요활동 (2019년)

- 신포괄수가제 확대 적용
 - : KDRG 위원회 산하 신포괄제도 모니터링 위원회의 지속적 활동
 - 포괄/비포괄 영역에 대한 정비
 - 병원별 분석자료 취합 및 분석여부
 - 질병군 코딩 정확도 향상
 - 환자분류체계 및 지불모형의 개선
 - : 김석일 교수님과 정책 연구를 시행 (정책단 연구비)하여 개선안을 보건복지부에 제출

20

주요활동 (2019년)

- 상대가치 3차 전면개정
 - : 제3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구결과 분석 및 의견 제출
 - : 진찰료 개선에 대한 대한내과학회 의견 개진
 - : 3차 상대가치 개편을 위한 직접 비용자료 구축
- 각 분과 별로 CPEP 위원 선정함
 - 주로 정책단 위원으로 구성
 - 의사업무량과 진료비용 구축의 전문가로 양성
- : 상대가치위원회 **신설 제안**

21

주요활동 (2020년)

- 보험정책 연구비 공모
- 각 분과학회 별 주제 제안 및 공모
- 내과학회 보험정책에 필요한 내용으로 보건
- 의료 전문가도 지원 가능

22

주요활동 (2021년)

일시	장소	강의	연자	
			소속	이름
20.10.24	그랜드 인터컨티넨탈 서울 파르나스호텔	상급병원 지정기준 및 입원 환자 질병군 분류과정	심평원 자원평가실 병원지정평가부	이소영
		2020년 KDRG 개정 방향	심평원 혁신연구센터 분류체계개발부	서희숙
		신포괄수가제 현황 및 과제	심평원 포괄수가실 포괄수가개발부	신은숙
		신포괄수가모형의 중증도 보정 타당성	가톨릭대 의과대학 예방의학교실	김석일

23

보험아카데미 (1차)

일시	장소	강의	연자	
			소속	이름
21.4.24	온라인 라이브	내과연관학회 건강보험정책단 보험아카데미를 시작하며	연세대학교 의과대학 내과학교실	김영삼
		한국의 건강보험 지불제도	연세대학교 의과대학 예방의학교실	장성인
		신의료기술 평가제도	한국보건의료연구원 신의료기술평가사업단	이월숙
		건강보험 의료행위 급여 결정	건강보험심사평가원 진료심사평가위원회	서기현

24

보험아카데미 (2차)

일시	장소	강의	연자	
			소속	이름
21.7.24	온라인 라이브	상대가치 개요	대한내과학회 상대가치위원회	전로원
		상대가치 직접비용 자료 구축	대한심장학회 보험위원회	조덕규
		KCPT 개요 (의사업무량 중심으로)	대한의사협회 보험정책국 보험연구팀	김선우

25

보험아카데미 (3차)

시간	강의 주제	연자
8:20 - 8:30	Introduction	대한내과학회 건강보험정책단 김영삼 단장
8:30 - 9:00	적정성 평가에서 <u>가감지급의</u> 역할 (가치기반지불제도)	연세대학교 의과대학 예방의학교실 박은철 교수
9:00 - 9:30	의료 질 개선과 Public Reporting의 영향 (환자경험평가-환자중심성)	대한병원협회 서인석 보험이사
9:30 - 10:00	패널 토의	건강보험심사평가원 심사평가연구소 이진용 소장
10:00 - 10:30	쉬는 시간	
10:30 - 11:00	의료 질 평가와 학회의 역할 (학회 및 공공기관의 의료 질 개선 협력체계 구축은 가능할가?)	대한내과학회 건강보험정책단 김영삼 단장
11:00 - 11:30	2040 적정성평가 혁신을 위한 증장기 방안	건강보험심사평가원 평가운영실 변의철 실장
11:30 - 12:00	패널 토의	한림의대 강동성심병원 오동진 교수

26

I. 내과연관학회 건강보험정책단 활동내역

보험아카데미 교육동영상


대한내과학회
The Korean Association of Internal Medicine

[학회소개](#)
[전문의](#)
[전공의](#)
[학술행사](#)
[의료윤리](#)
[자료실](#)
[회원공간](#)

☰

자료실

Home > 자료실 > 보험관련 자료

보험관련 교육자료

~ 검색

일시	행사명	장소	프로그램
2021년 10월 23일	2021년 추계학술대의 제3회 건강보험정책단 아카데미	온라인 라이브	VIEW
2021년 07월 24일	2021년 제2회 건강보험정책단 아카데미	온라인 라이브	VIEW
2021년 04월 24일	2021년 춘계학술대의 제1회 건강보험정책단 아카데미	온라인 라이브	VIEW

자료실

[학술대회 초록집 검색](#)

[보험관련 자료](#)

[- 보험관련 공지사항](#)

[- 보험관련 교육자료](#)

[진료지침](#)

[의학용어 검색](#)

27

보험아카데미 교육동영상


대한내과학회
The Korean Association of Internal Medicine

[학회소개](#)
[전문의](#)
[전공의](#)
[학술행사](#)
[의료윤리](#)
[자료실](#)
[회원공간](#)

☰

자료실

Home > 자료실 > 보험관련 자료

보험관련 교육자료

~ 검색

일시	행사명	장소	프로그램
2021년 10월 23일	2021년 추계학술대의 제3회 건강보험정책단 아카데미	온라인 라이브	VIEW
2021년 07월 24일	2021년 제2회 건강보험정책단 아카데미	온라인 라이브	VIEW
2021년 04월 24일	2021년 춘계학술대의 제1회 건강보험정책단 아카데미	온라인 라이브	VIEW

자료실

[학술대회 초록집 검색](#)

[보험관련 자료](#)

[- 보험관련 공지사항](#)

[- 보험관련 교육자료](#)

[진료지침](#)

[의학용어 검색](#)

28

대한내과학회_25

건강보험정책연구

공모과제

1. KDRG 시스템의 Patient Clinical Complexity Level(PCCL)을 이용한 중증도 보정 방법의 타당성 검토
: 2020년 7월
: 연구책임자: 김석일 가톨릭의대 예방의학교실)
2. 신포괄수가제 인식도 및 개선 방안 연구
: 2021년 8월
: 연구책임자: 최병용 서울의료원 류마티스내과
3. 기본 진찰료의 제외국 비교 및 의료 지표에 미치는 영향
: 2022년
: 연구책임자: 김현아 한림의대 성심병원 류마티스내과

29

건강보험정책연구

지정과제

1. 내과계 질환의 환자분류체계 정의
: 2021년
: 연구책임자 이인석
2. 내과계 질환의 중증도 분류
: 2022년
: 연구책임자 김영삼

30

기타 활동

- 건강보험정책단 건강보험정책과제 공모/지정과제 심사규정 제정/과제 심사
- 건강보험정책과제 지정과제 결과 해외학술지(SCI) 게재
- 내과학회/내과의사회 보험정책단 합동 워크숍 개최 계획
- '상급종합병원 지정 및 평가를 위한 환자구성상태 재평가' 분과학회 공동의견 제출

31

기타 활동

활동내역보고서 발간: 317쪽

내과연관학회 건강보험정책단 활동내역 보고서

2021. 09



내과연관학회 건강보험정책단 활동내역 보고서

2021. 10월 11 일제 발행인 김 용 준
2021. 10월 13 일제 편집인 김 용 준
인쇄인 이 기 용

우편번호 04148
발행처 대한내과학회
서울특별시 마포구 아포대로 109, 101동 2501호(강북동, 문예회소트레지언3)
전화: 02-799-4564, 4311
Homepage: <http://www.kaim.or.kr>
E-mail: kaim4311@kaim.or.kr

인쇄처 JIN
전화: 2266-7351(하판지 발송), 2266-7078(FD)
Homepage: <http://www.jindap.com>
E-mail: jind@jindap.com

32

기타 활동

활동내역보고서 발간: 317쪽

내과연관학회 건강보험정책단 활동내역 보고서

2021. 09



대한내과학회
The Korean Association of Internal Medicine

내과연관학회 건강보험정책단 활동내역 보고서

2021. 10월 11 인쇄	발행인 김 병 규
2021. 10월 15 발행	편집인 김 영 상
	인쇄인 이 기 형

우편번호 04146
장소: 내과연관학회
 서울특별시 서울구 아곡대로 109,
 101동 2501호(공덕동, 문세마을리조트단지)
 전화: 02-759-4364, 4311
 Homepage: <http://www.kaim.or.kr>
 E-mail: kaim65130@kaim.or.kr

인쇄처: JINJIP
 인쇄: 2266-7351(학점지), 2266-7078(FD)
 Homepage: <http://www.jinzip.com>
 E-mail: jin@jinzip.com

33

Thank you



디자인제작 DOCTOR JOY www.doctorjoy.net Tel +82-2-2277-1041



강의자료

[내과학회 건강보험정책단 정체성과 역할의 문제점], (김형준)

건강보험정책단 정체성(正體性, identity) 과 역할

김 형 준

대한 내과학회 건강보험정책단/보험위원회

◆REDIFINE

◆COMPLETELY HONEST

순서

➤ 보험정책단의 정체성

1. 구성
2. 기구
3. 업무

건강보험 정책단 (회칙)

1. 정책단 설립 취지

- 보험/정책 업무 장기적 개선
- 국내외 보험관련 자료 수집, 정책 연구
- 대관업무 구심점
- 연관학회 업무 지원 필요성

구 성 (회칙)

- 단장 : 2명 (보험정책단장, 내과학회 보험이사, 단장: 이사장 임명)
- 부단장 : 1명
- 위원 20명 : 학회별 1인 및 추가로 3인까지(분담금 비례), 연임 가능
- 내과학회 이사회 인준
- 내과학회 이사장 산하 별정 조직, 정책단 활동 이사회 보고

구 성 (토의)

- **위원구성** : 학회별 2-3인 유지 → 적정 ?
- **분담금 규모** : 500만 기본 고정 → 탄력적 분담금제 ?
- **지난 6년간 재정 상태** 연간 예산 수입/지출

건강보험정책단 운영

1. 수입 : 대한내과학회 및 12개 학회 출자금 분담

내과학회(5,000만원) 및 12개 학회 총 (6,000만원)

2. 주요 지출 :

- 사무국 급여 : 4,200만원

- 보험아카데미 개최 (연 3회) : 3,200만원

- 건강보험정책단 및 보험위원회 실무/전체 회의 (연 6회), 기타 : 2,000만원

- 건강보험정책연구 과제 지급 : 2,200만원

사 업 (업무, 회칙)

1) 단기

- 정보 공유 (인적, 물적)
- 대관 업무 창구
- 전문 인력 유지

2) 장기

- 정책 연구를 통한 정책 개선 제안
- 전문가 육성 (입문자 교육)
- 언론 홍보 / 대정부 활동 → 정책 실현

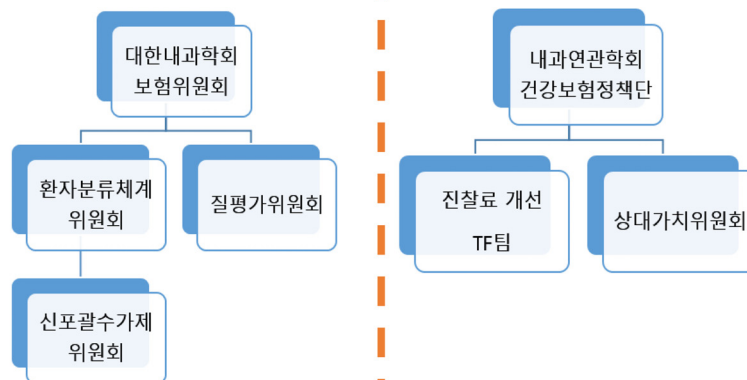
정책단 업무 및 업무 분장 (회칙)

1. 구체적 업무

- 1) 의료행위 분류체계 / 상대가치
- 2) 의료전달체계
- 3) 의료 질 평가 연구
- 4) 기타 정책 연구

2. 감사 : 매년 내과학회 감사

정책단 기구



업무 경계선 불분명

그동안의 주요 활동

1. 사안별 대응 : 보험위 공조

단장 위주, [내소정 가산제 정비], [상급종합병원 지정/평가위한 환자구성상태 재평가], [약제비 본인부담 차등제 대상 질환 추가/제외], [필수 의료] 등 대책 대응

2. 대관 업무 : 복지부 등 유관 부처 실무진과 유기적 협조

3. 보험 아카데미 : 아젠더 구성, 연자 섭외

4. 정책단 연구비 지급사업 → 규정 제,개정, 지급

5. 기타 → 정책단/보험위 전체 회의 개최, 초청 강연 섭외 등.

사 업 (토의)

1) 단기

- 정보 공유 (인적, 물적) 미흡?
- 대관 업무 창구 충족, 활동 미흡?
- 전문 인력 유지 충족

2) 장기

- 정책 연구를 통한 정책 제안 미흡?, 보완
- 전문가 육성 (입문자 교육) 충족, 개선
- 언론 홍보 / 대정부 활동 미흡

내과학회 감사 지적사항

1. 2019년 ,2020년 : 없음
2. 2021년
 - “가시적인 성과 도출 위한 전략 수립/집행 검토 필요”
4. 2022년
 - [필수의료분야] 의견 개진 , 보험아카데미 개최→ 높이 평가
 - 회계결산/감사, 규정에 따라 집행 필요 → 내과학회와 회계 분리(2023년 이후)

정책단 기구 개편 (토의)

기존 위원회

	As is	To be
진찰료 개선 TFT	3차 상대 가치 개정 미반영→ 역할 감소	필요, 구체적 업무 제시
상대가치위원회	3차 상대가치 개정시 각 분과별 개정안이 적음	필요, 방향성 재설정 필요

위원회 이동 / 신설의 필요 ? 불필요?

질평가위원회	보험위원회에서 이동? 상급종합병원 평가, 질환 적정성 평가, 향후 필요
연구 위원회	연구주제 발굴, 심사, 관리

정책단 기구 활성화 (토의)

- 정책 자문기구로서의 역할 → 강화 필요
- 분과학회간 이견 조율과 소통, 화합을 위한 보다 긴밀한 포맷 필요
→ 회의 개최 횟수 증가 (사안별 회의 활성화)
- 분과학회별 업무에 대한 공조 필요 (인적/물적 정보 공유 강화)
- 위원회 위원장, 간사 배치 : 분과간 형평성있는 분배 원칙

정책단 주요 업무 (토의)

➤ 업무

1. 정책 연구 활성화
2. 교육(아카데미) : 아젠더, 형식, 연자 등 개선 보완
3. 대관 업무 : 복지부 등 유관 부처/기관 실무진과 유기적 협조 활성화
4. 언론 활동 활성화 → 정기/비정기적 언론사 접촉 필요
5. 기타 보험 정책 전반 자문 기구 역할

정책 연구 사업의 활성화 (토의)

1. 2021 내과학회 감사 지적사항 (가시적 사업 결과 필요) 에 대한 대응
2. 연구 주제 개발
 - 자체 개발 어려움
 - 타 분야(의료관리학, 의협 등) 전문가와의 협의
3. 연구 주체의 동기 부여 어려움
 - 내과 교수 직접 ? 타 전문가 용역 ? 별도 연구 인력 채용?

요 약/ 토 의

- ❖ 분담금 규모 : 기본 분담금 고정 → 탄력적 분담금제 ?
- ❖ 위원회 직제 개편/활성화
 - [연구] 위원회 신설 ?
 - 질 평가위원회 이동 ?
- ❖ 연구 활성화 : 연구 인력 채용 혹은 수시 전문가 협력 체제?
- ❖ 아카데미 : 개선 보완
- ❖ 언론 활동 활성화 : 정기/비정기적 언론사 접촉 필요성

대한 내과학회 건강보험정책단/보험위원회

◆REDIFINE

◆COMPLETELY HONEST

◆TRUST & CONFRONT

◆COLLABORATION



강의자료

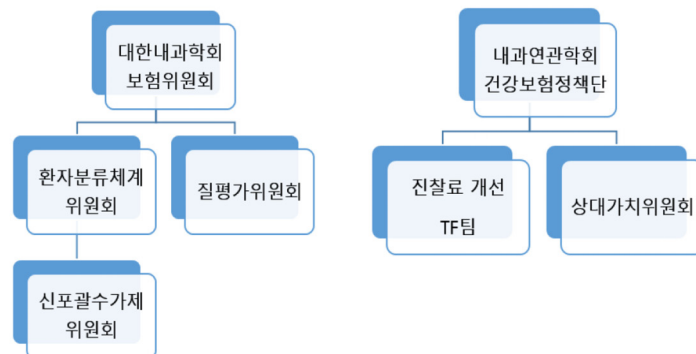
[내과학회 보험위원회와 건강보험정책단 목표와 조직 구성 개선 제언], (김형중)

보험위원회 및 건강보험정책단이 나아갈 방향과 조직구성 개선에 대한 제언

대한내과학회 보험이사

김 형 중

내과 연관학회 건강보험정책단 활동내용 보고서 현재 조직도



내과 연관학회 건강보험정책단 활동내용 보고서

- 기존에 대한내과학회는 보험과 관련된 업무를 처리하기 위하여 보험위원회를 운영하였음.
 - 환자분류체계위원회 : 입원환자분류 및 외래환자분류 업무 담당
 - 질평가위원회 : 질평가 업무 담당
 - 신포괄수가제위원회 : 신포괄수가 대상 병원 모니터링 및 연구사업 담당
- 그러나 내과 질환과 관련된 보험, 정책 업무를 장기적으로 개선하고, 내과연관학회들의 보험 업무를 지원할 필요성이 제기됨.
- 따라서 대한내과학회 보험위원회(이하 “보험위원회”)와는 별개로, 내과연관학회 건강보험정책단(이하 “건강보험정책단”)을 구성하여 운영하였음.
- 진찰료 개선 TF팀 : 상대가치 3차 개정의 진찰료 개선 작업 대비
- 상대가치위원회 : 상대가치 3차 개정 관련 대응 방안 마련

보험위원회 규정

•제 1 조 (목적)

본 규정은 대한내과학회 회칙 18조에 의하여, 대한내과학회 보험위원회(이하 위원회)의 조직과 운영에 관한 사항을 규정하는 것을 목적으로 한다.

•제 2 조 (기능)

보험위원회는 내과와 관련된 제반 보험 업무를 효율적으로 수행하고, 회원의 이익을 도모한다.

•제 3 조 (구성 및 임기)

1. 보험위원회는 다음과 같이 구성하며, 위원회의 임기는 대한내과학회 임원의 임기에 준한다.

- 1) 위원장: 대한내과학회 보험이사는 위원회를 대표하여 위원장(당연직)이 되며, 대한내과학회 이사장이 임명한다.
- 2) 부위원장 및 간사: 보험위원 중에서 위원장 추천에 의해 이사장이 임명한다.
- 3) 위원: 분과별로 안배하여 최소 각 분과에 1명 이상과 대한내과의사회에서 1명을 추천받아 구성하며, 위원장 추천에 의해 이사장이 임명한다.

2. 보험위원회 산하에 상대가치위원회와 환자분류체계위원회를 구성하고, 위원장은 보험이사의 추천에 의해 이사장이 임명한다. 위원은 분과별로 안배하여 최소 각 분과에 1명 이상으로 구성한다.

보험위원회 규정

•제 4 조 (업무)

보험위원회의 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 업무를 진행한다.

1. 의료보험
 - 1) 의료보험과 관련된 사항에 대한 심의 및 검토
 - 2) 의료보험 진료수가 분류체계 연구 및 검토
 - 3) 포괄수가제(DRG) 및 외국 의료보험체계 연구 및 검토
2. 의료정책
 - 1) 의료전달체계 연구 및 검토
 - 2) 의약분업에 대한 연구 및 검토
3. 대한내과의사회의 협조 및 간담회
4. 기타 이사회의 위촉사항

보험위원회 규정

•제 5 조 (회의)

1. 보험위원회 및 산하 상대가치위원회와 환자분류체계위원회는 일 년에 2회 정기적으로 회의를 개최하며, 필요에 따라 위원장이 회의를 소집할 수 있다.

2. 위원회는 재적위원 과반수의 출석 혹은 위임으로 성립하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

가부동수인 경우 위원장이 의결권을 갖는다.

3. 위원회에서 논의되고 결정된 사항은 대한내과학회 이사회에 보고되어 승인을 받아 시행한다.

•제 6 조 (운영 세칙)

1. 본 규정에 규정되지 않은 사항은 보험위원회의 결정에 따른다.

보험위원회 운영세칙 (주요업무)

1. 업무분장 및 관련기관 공문 검토 및 회신

1) 관련기관 공문

- 1) 대한의사협회 및 건강보험심사평가원 등 유관기관에서 보험 관련 의견조치가 의뢰될 경우
내과 관련 10개 분과학회의 의견을 수렴하여 제출한다.
- 2) 내과 공통이 아닌 각 분과 고유 업무 및 신의료승인기술 관련 업무
보험이사 혹은 간사가 내용 확인 후 관련 분과학회 보험위원회에 검토를 요청한다.
- 3) 내과 전체 및 건강보험정책관련 업무
보험정책단장 및 부단장에게 검토를 요청한다.
- 4) 상대가치 및 환자분류체계 관련 업무
각 위원회 위원장 및 간사에게 검토를 요청한다.

2. 보험관련 정보 공지 및 공유

학회 홈페이지를 이용하여 보험관련 업무 참여자(Intranet)와 내과학회 회원(Extranet), 내과연관 분과 학회와 정보를 공유한다.

내과연관학회 건강보험정책단의 조직 및 운영에 관한 규정

제 1 장 총칙

•제 1 조 (목적)

본 규정은 대한내과학회 회칙 25조 1항에 의하여, “내과연관학회 건강보험정책단”의 조직과 운영에 대한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

•제 2 조 (기능)

본 정책단은 내과 질환과 관련된 보험정책업무를 장기적으로 개선하기 위하여 내과연관학회들의 보험업무를 지원하고 대관업무 수행에 구심점을 제공하며, 관련 국내외 자료들을 수집하고 연구하여 선제적으로 공동 대응하여 국민보건의료 향상에 이바지함을 목적으로 한다.

내과연관학회 건강보험정책단의 조직 및 운영에 관한 규정

제 1 장 총칙

•제 3 조 (사업)

정책단은 상기 목적을 달성하기 위하여 다음과 같은 사업을 시행한다.

1. 단기과제

- 1) 내과 및 내과연관학회의 대관보험업무에서 대한의사협회, 대한병원협회 및 대한의학회의 정보를 공유한다.
- 2) 보험관련 단체(대한의사협회, 대한병원협회, 대한의학회, 건강보험심사평가원, 질병관리본부, 보건복지부, 국회, 시민단체 등)에 대한 대관 업무의 창구 역할을 담당하고 공동 개선방안을 마련한다.
- 3) 보험관련 전문 인력을 육성하고 대관보험업무 전담 인력을 지속적으로 유지한다.
- 4) 정부의 보험정책 현안에 대한 구체적인 정책을 개발하고 선제적으로 제안한다.

2. 장기과제

- 1) 국내자료 연구 및 해외사례 수집을 통해 장기적 개선과제를 제안하고 계획을 수립한다.
- 2) 정책전문가 육성하고 신규 임원을 교육한다.
- 3) 국가 보건의료의 향상을 위해 개발한 정책들을 언론에 홍보하고, 정부 및 국회와의 활동을 통해 실현하도록 한다.

내과연관학회 건강보험정책단의 조직 및 운영에 관한 규정

제 2 장 참여 학회

•제 4 조 (참여 학회)

1. 정책단에 참여하는 내과연관학회는 대한감염학회, 대한결핵 및 호흡기학회, 대한내분비학회, 대한당뇨병학회, 대한류마티스학회, 대한소화기학회, 대한소화기내시경학회, 대한신장학회, 대한심장학회, 대한천식알레르기학회, 대한임상암학회, 대한혈액학회, 대한내과의사회 등 세부학회로 한다.

2. 추가로 참여를 희망하는 학회는 대한내과학회 이사회의 인준을 받아 참여할 수 있다.

3. 정책단에 참여한 학회는 자유의사에 따라 참여를 철회할 수 있다.

내과연관학회 건강보험정책단의 조직 및 운영에 관한 규정

제 3 장 구성

•제 5 조 (구성원)

정책단의 업무를 수행하기 위하여 구성원은 원칙적으로 내과학회 정회원 중에서 선정하며 다음과 같이 구성한다.

1. 단장 2명
2. 부단장 1명
3. 위원 20명 내외

내과연관학회 건강보험정책단의 조직 및 운영에 관한 규정

제 3 장 구성

•제 6 조 (업무)

1. 정책단은 대한내과학회 이사장 산하의 별정 조직으로 한다.
2. 단장은 정책단을 대표하고 정기 및 임시회의의 의장이 되며 정책단의 제반업무를 총괄하며 대한내과학회 이사장이 임명한다.
3. 대한내과학회 보험이사가 공동 단장으로 대한내과학회 보험위원회와의 업무 조정 및 역할 분담을 결정하고 정책단의 논의 및 결정 사항을 내과학회 이사회에 보고한다.
4. 위원은 정기 및 임시회의에 출석하여 정책단의 업무에 관한 사항을 결정하며 단장으로부터 위임 받은 사항과 대한내과학회 보험위원회 및 이사회에서 위임받은 업무를 수행한다.
5. 정책단의 목적을 달성하기 위해 다음과 같은 업무를 진행한다.
 - 1) 내과와 관련된 의료행위분류체계 및 상대가치에 대한 연구
 - 2) 의료전달체계와 관련된 정책연구
 - 3) 의료의 질 평가에 대한 연구
 - 4) 기타 대한내과학회에서 위임 받은 보험관련 정책 연구
6. 대한내과학회 감사는 정책단의 사무 및 재정을 감사하고, 그 결과를 대한내과학회 이사회에 보고한다.

내과연관학회 건강보험정책단의 조직 및 운영에 관한 규정

•제 7 조 (임기)

1. 단장, 부단장의 임기는 3년으로 하고 연임할 수 있다.
2. 위원의 임기는 3년으로 하고 연임할 수 있다.
3. 임원의 임기 중 결원이 생긴 때에는 제7조에 근거하여 3개월 이내에 보선하고, 보선에 의하여 취임한 임원의 임기는 전임자의 잔여기간으로 한다.

•제 8 조 (선정)

1. 단장은 “내과연관학회 연합체”의 의견수렴과 정책단의 추천을 받아 대한내과학회 이사회에서 임명 한다.
2. 대한내과학회 보험이사는 당연직 공동단장으로 한다.
3. 위원은 참여하는 학회마다 최소 1명 이상을 추천받아 참여 학회별로 1명을 단장이 위촉하되, 단장은 학회추천 위원 이외에 3명 이내의 위원을 추가로 위촉할 수 있다.
4. 위원의 선정은 대한내과학회 이사회의 인준을 받아야 한다.

내과연관학회 건강보험정책단의 조직 및 운영에 관한 규정

제 4 장 회의

•제 9 조 (회의)

1. 회의는 정기회의와 임시회의로 구분한다.
2. 정기 회의는 매년 4회 개최 하고, 임시 회의는 단장이 필요하다고 인정하는 때 또는 재적위원 과반수의 서면요청이 있는 때와 감사의 요청에 의해 소집한다.
3. 회의는 재적위원 과반수의 출석 혹은 위임으로 성립하고, 부단장이 의사록을 작성하여 단장이 서명 날인한다.

제 5 장 재정

•제 10 조 (재정 및 회계연도)

1. 정책단의 재정은 내과연관학회에서 출연하는 출자금과 연구용역 등으로 충당한다.
2. 정책단의 회계연도는 대한내과학회의 회계연도(10월부터 다음해 9월)를 따른다.

•제 11 조 (예산과 결산)

정책단의 예산과 결산은 대한내과학회 이사회에서 인준을 받아야 한다.

제 6 장 사무

•제 12 조 (사무)

1. 정책단의 사무를 집행하기 위해 상근직원을 둔다.
2. 상근직원은 보험관련 근무경력 또는 이에 준하는 경력이 있는 자 중에서 단장이 선정한다.

보험위원회 운영세칙 (주요업무)

3. 내과연관학회 건강보험정책단과의 역할 분담 및 규정

- 보험위원회의 역할과 구분하고, 예산 집행에 대한 원칙을 정해야 한다.

- 정책단은 대관업무 및 정책 개발, 교육 사업을 주요 업무로 하고, 자체 연구 및 외부 연구비수주 업무를 담당하고, 건강보험정책단 활동내역 보고서를 발간하여 연관학회에 배포한다.

- 대한내과학회 보험위원회와 함께 연 2회 이상의 심포지엄 또는 워크숍을 개최한다.

- 각 내과연관학회 정책단 위원은 연속성 유지를 위해 가급적 연임할 것을 권고한다.

2023 - 2025년 보험위원회 명단

구분	내과학회 직책	성명	졸업의대(연도)	소속	분야	분과 직책
보험위원회	위원장	김형종	연세원주(95)	자외과대학 분당자병원	신장	대한신장학회 보림이사
		강창원	조선(89)	강창원내과	개원	대한내과의사회 보림부회장
	부위원장	전로원	서울(84)	전로원내과	심장	
	간사	서준	순천향(96)	부전순천향병원	심장	대한심장학회 보림위원
		박근형	건양(15)	자외과대학 일산자병원	신장	
	환자분류체계위원회 위원장	이인석	가톨릭(92)	가톨릭의대	소화기	대한소화기학회 보림이사
	상대가치위원회 위원장	김영삼	연세(91)	연세의대	호흡기	
	신포괄수가제위원회 위원장	최병용	부산(03)	서울의료원	류마티스	—
	위원	김대중	연세(93)	아주대학교병원	내분비	대한내분비학회 보림이사
		김성용	가톨릭(95)	건국대병원	혈액	대한혈액학회 보림이사
		김종화	전북(94)	부전세종병원	당뇨	대한당뇨병학회 보림이사
		김태빈	경희(87)	김태빈내과의원	개원	대한개원내과의사회 보림이사
		배장환	충북(94)	충북의대	심장	대한심장학회 보림이사
		이재현	영남(93)	서울아산병원	종양	대한종양내과학회 보림정책위원회 위원장
		정대영	가톨릭(96)	가톨릭의대	소화기내시경	대한소화기내시경학회 보림이사
		정재원	서울(92)	인제의대	알레르기	대한전식알레르기학회 보림이사
		최대은	충남(99)	충남의대	신장	대한신장학회 보림이사
		주은주	경북(98)	순천향대	감염	대한감염학회 보림이사
		홍승재	경희(93)	경희의대	류마티스	대한류마티스학회 보림이사
		황종일	서울(97)	한림의대	호흡기	대한결핵및호흡기학회 보림이사

2023 - 2025년 건강보험 정책단 명단

건강보험정책단	단장	김형준	중앙(93)	중앙대병원	소화기	대한간학회 보험이사
	단장	김형중	연세원주(95)	차의과대학 분당자병원	신장	대한신장학회 보험이사
	부단장	김병욱	연세(87)	인제의대 상계백병원	심장	
	간사	이현웅	연세(97)	연세의대(신촌)	소화기	대한소화기학회 보험이사(대리)
	위원	구동희	경희(02)	성균관의대(강북)	종양	대한종양내과학회 보험정책위원회 간사
		김성남	연세원주(91)	김성남내과	신장	대한의사협회 부회장
		김세훈	서울(99)	서울의대(분당)	알레르기	
		김태빈	경희(87)	김태빈내과의원	개원	대한개원내과의사회 보험이사
		박병규	연세(95)	국민건강보험공단 일산병원	소화기	대한소화기학회 보험위원
		손경희	경북(09)	경희의대	알레르기	
		윤보영	인제(97)	인제의대	류마티스	대한류마티스학회 보험간사
		윤영경	고려(03)	고려의대	감염	
		전성완	연세(99)	순천향의대	내분비	
		홍승재	경희(93)	경희의대	류마티스	
		이정규	서울(06)	서울의대 보라매병원	호흡기	
		이문형	연세(86)	연세의대(신촌)	심장	

보험위원회 및 건강보험 정책단 (위원 구성)

- 내과학회 (9개 분과) : 소화기 분과, 순환기 분과, 호흡기 분과, 내분비-대사 분과, 신장 분과, 혈액종양 분과, 감염 분과, 알레르기 분과, 류마티스 분과
- 보험위원회 위원 (12명의 분과학회 보험이사)
 - : 소화기, 순환기, 호흡기, 당뇨병, 내분비, 혈액, 종양, 신장, 감염, 알레르기, 류마티스, 개원내과의사회
- 건강보험 정책단: 순환기학회, 소화기학회(소화기내시경학회/간학회), 당뇨병/내분비학회, 종양학회, 혈액학회, 신장학회, 천식 및 알레르기학회, 결핵 및 호흡기 학회, 개원내과의사회, 감염학회
- **제언** 보험위원회 위원은 내과학회 9개 분과를 근간으로 하여 내과 분과학회의 보험이사를 위원으로 한다. 분과 학회 보험이사가 1명 이상인 경우 다른 분과의 동의 하에 위원을 추가할 수 있다.
- **제언** 건강보험정책단 위원은 내과 분과학회 추천 위원으로 하며 보험이사가 겸임을 할 수 있으나, 좀 더 많은 내과 분과학회의 참여를 위해 최대 2인을 추천 받는다.

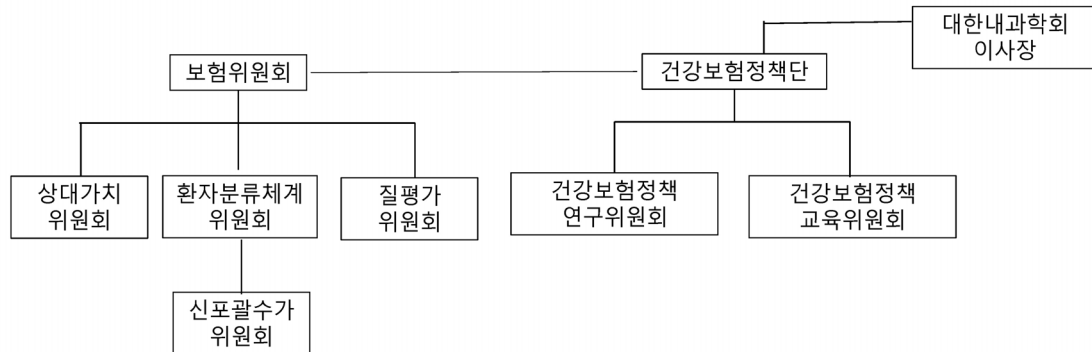
보험위원회 역할 (제언)

- 보험위원회 규정과 일치
- 보험위원회 규정 제3조 (구성 및 임기) 할 분담 및 규정
 - => 2. 보험위원회 산하에 상대가치위원회와 환자분류체계위원회를 구성하고, 위원장은 보험이사의 추천에 의해 이사장이 임명한다.
- 산하 환자분류체계 위원회와 상대가치위원회 구성
- 환자분류체계 위원회 산하에 신포괄수가제 위원회를 구성하고 포괄수가제 업무에도 같이 관여한다. (안)
- 보험위원회 산하에 질평가 위원회를 추가 구성하도록 보험위원회 규정을 수정한다. (안)
- 질평가 위원회는 병원 평가관련 업무에 관여한다. (안)
 - 상급종합평가, 주제별 분석심사, 내과 질환 질평가 (혈액투석 평가, 만성질환관리, 중환자실 평가 등)
- 질평가 위원회와 환자분류체계 위원회는 긴밀히 협력하여 정보를 공유한다.

건강보험정책단의 역할 (제언)

- 건강보험정책 관련 연구와 교육 역량 강화
- 보험위원회 운영세칙 : 3. 내과연관학회 건강보험정책단과의 역할 분담 및 규정
 - => 정책단은 대관업무 및 정책 개발, 교육 사업을 주요 업무로 하고, 자체 연구 및 외부 연구비수주 업무를 담당하고, 건강보험정책단 활동내역 보고서를 발간하여 연관학회에 배포한다.
- 진찰료 개선 TF 폐지 -> 상대가치 위원회에서 필요시 재구성
- 건강보험정책 연구 위원회 구성
 - 연구과제 업무(지정연구과제, 자유연구과제 등)
- 건강보험정책 교육 위원회 구성
 - 보험아카데미, 외부 연구보고서 요약 배포 등

조직도 개정(안)



**내과학회 보험위원회 및 건강보험정책단의 발전을 위해
서 내과 분과학회 보험이사님과 정책단 위원님의
적극적인 관심과 참여가 필요합니다.**

감사합니다.

강의자료

[환자분류체계위원회 발표], (이인석)

환자분류체계. Patients Classification System K-Diagnosis Related Group

이인석

가톨릭 의과대학 내과학교실
대학내과학회 환자분류체계 위원회
심평원 환자분류체계 검토위원회 및 실무검토위원회



내과 환자분류체계위원회 업무사항

1. KDRG 분류체계 개발 및 운영
2. KOPG 분류체계 개발 및 운영
3. KCD 분류체계 개선 및 운영
4. 분류체계 활용분야
5. 심포괄위원회 운영
6. 기타
 - 1) 행위 목록 개정 고시에 따른 질병군 배정
 - 2) 상급종합병원 지정 규정 관련 개선
 - 3) ICD 11 개정 관련 업무



환자분류체계위원회 (임기: 2022년 10월 24일 ~ 2025년 10월 25일)							
직위	성명	소속	분야	출생연도	졸업(연도)	연락처	이메일
위원장	이인석	가톨릭의대	소화기	67	가톨릭(92)	010-3299-7060	isle@catholic.ac.kr
간사	박찬석	가톨릭의대	심장	71	가톨릭(96)	010-2521-6721	chanseok@catholic.ac.kr
위원	김형준	중앙의대	소화기	68	중앙(93)	010-3429-6044	oldevian@gmail.com
	정대영	가톨릭의대	소화기	71	가톨릭(96)	010-6326-3695	adagio@catholic.ac.kr
	박병규	일산병원	소화기 내시경	69	연세(95)	010-9005-7196	bkpark@nhimc.or.kr
	한정호	충북의대		72	충북(98)	010-2063-0500	joungho@cbnu.ac.kr
	박상원	부천세종병원	순환기	68	고려(93)	010-6375-4012	swparkmd@gmail.com
	이승률	원광의대		79	연세(03)	010-4211-6516	seungyul79@gmail.com
	김영삼	연세의대	호흡기	66	연세(91)	010-7175-6067	ysamkim@yuhs.ac
	이정규	서울의대		81	서울(06)	010-9015-2556	jk1909@empas.com
	김대중	아주의대	내분비	69	연세(93)	010-9852-8048	djkim@ajou.ac.kr
	김원준	강릉아산병원	내분비 (당뇨)	71	한양(04)	010-3194-9718	kozmozman@naver.com
	조호찬	계명의대		73	계명(98)	010-3555-3632	ho3632@naver.com
	김형중	차의과대학		70	원주(95)	010-6536-9406	renal9406@naver.com
	황원민	연세원주의대	신장	74	건양(01)	010-5549-8238	hwangwm@kyuh.ac.kr
	신정호	중앙의대		82	중앙(07)	010-9115-4121	junghoshin@cau.ac.kr
	문영철	이화의대	혈액	69	영남(94)	010-8509-8544	yeungchul@ewha.ac.kr
	김성종	건국의대		71	가톨릭(95)	010-3434-5651	atlasdoc@gmail.com
	김희준	중앙의대	종양	78	중앙(04)	010-5226-4478	heejun.dino11@gmail.com
	원영웅	한양의대		76	한양(01)	010-6344-4096	dr.wonyw@gmail.com
	윤영경	고려의대	감염	79	고려(03)	010-5312-6141	young7912@korea.ac.kr
	이상민	가천의대	알레르기	77	서울(02)	010-2639-1253	sangminlee77@naver.com
	홍승재	경희의대	류마티스	68	경희(93)	010-6405-4621	hsj718@hanmail.net
	윤보영	인제의대		73	인제(97)	010-7678-2117	byryoon@paik.ac.kr



신포괄위원회

연번	직위	성명	소속	분야	출생연도	졸업(연도)
1	위원장	최병용	서울의료원	류마티스	67	가톨릭(92)
2	위원	김세훈	서울의대 분당서울대병원	알레르기	75	서울(99)
3		김양기	순천향의대 서울병원	호흡기	68	순천향(94)
4		김영삼	연세의대 신촌세브란스병원	호흡기	66	연세(91)
5		김현숙	순천향의대 서울병원	류마티스	74	경희(99)
6		김형중	차의과대 분당자병원	신장	70	연세원주(95)
7		김형준	중앙대학교병원	소화기	68	중앙(93)
8		박찬석	가톨릭의대 부천성모병원	순환기	71	가톨릭(96)
9		박병규	국민건강보험공단 일산병원	소화기	69	연세(95)
10		손준성	강동경희대병원	감염	71	연세원주(97)
11		원영웅	한양대구리병원	혈액종양	76	한양(01)
12		이은정	서울 순천향대병원	감염	74	순천향(02)
13		이인석	가톨릭의대 서울성모병원	소화기	67	가톨릭(92)
14		전재완	세종 충남대병원	신장	83	충남(08)
15		정재원	인제의대 일산백병원	알레르기	68	서울(92)
16		정주영	한림의대 동탄성심병원	혈액종양	69	서울(94)
17		최성훈	한림의대 강남성심병원	순환기	70	연세(97)
18		홍상모	한양의대 구리병원	내분비	75	한양(01)
19		오동진	한림의대 강동성심병원	순환기	57	서울(82)
20	자문위원	김석일	가톨릭의대 서울성모병원	예방의학		



[붙임 1] ICD-11 번역검증자문단 (62명)

연번	추천학회	분과학회	성명
1	대한가정의학회	대한가정의학회	김영재
2	대한결핵및호흡기학회	대한결핵및호흡기학회	박영식
3	대한내과학회	대한소화기학회	이인석
4		대한천식알레르기학회	정재원
5		대한류마티스학회	홍승재
6		대한신장학회	김형중
7		대한중양내과학회	김희준
8		대한심장학회	서존
9		대한감염학회	윤영경
10		대한혈액학회	최윤석
11		대한내분비학회	송선옥

[붙임 2] ICD-11 번역검증조정위원회 (34명)

연번	추천학회	분과학회	성명
1	대한가정의학회	대한가정의학회	김영재
2	대한결핵및호흡기학회	대한결핵및호흡기학회	박영식
3	대한내과학회	대한내과학회	이인석



SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

KDRG 정의

- 포괄수가제. Bundled payment system
 - 포괄수가제는 환자가 어떤 질병의 진료를 위하여 입원했었는가에 따라 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 제도로 환자가 병원에서 어떤 치료를 받든지 입원일수와 질병의 정도(중증도)에 따라 미리 정해진 진료비를 요양기관에 지불하는 제도이다.
- 환자분류체계(Patient Classification Systems)
 - 입원환자: 자원소모나 임상적으로 유사한 그룹끼리 분류해야 하며, 이를 진단명 기준 환자군(Diagnosis Related Group, 이하 DRG)이라 한다.
 - 외래환자: KOPG

THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

DRG 분류의 기준

- 임상적 동질성
 - 한 그룹으로 묶인 환자군은 해부학적 계통이 비슷하고 하나의 질병군에 포함되어야 함
 - 이와 같은 분류는 의학적인 관점에서 합리적이어야 하고,
 - 의사들이 보았을 때 이해할 수 있어야 함
 - 의학적인 합리성에 대해 Wood 등(Wood, Ament, and Kobrinski 1981)은 다음과 같은 기준을 제시하면서, 임상적 중요성의 결정은 주관적인 과정으로 의사들의 합의점을 통해 이루어지는 것이 최선의 방법
 - 질병의 자연사 (natural history of diseases)
 - 적절한 환자 관리 방법 (appropriate ways to manage the case)
 - 예후 (prognosis)
 - 특정 합병증의 발생 가능성 (likelihood of complications of specific kinds)
 - 사망 위험 (risk of death)
- 경제적 동질성
 - 진단 기반 Case 그룹안에 각각의 진단은 환자 Case를 완벽하게 진단 및 치료하기 위한 서비스 범위 안에서 유사한 자원소모 강도를 갖음
 - 자원소모의 강도는 환자가 서비스 각각 개별적인 비용없이 전형적인 과정으로 치료된 것에 대한 평균재원일수와 입원일당 평균 비용을 사용하여 측정됨
- 통계적 안정성
 - 각각의 진단 기준 Case 그룹은 반복되는 샘플들에서 안정적인 Case당 비용의 추정치를 산출하기 위해서 충분한 환자 Case 수를 포함해야 함



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

우리나라에서 사용되는 환자분류체계 종류

표 1. 환자분류체계 종류

(17.10. 기준)

구분	명칭	최종버전	질병군 개수	개발 이력 (적용시기)	
의과	입원	KDRG(일반용)	4.1	2,769개	V1.0 1986년, V2.0 1991년 V3.0 2003년, V3.5 2014년 V4.0 2016년, V4.1 2017년
		KDRG(신포괄용)	1.2	1,978개	V1.0 2010년, V1.1 2014년 V1.2 2016년
		KRPG(재활)	1.1	242개	V1.0 2016년, V1.1 2017년
	외래	KOPG	2.1	545개	V1.0 2006년, V1.2 2014년 V2.0 2016년, V2.1 2017년
		588분류(보건기관용)	1.1	591개	V1.0 2003년, V1.1 2016년
한의	입원	KDRG-KM	1.2	230개	V1.0 2015년, V1.1 2016년 V1.2 2017년
	외래	KOPG-KM	2.2	248개	V1.0 2007년, V2.0 2014년 V2.1 2016년 1월, V2.2 2016년 9월

주: KDRG: Korean Diagnosis Related Group, KRPG: Korean Rehabilitation Patient Group
KOPG: Korean Outpatient Group, KDRG-KM: Korean Diagnosis Related Group-Korean Medicine
KOPG-KM: Korean Outpatient Group-Korean Medicine



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

KDRG. KOPG 개정 로드맵

KDRG 지속 개정 로드맵						
○ Major 개정: 행위·진단 목록의 전면 개정, 분류모형의 개선 등 분류의 기본 원리가 변경된 경우 ○ Minor 개정: 2년 주기 운영						
구분	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년	'23년
적용 버전	버전 4.2	버전 4.3	버전 4.3	버전 4.4	버전 4.4	버전 4.5
개선	버전 4.3	버전 4.3	버전 4.4	버전 4.5	버전 4.5	버전 4.6
	(1단계)	(2단계)		(1단계)	(2단계)	(1단계)
모니터링	버전 4.1 ('17년 자료)	버전 4.2 ('18 ~ '19년 자료)	버전 4.3 ('20년 자료)	버전 4.4 ('21년 자료)	버전 4.5 ('22년 자료)	버전 4.6 ('23년 자료)

KOPG 지속 개선 로드맵					
구분	'20년	'21년	'22년	'23년	'24년
적용 버전	버전 2.3	버전 2.4	버전 2.4	버전 2.5	버전 2.5
KOPG 개선	버전 2.4	버전 2.5 (1단계)	버전 2.5 (2단계)	버전 2.6 (1단계)	버전 2.6 (2단계)
모니터링	버전 2.2 ('19년 자료)	버전 2.3 ('20년 자료)	버전 2.4 ('21년 자료)	버전 2.5 ('22년 자료)	버전 2.6 ('23년 자료)


 THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
 SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

KDRG 4.x 질병군 갯수

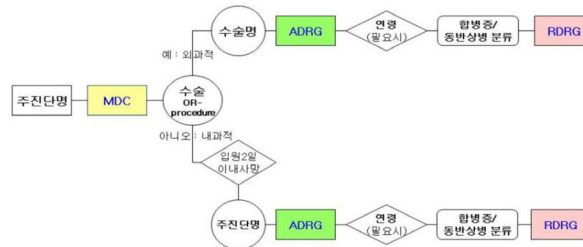
표1. KDRG V4.X 질병군 개수

구분	KDRG V3.5 (2014.1.)	KDRG V4.0 (2016.1.)	KDRG V4.1 (2017.1.)	KDRG V4.2 (2018.1.)	KDRG V4.3 (2020.1.)	KDRG V4.4 (2021.1.)	KDRG V4.5 (2023.1.)
MDC	26개	26개	26개	26개	26개	26개	26개
ADRG	702개	1,058개	1,075개	1,104개	1,116개	1,128개	1,130개
AADRG	818개	1,157개	1,172개	1,201개	1,217개	1,228개	1,226개
RDRG	1,950개	2,727개	2,769개	2,807개	2,753개	2,721개	2,678개

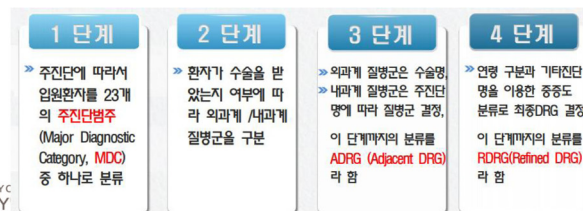

 THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
 SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

DRG 분류과정: 수술->시술->질환

- 원칙: 임상적 동질성+자원소모량



MDC : Major Diagnostic Category
ADRG : Adjacent DRG
RDRG : Refined DRG



DRG/OPG 질병군 개정

- 질병군 신설
- 질병군 세분화
- 질병군 이동
- 실폐괄/포괄수가실, 학회, 상급병원지정평가부
- 질병군 배치 순위 변화 예시 (22년2차)

대한 구강악안면 외과학회	○ MDC03 우선순위 재조정 (원형 및 검토) [1인] D123 단순 외관 수술 45⁰ → 35⁰ D192 구강내 점막수술 35⁰ → 45⁰ D300 발치 9⁰ → 45⁰ [2인] D123 단순 외관 수술 45⁰ → 35⁰ D192 구강내 점막수술 35⁰ → 45⁰ D300 발치 9⁰ → 55⁰ (사유) 자원소모 분석하여 우선 순위 조정	대한 구강악안면 외과학회	▶ 우선순위 재검토 - 발치 질병군 및 치과 시술로 구성된 질병군들 간의 우선순위 재검토 - 일부 시술·질병군간 이동 함께 검토 • U4534 외관수술(연속외관)의 1/30(1인) 범위, U4535 외관수술(연속외관)의 1/2(1인) 범위
---------------------	--	---------------------	---

2023.1.1 환자분류체계 변화

입원환자분류체계(KDRG) 현황

구분	신포괄용 KDRG V1.4 (2022.1. 기준)	7개질병군 KDRG V3.5 (2014.1. 기준)	일반용 KDRG V4.5 (2023.1. 기준)
MDC	26개 (21)	26개	26개
ADRG	751개 (603)	702개 (25)	1,130개
AADRG	858개 (704)	818개 (30)	1,226개
RDRG	2,032개 (1,837)	1,956개 (83)	2,678개

- MDC : Major Diagnostic Category (주진단 범주)
- ADRG : Adjacent DRG (기본 DRG)
- AADRG : Age Adjacent DRG (연령반영 DRG)
- RDRG : Refined DRG (최종 DRG)



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

심평원 조직 개편

- 포괄수가실
- 분류체계개발부
- 환자분류체계 위원회
 - 검토위원회
 - 실무검토위원회

제5조(환자 분류체계심의위원회) ① 심사평가원장은 환자 분류체계의 개발 및 조정에 관한 사항을 심의·의결하기 위하여 심의위원회를 설치하여야 한다.
② 제1항에 따른 심의위원회의 위원은 심사평가원장이 임명 또는 위촉하며, 심의위원회의 구성, 운영 등에 관하여 필요한 사항은 심사평가원장이 별도로 정한다.



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL



심평원 환자분류체계 검토 위원회

□ 위원회 운영 현황

검토위원회	· (기능) 의·치과 환자분류체계 관련 논의(본 회의) · (구성) 총 32명(임기 2년) · (운영) 분기별 1회 정기 개최
▲	
실무검토위원회	· (기능) 임상전문가 자문회의 논의 결과 진료과목 간 조정, 분류 기준 설정 등 · (구성) 총 12명(임기 2년) · (운영) 수시 개최
▲	
임상전문가 자문회의	· (기능) 의·치과 환자분류체계의 임상적 타당성 등 학회별 검토 · (구성) 전문학회별 전문가 - 총 75명(25개 학회, 학회별 3명), 임기 2년 · (운영) 수시 개최

○ 제5기 환자분류체계 위원회 구성 개선

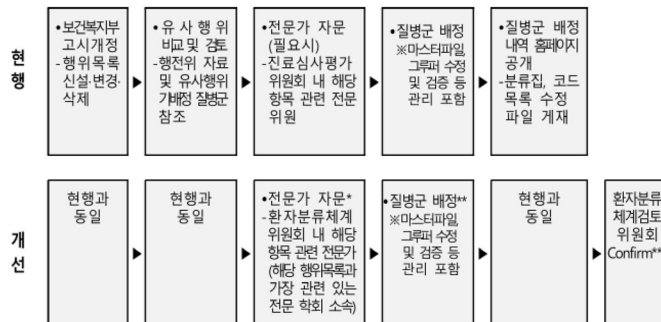
구분	현행(제4기)	개선(제5기)	비고
검토위원회	32명 - 학회별 대표 24명 - 의료계 단체: 5명 - 내부심사위원: 2명 - 분류체계전문가: 1명	작동	-
실무검토위원회	12명 - 내과계 3명 - 외과계 3명 - 기타계 4명 - 내부심사위원: 2명	13명 - 내과계 3명 - 외과계 3명 - 기타계 4명 - 내부심사위원: 2명 - 분류체계전문가: 1명(추가)	구성 내실화
임상전문가 자문회의	75명 - 25개 전문학회별 3명 내과 1개 결핵및 호흡기 1개 외과 1개 구강악안면 1개 21개 신경과, 소아청소년과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 정신건강의학과, 마취통증의학과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨의학과, 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 재활의학과, 핵의학과, 가정의학과, 응급의학과	114명 - 38개 전문학회별 3명 9개 소화기, 순환기, 내분비-대사, 신장, 혈액종양, 감염, 알레르기, 류마티스, 호흡기 5개 간담체외과, 대장항문외과, 소아외과, 위장관외과, 외과유방질환 3개 구강악안면외과, 치주과, 치과보존과 작동	인력 pool 세분화 및 확대

I. 내과연관학회 건강보험정책단 활동내역

수시 개정 행위목록의 질병군 반영 절차 개선

□ 추진 배경

- 환자분류체계는 통상 2년마다 정기적 개정(비전 변경)
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정고시에 따른 행위목록의 신설·변경·삭제로 수시 반영 항목 발생
- 수시 발생 행위목록의 질병군 배정시에도 통상의 정기 개정 절차에 준하는 기전을 마련하여 임상적 타당성 확보 및 과정·결과 공유를 통한 투명성 제고



* 초음파, MRI 등 질병군 배정이 명확한 일부항목 제외 [붙임1, 자문 제외 기준 등] 참고

** 수시 행위목록은 고시 개정 및 적용일자에 따른 적시 반영이 필요하므로 환자분류체계 임상전문가 의견을 반영하여 최대한 우선 배정 적용

*** 기 배정결과와 검토위원회 결과가 상이한 경우 일정기간 청구 데이터 수집·구축을 통한 검토 반영(정기적 개정 절차에 따름)



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

학회간의 이견으로 조정이 필요한 경우가 발생

○ (내용) '항문생식기 사마귀제거술(콘딜로마 포함)'의 질병군 배정 여부

구분	시술코드	시술명
A	N1431	사마귀제거술-절제술-기타
	N1432	사마귀제거술-절제술-기타-근층심부 포함 시
	N1434	사마귀제거술-소작술[전기, 레이저, 냉동 포함]-기타
	N1436	사마귀제거술-국소도포-기타
B	N1430	사마귀제거술-절제술-항문생식기[콘딜로마 포함]
	N1433	사마귀제거술-소작술[전기, 레이저, 냉동 포함]-항문생식기[콘딜로마 포함]
	N1435	사마귀제거술-국소도포-항문생식기[콘딜로마 포함]

○ (결과) 대한비뇨의학회, 대한산부인과학회, 대한피부과학회와 의견 동일

· A: SA351(복잡 변연절제술 및 제거) 질병군에 배정

· B: SA401(복잡 피부 성형술) 질병군에 배정

○ (향후계획) 실시건수 및 평균진료비 등 청구현황 모니터링 예정

⑤ 항문관 직장관내 콘딜로마 치료(Q3050) 질병군간 시술 이동

○ (배경) 대한외과학회 자문(서면, '22.5.)을 통해 SA351(복잡 변연절제술 및 제거) 질병군에서 SF209(단순 항문 및 직장 시술) 질병군으로 이동키로 하였으나,

- '사마귀제거술-항문생식기' 신설에 따라 근접부위 시술인 등 행위의 질병군 이동에 대한 재검토 필요

○ (학회) 대한비뇨의학회, 대한산부인과학회, 대한외과학회(대장항문), 대한피부과학회

○ (내용) SF209(단순 항문 및 직장 시술) 질병군에 배정 유지 또는 SA401(복잡 피부 성형술) 질병군으로 이동 여부

○ (결과) SA401(복잡 피부 성형술) 질병군으로 이동

- 동 행위와 '사마귀제거술-항문생식기'는 자원소모 및 난이도가 유사하므로 동일한 질병군으로 이동

○ (향후계획) 실시건수 및 평균진료비 등 청구현황 모니터링 예정



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

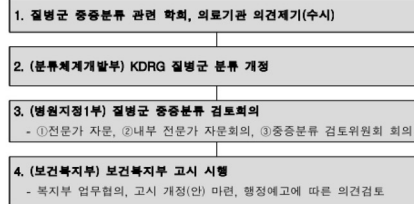
21.12

2. 상급종합병원 지정을 위한 질병군 중증분류 업무 프로세스 개선 · 8

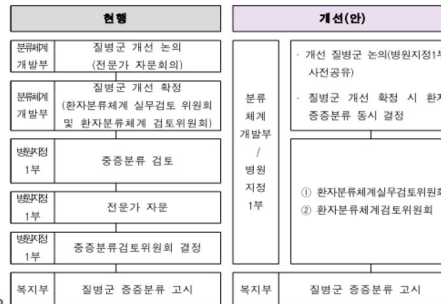
붙임1. 입원환자의 질병군별 질병의 종류 35

나. 질병군 중증분류 절차

○ 현행 절차

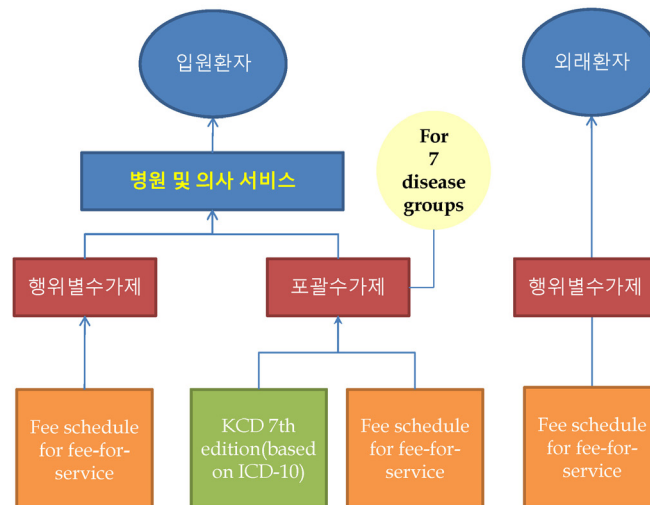


○ 개선 절차



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSP

분류체계와 지불제도 : 한국



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

포괄수가제의 필요성



포괄수가제 왜 필요한가?

- 입원일수의 지속 증가
한국 18.0일 vs OECD 평균 8.0일
- 병상 수 많아짐
인구천명당 한국 12.4개 vs OECD 평균 4.4개
- 고가장비 사용 증가
특수영상료 비중 OECD 상위권
- 건강보험 보장률
한국 65.3% vs OECD 평균 74.1%

※ OECD Health Statistics 2021



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL



OECD (경제협력개발기구),
우리나라에 포괄수가제
확대 권고 (2010, 2012)



미국, 일본, 독일, 호주 등
선진국에서 포괄수가제 시행 중

지불제도 유형별 급여실적

(2021, 건강보험, 93.5조)

(단위 : 조, %)

유형	지불제도		특징	비율
외래 (58.8)	행위별수가 (58.8)		주요지불방식	대부분(99%)
입원 (34.7)	행위별수가 (26.1)		주요지불방식	75.3%
	묶음 (8.6)	7개포괄수가(1.9)	7개 질병군	5.6%
		신포괄수가(3.2)	대부분 입원 질병군	9.2%
		일당정액(3.4)	요양병원/완화	9.8%

※ 2021년 진료비 통계지표, 2022.



SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

포괄수가 청구현황

- '21년 청구금액 1조 9,422억원(전년대비 5.3% 증가)
- 전체 입원 대비 점유율 5.5%

전체 요양급여비용 대비 포괄수가제 점유율 현황

(단위: 천건, 억원, %)

연도	전체 요양급여비용 ^{주1)} ^{주2)}				7개 질병군		입원대비 점유율		전체대비 점유율	
	전체 청구건수	전체 청구금액	입원 청구건수	입원 청구금액	청구 건수	청구 금액	건수	금액	건수	금액
2019	1,457,172	863,448	16,725	321,746	1,232	17,966	7.4	5.6	0.1	2.1
2020	1,243,592	869,882	15,692	329,587	1,174	18,392	7.5	5.6	0.1	2.1
2021	1,278,160	957,731	16,633	354,953	1,230	19,422	7.4	5.5	0.1	2.0

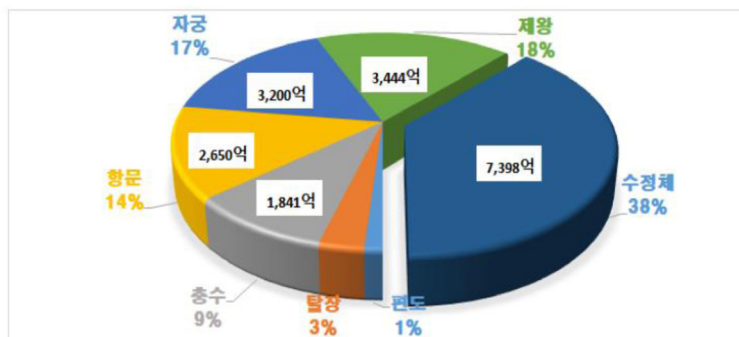
주1) 전체 요양급여비용: 건강보험, 보훈 심사결정기준

주2) 행위별수가제 및 포괄수가제 진료비 전체 포함

SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

포괄수가 청구현황

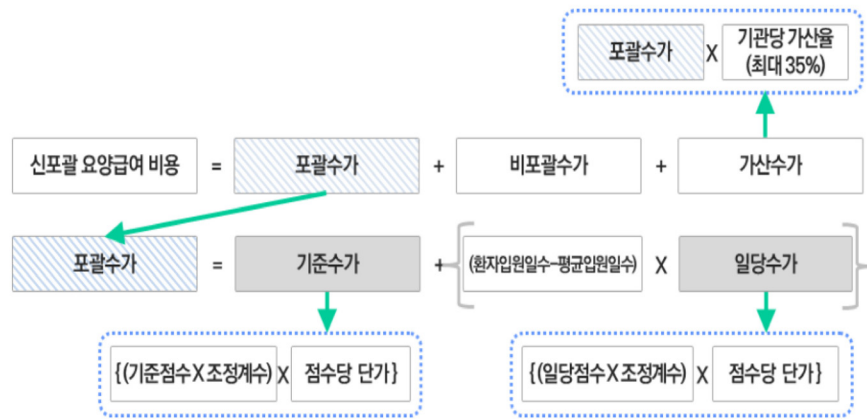
- 질병군별 진료비 비중 ('21년)
- 수정체(38.3%) > 제왕(17.8%) > 자궁(16.6%) > 항문(13.7%) > 총수(9.5%) > 탈장(3.0%) > 편도(1.2%) 순



SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

신포괄수가 모형

신포괄수가는 포괄수가와 비포괄수가(행위별수가), 가산수가로 운영



신포괄수가제 모형

포괄수가 (기준수가 + 일당수가)		비포괄수가 (행위별수가)		가산수가 (정책가산(인센티브))	
포괄	비포괄	비포괄	전액비포괄	종합병원·병원	상급종합병원
행위별 급여 및 비급여 진료비 100% 반영	급여진료비 20% 반영 (약제·치료재료)	급여진료비 80% 산정 (약제·치료재료)	급여진료비 100% 산정	참여, 효율·효과, 공공성, 의료 질, 비급여 관리 등	참여, 공공성, 의료 질·효과, 비급여 관리, 지역완결형 의료체계 등
조정계수 적용 (기관별 특성 반영)				공공병원: 최대 35%	최대 32%+α
				민간병원: 최대 30%+α	

신포괄수가 청구현황

- '21년 청구금액 3조 5,821억원 (전년대비 4.2% 증가)
- 전체 입원 대비 점유율 8.8%
- 진료비 구성비는 포괄 62.7%, 비포괄 37.3%

전체 요양급여비용 대비 신포괄수가제 점유율 현황

(단위: 천건, 억원, %)

연도	요양급여비용 전체 입원 ^{주1)} (A)		시범기관 전체 입원 ^{주2)} (B)		시범기관 신포괄수가 입원						전체입원 대비 점유율 (C/A)	
					신포괄수가 입원(C)		증감률		점유율 (C/B)			
	건수	진료비	건수	진료비	건수	진료비	건수	진료비	건수	진료비	건수	진료비
2019	19,463	368,204	1,091	29,049	682	23,459	101.6	132.6	62.5	80.8	3.5	6.4
2020	18,395	378,416	1,590	45,570	961	34,367	40.9	46.5	60.5	75.4	5.2	9.1
2021	19,497	408,333	1,928	50,194	1,010	35,821	4.9	4.1	52.4	71.4	5.2	8.8

주1) 전체 요양급여비용: 건강보험, 의료급여, 보훈 심사결정기준

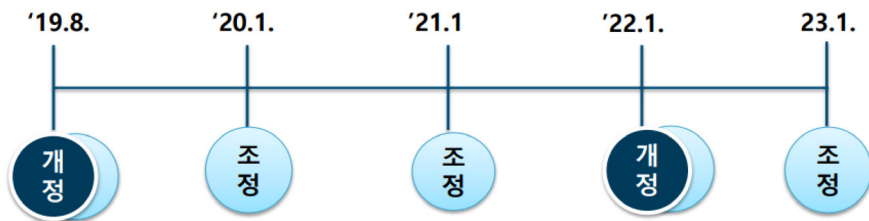
주2) 신포괄 시범기관별 참여일자의 진료시점부터 산출('19년 68개소, '20년 이후 98개소)



33

신포괄수가 조정

■ 연도별 수가산출



- **(개정)** 새로운 진료내역 자료를 이용하여 주기적 개정 (2~3년)
 - 신포괄 모형개선, 분류체계 등 반영
- **(조정)** 환산지수, 약제·치료재료 상한가 변화 및 행위별수가제 변동 반영 (매년)



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

정책가산 평가 지표

• 총 7개 영역 33개 지표

(병원 · 종합병원)

참여 (3%)	자료의 질 (5.5%)	공공성 (9%)	의료의 질 (9.5%)	효율·효과성 (5%)	비급여 관리 (3, 3+α%)
·참여	·자료의 질 및 정확도 ·정보관리	·취약계층진료 ·취약지, 필수시설 ·감염병 관리	·간호등급, 간호-간병 ·정보 관리 재입원비 ·외래방문 횟수비 ·의료기관 인증	·경영성과	·비급여 비중 ·비급여 개선도

(상급종합병원)

참여 (1.5%)	자료의 질 (5.5%)	공공성 (3%)	지역완결형 의료체계 (8.5%)	의료의 질·효율성 (10.5%)	비급여 관리 (3, 3+α%)
·참여	·자료의 질 및 정확도 ·정보관리	·취약계층진료 ·감염병 관리	·중증진료실적 ·지역필수의료 ·회송 후 의료이용 ·협력병의원 이용 ·진료협력체계 운영	·간호등급, 간호-간병 ·정보 관리 재입원비 ·외래방문 횟수비 ·응급의료 ·환자경험평가	·비급여 비중 ·비급여 개선도



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

신포괄수가 조정계수

조정계수 = 시범기관 또는 유형별 포괄진료비의 합 / 기본수가의 합

▪ 98개 시범기관을 대상으로 산출

- 보험자중별(건강보험, 의료급여), 진료과별(외과계, 내과계, 정신과계) 산출

요양기관	건강보험			의료급여		
	내과계	외과계	정신과	내과계	외과계	정신과
A기관	0.92	0.94	0.92	0.90	0.64	0.59

▪ (기관별 조정계수) 기관별 수익보전을 위한 기관 맞춤형 조정계수

▪ (유형별 조정계수) 환자구성 및 진료특성이 유사한 기관들은 동일 수가 적용

- '24년부터 유형별 조정계수 100% 적용 예정 (단계적 테이퍼링 중)



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

KDRG 분류체계의 활용 분야

표 2. 환자분류체계 활용 분야

업무	활용분야	환자분류체계			
		KDRG (입원)	KOPG (외래)	KOPG-KM (한의외래)	KRPG (재활)
진료비 지불	포괄수가제 (7개 질병군, 신포괄수가)	○	-	-	-
심사	심사대상 선정	○	○	○	-
	종합정보서비스	○	○	○	-
	지표연동자율개선제	○	○	○	-
평가	평가지표 산출	○	○	-	-
약제관리	처방·조제 약품비 절감 장려금	○	○	-	-
의료기관평가	상급종합·전문병원 지정	○	-	-	-
정부정책지원	재활의료기관 지정	-	-	-	○

KOPG 목적 및 활용 분야

- 진료비의 효율적 관리와 의료의 질 향상을 위해서 **의료기관의 진료비 수준이나 질적 수준을 비교하려는** 노력이 강화되었고, **고가도 지표 (Costliness Index, CI)를 개발하여** 의료 기관의 진료비를 종합적으로 관리하고, **의료기관 간 질적 수준을 비교하여 진료비를 가감 지급**하는 논의가 활발하게 진행되었다

□ KOPG 활용 분야

가. 지표연동자율개선제

- (개요) 항생제 처방률, 내원일수 등 환자안전 관리 및 진료비 증가에 영향이 큰 분야에 대하여 의료기관에 맞춤형 정보를 제공함으로써 자율적으로 의료 행위를 개선하도록 유도
- (대상기관) 의원, 치과의원, 한의원, 병원, 요양병원(외과·한방), 치과병원, 한방병원
- (KOPG 활용) 내원일수, 건당진료비 고가도지표 등 산출에 환자구성 단위로 활용

나. 약제 급여 적정성 평가

- (개요) 항생제, 주사제 등 약제의 처방 경향을 비교·분석하고 그 결과를 제공
- (대상기관) 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 의원, 보건의료원
- (KOPG 활용) 6품목이상 처방비율, 소화기관용약 처방률 등 지표 산출에 상병 분류기준으로 활용

다. 처방 조제 약품비 절감 장려금

- (개요) 요양기관에서 처방·조제하는 의약품에 대하여 의약품 사용량 감소 및 저가구매 노력을 반영하여 장려금 지급
- (대상기관) 상급종합병원, 종합병원, 병원(보건의료원 포함), 의원, 약국
- (KOPG 활용) 약품비고가도지표(PCI, Prescribing Costliness Index) 및 기대약품비 지표 산출시 활용
 - 약품비고가도지표: 해당 요양기관의 약품비 발생수준을 나타내는 상대평가 지표
 - 기대약품비: 전년도 동일기간 상병분류별 투약일당 약품비를 기준으로 산출대상 기관의 상병분류별 투약일수를 반영한 약품비



[KOICD]
제8차 한국표준질병.사인분류(KCD)
8차개정
2021.1월1일부터 시행
개정된 KCD8 확인
출처: 통계청

제8차 한국표준질병.사인분류표

- > A00-B99 I. 특정 감염성 및 기생충성 질환
- > C00-D48 II. 신생물
- > D50-D89 III. 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역계질환을 포함한 특정 장애
- > E00-E90 IV. 내분비, 영양 및 대사 질환
- > F00-F99 V. 정신 및 행동 장애
- > G00-G99 VI. 신경계통의 질환
- > H00-H59 VII. 눈 및 눈 부속기관의 질환
- > H60-H95 VIII. 귀 및 청각의 질환
- > I00-I99 IX. 순환계통의 질환
- > J00-J99 X. 호흡계통의 질환
- > K00-K93 XI. 소화계통의 질환
- > L00-L99 XII. 피부 및 피하조직의 질환
- > M00-M99 XIII. 근골격계통 및 결합조직의 질환
- > N00-N99 XIV. 비뇨생식계통의 질환
- > O00-O99 XV. 임신, 출산 및 산후기

I. 특정 감염성 및 기생충성 질환 (Certain infectious and parasitic diseases, A00-)

항균제 내성의 분류를 위한 다면 부가분류번호(U82-U84)를 사용할 것.

포함: 일반적으로 전염 또는 전파되는 것으로 인정된 질환

제외: 감염성 질환의 보균자 또는 의심되는 보균자(Z22-); 특정 국소감염 - 신체계통에 국한된 감염(예) 참조

임신, 출산, 산후기에 합병된 감염성 및 기생충성 질환(신체적 특성용 제 외)(O88-)

출생전후기에 특이한 감염성 및 기생충성 질환(신생아파상풍, 선천매독, 출생전후기 임균감염 및 출생전후기 사멸한결핵마이코플라스마 제외)(P23-P99)

인플루엔자 및 기타 급성 호흡기감염(J00-J22)

이 장은 다음 항목들을 포함한다:

A00-A09 장감염질환
A15-A19 결핵
A20-A28 특정 동물에게서 세균성 질환

Includes: Diseases generally transmissible
Excludes: Carrier or suspect
Certain localized infections
Infectious and parasitic diseases of the newborn and the puerperal
Infectious and parasitic diseases of the neonate
gonococcal infection and pe virus(HIV disease)
Influenza and other acute n
Intestinal infectious disease
Tuberculosis
Certain zoonotic bacterial d

KCD 9.0v 개정

고맙습니다. 호국영웅의 희생을 잊지 않겠습니다.



통 계 청

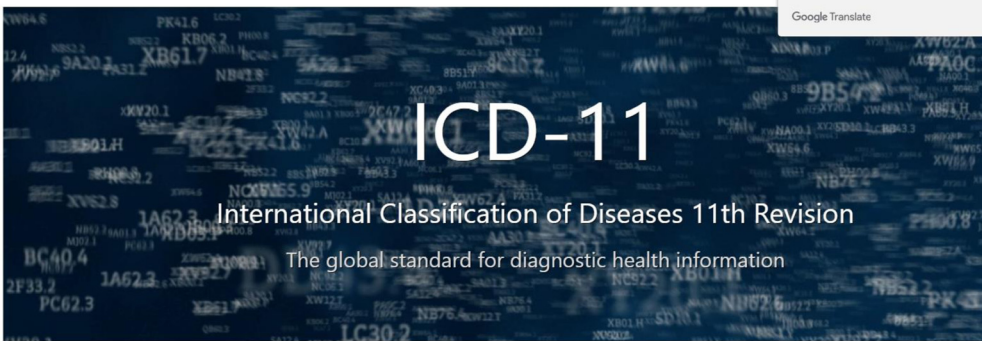
수신 수신자 참조
(경유)

제목 제9차 한국표준질병.사인분류(KCD-9) 개정을 위한 의견 수렴

1. 통계청의 보건분류 발전에 협조해 주셔서 감사드립니다.
2. 우리 청은 통계법 제22조(표준분류)에 따라 한국표준질병·사인분류(이하 KCD)를 운영하고 있으며, 시의성 있고 비교성 높은 표준분류 운영을 위해 대한보건의료정보관리사협회(책임연구원 류상희)와 9차 개정을 위한 연구를 추진하고 있습니다.
3. 이와 관련하여 유용한 보건통계 자료가 생산될 수 있도록 주요 KCD 이용기관을 통해 다음과 같이 개정의견을 수렴하고자 하오니 협조해 주시기 바랍니다.

가. 요청내용: 분류세분화 및 용어정비 등 KCD-8에 대한 개정 필요 사항
다. 회신기관: 대한보건의료정보관리사협회(책임연구원: 류상희)
라. 회신기한: **2022년 7월 20일(수)**
라. 회신방법: **협회 사무국 이메일 (khima@khima.or.kr)**
마. 의견수렴 양식: 붙임과 같음

※ 상기 기한까지 회신이 없는 경우 '의견 없음'으로 간주



ICD-11
International Classification of Diseases 11th Revision
The global standard for diagnostic health information

Use ICD-11	Learn More	Be Involved
ICD-11 Browser for seeing the content ICD-11 Coding Tool for coding with ICD-11 ICD-API web services to get nonredundant access to ICD-11	ICD Home Page ICD-11 Reference Guide ICD-11 Fact Sheet ICD-11 License ICD-11 Training ICD Video	Our maintenance platform provides various ways to contribute Comments Pronounce

 THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
 SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

ICD 11

• 2. 추진경과

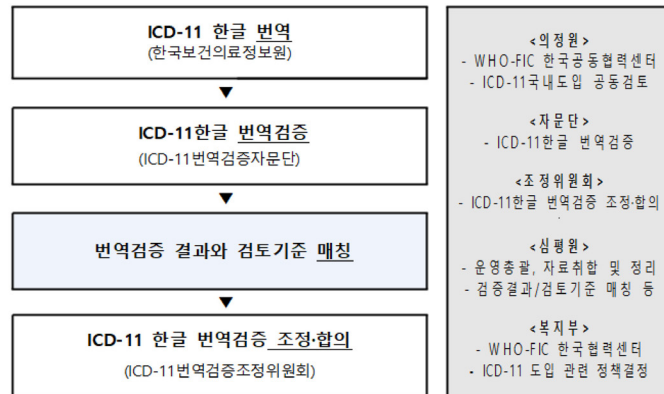
- ○ ('22.1월) **ICD-11한글번역검증 추진을 위한 간담회 실시**
- - 복지부 보건 의료데이터진흥과, 한국보건 의료정보원, 대한 의사협회, 질병분류 전문가, 심평원 참석
- ○ ('22.4월) **ICD-11 번역검증자문단·조정위원회 구성 및 워크숍 개최**
- - ICD-11 번역검증자문단: 의과/치과/한 의과 포함 총 44개 학회, 67명
- - ICD-11 번역검증조정위원회: 34명
- ○ ('22.6~9월) **ICD-11 번역검증자문단에 대한 1차 한글번역검증 검증완료**
- - ICD-11 전체 학회별/챕터별 표제어 검증 완료
- ○ ('22.6~11월) 조정위원회를 통해 **번역검증 검토기준 설정**
- ○ ('22.11월~12월) **ICD-11 번역검증자문단 1차 한글번역검증 실무검토**
- ○ ('22.12월) ICD-11 제26장(전통 의학) 전문가 자문회의 개최

I. 내과연관학회 건강보험정책단 활동내역

□ 검증 대상

- (대상) ICD-11 1~26장 한글 표제어 전체 번역검증
- (기간) '22.6.7.~ 9.23.(약 4개월)
- (위원) ICD-11번역검증자문단 (44개 의학회, 총 67명)
- (방법) 요양기관업무포털을 통한 검증내용 다운로드 및 제출

□ 검증 절차



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

나-1 번역검증자문단 검증완료 현황

□ ICD-11 한글번역 검증결과 총 18,445건 검증완료

- 번역에 대한 동의 11,314건(61.3%) 비동의 7,131건(38.7%)

※ **확화간 변경**인지는 '동의', '1개 하회라도 이견이 있는' 또는 '비동의'로 산출

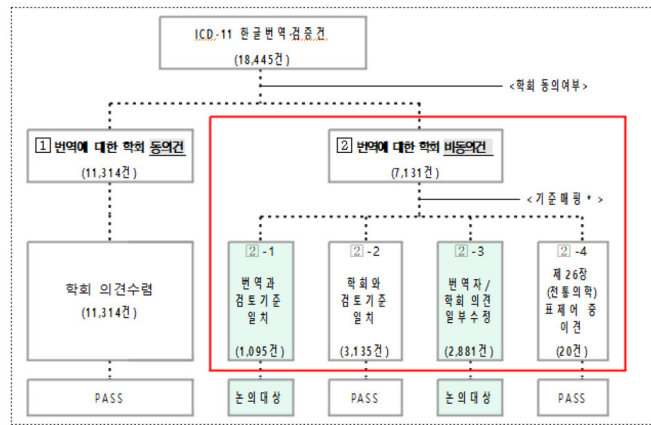
(단위: 건)

연번	캡터	총계	번역에 대한 하회 동의여부		검증 완료수
			동의	비동의	
	총 계	18,445 (100.00%)	11,314 (61.3%)	7,131 (38.7%)	44
1	특정 감염성 또는 기생충성 질환	1,034	659	375	10
2	신생물	1,283	15	1,268	44
3	혈액 또는 조혈 기관의 질환	271	60	211	11
4	면역 체계의 질환	261	48	213	18
5	내분비, 영양 또는 대사 질환	665	541	124	10
6	정신, 행동 또는 신경발달 장애	890	675	215	1
7	수면-각성 장애	86	69	17	1
8	신경 계통의 질환	871	642	229	5
9	시각 계통의 질환	747	523	224	2
10	귀 또는 유양돌기의 질환	164	144	20	1
11	순환 계통의 질환	620	303	317	18
12	호흡 계통의 질환	366	181	185	20
13	소화 계통의 질환	999	560	439	18
14	피부의 질환	854	444	410	2
15	근골격 계통 또는 결합 조직의 질환	445	300	145	14
16	비뇨생식 계통의 질환	579	541	38	12
17	성전립선과 관련된 병태	74	14	60	3
18	임신, 출산 또는 산욕기	519	396	123	1
19	주산기에서 기원한 특정 병태	632	623	9	8
20	발달 이상	1,343	1,124	219	9
21	응상, 징후 또는 임상 소견, 달리 분류되지 않은	1,293	534	759	43
22	외인에 의한 손상, 중독 또는 특정 기타 결과	2,015	1,703	312	12
23	질병이한 또는 사망의 외인	990	423	567	43
24	건강 상태 또는 보건 서비스의 장해에 영향을 주는 요인	884	295	589	43
25	특수 목적을 위한 코드	23	17	6	44
26	전통의학	537	480	57	1



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S

- 기본원칙-“**기존 사용 용어(KCD-8) 우선**”에 따름
- 기본원칙-“**보편적 용어 우선적용**”(주로 주진료과 의견)에 따름
- 기타원칙-“**불필요한 접미사 사용 삭제**”에 따른 학회 의견 수렴



* ICD-11 번역검증 검토기준(ICD-11번역검증조정위원회에서 기준 설정 (22.11.)



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

정리

- DRG, KOPG
 - 질병군 개선작업
 - 질병군 사용에 대한 이해
- KCD
- ICD11 - 한글 번역작업에 대한 학회 및 관련기관간의 소통
- 환자분류군의 사용분야
- 지불제도로써 실폐괄수가 운영에서 학회의 역할



THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA
SEOUL ST. MARY'S HOSPITAL

강의자료

[우리나라 의료보험정책의 나아갈 방향], (박은철)



대한내과학회
The Korean Association of Internal Medicine

보험위원회 및 건강보험정책단 워크숍

건강보험정책의 나아갈 방향

박은철



연세대학교 INSTITUTE OF
HEALTH SERVICES RESEARCH
보건정책 및 관리연구소

1

왜 건강보장인가?



연세대학교 INSTITUTE OF
HEALTH SERVICES RESEARCH
보건정책 및 관리연구소

2

사회보장(social security)

• 베버리지(Beveridge) 보고서의 정의

- 실업, 질병, 혹은 재해에 의하여 수입이 중단된 경우의 대처, 노령에 의한 퇴직이나 본인 이외의 사망에 의한 부양 상실의 대비, 그리고 출생, 사망, 결혼 등과 관련된 특별한 지출을 감당하기 위한 소득보장을 의미하는 것으로서 ... 일정한 소득을 보장함으로써 국민생활의 최저수준(national minimum)을 보장하는 것

• 국제노동기구(ILO)의 정의

- 사회적, 경제적 어려움에 처한 사회구성원을 보호하기 위한 일련의 공공적 장치(public measures)

사회보장(social security)

• 한국 사회보장기본법의 정의

- 질병, 장애, 노령, 실업, 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 빈곤을 해소하며 국민생활의 질을 향상시키기 위하여 제공되는 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스 및 관련 복지제도

• 개념의 확대

- 초기에는 질병, 출산과 육아, 직업 재해, 실업, 노령과 사망 등으로 소득 상실에 대하여 최저 생활을 보장한다는 소극적 개념
→ 사회적 위험으로부터 국민을 보호하고 생활의 질을 향상시키기 위한 여러 제도

사회보장의 범위와 구성

• 재원을 기준으로 한 형태

▪ 사회보험

• 일반적 특징

- 피용자와 고용주의 공동 재정부담
- 의무적 가입
- 목적에 따른 별도의 기금
- 기여 여부에 기초한 권리
- 임금에 연동된 기여와 원칙적으로 동일한 급여수준

▪ 공공부조

- 일반조세
- 노인, 환자, 장애인, 유족 등이 주대상
- 급여를 받기 위해 자산조사(means test)

▪ 사회서비스(공공서비스)

- 이윤추구를 일차적 목적으로 하지 않으면서 사회적 욕구 충족에 초점을 두는 집합적이고 관계지향적인 활동으로, 정부가 재정을 부담하는 서비스

사회보장체계

	소득보장	의료보장
사회보험	연금보험 고용보험	건강보험
	산재보험	산재보험
공공부조	기초생활보장	의료급여
사회복지서비스	노인복지 아동복지 장애인복지 가정복지	

의료보장

- 적절한 경제적 부담으로 보건의료에 대한 접근성을 보장하려는 국가 혹은 사회적 체계
- 질병으로 인한 과다한 의료비용 지출에 의해 야기되는 경제적 위험을 분산하고자 하는 제도

의료보장의 역사

- 1883 독일(비스마르크)
- 1887 오스트리아
- 1902 노르웨이
- 1911 영국
 - 1948 국가보건서비스(National Health Service)
- 1921 프랑스
- 1922 일본
- ...
- 1977 한국

대한민국 헌법

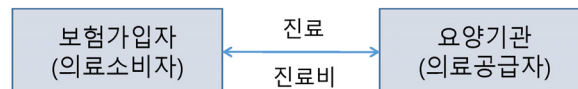
	대한민국 헌법	내용
교육	제31조 ①	모든 국민은 능력에 따라 균등하게 교육을 받을 권리를 가진다.
	제31조 ②	모든 국민은 그 보호하는 자녀에게 적어도 초등교육과 법률이 정하는 교육을 받게 할 의무를 진다.
복지	제34조 ①	모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.
환경	제35조 ①	모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 지니며, 국가와 국민은 환경보건을 위하여 노력하여야 한다.
건강	제36조 ③	모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.

사회보험과 민간보험

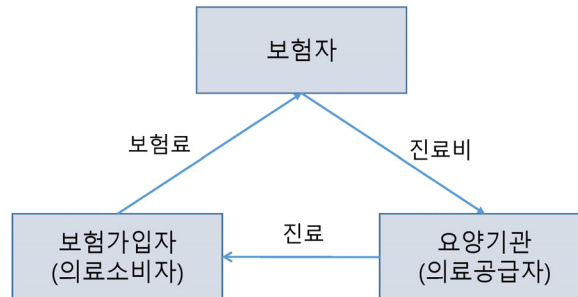
	사회보험	민간보험
가입방법	강제가입	임의가입
보험료	<u>소득에 따른 부과</u>	위험의 정도, 급여 수준에 따른 부과
보험급여	<u>필요에 따른 급여</u>	보험료 부담 수준에 따른 차등급여
보험료 징수	법률에 의한 강제징수	사적 계약에 의한 징수

우리나라의 건강보험은?

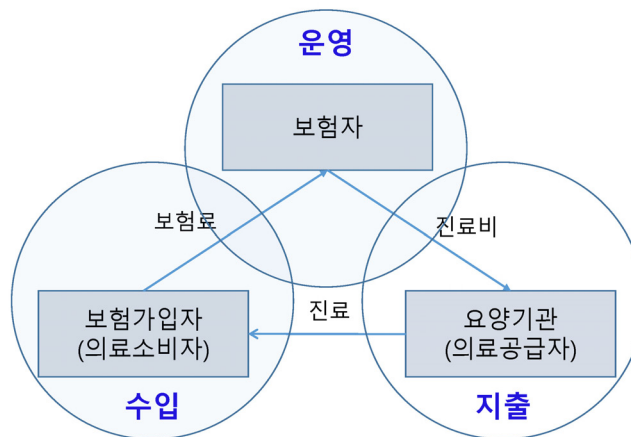
건강보험체계



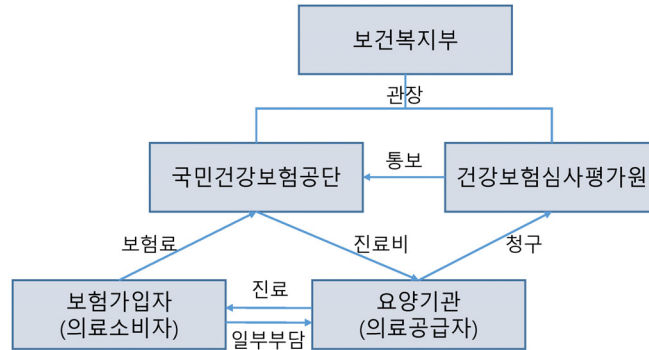
건강보험체계



건강보험체계



국민건강보험 체계



수입

- 누구에게 걷을 것인가?
- 얼마나 걷을 것인가?

수입

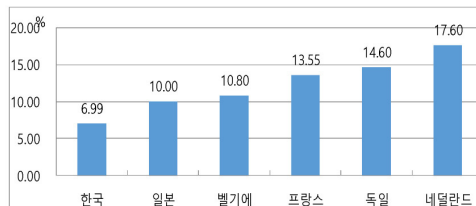
• 건강보험 적용대상의 확대과정

구분	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
임금근로자	▶500인 이상												
	▶300인 이상												
공무원교직원	▶100인 이상												
	▶16인 이상												
비임금소득자	▶5인 이상												
	▶전 공무원, 사립학교 교직원												
비임금소득자	▶시범사업												
	▶농어촌 ▶도시												

수입

• 저부담 (저보험료)

- 한국 6.99%(22)
- 일본 10.0%(17)
- 독일 14.6%(17)



• 보험료 부과율의 형평성

– 직장, 지역

보도자료		2022. 6. 29. (수)	
보도 일시	2022. 6. 29. (수) 11:30	배부 일시	2022. 6. 29. (수)
담당 부서	건강보험정책국	책임자	과장 현수열 (044-202-2710)
	보험정책과	담당자	사무관 이종재 (044-202-2702)
		담당자	사무관 이윤희 (044-202-2715)

9월부터 지역가입자 561만 세대(65%)
건강보험료 월 3만 6,000원 내려간다

- 국회 여·야 합의에 따른 1차 개편(18.7)에 이어 예정된 2차 개편 실시
- 「국민건강보험법 시행령 및 시행규칙」 입법 예고(6.30일~7.27일)
- 지역가입자 연 2조 4,000억 원 건강보험료 부담 경감
- 보험료가 인상되는 일부 세대에 대하여 최근 물가 상황 등 경제적 여건을 고려하여, 한시적 경감 적용

【 국민건강보험법 하위법령 입법예고안 주요 내용 】

- ◇ 2022년 9월부터 시행(6.30일~7.27일 입법예고)
 - ◆ (지역가입자) 재산공제 대폭 확대 및 소득 정률제 시행
 - ◆ (직장가입자·피부양자) 보수·월급 외 소득 부과기준 및 피부양자 소득 기준 강화
- 지역가입자
 - (지역가입자 859만 세대
 - (보험료 인하) 561만 세대, (인상) 23만 세대, (무변동) 275만 세대
- ① 재산보험료 공제 확대(월말 5,000만 원)로 재산보험료 24.5% 감소
- ② 역진적이던 등급별 점수제 대신 직장가입자와 동일한 소득 정률제 도입
- ③ 보험료 부과 대상 자동차 축소(179만 대→12만 대)

지출

- 무엇에 쓸 것인가?
- 얼마나 쓸 것인가?
 - 환자에게 일부를 받을 것인가?

지출

- 급여목록체계(positive list system)
- 비급여목록체계(negative list system)

지출

• 본인일부부담

	본인부담	예외 규정
입원	20%	- 신생아 및 자연분만(0%) - 6세 미만 아동(10%) - 식대(50%)
외래		
의원, 보건소, 약국	30%	- 임신부(10%), 1세 미만의 영유아(5%) - 65세 이상 노인에서 일정 금액 이하일 경우, 그 금액을 초과하면 10%, 20%, 30% 정률제 * 의원의 경우 방문당 15,000원 이하일 경우 1,500원
병원	40%	- 임신부(20%), 1세 미만의 영유아(10%) - 읍면 지역(35%)
종합병원	50%	- 임신부(30%), 1세 미만의 영유아(15%) - 읍면 지역(45%)
상급종합병원	60% + 진찰료	- 임신부(40%), 1세 미만의 영유아(20%)

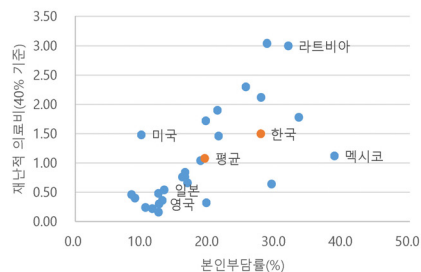
본인 일부 부담금 산정특례(입원과 외래): 암, 심장, 뇌혈관, 중증화상 및 외상환자(5%), 희귀난치성질환자(10%)
 본인부담 상한제: 본인부담액(비급여 제외)이 연간 상한액을 초과하는 경우 공단 부담
 7단계 소득구간에 따라 81~580만원 초과비용은 보험자 부담
 의약분업 예외환자의 약값만은 30%

21

지출

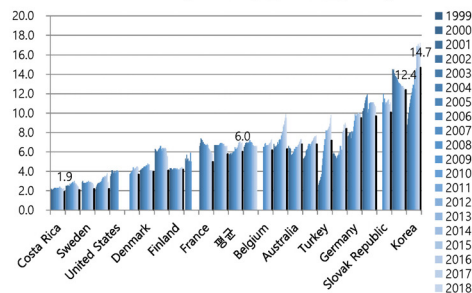
• 불충분한 보장성 (under-insured)

- 국민의료비 중 공공의료비 백분율: 66.2% (OECD 평균 76.9%, 2020)
- 재난적 의료비 백분율('20) 1.50% (OECD 평균 1.08%)



• 도덕적 해이 (moral hazard)

- 과도한 이용
 - 일인당 외래방문수: 14.7회 (OECD 평균 6.0회, 2020)
 - 일인당 입원일수: 3.39일 (OECD 평균 1.14일, 2020)



22

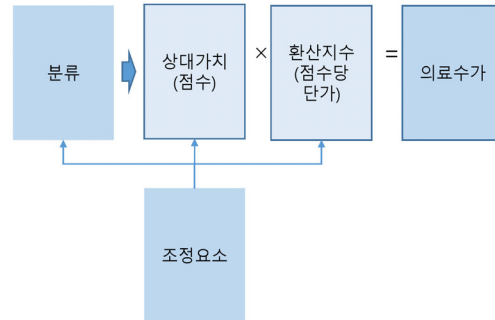
지출 - 진료비 지불제도

• 지불제도의 종류

	행위별, 소모자원별	서비스유형별 (환자분류)	소비자 (공급자)
의사	행위당 수가	의사 DRGs	인두제 봉급제 총액계약제
병원	행위당 수가 재원일당 수가	DRGs	총액예산제
의사 + 병원	행위별 수가	신포괄수가	

수가결정시기 (전향적, 후향적)
총액관리 여부(가변적, 고정적)

• 지불제도의 구성요소



운영

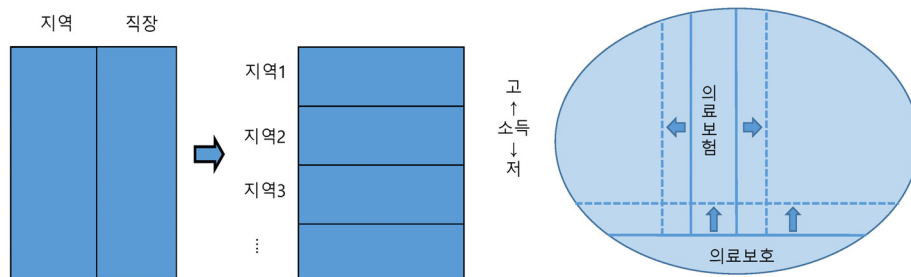
• 어떻게 운영할 것인가?

- 전체 또는 부분
- 직접 또는 간접

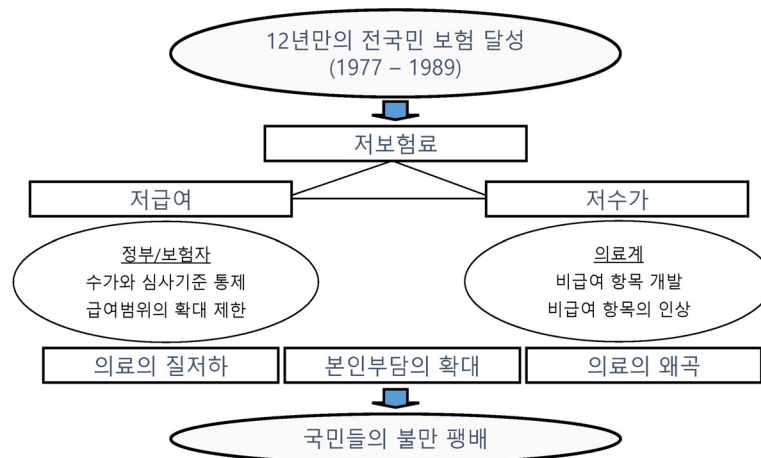
운영

• 운영의 효율성 제고

- 보험자 내의 내부시장(internal market) 도입
 - 국민건강보험공단을 지역별 운영
- 건강보험과 의료급여의 통합 운영



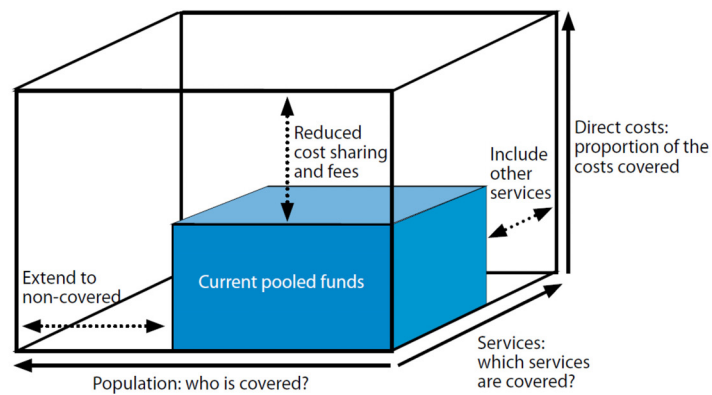
국민건강보험의 구조적 문제



외국의 건강보험은?

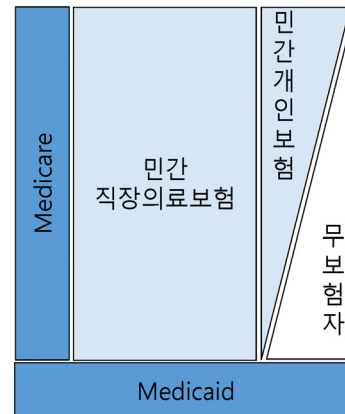
UHC of WHO

Universal Health Coverage of World Health Organization



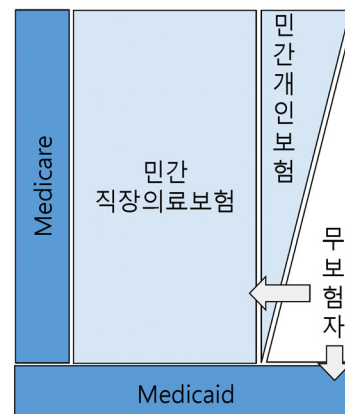
미국의 보건의료체계

- 공공의료보험
 - 메디케어(Medicare): 65세 이상 노인
 - 메디icaid(Medicaid): 저소득층
- 민간의료보험
 - 직장의료보험
 - 개인의료보험
- 무보험자



미국의 보건의료체계

- 오바마 케어
 - 전국민의료보험
 - 메디icaid의 확대
 - 의료보험 가입에 대한 인센티브와 패널티
 - 책임의료조직(ACO, accountable care organization)

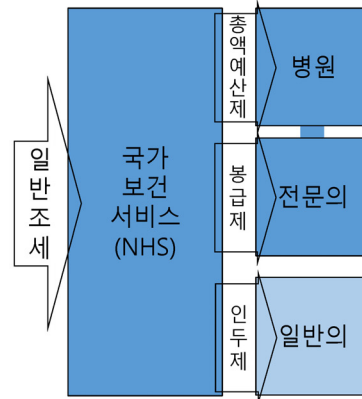


영국의 보건의료체계

• 국가보건서비스(NHS, National Health Service)

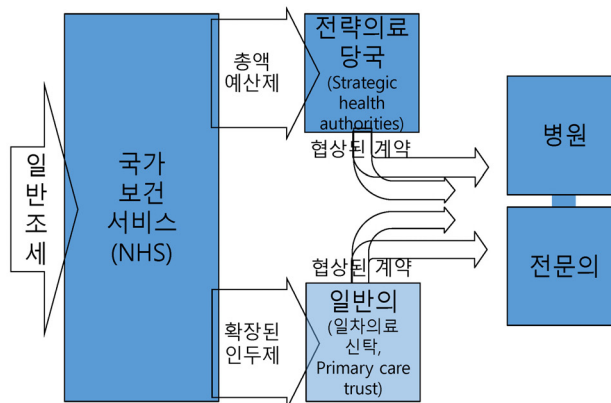
- 일반조세로 조달(무상의료)
- 일반의(GP, general practitioner)
 - 등록된 국민수에 따라 인두제로 보상
 - 일반의에 의한 전문의 및 병원 진료 의뢰

* 오랜 대기시간



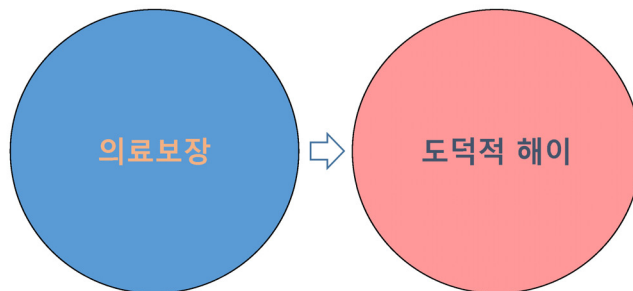
영국의 보건의료체계

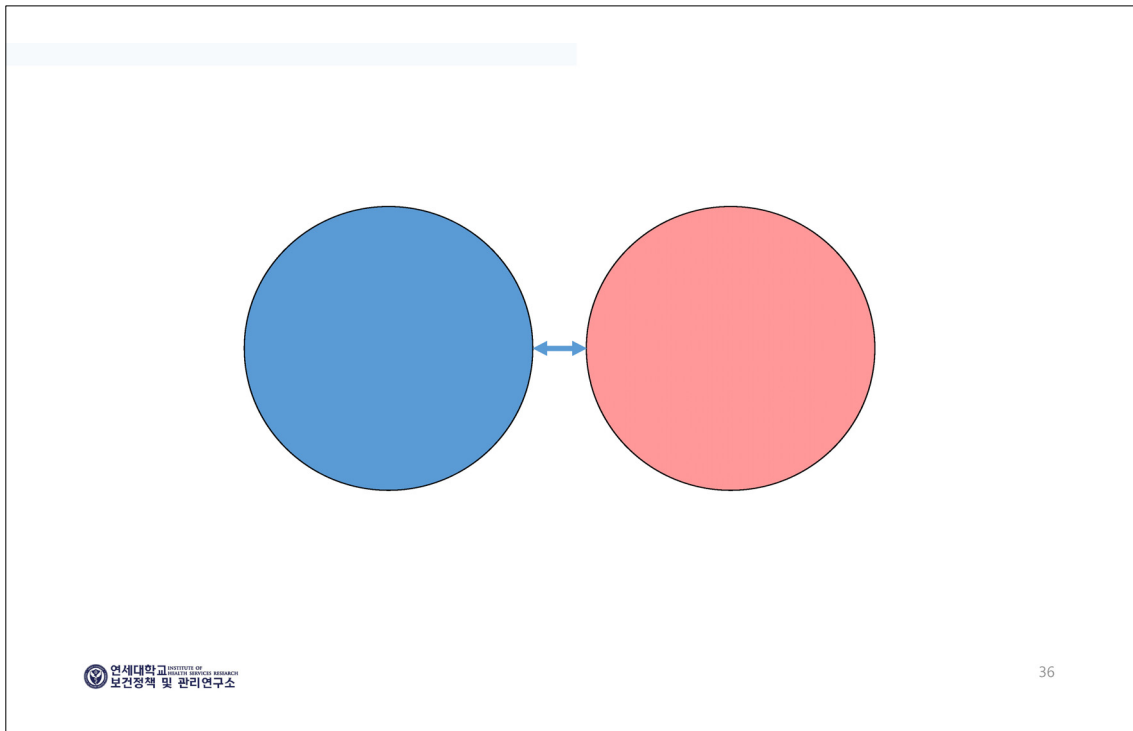
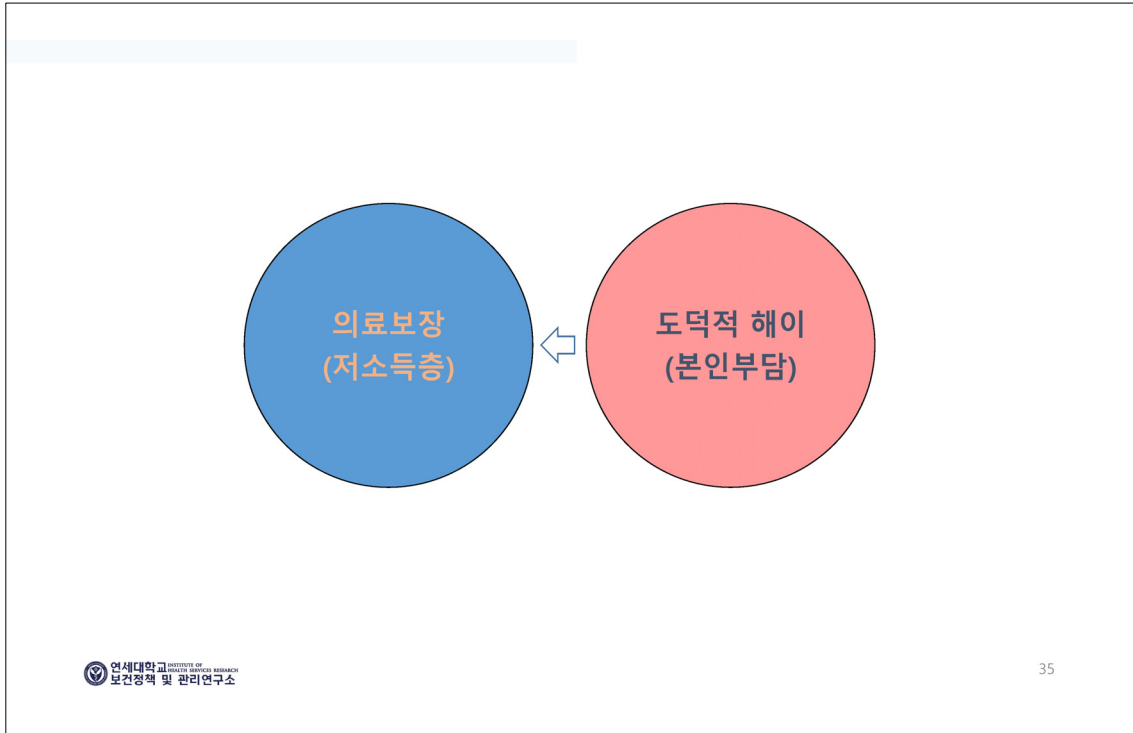
• 국가보건서비스(NHS)의 개혁



건강보험의 핵심은?

의료보장의 양면성





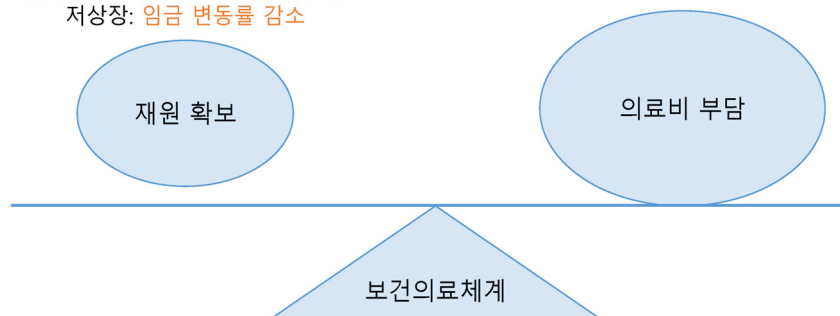
건강보험의 나아갈 방향

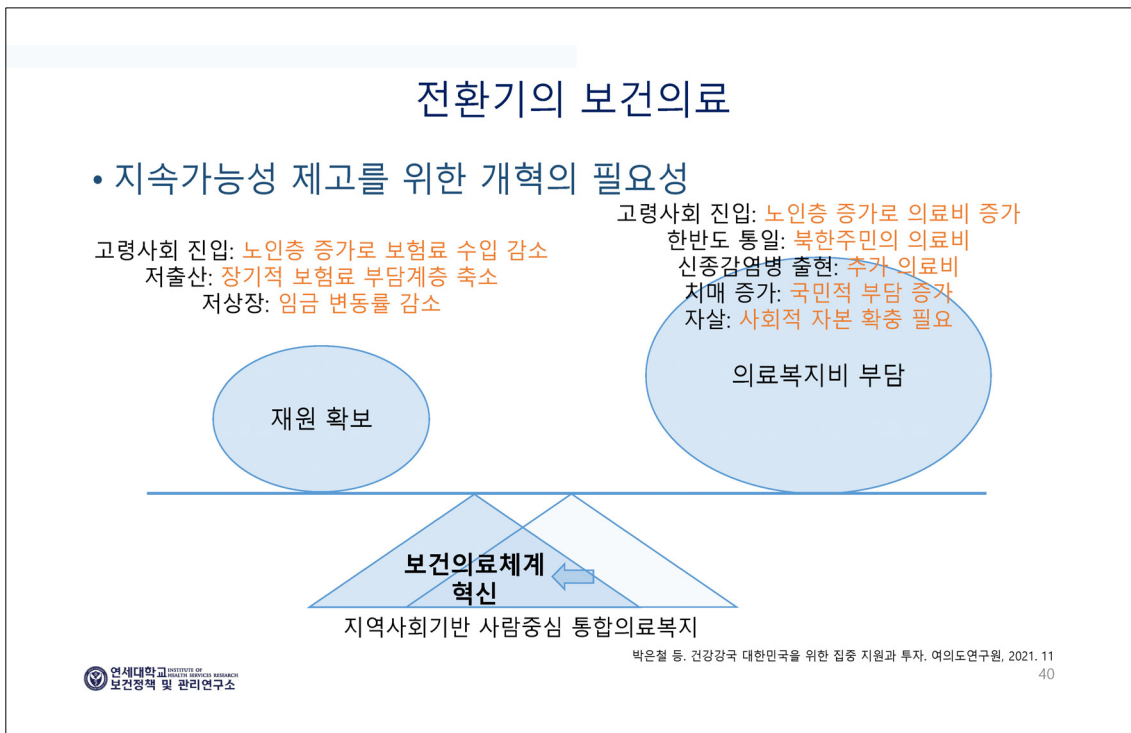
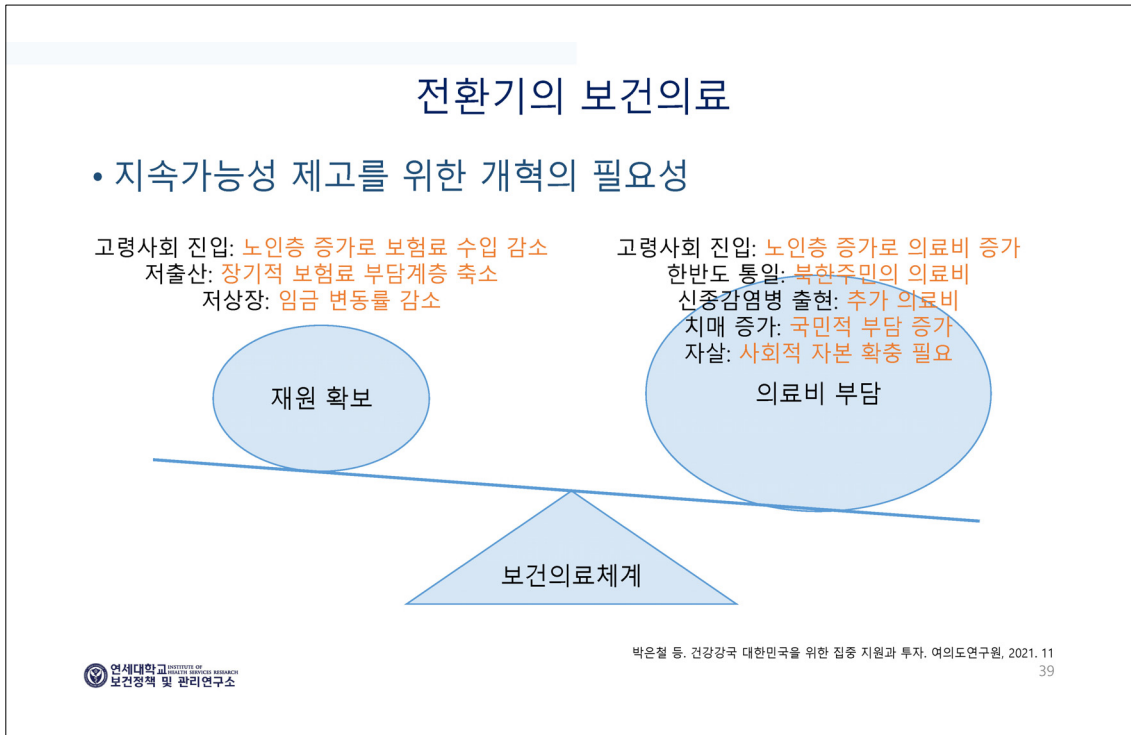
37

전환기의 보건의료

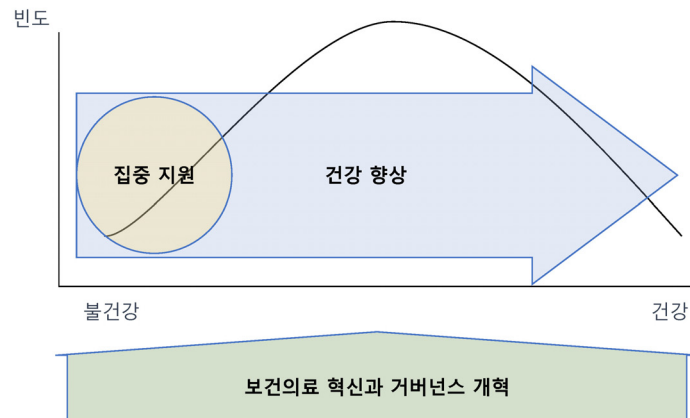
• 지속가능성 제고를 위한 개혁의 필요성

고령사회 진입: 노인층 증가로 보험료 수입 감소
저출산: 장기적 보험료 부담계층 축소
저상장: 임금 변동률 감소





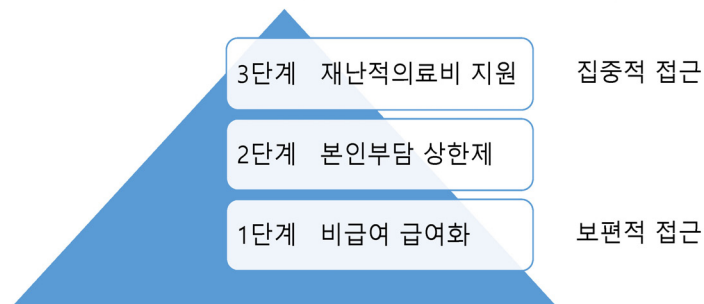
보건의료 정책방향



의료복지 필요국민에게 집중 지원

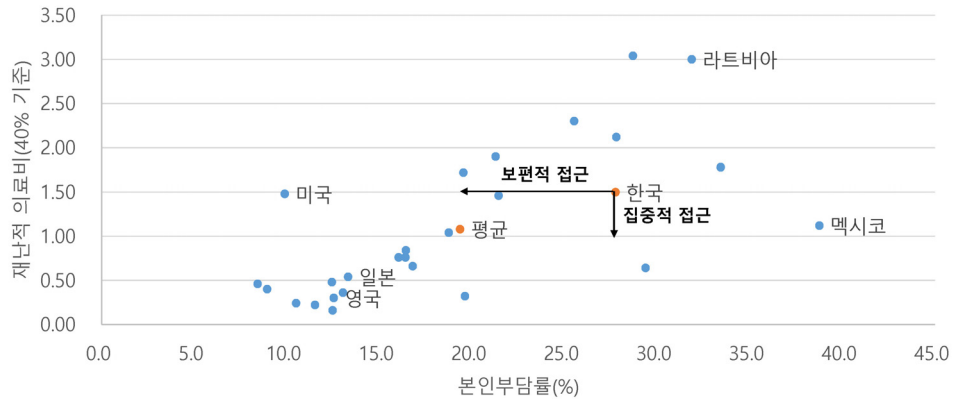
• 재난적의료비 지원 강화

- | | | |
|----------|-----------|--------|
| ■ 1단계 보장 | 비급여 급여화 | 급여 |
| ■ 2단계 보장 | 본인부담 상한제 | 급여 |
| ■ 3단계 보장 | 재난적의료비 지원 | 급여+비급여 |



의료복지 필요국민에게 집중 지원

• 재난적의료비 지원 강화



의료복지 필요국민에게 집중 지원

• 필수·지방의료 강화

- 광역지방자체단체와 협의
- 신청에 의한 지원
 - 공공 및 민간 의료기관의 경쟁
 - 일부 자체부담
- 지방 상급종합병원을 지역중심 의료기관 역할 부여
- 7개 지역의 응급지역기관을 응급지역센터로 승격
 - 응급차 및 인력 강화
- 지방 심뇌혈관 인증기관에 대해 지역가산
- 진료권(시군구)의 응급 및 심뇌혈관 질환 모니터링
- 공공정책수가

건강투자 및 향상

- 예방적 건강관리 강화
 - 스마트 건강관리
 - ICT 기반, 등록환자 중심
 - 건강수첩과 포인트
 - 건강수첩: 개인의 건강과 질병정보
 - 건강포인트: 건강생활 실천
 - 지역사회를 건강환경으로
 - 재원
 - 담배부담금 확대 및 당화음료세
 - 기금사업으로 중증 희귀난치질환, 필수지방의료 지원

보건의료 혁신

- 건강보험혁신센터
 - 지역사회기반 사람중심 통합의료복지(People-centered Integrated health and welfare in Community)로의 혁신사업을 평가하는 플랫폼
 - 건보공단: 보험가입자 대상 혁신사업
 - 심평원: 의료기관 대상 혁신사업
 - 정부 뿐 아니라 민간 시범사업도 수용
 - 다양한 의료서비스전달 및 지불방법의 도입과 평가
 - 건강증진과 일차의료
 - 일차-이차-삼차의료
 - 의료-복지

보건의료 혁신

- 보건의료기본법의 보건의료발전계획 수립
 - 보건의료발전계획은 보건의료의 청사진
- 중앙 및 지방의 보건관련 정부조직 강화
 - 중앙정부: 전문화
 - 지방정부: 포괄화
- 건보공단와 심평원의 구조조정
 - 지역별 연계 강화

건강보험의 방향

획일성을 넘어서
(Beyond Uniformity)

국민의 선택

감사합니다

강의자료

[OECD데이터로 본 대한민국 의료제도 고찰], (서인석)

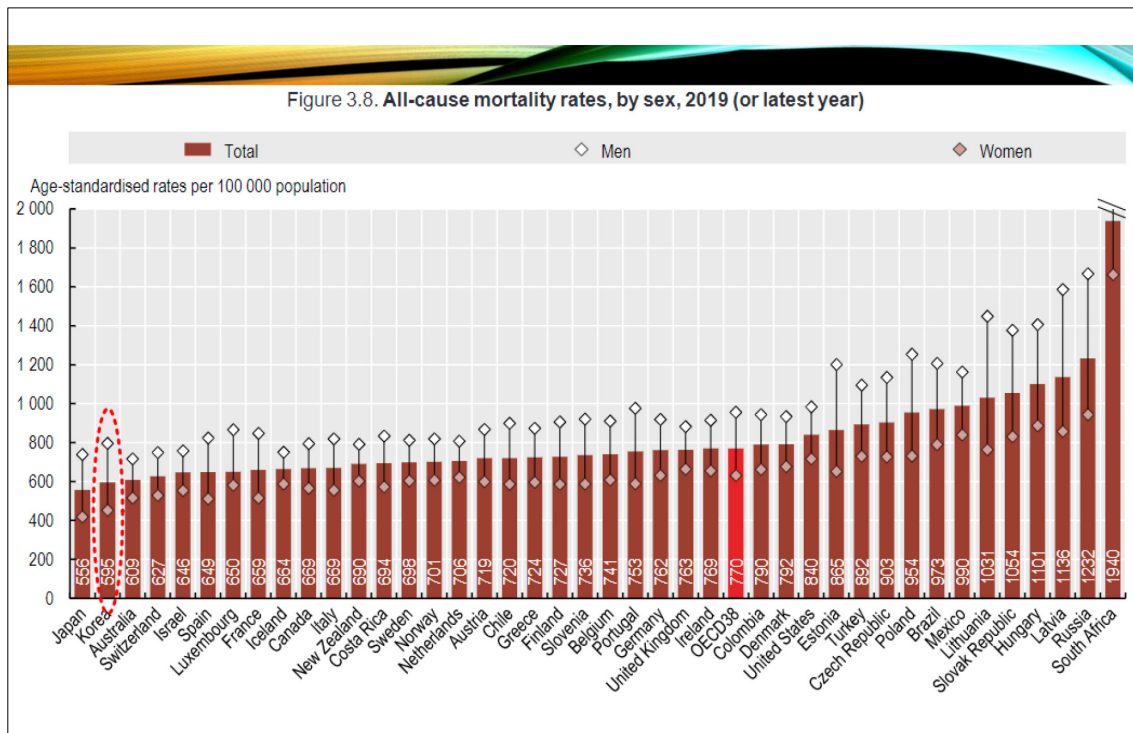
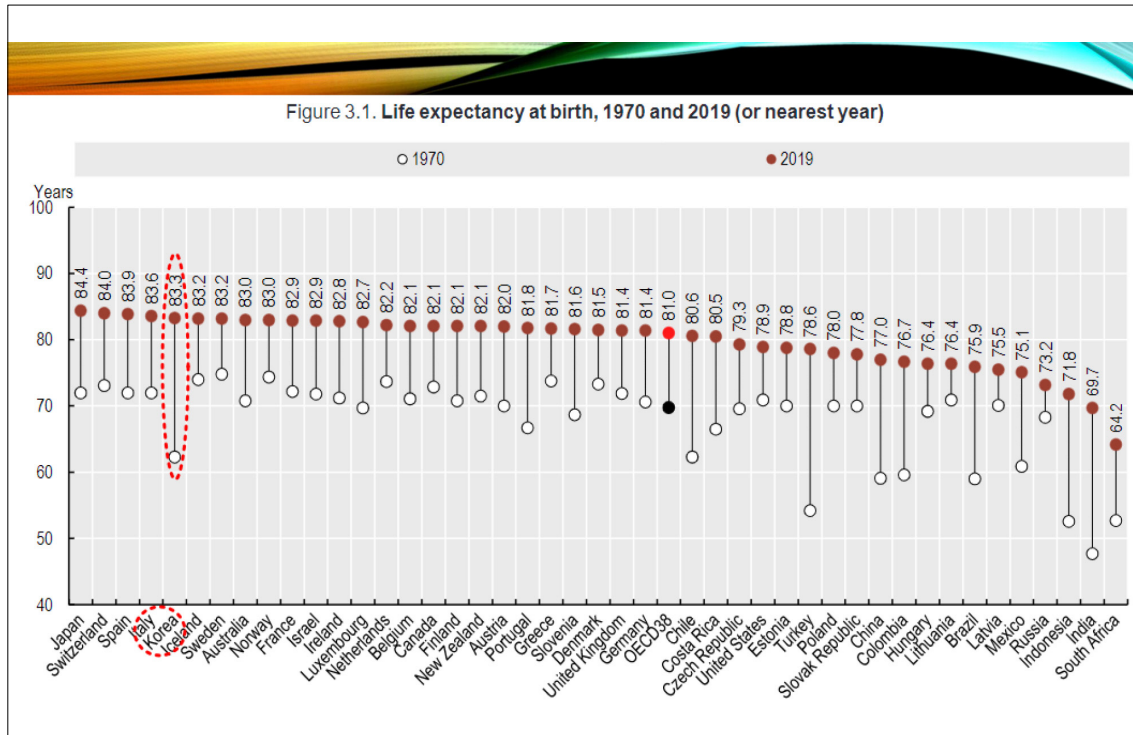
OECD데이터로 본 대한민국 의료제도 고찰

대한병원협회 서인석 보험이사

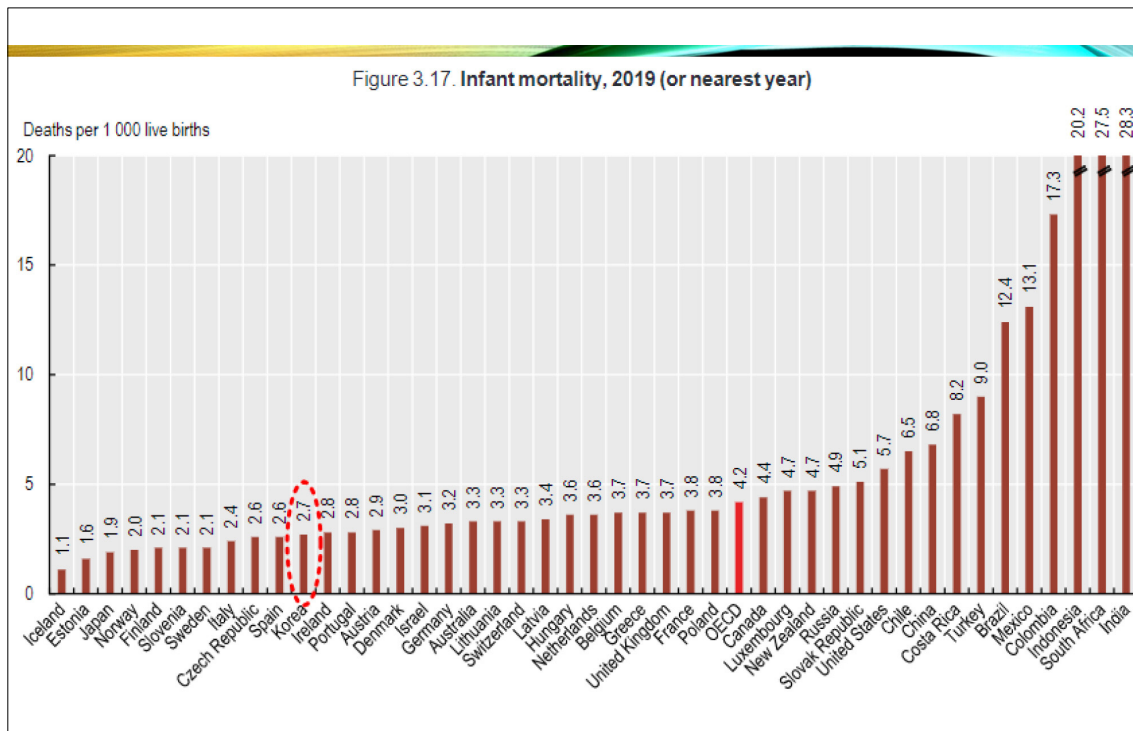
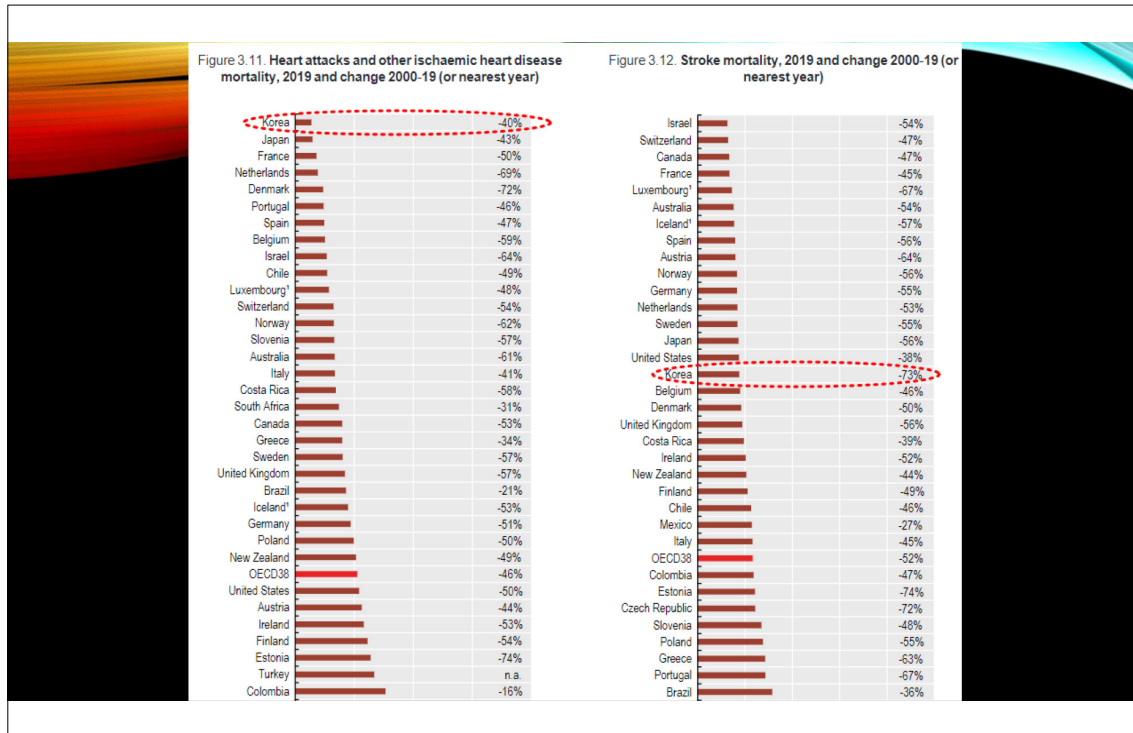
CONTENTS

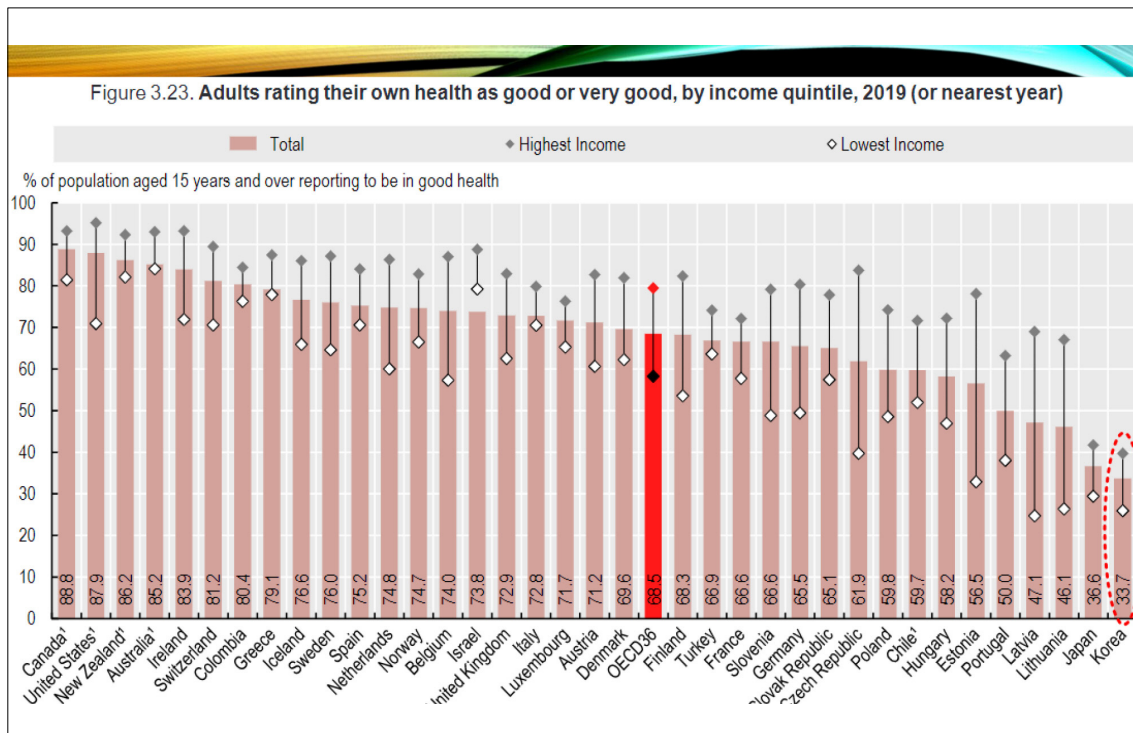
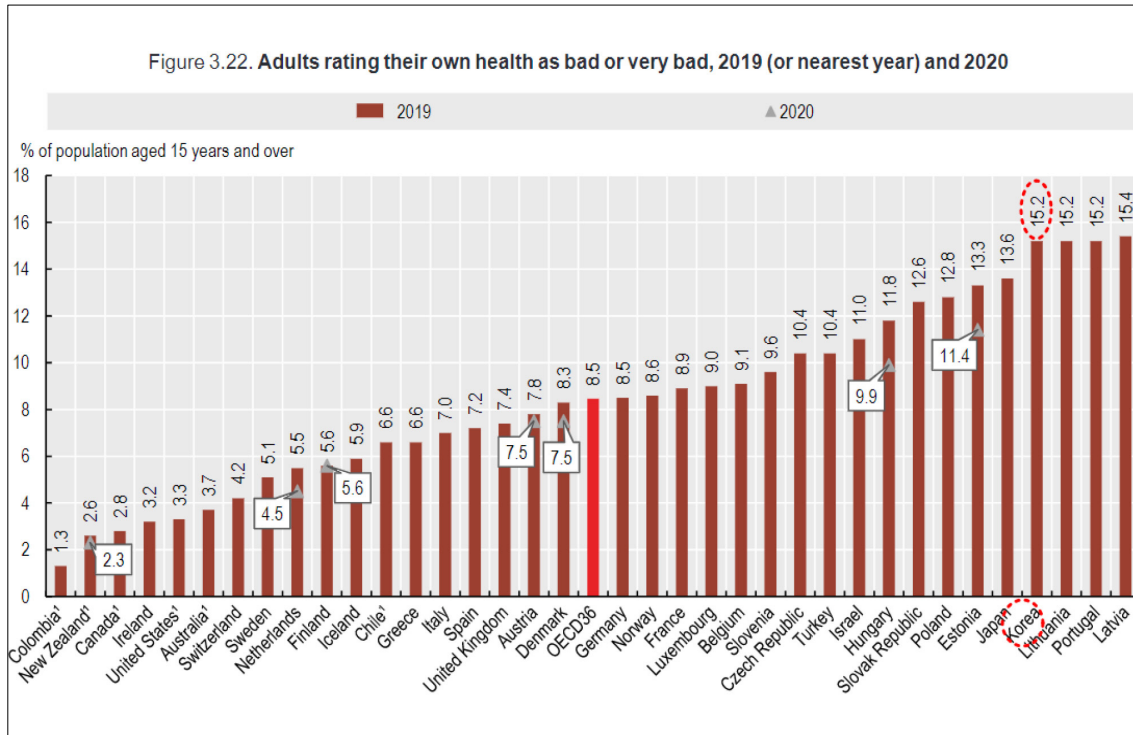
- OECD health at glance(2021)
- 지난 보장성 강화 정책
- 결과
- 대한민국 의료현장
- 해결을 위한 고민



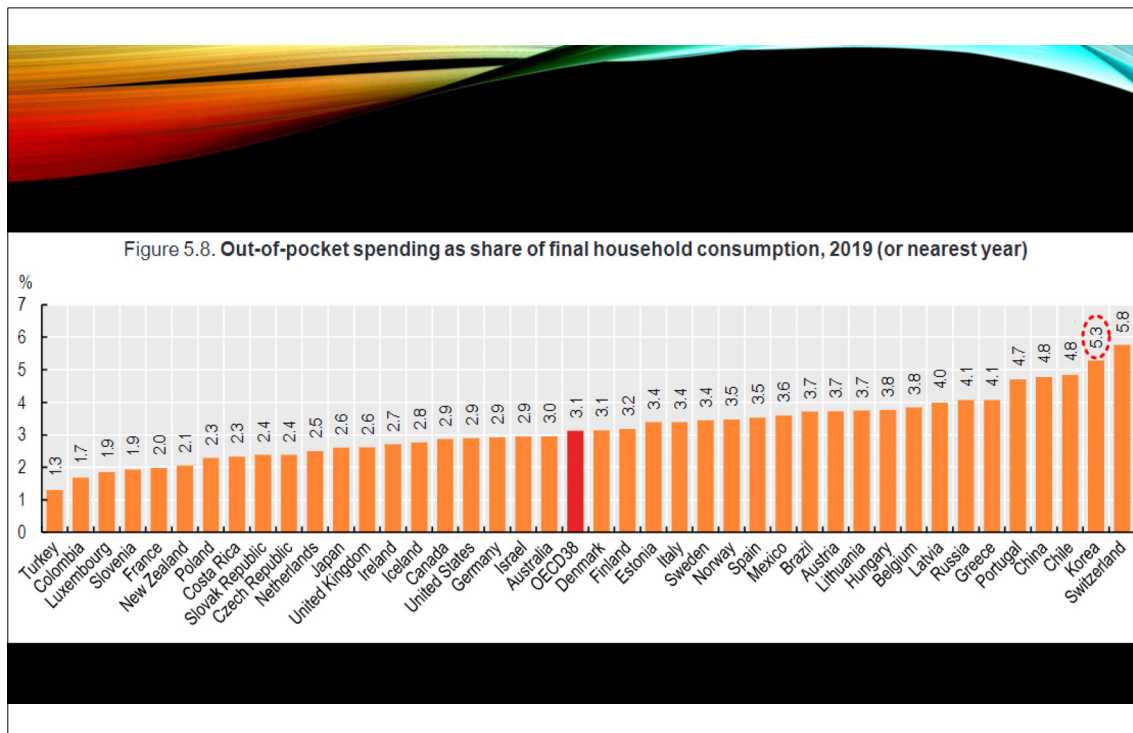
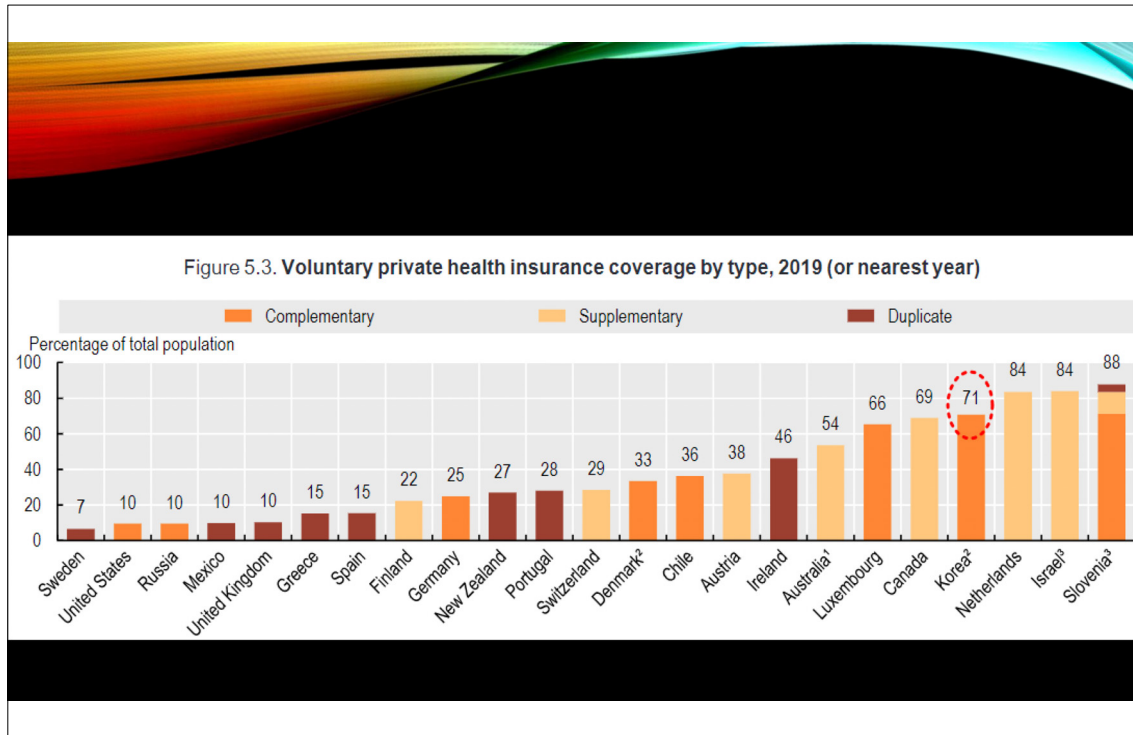


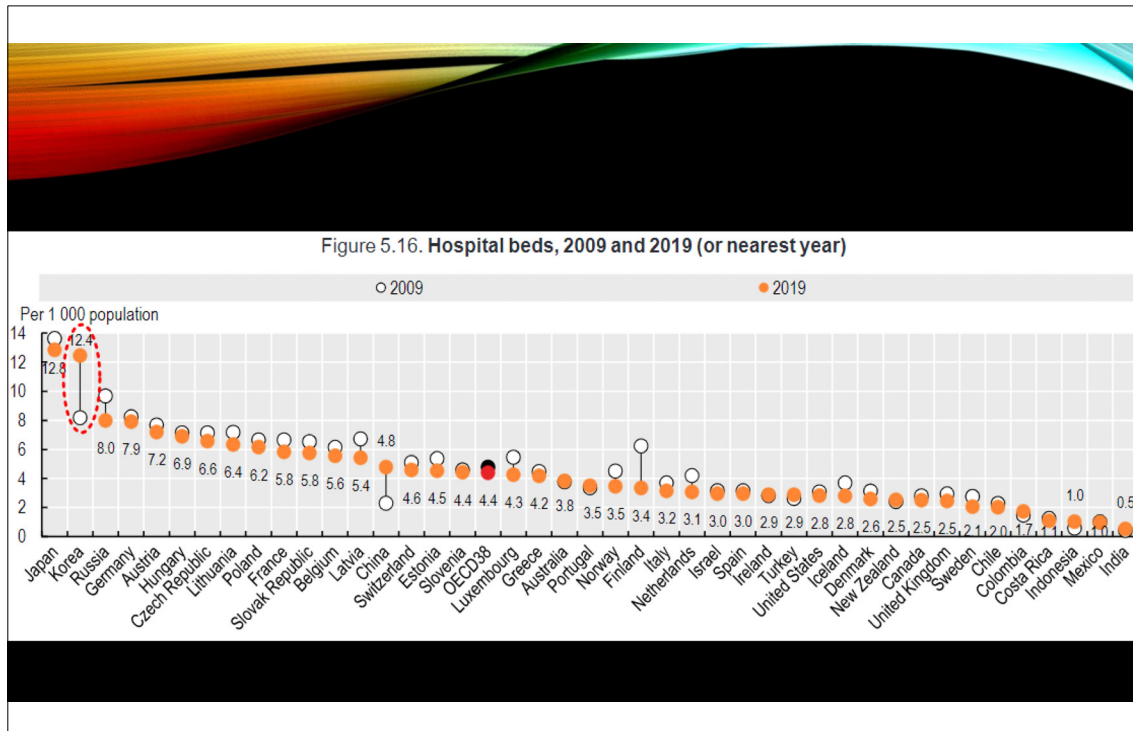
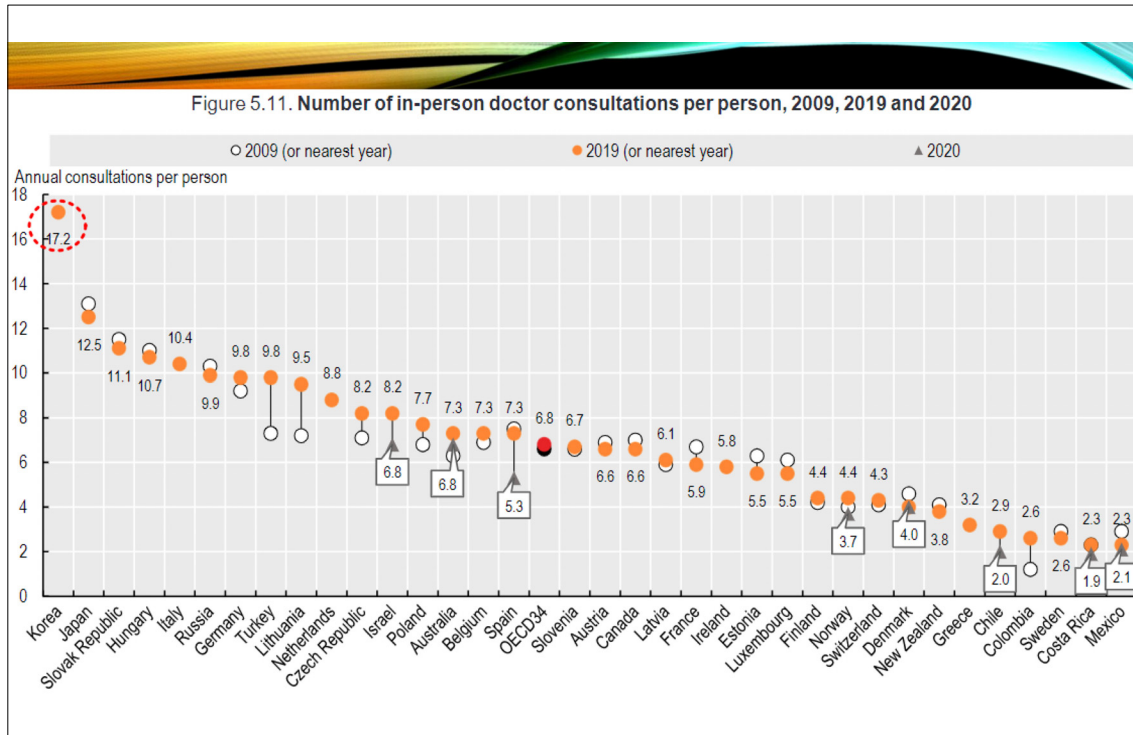
I. 내과연관학회 건강보험정책단 활동내역



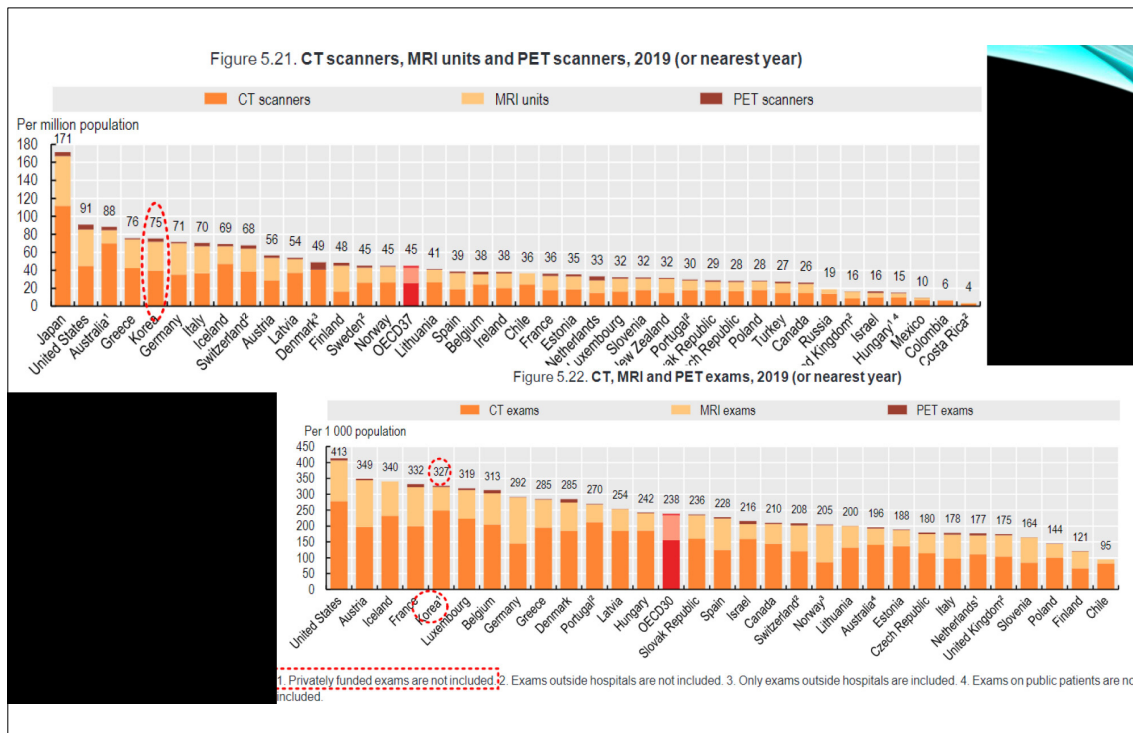
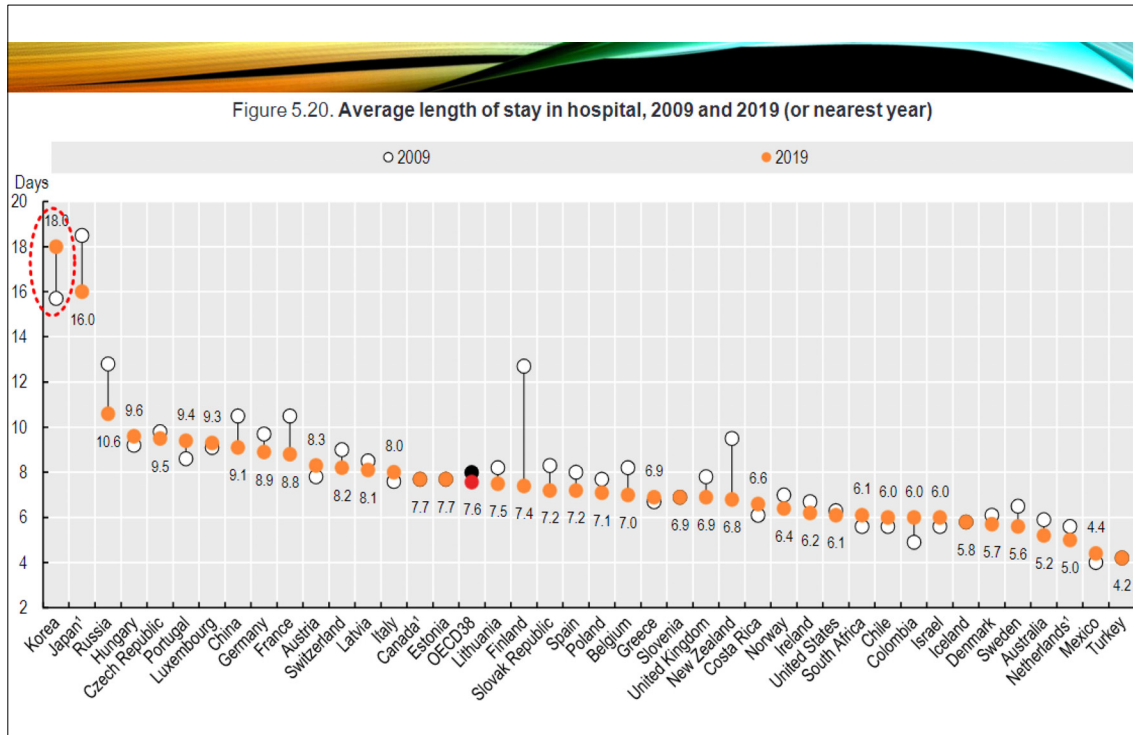


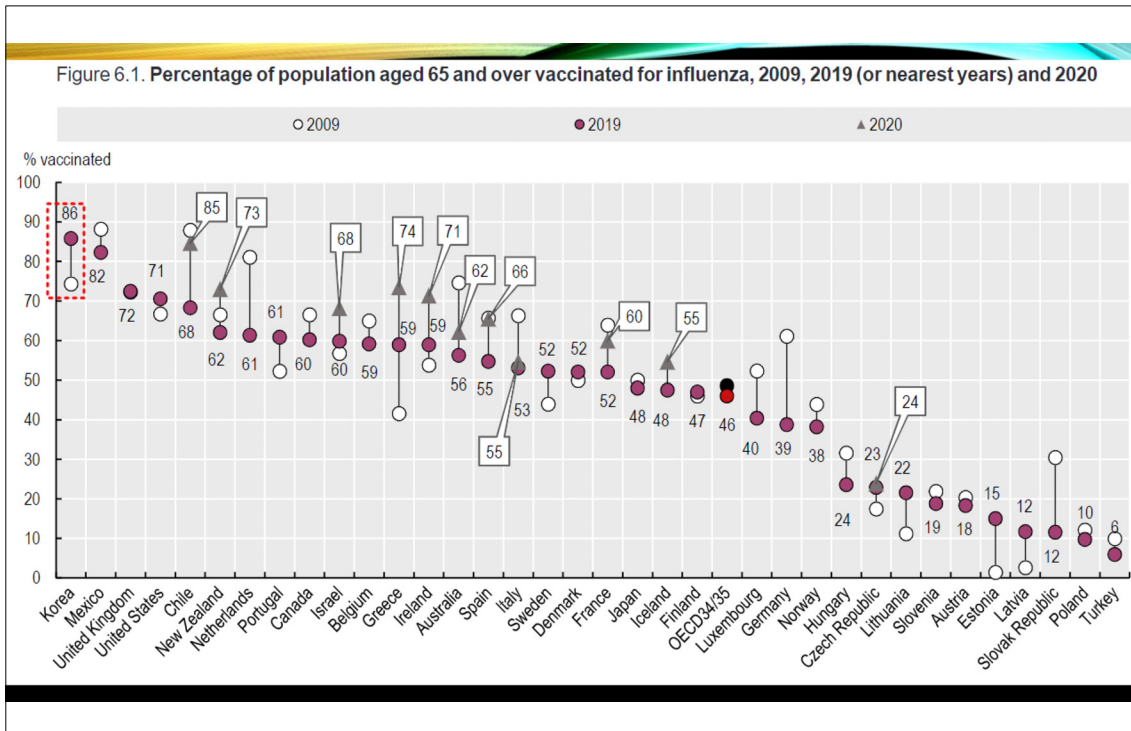
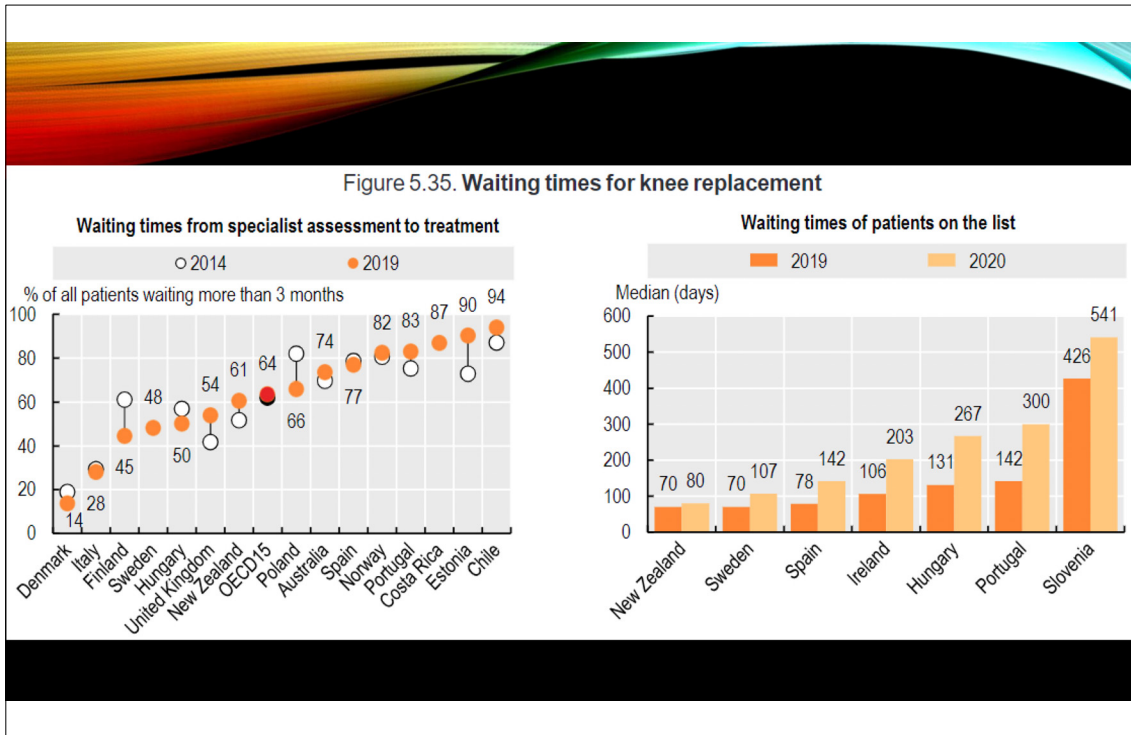
I. 내과연관학회 건강보험정책단 활동내역



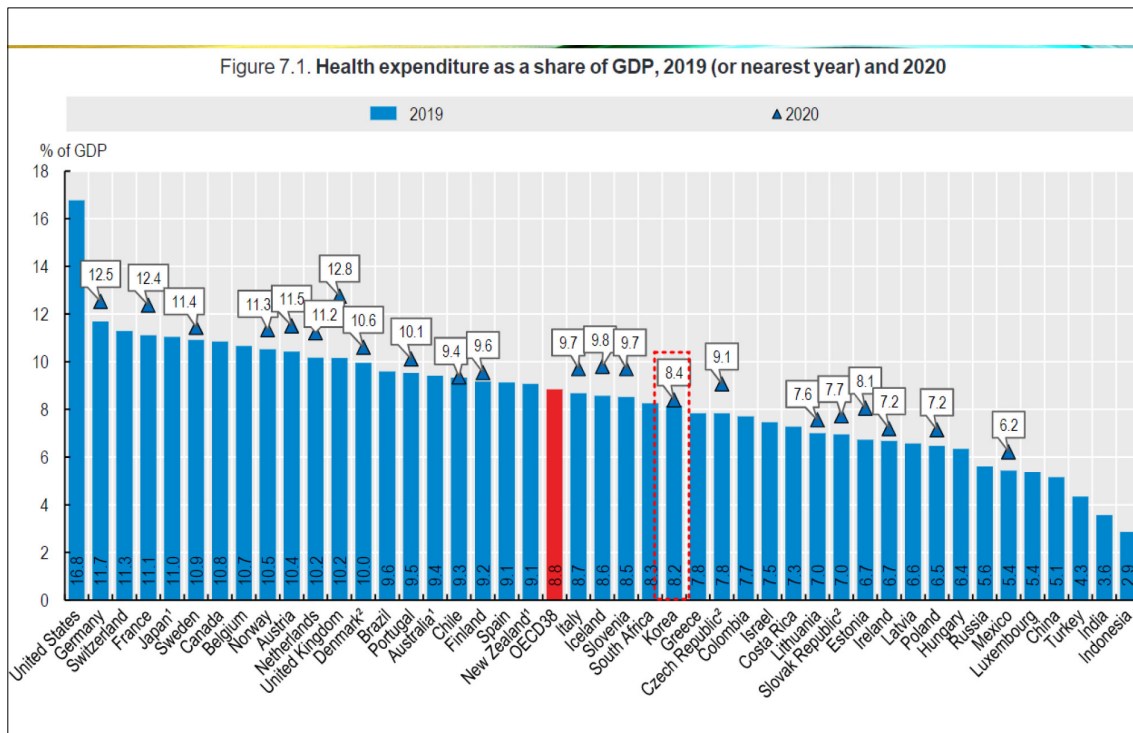
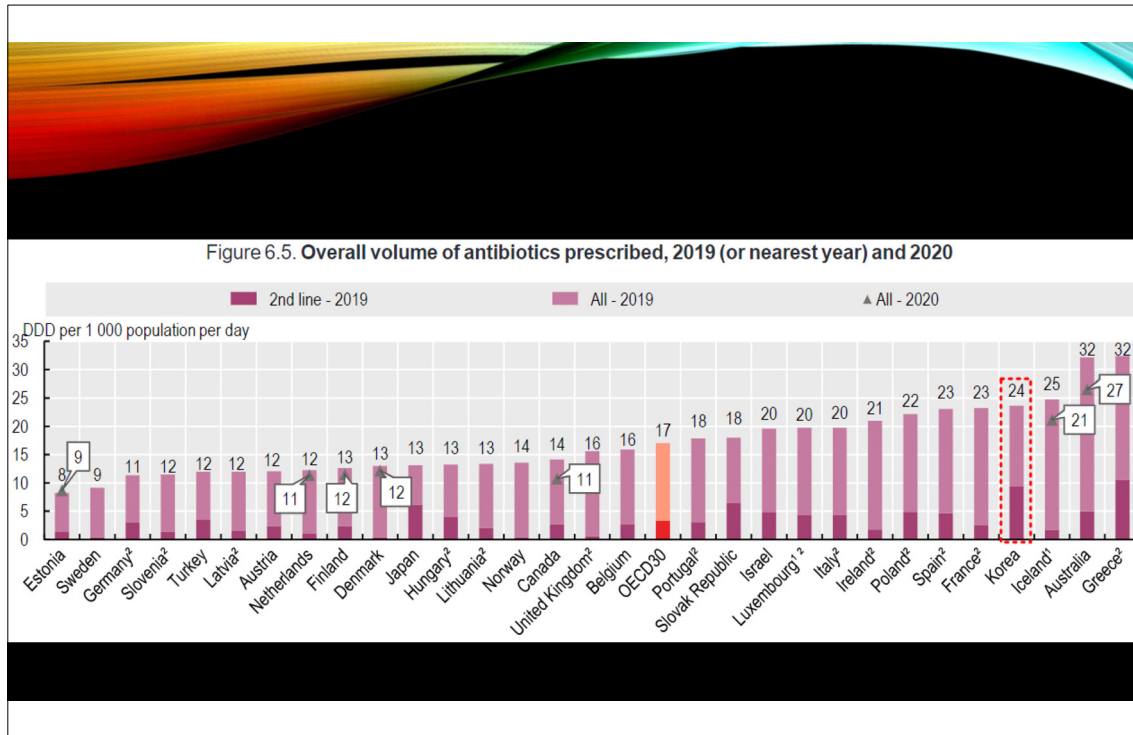


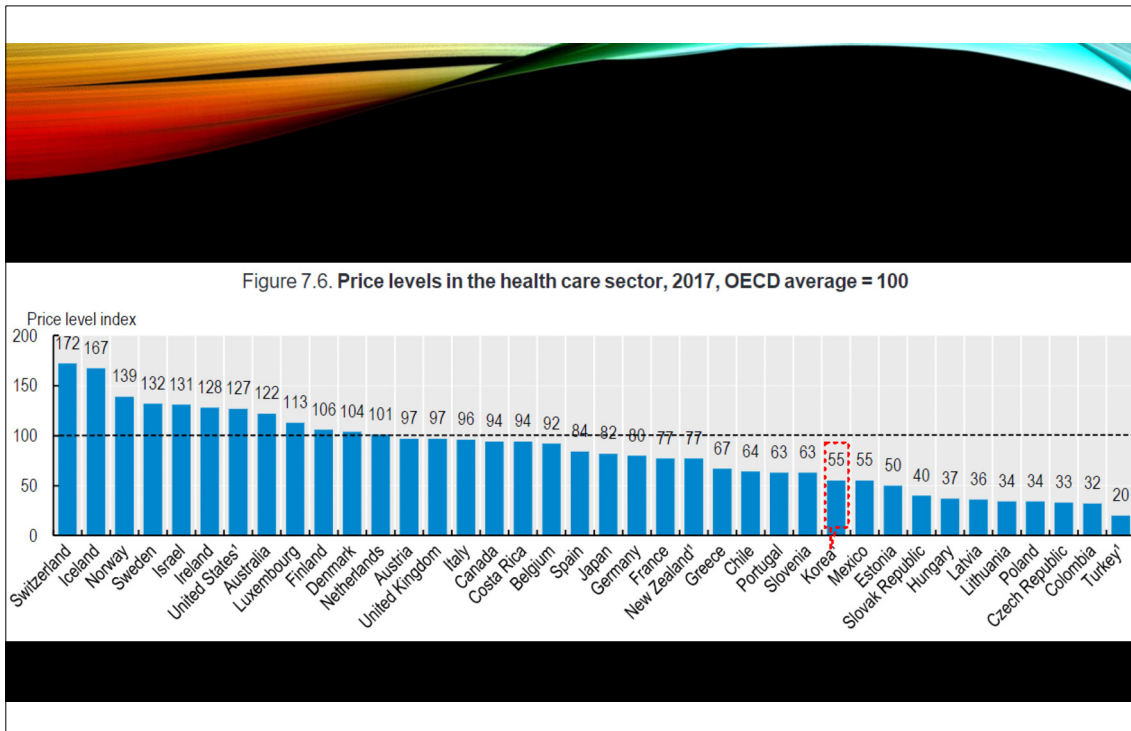
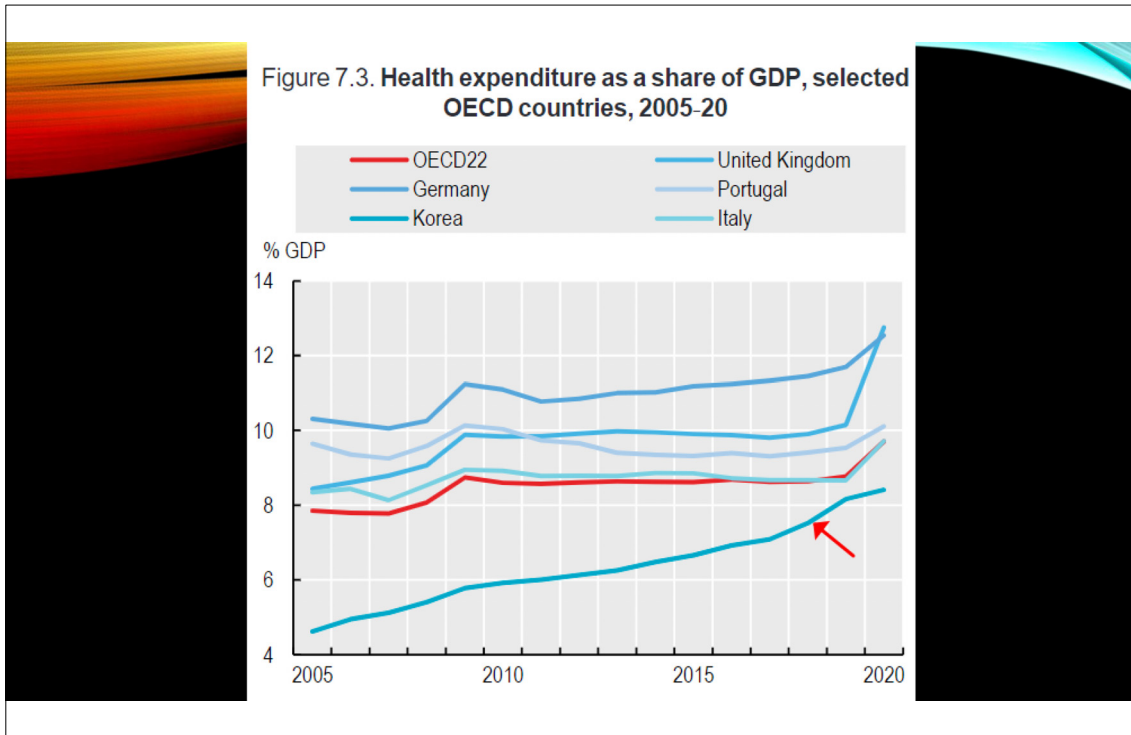
I. 내과연관학회 건강보험정책단 활동내역



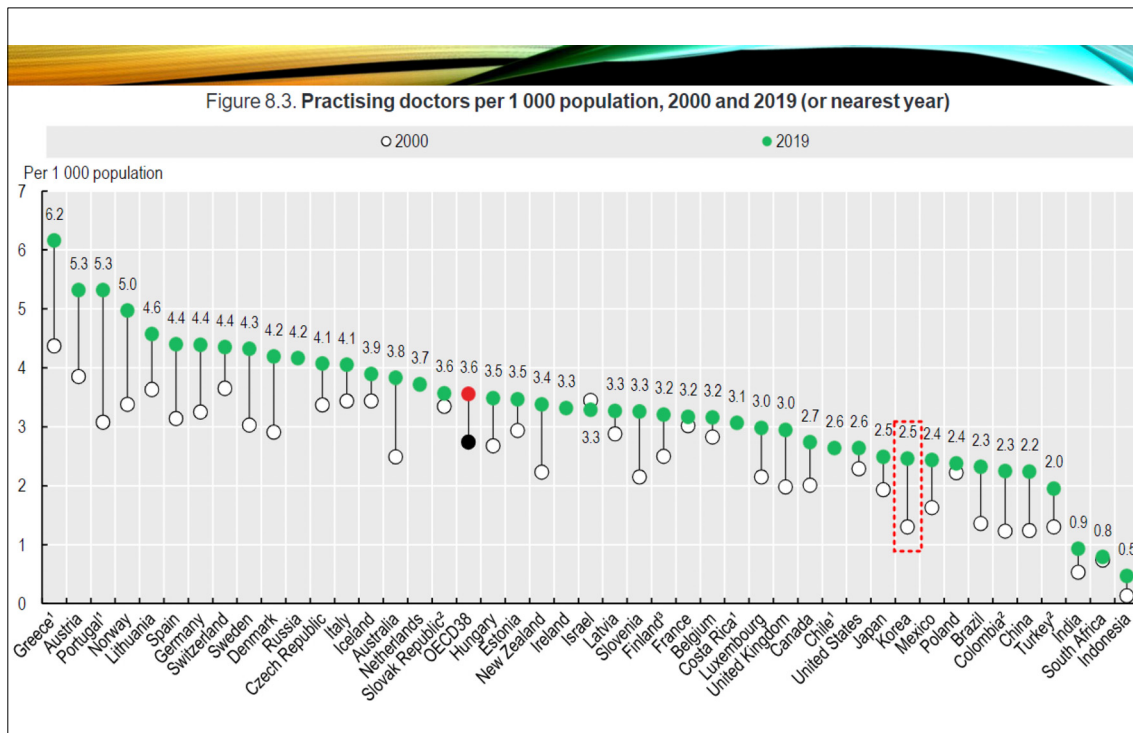
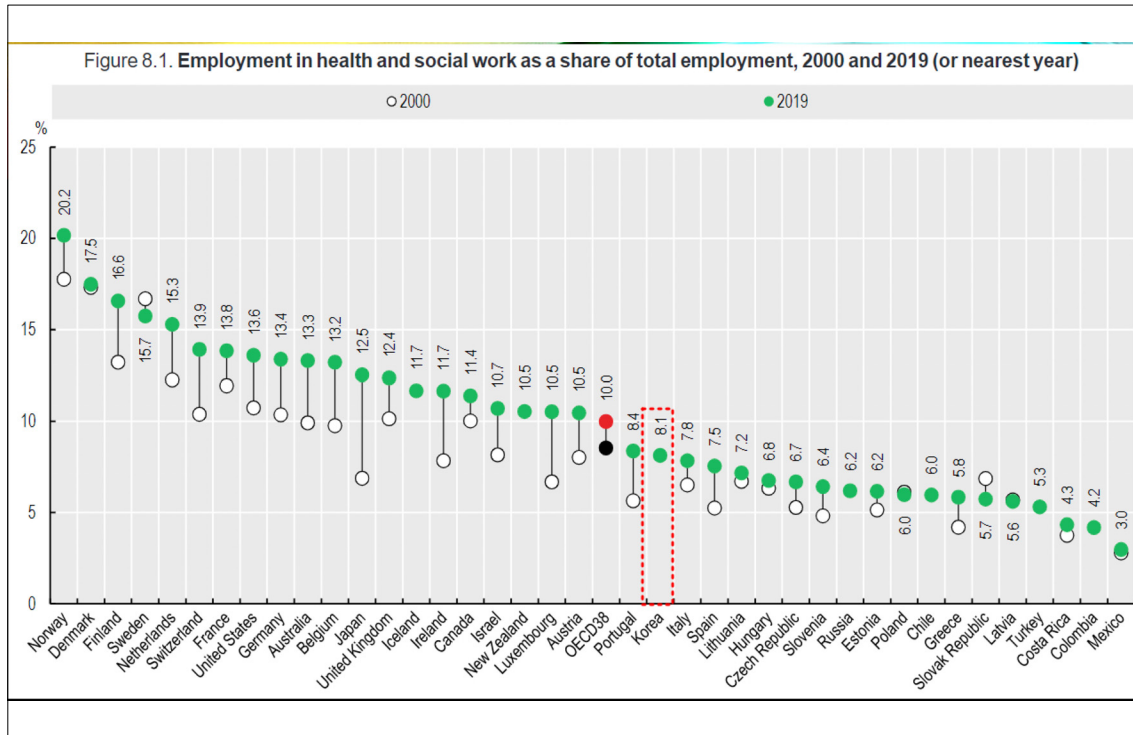


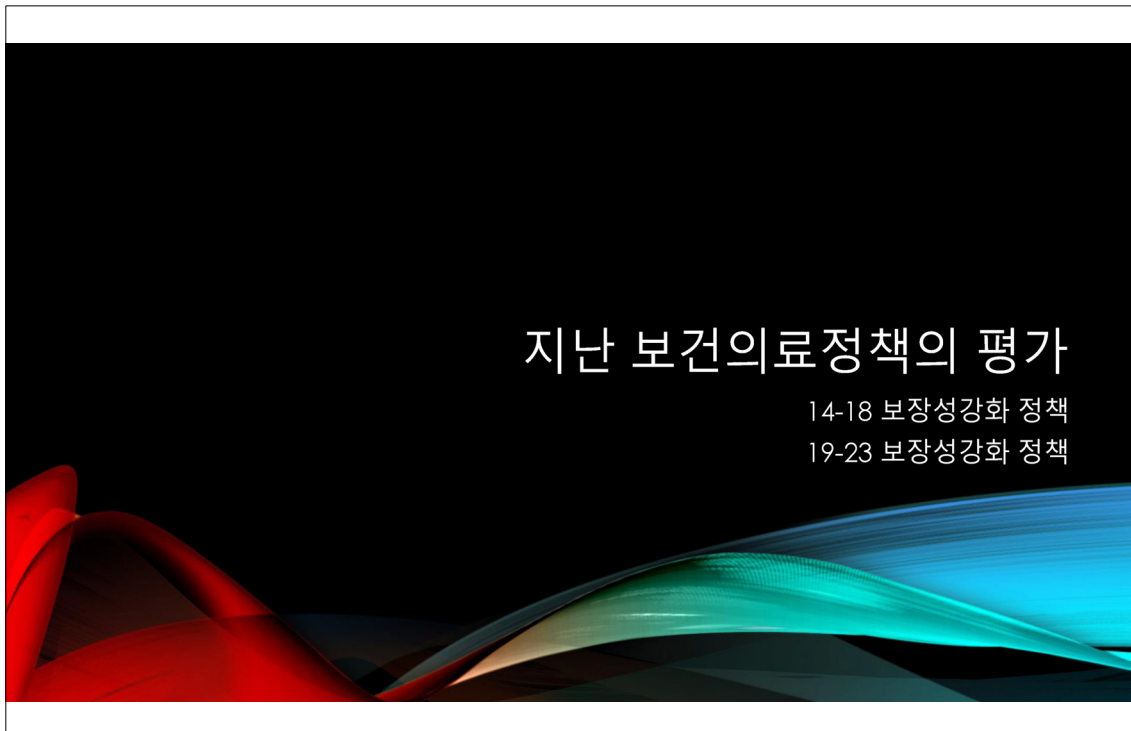
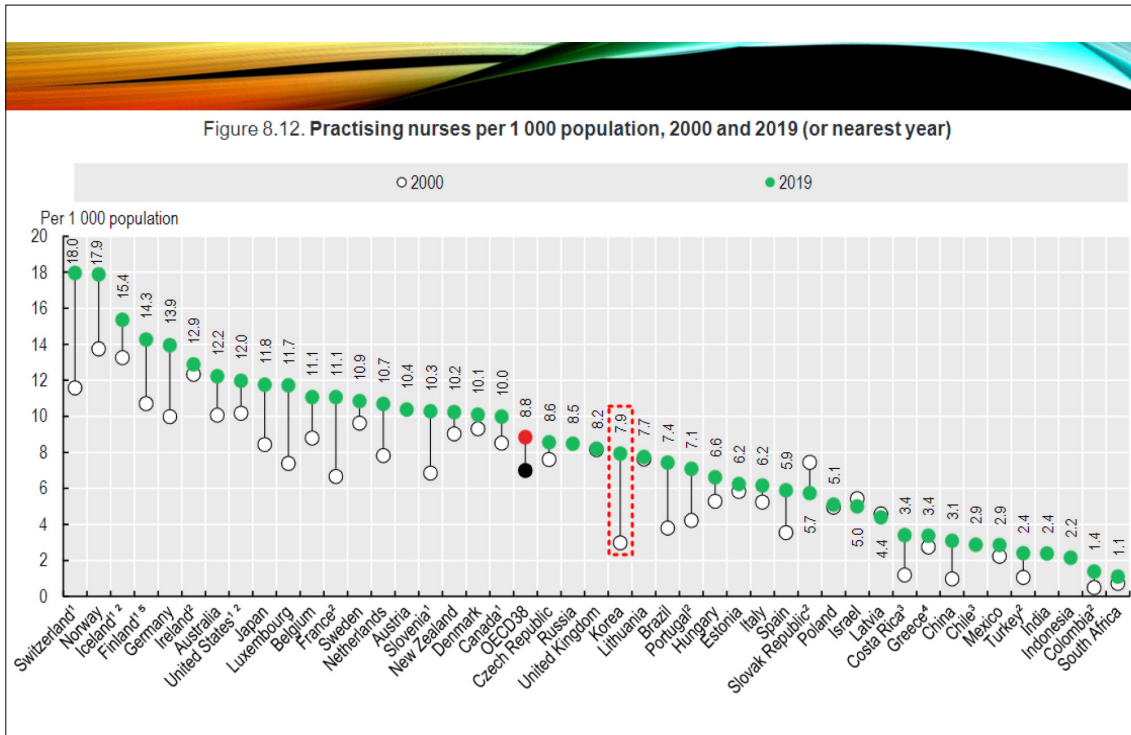
I. 내과연관학회 건강보험정책단 활동내역





I. 내과연관학회 건강보험정책단 활동내역





14-18 중기보장성강화 정책

- 3대 비급여
 - 상급병실료
 - 선택진료비
 - 간병비
- 4대 중증질환
 - 심혈관 질환
 - 뇌혈관 질환
 - 희귀난치성 질환
 - 암질환



□ 보장성 강화 방향

- (기본 원칙) 의학적 타당성, 사회적 요구도 및 재정적 지속가능성 등을 고려하며, 필요한 의료서비스(99.3%)를 건강보험으로 적용

- ① (필수급여) 의학적으로 필요한 필수의료는 모두 급여화
- ② (선별급여) 비용대비 치료효과가 낮아 필수적 의료는 아니지만 사회적 수요가 있는 의료는 단계적으로 급여화
 - * 본인부담 상향조정(예:50~80%) 등을 통해 재정적 지속가능성 유지
- ③ (비급여) 미용·성형 등 치료와 무관한 의료는 비급여 존속

14-18 중기보장성강화 정책

- 선택진료비 폐지
 - 저평가 필수 의료행위 보상
 - 의료질평가 지원금
- 상급병실료
 - 4-5인실 건강보험 적용
- 간병비
 - 간호간병통합서비스

14-18 중기보장성강화 정책

- 건강보험(필수급여)
 - 본인부담금 - 외래 30%, 입원 20%
 - 가격이 결정
- 선별급여
 - 본인부담금 - 50~80%
 - 가격이 결정
 - 본인부담상한제 혜택 제외
 - 실손보험 보장(+)
 - 정기적 재평가

부담하며, 3년마다 선별급여대상을 재평가하여 필수급여로 전환하거나 본인부담률을 조정한다.

- 새로 개발된 신의료기술은 합리적 진입기준을 마련하여 급여화한다.

- (선별급여) 의학적 필요성이 낮으나 환자부담이 높은 고가의료, 임상근거 부족으로 비용효과 검증이 어려운 최신의료, 치료효과 개선보다는 의료진 및 환자편의 증진 목적의 의료 등(예:카메라 내장형 캡슐내시경, 초음파 절삭기 등)
 - 본인부담 차등화 : 비필수적의료인 경, 감안, 건강보험에서 일부(예 50~80%, 대체가능의료행위 수가 등) 지원(본인부담상한제 적용 배제)
 - 경기적 재조정 : 3년마다 재평가, 비용효과성이 향상되거나 사회적 수요가 큰 의료는 필수급여 전환, 본인부담 조정 등 사후관리
 - 가격설정 : 지나친 저가경, 책격으로 의료 발전에 저해되지 않도록 의료기술 특성을 감안한 다양한 가격방식 적용
 - 수가조정 : 선별급여 도입으로 고가 의료서비스 가격이 인하되는 경우, 대체 가능한 현행 의료행위의 급여수가를 합리적으로 조정

3/24

< 비급여 >

(17~) 비급여의 전면 급여화

14~18 보장성 정책 마무리

19~23 보장성강화 정책

① 필요성은 인정, 재정 등 이유로 건강보험 일부만 적용 (3.8조원)	[기존비급여] 급여로 이미 결정되어 있으나, 검사 횟수·대상질환이 제한적인 경우 ① MRI(7,700억원 규모) : 암, 뇌혈관질환 등 진단 시 1회 ② 초음파(1.3조원 규모) : 4대 중증, 임신부만 적용
② 효과에 비해 고가, 건강보험 미적용 (2.5조원)	[등재비급여] 안전성·유효성은 있으나, 비용효과성이 입증되지 않아 비급여로 허용 ① 고가 항암제(폐암 연 1억원, 유방암 연 약8천만원 등) ② 다빈치 로봇수술(전립선암, 최고 1,500만원) * 치료효과 유사한 복강경 수술은 135만원
③ 치료와 무관, 건강보험 미적용 (1.4조원)	[선택비급여] 개인의 선호에 따른 의료 ① 미용성형 : 주사제, 레이저 시술 ② 단순 기능개선 : 라식수술
④ 3대 비급여 (5.8조원+α)	특진(선택진료), 특실(상급병실), 간병

의학적비급여
치료를 필요

【 비급여의 급여화 연차별 추진 계획 】

구분	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년
초음파	상복부	하복부·비뇨기, 응급·중환자 남성·여성 생식기	두경부· 흉부	심장· 혈관	근골격
MRI	뇌·뇌혈관 등	두경부, 복부·흉부 등	이력관리 시스템구축	척추질환	근골격
등재 비급여	노인·여성 등 취약계층 질환	응급실·중환자실, 중증질환	드레싱 등 치료재료	척추질환	근골격, 이비인후과 질환 등
기준 비급여	감염, 응급관리	뇌혈관질환, 암질환 등	척추수술· 비뇨기과 등	영유아질환, 정신질환 등	근골격, 이비인후과 등
상급 병실	상급종합·종합 병원2·3인실	병원급 2·3인실	1인실 (산모, 감염병 등)		

보장성 강화 정책 결과

ChosunBiz

사이언스조선 > 바이오

SCIENCE Chosun

문케어, 환자 부담 줄인다더니...2021년 건보 보장률 64.5%로 '후퇴'

2021년 건보 보장률 전년비 0.8%포인트 감소
"도수치료 백내장 수술 등 비급여 늘어"

김영지 기자
입력 2023.01.10 18:20

○ 의원의 보장률은 도수치료(재활 및 물리치료료), 백내장수술용 다초점 인공수정체(치료재료대) 등의 비급여 증가로 비급여 부담률(+4.8%p)이 상승하여 보장률(-4.1%p)이 감소한 것으로 파악되었다.

< 2020년 ~ 2021년 의원 비급여 진료항목별 비중 현황 >

구 분	입원료	주사료	처치 및 수술료	검사료	치료 재료대	재활 및 물리치료료	MRI	초음파	그 외 ^{주)}	총계
2020년	1.9%	30.0%	14.7%	7.7%	4.9%	23.0%	1.3%	6.9%	9.6%	100.0%
2021년	1.1%	24.2%	11.6%	6.9%	16.2%	24.6%	0.6%	4.9%	9.9%	100.0%

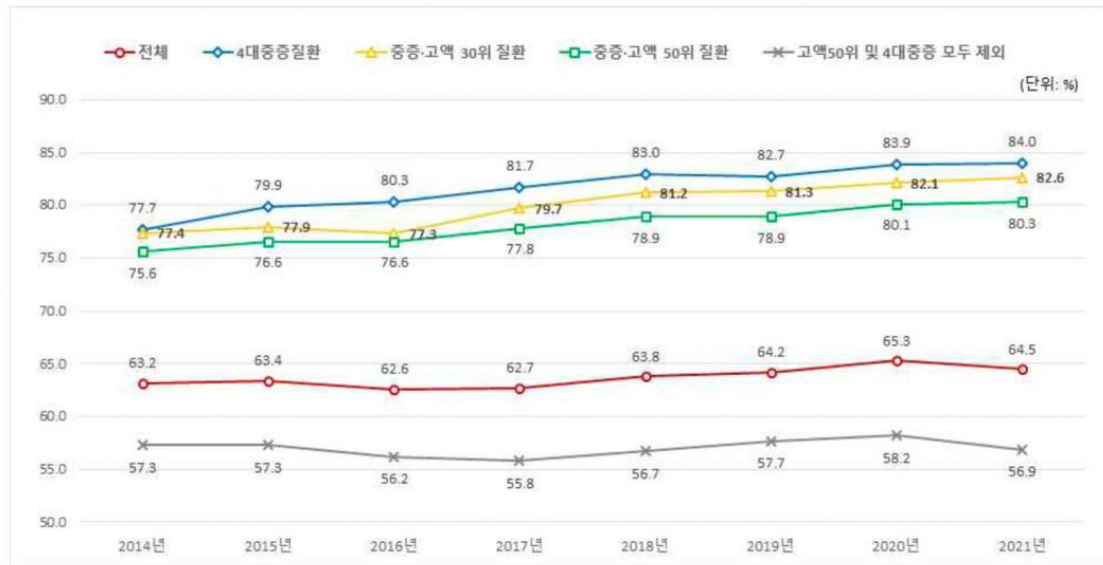
주) '그 외'는 진찰료, 식대, 투약 및 조제료, 마취료, 영상진단료, 방사선치료료, 정신요법료, 전혈 및 혈액 성분제료, CT, PET, 선택진료, 침약, 보철 및 교정료, 기타를 나타냄

< 2020년 ~ 2021년 종합병원급 이상 및 병·의원·약국 건강보험 보장률 >

요양기관 종	2020년			2021년		
	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 부담률	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 부담률
종합병원급 이상	68.6%	21.7%	9.7%	69.1% (+0.5%p)	22.5% (+0.8%p)	8.4% (-1.3%p)
상급종합	70.0%	20.7%	9.3%	70.8% (+0.8%p)	21.0% (+0.3%p)	8.2% (-1.1%p)
종합병원	67.2%	22.8%	10.0%	67.3% (+0.1%p)	24.0% (+1.2%p)	8.7% (-1.3%p)
병 원	49.8%	18.5%	31.7%	51.8% (+2.0%p)	18.6% (+0.1%p)	29.6% (-2.1%p)
의 원	59.6%	20.2%	20.2%	55.5% (-4.1%p)	19.5% (-0.7%p)	25.0% (+4.8%p)
약 국	69.7%	27.9%	2.4%	68.8% (-0.9%p)	28.4% (+0.5%p)	2.8% (+0.4%p)

주) 요양기관 종별 건강보험 보장률은 현금급여(본인부담상한제 사후환급금, 임신출산진료비 지원금, 요양비)를 포함하지 않음

< 연도별 1인당 중증·고액진료비 상위 30(50)위 내 질환 건강보험 보장률 >



특집 4 건강보험과 민간보험 개선

비급여, 실손보험, 그리고 올바른 의료제도의 정착을 위한 의료전달체계

서인석
대한의사협회 보험이사
blue.doc910@gmail.com



다. 환자에게 병력청취, 신체검사 보다 처방, 검사 등 중심으로 진료 형태는 바뀌어 첨단기기로 검사가 가능한 상급의료기관이 좀 더 환자들에게

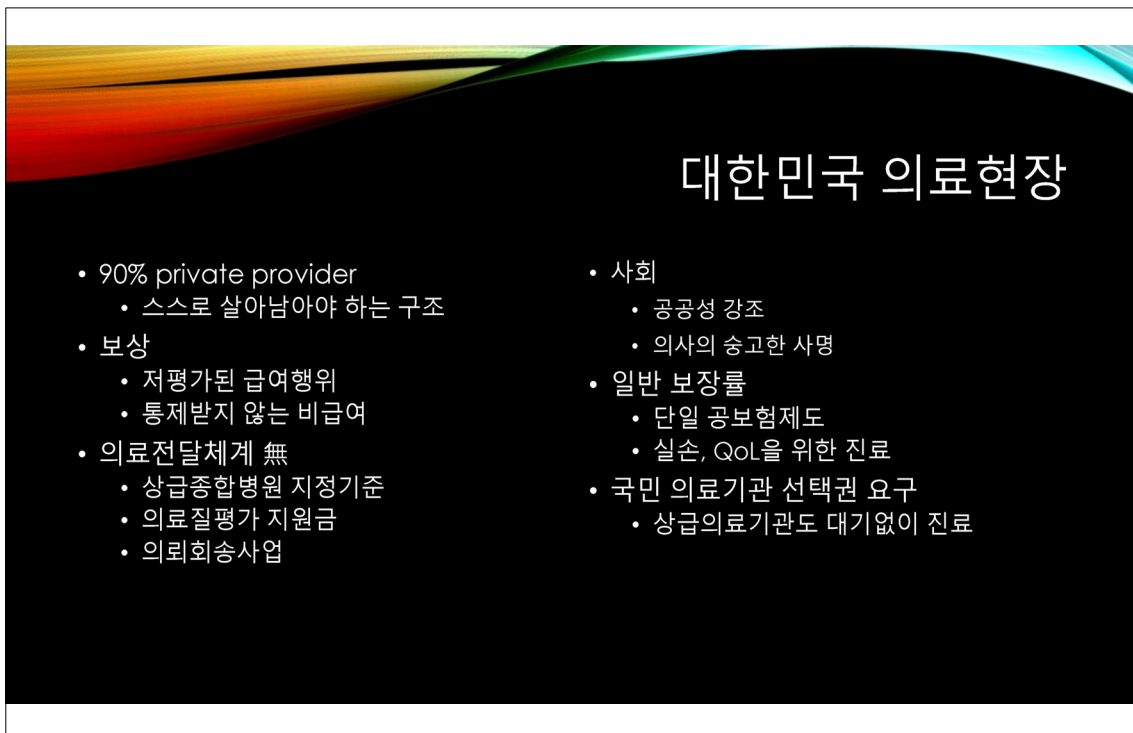
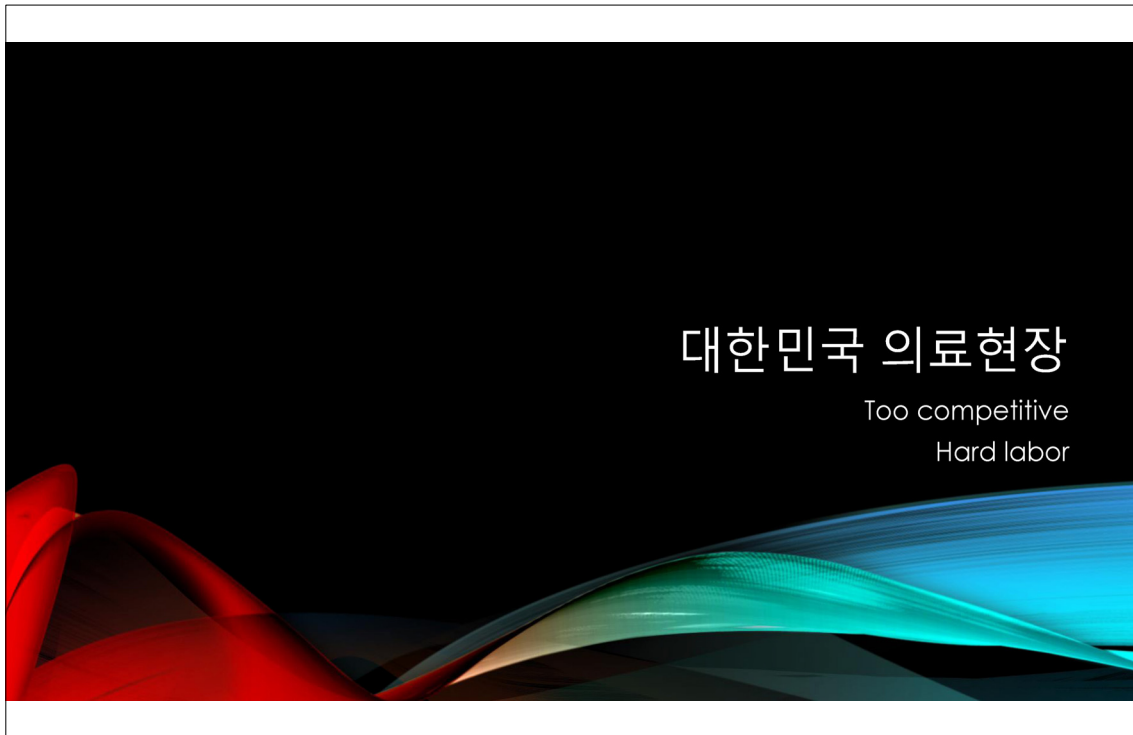
상급의료기관과 경쟁하기 위해
의원급 의료기관은 좋은 인테리어에
고가 의료장비를 사야 했고
혹자는 '병원하면 의사는 늙고 은행, 의리기
회사만 돈 번다'란 말이 나올 정도였다.

필수
현
되고
생활
없다
비판
자
것
보

상급종합 중증도 높음	중증도 관계 없음	중소병원 삶의질	공보험 영역 외
암, 희귀질환 심뇌혈관, 화상, 중증 외상 등	로봇수술 초고가항암제 1인실 민간보험청구 제증명서류 등	근골격계 통증치료 등	영양제 미용성형 성기능개선 등

보장성 강화
의사영향

시장 자율
환자결정

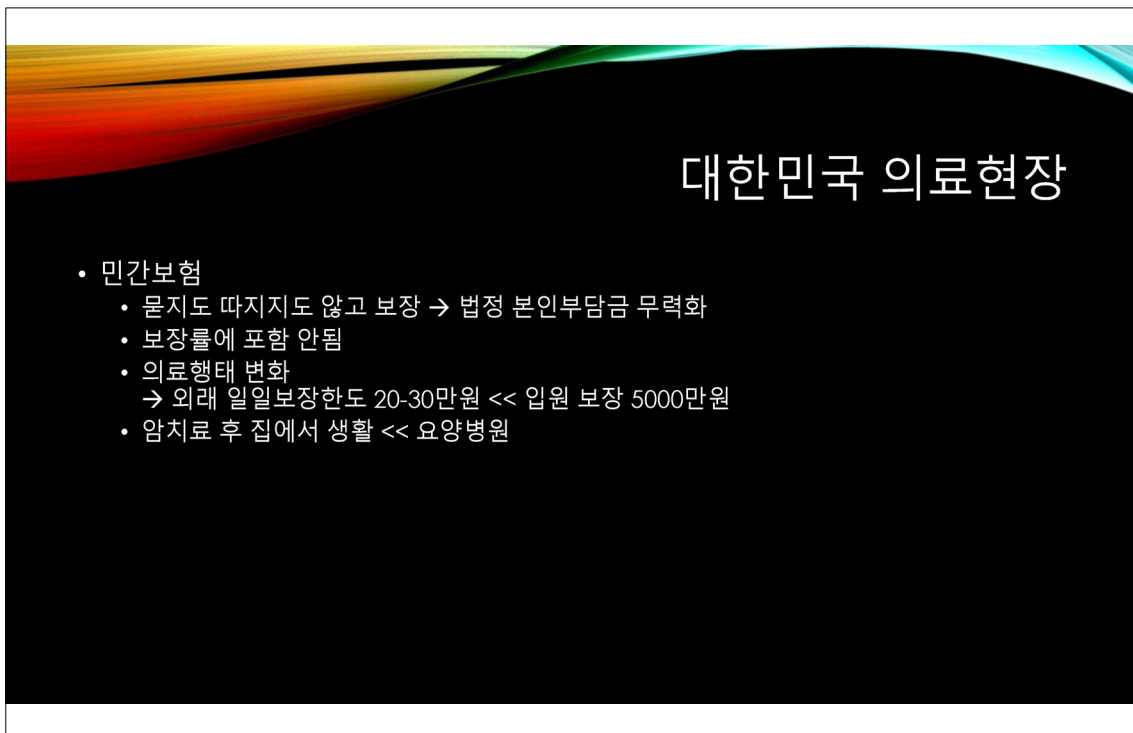
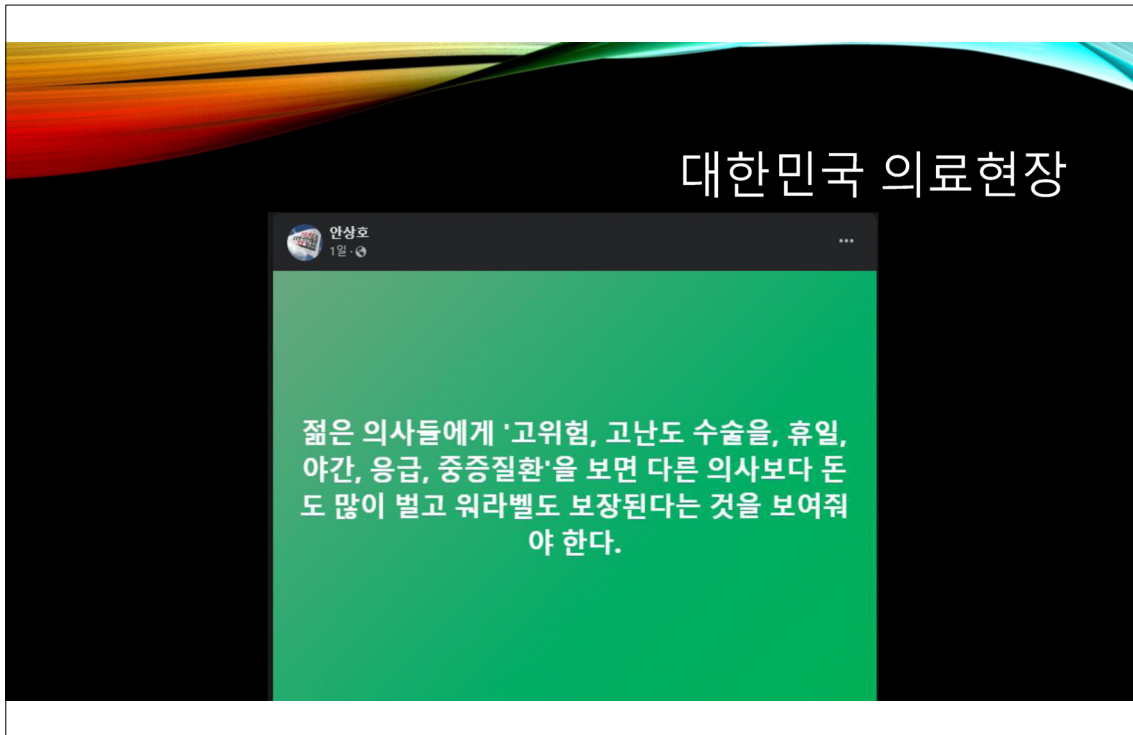


대한민국 의료현장

- 교과서적 진료와 다른 의료현장
 - 의사능력 << 대형병원
 - 낮은 가격, 높은 접근성 → 빈도 증가
 - H/T and P/Ex. << 검사
 - 단계적 임상적 검사-진단 << 한번에 확실한 진단-치료
 - 불완전한 심사/평가 기준
- 전문의 수련제도
 - 대한민국에 필요한 전문의수 vs 전공의에게 인기 있는 전문과
 - 직장(개원) 자리가 많은 전문과목
 - 산과 < 부인과 NS: 뇌혈관 < 척추 흉부외과<하지정맥류
 - 상급종합병원 기준 vs 교육수련을 위한 다양한 환자군

대한민국 의료현장

- 필수의료? unmet needs
 - 고강도: 응급, 고난이도 의료분쟁발생과
 - 3D: stand-by 보상 적음(야간, 휴일 당직)
 - 비용급 희귀질환 등 소수환자를 위한 과 → 빈도가 낮아 수익이 낮음
 - 병원에서 규모 축소
 - 전공 지원 無 → 기존 근무자들 부담가중 악순환
- 숭고한 사명 의사 vs 좋은 아빠



대한민국 의료현장

- 급성기 치료 후 퇴원
 - 보호자 "정상 생활을 하시던 80세 아버지가 폐렴 치료 후 못 걸으세요"
→ 의사 "다 좋아졌으니 식사 잘하시고 운동하세요"
→ 보호자 "못 드시고 못 걸으시는데요?"
 - 치료 이후 기능적 문제 해결 요구(ICUAW, disuse syndrome)
- 초고령사회
 - 분절된 의료제도 → 인터넷 광고에 의존한 의료기관 선택
 - 급성기 이후 의학적 판단에 따른 재택복귀
 - 한번 종합병원 → 계속 종합병원

해결을 위한 고민

해결을 위한 고민

- 종별 기능에 맞는 수가제도 필요
 - 의료전달체계에 맞는 수가체계 개편(DRG A B C)
 - 백화점식 진료 → 선택과 집중
 - 건강보험 기피현상
 - (저평가) 급여+비급여 행위 → 급여화 진행시 문제점 개선
 - 지역사회 의료기관 연계
- 의료인 근무 환경 개선
 - 진료시간/강도에 따른 기본진료료 ↑ → 의사-환자간 시간 확보
 - 워라벨은 아니더라도 당직 서고 다음날 퇴근할 권리 보장
 - Stand-by가 필요한 진료과 의료인력 ↑ → 인력 pool 마련

해결을 위한 고민

- 필수의료? 미충족의료(unmet needs)
 - 지방 취약지 stand-by의료파악
 - 지자체의 보건의료 책임 강화
 - 시도의료원 의료질 향상을 위한 노력
 - 권역단위 거점병원 의료인력 pooling 순환근무
→ 취약지 근무 후 보다 나은 근무환경 보장
- 의료질 평가의 개혁
 - 질평가지원금, 심평원 적정성 평가, 분석심사
 - 평가는 강조되나 피평가자 수용성 고려 x
 - 의학적 적정성 → 의사중심의 평가체계 마련

해결을 위한 고민

- 인구구조의 변화
 - 국민 - 초고령사회
 - 의료인 - 고강도 근무 → 업무부담 완화를 위한 환경 구축
 - 지역포괄케어 → 의료기관 밖 환자관리
- 보장성 강화 정책
 - 가구당 경제적 부담을 완화할 정책
 - 본인부담 상한제, 재난적 의료비, 민간보험(실손, 정액형 보험)
- 국가 경제력
 - 포스트코로나 이후 침체, 전쟁, 금리인상, 부채, 부동산 위기 등
 - 정부/사회 건강보험료-총 의료비 관리 요구 증가

THANK YOU~

bluedoc910@gmail.com

3) 보험위원회 및 건강보험정책단 2023년 제2차 전체회의

일시: 2023년 4월 25일(화) 18:00

장소: 온·오프라인회의

참석:

- 보험위원회 : 오프라인 (김형중, 전로원, 이인석)
온라인 (강창원, 서준, 박근형, 최병용, 김영삼, 김종화, 윤보영, 정대영, 정재원, 최대은, 황용일)
- 정책단 : 오프라인 (김형준, 이현웅, 박병규)
온라인 (김병옥, 구동희, 김세훈, 윤영경, 이정규, 전성완, 홍승재)
- 환자분류체계위원회 : 오프라인 (박찬석)
온라인 (황원민, 신정호, 이상민, 조호찬, 이승률)

■ 보고사항

1. 전 회의록 검토: 정정, 삭제 없이 통과됨.
2. 보험위원회 및 건강보험정책단 제1회 워크숍 지출내역 보고:
3. 보험위원회 및 건강보험정책단 조직도 변경 보고

■ 토의사항

1. 보험위원회 산하 질평가위원회 위원장 선출 및 질평가위원회 구성의 건

- 1) 각 분과학회에서 유경험자 추천받아 위촉하기로 하고, 추후 위촉 메일 안내 예정
- 2) 위원장 선출 후 분과학회 각 1명 이상 위원 구성하기로 함.

2. 건강보험정책단 연구 공모과제

- 1) 1~2개 분과 지정하여 연구과제 주제 선정 진행하기로 하고, 요청 메일 송부 예정

3. 2023년 제6차 보험위원회 및 건강보험정책단 “보험아카데미” 개최

- 일시 및 장소: 2023년 4월 29일(토) 08:30~12:00, 김대중컨벤션센터
- 개최방법: 온·오프라인 (하이브리드)
- 많은 선생님들의 참여를 위하여 각 분과학회 및 병원에 홍보 독려함.

4. 일차의료 만성질환관리 서비스제공자 교육 기관 모집 (대한의사협회)

- 보건복지부에서 2023년 일차의료 만성질환관리사업을 본사업으로 전환할 예정으로 대한의사협회 만성질환관리 운영위원회에서는 서비스제공자(의사) 교육운영계획서를 확정하고, 사업에 참여를 희망하는

회원들을 대상으로 교육을 진행할 ‘일차의료 만성질환관리사업 서비스 제공자’ 교육기관을 모집함.

- 신청기간: 교육일 기준 4주 이전
- 교육기간 (연중): 대한의사협회에서 인정하는 고혈압, 당뇨 교육 내용이 포함된 연수강좌 기간
- 2023년 5월 대한내과학회 이사회에서 안건 논의하기로 함.

<이인석 환자분류체계위원장 보고>

1. 환자분류체계위원회 업무사항 및 보고사항 보고

■ 특강

- 주제: 2023년 환자분류체계 주요 추진계획
- 연자: 김희남 부장 (건강보험심사평가원 포괄수가실 분류체계개발부)

■ 기타사항

1. 차기(제3차) 보험위원회 및 건강보험정책단 회의 개최

- 일시 및 장소: 2023년 6월 27일 (화) 18:00, 대한내과학회 회의실 (온·오프라인 병행)

강의자료

[환자분류체계 주요 추진계획], (김희남)



본 자료는 대한내과학회와 환자분류체계 주요 추진계획 공유를 위해
제작된 자료로 해당 목적에 한하여 이용할 수 있으며,
목적 외 사용, 무단 복제, 배포, 변경, 전송(공중 송신)을 금합니다.



CONTENTS

- 01 환자분류체계 개요
- 02 입원환자분류체계(KDRG)
- 03 외래환자분류체계(KOPG)
- 04 기타 안내사항





환자분류체계 개요



정 의

- 상병, 시술, 기능상태 등을 이용해서
환자를 임상적 의미와 의료자원소모 측면에서
유사한 그룹으로 분류하는 체계

(PCS; Patient Classification System or
Case-mix Classification)



5

환자분류체계 개요



필요성

- 보건의료체계 내 다양한 '변이'를 이해하기 위한 측정도구 필요
- 환자분류체계를 이용하여 환자요인에 의한 변이를 먼저 통제
→ 보건의료 제공자 간 진료제공(치료방법, 서비스 등) 차이 확인 및 비교 가능



변이 유형 파악 위해 다른 변이 통제할 도구 필요

환자분류체계
(환자 보정 도구)

6

Health Insurance Review & Assessment Service



환자분류체계 업무근거

법령

「국민건강보험법 시행령」 제28조(업무) 제1항 제4호 및 제5호, 제2항
- 환자 분류체계의 개발·관리, 교육·홍보 업무 규정

보건복지부 고시

「환자 분류체계 개발 및 관리에 관한 기준」(고시 제2022-101호, '22. 5. 1.시행)
- 환자분류체계 개발·관리에 필요한 절차, 기준, 방법 등 세부사항 제정

제5조(환자분류체계 심의위원회) ① 심사평가원장은 환자분류체계의 개발 및 조정에 관한 사항을 심의·의결하기 위하여 심의위원회를 설치하여야 한다.
② 제1항에 따른 심의위원회의 위원은 심사평가원장이 임명 또는 위촉하며, 심의위원회의 구성, 운영 등에 관하여 필요한 사항은 심사평가원장이 별도로 정한다.

심사평가원 규정

「환자분류체계 개발 및 관리에 관한 운영규정」(규정 제457호, '22. 8. 17.시행)
- 환자분류체계심의위원회의 구성·운영 및 환자분류체계 개발·관리에 필요한 세부사항 규정

7

Health Insurance Review & Assessment Service



환자분류체계 분류 원칙

DRG 분류원칙

R. Fetter,
1980



호주DRG

* 위 원칙에 추가



- routinely collected on hospital abstract systems
(일상적으로 수집할 수 있는 **전산화된 자료** 이용)
- a manageable number of groups
(관리 가능한 범위 이내의 **분류개수**)
- similar from a clinical perspective or clinically meaningful
(임상적 **동질성**)
- similar pattern of resource intensity or economically homogeneous(**자원소모의 동질성**)

- **포괄성** : 환자분류체계 대상 범위 내 모든 환자를 분류
- **상호배타성** : 하나의 에피소드는 하나의 질병군을 가짐
- **일관성** : 질병군 정의 및 배정이 명확하고 일관성 있어야 함
- **환자기반 분류변수** : 의료제공자의 특성이나 제공된 서비스가 아닌 환자 특성과 관련된 분류변수를 사용

8

Health Insurance Review & Assessment Service

9

Health Insurance Review & Assessment Service




건강보험심사평가원
KOREAN HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

환자분류체계 종류

(23. 4. 기준)

구분		명칭		버전	질병군 개수
의(치)과	입원	KDRG	일반용	4.5	2,678
			신포괄용	1.4	2,032
			7개질병군	3.5	1,956
	KRPg (재활)			2.0	899
	외래	KOPG		2.5	601
		588분류 (보건기관)		1.2	591
한의	입원	KDRG-KM		2.0	247
	외래	KOPG-KM		3.0	221

※ (의치과) KDRG(입원환자분류체계) : Korean Diagnosis Related Group
 KOPG(외래환자분류체계) : Korean Outpatient Group
 KRPg(재활환자분류체계) : Korean Rehabilitation Patient Group
 (한 의) KDRG-KM(한의 입원환자분류체계) : Korean Diagnosis Related Group-Korean Medicine
 KOPG-KM(한의 외래환자분류체계) : Korean Outpatient Group-Korean Medicine
 ※ 7개 질병군은 일반용 KDRG 3.5 버전을 의미함
 ※ KDRG 질병군 개수: er-DRG 5개 및 990(조기사망) 질병군 포함

Health Insurance Review & Assessment Service

11

Health Insurance Review & Assessment Service

건강보험심사평가원
KOREAN HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

환자분류체계 종류

입원환자분류체계(KDRG) - 의(치)과 입원환자분류에 적용 (주로 급성기 입원) - 상병, 시술, 연령, 합병증/동반상병 등을 이용하여 최종 질병군 결정	외래환자분류체계(KOPG) - 의(치)과 외래환자분류에 적용 - 주요시술, 상병, 연령 등을 이용하여 최종 질병군 결정
재활환자분류체계(KRPg) - 의과 입원환자분류에 적용 (급성기 이후 재활치료) - 원인 질환에 따라 24개 재활 대분류(KRIC) - KRIC별로 연령, 인지·운동기능, 일상 생활 수행 능력 등을 이용하여 최종 질병군 결정	한의 환자분류체계 (KDRG-KM, KOPG-KM) - 한의 입원·외래 환자분류에 적용 (한의입원) 상병, 진료형태(입원, 협의진료), 시술, 연령 등을 이용하여 최종 질병군 결정 (한의외래) 상병, 시술, 연령 등을 이용하여 최종 질병군 결정

12

환자분류체계 활용



진료비 지불단위 포괄수가제(Casepayment) 지불단위 • 7개 질병군 포괄수가 • 신포괄수가 시범사업	병원간 비교 환자구성(Casemix)의 보정도구 • 병원간 환자구성의 차이 보정 (진료비용, 재원일수, 사망률 등 산출)	의료기관 지정평가 기준 의료기관의 특성 반영 • 상급종합병원 지정평가 기준 (전문, 일반, 단순 진료 질병군)
---	--	--

13

환자분류체계 개정 업무 절차



■ 개발·개정 업무 절차

1	2	3	4
개선사항 발굴 및 자료 수집·구축	분류 타당성 검토	개선안 도출	개정 적용·공개
· 대내외 검토 요청 질병군 의견수렴 · 환자분류 모니터링 · 진료비 자료 구축 및 정제	· 임상적 타당성 분석 · 자원소모 동질성 분석 · 임상전문가 자문	· 질병군 번호, 명칭 및 우선순위 확정 · 연령 구간 및 중증도 구분 결정 · 프로그램 개발 및 검증	· (실무)검토위원회 자문 · 심의위원회 심의·의결 · 분류집 개정 · 개정 안내 및 공개

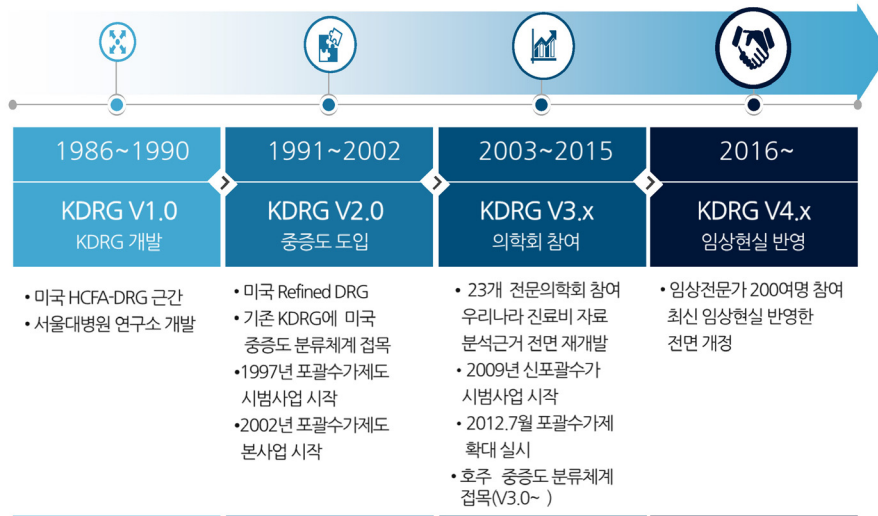
14



KDRG 개요



입원환자분류체계 개발사

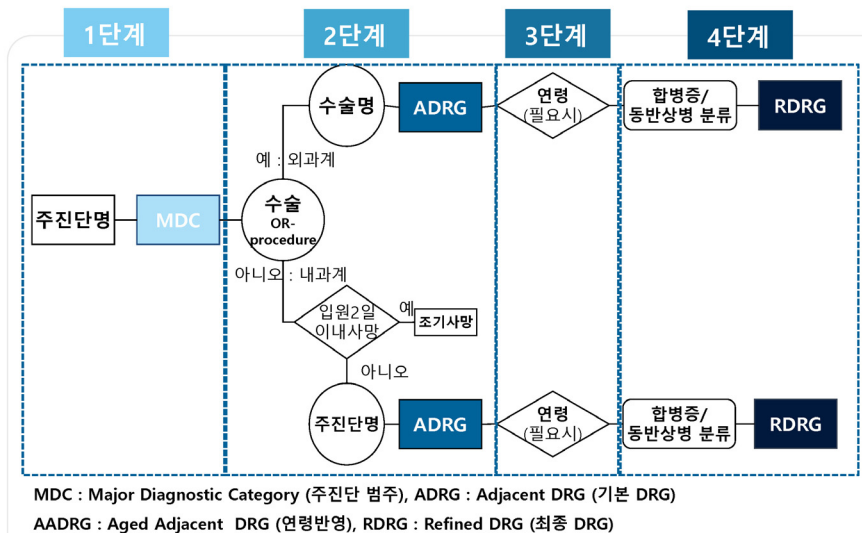


17

KDRG 개요



입원환자분류체계 분류과정



18

Health Insurance Review & Assessment Service

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

KDRG 개요

I 입원환자분류체계 분류과정

1단계

- 주진단에 따라 입원환자를 26개의 주진단 범주(MDC) 중 하나로 분류
(예: MDC06 소화기계)

* MDC : Major Diagnostic Category

2단계

- 환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 외과계 질병군과 내과계 질병군을 구분

3단계

- 외과계 질병군은 환자가 받은 수술에 따라 질병군 결정
- 내과계 질병군은 주진단명에 따라 질병군 결정(ADRG)

* ADRG : Adjacent DRG

4단계

- 필요시 연령을 이용한 구분(AADRG)
- 기타진단을 이용하여 중증도 반영한 최종 DRG(RDRG) 결정

* AADRG : Aged ADRG
RDRG : Refined DRG

19

Health Insurance Review & Assessment Service

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

KDRG 개요

II 26개 주진단 범주(MDC)

MDC		명칭	MDC		명칭
00	A	PreMDC	13	N	여성 생식기계의 질환 및 장애
01	B	신경계의 질환 및 장애	14	O	임신, 출산, 산욕
02	C	눈의 질환 및 장애	15	P	신생아
03	D	이비인후·구강의 질환 및 장애	16	Q	혈구 및 조혈기관의 질환과 면역장애
04	E	호흡기계의 질환 및 장애	17	R	신생물 질환(혈액 및 고형암)
05	F	순환기계의 질환 및 장애	18-1	S	전염성 및 기생충 질환(HIV 감염)
06	G	소화기계의 질환 및 장애	18-2	T	전염성 및 기생충 질환
07	H	간담도계 및 췌장의 질환 및 장애	19	U	정신질환 및 장애
08	I	근골격계 및 결합조직의 질환 및 장애	20	V	알코올/약물남용 및 알코올/약물로 인한 기질적 정신 장애
09	J	피부, 피하조직, 유방의 질환 및 장애	21-1	W	다발성 외상
10	K	내분비, 영양, 대사성 질환 및 장애	21-2	X	손상, 중독, 약물의 독성 작용
11	L	신장 및 비뇨기계의 질환 및 장애	22	Y	화상
12	M	남성 생식기계의 질환 및 장애	23	Z	건강 상태 및 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요소

• PreMDC : 진료비 범이가 큰 시술로 이루어진 질병군 (예시: A01 간이식, A06 조혈모세포이식)

20

KDRG 개요

KDRG 지속 개정 로드맵

KDRG 지속 개정 로드맵

- Major 개정: 행위진단 목록의 전면 개정, 분류모형의 개선 등 분류의 기본 원리가 변경된 경우
- Minor 개정: 2년 주기 운영

구분	'20년	'21년	'22년	'23년	'24년
적용 버전	버전4.3	버전4.4		버전4.5	버전4.5
개선	버전4.4	버전4.5		버전4.6	버전4.6
		(1단계)	(2단계)	(1단계)	(2단계)
모니터링	버전4.2 ('18~'19년 자료)	버전4.3 ('20년 자료)	버전4.4 ('21년 자료)	버전4.4 ('22년 자료)	버전4.5 ('23년 자료)

21

KDRG 버전 4.5 개정 주요 내용

개선 유형별 질병군 현황

(단위: 개)

개선 유형	질병군 수
계	195
연령기준 변경	151
질병군 내 시술목록 변경	19
질병군 통합	10
질병군 세분화	7
질병군 재구성	4
질병군 신설	2
질병군 명칭 변경	2

22

KDRG 버전 4.5 개정 주요 내용

질병군 신설

- 진단목적의 시술(두경부 동맥조영술)을 분류변수로 사용하여 '진단적 두경부 동맥 조영술' 신설

MDC	변경 전(버전4.4)		개선 안(버전4.5)	
	ADRG	질병군 명칭	ADRG	질병군 명칭
01	<신설>	<신설>	B530	진단적 두경부 동맥 조영술

- 난이도가 높은 수술(전봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)-복잡)을 별도 분리하여 '복잡 회전근개 수술' 신설

MDC	변경 전(버전4.4)		개선 안(버전4.5)	
	ADRG	질병군 명칭	ADRG	질병군 명칭
08	<신설>	<신설>	I326	복잡 회전근개 수술

23

KDRG 버전 4.5 개정 주요 내용

질병군 재구성

- 급성 중증 여부(뇌졸중 산정특례(V275))*를 분류변수로 사용하여 질병군 재구성

MDC	변경 전(버전4.4)		개선 안(버전4.5)	
	ADRG	질병군 명칭	ADRG	질병군 명칭
01	B683	정맥혈전증에 의한 비출혈성 뇌졸중	B685	급성 중증 허혈성 뇌졸중
	B684	허혈 뇌졸중 및 기타 비출혈성 뇌졸중	B686	기타 허혈 또는 비출혈성 뇌졸중

* 부가코드 ADC13 신설하여 적용

- 구불결장경 시술은 재원일수(당일 퇴원 여부)에 따라 분류되어 있었으나, 주진단(주요 소화기 질환 여부)에 따라 질병군 재구성

MDC	변경 전(버전4.4)		개선 안(버전4.5)	
	ADRG	질병군 명칭	ADRG	질병군 명칭
06	G531	구불결장경 시술	G533	구불결장경 시술(주요 소화기 질환의 경우)
	G532	구불결장경 시술, 당일 퇴원	G534	구불결장경 시술(주요 소화기 질환이 아닌 경우)

24

KDRG 버전 4.5 개정 주요 내용



질병군 세분화

- '기타 소화기계 질환'을 임상적 특성에 따른 세부 진단명에 따라 세분화

MDC	변경 전(버전4.4)		개선 안(버전4.5)	
	ADRG	질병군 명칭	ADRG	질병군 명칭
06	G684	기타 소화기계 질환	G685	장의 혈관장애
			G686	항문의 질환
			G687	선천성 소화기계 질환
			G688	기타 주요 소화기계 질환
			G689	기타 소화기계 질환

- '유방 질환의 침습입생검'을 주진단의 악성종양 여부에 따라 질병군 세분화

MDC	변경 전(버전4.4)		개선 안(버전4.5)	
	ADRG	질병군 명칭	ADRG	질병군 명칭
09	J500	유방 질환의 침습입생검	J501	유방 질환의 침생검(악성종양의 경우)
			J502	유방 질환의 침생검(악성종양 제외)

25

KDRG 버전 4.5 개정 주요 내용



질병군 통합

- 질병군 발생빈도가 최소건수 기준(300건)을 충족하지 않은 경우, 질병군 통합

MDC	변경 전(버전4.4)		개선 안(버전4.5)	
	ADRG	질병군 명칭	ADRG	질병군 명칭
01	B510	뇌전증의 지속적 비디오 뇌파검사 감시	B510	뇌파검사
	B520	자기뇌파검사 지도화		
	B792	열린 상처가 있는 미만성 두개내손상	B792	열린 상처가 있는 두개내손상
	B793	열린 상처가 있는 국소성 및 기타 뇌 및 두개내손상		
02	C093	단순 녹내장 수술(수정체 수술 동반)	C095	단순 녹내장 수술
	C094	단순 녹내장 수술(수정체 수술 미동반)		
03	D660	귀의 외상	D660	귀의 외상 및 기타질환
	D670	기타 귀질환		
09	J081	액와 수술(악성종양의 경우)	J080	액와 림프 수술
	J082	액와 수술(악성종양 제외)		

26

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

- 지속적 정정맥 또는 동정맥 혈액여과술(07051, 07052, 07053, 07054) 시술 추가

- ※ 녹내장수술[레이저사용수술포함]-심유주절제술(S5043), 녹내장 방수 유출관 삽입술(S2770)

[illegible]

- 항문관 직장관내 콘딜로마 치료(Q3050) 시술 추가

- | NO | 번역 (원문(원어)) | 개역 (원문(원어)) |
|-----|--|---|
| 06 | 0392 기타와 조화롭게 어울
시울출 시울출
~<시울출을> 열매 | 0392 기타와 조화롭게 어울
시울출 시울출 ~<자음> |
| 12 | M02 기타와 납성악기(기타) 수월(수월(출성) 제의)
시울출 (table) without 주(주)는 시울출
시울출 시울출
~<시울출을> 열매 | M02 기타와 납성악기(기타) 수월(수월(출성) 제의)
시울출 (table) without 주(주)는 시울출
시울출 시울출 ~<자음> |
| N08 | 자음(음)과, 잘 및 조음(음) 수월(수월(출성) 제의)
N08 자음(음) 자음(음) 자음(음) 수월(수월(출성) 제의)
시울출 (table) and 부(부)조
시울출 시울출 | N08 자음(음)과, 잘 및 조음(음) 수월(수월(출성) 제의)
시울출 자음(음) 자음(음) 자음(음) 수월(수월(출성) 제의)
시울출 (table) and 부(부)조
시울출 시울출 |
| 13 | 자음(음)과, 잘 및 조음(음) 수월(수월(출성) 제의)
시울출 (table) and 부(부)조
시울출 시울출
~<시울출을> 열매 | 자음(음)과, 잘 및 조음(음) 수월(수월(출성) 제의)
시울출 (table) and 부(부)조
시울출 시울출 ~<자음> |

27

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

- 난이도가 높아 별도 질병군으로 신설된 시술, 기존 질병군(6개)에서 삭제

- * 건봉성형술 및 회전근개파열복합술(근 및 건성형이 동반된 경우)-복합(N0908)

- | MOC | 비전 (비시어) | | 개시 (비시어) | |
|-----|---|--|---|---|
| | 비전 1 | 비전 2 | 개시 1 | 개시 2 |
| 00 | R01 회전 각계 수열
Diagnosis table (299 코드A) and A column table
시행용 table

<시행목적 설명>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | R02 관절 각계 수열
Diagnosis table (299 코드A) and A column table
시행용 table

<시행목적 설명>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | R01 회전 각계 수열
Diagnosis table (299 코드A) and A column table
시행용 table

<개시목적>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | R02 관절 각계 수열
Diagnosis table (299 코드A) and A column table
시행용 table

<개시목적>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. |
| | R03 복사 전달 각계 수열
Diagnosis table (299 코드A and Diagnosis table (299 코드B) and A column table or A column table)
시행용 table

<시행목적 설명>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | R03 복사 전달 각계 수열
Diagnosis table (299 코드A and Diagnosis table (299 코드B) and A column table or A column table)
시행용 table

<개시목적>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | | |
| | R04 기타 각계 수열
Diagnosis table (299 코드C and A column table)
시행용 table

<시행목적 설명>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | R04 기타 각계 수열
Diagnosis table (299 코드C and A column table)
시행용 table

<개시목적>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | | |
| | R05 관부 및 상완골 관절 수열
Diagnosis table (299 코드A or Diagnosis table (299 코드B) and A column table)
시행용 table

<시행목적 설명>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | R05 관부 및 상완골 관절 수열
Diagnosis table (299 코드A or Diagnosis table (299 코드B) and A column table)
시행용 table

<개시목적>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | | |
| 09 | R06 기타 관절 각계 수열
시행용 table

<시행목적 설명>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | R07 기타 관절 각계 수열
시행용 table

<개시목적>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | | |
| | R08 기타 관절 각계 수열
시행용 table

<시행목적 설명>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | R09 기타 관절 각계 수열
시행용 table

<개시목적>
간헐성 발열 등 진단하기위한측정수열(원 및 잔상열)을 획득하여 평가한다. | | |

28

KDRG 버전 4.5 개정 주요 내용



연령기준 변경

- 분류기준 일관성 제고를 위해 연령구분 일괄 정비

연령 구분	7세 → 6세	14세 17세 19세 → 18세	64세 69세 → 65세	연령기준 통합
질병군 수	6개	88개	51개	6개

* 〈연령 세분화 기준〉 소아: 1개월, 1세, 6세 / 성인: 18세 / 노인: 65세, 80세

질병군 개수 변화

(단위: 개)

구분	버전 4.4('21.1.1.)	버전 4.5('23.1.1.)	비고
MDC	26	26	-
ADRG	1,128	1,130	2 ↑
AADRG	1,228	1,226	2 ↓
RDRG	2,721	2,678	43 ↓

29

2023년 KDRG 주요 추진계획



추진 내용

임상현실을 반영한 입원환자분류체계 지속 개선

KDRG 버전 4.6(1단계) 개선

- 자체 모니터링 발굴 및 대내외(관련부서, 학회 등) 개선 요청 반영한 질병군 개선 검토

KDRG 버전 1.5(2단계) 개선

- 신포괄수가 지불제도 활용을 위한 신포괄용 KDRG 개선 검토

의료환경 변화에 따른 반영

- 3차 상대가치 개편('24.1.예정) 및 행위목록 신설(수시) 수가 질병군 배정

통합형 KDRG 개발 시범 검토

연구결과*에서 도출된 질병군 구성(안) 통계적 유의성 실무 검토

- * 「신포괄지불제도 시범사업 효과평가 및 중장기 발전방안 마련을 위한 연구」

통합형 KDRG 목록에 대한 활용 부서 의견수렴 및 의학회 타당성 검증

30

Health Insurance Review & Assessment Service


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

2023년 KDRG 주요 추진계획

■ 추진 내용

최신 데이터 기반 분류기준 개선

이원분류 조합 개선

- 요양급여비용 청구시 사용된 이원분류 조합목록(991개)의 '부적절' 및 '자리변경불필요' 조합 정비

외과적 우선순위 개선

- 질병군 간 자원소모 크기, 시술의 임상적 특성 등 반영한 외과적 우선순위 검토

중증도 분류 현황 검토

- 중증도 부여 방식 개선방안 모색

제6기 의·치과 환자분류체계위원회 구성

제5기 의·치과 환자분류체계위원회 임기 만료에 따라 제6기 구성을 위해 관련 학회별 위원 추천

- (임기) '23. 6. 15. ~ '25. 6. 14.(2년)
- (대상) 위원 총 145명, 임상전문가 137명, 검토위원회 32명(24명 임상전문가 겸임)

31

Health Insurance Review & Assessment Service

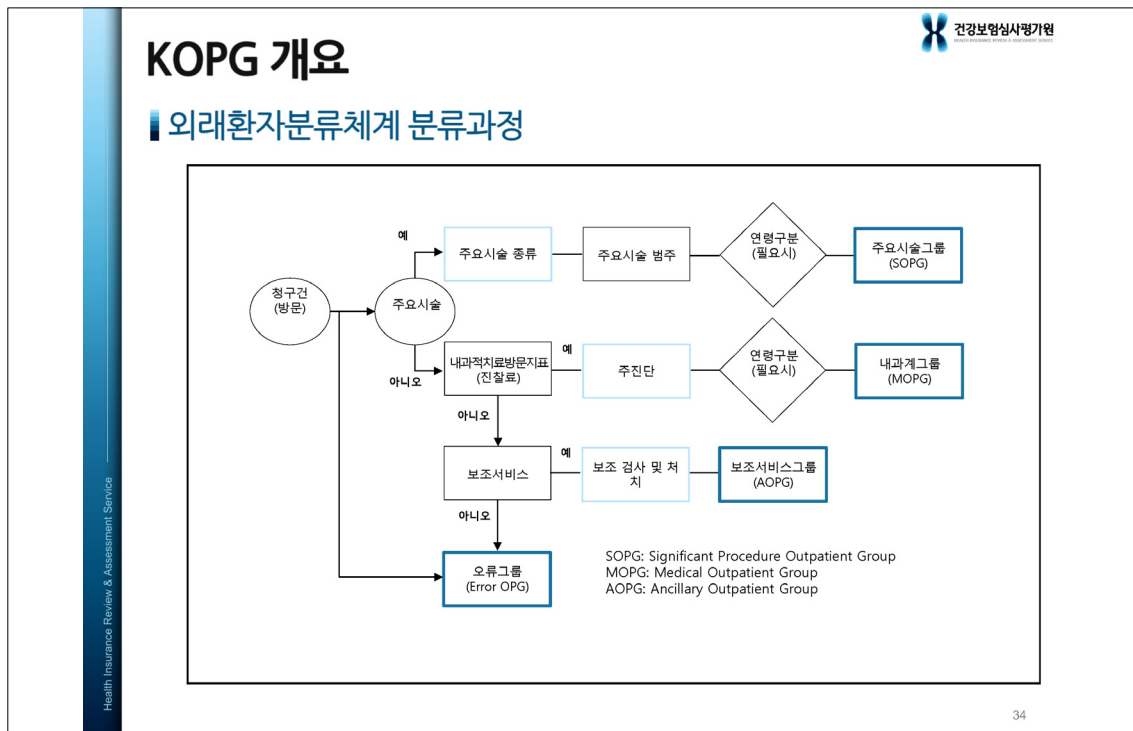

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

2023년 KDRG 주요 추진계획

■ 추진 일정

1~3월	KDRG 버전 4.5 분류집 제작 및 배포 자원소모 분석을 위한 청구자료 구축 기준 점검
4~6월	이원분류 조합 개선 및 외과적 우선순위 기준 개선 제6기 의·치과 환자분류체계 위원회 구성
7~9월	'22년 청구자료를 활용한 자원소모 분석 MDC별 외과적 우선순위 검토
10~12월	질병군 중증도 부여 기준 검토 상대가치 개편 관련 질병군 배정 검토
연중	질병군 개선, 행위목록 신설 등에 따른 질병군 배정 통합형 KDRG 시범 검토 등

32



Health Insurance Review & Assessment Service


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

KOPG 개요

■ 외래환자분류체계 분류과정

1단계

- 주요시술 및 치료(자원소모 주된 원인)를 받은 경우 주요시술그룹(SOPG)
- 해당 범주 내에서 시술의 부위, 크기, 목적, 방법, 난이도에 따라 시술코드 분류

2단계

- 내과적 치료(방문지표 여부로 식별)를 받은 경우 내과계그룹(MOPG)
- 진단단에 따라 분류

3단계

- 주요시술 및 내과적 치료를 받지 않고 보조서비스만 받는 경우 보조서비스그룹(AOPG)
- 보조 검사나 처치의 종류에 따라 분류

4단계

- 보조서비스도 받지 않은 경우 오류그룹(Error OPG)
- 외래에서 발생할 수 없는 분류 포함

5단계

- 필요에 따라 연령 구분 후 최종 KOPG 분류

35

Health Insurance Review & Assessment Service


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

KOPG 개요

■ 외래환자분류체계 분류코드

구분	대분류		중분류	소분류	연령
코드 표기	S/M/A 9/8/7/6/5	A~Z 9	00~99	0~9	0~3
코드 의미	▶ S : 주요시술 그룹 ▶ M : 내과계 그룹 ▶ A : 보조서비스 그룹 ▶ 숫자 : 오류그룹	▶ A~Z : 각 계열(S, M, A) 별 시술, 검사, 상병 범주에 따라 차례대로 부여 ▶ 숫자 : 오류그룹	▶ 시술, 검사, 상병의 종류에 따른 중분류 구분을 00~99로 표기	▶ 0 : 시술 구분하지 않는 경우 ▶ 1~9 : 시술의 난이도, 해부학적 부위에 따른 구분	▶ 0 : 연령 구분 없는 경우 ▶ 1~3 : 연령 구분에 따라 차례대로 부여

36

KOPG 개요

KOPG 지속 개정 로드맵

KOPG 지속 개정 로드맵

- Major 개정: 행위·진단 목록의 전면 개정, 분류모형의 개선 등 기본 원리가 변경된 경우
- Minor 개정: 2년 주기 운영

구분	'21년	'22년	'23년	'24년
적용 버전	버전2.4		버전2.5	버전2.5
개선	버전2.5		버전2.6 (1단계)	버전2.6 (2단계)
	(1단계)	(2단계)		
모니터링	버전2.3 (‘20년 자료)	버전2.4 (‘21년 자료)	버전2.4 (‘22년 자료)	버전2.5 (‘23년 자료)

37

KOPG 버전 2.5 개정 주요 내용

개선 유형별 질병군 현황

(단위: 개)

개선 유형	질병군 수
계	86
질병군 신설	1
질병군 재구성	5
질병군 세분화	4
질병군 통합	2
질병군 명칭 변경	1
질병군 내 시술목록 이동	29
검체검사료의 질병군 반영기준 개선	22
부가코드 적용 확대	22

38

KOPG 버전 2.5 개정 주요 내용

질병군 신설

- 검체 종류에 따라 AD470(체액 및 분변 검사) 질병군 신설

변경 전(버전2.4)		개선안(버전2.5)	
질병군	질병군 명칭	질병군	질병군 명칭
<신설>	<신설>	AD470	체액 및 분변 검사

질병군 재구성

- 해부학적 구조나 시술(검사) 방법 및 목적에 따라 질병군 재구성

변경 전(버전2.4)		개선안(버전2.5)	
질병군	질병군 명칭	질병군	질병군 명칭
SH001 SH009	복잡 고환 및 부고환 시술 단순 고환 및 부고환 시술	SH000 SH150	음낭, 고환 및 부고환 시술 전립선 및 정낭 시술
AD051 AD059	복잡 연역 검사 단순 연역 검사	AD052 AD054 AD056	세포 연역 검사 감염 연역 검사 자가 연역 검사

39

KOPG 버전 2.5 개정 주요 내용

질병군 세분화

- 항암약물치료 여부에 따라 부가코드(Anticancer Drug Therapy)를 사용하여 세분화

변경 전(버전2.4)		개선안(버전2.5)	
질병군	질병군 명칭	질병군	질병군 명칭
MD000	제자리신생물	MD010 MD020	제자리신생물(항암약물치료동반) 제자리신생물
MD100	행동양식 불명 또는 미상의 신생물	MD110 MD120	행동양식 불명 또는 미상의 신생물(항암약물치료동반) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물

질병군 통합

- 임상적 유사성을 고려하여 난이도 구분 없이 AD850(응고 검사) 질병군으로 통합

변경 전(버전2.4)		개선안(버전2.5)	
질병군	질병군 명칭	질병군	질병군 명칭
AD351 AD359	복잡 응고 검사 단순 응고 검사	AD350	응고 검사

40

Health Insurance Review & Assessment Service


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

2023년 KOPG 주요 추진계획

■ 추진 내용

임상현실을 반영한 외래환자분류체계 지속 개선

KOPG 버전 2.6(1단계) 개선

- 자체 모니터링 등을 통한 질병군 지속 개선

의료환경 변화에 따른 반영

- 3차 상대가치 개편(24.1.예정) 및 행위목록 신설(수시), 삭제 수가 질병군 배정 검토

최신 데이터 기반 분류기준 개선

연령 세분화 기준 개선

- 자원소모 유사성 분석 후 재구성 등 검토

분류기준 미충족 질병군 개선

- 최소건수 및 열외군 비율 등 기준 범위를 벗어나는 질병군 분석 및 개선

43

Health Insurance Review & Assessment Service


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

2023년 KOPG 주요 추진계획

■ 추진 내용

정확도 향상을 위한 분류체계 개선

시술목록 질병군 배정 적합성 검토

- 질병군 성격과 배정된 행위목록 부합여부 점검 및 시술목록 이동 등 검토
- 자택에서 시행되는 수가에 대한 질병군 배정 검토(ex: 'SP000 가정간호' 질병군 등)
- 보조서비스그룹에서 주요시술그룹으로 이동 가능한 시술 검토
- 의료기술 발전 등 환경 변화 반영한 시술목록 이동 검토

44

2023년 KOPG 주요 추진계획



추진 일정

1~3월	KOPG 버전 2.5 분류집 제작 및 배포 자원소모 분석을 위한 청구자료 구축 기준 점검
4~6월	연령 세분화 기준 개선 검토 제6기 의·치과 환자분류체계 위원회 구성
7~9월	'22년 청구자료 활용한 자원소모 분석 시술목록 질병군 배정 적합성 검토
10~12월	상대가치 개편 관련 질병군 배정 검토 분류기준 미충족 질병군 개선
연중	모니터링을 통한 질병군 개선 행위목록 신설 등에 따른 질병군 배정 검토

45



CHAPTER . 04

기타 안내사항



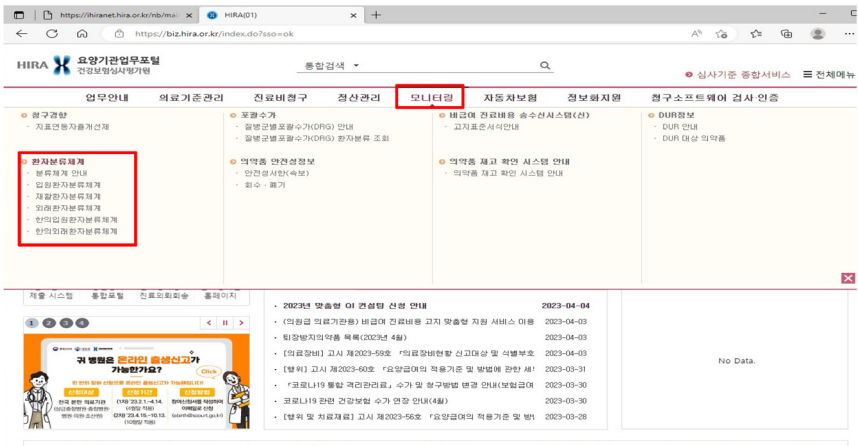
Health Insurance Review & Assessment Service


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

홈페이지 정보제공

biz.hira.or.kr(요양기관업무포털)

모니터링 > 환자분류체계



47

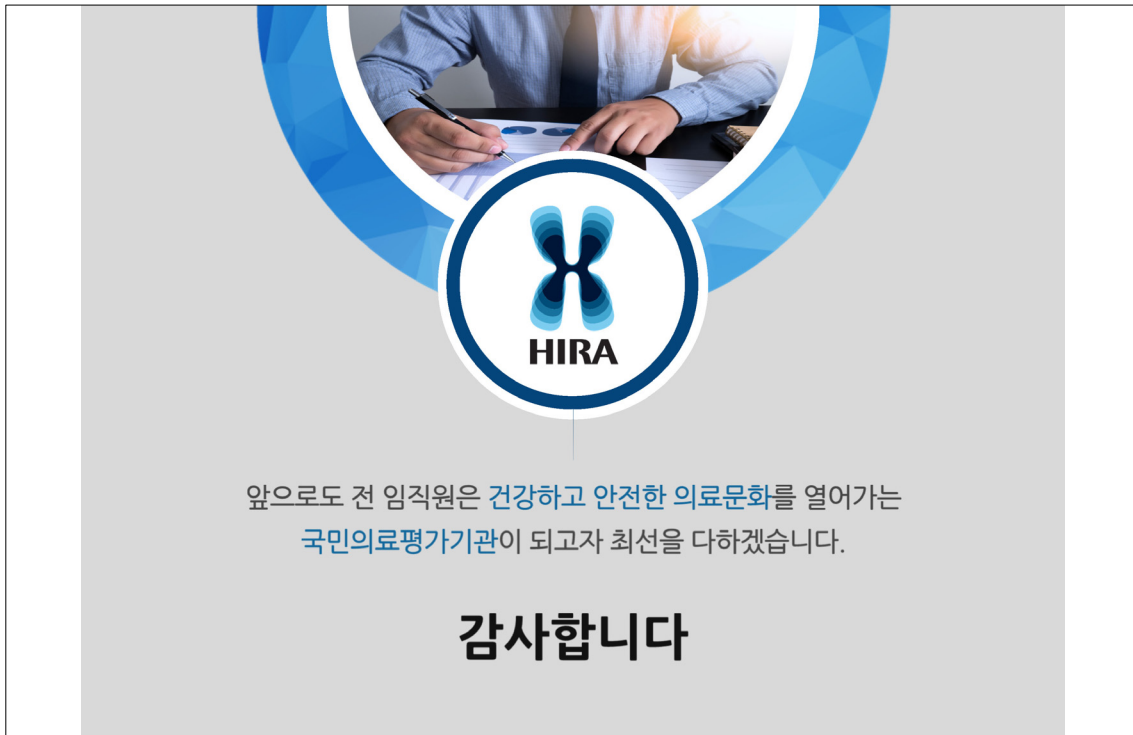
Health Insurance Review & Assessment Service


건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

환자분류체계 정보 제공 내용

안내	○ 환자분류체계 개념, 부문별 개정이력과 분류로직 등에 대한 개괄적인 안내와 타 서비스로의 바로가기 서비스요양기관 • 요양기관 업무포털 서비스 ⇒ 모니터링 ⇒ 환자분류체계 ⇒ 분류체계 안내
자료실	○ 환자분류체계 분류집, 고시내용, 환자분류 프로그램 등을 사용자가 조회하고 다운로드 할 수 있는 서비스 • 요양기관 업무포털 서비스 ⇒ 모니터링 ⇒ 환자분류체계 ⇒ 입원/재활/외래/한의입원/한의외래 탭 중 선택 ⇒ 자료실
환자분류 조회	○ 사용자가 직접 화면에 진료내역 등을 입력하여 즉시 환자분류번호를 확인할 수 있는 서비스 • 요양기관 업무포털 서비스 ⇒ 모니터링 ⇒ 환자분류체계 ⇒ 입원/재활/외래/한의입원/한의외래 탭 중 선택 ⇒ 환자분류 조회
분류번호 다운로드	○ 심사가 완료된 청구명세서에 대하여 사용자가 원하는 심사연월, 심사차수, 접수번호 등의 조건에 따라 해당 명세서의 환자분류번호를 다운로드 할 수 있는 서비스 • 요양기관 업무포털 서비스 ⇒ 모니터링 ⇒ 환자분류체계 ⇒ 입원/재활/외래/한의입원/한의외래 탭 중 선택 ⇒ 환자분류 조회 ⇒ 환자분류체계 번호 다운로드

48



4) 보험위원회 및 건강보험정책단 2023년 제3차 전체회의

일시 : 2023년 6월 27일(화) 18:00

장소 : 대한내과학회 회의실(온·오프라인 병행)

참석 :

- 보험위원회 : 오프라인 (김형종, 전로원)
온라인 (강창원, 박근형, 김종화, 김태빈, 이재련, 정대영, 황용일)
- 정책단 : 오프라인 (김형준)
온라인 (이현웅, 구동희, 윤영경, 이문형, 이정규, 전성완)

■ 보고사항

1. 전 회의록 검토: 정정, 삭제 없이 통과됨.
2. 내소정 입원료 가산제도 관련 회의결과 및 의견 제출내용 보고

■ 토의사항

1. 건강보험정책단 연구 과제 주제 선정의 건

- 1) 지정연구 주제 및 연구분과 지정
 - 주제: 응급의료체계 개선에 대한 내과계 질환 연구(가제)
 - 지정연구 과제는 소화기, 심장, 호흡기, 신장 학회에 공고하여 접수를 받기로 함.
 - 복지부에서 계획하고 있는 응급의료 전달체계개편 시범사업의 “권역응급의료센터 - 지역응급의료센터 - 지역응급의료기관” 3종 체계 지정 운영에 맞추어 연구 진행 예정
- 2) 공모연구
 - 지정연구 분과 선정 후 7월 중 공모연구 주제 각 분과학회에 공모 예정
 - : 공모연구는 정해진 연구주제가 아닌 자유 주제로 공고하기로 함.

2. 2023년 제7차 보험위원회 및 건강보험정책단 “보험아카데미” 주제 선정의 건

- 일시 및 장소: 2023년 10월 28일(토) 13:30~17:00, 서울 스위스그랜드호텔
- 의료질평가 관련 주제(안)

13:30~15:00	보험아카데미	〈좌장:〉
(13:30~14:00)	심평원 평가 운영실 소개 (가안)	
(14:00~14:30)	국가 의료질 지표 관리 (가안)	
(14:30~15:00)	Q & A	
15:00~15:30	보험아카데미	〈좌장:〉
(15:30~16:00)	적정성 평가 관련 법령, 제도 (가안)	
(16:00~16:30)	상급종합병원 지정 평가 (가안)	
(16:30~17:00)	Q & A	

- 보험아카데미에 다룰 강의 주제를 위원분들의 의견을 수렴하여 정하고 강사를 섭외하기로 함.

3. 보험위원회 산하 질평가위원회 위원장 선출 및 위원 구성의 건

- “한국의료질향상학회” 명지병원 이왕준 회장, 서울대 류마티스내과 이은봉 교수(부회장), 삼성의료원 소화기내과 이준행 교수 추천 여부 논의함. (보험위원회 간사 서준 교수 추천)
- 외부인사 중 위원장 선출 또는 보험위원회 및 정책단 내에서 위원구성 후 위원장 발탁할지 여부 논의 : 외부 인사 영입 보다는 내부에서 추천임명하거나 보험이사가 위원장으로 위원 구성을 마친 후에 질평가위원장을 위원 중에 추천 임명하는 방안을 추진 고려하기로 함.

4. 대한내과학회 보험자료실 및 보험아카데미 VOD 홍보

- 대한내과학회 회원 대상으로 보험자료실 및 보험아카데미 VOD 홍보함.
- 적극적인 홍보 필요하여 분기별로 메일 송부 등 자료실 홍보 진행하기로 함.

5. 건강보험정책단 위원 감사패 제작 및 수여

- 건강보험정책단에서 장기간 봉사하신 분들을 위하여 감사패 수여하기로 함.
- 대한내과학회 학술대회 중 보험아카데미 세션에서 수여식 진행 예정.

6. 의원급 다빈도 검체검사 행위 관리진료과 변경(안)에 대해 의료행위심의위원회 소위원회 회의 진행

- 2023년 6월 7일 (수), 김형준 단장 참석함.
- 대한내과외사회에서 다빈도 검체검사 행위 관리과를 진단검사의학과에서 의학공통으로 변경하는 안을 의협에 제시함.
- 2023년 7월 13일(목) 2차 회의 예정, 김형준 단장님 혹은 김형중 이사님 참석 예정 : 김태빈 이사님께서 다빈도 검체검사 행위 관련 관리진료를 의학공통으로 변경하는 데 의료행위심의위원회 소위원회 회의에서 도움을 줄 것을 요청함.

■ 특강

- 주제: 건강보험 약제 급여기준
- 연자: 장준호 부장 (건강보험심사평가원 약제기준부)

■ 기타사항

1. 차기(제4차) 보험위원회 및 건강보험정책단 회의 개최

- 일시 및 장소: 2023년 8월 22일 (화) 18:00, 대한내과학회 회의실 (오프라인)

강의자료

[건강보험 약제 급여기준], (장준호)



급여기준의 개념

❖ 급여기준의 개념

요양기관이 실시하는 **요양급여의 방법·절차·범위·상한 등에 대하여**
보건복지부장관이 정한 기준 및 세부적용방법

❖ 국민건강보험법 제41조에 의한 요양급여의 기준

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (보건복지부령)
- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (보건복지부장관 고시)
- 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (심사평가원장 공고)

❖ 약제급여기준 필요성

- 식약처와 복지부/심평원의 의약품에 대한 인식 차이
- * 식약처 : 약리학적 효과에 대한 안전성 · 유효성 등 판단.
비용효과성, 대체약제 가격비교 등 ‘재정’에 대한 부분은 고려치 않음
- * 복지부/심평원 : 식약처 허가 받은 의약품이 건강보험제도에서 ‘약제’로 급여되기 위해서는 ‘재정’에 대한 고려가 필수적임.
따라서, 비용효과성, 대체약제 비교 등으로 보험약가를 정하고,
약제급여기준 설정함

3

급여기준 설정

- 허가사항을 기준으로 허가사항 전체 또는 허가사항 범위보다 축소하여
약제별(성분별) 급여기준을 설정
 - 약제급여기준은 건강보험에서 비용을 보상하는 실질적인 ‘사용범위’로 작용
 - 다만, 등재된 의약품 중 대체약 없는 경우에는
허가사항 범위를 초과하는 급여기준도 설정
 - 고시 및 공고로 전체 적용 또는 신청요양기관에 한해 적용
- (항암제) 암환자에게 사용하는 항암제 급여기준은 심사평가원장이 공고
- (일반약제) 항암제를 제외한 일반약제 급여기준은 복지부장관이 고시

4

급여기준의 법적 근거

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제1조의2(요양급여 대상의 여부 결정에 관한 원칙)

복지부 장관은 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료 효과성 등 임상적 유용성, 비용 효과성, 환자의 비용 부담 정도, 사회적 편익 및 건강보험 재정상황 등을 고려하여 요양급여대상의 여부를 결정해야 한다.

제5조(요양급여의 적용기준 및 방법)

- ① 요양기관은 가입자 등에 대한 요양급여를 별표 1의 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하여 실시하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
- ③ 조혈모세포이식 및 심실보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시한다.
- ④ 제2항에도 불구하고 시행령 별표2 제3호 마목에 따른 **중증질환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제**에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 <중략> 건강보험심사평가원장이 정하여 공고한다. <이하 생략>

5

급여기준의 법적 근거

[별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조제1항 관련)

1. 요양급여의 일반원칙

가. 요양급여는 가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다.

<중략>

2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료

3. 약제의 지급

4. 치료재료의 지급

5. 예방·재활

6. 입원

7. 가정간호

8. 의료장비

6

급여기준의 법적 근거

[별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조제1항 관련)

3. 약제의 지급

가. 처방·조제

- (1) 영양공급·안정·운동 그 밖에 요양상 주의를 함으로써 치료효과를 얻을 수 있다고 인정되는 경우에는 의약품을 처방·투여하여서는 아니되며, 이에 관하여 적절하게 설명하고 지도하여야 함
- (2) 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항 범위 안에서 필요·적절하게 처방·투여하여야 함
다만, 진료상 반드시 필요하다고 장관이 고시한 경우 허가 또는 신고된 범위를 초과하여 사용 가능
중증환자에게 처방·투여하는 약제로 장관이 고시한 약제는 심평원장이 공고한 범위 안에서 처방·투여 가능
- (3) 요양기관은 **중증환자에 대한 약제 처방·투여**시 그 범위가 (2)에 해당하지 아니하나 특별히 필요한 경우 해당 약제의 품목명 및 처방·투여의 범위 등에 대하여 **심평원장이 인정하는 범위 안에서 처방·투여** 가능
- (4) 식약처장이 긴급한 도입이 필요하다고 인정한 품목은 식약처장이 인정한 범위 안에서 처방·투여 가능
- (5) 항생제, 스테로이드제 등 오남용 폐해 우려 의약품은 병력·투약력 등 고려하여 신중하여 사용
- (6) 2품목 이상의 의약품 병용은, 1품목으로는 치료효과 기대 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함(이하 생

7

급여기준의 법적 근거

[일반원칙] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제4항에 의하여 중증환자 중 암환자에게 처방·투여하는 약제로서 건강보험심사평가원장이 정하여 공고하는 약제의 범위 및 비용부담 (보건복지부 고시)

1. 약제의 범위

가. 항암요법제 사용 관련

- 245 부신피하호르몬제, 247 난포 및 황체호르몬제, 249 기타의 호르몬제, 313 비타민B제, 339 기타의 혈액 및 체액약, 392 해독제, 399 따로 분류되지 않는 대사성 의약품, **421 항악성종양제**, 429 기타의 종양치료제, 617 주로 악성종양에 작용하는 것, 639 기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제

나. 항구토제 사용 관련

다. 암성통증치료제 사용 관련

8

급여기준의 법적 근거

[일반원칙] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제4항에 의하여 중증환자 중 암환자에게 처방·투여하는 약제로서 건강보험심사평가원장이 정하여 공고하는 약제의 범위 및 비용부담 (보건복지부 고시)

2. 비용부담

상기 1.의 약제는 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 다만, 아래에 해당하는 경우에는 약값의 전액 또는 일부를 환자가 부담토록 함.

가. 허가사항 범위이지만 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법 관한 세부사항」

이외에 투여한 경우

나. 허가사항 범위 초과이지만 의학적 타당성·비용효과성 등을 종합적으로 고려하여 전액본인부담 또는 일부본인부담으로 인정한 범위 내에서 투여한 경우

9

급여기준

■ 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (심평원장 공고)

<일반원칙>

1. 항암요법에 사용되는 약제 투여기준

가. 일반사항

(1) 항암요법에 사용되는 약제(이하 '항암요법'이라 함)는 식약처 허가사항 범위 내에서 사용함을 원칙으로 함
(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표1, 제3호 가목)

- 단, 항암요법으로 급여범위를 별도로 정하는 경우는 해당 급여범위 내에서 인정되며

허가사항 범위 내에서 공고한 세부인정범위 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담함

(2) 심사평가원장이 공고한 식약처 허가사항을 초과한 항암요법의 경우 공고한 범위 안에서 인정함

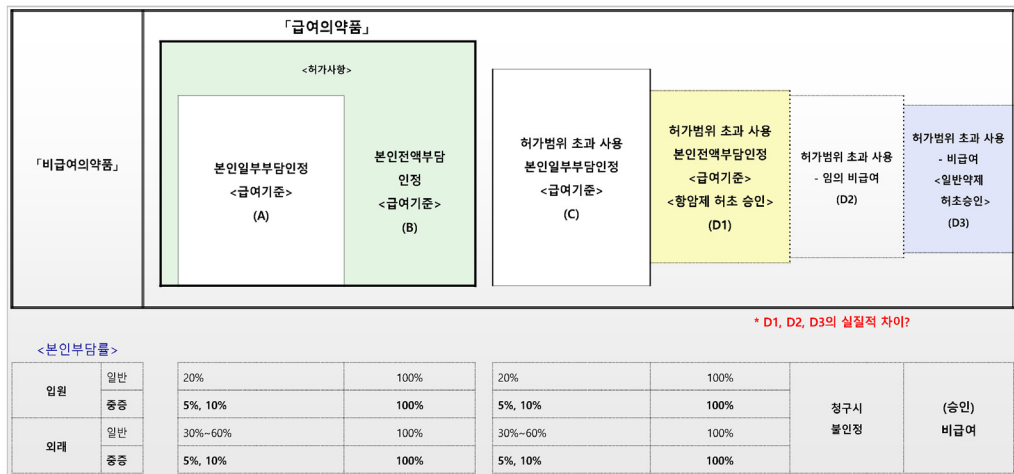
(3) 식약처 허가사항 초과(효능·효과 초과) 및 2항의 범위 외로 처방·투여코자 하는 경우에는

별도의 기준 및 절차에 따라 신청 또는 신고하여야 함

([별 표] 허가 또는 신고범위 초과 항암요법 사용 승인에 관한 기준 및 절차)

10

허가사항과 급여기준



11

급여기준 예시 (고시)

- Rituximab(품명: 맵테라주) 식약처 효능효과
: 림프종, 만성 림프구성 백혈병, 류마티스 관절염, 베게너육아종증 및 현미경적 다발혈관염
- Rituximab(품명: 맵테라주) 고시 제 2018-18호 (시행일:2018-02-01)
 - 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준 (림프종, 만성 림프구성 백혈병, 류마티스 관절염, 베게너육아종증 및 현미경적 다발혈관염 (투여대상, 재투여요건, 교체투여 등 생략))으로 투여 시 요양급여를 인정 (A)하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담 (B)
 - 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준 (ABO 혈액형 부적합 신이식 환자의 거부반응 예방에 375 mg/m2 용량으로 1회 등 7가지)으로 투여 시 요양급여를 인정 (C)
 - 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준 (만성 저항성 특발성 혈소판 감소성 자반증에 기존 약제 실패하고 비장적출술에 불응 또는 금기인 경우 등)으로 투여 시 약값 전액은 환자가 부담 (D1)
- Rituximab(품명: 맵테라주)의 허가초과 비급여 사용 승인된 적응증 : 에반스증후군 등 (D3)

12

급여기준 예시 (공고)

[난소암] 4. 유지요법 (A)

연번	항암요법	투여대상	투여단계
2	niraparib	가. 1차 백금기반요법에 반응(CR 또는 PR)한 진행성 BRCA 변이 상피성 난소암, 난관암, 일차 복막암 ※ 백금계 항암제 완료 후 12주 이내 투여	-

(허가사항) 1차 백금기반 항암화학요법에 반응(부분 또는 완전반응)한 난소암(난관암 또는 일차 복막암 포함) 성인 환자의 단독 유지요법

(B) 허가사항 범위 내 급여기준(BRCA) 범위 이외

[췌장암] 1. 수술후보조요법 (C)

연번	항암요법	투여대상
3	FOLFIRINOX (oxaliplatin + irinotecan + leucovorin + 5-FU)	근지적 수술로 절제된 1-3기 췌장암 (투여기간 : 12주기)

[비소세포폐암] (D1)

요법코드	암종	항암화학요법	투여대상	투여단계	투여요법	급여상세사항	참고사항 (용법용량)
2408	비소세포폐암	lorlatinib	crizotinib 사용 후 진행한 ROS1-양성 진행성 또는 전이성 비소세포폐암	2차	고식적요법 (palliative)	약값 일부 본인부담 (100/100)	lorlatinib 100mg once daily

13

급여기준 등 현황

복지부 고시(급여기준)				심사지침				
계	행위	치료재료	약제	계	행위	치료재료	약제	기타
2,114	1,155	387	572	102	83	11	4	4

※ 항암제(암질환 환자에게 사용하는 약제) 급여기준 : 심평원장 공고

(대상 약제)

- 항암요법제, 항구토제, 암성통증 치료제

(연도별 현황)

연도	공고요법 수	항암제
2020년	1,166	614
2021년	1,174	612

* 항암제 허가초과요법 총 511개 요법 승인

* 항암제 FAQ 공개

14

약제 급여기준 검토 내용

의 학 적 타 당 성	- 식약처 허가사항, 외국 의약품집 등재여부 - 근거문헌(교과서, 가이드라인, HTA보고서 등) - 관련 학회 의견
대 체 가 능 성 비 용 효 과 성	- 대체가능성 : 관련문헌(교과서, 외국약품집 내용 등) - 비용 효과성 : 유사약제 및 1일 치료비용 총 치료기간당 소요비용, 추가 재정영향
희 귀 질 환 해 당 여 부	- 희귀질환에 사용하는 약제로 환자 진료에 반드시 필요한지 여부 검토

약제 급여기준 검토시 주요 고려사항

상황 변화에 따른 급여기준 확대

- **의학적 타당성 보충**
: 제외국 가이드라인 업데이트, 임상 진료지침 개정, 관련 논문 추가 발표 등
- **비용효과성 (상대적) 보충**
: 대상약제의 약가 인하로 1일 소요비용 감소 → 대체약제와의 상대적 비용차이 감소
해당 적응증에 더 고가의 신약 등재
- **사회환경적 변화**
: 임신/출산 관련 약제, 결핵치료제, 에이즈치료제, 희귀의약품 치료제,
소아사용 약제 등
- **정부정책적 요인**
: 응급, 중증 필수의료 보장성 강화

나아갈 방향

- 보다 신속하고, 투명하고, 효율적인 검토
- 재정적 한계 고려 중증, 희귀, 난치
- 신속성(서식 효율화를 통해 보완 의견 요청 최소화)
- 투명성(결과 공개 세부 내용 포함)
- 효율성(근거 변동 없는 사항 반복적 검토 지양)

17

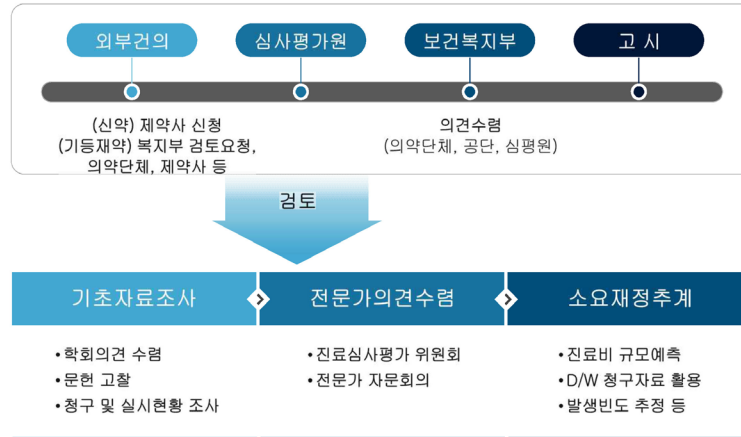
학회에 바라는 점

- 급여기준 개선 의견시 온라인 기준 개선 창구 활용 요청
 - 검토 진행 상황 파악 용이
 - 급여기준 확대 신청 서식 개편시 협조 필요
 - 심평원 홈페이지 → 국민소통 → 개선건의 → 약제기준 개선 건의
- 근거 변경 없는 반복적 신청 지양
 - 검토 결과 회신시의 reference 확인 필요
- 허가초과 급여확대 신청 관련
 - 우선 허가초과 비급여 사용 승인 신청 절차 선행 필요

18

I 급여기준 검토 절차(일반약제)

일반약제

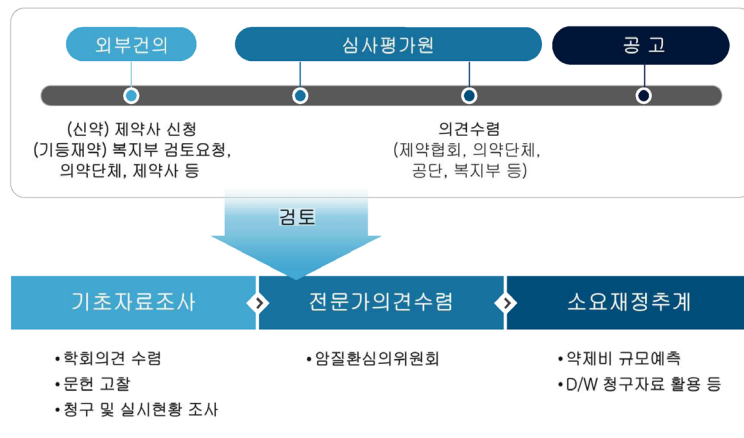


19

19

I 급여기준 검토 절차(항암제)

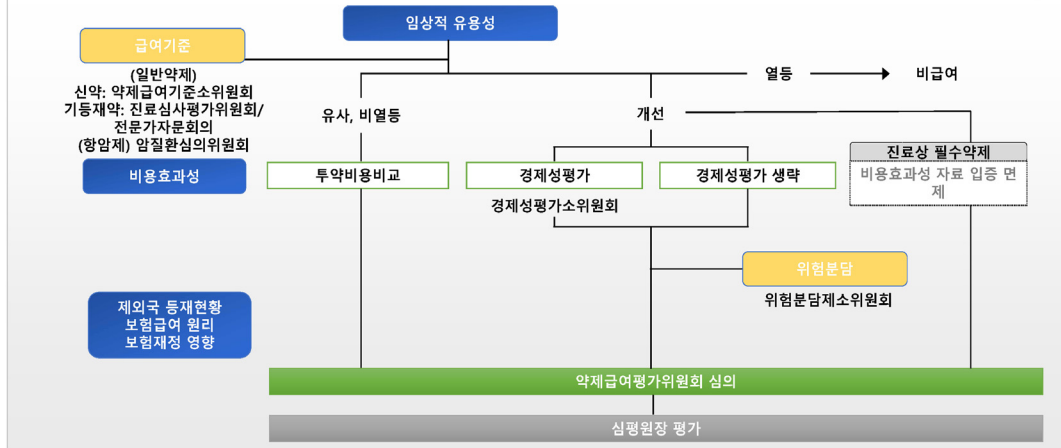
암환자에게 처방·투여하는 약제(항암제)



20

급여기준 설정 후 후속절차

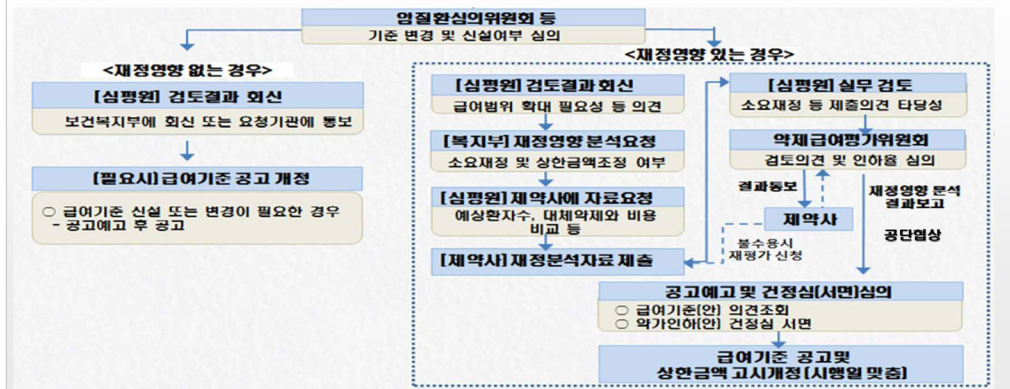
- 신약 및 사용범위 확대(위험분담약제) 후속 절차 (심평원 비용효과성 평가 -> 공단 협상 -> 복지부 고시)



21

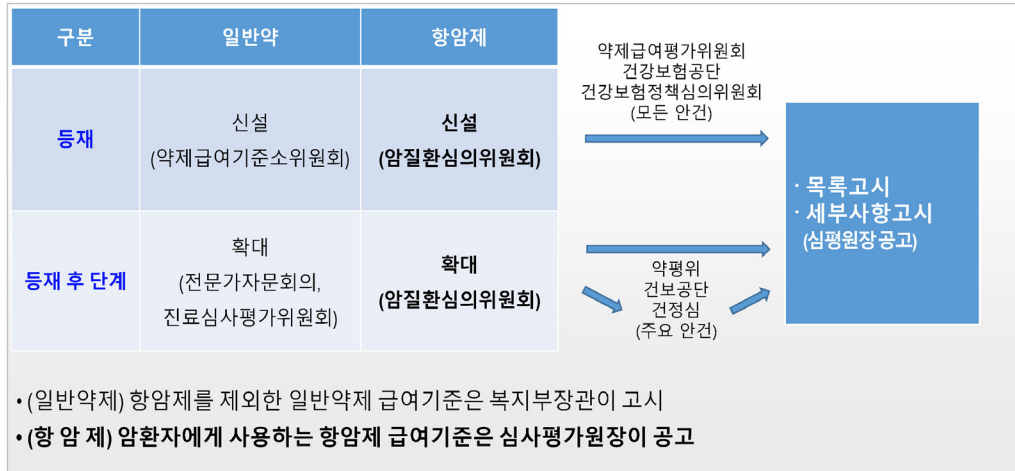
급여기준 설정 후 후속절차

- **사용범위 확대(위험분담대상 제외) 약제) 후속 절차 (재정영향 여부 및 수준에 따라 심평원 상한금액 조정 평가 / 공단 협상 여부 결정)**



22

관련 심의 기구



23

약제 급여기준(예시)

○ 일반원칙

1) 범용(5항목)

- 동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준
- 병용금지, 연형금지 및 일부금지 성분
- 주사제의 자가주사 및 장기처방
- 허가(신고) 초과약제의 비급여 사용승인에 관한 기준
- 비용효과적인 함량 의약품 사용

2) 질병별(35항목)

- 간장용제
- 경구용 만성 B형간염 치료제
- 고지혈증 치료제
- 내용액제(시럽 및 현탁액 등)
- 당뇨병용제
- 비타민제
- 진해거담제
- 폐경기증후군에 투여하는 약제
- 항성제
- 항파킨슨약제
- 항정신성약물
- 암환자에게 투여하는 약제로서 심평원장이 공고하는 약제의 범위 및 비용부담

<동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준>

동일 요양기관에서 같은 환자에게 6개월 동안 동일성분 의약품의 투약일수가 214일을 초과하여 처방하는 경우, 요양급여를 인정하지 아니한다. 아래에 해당하는 경우에는 예외로 인정함.

- 아 래 -

가. 환자가 장기출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진 되기 전 처방을 받아야 하는 경우

나. 의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, 파우더 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방 의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우

다. 항암제 투여 중인 환자이거나, 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우

※ "동일성분 의약품"이라 함은 국민건강보험 시행령 제24조 제3항 및 "국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙" 제8조 제2항 에 의한 '약제급여목록 및 급여 상한금액표'상의 주성분코드를 기준으로, 1~4째 자리(주성분 일련번호)와 7째 자리(부여 경로)가 동일한 의약품을 말한다.

(예) 123101ATB, 123102ATB, 123102ATR,

123104ATR은 모두 동일 성분 의약품에 해당함.

(고시 제2013-127호, '13.9.1.)

건강보험 항암제 약제 급여기준

	당첨자의 약 처방·투약하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 Contents ● I. 항암요법 1 - 일반원칙 3 - 주요 항암제 항암요법 17 - 항암제 급여 140 ● II. 항구토제 141 - 일반원칙 143 - 항암제 투여의 주파수 유발 가능성 정도 145 - 항구토제 투여기준 148 - 특수 상황에서의 권고사항 152 ● III. 암성 통증 치료제 153 - 성인 암성 통증의 약물요법 155 - 소아 암성 통증의 약물요법 166 ● IV. 기타 약제 169 1. G-CSF 주사제 171 2. Zoledronic acid 주사제(종명: 조페타레디주 등) 175 3. Denosumab 주사제(종명: 엑스기파주) 176 4. Sodium thiosulfate 주사제(종명: 아메록스주 25%) 177 5. Desazaxosone 주사제(종명: 카디록산주) 178 ※ 별첨 1) 식약처 결정 179 ※ 2군 항암제 색인 199
---	---

25

허가(신고)범위 초과 약제 관리

- 고시 및 공고에 의한 급여 (본인일부부담, 전액본인부담)
- 요양기관의 신청에 의한 승인

구분	일반약제	항암제
신청대상기관	IRB (임상시험심사위원회)	다학제적위원회
승인요건	대체가능약제 여부, 의학적 타당성, 비용효과성 등	대체가능 약제여부, 의학적 타당성, 비용효과성 등
승인절차	요양기관 신청 → 심평원 접수 → 식약처 평가 → 심평원 통보	요양기관 신청 → 심평원 접수 → 암질심 심의 → 심평원 통보
급여수준	비급여	전액본인부담
진료시점	신청 후 사용	승인 후 사용 (일부 사후승인)
사후관리	연 1회 제출 (심평원 취합 → 식약처 통보)	연 1회 제출(심평원)

26



감사합니다

033-739-1333

Jangjunho.phd@gmail.com

5) 보험위원회 및 건강보험정책단 2023년 제4차 전체회의

일시 : 2023년 8월 22일(화) 18:00

장소 : 대한내과학회 회의실 (온·오프라인 병행)

참석 : [오프라인] (보험위원회) 김형준, 김형중, 이인석, 박찬석, 김병욱
(정책단) 김영삼, 이현웅

[온라인] (보험위원회) 강창원, 정대영, 정재원, 김종화, 황용일, 윤보영

(정책단) 송준영, 윤영경, 조성균, 김태빈, 최덕현, 박경혜, 김현아, 박병규

■ 보고사항

1. 전 회의록 검토: 정정, 삭제 없이 통과됨.

2. 대한의사협회 제41차 의료행위심의위원회 (2023. 7. 21)

- 참석: 김형준 건강보험정책단장, 김형중 보험이사 (배석)
- 토의사항: (1) 상대가치 3차 개편 관련 의료행위 급여 항목 재분류(안)
(2) 의원급 의료기관 다빈도 검체검사 행위 관리진료과 검토
(3) 검체 현장검사 행위 관리진료과 검토
- 대한개원의협의회에서 '일반혈액검사(CBC)-[혈구세포-장비측정]' 등 검체검사 60개(5단코드 기준) 행위의 관리진료과를 진단검사의학과에서 의과공통으로 변경 요청한 사안에 대해 3개 대안 마련
 - 1안: 관리진료과 및 작업과를 현행 진단검사의학과로 유지
 - 2안: 내과의사회에서 수정 제안한 31개 항목(5단코드 기준, 기존 60개 항목에서 31개 항목으로 수정)의 관리진료과를 진단검사의학과에서 의과공통으로 변경 (단, 작업과는 진단검사의학과 유지)
 - 3안: 관리진료과는 진단검사의학과를 유지하되 내과의사회에서 수정 제안한 31개 항목의 작업과는 행위정의 작성 참여를 희망하는 전문과 추가
- 회의결과: 의협 회의에서 투표를 진행하였으나 현재 계속 논의 중

3. 보험위원회 산하 질평가위원회 구성 검토 (임시 위원장: 보험이사)

- 질평가위원회에서 다룰 범위 (적정성평가, 상급종합병원 평가 등 평가관련 건강보험정책) 논의를 위해 2023년 9월 제1차 회의 개최 예정

4. 건강보험정책단 지정 및 공모 연구과제 재공고

- 공모 연구과제 지원이 없어 연구과제 공모에 적극 참여를 독려하고, 일반 내과회원에게도 공지하기로 함.

■ 토의사항

1. 보험위원회 및 건강보험정책단 위원 공로에 대한 감사패 제작 및 규정 마련(안)

- 보험위원회 및 건강보험정책단 위원 공로 감사패 수여 규정(안)에 대해 검토함.
- 공로에 대한 감사패 수여 범위를 내과학회 회원과 외부 인사들로 확대하는 것에 대해 반대 의견이 없어 공로상, 감사패에 대한 목적, 명칭에 대한 규정을 좀 더 수정하여 회람하기로 함.
- 내과학회 회원이며 건강보험정책단에서 기여를 많이 한 경우는 감사의 의미와 목적으로 수여하며, 외부 인사 또는 내부에서 많은 공로를 인정받아 공로패 목적으로 수여하기로 함.
- 두 가지 목적의 공로패와 감사패 제작을 할 필요가 있어 규정을 보완하기로 하고, 건강보험정책단 내부규정보다는 보험위원회 내부규정에 추가하기로 함.

2. 2023년 제7차 보험위원회 및 건강보험정책단 “보험아카데미” 주제 선정의 건

- 일시 및 장소 2023년 10월 28일(토) 13:30~17:00, 서울 스위스그랜드호텔
- 프로그램 구성: 의료질평가 관련 주제
- VOD 촬영본은 전체 내과학회 회원에게 배포하기로 하고, 10월 초 내과학회 회원에게 보험아카데미 프로그램 홍보 메일 배포 예정
- 프로그램(안)

순서	주제	연자 및 좌장
13:30~13:45	환영사 (+공로 감사패 수여식)	박중원 (내과학회 이사장)
13:45~13:50	Opening	김형준 단장 (내과학회 건강보험정책단)
13:50~14:20	적정성 평가 관련 법령과 제도	연자 섭외(심평원)
14:20~14:50	적정성 평가 항목별 기본계획 및 정책 지원	연자 섭외(복지부)
14:50~15:00	Q & A	
Coffee break		
15:10~15:50	내과 분과별 적정성 평가 질환 : 당뇨병, 폐렴(중환자실), 종양, 감염 (각 10~15분)	연자 섭외 (내과분과학회)
15:50~16:30	내과 분과별 적정성 평가 질환 : 천식, 혈액투석, 심장혈관질환 (각 10~15분)	연자 섭외 (내과분과학회)
16:30~16:50	패널 토의	
16:50~17:00	Closing	김형준 (보험이사)

- 1세션에서는 심평원과 복지부의 외부 연자를 초청하여 강의를 진행하고 연자로 초청이 어려운 경우 패널 참여로 섭외하기로 함.
- 2세션의 “내과 분과별 적정성 평가 질환”은 발표 질환을 줄여 충분한 발표 시간을 가지는 것이 필요하다는 의견이 제시되어 4개 분과의 적정성 평가 질환을 선정하여 진행하기로 함.
- 적정성평가 질환이 정해지는 대로 내과 분과학회에 발표자 추천을 요청하기로 함.
- 패널토의에는 모든 연자와 좌장 참여 예정

3. 차기(제5차) 보험위원회 및 건강보험정책단 회의 개최

- 일시 및 장소: 2023년 10월 24일(화) 18:00, 대한내과학회 회의실 (온-오프라인 병행)

II 환자분류체계위원회 활동 내역

1. 회의 결과

가. 개최 현황

1) 환자분류체계위원회 전체 회의

회의	일시	장소	안건
2022년 1차	22.12.22	온·오프라인	• KDRG 이원분류체계 운영방안 • KDRG 효율적 운영을 위한 범용사용 시범검토 관련 보고
2023년 2차	23.03.16	온·오프라인	• 환자분류체계위원회 업무 방향 검토

나. 회의 결과 - 환자분류체계위원회 회의

1) 환자분류체계위원회 2022년 제1차 회의 결과

일시 : 2022년 12월 22일 (목) 18:30

장소 : 온·오프라인회의

참석 : 이인석, 박찬석, 김영삼, 김형준, 문영철, 김형중, 황원민, 이승률, 이상민, 이정규,

■ 보고사항

1. 전 회의록 검토

- 정정 삭제 없이 통과됨.

2. 2022년 환자분류체계위원회 구성 및 소개

■ 토의사항

1. 건강보험심사평가원 환자분류체계 검토위원회 회의록 검토

- 추후 환자분류체계위원분들께 배포예정

2. 환자분류체계위원회 업무사항

- KDRG 분류체계 개발 및 운영
- KOPG 분류체계 개발 및 운영
- KCD 분류체계 개선 및 운영
- 분류체계 활용분야
- 실폐괄위원회 운영
- 기타
 - 1) 행위 목록 개정 고시에 따른 질병군 배정
 - 2) 상급종합병원 지정 규정 관련 개선
 - 3) ICD 11 개정 관련 업무

3. ICD-11 번역검증

- 2022년 심평원 제2, 3, 4차 환자분류체계 검토위원회 참여
- 복지부 보건의료데이터진흥과, 한국보건 의료정보원 보건 의료표준화부, 심평원 정책연구실, ICD-11 국내도입본부에서 주최하는 ICD-11 번역검증자문을 진행함.

■ 기타사항

1. 차기(제2차) 환자분류체계위원회 회의 개최일 결정의 건

- 1년에 3~4회 개최 예정

2) 환자분류체계위원회 2023년 제2차 회의 결과

일시 : 2023년 3월 16일 (목) 18:00

장소 : 온·오프라인회의

참석 :

- 오프라인 (이인석, 김영삼, 박병규, 신정호, 전성완(배장환 교수 대리참석))
- 온라인 (김성용, 김형중, 박찬석, 원영웅, 윤보영, 윤영경, 이상민, 이승률, 이정규, 조호찬, 최병용, 황원민)

■ 보고사항

1. 전 회의록 검토: 정정 삭제 없이 통과됨.
2. 2023년 환자분류체계위원회 구성 및 소개

■ 토의사항

1. 환자분류체계위원회 업무사항

- 1) 2023년 환자분류체계 검토위원회 업무 방향 설명회
 - 일시: 2023년 4월 25일(화), 내과학회 보험위원회 및 건강보험정책단 전체회의 시 진행 예정
 - 주제: 2023년 KDRG 및 KOPG 운영방향
 - 외부 초청강사: 건강보험심사평가원 분류체계개발부 김희남 부장
- 2) 춘계학술대회 보험아카데미 프로그램 참여
 - 일시 및 장소: 2024년 4월 27일(토), 경주 화백컨벤션센터
 - 주제: 분류체계 및 신포괄 관련 강의
- 3) 신포괄수가제위원회 워크숍 예정
- 4) ICD-11 번역검증 및 조정관련 업무 진행 검토
 - ICD-11 한글 번역검증을 자문위원이 조정 및 검토 후 각 분과학회 이사회에 보고하여 내용공유를 독려함.

2. 기타

- 건강보험심사평가원 6기 검토위원회 차기임원 선출 예정이며 각 분과별로 추천받아 1인을 선출하여 건강보험심사평가원으로 제출 예정

3. 차기(제3차) 환자분류체계위원회 회의 개최일 결정의 건

- 일시: 2023년 6월 말 목요일 개최 예정 (추후 안내)

Ⅲ 신포괄수가제위원회 활동 내역

1. 회의 결과

가. 개최 현황

1) 신포괄수가제위원회 회의

회의	일시	장소	안건
2023년 1차	23.02.06	온라인회의 (ZOOM)	• 신포괄수가 개정안 논의 • 2022년도 신포괄수가위원회 사업 계획 논의
2023년 2차	23.05.24	온·오프라인 회의	• DRG 코드 불일치 사례(POA 관련 등) • Z코드 문제

나. 회의 결과 - 신포괄수가제위원회 회의

1) 신포괄수가제위원회 2023년 제1차 회의 결과

일시 : 2023년 02월 06일(월) 18:00

장소 : 온라인 회의

참석 : 최병용, 김양기, 김현숙, 김형중, 박찬석, 원영웅, 이은정, 이인석, 전재완, 정재원, 정주영, 최성훈, 홍상모, 김석일

■ 보고사항

1. 2023년 신포괄수가제위원회 구성 및 소개

■ 토의사항

1. 2023년 신포괄수가제위원회 사업계획 보고

1) 신포괄수가제 인식도 조사

- 2018년부터 민간의료병원이 신포괄수가에 참여하였으나 관심도가 점차 떨어지는 점을 고려하여, 신포괄수를 진행하는 병원의 내과전문의, 전공의 대상으로 설문조사 진행이 필요함
 - (1) 신포괄수가 정책이 목표로 하고 있는 것을 얼마나 충족하는지
 - (2) 이 제도로 수행하고 있을 때 장점 및 보완해야 하는 점
- 환자들이 경험한 반응을 얻는게 중요하여 적극적인 협조가 필요함

2) 진단 코딩 오류에 관한 전문가 의견 마련

- 현재까지 이의 신청 사례 파악이 필요함
- 병원별로 사례를 모아 심평원에 이의 신청이 필요함

3) 신포괄수가 세미나 혹은 심포지엄 개최

- 2023년 여름 ~ 2024 여름 중 2회 개최 계획으로 추후 일정 확인 후 안내 예정

2. 기타토의

1) 비포괄항목 (치료재료 및 약제) 관련 토의

- 비포괄 치료재료 상당수가 포괄로 옮겨옴
- 다양한 의견이 필요하여 많은 의견 제출을 독려함

■ 기타사항

1. 차기(제2차) 신포괄수가제위원회 회의 개최

- 일시 및 장소: 2023년 4월 초(예정)
- 추후 안내 및 위원분들께 투표 예정
- 주제: 심포지엄 회의에 대한 논의, 코딩불일치(분과별 주요 불일치 상병코드 분석), 인식도 조사에 대한 의견

2) 신포괄수가제위원회 2023년 제2차 회의 결과

일시 : 2023년 05월 24일 (수) 18:00

장소 : 온·오프라인회의

참석

- 오프라인 (최병용, 김형중, 이인석)
- 온라인 (김세훈, 김양기, 김현숙, 박찬석, 원영웅, 이상훈, 정재원, 정주영, 장희준, 최희경, 김석일, 박수비)

■ 토의사항

1. 2024년도 포괄영역 기준수가 산정과 관련하여 분과별 건의사항

- 1) 비포괄항목 검토 대상 수집
 - 현재까지 비포괄항목 관련한 검토 대상 접수된 건은 없음
 - 원활한 의견 제출 및 검토를 위하여 신포괄수가제 단독방 개설하여 논의하기로 함

2. 중증도 보정 개선 작업과 관련하여 TFT 결성

- 1) 의료정보팀이 구축되어 있는 상급종합병원에서 자료 추출해 TFT팀 구성하여 연구 후 9월 전 의견서를 제출하고자 하였으나. 위원과의 논의 후, 건강보험심사평가원에서 진행한 데이터 받아 연구 후 의견 제출하기로 함.
- 2) 심평원 데이터 사용료 및 학회 지원 여부 확인 후 진행 예정

3. 새로 변경되는 조정계수 (기관별 1-5단계) 산출에 대한 의견 제안

■ 이인석 환자분류체계위원장 보고사항

1. 신포괄수가제위원회에서 각자 병원의 문제점 및 개선사항을 찾아 내과학회의 의견을 건의하기 위해 서로의 의견을 모아야 함.
 - 수가 및 질병군에서 문제점을 찾아 적극적인 논의 필요
2. 건강보험심사평가원 포괄수가실 대한내과학회 조인트 워크샵 예정
 - 2023년 8월 중으로 논의하고 있어 추후 안내 예정

■ 기타사항

1. 차기(제3차) 신포괄수가제위원회 회의 개최

- 추후 안내 및 회의날짜 투표 예정

IV 보험 아카데미 및 학술대회

1. 대한내과학회 건강보험정책단 제5회 보험아카데미

일시	장소	강의	연자	
			소속	이름
22.10.22	스위스 그랜드 호텔	신약 급여 등재	건강보험심사평가원 신약등재부	공지련
		약제 급여 기준과 사후 관리	건강보험심사평가원 약제기준부	김국희
		치료재료 급여 등재	건강보험심사평가원 진료심사평가위원회	서기현
		급여 등재 관련 의견서 작성	대한내과학회 보험위원회 간사	김형중

1) 강의자료

[신약 급여 등재], (건강보험심사평가원 신약등재부 공지런)

신약 등재 및 평가 기준

신약등재부 공지런

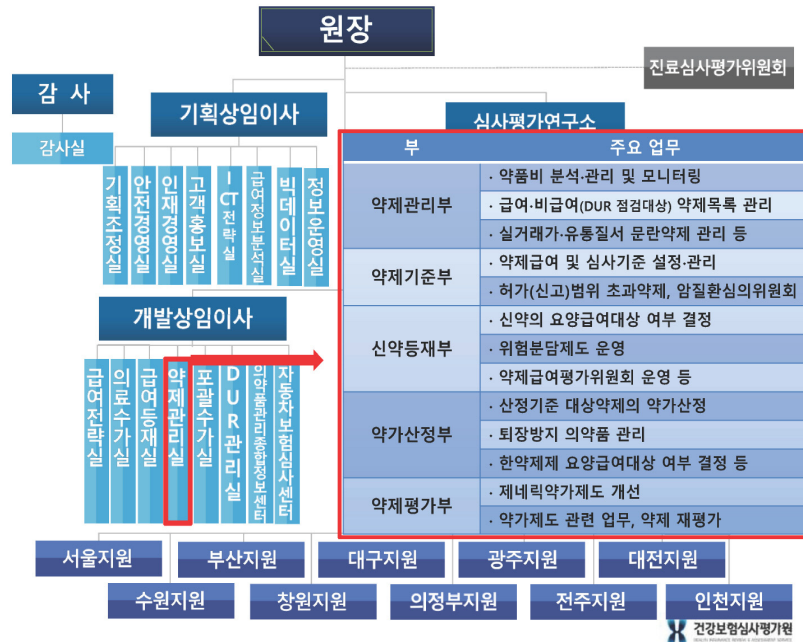


CONTENTS

- ① 일반 현황
- ② 신약의 등재
- ③ 평가 기준 등



I. 일반현황



식품의약품안전처

급여여부, 가격, 급여기준 고시

1 **제약회사 (수입사)**

신정 허가

요양급여 동재신청

2 **도매상**

공급

표준코드 부여

표준코드 신청

3 **공급 (생산) 내역 신고**

4 **KPIS 의약품관리종합정보센터**

5 **급여의약품 선별등재**

- 경제성 평가
- 급여기준 설정

6 **표준코드 관리**

7 **생산, 수입, 공급내역 관리, 정보제공**

8 **요양기관**

사용전승인

- 허가초과 사용
- 급여/비급여 사용

신정 승인

9 **국민**

청구

심사결과

10 **처방·조제·판매**

11 **4차방조제지원서비스 (DUR)**

12 **5심사**

급여기준 의거 심사

- 전산심사
- 정밀심사

13 **사후관리**

- 구입약가

14 **건강보험심사평가원**

 건강보험심사평가원 6

의약품 현황

유통(공급)품목수 ['20.12월 기준]

(단위 : 품목)

구 분	전 체	전문의약품	일반의약품
유통(공급)품목수	29,297 (100%)	21,814 (74.5%)	7,483 (25.5%)

* 심평원 제품정보보고서 대표코드 기준

급여·비급여 품목수

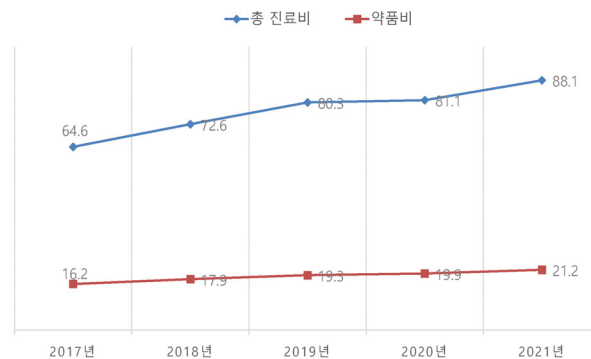
(단위 : 품목)

연 도	급여의약품			비급여의약품 (DUR점검대상)
	계	전문의약품	일반의약품	
2020.1.1.	23,589 (100%)	21,934 (93.0%)	1,655 (7.0%)	15,192
2021.1.1.	25,798 (100%)	24,019 (93.1%)	1,779 (6.9%)	14,798
2022.1.1.	25,047 (100%)	23,411 (93.5%)	1,636 (6.5%)	9,505

* 약제급여목록 제품코드기준

약품비 현황

연도별 재정 지출액 변화 [단위: 조]



II. 신약의 등재



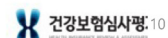
신약 등재절차

약제
Positive List 방식
(‘06.12.)

- 치료적 가치, 경제적 가치가 우수한 의약품 등재 (경제성 평가, 가격협상 절차)
- 식약처에 허가받은 의약품 중 임상적 유용성, 비용 효과성 등이 확인된 경우 요양급여 적용(신청주의)

행위·치료재료
Negative List 방식

- 요양급여가 되지 않는, 즉 비급여 대상으로 규정되지 않은 항목은 모두 요양급여대상으로 적용



약제 등재 결정 절차

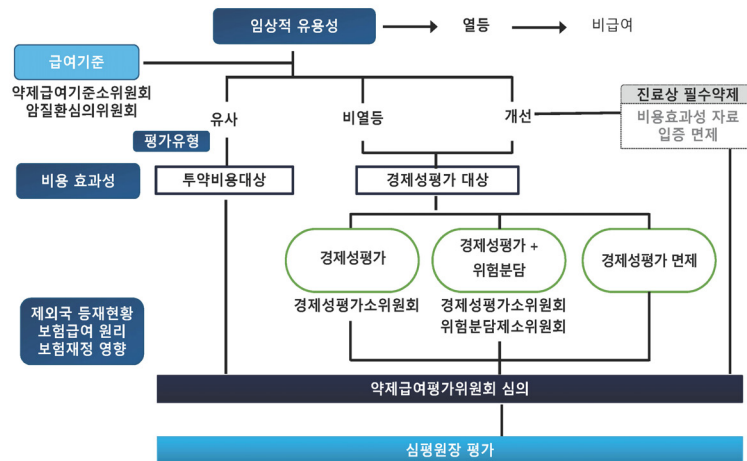


* 국내에서 세계 최초로 허가를 받은 신약 및 긴급·조속 도입이 필요한 희귀질환 치료제는 100일 이내, 제조업자 등이 이행할 조건이 있는 약제(위험분담제)는 150일 이내를 처리기간으로 함.

** 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표(mohw.go.kr > 정보 > 법령 > 훈령·예규·고시·지침에서 검색)

(hira.or.kr > 의료정보 > 의약품 정보 > 자료공개 > 약제급여

약제 급여적정성 평가 업무 흐름도



*임상적 유용성 비열등한 경우 경제성평가 중 비용최소화 평가만 가능

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

약제급여평가위원회

약제급여평가위원회

• 근거: 약제급여평가위원회 운영규정(심평원 규정)

- 구성 인원: 총 100명 내외(Pool제 병행), 19명 이내(회의 구성)
- 법적 성격: 약제에 대한 요양급여의 적정성 등을 효율적으로 평가하기 위한 심평원장의 심의자문기구
- 평가 사항: 요양급여대상여부, 상한금액 등

약제급여기준소위원회	경제성평가소위원회	위험분담제소위원회
• 급여 기준(안) 검토 및 설정	• 경제성평가 대상 여부 및 제출자료의 타당성 등	• 위험분담제 대상여부 및 유형의 타당성

이외, 재정영향평가소위원회(약가산정부), 약제사후평가소위원회(약제평가부) 등이 있음.

법적 근거 (국민건강보험법 제41조, 제41조의3, 제46조 등)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	약제의 결정 및 조정기준
[보건복지부령] • 제10조의2(약제 요양급여의 결정신청) • 제11조의2(약제에 대한 요양급여의 결정) 등	[보건복지부고시] • 제2조(결정신청의 대상) • 제4조(결정 및 조정의 신청) • 제5조(신청에 의한 결정 및 조정) • 제6조(안전성·유효성의 확인 등) • 제7조(약제에 대한 평가)
약제의 요양급여대상여부 등의 평가기준 및 절차 등에 관한 규정	신약 등 협상대상 약제의 세부평가기준
[심평원규정] • 제3조(자료제출) • 제3조의2(자료보완 및 제출서류반려 등) • 제4조(평가내용) • 제5조(요양급여대상 선별기준) • 제6조(진료상 반드시 필요하다고 판단되는 약제) • 제6조의2(경제성평가 자료제출 생략가능 약제) • 제6조의3(보건의료에 미치는 영향을 고려하여 필요하다고 평가하는 경우)	[심평원공개기준] • 요양기관업무포털(biz.hira.or.kr)에서 검색

법적 근거(법률 및 보건복지부령)

국민건강보험법 제41조의3 (행위·치료재료 및 약제에 대한 요양급여대상 여부의 결정)

② 「약사법」에 따른 약제의 제조업자·수입업자 등 보건복지부령으로 정하는 자는 요양급여대상에 포함되지 아니한 제41조제1항제2호의 약제에 대하여 보건복지부장관에게 요양급여 대상 여부의 결정을 신청할 수 있다.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조의2 (약제 요양급여의 결정신청 등)

③ 법 제41조의3제2항에 따라 요양급여대상 여부의 결정신청을 하려는 자는 별지 제17호 서식의 약제평가신청서에 다음 각 호의 구분에 따른 해당 서류를 첨부하여 건강보험심사평가원장에게 해당 약제의 경제성, 요양급여의 적정성 및 기준 등에 관한 평가신청을 함으로써 이를 갈음한다.

법적 근거(보건복지부령)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조의2 (약제 요양급여의 결정신청)

1. 제1항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자(이하 “약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자”라 한다)의 경우
 - 가. 제조(수입)품목 허가증(신고서) 사본 또는 「의약품등의 안전에 관한 규칙」 제12조의2에 따른 식품의약품안전처장의 안전성·유효성 검토결과 통보서(보건복지부장관이 따로 공고하는 약제만 해당한다)(품목허가를 받거나 품목신고를 한 약제만 해당한다)
 - 나. 판매예정가 산출근거 및 내역에 관한 자료
 - 다. 비용과 효과에 대한 자료(동일하거나 유사한 약제와의 장점·단점 및 판매가의 비교 등을 포함한다)
 - 라. 국내외의 사용현황에 관한 자료(개발국, 허가국가, 최초허가연도, 국내 사용건수 및 금액 등을 포함한다)
 - 마. 해당 약제의 예상 사용량, 요양급여비용의 예상 청구금액 및 그 근거에 관한 자료
 - 바. 국내외의 연구논문 등 그 밖의 참고자료

약제의 요양급여대상여부 등의 평가기준 및 절차 등에 관한 규정

제4조(평가내용)

① 원장은 위원회의 심의를 거쳐 약제의 요양급여대상여부를 평가함에 있어 다음 각 호의 사항을 고려하여야 한다.

1. 대체가능성, 질병의 위중도, 치료적 이익 등 **임상적 유용성**
2. 투약비용, 임상효과 개선 정도, 경제성평가 결과 등 **비용효과성**
3. 대상환자수, 예상사용량, 기존 약제나 치료법의 대체 효과 등 **보험재정에 미치는 영향**
4. **제외국**의 등재여부, 등재가격, 급여기준 등
5. 결정 및 조정 기준 제7조제2항에 따른 제조업자 등이 이행할 조건 → **위험분담제**
6. **기타 보건의료에 미치는 영향** 등

② 제1항 각 호의 세부 평가기준 및 절차 등은 위원회의 심의를 거쳐 원장이 정하여 공개한다.
→ 「신약 등 협상대상 약제의 세부평가기준」

약제의 요양급여대상여부 등의 평가기준 및 절차 등에 관한 규정

제5조(요양급여대상 선별기준)

원장은 제4조제1항 각 호의 검토결과를 종합적으로 고려하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 평가되는 경우에는 요양급여대상 약제로 선별할 수 있다.

1. **임상적으로 유용하면서 비용효과적인 약제**로서 제외국의 등재여부, 등재가격 및 보험급여 원리, 보험재정 등을 고려할 때 수용 가능하다고 평가하는 경우
2. 제1호에 해당되지 않음에도 대체가능한 치료방법이 없거나 질병의 위중도가 상당히 심각한 경우 등 환자의 **진료에 반드시 필요하다고 판단되는 경우**
3. 제6조의2에 따른 **경제성 평가 자료 제출 생략 가능 약제**로서 제외국의 등재여부, 등재가격 및 보험급여원리, 보험재정 등을 고려할 때 수용가능하다고 평가하는 경우
4. **기타 보건의료에 미치는 영향**을 고려하여 필요하다고 평가하는 경우

임상적 유용성

고려 사항

대체 가능성 (대체약제 선정기준)

- 해당 적응증에 현재 사용되고 있는 약제(치료법 포함)
- 허가와 급여기준에서 동등한 치료범위에 포함되는 약제 중 교과서, 임상진료지침, 임상연구논문 등에 제시되고 있는 약제 선정
 - 실제 사용현황, 주요 적응증, 기전 등이 고려 가능함

질병의 위중도

- 희귀질환, 암 등
- 생존을 위협할 정도의 심각한 질환

치료적 이익 (임상적 유용성 평가기준)

- 임상적 유용성 평가의 요소
 - 효과개선, 안전성 개선, 편의성 증가 등
 - ※ 사회적 관점에서 편익이 인정되는 개선이어야 함.

비용 효과성

임상효과의 개선 정도

 유사 혹은 열등하지 않음 투약(소요)비용 비교	 동등 혹은 비열등 투약비용 비교 혹은 경제성평가	 개선 투약비용 비교 혹은 경제성평가
• 대체약제 가중평균가	• 대체약제 가중평균가 • 비용최소화분석결과	• 대체약제 가중평균가 • 비교약제가격 중 최고가 이하* • 비용효과/효용분석결과

* 임상적 유용성이 개선되었으면서 경제성평가 자료를 제출하지 않았거나
제출된 경제성평가 자료로 비용-효과성을 입증하지 못한 경우
대체약제 가중평균가 또는 비교약제 가격 중 높은 금액

(1) 투약비용

■ 약가 협상 생략 기준

- 투약 비용 비교 시, “대체약제 가중평균가”로 평가되는 경우
 - 제약사가 대체약제 가중평균가의 90~100% 금액 수용 시, 공단 약가 협상 과정 생략 가능



(2) 경제성 평가

경제성 평가 자료의 제출

- 비용최소화분석(Cost-minimization analysis, CMA)
 - 신청약이 비교약제와 임상적 유용성이 동등(혹은 비열등)하다는 것을 입증할 경우
 - 판단기준: 총 소요비용
- 비용효과/효용분석(Cost-effectiveness/utility analysis, CEA/CUA)
 - 신청약이 비교약제에 비해 임상적 유용성이 개선되었다는 것을 입증할 경우
 - 판단기준: ICER (비용효과비)

ICER의 임계값

- 명시적인 임계값을 사용하지 않으며, 질병의 위중도, 사회적 질병부담, 삶의 질에 미치는 영향, 혁신성 등을 고려한 기존 심의결과를 참조하여 탄력적으로 평가하도록 함.

(3) 경제성 평가 자료 제출 생략 가능 약제

약제의 요양급여대상여부 등의 평가기준 및 절차 등에 관한 규정 제6조의2

■ 적용 대상

- 주된 적응증(환자수 기준)을 기준으로 대상 요건을 충족 시 적용

1. 희귀질환 치료제, 항암제

- 임상적 필요도
- 근거생산의 어려움
- 제외국 7개국 중 3개국 이상에서 공적으로 급여

2. 국가필수의약품 중 결핵치료제, 항균제, 응급해독제

- 제외국에서 경제성평가를 수행하지 않은 약제
- 제외국 7개국 중 3개국 이상에서 공적으로 급여

(3)경제성 평가 자료 제출 생략 가능 약제

■ 적용 대상 1. 희귀질환 치료제나 항암제

- 희귀질환 치료제와 식약처의 희귀의약품은 별개임.
- 희귀질환 치료제 여부는 신약 등 협상대상 약제의 세부평가기준 참조

임상적 필요도

1. **희귀질환 치료제나 항암제**로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 약제
가. 대체가능한 다른 치료법(약제포함)이 없는 경우
나. 치료적 위치가 동등한 제품(치료법)이 없고
생존을 위협할 정도의 심각한 질환에 사용되는 경우

근거생산의 어려움

2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 약제
가. 대조군 없이 신청품 단일군 임상자료로 식약처 허가를 받은 경우
나. 대조군 있는 2상 임상시험으로 3상 조건부 없이 식약처 허가를 받은 경우
다. **대상 환자**가 소수로 근거생산이 곤란하다고 위원회에서 인정되는 경우

제외국 등재 여부

3. 위원회에서 정한 외국조정평균가 산출의 대상국가인 외국 7개국 중
3개국 이상에서 공적으로 급여되는 약제

(3)경제성 평가 자료 제출 생략 가능 약제

■ 적용 대상 2. 국가필수의약품 중 결핵치료제, 항균제, 응급해독제

경제성평가 제외국 미수행

1. 제외국에서 경제성 평가를 수행하지 아니한 약제
 - 다만, 제외국에서 경제성평가를 수행한 경우라도 위원회에서 해당 질환 및 급여 대상군의 특성 등을 고려할 때 국내에서 경제성평가로 급여 적정성 평가가 곤란하다고 판단하는 경우 제외국에서 경제성평가를 수행하지 아니한 약제로 간주함.

제외국 등재 여부

2. 위원회에서 정한 외국조정평균가 산출의 대상국가인 외국 7개국 중 3개국 이상에서 공적으로 급여되는 약제

(3)경제성 평가 자료 제출 생략 가능 약제

■ 위험분담제 적용 대상으로 총액제한형 적용

적용 대상

- 주적응증이 경제성 평가 자료 제출 생략 가능 약제로 평가되는 경우

적용 유형

- 총액제한형(Expenditure cap)
 - 결정신청 시, 위험분담 총액제한형을 이행할 조건으로 신청
 - 공단 약가협상 시, 제약사에서 위험분담안을 제시하여 협상
- 필요시 환급형(Refund)
 - 환급률(A7 최저가 대비)은 탄력적으로 평가
 - 임상적 유용성, 근거생산의 어려움, 참조한 제외국 약제의 위험분담제 적용 여부 및 가격 등을 고려

적용 기간

- 최초 등재 후 매 5년마다 재평가(재계약)를 수행하여 연장 여부 판단

(4) 진료상 반드시 필요하다고 판단되는 약제



1. 다음 각 목을 모두 만족하는 경우

- 가. 대체 가능한 다른 치료법(약제포함)이 없는 경우
- 나. 생존을 위협할 정도의 심각한 질환에 사용되는 경우
- 다. 희귀질환 등 소수의 환자집단 대상으로 사용되는 경우
- 라. 생존기간의 상당기간 연장 등 임상적으로 의미있는 개선이 입증된 경우

2. 기타 위원회가 환자의 진료에 반드시 필요하다고 평가하는 경우

협상이 결렬되어도 60일 이내 약제급여조정위원회를 거쳐
요양급여 대상 여부 및 약제 상한금액 고시

위험분담제도 (Risk Sharing Agreement)

- 선별등재제도의 보완적 제도로서 중증질환 보장성 차원에서 임상적 요구도가 높은 일부 항암제 및 희귀질환에 대해 적용
- 보험자와 제약사간에 이루어지는 계약형태로 신약의 효능, 효과나 재정영향에 대한 불확실성을 제약회사가 일부 분담하는 제도

<위험분담제 적용대상>

1. 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우

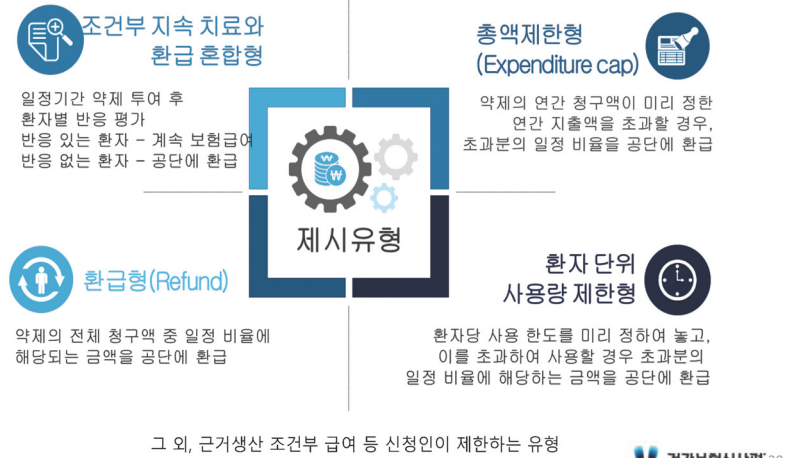
- 1) 대체 가능하거나 치료적 위치가 동등한 제품(치료법)이 없는 항암제나 희귀질환 치료제로서 생존을 위협할 정도의 심각한 질환에 사용되는 경우
- 2) 기타 약평위가 질환의 중증도, 사회적 영향, 기타 보건의료에 미치는 영향 등을 고려하여 부가조건에 대한 합의가 필요하다고 평가하는 경우
- 3) 1) 또는 2)에 해당하지 않으나, 1)또는2)를 적용한 약제와 치료적 위치가 동등하면서 비용효과적인 약제의 경우

2. 급여적정성 평가 결과 비용효과적으로 판단된 약제이나 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우

- 1) 경제성 평가 자료 제출 생략 가능 약제로 적용 받는 경우
- 2) 3상 조건부로 식품의약품안전처의 허가를 받은 경우

위험분담제(유형)

- 계약기간: 기본 5년(매 5년마다 재평가를 수행하여 연장 가능)



○ 환자단위 성과기반 위험분담제

- 성과기반 위험분담제: 환급제의 일종으로 개별 환자의 약제투여성과
에 따라 제약사로부터 환급율을 달리 운영하는 새로운 모형의 지불제도

- 최근 높은 치료 효과가 있는 고가의 중증질환 신약에 대해 환자단체 등에서 신속한 보험적용
요청 등 사회적 요구가 증대하고 있는 상황
- 고가 의약품의 개발·허가, 초고가 의약품의 건강보험 결정신청
증가 추세로 재정영향 증대 예상
- ⇒ 신약에 대한 환자 접근성 강화를 통한 국민 건강증진 및 경제적 부담 완화와 더불어 고가 약제
적정관리를 통한 건강보험 지속 가능성 확보 필요

○ 환자단위 성과기반 위험분담제

시범 사업	대상 확대
소아백혈병치료제 (1회 투여 치료제)	· (유형1) 1회 투여 치료제(one-shot) 또는 · (유형2) 연간 1인당 소요 비용 3억 이상 약제

◆ 1회 투여 치료제(one-shot) 비교 ◆

약제	특성	위험분담제 유형				사전 승인	
		환급형 (①+②)		총액 제한형			
		① 기본	②환자단위 성과기반 성과지표				자료 수집
백혈병치료제 (22.4동제)							
1. 소아 ALL	1회 투여 치료제 (one-shot)	○	×	-	-	○	×
2. 성인 DLBCL		○	○	FFS	○*	○	×
척수신근위축증치료제 (평가 중)							
		○	○	운동기능	○**	○	○

※ 투여환자 정보, 투여 6개월 환자 성과, 투여12개월 환자 성과 등 총 3회 자료수집
※ 연령별 운동기능평가지도구(CHOP-INTEND 등)를 활용한 지속적 반응평가 필요

건강보험심사평가원

III. 평가 기준 등

건강보험심사평가원

신약 등재 현황(약평위 급여평가율)

품목수 및 급여평가율('10~'15년 vs '16~'21년)

● 전체적인 평가 품목수는 유사하나 급여율은 향상(73% vs 84%)

- 항암제: 품목수 ↑, 급여율 ↑
- 희귀질환치료제: 품목수 ↑, 급여율 유사
- 일반: 품목수 ↓, 급여율 ↑

심의 년도	전체		항암제		희귀질환치료제		일반	
	심의 품목수	급여 평가율	심의 품목수	급여 평가율	심의 품목수	급여 평가율	심의 품목수	급여 평가율
'10~'15	65	73%	13	63%	13	81%	39	77%
'16~'21	59	84%	18	85%	15	81%	27	85%

- 연도별 품목수 및 급여 평가율의 평균값
- 항암제: 분류번호 420(중양용약), 421(항악성종양제), 617(주로 악성종양에 작용하는 것)
- 희귀질환치료제: 신약 등 협상대상 약제 세부평가기준 1.6(희귀질환치료제 해당여부에 대한 평가 기준)
- 일반: 항암제 및 희귀질환치료제 미해당 약제
- 심평원 약제급여평가위원회 심의년도 기준으로 작성
- 급여평가율: 약제급여평가위원회 “급여” 심의결과 반영

신약 제도개선 ('06~'20년)

등재제도 개선

- 2006. 12월 : Positive List System 도입
- 2013. 11월: 중증질환(암, 희귀질환)치료제의 ICER 수용범위 상향 조정
- 2013. 12월: 위험분담제도(급여기준 확대 제한)
- 2015. 5월: 경제성평가 면제 제도(급여기준 확대 제한)
- 2015. 5월: 협상절차 생략 제도
- 2016. 2월: 글로벌혁신 신약 관련 규정(보건의료에 미치는 영향을 고려하여 평가)
- 2016. 9월: 위험분담약제 및 경제성평가 면제 약제의 급여기준 확대 방안 마련
- 2017. 6월: 위험분담제도 사후관리 방안
- 2019. 7월: 위험분담제 대상 확대(중증난치질환)
- 2020. 10월: 위험분담제 대상 확대(후발약제) 및 경쟁생략제도 대상 확대(국가필수의약품 중 항균제 등)

평가기간 단축 노력 및 투명성 제고

- 2013. 12월: 신약 평가기간 관련 심평원장 규정 개정(150 → 120일)
- 2014. 9월: 식약처 허가 - 심평원 평가연계 제도 시행(신약 대상, '16.10월 희귀의약품으로 확대)
- 2015. 4월: 약평위 부정청탁 보고절차 마련 및 위원명단 공개
- 2016. 9월: 사전지원서비스 제도(항암제 대상, '18.1월부터 전체 신약으로 확대 시행)
- 2017. 6월: 약평위 심의결과 조속 공개
- 2017. 6월: 약평위 위원 위촉 시 윤리성 검증 및 청탁사실 확인 강화
- 2017. 10월: 약제관리실 직원 행동강령 개정(제약사 금융투자상품 거래내역 신고)
- 2018. 1월: 약제관리실 직원 이해관계 직무회피(배제) 강화

신약 제도개선 (‘22년)

등재기간 단축

- 대상: 치료적 위치가 동등한 제품 또는 치료법이 없고 생존을 위협할 정도의 심각한 질환에 사용되는 항암제 및 희귀질환 치료제 등
- 방법: 신속한 급여 평가(심평원)와 사전 협상(공단)을 통해 등재기간 총 60일 단축
- 2013. 11월: 중증질환(암, 희귀질환)치료제의 ICER 수용범위 상향 조정

경제성평가 생략 가능 약제의 적용 대상 확대

- 생존을 위협할 정도의 심각한 질환뿐만 아니라 소아의 삶의 질 개선 입증한 약제를 경쟁생략 대상으로 확대함.

항목	현행	개정 후
대상 약제 확대	• 치료적 위치가 동등한 치료법이 없고 생존을 위협하는 질환에 사용하는 필수 약제	• 치료적 위치가 동등한 치료법이 없고 생존을 위협하는 질환에 사용하는 필수 약제 • (추가) 소아에 사용되는 약제*로 치료적 위치가 동등한 치료법이 없고 임상적으로 의미 있는 삶의 질 개선을 입증하거나 기타 위원회에서 인정하는 경우

고가약 급여 관리 방안 (‘22~)

○ 2021년 등재 의약품 재정지출 현황

구분	항목명	건강보험 청구내역
전체 급여 의약품	품목수	25,047개(‘22.1.1. 기준)
	총 청구금액 ¹⁾	21조 3,094억 원
고가의약품 (1인당 연간 소요비용 3억 원 이상 약제 ²⁾)	품목수 (성분수)	15개 (10개)
	청구환자수	288명
	총 청구금액	1,086억 원
	1인당 연간 소요비용	평균 3.8억 원

1) 포괄수가, 보건기관정액수가 등이 보장되지 않은 실제 청구된 약품비

2) 1인당 연간 소요비용 고가 의약품 상위 10개 성분

고가약 급여 관리 방안 (‘22~)

○ 고가의약품 정의

- ※ 국제적으로 고가(high-cost, high-priced, premium-priced) 의약품에 대한 일치된 정의는 없는 상황으로 국내 실정에 맞는 관리범위 설정 필요
- 치료 효과, 비용효과성, 재정영향 등의 불확실성이 있는 의약품으로 고가의 약품을 정의하되, 건강보험 재정지출 현황 등을 고려하여 효율적 관리를 위한 “급여 관리 방안 적용 대상”을 설정



고가약 급여 관리 방안 (‘22~)

○ 환자 접근성 향상

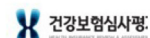
- 등재기간 단축/ 성과기반 위험분담제 운영

○ 치료 효과 및 안전성 모니터링 강화

- 성과기반 위험분담제 운영/ 자료수집체계 구축/약제 사용 후 기준 개선
/사용량-약가 연동제도 개선

○ 건강보험 지속성 확보

- 사전승인제도 체계화 등/경제성평가 생략 제도 개선/ 외국 약가 참조기준 개선 등



요약 – 요양급여대상 선별기준

- ① 임상적으로 유용하면서 비용효과적인 약제
 - 임상효과의 개선 정도에 따라 비용효과성 평가기준(경제성평가 결과, 투약비용 비교 등)을 달리 제시할 수 있음
 - 위험분담안 제시할 경우, 적용대상 여부 등 판단 필요
- ② 진료에 반드시 필요하다고 판단되는 경우
 - 약제의 요양급여대상여부 등의 평가기준 및 절차 등에 관한 규정 제6조
- ③ 경제성 평가 자료 제출 생략 가능 약제
 - 약제의 요양급여대상여부 등의 평가기준 및 절차 등에 관한 규정 제6조의2
 - 위험분담제 적용 대상
- ④ 기타 보건의료에 미치는 영향을 고려하여 필요하다고 평가하는 경우

경청해 주셔서 감사합니다

(sssfete@hira.or.kr)

2) 강의자료 [약제 급여 기준과 사후 관리], (건강보험심사평가원 약제기준부 김국희)



심사기준 개념

심사기준

- 요양기관에서 청구한 요양급여비용의 내용을 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시 했는지 여부를 확인함에 있어 그 판단기준이 되는 실체적인 내용
- 심사기준은 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제4조제2항에서 심사평가원이 요양급여비용을 심사함에 있어 「의료법」, 「약사법」 등 보건의료관계법규, **급여기준** 및 요양급여비용의 산정내역 등에 적합한지 심사하는 기준임

심사지침

- 심사기준을 심사에 적용함에 있어 불분명한 사항이 있는 경우 심평원장은 심사지침을 공고하여 운영할 수 있음.
- 이 경우 복지부장관에게 요청하거나 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 공고하고, **공고한 이후** 진료분부터 심사에 적용함

급여기준 개념

- 허가사항을 기준으로 허가사항 전체 또는 허가사항 범위보다 축소하여
약제별(성분별) 급여기준을 설정
 - 약제급여기준은 건강보험에서 비용을 보상하는 실질적인 '사용범위'로 작용
 - 다만, 등재된 의약품 중 대체약 없는 경우에는
허가사항 범위를 초과하는 급여기준도 설정
 - 고시 및 공고로 전체 적용 또는 신청요양기관에 한해 적용
- (항 암 제) 암환자에게 사용하는 항암제 급여기준은 심사평가원장이 공고
- (일반약제) 항암제를 제외한 일반약제 급여기준은 복지부장관이 고시

3

심사기준과 급여기준

심사기준

보건의료 관계 법규(의료법, 약사법, 보건의료기본법 등)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

급여기준(복지부 고시)

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(행위, 치료재료, 약제)
- 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 → 심평원장 공고
- 조혈모세포이식의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
- 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

국민건강보험법 제45조 및 46조에 따른 요양급여비용의 산정내역

- 건강보험 요양급여비용의 내역
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
- 치료재료 급여·비급여 목록표 및 급여 상한금액표
- 약제 급여목록 및 급여 상한금액표, 한약제제 급여목록 및 급여 상한금액표
- 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준

복지부 행정해석 및 각종 행정지시

심평원장이 진료심사평가위원회 등 거쳐 정하여 공개한 심사지침

4

급여기준의 법적 근거

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제1조의2(요양급여 대상의 여부 결정에 관한 원칙)

복지부 장관은 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료 효과성 등 **임상적 유용성, 비용 효과성, 환자의 비용 부담 정도, 사회적 편익 및 건강보험 재정상황** 등을 고려하여 요양급여대상의 여부를 결정해야 한다

제5조(요양급여의 적용기준 및 방법)

- ① 요양기관은 가입자 등에 대한 요양급여를 별표 1의 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하여 실시하여야 한다.
- ② 제1항에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
- ③ 조혈모세포이식 및 심실보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시한다.
- ④ 제2항에도 불구하고 시행령 별표2 제3호 마목에 따른 중증질환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 <중략> 건강보험심사평가원장이 정하여 공고한다.
<이하 생략>

5

급여기준의 법적 근거

[별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조제1항 관련)

1. 요양급여의 일반원칙
- 가. 요양급여는 가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다.
<중략>
2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료
3. 약제의 지급
4. 치료재료의 지급
5. 예방·재활
6. 입원
7. 가정간호
8. 의료장비

6

급여기준의 법적 근거

[별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조제1항 관련)

3. 약제의 지급

가. 처방·조제

- (1) 영양공급·안정·운동 그 밖에 요양상 주의를 함으로써 치료효과를 얻을 수 있다고 인정되는 경우에는 의약품의 처방·투여하여서는 아니되며, 이에 관하여 적절하게 설명하고 지도하여야 함
- (2) 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항 범위 안에서 필요·적절하게 처방·투여하여야 함
다만, 진료상 반드시 필요하다고 장관이 고시한 경우 허가 또는 신고된 범위를 초과하여 사용 가능
중증환자에게 처방·투여하는 약제로 장관이 고시한 약제는 심평원장이 공고한 범위 안에서 처방·투여 가능
- (3) 요양기관은 중증환자에 대한 약제 처방·투여시 그 범위가 (2)에 해당하지 아니하나 특별히 필요한 경우 해당 약제의 품목명 및 처방·투여의 범위 등에 대하여 심평원장이 인정하는 범위 안에서 처방·투여 가능
- (4) 식약처장이 긴급한 도입이 필요하다고 인정한 품목은 식약처장이 인정한 범위 안에서 처방·투여 가능
- (5) 항생제, 스테로이드제제 등 오남용 폐해 우려 의약품은 병력·투약력 등 고려하여 신중하여 사용
- (6) 2품목 이상의 의약품 병용은, 1품목으로는 치료효과 기대 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함

나. 주사

- (1) 경구투약 할 수 없는 경우, 경구투약시 부작용 우려, 치료효과 기대 할 수 없는 경우 또는 응급환자에 한함
- (2) 동일 효능의 먹는 약과 주사제는 병용하여서는 아니됨. 다만 불가피한 경우에 한하여 가능
- (3) 혼합주사는 치료효과를 높일 수 있다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함
- (4) 당류·전해질·복합아미노산·혈액대용제·혈액 및 혈액성분제제 주사는 의학적으로 특히 필요한 경우

급여기준 등 현황

단위: 개

복지부 고시(급여기준)				심사지침				
계	행위	치료재료	약제	계	행위	치료재료	약제	기타
2,114	1,155	387	572	102	83	11	4	4

※ 항암제(암질환 환자에게 사용하는 약제) 급여기준 : 심평원장 공고

(대상 약제)

- 항암요법제: 항암제, 부신피로스테로이드, 기타의 혈액 및 체액용액, 방사성 의약품 등
- 항구토제
- 암성통증 치료제: 최면진정제, 해열진통소염제, 정신신경용제, 아편알카로이드계 제제, 합성마약 등

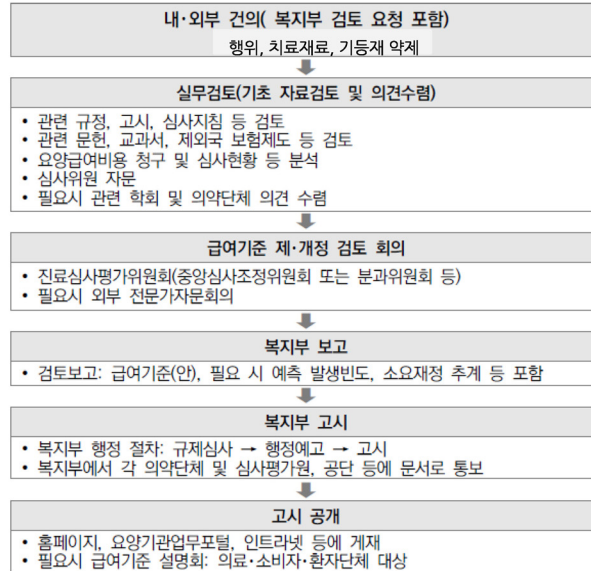
(연도별 현황)

단위: 개

연 도	공고요법 수	항암제
2017년	1,126	637
2018년	1,151	614
2019년	1,147	595
2020년	1,166	614
2021년	1,174	612

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

급여기준 검토 절차



9

약제 등재 절차



* 국내에서 세계 최초로 허가를 받은 신약 및 긴급·조속 도입이 필요한 희귀질환 치료제는 100일 이내, 제조업자 등이 이행할 조건이 있는 약제(위험분담제)는 150일 이내를 처리기간으로 함.

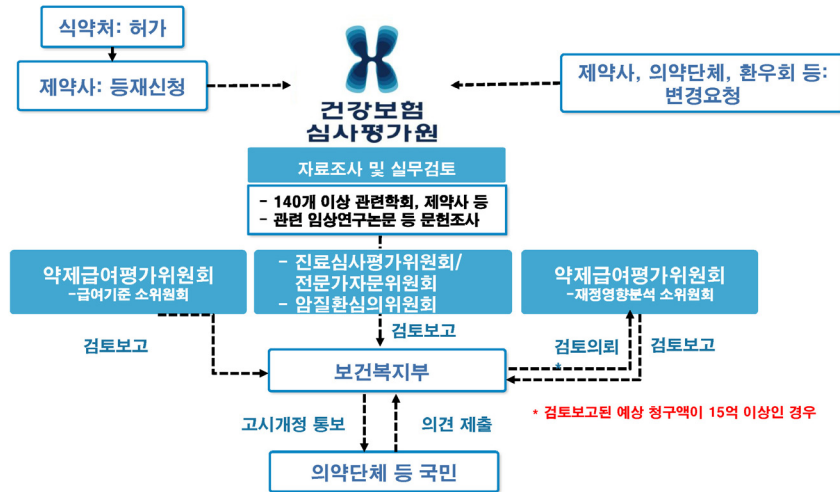
** 약가 산정기준(일정 산식)에 따라 약가를 결정하며 통상 45~75일(신청~고시) 내 보험등재 운영 (법정처리기간신약과 동일) 전문적 검토가 필요한 경우를 제외하고는 약제급여평가위원회 심의를 거치지 않고 평가

10

약제 급여기준 검토 절차

[신규 성분 약제]

[기등재 약제]



11

사전 약가 인하 제도

사용범위 확대에 따른 약가 인하

- (정의) 사용범위(급여기준) 확대로 사용량 증가가 예상되는 약제의 예상추가청구액을 산출하여 상한금액을 인하하는 제도
 - 예상추가청구액이 100억원 이상이면 공단 협상 절차로 진행
- (상한금액 조정 제외대상(100억원 미만)) 저가의약품, 퇴장방지의약품, 희귀의약품 등

(단위: %)

예상추가청구액 청구금액 증가율 ^{주)}	15억이상 ~ 25억미만	25억이상 ~ 50억미만	50억이상 ~ 75억미만	75억이상 ~ 100억미만
25%미만	1.5	2.2	2.9	3.6
25%이상 ~ 50%미만	1.9	2.6	3.3	4.0
50%이상 ~ 75%미만	2.2	2.9	3.6	4.3
75%이상 ~ 100%미만	2.6	3.3	4.0	4.7
100%이상	2.9	3.6	4.3	5.0

주) 청구액 증가율은 전년도 청구액 대비 예상 추가 청구액의 증가율임

12

약제 급여기준 검토 내용

의 학 적 타 당 성

- 식약처 허가사항, 외국 의약품집 등재여부
- 근거문헌(교과서, 가이드라인, HTA보고서 등)
- 관련 학회 의견

대 체 가 능 성 비 용 효 과 성

- 대체가능성 : 관련문헌(교과서, 외국 의약품집 내용 등)
- 비용 효과성 : 유사약제 및 1일 치료비용
총 치료기간당 소요비용, 추가 재정영향

희 귀 질 환 해 당 여 부

- 희귀질환에 사용하는 약제로 환자 진료에 반드시 필요한지 여부 검토

13

약제 급여기준(예시)

○ 일반원칙

1) 범용(5항목)

- 동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준
- 병용금지, 연령금지 및 임부금지 성분
- 주사제의 자가주사 및 장기처방
- 허가(신고) 초과약제의 비급여 사용승인에 관한 기준
- 비용효과적인 합량 의약품 사용

2) 질병별(35항목)

- 간장용제
- 경구용 만성 B형간염 치료제
- 고지혈증 치료제
- 내용약제(시럽 및 현탁액 등)
- 당뇨병용제
- 비타민제
- 진해거담제
- 폐경기증후군에 투여하는 약제
- 항생제
- 항파킨슨약제
- 항정신성약물
- 암환자에게 투여하는 약제로서 심평원장이 공고하는 약제의 범위 및 비용부담

<동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준>

동일 요양기관에서 같은 환자에게 6개월 동안 동일성분 의약품의 투약일수가 214일을 초과하여 처방하는 경우 요양급여를 인정하지 아니하나, 아래에 해당하는 경우에는 예외로 인정함.

- 아 래 -

가. 환자가 장기출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진 되기 전 처방을 받아야 하는 경우

나. 의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, 파우더 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방 의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우

다. 항암제 투여 중인 환자이거나, 소아환자로서 구조로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우

※ "동일성분 의약품"이라 함은 국민건강보험법 시행령 제24조 제3항 및 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' 제8조 제2항에 의한 '약제급여목록 및 급여 상한금액표'상의 주성분코드를 기준으로, 1~4째 자리(주성분 일련번호)와 7째 자리(투여 경로)가 동일한 의약품을 말함.

(예) 123101ATB, 123102ATB, 123102ATR,

123104ATR은 모두 동일 성분 의약품에 해당됨.

(고시 제2013-127호, '13.9.1.)

14

약제 급여기준(예시)

구 분	세부인정기준 및 방법	구 분	세부인정기준 및 방법
[614] Azithromycin 경구제 (품명: 지스로텍스정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 미만성 폐세기관지염 1) 투여용량: 250~500mg/day 2) 투여기간: 최소 6개월~2년 이내 나. Mycoplasma genitalium에 의한 비임균성 단순 생식기 감염 ○ 투여용량과 투여기간 - 1g 한 번 투여 또는 - 첫 날 500mg 1회, 둘째 날부터 1일 1회 250mg을 4일간 투여 (총 투여량 1.5g) 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 백일해 감염이 의심되는 경우 (고시 제2021-26호, '21.2.1.)	[219] Ivabradine 경구제 (품명: 프로코라안정)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 등 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 좌심실 수축기능이 저하된 만성 심부전 환자(NYHA Class II~IV) 중 동리듬(sinus rhythm)을 가지고, 심박수가 분당 75회 이상이며, LVEF가 35% 이하인 환자로서 1) 베타차단제에 금기이거나 내약성이 좋지 않은 환자 2) 베타차단제, ACE 억제제, aldosterone antagonist를 포함한 표준치료에 병용투여하는 환자. 단, 이들 약제를 4주간 사용 후 병용하여야 함. 나. 상기 나머지 조건을 모두 충족하면서 LVEF가 35%를 초과하고 40% 이하인 환자의 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함. (고시 제2019-93호, '19.7.1.)

15

(안내) 건강보험 약제 급여기준 조회

건강보험심사평가원

의료정보

조회·신청

제도·정책

국민소통

기관소식

검색어를 입력하세요

로그인

회원가입

인용센터

Global

보험인정기준

☆

🔍

📄

제도·정책

제도·정책

보험인정기준

보험인정기준

보험인정기준

보험인정기준

보험인정기준

고시주요제정내역

약제기준정보

본인부담기준

법령정보

보험제도

쉽게 이해하는 용어설명

쉽게 알아보는 진료비영수증

💡

보험인정기준이란?

국민이 의료기관을 이용할 경우 의료행위, 약제, 치료재료에 대해 건강보험, 자동차보험을 적용 받을 수 있는 기준을 말합니다. 보험인정기준에서 급여기준 및 심사지침을 카테고리 별로 검색할 수 있습니다.
※ 심사지침은 전문심사평가위원회 심의를 거친 개정사례이므로, 타 사례에 심사 적용할 수 없음을 알려드립니다.

검색방법안내

작성일

~

예) 2022-01-01 ~ 2022-01-31

검색어

전체

검색어를 입력하세요

검색

결과 내 재검색

고시(422건)

행정예치(2696건)

심사지침(155건)

심의사례공개(786건)

심사사례지침(28건)

자료실(5320건)

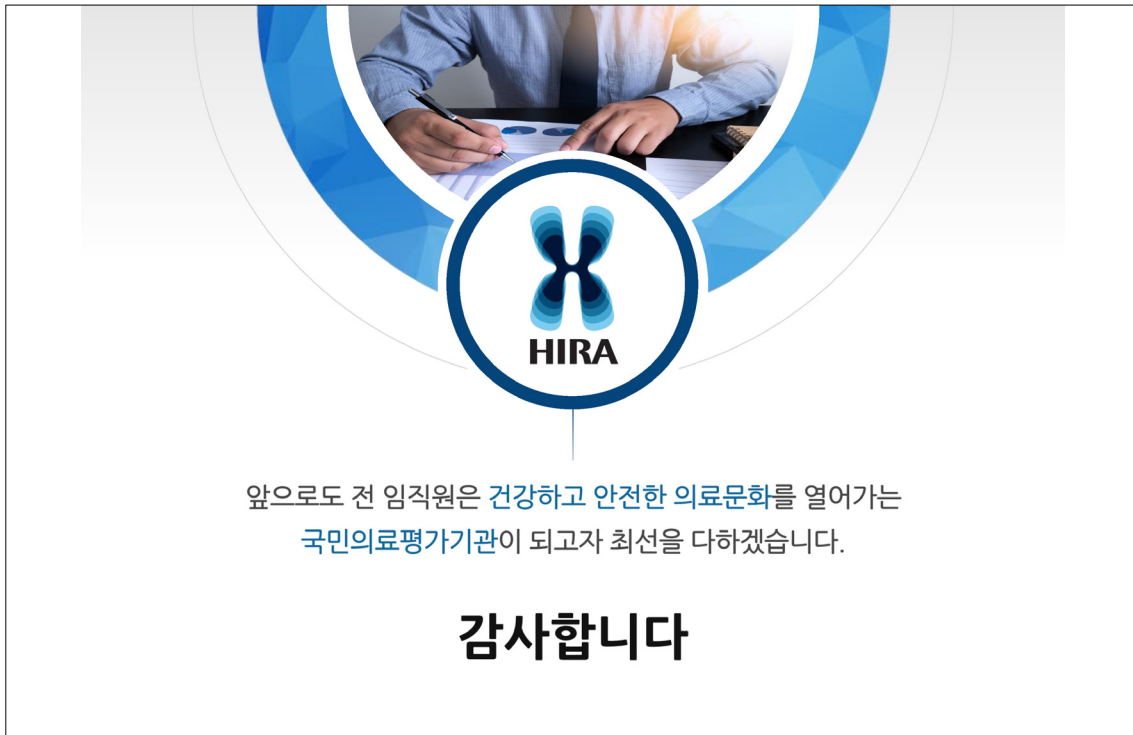
전체: 422건 [1/423페이지]

10개씩 보기

확인

17

대한내과학회 201



3) 강의자료

[치료재료 급여 등재], (건강보험심사평가원 진료심사평가위원회 서기현)

치료재료 급여등재

서기현

건강보험심사평가원 의료정보 조화·신청 제도·정책

HIRA NEWS

전체 공지사항 보도자료 입찰공고 채용공고

공지사항 보험급여와 4041(2022.9.16.) "코로나19 - 독감 동시PCR 건강보험 적용 안내" 2022-09-16

공지사항 (입원상지 연장) 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표(제2021-2235) 발행상지 기간연장 안내(고시안) 2022-09-16

공지사항 (급여종지 해당) 급여종지 해제 안내(본문첨부) 2022-09-16

공지사항 [보건복지부 공고 제2022-652호] 「간호사 교대제 개선 시행사업」 참여기관 공모 안내 2022-09-16

🏠 > 기관소식 > HIRA 소식 > 공지사항

작성일 [] ~ [] 전체 제목 급여등재 아카데미 검색 🔍

전체 : 11건 [1/2페이지] 10개씩 보기 🔍

번호	제목	담당부서	작성일	조회수	첨부
11	2022년 급여등재 아카데미 자료 안내	등재관리부	2022-04-06	1,145	
10	2022년 급여등재 아카데미 운영 안내	등재관리부	2022-03-22	1,170	
9	2021년 급여등재 아카데미 교육 자료 안내	급여등재실	2021-03-31	2,665	
8	2021년 급여등재 아카데미 운영 안내	급여등재실	2021-03-15	2,898	
7	2020년 하반기 「온라인 급여등재 아카데미」 교육 자료 안내	급여등재실	2020-09-29	4,508	

Quick Menu

요양급여의 범위

행위 치료재료

• Negative List 방식

- 요양급여가 되지 않는, 즉 비급여대상으로 규정되지 않은 항목은 모두 요양급여대상으로 적용하는 것 (급여·비급여 등재를 신청하여야 함)



급여대상

비급여대상을 제외한 일체의 것



비급여대상

업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 장관이 정하는 사항

약제

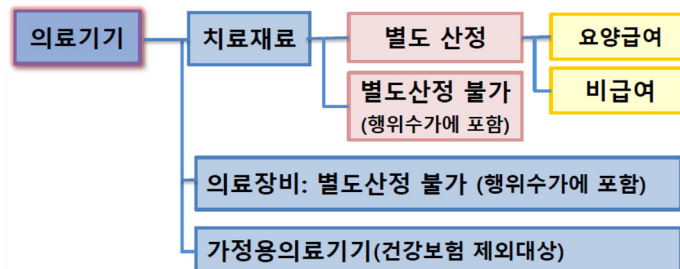
• Positive List 방식 ('06.12.)

- 치료적 가치, 경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하여 등재 (급여등재를 신청할 수 있음)

※ 요양급여비용 고시

- (의료행위) 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
- (치료재료) 건강보험 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표
- (약제) 약제 급여목록 및 급여 상한금액표

3



● 행위료 포함 보상이 원칙

다만, - 상대가치점수표 중에서 별도로 산정할 수 있도록 규정한 경우

- 장관이 별도로 인정한 경우는 별도로 산정함

☞ 행위료 포함, 본인일부부담, 100/100미만 본인부담, 정액수가

※진료비(행위료) 상환 모형_상대가치점수

(의사)임무량



(의사)서비스

진료비용



의료인력



의료수모품



의료장비

위려도



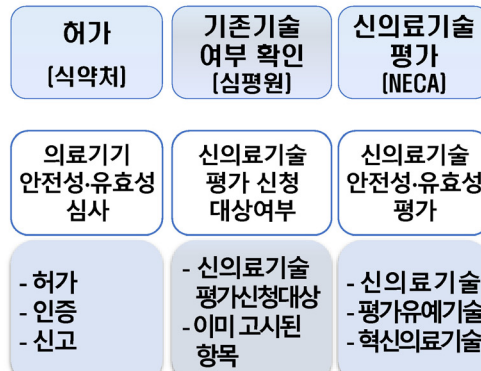
의료분쟁해결비용

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

구 분		(예시)	
치료재료 보상	치료재료 개별보상	제품명 INJECTRA	42,180원
	치료재료 정액보상 (1개이상 묶음, 업체/제품별문)	복강경하 수술시 사용하는 치료재료 비용	239,000원
행위수가 보상	소모성 재료 (접수)	마-5 정맥내 점적주사(1병 또는 포장단위당)	
		주:1.정맥내유지침을 사용한 경우 개당 5.42점을 산정한다	수가코드(KK059) (상대가치접수) 5.42점
	기기당 사용료 (접수)	주:2.정밀 지속적 점적주입을 위해 Infusion Pump를 사용한 경우에는 기기당 27.08점을 1일1회 산정한다.	수가코드(KK058) (상대가치접수) 27.08점
	시술 당 정액보상 (가격) (소요되는 모든 재료,약제 묶음)	자-702혈액투석(1회당) 주.1.사용된 재료대(Dialyser, Tubing Set, Fistula Needle, IV Set, Syringe, Protector 등)와 약제(Heparin, Heparin 길항제, 생리식염수)의 비용으로 33,900원을 산정한다	수가 코드 (O7021) (단가) 33.900원

요양급여 등재(결정) 절차

< 보험 등재전 절차 >



← 5~80일 →

← 30~60일 →

← 250일 →

< 보험 등재 절차 >



← 70일 →

← 30일 →

등재 신청

- 식약처 허가일로부터 **30일 이내 신청 (의무규정)**

요양급여기준에관한규칙 (별표2)비급여대상 4.하.

요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정 · 고시되기 전까지의 행위 · 치료재료



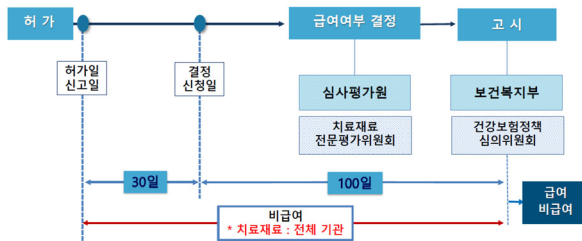
30일 기간도과

국민건강보험법 제98조(업무정지) 제1항

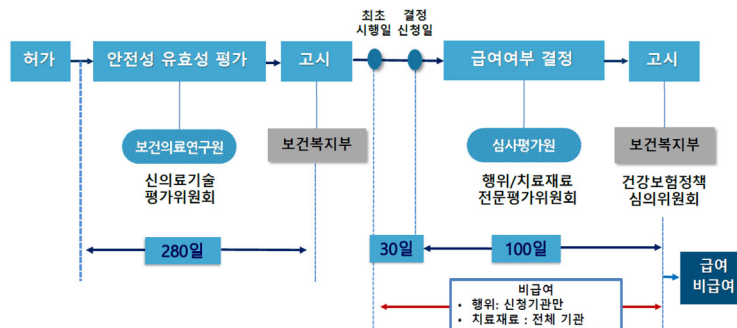
정당한 사유없이 요양기관이 **건강보험 등재절차**를 하지 아니하고 사용하고 비용을 부담시킨 경우 1년의 범위에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있음 (2016.2.3)

※ 행위로 포함 치료재료의 경우, 식약처 허가를 득한 경우 바로 병원 판매 가능

신치료재료(기등재) - 기존기술 (치료재료등재부)

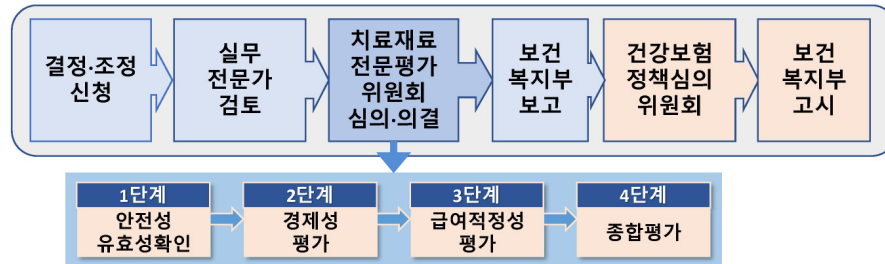


신치료재료 - 신의료기술 (치료재료등재부, 의료행위등재부)



치료재료 결정·조정 검토 절차

< 치료재료의 결정·조정 검토 절차 >



『국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제11조제2항』

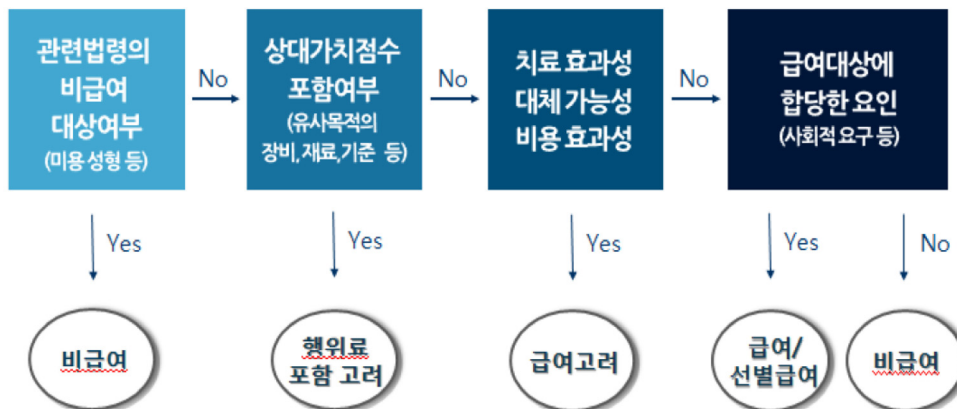
- 보건복지부장관은 행위·치료재료의 **경제성 및 급여의 적정성 등에 대하여 전문평가위원회의 평가**를 거쳐 행위·치료재료의 요양급여대상여부를 결정한다.

『행위·치료재료 등의 결정 및 조정기준 제9조제1항』

- 각 **전문평가위원회**는 기준규칙 제11조제2항의 규정에 의한 행위·치료재료 등을 평가함에 있어 **의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성, 비용효과성, 환자의 비용부담 정도 및 사회적 편익 등을 고려**한다.

9

❖ 급여적정성 평가 알고리즘



치료재료 상한금액 산정기준			
구분	산정기준		관련규정
동일목적 제품 등재되어 있지 않은 경우	• 제조·수입(FOB) 원가, 임상적 효능·효과, 경제적 효과 등을 참고하여 산정 * 국내·외 유통가, 예상판매량 자료, 판매예정가 타당성 자료(FOB, 제조원가 계산자료) 등 ** 최소필수재료는 FOB, 수입국 유통가(보험가, 소매가) 참고		2.가
동일 목적 제품 등재되어 있는 경우	동등 유사 ^{주)}	• 기등재 품목이 - 1개 제품인 경우: 기등재 품목 상한금액의 90% - 2개 제품 이상인 경우: 상한금액 중 최저가 또는 동일한 경우 90% - 차이를 둘 필요가 없는 경우 상한금액 동일하게 산정	1.가(1) 1.가(2) 1.바
		• 재평가의 경우 동일 상한금액	1.아(1)
	개선	• 가치평가를 통해서 가산 (재평가도 동일) - 기술개량의 경우 10~50%가산 - 획기성인 경우 10~100%가산	1.나, 1.아(2) 1.나, 1.아(2)
		• 비용·효과·기능 등 저하: 상한금액의 90%미만 또는 최저가 미만	1.라
	저하	• 재평가를 실시한 경우 10%감산	1.아(4)
기타	• 재질, 형태 등은 동일하나 규격이 다른 경우 규격과 단위가격의 상관관계 등 고려하여 산정 • 동일목적 기 등재품목의 청구실적이 없는 경우 비교대상 자료에서 제외 • 판매예정가가 산정금액보다 낮은 경우 판매예정가를 상한금액으로 산정 • 기술개발노력이 있는 경우 3년간 5% 가산 (*보건신기술(NET) 인증, 정부수상제품 등) • 보건복지부 장관은 건강보험의 재정 및 정책, 치료재료 비용관리, 기타 필요하다고 인정되는 경우 치료재료전문평가위원회의 의견을 들어 상한금액 산정		1.자 1.차 1.타 1.파 3.아

가 분류기준

- 사용목적, 용도(기능)등 품목별 특성을 반영하여 가격산정 및 관리의 효율화를 위한 분류이며 치료재료 코드체계는 8자리의 코드로 구성된다.

나 분류체계

- 치료재료 분류는 대분류, 중분류, 소분류로 구분하여 대분류는 용도와 기능, 중분류는 형태·재질·규격·사용부위·사용방법, 소분류는 각각의 공급자의 제품(품명, 제조·수입업소명)으로 구분하여 분류한다.

명칭	대분류군		중분류(품목군)			소분류		
코드자리	1	2	3	4	5	6	7	8
코드예시	B	1	0	0	1	0	0	1
	자동봉합기		Linear Stapler			0000000		
의미	사용목적과 용도에 따른 구분		기능, 용도, 형태, 재질, 규격 등에 따른 기준			제품별 구분		

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

G6 : 흉부외과용 선택품목 류

핵심적 암시적 연관내용

66017050	HEARTSTRONG PROXIMAL SEAL & DELIVERY SYSTEM	전규격	IEA	NAQUET CARDIOVASCULAR LLC	POLYESTER봉	마케트메디칼코리아	638,170	2015-10-01	배급대(86820189)→ 급여간판(문인 부담률 50%)
66017072	ENCLOSURE	전규격	IEA	VITALITEC INTERNATIONAL INC.	플라카르테대리	삼진메디코프주식회사	638,160	2015-10-01	본인부담률 50%

II시경용 통한 자기혈관재위류 기구

66202002	WASOVIEW 7 ENDOSCOPIC VESSEL HARVESTING SYSTEM	전규격	IEA	NAQUET CARDIOVASCULAR LLC	-	마케트메디칼코리아	1,067,310	2016-05-01	본인부담률 00%, 2016.5.1 배급대 (86820201)에서 급여간판
66202019	VIRIDUSWAVE ENDOSCOPIC VESSEL HARVESTING SYSTEM	전규격	IEA	VERINO CARDIOVASCULAR SYSTEMS CORPORATION	플라카르테대리	한국대부교	1,067,310	2016-05-01	본인부담률 00%, 2016.5.1 배급대 (86820189)에서 급여간판

10 : 안과용 재료 류

국내장 슈렌트 스텐트 삽입술용

10601073	STENT	전규격	IEA	GLAXOS CORPORATION	TITANIUM 등	(주)지원메디칼	990,000	2017-09-01	본인부담률 50%
----------	-------	-----	-----	--------------------	------------	----------	---------	------------	-----------

J2: (소화기)내시경 시술용 류(PEG TUBE, EVL KIT 등)

II시경하 치열품 CLIP(알제형)

J2712012	SINGLE USE HEMOCLIP	전규격	IEA	ZHEJIANG CHUANJIAN MEDICAL TECHNOLOGY CO.,LTD.	STAINLESS STEEL 등	(주)가이메디칼	54,060	2017-12-01	본인부담률 80%
J2712056	SINGLE USE HEMO CLIP	전규격	IEA	AMPEI MEDICAL (H2) CO.,LTD	304 스테인리스강 등	(주)가이메디칼	54,060	2017-04-01	본인부담률 80%
J2712100	DISPOSABLE HEMOSTASIS CLIPS AND DELIVERY SYSTEMS	전규격	IEA	SHANGHAI MINIMAL INVASIVE INC.	STAINLESS STEEL 등	유니맥스	54,060	2017-05-01	본인부담률 80%
J2712101	QUICKCLIP PRO	전규격	IEA	OLYMPUS MEDICAL SYSTEMS CORPORATION	STAINLESS STEEL 등	올림푸스한국	54,060	2017-02-01	본인부담률 00%, 중증질환 보장성 강화 정책
J2712109	HILZO CLIP	전규격	IEA	BON CO.,LTD	STAINLESS STEEL 등	에세이엠	54,060	2017-02-01	본인부담률 00%, 중증질환 보장성 강화 정책
J2712121	RESOLUTION CLIP	전규격	IEA	BOSTON SCIENTIFIC	POLYETHYLENE, POLYESTER 등	보스텍사이언티픽코리아	54,060	2017-02-01	생의료 포함 → 급여 전환본인부담률 100분의 100(본인부담률 00%, 비급여(의료재료), 비급여(의료재료), 의료시술비가 2,200,000 이하

제품 형태



제품 개요

경비강을 통하여 산소농도가 조절된 산소를 투여할 때 사용하는 튜브세트

동일목적 유사재료 : 산소흡입 행위수가 상대가치 점수에 재료비용 포함

재료코드	패널제출재료명칭	단위	사용량
MM04021	CANNULA, O2 NASAL	EA	1
MM04022	LINE, O2	EA	1
MM04026	MASK,W/BAG, ADULT	EA	1

평가결과: 행위료포함

자-4 산소흡입[1일당] 상대가치점수 재료비에 포함하여 보상하고 있는 점 고려하여 행위료 포함으로 함.

제품 형태



제품 개요

임피던스 기반의 고밀도 Mapping을 위해, 16개의 전극을 가진 Paddle 모양의 tip과 샤프트에 2개의 sensor-enabled electrode (magnetic sensor)가 있어 정밀한 3차원 영상지도를 구현

동일목적 유사재료

중분류명			품목 수	상한금액
구분	형태	전극수		
임상전기생리학적검사용 CATHETER	LINEAR	10극이하	24	610,780
	TYPE	11극이상	20	1,318,960
	CIRCULAR	10극이하	8	1,265,790
	TYPE	11극이상	8	1,602,360
	방사형	-	1	1,650,790

평가결과

신청품목은 동일목적 유사재료 비교하여 형태적 차이가 있는 경우로, 관련 학회 및 전문가는 형태적 차이는 있으나 기존 제품보다 임상적으로 동등 또는 우월한 제품으로 동일 분류 및 동일 상한금액 가능하다는 의견 참조하여, 산정기준 1.바에 따라 동일한 상한금액으로 산정함.

제품 형태



제품 개요

환자의 혈액에 산소를 공급하고 이산화탄소를 제거하는 산화기와 혈액의 온도를 유지하는 열 교환기로 구성된 폐와 심장을 보조하는 체외 순환시스템을 위한 기구로서, 동맥혈 내의 기포 및 이물을 제거하는 필터를 포함

동일목적 유사재료

구분	신청품목	비교품목	참고품목
식약처 분류	심폐용산화기 A09040.01(4)	심폐용산화기 A09040.01(4)	인공심폐용원액회로 A09020(3)
중분류명	-	OXYGENATOR [G5001]	TUBING PACK [G5101]
형태			
동맥필터	포함	미포함	포함

임상문헌 6편 제출 획기성 가치평가 시행

II. 종합평가의견

평가 결과 적용	총점 【 45.28 】	가산율 【 30 】점 %
----------	--------------	---------------

III. 평가항목

평가항목		가중치	점수	평가의견
임상적 유용성	효능/효과 개선	7	12	Priming volume 감소
	부작용 개선	7	14	부작용 감소
	환자의 삶의 질 개선	6	6.85	
비용·효과성	유사재료 대비 비용-효과성	3	3.85	수술감소에 따른 비용절감
기술혁신	기술혁신에 대한 평가인증 또는 수상경력 등	4	8.57	

치료재료 허가범위 초과사용 제도-1

법적근거

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 제4호
- 치료재료의 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용에 관한 절차 및 방법 등에 관한 기준 ('20.6.시행)

신청대상

- 치료재료 **급여품목**인 치료재료로 식품의약품안전처 허가범위를 초과하여 사용하고자 하는 **요양기관에서 신청**
 - 질병의 진단 또는 치료의 직접 목적으로 진료에 필수불가결한 치료재료로 대체가능한 재료가 없어 진료에 중대한 차질이 예상되는 경우
 - 희귀난치 질환의 진단 또는 치료에 사용되는 치료재료로 대체가능한 재료가 없는 경우
 - 긴급한 사용이 필요하거나 대체가능한 치료재료와 비교하여 의학적 타당성, 비용효과성 등이 있다고 확인된 경우

※ 신청제외

- 치료재료 목록표에서 비급여, 정액수가, 산정불가, 인체조직인 경우
- 관련 행위가 고시되어 있지 않거나 비급여인 경우

17

치료재료 허가범위 초과사용 제도-2

신청자

- 식품의약품안전처장에 의해 임상시험기관으로 지정받은 의료기관
 - 임상시험심사위원회(IRB) 심사를 거쳐 의학적 타당성이 있다고 인정되는 경우 심사일로부터 30일 이내 신청

평가

- 치료재료전문평가위원회에서 허가범위 초과사용에 대한 안전성, 의학적 타당성, 비용 효과성 등을 고려하여 허가범위 사용기준 및 본인부담률 등을 평가
- 보건복지부장관이 사용기준 및 본인부담률 고시
 - ※ 신청한 요양기관 이외에 전체 요양기관 사용 가능

사후관리

- 요양기관
 - 사용내역 연1회 자료제출, 부작용 발생보고 의무
- 심평원
 - (1년 주기) 청구 및 사용현황 모니터링
 - (3년 주기) 허가범위 초과사용의 지속여부 등 재평가

18

질의	답변
치료재료 업체는 신청할 수 있나요?	업체는 식약처에 허가범위 확대·변경신청이 원칙으로 신청불가함
신청한 요양기관만 사용할 수 있나요?	기준을 정해 별도 고시 예정으로 전체 요양기관 사용 가능
약제처럼 IRB 심사 후 확인 전까지 비급여 사용 가능한가요?	고시 후에 사용가능하며, 이전 비급여 사용 불가
등재된 100분의 100미만 본인부담(선별급여) 품목도 신청대상인가요?	신청대상에 포함됨. 다만, 선별급여 품목의 재평가 결과(본인부담률 및 보험급여 여부 변경 등)에 따라 사용여부 변경될 수 있음
치료재료의 관련 행위가 신의료기술평가 대상인 경우 신청이 가능한가요?	「의료법」 제53조에 따른 신의료기술평가 대상에 해당하는 치료재료는 신청이 불가함
허가범위 초과사용 신청을 하여 고시되면, 같은 중분류 내 다른 품목들도 허가범위 초과에 사용할 수 있나요?	허가범위 초과 사용 고시된 치료재료만 사용할 수 있으며, 같은 중분류 내 다른 품목들은 허가범위 초과 사용할 수 없음

홈페이지 정보공개-4-1

- 건강보험심사평가원 홈페이지/ 의료정보/ HIRA e-book
- **건강보험 가이드맵** (치료재료 중분류 현황 및 품목군별 세부설명자료, 규정 등)
- * 건강보험심사평가원 요양기관 업무포털/ 의료기준관리/ 치료재료정보방

The screenshot shows the HIRA e-Book website. The left sidebar has a menu with '의료정보' (Medical Information) and 'HIRA e-Book' highlighted. The main content area has a search bar with '제목' (Title) and '가이드맵' (Guide Map) selected. Below the search bar, there are filters for '이슈 키워드', '항가', '급여제도', '요양급여', '건강보험요양급여비율', and '자동차'. The main content area displays a list of documents, including '2021년 치료재료건강보험가이드맵' and '치료재료 건강보험 가이드맵(2019년 3월판)'. The 'HIRA e-Book' link in the left sidebar is highlighted with a red box.

- 치료재료 건강보험 가이드맵: 중분류 현황, 품목군 세부설명, 가격, 이미지 등

[illegible]

21

감사합니다.

4) 강의자료

[급여 등재 관련 의견서 작성], (대한내과학회 보험위원회 간사 김형중)

급여 등재 관련 의견서 작성

보험위원회 간사

분당 차병원 신장내과

김 형 중

약제 급여 등재 의견 요청서 (신약)

• [의견 요청내역]

• 대상 약제명: 000

• 효능·효과

: 혈액투석을 받고 있는 만성 신장질환 환자의 @@@@ 개선

• 의견 요청 내역

가. 해당 적응증의 현행 치료방법(국내외 약물치료 가이드라인 등 근거자료 포함)

- “혈액투석을 받고 있는 만성 신장질환 환자의 @@@@”의 정의, 진단기준

- 현행 치료법 및 약물선택 기준, 투여기간

- 약제 처방 시 사용하는 상병코드(3단 혹은 4단)

나. 해당 약제의 임상적 유용성에 대한 의견(근거자료 포함)

- 교과서, 가이드라인, 임상연구문헌을 근거로 한 임상적 유용성(효과 및 안전성 포함)

- 해당약제의 특징점 및 기존 약제들(예: 000, 000 등)과의 차별성(효과 및 안전성 비교) 등에 대한 의견

약제 급여 등재 의견 요청서 (신약)

• [의견 요청내역]

다. 해당 약제의 대체가능성에 대한 의견(근거자료 포함)

- 대체 가능한 약제의 종류, 약리기전, 투여용량 및 투여기간, 장단점, 임상효과, 안전성 등 비교에 대한 의견
- 현재 해당 적응증에 가장 많이 사용되고 있는 약제와 신청약제 간의 임상적 유용성(유효성, 안전성, 특징점 등) 비교에 대한 의견
- 치료 약제 선택 시 기전에 따라 대상 환자군에 차이가 있는지 여부 및 기전 간 임상적 유용성 (유효성, 안전성) 비교에 대한 의견

특히, 허가 및 급여 인정되는 칼슘형 OOOO와 비칼슘형 OOOO 간 대상 환자군 차이 여부

라. 해당 약제의 대상 환자수(연간 추정 환자수, 근거자료 포함) 및 해당 약제가 반드시 필요한 환자군에 대한 의견

마. 해당 약제의 급여의 적정성 및 보험급여 인정기준에 대한 의견

- 급여 적정성에 대한 의견
- 급여대상 범위, 투여 단계, 투여 지속 및 중지 기준 등에 관한 의견(투여 대상 및 조건(혈중 OOO 등)에 대한 의견 포함)
- 해당 약제의 급여기준 신설(안) (3. 현행 관련 급여기준 참고)

바. 기타 참고 의견

약제 급여 등재 의견 요청서 (급여확대)

• [의견 요청내역]

• 대상 약제명: OOO

• 의견 요청 내역

가. '만성 신부전'의 현행치료 방법 (국내외 약물치료 가이드라인 등 근거자료 포함)

- 진단방법: 각 약제의 투여기간 및 단계별 약물 선택기준 등
- 치료효과 평가 지표

나. '만성 신부전'에 대한 OOO의 임상적 유용성 (효과 및 안정성) 및 비용효과성

- 대체 가능 약제와의 비교 의견 포함.

다. 해당 약제의 급여 인정의 타당성 및 그 근거

- 타당하다는 의견일 경우 관련 세부인정기준 제시 요망

라. '다'의 급여기준안에 따라 급여설정시 대상 환자 수 및 추가 소요 재정

- 재정영향 분석시 대체약제와의 점유비율 변화 및 그에 대한 근거 포함.

마. 상기 의견에 대한 최신 임상근거자료 및 사본(교과서, 가이드라인, 임상진료지침, 임상 논문 등)

바. 기타 참고 의견

치료재료 급여 등재 의견 요청서

가. 신청품의 관련 행위 및 적응증

-신청품의 관련 행위 및 적응증 (중심정맥 폐색 부위 및 정도)

나. 임상적 유용성에 대한 의견

다. 신청품의 희소긴급의료기기 선정에 대한 의견

라. 대체 가능 치료재료

마. 신청품의 신청금액 고려 시 비용효과성에 대한 의견

신청금액: XXXXXxxx 원

바. 중분류 신설 필요성 및 급여기준에 대한 의견

-새로운 중분류 신설 필요성에 대한 의견

-급여기준 신설 시 식약처에서 지정한 사용목적대로 급여기준 설정하는 것에 대한 의견

사. 연간 예상 사용량에 대한 의견

아. 기타 고려사항 및 참고의견

요 약

- 의견서 작성시 객관적인 의견을 작성 제출이 필요하며 회사의 의견에 상관없이 환자치료와 의학적 근거에 입각한 중립적 위치 유지가 필요함.
- 의견 요청 항목을 작성하여 회신하기까지 많은 시간과 노력이 필요함.
- 의견 요청 항목에 회신을 위한 학회내에서 전담하는 위원이 필요하며 학회와 심평원에서 적절한 보상이 필요할 것으로 생각함.
- 의견 요청 항목에 대한 적절한 작성을 위해서는 작성자의 경험이 필요하며 대부분 학회내의 논의를 거쳐 회신하는 것으로 학회 내에서도 많은 관심이 필요함.
- 약제와 치료 재료 급여 등재에 대한 내용은 각 과의 특성에 따라 다를 것으로 보이나 기본적인 틀은 큰 차이가 없어 타과의 급여 등재에 대한 의견 제출 방식과 지식을 서로 교류하여 서로 의견서 작성에 대한 내용을 배울 필요가 있을 것으로 생각됨.

2. 대한내과학회 건강보험정책단 제6회 보험아카데미

일시	장소	강의	연자	
			소속	이름
23.04.29	광주 김대중 컨벤션 센터	우리나라 건강보험 지불 체계	대한내과학회 보험이사	김형중
		외국의 의료보험 체계 (미국, 호주, 독일, 영국)	차의과학대학, 예방의학과	지영건
		신의료기술 등재절차 및 기준	건강보험심사평가원 급여등재실	정영애
		3차 상대가치 개편 진행 경과	보건복지부 보험급여과	조영대

1) 강의자료

[우리나라 건강보험 지불 체계], (대한내과학회 보험이사 김형중)

우리나라 건강보험 지불체계

차의과학대학교
분당차병원 신장내과
김 형중

Contents

- 사회보장제도
- 건강보장제도
- 국민건강보험제도
- 의료급여제도
- 우리나라 진료비 지불 제도

참고자료: 1) 건강보험심사평가원 홈페이지 자료
2) 2019년 임상전문가 패널과 함께하는 상대가치 업무 매뉴얼

사회보장제도

- 사회보장 의의: 사회구성원에게 생활의 위험이 발생했을 때 사회적으로 보호하는 대응체계를 가리키는 포괄적인 용어
- 비버리지(Beverige) 보고서 상의 사회보장의 정의(협의의 사회보장)
: 사회보장이란 실업, 질병 혹은 재해에 의하여 수입이 중단된 경우에 대처하기 위해서 또한, 노령으로 인한 퇴직이나 본인 이외의 사망에 의한 부양의 상실에 대처하기 위해서, 또는 출생·사망·결혼 등과 관련된 특별한 지출을 감당하기 위한 소득의 보장을 의미한다"라고 정의.
- 국제노동기구(ILO)의 사회보장의 정의
: 사회보장이란 "사회구성원이 봉착하게 될 특정 위험에 대하여 원인 여하를 막론하고 공평에서 그 생활을 보호하기 위하여 소속사회가 일정한 기관을 통하여 부양성을 띤 급여를 제공하는 것" 을 사회보장이라고 정의

사회보장제도

- 우리나라 사회보장기본법상의 정의(사회보장기본법 제3조 1호)
: 출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상시키는 데 필요한 소득·서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 말함.

사회보험제도

- 의의

- 사회보험은 보험의 기전을 이용하여 일반주민들을 질병, 상해, 폐질, 실업, 분만 등으로 인한 생활의 위협으로부터 보호하기 위하여 국가가 법에 의하여 보험가입을 의무화하며 기여금을 부과하거나 보험료를 각출 하여 내용을 규정하여 실시하는 제도를 의미.

- 이 제도는 상대적으로 과다한 재정의 부담을 경감시킬 수 있으며, 국민의 주인의식과 참여의식을 조장할 수 있음.

- 목적

- 생활에 위협을 가하는 제 위협에 대하여 1차적으로 기본적 경제보장을 목적으로 하고 최저생계를 영위할 수 있을 만큼의 소득 및 의료보장을 목적으로 함.

- 사회보험제도는 위험의 분산을 목적으로 하므로 보험사고를 당한 사람과 그렇지 않은 사람 사이에 일정한 소득의 재분배효과가 나타나게 됨.

사회보험제도

- 사회보험과 민간보험의 차이

- 보험은 자본주의적 경제생활의 위험에서 오는 불안을 제거하기 위하여 인류가 창안한 사회적 형태로써 개인적인 위험상황에서 경제적 · 의료적 보상을 해주는 것을 원칙으로 함.

- 보험은 회사보험, 화재보험, 해상보험, 공영보험 및 사회보험이 개발되었는데, 보험가입의 자유를 기준으로 할 때 민간(임의) 보험과 사회(강제)보험으로 크게 나뉨. 전자는 보험에 가입하느냐의 여부를 각자의 자유 의지에 맡기는 것이고, 사회보험은 국가 또는 공공단체가 국민에 대하여 보험에 가입할 의무를 부과하여 강제로 가입하게 하는 것임.

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

사회보험과 민간보험의 비교표

구분	사회보험	민간보험
제도의 목적	최저생계보장 또는 기본적 의료보장	개인적 필요에 따른 보장
가입의 강제성	강제가입 (집단보험)	임의가입 (개별보험)
부양성	국가 또는 사회 부양성	없음
보험보호대상	질병, 분만, 산재, 노령, 실업 폐지에 국한	발생위험률을 알 수 있는 모든
수급권	법적 수급권	계약적 수급권
독점 / 경쟁	정부 및 공공기관 독점	자유경쟁
공동부담 여부	공동 부담의 원칙 (사용자, 피용자, 정부)	본인 부담 위주
재원부담	능력비례 부담	능력무관 (동액 부담)
보험료 부담방식	주로 정률제	주로 정액제
보험료 수준	위험률 상당이하 요율 ⑦	위험률 비례요율 (경험률)
보험자의 위험선택	할 수 없음	할 수 있음
급여수준	균등급여	차등급여 (기여비례보상)
인플레이션 대책	가능	취약함

공공부조제도

- 개념
 - 이 제도는 극빈자, 불구자, 실업자 또는 저소득계층과 같이 스스로 생계를 영위할 수 없는 계층의 생활을 그들이 자립할 수 있을 때까지 국가가 재정기금으로 보호하여 주는 일종의 구빈제도.
- 성격
 - 공공부조는 금전적 부조, 각종 사회서비스의 제공 등과 같은 생활 보조적 성격을 가지고 있음.

사회보험과 공공부조의 비교표

구분	사회보험	공공부조
제도특성	근로능력이 있는 사람을 위한 제도	근로능력이 없는 사람을 원조하기 위한 제도
대상	모든 강제가입자	일부계층 저소득층등
자산조사	불필요	필요
재원	주로 각출금(보험료), 국고지원금등 지원	정부의 일반조세
권리성	권리로 인정	국가의 보호, stigma 발생가능

사회복지서비스제도

• 개념

- 사회복지제도는 복지사회를 건설할 목적으로 법률이 정하는 바에 의하여 특정인에게 사회보장 급여를 국가 재정부담으로 실시하는 제도.

- 제도에서 특정인이라 함은 군경, 전상자, 배우자 사후, 고아, 지적 장애아 등과 같은 특별한 사유가 있는 자나 국민들의 노후생활안정이란 목적을 달성하기 위한 연금제도 하의 노령자를 의미.

• 필요성

- 사회복지의 원래 가족이 수행하는 전통적 기능을 지원·보완하기 위하여 발달하였습니다. 즉, 사회가 변화해감에 따라 발생하는 경제적 실패, 가족불안 및 지역사회의 해체와 관련하여, 중첩된 문제를 해결하기 위한 사회적 노력.

- 우리나라의 경우 1970년에 사회복지사업법을 제정하여 제도적인 접근을 시작하였고, 이 이후 모자보건법(1973), 노인복지법(1981), 심신장애자복지법(1981), 아동복지법(1981)을 제정하여 기혼 및 미혼 성인 여성복지와 아동복지 및 심신장애자복지 증진을 도모하고 있음.

우리나라 사회보장제도

• 개념

- 우리나라에서 사회보장이라는 용어는 "사회보장에 관한 법률"(1963.11. 5. 법률 제1437호)에서 처음 사용되었으며, 이후 산재보험법(1963. 11. 05. 법률 제1438호) 과 의료보험법(1963. 12. 16. 법률 제1623호) 이 제정되고, 1977년 7월 1일 강제적용형 의료보험이 실행되면서 보편적으로 사용된 것으로 볼 수 있음.

- 사회보장제도의 기본적 사항을 규정한 사회보장기본법(1995.12.30. 법률 제5134호)에 의하면 우리나라의 사회보장제도는 국가의 연대성 원리를 기초로 하는 공공부조제도, 특정 동종집단의 연대성을 기초로 조직되고 운영되는 사회보험제도, 그리고 국민의 정상적인 사회생활을 위해 제공되는 사회서비스제도로 구분함.

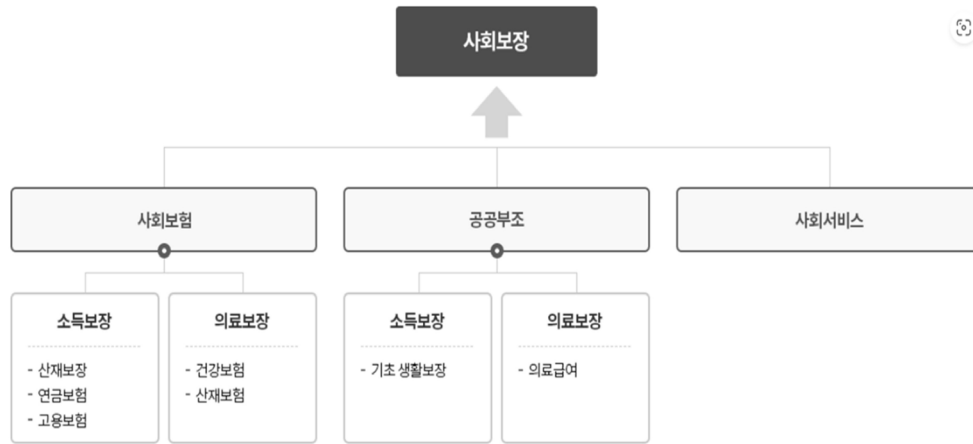
우리나라 사회보장제도

* 유형

사회보험제도	국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험방식에 의하여 대처함으로써 국민건강과 소득을 보장하는 제도 (국가가 법에 의해 가입을 의무화)
단기보험	건강(의료)보험 → 의료비보장, 건강증진
공공부조제도	국가 또는 지방자치단체의 책임으로 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 제도
사회서비스	국가 · 지방자치단체 및 민간부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등의 분야에서 인간다운 생활을 보장하고 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원 등을 통하여 국민의 삶의 질이 향상되도록 지원하는 제도

우리나라 사회보장제도

■ 우리나라 사회보장기본법에 따른 사회 보장의 구성 및 체계분류



건강보장제도 (개념)

• 정의

- 국민의 건강권을 보호하기 위하여 요구되는 필요한 보건의료서비스를 국가나 사회가 제도적으로 제공하는 것을 말하며, 건강보험, 의료급여, 산재보험을 포괄함.
- 과거 질병으로 인한 소득중단에 대처하는 경제보장과 치료비 지출에 대비하는 질병치료 중심의 ‘의료보장’의 개념이, 질병을 예방하고 건강을 증진시키는 ‘건강보장’이라는 광의적인 개념으로 발전하였음.
- 이 제도는 상대적으로 과다한 재정의 부담을 경감시킬 수 있으며, 국민의 주인의식과 참여의식을 조장할 수 있음.

건강보장제도 (개념)

- 의의

- 의료수혜 불평등을 해소하기 위한 사회적, 국가적 노력이라고 할 수 있음.

- 일차적으로 질병 발생으로 인한 개인 부담능력의 한계와 위험을 극복하고, 이차적으로는 국민의 건강수준을 향상시키는 것을 목표로 함.

- 개인의 위험을 사회적 · 국가적 위험으로 인식하여 위험의 분산 및 상호부조인식을 제고 하기 위한 제도.

- 필요성

- 사회계층 간 의료수혜의 불평등이 심화되고, 의료이용도의 소득계층별, 지역별, 성별, 직업별, 연령별 차이가 사회적 불만의 한 원인으로 대두되고 보건의료서비스가 의,식,주 다음 제4의 기본적 수요로 인식됨에 따라 건강보장제도의 필요성이 나날이 높아지고 있음.

건강보장제도 (유형)

- 의료보험방식 (National Health Insurance)

- 개인이 납부하는 보험료를 주요 재원으로 하는 건강보장제도로서 비스마르크(Bismarck)형 건강보장이라고도 함.

- 보험재정의 낭비를 줄이고 지속가능성을 높이고자 의료서비스 이용 시에 본인일부부담금을 부과하고 있음.

- NHI 방식을 운영하는 대표적인 국가로는 한국, 독일, 프랑스, 일본 등이 있음.

- 국가보건서비스 (National Health Service) 방식

- 일명 조세방식, 비버리지(Beveridge)형 의료제도라고 하며, 국민의 의료문제는 국가가 책임져야 한다는 관점에서 조세를 재원으로 모든 국민에게 국가가 직접 의료를 제공하는 의료보장방식.

- 부담의 형평이라는 측면에서는 사회 보험형보다 우수하지만, 의료의 질 저하 및 관리 운영상의 비효율이 나타날 수 있음.

건강보장제도 (유형)

구분	의료보험방식(NHI)	국가보건서비스방식(NHS)
기본이념	의료비에 대한 국민의 1차적 자기 책임의식견지 (국민의 정부의존 최소화)	국민의료비에 대한 국가책임 견지(국민의 정부의존 심화)
적용대상관리	국민을 임금소득자, 공무원, 자영자 등으로 구분관리 (국민자 별도 구분)	전 국민을 일괄 적용 (집단구분 없음)
재원조달	보험료, 일부 국고 지원	정부 일반조세
진료보수 산정방법	행위별수가제 또는 총액계약제 등	일반 개원의는 인두제 병원급은 의사 봉급제
관리기구	보험자 (조합 또는 금고)	정부기관 (사회보장청 등)
채택국가	한국, 독일, 프랑스, 일본 등	영국, 스웨덴, 이탈리아 등
국민 의료비	의료비 억제기능 위약	의료비 통제 효과가 강함
보험료 형평성	- 보험자 내 보험료 부과의 구체적 형평성 확대가능 - 보험자가 다수일 경우 보험자간 재정불균형 발생 우려	조세에 의한 재원 조달로 소득재분배 효과강함 (선진국) (단, 조세체계가 선진화되지 않은 경우 소득역전 초래)
의료서비스	- 상대적으로 양질의 의료제공 - 첨단의료기술 발전에 긍정적 영향	- 의료의 질 저하 초래 - 입원 대기 환자 급증 - 대기기간 장기화 - 개원의의 입원 의뢰 남발 - 사보험 가입 증가경향으로 국민의 이중부담초래
연대의식	가입자간 연대의식 강화	가입자간 연대의식 희박
관리운영	- 보험자중심 자율운영(대표 기구를 통한 가입자의 조합운영 참여보장) - 정부기관 직접 관리 (가입자의 운영참여 배제)	- 정부기관 직접 관리 (가입자의 운영참여 배제) - 직접 관리운영비 부분적 축소 (보험료 징수비용이 조세 관리비용으로 전가)

건강보장제도 (진료비지불제도)

• 진료비지불제도 소개

• 개념

- 진료의 대가로 의료공급자에게 지급되는 보상 방식을 말하는 것으로 일반적으로 지불제도는 의료의 질, 의료비, 진료비 심사 및 관리방식에 결정적인 영향을 미치게 됨.

• 구분

- 크게 의료공급자에 대한 것(의사 등)과 의료기관에 대한 것으로 구분되는데 일반적으로 의료공급자에 대한 보수 지불은 주로 의료행위라는 전문기술에 대한 보상을 목표로 하고, 의료기관에 대한 보수지불은 시설, 장비, 물자, 운영비용 등 투입(input) 비용에 대한 보상을 의미.

- 대체로 한 나라의 지불제도는 지불제도의 기본형 하나에 속하기보다는 그 나라의 실정에 맞게 변형된 것이나 혼합형태로 존재함.

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

건강보장제도 (진료비지불제도)

I 각국심사지불제

지불방식	의원급	병원급
한국	행위별수가제 - 일부 DRG 실시	행위별수가제 - 일부 DRG 실시
독일	총액계약제 - 보험자단체와 보험의협회가 진료비 총액을 연간 계약하고 그 총액을 보험의 협회에게 일괄하여 지불함 - 보험의협회에서 개개 의사에게 수가표를 기준으로 행위별수가제로 지불	총액계약제 - 보험자단체와 보험의협회가 진료비 총액을 연간 계약하고 그 총액을 보험의 협회에게 일괄하여 지불함 - 보험의협회에서 개개 의사에게 수가표를 기준으로 행위별수가제로 지불
프랑스	선물 상환 방식에 의한 행위별수가제(총액규제실시) - 의사조합과의 전국 협약을 통해 총액범위 내의 외래진료비 지급	- 공적병원 · 총액계약제(1984년~) - 민간병원 · 환자 1일당 입원료로서 정액 지불 병원급(일부진료에 대한 포괄수가제 실시)
일본	행위별 수가제	행위별 수가제 - DRG 시범 사업 중
대만	- 총액 계약제 · 치과외래(1998.07),한방(2000.07.) · 외과외래(2001.07),병원(2002.07.) - 인두제,포괄수가제	행위별 수가제 - 일부 포괄수가제 실시
미국	- 행위별 수가제 · 진료보수점수표에 의거 상대가치수가 · (RBRVS)방식으로 지불 - 인두제	DRG
영국	인두제	- 병원 근무의는 공무원으로서 봉급제 - 포괄수가제(PbR)

진료비지불제도 유형

• 행위별수가제(Fee-for-Service)

- 행위별수가제는 진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고, 의료인이 제공한 진료 행위 하나하나 마다 항목별로 가격을 책정하여 진료비를 지급하도록 하는 제도.
- 가장 보편적이고 시장접근적인 방법으로서 대부분의 자본주의 경제체제를 가진 국가에서는 이 행위별수가제를 많이 채택하고 있음.
- 의료인이 제공한 시술내용에 따라 값을 정하여 의료비를 지급하는 것으로서 전문의의 치료방식에 적합함. 즉, 위중하거나 진료에 시간이 오래 걸리며 특별한 기술을 요하는 질병이나 진료재료가 많이 소요되는 질병에 대하여는 정확히 그만큼 많은 진료비를 의료인에게 지급. 이는 일반 상행위의 원칙이 가장 많이 적용되는 방식으로서 의료인이 가장 선호하는 방식이기도 함.
- 적은 횟수의 더 철저한 검사보다는 짧고 빈도가 많은 진료를 유도하게 될 수 있음.

진료비지불제도 유형

• 인두제 (Capitation)

- 인두제는 문자 그대로 의사가 맡고 있는 환자수, 즉 자기의 환자가 될 가능성이 있는 일정 지역의 주민수에 일정금액을 곱하여 이에 상응하는 보수를 지급 받는 방식.
- 주민이 의사를 선택하고 등록을 마치면, 등록된 주민이 환자로서 해당 의사의 의료서비스를 받든지 안 받든지간에 보험자 또는 국가로부터 각 등록된 환자수에 따라 일정수입을 지급 받게 됨.
- 인두제는 기본적으로 비교적 단순한 1차 보건 의료에 적용되며, 의료전달체계의 확립이 선행되어야 함. 따라서, 주치의사 또는 가정의의 1차 진료 후에 후송의뢰가 필요한 경우에만 전문의의 진료를 받을 수 있음. (영국의 일반가정의에게 적용되는 방식)

진료비지불제도 유형

• 봉급제 (Salary)

- 사회주의국가나 영국과 같은 국영의료체계의 병원급 의료기관의 근무의에게 주로 적용되는 방식으로 농 · 어촌 등 벽 · 오지에 거주하는 국민이라도 쉽게 필요한 때 의료서비스를 제공받을 수 있으나 그 진료수준은 낮은 편임.
- 법 · 제도상으로 공공의료의 혜택을 모든 국민이 받을 수 있게 되어 있으나, 제한된 의료시설 및 인력때문에 의사의 윤리적 기준이 낮은 나라의 경우 개인적인 친밀관계나 뇌물수수관계에 따라 의료혜택의 기회가 부여될 여지가 있음.
- 봉급제의 단점은 의사의 관심이 환자진료보다는 승진 또는 더 높은 보수를 위해서 승진결정권을 가진 상사나 고위공직자의 만족에 맞추어진다는 것임.

진료비지불제도 유형

• 포괄수가제 (Bundled-Payment)

- 포괄수가제는 한 가지 치료행위가 기준이 아니고, 환자가 어떤 질병의 진료를 위하여 입원했는가에 따라 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 제도.
- 미국에서 의료비의 급격한 상승을 억제하기 위하여 1983년부터 DRG(Diagnosis Related Groups)에 기초를 둔 선불상환제도로 개발하였고 연방정부가 운영하는 메디케어 환자의 진료비지급방식으로 사용되고 있음.
- 이 제도는 의료비용의 사전예측이 가능하기 때문에 장기입원에 대한 인센티브를 제거할 수 있음.
- DRG지불제도하에서는 현재와 같은 행위별 심사는 약화되는 대신에 의료기관들의 진단명조작이나 의료의 질 저하를 방지하기 위한 활동(모니터링 등)을 담당하는 기능이 필요해지며 이것을 현재의 심사기구가 수행하게 됨.
- Upcoding 등 방지를 위하여 각 의료기관의 입원율, 재원일수, 입원건수, 중증도지표 등의 지속적인 모니터링을 통해 문제의 소지가 있는 의료기관이 포착되면 이에 대한 정밀심사를 하는 방안 등 보험심사기구에서 설정한 종합적인 감시방안이 병행됨.

진료비지불제도 유형

• 총액계약제 (Global Budget)

- 보험자 측과 의사단체(보험의협회)간에 국민에게 제공되는 의료서비스에 대한 진료비 총액을 추계하고 협의한 후, 사전에 결정된 진료비 총액을 지급하는 방식으로(의사단체는 행위별 수가기준 등에 의하여 각 의사에게 진료비를 배분함) 독일의 보험의에게 적용되는 방식.
- 총액계약제는 전체 보건의료체계 또는 보건의료체계의 특정 부문에 국한하여 적용이 가능함.
- 전체 보건의료체계 또는 총액계약제가 적용되는 보건의료 부문의 비용에 대한 효과적 조정이 가능하므로, 진료의 가격과 양을 동시에 통제 및 조정함으로써 진료비 지출 증가 속도를 조절하고 예측할 수 있음. 그러나, 이 제도는 의료서비스 제공자가 과소진료를 제공하거나 건강상태가 좋지 못한 환자를 기피하는 현상도 발생할 수 있음.

진료비지불제도 유형

· 일당진료비 방식 (Daily charge or per diem fee)

-주로 병원의 입원진료에 적용되는 방식으로 투입자원이거나 서비스강도의 차이를 두지 않고 진료 1일당 수가를 책정하여 진료기간에 따라 진료비 총액이 결정되는 제도입니다. 따라서, 일당 진료비 방식도 일종의 포괄수가제로 보는 경우도 있음.

- 일당진료비의 종류

- 의사의 보수를 포함한 전체비용을 포괄하는 방식으로 질병의 종류나 전문분야 등을 구분하지 않고 모든 입원환자에게 동일한 일당 진료비를 부과하는 방법
- 의사의 진료서비스에 대한 보수를 제외한 병원의 전체비용을 포괄하는 방식(의사의 진료비는 행위별 수가 제를 적용하고 병원에 대한 진료비 상환은 일당으로 산정하여 지불)
- 의사의 보수를 포함한 전체 비용을 포괄하여 일당진료비를 산정하되 전문과별 또는 특별진료서비스에 대해 차별 수가를 적용하는 방식

- 총액예산을 토대로 일당진료비제가 채택될 경우, 병원은 정해진 기간내의 총비용을 늘려 일당진료비를 높이도록 하거나, 환자진료일수를 늘려 병원의 수입을 증가시킬 우려가 있습니다. 또한 비용절감을 위해 서비스의 질을 낮추거나, 환자진료일수를 늘려 수입을 극대화할 수도 있음.

- 수가표나 제공되는 서비스 항목에 관한 표도 불필요하기 때문에 진료비의 지불을 위한 행정 관리비용이 비교적 적게 지출되는 이점이 있습니다. 병원 측면에서는 일당진료비 협상을 위한 상세한 회계체계만 갖추면 됩니다. 다만, 모든 병원의 회계시스템이 동일해야만 보험자가 병원 간의 비용을 비교할 수 있습니다.

진료비지불제도 유형

Ⅱ 진료비지불방식 장·단점

지불방식	장점	단점
행위별수가제 (fee-for-service)	- 환자에게 충분한 양질의 의료서비스 제공 가능 - 신의료기술 및 신약개발 등에 기여 - 의료의 다양성이 반영될 수 있어 의사·의료기관의 제도 수용성이 높음	- 환자에게 많은 치료를 제공하면 할수록 의사 또는의료기관의 수입이 늘어나게 되어 과잉진료, 과잉검사등을 초래할 우려가 있음. - 과잉진료 및 지나친 신의료기술등의 적용으로국민의료비 증가 우려수가 구조의 복잡성으로 청구오류, 허위·부당청구 우려
포괄수가제 (Burdied-payment)	- 경영과 진료의 효율화 - 과잉진료, 의료서비스 오남용 억제 - 의료인과 심사기구·보험자간의 마찰 감소 - 진료비 청구방법의 간소화 - 진료비 계산의 투명성 제고	- 비용을 줄이기 위하여 서비스 제공을 최소화하여 의료의질적 수준 저하와 환자의 마찰 우려·조기 퇴원 - DRG코드조작으로 의료기관의 허위·부당청구 우려 - 의료의 다양성이 반영되지 않으므로 의료기관의 불만이 크고 제도 수용성이 낮음
봉급제 (salary)	- 의료서비스 제공을 위한 직접비용이 독립계약 하에서 보다 상대적으로 적음	- 개인적, 경제적 동기가 적어 진료의 질을 높인다거나 효율성 제고 등의 열의가 낮음 - 관료화, 형식주의화, 경직화 등 우려 - 진료의 질적수준 저하
인두제 (capitation)	- 진료비 지불의 관리 운영이 편리지출 비용의 사전 예측 가능 - 자기가 맡은 주민에 대한 예방의료, 공중보건, 개인위생 등에 노력 - 국민의료비 억제 가능	- 의사들의 과소 진료 우려 - 고급의료, 최첨단 진료에 대한 경제적 유인책이 없어 신의료기술의 적용 지연 - 중증 질병환자의 등록기피 발생 우려
총액계약제 (global-budget)	- 과잉 진료·청구의 시비가 줄어들게 됨 - 진료비 심사·조정과 관련된 공급자 불만이 감소 됨 - 의료비 지출의 사전 예측이 가능하여 보험 제정의 안정적 운영 가능 - 의료 공급자의 자율적 규제 가능	- 보험자 및 의사 단체인 계약 체결의 어려움 상존 - 전문과목별, 요양기관별로 진료비를 많이 배분 받기 위한갈등 유발 소지 - 신기술 개발 및 도입, 의료의 질향상 동기가 저하되며,의료의 질관리가 어려움 (과소 진료의 가능성)

국민건강보험제도

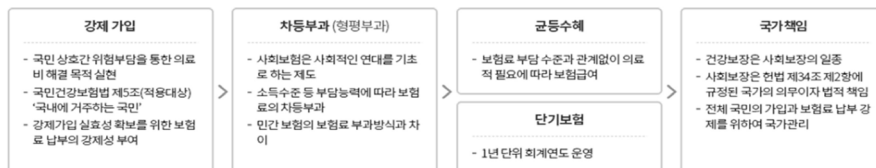
- 근거법령
 - 헌법 제34조(사회보장 등) 및 제36조(국민보건)
 - 사회보장기본법 제3조 제2호
 - 국민건강보험법 (시행령, 시행규칙 등)
 - 목적
 - 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 하고 있음.
- (국민건강보험법 제1조)

국민건강보험제도

• 건강보험 범위



특징



요양급여비용의 청구 및 지급

- 청구기관 : 건강보험심사평가원
- 지급기관 : 국민건강보험공단

의료급여제도

• 의료급여제도란?

- 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로서 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도
 - 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민들에게 발생하는 의료문제 즉, 개인의 질병, 부상, 출산 등에 대해 의료서비스(진찰, 검사, 치료 등) 제공

의료급여제도

Ⅱ 의료급여 수급권자 구분

1종 수급권자	- 국민기초생활보장수급자 - 근로무능력가구, 시설수급자, 결핵질환자, 희귀난치성질환 또는 중증질환자 - 타법적용자 - 이재민, 노숙인 - 타법적용자 중 근로무능력자(의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세미만), 국가유공자, 국가무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자) - 행려환자
2종 수급권자	- 국민기초생활보장 수급자 및 타법적용자 중 1종수급권자 기준에 해당되지 않는 자

Ⅲ 의료급여 절차(「의료급여법 시행규칙」 제3조)



- 의료급여 절차에 의하지 않고(의료급여의뢰서 없이) 의료급여기관을 이용한 경우 소요비용은 전액 본인부담 (「의료급여법 시행규칙」 제19조 및 별표1의 2)

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

의료급여제도

Ⅱ 의료급여 단계별 진료 예외 사항

대상자	의료급여기관
- 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자의 경우 - 분만의 경우 - 「의료급여법 시행령」 제3조제2항제1호라목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀질환자 또는 중증난치질환자가 의료급여를 받으려는 경우 - 중증의 경우 등록된 중증환자만 해당 - 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 수급권자가 그 근무하는 의료급여기관에서 의료급여를 받으려는 경우 - 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록된 장애인이 장애인 보조기기를 지급 받으려는 경우 - 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록된 장애인이 「구강보건법」 제15조의2에 따른 장애인구강진료센터에서 의료급여를 받으려는 경우 - 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있어 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 따라 의료급여를 받으려는 경우 - 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람이 결핵질환의 확진검사에 대하여 의료급여를 받으려는 경우	제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에 의료급여 신청 가능
- 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 사람이 재활의학과에서 의료급여를 받고자 하는 경우 - 한센병환자가 의료급여를 받고자 하는 경우 - 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록된 장애인이 의료급여를 받고자 하는 경우 - 「국민건강보험법 시행령」 제45조제1호에 해당하는 지역의 의료급여 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우 - 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조 또는 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률 시행령」 제8조에 의한 상이등급을 받은 사람이 의료급여를 받으려는 경우 - 15세 이하의 아동이 의료급여를 받으려는 경우	제2차의료급여기관에 의료급여 신청 가능

우리나라 진료비 지불 제도

참고자료: 1) 건강보험심사평가원 홈페이지 자료
2) 2019년 임상전문가 패널과 함께하는 상대가치 업무 매뉴얼

우리나라 진료비 지불제도

• 수가제도 개요

- 건강보험 행위별수가제(fee-for-service)는 의료기관에서 의료인이 제공한 의료서비스(행위, 약제, 치료재료 등)에 대해 서비스 별로 가격(수가: 의료기관이 건강보험이 적용되는 의료서비스를 제공하고 환자와 건강보험공단으로부터 받는 총액)을 정하여 사용량과 가격에 의해 진료비를 지불하는 제도로 우리나라는 의료보험 도입 당시부터 채택하고 있음.

- 또한, 행위별수가제의 보완 및 의료자원의 효율적 활용을 위하여 「질병군별 포괄수가제(DRG)」와 「정액수가제(요양병원, 보건기관 등)」도 병행하여 실시하고 있음.

우리나라 진료비 지불 제도

Ⅱ 수가 보상방법 변천

- 행위별수가제를 근간으로 의료보험 초창기부터 현재까지 변천과정은 아래와 같습니다.



IV. 보험 아카데미 및 학술대회

요양급여비용의 이해

• 의료행위비용 산출구조

- 수가는 개별 행위마다 점수를 정하고 있는 단일 상대가치점수 체계이나, 요양기관 종별에 따라 유형별(의과, 치과, 한방 병·의원 등) 점수당 단가 및 종별가산율을 달리 적용하고 있어 동일한 행위라도 최종 수가는 달라지게 됨.

- 의료행위비용 = 행위별 상대가치점수 (단위: 점) × 점수당 단가(환산지수) (단위: 원) × 종별가산율 (단위: %)

• 환산지수(점수당 단가)

- 상대가치점수를 금액으로 바꾸어 주는 지표

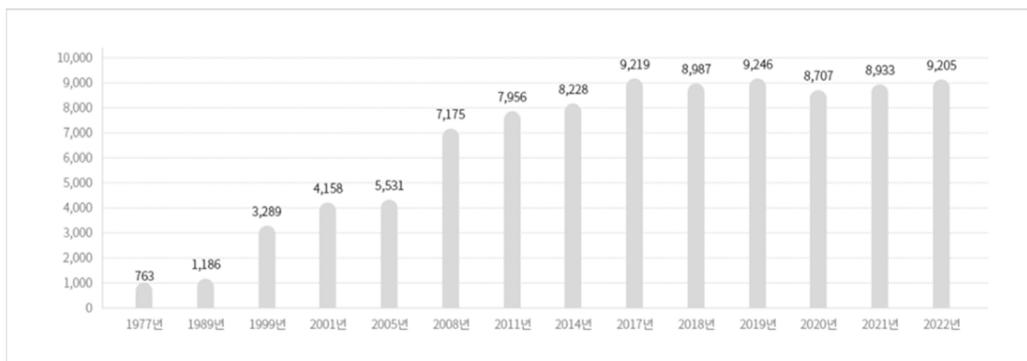
- ※ 환산지수: 매년 건강보험공단과 의료단체가 유형별 협상에 의해 결정

행위 목록수

• 행위 목록수

- 1977년부터 현재까지 수가 항목은 10배 이상 증가하여 9,184항목(2023.2. 기준)에 이름.

• 연도별 행위 급여, 비급여 목록수



상대가치점수제도

• 상대가치점수

- 상대가치점수는 요양급여에 드는 시간 · 노력 등 업무량, 인력 · 시설 · 장비 등 자원의 양, 요양급여의 위험도 및 요양급여에 따른 사회적 편익 등을 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타낸 것
- 관련근거 : 국민건강보험법 시행령 제21조 제2항

상대가치점수제도

• 상대가치점수의 구성요소



• 상대가치체계 도입과정 등 상세내역

[상대가치점수제도의 이해](#)

[다운로드](#)

• 상대가치점수 개정

- 상대가치점수 개정사업
- 상대가치점수 도입(2001년) 이후 의료환경 등 변화를 반영하고 행위별 상대가치점수 불균형 조정을 위한 주기적 개정사업 진행
- 1차 개정
 - 상대가치점수 1차 개정연구(2003년~2006년)를 수행 후 5개년(2008년~2012년)에 걸쳐 적용
 - ※ 상대가치점수 전면 개정에 따른 급격한 점수 조정으로 인해 의료 현장의 혼란 방지를 위하여 새로운 상대가치점수를 20%씩 5개년 동안 단계적 반영
- 2차 개정
 - 상대가치점수 2차 개정연구(2010년~2016년)를 수행 후 4개년(2017년7월~2020년)에 걸쳐 적용
 - ※ 5년간 적용한 1차 개편과 달리 행위 유형간 조정과 재정투입을 고려하여 1년 단축한 25%씩 4개년 동안 단계적 반영
- 3차 개정
 - 상대가치점수 3차 개정연구(2018년~2020년)를 기반으로 개편 추진 중임

기본진료료

• 진찰료

- 진찰료는 의사의 시진, 촉진, 문진 등의 행위를 보상하는 비용으로 요양기관 종별 및 초·재진 여부에 따라 구분합니다.
- 그간 진찰료의 변경은 의약분업 등 정부 정책 추진에 따른 효율적 수가운영과 의료계 수익 보존 등의 취지에서 진찰료와 처방 조제료의 통합·분리, 진료과목별 세분화 및 단일화 등의 변동과정을 거쳐 왔습니다.
- 또한, 차등수가제도 운영을 통해 적정진료를 위한 서비스의 질 확보 및 일부기관으로의 환자 집중현상을 완화하고자 노력하고 있습니다.
- 진찰료 구성진찰료 중 기본진찰료는 병원관리 및 진찰권 발급 등, 외래관리료는 외래환자의 처방 등에 소요되는 비용을 포함합니다.
 - 외래환자 진찰료 = 기본 진찰료 + 외래관리료 (진찰료에서 기본 진찰료를 제외한 점수)

기본진료료

• 입원료

- 입원료에는 입원환자 의학관리료(40%), 간호관리료(25%), 병원관리료(35%)가 포함되어 있으며 요양기관 종별에 따라 산정합니다.
- 입원환자의 간호서비스 질 제고를 위해 1999년 11월부터 간호인력확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제를 도입하여 실시하고 있습니다.
- 이는 적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양기관에서 간호서비스 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위한 것으로 병상수(또는 환자수) 대비 간호사 확보 비율에 따라 등급별 가·감산 수가를 적용합니다.
- 입원환자 간호관리료(건강보험 입원료 소정수가의 25%)에는 간호사의 투약, 주사, 간호, 상담 등의 비용뿐만 아니라 간호기록지 작성, 환자 진료보조 행위 등의 비용이 포함되어 있습니다.

가산제도

• 야간·공휴가산

• 개요

- 야간 또는 공휴일에 국민의 의료서비스 이용 접근성을 높이고 요양기관의 진료를 활성화하기 위해 야간·공휴 가산제도를 실시하고 있습니다.

- 1977년 당시 심야진료(22시~05시) 시 초·재진료 소정점수의 50% 가산을 시작으로 그간 정책방향이나 재정 여건 등을 고려하여 시간대 및 가산비율을 탄력적으로 운영해 오고 있습니다.

• 현행 가산내용

- 야간: 평일 18시(토요일13시)~익일 09시

- 공휴: 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 의한 공휴일가산율: 기본진찰료 또는 약국조제료 등의 30%

가산제도

• 연령가산

• 개요

- 소아의 경우 소아진료에 투입되는 자원의 양 및 술기의 어려움 등을 고려하여 가산이 필요한 항목에 대하여 연령 가산을 적용하고 있으며, 노인의 경우는 마취위험도 때문에 마취 시 70세 이상을 대상으로 가산을 적용하고 있습니다.

- 1977년부터 마취료 항목에 대하여 신생아는 60%, 만1세미만의 유아 및 만70세 이상 노인을 대상으로 30% 가산을 적용하여 왔고, 이후 가산이 필요한 항목에 대하여 확대 시행하고 있습니다.

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

가산제도

• 전문의 인력 가산

- 건강보험 급여대상 진료행위를 산정함에 있어 특정 진료과목 전문의로 실시 인력 요건을 별도 정하거나, 고시된 추가에 일정비율 가산을 하여 의료서비스의 질적 향상과 적정진료를 유도하고자 전문의 가산제도를 운영하고 있습니다.

· 해당 전문의 시행 시 추가 가산

구분	해당전문의	가산율
2장 검사료	《별표》 진단검사의학과 전문의	10%
	《별표》 병리과 전문의	10%
	《별표》 시립유전자 분석유전검사의 관련분야에 인증을 받은 전문의	10%
	중앙경감사·충격동감사·흉부외과 전문의	70%
	질개생검(심부·개흉)·흉부외과 전문의	70%
3장 영상진단 및 방사선자료료	질개생검(심부·개복)·외과전문의	30%
	방사선단순 및 특수영상진단료:영상의학과 전문의 (단, MRI는 별도로 가산 점수 명시)	10%
9장 처치 및 수술료 등	핵의학영상진단: 핵의학과 전문의 또는 방사성 동위원소 취급자 특수면허를 소지한 의사	10%
	《별표1》: 외과전문의	20%
	《별표2》: 외과전문의	30%
	《별표3》: 흉부외과 전문의	20%
	《별표4》: 흉부외과 전문의	30%
	《별표5》: 흉부외과 전문의	70%
	《별표6》: 흉부외과 전문의	100%
	《별표7》: 상형외과 전문의	50%
	《별표9》: 신장외과 전문의	5%
	《별표10》: 신장외과 전문의	10%
	《별표11》: 신장외과 전문의	15%

건강보험 본인부담제도

I 건강보험 본인부담제도

건강보험 환자가 의료이용 시 부담하는 비용은 본인일부부담·전액본인부담·비급여 항목들의 금액으로 구성



• 본인일부부담제도 종류

현행 본인일부부담은 환자가 비용을 부담하는 방식에 따라 정률제, 정액제, 본인부담 상한제로 구분함

- 정률제
 - 의료비용의 일정비율을 환자가 부담하는 방식
 - 우리나라의 경우, 1963년 의료보험법 제정시점부터 본인부담 정률제 방식으로 시작
- 정액제
 - 의료서비스의 총금액 중 일정 금액만을 환자가 부담하는 방식
 - 1986년부터 의원급 대상액 소액 외래 진료비 정액제 실시
- 본인부담상한제
 - 환자가 1년 동안 부담하는 금액에 대한 상한선을 설정하고 상한선을 초과하는 진료비는 보험자가 부담하는 방식
 - 2004년부터 본인부담상한제 실시 시작 2004년 6개월간 300만원 → 2007년 6개월간 200만원 → 2009년 연간 200, 300, 400만 (소득수준에 따른 차등적용)

※ 현행 본인부담률은 '제도·정책>본인부담기준>건강보험 본인부담기준 안내'에서 참고하여 주시기 바랍니다.

※ 본인일부부담금은 요양기관 종별, 지역, 총 금액 정도에 따라 그 비율이나 금액을 달리 적용하는 등 계속 변화되어 왔으며, 입원부담률은 20%를 적용함.

건강보험 본인부담제도

• 입원 본인 부담률

- 1977년 의료보험제도 초기 피보험자 20%, 피부양자 30%로 시작하였으며, 1979년부터 현재까지 환자의 자격 불문 모든 요양기관이 20% 부담을 유지하고 있음.

시행시기	입원본인부담률	관련근거
1977.1.1	피보험자: 20% 이내 피부양자: 30% 이내	의료보험법시행령 (대통령령 제8487호)
1979.7.1 ~ 현재	진료비의 20%	의료보험법시행령 (대통령령 제9411호)

건강보험 본인부담제도

• 입원부담률 예외 적용

- 건강보험 보장성 정책이 확대 지속됨에 따라 별도의 부담률 형태가 운영됨.

시행일	내용	본인부담	비고
1998.10.7	고가특수의료장비	외제부담률	고가장비이용에 따른 병원 수익구조 개선 (MR, PET 급여등 제에 따라 추가)
2005.1.1	자연발생 조산아, 저체중출생아, 산생아 집중치료실 환자	면제	출산장려
2005.9.1	양원자, 뇌혈관질환자, 심장질환자	10%	중증환자 보장성 강화
2009.12.1	양원자	5%	
2010.1.1	뇌혈관, 심장질환자	5%	
2006.1.1	6세 미만 소아	면제	출산장려 및 아동의료 비용 경감
2008.1.1		10%	도덕적 해어로 본인부담률 상향조정
2009.7.1	허위난치질환자 입원진료 확대	10%	중증환자 보장성 강화
2010.1.1	감액환자	10%	중증환자 보장성 강화
2010.7.1	중증확산 환자	5%	중증확산환자 의료비 부담을 경감
2011.4.1	감액환자	10% 중 1/2각고지환	
2014.9.1	성급중환병원 입원입원상 및 향신과 폐색병상의 4인상 이용 시 입원료	30%	
2015.2.1	뇌혈관질환자(뇌졸중)	5%	중증환자 보장성 강화
2015.7.1	고위험임산부	10%	출산장려
2016.1.1	중증이상환자	5%	중증환자 보장성 강화
2016.7.1	뇌혈관질환자(뇌경색)	5%	중증환자 보장성 강화
	제왕절개환자	5%	출산장려
	감액치료중인 감액환자	면제	중증환자 보장성 강화
2016.9.23	거주입원 시 입원료	10%	

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

건강보험 본인부담제도

• 외래 본인부담률

- 1977년 요양기관 종별 불문 피보험자 30%,
피부양자 40%로 시작해서 1986년 의원급
소액 외래 진료비 정액제가 실시되었고,
2007.8.1~현재까지 65세 이상 노인 진료비
정액제를 제외하고는 원칙적으로 정률제를
시행함.

시행일	요양기관 종류	본인부담	비고
1977.7	전체	- 피보험자: 40% 이내 - 피부양자: 50% 이내	- 피보험자와 피부양자의 본인부담률 차등
1979.7	전체	- 30% 이내	- 피보험자와 피부양자간의 차등률 폐지 (종합, 보험자적 불문 동일보험자와 피부양자간의 차등률 폐지 (종합, 보험자적 불문 동일)내
1980.5	병원, 종합병원	- 30~50% 이내	- 병합금 이상의 본인부담률을 의원과 차등화 - 종합병원 집중현상 해소
1986.1	의원	- 정액제 도입	- 차등 상한액 10,000원 (차별한 발생시 8,000원 이하)
	종합병원, 병원	- 진료료 전액본인부담 - 진료료 외 진료비 50~55%	- 중소병원 가피현상 해소
1988.10	근지역 종합병원, 병원	- 정액제 도입	- 시지역과 정률제 병도 적용 - 중소병원 가피현상 완화 방지 - 근지역 병원 병상상태 고려
2000.7.1	전체	- 정액 본인부담 경감대상 조정 [70세 → 65세 이상] - 정액제 본인부담액 상향조정	- 노인의료비를 부담 경감 - 의약분업에 따라 진료료 - 처방료 통합에 따라 진료비상승 반영
2001.7.1	전체	- 정률 본인부담 연액 - 종합병원, 종합병원: 25,000원에 따라 이원액 - 정액 상한액 의원급 이상 12,000원 → 15,000원	- 건강보험재정연장정책에 따라 진료료, 조제료 수가 인상 및 진료 료 차등률 통합에 따라 조정필요
2007.8.1	근지역 병원, 종합병원, 의원 전체	- 정액제 폐지, 정률제 원칙 [65세 이상 제 외] - 64세미만 아동의 경우 상인의 70% 수준으 로 경감	- 중증 및 소액진료비환자에 대한 보험재정 부담을 보장성 강화 투입
2009.7.1	종합전문요양기관	- 50% → 60%	- 대형병원 이용에 따른 의료자원 활용의 비효율성 개선

주1) 2010.1.1부터 의료법 제46조 제4항 "중증전문요양기관"은 "유급종합병원"으로 병명 변경

건강보험 본인부담제도

• 외래 본인부담률

기관종별	본인부담률
상급종합병원	진료료 + 진료료 제외 진료비의 60%
종합병원	동지역: 50%, 읍면지역: 45%
병원급	동지역: 40%, 읍면지역: 35%
의원급	30% (단 65세 이상인 경우에는 15,000원 이하 시 1,500원 정액 적용)

주1) 의원급 해아환자가 병합금 이상에서 진료받은 경우 약해는 중진료에서 논하여 30% 적용

주2) 64세 미만 아동은 상인 본인부담률의 70% 적용

• 외래 본인부담률 제의 적용

시행일	내용	본인부담	비고
1983.10	연간진료비 또는 약제비 10만 원 이상 (종합급 상한액) 산 정액제 도입	20%	약 200만 원 이상 진료비 중 50%를 본 인부담률 증가
2009.7.1	정액제 본인부담 연액	10%	중소병원 보장성 강화
2005.8.1	의원제	10%	
2009.12.1	의원제	10%	
2010.7.1	중소병원 진료	10%	
2011.4.1	의원제	10%	중소병원 보장성 강화
2012.4.1	진료비 10만 원 또는 15만 원 이상 중 약제비 10만 원에 따라 이원액	진료비 20%나 10%나 제의 본인부담 30%	제외진료비 본인부담률 (종합급: 60%, 의원급: 30%) 산정 (종합급: 60%, 의원급: 30%)
2016.7.1	진료비 10만 원 (의원제)	10%	중소병원 보장성 강화
2017.1.1	소액제 및 진료비제	10%	중소병원 보장성 강화
	의원제	20%에 해당	
2017.10.1	15세 이하의 아동에 대한 진료비 10만 원 이상 (의원제)	10%	
2018.1.23	진료비 10만 원 (의원제)	30%	진료비 10만 원 이상 (의원제)
	진료비 10만 원 (의원제)	30%	진료비 10만 원 이상 (의원제)
2018.7.1	진료비 10만 원 (의원제)	30%	진료비 10만 원 이상 (의원제)
	진료비 10만 원 (의원제)	30%	진료비 10만 원 이상 (의원제)
2019.1.1	진료비 10만 원 (의원제)	30%	진료비 10만 원 이상 (의원제)
	진료비 10만 원 (의원제)	30%	진료비 10만 원 이상 (의원제)
2019.4.8	진료비 10만 원 (의원제)	30%	진료비 10만 원 이상 (의원제)
	진료비 10만 원 (의원제)	30%	진료비 10만 원 이상 (의원제)
2020.1.1	진료비 10만 원 (의원제)	30%	진료비 10만 원 이상 (의원제)
	진료비 10만 원 (의원제)	30%	진료비 10만 원 이상 (의원제)

최종 수정일: 2022.08

포괄수가제도

• 7개 질병군 포괄수가제란?

- 환자가 입원해서 퇴원할 때까지 발생하는 진료에 대하여 질병마다 미리 정해진 금액을 내는 제도입니다. 입원비가 하나로 묶여있다고 생각하면 됨.
- 같은 질병이라도 환자의 합병증이나 타상병 동반여부에 따라 가격은 달라질 수 있음.

포괄수가제도

• 장점

< 환자에게 좋은 점 >

- 본인부담금이 줄어들고, 건강보험의 보장성(혜택)이 확대.
- 병원비를 미리 가늠할 수 있으며 계산도 간편해 짐.
- 오래오래 튼튼하게, 건강보험의 지속가능성을 지켜 줌.

< 의료기관에 좋은 점 >

- 꼭 필요한 진료만 하게 되어 의료기관의 경영이 효율적으로 이루어 짐.
- 진료비 심사로 인한 마찰이 줄어들음.
- 병원의 진료비 청구와 계산방법이 간소화 됨.
- 건강보험 진료비 지급이 빨라짐.

포괄수가제도

• 적용대상 및 범위

- 적용대상 질병군 : 현재 4개 진료과 7개 질병군을 대상으로 함
- 안과 : 백내장수술(수정체 수술)
- 이비인후과 : 편도수술 및 아데노이드 수술
- 외과 : 항문수술(치질 등), 탈장수술(서혜 및 대퇴부), 맹장수술(충수절제술)
- 산부인과 : 제왕절개분만, 자궁 및 자궁부속기(난소, 난관 등)수술(악성종양 제외)
- ※ 수정체수술(백내장수술), 서혜 및 대퇴부 탈장수술(장관절제 미동반) 등 간단한 항문수술의 경우에는 6시간 미만 관찰 후 당일 귀가 또는 이송시에도 포괄수가제(DRG)가 적용되어 본인부담금은 입원부담률인 20%로 적용받게 됨. 다만 7개 질병군에 해당되는 수술을 받았어도 의료급여 대상자 및 혈우병 환자와 HIV감염자(인체면역결핍바이러스병)는 로봇 보조 수술을 시행한 경우 등은 포괄수가제(DRG) 적용에서 제외 됨.
- 언제부터, 어디서?
- 2013년 7월부터 전국 모든 의료기관(의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원)에서 시행됩니다.

포괄수가제도

• 적용되는 범위는?

- 보험급여(적용)

- 입원환자의 치료에 필요한 의료행위, 치료재료, 약제비용에 대해 포괄수가가 적용. (7개 질병군으로 입원한 환자의 수술과 관련된 진료뿐 아니라 수술로 인한 합병증이나 환자가 입원 당시 같이 앓고 있던 질병의 치료까지 포함.)
- 그동안 환자가 전부 부담하던 항목들은 아래 항목을 제외하고, 앞으로 20%만 부담.
- ※ 환자가 전액 부담하는 항목
- 단순피로 등 일상생활에 지장이 없는 질환, 미용목적, 본인희망의 건강검진 등 예방진료, 상급병실료 차액, 전문의선택진료료 등
- 응급진료를 위하여 앰블런스를 이용하면서 받는 응급의료 이송처치료

신포괄수가제도

• 신포괄수가제란?

- 신포괄수가제는 기존의 포괄수가제에 행위별수가제적인 성격을 반영한 혼합모형 지불제도로 입원기간 동안 발생한 입원료, 처치 등 진료에 필요한 기본적인 서비스는 포괄수가로 묶고, 의사의 수술, 시술 등은 행위별 수가로 별도 보상하는 제도.

• 신포괄수가제, 무엇이 좋은가요?

- 진료에 필수적인 비보험 검사 등에도 보험이 적용되어 대부분의 환자에게 진료비 부담이 줄어듦.

신포괄수가제도

• 7개 질병군 포괄수가제와 신포괄수가제 다른 점.

- 7개 질병군 포괄수가제는 비교적 단순한 일부 외과수술에만 적용하고 있음. 여기에 4대 중증질환(암·뇌·심장·희귀난치성질환)과 같이 복잡한 질환까지 포함시켜 더 많은 입원환자가 혜택을 받을 수 있게 한 것이 신포괄수가제.

구분	7개 질병군 포괄수가제	신포괄수가제
대상기관	- 7개 질병군 진료가 있는 전제 의료기관('13.7.1부터)	- 국민건강보험공단일산병원, - 국립중앙의료원, 지역거점공공병원 ① 등 총 98개 기관
적용환자	- 7개 질병군 입원환자 - 백내장수술, 편도수술, 맹장수술, 항문수술, 탈장수술, 제왕절개 분만, 자궁수술	- 603개 질병군 입원환자
장점	- 포괄수가(유음) - 의료자원의 효율적 사용	- 포괄수가(유음) + 행위별수가(건당) - 의료자원의 효율적 사용 + 적극적 의료서비스 제공

신포괄수가제도

- 건강보험환자, 의료급여 환자, 보훈국비 환자 모두 가능합니다. (신생아, 장기이식 등 일부 환자 제외)
- 대상병원, 대상환자
 - 대상병원 : 국민건강보험공단 일산병원, 국립중앙의료원, 지역거점공공병원 등 총 98개 기관
 - 대상환자 : 건강보험 환자, 의료급여 환자, 보훈국비 환자 (단 신생아, 장기이식 등 일부 환자 제외)

상대가치점수 (제도도입배경)

- 상대가치점수의 정의
 - 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 간에 상대적 점수로 나타낸 것임 (국민건강보험법시행령 제21조)
 - 의료행위 간 가치를 상대적으로 비교하여 화폐단위가 아닌 '점수'로 표현한 것이며, 의료행위 건강보험수가는 매년 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 건강보험요양급여비용인 점수당 단가(환산지수)를 곱한 비용임
- 상대가치점수는 의사업무량 상대가치점수, 진료비용 상대가치점수, 위험도 상대가치점수로 구성됨

상대가치점수 (제도도입배경)

- 자원기준 상대가치점수(Resource Based Relative Value Scale : RBRVS)
- 자원기준 상대가치점수(RBRVS)는 미국 하버드대학 Hsiao 교수팀에 의해 개발된 방법으로 의료행위에 투입되는 자원의 양을 기준으로 다른 의료행위와 비교하여 부여한 가치를 의미함
- 이때 투입되는 자원은 행위를 제공하는 의사의 육체적, 정신적 노력 및 간호사 등 임상인력의 참여시간, 사용되는 장비와 소모되는 재료의 비용, 진료서비스 제공을 위한 건물, 사무인력 등의 간접비용을 포함함
- 자원기준 상대가치점수는 의사업무량 상대가치점수, 진료비용 상대가치점수, 위험도 상대가치점수로 이루어짐.
- 자원기준 상대가치점수는 미국 메디케어에서 의사비용에 대한 보상제도로 사용하고 있으며, 민간보험에서도 폭넓게 사용하고 있음
- 상대가치점수 개정연구(2006)에서는 이를 벤치마킹하여 우리나라 상황에 맞는 상대가치점수를 도입하고자 하였음

상대가치점수 (제도도입배경)

- 우리나라의 상대가치점수 도입배경
- '94년 정부의 「의료보장개혁위원회」에서 당시 의료보장 수가제도의 문제점을 개선하기 위하여 「자원기준 상대가치 개발」을 정책대안으로 제시함
- 이 작업을 위해 의료계 대표, 보험자 및 보험자단체 대표, 학계 및 연구기관 대표, 보건복지부 소속 공무원 등을 포함한 「의료보장 개혁위원회」를 구성함
- 「연세대학교보건정책및관리연구소」는 '96년~'99년까지 「의료보험 수가구조 개편을 위한 자원기준 상대가치 개발 연구용역」을 수행함
- '97년 한국표준의료행위분류 및 한국표준치과의료행위분류 항목에 대한 상대가치점수 산출 및 상대가치점수를 금전화하는 환산지수 개발을 완료함
- 그러나 표준 의료행위의 심사기준, 산정지침 등이 미비하다는 지적 등으로 인해 '97년 12월부터 2차 연구용역을 수행하여 의료보험수가에 반영할 수 있는 새로운 진료수가 분류 및 코드체계를 개발하였고, '98년 11월~'99년 10월까지 의료보험 수가항목분류별 상대가치점수를 산출하여, '01년 1월 1일 상대가치점수가 도입되었음

상대가치점수 (제도도입배경)

- 상대가치점수의 도입 후 제기된 문제점
- '01년부터 적용되고 있는 상대가치점수는 '97년에 개발된 것으로 다음과 같은 문제점을 내포하고 있음
- 첫째, '97년 이후의 의학기술의 발전이나 의료경영환경의 변화를 충분히 반영하지 못하고 있음
- 둘째, 도입단계에서 업무량 및 진료비용 상대가치점수가 통합되어 상대가치점수의 구성요소가 분리되지 않았으며, 위험도 상대가치점수가 반영되지 못함
- 셋째, 수가의 급격한 조정에 따른 재정부담, 집단간 수입변화에 따른 갈등 등을 감안하여 '97년 연구점수의 부분적 도입 및 연구 항목수의 축소 반영 등으로 '01년부터 적용된 상대가치점수는 객관적인 근거를 가진 점수로 보기 어려움.
- 넷째, 복잡한 조정과정을 거쳐 상대가치점수가 산출되었기 때문에 '01년부터 적용된 상대가치점수의 근거를 찾기가 어렵고, 이로 인해 합리적인 개정기전을 만들 수 없었으며, 정책적 상황에 따른 불규칙적인 개정으로 상대가치점수의 왜곡이 심화됨.

상대가치점수 제도

상대가치점수제도안내 x

상대가치점수조회 x

■ 문제점 개선을 위한 「상대가치점수 개정연구(2006)」 수행

· 위와 같은 문제점을 해결하기 위해 「건강보험정책심의위원회」 산하 「상대가치연구기획단」에서는 '의사비용과 진료비용의 분리, 치료재료 비용 분리 및 진료 위험도 반영' 등 3가지 상대가치체계 개선방향을 설정하고 「건강보험심사평가원」 내에 「상대가치점수연구개발단」을 두어 상대가치점수 개정연구 사업을 수행하도록 함(현 분류체계실 상대가치개발부)

· 상대가치점수 개정연구 사업은 '03년 8월~'06년 12월까지 수행됨



상대가치점수

- 상대가치점수 개정연구(2006) 이후 경과
- 상대가치점수 개정연구(2006)를 통해 근거자료(업무량, 진료비용, 위험도)에 기반한 신상대가치점수가 마련되었으나, 제도의 수용성, 파급효과를 감안하여 '12년에 신상대가치점수 100% 도입을 목표로 '08년부터 매년 20%씩 단계적으로 도입비율을 증가 시키고 있음 그러나 신상대가치점수는 진료과목별로 상대가치총점을 유지한 상태로 도입되어 진료과목간 불균형이 완전히 해소되지는 않았고, '06년 이후의 의료 환경 변화를 반영하지 못하는 한계점이 있어 신상대가치점수에 대한 개정연구가 필요하다는 의견이 제기되었음
- 상대가치개발부는 이러한 한계점을 극복하고자 '08년부터 '10년에 걸쳐 근거자료(업무량, 진료비용, 행위빈도 등)를 일부 보완 하였으며, 이를 '11년 현재 상대가치점수 조회시스템에 업데이트하였음 더불어 진료과목간 불균형을 해소하기 위해 관리체계를 진료과목별에서 행위유형별로 변경하기로 하고 관련 업무를 진행 중임

상대가치점수

4 // 상대가치 점수 산출 절차도



상대가치점수(행위정의 및 행위분류개선)

- 건강보험 요양급여행위분류를 재검토함으로써 의료기술, 환자구성(Case-Mix) 등의 변화를 고려하여 연구사업의 재평가 연구대상 행위의 범위를 설정함.
- 건강보험 요양급여 행위의 적응증, 실시방법, 전형적인 사례를 정의하고 분류체계를 재검토하여 개별 행위에 대한 자료를 구축하고 필요시 행위 재분류(안)을 제시하도록 함.
- **행위정의 개발 및 관리**
- 행위정의는 행위의 적응증, 실시방법, 전형적 사례를 통해 행위에 대한 이해를 돕기 위한 자료로 급여기준 등으로 활용하는 것은 적절치 않음
- 관련 의약단체(의협, 치협, 한의협, 대한약사회)에서 제출한 내용을 검토하여 지속적으로 보완 중임

상대가치점수 (행위정의 및 행위분류개선)

- **국제분류 호환을 위한 기반 마련**
- 의료행위분류체계는 지불보상, 질 향상, 통계, 연구 등 목적으로 사용되는데 각 나라별로 개별적인 분류체계를 이용하여 국제적인 비교가 어려움
- WHO에서 국가별 보건의료행위에 대한 국제적 비교 등을 위해 2006년부터 ICHI를 개발 중에 있음
- 관련 의약단체(의협, 치협, 한의협, 대한약사회)에서 제출한 내용을 검토하여 지속적으로 보완 중임
- **국제의료행위분류 (ICHI) 3개 축**
- 구성 : 3개 축(대상 Target, 방법 Means, 행위 Action) 6~7천 여 개 분류
- 코드체계 : 7자리 (대상 3자리, 행위 2자리, 방법 2자리)

상대가치점수 (행위정의 및 행위분류개선)

※ 국제의료행위분류 (ICHI) 3개 축

- 구성 : 3개 축(대상 Target, 방법 Means, 행위 Action) 6~7천 여 개 분류
- 코드체계 : 7자리 (대상 3자리, 행위 2자리, 방법 2자리)
- ICHI 3개 축 내용

3개 축(axes)	하위 축 (sub-axes)
Target 대상	anatomy (해부학적 부위), Function (기능), Activities & participation (활동과 참여) 등
Means 방법	approach (접근방법), technique (기법), method (방법)
Action 행위	diagnostic (진단), therapeutic (치료), managing (관리), informing (정보제공), assisting (보조), preventing (예방) 등

상대가치점수 (행위정의 및 행위분류개선)

※ ICHI 3개 축 부여예시



※ 행위 재분류 절차



- 행위 재분류는 관련 학회와 의약단체를 거쳐 심평원에 접수함을 원칙으로 함
- 의약단체의 행위분류 연구결과로 제출된 내용을 검토함
- 심평원 내부회의 등에서 재분류 의견이 제시된 경우 의약단체에 의견을 수렴함

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

상대가치점수 (의사업무량 상대가치점수)

제도도입배경	행위점의 및 행위분류개선	의사업무량 상대가치점수개발	진료비용 상대가치점수개발	위험도 상대가치점수개발
--------	---------------	----------------	---------------	--------------

* 의료기술, 환자구성(Case-Mix) 등의 변화를 고려하여 개발된 행위점의 및 분류에 대하여 각각의 행위에 해당되는 의사의 전문적인 노력에 상응하는 보상액을 결정하기 위하여 투입 시간과 강도(Intensity: stress, effort, skill)를 고려하여 개발함

■ 방법론

* 의약단체가 업무량 상대가치 초안을 개발하고, 상대가치개발부에서 의약단체와 함께 평가 및 조정업무를 수행함



상대가치점수 (진료비용 상대가치점수)

제도도입배경	행위점의 및 행위분류개선	의사업무량 상대가치점수개발	진료비용 상대가치점수개발	위험도 상대가치점수개발
--------	---------------	----------------	---------------	--------------

* 진료비용 상대가치점수는 행위 수행에 투입되는 주시술자(의사)와 임상인력, 시설, 장비, 재료에 대한 비용을 점수로 나타낸 것임. 대표성 있는 다수의 기관을 대상으로 조사한 기관단위 진료비용을 임상전문가패널(CPEP)에서 구축한 직접비용자료를 이용하여 행위별로 배부하여 진료비용 상대가치를 결정할 소수의 표본기관을 대상으로 진료비용상세조사를 실시하여 행위별 진료비용 상대가치의 타당성을 검증함

■ 행위별 직접비용자료 구축

* 행위별 직접비용자료는 임상인력 참여시간, 치료재료 사용량 및 의료장비 사용시간으로 임상전문가패널(CPEP)을 통해 구축됨

※ 임상전문가패널(Clinical Practice Expert Panels)

: 행위 수행과 관련된 임상전문가(의사, 치과의사, 한의사, 약사, 간호사, 물리치료사, 방사선사, 임상병리사, 치위생사 등)로 구성됨

■ 표본기관 상세조사

* 소수 표본기관을 대상으로 원가중심점(Cost Center)을 세분화하여 행위별 진료비용을 추정함

■ 기관단위 비용조사

* 대표성 있는 다수의 요양기관을 대상으로 기관단위 진료비용(인건비, 장비비, 재료비, 간접비 등)과 행위빈도 조사를 수행함

■ 치료재료비용 분리방안

* 행위 수행에 사용되는 치료재료의 가격과 사용량을 파악하고 행위에 포함된 치료재료 중에서 별도 보상이 필요한 치료재료를 구분하고, 진료비용 상대가치를 조정함

행위별 직접비용자료 구축

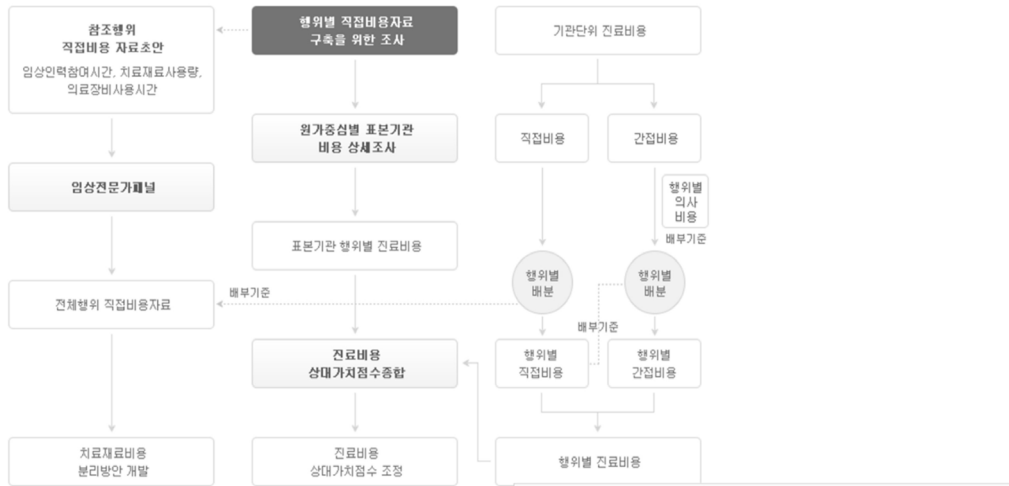
표본기관 비용 상세조사

기관단위 비용조사

상대가치점수 (진료비용 상대가치점수)

상대가치점수제도안내 ×

상대가치점수조회 ×



상대가치점수 (위험도 상대가치점수)

제도도입배경

행위점의 및 행위분류개선

의사업무량 상대가치점수개발

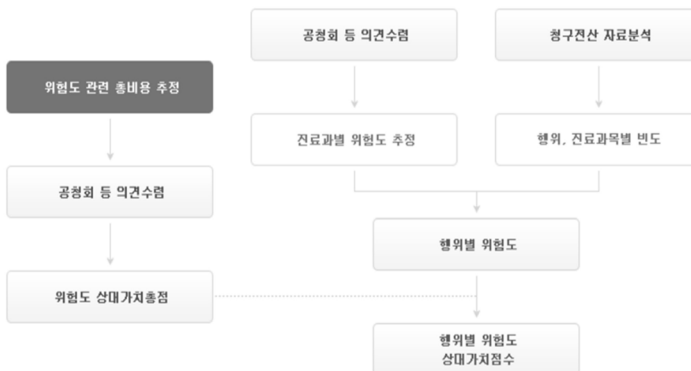
진료비용 상대가치점수개발

위험도 상대가치점수개발

※ 의효사고 빈도나 관련 비용조사를 통하여 의효사고 관련 전체비용을 추정하고, 진료과별 위험도를 고려하고 행위별 위험도 상대가치를 산출함

■ 방법론

• 공청회 등 의견수렴 과정을 거쳐 외부 연구용역 결과로 위험도 상대가치총점을 결정하고 행위별 문배를 통해서 최종적인 위험도 상대가치를 결정함



IV. 보험 아카데미 및 학술대회

상대가치점수 (상대가치점수 조회)

HIRA 요양기관업무포털
건강보험심사평가원

통합검색

● 심사기준 종합서비스 전체메뉴

업무안내 의료기준관리 진료비청구 정산관리 모니터링 자동차보험 정보화지원 청구소프트웨어 검사-인증

공동인증서 로그인

회원가입
인용서 등록
공통인증센터
회원가입 로그인

심사기준 종합서비스

청구방법 급여기준

의료자원 급여기준

보건 의료자원 통합신고포털

시범사업 자료 제출 시스템

병원평가 통합포털

심사평가정보 진료의뢰증서

심사평가원 홈페이지

1 2 3 < II >

임(의)의료전문진료수가 시범사업(의과·한약) 참여기관 공모 안내

「임(의)의료 전문진료 수가 시범사업(의과·한약) 참여기관을 추가 공모하오니 관련 기관의 적극적인 참여 바랍니다.

• 대상기관 : 의원법 제3조 제2항 제1호기목, 다독에 따른 의원·한의원
• 신청기간 : 2023년 4월 24일 ~ 5월 12일

보건의료를 가지있게. 온 국민을 건강하게

건강보험심사평가원

공지사항 + 보도자료 + 자보알람방 + 마이메뉴

- 2023년 맞춤형 이 컨설팅 모집공고안내 2023-04-24
- 〈집합질지 연장〉 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표(고시 제2021-26) 2023-04-21
- 〈심사합과자료목록〉 업데이트 안내('23.4.20.) 2023-04-20
- 〈급여종지 안내〉 보험약제 급여종지 안내(고시야남) 2023-04-18
- 〈행위〉 「간담보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 2023-04-18
- 〈행위〉 「산별급여 지장 및 실시 등에 관한 기준」 일부개정 2023-04-18
- 2023년도 1분기 진료비확인 민원현황 분석 자료 제공 안내 2023-04-17

No Data.

업무안내 원격지원요청 고객센터 1644-2000

건강보험심사평가원 강원도 원주시 혁신로 60(반곡동) 건강보험심사평가원 (우편번호 28465)
COPYRIGHT © 2017 by HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE.
*본 사이트는 법인용인증서를 발급받은 기관회원 전용 사이트입니다.

상대가치점수 (상대가치점수 조회)

상대가치점수제도안내 × 상대가치점수조회 ×

홈 > 업무안내 > 정보발 > 상대가치점수 > 상대가치점수조회 마이메뉴 추가 출력 반영 점검요청 도움말

● 상대가치점수의 행위정의

• 행위정의는 행위의 적용종, 실시방법, 전형적 사례를 통해 행위에 대한 이해를 돕기 위한 자료로 급여기준 등으로 활용하는것은 적절하지 않습니다.

보험분류번호	자702	보험EDI코드	O7020	급여여부	급여
행위명(한글)	혈액투석 [1회당]				
행위명(영문)	Hemodialysis				
관리진료과	내과_신장	직접비용작성유형	치료실처치		
비율러	혈액투석	참조행위여부	Y		
현행수가유지여부	N	준용행위여부	N	세분화행위여부	Y

• 관리진료과 : 각 행위별 직접진료비용 자료의 구축 및 보완 등을 담당하는 진료과목

• 직접비용작성유형 : 의료행위가 주로 이루어지는 장소를 고려하여 유형을 구분한 것

• 현행수가유지 : 상대가치연구에서 제외된 항목은 연구 이전의 상대가치점수를 유지

• 세분화행위 : 동일한 행위를 서로 다른 진료과에서 시행하는 경우 또는 하나의 행위지만 해부학적 부위, 시술방법 등에 따라 소요되는 자원이 많이 달라지는 경우 각각 세분화하여 직접진료비용 자료 작성

전체 업무량 진료비용 위험도 행위정의

● 번도 상대가치점수 총점 고정 시점의 의료기관 종별 청구 번도

상대가치점수 (상대가치점수 조회)

상대가치점수제도안내 × 상대가치점수조회 ×

① 진료 상대가치점수 총점 고점 시점의 의료기관 종별 평균 진료

시행년도(2007년)					
구분	상급종합병원	종합병원	병원	의원	합계
진료수	305,393	489,390	140,772	1,074,816	2,010,372
구성비	15.2 %	24.3 %	7 %	53.5 %	100 %

② 상대가치점수 소요원 자원소모량을 기준으로 요양급여 의료행위의 가치를 상대적으로 비교한 점수

2005년 상대가치점수		1차개정연구 상대가치점수	
전체	1025.27 점	전체	1002.93 점
		의사업무량	74.48 점
		진료비용	922.23 점
		위험도	6.22 점

③ 단계적 도입 점수 전면 개편으로 인한 혼란 예방을 위해 단계적으로 점수 도입

단계적 도입 고시점수				
2008년	2009년	2010년	2011년	2012년~
1031.97 점	1048.07 점	1056.39 점	1068.46 점	0 점

담당부서 : 상대가치개발부 전화번호 : 033-739-1183, 1172, 1196

상대가치점수 (상대가치점수 조회)

상대가치점수제도안내 × 상대가치점수조회 ×

홈 > 업무안내 > 정보방 > 상대가치점수 > 상대가치점수조회

내과연관학회 소개 총력 참여 정책요청 도움말

① 상대가치점수의 범위점의

목록 도움말

- 범위점의는 범위의 적용, 실시방법, 건강적 사례를 통해 범위에 대한 이해를 돕기 위한 자료로 금대기준 등으로 활용하는것은 적절하지 않습니다.

보험분류번호	자702	보험EDI코드	07020	급여대부	급여
범위명(한글)	혈액투석(1회당)				
범위명(영문)	Hemodialysis				
관리진료과	내과,신장	직접비용작성유형	의료실치		
비밀리	혈액투석	환자범위대부	Y		
현행수가유지대부	N	준용범위대부	N	세분화범위대부	Y

- 관리진료과 : 각 범위별 직접진료비용 자료의 구축 및 보완 등을 담당하는 진료과목
 - 직접비용작성유형 : 의료행위가 주로 이루어지는 장소를 고려하여 유형을 구분한 것
 - 현행수가유지 : 상대가치연구에서 제외된 항목은 연구 이전의 상대가치점수를 유지
 - 세분화범위 : 동일한 범위를 서로 다른 진료과에서 시행하는 경우 또는 하나의 범위지만 세부학적 부위, 시술방법 등에 따라 소요되는 자원이 많이 달라지는 경우
- 각각 세분화하여 직접진료비용을 자료 작성

전체 의료량 진료비용 위험도 범위점의

② 업무량 주시술자(의사)의 시간 및 노력에 대한 보상

의사업무량 상대가치점수	74.48 점
(하위수준) 의사업무량	174.87
(위계조사) 업무량 변환지수	31.54
관리진료과 의사업무량 총점	701,524,175
관리진료과 의사업무량 상대가치총점	298,772,808
의사업무량 평가	5.515
의사업무량 조정지수	0.4259

담당부서 : 상대가치개발부 전화번호 : 033-739-1183, 1172, 1196

상대가처점수제도안내		상대가처점수조회	
주 호 > 입원내과 > 경보실 > 상대가처점수 > 상대가처점수조회			
회원정보 조회 환자 입원내과 도움말			
병위명(병종)			
관리전과료	내과_신장	직접비용작성유형	치료성적지
표본역리	합격후진	검조병원여부	Y
한방수가유치여부	☒ N	준용병원여부	☐ N
		분봉화병원여부	☐ Y
- 관리전과료: 각 병위별 직접간료비용 지표의 구성 및 보완 등을 담당하는 진료과목 - 직접비용작성유형: 의료비가 주로 이루어지는 양상을 고려하여 유입을 구분한 것 - 한방수가유치: 상대가처연구에서 제정된 한방은 연구 이면직 상대가처점수를 유지 - 표준병원명: 동일한 병원 명 서로 다른 진료과에서 시행하는 경우 또는 하나의 병원이지만 세부학적 부위, 시술방법 등에 따라 소요되는 자원이 달라질 때는 경우 각각 구분화하여 직접간료를 별도 작성			
전제	입양일	진료비율	병원현황
① 진료비를 주시송지(지시)를 제외한 임상면역 안전액, 장해배, 치료배 및 건강보험에 대한 보상			
진료비를 상대가처점수	922.23 점		
CPEP 연건배	166,135		
CPEP 치료배	22,096		
CPEP 장해배	26,035		
(회계조사) 연건배 변경지수	0.22	연건배 할거	35,920
(회계조사) 치료배 변경지수	0.37	치료배 할거	9,282
(회계조사) 장해배 변경지수	0.34	장해배 할거	8,927
(회계조사) 건강배 변경지수	62.36	건강배 할거	33,745
		진료비를 할거	87,853
관리전과료 진료비를 할거 총합	289,397,663,160	진료비를 조정지수	0.010E
관리전과료 진료비를 상대가처점수	3,641,688,798		

상대가치집수제도안내 X 상대가치집수조회 X

출발 > 입문안내 > 정보탐색 > 상대가치집수 > 상대가치집수조회

상대가치집수의 범위검색

- 범위검색의 범위의 적용률, 일시방법, 전향력 시계를 통해 범위제에 대한 이해를 돕기 위한 자료로 급여기준 등으로 활용하는것은 적절하지 않습니다.

보험분류번호	자702	보험EEDI코드	O7020	급여예부	급여
범위명(원글)	합격후석[1회당]				
범위명(영문)	Hemodialysis				
관리전과목	내과·신장	직장배움작성승인	치료날짜		
과목리	합격후석	검조범위예부	Y		
한정수가유지예부	N	중증범위예부	N	세분화범위예부	Y

- 관리전과목 : 각 범위별 직장전표비용 자료의 구축 및 보완 등을 담당하는 진료과목
- 직장배움작성승인 : 의료행위가 주로 이루어지는 장소를 고려하여 유할을 구분한 것
- 한정수가유지 : 상대가치연구에서 제외된 항목은 연구 이전의 상대가치집수를 유지
- 세분화범위 : 동일한 행위를 서로 다른 진료과에서 시행하는 경우 또는 하나의 행위지만 세부적인 부위, 사용방법 등에 따라 소요되는 자원이 많이 달라지는 경우 각각 세분화하여 직장전표비용 자료 작성

전체 업무량 진료비용 원금도 범위검색

원금도 의료사고와 관련한 분쟁해결비용의 보상

원금도 상대가치집수	원금도 집계(의료사고비용)	원금도 조정비수
8.22 점	1,403,225,236	0.014%
	25,048,066	

상대가치점수 (상대가치점수 조회)

신대가치검수필독안내		신대가치검수필독안내	
홈 > 업무안내 > 정보찾기 > 신대가치검수 > 신대가치검수조회			
- 관련정보표 : 각 행위별 직장전표번호를 자료의 구역 및 보안 등을 담당하는 진료과목 - 직장번호직성유무 : 의료행위 시 주로 이루어지는 장소와 고령화에 유방을 구분할 것 - 행렬승거유지 : 신대가치면구에서 특정한 항목은 연구 이전의 신대가치검수를 유지 - 기본정보표 : 동일한 행위를 서로 다른 진료과에서 시행하는 경우 또는 환자의 행위지만 세부학적 부위, 사용방법 등에 따라 소요되는 자원이 많이 달라지는 경우 - 각각 기본정보에 직장전표번호를 자료 작성			
전체	업무안내	자료내용	원형도
3축 3-Axis	대상 Target	한국	
		영역	Kidney
	방법 Means	한국	
		영역	Percutaneous/Transapical
	행위 Action	한국	
		영역	Dialysis
특출종 1. 신장 기능 저하로 인하여 신장에 요법이 필요한 환자(신기능저하)로 현재 수분 지류가 심한 환자, 신기능저하로 인한 합병증 치료에 필요한 환자			
상시방법 4. 주사 삽입 부위 감염여부 및 혈류상태 확인 후 주사 삽입한다. 5. 최소 수분간 혈액 투석 확인 및 혈류 상태 확인한다. 6. 투석 중 1회 30~40 간격 투석의 혈압 상태 확인한다. 7. 투석 중 팔맥 통주 상태를 따라 혈류속도, 투석액 온도, 해동된 주입속도를 조절한다. 8. 투석 종결 시 지혈 및 투석이 잘라, 투석기를 소독한다. 9. 투석 안전 의무 기록 작성한다. 10. 환자 상담 및 교육 시행한다. 11. 질서사항을 감독한다.			
전형적 사례 - 성명/연령 : 남자/50세 - 상병명 : 당뇨병 위한 산후복합 - 입원여부 : 외래			

신포괄수가제

제1장 **신포괄지불제도 시범사업 개요**

제1절 **신포괄지불제도 개요**

가. 실시 배경

- 1977년 건강보험 도입 이후 진료비 지불방식으로 채택된 행위별수가제는 현재까지 명맥을 유지할 만큼 많은 장점을 가진 제도이나 최근 40여 년간 동일한 제도를 적용해 나오는 파생되는 많은 문제점이 도출된 것이다.
- 행위별수가제는 진료량과 밀접히 연관이 있어 증가하는 구조 조정이 불이나 이용량에 대한 관리가 어렵고 이 과정에서 야기되는 보험자와 의료계와의 갈등 또한 무시할 수 없다. 또한 진료비 지불방식에 따라 의료인인 개별 행위, 이, 재료가 16%에 가를 상회하여 항목 간 수가의 균형을 유지하는 것이 거의 불가능하며 수익성이 높은 서비스 항목이나 비급여 분야에 투자가 집중됨으로써 의료공급 형태와 진료패턴의 왜곡이 심화되고 있다.
- 이에, 행위별수가제의 한계점을 극복하기 위한 방법으로 1997년 포괄 수가제를 도입한 바 있으며, 그 대상이 7개 질병군에 국한되고 있다.
- 7개 질병군의 지불방식은 비교적 단순한 포괄제에 대응으로 한 단종 포괄 수가제로 지불방식이 있어 유인성이 낮아 진료액의 편차가 큰 질병들을 적용하는 한계를 지니고 있다. 특히 복잡한 중환자실자들의 의료의 질을 담보하기 위해서는 의사 서비스의 차별성을 어느 정도 수용할 수 있는 제도의 장·단점도 필요하다고 볼 수 있다.

- 신표포수가 적용되는 질병군의 요양급여(의료급여)비용은 다음과 같이 산정한다.
- **정상군 환자의 요양급여(의료급여)비용(신표포수 요양급여(의료급여)비용)**
- 포괄수가, 비포괄수가 및 가산수가의 합으로 결정한다.
 - 포괄수가는 기준수가와 환자의 입원일수만큼의 일당수가에 의해 정해지며, 비포괄수가(비포괄·전액비포괄 항목)는 행위별수가로 산정한다.
 - 포괄수가는 포괄 항목 진료비와 비포괄 항목(약제·치료재료) 진료비의 20%를 합하여 산출한 후 조정계수를 곱하여 산출한다.
- 참치(예) 진료특성에 따라 재원일수, 질병군수, 질병군 중증분류, 수술비율 지표를 이용하여 유형화(그룹화)하며, 기관별 또는 유형별 조정계수를 적용한다.
- 조정계수는 시범기관별 행위별수가 기준 진료비의 합을 신표포수가 기준 진료비의 합으로 나누어 산출하고 보합자 중별, 환자 특성별(내과계·외과계·정신과)로 구분하여 적용한다.
- 이 경우, 보합자 중별은 건강보합과 의료급여로 구분하며, 보훈위탁 진료 요양기관의 상이치·무자격자는 건강보합 조정계수를 따른다.
- 가산수가는 기관별도 산출된 신표포 정액가(산정가) 항목당 가산율 총합을 포괄수가에 곱하여 산출한다. (비포괄)
- 비포괄 수가는 비포괄 항목(약제·치료재료)인 경우 80%(해당 수가의 20%는 포괄수가 산출시 포함)을 산정하고, 전액비포괄 항목인 경우 100%를 산정한다.

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

신포괄수가제

- 상단열외군 환자의 요양급여(의료급여)비용

- 정상군 환자의 신포괄 요양급여(의료급여)비용 및 행위별 요양급여(의료급여)비용의 합으로 결정한다.
- 정상군 상한입원일수까지는 정상군 환자의 신포괄 요양급여(의료급여)비용 산정방법과 동일하게 적용하며 상한입원일수를 초과하는 부분은 행위별수가(해당 수가의 100%)로 산정한다.

- 하단열외군 환자의 요양급여(의료급여)비용

- 행위별수가(해당 수가의 100%)로 산정한다.

○ 각 환자군의 요양급여(의료급여)비용 산정방식을 도식화하면 다음과 같다.

환자군	환자 입원일수		
	정상군 하한일수 미만	정상군 하한-정상군 상한일수	정상군 상한일수 초과
상단열외군	행위별수가 적용	-	-
정상군	신포괄 요양급여(의료급여)비용 = 포괄수가 + 비포괄수가 + 가산수가 * 포괄수가(포괄항목 100%, 비포괄항목(약제·치료재료) 20% 비용 포함) = (기준수가 ± 일당수가) × 조정계수 * 비포괄수가 = 비포괄항목(약제·치료재료)의 80% 및 전액비포괄항목 100% 산정 * 가산수가 = 기관별로 산출된 신포괄 정책가산평가 항목당 가산율 총합을 포괄수가에 곱하여 산출		-
하단열외군	정상군 환자와 동일		행위별수가 적용

○ 신포괄 요양급여(의료급여)비용을 구성하는 포괄·비포괄·전액비포괄 항목은 다음과 같다.

구분	분류기준 또는 항목
포괄 항목	○ '비포괄·전액비포괄 항목'에 해당하지 않는 행위·약제·치료재료(행위별수가제의 급여 및 비급여 대상 해당) ○ 기타 항목 - 전산화단층영상진단(CT) - 초음파검사(단, 유도 초음파 및 특수 초음파는 제외)
비포괄 항목	○ 1인당 사용금액과 사용분율·금액비중에 따라 비포괄 대상으로 결정되어 공개한 약제·치료재료(행위별수가제의 급여 대상 해당, 비급여 대상은 제외) ○ 아래 분류 항목에 해당하는 행위·약제·치료재료(행위별수가제의 급여 대상 해당, 비급여 대상은 제외)
전액비포괄 항목	1) 행위 - 의사행위 성격의 항목 ·수술 및 시술(내시경하 시술, 중재적 방사선시술) ·검사 등: 내시경, 천자, 생검, 혈관조영촬영, 심도자술, 방사선 도의치료 및 치료계획, 방사선 치료, 신경차단술요, 신경 파괴술요, 응급처치 등 - 기타 항목: 입원료(중환자실, 격리실, 무균치료실, 남차폐특수치료실), 응급의료관리료, 가정간호기본방문료, 마취통증의학과 전문의 초빙료, 정신과 특정행위(전기충격요법), 투석 관련 행위, 전혈 및 혈액성분제제료, 식대 등 2) 약제: 2군·기타 항암제, 초고가 약제, 일부 희귀의약품 3) 치료재료: 초고가 치료재료, 선별급여 치료재료 중 일부(조진부 선별급여, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 [별표 2] 제1호 나목)

- 위 포괄·비포괄 대상 기준을 적용함에 있어 약제 및 치료재료의 경우는 개별 품목이 아닌 용도나 성분 등을 기준으로 유사한 품목을 묶어 구분할 수 있다.

신포괄수가제

(2) 급여범위의 설정

(가) 요양급여(의료급여) 대상

- 「국민건강보험법」 제41조제1항, 「의료급여법」 제7조제1항의 규정에 의한 행위·약제·치료재료 중 행위별수가제에서 요양급여(의료급여)로 정한 사항
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2] 제2호아목, 제3호아목, 제4호더목에 해당하는 비급여 대상 행위·약제·치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목의 경우는 대상 질병군 진료목에 포함되는 경우만 요양급여(의료급여) 대상으로 함.

(나) 비급여 대상

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2] 제1호, 제2호가목~아목, 제3호가목~아목, 제4호가목~너목, 제7호에 해당하는 비급여 대상. 다만, 제2호아목, 제3호아목의 경우는 (가)항 2)목의 단서 조항에 해당하는 경우 제외함.
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 2] 제4호더목에 해당하는 비급여 대상 행위·약제·치료재료. 다만, 자기공명영상진단(MRI)검사가 비급여에 해당하는 경우 사용한 약제 등은 비급여 대상으로 함.

(3) 신포괄 요양급여(의료급여)비용 계산 방법

신포괄 요양급여(의료급여)비용 = 포괄수가 + 비포괄수가 + 가산수가

- * 가산수가: 기관별로 산출된 신포괄 정책가산평가 항목당 가산율 총합을 포괄수가에 곱하여 산출

(4) 요양급여(의료급여)비용 열외군 보상

○ 진료비가 상당히 높은 환자로 인해 발생하는 요양기관의 비용 손실을 방지하기 위하여 요양급여(의료급여)비용 열외군을 설정하여 별도금액 추가 보상

- '요양급여(의료급여)비용 열외군'은 신포괄 요양급여(의료급여)비용이 행위별수가로 계산한 비용보다 작고 그 차이가 200만원 이상인 경우이며, 200만원 초과 금액 전액에 대하여 추가 보상

질병군포괄수가(DRG)

선포괄 분류체계 ×

질병군별포괄수가(DRG) 안내 ×



홈 > 모니터링 > 포괄수가 > 질병군별포괄수가(DRG) 안내

메이메뉴 보기

출력

팝업

질병요청

■ 질병군별 포괄수가제도 안내

① 개요

· 질병군별 포괄수가제도는 DRG 분류체계를 이용하여 입원환자의 진료비를 보상하는 제도로써 입원기간 동안 제공된 검사, 수술, 투약 등 의료서비스의 종류나 양에 관계없이 어떤 질병의 진료를 위해 입원 했었는가에 따라 미리 책정된 일종의 진료비를 보상하는 제도로 2001년 12월까지 5년간에 걸친 시범사업을 마치고 2002년부터 본 사업으로 전환하여 현재 전국 모든 요양기관을 대상으로 운영하고 있습니다.

② 적용대상 질병군

· 7개 질병군 【안과외 수술(백내장수술), 이비인후과외의 편도 및 아데노이드 수술, 외과외 흉수절제술(폐절제수술), 항문수술(치질수술 등), 서혜 및 대퇴부 탈장수술(장관절제 미동반), 산부인과에서의 자궁 및 자궁부속기수술(악성종양 제외), 제왕절개분만】으로 입원진료를 받은 환자에 대해 적용되며, 수질제수술(백내장수술), 서혜 및 대퇴부 탈장수술(장관절제 미동반), 치열수술 등 간단한 항문수술의 경우에는 6시간 미만 관찰 후 당일 귀가 또는 이송시에도 포괄수가제(DRG)가 적용되어 본인부담금은 입원부담금인 20%로 적용받게 됩니다. 다만 7개 질병군에 해당되는 수술을 받았어도 의료급여 대상자 및 할루병 환자와 HIV감염자는 포괄수가제(DRG) 적용에서 제외됩니다.

③ 포괄대상 범위

· 질병군 진료에 필요한 대부분의 의료행위, 치료재료, 약제비용은 보험급여에 해당하며 환자의 수술과 관련된 진료 뿐 아니라 수술로 인한 합병증이나 환자가 이미 가지고 있던 동반상병의 진료 또한 포괄 대상으로 국민건강보험법 시행규칙 별표6 제1호 사목중 이송처치료 등 요양급여비용의 전액본인부담 항목과 요양급여의 기준에 관한 규칙 별표2 제6호의 규정에 의한 질병군 비급여대상(상급병실료 차액, 미용 목적의 수술 및 조골성인공수정제 등)를 제외한 모든 행위·약제 및 치료재료는 질병군 포괄수가에 포함됩니다.

④ 질병군(DRG) 적용병원 찾기

· 현재 포괄수가제(DRG)는 2013년 7월부터 전국 모든 의료기관(상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원)에서 시행되고 있습니다. 질병군(DRG)적용병원은 건강보험심사평가원 홈페이지 (<http://www.hira.or.kr>) 병원·약국 찾기 에서 소재지별로 검색 하실 수 있습니다.

→ 진료실 바로가기

→ 환자분류 조회 바로가기

감사합니다.

2) 강의자료

[외국의 의료보험 체계 (미국, 호주, 독일, 영국)], (차의과학대학, 예방의학과 지영건)

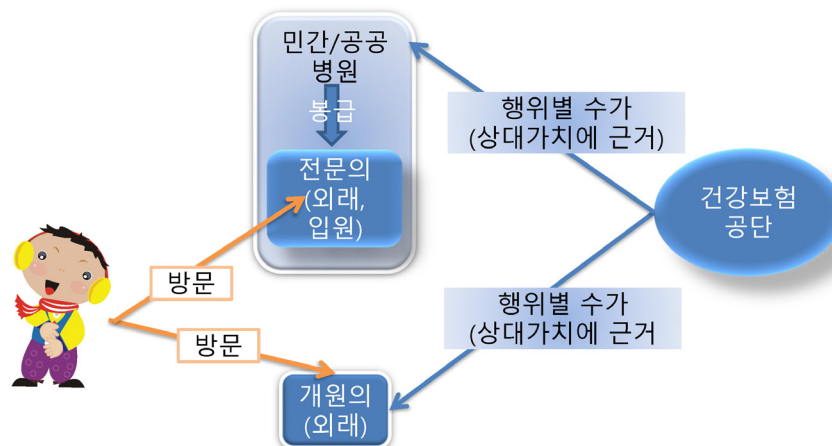
외국의 의료 보험 체계

대한내과학회 춘계학술대회

2023. 4. 29.

차의과학대학교 예방의학교실
지영건

한국의 의료이용 체계와 의료 보상

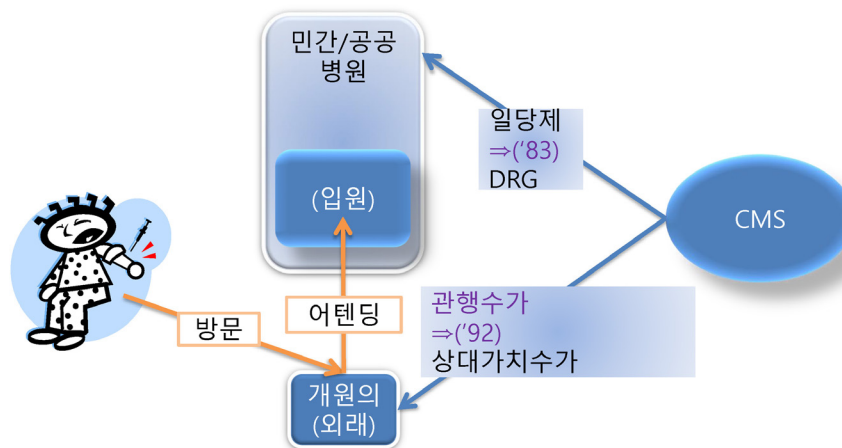


2





미국의 의료이용 체계와 의료 보상

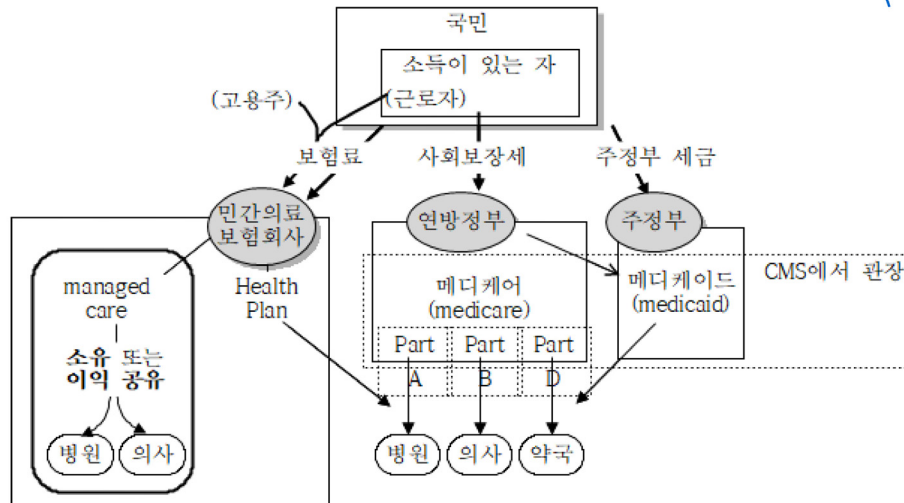


5

미국 Medicare

1. 1965년부터 시작된 65세 이상의 노인에게 제공하는 의료보장 프로그램
2. Part A: 입원진료(의사에 의한 서비스 제외)에 대한 의료보장 프로그램, 연방정부가 메디케어 세금(보수의 2.9%를 노사가 반씩 부담)을 걷은 재원으로 운영.
3. Part B: 의사(외래, 입원)에 대한 진료비. 연방정부 재원 75%, 노인이 65세 이후에 별도 납입하는 보험료 25%로 운영. Part A의 90%가 Part B에도 가입함
4. Part D: 외래 처방의약품. 노인이 65세 이후에 별도 납입하는 민간보험료로 운영

미국의 의료보장 체계



미국의 의료보장 주요 사항

1. 메디케이드 (Medicaid)
 - 주정부가 세금을 통해서 빈곤층에게 의료보장
 - 연방정부가 비용의 50-78%를 보조
2. 미국의 의료보장 형태
 - 전인구의 72.4%가 민간보험 (64.1%는 직장을 통해 가입)
 - 13.4%가 메디케어, 10.4%가 메디케이드
 - 65세 미만의 17%는 모든 의료보장 프로그램에서 제외
3. 병원의 소유 주체
 - 비영리기관 70%, 주 또는 지방정부 16% 영리회사 14%

※ 위 수치는 최신 현황과 다소 차이가 있을 수 있음

미국 - DRG와 상대가치의 탄생

의사에 대한 지불 (part B)	병원에 대한 지불 (part A)
UCR(usual, customary, reasonable) 관행수가 청구하는 금액을 토대로 그대로 지불해줌. 다만 많은 금액일 경우 상한을 둠	per diem 일당제 입원날짜에 따라 지불함 (숙박료 개념) 오래 입원시킬수록 유리
1992년 개혁	1983년도 개혁
“청구하는 대로 줄 수 없다. 소요되는 자원의 양을 근거로 물가 상승률, 경제 성장률 등을 반영해서 주겠다.” 자원기준 상대가치 (RBRVS, Resource-based Relative value scale)과 점수당단가 (conversion factor)	“진단명에 따라 입원시부터 퇴원시 까지의 진료비를 결정하며, 입원기 간과 진료비는 상관이 없다.” DRG 빨리 퇴원시켜야 유리

9

행위별수가제 vs. 포괄수가제

	(고속도로 휴게소) 카페테리아	뷔페
형태	주메뉴, 밥, 반찬을 선택	입장만 하면 무엇을 먹든 상관없음
가격표	공기밥 1,000원, 된장찌개 2,000원 김치 500원, 나물 700원	성인 15,000원 초등생까지 10,000원
Cashier (심평원)	계산을 잘하는 cashier(심평원) 가 필요	성인과 초등학생을 구분할 줄 아는 cashier(심평원)만으로 충분
가격과 자원량	지불 가격이 먹는 양에 비례 (소요되는 자원량에 비례)	지불 가격이 먹는 양에 비례 안함 (소요되는 자원량에 비례하지 않음)
특과 실	배고픈 & 많이 먹는 손님이 오 면 이득	배고픈 & 많이 먹는 손님 (단체 운동 선수)이 오면 손해
자원소모에 대한 risk taking	손님별 먹는 음식량의 차이(변이) 에 따른 risk를 손님이 taking	손님별 먹는 음식량의 차이(변이)에 따른 risk를 음식점이 taking

10

행위별수가제 vs. 포괄수가제

	행위별 수가제	포괄수가제 DRG (Diagnosis -Related Group)
형태	검사, 처치 등 진료 내용에 따라 진료비 결정	입원만 하면 진료내용과 상관없이 진료비 결정
수가표	요검사 00원, xx수술 00원	00병으로 입원하면 0000원
심평원	수천개의 진료내용을 확인할 줄 아는 심평원이 필요	진단명을 구분할 줄 아는 심평원만으로 충분
가격과 자원량	지불가격이 제공된 진료양에 비례(소요되는자원량에비례)	지불 가격이 제공된 진료양에 비례하지 않음 (소요되는 자원량에 비례하지 않음)
특과 실	많은 검사, 치료가 필요한 환자가 오면 이득	많은 검사, 치료가 필요한 환자가 오면 손해
자원소모에 대한 risk taking	환자난이도 차이(변이)에 따른 risk를 환자가 taking	환자난이도 차이(변이)에 따른 risk를 병원이 taking

11

DRG 찬반 논란

우리나라에서 DRG에 대한 시각은
정부와 의료공급자, 그리고 학계 내부에서
극명하게 엇갈리고 있음

- 정부와 DRG를 옹호하는 측은 DRG가
의료비 상승을 억제할 지불제도로 보고
이를 적극 지지하고 있음
- 반면, 의료공급자들은 낮은 수가 수준의 현 의료상황에서
탈출구를 원천봉쇄(의료제공량 억제, 비급여 금지 등)하여
병원이 문을 닫게 되는 극단적인 제도로 보고 배수진을 치고 있음

12

우리나라와 외국의 DRG는 무엇이 다른가?

미국과 비교하여...

- 미국은 개방형 병원 체계로서 병원에 대한 수가제도가 DRG이고, 의사에 대한 수가는 행위별수가제를 유지하고 있다.
- 따라서, DRG 분류가 simple하다

분류	분류명	점수
113	Orbital procedures w CC/MCC	2.3903
114	Orbital procedures w/o CC/MCC	1.3368
115	Extraocular procedures except orbit	1.5333
116	Intraocular procedures w CC/MCC	1.2666
117	Intraocular procedures w/o CC/MCC	0.8956

CC: Complications and Comorbidities, MCC: Major CC

13

우리나라와 미국의 지불제도 상황비교

미국 상대가치	우리나라 상대가치
의사에 보상되는 비용(office 운영비용 등)에 대하여만 고려하면 됨	• 병원의 비용에 대해서도 상대가치 점수에 포함되어야 함 • 특히 진료비용에 대하여 요양기관 규모별 변이(variation)가 크기 때문에, 상대가치점수에 대한 합의점을 찾기가 어려움
미국 DRG	우리나라 DRG
의사와 비용에 대해서만 고려되므로, 분류가 간단함	의사보상이 포함되어 있어서, 분류가 간단치 않음

1. 외국은 지불제도의 변경이 세분화 과정이다
 - 미국: 일당제 → DRG
 - 영국: 총액예산제(병원별) → DRG
 - 독일: 총액계약제(병원별) → DRG
2. ※ 한국은 포괄화 과정이다 행위별수가제 → DRG
 - ← DRG로의 전환에 저항이 많은 이유
3. 영국, 독일 등에서는 DRG가 예산 배정의 기준으로 활용될 뿐 의료비 상승 억제로 시행한 것은 아님
 - 다만, 이론적으로 행위별수가제에 비교하여 의료비 상승 억제 효과는 있다는 것은 사실임

15

의료비 증가 억제 효과 ?

미국과는 다르다...

- 미국의 경우 부풀려진 급성기병원 재원일수가 요양기관으로 이동하면서 의료비가 감소하는 효과를 보임
- 우리나라 중대형병원에서는 재원일수 감소가 병원수익에 도움이 된다고 판단하여 환자를 조기에 퇴원시키고 있음

16

우리나라에서 DRG를 전격 실시하지 못하는 이유

1. 외래로의 전이 가능성
 2. 재입원
 3. 청구되는 중증도의 변화
 - 행위별수가제 하에서 파악된 중증도를 기준으로 수가를 산정할 수밖에 없는데
 - DRG가 본격 시작되면, 고난이도 중증도로 빈도가 변하면서
 - 개별 중증도 질병군에 대한 행위량이 감소한 것처럼 보인다
- 마치 DRG의 효과가 있는 것처럼 나타남

17

(요약) DRG 도입의 장애요인과 부작용

1. 장애요인
 - 분류의 문제 (의사업무량 포함에 따른 결과)
 - 업코딩 (의료비 감소의 착시 현상)
2. 부작용
 - 신의료기술 인정의 문제 (의료기술 발전 저해)
 - 환자불편의 문제 (예, 대장내시경)

18

2009년- 신포괄수가제

1. 개요

- 신포괄수가제
=10만원 미만 DRG, 10만원 이상 행위별수가제 적용
- 일본의 DPC (diagnosis procedure combination)에 해당

2. 실시

- '09. 4부터 공단일산병원에서 시범사업 시작
(20개 질병군)
- 2020. 4. 1. 567개 질병군, 99개 병원 참여

19

신포괄수가제 확산 전략

1. 기존의 '先 DRG 실시병원 확대, 後 DRG 대상 질병군 확대'에서 '先 DRG 대상 질병군 확대, 後 DRG 실시병원 확대'로 전략을 수정

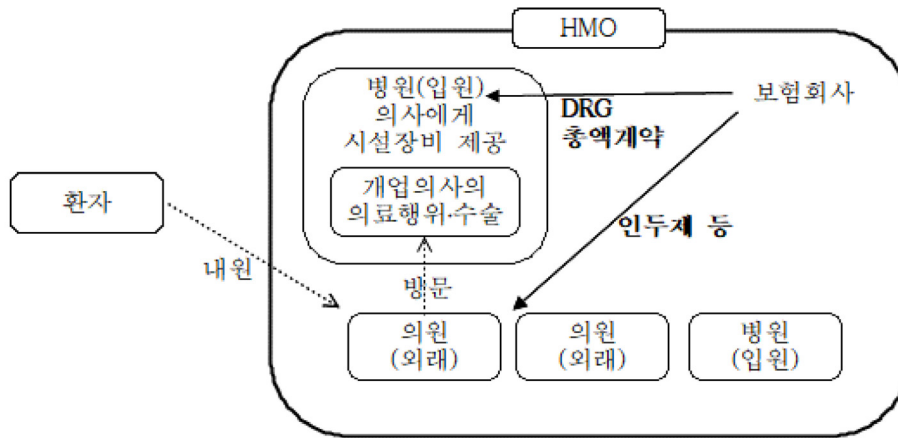
- 우선 'DRG 전면 실시 병원'으로서 공단일산병원을 선택
- 이후 국공립병원(지방의료원), 최종적으로 그 범위를 민간 병원으로 확대

2. 신포괄수가=DRG+행위별수가제

- 행위별수가제의 영역을 줄이면,
전체 DRG로 shifting되는 효과

20

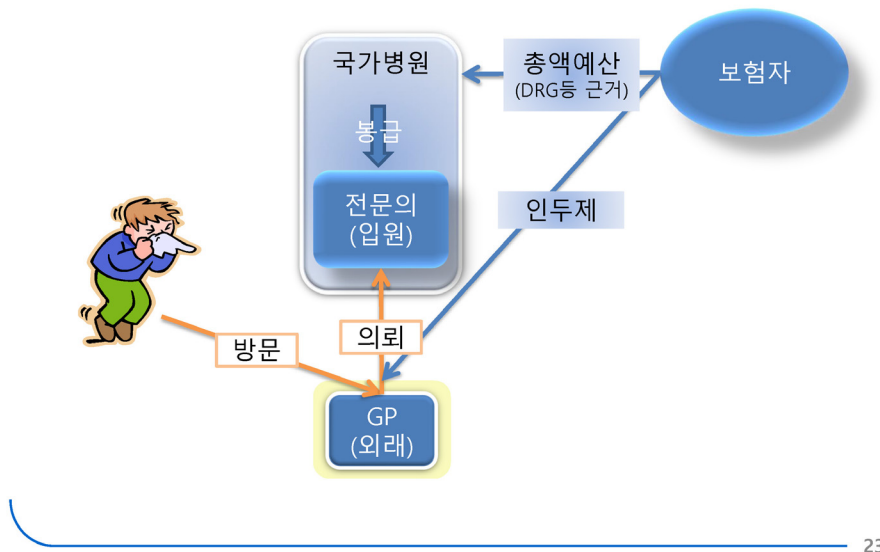
미국-HMO (Health Maintenance Organization)



영국에서 의사되기



영국의 의료이용 체계와 의료 보상



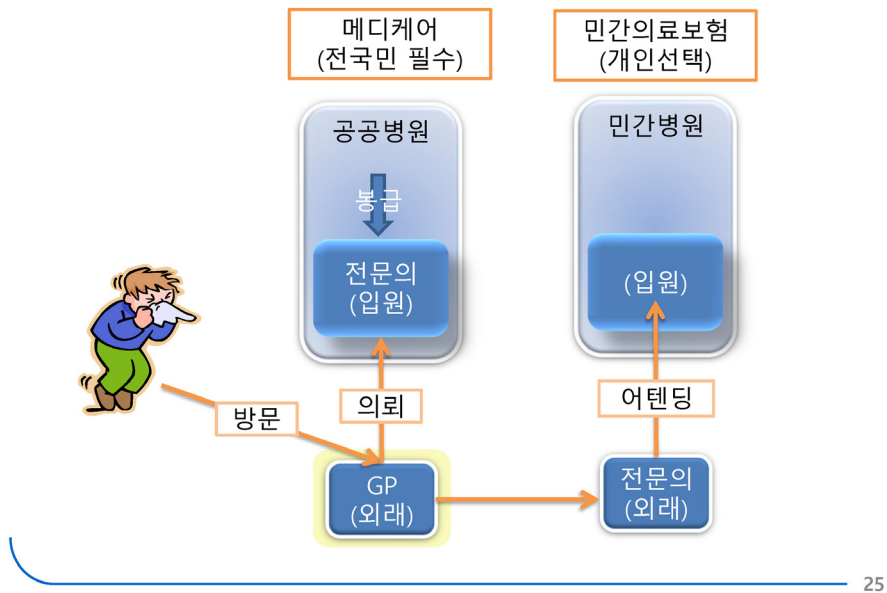
23

영국의 의료제도

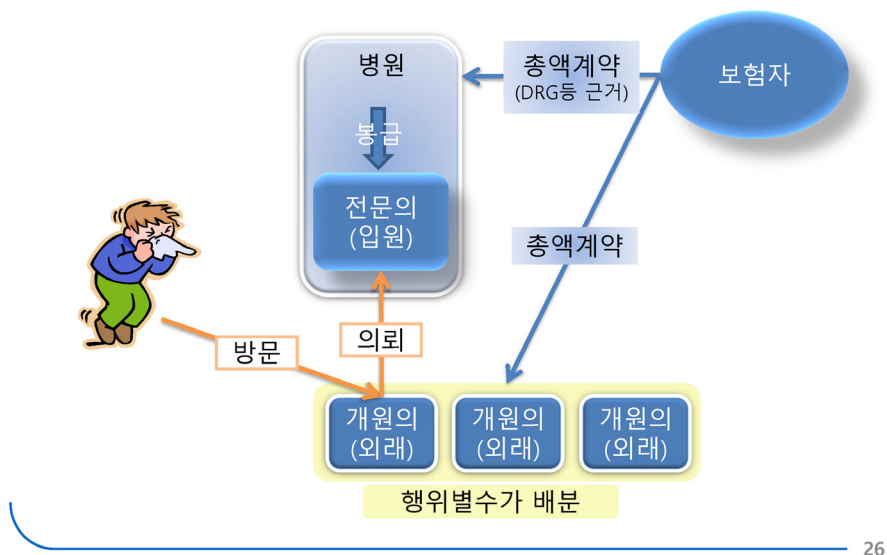
1. 영국은 NHS (National Health Service, 국민보건서비스)에 의하여 전국민 의료보장을 하는 국가
2. 일차의료는 GP가 담당
3. 대부분의 병원은 국가소유
 - 전문의가 근무한다. 따라서 전문의는 공무원이다.
 - 개원한 전문의는 거의 없다
4. 본인부담
 - 외래 & 입원 - 무료
 - 외래 약제 - 처방 건당 소정금액

24

호주의 의료이용 체계와 의료 보상



독일의 의료이용 체계와 의료 보상



인두제와 총액계약제 도입 검토

영국 인두제 도입 검토	독일의 총액계약제 도입 검토
• 우리나라는 (일차의료를 담당하는 GP의 영국과는 달리) 전문의가 개원 • 국민들의 전문의에 대한 선호도가 절대적 • 의원과 병원의 경쟁적 체계	• 우리나라는 (독일 일반의 행위와는 달리) 개원의가 수행하는 행위의 종류가 다양하고 복잡하며, 전문과목간 행위 수가의 수준 정하기가 어려움

27

전달체계

	유럽 (영국)	미국	우리나라
개원(의원)	GP	전문의	전문의
병원	전문의	↓ (어텐딩)	전문의
특징	-실질적 의료전달체계	-개방형 병원	-폐쇄형 병원 -형식적 의료전달체계

감사합니다

3) 강의자료 [신의료기술 등재절차 및 기준], (건강보험심사평가원 급여등재실 정영애)

Health Insurance Review & Assessment Service

신의료기술의 건강보험 등재기준 및 절차

2023.4.29

급여등재실 정영애



요양급여의 범위

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

요양급여 (국민건강보험법 제41조)

- ✓ 질병, 부상, 출산 등에 대하여 요양급여를 실시
 - 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 및 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송
- ✓ 요양급여의 범위
 - **약제 외** : 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
 - **약제** : 요양급여대상으로 결정한 것

2023 내과학회

요양급여의 범위

건강보험심사평가원

Health Insurance Review & Assessment Service

비급여 대상 (요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2])

- ✓ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우 (단순한 피로 등)
- ✓ 신체 필수 기능개선 목적이 아닌 경우 (쌍거풀수술 등)
- ✓ 예방진료 (건강검진 등)
- ✓ 보험급여시책상 요양급여 인정이 어려운 경우 등
 - 친자확인을 위한 진단
 - 급여 또는 비급여로 결정 고시되기 전까지의 행위, 치료재료(평가유예기술* 포함) → 한시적 비급여
 - 제한적 의료기술*
 - 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 장관이 정하여 고시하는 검사, 치료 및 치료재료 → 비급여 목록

-

2023 내과학회

요양급여의 범위

건강보험심사평가원

Health Insurance Review & Assessment Service

Negative List 방식



- ✓ 행위, 치료재료

행위 급여·비급여목록표 및 급여 상대가치점수
치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표

<기존 기술>

Positive List 방식



- ✓ 약제 (선별등재, '06)

약제 급여목록 및 급여 상한금액표

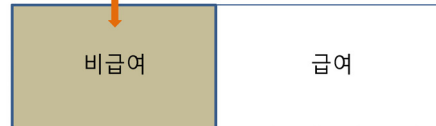
2023 내과학회

요양급여의 범위

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

Negative List 방식

비용효과성 등 진료상의 경제성이 불
분명하여 장관이 정하여 고시하는 검
사, 치료 및 치료재료 → 비급여 목록



급여/비급여, 수가를
결정하는 기준과 절차는?

?

신의료기술, 신치료재료

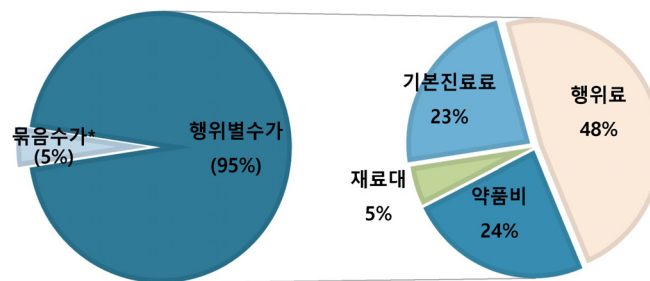
급여 또는 비급여로 결정
고시되기 전까지의 신의
료기술(행위, 치료재료)
→ 한시적 비급여

2023 내과학회

요양급여의 범위

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

<요양급여비용>



※ 의료수가

- 포괄수가 (신포괄수가는 행위별 수가에 포함)
- 정액수가(요양병원, 호스피스)
- 보건기관/조산원 방문일당 진료비

2023 내과학회

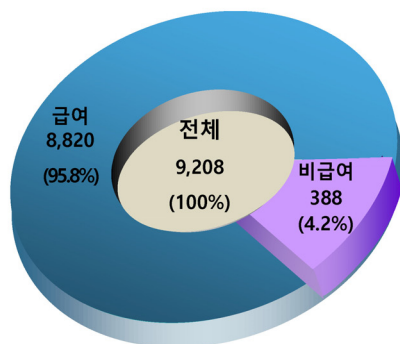
IV. 보험 아카데미 및 학술대회

요양급여의 범위

건강보험심사평가원

Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 의료행위 등재현황



기본진료료	950
검사료	1,861
영상진단 및 방사선치료	1,150
마취료	120
처치 및 수술료 등	2,751
한방 검사료	18
한방시술 및 처치료	67
응급의료수가	259
요양병원	295
호스피스	543
기타	1,194
합계	9,208

(2022년 기준)

2023 내과학회

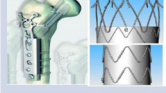
요양급여의 범위

건강보험심사평가원

Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 치료재료의 정의

「국민건강보험법」에 명시적으로 정의된 것은 없으나, 개념적으로 **건강보험 진료에 사용되는 소모성 재료**로서 식품의약품안전처장 또는 관련법령에 의하여 허가(인증) 또는 신고 후, 관련 규정과 절차에 따라 **복지부장관이 인정·고시**한 품목

종류	의료기기	의약품	인체조직	기타 공산품
예시	인공관절, 스텐트 등 	거즈, 반창고 등 	뼈, 인대, 연골 등 	수술용 방호후드 등 
관련 법령	의료기기법	약사법	인체조직 안전 및 관리 등에 관한 법	건강보험 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표

* 심평원, 2021년 치료재료 건강보험 가이드맵

2023 내과학회

요양급여의 범위

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 치료재료의 보상방법

치료재료는 행위 상대가치점수에 포함하여 보상. 다만, 장관이 인정*하는 경우 별도 산정이 가능

* 목록표로 고시 또는 행위수가 산정지침에 명시

행위로 포함	별도 보상	
	(품목별 보상)	(정액보상)
- 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침] 처치 및 수술시에 사용된 약제 및 치료재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. - 다만, 다음에 열거한 약제 및 치료대는 "약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준"에 의하여 별도 산정한다.	- 제품명: - 뇌동맥류클립(일반용) 148,350원 - 뇌동맥류클립(특수용) 321,840원	1회용 수술팩(환자용 Main drape, utility drape, 의료진용 surgical gown, 수술기구용 back table cover 등 포함) : 마취시간에 따라 35,970원 ~70,620원

2023 내과학회

요양급여의 범위

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 치료재료 분류체계

- (대분류) 용도, 기능
- (중분류) 형태, 재질, 규격, 사용부위, 사용방법
- (소분류) 업체명, 품목명

명칭	대분류군		중분류군			소분류군		
청구코드 예시	B	1	0	0	1	0	0	1
	자동봉합기		LINEAR STAPLER			품목명 & 00업체		

대분류 코드	대분류 코드명 ('22.9.1.)
A	핵의학검사용 군
B	봉합용 군
C	골유합 및 골고정용 군
D	관절경 수술 관련 연부조직 고정용 군
E	인공관절 군
F	척추재료 군
G	흉부외과용 군
H	신경외과용 군
I	안 · 이비인후과용 군
J	중재적 시술용 군
K	일반재료 군(I)
L	일반재료 군(II)
M	일반재료 군(III)
P	한방재료 군
T	인체조직 군
계	

2023 내과학회

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

요양급여의 범위

건강보험심사평가원

Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 치료재료 등재현황

구분	합계	별도 보상		행위로 포함	급여중지
		급여	비급여		
합계	36,046	23,701	3,523	649	8,173
치료재료	33,577	21,388	3,367	649	8,173
인체조직	2,469	2,313	156	0	0

(2023.4.1 기준)

*행위로 포함 치료재료는 신청제품에 대한 결정으로, 신청되지 않는 행위로 포함 치료재료는 별도로 고시하지 않음

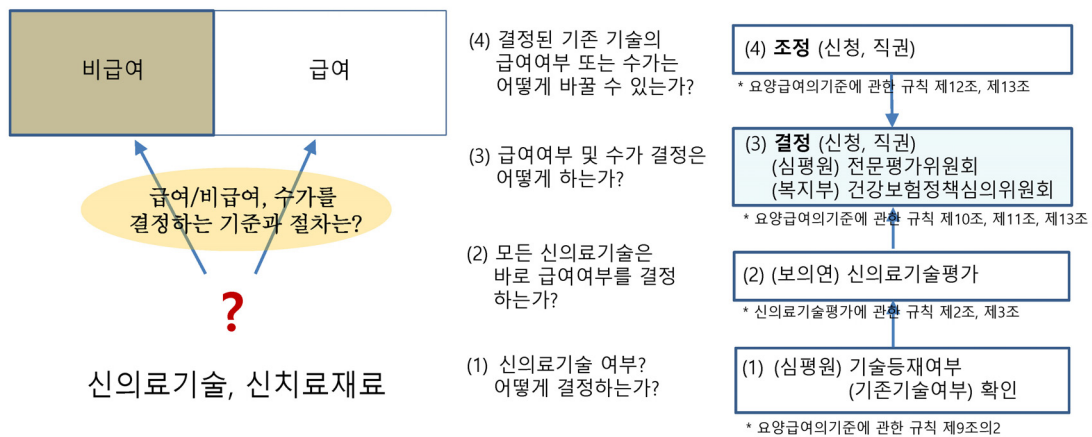
*급여중지 치료재료는 일정기간 청구되지 않는 치료재료임

2023 내과학회

신의료기술 등재 절차

건강보험심사평가원

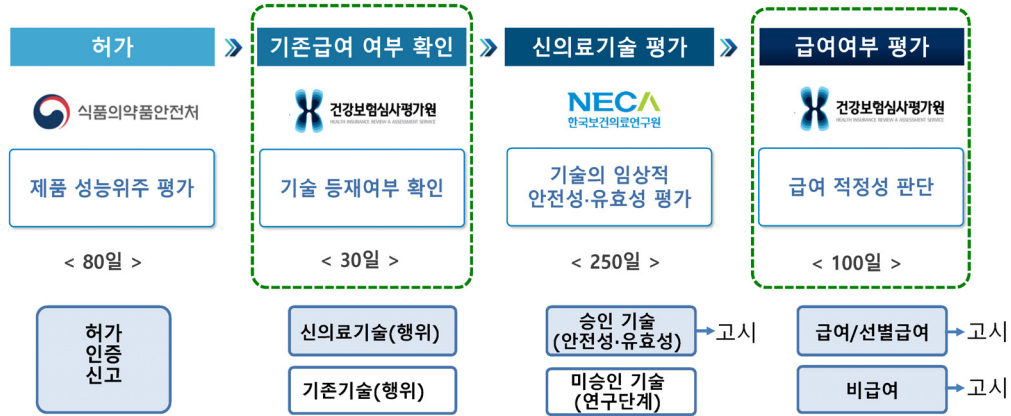
Health Insurance Review & Assessment Service



2023 내과학회

신의료기술 등재 절차

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service



2023 내과학회

신의료기술 등재 절차

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

구분	의료기기 허가	신의료기술 평가	건강보험 급여결정
근거	의료기기법	의료법	건강보험법
평가 요소	- 임상시험에서의 안전성, 유효성 (efficacy) *effect in perfect conditions	- 임상현장에서의 안전성, 유효성 (effectiveness) *effect in the real world	- 건강보험급여 적정성, 경제성 *cost-effectiveness, efficiency
평가 관점	(안전성) 물리화학, 생물학적 안전, 성능 (유효성) 임상시험에서 관찰된 성과	(안전성) 진료결과 (부작용, 합병증, 사망 등) (유효성) 진료결과의 향상, 진단검사의 정확도	(급여적정성) 보험급여의 원리, 보험재정상태 (경제성) 대체가능성, 비용효과성
평가 자료	임상시험 결과자료	동료 평가된 출판문헌의 체계적 고찰, 전문가 판단	신의료기술평가 결과, 비용효과자료, 국내외논문, 외국 등재여부 가이드라인, 전문의학회 의견 등

* 박실비아, 의료기술의 시장도입 결정과 의료기술평가의 발전방안 (2014) 자료 인용 및 일부 각색

2023 내과학회

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

(1) 기존기술 여부 확인

건강보험심사평가원

Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 신의료기술이란?

의료법

새로 개발된 의료기술로서 보건복지부 장관이

안전성·유효성을 평가할 필요성이 있다고 인정하는 것 (의료법 제53조 제2항)

건강보험

요양급여 또는 비급여대상으로 결정되지 아니한 행위, 치료재료 (국민건강보험법 제41조의3)

신의료평가

안전성·유효성이 평가되지 아니한 의료기술 또는

신의료기술로 평가 받은 의료기술의 사용목적, 대상, 방법 등을 변경한 경우로서

장관이 평가가 필요하다고 인정한 기술 (신의료기술평가에 관한 규칙 제2조)

2023 내과학회

(1) 기존기술 여부 확인

건강보험심사평가원

Health Insurance Review & Assessment Service

구분	주요 내용
신청대상	요양급여대상 또는 비급여대상 여부 불분명한 행위
신청인	요양기관, 의약관련 단체, 치료재료 제조·수입업자
신청시기	신의료기술평가 및 평가유예 신청 전
처리절차	신청 및 검토 : 심평원, 결과통보 : 신청 후 30일 이내, 이의신청 : 결과 통보 30일 이내
위원회	전문평가위원회 소위원회 검토
심의기준	신청행위의 대상·목적·방법 및 이미 고시된 사항(급여 또는 비급여, 신의료기술)의 적용가능 여부 등 고려
검토결과	· 확인 결과를 신청인 및 신의료기술평가위원회 통보, 보건복지부장관 보고 · 확인 결과 별도의 요양급여(상대가치점수 포함)·비급여 대상을 정할 필요가 있는 경우 장관이 결정 및 조정 가능 (행위재분류 및 수가신설)

* '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 제9조의2 ('15.9.21.)

'요양급여대상 비급여대상여부 확인의 절차와 방법등에 관한 기준'(보건복지부 고시)

2023 내과학회

(1) 기존기술 여부 확인

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 결과 조회

- 건강보험심사평가원 [요양기관 업무포털\(biz.hira.or.kr\)](http://biz.hira.or.kr)

[의료기준관리](#) > [요양급여대상·비급여대상 여부 확인 신청](#) > [신청항목 및 결과조회](#)

The screenshot shows the HIRA Biz Portal interface. On the left, there's a sidebar with navigation links. The main area displays a table of medical standards. The table has columns for '번호' (No.), '구분' (Category), '항목' (Item), '신청일자' (Application Date), '신청내역' (Application Details), '신청결과' (Application Result), and '결과내역' (Result Details). The first row shows a '기존기술' (Existing Technology) status, which is circled in red.

번호	구분	항목	신청일자	신청내역	신청결과	결과내역
1	기존	외과	2023-09-15	레이저치료	Laser Therapy of Skin	평가결과확인결과 기존기술

(2) 신의료기술 평가

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 신의료기술평가위원회에서 안전성 및 유효성 평가, 복지부장관 고시

- **안전성, 유효성이 있는 의료기술** : 안전성, 유효성이 인정되어 임상에서 사용 가능한 의료기술
- **제한적 의료기술** : 신의료기술 평가결과 안전성이 확보되고 신속한 임상도입이 필요한 연구단계 의료기술로서 제한적 의료기술 대상 목록으로 공고하는 기술 중 보건복지부 장관이 지정한 실시기관에서 일정기간 동안 진료를 허용하고 그 결과를 수집, 분석하여 임상근거창출기회를 마련하는 제도
- **혁신의료기술** : 안전성은 인정되었지만 유효성에 관한 근거가 부족한 의료기술 중 잠재성(잠재적 가치)가 인정된 의료기술로서 보건복지부 장관이 따로 정하여 고시하는 사용기간, 사용목적, 사용대상 및 시술방법 등에 대한 조건을 충족하는 경우에만 임상에서 사용가능한 의료기술
- **평가유예 신의료기술** : 식약처 임상시험을 거쳐 허가된 의료기기 중 신의료기술평가유예 요건이 충족된 의료기기를 사용하는 의료기술의 초기 시장진입을 허용하고 신의료기술평가를 2년간 유예하는 제도 (유예기간 종료되기 30일전에 반드시 신의료기술평가 신청해야 함)

* www.neca.re.kr

2023 내과학회

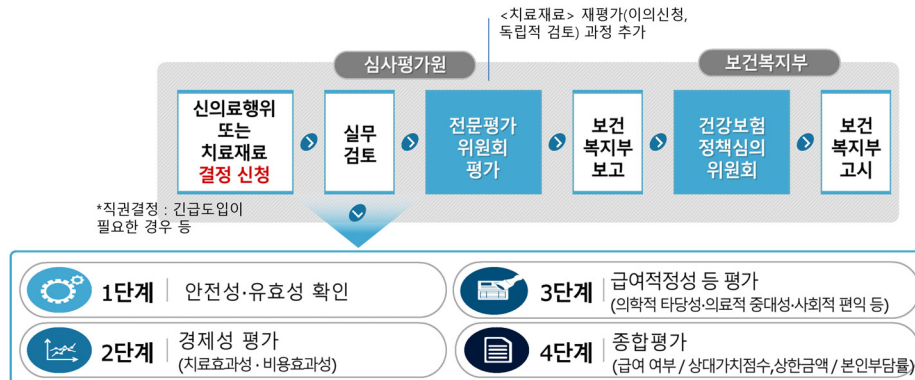
IV. 보험 아카데미 및 학술대회

(3) 급여여부 및 가격 결정

건강보험심사평가원

Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 절차 및 기준



2023 내과학회

(3) 급여여부 및 가격 결정

건강보험심사평가원

Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 전문평가위원회

- 보건복지부장관이 임명 · 위촉
- 관련 협회 및 단체, 학회, 학계 등 추천으로 전문가 풀 구성
- 6개 분과 (의료행위, 한방의료행위, 치료재료, 인체조직, 질병군, 디지털)

<제11기 전문평가위원회 위원 Pool>

구분	합계	관련 학회	단체·협회	소비자단체	학계·전문기관*	심평원, 공단, 보의연	복지부·식약처
추천기관	77	54	14	4	-	3	2
추천인원	406	261	35	20	82	4	4

2023 내과학회

(3) 급여여부 및 가격 결정

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

➤ 가격결정

행 위	치료재료
상대가치점수 (점) * 의사업무량, 진료비용, 위험도로 구성	상한금액 (원)
상대가치점수(점) X 환산지수 (1점당 **원) * 환산지수 : 공단과 의약단체간 계약 (예 : 병원 78.4원, 의원 90.2원)	상한금액 내 실구입가 * 요양기관종별 가산 등 각종 가산 불가
상대가치점수 산출 방식, 기존 유사행위 등	원가자료(업체제출, 관세청자료), 동일품목군 등재 여부 등

2023 내과학회

(4) 기존기술 조정

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

- 조정 내용 : 이미 고시된 요양급여대상의 상대가치 점수/상한금액, 요양급여대상/비급여대상
- 조정 절차 : 신청 또는 복지부 장관의 직권에 의하여, 결정신청과 동일 절차 진행
* 직권조정 예 : 상대가치점수 개편, 치료재료 재평가/실거래가 조사

<결정 및 조정 신청 비교>

구 분	결정신청	조정신청
신 청 인	요양기관, 의약관련 단체, 치료재료 제조업자, 수입업자	좌동 + 가입자
신청의무	신청하여야 한다	신청할 수 있다
신청대상	✓ 안전성·유효성 있는 신의료기술 ✓ 평가유예 신의료기술 ✓ 혁신의료기술	✓ 이미 고시된 행위 • 행위에 포함된 업무량, 자원의 양, 가격 등이 현저히 변화되어 상대가치점수를 조정할 필요가 있는 경우 • 요양급여 또는 비급여결정이 현저히 불합리하다고 판단되는 경우
신청기한	30일 이내 (최초 시행일부터)	수시

2023 내과학회

Health Insurance Review & Assessment Service

- [illegible]



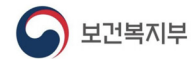
4) 강의자료

[3차 상대가치 개편 진행 경과], (보건복지부 보험급여과 조영대)

2023.4.29.
제6차 건강보험정책단 아카데미
(대한내과학회 춘계학술대회)

3차 상대가치 개편 진행 경과

보험급여과 조영대 사무관

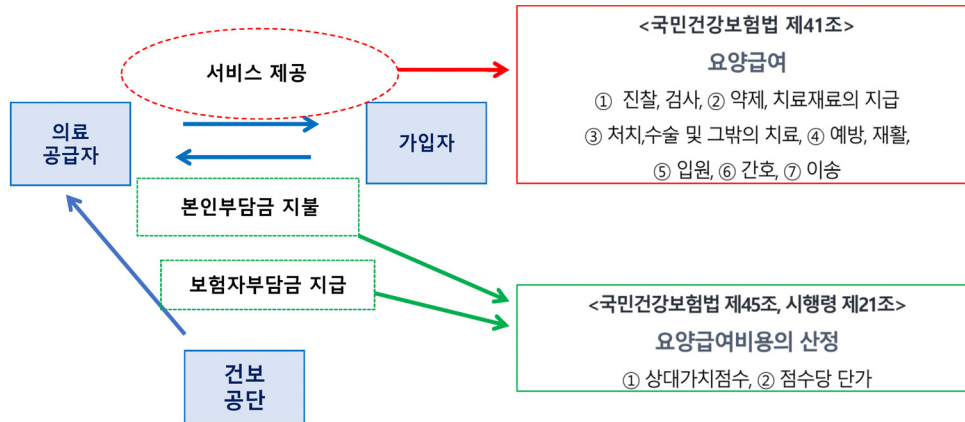


양해 말씀

- 선생님들과의 다양한 논의를 위해 **담당자 개인의 의견이 일부 포함**되어 방향 위주로 봐주시고 특히, 자료 인용 및 언론 등 외부 언급 등은 사전에 논의를 부탁드립니다.

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

건강보험 구조



3

상대가치점수 체계 개요

- (개념) 소요된 자원 소모량을 기준으로 의료행위의 가치를 상대적으로 비교한 점수
 - 행위수가의 불균형을 시정하고자 '01년 도입
 - Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS)
- 상대가치점수 구성요소 = 의사업무량 + 진료비용 + 위험도
 - 요양급여에 따른 사회적 편익(17): 자원 투입량 외에 의료행위의 가치를 반영
 - 선택진료 축소 손실보상(14, 박근혜정부, 3,057억원)
 - 3대비급여 해소 손실보상(18, 문재인정부, 5,641억원)

<국민건강보험법 시행령 21조>

요양급여 각 항목에 대한 상대가치점수는

요양급여에 드는 1) 시간, 노력 등 업무량,

2) 인력, 시설, 장비 등 자원의 양,

3) 요양급여의 위험도 및 요양급여에 따른

사회적 편익 등을 고려하여

산정한 요양급여의 가치를

각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타낸 것



4

상대가치점수 < 건강보험 행위별 수가 체계

- **의료행위수가(원) = 상대가치점수(점) × 환산지수(1점당 원) × 종별가산**
 - (환산지수) 매년 의약단체와 건보공단 협상에 의해 결정
 - (종별가산율) 상급종합 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15%

*상대가치점수는 수가의 구성 요소 중 하나
: 단순처치와 간이식술을 구분하기 위한 비율(ratio) 관점*

- 상대가치점수를 올리면 : 해당 행위(예. 소화기 내시경)의 수가가 상승 ----> 전문과목 내 특정 단위 관점
- 환산지수를 올리면 : 해당 분야(예. 의원 혹은 약국)의 수가가 상승 ---> 의치한 등 분야별 관점
- 종별가산을 올리면 : 해당 종별 수가가 상승 ----> 기관(의료기관 종별), 전달체계 관점

5

상대가치점수 체계 개편 연혁

구분	상대가치 도입	1차 개편	2차 개편
도입	2001년	2008~2012년 (‘03~’06년 연구)	2017~2020년 (‘10~’14년 연구)
주요내용	자원기준 상대가치점수 개념 정립	40개 진료과목 내 불균형 조정 상대가치 구성요소 분리 및 근거자료 구축	5개 행위유형 간 불균형 조정

- (미국, 12) 의사업무량 (48.3%), 진료비용 (47.7%), 위험도 (4.3%)
- (대한민국, 2차 개편 기준) 의사업무량 (22.0%), 진료비용 (76.8%), 위험도 (1.2%)

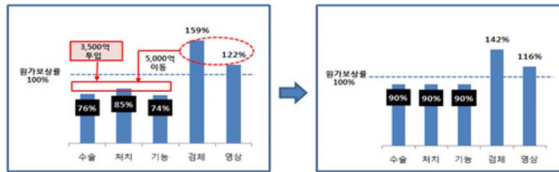
	원가 기반의 비용보상	Value 상대가치 기반의 비용보상
한국	의사비용 (상대가치)	의사비용과 병원비용 (상대가치)
미국	의사비용 (상대가치)	병원비용 (질병군별 포괄수가)

6

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

상대가치점수 체계 개편 : 2차

- (주요 내용) 5개 행위 유형별 총액 고정 산출체계로 전환 및 불균형 조정
 - 검체·영상 분야 수가 ↓, 수술·처치·기능 검사 분야 수가 ↑



(‘17년 기준)	수술	처치	기능	검체	영상	합계
현행	1.7조	4.6조	1.2조	3.4조	2.7조	13.6조
변동	+3,027억	+2,884억	+2,556억	-3,637억	-1,363억	+3,500억
개편	2.0조	4.9조	1.5조	3.1조	2.5조	14조

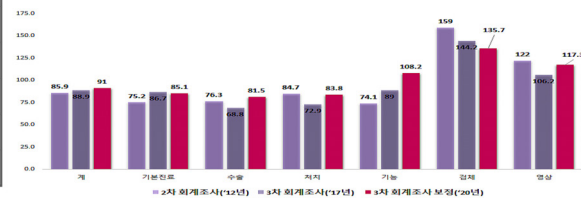
- (의미) 인적자원 노력 수반된 수술·처치·기능검사 점수 상향조정,
5개 유형 기준 세분화된 변환지수 적용으로 직접비용의 진료과간 편차 축소
- (한계) 입원료/진찰료 등 제외, 목표 달성 여부에 대한 평가 필요

7

상대가치점수 체계 개편 : 2차 결과

- (결과) 3차 개편을 위한 회계조사를 실시하였으나, '조사대상연도가 '17년으로 2차 개편 일부만 반영
 - 거시지표를 활용한 변화된 수익·비용을 추정하여 보정 실시
 - (수익) '17년 빈도 고정, '20년 변화된 상대가치 총점으로 보정
 - (비용) 환산지수 연구방법론을 적용하여 의료물가상승률(MEI) 활용 변화 반영

행위유형	2차 회계조사 (‘10년)	3차 회계조사(A) (‘17년)	3차 회계조사 보정(B) (‘20년) (B-A)
기본진료	75.2%	86.7%	85.1% (-1.6)
수술	76.3%	68.8%	81.5% (+12.7)
처치	84.7%	72.9%	83.8% (+10.9)
기능검사	74.1%	89.0%	108.2% (+19.2)
검체검사	159.0%	144.2%	135.7% (-8.5)
영상검사	122.0%	106.2%	117.3% (+11.1)



8

1. 추진방향

• (배경)

① 의료전달체계 재정립을 위한 기본진료료 정비 필요

: 의료기관 기능에 적합한 진료 시 이익이 더 크도록 보상체계 설계 필요

② 의료환경 변화를 반영한 주기적 상대가치 개편

: 그간 변화된 자원 소모량 등 비용 반영 필요성 존재

③ 상대가치 개편 추진 위한 최적의 시기

: 보장성 강화 대책 마무리와 함께 코로나19 진료형태 변화를 고려한 현행 행위별 수가제도 내 정합성 확보 필요

• (기본방향) 1,2차 개편 시 제외되었던 기본진료료 및 가산제도 재정비 중심으로 추진

• 행위 간 불균형 조정은 2차 개편의 연장선으로 진행

• 의료전달체계 개선방향과 함께 기능, 인적 자원 중심 보상 추진

일부 인식... "안 하면 안되나?" "그냥 두면 될 것 같은데"

9

3차 개편을 위한 연구 과제 수행 ('17~'20)

연번	연구과제	연구내용	연구기간	수행기관
1	제3차 상대가치 개편방안연구	상대가치 산출체계의 적정성 검토 기본진료료 및 가산제도 개편 방향 마련	8개월 [17.9~18.5]	보사연 (신영석)
2	요양기관 회계조사	회계 자료수집, 건강보험 행위의 비용 및 수입 산출 등	15개월 [18.6~19.8]	보사연 (신영석)
3	수가가산제도 개편	가산제도 효과평가 및 개편방안 마련 * 중별 가산, 시간, 연령, 인력 가산, 특정과목 가산 등	12개월 [18.12~19.12]	연세대(정형선) 고려대 건국대 보사연
4	기본진료료 개편	기본진료료 개편방안 마련 및 점수 산출 * 진찰료, 입원료 및 관리료 등	14개월 [19.8~20.10]	보사연 (신영석)
5	업무량 상대가치 개발	행위분류 및 행위정의 기술서 개발 업무량 상대가치 개발	18개월 [19.6~20.12]	의약단체
6	상대가치점수 산출체계 개선	상대가치점수 산출체계 개선 방안 마련 위험도 상대가치점수 개발	14개월 [19.9~20.11]	연세대 (박은철)
7	요양기관 비용분석 표준 가이드라인 개발연구	요양기관 비용자료 작성 및 분석 표준 가이드라인 개발 및 상대가치점수 개발을 위한 행위유형별 비용분석 표준화 방안 마련	6개월 [20.5~20.11]	연세대 (김태원)

10

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

2. 가산제도 정비

• (현황)

전 달 체 계 측면	(중별가산) 의원(15%)~상증(30%) 모든 진료행위로 차등 가산
진 료 과 목 측면	(행위료 수익 보전) 내과·소아과·정신과 입원료 가산 (30%) (인력수급 개선) 흉부외과·외과(20~100%), 산부인과 분만(30~200%) (기초의학 지원) 진감·병리(10%), 핵의학(10~20%), 영상판독(10%) (성형외과 가산) 급여화 과정의 손실 보상 (유방재건, 구순비교정술)
투 입 요 소 측면	(야간·공휴 가산) 진찰(30%), 처치·수술·마취(50%), 약제(30%) (응급 가산) 모든 응급의행위(50%), 외상센터 가산(50~200%) (간호관리료 가산) 인력 투입수준에 따라 간호관리료 차등
특 정 대 상 측면	(소아) 태아, 신생아, 6세미만 소아 등 구분하여 차등 가산 (노인) 마취(30%) (장애인) 분만(50%), 치과(9.03점)
특 정 항 목 대상	디지털노파, 전자, 핵의학영상진단, 마취방법, 화상치료, 밀봉소선원치료 등

항목(개시년도)	목적	적용범위	가산율	(단위: 억 원 %) 규모(10) 총액 비율
종별가산(77)	의료진 업무 부담 경감 (의료인력 부족 해소, 의료서비스 질 향상)	병원 전체 (기초의료 제외)	상급종합병원 30% 종합병원 25% 의원 15%	39,408 61.7%
간호관리료(99)	입원환자 간호서비스 품질 향상, 인력 확보에 따른	입원	간호인력비 수위에 따른 가산율 차등	7,589 11.9%
특정진료과목				
내과·소아·정신과(77)	낮은 행위료 수익 보전	입원	30%	2,940 4.6%
외과(09)		처치·수술	20% 30%	788 1.2%
흉부외과(09)		처치·수술	20% 30% 70% 100%	1,083 1.7%
산부인과	인력수급 개선	분만(10)	50%	232 0.4%
		고위분만(16)	30%	191 0.3%
		임아분만(16)	100%	121 0.2%
		분만중간지(16)	200%	21 0.03%
		인공배양 자궁 (13)	30%	8 0.01%
		조산배양(1810)	100%	0,008 0.0001%
진단영상영상(08)		검사		734 1.1%
핵의학(99)	기초의학지원	영상진단	10%	118 0.2%
영상의학(08)		영상진단		1,875 2.9%
신경외과(18)	자원투입 및 난이도 보상	수술	5% 10%	6 0.01%
경제영사 절가산				
진단영상(17)	경제영사 절가산	경제영사 절가산	1~4%	966 1.5%
분만(17)		검사(핵의학 포함)	4%	148 0.2%
핵의학(17)				48 0.1%
야간공휴(77)				
	시간에 대한 보상 및 의료비근성에 대한 보상	야간·공휴 처치 및 수술	처치 30% 수술 50%	3,025 4.7%
		(의약품) 야간·공휴 응급(중증·외상 환자 포함)	진찰 30%(복합) 처치 30% 수술 50%	1,711 2.7%
특정대상				
소아(77)	투입되는 자원의 양 및 노력의 난이도 보상	소아	정 수 10%~100%	1,472 2.3%
노인(77)		노인	마취 30%	334 0.5%
장애인(95, 07)		장애인	치과(9.03점) 분만 50%	0.06 0.0001%
특정항목				
디지털노파, 전자, 핵의학영상진단, 마취방법, 화상치료, 밀봉소선원치료 등				549 0.9%
합계				63,887 100.0%

11

2. 가산제도 정비

• (검토 방향)

• 정책목적 달성, 자원 투입 보상 성격의 가산 정비 추진

- 종별 가산 완화 등 정비
- 내소정 입원료 가산 정비
- 특정시간, 대상, 지역 관련 가산은 현행 유지

• 가산원칙 수립: 가산 목적 달성여부를 정기적으로
평가하여 폐지·존속 여부를 결정하는 체계 구축

12

2. 가산제도 정비 (1) 요양기관 종별 가산

- (현행 기준)
 - 기본진료를 제외한 행위료(처치, 수술, 검사) 점수에 요양기관 종별 가산
 - 상급종합병원 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15%
 - (도입 취지) 요양기관 종별로 주어진 역할 기능 수행할 수 있도록 규모에 따른 시설, 인력 및 장비 등 투자비용의 차이 반영하기 위해 '77년 도입
- (재정규모)
 - 약 5.1조원 규모로 의과 4.4조원(87%)
 - 의과 행위 유형별 검체·영상검사 약 2.1조원, 수술·처치 및 기능검사 등 약 2.4조원

(단위: 억원)

구분	'77년	'79년	'81년	'89년	'94년	'95년	'98년	'00년
상급종합	지역별(8~20)	지역별(16~20)	20	30				
종합병원				23				
병원	지역별(4~10)	지역별(6~10)	10	13	15	17	20	20
의원	지역별(0~4)		4	7	9	10	13	15

※ '89년 3차 진료기관 지정(30% 인상) 및 중병 이하 3%p 인상, '98년 상향, '00년 의약분업 반대 투쟁 의료계 실속목적 인상

	합계	상급	종합	병원	의원
전체	51,156 (100%)	16,492 (100%)	12,222 (100%)	7,171 (100%)	14,271 (100%)
의과	44,094 (87%)	16,356 (99%)	12,081 (99%)	6,538 (91%)	9,119 (64%)
치과	3,293 (7%)	125 (1%)	94 (1%)	178 (2%)	2,896 (20%)
한방	2,769 (6%)	11 (0%)	48 (0%)	455 (7%)	2,256 (16%)

13

2. 가산제도 정비 (1) 요양기관 종별 가산

- (종별가산 개편안)
 - 종별가산을 상대가치 점수화, 행위 유형에 따라 가산 폐지 또는 축소
 - 행위유형별 가산체계 변경 ; 행위유형(검사 등) 가산 인하 고려
 - 수술·처치·기능검사 유형은 축소(의원 0%, 병원 5%, 중병 10%, 상중 15%), 검체·영상검사 유형은 폐지
 - 제2장 검사료 & 제3장 영상진단 및 방사선치료료 위주로 선정하되, 절별로 처치기능 유형 행위, 치료적 성격 행위 등 제외 검토

14

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

2. 가산제도 정비 (1) 요양기관 종별 가산

[현행]			[개선(안)]		
구분	적용범위	가산율	구분	적용범위	가산율
종별 가산	검체·영상·기능검사, 수술·처치 등 (진찰료, 입원료 등 제외)	상급종합 30% 종합 25% 병원 20% 의원 15%	종별 가산	기능검사, 수술·처치 등	상급종합 15% 종합 10% 병원 5% 의원 0%
		검체·영상검사		전 종별 0%	
					상대가치 점수화

구분	검체·영상검사		수술·처치·기능검사 등	
	종별가산 (%)	종별가산 적용 전 상대가치점수	종별가산 (%)	종별가산 적용 후 상대가치점수
상급	30	100	15	100
종합	25	100	10	100
병원	20	100	5	100
의원	15	100	0	100

구분	검체·영상검사		수술·처치·기능검사 등	
	종별가산 (%)	종별가산 적용 전 상대가치점수	종별가산 (%)	종별가산 적용 후 상대가치점수
상급	15	100	15	100
종합	10	100	10	100
병원	5	100	5	100
의원	0	100	0	100

15

3차 개편 : 유형에 따른 가산 정비

- 장, 절, 세절 단위로 선정하되, 행위 유형을 기본적으로 고려하여 진행

행위분류			선정대상	
장	절		여부	제외 사유
2	검사료	1 검체 검사료	○	
		2 병리 검사료	x	검체검사 대비 낮은 원가 보상 수준
		3 기능 검사료	x	주로 기능검사 유형 행위 분류
		4 내시경, 천자 및 생검료	x	주로 처치·기능검사 유형 행위 분류
		5 초음파 검사료	○	
3	영상진단 및 방사선치료료	1 단순영상진단료	○	
		2 특수영상진단료	○	
		3 핵의학영상진단 및 골밀도검사료	○	
		4 방사선치료료	x	영상검사 평균 대비 낮은 원가 보상 수준 - 치료적 성격 행위이나 수술로 행위유형 변경은 정책적 결정 필요

16

2. 가산제도 정비 (2) 내소정 입원료 가산

- (현행 기준)
 - 내과질환자, 정신질환자, 만 8세미만 소아환자 입원료 소정점수의 30%가산
 - (도입취지) 내과계 낮은 행위료 수익 보전 77년 도입
- (재정규모)
 - 3,041억원 규모이며, 일반병동 입원료 중 가산 적용되는 비중은 절반 반도로 발생

(단위: 억 원)

구분	합계	상급	중합	병원	의원
일반병동 입원료	32,028	9,297	10,780	10,339	1,612
내소정입원료 가산적용	16,450	5,050	5,382	5,617	401
(비중)	(51%)	(54%)	(50%)	(54%)	(25%)
내소정가산금액	3,041	800	931	1,221	89
(비중)	(9%)	(9%)	(9%)	(12%)	(6%)
내소정입원료 가산미적용	15,586	4,247	5,395	4,733	1,211
(비중)	(49%)	(46%)	(50%)	(46%)	(75%)

17

2. 가산제도 정비 (2) 내소정 입원료 가산

- (필요성)
 - 내과계 진료형태 변화(검사 비중 증가 등)로 외과계에 비해 수익성 높아 가산제도 실효성 검토 필요
 - 내과 요양급여비용 중 검사 부문이 차지하는 비중이 약 40%로 전체 진료과목 29% 대비 높은 수준
 - 입원부문 진료계열별 평균 매출 규모는 외과계가 크지만, 외과계에 비해 원가가 낮은 내과계는 이익, 외과계는 손실 발생

※ 입원부문 진료계열별 100병상당 수익 및 손익('15년 기준) (단위: 백만 원)

구분	수익	손익(수익-비용)
	과별평균(표준편차)	과별평균
내과계	5,313 (±378)	72 (±33)
외과계	5,606 (±585)	-187 (±66)
기타계	2,291 (±294)	-53 (±32)

* 내과질환자 입원료 가산에 대한 개선방안 연구(한국보건사회연구원, '16)

- 불명확한 기준으로 가산 적용의 혼란 일부 존재
 - 내과 질환자를 내과 분야 진료전문과목에서 치료받는 환자로 정의하고 있으며, 진료과목에 대한 명확한정의는 없음

18

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

2. 가산제도 정비 (2) 내소정 입원료 가산

• (내소정 가산 개편안)

- (내과계정신질환자) 가산 폐지, 상대적 저평가 행위* 및 입원료 보상 강화
 - * 연구결과, 전문가(관련 학회 등) 의견을 고려하여 비용보상 수준, 청구빈도, 상대가치 균형성 등을 고려하여 상대적으로 저평가된 사람중심, 입원 위주 선정
 - ** (정신질환자 예시) 폐쇄병동 집중관리료, 격리보호료 등 의료인보조인력 자원 투입이 많은 행위 선정
- (소아) 가산 유지, 다른 의료행위 수가 목록과 일관된 연령 가산체계로 정비*하고 신생아실 등 입원료 보상 강화
 - * (현행) 8세 미만 30% 가산 → (변경) 1세 미만 50%, 1세~6세 미만 30% 가산

< 표5. 요양기관 내소정 입원료 가산 규모 >

(단위: 억 원)

구분	합계	내과계질환자	소아환자	정신질환자
합계 (비중)	3,070 (100%)	1,884 (100%)	343 (100%)	843 (100%)
	(100%)	(61%)	(11%)	(27%)
의과	3,041 (99%)	1,856 (99%)	342 (100%)	843 (100%)
치과	0.3 (0%)	0 (0%)	0.2 (0%)	-
한방	28 (1%)	27 (1%)	0.3 (0%)	0.5 (0%)

※ 재정규모 = '19년 빈도 × '21년 상대가치점수 × '21년 환산지수

19

3. 기본진료료 개편

• (현황)

- 진찰료, 입원료 등 36항목 '18년 기준 16.5조이며, 진찰료 10.9조(66.4%) 차지

구분	금액 (억원)				구성비 (%)
	의과	치과	한방	합계	
진찰료	92,325	8,561	9,108	109,995	66.4
입원료	41,231	-	1,147	42,378	25.6
기 타	13,305	10	67	13,381	8.0
합 계	146,861	8,571	10,322	165,753	100.0

- 행위유형별 보상은 약 86.7% 수준, 3차 회계조사 연구 결과

총계	기본진료	수술	처치	기능검사	검체검사	영상검사
88.9%	86.7%	68.8%	72.9%	89.0%	144.2%	106.2%

20

3. 기본진료료 개편

- (입원료 검토방향) 의료기관 기능, 자원 투입량 및 환자의 특성 등에 따른 적정 보상
 - (행위유형간 균형성 확보) 병원급 이상 일반병동 입원료 인상으로 저평가된 입원 관련 비용 보상 강화
 - * 중별 가산 개편 재정 등 활용
 - (입원료 차등 적용 검토) 질병군별 분류체계, 재원일수(입원료 체감제 포함), 중증도 등 비율에 따라 입원료 세분화 여부 검토 필요
 - * 지역책임의료기관? 간호등급? 중환자실? P4R? → 단순 진료량 증가와 연계 방지 필요 (가입자, 공익 의견)

21

3. 기본진료료 개편

- (입원료 개편안) 병원급 이상 일반병동 입원료 인상
 - 중별 가산 개편으로 변화된 재정 + 내소정 가산 개편에서 일부 전환 (4~5천억원 수준)
 - * 단, 수술, 처치 등 외과계열 보상 강화 규모 등에 따라 변동 가능

< 표 7. 개편에 따른 재정활용 > (단위: 원)

구 분	계	기본진료	검체·영상	수술·치과 등
현행 (A)	41.6조	16.0조	11.0조	14.6조
중별가산 등 개편	-4,400억	-	-5,300억	900억
내소정 가산 개편	-600억	-1,380억	50억	730억
변동	↓ 총 5,000억 원			
입원료 보상	+4,000억	4,000억	-	-
외과계 보상	+1,000억	-	-	1,000억
개편 (B)	41.6조	16.2조	10.4조	14.9조
재정변화 (B-A)	-	2,620억	-5,250억	2,630억

※ 재정규모 = '19년 빈도 × '21년 상대가치점수 × '21년 환산지수

22

IV. 보험 아카데미 및 학술대회

4. 비용 조사 및 기타

- **(회계조사 및 산출체계)** 건강보험공단 패널 자료 등 다양한 자료원을 활용하여 정기적으로 표준화된 조사
 - 조사단위별 보상 수준의 상대적 비교를 위한 참고치로 활용
 - 원가보상 개념을 탈피하되 상시 분류 및 조정 기전 마련
 - * 상대적인가치는 자원소모량(행위별 진료지원비용)이나 회계조사 결과(기관단위 서비스 생산비용 등)와 반드시 일치하지 않음
 - 의료비용분석위원회 구성; 공단 패널자료 등 활용하여 상대가치 개편 등 활용
 - 정책점수의 정비 시기 및 방법론 검토
 - * 사회적 편익 요소에 대한 정비, 보장성 강화 이후 전체 균형성 정비는 이후 4차 또는 상시 개편 개념 정비

23

5. 추진 일정

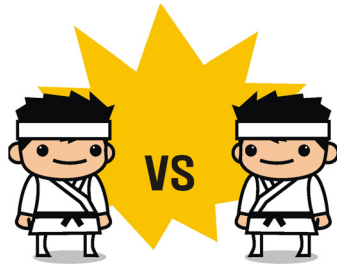
- 상대가치운영기획단 ('18.9월~'21.9월, '21.10월~'24.10월)
 - 의료계(6), 가입자(3), 공익(2), 학계(3), 정부 및 공공기관(3)
- **(추진일정)**
 - (~'20) 3차 개편 주요 추진 연구 완료
 - (~'23.상) 개편 방안 마련 및 의료계, 건정심 논의 지속
 - ('24) 입원료 및 종별가산제도 개편 적용
 - ('25년 이후, 잠정) 행위 유형별 점수 개편 단계적 적용

상대가치 도입	1차 개편	2차 개편	3차 개편
2001년 (‘03~’06년 연구)	2008~2012년 (‘03~’06년 연구)	2017~2020년 (‘10~’14년 연구)	2024~2026년 (목표) (‘17~’20년 연구)

24

정리하며...

- 기본진료료 개편에 큰 기대
- 총액 확대에 관심, 인건비 현실화 요구
- 항목, 유형 간 균형에의 유인 동기 부족



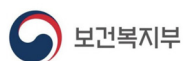
그러면, 후속 과제는?

- 환산지수 및 전달체계
- 심사와 성과 평가

- 건강보험의 지속 가능성
- 상대가치 총점 고정 하 개편 (과보상 영역 개선 필요)
- * 가입자, 공익 위원 입장 : 상대적 보상하기 위한 부분이며, 절대적 수준 논의 아님
- 의료전달체계 개선 등 보건의료체계 관점과 동일한 정책 목표
- (진찰료 대안)
- 심층진찰, 교육상담 등 시범사업 모형 확대하며 연계방안 검토 지속

25

Thank you



내과연관학회 건강보험정책단 활동내역 보고서

2023년 12월 19일 인쇄
2023년 12월 20일 발행

발행인 박 중 원
편집인 김 형 종
인쇄인 이 기 형

우편번호 04146

발행처: **대한내과학회**

서울특별시 마포구 마포대로 109,
101동 2501호(공덕동, 롯데캐슬프레지던트)
전화: 02) 793-4364, 4311

Homepage: <http://www.kaim.or.kr>

E-mail: kaim4364@kaim.or.kr

인쇄처:  도서출판 진 기 획
주 | 제 | 이 | 피 | 언 | 씨

전화: 2271-6605(학회지 편집실), 2266-7078(代)

Homepage: <http://www.ijpnc.co.kr>

E-mail: jin@ijpnc.com
