발 간 등 록 번 호
G000BX1-2020-138

HIRA

2021 건강보험심사평가원 기능과 역할

Health Insurance Review & Assessment Service

발 간 등 록 번 호
G000BX1-2020-138

HIRA

2021 건강보험심사평가원 기능과 역할

Health Insurance Review & Assessment Service

목차 CONTENTS

제1부 총 론

제 1 장 건강보험제도 ····· 3

Ⅰ. 사회보장 ····· 5
Ⅱ. 건강보장 ····· 10
Ⅲ. 국민건강보험제도 ····· 20

제 2 장 국민건강보험법령 해설 ····· 31

Ⅰ. 국민건강보험법령 개관 ····· 33
Ⅱ. 국민건강보험법 · 시행령 · 시행규칙 ····· 37
Ⅲ. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 ····· 69

제 3 장 건강보험심사평가원 개요 ····· 77

Ⅰ. 설립과정과 법적기능 ····· 79
Ⅱ. 미션 · 비전 · 핵심가치 · 슬로건 ····· 85
Ⅲ. 주요업무 개요 ····· 88



목차
CONTENTS

제2부 급여범위 설정 및 지불제도 운영

제 1 장 요양급여 등재 및 가격관리 ····· 101

Ⅰ. 의료행위 ····· 103
Ⅱ. 치료재료 ····· 138
Ⅲ. 약제 ····· 156

제 2 장 급여기준 설정 및 관리 ····· 179

Ⅰ. 급여기준의 개요 ····· 181
Ⅱ. 행위 · 치료재료 급여기준 관리 ····· 185
Ⅲ. 약제 급여기준 관리 ····· 193
Ⅳ. 근거기반보건의료(EBH) ····· 206

제 3 장 포괄수가제도 ····· 217

Ⅰ. 질병군별(DRG) 포괄수가제도 ····· 219
Ⅱ. 신포괄수가제도 시범사업 ····· 226
Ⅲ. 요양병원 수가제도 ····· 233
Ⅳ. 호스피스 · 완화의료 수가제도 ····· 239

제 4 장 의료분류체계 ····· 245

Ⅰ. 질병분류체계 ····· 247
Ⅱ. 환자분류체계 ····· 258
Ⅲ. 분류체계 전산서비스 ····· 281

제 5 장 건강보험 보장성 강화 ····· 287

Ⅰ. 건강보험과 보편적 의료보장 ····· 289
Ⅱ. 건강보험 보장성 강화 주요성과 ····· 291

제3부 심사 및 평가

제 1 장 요양급여비용의 심사 ····· 305

Ⅰ. 심사의 개요 ····· 307
Ⅱ. 심사 방법 ····· 313
Ⅲ. 사전 예방 사업 ····· 324
Ⅳ. 권리구제 ····· 337
Ⅴ. 진료심사평가위원회 ····· 346
Ⅵ. 분석심사 ····· 353

제 2 장 수탁심사 ····· 363

Ⅰ. 의료급여비용 심사 ····· 365
Ⅱ. 보훈진료비 심사 ····· 381
Ⅲ. 외국인근로자 등 의료지원사업 진료비 심사 ····· 386
Ⅳ. 응급의료비 미수금 대지급제도 운영 ····· 390
Ⅴ. 자동차보험 진료비 심사 ····· 398
Ⅵ. 입원적정성 심사 ····· 411

목차
CONTENTS

제 3 장 제3장 현지조사 ····· 417

Ⅰ. 현지조사 개요 ····· 419
Ⅱ. 현지조사 업무절차 ····· 422
Ⅲ. 부당 · 거짓청구 개념 및 사례 ····· 439
Ⅳ. 자율점검 ····· 442

제 4 장 요양급여의 적정성 평가 ····· 451

Ⅰ. 적정성 평가 개요 ····· 453
Ⅱ. 평가개념 및 범위 ····· 462
Ⅲ. 평가의 절차와 방법 ····· 466
Ⅳ. 평가결과 활용 ····· 474
Ⅴ. 의료질평가지원금 산정을 위한 평가 ····· 487
Ⅵ. 처방 · 조제 약품비 절감 장려금 사업 ····· 496

제 5 장 고객서비스 제공 ····· 505

Ⅰ. 요양(의료)급여 대상여부 확인(진료비 확인신청) ····· 507
Ⅱ. 국민대상서비스 ····· 514
Ⅲ. 정보공개제도 ····· 529
Ⅳ. 대국민 통계정보 서비스 ····· 535
Ⅴ. 보건의료 데이터 제공에 관한 업무 ····· 542
Ⅵ. 의약품 사용정보 공개 및 제공 ····· 550

제4부 보건의료체계의 인프라 관리

제 1 장 보건의료자원 관리 ····· 557

Ⅰ. 요양기관 현황 관리 ····· 559
Ⅱ. 요양기관 장비 관리 ····· 565
Ⅲ. 간호관리료 및 입원료 차등제 등 운영 ····· 577
Ⅳ. 상급종합병원 지정 · 평가 ····· 602
Ⅴ. 전문병원 지정·평가 ····· 611
Ⅵ. 재활의료기관 지정·운영 ····· 621
Ⅶ. 난임시술 의료기관 평가 및 통계관리 ····· 629

제 2 장 의약품유통정보관리 ····· 639

Ⅰ. 의약품관리종합정보센터 운영 ····· 641
Ⅱ. 의약품 바코드 및 RFID tag 등 유통정보 관리 ····· 647
Ⅲ. 의약품 공급내역 관리 및 일련번호 제도 운영 ····· 655
Ⅳ. 의약품 구입·청구 불일치 내역 사후관리 ····· 660
Ⅴ. 의약품 공급내역 보고 사후관리 ····· 664
Ⅵ. 요양기관 구입약가 사후관리 ····· 670

제 3 장 의약품안전사용서비스(DUR) ····· 677

Ⅰ. 의약품안전사용서비스(DUR) 개요 ····· 679
Ⅱ. 의약품안전사용서비스(DUR) 운영 ····· 683

목차
CONTENTS

제 4 장 ICT 서비스 운영 ····· 699

Ⅰ. 정보시스템 소개 ····· 701
Ⅱ. 심사시스템 운영 ····· 710
Ⅲ. 포털시스템 운영 ····· 730
Ⅳ. 업무시스템 운영 ····· 743
Ⅴ. 청구소프트웨어 검사 ····· 785
Ⅵ. 의약분야 개인정보보호 자율규제 ····· 793
Ⅶ. 정보자원 운영 ····· 799
Ⅷ. 정보보호 운영 ····· 816

| 표목차 | Table Contents

표1.1-1 진료비 지불방식의 종류 ····· 15
표1.1-2 국민건강보험(NHI)과 국가보건서비스(NHS) 비교 ····· 19
표1.1-3 연도별 의료보장 적용인구 현황(2015~2019년) ····· 26
표1.1-4 연도별 보험료부과액 및 적용인구 1인당 월 보험료 현황(2015~2019년) ····· 27
표1.1-5 총진료비 변화 추이(2015~2019년) ····· 28
표1.1-6 노인 인구 및 노인진료비 변화 추이(2015~2019년) ····· 29
표1.1-7 제외국 건강보험 사례 비교 ····· 30
표2.1-1 건강보험 등재절차 및 운영방법 비교 ····· 112
표2.1-2 요양급여 결정 및 조정신청 비교 ····· 117
표2.1-3 전문평가위원회의 구성(2020년 기준) ····· 119
표2.1-4 행위 · 치료재료의 요양급여 결정과 신의료기술 평가와의 비교 ····· 121
표2.1-5 2020년도 적용 점수당 단가(환산지수) ····· 123
표2.1-6 요양급여비용의 체계 및 구성 ····· 124
표2.1-7 의료행위비용 개발 상세 업무절차 ····· 127
표2.1-8 보건복지분야 국정과제별 추진과제 ····· 129
표2.1-9 직접 진료비용 자료 구축 내용(2017년 기준) ····· 135
표2.1-10 치료재료 상한금액의 산정기준 ····· 141
표2.1-11 인체조직 상한금액의 산정기준 ····· 142
표2.1-12 환율 등급별 치료재료 상한금액 조정율표 ····· 143
표2.1-13 독립적 검토와 재평가의 비교 ····· 145
표2.1-14 연도별 치료재료 재평가 현황 ····· 148
표2.1-15 경제성 평가 유형 ····· 159
표2.1-16 대체조제가능 품목의 증가 추이 ····· 163
표2.1-17 퇴장방지의약품 현황 ····· 165
표2.2-1 심사지침 · 심의사례 비교 ····· 184
표2.2-2 EBH 평가 보고서 유형 ····· 208
표2.2-3 EBRM에 따른 임상연구문헌의 범주 ····· 214
표2.3-1 포괄수가제 시범사업 기간 및 대상 질병군 ····· 220
표2.3-2 신포괄수가제도 시범사업 추진현황 ····· 227
표2.3-3 각 환자군의 요양(의료)급여비용 산정방식 ····· 229

목차
CONTENTS

표2.3-4 신포괄수가 요양(의료)급여비용을 구성하는 포괄 및 비포괄 대상 항목 ····· 230
표2.4-1 분류 단계별 항목 수 ····· 249
표2.4-2 청구질병코드 모니터링 지표현황 ····· 256
표2.4-3 환자분류체계 종류 ····· 259
표2.4-4 주진단 범주(Major Diagnostic Category) ····· 264
표2.4-5 KDRG 코드 구조 ····· 266
표2.4-6 KOPG 코드 구조 ····· 269
표2.4-7 KRPG 코드 구조 ····· 271
표2.4-8 KDRG-KM 코드 구조 ····· 273
표2.4-9 KOPG-KM 코드 구조 ····· 276
표2.4-10 588 분류체계 코드 구조 ····· 278
표2.4-11 환자분류체계 활용 분야 ····· 280
표3.1-1 항목별 점검항목 수(2020년 기준) ····· 332
표3.1-2 연도별 선별집중심사 항목 현황 ····· 336
표3.1-3 2020년 선별집중심사 항목 ····· 336
표3.1-4 [참고] 현행 건별심사와 분석심사 비교 ····· 356
표3.1-5 분석심사 업무상세 ····· 357
표3.1-6 분석심사 주제별 목표 및 선정사유 ····· 358
표3.2-1 의료급여와 건강보험의 비교 ····· 370
표3.2-2 선택의료급여기관 선택 범위 ····· 375
표3.2-3 종별가산율 ····· 378
표3.2-4 정신질환 수가 ····· 379
표3.2-5 의료급여 식대 ····· 380
표3.2-6 보훈병원과 위탁병원 비교 ····· 384
표3.2-7 외국인근로자 등 의료지원사업 시행 의료기관 등록신청 방법 및 절차 ····· 387
표3.2-8 소외계층 의료서비스 의료지원사업의 지원범위 등 ····· 388
표3.2-9 외국인근로자 등 의료지원사업 진료비 청구 · 심사 · 지급업무 절차 ····· 389
표3.2-10 사회보험, 민간보험과 자동차보험의 비교 ····· 401
표3.2-11 자동차보험진료수가 청구 관련 필수 제출자료 ····· 408
표3.3-1 현지조사 업무정지기간 처분기준 ····· 434
표3.4-1 2020년 평가항목 ····· 457
표3.4-2 6개영역 18개 목표 현황 ····· 458
표3.4-3 평가 의사결정 시스템 ····· 459

표3.4-4 2020년도 평가대상기관 및 자료수집 대상 등 ····· 469
표3.4-5 가감지급사업 추진경과 ····· 474
표3.4-6 가감지급 시범사업 추진단계 ····· 477
표3.4-7 가감지급 항목 추진 현황 ····· 478
표3.4-8 평가항목별 가감 산정 기준 ····· 478
표3.4-9 평가항목별 가감지급 내역 ····· 479
표3.4-10 질 향상 지원사업 연도별 실적 ····· 486
표3.4-11 의료질평가지원금 수가 ····· 488
표3.4-12 의료질평가지원금 전문병원 수가 ····· 489
표3.4-13 의료질평가 절차 ····· 490
표3.4-14 평가영역별 평가지표 ····· 491
표3.4-15 평가 영역 및 지표별 가중치 ····· 492
표3.4-16 등급화 기준 ····· 494
표3.4-17 전문병원 등급화 기준 ····· 494
표3.4-18 처방 · 조제 장려금(요양기관별) 산출 ····· 498
표3.5-1 진료비확인 사후관리 점검체계 ····· 513
표3.5-2 연도별 콘텐츠 개발현황 ····· 517
표3.5-3 연도별 홈페이지 및 모바일 앱 개편내용 ····· 520
표3.5-4 비급여진료비정보 공개항목(564항목) ····· 522
표3.5-5 2020년 특정진료 실시기관 공개항목(28항목) ····· 527
표3.5-6 품질관리 요소별 개념 및 적용 방향 ····· 536
표3.5-7 심사평가원 국가승인통계 현황 ····· 538
표3.5-8 주요 통계간행물 현황 ····· 539
표4.1-1 요양기관 변경사항별 첨부서류 ····· 563
표4.1-2 상급종합병원 지정_질병군별 분류기준 ····· 604
표4.1-3 상급종합병원 지정_상대평가 기준 및 가중치 ····· 605
표4.1-4 상급종합병원 지정_상대평가 기준(환자구성상태) ····· 606
표4.1-5 상급종합병원 지정_상대평가 기준(의료인 수 및 교육기능) ····· 606
표4.1-6 상급종합병원 지정_상대평가 기준(의료서비스 수준) ····· 607
표4.1-7 조사표별 수집방법 ····· 632
표4.1-8 평가지표 요약 ····· 633
표4.1-9 평가지표 세부 내용 ····· 634
표4.2-1 ATC코드 구분 ····· 643

목차
CONTENTS

표4.2-2 의약품 표준코드 부여 현황 ····· 645
표4.2-3 연도별 의약품 생산 · 수입 실적 현황 ····· 645
표4.2-4 연도별 의약품 업태별 공급현황 ····· 645
표4.2-5 의약품 표준코드 구성 체계 ····· 647
표4.2-6 의약품 바코드 및 RFID tag 운영 주요경과 ····· 651
표4.2-7 의약품 공급내역 보고 위반 시 행정처분 기준1(「약사법」) ····· 667
표4.2-8 의약품 공급내역 보고 위반 시 행정처분 기준2(「의약품등의 안전에 관한 규칙」) ····· 667
표4.3-1 DUR 대상 의약품 현황 ····· 682
표4.3-2 DUR 점검절차 ····· 685
표4.3-3 처방 · 조제 사유 내용별 코드 ····· 687
표4.3-4 DUR 참여 현황(1개월) ····· 692

| 그림목차 | Figure Contents

그림1.1-1 국민건강보험제도의 연혁 ····· 22
그림1.1-2 국민건강보험 관련 법령의 체계 ····· 23
그림1.2-1 국민건강보험법 체계의 관리운용도 ····· 36
그림1.3-1 심사평가원 설립배경의 이해 ····· 83
그림2.1-1 기존급여 여부 확인 절차 ····· 105
그림2.1-2 요양급여대상 · 비급여대상 여부 확인 관련 행위 재분류 및 수가 신설 업무 흐름도 ····· 108
그림2.1-3 감염병 체외진단검사 시범사업 업무흐름도 ····· 111
그림2.1-4 행위 · 치료재료의 결정 · 조정신청 절차 ····· 114
그림2.1-5 실무검토 및 전문평가위원회 평가 내용 ····· 117
그림2.1-6 의료행위 등재 현황 ····· 125
그림2.1-7 의료행위비용 직권조정 개념도 ····· 126
그림2.1-8 의료행위비용 신설 · 개정 업무 흐름도 ····· 126
그림2.1-9 진료수가 발자취 ····· 128
그림2.1-10 상대가치점수 구성 요소 ····· 130
그림2.1-11 행위정의기술서(예시) ····· 133
그림2.1-12 상대가치점수 개발 연구 산출 모형 ····· 137
그림2.1-13 상대가치점수 개정절차 ····· 137
그림2.1-14 2차 개정 결과의 단계적 도입 ····· 137
그림2.1-15 치료재료 결정(조정)신청 처리절차 ····· 140
그림2.1-16 치료재료 재평가 업무처리절차 ····· 147
그림2.1-17 치료재료 실거래가 조사 업무 흐름도 ····· 151
그림2.1-18 치료재료 실거래가 조사 업무처리 절차 ····· 152
그림2.1-19 약제 등재 업무 흐름도 ····· 158
그림2.1-20 약제 상한금액의 산정, 조정 및 가산 업무 흐름도 ····· 167
그림2.1-21 유통질서 문란 약제의 상한금액 감액 및 요양급여 적용 정지 업무절차 ····· 172
그림2.2-1 급여기준과 심사기준 범위 ····· 183
그림2.2-2 세부사항 고시 관련 건강보험심사평가원의 업무 검토 흐름도 ····· 185
그림2.2-3 심사지침 설정 업무 흐름도(심평원) ····· 187
그림2.2-4 치료재료 허가 · 신고 또는 인정범위 초과 사용 평가 업무 흐름도 ····· 191
그림2.2-5 일반약제 급여기준 관리 업무 흐름도 ····· 194

목차
CONTENTS

그림2.2-6 '허가 또는 신고범위 초과약제' 비급여 사용승인 업무 흐름도 ····· 197
그림2.2-7 '허가초과 사용승인 신청 대상 기관 확대 약제' 비급여 사용승인 업무 흐름도 ····· 198
그림2.2-8 항암제 약제급여기준 업무 흐름도 ····· 201
그림2.2-9 허가 또는 신고범위 초과 약제 사용승인 업무 흐름도 ····· 204
그림2.2-10 체계적 문헌고찰 흐름도 ····· 209
그림2.2-11 EBRM에 따른 임상연구문헌 검색 및 활용과정 흐름도 ····· 212
그림2.4-1 한국표준질병 · 사인분류 구조 ····· 250
그림2.4-2 상병마스터 구축 · 관리 흐름도 ····· 252
그림2.4-3 청구질병코드 모니터링 흐름도 ····· 255
그림2.4-4 KDRG 발전 과정 ····· 260
그림2.4-5 KDRG 분류 모형 ····· 263
그림2.4-6 KDRG 분류체계 검토과정(예시) ····· 265
그림2.4-7 KOPG 분류 모형 ····· 268
그림2.4-8 KRPG 분류 모형 ····· 270
그림2.4-9 KDRG-KM 분류 모형 ····· 273
그림2.4-10 KOPG-KM 분류 모형 ····· 275
그림2.4-11 588 분류체계 분류 모형 ····· 277
그림2.4-12 환자분류체계 개선 업무 수행 절차 ····· 278
그림2.4-13 질병분류체계 관련 화면 ····· 283
그림2.4-14 환자분류체계 관련 화면 ····· 284
그림2.4-15 재활환자분류체계 환자평가표 화면 ····· 285
그림2.5-1 보장성 강화 정책방향 및 추진방안 ····· 296
그림2.5-2 비급여 유형(기준, 등재 등) ····· 297
그림2.5-3 선별급여와 예비급여 비교 ····· 298
그림2.5-4 예비급여 재평가 수행절차 ····· 298
그림3.1-1 보험급여 원칙과 심사의 균형성 ····· 308
그림3.1-2 심사 주체의 변화 ····· 309
그림3.1-3 심사방법의 발전 ····· 309
그림3.1-4 진료비심사 지역별 관장 ····· 313
그림3.1-5 접수 후 수정 · 보완 서비스 처리절차 ····· 314
그림3.1-6 전산심사 업무 흐름도 ····· 315
그림3.1-7 심사금액 결정 및 결과통보 업무 흐름도 ····· 321
그림3.1-8 심사사후관리 업무 흐름도 ····· 323

그림3.1-9 지표연동자율개선제 ····· 324
그림3.1-10 심사와 지표연동자율개선제 ····· 325
그림3.1-11 지표연동자율개선제 실행체계 ····· 326
그림3.1-12 지표연동자율개선제 세부 실행 절차 ····· 327
그림3.1-13 지표연동자율개선 안내문(서면) ····· 328
그림3.1-14 요양기관업무포털 서비스 제공 ····· 329
그림3.1-15 접수 전 사전점검 처리절차 ····· 333
그림3.1-16 선별집중심사 개요 ····· 333
그림3.1-17 단계별 관리 내용 ····· 334
그림3.1-18 진료심사평가위원회 조직 체계 ····· 347
그림3.1-19 심사위원회 심사 절차 흐름 ····· 351
그림3.1-20 분석심사 업무흐름도 ····· 354
그림3.1-21 사업추진체계도 ····· 355
그림3.1-22 전문심사위원회 운영체계 ····· 359
그림3.1-23 전문심사위원회 기능 및 업무 프로세스 ····· 360
그림3.2-1 의료급여의 운영체계 ····· 368
그림3.2-2 의료급여의 단계별 절차 ····· 371
그림3.2-3 선택의료급여기관 의뢰 및 재의뢰 절차도 ····· 376
그림3.2-4 자격관리시스템 구성도 ····· 378
그림3.2-5 보훈병원 청구 · 심사 · 지급업무 흐름도 ····· 383
그림3.2-6 위탁병원 및 약국 청구 · 심사 · 지급업무 흐름도 ····· 384
그림3.2-7 소외계층 의료비 지원사업 진료비 청구 · 심사 · 지급업무 절차도 ····· 389
그림3.2-8 응급의료비 미수금 대지급 청구업무 절차도 ····· 391
그림3.2-9 자동차보험진료수가 청구 및 지급 업무 흐름도 ····· 409
그림3.2-10 자동차보험진료수가심사위원회 구성 · 운영체계 ····· 410
그림3.2-11 입원적정성 심사 업무 흐름도 ····· 414
그림3.2-12 입원적정성 심사 업무 처리 절차 ····· 416
그림3.3-1 현지조사 업무 흐름도 ····· 422
그림3.3-2 현지조사 대상기간 ····· 428
그림3.3-3 현지조사 대상기간 (의뢰직후 3개월과 최근3개월 이내 기간이 3개월 이하인 경우) ····· 428
그림3.3-4 자율검검 추진절차 ····· 443
그림3.3-5 자율점검 사후관리 체계도 ····· 450
그림3.4-1 요양급여 적정성 평가의 목적 ····· 455

목차
CONTENTS

그림3.4-2 평가체계도 ····· 461
그림3.4-3 평가후보항목 선정체계도 ····· 466
그림3.4-4 평가 수행 절차 ····· 467
그림3.4-5 평가기준(지표) 영역 ····· 468
그림3.4-6 행정자료를 이용한 자료수집방법 ····· 470
그림3.4-7 웹을 이용한 평가자료수집방법 ····· 471
그림3.4-8 EMR 등을 연계한 자료수집방법, E-평가자료제출시스템 ····· 471
그림3.4-9 가감지급 시범사업 모형(2007년 하반기~2010년) ····· 476
그림3.4-10 만성질환관리 가산지급 금액 산정 방법 ····· 482
그림3.4-11 질 향상(QI) 지원사업 구성 ····· 483
그림3.4-12 QI 컨설팅 수행 절차 ····· 485
그림3.4-13 처방 · 조제 약품비 절감 장려금 업무 흐름도 ····· 500
그림3.4-14 그린처방의원 지정 및 업무 흐름도 ····· 502
그림3.5-1 요양(의료)급여 대상여부 확인 업무 흐름도 ····· 509
그림3.5-2 요양(의료)급여 대상여부 확인 업무 절차 ····· 510
그림3.5-3 효율적인 건강정보 콘텐츠 제공 및 운영 프로세스 ····· 515
그림3.5-4 홈페이지 및 모바일 앱 관리 업무 흐름도 ····· 519
그림3.5-5 BizNet의 비급여 진료비용 공개 수집 화면 ····· 525
그림3.5-6 비급여진료비정보 홈페이지 화면 ····· 525
그림3.5-7 비급여진료비정보 모바일앱 화면 ····· 526
그림3.5-8 특정진료 실시기관 안내 홈페이지 화면 ····· 528
그림3.5-9 특정진료 실시기관 안내 모바일앱 화면 ····· 528
그림3.5-10 정보공개 서비스 유형 ····· 529
그림3.5-11 청구서 처리 절차도 ····· 530
그림3.5-12 비공개 정보 판단 절차 ····· 531
그림3.5-13 통계정보 품질관리 운영체계 ····· 537
그림3.5-14 통계정보제공 서비스 유형 ····· 538
그림3.5-15 의료통계정보 메뉴 화면 ····· 540
그림3.5-16 보건의료 데이터 제공 업무 체계도 ····· 542
그림3.5-17 공공데이터 개방 및 제공업무 흐름도 ····· 544
그림3.5-18 공공데이터 개방가능 여부 확인 절차 ····· 544
그림3.5-19 공공데이터 제공 절차 ····· 545
그림3.5-20 내방을 통한 보건의료빅데이터 분석 지원 절차 ····· 546

그림3.5-21 원격분석시스템을 통한 보건의료빅데이터 분석 지원 절차 ····· 546
그림3.5-22 의약품 사용정보 공개 업무 흐름도 ····· 552
그림4.1-1 요양기관 기호부여 등 업무 흐름도 ····· 560
그림4.1-2 일반장비 관리체계 ····· 567
그림4.1-3 진단용 방사선 발생장치 관리체계 ····· 567
그림4.1-4 특수 의료장비 관리체계 ····· 568
그림4.1-5 「원자력안전법」관련 장비 관리체계 ····· 569
그림4.1-6 상급종합병원 지정절차 ····· 608
그림4.1-7 의료전달체계 내 전문병원 역할 및 사업추진체계 ····· 612
그림4.1-8 전문병원 지정 · 평가 절차 ····· 616
그림4.1-9 평가 및 통계관리 체계 ····· 630
그림4.1-10 난임시술 의료기관 평가 및 통계관리 절차 ····· 635
그림4.1-11 평가결과 및 통계활용 ····· 638
그림4.2-1 의약품관리종합정보센터 업무 흐름도 ····· 644
그림4.2-2 의약품 유통 구조 ····· 646
그림4.2-3 의약품 RFID의 구성 ····· 648
그림4.2-4 의약품 표준코드 부여 업무 흐름도 ····· 649
그림4.2-5 GTIN-13 번호체계 ····· 650
그림4.2-6 GS1-128 번호체계 ····· 651
그림4.2-7 완제의약품 생산 · 수입실적 보고 ····· 654
그림4.2-8 의약품 공급내역관리 업무 흐름도 ····· 656
그림4.2-9 의약품 공급내역 보고서식 ····· 659
그림4.2-10 의약품유통정보관리 흐름도 ····· 660
그림4.2-11 의약품 구입 · 청구 불일치 내역 사후관리 업무 절차 ····· 661
그림4.2-12 의약품 공급내역 사후관리 절차 ····· 665
그림4.2-13 요양기관 구입약가 사후관리 업무 흐름도 ····· 671
그림4.2-14 구입약가 사후관리 처리 단계 ····· 674
그림4.3-1 DUR 점검 흐름도 ····· 685
그림4.3-2 DUR 업무처리 절차 ····· 686
그림4.3-3 DUR 표준 팝업창 화면 ····· 686
그림4.3-4 DUR 알리미 흐름도 ····· 693
그림4.3-5 헌혈금지 의약품 복용 정보 제공 흐름도 ····· 694
그림4.3-6 감염병 관련 발생국가 입국자 정보처리 흐름도 ····· 695

목차
CONTENTS

그림4.3-7 '내가 먹는 약! 한눈에 서비스' 국민 이용방법 ····· 696
그림4.3-8 '내가 먹는 약! 한눈에 서비스' 요양기관 이용방법 ····· 696
그림4.4-1 정보시스템 발전사 ····· 704
그림4.4-2 심사시스템 업무 흐름도 ····· 710
그림4.4-3 청구명세서 접수 업무 흐름도 ····· 711
그림4.4-4 AI기반 의료영상 심사판독시스템 업무 흐름도 ····· 727
그림4.4-5 척추측만 측정과정 및 뷰어 화면 ····· 728
그림4.4-6 진료비 청구방법 변천사 ····· 731
그림4.4-7 진료비청구포털시스템 업무 흐름도 ····· 731
그림4.4-8 요양기관 사용자 화면 ····· 732
그림4.4-9 청구파일 서식조회 ····· 733
그림4.4-10 진료비청구포털시스템 이용신청 절차 ····· 735
그림4.4-11 진료비청구포털시스템 설치방법 ····· 735
그림4.4-12 요양기관업무포털 메뉴구성도 ····· 739
그림4.4-13 그간의 DW 구축 경과 ····· 744
그림4.4-14 DW포털 메인화면 ····· 747
그림4.4-15 DW 시스템 구성 ····· 749
그림4.4-16 HiraNet 화면구성 ····· 750
그림4.4-17 기관운영 시스템 구성도 ····· 759
그림4.4-18 비즈넷 시스템 구성도 ····· 767
그림4.4-19 히라톡톡 메뉴 구성 ····· 774
그림4.4-20 특허청 인공지능(AI) 분야 분류표 ····· 780
그림4.4-21 Hi-Chat 구성도 ····· 784
그림4.4-22 청구소프트웨어 검사 프로세스 ····· 789
그림4.4-23 신규 청구소프트웨어 검사 프로세스 ····· 790
그림4.4-24 기존 청구소프트웨어 검사 프로세스 ····· 791
그림4.4-25 의약분야 개인정보보호 자율규제 주요 서비스 내용 및 흐름도 ····· 795
그림4.4-26 의약분야 개인정보보호 자율규제 추진체계 ····· 798
그림4.4-27 건강보험심사평가원 정보자원 운영 현황 ····· 799
그림4.4-28 데이터 표준화의 의미 ····· 801
그림4.4-29 데이터 표준화 절차 ····· 802
그림4.4-30 데이터 품질관리 활동 순환 모형 ····· 803
그림4.4-31 WEB/WAS 업무절차 구조도 ····· 806

그림4.4-32 HIRA 표준프레임워크 ····· 807
그림4.4-33 재해복구 조직도 ····· 812
그림4.4-34 재해복구 절차 ····· 814
그림4.4-35 정보보호 3원칙 ····· 817
그림4.4-36 심사평가원 정보보호 관리체계 ····· 819
그림4.4-37 보안단계별 정보보호 조치내역 ····· 820

제1부

총 론

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

제 1 장 건강보험제도

제 2 장 국민건강보험법령 해설

제 3 장 건강보험심사평가원 개요

제 1 장

건강보험제도

Ⅰ. 사회보장

Ⅱ. 건강보장

Ⅲ. 국민건강보험제도



제 1 장 건강보험제도[1]

작성: 연구행정부

Ⅰ 사회보장

1 의의

가. 사회보장 개념의 등장과 전개

역사적으로 보면, 사회보장(social security)의 개념과 하부제도가 구상(構想)되고 현실화된 것은 비교적 최근의 일이다.[2] 사회보장은 1930년대까지 유럽과 미국 등에서 일부 노동자 대상의 노동자 보험과 빈곤층 대상의 구제대책 중심제도를 단편적으로 모아놓은 형태였으며, 1940년 이후 세계적인 보편성을 가지게 되었다.

제2차 세계대전(1939년~1945년)이 끝날 무렵 영국과 프랑스 등 유럽 국가에서는 사회보장에 대한 각종 구상과 추진계획이 수립되었다. 사회보장의 개념은 1945년 유엔헌장과 1948년 세계인권선언 등을 통해 국제적으로 확대되는 기반이 되었다.

각국에서 실시하고 있는 사회보장의 실제 범위와 방법 등은 역사적·사회적 맥락에 따라 차이가 있으며, 사회보장을 인권과 함께 부여되는 적극적인 권리(국가의 의무)로 보는 입장과 국가의 전략적인 사회투자로 보는 입장 등 다양한 관점이 존재하고 있다.

---

1 제1장의 내용은 아래의 자료와 문헌을 참고하여 작성되었다.
1. 김창엽. 건강보장의 이론(개정판). 한울아카데미, 2018.
2. 이규식. 의료보장과 의료체계. 계축문화사, 2013.
3. 찰스 노만드 등. 서울대학교의과대학 옮김. 의료보장의 기초이론. 한울, 1996.
4. 사회보장위원회. 사회보장 제도소개. http://www.ssc.go.kr/menu/info/info030101.do?menuFile=info030101 (2020년 11월 접속)
5. 한국행정학회. 온라인행정학전자사전 https://www.kapa21.or.kr/data/kapa_dictionary_view.php?num=178&page=1&term_cate=&term_word=&term_key=%BB%E7%C8%B8%BA%B8%C0%E5&term_auth= (2020년 11월 접속)

2 사회보장(Social Security)이라는 용어의 기원은 1935년 미국의 사회보장법(Social Security Act)이 효시라는 주장과 1920년대 이전 유럽에서 이미 사용되었다는 주장이 존재한다(김창엽, 2018).

나. 사회보장의 정의

사회보장은 social security의 번역어로서, security의 어원은 '불안을 없앤다'라는 의미이다. 즉, social security란 '예측할 수 없는 사유로 인하여 개인의 생활이 위기에 처하는 불안을 사회적으로 제거하기 위한 제도'라고 할 수 있다. 우리나라 및 국제적으로 사용되고 있는 사회보장의 정의를 살펴보면 다음과 같다.

1) 우리나라 「사회보장기본법」

"사회보장"이란 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 말한다.

- ≪「사회보장기본법」 제3조제1항, [법률 제17202호, 2020. 4. 7., 일부개정]≫

2) 영국 비버리지(Beveridge)보고서

"(사회보장이란) 실업, 질병 혹은 재해에 의하여 수입이 중단된 경우의 대처, 노령에 의한 퇴직이나 본인 이외의 사망에 의한 부양의 상실 대비, 그리고 출생·사망·결혼 등과 관련된 예외적인 지출을 감당하기 위한 소득보장을 뜻하며…"

- ≪사회보험 및 관련 서비스(Social Insurance and Allied Services)≫, 1942.

3) 국제노동기구(ILO, International Labour Organization)

"질병, 부상, 출산, 실업, 노령, 폐질, 사망 등으로 인한 소득의 중단 또는 감소에 의하여 야기되는 경제적, 사회적인 고난에 대하여 사회가 그 구성원들에게 마련해주는 소득보장, 의료보장, 아동수당 등의 일련의 공적장치(public measures)"

- ≪사회보장 입문(Introduction to Social Security)≫, 1984.

2 한국의 사회보장

대한민국 「헌법」 제34조제1항에서 "모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다."고 규정하고 있으며, 동조 제2항에서는 "국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다."고 규정하고 있다. 동조 제5항에서는 "신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민은

법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다."고 규정하여 우리나라가 복지사회를 지향함을 천명하고 있다.[3]

'사회보장'이라는 용어는 1963년 11월 5일 [법률 제1437호]로 제정된 「사회보장에 관한 법률」에 처음 등장하였고, 이후 1980년 8차 개헌된 제5공화국 헌법에서 "국가는 사회보장 · 사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다."라는 문구로 명시되었다. 1995년 우리나라의 경제발전 수준과 국민의 복지욕구에 부합하는 「사회보장기본법」을 제정하면서 1963년 제정된 「사회보장에 관한 법률」을 폐지하였다.

「사회보장기본법」 제2조에서 "사회보장은 모든 국민이 다양한 사회적 위험으로부터 벗어나 행복하고 인간다운 생활을 향유할 수 있도록 자립을 지원하며, 사회참여 · 자아실현에 필요한 제도와 여건을 조성하여 사회통합과 행복한 복지사회를 실현하는 것"을 기본이념으로 한다."고 명시되어 있다.[4]

현행 사회보장제도는 「사회보장기본법」에 의거, 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 통하여 모든 국민의 평생사회안전망[5]을 구축하는 것을 기본 방향으로 하고 있다[6]. 또한 이를 구현하는 방법으로 기존의 제도별 · 분절적 운영이 아닌 포용적이고 포괄적인 정책적 접근을 시도하고 있다.

가. 한국의 사회보장제도

1) 사회보험(Social Insurance)

사회보험은 질병, 상해, 노령, 실업, 사망 등 사회적 위험으로부터 국민의 건강과 일정수준의 소득을 보장하고자 법률의 규정으로 가입을 강제하고 보험료 부담을 의무화하여 보험급여를 실시하는 제도를 말한다.

「사회보장기본법」(제3조제2호)에는 "사회보험이란 국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험의 방식으로 대처함으로써 국민의 건강과 소득을 보장하는 제도를 말한다."라고 규정되어 있다.

사회보험의 일차적 목적은 생활에 위협을 가하는 사회적 위험에 대하여 기본적인 경제보장 및 의료보장을 하는 것이지만, 보험의 운영 과정에서 다양한 연관효과가 나타나게 된다. 위험을 분산하는 과정에서 보험사고를 당한 사람과 그렇지 않은 사람 사이에, 또는 고소득자와 저소득자 간에 일정한 소득 재분배효과가 나타나고, 국가 재정이 안정되며 국민의 주인의식과 사회연대 의식을 높일 수 있다.

---

3 국가법령정보센터. 대한민국헌법. www.law.go.kr

4 국가법령정보센터. 사회보장기본법. www.law.go.kr

5 제3조(정의)
5. "평생사회안전망"이란 생애주기에 걸쳐 보편적으로 충족되어야 하는 기본욕구와 특정한 사회위험에 의하여 발생하는 특수욕구를 동시에 고려하여 소득 · 서비스를 보장하는 맞춤형 사회보장제도를 말한다.

6 제22조(평생사회안전망의 구축 · 운영) ①국가와 지방자치단체는 모든 국민이 생애 동안 삶의 질을 유지 · 증진할 수 있도록 평생사회안전망을 구축하여야 한다.

사회보험의 대표적인 제도적 장치로는 질병의 치료 및 예방, 요양 등을 위한 건강보험과 노인장기요양보험, 노후생활안정을 위한 연금보험, 실업 및 산업재해 등 근로관계 보호를 위한 고용보험, 산업재해보험을 들 수 있다. 이에 속하는 법체계는 「국민건강보험법」, 「노인장기요양보험법」, 「국민연금법」, 「공무원연금법」, 「사립학교교직원 연금법」, 「군인연금법」, 「산업재해보상보험법」, 「고용보험법」 등이 있다.

2) 공공부조(Public Assistance)

공공부조는 생활능력이 없는 국민에게 국가의 책임 하에 직접 금품을 제공하거나 무료혜택을 주는 제도로서, 국민의 최저생활을 보장하는 최후의 안전망 기능을 수행하는 제도이다. '공적부조'라는 용어를 사용했으나 1995년에 제정된 「사회보장기본법」에서 '공공부조'라는 용어로 변경하였다. 「사회보장기본법」(제3조제3호)에는 "공공부조란 국가와 지방자치단체의 책임 하에 생활 유지 능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 제도를 말한다."고 규정하고 있다.

우리나라의 공공부조제도는 생계급여, 주거급여, 교육급여 및 의료급여가 있으며, 이에 속하는 법체계는 「국민기초생활 보장법」, 「주거급여법」, 「의료급여법」 등이 있다.

3) 사회서비스(Personal Social Services) 및 관련 복지제도

사회서비스는 기존의 사회보장체계에서 일반적으로 사회사업으로 불리던 것들이 사회복지서비스 또는 사회서비스로 변경된 것으로, 국가 및 지방자치단체, 민간에서는 각 사업법에 근거하여 다양한 범주의 사회서비스를 제공하고 있다.

「사회보장기본법」(제3조제4호)은 "사회서비스란 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 제도를 말한다."고 정의하고 있다.

사회서비스에 속하는 법체계에는 「사회복지사업법」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」, 「노인복지법」, 「영유아보육법」, 「아동복지법」, 「장애아동 복지지원법」, 「장애인복지법」, 「건강가정기본법」, 「한부모가족지원법」 등이 있다.

나. 포용적 복지로의 전환과 커뮤니티케어

앞서 소개한 다양한 사회보장제도는 그 의의에도 불구하고 각각 다른 법률에 근거하여 분절적

으로 운영되면서 복지 사각지대의 발생과 중복된 재정지출, 낮은 효과성 등을 지속적으로 지적받아 왔으며, 이는 우리나라 뿐 아니라 복지국가를 표방하는 다른 나라에서도 발생하고 있는 현상이다.[7] 이에 제도 간 연계로 사각지대를 줄이고 서비스의 효과도 높이는 포용적·포괄적인 제도를 도입하려는 노력을 지속하고 있다.

대표적인 포괄적 사회보장 정책 사례로 '커뮤니티케어'를 들 수 있다. 돌봄이 필요한 환자가 발생했을 때 기존에는 의료는 건강보험이나 의료보호 제도로, 돌봄은 노인복지법이나 장애인복지법 등을 근거로 하는 사회서비스로, 주거 등의 기초생활 보장 또한 각 법률에 근거하여 복지가 제공되었다. 이러한 분절적 서비스 제공으로 인하여 돌봄 대상자는 각 제도에 따라 의료기관이나 복지시설 등으로 생활터전을 바꾸어야 했고, 대상자의 필요성과는 괴리가 있는 획일적인 서비스를 제공받아야 하는 한계점이 있었다.

커뮤니티케어는 시설 대신 지역사회에서, 분절적 서비스 대신 포괄적인 돌봄(care)을 제공하는 것을 목표로 한다. 우리나라에서는 이 제도를 '지역사회 통합 돌봄' 정책으로 도입하여 2019년 8월부터 선도 사업을 추진하고 있다.

'지역사회 통합 돌봄'이란

돌봄이 필요한 주민(노인, 장애인, 정신장애인 등)들이 살던 곳(자기 집, 그룹홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 일상생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 정책

– 보건복지부.「지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북」. 2020.7.1.

7 "영국의 사회정책학자 테일러 구비(Taylor-Gooby) 교수는 복지의 삼중 딜레마로 정책의 포용성, 재정적 지속가능성, 효과성을 지적하면서 이를 해결하기 위한 정책적 방안으로 '관대하고 포용적인 정책(generous and inclusive policies)'을 제안한 바 있음. 새로운 사회적 위험에 대응하는 "관대하고 포용적인 복지국가(generous and inclusive welfare state)"를 구축하기 위해서는 건강보험, 교육, 연금 등 국민 다수를 위한 사회서비스(mass service)의 접근성을 강화하고 정책의 재분배 기능을 제고하기 위한 재구조화가 필요하다고 역설함." – 김미곤 등. 포용적 복지국가 비전과 정책 방향. 보건복지부·한국보건사회연구원. 2017(재인용).

Ⅱ 건강보장

1 건강보장의 개념

건강보장은 최소한의 경제적 부담으로 보건의료에 대한 접근성을 보장하려는 사회적 제도로서, 일차적으로 질병 발생으로 인한 개인 부담능력의 한계와 위험을 극복하고, 이차적으로는 국민의 건강수준을 향상시키는 것을 목표로 한다.

질병이라는 사회적 위험에 대한 의료비 보장(또는 의료서비스 제공)을 의미하는 건강보장은 각종 위험으로 인한 소득상실에 대비하는 소득보장과 함께 사회보장을 구성하는 주요 제도이다.

과거 질병으로 인한 소득중단에 대처하는 경제보장과 치료비 지출에 대비하는 의료비 보장의 역할을 하는 질병치료 중심의 '의료보장'에서, 최근에는 한 단계 더 나아가 질병을 예방하고 건강을 증진시키는 '건강보장'이라는 광의적인 개념이 등장했다.

2 건강보장과 급여

건강보장에서 급여(benefit)는 제도의 목적을 달성하기 위해 가입자에게 제공되는 서비스나 재화를 가리키는 것으로, 크게 현물급여(benefit-in-kind)와 현금급여(cash benefit)로 나눌 수 있다.[8] 우리나라의 건강보장제도인 건강보험은 예방·치료·재활 등과 같이 직접서비스로 제공되는 현물급여를 원칙으로 하되 현금급여를 병행하고 있다.[9]

건강보장에서 가장 관심이 큰 것은 급여가 목표로 하는 표적집단(targeted group)에 정확하게 전달되는가 하는 것이다. 질병이 있는 사람에게 치료서비스를 제공하는 것이 건강보장 급여의 목표라면, 환자가 다른 곳에 유용할 가능성이 있는 현금급여보다 직접적으로 현물급여(치료서비스)를 전달하는 것이 목표달성에 더 효율적일 수 있다. 대부분 국가의 건강보장제도에서 현물급여의 비중이 더 큰 것은 이 때문이다. 이러한 현물급여 중심의 제도는 현금급여 중심의 다른 사회보장제도와 다른 특성을 가지고 있다.

8 김창엽. 건강보장의 이론(개정판). 한울아카데미, 2016. p228~229

9 보건복지부. 건강보험. 보험급여체계 (http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06320202&PAGE=2&topTitle=%EB%B3%B4%ED%97%98%EA%B8%89%EC%97%AC%EC%B2%B4%EA%B3%84, 2020년 11월 접속)

가. 기능상의 특성

현물급여 중심의 건강보장제도는 다른 사회서비스나 복지제도와 다르게 최저수준의 보장원칙에 부합하지 않는다. 건강보장의 목표는 질병을 치료하고 건강을 회복하는 것으로 이러한 목적 달성에 최적의 수준이어야 하며, 그 이상도 그 이하도 될 필요가 없다. 건강과 보건의료의 특성상 적정 수준이 아닌 최소한의 보장은 장기적으로 국민 건강 수준의 악화로 더 큰 재정지출의 원인이 될 수도 있다. 즉, 건강보장은 최소보장의 원칙보다는 보건교육, 예방, 재활을 포함하는 포괄적 서비스로 국민의 건강을 보장하는 적정 급여수준이 보다 중요한 기준이 된다는 점에서 다른 사회보장제도와 차이가 있다.

나. 급여관리의 특성

현물급여 중심의 건강보장제도는 다른 사회보장제도와 급여관리 부분에서도 차이가 있다. 건강보장의 급여관리는 ①급여 제공 방법(전달체계)의 설계, ②급여 이용의 관리, ③서비스 제공자에 대한 보상방법의 관리로 이루어진다.

1) 급여 제공 방법의 설계

건강보장의 주 급여대상이 현물급여인 의료서비스이므로 제도 관리자 입장에서는 피보험자에게 어떠한 방법으로 의료서비스를 손쉽게 제공하느냐는 문제로 고민하게 된다. 건강보장에서 서비스를 제공하기 위해서는 다음과 같은 조건이 지켜져야 한다.

첫째, 지리적으로 피보험자가 의료서비스를 제공하는 의료기관에 쉽게 접근할 수 있어야 한다.

둘째, 제공되는 서비스는 피보험자나 피부양자의 요구에 부합하는 내용이어야 한다.

셋째, 제공되는 서비스가 질적으로 만족스러워야 한다.

넷째, 서비스 제공에 따른 비용이 피보험자가 부담할 수 있는 수준이어야 한다.

2) 급여 이용의 관리

건강보장의 급여이용은 이용자와 제공자의 상호작용에 따른 결과물이지만, 이용관리는 주로 이용자(환자)에 대한 개입으로 이루어지며, 공급자(의료관계자)는 지불방식의 설계 및 개선으로 관리가 이루어지게 된다.

한정된 자원을 효율적으로 활용하고 건강보장의 목적을 달성하기 위해서는 과다(overuse), 과소(underuse), 과오(misuse) 이용을 모두 예방할 필요가 있다. 과소 이용과 과오를 예방하기 위한 노력은 건강검진 및 건강관리서비스, 의약품안전사용에 대한 시스템 구축 및 캠페인 등을 들 수

있다. 과다이용에 대해서는 주로 이용자에게 비용을 일부 부담시켜 재정적 위험을 막는 노력을 하고 있으며, 대표적인 이용자 일부 부담 제도는 다음과 같다.

(1) 정액부담(Co-Payment)

이용자가 의료를 이용하는 시점에 일정한 액수를 부담하는 방식이다. 정액 부담은 가벼운 질환의 이용자 부담을 크게 하고, 중증 질환에서는 부담을 줄이는 효과가 있으며, 진료비 계산 등 행정 업무가 상대적으로 적은 장점을 가진다. 그러나 가벼운 질환임에도 경제적 부담으로 이용하지 못하거나, 전체 비용이 정액부담 보다 훨씬 큰 경우 이용자 부담 효과가 미미해지는 부작용도 나타날 수 있다.

(2) 정률부담(Co-Insurance)

이용자가 진료비 총액 중 일정 비율을 부담하는 것으로, 정액부담과는 반대로 소액 진료비 이용자의 부담이 줄어들지만 고액 진료비 이용자의 부담이 지나치게 커지는 단점이 있다. 정률부담을 적용하는 대부분의 국가에서는 이용자 부담에 상한을 두는 방식을 병행하고 있다.

(3) 본인부담정액제(Deductibles)

민간 보험에서 많이 사용하는 공제(控除)방식으로, 일정액 이하의 진료비는 이용자가 모두 부담하고 일정액을 넘어서는 비용에 대해서만 보험자가 부담하는 방식이다. 일반적으로 연(年)단위로 일정 한도를 정하여 의료비를 본인이 부담하게 한다. 이 제도는 경제적으로 취약한 계층의 의료 접근성을 가장 크게 위협하는 방식으로, 이용자가 부담하는 비용한계를 지나치게 높이게 되면 건강보장 제도로서 의의가 대폭 감소하게 된다.

(4) 급여 상한제(Limit)

건강보장에서 지불하는 비용의 총액을 정해두고, 이 총액을 넘는 경우 이용자가 비용을 부담하는 방식이다. 제도의 관리자로서는 최대 지출을 예상할 수 있어 재정추계도 쉽고, 가장 강력한 재정 안전장치가 되기도 한다. 그러나 상한을 넘는 고액 진료비의 부담이 클 수 있으므로, 이용자에게 매우 불리하여 공적 건강보장체계에서는 잘 사용하지 않는다.

(5) 이용자 부담 상한제

이용자 부담 상한제는 건강보장의 목적을 달성하기 위한 적극적인 방법으로, 특정 기간 동안(주로 연간) 이용자가 지출하는 비용이 어느 수준 이상을 넘지 않도록 하는 것이다. 형태는 조금씩 다르지만, 독일 · 일본 · 타이완 등 이용자 부담이 있는 대부분의 나라에서 상한제를 도입하고 있다.

3) 서비스 제공자에 대한 보상방법

건강보장을 위한 현물급여의 제공은 서비스 제공자를 통하여 이루어지게 되는데, 서비스 제공자에게 어떠한 방식과 수준으로 진료의 대가를 보상할 것인가의 문제가 진료보수 지불제도이다. 진료보수 지불제도는 제공자의 활동에 대한 보상이면서도, 보상방법에 따라 서비스 제공의 강도와 수준이 달라지는 등 건강보장 재정과 이용자에 미치는 영향이 크기 때문에 급여관리의 중요한 요소가 된다.

각 국가의 역사적 · 사회적 · 정치적 상황에 따라 지불제도는 매우 다양하며, 대표적인 진료비 지불제도는 다음과 같다.

(1) 행위별수가제(Fee-For-Service)

행위별수가제는 의료인이 제공한 진료행위마다 항목별로 가격을 책정하여 비용을 지불하는 방식이다. 의료인이 제공한 시술내용에 따라 가격을 정하기 때문에 일반의(일차의료제공자)보다는, 위중하거나 진료시간이 길고 특별한 기술이나 치료재료가 많이 소요되는 질병을 다루는 전문의의 보수지급에 더 적합하다.

행위별수가제에서는 의료인의 재량권과 자율성이 크기 때문에 제공자 유인 수요가 발생할 가능성이 높다는 연구결과가 나타나고 있다. 관리 측면에서도 가장 비용이 많이 발생하는 방법인데, 제공자는 청구절차와 비용이 들고, 국가나 보험자는 관리 감독을 위한 행정비용이 발생하게 되며, 제공자와 지불자 사이의 갈등으로 사회적 비용도 발생하게 된다.

(2) 포괄수가제(Case-Payment)

포괄수가제는 개개의 치료행위를 단위로 하지 않고 환자가 어떤 질병에 대한 진료를 받았는가를 기준으로 정해진 일정액의 진료비를 지불하는 방식이다. 즉, 환자가 병원에서 어떤 치료를 받든지 입원일수와 질병의 정도(중등도)에 따라 미리 정해진 진료비를 요양기관에 지불하는 제도로서 진료비 총액이 미리 책정되어 있다. 대표적인 것이 질병군별 포괄수가제도(DRG, Diagnosis Related Group)로 환자분류체계를 이용하여 질병군별로 입원환자의 의료비용을 보상하게 된다. 행위별 보상의 단점인 서비스 제공 증가와 의료비 상승을 억제할 수 있으나, 투입자원을 줄이려는 유인으로 의료의 질이 저하되거나 새로운 기술의 도입이 빠르지 못하게 된다는 주장도 있다.

(3) 인두제(Capitation)

인두제는 등록자 수에 따라 비용을 지불하는 방식으로, 의료인이 맡고 있는 주민 수에다 1인당 단가인 일정금액을 곱하여 보수가 결정되는 방식이다. 지역주민이 의사를 선택하고 등록을

마치면 의료서비스를 받는지 여부에 관계없이 보험자 또는 국가로부터 등록자 수에 따라 일정 금액을 지급받게 되므로 행정관리 비용이 적게 들고 비용증가 억제가 쉽다.

인두제는 의료제공자와 환자의 지속적인 관계를 제도화한 것으로 일차의료 제공자에게 적합하다.

(4) 봉급제(Salary)

봉급제란 의료인 각자의 근무경력, 기술수준, 근무하는 의료기관의 종별 및 직책에 따라 미리 보수수준을 결정하고, 서비스의 양이나 환자 수에 관계없이 월 1회 또는 일정기간에 한 번씩 급료를 지급하는 방식이다. 영국과 같은 공영의료체계 또는 의료기관 등 조직에 속한 의료인에게 적용된다.

(5) 총액계약제(Global-Budget)

총액계약제는 보험자(보험자단체)와 의료인단체 간에 연간 진료비를 총액으로 계약하여 지급하는 방식이다. 즉, 의료공급자와 보험자 간의 협상에 의해 전체 예산의 크기를 결정하고 전체 예산을 개별공급자에게 구체적으로 배분하는 것은 공급자단체가 책임을 지는 방식이다.

진료비 지불방식의 종류 및 장단점은 다음과 같다.

표1.1-1 진료비 지불방식의 종류

지불제도	개념	장점	단점
행위별 수가제	의사가 제공한 의료행위마다 항목별로 가격을 책정하여 진료비를 지불하는 방식	- 양질의 의료서비스 제공 가능 - 신의료기술의 도입이 용이하여 제도 수용성 및 임상연구 발전에 기여	- 과잉진료, 의료서비스의 총량 관리 어려움 - 수가구조가 복잡하여 청구오류, 부당청구의 개연성 높음 - 진료비 청구·심사 등 관리업무 복잡
포괄수가제	환자가 입원해서 퇴원할 때까지 발생하는 진료에 대하여 질병마다 미리 정해진 금액을 지불하는 방식 ※ 현재 7개 질병군 포괄수가제 실시	- 진료비의 예측 가능성 향상 - 국민이 부담하는 진료비용 감소 - 진료비 지급기간 단축 - 요양기관과 진료비 심사기관과의 마찰감소	- 실제보다 중증도가 높은 질병군으로 청구 가능성 - 신의료기술 등의 도입 지연
신포괄수가제도 (시범사업)	행위별수가제와 7개 질병군 포괄수가제의 대안적 모델 - 포괄지불방식과 행위별 지불방식을 병행 - 대부분의 의료서비스를 포괄로 묶고, 진료비 차이를 유발하는 고가서비스를 행위별수가로 보상	- 대부분의 입원환자에게 적용 가능 - 행위별 보상방식 병행으로 질병군 포괄수가에 비해 의료계 수용성 높음	- 별도 보상 항목으로 전이·과잉진료 우려 - 실제보다 중증도가 높은 질병군으로 청구 우려
인두제	의사가 맡고 있는 등록자 수에 비례하여 보수를 사전에 결정·지급하는 방식	- 진료비 지불의 관리운영 편리 - 진료비용의 사전예측 가능 - 자기가 맡은 주민에 대한 예방의료, 공중보건 등에 노력 - 국민의료비 억제가능	- 의사들의 과소진료 우려 - 중증질병환자 등록기피 발생 우려 - 신의료기술 등의 적용 지연
봉급제	의료인의 근무경력, 기술수준, 근무 의료기관의 종별 및 직책에 따라 보수를 결정하고 지급하는 방식	- 과잉진료 예방 - 진료수준 향상	- 의료인의 경제적 동기가 적어 의료의 질 향상에 소극적 - 관료화, 형식화로 의료의 질 저하 우려
총액계약제	일정 기간동안 공급자가 제공하는 의료서비스에 대한 총비용을 사전에 계약하여 지불하는 방식	- 과잉진료, 과잉청구 갈등 감소 - 의료비 지출의 사전예측이 가능하여 보험재정의 안정적 운용 - 의료공급자의 자율적 규제 가능 - 진료비 심사·조정 관련 공급자 불만 감소	- 보험자, 의료단체간 계약 체결이 쉽지 않음 - 진료과목별, 요양기관별 진료비 배분 어려움 - 신의료기술 도입 및 질 향상 동기 저하 우려
일당진료비 (일당 정액제)	내원(입원)일당 수가를 책정하여 진료기간에 따라 진료비 총액을 결정하는 방식(요양병원 입원, 보건기관 외래, 의료급여정신과 입원, 완화의료 입원)	- 심사기관과의 마찰 감소 - 진료비 청구방법 간소화	- 과소진료 우려 - 의료의 다양성 반영이 제한적임

3 건강보장제도의 발전 및 유형

가. 국가 제도 이전의 건강보장

근대적인 건강보장 제도의 출발지인 유럽에서는 건강보장제도가 등장하기 이전에도 빈민구제 관점의 질병치료와 의료제공에 대한 노력이 존재하였다.

영국에서는 구빈법(1601년) 이래 사회적 약자에게 의료서비스를 제공하는 전통이 있었으며, 중세 봉건시대에는 교회를 중심으로 빈민구제 차원에서 의료인에게 진료비를 지불하여 의료문제를 해결하려는 노력이 있었다. 스웨덴을 비롯한 북유럽 국가들은 17, 18세기부터 국가가 의사를 고용해서 농민과 빈곤층에게 의료를 제공했고, 헝가리는 15세기부터 지방정부가 의사를 고용하여 빈민을 치료하던 전통이 있었다. 국민 대부분이 가난한 농민이었던 러시아도 국가가 기초의료를 제공해 왔다.

한편 사회 구성원들이 자발적으로 질병위험을 분산하려는 상호부조 활동은 17세기 이후부터 활발해졌다. 산업혁명 시기 공장이나 농장의 근로자에게 질병은 직접적인 생계의 위협이 되었기 때문에, 이를 공동으로 대처하려는 노력이 나타난 것이다. 17세기 말 피고용인의 상호부조인 영국의 우애조합(friendly society)이나 독일의 직능별 구제기금(relief fund), 이러한 조합들의 지역연합체인 19세기의 건강관리연맹 등에서 그 모습을 찾아볼 수 있다.

나. 국가 제도로서의 건강보장

현재와 같은 국가 제도로서의 건강보장은 18세기 말에서 19세기 말에 걸쳐 그 기틀이 마련되었는데, 크게 북유럽과 러시아를 중심으로 발전한 국가주도 모형과 독일을 중심으로 발전한 사회보험 방식으로 나눌 수 있다. 이 장에서는 독일을 시작으로 유럽 여러 나라에 확산되고, 우리나라 건강보장제도에도 영향을 미친 사회보험 방식을 중심으로 살펴보고자 한다.

1) 독일의 사회건강보험 도입과 확산

1883년 독일의 비스마르크는 건강보장 제도로서의 사회보험을 도입하였다. 독일에서 사회보험제도는 새롭게 고안된 제도라기보다는, 상호공제조합금고 등 사회적 양식으로 발전되어 온 것을 산업화의 영향으로 국가 제도화하게 된 것이다. 산업화로 인하여 임금을 받는 노동자가 대량으로 발생하였는데, 질병으로 일을 할 수 없을 경우 이들의 소득을 보전하기 위한 수단이 필요해지고 위험분산과 보험료를 납부할 충분한 규모의 노동자 증가라는 조건이 만들어지면서

국가제도로서의 사회보험이 성립할 수 있게 되었다.

독일형의 건강보험제도는 이후 유럽 여러 나라로 확산되어 나갔다. 오스트리아(1887년), 노르웨이(1902년), 영국(1910년), 프랑스(1921년)를 비롯하여 1930년대 초반까지 대부분의 유럽 국가가 사회보험 형태의 건강보장제도를 도입하였다. 초기의 건강보험제도는 병원 중심의 기술집약적 현대 의료가 발달하기 전이었기 때문에 의료서비스 제공보다는 저소득 근로자들의 질병으로 인한 소득손실을 보전하는 성격이 더 강했으며, 이런 특성은 일부 국가의 상병수당 제도로 남아 있다.

식민지에서 비교적 일찍 독립한 라틴아메리카 국가들은 다른 개발도상국에 비해 국가적 수준의 건강보장체계를 일찍 도입하였다. 아르헨티나 등 일부 국가는 19세기 말부터 의료보험을 실시하였고, 브라질(1923년), 칠레(1924년), 멕시코(1925년), 에콰도르(1935년), 페루(1936년) 등 대부분의 국가들이 1920년대 이후 본격적인 의료보험제도를 실시하였다.

아시아에서는 1926년 일본이 임금노동자 중심의 건강보험을 실시하였고, 대만은 1950년대 노공보험(勞公保險)을 시작으로 건강보장제도를 도입하였다.

우리나라는 1963년 12월 16일 제정된 '의료보험법'을 시작으로 사회보험형태의 건강보장제도 도입이 법제화되었으나, 임의가입 형태의 시범사업을 거쳐 본격적인 의료보험이 시작된 것은 1977년이다.

미국은 사회 전반에 진보적 정치·사회운동이 활발했던 1900년대 초와 1930년 대공황 시기 두 번에 걸쳐 건강보장제도 도입을 위한 시도가 있었으나, 이익단체들의 반대 등 여러 이유로 실패하였다. 공적 건강보장제도 도입이 실패하는 사이 민간 의료보험이 확대되었으며, 기업 대상의 민간 단체보험을 통한 집단 의료보장 체계가 자리 잡게 되었다.

2) 영국의 국가보건서비스로의 전환

1905년 집권한 자유당 정부는 사회개혁정책의 하나로 1911년 강제건강보험과 실업보험을 내용으로 하는 국민보험법을 제정하였다. 당시 영국 국민보험은 독일형 사회보험과 다르게 일정 소득 이하의 근로자만 포함하였고, 임금에 관계없이 균일갹출(flat system)하며, 강제적 운영이 아닌 자치 경영원칙을 유지하였다.

그러나 중증도와 관계없는 제한적인 급여로 제대로 된 의료서비스를 받기 어려웠으며, 2만여 개나 되는 개별조합에 대한 관리도 불가능하였고, 자율 운영체제인 조합들이 건강한 노동자만 가입시키는 등 형평성의 문제도 나타났다.

제1차 세계대전으로 재정 위기가 나타나면서 혼란은 더욱 가중되었고, 변화에 대한 사회적 공감대가 형성되는 중에 베버리지 보고서를 계기로 전반적인 체계 개편 요구로 이어졌다. 1944년

≪국가공영의료체계(A National Health Service)≫라는 백서는 조세로 재정을 조달하고 무상으로 서비스를 제공하는 새로운 제도를 제안하였으나, 자율성 침해를 우려하는 의사협회의 강력한 반대로 좌초될 위기에 있던 중 노동당의 총선 승리로 상황이 역전되었다.

1945년 집권한 노동당 정부의 보건부장관 비번(Bevan)은 당국의 통제 대신 병원의 국유화와 일반의의 독립된 계약자 지위 보장, 전문의의 자비부담 및 민간보험 환자 진료를 보장하면서 의사들을 설득하여 1946년 국가보건서비스(National Health Service: NHS)의 입법화에 성공한다. 사회보험형태로 의료비의 재원을 조달하는 건강보험방식(National Health Insurance: NHI)이 아니라 국가의 일반재정으로 의료재정을 조달하는 국가보건서비스(NHS)제도로 전환이 이루어진 것이다.

자본주의를 유지하면서도 조세를 재원으로 무상진료를 보장하는 영국의 국가보건서비스로의 전환은, 이후 새롭게 건강보장체계를 구축하거나 제도를 개혁하려는 국가에 사회보험(social insurance based) 또는 조세(tax based)라는 선택지를 제공하게 되었다는 점에서 역사적으로 특별한 위치를 차지한다고 볼 수 있다.

다. 건강보장제도의 유형

건강보장제도의 분류는 그 목적과 기준에 따라 다양하게 나타날 수 있다. OECD의 경우 사회적 형평(social equality)과 환자주권(patient sovereignty)의 정도에 따라 ①국가공영의료체계, ②사회보험, ③민간보험으로 분류하고 있다. 또한 건강보장이 복지의 영역이라는 점에서, 에스핑-앤더슨(Esping-Anderson)의 복지국가 유형인 ①자유주의, ②보수적 또는 조합주의, ③사회민주주의 복지체계를 분류의 기준으로 삼기도 한다.

가장 많이 사용하는 분류기준은 재원 조달 방식에 따른 것이며, 앞서 살펴본 독일식의 국민건강보험(NHI)과 영국식의 국가보건서비스(NHS)의 구분도 재원조달의 형태에 따른 분류로 볼 수 있다. 이 장에서는 우리나라를 비롯하여 다수의 국가가 운영 중인 국민건강보험과, 영국을 비롯한 많은 국가들이 보험제도에서 개편한 국가보건서비스를 건강보장제도의 대표적인 유형으로 분류하고 각각의 특성을 비교하고자 한다.

1) 국민건강보험방식(NHI, National Health Insurance)

개인이 납부하는 보험료를 주요 재원으로 하는 건강보장제도로서 비스마르크(Bismarck)형 건강보장이라고도 한다. 보험재정의 낭비를 줄이고 지속가능성을 높이고자 대부분의 국가에서 의료서비스 이용 시에 본인일부부담금을 부과하고 있다. NHI방식을 운영하는 대표적인 국가로는 독일, 한국, 프랑스, 일본 등이 있다.

2) 국가보건서비스(NHS, National Health Service)

국민의 의료를 국가가 책임져야한다는 관점에서 조세를 재원으로 모든 국민에게 국가가 직접 의료를 제공하는 방식으로, 비버리지(Beveridge)형 건강보장이라고도 한다. 의료기관의 상당 부분이 국유화 되어있고, 대체로 본인일부부담금의 비율이 낮은 무료의료(free medical care)를 지향하는 경우가 많다. 부담의 형평이라는 측면에서 사회보험형 보다 우수하지만, 의료의 질 저하 및 관리운영상의 비효율이 나타날 수 있다.

표1.1-2 국민건강보험(NHI)과 국가보건서비스(NHS) 비교

구분	국민건강보험(NHI)	국가보건서비스(NHS)
기본이념	- 의료비에 대한 국민의 1차적 자기 책임의식 견지 (국민의 정부의존 최소화)	- 국민의료비에 대한 국가책임견지 (국민의 정부의존 심화)
적용대상관리	- 국민을 임금소득자, 공무원, 자영자 등으로 구분 관리(극빈자는 별도 구분)	- 전국민 일괄 적용(집단구분 없음)
재원조달	- 보험료, 일부 국고지원	- 정부 일반조세
진료보수 산정방법	- 행위별수가제 또는 총액 계약제 등	- 일반 개원의는 인두제, 행위별수가제 - 병원급은 의사 봉급제
	※ 진료보수 산정방법은 국가별로 다양하며, 여러 제도가 혼재되어 있음	
관리기구	- 보험자(조합 또는 금고)	- 정부기관(사회보장청 등)
채택국가	- 독일, 프랑스, 네덜란드, 일본, 대만 등	- 영국, 스웨덴, 이태리, 캐나다 등
재원 부담의 형평성	- 보험자내 보험료 부과의 구체적 형평성 실현 가능 - 보험자가 다수일 경우 보험자간 재정불균형 발생 우려	- 조세에 의한 재원조달로 소득재분배 효과 강함 (선진국)(단, 조세체계가 선진화되지 않은 경우 소득역진 초래)
관리운영	- 보험자중심 자율운영 (대표기구를 통한 가입자의 조합운영 참여보장) - 직접 관리운영비 소요(보험료 징수 등)	- 정부기관 직접관리(가입자의 운영참여 배제) - 직접 관리운영비 부분적 축소 (보험료 징수비용이 조세관리비용으로 전가)

Ⅲ 국민건강보험제도

1 의의

국민건강보험제도는 생활상의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진하고자[10] 보험의 원리를 이용하여 의료비의 지출부담을 가입자 모두에게 분산시켜 국민생활의 안정을 도모하기 위한 사회보험이다.

2 특성

가. 강제가입

건강보험제도의 가장 큰 특성은 강제 가입이다. 보험가입을 기피할 경우 국민상호간 위험부담을 통하여 의료비를 공동으로 해결하고자 하는 건강보험제도의 목적 실현이 어렵다. 또한 임의가입으로 질병위험이 큰 사람만 보험에 가입할 경우 보험재정에 악영향을 미쳐 원활한 건강보험 운영이 불가능하게 된다.

나. 보험료 납부의 강제성

보험료를 납부해야 급여를 받을 수 있으며, 이는 조세방식과 가장 뚜렷하게 구분되는 건강보험의 특징이다. 강제 가입인 보험제도의 실효성을 확보하기 위하여 피보험자에게는 보험료 납부의 의무가, 국가 또는 보험관리자에게는 보험료 징수의 강제성이 부여된다.

다. 부담능력에 따른 보험료의 차등부담(형평부과)

민간보험은 사법상의 법률관계에 따라 사적계약에 의하여 보험관계가 이루어지기 때문에 위험의 종류와 정도, 급여의 내용, 계약조건 등에 따라 보험료를 부담하지만, 사회보험방식인 건강보험에

10 「국민건강보험법」 제1조

서는 사회적인 연대를 기초로 의료비 문제를 해결하고자 하는 것이므로 소득수준 등 보험료 부담 능력에 따라 보험료를 차등적으로 부담한다.

라. 보험급여의 균등한 수혜

민간보험은 보험료 부과수준, 계약기간 및 내용에 따라 차등급여를 받지만 사회보험은 보험료 부담수준에 관계없이 관계법령에 의하여 의료적 필요성에 따라 보험급여가 이루어진다.

마. 책임주체는 국가

건강보험은 원칙적으로 국가가 설계하고, 운영·관리해야한다. 건강보장은 사회보장의 일종으로서 대한민국 「헌법」(제34조 제2항 '국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다.)에 규정된 국가의 의무이자 법적 책임이다. 또한 건강보험의 특성상 전체 국민의 가입과 보험료 납부에 강제로 개입하게 된다는 점에서 필연적으로 국가가 건강보험을 관리·운영하게 된다.

바. 단기보험

건강보험은 연금보험과는 달리 1년 단위의 회계연도를 기준으로 수입과 지출을 예정하여 보험료를 계산하며 지급조건과 지급액도 보험료 납입기간과는 상관이 없고 지급기간이 단기간에 이루어진다.

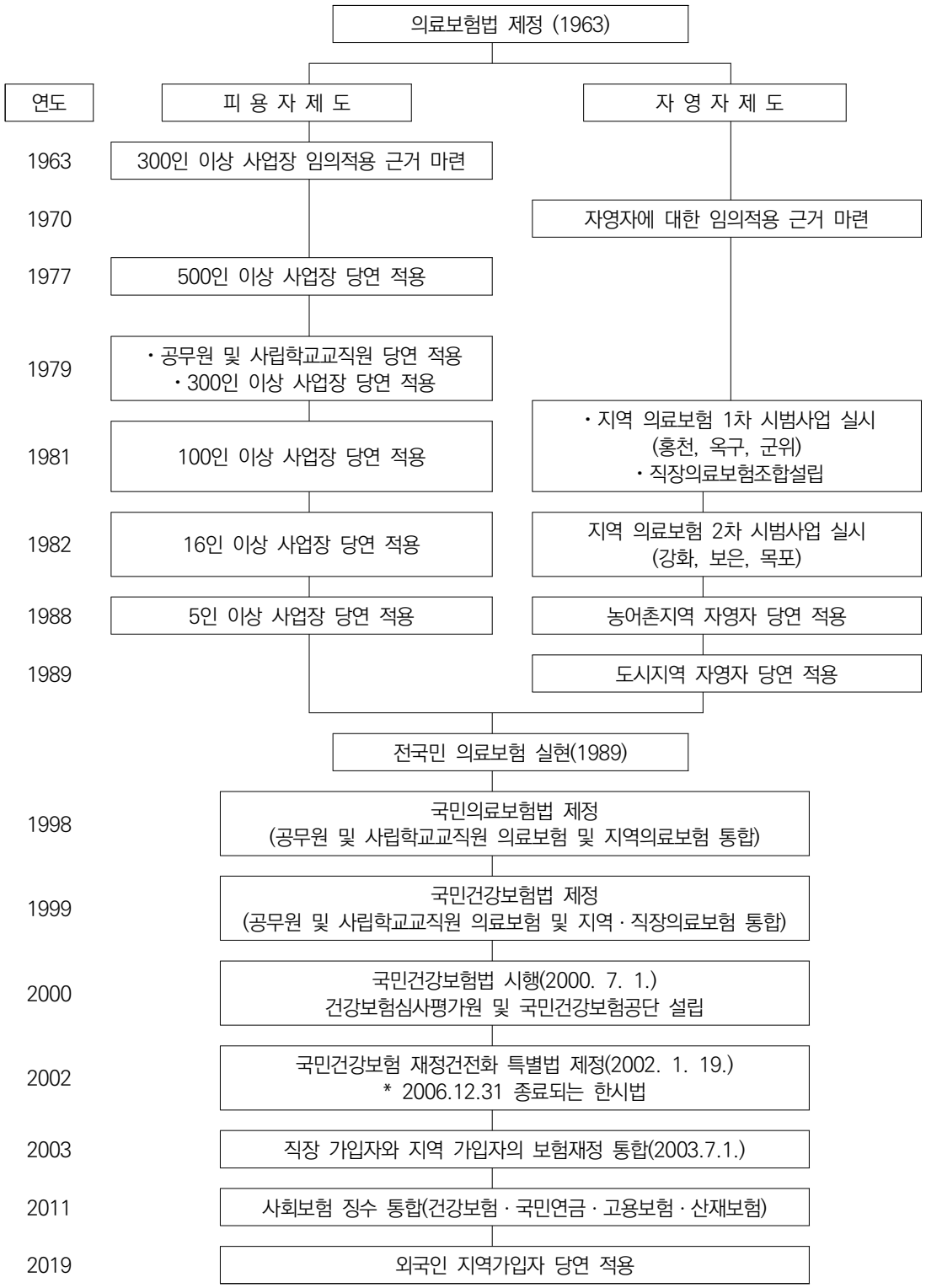
3 연혁과 근거 법령

가. 제도의 주요 연혁

우리나라의 건강보험은 1963년 300인 이상 사업장의 보험 가입 근거를 마련한 '의료보험법'에서 출발하였으며, 1977년 당연적용으로 본격적인 제도화가 이루어졌다. 이후 일부 대형 사업장과 공무원·교직원을 대상으로 운영이 되다가 1988년 5인 이상 사업장 당연적용, 1989년 도시와 농촌 자영자가 모두 포함되면서 전국민 의료보험으로 확대되었다.

1997년 12월에 「국민의료보험법」이 제정되고, 다수 보험자방식(조합주의방식)의 의료보험제도를 통합주의 방식의 의료보험 제도로 변경하기 위한 시도가 계속 되었다. 1998월 12월 「국민건강보험법」이 국회를 통과하였으며, 2000년 7월 「국민건강보험법」 시행으로 의료보험 조직이 통합되고 2003년 7월 직장·지역 가입자 재정이 통합되면서 완전한 단일보험체계가 되었다.

그림1.1-1 국민건강보험제도의 연혁



자료: 국민건강보험공단. 건강보험제도연혁. https://www.nhis.or.kr/nhis/policy/wbhada01500m01.do

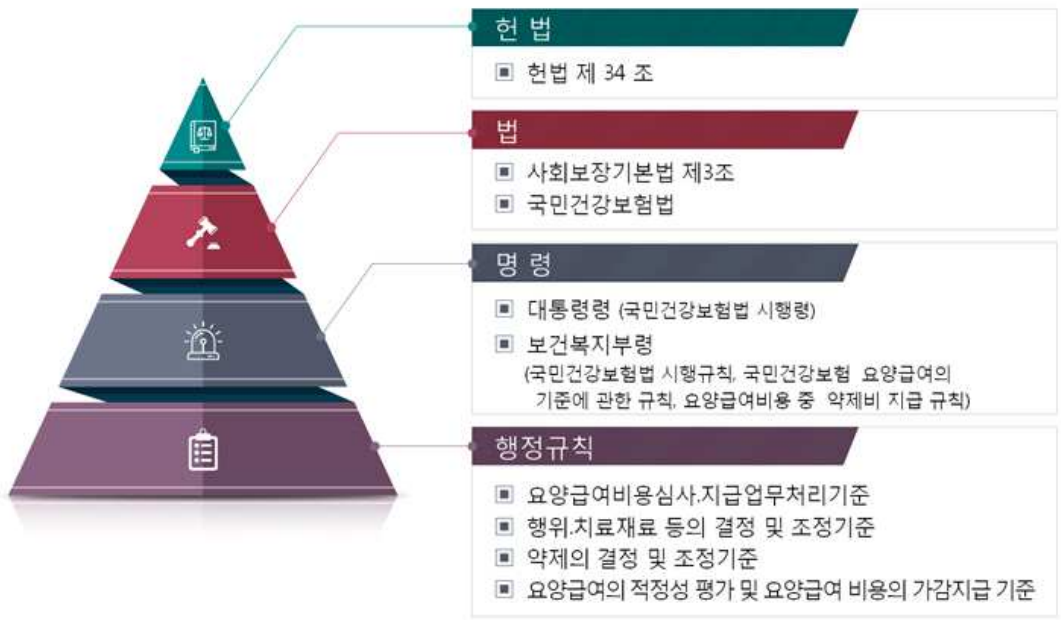
나. 근거법령 체계

「헌법」 제34조(사회보장 등) 및 제36조(국민보건)에서 국민의 인간다운 생활을 할 권리와 이를 실현하기 위한 국가의 사회보장·사회복지증진에 대한 의무 및 국민의 보건에 관한 국가의 보호를 규정하고 있다.

「사회보장기본법」(제3조제2호)에서 국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험의 방식으로 대처함으로써 국민의 건강과 소득을 보장하는 제도로서 사회보험제도를 규정하고 있다.

「국민건강보험법」에 의하여 국민건강보험제도를 실시하고 있으며 건강보험의 실시목적, 관장부서, 적용대상 및 보험료 부담의무, 건강보험심사평가원 설립 및 권리구제 방법 등이 규정되어 있다.

그림1.1-2 국민건강보험 관련 법령의 체계



4 주요 내용

가. 건강보험과 의료보험

다보험자 방식으로 운영되고 있던 의료보험관리체계를 운영의 효율성과 보험료 부담의 형평성을 높이고 질병의 치료 외에 예방 · 건강증진 등을 포함하는 포괄적인 의료서비스를 제공하여 국민건강의 향상을 도모하기 위하여 단일보험자로 통합하여 운영하고 있다. 이를 위한 「국민건강보험법」이 1999년 2월 8일 제정되어 2000년 7월에 통합 건강보험제도가 탄생하였다.

의료보험이나 건강보험은 모두 질병 등의 발생을 보험방식으로 해결하는 제도로서 국민건강을 보호하기 위하여 요구되는 의료서비스를 국가나 사회가 사회보험의 원리를 이용하여 제도적으로 제공하는 것을 말한다. 다만 의료보험(Medical Insurance)은 상병 자체를 치료하는데 소요되는 비용이나 의료서비스를 제공하는 것을 내용으로 하는 의료비 보장에 가까운 개념이라면, 건강보험(Health Insurance)은 단순한 상병 등을 치료하는 것뿐만 아니라 질병 · 부상을 예방하고 건강증진을 도모하는 적극적인 방향의 개념이다.

나. 보험재정

건강보험의 재원은 보험료와 국고지원금 및 국민건강증진기금에서의 지원금, 기타 수입금으로 구분된다. 보험료는 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 분만, 사망 등의 보험사고에 대하여 보험급여의 실시에 필요한 재원을 충당하고자 피보험자 및 사용자 등으로부터 징수하는 부담금을 말한다. 즉 건강보험사업에 소요되는 비용을 충당하기 위하여 보험자가 가입자로부터 징수하는 금액이다.

다. 보험급여

보험급여란 가입자 및 피부양자의 질병 · 부상에 대한 예방 · 진단 · 치료 · 재활과 출산 · 사망 및 건강증진에 대하여 법령이 정하는 바에 따라 현물 또는 현금의 형태로 제공하는 서비스를 말한다.

보험급여의 종류는 현물급여 및 현금급여로 나누어지는데, 건강보험에서 제공하는 현물급여에는 요양급여 및 건강검진이 있으며, 현금급여에는 요양비, 장애인보장구 급여비, 본인부담상한액, 임신 · 출산 진료비 등이 있다.

요양급여는 가입자 및 피부양자에게 질병 · 부상이나 출산 등에 대하여 요양기관을 통하여 의료서비스를 제공하는 것을 말한다. 「국민건강보험법」상 요양급여에는 진찰 · 검사, 약제 · 치료재료의

지급, 처치 · 수술 · 그 밖의 치료, 예방 · 재활, 입원, 간호, 이송이 명시되어 있다(「국민건강보험법」 제4장제41조).

요양기관이 제공한 의료서비스에 대한 대가인 요양급여비용은 요양기관이 건강보험심사평가원에 청구하며, 건강보험심사평가원은 요양급여비용 심사 후 그 결과를 요양기관과 공단에 각각 통보한다. 국민건강보험공단은 통보된 심사결과를 토대로 요양기관에 비용을 지급하게 되는 심사와 지급 절차가 운영되고 있다.

건강검진은 자각증상이나 질병이 없는 상태에서 사전에 질병을 예방하는 건강예방행위로 질병에 걸릴 가능성이 있는 개인 또는 집단에 대하여 건강검진을 실시하여 질병을 조기 발견 및 치료함으로써 국민의료비를 절감하고 건강을 증진시키기 위한 예방 보건사업이다.

라. 요양급여비용 본인일부부담금

요양급여비용 본인일부부담금제도란 가입자 및 피부양자가 요양기관에서 요양급여를 받은 경우에 그 요양급여비용 중 일부를 본인이 부담하는 제도이다.

우리나라는 정률부담제를 기본으로 하여 입원의 경우 진료비총액의 20%(식대는 50%)를, 외래의 경우 요양기관 종별에 따라 30~60%를 차등 적용하여 환자가 부담하고 있다. 65세 이상 노인의 경우 일정금액 이하 진료비에 대하여 정액부담 제도를 도입하고 있다.

마. 관리기구

국민건강보험의 관리기구로서는 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단이 있다. 건강보험심사평가원은 건강보험 가입자 또는 피부양자가 요양기관에서 진료 받은 요양급여비용의 심사, 요양급여의 적정성 평가, 심사 및 평가기준의 개발, 심사 · 평가 · 개발 사업과 관련한 조사연구 및 국제협력, 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무, 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무 및 심사와 적정성 평가와 관련하여 대통령령으로 정하는 업무 등을 수행하고 있다.

국민건강보험공단은 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료 기타 건강보험법에 의한 징수금의 부과 · 징수, 보험급여의 관리, 가입자 및 피부양자의 질병의 조기발견 · 예방 및 건강관리를 위한 예방사업, 보험급여비용의 지급, 자산의 관리 · 운영 및 증식사업, 의료시설의 운영, 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보, 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력, 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무, 다른 법령에 따라 위탁받은 업무 등을 건강보험 심사평가원과의 협조 및 보건복지부의 지도 감독 하에 수행하고 있다.

5 운영현황

가. 가입자 현황

2019년을 기준으로 건강보험과 의료급여를 합한 전체 의료보장 인구는 52,880천명 이었다. 이 중 건강보험 적용인구는 51,391천명으로 건강보험 전체의 97.2%를 차지하였고, 이중 직장가입자는 37,227천명, 지역가입자는 14,164천명이었다. 반면에 의료급여 적용 인구는 1,489천명으로 전체 의료보장에서 2.8%를 차지하였다. 건강보험 전체에서 1인당 평균 부양가족수(세대원)는 직장, 지역모두 감소 추세였다.

표1.1-3 연도별 의료보장 적용인구 현황(2015~2019년)

(단위: 천 명, 천 세대)

구분		2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
의료보장(a+b)		52,034	52,273	52,427	52,557	52,880
건강보험(a)		50,490	50,763	50,941	51,072	51,391
직장	소계	36,225	36,675	36,899	36,990	37,227
	가입자	15,760	16,338	16,830	17,479	18,123
	피부양자	20,645	20,337	20,069	19,510	19,104
	부양률(명)	1.31	1.24	1.19	1.12	1.05
지역	가입자	14,265	14,089	14,042	14,082	14,164
	세대수	7,653	7,665	7,786	8,053	8,377
	세대원	7,758	7,607	7,501	7,404	7,207
	부양률(명)	1.01	0.99	0.96	0.92	0.86
의료급여(b)		1,544	1,509	1,486	1,485	1,489

자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단. 2019 건강보험통계연보. 그림으로 보는 건강보험 주요통계. p2.

나. 보험료 현황

2019년 건강보험료 부과총액은 59조 1,328억원으로 전년 대비 9.7% 증가하였다. 전체 보험료 중 직장보험료는 50조 7,712억 원으로 총 부과액의 85.9%를 차지하였고, 지역보험료는 8조 3,616억 원으로 14.2%였다. 건강보험 적용인구의 1인당 월보험료(개인부담보험료기준)는 55,488원으로 직장의 경우는 57,527원, 지역의 경우는 50,027원 이었다.

직장보험료는 표준보수월액에 보험료율을 곱하여 부과하고, 지역보험료는 가입자의 소득 및 재산(전월세포함), 자동차보유 유무, 생활수준 및 경제활동 참가율을 감안하여 산출하고 있다.

표1.1-4 연도별 보험료부과액 및 적용인구 1인당 월 보험료 현황(2015~2019년)

(단위: 억원, 원)

구분	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
보험료(억원)	443,298	475,931	504,168	538,965	591,328
- 직장	369,548	399,446	424,486	459,221	507,712
- 지역	73,750	76,485	79,682	79,744	83,616
세대당 월보험료(원)	94,040	98,128	101,178	104,201	109,558
- 직장	100,510	104,507	107,449	112,635	120,152
- 지역	80,876	84,531	87,458	85,546	86,160
1인당 월보험료 (원)	43,003	45,763	48,152	50,979	55,488
- 직장	43,085	45,874	48,266	52,085	57,527
- 지역	42,798	45,473	47,847	48,011	50,027

주: 1) 결산기준
2) 세대당 및 1인당 월보험료는 개인부담보험료 기준(사용자부담금 제외)
자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단. 2019 건강보험통계연보. 그림으로 보는 건강보험 주요통계. p6.

다. 총진료비 및 보험급여비 현황

2019년 건강보험 총진료비(보험급여비 포함)는 전년대비 10.11% 증가한 85조 7,938억원이었다. 입원진료비는 32조 81억원으로 전년 대비 9.98% 증가하였으며, 외래진료비는 36조 845억원으로 전년 대비 11.56% 증가, 약국비용은 17조 7,012억원으로 전년 대비 7.5% 증가하였다.

표1.1-5 총진료비 변화 추이(2015~2019년)

(단위: 천일, 억원, %)

구분			2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	(증감률)
총계		내원일수	1,474,260	1,524,353	1,539,475	1,567,411	1,592,098	(1.58)
		요양급여비용	580,170	646,623	696,271	779,141	857,938	(10.11)
		급여비	434,518	484,116	520,595	587,982	646,752	(10.00)
의료기관	계	내원일수	989,597	1,022,801	1,033,612	1,053,795	1,075,382	(2.05)
		요양급여비용	449,220	503,667	543,383	614,504	680,926	(10.81)
		급여비	339,765	380,679	409,961	468,563	518,464	(10.65)
	입원	입원일수	133,863	141,499	142,049	147,669	147,651	(-0.01)
		요양급여비용	207,099	237,429	251,824	291,041	320,081	(9.98)
		급여비	169,420	194,348	205,690	238,389	261,073	(9.52)
	외래	내원일수	855,734	881,302	891,563	906,125	927,731	(2.38)
		요양급여비용	242,121	266,238	291,559	323,464	360,845	(11.56)
		급여비	170,345	186,331	204,271	230,175	257,391	(11.82)
약국		방문일수	484,663	501,552	505,863	513,616	516,716	(0.60)
		요양급여비용	130,950	142,956	152,888	164,637	177,012	(7.52)
		급여비	94,753	103,437	110,634	119,419	128,287	(7.43)

주: 1) 심사결정 기준
2) 2015년부터 요양급여비용에 선별급여 반영
자료: 건강보험심사평가원. 2019년 진료비통계지표(심사일기준). 2.건강보험 심사실적.

라. 노인 인구 및 노인진료비 현황

인구구조 변화에 따라 노인인구 구성비가 지속적으로 증가하고 있다. 2019년을 기준으로 노인진료비는 34조 7,251억원으로 전년 대비 11.6% 증가하였다.

2016년 4대 중증질환 보장성 확대 및 임플란트 등 치과 급여 확대로 노인 진료비의 증가가 있었으며, 이러한 현상은 2018년에도 건강보험 보장성 강화에 따른 정책효과로 설명되었다.[11,12]

표1.1-6 노인 인구 및 노인진료비 변화 추이(2015~2019년)

(단위: 천명, 억원, %)

구분	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
노인인구(천명) 구성비(%)	6,223 (12.3)	6,445 (12.7)	6,806 (13.4)	7,092 (13.9)	7,463 (14.5)
총진료비 대비 노인진료비 구성비(%)	36.8	38.0	39.0	39.9	40.5
노인진료비(억원) 전년대비 증가율(%)	213,615 (10.37)	245,643 (14.99)	271,357 (10.47)	311,172 (14.67)	347,251 (11.59)

주: 1) 심사결정기준
2) 인구수는 건강보험적용대상자 기준임
3) 2015년부터 요양급여비용에 선별급여 반영
4) 진료시점 만 나이 기준임

자료: 건강보험심사평가원. 2019년 진료비통계지표(심사일기준). 9.노인(65세 이상) 심사실적.

11 최대환. 최근 20년간 건강보험 진료비 경향, 건강보험심사평가원, HIRA정책동향, 2020. 14권 4호
12 메디콤뉴스. 2016년 건강보험 진료비 증가원인. 2017.10.24.

6 제외국 건강보험 사례

주요국의 의료보장 유형, 보험적용 대상, 보험자, 급여유형, 급여비용 지불방식 및 비용심사 등에 관한 사례비교는 표1.1-7과 같다.

표1.1-7 제외국 건강보험 사례 비교

구분 \ 국가	영국	독일	일본	대만	미국
의료보장 유형	NHS	SHI (다(多)보험자)	SHI (다(多)보험자)	NHI (단일 보험자)	혼합형 (공공 + 민간영역)
보험적용 대상	전 국민	전 국민에게 공적 또는 민간 건강보험 가입 의무화[13]	전 국민	전 국민	• Medicare: 65세 이상 국민, 65세미만 장애 및 특정만성질환자 • Medicaid: 빈곤층
보험자	정부 (보건성 본부)	질병금고 (105개: 2020년 기준)	보험국(총괄) · 전국건강보험협회 · 건강보험조합 · 공제조합 · 그 외	중앙건강보험서	• Medicare: 연방 정부산하기관 • Medicaid: 주정부 산하기관
급여방식	현물, 현금급여	현물, 현금급여	현물, 현금급여	현물급여	현물급여
비용 지불방식	• 일차의료: 총액계약 + 질 높은 의료에 대한 인센티브제 • 이차의료: 비용 수량에 의한 계약(PbR)[14] + 총액계약 + 건당 비용계약	• 부문별총액관리제 의원: 행위별 수가제(EBM)[15] • 병원: 포괄수가 (G-DRG) • 약제: 의사개별 처방약제비 총액 관리방식	• 의원: 행위별수가 • 병원: 행위별수가, 포괄수가(DPC)	총액예산제 하 지역별 · 부문별 행위별수가제, 포괄수가, 성과지불 보상제도 일부시행	Medicare: • 입원서비스: 포괄수가제 • 외래서비스[16]: Outpatient prospective payment system, 행위별수가제 Medicaid: • 입원서비스: 포괄수가제, 일당정액제, 비용상환제 • 외래서비스 : 행위별수가제, 인두제
비용 심사	CCGs(clinical commissioning groups)	건강보험조합[17]/ 보험의사협회	• 사회보험진료 보수지불기금 • 국민건강보험 단체연합회	중앙건강보험서	CMS 업무를 위탁 받은 심사기관 (Contractors)
수가계약 방식	NHS와 영국의사 협회의 계약	부문별 공급자 협회와 건강보험 조합연합 계약	중앙사회보험의료 협의회의 자문을 받아 후생노동성 장관이 결정하여 고시	전민건강보험회의 심의를 거쳐 위생 복리부에서 최종 공표	공급자와 보험자 단위 개별계약 (연방정부단위에서 진료비 상한선, DRG 기준 설정)

13 2019년 기준 약 8천3백만 명의 인구 중 7천3백만 명이 공적 건강보험(GKV)에 가입되어 있다. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp, https://de.statista.com/themen/20/einwohnerzahl/ (2020년 11월 접속)

14 PbR (Payment by Result)은 DRGs와 유사한 방식으로, 보건의료자원의 그룹을 설정한 뒤 그룹별 가격을 설정하여 병원의 활동량, 병원소재지의 가중치를 곱하여 수입을 결정하는 방식이다.

15 EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für äztliche Leistungen)은 통합가치척도를 의미한다.

16 Medicare의 외래진료비 지불은 자원기준 상대가치체계(RBRVS)를 기반으로 하고 있다. 또한 다른 서비스들과 달리 외래서비스는 CMS에 의한 인플레이션 수준을 반영하는 것이 아니라 지속적 성장률(SGR)을 토대로 한 환산지수를 반영하여 그 비용을 조정한다.

17 입원의 경우 건강보험조합이 건강보험심사평가단(MDK)에 세부심사 의뢰, 경제성 및 질 평가 실시한다.

제 2 장

국민건강보험법령 해설

Ⅰ. 국민건강보험법령 개관

Ⅱ. 국민건강보험법 · 시행령 · 시행규칙

Ⅲ. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙



제 2 장 국민건강보험법령 해설

작성: 법규송무부

Ⅰ 국민건강보험법령 개관

1 체계 및 성격

우리 「헌법」은 제10조에서 '기본적 인권 보장'의 원칙을 선언하고, 제34조제1항에서 '국민의 인간다운 생활을 할 권리'를, 제34조제2항에서는 '국가의 국민에 대한 사회보장·사회복지 증진의무'를 규정하고 있다.

여기서 '인간다운 생활을 할 권리'와 '사회보장·사회복지 증진의무'는 국가가 재정형편 등 여러 가지 상황들을 종합적으로 감안하여 법률을 통하여 구체화할 때에 비로소 실현되는 것으로(헌법재판소 결정, 93헌가14, 1995.7.21.), 국가에서는 이를 실현하기 위한 구체화된 법률로 「국민건강보험법」, 「국민연금법」, 「공무원연금법」, 「사립학교교직원 연금법」, 「군인연금법」, 「산업재해보상보험법」 및 「고용보험법」 등 사회보장법률을 제정하여 시행하고 있다.

또한, 국가에서는 사회보장에 관한 국민의 권리와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 사회보장제도에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 국민의 복지증진에 기여함을 목적으로 「사회보장기본법」을 제정하고 있는 바, 여기에서는 사회보장의 종류로 사회보험·공공부조·사회복지서비스 및 관련제도를 규정하고, 모든 국민은 사회보장에 관한 관계법령이 정하는 바에 의하여 사회보장의 급여를 받을 권리(사회보장수급권)를 가짐을 명시하고 있다.

따라서, 「국민건강보험법」은 사회보장 실현을 위한 「헌법」 및 「사회보장기본법」상 기본이념을 구체화하기 위한 법률로서 사회보장법률 중 사회보험법 체계에 속하며, 전 국민 의무가입·보험료 강제 부과 및 요양기관 강제적용 등 각 규정을 고려하여 볼 때 사법원리의 적용이 제한되는 공법으로서의 성격을 갖는다.

2 연혁

1963년「의료보험법」이 제정되어 근로자를 대상으로 의료보험을 실시할 수 있는 근거를 마련하였으나 가입형태를 강제가입이 아닌 임의가입으로 하였기 때문에 사회보험제도로서는 제도적으로 불완전한 면이 있었고, 당시의 사회여건에도 맞지 않았으며, 그 시행령 또한 마련되지 않아 제대로 시행되지 않았다.

이에, 1976년「의료보험법」을 개정하여 500인 이상 사업장의 근로자를 가입대상으로 하는 강제적인 의료보험제도가 도입되어 1977년 7월부터 시행되었는바, 이때가 사실상 우리나라 의료보험제도의 시작이라 할 수 있다.

한편, 공무원 및 사립학교교직원에 대한 의료보험제도는 별도의 법체계를 갖추고 있었는데 1977년에「공무원및사립학교교직원의료보험법」이 제정되어 1979년 1월부터 공무원 및 사립학교교직원에 대한 의료보험이 시행되었다.

1981년에는「의료보험법」을 개정하여 농어촌지역 및 도시지역 주민에 대한 의료보험 실시 시기를 대통령령으로 정하고, 1988년 1월과 1989년 7월에 각각 농어촌지역과 도시지역 의료보험이 시행됨으로써 명실 공히 '전국민 의료보험 제도'가 마련되었다.

이와 같이 이원화된 의료보험체계에서는 의료보험이 확대 적용될 때마다 수백 개의 조합으로 관리·운영되는 방식을 유지할 것인지, 각 조합을 통합하여 단일화된 관리운영방식으로 전환할 것인지를 두고 논쟁이 계속되었다.

다양한 논의과정을 통하여 관리운영체계를 통합하는 방향으로 가닥이 잡히면서 지역의료보험과 공무원 및 사립학교교직원의료보험 통합을 골자로 한「국민의료보험법」이 1997년 12월 31일 제정되어 1998년 10월부터 시행되었으며, 동 법률을 근거로 의료보험 통합관리운영기구인 국민의료보험관리공단이 설립되었다.

그 후, 1999년에는 지역·직장가입자와 공무원 및 사립학교교직원 의료보험체계 모두를 통합하는 것을 골자로 한 국민건강보험법안이 제정되어 동 법률을 근거로 지역가입자와 직장가입자 및 사립학교교직원에 대한 의료보험을 통합하여 관리하는 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)이 설립되어 현재에 이르게 되었다.

아울러, 그간 논란이 되어 왔던 진료비 심사의 객관성과 공정성 제고의 토대를 마련하고 건강보험 가입자 및 피부양자에게 제공되는 요양급여가 의약학적·비용 효과적으로 적정하게 행하여졌는지 여부를 포괄적으로 평가함으로써 국민의 건강을 보호하고자, 공단과 별도의 관리운영기구인 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"이라 한다)의 설립근거가 마련되었다.

3 건강보험사업 운영 주체

가. 구 의료보험법에서의 의료보험사업 운영주체

구 「의료보험법」에서 의료보험사업은 보건복지부장관(이하 "장관"이라 함)이 관장하였으나 그 실시주체는 보험자(직장의료보험조합, 지역의료보험조합)로서, 보험자는 가입자에 대한 보험료 부과·징수, 요양기관 지정·취소 및 요양급여비용 심사 등 여러 권한을 가지고 있었다.

보험자로부터 요양기관으로 지정받은 의료기관은 보험자를 대신하여 의료보험 가입자 등에게 요양급여를 행하고 그 비용을 지급받는 보험자의 부수적 기관의 성격을 갖고 있었으며, 요양기관이 의료보험 가입자 및 피부양자에 대한 진료관련비용을 허위로 청구하는 등 부당행위를 할 경우 보험자는 당해 요양기관에 대한 지정을 취소할 수 있었다.

구 「의료보험법」에서는 보험자가 요양급여비용 심사권한을 독립성이 보장된 전문기관에 위탁할 수 있도록 규정하였는바, 보험자는 보험자단체인 의료보험 연합회에 심사를 위탁하였다.

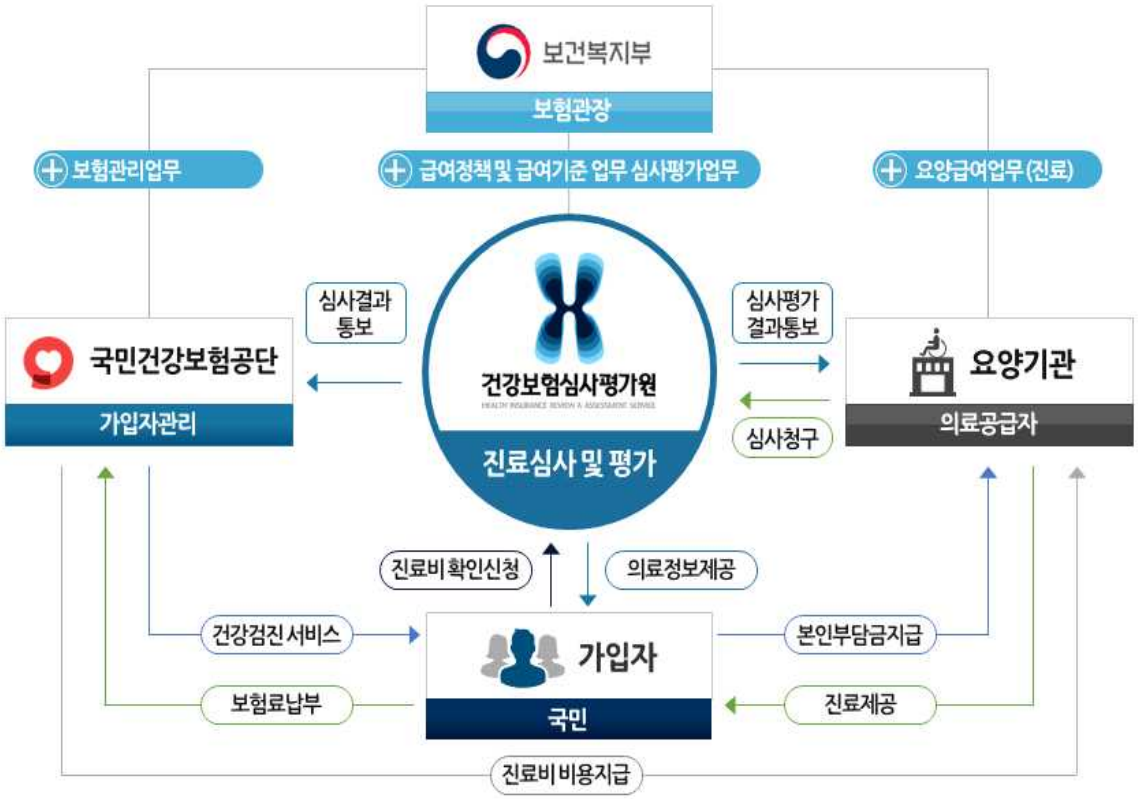
나. 국민건강보험법에서의 건강보험사업 운영주체

「국민건강보험법」에서는 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 적정성 평가 등 업무를 수행하는 심사평가원, 국가를 대신하여 건강보험사업을 수행하는 관리운영주체로 가입자 등에 대한 자격관리 및 보험료 부과·징수 등 업무를 수행하는 공단, 가입자 등에 대한 요양급여를 담당하는 요양기관을 각각 건강보험 관리운영주체로 규정하고 있으며, 심사평가원·공단 및 요양기관은 국민건강증진이라는 「국민건강보험법」의 입법목적을 달성하기 위하여 '대등한 당사자'로서 법상 부여된 고유업무를 수행한다.

보험사업 관리운영주체와 관련하여 현행 「국민건강보험법」이 구 「의료보험법」과 다른 점은 보험자의 요양기관에 대한 지정·취소권한 등 우월적 지위를 대등한 당사자로서의 지위로 규정하고 있다는 점이다.

심사평가원은 의료서비스 공급자인 요양기관과 의료서비스 수요자인 가입자 등을 관리하는 공단과의 사이에서 요양기관이 제공하는 의료서비스와 비용 산정의 적정성 여부에 대한 공정한 심판자로서의 역할을 수행하고 있다.

그림1.2-1 국민건강보험법 체계의 관리운용도



Ⅱ 국민건강보험법 · 시행령 · 시행규칙

1 목적

제1조(목적)
이 법은 국민의 질병 · 부상에 대한 예방 · 진단 · 치료 · 재활과 출산 · 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다.

「국민건강보험법」 제1조의 목적규정은 「국민건강보험법」 법령 해석 · 적용의 기본방향을 제시하는 기준이 된다.

여기에서는 이 법의 적용범위를 국내에 거주하는 '국민'으로 하고, 보험급여원인을 국민의 질병 또는 부상에 대한 예방 · 진단 · 치료 · 재활과 출산 · 사망 및 건강증진으로 하며, 당해 보험급여원인에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진하는 것이 입법목적임을 명시하고 있다.

즉, 제1조는 건강보험이 보험의 원리를 기초로 한 사회보험제도로서 「헌법」 제34조의 규정에 의한 국가의 사회보장증진 의무를 실현하기 위한 제도적 보장의 일환임을 나타내고 있다.

따라서 「국민건강보험법」의 1차 목적은 보험급여의 실시에 있고, 1차 목적 달성은 국민보건향상이라는 2차 목적 달성에 기여하며, 국민보건향상이라는 2차 목적 달성은 사회보장증진이라는 궁극적 목적 달성에 이바지한다고 볼 수 있다.

2 건강보험사업의 관장

제2조(관장)
이 법에 따른 건강보험사업은 보건복지부장관이 맡아 주관한다.

'건강보험사업'은 「헌법」이 명시한 사회보장의무의 구체적 실현수단 중 하나로서 정부가 이를 관장하며 건강보험사업 관련 정책의 수립 · 시행에 대한 권한과 책임 역시 정부에 있다.

이에, 「국민건강보험법」에서는 요양급여비용 결정권(법 제45조제3항), 보험급여 범위 등 요양급여 기준의 결정권(법 제41조제3항) 등 건강보험에 대한 주요 결정권한을 관장자인 장관의 권한으로 규정하고 있다.

3 건강보험정책심의위원회

제4조(건강보험정책심의위원회)

① 건강보험정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의 · 의결하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 건강보험정책심의위원회(이하 "심의위원회"라 한다)를 둔다.

1. 제3조의2제1항 및 제3항에 따른 종합계획 및 시행계획에 관한 사항(심의에 한정한다)
2. 제41조제3항에 따른 요양급여의 기준
3. 제45조제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항
4. 제73조제1항에 따른 직장가입자의 보험료율
5. 제73조제3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액
6. 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

건강보험사업과 관련한 정책은 국민의 건강과 직접 관련될 뿐만 아니라, 국민경제에 중대한 영향을 미칠 수 있고, 가입자 · 요양기관 및 공단 등 건강보험 당사자 간 이해가 상충될 수 있다. 그렇기 때문에 장관이 단독으로 건강보험관련정책을 결정하기보다 정부정책에 대한 수용성을 높이기 위하여 여러 이해당사자들을 참여시켜 그들의 의견을 정책에 반영할 필요가 있다.

이에, 「국민건강보험법」에서는 건강보험 최고의 심의 · 의결기구인 건강보험 정책심의위원회를 장관의 소속하에 설치하여 두고, 동 위원회로 하여금 제41조제3항에 따른 요양급여의 기준과 제45조제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용 및 그 밖의 건강보험에 관한 주요사항을 심의 · 의결하도록 하였다.

4 건강보험 적용대상 및 가입자

제5조(적용 대상 등)

① 국내에 거주하는 국민은 건강보험의 가입자(이하 "가입자"라 한다) 또는 피부양자가 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 제외한다.

1. 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람(이하 "수급권자"라 한다)
2. 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 사람(이하 "유공자등 의료보호대상자"라 한다). 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 된다.

가. 유공자등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 사람

나. 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자등 의료보호대상자로 되었으나 건강보험의 적용배제신청을 보험자에게 하지 아니한 사람

건강보험에서는 소정의 요건에 충족되는 자에게 가입을 강제하지 아니할 경우, 건강할 때는 가입하지 않고 질병 또는 부상 등이 발생한 후에 가입하는 이른바 '역선택'의 문제가 발생할 수 있다는 점 등을 고려하여 보험 재정의 안정성 확보와 위험 분산을 위해 일정한 조건에 해당하는 자는 모두 건강보험의 적용대상자로 하는 '강제적용의 원칙'을 적용하고 있다.

이러한 강제적용의 원칙 하에서 건강보험의 강제적용대상을 정하는 것은 보험급여의 사회적 보호대상 범위를 정하는 것으로서 국가의 사회보장정책상 건강보험의 기본골격 및 체계를 정하는 중요한 문제이다.

「국민건강보험법」 제5조에서는 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 수급권자, 「독립유공자 예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 자(유공자 등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 원하는 자 제외)를 제외한 '국내에 거주하는 국민'을 건강보험의 적용대상(가입자 또는 피부양자)으로 하고 있다.

한편, 가입자(직장가입자, 지역가입자)란 보험자인 공단에 대한 상대개념으로서 자기명의로 건강보험관계가 성립된 자를 말하며, 민간보험에서의 보험계약자와 유사한 개념이다. 가입자는 건강보험의 주체로 국민건강보험법상 보험급여를 받을 수 있는 지위에 있으며 동시에 보험료 부담과 납부의무를 진다.

| 헌법재판소 판결 주요내용 |

【판시사항】

가. 의료법에 따라 개설된 의료기관이 당연히 국민건강보험 요양기관이 되도록 규정한 국민건강보험법(2011. 12. 31. 법률 제11141호로 전부개정된 것) 제42조 제1항 전문 중 제1호에 관한 부분(이하 '이 사건 법률조항'이라 한다)이 청구인들의 의료기관 개설자로서의 직업수행의 자유를 침해하는지 여부(소극)

【결정요지】

가. 이 사건 법률조항이 규정하고 있는 요양기관 강제지정제는 의료보장체계의 기능 확보 및 국민의 의료보험수급권 보장이라는 정당한 입법목적을 달성하기 위한 적정한 수단이다. 요양기관 계약지정제를 선택하거나 요양기관 강제지정제를 선택하면서도 예외를 허용하는 경우에는 의료보장체계의 원활한 기능 확보를 달성하기 어렵다고 본 입법자의 판단이 잘못된 것이라고 할 수 없고, 의료보험의 시행은 인간의 존엄성 실현과 인간다운 생활의 보장을 위하여 헌법상 부여된 국가의 사회보장의무의 일환으로 모든 현실적 여건이 성숙될 때까지 미룰 수 없는 중요한 과제이므로, 요양기관강제지정제는 최소침해원칙에 위배되지 않는다. 요양기관 강제지정제를 통하여 달성하려는 공익적 성과와 이로 인한 의료기관 개설자의 직업수행의 자유의 제한 정도가 합리적인 비례관계를 현저하게 벗어났다고 볼 수도 없으므로, 이 사건 법률조항이 청구인들의 의료기관 개설자로서의 직업수행의 자유를 침해한다고 볼 수 없다.

(헌법재판소 전원재판부 2012헌마865, 2014. 4. 24. 선고)

5 국민건강보험공단

제13조(보험자)
건강보험의 보험자는 국민건강보험공단(이하 "공단"이라 한다)으로 한다.

제14조(업무 등)
① 공단은 다음 각 호의 업무를 관장한다.
1. 가입자 및 피부양자의 자격 관리
2. 보험료와 그 밖에 이 법에 따른 징수금의 부과 · 징수
3. 보험급여의 관리
4. 가입자 및 피부양자의 질병의 조기발견 · 예방 및 건강관리를 위하여 요양급여 실시 현황과 건강검진 결과 등을 활용하여 실시하는 예방사업으로서 대통령령으로 정하는 사업('17.2월 개정)
5. 보험급여 비용의 지급
6. 자산의 관리 · 운영 및 증식사업
7. 의료시설의 운영
8. 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보
9. 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력
10. 이 법에서 공단의 업무로 정하고 있는 사항
11. 「국민연금법」, 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」, 「임금채권보장법」 및 「석면피해구제법」(이하 "징수위탁근거법"이라 한다)에 따라 위탁받은 업무
12. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따라 위탁받은 업무
13. 그 밖에 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무

공단은 건강보험의 보험자로서 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료 및 기타 징수금의 부과 · 징수, 보험급여의 관리, 가입자 및 피부양자의 건강 유지 · 증진을 위하여 필요한 예방사업과 보험급여 비용의 지급 등의 업무를 수행한다.

통상 '보험자'라 함은 '보험사업의 실시주체'를 의미하지만 사회보험인 건강보험의 경우 실질적인 관리주체는 정부이며, 정부가 관장하는 업무를 기능에 따라 심사평가원과 공단이 각각 나누어 이원화하여 건강보험사업 관리운영기관으로서의 역할을 수행하고 있다.

6 요양급여

제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰 · 검사
2. 약제(藥劑) · 치료재료의 지급
3. 처치 · 수술 및 그 밖의 치료
4. 예방 · 재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법 · 절차 · 범위 · 상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

요양급여라 함은 가입자 및 피부양자에게 질병 · 부상이 발생하거나, 가입자 및 피부양자가 출산을 하게 된 경우에 요양기관이 실시하는 진찰 · 검사, 약제 · 치료재료의 지급, 처치 · 수술 등을 말한다.

요양급여의 범위와 관련하여, 요양급여대상 및 비급여대상의 개념에 대한 정의 규정이 2016년 2월 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에서 「국민건강보험법」으로 상향 규정되었다.

행위 · 치료재료의 경우에는 「국민건강보험법」 제41조제4항에 따른 비급여대상을 제외한 일체의 것을 요양급여대상으로 하며(네거티브 방식), 약제의 경우 「국민건강보험법」 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 결정되어 고시된 것에 한하여 요양급여대상으로 하고 있다(포지티브 방식).

한편, 비급여대상은 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등을 의미하며, 그 기준과 구체적인 내용에 대하여는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 별표 2에서 규정하고 있다.

7 요양급여대상 여부의 결정

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

① 제42조에 따른 요양기관, 치료재료의 제조업자 · 수입업자 등 보건복지부령으로 정하는 자는 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정되지 아니한 제41조제1항제1호 · 제3호 · 제4호의 요양급여에 관한 행위 및 제41조제1항제2호의 치료재료(이하 "행위 · 치료재료'라 한다)에 대하여 요양급여대상 여부의 결정을 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.

② 「약사법」에 따른 약제의 제조업자 · 수입업자 등 보건복지부령으로 정하는 자는 요양급여대상에 포함되지 아니한 제41조제1항제2호의 약제(이하 이 조에서 "약제"라 한다)에 대하여 보건복지부장관에게 요양급여대상 여부의 결정을 신청할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 신청을 받은 보건복지부장관은 정당한 사유가 없으면 보건복지부령으로 정하는 기간 이내에 요양급여대상 또는 비급여대상의 여부를 결정하여 신청인에게 통보하여야 한다.

④ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따른 신청이 없는 경우에도 환자의 진료상 반드시 필요하다고 보건복지부령으로 정하는 경우에는 직권으로 행위 · 치료재료 및 약제의 요양급여대상의 여부를 결정할 수 있다.

⑤ 제1항 및 제2항에 따른 요양급여대상 여부의 결정 신청의 시기, 절차, 방법 및 업무의 위탁 등에 필요한 사항과 제3항과 제4항에 따른 요양급여대상 여부의 결정 절차 및 방법 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

의학기술과 관련 산업의 지속 발달에 따라 새로운 의료기술 및 약제, 치료재료 등이 개발되고 있다. 이와 관련하여 요양기관이나 치료재료의 제조업자 · 수입업자가 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정되지 아니한 진찰 · 검사, 처치 · 수술 및 그 밖의 치료, 예방 · 재활 등의 요양급여를 실시하거나 새로운 치료재료를 사용하기 위해서는 이에 대한 요양급여대상 여부의 결정을 장관에게 신청하여야 한다. 「약사법」에 따른 약제의 제조업자 · 수입업자의 경우에도 새로 개발된 약제에 대한 요양급여대상 여부의 결정을 장관에게 신청할 수 있다.

한편, 장관은 요양급여대상 여부에 대한 결정 신청이 없더라도 대체가능한 진료 · 치료방법이 없거나 환자의 진료 · 치료를 위하여 긴급한 도입이 필요한 경우에는 직권으로 행위 · 치료재료 및 약제의 요양급여대상 여부를 결정할 수 있다.

8 선별급여

제41조의4(선별급여) ① 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 가입자와 피부양자의 건강회복에 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우에는 예비적인 요양급여인 선별급여로 지정하여 실시할 수 있다.
② 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 절차와 방법에 따라 제1항에 따른 선별급여(이하 "선별급여"라 한다)에 대하여 주기적으로 요양급여의 적합성을 평가하여 요양급여 여부를 다시 결정하고, 제41조제3항에 따른 요양급여의 기준을 조정하여야 한다.

제42조의2(요양기관의 선별급여 실시에 대한 관리) ① 제42조제1항에도 불구하고, 선별급여 중 자료의 축적 또는 의료 이용의 관리가 필요한 경우에는 보건복지부장관이 해당 선별급여의 실시 조건을 사전에 정하여 이를 충족하는 요양기관만이 해당 선별급여를 실시할 수 있다.
② 제1항에 따라 선별급여를 실시하는 요양기관은 제41조의4제2항에 따른 해당 선별급여의 평가를 위하여 필요한 자료를 제출하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 요양기관이 제1항에 따른 선별급여의 실시 조건을 충족하지 못하거나 제2항에 따른 자료를 제출하지 아니할 경우에는 해당 선별급여의 실시를 제한할 수 있다.
④ 제1항에 따른 선별급여의 실시 조건, 제2항에 따른 자료의 제출, 제3항에 따른 선별급여의 실시 제한 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

선별급여라 함은 행위·치료재료·약제의 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 가입자와 피부양자의 건강회복에 잠재적 이득이 있거나, 이에 준하는 경우로서 요양급여에 대한 사회적 요구, 국민건강증진의 강화를 위하여 보건복지부장관이 인정하는 경우 예비적인 요양급여로 지정한 것을 말한다.

보건복지부장관은 선별급여를 지정한 경우, 선별급여를 실시한 날부터 5년마다 치료효과, 비용효과, 다른 요양급여와의 대체가능성, 국민건강에 대한 잠재적 이득 등 선별급여의 적합성 평가를 실시하여 요양급여여부를 다시 결정하고, 요양급여의 기준을 조정하여야 한다.

「국민건강보험법」 제42조제1항에도 불구하고, 선별급여 중 자료의 축적이나, 의료 이용의 관리가 필요한 경우에는 보건복지부장관이 해당 선별급여의 실시 조건을 사전에 정하여 이를 충족하는 요양기관만이 해당 선별급여(이하 '조건부 선별급여'라 함)를 실시할 수 있는데 이를 조건부 선별급여라 한다.

조건부 선별급여 실시조건에는 진료과목의 범위 및 종류, 의료인의 정원 및 자격, 의료시설 및 의료장비, 환자의 요건 및 기준, 선별급여의 실시에 따른 요양기관의 준수 등에 관한 사항이 포함되어 있다.

조건부 선별급여를 실시하게 된 요양기관은 해당 선별급여 적합성 평가를 실시하기 위해 선별

급여의 실시 현황, 해당 선별급여와 대체가능한 요양급여로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여의 실시 현황, 선별급여의 실시에 따른 요양급여비용의 청구자료 등 필요한 자료를 보건복지부장관이 정하는 기준 및 절차에 따라 연 1회 이상 제출해야 한다. 만일, 요양기관이 조건을 충족하지 못하거나 적합성 평가를 위한 자료를 제출하지 아니한 경우 보건복지부장관은 일정한 기간을 정하여 그 시정을 명할 수 있다. 요양기관이 시정명령을 이행하지 아니하는 경우에는 위반행위의 내용 · 성격 · 결과 또는 환자의 보호 등에 관한 사항을 종합적으로 고려하여 3개월의 범위에서 해당 요양기관의 조건부 선별급여의 실시를 제한할 수 있다.

9 요양기관

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소 · 보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설 · 장비 · 인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

⑤ 제1항 · 제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제43조(요양기관 현황에 대한 신고)

① 요양기관은 제47조에 따라 요양급여비용을 최초로 청구하는 때에 요양기관의 시설 · 장비 및 인력 등에 대한 현황을 제62조에 따른 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)에 신고하여야 한다.

② 요양기관은 제1항에 따라 신고한 내용(제45조에 따른 요양급여비용의 증감에 관련된 사항만 해당한다)이 변경된 경우에는 그 변경된 날부터 15일 이내에 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 심사평가원에 신고하여야 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 신고의 범위, 대상, 방법 및 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

요양기관이란 건강보험 가입자 또는 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 요양급여를 실시하는 곳을 말한다. 요양급여는 국민건강증진의무를 지고 있는 국가가 직접 실시하여야 할 것이나 현실적으로 국가가 전 국민에 대한 요양급여를 불편 또는 차질 없이 제공할 수 있을 정도의 요양기관을 소유하고 관리하는 것이 민간의료가 대부분인 우리나라에서는 불가능하다.

따라서, 가입자 또는 피부양자의 건강증진에 필요한 요양급여를 제공할 수 있을 정도의 요양기관 확보가 「국민건강보험법」의 목적을 달성하는 데 필수적이라 할 것인 바, 현행 「국민건강보험법」은 법 시행령 제18조에 규정된 예외를 제외하고는 모든 의료기관, 약국, 보건소 등을 '요양기관'으로 간주하여 요양기관이 요양급여를 행하도록 하고 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못하도록 규정하고 있다.

또한 의료자원 관리의 효율성을 확보하고 요양급여비용 누수를 방지하기 위하여 요양급여비용을 최초로 청구하는 때에는 요양기관으로 하여금 그 시설 · 장비 · 인력 현황을 신고할 의무를 부과하고(신고한 내용이 변경된 경우에는 변경신고 의무), 미신고 또는 거짓신고 시 과태료(100만 원 이하)를 부과할 수 있도록 규정하고 있다.

10 비용의 부담

제44조(비용의 일부부담) ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 "본인일부부담금"이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.
② 제1항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 "본인부담상한액"이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다.
③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.
④ 제2항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

가. 본인일부부담제의 도입취지

본인일부부담제는 요양급여비용의 일부를 요양급여를 받은 자가 부담하게 함으로써 급여비용 전액을 비용지급 주체인 공단이 부담할 경우 초래될 수 있는 보험재정 부담을 줄이고, 불필요한 남 · 수진(의료쇼핑 등)을 억제함으로써 보험재정 악화를 방지하기 위하여 도입되었다.

병약한 가입자 또는 피부양자에 대한 반복된 보험급여로 보험재정이 압박을 받을 경우, 보험료

일괄 인상을 통해 보험재정의 집단적 수지균형을 유지하고자 한다면 고소득의 건강한 가입자가 손해를 보게 되는 불공평한 결과를 초래하여 건강보험 가입자 간 공동체의식이 저하될 수 있을 것이다.

이에 가입자 별로 본인이 받은 급여의 액수, 횟수 등에 따라 보험료를 지불하도록 함으로써 소득수준에 따라 보험료를 부담하는 방식으로 인하여 초래된 불평등을 사후에 어느 정도 보완하고자 하는 것이다.

그러나 본인일부부담제가 남·수진 및 보험재정 악화 방지, 사회보험의 공동체 의식 유지 등을 위하여 필요하다고 할지라도, 그 부담이 과도할 경우 건강보험에 대한 신뢰를 약화시키고 건강보험의 본래 취지인 경제적 취약계층에 대한 사회적 보호가 곤란해질 수 있다. 따라서 적정 본인부담 수준을 정하기는 대단히 어려운 문제이나 보험재정의 압박 정도, 가입자의 수진경향 등 주어진 구체적 여건을 종합적으로 고려하여 본인부담 수준을 합리적으로 결정하여야 한다.

나. 본인일부부담제의 내용

요양급여비용 중 본인이 부담할 비용은 「국민건강보험법 시행령」 제19조 및 별표2 규정에 의하여 입원 또는 외래별, 요양기관 종별·소재지별, 의약분업예외환자 여부 등에 따라 산정한 비율로 한다. 별표2는 장관이 정하여 고시하는 질병군과 요양 병원 환자에 대한 비용, 본인부담 면제대상 및 본인일부부담금 산정특례 대상을 규정하고 있다.

본인일부부담금 면제대상은 자연분만에 대한 요양급여와 「모자보건법」 제2조 제4호에 따른 신생아 및 장관이 정하는 기준에 해당하는 영유아에 대한 입원진료로서 장관이 정하는 요양급여를 받은 경우 등을 말하며, 이 경우에도 입원기간 중 식대의 100분의 50에 해당하는 금액은 면제하지 아니한다.

본인일부부담금 산정특례란 건강보험 보장성 강화를 위하여 「국민건강보험법 시행령」 별표2. 제1호의 가목(입원진료의 경우)·나목(외래진료 및 고가특수의료 장비를 이용한 경우) 및 다목(약국 또는 한국희귀의약품센터의 경우)과 제2호(질병군 진료의 경우)의 규정에도 불구하고, 장관이 특별히 정한 경우 본인일부부담률을 달리하여 산정할 수 있는 대상을 말한다. 장관은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」고시를 통하여 산정특례 대상 및 본인일부부담률을 정하고 있다.

한편, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제4항에서는 이른바 '본인부담상한제'를 규정하여 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 같은 법 시행령 별표3에서 정한 금액을 넘는 경우 그 초과금액을 공단이 부담하도록 하고 있다. 이는 만성·중증질환자의 고액 진료비 부담을 덜어줌으로써 건강보험의 보장성을 강화하기 위한 것이다.

11 요양급여비용

제45조(요양급여비용의 산정 등)

① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.

② 제1항에 따라 계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 사이에 체결된 것으로 본다.

③ 제1항에 따른 계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 심의위원회의 의결을 거쳐 요양급여비용을 정한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항에 따라 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.

가. 요양급여비용의 개념

요양급여비용은 요양기관이 건강보험의 가입자 또는 피부양자에게 제공한 의료 서비스에 대한 대가로 지불되는 비용으로, 이는 「국민건강보험법」 제41조제1항에 따라 질병, 부상, 출산 등에 대하여 실시한 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 및 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호 및 이송에 대한 비용을 말한다.

이와 관련하여, 요양급여비용과 보험급여비용의 개념을 혼동하는 경우가 있는데, 보험급여비용은 「국민건강보험법」 제41조제1항의 요양급여와 제49조의 요양비, 제50조의 부가급여(임신·출산 진료비, 장제비, 상병수당 등), 제51조의 「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률」 제3조제2호에 따른 보조기기, 제52조의 건강검진에 소요된 비용 등을 총칭하는 개념이다.

나. 요양급여비용의 산정

1) 계약제 도입 취지

「국민건강보험법」 제45조제1항에서는 요양급여비용은 공단 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정하도록 하고 있다.

국민건강보험법상 요양급여비용 계약제를 도입한 것은 요양급여비용을 의약계 요구대로 반영하여 가입자·정부·사용자의 부담을 가중시키겠다는 측면보다는 요양급여비용의 지급·수령 주체가 상호 의견을 개진하고 서로의 입장을 이해하여 요양급여비용을 결정하고, 계약절차를 공개하고 투명하게 함으로써 체결된 계약내용에 대한 요양기관의 수용성을 높이겠다는 의지로 볼 수 있다.

2) 계약제의 성격

「국민건강보험법」은 "공공복리의 원칙"이 널리 적용되는 사회법의 영역이므로, 국민건강보험법상 요양급여비용 계약제는 민법상 '사적 자치의 원칙'이 널리 적용되는 사법상 계약과는 달리 국민건강보험법상 건강보험제도의 구조와 지배 하에서 운영되어야 할 것이다.

「국민건강보험법」에서는 계약의 근거가 되는 요양급여내용을 보건복지부령으로 정하고, 계약 체결 시 이를 장관이 고시하도록 하며, 계약의 내용 등은 대통령령으로 정하도록 하고 있다.

가입자 · 공단 · 요양기관 및 심사평가원은 고시된 계약내역을 준수하여야 하며, 계약내용을 위반하더라도 계약이 해제 · 해지되는 것은 아니다.

공단이 계약을 위반하여 비용을 지급하는 경우에는 요양기관이 이의신청 · 심판청구 등 행정쟁송절차를 거쳐 권리구제를 받을 수 있고, 요양기관이 계약을 위반하여 비용을 산정하여 청구하는 경우에는 심사평가원이 심사 · 평가를 통하여 조정하거나 장관의 보고와 검사권한을 통하여 업무정지 또는 과징금처분을 하도록 규정하는 등 요양급여비용을 공단의 이사장과 의약계 대표자간에 정하는 것 이외에 계약의 효과 또한 모두 법으로 규정하고 있다.

이와 같이 「국민건강보험법」이 국민의 건강과 사회보장 증진을 통하여 「헌법」이 보장하는 '인간다운 생활을 할 권리'의 실현에 목적을 두는 사회법이라는 점, 그에 따라 계약의 법적효과가 계약당사자 이외의 국민에게 미치며, 그러한 효과를 법으로 정하고 있는 점 등을 고려할 때, 국민건강보험법상 계약은 당사자가 자유롭게 계약의 내용 · 방법 · 효과를 정하는 사적자치의 원리가 제한되는 공법상 계약으로서의 성격을 갖는다.

3) 계약의 내용(「국민건강보험법」 제45조)

요양급여비용 계약의 내용은 요양급여의 각 항목에 대한 상대가치점수의 점수 당 단가를 정하는 것으로 한다.

이 경우, 상대가치점수는 요양급여에 소요되는 시간 · 노력 등 업무량, 인력 · 시설 · 장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도 및 요양급여에 따른 사회적 편익 등을 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 간의 상대적 점수로 나타낸 것으로 하며, 보건복지부장관의 심의위원회의 심의 · 의결을 거쳐 보건복지부령에 정하는 바에 따라 고시한다.

공단 이사장이 계약을 체결할 때에는 「국민건강보험법」 제33조의 규정에 의한 재정운영위원회의 심의 · 의결을 거쳐야 하며, 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 계약이 체결되지 아니한 경우에는 보건복지부장관이 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 심의위원회의 의결을 거쳐 요양급여비용을 정하되, 이 경우 장관이 정한 요양급여비용은 공단 이사장과 의약계 대표 간 계약으로 정한 것으로 본다.

4) 독립적 검토절차

「대한민국과 미합중국 간의 자유무역협정」 합의사항에 따라 치료재료·약제의 요양급여대상 여부 및 상한금액에 관한 전문평가위원회, 약제급여평가위원회 및 약제급여조정위원회의 평가결과와 상세한 평가근거를 해당 치료재료·약제의 제조업자, 수입업자 등에게 통보하도록 하고, 통보받은 자가 평가결과에 이견이 있으면 보건복지부, 공단 및 심사평가원으로부터 독립적인 검토절차를 거쳐 재평가를 받을 수 있도록 하고 있다. 아울러 치료재료·약제의 요양급여대상 여부 및 상한금액 결정과정의 투명성과 객관성을 높이기 위하여 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 상세한 평가근거의 통보, 독립적 검토를 거친 재평가의 신청, 독립적 검토 절차, 독립적 검토의 수행 등을 규정하고 있다.

12 요양급여비용의 청구·심사 및 지급

제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등)

① 요양기관은 공단에 요양급여비용의 지급을 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 요양급여비용에 대한 심사청구는 공단에 대한 요양급여비용의 청구로 본다.

② 제1항에 따라 요양급여비용을 청구하려는 요양기관은 심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 심사평가원은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 공단과 요양기관에 알려야 한다.

③ 제2항에 따라 심사 내용을 통보받은 공단은 지체 없이 그 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급한다. 이 경우 이미 낸 본인일부부담금이 제2항에 따라 통보된 금액보다 더 많으면 요양기관에 지급할 금액에서 더 많이 낸 금액을 공제하여 해당 가입자에게 지급하여야 한다.

가. 요양급여비용 심사와 지급의 분리

구 「의료보험법」은 요양급여비용의 지급주체인 의료보험조합에 요양급여비용에 대한 심사권한을 부여하였으며, 의료보험조합은 보험자단체인 의료보험연합회에 요양급여비용에 대한 심사권한을 위탁 및 요양급여비용 심사를 수행하게 하였는바, 당시 요양기관은 심사결과의 공정성과 객관성에 대한 문제를 끊임없이 제기하였다.

이에, 「국민건강보험법」에서는 요양급여비용의 심사주체와 지급주체를 분리하여 심사권한은 심사평가원에, 지급권한은 공단에 각각 부여함으로써 심사권한을 심사평가원의 고유권한으로 인정하고, 심사평가원의 심사처분에 이의가 있는 공단·요양기관 기타의 자는 심사평가원에 이의신청하게 함으로써 심사의 '독립 처분성'을 인정하고 있다.

특히, 비용지급주체인 공단은 심사평가원의 심사처분에 불복하는 경우 이의신청 등 법령에 근거한 절차에 의하지 아니하고는 임의로 심사내용을 조정하여 지급할 수 없으며, 이의신청 결과에 불복하는 경우에는 보건복지부에 설치되어 있는 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구하거나 행정소송을 제기함으로써 심사평가원의 심사결정처분에 영향을 미칠 수 있다.

나. 요양급여비용 청구 · 심사 및 지급

「국민건강보험법」에서는 요양기관이 요양급여비용에 대하여 심사평가원에 심사를 청구하고 공단에 지급을 청구하도록 하되, 심사평가원에 심사를 청구한 경우에는 공단에 지급을 청구한 것으로 인정함으로써 심사 · 지급 분리로 인한 요양기관의 불편을 방지하고 있다.

요양기관이 심사평가원에 요양급여비용의 심사를 청구한 경우 심사평가원은 그 기준 적합성 여부에 대하여 심사하고, 심사결과를 공단과 요양기관에 통보하며, 공단은 심사평가원으로부터 통보된 심사결과에 따라 지체 없이 요양급여비용을 요양기관에 지급하여야 한다.

다. 요양급여비용 심사의 기준

1) 심사의 개념

'심사'란 요양기관으로부터 청구된 요양급여비용이 실제 요양기관이 행한 사실에 근거하였는지 여부 및 국민건강보험법령이 정한 요양급여의 기준 및 요양급여비용 산정기준에 따른 적합 여부를 확인하여 요양기관에 지급할 금액을 확정하는 행위를 말한다. 심사에는 비용 산정 기준의 적성에 대한 심사뿐만 아니라 의약학적 측면에서 요양급여가 타당하게 행하여졌는지 여부에 대하여 확인하는 것까지 포함된다.

2) 심사기준

'심사기준'은 요양급여비용을 심사함에 있어 판단기준이 되는 실체적인 내용을 말한다.

「국민건강보험법 시행규칙」 제20조제1항에서는 심사평가원이 요양급여비용의 심사청구를 받으면 그 심사청구 내용이 「국민건강보험법」 제41조제3항 및 제4항에 따른 요양급여의 기준과 제45조제4항에 따라 보건복지부장관이 고시한 요양급여비용의 명세에 적합한지를 심사하도록 규정하고 있다.

장관은 「국민건강보험법」 제41조제3항의 규정에 의한 요양급여의 기준을 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(보건복지부령)으로 정하고 있으며, 같은 규칙 제5조제1항의 규정에 의하여 '요양급여의 일반원칙'을, 같은 조 제2항의 규정에 의하여 「요양급여의 적용기준 및 방법에

관한 세부사항」(보건복지부 고시)을 각각 정하고 있다.

따라서 심사기준은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 1로 정한 '요양급여의 일반원칙', 같은 규칙 제5조의 규정에 의하여 고시된 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 및 요양급여 관련 '사실관계'라 할 수 있다.

여기서, 요양급여에 따른 '사실관계'는 「국민건강보험법 시행규칙」에서 심사기준으로 명시하고 있지는 아니하나, 요양급여가 실제 행하여졌는지 그리고 청구된 내용과 동일하게 행위·약제·치료재료가 실시 또는 사용되었는지 여부에 대하여 확인하는 것은 심사의 전제가 되는 것으로 보아 이를 법령상 심사기준으로 보는 것이 타당하다.

또한, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제3항에서 암 환자 등 중증질환자에 대한 처방·투여 약제 중 장관이 정하여 고시하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 심사평가원장이 정하여 공고하도록 규정하고 있는 바, 심사평가원장이 정하여 공고한 세부사항 역시 심사기준으로 적용된다고 할 것이다.

3) 심사기간

「국민건강보험법 시행규칙」 제20조제2항에서 심사평가원장은 요양기관으로부터 요양급여비용 심사청구를 받은 날로부터 40일(정보통신망을 통하여 통보하는 경우에는 15일)이내에 심사하여 그 내용이 기재된 요양급여비용 심사결과통보서를 공단 및 요양기관에 각각 송부하도록 규정하고 있다.

여기서, 요양기관의 심사청구내역만으로는 요양급여에 따른 사실관계를 명확히 확인하기 어려워 요양기관에 보완자료 등의 제출을 요청하는 경우, 이에 소요되는 기간을 심사기간에 산입하면 적정심사가 곤란할 수 있으므로 「국민건강보험법 시행규칙」 제20조제2항 후단에서 "심사평가원의 원장이 요양급여비용에 대한 심사를 청구한 요양기관에 필요한 자료를 요청한 경우 등 특별한 사유가 있는 경우"에는 그에 걸리는 기간을 심사기간에서 제외할 수 있도록 규정하고 있다.

13 요양급여 대상 여부의 확인

제48조(요양급여 대상 여부의 확인 등)

① 가입자나 피부양자는 본인일부부담금 외에 자신이 부담한 비용이 제41조제4항에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 비용인지 여부에 대하여 심사평가원에 확인을 요청할 수 있다.

② 제1항에 따른 확인 요청을 받은 심사평가원은 그 결과를 요청한 사람에게 알려야 한다. 이 경우 확인을 요청한 비용이 요양급여 대상에 해당되는 비용으로 확인되면 그 내용을 공단 및 관련 요양기관에 알려야 한다.

③ 제2항 후단에 따라 통보받은 요양기관은 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액(이하 "과다본인부담금"이라 한다)을 지체 없이 확인을 요청한 사람에게 지급하여야 한다. 다만, 공단은 해당 요양기관이 과다본인부담금을 지급하지 아니하면 해당 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 확인을 요청한 사람에게 지급할 수 있다.

가. 배경

의학지식이 없는 일반인은 자신이 부담한 진료비가 적정하게 산정되었는지, 그 비용이 요양급여 대상에 해당하는지 아니면 비급여대상에 해당하는지 여부 등 세부내역을 알기 어렵다.

요양급여 대상 여부 확인제도가 법제화되기 전에는 환자가 심사평가원에 '민원'을 제기하여 세부내역을 확인할 수 있었으나 이에 대한 심사평가원의 확인사항은 '처분'이 아닌 단순 '사실상의 통지'에 불과하였고, 설사 부당하게 지급된 비용을 확인하더라도 환자가 이를 돌려받을 수 없어 요양기관과 환자 간 다툼이 자주 발생하였다.

이에, 제16대 국회에서는 진료를 받은 자가 자신이 부담한 비용이 적정한지 여부를 심사전문기관인 심사평가원에 확인할 수 있도록 하고, 그 확인결과에 따라 환불받을 수 있는 절차까지 입법화하였다.

이로써 진료비 확인업무는 법적 근거에 따른 심사평가원의 주요 업무로써 자리 잡았고, 진료비 적정산정여부에 대한 확인결과는 요양기관과 건강보험 가입자 및 피부양자를 구속하는 이른바 '처분성'을 갖게 되었다.

나. 내용

건강보험 가입자 또는 피부양자는 본인일부부담금(「국민건강보험법」 제44조 및 법 시행령 제19조제1항에 따라 환자가 부담하는 비용) 외에 부담한 비용이 「국민건강 보험법」 제41조제4항의 규정에 의하여 요양급여 대상에서 제외되는 것인지 여부에 대하여 심사평가원에 확인을 요청할 수 있다.

확인을 요청받은 심사평가원은 그 확인결과를 확인요청한 자에게 통보하고, 확인 요청한 비용이 요양급여 대상에 해당하는 비용으로 확인된 때에는 그 내용을 공단 및 요양기관에 통보하여야 한다.

요양기관은 과다하게 징수한 금액을 확인요청한 자에게 지급하여야 하며, 환불한 비용은 심사평가원에 심사 청구하여 공단부담금을 지급받을 수 있으나, 이 경우 요양급여비용청구권 소멸시효(3년)가 경과하지 않도록 유의하여야 한다.

만약, 요양기관이 과다본인부담금을 환불하지 아니할 경우 공단은 당해 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 그 과다본인부담금을 공제하여 이를 확인요청한 자에게 지급할 수 있다.

14 요양급여의 적정성 평가

제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등)

⑤ 공단은 심사평가원이 제63조에 따른 요양급여의 적정성을 평가하여 공단에 통보하면 그 평가 결과에 따라 요양급여비용을 가산하거나 감액 조정하여 지급한다. 이 경우 평가 결과에 따라 요양급여비용을 가산하거나 감액하여 지급하는 기준은 보건복지부령으로 정한다.

가. 도입취지

현행 행위별수가제 하에서는 실시한 행위의 각 항목에 따라 비용이 지불되기 때문에 불필요한 의료서비스가 과다 제공될 가능성이 있고, 이 경우 의료자원의 낭비 및 의료서비스를 제공받음으로써 오히려 특정 질환을 초래할 가능성이 있으며, 의료제공자에게 이익이 되지 않는 경우 의료서비스의 과소제공 가능성도 있다.

무엇보다도 의료서비스가 잘못 제공될 경우 의료사고 등이 발생하여 환자가 잘못된 의료서비스로 인해 의료안전의 위협을 받을 가능성이 있으며, 같은 수가를 받는 의료서비스라 하더라도 의료기관이나 시술자에 따라 질적 수준에 차이가 발생할 가능성도 있다.

이에, 「국민건강보험법」에서는 심사평가원에 요양급여비용의 심사와 더불어 의료서비스의 질적 적정성을 담보하고 환자 안전 향상을 위한 요양급여의 적정성 평가기능까지 부여함으로써 국민건강 증진이라는 「국민건강보험법」의 목적을 달성하고자 한 것이다.

나. 내용

공단은 심사평가원이 요양급여의 적정성을 평가하여 통보하는 경우 그 평가결과에 따라 요양급여

비용을 가산 또는 감액 조정하여 지급하며, 이 경우 평가결과에 따른 요양급여비용의 가감지급의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고 있다.

「국민건강보험법 시행규칙」 제18조에 따라 요양급여비용을 가산 또는 감액하여 지급하는 금액은 평가대상 요양기관의 평가연도(평가기간이 2개년 이상인 경우에는 마지막 연도를 말한다)에 대한 심사결정 공단부담금의 100분의 10의 범위에서 장관이 정하여 고시한 금액으로 하고, 같은 법 시행규칙 제29조에 따라 심사평가원이 요양급여 등의 적정성에 대한 평가를 하는 경우 의약학적 측면과 비용효과적 측면에서 요양급여가 적정하게 행하여졌는지를 평가한다.

「국민건강보험법」 제63조제2항에 따라 보건복지부장관은 「요양급여의 적정성평가 및 요양급여비용의 가감지급 기준」을 마련하여 고시하고 있다.

15 건강보험심사평가원

제62조(설립)
요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위하여 건강보험심사평가원을 설립한다.

가. 설립배경

1977년 우리나라에 의료보험이 도입된 이래 의료서비스 공급자와 보험자, 그리고 정부와 국민간의 여러 해묵은 갈등거리 중의 하나는 보험자가 의료서비스 공급자에게 지급하는 진료비를 어떻게 공정하며 효율적으로 심사할 것인가의 문제였다.

과거 20여 년간 이러한 문제점을 해결하기 위해 여러 가지 방안이 제시되고 논의되었으나, 진료비의 조정과 관련하여 의료공급자와 보험자간 이해가 상충되고, 의료서비스에 대한 가격의 적정성 여부도 상당한 논란의 소지가 있었기에 이해당사자 모두가 만족할 수 있는 방안을 수립하는 것이 쉽지 않았다.

이에, 1998년 각계 대표와 관련전문가로 구성된 의료보험통합추진기획단에서는 진료비 심사기능과 조직을 어떠한 형태로 설정할 것인가에 대한 논쟁 결과 보험자와 의료공급자간 균형적 역학관계의 형성을 통한 견제와 균형을 위하여 심사기능은 중립적인 기관의 기능으로 독립시키는 것으로 결론을 내렸고, 이러한 내용이 「국민건강보험법」으로 법제화되어 2000년 7월 1일부터 독립된 전문심사기구인 심사평가원이 출범하게 되었다.

특히, 「국민건강보험법」에서는 심사평가원에 진료비 심사기능과 더불어 의료서비스의 적정성에

대하여 포괄적으로 평가하도록 새로운 기능을 부여함으로써 국민건강증진이라는 「국민건강보험법」의 입법목적을 제도적으로 실현하고자 하였다.

나. 업무

제63조(업무 등)
① 심사평가원은 다음 각 호의 업무를 관장한다.
1. 요양급여비용의 심사
2. 요양급여의 적정성 평가
3. 심사기준 및 평가기준의 개발
4. 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력
5. 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
6. 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
7. 그 밖에 보험급여 비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령으로 정하는 업무

심사평가원은 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위하여 설립되었고, 심사와 평가, 그리고 그에 관한 업무는 심사평가원의 고유 업무이다. 그러나 심사평가원의 업무 범위가 건강보험 영역 내로만 한정되는 것은 아니다. 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무를 수행함은 물론이고, 그 밖에 다른 개별 법령에 근거하여 위임·위탁받은 업무 또한 전문적으로 수행할 수 있다.

「국민건강보험법 시행령」 제28조제1항에서는 ① 요양급여비용의 심사청구와 관련된 소프트웨어의 개발·공급·검사 등 전산 관리 ② 보건복지부령으로 정하는 기관에서 받은 요양비에 대한 심사 ③ 요양급여의 적정성 평가 결과의 공개 ④ 환자 분류체계의 개발·관리 ⑤ 교육·홍보를 심사평가원의 업무로 명시하고 있다.

다. 민감정보 및 고유식별정보의 처리

심사평가원은 업무를 수행하는 과정에서 불가피하게 개인정보를 처리하게 되는데, 특히 민감정보 또는 고유식별정보에 해당하는 개인정보를 처리하여야 하는 경우가 있다. 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 민감정보 또는 같은 법 제24조에 따른 고유식별정보는 정보주체의 동의를 얻거나 법령에서 처리를 요구·허용하는 경우에 한하여 처리가 가능하다.

「국민건강보험법 시행령」 제81조제2항에 따르면 심사평가원은 ① 요양기관의 시설·장비 및 인력 등의 현황신고 ② 요양급여 대상 여부 확인 ③ 「국민건강보험법」 제63조제1항에 따른 업무 ④ 이의신청 및 행정소송 ⑤ 「국민건강보험법」 제96조에 따른 자료 제공 요청에 관한 사무를

수행하기 위하여 불가피한 경우 민감정보인 건강에 관한 정보, 주민등록번호 등 고유식별정보를 처리할 수 있다.

16 진료심사평가위원회

제66조(진료심사평가위원회)

① 심사평가원의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 심사평가원에 진료심사평가위원회(이하 "심사위원회"라 한다)를 둔다.

② 심사위원회는 위원장을 포함하여 90명 이내의 상근 심사위원과 1천명 이내의 비상근 심사위원으로 구성하며, 진료과목별 분과위원회를 둘 수 있다.

가. 설치 취지

요양기관은 법령이 정하는 요양급여기준과 법령의 위임에 따른 보건복지부 고시 등 인정기준에 따라 진료를 하고 그에 따른 비용을 청구하고 있다. 그러나 의약계를 중심으로 장관이 정한 요양급여의 기준이 현재 발전하고 있는 의료현실을 반영하지 못하고 있다는 불만이 제기되고 있으며, 이는 결과적으로 심사평가원의 심사 결과에 대한 수용성 저하를 초래하게 되었다. 또한, 비약적인 의약기술의 발달에 따라 심사 담당직원의 심사만으로는 의료의 적정여부를 판단하기 곤란한 사례가 발생하고 있어 「국민건강보험법」에 의약분야 전문가로 구성되는 진료심사평가위원회를 설치·운영할 수 있는 근거를 마련하게 되었다.

나. 내용

진료심사평가위원회는 위원장을 포함한 90명 이내의 상근심사위원(주간 근무일수 중 전체 또는 일부를 심사평가원에 근무하는 위원)과 1천 명 이내의 비상근심사위원(요양기관에 근무하되 필요시 비정기적으로 심사평가원 심사에 참여하는 위원)으로 구성하며 진료과목별로 분과위원회를 둘 수 있다.

진료심사평가위원회는 1,090명 이내의 위원으로 구성된 방대한 규모로 인하여 운영에 물리적 한계가 존재하는바, 심사평가원 「정관」에서는 심사업무를 담당하는 심사위원회와 평가업무를 담당하는 평가위원회 및 각 진료과목별 분과위원회, 조정위원회 등으로 세분화하여 운영할 수 있도록 정하고 있다.

진료심사평가위원회의 상근심사위원은 의약학적 전문가 소견이 필요한 사안에 대한 심사, 위원회의

합의를 요하는 사안에 대한 심의·의결 및 사례별 심사지침 제정 등의 업무를 수행하며, 비상근 심사위원은 요양기관에 근무하면서 심사평가원에 내방하여 전문지식을 요하는 사안에 대한 심사업무를 수행하고 있다.

17 이의신청 및 심판청구

제87조(이의신청)

① 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료등, 보험급여, 보험급여 비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자는 공단에 이의신청을 할 수 있다.

② 요양급여비용 및 요양급여의 적정성 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관 또는 그 밖의 자는 심사평가원에 이의신청을 할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 이의신청(이하 "이의신청"이라 한다)은 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서(전자문서를 포함한다)로 하여야 하며 처분이 있은 날부터 180일을 지나면 제기하지 못한다. 다만, 정당한 사유로 그 기간에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 경우에는 그러하지 아니하다.

④ 제3항 본문에도 불구하고 요양기관이 제48조에 따른 심사평가원의 확인에 대하여 이의신청을 하려면 같은 조 제2항에 따라 통보받은 날부터 30일 이내에 하여야 한다.

제88조(심판청구)

① 이의신청에 대한 결정에 불복하는 자는 제89조에 따른 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구를 할 수 있다. 이 경우 심판청구의 제기기간 및 제기방법에 관하여는 제87조제3항을 준용한다.

② 제1항에 따라 심판청구를 하려는 자는 대통령령으로 정하는 심판청구서를 제87조제1항 또는 제2항에 따른 처분을 한 공단 또는 심사평가원에 제출하거나 제89조에 따른 건강보험분쟁조정위원회에 제출하여야 한다.

가. 이의신청

1) 개념 및 성격

이의신청이란 심사평가원 및 공단의 위법 부당한 처분 등으로 인하여 권리나 이익을 침해당한 가입자, 요양기관 등의 청구에 의하여 심사평가원 및 공단이 자신의 처분에 대하여 재심사하는 절차를 말하며, 이는 처분청에 재고를 요구하는 것이므로 이의신청에 대한 결정은 재처분의 성격을 띤다.

이의신청의 행정심판적인 성격에도 불구하고 이를 처분청의 상급관청인 '재결청'이 아닌 '처분청'에 제기하도록 규정하고 있는 점, 행정심판법상 행정심판을 제기할 수 없는 특별행정심판 절차로 볼 수 있는 '심판청구'가 별도로 마련되어 있는 점 등을 고려할 때, 사실상 이의신청은 행정심판법상 특별행정심판 절차라기보다 처분청에 대한 재심사청구제도로 이해하여야 할 것이다.

2) 내용

건강보험 가입자 및 피부양자의 자격·보험료 등에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자는 공단에, 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 적정성 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 자는 심사평가원에 이의신청을 할 수 있다.

이의신청은 공단 또는 심사평가원의 처분에 이의가 있는 자가 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 각 처분청에 문서(전자문서 포함)로 제기하여야 하며, 처분이 있은 날부터 180일을 경과하면 이를 제기하지 못한다. 이 경우 문서(전자문서)로 하여야 한다는 것은 「국민건강보험법 시행규칙」별지서식으로 정하고 있는 이의신청서에 사유를 기재하여 서면 및 전자문서로 제출하는 것을 의미한다.

여기서, '처분이 있음을 안 날'이란 통지, 공고 기타의 방법에 의하여 당해 처분이 있었다는 사실을 현실적으로 안 날을 의미하며, 추상적으로 알 수 있었던 날을 의미하는 것은 아니다. 당해 처분의 구체적 내용이나 위법 여부까지 알 필요는 없고 어떠한 종류의 처분이 있었다는 사실만 알면 족하다고 할 것이나 상대방이 '현실적'으로 처분 등이 있음을 알아야 한다. 다만, 판례는 처분을 기재한 서류가 당사자의 주소에 송달되는 등으로 사회통념상 처분이 있음을 당사자가 알 수 있는 상태에 놓인 때에는 반증이 없는 한 그 처분이 있음을 알았다고 추정하고 있다.

한편, '처분이 있은 날'이란 처분이 외부에 표시되고 효력이 발생한 날을 의미하는 것으로, 처분은 상대방에게 도달하면 그 효력이 발생하므로 도달하였다는 사실만으로 충분하며, 상대방이 처분의 존재를 알았는지 여부는 고려하지 아니한다.

'도달'이란 상대방이 현실적으로 그 내용을 인식할 필요는 없고, '상대방이 알 수 있는 상태 또는 인지할 수 있는 상태'에 놓임으로써 충분한 것이어서, 처분문서가 본인에게 전달되지 아니하더라도 상대방이 관리하는 우편함에 투입되거나, 동거의 친족·가족·고용원 등에게 전달되어 본인의 세력 범위 또는 생활지배권 범위 안에 들어간 경우 도달한 것으로 보는 것이 판례의 입장이다.

따라서 처분통지를 한 때에는 통지서가 상대방에게 도달한 날이 처분이 있은 날이 됨과 동시에 처분이 있음을 안 날이 되므로, '처분이 있은 날'과 '처분이 있음을 안 날'은 특별한 경우가 아니면 일반적으로 같은 날로 이해하면 된다.

3) 정당한 사유에 의한 이의신청기간 도과

「국민건강보험법」 제87조제3항 단서규정은 '정당한 사유'에 의하여 처분이 있음을 안 날부터 90일 내에, 처분이 있은 날부터 180일 이내에 이의신청할 수 없었음을 소명한 때에는 동 기간이 경과한 경우에도 이의신청할 수 있는 것으로 규정하고 있다.

여기서, '정당한 사유'란 천재지변·전쟁·사변 그 밖의 불가항력적인 사유 보다 다소 넓게

해석할 수 있을 것이나, 처분 상대방의 개인적인 사정 즉, 처분이 있는 사실을 몰랐다거나 장기간 여행 중이었다는 등의 사유는 여기서 말하는 정당한 사유로 볼 수 없을 것이다.

4) 요양급여의 대상 여부의 확인 등에 대한 이의신청

「국민건강보험법」 제48조에서는 가입자 또는 피부양자는 본인일부부담금 외에 자신이 부담한 비용이 제41조제4항의 규정에 의하여 요양급여 대상에서 제외되는 것인지에 대하여 심사평가원에 확인을 요청할 수 있다고 규정하고 있다.

이 경우, 심사평가원의 확인에 대한 요양기관의 이의신청은 제87조제3항 본문에도 불구하고 제48조제2항에 따라 통보받은 날부터 30일 이내에 하여야 한다.

이는 민원성 업무인 요양급여의 대상 여부 확인과 관련하여 권리관계를 조속히 확정함으로써 국민의 권익향상을 도모하기 위한 것으로 이해하여야 할 것이다.

나. 심판청구

1) 개념 및 성격

심판청구란 심사평가원 또는 공단의 이의신청에 대한 결정에 불복하는 자가 보건복지부에 설치된 건강보험분쟁조정위원회에 그 재결을 요청하는 것을 말한다.

「행정심판법」 제3조에 따르면 “행정청의 처분 또는 부작위에 대하여는 다른 법률에서 특별한 규정이 있는 경우 외에는 이 법에 따라 행정심판을 청구할 수 있다”고 규정하고 있어, 행정심판위원회에서는 다른 법률에 불복절차가 마련되어 있음에도 행정심판법상 행정심판을 제기한 경우에는 본안에 대한 심리에 들어가지 않고 각하재결을(행정심판제기요건에 부합하지 아니하여 본안의 옳고 그름에 대한 판단 자체를 하지 않음) 하게 된다.

여기서 「국민건강보험법」 제88조의 심판청구를 「행정심판법」 제3조 규정에 의한 특별행정심판으로 볼 수 있는지 여부에 대한 견해가 다를 수 있는 바, 심판청구는 처분청의 상급기관인 보건복지부에 설치된 건강보험분쟁조정위원회에 제기하도록 하고, 동 위원회를 구성하는 위원 등을 고려할 때 그 결정의 객관성 · 공정성을 확보할 수 있다는 점에서 이를 행정심판법상 행정심판 절차를 대체하는 특별행정심판 절차로 보는 데 무리가 없을 것이다.

따라서 「국민건강보험법」 제88조의 규정에 의한 심판청구를 제기하여 결정된 사안에 대하여 또다시 행정심판법상 행정심판을 제기할 경우 행정심판위원회는 본안에 대한 심리 없이 이를 각하할 것이다.

2) 내용

심판청구를 하려는 자는 이의신청에 대한 결정처분이 있음을 안 날부터 90일 이내, 처분이 있은 날부터 180일 이내에 그 처분을 한 공단·심사평가원 또는 보건복지부에 설치된 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구 취지 및 이유 등을 기재한 청구서를 제출하여야 한다. 이 경우 청구기간 계산 등과 관련한 세부사항은 위 이의신청에서 기술한 사항을 준용하여 처리한다.

건강보험분쟁조정위원회에만 심판청구서를 제출하게 했던 종전의 규정과는 달리 요양기관 등의 권리 구제 강화를 위하여 심판청구서의 제출기관을 원처분기관과 분쟁조정위원회 중 선택할 수 있도록 한 것이다.

18 행정소송

제90조(행정소송)
공단 또는 심사평가원의 처분에 이의가 있는 자와 제87조에 따른 이의신청 또는 제88조에 따른 심판청구에 대한 결정에 불복하는 자는 「행정소송법」에서 정하는 바에 따라 행정소송을 제기할 수 있다.

구 「의료보험법」에서 심판청구 등은 행정소송 전에 당연히 거쳐야 할 전심(前審)절차였으나, 1997년 7월 1일 이후 시행된 법률에서는 공단 또는 심사 평가원의 처분에 이의가 있는 자와 이의신청 또는 심판청구에 대한 결정에 불복이 있는 자는 행정소송을 제기할 수 있도록 규정하고 있다.

따라서 공단 또는 심사평가원의 처분에 이의가 있는 자는 이의신청 또는 심판청구를 거치지 않고도 바로 행정소송을 제기할 수 있게 되었으며, 이는 보다 신속히 사법적 판단을 받아볼 수 있도록 함으로써 요양기관 등의 권리구제를 한층 강화한 것이라고 할 수 있다.

한편, 「행정소송법」 제20조의 규정에 의하여 행정소송은 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에, 처분이 있은 날부터 1년 이내에 제기하여야 하며, 이의신청이나 심판청구를 거치는 경우에는 결정서를 송달받은 날부터 각각 90일 이내에 제기하여야 한다.

19 소멸시효

제91조(시효)
① 다음 각 호의 권리는 3년 동안 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다.
1. 보험료 · 연체금 및 가산금을 징수할 권리
2. 보험료 · 연체금 및 가산금으로 과오납부한 금액을 환급받을 권리
3. 보험급여를 받을 권리
4. 보험급여 비용을 받을 권리
5. 제47조제3항 후단에 따라 과다납부된 본인일부부담금을 돌려받을 권리
6. 제61조에 따른 근로복지공단의 권리

가. 의의

소멸시효란 권리의 불행사 상태가 일정기간 계속되는 경우에 당해 권리의 소멸을 인정하는 제도로서 이는 법적 안정성 확보 및 법률관계의 조속한 확정의 필요성에 그 취지가 있다.

민법상 채권은 일반적으로 10년간 행사하지 아니하면 소멸하나, 「국민건강보험법」에서는 장기간 경과 후 행정처분이 취소되거나 이미 행한 법률관계에 변동이 초래되는 경우 건강보험 관련 법률관계에 혼란이 초래될 수 있는 점을 고려하여 3년의 단기소멸시효를 규정하고 있다.

나. 내용

'보험료 · 연체금 및 가산금을 징수할 권리', '보험료 · 연체금 및 가산금으로 과오납부한 금액을 환급받을 권리', '보험급여를 받을 권리', '보험급여비용을 받을 권리', '제47조제3항의 규정에 의하여 과다납부된 본인일부부담금을 반환받을 권리' 는 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다. 다만, 제48조의 규정에 따른 '확인요청자의 과다본인부담금을 환급받을 권리'는 민법상 채권에 해당하므로 그 소멸시효는 10년이다.

시효는 일반적으로 당해 권리를 행사할 수 있는 때(기산점)부터 진행되는 바, 위 각 권리에 대한 시효 기산점은 건강보험 가입자로 된 때, 급여가 종료한 때 및 보험급여비용을 납부한 때 등으로 해석될 수 있을 것이나, 요양기관이 행사할 수 있는 요양급여비용청구권은 달리 보아야 한다.

민법상 일반진료비채권 소멸시효 기산점과 비교하여 볼 때 요양급여비용은 요양급여가 종료된 날의 다음 날부터 소멸시효가 기산된다 할 것이나, 「국민건강보험법」 제47조제7항 및 같은 법 시행규칙 제19조제3항의 규정에 의하여 제정 · 고시된 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서 · 명세서서식 및 작성요령」에서는 각각의 청구방법에 따라 요양급여비용의 청구시기를 규정하고

있기 때문에 요양급여비용청구권의 시효는 동 고시에서 정한 날부터 기산되는 것으로 해석하는 것이 타당할 것이다.

따라서 요양급여비용을 전자문서교환방식(EDI)으로 청구하는 경우의 시효는 입원진료는 퇴원일이 속한 날의 다음 주 월요일부터, 외래진료는 내원일이 속한 날의 다음 달 초일부터 기산하고, 서면 또는 전산매체로 청구하는 경우의 시효는 내원일(입원진료의 경우 퇴원일)이 속한 다음 달 초일부터 기산하는 것으로 보아야 한다. 또한, 외래진료 및 약국의 경우 요양급여비용 청구명세서를 방문일자별(약국의 경우 처방전별)로 작성할 때에는 방문일이 속한 주의 다음 주 월요일부터 청구가 가능하므로 이를 기산점으로 보아야 한다.

한편, 소멸시효는 일정한 사유가 있는 경우 그 진행이 중단되는 바, 소멸시효의 중단이란 소멸시효가 진행되는 도중에 권리의 불행사라는 소멸시효의 기초가 되는 사실을 깨뜨리는 사정이 발생한 경우에 이미 진행한 시효기간의 효력을 상실케 하는 것을 말하며, 「국민건강보험법」 제91조 제2항에서는 보험료의 고지 또는 독촉, 보험급여 또는 보험급여비용의 청구를 소멸시효 중단사유로 규정하고 있다.

소멸시효가 중단되면 그 때까지 경과한 시효기간은 이를 산입하지 아니하고 중단사유가 종료한 때부터 새로이 진행되기 때문에 요양급여비용청구권의 경우 청구한 때부터 새로이 3년으로 적용된다.

20 자료제공 요청권

제96조(자료의 제공)

② 심사평가원은 국가, 지방자치단체, 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험료율 산출 기관, 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관, 그 밖의 공공단체 등에 대하여 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위하여 주민등록 · 출입국관리 · 진료기록 · 의약품공급 등의 자료로서 대통령령으로 정하는 자료를 제공하도록 요청할 수 있다.

③ 보건복지부장관은 관계 행정기관 장에게 제41조의2에 따른 약제에 대한 요양급여비용 상한금액의 감액 및 요양급여의 적용 정지를 위하여 필요한 자료를 제공하도록 요청할 수 있다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따라 자료 제공을 요청받은 자는 성실히 이에 따라야 한다.

⑤ 공단 또는 심사평가원은 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험료율 산출 기관에 제1항 또는 제2항에 따른 자료의 제공을 요청하는 경우 자료 제공 요청 근거 및 사유, 자료 제공 대상자, 대상기간, 자료 제공 기한, 제출 자료 등이 기재된 자료제공요청서를 발송하여야 한다.

⑥ 제1항 및 제2항에 따른 국가, 지방자치단체, 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험료율 산출 기관 그 밖의 공공기관 및 공공단체가 공단 또는 심사평가원에 제공하는 자료에 대하여는 사용료와 수수료 등을 면제한다.

심사평가원은 국가, 지방자치단체, 요양기관, 보험회사 등에 대하여 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하는 데에 필요한 자료를 요청할 수 있으며, 주민등록, 출입국, 과세 관련자료 등 요청할 수 있는 자료의 범위는 「국민건강보험법 시행령」 별표4의3 제2호에 구체적으로 열거되어 있다.

다만, 자료요청의 남용을 방지하기 위하여 「국민건강보험법」 제96조제5항에서는 요양기관이나 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험료율 산출 기관 등 민간기관에 자료를 요청하는 경우 자료요청 근거 및 사유 등을 명시한 자료제공요청서를 발송하도록 규정하고 있다.

21 보고와 검사(현지조사)

제97조(보고와 검사)

① 보건복지부장관은 사용자, 직장가입자 또는 세대주에게 가입자의 이동 · 보수 · 소득이나 그 밖에 필요한 사항에 관한 보고 또는 서류 제출을 명하거나, 소속 공무원이 관계인에게 질문하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다.

② 보건복지부장관은 요양기관(제49조에 따라 요양을 실시한 기관을 포함한다)에 대하여 요양 · 약제의 지급 등 보험급여에 관한 보고 또는 서류 제출을 명하거나, 소속 공무원이 관계인에게 질문하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다.

가. 취지

「국민건강보험법」 제97조에서는 가입자가 건강보험사업 이해당사자인 사용자, 세대주, 요양기관 및 보험급여를 받은 자에게 가입자의 이동 · 보수 · 소득 등을 보고하도록 하거나 직접 검사할 수 있는 권한을 보건복지부장관에게 부여하고 있다.

현지조사권은 요양기관이 행한 요양급여 및 비용청구가 적정하게 이루어졌는지를 조사하여 그 결과에 따라 요양기관의 부당행위 등이 확인된 경우 당해 요양기관에 대한 업무정지 등 행정제재 조치를 취함으로써 요양급여질서를 확립하고 국민의 수급권을 보호하는데 그 취지가 있다.

나. 내용

장관은 사용자 또는 세대주에게 가입자의 이동 · 보수 · 소득 기타 필요한 사항에 관하여, 요양기관에 대하여는 요양 · 약제의 지급 등 보험급여에 관하여 보고 또는 서류제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계서류를 검사하는 등 현지조사를 할 수 있는

바, 현지조사권은 요양급여비용 청구의 적법여부를 확인하여 그 결과에 따라 업무정지 또는 과징금 처분 등 행정처분을 행하기 위하여 실시하는 행정조사권의 일종이다.

이는 요양기관에 대하여 우월적 · 감독적 지위에서 요양급여청구의 적법 · 타당성 여부를 판단하는 준 사법 작용이므로 국가 공권력에 의한 행정청의 지도 · 감독권 행사로 이루어지며, 그 결과에 따라 업무정지처분 등 요양기관에 대하여 상당한 불이익이 따를 수 있으므로 현지조사는 객관적이고 공정하게 이루어져야 한다.

22 업무정지 및 과징금

제98조(업무정지)

① 보건복지부장관은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 요양기관에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있다.

1. 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험자 · 가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 경우
2. 제97조제2항에 따른 명령에 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 소속 공무원의 검사 또는 질문을 거부 · 방해 또는 기피한 경우
3. 정당한 사유 없이 요양기관이 제41조의3제1항에 따른 결정을 신청하지 아니하고 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 행위 · 치료재료를 가입자 또는 피부양자에게 실시 또는 사용하고 비용을 부담시킨 경우

② 제1항에 따라 업무정지 처분을 받은 자는 해당 업무정지기간 중에는 요양급여를 하지 못한다.

③ 제1항에 따른 업무정지 처분의 효과는 그 처분이 확정된 요양기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 승계되고, 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 때에는 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 대하여 그 절차를 계속 진행할 수 있다. 다만, 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인이 그 처분 또는 위반사실을 알지 못하였음을 증명하는 경우에는 그러하지 아니하다.

④ 제1항에 따른 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 지체 없이 알려야 한다.

⑤ 제1항에 따른 업무정지를 부과하는 위반행위의 종류, 위반 정도 등에 따른 행정처분기준이나 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제99조(과징금)

① 보건복지부장관은 요양기관이 제98조제1항제1호 또는 제3호에 해당하여 업무정지 처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지 처분이 해당 요양기관을 이용하는 사람에게 심한 불편을 주거나 보건복지부장관이 정하는 특별한 사유가 있다고 인정되면 업무정지 처분을 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 금액의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과 · 징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할납부를 하게 할 수 있다.

가. 성격 및 처분권자

업무정지란 법률에 의한 의무를 위반하거나 이행하지 않는 자에 대하여 행정청이 의무이행확보를 위한 수단으로써 간접적으로 가하는 행정제재이며, 업무정지를 하여야 하는 경우 업무정지로 인해 요양기관 이용자에게 심한 불편을 주거나 공익을 해할 우려가 있을 때 사업을 계속함으로써 얻은 이익을 박탈하는 행정제재금이 과징금이다.

보험자의 요양기관 강제지정제 폐지 및 당연요양기관제 도입, 요양급여비용 계약제 도입과 심사업무의 객관성·공정성을 위한 심사평가원의 독립 등 국민건강보험법상 일련의 제도 취지에 비추어 요양기관과 보험자는 대등한 당사자라 할 것이다. 이에 구 「의료보험법」에서 보험자 또는 보험자단체에 부여하였던 요양기관 지정·취소권한을 폐지하고, 「국민건강보험법」에서는 업무정지 처분권자를 장관으로 규정하였다.

나. 내용

장관은 요양기관에 대한 현지조사 결과 요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단, 가입자 또는 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 때에는 요양급여비용총액 대비 총 부당금액의 비율에 따라 당해 요양기관 업무정지를 명할 수 있다.

또한, 요양기관이 관계 서류 제출명령을 위반하거나 거짓 보고 혹은 거짓 서류를 제출한 경우, 관계 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해·기피한 경우에는 1년의 범위에서 업무정지를 명할 수 있으며, 이 외에 행위·치료재료에 대한 요양급여대상 여부 결정을 신청하지 아니하고 속임수나 부당한 방법으로 이를 실시 또는 사용하여 가입자 또는 피부양자에게 비용을 부담시킨 경우에도 마찬가지이다.

업무정지 또는 과징금 처분을 받을 자가 위반사실이 확인된 날 전 5년 이내에 업무정지 또는 과징금처분을 받은 사실이 있는 경우에는 해당 업무정지기간 또는 과징금의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다.

그러나 가중처분을 하는 경우에도 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없으며, 과징금은 부당하게 부담하게 한 금액의 5배를 초과할 수 없다. 위 5년 이내의 기간은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금처분서를 송달받은 날까지로 산정한다.

다. 처분의 효과

업무정지처분을 받은 요양기관은 업무정지기간 동안 요양급여를 행할 권한과 의무가 없다 할 것이나, 업무정지처분에 갈음하여 과징금처분을 받은 요양기관은 국민건강보험법령에 따라 요양

급여를 행할 수 있다.

요양기관은 업무정지처분을 받은 경우에도 의료법령 또는 약사법령에 의하여 일반환자 및 의료급여환자 등에 대한 진료·조제행위를 할 수 있으며, 이 경우 비용은 요양급여비용 산정기준에 관계없이 요양기관이 시·도지사에게 신고한 금액으로 부담시킬 수 있다.

한편, 「국민건강보험법」 제98조제3항에서는 업무정지처분을 받은 자는 업무정지기간 동안 요양급여를 행하지 못하고, 처분의 효과는 그 처분이 확정된 요양기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인에 승계되고, 업무정지처분의 절차가 진행 중인 때에는 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인에 대하여 그 절차를 계속 진행할 수 있지만, 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이 그 처분 또는 위반사실을 알지 못하였음을 증명하는 때에는 그러하지 아니하다고 규정하고 있다.

업무정지처분을 받았거나 업무정지처분의 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인에 지체 없이 통지하여야 하므로, 사실상 처분의 효과는 요양기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인에 영향을 미친다 할 것이다. 「국민건강보험법」 제98조제4항에 따라 업무정지처분을 받았거나 업무정지처분의 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실을 「우편법 시행규칙」 제25조제1항제4호가목에 따른 내용증명으로 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인에 지체 없이 통지하여야 하며, 이를 위반할 경우 양도인에게 500만 원 이하의 과태료가 부과된다.

23 위반사실의 공표

제100조(위반사실의 공표)

① 보건복지부장관은 관련 서류의 위조·변조로 요양급여비용을 거짓으로 청구하여 제98조 또는 제99조에 따른 행정처분을 받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 위반 행위, 처분 내용, 해당 요양기관의 명칭·주소 및 대표자 성명, 그 밖에 다른 요양기관과의 구별에 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 공표할 수 있다. 이 경우 공표 여부를 결정할 때에는 그 위반행위의 동기, 정도, 횟수 및 결과 등을 고려하여야 한다.

1. 거짓으로 청구한 금액이 1천 500만원 이상인 경우
2. 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우

가. 의의 및 성격

공표는 일정한 사실을 국민에게 알리는 사실 행위이므로 그 자체로는 직접적으로 아무런 법적

효과가 발생하지 않으나, 행정법상 의무위반 또는 불이행에 대하여 그 위반자의 성명, 위반사실 등을 일반에게 공개하여 그에 따르는 사회적 비난이라는 간접적·심리적 강제에 의하여 행정법상의 의무이행을 간접적으로 강제한다.

속임수를 쓰거나 부당한 방법으로 요양급여비용을 청구한 요양기관을 제재하는 수단으로 업무정지 처분 또는 과징금 처분을 내리고 있음에도 불구하고, 요양기관의 부당청구나 거짓청구가 근절되지 않고 있어 요양기관의 준법의식을 높이고 거짓청구와 관련한 행정처분 사실을 일반국민에게 널리 알리는 공표제도를 시행하여 국민의 알권리와 요양기관의 준법의식을 제고하고 처분의 실효성을 높이고자 하였다.

나. 내용

장관은 「국민건강보험법」 제98조 또는 제99조에 따른 행정처분을 받은 요양기관 중 관련 서류를 위조·변조하여 요양급여비용을 거짓으로 청구한 요양기관으로서 거짓으로 청구한 금액이 1,500만원 이상이거나 요양급여비용총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20이상인 경우에는 그 위반행위, 처분내용, 해당 요양기관의 명칭·주소 및 대표자 성명 등을 공표할 수 있다. 공표 여부를 결정함에 있어서 그 위반행위의 동기, 정도, 횟수 및 결과 등을 고려하여야 한다.

한편, 장관은 공표 여부 등을 심의하기 위하여 건강보험공표심의위원회를 설치·운영하고, 위원회의 심의를 거친 공표대상자에게 공표대상자임을 통지하여 소명자료를 제출하거나 출석하여 의견진술을 할 수 있는 기회를 부여하여야 하며, 제출된 소명자료 또는 진술 의견을 고려하여 재심의 후 공표대상자로 선정하여야 한다.

Ⅲ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

1 요양급여기준의 의의

요양급여기준은「국민건강보험법」제41조제1항 각호로 정하고 있는 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급 등 요양급여를 하는데 있어 그 방법·절차·범위 등에 대하여 장관이 정한 기준을 말한다.

이러한 요양급여기준은 요양기관에 대하여는 일종의 진료기준이 되며, 심사기관에 대하여는 심사기준이 되는 등 대외적으로 구속력이 있는 법규명령으로서의 효력을 갖는 것으로 요양기관이 이를 위반하여 요양급여를 행한 경우에 그 비용을 지급하지 않는 것은 적법한 처분이 된다(대법원 98두17807, 1999.6.22.).

2 요양급여의 절차

요양급여는 1단계와 2단계 요양급여로 구분하며, 건강보험 가입자 또는 피부양자는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받아야 한다.

1단계 요양급여는「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원을 제외한 요양기관에서 받는 요양급여(건강진단 및 건강검진을 포함한다)를 말하며, 2단계 요양급여는 상급종합병원에서 받는 요양급여를 말한다. 다만,「응급의료에 관한 법률」제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우, 분만의 경우, 치과에서 요양급여를 받는 경우,「장애인복지법」제32조에 따른 등록 장애인 또는 단순 물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 요양급여를 받는 경우, 가정의학과에서 요양급여를 받는 경우, 당해 요양기관에서 근무하는 가입자가 요양급여를 받는 경우 및 혈우병환자가 요양급여를 받는 경우에는 요양급여절차를 따르지 않고 곧바로 상급종합병원에서 1차 진료를 받을 수 있다.

한편, 가입자 등이 상급종합병원에서 2단계 요양급여를 받고자 하는 때에는 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 의사소견이 기재된 건강진단·건강검진결과서 또는 요양급여의뢰서를 건강보험증 또는 신분증명서(주민등록증, 운전면허증 및 여권)와 함께 제출하여야 한다.

3 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

제5조(요양급여의 적용기준 및 방법)

① 요양기관은 가입자등에 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 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계 · 공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시한다.

④ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법 시행령」(이하 "영"이라 한다) 별표 2 제3호마목에 따른 중증질환자(이하 "중증환자"라 한다)에게 처방 · 투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 제5조의2에 따른 중증질환심의위원회의 심의를 거쳐 건강보험심사평가원장이 정하여 공고한다. 이 경우 건강보험심사평가원장은 요양기관 및 가입자등이 해당 공고의 내용을 언제든지 열람할 수 있도록 관리하여야 한다.

장관은 「국민건강보험법」 제41조제3항 및 제4항의 규정에 따라 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」을 정하고, 같은 규칙 제5조제1항의 규정에 따라 '요양급여의 적용기준 및 방법'(별표 1)을, 같은 조 제2항의 규정에 의하여 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」을 정하여 고시하고 있다.

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」은 요양기관 입장에는 '진료지침'이 되고, 심사평가원 입장에서는 '심사기준'이 되므로 장관은 기준에 대한 수용성을 높이기 위하여 의약계 · 공단 및 심사평가원의 의견을 들어 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」을 정하도록 하고 있다.

한편, 2018년부터 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제3항은 조혈모세포이식 및 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계 · 공단 및 심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시하도록 하고 있다. 이는 조혈모세포이식의 수술에 한하여 요양급여대상으로 하던 것을 심실 보조장치 치료술도 그 대상으로 추가하여 희귀난치성 환자의 비용 부담을 경감하기 위한 것이다.

또한, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제4항은 중증질환자에게 처방 · 투여하는 약제 중 장관이 정하여 고시하는 약제에 관한 세부사항은 심사평가원에 설치된 중증질환심의위원회의 심의를 거쳐 심사평가원장이 공고하도록 되어 있는데 이는 심사평가원의 전문성을 활용하고 중증질환심의위원회를 통해 의약계 참여를 유도함은 물론, 고시 개정 지연에 따른 진료차질 등 문제점을 해소하기 위하여 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 결정주체가 장관에서 장관과 심사평가원장으로 이원화되었기 때문이다.

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 1 제1호에서는 '요양급여의 일반원칙'을

정하고 있는데 이는 다음과 같다.

첫째, 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 에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다.

둘째, 요양급여를 담당하는 의료인은 의학적 윤리를 견지하여 환자에게 심리적 건강효과를 주도록 노력하여야 하며, 요양상 필요한 사항이나 예방의학 및 공중보건에 관한 지식을 환자 또는 보호자에게 이해하기 쉽도록 적절하게 설명하고 지도하여야 한다.

셋째, 요양기관은 가입자 등의 요양급여에 필요한 적정한 인력 · 시설 및 장비를 유지하여야 한다. 이 경우 장관은 인력 · 시설 및 장비의 적정기준을 정하여 고시할 수 있다.

넷째, 위 셋째의 원칙에도 불구하고 가입자 등에 대한 최적의 요양급여를 실시하기 위하여 필요한 경우, 장관이 정하여 고시하는 바에 따라 다른 기관에 검사를 위탁하거나, 당해 요양기관에 소속되지 아니한 전문성이 뛰어난 의료인을 초빙하거나, 다른 요양기관에서 보유하고 있는 양질의 시설 · 인력 및 장비를 공동 활용할 수 있다.

다섯째, 요양기관은 요양급여에 필요한 약제 · 치료재료를 직접 구입하여 가입자 등에게 지급하여야 한다. 다만, 「약사법」 제23조제1항 본문에 따라 의사 또는 치과의사가 직접 약제를 조제할 수 없거나, 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 직접 약제를 조제할 수 있는 경우 중 장관이 정하는 경우에 해당하는 경우는 예외로 한다.

여섯째, 개설자가 동일한 요양기관은 동일가입자 등의 동일상병에 대하여 같은 날 외래로 요양급여를 중복하여 실시하여서는 아니 된다. 이 경우 요양급여 중복의 범위는 장관이 정하여 고시한다.

일곱째, 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 자가 건강보험의 가입자 또는 피부양자로 자격이 변동된 경우 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항 및 제3항에 따라 요양급여의 기간 또는 인정개수 등을 정하고 있는 행위 · 약제 및 치료재료에 대하여는 건강보험의 요양급여 내용과 의료급여의 수급 내용을 연계하여 적용한다.

여덟째, 요양급여는 연구 또는 시험(제8조의2에 따른 임상연구는 제외한다)의 목적으로 이루어지는 의료행위 등에는 실시해서는 아니 된다. 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 절차 등에 따라 이루어지는 임상연구 또는 임상시험과 관련하여 해당 연구 또는 시험에 참여하는 환자의 질병이나 부상 등을 위한 진료 및 치료 등의 통상적 요양급여로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여는 그렇지 않다.

4 요양급여대상 및 비급여 대상

제8조(요양급여대상의 고시)

② 보건복지부장관은 법 제41조제2항에 따른 요양급여대상(이하 "요양급여대상"이라 한다)을 급여목록표로 정하여 고시하되, 법 제41조제1항 각 호에 규정된 요양급여행위(이하 "행위"라 한다), 약제 및 치료재료(법 제41조제1항제2호에 따라 지급되는 약제 및 치료재료를 말한다. 이하 같다)로 구분하여 고시한다. 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양기관의 진료에 대하여는 행위 · 약제 및 치료재료를 묶어 1회 방문에 따른 행위로 정하여 고시할 수 있다.

③ 보건복지부장관은 제2항에도 불구하고 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 해당 질병군별로 별표 2 제6호에 따른 비급여대상, 규칙 별표 6 제1호다목에 따른 요양급여비용의 본인부담 항목 및 같은 표 제1호사목에 따른 이송처치료를 제외한 모든 행위 · 약제 및 치료재료를 묶어 하나의 포괄적인 행위로 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 하나의 포괄적인 행위에서 제외되는 항목은 보건복지부장관이 정하여 고시할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 제2항에도 불구하고 영 제21조제3항제1호에 따른 요양병원의 입원진료나 같은 항 제3호에 따른 완화의료의 입원진료의 경우에는 제2항의 행위 · 약제 및 치료재료를 묶어 1일당 행위로 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 1일당 행위에서 제외되는 항목은 보건복지부장관이 정하여 고시할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 제2항부터 제4항까지의 규정에 따라 요양급여대상을 고시함에 있어 행위 또는 하나의 포괄적인 행위의 경우에는 영 제21조제2항에 따른 요양급여의 상대가치점수를 함께 정하여 고시하여야 한다.

가. 요양급여대상

「국민건강보험법」 제41조제2항에 따라 행위 · 치료재료의 경우 비급여대상으로 정하여 고시한 사항을 제외한 일체의 것을 요양급여대상으로 하며, 약제는 요양급여대상으로 정하여 고시한 사항만을 요양급여대상으로 적용하고 있다. 장관은 요양급여대상을 급여목록표로 정하여 고시하되, 행위 · 약제 및 치료재료로 구분하여 고시하여야 한다. 다만, 장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료나 요양병원 · 완화의료 입원진료의 경우에는 행위 · 약제 및 치료재료를 묶어 하나의 포괄적인 행위 혹은 1일당 행위로 정하여 고시할 수 있다.

제9조(비급여대상)

① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.

나. 비급여대상

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 및 별표 2에서는 요양급여의 대상에서 제외되는 비급여대상의 기준과 항목을 다음과 같이 규정하고 있다.

첫째, 단순한 피로 또는 권태, 주근깨 · 다모(多毛) · 무모(無毛) · 백모증(白毛症) · 딸기코(주사비)점(모반) · 사마귀 · 여드름 · 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환, 발기부전(impotence) · 불감증 또는 생식기 선천기형성 등의 비뇨생식기 질환, 단순 코골음, 질병을 동반하지 아니한 단순 포경(phimosis), 검열반 등 안과질환 등의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료

둘째, 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대 · 축소술, 지방흡인술, 주름살제거술, 사시교정, 안외격리증의 교정 등 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료

셋째, 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자 등에게 실시하는 건강검진 제외), 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외), 구취제거 · 치아 착색물질 제거 · 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거, 불소부분도포 · 치면열구전색 등 예방진료로서 질병 · 부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료

넷째, 상급병상료, 친자확인을 위한 진단, 치과의 보철(보철재료 및 기공료 포함) 등 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 별도로 정하는 비용 · 행위 · 약제 및 치료재료

다섯째, 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제2호에 따라 장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우 첫째 내지 넷째, 일곱째에 해당하는 행위 · 약제 및 치료재료

여섯째, 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제3호에 따른 호스피스 · 완화의료 입원진료의 경우 첫째 내지 셋째, 1인실 병상 이용 등에 해당하는 행위 · 약제 및 치료재료

일곱째, 한방물리요법, 한방생약제제 등 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

여덟째, 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방 · 투여하려는 자가 장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우

다. 임의비급여의 문제

요양기관은 요양급여대상이나 비급여대상으로 결정되지 아니한 행위 · 약제 및 치료재료에 대하여 이를 실시하거나 사용한 후 임의로 환자에게 비용을 받아서는 아니 된다. '임의비급여'란 요양기관과 환자 사이에 합의에 의하거나 혹은 합의 없이 요양기관이 법정비급여 사유에 해당하지 아니함에도 임의로 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 규정된 기준이나 절차를 위배

하여 환자로부터 비용을 징수하는 것을 말한다.

임의비급여와 관련하여 대법원은 임의비급여 진료행위는 원칙적으로 국민건강보험법상 '사위 기타 부당한 방법으로 가입자 등으로부터 요양급여비용을 받거나 가입자 등에게 이를 부담하게 한 때'에 해당한다고 판시하면서, 다만 요양기관이 국민건강보험의 틀 밖에서 임의로 비급여 진료행위를 하고 그 비용을 가입자 등으로부터 지급받은 경우라도 진료의 시급성, 의학적 안정성·유효성, 의학적 필요성, 충분한 설명과 가입자의 동의라는 엄격히 제한된 요건 아래 요양기관이 그 증명을 다한 경우 예외적으로 '사위 기타 부당한 방법으로 가입자 등으로부터 요양급여비용을 받거나 가입자 등에게 이를 부담하게 한 때'에 해당한다고 볼 수 없다고 판결(대법원 2010두27639, 2010두27646(병합), 2012.6.18. 선고)하였다.

| 대법원 판결 주요내용 |

요양기관은 법정 비급여 진료행위가 아닌 한 원칙적으로 요양급여의 인정기준에 관한 법령에서 정한 기준과 절차에 따라 요양급여를 제공하고, 보험자와 가입자 등으로부터 요양급여비용을 지급받을 때에도 그 산정기준에 관한 법령에서 정한 기준과 절차에 따라야 한다.

그러므로 요양기관이 그러한 기준과 절차를 위반하거나 초과하여 가입자 등으로부터 요양급여비용을 받은 경우뿐 아니라, 그 기준과 절차에 따르지 아니하고 임의로 비급여 진료행위를 하고 가입자 등과 사이에 요양 비급여로 하기로 상호 합의하여 그 진료비용 등을 가입자 등으로부터 지급받은 경우도 위 기준에 위반되는 것으로서 원칙적으로 구 국민건강보험법 제52조제1항, 제4항과 제85조제1항제1호, 제2항에서 규정한 '사위 기타 부당한 방법으로 가입자 등으로부터 요양급여비용을 받거나 가입자 등에게 이를 부담하게 한 때'에 해당한다고 할 것이다.

그러나 다른 한편으로, 의료인과 의료기관의 장은 가입자 등과 체결한 진료계약에 따라 최선의 진료를 다할 의무가 있음은 물론, 구 의료법(2006. 10. 27. 법률 제8067호로 개정되기 전의 것. 이하 같다) 제4조가 규정하는 것처럼 '의료의 질을 향상시키고 병원감염을 예방하는 등 환자에게 최선의 의료서비스를 제공하기 위하여 노력'할 의무를 부담하고 있고, 가입자 등 환자 스스로도 질병 · 부상 등에 대하여 과도한 비용 부담 없이 유효 · 적절한 진료를 받을 권리가 있다. 이러한 점에 비추어 보면, 요양기관이 국민건강보험의 틀 밖에서 임의로 비급여 진료행위를 하고 그 비용을 가입자 등으로부터 지급받은 경우라도, ① 그 진료행위 당시 시행되는 관계 법령상 이를 국민건강보험 틀 내의 요양급여대상 또는 비급여대상으로 편입시키거나 관련 요양급여비용을 합리적으로 조정할 수 있는 등의 절차가 마련되어 있지 아니한 상황에서, 또는 그 절차가 마련되어 있다 하더라도 비급여 진료행위의 내용 및 시급성과 함께 그 절차의 내용과 이에 소요되는 기간, 그 절차의 진행 과정 등 구체적 사정을 고려해 볼 때 이를 회피하였다고 보기 어려운 상황에서, ② 그 진료행위가 의학적 안전성과 유효성 뿐 아니라 요양급여 인정기준 등을 벗어나 진료하여야 할 의학적 필요성을 갖추었고, ③ 가입자 등에게 미리 그 내용과 비용을 충분히 설명하여 본인 부담으로 진료 받는 데 대하여 동의를 받았다면, 이러한 경우까지 '사위 기타 부당한 방법으로 가입자 등으로부터 요양급여비용을 받거나 가입자 등에게 이를 부담하게 한 때'에 해당한다고 볼 수는 없다.

다만 요양기관이 임의로 비급여 진료행위를 하고 그 비용을 가입자 등으로부터 지급받더라도 그것을 부당하다고 볼 수 없는 사정은 이를 주장하는 측인 요양기관이 증명하여야 한다.

(대법원 2010두27639 · 2010두27646(병합), 2012.6.18. 선고)

제 3 장

건강보험심사평가원 개요

Ⅰ. 설립과정과 법적기능

Ⅱ. 미션 · 비전 · 핵심가치 · 슬로건

Ⅲ. 주요업무 개요



제3장 건강보험심사평가원 개요

Ⅰ 설립과정과 법적기능

작성: 기획예산부

1 연혁

- 1963.12.16. 「의료보험법」 제정(법률 제1623호)
- 1976.12.22. 「의료보험법」 제2차 개정(법률 제2942호)
  - 본격적인 국민의료보장제도 토대 구축(상시 500인 이상 사업장 강제 가입)
- 1977. 1.13. '의료보험협의회' 설립
- 1977. 7. 1. 의료보험제도 실시(의료보험조합별로 각각 진료비 심사)
- 1977.11.28. '전국의료보험협의회'로 법인 등기
- 1977.12.31. 「공무원및사립학교교직원의료보험법」 제정(법률 제3081호)
- 1978. 8. 4. '공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단' 설립(8.11. 법인 등기)
- 1979. 1. 1. 공무원 및 사립학교교직원 의료보험 실시(진료비 심사 포함)
- 1979. 7. 1. 의료보험조합 진료비 심사 '전국의료보험협의회'로 일원화,
  진료비심사위원회 설치
- 1981.10. 1. '중앙의료보험조합연합회' 설립(전국의료보험협의회 해산)
- 1981.10.15. 진료비공동심사위원회 설치
- 1982. 1. 1. '의료보험조합연합회'로 명칭 변경
- 1982. 4.13. 의료보호 진료비 심사 '공·교 의료보험관리공단'에서 수탁
- 1988. 1. 1. '의료보험연합회'로 명칭 변경
  진료비 심사기구 일원화(의료보호 포함)
  서울·부산·대구·광주·대전 지부 설치

- 1989.10. 1. 경기·경남 지부 설치
- 1995. 1. 1. 응급의료기금 관리 및 운영 수탁(2003.1.7. 대지급 사업 수탁)
- 1996. 7. 1. 진료비 전산매체(디스켓) 청구 전국 확대
- 1999. 2. 8. 「국민건강보험법」 제정(법률 제5854호)
- 1999. 3. 1. 심사평가원 설립추진반 구성
- 1999. 3. 9. 설립위원회 구성
- 1999. 7. 1. EDI 청구서비스 전국 확대
- 2000. 7. 1. 심사평가원 출범
  - 진료비 심사기능 승계/요양급여 적정성 평가기능 신설
- 2002. 1. 1. 질병군별(DRG) 포괄수가제 실시
- 2005. 7. 1. 노숙자, 외국인 등 무료진료환자 진료비 심사 수탁
- 2005.10. 1. 보훈환자 위탁진료기관 진료비 심사 수탁
- 2008. 3.28. 진료심사평가위원회 구성 확대
  (상근 30명 → 50명, 비상근 600명 → 1,000명)
- 2008.10. 1. 보훈병원 진료비 심사 수탁
- 2010.12. 1. 의약품안전사용서비스(DUR) 전국 확대
- 2011. 6.29. 진료비청구포털시스템 서비스 개시
- 2013. 7. 1. 자동차보험 진료비 심사 수탁
  포괄수가제(7개 질병군) 전면 확대
- 2013. 7.22. 차세대심사평가시스템 구축·운영
- 2015.12.30. 본원 원주 혁신도시 이전
- 2016. 2. 3. 진료심사평가위원회 구성 확대(상근 50명 → 90명)
- 2016. 3. 1. 의정부·전주 지원 설립
- 2017. 1. 1. 종합병원 심사기능 지원 이관
- 2017. 3. 6. HIRA 시스템 바레인 수출 계약 체결
- 2017. 4. 3. 비급여 진료비용 전체 병원급(3666기관) 대상 107항목 공개
- 2017. 7. 1. 인천 지원 설립
  한방병원 심사기능 지원 이관
- 2018. 1. 1. 치과대학부속치과병원 심사기능 지원 이관
- 2018. 5.27. 전국 소재 의원급 의료기관(3000기관) 비급여 진료비용 표본조사 실시
- 2018. 6. 1. 모바일 그룹웨어(히라톡톡) 시스템 구축

- 2019. 8. 1. 심사평가체계 개편을 위한 분석심사 선도사업 실시(~현재)
- 2019.12.17. 본원 원주 2차 지방이전 완료
- 2019.12.17. 비급여 진료비용 정보 관리시스템 구축
- 2019.12.26. 가치기반심사 분석시스템 구축
- 2020. 3. 6. 코로나19 마스크 중복구매 확인 등 관련 시스템 구축
- 2020. 5.25. 2019년 공공데이터 제공 운영실태 평가 '우수기관' 선정

2 설립 배경

가. 의료보험에서의 심사기구

1963년 12월 16일 「의료보험법」이 제정된 이후 두 차례의 법 개정을 거쳐 1977년 7월 1일 본격적인 의료보험제도가 시행되었다. 의료보험사업의 실무적 구심체는 전국경제인연합회 산하 '(전국)의료보험협의회'로서 1977년 1월 13일 발족하였다. 전국의료보험협의회는 각 사업장별 조합설립 등 의료보험 시행 전반에 대한 의사조정기구의 기능을 수행하였다.

시행 당시 500인 이상의 사업장을 대상으로 486개 직장의료보험조합이 설립된 후 점차 소규모 사업장으로 확대가 되었다.

한편, 공무원 및 사립학교교직원을 대상으로 하는 의료보험사업을 위해 1978년 8월 4일 '공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단'(이하 '공·교 공단')이 설립되어, 1979년 1월 1일부터 해당 직영 대상 의료보험사업이 시행되었다. 이후 1988년 1월 1일 농어촌지역 거주 자영자, 1989년 7월 1일 도시지역 거주 자영자까지 지속적으로 의료보험 적용 대상을 확대하여 전국민 의료보험 시대를 이루었다.

이러한 다(多)보험자 운영 방식 하에서 요양급여비용심사의 변이를 없애기 위해 전문심사기관의 단일 심사기준에 따라 전문적인 심사를 수행하도록 하였다. 공·교 공단은 독자적으로 진료비의 심사·지급제도를 운영하였으나, 각 의료보험조합은 1979년 7월부터 보험자단체로 설립된 '전국의료보험협의회'에 심사업무를 위탁함으로써 의료보험에서 진료비 심사기구는 이원화 되어 운영되었다.

그러나 급여기준 등이 동일한 진료비를 각각의 심사기구에서 심사함에 따라 심사기준 적용 차이가 발생하였고, 이러한 차이는 진료비 심사에 대한 의료기관과의 주요 갈등요인이 되었다. 따라서 일관성 있는 심사기준의 적용을 위하여 1981년 10월부터 의료보험연합회와 공·교 공단의

심사위원이 모두 참여하는 진료비공동심사위원회를 구성하여 심사기구를 공동운영하는 형태를 취하였다.

그 후 보건사회부(현 보건복지부)는 진료비 심사기준을 표준화 시키는 등 일관된 심사를 위하여 공·교 공단의 진료비 심사업무를 의료보험연합회에 위탁함으로써 1988년 1월부터 모든 의료보험 진료비 심사업무는 의료보험연합회로 일원화되었다.

나. 의료보험 진료비 심사에서의 주요 쟁점

의료보험연합회에서 진료비 심사를 수행하던 20여 년간 진료비 심사의 가장 큰 과제는 '심사의 공정성·전문성·객관성을 어떻게 확보할 수 있는가' 였다. 주요 쟁점은 다음의 네 가지로 요약할 수 있다.

첫째, 의약계는 수요자와 공급자간의 균형적 역학관계를 위하여 심사기구를 중립적인 기관으로 독립시켜야 한다고 주장한 반면, 보험자 등은 의료보험재정보호 측면에서 심사기능을 보험자단체인 의료보험연합회에서 계속 위탁 수행해야 한다고 주장 하였다.

둘째, 진료비 심사가 진찰·검사·처치 및 치료재료 등과 같은 의료자원의 과다이용과 부당청구를 방지하는데 중점을 두었기 때문에 부문별로 의료의 왜곡이 발생하여 의료의 질적 적정성에 대한 미흡함이 제기되었다.

셋째, 진료비 심사가 보험재정을 보호하는 데 얼마나 효과적인가에 대한 논란이 있었는데, 전체 '국민 의료비 관리'의 측면은 배제되고 '단기적·미시적 비용절감'을 주목표로 하고 있다는 비판이 따랐다.

넷째, 진료비 심사의 공정성·전문성·객관성이 지속적으로 문제 제기의 대상이 되어왔다. 심사기준 제·개정의 원칙과 우선순위의 불명확성, 기준 개정의 수동성과 지연 등이 대표적인 경우로 임의비급여로 적용되는 주요한 원인으로 지목되었다.

다. 심사기구 독립의 필요성

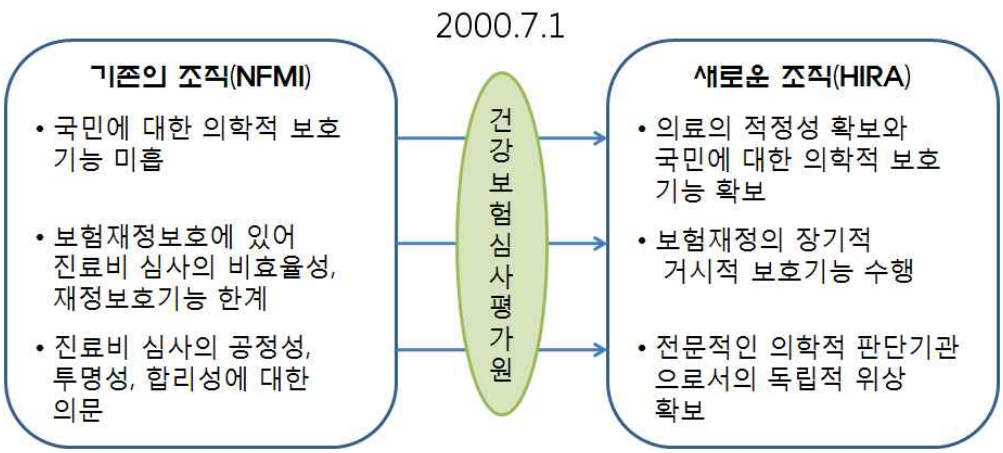
1998년 초 '제1기 노사정위원회'에서 의료보험의 전체통합이 결정됨에 따라, 정부에서는 각계 대표와 관련 전문가로 '의료보험통합추진기획단'을 구성하여 의료보험 통합방안을 논의하였다. 이 과정에서 진료비 심사기능과 조직을 어떠한 형태로 운영할 것인지에 대한 문제가 또 다시 부각되었다.

진료비 심사기능을 보험자의 고유권한으로 보험자가 수행해야 한다는 주장과 중립적인 기관으로 독립시켜야 한다는 주장의 논쟁 끝에 보험자로부터 독립된 새로운 공법인에 부여키로 결론을 내렸다. 이 후 심사기구를 요양기관 및 보험자로부터 분리하여 독립된 기구로 설립하도록 하는

「국민건강보험법」이 제정되어, 2000년 7월 1일 심사평가원이 출범하게 되었다.

한편, 진료비 심사와 더불어 그간 제기된 의료의 질적 적정성 확보를 위해 의료의 질 평가업무도 병행하여 수행함으로써 최적의 적정진료를 통해 국민의 진정한 건강증진을 꾀하도록 하였다.

그림1.3-1 심사평가원 설립배경의 이해



3 설립 의의

심사평가원은 「국민건강보험법」에 따라 요양급여비용의 심사와 요양급여 적정성을 평가하는 두 가지의 목적을 위해 설립된 공법인이다. 즉, 법에 따른 기능을 직접 수행하는 특수기관이다.

「국민건강보험법」에서 심사평가원을 독립된 전문 심사기구로 설치한 것은 진료비 심사의 객관성·전문성·공정성을 확립하여 고유의 역할을 원활하게 수행하도록 하기 위한 입법적 고려라는 점에서 다음과 같은 의의를 찾을 수 있다.

첫째, 진료비 심사 및 적정성 평가의 공정성을 확보하는 계기가 마련되었다. 심사평가원이 독립된 위치에서 의료서비스의 비용과 질적 적정성을 공정·타당하게 심사·평가할 수 있도록 법적 기능을 구체화하여, 전문기관으로서 중립적 기능을 수행할 수 있는 제도적인 보장을 받은 것이다.

둘째, 의료서비스의 질적 향상을 위한 제도적 토대를 마련한 것이다. 설립 전의 진료비 심사처럼 진찰, 검사, 처치, 약품 등과 같은 의료자원의 과다이용, 즉 양적인 남용을 방지하는데 그치지 않고, 건강보험제도의 핵심기능 중 하나인 의료의 질적인 적정성 평가기능을 새롭게 수행하게 된 것이다.

셋째, 건강보험재정 보호에 효과적인 대처가 가능하게 되었다. 진료비 심사를 통해 미시적 재정보호인 진료비 청구상의 부정행위 방지 기능과 함께 거시적 재정보호의 기능에도 적극 대처할 수 있게 되었다.

이를 통하여 심사평가원은 보험료를 부과·징수하고, 요양급여비용을 지불하는 국민건강보험공단과 직접 국민들에게 의료를 제공하는 공급자 사이에서 요양급여비용의 심사 및 요양급여 적정성 평가업무를 공정하고 객관적으로 수행할 수 있게 되었다.

4 법적 기능

가. 「국민건강보험법」 제63조제1항

- 요양급여비용의 심사
- 요양급여의 적정성 평가
- 심사기준 및 평가기준의 개발
- 심사 및 적정성 평가와 관련된 조사연구 및 국제협력
- 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
- 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
- 그 밖에 보험급여 비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령으로 정하는 업무

나. 「국민건강보험법 시행령」 제28조제1항

□ 「국민건강보험법」 제63조제1항제7호 관련 대통령령으로 정하는 업무

- 요양급여비용 심사청구와 관련된 소프트웨어의 개발·공급·검사 등 전산관리
- 보건복지부령으로 정하는 기관에서 받은 요양비에 대한 심사
- 요양급여의 적정성 평가 결과의 공개
- 환자 분류체계의 개발·관리
- 업무와 관련된 교육·홍보

Ⅱ 미션 · 비전 · 핵심가치 · 슬로건

작성: 경영전략부

1 미션: 국민의 의료부담을 덜고, 안전하며 질 높은 의료이용을 돕는다

- 심사평가원이 수행하는 업무의 궁극적인 목적을 명확하게 선언하고, 이를 통해 국민보건 향상과 사회보장 증진에 기여함을 명시하였다.
- (국민의 의료부담을 덜고) 국민이 편리하게 의료를 이용하고, 합리적으로 의료비용을 지출하는 등 의료서비스를 불편함 없이 누릴 수 있도록 만든다는 의미
- (안전하며) 국민이 안전하게 보건의료를 이용 할 수 있도록 만든다는 의미
- (질 높은 의료이용) 의료서비스의 구조적 여건뿐만 아니라 진료 과정의 적정성, 치료 결과 등 의료 질 전반의 수준을 높이고 국민이 제 때 의료서비스를 이용 할 수 있도록 하는 것을 의미
- (돕는다) 요양급여비용의 심사, 적정성 평가, 보건의료 정책지원 등의 업무를 공정하고 효율적으로 수행하여 사회적인 책임을 다한다는 의미

2 비전: 보건의료 디지털 혁신으로 최적의 의료문화를 만드는 Global HIRA

- 심사평가원의 미래 위상을 '최적의 의료문화를 만드는 Global HIRA'로 설정하고, 이를 도달하기 위한 수단으로 '보건의료 디지털 혁신'을 명시하였다.
- (보건의료 디지털 혁신) 포스트코로나, 4차 산업혁명 등 미래 환경에 대응하기 위한 여러 기술들을 융합하여, 보건의료 분야에서 새로운 가치를 창출하겠다는 의미
- (최적의 의료문화) 국민이 적정한 의료비로 안전하고, 질 높은 의료서비스를 이용 할 수 있는 환경을 의미
- (만드는) 국민, 내 · 외부 이해관계자와 적극적으로 소통하고 협력하여 전 국민의 건강을 증진하는데 기여하겠다는 의미
- (Global HIRA) 세계 최고의 보건의료 전문기관으로서 대한민국을 넘어 세계인의 건강한 삶에 기여함을 의미

3 핵심가치: 국민 최우선, 소통과 협력, 공정과 신뢰, 열린 전문성

- 심사평가원의 미션 수행과 비전 달성에 기여하기 위해 구성원들이 가져야할 가치관과 행동규범을 제시하였다.
- 국민의 안전과 건강을 최우선으로 생각하며, 소통과 협력을 통해 전문지식을 받아들이고 나누는 방법으로 공정하게 업무를 수행하여 국민과 이해관계자들로부터 신뢰를 받겠다는 의지를 표명

- **국민 최우선**
  업무 수행과정과 모든 의사결정에서 국민의 안전과 건강을 최우선으로 두고, 국민과 근로자의 생명 · 안전 보호를 위한 안전경영을 통해 국민에 대한 봉사자로서의 사명감과 책임감을 다하여야 함을 의미

- **소통과 협력**
  국민을 포함한 보건의료생태계의 모든 주체들과 투명하게 소통하고, 적극적으로 협력하여 공공의 이익에 기여할 수 있는 사회적 가치를 창출하여야 함을 의미

- **공정과 신뢰**
  국민 건강향상과 의료이용 편리성을 최고의 가치로 삼아 심사 · 평가 등 업무를 수행하는 공공기관으로서, 보험자와 공급자 모두에게 공정하고 균형 있게 업무를 처리하여 국민의 신뢰를 받겠다는 의미

- **열린 전문성**
  끊임없이 성장하고 학습하는 개방형 집단지성(集團智性) 체계를 갖추고, 전문가적 지식과 경험을 내 · 외부로 공유하고 전파함을 의미

4 슬로건

- 심사평가원의 슬로건은 국민 건강향상을 위해 최선을 다하고자 하는 기관의 경영의지를 담은 핵심 메시지로 내·외부 이해관계자에게 전달된다.
- 심사평가원은 슬로건을 통해
  '국민'에게는 국민의 건강향상을 위해 최선의 노력을 다할 것임을 표명하고,
  '외부 이해관계자'에게는 의료질 향상과, 보건의료 가치 향상을 위한 소통과 협력 의지를,
  '구성원에게'는 4차 산업 혁명시대에 급속도로 변화하는 미래 환경을 지혜롭게 대처해 나가기 위한 열정을 다짐

의료질은 높게, 국민건강엔 날개를

의료질 향상을 위해 최선의 노력을 다하고, 궁극적으로 국민 건강 향상에 기여하겠다는 기관의 의지를 표명하는 슬로건

Smart HIRA, Better Health

4차 산업혁명 시대, 포스트코로나 등 미래 환경을 지혜롭게 대처하여 국민의 건강 향상은 물론 조직의 더 나은 미래를 위한 꿈을 실현하고자 하는 열정을 담은 슬로건

보건의료를 가치있게, 온 국민을 건강하게

보건의료생태계 내 모든 이해관계자들과 소통하고 협력하여 보건의료를 가치있게 만들고자 하는 의지를 담은 슬로건

Ⅲ 주요업무 개요

1 급여범위 설정 및 지불제도 운영

우리나라의 진료비 지불제도는 크게 행위별수가제와 포괄수가제로 나눌 수 있다. 행위별수가제는 의료인이 제공하는 행위, 약제, 치료재료 별로 가격을 책정하여 요양기관에 비용을 지불하는 방식이다. 포괄수가제는 환자의 질병, 입원일수, 중증도 등 사전에 정해진 기준과 책정된 진료비에 따라 비용을 지불하는 방식이다. 이러한 우리나라의 진료비 지불제도 운영에 심사평가원은 중추적인 역할을 담당하고 있다.

우선 행위별수가제 운영을 위해 행위, 약제, 치료재료의 요양급여 등재, 가격책정, 기준설정, 사후관리 업무를 수행한다. 그리고 요양급여의 반대급부인 비급여 관리를 위해 요양기관 종별로 비급여 항목과 비용을 조사하고 분석한다.

포괄수가제 운영 면에서 포괄수가 산출의 주요 요소인 환자분류체계 개발, 포괄수가 기준 설정 및 개발 업무를 하고 있다. 7개 질병군 포괄수가 뿐 아니라 요양병원, 호스피스·완화의료에서도 포괄수가 형식(묶음수가 혹은 정액수가)의 수가를 개발·운영하고 있다.

진료비 지불은 요양기관의 진료비 청구를 전제로 이루어지므로 심사평가원은 청구 질병코드 관리, 지불제도별 진료비 청구방법 등을 개발·관리한다.

그 외에도 지속적인 제도개선을 위해 기존 포괄수가제의 대안적 모델인 신포괄수가제 시범사업과 등재 기간 단축을 위한 감염병 체외진단검사 시범사업 등을 수행하고 있다.

공정성, 책임성, 전문성을 기반한 주도적 업무 수행을 위해 심사평가원은 다음과 같은 체계를 갖추고 있다.

첫째, 심사평가원이 운영하는 등재 및 가격조정 기전이다. 요양급여 신청, 실무검토, 위원회심의, 사전열람, 결과통보와 이의신청 단계별 세부 업무처리 절차와 처리 기한을 두고 있다. 그리고 치료재료와 약제의 요양급여 대상여부 및 상한금액에 관하여 심사평가원의 평가결과에 이견이 있을 경우 독립적 검토를 신청할 수 있다. 그 외에도 치료재료와 약제 재평가, 유통질서 문란 약제 관리, 실거래가 조사 등 다양한 가격조정 기전을 두고 있다.

둘째, 전문평가위원회를 운영하고 있다. 행위, 한방, 질병군, 치료재료, 인체조직에 해당하는 5개의 전문평가위원회가 있다. 학회, 협회, 학계, 소비자 단체, 건보공단, 복지부, 식약처 소속의 전문가 풀을 활용해 위원회를 구성한다. 위원회에서는 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성, 비용효과성, 환자의 비용부담정도 및 사회적 편익 등을 고려해 관련 사항을 결정한다.

셋째, 근거기반 의사결정 지원이다. 각 의사결정위원회에서 합리적 의사결정이 이루어질 수 있도록 과학적 근거를 제공한다. 이를 위해 1) 안전성과 효과성에 초점을 둔 EBH 평가를 수행하고 2) 심사평가원 고유의 근거문헌 활용지침(Evidence Based Review Manual, EBRM)을 개발하여 근거기반 의사결정에 적용한다.

2017년 8월 정부는 비급여 해소 및 발생차단, 본인부담 경감 및 의료비 상한액 적정관리, 재난적 의료비 지원에 해당하는 보장성 강화대책을 발표하였다. 이는 2004년부터 진행된 보장성강화 정책 중 3차 중기보장성 강화의 한 축이라 할 수 있다. 그 간의 지불제도 운영으로 쌓아온 심사평가원의 역량으로 기준 비급여의 급여화, MRI·초음파 등 비용효과성이 높은 비급여 항목의 급여화, 선별급여와 예비급여 항목 분류와 적용, 생애주기별 본인부담 경감 업무를 주도적으로 수행하였다.

2020년 코로나19 상황에서 심사평가원은 지불제도 운영에 대한 책임감과 전문성을 다시 한 번 보여주었다. 심사평가원은 코로나19 진단검사 및 시약, 치료제에 대한 보험급여를 신속하게 등재하고 청구방법, 진단 검사비 지원 방법 등을 적기에 안내하였다. 신속한 진료비 보상을 통해 요양기관은 코로나19 관련 진료에 전념할 수 있었다.

2 심사 및 평가

가. 진료비 심사

요양급여비용의 심사는 요양기관에서 환자를 진료하고 청구한 요양급여비용을 심사의 기준에 따라 객관적으로 공정하게 검토·확인하여 요양기관에 지급할 비용을 결정하는 것이다. 이를 통해 부적절한 비용지출을 방지하고 국민의료의 질 향상과 비용의 적정성을 도모하는데 그 의의가 있다.

심사의 기준에는 「의료법」, 「의료기사 등에 관한 법률」 등 보건의료관계법규, 「국민건강보험법」 제41조에 따른 요양급여기준, 「국민건강보험법」 제45조 및 46조에 따른 요양급여비용의 산정내역과 지침(고시), 보건복지부 행정해석 및 각종 행정지시, 심사평가원장이 공개한 심사지침,

급여비용심사에 관하여 위탁받은 경우 그 법령 및 기준이 해당한다.

심사 방법을 살펴보면 요양기관이 접수한 진료비 청구 명세서에 대하여 필수 기재사항이나 단가, 코드 등의 착오가 있는지 '전산점검'을 하게 된다. 그 후 전산프로그램을 통해 정형화가 가능한 심사기준의 점검 및 약제의 허가사항 초과 등 '전산심사'를 거친다. 이 중 심사직원의 확인이 필요한 경우 '전문심사' 단계를 거치게 된다. 이 과정에서 의학적 타당성에 대한 전문적 판단이 필요한 경우 심사위원 심사 또는 전문심사위원회 심의를 의뢰한다. 요양급여비용 지급을 위한 심사결정금액이 결정되면 보험공단 등 비용 지급 기관에 통보한다. 진료비 지급 후 심사단계에서 진료기간별 또는 요양기관 간 연계되지 않아 확인하기 어려웠던 항목에 대하여 '심사사후관리'를 한다.

심사에 대한 보완 및 확장 선에서 심사평가원은 보건복지부 장관의 행정조사인 현지조사 업무를 수행한다. 심사는 요양기관이 사실관계를 기초로 청구내용을 작성하였다는 신뢰 하에 심사 기준에 적합한지를 확인하는 것이다. 그러나 이러한 방법만으로 청구내용의 사실관계 등을 확인하기 어렵다. 따라서 현지조사는 사후적 심사영역의 하나라고 말할 수 있으며 이를 통해 거짓·부당 청구를 예방하고 건전한 청구질서 확립 및 보험재정 누수방지, 수급권 보호에 기여하고 있다.

심사평가원은 국민의료비 전반에 대한 전문심사기관으로 역할을 확대해 나가고 있다. 자세히 살펴보면 「국민건강보험법」에 따라 다른 의료보장제도 등에서 요구하는 의료급여비용의 심사와 보훈환자 및 보훈병원 진료비 심사를 위탁받아 수행해 왔다. 그리고 2002년 3월 「응급의료에 관한 법률」 개정으로 보건복지부로부터 응급의료비 미수금 대지급 사업을 위탁 받아 수행하고 있다. 행정응원 차원에서 입원적정성 관련 공공기관 심의의뢰 업무를 시작하였으며, 2016년 시행된 「보험사기방지 특별법」에 따라 보험사기 행위 관련 입원적정성 심사를 심사평가원에 의뢰할 수 있다는 것으로 명시되었다. 더불어 2005년부터 외국인 근로자, 노숙인 등 소외계층 의료서비스 지원사업(외국인근로자 등 의료지원 사업) 진료비 심사, 2013년 7월부터 「자동차손해배상보장법」 개정에 따른 자동차보험 진료비 심사를 위탁받아 수행하고 있다.

나. 요양급여비용 적정성 평가

요양급여의 적정성 평가는 건강보험으로 제공된 진찰·시술·투약·검사 등의 의료서비스 전체에 대해 의약학적 측면과 비용효과적 측면에서 적정하게 행하여졌는지를 평가하는 것이다. 아울러 요양급여 적정성 평가의 목적은 평가결과를 의료제공자에게 통보하여 국민에게 질 높은 의료서비스가 제공되도록 자율적인 질 향상 및 진료행태 개선을 유도하고, 국민에게 공개하여 의료선택권을 보장하는 등 다양한 활용을 통해 의료서비스의 질 향상과 비용부담의 적정화를 도모하는데 있다.

심사평가원은 평가의 사각지대 해소로 균형 잡힌 국가 의료 질 향상에 기여하고 있다. 2017년에는 국가 의료 질 향상을 위해 6대 영역(환자안전, 효과적인 진료, 환자중심성, 의료전달체계 구축, 의료이용의 형평성, 건강보험의 효율성) 18개 목표를 설정하고 국민·의료계 등 이해관계자가 직접 제안·선정하는 신규항목 발굴 프로세스를 구축하였다. 이에 따라 임상 질 영역은 효과·효율성에서 환자안전·환자중심 영역으로, 생애주기별 관점에서는 성인에서 소아영역으로, 진료영역은 대형 및 전문병원중심에서 중소병원 질 관리 영역, 의과 중심영역에서 치과 영역까지 확대하였다.

심사평가원는 전향적으로 요양급여 적정성 평가를 수행하고자 한다. 평가대상 선정 및 예비평가, 연간 계획 수립, 세부 계획 수립, 평가수행, 평가결과 분석 및 적용, 평가결과 통보 및 공개, 이의신청을 통해 요양급여 적정성평가 업무를 수행하며 각각의 절차마다 이해당사자 의견수렴, 다채널 사전 공개로 평가의 예측성을 높인다. 이를 통해 요양기관의 자율적인 질 향상과 진료행태 개선을 유도한다.

의료 질 향상을 위해 대내외적으로 요양급여 적정성 평가 업무를 활용하고 있다. 우선 대내적으로 요양급여비용의 가감지급 사업, 의원급 만성질환 인센티브, 의료질평가 지원금 수가연계 등 성과기반 지불에 활용하고 있다. 그리고 지표연동자율개선제, 상급종합병원지정·평가, 전문병원지정·평가 등 심사평가원의 타 업무에도 평가 결과를 제공하고 있다. 그 외에도 요양급여비용 심사 등 업무 연계가 필요한 사항은 심사평가원의 관련 부서와 공유한다. 적정성 평가 정보를 활용해 학회와 공동 연구 논문화를 추진하여 국내·외 학술지에 등재하는 등 적정성 평가 결과 및 효과를 확산시키며, 학술적으로 기여하고 있다. 대외적으로 지역거점공공병원운영평가, 항생제 내성관리 종합대책, 심뇌혈관센터 지정, 응급의료센터지정 및 평가 등 정부의 타 평가에도 활용되고 있으며, 소방방재청, 소비자단체, 지방자치단체 등 유관기관에 평가정보를 제공한다. 요양기관에는 질 향상 활동에 활용할 수 있도록 해당 기관의 평가결과를 벤치마킹 자료와 함께 제공하고, 질 향상이 요구되는 개별 요양기관에 현장 상담 등을 통하여 문제점을 진단하고 개선 방안을 제시한다. 이 외에 인프라가 부족한 중소병원에는 질 향상 컨설팅, QI 교육 등을 제공하여 질 향상을 지원한다. 마지막으로 개발도상국에 대한 질 평가 컨설팅 제공 및 OECD 보건의료 질지표 프로젝트 참여 등 국제 협력 및 교류에도 활용되고 있다.

그 밖에도 심사평가원은 의료질평가 지원금 제도를 운영하며 국가 의료 질 향상 정책에 기여하고 있다.

보장성강화 정책에 따른 선택진료제 축소 및 폐지 수순에 따라 정부는 의료질평가 지원금 제도를 도입하였다. 의료질평가 등급에 따라 의료기관은 「의료 질과 환자안전·공공성·의료전달체계」, 「교육수련」, 「연구개발」로 구분하여 등급별 차등수가를 입원료(입원), 진찰료(외래)에 추가 산정

한다. 이는 의료 질 평가결과에 기반하여 의료기관에 경제적 인센티브를 제공하는 성과기반 지불이라 할 수 있다. 심사평가원은 제도 운영을 위하여 의료질평가 지원금 수가 및 평가지표 개발·관리, 의료질 평가 등을 수행하고 있다.

2020년에는 심사평가원의 평가정보 뿐만 아니라 국가단위 평가정보를 한 곳에 통합하여 관리할 수 있는 '평가정보뱅크'를 구축하였다. 이는 평가 제도간 혹은 기관간 관련 정보를 공유·할 수 있는 최초의 채널로 국민이 평가정보를 조회하고 직접 의견을 제안할 수 있다.
또한 국민이 양질의 의료서비스를 받을 수 있도록 지역 내 우수 평가기관을 안내하는 '우리지역 좋은 병원 찾기' 사업을 추진하고 있다. 이를 통해 평가결과의 활용성을 높이고 국민의 건강한 삶에 기여하는 국민 중심 평가체계로 전환해나가고 있다.

다. 심사·평가 체계

심사평가원은 다음과 같은 방법으로 심사와 평가에 대한 공정성·전문성·수용성을 제고하고 있다.

첫째, 사전 예방 사업이다. 진료비 증가, 의료의 질 향상, 환자 안전 측면에서 요양기관에 맞춤형 정보를 제공하고 자율적 진료 행태 개선을 유도하는 지표연동자율개선제가 있다. 미개선 기관에 대하여 가감지급(평가) 및 현지조사 등과 연계하여 관리한다. 다음으로 진료비의 급격한 증가, 사회적 이슈가 되는 항목 등 진료경향 개선이 필요한 항목을 선정, 사전예고 후 집중 심사하는 선별집중심사가 있다. 마지막으로 대면하여 현지조사 받는 부담과 자원소모를 줄이기 위해 요양기관의 부당청구 가능성을 인지하고 그 사실을 통보하면, 요양기관 자체 점검 후 자율적으로 시정하는 자율점검제도를 운영하고 있다. 이러한 사전 예방 사업으로 요양기관 스스로 진료경향을 개선하여 불필요한 진료비 지출을 사전에 방지할 수 있다.

둘째, 권리구제 절차 운영이다. 이의신청은 심사평가원 처분에 대한 권리구제절차로서 요양(의료)급여비용에 대한 심사 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 처분에 불복하여 관계법령에 따라 처분의 취소나 변경을 신청하는 것이다. 심판청구는 심사평가원의 처분에 대해 이의신청 결정에 불복이 있는 자가 법령에서 정한 사항을 기재한 심판청구서를 보건복지부 건강보험분쟁조정위원회 또는 심사평가원에 제출하여 재심사를 구하는 행정쟁송 절차이다.

셋째, 진료심사평가위원회 운영이다. 진료심사평가위원회는 요양(의료급여)기관에서 청구하는 진료비용 중 전문의학적 판단을 요하는 요양급여비용(의료급여비용)에 대해 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하는 심의기구이다. 심사평가원의 업무를 효율적으로 수행하기 위한 조직으로 90명 이내의 상근심사위원과 1,000명 이내의 비상근심사위원으로 구성되어 있으며, 본 위원회의 운영을

통해 진료비용의 심사 및 평가 등에 대한 전문성과 공정성을 확보하고, 적정진료를 위한 환경을 조성하는데 그 의의가 있다.

넷째, 심사·평가체계 개편을 위한 분석심사 선도 사업 도입이다. 2019년 8월부터 환자별 편차가 크지 않고, 의학적 가이드라인에 따른 보편적 진료가 가능한 의료영역에 대해 선도 사업을 진행하고 있다. 요양기관 진료정보에 대해 주제별로 분석지표, 청구현황 등을 다차원 분석하여 변이가 감지되면 사전 안내 및 중재하고, 지속적으로 문제가 심화될 경우 심층심사를 실시한다. 수가나 급여기준 등 개선 또는 신설이 필요한 경우 신속하게 제도 개선과 연계한다. 분석심사를 위해 심사 전반에 의료현장 전문가가 주도적으로 참여하는 개방형 위원회(2단계 전문심사위원회)를 운영하고 있다.

라. 고객서비스 제공

의료정보에 대한 소비자의 알 권리를 확대시키고 의료 권익을 보호하기 위한 심사평가원의 고객서비스 제공업무는 다음과 같다.

첫째, 진료비확인신청이다. 진료비확인신청을 받으면 국민이 요양기관에서 진료를 받고 지불한 비용 중 전액본인부담금과 비급여 진료비가 법령에서 정한 기준에 맞게 부담되었는지를 확인하고, 더 많이 낸 비용을 되돌려 받을 수 있도록 한다. 이를 통해 소비자의 의료 권익 보호와 함께 요양기관의 자발적 비급여 행태개선도 유도할 수 있다.

둘째, 심사평가원 홈페이지와 어플리케이션, SNS 등 다양한 정보제공 채널 운영이다. 이를 통해 요양기관 현황정보, 질병정보, 진료비 가격정보, 비급여 진료비, 특정진료 실시기관, 의료서비스 평가정보, DUR, 내가 먹는약! 한눈에 등 종합적인 건강정보서비스를 제공한다.

셋째, 행정정보공개, 사전정보공표, 원문정보공개에 해당하는 정보공개제도를 운영한다. 정보공개 청구에 따라 우리원이 직무상 작성 또는 취득한 정보를 제공하여 국민의 알권리를 보장한다.

넷째, 대국민 통계정보 서비스이다. 심사평가원은 '건강보험통계' 등 총 6종의 국가승인통계를 보유하고 있다. 심사평가원은 이러한 국가승인통계를 생산해 국가통계포털을 통해 제공한다. 그리고 국민 누구나 보건의료통계를 쉽게 활용할 수 있도록 주요 의료통계 및 질병·진료행위 등 통계를 보건의료빅데이터개방시스템을 통해 제공하고 있다.

다섯째, 보건의료 데이터 제공이다. 「공공데이터 제공 및 이용활성화에 관한 법률」에 따라 요양급여기준, 의약품 정보, 의료질평가 정보, 비급여 정보 등 심사평가원의 공공데이터를 국민이

쉽게 이용할 수 있도록 발굴, 생성, 등록, 공개, 제공 등의 업무를 수행한다.

여섯째, 보건의료빅데이터 분석 지원이다. 학계·의약계·산업계 이용자 수요에 맞춰 보건의료연구, R&D, 서비스 개발 등을 위해 심사평가원이 보유하고 있는 보건의료빅데이터 개방·분석 서비스를 제공한다. 서비스 제공 방법에는 보건의료빅데이터센터 방문을 통한 데이터 분석 지원과 원격분석시스템을 이용한 데이터 분석 지원이 있다.

마지막으로 의약품 사용정보 공개 및 제공이 있다. 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」, 「약사법」 등 관련 법령에 의거 의약품관리종합정보포털을 통해 정보공개 청구를 받고 의약품 사용정보를 산출하여 제공하고 있다.

3 보건의료체계의 인프라 관리

심사평가원의 인프라는 심사, 평가, 심사 및 평가기준의 개발, 조사연구 및 국제협력 등 국민건강보험 관리기구의 주요 역할을 수행하기 위한 기반이라 할 수 있다. 이러한 인프라에는 심사평가원이 관리하는 요양(의료)기관 일반사항, 인력·시설·장비, 의약품 유통정보, ICT, DUR 시스템 등을 총망라 할 수 있다. 심사평가원의 인프라는 심사평가원의 고유 업무 뿐 아니라 정부 정책 지원, 국민의 알권리 충족 더 나아가 안전한 보건의료 환경 조성 등을 위해 다방면으로 활용되고 있다. 심사평가원의 주요 인프라 관리는 다음과 같다.

첫째, 심사평가원은 요양기관의 일반사항, 인력·시설·장비에 해당하는 의료자원을 등록·관리하는 업무를 하고 있다.

구체적으로 요양기관 기호 확정 및 취소, 개설자, 인력 상세, 병실 등 시설 현황, 각종 입원료 차등제, 특수운영현황, 식대 현황 등을 관리한다. 그리고 심사평가원의 보건의료자원통합신고 포털을 통해 요양기관이 신고한 의료장비를 등록한다. 이와 함께 심사평가원은 의료장비 분류체계를 마련하고, 의료장비 바코드와 관련법에 따른 의료장비 품질을 관리한다. 또한 심사평가원이 관리하는 의료장비 정보를 (장비 설명, 식약처 정보, 장비 이미지, 전산점검연계 내역과 행위수가 등) 심사평가원 홈페이지를 통해 안내한다.

코로나19 관련 호흡기 환자의 병원 방문부터 입원까지 다른 환자와 분리하여 진료할 수 있는 국민안심병원을 지정·관리하고 있다. 그리고 코로나19 중증환자 치료에 필수인 음압격리병실, 인공호흡기, 인력 등의 현황을 모니터링하고 정보를 제공하였다.

둘째, 「의료법」, 「장애인건강법」, 「모자보건법」 등에 근거해 상급종합병원, 전문병원, 재활의료기관, 난임시술 의료기관 지정·평가 등의 업무를 보건복지부로부터 위탁받아 수행하고 있다. 이를 통해 상급종합병원의 병상관리, 급성기-회복기-유지기-지역사회통합돌봄으로 이어지는 의료기관의 역할 정립으로 의료전달체계 개선에 기여하고 있다. 더불어 효율적인 난임 극복 사업을 지원하고 정부의 출산정책 추진을 위한 기초 자료를 제공하고 있다.

셋째, 의약품관리종합정보센터 운영으로 의약품에 대한 정보표준화와 정보지식화 기반을 구축한다.

의약품관리종합정보센터에서는 의약품 유통정보의 수집·조사·가공·이용 및 제공, 의약품바코드 관리, 의약품 일련번호 제도 등의 사업을 수행한다. 이를 통해 제약 산업과 의약품 유통에 대한 국가적 통계 인프라를 구축하고 의약산업 발전을 위한 정부의 정책 수행을 지원한다. 산업계에도 근거에 입각한 의사결정을 할 수 있도록 정보를 지원하고 국민에게는 의약품 사용 이력관리를 통해 안전한 약물 사용 환경을 제공하고 있다.

넷째, 의약품안전사용서비스(Drug Utilization Review, 이하 'DUR')로 의사가 의약품을 처방할 때 또는 약사가 조제 할 때 의약품 안전성과 관련된 다양한 정보를 실시간으로 의사와 약사에게 제공하고 있다. 즉, DUR을 통한 병용금기, 임부금기, 연령금기, 용량주의 등의 정보 제공으로 부적절한 약물사용을 사전에 점검할 수 있다. 그리고 DUR을 활용해 국민과 요양(의료)기관에게 헌혈 금지 의약품 복용 정보, 개인 투약이력 조회, 감염병 관련 정보 등의 서비스를 제공하고 있다.

2020년 코로나19 확산을 막기 위해 전 세계 감염병 발생 지역 여행 정보, 확진자 요양기관 방문이력, 코로나19 치료의약품 재고관리 정보를 DUR과 연계해 실시간 제공하였으며, 다시 한 번 DUR과 심사평가원을 전 국민에게 각인시켰다.

마지막으로 심사평가원의 정보시스템 개발·운영·관리이다.

심사평가원의 정보시스템은 주요 업무 관련 각종 데이터의 수집, 처리, 분석, 활용을 위한 기기와 응용시스템 체계라고 할 수 있다. 국민의 알권리 보장, 내부 사용자와 요양기관 종사자의 편의성과 업무 효율성 도모, 4차 산업혁명과 디지털 중심의 업무 혁신을 위해 심사평가원의 정보시스템은 끊임없이 진화하고 있다.

WEB 기반 심사평가원 본·지원 통합 업무 시스템 구축을 시작으로 의료비 지출 관리를 위한 '급여정보분석시스템'과 진료정보를 수집을 위한 '심사평가정보 제출시스템'을 개발하였다. 내부 직원용 '히라톡톡 앱'과 대국민 모바일 서비스 '건강정보 앱'을 개정하면서 모바일 서비스도 강화하였다. 최근 인공지능 기반의 'ICT 상담챗봇시스템'을 개발해 내부 사용자의 ICT 민원 응대를 자동화하였으며, 의료영상을 인공지능 기술로 판독하는 'AI 기반 의료영상 심사판독시스템'을

구축·운영 중에 있다.

DW(Data Warehouse)는 심사평가원의 대용량 데이터를 주제별로 통합하고 저장한 데이터베이스이다. OLAP(Online Analytical Processing)을 활용해 DW에 직접 접근하여 다양한 관점의 데이터를 분석할 수 있다. OLAP 사용자 교육을 통해 심사평가원 내부 통계분석 역량을 강화하고 있으며 데이터와 통계를 기반한 의사결정을 지원하고 있다.

그 밖에도 정보(데이터)의 품질을 확보하기 위한 지속적인 데이터 관리 및 개선, 정보보호 활동, 청구소프트웨어 검사, 전 국민의 의료정보 유출 예방을 위한 의료기관의 자율규제 활동 지원 등을 수행하고 있다.

2020년 코로나19 확산과 마스크 부족의 위기상황에서 심사평가원이 개발한 「마스크 중복구매 확인시스템」을 통해 그 간 누적된 심사평가원의 정보시스템 운영·개발 노하우를 짐작할 수 있다. 심사평가원 정보시스템에 대한 정확한 이해와 활용으로 단기간(5일)에 시스템을 자체 개발할 수 있었으며, 공적마스크 5부제의 성공적 정착을 이끌어 심사평가원의 위상을 높였다.

4 심사평가 연구 및 국제협력

가. 심사평가 연구

심사, 평가, 의료의 질 향상, 심사기준 및 평가기준 개발 등 심사평가원 핵심 업무의 향상과 건강보험 급여정책 수립에 필요한 분석 및 연구, 근거자료의 개발 및 제공을 위해 심사평가연구소를 두고 관련 업무를 수행하고 있다.

주요 연구 분야에는 급여정책 및 보장성확대 방안, 의료보장제도와 지불보상제도 개선, 의료자원 및 보건의료정보 관리와 활용, 지출효율화, 의료의 질과 환자안전, 의료전달체계 개선 등으로 보건의료체계 전반을 다룬다고 할 수 있다.

그 외에 보건의료·건강보험 분야 이슈 선도, 연구성과 및 지식 확산, 대내외 의견 수렴을 위해 '정책동향'과 'HIRA 이슈'를 발간하고 있다. 그리고 주요 학술대회 참여와 심평포럼 개최, 아·태 지역 의료의 질 향상 네트워크 참여 및 ISQUA Journal 개재 등 국제 지식 네트워크에 참여하고 있다. 더불어 주요 OECD 통계, 각종 진료비 현황 자료 등 보건의료 통계를 생산하며 이러한 통계자료는 정책 결정의 근거자료로 활용된다.

나. 국제 협력

심사평가원은 UN의 지속가능한 개발목표(Sustainable Development Goals, SDGs) 과제 중 하나인 보편적 건강보장(UHC, Universal Health Coverage) 달성에 기여하기 위해 국제 교류와 협력, 우리나라 건강보험 시스템 운영 노하우 전수에 앞장섰다.

구체적으로 2015년부터 세계적인 석학과 각 국의 보건의료 기관, 관계자들이 참여하는 국제 심포지엄을 개최하며, 이는 국제보건의료발전 논의의 장으로 거듭나고 있다. 그리고 국제사회의 보편적 건강보장 달성을 위한 도전과제를 공유하고 솔루션 모색하는 국제공동학습네트워크(Joint Learning Network (JLN), 30개 회원국 참여)에 참여하고 '17년부터는 JLN 운영위원으로 선출되어 한국 건강보험의 우수사례를 공유하는 선도국가(leading country)의 역할을 수행하고 있다. 그 밖에도 국가별 맞춤형 국제연수과정인 'HIRA Global UHC Campus'를 운영한다. 이는 건강보험제도를 도입 또는 개선시키려는 국가들의 필수교육과정으로 자리매김해 가고 있으며 우리나라의 건강보험 운영경험을 공유하고, 연수 참가국의 보건의료시스템의 발전방향을 함께 논의하는 지식공유의 장이 되었다.

이러한 국제교류협력사업을 통해 확보한 네트워크를 기반으로 우리나라 건강보험의 수출가능성을 확인하였고, 'HIRA 시스템'에 대한 수출 컨텐츠를 구체화하였다. 이에 '17년 3월 바레인 보건최고위원회와 수출계약을 체결(1,502만 US달러, 약 172억 원)하게 되었다. 이는 세계 최초로 타 국가에 제도와 시스템을 함께 수출한(G2G 사례)것이라 할 수 있다. 수출 대상 시스템은 ①의약품관리시스템(DUR), ②건강보험정보시스템(NHIIS), ③ 의료정보활용시스템(SUN), ④국가진료정보저장소(NEMR)으로 총 4개이며 국가단위 의료데이터의 수집, 처리, 활용 등 전체 라이프사이클을 내포한다.

그 외에도 세계은행, WHO, Gates Foundation 등 국제기구 및 국제 NGO와 협력 사업을 통하여 한국의 보건의료제도의 우수성을 널리 알리고 있다.



제2부

급여범위 설정 및 지불제도 운영

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

제1장 요양급여 등재 및 가격관리

제2장 급여기준 설정 및 관리

제3장 포괄수가제도

제4장 의료분류체계

제5장 건강보험 보장성 강화 정책

제 1 장

요양급여 등재 및 가격관리

Ⅰ. 의료행위

Ⅱ. 치료재료

Ⅲ. 약제

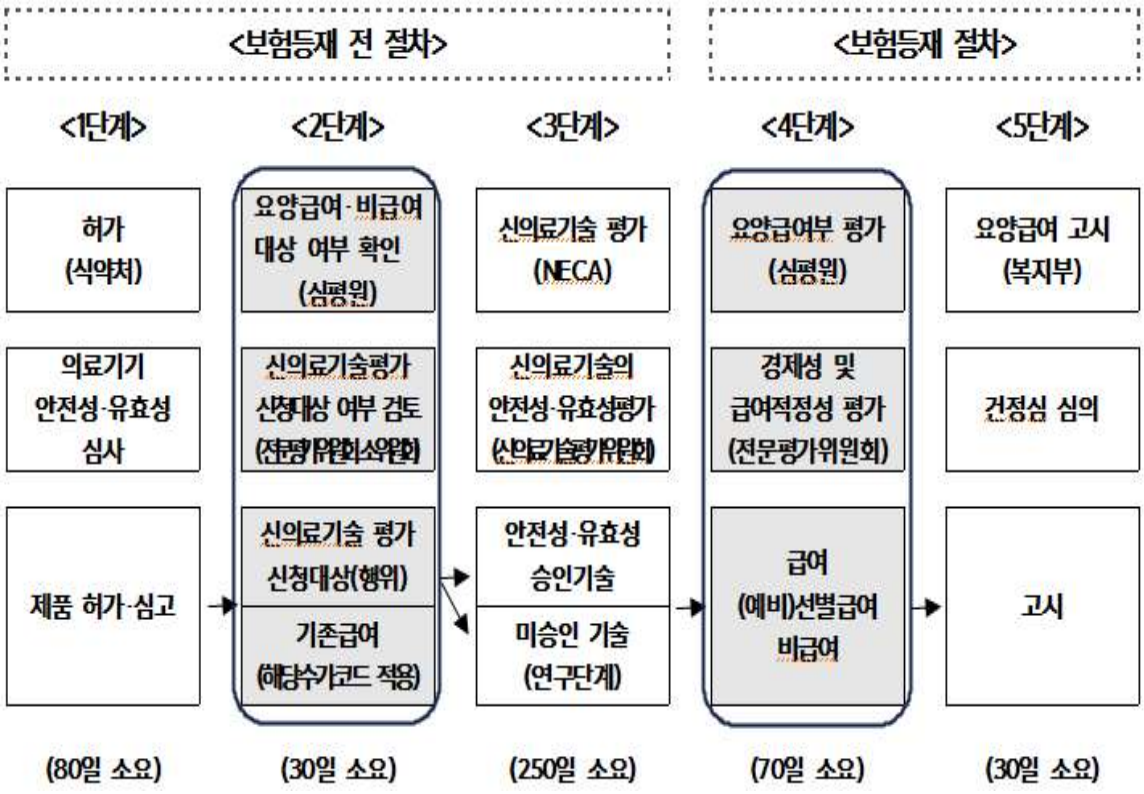


제 1 장 요양급여 등재 및 가격관리

Ⅰ 의료행위

Ⅰ-1 의료행위 요양급여 등재 등 관리

작성: 의료기술평가부

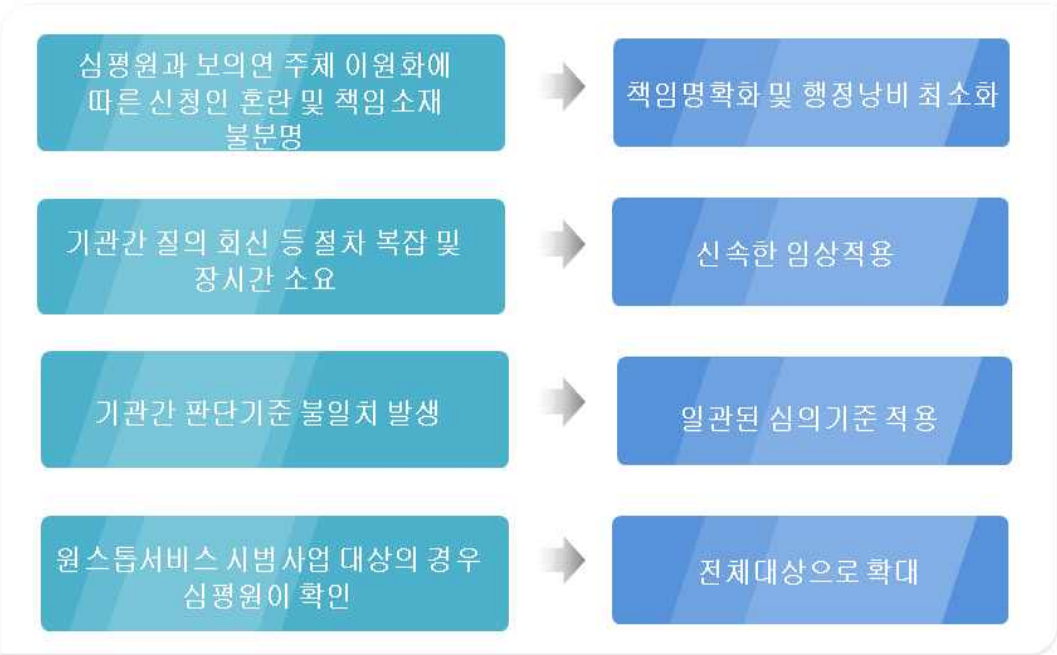


| 건강보험 등재절차 |

1 요양급여·비급여 대상 여부 확인 제도

가. 업무개요

- 요양기관, 의료인 및 의료기관 단체, 의약관련 단체, 치료재료 수입·제조업자는 보건복지부장관에게 요양급여대상 또는 비급여대상이 불분명한 의료행위에 대하여
- 신의료기술평가(유예) 신청 전 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 요양급여대상 또는 비급여대상, 「신의료기술평가에 관한 규칙」에 따른 안전성·유효성이 있는 의료기술(이하 “기존급여”) 여부를 심사평가원에 확인 신청하는 제도를 말한다.



| 요양급여·비급여대상 여부 확인의 일원화 의의 |

나. 법적근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의2 및 「요양급여대상·비급여대상 여부 확인의 절차와 방법 등에 관한 기준」
- 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조

다. 확인 절차 및 방법

그림2.1-1 기존급여 여부 확인 절차



1) 기존급여 여부 확인신청

가) 신청자

요양기관, 의약관련 단체, 치료재료의 제조업자·수입업자(인체조직의 경우 「인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률」 제13조에 따른 조직은행의 장, 희소·긴급도입 필요 의료기기인 경우 「의료기기법」제42조 한국의료기기안전정보원의 장 포함)

나) 신청 시기

신의료기술평가 및 신의료기술평가 유예 신청 전

다) 신청 접수기관

확인신청자는 심사평가원에 기존급여 여부 확인신청서 등 제출

라) 제출서류

- 요양급여대상·비급여대상 여부 확인 신청서(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별지 제13호의2 서식)
- 소요장비·소요재료·약제의 제조(수입)허가(인증·신고) 관련 자료(허가증 사본 등)[18]

18 원스탑 서비스와 허가평가통합서비스 경우에는 제조(수입)허가(인증)신청서 및 접수증 또는 식품의약품안전처장이 지정한 심사기관에 제출한 심사의뢰서 및 접수증

- 요양급여대상·비급여대상 여부에 대한 의견서
- 국내·외의 연구논문 등 그 밖의 참고자료

2) 실무검토

- 접수된 신청서와 구비서류를 확인하여 신청요건의 충족여부를 검토하고 기재내용 및 구비서류가 미비할 경우 기한을 정하여 신청인에게 자료제출 등 보완 요구한다.
- 다음의 경우에는 신청을 반려 할 수 있다.
  - 신청된 행위에 사용된 의료기기 등의 제조(수입) 허가 등 관련 자료를 첨부하지 않은 경우
  - 식품의약품안전처, 의료기기정보기술지원센터 또는 식품의약품안전처장이 지정한 심사기관에 제출한 신청서, 의뢰서 및 접수증을 첨부하지 않은 경우
  - 기한을 정하여 보완요구 하였으나 정당한 사유 없이 기한 내 보완하지 않은 경우
  - 신청서 등에 거짓·부정 등 허위사실이 기재된 경우
  - 이미 확인이 완료된 신청 행위에 대하여 동일한 사항으로 재신청한 경우
- 접수가 완료된 건에 대하여는 신청행위와 기존급여 간의 목적·대상·방법 비교, 기존 결정사례 등을 검토한다.

3) 위원회 검토

- 신청건에 대하여는 실무검토 후 전문평가위원회 소위원회 검토*를 거치며, 검토시에는 신청한 행위의 목적·대상·방법 등을 고려하여야 한다.

  * 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 및 「요양급여대상·비급여대상 여부 확인의 절차와 방법 등에 관한 기준」개정(2018.4.1.시행)

- 위원회검토 제외대상

> 신청한 행위가 이미 요양급여대상 또는 비급여대상으로 정하여 이미 고시된 사항에 명백히 해당하는 경우
> 「요양급여대상·비급여대상 여부 확인의 절차와 방법 등에 관한 기준」제3조제1항제1호

4) 확인결과 통보

- 확인결과는 정당한 사유가 없는 한 신청일로부터 30일(심층적 검토 필요시 30일 범위에서 통보기간을 한차례 연장 가능) 이내에 신청인과 신의료기술평가위원회에 통보하고 허가평가통합서비스의 경우 식품의약품안전처장을 거쳐 통보한다.

- 확인결과 기존급여와 유사한 경우로 검토된 경우에는 등재된 코드 또는 신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 해당 고시를, 신의료기술로 검토된 경우에는 신의료기술평가 신청대상임을 포함하여 안내한다.
- 법정기한 30일 내 신속한 결과통보를 위해 전문평가위원회 소위원회 검토결과는 전문평가위원회 및 보건복지부에게 사후 보고하며, 장관은 보고받은 결과가 기존항목 범주에 포함되거나 동일한 행위인 경우 필요시 고시한다.

5) 이의신청 및 결과통보

확인결과에 대하여 이의가 있는 신청인은 이의신청서와 구비서류를 첨부하여 확인결과 통보일로부터 30일 이내에 심사평가원에 제출하여야 하며, 심사평가원은 이의신청 결과를 전문평가위원회의 검토를 거쳐 신청인에게 통보한다.

2 요양급여대상·비급여대상 여부 확인 관련 행위 재분류 및 수가 신설

가. 업무개요

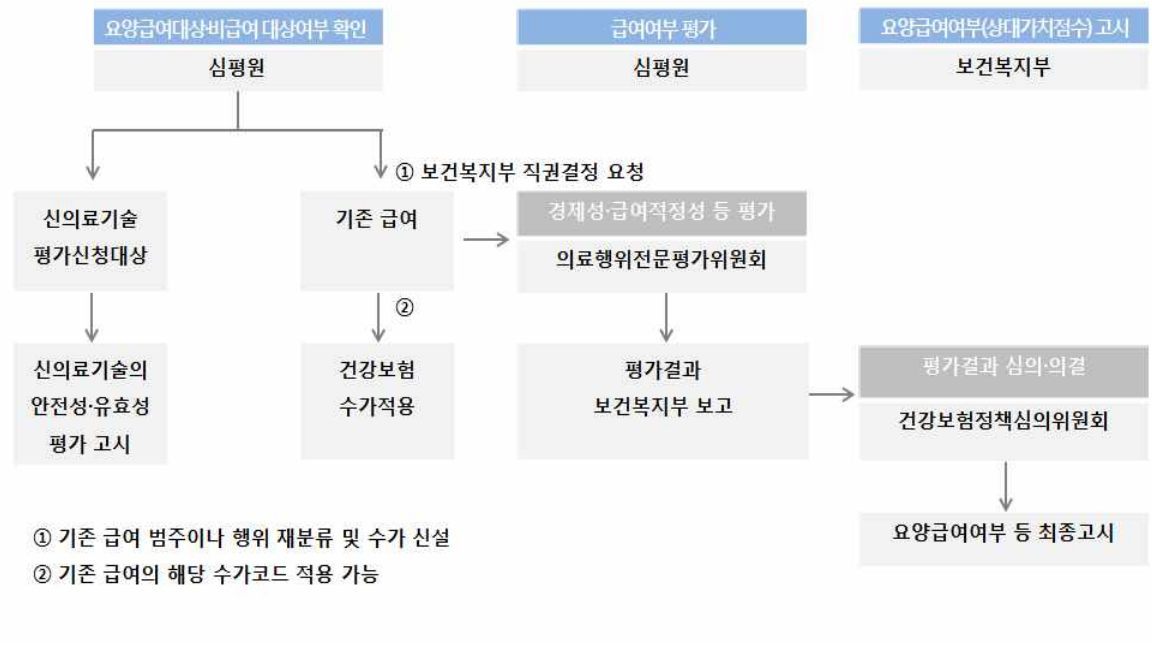
요양급여대상·비급여대상 여부 확인 결과 기존 행위 범주이나 현행 수가 및 분류에 적용하기 어려운 의료행위에 대하여 「요양급여대상·비급여대상 여부 확인의 절차와 방법 등에 관한 기준」에 따른 보건복지부장관 직권으로 별도 수가나 기준을 신설하는 업무를 말한다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」제41조의3(행위·치료재료 및 약제에 대한 요양급여대상 여부의 결정)제4항
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제13조(직권결정 및 조정)제1항
- 「요양급여대상·비급여대상 여부 확인의 절차와 방법 등에 관한 기준」제4조(확인 결과의 통보 및 보고)

다. 절차 및 방법

그림2.1-2 요양급여대상·비급여대상 여부 확인 관련 행위 재분류 및 수가 신설 업무 흐름도



1) 직권결정 통보

- 요양급여대상·비급여대상 여부 확인 결과 행위 재분류 필요 관련 보건복지부 보고
- 보건복지부의 검토 요청 (직권결정)

2) 관련 학(협)회 의견 요청

- 의사업무량, 관리 진료과 등
- 요양급여 적정성 및 급여기준 등과 관련된 자료
- 직접 진료비용, 자료 등

3) 실무검토

- 요양급여대상·비급여대상 여부 확인 결과 검토
- 의료행위에 사용되는 장비, 치료재료 식약처 허가사항 확인
- 교과서, 임상진료지침, 임상문헌 등 관련 근거검토
- 현행 유사행위와의 대체가능성, 비용효과성, 재정영향성 검토

- 상대가치점수 산출
- 필요시 급여기준 설정

4) 위원회 심의

- 의료행위전문평가위원회 평가
- 급여평가위원회 평가 (필요시)
- 건강보험정책심의위원회 심의

5) 최종 고시

요양급여대상여부 및 상대가치점수 고시

3 감염병 체외진단검사 건강보험 등재절차 개선 시범사업

가. 추진배경

현재 신의료기술 등재는 의료기기에 대한 식품의약품안전처의 인·허가 과정 및 신의료기술 평가를 통해 안전성, 유효성을 확인하고 있으나, 오래 기간이 소요되어 빠른 의료기술의 변화에 대처하지 못하고 있다는 한계도 있다.

정부는 의료기기 규제혁신 및 산업육성방안(2018.7.19.) 중 세부과제로 안전성의 우려가 적은 체외진단검사에 한하여 신의료기술평가를 유예하고 바로 건강보험으로 진입할 수 있도록 하는 「감염병 체외진단검사의 건강보험 등재절차 개선 시범사업」(이하 “감염병 체외진단검사 시범사업”)을 추진하였다.

나. 법적근거

- 「보건의료기본법」 제44조(보건의료 시범사업)
- 감염병 체외진단검사 건강보험 등재절차 개선 시범사업 관리지침(보건복지부, 2020.9.)

다. 목적

- 시범사업 운영을 통해 제도의 틀, 국민건강 및 보건환경 등에 미치는 영향을 평가하고 문제점 및 개선 방안을 모색한다.
- 시범사업을 통해 건강보험 등재절차의 적정성을 파악하여 본 사업으로의 확대 적용 가능성을 검증한다.

라. 추진경과

- ('18.7.19.) "혁신성장 확산 위한 의료기기분야 규제혁신 및 산업육성 방안" 정부 발표
- ('19.2.26.) "체외진단검사 건강보험 등재절차 개선 시범사업 추진" 관련 건강보험정책심의위원회 보고
- ('19.4. 1.) 감염병 체외진단검사 시범사업 실시
- ('19.4.29.) "체외진단검사 건강보험 등재절차 개선 방안" 의료행위전문평가위원회 보고
- ('19.9.4., '19.12.23., '20.9.10.) 감염병 체외진단검사 시범사업 관리지침 개정
  - 사업기간 조정, 신청기관 및 대상 확대 등

마. 주요내용

1) 사업개요

- 체외진단검사에 한해 식품의약품안전처 의료기기 허가를 취득한 이후 건강보험 등재절차로 바로 진입할 수 있도록 개선하고, 1~5년 뒤 사후 신의료기술평가 실시
- 사업대상: 감염병 체외진단검사
- 신청자격
  - 진단검사의학과 또는 병리과 전문의가 상근하는 종합병원 이상 의료기관
  - 「책임운영기관의 설치·운영에 관한 법률 및 시행령」에 따른 보건복지부장관 소속의 의료기관

2) 관리주체별 업무내용

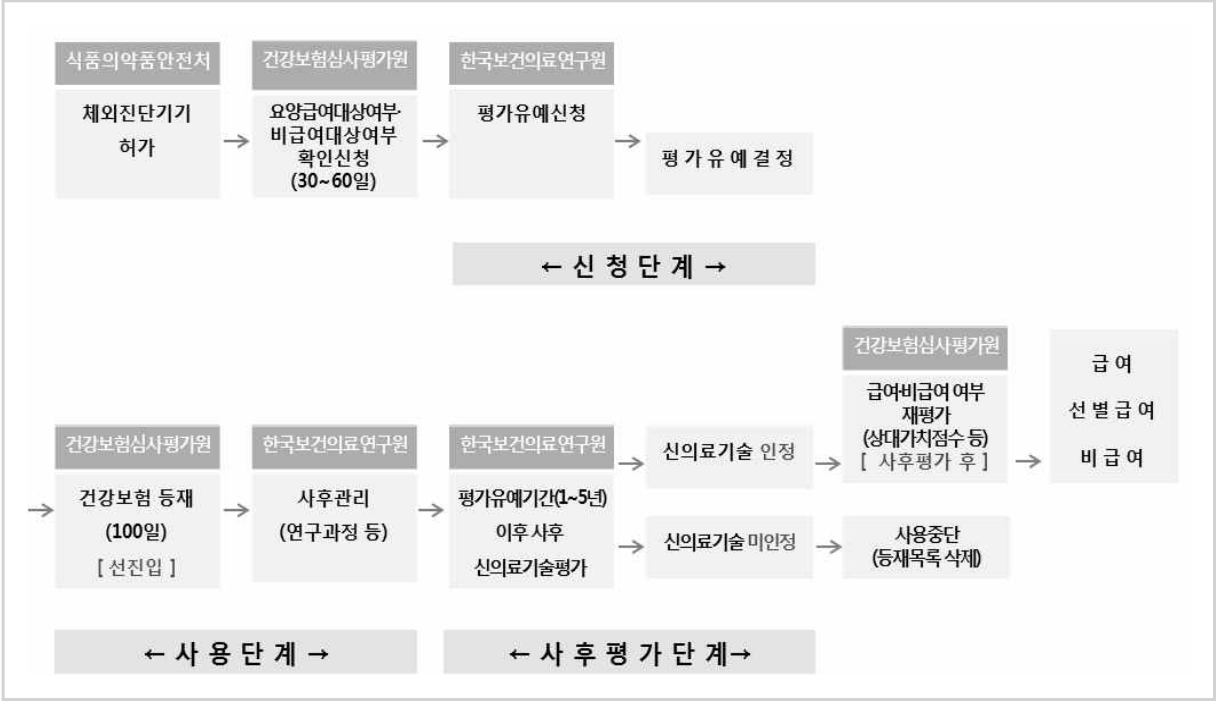
가) 한국보건의료연구원

- 체외진단검사 평가 유예 결정
- 등재 후 사후관리 실시 (신청인의 연구과정, 보고자료 및 퇴출여부 등)

나) 건강보험심사평가원

- 건강보험 등재 결정
- 퇴출요건 해당 시 건강보험 등재 목록 삭제

그림2.1-3 감염병 체외진단검사 시범사업 업무흐름도



3) 건강보험 등재절차 및 운영방법

건강보험 등재절차 및 운영방법은 평가 유예 감염병 체외진단검사(선진입)와 감염병 체외진단검사 신의료기술(사후평가 후)에 따라 구분된다.

표2.1-1 건강보험 등재절차 및 운영방법 비교

구분	평가 유예 감염병 체외진단검사	감염병 체외진단검사 신의료기술
신청대상	평가 유예 감염병 체외진단검사로 확인받은 검사 (선진입)	평가 유예 후 안전성 · 유효성 고시된 체외진단검사 (사후평가 후)
신청인	요양기관, 의약관련 단체, 치료재료 제조업자, 수입업자	요양기관, 의약관련 단체, 치료재료 제조업자, 수입업자
비용산정	결정 · 고시된 요양급여 여부 적용 (신청 이후 결정 · 고시되기 전까지 비용징수 불가)	결정 · 고시되기 전까지 이미 고시된(선진입) 요양급여 여부 적용
요양급여 · 비급여 여부	조건부 선별급여 90% (제한적으로 비급여 적용 가능)	급여, 선별급여, 비급여
적용 고시	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」	「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」
수가코드	임시코드 별도 적용	현행 수가코드 체계 적용
신청기한	평가 유예로 확인받은 이후 (보건의료연구원에 평가 유예 신청시 행위 평가 신청 관련 자료 제출시 자동신청)	별도 신청 불필요 (안전성 · 유효성 고시 후 요양급여 여부 재평가 절차 자동진행)
실시기관	'평가 유예 감염병 체외진단검사 실시기관' 요건을 충족하는 요양기관 * 실시기관 요건: 별도	결정 · 고시이후에는 모든 요양기관 동일 적용
사용중단 여부	평가 유예 중단 조치 또는 신의료기술 미인정시 요양급여 · 비급여 적용 중지	-
처리기한	100일	100일
구비서류	1. 감염병 체외진단검사 평가 유예 확인서 2. 상대가치점수 산출근거 및 내역에 관한 자료 3. 비용효과에 관한 자료 4. 국내 · 외 실시현황 5. 소요장비, 소요재료, 약제 허가(신고) 관련 자료 6. 국내 · 외 연구논문 등	추가 요청받은 관련 자료 제출

4 요양급여대상 여부의 결정

작성: 의료기술등재부

가. 업무개요

행위·치료재료에 대한 요양급여대상 여부 결정신청 절차 등에 관한 사항을 기존에는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에서 규정하고 있었으나, 2016.2.3.부터 「국민건강보험법」 제41조의3으로 법적 근거를 상향하면서 요양급여대상 여부의 결정 신청의 시기, 절차, 방법 및 업무의 위탁 등에 필요한 사항과 결정 절차 및 방법 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 위임하도록 법적 근거를 명확히 하였다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제41조의3(행위·치료재료 및 약제에 대한 요양급여대상 여부의 결정)
- 「국민건강보험법」 제98조(업무정지)
- 「국민건강보험법」 제99조(과징금)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제10조(행위·치료재료의 요양급여 결정신청)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조(행위·치료재료에 대한 요양급여의 결정)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제12조(상대가치점수등의 조정 등)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제13조(직권결정 및 조정)
- 행위·치료재료 등의 결정 및 조정기준(고시)
  - 행위·치료재료 등의 요양급여대상·비급여대상여부, 상대가치점수·상한금액의 결정·조정 및 전문평가위원회의 구성·운영과 기타 필요한 사항에 대하여 규정하고 있다.

다. 결정 · 조정 절차 및 방법

1) 신청에 의한 결정 및 조정

그림2.1-4 행위 · 치료재료의 결정 · 조정신청 절차



※ 기 등재 행위의 조정절차: 요양급여대상여부 및 상대가치점수 조정여부 검토(건강보험법 상의 흐름도와 동일)

가) 결정 · 조정신청자

(1) 결정신청자

요양기관, 의약관련단체, 치료재료의 제조 · 수입업자

(2) 조정신청자

요양기관, 의약관련단체, 치료재료의 제조 · 수입업자(인체조직은행의 장 포함) 또는 가입자

나) 결정 · 조정신청 시기

(1) 결정신청

○ 행위의 경우 다음 「신의료기술평가에 관한 규칙」의 각 구분에 따른 고시 이후 가입자 등에게 최초로 실시한 날부터 30일 이내 결정 신청

- 신의료기술평가의 유예[19] 고시 이후
- 의료기술의 안전성 · 유효성 등의 평가결과 고시 이후
- 혁신의료기술[20]의 안전성 등의 평가결과 고시 이후

19 신의료기술평가 유예
: 의료기기의 시장진입 촉진을 위하여 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조에 따라 임상시험을 거쳐 식약처 허가를 받은 의료기기(특정의료기기)가 요건에 부합하는 경우 한국보건의료연구원의 신의료기술 평가를 1년 유예할 수 있는 제도
* 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」개정(2015.9.21. 시행)

(2) 조정신청

수시 신청 가능

다) 결정 · 조정신청 대상

(1) 결정신청

- 요양급여대상 또는 비급여대상이 아닌 행위 및 치료재료로서 신의료기술 안전성 · 유효성 평가 결과 인정된 기술, 평가 유예를 받은 신의료기술 또는 혁신의료기술의 경우
- 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제2항에 따라 신의료기술평가를 신청하려는 자가 요양급여 결정신청에 필요한 평가신청서 및 해당 서류를 함께 제출하는 경우(동시진행[21])

(2) 조정신청

이미 고시된 요양급여대상의 상대가치점수 · 상한금액, 요양급여대상 · 비급여대상의 조정이 필요한 경우

- 행위에 포함된 업무량 또는 자원의 양 · 가격 등이 현저히 변화되어 행위의 상대가치점수를 조정할 필요가 있는 경우
- 고시된 질병군 상대가치점수를 조정할 필요가 있는 경우
- 고시된 상한금액의 산정이 현저히 불합리하다고 판단되는 경우
- 행위 및 치료재료의 요양급여 또는 비급여의 결정이 현저히 불합리하다고 판단되는 경우

라) 결정 · 조정신청 처리기한

- 장관은 결정 또는 조정신청을 받은 날로부터 정당한 사유가 없는 한 결정 또는 조정신청 접수일로부터 100일 이내에 요양급여대상여부 및 상대가치점수를 고시하여야 한다.
  ※ 처리기한 150일 → 100일 단축(2017.1.9. 시행)
- 심사평가원장은 결정신청 건에 대해 안전성 · 유효성의 확인과 요양급여 대상여부 · 상대가치점수 등에 대한 각 전문평가위원회의 평가를 거쳐 그 결과를 장관에게 보고하여야 한다.

---

20 혁신의료기술
: 신의료기술 평가 결과 안전성 · 잠재성이 인정된 의료기술로서 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 사용기간, 사용목적, 사용대상 및 시술방법 등에 대한 조건을 충족하는 경우에만 임상에서 사용 가능한 의료기술로, 고시된 사용 기간 종료 후 재평가(안전성 · 유효성) 실시
* 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」개정(2019.6.12. 시행)

21 동시진행
: 신개발 의료기기기의 평가기간 단축을 통한 산업육성을 위하여 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조에 따라 신의료기술평가를 신청하려는 자가 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제10조에 따른 평가신청서 및 해당 서류를 함께 제출한 경우 신의료기술평가(NECA)와 보험등재심사(HIRA)를 동시에 진행하는 제도
* 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」개정(2019.7.4. 시행)

마) 안전성 · 유효성 확인 등

- 심사평가원장은 행위 결정신청이 있는 경우 다음의 어느 하나의 방법으로 안전성 · 유효성을 확인할 수 있다.
  - 신의료기술평가의 안전성 · 유효성의 평가결과 고시 여부
  - 혁신의료기술 평가결과 고시 여부
  - 신의료기술 평가 유예 고시 여부

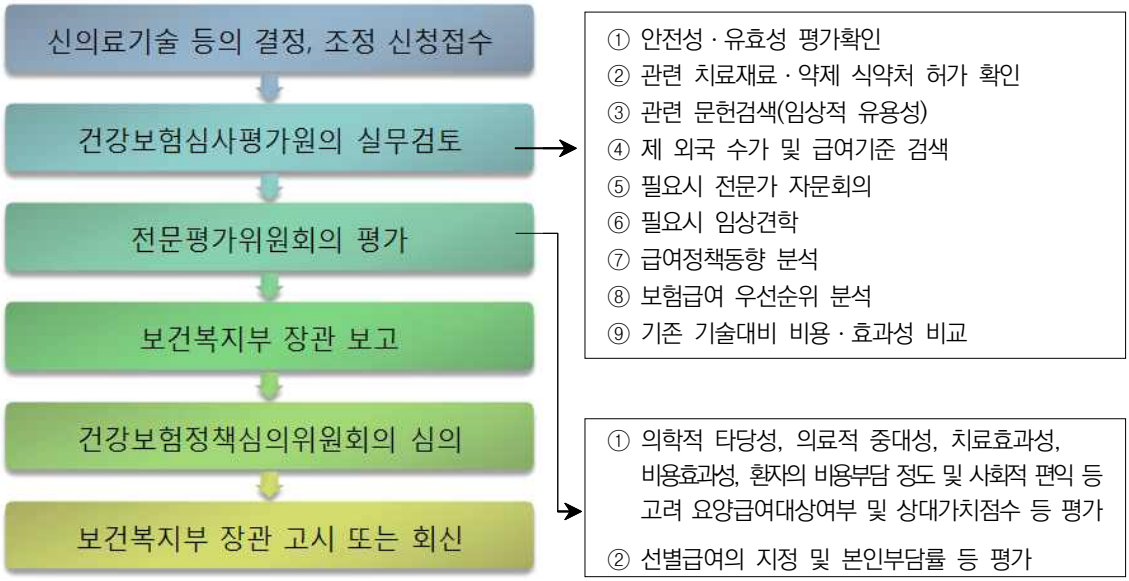
  ※ 신의료기술평가는 한국보건의료연구원의 신의료기술평가위원회에서 신의료기술의 안전성 · 유효성 · 잠재성의 평가를 하고, 평가결과를 보건복지부장관이 고시하고 있다.
- 심사평가원장은 결정신청한 행위 등이 안전성 · 유효성이 없다고 확인한 경우에는 요양급여대상 여부에 대한 평가를 하지 않고 그 결과를 장관에게 보고하여야 한다.
- 장관은 행위 등이 안전성 · 유효성이 없다고 확인한 경우에는 결정신청자에게 통보하고 안전성 · 유효성이 없는 행위 등을 행한 결정신청자에 대하여는 관련 법령에 의한 필요한 조치를 할 수 있다.

바) 요양급여대상 여부의 평가 등

- 행위 · 치료재료의 요양급여 결정신청건은 실무검토를 거쳐 각 전문평가위원회에서 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성, 비용효과성, 환자의 비용부담 정도 및 사회적 편익 등을 고려하여 요양급여대상여부 및 상대가치점수를 평가하고, 건강보험정책심의위원회 심의를 거쳐 장관이 고시한다.
- 각 전문평가위원회는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제11조제2항 후단에 따른 선별급여의 지정 및 본인부담률 등을 평가할 수 있다.

  ※ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 및 「행위 치료재료 등의 결정 및 조정기준」 개정에 따라 2019.7.1.부터 각 전문평가위원회에서 선별급여 항목에 대한 본인부담률 평가 수행

그림2.1-5 실무검토 및 전문평가위원회 평가 내용



2) 직권에 의한 결정 및 조정

보건복지부장관은 직권으로 요양급여대상여부, 상대가치점수를 결정 · 조정하고자 할 때에는 요양급여의 결정 절차를 준용하여 요양급여대상 또는 비급여대상 및 상대가치점수(상한금액)를 정하여 고시한다.

표2.1-2 요양급여 결정 및 조정신청 비교

구분	결정신청	조정신청
신청인	요양기관, 의약관련 단체, 치료재료 제조업자, 수입업자	요양기관, 의약관련 단체, 치료재료 제조업자, 수입업자, 가입자
신청의무	신청하여야 한다	신청할 수 있다
신청대상	• 안전성 · 유효성 있는 신의료기술 • 안전성 · 잠재적 가치가 있는 혁신의료기술 • 평가유예 신의료기술	• 행위에 포함된 업무량, 자원의 양, 가격 등이 현저히 변화되어 상대가치점수를 조정할 필요가 있는 경우 • 요양급여 또는 비급여 결정이 현저히 불합리하다고 판단되는 경우
신청기한	30일 이내(최초 시행일부터)	수시
처리기한	100일	100일
전문평가위원회	(한방)의료행위전문평가위원회	(한방)의료행위전문평가위원회
구비서류	1. 신의료기술 평가결과 2. 상대가치점수 산출근거 자료 3. 비용효과에 관한 자료 4. 국내 · 외 실시현황 5. 소요장비, 소요재료, 약제 허가(신고) 관련 자료 6. 국내 · 외 연구논문 등	1. 조정 신청사유 2. 조정 신청사유에 대한 근거 자료 3. 상대가치점수 조정(안) 산출근거 및 내역 4. 기타 참고자료

3) 행위 · 치료재료의 요양급여 결정 전 · 후의 비용기준

가) 행위 · 치료재료의 요양급여 결정신청

- 요양급여대상 · 비급여대상으로 결정되기 전까지는 결정 신청된 행위 · 치료재료는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항에 의한 [별표 2] 에 따라 비급여로 산정할 수 있다.
- 다만, 「신의료기술평가에 관한 규칙」에 따른 동시진행의 경우와 신의료기술평가 결과 안전성 · 유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다.

나) 신청기간 내에 신청하지 아니한 경우

「국민건강보험법」 제98조제1항제3호에서 보건복지부장관은 “정당한 사유 없이 요양기관이 제41조의3제1항에 따른 요양급여여부 결정을 신청하지 아니하고 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 행위 · 치료재료를 가입자 또는 피부양자에게 실시 또는 사용하고 비용을 부담시킨 경우 그 요양기관에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있다.”고 정하고 있다.

5 전문평가위원회

가. 기능

행위 · 치료재료 등의 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성, 비용효과성, 환자의 비용부담 정도 및 사회적 편익 등을 고려하여 요양급여대상 여부 및 요양급여 시 상대가치점수(또는 상한금액) 등을 평가한다.

나. 종류

5개 전문평가위원회(의료행위전문평가위원회, 한방의료행위전문평가위원회, 치료재료전문평가위원회, 인체조직전문평가위원회, 질병군전문평가위원회)가 있으며, 이 중 의료행위와 관련된 위원회는 의료행위전문평가위원회와 한방의료행위전문평가위원회이다.

다. 구성 및 운영

1) 구성

전문평가위원회의 공정성은 유지하되 전문성 및 책임성 제고를 위해 2015년 4월부터 고정 참석 및 전문가 인력풀 제도를 병행하고 있다. 협회, 소비자단체, 정부 및 공공기관 위원은 매 회의 시 마다 각 전문평가위원회에 고정 참석하고, 학회 및 학계·전문기관 위원은 인력풀에서 무작위 추출하여 위원장이 정하는 23명 내외의 인원으로 구성하도록 한다.

표2.1-3 전문평가위원회의 구성(2020년 기준)

(단위: 명)

구분		합계	학회	협회	소비자 단체	학계·전문기관	건보공단·심사평가원·보의연	복지부·식약처
인력 풀		350	232	29	17	64	5	3
선정 인원	행위, 한방	행위(24) 한방(23)	5	6	4	4	행위(3) 한방(2)	2
	질병군	22	4	6	4	4	2	2
	치료재료, 인체조직	22	5	5	4	4	2	2

2) 임기

보건복지부장관이 임명 또는 위촉하며, 임기는 2년으로 한다. 다만, 심사평가원 및 건강보험공단의 소속 임·직원으로서 위원이 된 경우와 식품의약품안전처 및 보건복지부 담당공무원인 위원의 임기는 그 직의 재임기간으로 한다.

3) 운영

위원회는 선정위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

4) 회의 공동운영

심사평가원장은 두 개 이상 전문평가위원회 또는 전문평가위원회와 약제급여평가위원회의 상호연계 평가가 필요한 경우에는 관련 전문평가위원회 또는 약제급여평가위원회와 공동으로 회의를 운영하게 할 수 있다. 이 경우 각 전문평가위원회에서 추천한 23인(위원장을 포함한다) 내외의 위원으로 운영한다.

5) 소위원회 등 운영

각 전문평가위원회는 효율적 평가를 위해 필요시 소위원회 및 전문가자문단을 구성 운영 할 수 있으며, 임상견학, 관련자 의견진술·청취기회 등을 활용할 수 있다.

6) 회의결과 공개

전문평가위원회 회의 일자, 참석 위원, 신청구분(결정 또는 조정), 평가결과 및 그 사유를 심사평가원 홈페이지를 통해 공개한다. 이 경우 공개는 해당 안건에 대한 요양급여대상 등의 결정·조정의 결과를 적용하는 시점 이후에 하는 것을 원칙으로 한다.

6 신의료기술 안전성·유효성 평가와의 비교

◇ **보건의료기술평가의 3가지 영역 (Drummond 등)**
- Can it work?: 임상시험을 통해 밝혀지는 영역으로 그 결과를 효능(efficacy)이라고 정의
- Does it work?: 임상시험의 결과가 실제 환자치료에서 나타나는가를 보는 영역으로 그 결과를 효과(effectiveness)라고 정의, EBM으로 해석
- Is it worth it?: 자원사용의 가치 평가, HTA에 해당 (경제성평가 방법론 사용)

◇ **HTA (health technology assessment/appraisal)**
- 협의의 HTA(assessment)는 의료기술의 임상적 결과와 경제성평가의 결합물
- 광의의 HTA(appraisal)는 보건의료자원사용의 의사결정도구로 사용하게 되면, 즉 제도로서의 HTA는 경제성만이 아닌 예산영향, 기술의 혁신성, 다른 나라의 보험급여정도, 형평성, 필수여부 등 포괄적 검토가 이루어져야 함

* 출처: Bong-min Yang. Technology Assessment, The Past and the Future. J Health Tech Assess 2013;1:3-8

요양급여대상 여부의 평가 등을 위한 요양급여 결정신청 전에 반드시 신의료기술 평가결과 안전성·유효성 등을 인정받아야 하며, 요양급여 결정신청하기 전까지는 비용 산정을 할 수 없다.

표2.1-4 행위 · 치료재료의 요양급여 결정과 신의료기술 평가와의 비교

구분	행위 · 치료재료 결정	신의료기술 평가
관련규정	• 국민건강보험법 제41조의3 • 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조 내지 제14조 • 행위 치료재료 등의 결정 및 조정기준	• 의료법 제53조 내지 제55조 • 신의료기술평가에 관한 규칙 • 혁신의료기술의 평가와 실시 등에 관한 규정(고시)
대상	요양급여 또는 비급여대상으로 결정되지 아니한 행위 및 치료재료	새로 개발된 의료기술로서 보건복지부장관이 안전성 · 유효성을 평가할 필요성이 있다고 인정하는 것
신청요건	다음 각 구분에 따른 고시 이후 가입자 등에게 최초로 실시한 날부터 30일 이내 • 신의료기술평가의 유예 고시 이후 • 신의료기술의 안전성 · 유효성 등의 평가결과 고시 이후 • 혁신의료기술의 안전성 등의 평가결과 고시 이후	-
비용징수	비급여(가입자 등에게 최초로 실시한 날로부터 30일 이내 신청 시)	비용징수 불가
위원회	전문평가위원회(심사평가원)	신의료기술평가위원회(한국보건의료연구원)
평가내용	의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성, 비용효과성, 환자의 비용부담 정도 및 사회적 편익 등	안전성 · 유효성 평가
처리기간	100일	250일
업무관장	보건복지부	보건복지부

Ⅰ-2 의료행위 급여비용 관리

작성: 의료수가운영부
의료수가개발부
의료체계개선부

1 개요

건강보험 급여 보장성 강화와 관련한 국정과제 및 보건복지부 정책지원을 위해 수가 신설(직권조정), 급여기준 설정, 본인일부부담금 개정 등 수가 전반에 대한 운영·관리업무를 수행하고 있다.

2 법적 근거

- 「국민건강보험법」 제3조의2 및 「국민건강보험법 시행령」 제2조의2 (국민건강 보험종합계획의 수립 등)
- 「국민건강보험법 시행령」 제21조제1항 및 제2항(요양급여비용의 산정 등)
- 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항(비용의 본인부담)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 내지 제4항, 제9조제1항, 제13조제3항(요양급여의 범위 등)

3 의료행위비용 산출 구조 등

가. 의료행위비용 산출

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 된다.

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

표2.1-5 2020년도 적용 점수당 단가(환산지수)

구분	환산지수		
	'19년	'20년	인상률(%)
병원	74.9	76.2	1.7
의원	83.4	85.8	2.9
치과	84.8	87.4	3.1
한방	84.8	87.3	3.0
약국	85.0	88.0	3.5
보건기관	81.5	83.8	2.8
조산원	130.1	135.2	3.9
평균(계)			2.29

나. 요양급여 비용 체계 및 구성

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 고시로 정하고 있는 수가 체계는 총 제4편 제14부 제24장으로 구성되어 있다.

- 구분: 제1편 행위, 제2편 질병군, 제3편 요양병원 및 제4편 호스피스로 구분
- 구성: 급여 일반원칙, 급여·비급여 목록 및 산정지침 등

표2.1-6 요양급여비용의 체계 및 구성

제1편 행위 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수

제1부 행위 급여 일반원칙

제2부 행위 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침

제1장 기본진료료
제2장 검사료
제3장 영상진단 및 방사선치료료
제4장 투약 및 조제료
제5장 주사료
제6장 마취료
제7장 이학요법료
제8장 정신요법료
제9장 처치 및 수술료 등
제10장 치과 처치 · 수술료
제11장 조산료
제12장 보건기관의 진료수가
제13장 한방 검사료
제14장 한방 시술 및 처치료
제15장 약국 약제비
제16장 전혈 및 혈액성분제제료
제17장 입원환자 식대
제18장 치과의 보철료
제19장 응급의료수가
제20장 치과의 교정치료료

제3부 행위 비급여 목록

제2편 질병군 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수

제1부 질병군 급여 일반원칙

제2부 질병군 급여 목록 · 상대가치점수표 및 적용지침

제1장 안과
제2장 이비인후과
제3장 외과
제4장 산부인과

제3부 질병군 분류번호 결정요령

제4부 질병군 비급여 일반원칙 및 비급여 목록

제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수

제1부 요양병원 급여 일반원칙

제2부 요양병원 환자군 급여목록 · 상대가치점수 및 산정지침

제3부 요양병원 행위 급여목록 · 상대가치점수 및 산정지침

제4편 호스피스 급여 · 비급여 목록 및 급여 상대가치점수

제1부 입원형 호스피스

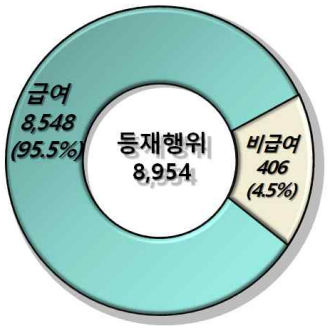
제1장 호스피스 급여 일반원칙
제2장 호스피스 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침
제3장 호스피스 급여 별도산정 목록 · 상대가치점수 및 산정지침
제4장 호스피스 비급여 일반원칙 및 비급여 목록

제2부 가정형 호스피스

제1장 호스피스 급여 일반원칙
제2장 호스피스 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침

2020년 10월말 기준 의료행위 등재 항목수는 8,954개 항목(EDI 5자리 코드, 2편 질병군 제외)이다.

그림2.1-6 의료행위 등재 현황



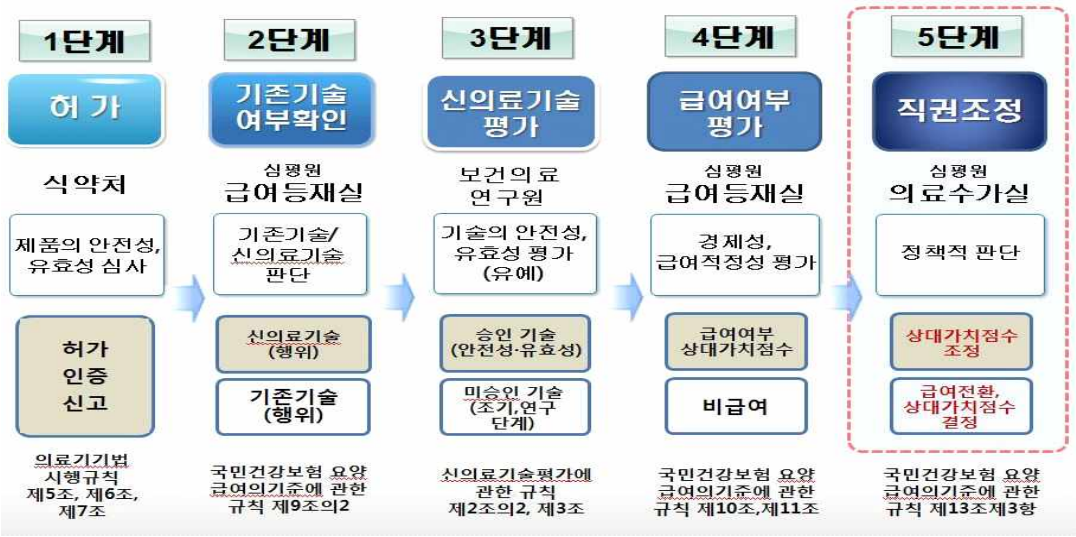
구분	항목수 (5단 코드수)	%	구분	항목수 (5단 코드수)	%
기본진료	927	10.4	약국	40	0.5
검사	1,807	20.2	식대	41	0.5
영상진단	1,113	12.4	요양병원	423	4.7
마취	118	1.3	호스피스	449	5
처치수술	2,694	30.1	기타	745	8.3
치과	514	5.7	합계	8,954항목(100.0)	
한방	83	0.9			

4 의료행위비용 검토업무 처리 절차

가. 의료행위 요양급여비용의 직권조정 검토

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제13조(직권결정 및 조정)에 근거하여 보건복지부 장관이 정책적 판단에 따라 직권으로 건강보험 행위 비급여 목록 중 급여 전환 또는 의료행위비용 조정(인상 등) 등이 필요한 경우 수가 신설·개정 절차에 준한 검토과정을 거쳐 보건복지부로 고시개정에 대한 의견을 제안한다.

그림2.1-7 의료행위비용 직권조정 개념도



나. 의료행위비용 신설 · 개정 관련 검토

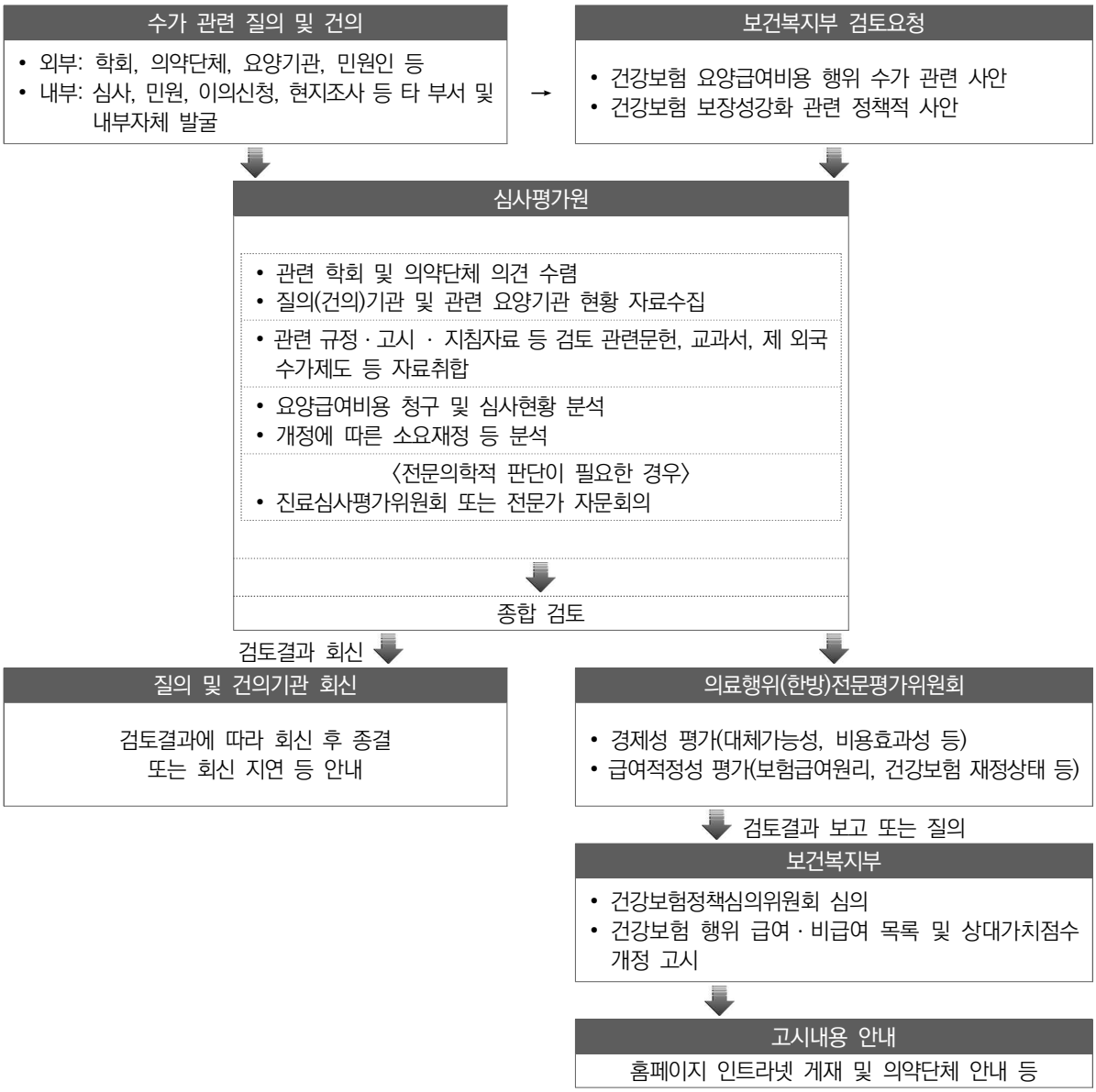
「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」와 관련한 수가 개정이 필요한 사항 및 본인일부부담금 개정, 건강보험 급여 보장성 강화 필요 사안 등 보건복지부 검토요청 건에 대하여 전반적으로 검토한다.

또한, 학회, 요양기관, 의약단체 등으로부터 제기된 수가 관련 질의 또는 건의 사안에 대하여도 수가를 신설 · 개정할 필요성이 있는 경우에는 필요한 검토과정을 거쳐 보건복지부로 고시개정을 건의한다.

그림2.1-8 의료행위비용 신설 · 개정 업무 흐름도



표2.1-7 의료행위비용 개발 상세 업무절차



다. 의료행위비용 관련 고시 관리 및 건강보험요양급여비용 책자의 발간

수가 신설 · 개정 고시가 있는 경우 내부 게시판 및 홈페이지에 즉시 게재하여, 관련 고시 개정 내용 중심으로 직원교육을 실시하여 요양기관의 진료, 청구업무 등 문의 시 고시 개정 내용을 바로 적용하여 안내 할 수 있도록 관리한다.

'건강보험요양급여비용의 내역'과 '건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수'를 수록한 ≪건강보험요양급여비용≫책자를 매년 발간 · 배포한다.

라. 수가파일 관리 업무

수가가 신설·개정되면 대분류 및 분류번호별로 기본코드(5단)와 산정코드를 부여 또는 변경한다. 이후 원활한 심사와 요양기관 청구 업무를 위해 새로운 수가 파일을 내부(인트라넷) 또는 외부 홈페이지에 안내·홍보한다. 수가 파일은 의·치과, 한방, 약국으로 나누어 반영하고 게재한다.

수가 코드가 내부 수가마스터에 적용되면 요양기관 업무포털 서비스에서도 수가코드·분류번호·한글명으로 조회가 가능하며, 각 코드별 변경 내역도 조회할 수 있다.

마. 진료수가 발자취 제공

수가의 변천사에 대한 이해를 돕기 위해 수가제도 개요, 주제별 수가 이력, 고시 주요개정 내용 등의 정보를 홈페이지를 통해 제공하고 있다.

1) 수가제도 개요

- 수가제도 개요 및 체계, 요양기관 종별 가산율 등

2) 주제별 수가 이력

- 기본진료료: 진찰료, 입원료
- 가산제도: 야간·공휴 가산, 연령가산, 전문의 인력 가산

3) 고시 주요개정 내용

- '77년부터 연도별 고시내용 요약 및 관련 근거 등

그림2.1-9 진료수가 발자취



바. 건강보험 보장성 강화 계획에 따른 정부정책 지원

표2.1-8 보건복지분야 국정과제별 추진과제

국정과제	추진과제
17 사회서비스 공공인프라 구축과 일자리 확충 • (사회서비스 일자리) 사회서비스 공공인프라 확충, 지역 내 전달체계 보강, 보장성 확대를 통해 '22년까지 양질의 사회서비스 일자리 34만개 창출	간호인력 확충
42 국민의 기본생활을 보장하는 맞춤형 사회보장 • (장애인 지원 강화) 권역별 어린이 재활병원 설치 등 의료지원 확대	어린이재활치료 수가 개선
	장애인건강주치의제 도입
43 고령사회 대비, 건강하고 품위 있는 노후생활 보장 • (치매 국가책임제) '17년부터 전국 252개 치매안심센터 확충 및 치매 안심병원 확충 추진 – '18년부터 중증치매 환자 본인부담률 인하 및 고비용 진단검사 급여화 • (지역사회 통합 돌봄) 급성기 뇌혈관 질환자 상태를 통합적으로 평가하고 적절한 퇴원계획 통해 의료적 · 지역사회 자원 등과 연계하여 지역사회로 원활히 복귀할 수 있는 체계 구축	치매 의료비 본인부담 완화
	급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계 강화
44 건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원 • (건강보험 보장 강화) 선별급여 적용항목 확대 및 신포괄수가 확대 등의 추진으로 비급여 풍선효과 해소 – 선택진료 폐지, 상급병실 단계적 급여화 등 3대 비급여 부담 지속 경감	선택진료 폐지, 상급병실 급여화
	노인 틀니 · 임플란트 보장성 강화
	충치치료 보장성 강화
	한의치료 보장성 강화
	아동 입원 진료비 본인부담 완화
45 의료공공성 확보 및 환자 중심 의료서비스 제공 • (지역사회기반 의료체계) '20년까지 1차의료기관과 대형병원의 역할* 정립을 유도할 수 있는 건강보험 수가구조 개편방안 마련 * 1차의료기관(동네의원 중심)은 만성질환 관리, 대형병원은 중증질환 및 입원진료 – '19년부터 환자 의뢰-회송 본사업 시행 및 진료권역별 정보교류시스템 구축을 통해 국가적 진료정보 교류 인프라 연계	대형병원 경증환자 외래진료 제한 중증 진료수가 개선
	환자 의뢰 · 회송 체계 강화
	일차의료 강화
	동네 의료기관 야간 · 공휴일 가산 개선
48 미래세대 투자를 통한 저출산 극복 • (결혼 · 출산 친화 환경 조성) '17년부터 난임시술비 등 건강보험 적용	난임시술 급여화

Ⅰ-3 상대가치점수제

작성: 상대가치개발부

1 도입배경

의료보험 도입 시 사용한 수가체계는 기존의 관행수가나 외국의 수가를 참조해서 만들어진 것으로 객관적인 근거가 결여되어 있었고, 행위 간 수가 불균형이 존재하였다.

이에, 수가 불균형을 최소화하고 특정 진료과의 위축을 방지하기 위하여 1994년 '의료보장개혁위원회' 건의에 따라 수가 개선을 추진하였고, 2001년 1월부터 미국식 자원기준 상대가치점수제(RBRVS, Resource Based Relative Value Scale)가 도입되었다.

2 정의

의료행위의 가치를 각 항목사이의 상대적 점수로 나타낸 것으로, 우리나라에서는 투입된 자원의 양을 기준으로 하는 자원기준 상대가치를 2001년부터 도입·사용하고 있다. 행위별 상대가치점수에 환산지수를 곱하여 실제로 산정되는 금액(진료수가)이 정해진다.

* 환산지수: 매년 건강보험공단과 의료단체가 유형별 협상에 의해 결정

상대가치점수는 업무량, 자원의 양(진료비용), 위험도의 3가지 요소로 구성되어 있다.

그림2.1-10 상대가치점수 구성 요소



주시술자(의·약사)의 시간, 노력에 대한 보상

임상인력(전공의, 간호사, 의료기사 등) 인건비, 장비비, 재료비에 대한 보상

의료사고와 관련된 분쟁해결비용

3 법적근거

가. 「국민건강보험법 시행령」 제21조제2항(계약의 내용 등)

요양급여에 드는 시간 · 노력 등의 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

나. 건강보험행위급여 · 비급여목록표 및 급여상대가치점수(복지부 고시)

4 개정과정

심사평가원에서는 상대가치점수제도 도입(2001년) 이후 변동된 가치를 반영하고, 점수 불균형 조정 등을 위하여 정부로부터 업무를 위탁받아 2003년부터 상대가치 개정 연구를 수행하고 있다.

가. 상대가치 1차 전면 개정연구 (2003년~2006년)

2001년에 도입된 상대가치점수는 이전의 연구결과를 변형 · 도입하여 점수 간 불균형이 여전히 존재하였고, 상대가치점수를 주기적으로 개선하는 절차가 없다는 한계가 있었다.

이에, 2003년 건강보험정책심의위원회 산하에 '상대가치운영기획단'을 두고 신 상대가치체계의 개선방향을 검토하였다. 개편의 주요방향인 ① 의사비용과 진료비용의 분리 ② 치료재료 비용의 분리 ③ 위험도의 반영으로 연구를 수행하였으며, 산출의 근거자료를 구축하는 등 수가체계 정비에 큰 역할을 하였다.

연구결과는 2008년부터 5년 간 20%씩 단계적으로 반영되어 사용되었다.

나. 상대가치 2차 전면 개정연구 (2010년~2014년)

1차 개정 이후 투입된 자원가치 등의 변화를 반영하고 진료과 간 상대가치 불균형을 해소하기 위하여 상대가치 산출체계를 진료과별에서 행위 유형별(유사 행위별 그룹화)로 전환하여 유형별 동료평가 방식으로 검토하였다.

* 행위유형(5개): 수술, 처치, 기능검사, 검체검사, 영상검사

5,000여 개 건강보험 적용대상 행위에 대한 상대가치 연구는 학계, 의약단체 전문가와 공동으로 진행하는 복잡하고 난이도 있는 작업이다.

개발대상	개발주체	심사평가원
업무량 상대가치점수 개발	의 · 약사 및 공급자단체	상대가치점수 통합 및 조정
진료비용 상대가치점수 개발	임상전문가패널 및 심사평가원 (회계조사: 전문연구기관)	
위험도 상대가치점수 개발	의료사고 비용조사(전문연구기관)	

다. 상대가치 3차 전면 개정연구 (2018년~)

3차 개편은 1차, 2차 개편 시 제외되었던 기본진료료 및 가산제도를 포함하여 추진 중이다. 기본진료료 개편 및 의료행위의 상대가치 구성요소별 점수 산출을 위한 분야별 연구가 2020년까지 완료되었으며, 2021년부터는 연구결과를 토대로 행위별 종합점수를 산출하여 행위별·진료과목별 상대가치점수 역전 등 조정 작업을 할 예정이다. 최종 산출된 상대가치점수는 2023년부터 2026년까지 단계적으로 적용할 예정이다.

5 개정 업무처리절차

개정 업무처리절차는 크게 행위 분류 및 행위 정의 개발 → 구성요소별 상대가치점수 개발 → 행위별 상대가치점수 통합으로 설명할 수 있으며 상세한 내용은 아래와 같다.

가. 행위 분류 및 행위 정의 개발

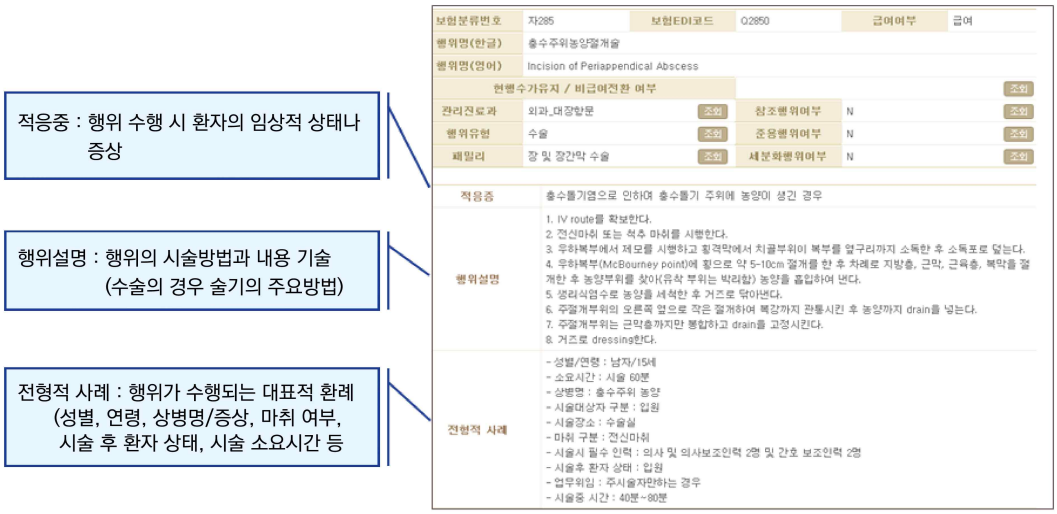
1) 행위 분류 정비 및 행위정의 기술서 작성

의료행위의 상대가치를 결정하기 위해서는 적절한 행위 분류와 이에 따른 행위 정의가 우선되어야 한다. 행위 분류 및 행위 정의 개발은 새로운 임상현장의 변화를 반영하여 행위별로 적응증, 실시방법, 전형적 사례 등을 포함하여 많은 전문가들이 참여하는 작업이다. 따라서 관련 단체[22]와의 공동연구를 통해 행위 분류를 정비하고, 행위에 대한 설명 자료인 행위정의를 작성한다.

※ 행위정의는 관련 단체에서 제출된 의견으로, 임상현장에서 발생되는 모든 사례를 포함하고 있지 않으므로 절대적 기준이나 표준적 지침으로 사용하기에 적합하지 않음

22 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사회

그림2.1-11 행위정의기술서(예시)



2) 급여 행위 재분류

행위 분류 정비는 아래와 같은 절차에 따라 행위 재분류 대상 및 필요성 여부, 행위 재분류에 따른 재정영향 등을 검토하여 진행한다.

가) 행위재분류 검토 대상

- (외부요청) 관련 단체 행위 재분류 연구 및 학회, 요양기관 등에서 관련 단체 논의를 거친 건
- (내부요청) 심사평가원 내부부서 및 진료심사평가위원회 회의를 거친 재분류 요청건

※ (제외대상) 신설, 신의료기술, 기준개선, 조정신청, 비급여

*** 재분류 신청시 포함되어야 할 내용**
- 신청내용(현행/재분류 신청(안) 비교 포함)
- 신청사유 및 관련 문헌(CPT[23] 등 제 외국 행위분류 포함)
- 신청(안) 상대가치점수 근거자료(행위정의, 업무량, 직접비용, 빈도)
- 기타 참고자료

나) 행위재분류 검토 내용

(1) 재분류 필요성 검토

- 의학적 타당성, 행위구분 명확성, 상대가치의 차이, 정보로서의 가치, 제외국 행위분류 현황 확인 등

23 CPT(Current procedural terminology)

- 고시, 행정해석, 심사지침, 심의사례, 행위 재분류 관련 기 논의사항 검토
- 의학적 필요성과 무관하게 고가 행위로 행태 변화할 개연성, 행위 Upcoding 가능성 등
- 유사행위와 비교, 분류 일관성 검토

(2) 재정영향 검토

- 재분류 전·후 재정중립가능 행위 우선 반영(해당 행위분류 항목 내 중립)
- 재정변화 검토(재분류에 따른 빈도추이 등)

다) 전문가 자문회의

- (역할) 행위 재분류 요청건에 대해 의학적 타당성 및 재분류 필요성 등 자문
- (대상) 관련학회, 심사평가원 상근위원·자문위원, 심사평가원 관련부서
- (운영) 진료과별 또는 유형별 운영

라) 상대가치점수 산출

- 의협, 학회에서 제출된 업무량, 진료비용(시술 중 시간 등), 위험도를 반영하여 산출
- 직접진료비용 구축이 필요한 세분화 행위는 임상전문가패널을 통해 구축

마) 위원회 심의 및 고시

- 상대가치운영기획단 보고
- 의료행위전문평가위원회 및 건강보험정책심의위원회 심의·의결
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 고시 반영

나. 구성 요소별 상대가치 점수 개발

1) 업무량 상대가치점수 개발

업무량은 주 시술자인 의사, 약사의 전문적인 노력에 대한 보상으로 시간과 강도(육체적, 기술적 노력, 정신적 스트레스)를 고려하여 관련 단체에서 개발한다.

관련 단체에서 제출한 업무량 검토결과 시술시간, 유사행위 간 균형성 등을 고려하여 조정이 필요한 경우에는 관련 단체에 재검토를 의뢰하여 업무량을 관리한다.

2) 진료비용 상대가치점수 개발

가) 직접 진료비용 자료구축

230여 명의 임상전문가패널(CPEP)이 참여하여 의료행위에 직접적으로 소요되는 진료비용 내역을 인건비(주시술자 제외한 임상인력), 치료재료비, 의료장비비의 3가지 구성요소별로 구축한다.(5,000여 개 행위에 대한 약 41만 record 규모)

• 임상전문가패널(CPEPs: Clinical Practice Expert Panels)
- 관련 단체의 추천을 받은 부문별 진료과목별 의사, 간호사 및 분야별 의료기사 등 230여 명이 진료영역별로 24개 분과패널, 동료평가검증위원회, 직접비용개선검토위원회, 임상전문가조정패널로 구성
- 임상전문가패널을 구성하여 5,000여개 행위별로 임상인력의 인건비, 장비비, 재료비 등 직접비용 근거자료 구축
- 표본기관의 진료비용 상세조사, 치료재료 및 장비 가격조사, 행위별 수술시간 조사 및 의무기록조사, 진료과별 대표행위 관찰 등을 통해 직접비용 자료의 검증 및 보완 역할 수행

표2.1-9 직접 진료비용 자료 구축 내용(2017년 기준)

(단위: records)

인건비 (임상인력 인건비)	재료비 (행위포함 치료재료비)	장비비 (의료장비 감가상각비)
작성 진료과	작성 진료과	작성 진료과
행위 유형	행위 유형	행위 유형
행위 코드	행위 코드	행위 코드
행위명	행위명	행위명
시술전, 중, 후 구분	재료 코드	장비 코드
인력명	재료명	장비명
참여 인력수	단위	사용 개수
참여 시간(분)	사용량	사용 시간
업무 기술	반복 사용횟수	필수/선택 구분
업무상세기술	반복 사용횟수 반영 사용량	사용률(선택 항목의 경우)
분당 인건비	필수/선택 구분	최소 가격
임상인력 인건비	사용률(선택 항목의 경우)	최대 가격
	최소 가격	비용산정 가격
	최대 가격	감가상각 기간
	비용산정 가격	장비 가동률
	치료재료비	장비 감가상각비

나) 진료비용 상대가치점수 산출

학계 또는 전문연구기관을 통해 기관단위 회계비용을 조사하고, 이 결과를 활용하여 임상전문가 패널(CPEP)에서 구축한 직접 진료비용을 실제 비용 수준으로 보정하여 행위별 진료비용 상대가치를 산출한다.

3) 위험도 상대가치점수 개발

학계 또는 전문연구기관을 통해 의료사고 빈도나 관련 비용조사[24]를 실시하고 이를 기초로 진료과별 위험도를 추정한 후 행위별 위험도 상대가치점수를 산출한다.

4) 행위별 상대가치점수 산출

- 근거자료(업무량, 직접·간접진료비용, 의료사고 관련 비용 등)에 의해 행위별 구성요소별(업무량, 진료비용, 위험도) 상대가치점수를 산출한다.
- 1차 개정연구는 제도에 대한 수용성을 고려하여 부문별[25], 진료과별 총점을 고정한 상태에서 최종 행위별 상대가치점수를 결정하였고, 2차 개정연구는 진료과 간 균형성 확보를 위하여 진료과별에서 행위유형별로 산출체계를 전환하여 상대가치점수를 결정하였다.

※ 상대가치점수 산출 방법론(2차 상대가치 개편 기준)

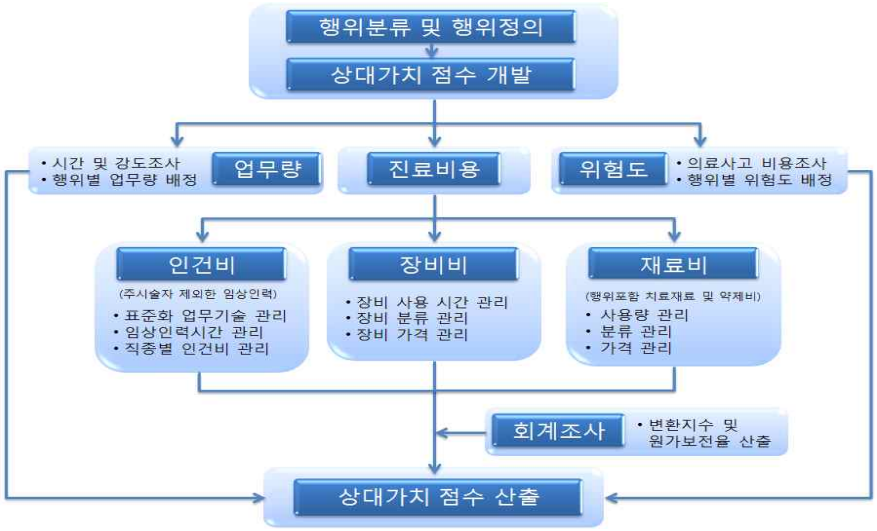
[1단계] 총액 설정: 의과·치과·한방·약국 부문별로 총액 고정

[2단계] 업무량 및 진료비용 총액 설정: 회계조사 결과 총비용 중 주시술자의 인건비 및 진료비용 비중으로 업무량 및 진료비용(행위유형별) 총액 규모 설정

[3단계] 행위별 상대가치점수 산출: 의약단체에서 조정한 행위별 업무량 크기에 따라 업무량 상대가치로 전환, 직접진료비용의 크기에 따라 진료비용 상대가치로 전환, 진료과목별 의료사고 비용에 따라 위험도 상대가치로 전환 → 구성요소별 상대가치점수를 통합하여 행위별 상대가치점수 산출

24 법원소송자료, 한국소비자원 중재자료, 의협공제회 자료, 의료기관 자체해결비용자료, 한국의료분쟁조정중재원 등
25 부문별: 의과, 치과, 한방, 약국

그림2.1-12 상대가치점수 개발 연구 산출 모형



다. 상대가치점수의 단계적 도입

2차 개편을 위한 상대가치 개정연구를 통해 산출된 상대가치점수는 제도의 수용성 파급효과 등을 감안하여 아래 [그림2.1-14]와 같이 1차 년도부터 매년 25%씩 단계적으로 도입하여 4차 년도에 도입 완료되었다.

그림2.1-13 상대가치점수 개정절차



* 상대가치운영기획단은 건강보험정책심의위원회 산하 협의체(심사평가원: 사무국 지원)

그림2.1-14 2차 개정 결과의 단계적 도입



Ⅱ 치료재료

작성: 치료재료등재부

1 정의

치료재료는 「국민건강보험법」상 명시적으로 정의된 것은 없으나 개념적으로 건강보험 적용 대상자의 진료에 사용되는 재료로써 관련규정과 절차에 따라 보건복지부장관이 인정·고시한 품목으로 식품의약품안전처장 또는 관계법령에 의하여 허가(인증) 또는 신고를 필한 소모성 재료를 말한다.

치료재료의 종류는 「의료기기법」에 따른 의료기기 중 주로 소모성 의료기기, 「약사법」에 따른 의약외품 중 거즈, 붕대 등 일부품목, 「인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률」에 의거 식품의약품안전처장의 조직은행 설립허가를 득한 기관에서 취급한 피부, 뼈, 인대, 건, 혈관, 심장판막, 양막, 근막, 연골 등의 인체조직, 기타 공산품 중 일부 품목이 치료재료로 인정되고 있다.

2 법적근거

- 「국민건강보험법」 제41조의3 (행위·치료재료 및 약제에 대한 요양급여대상 여부의 결정)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제10조 (행위·치료재료의 요양급여 결정신청)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조(행위·치료재료에 대한 요양급여의 결정)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제12조(상대가치점수 등의 조정신청)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제13조(직권결정 및 조정)

3 전문평가위원회

가. 치료재료전문평가위원회

1) 구성

보건복지부장관이 추천받아 임명 또는 위촉한 300명 내외의 전문평가위원회 위원 중 개최시마다 23명 내외의 위원으로 선정하여 구성(학회가 추천하는 임상전문가 5명, 관련학계 또는 전문기관에 종사하는 전문가 4명, 소비자단체가 추천하는 전문가 또는 소비자단체 대표자 4명, 관련협회가 추천하는 전문가 5명, 식품의약품안전처 및 보건복지부 담당공무원 각 1명, 심사평가원 및 국민건강보험공단 각 1명 등)

2) 임기

위원의 임기는 2년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 심사평가원 및 공단 소속 임·직원의 경우와 식품의약품안전처 및 보건복지부 담당공무원의 위원 임기는 그 직의 재임기간으로 한다.

3) 운영

위원회 회의는 재적위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결하며, 치료재료의 경제성 및 급여 적정성을 고려하여 요양급여대상 여부 및 상한금액 등을 평가한다.

나. 인체조직전문평가위원회

구성, 임기 및 운영은 치료재료전문평가위원회와 동일하게 운영한다.

※ 관련 협회의 경우 치료재료와 달리 한국조직은행연합 또는 한국인체조직 기증원이 포함되어 있음

4 요양급여 대상여부 및 상한금액 평가업무

가. 처리기간

보건복지부장관은 정당한 사유가 없는 한 신청일로부터 100일 이내에 치료재료전문평가위원회의 평가를 거쳐 요양급여대상 또는 비급여대상 여부 등을 결정하여 고시하여야 한다.

나. 평가내용

전문평가위원회는 경제성 및 급여의 적정성여부를 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성, 비용효과성, 환자의 비용부담 정도 및 사회적 편익 등을 고려한다.

다. 평가 절차

그림2.1-15 치료재료 결정(조정)신청 처리절차



1) (1단계) 안전성 · 유효성 확인

「의료법」에 따라 신의료기술평가 결과 안전성 · 유효성을 인정했는지 여부 또는 「약사법」 및 「의료기기법」에 따라 품목허가를 받거나 품목신고를 했는지 여부 확인

※ 인체 조직의 경우 「인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률」에 따라 조직은행 설립허가를 득한 기관의 취급 품목인지 여부 확인

2) (2단계) 경제성 평가

신청 치료재료가 기 등재된 치료재료(인체조직)와 비교하여 대체 가능한지, 비용·효과 및 기능 등이 개선되었는지 여부 등 평가

3) (3단계) 급여 적정성 평가

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항에 의한 [별표 2] '비급여대상'에 해당하는지 검토(비급여대상이 아닌 경우는 급여대상)

4) (4단계) 상한금액 검토

요양급여대상인 경우에 해당되며, '치료재료(인체조직) 상한금액의 산정기준'에 따라 산정

라. 치료재료(인체조직) 상한금액 산정기준

- 치료재료 가격의 산정기준에 의거 상한금액은 동일목적 유사재료 유무에 따라, 재평가 품목 여부에 따라 다음과 같이 적용
  - (근거) 행위·치료재료 상한금액산정기준 (별표1) 치료재료 상한금액의 산정기준

표2.1-10 치료재료 상한금액의 산정기준

신청제품과 동일 목적의 제품이 등재되어 있지 않은 경우

- F.O.B 원가, 임상적 효능·효과, 경제적 효과 등을 참고하여 산정
- 국내 제조 제품은 원가계산용역기관에서 확인한 원가계산 자료 참고 가능

신청제품과 동일 목적의 제품이 등재되어 있는 경우

분류		비용·효과, 기능 등		
		저하	동등 or 유사	개선
재평가 이전 품목	한 품목 등재	기 등재 품목의 90% 미만	기 등재 품목의 90%	기 등재 품목 군의 10~100% 가산 - 가치평가기준표에 의거 개선여부 판단 - 임상문헌에 의한 평가(10-100%) - 기술문서에 의한 평가(10-50%)
	두 품목 이상 등재	기 등재 품목의 최저가 미만	기 등재 품목의 최저가	
재평가 이후 품목		기준 금액의 10% 감산	기준 금액 (동일 품목 군 동일 금액)	

◉ 인체조직 가격의 산정기준에 의거 상한금액은 조직은행마다 차등 적용
- 조직수입업자와 조직가공처리업자 및 조직에 관련된 사업을 주된 목적으로 설립된 비영리 법인의 신청품목: 상한금액 동일
- 의료기관의 신청품목: 상기 상한금액의 70%
- (근거) 행위·치료재료 상한금액산정기준 (별표1의2) 인체조직 상한금액의 산정기준

표2.1-11 인체조직 상한금액의 산정기준

구분	산정기준
비용·효과 또는 기능 등이 동등·유사한 경우	기 등재품목의 상한금액
비용·효과 또는 기능 등이 개선 또는 저하 평가 된 경우	기 등재품목 상한금액보다 초과 혹은 미만
재질, 형태 등은 동등하나 규격이 다른 경우	기 등재된 품목의 규격과 단위가격의 상관관계 등을 고려
신청품 판매예정가가 기 등재품목보다 낮게 신청되는 경우	판매예정가를 상한금액으로 산정

◉ 희소·필수치료재료의 원활한 공급을 위한 상한금액 산정기준 (2018.9.28.신설)
- (도입배경) 대체치료재료가 없으며 공급이 제대로 되지 않아 진료 상 차질이 우려되는 치료재료의 안정적 공급 및 관리의 필요성
- (대상) 소아(신생아포함)용 치료재료, 희귀질환 및 생명에 심각한 위해를 초래하는 질환에 주된 치료목적으로 사용되는 치료재료 등
- (근거) 행위·치료재료 상한금액산정기준 (별표4) 희소·필수치료재료의 상한금액 산정기준
  ※ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조2, 제10조(희소·긴급도입 필요 의료기기)

◉ 기술개발 노력가산 제도 (2018.11.6.신설)
- (도입배경) 가치평가 적용이 어려운 의료기기로 기술개발과 근거 창출의 노력을 감안하여 기 등재품목의 5%를 3년에 한해 별도가산
- (대상) 기술개발노력 입증하는 자료 1개 이상 해당되는 경우
  - 「보건의료기술 진흥법」제8조에 따른 보건신기술(NET) 인증을 받았거나 정부로부터 기술력 및 경쟁력을 인정받아 정부로부터 수상한 제품의 경우 또는 정부의 연구개발(R&D)지원을 받아 개발된 치료재료의 경우
  - 보건복지부장관이 지정한 연구중심병원 또는 임상시험센터, 식품의약품안전처장이 지정하는 임상시험기관 중 지정 심사위원회를 운영하는 기관 등에서 임상시험을 하고 임상자료를 제출한 경우

마. 치료재료 상한금액 환율 연동 조정

1) 도입배경

치료재료는 수입의존도가 높아 급격한 환율상승에 의해 수익성이 악화될 경우 공급중단 등으로 인한 진료차질을 우려하여 치료재료 상한금액을 환율변동에 연동하여 6개월 마다 조정하는 제도를 도입(2009.4.)

2) 조정 주기

6개월 간격으로 매년 4월과 10월에 조정

3) 적용환율 기준

미국달러 기준, 최근 6개월간(조정 전전월까지) 평균 최종 매매기준율

표2.1-12 환율 등급별 치료재료 상한금액 조정율표

등급	환율구간(원)	조정율(%)
…	…	…
-4	700이상 ~ 800미만	-8
-3	800이상 ~ 900미만	-6
-2	900이상 ~ 1,000미만	-4
-1	1,000이상 ~ 1,100미만	-2
0(기준등급)	1,100이상 ~ 1,200미만	0
1	1,200이상 ~ 1,300미만	2
2	1,300이상 ~ 1,400미만	4
3	1,400이상 ~ 1,500미만	6
4	1,500이상 ~ 1,600미만	8
5	1,600이상 ~ 1,700미만	10
…	…	…

5 독립적 검토

가. 추진 배경

치료재료 결정 과정의 투명성 및 객관성을 높이기 위하여 치료재료전문평가위원회의 평가결과에 이견이 있는 경우 독립적 검토절차를 받을 수 있도록 한다.

※ 대한민국과 미합중국 간의 자유무역협정(한·미 FTA) 체결 및 발효(2012.3.15.)

나. 법적 근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제3항 내지 제6항
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제13조의2(독립적 검토절차), 제13조의3(독립적 검토), 제13조의4(신청인의 의견제출), 제13조의5(재평가 등)

다. 적용 대상

- 2012년 3월 15일 이후 결정 및 조정신청 접수 건
- 인체조직은 독립적 검토 대상에서 제외

라. 처리 절차

1) 평가결과 통보

전문평가위원회의 평가 결과 및 독립적 검토 안내 등을 신청인에게 통보

2) 독립적 검토 신청

전문평가위원회의 평가결과에 이견이 있는 자는 독립적 검토를 거친 재평가를 신청할 수 있음

3) 독립적 검토 절차 마련

보건복지부장관은 치료재료의 학식과 경험이 풍부한 사람으로서 독립적으로 검토를 할 수 있는 사람 중에서 검토 절차를 총괄하는 1명의 책임자와 30명 이내의 검토자를 위촉

4) 독립적 검토 절차

보건복지부장관 또는 심사평가원장은 독립적 검토 신청을 받은 경우 관련 자료를 책임자에게 송부하고, 책임자는 검토자 1명을 선정하여 검토를 의뢰하고, 검토자는 검토결과를 보고서로 작성하여 책임자를 거쳐 보건복지부장관 또는 심사평가원장에게 제출

5) 보고서 제출기간

치료재료 결정·조정신청, 직권결정한 경우에는 100일, 직권조정에 의한 경우는 45일

6 재평가(이의신청)

가. 도입배경

치료재료 결정 및 조정 신청자가 치료재료전문평가위원회 평가결과에 이견이 있는 경우 신청할 수 있는 독립적 검토절차의 운영상의 미비점 개선 및 권리구제 방안의 다각화를 위하여 재평가 제도 신설 (2019.1.1. 시행)

나. 법적근거

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제3항 내지 제6항

표2.1-13 독립적 검토와 재평가의 비교

구분	재평가(이의신청)	독립적 검토
관련규정	요양급여의 기준에 관한 규칙 제11조~제13조	요양급여의 기준에 관한 규칙 제11조~제13조, 제13조의2~5
신청대상	치료재료	치료재료
신청조건	치료재료전문평가위원회 평가 결과에 이견이 있는 경우로서, 서류를 보완하거나 그 밖의 자료를 제출하는 경우	치료재료전문평가위원회 평가 결과에 이견이 있는 경우
신청기한	심의결과 통보 받은 날로부터 30일 이내	
추가자료제출	가능	불가능
검토자	심사평가원	독립적 검토 기관
재심의 내용	추가자료 검토 결과	독립적 검토 결과 + 신청인의 의견
재심의 기한	신청일로부터 60일 이내	신청일로부터 217일 이내
재심의결과통보	재심의 일로부터 15일 이내	

7 치료재료 재평가

작성: 등재관리부

가. 개요

치료재료 재평가는 가격산정의 기초단위인 품목군(중분류) 재정비를 통해 가격산정의 적정성을 확보하고 치료재료 관리의 효율성을 제고하기 위한 업무이다.「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」(이하 '상한금액표'라 한다)에 고시된 모든 치료재료(인체조직 제외)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시한 「행위 치료재료 등의 결정 및 조정 기준」[별표3] 에 따라 상한금액표 목록 정비, 품목군 재분류, 요양급여대상(급여 또는 비급여) 여부 조정, 상한금액을 조정한다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제14조
- 「행위·치료재료 등의 결정 및 조정 기준」 제9조 제2항 제3호[별표 3] 치료재료 재평가 조정 기준

다. 재평가 대상 및 범위 등

1) 재평가 대상

- 「상한금액표」에 고시된 모든 치료재료(인체조직 제외)를 대상으로 실시할 수 있다.
  - 재평가 실시 전년도 기준으로 적용일자가 최초 등재 후 3년 미만의 품목군(중분류)은 재평가 대상에서 제외

2) 재평가 범위

① 상한금액표 목록 정비
② 품목군 재분류
③ 요양급여대상(급여 또는 비급여) 여부 조정
④ 상한금액 조정

3) 재평가 주기

재평가는 품목군(중분류)별로 3년마다 실시할 수 있다.

라. 업무처리절차

그림2.1-16 치료재료 재평가 업무처리절차

1	재평가 대상 품목군 공고(보건복지부)	• 공고 시 가치평가 기준 동시 공고
2	재평가 자료 접수	• 자료 준비 및 제출
3	실무검토 • 품목군 재분류(비용 · 효과 등 평가) • 요양급여대상 여부 조정(급여의 적정성평가) • 상한금액 조정(동일 품목군 동일금액)	• 전문가 자문 및 자문회의 • 치료재료전문평가위원회 내 소위원회 평가
4	사전열람 및 의견제출	• 실무검토내용 통지 또는 사전열람 • 의견제출 기회제공(열람 종료 후 20일 이내)
5	치료재료전문평가위원회 평가	• 위원회 평가 및 보건복지부 보고 • 신청인에게 평가결과 및 독립적 검토를 거친 재평가를 신청할 수 있다는 내용 통보
6	독립적 검토절차	• 신청일로부터 45일 이내 검토자 검토수행
7	치료재료전문평가위원회 재평가	• 위원회 재평가 및 보건복지부 보고
8	건강보험정책심의위원회 심의	• 최종 심의 · 의결
9	보건복지부장관 고시	• 시행일 등 최종 고시

마. 재평가 방법

1) 치료재료 재평가 대상 품목군 공고

보건복지부장관은 재평가 효과 등을 고려하여 재평가의 필요성이 있다고 인정하는 품목군(중분류)별로 재평가대상을 공고하여야 한다.

2) 상한금액표 목록 정비

- 3년간 요양급여비용 청구실적이 없는 치료재료는 식품의약품안전처 및 관련 업체에 허가(신고)사항 확인 후 급여중지 고시할 수 있다.
  - 재고량 등을 감안하여 6개월의 유예기간을 적용할 수 있으며, 급여중지된 치료재료는 해당 제조·수입업자의 급여재개 신청이 있는 경우 급여중지를 해지한다.

표2.1-14 연도별 치료재료 재평가 현황

연도	대분류군		세부 품목군명
2010년	3	A, F, K	• 동위원소군 • 척추고정용군 • 일반재료(Ⅰ)군
2011년	5	C, D, G, H, I	• trauma용군(C군, D군) • 흉부외과용군 • 신경외과용군 • 안·이비인후과용군
2012년	5	B, E, J, L, M	• 봉합용군 • 인공관절군 • 중재적시술용군 • 일반재료(Ⅱ,Ⅲ)군
2013년	13	B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, P	• 최초 등재 후 3년 미만 등으로 제외되었던 품목군
2017년~2018년	5	J, M, E, K, M,	• 배액관 고정용판 •드레싱 품목류 •어깨치환용 재표 •붕대류 등 •외과수술용선택 품목류
2019년	7	C, E, J, M	•골유합 및 골절고정용군(업체자료접수), •중재적 시술용군(카테터 및 가이드와이어류) •인공관절군 •일반재료군(Ⅲ)
2020년	6	C, J, D, L, K	• 골유합 및 골절고정용군 • 중재적 시술용군(스텐트류) • 관절경수술관련 연부조직고정용군 • 일반재료군 Ⅱ • 일반재료군 Ⅰ

3) 품목군 재분류

- 비용·효과 또는 기능 등을 감안하여 품목군을 재분류할 수 있다.
  - 비용·효과 등이 동등 또는 유사한 경우 동일 품목군으로 분류
  - 비용·효과 또는 기능 등이 차이가 있는 경우 품목군을 분리하여 재분류
  - 가치평가를 거쳐 기 등재품에 비해 개선이 입증된 경우 또는 비용·효과 또는 기능 등이 저하된 것으로 평가되는 경우 별도의 품목군으로 분류 가능

4) 요양급여대상여부 조정

- 이미 고시된 요양급여대상·비급여대상 품목에 대하여 경제성 및 급여 적정성 등을 고려하여 요양급여대상여부를 조정할 수 있다.
  - 비용·효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 비급여로 분류된 품목의 재평가 등

5) 상한금액 조정

- 품목군 재분류 기준에 따라 동일 품목군으로 분류된 품목들은 동일한 상한금액(기준금액)으로 조정할 수 있다.
- 동일 품목군의 기준금액은 전년도 품목별 상한금액과 청구량을 감안한 가중평균가로 산출하여 적용할 수 있다. 다만, 제조원가 또는 수입원가, 유통가 등이 현저히 낮은 경우에는 이를 참조하여 기준금액을 산출할 수 있다.
- 신청제품이 기 등재된 품목에 비하여 임상적 유용성, 비용·효과성, 기술혁신 등이 입증자료를 통해 개선된 경우에는 '가치평가기준표'의 평가 결과에 따라 해당 품목군의 기준금액을 초과하여 산정할 수 있다.
- 동일 품목군과 비교하여 비용·효과 또는 기능 등에서 저하된 것으로 평가되는 경우에는 해당 품목군의 기준금액의 10%를 감산하여 산정할 수 있다.

6) 사전열람 및 의견제출

- 심사평가원장은 치료재료 재평가 실무검토 결과를 치료재료전문평가위원회 개최 전에 해당 제조·수입업자에게 통지 또는 사전열람 하게 할 수 있다.
- 통지 또는 사전 열람 후 의견이 있는 경우 해당 제조·수입업자는 통지 또는 열람 종료일로부터 20일 이내에 의견을 제출하여야 한다.
- 해당 업체로부터 의견을 제출받은 경우에는 해당 의견을 참고하여 평가할 수 있다.

7 치료재료 실거래가 조사

작성: 등재관리부

가. 개요

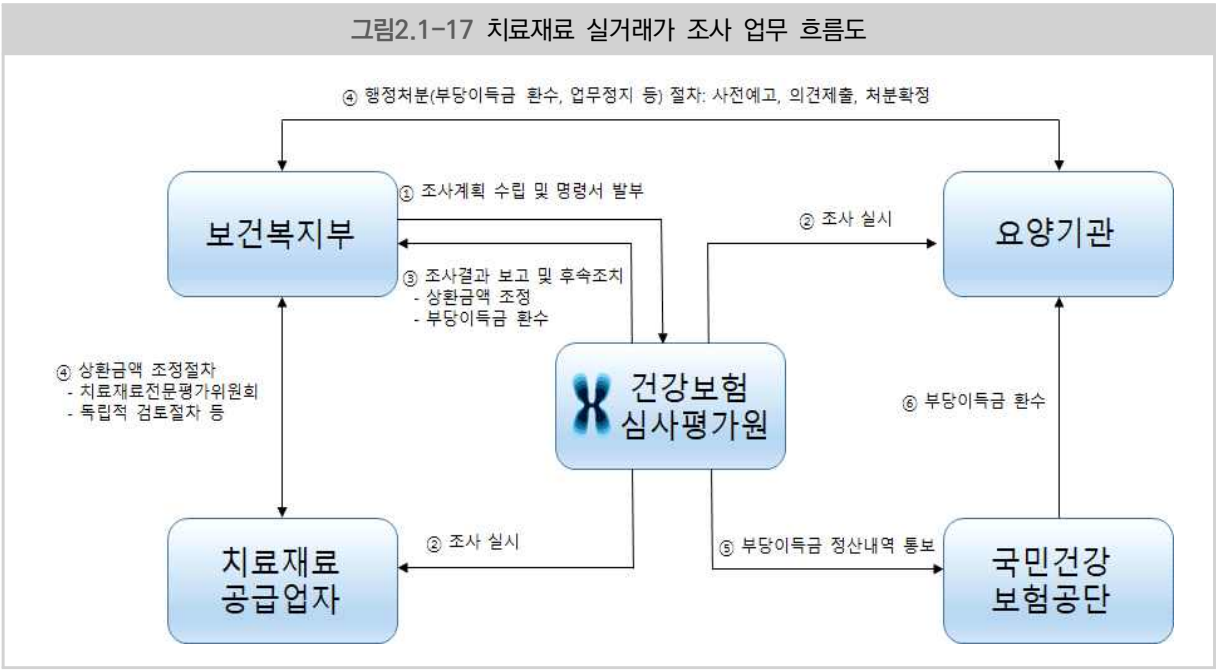
요양기관과 치료재료 공급업자를 대상으로 치료재료 실거래가격 및 유통가격을 조사하여, 그 결과를 치료재료 상한금액 관리 등에 반영함으로써 상한금액의 적정성 유지 및 거래내역의 투명성을 제고함

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제57조(부당이득의 징수), 제97조(보고와 검사), 제98조(업무정지), 제99조(과징금), 제101조(제조업자 등의 금지행위 등)
- 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수), 제28조(의료급여기관의 업무정지 등), 제29조(과징금 등), 제29조의 2(제조업자 등의 금지행위 등)
- 「국민건강보험법 시행령」 제22조(약제 · 치료재료의 요양급여비용), 제70조(행정처분기준)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제13조(직권결정 및 조정)
- 「행위 · 치료재료 등의 결정 및 조정 기준」 제10조(직권에 의한 결정 및 조정) 및 제11조(자료제출의 요구)
- 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」 제4조(구입치료재료대의 산정) 내지 제8조(구입치료재료대 사후관리 시 행정조치)

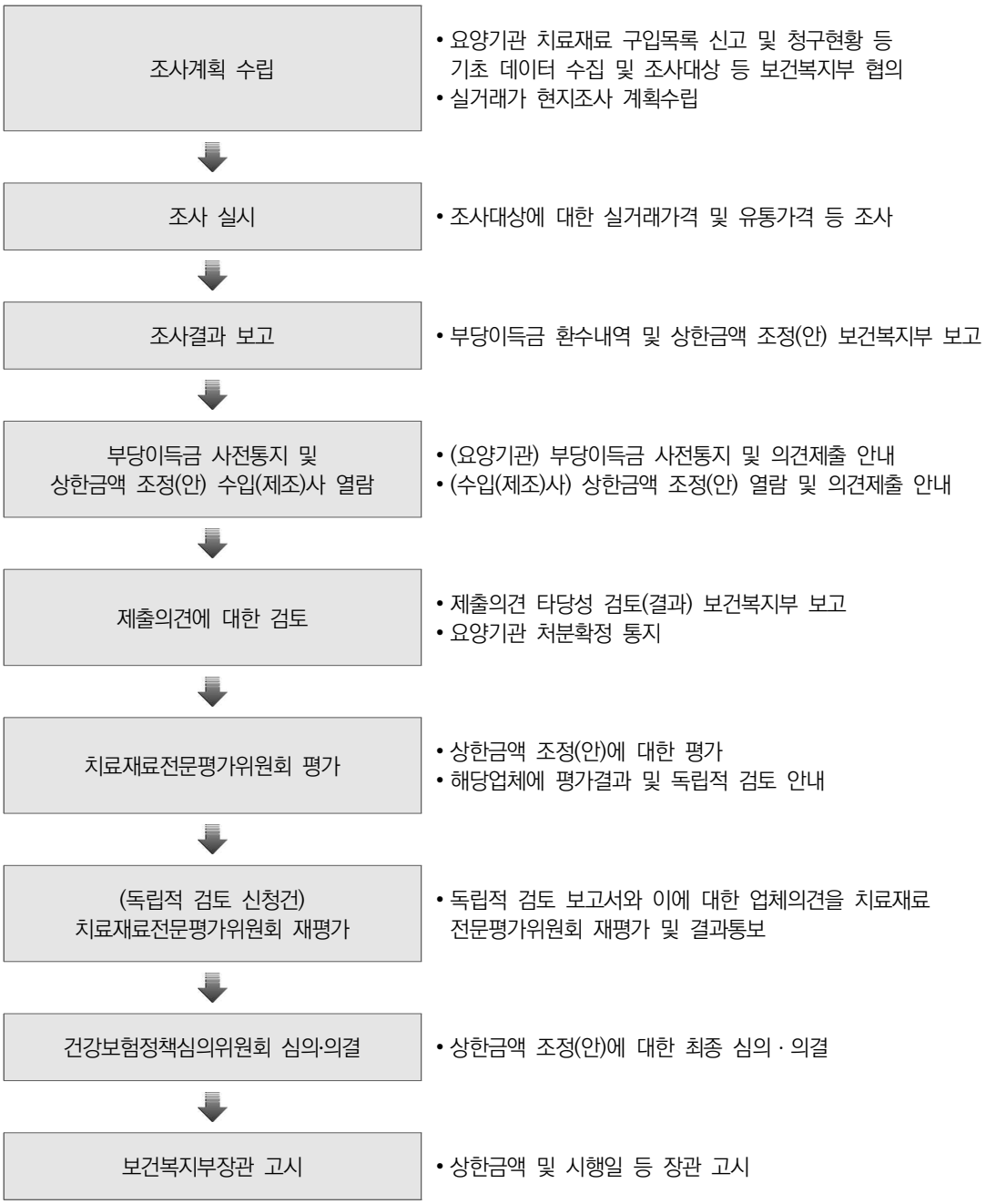
다. 업무 흐름도

그림2.1-17 치료재료 실거래가 조사 업무 흐름도



라. 업무처리 절차

그림2.1-18 치료재료 실거래가 조사 업무처리 절차



1) 조사계획 수립

가) 보건복지부

조사대상 품목군, 대상기관, 조사기간 등 현지조사에 관한 전반적인 조사계획을 수립하여 심사평가원에 문서 통보

나) 건강보험심사평가원

- 요양기관 치료재료 구입목록 신고자료와 청구현황 등 조사계획 수립에 필요한 기초 데이터 수집 및 조사일정 등 보건복지부 협의
- 보건복지부장관 문서에 근거하여 조사팀 편성, 조사 일정표 작성 등 세부 계획수립 및 조사자 사전교육 실시 등

다) 조사대상 기관 선정

| 선정 원칙 |

- 조사대상 품목군의 치료재료 비용을 많이 청구하는 요양기관 등을 종별·지역별로 감안하여 보건복지부 장관 고시 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」 제5조(구입 치료재료대의 사후관리)의 규정에 따라 선정
  - 국·공립 병원, 특수법인 병원, 군병원, 산재의료관리원 등 공개경쟁 입찰을 통해 치료재료를 구입하는 요양기관과 최근 2년 이내 요양기관 현지조사 및 치료재료 실거래가 조사 실시 기관은 제외
- 유통가격 등의 조사가 필요한 경우에는 요양기관과 연계된 치료재료 공급업자(수입 또는 제조업체, 대리점)를 선정하여 계통조사 실시

(1) 정기 사후관리(요양기관, 치료재료 공급업자)

- 요양기관으로부터 제출받은 치료재료 구입자료를 기준으로 다음에 해당하는 기관
  - 다른 요양기관에 비해 구입가격이 높게 신고된 품목이 많은 요양기관
  - 제출자료 및 증빙자료의 조작이나 오류가 의심되는 요양기관
  - 요양기관과 치료재료 공급업자의 자료상 구입가격이 상이한 사실이 확인된 요양기관
- 요양급여비용 총액 대비, 구입 치료재료대 비용의 비율이 다른 요양기관에 비해 월등히 높은 요양기관
- 치료재료의 구입가격을 정당한 사유 없이 빈번하게 변경하는 요양기관
- 위 규정과 관련된 치료재료 공급업자

(2) 수시(기획) 사후관리

- 요양급여비용 심사 시 현지확인이 필요한 것으로 확인되어 건강보험심사평가 원장으로부터 사후관리가 의뢰된 요양기관

- 치료재료 구입 시 과도한 가격 할인, 구입량 할증, 이면계약 등 불공정 거래행위 사실이 확인된 요양기관
- 민원제보 또는 언론보도 등으로 사회적 물의를 일으키거나, 구입 치료재료대 관련 민원이 발생한 기관으로 그 내용이 구체적이고 객관적인 증빙자료로 확인 할 수 있는 요양기관
- 위 규정과 관련된 치료재료 공급업자
- 위 규정과 유사한 경우로서 보건복지부장관이 현지확인이 필요하다고 인정하는 요양기관

2) 조사과정

가) 조사대상 기간

정기 사후관리 대상기간은 현지조사 시점에서 정부의 회계연도에 따라 전년도 1월 1일부터 12개월(1년) 진료분 조사

나) 주요 확인내용

(1) 치료재료 실구입가격의 내역

- 요양기관과 치료재료 공급업자 또는 치료재료 공급업자 간의 품목별 실거래가격의 내역(거래내역서, 거래명세서, 거래단가, 계약서 등)
- 요양기관과 치료재료 공급업자 또는 치료재료 공급업자 간의 할인·할증 유무 등 기타 실거래내역(할인 시에는 할인율에 따른 구입가)
- 요양기관과 치료재료 공급업자 또는 치료재료 공급업자 간의 치료재료 거래와 관련이 있는 금품류 등 수수내역

(2) 대체청구 및 재사용 등 부당청구 여부

품목별 구입량(사용·재고량) 대비 청구량 확인을 통해 부당청구 여부 확인

다) 확인서 작성 및 수령

확인된 부당사항을 육하원칙에 의거 상세히 기재한 확인서를 작성하고, 관련 증빙서류를 첨부하여 요양기관 대표자의 서명날인을 받아 수령

라) 조사결과 보고

실거래가 현지조사 확인내역, 부당이득금 환수 내역, 상한금액 조정(안), 행정조치 필요기관 등의 내용을 보고서로 작성하여 보고

3) 행정조치

가) 상한금액 조정

(1) 품목별로 개별 조정하는 경우

- 실거래내역 조사에서 확인된 전체 요양기관의 실구입가를 근거로 산출한 품목별 가중평균가로 상한금액을 인하

  ※ 가중평균가는 총 구입금액을 총 구입수량으로 나누어 산출

(2) 업체열람 및 의견제출

- 조사결과에 따라 상한금액을 조정하기 전, 조정 대상품목 제조(수입)업체에 사전열람 및 의견제출 기회를 부여함으로써 행정의 정확성, 타당성 등을 확보

  ※ 보건복지부는 열람시기, 열람장소, 치료재료 상한금액 조정(안), 의견제출 안내 등 열람과 관련된 안내문을 수입(제조)사에 통보하고, 자료열람 협조요청 및 의견제출 검토요청 문서를 심사평가원에 통보

(3) 대상품목 상한금액 인하

치료재료전문평가위원회 평가, 건강보험정책심의위원회 심의를 거쳐 보건복지부장관 고시

나) 부당이득금 환수

- 실제 구입금액보다 높게 치료재료비용의 청구·지급이 이루어지거나, 재사용·대체청구 등으로 부당청구가 확인된 요양기관에 대하여 청구·지급 금액과 실구입가의 차액 등 부당청구 금액을 환수
- 부당이득금을 확정하기 전 요양기관에 사전통지 및 의견제출 기회 부여

다) 업무정지처분 또는 과징금처분 실시

Ⅲ 약제

1 약제결정 신청에 대한 평가

작성: 신약등재부

가. 정의

약제결정신청이란 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입업자가 「약제 급여목록 및 급여상한금액표」에 고시되지 아니한 새로운 약제에 대하여 보건복지부장관에게 요양급여대상 여부를 결정하여 줄 것을 신청하는 것을 말한다.

신약 등 의약품 등재는 선별등재제도를 적용하여 운영하고 있다.

※ 선별등재제도(Positive List System)란 치료적 가치와 경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하여 보험 등재하는 제도로서, 2006.12.29.부터 시행하고 있다.

나. 법적 근거

- 「국민건강보험법」 제41조제1항제2호(요양급여)
- 「국민건강보험법」 제46조(약제에 대한 요양급여비용의 산정)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제10조의2(약제 요양급여의 결정신청)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조의2(약제에 대한 요양급여의 결정)
- 「약제의 결정 및 조정 기준」
- 「약제의 요양급여대상여부 등의 평가기준 및 절차 등에 관한 규정」

다. 결정신청 절차

1) 제약사의 결정신청

급여목록표로 고시되지 아니한 약제에 대하여 보건복지부장관에게 요양급여 대상여부의 결정을 신청할 수 있다.

- 요양급여대상 여부의 결정신청을 하려는 자는 약제평가신청서에 해당 서류를 첨부하여 심사평가원장에게 해당 약제의 평가신청을 함으로써 이를 갈음한다.

2) 약제 요양급여의 평가

- 결정신청 받은 날부터 120일(위험분담 제시 건은 150일) 이내에 약제급여평가위원회 심의를 거쳐 평가
- 평가가 끝난 날부터 15일 이내에 신청인에게 평가 결과 통보
- 신청인은 평가결과에 이견이 있는 경우 통보받은 날부터 30일 이내에 재평가 또는 독립적 검토를 거친 재평가 신청
- 재평가신청을 받은 날부터 120일 이내에 약제급여평가위원회 재평가
  - 독립적 검토를 거친 재평가는 독립적 검토 보고서 및 신청자 의견을 제출받아 약제급여평가위원회의 재심의를 거쳐 재평가

3) 평가결과 보고

평가결과, 재평가결과 및 신청인에게 통지한 사실을 보건복지부장관에게 보고, 공단 이사장에게 통보

4) 약가협상 명령

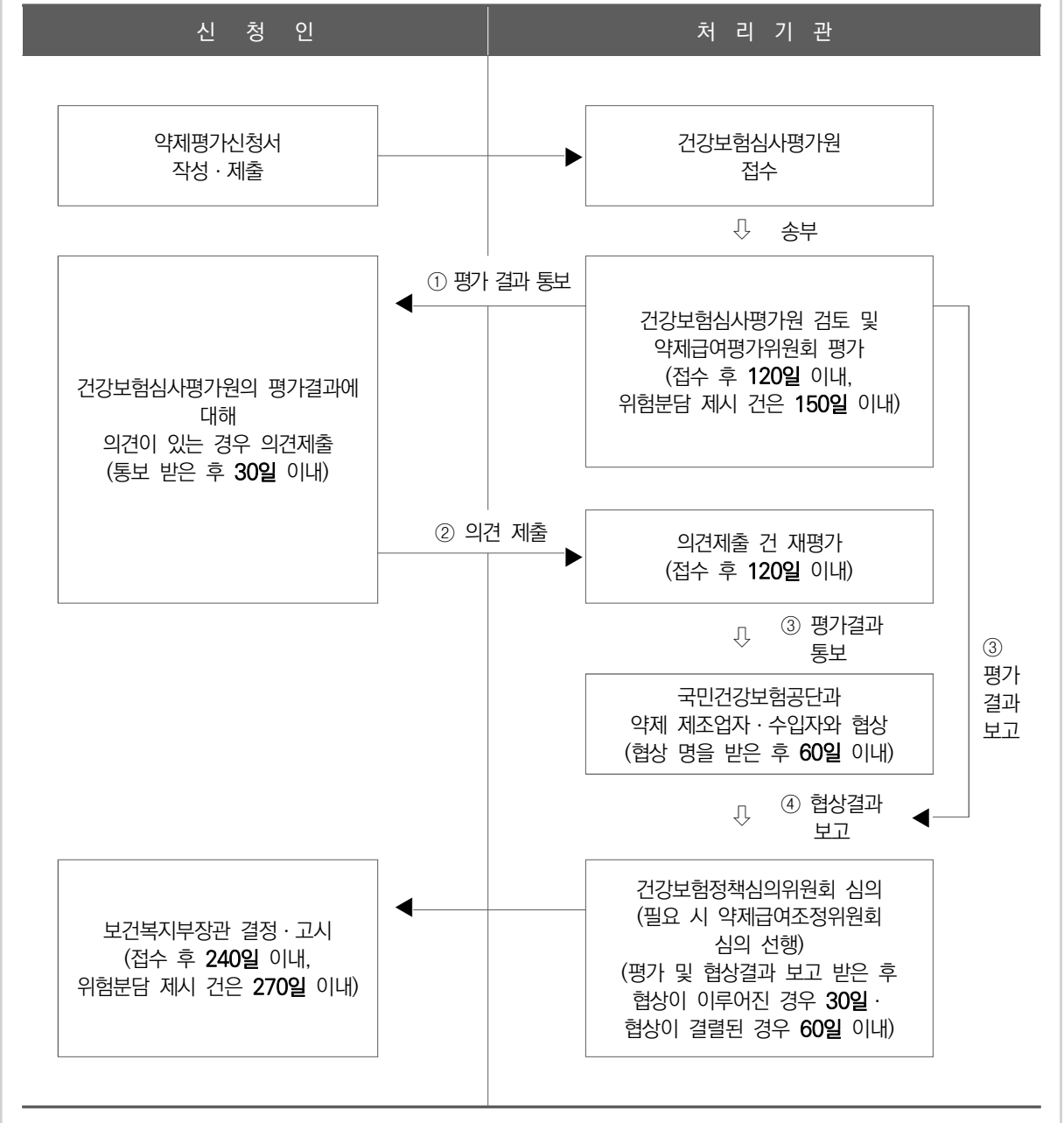
- 보건복지부장관은 요양급여대상으로 하는 것이 적정하다고 평가된 협상대상 약제에 대하여 공단 이사장에게 협상 명령. 단, 제약사가 약가협상생략기준금액을 상한금액으로 하는 것에 동의하는 경우 상한금액 협상절차 생략 가능
- 공단 이사장은 60일 이내에 제약사와 약가협상을 수행하고 협상결과를 보건복지부장관에게 보고

5) 고시

보건복지부장관은 평가결과 또는 협상결과를 보고받은 경우 30일 이내에 건강보험 정책심의위원회 심의를 거쳐 요양급여대상여부 및 약제의 상한금액을 결정하여 고시

라. 약제 등재 절차

그림2.1-19 약제 등재 업무 흐름도



2 의약품 경제성 평가

가. 법적근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제10조의 2제3항(약제 요양급여의 결정신청)
- 「약제의 요양급여대상 여부 등의 평가기준 및 절차 등에 관한 규정」(제3조 제2항 및 제4조)
  ※ 신약 등 협상대상 약제의 세부평가기준

나. 개요

1) 의약품 경제성 평가 정의

- 한정된 자원을 두고 경쟁하는 대안들이 있을 때 주어진 자원을 어떻게 배분하는 것이 가장 효율적인지를 분석하는 것
- 질병의 예방과 치료에서 선택 가능한 두 가지 이상의 대안들 (예: 신약 vs 기존약/약물치료/수술 등)에 대하여 투입된 비용(cost)과 성과(outcome)를 비교하여 경제적 효율성을 평가하는 분석 방법
- 기존 치료제에 비해 임상적, 경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하여 급여함으로써 한정된 보험 재정의 효율적 관리

2) 경제성 평가 유형

- 경제성 평가 방법에는 비용-최소화분석, 비용-효과분석, 비용-효용분석, 비용-편익 분석이 있다.

표2.1-15 경제성 평가 유형

분석유형	비용측정	성과 종류	성과측정
비용-최소화 분석	화폐단위	동일한 성과	성과가 동등함이 입증되어야 함
비용-효과 분석	화폐단위	동일 종류의 성과, 서로 다른 수준의 성과 달성	자연단위(예: 연장된 수명, 저하된 혈압치)
비용-효용 분석	화폐단위	단일 혹은 다중 성과, 대안 간에 동일할 필요 없음	질보정수명(QALY)
비용-편익 분석	화폐단위	단일 혹은 다중 성과, 대안 간에 동일할 필요 없음	화폐단위

QALY: quality-adjusted life year
출처: 한국약학교육협의회 사회약학분과위원회 「약무행정과 경영관리 2판」, 범문에듀케이션, 2018, p460.

다. 결과의 해석

1) 점증적 비용-효과비(Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ICER)

비교대안에 비해 평가대상 중재법의 증가된 효과 혹은 효용 한 단위당 어느 정도의 추가 비용이 소요되는지를 나타내는 지표

$$\mathrm{ICER} = \frac{\mathrm{Cost_A} - \mathrm{Cost_B}}{\mathrm{Effectiveness_A} - \mathrm{Effectiveness_B}}$$

(A: 평가 대상 중재법, B: 비교 대안)

2) ICER의 해석

- 특정 임계값(threshold)과 비교하여 그 이하일 경우 평가대상 중재법이 비교대안에 비해 비용효과적인 것으로 해석
- 임계값이란 비교대안을 새로운 대안으로 대체할 경우 가져다주는 추가적인 효과 및 효용에 대한 사회의 최대 지불의사

라. 의약품 경제성 평가 활용

- 약제 급여 평가 시 임상적 유용성, 비용효과성, 제외국의 등재여부, 등재 가격 및 보험재정 등을 고려하여 급여 여부를 평가하고 있다.
- 비용효과성 고려 시 의약품 경제성 평가를 의사결정의 자료로 활용

※ 비용-효과성 평가 기준

- 경제성평가자료 제출
  ① 비용최소화 분석(Cost-minimization analysis): 신청약이 비교약제와 임상적 유용성이 동등(혹은 비열등)하다는 것을 입증할 경우
  ② 비용효과/효용 분석(Cost-effectiveness/utility analysis): 신청약이 비교약제에 비해 임상적 유용성이 개선되었다는 것을 입증할 경우
- 비교약제와의 비용효과성 평가 기준

분석법	비용 효과성 판단 기준
비용-효과(효용) 분석	ICER(비용효과비)
비용-최소화 분석	총 소요비용

- ICER의 임계값: 명시적인 임계값을 사용하지 않으며, 1인당 GDP를 참고범위로 하여, 질병의 위중도, 사회적 질병부담, 삶의 질에 미치는 영향, 혁신성 등을 고려하여 탄력적으로 평가하도록 함.

3 위험분담 제도

가. 개요

신약에 대한 환자 접근성 제고를 위해 효능·효과나 보험 재정 영향 등에 대한 불확실성(Risk)을 제약회사가 일부 분담하는 제도이다.

나. 법적 근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조의2
- 「약제의 결정 및 조정기준」 제7조제2항 및 제3항(별표 2)

  ※ 신약 등 협상대상 약제의 세부평가기준

다. 대상

1) 다음의 어느 하나에 해당하는 경우

① 대체 가능하거나 치료적 위치가 동등한 제품 또는 치료법이 없는 항암제나 희귀질환 치료제로서 생존을 위협할 정도의 심각한 질환에 사용되는 경우

② 기타 약제급여평가위원회가 질환의 중증도, 사회적 영향, 기타 보건의료에 미치는 영향 등을 고려하여 부가조건에 대한 합의가 필요하다고 평가하는 경우

③ ① 또는 ②에 해당하지는 않으나, ① 또는 ②를 적용한 약제와 치료적 위치가 동등하면서 비용효과적인 약제의 경우

2) 급여적정성 평가 결과 비용효과적으로 판단된 약제이나 다음의 어느 하나에 해당하는 경우

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

라. 유형

1) 조건부 지속 치료와 환급 혼합형(Conditional treatment continuation + money back guarantee)

일정기간 약제 투여 후 환자별로 반응을 평가하여, 미리 정하여 놓은 기준 이상으로 반응이 있는 환자에게는 계속 보험급여하고, 그렇지 않은 환자의 사용분에 해당하는 금액은 신청인이 건강보험공단에 환급

2) 총액 제한형(Expenditure cap)

약제의 연간 청구액이 미리 정하여 놓은 연간 지출액을 초과할 경우, 초과분의 일정 비율을 신청인이 건강보험공단에 환급

3) 환급형(Refund)

약제의 전체 청구액 중 일정 비율에 해당되는 금액을 신청인이 건강보험공단에 환급

4) 환자 단위 사용량 제한형(Utilization cap/Fixed cost per patient)

환자 당 사용 한도를 미리 정하여 놓고, 이를 초과하여 사용할 경우 초과분의 일정 비율에 해당하는 금액을 신청인이 건강보험공단에 환급

5) 그 외

가목부터 라목까지에서 규정한 유형 외에 근거생산 조건부 급여(Coverage with evidence development) 등 신청인이 제안하는 유형

※ 2개 이상의 복합 유형도 가능

마. 계약기간

최초 등재 후 매 5년 마다 재평가(재계약)를 수행하여 연장 여부 판단

4 저가약 대체조제 의약품 관리

작성: 약제관리부

가. 개요

의약분업 시행 이후 고가의약품 사용이 늘어나면서 국민의료비 증가 및 보험재정의 부담으로 이어졌다. 이에 보험재정의 안정화 및 비용효과적인 의약품 사용을 정착시키기 위하여 2001. 7. 1. 조제분 부터 처방의약품보다 저가인 생물학적 동등성 인정품목으로 대체 조제한 경우 처방의약품 상한금액과 조제의약품의 실구입가 간 차액의 30%를 약사에게 장려금으로 지급하게 되었다.

※ 생물학적 동등성시험: 동일 유효성분을 함유한 동일 투여경로의 두 제제가 생체이용률에 있어서 통계학적으로 동등하다는 것을 입증하기 위해 실시하는 생체내 시험(생체이용률이란 약물 또는 그 활성대사체가 제제로부터 전신순환혈로 흡수되는 속도와 양의 비율을 말함)

나. 법적근거

- 「약사법」 제27조제2항제1호(대체조제)
- 「국민건강보험법 시행령」 제75조의2(장려금의 지급 등)

다. 대체조제 가능 품목

표2.1-16 대체조제가능 품목의 증가 추이

(단위: 품목)

연도	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
생물학적 동등성 인정품목	5,569	6,006	5,316	5,750	5,969	7,059	8,220	9,124	10,275	11,239	11,986	14,241
인센티브 지급대상	3,923	4,001	4,299	4,325	4,592	5,401	7,918	8,918	9,881	10,290	9,843	11,353

※ 식품의약품안전처 「생물학적 동등성 인정 품목 공고」: 2007년부터 시행, 제네릭만 포함, 대조약 제외

라. 저가약 대체조제 장려금의 청구 방법

- 대체조제한 의약품에 대한 내용을 먼저 기재하고 바로 다음 행에 처방의약품에 대한 내용을 기재한다.
- 요양급여비용명세서 '조제구분'란의 경우 대체조제의약품을 기재한 행에는 '4'를 기재하고 처방의약품을 기재한 행에는 '9'를 기재한다.
- '단가'란의 경우 대체조제 의약품을 기재한 행에는 「약제급여목록 및 상한 금액표」상의 '상한금액 범위 내 요양기관의 실구입가'를 기재하고, 처방의약품을 기재한 행에는 '대체조제에 따른 장려금'을 기재한다.
- 대체조제에 따른 장려금 산정 시 단위(규격)당 원 미만은 4사5입 한다.
- 대체조제에 따른 장려금은 공단부담금에 전액 포함한다.

※「장려금의 지급에 관한 기준」개정 사항(고시 제2019-331호, '20.3.1.시행)

- 장려금의 일부를 환자 본인부담에서 전액 공단부담으로 개정

(기존) 약국명세서 조제투약내역의 조제구분 '9(저가대체 가산금)'로 산정된 대체조제장려금은 국민건강보험법 시행령 [별표 2] 및 같은 법 시행규칙 [별표 3]에 따른 본인일부부담금으로 산정
(개정) 약국명세서 조제투약내역의 조제구분 '9(저가대체 가산금)'로 산정된 대체조제 장려금은 공단부담금으로 전액 청구

5 퇴장방지의약품 관리

작성: 약가산정부

가. 개요

2000년 3월 도입된 퇴장방지의약품 제도는 생산원가에 미달되는 의약품에 대하여 생산원가를 보전하거나 요양기관에서 동 의약품을 사용할 경우에 사용장려금을 지급하여 필수의약품의 생산 및 사용을 활성화하기 위한 제도이다. 이에 필수의약품 중 사용량이 적거나 생산원가가 맞지 않아 제약업소의 생산기피 등으로 환자 진료에 지장을 초래할 수 있는 의약품을 퇴장방지의약품으로 선정하는 업무를 수행한다.

나. 법적근거

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제13조제4항제7호(직권결정 및 조정)
  - 환자의 진료에 반드시 필요하나 경제성이 없어 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자가 생산 또는 수입을 기피하는 약제로서 생산 또는 수입 원가의 보전이 필요한 경우
- 약제의 결정 및 조정 기준」 제8조제2항제11호(직권에 의한 결정 및 조정) 「별표 5」
  - 퇴장방지의약품 지정·관리 및 원가보전 기준
- 사용장려금(「장려금의 지급에 관한 기준」 제3장(사용장려금)
  - 사용장려금 지급대상 약제의 지정, 지정절차, 관리 및 지급 등

다. 퇴장방지의약품 현황

표2.1-17 퇴장방지의약품 현황[26]

(단위: 개)

구분	계		생산원가보전		사용장려금 지급		사용장려금 지급 및 생산원가보전	
	성분	품목수	성분	품목	성분	품목	성분	품목
2013년	341	656	297	565	7	19	38	72
2014년	352	677	311	589	3	11	38	77
2015년	375	802	334	714	3	12	38	76
2016년	366	789	334	713	3	13	29	63
2017년	389	813	357	748	3	12	29	53
2018년	345	637	315	581	2	6	28	50
2019년	350	638	320	583	2	6	28	49

* 연도별 익년 1월 1일 약제급여목록 기준임

라. 퇴장방지의약품의 관리

- 생산원가보전의약품은 원가인상요인이 있을 경우 「약제의 결정 및 조정기준」 별표 5 [별첨1]에 의거, 원가분석을 통해 적정가격을 재산정하여 약가를 인상하고, 약가 사후관리에 의하여 약가 인하 요인이 발생하여도 인하하지 아니한다.
- 사용장려금(인센티브)은 장관이 별도로 정한 금액으로 한다.
  (상한금액의 10%를 해당 의약품을 처방·조제한 요양기관에 지급)

26 퇴장방지의약품으로 관리되는 의약품은 ① 생산원가보전대상 의약품, ② 사용장려금 지급대상 의약품, ③ 사용장려금 지급 및 생산원가보전대상 의약품 3가지 유형으로 구분 관리됨.

- 동일제제 업체 수가 6개 이상이고 연간 청구액 총합이 20억 이상인 약제 및 해당 약제와 투여경로 · 성분 · 제형이 동일한 약제는 퇴장방지의약품에서 제외한다.
- 전년도 연간 청구액이 40억원 이상인 품목은 3년간 원가보전을 중단한다.

6 약제 상한금액의 산정, 조정 및 가산 업무

가. 개요

약제 요양급여의 결정신청 약제에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시한 「약제의 결정 및 조정 기준」 [별표 1] 약제 상한금액의 산정, 조정 및 가산기준에 따라 상한금액을 정하고, 기등재된 약제의 상한금액을 조정하는 업무이다.

최초등재제품은 약제급여평가위원회에서 약제의 급여여부에 대하여 평가하고, 상한금액은 국민건강보험공단에서 협상을 통해 결정된다. 이후 결정신청한 최초등재제품과 동일제제 등의 경우 보건복지부 고시에서 정한 기준에 따라 상한금액이 결정된다. 이 때 최초등재제품의 상한금액이 조정되며, 산정 및 조정된 약제에 가산을 부여한다.

한편, 「약사법」 개정(2015.3.15.)에 따른 의약품허가-특허 연계제도 시행 및 효율적인 보험의약품 목록 관리를 위해 2015.8.1.부터 약제급여목록표 등재 시점에 즉시 판매가 가능한 약제에 대해서만 요양급여의 결정신청이 가능하도록 함으로써 가등재(약제급여목록표에 등재되어 있으나 실제 판매가 불가능)를 제한하였다.

나. 법적근거

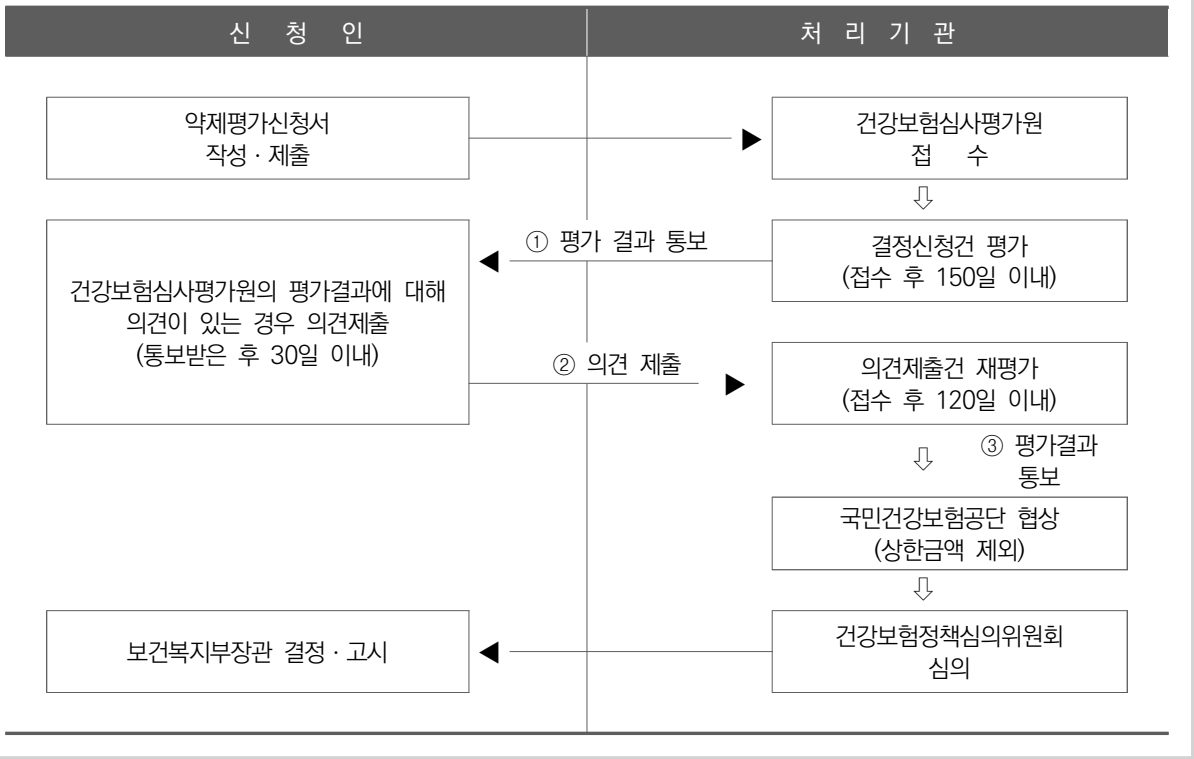
- 국민건강보험법 제41조제1항제2호, 제41조의3, 제46조
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조의2, 제11조의2, 제13조, 제14조
- 약제의 결정 및 조정 기준 제2조, 제7조, 제8조
- 약제의 요양급여대상여부 등의 평가기준 및 절차 등에 관한 규정 (심평원 규정)

다. 검토 대상

약제급여목록표에 등재되지 아니한 새로운 약제로 보건복지부장관이 정하여 고시한 「약제의 결정 및 조정 기준」 [별표 1] 약제 상한금액의 산정, 조정 및 가산기준에 따라 상한금액이 정하여지는 약제

라. 업무 흐름도

그림2.1-20 약제 상한금액의 산정, 조정 및 가산 업무 흐름도



마. 세부 검토기준

1) 산정 · 조정기준

건강보험에 최초등재제품 1개 제품만 등재되어 있고 동일제제 등재 시, 기 등재된 제품 최고가의 53.55% 이하로 기준요건 충족 여부에 따라 차등 산정(생물의약품은 70%)하고 최초등재제품도 53.55%로 조정(생물의약품은 70%)한다.

<table>
<tr><th>'12.1월 이후</th><th>'20.7월 이후</th></tr>
<tr><td>동일제제
동일가
(53.55%)</td><td>* 품질 조건 만족 수준에 따른 약가차등
• (개정 주요 내용) 제네릭 품목 개수 및 요건 충족에 따른 약가 차등
▲ 일정개수(20개) 내에서는 순서와 상관없이 기준요건(자체생동 실시, 원료의약품 등록)과 연계하여 가격 조정
<table>
<tr><th>2개 모두 만족</th><th>1개 만족</th><th>0개 만족</th></tr>
<tr><td>53.55%</td><td>45.52%</td><td>38.69%</td></tr>
</table>
▲ 일정개수(20개) 후 등재 신청하는 제네릭 의약품은 최저가격의 85% 가격으로 등재 (기준요건 충족 여부는 고려하지 않음)</td></tr>
</table>

2) 가산기준

다만, 동일제제 등재 후 최초 1년 동안 최초등재제품은 최초가격의 70%(생물의약품은 80%), 동일제제는 59.5%(혁신형 제약기업 또는 원료직접생산 68%, 생물의약품은 80%) 적용 될 수 있으며 기간은 공급회사가 3개 이하인 경우 2년, 약제급여평가위원회 심의 후 2년 한도 내에서 연장될 수 있다.

3) 자료제출의약품

염 변경 또는 이성체, 새로운 제형 또는 새로운 용법·용량 의약품으로 허가받은 약제로 개발목표제품(식약처 허가시 비교대상으로 선택된 제품과 주 약리작용을 나타내는 성분이 같은 제품으로 기등재된 동일제제 중 최고가 제품)을 기준으로 산정된 제품은 개발목표제품의 가격 조정 시 같이 인하한다.

4) 조정 제외기준

퇴장방지의약품, 저가의약품, 방사성의약품, 희귀의약품, 기초수액제, 산소, 아산화질소, 인공관류용제의 경우 동일제제 등재 시 인하하지 않는다.

바. 검토 절차

① 약제평가신청서 제출
② 산정, 조정 및 가산 결과를 제약사에 통보
③ 평가결과 보건복지부 보고, 국민건강보험공단 통보
④ 국민건강보험공단 협상*(상한금액을 제외한 공급의무 등 협상)
* 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(개정 2020.10.8. 시행)

⑤ 건강보험정책심의위원회 심의

⑥ 보건복지부장관 고시

※ 의약품허가-특허 연계제도 시행에 따라 우선판매품목 허가된 의약품의 경우에는 기존 등재기간을 단축하여 조속히 등재할 수 있음

7 유통질서 문란 약제의 상한금액 감액 및 요양급여 적용정지

작성: 약제관리부

가. 도입배경

의약품은 제조사에서 도매상을 거쳐 요양기관에 공급된다. 공급과정에서 의약품의 채택 및 처방 촉진을 위해 금품 등 경제적 이익을 제공(이하 '리베이트'라고 함)하는 사례가 발견되었다. 의약품 리베이트는 의약품의 적절한 처방과 공정한 의약품 시장 질서를 해하는 행위로서 금지되어야 한다는 여론이 형성되었다. 정부는 약사법을 개정하여 국민의 건강권 보장과 의약품 유통시장의 질서 확립을 위해 의약품 공급과정에서 벌어지는 리베이트 제공 행위를 금지하기에 이르렀다.

건강보험에서도 리베이트에 연루된 의약품에 대하여 약제 요양급여비용 상한금액을 조정하는 방식으로 제재를 해왔다. 강력한 규제에도 불구하고 리베이트는 복잡·다양하게 계속 진화하였다.

정부는 2014.7.2. 리베이트에 연루된 약제에 대하여 '건강보험 요양급여 적용정지 또는 적용제외'를 도입하였으나 의약품에 대한 환자의 접근성을 제한한다는 문제에 봉착하게 되었다. 이에 정부는 2018.9.28. 「국민건강보험법」을 개정하여, 리베이트 연루 의약품 '상한금액 감액'과 '요양급여 정지·제외' 두 가지 방식을 혼합한 새로운 제재수단을 마련하였다.

※ 유통질서 문란 행위(「약사법」 제47조제2항)

의약품 채택·처방유도 등 판매촉진을 목적으로 의약품 제조(수입)업자·위탁제조판매업자(종사자 포함)가 의사·약사 및 의료기관 종사자 등에게 금전, 물품, 편익, 노무, 향응 등 경제적 이익을 제공하는 행위

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제41조의2(약제에 대한 요양급여비용 상한금액의 감액 등)

- 「국민건강보험법 시행령」 제18조의2(약제에 대한 요양급여비용 상한금액의 감액 및 요양급여 적용 정지 기준 등)
- 「국민건강보험법 시행령」 별표 4의2(약제의 상한금액의 감액, 요양급여의 적용 정지 및 과징금 부과 기준)

다. 상한금액 감액 및 적용 정지 또는 과징금 부과 기준

1) 일반기준

- 약사법 제47조제2항에 따른 의약품 공급자가 약사법 제76조제1항제5호의2에 따라 행정처분을 받았거나 약사법 제94조제1항제5호의2에 따라 벌금 이상의 형을 선고 받은 경우에 적용
- 위반행위의 횟수에 따른 약제의 상한금액의 감액 및 적용 정지 기준은 약제의 상한금액이 감액된 날 또는 적용 정지된 날부터 5년간 동일한 약제에 대한 위반행위로 약제의 상한금액의 감액 또는 적용 정지 처분이나 그에 갈음하는 과징금을 부과 받은 경우에 적용한다.

2) 약제의 상한금액의 감액 및 요양급여의 적용 정지 기준

<table>
<tr><th rowspan="2">부당금액</th><th colspan="2">상한금액의 감액(%)</th><th colspan="2">요양급여의 적용 정지</th></tr>
<tr><th>1차 위반</th><th>2차 위반</th><th>3차 위반</th><th>4차 위반 이상</th></tr>
<tr><td>500만원 미만</td><td>경고</td><td rowspan="2">2</td><td rowspan="2">15일</td><td>1개월</td></tr>
<tr><td>500만원 이상 1,000만원 미만</td><td>1</td><td>2개월</td></tr>
<tr><td>1,000만원 이상 2,000만원 미만</td><td>2</td><td>4</td><td>1개월</td><td>3개월</td></tr>
<tr><td>2,000만원 이상 3,000만원 미만</td><td>4</td><td>8</td><td>2개월</td><td>4개월</td></tr>
<tr><td>3,000만원 이상 4,000만원 미만</td><td>6</td><td>12</td><td>3개월</td><td>5개월</td></tr>
<tr><td>4,000만원 이상 5,000만원 미만</td><td>8</td><td>16</td><td>4개월</td><td>6개월</td></tr>
<tr><td>5,000만원 이상 6,000만원 미만</td><td>10</td><td>20</td><td>5개월</td><td>7개월</td></tr>
<tr><td>6,000만원 이상 7,000만원 미만</td><td>12</td><td>24</td><td>6개월</td><td>8개월</td></tr>
<tr><td>7,000만원 이상 8,000만원 미만</td><td>14</td><td>28</td><td>7개월</td><td>9개월</td></tr>
<tr><td>8,000만원 이상 9,000만원 미만</td><td>16</td><td>32</td><td>8개월</td><td>10개월</td></tr>
<tr><td>9,000만원 이상 1억원 미만</td><td>18</td><td>36</td><td>9개월</td><td>11개월</td></tr>
<tr><td>1억원 이상</td><td>20</td><td>40</td><td>10개월</td><td>12개월</td></tr>
</table>

※ 부당금액이란 「약사법」 제47조제2항을 위반하여 해당 품목의 판매촉진을 목적으로 제공된 경제적 이익 등을 보건복지부장관이 정하는 방법에 따라 환산한 금액

라. 과징금 부과 기준

1) 대상약제(「국민건강보험법 시행령」 제70조의2제1항)

- 보건복지부장관이 지정·고시하는 퇴장방지 의약품
- 식품의약품안전처장이 정하는 희귀의약품
- 요양급여의 대상으로 고시한 약제가 단일 품목으로서 동일제제가 없는 의약품
- 그 밖에 보건복지부장관이 특별한 사유가 있다고 인정한 약제

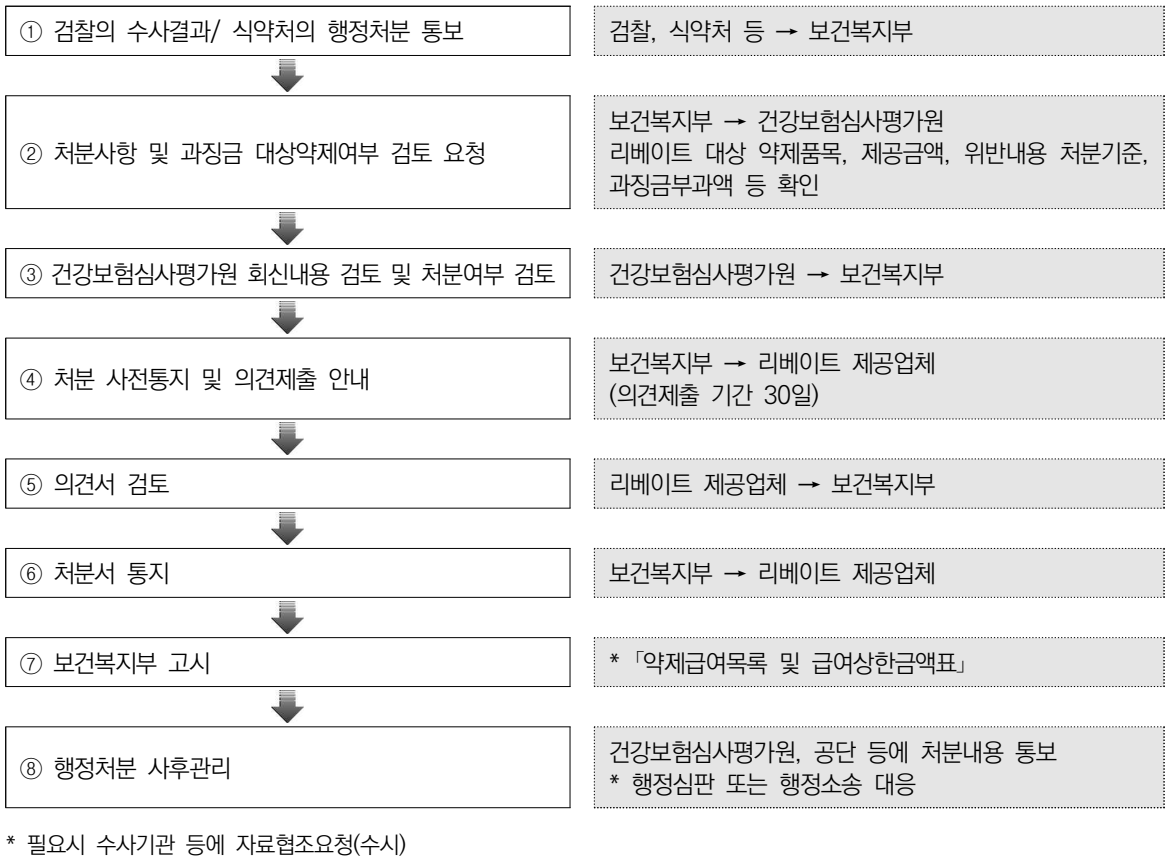
2) 부과기준

과징금은 약제의 요양급여 적용 정지 처분을 결정한 날의 전년도 1년간 해당 약제로 인해 발생한 요양급여비용의 심사결정 총액에 아래 표에 따른 적용 정지 기간별 과징금 부과 비율을 곱한 금액으로 한다.

적용 정지 기간	부과 비율(%)	
	3차 위반	4차 위반 이상
15일	11	
1개월	15	55
2개월	19	59
3개월	23	63
4개월	27	67
5개월	31	71
6개월	35	75
7개월	39	79
8개월	43	83
9개월	47	87
10개월	51	91
11개월		95
12개월		97

마. 업무절차

그림2.1-21 유통질서 문란 약제의 상한금액 감액 및 요양급여 적용 정지 업무절차



* 필요시 수사기관 등에 자료협조요청(수시)

바. 2014. 7. 1.이전 약제의 상한금액 조정

- 유통질서 문란행위 기간이 2009.8.1.부터 2014.7.1.까지인 경우, 유통질서 문란약제의 상한금액 조정기준에 의거 해당 약제의 상한금액을 직권으로 조정할 수 있다.
- 상한금액 인하율 = 부당금액÷결정금액×100≤상한금액의 20%
  - 부당금액: 조사대상 요양기관에서 해당 의약품의 유통질서 문란 행위에 제공된 경제적 이익 등(물품 등은 금액으로 환산)의 총액
  - 결정금액: 조사대상 요양기관에서 부당금액과 관련된 해당 의약품의 처방(판매)총액

사. 2014. 7. 2.부터 2018.9.27.까지 약제의 요양급여 적용 정지·제외 및 과징금 부과

유통질서 문란행위 기간이 2014.7.2.부터 2018.9.27.까지인 경우, 유통질서 문란약제의 요양급여 정지·제외 및 과징금 부과 기준을 적용한다.

8 실거래가 조사에 따른 약제 상한금액 조정

가. 개요

보건복지부장관이 요양기관이 제출한 요양급여비용명세서를 근거로 약제 실거래가 조사를 실시하며, 이를 근거로 약제의 상한금액을 직권으로 조정하는 제도이다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제13조제4항제11호
- 「약제의 결정 및 조정 기준」 제8조제2항제12호 및 별표6

다. 조사 대상

1) 조사 대상기관

- 「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 요양기관을 대상으로 한다.
  - 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조에 따라 설립구분이 국립 또는 공립으로 신고된 요양기관, 약제 실거래가 조사기준일 당시 폐업된 요양기관은 조사대상에서 제외할 수 있다.

2) 조사 대상기간 등

- 약제 실거래가 조사는 2년 주기로 실시하고, 조사기준일은 6월 30일로 한다.
  - 다만, 약제 실거래가 조사의 최초 기준일은 2017년 6월 30일로 한다.
- 조사 대상기간은 조사기준일로부터 1년 이전 시점까지로 한다.
  - 다만, 장관이 필요하다고 인정하는 경우 변경할 수 있다.

라. 상한금액 조정 대상 약제

- 약제 실거래가 조사에 따라 산정된 가중평균가격이 약제 실거래가 조사기준일 당시의 상한금액보다 낮은 약제가 조정 대상이 된다.

- 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 약제는 조정대상에서 제외된다.
  - 저가의약품, 퇴장방지의약품, 마약 및 희귀의약품
  - 조사 대상기간 중 신규 등재된 의약품. 다만, 양도·양수된 의약품은 제외
  - 조사 대상기간 중 상한금액이 인상된 의약품
  - 방사성의약품
  - 인공관류용제

마. 상한금액 조정 기준

- 약제 실거래가 조사에 따라 산정된 가중평균가격[27]으로 상한금액을 인하한다.
  - 다만, 인하율은 약제 실거래가 조사기준일 당시 상한금액의 10% 이내로 한다.
- 약제 실거래가 조사 대상기간의 종료일 당시 「제약산업 육성 및 지원에 관한 특별법」 제7조에 따라 혁신형 제약기업으로 인증받아 그 인증의 유효기간이 만료되지 않은 제약사의 의약품에 대하여는 상한금액 인하율의 30%를 감면한다.
  - 다만, 조사기준일이 속한 해당연도의 R&D 투자액이 500억 이상 또는 매출액 3,000억 이상이면서 R&D 투자비율 10%이상인 혁신형 제약기업의 의약품에 대해서는 상한금액 인하율의 50%를 감면한다.
- 약제급여목록표에 따라 투여경로가 주사제인 약제에 대해서는 추가로 상한금액 인하율의 30%를 감면한다.

* 개정 주요내용(보건복지부 고시 제2016-197호)

구분	개정 전	개정 후
실거래가 조사대상	요양기관, 의약품 공급업자 (의약품 공급내역)	요양기관 (요양급여비용 청구명세서)
실거래가 조사주기 (조사기준일)	1년 (1월 31일)	2년 (6월 30일)
약가관리 근거	의약품 공급보고 내역	요양급여비용 청구내역

27 가중평균가격: 약제 실거래가 조사 결과를 기준으로 요양기관이 청구한 약제총액의 합을 총 청구량으로 나눈 가격임

9 약제 사후평가 업무

작성: 약제평가부

가. 개요

제1차 국민건강보험 종합계획(2019년~2023년) 내에 '보험급여 재평가를 통한 급여체계 정비 강화' 방안 마련과 관련하여 건강보험 급여 중인 약제를 대상으로 한 사후평가의 추진 필요성이 제기되었다. 이에 따라 기 등재 약제 중 임상적 유용성 여부 등을 고려한 급여적정성 재평가 제도가 마련되었으며, 제외국 등재 여부, 건강보험 청구현황 등의 모니터링과 임상적 유용성의 불확실성 등이 제기되는 약제들에 대한 급여적정성을 재평가하기 위한 업무이다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항(요양급여의 적용기준 및 방법)
  - 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제13조제4항제16호(직권결정 및 조정)
  - 외국의 의약품 허가사항 및 보험등재 현황, 임상연구 관련 자료 등을 고려하여 보건복지부장관이 요양급여대상 여부 및 상한금액을 조정할 필요가 있다고 인정하는 경우

다. 급여적정성 재평가 대상 및 절차

1) 대상선정

- 기 등재된 약제 중 제외국 허가/ 급여 현황 및 요양급여 현황(청구규모), 사회적 이슈 등을 고려하여 약제급여평가위원회의 심의를 거쳐 재평가 대상을 선정한다.

2) 세부검토기준

- 임상적 유용성
  - (교과서) 심평원 근거문헌 활용지침 및 학회 추천 교과서 검토

- (임상진료지침) 학회 추천 임상진료지침 검토
- (HTA 보고서) 정부 관련 또는 비영리 기관 수행 평가 보고서, Cochrane 자료 등 검토
- (임상연구문헌) SCI, SCIE 등재 학술지에 게재된 RCT 문헌 검토

  * 항암제, 희귀질환 등 RCT 수행이 어려운 약제에 대해서는 문헌 선택 범주 확대 적용 가능

  * HTA(Health Technology Assessment)
    SCI(Science Citation Index)
    SCIE(Science Citation Index Expanded)
    RCT(Randomized Controlled Trials)

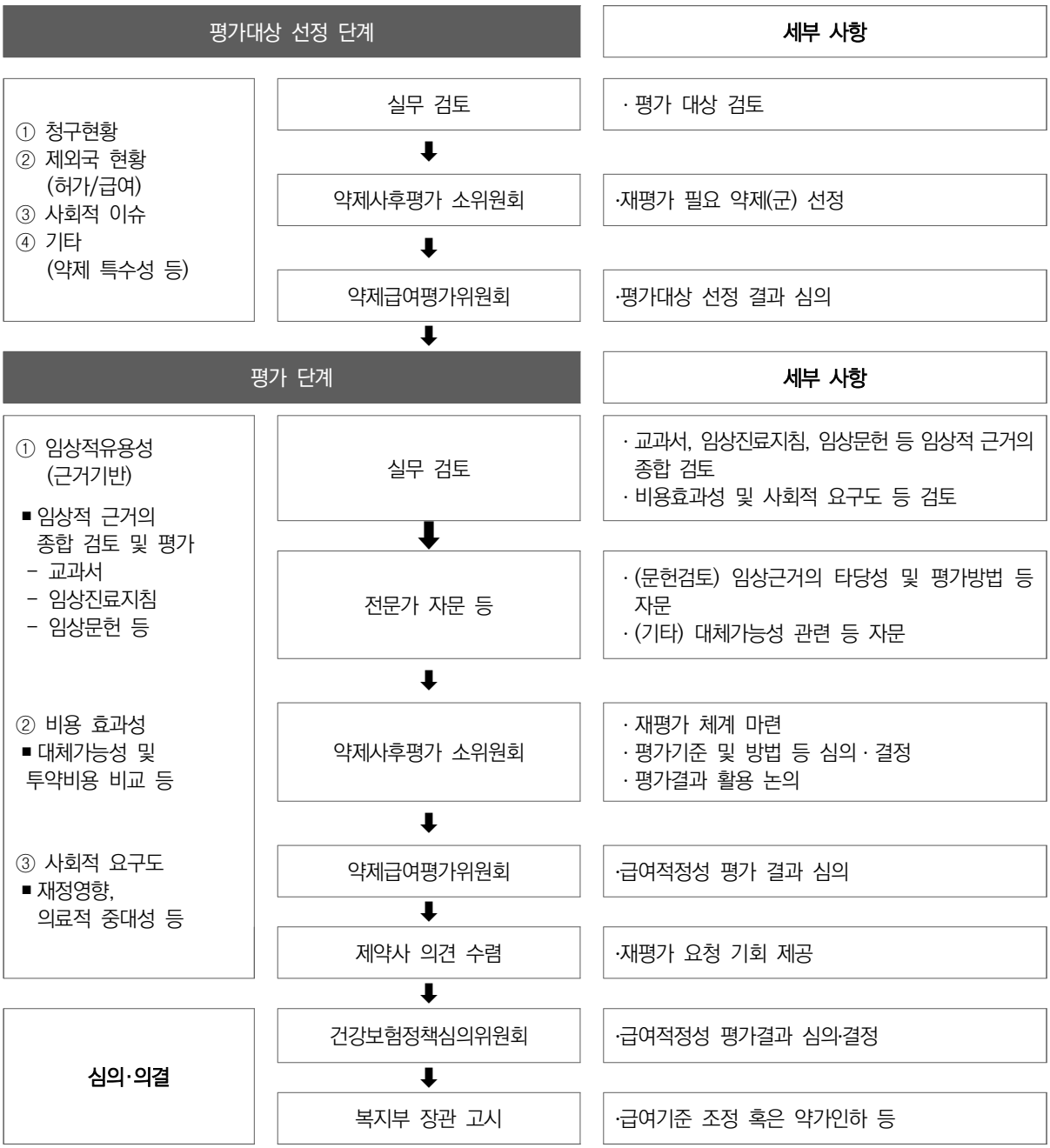
○ 비용·효과성

- 대체 가능성 및 투약비용 비교
  · 대체 약제 존재 여부 검토
  · 평가 약제와 대체 약제 간 투약비용 비교 등

○ 사회적 요구도

- 재정영향, 의료적 중대성 등을 고려
  · 임상적 근거 외 기타 고려가 필요한 사항 등 검토(재정영향, 의료적 중대성, 연령, 환자의 경제적 부담 등)

3) 평가절차


평가대상 선정 단계
세부 사항
① 청구현황
② 제외국 현황 (허가/급여)
③ 사회적 이슈
④ 기타 (약제 특수성 등)
실무 검토
· 평가 대상 검토
약제사후평가 소위원회
·재평가 필요 약제(군) 선정
약제급여평가위원회
·평가대상 선정 결과 심의
평가 단계
세부 사항
① 임상적유용성 (근거기반)
■ 임상적 근거의 종합 검토 및 평가
- 교과서
- 임상진료지침
- 임상문헌 등
② 비용 효과성
■ 대체가능성 및 투약비용 비교 등
③ 사회적 요구도
■ 재정영향, 의료적 중대성 등
실무 검토
· 교과서, 임상진료지침, 임상문헌 등 임상적 근거의 종합 검토
· 비용효과성 및 사회적 요구도 등 검토
전문가 자문 등
· (문헌검토) 임상근거의 타당성 및 평가방법 등 자문
· (기타) 대체가능성 관련 등 자문
약제사후평가 소위원회
· 재평가 체계 마련
· 평가기준 및 방법 등 심의 · 결정
· 평가결과 활용 논의
약제급여평가위원회
·급여적정성 평가 결과 심의
제약사 의견 수렴
·재평가 요청 기회 제공
심의·의결
건강보험정책심의위원회
·급여적정성 평가결과 심의·결정
복지부 장관 고시
·급여기준 조정 혹은 약가인하 등

제 2 장

급여기준 설정 및 관리

Ⅰ. 급여기준의 개요

Ⅱ. 행위 · 치료재료 급여기준 관리

Ⅲ. 약제 급여기준 관리

Ⅳ. 근거기반보건의료(EBH)



제 2 장 급여기준 설정 및 관리

Ⅰ 급여기준의 개요

작성: 심사기준부

1 급여기준과 심사기준

가. 급여기준

1) 정의

요양기관이 실시하는 요양급여의 방법 · 절차 · 범위 · 상한 및 요양급여 제외대상 등의 기준으로 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에서 정한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 사항

2) 법적근거

- 「국민건강보험법」 제41조제3항 및 제4항
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」

3) 세부내역

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
- 조혈모세포이식 및 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
- 암환자에게 처방 · 투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

〈요양급여의 적용기준과 방법에 관한 세부사항(고시)의 성격〉
「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」은 보건복지부장관이 「국민건강보험법」 제41조제3항 및 제4항, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항 및 3항에 의해 정하였으므로, 「국민건강보험법」 제41조의 위임 범위 내에 있고 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」과 결합하여 대외적으로 구속력이 있는 법규명령의 효력을 가짐

나. 심사기준

1) 정의

심사평가원이 요양기관의 심사청구내용이 보건의료관계법규 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(이하 '기준규칙')과 기준규칙에 따라 보건복지부장관이 고시한 사항(심사평가원장이 공고하는 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 포함), 요양급여비용의 산정내역, 요양급여비용의 산정지침, 심사지침에 적합한지 심사하기 위한 기준

2) 법적근거

- 「국민건강보험법 시행규칙」 제20조
- 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제4조(요양급여비용의 심사)

3) 세부내역

- 「의료법」, 「의료기사 등에 관한 법률」, 「응급의료에 관한 법률」, 「보건의료기본법」, 「약사법」, 「마약류 관리에 관한 법률」등 보건의료관계법규
- 법 제41조제3항에 따른 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」)(이하 "기준규칙"이라 한다) 및 기준규칙에 따라 보건복지부장관이 고시한 사항(단, 심사평가원장이 공고하는 '중증질환자에 대한 처방투여 약제에 관한 적용기준 및 방법에 관한 세부사항'을 포함한다.)
- 「국민건강보험법」 제45조 및 제46조에 따른 요양급여비용의 산정내역
  - 상대가치점수의 점수당 단가를 규정하고 있는 고시 '건강보험요양급여비용의 내역'
  - 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
  - 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표
  - 약제 급여목록 및 급여상한금액표
  - 한약제제 급여목록 및 급여상한금액표
  - 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준

- 보건복지부장관이 정한 요양급여비용의 산정지침
  - 급여 일반원칙, 상대가치점수 및 산정지침
- 복지부장관 또는 심사평가원장이 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 공고한 심사지침

그림2.2-1 급여기준과 심사기준 범위

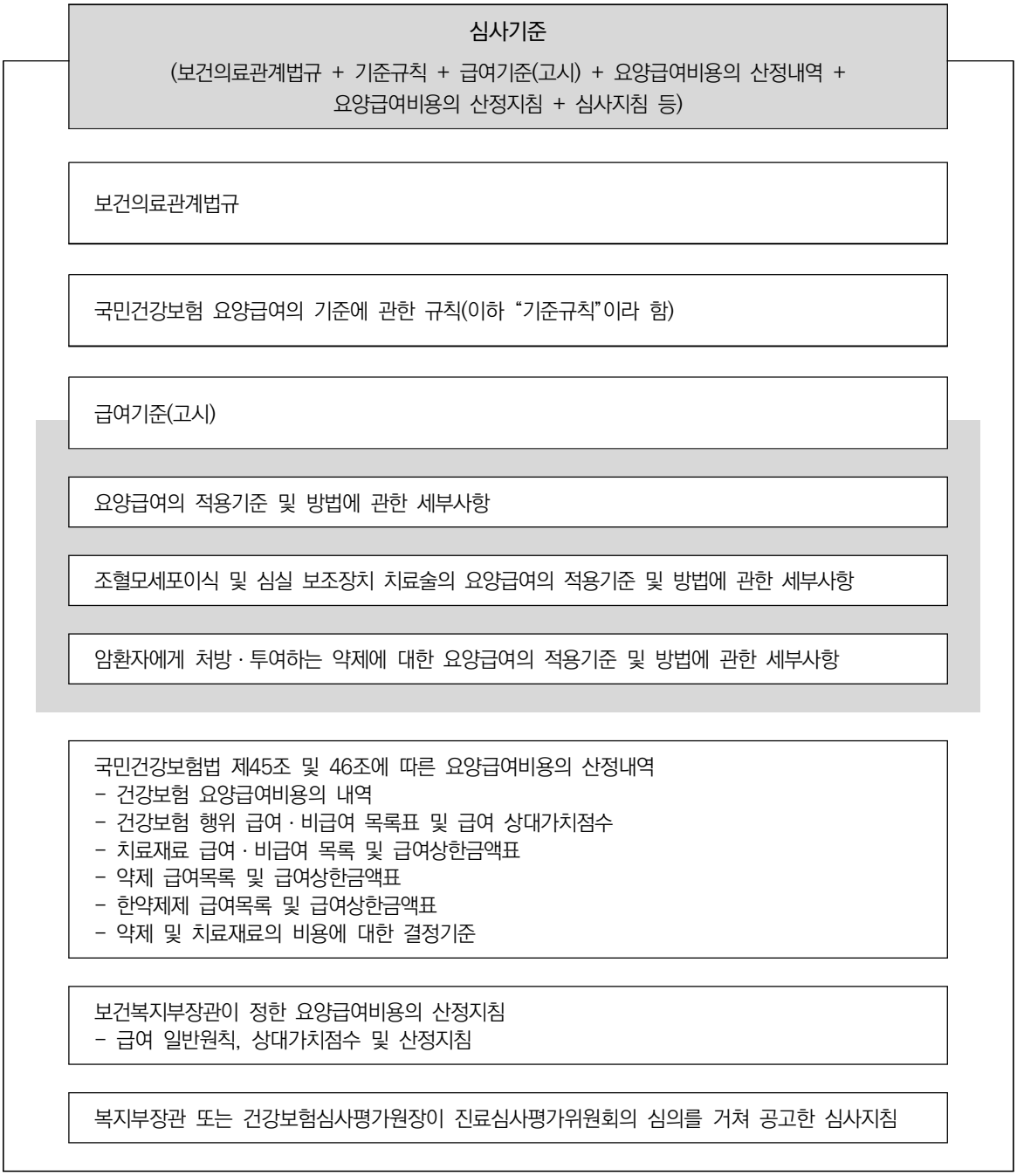


표2.2-1 심사지침 · 심의사례 비교

구분	심사지침	심의사례
정의	심사기준을 심사에 적용함에 있어 불분명한 사항이 있는 경우 보건복지부 장관 또는 심사평가원장이 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 공고한 지침	진료심사평가위원회에서 요양급여비용 심사에 대해 심의 · 의결한 사항
주 체	진료심사평가위원회	
법적성격	대외적 구속력 ○	대외적 구속력 X
공개의무의 법적근거	요양급여비용 심사 · 지급업무 처리기준 제4조	진료심사평가위원회 운영규정 제18조
공개추이	전 심사지침 공개(비정례적)	비정례적
심사기준 가능성	세부사항 고시의 형태로 공개되고 있으며 심사기준(법규, 급여기준 등)에 대한 명료화나 구체적인 해석 등으로 심사 시 적용 ('20.10월 기준: 98지침 공개)	진료심사평가위원회의 심의를 거친 개별 심사사례로 특성이 다양하여 동일한 상병에 동일한 처치를 하더라도 임상소견이 달라 심사기준으로 활용 불가(참고용)

Ⅱ 행위 · 치료재료 급여기준 관리

1 급여기준 · 심사지침(행위, 치료재료) 설정 과정

가. 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 마련 절차

그림2.2-2 세부사항 고시 관련 건강보험심사평가원의 업무 검토 흐름도

내 · 외부 건의(복지부 검토 요청 포함)
(행위 · 치료재료)

↓

실무검토(기초 자료검토 및 의견수렴)

- 관련 규정, 고시, 심사지침 등 검토
- 관련 문헌, 교과서, 제외국 보험제도 등 검토
- 요양급여비용 청구 및 심사현황 등 분석
- 심사위원 자문
- 필요시 관련 학회 및 의약단체 의견 수렴

↓

급여기준 제 · 개정 검토 회의

- 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회 또는 분과위원회 등)
- 필요시 외부 전문가자문회의

↓

보건복지부 보고

- 검토보고(안): 예측 발생빈도, 소요재정 추계 등 포함

↓

보건복지부 고시

- 복지부 행정 절차: 규제심사 → 행정예고 → 고시
- 복지부에서 각 의약단체 및 심평원, 공단 등에 문서로 통보

↓

고시 공개

- **홈페이지, 요양기관업무포털, 인트라넷 등에 게재**
- 필요시 급여기준 설명회: 의료 · 소비자 · 환자단체 대상

1) 내 · 외부 건의

급여기준 제 · 개정 필요성이 있는 행위, 치료재료에 대해서 심사평가원 내부부서 및 요양기관 · 학회 · 의약단체 · 정부 등 외부에서 건의*

* 전자(서면)문서 또는 심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr)를 통해 건의

2) 실무검토

- 관련 규정, 고시, 심사지침 등 자료 검토
- 의학적 표준(medical standard)의 교과서 및 임상진료지침, 과학적 근거(scientific evidence)의 임상연구문헌, 그 외 참고자료로 외국 보험급여 관련자료, 경제성 평가자료, 제외국 치료재료 허가사항, 종설[28] 등의 참고자료 활용
- 요양급여비용 청구 및 심사현황 등 분석
- 심사위원 자문 및 필요시 관련 학회 및 의약단체 의견 수렴(서면 등)

3) 급여기준 제 · 개정 검토 회의

- 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회 또는 분과위원회 등)
- 필요시 전문가자문회의(의약단체 추천전문가, 심사평가원의 심사위원 구성)

  ※ 외부전문가 회의참석 요청 제도: 국민홈페이지를 통해 회의 예정 안건을 사전 공지하여, 회의체의 위원으로 구성되지 않더라도 신청을 통해 참석대상자로 정해진 전문가에게 회의체에서 의견을 진술할 기회 부여

4) 보건복지부 보고 및 고시

- 회의체 논의 결과를 토대로 급여로 인정하는 범위(횟수, 개수 등)의 급여기준(안) 및 발생빈도 예측에 의한 소요재정을 추계하여 보건복지부에 보고
- 기준 설정이 필요하다고 인정되는 경우 규제심사, 행정예고※를 거쳐 의약계 · 국민건강보험공단 · 심사평가원의 의견을 들은 후 보건복지부 장관이 정하여 고시

  ※ 행정 절차법 제46조에 따라 행정예고 시행(통상 3주 소요)

5) 고시 공개

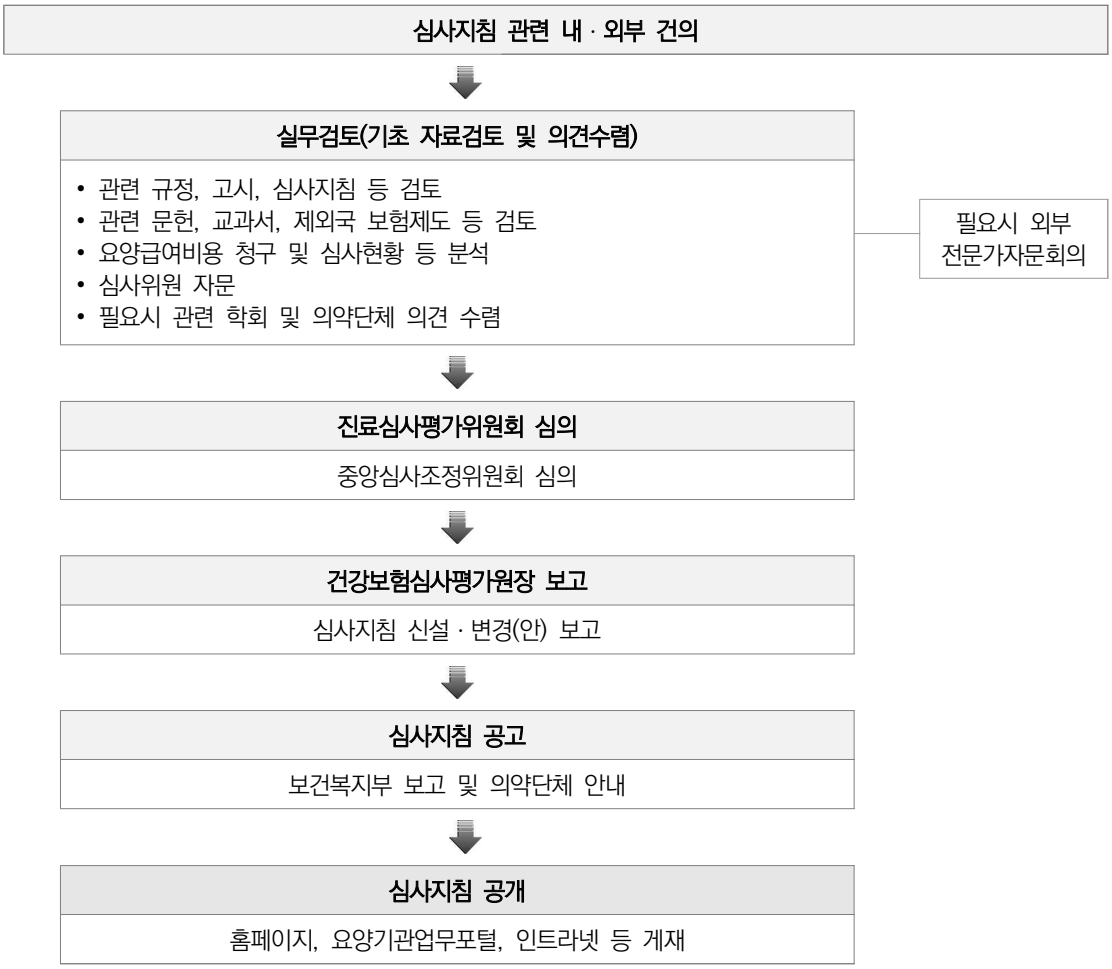
- 복지부로부터 고시 발령 문서 통보받은 후 우리원 홈페이지, 요양기관업무포털, 인트라넷 등에 고시 게재
- 필요시 의료, 소비자, 환자단체 대상의 급여기준 설명회

28 종설(綜說 Review): 이미 발표된 논문을 정리하여 종합적인 비평이나 논평을 가하여 객관 타당성이 있게 정리한 논문

나. 심사지침 마련 절차

심사평가원장은 심사기준(보건의료관계법규, 기준규칙, 급여기준 등)을 심사에 적용함에 있어 불분명한 사항이 있는 경우 심사지침을 공고하여 운영할 수 있으며, 이 경우 보건복지부장관에게 요청하거나, 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 공고하고 심사에 적용한다.

그림2.2-3 심사지침 설정 업무 흐름도(심평원)



※ 관련규정

• 「요양급여비용 심사 · 지급업무 처리기준」 제4조제4항
심사평가원장은 제2항에 따른 심사기준을 심사에 적용함에 있어 불분명한 사항이 있는 경우 심사 지침을 공고하여 운영할 수 있다.이 경우, 보건복지부장관에게 이를 요청하거나, 법 제66조에 따라 설치된 진료심사평가위원회 또는 제3항에 따른 전문심사위원회의 심의를 거쳐 공고하고, 공고한 이후의 진료분부터 심사에 적용하여야 한다.

※ 세부사항고시 및 심사지침 현황(2020.10.)

(단위: 개)

보건복지부 고시						심사지침				
계	행위	치료재료	약제	요양병원	호스피스	계	행위	치료재료	약제	기타
2,103	1,096	367	559	55	26	98	79	11	4	4

2 급여기준 등 정보 공개

가. 목적

급여기준 등에 대한 이해도와 수용성을 높이고자 국민과 요양기관의 눈높이에 맞추어 다양한 형태로 급여기준 등 정보를 제공한다.

나. 급여기준 등 정보 공개

1) 급여기준 등 신설·변경 시

- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」은 보건복지부장관이 각 의약단체, 심사평가원 등 관련 기관에 문서로 통보
- 심사평가원에서 공고한 심사지침은 심사평가원장이 보건복지부에 보고 및 내부의 각 실·지원과 외부의 의약단체 등에 문서로 통보

2) 공개 방법 및 내용

가) 공개방법

홈페이지 및 요양기관업무포털, 모바일 어플리케이션(건강정보), 책자 등

나) 공개내용

- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 및 심사지침」 책자: 현행 급여기준 및 심사지침에 대한 종합 정보 제공
- 「진료분야별 급여기준 및 심의사례집」 책자: 수가, 급여기준, 공개심의사례 수록

- 국민홈페이지, 요양기관업무포털, 모바일 어플리케이션(건강정보): 항목별, 고시별 심사기준 조회서비스 제공
- 자주 묻는 진료항목: 진료항목 중 국민 관심 항목(45개)에 대해 수가, 급여기준, 요양급여비용, 본인부담금 등 종합정보 제공

※ 급여기준 정보공개
- 국민포털(www.hira.or.kr)
  - 제도 · 정책〉 보험인정기준 〉 급여기준별분류 / 카테고리별분류
- 요양기관업무포털서비스(http://biz.hira.or.kr)
  - 심사기준종합서비스 〉 기준 〉 심사기준
  - 심사기준종합서비스 〉 기준 〉 고시/행정해석/심사지침 전문
  - 심사기준종합서비스 〉 기준 〉 최신&다빈도 심사기준 조회
- HIRA+(내부직원)
  - HIRA+ 〉 심사지식뱅크 〉 심사기준조회(지식뱅크)
  - HIRA+ 〉 심사지식뱅크 〉 심사기준 및 사례 등 〉 심사기준관련자료 〉 심사기준

다. 기대효과

- 급여기준의 올바른 이해를 통해 적정 진료 및 진료비 청구를 유도하고 심사 및 관련 업무의 일관성 유지
- 급여기준에 대한 이해도 및 수용성 제고
  - 규제대상으로 인식하고 있는 급여기준에 대한 의식전환 도모
- 의료의 알권리 보장에 따른 고객 만족도 제고

3 치료재료 허가 · 신고 또는 인정범위 초과 사용 평가

작성: 등재관리부

가. 개요

치료재료는 약사법 기타 다른 관계법령에 의하여 허가 · 신고 또는 인정된 사항(효능 · 효과 및 사용방법)의 범위 안에서 사용하나, 진료에 반드시 필요하다고 보건복지부장관이 정한 치료재료의

경우 전문평가위원회의 평가를 거쳐 요양기관이 허가·신고 또는 인정된 사항의 범위를 초과하여 사용할 수 있도록 평가한다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제41조제3항
- 「국민건강보험법 시행령」 [별표2] 제6호
- 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표6] 제1호다목
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항 [별표1]제4호
- 보건복지부 고시 「치료재료의 허가·신고 또는 인정 범위 초과 사용에 관한 절차 및 방법 등에 관한 기준」
- 심사평가원 「전문평가위원회 운영규정」

다. 검토대상

- 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에 급여품목인 치료재료로 식품의약품안전처 허가범위를 초과하여 환자에게 사용하고자하는 요양기관에서 임상시험심사위원회(IRB) 심사를 거쳐 신청한 치료재료
  - 질병의 진단 또는 치료의 직접 목적으로 진료에 필수불가결한 치료재료로, 대체 가능한 치료재료가 없어 허가범위 초과 사용을 인정하지 않을 시 진료에 중대한 차질이 예상되는 경우
  - 희귀난치 질환을 진단하거나 치료하기 위한 목적으로 사용되는 치료재료로 대체 가능한 치료재료가 없는 경우
  - 환자의 치료를 위하여 긴급한 사용이 필요하거나 대체가능한 치료재료와 비교하여 의학적 타당성, 비용효과성 등이 있다고 확인된 경우

※ 검토 제외

- 신의료기술평가 대상
- (행위) 행위목록 미등재 및 비급여
- (치료재료) 비급여, 산정불가(별도산정 불가, 행위료 포함), 정액수가 및 인체조직
- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 고시의 급여대상 초과

라. 업무 흐름도

그림2.2-4 치료재료 허가·신고 또는 인정범위 초과 사용 평가 업무 흐름도



※ IRB(Institutional Review Board, 임상시험심사위원회)

마. 세부검토기준

1) 허가초과 사용 치료재료의 평가 위한 의학적 근거의 범위

- 교과서 및 국내·외 임상진료지침
- 제 외국의 치료재료 허가사항
- 공인된 학술지에 게재된 임상연구문헌 등

2) 치료재료전문평가위원회 평가 내용

안전성, 의학적 타당성 및 비용효과성 등 확인

바. 평가 결과 통보 및 고시

- 치료재료전문평가위원회에서 치료재료 허가범위 초과 사용기준, 본인부담률 등의 평가 결과를 보건복지부에 보고
- 신청 요양기관 및 식약처에 해당 치료재료의 허가초과 사용 평가결과 통보
- 치료재료허가범위 초과 사용 인정되는 경우 사용기준, 본인부담률 등을 행정예고를 거쳐 별도의 급여기준으로 보건복지부장관이 고시
  - 고시 운영함으로 신청 요양기관뿐만 아니라 전체 요양기관에서 사용 가능
  - 고시 이전에 허가초과 신청 치료재료 임의로 비급여 사용 불가
  - 고시된 치료재료 품목만 허가범위 초과 사용 가능
    (동일 중분류 내 다른 품목은 허가범위 초과 사용 불가)

사. 사후 관리

- 사용 요양기관은 허가초과 치료재료 사용 현황 제출: 연 1회(3월)
- 허가초과 치료재료 사용기관 효율적 관리 위해 1년 주기 모니터링
- 허가초과 치료재료 사용 지속여부 등 검토 위해 3년 주기 재평가
- 허가초과 치료재료 사용에 따라 사망 또는 인체에 심각한 부작용 발생 시
  - 사용 요양기관은 즉시 사용 중단 후 심사평가원에 보고
  - 심사평가원은 보건복지부장관에게 즉시 보고 및 식품의약품안전처장에게 부작용 발생 통보
    ※ 식품의약품안전처장은 의료기기법 제31조 및 제35조에 따라 사용중지 및 회수, 폐기

Ⅲ 약제 급여기준 관리

작성: 약제기준부

1 일반약제에 대한 약제급여기준 관리

가. 개요

「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 새로이 등재되는 신규성분 약제와 기 등재성분 약제 중 허가사항 변경 또는 제형·투여경로 변경 약제, 상대적 고가 약제, 식품의약품안전처장 허가사항을 초과하여 진료 상 반드시 필요한 경우 등으로 급여기준 마련 필요성이 제기되는 약제를 대상으로 근거중심의학에 기초한 보험급여기준 개발 및 지속적 관리를 실시하고 있다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제41조제3항
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항 [별표 1] '요양급여의 적용기준 및 방법' 및 제2항, 제11조의2
- 보건복지부 고시 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」
- 「약제의 결정 및 조정기준」 제8조제2항제2호(직권조정)

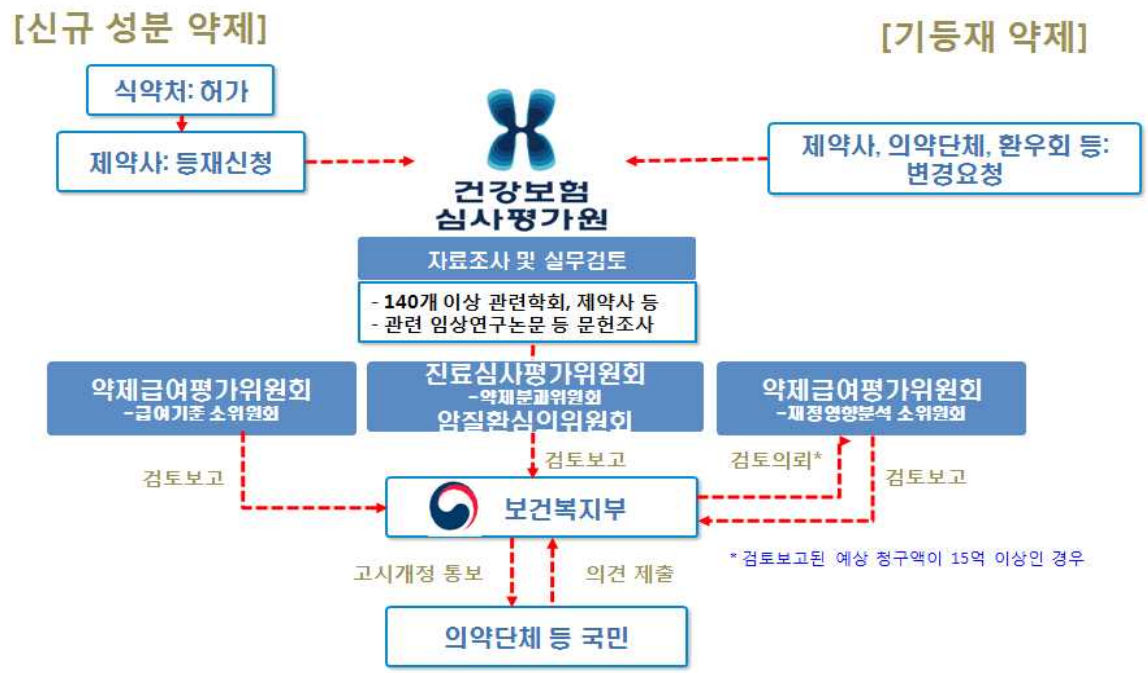
다. 검토대상

급여기준 마련 필요성이 제기되는 약제

- 약제의 요양급여대상여부를 평가 신청하는 신규성분 약제(신규 등재신청 약제)
- 기등재된 약제(기 등재성분) 중 허가사항 또는 제형·투여경로 변경 약제
- 상대적 고가 약제 및 식품의약품안전처장 허가사항을 초과하여 진료 상 반드시 필요한 경우 등

라. 업무 흐름도

그림2.2-5 일반약제 급여기준 관리 업무 흐름도



마. 급여기준 설정 세부검토기준

1) 의학적 타당성

- 약제의 국내·외 허가사항, 외국 의약품집 등재 내역 등
- 국내·외 교과서 수록내용
- 국내·외 임상 진료지침·가이드라인, 임상연구문헌
- 관련 학회 및 임상전문가 의견 등

2) 대체 가능성

- 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
- 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표
- 대체 가능한 약제 및 대체 치료법 등 자료수집

3) 비용 · 효과성

동일 또는 유사약제(또는 대체 치료법 등)의 1일 치료비용, 총 치료기간 별 소요비용 비교

4) 급여기준 확대 시 추가 소요재정 분석

- 약제 급여기준 확대에 대한 평가수준을 객관화하고, 적정 사용을 유도하기 위한 관리기준 마련
  - 환자수, 시장점유율, 소요약제비, 민감도 등 다양한 변수를 객관적으로 고려한 재정영향 분석 실시

바. 검토 절차

1) 급여기준 설정 의뢰

- 제약사, 의약단체 및 학회, 요양기관, 환우회, 보건복지부 등에서 급여기준 설정 의뢰
- 80일 이내에 진료심사평가위원회 등 심의를 거쳐 급여기준(안) 설정

2) 검토보고 및 고시

- 보건복지부에 급여기준(안) 검토보고
- 보건복지부에서 급여기준(안)에 대한 의견조회 거쳐 급여기준 고시

2 허가 또는 신고범위 초과 약제 비급여 사용승인 업무(일반약제)

가. 개요

약사법령에 따라 허가 또는 신고한 범위를 벗어나 처방 · 투여하고자 하는 약제의 비급여 사용 신청 건에 대하여 근거중심의학에 기초하여 검토 후 해당 요양기관에 사용을 승인하는 업무를 수행하고 있다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제41조제1항제2호(약제 · 치료재료의 지급)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 [별표2]제8호(비급여대상)
- 「허가 또는 신고범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차」(보건복지부 고시)

다. 검토대상

- 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표에 등재(고시)되어 있는 약제로서 다음의 아래 중 하나에 해당되어 식품의약품안전처 허가사항범위를 초과하여 환자에게 처방 · 투여하고자 해당 요양기관에서 임상시험심사위원회(IRB) 심사를 거쳐 신청한 약제
  - 대체가능한 약제가 없는 경우
  - 대체가능한 약제가 있으나 투여금기 등으로 투여를 할 수 없는 경우
  - 대체가능한 약제의 투여나 대체치료법보다 비용 · 효과적이거나 부작용이 적고 임상적으로 치료효과가 높을 것으로 기대되는 경우
- 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표에 등재(고시)되어 있는 약제로서 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회, 의료법 제77조제4항에 따른 전문과목별 관련 학회에서 다음의 아래 중 하나에 해당되어 허가초과 사용승인 신청 대상 기관 확대 승인을 받은 이후 요양기관에서 임상시험심사위원회(IRB) 심사 없이 신청한 약제
  - 동일한 사용승인 사항으로 승인 받은 기관이 전체 의약품임상시험실시기관 대비 1/3 이상인 약제
  - 동일한 사용승인 사항으로 사용한 례수가 신청일 전년도 기준 3,000례 이상인 약제
  - 대상 질환의 특성 상 제1호 또는 제2호의 조건을 만족시키기 어려운 희귀질환 및 소아질환으로서 허가초과 사용승인 신청 요양기관의 확대 필요성이 인정되는 약제

라. 업무 흐름도

1) '허가 또는 신고범위 초과약제' 비급여 사용승인 업무

그림2.2-6 '허가 또는 신고범위 초과약제' 비급여 사용승인 업무 흐름도



29 IRB(Institutional Review Board, 임상시험심사위원회)

2) '허가초과 사용승인 신청 대상 기관 확대 약제' 비급여 사용승인 업무

그림2.2-7 '허가초과 사용승인 신청 대상 기관 확대 약제' 비급여 사용승인 업무 흐름도



마. 세부 검토기준

1) 허가초과 비급여 사용승인을 위한 의학적 근거의 범위 및 기준

가) 의학적 근거의 범위

의학적 근거의 범위는 교과서, 국내·외 임상진료지침, 공인된 학술지에 게재된 임상연구 문헌, 제외국의 약제 허가사항 등으로 한다.

나) 임상연구문헌의 의학적 근거수준의 분류 및 기준

임상연구 문헌은 연구유형에 따라 다음의 4가지 범주로 분류하며, 허가초과 사용약제의 비급여 사용을 위해서는 범주 2 이상의 근거가 있어야 한다. 다만, 희귀질환에 사용하고자 하는 경우에는 범주 4까지 인정할 수 있다.

범주 1: 무작위 배정 비교 임상실험을 대상으로 한 체계적 문헌고찰(systemic review, meta-analysis)
범주 2: 무작위 배정 비교 임상실험 또는 범주 3을 대상으로 한 체계적 문헌고찰
범주 3: 준-무작위 대조군 시험, 환자-대조군 연구(case control study), 코호트 연구 (cohort study) 및 기타 관찰적 분석 연구(observational, analytic study)
범주 4: 단면조사연구(cross-sectional study), 전/후 비교연구(before/after study), 증례 보고(case report), 환자군 연구(case series), 비분석적 연구(non-analytic study)

주: 심사평가원 근거문헌활용지침(EBRM : Evidence Based Review Mannual) 제5판 2016년

바. 사후관리

- 승인받은 요양기관에서 해당약제 사용내역 제출: 연 1회 제출 (3월)
- 식품의약품안전처와 업무 공조체계 운영
  - 비급여 사용현황 제출내용을 식품의약품안전처에 통보
  - 식품의약품안전처에서 허가초과 사용약제에 대한 안전성·유효성 평가결과 문제가 있어 사용중지 요청이 된 경우 요양기관에 사용중지 통보
- 불승인 내역 심사평가원 홈페이지(공지사항) 공개

3 항암제 약제급여기준 관리

가. 개요

암환자에게 사용되는 약제로 보건복지부장관이 정하여 고시한 약제에 대한 급여기준을 설정하여 심사평가원장이 공고하고 있다.

나. 법적근거

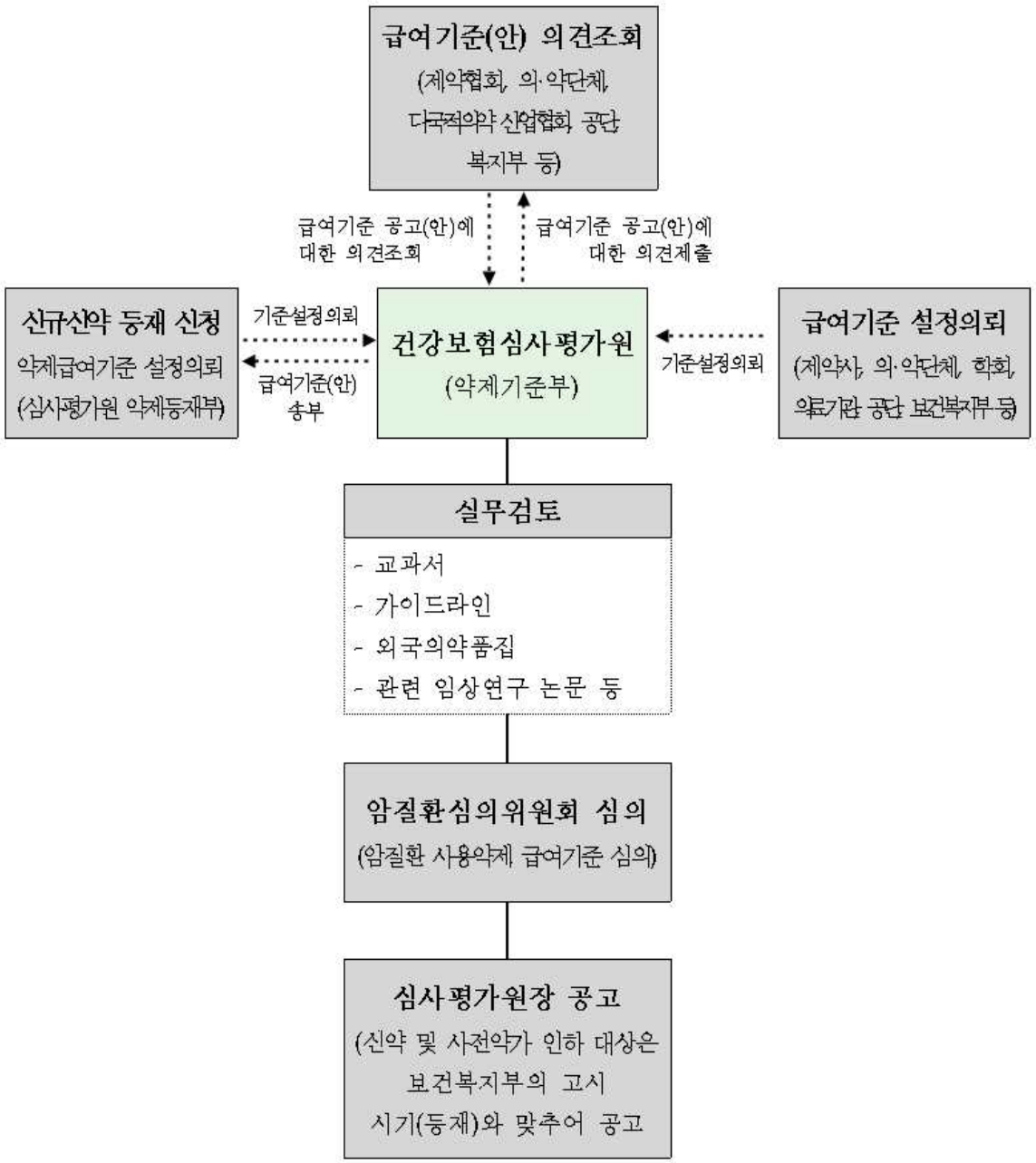
- 「국민건강보험법」 제41조제3항
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항 [별표1. 제3호가목(2)와 (3)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제4항에 따라 중증환자 중 암환자에게 처방·투여하는 약제로서 심사평가원장이 정하여 공고하는 약제의 범위 및 비용부담
- 심사평가원 정관 제7장 중증질환심의위원회
- 심사평가원 중증질환심의위원회 운영규정

다. 검토대상

- 암환자에게 사용되는 약제(항암요법제, 항구토제, 암성통증치료제 등)
  - 요양급여대상여부를 평가 신청하는 신규성분 약제
  - 급여기준이 설정된 항암제의 허가사항이 추가된 경우

라. 업무 흐름도

그림2.2-8 항암제 약제급여기준 업무 흐름도



마. 급여기준 설정 세부 검토기준

1) 의학적 타당성 검토

- 약제의 식품의약품안전처 허가사항, 외국의약품집 등재여부 등
- 국내 및 외국 교과서 수록내용
- 국내 및 외국 임상진료지침·가이드라인, 관련 학회 의견
  - 임상연구논문은 근거수준이 높은 논문을 우선적으로 선택하는 것을 원칙으로 함
  - 이에 SCI(Science Citation Index) 등재 논문 중 논문인용지수(impact factor)가 3년 평균 3.0 이상인 논문을 우선적으로 선택 (다만, 희귀암 등의 경우는 암질환심의위원회에서 의학적 근거가 있다고 인정하는 자료)

※ 의학적 근거자료는 초록(abstract)은 변동될 수 있어 제외시키고, publish된 것을 원칙으로 함

2) 대체 가능성

- 대체 가능한 치료방법 유무 및 효과 등 판단

3) 비용 효과성

- 대체 가능한 치료방법(주로, 항암화학요법)과 비교 종합적으로 판단
  - 약제 투약비용
  - 추가 소요재정

바. 검토 절차

- 제약사, 의약단체 및 학회, 요양기관, 환우회, 보건복지부 등에서 급여기준 설정 의뢰
  - 150일 이내에 암질환심의위원회 심의를 거쳐 급여기준(안) 설정
- 보건복지부에 급여기준(안) 검토보고
- 급여확대로 인한 재정영향분석 후 사전약가인하 절차 진행
- 급여기준(안)에 대한 의견조회 과정을 거쳐 심사평가원장이 공고

4 허가 또는 신고범위 초과 약제 사용승인 업무(항암제)

가. 개요

약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 처방·투여하고자 하는 항암제의 사용승인신청 건에 대하여 근거중심의학에 기초하여 검토 후 해당 요양기관에 사용을 승인하는 업무를 수행하고 있다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항 [별표1] 제3호가목(2)와 (3)
- 심사평가원 정관 제7장 중증질환심의위원회
- 심사평가원 중증질환심의위원회 운영규정
- 심사평가원 공고(암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항)

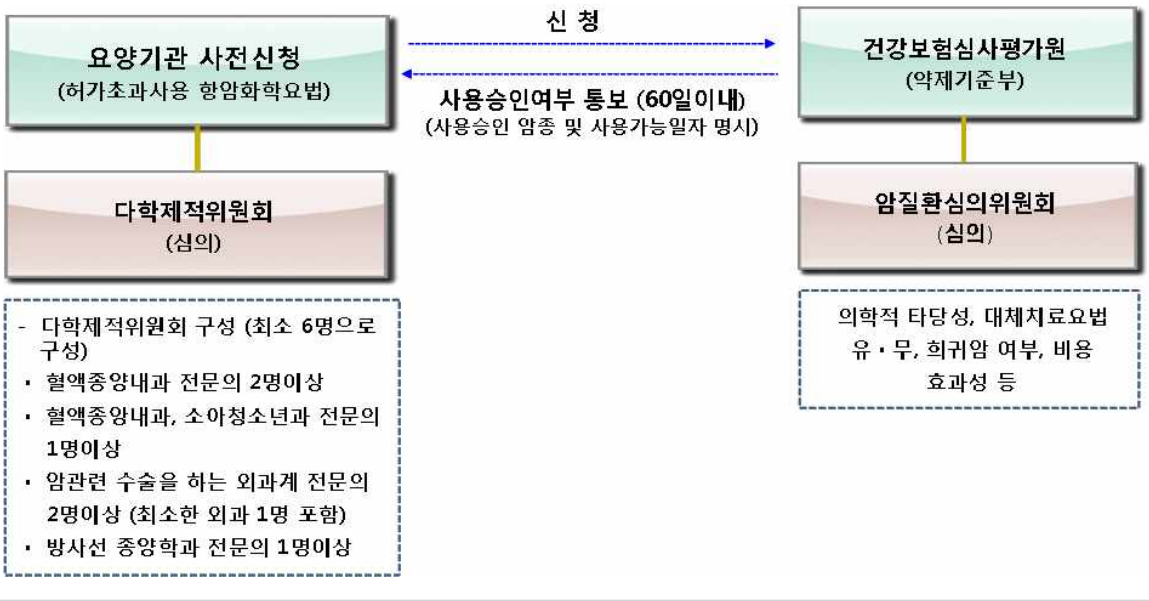
다. 검토대상

- 약제 급여 목록 및 급여 상한금액표에 등재되어 있는 약제로서 식품의약품안전처 허가사항 범위를 초과하여 암환자에게 처방·투여하고자 식품의약품안전처에서 지정하는 임상시험실시기관이 암 관련 전문의가 참여하는 다학제적위원회의 심의를 거쳐 신청한 약제

  ※ 요양기관 내 다학제적위원회를 구성할 수 없는 요양기관은 대한의사협회장 또는 대한병원협회장이 운영하는 다학제적위원회 또는 연계 요양기관의 다학제적위원회를 이용하여 심의한 후 허가초과 항암요법 사용승인 신청 가능

라. 업무 흐름도

그림2.2-9 허가 또는 신고범위 초과 약제 사용승인 업무 흐름도



※ 신속하게 치료할 필요성이 있는 경우, 요양기관의 다학제적위원회 협의 후 허가초과 항암요법 사용 가능(사후신청)

마. 세부검토기준

1) 의학적 타당성 검토

- 약제의 식품의약품안전처 허가사항, 외국 의약품집 등재여부 등
- 국내 및 외국 교과서 수록내용
- 국내 및 외국 임상 진료 지침·가이드라인, 관련 학회 의견
  - 임상연구논문은 근거수준이 높은 논문을 우선적으로 선택하는 것을 원칙으로 함
  - 이에 SCI(Science Citation Index) 등재 논문 중 논문인용지수(impact factor)가 3년 평균 3.0 이상인 논문을 우선적으로 선택 (다만, 희귀암 등의 경우는 암질환심의위원회에서 의학적 근거가 있다고 인정하는 자료)

※ 의학적 근거자료는 초록(abstract)은 변동될 수 있어 제외시키고, publish된 것을 원칙으로 함

2) 대체 가능성

대체 가능한 치료방법 유무 및 효과 등 판단

3) 비용 효과성

- 대체 가능한 치료방법(주로, 항암화학요법)과 비교 종합적으로 판단
  - 약제 투약비용
  - 추가 소요재정

바. 검토절차 및 사후관리

- 식품의약품안전처 허가사항 범위를 초과하여 환자에게 항암제를 처방·투여하고자 하는 경우 해당 요양기관에서 다학제적위원회 심의를 거쳐 사용승인 신청
  - 신속하게 치료할 필요성이 있는 경우, 요양기관의 다학제적위원회 협의 후 허가초과 항암요법을 사용할 수 있으며, 이 경우 다학제적위원회 협의 후 15일 이내에 심사평가원에 사용승인 신청
- 암질환심의위원회 심의를 거쳐 60일 이내에 사용승인 여부 통보
- 사용 승인된 약제는 신청기관에 한하여 사용 가능
  - 신속하게 치료할 필요성이 있어 심사평가원 승인 전에 사용한 허가초과 요법이 불승인된 경우 불승인 적용일부터 새로운 환자에게는 해당 요법을 사용할 수 없음. 다만, 기존에 사용해 오던 환자는 주치의의 의학적 판단에 따라 지속 사용 여부를 결정할 수 있고, 해당 요양기관은 불승인된 허가초과 항암요법 사용에 대한 환자의 동의를 다시 받아야 하며, 지속 사용 결정사실을 심사평가원에 신고하여야 함
- 승인받은 요양기관에서 해당약제 사용내역 제출: 연 1회 제출(3월)
- 해당 약제에 대한 지속 사용 여부 통보

Ⅳ 근거기반보건의료(EBH)

작성: 심사품질부

1 개요

가. 정의

근거기반보건의료(Evidence Based Healthcare, EBH)는 근거기반의학(Evidence Based Medicine, EBM)의 원리를 보건의료분야에 확대 적용한 개념이다. 근거기반의학은 "현존하는 최상의 근거를 성실하고 명료하며 현명하게 사용하여 개개의 환자들의 치료에 대한 의사결정을 하는 것"이다. 근거기반의학의 실행은 체계적인 연구를 통해 얻어진 '최상의 외적 임상근거'를 '각 임상가의 전문적 식견'과 통합하여 이루어진다.

따라서, 근거기반 보건의료는 '개별적인 환자나 의료서비스를 제공하는 의사결정에 있어서 현재의 최상의 근거를 성실히 사용하는 것'으로 정의할 수 있으며, 보건의료분야의 의사결정자들이 체계적인 방법으로 얻은 '과학적인 최상의 근거'를 바탕으로 '사회·경제적인 가치', '환자의 가치'등의 요소를 고려하여 합리적인 의사결정을 하는 것이다.

나. 필요성

우리나라의 보건의료 환경을 살펴보면, 대부분의 국가와 마찬가지로 인구의 고령화, 신의료기술의 확산 등 변화하는 보건의료환경의 영향으로 보건의료비용은 지속적으로 증가하고, 이에 따른 경제적 부담이 가중되고 있다. 사회발전에 따른 국민의식 향상과 더불어 효과가 좋으면서 안전하고 경제적인 치료를 요구하고 있다.

따라서 제한된 건강보험 재정 내에서 자원 배분을 위한 우선순위 결정방안도 요구되고 있다. 또한, 현재의 보건의료분야는 관련정보와 전문지식이 폭발적으로 증가하고 있으며 전문가의 견해에 의한 의사결정은 한계에 직면하고 있다.

이와 같이 보건의료분야가 직면한 현안을 합리적으로 해결할 수 있는 투명하고 객관적인 의사결정과정을 위해 객관적인 근거로 보건의료기술을 평가하고, 이를 정책 결정에 반영하는 '근거기반보건의료'가 필요하다.

근거기반보건의료에 기초한 의사결정기전의 도입은 이미 여러 선진국에서 국가 또는 공공차원으로 이루어져 왔으며, 안전하고 효과적인 의료의 제공과 의료자원의 효율적 분배에 성과를 내고 있다.

다. 심사평가원의 근거기반보건의료(EBH)

심사평가원은 근거에 기초한 업무 수행을 표방하고 있으며, 급여기준의 공정성 · 객관성을 확보하여 그 수용성을 높이기 위해 노력하고 있다. 이를 위해 각 의사결정위원회(중앙심사조정위원회, 각 분과위원회, 의료행위, 치료재료, 약제 전문평가위원회 등)에서 합리적 의사결정이 이루어질 수 있도록 의사결정의 한 요소인 과학적 근거를 제공하고 있다. 이를 위해 1) 안전성과 효과성에 초점을 둔 EBH 평가를 수행하고 2) 심사평가원 고유의 문헌활용지침인 근거문헌 활용지침(EBRM, Evidence Based Review Manual)의 개발 및 실무적용으로 근거기반 의사결정 지원체계를 마련하여 실행하고 있다.

2 EBH 평가

가. 개요

EBH 평가는 객관적인 근거를 통합 또는 요약하여 제공하는 보고서이다. EBH 평가 보고서는 행위, 치료재료 및 약제 등 의료기술의 안전성과 효과성에 대한 일차문헌들의 결과를 정성적 또는 정량적으로 통합하여 근거로 제공하고 있다. 표준 평가 방법론으로는 체계적 문헌고찰 방법을 적용하고 있다.

그러나 체계적 문헌고찰은 시간과 인적 자원의 소모가 많고 평가기간이 길어, 근거의 시의성에 대한 지적이 계속되었다. 따라서 평가 주제나 평가 진행 가능 상황 등을 고려한 다양한 평가 방법의 개발이 필요하게 되었다. 2009년부터 단기문헌고찰 형식의 평가가 시도되었고, 체계적 문헌고찰 방법의 일부를 생략하거나 단축하여 보다 신속한 형식의 평가(근거) 방법론 개발이 완성 되었다. 현재 생산되는 EBH 평가 보고서는 [표2.2-2]와 같다.

표2.2-2 EBH 평가 보고서 유형

구 분	보고 유형	정의 및 방법
체계적 문헌고찰 보고서	체계적 문헌고찰 (Systematic review)	상병, 진단법, 중재법에 대해 체계적 문헌고찰 방법으로 평가
근거 보고서	근거 요약 보고 (Evidence report)	특정 연구 대상 및 주제에 대한 일차 또는 이차 문헌을 검색하여 검토 및 결과를 요약하여 제공 ※ 필요시 문헌의 비평적 평가, 전문가 자문 시행
	근거문헌 목록 (Reference list)	연구주제에 대한 근거문헌 목록 제공, 가능하다면 문헌의 전문 제공
문헌의 비평적 평가 보고서	문헌의 비평적 평가 (Critical Appraisal)	표준화된 점검표(비뚤림 위험 평가 도구)를 사용하여 임상연구 문헌의 신뢰성 · 타당성 검증

나. 체계적 문헌고찰(Systematic Review, SR)

1) 정의

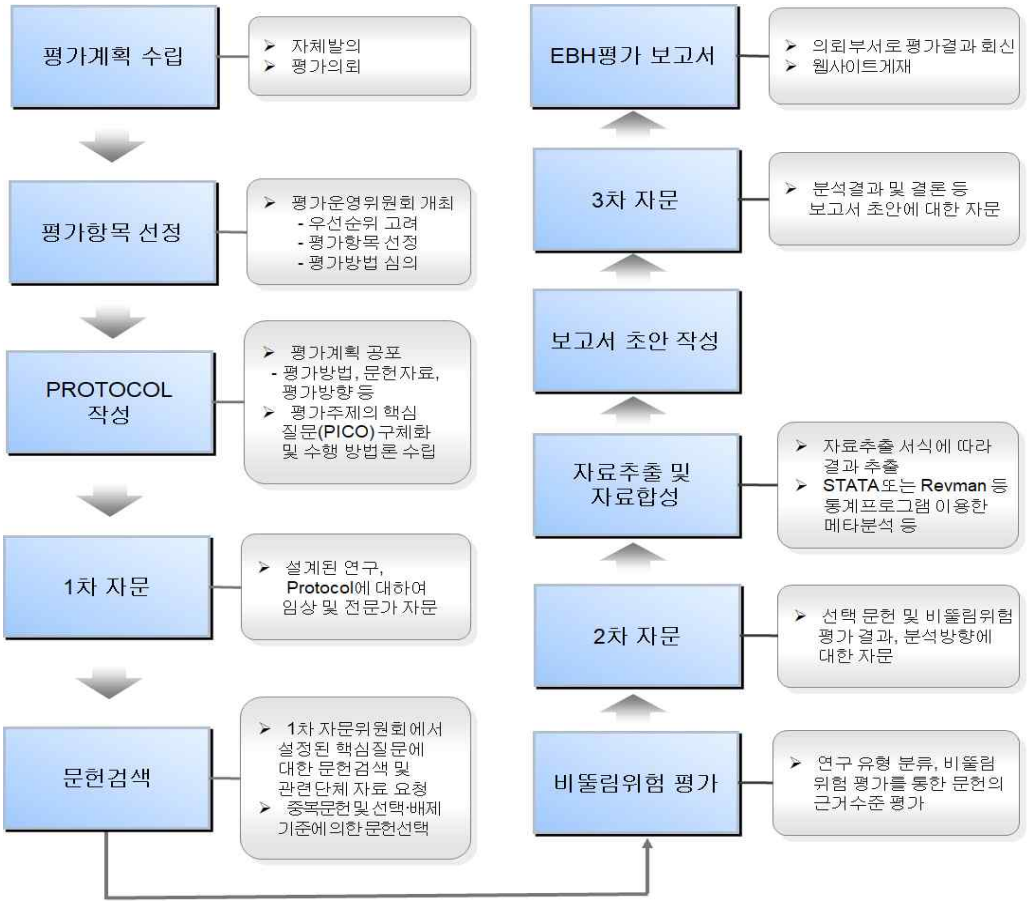
체계적 문헌고찰은 논란의 대상이거나 사회적 영향 등의 이유로 신중한 의사결정이 필요하고 심층 분석이 요구되는 임상질문에 대해 체계적인 방법론을 사용하여 일차연구들을 종합한 문헌분석방법이다. 평가 주제에 대한 핵심 질문을 설정하여 필수 의학문헌 데이터베이스를 통해 현존하는 모든 근거(문헌)를 찾아내고, 문헌의 비뚤림 평가(Risk of Bias, RoB)를 통해 근거 수준을 평가하고, 각 문헌에서 도출된 결과들을 통합하는 과정을 거쳐 수행되고 있다.

따라서 질문에 대해 비뚤림(Bias)을 최소화한 종합적인 결론을 이끌어내는 것이다. 또한, 임상 및 EBH 전문가의 자문을 통해 전문가의 경험과 식견으로 근거를 해석하고 판단하여 객관성과 전문성을 최대한 확보하고 있다.

2) 수행

EBH 평가 유형으로 체계적 문헌고찰이 결정되면 주제에 해당하는 중재(약제 및 치료재료 포함)에 대한 안전성 · 효과성을 전문적으로 검토하기 위해 담당직원 2인(이상)으로 이루어진 평가팀을 구성하고 EBH 방법론 및 관련 임상전문가들로 전문가 자문단을 구성한다. 평가팀은 체계적 문헌고찰 흐름도(그림2.2-9)에 따라 EBH 평가를 수행하게 되며, 평가과정에서 자문이 필요한 경우 자문단 회의를 통해 자문을 구하게 된다. EBH 평가 결과는 각 위원회에 제공되어 심사평가원의 의사결정을 위한 근거로 활용되고 있다.

그림2.2-10 체계적 문헌고찰 흐름도



3) 결과활용

- 근거지원: 각 위원회 평가결과 제공
- 평가결과 공유: 내부망 게재하여 정보공유
  - HIRA+/심사지식 BANK/심사기준 및 사례 등/기타/EBH 평가보고서
  - BizNet/관리운영/위원회관리/EBH/의뢰목록

다. 근거보고서

1) 개요

근거보고서는 기존의 체계적 문헌고찰 방법론이 근거의 적기 제공에 어려움이 있어, 보다 신속하게 근거를 제공하기 위해 개발한 EBH 평가 방법이다. 체계적 문헌고찰이 정책적으로 민감하거나 논쟁이 되고있는 주제로 면밀한 검토가 필요한 임상질문을 대상으로 한다면, 근거보고서는

체계적 문헌고찰보다 좁고 구체적인 임상질문으로 빠른시간 내에 근거 확인이 필요한 임상질문을 대상으로 한다. 따라서 짧은 시간 내 체계적으로 문헌고찰을 하여 보건의료 의사결정에 신속하고 시의 적절하게 근거를 지원하는 것이 목적인 보고서이다.

2) 업무 흐름도

1단계	평가팀 구성 및 요구 사정 : 이해관계자, 의뢰자 등과 함께 연구의 목적과 용도 확인 및 근거 유형 결정
2단계	연구 질문 작성: PICO/TS* 활용하여 연구 질문 구체화 * Population, Intervention, Comparator, Outcome/Time, Study design
3단계	연구 계획서 작성 및 승인(문헌의 비평적 평가와 전문가 자문을 시행한 보고서의 경우)
4단계	문헌 검색 - 주 평가자 1인 수행 - 2~3개 핵심 전자데이터베이스에서 문헌 검색 - 언어(영어, 한국어), 출판년도(가능한 최근 기간), 문헌 활용범위(초록, 전문) 등으로 제한
5단계	문헌의 선택 및 배제 - 주 평가자 1인 수행 - 연구 유형별 단계적 접근: 질 높은 근거의 연구(SR, HTA, guideline 등)가 있다면 우선 활용
6단계	문헌의 비평적 평가 - 주평가자와 부평가자 2인 독립 수행(평가자간 이견이 있는 경우 전문가 자문) - 비뚤림 위험 평가 도구 · 1차 연구: RCT는 Cochrane's ROB/ Non RCT는 RoBANS 이용 · 2차 연구: AMSTAR 등 이용 ※ 근거 요약 보고 및 근거문헌 목록은 생략
7단계	자료 추출 및 연구 결과 합성 - 주평가자와 부평가자 2인 독립 수행(평가자간 이견이 있는 경우 전문가 자문) - 주로 서술적 통합을 실시, 「질평가와 전문가 자문을 시행한 근거 보고」는 필요시 양적 합성(메타분석) 수행 ※ 근거 요약 보고 및 근거문헌 목록은 생략
8단계	보고서 작성 - 체계적 문헌고찰을 시행하지 않음에 따른 근거의 불확실성 사전 공지
9단계	의견 수렴 및 보고서 수정 · 보완 - 생성 근거에 대한 사용자의 의견 확인 및 반영
10단계	보고서 제공

※ 6단계 및 7단계의 2인 이상 독립수행은 「문헌의 비평적 평가와 전문가 자문을 시행한 근거보고서」에 해당

3) 결과활용

- 근거지원: 각 위원회 평가결과 제공
- 평가결과 공유: 내부망 게재하여 정보공유
  - HIRA+/심사지식 BANK/심사기준 및 사례 등/기타/EBH 평가보고서
  - BizNet/관리운영/위원회관리/EBH/의뢰목록

3 근거문헌활용지침(Evidence Based Review Manual, EBRM)

가. 개요



근거문헌활용지침(EBRM)이란 각 위원회의 근거기반 의사결정을 지원하기 위해 문헌검색 및 흐름도, 문헌의 분류, 문헌게재방법 등을 실무적용(회의자료에 근거문헌 수록)이 가능하도록 표준화한 심사평가원 고유의 문헌수록지침이다.

1) 개발배경

심사평가원의 각 위원회를 통한 의사결정은 진료비 심사, 평가에 반영되며 이는 곧 의료공급자 및 소비자들의 의료공급 및 소비행태에 영향을 미치게 된다. 그러므로 심사평가원의 의사결정이 객관적이고 합리적인 방법으로 이루어지는 것이 국민보건 향상을 위하여 매우 중요하다고 할 수 있다. 객관적이고 합리적인 의사결정을 하기 위해 무엇보다도 중요한 것은 '신뢰할 수 있는 양질의 정보를 제공받는 것'이다. EBH 평가를 위한 체계적 문헌고찰은 양질의 정보를 제공하는 최상의 근거이다.

그러나 시간이 오래 걸리고 많은 노력을 요한다는 단점으로 인해 실무부서에서 비교적 단시간에 효율적으로 과학적 근거자료를 제공할수있는 방법을 요구하였고, 심사평가원 업무에 적용 가능한 EBRM을 개발하였다.

2) 개발과정

EBRM을 개발하기 위하여 우선 미국 AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)에서 합리적인 의학정보를 찾는 방법에 대한 연구인 "System to rate the strength

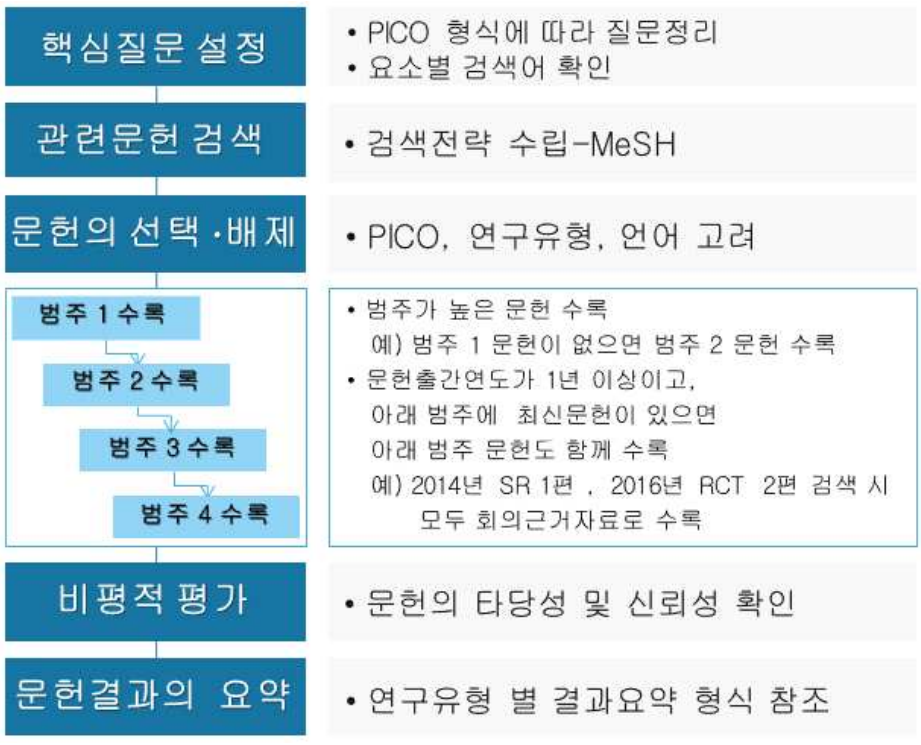
of scientific evidence(AHRQ Publication No. 02-E016, April 2002)"와 영국 SIGN에서 개발한 임상진료지침 작성을 위한 안내서인 "SIGN 50:A Guideline developer's handbook, Systematic Literature Review. May, 2004 last updated"를 참고로 초안을 작성하여 관련 실무자들의 의견 수렴과 시범평가를 거친 뒤 2005년 12월 EBRM 초판을 완성하였다.

이후 EBRM에 대한 이해 및 전문성을 높이기 위해 지속적인 EBRM 교육과정 운영과 질평가 도구개발 등 다양한 노력을 하고 있으며, 보완이 필요하거나 내용의 변경이 필요한 부분을 반영하기 위하여 지속적인 개정작업을 진행하고 있다.

나. EBRM 내용

EBRM은 심사평가원의 각 위원회에서 합리적인 의사결정을 지원하는 근거문헌을 수록하기 위해 회의 안건의 핵심질문을 설정하고, 핵심질문에 따라 문헌검색을 하기위한 검색전략 및 전자데이터베이스 활용법, 문헌선택, 문헌분류 및 각 연구 결과를 요약하는 방법을 제시하고 있다.

그림2.2-11 EBRM에 따른 임상연구문헌 검색 및 활용과정 흐름도



1) 핵심질문 설정

핵심질문의 설정은 근거문헌을 찾기 위한 가장 중요한 단계이다. 핵심질문은 회의주제에 대한 임상질문으로 최선의 답을 찾기 위해 설정하며, 근거를 효과적으로 찾기 위해 PICO형식으로 구조화하게 된다. 이때 고려되는 중요 요소는 환자(Patient or Problem), 중재법(Intervention, 약, 검사 등 포함), 비교중재법(Comparison Intervention) 및 결과(Outcome)로 이들의 영어 앞자를 따서 PICO라 불린다.

2) 문헌검색

임상질문과 관련한 문헌을 찾는데 가장 중요한 것은 비뚤림이 없는 검색전략을 수립하는 것이다. 검색전략 수립을 위해 PICO 핵심요소별 개념어를 구명하여, 주제어(MeSH term)와 자유형식 검색어(Text word) 목록을 작성하고 Boolean 연산자 및 데이터베이스별 기능을 활용하여 문헌을 검색한다.

또한 문헌검색을 위한 전자데이터베이스의 선택은 업무상 활용 편의성이나 데이터베이스의 특성을 고려하여, 국외는 PubMed와 Cochrane library, EMBASE 검색을 권장하며, 국내문헌 검색을 위해서는 KoreaMed, KMBASE 데이터베이스 검색을 권장하고 있다.

3) 문헌선택

검색된 문헌의 상당수는 관련성이 적거나 주제에 적합하지 않다. 문헌 선택은 핵심질문에 대한 답을 명확히 가지고 있는 문헌을 찾는 과정이다. 문헌선택 과정은 문헌의 PICO를 확인한 후 핵심질문의 PICO와 부합하는지 여부를 살피는 과정으로 이루어지며, 이후 사전에 정한 문헌의 선택·배제 기준에 따라 최종 문헌을 선택하여야 한다.

4) EBRM의 문헌의 범주

임상연구는 적용하는 연구설계에 따라 설득력의 크기가 달라진다. EBRM에서는 실무부서 사용 편의를 위해서 선택 문헌의 연구설계에 따른 설득력(근거수준)을 범주화 하여 다음의 표2.2-3과 같이 4가지의 범주로 분류하여 제시하였다. 임상연구문헌은 근거 수준이 높은 순서(범주1 → 범주4)에 따라 단계별로 검색하고 활용하게 된다. 이때 EBRM에 따른 임상연구 문헌의 범주는 여러 제한된 상황에서 설득력의 크기를 연구설계로 단순화해서 범주화 한 것일 뿐이며, 관련 연구문헌의 질 및 결과의 타당성은 그 문헌에 대한 비평적 평가를 통해 확인해야 한다.

5) 선택문헌 비평적 평가

비평적 평가(Critical Appraisal)란 문헌의 신뢰성과 타당성을 판단하기 위한 체계적인 검토로[30] 임상 혹은 정책적 의사결정에 최적의 근거(Best Evidence)를 적용하기 위해 필수적인 과정이다.

문헌에 대한 비평적 평가를 하는 이유는 양질의 가장 유용한 근거를 확인하여 활용하기 위함이다.

문헌의 비평적 평가는 선택문헌의 연구유형(study design), 자료수집 및 분석방법, 결과평가에서 발생할 수 있는 비뚤림 위험(Risk of Bias)을 평가하는 것으로 해당 연구의 연구유형에 따라 적합한 평가도구를 선정하여 평가한다.

6) 임상연구 문헌의 결과요약

임상연구 문헌의 저자 및 출판연도, 연구목적, 연구방법, 연구결과 등을 연구유형의 특성을 고려하여 요약한다.

표2.2-3 EBRM에 따른 임상연구문헌의 범주

구 분	연구 유형
범주 1	- 무작위배정임상시험(RCT)을 대상으로 한 체계적 문헌고찰(systematic review, 메타분석)
범주 2	- 무작위배정임상시험(Randomized Controlled clinical Trial, RCT) 또는 - 범주 3을 대상으로 한 체계적 문헌고찰
범주 3	- 준-무작위배정임상시험(quasi-randomized trial, quasi-RCT) - 코호트 연구(cohort study) - 환자-대조군 연구(case control study) - 기타 관찰적 분석 연구(observational, analytic study)
범주 4	- 단면조사연구(cross-sectional study) - 환자군 연구(case series), 전/후 비교연구(before/after study) - 증례 보고(case report) - 비 분석적 연구(non-analytic study)

30 Jenicek M, Stachenko S. Evidence-based public health, community medicine, preventive care. Medical Science Monitor 1995;9(2):1-7.

7) EBRM을 활용한 회의자료 제시방법[31]

1. 제목 - 핵심질문

2. 본안 - 핵심질문과 PICO 도출 배경

3. 관련 제 규정 - PICO에 부합하는 자료 수록
   국민건강보험법령, 식약처 허가사항, 복지부 고시, 심사지침

4. 학회 및 관련 단체 의견

5. 관련 문헌

   가. 교과서 및 임상진료지침

      1) 교과서

      2) 임상진료지침

   나. 임상연구문헌

      1) PICO에 따른 문헌검색 전략(MeSH 위주)

      2) 문헌선택

      · 핵심질문에 해당하는 PICO에 맞는 문헌 선택

      · 선택된 문헌의 범주 구분

범주1	무작위배정임상시험을 대상으로 한 체계적 문헌고찰
범주2	무작위배정임상시험 또는 범주 3을 대상으로 한 체계적 문헌고찰
범주3	준-무작위 대조군 시험, 환자-대조군 연구, 코호트 연구 및 기타 관찰적 분석 연구
범주4	단면조사연구, 전 · 후 비교연구, 증례 보고, 환자군 연구, 비 분석적 연구

      * 임상연구문헌 자료 인용 시, 상기 도표를 항상 먼저 제시한다.

      3) 선택 문헌 중 범주가 높은 문헌 수록(범주 1에서 범주 4단계별로 수록)

      · 범주 우선순위는 높으나 최근 출판문헌이 아닌 경우, 다음 단계 범주에 해당 문헌 중 최신의 문헌을 함께 수록

      4) 문헌의 비평적 평가

      · 선택문헌의 질을 평가하여 그 결과의 타당성과 신뢰성 확보

      · 외부에서 제출된 근거문헌은 반드시 비평적 평가를 실시 후 수록

   다. 외국보험급여 관련자료

   라. 기타 참고자료

      1) 경제성 평가자료

      2) 제외국 약제 및 치료재료 허가사항

      3) 종설(review)

6. 안건요지 - 핵심질문 및 PICO를 바탕으로 논의 요지 기술

31 참고문헌
1. 이규식, 의료보장과 의료체계, 계축문화사, 2013
2. 문옥륜, 의료보장론, 신광출판사, 2001
3. 찰스 노만드, 서울대학교의과대학 옮김, 의료보장의 기초이론, 한울, 1996

제 3 장

포괄수가제도

Ⅰ. 질병군별(DRG) 포괄수가제도

Ⅱ. 신포괄수가제도 시범사업

Ⅲ. 요양병원 수가제도

Ⅳ. 호스피스 · 완화의료 수가제도



제 3 장 포괄수가제도

Ⅰ 질병군별(DRG) 포괄수가제도

작성: 포괄수가기준부

1 정의

질병군별 포괄수가제도는 환자분류체계를 이용하여 질병군별로 입원환자의 진료비를 보상하는 제도이다. 입원기간 동안 제공된 검사, 수술, 투약 등 의료서비스의 종류나 양에 관계없이 어떤 질병의 진료를 위해 입원했었는지에 따라 미리 책정된 일정금액을 보상한다.

※ DRG(Diagnosis Related Group) 분류체계

- 일반산업에서 제품을 분류하는 개념을 병원진료에 도입한 것으로 의료자원 소모나 임상적인 유사성을 고려하여 입원(또는 외래)환자를 분류한 체계이다. 각각의 환자는 진단명, 수술명, 연령 등에 따라 일정 질병군으로 분류된다.
- DRG 분류체계는 진료비를 지불하는 단위로 사용되며, 그 외에도 병원의 예산편성 및 원가 통제 등 병원관리 분야와 의료서비스 이용도 조사를 통한 의료의 질 관리 활동, 보건계획 수립 등 여러 분야에서 효과적인 관리 수단으로 사용되고 있다.

2 법적근거

- 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항
- 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액 제2호
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 [별표 6] 요양급여비용의 본인부담 항목 및 부담률 제1호자목

- 기타
  - 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제3항
  - 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 [별표 2] 비급여대상 제6호
  - 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수
  - 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 별첨 4) 질병군 요양급여비용 전자문서 작성요령

3 포괄수가제 도입 및 시행 과정

가. 시범사업('97~'01)

- 1994년 의료보장개혁위원회에서 행위별수가제의 문제점인 진료량과 비용 증가를 해결하기 위하여 질병군별(DRG) 포괄수가제의 단계적 도입을 건의 하였다.
- 1995년 보험자, 의료계, 학계 등 15인으로 DRG 지불제도 도입 검토협의회를 구성하여 제도 도입·실시와 관련한 중요 사항의 심의·결정을 담당하였다.
- 1996년 2월 포괄수가제 시범사업 추진을 결정하고, 1997년 2월부터 시범사업 실시 방안을 확정하였다.
- 질병군 포괄수가제 1차 시범사업은 1997년 2월부터 1년간 실시되었으며, 시범 사업 기간 및 대상 질병군은 아래 표와 같다.

표2.3-1 포괄수가제 시범사업 기간 및 대상 질병군

구분	1차 시범 ('97.2.~'98.1.)	2차 시범 ('98.2.~'99.1.)	3차 시범 ('99.2.~'00.1.)	연장(2회) ('00.2.~'01.12.)
대상 질병군	• 4개 진료과, • 5개 질병군	• 4개 진료과 • 5개 질병군	• 6개 진료과 • 9개 질병군	• 4개 진료과 • 8개 질병군
세부 질병군	• 수정체, 편도, 충수, 질식분만, 제왕절개분만	• 좌동	• 좌동 • (4개 추가) 항문, 탈장, 자궁·부속기, 단순폐렴·늑막염	• 좌동 • (1개 제외) 단순폐렴·늑막염의 내과 질병군

나. 선택 참여방식의 본사업 실시 ('02.1.~'12.6.)

포괄수가제 실시를 희망하는 의료기관에 한하여 포괄수가제를 적용하기로 결정하고 2002년 1월부터 선택적 본사업을 실시하였다. 대상 질병군은 시범사업 때와 동일하게 8개 질병군으로 시작하였으나, 2003년 9월 진료비 변이 등의 문제로 질식분만 질병군은 제외되었다.

다. 포괄수가제 확대 실시 ('12.7.~)

- 2012년 2월 건강보험정책심의위원회에서 '포괄수가제 발전방안'을 의결하고 2012년 6월 포괄수가제 실시의 근거규정 상향입법(영 별표2 → 영 제21조) 및 모든 의료기관에서 7개 질병군 포괄수가제를 당연 적용토록 하였다.
- 병·의원급에 대해서는 2012년 7월부터, 종합병원 이상은 2013년 7월부터 포괄수가제를 단계적으로 확대 적용하였다.
- 2013년 7월 확대 이후 포괄수가제는 매년 행위 환산지수, 약제 및 치료재료 상한가 변화율을 반영하여 조정을 해왔고, 환경 및 정책 변화에 따라 포괄수가를 일부 조정해 왔다.

라. 포괄수가제 전면 개편 ('20.1.~)

포괄수가제도 개선과 함께 발전방안을 논의하기 위해 2018년 8월 학계, 전문가 및 의료계가 참여하는 실질적인 회의체인 포괄수가협의회를 구성하였다. 이후 포괄수가 적정화 및 제도의 합리적 운영을 위해 수차례 논의를 거쳐 2020년 1월 포괄수가제도를 전면 개편하였다.

첫째, 수가 적정화를 위해 비용기반의 포괄수가로 전면 개정하였다.

둘째, 의료의 질과 환자 선택권을 높이기 위해 고가의 치료재료인 수정체낭고정용, 절삭기, 메쉬류, 수술후 유착방지제 등을 포괄수가외 별도 보상한다.

셋째, 질병군 진료비 계산방식을 기존 질병군별 고정비율 방식의 복잡한 계산방식에서, 질병군별 기준수가와 일당수가를 이용하여 이해하기 쉽고 합리적인 진료비 계산방식으로 개정하였다.

넷째, 비급여 인공수정체를 이용한 수정체수술의 경우에는 중복보상을 방지하기 위해 포괄수가에서 급여인공수정체 금액을 제외하고 청구토록 개선하였다.

4 7개 질병군별(DRG) 포괄수가제

가. 대상 기관

질병군 포괄수가제 적용은 의원, 보건의료원, 병원, 요양병원, 종합병원, 상급종합병원을 대상으로 한다.

나. 적용 대상

◎ 4개 진료과 7개 질병군 건강보험(보훈포함) 입원환자

- 안과: 백내장수술(수정체수술)
- 이비인후과: 편도 및 아데노이드절제술(편도수술)
- 외과: 항문수술(치핵 등), 탈장수술(서혜 및 대퇴부), 맹장수술(충수절제술)
- 산부인과: 자궁 및 자궁부속기(난소, 난관 등)수술(악성종양 제외), 제왕절개분만

* '수정체 수술', '기타항문 및 항문주위 수술', '서혜 및 대퇴부 탈장수술'질병군은 수술을 받고 6시간 미만 관찰 후 당일 귀가 또는 이송하는 경우에도 질병군 포괄수가 적용(단, 차상위 본인부담경감대상자는 행위별수가 적용)
* 입원일수가 30일 초과시 31일 진료분부터는 행위별수가 적용

◎ 질병군 분류(개수)

질병군(83개)		구분내역
수정체수술	12개	단안, 양안, 소절개, 대절개, 동반상병 및 합병증 동반 유무
편도 및 아데노이드 절제술	4개	연령, 동반상병 및 합병증 동반 유무
충수절제술	12개	복잡한 주진단, 복강경시술, 동반상병 및 합병증 동반 유무
서혜 및 대퇴부 탈장수술	21개	편측, 양측, 연령, 복강경시술, 동반상병 및 합병증 동반 유무
항문수술	11개	단순, 복수, 원형자동문합기 사용, 동반상병 및 합병증 동반 유무
자궁 및 자궁부속기 수술	16개	자궁, 부속기, 복강경시술, 동반상병 및 합병증 동반 유무
제왕절개분만	7개	단태아, 다태아, 동반상병 및 합병증 동반 유무

다. 요양급여범위

1) 급여

질병군 포괄수가제에서 정하고 있는 전액본인부담과 비급여항목을 제외한 입원치료에 필요한 모든 의료행위, 약제 및 치료재료는 급여에 해당한다. 7개 질병군 진료를 위해 입원한 환자의 수술과 관련된 진료뿐 아니라 수술로 인한 합병증이나 환자가 입원당시부터 앓고 있던 질병으로 이번 입원에 영향을 미친 경우까지 포함한다.

급여에는 포괄수가와 식대 등 포괄수가 외 추가산정하는 항목으로 구성된다.

추가산정 구분	세부항목
급여	- (행위) 식대, 외과전문의 가산, 주된 수술이외에 실시하는 수술, 초음파검사, 눈의 계측검사, 마취통증의학과전문의 초빙료, 의료질평가지원금, 응급의료행위 가산료, 전문병원 관리료,야간전담간호사 관리료, 입원환자안전 관리료, 원격협의진찰료, 회송료 등 - (치료재료) 수정체낭고정용, 절삭기(초음파/전파), 메쉬류 등
선별급여	- (행위) 수술(개흉 · 개복/흉강경 · 복강경)부위로의 지속적 국소마취제 투여법용 등 - (치료재료) 1회용 절삭기, 수술후 유착방지용, 동맥압에 기초한 심기능 측정용 등

2) 전액본인부담

- 포괄수가제의 전액본인부담은 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 [별표6] 요양급여비용의 본인부담 항목 및 부담률 제1호자목에서 정하고 있으며, 그 항목은 다음과 같다.
  - 「국민건강보험법 시행규칙」 별표6 제1호 가목에 의한 요양급여 제한, 정지사유에 해당하는 경우
  - 응급진료를 위하여 앰뷸런스를 이용하면서 받는 응급의료 이송처치료

3) 비급여

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 [별표2] 비급여대상 제6호에서 포괄수가제의 비급여 대상을 정하고 있으며, 단순 피로 등 일상생활에 지장이 없는 질환, 미용목적, 본인 희망의 건강검진 등 예방진료, 상급병실료(또는 차액), 보건복지부장관이 별도로 고시하는 행위 및 치료재료 등이 해당한다.

5 질병군 분류 및 진료비 심사

가. 질병군 분류 및 진료비의 결정

- 질병군은 진단명, 수술 등 환자의 주요 진료정보에 의하여 결정된다.
  - 주진단, 외과계시술, 연령, 양측시술, 복강경시술, 합병증 및 동반상병 등
- 질병군이 분류되면 입원일수 및 식대 등 추가산정 항목에 따라 최종 비용이 정해지며, 질병군 수가와 행위별로 산정했을 때의 비용 차이가 큰 경우에는 '요양급여비용 열외군' 제도로 별도 보상하고 있다.

요양급여비용(진료비) 열외군

질병군으로 산정한 요양급여비용 총액이 행위별수가제에서 산정한 금액보다 적고 그 차액이 100만원이 넘는 경우 요양기관의 비용 손실을 보전하기 위하여 초과비용을 보상하는 제도
즉, 질병군 환자가 합병증이나 기타 특이사항 발생 등으로 진료행위, 약제 등이 많이 제공되어 행위별수가로 계산한 결과 질병군 요양급여비용과 100만원 이상 차이가 날 경우 초과 금액을 추가보상

나. 진료비 심사

- 요양기관의 질병군 요양급여비용 청구시 필수 사항에 대한 전산점검 실시 후 급여비용을 지급한다.
- 이후 요양기관의 청구내역 사실 여부와 요양급여비용 확인심사 선정기준에 따라 선정된 대상건의 진료기록부를 요청하여 다음의 내용 등에 대해 확인심사를 실시한다.
  - 질병군 분류의 정확성, 상향청구, 분리청구, 중복청구 등
  - 요양급여비용열외군 비용 산정의 타당성
  - 본인부담금 과다징수 여부 등

6 외국의 포괄수가제 사례

국가	포괄수가제 도입 시기 및 분야
프랑스	• 공공부문(투약, 수술 및 산과서비스)에서는 '04년부터 점진적으로 시행. (민간부문에서는 '05년 3월부터 전면 시행) • 향후 재활, 정신과서비스, home hospitalization에도 도입 예정. • 공공병원과 민간병원의 수가를 질병군별(DRG) 포괄수가제 체계로 일원화하고 있음
네덜란드	• '05년 case-mix based 방식 도입: DTC(diagnosis therapeutic combination) 체계개발
영국	• '03년부터 보건의료자원군(Healthcare Resource Groups)을 근거로 결과에 따른 지불(PbR, payment by result) – HRG는 비슷한 수준의 보건의료 자원을 활용하는 임상적 유사 치료군을 묶은 표준 집합임. 진료서비스에 대한 형평성 있고 공정한 지불보상 수단으로 활용
미국	• '83년 급성기 병원에 질병군별(DRG) 포괄수가제지불제도 도입 • 적용 분야 확대: 전문재활시설 '98년 7월, 외래 '00년 8월, 가정간호 '00년 10월, 재활병원 '02년 1월, 장기요양병원 '02년 10월
독일	• '96년 병원별 목표예산 내에서 혼합방식 적용: 건당 포괄지불, 특별보수, 1일 정액 • '00년 호주 질병군별(DRG) 포괄수가제 방식을 바탕으로 한 G-DRG 체계 도입을 결정함. • '02년부터 자발적 참여를 시작하였으며, '09년 전국적으로 동일한 체계도입을 목표로 함.
대만	• 1단계 Case Payment '95년~'09년 • 2단계 대만 DRG: '10년부터
일본	• '03년부터 DPC(Diagnosis Procedure Combination) 도입 • 보험자는 포괄수가제를, 의료공급자는 행위별수가제를 주장하였기 때문에 절충안

모형은 다양하지만 대부분의 국가가 포괄수가제를 전면 도입하여 운영 중이다.

- 행위별수가제를 근간으로 한 일본, 대만, 독일과 예산제 방식을 채택한 유럽에서도 효율성, 투명성, 질 향상이라는 목표 하에 포괄수가제 도입을 확대하는 추세이다.
- 공급이 민간 위주인 미국에서 '83년에 도입하여 확대 중이며, 공공성이 강한 국가(유럽)에서 포괄수가제 실시 비율이 높은 것으로 나타나고 있다.

Ⅱ 신포괄수가제도 시범사업

작성: 포괄수가운영부

1 정의

신포괄수가제도는 행위별수가제와 일부 질병군(7개 질병군)에만 적용하는 기존 포괄수가제도를 개선하기 위해 개발된 대안적 모델로, 포괄적 보상(기준 수가+일당수가)과 행위별 보상방식이 혼합 적용된 지불제도이다.

2 법적근거

- 「보건의료기본법」 제44조(보건의료 시범사업)
  - 국가와 지방자치단체는 새로운 보건의료제도를 시행하기 위하여 필요하면 시범사업을 실시할 수 있다.
  - 국가와 지방자치단체는 제1항에 따른 시범사업을 실시한 경우에는 그 결과를 평가하여 새로 시행될 보건의료제도에 반영하여야 한다.
- 신포괄지불제도 시범사업 지침(보건복지부, 2020.9.)

3 목적

- 신포괄수가제도 시범사업을 통해 수가 모형에 따른 환자분류, 포괄수가 수준, 진료비 지불방식 등의 적정성을 파악하여 지불모형으로서의 타당성 및 확대 적용 가능성을 검증한다.
- 신포괄수가제도가 의료의 질, 의료공급자의 진료행태, 진료비 청구, 심사 및 관리업무 등에 미치는 영향을 평가하고 문제점 및 개선 방안을 모색한다.

4 추진경과

- ('07.1.) 포괄수가 확대관련 새로운 모형 개발에 대한 정부 정책방향 결정
- ('09.3.) 신포괄수가제도 시범사업 대상 질병군 선정(20개) 및 신포괄수가 개발 완료
- ('09.4.20.~'12.6.) 3차에 걸쳐 공단일산병원 건강보험 입원환자 대상 신포괄 수가제도 시범사업 실시
- ('11.7.~'12.6.) 지역거점 공공병원 건강보험 입원환자 대상 신포괄수가제도 시범사업 실시
  ※ 3개 기관: 부산광역시의료원, 대구의료원, 남원의료원
- ('12.7.~'13.12.) 공단일산병원 및 지역거점 공공병원 건강보험·의료급여 입원 환자 대상 신포괄수가제도 시범사업 실시
  ※ 지역거점 공공병원 40개 기관(서울특별시 서울의료원 등)
  ※ '13년 6월부터 지역거점 공공병원 39개 기관(2013. 5. 29. 진주의료원 폐업)
- ('14.1.) 공단일산병원 및 39개 지역거점 공공병원 건강보험·의료급여 입원 환자 대상 신포괄수가제도 시범사업
- ('15.8.) 국립중앙의료원 신포괄수가제도 시범사업 실시
- ('17.1.) 진안군의료원 신포괄수가제도 시범사업 실시
- ('18.8.) 서울특별시보라매병원 등 14개 신규기관 신포괄수가제도 시범사업 실시
- ('19.1.) 울산대학교병원 등 8개 신규기관 신포괄수가제도 시범사업 실시
- ('19.8.) 좋은삼선병원등 4개 신규기관 신포괄수가제도 시범사업 실시
- ('20.1.~) 서울백병원 등 30개 신규기관 신포괄수가제도 시범사업 실시

표2.3-2 신포괄수가제도 시범사업 추진현황

<table>
<tr><th>사업년도</th><th>'09.4.~</th><th>'10.7.~</th><th>'11.7.~</th><th>'14.1.~</th><th>'15.8.~</th><th>'16.1.~</th><th>'17.1.~</th><th>'18.8.~</th><th>'19.1.~</th><th>'19.8.~</th><th>'20.1.~</th></tr>
<tr><td rowspan="2">대상기관</td><td colspan="2" rowspan="2">공단 일산병원
(1개소)</td><td>공단
일산병원</td><td rowspan="2">공공병원
(40개소)</td><td colspan="2" rowspan="2">공공병원
(41개소)</td><td rowspan="2">공공병원
(42개소)</td><td colspan="3">공공병원
(44개소)</td><td>공공병원
(46개소)</td></tr>
<tr><td>부산, 대구,
남원의료원</td><td>민간병원
(12개소)</td><td>민간병원
(20개소)</td><td>민간병원
(24개소)</td><td>민간병원
(52개소)</td></tr>
<tr><td>병상수</td><td colspan="7">12,000</td><td>18,000</td><td colspan="2">24,000</td><td>36,000</td></tr>
<tr><td rowspan="2">대상
질병군</td><td rowspan="2">20개</td><td rowspan="2">76개</td><td>553개</td><td rowspan="2" colspan="2">553개</td><td rowspan="2" colspan="3">559개</td><td rowspan="2" colspan="2">567개</td></tr>
<tr><td>76개</td></tr>
<tr><td>대상환자</td><td colspan="3">건강보험</td><td colspan="4">건강보험·의료급여</td><td colspan="3">건강보험·의료급여·보훈</td></tr>
</table>

5 신포괄수가 모형 주요내용

가. 신포괄수가 모형의 특징

1) 포괄수가와 행위별수가 병행

의료의 과소제공을 방지하기 위하여 기본 진료료 성격은 포괄수가로 묶고, 진료비 차이를 가져오는 고가서비스와 의사 시술행위 등은 행위별수가로 별도 보상하였다.

2) 건당 포괄 방식에 일당수가 개념 도입

입원기간에 따른 진료비 차이를 감안, 일당수가 개념을 도입하여 입원일수에 따라 진료비를 가감하는 방식을 도입하였다.

3) 필수 비급여 항목 급여 전환

- 건강보험 보장성 확보를 위해 초음파 등 진료에 필수적인 비급여 항목을 급여로 전환하였다. 진단 목적의 초음파, 의사행위 성격에 해당하지 않는 검사 등 행위·약제·치료재료 등 비급여 항목을 포괄수가에 포함하였다.

4) 모형의 취약점을 보완하기 위한 제도적 장치

가) 비포괄 보상부분에 대한 남용 방지

별도 보상되는 고가서비스 등의 남용을 방지하기 위하여 약제·치료재료 단가의 80%만 별도 보상하고, 20%는 수가 책정 시 포괄수가에 포함한다.

구분	포괄 대상	비포괄 대상
적용수가	포괄수가 (기준수가 + 일당수가)	행위별수가
진료비	포괄 대상 100% + 비포괄 대상 약제·치료재료 단가의 20%	• 고가의 일부 약제·치료재료 단가의 80% • 비포괄대상 행위 단가의 100%

나) 일당수가 방식 도입에 따른 입원일수 증가 방지 유도

일당수가를 실제 발생 진료비의 80%로 책정하고 20%는 기준수가에 포함하여 보상함으로써 입원일수 단축에 대한 인센티브를 부여하였다.

나. 요양(의료)급여비용 산정방법

입원일수에 따라 환자군을 구분하며 입원일수와 신포괄수가 적용 질병군에 따라 요양(의료)급여비용을 산정한다.

1) 하단열외군

- 해당 질병군별로 입원일수가 하위 5percentile 미만인 환자
- 행위별수가(해당 수가의 100%)로 산정

2) 정상군

- 입원일수가 5~95percentile 사이의 환자
- 포괄수가, 비포괄수가 및 가산수가의 합으로 결정. 포괄수가는 기준수가와 환자의 입원일수만큼의 일당수가에 의해 정해지며, 비포괄수가는 행위별수가로 산정
- 포괄수가는 포괄 영역 진료비와 비포괄 영역(약제 · 치료재료) 진료비의 20%를 합한 후 조정계수를 곱하여 산출. 조정계수는 시범기관별, 보험자종별, 환자특성별(내과계 · 외과계 · 정신건강의학과)로 구분하여 적용
- 가산수가는 각 기관의 5개영역(참여, 효율 · 효과성, 공공성, 의료의질, 비급여관리) 평가결과에 따라 산출된 가산 비율을 포괄수가에 곱하여 산정

3) 상단열외군

- 입원일수가 상위 95percentile을 초과하는 환자
- 신포괄수가 요양(의료)급여비용과 행위별 요양(의료)급여비용의 합으로 결정. 정상군 상한 입원일수까지는 정상군 환자의 신포괄수가 요양(의료)급여비용으로 산정하며, 상한 입원일수를 초과하는 부분은 행위별수가(해당 수가의 100%)로 산정

표2.3-3 각 환자군의 요양(의료)급여비용 산정방식

입원일수 / 환자군	환자 입원일수		
	정상군 하한일수 미만	정상군 하한~정상군 상한일수	정상군 상한일수 초과
하단열외군	행위별수가 적용	-	-
정상군	신포괄수가 요양(의료)급여비용 = 포괄수가 + 비포괄수가 + 가산수가 • 포괄수가(포괄대상 및 비포괄대상 약제 · 치료재료 단가의 20%비용 포함) = 기준수가 + 일당수가 • 비포괄수가 = 항목별로 행위별수가의 100%(행위) 및 80%(약제 · 치료재료) 산정 • 가산수가 = 기관별로 부여된 가산항목 비율의 합을 포괄수가에 곱하여 산정		-
상단열외군	정상군 환자와 동일		행위별수가 적용

표2.3-4 신포괄수가 요양(의료)급여비용을 구성하는 포괄 및 비포괄 대상 항목

구분	행위	약제 · 치료재료
포괄대상	• 비포괄 대상을 제외한 항목으로 행위별 수가의 100%	• 비포괄대상 약제 · 치료재료 비용의 20% • 비포괄 대상을 제외한 급여 · 비급여목록 약제 및 치료재료 100%
비포괄대상	• 의사행위 성격의 항목 - 수술 및 시술(내시경하시술, 중재적방사선시술) - 검사 등 : 내시경, 천자, 생검, 혈관조영촬영, 심도자술, 방사선 모의치료 및 치료계획, 방사선치료, 신경차단술료, 신경파괴술료, 응급처치 등 • 기타 항목 - 입원(중환자실, 격리실, 무균치료실, 납차폐특수치료실), 응급의료관리료, 가정간호기본방문료, 마취통증의학과 전문의초빙료, 정신과 특정행위(전기충격요법), 투석 관련 행위, 전혈 및 혈액성분제제료, 식대 등	• 약제 - 항암제(2군 항암제 및 기타 약제), 투석액, 정신과 특정약제, 제한 항생제 일부 계열, 일부 주성분 단위약제 • 치료재료 - 봉합용 군: 자동봉합기 류 - 골유합 및 골절고정용 군(단, 두개, 악안면 SCREW 류, STAPLE 류 제외) - 관절경 수술 관련 연부조직 고정용 군(단, 관절경 CANNULA 류 제외) - 인공관절군(단, HIP PROSTHESIS & CABLE SYSTEM 류, KNEE PROSTHESIS 류 제외) - 척추재료 군 - 흉부외과용 군 - 신경외과용 군 - 안 · 이비인후과용 군(단, 인공수정체 제외) - 중재적 시술용 군(단, 배액관 고정 류, PORT NEEDLE 류 제외) - 일반재료 군(Ⅰ): 조직(피부 등) 확장 및 수복용 재료 류, 기관내 삽입관 류 - 일반재료 군(Ⅱ): MESH 류, H.D & C.A.P.D용 류, PHERESIS용 류 - 일반재료 군(Ⅲ): 검사용 류, 외과수술용 선택품목 류 - 인체조직군

다. 요양(의료)급여비용 열외군 보상

◎ 진료비가 상당히 높은 환자로 인해 발생되는 요양기관의 비용 손실을 방지하기 위하여 요양(의료)급여비용 열외군을 설정하여 별도금액 추가 보상

- '요양(의료)급여비용 열외군'은 신포괄수가 요양(의료)급여비용이 행위별수가로 계산한 비용보다 작고 그 차이가 200만원 이상인 경우이며, 200만원 초과 금액 전액에 대하여 추가 보상

6 시범기관 진료비 심사

가. 신포괄수가제도 시범사업 내용

- 신포괄수가제도 시범사업 대상 질병군 요양(의료)급여비용 심사는 시범사업 지침 제Ⅰ장 내지 제Ⅱ장에서 정한 사항을 점검하되 처리방법 및 절차는 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」에 따른다.
- 신포괄수가제도 시범사업 기간 동안 주요 심사대상
  - DRG코딩 오류 등 착오 청구 여부
  - 비포괄 항목의 요양급여비용 산정의 적정성 여부 등
  - 신포괄수가 질병군의 행위별수가 청구, 행위별 대상의 신포괄수가 질병군 청구 등 부적정 청구 여부
  - 요양급여비용 열외군 환자의 요양급여비용 및 입원일수 산정의 타당성 여부
  - 본인부담금 과다징수 여부
  - 의료의 질과 입·퇴원의 적정성 여부

나. 심사 시기

신포괄수가제도 시범사업 진료비 사전심사는 매 청구시마다 실시하고 사후심사는 정기적으로 실시하는 것을 원칙으로 하되, 필요하다고 판단되는 경우는 수시로 실시한다.

다. 심사 담당

심사는 심사평가원이 담당한다.

라. 심사 방법

- 시범요양기관이 청구한 신포괄수가제도 시범사업 대상 질병군 요양급여비용 청구 건은 사전심사(전산점검, 수술의 적정성 여부 등)를 실시하여 지급한 후 진단코딩 오류 등에 대하여는 사후에 심사한다.
- 심사는 시범요양기관으로부터 진료기록부 등을 제출받아 청구된 진료비 청구명세서와 대조 확인하는 서면 확인 방법으로 실시하되 필요한 경우 현장에 직접 방문하여 실시할 수 있다.
- 확인심사는 시범요양기관이 청구한 진료비 청구 건 중 추출된 표본을 대상으로 실시한다.

- 필요한 경우 확인심사 과정 중 가입자 또는 피부양자에 대하여 진료사실을 확인 할 수 있다.
- 확인심사결과 착오 청구 등이 확인된 경우에는 착오 청구에 해당되는 금액을 당해 시범요양기관의 차기 지급액에서 조정한다.

마. 심사 결과 환류 및 교육 등

- 심사평가원은 심사 후 그 결과를 시범요양기관에 전자교환문서방식(EDI) 등으로 통보하고, 그 결과에 따른 문제점을 상호 공유하고 개선방안을 모색하기 위해 정기적으로 회의를 개최하여야 하며, 심사 결과를 보건복지부에 반기별로 보고하여야 한다.
- 시범요양기관은 심사 결과에 이의가 있을 경우 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제11조에 의거 심사평가원에 이의신청할 수 있다.
- 심사 결과 발견된 착오 및 오류 등의 시정과 관련하여 시범요양기관을 대상으로 교육을 할 수 있으며 병원 내에서 제도 취지에 적합한 제반 활동이 활발히 이루어질 수 있도록 협조하여야 한다.

바. 심사 관련자료 제출

시범요양기관은 심사와 관련하여 진료기록부, 환자 영수증 등 필요한 자료 제출을 요구 받을 때에는 이를 지체 없이 제출해야 한다.

Ⅲ 요양병원 수가제도

작성: 요양병원수가개선부

1 개요

가. 요양병원 도입

1994년 1월 7일 국민생활 수준 향상에 따른 의료 수요 증가에 적극 대응하고 의료인 및 의료기관에 대한 규제를 완화하는 등 운영상의 미비점을 보완하기 위해 「의료법」개정이 이루어져 의료기관 종별 분류에 '요양병원'이 신설되었다. 의료법상 요양병원은 의사 또는 한의사가 의료를 행하는 곳으로서, 요양환자 30명 이상을 수용할 수 있는 병상을 갖추고 장기요양이 필요한 입원환자를 대상으로 의료행위를 하기 위한 목적으로 개설하는 의료기관을 말한다. 요양병원 입원대상은 노인성질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자로 주로 요양이 필요한 자로 명시되어 있다.

나. 요양병원 일당 정액수가 개발 배경

인구 고령화로 노인성 질환 및 만성질환 위주의 장기요양서비스에 대한 수요가 증대하였으나 행위별 수가제는 급성기 질환 위주이고 과다진료 등으로 불필요한 비용 지출을 야기하여 장기요양환자의 임상적, 기능적 특성을 반영한 의료서비스 공급을 유도하는데 한계가 있었다. 요양병원 환자는 급성기 병원 환자에 비해 의학적 상태가 안정되어 있고 의료적 서비스 부분에서 비급여가 거의 없어 포괄형 수가를 적용하기에 적합하다고 판단되어 일정 정액인 요양병원수가를 개발하게 되었다.

2 법적근거

- 「의료법」 제3조(의료기관)
- 「의료법 시행규칙」 제36조(요양병원의 운영)

- 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제1호
- 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제4항
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편

3 추진경과

- 1994. 7. 「의료법」에 요양병원을 의료기관 종류의 하나로 신설
- 2005. 7.~2006. 6. 시범사업 실시
  - 요양병원 수가 시범사업을 실시하여 요양병원 입원환자를 위한 질병군, 기능 상태별 일당 정액수가를 개발하여 시범적용
- 2008.1.~ 요양병원 일당정액수가 시행
  - 요양병원형 건강보험수가 개정 및 일당정액수가를 시행
- 2010. 1. 의료기관 종별 구분 개선
  - 의료법에서 요양병원 종별에 정신병원, 의료재활시설을 포함하고, 요양병원 일당정액수가 적용 시 정신병원, 의료재활시설은 제외
- 2011. 1.~ 요양병원 인증신청 의무화
- 2013. 1.~ 요양병원 인증조사 미신청기관에 대한 가산 배제 신설
- 2015. 5.~ 요양병원 의사정원 확대 등
  - 입원환자 40명당 1인 → 입원환자 80명까지 2인으로 변경하고 시설 안전 관리를 담당하는 당직근무자 1인을 의무화
- 2016.12.~ 요양병원 입원대상 제외 규정 명확화
  - '전염성 질환자'의 범위를 감염병예방법에서 정한 감염병환자 등으로 명확히 규정
- 2017. 2.~ 요양병원 시설기준 및 규격 강화
  - 신·증축 기관의 경우, 1병실당 최대 6개 병상이내로 설치토록 하고, 병상간 거리는 1.5m로 변경하였고 기존 기관의 병상간 거리는 1m로 개선('18.12.31.까지)
  - 300병상 이상 요양병원은 300병상당 1개 이상 격리실 설치 의무화

- 2017. 6. 당직의료인 기준 신설
  - 의사는 입원환자 300명까지는 1명, 300명을 초과하는 300명마다 1명을 추가하고, 간호사는 입원환자 80명까지는 1명, 80명을 초과하는 80명마다 1명을 추가토록 신설
- 2019. 1.~ 요양병원 환자분류체계 등 정비
  - 요양병원 격리실 수가 신설('19.1.~)
  - 의학적 입원 필요성에 따른 입원환자 분류체계 정비 및 분류군별 단일수가 적용, 선택입원군 신설('19.11.~)
  - 환자안전강화를 위해 요양병원 입원환자 안전관리료 신설('19.11.), 9인 이상 병실 입원료 감산 적용('22.1.)
  - 퇴원 후 지역사회로의 원활한 복귀를 위한 지역사회 연계료 등 신설('19.11.)
  - 의료서비스 질 향상을 위해 간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제 개편('20.1.)

4 요양병원 수가체계

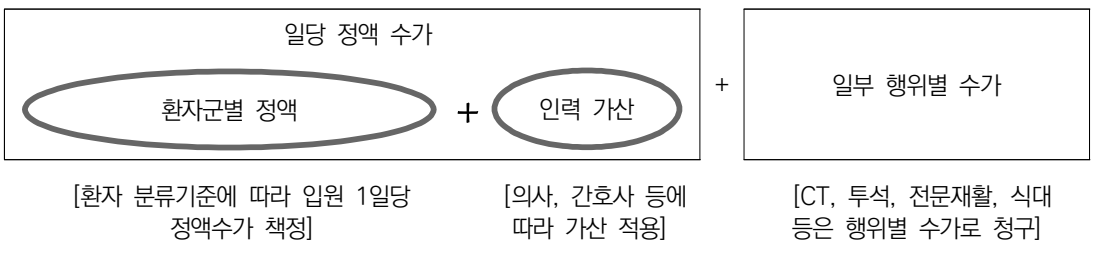
가. 요양병원 수가 산정원칙

〈 요양병원 수가 〉

• 입원은 기본적으로 일당정액수가
  - 7개(15개 중분류) 환자군별 일당정액 + 인력가산 + 별도산정(행위별수가)
  - 다만, 폐렴 · 중환자실 · 패혈증 · 입원일수가 6일 이하인 경우 등의 경우는 예외적으로 행위별수가 적용

• 외래는 행위별수가 적용

〈 요양병원 입원 수가구조 〉



1) (일당 정액제)포괄적인 행위가 적용되는 '장기 환자'

해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제 · 치료재료의 비용을 합산하여 증세의 경중도(輕重度)의 구분에 따른 1일당 상대가치점수로 산정

2) (행위별 수가제)포괄적인 행위가 적용되지 않는 '제외 환자'

- 입원 6일 이내에 퇴원한 환자
- 낮병동 입원환자
- 한의과 입원환자
- 치과 입원환자

3) (행위별 수가제)장기환자가 입원기간 중 다음에 해당하는 경우 '특정 기간'

- 폐렴 치료기간
- 패혈증 치료기간
- 체내출혈 치료기간
- 중환자실 입원기간
- 외과적 수술 및 동 수술에 따른 관련된 치료기간

나. 정액수가 기간 동안 포함되지 않는 별도 산정 가능한 '특정 항목'

- 식대
- CT, MRI
- 전문재활치료
- 혈액투석 및 혈액투석액, 복막투석액
- 전문의약품
  - Erythropoietin 주사제(품명: 에포론주 등), Darbepoetin Alpha 주사제(품명: 네스프프리필드주 등), Methoxy polyethylene glycol - epoetin β 주사제(품명: 미쎄라프리필드주)
  - Recombinant Human Epidermal Growth Factor(품명: 이지에프외용액)
  - Riluzole(품명: 리루텍정 등)
  - Interferon β - 1a(품명: 레비프프리필드주 등)
- 전혈 및 혈액성분제제

- 제1편 제3부 행위 비급여 목록과 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표의 비급여 목록 중 '19년 1월 이후 급여로 변경 고시된 항목
- 환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 적정하게 의뢰한 경우 발생한 행위·약제 및 치료재료
- 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」제3조제2항의 규정에 의한 행위·치료재료

다. 정액수가 적용 시 입원환자 분류군

분류	산정기준
의료 최고도	• 일상생활수행능력이 11점 이상이면서 인공호흡기, 혼수, 중심정맥영양 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정
의료고도	• 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정 1. 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 사지마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성질환, 후천성면역결핍증, 다발경화증을 가진 환자가 ADL이 18점 이상인 경우 2. 3단계 이상 욕창(울혈성·허혈성 궤양 등 포함)으로 2가지 이상의 피부궤양치료를 받고 있는 경우 3. 발열(탈수·구토·체중감소 중 하나 이상을 동반한 경우에 한함)이 최소 3일 이상 있고, 발열 원인을 찾는 검사와 처치를 받고 있는 경우 4. 2도 이상 화상으로 처치를 받고 있는 경우 5. 매일 있는 격렬하거나 참을 수 없는 통증으로 통증관련 치료를 받고 있는 경우 6. 7일 이상의 지속적 경관영양 7. 기관절개관 관리를 매일 받고 있는 경우 8. 당뇨환자가 합병증으로 발의 감염이 있어 주기적으로 드레싱을 받고 있는 경우(일상생활수행능력 4~8점인 경우는 제외) 9. 산소포화도(SaO2 또는 SpO2)가 90% 이하인 상태에서 산소 투여를 시작하여 7일 이상 산소를 투여받고 있는 경우 10. 일상생활수행능력이 10점 이하이면서 의료최고도 조건에 해당하는 경우
의료중도	• 의사의 판단하에 환자의 상태에 따라 적합한 "일상생활수행능력 향상 활동"을 1일 4회 이상 실시하고 진료기록부 등에 활동내용 및 개선경과를 기록한 경우에 51.70점(1일당)을 별도 산정
	• 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정 1. 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 사지마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성질환, 후천성면역결핍증, 다발경화증을 가진 환자가 일상생활수행능력이 11~17점인 경우 2. 2단계 욕창(울혈성·허혈성 궤양 등 포함)으로 2가지 이상의 피부궤양치료를 받고 있는 경우 3. 당뇨이면서 혈당검사 및 인슐린 주사가 매일 시행되고, 혈당 또는 인슐린 투여 용량의 변화가 심한 경우 4. 매일 있는 중등도의 통증으로 통증관련 치료를 받고 있거나 암성통증으로 통증관련 치료(마약성 진통제 등)를 받고 있는 경우 5. 연속 또는 간헐적으로 3일 이상 정맥주사로 치료약제(항생제, 혈압강하제 등)를 투여 받고 있는 경우 6. 하기도 증기흡입치료 7. 수술창상 치료 및 이에 준하는 치료를 받고 있는 경우 8. 3개월 이내 루(위루, 요루, 장루) 수술로 루 관리를 받고 있는 경우이거나, 출혈이나 감염 등의 문제로 지속적인 루 관리를 받고 있는 경우 9. 배뇨장애로 일정하게 짜여진 배뇨계획, 방광훈련 프로그램, 규칙적 도뇨 중 하나 이상의 배뇨훈련을 받고 있으면서 7일 이상 배뇨일지가 작성된 경우 10. 치매진단을 받은 환자가 망상, 환각, 초조 · 공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회 중 하나 이상의 증상을 1주에 2일 이상 또는 4주에 8일 이상 보여 이에 대한 약물 치료를 받고 있는 경우

분류	산정기준
의료경도	• 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정 1. 치매진단을 받은 환자가 우울·낙담, 불안, 이상 운동증상 또는 반복적 행동, 수면·야간행동 중 하나 이상의 증상을 1주에 2일 이상 또는 4주에 8일 이상 보이며 치매관련 약제를 투여 받고 있는 경우 2. 요-1 의료최고도 내지 요-3 의료중도에 해당하지 않는 환자로서 루(위루, 요루, 장루) 관리를 받고 있는 경우 3. 일상생활수행능력이 6점 이상이면서 특정항목에 해당하는 전문재활치료 중 적어도 한 가지 이상을 주 2일 이상 받고 있으며, 지속적으로 입원 치료가 필요한 경우
선택입원군	• 일정기간 입원이 필요하나 요-1 의료최고도, 요-2 의료고도, 요-3 의료중도, 요-6 의료경도에 해당하지 않는 환자에게 산정

라. 환자평가표

- 작성시기: 매월 1~10일 사이에 작성함을 원칙으로 함
- 대상기간: 작성일 기준으로 관찰기간 7일이 확보되었다면 반드시 작성하되 지난 7일간의 환자상태를 종합적으로 평가하여 작성
- 작성자: 당해 환자를 담당하는 의사 및 간호사가 의무기록에 근거를 작성하여 비치

5 요양병원과 요양시설 비교

구분	요양병원	요양시설
연혁	• 1994년 1월	• 2008년 7월
법률	• 의료법, 국민건강보험법	• 노인장기요양보험법
개요	• 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료서비스 제공(의료법 제3조의2)	• 6개월 이상 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동 등의 서비스 제공(장기요양보험법 제2조)
입원(입소)대상	• 의사의 의료적 판단 (환자 및 보호자 선택)	• 장기요양 1~2등급 판정자 * 3~5등급자도 등급판정위원회 결정 시 입소가능
환자분류체계	• 의료필요도에 따라 입원환자 분류군을 7개군으로 분류	• 요양필요도에 따라 5등급으로 분류
기준병상(입소실)	• 기준병상: 6인실	• 기준: 입소실 4인실
인력기준	• 의사(치과의사,한의사) 입원환자 80명까지 2인 • 간호사: 환자6명당 1인(2/3까지 간호조무사 대체 가능) • 약사 및 한의사: 1인 이상 * 다만, 200병상 이하의 경우에는 주당 16시간 이상의 시간제 근무 약사 또는 한약사 • 영양사: 1인 이상 • 의료기사 등: 필요수	• 시설의장: 사회복지사 또는 의료인 • 의사(한의사)또는 촉탁의사: 1인이상 * 촉탁의: 월 2회 방문 • 간호사 또는 간호조무사: 입소자 25명당 1인 • 사무국장: 1인 • 사회복지사: 1인 • 요양보호사: 입소자 2.5명당 1인 • 영양사: 1인
시설기준	• 병상당 면적 6.3m^2 이상 • 입원실, 수술실, 응급실, 임상검사실, 방사선장치, 회복실, 한방요법실, 조제실, 탕전실, 의무기록실, 소독시설, 급식시설, 세탁물처리시설, 적출물처리시설 등 • 휠체어 이동 공간확보, 문턱제거, 침대용 엘리베이터 등 안전시설, 스프링클러 등 소방시설 설치	• 1인당 연면적 23.6m^2 이상 • 침실(1실4인이하), 1인당 면적6.6m^2 이상 • 침실, 사무실, 요양보호사실, 자원봉자사실, 물리(작업)치료실, 프로그램실, 식당 및 조리실, 비상재해대비시설, 화장실, 세면장 및 목욕실, 세탁장 및 세탁물건조장 등

Ⅳ 호스피스 · 완화의료 수가제도

작성: 완화요양수가부

1 개요

가. 정의 및 목적[32]

입원형 호스피스 · 완화의료(이하 '호스피스'라 한다)는 보건복지부로부터 호스피스전문기관*으로 지정받은 의료기관의 호스피스 병동에 입원한 말기 암환자 및 가족을 대상으로 의사, 간호사, 사회복지사 등으로 이루어진 호스피스팀에 의해 제공되는 완치적 치료 목적이 아닌 삶의 질에 목적을 둔 의료서비스이다.

서비스 내용은 적극적인 통증 및 신체증상 관리, 돌봄계획 수립 및 상담, 임종관리 등을 통해 신체적, 심리·사회적, 영적지지 등의 통합적인 돌봄을 제공한다.

말기 암은 기대여명 예측이 가능하고, 다른 말기 질환과 달리 환자상태가 급격히 악화되고 임종에 가까울수록 극심한 통증, 호흡곤란 등 다양한 증상이 나타나기 때문에 말기 암환자의 특성에 맞는 적절한 서비스 제공과 관리를 통해 환자와 가족의 삶의 질 향상을 위해 도입되었다.

* 「호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭: 연명의료결정법)」 제25조에 따라 보건복지부령으로 정하는 시설 · 인력 · 장비 등의 기준을 충족하며 호스피스 대상환자에게 호스피스·완화의료 서비스를 제공하는 의료기관

나. 추진 배경

암환자 및 암으로 인한 사망자수가 꾸준히 증가하고 있으나 환자의 존엄성있는 죽음과 사별 가족의 부담 및 고통 등에 대한 지원은 거의 전무한 실정이었으며, 이를 위해 호스피스 제공의 필요성이 제기[33]되었다

이에 2003년 암관리법 제정으로 호스피스가 제도화되기 시작하여, 이후 2009년, 2011년 2차례 시범사업을 통해 수가 및 서비스 제공체계를 마련하고 2015년 7월부터 입원형 호스피스에 대해 건강보험 급여를 적용하였다

32 김명화 등. 입원형 호스피스완화의료 사업 효과 분석, 심사평가원. 2018.
33 이건세 등. 호스피스 수가체계 연구; 수가 및 평가체계 개발 및 시범사업 설계. 보건복지부 · 심사평가원

다. 제도화 원칙

1) 환자 중심 서비스 제공

원하는 경우 언제든지 이용할 수 있도록 충분하고 다양한 호스피스 서비스 공급 방안 마련

2) 의료서비스의 연속성 확보

말기 암을 진단받은 환자와 호스피스기관의 연계로 환자 측면에서 의료서비스의 연속성을 확보하고 의료자원의 효율적 사용 도모

라. 호스피스 전달체계

효율적이고 연속적인 호스피스서비스 제공을 위해서는 아래의 세 가지 형태의 제도가 유기적으로 연계될 필요가 있음

1) 입원형

호스피스전문기관의 호스피스병동에서 호스피스 전담인력과 조직을 두고 호스피스 서비스를 제공한다.

2) 가정형

가정에서 지내기를 원하는 말기환자* 및 가족을 대상으로 보건복지부로부터 호스피스전문기관으로 지정받은 의료기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 돌봄, 상담 등 전문완화의료 서비스를 제공한다.

* 말기 암·후천성면역결핍증만성 폐쇄성 호흡기질환만성 간경화

3) 자문형

일반병동 또는 외래에서 진료받는 말기환자 및 가족을 대상으로 호스피스팀이 담당의사와 함께 호스피스 자문 및 돌봄 등 전문완화의료서비스를 제공. 말기환자가 호스피스를 조기에 이용하도록 자문함으로써 호스피스 이용을 활성화한다.

※ (참고) 가정형, 자문형(시범사업) 호스피스는 행위별 수가 적용

2 법적근거

- 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」
- 「국민건강보험법 시행령」 제21조제3항제3호
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 [별표6] 요양급여비용의 본인부담 항목 및 부담률 제1호 차목
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제7조제4항, 제8조제4항, 제9조제1항[별표2] 비급여대상 제4호나목(2)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제4편 제1부 입원형 호스피스

3 추진경과

- 2003.~2004. 말기 암환자 호스피스·완화의료 시범사업 및 서비스 모형 개발
- 2005.~ 호스피스·완화의료 지원 사업 실시(2005.~)
- 2009.12.~2015.7. 입원형 호스피스·완화의료 건강보험 수가 시범사업 실시
- 2013.10. 호스피스·완화의료 활성화 대책 발표
- 2015.7.15.~ 입원형 호스피스·완화의료 건강보험 수가 적용
- 2016.2. 연명의료결정법 제정(2017.8.시행)
- 2016.3. 가정형 호스피스·완화의료 시범사업 실시
- 2017.8.~ 자문형 호스피스·완화의료 시범사업 실시
- 2020.9.~ 가정형 호스피스·완화의료 건강보험 수가 적용

4 입원형 호스피스 수가체계

가. 입원일당 정액수가 개발 배경

호스피스는 행위별 수가로 보상받지 못하는 서비스가 존재하므로 호스피스 환자에 대한 보장 강화 및 원활한 호스피스 제공을 위해서 행위별 수가가 아닌 다른 보상방식이 필요하였다.

- 호스피스는 의료와 복지가 복합된 서비스
- 호스피스 서비스의 주요한 특징 중 하나는 의사, 간호사, 사회복지사, 자원봉사자, 성직자 등의 팀으로서의 접근
- 호스피스는 일반병동보다 간호인력 수준이 높고 상담과 교육 활동 등 직접 서비스 제공시간이 많지만, 행위별 수가(입원료 등)로 보상하는데 한계가 있음

나. 호스피스는 입원기간동안 제공되는 의료서비스가 균일하여 일당정액 수가로 개발

- 말기 암환자를 대상으로 하여 동일한 특성을 가지며 진료비 변이가 낮음
- 미국, 일본, 대만 등 외국의 호스피스 수가형태도 일당 정액수가이며, 환자상태에 따른 차등 수가를 적용하고 있지 않음

다. 호스피스 건강보험 수가 적용방향

1) 양질의 서비스 지향

- 말기 암환자의 신체적·정서적 증상을 조절하고 영적·사회적 어려움을 도와서 고통을 감소시키고 존엄한 임종을 지원
- 의사, 간호사, 사회복지사 등 호스피스 전문팀에 의해 통합적인 호스피스 치료와 돌봄 서비스 제공
- 말기 암 환자뿐만 아니라 환자 가족들이 겪는 고통을 총체적으로 이해하고 심리·사회적 지지를 통한 가족들의 삶의 질 향상 지원

2) 환자부담 감소

- 비급여 부담 최소화
  - 상급병실료 급여화(병원급 이상 1인실만 비급여)
- 호스피스 보조활동* 건강보험 적용
  - 밀착된 간병을 필요로 하는 말기 암환자 특성을 감안, 요양보호사를 전문간병(보조활동)에 활용하는 '완화의료 도우미' 수가 건강보험 적용

    * 위생, 식사, 이동 등 기본적인 일상생활 보조

라. 입원형 호스피스 수가의 구조

일당정액수가		가산		별도 산정
• 종별 • 병실별(4인실, 2~3인실, 1인실, 격리실, 임종실)	+	• 간호사 • 전담 사회복지사	+	• 전인적 돌봄 상담료 • 임종관리료 • 마약성 진통제 • 신경차단 · 파괴술, 완화목적 시술 등

입원일당 정액수가는 입원기간(입·퇴원 당일 포함) 중 발생하는 입원료, 행위료, 약제 · 치료재료 비용, 특수시설 유지비 등을 포함하여 종별, 병실별로 차등 설계하였다.

5 호스피스전문기관 지정제도

가. 관련 근거

- 「연명의료결정법 제25조」(호스피스전문기관의 지정 등)
- 「연명의료결정법 시행령 제12조」(호스피스·완화의료사업의 위탁)
- 「연명의료결정법 시행규칙 제20조」(호스피스전문기관의 지정) [별표 1]

나. 지정 절차

1) 지정 신청 자료 제출

호스피스전문기관으로 지정받으려는 의료기관은 호스피스전문기관 지정신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 보건복지부장관에게 제출

- 의료기관 개설신고증명서 또는 개설허가증 사본
- [별표 1]에 따른 지정기준에 적합함을 증명하는 서류
- 사업운영계획서
- 최근 6개월간 호스피스 진료실적보고서
- 「의료법 시행규칙」제64조의5에 따른 의료기관 인증서 사본

2) 지정 신청의 검토 (필요시 현지확인)

3) 지정서 발급

다. 지정 기준

	입원형	가정형	자문형
인력	· 전문의 1명/20병상 간호사 1명/10병상 1급 사회복지사 1명/병동	· 전문의 1명 이상 전담간호사* 1명 이상 1급 사회복지사 1명 이상 * 호스피스전문간호사, 가정전문간호사 또는 2년 이상 호스피스 업무에 종사한 경력이 있는 간호사	· 전문의 1명 이상 전담간호사* 1명 이상 1급 사회복지사 1명 이상 * 호스피스전문간호사, 종양전문간호사 또는 2년 이상 호스피스 업무에 종사한 경력이 있는 간호사
교육 이수	60시간 이상의 호스피스 교육 이수 (호스피스전문간호사 제외)	76시간 이상의 호스피스 교육 이수 (호스피스전문간호사 16시간)	(좌동)
시설	· 병동(29병상 이하) 1개 이상 병실(4병상 이하) 3개 (1인실 1개 이상) 이상 · 상담실, 임종실, 가족실 등	· 상담실, 사무실, 이동차량 1개 이상	· 임종실, 상담실 1개 이상

제 4 장

의료분류체계

Ⅰ. 질병분류체계

Ⅱ. 환자분류체계

Ⅲ. 분류체계 전산서비스



제 4 장 의료분류체계

작성: 분류체계개발부

Ⅰ 질병분류체계

1 한국표준질병 · 사인분류 개요

가. 연혁

1) 도입 및 제정

국제통계협회에서는 1893년부터 질병통계 작성을 위한 국제적인 분류체계를 설정하였으며, 1946년 이후에는 세계보건기구(WHO)가 이를 계승하여 작성하고 있다.

1949년 공보처에서 제6차 개정 국제질병사인표(1948)의 원본을 입수하여 번역하던 중 한국전쟁(1950년)으로 원본 및 기타 서류가 소실되었으며, 그 후 1952년 세계보건기구(WHO)의 권고안을 재입수하고 한국 실정을 보완하여 처음으로 한국 사인상해 및 질병분류를 제정하였다.

2) 한국표준질병 · 사인분류 개정

우리나라는 보건정책 수립의 기초자료인 질병 및 사인(死因)에 관한 통계를 작성함에 있어 국제적인 비교를 위하여 세계보건기구(WHO)가 작성한 국제질병분류(ICD)[34] 체계를 근간으로 한국표준질병 · 사인분류(KCD[35])를 개정한다.

34 ICD: International statistical Classification of Diseases
35 KCD: Korean standard Classification of Diseases

3) 한국표준질병 · 사인분류 개정 과정

- 1973.1.1. 제8차 국제질병분류(ICD-8)에 의거 개정(제1차 개정)
- 1979.1.1. 제9차 국제질병분류(ICD-9)에 의거 개정(제2차 개정)
- 1995.1.1. 제10차 국제질병분류(ICD-10)에 의거 개정(제3차 개정)
- 2003.1.1. 제10차 국제질병분류(ICD-10) 수정판 반영 및 그간의 한자용어를 알기 쉽고 현실에 적합한 질병용어로 변경(제4차 개정)
- 2008.1.1. 제10차 국제질병분류(ICD-10) 업데이트 사항('98~'05) 반영 및 종양학 국제질병분류 (ICD-O-3) 기준으로 신생물의 형태분류 작성(제5차 개정)
- 2011.1.1. 제10차 국제질병분류(ICD-10) 업데이트 사항('06~'08) 반영 및 국내 · 외 세분화 동향 및 요구 검토하여 우리나라 고유분류('◒' 표기) 신설, 한의분류를 U코드로 흡수(제6차 개정)
- 2016.1.1. 국제질병분류(ICD) 및 종양학국제질병분류(ICD-O) 업데이트 사항('09~'14) 반영 및 질병분류 세분화, 희귀질환 추가수록, 의학용어집 개편 등에 따른 한글용어 변경사항 반영(제7차 개정)
- 2021.1.1. 세계보건기구(WHO)가 권고한 국제질병분류(ICD-10)와 종양학국제질병분류(ICD-O-3)의 최신 변경내용 반영, 사전 현장적용시험을 통해 우리나라 세분화 분류를 사전검토, 활용도가 낮은 분류 정비, 신규희귀질환반영, 용어정비(제8차 개정)

*** 참고) 국제질병분류(ICD) 개정 과정**

- 세계보건기구(WHO)는 의학의 발전과 새로운 통계적 요청에 부응하기 위하여 매10년 주기의 개정원칙에 따라 국제질병분류(ICD)를 개정(1900년 1차 개정, 1992년 10차 개정)
- ICD - 10 이후부터는 매년 업데이트로 개정원칙을 보완
- ICD 제11차 개정판에 대한 최종보고 및 승인
  - ICD(국제질병 · 사인분류) 제11차 개정 및 2022년 1월 1일부로 발효할 것을 승인

나. 개요

1) 정의 및 목적

한국표준질병 · 사인분류는 의무기록자료, 사망원인통계조사 등 질병이환 및 사망자료를 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것으로 모든 형태의 보건 및 인구동태 기록에 기재되어 있는 질병 및 기타 보건문제를 분류하는데 이용하기 위하여 설정하고 있음

2) 필요성

한국표준질병·사인분류는 다양한 보건의료 현상을 파악하는 통계를 작성함에 있어 표준화된 기준을 적용함으로써 일관성 및 비교성을 갖춘 자료를 확보하는데 필요하다.

3) 구성

제1권 분류표, 제2권 지침서, 제3권 색인으로 구성

4) 분류 기준

한국표준질병·사인분류 기준은 이환 병태의 전 영역을 포함할 수 있는 상호 독립적인 항목으로 다음과 같이 구성

- 유행성 질환
- 체질적 또는 전신적 질환
- 부위에 따른 국소질환
- 발육 질환
- 손상

5) 분류 체계 및 구조

(1) 분류 체계

제1권 분류표는 대·중·소·세·세세분류의 단계적 분류체계로 구성되어 있으며 신생물(C00~D48)에 대한 분류는 종양의 형태 유형을 구분하기 위하여 제4편 신생물의 형태분류를 추가 사용할 수 있다.

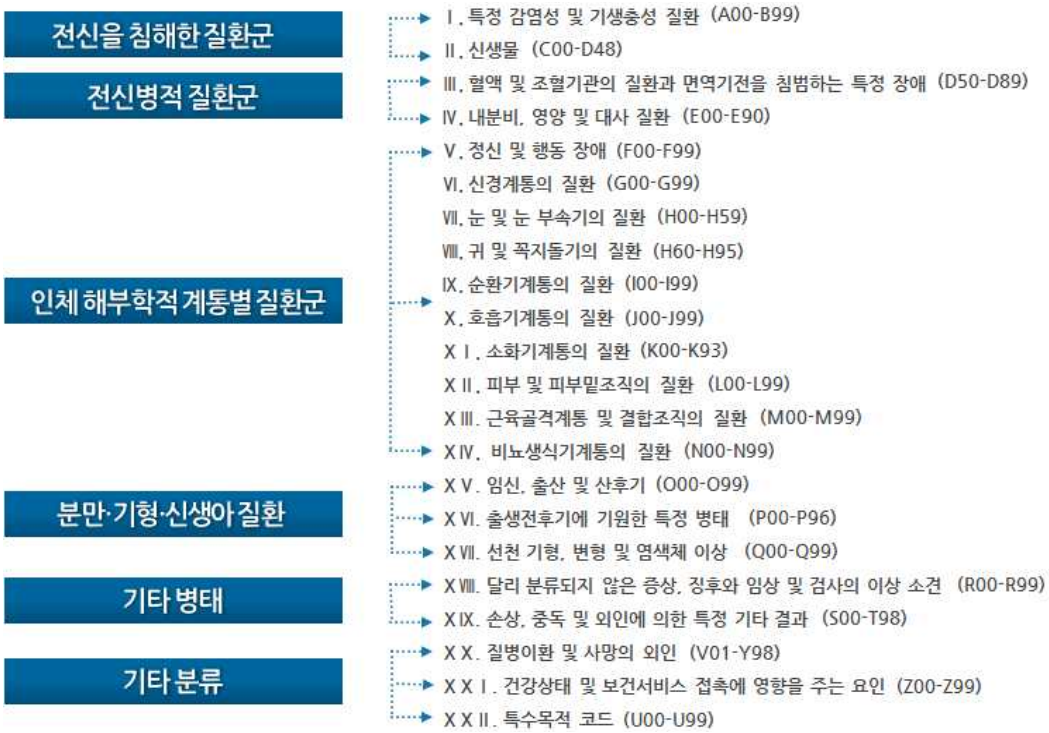
표2.4-1 분류 단계별 항목 수

구분	대분류 (장)	중분류 (항목군)	소분류 (3단위분류)	세분류 (4단위분류)	세세분류 (5단위분류)
KCD - 7	22개	267개	2,082개	12,505개	6,746개

(2) 분류 구조

제1장에서 제22장까지 이환병태의 전 영역을 포함할 수 있는 상호 독립적 항목으로 구성 (항목 분류표 내 hierarchy 없음)

그림2.4-1 한국표준질병 · 사인분류 구조



다. 기타 참고사항

1) 포함 용어(Inclusion terms)

항목 내에 나열되어 있으며, 그 항목에 분류되는 진단적 표현의 사례로 주어진다. 이들은 다른 병태를 말하는 것일 수도 있고 동의어일 수도 있으나 그 항목의 하위 분류는 아니다.

2) 제외 용어(Exclusion terms)

분류 항목명으로 보아 병태들이 그 항목으로 분류되어야 할 것으로 생각되나, 사실은 다른 곳으로 분류하도록 안내한다.

* (예시)

포함 용어	제외 용어
K36 기타 충수염 포함: 충수염 : 만성 재발성	K81 담낭염 제외: 담석증이 있는(K80.-)

3) 검표와 별표

검표(†)는 원인(기저 질환)이 되는 질환에 관한 것이며 별표(*)는 발현증세에 대한 코드*

* (예시)

A17.0† 결핵성 수막염(G01*)
수막(뇌막, 척수막)의 결핵
결핵성 연수막염

4) 주진단(주된 병태) [Principal diagnosis(Main condition)]

검사 후 밝혀진 최종 진단으로 병원 치료 (또는 의료시설 방문)를 필요로 하게 만든 가장 중요한 병태

5) 기타진단(기타 병태) [Additional diagnosis(Other conditions)]

진료기간 중에 주진단과 함께 있었거나 새롭게 발생된 병태로 환자진료에 영향을 주었던 병태

2 상병마스터 구축 및 관리

가. 개요

통계청 ≪한국표준질병·사인분류(KCD)≫를 기본으로 요양급여비용 청구에 필요한 질병정보 및 질병과 관련한 각종 부가정보를 내부직원 뿐 아니라 요양기관 등에서 활용할 수 있도록 구축 및 관리하는 업무이다.

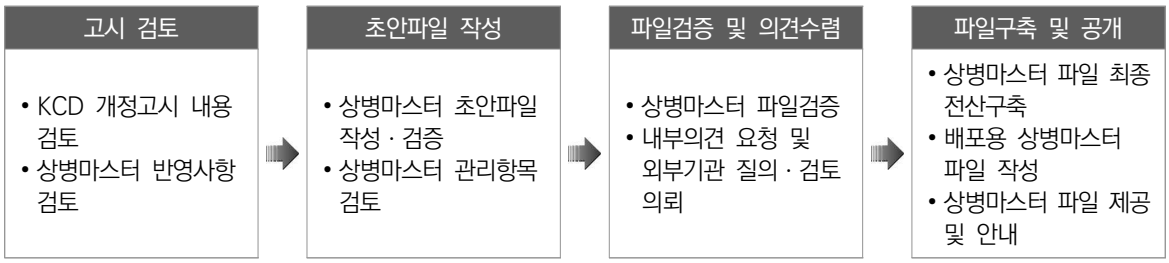
나. 법적근거

- 「의료법 시행규칙」 제9조(진단서의 기재사항)
- 「통계법」 제22조(표준분류)
- 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(제23조)
- 제7차 한국표준질병·사인분류 개정(통계청장 고시 제2015-309호, '15.9.24.)
  - 제1권 분류표, 제2권 지침서, 제3권 색인

※ 2021년 1월부터는 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 적용(통계청장 고시 제2020-175호, '20.7.1.)

다. 상병마스터 구축 · 관리 절차

그림2.4-2 상병마스터 구축 · 관리 흐름도



1) 고시 검토

≪한국표준질병 · 사인분류(KCD)≫ 개정고시 내용 및 상병마스터 반영사항 검토

- (검토자료) 개정고시 내용, 개정안 신구 대조표, KCD 제1~3권, 용어변경 내역표
- (검토방법) 통계청 신구 대조표 개정사항 및 KCD 개정판 본분류 비교 확인

2) 초안 파일 작성

가) 상병마스터 엑셀 초안 파일 작성 및 검증 (KCD 개정시)

- (파일작성) 세부 개정내용에 대한 신구 내용 작성
- (파일검증) 상병기호 및 명칭에 대해 통계청 KCD 개정판 본분류 파일과 심사평가원 상병마스터 엑셀 초안파일 비교 검증

나) 상병마스터 관리항목 검토

(1) 부가정보

- (검토목적) 상병마스터에 부가정보 관련 항목을 표기하여 심사업무 등에 활용
- (항목별 구성내용)

항목	내용	구분자
불완전코드	KCD의 가장 마지막 단위가 아닌 코드	완전 1, 불완전 2
성별 구분	남자 또는 여자에게만 발생하는 상병 구분	남자 1, 여자 2
법정 감염병	「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 근거	제1~5군, 지정군
상한 연령	청구 가능한 최대 나이(청구연령≤상한연령)	해당 연령 숫자
하한 연령	청구 가능한 최소 나이(청구연령≥하한연령)	해당 연령 숫자
양 · 한방 구분	양 · 한방 공통 사용 또는 한방에서만 사용 구분	양 · 한방공통, 한방
주상병 사용구분	주상병으로 사용 가능한 상병 구분	주상병 불가코드 N

- (검토내용) 통계청 고시에 따라 개정된 상병분류기호(신설, 삭제, 수정 등)를 중심으로 부가정보 검토
- (작성절차) 부가정보가 표기된 기존 상병기호 중심으로 엑셀 초안 파일 작성 및 수정 → 상병기호 및 명칭에 대해 통계청 KCD 개정판 본분류 파일과 비교 검증

(2) 특정기호

- (검토목적) 상병마스터의 특정기호코드 관리를 통해 전산점검 및 심사금액 결정업무 등에 활용
- (항목별 구성내용)
  - 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표2~6] 특정기호
    [별표2] 가정간호 산정특례 대상
    [별표2의2] 가정형 호스피스 산정특례 대상
    [별표3] 중증질환자 산정특례 대상
    [별표4] 희귀질환자 산정특례 대상
    [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상
    [별표5] 시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용범위
    [별표6] 약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상
  - 「장기 등 이식에 관한 법률」 관련 장기이식 특정기호
  - 「국민건강보험법」 등 관련 기타 특정기호
- (검토내용) 보건복지부 고시에 따라 개정된 특정기호 검토
- (작성절차) 특정기호 개정관련 보건복지부 고시 확인 및 검토 → 상병마스터 특정기호 관리화면에 고시 개정사항 입력 → 고시 개정사항 최종 반영 및 검증

3) 파일 검증 및 의견수렴

가) 상병마스터 파일 검증

- 통계청 KCD 마스터 파일 다운로드 및 심사평가원 상병마스터 엑셀 초안 파일과 형식 통일 후 검증작업 실시
- 검증작업 후 내·외부 의견 필요시 자문 및 결과 반영

나) 내 · 외부 의견수렴

(1) 내부

삭제코드, 신설 및 세분화 코드, 고시 개정 전 · 후 상병기호 변경목록 등에 대해 심사위원 자문의뢰 및 실무부서 의견 요청

(2) 외부

- (통계청) 상병마스터 관련 확인 필요한 사항 질의하고 회신내용은 상병마스터 엑셀 초안 파일에 반영
- (질병관리본부) KCD 개정에 따른 법정감염병 상병기호 변경사항 및 질병관리본부 '법정감염병 분류체계 및 신고범위' 내용 파악 후 상병마스터에 반영

4) 파일 구축 및 공개

가) 상병마스터 파일 최종 전산구축

- (기본사항 구축) 데이터 작성 레이아웃에 해당내용 작성 및 검증
- (일부 변경사항 반영) KCD 정오표 공개, 관련 고시 개정, 오탈자 등으로 상병마스터 내용의 부분적 변경이 필요한 경우 반영

나) 배포용 상병마스터 파일 작성

- HIRA+ 상병마스터 구축 후 배포용 상병마스터 파일 엑셀 작업 실시

다) 상병마스터 파일 제공 및 안내

- (내부 공개) 각 실 · 지원에 결과 안내문서 시행
- (외부 공개) 심사평가원 홈페이지, 요양기관업무포털, 청구 소프트웨어업체 통합 게시판, 관련협회 및 요양기관 안내

※ 상병마스터 파일 정보공개

- 국민포털(www.hira.or.kr)
  제도 · 정책 〉 보험인정기준 〉 자료실 〉 분류:청구관련기준자료 〉 검색:상병마스터
- 요양기관업무포털(biz.hira.or.kr)
  업무안내 〉 정보방 〉 청구관련코드조회 〉 상병분류기호
- 통계청 통계분류포털(kssc.kostat.go.kr)
  보건부문 〉 표준분류 〉 표준한국표준질병 · 사인분류(KCD) 〉 자료실 〉 최신개정
- HIRA+(내부직원)
  - HIRA+ 〉 1차심사 〉 심사지식뱅크 〉 질병 〉 질병분류기호(특정기호)

3 청구질병코드 모니터링

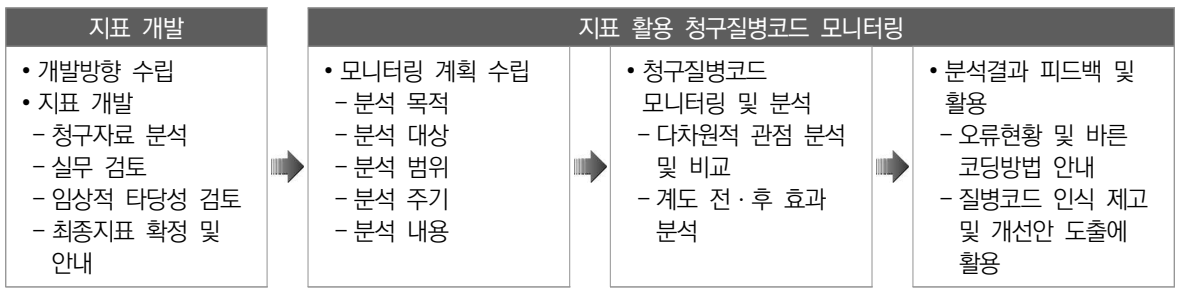
가. 개요

질병코드는 진료내역의 적정성을 확인할 수 있는 기본 정보로, 각종 보건의료통계 및 정책자료 생성의 기초지표 등으로 활용되고 있다.

청구질병코드 모니터링은 질병코딩 원칙에 대한 준수정도를 모니터 할 수 있는 지표를 개발하고 모니터링하여 그 결과를 요양기관에 피드백 함으로써 청구질병코드 기재 정확도 향상을 도모하는 업무이다.

나. 지표 개발 및 청구질병코드 모니터링 절차

그림2.4-3 청구질병코드 모니터링 흐름도



1) 청구질병코드 모니터링 지표 개발

가) 지표 개발방향 수립

명확한 코딩지침 우선 개발한다.

- 코딩지침이 명확하여 대상범위와 산출방법의 이해도가 높은 지표
- 추가 자료수집 없이 청구명세서 정보로 점검이 가능한 지표
- 요양기관 등의 수용성이 높고, 오류개선 의지를 부여할 수 있는 지표

나) 지표 개발과정

(1) 청구자료 분석

- 다빈도 청구상병 중심으로 코드기재 오류현황 등 파악
- 필요시 선행 연구결과 등 활용 개발 필요지표 유형 파악

(2) 실무 검토

- KCD 제1~3권, 코딩지침서, 제외국 코딩지침 및 운영 지표 등 전반적 검토를 통해 예비지표 항목 도출
- 심사기준과의 부합 등 고려 예비지표의 활용 가능성 검토

(3) 임상적 타당성 검토

- 심사위원 및 전문가 자문을 통해 예비지표의 임상적 타당성 등 검토
- 추가적 분야별 의학적 판단 필요시 학회의견 요청

(4) 최종지표 확정 및 안내

- 질병분류심의위원회 심의를 거쳐 최종지표로 확정
  ※ 질병분류심의위원회: 통계청 및 질병분류전문가 등 7인으로 구성된 자문회의체
- 개발 지표를 활용 청구질병코드 모니터링 적용에 대한 사전 안내 및 홍보
  ※ 각 실, 지원 및 관련협회에 지표 설명 및 모니터링 적용시점, 대상범위 등 안내

표2.4-2 청구질병코드 모니터링 지표현황

지표명	내용	관리연도 (분석주기)
불완전코드 기재율	• KCD 가장 마지막 자리까지 완전하게 기재하지 않은 코드 개수의 비율	2007년 (5년마다)
중복코드 기재율	• 한 개의 명세서에 오류의 개연성이 높은 두 개의 상병코드를 동시에 기재한 비율을 나타내는 지표 - 동일 중복코드를 중복 기재 또는 명확한 코드와 상세불명 코드를 함께 기재 등	2007년 (매년)
명세서 평균 질병코드개수	• 청구 명세서의 평균 질병코드 기재 개수	
주진단 불가코드 기재율	• 코딩지침에 의거 주진단으로 사용할 수 없도록 규정된 질병코드를 주진단으로 청구한 건의 비율 - 후유증, 분만의 결과, 가족력, 개인력 등	2016년 (매년)
병용 불가코드 기재율	• 한 개의 명세서에 논리적 오류인 두 개의 상병코드를 동시에 기재한 비율을 나타내는 지표 - 합병증 동반 당뇨병과 미동반 당뇨병 병용 기재 등 - '17년 개발한 감염질환 등 2천여개 코드를 기존 지표와 통합 및 재분류(16개 유형 및 69개 세부유형)	

* 2020년 10월말 기준

2) 청구질병코드 모니터링

가) 계획 수립

- (분석목적) 지표를 활용하여 요양기관별 코딩 오류현황을 분석하고, 분석결과에 대한 요양기관 피드백 및 개선 안내를 통해 청구질병코드 기재 정확도 향상을 도모하고자 모니터링을 실시
- (분석대상) 최종 개발 완료되어 사전 안내한 지표항목
- (분석범위) 전체 요양기관, 건강보험 입원·외래 행위별 명세서
- (분석주기) 지표별 특성에 따라, 연도별 모니터링 및 분석 실시
- (분석내용) 지표를 활용하여 다차원 관점의 코드기재 오류현황 검토 및 분석

나) 청구질병코드 모니터링

- 모니터링 결과 다차원 관점 분석 및 비교
  - 연도별 추이, 진료형태(입원·외래)별 현황, 요양기관 종별 현황, 계도효과 분석 등
- 계도 전·후 효과 분석
  - 오류율 상위 등 이전 계도시행 기관 대상으로 계도 전·후 효과분석 및 향후 개선방향 마련

다) 분석결과 피드백 및 활용

- 모니터링 결과 피드백
  - (방향) 요양기관 특성·계도 효과성·오류 유형 등 고려, 전략적·효과적 피드백 추진
  - (내용) 코드기재 오류현황 분석결과 및 바른 코딩방법 안내를 통해 정확한 질병코드 기재를 유도
  - (계도 대상기관 선정) 지표결과 상위기관

    * 지표별 요양기관 분포에 따라 계도대상 선정
  - (안내) • 요양기관: 계도 대상 기관별 안내문 발송
    - 관련협회: 지표결과 및 다발생 오류코드에 대한 바른 사용 안내
    - 기타: 심사결과통보서, 청구명세서 접수증 등 활용
- 교육 및 제도 개선 등 방향설정
  - 올바른 코딩방법 제공을 통해 정확한 질병코드 사용 중요성에 대한 인식 제고
  - 문제영역 파악 및 심사기준·코딩지침 관련 개선안 도출 등에 활용

Ⅱ 환자분류체계

1 개요

가. 정의

환자분류체계(Patient Classification System)는 진단, 시술, 기능상태 등을 이용해서 환자를 임상적 의미와 의료자원 소모 측면에서 유사한 그룹으로 분류하는 체계이다.

나. 환자분류의 일반원칙

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

* Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF. Case mix definition by diagnosis related groups. Medical Care. 1980;18(2):1-53.

다. 환자분류에 사용하는 정보

환자분류를 위해 진단 및 시술코드, 기능평가결과를 활용한다.

- 진단코드: 환자의 내원이유(주진단)와 합병증 · 동반상병(기타진단)을 한국표준질병 · 사인분류의 진단코드를 이용하여 분류(현행 KCD 7차, 통계청 고시 '16.1.1.시행)
  - KCD 8차, '21.1.1.시행 예정
- 시술코드: 건강보험요양급여비용의 시술코드를 이용하여 분류
- 기능평가결과: 재활환자의 인지기능, 일상생활동작수행능력, 운동 · 감각기능의 평가결과를 제출받아 환자분류에 활용

라. 법적근거

「국민건강보험법 시행령」 제28조(업무)

2 환자분류체계의 종류

- 의(치)과 입원: Korean Diagnosis Related Group(KDRG)
- 의(치)과 외래: Korean Outpatient Group(KOPG)
- 의과 재활: Korean Rehabilitation Patient Group(KRPG)
- 한의 입원: Korean Diagnosis Related Group-Korean Medicine(KDRG-KM)
- 한의 외래: Korean Outpatient Group-Korean Medicine(KOPG-KM)
- 보건기관: 588 분류체계

표2.4-3 환자분류체계 종류

(질병군 개수, 2020.1.기준)

구분		명칭	최종버전	질병군 개수	버전별 적용연도
의과	입원	KDRG(일반용)	4.3	2,753개	V1.0 1986년, V2.0 1991년, V3.0 2003년, V3.5 2014년, V4.0 2016년, V4.1 2017년, V4.2 2018년, V4.3 2020년
		KDRG(신포괄용)	1.2	1,973개	V1.0 2010년, V1.1 2014년, V1.2 2016년
		KRPG(재활)	1.2	267개	V1.0 2016년, V1.1 2017년 V1.2 2020년
	외래	KOPG	2.3	598개	V1.0 2006년, V1.2 2014년, V2.0 2016년, V2.1 2017년 V2.2 2018년, V2.3 2020년
		588분류(보건기관용)	1.1	591개	V1.0 2003년, V1.1 2016년

(질병군 개수, 2020.1.기준)

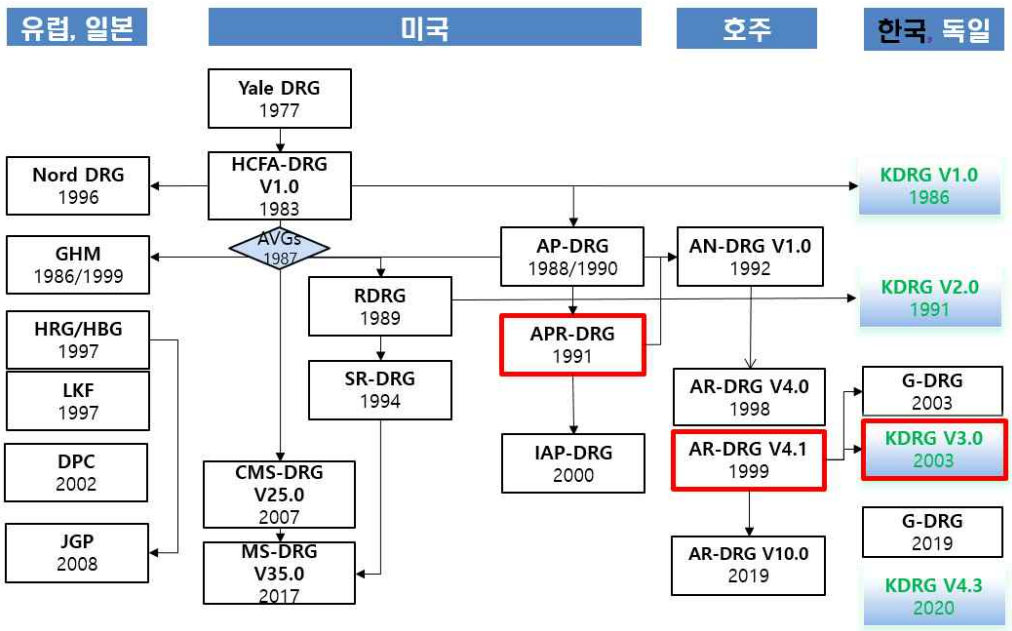
구분		명칭	최종버전	질병군 개수	버전별 적용연도
한의	입원	KDRG-KM	1.4	209개	V1.0 2015년, V1.1 2016년 V1.2 2017년, V1.3 2018년 V1.4 2020년
	외래	KOPG-KM	2.4	260개	V1.0 2007년, V2.0 2014년 V2.1 2016.1월, V2.2 2016.9월 V2.3 2018년, V2.4 2020년

가. 입원환자분류체계(KDRG)

1) 개발 배경

- 환자분류체계는 의료기관 간 진료비와 질적 수준을 비교하기 위해 환자구성의 차이를 보정하는 표준도구로 1986년 서울대병원 연구소에서 처음 개발
- 1997년 포괄수가제도 시범사업이 실시되면서 우리나라 현실에 맞는 질병군 분류의 필요성 대두되면서 심평원과 한국보건산업진흥원이 공동으로 개선하여 우리나라 질병분포와 진료행태를 반영한 KDRG 버전 3.0을 완성(2003년), 이후부터는 환자분류체계 실질적 개발과 관리주체로서 심평원이 역할 담당
- 2012년부터 7개 질병군 포괄수가제도 전면 확대와 더불어 임상적 수용성 높은 환자분류체계 개정을 요구되면서 보다 체계적인 환자분류체계 업무 수행을 위해 「국민건강보험법 시행령」 제28조에 환자분류체계의 개발·관리업무 주체를 심사평가원으로 규정하는 법적 근거를 마련, 환자분류체계의 체계적 개발·관리 및 지속적 개선 추진

그림2.4-4 KDRG 발전 과정



2) 개발 과정

가) KDRG 버전 1.0(1986년)

미국 HCFA-DRG(메디케어 환자 대상의 포괄수가용)를 근간으로 서울대병원 연구소에서 한국형 진단명기준환자군(Korean Diagnosis Related Groups, KDRG) 개발

나) KDRG 버전 2.0(1991년)

- 미국 Refined DRG에 근거하여 기존 KDRG에 중증도(기타진단 이용) 분류체계를 접목시켜 전면 개편
- 한국보건산업진흥원에서 운영 중이던 DRG 분류프로그램 및 관련 기술을 이관 받아 KDRG 그루퍼 개발(2002년)

다) KDRG 버전 3.0(2003년)

- 23개 전문의학회 참여와 우리나라 진료비 자료 분석결과에 근거하여 전면 재개발
- 호주의 중등도 분류방법 도입, 내과적 시술그룹 신설 및 MDC 23→26개 구조 등 현재의 KDRG 구조 마련

라) KDRG 버전 3.1(2005년)

KDRG 버전 3.0 발표 이후, 분류체계에 대한 공개적인 의견수렴 과정을 거쳐서 일부 내용을 수정하고 신설 수가 및 100/100 본인부담 코드 반영

마) KDRG 버전 3.2(2006년)

장기이식 수가코드 등 신설 수가코드 반영

바) KDRG 버전 3.3(2009년)

복강경을 이용한 충수절제술 신설, 일부 질병군별 수가 코드 세분화 등 반영

사) KDRG 버전 3.4(2011년)

한국표준질병·사인분류 6차 개정 내용 반영

아) KDRG 버전 3.5(2014년)

- KDRG 활용부서 및 관련 기관 등에서 건의한 내용 등을 반영하여 임상전문가패널 및 환자분류체계 검토위원회의 검토를 거쳐 개정
- 마스터 파일 전산시스템화 및 환자분류번호 실시간 조회 등 '원스톱 환자분류체계 정보 시스템' 구축

자) KDRG 버전 4.0(2016년)

임상전문가(세부분과 포함 41개 학회, 200여명)가 참여한 질병군 구성 및 환자분류체계 검토위원회의 분류기준 설정 등을 통해 임상현실을 반영한 KDRG 전면 개정, 한국표준질병·사인분류 7차 개정 내용 반영

차) KDRG 버전 4.1(2017년)

- 전면개정 이후, 청구자료 모니터링 및 검토, 대내·외 활용부서의 의견을 수렴하여 109건의 항목을 발굴·검토, 63개 ADRG에 반영
- 환자분류체계 대용량 데이터의 효율적 관리 및 통계 데이터 제공을 위한 '환자분류체계 통계분석 자동화시스템' 개발, 요양기관 업무포탈시스템을 통한 정보 제공

카) KDRG 버전 4.2(2018년)

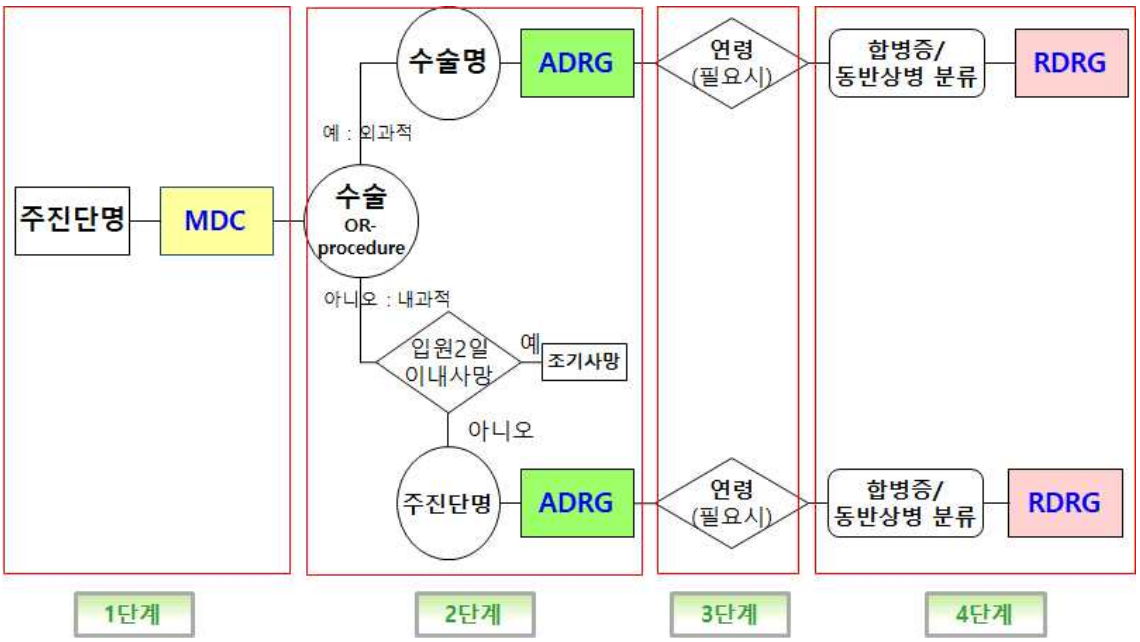
복수수술 및 복잡수술 질병군 신설, 내분비관련 진단이동, 새로운 분류변수 구성, 제외국 동향 반영 등

타) KDRG 버전 4.3(2020년)

3대 소화기 내시경시술 신설 및 주요 소화기질환 진단목록 정비 등 내과계 질병군 중점 개선 및 연령 세분화, '17년 7월 상대가치 2차 개편 시 신설된 수가 반영 등

3) KDRG 분류 과정

그림2.4-5 KDRG 분류 모형



가) 1단계

입원환자를 주진단에 따라서 26개의 주진단범주(Major Diagnostic Category, MDC) 중 하나로 분류

나) 2단계

환자가 수술을 받았는지 여부에 따라 외과계 질병군, 내과계 시술 질병군, 내과계 질병군으로 구분 외과계 질병군과 내과계 시술 질병군은 환자가 받은 수술에 따라, 내과계 질병군은 주진단명에 따라서 질병군 결정(ADRG, Adjacent DRG)

다) 3단계

필요시 연령에 따른 구분을 추가(AADRG, Age Adjacent DRG)

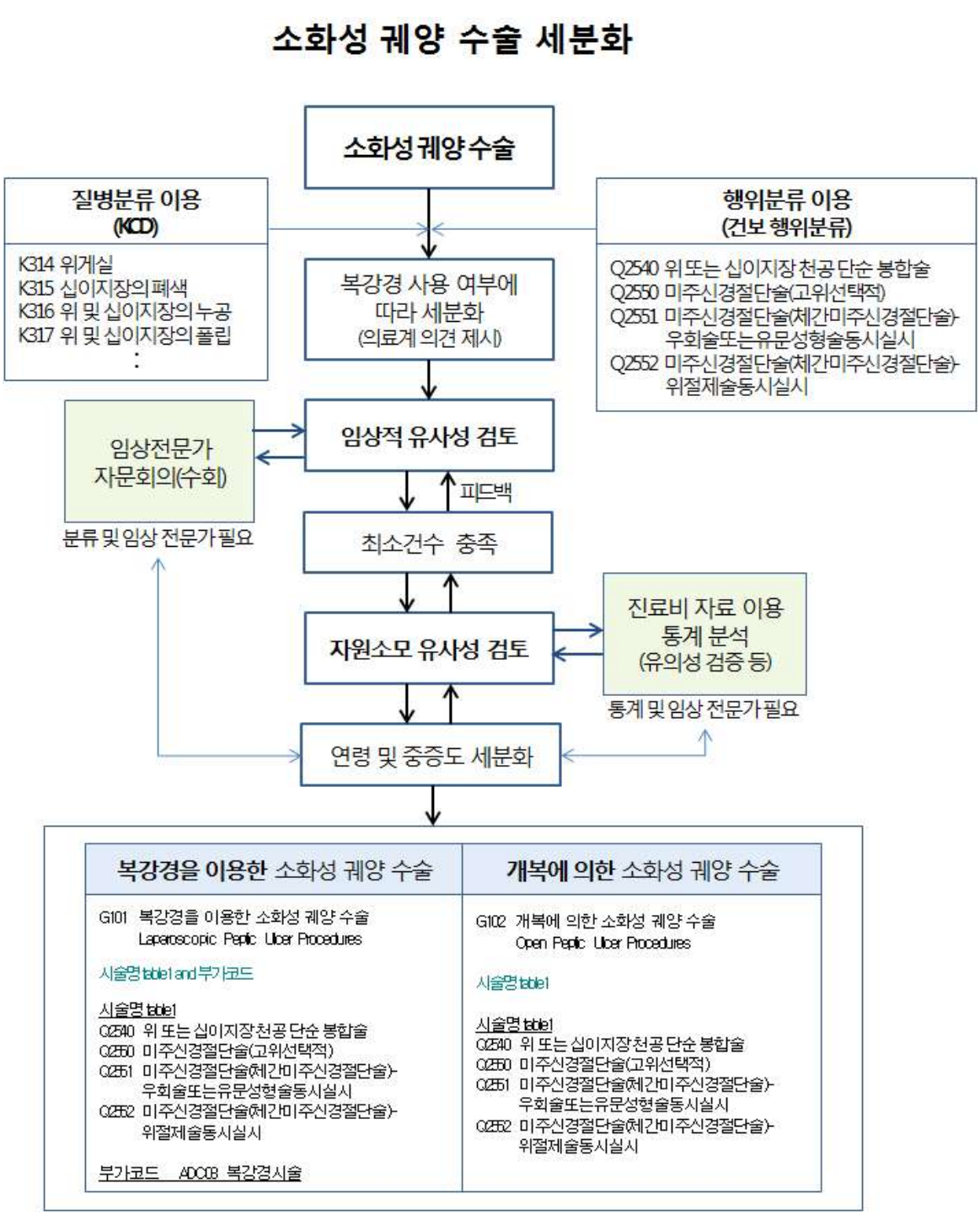
라) 4단계

기타 진단을 이용 중증도를 추가하여 합병증, 동반상병을 반영한 최종 DRG를 결정(RDRG, Refined DRG)

표2.4-4 주진단 범주(Major Diagnostic Category)

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

그림2.4-6 KDRG 분류체계 검토과정(예시)



4) KDRG 코드 구조

알파벳과 숫자를 혼용하여 6자리 사용

표2.4-5 KDRG 코드 구조

구분	RDRG				
	ADRG			연령 구분(1자리)	중증도 구분(1자리)
	MDC (1자리)	대분류 (2자리)	소분류 (1자리)		
코드	A~Z	01~99	0~9, A~Z (36진수법)	0~3	0~3
코드 의미	- 주진단 범주 - Error DRG: 알파벳 대신에 숫자로 '9' 표기	- 01~49 : 외과계 그룹 - 50~59 : 내과적 시술그룹 - 60~99 : 내과계 그룹	- 0 : 세분화 없는 경우 - 1~9, A~Z : 시술코드나 진단코드를 임상적 또는 진료비 측면이 유사하도록 세분화 분류 * 알파벳 O와 I는 혼선을 피하기 위해 제외	- 0 : 연령구분 없는 경우 - 1~3 : 연령구분 있는 경우ADRG별 연령 구분에 따라 차례대로 부여	- 0 : 중증도 미동반 - 1~3 : 중증도 동반하는 경우 ADRG별 중증도 구분에 따라 차례대로 부여

※ 주: 중증도 구분
0: 심각하거나 중증 혹은 중증도의 합병증이나 동반상병 미동반
1: 중등도(moderate)의 합병증이나 동반상병 동반
2: 중증(severe)의 합병증이나 동반상병 동반
3: 심각한(catastrophic) 합병증 및 동반상병 동반

나. 외래환자분류체계(KOPG)

1) 개발 배경

- 입원환자 대상으로 개발된 KDRG는 외래 진료 특성을 반영하기에는 한계
- 외래 진료 확대에 따른 진료비의 효과적 관리를 위한 환자분류체계 도입 필요성 대두

2) 개발 과정

- 2003. Korean Ambulatory Patient Groups(KAPG) 개발
  - 미국 Ambulatory Patient Group(APG) 2.0을 근간으로 함
- 2006. KOPG 버전 1.0
  - 2003년 개발된 KAPG의 질병군 통합기준 등을 보완, 전산분류프로그램 개발

- 2008,2011. KOPG 버전 1.1
  - 한국표준질병·사인분류 5차 개정, 신설 및 삭제 행위 항목을 반영하여주요 시술 그룹 2개와 내과계 그룹 1개 신설(2008년)
  - 한국표준질병·사인분류 6차 개정을 반영(2011년)
- 2014. KOPG 버전 1.2
  - 외래에서 입원시술 발생 시 오류그룹으로 분류하였던 것을 임상현실의 변화를 반영하여 주요시술 그룹으로 이동
  - 가정간호 질병군 등 신설
- 2016. KOPG 버전 2.0
  - 임상의학회의 개선 의견을 토대로 항암약물치료 질병군 신설 등KOPG 전면 개선, 한국표준질병·사인분류 7차 개정 내용 반영
- 2017. KOPG 버전 2.1
  - 치과 이학요법 질병군 신설 및 임상 난이도에 따른 시술 이동, 동일 시술이지만 의·치과 질병군의 배정이 상이한 질병군 개선
- 2018. KOPG 버전 2.2
  - 임상의학회의 의견수렴 및 청구자료 모니터링을 토대로 당뇨병, 기타 고혈압성 질환, 만성폐쇄성폐질환, 치매 질병군 세분화
- 2020. KOPG 버전 2.3
  - 질환의 원인 및 유형 등에 따라 질병군 세분화, 특수 장비 사용·의료인 상주 여부 및 임상적 유사성·난이도에 따라 시술 또는 진단 이동
  - 상병 불완전코드를 제외한 완전코드 중심으로 분류기준 개선

3) KOPG 분류 과정

가) 1단계

외래환자가 주요시술을 받았는지 여부에 따라 구분

나) 2단계

- 주요시술을 받았다면 시술의 종류에 따라 주요시술 그룹으로 분류(SOPG, Significant Procedure Outpatient Group)
- 주요시술을 받지 않고 내과적 치료를 받았다면 주진단에 따라 내과계 그룹으로 분류(MOPG, Medical Outpatient Group)

다) 3단계

주요시술 및 내과적 치료를 받지 않고 보조서비스만 받은 경우 보조 검사나 처치의 종류에 따라 보조서비스 그룹으로 분류(AOPG, Ancillary Outpatient Group)

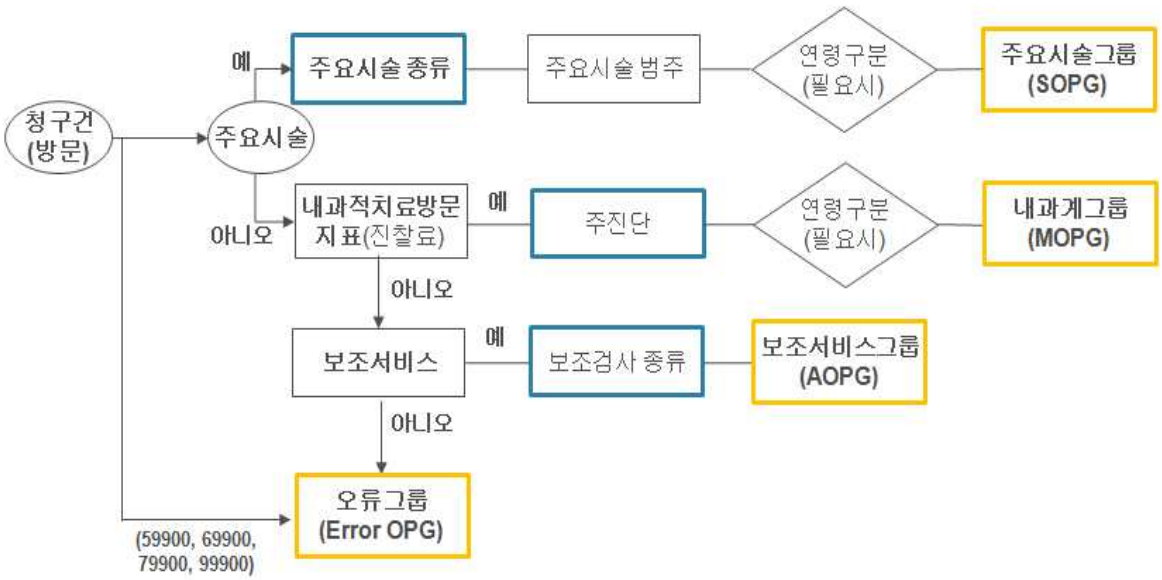
라) 4단계

보조서비스도 받지 않은 경우(외래에서 발생할 수 없는 코드 포함) 오류 그룹으로 분류(Error Outpatient Group)

마) 5단계

필요에 따라 연령구분 후 최종 KOPG 분류

그림2.4-7 KOPG 분류 모형



4) KOPG 코드 구조

알파벳과 숫자 혼용하여 6자리 사용

표2.4-6 KOPG 코드 구조

구분	대분류(2자리)		중분류(2자리)	소분류(1자리)	연령 구분(1자리)
	그룹	범주			
코드	S/M/A 5~9	A~Z 9	00~99	0~9	0~3
코드 의미	- S: 주요시술 그룹 - M: 내과계 그룹 - A: 보조서비스 그룹 - 숫자: 오류 그룹	- A~Z: 각 계열 (S, M, A)별 시술, 검사, 상병의 범주에 따라 차례대로 부여 - 숫자: 오류 그룹	- 시술, 검사, 상병의 종류에 따른 중분류 구분을 00~99로 표기	- 0: 시술을 구분하지 않는 경우 - 1~9: 시술의 난이도, 해부학적 부위에 따른 구분을 표기	- 0: 연령 구분 없는 경우 - 1~3: 질병군별 연령 구분에 따라 차례대로 부여

다. 재활환자분류체계(KRPG)

1) 개발 배경

- KDRG는 주로 급성기 환자를 대상으로 개발되어 급성기 이후에 이루어지는 재활치료 환자의 자원소모와 임상적 특징을 반영하기에는 미흡
- 이에 재활환자 특성을 반영할 수 있는 한국형 재활환자분류체계 개발 필요성 대두

2) 개발 과정

- 2014.1.~ 9. 재활환자 특성을 반영한 분류체계 개발용 자료 구축
- 2014.9.~12. KRPG 분류 모형 개발
  - 임상전문가와 협업으로 한국형 재활손상대분류(KRIC) 9개 개발 및 의사결정모형을 이용한 재활환자 분류 모형 개발
  - 임상전문가와 협업으로 한국형 재활손상대분류(Korean Rehabilitation Impairment Category, KRIC) 9개 개발 및 의사결정모형을 이용한 재활환자 분류 모형 개발
- 2015.1.~ 5. 분류 모형 보완
  - 통계적 · 임상적 관점에서 의미있는 분류변수 및 순서 등을 반영하여 최종 204개 질병군 개발

- 2015.6.~11. KRPG 버전1.0 전산 분류프로그램(Grouper) 및 운영시스템 개발
- 2015.8.~11. 재활환자 분류변수 수집 양식 및 전산시스템 개발
- 2015.12. KRPG 버전 1.0 개발 완료
  * KRPG 버전 1.0은 뇌 및 척수 손상(질환) 재활환자를 우선적으로 분류한 환자분류체계임
- 2017. 7. KRPG 버전 1.1 개발 완료
  - 재활의료기관에서 입원대상자 구분 및 수가산정기준으로 활용하기 위해 임상 전문가 의견을 반영하여 근골격계 등 15개의 재활손상대분류 정의서 추가
- 2017. 9. 환자평가표 전산개발 및 전산그루퍼 개발 완료
  - 제 외국 평가체계 등을 고려하여 국내 현실에 맞는 총 43개 환자평가항목 선정
- 2017.10.1. 재활의료기관 지정·운영 시범사업에 한국형 재활손상대분류 11개 활용
- 2020.10. 재활의료기관 중증환자 기피 방지를 위한 중증도 척도 개발
  * 재활의료기관 지정·운영 본 사업 (2020.3.1.) 2기 지정시 중증도 척도 활용 예정

3) KRPG 분류 과정

가) 1단계

원인질환에 따라 재활 손상 대분류(KRIC) 분류

나) 2단계

각 KRIC별로 의미 있는 분류변수(연령, 인지기능, 일상생활수행능력, 운동·감각 기능)에 따라 분류

다) 3단계

최종 질병군 배정

그림2.4-8 KRPG 분류 모형



4) KRPG 분류코드 구조

알파벳과 숫자를 혼용하여 8자리로 표기

표2.4-7 KRPG 코드 구조

분류	환자분류구분 (2자리)	손상분류 (2자리)	연령구분 (1자리)	기능상태 구분		
				인지기능 (1자리)	일상생활 수행능력 (1자리)	운동 또는 감각 (1자리)
코드	KR	00-99	0-9	0-9	0-9	0-9
코드 의미	- 한국형 재활환자분류 체계를 나타내는 기호	- 재활손상대 분류(KRIC)를 숫자 2자리 (01-99)로 표기 -오류 그룹 '00'	- 연령구분이 없는 경우 '0' - 연령구분이 있는 경우 '1'부터 순서대로 표기	-인지기능 (MMSE) 구분이 없는 경우 '0' - 인지기능 구분이 있는 경우 '1'부터 순서대로 표기	- 일상생활 동작수행능력 (MBI, SCIM) 구분이 없는 경우 '0' -일상생활 동작수행능력 구분이 있는 경우 '1'부터 순서대로 표기	-구분이 없는 경우 '0' -구분이 있는 경우 '1'부터 차례로 표기 -뇌손상인 경우 운동 기능 (근력, 경직)을 표기 - 척수손상인 경우 AIS 조합을 표기

라. 한의 입원환자분류체계(KDRG-KM)

1) 개발 배경

- 한의 입원에서는 요양기관 간 환자 비교 시 KCD 3단 상병별 건당 진료비를 활용, 환자 중등도 상태 등이 반영되지 않아 요양기관 간 상대비교 기준으로 활용하는 데 한계
- 한방 의료현실을 반영한 한의 입원환자분류체계 개발 필요성 대두

2) 개발 과정

- 2013.3.~12. KDRG-KM 모형(안) 개발
  - 한의 특성을 반영한 한의 입원환자분류체계 기본 모형(상병그룹, 시술그룹, 연령세분화) 독자적 개발
- 2013.12.~2014.10. KDRG-KM 평가 연구용역
  - 중증도 분류 방안 및 분류 모형의 적정성 평가
- 2014.12. KDRG0-KM 버전 1.0 개발모형 확정 및 전산 분류프로그램 개발

- 2015. KDRG-KM 버전 1.0 적용
  - 시술이 있는 경우 순수입원/협진 분리, 침·구·부항 분류변수로 사용
- 2016. KDRG-KM 버전 1.1
  - 한국표준질병·사인분류 7차 개정 내용 반영
- 2017. KDRG-KM 버전 1.2
  - 연령그룹 통합 및 세분화를 반영한 부분개선
- 2018. KDRG-KM 버전 1.3
  - 분류모형의 안정성을 위해 '진찰-투약그룹'의 순수입원/협진 분리
  - 모형적정성 확보 및 유지를 위해 일부 연령·시술그룹 통합 개선
- 2020. KDRG-KM 버전 1.4
  - '19.4.부터 추나요법이 급여항목으로 신설됨에 따라 '근골격계통 및 결합조직의 질환' 및 '근골격계 손상' 상병그룹에 대해 추나요법 질병군 신설

3) KDRG-KM 분류 과정

가) 1단계

순수입원 여부에 따라 순수입원과 협진으로 분류

나) 2단계

시술을 받았는지 여부에 따라 진찰투약그룹과 시술그룹으로 분류

다) 3단계

시술그룹 내에서 주진단에 따라 18개의 대분류로 분류 후 27개의 상병그룹 중 하나로 분류

라) 4단계

침술, 구술, 부항술 조합 및 추나요법 여부에 따라 단순그룹, 침술구술그룹, 침술부항술그룹, 침술구술부항술그룹, 추나요법그룹, 기타그룹으로 분류

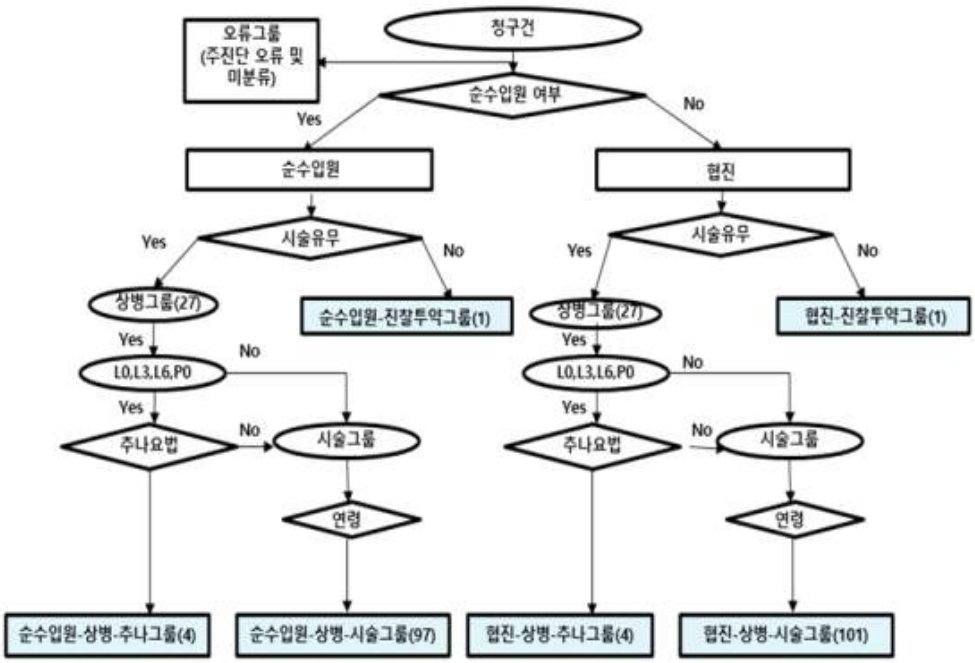
마) 5단계

필요에 따라 연령구분 후 최종 질병군 생성

바) 6단계

상병-진찰투약그룹, 상병-시술그룹으로 정의되지 않거나 분류되지 못한 경우는 오류그룹(주진단 오류 및 미분류)으로 분류

그림2.4-9 KDRG-KM 분류 모형



4) KDRG-KM 분류코드 구조

알파벳과 숫자를 혼용하여 6자리로 표기

표2.4-8 KDRG-KM 코드 구조

분류	대분류 (1자리)	중분류 (1자리)	구분 (1자리)	소분류 (1자리)	연령 구분 (1자리)	중증도 구분 (1자리)
코드	A-R, Z 9	0-6 9	I, C 9	0-5 9	0-3	0
코드 의미	- 대분류그룹표기 - Z: 진찰투약 그룹 - 9: 오류그룹	- 상병그룹표기: 세분화 예상하여 3단위씩 증가 (0,3,6) - 9: 오류그룹	- I: 순수입원 - C: 협진 - 9: 오류그룹	- 0: 진찰투약 그룹 - 1-5: 시술그룹 - 9: 기타그룹	- 0: 연령 구분 없는 경우 - 1-3: 질병군별 연령 구분에 따라 차례대로 부여	- 중증도 미반영 ※ 추후반영예정

마. 한의 외래환자분류체계(KOPG-KM)

1) 개발 배경

- 한의 외래 심사 시 활용하는 KCD 3단 상병별 건당 진료비는 상대비교 기준으로 활용에 한계
- 진료비 관리 지표 업무 효율성 및 효과성 증진을 위하여 한의 진료 특성을 고려한 환자분류체계 개발 필요

2) 개발 과정

- 2007. KOPG-OM 버전 1.0
  - 한의 특성을 반영한 환자구성 보정 도구로 한의 외래환자분류체계 개발
- 2010.~2013. KOPG-OM 버전 1.0 임시 환자분류체계
  - 의·치과에서 사용하는 한국표준질병·사인분류 5차(2010년), 6차(2011년) 반영
  - 진료비 청구자료가 축적되어 전면 개정 연구 용역 실시(2012.6.~2013.3.)
- 2014. KOPG-KM 버전 2.0
  - 2007년 이후 변화된 한의 임상현실을 반영하여 전면 개선
    * 2014년부터 한의학계의. 영문명칭이 변경됨에 따라 KOPG-OM(Oriental Medicine)에서 KOPG-KM(Korean Medicine)으로 변경
- 2016.1., 2016.,9. KOPG-KM 버전 2.1, 버전 2.2
  - 한국표준질병·사인분류 7차 개정 내용 및 청구오류그룹 분류기준 부분개선
- 2018.1. KOPG-KM 버전 2.3
  - 일부 질병군에 대한 65세 전후 연령세분화, 분류코드 첫 번째 자리 'O'(Oriental)에서 'K'(Korean)로 변경
- 2020.1. KOPG-KM 버전 2.4
  - '19.4.부터 추나요법이 급여항목으로 신설됨에 따라 '근골격계통 및 결합조직의 질환' 및 '근골격계 손상' 상병그룹에 대해 추나요법 질병군 신설

3) KOPG-KM 분류 과정

가) 1단계

주진단에 의해 19개 대분류로 분류한 후 대분류 내에서 주진단의 임상적 유사성에 따라 25개 상병 그룹으로 분류

나) 2단계

시술 유·무를 확인하여 시술이 있는 경우는 시술 종류 및 방법에 따라 침술과 비침술그룹, 추나요법그룹으로 분류, 시술이 없는 경우는 진료 방문지표에 따라 진찰 및 투약 그룹으로 분류

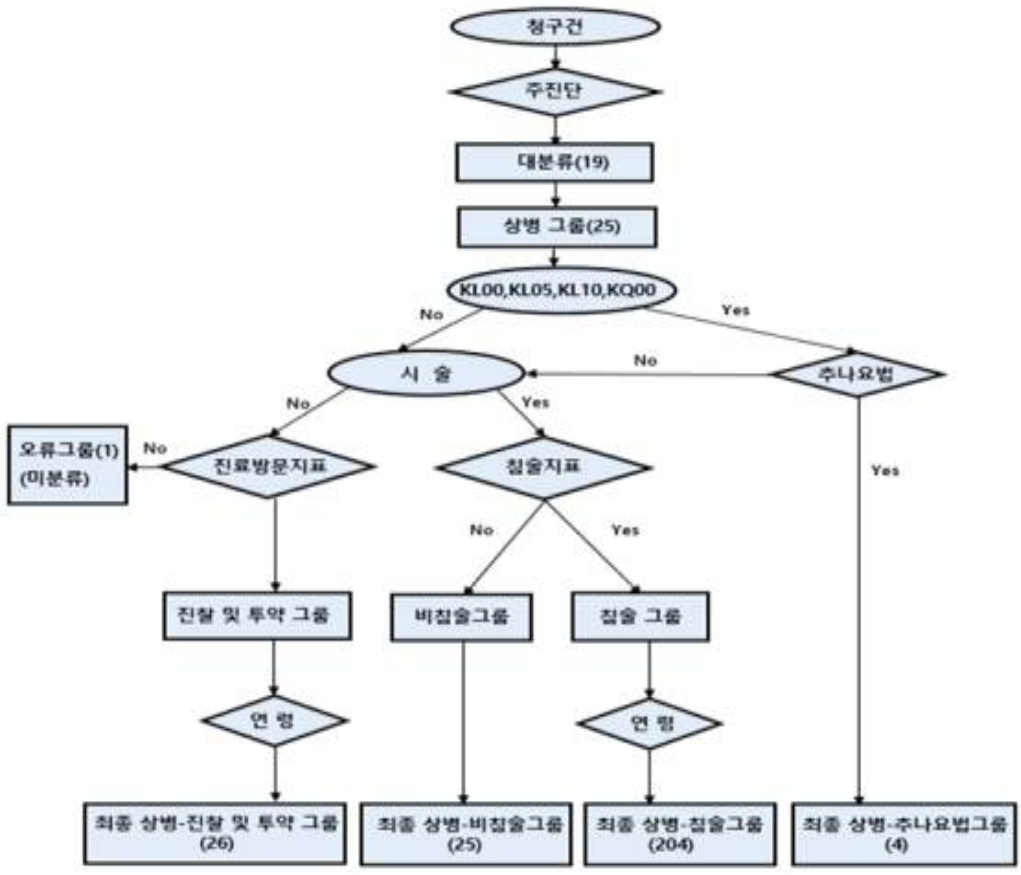
다) 3단계

필요에 따라 연령을 구분한 후 최종 KOPG-KM 분류

라) 4단계

진료방문지표 및 정의된 시술이 없어 분류되지 못한 경우는 오류그룹 분류

그림2.4-10 KOPG-KM 분류 모형



4) KOPG-KM 분류코드 구조

알파벳과 숫자를 혼용하여 6자리로 표기

표2.4-9 KOPG-KM 코드 구조

분류	대분류(2자리)		중분류(2자리)	소분류(1자리)	연령분류(1자리)
	구분	범주			
코드	O(영문) 9	A~S 9	00~99	0~9	0,1,2
코드 의미	- K : 한방 분류를 나타내는 기호 - 9 : 오류그룹 표기	- A~S : 상병 대분류 그룹 표기 - 9 : 오류그룹 표기	- 상병 세분화 그룹을 숫자 '00~99'로 표기	- 0 : 시술이 없는 진찰 및 투약 그룹 표기 - 1~9 : 시술그룹 표기	- 0 : 연령 구분 없는 경우 - 1,2 : 연령 구분 있는 경우

바. 588 분류체계

1) 개발 배경

- 외래 진료비 심사를 위해 KCD 중분류를 이용한 557 분류를 보완하여 보건기관 지표관리에 적용

2) 개발 과정

- 2003. 588 분류체계 버전 1.0 개발
  - KCD 3단(주진단 첫 3자리) 분류인 557 분류를 임상적 측면에서 상이한 상병들을 세분화하여 588 분류체계 개발(2003년)
  - 특수목적 코드(U코드) 신설 등 한국표준질병·사인분류 5차 개정 반영, 590개로 증가(2008년)
  - 재발성 악성 신생물 신설 등 한국표준질병·사인분류 6차 개정 반영, 591개로 증가(2011년)
- 2016. 588 분류체계 버전 1.1 개정
  - 한국표준질병·사인분류 7차 개정, 진단 삭제·세분화 및 중분류 변경에 따라 588 분류체계 질병군 명칭 등 전면 개편

3) 588 분류체계 분류 과정

가) 1단계

외래환자를 주진단에 따라 KCD 3단위 기준으로 질병군 분류

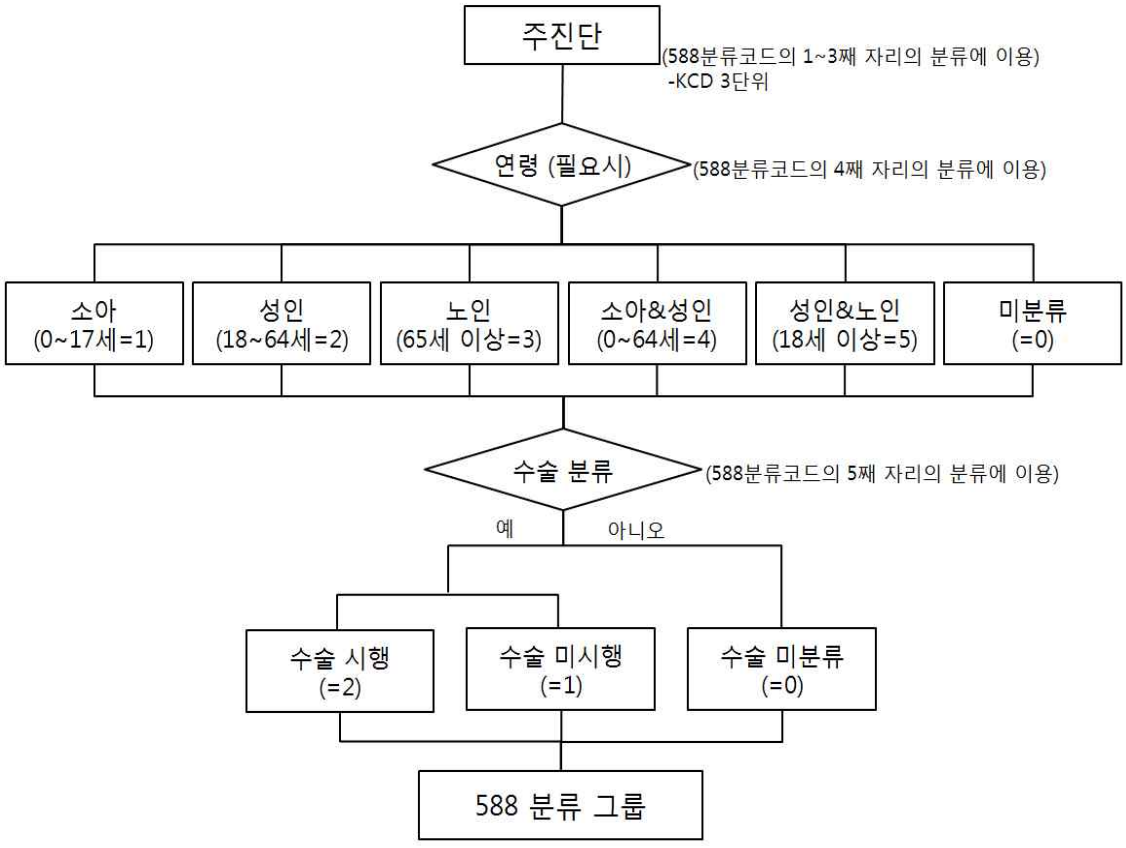
나) 2단계

연령에 따라 발생하는 상병이 다르므로 필요시 연령 구분

다) 3단계

수술에 따라 진료비 차이가 있어 필요시 수술 유무로 최종 분류

그림2.4-11 588 분류체계 분류 모형



• 588 분류코드(5단위) = 한국표준질병 · 사인분류의 중분류(3단위)+연령분류(1단위)+수술유무(1단위)

4) 588 분류체계 코드 구조

알파벳과 숫자 혼용하여 5자리 사용

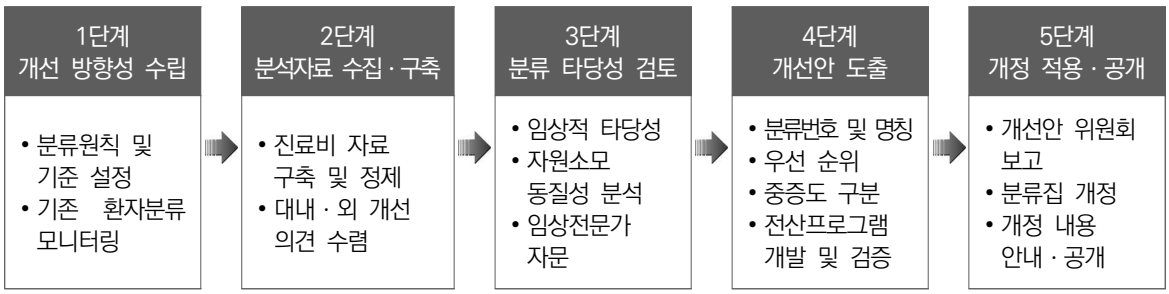
표2.4-10 588 분류체계 코드 구조

대분류 (상병 분류)	중분류 (연령 구분)		소분류 (수술 구분)	
	코드	의미	코드	의미
▶ 첫째 자리 : KCD 대분류 장에 해당하는 알파벳 ▶ 둘째~셋째 자리 : 상병 그룹 순으로 00~99 숫자 배정	0 1 2 3 4 5	미분류 소아 (0-17세) 성인 (18-64세) 노인 (65세 이상) 소아&성인 (0-64세) 성인&노인 (18세 이상)	0 1 2	미분류 수술 무 수술 유

4 환자분류체계 개선 프로세스

가. 환자분류체계 개선 프로세스

그림2.4-12 환자분류체계 개선 업무 수행 절차



나. 개정 주기

1) Major 개정

행위 · 진단 목록의 전면 개정, 분류모형의 개선 등 분류의 기본 원리가 변경된 경우 Major 개정 추진

2) Minor 개정

통상 2년 주기 운영

3) 수시 반영

행위·진단 코드의 신설·변경 등 개정 사항은 수시 반영

5 환자분류체계 활용

가. 병원간 비교(Benchmarking)

진료비용, 재원일수, 사망률, 기타 질 지표 등을 병원 간 비교 시 환자구성 보정 도구로 사용

☞ 의료기관간 진료비나 질적 수준을 비교하기 위해서는 비교 대상이 되는 의료기관의 환자구성(case-mix)이 동일해야 함
하지만, 환자구성이 의료기관마다 다르기 때문에 이를 보정하기 위한 도구가 필요함. 이러한 보정 도구로서 가장 널리 사용되는 것이 환자분류체계임

나. 진료비 지불(Payment or Financing)

포괄수가제(7개 질병군 및 신포괄지불)에서 지불단위로 사용

다. 의료기관 기능 평가

상급종합병원, 전문병원 등의 인정 기준에 사용

라. 기타

지표연동자율개선제, 처방·조제 약품비 절감 장려금 등

표2.4-11 환자분류체계 활용 분야

업무	활용분야	환자분류체계			
		KDRG (입원)	KOPG (외래)	KOPG-KM (한의외래)	KRPG (재활)
진료비 지불	포괄수가제 (7개 질병군, 신포괄지불제)	○			
심사	심사대상 선정	○	○	○	
	심사담당 배분	○	○	○	
	지표연동자율개선제	○	○	○	
평가	요양급여 적정성 평가지표	○			
	약제급여 적정성 평가지표		○		
	의료질평가 지원금	○			
약제관리	처방 · 조제 약품비 절감 장려금	○	○		
의료기관평가	상급종합 · 전문병원 지정	○			
	재활의료기관 지정				○

Ⅲ 분류체계 전산서비스

1 개요

분류체계 전산서비스는 분류체계 업무와 관련한 요양기관의 이해도와 효율성 제고를 위해 요양기관 업무포털에 제공하는 정보서비스로, 크게 환자분류체계와 질병분류체계 서비스 부문으로 구분. 환자분류체계는 환자분류번호 조회 및 분류집, 프로그램(Grouper) 다운로드, 재활환자 평가표 접수 및 조회, 질병분류체계는 청구 관련 코드조회 및 청구질병코드 모니터링 결과 조회 등의 서비스를 제공하고 있다.

* 요양기관 업무포털(http://biz.hira.or.kr): 요양기관 업무편의 향상을 위해 심사평가원 업무와 관련된 각종 서비스를 제공하는 요양기관 전용 포털사이트

2 분류체계 전산서비스 내용

가. 질병분류체계

상병분류코드 조회 및 요양기관별 청구질병코드 모니터링 지표결과 조회 서비스 제공

항목	내용
청구관련 코드조회	• 요양기관이 청구명세서 작성 등을 위해 질병분류 관련 코드를 조회할 수 있는 서비스 – (종류) 상병분류기호, 특정기호, 중복코드 ☞ 요양기관 업무포털 ⇒ 업무안내 ⇒ 정보방 ⇒ 청구관련코드조회 ⇒ 상병분류기호
질병코드 웹 조회	• 요양기관의 청구질병코드에 대한 다양한 모니터링 지표의 산출 결과를 조회할 수 있는 서비스 – (종류)불완전코드기재율, 중복코드기재율, 명세서별 평균 질병코드 개수, 3대질병 구성지표, 다빈도질병 프로파일 지표, 주진단불가코드 기재율, 병용불가코드 기재율 등 ☞ 요양기관 업무포털 ⇒ 모니터링 ⇒ 청구경향 ⇒ 질병코드 모니터링

나. 환자분류체계

○ 환자분류체계 영역*별로 해당 업무 소개, 자료실, 환자분류조회, 환자분류체계 번호 다운로드 서비스를 제공

* 환자분류체계 영역: 입원(일반, 포괄, 신포괄), 재활, 외래, 한의입원, 한의외래

항목	내용
안내문	• 사용자의 환자분류체계에 대한 이해를 돕기 위해 환자분류체계 개념, 개발경과, 분류흐름도 등의 정보를 제공하는 서비스 ☞ 요양기관 업무포털(biz.hira.or.kr) ⇒ 모니터링 ⇒ 환자분류체계 ⇒ 환자분류체계 안내
자료실	• 환자분류체계 개정내용, 분류집, 최신 환자분류체계 프로그램 등 환자분류체계 관련 공지사항이나 자료를 사용자가 조회 및 다운로드하는 서비스 • 환자분류체계(외래) 통계정보 제공(일반현황 및 질병군 수준별 현황 등 9개 항목) ☞ 요양기관 업무포털(biz.hira.or.kr) ⇒ 모니터링 ⇒ 환자분류체계 ⇒ 입원/외래/한의입원/한의외래 환자분류체계 중 선택 ⇒ 자료실
환자분류 조회	• 사용자가 화면에 환자의 진단, 시술 등 정보를 입력하여 해당 영역의 환자분류번호 생성 결과를 즉시 확인해 볼 수 있는 서비스 ☞ 요양기관 업무포털(biz.hira.or.kr) ⇒ 모니터링 ⇒ 환자분류체계 ⇒ 입원/외래/한의입원/한의외래 환자분류체계 중 선택 ⇒ 환자분류 조회
환자분류체계 번호 다운로드	• 요양기관이 입력한 심사년월, 심사차수, 접수번호 등 조건에 따라 해당 청구명세서에 생성된 환자분류번호를 확인 및 다운로드할 수 있는 서비스(최근 3년분만 가능) ☞ 요양기관 업무포털(biz.hira.or.kr) ⇒ 모니터링 ⇒ 환자분류체계 ⇒ 입원/외래/한의입원/한의외래 환자분류체계 번호다운로드 중 선택

○ 재활환자분류를 위한 환자평가표 접수 및 조회 서비스 제공

항목	내용
재활환자평가표 접수등록 및 조회	• 요양기관이 심사평가원에 제출한 재활환자평가표에 대하여 접수목록 조회, 내용 확인 및 파일저장을 할 수 있는 서비스 ☞ 요양기관 업무포털(biz.hira.or.kr) ⇒ 진료비청구 ⇒ 환자평가표접수 ⇒ 통합재활기능평가표 제출 ⇒ 접수등록/조회
재활환자평가표 작성 및 접수	• 요양기관이 재활환자평가표를 화면에서 직접 작성하거나 엑셀로 일괄등록하여 심사평가원에 제출할 수 있는 서비스 ☞ 요양기관 업무포털(biz.hira.or.kr) ⇒ 진료비청구 ⇒ 환자평가표접수 ⇒ 통합재활기능평가표 제출 ⇒ 작성 및 접수

다. 웹서비스 화면 예시

그림2.4-13 질병분류체계 관련 화면

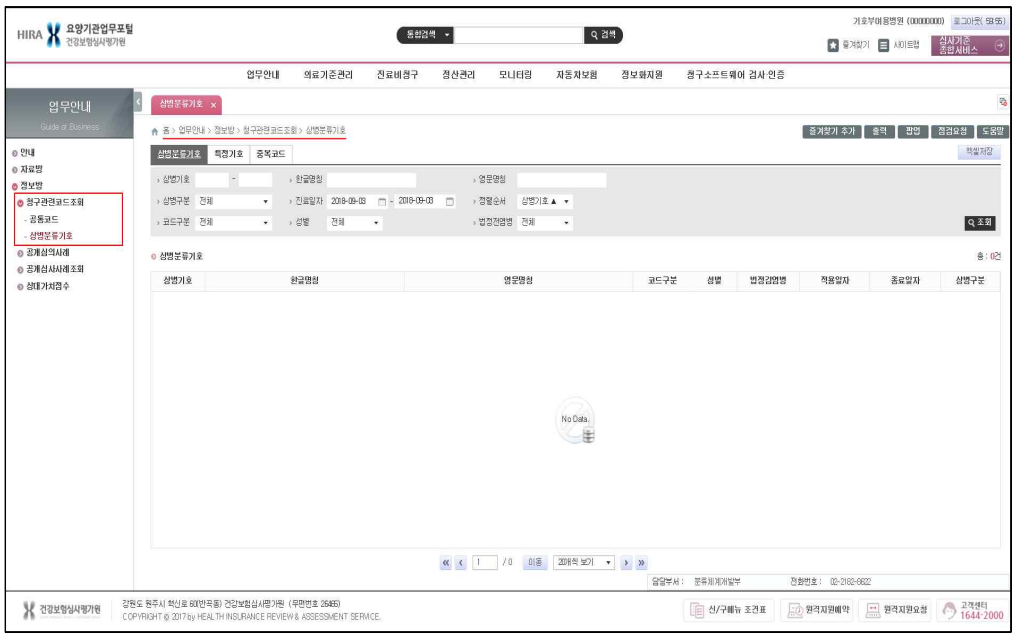
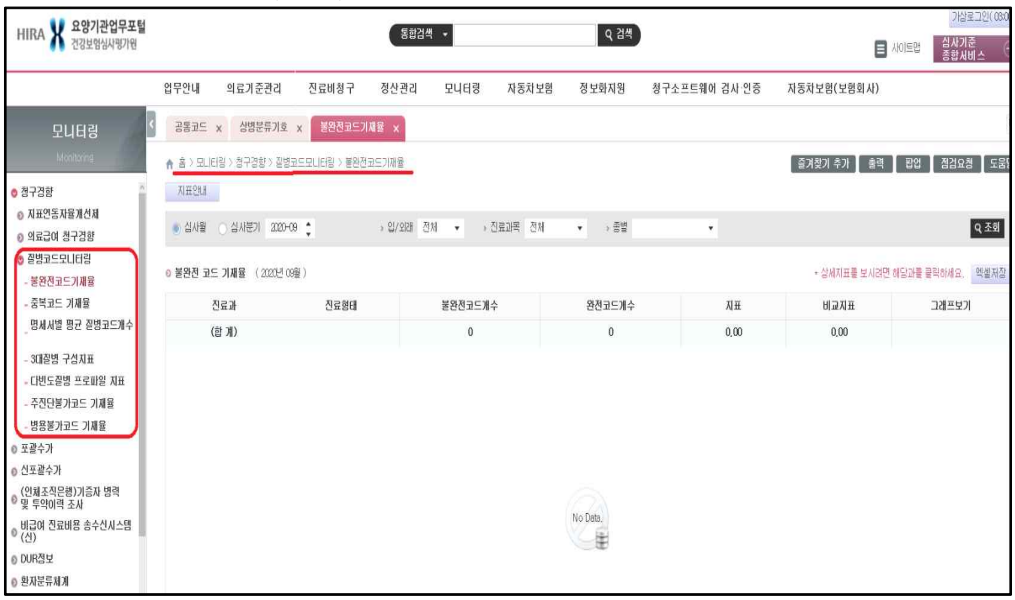
서비스	화면
상병분류 기호조회	▸ 요양기관 업무포털 서비스 ⇒ 업무안내 ⇒ 정보방 ⇒ 청구관련코드조회 ⇒ 상병분류기호 
불완전코드 기재율조회	▸ 요양기관 업무포털 서비스(로그인) ⇒ 모니터링 ⇒ 청구경향 ⇒ 질병코드모니터링 ⇒ 불완전코드기재율 

그림2.4-14 환자분류체계 관련 화면

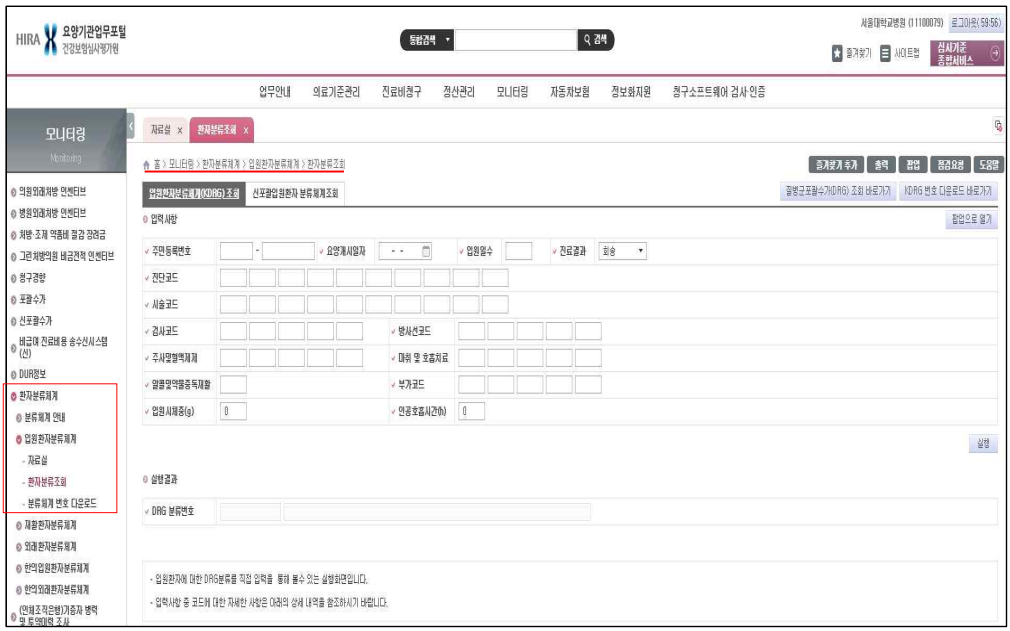
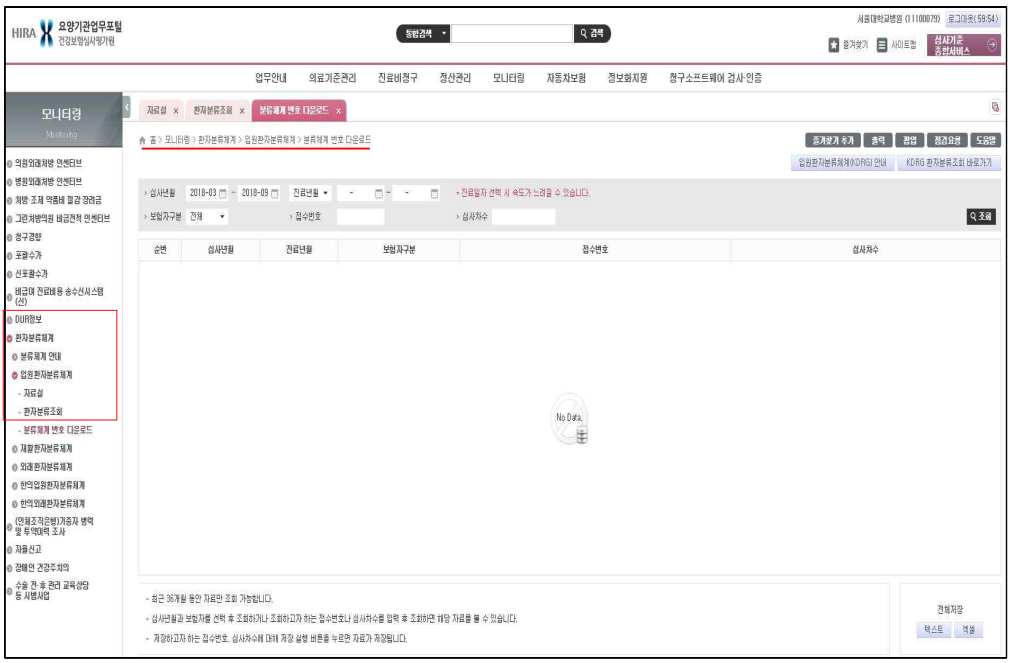
서비스	화면
입원환자 분류조회	▸ 요양기관 업무포털 서비스 ⇒ 모니터링 ⇒ 환자분류체계 ⇒ 입원환자분류체계(KDRG) ⇒ 환자분류조회 
입원환자 분류체계 번호 다운로드	▸ 요양기관 업무포털 서비스 ⇒ 모니터링 ⇒ 환자분류체계 ⇒ 입원환자분류체계(KDRG) ⇒ 분류체계 번호 다운로드 

그림2.4-15 재활환자분류체계 환자평가표 화면

서비스	화면
접수등록 /조회	▸ 요양기관 업무포털 서비스 ⇒ 진료비청구 ⇒ 환자평가표 접수 ⇒ 통합재활기능평가표 제출 ⇒ 접수등록/조회 
작성 및 제출	▸ 요양기관 업무포털 서비스 ⇒ 진료비청구 ⇒ 환자평가표 접수 ⇒ 통합재활기능평가표 제출 ⇒ 작성 및 접수 

제 5 장

건강보험 보장성 강화

Ⅰ. 건강보험과 보편적 의료보장

Ⅱ. 건강보험 보장성 강화 주요 성과



제5장 건강보험 보장성 강화

작성: 급여혁신부

Ⅰ 건강보험과 보편적 의료보장

1 개념

세계보건기구(WHO)는 「보편적 의료보장(UHC: Universal Health Coverage)」을 “모든 사람들이 필요한 양질의 의료서비스를 큰 재정적 부담 없이 이용할 수 있도록 보장하는 것”이라 정의하고 있다.

즉 모든 사람이 필수적이고 질적으로 보장된 의료혜택을 지불 가능한 수준에서 안전하고 효과적인 방법으로 차별 없이 누릴 수 있는 상태를 보편적 의료보장이라 할 수 있는데, 오늘날 사회보장제도를 운영하고 있는 대부분의 국가에서는 이러한 보편적 의료보장을 지향하고 있다.

우리나라도 의료보험제도가 처음 도입된 1963년 이래 피보험자 범위를 지속 확대해 왔으며, 마침내 1989년 전 국민을 대상으로 한 의료보험제도가 실현되기에 이르렀는데, 이로써 국내에 거주하는 모든 국민은 국가로부터 가입자 또는 피부양자의 자격을 부여받게 되어 인적 범위의 보장성 확대가 달성되었다.

이러한 바탕위에 오늘날 ‘건강보험 보장성 강화’는 인적 범위의 대상 확대를 넘어 건강보험이 급여로 하는 의료서비스의 범위를 넓혀 감으로써, 비급여에 대한 국민의 비용부담을 적정수준으로 낮추기 위한 노력을 기울이고 있다.

2 의의 및 필요성

우리나라는 각종 질병, 부상 등으로 인해 발생할 수 있는 경제적 위험에 대비하기 위하여 사회보험방식의 건강보험제도를 운영하고 있는데, 이러한 건강보험제도의 요양급여 혜택을 통해 질병의 예방과 치료 등 의료 접근성의 획기적 향상과 국민건강 증진에 기여하고 있다.

그러나 건강보험 요양급여혜택을 확대하기 위한 그 간의 지속적 노력에도 불구하고 건강보험 보장률[36]은 지난 10년간 60% 초반에 정체되어, 국민이 체감하는 의료비 보장효과는 다소 미흡하다는 지적이 있어 왔다.

보건의료 통계에 따르더라도 우리나라의 건강보험 보장률은 OECD 국가들(평균 80%)과 비교할 때 상대적으로 낮은 수준이며, 국민 직접부담 의료비 비율은 36.8%로 OECD 국가평균 19.6%의 1.9배(멕시코 40.8%에 이어 두 번째로 높은 수준)에 달하고, 특히 비급여 영역이 날로 증가하고 있어 국민의료비로 인한 가계경제의 부담 또한 커지고 있다.

나아가 재난적 의료비 발생비율이 4.49%에 달해 중증질환으로 인한 고액 의료비 발생 위험에 대비해야 할 책임이 상당 부분 국민 개개인에게 전가되어 있다.

재난적 의료비 부담의 사각지대에 놓인 저소득층은 의료비 부담위험에 크게 노출되어 있는 반면, 소득대비 건강보험 의료비 부담 상한금액 비율이 고소득층 보다 높아 이들에 대한 보호장치 마련이 시급한 상황이다.

건강보험 보장성 강화는 한정된 건강보험 재정을 비용효과적으로 집행하여 국민건강 증진을 극대화하기 위한 고도의 사회보장적 제도이다.

36 건강보험보장성강화를 측정하는 지표로 전체총진료비 중 건강보험에서 부담하는 비율을 의미

Ⅱ 건강보험 보장성 강화 주요성과[37]

1 보장성 강화 정책요약

구분	보장성 강화 정책	주요내용
2004년	건강보험 보장성 강화 시행	• 고액·중증질환 대상 본인부담액 상한제 도입
2005년	[제1차] '05~'08 건강보험 보장성 강화방안 최초 수립	• 암, 심장, 뇌혈관 등 중증질환 본인부담 경감 (10~20% 인하) • MRI, PET, 내시경 등 검사·치료에 건강보험 적용 • 입원환자 식대 보험적용
2009년	[제2차] '09~'13 건강보험 중기 보장성 강화계획 마련	• 본인부담상한제 대폭 개선 (소득수준별 한도액 차등, 1년 단위 운영) • 중증질환 본인부담 추가경감(5~10% 인하) • 치과(치석제거, 노인틀니, 치아홈 메우기)·한방분야 보험 확대
2013년	[국정과제] 4대 중증질환 보장 강화 계획 수립	• 4대 중증질환자의 필수적인 의료 서비스는 모두 건강보험 적용 ('13~'16) * 암·심장·뇌혈관·희귀난치성질환(약159만명) • 3대 비급여(선택진료비, 상급병실료, 간병비) 해소대책 마련 • 비용효과성 떨어지지만 의학적 필요가 있는 의료의 '선별급여' 적용
2015년	[제3차] '14~'18 건강보험 중기보장성 강화계획 마련 ※ 국정과제 48	• 생애주기별 필수의료 보장, 고액 비급여 해소, 취약계층 지원 위한 32개 보장 프로그램 추진
2017년	건강보험 보장성 강화 대책 발표 ※ 국정과제 44	• 비급여 해소 및 발생차단 – 치료에 필요한 의학적 비급여의 급여화 • 의료비상한액 적정관리 – 취약계층(노인·아동·여성·장애인 등) 의료비 부담 완화 • 긴급 위기상황 지원강화(재난적 의료비 지원확대)
2019년	제1차 국민건강보험종합계획 〈2019~2023〉 발표	〈4개 추진방향 및 13개 추진과제〉 • 평생건강을 뒷받침하는 보장성 강화 (1-1-1 비급여의 단계적 급여화, 1-1-8 비급여 관리 강화) • 의료의 질과 환자 중심의 보상 강화 • 건강보험의 지속가능성 제고 • 건강보험의 신뢰 확보 및 미래 대비 강화

37 국민건강보험 40년사[부분사] 보험급여 인용

2 2016년 이전의 보장성 강화 정책

가. 2000년~2004년 보장성 확대 시행

2000~2003년은 건강보험 조직 및 재정 통합 등에 따른 재정적자 문제로 보험재정 안정화가 최대의 목표였으며, 2004년 건강보험 재정 누적적자가 해소되면서부터 보장성 개선에 대한 논의가 시작되었다. 당시 「사회보장기본법」에 의거한 제2차 사회보장 장기발전계획(2004~2008)인 참여복지 5개년 계획이 발표되었고, 동 계획의 4대 추진과제 중 하나가 '재정 건실성을 유지하면서 보장성 강화를 통한 의료안전망 구축'이었다.

보장성 강화를 위해 1단계(2004~2005)로 본인부담상한제, 중증질환 보장 강화 등 재정균형 회복과정에서 재정중립하의 보장성 강화, 2단계(2006~2007)로 필수진료의 범위 정립과 단계적 급여 확대, 3단계(2008)로 필수진료에 대한 의료안전망 확보를 설정하였다.

이러한 건강보험 급여의 단계적 확대로 보험급여율(보험급여액/총진료비) 수준을 2003년 52%에서 2008년 70% 수준까지 제고하겠다는 목표를 설정하고, 2004년에 암·희귀난치질환자의 외래 본인부담률을 30~50%에서 20%로 경감하였으며, 뇌종양 감마나이프 수술 보험급여, 본인부담 상한제(6개월, 본인부담 300만원 초과 시 상환)를 실시하였다.

나. 2005년~2008년 1차 중기보장성 계획

2005년 정부는 참여복지 5개년 계획을 구체화하여 '건강보험 보장성 강화 로드맵'을 발표하고, 2005년부터 2008년까지 3조 5000억원을 투입해 건강보험 보장률을 OECD 국가평균인 70%까지 끌어올리겠다고 밝혔다. 이는 건강보험의 보장성 현황을 진단하고 4~5년 단위로 보장성 강화를 집중해야 할 분야를 발굴하여 구체적 방안을 제시한 최초의 종합계획이라는 측면에서 큰 의미를 지닌다.

1단계(2005~2008) 중기보장성 강화 정책을 펼친 결과 건강보험 보장률은 2005년 61.8%에서 2008년 62.6%로 다소 개선되었고, 주요 정책대상인 중증질환자의 보장률은 2005년 66.1%에서 2008년 69.8%로 정책효과가 뚜렷이 나타났다.

2005~2008년 사이의 보장성 강화 정책은 우리나라 건강보장 역사에서 처음 시행하는 대규모의 보장성 확대 정책이었다. 이 기간에 국민의료비가 급증하였고, 본인부담 경감효과도 컸던 것으로 분석되었다. 무엇보다도 국민건강보험이 국민들의 고액 의료비를 책임지는 사회보장제도로서의 역할을 강화하고 이를 통해 국민들의 건강 및 의료비에 대한 불안감을 해소하는 데 기여했다는 것은 눈에 보이지 않는 중요한 성과였다.

다. 2009년~2013년 2차 중기보장성 계획

1차 계획에 이어 2009년 6월에 2차(2009~2013) 건강보험 중기보장성 강화 계획을 발표하였다. 그간 보장성 강화를 위한 다양한 노력을 기울여 왔으나 아직 주요 선진국에 비해 보장성이 낮은 편이며, 비급여 항목이 많아 보장성 확대에 대한 국민 체감도가 낮고, 중증질환자의 보장성은 개선되고 있으나 약제 등 비급여 부담이 높아 지속적으로 보장성을 향상할 필요가 있다고 진단하였다. 이에 따라 보장성 목표를 '질병의 위협으로부터 국민을 보호할 수 있도록 건강보장 강화'로 정하고, 계획이 종료되는 2013년 목표보장률을 암환자 80%, 500만원이상 고액진료비 환자 85%로 설정하였다.

2009~2013년 중기보장성 강화 계획의 특징은 중증질환자의 보장성도 지속적으로 확대하면서 치과, 한방, 초음파검사 등 국민의 부담이 큰 비급여 항목에 대해 보장성을 더욱 강화한 것이다. 다만 한계점은 신의료기술 등 증가, 비급여 진료 확대 등으로 전체 보장률이 2013년 62.0%로 2008년 62.6% 수준과 비슷한 결과를 보였다는 것이다.

라. 4대 중증질환 보장 및 3대 비급여 개선 등

보장성 강화를 위한 정책은 2013년 들어 새로운 전환점을 맞이하였다. 그 해 2월 핵심과제로 '4대 중증질환 보장 강화 계획'을 제시하고, 의료비 부담이 큰 4대 중증질환의 치료에 필요한 모든 의료서비스(수술, 검사, 의약품 등)를 건강보험 급여하기로 방침을 정하였다.

4대 중증질환의 보장성을 강화하여 2013년 89.8%인 건강보험의 영역을 99.3%로 확대하고, 기존에는 비급여 대상이었던 고가의 품목을 급여대상으로 전환하여 진료비 부담을 크게 줄인다는 계획이었다. 뿐만 아니라 날로 부담이 커지고 있는 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 3대 비급여 대상에 대해서도 급여를 확대하여 재난적 의료비에서 환자 가정의 고통을 덜어주기로 했다.

이 같은 정책목표를 달성하기 위해 정부는 의학적으로 필요한 필수의료는 모두 급여화하고, 비용효과성 등은 미흡하지만 의학적 필요가 있는 의료는 선별급여로 적용하며, 4대 중증질환은 2013~2016년까지 건강보험을 확대하고 그 외의 질환은 단계적으로 보장성을 확대하기로 하였다. 2013년부터 중증질환에 집중된 보장성 강화 정책 등으로 4대 중증질환 건강보험 보장률은 2016년 80.3%로 전년('15년 79.9%) 대비 0.4%p 증가하였고, 이후 4대 중증질환의 보장률은 평균 78%(2013~2016년)로 선택진료비, 상급병실료 개선 등 중증 질환자의 의료비 경감에 실질적인 효과를 보인 것으로 나타났다.

마. 2014년 제3차 중기 보장성 강화

3차 보장성 계획은 재정소요가 큰 4대 중증질환(2013.10.), 3대 비급여(2014.3.) 등 국정과제 실행계획을 우선 확정하고, 이를 포함한 전체적인 중기 보장성 계획을 2015년 2월에 발표하였다. 동 계획의 기본 방향 중 하나로 '생애주기별 핵심적인 건강문제에 대한 필수의료 보장강화'를 설정하였는데, 이는 그간 중증질환 중심의 보장성 정책으로 나타난 질환 간 보장 형평성 문제를 해결하기 위한 노력이었다. 3차 계획의 목표를 '모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강수준 향상'으로 설정한 것도 이 때문이다.

2014~2018년 중기보장성 계획의 특징은 건강 위해성, 의료비 부담 등을 고려하여 생애주기별 주요 건강문제를 선별하여 형평적인 보장성 강화를 추구한 것이다. 또한 그동안 해결하기 어려웠던 3대 비급여(선택진료, 상급병실, 간병) 문제를 성공적으로 해결하였고, 선별급여제도 도입 등을 통해 획기적으로 비급여 문제를 개선하고자 노력한 것이다. 또한 의료비 부담 측면 이외의 의료공급 부족에 따른 접근성 문제, 건강보험 이외 의료정책과 유기적 협력 등을 통해 분만·응급의료 취약지, 중증외상 의료체계, 호스피스 완화의료, 결핵관리 정책 등 종합적으로 접근한 것은 기존 계획과의 차별점이라 할 수 있다.

마지막으로 2014~2018년 보장성 계획을 수립하기 이전에 건강보험정책심의위원회 및 소위원회에서 '보장성 강화를 위한 급여 우선순위의 결정 기준'을 마련하였다는 것이다. 각 분야 전문가 및 공단의 국민참여위원회를 통해 국민의 의견을 수렴하고 이를 바탕으로 한 논의를 통해 급여 우선순위 결정기준의 의의, 적용 범위, 급여 우선순위 결정을 위한 근본적 원칙과 6개의 결정기준을 마련하여 보장성 강화 계획에 포함한 것이다. 이는 그간 보장성 확대 과정에서 우선순위의 원칙과 기준이 부재하다는 문제점을 해결하고, 우리사회의 보장성에 대한 가치와 기준에 대한 사회적 합의를 이루어냈다는 큰 의의를 가지고 있다.

참고 | 보장성 강화 급여 우선순위 결정기준[38]

1. 의의

- 건강보험은 국민의 의료이용과 건강향상에 중추적 역할을 하고 있으나, 보장수준이 충분하지 않아 대상 확대와 동시에 고령화 등 미래변화에 대응하여 지속가능성 확보 필요
- 이를 위해 건강보험 급여의 우선순위 즉 제도의 우선적 가치를 어디에 두며 보장성을 확대할 것인가에 대한 사회적 합의 필요
- 또한, 급여 우선순위 세부원칙과 기준을 사회적 합의를 통해 확립하는 과정이 반드시 필요하며, 이 원칙과 기준에 의거 보장수준이 확대되어 나가도록 일관성 있는 관리 필요

2. 적용범위 및 대상

- '결정기준'은 건강보험 보장성을 결정하는 모든 과정에 기본적인 원칙과 기준으로 적용, 각 의사결정주체는 이 기준을 활용
  - 건강보험 중장기 보장성 강화계획 등과 같은 종합계획 수립
  - 의료행위 · 약제 · 치료재료 등의 급여 · 비급여 결정, 급여기준의 신설 · 조정 등

3. 급여 우선순위 결정기준

1) 근본원칙: 보건의료의 기본이념과 사회보험의 기본원리에 충실
   ① 인간존엄의 원칙 ② 형평성의 원칙 ③ 효율성의 원칙

2) 결정 기준의 구분
   - 급여우선순위 판단시 고려해야 하는 다양한 가치를 2개의 그룹으로 제시
     - Catagory Ⅰ: 우선적으로 고려해야 할 결정 기준
       ① 의료의 중대성(중증도, 긴급성)
       ② 치료 효과성(건강수준 향상 정도)
       ③ 비용 효과성(비용대비 효과, 경제성)
       ④ 환자의 비용부담 정도(가계부담 정도, 진료비 규모)
     - Catagory Ⅱ: 2차적으로 고려할 수 있는 기준
       ① 사회적 연대성
       ② 국민적 수용성

38 2015년 2월3일, 건강보험정책심의위원회

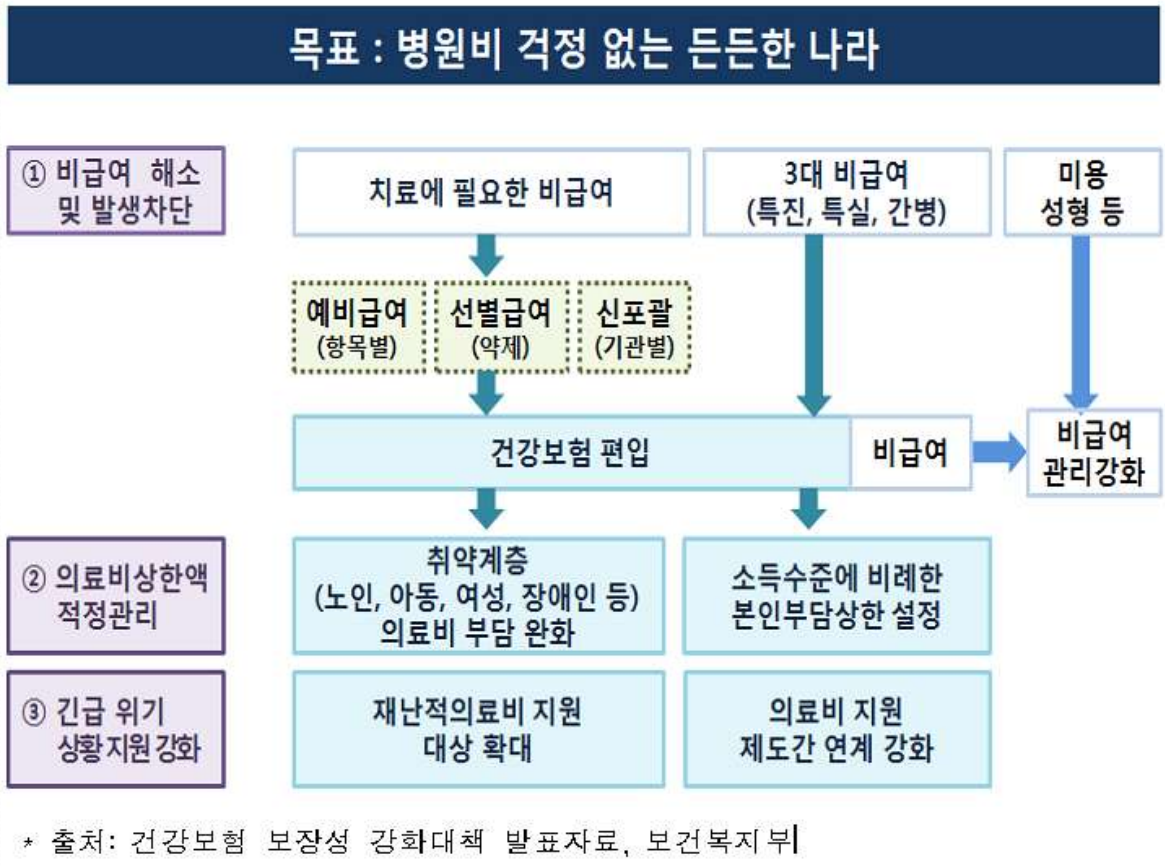
3 2017년 이후의 보장성 강화 정책

가. '의학적 비급여 전면 급여화' 대책

2017.8.9. 정부는 의학적으로 필요한 모든 비급여를 건강보험으로 보장하여 국민이 체감할 수 있는 건강보험 보장성 강화 대책을 발표하였다.

이는 건강보험 보장률을 70%로 향상(국정과제 44)하는 획기적인 대책으로 보장성 강화 대책 발표 후 언론 등에서는 이른바 '문 케어' 또는 '문재인 케어'라는 별칭으로 불리우며 사회적 반향을 받게 되었으며, 정부는 '병원비 걱정 없는 든든한 나라 만들기'를 정책목표로 설정하였다.

그림2.5-1 보장성 강화 정책방향 및 추진방안

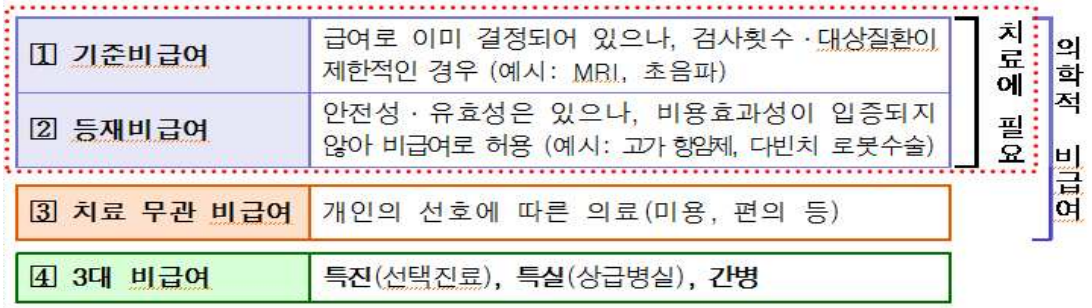


* 출처: 건강보험 보장성 강화대책 발표자료, 보건복지부

나. 비급여 해소 및 발생기전 차단

치료에 필수적인 의학적 비급여는 모두 급여화 하는 비급여의 필수 급여화를 우선으로 하되 필수급여가 어려운 경우 예비급여를 통한 급여적용을 의료계와 협의하여 단계별로 추진하고 미용·성형 등 치료와 무관한 비급여는 존치된다.

그림2.5-2 비급여 유형(기준, 등재 등)



'기준비급여의 급여화'는 건강보험은 적용되나, 적용기준이 엄격하여 비급여를 유발하는 항목에 대한 제한적 급여기준(적응증·횟수·갯수 등)을 대상으로 '17년부터 검토하여 단계적으로(~'22년) 급여기준 제한을 해소할 예정이다.

MRI·초음파의 경우 높은 비용효과성으로 모든 행위에 대한 수가가 책정되어 있으나 재정부담에 따른 기준 제한(적응증, 횟수 등)으로 비급여 규모가 크고, 국민적 요구도가 높은 점을 감안하여 단계적(~'21년)으로 급여화를 추진할 예정이다. 의약품의 경우 행위·치료재료 급여화 우선 순위를 고려하되, 약제 급여 특성(선별적 등재, 약가 협상필요 등)에 맞는 급여화를 추진할 예정이다.

'등재비급여의 급여화'는 건강보험이 적용되지 않는 치료에 필요한 의학적 비급여 항목에 대하여 국민 체감도 및 사회적 요구 등을 고려한 우선순위를 설정하고 의료계와 협의하여 단계적(~'22년)으로 급여화 추진, 주기적 재평가(3~5년마다)를 통한 관리방안 등을 마련할 예정이다.

'18년도는 '14~'18 보장성 강화계획에 따라 아동·노인 등 의료 취약계층 의료비 부담 완화를 목표로 하고 있다.

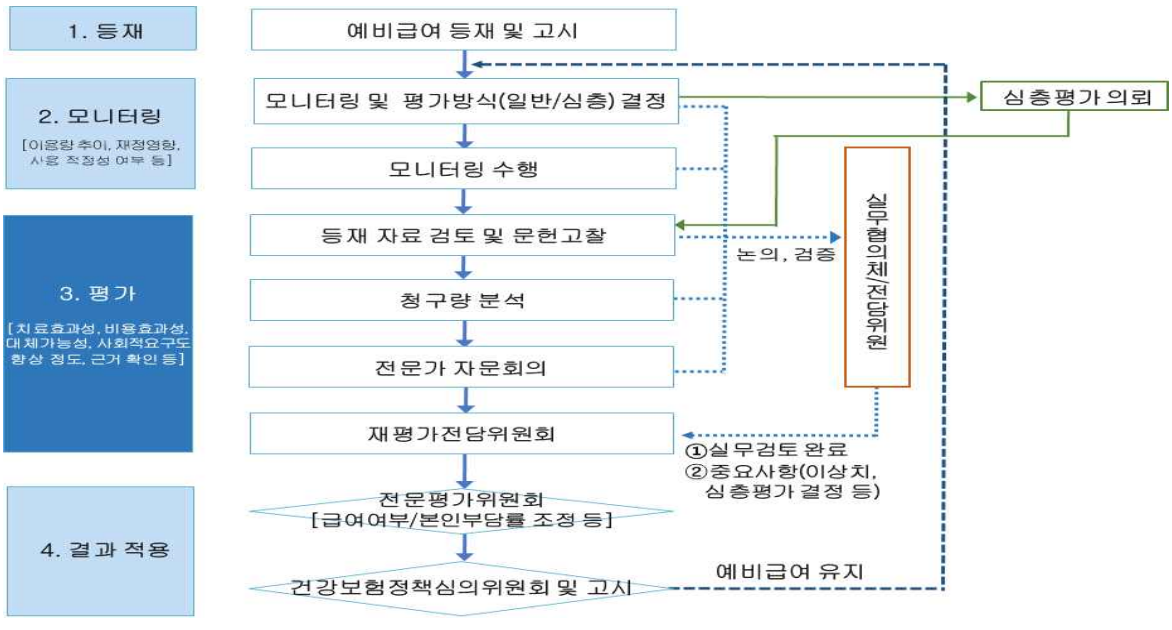
※ 국민참여위원회 실시결과('17.11.19.) ① 중증질환 ② 의료취약계층 ③ 만성질환 ④ 척추·통증치료 ⑤ 안·이비인후과질환 순

예비급여는 치료에 필요한 모든 의학적 비급여에 대하여 급여화를 추진하고, 안전성·유효성은 있으나 비용효과성이 낮은 항목은 본인부담을 높게 급여적용 (50%~90%)하고 3~5년마다 주기적 재평가를 통해 예비급여를 유지하거나 급여 전환하는 등 지속여부를 결정한다. 예비급여는 기존 선별급여와 법적근거 및 기능은 동일하나, 선별급여를 확대 발전시킨 것으로, 기존 선별급여가 4대 중증질환으로 대상을 한정하고 일부 병원에 국한되어 활용되었다면, 예비급여는 본인부담 유형을 다양화하고 적용대상 질환을 제한 없이 확대하여 보편적으로 활용하기 위한 것이다.

그림2.5-3 선별급여와 예비급여 비교



그림2.5-4 예비급여 재평가 수행절차



또한 3대 비급여의 해소를 위해 상급종합·종합병원 상급병실(2 · 3인실) 급여화('18.7.), 병원·한방병원의 상급병실(2 · 3인실)도 급여화('19.7.)하고, 선택진료 폐지('18.1.) 및 간호 · 간병통합서비스를 추진하고, 새로운 비급여 발생 최소화를 위하여 신포괄수가제 확대, 신의료기술 제도 개선 및 비급여 진료비용 공개 확대 등이 추진될 예정이다. 아울러 급여화 추진으로 요양급여비용 청구 증가, 상급병원 쏠림현상 등이 예상됨에 따라 보건의료 환경변화에 대한 적정관리를 위해 심사체계 개편, 의료전달체계 개편 등을 추진 할 예정이다.

다. 본인부담 경감 및 의료비상한액 적정관리

노인 · 아동 · 여성 등 경제적 · 사회적 취약계층의 필수적인 의료비에 대한 본인부담 경감 방안을 추진 중으로, 치매진단 신경인지검사 건강보험 적용('17.10.) 및 노인 틀니(50→30%, '17.11.), 노인치과 임플란트(50→30%, '18.7.), 노인외래정액진료비('18.1.)의 본인부담이 경감되었으며, 15세 이하 아동 입원진료비 본인부담 경감(10~20%→5% 인하, '17.10.), 충치 예방 및 치료 시 본인부담 완화 등 아동 의료비도 경감('17.10.), 1세미만 영유아 외래진료비가 총진료비의 5% 본인부담률이 적용('19.1.)되었다. 또한 만 45세 미만 여성에게 소득수준에 따라 지원하던 난임시술(인공수정, 체외수정)이 건강보험 적용('17.10.)되었고, 만45세 이상 여성에게도 선별급여 본인부담 50% 적용('19.7.)을 확대하였으며 장애인 보장구에 대하여도 건강보험 적용이 확대('18.7.) 되었다. 아울러 소득수준에 비례한 본인부담 상한액을 설정하여 경제적 능력을 감안하여 적정수준의 의료비를 부담하도록 소득하위 50% 계층에 대한 건강보험 의료비 상한액을 연소득 10% 수준으로 인하('18.1.)하였다.

라. 재난적 의료비 지원 제도화를 통한 긴급 위기상황 지원 강화

의료안전망으로서의 기능강화를 위해 4대 중증질환에 대해 한시적으로 시행하던 재난적 의료비 지원 사업을 제도화 하여('18.7), 소득 기준 하위 50% 이하 대상은 질환의 구분 없이 의료비를 일부 지원받을 수 있게 되었으며, 지원기준을 다소 초과하더라도 질환의 특성, 가구의 여건 등을 고려하여 지원이 필요한 경우 개별심사를 거쳐 지원받을 수 있게 되었다.

4 비급여 관리[39]

비급여는 국민건강보험법 제41조제4항에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 사항 또는 의료급여법 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항으로 환자가 비용을 모두 부담하며 의료기관이 자체적으로 가격을 정하므로 병원마다 다를 수 있다.

이러한 비급여의 발생 억제를 위해 신의료기술로 진입하는 치료에 필요한 의료는 급여 또는 예비급여로 적용('18~, 계속)하고, 비급여 항목의 정확한 실태 파악 및 지속적 모니터링 등을 위해 비급여 항목을 체계적으로 분류하고, 표준화하여 신규 발생 및 현재 유지되는 잔존 비급여 항목에 대한 관리 강화를 추진하고 있다.

의료소비자의 알권리 강화를 위해 비급여 진료비용 공개 항목 및 공개 내용을 환자에게 필요한 정보 위주로 개선하여 추진하고 있다. 비급여 진료비용 공개 항목은 '13년 29항목을 시작으로 '20년 현재 564항목으로 지속 확대하고, '21년부터는 공개 대상기관을 병원급에서 의원급까지 전체 요양기관으로 확대할 예정이다.

비급여 진료비용 공개 내용은 환자의 의료이용에 실질적 도움이 될 수 있도록 비급여 항목별 가격 공개에서 급여·비급여 통합 상병별· 수술별 총진료비 공개로 개선 검토 하고 있으나, 비급여 자료 확보를 위한 비급여 진료비용 조사를 통한 자료수집 등 단계적 추진 등 방안 마련이 전제되어야 한다.

또한 '21년부터 비급여 진료 전에 비급여 제공 항목과 가격을 설명하는 사전설명 제도를 추진할 계획이다.

39 제1차 국민건강보험종합계획에서 부분 인용

참고 | 연도별 보장성 강화 주요 추진 현황

□ ~ 2000년

- '96. 1. CT(전산화 단층촬영)
- '97. 1. 장애인용 지팡이, 저시력보조기, 보청기, 전기후두
- '98. 1. 지체장애인용 목발 및 휠체어, 시각장애인용 흰지팡이
- '99.10. 의지, 보조기, 콘택트렌즈, 의안

□ 2000년 ~ 2009년

- '03. 1. 제대혈조혈모세포이식
- '04. 1. 임상전기생리학적검사 등 10개 항목, 감마나이프 등 뇌정위적 수술
- '05. 1. 암, 뇌혈관계질환, 간질, 뇌염증성질환, 척수염 등 MRI 보험 급여
- '05.10. 희귀난치성질환자용 의약품, 만성 B형 간염 치료제 보험급여 확대
- '06. 6. 내시경수술재료 보험급여, PET(양전자방출단층촬영), 입원환자 식대 급여
- '07. 7. 본인부담상한제 확대(300만원→200만원), 6세미만 외래 본인부담 경감
- '08.12. 백혈병 골수 이식 급여기준 확대, 출산전 진료비 지원(20만원)
- '09. 7. 희귀난치성질환자 본인부담 경감(20%→10%)
- '09.12. 암환자 본인부담 경감(10%→5%), 치아 홈메우기 및 한방물리요법 급여

□ 2010년 ~ 2019년

- '10.10. 항암제 보험급여 확대(병용투약 항암제, 유방암 치료제 등), 희귀난치 치료제 보험급여 확대(만성 B형간염치료제, 건선·류마티스치료제, 빈혈치료제)
- '11. 1. 항암제 넥사바정 급여 확대(신장암 → 신장암, 간암), 폐계면 활성제 급여 확대(미숙아(1,250g, 임신 30주미만)에 조기요법 인정)
- '12. 7. 75세 이상 노인틀니(완전틀니) 급여화(본인부담 50%)
- '13.10. 4대 중증질환자 초음파 급여적용, MRI 검사 급여확대(심장질환, 크론병)
- '14. 8. 선택진료 추가비용 산정비율 축소 적용(20~100% → 15~ 50%), 풍선 소장내시경 검사 및 심근생검 검사 급여적용, F-18 Bone PET '선별급여' 적용
- '15. 4. 뇌자기파 지도화검사, 유발 뇌자기파 기능적지도화 검사, 유방재건술, 1회용 초음파·전파절삭기(관혈적) '선별급여' 적용
- '15.10. 재적 시술시 색전적출용 재료 '선별급여', 요도 금속스텐트 건강보험 적용
- '16. 2. 바이오리엑턴스 비침습적 심박출량감시법 '선별급여' 적용
- '16. 4. 수술 후 유착방지제 및 내시경 통한 자가혈관채취용 재료 '선별급여' 적용
- '16. 8. 혈소판복합기능검사, 엑록사틴주(대장암치료제) 등 20개 항목 급여확대, 피부봉합용봉합기, 흡인용 카테타 선별급여확대
- '16.11. 유전성 대사질환 진단검사 9항목, 전정유발근전위검사 등 12항목 급여확대, 인간부고환단백4 등 7개 항목 선별급여 확대 적용
- '17. 1. 임신부 외래 본인부담률 종별 20%p씩 인하, 내시경 세척 소독료 신설
- '17. 3. NGS 유전자검사, 경피적 좌심방이폐색술 '조건부 선별급여' 적용
- '18. 4. 보육기 등 36개 항목 급여기준 제한 해소, 상복부 초음파 건강보험 적용

- ’18. 7. 상급병실(상급종합병원 · 종합병원) 2 · 3인실 건강보험 적용, 노인임플란트 본인부담률 인하(50%→30%), 장애인 보장구(욕창예방방석 및 이동식 전동리프트) 급여대상자 확대, 재난적의료비 지원제도 시행
- ’18.10. 뇌 · 혈관(뇌, 경부) · 특수검사 MRI 건강보험 적용
- ’19. 2. 콩팥 등 하복부 · 비뇨기 초음파 건강보험 적용
- ’19. 5. 눈 · 귀 · 안면 검사 MRI 건강보험 적용
- ’19. 7. 병원 · 한방병원 상급병실(2 · 3인실), 응급 · 중환자 초음파 건강보험 적용
- ’19. 1. 1세 미만 아동 외래진료비 본인부담 인하(21~42%→5~20%), 임신·출산 진료비 지원금액 인상(일태아 50→60만원, 다태아 90→100만원) 및 대상 확대(임산부 의료비→임산부 및 1세미만 영유아 의료비)
- ’19. 2. 신장·방광 등 하복부, 비뇨기 초음파 건강보험 적용
- ’19. 3. 구순구개열 치아교정 건강보험 적용
- ’19. 4. 추나요법 건강보험 적용
- ’19. 5. 두부, 경부 MRI 건강보험 적용
- ’19. 7. 응급·중환자 및 수술전 초음파 건강보험 적용
  임신·출산진료비 지원대상 확대, 난임치료시술 건강보험 적용 확대
- ’19. 9. 전립선 등 남성생식기 초음파 건강보험 적용
- ’19.11. 복부, 흉부 MRI 건강보험 적용
- ’20. 2. 여성생식기(자궁,난소 등) 초음파 건강보험 적용
- ’20. 9. 안(눈) 초음파 건강보험 적용

제3부

심사 및 평가

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

제 1 장 요양급여비용의 심사

제 2 장 수탁심사

제 3 장 현지조사

제 4 장 요양급여의 적정성 평가

제 5 장 고객서비스 제공

제 1 장

요양급여비용의 심사

Ⅰ. 심사의 개요

Ⅱ. 심사 방법

Ⅲ. 사전 예방 사업

Ⅳ. 권리구제

Ⅴ. 진료심사평가위원회

Ⅵ. 분석심사



제 1 장 요양급여비용의 심사

Ⅰ 심사의 개요

작성: 심사총괄부

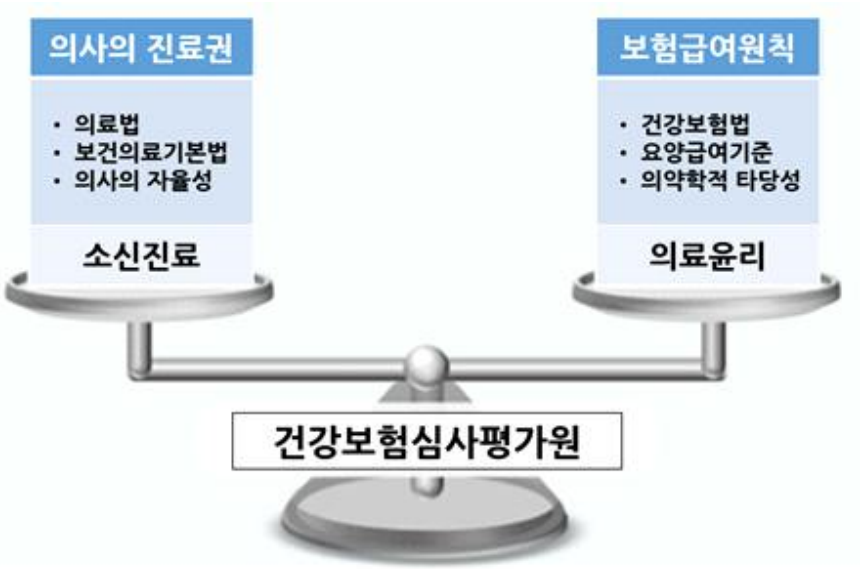
1 정의 및 필요성

요양급여비용의 심사는 요양기관에서 환자를 진료하고 청구한 요양급여비용이 정확하게 청구되었는지, 의약학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 이루어졌는지, 국민건강보험법령에서 정한 요양급여비용 산정기준에 따라 산정되었는지 여부 등을 객관적으로 공정하게 검토·확인하여 요양기관에 지급할 비용을 결정하는 것으로 부적절한 비용지출을 방지하고 국민의료의 질 향상과 비용의 적정성을 도모하는데 그 의의가 있다.

현재 건강보험 지불제도는 '행위별 수가제(fee-for-service)'로서 양질의 의료서비스가 가능한 반면, 진료량의 증가가 수반될 가능성이 높기 때문에 환자에게 적정 의료제공과 진료비용 청구질서를 확립하여 국민의 건강을 향상시키고 보험재정을 보호하기 위하여 균형적 시각에서 심사가 필요하다.

※ 행위별 수가제(fee-for-service)란?
진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고 의료인이 제공한 진료행위마다 항목별로 가격을 책정하여 진료비를 지급하는 제도로 우리나라는 의료보험 도입 당시부터 이 방식을 진료비 지불방식으로 채택하고 있다.

그림3.1-1 보험급여 원칙과 심사의 균형성



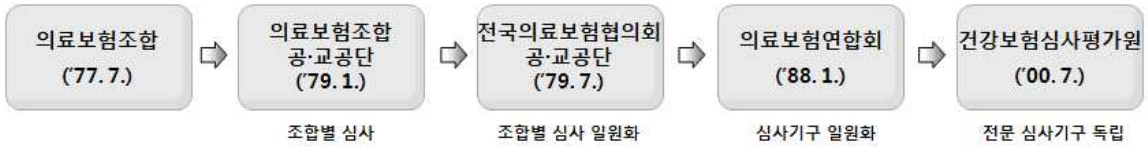
2 법적근거

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등)
  - 「국민건강보험법 시행규칙」 제19조(요양급여비용의 청구 등)
  - 「국민건강보험법 시행규칙」 제20조(요양급여비용의 심사·지급)
- 「국민건강보험법」 제63조(심사평가원의 업무 등)
  - 요양급여비용의 심사
  - 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무

3 연혁

가. 심사 주체

그림3.1-2 심사 주체의 변화

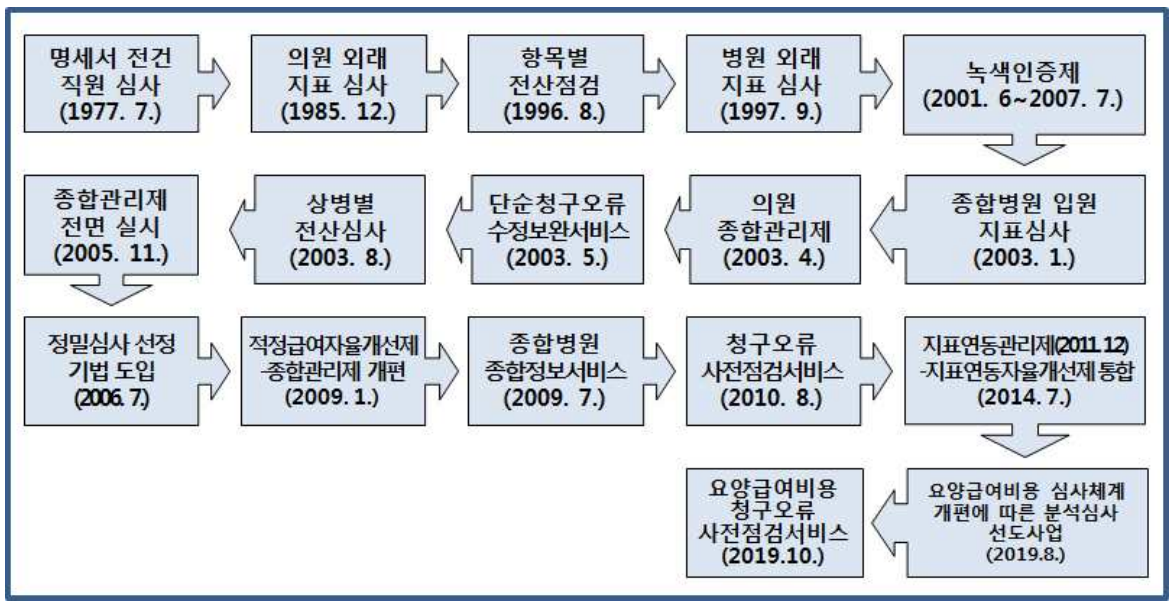


그간 보험자별로 이루어지던 요양급여비용 심사기구가 1988년 1월에 일원화되었으며, 2000년 7월 전문 심사기구인 심사평가원이 설립되어 심사·평가업무를 전담하고 있다.

나. 심사방법의 발전

심사의 공정성·전문성·수용성 향상을 위해 지속적으로 심사방법을 개발, 발전시키고 있다.

그림3.1-3 심사방법의 발전



다. 심사 관련 제도 변화

- 1996. 7. 진료비 전산매체(디스켓) 청구 전국 확대
- 1997. 2. DRG(포괄지불제도) 시범사업 실시
- 1999. 7. 진료비 EDI 청구 전국 확대
- 2000. 7. 의약분업 실시
- 2001. 1. 상대가치점수제(RBRVS) 도입
- 2003. 4. 의약단체 대행 청구제 도입
- 2005. 1. 약국 청구명세서 처방전별 작성 실시
- 2005. 4. 공공기관 의뢰건 진료비 심사
- 2005. 7. 노숙자 등 국가부담 무료진료비 심사
- 2005.10. 보훈환자 위탁진료기관 진료비 심사
- 2007. 7. 의원급 외래 청구명세서 일자별 작성 실시
- 2008. 1. 요양병원형 수가제도 도입, 신(新)상대가치제 실시
- 2008.10. 보훈환자 5개 보훈병원 진료비 심사 수탁
- 2009. 4. 신(新)포괄지불제도 시범사업 실시
- 2010.12. 의약품처방·조제 지원서비스(DUR) 전국 확대 실시
- 2011. 7. 진료비청구 포털서비스 실시
- 2012. 1. 병원급 이상 외래 청구명세서 일자별 작성 실시
- 2012. 7. 7개 질병군 포괄수가제(DRG) 당연 적용(병원, 의원)
- 2013. 7. 7개 질병군 포괄수가제(DRG) 당연 적용 확대(종합병원)
- 2013. 7. 청구 실명제(청구명세서 의사, 약사 면허번호 등 기재) 도입
- 2013. 7. 자동차보험 진료비 심사 수탁
- 2015. 7. 완화의료 요양급여비용 진료비 심사
- 2019. 8. 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 전부 개정
- 2019. 8. 요양급여비용 심사체계 개편에 따른 분석심사 선도사업 도입
- 2019.10. 정보통신망을 이용한 요양급여비용 청구오류 사전점검서비스 운영
- 2020. 9. 「심사제도운영위원회운영규정」제정
- 2020.10. 심사제도운영위원회 구성

4 심사의 원칙 및 기준

가. 심사의 원칙

- 요양급여비용 심사는 「국민건강보험법 시행규칙」 제20조에 의하되, 그 심사청구 내역을 요양기관, 질병명, 진료분야, 청구항목 단위 등으로 분석하고 적정한 심사방법을 정하여 공정하고 타당하게 심사하여야 한다.
- 요양급여비용이 「의료법」 등 보건의료관계법규, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 및 「요양급여비용 산정기준」 관련 보건복지부 법령 및 고시 등에 의해 적정하게 산정되었는지 여부를 심사한다.
- 요양급여비용의 심사를 함에 있어 의학적 타당성은 별도의 전문심사위원회의 전문적인 판단을 거칠 수 있다.

나. 심사의 기준

요양급여비용은 다음 각호에 정한 기준에 의하여 심사한다.

- 「의료법」, 「의료기사 등에 관한 법률」, 「응급의료에 관한 법률」, 「보건의료기본법」, 「약사법」, 「마약류 관리에 관한 법률」 등 보건의료관계법규
- 「국민건강보험법」 제41조에 따른 요양급여기준
  - 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(보건복지부령)
  - 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(고시)
  - 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」(고시)
  - 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(심사평가원장 공고)
- 「국민건강보험법」 제45조 및 제46조에 따른 요양급여비용의 산정내역(고시)과 보건복지부장관이 정한 요양급여비용의 산정지침(고시)
  - 건강보험요양급여비용의 내역
  - 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
  - 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준
  - 약제 급여목록 및 급여상한금액표
  - 한약제재 급여목록 및 급여상한금액표
  - 치료재료 급여·비급여목록 및 급여상한금액표 등

- 「국민건강보험법」 제63조제1항제5호의 규정에 의해 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용 심사에 관하여 위탁받은 경우에는 그 법령 및 기준
- 보건복지부 행정해석 및 각종 행정지시
- 심사평가원장이 진료심사평가위원회 또는 전문심사위원회의 심의를 거쳐 정하여 공개한 심사지침

5 심사처리절차

요양기관으로부터 진료비 청구 명세서가 '접수'되면, 필수기재사항이나 단가, 코드 등의 착오가 있는지 '전산점검'을 하고, 인공지능 전산프로그램에 의한 '전산심사'를 한다. 이 중 심사기준 적합여부 및 전문의학적 판단이 필요한 경우 심사직원이 직접 심사하는 '전문심사' 단계를 거쳐 심사결정 된다.

'심사결과'는 요양기관과 공단에 통보되며, 공단은 심사결정된 금액을 요양기관에 지급한다. 진료비 지급 후 심사단계에서 확인할 수 없는 수진자별 누적이 필요한 항목 등에 대하여 '심사사후관리'를 하고 있다.

Ⅱ 심사 방법

1 청구명세서 접수

작성: 청구관리부

가. 청구명세서 접수

요양기관에서 진료 후 그 비용을 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 정보통신망(EDI, 포털서비스, 인터넷 등), 전산매체(디스켓, CD 등), 서면 중 한 가지 방법을 선택하여 청구하며, 심사를 담당하는 심사평가원 본·지원으로 접수한다.

1) 입원진료

입원진료의 경우 요양급여내역을 동일한 명세서에 통합하여 작성하며 퇴원일이 속한 다음주 월요일부터 정보통신망으로 청구할 수 있다.

단, 서면 또는 전산매체의 경우 퇴원일이 속한 다음 달 초일부터 청구한다.

2) 외래진료

외래진료의 경우 청구매체 구분 없이 요양급여내역을 방문일자별로 작성하여 방문일이 속한 다음주 월요일부터 주단위 또는 월 단위로 구분하여 청구할 수 있다.

그림3.1-4 진료비심사 지역별 관장



나. 정확한 요양급여비용 청구 유도를 위한 접수 후 수정 · 보완 서비스

'접수 후 수정 · 보완 서비스'는 심사평가원이 청구명세서를 접수하는 과정에서 확인되는 기재 착오 등 청구오류건을 심사에 들어가기 전에 요양기관이 스스로 수정 · 보완할 수 있도록 제공하는 서비스(접수 후 2일의 기간 내에 수정 · 보완)로 2003년부터 운영 중이다.

※ 관련 근거: 「요양급여비용 심사 · 지급업무 처리기준」 제3조

그림3.1-5 접수 후 수정 · 보완 서비스 처리절차



2 전산심사

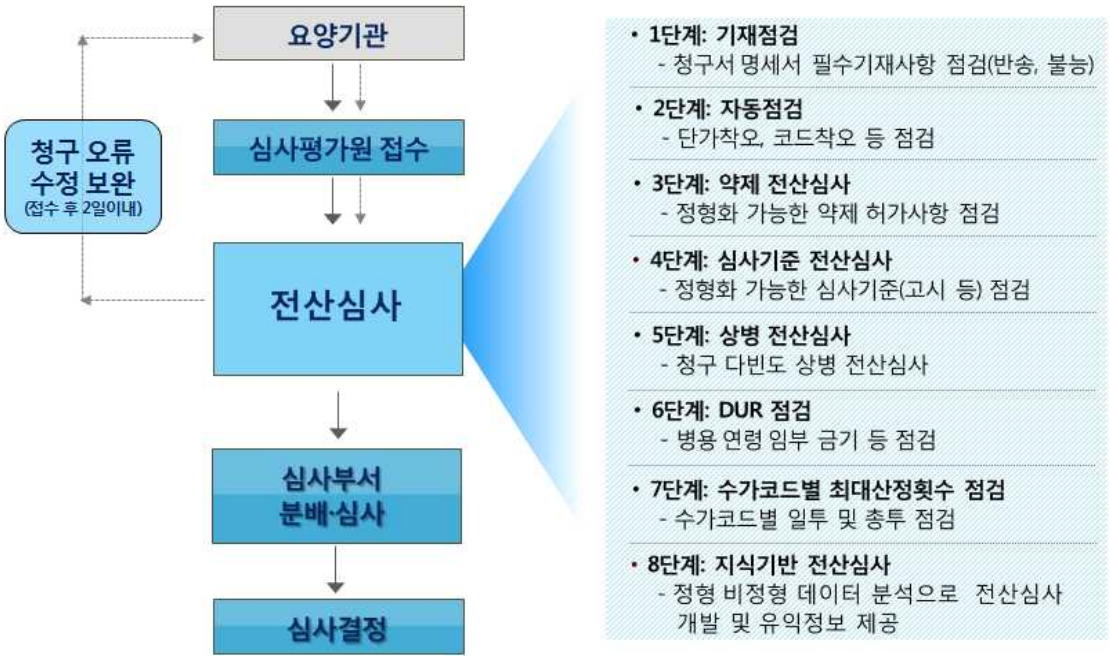
작성: 청구관리부
전산심사부

가. 개요

접수된 모든 청구명세서는 전산프로그램을 통해 필수기재사항 점검, 수가코드 · 단가 착오 점검, 정형화가 가능한 심사기준의 점검 및 약제의 허가사항 초과 등 전산 심사를 거친다.

전산심사는 기재점검, 자동점검, 약제 전산심사, 심사기준 전산심사, 상병 전산심사, DUR 점검, 수가코드별 최대산정횟수 점검, 지식기반 전산심사의 8단계 유형으로 구분된다.

그림3.1-6 전산심사 업무 흐름도



나. 세부내용

1) 기재점검

접수단계에서 요양급여비용 심사청구서·명세서의 필수 기재사항의 누락·착오 등을 미리 점검하여 심사청구서 단위로 반송하거나 명세서를 심사불능 또는 메시지 처리하는 점검 단계이다.

2) 자동점검

명세서 진료내역의 줄 단위로 행위 · 치료재료 · 약제 수가 마스터 및 요양기관 현황 테이블 등과 연계하여 단가산정착오(A), 삭제코드산정(B), 산정코드 및 코드구분 착오(K), 장비 미신고 여부 점검(R), 일투 · 총투 비교 계산금액 착오(D) 등을 점검한다.

명세서 단위로 요양급여비용총액착오(TD), 비급여대상 진료(TE), 약국 의약분업 예외기관 오류점검(TU) 등을 점검한다.

3) 약제 전산심사

- 요양기관이 진료·처방한 약제에 대해 식약처 허가사항(효능·효과, 용법·용량) 또는 약제 심사기준 인정 범위 초과 여부를 점검하는 단계이다.
- 세부 내용

점검 대상	점검 항목	점검 결과
• 급여등재 의약품 중 '18.12. 현재 17,130품목	• 약제 허가사항 범위 초과 – 효능·효과, 용법·용량 등 • 약제 급여기준 인정범위 초과 –「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」의 세부인정기준 등	• 인정범위 초과 시 심사조정 • 심사자 확인 메시지 제공

4) 심사기준 전산심사

- 청구명세서의 행위 수가 및 치료재료에 대하여 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수, 보건복지부 고시, 행정해석, 심사지침 등의 내용 중 정형화가 가능한 부분을 전산 프로그램화하여 심사조정 또는 심사직원이 참고할 수 있는 메시지를 제공하는 점검 단계이다.
- 세부 내용

점검 대상	점검 항목	점검 결과
• 행위·치료재료 관련 심사기준 중 정형화가 가능한 사항	• 심사기준 관련 횟수 초과, 연령 초과, 전문의 자격 등	• 인정 기준 초과 시 조정 • 심사자 확인 메시지 제공

5) 상병 전산심사

- 외래 청구건 중 단순, 다빈도 질병을 중심으로 상병 분야별 청구명세서를 대상으로 청구내역의 행위수가, 치료재료, 약제와 관련된 심사기준을 정형화하여 적용기준 적합성 여부를 명세서 단위로 점검하는 단계이다.
- 세부 내용

점검 대상	적용 항목	적용 결과
• 소화계통의 질환 분야 등 총 20개 분야 329개 주상병('19.10.현재)	• 행위·약제·치료재료 항목별 전산심사 적용기준 초과 여부	• 적용기준 초과 항목 심사조정 • 심사자 확인 메시지 제공

6) DUR(Drug Utilization Review) 점검

- 식품의약품안전처 허가사항 및 보건복지부 고시에 따라 의약품 간 병용금기, 특정 연령금기, 임부금기 성분 약제에 대해 투여 위반 여부를 점검하는 단계이다.
- 세부 내용

점검대상	점검 항목	점검결과
병용금기	두 가지 이상의 의약품을 함께 사용할 때 한 의약품의 작용으로 다른 의약품이 영향을 받아 매우 심각한 부작용의 위험이나 약효의 감소로 인한 치료 실패가 우려되어 같은 환자에게 동시에 처방 · 조제 되어서는 안 되는 의약품의 조합	• 위반 시 조정 • 심사자 확인 메시지 제공
연령금기	약물의 흡수, 분포, 대사, 배설능력 혹은 성장과정에 미치는 영향 등으로 인해 일부 연령대(소아 등)에서 심각한 부작용을 유발하거나 안전성이 확보되지 않아 처방 · 조제 되어서는 안 되는 의약품	
임부금기	태아에게 매우 심각한 부작용(태아 기형 및 태아독성)을 유발하거나 유발할 가능성이 높으므로 치료의 유익성이 위해성을 더 상회한다는 명확한 임상적 근거 또는 사유가 없으면 임부에게 처방 · 조제되어서는 안 되는 의약품	

7) 수가코드별 최대 산정 횟수 점검

- 요양기관의 전산입력 착오 등 청구착오 가능건의 심사누락 최소화를 위해 수가코드별 최대 일투 및 총투 횟수를 정하여 초과 여부를 점검하는 단계이다.

8) 지식기반 전산심사

- 요양기관이 청구명세서에 기재한 텍스트를 포함한 청구자료 등의 정형·비정형 심사정보를 분석하여 여러 단어의 텍스트를 조합 또는 판독을 통해 보다 정밀한 전산점검을 시행하는 단계이다.
- 세부 내용

점검 대상	적용 항목	적용 결과
• 행위·치료재료 관련 심사기준 중 특정내역 기재사항	• 행위·약제·치료재료 항목별 전산심사 적용기준 초과 여부	• 적용기준 초과 항목 심사조정

3 전문심사

작성: 심사총괄부

가. 정의

전문심사는 청구된 명세서를 심사직원이 직접 심사하는 방법으로 심사기준의 적합 여부에 대한 전문의학적 판단이 필요한 경우 심사위원 심사 또는 심사위원회 심의를 의뢰하게 되며, 진료내역 확인이 필요한 경우는 현지확인 심사를 실시할 수 있다.

나. 심사직원 심사

심사직원은 요양기관의 청구경향을 파악하고, 수가·약가 등 일반사항 심사 및 요양급여비용 청구방법과 산정지침 등 심사기준에 맞게 산정되었는지 여부를 심사한다. 심사기준 적합 여부 심사 후 전문적인 의약학적 판단이 필요한 경우 또는 고액 진료비 등은 심사소견을 첨부하여 심사위원 심사 또는 심사위원회 심의를 의뢰한다.

다. 심사위원 및 전문심사위원(Peer Review)심사

진료심사평가위원회 및 전문심사위원회 위원은 심사직원이 의뢰한 기관별 또는 사례별 심사 대상 건에 대하여 심사직원의 심사소견 및 급여기준, 진료경향 등을 고려하여 전문의학적 판단에 따라 의학적 타당성 여부를 심사한다. 심사위원은 청구명세서 심사를 위하여 필요시 심사자료 요청심사, 면담심사 및 현지확인 심사를 실시할 수 있다.

※ 전문심사위원(Peer Review)
진료과목 또는 전문분야별 의료현장에 재직하고 있는 비상근 심사위원으로, 심사의 전문성과 공정성 제고를 위하여 전문심사위원 제도를 운영한다.

1) 심사자료 요청 심사

요양기관으로부터 제출받은 자료만으로 심사가 곤란하다고 판단되는 경우에는 청구명세서와 관련된 진료기록부, 수진자에게 발행된 진료비계산서 사본 등 요양급여비용 심사에 필요한 자료

(심사자료)를 해당기관에 요청하여 확인한 후 심사한다.

※ 심사자료 심사결과 진료내용이 청구내용과 상이한 경우 등 청구내용의 확인이 필요한 경우요양급여비용 심사·지급업무 처리기준 제7조에 따라 가입자 또는 피부양자에 대하여 진료사실 등을 확인할 수 있다.

2) 면담심사

서류만으로 심사가 곤란하다고 판단되는 경우, 해당 요양기관의 협조 하에 진료담당의사의 설명을 듣거나 진료내용에 대하여 협의 등 의견을 청취하는 면담심사를 실시한다.

명세서의 심사를 위하여 필요하다고 판단되는 경우, 해당 요양기관의 협조 하에 진료담당의사의 설명을 듣거나 진료내용에 대한 협의를 위해 면담을 할 수 있다.

3) 현지확인 심사

요양기관으로부터 제출받은 자료 및 통보받은 요양기관현황 등 요양급여비용 산정내역에 대한 사실여부를 확인할 필요가 있다고 판단되는 경우, 「국민건강보험법 시행규칙」 제20조제1항 따라 해당 사항에 대하여 요양기관에 방문하여 확인한 후 심사한다.

라. 심사위원회 심사

심사위원은 전문심사건 중 단독결정이 곤란하거나 전문의학적으로 심사위원회에서 심의가 필요한 경우, 심사기준의 해석 또는 심사위원 간에 심사의 통일을 기할 필요가 있는 사항 등은 심사위원회에 심의 의뢰하여 결정한다.

4 심사금액결정 및 결과통보

작성: 청구관리부

가. 심사금액결정

1) 개요

요양기관이 청구한 요양급여비용총액, 본인일부부담금, 청구액에서 심사조정금액을 반영한 요양급여비용 지급을 위한 심사결정금액을 생성하여 요양기관, 국민건강보험공단 및 보훈공단에 통보하는 일련의 과정이다.

2) 법적근거

- 「국민건강보험법」 제44조, 제47조 및 같은법 시행령 제19조제1항, 시행규칙 제13조 등
- 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」
- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」
- 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」
- 「한국보훈복지의료공단법」 및 같은법 국가보훈처 고시
- 「국가유공자 등 위탁진료병원 진료비 및 약국약제비 청구·심사·지급 등 업무처리기준」 등

3) 심사금액결정에 영향을 미치는 요인

본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 및 장기등 이식에 관한 법률 등과 관련한 특정기호, 공상 등 구분, 종별구분 등에 따라 본인일부부담금 및 지원금 등을 결정한다.

나. 심사결과 통보

1) 개요

수진자 및 보험자가 부담해야 할 심사결정금액과 수진자별 조정금액, 조정사유 등 심사결과를 기재한 '요양급여비용심사결과 통보서'를 국민건강보험공단, 보훈공단 및 요양기관에 송부하며, 이 자료를 근거로 국민건강보험공단 및 보훈공단은 요양기관에 비용을 지급, 요양기관은 심사결과를 확인할 수 있다. '요양급여비용 심사결과 통보서'의 심사결과조정내역이 있는 경우에는 항목별, 사유별 세부내역과 구체적인 조정근거를 요양기관에 통보하여야 한다.

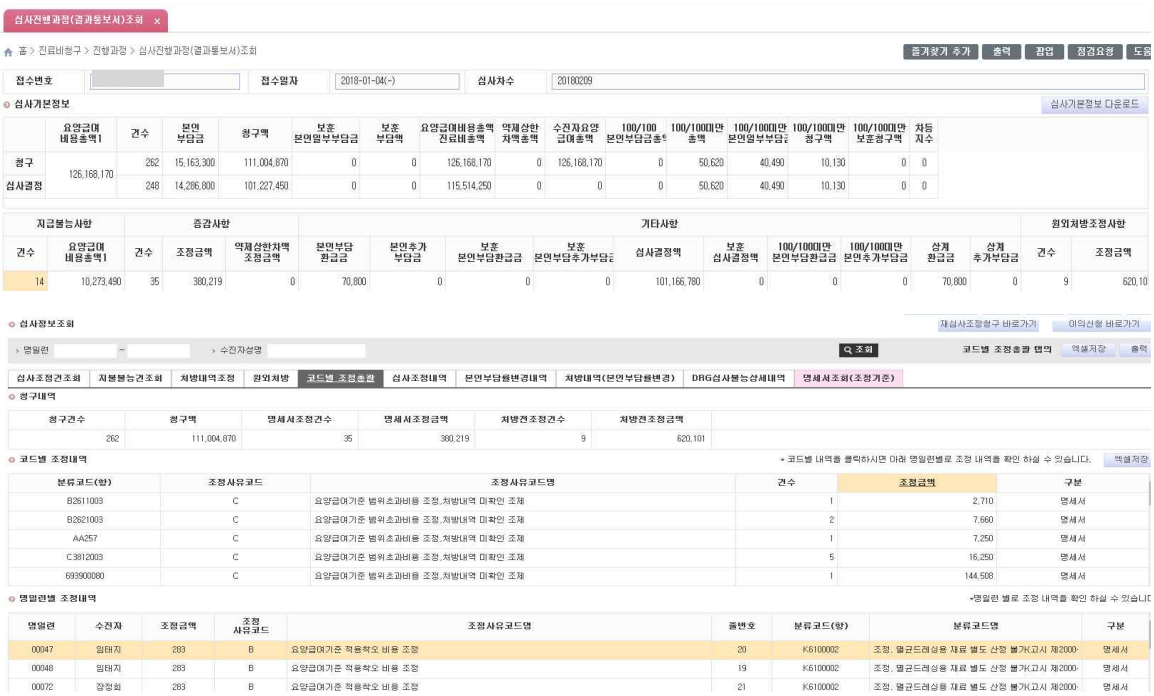
2) 법적근거

- 「국민건강보험법 시행규칙」 제22조(정보통신망 등에 의한 통보)
  - 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령에 해당하는 전자문서 서식
  - 요양급여비용 심사·지급업무 처리기준 [별지 제3호 서식] 요양급여비용심사결과통보서 (서면서식)

3) 심사결정내역 조회

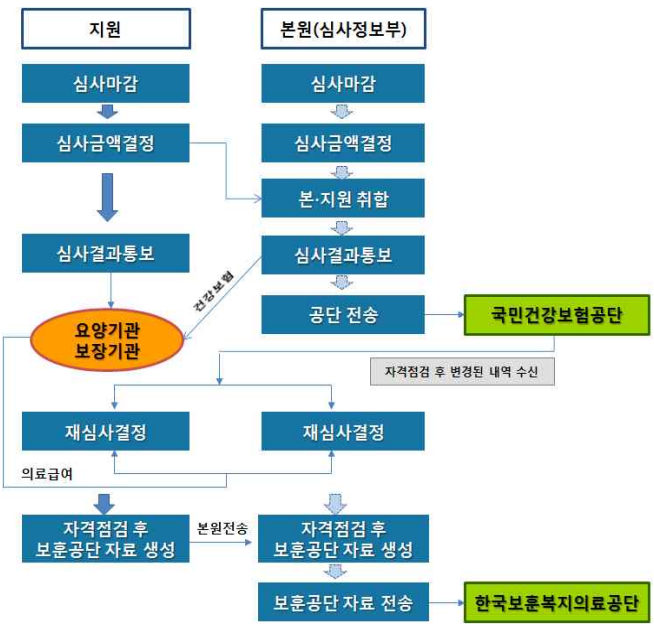
요양기관은 요양기관업무포털 심사진행과정 조회 화면에서 심사결정내역에 대한 접수번호별

심사기본정보를 확인할 수 있으며, 심사조정건, 지급불능건, 처방내역조정, 원외처방조정, 심사조정코드별 분류코드 등 세부내역을 확인할 수 있다.



다. 심사결정 업무 흐름도

그림3.1-7 심사금액 결정 및 결과통보 업무 흐름도



5 심사 사후관리

작성: 심사관리부

가. 개요

심사사후관리는 관련 법령과 급여기준 등이 명확하게 고시되어 있으나 수진자별, 진료기간별 또는 요양기관 간 연계 확인이 필요하여 심사단계에서는 확인이 곤란한 한 건을 대상으로 한다. 또한 요양급여비용 지급 후 심사 재점검하여 사후정산 및 그 결과를 피드백하고 심사과정에 반영함으로써 심사의 정확성과 보험재정 지출 건전화를 제고하고 요양기관의 올바른 청구를 유도하는데 목적을 두고 있다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 제2항, 제3항 및 제4항
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제20조(요양급여비용의 심사·지급) 제1항 및 제4항
- 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제4조의2(요양급여비용의 심사방법 및 절차 등) 제3항 제3호·5호
- 「심사사후관리 업무처리규정」

다. 사후관리 대상 및 업무 흐름도

1) 심사사후관리 대상

요양급여비용 지급 전 심사단계에서 수진자별로 요양급여 실시횟수나 기간 등을 제한하거나 요양기관간 연계 확인이 필요한 사항 등을 중심으로 그 타당성을 검토하여 사후관리 항목으로 선정하여 점검·환수하고 있으며, 주요 대상 항목은 다음과 같다.

가) 수진자별로 연 단위 또는 월 단위 등 누적관리가 필요한 항목

골밀도검사 산정횟수, 비자극검사 산정횟수, 헤모글로빈A1C 검사횟수, 베일리영아발달측정검사 횟수, 치석제거 재실시 기간별 수기료 산정

나) 중복청구 등 수진자별 관리가 필요한 항목

동일성분의약품 중복처방, 입원진료비용 중복청구, 자보·건보 중복청구, 의료급여 정신과 입원환자 조제·복약지도료 중복청구, 치과임플란트 중복청구 등

다) 요양기관 간 연계 확인이 필요한 항목

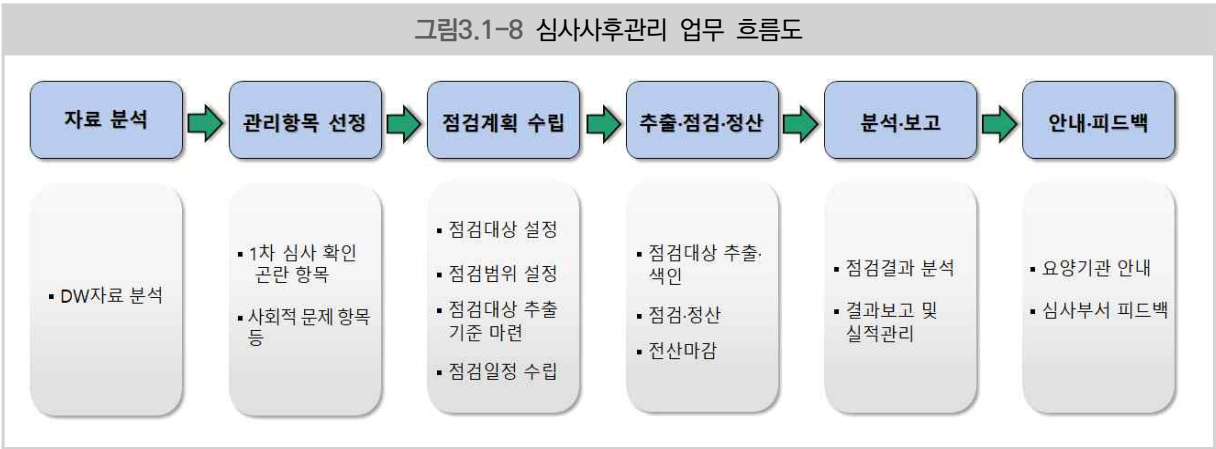
원외처방약제비 미연계건 사후연계·추가연계, 위탁진료비용 중복청구, 의과·한의과 협진 중복청구, 처방·조제 상이내역, 약국본인부담률 차등적용(V252, V352) 처방기관·조제기관, 복수면허인 진료건의 진찰료 중복청구 등

라) 기타 청구오류 점검 항목

의과청구착오 재점검, 항목별 재점검, 응급의료비 미수금 대지급 기각 건

2) 업무 흐름도

그림3.1-8 심사사후관리 업무 흐름도



라. 정산심사결정서 및 정산심사내역서 통보

심사 사후점검 후에는 정산심사결정서와 정산심사내역서(원외처방약제비 정산 심사내역서)를 요양기관에 송부한다.

- 정산심사결정서는 명세서별 정산 발생 사유 및 내역에 대한 문서(전자 또는 서면)이다.
- 정산심사결정서는 명세서별 정산 발생 사유 및 내역에 대한 문서(정보통신망 또는 서면)이다.
- 정산심사내역서(원외처방약제비 정산심사내역서)는 명세서별 오·정 증감 금액에 대한 내역으로서 공단에 동시 통보한다.

Ⅲ 사전 예방 사업

1 지표연동자율개선제

작성: 심사총괄부

가. 개념

지표연동자율개선제는 국민건강 증진과 건강보험의 지속 가능성을 위하여 의료의 질· 환자 안전 향상이 필요하거나, 진료비 증가에 영향이 큰 분야에 대해 의료기관에 맞춤형 정보를 제공하여 자율적으로 개선할 수 있도록 지원하는 제도이다.

나. 의의

의료기관이 자발적인 지표 관리를 할 수 있도록 지원하고 '지표관리 · 자율개선 유도 · 사후관리'를 연계함으로써, 의료기관의 적정진료 실현 및 의료의 질 향상 도모에 그 의의가 있다.

- 관리 필요도가 높은 관리지표를 선정하고, 관리지표 상위기관에 대한 정보를 제공함으로써 자율적인 적정진료 개선을 유도
- 의료기관의 개선실적이 미흡할 경우, 전문심사 및 평가의 유기적 연계를 통한 적정진료 유도를 강화

그림3.1-9 지표연동자율개선제

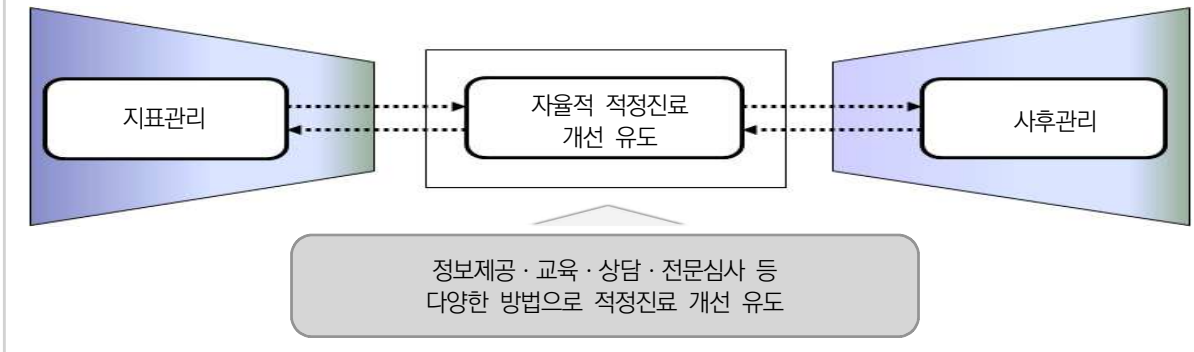
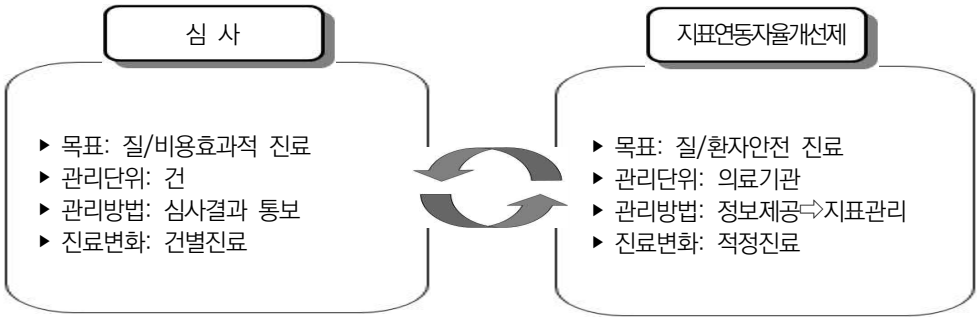


그림3.1-10 심사와 지표연동자율개선제



다. 주요 추진경과

- 2011.12. 지표연동관리제 실시(병원급 이하 대상)
- 2012. 6. 관리대상기관 확대(종합병원 이상)
- 2012.12. 관리항목 확대(병원급 이상 외래처방약품비)
- 2014. 7. 지표연동관리제와 자율시정통보제를 지표연동자율개선제로 통합
  (입원지표 확대)
- 2015. 8. 관리대상기관 확대(보건의료원 외래처방약품비)
- 2016. 6. 관리지표 중 외래처방약품비 및 입원진료비 중 요양병원 제외
  (처방조제약품비절감장려금제도로 일원화 및 요양병원 수가체계 개편 등)
- 2016. 9. 급성상기도감염의 항생제 처방률, 주사제 처방률 관리기준 강화
- 2016.12. 신규 항목 65세 이상 벤조디아제핀 관련 약제 장기처방률
- 2017. 7. 지표연동자율개선제 적정 진료 의료기관 관리를 위한 최신 심사정보 제공
- 2019. 7. 최신 심사정보 제공 범위 확대(지표연동자율개선제 전체기관)
- 2020.12. 75세이상 5품목이상 처방률 지표 신설(환자안전 항목)
  6품목이상 처방률이 75세미만 6품목이상 처방률로 변경(의료질 항목)

라. 실행체계

그림3.1-11 지표연동자율개선제 실행체계



1) 관리항목 선정

가) 관리항목 선정방향

- 사전예방과 사후관리를 통한 질 향상 및 환자 안전 측면에서 관리가 필요한 항목
- 진료비 증가에 영향이 크거나, 유사그룹 의료기관 간 변이가 큰 항목 등

나) 관리항목 및 관리지표

- 비용 항목 ⇨ 내원일수지표(VI), 입원 건당진료비고가도지표(CI)
- 의료의 질 항목 ⇨ 급성상기도감염의 항생제 처방률, 주사제 처방률, 75세미만 6품목이상 처방률
- 환자안전 항목 ⇨ 65세이상 벤조디아제핀 관련 약제 장기처방률, 75세이상 5품목이상 처방률

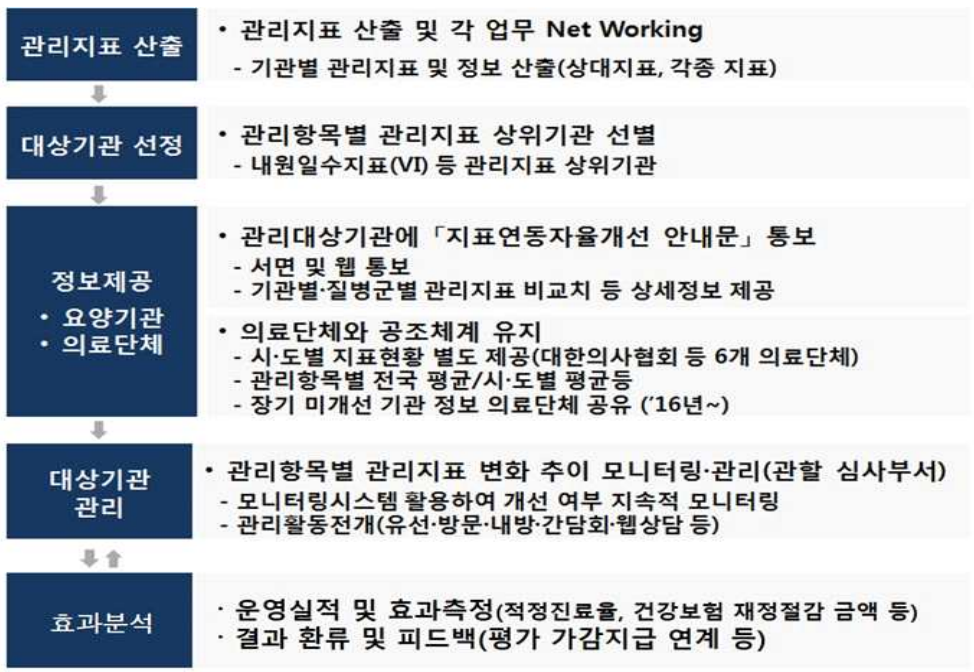
※ 의료기관 종별 관리항목

구분		내원일수	급성상기도감염 항생제 처방률	주사제 처방률	75세미만 6품목이상 처방률	65세이상 벤조디아제핀 관련 장기 처방률	75세이상 5품목이상 처방률	입원진료비
의원		○	○	○	○	○	○	
치과의원		○						
한의원		○						
병원		○	○	○	○	○	○	○
요양병원	의과	○	○	○	○			
	한방	○						
치과병원		○						
한방병원		○						
종합병원 이상			○	○	○			○

- 종합병원 이상(약제평가 3항목): 2012년 6월 시행
- 병원급 이상 외래처방약품비: 2012년 12월 시행
- 입원진료비 지표: 2014년 7월 시행
- 보건의료원 외래처방약품비: 2015년 8월 시행
- 외래처방약품비, 요양병원 입원진료비 지표: 2016년 6월 제외
- 65세이상 벤조디아제핀 관련 약제 장기처방률 지표: 2016년 12월 시행
- 75세미만 6품목이상 처방률(변경), 75세이상 5품목이상 처방률(신설) 지표: 2020년 12월 시행

2) 대상기관 선정 · 관리 실행절차

그림3.1-12 지표연동자율개선제 세부 실행 절차



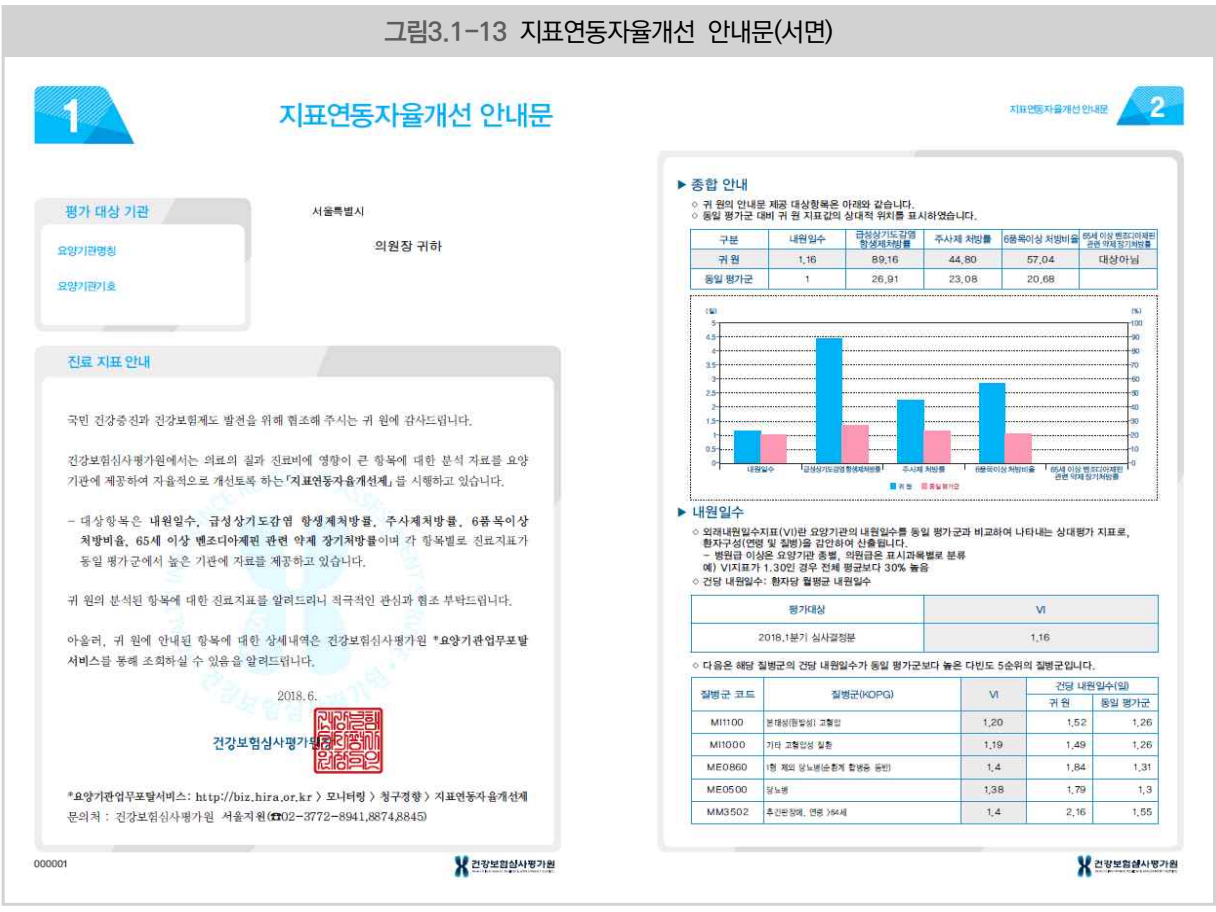
3) 정보제공

가) 지표연동자율개선 안내문 통보

지표연동자율개선 관리항목의 관리기준 보다 지표 값이 상위기관에 분기별로 지표 세부내역을 해당기관에 서면으로 통보

통보분기	대상기간
1/4분기(3월)	10, 11, 12(전년도)
2/4분기(6월)	1, 2, 3
3/4분기(9월)	4, 5, 6
4/4분기(12월)	7, 8, 9

그림3.1-13 지표연동자율개선 안내문(서면)

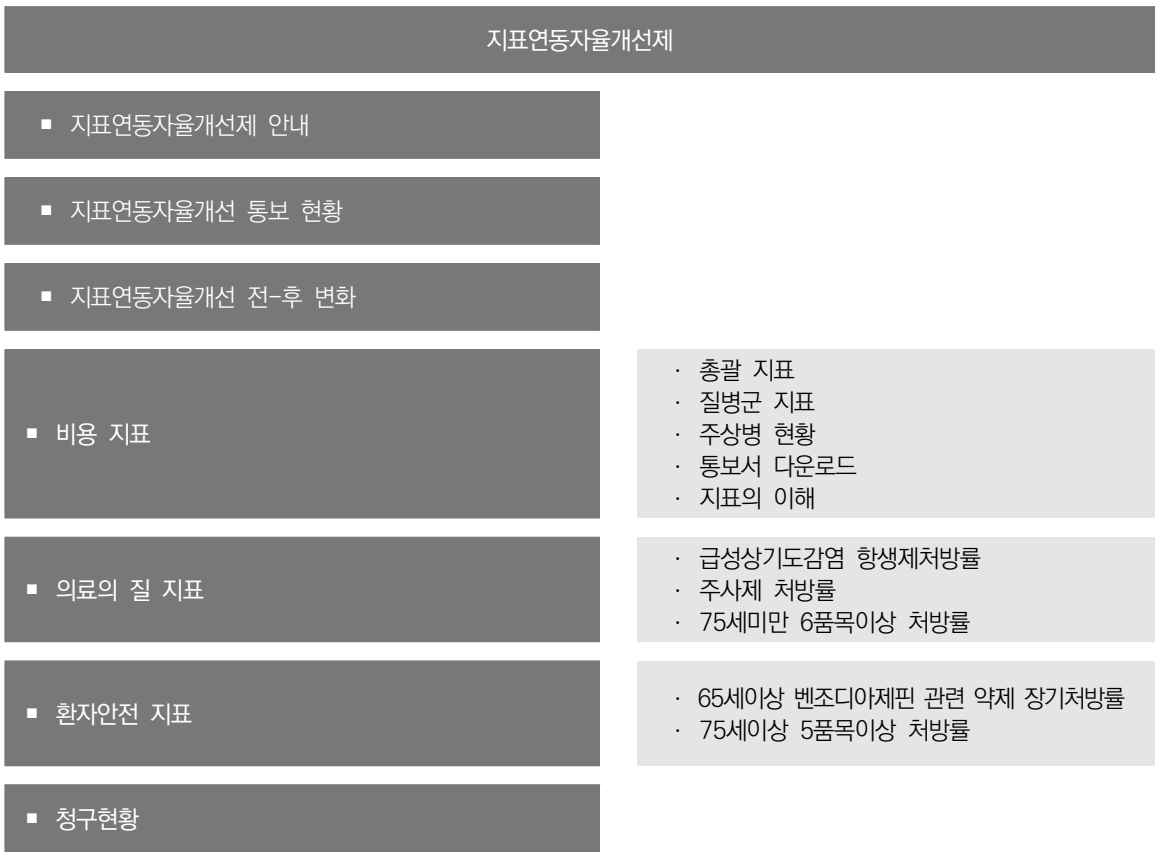


나) 요양기관업무포털 서비스 제공

- 지표연동자율개선제 지표가 산출되는 의료기관의 관리지표 현황 등 다양한 정보를 웹으로 직접 조회 가능

- (접속경로) 심사평가원 의료기관 업무포털 서비스(http://biz.hira.or.kr)
  모니터링 〉 청구경향 〉 지표연동자율개선제

그림3.1-14 요양기관업무포털 서비스 제공



다) 최신 심사정보를 전자메일로 제공

지표연동자율개선제 지표가 산출되는 의료기관에 전자메일을 통해 분기별 최신 심사정보를 제공

4) 대상기관 관리

가) 대상기관에 대한 모니터링 및 관리

- 관리가 필요한 의료기관에 대한 세부분석 후 구체적 개선사항을 발췌
- 전화, 문서, 방문, 그룹간담회, 교육 등 다양한 관리 방법 활용하여 의료기관과 개선방향에 대한 의견교류
- 개선여부에 대한 모니터링 및 중재활동 지속적 실시로 관리

나) 사후관리

- 개선여부 파악을 위해 의료기관별 관리시스템을 활용하여 개선 기관, 미개선 기관 등으로 구분
- 개선기관은 지속적으로 적정 진료를 유지하도록 최신 정보 제공
- 미개선기관은 전문심사 및 약제 적정성 평가 가감지급 사업과 연계
- 8분기 연속 장기 미개선 기관은 의료단체와 해당 기관 지표 정보 공유 및 해당기관에 지속적으로 맞춤형 정보 제공하여 적정진료 유도

라. 주요 진료지표

의료기관에서 청구한 요양급여비용 청구내역을 의료기관 종별, 표시과목별로 구분하여 진료비 크기와 임상적 유사성을 고려한 환자분류체계(입원은 KDRG, 외래는 KOPG (한의: KOPG-KM))를 이용하여 질병군 단위로 해당기관의 각종 지표를 산출하고 비교군 선정 및 상담관리에 활용한다.

1) 절대지표

진료비, 건수, 건당 진료비 등 개별 의료기관의 평균값

2) 상대지표

비교그룹의 평균과 상대 비교한 수치로 건당 진료비 고가도 지표(ECI), 내(입)원일당 진료비 고가도 지표(DCI), 건당 입원일수 장기도 지표(LI), 내원일수 지표(VI), 환자구성 지표(CMI)가 있다.

가) 건당 진료비 고가도 지표(Episodes-Costliness Index, ECI)

의료기관의 환자구성을 감안했을 때 기대되는 건당(수진자당) 진료비(원외 처방약제비 포함)에 대한 해당기관의 비교치

나) 내(입)원일당 진료비 고가도 지표(Days-Costliness Index, DCI)

의료기관의 환자 구성을 감안했을 때 기대되는 내(입)원일당 진료비에 대한 해당기관의 비교

다) 건당 입원일수 장기도 지표(Lengthiness Index, LI)

의료기관의 환자구성을 감안했을 때 기대되는 평균 입원일수에 대한 해당기관의 비교

라) 내원일수 지표(Visit Index, VI)

의료기관의 환자구성을 감안했을 때 기대되는 평균 내원일수(외래)에 대한 해당기관의 비교

마) 환자구성 지표(Case-Mix Index, CMI)

의료기관의 환자구성을 모니터링하는 지표

마. 주요지표 산출식

1) 건당진료비 고가도지표(Episodes Costliness Index, ECI)

- 의료기관의 환자구성을 감안했을 때 기대되는 건당진료비(원외 처방약제비 포함)에 대한 해당기관의 건당진료비를 비교하는 고가도지표

$$ECI_h = \frac{\sum C_{hi} \cdot N_{hi}}{\sum C_i \cdot N_{hi}}$$

h: 대상 의료기관
i: 질병군별
N_{hi}: 대상 의료기관의 질병군별 건수
C_i: 표시과목별 질병군별 건당진료비
C_{hi}: 대상 의료기관의 질병군별 건당진료비
ECI_h: 대상 의료기관의 건당진료비 고가도지표

- ECI가 1.2인 것은 해당 의료기관의 환자구성을 감안 하였을 때 기대되는 적정 건당진료비 보다 실제 건당진료비가 20% 높음을 의미

2) 내원일수 지표(Visit-Index, VI)

- 동일 수진자의 외래 내원일수를 기준으로 산출한 지표로, 해당기관의 환자구성을 감안하였을 때 실제 내원일수가 전국평균 내원일수에 비해 얼마나 많은지 비교하는 내원일수지표

$$VI_h = \frac{(\sum V_{hi} \cdot N_{hi})}{(\sum V_i \cdot N_{hi})}$$

h: 대상 의료기관
i: 질병군별
N_{hi}: 대상 의료기관의 질병군별 건수
V_i: 표시과목별 질병군별 건당진료비
V_{hi}: 전체 건당진료비
VI_h: 대상 의료기관의 내원일수 지표

- VI가 1.2인 것은 해당 의료기관의 환자구성을 감안 하였을 때 기대되는 적정 내원일수 보다 실제 내원일수가 20% 높음을 의미

3) 환자구성 지표(Case-Mix Index, CMI)

○ 해당기관의 환자구성을 모니터링하는 지표로 비교그룹 전국평균에 비하여 고비용 질병군 해당 환자구성 비율이 얼마나 높은지를 평가하는 지표

$$CMI_h = \frac{(\sum C_i \cdot N_{hi})/(\sum N_{hi})}{C}$$

h: 대상 의료기관 i: 질병군별
N_{hi}: 대상 의료기관의 질병군별 건수 C_i: 표시과목별 질병군별 건당진료비
C: 전체 건당진료비 CMI_h: 대상 의료기관의 환자구성지표

- CMI가 1.2인 것은 해당 의료기관의 환자구성을 감안할 때 건당진료비는 전체 환자(표시과목별) 건당진료비의 1.2배가 되어야 함을 의미하며 고액 진료비가 발생할 수 있는 환자가 평균보다 높게 구성되었음을 의미

2 사전점검 서비스

작성: 청구관리부

요양기관이 요양급여비용을 접수하기 전에 수시로 심사평가원의 「청구오류 사전점검 시스템」을 통해 청구오류를 점검하여 수정·보완 후 실제 청구하도록 하는 서비스이다. 이 서비스는 2010년 8월 병원급 이상을 시작으로 2011년 11월부터 전체 요양기관으로 확대하여 제공하고 있다.

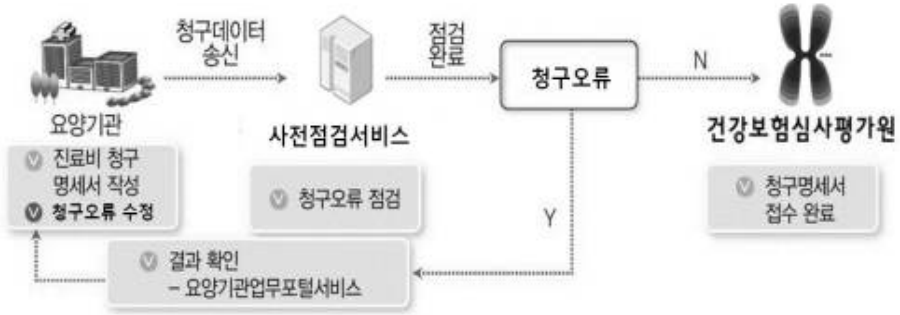
표3.1-1 항목별 점검항목 수(2020년 기준)

항 목	반송	심사불능	자동점검	심사기준	약제전산	합계
항목 수	58	396	120	640	36	1,250

점검항목은 반송 58항목, 심사불능 396항목, 자동점검 120항목, 심사기준 640항목, 약제전산 36항목으로 총 1,250항목이 제공되고 있다.

※ 관련근거: 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」제2조제3항

그림3.1-15 접수 전 사전점검 처리절차



3 선별집중심사

작성: 심사총괄부

가. 개요

선별집중심사는 진료비의 급격한 증가, 사회적 이슈가 되는 항목 등 진료경향 개선이 필요한 항목을 선정, 사전예고 후 집중 심사하는 사전 예방적 심사이다. 집중관리 및 주기적 모니터링을 통하여 경향 개선여부를 점검하고, 그 결과를 요양기관에 피드백하여 요양기관 스스로 진료경향을 개선하도록 유도하는 등 국민에게 꼭 필요한 진료는 보장하고 불필요한 진료비 지출을 사전에 방지하고자 하는 제도이다.

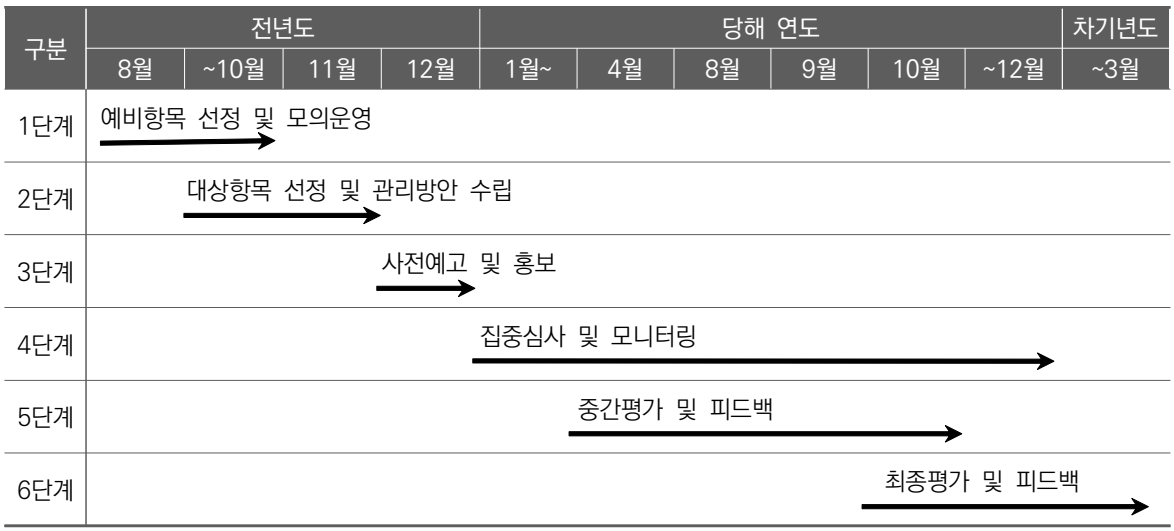
그림3.1-16 선별집중심사 개요



나. 선정기준

- 요양급여비용 청구양상 변화가 큰 항목(진료비 급증 등)
- 보험급여 정책 또는 사회적 이슈 항목
- 기타 심사 상 관리가 필요한 항목
  - 지속적인 심사에도 진료경향 개선이 이루어지지 않는 항목
  - 보험급여 확대 등으로 진료비 청구 증가가 예상되는 항목 등

그림3.1-17 단계별 관리 내용



다. 단계별 관리방법

관리계획에 따라 적절한 심사방법으로 집중심사하며 사안에 따라 단계별 관리기간 및 관리방법을 조절

1) 1단계(전년도 8월~10월): 차기년도 항목선정을 위한 예비항목 선정 및 모의운영

- 통계자료 및 진료경향모니터링 결과 등 참조하여 예비항목 선정
- 예비항목 선정결과 공유 및 집중심사 모의운영
- 예비항목에 대한 청구추이 등 모니터링 후 차기년도 항목선정에 반영

2) 2단계(전년도 10월~11월): 대상항목 선정 및 심사 관리방안 수립

- 통계자료 및 진료경향모니터링 결과 등 참조하여 진료경향 개선이 필요한 항목 추출
- 우선순위를 고려한 대상항목 선정

- 중앙심사조정위원회를 거쳐 대상항목 최종 결정
- 대상항목별 사례분석, 심사기준 정리 및 전문교육 등 실시

3) 3단계(전년도 12월): 대상항목에 대한 사전예고

- 홈페이지 공지, 언론보도, 관련단체 문서발송 등을 통한 사전안내 및 홍보로 요양기관의 자율적 진료경향 개선 유도

4) 4단계(1월~12월): 관리대상 항목의 집중심사 및 청구내역 분석 등 모니터링

- 진료기록부 확인, 심사위원 심사의뢰 등 집중심사
- 관리대상 항목의 청구내역 분석 등 모니터링

5) 5단계(4월~10월): 중간평가 및 피드백

- 주기적 평가로 문제점 개선여부, 추이 등 변화 점검하여 결과 반영
- 문제점 미개선 시 사안에 따라 서면계도, 간담회, 방문심사 등 실시

6) 6단계(10월~차기년도 3월): 최종평가 및 피드백

- 관리결과 최종평가, 추후 방향설정(지속관리 여부 등)
- 관리결과 피드백
  - 필요시 관련부서에 정보제공, 심사기준 설정 및 개선 건의 등 조치
  - 부당내역확인 시 현지조사의뢰 조치

라. 집중심사 기간

매년 집중심사 항목이 선정되며 집중심사 기간은 1년 또는 계속 관리가 필요하다고 판단되는 항목에 대해서는 지속 실시

마. 집중심사 방법

- 사전안내 및 홍보로 자율 개선 유도
- 대상 항목별·기관별 청구경향 분석 및 진료기록부 확인 등 집중심사
- 심사 소회의 개최, 전문심사위원 심사에 의한 의학적 타당성 여부 심사

- 심사사례 콘퍼런스 및 심사사례 공개와 연계한 집중심사 강화방안 마련 및 공유
- 급여기준 신설 또는 개선이 필요한 경우 진료심사평가위원회 회부
- 필요한 경우 맞춤형 정보제공, 요양기관 간담회 또는 방문심사

바. 미개선 항목 관리방안

- 단계별 모니터링을 통한 관리 강화
  - 서면계도 → 맞춤형정보제공 → 간담회 → 방문심사
- 미개선시 차기년도 선별집중심사 항목으로 재선정

사. 연도별 선별집중심사 항목 현황

표3.1-2 연도별 선별집중심사 항목 현황

연도	'07년	'08년	'09년	'10년	'11년	'12년	'13년	'14년	'15년	'16년	'17년	'18년	'19년	'20년
항목 수	8	12	9	12	13	14	17	18	19	19	23	20	15	15

주: 종별 중복된 항목 수를 제외함

표3.1-3 2020년 선별집중심사 항목

연번	항목	상급종합병원	종합병원	병·의원
	전체	12	10	5
1	척추수술	○	○	○
2	Cone Beam CT(치과 분야)	○	○	○
3	전산화단층영상진단(CT 2회이상)	○	○	○
4	유전성 및 비유전성 유전자검사	○	○	
5	비타민D검사	○	○	
6	골다공증치료제	○	○	
7	경피적관상동맥중재술(PCI)	○	○	
8	심장표지자검사	○	○	
9	면역관문억제제	○	○	
10	세기변조방사선치료	○		
11	TNF-α inhibitor	○		
12	황반변성치료제	○		
13	견봉성형술 및 회전근개파열복원술		○	
14	향정신성의약품 장기처방(31일 이상)			○
15	약제다품목처방(9품목, 12품목 이상)			○

Ⅳ 권리구제

1 이의신청

작성: 이의신청부

가. 개요

심사평가원의 처분에 대한 권리구제절차로서 요양(의료)급여비용에 대한 심사 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 처분에 불복하여 관계법령에 따라 처분의 취소나 변경을 신청하는 것이다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제87조(이의신청)
- 「의료급여법」 제30조(이의신청)

다. 업무범위 및 대상

1) 요양(의료급여)기관

요양기관이 요양(의료)급여를 실시하고 청구한 요양급여비용의 심사조정 등 심사평가원의 처분에 대하여 관련 근거자료 등 입증자료를 제시하여 인정을 요구한다.

2) 공단

심사평가원의 인정 처분에 대하여 지급기관인 공단이 관련 근거자료를 제시하며 해당 급여비용의 조정을 요구한다.

라. 업무처리

1) 이의신청서 접수 및 분배

가) 접수방법

○ 이의신청은 서면, 요양기관포털(웹), 진료비청구포털(전자문서)를 통해 접수한다.

- 진료비청구포털(전자문서)접수방법
  - (심사평가원 제공프로그램) 요양기관 업무포털 하단에 이의신청 프로그램을 다운로드 설치 후 이의신청서 작성 송신
  - (요양기관 자체개발 이의신청프로그램) 이의신청 전자문서 SAM파일 작성 후 송신

나) 접수담당 직원 확인사항

접수담당 직원은 심사평가원 문서접수처에서 전송한 문서접수대장과 이의신청 접수문서를 대조하여 이상 유·무 등을 확인한다.

이의신청 접수 시 확인사항
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제56조 또는 「의료급여법 시행규칙」 제35조 규정에 의한 서식 사용 및 기재사항 누락여부
- 심사결과통보서가 도착한 날부터 90일 이내에 이의신청이 이루어졌는지 여부
- 첨부 자료 누락여부
- 보완청구 또는 추가청구 대상건을 이의신청하였는지 여부

다) 이의신청서 각하

○ 이의신청서 검토결과 다음 사항의 발견 시 각하사유를 기재한 이의신청 각하 결정문을 작성하여 요양기관에 통보한다.

이의신청 각하 사유
- 이의신청 기간이 도과된 경우
- 보완청구 또는 추가청구를 이의신청한 경우

○ 기간 도과건의 경우 각하 예정 통지문을 해당 기관에 통보하여 소명기회를 부여한다.

라) 이의신청 보완자료 요청

○ 이의신청 기재사항 누락, 관련 증빙자료가 첨부되지 아니하여 처리가 곤란한 경우에 그 사유를 명기한 문서를 10일 이내의 기간을 정하여 이의신청인에게 관련 자료의 제출을 요청한다.

- 10일내에 자료를 제출하지 아니하는 경우에는 다시 7일의 기간을 정하여 자료의 제출을 재요청한다.
- 요청기간은 별도의 정함이 없는 한 공휴일을 포함하고 만료일이 공휴일인 경우 그 익일이 만료일이 되며, 자료의 보완요청 기간은 이의신청 결정기간에 산입하지 아니한다.

마) 분배

담당 팀장은 단순심사와 의학적 심사 등으로 구분하여 심사담당직원에게 분배한다.

2) 이의신청 처리

가) 심사

- 요양기관으로부터 접수된 이의신청에 대한 심사는 요양급여비용 심사의 원칙 및 심사의 기준에 따라 타당성을 심사한다.
- 원칙적으로 접수일자 순으로 처리하되, 임상에서 환자진료에 영향을 미칠 수 있는 사안은 우선 처리한다.
- 요양기관으로부터 제출된 자료만으로 처리가 곤란한 경우 추가 자료를 요청하거나 현지 확인 심사를 실시한다.

나) 자문의뢰 등

- 심사위원 심사의뢰가 필요하다고 판단되는 건에 대하여 심사의뢰서를 작성하여 담당 심사위원에게 심사를 의뢰한다.
- 심사위원 단독으로 결정하기 곤란하다고 판단한 경우에는 동일과목 또는 동일진료 분야 담당심사위원과 합의하에 결정하거나 진료심사평가위원회에 부의한다.

다) 이의신청위원회 부의

- 심사·평가기준의 해석 및 적용의 다툼이 있어 검토 및 판단이 필요한 경우 등에는 이의신청위원회에 안건을 상정한다.
- 위원회 의결사항은 안건상정의뢰 부서 및 관련부서에 통보한다.

3) 이의신청의 결정

- 이의신청은 관련문서가 접수된 날부터 60일 이내에 결정하여야 한다.
  - 진료심사평가위원회 부의, 이의신청위원회 부의 등으로 지연된 경우에는 30일 이내에 그

기간을 연장할 수 있다.

- 이의신청결정서에 결정내용(인정, 기각) 및 인정의 경우 인정금액을 기재하여 신청인에게 이의신청 처리결과를 통보한다.

4) 이의신청의 정산 등

인정 결정된 건에 대하여 해당 요양급여비용을 정산하고, 정산심사인정금액 등이 기재된 '정산심사내역서'를 요양기관 및 공단에 송부한다.

2 이의신청위원회

가. 개요

이의신청에 대한 처분업무를 효율적으로 수행하기 위하여 「국민건강보험법 시행령」제53조에 따라 심사평가원에 설치된 위원회이다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법 시행령」 제53조(이의신청위원회)
- 「국민건강보험법 시행령」 제54조(이의신청위원회의 구성 등)
- 「국민건강보험법 시행령」 제55조(이의신청위원회의 운영)

다. 법적성격

이의신청위원회는 자문기구로서 동 위원회에서 심의·의결이 있더라도 심사평가원에서 별도의 정책적 고려 등에 따라 달리 정할 수 있다.

라. 구성 및 임기

- 이의신청위원회 위원장은 심사평가원장이 지명하는 상임이사가 되고, 25명(위원장을 포함)으로 구성한다.

구성	인원
심사평가원의 임직원	1명
가입자를 대표하는 단체(시민단체 포함)가 추천하는 사람	5명
변호사, 사회보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람	4명
의약 관련 단체가 추천하는 사람	14명

- 위원 임기는 3년으로 하되, 특별한 경우를 제외하고 1회에 한해 연임할 수 있다.

마. 전문가 자문회의

위원장은 위원회 상정안건의 효율적인 검토를 위하여 필요한 경우 위원회 위원 및 진료심사평가위원회의 심사위원 기타 관련분야 전문가 등이 참여하는 전문가 자문회의를 운영할 수 있다.

3 심판청구

작성: 심판청구부

가. 개요

심사평가원의 처분에 대한 이의신청결정에 불복이 있는 자가 법령에서 정한 사항을 기재한 심판청구서를 보건복지부 건강보험분쟁조정위원회 또는 심사평가원에 제출하여 재심사를 구하는 행정쟁송 절차이다.

행정심판과의 관계
심판청구는 특수 행정심판으로 다른 법률에서 특례를 정한 경우 이외에는 행정심판법이 정하는 바에 의하고 있음(「행정심판법」 제4조제1항 관련)

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제88조(심판청구) 및 같은 법 시행령 제59조~제61조
- 「의료급여법」 제30조의2(심판청구) 및 같은 법 시행령 제17조의2, 3, 5
- 「국민건강보험법」 제90조(행정소송)

다. 용어 정의

청구인	이의신청 결정에 불복하여「국민건강보험법」제88조제1항에 따라 심판청구를 제기한자
심판청구서	심판청구를 하려는 자가「국민건강보험법 시행령」제59조제1항에 따라 각 호의 사항(청구인 정보, 처분내용 등)을 기재한 문서
인정(일부인정)	심사 기준에 따라 적절하게 청구하여 전부(또는 일부) 수용된 경우
기각	심사 기준과는 다르게 부적절한 청구를 하여 인정할 이유가 없는 경우
취하	청구인이 심판청구를 취소한 경우
각하	기간도과 등 심판청구 제기 요건이 부적법한 경우
인용(일부인용)	분쟁조정위원회에서 심사평가원이 결정한 결과와는 다르게 청구인의 주장 전부(또는 일부)를 수용한 경우
심판청구재결서	분쟁조정위원회에서 심사평가원이 제출한 답변서를 검토하여 심리 · 의결한 내용을 적은 문서

라. 심판청구 업무절차

1) 심판청구 업무 흐름도

	절차	세부내용
청구인 (요양기관)	① 이의신청 기각	• 이의신청 기각 건에 대한 심판청구
	② 심판청구 제기	• 이의신청 결정이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서(전자문서 포함)로 제기 * 이의신청 결정이 있은 날부터 180일이 지나면 제기하지 못함
처분청 (심사평가원)	③ 심판청구서 접수 및 색인	• 심판청구서 내용, 이의신청 결정통보일 및 관련자료 2부 확인 • 기간도과 시 청구인 안내 후 반송
	④ 사건번호 부여	• 사건번호 부여 후 청구인에게 접수증 통보
	⑤ 심판청구서 및 관련자료 검토	• 심사 담당자 분배 • 심사 담당자는 심판청구서와 처분내용에 대하여 재심사 - 심사위원 자문 또는 필요시 심사위원회 안건 상정 • 답변서 제출 지연 시 지연사유 분쟁조정위원회 통보
	⑥ 답변서 제출	• 재심사 후 - 인정할 경우: 청구인 통보 및 분쟁조정위원회에 직권취소 답변서 제출 - 불인정할 경우: 분쟁조정위원회에 기각 답변서 및 관련자료 제출

	절차	세부내용
재결청 (분쟁조정위원회)	⑦ 분쟁조정위원회 심리 · 의결	• 분쟁조정위원회 심리 · 의결
	⑧ 재결서 송부	• 심판청구 결정서(재결서)를 청구인과 피청구인(처분청) 및 이해관계인에게 통지
처분청 (심사평가원)	⑨ 재결서 확인 및 정산	• 재결서 확인 및 인용(일부인용)건에 대하여 요양급여비용 정산 후 정산내역을 청구인 및 건강보험공단에 통보

2) 심판청구 제기기간(「국민건강보험법」 제87조제3항)

이의신청 결정이 있음을 안 날(이의신청에 대한 결정통지를 받은 날)부터 90일 이내에 문서(전자문서 포함)로 하여야 하며, 이의신청 결정이 있은 날부터 180일을 지나면 제기하지 못한다(정당한 사유로 그 기간에 심판청구를 할 수 없었음을 소명한 경우에는 가능).

3) 심판청구서 제출 등(「국민건강보험법 시행령」 제59조 및 「의료급여법 시행령」 제17조의2)

- 심판청구를 하려는 자(청구인)는 이의신청에 대한 결정에 불복하는 요양기관 및 의료급여기관, 국민건강보험공단 등이다.
- 심판청구서 제출처는 심사평가원 또는 분쟁조정위원회이다.
- 심판청구서 기재내용
  - 청구인과 처분을 받은 자의 성명·주민등록번호 및 주소
  - 처분을 한 자(심사평가원 원장의 위임을 받아 분사무소의 장이 처분을 한 경우에는 그 분사무소의 장을 말함)
  - 처분의 요지 및 처분이 있음을 안 날
  - 심판청구의 취지 및 이유
  - 청구인이 처분을 받은 자가 아닌 경우에는 처분을 받은 자와의 관계
  - 첨부서류의 표시
  - 심판청구에 관한 고지의 유무 및 그 내용
- 답변서 제출
  - 심사평가원은 심판청구서를 받은 날부터 10일 이내에 답변서 및 이의신청결정서 사본을 분쟁조정위원회에 제출
  - 보완자료 요청 및 심사위원회 안건 부의 등으로 답변자료 제출이 지연되는 경우에는 지연사유 등을 명기하여 문서로 통보

4) 심판청구 정산

분쟁조정위원회로부터 심판청구 결정서를 받으면 결정내용을 검토하고 인용 결정된 건에 대하여 해당 요양급여비용을 정산하여 '정산심사내역서'를 요양기관과 공단에 통보한다.

5) 심판청구 취하

- '취하'란 청구인이 심사를 원치 않아 심사평가원에 취하를 요청하면 심사평가원은 이를 분쟁조정위원회에 통보하여 사건을 종결하는 절차이다.
- '취하'를 원하는 경우 요양기관은 직인이 찍힌 '행정심판 청구 취하서'를 심사평가원에 송부한다.

4 건강보험분쟁조정위원회

가. 개요

심판청구를 심리·의결하기 위하여 「국민건강보험법」제89조에 따라 보건복지부에 설립된 위원회이다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제89조(건강보험분쟁조정위원회) 및 같은 법 시행령 제62조~제67조
- 「국민건강보험법」 제89조 및 같은 법 시행령 제62조 및 제64조(구성 및 회의 운영)
- 「국민건강보험법 시행령」 제60조
- 「의료급여법 시행령」 제17조의5(심판청구 결정의 통지)

다. 구성 및 회의운영

1) 구성

- 분쟁조정위원회의 위원장은 보건복지부장관의 제청으로 대통령이 임명하고, 위원은 보건복지부장관이 임명하거나 위촉한다.
- 분쟁조정위원회는 위원장을 포함하여 60명 이내의 위원으로 구성하고, 위원의 임기는 3년으로 한다.

2) 회의운영

- 위원장, 당연직위원 및 위원장이 매 회의마다 지정하는 7명의 위원을 포함하여 총 9명으로 구성
- 구성원 과반수 출석과 출석위원 과반수 찬성으로 의결
- 실무적으로 지원하기 위하여 분쟁조정위원회에 사무국을 둠

라. 심판청구 결정의 통지

- 심판청구에 대하여 결정을 하였을 때에는 다음 사항을 기재한 결정서의 정본은 청구인에게, 사본은 처분을 한 자 및 이해관계인에게 통지한다.
  - 청구인의 성명·주민등록번호 및 주소, 처분을 한 자, 결정의 주문(主文), 심판청구의 취지, 결정 이유, 결정 연월일

마. 심판청구 결정기간

심판청구서가 제출된 날로부터 60일 이내에 결정하여야 하며, 부득이한 사정이 있는 경우에는 30일의 범위에서 그 기간을 연장할 수 있다.

V 진료심사평가위원회

작성: 위원회운영부

1 개요

가. 의의

진료심사평가위원회는 요양(의료급여)기관에서 청구하는 진료비용 중 전문의학적 판단을 요하는 요양급여비용(의료급여비용)에 대해 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하는 심의기구이다. 심사평가원의 업무를 효율적으로 수행하기 위한 조직으로 90명 이내의 상근심사위원과 1,000명 이내의 비상근심사위원으로 구성되어 있으며, 본 위원회의 운영을 통해 진료비용의 심사 및 평가 등에 대한 전문성과 공정성을 확보하고, 적정진료를 위한 환경을 조성하는데 그 의의가 있다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제66조(진료심사평가위원회)
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제32조(심사위원회 위원의 자격)
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제33조, 제34조(심사위원의 임명 · 위촉 및 임기)
- 「국민건강보험법」 제66조(심사위원의 해임 · 해촉)
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제35조(심사위원회 위원장)
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제36조(심사위원회 회의 등)
- 심사평가원 정관 제40조(구성 등)
- 심사평가원 정관 제41조의 2(심사위원의 업무 등)

다. 심사위원회 구성

그림3.1-18 진료심사평가위원회 조직 체계



2) 조직 체계 구성의 시스템화

- 수석위원-책임위원-대표위원-상근위원-전문·자문위원 체계로 운영
- 심사부서 업무단위와 내·외과계 전문분야 등을 고려하여 책임위원을 지정하고, 책임위원이 대표위원을 통괄하며, 담당 분야의 심사위원 업무분장·분배 및 모니터링 업무 등을 수행

3) 전문분야별 분과위원회 구성 현황(진료심사평가위원회운영규정 제3조)

가) 중앙심사위원회 및 지역심사평가위원회 구성

분과명	분과명
• 소화기내과 I • 소화기내과 II • 순환기내과 I • 순환기내과 II • 호흡기 · 알레르기내과 • 내분비 · 대사내과 • 신장내과 • 혈액종양내과 I • 혈액종양내과 II • 감염내과 • 류마티스내과 • 신경과 • 정신건강의학과 • 외과 I • 외과 II • 정형외과 I • 정형외과 II • 신경외과 • 흉부외과 • 성형외과	• 마취통증의학과 • 산부인과 • 소아청소년과 • 안과 • 이비인후과 • 피부과 • 비뇨기과 • 영상의학과 I • 영상의학과 II • 방사선종양학과 • 병리과 • 진단검사의학과 • 재활의학과 • 핵의학과 • 치과 • 한방 • 약리 • 척추

※ 조혈모, 솔리리스, 약제, 심실보조장치치료술(VAD), 스핀라자주 분과의 경우 본원 별도 운영
※ 조혈모세포이식, 면역관용요법, 솔리리스주, 약제, 심실보조장치치료술(VAD), 스핀라자주, 스트렌식주 분과의 경우 본원 별도 운영

- 중앙분과위원회는 해당분과위원회의 위원장을 포함하여 3명 이상의 상근위원 및 4명 이상의 비상근위원으로 구성
- 지역심사평가위원회는 550명 내외의 상근위원과 비상근위원으로 구성

나) 의료평가위원회 구성(24개 분과위원회)

분과명
• 심뇌혈관질환분야: 심혈관질환(내과분야), 심혈관질환(외과분야), 뇌혈관질환 • 생활습관질환분야: 고혈압, 당뇨병 • 호흡기질환: 천식 및 만성폐쇄성폐질환, 폐렴, 결핵 • 중증질환분야: 암질환, 중환자실, 신생아중환자실 • 수술분야: 수술, 마취 • 약제분야: 약제급여 • 정신건강분야: 정신건강의학과, 치매, 우울증 • 기타: 요양병원, 혈액투석, 환자경험, 일반질, 치과, 중소병원, 수혈

라. 전문(자문)위원 운영(진료심사평가위원회운영규정 제20조)

- 위원장은 심사·평가 업무에 대한 전문성을 높이기 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 진료과목, 전문 진료분야, 약학 분야별 또는 업무별로 전문위원을 위촉하여 심사·평가하게 할 수 있다.
- 세부 전문분야에 위촉할 전문위원이 없거나 부족한 경우에는 전문분야별로 자문위원을 위촉하여 심사·평가하게 할 수 있다.
- 전문위원은 비상근위원 중에서, 자문위원은 비상근위원이 아닌 자 중에서 「국민건강보험법 시행규칙」 제32조에 따른 자격을 갖춘 자 중에서 위촉하되, 임기는 2년으로 한다.

2 진료심사평가위원회 종류 및 기능

가. 중앙심사조정위원회

- 중앙 및 지역 분과위원회의 의견의 조정 및 위원장이 중심조에서 논의가 필요하다고 결정한 사항 심의
- 지역심사평가조정위원회의 의견의 조정에 관한 사항 심의
- 심사건 중 합의 방식의 심의결정을 요하는 사항 심의
- 심사기준의 개발 등에 관한 사항 심의
- 의평조 및 의료평가위원회 위원장이 심의 의뢰하는 사항 심의
- 기타 심사조정 업무와 관련된 사항 심의

나. 지역심사평가조정위원회

- 지역분과위원회의 의견의 조정에 관한 사항 및 지역심사평가위원장이 지심조에서 논의가 필요하다고 결정한 사항 심의
- 심사건 중 합의 방식의 심의결정을 요하는 사항 심의
- 기타 심사조정 업무와 관련된 사항 심의

다. 분과위원회(중앙 및 지역)

- 심사건 중 의약학적인 전문적 판단을 요하는 건의 심사에 관한 사항 심의

- 심사처분에 대한 이의신청 건 중 의약학적인 전문적 판단을 요하는 사항 심의
- 의약학적 전문적 판단을 요하는 행위, 약제 및 치료재료의 급여기준 및 상대가치에 관한 사항 심의(중앙분과위원회에 한함)
- 기타 심사조정 업무와 관련된 사항 심의

라. 의료평가조정위원회

- 연간평가계획(세부계획 포함)의 수립 및 변경·조정에 관한 사항 심의
- 요양급여비용의 가감지급과 관련한 사항 심의
  - 가감지급 금액의 범위
  - 평가등급별 가산 또는 감액률
  - 자료제출 거부 및 허위자료 제출 등에 대한 의료기관의 등급조정
  - 평가대상 의료기관의 전년도 심사결정 공단부담액 산정
- 평가결과 자료의 공개범위 및 방법 등에 관한 사항 심의
- 평가분과위원회의 심의사항 및 의견의 조정에 관한 사항 심의
- 그밖에 평가와 관련된 중요한 사항으로서 원장이 심의를 의뢰하는 사항 심의

마. 평가분과위원회

- 평가계획(세부계획 포함)의 수립 및 변경에 관한 사항 심의
- 평가기준 설정 및 변경, 평가등급 결정 및 변경에 관한 사항 심의
- 평가결과 자료의 공개범위 및 방법 등에 관한 사항 심의
- 그밖에 평가와 관련된 중요한 사항으로서 원장이 심의를 의뢰하는 사항 심의

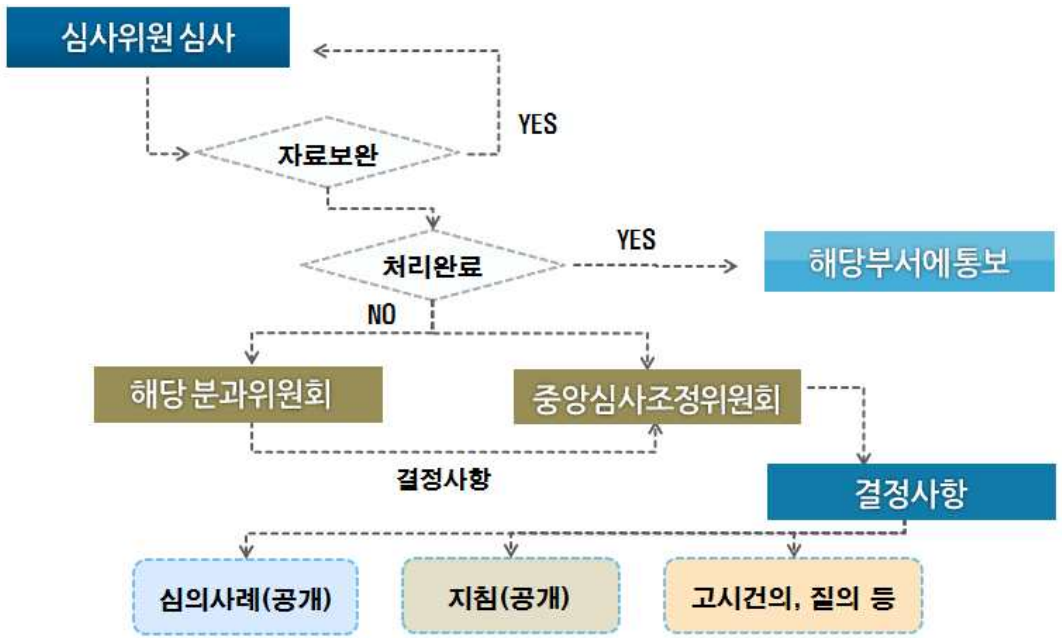
바. 심사위원회 회의진행

1) 심사 및 심의 시 고려사항

- 교과서, 임상진료지침, 연구문헌에 근거한 합리적이고 명료한 심사기준 안 제시
- 기 심의결정사항과 상충되지 않도록 심사 및 심의결정사항의 일관성 유지

2) 심사위원회 심사 절차 흐름

그림3.1-19 심사위원회 심사 절차 흐름



사. 기타 회의

1) 진료분야별 소그룹 전문가회의

심사기준의 공정성, 전문성, 수용성 제고를 위해 해당 분야별 전문가들의 의견수렴을 위한 회의체

2) 지역심사평가위원장 회의

본·지원 간 및 지원 간 심사 현안 문제와 심사관련 논의가 필요한 사안에 대하여 지역심사위원장들이 모여 의견 교환을 통하여 심사의 효율적 운영과 일관성 있는 심사 적용 방안을 마련하기 위한 회의체

3) 지원심의사례 검토위원회

지역심사평가위원회 심의건 각 지원에서 외부공개 검토를 요청한 건에 대한 공개여부 및 공개 문구 적정성을 논의하는 회의체

3 진료심사평가위원회 심의사항 공개

가. 공개취지

- 요양급여기준에 의한 의약학적 전문심사 결과를 공개하여 심사의 투명성과 수용성 제고
- 임상현장의 적정급여 제공 환경 조성

나. 공개범위

- 진료심사평가위원회에서 요양급여비용 심사에 대해 심의·의결한 사항
- 요양급여비용 사전신청 전건 공개

다. 공개일정

1) 본원

2013년 1월부터 매월 진료심사평가위원회에서 요양급여비용 심사에 대해 심의·의결한 사항과 요양급여비용 사전승인 전건 공개

2) 지원

2015년 8월부터 분기별 대표 심의사례를 공개하였으나 2018년 7월부터 전건 공개

4 상근심사위원 심사 실명 공개

가. 공개취지

- 심사의 투명성·책임성 강화를 위해 심사분야별 대표위원을 지정·공개
- 의약계와의 소통 창구 역할 담당

나. 공개범위

상근심사위원을 중심으로 1차 심사건에 대해 심사분야별 대표위원을 지정·공개

다. 공개방법

요양급여비용명세서별로 해당 심사분야 담당팀장 및 대표직원 성명(전화번호 포함)과 대표위원 성명을 '요양급여비용(의료급여비용) 심사결과통보서' 및 '원외처방약제비 심사결과 통보서'에 기재 공개

※ 2018년 10월 1일 이후 최초로 실시하는 통보분부터 실명 공개 시작

Ⅵ 분석심사

작성: 심사운영부

1 정의

분석심사는 의료기관 유형, 기능별, 질환별 특성 등을 고려하여, 적정진료 환경 조성을 지원하는 의학적 근거 및 분석 기반의 새로운 심사방식이다. 분석심사 과정에서는 환자에게 제공된 의료서비스의 질과 의학적 타당성, 효율성 등을 종합적으로 분석·판단한다. 이를 위해 심사 전반에 의료현장 전문가가 주도적으로 참여하는 개방형 위원회를 운영하고 있다.

2019년 8월부터 환자별 편차가 크지 않고, 의학적 가이드라인에 따른 보편적 진료가 가능한 의료영역(주제)에 대해 선도사업을 진행하고 있다.

2 추진배경

의료기술의 발전, 고령화, 보장성강화 등에 따른 심사물량이 급속히 증가되었으며 의료의 복잡성도 심하되고 있다. 이러한 환경 변화로 인해 심사의 전문성·일관성 제고 등 심사방식 개선에 대한 요구가 지속적으로 제기되어 왔다.

이에, 현행 건단위 심사방식에서 의료의 특수성, 환자의 개별 상황 등을 고려하는 심사로 전환을 추진하였으며 의학적 근거 중심의 주제(환자, 질환, 항목 등), 기관 단위 분석심사를 도입하였다.

3 추진경과

- 2018.12. ‘건강보험 심사평가체계 개편방안’ 제22차 건강보험정책심의위원회 보고
- 2019. 5. 제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023) 수립

심사평가 업무 관련,「Ⅱ.의료 질과 환자 중심의 보상 강화」를 위한 '질과 성과중심의 심사체계 개편' 추진

- 2019. 8. 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」전부 개정
- 2019. 8. 심사·평가체계 개편을 위한 분석심사 선도사업* 실시
  * 고혈압, 당뇨병, 만성폐쇄성폐질환, 천식, 슬관절치환술 대상
- 2020. 7. 심사·평가체계 개편을 위한 분석심사 선도사업 지침 개정

4 분석심사 주요내용

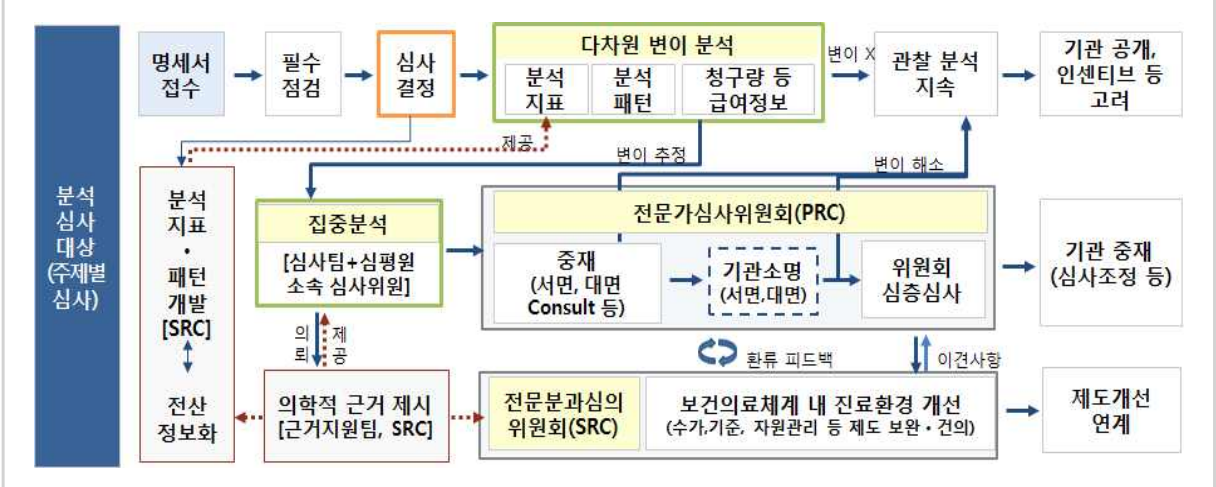
가. 대상영역

- 환자에게 중요하고 의미있는 주제 단위(에피소드)
- 제공기간, 제공단위, 서비스 포괄성 등 주제 단위를 달리하여 적용
- 만성질환, 급성기진료, 중증질환, 항목단위로 구분

나. 업무절차

- 요양기관 진료정보에 대해 주제별로 분석지표, 청구현황 등을 다차원 분석하여 변이가 감지되면 사전 안내 및 중재하고, 지속적으로 문제가 심화될 경우 심층심사 실시
- 요양기관 단위 중재 이외에도 변이 유형에 따라 수가나 급여기준 등 개선 또는 신설이 필요한 경우 신속하게 제도 개선 연계

그림3.1-20 분석심사 업무흐름도



다. 사업추진 주체별 역할

1) 보건복지부(보험급여과)

선도사업의 관리·감독

2) 심사평가원

- (본원 총괄부서) 선도사업 운영 총괄, 전문심사위원회 구성 및 분석심사 주제별 지표개발 등
- (본·지원 심사부서) 주제별·권역별 전문가심사위원회(PRC) 운영 및 분석심사 수행

그림3.1-21 사업추진체계도

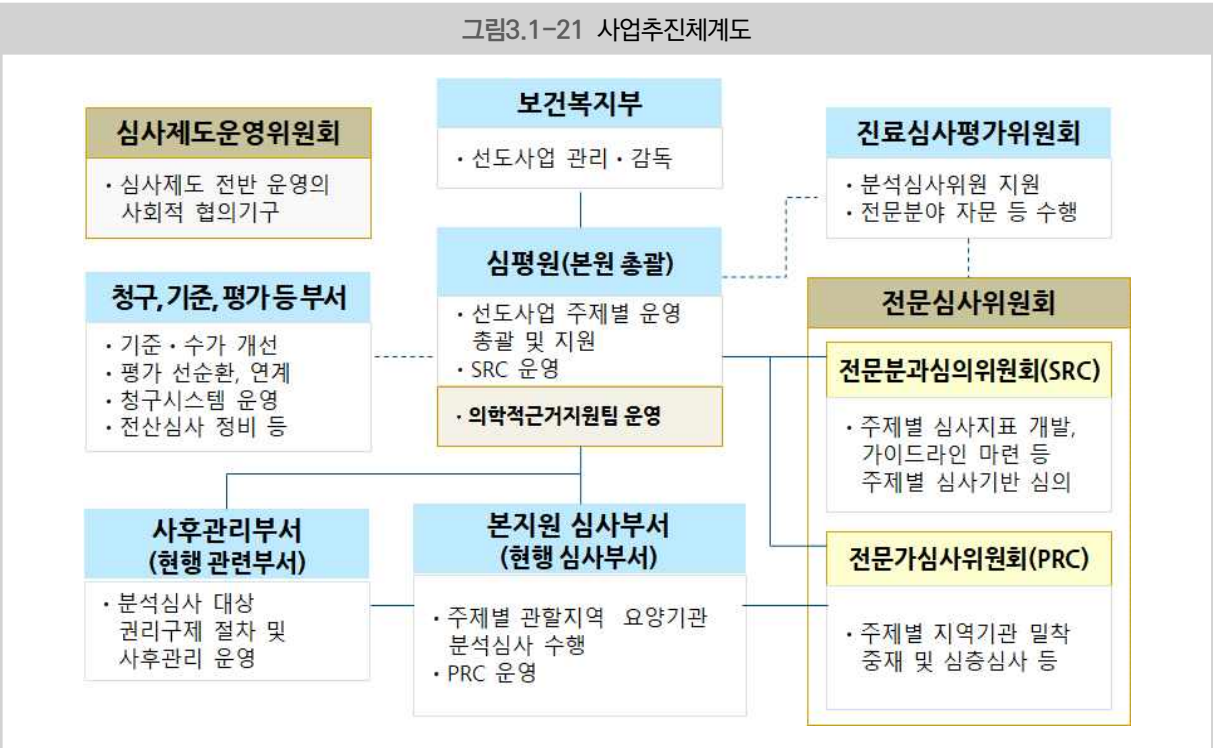


표3.1-4 [참고] 현행 건별심사와 분석심사 비교

구 분	현행 건별심사	분석심사	
		심층심사 외 일반건	심층심사
접수	• 필수 기재사항 등 점검 • 접수마감건 접수증 · 반송증 통보	• 필수 기재사항 등 점검 • 접수마감건 접수증 · 반송증 통보 • '주제별 분석심사' 대상 건 구분자 생성	
전산심사	• 8단계 전산심사 (기재 · 자동점검, 기준 · 상병 전산심사 등)	• 청구착오, 환자안전 등 관련 약제사용 등 필수사항 전산심사	
심사직원 분배	• 분배프로그램에 의해 심사직원 분배	• 착오 청구 등 확인이 필요한 사항에 대해 심사직원 분배	• 대상 명세서 전건 심사직원 분배 • 지급보류 및 의무기록 요청
심사방법	• 건별심사	• 분석심사 - 관찰 · 분석 및 중재 등	• 위원회에 의한 의무기록 기반 심층심사
심사결정	• 전산심사 및 심사직원 등 조정금액 반영하여 심사결정금액 결정	• 필수적인 점검에 대한 조정금액 반영하여 심사결정금액 결정	• 필수적인 점검에 대한 조정금액 반영 및 • 위원회 결정(조정)금액 반영하여 심사결정금액 결정
통보	• (건보공단) 심사결정 공단전송 파일 생성 • (요양기관) 전산지급통보 및 전산매체 통보	• (건보공단) 심사결정 공단전송 내역에 분석심사 대상여부 칼럼 추가 • (요양기관) 심사결과통보서, 요양기관업무포털에 '분석 심사대상 명세서' 안내 • 분석심사 중재 등에 대한 안내	• (건보공단) 심사결정 공단전송 내역에 분석심사 대상여부 칼럼 추가 • (요양기관) 심사결과통보서, 요양기관업무포털에 '분석심사대상 명세서' 안내

표3.1-5 분석심사 업무상세

진료	• **(요양기관)** 의료의 질 향상과 의학적 타당한 근거에 의한 진료 실시 • **(심사평가원)** 진료 지원을 위해 분석지표 결과 및 의학적 근거자료 등 제공 ※ 심사평가원 홈페이지 〉 요양기관업무포털 〉 업무안내 〉 주제별 분석심사
청구·접수	• **(요양기관)** 현행 행위별 청구와 동일하게 청구(건강보험 및 의료급여) • **(심사평가원)** 접수번호 내 주제별 분석심사 대상명세서는 별도 구분하여 표기
필수점검	• 분석심사 대상 명세서는 필수사항에 대한 전산점검·심사 실시 • 직전년도 현지조사 거부 및 거짓청구 기관은 현행 기준 적합성 심사방식과 병행
심사마감, 결과 통보	• **(변이 미확인, 관찰 중 기관) 필수점검 후 마감**, 접수번호 전체 마감시 함께 심사결정 처리, 요양기관 및 건보공단에 통보 • **(심층심사기관) 필수점검 후 지급보류 처리, 집중분석 및 심층심사로 진행**
관찰 · 분석	• **(전체 기관 대상)** 지표결과(분기), 심사결정자료(월) 등 활용한 다차원 관찰·분석 실시, 변이 기관을 추정하여 상세 분석 ※ 청구자료를 활용하여 상세 분석하고 필요시 자료 요청 및 타 전문가 자문 실시
위원회 중재	• **(변이추정 기관 대상)** 변이여부 판단 후 중재 유형(방법), 시기 등 결정 • **(변이 기관 대상)** 정보제공, 서면, 유선 또는 대면 컨설팅 등 다양한 중재 실시 ※ 분석, 결정 과정에서 기준 · 수가 개선 등은 제도 개선에 연계
위원회 심층심사 (심사조정 등)	• **(변이 지속·심화 기관 대상)** 심층심사 기관으로 판단 후 심사 범위, 기간, 의무기록 제출 항목, 요양기관 소명방법 등 결정 • 의무기록 확인 등을 통한 의학적 타당성 기반의 심층심사를 실시하여 심사결정 • PRC의 의견조정이 필요한 안건 등은 SRC에 상정하여 심사결정 **※ 심층심사 대상기관 심사 프로세스** ① 심층심사 기관 결정(범위, 기간, 자료요청 사항, 소명방법 등 결정) ② 대상 등록 및 요양기관 유선 안내(필요시) ③ 해당기관 청구 · 접수, 심층심사 기관으로 구분 표기 ④ 필수점검 실시 ⑤ 지급보류 처리 및 의무기록 등 요청 ⑥ 집중분석 및 PRC 상정(필요시 타 진료전문가 자문 수행) ⑦ 필요시 소명절차 진행(서면 또는 대면) ⑧ PRC에 의한 심층심사, 의견조정 필요시 SRC에 안건 상정 ⑨ 위원회 심의결과(조정) 반영 후 마감 ⑩ 심사결과 통보(요양기관 및 건보공단)
권리구제, 사후관리	• **(절차 및 체계)** 권리구제, 사후관리 등 절차 및 체계는 현행 유지 • **(내용)** 분석심사 대상은 분석심사 방향성에 부합되고 일관성 있게 심사결과가 유지될 수 있도록 사후관리

라. 분석심사 선도사업 개요

1) 실시기간

2019년 8월 1일 ~ 별도 지정 시 까지

2) 선정기준

- 의료의 질과 비용 통합관리로 가치를 높일 수 있는 영역
- 공공성 영역이고 전문성·자율성 보장이 시급한 영역
- 합리적 의료서비스가 요구되는 영역

3) 실시대상[40]

- 고혈압, 당뇨병, 만성폐쇄성폐질환 및 천식 주제는 외래 명세서를 청구한 의과 의원
- 슬관절치환술 주제는 대상 수술을 받은 입원 진료를 청구한 의과 전체 요양기관

표3.1-6 분석심사 주제별 목표 및 선정사유

영역	대상(주제)	종별	목표	선정사유
만성질환	고혈압 당뇨병 만성폐쇄성폐질환 천식	의원(외래)	• 적절한 처방 및 관리 등을 통한 합병증 및 급성 악화 예방 (입원 감소)	• 평가시행 항목으로 질과 비용 통합관리 가능항목 • 진료인원 및 진료비 규모가 큰 사회적 관심 항목
급성기 진료	슬관절치환술	전체(입원)	• 합병증 없는 슬관절치환술 시행 및 슬관절 기능 개선(재입원 감소)	• 질과 비용의 통합관리 가능 항목 • 진료인원 및 진료비 규모가 큰 사회적 관심 항목
항목	자기공명영상진단(MRI) 초음파	전체	• 환자에게 필요한 검사의 효율적 제공 유도	• 보장성 강화 정책에 따른 사회적 관심 항목 • 일종의 파일럿 형식으로 모니터링 진행 (모니터링 통한 기준개선 등)

40 중요도, 적용가능성, 내·외과 형평성 등을 고려하여 심사평가체계개편 협의체에서 선정(2018.12.31.)

5 전문심사위원회

가. 운영목적

요양기관 진료현상 파악을 위한 분석지표 개발, 중재 및 심층심사 등 분석심사과정 전반에 의료현장 전문가가 주도적으로 참여하여, 임상현장 반영 및 의학적 근거를 중심으로 의료의 적정성을 심사함으로써 요양기관 수용성을 제고하고 심사의 전문성과 공정성을 확보한다.

나. 운영체계

의료현장의 임상의사 참여중심의 개방형 위원회로 2단계 전문심사위원회를 구성·운영하고 있다.

1) 전문가심사위원회(Professional Review Committee, PRC)

주제별 지역별로 의학단체 추천의 임상전문의 중심으로, 심평원 심사위원을 포함하여 7인 이내로 구성

2) 전문분과심의위원회(Special Review Committee, SRC)

전문학회 등 의료전문가 중심으로, 심평원 심사·평가위원, 보건통계학자 등을 포함하여 12인 이내로 구성

그림3.1-22 전문심사위원회 운영체계



* (1권역) 서울·의정부 (2권역) 수원·인천 (3권역) 부산·대구·전주 (4권역) 광주·대전·전주 (5권역) 본원

다. 주요기능 및 업무

1) 위원회 역할(공통)

위원회는 의학적 근거를 토대로 공정하고 타당하게 심사(분석, 중재 및 심층심사 등)를 실시하며, 필요시 내·외부 전문가의 자문 등을 반영하여 심의·의결한다.

2) 전문가심사위원회(PRC)

권역 내 요양기관 모니터링, 분석 및 심층심사를 포함한 다양한 중재방안 설정 및 수행한다.

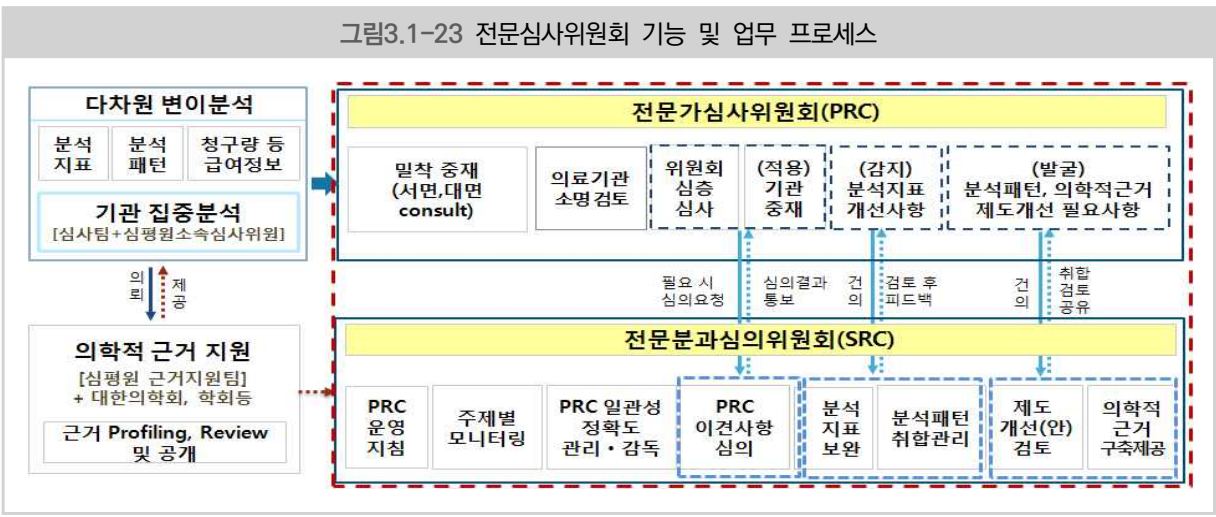
- 권역 내 요양기관의 분석지표 결과, 청구현황 종합 모니터링 및 분석
- 기관별 적절한 중재유형 결정 및 중재 실시
- 변이 지속·심화 기관의 심층심사
- 분석지표 및 심사기준 개선 등 필요한 사안을 SRC에 건의
- 그 밖의 PRC 위원장 부의 안건 심의 및 SRC 의결사항 수행 등

3) 전문분과심의위원회(SRC)

주제별 심사기반 조성, 전체 모니터링 및 PRC 운영 관리한다.

- 심사주제에 대한 분석지표 개발 및 의학적 근거자료 마련 등 심사기반 조성
- 주제별 모니터링 및 분석지표 등 개선에 관한 사항
- 수가·기준 등 보완이 필요한 경우 개선 건의
- PRC 심사 일관성·정확성 관리 및 감독
- PRC 의견조정이 필요한 사안에 대해 심의
- 그 밖의 심평원장과 SRC 위원장이 필요하다고 인정하는 사안 심의 등

그림3.1-23 전문심사위원회 기능 및 업무 프로세스



4) 심사제도운영위원회

진료비 심사제도의 적정 운영방안 모색 및 심사제도의 효율적 운영을 위한 사회적 논의기구이다.

가) 법적근거

- 「국민건강보험법」제20조
- 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」제4조의3 및 「심사제도운영위원회운영규정」등

나) 구성

- 위원장을 포함하여 18인 이내의 위원으로 구성
- 의·약업계를 대표하는 단체(전문학회를 포함)가 추천하는 자 7인
- 의료전문가로서 시민사회단체장이 추천하는 자 3인
- 보건의료전문가로서 진료비 심사, 보건의료분야 등에 관한 학식과 경험이 풍부한 자로 원장이 지명한 자 3인
- 보건복지부 장관이 추천하는 보건복지부 담당 공무원 1인 및 심사평가원 소속 직원 4인

다) 주요 기능

- 매년 심사업무의 운영 및 발전에 관한 계획수립에 대한 심의
- 심사업무의 기본 목표 및 추진방향 수립
- 심사 전문성 및 일관성 향상 등 심사업무 품질 향상
- 적정 심사방법 및 분석기법 등의 적용과 개발
- 심사관련 정보통신망 운영 및 정보관리 등

제 2 장

수탁심사

Ⅰ. 의료급여비용 심사

Ⅱ. 보훈진료비 심사

Ⅲ. 외국인근로자 등 소외계층 진료비 심사

Ⅳ. 응급의료비 미수금 대지급제도 운영

Ⅴ. 자동차보험 진료비 심사

Ⅵ. 입원적정성 심사

제 2 장 수탁심사

Ⅰ 의료급여비용 심사

작성: 의료급여운영부

1 의료급여제도의 개념 및 목적

의료급여제도는 생활이 어려운 사람에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지 증진에 이바지함을 목적으로 하고 있으며(「의료급여법」 제1조), 「헌법」 및 「사회보장기본법」상 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 보장하는 제도인 공공부조제도를 의료보장 분야에서 구체적으로 실현한 제도이다.

'의료급여'란 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치를 말한다.

2 주체

「의료급여법」은 의료급여사업기관인 국가(보건복지부) 및 지방자치단체(보장기관), 수급권자, 심사평가원(의료급여비용심사기관), 국민건강보험공단(의료급여비용지급기관), 의료급여기관(의료공급자) 등으로 나누어, 의료급여 수급권자가 원활한 의료보장을 받을 수 있도록 각각의 역할을 부여하고 있다.

가. 국가(보건복지부)

의료급여사업의 관장주체로서, 중앙의료급여심의위원회에서 의료급여 사업의 실시에 관한 사항을 심의하고(「의료급여법」 제6조), 의료급여수가기준과 그 계산방법을 정하고(동법 제7조제2항), 의료급여기관에 대한 업무정지·과징금 부과·검사(동법 제28조, 제29조 및 제32조), 기금의 관리·운영, 의료급여와 관련된 사항에 관하여 시·도 및 시·군·구에 대한 지도·감독권 및 보고권(동법 제32조)을 가지고 있다.

나. 수급권자

헌법상 사회보장권의 수급주체로서의 국민이면서, 사회보장기본법상 공공부조의 수급주체로서 의료혜택의 필요성이 있는 자를 말한다.(「의료급여법」 제3조)

1) 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급권자

「국민기초생활 보장법」에서 정하는 소득인정액이 최저생계비 이하이면서, 부양의무자가 없거나 부양을 받을 수 없는 가구

2) 「의료급여법」에 의한 수급권자(행려환자)

일정한 거소가 없는 사람으로서 시·군·구청, 경찰관서, 소방관서 등 행정기관에서 「응급의료에 관한 법률」에서 정한 응급진료를 받게 하였으며, 부양의무자가 없는 무연고자이거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양받을 수 없는 자

3) 타법에 의한 수급권자

「재해구호법」에 의한 이재민, 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 의상자 및 의사자의 유족, 「입양특례법」에 의하여 국내에 입양된 18세 미만의 아동, 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에서 정하는 국가유공자 및 그 가족, 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 의한 국가무형문화재 보유자 및 그 가족, 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」에 적용받고 있는 사람과 그 가족, 「5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」에 의한 5·18 민주화운동 관련자 및 그 유족, 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등으로 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람

다. 보장기관(시 · 도 및 시 · 군 · 구)

수급권자의 거주지 관할 시 · 도 및 시 · 군 · 구로 의료급여에 관한 업무 즉, 의료급여증 발급(「의료급여법」 제8조), 의료급여비용의 지급(동법 제11조), 의료급여의 제한(동법 제15조), 변경(동법 제16조), 중지(동법 제17조), 구상권의 행사(동법 제19조), 급여비용의 대지급(동법 제20조), 부당이득금의 징수권(동법 제23조), 의료급여기금의 관리(동법 제26조) 등을 수행한다.

라. 의료급여기관

의료급여법상 수급권자에 대한 의료급여(의료서비스)를 행하는 곳으로 지정제도가 폐지(1999. 7.)되면서 「의료법」에 의하여 개설된 의료기관, 「약사법」에 따라 등록된 약국 및 한국희귀필수의약품센터, 「지역보건법」에 의한 보건소 · 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소는 당연히 의료급여기관으로 지정되고 있다.(당연지정제, 「의료급여법」 제9조)

마. 건강보험심사평가원

보장기관으로부터 급여비용 심사와 적정성 평가업무를 위탁받은 의료급여비용 심사기관(「의료급여법」 제33조제2항 및 「시행령」 제20조제1항)으로 의료급여기관이 수급권자를 진료하고 그 급여비용을 심사청구하는 경우 의료급여비용 심사 및 의료급여 적정성 여부를 평가하여 그 결과를 의료급여기관, 보장기관(시 · 도 및 시 · 군 · 구), 국민건강보험공단(이하 '공단'이라고 한다)에 통보한다.(동법 제11조제2항 및 제4항, 「시행규칙」 제20조, 제21조)

※ 의료급여사례관리사업지원단(「의료급여법」 제5조의2)
보건복지부장관, 특별시장, 광역시장, 도지사 및 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자의 건강관리 능력 향상 및 합리적 의료이용 유도 등을 위한 사례관리를 실시한다. 이때 사례관리 사업의 전문적인 지원을 위하여 보건복지부장관으로부터 해당 업무를 위탁받아 의료급여사례관리사업지원단에서 수행한다.
* 2012.1.1.부터 건강보험심사평가원에 설치 · 운영토록 변경(보건복지부 훈령 제31호, 2011.12.30.)

바. 국민건강보험공단

보장기관으로부터 의료급여비용의 지급, 전산기기에 의한 수급권자 자격관리, 개인별 진료내역의 관리, 급여제한에 필요한 실태조사 및 자료수집, 의료급여 재정관리 지원 및 중장기 재정추계 업무를 위탁받은 기관(「의료급여법」 제33조제2항 및 「시행령」 제20조제2항)으로 심사평가원으로부터 심사결과를 통보받으면 이에 따라 의료급여비용을 의료급여기관에 지급한다.

그림3.2-1 의료급여의 운영체계

구분	담당기관	업무 내용
1. 대상자 선정	보장기관	• 통합조사관리팀의 자산조사 등을 거쳐 국민기초생활보장 수급자 선정되면 의료급여 자격 취득 • 타법지원 대상자는 해당부처의 통보 또는 민원인 신청을 받아 수급자로 선정 • 행려환자는 병 · 의원의 신청을 받아 수급자로 선정
↓		
2. 공단에 자료전송	보장기관	• 수급자의 자격정보를 건강보험공단으로 전송 *수급자 병의원 이용시 건보공단 자료로 자격확인
↓		
3. 급여실시	의료급여기관	• 진료 전 의료급여 자격관리시스템*을 통한 자격확인 – 종별구분, 본인부담여부, 선택병의원 적용여부 등 • 진찰 · 검사 등 의료급여 실시 – 수급자 본인부담금 납부(건강생활유지비 지급 대상자는 잔액에서 차감 후 부족한 금액은 수급자 직접 납부) • 진료 후 자격관리시스템을 통해 건보공단에 급여일수, 진료유형(입원, 외래) 등 전송 *건강보험공단에서 진료확인번호 부여
↓		
4. 의료급여비용 심사, 평가	건강보험 심사평가원	• 의료급여기관에서 건강보험심사평가원에 비용심사 청구 – 진료확인번호 기재 – 청구 가능일로부터 3년이내 청구 • 건강보험심사평가원: 의료급여비용 심사 및 급여 적정성 평가
↓		
5. 의료급여비용 지급	공단	• 의료급여비용 지급(건강보험심사평가원 통보금액) • 보장기관에 지급결과 통보
↓		
6. 사후관리	보건복지부 · 보장기관 · 공단 · 건강보험 심사평가원	• 보건복지부 – 정책수립, 지도감독 및 행정처분 등 • 보장기관 – 전 · 출입, 사망 등 수급자 관리 – 확인조사 및 수시조사 실시 – 의료기관 과다 이용자 사례관리 등 – 부정수급권자 관리 및 부당이득금 징수 등 • 공단 – 부적정 수급 의심자(급여제한 대상 등) 발췌 – 시군구에 내역 제공 및 부정수급 조사 등 • 건강보험심사평가원 – 의료급여기관 청구진료비 심사 – 의료급여기관 허위 · 부당청구 현지조사지원 등

3 심사

가. 개요

의료급여비용은 원칙적으로 보장기관인 시·도 및 시·군·구에서 급여비용에 대한 심사와 지급업무를 담당하여야 한다. 그러나 보장기관이 심사업무를 담당하기에는 전문성 부족 및 심사업무의 효율적인 측면을 고려하여 보장기관의 업무 중 의료급여비용의 심사, 의료급여의 적정성 평가, 의료급여비용 심사 및 평가기준 설정을 심사평가원에 위탁하였으며, 의료급여비용 지급은 공단에 위탁하였다.

나. 법적근거

- 「의료급여법」 제33조 및 같은 법 시행령 제20조제1항

다. 심사·지급 절차

의료급여비용의 심사절차 및 방법은 원칙적으로 건강보험과 동일하다. 다만 의료급여비용 심사결과를 의료급여기관, 공단, 심사업무를 위탁한 보장기관에도 통보하며, 심사평가원으로부터 심사결과를 통보받은 공단은 의료급여비용을 해당 의료급여기관에 지급한다. 단, 대지급금 및 장애인의료비는 보장기관에서 의료급여기관에 직접 지급한다.

4 건강보험과의 비교

의료급여는 국민의 의료문제를 국가가 개입한다는 점에서 건강보험과 동일한 목적을 가진다. 의료급여기준은 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 등 관련규정에서 별도로 정하고 있는 사항 외에는 건강보험과 동일하다.

그러나 적용대상, 재정부담, 급여비용의 본인부담 등 관리운영 및 제도적인 측면에서 건강보험과 다르게 관리운영되고 있는 제도 등은 다음과 같다.

표3.2-1 의료급여와 건강보험의 비교

구분	의료급여	건강보험
제도특성	• 공공부조	• 사회보험
적용대상	• 저소득층 등 일부계층 - 149만명('19년도 말 기준)	• 모든 국민 - 5,139만명
보험료	• 없음	• 소득수준에 따른 차등 부과
근거법령	• 의료급여 법령	• 건강보험 법령
재원	• 조세(국고+지방비)	• 보험료, 국고지원 등
운영기관	• 보건복지부, 보장기관(시·도 및 시·군·구), 심사평가원, 공단, 의료급여기관	• 보건복지부, 심사평가원, 공단, 요양기관
자격증명	• 의료급여증, 신분증 등	• 건강보험증, 신분증 등
진료절차	• 3단계(1차 → 2차 → 3차기관)	• 2단계(종합병원이하 → 상급종합병원)
급여일수상한제	• 연간 급여를 받을 수 있는 일수를 정함	• 2006. 1. 폐지
선택병의원제	• 급여일수 초과자(또는 자발적 참여자)의 경우 선택병원 이용	-
진료비대불제도	• 2종 입원 본인일부부담금 20만원 초과시 초과금액 대불(보장기관 승인 필요)	-
본인부담보상제	• 1종수급권자 매30일간 2만원(2종수급권자는 20만원) 초과시 초과금액의 50% 지급	-
본인부담상한제	• 수급권자 종별에 따라 차등 - 1종: 매30일간 5만원 초과 시 초과금 전액 - 2종: 1년간 80만원* 초과 시 초과금 전액 * 「의료법」제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간120만원	• 보험료 수준에 따라 차등(81만원~580만원)
건강생활 유지비지원	• 1종수급권자 1인당 월 6,000원 지급 (본인일부부담 면제자 제외)	-
진료확인번호	• 의료급여 자격관리시스템에서 상병, 급여일수, 처방 전교부번호 등을 전송하면 부여	-

가. 의료급여의 절차(「의료급여법 시행규칙」 제3조)

의료급여 절차는 본인부담이 없거나 소액만 부담하는 특성으로 인하여 보다 나은 진료를 받고자 하는 의료수요자의 욕구와 함께 대형병원으로 진료가 집중될 소지가 높아, 의료자원의 효율적 활용과 대형병원으로의 환자 집중현상을 방지하기 위하여 건강보험의 2단계 요양급여와 달리 3단계 급여절차를 규정함으로써 수급권자의 합리적인 의료이용 유도와 의료자원의 효율적 배분을 통한 의료기관의 역할정립을 도모하고자 하였다.

1) 의료급여의 단계별 절차

의료급여는 1·2·3단계로 구분하여 단계별로 진료를 받아야 한다. 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우에는 먼저 제1차의료급여기관(의원급)에 의료급여를 신청해야 하고 진찰결과 또는 진료 중에 다른 의료급여기관의 진료가 필요하다고 판단되는 경우 진료담당의사의 진료의견이 기재된 '의료급여의뢰서'(「의료급여법 시행규칙」 별지 제3호 서식)를 수급권자 또는 보호자에게 발급하여야 한다. 의료급여의뢰서를 발급받은 수급권자는 발급받은 날부터 7일(공휴일 제외)이내에 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에 의료급여의뢰서를 제출하여야 한다.

의료급여를 의뢰받은 의료급여기관은 수급권자의 상태가 호전되는 때에는 의료급여 회송서를 수급권자에게 발급하여 의료급여를 의뢰한 의료급여기관이나 그 밖의 적절한 다른 의료급여기관으로 수급권자를 회송할 수 있다.

그림3.2-2 의료급여의 단계별 절차



☞ 의료급여의뢰서는 발급받은 날부터 7일(공휴일 제외)이내 제출
☞ 제1차의료급여기관 → 제2차의료급여기관
제2차의료급여기관 → 제2차의료급여기관, 또는 제3차의료급여기관
제3차의료급여기관 → 제3차의료급여기관

2) 의료급여 단계별 진료절차 예외(「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항)

수급권자가 의료급여를 받기 위해서는 원칙적으로 각 단계별 절차를 거쳐야 한다. 그러나 시급성을 요하거나, 단계별 절차를 준수하는 것이 불합리한 경우에는 다음과 같이 그 예외를 인정하고 있다.

① 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우
② 분만의 경우
③ 영 제3조제2항 제1호 라목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀·중증난치질환 또는 중증질환을 가진 사람이 의료급여를 받으려는 경우
④ 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 수급권자가 그 근무하는 의료급여기관에서 의료급여를 받으려는 경우
⑤ 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인이 장애인보조기기를 지급받으려는 경우
⑥ 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인이 「구강보건법」 제15조의2에 따른 장애인구강진료센터에서 의료급여를 받으려는 경우
⑦ 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있어 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 따라 의료급여를 받으려는 경우
⑧ 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정 되는 사람이 재활의학과에서 의료급여를 받으려는 경우
⑨ 한센병환자가 의료급여를 받으려는 경우
⑩ 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인이 의료급여를 받고자 하는 경우(제6호의 경우는 제외한다.)
⑪ 「국민건강보험법 시행령」 제45조제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자가 의료급여를 받으려는 경우
⑫ 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조 또는 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률 시행령」 제8조에 따른 상이등급을 받은 사람이 의료급여를 받으려는 경우
⑬ 15세 이하의 아동이 의료급여를 받으려는 경우
※ ①~⑦은 2차 또는 3차의료급여기관, ⑧~⑬는 2차의료급여기관 이용 가능

나. 의료급여기관별 진료범위(「의료급여법 시행규칙」 제16조)

1) 제1차의료급여기관(약국 제외)의 진료범위

- 간단한 외과적 처치 그 밖의 통원치료가 가능한 질병의 진료
- 장기치료가 필요한 만성질환으로서 입원할 필요가 없는 질병의 진료
- 질병상태·이송거리 및 이송시간을 고려할 때 환자를 다른 의료급여기관으로 이송을 하여서는 환자의 생명에 위험이 초래되는 경우의 입원진료
- 제1차의료급여기관에서 입원진료를 받는 것이 수급권자에게 유리하다고 판단하여 장관이 정하여 고시하는 입원진료(①분만 및 수술을 동반하는 경우 ② 정신질환, 한센병환자의 치료, 골절로 인하여 입원치료가 불가피한 경우 ③ 입원진료 중 의료급여수급권자로 자격이 변동된 경우 ④말기암환자에 대한 입원진료가 필요한 경우)
- 「지역보건법」에 의한 보건의료원에서의 입원진료
- 노숙인 등 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료(노숙인 진료시설인 제1차의료급여기관만 해당)
- 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관으로부터 회송 받은 환자의 진료

2) 제2차의료급여기관의 진료범위

- 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항 또는 같은 조 제2항 각호의 1에 해당하는 경우의 진료(의료급여절차 예외의 경우)
- 노숙인 등 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료(노숙인 진료시설인 제2차의료급여기관만 해당)
- 제1차의료급여기관 또는 다른 제2차의료급여기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료
- 당해 의료급여기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료
- 제3차의료급여기관으로부터 회송 받은 환자의 진료

3) 제3차의료급여기관의 진료범위

- 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항제1호부터 제6호까지에 해당하는 경우 및 같은 조 제2항 각 호에 해당하는 경우의 진료(의료급여절차 예외의 경우)
- 제2차의료급여기관 또는 다른 제3차의료급여기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료
- 당해 의료급여기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료

다. 의료급여일수 상한제(「의료급여법 시행규칙」 제8조의3)

급여일수 상한제는 수급권자가 1년 동안 의료급여를 받을 수 있는 급여일수를 365일(윤년 366일)로 제한하는 것으로, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀·중증난치질환 또는 중증질환과 만성고시질환[1]에 대하여는 질환별로 상한일수[2]를 산정하고 있으나 그 외 질환에 대해서는 모든 질환의 의료급여일수를 합하여 연간 365일로 제한함. 단, 인체면역결핍증바이러스 질환자에 대하여는 상한일수를 제한하지 않음

1) 만성고시질환(의료급여수가의 기준 및 일반기준 제22조)
- 정신 및 행동장애(뇌전증포함)(F00-F99, G40-G41)
- 신경계질환(G00~G37, G43~G83)
- 고혈압성 질환(I10-I15)
- 간의 질환(만성바이러스간염포함)(B18, B19, K70~K77)
- 당뇨병(E10-E14)
- 기타 만성폐쇄성폐질환(J44)
- 대뇌혈관질환(I60-I69)
- 두개내손상(S06)
- 갑상선의 장애(E00~E07)
- 심장질환(I05~I09, I20~I27, I30~I52)

2) 질환별 상한일수
- 결핵질환, 희귀 · 중증난치질환, 중증질환 및 10개 만성고시질환: 455일(상한일수 365일 + 연장승인 90일)
- 기타질환: 급여일수 545일(상한일수 365일 + 연장 180일)

라. 선택의료급여기관 제도

의료급여 상한일수를 초과한 수급권자는 여러 의료급여기관(병·의원) 이용에 따른 병용금기 및 중복투약으로 건강상 위해 발생 가능성이 높으므로, 차기년도 말까지 본인이 선택한 의료급여기관을 우선 이용토록 하는 제도(2007.7.1.시행)

1) 법적근거

- 「의료급여법 시행규칙」 제8조의3제3항~5항
- 「선택의료급여기관 적용대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」

2) 선택의료급여기관 적용대상자(1 · 2종 모두 해당)

선택의료급여기관 적용대상자는 조건부 연장승인자와 자발적 참여자로 구분한다. 조건부 연장승인자는 급여일수 초과자로 의료급여심의위원회 및 보장기관 직권으로 선택의료급여기관을 이용할 것을 조건으로 연장승인을 받은 자이며, 자발적 참여자는 급여일수 초과자가 아니더라도 시 · 도 및 시 · 군 · 구에 신청한 자이다.

3) 선택의료급여기관 선택 범위

의료급여수급권자는 제1차의료급여기관(의원급) 중 한 곳을 선택할 수 있고, 재활치료가 필요한 자의 재활의학과 진료나 한센병환자, 등록장애인, 도서 · 벽지 거주자, 상이등급을 받은 국가 유공자인 경우는 제2차의료급여기관 중 어느 한 곳을 선택할 수 있으며, 보건복지부장관이 고시한 결핵질환자, 희귀·중증난치질환자 및 중증질환자, 당해 의료급여기관 근무자인 경우에는 제2차 또는 제3차의료급여기관 중 한 곳을 선택 할 수 있다.

선택의료급여기관을 선택한 수급권자가 복합질환으로 6개월 이상 진료가 필요한 자인 경우 시 · 군 · 구 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 제1차 또는 제2차의료급여기관 중 한 곳을 추가로 선택하게 할 수 있으며, 선택 또는 추가 선택의료급여기관으로 치과의원 또는 한의원을 선택하지 않은 경우 치료를 위하여 필요하면 치과의원 및 한의원을 하나씩 선택 할 수 있다.

표3.2-2 선택의료급여기관 선택 범위

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">구분</th><th colspan="4">선택의료급여기관</th></tr>
<tr><th>제1선택
*심의불필요</th><th>제2선택
*심의필요</th><th>제3선택
*심의불필요</th><th>제4선택
*심의불필요</th></tr>
<tr><td colspan="2">일 반</td><td>1차기관</td><td>1~2차기관
(6개월 이상
진료 필요자)</td><td rowspan="4">한의원
(1 · 2선택
의료급여기관을
한의원으로
선택하지
않은 경우)

*본인부담 있음</td><td rowspan="4">치과의원
(1 · 2선택
의료급여기관을
치과의원으로
선택하지
않은 경우)

*본인부담 있음</td></tr>
<tr><td rowspan="3">진료
절차
예외
대상</td><td>결핵질환자, 희귀난치성질환자,
중증질환자</td><td>1~3차기관</td><td>1~2차기관
*심의불필요</td></tr>
<tr><td>2~3차기관 근무자</td><td>2~3차기관
(본인근무)</td><td>1~2차기관
(6개월 이상
진료 필요자)</td></tr>
<tr><td>재활치료가 필요한 자의 재활의학과
진료, 한센병 환자, 등록장애인,
도서벽지 거주자,
국가유공자중 상이등급자</td><td>1~2차기관</td><td>1~2차기관
(6개월 이상
진료 필요자)</td></tr>
</table>

4) 선택의료급여기관 의료급여 의뢰절차

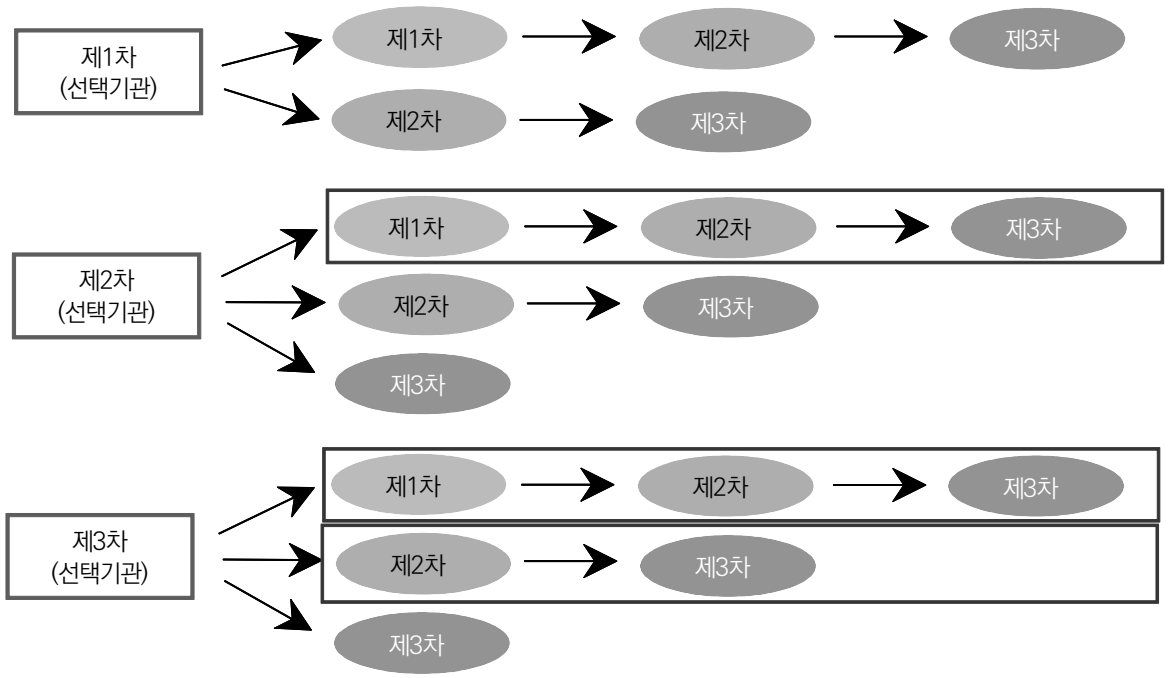
선택의료급여기관이 제1차의료급여기관인 경우 다른 제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관으로 의뢰할 수 있고, 선택의료급여기관이 제2차 또는 제3차의료급여기관인 경우 다른 의료급여기관(제1차의료급여기관 등)으로 의뢰할 수 있다.

선택의료급여기관에서 진료상 필요하여 다른 기관으로 의뢰하는 경우 의료급여의뢰서(「의료급여법 시행규칙」 별지 제3호서식)를 사용하여 의뢰하고, 의뢰사실을 7일 이내에 보장기관에 통보하여야 하며, 공단의 자격관리시스템을 이용하여 진료 후 선택의료급여기관 기호 및 급여일수 등 전송 시 "타 기관 의뢰여부(Y/N)"를 전송 시 보장기관에 통보한 것으로 갈음한다.

5) 선택의료급여기관에서 의뢰된 수급권자 재의뢰 범위

선택의료급여기관으로부터 의료급여를 의뢰받은 제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관은 진찰 결과 또는 진료 중에 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」 제6조 제1항에 따라 다른 의료급여기관에서 진료가 필요하다고 판단되는 경우에 의료급여를 의뢰할 수 있다. 다만, 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 제1차의료급여기관이 다른 제1차의료급여기관으로, 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 제2차의료급여기관이 다른 제2차의료급여기관으로 또는 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 제3차의료급여기관이 다른 제3차의료급여기관으로는 의뢰할 수 없다.

그림3.2-3 선택의료급여기관 의뢰 및 재의뢰 절차도



마. 본인부담금 보상제 및 상한제(「의료급여법 시행령」 제13조제5항, 제6항)

본인부담금 보상제는 1종(2종)수급권자 본인부담금을 경감하기 위하여 매 30일간의 본인부담금이 2만원(20만원)을 초과하는 경우 초과한 금액의 50%에 해당하는 금액을 보장기관(시·도 및 시·군·구)이 지급하는 제도이며, 본인부담금 상한제는 1종수급권자는 매 30일간의 본인부담금이 5만원, 2종수급권자는 연간 본인부담금이 80만원(다만, 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우는 120만원)을 초과하는 경우 초과금액 전액을 보장기관이 지급하는 제도로, 입원·외래 및 약국약제비를 포함하며 비급여대상, 100/100 본인부담 진료비, 65세 이상 치과 틀니 및 임플란트 비용, 상급병실(2·3인실) 입원료, 추나요법 및 연장승인 미신청 등으로 인한 건보부담적용금액 등은 지급 제외대상이다.

바. 건강생활유지비 지원제도(「의료급여법 시행규칙」 제28조, 「급여비용의 예탁 및 지급에 관한 규정」 제26조~제30조)

2007. 7. 1.에 시작된 1종수급권자 본인부담제 도입에 따라 본인부담금을 지원해 주는 제도로 공단에 수급권자별 가상계좌를 구축하여 1종수급권자(본인부담 면제자 제외)에게 매월 6,000원을 지원한다. 건강생활유지비를 지원받는 1종수급권자는 외래 진료시 본인부담금을 건강생활유지비

잔액으로 납부하며, 건강생활유지비 잔액이 모자라거나 없는 경우에는 본인이 직접 본인부담금 전부 또는 일부를 납부한다.

의료급여기관은 진료 또는 조제 후 공단 가상계좌에서 본인부담금을 차감요청하고, 공단은 진료확인번호가 부여된 경우에는 별도의 청구절차 없이 주1회 이상 의료급여기관에 지급하며, 매년도 말일을 기준으로 수급권자별 건강생활유지비 잔액을 확정하여 보장기관으로 통보하면 보장기관은 잔액을 수급권자의 계좌에 입금한다.

사. 진료확인번호

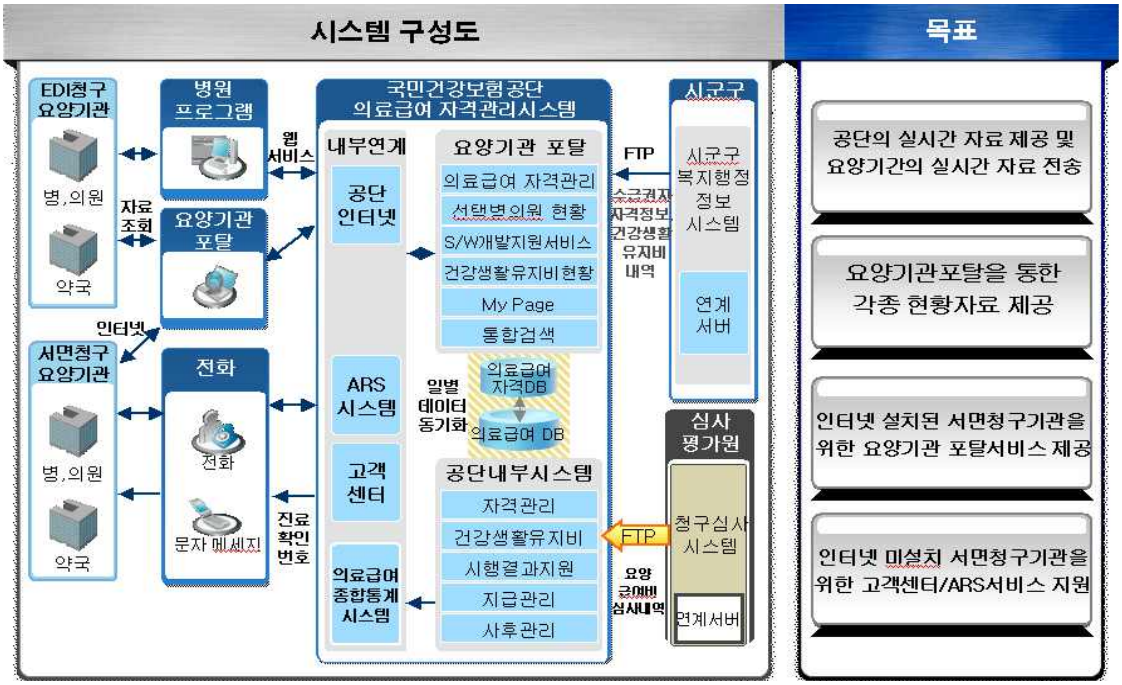
의료급여기관에서 진료 후 의료급여 자격관리시스템에서 상병, 급여일수, 처방전교부번호 등을 전송하면 공단은 진료확인번호를 부여하고, 의료급여기관은 의료급여비용 청구 시 명세서 특정내역(MT019)란에 진료확인번호(서면청구기관은 진료확인번호개수)를 반드시 기재 후 청구하여야 한다.

아. 의료급여 자격관리시스템

의료급여 자격관리시스템은 의료급여 수급자 선정 및 자격관리 업무의 활용을 위한 시스템(공단에서 구축)으로 급여일수의 실시간 관리를 통해 여러 의료급여기관 이용에 따른 중복투약을 예방하여 건강을 증진하고, 수급권자가 의료급여비용을 건강생활유지비로 지불할 수 있도록 하며, 불필요한 누수요인을 최소화하여 의료급여 재정의 건전성을 도모하기 위해 도입한 것이다.

의료급여기관이 수급권자의 본인부담면제 여부, 선택의료급여기관 적용 여부, 건강생활유지비 잔액 등의 정보를 확인할 수 있도록 하여 의료급여기관의 행정 편의를 제공하고, 진료(조제)후에는 주상병명, 입·내원일수, 급여일수, 건강생활유지비청구액, 처방전교부번호, 진료를 의뢰한 선택의료급여기관 기호 등 보건복지부장관이 정하는 사항을 자격관리시스템에 전송하면 진료확인번호를 부여받게 되며, 의료급여기관은 부여받은 진료확인번호를 의료급여비용 명세서에 기재하여 심사평가원에 청구한다.

그림3.2-4 자격관리시스템 구성도



※ FTP (File Transfer Protocol): 두 컴퓨터 간의 파일 전송을 위한 인터넷 표준 프로토콜

5 의료급여수가의 기준 및 일반기준

가. 의료급여기관 종별가산율(제2조)

표3.2-3 종별가산율

구분	상급종합병원	종합병원	병원	의원, 보건의료원
건강보험	30%	25%	20%	15%
의료급여	22%	18%	15%	11%

※ 정신과 정액수가, 혈액투석 정액수가, 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 약국은 종별 가산율을 적용하지 아니함
※ 제3차의료급여기관을 「의료법」에 따른 상급종합병원과 일치('17.7.부터)

나. 혈액투석 수가(제7조)

만성신부전증환자가 외래 혈액투석시에는 의료급여기관 종별에 불구하고 1회당 146,120원(코드 O9991)의 정액수가(진찰료, 혈액투석수기료, 재료대, 투석액, 필수경구약제 및 Erythropoietin

제제를 포함한 투석당일 투여된 약제 및 검사료 등을 포함)를 산정한다. 다만, 혈액투석을 위한 정맥내 카테타삽입술 또는 혈관중재시술 등의 비용은 별도 산정할 수 있으며, 혈액투석을 받는 만성신부전증 환자가 동일 날 만성신부전 관련 합병증이 아닌 다른 상병으로 진료를 받는 경우 이에 대한 비용은 행위별수가로 별도 산정이 가능하다.

다. 정신질환 수가(제9조~제11조)

정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과 전문의료급여기관(병원 및 종합병원급의 정신건강의학과 포함)에서 입원 진료한 경우에는 1일당 정액수가로 산정하며, 정액수가에는 약제를 제외한 진찰료·입원료·투약료·주사료·정신요법료·검사료 등 환자진료에 필요한 비용을 포함한다. 다만, 정신건강의학과 입원 중 투여한 약품비, 입원 진료 후 퇴원 투약비용, 마약류 관리료, 입원환자 안전관리료 및 감염병의 확산 등 긴급한 사유로 부득이하게 보건복지부장관이 정하는 급여비용은 별도 산정이 가능하다. 정신건강의학과 입원료 차등제는 의료인 등 인력 확보수준에 따라 5등급(G1~G5)으로 구분된다.

표3.2-4 정신질환 수가

<table>
<tr><th>진료형태</th><th>수가 산정</th></tr>
<tr><td>입원</td><td>• 1일당 정액수가(식대포함)
• 입원료 체감적용(1~90일, 91~180일, 181~360일, 361일이상)
• 동일 의료급여기관 퇴원 후 30일 이내에 재입원하는 경우 입원기간에 종전 입원기간을 합산하여 입원수가를 적용(외박일수 포함)
• 입원기간 중 다른 상병의 진료를 위하여 수술 등을 동시에 실시한 경우에는 그에 소요된 비용은 행위별수가로 적용하여 별도 산정
• 정신요법료
<table>
<tr><th>기관등급</th><th>실시기준</th></tr>
<tr><td>G1, G2</td><td>4회이상/주 (개인정신치료 2회 이상 포함)</td></tr>
<tr><td>G3</td><td>3회이상/주 (개인정신치료 1회 이상 포함)</td></tr>
<tr><td>G4, G5</td><td>2회이상/주 (개인정신치료 1회 이상 포함)</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>낮병동</td><td>• 1일당 정액수가(1식포함)
• 1일 6시간 이상 진료하고 당일 귀가시킨 경우에 적용</td></tr>
<tr><td>외박</td><td>• 외박 1일당 정액수가
• 외박 1회당 6일 이내로 산정
※ 외박수가의 산정은 외박 당일부터 귀원 전일까지의 일수를 산정</td></tr>
<tr><td>외래</td><td>• 정액수가에서 행위별수가로 변경('17.3.13.부터)
• 정신요법료
- 개인정신치료 주2회 이내
- 가족치료(개인가족치료, 집단가족치료) 각각 주 1회
- 개인정신치료 및 가족치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1회만 산정</td></tr>
</table>

라. 식대(제12조)

입원환자 식대는 의료급여기관에 입원한 환자에게 의사 처방에 의하여 식사를 제공한 경우에 산정하며, 건강보험과 달리 영양사, 조리사, 직영에 대한 식사가산과 치료식 영양관리료는 산정할 수 없다. 1일 3식 이상 제공하는 경우에도 3식을 초과 산정할 수 없고(산모식의 경우에는 1일 4식 이내로 함), 금식(NPO), 경구투여 불가능 등으로 1일 3식 이하를 제공 시에는 실제 제공한 급식횟수로 산정한다.

표3.2-5 의료급여 식대

구분		일반식(일반유동식, 연식 포함)	치료식(당뇨식, 신장질환식 등)	멸균식	분유		산모식	경관영양유동식(조제식, 완제품)
					일반분유	특수분유		
코드	의과치과	AS510	AS520	AS530	AS540	AS541	AS550	AS560
	한방	16510	16520	-	16540	16541	16550	16560
금액		3,900원 (1식당)	5,060원 (1식당)	15,150원 (1식당)	2,180원 (1일당)	6,150원 (1일당)	5,610원 (1식당)	4,720원 (1식당)

마. 안치(安置)료(제14조)

영안실 안치료는 1일당 3,750원으로 의료급여기관에서 입원진료 중 사망 또는 외래에서 6시간 이내에 사망한 경우에만 산정하되, 안치기간은 3일 이내 산정하며, 환자 측 사정으로 3일을 초과하는 경우 초과분에 대한 안치료는 그 보호자가 부담한다.

Ⅱ 보훈진료비 심사

작성: 수탁사업부

1 개념 및 목적

국가보훈처의 국가보훈대상자에 대한 의료지원과 관련하여 발생한 진료비 심사 업무를 한국보훈복지의료공단 자체에서 관리하였으나, 국회 및 감사원 등에서 기존의 '진료보상금 제도'에 대한 투명성 여부 지적 및 진료비 정산제 실시 등과 관련한 효율적 운영을 위해 공신력 있는 전문 심사기관인 심사평가원에 심사위탁을 추진키로 함에 따라 2005년, 2008년, 2017년 3회에 걸쳐 심사평가원에 위탁한 업무이며, 현재 국가보훈대상자 의료지원 사업 중에서 '보훈국비 또는 감면대상자'에 대한 진료비 심사·평가 업무가 위탁되어 있다.

※ '보훈국비 또는 감면대상자'라 함은 「국가보훈기본법」 제3조제3호에 따른 '국가보훈관계 법령(국가보훈대상자에 대한 예우 및 지원과 관련된 법령)'에 의하여 국가가 진료에 소요되는 비용을 부담하는 진료대상자를 말한다.

2 주체

가. 국가(국가보훈처장)

국가보훈대상자의 의료지원사업의 관장주체로서, 국가보훈위원회(국무총리 소속하에 둔다)를 두고 국가보훈정책의 방향설정, 기본계획 수립 및 변경, 국가보훈대상자의 신규인정·국가보훈대상의 범위 및 기준 설정·보상수준의 결정, 국가보훈에 관한 중요정책의 조정 등 국가보훈에 관한 주요시책을 심의하고 있다(「국가보훈기본법」 제11조, 제12조). 아울러, 국가보훈 분야에 관한 조사·연구, 국가보훈대상자의 생활 및 복지 실태, 국민의 보훈의식 등에 관한 조사를 실시하고 있다.(「국가보훈기본법」 제15조, 제16조)

나. 한국보훈복지의료공단

심사평가원과 심사위탁 계약을 맺은 주체이며, '국가보훈관계법령'의 적용대상자('국가유공자 등'이라 한다)의 진료·보호 및 의학적·정신적 재활, 국가유공자 등의 직업 재활 교육 등의 교육훈련, 국가유공자 등 단체의 운영 지원, 국가유공자 등을 위한 주택의 건설·공급·임대사업, 택지의 취득 및 복지시설의 운영 등을 하고 있다.(「한국보훈복지의료공단법」 제6조)

다. 건강보험심사평가원

'의료급여비용 심사'와 함께 다른 법령에 의한 진료비 심사의 일환으로 심사위탁 계약에 따라 보훈병원(6개)과 위탁진료병원(이하 '위탁병원'이라 함)에서의 '보훈국비환자(국비진료대상자)'에 대하여 진료비 심사 및 그 적정성 여부를 평가하여 그 심사결과를 해당 의료기관, 보훈병원(6개), 중앙보훈병원(한국보훈복지의료공단의 업무위임 수행 중), 국민건강보험공단(건강보험 또는 의료급여 수급권자의 경우)에 지체 없이 통보하고 있다.

라. 국민건강보험공단

국가보훈대상자 중 '보훈 전액 국비지원환자(보훈단일자격자, 상이처 또는 승인질환)'를 제외한 건강보험(또는 의료급여) 수급권자에 대하여 자격점검 및 통보되는 심사평가원의 심사결과에 따라 요양급여비용(또는 의료급여비용)에 해당되는 금액을 해당 의료기관에 지급한다.

☞ 건강보험(또는 의료급여) 수급권자의 경우 보훈국비환자는 심사위탁 계약에 의한 심사를, 감면환자는 건강보험(또는 의료급여) 환자로서 심사하고 있다.

3 심사

가. 개요

보훈진료비 심사는 보훈국비 또는 감면대상자의 진료비용이 의약학적으로 타당하고 비용효과적인 방법으로 이루어졌는지, 관련 법령 등에서 정한 기준에 따라 산정되었는지 여부 등을 검토·확인하여 요양기관에 지급할 보훈국가부담비용을 결정하는 것이다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제63조제1항제5호(심사평가원의 업무 등)
- 「한국보훈복지의료공단법 시행령」 제17조의2(업무의 위탁 등)
- 심사위탁계약에서 '보훈병원'은 「보훈병원 진료비 심사·평가 업무 위탁 계약(2008.9.29)」에 의해 2008.10.1.기준으로 시행(2008.1.1. 진료분 부터 소급심사 적용)되었으며(다만, 보훈감면진료대상자 위탁은 2017.7.1.기준으로 2017.7.1.진료분부터 적용), '위탁병원'은 「위탁진료비 심사·평가 업무 위탁 계약(2005.8.3.)」에 의해 2005.10.1. 기준으로 시행되었다.

다. 심사의 기준

- 건강보험법령 또는 의료급여법령에 의한 기준
  - 심사업무에 필요한 사항 및 처리절차 등에 대한 표준내용은 '요양급여 비용심사 업무편람' 참조
- 보훈병원 진료비, 위탁병원 진료비 및 약제비 관련 국가보훈처장이 별도로 정한 기준
- 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 정한 심사지침

라. 심사·지급 절차

보훈진료비 심사절차 및 방법은 원칙적으로 건강보험과 동일하다. 다만, 국가보훈처에서 지원하는 '보훈부담액'이 있으므로 그 심사결과를 보훈병원, 중앙보훈병원(한국보훈복지의료공단의 업무위임 수행 중)에도 통보한다.

그림3.2-5 보훈병원 청구·심사·지급업무 흐름도

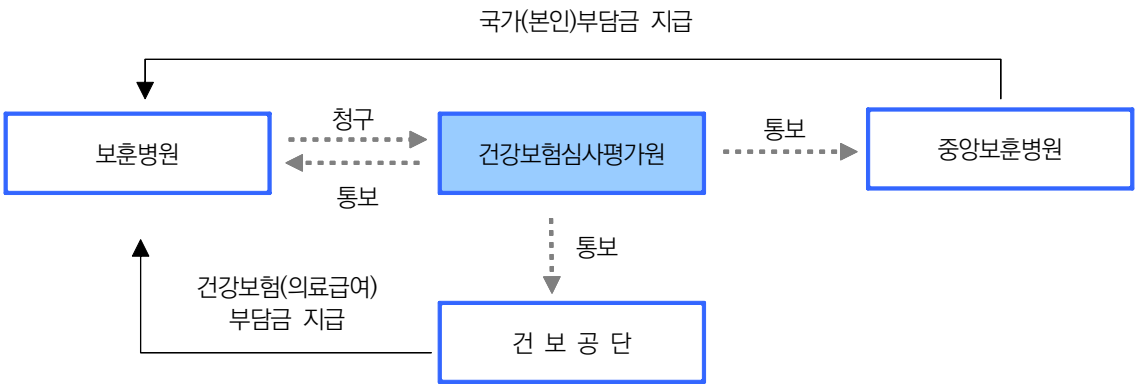
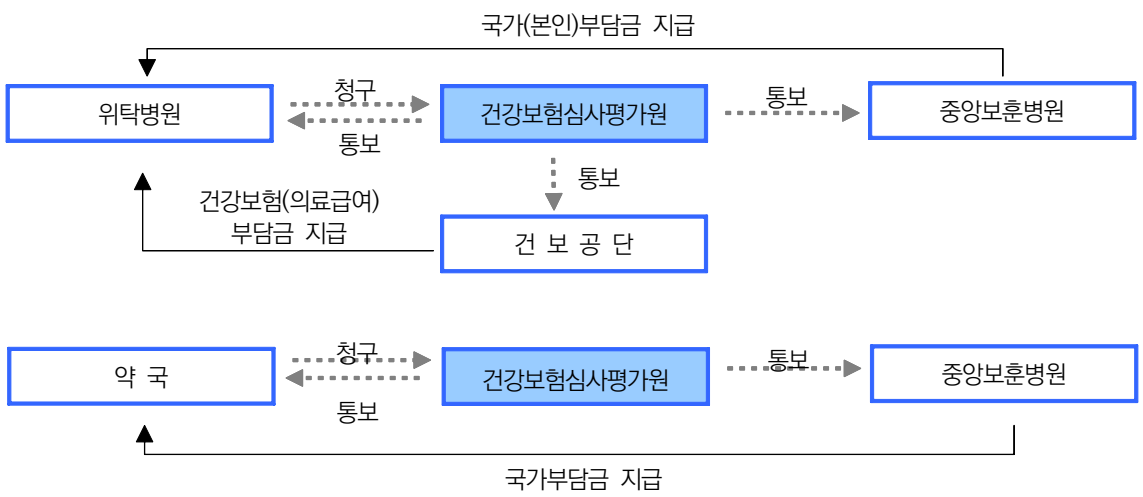


그림3.2-6 위탁병원 및 약국 청구 · 심사 · 지급업무 흐름도



4 보훈병원과 위탁병원의 비교

보훈병원과 위탁병원은 심사평가원과의 심사수탁 시기나 그 배경, 진료수가 체계, 적용 심사기준 등에 차이가 있다. 적용수가는 건강보험과 거의 동일하나, 별도로 전액본인부담(100/100) 항목과 법정비급여항목(국가보훈처장이 지정하는 항목)을 국가보훈처에서 전액 지원 하고 있다. 또한, 보훈병원의 경우는 의료기관 종별가산율 이외에 '행위료 가산(28%)'을 별도 지원하고 있다.

표3.2-6 보훈병원과 위탁병원 비교

구분	보훈병원	위탁병원
시행일 (심사수탁)	• 보훈국비진료 – 계약체결: 2008.9.29. – 시행일: 2008.10.1. – 진료분: 2008.1.부터 • 보훈감면진료 – 계약체결: 2017.6.29. – 시행일: 2017.7.1. – 진료분: 2017.7.부터	• 보훈국비진료 – 계약체결: 2005.8.3. – 시행일: 2005.10.1.

표3.2-6 보훈병원과 위탁병원 비교(계속)

구분	보훈병원	위탁병원
심사수탁 배경	• 진료보상금제도에 대한 투명성여부 지적 (기획예산처, 감사원 등) • 감사원 감사결과(2005년) - 보훈의료수가 개선 · 원가계산에 의한 적정수가 - 진료비심사 시스템 개선 · 심사평가원 심사위탁 • 정부방침 - 합리적인 보훈의료수가 정립 - 진료비 심사·평가 시스템 마련 · 진료비 정산제 실시	• 의약분업 이후 위탁진료비 급증 - 위탁진료비 적정성여부 부각 • 심사평가원 전문심사를 통한 적정진료 유도 • 위탁진료비 추경예산 편성시 공신력 있는 전문심사기관인 심사평가원에 심사위탁 추진(국회지적사항)
진료수가 체계	• 수가 체계 -「보훈병원 의료수가기준」적용 · 건강보험수가 + 예외수가	• 수가 체계 -「위탁병원[주]의 국가부담 진료비용의 산정과 청구·심사·지급에 관한 업무 처리 기준」적용 · 건강보험수가 + 예외수가
	• 보훈국비진료의 건강보험수가 적용 - 종별 가산율(25%) 적용 - 건강보험 급여기준 적용 - 단, 일부 행위료 및 재료대 별도 적용 · 입원료 체감제(91일째부터 등) · 단순재활치료 및 전문재활치료 별도인정 · 사지마비 등에 산모용 PAD · 자가 처치용: 산정기준 의함 (거즈, 탄력붕대, 크린조, 증류수) · IVUS SONO 단독 시행시 재료 • 보훈감면진료의 수가 적용 - 건강보험(의료급여) 수가 및 급여기준 동일 적용	• 건강보험수가 적용 - 해당기관의 종별 가산율 적용 - 건강보험(의료급여) 급여기준 적용
진료수가 예외	• 보훈국비진료 - 행위료 별도 가산 (28%) - 100/100항목 별도 인정 ※ 비급여(또는 비보험) 수가는 심사 수탁범위 외로 보훈병원과 국가보훈처간 직접처리 → 비급여 산정기준의 목록에 의함 • 보훈감면진료 - 감면제외: 식대, 치료재료대, 전혈료 및 혈액성분제제료(`19.12.31 진료분까지)	• 예외수가 적용 - 100/100항목 별도 인정 · 단, 파스류 등은 제외로 환자 전액 본인부담 ('09.7.28 진료분부터 적용) - 비급여항목 (국가보훈처장이 지정하는 항목에 한함) · 건위소화제 · 초음파, MRI(급여대상 및 산정기준 이외 비급여인 경우)
업무담당	• 심사 및 심사기준 관리 - 심사: 각 심사부서 및 수탁사업부 - 심사기준 관리: 수탁사업부	• 심사 및 심사기준 관리 - 심사: 본·지원 심사부서 - 심사기준 관리: 수탁사업부
심사 수수료	• 입원 800원, 외래 248원 → 의료급여의 1.58배 수준 • 약국 66원 (보훈감면진료에 한함)	• 입원 506원, 외래 157원 → 의료급여와 동일 • 약국 66원, 보건기관 55원

주) '위탁병원'이란 국가보훈관계법령 중 의료지원과 관련된 규정에 따라 국가가 진료를 위탁한 의료시설을 의미함

Ⅲ 외국인근로자 등 의료지원사업 진료비 심사

1 개념 및 목적

'외국인근로자 등 의료지원사업'은 보건복지부에서 2005년부터 사회·경제적 어려움을 겪고 있는 사람들을 대상으로 입원 및 수술 등 본인부담이 큰 항목을 위주로 의료비를 지원하는 사업이다. 사업목적은 건강보험, 의료급여 등 각종 의료보장제도에 의해서도 의료혜택을 받을 수 없는 사람들에게 의료서비스를 제공함으로써, 인간으로서 누려야 할 최소한의 건강한 삶의 질을 보장하고자 함에 있다.(「보건복지부 외국인근로자 등 의료지원사업 시행지침」, 2020.4.)

※ 지원대상자
지원대상자에는 '노숙인', '외국인근로자 및 그 배우자와 자녀(만 18세 미만)', '국적 취득 전 결혼이민자 및 그 자녀(만 18세 미만)', '난민 및 그 자녀(만 18세 미만)'가 해당된다.

2 주체

가. 국가(보건복지부장관)

외국인근로자 등 의료지원사업(이하 '사업'이라 한다)의 관장주체로서, 사업에 관한 총괄계획 수립 및 조정, 예산 확보 및 배정, 사업지침 작성 및 배포, 시·도 등의 사업 운영현황 점검, 결과보고서 평가 등을 하고 있다.

나. 지방자치단체(시·도 및 시·군·구)

동 사업의 간접 시행주체로서, 관할 의료기관에 사업지침 전파, 관련기관에 협조요청, 예산 집행 및 결산, 의료기관의 사업 운영현황 점검, 의료기관 결과보고서 평가, 시·도용 결과보고서 작성 등의 업무를 담당하고 있다.

다. 건강보험심사평가원

동 사업 중 진료비 심사청구 방법 제시, 진료비 심사, 사업 관련 통계 생산 등의 업무를 담당하고 있다.

라. 사업시행 의료기관

동 사업의 직접 시행주체로서, 의료법에 의해 개설된 의료기관 중 외국인근로자 등 의료지원 사업 시행 의료기관으로 등록된 의료기관으로, 행정구역상 관할 시·도에 등록 신청하여 시·도지사로부터 사업시행 의료기관으로 인증을 받고 있다.(단, 국립중앙의료원, 지방의료원, 적십자병원은 사업시행 의료기관으로 당연 지정)

표3.2-7 외국인근로자 등 의료지원사업 시행 의료기관 등록신청 방법 및 절차

구분		방법 및 절차
최초 등록 기관	등록신청 방법	다음의 자료를 첨부하여 행정구역상 의료기관 소재지 관할 시·도에 등록신청 1) 공공의료 사업(무료진료 등) 실적: 최근 2년간의 연도별 동 사업 지원대상에 대한 실적 * 다만, 개설기간 2년 미만 등 시·도지사가 특별한 사정이 있다고 판단하는 경우에는 2년 미만의 무료진료 실적이나 '공공보건의료에 관한 법률'에 따른 가장 최근의 '공공보건의료계획 시행결과 평가 결과' 등급을 반영('공공보건의료계획 시행결과 평가 결과' 등급을 반영할 경우 등급이 '보통' 이상이어야 지정이 가능함) 2) 사업계획서
	등록신청 시기	수시신청 가능
	사업시행 의료기관지정	시·도는 1) 관할지역내의 의료기관이 제출한 첨부서류 등을 확인하고, 신청일로부터 1개월 이내에 사업시행 의료기관 지정 2) 결과를 통보하고 보건복지부에 결과 보고
	지정 유효기간	1년(당해연도)
기존 등록 기관	등록신청 방법	다음의 자료를 첨부하여 관할 시·도에 등록신청 1) 공공의료 사업(무료진료 등) 실적: 최근 2년간(지정일 ~ 당해연도 10.31.)의 실적 2) 다음연도 사업계획서
	등록신청 시기	지정 유효기간 만료 연도 11.1.~11.30.까지 해당 시·도에 등록신청
	사업시행 의료기관 지정	시·도는 1) 관할지역내의 의료기관이 제출한 첨부서류 등을 확인 2) 12월말까지 사업시행 의료기관 지정결과를 통보
	지정 유효기간	다음연도 1월 1일부터 2년간 * 지정기간 중 허위청구 등 "동 사업 시행지침" 위반사례 시 지정 취소(지정 취소 시 2년간 등록신청에서 제외)

3 심사

가. 개요

'외국인근로자 등 의료지원사업'의 심사는 보건복지부의 시행지침에 따라 운영되고 있다. 의료기관에서 동 사업 시행 후 진료비가 청구되면 심사평가원은 동 진료비에 대한 의학적 타당성 등의 심사, 적정성 평가, 심사청구방법 제시, 사업 관련 통계 생산 등의 업무를 실시하고 있다.

나. 법적근거

「보건복지부 외국인근로자 등 의료지원사업 시행지침」, 2020.4.

다. 심사·지급 절차

'외국인근로자 등 의료지원사업'의 수혜자는 건강보험이나 의료급여의 의료혜택을 받을 수 없는 계층이 대상이며, 의료급여 수가와 「의료급여에 관한 기준」을 적용하고 있다.

표3.2-8 소외계층 의료서비스 의료지원사업의 지원범위 등

<table>
<tr><th colspan="2">지원내용</th></tr>
<tr><td colspan="2">• 입원부터 퇴원까지 발생한 총 진료비의 90%를 지원, 10% 본인부담(식대 80%지원, 20% 본인부담)
- 1회당 500만원 범위 내에서 지원
- 의료기관은 진료비를 청구할 때에는 시·도에는 전체 진료비의 90%만 청구하되, 심사평가원에는 진료비 전액을 청구
• 1회당 총 진료비가 500만원 초과하는 경우와 동일인이 1회 이상 수술을 받을 경우에는 자체심의(의사2인 이상으로 구성)를 거쳐 총 진료비 초과사유서를 작성하여 시·도에 제출
- 총 진료비 초과사유서는 사전 제출을 원칙으로 하며, 사업 진료비 청구서 제출 시에도 첨부</td></tr>
<tr><th>지원 범위</th><th>지원제외 대상</th></tr>
<tr><td>• 입원 및 수술(당일 외래 수술 포함)
-입원 및 수술과 연계되는 사전 외래진료와 사후 외래진료 각3회만 인정
• 비급여 항목 중 초음파(「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따른 수가코드 및 산정기준 적용)
• 산전 진찰
-보건복지부 고시에 의한 요양급여 대상 검사
• 외국인근로자의 자녀(만 18세 미만), 국적 취득 전 여성 결혼 이민자 및 난민 등의 자녀(만 18세 미만)의 외래진료
• 외국인근로자 배우자(외국인)의 임신과 관련된 산전 진찰 및 출산</td><td>• 3인실 이하 병상 이용에 따라 추가 부담되는 입원료
- 3인실 이하 병상에 입원한 경우 기본입원료산정
• 선택 진료비
• 100분의 100 본인부담
• 선별급여
• 호스피스
• 간호·간병통합서비스</td></tr>
<tr><th colspan="2">다른 요양기관(3차 의료기관 등) 이송환자</th></tr>
<tr><td colspan="2">• 이송범위: 사업시행 의료기관에서 진료가 불가능한 환자(예: 중대한 처치·수술 등)를 다른 요양기관(3차 의료기관 등) 의뢰할 수 있음
• 이송기간: 중대한 처치·수술 등에 필요한 최소한의 기간으로 하고 처치·수술 후에는 사업시행 의료기관에서 진료, 전원을 의뢰받은 의료기관은 환자 진료를 완료한 후 전원 의뢰기관에 진료결과를 회신
• 진료비 청구방법: 이송환자에 대한 진료비는 사업시행 의료기관에서 진료비 청구 시 일괄청구하고 진료한 기관과 협의·정산
• 요양기관 종별 가산율은 진료한 기관의 가산율 적용</td></tr>
</table>

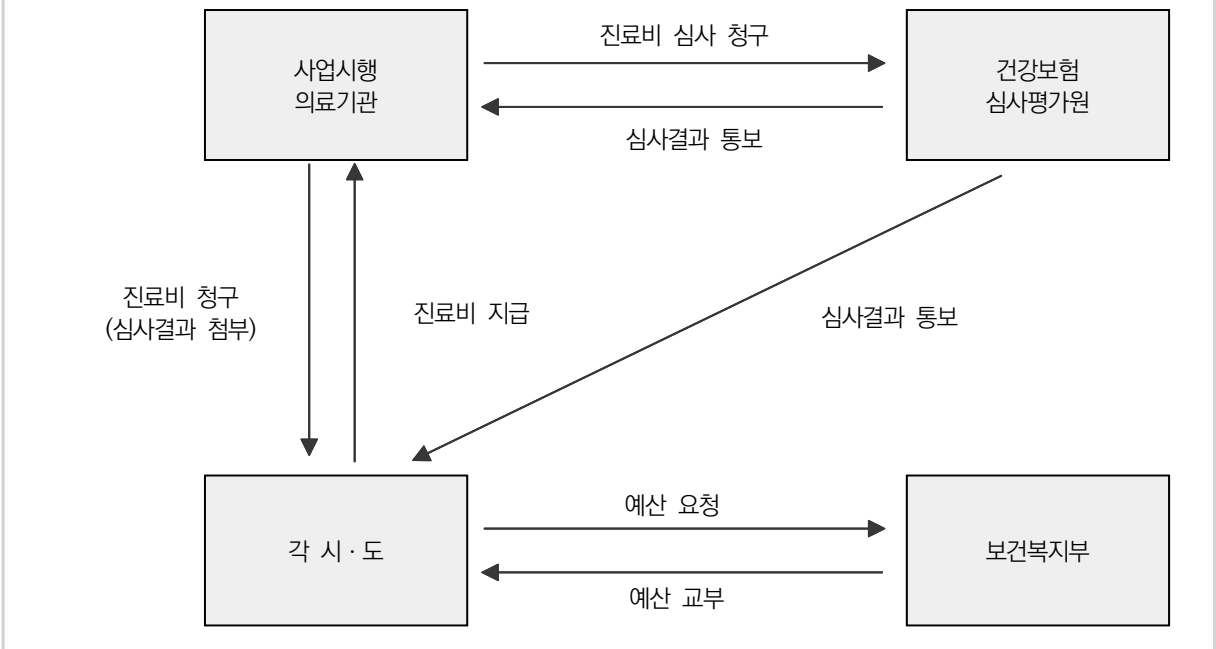
심사절차 및 방법은 사업시행 의료기관에서 심사평가원에 해당 진료비를 청구하고 심사평가원에서는 해당 의료기관과 각 시·도에 심사결과를 통보한다. 사업시행 의료기관에서는 심사평가원의 심사결과를 첨부하여 각 시·도에 진료비를 청구하면 관할 시·도에서 진료비를 지급한다.

표3.2-9 외국인근로자 등 의료지원사업 진료비 청구·심사·지급업무 절차

구분	절차
1. 국고보조금 교부	보건복지부 → 시·도
2. 진료비 심사 청구	의료기관 → 심사평가원
3. 진료비 심사결과 통보	심사평가원 → 시·도 ↘ 의료기관
4. 진료비 청구(심사결과 첨부)	의료기관 → 시·도
5. 진료비 지급(지방비 매핑)	시·도 → 의료기관
6. 결산 및 정산	시·도 → 보건복지부
7. 실적보고	의료기관 → 시·도 → 보건복지부

☞ 총사업비 범위 내에서 당해연도에 발생한 진료비 지급을 원칙으로 한다.

그림3.2-7 소외계층 의료비 지원사업 진료비 청구·심사·지급업무 절차도



Ⅳ 응급의료비 미수금 대지급제도 운영

1 응급의료비 미수금 대지급제도

가. 개요

의료기관 등이 응급환자에게 응급의료 및 이송처치를 제공하고 응급의료비용 등을 지불받지 못하였을 경우 심사평가원에 그 비용을 청구하면, 심사평가원은 비용에 대한 적정성을 심사하여 응급환자 대신 지급하여 주고 나중에 응급환자 본인 및 상환의무자(배우자, 응급환자의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자 또는 다른 법령에 따른 진료비 부담 의무자)로 부터 대지급금을 상환 받는 제도이다.

이 제도는 국민들이 의료비를 내지 못한다는 이유로 의료기관 등이 응급환자에 대한 응급의료를 거부하는 문제점을 해결하고 인간생명의 존엄성을 유지하기 위한 제도이다.

나. 법적근거

- 「응급의료에 관한 법률」(법률 제15522호) 및 같은 법 시행령 (대통령령 제28453호)·시행규칙(보건복지부령 제538호)
- 「응급의료비 미수금 대지급청구 심사기준」(보건복지부 고시 제2016-269호)

다. 권리와 의무

1) 「응급의료에 관한 법률」 제3조(응급의료를 받을 권리)

모든 국민은 성별, 나이, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리가 있으며 국내 체류 외국인도 같다.

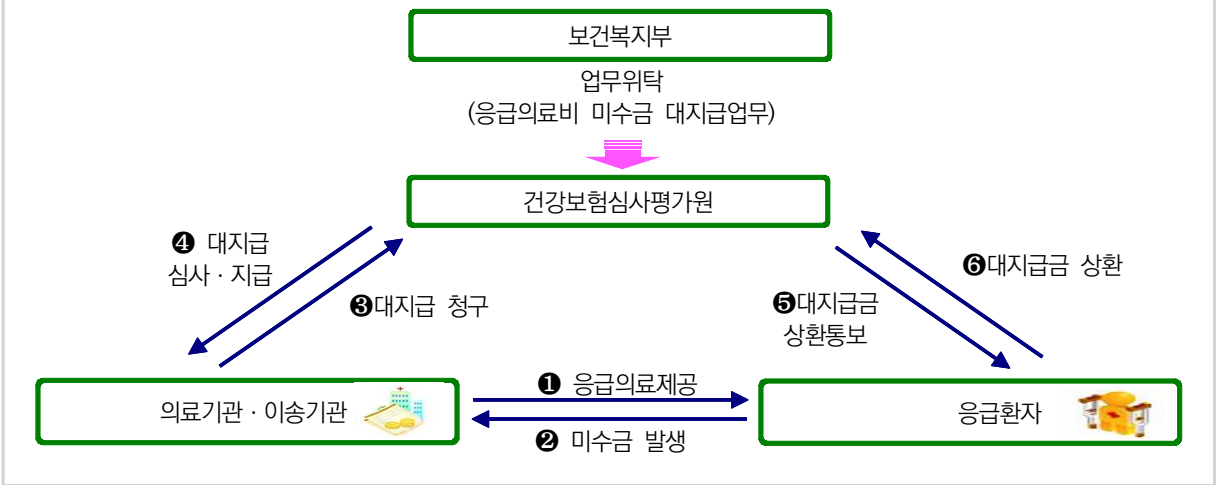
2) 응급의료종사자의 권리와 의무

- 「응급의료에 관한 법률」 제6조(응급의료의 거부금지 등)
  - 응급의료기관 등에서 근무하는 응급의료종사자는 응급환자를 항상 진료할 수 있도록 응급의료 업무에 성실히 종사하여야 한다.
  - 응급의료종사자는 업무 중에 응급의료를 요청받거나 응급환자를 발견하면 즉시 응급의료를 하여야 하며 정당한 사유 없이 이를 거부하거나 기피하지 못한다.
- 「응급의료에 관한 법률」제10조(응급의료중단의 금지)
  - 응급의료 종사자는 정당한 사유가 없으면 응급환자에 대한 응급의료를 중단하여서는 아니 된다.
- 「응급의료에 관한 법률」제11조(응급환자의 이송)
  - 의료인은 해당 의료기관의 능력으로는 응급환자에 대하여 적절한 응급의료를 할 수 없다고 판단한 경우에는 지체 없이 그 환자를 적절한 응급의료가 가능한 다른 의료기관으로 이송하여야 한다.
  - 응급환자를 이송할 때에는 응급환자의 안전한 이송에 필요한 의료기구와 인력을 제공하여야 하며, 응급환자를 이송 받는 의료기관에 진료에 필요한 의무기록(醫務記錄)을 제공하여야 한다.

2 응급의료비 미수금 대지급 청구절차 및 방법

가. 대지급 청구업무 절차

그림3.2-8 응급의료비 미수금 대지급 청구업무 절차도



나. 대지급 청구기관

의료기관과 구급차 등을 운용하는 자(「응급의료에 관한 법률」 제22조 제1항)

의료기관	상급종합병원, 종합병원, 병원(의과 · 치과 · 한방 · 요양), 의원(의원 · 치과 · 한방), 조산원
구급차 등을 운용하는 자	• 「응급의료에 관한 법률」 제44조의 규정에 의한 응급환자 이송을 목적사업으로 보건복지부장관의 설립 허가를 받아 비영리법인 구급차 등을 운용하는 자 • 「응급의료에 관한 법률」 제51조의 규정에 의하여 응급환자 이송업의 허가를 받은 자

다. 대지급 청구 대상 및 범위

1) 청구대상

응급의료를 제공받은 응급환자로서 응급의료비용을 부담할 능력이 없는 자

2) 청구제외 대상

- 다른 법령에 의하여 응급의료비용 전액을 지급받는 자
- 다른 법령에 의하여 응급의료비용 일부를 지급받는 자로서 그 나머지 비용을 부담할 능력이 있는 자

3) 대지급금 청구범위

응급환자 본인이 부담하여야 하는 금액으로 다른 법령에 의한 다음 각 호의 부담 의무자가 부담하는 비용을 공제한 금액에 대해 청구할 수 있다.

- 국민건강보험법령에 의하여 보험자가 부담하는 요양급여비용
- 의료급여법령에 의하여 보장기관(시 · 군 · 구)이 부담하는 의료급여비용
- 기타 다른 법령에 의한 부담의무자가 부담하는 비용

라. 대지급 산정범위

1) 응급의료비

응급증상 및 응급에 준하는 증상으로 내원하여 의료기관의 응급실 등에서 최초로 진료를 받기 시작한 날부터 응급의료가 종료된 날까지 발생된 본인부담 미수금

2) 이송처치료

구급차 등을 운용하는 자 및 응급환자이송업자가 응급증상 및 응급에 준하는 증상의 환자를 이송하고 발생된 본인부담 미수금

마. 대지급 청구기간

- 의료기관 등은 응급의료비 미수금을 대지급 받고자 할 경우 진료종료일 또는 이송종료일부터 3년 이내에 청구할 수 있다.
- 다른 법령(「국민건강보험법」, 「의료급여법」 등)에 의하여 응급의료비의 일부를 응급환자 이외의 자가 부담하는 경우에는 해당 법령에 따라 진료비를 청구하여 심사결과를 통보받은 날 이후에 청구할 수 있으며, 이 경우에도 청구 시기는 진료종료일부터 3년이다.

바. 대지급 청구방법

1) 서면 청구

의료기관(이송단체)은 응급의료비 미수금 대지급 청구를 할 경우, '응급 환자진료비(이송처치료) 미수금 대지급청구서'에 기타 필요한 서류를 첨부하여 서면으로 심사평가원(의료급여실 수탁사업부)에 제출하여야 한다.

2) 웹(Web)/우편청구

심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr) 좌측 하단 '요양기관업무포털/정산관리/응급의료비 대지급 청구/ 청구' 에 접속하여 내용작성 및 파일 첨부 후 전송하여야 한다.

※ 다만, 첨부 서류를 우편으로 발송 시 10일 이내에 제출(도착)하여야 한다.

3) 구비서류

응급의료비용	이송처치료 (이송기관용)
① 응급환자진료비 미수금 대지급 청구서 - 시행규칙 별지 제4호 서식 ② 응급진료비 산출내역서 1부 - 국민건강보험법 시행규칙 제19조제2항 등 ③ 진료기록부 사본(응급진료내역 표시) 1부 - 응급진료기간의 확인 ④ 진료비계산서 사본(환자에게 발행) 1부 - 요양개시일부터 퇴원일까지 발생한 진료비 영수증 ⑤ 응급진료비 미납확인서(또는 의료기관장의 확인서) - 심사기준 서식 별지 제3, 4호 서식	① 응급환자 이송처치료 미수금 대지급 청구서 - 시행규칙 별지 제4호 서식 ② 출동 및 처치 기록지 - 시행규칙 별지 제16호 서식 ③ 이송처치료 영수증 사본 1부 - 시행규칙 별지 제5호 서식 ④ 이송처치료 미납확인서(또는 이송기관장의 확인서) - 심사기준 서식 별지 제3, 4호 서식 ⑤ 응급구조사 자격증(탑승자) ⑥ 자동차(구급차)등록증 ⑦ 사업자등록증(사업자등록 번호만 제출 가능) ⑧ 이송업 허가증(최초 청구시) ⑨ 대표자의 수납통장 사본(최초 청구시)

3 대지급 심사 및 지급

가. 심사의 일반원칙(「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제9조 제1항)

1) 의약학적인 측면과 비용효과적인 측면에서 응급의료를 적정하게 행하였는지의 여부

심사평가원에 소속된 진료비심사평가위원회의 심의를 받아 공정하고 타당하게 심사한다.

2) 응급의료비용 및 이송처치료 산출의 적정성 여부

응급의료에 관한 법령 및 관련 고시, 국민건강보험법령의 요양급여비용산정기준 및 의료급여법령의 의료급여수가의 기준과 대조한다.

나. 심사기준 적용 및 세부 인정기준

- 응급의료에 관한 법령 및 관련 고시
- 응급의료비 미수금 대지급 청구 심사기준
- 국민건강보험법령(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한규칙」 포함) 및 관련 고시
- 의료급여법령 및 관련 고시
- 보건복지부의 행정해석 및 진료심사평가위원회가 심의·결정한 심사지침 등

다. 보완자료 요청

- 심사평가원장은 의료기관 등이 제출한 대지급청구서의 기재사항 착오기재 및 구비서류 누락 등으로 대지급청구금의 심사·지급이 곤란한 경우에는 심사에 필요한 보완자료의 제출을 요청할 수 있다.
- 보완자료의 제출을 요청하는 경우에는 10일의 기간을 정하여 요청하고, 동 기간 내에 제출하지 아니한 경우에는 다시 7일의 기간을 정하여 재요청할 수 있다.
- 보완자료의 제출을 요청받은 의료기관 등이 보완자료를 제출하지 아니하여 심사가 곤란한 경우에는 대지급 청구서를 반려하고, 대지급 청구서를 반려 받은 의료기관 등은 그 사유를 보완하여 다시 청구하여야 한다.

라. 심사·지급결과 통보

- 심사평가원장은 대지급 청구금을 심사·지급한 경우에는 지체 없이 '응급 환자진료비(이송처치료)미수금대지급 심사결과 및 지급통보서'를 의료기관 등에 통보한다.
- 심사결과 조정사항이 있는 경우에는 의료기관 등이 납득할 수 있도록 항목별, 사유별로 조정내역이 기재된 심사내역을 통보한다.

마. 이의신청

1) 대상

- 심사평가원의 대지급청구금 심사결과에 이의가 있는 의료기관 등
  - '응급의료비 미수금 대지급청구 심사기준'별지 제1호 서식

2) 이의신청기간

대지급금 심사결과에 이의가 있는 의료기관 등은 '응급환자진료비(이송처치료) 미수금대지급 심사결과 및 지급통보서'가 당해 의료기관 등에 도달한 날부터 90일 이내에 이의신청을 하여야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 30일의 범위 안에서 그 기간을 연장할 수 있다.

3) 이의신청결과 통보

- 심사평가원장은 이의신청을 받은 날부터 60일 이내에 결정을 하여야 한다.
  다만, 부득이한 경우 30일의 범위 안에서 그 기간을 연장할 수 있다.
- 이의신청 결정기간을 연장하는 때에는 결정기간이 만료되기 7일전까지 이의신청인에게 이를 통지하여야 한다.
- 이의신청에 대한 결정을 한 때에는 지체 없이 별지 제2호 서식에 따른 '이의신청결정서'를 의료기관 등에 송부하여야 한다.

4 대지급 구상절차

가. 상환고지

- 응급의료비용을 청구한 의료(이송)기관에 응급대지급금을 지급하고, 행정안전부로부터 응급환자의 주소를 파악한 후 7일 이내에 상환고지서를 송달한다.
- 상환고지서 납부기한은 고지일로부터 30일 이내로 정한다.

나. 독촉상환고지

- 1차 상환고지서 발송 후 상환여부를 확인한 다음, 미상환자에 대하여는 10일 이내에 독촉상환고지서를 송달한다.
- 독촉상환고지서 납부기한은 고지일로부터 20일 이내로 정한다.

다. 분할상환고지

「응급의료에 관한 법률 시행령」 제21조에 따라 응급의료비 대지급금 일괄상환이 어려운 경우 상환의무자의 신청으로 12개월의 범위 내에서 분할하여 납부하게 할 수 있다.

라. 일괄상환고지

- 미상환자에 대하여는 연 2회 일괄상환고지서를 송달한다.
- 일괄상환고지서 납부기한은 고지일로부터 20일 이내로 정한다.

마. 지급명령 및 강제집행(2018.4.24.까지 지급분 해당)

- 독촉 및 일괄상환고지서를 송달하였음에도 불구하고 대지급금을 상환하지 아니하는 자에 대해서는 재산이 일정기준 이상인 자에 대하여 관할법원(춘천지방법원 원주지원)에 지급명령을 신청한다.
- 법원의 지급명령에도 응급의료비 대지급금을 상환하지 아니하는 자에 대해서는 상환의무자 주소지 관할 법원에 예금채권 압류 등의 강제집행을 신청한다.

바. 체납처분(2018.4.25.이후 지급분 해당)

- 독촉상환고지서를 송달하였음에도 불구하고 대지급금을 상환하지 아니하는 자에 대해서는 보건복지부장관의 승인을 받고 압류 등 강제집행을 예고하는 납부최고서 송달한다.
- 납부최고서를 송달하였음에도 불구하고 대지급금을 상환하지 아니하는 자에 대해서는 심사평가원에서 직접 예금채권 압류 등 강제집행 실시한다.

V 자동차보험 진료비 심사

작성: 자보심사운영부

1 개요

가. 추진배경

일부 의료기관 및 교통사고 환자의 도덕적 해이로 허위·과잉진료[41], 보험금 누수 등 자동차보험 관련 사회 문제가 대두되었다. 또한 각각의 보험회사(14개)와 공제조합(6개)이 개별적으로 진료비를 심사함에 따라 기준의 일관성이 부족하였고, 의료기관과의 분쟁 발생[42]이 지속적으로 증가하였다.

이에 정부는 6개 부처 합동[43]으로 '공정사회를 향한 자동차보험 개선대책'을 발표('10.12.)하였으며, 국회의 의사결정을 거쳐 관련법령을 개정[44], 자동차보험 진료비 심사업무를 전문심사기관인 심사평가원에 위탁하도록 하였다.

심사평가원은 2013년 1월 전담부서인 자동차보험심사센터(1센터 5부)를 신설하고, 14개 보험회사와 6개 공제조합으로부터 자동차보험 진료비 심사업무를 위탁받아 2013년 7월 1일 진료분부터 심사를 수행하고 있다.

나. 진료비 심사 수탁의 의의

심사평가원이 자동차보험 진료비를 수탁심사 하게 되면서 보다 의학적으로 타당한 심사와 더불어 제3자 심사라고 하는 객관성과 공공성까지 확보하게 되었다. 의료기관을 통해 부재환자(일명 '나이롱환자') 등에 대한 적절한 관리가 가능할 뿐 아니라 과잉진료(overuse)에 대한 일관된 점검, 약물의 안전성 등에 대한 신속한 점검 등이 이루어질 수 있다. 국민들에게는 보다 비용

41 자동차보험 환자 입원율(보험개발원 자료, 2012)
- 교통사고 환자 입원율: 우리나라 47.9%(일본 5.5%, 8.7배)

42 자동차보험 진료비 분쟁 심화
- 자동차보험진료수가분쟁심의회 심사청구 현황: '05년(3,986건)대비 '12년(10,929건)

43 국토교통부, 보건복지부, 공정거래위원회, 금융위원회, 경찰청, 금융감독원

44 자동차손해배상보장법('12.2.22.), 시행령('12.8.22.), 시행규칙('12.9.4.)

효과적이면서도 안전하고 질 높은 의료 서비스를 제공할 수 있다는데 그 의의를 찾아볼 수 있다.

의료기관 입장에서는 자동차보험 진료비 심사 기준이 일관되게 적용됨으로써 보험사와의 불필요한 분쟁을 최소화 할 수 있으며, 청구처의 단일화로 편의성 제고와 행정비용 감소의 효과가 있다.

보험업계에서도 진료비 심사의 전문성을 제고하고 경찰효과로 과잉·부당청구를 사전에 차단함으로써 불필요한 보험료 지출을 줄일 수 있게 되었다.

국가적으로는 가입자의 보험사기와 도덕적 해이(moral hazard), 자동차보험진료비를 둘러싼 의료계와 보험업계의 불필요한 분쟁 등을 최소화 할 수 있다. 또한 국민의료비의 총체적인 관리를 통해 보건의료정책을 일관되고 효율적으로 집행할 수 있는 기반을 마련하게 되었다.

※ 자동차보험 심사수탁의 의의
① 불필요한 의료비 지출 방지로 선량한 보험가입자 보호
② 의료의 질 향상
③ 지속 가능한 건강보험제도 운영

다. 자동차보험진료비 심사 현황

- 2019년 자동차보험 진료비는 2조 2,142억원으로, 건강보험 진료비 대비 2.3% 수준

(진료분야별)						
○ 의과분야	2018년	1조 2,542억원	→	2019년	1조 2,497억원	(0.3% 감소)
○ 치과분야	2018년	81억원	→	2019년	77억원	(5.3% 감소)
○ 한방분야	2018년	7,139억원	→	2019년	9,569억원	(34.0% 증가)
(입원외래별)						
○ 입원	2018년	1조 1,719억원	→	2019년	1조 1,276억원	(4.8% 증가)
○ 외래	2018년	8,043억원	→	2019년	9,867억원	(22.7% 증가)

- 2019년 청구건수는 1,967만건으로, 전년 1,743만건 대비 12.9% 증가
- 자동차보험 청구기관은 20,240개소로 개설의료기관의 29.4% 차지

라. 법적근거

관련규정	주요내용
「자동차손해배상보장법」 제12조의2 ('12. 2. 22. 신설)	• 자동차보험 진료비 심사 · 조정업무 등을 전문심사기관에 위탁
같은 법 시행령 제11조의2 ('12. 8. 22. 신설)	• 전문심사기관으로 심사평가원 명시
같은 법 시행규칙 제6조의2~5 ('12. 9. 4. 신설)	• 진료비 청구, 심사, 지급 및 이의제기 등 • 기타 세부사항 국토교통부 고시로 규정
「자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정」 (국토교통부 고시, '20. 5. 7. 개정)	• 자동차보험진료수가 청구 및 지급 절차 • 심사결과의 통보 및 이의제기 등 • 자동차보험진료수가심사위원회 운영 • 심사지침 운영 및 적용
「자동차보험진료수가에 관한 기준」 (국토교통부 고시, '13. 6. 28. 개정)	• 진료의 기준 및 진료수가의 인정범위, 산정방법 등

마. 자동차보험 운영 주체별 역할

기관명	주요업무
국토교통부	• 자동차보험 등 자동차 관련 정책 수립(자동차손해배상 보장법) • 자동차보험 가입의무 규정, 대인 · 대물사고의 손해배상 보장기준 마련
금융위원회	• 보험에 관한 조사 · 연구 및 기본정책 수립(보험업법) • 보험금 지급 및 손해사정 방법 규정
금융감독원	• 보험회사의 인 · 허가 및 관리 감독, 보험사기 조사 • 보험범죄신고센터, 소비자보호센터, 금융분쟁조정위원회 운영
자동차보험진료 수가분쟁심의회	• 보험회사 등과 의료기관이 합의하여 만든 민사 자율 조정기구 • 자동차보험 진료비 분쟁의 심사 · 조정 • 진료수가 기준 조정에 대한 건의
손해보험협회	• 손해보험 제도 개선 연구, 손해보험사 경영통계 및 분석 • 입원환자 부재점검, 차량수리비 실태점검
자동차 손해배상진흥원	• 공제조합 업무 및 재산상황 검사, 공제분쟁 · 민원지원 • 보험 · 공제 정책, 제도 등 연구 · 개발
보험회사 · 공제조합	• 보험 가입자 및 피부양자 자격관리 • 요양급여 검토 · 지급 및 보험료 부과 · 징수
심사평가원	• 보험회사 · 공제조합으로부터 위탁 받은 자동차보험진료비 심사 업무 · 이의제기 등

2 자동차보험의 특성

자동차보험은 자동차를 소유, 사용 또는 관리하는 과정에서 사고로 인해 발생하는 제3자 및 자신의 인적 손해와 재물상의 손해를 보상하는 손해보험(Non-Life Insurance)의 일종이다.

자동차보험은 자동차를 운행하는 모든 운전자에 대하여 법적으로 가입이 강제되고 있다. 가해자에게 집중된 배상책임을 분산하여 피해자에 대한 신속한 보호 기능을 수행한다는 측면에서 사회보장적 성격을 가진다고 볼 수 있으나, 그 운영주체가 영리를 추구하는 민간기업이라는 점에서 사회보험과 민간보험의 특성을 동시에 보유하고 있다.

표3.2-10 사회보험, 민간보험과 자동차보험의 비교[45]

구분		사회보험	민간보험	자동차보험	
				대인보상(Ⅰ)	대인배상(Ⅱ)
운영 주체	제도의 목적	기본적 보장 (상호위험)	개인적 필요에 따른 보장(개인위험)	기본적 보장 (피해자 및 개인위험)	개인적 필요에 따른 보장(개인위험)
	운영주체	국가/공공기관	민간보험사	민간보험사	
	국가부양성	있음	없음	없음	
운영 목표	단기	재정균형 유지	이윤추구	이윤추구	
	장기	사회적 편익	상업적 이윤	상업적 이윤	
운영 원리	수급권	법적수급권	계약적 수급권	법적 · 계약적 수급권	계약적 수급권
	보험가입 대상	강제가입 가입자 비선택 위험배제 없음	임의가입 가입자 선택 위험배제 있음	강제가입 가입자 비선택 위험배제 없음	임의가입 가입자 선택 위험배제 있음
	급여	균등급여	차등급여	균등급여	차등급여
	보험료 산정	집단적 등가성 능력(소득) 비례	개인적 등가성 위험률 비례	개인적 등가성 위험률 비례	개인적 등가성 위험률 비례

45 심사평가원, 2010, 건강보험과 자동차보험 진료비 심사체계 비교연구 논문

3 자동차보험진료수가에 관한 기준(국토교통부 고시)

가. 일반사항

1) 목적

자동차보험진료수가에 관하여「자동차손해배상 보장법」제15조 및 동법 시행규칙 제7조에서 위임한 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 규정

2) 적용범위

- 보험회사등이 보험금 또는 가불금의 지급청구를 받아 피해자에게 교통사고 환자 진료비를 직접 지급하는 경우
- 제1호의 보험금 등 또는 가불금의 지급을 받았거나 이를 지급받을 교통사고 환자가 의료기관에게 진료비를 변제하는 경우. 다만 국민건강보험법령 또는 산업재해보상보험법령에 의하여 보험 처리될 수 있는 비용 제외
- 의료기관이 자동차보험진료수가를 심사평가원에 청구하고 이에 대하여 심사평가원이 심사하는 경우 및 보험회사등이 의료기관에게 그 진료비를 지급하는 경우
- 의료기관이 법 제12조제5항 단서에 따라 교통사고환자에게 직접 진료비의 납입을 청구하는 경우. 다만, 국민건강보험법령 또는 산업재해보상법령에 따라 보험 처리될 수 있는 비용은 제외
- 법 제17조에 따른 자동차보험진료수가분쟁심의회가 법 제20조제1항에 따른 심사·결정을 하는 경우

나. 용어 정의

1) 자동차보험진료수가

교통사고환자가「의료법」에 따른 의료기관에서 진료를 받음으로써 발생하는 비용

2) 교통사고환자

자동차의 운행으로 사고를 당한 자

3) 교통사고환자 진료비

교통사고환자가 자동차사고로 인한 상병(부상으로 인한 제 증상)을 진료하기 위하여 소요된 비용

4) 의료기관

「의료법」 제3조에 따른 “의료기관” 및 「지역보건법」 제12조에 따른 “보건의료원”

5) 보험회사 등

보험회사, 공제사업자

다. 진료의 기준 및 진료수가의 인정범위, 산정방법

1) 진료의 기준

의료기관은 교통사고환자의 조속한 원상회복을 위하여 필요한 진료에 최선을 다하되, 그 진료는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 보편·타당한 방법·범위 및 기술 등에 따라 행하여야 한다.

2) 진료수가의 인정범위 및 제외대상

가) 인정범위

(1) 건강보험 기준 적용

- 보건복지부장관이 정한 내역 및 기준: 「국민건강보험법」 제41조제3항 및 제4항
- 보조기기에 대한 보험급여기준: 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표 7]
- 응급의료수가기준: 「응급의료에 관한 법률」 제23조제1항

(2) 건강보험 기준과 달리 정하는 사항

- 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 [별표 1] 건강보험기준과 달리 적용하는 사항
- 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 [별표 2] 건강보험기준에 규정되지 않았거나 요양급여로 정하지 아니한 진료항목에 대한 사항
- 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 [별표 3] 자동차보험진료수가 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
- 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 [별표 4] 교통사고환자 시범재활치료 항목 및 기준에 관한 사항
- 「산업재해보상보험 요양급여 산정기준」 [별표] 산재보험에서 추가로 인정하는 요양 급여의 범위 및 비용산정기준

(3) 자보심사지침 제정

- 심평원장은 불분명한 사항이 있는 심사기준에 대해 심사지침을 운영할 수 있다. 이 경우, 자보심사위원회 심의를 거쳐 공고하며, 공고한 이후 진료분부터 심사에 적용
- 관련근거: 자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정 (국토부 고시)
- 2020년에 5항목 공고('20.9.16.)
  - 도수치료, 체온열, 이온삼투요법, 첩약병용, 소애주 이용한 직접애주구

나) 제외대상

(1) 명백히 자동차사고와 인과관계가 없는 상병에 대한 진료비

〈예외〉
자동차사고 당시에는 증상이 없었으나 진료 중에 발생한 증상('합병증')에 대한 진료비

(2) 해당 자동차사고가 있기 전에 이미 가지고 있던 증상('기왕증')에 대한 진료비

〈예외〉
기왕증이라 하여도 해당 자동차사고로 인하여 악화된 경우 그 악화로 인한 진료비

(3) 교통사고환자의 요구로 발생한 상급병실료(기본입원료와의 차액) 및 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원, 「장애인복지법」제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정)의 2~3인실 사용 시 건강보험에서 정한 본인일부부담금*에 해당하는 입원료

※ 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원의 2~3인실 사용 시 입원일수에 따른 입원료의 본인일부부담금 산정기준은 [별표3]에 따름

〈예외〉
의료진이 치료상 부득이하게 상급병실 및 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원의 2~3인실에 입원하여 한다고 판단하여 입원하였을 때
병실의 사정으로 부득이 상급병실 및 상급종합병원 · 종합병원 · 병원 · 한방병원 · 요양병원의 2~3인실 사용 시 7일의 범위에서는 그 병실의 입원료를 지급함. 다만, 7일을 초과했을 때에는 상급병실은 기본입원료만 지급하고 상급종합병원 · 종합병원 · 병원 · 한방병원·요양병원의 2~3인실 입원료는 건강보험에서 정한 본인일부부담금을 제외한 차액만 지급함.

(4) 교통사고환자가 의료기관의 퇴원 또는 전원(轉院) 지시에 불응하는 경우에 그 지시일의 다음 날부터 그 의료기관에서 입원함으로 인하여 증가된 진료비

〈예외〉
퇴원 또는 전원 지시에 따라 통원 치료 또는 다른 의료기관으로 옮겨 발생한 진료비

⇒ 교통사고환자 등에게 비용을 청구할 수 있으나, 의료기관의 고의 또는 과실로 인한 합병증의 진료비는 제외한다.

3) 진료수가 산정방법

가) 일반원칙

(1) 건강보험기준

상대가치점수·금액이 정해진 행위·치료재료, 상한금액이 정해진 약제는 그 요양급여의 상대가치점수 및 금액

(2) 보조기기

「국민건강보험법 시행규칙」 [별표7]에 의한 금액

(3) 자동차보험 진료수가

「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 [별표1], [별표2], [별표4], 산재 [별표] 에 따른 항목별 점수 및 금액

(4) 그 외

- 상기 (1) 및 (3)에서 비용이 정해지지 아니한 행위는 건강보험 행위 급여목록 중 가장 유사한 분류항목의 점수 및 금액
- 건강보험기준의 비급여대상으로 상대가치점수가 정해지지 아니한 행위는 해당진료에 소요된 실제비용, 비급여 치료재료 및 상한금액이 정해지지 않은 약제는 실구입가

나) 의료기관 종별가산율

「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 [별표1], [별표2], 산재의 각 인정범위 중 금액으로 정한 항목은 종별가산율은 적용하지 아니함 단, 별도로 가산을 인정하는 항목은 제외

※ (예시) 종별가산율 인정항목: 허-1 약침술(97.47점), 초-42 교합안정장치(855.92점)

4) 퇴원 · 전원

입원 중인 교통사고 환자가 상태가 호전되어 의학적으로 더 이상 그 의료기관에서의 입원진료가 불필요한 경우 퇴원 또는 전원을 지시할 수 있다.

- 의료기관은 환자(보호자 포함) 및 보험회사 등에게 그 사유를 서면으로 설명 · 고지한다.
- 의료기관은 다른 의료기관으로 전원 한 경우 교통사고환자가 진료에 관한 정보의 제공을 요구한 때에는 지체 없이 응하여야 한다.
- 보험회사 등은 퇴원 · 전원 고지를 받은 후 또는 교통사고 환자와 합의가 성립된 경우 지급보증중지를 통보하여야 한다.

4 자동차보험진료수가 심사 업무처리에 관한 규정(국토교통부 고시)

가. 일반사항

1) 목적

자동차손해배상 보장법령에 따라 심사평가원에 위탁된 자동차보험진료수가 심사업무와 관련하여, 진료수가의 청구 · 심사 · 지급 및 이의제기 등에 관한 절차와 방법, 서식과 작성요령 등을 규정

2) 적용 범위

- 의료기관이 자동차보험 진료수가를 심사평가원에 청구하는 경우
- 의료기관이 교통사고 환자에게 진료비를 직접 받은 후 보험회사 등으로부터 자동차보험 진료수가의 지급의사와 지급한도를 통지받고 심사평가원에 청구할 것을 요청받은 경우

나. 용어 정의

1) 비용산정목록표

건강보험기준에서 정한 비급여행위, 신의료기술 등의 급여결정신청건, 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 [별표 2]의 항목 중 비용이 정해지지 않은 진료항목에 소요되는 실제 비용에 대한 목록표

2) 비급여 약제 및 치료재료구입목록표

건강보험기준에서 상한금액이 정해지지 않은 약제 및 치료재료에 대한 실제 구입가격에 대한 목록표

다. 자동차보험진료수가 청구 · 심사 · 지급절차

1) 진료수가의 청구

가) 청구처

심사평가원 자동차보험심사센터(본원)

나) 청구주체

교통사고환자를 진료한 의료법상의 의료기관 및 지역보건법에 따른 보건의료원

다) 청구매체

정보통신망을 통한 청구가 원칙, 일부 의료기관에 대하여 서면청구 허용

* 2013년 7월 1일 진료분부터

라) 청구단위

건강보험과 동일(월 또는 주단위 청구)

마) 작성방법

건강보험과 동일(입원 통합 작성, 외래 일자별 작성)

바) 청구서 및 명세서 구분

- 의과 · 치과 · 한방, 입원과 외래로 구분
- 사고접수번호, 지급보증번호, 환자납부액 세부내역 기재

* 사고접수번호: 교통사고 접수 시 보험회사 등에서 부여한 번호, 보험회사별로 부여방식 및 자릿수 상이
* 지급보증번호: 자동차보험 진료비에 대한 보험회사의 지급의사와 한도를 통지받은 관리번호 (17자리)

사) 세부작성요령 등

「자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정」에서 정하지 않은 세부 작성요령은 심사평가원장이 별도로 정하여 공고

아) 필수 제출자료

표3.2-11 자동차보험진료수가 청구 관련 필수 제출자료

종류	세부항목	비고
원료약, 급여치료재료, 급여 자체 조제(제제)약 구입목록표	건강보험과 동일	건강보험 구입목록 신고분은 제출 생략
요양병원 환자평가표		
비용산정목록표 (비급여행위 등)	건강보험 비급여행위 및 신의료기술 등의 급여결정 신청 건, 「자동차보험진료수가에 관한 기준」별표2의 항목 중 실제 소요비용, 실구입가 등으로 명시된 수가 예) 한방물리요법, 상급병실료, 팔걸이, 캐스트신발, 한방생약제제 등	1개 코드에 세부명칭 · 금액이 여러 개인 경우 참조 란에 세부명칭 기재 (서면 작성 시 분류명에 괄호를 삽입하여 표기)
비급여 약제 구입목록표	- 비급여 약제 - 보훈급여약제(건위소화제) 등 상한가가 없는 의약품	※ 거래명세서 등 구입 증빙자료 제출
자체 조제(제제)약 구입목록표	비급여약제를 포함하여 조제(제제)한 경우	
비급여 치료재료 구입목록표	복지부 고시 비급여 치료재료목록에 있는 재료대 (상한가가 없는 재료대)	

2) 접수

- 심사평가원은 해당 의료기관에 접수(반송)증 발급, 보험회사 등에 청구사실 통보
- 보험회사 등은 청구사실을 통보받은 날부터 2일 이내에 자격점검결과와 심사참고자료를 심사평가원에 송부

3) 심사

- 국토교통부장관이 고시하는 「자동차보험진료수가에 관한 기준」에 적합한지 여부를 심사
- 필요한 경우 자동차보험심사 전문가자문단 및 진료심사평가위원회 자문을 받아 심사

4) 심사결과 통보 및 지급

가) 접수증 및 심사결과통보서

정보통신망을 이용하여 해당 보험회사 등 및 의료기관에 통보

※ 서면청구 대상기관의 경우 서면으로 통보

나) 진료수가 지급

- 보험회사 등은 심사평가원의 심사결과에 따라 지체 없이 진료수가 지급
- 의료기관이 보험회사 등으로부터 청구요청을 받은 환자납부액(직불진료비)을 청구하지 않은 경우 의료기관에 지급할 진료비에서 공제 또는 정산 가능

다) 이의제기

- 주체: 심사평가원의 심사결정에 이의가 있는 의료기관 및 보험회사 등
- 신청기간: 진료수가심사결과통보서를 받은 날부터 25일 이내
- 처리기간: 이의제기를 받은 날로부터 30일 이내

5) 자동차보험진료수가 청구 및 지급 업무 흐름도

그림3.2-9 자동차보험진료수가 청구 및 지급 업무 흐름도



5 자동차보험진료수가심사위원회

가. 목적

자동차보험진료수가 심사 및 심사기준 개발 등과 관련, 대내·외 전문성, 객관성 확보와 원활한 운영 도모를 위해 자동차보험진료수가심사위원회(이하 "자보심사위원회")를 구성·운영

- 심사직원 1차 심사 및 이의제기건 중 전문의학적 판단을 요하는 사항에 대한 자문
- 자문으로 처리가 곤란한 명세서 사례의 심의
- 심사건 중 합의방식의 심사결정을 요하는 사항
- 심사기준 개발에 관한 사항
- 심사기준을 심사에 적용함에 있어 불분명한 사항이 있는 경우 심사지침의 설명 및 변경
- 기타 심사업무와 관련된 사항

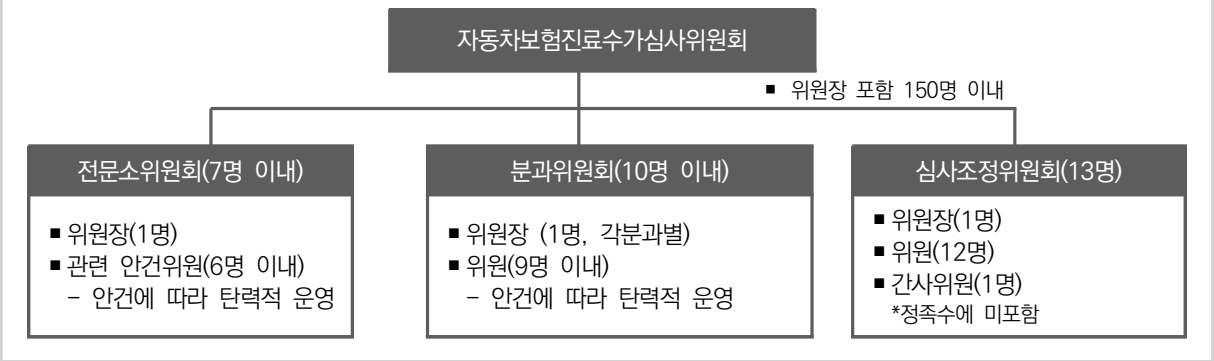
나. 법적근거

- 「자동차보험진료수가 심사업무처리에 관한 규정」 제23조2항(진료수가의 심사)
- 「국민건강보험법」 제66조(진료심사평가위원회)
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제32조(심사위원회 위원의 자격)

다. 자동차보험진료수가심사위원회 구성·운영체계

자보심사위원회는 자동차보험심사센터 내에 설치 운영

그림3.2-10 자동차보험진료수가심사위원회 구성·운영체계



Ⅵ 입원적정성 심사

작성: 공공심사부

1 입원적정성 심사 개요

가. 정의

입원적정성 심사는 수사기관(경찰, 검찰)이 보험사기 행위 수사를 위하여 보험계약자등의 입원이 적정한 것인지 여부에 대하여 심사를 의뢰하면, 수사기관의 제출자료를 근거로 공공심사위원회의 심의의결 절차를 거쳐 결정한 적정 입원일수 등의 심사결과를 의뢰기관에 통보하는 업무이다.

〈보험사기행위란?〉
보험사기행위는 보험사고의 발생, 원인 또는 내용에 관하여 보험자를 기망하여 보험금을 청구하는 행위를 말한다.

나. 추진경과

- 2003.이전 행정응원 차원의 공공기관 심의의뢰업무 본·지원별 건별처리
- 2003. 5. 직제규정시행규칙에 공공기관 심의의뢰관련 업무분장 명시
- 2015. 1. 공공기관 심의의뢰 업무 전담부서 신설(공공심사부, 정원 21명)
- 2016. 9. 보험사기행위 관련 입원적정성 심사를 심사평가원에 의뢰할 수 있음을 명시(「보험사기방지 특별법」 시행)
- 2017. 2. 입원적정성 심사업무관련 공공심사위원회 구성·운영
- 2020. 9. 입원적정성 심사전문위원(4명) 채용

2 법적근거

「보험사기방지 특별법」제7조(수사기관의 입원적정성 심사의뢰 등)

3 입원적정성 심사와 요양급여비용 심사의 차이

구분	입원적정성 심사	요양급여비용 심사
법적근거	보험사기방지 특별법	국민건강보험법 등
업무정의 등	수사기관에서 의뢰 시 제출한 진료기록부 등을 근거로 보험계약자 등의 입원이 적정한 것인지에 대하여 의료전문가의 의견을 수사기관에 제시	요양기관에서 환자를 진료하고 청구한 요양급여비용 명세서가 요양급여 기준 및 심사지침 등에 적합한지 등을 심사하여 요양기관에 지급할 비용을 결정
접수 및 통보기관	수사기관(경찰, 검찰)	요양기관
심사관점	보험계약자	요양기관
심사단위	입원적정성심사 의뢰 건	입원 명세서건
심사기준	의학적 타당성	요양급여기준, 심사지침, 의학적 타당성 등
심사절차	1단계) 심사전문위원 심사 및 자문회의 2단계) 공공심사위원회 심의	1단계) 심사직원 심사 2단계) 심사위원 심사 3단계) 심사위원회 심사
심사자료	수사기관이 제출한 진료기록부 등	요양기관이 작성한 청구명세서 등
심사범위	입원의 필요성 및 입원기간의 적정성	의료행위별 수가 및 심사기준의 적합성 등
권리구제 등	【수사단계시】 경찰 · 검찰에 자료제출 【소송진행시】 현재 진행중인 법원 소송절차 이용 (형사소송에서 정한 바에 따라 사실조회요청 또는 증인소환, 수사 또는 소송 당사자가 아닌 제3기관에 감정의뢰)	이의신청, 심판청구, 행정소송(국민건강보험법)

4 입원적정성 심사단계 및 방법

가. 심사단계

1) 수사기관을 통해 제출된 자료(진료기록부 사본 등)를 토대로 심사

- 수사과정에 있는 사안이므로 관련 자료는 수사기관을 통해서만 제출받아 심사
- 자료 미제출 등으로 환자상태를 알 수 없는 경우 검토불가로 처리

2) 심사 의뢰된 대상자의 입원건별로 심사

대상자의 전체 입원을 과거부터 현재까지의 순서대로 심사

3) 입원적정성 심사 의뢰된 전체 건을 공공심사위원회에 상정하여 심사

나. 심사방법

수사기관에서 제출한 진료기록부(경과기록, 의사처방기록, 수술기록 등), 간호기록부(간호기록, 투약기록 등), 검사결과지 등을 토대로 수진자별(입원차수별) 진료내역 및 의료기관별 입원기간·입원간격 등을 종합적으로 고려하여 입원의 필요성 및 입원기간의 적정성에 대해 전문의학적 측면에서 심사 후 공공심사위원회 심의·의결 과정을 거쳐 최종 결정한다.

5 입원적정성 심사 업무 흐름

1) 심사의뢰

수사기관은 보험사기행위 수사를 위해 관련 의료기관을 방문하여 조사에 필요한 압수물(진료기록부 등)을 확보하고, 보험계약자등의 입원적정성 심사가 필요하다고 판단되는 경우 의뢰공문과 관련 자료(입원일람표, 진료기록부 사본 등)를 첨부하여 심사평가원에 심사를 의뢰한다.

2) 결과회신

심사평가원은 의뢰된 보험계약자등의 입원적정성을 심사하여 그 결과를 수사의뢰기관에 통보한다.

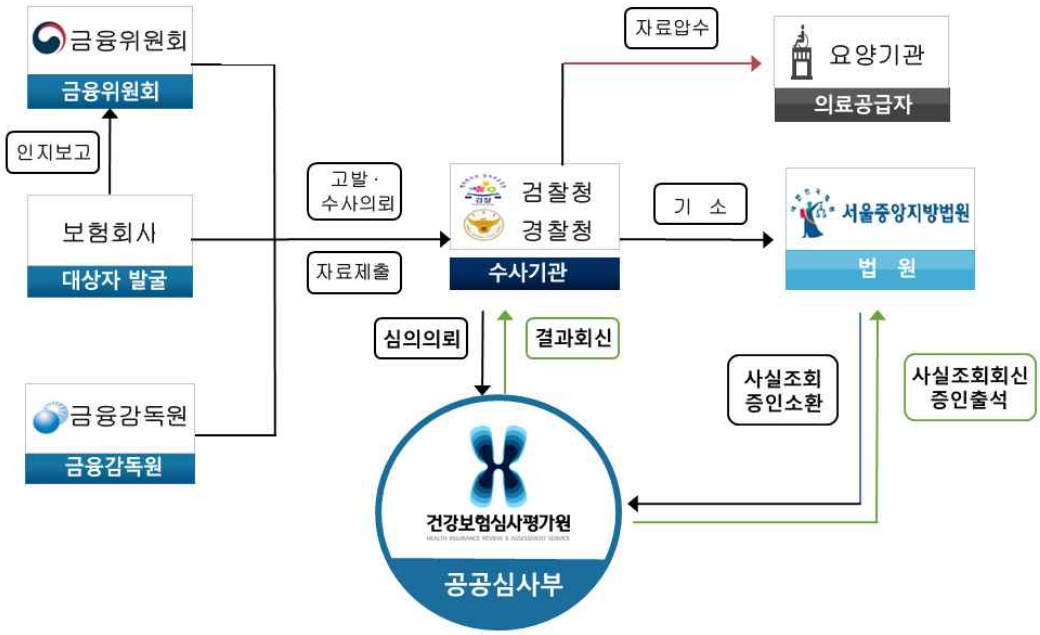
3) 기소여부 결정

심사결과 통보받은 경찰은 수사결과를 검찰에 송치하고 검찰은 보험계약자등의 기소여부를 결정한다. 검찰이 기소를 결정하면 법원에 공소를 제기한다.

4) 사실조회·증인소환

법원은 필요한 경우 심사평가원의 입원적정성 심사결과에 대한 사실조회 또는 증인소환장을 발부한다. 이 경우 심사평가원은 사실조회 답변 또는 증인소환에 응한다.

그림3.2-11 입원적정성 심사 업무 흐름도



6 입원적정성 심사 처리 절차

가. 입원적정성 심사의뢰 접수 및 분배

수사기관의 입원적정성 심사 의뢰 공문서와 첨부한 자료(입원일람표, 진료기록부 사본 등)를 확인한 후 의뢰기관에 접수 확인 및 처리절차 안내 문서를 시행하고, 실무담당자에게 해당 의뢰건을 분배한다.

나. 진료기록 분석

실무담당자는 대상자별 진료기록부 등을 분석·정리한다. 이때 입원일람표(입원일자, 퇴원일자, 입원기간 등이 기재된 목록표)상의 입원 차수별, 입원·퇴원일/진단명/경과기록 및 간호기록/검사결과 및 X-ray 소견 등을 분석 후 '진료기록 분석지'를 작성한다.

다. 입원적정성 심사

- 실무담당자는 작성한 진료기록 분석지와 진료기록부 등을 첨부하여 심사전문위원 심사, 자문회의 및 공공심사위원회에 안건을 상정한다.
- 입원적정성 심사는 심사전문위원 심사결과를 토대로 한 심사위원 자문회의, 공공심사위원회 심의·의결과정을 거친다.

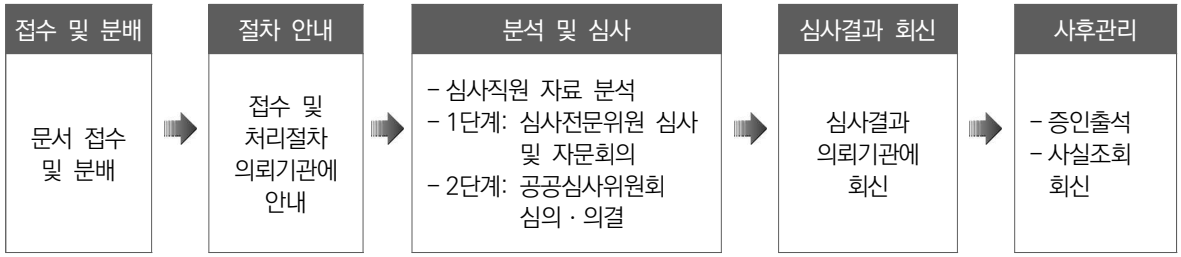
라. 심사의뢰에 대한 결과 통보

입원적정성 심사 의뢰 건에 대해 공공심사위원회의 심의·의결사항을 수사기관에 대상자별·입원차수별 '입원적정성 심사 결과 회신문'을 발송한다.

마. 사후관리(사실조회 회신, 증인출석 등)

- 입원적정성 회신관련 법원으로부터 사실조회 요청이 있으면 이에 대한 답변서를 작성·회신한다. 필요시, 전문의학적 판단이 요구되는 경우는 공공심사위원회 심의 등을 거쳐 처리 한다.
- 법원의 증인소환 요청이 있는 경우는 이에 응한다.

그림3.2-12 입원적정성 심사 업무 처리 절차



7 공공심사위원회 구성 및 운영

가. 구성: 총 19인

1) 건강보험심사평가원(10인)

심사전문위원, 진료심사평가위원회 상근심사위원(위원장 포함)

2) 외부위원(9인)

- 의학단체 추천 위원
  - 대한의학회(2), 대한의사협회(2), 대한병원협회(2), 대한개원의협의회(2), 대한한의사협회(1)

3) 임기

2년(위원 변경 위촉시 전임자의 잔여기간)

나. 운영

1) 심사전문위원 심사 및 자문회의(1단계)

심사전문위원 심사결과를 토대로 자문회의 운영

2) 공공심사위원회 심의 · 의결(2단계)

입원기간 적정성 여부 심의 · 의결

제 3 장

현지조사

Ⅰ. 현지조사 개요

Ⅱ. 현지조사 업무절차

Ⅲ. 부당 · 거짓청구 개념 및 사례

Ⅳ. 자율점검



제 3 장 현지조사

Ⅰ 현지조사 개요

작성: 조사기획부

1 정의 및 근거

가. 현지조사의 정의

현지조사는 요양기관이 지급받은 요양급여비용 등에 대해 세부진료내역을 토대로 사실관계 및 적법여부를 확인·조사하고, 그 결과에 따라 부당이득 환수 및 행정처분 등을 실시하는 보건복지부장관의 행정조사이다.

보건복지부장관은 요양기관의 요양급여사항 등에 대해 지도·감독함으로써 요양기관의 건전한 요양급여비용 청구풍토 조성 및 적정진료를 유도하고 불필요한 건강보험재정 누수를 방지하여 지속가능한 건강보험체계를 유지하고자 현지조사를 실시하고 있다.

〈현지조사 업무수행〉

- 보건복지부장관은 건강보험심사평가원 및 국민건강보험공단으로부터 전문 인력을 지원받아 현지조사반을 구성
  - 보건복지부
    - 보건복지부장관은 현지조사를 수행하기 위한 조사기관수, 조사인력, 조사일시 및 기간 등에 및 기간 등에 대한 전반적인 조사계획을 수립하여 건강보험심사평가원 및 국민건강보험공단의 지원을 받아 현지조사를 관장한다.
  - 건강보험심사평가원
    - 대상기관 선정, 조사 실시, 정산심사, 행정처분, 의견청취 및 사후관리 등 보건복지부장관의 현지조사 업무 전반을 지원하고 있다.
  - 국민건강보험공단
    - 급여사후관리(자격·인력 확인 등) 등을 위한 현지조사 업무를 지원하고 있다.

나. 법적근거

1) 현지조사

- 「국민건강보험법」 제97조제2항, 「의료급여법」 제32조제2항(보고 및 검사)
- 「국민건강보험법」 제97조제2항, 동법 제111조(위임 및 위탁)
- 「의료급여법」 제32조제2항(보고 및 검사)

2) 행정처분

- 「국민건강보험법」 제98조(업무정지), 동법 제99조(과징금)
- 「국민건강보험법 시행령」 제70조(행정처분기준)
- 「의료급여법」 제28조(의료급여기관의 업무정지등), 동법 제29조(과징금 등)

3) 형사처벌

- 벌칙(「국민건강보험법」 제115조, 제116조, 제117조, 「의료급여법 제35조)
- 「국민건강보험법」 제119조, 「의료급여법」 제37조(과태료)

4) 부당금액 환수

- 「국민건강보험법」 제57조, 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수)

5) 명단공개

- 「국민건강보험법」 제100조(위반사실의 공표)

2 기능

가. 거짓·부당청구 예방

현지조사를 통한 사실관계 확인결과 거짓·부당내용이 확인된 경우, 행정처분, 형사고발 등 엄정한 처벌을 가하여 요양기관의 거짓·부당청구를 사전에 예방하고 파급효과(경찰효과)를 높인다.

나. 심사에 대한 보완·확장

심사는 요양기관이 사실관계를 기초로 청구내용을 작성하였다는 신뢰 하에서 과잉진료 등 요양급여기준에의 적합여부를 확인하는 것으로, 이러한 방법만으로는 청구내용의 사실관계(실제 진료가 존재한 것인지, 실제 행위·약제의 사용과 일치하는지 등) 및 수진자 부담금의 과다징수 여부 등에 대한 확인이 곤란하다.

따라서, 사후적 심사 영역을 보완·확장하기 위하여 청구내용에 대한 진위여부를 확인·감독하는 기능으로서 현지조사제도가 필요하다.

다. 건전한 청구질서 확립 및 보험재정의 누수 방지와 수급권 보호

이러한 거짓·부당청구 예방, 심사에 대한 보완 기능을 통하여 요양기관의 건전한 청구질서를 확립하고, 보험재정의 누수 방지 및 수진자에게 본인부담금을 과다하게 징수하는 것을 사전에 방지하여 환자의 수급권을 보호하는 기능을 한다.

Ⅱ 현지조사 업무절차

그림3.3-1 현지조사 업무 흐름도

부당 청구인지	건강보험 심사평가원		• 심사 · 평가 과정에서 부당청구 의심기관 • 건강보험재정지킴이 신고기관 • 지표연동자율개선제 미개선기관, 부당청구감지시스템 선정기관 등
	국민건강 보험공단		• 진료받은 내용 안내 등의 과정에서 부당청구 의심기관 • 요양기관 관련자 신고기관
	보건복지부		• 대외기관(권익위, 검찰 등) 의뢰, 민원 제보기관 • 제도 운영상 또는 사회적 문제가 된 분야
현지조사	대상선정		• 현지조사의 효율성, 시급성, 조사 여건 등을 감안하여 적정 수의 조사 대상기관 선정 • 선정심의위원회 심의 대상: 정기조사, 기획조사 • 선정심의위원회 제외 대상: 보건복지부장관이 심의 제외(요양기관 관련자 신고 등)로 판단하는 경우
	조사실시	서면조사	• 보건복지부장관 주관으로 건강보험심사평가원이 자료를 제출 받아 서면으로 조사 실시
		현장조사	• 보건복지부장관 주관으로 건강보험심사평가원, 건강보험공단의 인력지원을 받아 현장조사 실시
	정산심사		• 조사 결과를 근거로 건별 정산심사(부당금액 집계) • 행정처분내역 산출 • 행정처분 사전검토희의 운영(행정처분 타당성 · 적법성 검토)
	의견청취		• 요양기관에 처분 사전 통지(행정절차법) • 처분예정 내용에 대한 의견 검토
	행정처분 심의위원회		• 의견제출 건 중 법령 위반행위의 동기 · 목적 · 정도 등을 처분에 고려할 필요가 있다고 보건복지부장관이 인정한 건에 대하여 심의
	행정처분		• 건강보험법상 업무정지(1년 이내) 또는 과징금 부과(부당금액의 2~5배)
사후관리	타법위반 통보		• 의료법, 약사법 등 타 법령 위반자는 보건복지부 담당부서에 통보
	고발 및 공표		• 서류 제출명령 위반, 거짓보고나 거짓 서류 제출, 검사 · 질문을 거부, 방해 또는 기피, 거짓청구 등의 경우 형사고발 • 행정처분을 받은 건강보험 거짓청구 요양기관 명단 공표(거짓청구금액 1,500만원 이상 또는 거짓청구금액비율 20% 이상인 기관)
	이행실태 점검		• 업무정지처분을 편법적으로 회피하거나 해당 처분의 불이행이 의심되는 요양기관에 대한 이행실태조사
	행정쟁송		• 행정심판, 행정소송

1 부당청구 인지

가. 인지유형

1) 건강보험심사평가원

- 요양급여비용의 심사·평가하는 과정 중 보완자료 검토 등을 통해 부당 청구개연성이 높은 기관 인지
- 요양급여 적정성 평가결과 등을 통한 부당청구 인지
- 의료자원 등의 관리 업무 및 요양급여의 대상여부 확인 업무를 통한 부당청구 요양기관 인지
- 부당청구감지시스템을 활용하여 진찰료 단독청구, 요양급여비용 지연청구 등을 상시분석·모니터링하여 거짓·부당청구 인지
- 건강보험 재정지킴이 신고기관 중 구체적인 사례와 증거를 제시하는 등 거짓·부당청구 개연성이 높다고 판단되는 기관(실명 제보에 국한)

2) 국민건강보험공단

- 진료내역 통보제의 수진자 회신결과를 통한 부당청구 의심 기관 인지
- 급여사후관리를 통한 산업재해·자동차보험건 이중청구기관, 수진자별 진료내역상 이중청구기관
- 공익신고 포상제를 통한 부당청구 요양기관 인지

〈공익신고 포상제란?〉
「국민건강보험법」 제104조(포상금 등의 지급) 규정에 의하여 요양기관이 부당하게 요양급여비용을 청구하여 지급받은 거짓청구행위를 신고한 건에 대하여 요양기관 현지조사 결과, 거짓청구로 확인된 부당이득금이 환수된 경우 「국민건강보험법 시행령」 제75조(포상금의 지급기준 등) 및 「부당청구 요양기관 신고 및 포상금 지급에 관한 규칙」에 의거 일정금액을 포상금으로 지급하는 제도

3) 보건복지부

검찰, 언론, 제보, 심사평가원 및 공단 의뢰를 통한 부당청구 인지

2 현지조사 대상기관 선정

가. 조사대상기관 선정 일반원칙

- 보건복지부장관은 연간 현지조사 계획 및 여건에 따라 거짓·부당청구 개연성, 규모·정도, 조사 필요성, 시급성 등을 감안하여 대상기관 선정
- 요양기관 현지조사는 추정 부당금액 및 부당비율이 행정처분기준 이상인 기관을 대상으로 선정하는 것이 원칙. 다만, 사회적 이슈, 부당청구 행태 개선 목적, 조사의 시급성 등을 고려하여 부당청구의 규모·정도와 관계없이 조사 가능
- '조사대상 기관 및 기획조사 항목' 선정의 객관성 및 공정성 등 제고를 위하여 현지조사 선정심의위원회(이하 '선정심의위원회'라 한다)'를 설치·운영

〈현지조사 선정심의위원회〉

- 구성: 위원장(보건복지부 위원) 포함하여 12명 이내로 구성
  1. 공공위원(3명): 보건복지부, 건강보험심사평가원, 건강보험공단 소속직원 각 1명
  2. 의약단체위원(5명): 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사회 각 1명
  3. 시민단체위원(1명): 시민단체가 추천하는 1명
  4. 법조계, 전문가 등 위원: 변호사, 교수 또는 해당분야 전문가 등 3명
- 임기: 위촉일부터 2년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 공공위원의 임기는 해당부서의 재임기간으로 한다.
- 운영: 재적위원 과반수 출석으로 개의하고, 위원장을 포함하여 출석위원 과반수 찬성으로 심의·의결한다. 현지사 대상기관 선정·기획조사 대상항목 선정, 위원회의 운영규정 제·개정 및 기타 보건복지부장관이 현지조사와 관련하여 부의하는 사항에 대하여 심의한다.

- 보건복지부장관은 객관적·합리적으로 대상기관을 선정하기 위해 필요한 경우 심사평가원에 조사 실익 여부에 대한 검토를 의뢰하고, 심사평가원은 검토결과를 '선정심의위원회' 심의 후 보건복지부장관에게 보고
  - 심사평가원은 지표 점검기관 또는 기획조사인 경우는 선정기준과 지표 분석 내용을, 그 외 의뢰기관인 경우에는 '현지조사 의뢰기관 선정분석표'를 작성, 보건복지부장관에게 보고
- 보건복지부장관은 현지조사의 실효성을 확보하기 위해 다음의 경우에는 '선정심의위원회'심의 대상에서 제외

〈선정심의위원회 심의대상 제외 기준〉

- 정기조사(기획조사 포함) 대상기관 중 요양기관 관련자 신고 등 보건복지부장관이 심의 대상기관으로 적정하지 않다고 판단하는 경우
- 긴급조사, 이행실태조사 및 보장기관(시·군·구) 및 감사원에서 의뢰하는 기관

○ 보건복지부장관은 현지조사의 실효성 등을 감안하여 다음 사항에 해당하는 경우 조사대상에서 제외

〈현지조사대상 제외 기준〉
- 부당청구 의뢰(인지) 기간이 기 현지조사 대상기간과 중복되거나 그 이전인 경우. 다만, 새로운 거짓·부당 사실이 확인된 경우에는 그러하지 아니한다.
- 신규개설 등으로 현지조사 대상기간(총 청구분)이 6개월 미만인 경우. 다만, 편법개설 등으로 조사가 필요하다고 판단되는 경우에는 그러하지 아니한다.
- 요양급여비용 청구 규모가 의원급 이하 표시과목별 전국 평균진료비의 30% 미만인 경우. 다만, 거짓청구기관과 본인부담금 과다 징수기관, 자료제출 거부기관 등의 경우에는 그러하지 아니한다.
- 외부요인 없이 요양기관 스스로 부당청구 사실을 성실하게 신고한 경우, 해당 신고내용 및 대상기간에 한하여 현지조사 및 행정처분을 면제한다.

나. 정기조사

1) 대외기관에서 조사 의뢰한 기관

검·경찰, 감사원, 국민권익위원회, 관련 행정부처 등으로부터 건강보험 부당청구 등이 의심되어 조사 의뢰된 기관으로 부당청구의 개연성이 높은 요양기관

2) 민원제보기관

○ 건강보험 거짓·부당청구에 대해 신고된 기관 중 구체적인 사례와 증거를 제시하는 등 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 기관(실명의 제보에 한함)

○ 다만, 신고된 부당청구 내용이 본인부담금 과다징수인 경우는 본인부담금 과다징수 다발생 기관 선정기준에 부합되는 요양기관

※「부당청구 요양기관 신고 및 포상금 지급에 관한 규칙」 제3조제2항에 따라 가급적 공단으로 안내 또는 이첩하여 포상금 지급 업무의 적정성을 기하고 타 기관 신고 건에 대한 포상금 지급 분쟁 방지

3) 지표연동자율개선제 미개선 기관

지속적으로 자율개선 통보를 하였으나 개선하지 않은 기관 중 부당청구 개연성이 높아 현지조사가 필요하다고 판단되는 요양기관

4) 부당청구감지시스템 분석에 의해 선정된 기관

부당청구감지시스템을 활용하여 요양급여비용 청구자료 등을 분석한 결과 부당청구 개연성이 높아 현지조사가 필요하다고 판단되는 요양기관

5) 본인부담금 과다징수 다발생기관

「국민건강보험법」 제48조의 “요양급여 대상 여부의 확인 등”에 의한 본인부담금 과다 징수 다발생 요양기관 중, 발생건수 · 부당청구 건수(비율) · 부당청구 금액 · 부당청구 내용, 본인부담 과다징수 자율개선 정도 등을 검토하여 조사가 필요하다고 판단되는 요양기관

6) 국민건강보험공단에서 조사 의뢰한 기관

- 진료 받은 내역 안내 및 문의 등의 과정에서 부당청구 개연성이 높게 나타난 요양기관
- 요양기관 관련자 등에 의해 신고된 요양기관
- 부당청구 개연성이 있는 기관 중 「국민건강보험법」 제96조에 따라 관련 자료의 제출을 요청하였으나 자료를 제출하지 아니하는 요양기관

7) 건강보험심사평가원에서 조사의뢰한 기관

- 요양급여비용에 대한 심사 및 요양급여 적정성 평가(이하 ‘심사 · 평가’라 함), ‘건강보험재정지킴이 신고’등의 과정에서 부당청구의 개연성이 높게 나타난 요양기관
- 심사 · 평가상 문제가 있어 개선을 요구하였으나 개선하지 않은 요양기관 등
- 부당청구 개연성이 있는 기관 중 국민건강보험법 제96조에 따라 요양기관에 관련 자료의 제출을 요청하였으나 자료를 제출하지 아니하는 요양기관

8) 보장기관에서 현지조사 의뢰된 기관

연간 급여일수 통보, 의료급여 사례 관리 및 진료받은 내용 문의 등의 과정에서 부당청구 개연성이 높게 나타난 요양기관

다. 기획조사

1) 건강보험제도 운용상 또는 사회적 문제가 된 분야

- ‘선정심의위원회’의 심의를 통해 건강보험제도 운용상 또는 사회적 문제가 된 사안을 중심으로 편법 또는 왜곡된 진료비 청구행태를 보이는 분야 선정
  - 동 분야에 대한 실태 조사를 통해 문제점과 제도개선사항을 발굴 · 계도

2) 건강보험 재정 손실이 우려되는 분야

기타 관례적 · 집단적 부당청구로 인해 건강보험 재정에 심각한 누수를 초래하였거나 초래할 가능성이 높아 '선정심의위원회'에서 다수 요양기관에 대한 전면적인 조사가 필요하다고 심의한 분야

라. 긴급조사

- 아래의 사유에 해당되는 기관으로 현지조사 목적 달성 등을 위해 긴급하게 조사가 필요한 경우에 실시
  - 거짓 · 부당청구 개연성이 높은 기관으로 증거 인멸 또는 폐업 우려가 있는 기관
  - 거짓 · 부당청구 등으로 사회적 문제를 야기한 분야 · 요양기관
    (예: 언론보도, 집단민원 제보 등)
  - 현지조사 대상기간의 경과가 임박한 요양기관 등 긴급하게 조사가 필요하다고 인정되는 요양기관

마. 이행실태조사

건강보험(의료급여) 업무정지처분 기간 중 해당 처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 요양기관 또는 해당 처분의 불이행이 의심되는 요양기관

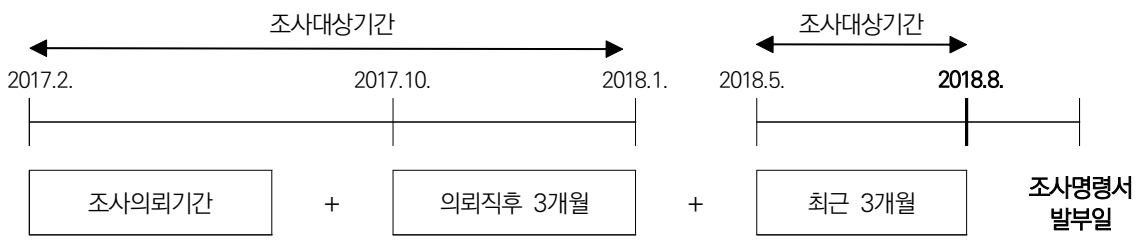
3 현지조사 과정

가. 대상 기간

1) 정기조사

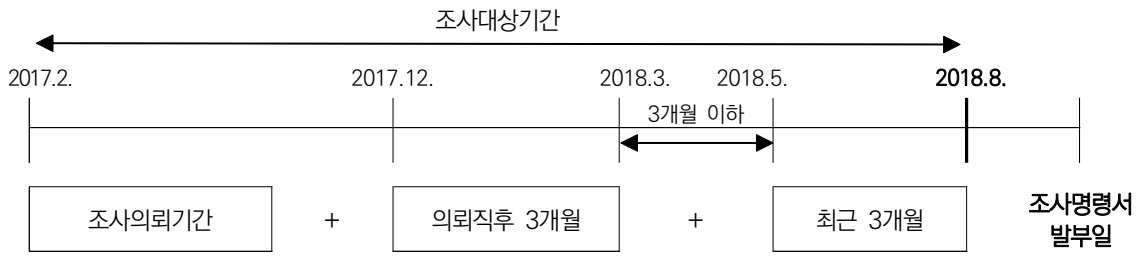
- 지표분석 결과 부당청구의 개연성이 있는 기간 3개월과 조사명령서 발부일을 기준으로 요양급여비용이 지급된 최근 3개월 진료분 조사
  ※ 지표점검기관: 지표연동자율개선제 미개선기관 또는 부당청구감지시스템을 통해 선정된 기관, 본인부담금 과다징수 다발생기관 등 청구경향 및 민원발생현황 등을 분석하여 조사대상으로 선정하는 기관을 말한다.
- 조사의뢰된 기간과 조사의뢰기간 직후 지급된 최근 3개월 지급비용 및 조사명령서 발부일을 기준으로 최근 3개월 지급비용을 포함하여 최대 36개월 지급비용을 조사

그림3.3-2 현지조사 대상기간



- 의뢰기간 직후 3개월 지급비용과 조사명령서 발부일 기준 최근 3개월 지급비용 사이의 기간이 3개월 이하인 경우 당해 기간은 조사대상 기간에 포함한다.(단, 의뢰된 조사대상 기간 중 일부 기간이 타당성과 객관성을 상실한 경우 조사대상기간에서 제외)

그림3.3-3 현지조사 대상기간 (의뢰직후 3개월과 최근3개월 이내 기간이 3개월 이하인 경우)



- 조사 과정에서 아래의 거짓·부당청구가 확인되는 경우에는 조사명령서 발부일에서 가장 최근 지급된 진료분을 기준으로 최대 36개월 범위에서 조사대상기간을 변경하여 조사
  - 지속적 거짓청구가 확인된 경우
  - 무자격자의 의료행위 및 조제 또는 요양기관 현황(인력·시설·장비, 환자수 등)의 부당신고에 의한 부당청구가 확인된 경우
  - 2개 이상의 요양기관의 담합 혹은 공모에 의한 조직적 거짓·부당청구가 확인된 경우

2) 기획조사, 긴급조사, 이행실태조사

- 기획조사는 조사명령서 발부일을 기준으로 요양급여비용이 지급된 최근 6개월 진료분 조사
- 긴급조사는 정기조사에 준하여 조사대상기간을 설정하되, 검·경찰 등에서 의뢰한 기관은 수사범위 등 문제가 야기된 기간을 판단하여 36개월 범위에서 조사
- 기획조사 및 긴급조사의 경우 조사대상기간 확대 등은 정기조사에 준하여 적용
- 이행실태 조사는 해당 기관의 업무정지기간을 조사대상기간으로 함

나. 현지조사의 통지 및 착수

1) 서면조사

서면조사 대상기관에 조사명령서 및 요양(의료)급여 관계서류 제출요구서를 서면으로 통지

2) 현장조사

가) 개괄적 사전공개

요양기관이 현장조사 실시를 사전에 확인할 수 있도록, 매월 실시하는 정기조사에 대하여 조사기간, 대상기관 수, 조사인력 수 및 조사방향 등을 개괄적으로 사전공개 할 수 있다.

나) 사전통지

- ‘선정심의위원회’에서 증거인멸 등의 우려가 없다고 심의한 요양기관에 대하여 현장조사 실시 전에 요양기관에 사전통지 실시

〈사전통지절차 및 방법〉

- 조사명령서 발부 이후 해당 요양기관에 현지조사 실시사항을 유선으로 우선 통지
  - 유선통지 시 ‘사전통지’의 취지 등을 설명하고 협조를 요청
    * 현장에서 조사를 회피할 목적으로 휴진 등 고의적으로 조사에 불응하는 경우 조사 거부로 처분될 수 있음을 함께 고지
- ‘요양기관 현지조사 사전통지서’〈서식 제5호〉 및 ‘요양기관 현지조사안내문’〈서식 제6호〉는 팩스 등을 통해 요양기관에 전달
- 휴진 등 부득이한 사유로 요양기관에 유선통지가 불가능한 경우
  - ‘요양기관 현지조사 사전통지서’ 및 ‘요양기관 현지조사 안내문’을 팩스(전송사유 명시) 등을 통해 안내

- 다만, ‘선정심의위원회’에서 증거인멸 등의 우려가 있다고 심의한 요양기관은 조사개시와 동시에 요양기관 대표자 등에게 구두 등 방법으로 통지

다. 자료제출요구

진료기록부, 조제기록부, 진료비용(약제비용)계산서, 본인부담금 수납대장, 물리치료 등 각종 검사대장, 의약품구입증빙자료, 일반현황 등 조사자료 제출요구

라. 질문 및 검사

요양급여 기준 준수 등 요양급여 및 비용 청구 관련 적법 여부 확인

1) 주요 확인 내용

- 청구한 진료내역의 사실 및 본인부담금 적법징수 여부
- 관계규정 준수 여부 등

2) 확인 방법

- 사실관계 확인을 위한 수진자조회
- 관련자료 거짓작성 여부 확인 등

마. 확인서 징구

확인된 부당사항을 육하원칙에 의거 상세히 작성하고 관련 증빙서류를 첨부하여 요양기관의 대표자 서명날인

바. 결과보고

해당 차수 현지조사 종료 후 보건복지부에 보고(부당사실 확인기관수, 추정부당금액, 부당사실 확인기관 분석내역, 부당청구 유형, 향후 업무처리 계획 등)

사. 정산심사

1) 정산심사의 개념

요양기관이 요양급여비용을 부당하게 청구·지급받거나 수진자로부터 본인부담금을 부당하게 징수한 사실이 확인된 경우, 조사과정에서 징구한 확인서에 의거 진료항목별, 부당청구 유형별, 정산환급 방법별로 세분·집계하여 부당금액을 산출한다.

2) 정산심사결과 보고

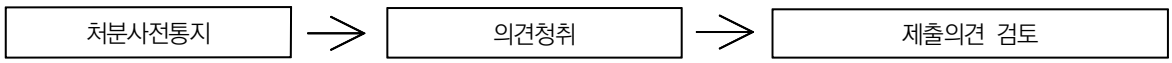
- 정산심사집계 결과를 기준으로 정산심사결과 및 행정처분산출내역 보고서를 작성한다.
- 처분을 위한 처분사전통지서·의견제출서를 작성, 보건복지부에 보고한다.

3) 행정처분 사전검토회의 운영

부당금액에 따른 행정처분 내역 산출시 행정처분의 적정성, 타당성 검토가 필요한 사항에 대한 논의

아. 의견청취

1) 업무처리절차



2) 절차별 업무내용

현지조사결과는 요양기관의 존폐를 좌우하는 업무정지, 과징금, 면허정지 및 형사고발, 명단공개 등이 따르는 것으로 행정절차법에 의하여 처분의 사전통지 및 의견청취의 기회를 제공함으로써 행정처분의 객관성과 공정성을 유지하고 행정처분에 대한 수용성을 제고한다.

가) 처분의 사전통지

(1) 법적근거

「행정절차법」 제21조제1항

(2) 통지내용

- 처분원인이 되는 사실, 처분내용 및 법적근거
- 처분에 대한 의견제출 방법

나) 의견청취 및 의견제출

(1) 법적근거

「행정절차법」 제22조, 제27조

(2) 의견청취 방법

- 의견제출은 구두, 우편 또는 직접 보건복지부를 방문하여 의견서 제출

(3) 제출자료

- 의견제출서 및 주장을 입증할 수 있는 객관적 증거자료

(4) 제출처

건강보험관련 의견제출서는 보건복지부 보험평가과, 의료급여 관련 의견제출서는 기초의료보장과로 제출

※ 제출기한 내 의견을 제출하지 않을 경우에는 의견이 없는 것으로 간주

다) 제출의견 검토

- 의견을 제출한 모든기관에 대해 행정처분사전검토회의에서 감경대상 여부 검토
- 객관적인 자료에 의하여 이의내용이 타당한 것으로 확인될 경우 재정산심사, 재처분양정하여 보건복지부 보고

자. 행정처분심의위원회

- 법률전문가, 소비자단체, 의약단체, 처분청 대표 등으로 구성된 '요양기관 등 행정처분심의위원회'를 설치하여 행정처분의 적정성 여부 심의

〈요양기관 등 행정처분심의위원회〉

- 구성: 위원장(보건복지부 보건의료정책실장)을 포함하여 9명 이상 17명 이내로 구성하고 다음 각 호의 사람 중에서 보건복지부장관이 위촉한다.
  1. 소비자단체에서 추천하는 사람
  2. 의료윤리 등 관련분야 전문가
  3. 변호사 등 법률전문가
  4. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람으로서 요양기관 등을 대표하는 단체에서 추천하는 사람
  5. 관계공무원
- 임기: 2년으로 하되, 1회에 한하여 연임할 수 있다. 단, 공무원인 위원의 임기는 그 재임기간으로 한다.
- 운영: 정기회의는 연 2회(반기별), 임시회의는 필요시 위원장이 소집한다. 위원장 포함 소집대상위원 과반수 출석으로 개의하고, 출석위원 과반수 찬성으로 의결하되 가부동수인 경우 위원장이 결정한다.

- 보건복지부장관은 행정처분 사전통지를 받고 의견을 제출한 요양기관 중에서 위반행위 동기·목적·정도 등을 고려하여 처분할 필요가 있는 대상 선정
  - 다만, 거짓청구 내역에 대한 제출의견은 특별한 사유가 없는 한 심의대상에서 제외
- '요양기관 등 행정처분심의위원회'의 심의·의결 후 합리적이고 적정한 처분 양형을 보건복지부장관에게 권고
- 보건복지부장관은 '요양기관 등 행정처분심의위원회'의 심의결과를 반영하여 감경 처분 가능

차. 처분

1) 처분의 종류

- 건강보험법령에 의한 부당이득금 환수 및 업무정지 또는 과징금처분
- 의료법령 및 약사법령 등에 의한 면허자격정지처분

2) 처분 세부내역

가) 부당이득금 환수

(1) 법적근거

「국민건강보험법」 제57조

(2) 환수내용

- 처분의 원인이 된 공단 또는 수진자로부터 부당하게 징수한 진료비를 공단에 통보한다.
- 수진자 부담분은 공단이 환수하여 수진자에게 환급한다.

나) 업무정지처분 또는 과징금 부과처분

(1) 법적근거

「국민건강보험법」 제98조 및 동법 시행령 제70조 별표 5

(2) 업무정지처분

- 1년 범위 내에서 월평균 부당금액과 부당비율에 의하여 업무정지처분 계산
- 진료기록부, 본인부담금수납대장 등 관련서류를 제출하지 않거나 조사를 거부·방해한 경우 180일 또는 1년의 업무정지처분을 적용한다.

(3) 과징금 부과 처분

- 보건복지부에서 정한 「요양기관 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용지침」에 의하여 과징금부과처분을 한다.
- 과징금은 업무정지기간이 10일인 경우에는 총 부당금액의 2배, 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총 부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총 부당금액의 4배, 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 5배로 한다.

(4) 가중처분

- 법 제98조제1항·제5항 및 제99조제1항·제9항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을

받은 이후 5년 이내에 법 제98조제1항 각 호의 위반행위를 하였을 경우에는 해당 위반행위에 대한 업무정지기간 또는 과징금(같은 항 제2호의 위반행위를 한 경우는 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없으며 과징금은 총 부당금액의 5배를 넘을 수 없다.

- 5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다.

(5) 감면처분

- 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지기간 또는 과징금 금액을 감경하거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 공단·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.
  - 요양급여비용을 부당청구한 요양기관이 그 부당청구 사실이 적발되기 전에 보건복지부 장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우
  - 요양기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 요양급여 비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우
  - 그 밖에 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건 복지부 장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우

3) 업무정지 처분기준(업무정지처분 및 과징금 부과의 기준 시행령 제70조제1항)

요양기관이 법 제98조제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 경우의 업무정지기간은 다음 표와 같다.

표3.3-1 현지조사 업무정지기간 처분기준

(단위: 일)

월평균 부당금액	부당비율				
	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
20만원 이상 ~ 25만원 미만			10	20	30
25만원 이상 ~ 40만원 미만		10	20	30	40
40만원 이상 ~ 80만원 미만	10	20	30	40	50
80만원 이상 ~ 160만원 미만	15	25	35	45	55
160만원 이상 ~ 320만원 미만	20	30	40	50	60
320만원 이상 ~ 640만원 미만	25	35	45	55	65

월평균 부당금액	부당비율				
	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
640만원 이상 ~ 1,000만원 미만	30	40	50	60	70
1,000만원 이상 ~ 2,000만원 미만	35	45	55	65	75
2,000만원 이상 ~ 3,000만원 미만	40	50	60	70	80
3,000만원 이상 ~ 4,000만원 미만	45	55	65	75	85
4,000만원 이상 ~ 5,000만원 미만	50	60	70	80	90
5,000만원 이상 ~ 1억원 미만	55	65	75	85	95
1억원 이상	60	70	80	90	100

※ 비고

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간(요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 청구하였는지 확인하기 위하여 6개월부터 36개월까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 기간을 말한다. 이하 같다) 동안 요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 합산한 금액(이하 "총 부당금액"이라 한다)을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은 (총 부당금액/요양급여비용 총액 + 요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액) × 100으로 산출한다.
3. "요양급여비용 총액"이란 조사대상 기간에 해당되는 심사 결정된 요양급여비용(법 제47조제2항에 따라 심사 청구된 요양급여비용에 대하여 심사평가원이 심사 결정한 요양급여비용을 말한다)을 합산한 금액을 말한다.
4. "요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액"이란 조사대상 기간 동안 해당 요양기관의 요양급여비용 총액에는 포함되지 않으나 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 말한다.
5. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 올림한다.
6. 월평균 부당금액이 40만원 미만인 경우에 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우 50일로 보며, 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 365일을 초과하는 경우 365일로 본다.

〈업무정지처분승계(법 제98조제3항 및 제4항)〉

업무정지처분의 효과는 그 처분이 확정된 요양기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인에 승계되고, 업무정치처분의 절차가 진행 중인 때에는 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인에 대하여 그 절차를 계속 진행할 수 있다. 다만, 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이 그 처분 또는 위반사실을 알지 못하였음을 증명하는 때에는 그러하지 아니하다.

업무정치처분을 받았거나 업무정지처분의 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인에 지체 없이 통지하여야 한다.

〈업무정지처분의 효력〉

업무정지처분을 받게 되면 요양기관은 건강보험 가입자 또는 피부양자에게 요양급여를 하지 못하며, 요양급여의 하나인 처방행위도 건강보험으로 하지 못한다.

따라서 건강보험으로 원외처방행위를 하여 그에 따라 약국에서 조제하고 약제비를 청구하였다면, 이에 대하여는 원외처방을 한 의료기관에서 그 비용을 환수하게 된다.

4) 면허자격정지처분

가) 거짓청구

(1) 법적근거

「의료법」 제66조제1항, 제68조 및 의료관계 행정처분 규칙 제4조, 「약사법」 제79조제2항 제2호, 동법 시행규칙 제96조(별표 8)

(2) 면허자격정지 내용

부정한 방법으로 진료비 또는 약제비를 거짓으로 청구한 경우 1년 범위 내에서 면허자격 정지처분 한다.

나) 기타

(1) 법적근거

「의료법」 제66조제1항, 「약사법」 제79조제2항, 「의료기사 등에 관한 법률」 제22조제1항 등

(2) 면허자격정지 내용

기타 관련법령 위반에 따른 처분

4 사후관리

가. 사후관리의 개념 및 종류

현지조사 사후관리는 현지조사결과 처분을 받은 기관에 대하여 처분 이행여부 및 동일한 부당행위를 계속 행하는지 등을 관리하는 업무를 말하며, 사후관리를 세부적으로 보면 행정처분기관에 대한 이행실태 조사, 형사고발 및 명단공표에 대한 지원업무를 수행하고 있다.

나. 행정처분기관에 대한 이행실태 조사

업무정지처분을 받은 요양기관이 건강보험 요양급여, 의료급여로 원외처방전을 발행하는지 또는 요양(의료)급여비용 청구 여부, 처분의 효력을 회피하기 위해 형식적으로 개설자를 타인명의로 변경하고 실질적으로는 해당 요양기관을 운영하는지의 사실여부를 확인 점검하는 업무를 말한다. 조사결과 실제로 처분 받은 자가 요양기관을 경영하는 것으로 확인된 경우에는 업무정지기간

동안 청구한 요양(의료)급여비용 전액 환수, 가중처벌 및「국민건강보험법」제115조(벌칙)에 따라 고발 조치한다.

다. 형사고발

현지조사 대상기관 대표자 또는 관계인이 서류 제출 명령위반, 거짓 보고·검사·질문을 거부·방해 또는 기피한 경우, 진료비 거짓청구 고발기준(거짓청구금액 750만원 또는 거짓청구금액 비율 10% 이상)에 해당하는 경우, 업무정지기간 중에 요양급여를 행한 경우, 업무정지 등 행정처분과 별도로「국민건강보험법」및「형법」(제347조 사기)에 의해 형사고발 한다.

라. 행정쟁송

행정쟁송은 요양기관에 대한 업무정지 등 행정처분에 불복하여 이의를 제기하는 것을 말하며, 국민권익위원회 소속 중앙행정심판위원회에 제기하는 행정심판과 행정법원에 제기하는 행정소송에 대한 대응 업무로 구분된다.

마. 건강보험 거짓청구 요양기관 명단공표

건강보험 거짓청구 요양기관 명단공표는 현지조사, 공익신고 포상금제도 등 다양한 제도 시행에도 불구하고 일부 요양기관에서 건강보험 거짓청구 행위가 지속적으로 발생함에 따라 부당청구의 사전적 예방과 더불어 건전한 건강보험 청구 문화 조성 및 의료소비자인 국민의 알권리를 보장하기 위해 시행하는 제도로서, 심사평가원은 건강보험공표심의위원회의 회의운영과 거짓청구기관의 명단공표를 위한 위원회의 심의·의결에 필요한 제반업무를 지원한다. 명단공표는 행정처분을 받은 요양기관 중 관련 서류를 위조·변조하여 요양급여비용을 거짓으로 청구한 요양기관을 대상으로 하며 위반행위, 처분내용, 명칭, 주소, 대표자의 성명 등을 공표한다.

1) 법적근거

- 「국민건강보험법」제100조(위반사실의 공표)
- 「국민건강보험법 시행령」제72조 내지 제74조

2) 공표대상

거짓청구금액 1,500만원 이상 또는 거짓청구금액비율 20% 이상인 기관

3) 공표심의위원회

보건복지부장관은 공표 여부 등을 심의하기 위해 '건강보험공표심의위원회'를 설치·운영한다.

〈건강보험공표심의위원회〉

- 구성: 위원장 1명을 포함한 9명의 위원으로 구성한다. 위원장은 제1호부터 제4호까지의 위원 중에서 호선(互選)하고, 위원은 보건복지부장관이 임명하거나 위촉하는 다음 각 호의 사람으로 한다.
  1. 소비자단체가 추천하는 사람 1명
  2. 언론인 1명
  3. 변호사 등 법률전문가 1명
  4. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람으로서 의약계를 대표하는 단체가 추천하는 사람 3명
  5. 보건복지부의 고위공무원단에 속하는 일반직공무원 1명
  6. 공단의 이사장 및 심사평가원의 원장이 각각 추천하는 사람 2명
- 임기: 위원(보건복지부의 고위공무원단에 속하는 일반직공무원은 제외)의 임기는 2년으로 한다.
- 운영: 재적위원 과반수 출석으로 개의하고, 출석위원 과반수 찬성으로 의결한다. 공표여부 결정시 그 위반행위의 동기·정도·횟수·결과 등을 고려하여 심의·의결한다.

4) 공표사항

요양기관 명칭·주소·대표자성명, 위반행위, 행정처분 내용 등

5) 공표방법

- 보건복지부, 심사평가원, 공단, 관할지자체 홈페이지 또는 게시판에 6개월간 공고
- 거짓청구를 반복적으로 행하거나 거짓청구가 중대한 위반에 해당하는 경우 신문, 방송에 추가 공표 가능

6) 공표 절차

1차 건강보험공표심의위원회 심의 → 공표대상자에게 사전 통보 → 20일간 소명자료 제출 및 출석하여 의견진술 기회부여 → 2차 심의(필요시) → 처분통지 및 공표

Ⅲ 부당 · 거짓청구 개념 및 사례

1 부당청구

가. 개념

건강보험법령에서는 '속임수나 그 밖의 부당한 방법'이라 표현하고 있는데 통상 법령에서 사용하는 '부당'의 의미는 속임수를 쓰는 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함한다.

- 법령상 기준 위반은 건강보험법령에서 정한 요양급여기준, 진료수가기준을 위반하여 요양급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의 · 과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있었을 경우 부당청구로 인정

나. 유형 및 사례

1) 요양급여 산정기준 위반 청구

요양기관은「국민건강보험법」제41조(요양급여), 제45조(요양급여비용의 산정 등),「의료법」,「약사법」등 관련 법령 규정에 의거하여 수진자에게 요양급여를 제공하고 청구하여야 하나 산정기준을 위반하여 진료비용을 청구한 행위

예) 보이타 또는 보바스요법 등의 교육을 이수하지 않은 자가 '중추신경계 발달재활치료'를 실시하고 청구

2) 본인일부부담금 과다징수

요양기관은 수진자에게 요양급여를 제공하고「국민건강보험법」제41조 (요양급여) 및 제45조 (요양급여비용의 산정 등), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 및 제21조(계약의 내용 등), 동법 시행규칙 제13조(외래진료 등의 경우 요양급여 비용 총액에 관한 조건 등) 및 제16조(요양급여비용의 본인부담) 등 기타 요양급여비용의 산정관계 규정에 의거 본인부담금을 징수하도록 정해져있으나 규정을 위반하여 수진자에게 본인부담금을 과하게 징수

예) 통증자가조절장치(PCA)는 암환자(암성통증, 암관련 수술후 통증), 개심술, 개두술, 장기

이식수술 후 통증, 근위축성축삭경화증 환자의 만성통증, 만성난치통증 이외의 환자에게 시행한 경우는 요양급여비용의 전액을 환자가 부담토록 해야 하나 일률적으로 150,000원을 환자에게 징수

2 거짓청구

가. 개념

진료비 청구의 원인이 되는 진료행위가 실제 존재하지 않았으나 진료 행위가 존재한 것으로 가장하여 진료비 등을 청구하는 행위를 거짓청구라 하며, 이러한 거짓청구도 부당청구에 포함.

나. 유형 및 사례

1) 입원일수 또는 내원일수를 부풀려 청구한 경우

예) 관리의사의 친·인척 및 지인 등이 실제 내원하지 않았음에도 내원하여 진료한것으로 진료기록부(전자기록 포함)에 기록하고 원외처방전을 거짓으로 발급하여 약국에 전달 후 진찰료 등을 청구

2) 비급여대상 비용을 전액 환자에게 부담시킨 후 이를 다시 요양급여대상으로 청구한 경우

예) 비급여대상인 첩약을 조제하고 실제 실시하지 않은 침술료 및 투약하지 않은 약제비(소청룡탕)를 요양급여비용으로 청구

3) 실제 실시 또는 투약하지 않은 요양급여행위료, 치료재료비용 및 약제비를 청구한 경우

예) 입원중인 환자가 외박을 한 경우 실제로 실시하지 않은 이학요법료를 청구하거나 일부 수진자의 경우 심층열치료를 실시하지 않고 청구

4) 의료행위 건수를 부풀려 청구한 경우

예) X-ray 1회 촬영 후, 2회 이상 실시한 것으로 청구

5) 면허자격증 대여나 위·변조를 통해 요양기관에 실제 근무하지 않은 인력을 근무한 것처럼 꾸며서 청구한 경우

예) 실제 근무하지 않은 간호인력을 입원환자 병동 전담인력으로 신고하여 입원료 등급을 상향하여 청구

6) 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구한 경우

예) 심전도검사 등 의사가 직접 수행하여야 할 의료 행위를 간호조무사 등이 실시하여 청구한 경우

Ⅳ 자율점검

작성: 자율점검부

1 개념 및 법적근거

가. 자율점검제 개념

요양(의료급여)기관의 요양(의료)급여비용 부당청구의 가능성을 인지하고 해당 요양기관에 그 사실을 통보하면 요양기관이 이를 자체 점검한 후 착오 청구 등에 대한 요양(의료)급여비용 반납 등 자율적으로 시정할 수 있도록 하는 제도이다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제97조제2항, 의료급여법 제32조제1항
- 「의료급여법」 제28조 및 제29조
- 「행정조사기본법」 제25조
- 「국민건강보험법 시행령」 제70조 제1항 [별표5] 제4호
- 「의료급여법 시행령」 제16조의2 별표2 및 제16조의4 별표3
- 「요양·의료 급여비용 자율점검제 운영 기준」(고시 제2020-215호, 2020.9.24.)
- 「요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형」(고시 제2019-300호, 2019.12.26.)

2 목적

- 부당청구 사전예방 기능 강화
- 건전한 요양·의료급여비용 청구풍토 조성, 보험재정 누수 방지
- 건강보험·의료급여 가입자의 수급권 보호
- 자율 시정의 기회 제공으로 건전한 의료공급자 보호

3 자율점검 주기 및 대상

가. 자율점검 주기

1) 정기

전산입력 오류, 수가적용 착오, 신고 누락 등으로 부당청구 가능성이 인지되고 신속한 개선이 필요한 항목으로 이해당사자인 의약단체와의 협의를 거쳐 연간 사업추진계획을 수립하고, 해당 자율점검 항목 및 대상자에 대한 세부 추진 계획을 마련하여 시행

2) 수시

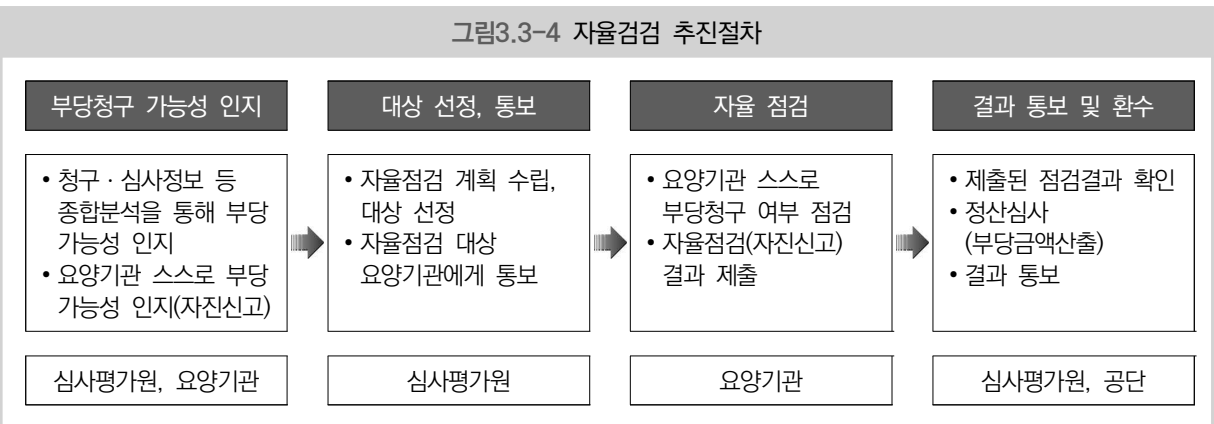
보험급여 정책 변화, 사회적 이슈로 인한 부당청구 가능성이 인지되거나 긴급하게 부당청구 실태파악이 요구되는 경우 수시 시행

나. 자율점검 대상

- 부당청구의 개연성이 단순·반복적으로 확인되는 사항
- 부당청구 유형이 거짓청구에 해당하는 경우에는 원칙적으로 자율점검 대상에서 제외

4 자율점검 추진절차

그림3.3-4 자율검검 추진절차



5 자율점검 대상 선정 · 통보

가. 자율점검 계획 수립

1) 자율점검 계획 수립 시 고려사항

심사평가원은 아래 사항을 종합적으로 고려하여 자율점검 항목[46]을 선정한 후 계획을 수립한다.

- 부당청구의 가능성: 인지경로, 증거자료 여부 등
- 부당청구의 규모와 정도: 부당유형, 부당금액 등
- 시급성

2) 자율점검 계획 시 포함사항

- 자율점검 항목 선정 배경 및 필요성
- 자율점검 실시에 따른 기대효과
- 자율점검 항목 및 자율점검대상자
- 통보 · 결과제출 · 접수 · 처리, 업무단계별 절차 · 방법 · 일정 등 세부 추진계획
- 그 밖에 효율적인 자율점검을 위하여 특히 필요하다고 인정하는 사항

3) 전문가 자문회의

자율점검 대상항목 및 통보대상자 검토 등을 위해 의 · 약학 전문 분야별 의견의 반영이 필요한 경우에는 전문가 자문회의 실시

나. 자율점검 대상 선정

1) 선정 기준

부당청구 내용이 중대한 타법 위반이나 거짓청구 등의 경우 현지조사 확인이 원칙이다.

가) 정기

전산입력 오류, 수가적용 착오, 신고 누락 등으로 부당청구 가능성이 인지되고, 신속한 개선이 필요한 항목 우선 선정

46 ① 진찰 · 검사, 처치 · 수술 및 그 밖의 치료, ② 재활 및 물리치료(이학요법), ③ 약제 및 치료재료의 지급, ④ 인력 · 시설 · 장비 등

나) 수시

보험급여 정책변화, 사회적 이슈로 인한 부당청구 가능성이 인지되거나, 긴급하게 부당청구 실태 파악이 요구되는 경우 등에 수시 선정

2) 자율점검운영협의체

가) 구성

보건복지부 보험평가과장, 심사평가원 조사운영실장, 국민건강보험공단 의료기관지원실장, 의료공급자단체 및 학계 전문가 등으로 구성

나) 운영

항목 선정, 계획 수립, 점검 결과 검토 등 제도 운영 과정에서 건강보험 유관기관, 의료 공급자단체의 의견 수렴을 위한 협의체 운영

※ 자율점검 항목별 전문가 자문을 위한 소회의는 별도 필요 시 운영

3) 선정대상 통보기간

분석시점의 최근 지급된 진료분의 요양(의료)급여비용 직전 반기 마지막 월 기준, 최대 36개월 진료분[47]을 통보

- 36개월 범위내에서 착오청구 금액 상위 6개월 자율점검 우선 실시토록 통보
- 부당청구가 확인되는 경우 36개월 범위 내 요양기관 스스로 부당청구가 이루어진 기간을 확인하고 해당 기간에 대해 부당청구 사실 신고

다. 자율점검 대상 통보

1) 사전예고

- 보도자료(보건복지부)를 통해 항목별 선정배경 등 상세내역 사전공지 및 안내
- 국민홈페이지, 요양기관포털 공지사항을 통해 자율점검 항목 사전안내

2) 자율점검 대상기관에 자율점검대상통보서 및 방법·절차 안내사항 등 통보

- 자율점검 항목에 대한 안내사항

47 통보대상기간 이후 지급된 요양(의료)급여비용 최근 진료분까지 자진신고 가능

- 항목별 해당 요양기관의 수진자 성명 · 성별 · 연령, 명세서의 접수번호, 일련번호, 내원일자 등 요양급여비용 상세내역
- 항목별 담당자의 성명 · 전화번호 등

3) 통보방법

- 등기우편, 요양기관 업무포털 등을 통해 통보대상 요양기관별 안내
- 심사평가원 및 관련 의약단체 홈페이지에 항목별 자율점검 실시 안내문 게재
- 미통보기관의 자진신고 확산을 위해 항목별 관련단체 협조요청 문서 발송
- 기관별 통보서 수령 및 통보내역 인지 여부 확인

4) 재통보 주기

- 기 통보된 자율점검 항목은 종료시점 기준으로 통상 1년 주기로 재통보 실시
- 재통보 여부는 항목별 모니터링 결과, 점검의 실효성, 수가나 급여기준 변동사항 등을 반영하여 결정

5) 부당청구 사전예방활동

자율점검 항목별 특성, 부당의 정도, 계도 효과 등을 고려한 부당청구 사전예방활동 실시

- (사전회의) 자율점검 통보 전 점검항목 세부 설명, 관련단체 의견수렴 및 협조 요청
- (간담회) 지역별 의약단체 등 간담회를 통한 제도 안내 및 점검항목 세부 설명
- (현장안내) 자율점검 중 요양기관의 현장안내 요청 시, 허위자료 제출 의심 등 현장 확인 필요 시 복지부 승인 후 현장 안내 가능
- (전문가 자문) 기준 적용 및 해석 등 모호한 경우 심사위원과 처리방안 논의, 필요 시처리 결과 관련부서에 환류
- (홍보활동) 리플렛, 소식지, 업무동영상, 카드뉴스 등 활용하여 시의성 있는 정보 제공

6 자율점검 실시

가. 접수기한

'자율점검대상통보서'를 받은 날로부터 30일 이내

나. 점검내용

요양기관은 자율점검 항목, 선정 배경, 주요내용, 대상기간 등 안내 사항을 숙지하고, 내부 자료를 확인하여 부당청구 여부 점검

다. 제출자료

부당여부 상관없이 '자율점검결과서', 소명에 관한 서류 등 제출

- (부당) 부당청구 내역 및 사실 관계 등 작성, 부당금액 환수 동의서 첨부
- (정당) 청구의 정당성 및 사유 등 작성, 정당 증빙자료 첨부

라. 제출방법

직접 방문 하거나 등기우편, 요양기관업무포털 등을 통하여 제출

마. 자료제출 재요청

1) 제출기한 연장 요청

자율점검대상자가 정해진 기한 내에 자율점검결과서를 제출하기 어려운 경우, 자료 제출 기한 연장 요청 가능

2) 연장 통보

심사평가원은 자율점검대상자가 정해진 기한 내에 자율점검결과서 제출이 불가능하다고 인정되는 경우, 심사평가원은 30일의 기간을 정하여 문서로 연장 안내

7 자율점검 내용확인

가. 확인내용

- 제출한 자료의 위조·변조 여부, 실제 행한 사실에 근거하였는지 여부
- 관계법령 및 급여기준 등에 따른 적정 청구 여부, 점검결과와 심사정보 등 비교하여 부당청구 규모(건수, 횟수, 금액 등) 결정

나. 보완요청

- 제출 자료 보완이 필요한 경우 부당청구 여부 확인 및 주장하는 내용에 대한 소명자료 등을 서면으로 요청
- 해당 요양기관은 보완 요청을 받은 날로부터 10일 이내에 해당 자료 제출

다. 수진자 조회

자율점검대상자의 제출 자료가 거짓·부당청구의 개연성이 높다고 인정되는 경우, 보험급여를 받은 자에게 직접 확인할 필요가 있다고 판단될 때에는 진료받은 내용 확인 가능

8 자율점검 결과처리

가. 정산(부당금액 산출)

- 자율점검 확인 결과 요양(의료)급여비용을 부당하게 청구한 경우에는 「요양급여 비용 심사·지급 업무 처리기준」 제4조에 따라 진료 건 등에 대하여 접수번호별 건별 정산
- 기 조사 및 재심사에 의한 기 정산금액 등 확인하여 중복 정산 방지

나. 자율점검 결과 통보 및 부당이득금 징수

- 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 자율점검 부당금액 정산 결과에 대해 심사결정일로부터 15일 이내에 요양급여비용 정산심사결정서 및 정산심사내역서를 요양기관에 송부

- 자율점검 결과 확인된 부당금액에 대해 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 정산심사내역서를 공단에게 송부

다. 부당이득금 환수

공단은 「국민건강보험법」 제57조(부당이득의 징수) 제1항에 따라 부당이득금 환수

라. 자율점검 처리 결과

1) 성실 자율점검대상자

- 성실하게 자율점검 결과서를 제출한 경우에는 해당 점검내용에 한하여 행정처분(업무정지, 과징금) 면제 가능
- 자율점검 내역과 다른 사유로 현지조사를 실시할 경우, 이미 성실하게 자율점검한 내역(항목, 대상기간)은 현지조사 대상범위에서 제외

2) 불성실 자율점검대상자

- 처리기한 내에 자율점검결과서를 제출하지 않거나[48] 허위 자료 제출 등의 경우에는 불성실 자율점검 대상자로 관리
- 불성실 자율점검대상자에 대하여는 현지조사 대상으로 포함
- 불성실 자율점검대상자의 현지조사는 증거 인멸 가능성이 높아 긴급조사로 선정심의위원회 논의 대상에서 제외

불성실 자율점검 대상자

① 미신고자: 자율점검대상통보서를 수령하였음에도 제출기한 내(연장 통보 기간 포함) 자율점검결과서를 제출하지 아니한 자
② 허위자료 제출자: 자율점검결과서 제출 시 위·변조 자료 등을 제출한 자
③ 반복 부당청구자: 동일 자율점검 항목을 2회 이상 부당청구가 확인된 자
④ 多 항목 자율점검대상자: 동시 3항목 이상 점검이 필요한 자

48 천재지변 등 불가피한 사정으로 자율점검결과서 제출 지연이 인정되는 경우에는 기한내 제출한 것으로 간주

9 자율점검 사후관리

가. 자율점검 모니터링 개요

- 항목별, 요양기관 종별, 진료과목별, 부당 여부 및 점검 후 추이분석 등 모니터링
- 항목별 6개월 단위로 주기적 관리, 자율점검 계획 수립 시 모니터링 결과 반영
- 현장(서면)조사 및 심사·평가 연계, 의약단체 등 교육·홍보 시 활용

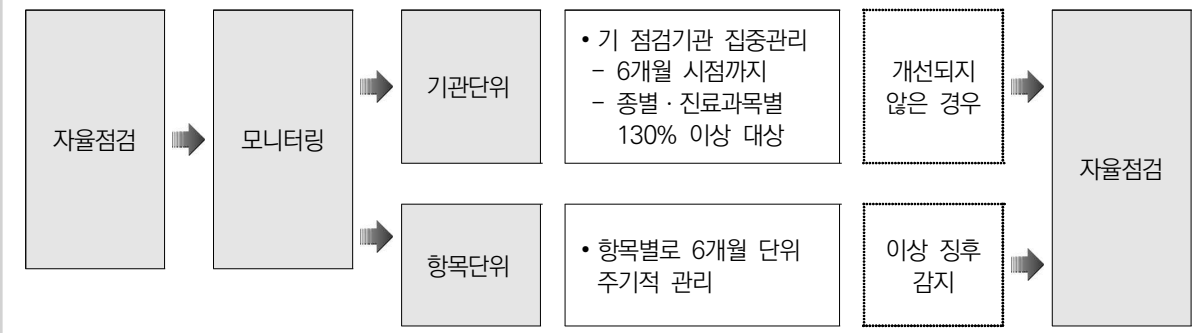
나. 항목별 모니터링

- 자율점검 실효성이 클 것으로 예상되는 항목 선정 및 주기적 모니터링 실시
- 모니터링 결과 이상 징후 감지 시 자율점검 대상 항목으로 선정

다. 기관별 모니터링

- 자율점검 대상기관에 대해 자율점검 이후 개선 여부 집중관리
  - 부당금액 환수 시점을 기준으로 6개월 전·후 청구현황 비교 분석
  - 종별·진료과목별 동일 그룹 내 평균 대비 130%이상 기관 집중관리
- 집중관리 기간(6개월) 이후 개선여부를 점검하여 개선이 되지 않은 경우에는 추가 자율점검 대상에 포함
  - 부당청구가 확인 된 경우 현지조사 대상 기관으로 전환
  - 기 자율점검 대상이 모니터링 결과에 따라 추가 자율점검 대상에 포함되었으나 부당청구가 확인되지 않는 경우에는 지속 모니터링 실시

그림3.3-5 자율점검 사후관리 체계도



제 4 장

요양급여의 적정성 평가

Ⅰ. 적정성 평가 개요

Ⅱ. 평가개념 및 범위

Ⅲ. 평가의 절차와 방법

Ⅳ. 평가결과 활용

Ⅴ. 의료질평가지원금 산정을 위한 평가

Ⅵ. 처방·조제 약품비 절감 장려금 사업

제4장 요양급여의 적정성 평가

Ⅰ 적정성 평가 개요

작성: 평가운영부

1 도입배경

가. 우리나라 의료서비스의 양적 팽창

1989년 전국민 의료보험 적용으로 의료서비스의 양적 팽창을 이루게 되면서 1990년대 이후 의료서비스의 적정성 및 질적 수준 확보에 대한 사회적 요구가 점차 증가하였다.

나. 의료서비스의 질 평가 및 관리에 대한 의료계 관심 대두

1981년부터 대한병원협회에서 병원표준화심사를 도입하였으며, 1990년대 초반부터는 의료기관 단위에서 의료서비스 질의 중요성을 인식하여 자체적 질 향상 활동을 시작하였다.

1995년 이후 정부주도의 의료기관서비스 평가 제도를 도입하여 의료서비스의 질 향상 활동을 시작하게 되었으나, 양질의 의료서비스에 대한 국가적인 개념 정립과 서비스 질 향상을 위한 다양한 활동은 부족하였다.

다. 건강보험급여에 대한 질 평가 요구 증가

건강보험 진료비 심사는 심사기준과의 부합여부만을 판단하였기 때문에 의료의 질과 비용의 적정성을 보장하기 위해 급여 적정성에 대한 평가가 필요하였다. 또한, 행위별수가제 하에서는 불필요한 서비스를 과다 제공할 가능성이 있고, 일당정액수가제의 경우 과소 서비스의 문제가 있을 수 있으며, 같은 수가를 적용받는 의료기관 간에도 진료수준의 변이가 크게 나타날 수 있어 건강보험 요양급여의 질 평가에 대한 요구가 증가하였다.

라. 건강보험심사평가원 업무로 신설

건강보험으로 제공되는 의료서비스(요양급여)의 질 향상 및 비용효과성 제고를 위하여 심사와는 다른 관리기전의 필요성이 대두되어 2000년 7월 심사평가원에 요양급여의 적정성에 대한 평가 업무가 부여되었다.

- **서비스 과다 · 과소제공의 가능성**
  - 행위별수가의 경우 불필요한 서비스 과다제공(over-use) 가능성
  - 의료자원의 낭비 및 의원성(醫原性: iatrogenic) 질환 초래 가능성
  - 의료제공자에게 이익이 되지 않는 서비스의 경우 과소제공(under-use) 가능성
  - 일당정액수가, 포괄수가의 경우 서비스 과소제공 가능성
- **서비스 오용(mis-use)의 가능성**
  - 잘못된 의료서비스로 예방할 수 있는 합병증 등의 발생 가능성
- **의료서비스의 질적 수준 차이**
  - 같은 수가를 받는 의료서비스에서 의료기관이나 의사에 따라 질적 수준에 차이 발생

2 목적

요양급여의 적정성 평가는 건강보험으로 제공된 진찰 · 시술 · 투약 · 검사 등의 의료서비스 전체에 대해 의약학적 측면과 비용효과적 측면에서 적정하게 행하여졌는지를 평가하는 것이다. 아울러 요양급여 적정성 평가의 목적은 평가결과를 의료제공자에게 통보하여 국민에게 질 높은 의료서비스가 제공되도록 자율적인 질 향상 및 진료행태 개선을 유도하고, 국민에게 공개하여 의료선택권을 보장하는 등 다양한 활용을 통해 의료서비스의 질 향상과 비용부담의 적정화를 도모하는데 있다.

그림3.4-1 요양급여 적정성 평가의 목적



3 평가 추진 현황

가. 변천과정

1) 도입기(2000년~2003년)

2000년 7월 「국민건강보험법」에 적정성 평가기능이 도입되면서 2001년 초년도 평가로 약제급여, 사회복지법인요양기관, 조혈모세포이식기관에 대한 평가를 수행하였다.

2) 발전기(2004년~2006년)

- 2004년 8월 허혈성심질환 평가를 시작으로 이용도중심 평가에서 임상 질 평가로 전환·확대하였으며, 환자 중증도를 보정한 결과지표를 산출하기 시작하였다.
- 2005년 주사제처방률 양호 요양기관의 명단 공개를 시작으로 평가결과를 공개, 2006년부터는 평가대상 전체 요양기관으로 공개를 확대하였다.
- 서면으로 수집하던 평가 자료를 2006년 2월부터 전산화하여 웹방식의 평가자료 수집시스템을 도입·운영하였으며, 2006년 12월 수술의 예방적 항생제 사용 평가를 기점으로 전향적 평가 방식을 도입하였다.

3) 확대기(2007년~)

- 2007년부터 요양기관 질 향상 활동 지원 사업을 시작하였으며, 2007년 6월 요양급여비용 가감지급 시범사업 기준을 제정하여 가감지급 시범사업에 착수하였다. 급성기 진료에 국한되었던 평가를 2008년부터 요양병원 장기 진료부문과 고혈압 등의 만성질환 진료부문으로 확대하였다. 2010년 OECD 보건장관회의에서 한국의 질 평가 및 가감지급사업을 소개하였고, 이어서 2011년부터 가감지급 본 사업을 시행하였다.
- 2011년부터 암질환(대장암, 유방암 등)을 비롯하여 당뇨병, 천식 등의 국민 다수의 건강에 영향을 미치는 중증·만성질환 영역으로 지속적으로 확대하였다.
- 2015년 이후부터 기관단위 진료결과를 대표하는 일반질에 대한 평가와 환자중심영역의 평가를 진행하고 있으며, 의료질 평가의 균형적 확대를 위해 환자안전영역에 대한 예비평가와 사회적으로 문제가 되고 있는 결핵평가를 실시하는 등 지속적으로 평가항목을 확대하고 있다. 또한 2014년부터 조사표 제출에 대한 요양기관의 부담을 완화하기 위해 의무기록(EMR, OCS)과 자동 연계를 통한 실시간 자료수집 체계인 평가정보시스템 확대 사업과 의료기관의 노력을 보상하고자 행정비용을 기관별로 지급하였다.
- 2017년에는 국가 의료 질 향상을 위해 설정한 6대 영역 18개 목표에 따라 국민·의료계 등 이해관계자가 직접 제안·선정하는 신규항목 발굴 프로세스를 구축하였으며, 이후 마취, 치과, 중소병원, 정신건강(입원영역, 우울증 외래), 수혈 등 평가를 확대하며 사각지대를 해소해나가고 있다.
- 2020년에는 국민과 함께 의료질 성과를 관리할 수 있는 기반을 마련하였다. 심사평가원의 평가정보 뿐만 아니라 국가단위 평가정보를 한 곳에 통합하여 관리할 수 있는 '평가정보뱅크'를 구축한 것이다. 이는 평가 제도간 혹은 기관간 관련 정보를 공유할 수 있는 최초의 채널로 국민이 평가정보를 조회하고 직접 의견을 제안할 수 있다.

  또한 국민이 양질의 의료서비스를 받을 수 있도록 지역 내 우수 평가기관을 안내하는 '우리 지역 좋은 병원 찾기' 사업을 추진하고 있다. 이를 통해 평가결과의 활용성을 높이고 국민의 건강한 삶에 기여하는 국민 중심 평가체계로 전환해나가고 있다.

나. 평가현황

2020년 기준 수혈, 우울증 외래 평가를 포함하여 35항목을 수행하고 있다.

표3.4-1 2020년 평가항목

분야(35항목수)		세부 항목(55개)	
1	환자중심(1)	• 환자경험	
2	급성질환(5)	• 관상동맥우회술 • 폐렴 • 경피적관상동맥중재술	• 급성기뇌졸중 • 급성심근경색증
3	만성질환(4)	• 고혈압 • 천식	• 당뇨병 • 만성폐쇄성폐질환
4	암 질환(5)	• 대장암 • 폐암 • 간암 진료결과	• 유방암 • 위암
5	감염질환(1)	• 결핵	
6	정신건강영역(3)	• 의료급여정신과 • 우울증 외래	• 정신건강 입원영역
7	진료행위 및 약제(10)	• 항생제처방률 • 처방건당 약품목수 • 수술의 예방적 항생제 사용(18개 수술) • 마취 • 진료량(4개 수술)	• 주사제처방률 • 투약일당 약품비 • 혈액투석 • 치과 근관치료 • 수혈
8	기관단위(6)	• 요양병원• 중환자실 • 신생아중환자실 • 위험도표준화재입원비	• 병원표준화사망비 • 중소병원

※ '19년 '질병군 포괄수가(7개 질병군)' 평가는 종료, '유소아중이염 항생제' 평가는 약제 평가로 통합됨.

4 평가 운영체계

가. 균형적·포괄적 평가를 위한 평가 프레임 구축

- 질병 · 시술 중심에서 국가 질 향상 목표 중심으로 전환하고자 6개영역 18개목표의 평가 프레임을 구축하였다.
- 평가영역의 사각지대 해소와 사회적 요구 등을 감안하여 임상 질 영역은 효과 · 효율성에서 환자안전 · 환자중심 영역으로, 생애주기별 관점에서는 성인에서 소아영역으로, 진료영역은 대형 및 전문병원중심에서 중소병원 질 관리 영역, 의과 중심영역에서 치과 영역까지 확대하여 국가 의료 질 향상을 위한 균형성 확보를 지속적으로 추진하고 있다.

표3.4-2 6개영역 18개 목표 현황

목적	목표
환자안전 (Safety)	1. 계획되지 않은 재입원 감소
	2. 의료관련감염 발생 감소
	3. 의료관련감염 이외의 영역에서 환자안전사고의 감소
	4. 적절한 의료서비스 제공을 통한 환자안전 향상
효과적인 진료 (Effectiveness)	5. 주요 입원질환에서의 근거기반 의료서비스 제공
	6. 일차진료에서의 근거기반 의료서비스 제공
	7. 주요 질환으로 인한 사망 감소
	8. 모성 및 신생아 · 아동의 건강 향상을 위한 근거기반 의료서비스 제공
	9. 노인 건강 향상을 위한 근거기반 의료서비스 제공
	10. 정신 건강 향상을 위한 근거기반 의료서비스 제공
환자중심성 (Patient-centeredness)	11. 환자 중심 의료서비스 제공을 통한 환자경험, 만족도 향상
	12. 환자의 자기 관리 능력 향상
의료전달체계 구축 (Health care delivery system)	13. 중증질환에 대한 입원 중심의 진료
	14. 의료기관 간 협진체계 구축
의료이용의 형평성 (Equity)	15. 취약계층 의료이용의 접근성과 질 보장
	16. 필수의료(응급)의 접근성과 질 보장
건강보험의 효율성 (efficiency)	17. 의료이용의 적절성 향상
	18. 의료자원 소모량의 평가를 통한 효율성 향상

나. 거버넌스

1) 의료평가조정위원회

- 「국민건강보험법」 제66조에 의거 효율적인 평가 업무 수행을 위하여 진료심사평가위원회내에 의료평가조정위원회 설치
- 의약계대표, 공익대표, 건강보험대표를 각 6인씩 총 18인으로 구성
- 연간평가계획, 가감지급에 관한 사항, 평가결과 공개범위 및 방법 등 평가 주요정책을 심의

2) 평가기획단

- 진료심사평가위원회 운영규정 제13조 제3항에 따라 의료평가조정위원회 산하 소위원회 형태로 평가기획단 설치

- 평가 중장기 계획수립 및 변경 등 기획기능과 평가현안문제, 제도개선 등에 대한 문제에 대해 필요시 자문 및 논의

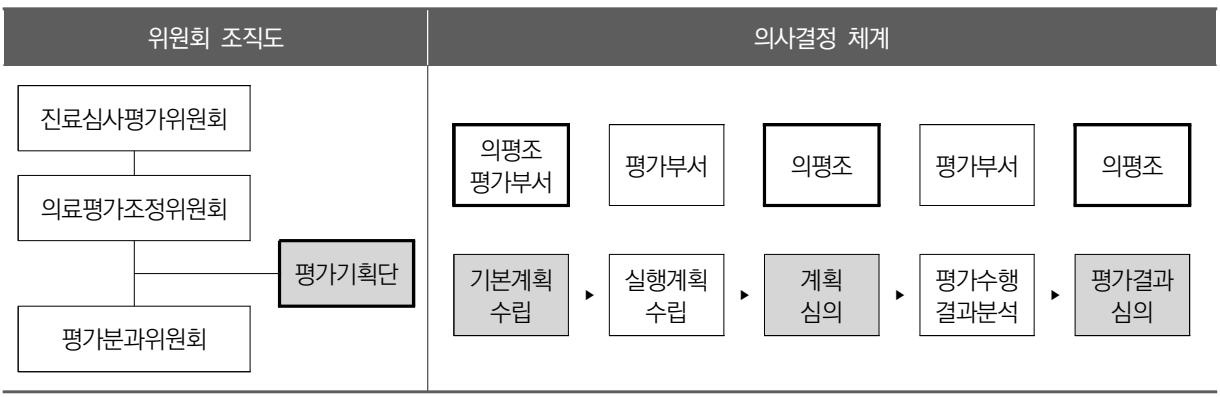
3) 평가분과위원회

- 평가기준 및 방법 등 의약학적 전문적 검토를 위하여 의료평가조정위원회 산하에 설치
- 전문학회, 특수분야 전문가, 소비자단체 등으로 구성하여 평가항목별(24개)로 운영

4) 온라인 의견수렴(public comments)

예비평가 등에서 개발한 지표를 심사평가원 홈페이지를 통해 3~4주간 의견 수렴 후 검토 · 보완

표3.4-3 평가 의사결정 시스템



다. 평가 활용

1) 가감지급 등 성과기반지불

- 가감지급사업은 종합병원 이상의 급성기뇌졸중, 병원급 이상 수술의 예방적 항생제 사용, 의원급 이상 혈액투석, 의원급에서 약제급여 3항목(항생제처방률, 주사제처방률, 약품목수) 평가에 대하여 시행하고 있다.
- 의원급의 적절한 만성질환관리를 유도하고자 고혈압, 당뇨병 평가결과에 따라 인센티브를 지급하고 있다.
- 요양병원 평가결과 하위 20% 기관에 대하여는 요양병원 입원료 가산 및 필요인력 확보에 따른 별도 보상을 제외하고 있으며, 14개의 적정성 평가항목은 의료질평가지원금 산정을 위한 의료 질 평가에 활용되어 수가연계를 실시하고 있다.

가감지급	인센티브	수가연계
• 급성기 뇌졸중 • 수술의 예방적 항생제 • 약제급여(항생제처방률, 주사제처방률, 약품목수) • 혈액투석	• 고혈압 • 당뇨병	• 요양병원 • 의료질평가지원금

2) 질향상 지원사업

요양기관이 질 향상 활동에 활용할 수 있도록 해당 기관의 평가결과를 벤치마킹 자료와 함께 제공하고, 질이 낮은 개별 요양기관에는 현장 상담 등을 통하여 문제점을 진단하고 개선 방안을 제시한다. 이 외에 인프라가 부족한 중소병원에는 질 향상 컨설팅, QI 교육 등을 제공하여 질 향상을 지원한다.

3) 대국민 정보제공

국민에게는 의료이용 선택정보로 이용할 수 있도록 개별 요양기관의 평가결과를 심사평가원 홈페이지 등에 공개한다.

4) 타 평가 등 업무 연계

- 평가결과를 지표연동자율개선제, 상급종합병원지정평가, 전문병원지정평가 사업에 연계·활용하고 있으며, 요양급여비용 심사 등 업무 연계가 필요한 사항은 심사평가원의 관련부서와 공유한다.
- 지역거점공공병원운영평가, 항생제 내성관리 종합대책, 심뇌혈관센터 지정, 응급의료센터지정 및 평가 등 정부의 타 평가에 활용하고, 소방방재청, 소비자단체, 지방자치단체 등 유관기관에 평가정보를 제공한다.

5) 연구 논문화사업(공동연구)

적정성 평가 정보를 활용, 학회와 공동 연구 논문화를 추진하여 국내·외 학술지에 등재하는 등 적정성 평가 결과 및 효과를 확산시키며, 학술적으로 기여하고 있다.

6) 국제협력

개발도상국에 대한 질 평가 컨설팅 및 OECD 보건의료 질지표 프로젝트에 지속적으로 참여하는 등 국제 협력 및 교류를 강화해 나가고 있다.

그림3.4-2 평가체계도


요양기관
평가계획 및 결과 설명회
온·오프라인 의견수렴
결과 환류·이의신청
평가 기획
대상항목선정
• 선정기준
-빈도 및 비용 비중
-의약학적 중요성
-사회적 관심
-개선효과 및 용이성
• 평가대상
-급성기 심뇌질환
-암질환
-만성질환
-중환자실
-외래약제처방 등
지표개발/예비평가
평가 수행
평가자료구축
• 청구자료, 의료자원 현황,사망자료, 조사표 등
• 조사자료 신뢰도 점검
결과산출
• 평가지표별, 기관별 결과산출
• 종합점수 산출 및 등급화
결과보고/공개범위 결정
결과 활용
성과기반지불
• 가감지급사업 및 인센티브
• 요양병원 평가결과, 의료질평가지원금 등 수가연계
질 향상 지원
• 요양기관 정보제공/상담, 우수사례
• QI 교육과정 운영 및 컨설팅 사업
정책적 활용과 국민홍보
• 정부의 타 평가 활용: 지역거점공공병원운영평가
• 유관기관정보 제공: 심뇌혈관질환센터 등
• 의료기관 선택 정보 제공
Database : 청구자료, 요양기관현황자료, 의무기록자료(조사표), 주민등록전산자료(행안부)
Support System : E-평가자료제출시스템, 요양기관현황관리시스템
건강보험공단
요양기관
정부/국민

Ⅱ 평가개념 및 범위

1 법적근거

가. 국민건강보험법

1) 건강보험심사평가원의 업무 등(제63조)

- 요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성 평가
- 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
- 적정성 평가의 기준 · 절차 · 방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

2) 요양급여비용의 청구와 지급 등(제47조)

공단은 심사평가원이 법 제63조 따른 요양급여의 적정성을 평가하여 공단에 통보하면 그 평가결과에 따라 요양급여비용을 가산하거나 감액 조정하여 지급한다. 이 경우 평가 결과에 따라 요양급여비용을 가산하거나 감액하여 지급하는 기준은 보건복지부령으로 정한다.

3) 진료심사평가위원회(제66조)

심사평가원의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 심사평가원에 진료심사평가 위원회를 둔다.

4) 자료의 제공(제96조)

심사평가원은 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위하여 진료기록 등의 자료로서 대통령령으로 정하는 자료를 제공하도록 요청할 수 있다.

5) 이의신청(제87조)

요양급여비용 및 요양급여의 적정성 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관 또는 그 밖의 자는 심사평가원에 이의신청을 할 수 있다.

나. 국민건강보험법 시행령

- 심사평가원의 업무(제28조)
  - 요양급여의 적정성 평가 결과의 공개
  - 적정성 평가 결과의 공개의 절차 · 기준 · 방법과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

다. 국민건강보험법 시행규칙

1) 요양급여비용의 가감지급 기준(제18조)

요양급여의 적정성 평가 결과에 따라 요양급여비용의 가산하거나 감액하여 지급하는 금액은 평가대상 요양기관의 평가연도(평가기간이 2개년 이상인 경우에는 마지막 연도를 말한다)에 대한 심사결정 공단부담액의 100분의 10 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시한 기준에 따라 산정한 금액으로 한다.

2) 요양급여 등의 적정성 평가(제29조)

- 심사평가원은 요양급여 등의 적정성에 대한 평가를 하는 경우에는 의약학적 측면과 비용효과적 측면에서 요양급여를 적정하게 하였는지를 평가하여야 한다.
- 평가는 요양기관별 · 진료과목별 또는 상병별로 구분하여 평가한다.

라. 요양급여의 적정성평가 및 요양급여비용의 가감지급 기준(보건복지부고시 제2019-285호, 2019.12.23. 개정)

- 평가의 일반원칙, 진료심사평가위원회 심의 내용, 평가대상 선정 및 기준, 평가방법 및 결과 적용, 요양급여비용의 가감지급 등 적정성 평가 전반에 대하여 규정하고 있다.

2 평가의 개념

「국민건강보험법」은 2000년 7월 개정 건강보험요양급여 적정성 평가기능을 도입하고 이를 심사평가원의 업무로 규정하였다. 동법 시행규칙에는 '요양급여 등의 적정성에 대한 평가를 하는 경우에는 의약학적 측면과 비용효과적 측면에서 요양급여를 적정하게 하였는지를 평가'하라고 규정되어 있다. 미국의학원(Institute of Medicine)에서는 의료질의 구성 요소로 안전성, 효과성, 환자 중심성, 적시성, 효율성, 형평성을 제시하고 있으며, 요양급여 적정성 평가는 현행 효과성, 효율성 등을 중심으로 평가하고 있으며, 환자 중심성, 안전성 영역 등으로 확대해 나가고 있다.

3 평가의 범위 및 대상 선정

가. 요양급여의 범위

국민건강보험법에서는 요양급여를 '가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 및 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송으로 규정하고 있어 사실상 의료서비스 전반을 의미한다.

〈국민건강보험법의 급여 범위〉

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여)
  ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 '진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 및 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송'의 요양급여를 실시한다.
  ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
  ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

나. 적정성 평가 대상

1) 의료서비스 전체

적정성평가는 '요양급여'를 대상으로 하고 있어 국민건강과 관련된 의료서비스 전체를 평가하는 것이다.

2) 전체 요양기관

국민건강보험법에 의하면 간호 및 이송을 제외한 요양급여는 '의료기관, 약국, 한국희귀의약품센터, 보건소·보건의료원 및 보건지소, 보건진료소'의 '요양기관'에서 행하도록 규정하고 있어, 평가대상은 전체 요양기관이다.

3) 전 국민

- 우리나라는 전 국민 단일 의료보험 체계로 전 국민이 국민건강보험 대상자이므로, 국민건강보험법에 따른 적정성평가 대상자는 전 국민이다.
- 심사위탁 계약에 의거 의료급여, 보훈진료비의 적정성 평가도 심사평가원에 위탁하여 시행하도록 되어 있으므로 적정성평가는 건강보험과 의료급여, 보훈진료비를 포함한 전체 의료보장에 대한 평가라 할 수 있다.

다. 적정성 평가 대상 선정 우선순위

- 전체 요양급여에서 차지하는 빈도나 비용의 비중
- 의약학적 중요성
- 사회적 관심의 정도
- 평가실시로 기대되는 개선효과
- 평가의 용이성

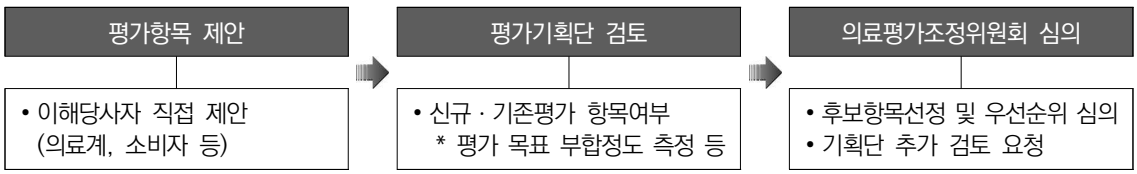
Ⅲ 평가의 절차와 방법

1 평가 절차

가. 평가대상 선정 및 예비평가

- 국민, 의료계 등 이해관계자가 제안한 평가후보항목에 대한 평가기획단의 사전검토와 의료평가조정위원회 심의를 거쳐 평가 대상 후보 항목을 선정한다.
- 후보항목은 국민건강보험법 및 보건복지부 고시 등을 근거로 사망률, 전체진료비에서 차지하는 빈도나 비중, 사회적 관심 및 요구도, 기대되는 개선효과 등을 고려하여 의료평가조정위원회에서 우선순위를 결정 한다.
- 후보 항목이 선정되면 항목 특성에 따른 평가기준(지표)을 마련하고 예비평가를 실시한다.

그림3.4-3 평가후보항목 선정체계도



나. 연간 평가계획 수립

- 적정성 평가 관련 연간 사업은 신규평가 항목을 포함하여 매년도 말에 다음 해에 추진할 평가계획을 수립한다. 연간 평가계획에는 평가대상 항목과 목적, 평가기준 및 방법, 평가시기, 평가결과의 활용 등을 포함한다.
- 연간평가계획은 보건복지부장관의 승인을 받는 절차를 거친다.
- 승인된 연간 평가계획은 홈페이지와 보도자료 등을 통해 공개한다.

다. 평가 세부시행계획 수립

- 평가 세부시행계획은 평가항목별 평가기준, 자료조사 및 평가방법 등을 연간 계획 수립시보다 구체화하여 수립할 수 있다.

- 평가기준 적용방법, 자료수집방법 등 세부시행계획은 홈페이지와 설명회를 통해 공지한다.

라. 평가계획 등 공개

평가계획은 실시 2개월 전에 요양기관 등 관련기관이 사전에 알 수 있도록 심사평가원 홈페이지, 기관지, 보도자료 등을 통해 공개하고, 요양기관이 속한 의약단체 등 관련 기관에 문서로 통보한다.

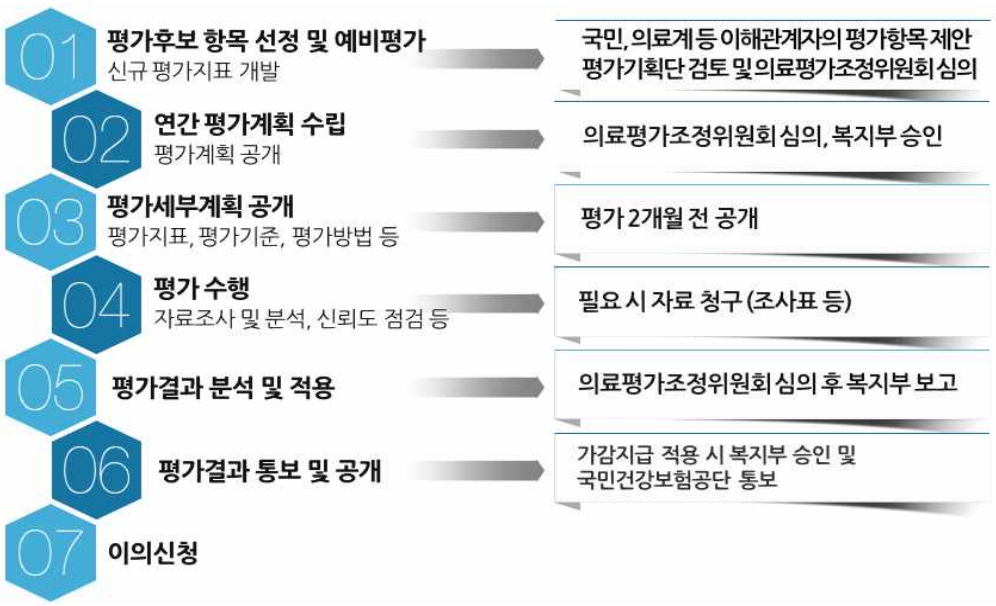
마. 평가 의견수렴

평가계획, 평가기준, 공개방법, 공개범위 등에 대해 전문가로 구성된 분과위원회에서 의·약학 전문분야에 대한 의견을 수렴하며, 의료평가조정위원회 심의를 거친다. 또한 평가기준은 온라인 의견수렴(public comments)을 통해 의견을 수렴한다.

바. 평가수행

- 평가자료 수집 후 자료의 정확도 확인을 위해 신뢰도 점검을 실시한다. 평가결과를 산출하여 평가결과, 공개범위 및 방법 등 중요사항은 의료평가조정위원회에 회부하여 심의한다.
- 평가결과는 요양기관에 통보하고 심사평가원 홈페이지 등에 공개하며 가감지급 해당 항목은 국민건강보험공단에 통보한다.

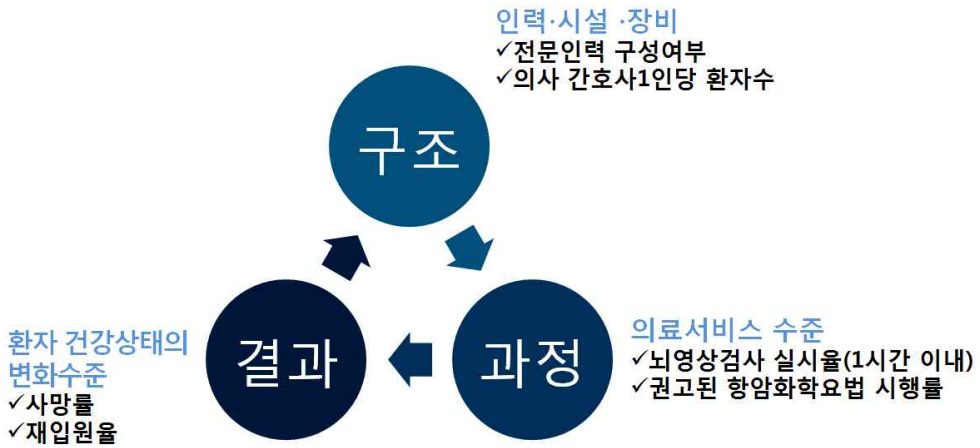
그림3.4-4 평가 수행 절차



2 평가의 기준

적정성 평가는 질병별, 특정 수술·시술 또는 서비스 영역, 요양기관 별로 분류하여 시행한다. 이때 평가기준은 각 항목별로 평가지표를 개발하여 사용한다. 지표는 구조부문과 진료과정, 진료결과 영역 중에서 질 개선이 필요한 부문을 중심으로 선정하여 평가한다.

그림3.4-5 평가기준(지표) 영역



3 평가 자료 수집

가. 평가자료

평가에 이용되는 자료는 심사평가원의 요양급여비용의 청구자료와 요양기관 현황자료, 요양기관의 의무기록자료, 행정안전부의 주민등록전산자료 등이 있다.

나. 평가대상기간 및 자료수집

평가 항목의 특성에 따라 평가 대상 기간을 설정하고 자료 수집 대상으로 전수 또는 표본 조사 및 실제 의무기록과 대조하는 신뢰도 점검을 시행한다.

표3.4-4 2020년도 평가대상기관 및 자료수집 대상 등

평가항목		평가대상기관					평가부문			조사표	대상기간
영역	평가항목	상급종합	종합병원	병원	의원	요양병원	구조	과정	결과		
환자중심	환자경험	○	○[49]							○[50]	6개월[51]
급성질환	관상동맥우회술	○	○				○	○	○	○	1년
	급성기 뇌졸중	○	○				○	○	○	○	6개월
	폐렴	○	○	○				○	○	○	3개월
만성질환	고혈압	○	○	○	○	○		○			1년
	당뇨병	○	○	○	○	○		○	○		1년
	천식	○	○	○	○	○		○			1년
	만성폐쇄성폐질환	○	○	○	○	○		○	○		1년
암질환	대장암	○	○	○	○		○	○	○	○	1년(격년)
	유방암	○	○	○	○		○	○	○	○	1년(격년)
	폐암	○	○	○	○		○	○	○	○	1년(격년)
	위암	○	○	○	○		○	○	○	○	1년(격년)
	간암 진료결과	○	○	○	○				○		2년
감염	결핵	○	○	○	○			○			6개월
정신건강영역	의료급여 정신과	○	○	○	○	○		○	○	○[52]	6개월
	정신건강 입원영역	○	○	○	○			○	○	○	6개월
	우울증 외래	○	○	○	○	○		○			6개월
진료행위 및 약제	약제급여(4항목)	○	○	○	○	○		○			1년
	수술의예방적항생제	○	○	○				○		○	3개월
	혈액투석	○	○	○	○	○	○	○	○	○	6개월
	마취	○	○				○	○	○	○	3개월
	치과 근관치료	○	○	○	○			○	○		6개월
	수혈	○	○	○			○	○	○	○	6개월
기관단위	요양병원 입원급여					○	○	○	○	○[53]	6개월
	중환자실	○	○				○	○	○	○	3개월
	신생아중환자실	○	○				○	○	○	○	6개월
	병원표준화사망비	○	○						○		1년
	위험도표준화재입원비	○	○						○		1년
	중소병원			○			○	○		○	1년

※ 급성심근경색증, 경피적관상동맥중재술, 진료량은 평가방향 재설정 등 진행 중

49 300병상 이상 종합병원
50 구조화된 설문지를 활용한 입원환자 전화조사
51 '19.5~11. 전화조사 실시
52 기관단위
53 환자평가표

다. 자료수집 방법

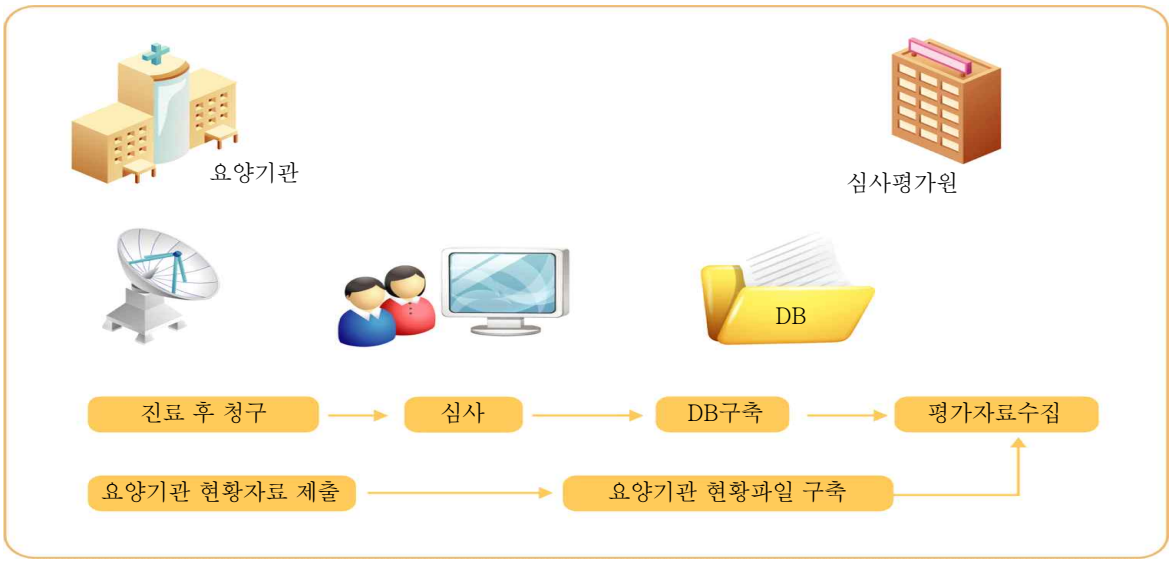
자료수집 방법에는 행정자료 이용방법, 행정자료와 조사표를 함께 이용하는 방법이 있다.

※ 행정자료: 요양급여비용의 청구자료, 요양기관현황자료, 행정안전부자료

1) 행정자료이용 방법

- 요양급여비용 청구자료, 시설 · 인력 등 요양기관현황자료를 데이터베이스에서 추출한 후 각 자료를 통합하여 수집을 완료한다.
- 사망자료는 「주민등록법」 제30조 주민등록전산정보자료의 이용 등에 대한 법령에 근거하여 보건복지부 심사를 거쳐 행정안전부 장관의 승인을 받아 행정안전부의 주민등록전산자료를 이용하여 추출한다.

그림3.4-6 행정자료를 이용한 자료수집방법



2) 조사표 이용 방법

- 행정자료만으로 평가에 필요한 정보를 수집할 수 없는 경우, 별도의 조사표를 이용하여 요양기관에서 자료를 수집한다.
- 조사표 방법을 병용하는 경우, 'E-평가자료제출시스템'을 통하여 평가자료를 수집한다. 'E-평가자료제출시스템'은 요양기관의 행정부담을 줄이고 자율적인 질 관리가 가능하도록 지원한다.
- 신뢰도 점검
  - 자료내용의 유효성 및 정확성을 확인하기 위하여 신뢰도 점검을 실시한다.

- 제출된 평가자료 중 일정 건을 표본 추출하여 요양기관에 의무기록을 요청하거나 직접 요양기관을 방문하여 확인한다.

• E-평가자료제출시스템 주요기능
  - 의료기관 자체적으로 전자의무기록(EMR)과 평가조사표의 자동연계
  - 평가자료 상시 작성 · 관리로 업무 집중 부담 완화
  - 평가지표 즉시 산출이 가능하여 자율적인 의료의 질 개선 가능
  - 다양한 통계자료 생성 및 의료진 등 관계자와의 소통기능 추가

그림3.4-7 웹을 이용한 평가자료수집방법

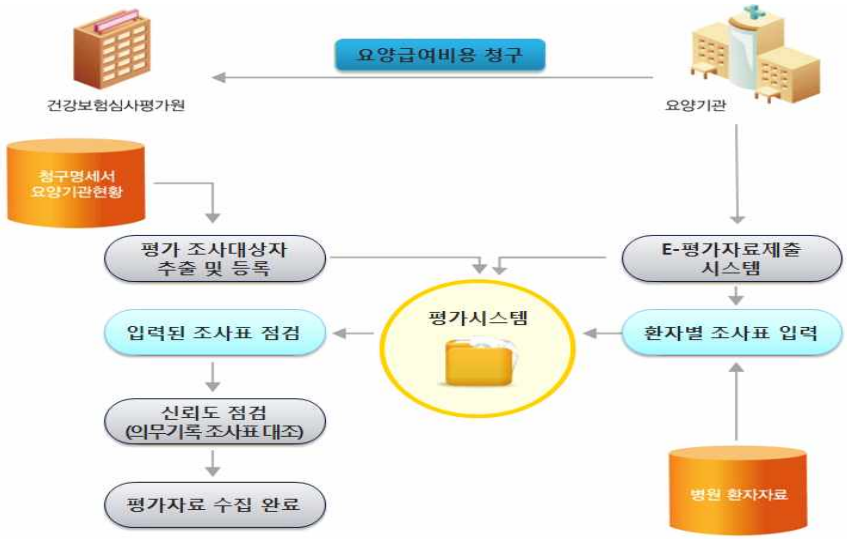


그림3.4-8 EMR 등을 연계한 자료수집방법, E-평가자료제출시스템



* 의료기관에서 등록한 EMR(전자의무기록)과 연계하여 평가조사표 매핑 기준에 따라 평가자료 실시간 자동제출

라. 행정비용 보상

요양기관의 자료제출에 따른 행정비용을 평가 항목별로 문항수에 따라 보상한다. 제출된 평가자료 중 신뢰도 점검을 거친 유용한 자료를 보상대상으로 한다.

3 평가결과 분석

가. 요양기관단위 평가

- 각 평가지표 별로 개별 의료기관의 지표 값을 산출하고, 의료기관 간의 변이를 파악한다.
- 목표 값이 있는 경우는 절대평가방식으로 평가하고 그렇지 않은 지표는 동일 그룹 안에서 상대평가방식으로 평가한다.

나. 환자 중증도 보정

- 환자의 서로 다른 상태가 결과치에 영향을 미치는 평가지표는 환자의 중증도를 보정한 후 요양기관 간 평가결과를 비교한다.
- 중증도 보정을 위한 환자 정보는 평가 자료 수집 시 함께 조사한다.

다. 종합점수 산출 및 등급화

- 평가지표가 여러개인 항목은 항목 당 하나의 종합점수를 산출한다.
- 종합점수 산출시 지표별 가중치는 평가항목에 따라 다르다.
- 종합점수에 따라 평가대상기관을 등급화 한다.

4 결과 통보 및 공개

평가결과는 보고서로 작성하여 의료평가조정위원회의 심의를 거쳐 의료기관에 통보하고 국민홈페이지에 공개한다.

5 이의신청

적정성에 대한 평가 등 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단 · 요양기관, 기타의 자는 심사평가원에 이의신청을 하여 권리구제를 받을 수 있다.

이의신청은 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서로 이의를 제기하여야 하며, 정당한 사유에 의하여 그 기간 내에 이의신청을 할 수 없는 경우 처분이 있은 날부터 180일 이내에 이의제기가 가능하다.

이의신청은 관련문서가 접수된 날부터 60일 이내에 결정하여야 하며, 부득이한 사유가 있는 경우에는 30일의 범위 안에서 그 기간을 연장 할 수 있다.

Ⅳ 평가결과 활용

Ⅳ-1 가감지급

작성: 평가보상부

1 추진배경

요양급여비용의 가감지급 사업은 평가결과에 따라 경제적 인센티브 또는 디스인센티브를 적용함으로써 요양기관으로 하여금 의료의 질 향상을 유도하여 국민이 보다 비용 효과적이고 안전한 의료서비스를 제공받을 수 있도록 하기 위한 것이다.

2001년부터 의료서비스의 질을 평가하고 2005년부터 평가결과를 국민에게 공개하여 합리적 병원 선택에 필요한 정보를 제공하고 있다. 그러나 평가결과 공개만으로는 지속적인 의료 질 개선에 한계가 있고, 국민건강보험법에 규정되어 있는 가감지급 사업 적용에 대해 대내·외적 요구가 높아져 미국 등 선험국의 사례를 토대로 시범사업을 실시하게 되었다.

시범사업은 2007년 7월부터 2010년 12월까지 급성심근경색증과 제왕절개분만의 2개 평가항목에 대해 상급종합병원을 대상으로 실시하였다. 2011년 1월부터 본 사업을 추진하여 2012년 급성기 뇌졸중, 2013년에는 수술의 예방적 항생제 사용, 2014년에는 약제급여, 2017년에는 혈액투석 항목까지 확대하여 운영 중이다.

표3.4-5 가감지급사업 추진경과

연도	추진내용	대상기관	대상항목
2007년	• 가감지급 시범사업 실시	상급종합병원	급성심근경색증 제왕절개분만
2010년	• 1등급 및 질 향상기관 가산지급 • 가감지급 시범사업 완료	상급종합병원	급성심근경색증 제왕절개분만
2011년	• 가감지급 본 사업 도입	종합병원급 이상	급성심근경색증 제왕절개분만

표3.4-5 가감지급사업 추진경과(계속)

연도	추진내용	대상기관	대상항목
2012년	• 가감지급사업 실시 * 급성기뇌졸중 항목 확대	종합병원급 이상	급성심근경색증 제왕절개분만 급성기 뇌졸중
2013년	• 가감지급사업 실시 * 수술의 예방적 항생제 사용 항목 확대	종합병원급 이상	급성심근경색증* 제왕절개분만** 급성기 뇌졸중
		병원급 이상	수술의 예방적 항생제 사용
2014년	• 가감지급사업 실시 * 외래약제(3항목) 항목 확대	종합병원급 이상	급성기 뇌졸중
		병원급 이상	수술의 예방적 항생제 사용
		의원급	외래약제(3항목)***
2015~2016년	• 가감지급사업 실시	종합병원급 이상	급성기 뇌졸중
		병원급 이상	수술의 예방적 항생제 사용
		의원급	외래약제(3항목)
2017년	• 가감지급사업 실시 * 혈액투석 항목 확대	종합병원급 이상	급성기 뇌졸중
		병원급 이상	수술의 예방적 항생제 사용
		의원급 이상	혈액투석
		의원급	외래약제(3항목)
2018~2020년	가감지급사업 실시	종합병원급 이상	급성기 뇌졸중
		병원급 이상	수술의 예방적 항생제 사용
		의원급 이상	혈액투석
		의원급	외래약제(3항목)

* 급성심근경색증: 2014년부터 가감지급사업 종료
** 제왕절개분만: 2014년(2013년 진료분)부터 적정성평가 종료
*** 외래약제(3항목): 급성상기도감염 항생제 처방률, 주사제 처방률, 6품목이상 처방비율

2 법적근거

- 「국민건강보험법」 제47조 및 동법 시행규칙 제18조
- 「의료급여법」 제11조 및 동법 시행규칙 23조
- 「요양급여의 적정성평가 및 요양급여비용의 가감지급 기준」(보건복지부 고시)

3 가감지급 사업 내용

가. 가감지급 시범사업

사업의 틀은 의료기관간 의료서비스의 질적 차이를 줄이고 의료의 질을 일정 수준 이상으로 향상시키는 효과를 기대하는 모형이다. 이 모형은 미국 CMS의 Premier HQID(Hospital Quality Incentive Demonstration)의 모형[54]을 기본으로 설계된 것이다. 이렇게 가감지급 시범사업을 실시한 이유는 평가결과가 우수하고 의료 질이 향상된 기관에는 경제적 인센티브(가산)를 제공하고, 질이 낮은 하위기관에는 디스인센티브(감산)를 적용하는 가감지급 사업모형의 적합성을 확인하기 위한 것이었다.

가감지급 시범사업은 1차년도 감산기준선 공표, 2차·3차년도 1등급 및 질 향상 기관 인센티브 지급, 3차년도 감산기준선 미달기관에 대한 감산 적용 등 3년에 걸쳐 단계적·연차적으로 시행하였다. 가산율은 평가항목의 공단부담금액 및 의료급여기금부담액의 1%를 지급하는 것으로 정하였다. 평가등급은 상대평가 5등급으로 구분하고, 5등급 상한선을 감산기준선으로 설정하였다.

그림3.4-9 가감지급 시범사업 모형(2007년 하반기~2010년)



54 미국 HQID사업은 미국 비영리병원연합단체인 Premier Inc.에서 시행하였으며, 자발적 참여의사를 밝힌 38개주 약 260개 병원이 참여하였다. 2003년 시작된 초기 3년 계획에서 3년 연장하여 2009년까지 6년차 실시되었다.

표3.4-6 가감지급 시범사업 추진단계

구분	1차년도	2차년도	3차년도
대상진료	2007년 하반기 진료분	2008년 연간 진료분	2009년 연간 진료분
결과통보	2008년	2009년	2010년
공개대상	우수 등급(1~2등급) 공개	전체 대상 공개	전체 대상 공개
평가등급	5등급, 상대평가		
가감률	• 감액기준선(5등급 상한선) 공표 - 급성심근경색증 (86.66점) - 제왕절개분만 (5.632점)	• 가산 적용(1%) - 1등급 및 질 향상 기관	• 가산 적용(1%) - 1등급 및 질 향상 기관 • 감산 적용(-1%) - 감산기준선 이하 5등급 기관
기관	-	21기관	26기관
금액	-	4억 5천만원	4억 4백만원

※ 감액기준선을 평가대상기관이 모두 초과하여 2010년 실제 감액대상기관은 발생하지 않음

나. 가감지급 본 사업 실시

2011년부터 실시된 가감지급 본 사업은 평가 대상기관을 종전의 상급종합병원에서 의원급까지 확대하였다. 또한, 대상항목을 급성기 뇌졸중, 수술의 예방적 항생제 사용, 외래약제(3항목), 혈액투석 등 타 평가항목으로도 연차적으로 확대하고 있으며, 가감률도 최저 ±1% 내지 최고 ±5%까지 대폭 확대하여 요양기관 간 질적 차이를 줄이고 모든 기관을 일정 수준 이상으로 향상시키고자 하였다.

가감지급 선정 기준은 요양급여 적정성 평가 항목 중 문제크기, 심각성, 실행가능성, 개선가능성, 사회적 영향 등을 고려하여, 인센티브에 의해 의료공급자의 행태변화가 예측되는 항목을 대상으로 한다.

표3.4-7 가감지급 항목 추진 현황

평가항목	급성심근경색증 제왕절개분만	급성기 뇌졸중	수술의 예방적 항생제 사용	외래약제 (3항목)	혈액투석
대상기관	종합병원급 이상	종합병원급 이상	병원급 이상	의원급	의원급 이상
최초 지급연도	2011년	2012년	2013년	2014년	2017년
평가등급	9등급 상대평가 ※ 공개는 5등급 절대평가	5등급 절대평가	5등급 절대평가	9등급 상대평가 ※ 항생제 처방률 : 절대평가	5등급 절대평가

표3.4-8 평가항목별 가감 산정 기준

구분		가산	감산
급성기 뇌졸중		• 우수기관: 1% – 종합점수 상위 20%, 산출된 LI 지표값이 1.2 미만인 기관 • 질 향상 기관: 0.5% – 전 차수 대비 종합점수 10점 이상 향상, 산출된 LI 지표값이 1.2 미만인 기관 (단, 종합점수 70점 미만 기관 제외)	• 감산기관: -1% – 종합점수 55점 미만 기관
수술의 예방적 항생제 사용		• 우수기관: 5% – 종합결과 97% 이상 • 질 향상 기관: 5% – 전 차수 비교 종합결과 30%p 이상 향상 또는 2회 연속 15%p 이상 향상 (단, 종합결과 50% 미만 기관은 제외)	• 감산기관: -5% – 종합결과 50% 미만 기관
외래약제 (3항목)	주사제 처방률, 6품목이상 처방비율	• 우수기관: 1% (최대 2%) – 두 분기 연속 1등급 + 전체상위 25%ile 이내 + 외래 PCI 전년도 동일반기 · 해당반기 연속 0.6 이하 • 질 향상 기관: 0.5% (최대 1%) – 동반기 비교 2등급 향상 + 전체상위 50%ile 이내 + 동반기 비교 외래 PCI 감소 + 외래 PCI 2.0 미만	• 감산기관: -1% (최대 -2%) – 두 분기 연속 9등급 + 지표연동 대상기관 + 외래 PCI 전년도 동일반기 · 해당반기 연속 PCI 1.5 이상
	항생제 처방률	• 가산기관: 1~5% – 슬라이딩 스케일 모형에 따른 취득점수 산출 + 외래 PCI 1.0 이하	• 감산기관: -5% – 급성상기도감염 항생제처방률 70% 이상 + 외래 PCI 1.0 이상
혈액투석		• 우수기관: 2% – 1등급(종합점수 95점 이상)이면서 상위 10% 기관	• 감산기관: -2% – 종합점수 67점 미만 기관

표3.4-9 평가항목별 가감지급 내역

(단위: 기관, 천원)

지급연도	평가항목	평가차수	평가대상기간	가산		감산	
				기관수	금액	기관수	금액
2016	계			2,475	445,388	107	37,579
	외래약제(3항목)	4, 5차	2015년 상 · 하반기	2,475	445,388	107	37,579
2017	계			2,485	1,864,585	191	170,057
	수술의 예방적 항생제 사용	7차	2015년 9~11월	152	1,203,310	44	30,119
	외래약제(3항목)	6, 7차	2016년 상 · 하반기	2,256	430,842	101	40,550
	혈액투석	5차	2015년 10~12월	77	230,433	46	99,388
2018	계			2,731	1,372,194	488	162,705
	급성기뇌졸중	7차	2016년 7~12월	83	909,176	5	1,417
	외래약제(3항목)	8,9차	2017년 상 · 하반기	2,648	463,018	483	161,288
2019	계			8,609	3,072,968	1,481	541,320
	수술의 예방적 항생제 사용	8차	2017년 10-12월	148	1,271,437	30	21,725
	외래약제(3항목)	10,11차	2018년 상 · 하반기	8,461	1,801,531	1,451	519,596
2020	계			4,375	2,774,968	818	719,175
	급성기뇌졸중	8차	2018년 7~12월	55	975,191	2	695
	외래약제(3항목)	12차	2019년 상반기	4,218	839,327	758	269,527
	혈액투석	6차	2018년 3~8월	102	960,450	58	448,953

4 향후 방향

심사평가원은 대상기관을 상급종합병원과 종합병원에서 의료기관 간 질적 변이가 더 큰 병원, 의원 등으로 단계적으로 확대하였으며, 지금까지의 가감지급 사업의 성과를 토대로 35개 평가항목('20년 기준) 중 우선 적용이 가능한 항목을 대상으로 가감지급 사업을 확대할 계획이다. 가감지급 사업을 의료의 질 향상과 건강보험 재정의 건전성 확보라는 두 가지 목적을 달성할 수 있도록 투입량이 아닌 진료성과에 비례하는 방식으로 확대 · 발전시켜야 할 것이다.

Ⅳ-2 만성질환관리에 대한 가산지급 사업

작성: 만성질환심사평가부

1 가산지급 사업 개요

만성질환관리에 대한 가산지급 사업은 고혈압, 당뇨병 발병 초기부터 동네의원 중심의 지속적이고 포괄적인 관리를 통해 환자의 건강상태를 개선시키고, 대형병원에 쏠린 만성질환자를 동네의원으로 유도하여 대형병원 과밀화 해소 등 의료전달체계의 효율화 등을 도모하기 위해 도입한 의원급 만성질환관리제도의 일환이다.

2012년 7월 가산지급 사업이 시작되었으며, 가산지급 규모는 요양급여 적정성 평가결과를 활용하여 만성질환 관리 및 건강결과 향상을 위한 의료기관의 노력을 측정하는 방식으로 정해진다.

2 법적근거

- 「국민건강보험법」 제47조제5항
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제18조
- 「요양급여의 적정성평가 및 요양급여비용의 가감지급 기준」(보건복지부 고시)
- 「만성질환관리에 대한 요양급여비용 가산지급 기준」(보건복지부 고시)

3 가산지급 사업 내용

만성질환관리에 대한 가산지급 사업은 일차의료 활성화 및 의료기관 종별로 균형적 발전을 이룰 수 있는 방향으로 설계되었으며, 요양급여 적정성 평가결과를 활용하여 가산모형을 구성함에 따라 기본적인 가산대상 선정 기준 및 가산지급 주기 등은 요양급여 적정성 평가와 동일하다.

가. 가산지급 대상

1) 대상 질환

고혈압, 당뇨병

2) 대상 종별

의원(치과의원, 한의원 제외)

3) 대상 기관

요양급여 적정성 평가결과 양호기관

* 고혈압, 당뇨병 질환 각각에 대하여 가산 지급

〈양호기관 선정기준〉

- (고혈압) 평가대상기간 동안 단일기관 이용 환자가 30명 이상인 의원 중 처방지속성 (80% 이상) 평가지표 결과가 양호한 기관
  - 제외: 처방평가지표 결과가 의원 하위 10% 수준 이하인 기관
- (당뇨병) 평가대상기간 동안 단일기관 이용 환자가 30명 이상인 의원 중 외래방문(90% 이상), 처방지속성(80% 이상) 평가지표 결과가 양호한 기관
  - 제외: 처방 및 검사 평가지표 결과가 의원 하위 10% 수준 이하인 기관, 당화혈색소 검사 시행률 75%미만 기관

〈양호기관 중 가산지급 제외 대상 기관〉

- 평가대상 기간 전체 월을 요양급여비용으로 청구하지 않은 경우
- 평가대상 기간 내 행정처분이 있는 경우
- 외래약품비고가도지표 2.0 이상인 경우
- 약제급여 적정성 평가(항생제처방률, 주사제처방률, 약품목수) 결과 모두 5등급인 경우

나. 가산지급 주기

연 1회(요양급여 적정성 평가 주기에 따름)

다. 가산지급 금액

만성질환 관리 및 건강결과 향상 노력에 대한 가산지급 금액은 기본금액과 환자 수 30인 이상일 때 지급하는 관리환자 수 구간별 지급금액을 합산하여 산정한다.

이 때 관리환자 수 구간은 의료기관 간에 불필요한 경쟁은 줄이면서, 만성질환관리에 대한 동기 부여를 위하여 구간별 의원 수 분포현황 등을 감안하여 설정되었다.

그림3.4-10 만성질환관리 가산지급 금액 산정 방법



관리환자수	지급금액
30 ≦ n ≦ 50	200,000
50 < n ≦ 100	500,000
100 < n ≦ 150	800,000
150 < n ≦ 200	1,100,000
200 < n ≦ 250	1,400,000
250 < n ≦ 300	1,700,000
300 < n ≦ 400	2,000,000
400 < n ≦ 500	2,600,000
500 < n ≦ 600	3,200,000
600 < n ≦ 700	3,800,000
700 < n ≦ 800	4,400,000
800 < n ≦ 1,000	5,000,000
n > 1,000	6,200,000

4 향후 방향

의료기관의 참여 활성화 및 수용성 높은 의료 질 평가지표 마련과 평가지표에 대한 이해 제고 등을 통해 만성질환관리에 대한 가산지급 사업의 실효성을 높여갈 계획이다. 또한 한국건강증진개발원, 국민건강보험공단 등 유관기관과 긴밀한 협업 및 공조체계 구축을 통해 정부 주도로 추진 중인 일차의료 만성질환관리 사업 등 유관사업과의 단계적 통합이 원활하게 이루어질 수 있도록 하겠다.

Ⅳ-3 질 향상(QI) 지원사업

작성: 평가관리부

1 질 향상(QI) 지원사업 개요

요양급여적정성 평가의 확대 및 평가결과 대국민 공개로 인해 양질의 의료서비스에 대한 국민의 인식과 요구가 적극적으로 변화하였다. 이에 요양기관은 적정성 평가 결과를 활용한 의료서비스의 질을 향상시키는 다양한 방안 마련이 필요하게 되었다.

심사평가원에서는 요양기관에서 활용할 수 있도록 평가 관련 정보 제공, 교육과 자문, 평가결과 모범사례의 확산 등 다양한 질 향상(QI)지원사업을 하고 있다. 이러한 지원 활동을 통해 요양기관의 체계적이고 자율적인 의료 질 개선을 도모하며 국민에게 양질의 의료서비스가 제공되는 환경을 조성해 주고 있다.

질 향상(QI) 지원 주요 사업으로는 요양기관 개별교육, QI 교육과정, QI 컨설팅, QI 커뮤니티, QI 활동 우수사례 포상 및 발표회 개최 등이 있다.

그림3.4-11 질 향상(QI) 지원사업 구성



2 법적근거

- 요양급여의 적정성 평가 및 요양급여비용의 가감지급 기준 제16조
- 요양급여의 적정성 평가업무 운영규정 제41조 및 제42조

3 질 향상 지원사업 내용

가. 요양기관 질 향상 활동

질 향상 지원계획 수립 후 적정성 평가결과 하위기관, 질 향상 상담 요청기관, 신규기관, 가감지급 감액적용 예상기관 등을 대상으로 그룹 또는 개별 상담, 서면·유선·기관방문 등의 통합 질 향상 활동 또는 항목별 평가지표결과 분석자료 제공, 상담, 교육을 실시한다.

나. QI 교육

요양기관 질 관리팀(요양급여 적정성 평가 담당자 또는 QI 업무 담당자)을 대상으로 적정성 평가 이해 및 의료서비스의 질 향상 관련 역량을 강화하고자 '적정성 평가 지표관리, QI 기본 개념 및 도구, 질 향상 활동사례' 등 QI 교육을 제공하고 있다.

중소병원 대상자의 실무활용 강화를 위해 '중소병원'과정을 별도 편성하여 운영하고 있으며 요양기관 종사자의 참여도를 높이기 위하여 수강자 제한없이 온라인 QI 교육과정 개설·운영하는 등 교육 과정, 방법 등 지속적으로 확대 추진하고 있다.

다. QI 컨설팅

요양급여 적정성 평가와 관련하여 요양기관의 질적 수준에 대한 문제점을 파악하고 이를 개선하기 위한 질 향상 활동 계획 수립에서 실행, 결과까지의 전 과정을 지역사회 내 QI 전문가와 함께 상담, 교육, 방문 등 다양한 프로그램을 통해 체계적으로 맞춤형 컨설팅을 제공하고 있다.

질 개선이 필요한 요양기관의 자발적 참여를 유도하기 위하여 공모를 통해 대상기관을 선정하며, QI 활동에 대한 이해와 경험이 부족하고 인프라가 상대적으로 부족한 중소병원을 우선 선정하여 지원하고 있다.

그림3.4-12 QI 컨설팅 수행 절차



라. QI 커뮤니티 운영

적정성 평가 및 QI 활동에 대한 이해와 접근성을 증진시키기 위한 다양한 정보와 자료 제공을 목적으로 요양급여 적정성 평가 담당자 또는 QI 업무 담당자를 대상으로 홈페이지에 커뮤니티를 운영하고 있다.

QI 최신 정보 및 교육자료, QI 컨설팅 운영 및 상담 등을 제공하고 게시판을 통해 실시간으로 의견을 자유롭게 교환할 수 있다.

마. QI 우수사례 포상 및 발표회 개최

적정성 평가 관련 QI 활동 정보교류 및 벤치마킹을 목적으로 각 요양기관에서 수행하고 있는 QI 활동사례를 공모하여 우수사례를 선정 · 포상하고 발표회를 개최하고 있다.

2017년부터는 한국의료질향상학회와 공동으로 QI 활동 우수사례 공모 및 발표회, 포상식을 운영함으로써 의료계와 의료서비스 질 향상 협력체계 구축 기반을 마련하였고, 지속적으로 QI활동 우수사례를 발굴하여 포상함으로 요양기관의 자율적 질 향상 활동을 독려해 왔다.

표3.4-10 질 향상 지원사업 연도별 실적

구분	QI 교육과정 (이수)	QI 컨설팅 (기관)	QI 뉴스레터* (발간/구독)	QI 커뮤니티	우수 사례
2020년	5,356명	2	-	2,176명	6기관[55]
2019년	465명	6	-	1,186명	7기관
2018년	364명	6	연 4회/ 4,116여명	1,087명	7기관
2017년	369명	8	연 4회/ 3,972여명	1,053명	7기관
2016년	250명	8	연 6회/ 3,566명	981명	9기관
2015년	226명	7	연 6회/ 3,221명	927명	9기관
2014년	197명	6	연 6회/ 2,800여명	895명	9기관
2013년	168명	6	연 6회/ 2,500여명	796명	9기관
2012년	97명	6	연 6회/ 2,000여명	700명	9기관
2011년	100명	4 (시범운영)	연 6회/ 1,401명	620명	8기관
2010년	200명	-	연 6회/ 1,300명	440명	8기관
2009년	160명	-	연 6회/ 1,240명	274명	6기관
2008년	56명 (6월 개설)	-	연 6회/ 1,195명	109명 (5월 개설)	6기관
2007년	-	-	11월 최초 발간	-	4기관

* 2019년부터 QI뉴스레터 발간 중단

55 질 향상(QI)활동 우수사례 발표회(최우수상 1기관, 우수상 3기관), QI 활동 컨설팅 참여상 2기관

V 의료질평가지원금 산정을 위한 평가

작성: 평가보상부

1 의료질평가 개요

가. 도입 배경

1) 선택진료제도의 문제점

상급종합병원 환자의 대다수가 선택진료를 이용하고 있어 실제 '선택' 진료가 이루어진다고 보기 어렵고, 의료기관 비급여 수입의 1/4을 차지할 정도로 환자 부담이 컸다. 또한 선택진료의 자격 요건인 의사의 경력이 적절한 의료의 질을 담보한다는 객관적 근거가 미흡하고, 선택 진료비는 양질의 서비스에 대한 지불이 아닌 병원이용에 따른 추가비용의 형태로 그 의미가 변질되었다.

〈선택진료〉
병원급 이상 의료기관에서 선택진료의사로부터 진료를 받는 경우 건강보험수가 이외의 추가 비용을 환자가 전액 부담하는 비급여 제도(2000.9. 도입)

2) 선택진료제 개편 필요성

'의사의 자격' 요건이 아닌 '의료 질' 평가결과에 기반하여 의료기관에 경제적 인센티브를 제공하고 질적으로 우수한 의료기관을 이용하는 데 따른 선택 비용을 건강보험체계 내에서 제도화하기 위한 필요성이 제기되었다.

3) 선택진료 축소 및 의료질평가지원금 제도 도입

1단계는 선택진료 추가비용을 항목별 20~100% 가산에서 15~50% 가산으로 변경, 선택진료 이용비용을 평균 35% 축소하였고, 고도·중증 의료서비스 관련 수가를 개선하였다('14.8.1.).

2단계는 선택진료 의사비율을 병원별 80%에서 67%로 변경(단, 진료과별로 최대 75%)하여 환자안전수가 개선 및 의료질평가지원금 제도를 도입하였다('15.9.1.).

3단계는 선택진료 의사비율을 병원별 67%에서 33.4%로 변경(단, 진료과별로 최대 75%)하고 의료질평가지원금을 1,000억원('15년)에서 5,000억원 규모로 확대하였다('16.9.1.). 또한, '18년 1월부터 선택진료 제도가 폐지되면서 의료질평가지원금은 5,000억원에서 7,000억원으로 확대되었다.

나. 의료질평가 목적

「보건의료기본법」 제52조와 「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조 및 「의료질평가지원금 산정을 위한 기준」(보건복지부 고시 제2020-62호, 2020.3.23.)에 따라 의료의 질을 높이는데 기여한 의료기관을 지원하여 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 하기 위함이다(보건복지부 공고 제2020-456호, '20.6.19.).

다. 의료질평가지원금 수가

우수 의료기관에 차별화된 인센티브를 지급하기 위하여 의료질평가 결과에 따라 「의료 질과 환자안전 · 공공성 · 의료전달체계」, 「교육수련」, 「연구개발」로 구분하여 등급별 차등수가를 입원료(입원), 진찰료(외래)에 추가 산정한다.

표3.4-11 의료질평가지원금 수가

(단위: 원)

등급 \ 평가영역		의료 질과 환자안전 · 공공성 · 의료전달체계				교육수련		연구개발	
		입원		외래		입원	외래	입원	외래
		상급종합	종합병원	상급종합	종합병원				
1등급	가	25,820	12,920	7,780	4,070	1,900	630	1,640	540
	나	21,180	10,800	6,460	3,390				
2등급		19,930	10,160	6,120	3,200	890	290	940	310
3등급		13,100	7,070	4,250	2,230	210	60	230	70
4등급		1,500		500					
5등급		430		140					

* 건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(고시 제2020-155호, '20.7.23.) - 시행일 '20.10.1.

표3.4-12 의료질평가지원금 전문병원 수가

(단위: 원)

평가영역 / 등급	의료 질과 환자안전 · 공공성 · 의료전달체계	
	입원	외래
가등급	9,700	3,200
나등급	6,740	2,230
다등급	1,940	630
라등급	440	140

* 건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(고시 제2020-155호, '20.7.23.) - 시행일 '20.10.1.
** 「의료법」 제3조의5에 의하여 지정된 전문병원의 경우, '의료 질과 환자안전 · 공공성 · 의료전달체계'의 평가점수에 따라 4개 등급으로 구분하여 별도 수가 산정

2 의료질평가 수행

가. 평가대상

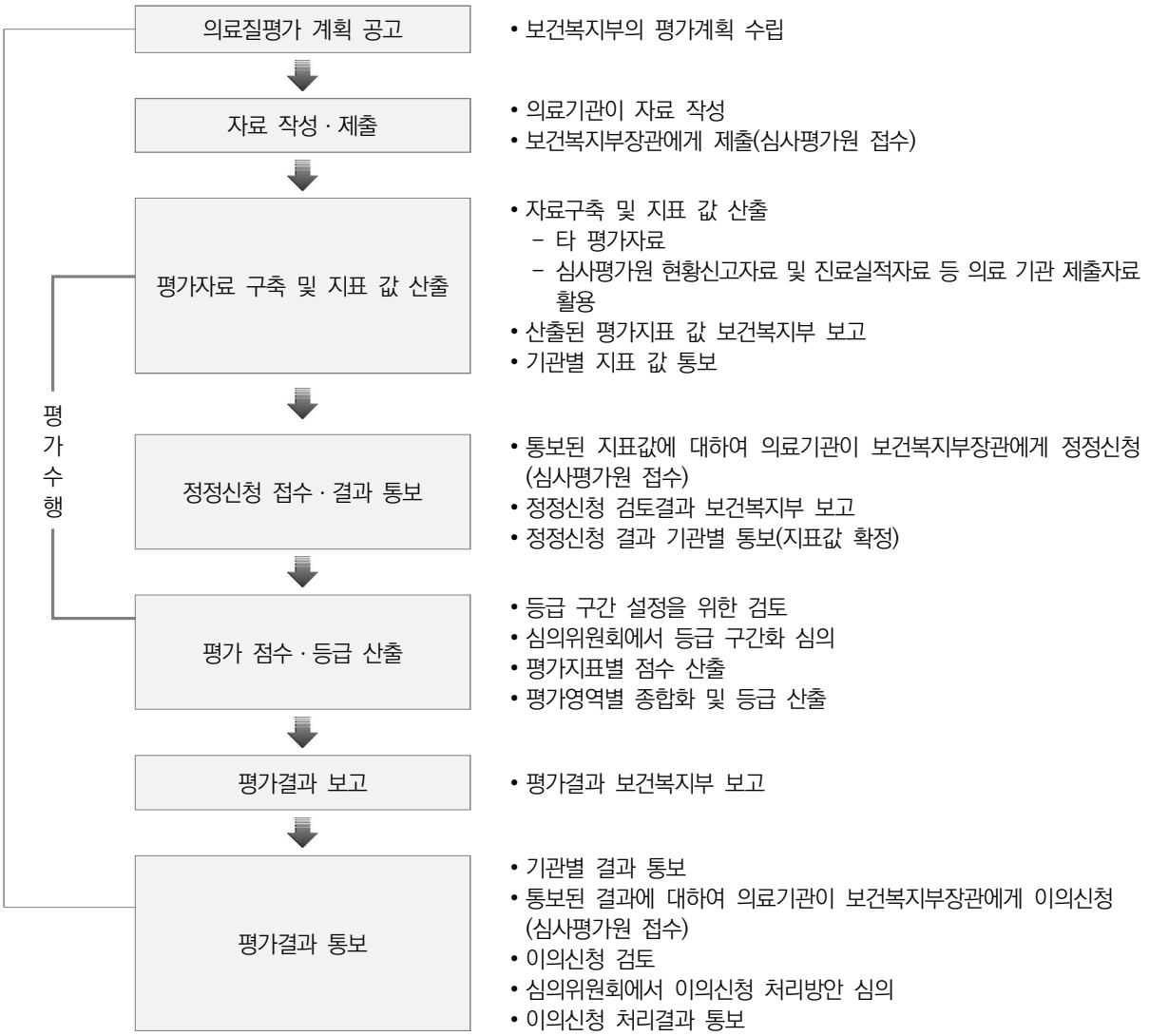
평가계획 공고일 전년도 1월부터 12월까지 12개월 이상의 진료 실적이 있는 의료기관으로서 설립형태 변경 등으로 요양기호 변경 시 변경 전·후 동일성이 인정되는 진료실적을 포함한다.

나. 평가절차

의료질평가 계획 공고 후 의료기관은 자료를 작성하여 보건복지부장관(심사평가원)에게 제출한다. 심사평가원은 의료기관의 제출 자료, 타 평가 연계 자료(의료기관인증평가, 적정성 평가 등) 및 요양급여비용 청구자료, 요양기관 현황자료 등을 검토하여 평가 결과를 산출 한다. 그 결과를 보건복지부에 송부하면, 보건복지부는 의료기관에 평가결과를 통보한다.

'16년 평가부터 의료기관의 부담을 줄이고, 지표값의 정확성 제고를 위해 지표값 통보, 지표값 정정신청 및 검토결과 통보 절차를 추가하고 자료접수 기간을 늘렸다.

표3.4-13 의료질평가 절차



다. 2020년 의료질평가 평가영역 및 지표

1) 평가영역

환자안전, 의료질, 공공성, 전달체계 및 지원활동, 교육수련, 연구개발 6개 영역으로 구분한다.

2) 평가영역별 평가지표

평가영역별 세부영역과 목표를 설정, 목표에 맞는 평가지표를 선정한다('20년 52개).

표3.4-14 평가영역별 평가지표

평가영역	세부영역	목표	평가지표	출처
환자 안전	양질의 의료 서비스 인프라	환자진료체계 구축	• 의료기관 인증 여부	의료기관 인증평가
		적정 수준의 의료인력 확보	• 입원환자당 의사 수 • 입원환자당 간호사 수 및 경력간호사 비율	심사평가원
	환자안전 강화	의료관련 감염 발생률 감소	• 수술의 예방적 항생제 사용 • 항생제처방률 • 주사제처방률 • 감염관리체계 운영 • 결핵 초기검사 실시율	적정성 평가
				의료기관 제출
				질병관리청
		적절한 의료서비스에 따른 환자안전 향상	• 중환자실 • 신생아중환자실 • 음압공조 격리병상 설치 여부 • 의약품 중복처방 예방률 • 환자안전관리체계 운영 • 환자안전학습보고체계 운영 여부	적정성 평가
				심사평가원
				의료기관 인증평가
의료질	근거기반 의료 서비스 제공 (효과성)	다빈도 외래 질환에서 근거기반 의료서비스 제공	• 혈액투석 • 만성폐쇄성폐질환 • 천식	적정성 평가
		중증 입원 질환에서 근거기반 의료서비스 제공	• 폐렴 • 관상동맥우회술 • 급성기뇌졸중 • 마취	
	환자중심성	환자중심의 의료서비스 제공을 통한 환자경험과 만족도 향상	• 환자경험(시범지표)	
		의료서비스 제공 과정 상 환자 및 보호자의 의견 반영	• 연명의료 자기결정 존중비율	국립연명의료관리기관
공공성	의료이용의 형평성	취약계층의 의료이용 접근성과 질보장	• 의료급여 환자 비율 • 소아중증질환 환자수 • 희귀난치질환 구성비	심사평가원
		필수의료 접근성 보장	• 분만실 운영 • 중환자실 운영 비율 • 간호 · 간병통합서비스 참여 • 응급의료의 적정성	심사평가원
				국민건강보험공단
				응급의료기관평가
	건강보험의 지속가능성	적절한 의료이용을 통한 건강보험의 지속가능성 향상	• 중증도 보정 평균 재원일수	심사평가원
전달 체계 및 지원활동	정책 반응성 제고	정보 및 보고체계 구축	• 입원 시 상병(POA) 보고체계 운영 • 전국의료관련감염감시체계 참여 • 항생제내성 감시체계 참여 여부 • 전자의무기록시스템(EMR) 인증 여부 (시범지표)	심사평가원
				질병관리청
				한국보건의료정보원

표3.4-14 평가영역별 평가지표(계속)

평가영역	세부영역	목표	평가지표	출처
전달체계 및 지원활동	올바른 종별 기능 수행	중증질환 입원기능 정립	• 입원 전문진료질병군 비율 • 외래 경증질환 비율 • 외래환자 대비 입원환자 비	심사평가원 (의료기관 제출)
		환자중심 의료연계 강화	• 진료협력체계 운영 및 회송률	
교육수련	수련체계	체계적인 수련체계 구축	• 전공의 수련교육위원회 구성 및 운영 • 전공의 확보율 • 전공의수 대비 적정지도전문의 확보 • 지도전문의 수 대비 적정 진료실적 • 전공의 수련 및 포상규정 • 전공의 의견 및 건의사항 처리 이행 여부	수련환경평가
	양질의 수련	양질의 수련을 통한 역량있는 전문의 양성	• 전공의 학술활동 지원	
	안전한 근무환경	안전한 근무환경	• 수련환경 모니터링 • 전공의 인권침해에 대한 대응조치 이행	
연구개발	의료발전을 위한 연구개발	양질의 연구개발 노력	• 임상시험센터 설치여부 • 의사당 IRB 주관 연구책임자 수	식품의약품안전처
		우수한 연구성과	• 의사당 지식재산권 수 • 연구비 지출 여부	의료기관 제출

3) 평가영역별, 지표별 가중치

- 환자안전 37%, 의료질 18%. 공공성 20%, 전달체계 및 지원활동 10%, 교육수련 8%, 연구개발 6%로 영역별 가중치를 적용한다.
- 평가지표별 가중치는 영역 내에서 상징성 및 대표성을 고려한 가중치 상, 중, 하 그룹을 선정하여 지표별로 차등 적용한다.

표3.4-15 평가 영역 및 지표별 가중치

구분		환자안전	의료질	공공성	전달체계 및 지원활동	교육수련	연구개발	합계
가중치 (%)	영역별	37	18	20	11	8	6	100
	지표별	1.0~5.0	1.0~약2.4	2.0~4.0	1.0~2.0	0.2~2.6	1.0~2.0	100
지표수(개)		14	9	8	8	9	4	52

4) 평가점수

가) 지표별 점수

평가지표별 표준화 값에 가중치를 곱하여 지표별 점수를 산출한다.

※ 평가지표별 값 표준화: 각 지표의 범위를 바람직한 상태가 '1'이 되도록 조정

Y=(X-Xmin)/(Xmax-Xmin)
Y: 표준화 값, X: 원 값(지표별 결과를 수치화 한 값, 소수점 2자리까지 산출)

나) 평가영역별 점수

각 영역에 해당하는 지표별 점수를 더하여 6개 평가영역별 점수를 산출한다.

다) 평가점수 산출

평가점수는 6개 평가영역을 '환자안전 · 의료질 · 공공성 · 전달체계 및 지원활동', '교육수련', '연구개발'로 구분하여 산출한다.

- '환자안전 · 의료질 · 공공성 · 전달체계 및 지원활동'은 각 평가영역별 점수를 더하여 평가점수를 산출한다.
- '교육수련', '연구개발'은 해당 평가영역별 점수를 평가점수로 한다.

라) 평가점수 반영 등

평가점수가 높은 의료기관을 우수한 의료기관으로 하며 그 밖에 보건의료체계 상 중요성 등이 인정되는 경우 평가점수에 별도 가산할 수 있다.

5) 등급화

가) 등급화 기준

평가점수에 따라 '환자안전 · 의료질 · 공공성 · 전달체계 및 지원활동' 5개 등급, '교육수련' 3개 등급, '연구개발' 3개 등급으로 구분하되 '환자안전 · 의료질 · 공공성 · 전달체계 및 지원활동'은 1등급을 '가', '나'등급으로 세분화 한다.

표3.4-16 등급화 기준

평가영역	근거	등급		
• 환자안전 • 의료질 • 공공성 • 전달체계 및 지원활동	평가점수	1등급	가	98.0퍼센타일 이상
			나	90.0퍼센타일 이상 ~ 98.0퍼센타일 미만
		2등급		80.0퍼센타일 이상 ~ 90.0퍼센타일 미만
		3등급		70.0퍼센타일 이상 ~ 80.0퍼센타일 미만
		4등급		50.0퍼센타일 이상 ~ 70.0퍼센타일 미만
		5등급		50.0퍼센타일 미만
교육수련	평가점수	1등급		80.0퍼센타일 이상
		2등급		50.0퍼센타일 이상 ~ 80.0퍼센타일 미만
		3등급		50.0퍼센타일 미만
연구개발	평가점수	1등급		80.0퍼센타일 이상
		2등급		50.0퍼센타일 이상 ~ 80.0퍼센타일 미만
		3등급		50.0퍼센타일 미만

나) 전문병원 등급화 기준

「의료법」 제3조의5에 의하여 지정된 전문병원의 경우, '환자안전 · 의료질 · 공공성 · 전달체계 및 지원활동'의 평가점수에 따라 4개 등급으로 구분한다.

표3.4-17 전문병원 등급화 기준

평가영역	근거	등급	
• 환자안전 • 의료질 • 공공성 • 전달체계 및 지원활동	평가점수	가 등급	95.0퍼센타일 이상
		나 등급	80.0퍼센타일 이상 ~ 95.0퍼센타일 미만
		다 등급	60.0퍼센타일 이상 ~ 80.0퍼센타일 미만
		라 등급	60.0퍼센타일 미만

다) 등급제외

(1) 환자안전, 의료질, 공공성, 전달체계 및 지원활동

환자안전과 의료질 영역의 산출된 지표수의 합이 50% 미만인 경우

(2) 교육수련 영역

평가 당해연도 수련병원 미지정 병원, 평가점수 값이 없는 경우 및 전공의 인권침해에 대한 대응조치 미이행으로 평가된 경우

(3) 연구개발 영역

평가점수 값이 없는 경우

3 향후 추진방향

’18년 선택진료 제도가 폐지됨에 따라 국가 의료 질 향상을 위한 평가 체계로 전환 위해 중장기 개편 추진계획을 마련하였다. 변별력이 부족한 지표 등을 정비하고, 의료기관의 예측가능성 제고를 위해 완전한 전향적 평가로 전환 완료하였다. 의료기관 종류별로 분리된 평가체계 구축을 위해 의료기관의 기능에 맞는 성과 및 질 측정 방법을 연구 중으로, 향후 의료질평가심의위원회* 등 협의를 통해 평가체계 개편 방안을 마련할 예정이다.

〈의료질평가심의위원회(보건복지부 장관 소속)〉

- (구성) 위원장 1명 포함 15명 내외 위원으로 구성
  - 보건의료 수요자 대표, 보건의료 공급자 대표, 보건복지부 소속 4급 이상 공무원, 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람으로 구성
- (임기) 2년
- (역할)
  - 연도별 의료질평가 세부시행계획 수립 및 변경
  - 평가영역 및 평가지표
  - 그 밖에 의료질평가에 관한 주요 시책으로서 위원장이 심의에 부치는 사항

Ⅵ 처방 · 조제 약품비 절감 장려금 사업

1 처방 · 조제 약품비 절감 장려금사업의 개요

가. 추진배경

시장형실거래가('10.10.)를 시행하였으나 막대한 건강보험 재정 소요 등으로 시장형실거래가를 2년간 유예하였고 '12.4. 약가 일괄인하로 약품비가 잠시 감소하였으나, 이후 약품비가 지속적으로 증가하여 저가구매 인센티브[56]를 재시행하였다.

한편, 보험약가협의체가 대형병원 인센티브 쏠림 등 동 제도에 대한 문제점 지적 및 개선요구로 저가구매 인센티브와 외래처방 인센티브[57]를 통합하여 처방 · 조제 약품비 절감 장려금 사업(이하 처방 · 조제 장려금)이 '14.9.부터 추진되었다.

나. 목적

요양기관의 의약품 사용량감소 및 저가구매 노력을 반영한 장려금 지급으로 자율적 처방행태 개선 및 약품비를 적정관리하기 위함이다.

다. 추진경과

- 2010.10.~2012. 1. 시장형실거래가 시행
- 2012. 2.~2014. 1. 시장형실거래가 유예
- 2014. 2.~2014. 8. 저가구매 인센티브 재시행
- 2014. 8. 보건복지부 고시 제2014-143호 「장려금의 지급에 관한 기준」개정
- 2014. 9. 처방·조제 약품비 절감 장려금 시행
- 2015.~2019. 1~9차 처방 · 조제 장려금 산출 및 지급

56 저가구매 인센티브(= 구 시장형실거래가): 의약품 저가구매로 절감한 금액의 70%를 요양기관에 인센티브 제공

57 외래처방 인센티브 사업('10.10.~'14.8.): 의사가 자율적으로 처방행태를 개선하여 약품비를 절감하면 일정부분을 인센티브로 제공하는 사업

2 법적근거

- 「국민건강보험법」 제104조(포상금 등의 지급) 제2항

> 공단은 건강보험 재정을 효율적으로 운영하는 데에 이바지한 요양기관에 대하여 장려금을 지급할 수 있다.

- 「국민건강보험법 시행령」 제75조의2(장려금의 지급 등) 제1항, 제4항

> 공단은 법 제104조 제2항에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 건강보험 재정 지출을 절감하는 데에 이바지한 요양기관에 장려금을 지급한다. 건강보험심사평가원이 그 금액을 산출하여 보건복지부장관의 승인을 받아 공단에 통보한다.

- 보건복지부 고시 제2014-143호(2014.8.29.)「장려금의 지급에 관한 기준」 제4장 처방·조제 약품비 절감 장려금

3 처방·조제 약품비 절감 장려금 사업 내용

가. 사업내용

1) 대상기관

상급종합병원, 종합병원, 병원(보건의료원포함), 의원, 약국으로 전자문서 및 전산매체 청구기관(건강보험)

2) 대상약품비

병·의원급 의료기관 및 약국의 전체 처방·조제내역 약품비를 대상으로 한다.

가) 저가구매 대상의약품

병원급 의료기관 및 의원에서 발생한 입원 및 외래 원내약품비, 약국에서 발생한 약품비(처방조제, 직접조제)

나) 사용량 감소 대상의약품

병원급 의료기관 및 의원에서 발생한 입원 및 외래 원내·원외 약품비

3) 산출주기

연 2회 실시

나. 산출방법

처방·조제 장려금(요양기관별) = 저가구매 장려금 + 사용량감소 장려금
(다만, 약국은 저가구매 장려금만 산출 지급)

표3.4-18 처방·조제 장려금(요양기관별) 산출

구분	저가구매 장려금	사용량감소 장려금
산출지표	- 약품비고가도지표(PCI) - 의약품 상한금액 - 구입금액	- 약품비고가도지표(PCI) - 기대약품비 - 실제약품비
산출 조건	- 저가구매 절감액이 있는 기관	- 사용량 절감액 & 약품비고가도지표(PCI) 감소한 기관
산출 방법	- 장려금 = 약품비 절감액 × 기관별지급률 · 약품비 절감액: Σ약제별(상한가 - 실구입가) × 사용량 · 기관별지급률: 해당기관 PCI에 따라 차등적용 - 기본지급률: 20%(PCI 1.0일 때) - 지급률범위: 최소 10% ~ 최대 30% - 약국장려금 = 저가구매절감액 × 기본지급률 (20%)	- 장려금 = 약품비 절감액 × 기관별지급률 · 약품비 절감액: 기대약품비 - 실제약품비 · 기관별지급률: 해당기관 PCI에 따라 차등 적용 - 기본지급률: 35%(PCI 1.0일 때) - 지급률범위: 최소 10% ~ 최대 50% - 약국제외
장려금 지급 제외 기관	- 약품비고가도지표(PCI) 2.0 이상인 요양기관 - 장려금대상 진료분에 대하여 건강보험법에 의한 업무정지 또는 과징금 등 행정처분을 받은 경우 등 일부제외 - 반기 당 장려금 지급금액이 10만원 미만인 경우	

다. 산출지표

1) 약품비고가도지표(Prescribing Costliness Index, PCI)

해당 요양기관의 약품비 발생수준을 나타내는 상대평가 지표로, 동일 평가군의 투약일당(환자당) 약품비 발생수준과 비교하여 약품비 발생수준의 높고 낮음을 평가하는 지표

- 동일산출군: 의원(표시과목별), 병원(보건의료원포함), 종합병원, 상급종합병원 단위
- 상병분류: 입원(KDRG), 병원급 외래(KOPG), 의원외래(110분류)
- 지표산출식

$$PCI_h = \frac{\sum_i C_{hi} \cdot N_{hi}}{\sum_i C_i \cdot N_{hi}}$$

PCI_h: 사업대상기관의 약품비 고가도지표 h: 사업대상 기관
i: 상병분류 C_i: 동일 사업군 투약일당(환자당) 약품비
C_{hi}: 사업대상기관 투약일당(환자당) 약품비 N_{hi}: 사업대상기관 투약일수(환자수)

☞ 병원급, 의원(입원): 투약일당약품비, 투약일수, 의원(외래) : 환자당약품비, 환자수

2) 기대약품비

전년도 동일기간 상병분류별 투약일당(환자당)약품비를 기준으로 산출대상기간의 상병분류별 투약일수(환자수)를 반영한 약품비 (전년도 약품비는 산출대상기간의 약가로 보정)

- 지표산출식

$$E_h = \sum_i C_{t-1,\, i} \cdot N_{t,\, i}$$

E_h: 사업대상 기관의 기대약품비 h: 사업대상 기관
t: 사업대상 기간 i: 상병분류
$C_{t-1,\, i}$: 전년도 동일기간 상병분류별 투약일당(환자당)약품비
$N_{t,\, i}$: 사업대상기간 상병분류별 투약일수(환자수)

☞ 병원급, 의원(입원): 투약일당약품비, 투약일수, 의원(외래): 환자당약품비, 환자수

3) 실제약품비

산출대상기간 상병별로 발생한 실제 약품비

라. 정보제공

처방·조제 장려금 산출내역, 약품비고가도지표(PCI) 및 약품비 절감여부 등을 공개하여 외부적으로는 자율적인 처방행태 개선 및 저가구매 활성화를 유도하고, 내부적으로는 요양기관의 종합정보서비스, 간담회 등에 활용하여 처방행태 개선 등을 유도한다.

- (외부) E-평가자료제출시스템(https://aq.hira.or.kr)〉평가활용〉적정성평가〉처방 · 조제 약품비 절감 장려금
- (내부) 요양기관프로파일시스템 (사후관리〉처방 · 조제 약품비 절감 장려금), 평가시스템〉평가결과산출〉처방 · 조제 약품비 절감 장려금

그림3.4-13 처방 · 조제 약품비 절감 장려금 업무 흐름도

절차	내 용
자료수집	- 반기단위 대상 데이터 적재(건강보험심사평가원 DW시스템)
사업수행	- 전산로직 구축 및 SAS 로직 개발 및 보완 · 수정 - 기준 검증 및 재설정 등 - 대상자료(청구명세서) 산출의 정확성 및 오류검증 - 자료 분석 및 결과 산출
내부보고	- 보고서 작성 및 내부 결과보고
복지부 보고 · 승인	- 산출 장려금에 대한 보건복지부 승인요청
사업 결과 공개	- 건강보험공단에 장려금지급 통보 → 장려금 지급 - 장려금 산출결과 요양기관 통보 - 정보 공개
결과 활용	- 사업 결과 설명회 및 관련 단체 간담회 - 적정 처방행태 개선 지원 활동

4 그린처방의원 지정 및 비금전적 인센티브 제공

가. 목적

약품비 수준을 지속적으로 적정하게 처방하는 의원에 대하여 비금전적 인센티브를 지원함으로써 의약품의 적정처방행태를 장려하기 위함이다.

나. 법적근거

- 보건복지부 보험약제과-1983호('10.9.30.) '그린처방의원 비금전적 인센티브사업 추진방안'
- 보건복지부 보험약제과-4425호('15.8.12.), 보험약제과-5161호('17.8.25.), 보험약제과-4367호('18.8.22.), 보험약제과-3127호('19.8.27.) '그린처방의원 비금전적 인센티브 사업지침 개정 통보'

다. 대상기관 지정기준 및 인센티브 내용

1) 지정주기

연 1회

2) 지정기준

- 2개 반기 연속하여 약품비고가도지표(PCI[58])가 0.6 이하
- 약제급여 적정성평가 결과 중 급성상기도감염항생제처방률 22.1% 미만이면서, 주사제처방률 20.0% 미만

  ※ 2020년 그린처방의원 지정부터 주사제처방률 20.0%미만 → 18.0%미만으로 변경

〈지정제외〉
- 표시과목별 평균 약품비 기준으로 하위 10% 미만인 기관
- DUR 점검 실적이 없거나 점검기관 중 동일성분 중복처방 변경이 없는 기관
- 「국민건강보험법」제98조 및 99조에 의거 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 기관

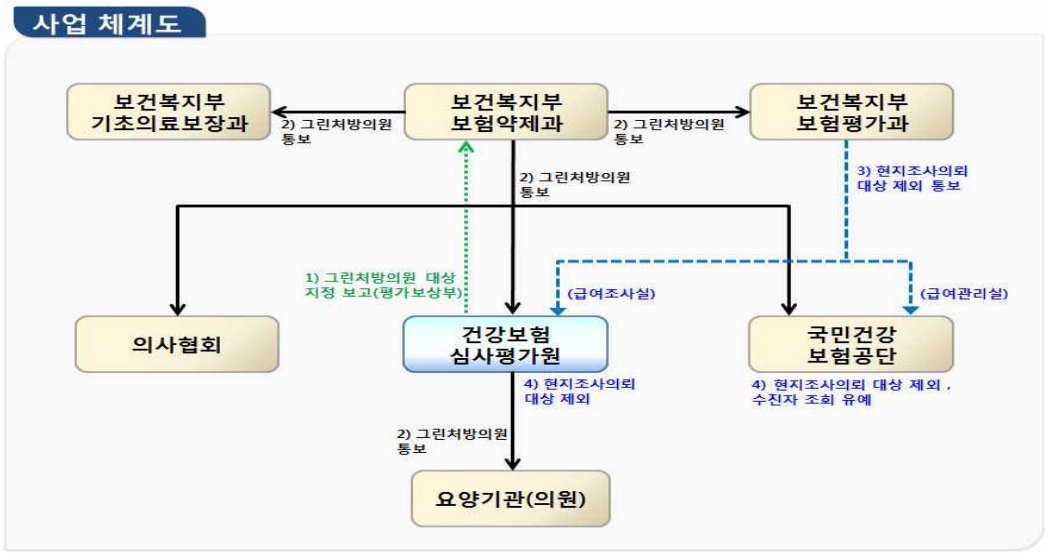
※ 지표산출 대상기간 중 부당이득(정산진료분)이 발생한 경우에 한함

3) 인센티브

- 심사평가원 현지조사의뢰 대상 제외
- 건강보험공단의 현지조사의뢰 대상 제외 및 수진자 조회 1년 유예

58 약품비고가도지표(Prescribing Costliness Index, PCI): 요양기관의 약품비 발생수준을 나타내는 상대평가 지표

그림3.4-14 그린처방의원 지정 및 업무 흐름도



라. 인센티브 적용 시기

매년 10월 1일부터 다음연도 9월 30일까지(1년간) 인센티브를 실시한다.

마. 그린처방의원의 지정서 제작 및 배포

2016년 3월 최초로 심사평가원장의 지정서를 제작·배포, 9월부터는 보건복지부장관의 지정서를 제작 및 배포하여 요양기관의 처방행태 개선에 대한 자긍심과 적정처방의 지속적 유지를 장려하고자 한다.

바. 그린처방의원 지정취소

그린처방의원으로 지정된 기관이 아래의 어느 하나에 해당하면 그 지정을 취소한다.

- 「국민건강보험법」 제98조 및 제99조의 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 경우
  ※ 인센티브 적용기간 중 업무정지 또는 과징금 처분이 확정된 경우로서 지표 산출 대상기간 중 부당이득(정산진료분)이 발생한 경우에 한함
- 그린처방의원으로 지정된 기관이 지정 취소를 요청하는 경우
- 그 밖에 지정 취소가 필요하다고 보건복지부장관이 인정하는 경우

사. 그린처방의원 조회 서비스

국민홈페이지에 '그린처방의원 조회화면' 개발로 의약품을 적정 처방하는 기관에 대한 정보제공으로 요양기관의 홍보, 국민의 알권리를 강화하였다.

1) 국민홈페이지(www.hira.or.kr)

병원·약국〉병원·약국 찾기〉세부 조건별 찾기〉분야별〉 그린처방의원 제공, 의원 위치 정보제공

2) 내부 HIRA+

1차 심사〉요양자료종합〉평가결과〉그린처방의원 현황관리

제 5 장

고객서비스 제공

Ⅰ. 요양(의료)급여 대상여부 확인(진료비 확인신청)

Ⅱ. 국민대상서비스

Ⅲ. 정보공개제도

Ⅳ. 대국민 통계정보 서비스

Ⅴ. 보건의료 데이터 제공에 관한 업무

Ⅵ. 의약품 사용정보 공개 및 제공

제5장 고객서비스 제공

Ⅰ 요양(의료)급여 대상여부 확인(진료비 확인신청)

작성: 진료비확인부

1 개념 및 목적

요양(의료)급여 대상여부 확인 업무(이하 '진료비확인신청')는 국민이 요양기관에서 진료를 받고 지불한 비용 중 전액본인부담금과 비급여 진료비가 법령에서 정한 기준에 맞게 부담되었는지를 확인하고, 더 많이 낸 비용을 되돌려 받을 수 있도록 돕는 서비스이다.

진료비확인신청의 목적은 비대칭성이 높은 비급여 의료정보에 대한 소비자의 알 권리를 확대시키고 의료 권익을 보호하며 요양기관의 자발적 비급여 행태개선 유도를 통한 전체 의료의 질을 향상시키는 것이다.

2 법적근거

- 「국민건강보험법」 제48조(요양급여 대상여부의 확인 등)
- 「의료급여법」 제11조의3(급여대상 여부의 확인 등)
- 비급여 진료비 심사 및 환불처리 절차(보건복지부 긴급지원사업 안내 지침)

3 추진경과

- 2002.12. 요양급여대상여부의 확인업무 실시(국민건강보험법 제48조 신설)
- 2007. 3. 진료비확인업무범위 의료급여 확대(의료급여법 제11조의3 신설)
- 2009. 3. 국민건강보험공단 및 심사평가원에서 이원화 실시하던 진료비확인 업무를 심사평가원으로 일원화
- 2013. 2. 긴급의료지원* 대상 비급여진료비 확인심사 실시
- 2014.10. 환불되지 않는 다빈도 항목 국민홈페이지 공개
- 2017. 1. 진료비확인심사 종합병원 급 지원 이관
- 2017. 7. 진료비확인심사 한방병원 급 지원 이관

〈긴급의료지원비란?〉

- 생계유지 등이 곤란한 저소득층에게 생계, 의료, 주거, 교육 등 지원하는 긴급복지지원제도 (2006년부터 실시)중 의료지원이 해당되며, 긴급지원대상자의 의료비 중 본인부담금(급여, 비급여)에 대해 1회 300만원까지 지원 급여본인부담금 우선지원, 추가 1회 가능, 선택진료료, 상급병실료, 제증명료, 보호자 식대는 지원 제외
- 생계유지 등이 곤란한 저소득층에게 보장기관(시 · 군 · 구)이 지원해준 의료비 중 비급여 지원금액이 150만원 이상인 경우에 환자의 위임을 받아 2013. 2. 이후 지원분부터 보장기관(시 · 군 · 구)이 진료비확인 요청

4 진료비확인신청 방법

가. 신청주체

진료비확인신청은 진료 받은 사람(이하 '환자') 본인, 환자의 가족, 환자로부터 위임 받은 제3자가 신청할 수 있다.

환자 가족에는 배우자, 직계존속, 직계비속 및 그 배우자, 형제 · 자매, 환자와 동일 건강보험증에 등재되어 있는 사람을 포함한다.

나. 제출서류

1) 환자 본인

기본서류

2) 환자의 가족

기본서류, 동의서, 가족관계 확인서류 등

3) 환자로부터 위임받은 제3자

기본서류, 접수용 위임장, 인감증명서 또는 본인서명사실확인서

※ 기본서류: 진료비 계산서 · 영수증 또는 진료비 (약제비) 납입 확인서

※ 우편/FAX 및 방문상담

※ 환불금 수령을 위임하는 경우에는 환불용 위임장, 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 추가 제출

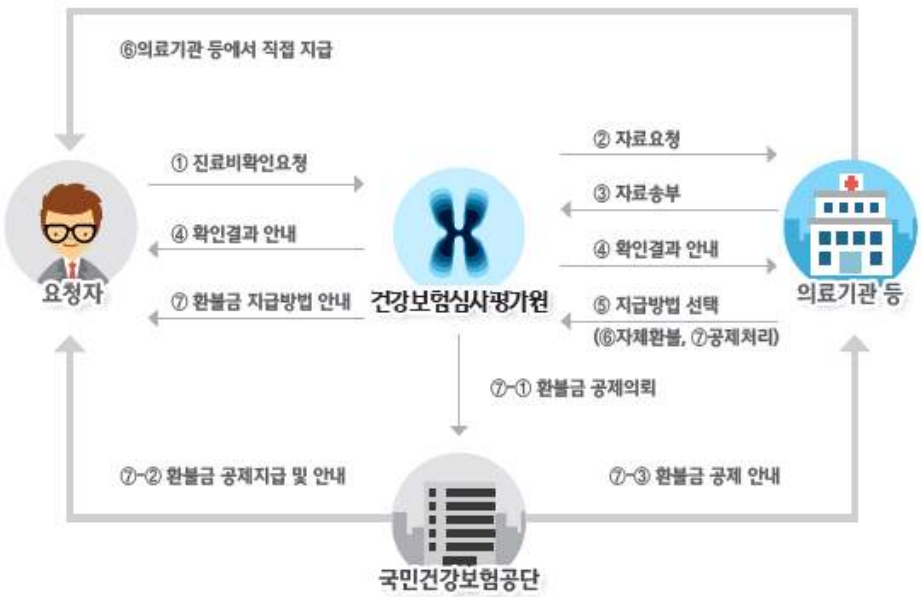
다. 신청방법

인터넷, 모바일 어플리케이션, 우편/FAX, 직접방문으로 진료비확인 신청할 수 있다.

6 업무처리 흐름도

가. 기관별 업무처리 흐름도

그림3.5-1 요양(의료)급여 대상여부 확인 업무 흐름도



진료비확인은 민원 요청자의 신청에 의해 접수되며, 요양기관에 비급여 진료비 관련 자료를 요청하여 회신받아 비급여 진료비의 급여 여부를 확인한다.

진료비확인 결과는 민원 요청자와 요양기관에 안내하며, 정당하게 진료받은 것으로 확인되는 정당 건의 경우 종결된다. 과다하게 진료 받은 것으로 확인되는 환불 건의 경우, 요양기관에서 자체적으로 환불하거나 국민건강보험공단 지급금액에서 공제처리 하는 방법을 선택할 수 있게 하여 환불금을 민원 요청자에게 지급한다.

나. 진료비확인신청 처리 절차

그림3.5-2 요양(의료)급여 대상여부 확인 업무 절차

구 분	주요 내용
접수	• 확인 요청자(민원인) 신청서 제출 – 온라인(홈페이지, 모바일), 서면(우편, FAX, 방문) • 제출서류 미비 시 보완(진료비 계산서 · 영수증 등) – 10일 이내(원하는 경우 5일 추가 연장)
⇩	
요양기관 자료 요청 · 회신	• 요양기관 비급여 자료(진료기록부, 세부 진료내역 등) 제출요청 – 제출기한 1차: 10일, 2차: 7일 • 요양기관 추가자료 제출 요청 – 제출기한 1차: 7일, 2차: 7일
⇩	
심사 · 확인 결정	• 요양(의료)급여 대상여부 확인 • 의학적 타당성 심사위원 자문(정밀 분석) • 확인 결정(정당, 환불) • 결정내용 통보(확인 요청자, 요양기관)
⇩	
환불금 지급	• 건강보험심사평가원 요양기관업무포탈을 통해 환불금 지급방법 선택 – 자체환불, 공제처리 – 요양기관이 선택한 지급방법에 따라 환불금 지급처리
⇩	
이의신청	• 진료비확인 결과에 이의가 있는 경우 • 국민 (90일 이내 제기) • 요양기관 (30일 이내 제기)
⇩	
심판청구	• 이의신청 결과에 이의가 있는 경우 • 국민, 요양기관 (90일 이내 제기)

7 진료비확인 세부 업무처리 절차

가. 진료비확인신청

1) 접수

진료비확인 신청서와 진료비 계산서 · 영수증 등의 필요서류를 작성하여 심사평가원에 온라인 또는 서면으로 접수한다. 제출서류 미비 시 보완자료 요청을 할 수 있다.

2) 요양기관 자료요청·회신

접수된 건의 확인을 위하여 요양기관에 비급여 관련 진료기록부, 검사결과지 등 자료를 요청하고 회신 받는다. 요양기관에서 자료를 제출하였으나 일부 추가자료 필요 시 요청내역 명기하여 재요청한다.

3) 심사·확인 결정

요양기관에서 자료를 제출 받아 요양(의료)급여 대상여부 확인하며, 필요시 의학적 타당성 심사를 위한 진료심사평가위원회 심의 또는 의결을 거치며, 확인심사 후 결정된 결과에 대해 확인 요청자와 해당 요양기관에 안내한다.

4) 환불금 지급

환불 결정이 되면, 심사평가원 요양기관업무포털에서 요양기관에서 자체적으로 환불하거나 국민건강보험공단 지급 금액에서 공제처리 하는 방법을 선택할 수 있게 하여 환불금을 민원요청자에게 지급한다.

〈처리 결과〉
- 정당: 관계법령에서 정한 기준에 맞게 진료비용 산정 건
- 환불: 국민건강보험법 및 관계법령에서 정한 진료비용 외의 비용을 징수한 것으로 확인된 건
- 취하: 접수 또는 검토과정에서 확인심사 처리의 중단 의사를 표명한 건
- 종결: 영수증 미제출, 동일 건 중복접수, 자료보존기간 경과에 따른 검토불가, 비급여비용 확인불가 등으로 확인된 건

나. 이의신청

민원인 및 요양기관이 진료비확인 심사 결과회신에 대하여 이의가 있는 경우 「국민건강보험법」 제87조, 「의료급여법」 제30조에 따라 이의를 제기하는 것을 의미한다.

신청방법으로는 인터넷, 우편/FAX, 직접방문을 통하여 이의신청서를 작성하여 제출한다.

신청 가능 기간은 진료비확인 심사 결정 통보를 받은 날부터 또는 처분이 있음을 안 날로부터 공휴일을 포함하여 요양기관은 30일 이내, 민원인은 90일 이내 제기할 수 있다.

다. 심판청구

민원인 및 요양기관 등이 이의신청 결정에 불복이 있을 경우에 「국민건강보험법」 제88조 및 「의료급여법」제30조의2, 행정심판법 제23조에 따라 추가로 이의를 제기하는 것을 의미한다.

신청방법으로는 인터넷, 우편/FAX, 직접방문을 통하여 행정심판 청구서를 작성하여 제출한다.

신청 가능 기간은 이의신청을 받은 날로부터 또는 처분이 있음을 안 날로부터 공휴일을 포함하여 요양기관과 민원인 모두 90일 이내 제기할 수 있다.

심판청구는 보건복지부 건강보험분쟁조정위원회 또는 국민권익위원회 중앙행정심판위원회에서 처리하고 있다.

8 진료비확인 사전·사후 관리 체계

가. 배경 및 목적

급증하는 비급여 진료비로부터 국민권익을 보호하기 위하여 진료비확인 환불 다발생 요양기관에 대하여 진료비확인 심사결과를 활용한 사전·사후관리 필요성이 대두되었다.

이에, 진료비확인 심사결과를 활용한 환불 발생 정도 및 개선 실태에 대한 객관적·과학적 분석을 통하여 환불 다발생 요양기관을 주기적으로 점검·관리하고자 한다.

진료비확인 사전·사후 관리 체계를 통해 요양기관의 과다본인부담금 청구행태 개선을 유도하고 의료소비자인 국민의 권익이 침해되는 것을 방지하고자 한다.

나. 사전 · 사후관리 현황

구분	업무	관리대상	관리주기	관리부서
사전관리	민원현황통보	종합병원급 이상	분기별	본 · 지원
사전 · 사후 관리	현지방문(내방) 확인	상급종합병원	수시	본원
		종합병원 이하	수시	관할 지원
사후관리	현지조사의뢰	전종별	1회/년	본원

1) 사전 예방 관리

가) 민원현황통보

민원인 발생한 종합병원급 이상 요양기관에 대해 해당기관의 처리 · 환불 유형 등을 동일 종별 평균값과 비교한 분기별 처리 현황 자료를 제공한다.

나) 현지방문(내방) 확인

민원발생건수, 처리 · 환불 유형 등의 민원처리 현황과 주요 환불 다발생 항목 등 진료비확인심사 관련 문제점 및 개선요청사항, 비급여자료 업무포털제출 유도 등에 대하여 대면 상담을 실시한다.

2) 사후 관리 활동

사후관리 점검체계에 의한 문제지표(환불발생지수 높은 기관, 취하종용 기관)발생 요양기관 중 긍정지표(환불개선지수 높은 기관)기관을 제외한 요양기관에 대하여 현지조사를 의뢰하고, 현지조사를 의뢰하였으나 조사제외 대상으로 결정된 의료기관은 현지방문 대상기관으로 포함하여 대면상담을 실시한다.

표3.5-1 진료비확인 사후관리 점검체계

구분	산출식		기준
문제지표	환불 발생지수	(환불건율x가중치)+(환불액률x가중치)	전체기관 대비 해당기관의 환불건율/액률의 비중 ※ 요양기관별 특성(건이 많은 기관, 금액이 높은 기관)을 종합적 반영
	취하종용	요양기관이 취하 종용한 경우	취하유형 중 요양기관으로부터 회유 등 강압적인 취하 종용을 받은 경우
긍정지표	환불 개선지수	전년도 환불발생지수 - 금년도 환불발생지수	중앙값의 1.5배 초과기관은 제외(중앙값이 음수일 경우 '0'초과 기관은 개선으로 봄)

Ⅱ 국민대상서비스

1 배경 및 필요성

작성: 고객서비스부

국민의 생활수준 향상으로 생활환경이 개선되고 의학기술이 발달하면서, 보건의료의 초점이 질병의 치료보다 건강증진 및 질병 예방으로 이동하고 있다. 건강에 대한 관심도가 증가함에 따라 소비자들은 건강에 대해 스스로 결정하고 선택하려 하고 있다. 심사평가원은 이와 같은 시대적 흐름에 발맞추어 요양기관 현황정보, 질병정보, 진료비 가격정보, 의료서비스 평가정보 등 종합적인 건강정보서비스를 제공함으로, 국민알권리 및 의료선택권을 보장하고 불필요한 의료비 절감 및 의료서비스의 질 향상을 도모하고 있다.

2 콘텐츠 개발 및 제공

가. 개요

국민대상서비스는 심사평가원이 보유한 건강정보를 국민이 쉽게 이해하고 이용할 수 있도록 건강정보서비스를 개발하여 제공하는 업무이다. 국민과 관련 부서의 요구를 반영하여 콘텐츠를 개발하고 사용자의 접근성 및 편의성을 고려하여 제공하며, 주기적 모니터링을 통해 피드백하고 있다.

그림3.5-3 효율적인 건강정보 콘텐츠 제공 및 운영 프로세스



나. 업무내용

1) 콘텐츠 선정 및 개발

- 국민의료 선택권 제고
  - 국민의 니즈에 맞는 최적의 진료선택에 대한 지원 정보제공
- 개인 맞춤형 정보 제공
  - DUR, 내가 먹는 약! 한눈에, 진료비확인서비스 등
- 정보제공매체의 다양화
  - Naver, Daum 등 대형포털을 통한 정보제공
  - 스마트폰 및 태블릿PC 등 모바일 서비스를 통한 정보제공

2) 모니터링 및 평가

- 콘텐츠 환류
  - 콘텐츠 활용에 대한 주기적 모니터링 수행
  - 콘텐츠 선정, 대내외 의견수렴 및 콘텐츠 개발에 반영
- 운영위원회 및 소비자 모니터링단 등 위원회 운영
  - 콘텐츠별, 항목별 모니터링을 통한 개선점 도출
- 국민 홈페이지 이용현황 분석
  - 반기별 현황 분석을 통한 모니터링 수행

다. 콘텐츠 개발 내용

전 국민을 대상으로 건강정보 콘텐츠 발굴 아이디어 공모를 통해 국민이 의료이용 시 직접적으로 필요한 콘텐츠를 선정하여 지속적으로 개발하고 있다.

2011년도부터 건강정보 앱, 병원정보 앱, 진료비 확인 앱을 개발하여 병원선택정보, 의약품정보, 의약품안전사용점검(DUR) 정보 등을 제공하고 있다.

2013년도에는 특히 국민의 주요 관심 사항인 비급여 진료비용에 대한 153기관(상급종합병원, 300병상 이상 종합병원), 37개 항목(상급병실료, 초음파검사료 등)의 비급여 진료비 정보 비교가 가능하도록 정보를 제공하고 있다.

2014년에는 손쉬운 병원찾기 서비스, ○○ 수술하는 병원 찾기 등 제공으로 의료선택 지원 및 의료정보에 대한 알권리를 높이는 등 국민을 위한 홈페이지로 거듭났다. 2015년에는 자기투약정보 조회 및 생활 속 질병정보 등 개인별 맞춤형 정보를 선보였으며, 노인인구 증가에 따른 환자안전, 환자구성, 비용 정보 등을 반영한 요양병원 종합정보와 호스피스를 위한 완화의료기관 종합정보를 제공하고 있다.

2016년에는 손쉬운 병원찾기 서비스에 병원정보 및 병원평가정보, 진료비정보를 융합하여 맞춤형 병·의원 선택정보를 확대하였다.

2017년에는 내가 먹는 약! 한눈에를 모바일로 제공함으로써 자기투약정보를 다양한 매체를 통해 확인할 수 있도록 하였으며, 병원 약국 찾기를 GPS 기반 지도로 우선 검색하게 함으로써 이용편의성을 제고 하였다.

2018년에는 서식개편에 따라 진료비 계산서·영수증 설명 동영상을 새로 제작하여 홈페이지, 스마트폰·태블릿 PC 및 심사평가원 블로그 등 SNS등을 통해 서비스하고 있다. 2019년에는 비급여진료비정보를 병원규모별, 지역별, 주제별로 조회할 수 있도록 개편하였고, 병원 검색 시 입원실 비용 정보를 추가하여 제공하고 있다.

2020년에는 내가 먹는 약! 한눈에 서비스에 14세 미만 아동 투약이력을 아동 인증서 없이 조회할 수 있도록 인증방식을 개편했고, 지역 주민이 믿고 이용할 수 있도록 의료 질 평가를 기반으로 지역의료정보를 제공하였다.

표3.5-2 연도별 콘텐츠 개발현황

연도	콘텐츠명	서비스 제공 채널
2010년	건강통계 모바일 앱	스마트폰 모바일서비스
	진료비영수증 설명 동영상 제작	홈페이지, 네이버, 다음 및 스마트폰 및 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
2011년	의료정보서비스	홈페이지
	자기근무이력조회	홈페이지
	약제비계산기	홈페이지
	가정상비약	홈페이지, 스마트폰 · 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
	진료비확인 앱	스마트폰 및 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
	건강정보 앱	스마트폰 및 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
	병원정보 앱	스마트폰 및 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
2012년	비급여 진료비 정보	홈페이지
	진료비영수증 설명 동영상 제작(서식개편에 따른 기존영상 개편)	홈페이지, 네이버, 다음 및 스마트폰 및 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
	건강보험 물어보기	스마트폰 · 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
	진료비 가산정보	스마트폰 · 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
2013년	환불여부 및 환불금액비중 조회	홈페이지
	진료비 가산정보	홈페이지
	건강보험 물어보기	홈페이지
	병원약국찾기 Open API 개발	홈페이지
	보험인정기준(급여기준, 심의사례를 일반국민도 쉽게 찾을 수 있도록 개선)	홈페이지
	쉽게 이해하는 용어설명 & 카툰	홈페이지
	안전상비약 판매처 정보	스마트폰 · 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
	비급여진료비정보 공개 확대	스마트폰 · 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
2014년	우수 아이디어 공모 및 공모 진행사항 조회	홈페이지
	안전상비약 24시간 판매 편의점 정보	홈페이지
	손쉬운 병원 찾기 서비스(진료과목, 병원평가정보, 진료비용 등 제공)	홈페이지, 스마트폰 · 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
	실시간 문 연(Open) 병원/약국 종합정보	홈페이지, 스마트폰 · 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
	건강정보 통합 앱 개발(건강정보 앱, 병원정보 앱, 진료비 확인 앱 통합)	스마트폰 · 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스

표3.5-2 연도별 콘텐츠 개발현황(계속)

연도	콘텐츠명	서비스 제공 채널
2015년	보건의료 주요 동향지표 개발	홈페이지
	자기투약정보 조회 서비스 개발	홈페이지
	생활속 질병정보	홈페이지
	의약품 복약정보	홈페이지
2016년	쉽게 풀어쓰는 치료재료 급여기준	홈페이지
2017년	내가 먹는 약! 한눈에 서비스 제공 (자기투약정보 조회 서비스)	모바일
	지도기반 병원 약국 찾기 제공	홈페이지
2018년	진료비 계산서 · 영수증 설명 동영상 제작(서식 개정에 따른 기존 영상 개편)	홈페이지, 스마트폰 · 태블릿 PC를 통한 모바일 서비스
2019년	비급여 진료비 정보 개편, 입원료 정보	홈페이지, 모바일
2020년	지역 의료 정보 제공, 내가 먹는 약! 한눈에 14세 미만 서비스 제공	홈페이지, 모바일

※ 홈페이지 개편사업 진행연도 기준

3 홈페이지 및 애플리케이션 관리 · 운영

가. 개요

심사평가원은 국민의 알권리 충족 및 건강정보 등의 질 높은 서비스를 제공하기 위하여 건강정보에 대한 서비스를 홈페이지(www.hira.or.kr)와 모바일 앱(건강정보 앱)을 통해 제공하고 있다.

나. 관리 및 운영

1) 홈페이지

홈페이지 운영에 관한 기본계획 수립 및 교육, 홈페이지 운영관련 실태를 파악하고 항목별 평가, 회원관리, 이용현황 분석, 기타 콘텐츠 별 담당부서 지정 등 콘텐츠가 항상 최신의 상태로 유지되도록 홈페이지의 전반적인 운영 및 관리에 대해 총괄하고 있다.

2) 모바일 애플리케이션

스마트기기의 보급 확대와 이용률 증가에 따라 국민에게 유용한 건강정보와 병의원 선택 정보를 실시간으로 편리하게 접근할 수 있도록 모바일 콘텐츠를 제작·보급하고 있다. 또한 콘텐츠별 이용분석, 다운로드 현황분석, 만족도 조사, 교육 및 홍보 활동 등을 정기적으로 진행하여 애플리케이션의 최신성 및 사용자 이용만족도가 향상되도록 전반적인 운영관리를 하고 있다.

다. 홈페이지와 모바일 애플리케이션 개선 및 개편

내부 직원과 국민대상으로 발굴한 아이디어와 건강정보서비스 만족도조사 결과, 소비자 모니터링단·소비자단체·운영위원회 의견, 국감지적사항 등을 반영하여 일반 국민이 실질적으로 원하는 콘텐츠를 개발하고 개선하여 국민 눈높이에 맞출 수 있도록 노력하고 있다. 또 필요시 전문가 컨설팅을 수행하여 기획, 디자인, 기술, 콘텐츠 분야 등의 최신 트렌드를 반영하고 접근성 향상 및 문제점 개선을 통해 이용편의성을 높이고 있다.

그림3.5-4 홈페이지 및 모바일 앱 관리 업무 흐름도

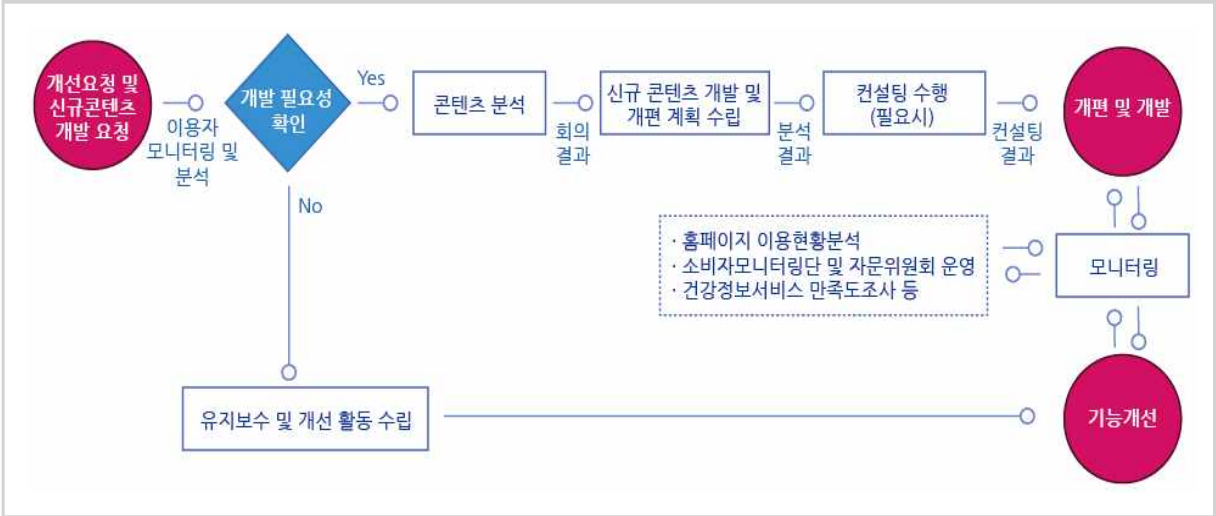


표3.5-3 연도별 홈페이지 및 모바일 앱 개편내용

연도	주요 내용
2000년	• 심사평가원 출범과 함께 http://www.hira.or.kr 개통 • 심사평가원 소식을 비롯하여 심사평가제도, 요양기관정보 등 구성
2003년	• 서면처리업무를 인터넷을 통해 처리 • 공인인증시스템을 통한 사용자 인증기능 마련
2005년	• 고객중심의 차별화된 정보제공(약품정보, 민원 방문예약 상담제, 고객 제안 코너 등) 및 사용성 개선으로 고객이 참여할 수 있고 손쉽게 정보를 이용 할 수 있도록 개편
2007년	• 고객별 유형분류를 통해 일반국민과 요양기관용으로 구분하여 접속하도록 개편
2009년	• 자주 이용하는 서비스를 중심으로 홈페이지 개편 • 첫 화면 로그인 서비스 및 상위 10개 서비스 전면배치
2010년	• 검색어 자동완성 기능 및 민원창구의 통합 • '건강통계' 앱, '건강정보' 앱 개발
2011년	• 요양기관홈페이지(biz.hira.or.kr) 국민홈페이지와 분리하여 별도 개통(5월), • 대국민 중심으로 메뉴체계 개선 및 병원평가정보 제공 방법 개선 등 고객중심 서비스 강화(12월) • '병원정보' 앱 및 '진료비확인' 앱 개발
2012년	• 웹접근성 품질마크[59] 신규 획득 • 검색, 처방전 등록 등 사용자 편의성 증대를 위한 모바일 서비스 통합 개편
2013년	• 국민의 입장에서 정보를 손쉽게 활용하고 수요자 맞춤형 서비스 제공 – 내 PC기반 가까운 병원 · 약국찾기 정보 제공, Open API 방식 도입 등 신규 콘텐츠 15개 개발 • 모바일 신규 콘텐츠 개발(의료기관별 비급여 진료비 비교정보 및 안전상비약 판매처제공)
2014년	• 홈페이지 신규콘텐츠 개발(우수 아이디어 공모 및 공모 진행사항 조회 화면 등 3개) • 정부3.0 추진과제 및 건강정보 콘텐츠 개발 · 개선 요구에 따른 맞춤형 모바일 서비스 개편
2015년	• 쉬운 용어, 데이터시각화, 장애인 및 고령자의 웹, 앱 접근성 보장을 통한 편리성 제고 • 킬러 콘텐츠 고도화 및 개인별 맞춤형 서비스 개발 등으로 보다 유익한 정보 제공 • 병원정보 마트 구축 등 보건의료 빅데이터를 활용한 선제적 서비스 발굴 및 개발
2016년	• 병원정보, 병원평가정보, 진료비정보 등의 융합으로 맞춤형 병원 선택 확대 제공 • 정보취약계층(장애인, 고령자 등)을 위한 웹 · 모바일 서비스 접근성 인증 획득
2017년	• 간결하고 단순한 메뉴와 페이지 구조 개선으로 이용편의성 강화 • 홈페이지의 호환성 및 접근성 개선 중심으로 개편 • 국민 활용 관점에서 기존 콘텐츠 기능 강화 및 재구성(병원 · 약국 찾기 등)
2018년	• 국민홈페이지 회원 약관 변경 • 굿콘텐츠서비스인증[60](홈페이지/모바일 앱) 획득 • 모바일 앱 개편 – 메인화면을 두 개의 탭(국민서비스, 기관소개)으로 분리하여 국민이 원하는 서비스를 보다 빨리 찾을 수 있게 개선 – 비회원도 모바일 앱 서비스를 편리하게 이용하도록 공인인증서 및 휴대폰 인증 등 본인인증 방법 확대 • 모바일 앱 접근성 인증(Android/iOS) 획득
2019년	• 정보취약계층(장애인, 고령자 등)을 위한 웹 · 모바일 서비스 접근성 인증 획득 – 국민홈페이지 · 모바일 앱(Android/iOS) 접근성인증 갱신 및 모바일 웹 접근성인증 신규 획득
2020년	• 정보취약계층(장애인, 고령자 등)을 위한 홈페이지 웹 · 모바일 서비스 접근성 인증 갱신 • ISO20000(IT서비스관리) 인증 획득

59 웹 접근성 품질마크: 장애인 및 고령자가 웹 사이트 이용에 불편이 없도록 웹 접근성 표준지침을 준수한 우수 사이트에 대해 웹 접근성 수준을 인정하고 이를 상징하는 품질마크를 부여하는 인증제도

60 굿콘텐츠서비스인증: 과학기술정보통신부가 주최하고 한국데이터진흥원이 주관하는 제도로, 국민이 신뢰하고 이용할 수 있는 우수 콘텐츠 서비스를 발굴하여 품질 인증마크를 부여하는 제도

라. 보안 및 시스템 관리

홈페이지 및 모바일 앱을 통해 수집된 개인정보가 타인에게 노출되지 않도록 2011년 3월 29일 제정된 「개인정보 보호법」에 의한 관련 규정을 준수하고 있으며, 행정자치부 표준개인정보보호지침 제60조 관련 회원가입 후 2년을 주기로 회원 지속 여부 관련 재동의를 받고 있다.

4 비급여 진료비용 공개

작성: 비급여정보관리부

가. 추진 배경 및 경과

의료기관별 비급여 진료비용을 쉽게 비교 가능하도록 공개함으로써 의료소비자의 알 권리를 충족시키고 의료선택권을 강화하고 있다. '12년 10월 물가관계장관회의에서 비급여 진료비용 정보를 공개하기로 결정하였다. '13년 상급종합병원(43기관) 29항목 비급여 진료비용 29항목 공개를 시작으로 단계적으로 확대하여 '20년 현재 병원급 의료기관 비급여 진료비용 564항목을 공개하고 있다. 또한 의원급 의료기관의 비급여 진료비용 공개 시범사업을 '20년부터 진행하고 있으며 '21년부터 본 사업을 시행할 예정이다.

※「의료법」 제45조에 따른 비급여 진료비용 고지 의무규정은 의료공급자 위주로 정보공개를 하고 있어 의료기관마다 명칭이 다르고, 의학용어 사용 등으로 환자나 환자보호자가 쉽게 이용하기 어려움이 있다.

나. 법적근거

- 「의료법」 제45조의2(비급여 진료비용 등의 현황조사 등)
- 「의료법 시행령」 제42조(업무의 위탁)제3항
- 「의료법 시행규칙」 제42조의3(비급여 진료비용 등의 현황 조사 등)

〈 주요내용 〉

- 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료기관을 대상으로 비급여 진료비용 및 제증명수수료에 대한 현황을 조사·분석하고 그 결과를 공개 할 수 있도록 한다. 개정(2020.9.4.), 시행일(2021.1.1.)
- 보건복지부장관은 비급여 진료비용 및 제증명수수료에 대한 현황 조사·분석을 위하여 의료기관의 장에게 관련 서류 또는 의견의 제출을 명할 수 있도록 하고, 관계 전문기관이나 전문가에게 필요한 자료 또는 의견의 제출을 요청할 수 있도록 한다.
- 보건복지부장관은 비급여 진료비용 및 제증명수수료의 현황에 대한 조사·분석결과를 보건복지부장관이 지정한 시스템에 게시하도록 한다.

○ 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」 제정

〈 주요내용 〉

- 「의료법 시행령」 제42조에 따라 심사평가원에 자료의 조사 및 분석, 결과의 공개, 홈페이지 구축 · 운영, 연구 · 교육, 홍보 등의 업무를 위탁한다.
- 병원급 의료기관을 대상으로 하며, 564개 항목(비급여 진료비용 533항목, 제증명수수료 31항목)을 공개 항목으로 정한다.
- 공개는 심사평가원의 인터넷 홈페이지(심사평가원의 '스마트폰 어플리케이션'을 포함)로 지정하였으며, 공개 시기는 매년 4월 1일로 한다.(다만 2016년도 공개시기는 12월 1일로 함)

다. 대상기관 및 항목

	'16년 12월	'17년 12월	'18년 4월	'19년 4월	'20년 4월
대상기관	- 상급종합병원 - 종합병원 - 치과병원 - 한방병원 - 전문병원 - 150병상 초과 병원 (요양병원 포함)	- 상급종합병원 - 종합병원 - 치과병원 - 한방병원 - 병원 - 요양병원	- 상급종합병원 - 종합병원 - 치과병원 - 한방병원 - 병원 - 요양병원	- 상급종합병원 - 종합병원 - 치과병원 - 한방병원 - 병원 - 요양병원	- 상급종합병원 - 종합병원 - 치과병원 - 한방병원 - 병원 - 요양병원
항목	52항목	107항목	207항목	340항목	564항목

* 비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준 제4조제2항 [별표 1], 공개항목 표3 참조

표3.5-4 비급여진료비정보 공개항목(564항목)

구분(항목수)	세부항목(항목수)
상급병실료(3)	1인실, 2인실, 3인실
교육상담료(7)	당뇨병교육, 고혈압교육, 치태조절교육, 고지혈증교육, 재생불량성빈혈교육, 유전성대사장애질환교육, 난치성뇌전증교육
검체 검사료(10)	호산구양이온단백농도측정검사, 비타민 D1[RIA법], 트립타제, 알파피토프로테인분획, 안드로스테네디온, DHEA(Dehydroepiandrosterone), 성호르몬결합글로불린, 갑상선자극면역글로불린[생물발광법], 인플루엔자 A · B바이러스항원검사[현장검사], 항뮬러관호르몬[정밀면역검사]
병리검사료(3)	기타 검사-중합효소연쇄반응법-MRSA, 기타 검사-메티실린내성 황색포도알균 유전자검사[실시간 중합효소연쇄반응], 양수염색체검사
기능 검사료(35)	후각기능(인지 및 역치)검사, 호기 산화질소 측정, 교감신경피부반응검사, 성기능장애평가, 섭식장애평가, 발음 및 발성검사, 언어전반진단검사, 영유아발달검사(한국판덴버발달검사), 덴버발달검사, 뮌헨 유소아 기능발달검사, 정량적감각기능검사(2), 자율신경계이상검사(5), 정량적 발한 축삭 반사검사, 초음파를 활용한 뇌혈류 기능검사, 동적체평형검사, 회전검사, 비디오전기안진검사, 관절계를 이용한 무릎관절인대검사, 체온열검사(2), 동적 족저압측정, 눈의 계측검사, 안구광학단층촬영, 간섬유화검사, 주사제 약물 유발시험, 경구 음식물유발시험과 경구 약물유발시험검사, 정맥역류검사, 동맥경화도검사(맥파전달속도측정), 관상동맥내 광학파 단층촬영, 미세전위 T 교대파 검사

구분(항목수)	세부항목(항목수)
내시경, 천자 및 생검료(6)	약물유도 수면상기도내시경검사, 입체적 유방절제생검술, 진정내시경 환자관리료-Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ
초음파검사료(74)	단순초음파-Ⅰ/Ⅱ, 횡파 탄성 초음파 영상(1), 두경부-안 초음파(3), 두경부-경부 초음파(2), 두경부-비 · 부비동 초음파(1), 흉부-유방 · 액와부 초음파(1), 흉부-유방 · 액와부 제외한 흉부 초음파(1), 심장-경흉부 심초음파(3), 심장-부하심초음파(2), 심장-태아정밀 심초음파(1), 복부-복부 초음파(5), 복부-비뇨기계 초음파(3), 복부-남성생식기 초음파(4), 복부-여성생식기 초음파(3), 근골격, 연부-관절 초음파(9), 근골격, 연부-연부조직 초음파(2), 혈관-뇌혈류 초음파(1), 혈관-두개외 혈관 도플러 초음파(2), 혈관-사지혈관 도플러 초음파(6), 혈관-대동맥 도플러 초음파(1), 신경-중추신경계 초음파(2), 신경-말초신경 초음파(2), 임산부 초음파(4), 수술 중 초음파, 분만기간 초음파, 진공보조 유방 생검시 유도 초음파(1), 유도초음파-Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ, 기관지내시경초음파, 내시경초음파, 관강내초음파, 혈관내초음파, 심장-경식도 심초음파(1), 심장-심장내 초음파(1)
영상진단 및 방사선치료료(2)	디지털 단층영상합성촬영술-유방, 뇌혈관 정량적 자기공명혈관조영술[동 행위를 위해 실시한 MRA 포함]
자기공명영상진단료(MRI)(125)	뇌-일반-촬영료 등(1)/일반-판독료(1), 두경부-일반-촬영료 등(6)/일반-판독료(6), 척추-일반(4), 척추-중재적 시술시(4), 척추-조영제 주입 전 · 후 촬영 판독(4), 척추-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)(4), 척추-3차원자기공명영상을 실시한 경우(4), 척추-흉추와 요천추를 동시촬영(1), 척추-경추, 흉추, 요천추와 척추강을 동시촬영(1), 근골격계-일반(9), 근골격계-중재적 시술시(9), 근골격계-조영제 주입 전 · 후 촬영 판독(9), 근골격계-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)(9), 근골격계-3차원자기공명영상을 실시한 경우(9), 흉부-일반-촬영료 등(2)/흉부-일반-판독료(2), 복부-일반-촬영료 등(8)/일반-판독료(8), 혈관-일반-촬영료 등(5)/일반-판독료(5), 혈관-사지혈관-일반(1), 혈관-사지혈관-조영제 주입 전 · 후 촬영 판독(1), 혈관-사지혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우(1), 전신-일반-촬영료 등(1)/일반-판독료(1), 심장-일반-촬영료 등(1)/일반-판독료(1), 확산, 관류[3차원자기공명영상 포함], 분광영상, 영화[기본검사 및 3차원자기공명영상 포함], Dynamic[기본검사 포함], 이중조영[기본검사 포함], 기능적[기본검사 및 3차원자기공명영상 포함]
주사료(2)	알레르겐 면역요법, 약물탈감작요법
이학요법료(9)	언어치료, 신장분사치료, 도수치료, 증식치료(2), 체외자기장 요실금치료[1일당], 전산화인지재활치료[주의 · 기억], FIMS(Functional Intramuscular Stimulation), 비침습적 무통증 신호요법
처치 및 수술료(39)	지방흡입기를 이용한 액취증 · 다한증 수술, 레이저를 이용한 손발톱 진균증 치료, 추간판내 고주파열치료술, 체외충격파치료[근골격계질환], 자가 골수 줄기세포 치료-연골결손, 비밸브재건술, 후두내시경하 펄스다이레이저 후두수술, 성대근내 보툴리눔 독소 주입술, 고주파정맥내막폐쇄술(2), 광투시정맥흡입제거술(2), 레이저정맥폐쇄술, 초음파 유도하 혈관경화요법, 고주파 설근부 축소술, 이설근전진술, 고강도 초음파 집속술[전립선암], 이식형 결찰사를 이용한 전립선 결찰, 고주파 자궁근종 용해술, 자기공명영상유도 하 고강도초음파집속술[자궁근종], 초음파 유도하 고강도초음파집속술[자궁근종, 자궁선근증], 정자채취 및 처리, 난자채취 및 처리, 수정 및 확인(2), 해동, 배아 배양 및 관찰, 배아 이식, 자궁강내 정자주입술, 배아 동결 · 보존, 증상이 있는 갑상선양성결절의 고주파열치료술, 내시경적 경막외강 신경근성형술, 경피적 경막외강 신경성형술, 대뇌운동피질자극술[체내삽입형 신경자극기 이용], 경피적 풍선확장 경막외강 신경성형, 간암의 초음파유도 고강도초음파집속술, 로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함]-다빈치 기기(2), 경두개자기자극술
모발이식술료(5)	모발이식술-500모 미만/500모~1,000모 미만/1,000모~2,000모 미만/2,000모 이상/모발이식술-1모당
시력교정술료(2)	레이저각막절삭성형술(라식), 레이저각막상피절삭성형술(라섹)
치과처치 · 수술료(7)	광중합형 복합레진 충전(5), 자가치아 이식술, 잇몸웃음교정술
한방검사료(7)	골도법검사, 사상체질검사(2), 혈맥어혈검사(맥파전달속도측정), 경근무늬측정검사, 경피온열검사(2)
한방 시술 및 처치료(9)	약침술-경혈, 한방물리요법-경피전기자극요법/경근간섭저주파요법, 한방 향기요법, 자율훈련법, 추나요법-단순추나/복잡추나/특수(탈구)추나/특수(내장기,두개천골)추나

구분(항목수)	세부항목(항목수)
치과의 보철료(14)	치과임플란트-Metal/Gold/PFM/PFG/올세라믹/Zirconia/기타 크라운-Metal/Gold/PFM/PFG/올세라믹/Zirconia/기타
예방접종료(43)	대상포진(2), 로타바이러스(2), 수두(3), 수막구균(2), 신증후군출혈열(1), 사람유두종바이러스(3), 인플루엔자(12), 장티푸스(1), Td(파상풍, 디프테리아)(4), Tdap(파상풍, 디프테리아, 백일해)(2), 폐렴구균(4), A형간염(7)
치료재료(121)	척추경막외 유착방지제(11), 조절성 인공수정체(30), 고주파 설근부 축소술용(7), 고주파 정맥내막 폐쇄요법용(5), 정맥류제거용(8), 혈관내영상카테타(7), 관상동맥내 광학파 단층촬영용(1), 고주파 자궁근종용해술용(14), 갑상선 양성결절의 고주파 열치료용(14), 미세전위 T교대파 검사용 SENSOR(1), 연골 결손 환자에서의 자가 골수 줄기 세포 치료술용(6), 유방 생검용(9), 기관지내시경 초음파를 이용한 세침흡인술용(6), 동적 족저압 측정용(1), 전립선 결찰술용 이식형 결찰사(1)
보장구(10)	굴절교정렌즈(10)
제증명수수료(31)	진단서(일반/건강/근로능력평가용)
	사망진단서
	장애진단서(신체적장애/정신적장애/후유장애)
	병무용진단서
	국민연금 장애심사용진단서
	상해진단서(3주 미만/3주 이상)
	영문진단서(일반)
	확인서(입퇴원/통원/진료)
	향후진료비추정서(천만원 미만/천만원 이상)
	출생증명서
	시체검안서
	장애인증명서
	사산(사태)증명서
	입원사실증명서
	채용신체검사서(공무원/일반)
	진료기록사본(1~5매/6매 이상)
	진료기록영상(필름/CD/DVD/USB)
	제증명서 사본

라. 자료수집

- 비급여 진료비용 송수신시스템을 이용하여 비급여 진료비용 자료수집
  - Biznet시스템/ 대국민포털 관리/ 인터넷업무서비스/ 비급여가격정보관리/ 비급여 업데이트 관리(정기)

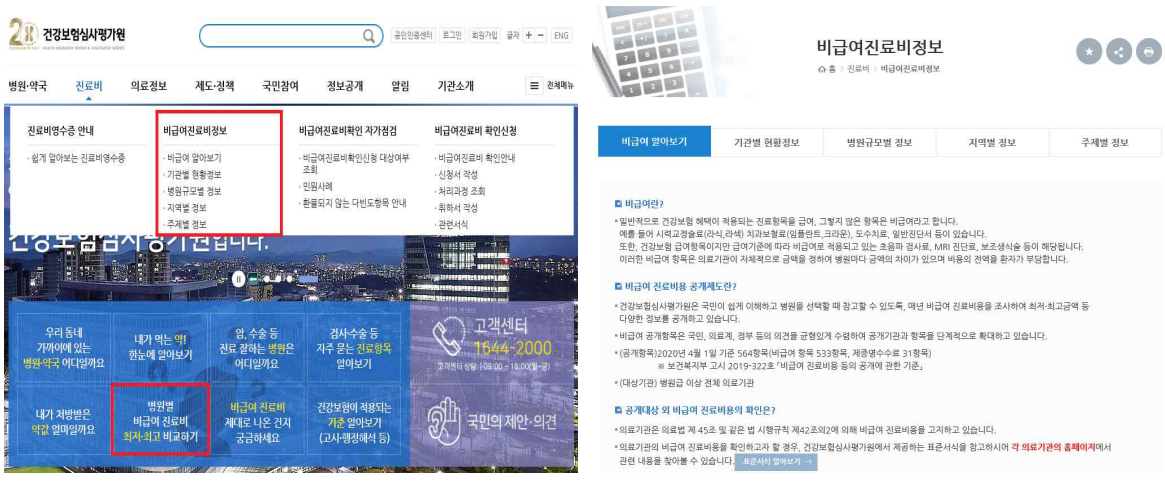
그림3.5-5 BizNet의 비급여 진료비용 공개 수집 화면



마. 정보공개

- 심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr) 메인 ▸ 병원별 비급여 진료비 최저·최고 비교하기 / 상단 ▸ 진료비 〉 비급여진료비정보

그림3.5-6 비급여진료비정보 홈페이지 화면



- 모바일 앱 '건강정보' 메인 ▸ 비급여진료비정보 / 상단 사이드 메뉴 ▸ 진료비알아보기 ▸ 비급여진료비정보)

그림3.5-7 비급여진료비정보 모바일앱 화면



5 특정진료 실시기관 공개

가. 개요

의료 및 건강정보에 대한 국민의 관심과 요구가 증대함에 따라 의료소비자의 알 권리 및 의료선택권 보장을 위해 의료서비스에 대한 국민적 정보공개 요구가 증가하고 있다.

이에 구순구개열수술, 선천성직장항문기형수술 등과 같은 전문적이고 고난이도의 수술, 특수의료장비 이용 수술 등 특정수술·시술 실시기관을 공개하여 국민이 의료기관을 합리적으로 선택하기 위한 정보를 제공하고 있다.

나. 법적근거

- 「공공기관의 정보공개에 관한 법률·시행령·시행규칙」
- 심사평가원 「정보공개업무운영지침」

다. 주요내용

1) 대상항목

- 전문적이고 난이도가 있으며 남용의 우려가 없는 수술 또는 시술
- 보장성 강화 정책으로 건강보험급여 확대된 수술 등의 진료
- 사회적 관심이 증가된 수술 또는 시술

2) 대상기관

명세서 건수 5건 이상 수술·시술 의료기관

* 알코올질환 입원치료, 화상치료 병원은 환자 수 기준

3) 대상자료

- 건강보험, 의료급여 명세서
  - 전산매체(EDI, 디스켓) 청구기관
  - 의과 입원 진료 지급 건
    * 단, 각막이식술, 사시수술, 망막수술, 사지접합술, 정맥류 수술은 외래 포함

4) 대상기간

공개연도 전년도 진료분(12개월)

5) 공개내용

특정 수술·시술 실시기관 소재지, 종별구분, 위치 찾기 등

표3.5-5 2020년 특정진료 실시기관 공개항목(28항목)

구 분	공개항목
특정분야(1)	알코올질환 입원치료
특정 수술 · 시술(17)	고압산소요법, 구순구개열수술, 망막수술, 부정맥고주파절제술, 비만수술(치료목적),사시수술, 사지접합술, 선천성직장항문기형수술, 심율동전환제세동기거치술, 악성골종양광범위절제술, 안와골절 정복술, 인공심박동기거치술, 인공판막치환술, 제왕절개 후 자연분만, 정맥류수술, 화상치료병원, 후두악성종양적출술
장기이식술(10)	각막 · 공막 · 간 · 소장 · 손 및 팔 · 신장 · 심장 · 조혈모세포 · 췌장 · 폐 이식술

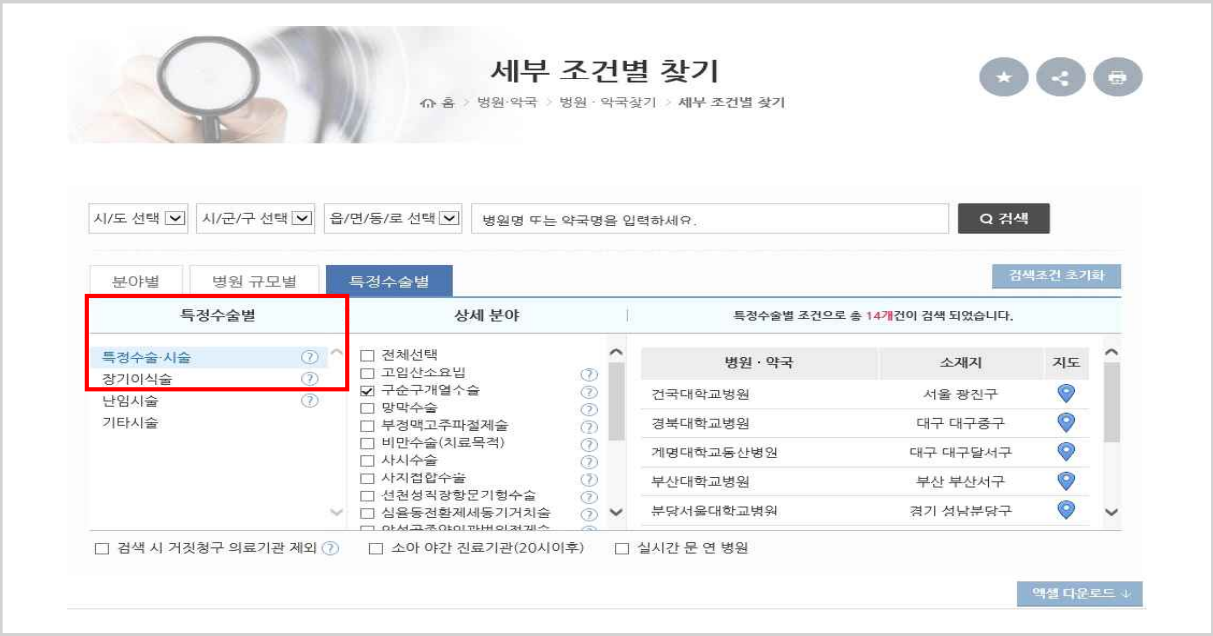
6) 공개주기

1회/년

7) 정보공개

- 심사평가원 홈페이지 〉 병원·약국 〉 병원·약국 찾기 〉 세부조건별 찾기 〉 특정수술별 〉 특정수술·시술 / 장기이식술

그림3.5-8 특정진료 실시기관 안내 홈페이지 화면



- 모바일 앱 '건강정보' 〉 국민서비스 〉 진료과목/특정진료 〉 특정진료

그림3.5-9 특정진료 실시기관 안내 모바일앱 화면



Ⅲ 정보공개제도

작성: 빅데이터기획부

1 개요

정보공개 제도란 공공기관이 보유·관리하고 있는 정보를 국민이 청구하거나, 공공기관이 적극적으로 제공함으로써 국민의 알 권리를 보장하고 국민의 국정 참여와 국정운영의 투명성을 확보하는 제도이다.

2 법적근거

- 「헌법」 제21조(표현의 자유)
- 「공공기관의 정보공개에 관한 법률·시행령·시행규칙」
- 심사평가원 「정보공개업무운영지침」

3 정보공개제도 업무 내용

가. 정보공개 서비스 유형

그림3.5-10 정보공개 서비스 유형

행정정보공개	• 건강보험심사평가원이 보유한 정보를 국민의 청구에 응하여 공개 – 홈페이지, 팩스(FAX), 서면 등 청구인의 청구에 의해 제공
사전정보공표	• 정보요구가 많은 유형을 분석·모니터링하여 국민이 원하는 정보를 행정적 절차 없이 홈페이지에서 즉시 조회할 수 있도록 마련
원문정보공개	• 생산문서 정보목록 및 임원급 결재문서 중 공개로 설정된 원문정보를 사전에 공개

나. 행정정보공개

1) 정보공개 청구

가) 공개대상 정보의 범위

심사평가원이 직무상 작성 또는 취득하여 관리하고 있는 문서(전자문서 포함)·도면·사진·필름·테이프·슬라이드 및 그 밖에 이에 준하는 매체에 기록된 사항

나) 정보공개 청구방법

○ 청구서 제출

청구방법		설 명
온라인 (인터넷)	심사평가원 국민홈페이지	행안부 정보공개포털(www.open.go.kr)에서 청구서 작성 ※ 심사평가원 국민홈페이지에서 청구시 행안부 포털로 자동연계
	행안부 정보공개포털	
서면	우편	청구서를 서면으로 작성하여 우편으로 발송
	모사전송	청구서를 서면으로 작성하여 FAX로 전송
방문	직접 작성	심사평가원 접수창구를 방문, 청구서 접수
	구술 청구	심사평가원 접수창구를 방문, 구두로 청구

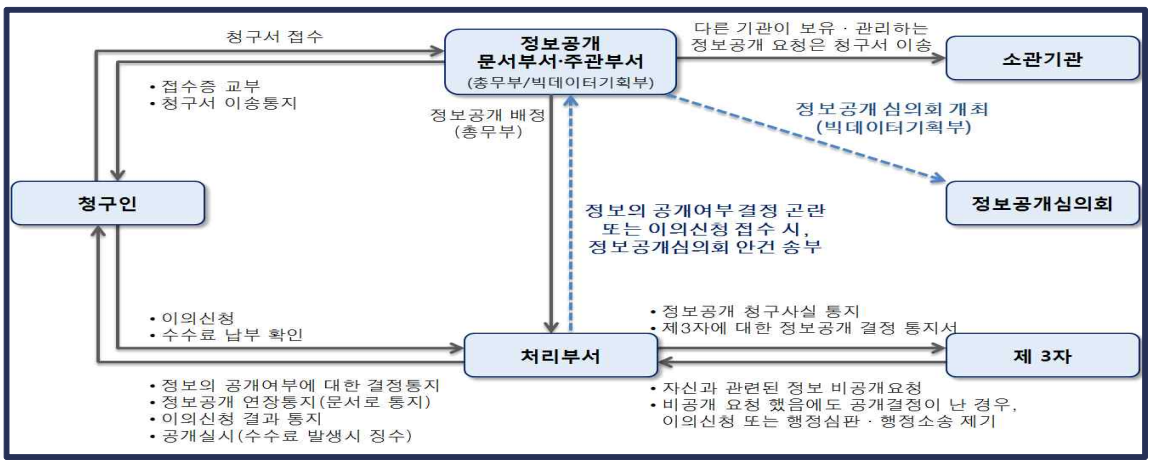
○ 구두로 청구하는 경우

- 청구인은 담당 직원의 앞에서 진술하고, 담당 직원은 정보공개 청구조서를 작성하여 청구인과 함께 기명날인

2) 정보공개 처리

가) 청구서 처리 절차도

그림3.5-11 청구서 처리 절차도



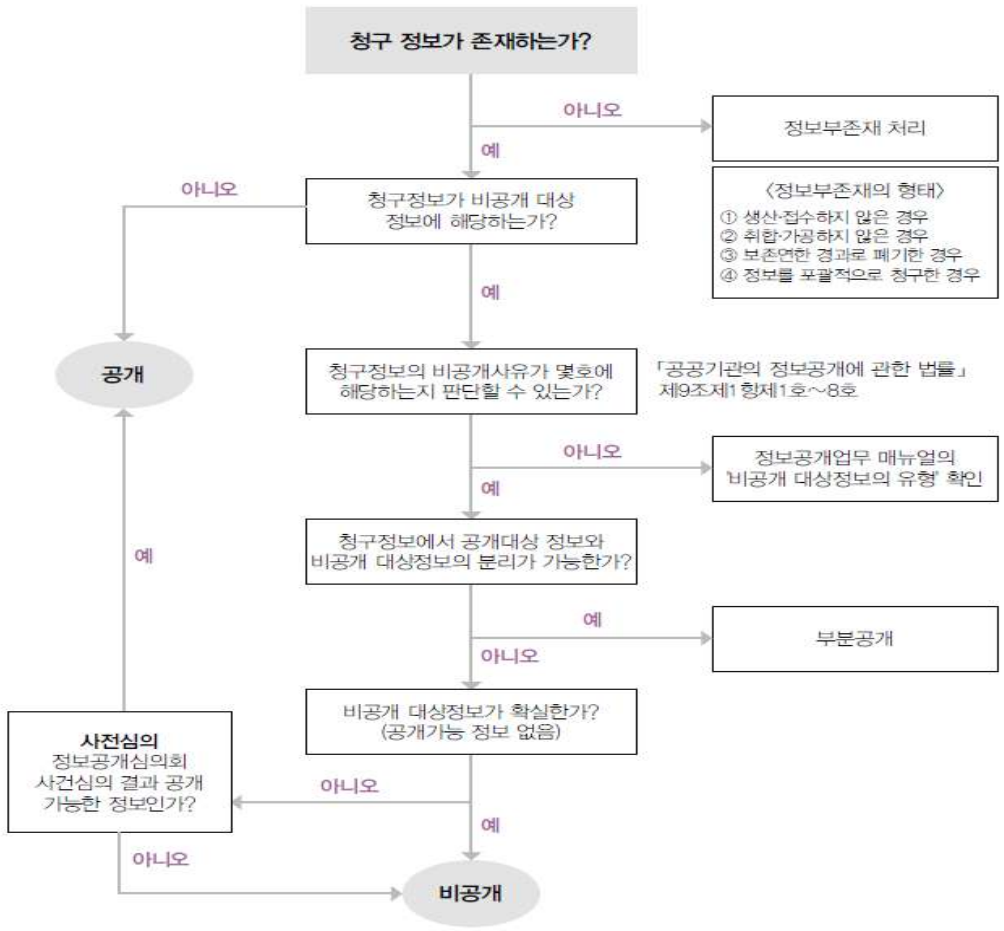
나) 공개여부 결정

- 심사평가원이 보유 · 관리하는 정보는 원칙적으로 공개 대상이 되며, 예외적으로 법 제9조제1항 또는 지침 제5조제1항 단서 규정에서 정한 비공개 사유에 해당하는 정보는 공개하지 않을 수 있음

〈 비공개 대상 정보(법 제9조제1항) 〉

① 법령상의 비밀 · 비공개 정보(제1호)
② 안보 · 국방 · 통일 · 외교 관련 정보(제2호)
③ 국민의 생명 · 신체 · 재산 및 공공안전 관련 정보(제3호)
④ 재판 · 수사 등 관련 정보(제4호)
⑤ 감사 · 감독 · 계약 등 관련 정보, 의사결정 과정이나 내부검토과정에 있는 정보(제5호)
⑥ 이름 · 주민번호 등 개인정보(제6호)
⑦ 법인의 경영 · 영업비밀 정보(제7호)
⑧ 부동산 투기 · 매점매석 등 관련 정보(제8호)

그림3.5-12 비공개 정보 판단 절차



○ 청구를 받은 날부터 10일 이내에 공개여부를 결정해야 하며, 부득이한 경우 10일의 범위 내에서 연장 가능

- 결정기간을 연장하는 경우, 연장된 사실과 연장 사유를 청구인에게 지체 없이 문서로 통지 (지침 별지 제5호 서식)

〈 기간연장이 부득이한 사유(시행령 제7조) 〉

- 한꺼번에 많은 정보공개가 청구되거나 공개 청구된 내용이 복잡한 경우
- 정보를 생산하는 공공기관 또는 정보와 관련 있는 제3자의 의견 청취, 정보공개심의회 개최 등의 사유로 정해진 기간 내에 공개 여부를 결정하기 곤란한 경우
- 전산정보처리조직에 의하여 처리된 정보가 공개부분과 비공개부분을 포함하고 있고, 정해진 기간 내에 부분 공개 가능 여부를 결정하기 곤란한 경우
- 천재지변, 일시적인 업무량 폭주 등의 경우

○ 결정기간의 기산점

- 「민원처리에 관한 법률」제19조제2항 준용하여 첫 날은 산입하고 공휴일과 토요일은 산입하지 않음

다) 제3자(이해관계인) 의견청취

공개 청구된 공개 대상 정보가 공개(부분공개)일 경우에 청구 사실을 제3자에게 통지할 수 있음(지침 별지 제3호 서식)

3) 정보공개 실시

공개 일시의 결정은 공개를 결정한 날부터 10일 이내

※ 청구한 정보가 존재하지 않을 경우(정보공개 대상 아닌 경우)에는 정보부존재 처리

〈 정보부존재 처리 〉

- 정보부존재로 판단할 수 있는 경우
  - 공공기관이 청구된 정보를 '생산 · 접수'하지 않은 경우
  - 정보를 '취합 · 가공' 해야 하는 경우
  - 기록물관리법에 따라 '보존연한이 경과'하여 '폐기'된 경우
  - 정보를 특정하지 않고 '포괄적으로 청구'한 경우

- 정보부존재 처리절차
  - 처리부서에서는 정보부존재 처리 시 정보공개 총괄부서의 담당 차장 '협조'를 반드시 거쳐야함
  - 공개 또는 비공개 결정할 수 있는 정보와 정보부존재가 함께 있는 경우는, 결정통지서 상에 '정보부존재'의 사유를 작성해야하며, 공개/비공개 내용과 명확히 구분하여야 함
  - 정보부존재의 경우 청구일로부터 7일 이내에 결정 필요

4) 불복구제 절차

가) 방법

정보공개 내용에 불복할 경우 '이의신청', '행정심판', '행정소송'을 순서에 상관없이 제기할 수 있음

나) 절차

- 이의신청 ➠ 심사평가원에 신청 ➠ 심사평가원의 재결
- 행정심판 ➠ 심사평가원 또는 심판청구위원회에 신청 ➠ 심판청구위원회의 재결
- 행정소송 ➠ 관할 행정법원에 소의 제기 ➠ 행정법원의 판결 또는 결정

다) 이의신청

- 청구인의 이의신청(법 제18조, 지침 제14조)
  - 공공기관의 비공개 또는 부분 공개의 결정에 불복
  - 정보공개 청구 후 20일이 경과하도록 정보공개 결정이 없을 때
    ※ 결정 통지를 받은 날 또는 청구 후 20일이 경과한 날부터 30일 이내 신청
- 제3자의 이의신청(법 제21조, 지침 제14조)
  - 비공개 요청을 받은 공공기관의 공개결정에 불복
  - 결정통지를 받은 날부터 7일 이내 신청
- 이의신청은 정보공개심의회 심의를 통하여 공개여부 결정하며 처리기간은 이의신청을 받은 날부터 7일 이내(부득이한 경우 7일 이내의 범위에서 연장 가능)
- 각하(却下) 또는 기각(棄却)하는 결정을 한 경우에는 청구인에게 행정심판 또는 행정소송을 제기할 수 있다는 사실을 통지
- 정보공개 심의회 구성 · 운영
  - 총 9명으로 구성(외부5명, 내부4명)

라) 행정심판, 행정소송

- 청구인 · 제3자가 정보공개와 관련한 공공기관의 결정에 불복하거나 정보공개 청구 후 20일이 경과하도록 정보공개 결정이 없을 때
- 「행정심판법」, 「행정소송법」에 따라서 행정심판 · 행정소송 청구가 가능하며, 이의신청 절차를 거치지 않고 청구 가능

- 심판청구의 기간은 처분이 있음을 알게 된 날부터 90일 이내, 처분이 있었던 날부터 180일 이내 청구 가능
- 행정소송 제기 시기는 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내, 처분이 있었던 날부터 1년 이내 제기 가능

다. 사전정보공표

국민의 정보공개 청구가 없더라도 국민이 필요로 하는 정보를 선제적, 능동적으로 공개하는 제도

- 공표목록
  - 행정안전부 선정 공공기관 지원업무분야 사전정보공표 표준모델 항목, 국민이 즐겨찾는 정보, 국정감사 · 행정사무 감사 관련 정보, 국가계약법 관련정보, 예산집행 등 심사평가원 선정 항목
- 공개위치
  - 심사평가원 홈페이지(http://www.hira.or.kr) → 정보공개 → 사전정보공표

라. 원문정보공개

1) 정의

원문정보공개는 국민 알권리 보장과 기관 업무처리 투명성 향상을 위해 문서정보목록(문서제목) 및 원문정보(기안문 및 붙임파일)를 국민에게 사전 공개하는 제도

2) 원문정보공개대상

모든 생산문서의 정보목록 및 임원(원장, 감사, 상임이사) 결재 문서 중 공개로 설정된 원문정보
※ 준정부기관은 '16.3.1.이후 생산 문서부터 공개

3) 공개위치

행정안전부 정보공개포털(www.open.go.kr) → 원문정보 → 기관별 · 테마별

Ⅳ 대국민 통계정보 서비스

1 개요

심사평가원은 건강보험제도를 운영하면서 수집·관리되는 빅데이터(심사청구정보, 의료기관 인력·시설·장비 등 현황정보 등)를 기반으로 정확하고 활용성 높은 통계정보를 생산·제공함으로써 보건의료계의 합리적 의사결정 지원 및 국민의 알권리 신장에 기여하고 있다.

2 법적근거

- 「통계법·시행령·시행규칙」
- 「공공기관의 정보공개에 관한 법률·시행령·시행규칙」
- 「개인정보보호법·시행령·시행규칙」
- 「공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률·시행령·시행규칙」
- 「국회법」 제128조(보고·서류 등의 제출 요구)
- 「행정절차법」 제7조(행정청 간의 협조), 제8조(행정응원)

3 대국민 통계정보 서비스

심사평가원은 요양기관에서 청구한 요양급여비용명세서의 진료내역, 요양급여 적정성 평가결과, 의료기관에서 신고한 의료자원 현황, 의약품 유통 현황 등 방대한 보건의료 빅데이터를 보유하고 있으며, 이러한 자료를 근간으로 정확하고 활용성 높은 통계정보를 생산하기 위해 품질관리 체계를 마련하여 운영하고 있다.

체계적인 품질관리를 통해 생산된 통계정보는 건강보험통계연보 등 정기 통계간행물 발간, 보건의료빅데이터개방시스템(http://opendata.hira.or.kr) 의료통계정보 구축 · 운영, 대외 요청 자료 제공 등으로 서비스되고 있다.

가. 통계정보 품질관리

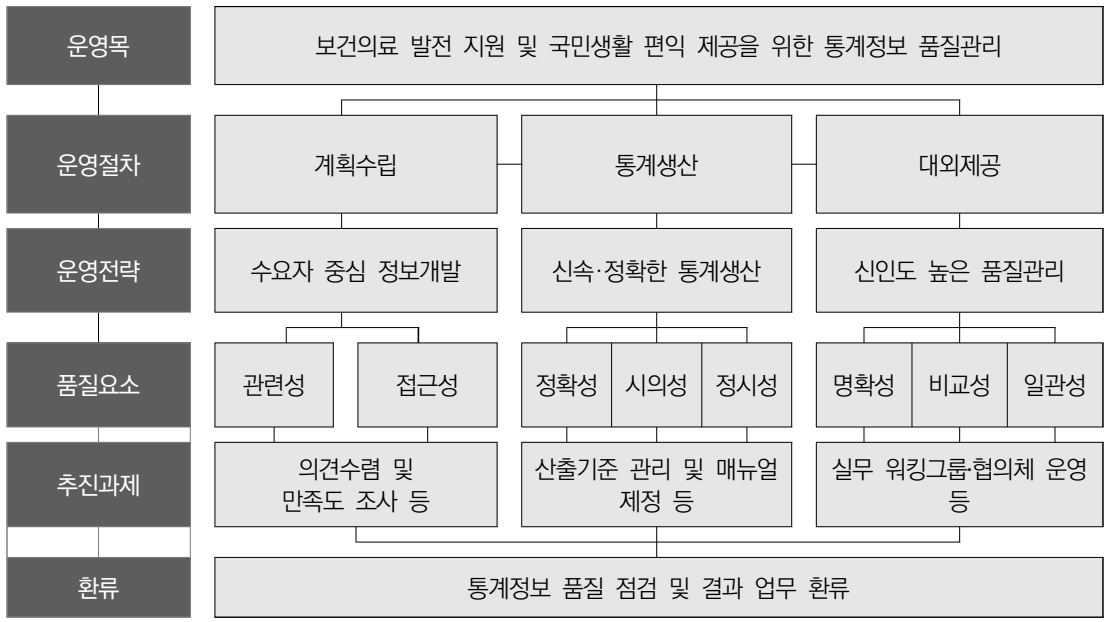
1) 통계정보 품질관리 체계 마련 · 운영

- 정확하고 활용성 높은 통계정보 생산을 위해 품질관리 8대 요소(관련성, 접근성, 정확성, 시의성, 정시성, 명확성, 일관성, 비교성)별 점검 및 개선 방향 설정
- 목표수립→전략 마련→추진과제 발굴 · 실행→환류 등 품질관리 체계 운영

표3.5-6 품질관리 요소별 개념 및 적용 방향

요소	개념	적용 방향
관련성	• 통계자료가 이용자의 요구사항을 충족하는 정도	• 통계정보 이용자 요구도 파악 및 만족도 조사
접근성	• 이용자가 통계자료에 얼마나 쉽게 접근하여 활용할 수 있는지에 대한 정도	• 통계정보 이용편의성 개선 및 정보전달 매체 다양화
정확성	• 미지의 참값과 추정된 값의 근접성에 관한 개념 (정확한 값이 산출되었는지 정도)	• 통계정보 산출 기준 정비 및 산출 업무 프로세스화
시의성	• 작성 기준 시점과 결과 발표 시점 간 차이 (통계의 현실 반영도)	• 통계정보 작성 기준 시점과 결과 발표 시점 차이를 최소화
정시성	• 예고된 공표시기를 정확히 준수하는 정도	• 정례적인 통계정보는 공표시기를 명확히 하고 필요한 경우 사전 예고
명확성	• 통계가 어떻게 산출되었는지에 대한 정보제공 수준	• 통계정보 산출 기준 안내 및 메타데이터 제공
일관성	• 동일한 경제·사회현상에 대해 서로 다른 통계자료들이 얼마나 유사한 결과를 보이는가를 나타내는 정도	• 통계정보 간 일관성 측정을 위해 유관기관 동일·유사 통계 비교·검증
비교성	• 통계 산출 시기 또는 공간이 달라도 통계 결과가 동일한지에 대한 개념	• 당해 산출 통계정보와 기존 산출 통계정보와의 차이 분석

그림3.5-13 통계정보 품질관리 운영체계



- 품질관리 전문성 및 통계정보 활용성 제고 등을 위해 임상·보건의료 정보·통계 등 관련 전문가로 구성된 자문회의체 구성·운영

〈통계정보 품질관리 해외사례〉
- 캐나다: 6개 품질차원(관련성, 정확성, 시의성, 접근성, 해석가능성, 일관성) 제시·관리
- 미국: 정보품질을 효용성, 객관성, 무결성을 포괄하는 용어로 정의·관리
- 영국: 차원별 품질관리 가이드라인 제시(관련성, 정확성, 시의성·정시성, 접근가능성·명확성, 비교가능성, 일관성)

2) 통계 산출 기준 표준화

- 신뢰성 높은 통계정보 생산 및 통계정보의 정확한 활용을 위해 질병·진료행위 통계 산출기준을 표준화하여 공개
  - '13년 감기 등 질병·진료행위 50항목에 대한 기준 마련
  - '19년 총 250항목의 기준 공개(『질병·행위 통계 산출내역 표준 안내서』책자 제작·배포)
- 국민의 질병·진료행위 통계정보 이용 활성화를 위해 '국민관심통계' 항목을 개방시스템 의료통계정보에서 실시간 제공

  ※ '국민관심통계' 제공위치: 보건의료빅데이터개방시스템(http://opendata.hira.or.kr) 〉 의료통계정보 〉 질병/행위별 의료통계 〉국민관심통계(질병통계, 진료행위통계, 질병/행위통계)

3) 국가승인통계 발굴 및 관리

- 국가승인통계 항목을 발굴·제공
  - 2020년 기준 '건강보험통계' 등 총 8종의 국가승인통계 생산·관리

표3.5-7 심사평가원 국가승인통계 현황

통계명	승인번호(승인년월)	공표시기	간행물
건강보험통계	920006(1996.8.5)	9월	건강보험통계연보
의료급여통계	920015(2016.6.30)	10월	의료급여통계연보
의료기관별급여 적정성평가현황	354002(2007.7.19)	수시	평가결과보고서
완제의약품유통정보통계	354003(2011.12.28)	9월	의약품유통정보통계연보
급여의약품청구현황	354004(2016.4.18)	7월	급여의약품청구현황
자동차보험진료비통계	354005(2017.2.27)	6월	자동차보험진료비통계지표
국가정신건강현황	920023(2020.1.15.)	11월	국가 정신건강 현황 보고서
비급여 진료비용 및 제증명수수료	354006(2020.2.6.)	4월	홈페이지(비급여진료비 정보)

※ 공표시기는 일정에 따라 변경 될 수 있음

- 국가승인통계를 생산하는 국가통계 작성기관으로 통계책임관(심사평가연구소장) 지정·운영
- 「통계법」에 따른 통계별 품질관리 실시로 정확한 통계정보 생산 및 활용성 제고
- 심사평가원 홈페이지 및 국가통계포털(KOSIS)에 통계 제공

나. 통계 서비스 유형

그림3.5-14 통계정보제공 서비스 유형

통계간행물 발간	• 건강보험·의료급여 등 심사통계, 의료자원통계, 의약품통계 등을 목록화하여 연속성 있는 통계를 생산하여 제공 - 진료비 추이 및 국민의료 현황을 파악할 수 있는 기초 자료 제공
개방시스템 의료통계정보 구축·운영	• 보건의료 통계정보를 국민이 쉽게 이용할 수 있도록 온라인으로 상시 제공 - 연도별 진료비 추이, 요양기관현황, 질병별/의료행위별 통계 등
대외 요청 통계자료 제공	• 국회, 정부·지자체, 언론기관 등에서 요청하는 통계자료 수시 제공

1) 통계간행물 발간

심사평가원은 사회보장의 근간이 되는 건강보험에 관한 주요 실적 및 현황을 담고 있는 ≪건강보험통계연보≫를 매년 국민건강보험공단과 공동으로 발간하고 있다. 심사평가원은 심사·평가를 중심으로 요양기관 심사실적 및 평가결과 등을, 국민건강보험공단은 적용인구 및 보험료 등 재정 현황, 가입자 구분별 진료실적 부문을 작성하고 있다.

또한, 시의성 있고 세분화된 심사실적 등의 통계 제공을 위해 ≪진료비통계지표≫를 분기별로 발간하고 있으며, 심사평가원 주요 업무와 심사실적·평가결과·의약품 통계 등 주요 통계를 수록한 소책자인 ≪손에 잡히는 의료 심사·평가 길잡이≫를 매년 발간하고 있다.

표3.5-8 주요 통계간행물 현황

구분	건강보험 통계연보	진료비 통계지표	손에 잡히는 의료 심사·평가 길잡이
수록내용	건강보험 재정현황, 급여실적, 심사실적, 질병별 실적 등 건강보험 운영 전반에 관한 통계 ※ 국민건강보험공단 공동 발간	건강보험, 의료급여, 보훈, 자동차 보험 관련 주요 통계	의료 인력·시설·장비, 건강보험·의료급여 등 심사, 의약품 및 평가통계 등 심사평가원 주요 통계
발간주기	• 연간	• 분기(파일), 반기, 연간	• 연간
공개방법	• 책자, 홈페이지, 국가승인통계포털(KOSIS)	• 책자, 홈페이지	• 책자, 홈페이지

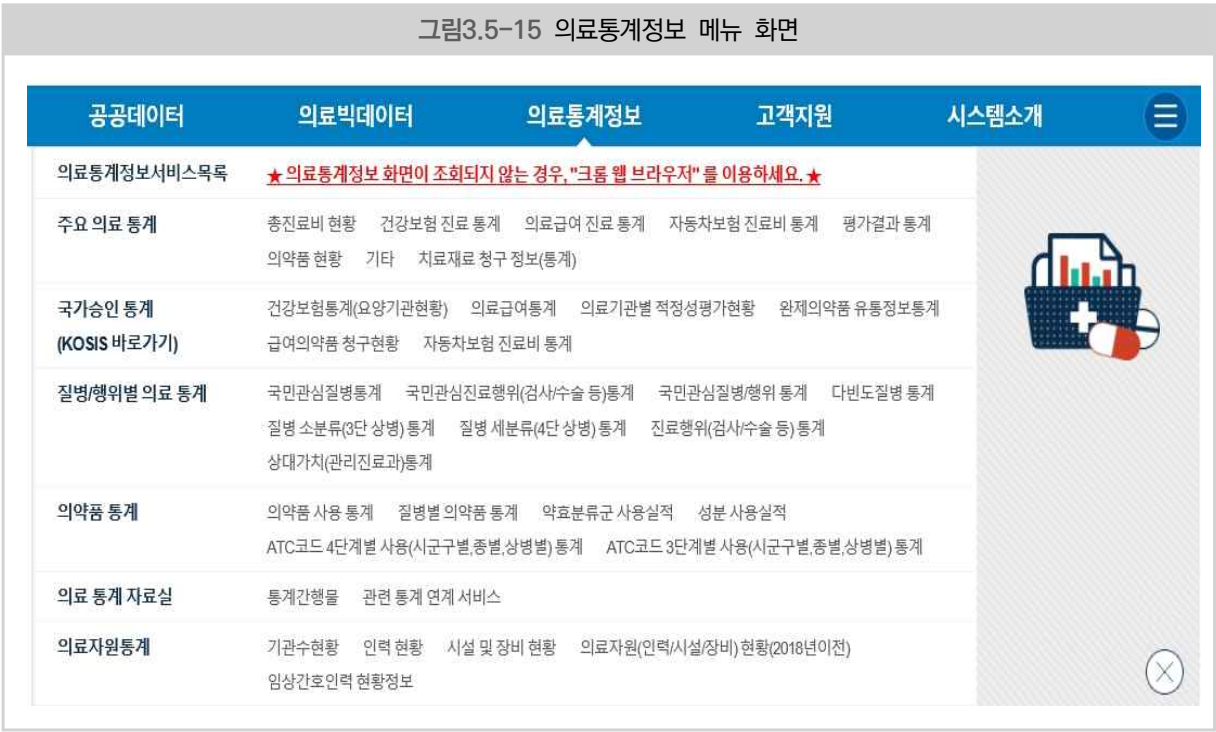
2) 개방시스템 의료통계정보 구축·운영

국민 누구나 보건의료 통계정보를 쉽게 활용할 수 있도록 보건의료빅데이터개방시스템을 통해 진료비 등 현황 및 질병·진료행위 등 통계정보를 상시 제공하는 서비스이다.

가) 통계서비스 내용

- 6개 부문 145종의 통계 및 그래프 조회 서비스 상시 제공('20.10. 기준)
  - 주요의료통계(59종)
  - 국가승인통계(6종)
  - 질병·행위별 의료 통계(33종)
  - 의약품 통계(23종)
  - 통계 자료실(2종)
  - 의료자원통계(22종)

그림3.5-15 의료통계정보 메뉴 화면



나) 의료통계정보 세부 내용

- 질병통계
  질병(한국표준질병사인분류의 소분류, 세분류)별 수진자수, 진료비 등 통계를 제공
- 진료행위(검사/수술 등)통계
  건강보험요양급여비용을 청구하는 행위(수가)단위로 수진자수, 총사용(실시)량, 진료비 등 통계를 제공
- 국민관심질병/진료행위/질병&진료행위통계
  통계수요가 많거나 사회적 이슈가 되는 국민생활 밀착형 질병 및 진료행위 항목을 선정하여 통계정보를 제공(당뇨병, 우울증 등 250항목)
- 다빈도 질병통계
  입원·외래별, 연령별·성별 등에 따라 진료환자가 많은 질병의 수진자수, 진료비 등 통계 제공

다) 공개위치

보건의료빅데이터개방시스템(http://opendata.hira.or.kr) ▷ 의료통계정보

3) 대외 요청 통계자료 제공

국회, 정부·지자체, 언론기관 등에서 요구하는 통계자료를 생산·제공하여 보건의료정책 추진 등을 위한 객관적 근거를 지원하는 서비스이다.

가) 법적 근거

- 「국회법」 제128조(보고·서류 등의 제출 요구)
- 「행정절차법」 제7조(행정청 간의 협조) 및 제8조(행정응원) 등

나) 자료 제공 원칙

- 심사평가원이 보유·관리하는 정보 중 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제9조제1항(비공개대상정보)에 해당하지 않는 정보
- 유관기관은 「행정절차법」 제8조(행정응원)를 준용하여 자료 제공 범위 설정

V 보건의료 데이터 제공에 관한 업무

작성: 빅데이터지원부

1 개요

심사평가원은 「국민건강보험법」 등 관련 법령에 따라 의료기관, 식약처 등으로부터 실시간 수집·정제한 데이터를 학계, 의약계, 산업계 및 일반국민이 보건의료정보를 보다 쉽게 이용할 수 있도록 DB로 구축하여 개방하고 있다.

2019년 기준으로 연간 50,121건의 공공데이터 제공하였고 170건의 학계·의학계 보건의료 연구 지원과 1,732건의 산업계 연구개발(R&D, Research and Development)을 지원하였다.

그림3.5-16 보건의료 데이터 제공 업무 체계도



2 법적근거

◎ 「공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률」

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

2. “공공데이터”란 데이터베이스, 전자화된 파일 등 공공기관이 법령 등에서 정하는 목적을 위하여 생성 또는 취득하여 관리하고 있는 광(光) 또는 전자적 방식으로 처리된 자료 또는 정보로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.

가.「전자정부법」제2조제6호에 따른 행정정보

나.「국가정보화 기본법」제3조제1호에 따른 정보 중 공공기관이 생산한 정보

다.「공공기록물 관리에 관한 법률」제20조제1항에 따른 전자기록물 중 대통령령으로 정하는 전자기록물

라. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자료 또는 정보

제17조(제공대상 공공데이터의 범위) ① 공공기관의 장은 해당 공공기관이 보유 · 관리하는 공공데이터를 국민에게 제공하여야 한다.

제18조(공공데이터 목록의 등록) ① 공공기관의 장은 해당 공공기관의 소관 공공데이터 목록을 대통령령으로 정하는 바에 따라 행정안전부장관에게 등록하여야 한다.

제19조(공공데이터 목록정보의 공표) ③ 공공기관의 장은 제2항에 따라 공표된 소관 제공대상 공공데이터를 이용자가 쉽게 이용할 수 있도록 제공목록 및 이용요건 등을 작성하여 해당 기관의 인터넷 홈페이지를 통하여 공표하여야 한다.

제26조(공공데이터의 제공) ① 공공데이터를 이용하고자 하는 자는 제19조에 따라 공표된 제공대상 공공데이터의 경우 소관 공공기관이나 공공데이터 포털 등에서 제공받을 수 있다. 다만, 공표된 제공대상 공공데이터 목록에 포함되지 아니하는 공공데이터의 경우 제27조에 따라 별도의 제공신청을 하여야 한다.

제27조(공표 제공대상 외의 공공데이터 제공신청 등) ① 제공대상 공공데이터 목록에 포함되지 아니하는 공공데이터를 제공받고자 하는 이용자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 소관 공공기관의 장 또는 활용지원센터에 공공데이터 제공을 신청하여야 한다.

제35조(비용부담) ① 공공기관의 장 및 활용지원센터는 공공데이터의 제공에 드는 필요최소한의 비용을 이용자에게 부담시킬 수 있다.

◎ 공공데이터의 제공 및 이용업무 운영지침

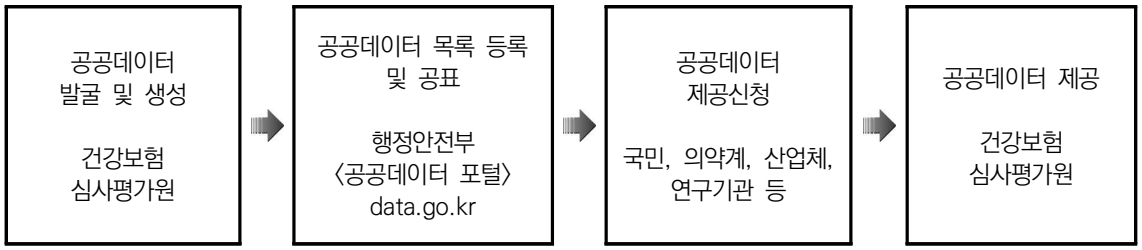
제1조(목적) 이 지침은 건강보험심사평가원이 생산 · 보유 · 관리하고 있는 공공데이터의 제공 및 이용에 필요한 사항을 정함으로써 공공데이터의 제공 및 이용 활성화를 도모함을 목적으로 한다.

3 보건의료 데이터 제공 서비스

가. 공공데이터 개방 및 제공

「공공데이터 제공 및 이용 활성화에 관한 법률」(이하 '공공데이터법')에 따라, 공공데이터를 국민이 쉽게 이용할 수 있도록 공공데이터 발굴 및 생성, 등록 및 공표, 제공 등의 전반 업무를 수행한다.

그림3.5-17 공공데이터 개방 및 제공업무 흐름도

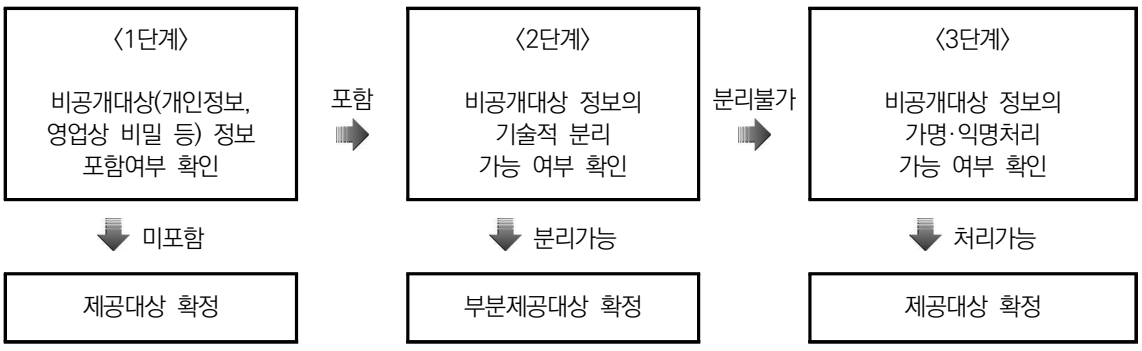


1) 공공데이터 개방 및 제공 절차

가) 공공데이터 발굴 및 생성

심사평가원이 생성하거나 또는 외부에서 수집·취득하는 공공데이터 중 국민에게 개방이 가능한 데이터를 확정하는 단계

그림3.5-18 공공데이터 개방가능 여부 확인 철차



나) 공공데이터 목록 등록 및 공표

심사평가원은 생성 또는 취득한 공공데이터의 목록을 생성 또는 취득한 날부터 15일 이내에 공공데이터포털(data.go.kr)에 등록(「공공데이터법」 제18조제1항 및 시행령 제15조제1항)하여야 하고, 제공대상 공공데이터를 이용자가 쉽게 이용할 수 있도록 제공목록 및 이용요건 등을 작성하여 기관의 인터넷 홈페이지를 통하여 공표(「공공데이터법」 제19조)하여야 한다.

다) 공공데이터 제공

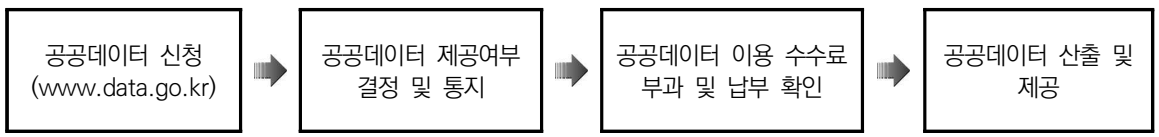
(1) 공표 · 제공대상 데이터

공공데이터포털(data.go.kr), 심사평가원 홈페이지(hira.or.kr), 보건의료빅데이터개방시스템(opendata.hira.or.kr)에서 제공하고 있다.

(2) 공표 · 제공대상 외의 공공데이터

- '공공데이터 제공 신청서' 로 신청하며, '제공, 부분제공, 미제공'의 결정을 이용자에게 통보한다. 이 경우 공공데이터 이용 수수료를 함께 안내하며, 공공데이터는 이용 수수료 납부 확인 후 별도 산출하여 제공한다.

그림3.5-19 공공데이터 제공 절차



- 공공데이터포털에서 신청한 내용이 담당자에게 SMS와 E-mail로 통보된다.
- 담당자는 공공데이터포털에서 이용자가 신청한 내용을 확인하고 처리한다.

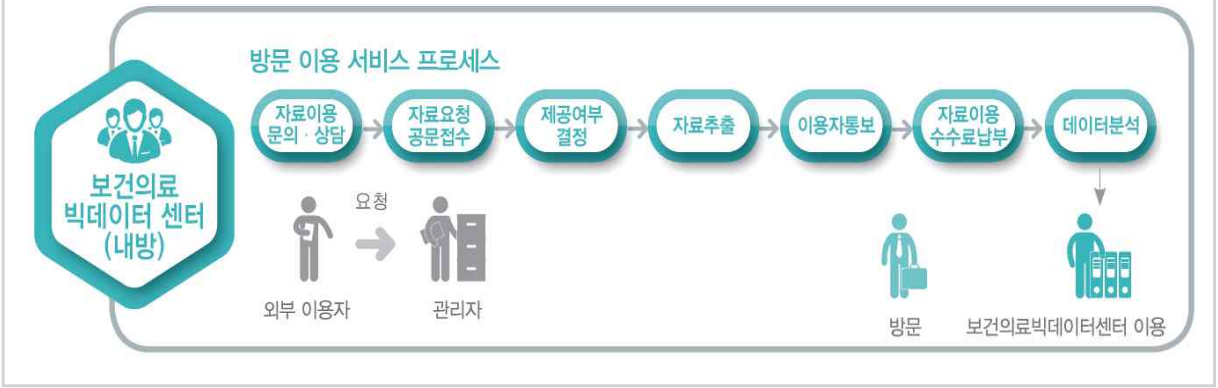
나. 보건의료빅데이터 분석지원

학계 · 의약계 · 산업계 이용자 수요에 맞춰 보건의료연구, R&D, 서비스 개발 등을 위해 심사평가원이 보유하고 있는 보건의료빅데이터의 개방 · 분석 서비스를 제공한다.

1) 이용 방법

가) 보건의료빅데이터센터 방문을 통한 자료 분석

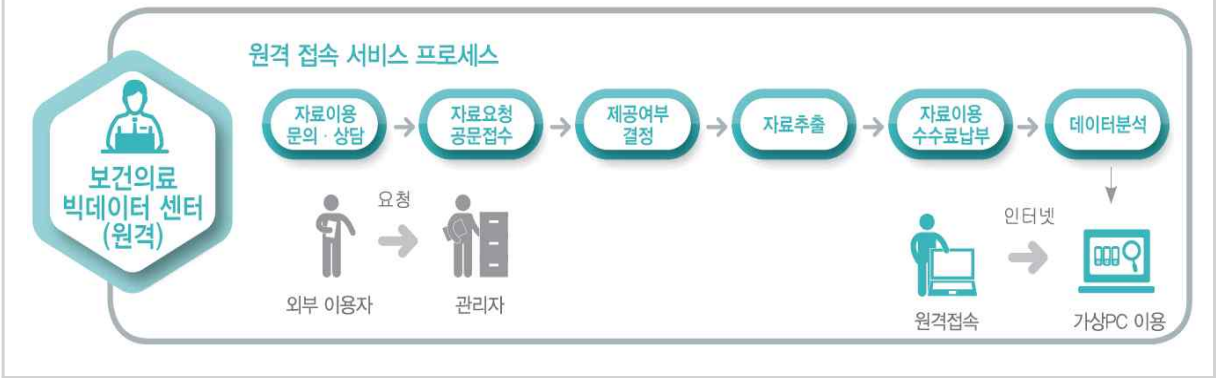
그림3.5-20 내방을 통한 보건의료빅데이터 분석 지원 절차



이용자(제약사, 컨설팅업체, 의료기기업체 등)가 직접 보건의료빅데이터센터에 내방하여 PC를 통해 분석시스템 접속 및 데이터 분석

나) 원격분석시스템을 이용한 자료 분석

그림3.5-21 원격분석시스템을 통한 보건의료빅데이터 분석 지원 절차



이용자(연구중심병원, 학술연구기관 등)가 별도 내방 없이 데스크톱가상화(Virtual Desktop Infrastructure, VDI)시스템을 이용하여 분석시스템에 원격으로 접속하여 데이터 분석

2) 데이터 분석결과 반출

보건의료빅데이터센터 및 원격통계분석시스템 이용자가 데이터 분석결과 반출 신청하는 경우 담당직원이 자료형태, 반출자료용량, 반출불가항목 포함여부 등을 검토하여 반출한다.

다. 공공데이터 제공 심의위원회

1) 운영 근거

공공데이터의 제공 및 이용업무 운영지침 제5조 내지 제13조

2) 구성

- 위원장 1명 포함, 총 21명 이내 위원으로 구성
  - 위원장(공공데이터제공책임관)
  - 위원은 추천자 중 원장이 임명 또는 위촉(내부 10명 이내, 외부 10명 이내)

3) 기능과 운영

- 공공데이터 제공 승인에 관한 사항, 제공 수수료 감면에 관한 사항, 이의신청 처리에 관한 사항 등 심의·의결
- 위원장이 매 회의마다 지명하는 10명 이상의 위원으로 구성하며 재적위원 과반수의 출석으로 개회

라. 공공데이터 이용 수수료

1) 이용 수수료 면제 대상

1. 「정부조직법」에 따른 중앙행정기관 및 그 소속기관
2. 「지방자치법」에 따른 지방자치단체
3. 심사평가원과 체결한 계약 등에 따라 연구를 수행하거나 심사평가원과 공동연구를 수행하는 기관·법인·단체 등 (해당 과제에 한함)
4. 심사평가원 공모전 수상과제를 수행하는 개인 및 기관·법인·단체(해당 과제에 한함)
5. 그 밖에 수수료의 면제가 필요하다고 위원회가 정한 사항

2) 수수료 감면 대상

80% 감액	1. 중앙 행정기관 및 그 소속기관, 지방자치단체와의 계약 등에 따라 연구를 수행하는 기관 · 법인 · 단체 등 (해당 과제에 한함) 2. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관 3. 「지방공기업법」에 따른 지방공사 및 지방공단 4. 정보 공유 등에 관하여 심사평가원과 MOU를 체결한 기관 5. 그 밖에 수수료의 감액이 필요하다고 위원회가 정한 사항
50% 감액	1. 「지방자치단체출연 연구원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방연구원 2. 「고등교육법」에 따른 대학(교) 3. 「의료법」에 따른 의료기관 4. 학술단체(학회) 및 의약단체(협회) 5. 보건의료 분야 학위논문을 작성하는 자 6. 설립한 날부터 1년이 지나지 아니한 신생 창업기업 7. 그 밖에 수수료의 감액이 필요하다고 위원회가 정한 사항

마. 보건의료빅데이터개방시스템(opendata.hira.or.kr) 운영

1) 개요

가) 보건의료빅데이터 개방에 특화된 포털 시스템으로 정보 보안을 위해 내부망과 분리하여 구축하였으며, 심사평가원의 '보건의료정보'를 이용자 중심으로 운영하여 공공데이터 개방, 의료통계정보 제공, 의료빅데이터 분석, 맞춤형 데이터셋을 제공하고 있다.

나) 융합DB, 개방DB를 지속적으로 개발하는 등 데이터 품질관리 및 개방시스템 고도화를 통해 이용자의 접근성 및 활용성을 높여가고 있다.

※ (인터넷) opendata.hira.or.kr (모바일) opendata.hira.or.kr/home.mo

2) 주요 메뉴

가) 공공데이터

누구나 편리하게 의료정보에 접근 · 이용할 수 있도록 진료정보, 요양기관현황정보, 병원평가정보 및 환자표본자료 등 103개 개방

나) 의료빅데이터

전문 분석을 원하는 학계 · 산업계를 대상으로 보건의료빅데이터 센터 및 원격통계분석시스템을 통해 데이터 분석 지원

- 빅데이터센터 소개, 빅데이터분석 이용안내, 이용신청 등

다) 의료통계정보

- 질병통계 · 의약품사용통계 · 의료자원현황 등 고수요 · 고가치의 보건의료 기초통계지표 제공
  - 총진료비현황, 국민관심질병통계, 요양기관현황정보 등 144종

라) 의료이용지도

- GIS(Geographic Information System)에 기반한 환자 진료정보, 의료자원 정보 등 시각화 서비스 제공
  - 의료기관 위치정보, 의료자원 분포, 질병통계 등 5개 메뉴

Ⅵ 의약품 사용정보 공개 및 제공

1 개요

심사평가원은 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」, 「약사법」 등 관련 법령에 의거하여, 정보공개 청구에 따라 의약품 사용정보를 산출·제공하고 있다.

2 법적근거

- 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제6조(공공기관의 의무)
- 「약사법」 제47조의3(의약품관리종합정보센터의 지정·운영 등)
- 「약사법 시행령」 제32조의3(의약품관리종합정보센터의 운영 등)
- 심사평가원 「의약품유통정보의 공개 및 제공업무 운영지침」 제19조(정보의 가공·제공)
- 보건복지부 「의약품유통정보 제공 신청 및 수수료 산정방법 등에 관한 고시」

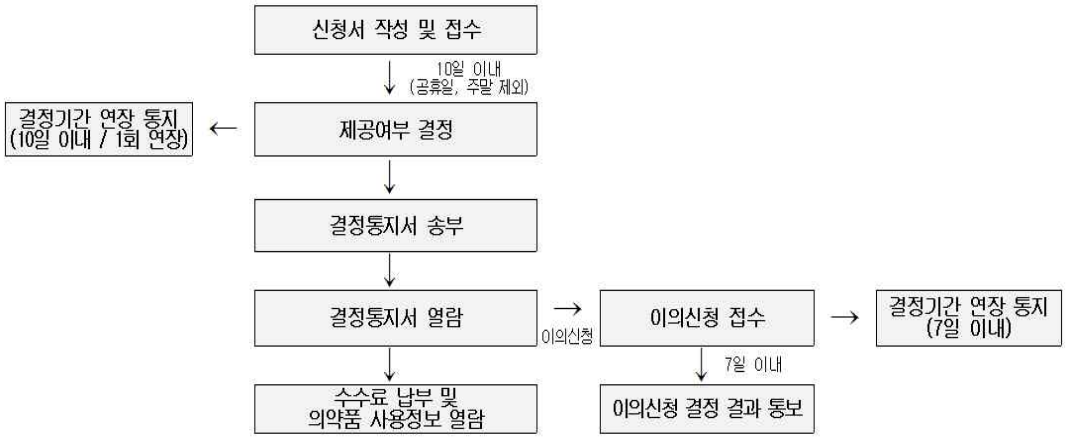
3 의약품 사용정보 제공모델 목록

모델번호	모델명
모델1	자사제품의 요양기관종별 사용실적
모델1-1	자사제품의 병상규모별 사용실적
모델2	자사제품의 시도별 사용실적
모델2-1	자사제품의 시도별 요양기관그룹별 사용실적
모델2-1	자사제품의 시도별 병상규모별 사용실적
모델3	자사제품의 요청지역별 사용실적

모델번호	모델명
모델3-1	자사제품의 요청지역별 요양기관그룹별 사용실적
모델3-2	자사제품의 요청지역별 병상규모별 사용실적
모델4	자사제품의 상병별 사용실적
모델12	자사제품의 상병별 요양기관그룹별 사용실적
모델13	자사제품의 상병별 병상규모별 사용실적
모델5	자사제품의 전체상병별 요양기관그룹별 사용실적
모델5-1	자사제품의 특정상병별 요양기관그룹별 사용실적
모델6	자사제품의 연령구간별 상병별 사용실적
모델10	자사제품의 요양기관종별 원내원외 사용실적
모델11	자사제품의 시군구별 사용실적
모델11-1	자사제품의 시군구별 요양기관그룹별 사용실적
모델11-2	자사제품의 시군구별 병상규모별 사용실적
모델15	자사제품의 원내원외 환자수 사용실적
모델16	자사제품의 요양기관그룹별 요청지역별 사용실적
모델16-1	자사제품의 병상규모별 요청지역별 사용실적
모델7a	약효분류군의 시도별 사용실적
모델7b	약효분류군의 시도별 요양기관그룹별 사용실적
모델7c	약효분류군의 시도별 병상규모별 사용실적
모델7-1a	약효분류군의 요청지역별 사용실적
모델7-1b	약효분류군의 요청지역별 요양기관그룹별 사용실적
모델7-1c	약효분류군의 요청지역별 병상규모별 사용실적
모델7-2	약효분류군의 상병별 사용실적
모델8a	약리기전[ATC코드(4단계)]의 시도별 사용실적
모델8b	약리기전[ATC코드(4단계)]의 시도별 요양기관그룹별 사용실적
모델8c	약리기전[ATC코드(4단계)]의 시도별 병상규모별 사용실적
모델8-1a	약리기전의 요청지역별 사용실적
모델8-1b	약리기전의 요청지역별 요양기관그룹별 사용실적
모델8-1c	약리기전의 요청지역별 병상규모별 사용실적
모델8-2	약리기전의 상병별 사용실적
모델9a	성분의 시도별 사용실적
모델9b	성분의 시도별 요양기관그룹별 사용실적
모델9c	성분의 시도별 병상규모별 사용실적
모델9-1a	성분의 요청지역별 사용실적
모델9-1b	성분의 요청지역별 요양기관그룹별 사용실적
모델9-1c	성분의 요청지역별 병상규모별 사용실적
모델9-2	성분의 상병별 사용실적
모델14	약리기전[ATC코드(3단계)]의 시도별 사용실적

4 업무 흐름도

그림3.5-22 의약품 사용정보 공개 업무 흐름도



5 업무 절차

가. 신청서 작성 및 접수

의약품관리종합정보포털(https://biz.kpis.or.kr)에서 공인인증 로그인 후 정보공개 신청을 할 수 있다.

나. 제공여부 결정

- 심사평가원은 접수된 의약품 사용정보 신청 접수일로부터 10일 이내에 제공 여부를 결정(의약품 유통정보 공개 및 제공업무 운영지침 제10조)하여야 한다.
  - 부득이한 사유로 처리기한 내에 결정할 수 없는 경우, 그 기간의 만료일 다음 날부터 기산하여 10일 이내의 범위에서 1회에 한하여 결정기한 연장이 가능하다.
- 심사평가원은 접수된 정보에 대한 비공개결정을 하는 경우 청구인에게 결정사유, 이의신청 절차 등을 명시하여 지체없이 통지(의약품 유통정보 공개 및 제공업무 운영지침 제11조제4항)하여야 한다.

- 신청된 의약품의 제조사 및 변경이력을 확인하고, 타사 의약품인 경우 자료제공동의서 제출 여부를 확인한다.
- 일반정보(약리기전, 성분, 약효분류군)인 경우, 제약조건 해당 여부를 점검한다.
  - 법인 경영·영업상 정보 식별 가능성을 차단하기 위하여 제약조건 확인

〈제약조건〉
- 약품목수 또는 업체(제조사)수가 3개 이하인 경우
- 산출자료 중 특정제품의 금액이 총 청구금액의 80%를 넘을 경우

* 위 제약조건 중 1개 이상 해당되는 경우 자료 제공 불가

- 의약품 사용정보를 산출하고, 신청내역에 맞추어 데이터 가공 및 정합성 검증 절차를 밟는다.

다. 결정통지서 송부

- 심사평가원은 접수된 의약품 사용정보의 제공여부를 결정한 때에는 지체 없이 청구인에게 정보공개결정통지서에 의하여 제공여부, 수수료의 금액 등을 명시하여 통지(의약품 유통정보 공개 및 제공업무 운영지침 제11조)하여야 한다.
- 수수료는 면제 또는 감면 대상 여부 등을 고려하여 산출한다.
  - 수수료 면제대상

「의약품유통정보의 공개 및 제공 업무 운영지침」제17조(정보공개 수수료의 면제 등)

② 제1항에 따라 수수료를 면제할 수 있는 경우는 다음 각 호와 같다.

1. 국가기관 또는 지방자치단체가 법령에 따른 업무 수행과 관련하여 요청하는 경우
2. 약사법령, 국민건강보험법령 및 타 법령의 규정에 의하여 의약품정보센터에 자료 또는 자료협조를 요청하는 경우
3. 심사평가원이 업무협력을 위하여 MOU 등을 체결한 외국정부 또는 심사평가원이 가입한 국제기구에 제공하는 경우(이하 생략)

  - 수수료 감면 대상

    동일 제품을 당해년도 내에 같은 기준에 따라 신청하는 경우

구분	감면율	품목별 수수료
최초 요청	-	457,800원
2회 요청	10%	412,000원
3회 요청	20%	366,200원
4회 이상 요청	30%	320,400원

- 결정통지서는 약품관리종합정보포털 내 제약사별로 부여된 메일로 송부된다.

라. 수수료 납부 및 의약품 사용정보 열람

- 담당자는 수수료 납부 여부를 수시로 확인하고, 납부된 정보공개 건에 대하여 의약품 사용정보를 제공한다.
- 수수료 납부 당일 청구인은 의약품관리종합정보포털에서 의약품 사용정보 파일 다운로드가 가능하다.
- 정당한 사유 없이 결정 통지일로부터 10일이 경과할 때 까지 해당 정보의 공개에 응하지 아니한 경우에는 이를 내부적으로 종결처리 할 수 있다.

마. 이의신청

- 비공개 또는 부분공개의 결정 통지를 받은 날 또는 비공개 결정이 있는 것으로 보는 날부터 30일 이내 이의신청(의약품 유통정보 공개 및 제공업무 운영지침 제18조)이 가능하다.
- 심사평가원은 이의신청을 받은 날부터 7일 이내에 이의신청에 대한 결정 결과를 청구인에게 지체 없이 통지하여야 한다.
  - 부득이한 사유로 처리기한 내에 결정할 수 없는 경우, 그 기간의 만료일 다음 날부터 기산하여 10일 이내의 범위에서 1회에 한하여 결정기한 연장이 가능하다.

제4부

보건의료체계의 인프라 관리

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

제 1 장 보건의료자원 관리

제 2 장 의약품유통정보관리

제 3 장 의약품안전사용서비스(DUR)

제 4 장 ICT 서비스 운영

제 1 장

보건의료자원 관리

Ⅰ. 요양기관 현황 관리

Ⅱ. 요양기관 장비 관리

Ⅲ. 간호관리료 및 입원료 차등제 등 운영

Ⅳ. 상급종합병원 지정 · 평가

Ⅴ. 전문병원 지정 · 평가

Ⅵ. 재활의료기관 지정 운영

Ⅶ. 난임시술 의료기관 평가 및 통계관리



제 1 장 보건의료자원 관리

Ⅰ 요양기관 현황 관리

작성: 자원운영부

1 개요

보건의료자원 관리는 요양기관에서 건강보험 가입자 등에게 의료를 제공하고, 심사평가원에 청구한 요양급여비용을 심사·평가하는데 필요한 기초 자료를 요양기관으로부터 '요양기관 현황 신고서' 및 '요양기관 현황 변경신고서'를 제출 받거나, 지방자치단체(이하 '지자체') 등으로부터 처리정보를 연계 받아 요양기관의 일반사항, 인력·시설·장비현황을 등록·관리하는 업무이다.

2 법적근거

- 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)
- 「국민건강보험법」 제43조(요양기관 현황에 대한 신고)

• 요양기관은 제47조에 따라 요양급여비용을 최초로 청구하는 때에는 요양기관의 시설·장비 및 인력 등에 대한 현황을 제62조에 따른 건강보험심사평가원에 신고하여야 한다.
• 요양기관은 제1항에 따라 신고한 내용(제45조에 따른 요양급여비용의 증감에 관련된 사항만 해당한다)이 변경된 경우에는 그 변경된 날부터 15일 이내에 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 심사평가원에 신고하여야 한다.

- 「국민건강보험법 시행규칙」 제12호(요양기관 현황 신고 등)
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조의 2(보건의료자원 통합신고포털의 설치·운영)

○ 관련 규칙 등
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」
- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」
- 「보건의료자원 통합신고포털 운영 및 관리 등에 관한 규칙」
- 의료기관 개설 및 의료법인 설립 운영편람
- 보건복지부 행정해석

3 업무 절차 및 실무 사례

가. 업무 흐름도

그림4.1-1 요양기관 기호부여 등 업무 흐름도

관할 시도 및 시군구 보건소 / 개설 신고	• 「의료법」 제33조(개설 등) 및 제35조(의료기관 개설 특례), 약사법 제20조(약국 개설 등록)
⇩	
건강보험심사평가원 / 기호 부여 확정 신청	• 「국민건강보험법」 제43조(요양기관 현황에 대한 신고)
⇩	
국민건강보험공단 / 공인인증서 발급 및 등록 (수진자 조회 등 필요 시) 건강보험심사평가원 / 공인인증서 등록	• 기호부여 받은 다음날 공단에서 보건복지분야용 공인인증서를 발급받아 사용등록 – 홈페이지(www.hira.or.kr)에서 요양기관 회원가입 후 공인인증서 등록
⇩	
관할 시도 및 시군구 보건소 또는 건강보험심사평가원 / 요양기관 현황(변경) 신고	• 인력 · 시설 및 장비, 각종 입원료 차등제 및 식대 등 신고 – 지자체 인허가사항은 지자체로, 건강보험심사평가원 고유사항은 건강보험심사평가원으로 한번만 신고 – 보건의료자원 통합신고포털(www.hurb.or.kr)을 통해 의료법, 약사법, 국민건강보험법 관련 신고사항 통합신고 가능
⇩	
요양기관 / 진료비(약제비) 청구	• 요양기관 현황 정보의 심사 연계 등

나. 신청방법

1) 요양기관 기호부여 확정신청

가) 요양기관 기호 임시부여

관할 시도 및 시군구 보건소에 의료기관 및 약국의 개설 신고(허가)가 완료되면, 심사평가원은 보건의료자원 통합신고포털(이하 '통합신고포털') (www.hurb.or.kr)을 통해 접수받아 요양기관에 요양기관기호를 임시부여 하고, 요양기관은 이후부터 통합신고포털에서 「의료법」 및 「약사법」관련 신고가 가능해진다.

나) 요양기관 기호 확정

임시 요양기관기호를 부여 받은 요양기관은 통합신고포털에서 요양급여비용 수령용 계좌, 사업자 등록번호 및 추가적인 현황신고를 하거나, 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조제1항에 의거한 '요양기관 현황신고서'에 구비서류를 첨부하여 심사평가원 본원 또는 관할 지원에 제출하면 요양기관기호를 확정 받게 된다.

다) 요양기관 기호 확정 후

요양기관 기호 확정 후 국민건강보험공단에서 공인인증서를 발급 받아 홈페이지 (www.hira.or.kr)에서 '요양기관' 회원가입 및 공인인증서 등록한 후 통합신고포털 (www.hurb.or.kr)에서 국민건강보험법 관련 신고 및 실시간 확인이 가능하다.

라) 기호부여 대상

- 신규개설
- 설립형태 변경: 개인 ↔ 법인
- 공동개설: 주 ↔ 부
- 종별 변경 의원 ↔ 병원(종합)
- 개설자 변경(개인개설): 갑 ↔ 을
- 기타: 타 시·도 이전

마) 제출자료

구분	의료기관	약국
제출 자료	• 요양기관 현황신고서 – 포털신고시는 제출 불필요 • 의료기관 개설신고(허가)증 사본 – 의료기관 개설에 대해 지자체 신고(허가)한 경우 생략 • 사업자등록증 사본 • 요양급여비용 수령용 통장 사본 • 요양기관 인력에 관한 면허나 자격 확인서류 사본	• 요양기관 현황신고서 (약국 및 한국희귀의약품센터용) • 약국 개설등록증 또는 한국희귀 필수의약품센터 설립허가증사본 – 시군구청장에게 약국개설등록한 경우 생략 • 사업자등록증 사본 • 요양급여비용 수령용 통장 사본 • 요양기관 인력에 관한 면허나 자격 확인서류 사본

바) 제출시기

개설 신고(허가)증 및 개설 등록증 교부 후

사) 제출처

심사평가원 본원 · 관할지원

구분	상급종합병원, 상급종합병원에설치된 치과(한의과)대학부속 치과(한방)병원	종합병원급 이하 요양기관 (종합병원, 병 · 의원, 약국 및 보건기관)	
제출처	• 본원	• 관할지원 - 서울지원(서울) - 대구지원(대구, 경북) - 수원지원(경기남부) - 전주지원(전북) - 의정부지원(경기북부, 강원) - 대전지원(대전, 충남, 충북, 세종)	- 부산지원(부산, 제주) - 광주지원(광주, 전남) - 인천지원(인천) - 창원지원(울산, 경남)

2) 요양기관 현황 변경 신고

○ 요양기관의 기호를 부여받은 후 신고(허가)사항이 변경되는 경우 관할 시도 · 시군구 보건소 및 심사평가원에 아래 관련서류를 첨부하여 현황변경을 요청하여야 한다.

<table>
<tr><th>구분</th><th>지자체 인허가 사항</th><th>심사평가원 신고사항</th></tr>
<tr><td>내용</td><td>• 대표자 변경
• 기관정보(주소 등) 변경
• 시설현황 (병상수 합, 면적) 변경
• 진료과목 변경</td><td>• 주개설자↔공동개설자 변경
• 인력상세 변경(대진의, 의료인수 변경 포함)
• 시설현황 (인실별 상세현황) 변경
• 특수운영현황, 차등제, 식대현황 등</td></tr>
<tr><td>신고서</td><td>• (의료기관)「의료법 시행규칙」별지 제14호 · 제16호 · 제20호서식
• (약국)「약사법 시행규칙」별지 제6호서식</td><td>•「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제17호서식</td></tr>
<tr><td>제출기간</td><td>사전</td><td>변경된 날부터 15일 이내</td></tr>
<tr><td>제출처</td><td>
<table>
<tr><th>구 분</th><th>병원급 의료기관</th><th>의원급 의료기관 · 약국</th></tr>
<tr><td>제출처</td><td>시도</td><td>시군구 보건소</td></tr>
</table>
</td><td>
<table>
<tr><th>구분</th><th>상급종합병원, 상급종합병원에설치된 치과(한의과)대학부속 치과(한방)병원</th><th>종합병원급이하 요양기관 (종합병원, 병 · 의원, 약국 및 보건기관)</th></tr>
<tr><td>제출처</td><td>심사평가원 본원</td><td>심사평가원 관할지원</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

표4.1-1 요양기관 변경사항별 첨부서류

변경사항		첨부서류
(1) 명칭 또는 법인인 경우의 개설자(대표자)		• 없음
(2) 소재지	개설허가(신고 · 등록) 관할구역 외 이전 (특별시, 광역시 또는 도를 달리하여 이전하지 않은 경우)	• 요양기관 현황 신고서 1부 • 사업자등록증 사본 1부 • 통장 사본 1부
	개설허가(신고 · 등록) 관할구역인 특별시, 광역시 또는 도를 달리하여 이전한 경우(요양기관기호를 다시 받아야 함)	
(3) 의료기관 종류 또는 설립형태 (요양기관기호를 다시 받아야 함)		
(4) 단독개설 또는 공동(집단)개설시 개설자(대표자) (요양기관기호를 다시 받아야 함)		
(5) 법인개원인 경우의 법인 (관련 규정에 따라 동일한 법인으로 보는 경우는 제외) (요양기관기호를 다시 받아야 함)		
(6) 의사, 한의사, 치과의사, 약사(한약사), 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사		• 면허증, 자격증, 세부 전문의 자격증 사본 1부 다만, 신규로 면허 및 자격을 받은 사람만 제출하되, 사회복지사, 세부전문의 자격증과 동위원소취급자(일반 · 특수)의 면허증은 모두 제출함 • 보바스, TPI 교육이수증 등 사본 1부
(7) 병실수 및 병상수		• 없음
(8) 휴업 · 폐업 또는 재개업일		• 없음
(9) 요양급여비용 수령 계좌번호		• 인감증명서(법인인감증명서) 또는 본인서명사실확인서 1부(원본) • 통장 사본 1부 * 요양기관 현황 변경신고서에는 반드시 인감 날인하거나 본인서명사실확인서와 동일한 서명을 하여야 함
(10) 사업자등록번호 또는 고유번호 변경		• 사업자등록증 사본 1부
(11) 의약분업 예외지역 요양기관 변경 또는 취소		• 없음
(12) 응급의료기관 변경 또는 취소		• 응급의료기관 변경 또는 지정 취소 관련서류 사본 1부
(13) 인력 · 시설 · 장비 공동이용기관 변경 또는 취소		• 공동이용계약서 또는 공동이용 해지 관련서류 사본 1부
(14) 참여 병원 · 의원 변경 또는 취소		• 개방병원이용계약서 또는 개방병원이용 해지 관련 서류 사본 각 1부
(15) 인공달팽이관이식(인공와우이식) 실시기관 변경 또는 취소		• 인공달팽이관이식(인공와우이식) 실시기관 변경 또는 취소 관련 서류 사본 각 1부
(16) 가정간호사업 실시기관 변경 또는 취소		• 가정간호사업 실시기관 변경 또는 취소 관련 서류 사본 각 1부
(17) 사회복지시설 촉탁의 및 협약기관(장기요양기관 제외) 변경 또는 취소		• 촉탁의 및 협약사회복지시설 계약 또는 해지 관련 서류 사본 각 1부
(18) 장기이식 의료기관 변경 또는 취소		• 장기이식의료기관 변경 또는 지정 취소 관련 서류 사본 1부
(19) 외국인근로자 등 소외계층 의료서비스 지원사업기관 변경 또는 취소		• 외국인근로자 등 소외계층 의료서비스 지원사업기관 인증서 사본 1부
(20) 호스피스전문기관 변경 또는 취소		• 호스피스전문기관 변경 또는 취소 관련 서류 사본 각 1부
(21) 진료과목		• 없음
(22) 그 밖의 사항		• 필요 시 제출서류 – 의료기관 개설신고증(개설허가증) 사본 1부 : (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7), (21) – 법인 등기사항증명서 1부: (1) – 휴업 · 폐업 또는 재개업사실 확인서 사본 1부: (8) – 공동(집단)개원의 개설자 변경인 경우 동업계약서 사본 1부: (4) – 의약분업 예외지역 확인서(지정서) 또는 취소 예정 통보문서 사본 1부: (11)

3) 요양기관의 기호 취소

가) 요양기관의 기호를 부여받은 후 의료기관·약국을 폐업하거나 또는 타인에게 명의를 변경, 관할 보건소 이외의 지역으로 이전하는 경우에는 사전에 관내 보건소에 신고를 하여야 한다 (심사평가원은 지자체의 처리결과를 그대로 활용하여 요양기관의 기호를 취소한다).

나) 제출시기: 사전(요양기관이 폐업, 명의 변경, 이전 하기 전)

〈요양기관 기호 취소 사유〉

- 대표자 사망	- 고령(건강상)	- 학업목적
- 경영상	- 취업	- 무기한 휴업
- 소재지 이전	- 종별변경 I (의원↔병원)	- 면허취소
- 허가취소, 등록취소, 폐업	- 종별변경 II (병원↔종합병원)	- 기타

4) 요양기관 휴업

- 요양기관 개설자는 1개월 이상 휴업하려면('17.6.21.부터 입원 환자가 있는 경우에는 1개월 미만의 휴업도 포함) 복지부령에 정하는 바에 따라 관할 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다.
- 1개월 미만 휴업인 경우에는 심사평가원에 요양기관현황 변경 신고를 하여야 한다.

Ⅱ 요양기관 장비 관리

1 개요

심사평가원은 요양급여비용을 심사·평가하는데 필요한 의료장비 정보를 요양기관으로부터 제출받은 후 장비별 기능분류 및 시스템 등록을 한다. 이를 통하여 의료장비 현황관리의 정확성을 제고하고, 장비 정보를 대국민 정보공개, 각종통계(OECD, 통계청, 감사원 등) 산출 등에 활용하고 있다.

2 의료장비 정의

구분		내용
의료장비		의료기기 중 치료재료 및 의료용품을 제외한 반복 사용되는 내구성 의료기기
일반장비	일반장비	의료장비 중 진단용 방사선 발생장치와 특수의료장비를 제외한 나머지 장비
	치료용 방사선 발생장치	방사성동위원소를 사용하는 장비 또는 방사선발생장치로 원자력안전위원회의 사용허가를 받거나 신고 후 사용하여야 함(「원자력안전법」 제53조, 제56조 및 제61조)
		보건복지부고시 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」별표 1 [의료장비 현황 신고대상] 중 B201* 양전자방출단층촬영장치, B202* 감마카메라, B40100 선형가속기, B40200 후장전치료기, B40300 감마나이프, B40400 사이버나이프, B40500 토모테라피, B40600 중성자치료기, B40700 양성자치료기, B40800 혈액방사선조사기
진단용 방사선 발생장치		진단용 엑스선 장치, 진단용 엑스선 발생기, 치과진단용 엑스선 발생장치, 전산화 단층 촬영장치(치과용 전산화 단층 촬영장치, 이비인후과용 전산화 단층 촬영장치, 양전자방출 전산화 단층 촬영장치를 포함), 유방촬영용장치 등 방사선을 발생시켜 질병의 진단에 사용하는 기기로 시장·군수·구청장에게 설치 및 사용을 신고 후 사용하여야 함(「의료법」 제37조, 「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제2조, 제3조)
		보건복지부 고시 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」 별표 1 [의료장비 현황 신고대상] 중 B101* 일반엑스선촬영장치, B102* 엑스선촬영·투시장치, B103* 치과용방사선촬영장치, B104* 치과방사선파노라마장치, B105* 유방촬영용장치(Mammography), B106* C-arm형 엑스선장치, B107* 혈관조영촬영장치, B108* 전산화단층촬영장치(CT), B109* 콘빔(Cone beam) CT, B20102 양전자방출전산화단층촬영장치, B20301·B20303~B20305·B20309 골밀도검사기, D21201~D21203 체외충격파쇄석기

구분	내용
특수 의료장비	보건의료 시책상 적정한 설치와 활용이 필요하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비로 시장 · 군수 · 구청장에게 등록 후 사용하여야 함(「의료법」 제38조, 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제2조, 보건복지부 고시 「보건의료 시책상 필요한 특수의료장비」)
	보건복지부고시 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」 별표 1 [의료장비 현황 신고대상] 중 B301* 자기공명영상촬영장치(MRI), B108* 전산화단층촬영장치(CT), B105* 유방촬영용장치(Mammography) ※ 시장 · 군수 · 구청장이 20자리 고유번호 부여(고유번호 8 · 9번째 숫자는 장비 종류 구분자임(01: MRI, 02: CT, 03: Mammography))

3 의료장비 관리 주체별 역할

심사평가원

- 청구 진료비 심사 · 평가를 위해 요양기관으로부터 의료장비현황을 제출받아 신고 · 등록관리
  - 단, 진단용 방사선 발생장치 및 특수의료장비는 보건의료자원통합신고포털시스템 및 서면으로 지자체(시 · 군 · 구)에서 제출 받아 사전검토, 바코드 요청, 설치신고증명서 발급 후 심사평가원 등록(「국민건강보험법」 제43조 및 동법 시행규칙 제12조 및 12조2)

식품의약품안전처

- 의료기기 제조(수입)품목허가(신고)
  (「의료기기법」 제6조 및 제15조 등)

시장 · 군수 · 구청장

- 의료법에 의한 장비 설치 · 사용신고 · 등록 등 관리
  - 진단용 방사선 발생장치(「의료법」 제37조 및 「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제3조)
  - 특수의료장비(「의료법」 제38조 및 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제2조)

검사기관

- 진단용 방사선 발생장치의 방사선안전관리검사(「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제4조)
- 특수의료장비의 품질(영상)관리검사
  (「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제5조)

요양기관

- 의료장비 구입 · 사용
  - 의료장비 구입 · 사용 시 「의료기기법」, 「의료법」등 관련 법령을 준수하고, 심사평가원 신고대상 장비는 관련서류 첨부하여 반드시 신고하여야 함

판매업체

- 의료기기 판매
  (「의료기기법」 제6조(제조업의 허가 등) 및 제15조(수입업허가 등), 제17조(판매업 등의 신고) 등)

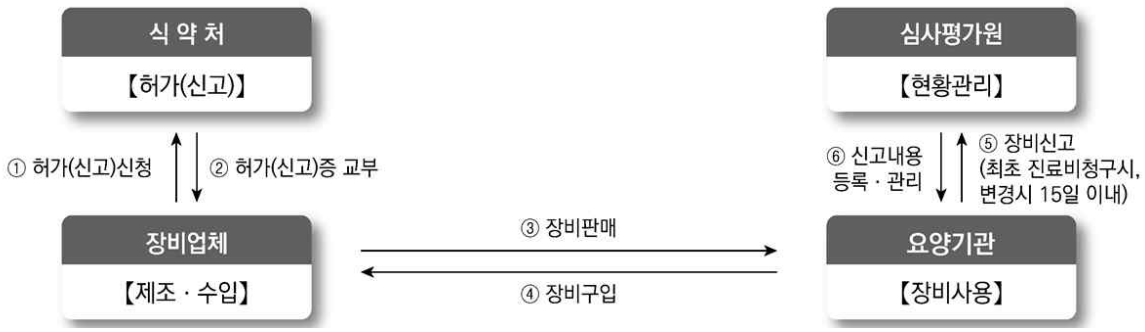
참고사항) 검사기관 현황

- 진단용 방사선 발생장치의 방사선 안전관리검사(질병관리청 등록): 한국의료기기기술원, 한국의료기기평가연구원, 한국의료기기검사원 부설 방사선안전검사원, 중앙기술검사원
- 특수의료장비의 품질관리검사(보건복지부 위탁): 한국의료영상품질관리원, 한국의료기기기술원, 한국의료기기평가원

4 의료장비 관리 체계

가. 일반장비

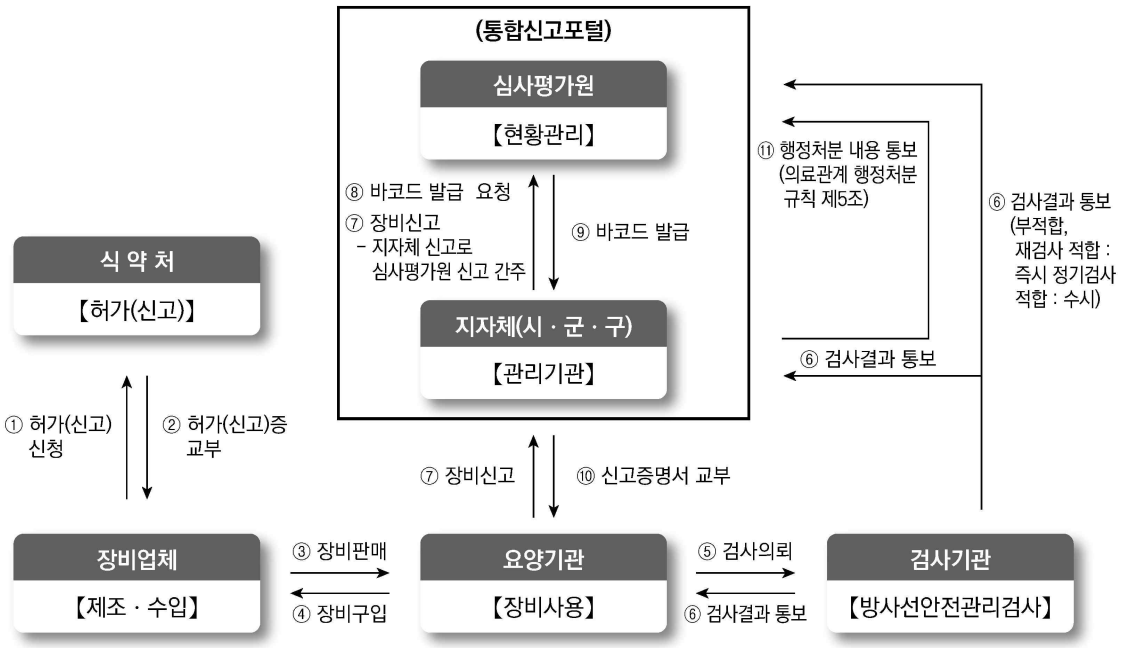
그림4.1-2 일반장비 관리체계



【장비신고 시 요양기관이 건강보험심사평가원에 제출할 자료】
1. 구입증빙자료(세금계산서 또는 계약서 등) 사본
2. 의료기기 제조(수입)품목허가(신고)증 사본

나. 진단용 방사선 발생장치

그림4.1-3 진단용 방사선 발생장치 관리체계



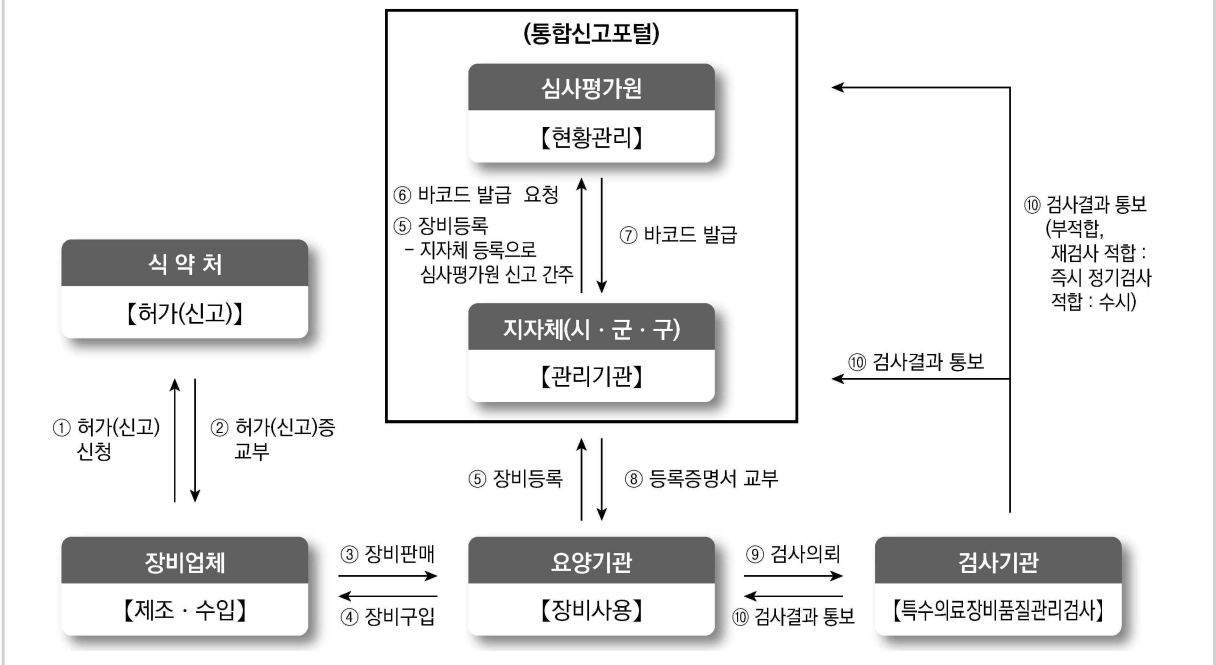
【관련규정】

- 「의료법」 제37조(진단용 방사선 발생장치), 「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제3조(신고), 제3조의2(보건의료자원 통합신고포털을 통한 신고 등), 제4조(검사 및 측정)
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조(요양기관 현황 신고 등), 제12조의2 (보건의료자원 통합신고포털의 설치·운영)
- 「보건의료자원 통합신고포털 운영 및 관리 등에 관한 규칙」 제4조(정보시스템의 연계와 활용)
- 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」
- 부적합 관련 검사기관의 심사평가원 통지 의무: 「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제8조(검사결과의 통지 등) 제2항

〈요양기관에서 시·군·구(보건소)에 진단용 방사선 발생장치 신고 시 신고기한〉
- 설치하는 경우: 사용일 3일 전까지
- 사용을 중지한 경우: 사용 중지일 부터 3일 이내
- 사용중지 후 다시 사용하려는 경우: 사용일 3일 전까지
- 양도·폐기 또는 이전한 경우: 사유 발생한 날부터 45일 이내

다. 특수 의료장비

그림4.1-4 특수 의료장비 관리체계

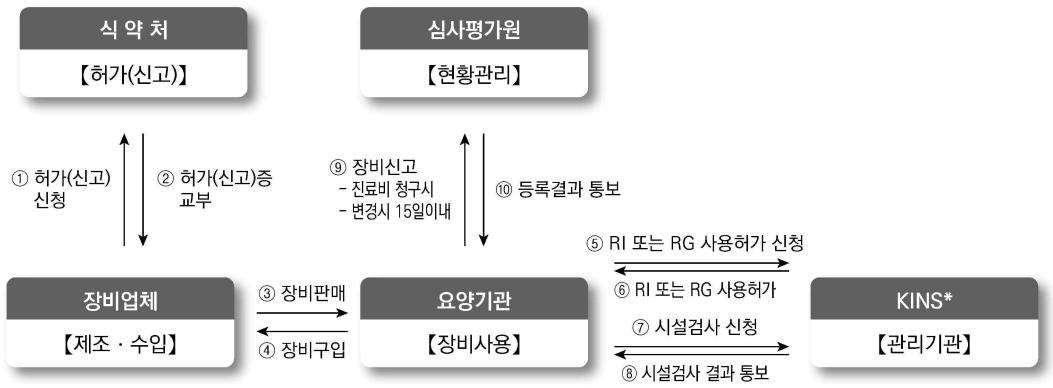


【관련규정】

- 「의료법」 제38조(특수의료장비의 설치 · 운영), 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제2조(등록), 제4조(등록사항의 변경 통보 등), 제4조의2(보건의료자원 통합신고포털을 통한 신청 등), 제5조(품질관리검사) 등
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조(요양기관 현황 신고 등), 제12조의2 (보건의료자원 통합신고포털의 설치 · 운영)
- 「보건의료자원 통합신고포털 운영 및 관리 등에 관한 규칙」 제4조(정보시스템의 연계와 활용)
- 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」
- 검사기관의 심사평가원 통지의무: 「특수의료장비설치 및 운영에 관한 규칙」 제7조(검사결과의 통보 등)

라. 「원자력안전법」 관련 장비

그림4.1-5 「원자력안전법」 관련 장비 관리체계



(통합신고포털)

* KINS(한국원자력안전기술원, Korea Institute of Nuclear Safety) 원자력안전법에 따라 원자력안전위원회의 위임을 받아 RI(Radio Isotope, 방사성 동위원소) 또는 RG(Radio Generator, 방사선발생장치)의 허가(신고), 시설검사 등 업무를 수행하는 기관

【장비신고 시 요양기관이 심사평가원에 제출할 자료】

- 구입증빙자료 사본
- 의료기기 제조(수입)품목허가(신고)증 사본
- KINS에서 시행한 방사성동위원소 등에 대한 시설검사 결과통보 문서

【관련규정】

- 「원자력안전법」 제53조(방사성동위원소 · 방사선 발생장치 사용 등의 허가 등), 제56조

5 의료장비 분류체계

가. 분류체계

2012.1.1.부터 장비 속성 및 기능을 반영하여 사용목적(의료행위 종류)과 장비용도(품목, 기능)에 따라 6자리 확장성 체계 마련

1) 구성

알파벳과 숫자를 혼용한 6자리 체계('12.1.1.부터 적용)

구분	사용목적에 따른 분류		장비종류에 따른 분류	
의미	대분류	소분류	품목 대분류	품목 소분류
자릿수	알파벳 1자리 (6종)	숫자 1자리 (17종)	숫자 2자리 (194종)	숫자 2자리 (294개)

2) 특성

- 사용목적(의료행위 종류)과 장비종류(품목, 기능)에 따라 장비속성 및 기능을 반영한 확장성 체계
- 사용목적에 따른 분류 내에서 관련 의료행위 수가체계에 따라 세분류
- 1대의 장비는 한 가지 분류(장비번호)에 신고·등록
  - 여러 기능을 가진 장비나 서로 다른 기능을 융합한 장비도 사용목적이 주가 되는 분류에 한번만 신고·등록

나. 사용목적에 따른 의료장비 분류체계

구분	대분류	소분류	
A	검사 행위 관련 장비	1	검체 검사장비
		2	기능 검사장비
		3	내시경·천자·생검장비
B	영상진단 · 방사선치료 행위 관련 장비	1	방사선진단장비
		2	핵의학진단·골밀도검사장비
		3	기타 영상진단 등 장비
		4	방사선치료 장비

구분	대분류	소분류	
C	이학요법 행위 관련 장비	1	기본물리치료장비
		2	단순재활치료장비
		3	전문재활치료장비
		4	기타 이학요법장비
D	처치 · 수술 행위 관련 장비	1	마취장비
		2	처치 · 수술장비
E	치과 행위 관련 장비	1	치과검사장비
		2	치과치료장비
F	한방 행위 관련 장비	1	한방검사장비
		2	한방치료장비

6 의료장비 신고 및 등록

가. 신고의무

- 요양기관은 요양급여비용을 최초로 청구하는 때와 기존 신고현황에 변경이 있는 때(급여비용 증감에 관련된 사항만 해당되며, 변경된 날부터 15일 이내)에는 의료장비 현황(변경)을 심평원에 신고하여야 한다.
  ※ 다만, 2016.1.1.부터 진단용 방사선 발생장치 및 특수의료장비는 관할 시군구에 신고 · 등록을 심평원 신고로 간주
- 2017년부터 종합병원 진료비 심사 지원 이관으로 상급종합병원은 본원에 신고 · 등록하고 종합병원 이하는 요양기관 소재지 관할 지원에 현황(변경) 신고한다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제43조(요양기관 현황에 대한 신고) 및 같은법 시행규칙 제12조(요양기관 현황 신고 등), 제12조의2(보건의료자원 통합신고포털의 설치 · 운영)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조(요양급여의 적용기준 및 방법) 제1항 [별표 1] 제8호 의료장비
- 보건복지부 고시 「보건의료자원 통합신고포털 운영 및 관리 등에 관한 규칙」, 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」등

다. 신고 · 등록방법

• 서면 또는 보건의료자원통합신고포털을 통해 의료장비현황 신고 · 등록 가능

1) 일반장비

가) 서면신고

의료장비 현황(변경) 신고서(「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제16호 서식)를 작성하고 관련 증빙자료를 첨부하여 관할 본 · 지원에 우편 또는 FAX로 신고

【서면신고 절차】

요양기관	본원 및 각 지원
• 현황신고 - 의료장비 현황(변경) 신고서 1부 - 관련 증빙자료 사본 각1부	접수 및 검토 〈관련서류 확인〉 • 장비 구입 시 구입증빙자료, 식약처 품목허가(신고)증 등 확인 • 대표자, 소재지, 기관명 등 변경 시 개설신고(등록)증 확인 → 서류 미비시 자료보완 ↓ 해당 요양기관 신고내역 전산입력(요양기관 현황관리시스템이용) ↓ 처리완료하면 요양기관은 심사평가원 홈페이지 - 보건의료자원통합신고 포털 內 - '현황신고 · 변경-장비현황-일반장비 현황신고 - 장비보유현황' 화면에서 확인 가능

나) 포털(인터넷) 신고

심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr)접속 → 보건의료자원통합신고 포털(www.hurb.or.kr접속) → 공인인증서 로그인 → 현황신고 · 변경 → 장비현황 → 일반장비 현황신고 화면에서 해당 장비별 세부정보를 입력하고, 관련 증빙자료는 파일로 첨부하거나 관할 본 · 지원에 우편 또는 FAX로 제출

* 심사평가원 홈페이지/보건의료자원통합 신고포털/정보마당/의료장비종합 정보조회에 장비 설명, 식약처 정보, 장비 이미지 등 제공 및 전산점검연계 내역과 행위수가 등 안내

【포털(인터넷) 신고절차】

요양기관	본원 및 각 지원
• 현황신고 – 위 접속경로 통해 접속 및 세부정보 입력	요양기관현황관리시스템 → 현황관리 → 의료장비 현황변경 → 의료장비 포탈신고 목록 화면에서 요양기관 입력내용 확인 – 구입증빙자료, 식약처 품목허가(신고)증 등 확인 · 서류 미비 시 해당자료 제출요청 – 요양기관에서 내용 오류입력 시 [보완요청]을 통해 재접수 유도 ↓ 심사시스템 반영(DB 등록) ↓ 요양기관현황관리심사시스템/현황관리/의료장비 현황변경/의료장비 현황변경 등록에서 심사시스템 반영내용 확인 ↓ 요양기관은 심사평가원 홈페이지 → 보건의료자원 통합신고 포털 → 현황신고 · 변경 → 장비현황 → 일반장비 현황신고 → 장비보유현황에서 확인 가능

2) 진단용방사선발생장치 및 특수의료장비

가) 서면신고

진방장치의 설치 및 사용 · 재사용 신고서(「진단용방사선발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 별지 제1호 서식) 및 특수장비 등록신청서(「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 별지 제1호 서식)를 작성하고 관련 증빙자료를 첨부하여 관할 지자체에 신고 · 등록

나) 포털(인터넷)신고

○ 심사평가원 홈페이지 접속하여 아래 절차에 따라 해당 장비별 세부정보 입력 후 관련 증빙자료(첨부서류)를 파일 첨부하거나 관할 지자체로 우편 또는 팩스로 제출

1	2	3	4	5	6
심사평가원 홈페이지 (www.hira.or.kr) 접속	보건의료자원통합 신고포털 클릭 (www.hurb.or.kr) 접속	공인 인증서 로그인	현황 신고 · 변경 클릭	장비현황 클릭	진방장비 · 특수장비 (세부사항 입력)

* 심사평가원 홈페이지/보건의료자원통합신고포털/정보마당/의료장비종합정보 조회에 장비설명, 식약처 정보, 장비 이미지 등 제공 및 전산점검연계 내역과 행위수가 등 안내

≪바코드 관련≫

➢ 의료기관 관할 지자체는 요양기관이 장비 신고는 하였으나, 바코드번호가 없는 경우 새올행정시스템에서 심사평가원으로 바코드 요청 후에 후속 업무 실시

7 의료장비 바코드 관리

가. 목적

장비의 생산·유통(추적, 폐기 등) 등에 대한 체계적 관리와 정보연계를 위해 의료장비 취급업체, 요양기관 등 관련기관에서 공통으로 사용할 일원화된 의료장비 표준코드를 마련하여 관리

나. 법적 근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항 관련 [별표1] 제8호 사목
- 보건복지부 고시 「의료장비현황 신고대상 및 식별부호화에 관한 기준」 (제2020-214호, 2020.09.25. 개정)
- 심사평가원 공고 “바코드 부착대상 장비 23종”('11.11. 15종, '12.3. 8종)

다. 바코드 대상 장비현황(23종)

연번	구분	장비번호	장 비 명	연번	구분	장비번호	장비명
1	진방·특수	B108*	전산화단층촬영장치(CT)	13	진방	D212*	체외충격파쇄석기
2	특수	B301*	자기공명영상진단기(MRI)	14	진방	B203*	골밀도검사기
3	원자력(진방)	B201*	양전자단층촬영장치	15	일반	B302*	초음파영상진단기
4	진방·특수	B105*	유방촬영용장치(Mammo)	16	원자력	B40100	선형가속기
5	진방	B101*	일반엑스선촬영장치	17	원자력	B40200	후장전치료기
6	진방	B102*	엑스선촬영.투시장치	18	원자력	B40300	감마나이프
7	진방	B107*	혈관조영촬영장치	19	원자력	B40400	사이버나이프
8	진방	B106*	C-Arm형엑스선장치	20	원자력	B40500	토모테라피
9	진방	B103*	치과용방사선촬영장치	21	원자력	B40600	중성자치료기
10	진방	B104*	치과방사선파노라마장치	22	원자력	B40700	양성자치료기
11	진방	B109*	콘 빔(Cone beam) CT	23	원자력	B40800	혈액방사선조사기
12	원자력	B202*	감마카메라				

라. 바코드 관리

1) 구성체계(31자리)

가) 표준코드에 생산일자와 일련번호를 추가한 GS1(Global Standard No.1)-128 체계

	내용	AI(상품식별코드)	GS1 상품식별코드	AI(생산일자)	YYMMDD	AI(일련번호)	일련번호
바코드	자릿수	2	14	2	6	2	5
	부여예	(01)	08800499912349	(11)	110500	(21)	12345

- 응용식별자(AI): (01), (11), (21)로 바코드에 표시되는 정보의 형식과 의미를 지정해 주는 역할
- 일련번호: 개별 장비를 식별하기 위하여 부여하는 번호
- GS1상품식별코드: 의료장비 표준코드(상품식별 코드로 국제적으로 호환이 가능한 GS1 체계) 13자리 앞에 0을 붙여 14자리로 구성

※ 의료장비 표준코드(13자리)

	내용	국가식별코드	업체식별코드	품목코드	검증번호
표준코드	부여예 (자릿수)	880 (3자리)	00001-04999 (5자리)	0001-9999 (4자리)	0-9 (1자리)



나) 코드 부여방법

구분		부여 원칙
업체식별 코드	• 해당 장비업체 코드 * 식약처는 제조·수입 업종을 구분해 업체 허가번호 부여	• 대한상공회의소(유통물류진흥원)에서 회원 가입 시 부여한 각각의 업체 코드
품목코드	• 해당 장비의 제조·수입을 위해 업체가 식약처에 품목허가신청 시 신고하는 모델명	• 식약처에서 허가한 모델명 기준으로 부여 * 품목허가번호, 모델명, 식약처 일련번호에 따라 변경
생산일자	• 해당 장비 제조시기 * 진방장치와 특수장비의 경우 보건소에서 생산일자 관리	• 제조연월일 2자리씩 기재(국제적 약속) * 국민건강보험법에 의거 제조연월 정보만 관리하고 있어 일자 2자리는 “00”처리

2) 관리체계

가) 진방장치 및 특수장비

- 지자체로부터 신고·등록정보 수신 후, 심사평가원은 의료장비 바코드를 생성하여 지자체로 재송신, 이후 바코드로 전국단위 이력 관리 가능
  - (신장비) 지자체에 신고된 정보를 토대로 심사평가원은 바코드 라벨을 제작하여 의료기관에 발송하고, 지자체에 바코드 정보 전송
  - (중고장비) 바코드 기부여 중고장비는 반드시 바코드 정보를 포함하여 지자체에 신고토록 하고, 정보 누락여부 등은 지자체에서 확인
- 지자체는 새올시스템에 해당 바코드 정보 등록·관리
- 바코드 미부여 중고장비는 신장비와 동일 절차로 진행

나) 그 외 바코드 부여대상 장비

의료기관에서 심사평가원 관할 본·지원으로 신고·등록하면 본원에서 바코드 부여

※ 2018년 7월부터 의료기관에서 온라인으로 직접 바코드 라벨 출력 가능
(경로) 보건의료자원통합신고포털 → 마이페이지 → 증명서 발급 → 장비 바코드 → 바코드 출력

Ⅲ 간호관리료 및 입원료 차등제 등 운영

작성: 자원관리부

1 일반병동 간호관리료 차등제

가. 개요

요양기관에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원진료 시 간호서비스의 질이 저하되는 현상을 해소하고, 적정수준의 간호 인력을 확보하여 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 입원료를 차등 지급하는 제도이다.

나. 관련 고시

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(기본진료료 중 입원료)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(기본진료료 산정지침)

다. 적용기준 및 자료제출

1) 적용기준

- 직전 분기 평균 병상 수 대비 직전 분기 평균 간호사 수에 따른 등급을 산정하여 다음 분기에 적용(서울특별시 소재기관, 상급종합병원, 의원급)
- 직전 분기 평균 환자 수 대비 직전 분기 평균 간호사 수에 따른 등급을 산정하여 다음 분기에 적용(서울특별시 외 소재기관, 공공병원, 지역응급의료기관)

2) 자료제출

요양기관은 매분기말 16일부터 20일까지 '요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황'을 심사평가원에 제출하여야 하며, 미제출기관은 별도 입원료 산정(다만, 상급종합병원, 의원급의 경우 6등급 적용)

라. 등급산정 기준

1) 산정식

가) 병상 수 대 간호사 수 기준 적용기관	나) 환자 수 대 간호사 수 기준 적용기관
일반병동 병상 수(3개월 평균, 각 월 15일자 병상 수의 합/3) / 일반병동 간호사 수(간호사별 산정기간 재직일수의 평균)	일반병동 환자 수(3개월 평균) / 일반병동 간호사 수(간호사별 산정기간 재직일수의 평균)

※ 산정기간: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

2) 병상

- 의료법에 의한 허가병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로, 허가병상보다 적게 병상을 운영하는 경우에는 허가병상으로 적용
- 산정대상: 일반병상, 모자동실에 입원하는 산모의 병상, 준중환자실, 정신과 개방병동, 정신과 폐쇄병동(요양기관의 신고에 의해 제외할 수 있음)
- 산정제외: 응급실, 신생아실, 분만실, 회복실, 중환자실, 격리실, 무균치료실, 납차폐특수치료실, 인공신장실, 낮 병동, 조기진통실, 미숙아실, 집중치료실, 호스피스병실 등

3) 간호사

- 산정대상: 일반병동에 배치되어 입원환자 간호를 전담하는 간호사, 정맥주사팀(일반병동에서만 순회시)
- 산정제외: 환자간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조 등), 순환근무간호사, 분만휴가자, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간, 일반병동과 특수병동을 동시에 관할하는 수간호사, 면허발급 이전 간호사

마. 일반병동 간호관리료 등급 및 입원료 가감산

1) 일반병동 간호관리료 등급

등급	상급종합병원	이외의 요양기관
1등급	2.0:1 미만	2.5:1 미만
2등급	2.0:1 이상 ~ 2.5:1 미만	2.5:1 이상 ~ 3.0:1 미만
3등급	2.5:1 이상 ~ 3.0:1 미만	3.0:1 이상 ~ 3.5:1 미만
4등급	3.0:1 이상 ~ 3.5:1 미만	3.5:1 이상 ~ 4.0:1 미만
5등급	3.5:1 이상 ~ 4.0:1 미만	4.0:1 이상 ~ 4.5:1 미만
6등급	4.0:1 이상 ~	4.5:1 이상 ~ 6.0:1 미만
7등급	-	6.0:1 이상 ~

2) 입원료 가감산

<table>
<tr><th>구분</th><th>1등급</th><th>2등급</th><th>3등급</th><th>4등급</th><th>5등급</th><th>6등급</th><th>7등급*</th><th>미제출 기관**</th></tr>
<tr><td>상급 종합병원</td><td rowspan="3">2등급 입원료에 2등급 입원료 소정점수의 10% 가산</td><td rowspan="3">3등급 입원료에 3등급 입원료 소정점수의 10% 가산</td><td>4등급 입원료에 4등급 입원료 소정점수의 10% 가산</td><td>5등급 입원료에 5등급 입원료 소정점수의 15% 가산</td><td>6등급 입원료에 6등급 입원료 소정점수의 10% 가산</td><td rowspan="4">입원료 소정점수</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>종합병원</td><td>4등급 입원료에 4등급 입원료 소정점수의 15% 가산</td><td>5등급 입원료에 5등급 입원료 소정점수의 10% 가산</td><td>6등급 입원료에 6등급 입원료 소정점수의 10% 가산</td><td rowspan="2">6등급 입원료 소정점수,

입원료 소정점수의 5% 또는 2% 감산</td><td rowspan="2">6등급 입원료 소정점수,

입원료 소정점수의 10% 감산</td></tr>
<tr><td>병원, 치과병원, 한방병원</td><td>4등급 입원료에 4등급 입원료 소정점수의 10% 가산</td><td>5등급 입원료에 5등급 입원료 소정점수의 10% 가산</td><td>6등급 입원료에 6등급 입원료 소정점수의 20% 가산</td></tr>
<tr><td>의원, 치과의원, 한의원</td><td>입원료 소정점수의 50% 가산</td><td>입원료 소정점수의 40% 가산</td><td>입원료 소정점수의 30% 가산</td><td>입원료 소정점수의 20% 가산</td><td>입원료 소정점수의 10% 가산</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table>

* 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 7등급
- 의료취약지역 소재 요양기관은 6등급 입원료 소정점수
- 서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관은 입원료 소정점수의 5% 감산
- 위에 해당하지 아니하는 요양기관은 입원료 소정점수의 2% 감산

** 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 중 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 미제출기관(2020년 1월부터 적용)
- 의료취약지역 소재 요양기관은 6등급 입원료 소정점수
- 의료취약지 소재 요양기관에 해당되지 아니하는 요양기관은 입원료 소정점수의 10% 감산

2 중환자실(일반, 소아, 신생아) 간호관리료 차등제

가. 개요

중환자실의 간호서비스 질 저하 현상을 해소하고, 적정수준의 간호 인력을 확보하여 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 중환자실(일반, 소아, 신생아)의 입원료를 차등 지급하는 제도이다.

나. 관련 고시

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(기본진료료 중 중환자실 입원료)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(기본진료료 산정지침)

다. 적용기준 및 자료제출

1) 적용기준

'신생아 중환자실', '소아 중환자실', '일반 중환자실'로 나누어 등급을 산정. 직전분기 각각의 평균 병상수 및 평균 전담간호사 수로 산정하되 '일반 중환자실'은 Unit별로 간호등급을 각각 산정하여 다음분기에 적용

2) 자료제출

중환자실을 운영하는 요양기관은 매분기말 16일부터 20일까지 '중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 통보서'를 심사평가원에 제출하여야 하며, 미제출기관은 최저 등급 적용하되 '일반 중환자실'은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2.바(3)에 따라 산정함(단, 상급종합병원은 일반 중환자실의 경우 미제출 시 5등급으로 적용)

라. 등급산정 기준

1) 산정식('일반 중환자실'의 경우 Unit별 등급 산정)

$$\frac{\text{중환자실 병상 수(3개월 평균, 각 월 15일자 병상 수의 합/3)}}{\text{중환자실 간호사 수(간호사별 산정기간 재직일수의 평균)}}$$

※ 산정기간: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

2) 병상 수

중환자실 병상은 요양기관 현황(변경사항)통보시 심사평가원에 신고한 병상이며, 신고한 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로 적용

3) 간호사

- 산정대상: 중환자실에 배치되어 실제 중환자실 입원환자 간호를 전담하는 간호사
- 산정제외: 환자간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조 등), 일반병동 등을 순환·파견(PRN 포함) 근무하는 간호사, 분만휴가자, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간

4) 시설 · 장비

「의료법 시행규칙」 제34조[별표 4]에서 정한 중환자실의 시설 · 장비를 갖추지 못한 경우, 중환자실 입원료 산정 불가

마. 중환자실 등급(병상 수 대 간호사수의 비) 및 입원료 가감산

1) 일반 중환자실 등급

등급	상급종합병원	종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원
1등급	0.5:1 미만	0.5:1 미만
2등급	0.5:1 이상 ~ 0.63:1 미만	0.5:1 이상 ~ 0.63:1 미만
3등급	0.63:1 이상 ~ 0.77:1 미만	0.63:1 이상 ~ 0.77:1 미만
4등급	0.77:1 이상 ~ 0.88:1 미만	0.77:1 이상 ~ 0.88:1 미만
5등급	0.88:1 이상	0.88:1 이상 ~ 1:1 미만
6등급	-	1:1 이상 ~ 1.25:1 미만
7등급	-	1.25:1이상 ~ 1.5:1 미만
8등급	-	1.5:1 이상 ~ 2:1 미만
9등급	-	2:1 이상

2) 일반 중환자실 입원료 등급별 가감산

등급	상급종합병원	종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원
1등급	일반 중환자실 2등급 입원료에 일반 중환자실 2등급 입원료의 25% 가산	일반 중환자실 2등급 입원료에 일반 중환자실 2등급 입원료의 25% 가산
2등급	일반 중환자실 3등급 입원료에 일반 중환자실 3등급 입원료의 15% 가산	일반 중환자실 3등급 입원료에 일반 중환자실 3등급 입원료의 20% 가산
3등급	일반 중환자실 입원료 소정점수	일반 중환자실 4등급 입원료에 일반 중환자실 4등급 입원료의 15% 가산
4등급*	3등급 입원료 소정점수 또는 3등급 입원료 소정점수의 25% 감산	일반 중환자실 5등급 입원료에 일반 중환자실 5등급 입원료의 10% 가산
5등급*	3등급 입원료 소정점수 또는 4등급 입원료 소정점수의 15% 감산	일반 중환자실 6등급 입원료에 일반 중환자실 6등급 입원료의 10% 가산
6등급	-	일반 중환자실 7등급 입원료에 일반 중환자실 7등급 입원료의 10% 가산
7등급	-	일반 중환자실 입원료 소정점수
8등급**	-	7등급 입원료 소정점수 또는 7등급 입원료 소정점수의 25% 감산
9등급**	-	7등급 입원료 소정점수 또는 8등급 입원료 소정점수의 15% 감산

* 상급종합병원 4등급 및 5등급
- 의료취약지역 소재 요양기관은 3등급 입원료 소정점수, 이외 요양기관은 4등급의 경우 3등급 입원료 소정점수의 25% 감산, 5등급의 경우 4등급 입원료 소정점수의 15% 감산

** 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 8등급 및 9등급
- 의료취약지역 소재 요양기관은 7등급 입원료 소정점수, 이외 요양기관은 8등급의 경우 7등급 입원료 소정점수의 25% 감산, 9등급의 경우 8등급 입원료 소정점수의 15% 감산

3) 신생아 중환자실 등급

등급	상급종합병원, 종합병원	병원, 치과병원, 한방병원
1등급	0.5:1 미만	0.75:1 미만
2등급	0.5:1 이상 ~ 0.75:1 미만	0.75:1 이상 ~ 1.0:1 미만
3등급	0.75:1 이상 ~ 1.0:1 미만	1.0:1 이상 ~ 1.5:1 미만
4등급	1.0:1 이상 ~ 1.5:1 미만	1.5:1 이상 ~ 2.0:1 미만
5등급	1.5:1 이상 ~ 2.0:1 미만	2.0:1 이상
6등급	2.0:1 이상	-

4) 신생아 중환자실 입원료 등급별 가감산

등급	상급종합병원, 종합병원	병원, 치과병원, 한방병원
1등급	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 60% 가산	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 45% 가산
2등급	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 45% 가산	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 30% 가산
3등급	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 30% 가산	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 15% 가산
4등급	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 15% 가산	신생아 중환자실 입원료 소정점수로 산정
5등급	신생아 중환자실 입원료 소정점수로 산정	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 25% 감산
6등급	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 25% 감산	-

5) 소아 중환자실 등급 및 입원료 가감산

등급	병상수: 간호사수	입원료 가감산
1등급	0.5:1 미만	소아 중환자실 입원료 소정점수의 45% 가산
2등급	0.5:1 이상 ~ 0.61:1 미만	소아 중환자실 입원료 소정점수의 30% 가산
3등급	0.61:1 이상 ~ 0.74:1 미만	소아 중환자실 입원료 소정점수의 15% 가산
4등급	0.74:1 이상 ~ 0.86:1 미만	소아 중환자실 입원료 소정점수로 산정
5등급*	0.86:1 이상	4등급 산정 또는 4등급 입원료 소정점수의 25% 감산

* 소아 중환자실 5등급
  - 의료취약지역 소재 요양기관은 4등급 입원료 소정점수, 이외 요양기관은 4등급 입원료 소정점수의 25% 감산

3 요양병원 입원료 차등제

가. 개요

요양병원의 질 저하 방지를 위해 환자 수 대비 의사 및 간호인력 수에 따라 등급을 정하고 의료인력이 충분한 기관은 일정액의 입원료를 가산하고 미흡한 기관은 감산하여 요양병원 입원료를 차등하는 제도이다.

나. 관련고시

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(요양병원 중 일반사항)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침)

다. 적용기준 및 자료제출

1) 적용기준

직전 분기 평균 환자 수 대비 직전 분기 평균 의사 및 간호인력 수에 따른 등급을 산정하여 다음 분기에 적용

2) 자료제출

요양병원은 매분기말 16일부터 20일까지 '요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서'를 심사평가원에 제출하여야 하며, 미제출기관은 의사 4등급*, 간호인력 6등급으로 적용

* 2021년 1월부터 의사인력 5등급에서 4등급으로 변경

라. 등급산정 기준

1) 환자 수

- 환자 수는 낮병동 입원 환자를 포함한 요양병원 입원환자 전체(다만, 중환자실 입원환자는 제외)

  ※ 산정기간: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

  예) 2019년 4분기 적용: 2019년 6월 15일 ~ 2019년 9월 14일까지

2) 의사인력

- 의사인력 수 산정식

$$\frac{\text{환자 수(3개월 평균)}}{\text{의사 수(의사별 산정기간 재직일수의 평균)}}$$

※ 산정기간: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

- 산정대상: 【요양기관현황(변경사항)통보서】의 상근 의사(한의사 포함)
- 산정제외: 분만 휴가자 및 연속적 부재 16일 이상인 경우 동 기간
- 다만, 가산등급(1등급, 2등급)은 당해 요양기관에 상근하는 의사 1인 이상을 포함하여 의사 수가 2인(소수점은 반올림) 이상인 요양병원에 적용*

* 2021년 1월부터 의사인력 등급산정 방식 변경

3) 간호인력

- 간호인력 수 산정식

$$\frac{\text{환자 수(3개월 평균)}}{\text{간호인력 수(간호인력별 산정기간 재직일수의 평균)}}$$

※ 산정기간: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

- 산정대상: 입원환자 간호를 전담하는 간호사와 간호조무사
- 산정제외: 환자간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등), 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호인력, 특수병상 중 중환자실, 격리실, 인공신장실, 물리치료실에서 근무하는 간호인력, 외래근무자, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 간호인력 산정대상에서 제외

마. 차등제 등급별 환자수 대 인력수 및 입원료 가감산

1) 의사인력('21.1월 개정사항 반영)

환자수 : 의사수	등급*	요양병원 입원료 소정점수의	전문의 비율**
35 : 1이하	1등급	18% 가산	50% 이상
35 : 1이하	2등급	10% 가산	50% 미만
35 : 1초과 ~ 40 : 1이하	3등급	-	
40 : 1초과 ~	4등급	50% 감산	

* 가산등급(1등급, 2등급)은 당해 요양기관에 상근하는 의사 1인 이상을 포함하여 의사 수가 2인(소수점은 반올림) 이상인 요양병원에 적용

** 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」제3조에 따른 전문의의 전문과목인 내과, 신경과, 정신건강의학과, 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취통증의학과, 산부인과, 소아청소년과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨의학과, 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 결핵과, 재활의학과, 예방의학과, 가정의학과, 응급의학과, 핵의학 및 직업환경의학과를 말함

2) 간호인력

환자수: 간호인력수	등급	요양병원 입원료 소정점수의	환자수: 간호사수 18:1 초과	1일당 2,000원 가산 산정
4.5:1미만	1등급	60% 가산	등급 가산율에 관계없이 15% 감산	간호사수 대 간호인력수가 2/3 이상인 경우
4.5:1이상~5:1미만	2등급	50% 가산		
5:1이상~5.5:1미만	3등급	35% 가산		
5.5:1이상~6:1미만	4등급	20% 가산		
6:1이상~6.5:1미만	5등급	-		
6.5:1이상	6등급	50% 감산		

바. 필요인력 인센티브

1) 필요인력

상근하는 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 사회복지사, 물리치료사

2) 산정기준

- 약사 상근을 전제로 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 기간동안 필요인력 중 상근하는 직종이 4개 이상인 경우 일당 1,710원 산정 (단, 환자수가 200명 미만인 경우 약사 주 16시간 이상 근무의 경우 상근으로 간주)
- 필요인력의 경우, 해당 치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 물리치료실, 임상병리실, 방사선실을 갖추고 실제 사용할 수 있는 해당 장비를 보유하고 있는 요양기관에 한하여 산정

4 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제

가. 개요

정신과 인력(의사 · 간호사 및 정신건강전문요원) 확보수준에 따라 의료급여 정신건강의학과 입원료를 5등급으로 차등하여 지급하는 제도이다.

나. 관련 고시

의료급여수가의 기준 및 일반기준

다. 적용기준 및 자료제출

1) 적용기준

직전분기 평균 환자 수 대비 평균 의사, 간호인력, 정신건강전문요원 수에 따른 각 배점을 합산하여 등급을 산정하고 다음 분기에 적용

2) 자료제출

요양기관은 매분기 마지막 월 20일까지 '의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정현황 통보서'를 심사평가원에 제출하여야 하며, 미제출기관은 기관등급 G5로 적용

라. 등급산정 기준

1) 입원환자 수

- 정신건강의학과 입원환자, 정신건강의학과 낮병동환자, 정신건강의학과 외래환자를 일자별로 관리
- 낮병동 환자 2인, 외래환자 3인을 각각 입원환자 1인으로 산정하며, 입원초일 및 퇴원일도 각각 입원환자 1인으로 산정
- 정신건강의학과 건강보험 · 의료급여 환자, 정신과 낮병동 · 외래환자 포함되나, 타과에서 협진 의뢰환자 · 타과병동에 입원환자 및 산재 · 자보 환자 제외
- 평균 입원환자 수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일 까지(90~92일) 한국표준질병사인분류항목 중 정신질환(F00-F99, G40, G41) 으로 정신건강의학과에서 진료받은 입원환자의 평균(소수점 셋째 자리 절사)

2) 의사인력

- 의사인력 확보수준에 따른 배점 산정식

$$\frac{\text{환자 수(3개월 평균)}}{\text{의사 수(의사별 산정기간 재직일수의 평균)}} \times 0.5$$

※ 산정기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

- 산정대상: '요양기관현황신고서'의 정신건강의학과 전문의(주5일이상 · 주40시간이상 근무) 및 레지던트 기준
- 산정제외: 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간
- 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우 1인으로 산정하며, 정신건강의학과 레지던트 1인은 정신건강의학과 전문의 0.5인으로 산정

3) 간호인력

- 간호인력 확보수준에 따른 배점 산정식

$$\frac{\text{환자 수(3개월 평균)}}{\text{간호인력 수(간호인력별 산정기간 재직일수의 평균)}} \times 0.35$$

※ 산정기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

- 산정대상: 정신건강의학과 입원병동, 정신건강의학과 낮병동, 정신건강의학과 외래병동에 배치되어 정신건강의학과 환자간호를 전담하는 간호사와 간호조무사
- 산정제외: 환자간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조 등), 타과환자의 간호를 병행하는 간호인력, 타과병동을 순환 · 파견 간호인력, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간
- 간호조무사 1인은 신고된 간호사 수의 4분의 3 범위 내에서 간호사 1인으로 산정

4) 정신건강전문요원인력

- 정신건강전문요원인력 확보수준에 따른 배점 산정식

$$\frac{\text{환자 수(3개월 평균)}}{\text{전문요원인력 수(전문요원인력별 산정기간 재직일수의 평균)}} \times 0.15$$

※ 산정기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

- 정신건강전문요원: 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제17조제2항에 따른 정신건강임상심리사, 정신건강간호사 및 정신건강사회복지사
- 산정대상: 정신건강전문요원인력 일반현황 통보서상 신고된 자를 기준으로 하고, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령」 제12조제2항에 따른 업무를 전담하여 실제 수행하는 경우 산정
- 산정제외: 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간

마. 기관등급

○ 인력별 배점산정식에 따른 기관등급

기관 등급	기관 등급별 점수	인력별 배점	기여 가중치		
			0.5	0.35	0.15
			정신건강의학과 의사 1인당 입원환자	정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자	정신건강전문요원 1인당 입원환자
G1	5점	5점	21명 미만	6명 미만	51명 미만
G2	3점 이상 ~5점 미만	4점	21명 이상 ~41명 미만	6명 이상 ~10명 미만	51명 이상 ~76명 미만
		3점	41명 이상 ~61명 미만	10명 이상 ~14명 미만	76명 이상 ~101명 미만
G3	2점 이상 ~3점 미만	2점	61명 이상 ~81명 미만	14명 이상 ~18명 미만	101명 이상 ~126명 미만
G4	1점 이상 ~2점 미만	1점	81명 이상 ~101명 미만	18명 이상 ~22명 미만	126명 이상 ~151명 미만
G5	1점 미만	0점	101명 이상	22명 이상	151명 이상

5 호스피스수가 가산제

가. 개요

말기 암환자를 대상으로 호스피스병동에 입원한 환자 수 대비 적정수준의 간호사 및 사회복지사 등 보건의료 인력을 확보하여 양질의 호스피스 서비스를 제공하는 제도이다.

나. 관련고시

○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(호스피스 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수)

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(호스피스 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치 점수)

다. 적용기준 및 자료제출

1) 적용기준

직전 분기 평균 환자 수 대비 직전 분기 평균 간호사 및 사회복지사 수에 따른 등급을 산정하여 다음 분기에 적용

2) 자료제출

요양기관은 매분기말 16일부터 20일까지 '호스피스수가 가산제 산정 및 인력현황 통보서'를 심사평가원에 제출하여야 하며, 기한 내 미제출한 기관은 호스피스병동 간호사 확보수준에 따른 입원료 가산을 산정할 수 없음

라. 간호사 및 사회복지사 인력 확보수준에 따른 등급 산정

1) 간호사 및 사회복지사 등급 산정식

$$\frac{\text{환자 수(3개월 평균)}}{\text{간호사, 사회복지사 수(각 인력별 산정기간 재직일수의 평균)}}$$

※ 산정기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

2) 환자 수

- 호스피스병동(시설)에 입원한 3개월 평균 환자 수

3) 간호사

- 산정대상: 호스피스병동에 배치되어 환자 간호 업무를 전담하는 간호사
- 산정제외: 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조 등), 일반병동 등 호스피스 병동 이외의 병상을 순환 또는 파견(PRN포함) 근무하는 간호사, 외래근무자, 연속적 부재기간이 16일 이상인 자, 호스피스병동 근무 개시 후 3개월이 경과하여 호스피스 교육을 이수한 경우 근무개시일부터 교육 이수 전일까지 기간은 인력산정 대상에서 제외, 호스피스병동 근무 개시 후 호스피스 교육을 이수하지 않고 퇴사하는 등 기본 교육을 미이수한 경우 호스피스 병동 근무기간 제외

4) 사회복지사

- 산정대상: 당해 호스피스전문기관에 상근하는 자로서, 호스피스병동에 입원한 환자를 전담하는 사회복지사
- 산정제외: 호스피스병동 이외의 업무를 겸임하는 경우, 전담 사회복지사가 재직하지 않는 날이 1일이라도 있을 경우, 호스피스병동 이외의 환자간호 겸임자, 휴게시간 제외 월평균 주40시간 미만인 단시간 근무자, 연속적 부재기간이 16일 이상인 자, 호스피스병동 근무 개시 후 3개월이 경과하여 호스피스 교육을 이수한 경우 근무개시일부터 교육 이수 전일까지 기간은 인력산정 대상에서 제외, 호스피스병동 근무 개시 후 호스피스 교육을 이수하지 않고 퇴사하는 등 기본 교육을 미이수한 경우 호스피스병동 근무기간 제외

5) 등급별 환자 수 대 인력 수 및 가산

- 간호사 등급 및 입원료 가산

등급	환자 수 : 간호사 수	가산율
1	1 : 1 이하	입원료 소정점수의20% 가산
2	1 : 1 초과 ~ 1.5 : 1 이하	입원료 소정점수의10% 가산
3	1.5 : 1 초과	입원료 소정점수로 산정

- 사회복지사 등급 및 정액수가 가산

등급	환자수 : 사회복지사 수	가산 상대가치점수		
		상급	종병 · 병원	의원
1	12 : 1 이하	132.26	100.27	94.34
2	12 : 1 초과	110.21	83.57	78.63

6 감염예방 · 관리료

가. 개요

감염예방 · 관리료는 의료관련 감염 등 효율적인 감염예방 및 관리 프로그램 운영을 위하여 허가병상수의 평균 대비 적정수준의 감염관리 전담간호사 및 감염관리의사 인력을 확보하여 감염예방 · 관리활동을 실시하는 제도이다.

나. 관련 고시

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(기본진료료 중 감염예방 · 관리료)
- 건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(기본진료료 중 감염예방관리료)

다. 적용기준 및 자료제출

1) 적용기준

직전 분기 평균 병상 수 대비 직전 분기 의사 및 간호사 수에 따른 등급을 산정하여 다음 분기에 적용

2) 자료제출

요양기관은 매분기말 16일부터 20일까지 '감염 예방 · 관리료 산정현황 통보서'를 심사평가원에 제출하여야 하며, 미제출기관은 감염예방 · 관리료를 산정할 수 없음

라. 등급산정 기준

1) 감염예방 · 관리료 산정조건

- 「의료법」 제58조에 따라 의료기관평가인증원에서 실시하는 인증으로 인증결과가 '인증' 또는 '조건부인증'에 해당해야 함
- 질병관리본부에서 운영하는 전국의료관련감염감시체계(KONIS*)의 참여기관이어야 함(단, 병원의 경우 '19년 2월부터 적용)

  * KONIS: KOrean National healthcare-associated Infections Surveillance System

2) 전담간호사, 자격 및 경력간호사, 감염관리의사 등급 산정식

$$\frac{\text{병상 수(3개월 평균, 각월 15일자 병상수의 합/3)}}{\text{전담간호사 수, 자격 및 경력간호사 수, 의사 수(각 인력별 산정기간 재직일수의 평균)}}$$

※ 산정기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

3) 병상 수

- 「의료법」에 의한 허가병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로, 허가병상보다 적게 병상을 운영하는 경우에는 허가병상으로 산정
- 산정대상: 일반입원실, 정신과폐쇄, 중환자실, 격리병실, 무균치료실의 병상

4) 간호인력

- 산정대상
  - (감염관리 전담간호사) 감염관리실 업무를 전담하는 간호사
  - (감염관리 자격간호사) 감염관리 전담간호사이면서, 감염관리 전문간호사 또는 감염관리실 무전문가 자격증이 있는 간호사
  - (감염관리 경력간호사) 감염관리 전담간호사이면서, 감염관리 3년이상 경력이 있는 간호사 (단, 상급종합병원을 제외한 종합병원과 병원의 경우 '18년 4월 1일부터 '19년 3월 31일까지는 1년 이상, '19년 4월 1일부터 '20년 3월 31일까지는 2년 이상으로 하되, '18년 3월까지 근무경력 1년 이상인 경우에 한함)
- 산정제외: 감염관리업무를 전담하지 않는 간호사(간호감독, 전임노조 등), 감염관리실 이외의 병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호사, 연속적 부재기간이 16일 이상인 자

5) 의사인력

- (감염관리의사) 요양기관에 소속된 상근 의사로서 월평균 주 20시간 이상 감염관리실 업무를 수행하고, 감염내과 또는 소아청소년과 감염분과 전문의이거나 감염관리실 근무경력이 1년 이상이며 감염관리 교육을 24시간 이상 이수한 전문성을 가진 의사
- (감염관리전담의사) 감염관리의사의 조건을 충족하면서 월평균 주 40시간 이상 감염관리실 업무에 근무하는 의사
- 산정제외: 연속적 부재기간이 16일 이상인 자는 산정 제외

마. 등급별 병상수 대 인력수 및 상대가치점수

등급	병상수:감염전담 간호사 수	병상수:경력 및 자격간호사 수	병상수:감염관리 의사 수	상대가치점수	
				상급종합병원 종합병원	병원
1	150 : 1 이하	500 : 1 이하	300 : 1 이하	36.92	43.86
2	200 : 1 이하	600 : 1 이하	300 : 1 이하	30.07	36.60
3	(가) 감염관리 전담간호사는 아래와 같이 배치하되, 전담간호사 중 1명이상은 감염관리실 근무경력 1년 이상인 자로 함 (1) 종합병원: 300병상이하 1명 이상 301~900병상 2명이상 901~1,500병상 3명이상 1,501~2,100병상 4명이상 2,101병상 이상은 5명이상 (2) 병원: 1명 이상		300 : 1 이하	21.05	25.62

※ 위의 등급별 인력 수 기준을 모두 충족한 경우 등급산정 가능함.

7 집중치료실 입원료

가. 개요

뇌졸중, 고위험임산부를 대상으로 입원진료 시 간호서비스의 질이 저하되는 현상을 해소하고, 적정수준의 간호 인력을 확보하여 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 분기별 평균 병상 수 대비 집중치료실 전담간호사 인력을 확보한 경우 집중치료실 입원료를 지급하는 제도이다.

나. 관련 고시

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(집중치료실 입원료)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(집중치료실 입원료)

다. 적용기준 및 자료제출

1) 적용기준

집중치료실을 설치하고, 직전 분기 평균 병상 수 대비 직전 분기 간호사 수에 따라 해당 수가를 다음 분기에 적용

2) 자료제출

집중치료실 입원료를 산정하고자 하는 요양기관은 매분기말 16일부터 20일까지 '집중치료실 운영현황 신고서'를 심사평가원에 제출하여야 하며, 미제출기관 및 시설·장비를 갖추지 못한 경우는 집중치료실 입원료를 산정할 수 없음

라. 산정 세부기준

1) 산정식

$$\frac{\text{집중치료실 병상 수(3개월 평균, 각 월 15일자 병상수의 합/3)}}{\text{집중치료실 간호사 수(간호사별 산정기간 재직일수의 평균)}}$$

※ 산정기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

2) 병상 수

요양기관 현황(변경사항) 통보 시 심사평가원에 신고한 집중치료실(뇌졸중 집중치료실, 고위험 임산부 집중치료실)의 병상을 말함

3) 산정기관

가) 뇌졸중 집중치료실

뇌졸중 집중치료실(Unit)을 별도로 신고·운영하는 상급종합병원 및 일반 중환자실 Unit별 간호인력확보수준에 따른 일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 등급이 모두 1등급 내지 7등급인 종합병원

나) 고위험임산부 집중치료실

별도의 고위험임산부 집중치료실(Unit)을 신고·운영하는 상급종합병원, 종합병원, 병원

4) 인력기준

가) 뇌졸중 집중치료실

- (의사) 신경과, 신경외과, 영상의학과, 재활의학과 전문의가 각각 1인 이상 상근
- (간호사) 뇌졸중 집중치료실의 환자간호업무만을 전담하는 간호사가 분기별 평균 병상 수 대비 1.25:1 이하

나) 고위험임산부 집중치료실

- (의사) 산부인과 전문의 및 소아과 전문의가 각각 1인 이상 상근
- (간호사) 고위험임산부 집중치료실의 환자간호업무만을 전담하는 간호사가 분기별 평균 병상 수 대비 1.5:1 이하

5) 시설기준

- 집중치료실은 중환자실과 일반 입원실 혼합형태의 시설로 의료법 상 일반 입원실을 준용
- 집중치료실 운영기관의 필수 시설

구분	뇌졸중 집중치료실	고위험임산부 집중치료실
시설 운영	일반 중환자실	분만실 및 신생아중환자실

6) 장비기준

구분	뇌졸중 집중치료실	고위험임산부 집중치료실
병상마다	중앙공급식 의료가스시설	
	지속적 수액 주입기	
	모니터링 장비 (혈압, 산소포화도, 심전도 등의 감시 장비)	모니터링 장비 (분만감시기, 심전도감시기, 맥박산소계측기 등)
유니트당	중앙집중관찰시스템 (간호 Station에서 각각의 병상을 모니터링할 수 있는 시스템을 갖추어야 함)	
	심전도기록기	
	후두경	태아심음검사기
	앰부백(마스크 포함)	초음파기기
	제세동기(필요시 즉시 사용가능하도록 뇌졸중 집중치료실 또는 인접 병동에 갖추어야 함)	-

8 수술실 환자 안전관리료

가. 개요

의료관련 감염 예방관리 종합대책의 일환으로, 수술실 감염예방 및 안전활동에 대한 수가를 산정하여 지급하는 제도이다.

나. 관련 고시

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(기본진료료 중 수술실 환자 안전관리료)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(기본진료료 중 수술실 환자 안전관리료)

다. 적용기준 및 자료제출

1) 적용기준

시설기준 및 간호인력 수 기준에 따라 해당 수가를 다음 분기에 적용

2) 자료제출

수술실 환자 안전관리료를 산정하고자 하는 기관은 매분기말 16일부터 20일까지 수술실 환자 안전관리료 산정 및 인력현황 통보서를 심사평가원에 제출하여야 하며, 미제출기관은 수술실 환자 안전관리료를 산정할 수 없음

라. 산정 세부기준

1) 수술실 시설기준

「의료법 시행규칙」 [별표4]에 의한 전신마취 수술이 가능한 수술실

가) 시설기준

- 양압수술실: 수술실은 수술실 복도 및 주변공간에 비해 높은 압력(양압)을 유지하여야 함
- 헤파필터: 전체 수술실의 환기구에 급기되는 모든 공기는 공기정화필터를 거쳐야하며, KS B6740 기준을 준수해야 함
- 무정전 전원 장치: 정전 시 수술실의 전원이 끊기지 않고 비상전원이 공급될 수 있도록 하는 장치

나) 부대시설기준

- 오염물처리실: 수세식 의료용 개수대, 손씻기 시설, 작업대가 설치되어 있어 수술실 장비를 청소하고 오염물통, 소변통, 세면대야 등을 처리 할 수 있는 공간
- 폐기물처리실: 쓰레기, 의료 폐기물, 사용한 세탁물, 재활용품을 안전하게 수집·보관할 수 있는 공간
- 세척공간: 오염된 수술기구가 들어오고 세척이 이루어지는 공간
- 멸균물품 보관: 기관이 멸균물품을 보관하는 방법을 선택(수술실과 구분된 별도의 멸균물품 보관실 / 수술실 내 문이 설치된 멸균물품 보관장)

2) 인력 산정식

$$\frac{\text{수술실 간호사 수(간호사별 산정기간 재직일수의 평균)}}{\text{수술실 병상 수(3개월 평균, 각 월 15일자 병상수의 합/3)}}$$

※ 산정기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지

3) 간호사

- 산정대상: 수술실에 배치되어 수술환자를 대상으로 간호업무를 전담하는 간호사
- 산정제외: 수술실에 배치되어 있다고 하더라도 수술 환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 마취간호사 등), 일반병동, 회복실, 분만실, 중앙공급실 등 수술실 이외의 병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호사, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 등

4) 최종등급 산정: 시설기준과 인력기준 등을 모두 만족하는 등급으로 산정

구분			1등급	2등급	3등급
시설기준	시설	양압수술실	○	○	○
		헤파필터	○	-	-
		무정전시스템	○	-	-
	부대시설	오염물처리실	○	○	-
		폐기물처리실	○	○	-
		세척공간	○	○	-
		멸균물품보관장	별도공간	별도공간 또는 문설치	별도공간 또는 문설치
인력기준		수술실 당 간호사	3.5 이상	2.5 이상	1.0 이상
기타		의료기관인증	○	-	-

9 상급종합병원 진료협력센터 회송료

가. 개요

요양급여 절차에 따라 2단계 요양급여를 담당하는 상급종합병원에서 상태는 호전되었으나 지속적 치료 및 관리가 필요한 환자를 1단계 요양급여를 담당하는 기관으로 회송 시 수가를 산정하여 지급하는 제도이다.

나. 관련 고시

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(기본진료료 중 가5 회송료)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(기본진료료 중 가5 회송료)

다. 적용기준 및 자료제출

1) 적용기준

전전월 병상 수(15일자 허가병상수) 및 전담인력 수(재직일수) 기준에 따라 해당 수가를 당월에 적용

2) 자료제출

가5 회송료를 산정하고자 하는 요양기관은 진료협력센터 운영현황 통보서를 최초 수가 청구 전까지 심사평가원에 제출하여야 하며, 미제출기관은 산정할 수 없음. 다만, 기한 내 제출하지 못한 부득이한 사유가 확인되는 경우에는 확인된 현황을 적용함. 통보서 내용 중 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 변경내용을 신고해야 함

라. 산정 세부기준

1) 일반원칙

- 가. 회송료 I은 진료협력센터 전담인력이 6명(의료인 3명 이상) 이상인 2단계 요양급여를 담당하는 요양기관이 진료의뢰·회송 중계시스템(이하 '중계시스템'이라 한다)을 활용하여 1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 환자를 회송한 경우에 산정함
- 나. 회송료 Ⅱ는 상기 가.에 해당하면서 진료협력센터 전담인력이 100병상 당 1명 이상인 경우 산정하며, 회송료 I 과 동시 산정하지 아니함
- 다. 환자를 회송하는 요양기관은 환자 및 보호자와 충분한 상담을 통하여 회송 받을 기관(1단계 요양기관)을 선정하고, 회송 받을 기관이 회송환자를 '중계시스템'을 통해 접수하고 진료 받을 수 있도록 유선 등을 통하여 안내 후 관리하여야 함
- 라. 환자를 회송하는 요양기관은 회송 환자의 진료정보를 심사평가원이 운영하는 '중계시스템' 또는 「의료법」 제21조의2 제3항에 따른 '진료기록전송지원시스템'을 통해 환자를 회송 받는 요양기관으로 전송하여야 함
- 마. 상기 라.에 따라 환자 정보를 전송하는 경우에는 관련 법령과 규정에 따라 환자에게 진료정보 전송에 대한 내용을 설명하고, 동의서를 징구하여 별도 보관하여야 함

2) 진료협력센터 전담인력 산정방법

- 산정대상: 진료협력센터에 배치되어 진료의뢰·회송 업무를 담당하는 자
- 산정제외: 진료협력센터에 배치되어 있지만 타 부서(또는 병동) 등 순환 또는 파견 근무자 및 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 산정대상에서 제외

3) 병상수 산정방법

- 산정대상: 요양기관현황(변경사항)통보시 심사평가원에 신고한 병상 중 일반입원실, 정신과폐쇄, 중환자실, 격리병실, 무균치료실의 병상

10 입원환자 식대

가. 개요

입원환자 식대는 일반식, 치료식, 멸균식 등으로 구분하여 각각 기본식 가격에 식사서비스의 질에 영향을 미치는 요소를 고려하여 가산금액을 부가하는 방식으로 운영된다.

나. 관련 고시

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표1] 6. 다목
- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(입원환자 식대)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(입원환자 식대)

다. 자료제출

1) 기본식사

요양기관은 영양사 및 조리사의 당월 인력현황 변경이 있을 경우 변경된 인력을 익월 15일까지 심사평가원에 제출

2) 치료식 영양관리료

매분기 말 16~20일까지 별지서식에 의한 '치료식 영양관리료 운영현황 통보서'를 심사평가원에 제출하여야 하며, 미제출기관은 치료식 영양관리료를 산정할 수 없음

라. 기본식사

1) 일반식

일반 상식(常食, general diet), 일반연식, 일반유동식 등이 해당되며, 한국인 영양섭취기준을 기본으로 1식당 4찬 이상(밥, 국 제외)을 제공

2) 치료식

질환 상태에 맞는 케톤식, 당뇨식, 신장질환식, 심장질환식, 간질환식, 체중조절식, 위절제후식, 항응고제식, 저단백식, 연하보조식, 저지방식, 저염식, 검사식 등 기타 이에 준하는 식사가 해당되며, (경관영양 유동식 제외) 의원급(보건의료원 포함)은 당해 요양기관 소속 영양사와 조리사가 각각 1인 이상인 경우 산정하며, 동 인정기준 이외에는 일반식으로 산정

※ '20.12월부터 의원급 구분 없이 당해 요양기관 소속 영양사와 조리사가 각각 1인 이상인 경우 산정

3) 멸균식

무균치료실에서 진료받고 있는 입원환자에게 제공한 경우에 산정

4) 특수분유

일반분유에 포함된 성분의 일부를 변형 또는 제거시킨 것으로 대두단백 분유, 저알레르기 분유(유단백 가수 분해 분유), 무유당분유, 미숙아용 분유, MCT 분유, 저인산 분유, 선천성 대사이상 질환용 분유 등

마. 식사가산

1) 영양사 가산

입원환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 영양사 수가 병원급 이상은 2명 이상, 의원급 1명인 경우 가산 산정

2) 조리사 가산

입원환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 조리사 수가 병원급 이상은 2명 이상, 의원급 1명인 경우 가산 산정(단, 적시급식 제공 시 산정)

※ 적시급식: 배식간격이 전날 석식 제공시간~익일 조식 제공시간이 '14시간 이내'인 경우를 말함

3) 직영 가산

당해 요양기관에서 급식시설을 직접 운영하는 경우에, 일반식과 치료식, 산모식에 한하여 산정함. 이때, 입원환자 식사에 필요한 인력은 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 인력이어야 하며, 영양사가 1인 이상 상근하는 경우에 산정

바. 치료식 영양관리료

- 영양사가 치료식(멸균식) 처방·내역을 확인하고 식사의 종류, 제공사유, 주의사항 등에 대하여 환자나 보호자에게 직접 설명하고 기재한 경우 산정
- 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 치료식(멸균식 포함)을 제공받은 환자수 대비 동 기간의 영양사 재직일수를 나눈 값이 40인 이하인 경우 산정가능, 해당 분기 영양관리를 실시한 날에 환자 1인당 1일 1회 산정 가능(치료식을 1일 1식 이상 제공한 환자 대상)
- 영양사 수 대비 환자 수 산정식

$$\frac{\text{치료식(멸균식 포함) 제공 환자 수 (3개월 합계)}}{\text{영양사 수(3개월 재직일수)}}$$

Ⅳ 상급종합병원 지정 · 평가

작성: 병원지정평가부

1 상급종합병원 지정 · 평가 개요

가. 「의료법」 제3조의4 (상급종합병원 지정)

보건복지부장관이 지정요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

나. 법적근거

- 「의료법」 제3조의4 (상급종합병원 지정)
- 「상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙」(보건복지부령 제738호, 2020.6.29.)
- 상급종합병원의 지정 및 평가규정(고시 제2020-123호, 2020.6.29.)
- 상급종합병원 지정을 위한 평가업무를 심사평가원에 위탁(2011.4.20.)

다. 상급종합병원 지정제도 목적

- 중증질환자에 대한 난이도 높은 의료서비스 제공
  - 인력, 시설, 장비, 환자구성상태 등의 차별화를 통한 종합적이고 질 높은 서비스 제공 및 연구, 교육기능의 수행을 통한 의학발전에 기여
- 중증도에 따른 합리적인 환자배분을 통한 효율적 요양급여
- 의료전달체계의 확립을 통한 의료자원의 효율적 활용

라. 지정 방식

- 지정기준을 충족하는 종합병원의 병상수가 진료권역별 소요병상(보건복지부 고시)을 초과하는 경우에는 지정기준에 대한 상대평가를 실시하여 그 결과에 따라 상급종합병원으로 지정할 수 있음
  - 신청기관을 대상으로 서류 및 현지조사를 병행하여 일괄 평가 실시

- 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 평가를 실시하여 재지정 하거나 지정을 취소('20년 하반기 평가로 '21년부터 적용되는 4기 상급종합병원 지정)
  - 제1기 상급종합병원 44개소('12년~'14년) → 제2기 상급종합병원 43개소 ('15년~'17년) → 제3기 상급종합병원 42개소('18년~'20년)

2 지정 기준

가. 진료기능

- 지정 신청일 이전 1년 동안 다음 진료과목 중 필수진료과목을 포함하여 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의 1명 이상을 둘 것
  - 필수진료과목(9): 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과, 치과
  - 선택진료과목(18): 진단검사의학과 또는 병리과, 흉부외과, 방사선종양학과, 핵의학과, 응급의학과, 신경과, 피부과, 신경외과, 안과, 재활의학과, 정형외과, 이비인후과, 비뇨의학과, 성형외과, 가정의학과, 예방의학과, 결핵과, 직업환경의학과
- 「응급의료에 관한 법률」 제25조, 제26조 또는 제30조에 따라 중앙응급의료 센터 · 권역응급의료센터 또는 지역응급의료센터로 지정받았을 것

나. 교육기능

「전공의의 수련환경 개선 및 지위향상을 위한 법률」 제13조제1항 및 같은 법 시행규칙 제4조제2항에 따라 레지던트의 수련병원으로 지정받았을 것

다. 인력 · 시설 · 장비 등

- 지정 신청일 이전 1년 동안 의사는 연평균 1일 입원환자 10명당 1명 이상, 간호사는 연평균 1일 입원환자 2.3명당 1명 이상을 둘 것
- 입원환자 수는 지정 신청일 이전 1년 동안 건강보험 및 의료급여 입원환자의 진료실적에 대하여 심사평가원에 요양급여비용을 심사청구한 입원 및 외래환자의 자료를 기준으로 한다. 이 경우 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산하고, 의료인 수는 해당 기간 중 실제

근무한 개월 수를 연간으로 환산하는 방법(Full Time Equivalent)을 사용

- 「의료법 시행규칙」 [별표 4] 제2호에 따른 중환자실 및 신생아중환자실을 설치하고, 지정 신청일 이전 1년 동안 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 따라 근무하는 전담전문의를 각각 1명 이상 둘 것
- 의료장비 중 「의료법」 제38조제1항에 따른 특수의료장비는 「특수의료 장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제6조의2제1항에 따라 등록된 품질관리검사기관의 정기적인 품질관리 검사에서 적합으로 판정받았을 것
- 환자의 진료·검사·질환 또는 임상 등에 관한 정보교류를 위하여 보건복지부 장관이 정하는 기준에 따라 정보협력체계를 갖출 것
- 입원환자의 고난이도 감염관리 전문성 강화를 위하여 보건복지부 장관이 정하는 기준에 따라 병문안객 통제시설 및 보안인력을 갖출 것

라. 질병군별(疾病群別) 환자의 구성비율

- 지정 신청일 이전 2년 6개월 동안 다음 표의 전문진료질병군에 속하는 입원환자의 비율이 해당 의료기관이 진료한 전체 입원환자의 30% 이상이고, 단순진료질병군에 속하는 입원환자의 비율은 14% 이하일 것

표4.1-2 상급종합병원 지정_질병군별 분류기준

구분	분류 기준	KDRG수	질병의 종류
전문진료 질병군	희귀성 질병, 합병증 발생의 가능성이 높은 질병, 치사율이 높은 질병, 진단난이도가 높은 질병, 진단을 위한 연구가 필요한 질병	462	각 질병군에 해당하는 질병의 종류는 보건복지부 장관이 고시
일반진료 질병군	모든 의료기관에서 진료가 가능하거나 진료를 하여도 되는 질병	588	
단순진료 질병군	진료가 간단한 질병, 일반적으로 진료의 결과가 치명적이 아닌 질병, 그 밖에 진료난이도 또는 진단난이도가 낮은 질병	149	

- 지정 신청일 이전 2년 6개월 동안 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 속하는 외래환자의 비율이 해당 의료기관이 진료한 전체 외래환자의 11% 이하일 것
- 입원환자 수와 외래환자 수는 1) 및 2)에 따른 질병군에 대한 건강보험 및 의료급여 입원환자와 외래환자의 진료실적에 대하여 심사평가원에 요양급여비용을 심사청구한 자료를 기준으로 할 것

마. 의료서비스 수준

- 「의료법」 제58조의3제4항에 따른 인증 또는 조건부인증을 받았을 것
- 심장·뇌질환, 암질환, 예방적 항생제를 사용하는 수술 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 평가 항목에 대한 심사평가원의 가장 최근의 요양급여 적정성평가 결과가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 따라 산정한 점수의 2분의 1이상에 해당할 것. 다만, 환자경험 평가 항목은 실제점수 반영(상대평가에만 적용)

3 상대평가

가. 상대평가 기준 및 기준별 가중치

표4.1-3 상급종합병원 지정_상대평가 기준 및 가중치

상대평가 기준		가중치(%)
환자구성상태	(입원) 전문진료 질병군 환자비율	45
	(입원) 단순진료 질병군 환자비율	5
	(외래) 의원중점 외래질병 환자비율	5
의료인 수	의사 1인당 연평균 1일 입원환자 수	20
	간호사 1인당 연평균 1일 입원환자 수	10
교육기능	내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 흉부외과, 방사선종양학과, 진단검사의학과, 병리과, 핵의학과, 응급의학과의 12개 과목 중 레지던트가 상근하는 과목의 수	5
	의료질 평가의 교육수련영역 평가 결과	5
의료서비스 수준	의료서비스 수준 평가결과 산출점수	5
합 계		100

나. 상대평가 기준별 등급구간 및 배점

1) 환자구성상태

표4.1-4 상급종합병원 지정_상대평가 기준(환자구성상태)

평가항목	기준
(입원) 전문진료 질병군	1) 전문진료 질병군 환자비율이 44% 이상인 경우 10점 2) 전문진료 질병군 환자비율이 30%인 경우 6점 3) 전문진료 질병군 환자비율이 30% 초과 44% 미만인 경우 (전문진료 질병군 환자비율 ##.##×0.2857)-2.5708
(입원) 단순진료 질병군	1) 단순진료 질병군 환자비율이 8.4% 이하인 경우 10점 2) 단순진료 질병군 환자비율이 14%인 경우 6점 3) 단순진료 질병군 환자비율이 8.4% 초과 14% 미만인 경우 (단순진료 질병군 환자비율 ##.##×(-0.7142))+15.9992
(외래) 의원중점 외래질병	1) 의원중점 외래질병 환자비율이 4.5% 이하인 경우 10점 2) 의원중점 외래질병 환자비율이 11%인 경우 6점 3) 의원중점 외래질병 환자비율이 4.5% 초과 11% 미만인 경우 (의원중점 외래질병 환자비율 ##.##×(-0.6153))+12.7688

* 의료기관 획득 배점(##.##)은 소수점 2자리까지 산출

2) 의료인 수 및 교육기능

표4.1-5 상급종합병원 지정_상대평가 기준(의료인 수 및 교육기능)

평가항목		등급구간 및 배점				
		10점	9점	8점	7점	6점
인력	(의사) 1인당 연평균 1일 입원환자수	4.0명 이하	5.5명 이하 ~4.0명 초과	7.0명 이하 ~5.5명 초과	8.5명 이하 ~7.0명 초과	10명 이하 ~8.5명 초과
	(간호사) 1인당 연평균 1일 입원환자수	1.9명 이하	2.0명 이하 ~1.9명 초과	2.1명 이하 ~2.0명 초과	2.2명 이하 ~42.1명 초과	2.3명 이하 ~2.2명 초과
교육기능	레지던트 상근과목수	10개	9개	8개	7개	6개
	교육수련영역 평가 결과	의료질 평가의 교육수련영역 평가 결과 활용				

3) 의료서비스 수준

「상급종합병원의 지정 및 평가규정」제4조 및 별표2(의료서비스 수준 평가항목 및 점수 산정 방법)에 의하여 산출된 점수 적용

가) 의료서비스 수준 평가항목별 배점

표4.1-6 상급종합병원 지정_상대평가 기준(의료서비스 수준)

평가 분류	평가항목	평가 항목수	표준등급충족 평가항목 수	배점
심장·뇌 질환	관상동맥우회술, 급성기뇌졸중	2개	2개	2
			1개	1
암 질환	대장암, 유방암, 폐암, 위암	4개	4개	2
			3개	1.5
			2개	1
예방적 항생제를 사용하는 수술	위수술, 대장수술, 고관절치환술, 자궁적출술, 심장수술, 개두술, 전립선절제술, 녹내장수술	8개	7개 이상	2
			6개	1.5
			5개	1
			4개	0.5
중환자실	중환자실, 신생아중환자실	2개	2개	2
			1개	1
환자중심	환자경험	1개	영역별 합산점수를 10점으로 환산	환산점수×0.2

나) 점수 산정방법

- 요양급여 적정성 평가결과를 적용하여 평가항목별로 표준등급을 충족한 항목수를 산출한다. 표준등급은 요양급여 적정성 평가 산정등급 구간에 따라 달리 정하며, 5등급 평가항목은 1, 2등급을 2등급 평가항목은 1등급을 표준등급으로 한다.(다만, 환자경험 평가항목은 영역별 합산점수를 10점으로 환산 후 100분의 2를 곱하여 최대 2점까지 산정 가능)
- 평가분류별로 전체 평가항목 중 표준등급을 충족한 평가항목수가 절반이상일 경우 최소 0.5점 이상에서 최대 2점까지의 점수를 산정한다.
- 평가분류별로 각각 산정된 점수를 합산하여 최종 점수(최대 10점)를 산출한다.

다. 평가방법

① 지정기준별 배점에 가중치를 곱하여 더한 점수(총점)를 구한다.

② ①에서 구한 점수에 다음 각 목에 따라 가점 또는 감점을 적용할 수 있다.

- 연간 3개 이상의 간호대학을 대상으로 간호 실습교육을 위한 전문적 간호기술 역량을 갖출 경우 가점 2점
- 재지정의 경우 고시 제6조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부장관이 요청한 사전협의에 응하지 않거나 사전협의결과와 달리 증설한 허가병상에 대해 원상회복명령을 받았음에도 이를 이행하지 않은 경우 감점 5점

③ 총점이 높은 병원을 우수한 병원으로 한다.

④ 총점이 동점이 나온 경우 환자구성상태, 인력, 교육기능, 의료서비스 평가 순으로 높은 배점을 받은 의료기관을 우수한 병원으로 한다.

⑤ 위와 같은 방법으로 우수한 병원을 구분할 수 없을 때에는 전문진료 질병군 환자비율이 높은 의료기관을 우수한 병원으로 한다.

4 상급종합병원 지정 · 평가 업무절차

그림4.1-6 상급종합병원 지정절차



가. 상급종합병원 지정계획 공고(규칙 제3조제1항)

보건복지부장관은 지정 예정일 6개월 전에 지정계획을 공고하여야 한다.

나. 지정신청(규칙 제3조제2항)

상급종합병원으로 지정 받으려는 종합병원의 장은 지정계획 공고일부터 1개월 이내에 지정신청서 및 관련 서류를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

- 상급종합병원 지정 희망기관은 지정신청서 접수 이전 심사평가원 요양기관 업무포털 서비스에 평가자료 등록

- 평가자료 등록 완료 후 출력되는 평가자료 등록증을 첨부하여 보건복지부 의료기관정책과에 지정신청서 접수

다. 평가(규칙 제3조제3항~제5항, 제6조제1항)

- 상급종합병원 지정을 위한 평가 및 평가에 수반되는 업무를 심사평가원에 위탁한다.
- 상급종합병원 지정신청서를 제출한 종합병원에 대하여 지정 기준의 충족 여부에 대한 평가를 실시하여야 한다.
- 지정 기준을 충족한 의료기관을 대상으로 상대평가를 실시하고, 평가 결과에 따라 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
- 지정 기준에 대한 평가와 상대평가 내용의 사실 여부를 확인하기 위하여 현지조사를 실시할 수 있다.

라. 상급종합병원 지정 시 고려사항(고시 제5조 내지 제7조)

- 환자의 의료이용행태를 고려하여 11개 진료권역으로 구분한다.
- 해당 진료권역별로 필요한 상급종합병원의 병상 수요를 산출한 후, 각 권역 자체충족률의 중간값에 해당하는 비율은 진료권역 안에 적용하고, 나머지는 전국권역으로 통합하여 적용한다.
- 상급종합병원 지정신청 의료기관의 병상수가 진료권역안 소요병상수를 초과하는 경우에는 상대평가결과가 우수한 기관을 우선 지정할 수 있다.

마. 상급종합병원 평가협의회(고시 제8조)

1) 상급종합병원평가협의회 기능

- 상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 사항을 협의하기 위하여 보건복지부에 상급종합병원 평가협의회를 둔다.
  - 상급종합병원의 지정 기준 개선
  - 상급종합병원의 평가 및 지정·재지정
  - 그 밖에 상급종합병원의 지정 및 평가에 관하여 보건복지부장관이 협의를 요청하는 사항

2) 상급종합병원 평가협의회 구성

- 위원장 1명을 포함하여 13인 이내의 위원으로 구성하며 위원은 보건복지부장관이 위촉 또는 임명한다.

- 위원장은 위원 중에서 호선
- 의료인 단체 또는 의료기관 단체 추천 4명, 보건의료 수요자 대표 2명, 국민건강보험공단 및 심사평가원의 임직원 각 1명, 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 3명, 보건복지부 소속 4급 이상 공무원 2명

○ 임기는 3년으로 하며 연임가능 하고, 공무원인 위원의 임기는 그 직에 재직하는 기간으로 하며, 보궐위원의 임기는 전임자 임기의 남은 기간으로 한다.

5 사후 관리

가. 지정취소 요건(규칙 제5조)

상급종합병원으로 지정받은 자가 다음 어느 하나에 해당하면 그 지정을 취소할 수 있다.

○ 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우
○ 상급종합병원 지정을 받은 자가 상급종합병원의 지정 취소를 희망하여 제3조제7항에 따른 상급종합병원 지정서를 반납한 경우
○ 법 제3조의4제3항에 따른 재평가 시 제2조에 따른 지정 기준을 충족하지 못하는 경우
○ 제2조에 따른 지정 기준을 충족하지 못하여 「의료법」 제63조에 따라 6개월 이내의 기간을 정하여 시정을 명하였음에도 불구하고 이를 시정하지 아니한 경우
- 지정 기준 충족 여부 확인을 위한 중간평가 실시

나. 병상 신증설 사전협의제 운영(고시 제6조제3항, 제4항)

○ 보건복지부장관은 법 제3조의4제1항에 따라 지정받은 상급종합병원이 병상을 증설하고자 하는 경우 병상증설계획 등에 관하여 보건복지부장관과 사전에 협의할 것을 상급종합병원의 장에게 요청할 수 있다.
○ 상급종합병원의 병상 증설 사전 협의를 위한 절차 등 세부사항은 보건복지부 장관이 정한다.
- 상급종합병원 병상 신증설 사전협의제 운영지침에 따라 사전협의를 신청한 상급종합병원에 대하여 병상 신증설 가능 여부 심사(분기별)
- 사전협의 결과 이행 여부 및 허가병상 모니터링

V 전문병원 지정·평가

작성: 전문병원지정평가부

1 전문병원 지정·평가 개요

가. 전문병원 지정(의료법 제3조의5)

보건복지부장관이 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다.

나. 법적근거

- 전문병원 지정(의료법 제3조의5)
- 전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙(보건복지부령 제728호, 2020.6.3.)
- 전문병원의 지정 등에 관한 고시(고시 제2020-108호, 2020.6.3.)
- 전문병원 평가 위탁사업 계약(2018.2.17.)

※ 전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙 제7조(평가업무 위탁)
보건복지부장관은 의료법 제3조의5제5항에 따라 제3조제3항 및 제4항에 따른 평가 및 제5항에 따른 현지조사 업무를 다음 각 호의 기관 또는 단체 중 보건복지부장관이 지정한 기관에 위탁할 수 있다.
1. 「국민건강보험법」 제62조에 따른 건강보험심사평가원
2~3. (생략)

다. 전문병원 지정제도의 목적

- 특정 질환의 숙달된 치료기술 발전으로 표준화된 서비스 제공, 대외 경쟁력 향상을 통한 중소병원의 경영난 해소
- 소비자의 양질의 의료서비스 접근성 향상 및 전문화된 치료욕구 수요 충족
- 의원과 대형병원 중심의 왜곡된 의료전달체계 개선을 통해 의료비 절감 및 자원의 활용도 제고

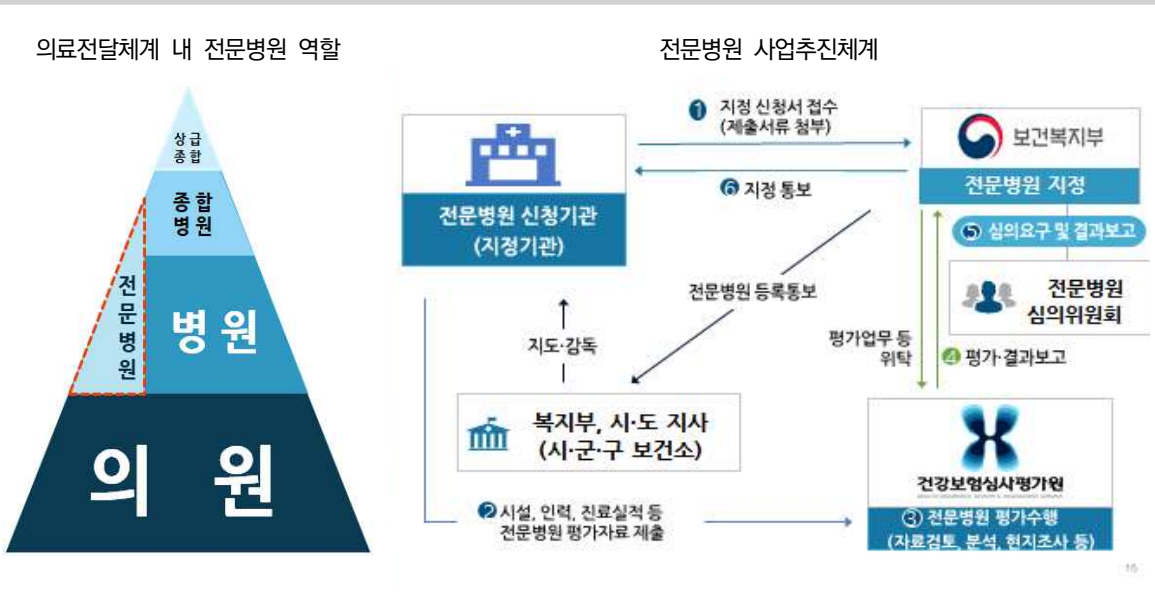
라. 지정분야

지정 분야	의 과(16)	한 방(3)
질 환	관절, 뇌혈관, 대장항문, 수지접합, 심장, 알코올, 유방, 척추, 화상, 주산기	한방중풍 한방척추
진료과목	산부인과, 소아청소년과, 신경과, 안과, 외과, 이비인후과	한방부인과

마. 지정방식

- 지정기준을 충족하는 병원에 대해 상대평가를 실시한다.
- 지역별·분야별 균형을 고려하여 전문병원심의위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 지정한다.
- 지정기관에 대해서는 3년 마다 평가를 통해 재지정 또는 취소한다.

그림4.1-7 의료전달체계 내 전문병원 역할 및 사업추진체계



2 지정기준

가. 환자구성비율

- 전체 입원 연환자수 중 주요 진단범위(MDC) 또는 환자 유형에 속하는 환자의 구성비율이 각각 해당 기준 이상이어야 한다.

- 질병군별(DRG) 포괄수가제가 적용되는 진료과목의 경우 전체 입원 실환자수로 할 수 있음
- 다만, 한방부인과 분야는 외래 환자 대상으로 함

※ 주요 진단범위(MDC, Major Diagnosis Category)는 KDRG 번호 6자리 중 첫 번째 알파벳에 해당되며, 일반적으로 병인보다는 신체기관에 따라 분류됨

나. 진료량

- 전문 및 일반 진료질병군 또는 환자유형에 속하는 입원 연환자 수가 전체 병원급 의료기관의 전문 및 일반 진료질병군 또는 환자유형에 속하는 입원 연환자수의 상위 30분위 이상이어야 한다.
  - 병원급 의료기관의 입원 연환자수를 산정할 때 상급종합병원, 요양병원, 전문 및 일반 진료질병군 또는 환자유형에 속하는 입원 연환자 수가 10명 이하인 병원의 진료실적은 제외

다. 필수진료과목

질환별 또는 진료과목별로 필수 진료과목을 갖추어야 하고, 필수 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 한다.

라. 의료인력

- 질환별 또는 진료과목별로 전문의 인정 진료과목에 전속하는 전문의를 각각 해당 인원 이상 두어야 한다.
- 의료인력 완화적용
  - 지역: 특별시, 광역시, 수원시, 성남시, 부천시, 고양시 및 용인시 이외 지역
  - 분야: 수지접합, 알코올, 화상

구 분		지 역		분 야	
		완화적용비율	완화적용결과	완화적용비율	완화적용결과
의료인력 (전문의)	8인	30%	5인	30%	5인
	6인	30%	4인	-	-
	4인	-	-	20%	3인

마. 병상 수

- 질환별 또는 진료과목별로 최소한의 병상 수를 갖추어야 한다.
- 한방 분야는 병상 대신 시설 및 기구로 「의료법」 제77조 및 「한의사 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙」 [별표 2] 제2호 전문과목별 기준 중 해당 전문과목별 시설 및 기구 기준을 충족하여야 한다.

질환/진료과목	최소 병상 수
관절질환, 뇌혈관질환, 수지접합, 심장질환, 알코올질환, 척추질환	80
대장항문질환, 화상질환, 주산기질환, 산부인과, 소아청소년과, 외과	60
유방질환, 신경과, 안과, 이비인후과	30

- 병상 수 완화적용
  - 지역: 특별시, 광역시, 수원시, 성남시, 부천시, 고양시 및 용인시 이외 지역

구 분		지 역	
		완화적용비율	완화적용결과
병상	80병상	30%	56병상
	60병상	30%	42병상

바. 의료 질

- 환자의 재원일수, 합병증 발생률, 재수술률, 재입원율, 치료 결과 등을 포함하여 평가하여야 하고, 평가결과가 70점(만점 100점) 이상이어야 한다.
- 19개 분야 336개 지표
  - 구조 110개, 과정140개, 결과 74개, 모니터링 12개

분야	계	평가지표				분야	계	평가지표			
		구조	과정	결과	모니터링			구조	과정	결과	모니터링
전체	336	110	140	74	12	주산기	21	11	6	3	1
관절	25	8	9	5	3	산부인과	21	8	6	6	1
뇌혈관	23	7	12	3	1	소아청소년과	15	5	7	3	0
대장항문	20	5	10	5	0	신경과	19	5	10	3	1
수지접합	16	5	5	5	1	안과	16	3	6	5	2
심장	13	4	6	3	0	외과	17	4	8	5	0
알코올	14	5	8	1	0	이비인후과	17	7	5	4	1
유방	15	6	6	3	0	한방중풍	17	3	8	6	0
척추	20	6	8	5	1	한방척추	16	3	8	5	0
화상	19	10	7	2	0	한방부인과	12	5	5	2	0

※ (예시) 관절전문병원 의료 질 평가 지표

구조		과정	결과
정형외과 전문의 1인당 환자 수		C.P(Critical Pathway) 유무	수술 후 합병증 발생률
마취통증의학과 전문의 1인당 수술 건수		C.P(Critical Pathway) 시행률	재수술률
영상의학과 전문의 유무		과거력 및 발병 시기 기록 수	재입원율
간호등급		환자상태 기록 수	입원일수 장기도지표(LI)
물리치료사 1인당 환자 수		적절한 보존적 치료기간 충족률	건당진료비 고가도지표(CI)
수술실 환기 시설	HEPA filter	수술의 예방적 항생제 (슬관절치환술, 관절치환술,견부수술)	6모니터링
	양압 유지	난이도 수술 건율	① 재활의학과 전문의 유무 ② 치료계획 수립률 ③ Medical Conference 시행 횟수
	시간당 15회 이상 환기	자기공명영상(MRI) 평균 촬영 횟수	

사. 의료서비스 수준

「의료법」 제58조제1항에 따른 의료기관 인증을 받아야 한다.

3 상대 평가

가. 의과

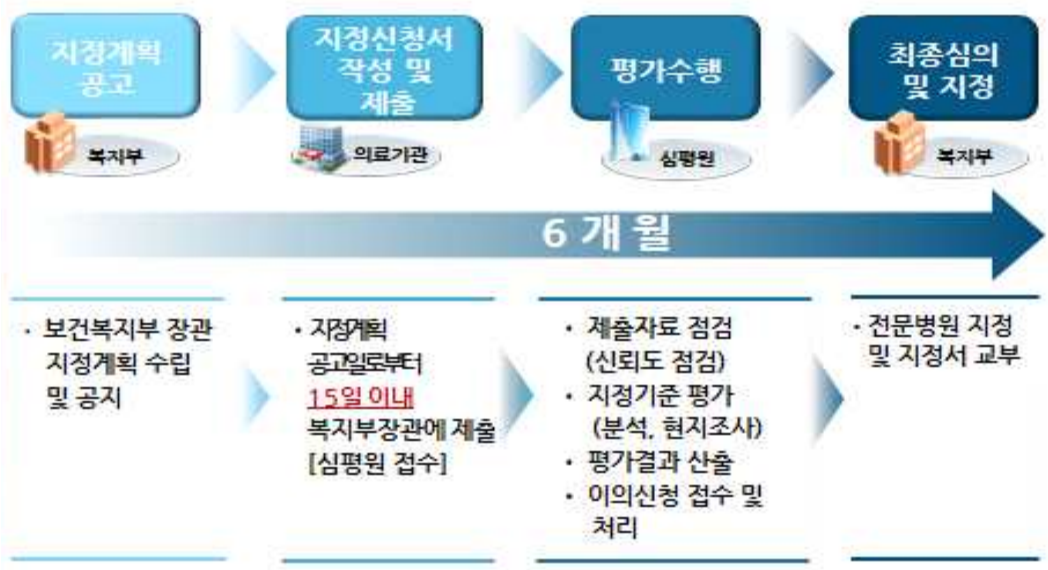
배점	총 전문의 1인당 1일 평균 입원환자 수 (가중치 30%)	환자구성비율 (가중치 20%)				진료량 (가중치 20%)	의료 질 (가중치 30%)
		30% 기준	45% 기준	50% 기준	66% 기준		
10	6명 이하	80% 이상	85% 이상	90% 이상	90% 이상	상위 10퍼센타일 이상	94점 이상
9	8명 이하	60% 이상	75% 이상	80% 이상	85% 이상	상위 15퍼센타일 이상	88점 이상
8	11명 이하	50% 이상	65% 이상	70% 이상	80% 이상	상위 20퍼센타일 이상	82점 이상
7	15명 이하	40% 이상	55% 이상	60% 이상	75% 이상	상위 25퍼센타일 이상	76점 이상
6	16명 이상	30% 이상	45% 이상	50% 이상	66% 이상	상위 30퍼센타일 이상	70점 이상

나. 한방

배점	질환별 또는 진료과목별 전문의 인정 진료과목에 전속하는 전문의 수 (가중치 30%)	환자구성비율 (가중치 20%)	진료량 (가중치 20%)	의료질 (가중치 30%)
10	8인 이상	질환별 · 진료과목별 환자 구성 비율이 70% 이상	상위 10 퍼센타일 이상	92.5점 이상
9	6~7인	질환별 · 진료과목별 환자 구성 비율이 60% 이상	상위 20 퍼센타일 이상	85점 이상
8	5인	질환별 · 진료과목별 환자 구성 비율이 50% 이상	상위 25 퍼센타일 이상	77.5점 이상
7	4인	질환별 · 진료과목별 환자 구성 비율이 45% 이상	상위 30 퍼센타일 이상	70점 이상

4 전문병원 지정·평가 업무절차

그림4.1-8 전문병원 지정 · 평가 절차



가. 지정계획 공고(규칙 제3조제1항)

보건복지부장관은 지정 예정일 6개월 전에 지정계획을 공고하여야 한다.

나. 지정신청(규칙 제3조제2항)

- 전문병원으로 지정 받으려는 병원급 의료기관의 장은 전문병원 지정계획 공고일부터 15일 이내 보건복지부 장관에게 지정신청서 등을 제출하여야 한다.
  - 전문병원 지정 평가 업무 위탁으로 심사평가원 접수 및 평가 실시

다. 평가(규칙 제3조제3항~제5항)

- 전문병원 지정신청서를 제출한 의료기관에 대하여 지정 기준의 충족 여부에 대한 평가를 실시하여야 한다.
- 지정 기준을 충족한 의료기관을 대상으로 상대평가를 실시하고, 그 평가 결과 등에 관하여 전문병원심의위원회의 심의를 거쳐 전문병원으로 지정할 수 있다.
- 지정 기준에 대한 평가와 상대평가 내용의 사실 여부를 확인하기 위하여 현지조사를 실시할 수 있다.

라. 전문병원 지정 시 고려사항(고시 제5조제2항)

- 전문병원 지정이 특정 지역 및 분야별로 과도하게 편중되지 않도록 지역 및 분야별 전문병원 수, 병원별 특성 등
- 전문병원 지정대상 병원의 간호인력 확보수준
  - 재활의학과의 경우 물리치료·작업치료인력 확보수준
- 전문병원 지정이 진료행태나 보건의료체계에 부정적 영향을 미칠 우려가 있는지 여부
- 전문병원 지정대상 병원이 기존의 지정기간 동안 시행규칙 제2조의 지정기준을 충족하였는지 여부

마. 전문병원심의위원회(규칙 제5조)

1) 소속

보건복지부장관

2) 기능

- 전문병원의 지정 및 재지정에 관한 사항 심의
- 그 밖에 전문병원에 관한 주요 시책으로서 보건복지부장관이 심의에 부치는 사항 심의

3) 전문병원심의위원회 구성

- 위원장 1명을 포함한 11명 이내 위원으로 구성
- 위원장은 보건복지부 소속 고위공무원단에 속하는 공무원 중에서 보건복지부장관이 지명
- 위원은 보건의료 수요자 대표, 보건의료 공급자 대표, 보건복지부 소속 3급 또는 4급 공무원, 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉
- 임기는 3년(연임 가능), 직위를 지정하여 임명된 공무원은 그 재직하는 기간

바. 전문병원 지정(규칙 제3조제6항)

보건복지부장관이 전문병원 지정 기준 평가, 상대평가, 평가 결과 등에 관한 전문병원심의위원회의 심의에 거쳐 전문병원을 지정하였을 때에는 전문병원 지정서를 신청인에게 발급하여야 한다.

5 전문병원 지정 현황

- 운영기간 및 지정기관 수
  - 제1기 (2011. 11. 1. ~ 2014. 10. 31.), 99개소
  - 제2기 (2015. 1. 1. ~ 2017. 12. 31.), 111개소
  - 제3기 (2018. 1. 1. ~ 2020. 12. 31.), 107개소

6 사후 관리

가. 지정기준 모니터링

- 전문병원 지정기관에 대해 주기적으로 필수진료과목, 의료인력, 병상 수 등 변경사항에 대해 모니터링하여 지정기준을 충족하지 않을 경우 시정 명령 등 제재
  - 매월: 필수진료과목, 의료인력, 병상수, 의료서비스 수준
  - 연간: 의료 질, 환자구성비율, 진료량, 필수진료과목, 의료인력, 병상수, 의료서비스 수준

※ 전문병원의 지정 요건에 해당하지 아니하게 된 때에는 의료법 제63조에 따라 시정명령을 받을 수 있으며, 시정명령을 이행하지 않은 경우 업무정지 처분을 받을 수 있음

나. 전문병원에 대한 진료실적, 진료비 추계 등을 분석

전문병원에 대한 경제성 등 효과분석, 의료체계 개선에 미치는 영향 분석

다. 모니터링 결과 등 활용

모니터링 결과 및 전문병원 운영 성과 등을 토대로 전문병원 건강보험 지원 검토

7 전문병원 명칭 및 광고

가. 명칭 사용

1) 전문병원 명칭(의료법 제42조 의료기관의 명칭)

의료기관의 명칭은 의료기관 종류명칭 외의 것을 사용하지 못하나, 전문병원의 경우 의료기관 종류명칭 대신 '전문병원'이라고 사용할 수 있다.

〈예시〉
○○○ 병원 → ○○○ 전문병원
○○○ 종합병원 → ○○○ 전문병원

2) 명칭 표시(의료법 시행규칙 제40조 의료기관의 명칭 표시)

- 의료기관이 명칭을 표시하는 경우에는 지정받은 특정 진료과목 또는 질환명을 표시할 수 있으며, 의료기관의 종류에 따른 명칭 대신 전문병원의 명칭을 표시할 수 있다.

〈예시〉
○○○ 관절질환 전문병원
○○○ 산부인과 전문병원

- 명칭 표시판에는 의료기관 명칭표시, 전화번호, 의료인의 면허 종류 및 성명 이외 전문병원으로 지정받은 사실을 병기할 수 있다.

〈예시〉
2015년 보건복지부 지정 화상질환 전문병원
보건복지부 지정 산부인과 전문 ○○병원

나. 의료광고

- 지정받은 특정 진료과목·질환명과 함께 '전문병원', '전문'이라는 용어를 표방 할 수 있으며, 전문병원으로 지정된 사실을 기관 특성에 따라 홍보할 수 있다.(강연회, 전문 강좌 개설, 홍보지 등).
  - 다만, 과대광고 등 「의료법」 제56조 및 동법 시행령 제23조의 의료광고 금지 규정에 저촉되지 않도록 하며, 「옥외광고물 등 관리법」등 기타 법률에서 명시하는 사항에 대해서는 그 개별 법령을 따른다.
- 네트워크 병원의 경우에는 네트워크를 구성하는 모든 의료기관이 전문병원으로 지정된 것 같은 인상을 주지 않도록 반드시 지정받은 병원명과 소재지를 명확히 표기하여야 한다.

〈예시〉

'보건복지부 지정' 대장항문 전문병원 강서○○병원
'축' 대전○○병원, 2015년 보건복지부 선정 척추질환전문병원
네트워크 브랜드 광고시 전문병원 지정기관을 구분 표시

Ⅵ 재활의료기관 지정·운영

작성: 병원지정평가부

1 운영 개요

가. 목적

기능회복 시기에 집중재활을 통해 장애를 최소화하여 조기에 일상생활로 복귀를 유도하고, 퇴원 후 지역사회 복지서비스와의 유기적 연계체계 마련하여 장기적으로 급성기-회복기-유지기/지역사회통합돌봄으로 이어지는 재활의료전달체계로 개선하고자 한다.

나. 법적근거

- 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률(이하 '장애인건강권법') 제3조
- 장애인건강권법 제18조(재활의료기관의 지정 등) 및 제26조(권한의 위임 및 업무의 위탁)
- 장애인건강권법 시행규칙 제10조 내지 제13조, 시행규칙 제10조 [별표2] 재활의료기관의 지정 기준
- 재활의료기관의 지정 및 운영 등에 관한 고시

다. 추진경과

- 「장애인건강권법」제정('15.12월 제정, '17.12월 시행)
- 재활의료기관 지정운영 시범사업 추진 기반 마련('17.2월~10월)
  - 재활의료전달체계 개선 추진방안 논의를 위한 회의 개최 및 TF구성('17.2월)
  - 시범사업 모형 검토를 위한 임상현장 의견 청취 및 전문가 자문단 구성·운영
  - 재활의료기관 지정·운영 시범사업 추진계획 수립('17.7월)
  - 재활의료기관 수가 시범사업 건정심 보고 및 시범사업 설명회('17.8월)
  - 시범사업 운영지침 마련 및 시범사업 대상 의료기관 15개소 선정('17.10월)
- 재활의료기관 지정운영 시범사업 추진('17.10월~'20.2월)
  - 재활의료기관 지정·운영 본사업 모형 보고(12월)

- 시범사업 운영협의회(12.10.)
- 재활의료기관 수가 시범사업 건정심 보고(12.27.)

◎ 재활의료기관 본사업 추진계획 설명회 및 고시제정(안) 행정예고(`19.6월)

- 재활의료기관 지정 및 운영 등에 관한 고시 제정(8.30.시행)
- 제1기 재활의료기관 지정계획 공고(8.30.) 및 지정평가 추진
- 68개소 신청(병원 49개소, 요양병원 19개소), 서류심사(10월) 신뢰도 점검 현장조사(11월)
- 재활의료기관 운영위원회 구성(9월) 및 1차 회의 개최(10.30.)
- 신뢰도 점검 현장조사(11월~12월)

◎ 제2차 재활의료기관 운영위원회 개최(`20.1월) 및 지정 공고(`20.2월)

- 제1기 재활의료기관 지정운영 본 사업 시행

〈시범사업 개요〉

• (목적) 재활의료기관 지정 · 운영 모델의 적절성 및 효과성을 검토하고, 본사업 모형 설정을 위한 기초자료 등 수집

• (근거) 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률

• (기간) '17.10월 ~ 본사업 시행전

• (기간) '17.10월 ~ '20. 2월

• (대상) 인력 · 시설 · 장비 · 재활환자 진료량 등 지침으로 정하는 일정 기준을 충족하는 기관, 병원(15개소)

• (환자) 중추신경계 · 근골격계 환자로서 발병 또는 수술 후 일정기간 내 입원한 환자를 대상으로 일정기간 치료

대상환자군	대상 질환	입원기준	
		입원시기	입원적용기간
중추신경계	(뇌 손 상) 뇌졸중, 외상성 및 비외상성 뇌손상 (척수손상) 외상성 및 비외상성 척수손상	발병/수술 후 90일 이내	180일
근골격계	고관절, 골반, 대퇴의 골절 및 치환술	발병/수술 후 30일 이내	30일
	하지부위 절단	발병/수술 후 60일 이내	60일

• (수가) 최대 180일까지 입원료체감제 미적용, 별도 수가 신설(2종)

* '통합재활기능평가료' (뇌척수 83,590원/근골격계 절단 37,510원, 월1회)
* '통합계획관리료' (4인 45,970원/5인이상 57,450원, 치료기간 중 최대3회)

• (운영) 회복기 재활환자를 대상으로 집중재활서비스 실시

- 환자 의뢰-회송 및 연계, 적정 입원기간 보장, 재활전문치료팀에 의한 통합치료계획 수립, 매월 주기적 기능평가 등

2 지정 기준

가. 대상

1) 대상 의료기관

- 법적근거
  - 장애인건강권법 제3조 및 제18조
  - 재활의료기관 지정 및 운영 등에 관한 고시 제7조제1항
- '재활의료'란 손상이나 질병으로 인한 장애의 최소화 및 장애인(손상이나 질병 발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내에 장애인이 될 것으로 예상되는 사람 포함)의 기능 회복과 유지를 위하여 필요한 의료행위로 이러한 재활의료를 행할 목적으로 의료법 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관 중 가목 '병원'으로 시설·인력·장비 등의 기준을 갖춘 병원을 지정할 수 있다.

2) 대상 환자

- 법적근거
  - 장애인건강권법시행규칙(이하 '시행규칙'이라 함) 제10조제1항 [별표2] 제6호
  - 재활의료기관 지정 및 운영 등에 관한 고시 제14조
- 수술 등 치료 후 기능 회복시기에 있는 환자로서 기능적 손상으로 인해 일상생활에 불편이 있어 집중적인 재활치료를 통해 일상생활로 복귀가 필요한 환자를 대상으로 하며 '회복기 재활환자'라 한다.
- 회복기 재활환자의 대상질환 및 입원시기·기간

대상환자군	대상 질환	대상환자 구성 기준	
		입원시기	입원 종료일
중추신경계	뇌졸중, 외상성 및 비외상성 뇌손상	발병/수술 후 90일이내	입원일로부터 180일이내
	외상성 및 비외상성 척수손상		
근골격계	대퇴골, 골반 등 골절 및 치환술	발병/수술 후 30일이내	입원일로부터 30일이내
	하지부위 절단	수술 후 60일이내	입원일로부터 60일이내
비사용 증후군*		발병/수술 후 60일이내	입원일로부터 60일이내

* 급성질환이나 수술 후 근육 위축 또는 소실로 기능이 현저하게 저하되어 재활이 필요한 환자

나. 지정 기준

1) 법적근거

- 시행규칙 제10조제1항 [별표2] 재활의료기관의 지정 기준
- 재활의료기관 지정 및 운영 등에 관한 고시 제7조 내지 제17조

2) 진료과목으로 재활의학과를 두어야 한다.

3) 「의료법」제58조제1항에 따른 의료기관 인증을 받아야 한다.

4) 인력 기준

- 재활의학과 전문의를 3명 이상 두고, 간호사·물리치료사·작업치료사 및 사회복지사를 두어야 한다. 다만, 서울·인천·경기 외의 지역은 재활의학과 전문의를 2명 이상 둘 수 있다.
- 각 인력은 다음 기준을 충족하여야 한다.

인력	기준
재활의학과 전문의	1인당 환자 수 40명 이하
간호사	1인당 환자 수 6명 이하
물리치료사	1인당 환자 수 9명 이하
작업치료사	1인당 환자 수 12명 이하
사회복지사	1명 이상으로 하되, 150개 병상 초과 시 2명

5) 시설 기준

- 병상수: 60병상 이상
- 필수시설 구비 및 면적
  - 물리치료실, 운동치료실(병상 당 3.3㎡이상), 작업치료실(병상 당 0.99㎡) 및 일상생활 동작훈련실을 갖추어야 한다.

6) 장비 기준

- 각 치료실 및 일상생활동작훈련실에는 다음의 필수 장비를 갖추어 두어야 한다.

치료실	필수장비	비고
물리치료실	온습포, 적외선치료기, 초음파치료기, 파라핀욕, 냉치료기, 경추견인기, 골반견인기, 간섭파치료기, 전기자극치료기, 경피적신경자극치료기 등	총 10종 중 8종 이상
운동치료실	치료용 볼, 치료용 매트, 치료용 계단, 평행봉, 경사대, 기립훈련기, 보행기, 상지에르고미터, 하지에르고미터, 보바스테이블, 트레드밀, 기능적 전기자극치료기, 등속성 운동기기, 압박치료기 등	14종 이상
작업치료실	손가락운동판, 식사연습도구, 기타 일상생활동작(세면, 착탈의등) 기구, 손악력계(Hand dynamometer), 집기근력평가도구(Pinch gauge), 가동범위운동 스케이트(Exercise skate), 페그보드(Pegboard), 젭슨-테일러 손기능평가도구, 두점간 구별도구(Two point discriminator), 편측시각무시평가도구, 연하재활기능적전기자극치료기, 인지재활치료기 등	12종 이상
일상생활동작 훈련실	싱크대, 변기 등 그 외 일상생활동작훈련 기구	

7) 진료량

- 재활치료와 연관된 질환에 대한 연간 입원환자수가 백분위수로 상위 30분위 이내이어야 한다.
- 재활치료와 연관된 질환

연번	ADRG*	명칭	연번	ADRG*	명칭
1	B603	기타 척수질환 및 손상	14	B656	기타 신경계 운동장애
2	B610	편마비	15	B657	기타 퇴행성 운동장애
3	B620	뇌성마비	16	B811	수두증
4	B641	파킨슨병	17	B681	뇌내출혈(ICH)
5	B642	비정형 파킨슨	18	B682	지주막하출혈(SAH)
6	B643	이차 파킨슨증	19	B683	정맥혈전증에 의한 비출혈성 뇌졸중
7	B644	알츠하이머 병	20	B684	허혈성 뇌졸중 및 기타 비출혈성 뇌졸중
8	B645	기타 인지 장애	21	B601	사지마비
9	B651	떨림증	22	B602	하반신 마비
10	B652	근긴장이상증	23	B750	신경질환 후유증
11	B653	근간대성경련	24	I730	근골격계 장애의 추후관리
12	B654	실조증	25	I760	기타 근골격계 질환
13	B655	기타 유전성 운동장애			

* ADRG(Adjacent Diagnosis Related Group): 심사평가원에서 개발한 한국형 입원환자분류체계(KDRG, Korean Diagnosis Related Group) 분류과정 중 3단계까지의 분류

8) 환자구성 비율

- 건강보험 및 의료급여로 입원환자 중 회복기 재활환자 비율은 40% 이상으로 한다. 이 경우 낮병동 입원환자는 제외한다.

9) 상대평가의 기준

- 동일한 시·군에서 지정 기준을 충족하는 2개소 이상의 의료기관에 대하여 인력, 진료량, 회복기 재활환자 구성비율에 대한 상대평가를 실시하고 해당 지역의 재활수요와 지역 균형을 종합적으로 고려하여 상대평가 결과, 점수의 총계가 상위인 의료기관을 우선 지정할 수 있다.
- 평가 대상별 가중치(인력 55%, 진료량 10%, 회복기 재활환자 구성비율 35%), 평가 대상별 구간 및 구간별 배점 등을 「재활의료기관 지정 및 운영 등에 관한 고시」별표3에서 정하고 있다.

3 지정 절차

가. 재활의료기관 지정계획 공고(시행규칙 제10조제2항)

보건복지부장관은 재활의료기관을 지정하려는 경우에는 지정 예정일 6개월 전에 미리 지정계획을 공고하여야 한다.

나. 지정신청(시행규칙 제10조제3항)

- 재활의료기관으로 지정받으려는 의료기관의 장은 지정신청서 등을 지정계획을 공고한 날부터 30일 이내에 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.
  - 재활의료기관 지정 평가 업무 위탁으로 심사평가원 접수 및 평가 실시

다. 평가(시행규칙 제11조제1항~제5항)

- 지정신청서를 제출한 의료기관에 대하여 지정 기준 충족 여부에 대한 평가를 실시하여야 함.
- 지정 기준을 충족한 의료기관을 대상으로 상대평가를 실시하고, 재활 수요와 지역 균형 등을 종합적으로 고려하여 재활의료기관을 지정
- 재활의료기관 지정서를 해당 의료기관에 발급
- 재활의료기관으로 지정받은 병원에 대하여 정기적으로 지정 기준의 충족 여부, 운영현황 등을 평가

- 재활의료기관의 지정을 위한 평가 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시

라. 재활의료기관 지정 시 고려사항(고시 제15조제2항, [별표3] 제3호)

- 지정을 신청한 당시에 재활의료기관으로 지정되어 있지 아니한 의료기관이 환자구성 비율을 충족하지 못하는 경우 재활수요 및 지역균형을 고려하여 위원회의 의결을 거쳐 재활의료기관으로 지정할 수 있다. 다만, 이 경우 지정 후 1년 이내에 환자구성 비율에 도달 및 유지할 것을 조건으로 하여 지정한다.
- 상대평가에 따라 총점이 상위인 의료기관을 우선 지정할 수 있으며, 동일한 시·군에서 총점이 동점이 경우에는 회복기 재활환자 구성 비율, 인력 기준, 진료량 순으로 점수가 높은 의료기관을 우선 지정할 수 있다.

마. 재활의료기관운영위원회(시행규칙 제12조, 고시 제3조)

1) 소속

보건복지부장관

2) 기능

- 재활의료기관의 지정 및 운영 평가
- 재활의료기관의 운영 개선
- 그 밖에 재활의료기관에 관한 주요 시책으로서 보건복지부장관이 심의에 부치는 사항

3) 재활의료기관운영위원회 구성

- 위원장을 포함하여 13명 이내의 위원으로 구성
- 위원장은 보건복지부의 고위공무원단에 속하는 일반직공무원 중에서 보건복지부장관이 지명
- 임기는 3년(연임가능), 직위를 지정하여 임명된 공무원은 그 재직하는 기간

구 분	인원수
비영리민간단체 및 소비자단체 추천	3명
의료인 및 의료기관 단체 추천	3명
보건복지부 소속 3급 또는 4급 공무원	2명
보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가	4명

바. 전문가 자문위원회(고시 제4조)

1) 소속

심사평가원

2) 기능

임상현장 의견과 전문가 자문에 의한 전문의학적 판단을 거쳐 재활의료기관 운영에 관한 사항, 성과평가를 위한 성과지표 개발 및 세부기준 등을 검토

3) 자문위원회의 구성

재활의학회, 임상전문가 및 재활의료기관 전문의 등으로 10명 이내로 구성

4 사후관리

가. 지정의 취소(시행규칙 제13조)

- 보건복지부장관은 재활의료기관이 지정 기준에 미달하게 된 경우에는 3개월 이내의 기간을 정하여 지정 기준을 갖출 것을 요구하고, 그 기간 안에 지정 기준을 갖추지 못한 경우에는 그 지정을 취소
- 재활의료기관의 지정이 취소된 경우 해당 의료기관의 장은 발급받은 재활의료기관 지정서를 7일 이내에 보건복지부장관에게 반납
- 재활의료기관의 지정을 취소하는 경우에는 청문을 실시
- 그 외에 지정의 취소에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시

나. 운영현황 등에 관한 평가(고시 제6조)

- 심사평가원장은 재활의료기관에 대하여 지정기준의 충족 여부, 운영현황 등을 평가하여야 한다.
- 지정기준 제1호 및 제2호 가목에 대하여는 매월 평가하고 그 밖의 지정 기준은 지정 후 1년을 주기로 평가하여야 한다.
- 운영현황 등에 관한 평가는 재활치료에 따른 환자의 기능 호전 정도, 사회복귀 현황 등에 관한 내용을 포함할 수 있다.
- 보건복지부장관은 필요한 경우 평가결과에 따라 「국민건강보험법」상 별도의 가산 수가를 적용할 수 있다.

Ⅶ 난임시술 의료기관 평가 및 통계관리

1 난임시술 의료기관 평가 및 통계관리 개요

- 보건복지부장관은 보조생식술 등 난임시술이 가능한 의료기관을 난임시술 의료기관으로 지정할 수 있다.
- 지정된 난임시술 의료기관에 대하여 3년마다 시설·장비, 전문인력 등 기준 및 실적 등에 대한 평가를 실시하고 평가결과를 공개하여야 하며, 평가결과에 따라 그 지정을 취소할 수 있다.
- 보건복지부장관은 난임극복 지원을 효율적으로 하기위하여 보조생식술 등 난임시술 현황 및 그에 따른 임신·출산 등에 대한 통계 및 정보 등의 자료를 수집·분석하고 관리하여야 한다.

가. 법적근거

- 「모자보건법」 제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등) 및 제11조의6(통계관리 등)
  - 난임시술 의료기관에 대하여 3년 단위 평가 및 연 단위 통계관리 시행
- 「모자보건법 시행규칙」 제10조(난임시술 의료기관의 평가) 및 제12조(난임시술 의료기관 평가업무의 위탁), 제12조의5(통계관리) 및 제12조의6(통계관리 업무의 위탁)
  - 평가기준 및 통계관리에 포함되어야할 세부내용과 업무위탁 근거 마련
- 난임시술 의료기관 평가 등에 관한 기준(고시 제2019-84호, 2019.04.29.)
  - 난임시술 의료기관 평가 및 통계관리 업무를 심사평가원에 위탁

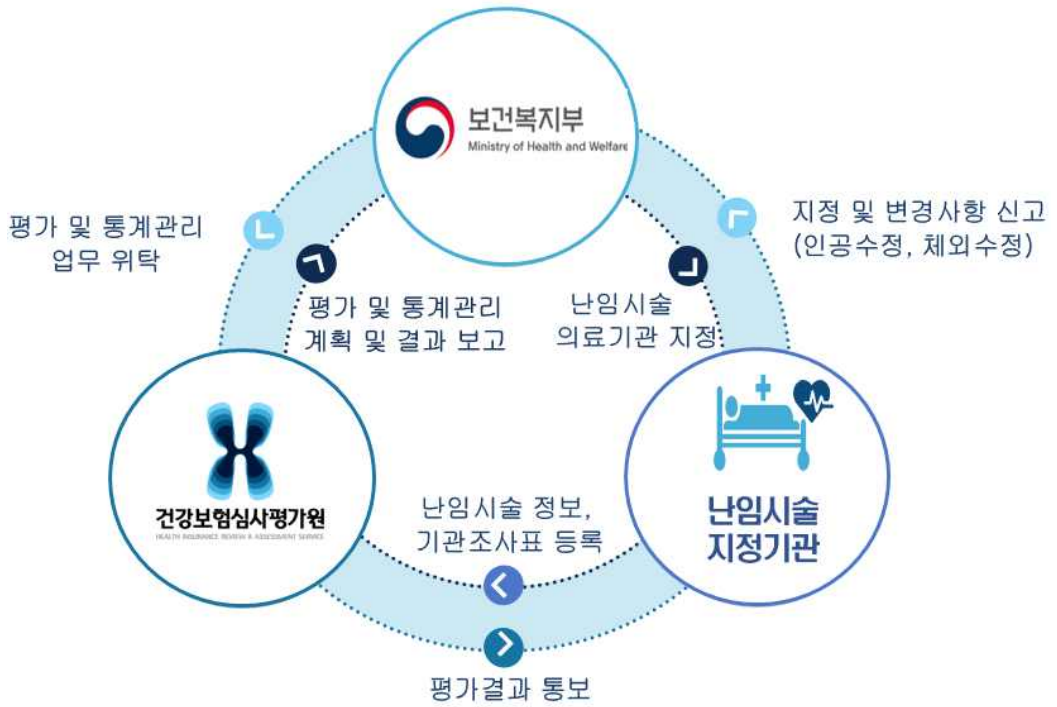
나. 목적

- 난임시술 의료기관의 질향상 및 안전한 시술환경 조성
  - 「모자보건법」에 따른 난임시술 의료기관에 대한 지속적인 질관리 기전 마련
- 급여·비급여를 포함한 평가결과 공개로 국민의 난임 의료기관 선택권 보장

- ‘연 단위 조사’를 통한 국가단위 난임시술 현황 통계관리로 정책결정 기초자료 확보
  - 난임시술 대상자의 연령별, 시술별, 난임 원인별 특성 등 종합적으로 분석
- 미래세대 투자를 통한 저출산 극복을 위한 정부정책 지원

다. 평가 및 통계관리 체계1

그림4.1-9 평가 및 통계관리 체계



라. 추진경과

- 2017. 난임시술 의료기관 기초평가 및 통계관리
  - 난임부부 시술비 정부지원 사업(인공수정 8개지표, 체외수정 16개지표)
- 2018. 난임시술 의료기관 시범평가 및 통계관리
  - 급여·비급여를 포함한 난임시술 전체(인공수정(모니터링 포함) 14개지표, 체외수정(모니터링 포함) 19개지표)
- 2019. 난임시술 의료기관 제1차 본 평가 및 통계관리
  - 급여·비급여를 포함한 난임시술 전체(인공수정(모니터링 포함) 6개 지표, 체외수정 11개 지표)

※ 용어 정의

- **난임**: 부부가 피임을 하지 아니한 상태에서 부부간 정상적인 성생활을 하고 있음에도 불구하고 1년이 지나도 임신이 되지 아니하는 상태
  ☞ '불임'이라는 용어의 부정적인 인식전환을 위해 "쉽게 임신이 되지 않지만 치료를 통 해 임신이 가능한 상태"를 의미하는 '난임'으로 개정(2012. 5월 모자보건법)
- **보조생식술(난임시술)**: 임신을 목적으로 자연적인 생식과정에 인위적으로 개입하는 의료행위
- **시술의 종류**
  - 인공수정시술 (IUI): 여성의 배란시기를 맞추어 채취한 남편의 정액을 세척, 선별하여 여성의 자궁강 내로 직접 주입하여 임신을 시도하는 시술
  - 체외수정시술 (IVF-ET): 여성의 난자와 남성의 정자를 채취하여, 체외에서 수정및 배양하여 발생한 배아를 자궁강 내로 이식하여 임신을 시도하는 시술
  - 세포질내 정자 직접 주입술(ICSI): 난자의 세포질 내로 정자를 주사하여 수정시키는 방법
- **배아(embryo)**: 정자와 난자가 합쳐진 발생 초기 단계
- **임신(pregnancy)**: 수정란이 자궁에 착상하여 태아로 발육하는 과정

2 평가방법

가. 평가대상

- 「모자보건법」 제11조의3제1항에 따른 난임시술 의료기관으로 지정받은 기관을 대상으로 '지정기준의 유지 여부' 및 '평가지표에 대한 평가'를 실시한다.
- 평가대상은 평가년도 전년도 난임시술 지정 의료기관에서 급여·비급여를 포함한 난임시술 건 전체를 대상으로 한다.

〈난임시술 의료기관의 지정유형(「모자보건법 시행규칙」 제8조제1항〉

- 보건복지부장관은 법 제11조의3제1항에 따른 난임시술 의료기관을 다음 각 호의 구분에 따라 지정할 수 있다.
  ① 자궁내 정자주입(인공수정) 시술 의료기관
  ② 체외수정 시술 의료기관

※ [참고] 2019년 본 평가 평가대상기관

대상기관	인공수정시술	체외수정시술
377 기관(100%)	210 기관(55.7%)	167 기관(44.3%)

나. 자료수집 방법

기관조사표는 Web을 이용한 자료수집 방법으로 보건의료자원통합신고포탈을 통해 자료를 수집하고 난임시술기록지는 보건의료자원통합신고포탈에서 Excel 업로드 하는 방법과 심사평가정보제출시스템에서 직접 수기작성 또는 의무기록(EMR)과 난임시술기록지를 자동 연계하는 방법으로 수집한다.

표4.1-7 조사표별 수집방법

수집자료	수집방법	수집경로
기관조사표	· Web을 이용한 자료수집	보건의료자원통합신고포탈
난임시술기록지	· Web을 이용한 자료수집	심사평가정보제출시스템 (HIRA e-form system)
	· EMR 연계를 통한 자료수집	
	· Excel upload를 통한 자료수집	보건의료자원통합신고포탈

다. 평가기준

1) 난임시술 의료기관 지정기준 유지 여부에 대한 평가

〈난임시술 의료기관의 지정기준〉
- (「모자보건법」 제11조의3제2항) 난임시술 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 시설·장비 및 전문인력 등을 갖추어야 한다.
- (「모자보건법 시행규칙」 제8조제2항) 보건복지부령으로 정하는 시설·장비 및 전문인력은 [별표2]에 따른 시설·장비 및 전문인력을 말한다.

가) 인공수정시술 지정기관 지정기준(「모자보건법 시행규칙」 제8조제2항 별표2)

- 시설: 진료실, 독립적인 공간의 정액채취실
- 장비: 초음파기기, 현미경, 정액검사장비, 원심분리기 등 정자분리 장비
- 전문인력: 산부인과 전문의 1명 이상, 시술을 보조할 수 있는 간호사 또는 간호조무사 1명 이상

나) 체외수정시술 지정기관 지정기준(「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙」 제17조제1항 별표1)

- 시설: 방진시설(먼지제거 및 공기공조 장치), 환기장치, 난자채취실, 정자채취실, 진료실
- 장비: 초음파기기, 무균상자(Clean Bench), 이산화탄소 배양기, 현미경[ICSI(세포질 내 정자주입술)를 수행할 경우에는 미세세포조작기(Micromanipulator)를 포함한다], 냉장고 및 냉동고, 난자 흡입기, 원심분리기, 항온판, 세포 계수기, 잠금장치가 부착된 배아보관용 액체 질소탱크(LN2 tank)

- 전문인력: 산부인과 전문의 또는 타과 전문의 및 일반의 1명 이상, 배아생성 관련 시술을 보조하는 간호사 또는 경력 2년 이상인 간호조무사 1명 이상, 배아생성 담당 인력 1명 이상 (의료기관간 배아생성 담당 인력 공유 가능)

〈전문인력 세부기준〉
- (타과 전문의 및 일반의) ① 3년 이상 배아생성 관련 시술을 계속 하였을 것
  ② 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 배아생성교육을 수료하였을 것
- (배아생성 담당 인력) 배아생성 담당 인력은 의사를 도와 정자 및 난자를 체외수정한 배아의 배양, 보관 및 관리 등의 업무를 담당하는 인력으로서,
  ① 배아생성 관련 분야의 경력이 2년 이상일 것
  ② 3년제 이상의 대학에서 의학 · 생물학 · 수의학 · 발생공학 · 축산학 · 유전공학 · 분자생물학 또는 임상병리학 등의 배아생성 관련 학과를 이수한 사람일 것

2) 평가지표에 따른 평가

〈난임시술 의료기관의 평가기준〉
- (「모자보건법 시행규칙」 제10조제1항) 난임시술 의료기관에 대한 평가는 다음 각 호의 기준에 따라 실시한다.
  ① 시설·장비 및 전문인력의 질
  ② 난임시술의 실적
  ③ 난임시술의 질 관리 현황
  ④ 그 밖에 난임시술 의료기관의 업무수행에 필요하다고 보건복지부장관이 인정하는 사항

가) 평가지표 요약

표4.1-8 평가지표 요약

구 분	영 역	지 표 명	가중치(%)
인공수정시술 평가지표 (6)	전문인력의 질	난임시술 의사의 보수교육 이수율	20
	질 관리 현황	시술 관련 지침 수립 여부	20
		시술 관련 상담 및 교육 시행률	15
		난임 원인 진단을 위한 검사 시행률	20
	실적 분석	삼태아 이상의 임신율	25
		평균 임신율(모니터링 지표)	-
체외수정시술 평가지표 (11)	장비 및 전문인력의 질	난임시술 의사당 시술건수 충족 여부	10
		난임시술 의사의 보수교육 이수율	7
		배아생성 전담 인력당 시술 건수	16
		배아생성 전담 인력의 보수교육 이수율	7
		난자채취실의 응급 장비 보유 여부	10
	질 관리 현황	시술 관련 지침 수립 여부	7
		시술 관련 상담 및 교육 시행률	6
		난임 원인 진단을 위한 검사 시행률	7
		다배아 이식 가이드라인 준수율	10
	실적 분석	삼태아 이상의 임신율	10
		표준화 임신율(전체 임신율)	10

나) 평가지표 세부 내용

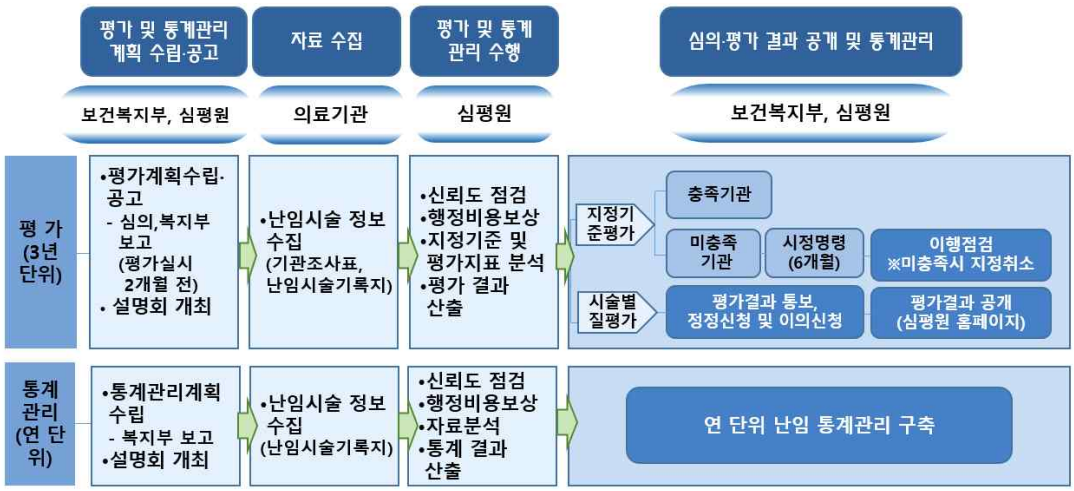
표4.1-9 평가지표 세부 내용

영 역	지 표 명	지표 정의
장비 및 전문인력의 질	· 난임시술 의사의 보수교육 이수율	· 평가대상기간 동안 근무한 의사 중 난임 관련 보수교육을 이수한 의사의 비율
	· 난임시술 의사당 시술건수 충족 여부	· 체외수정시술 의사당 연간 최소 시술 건수 충족 여부
	· 배아생성 전담 인력당 시술 건수	· 배아생성 전담 인력 당 연간 평균 시술 건수의 적정 여부
	· 배아생성 전담 인력의 보수교육 이수율	· 평가대상기간 동안 근무한 전담 인력 중 보수교육을 이수한 인력의 비율
	· 난자채취실 내 응급장비 보유 여부	· 난자채취실 내 응급장비 보유 여부
질 관리 현황	· 시술 관련 지침 수립 여부	· 난임시술 과정 및 위생 관리 등의 내용을 포함한 지침서 수립 유무
	· 시술 관련 상담 및 교육 시행률	· 1차 난임시술 전 시술과정, 시술 부작용 및 시술 이후 주의사항 등을 포함한 상담 및 교육 시행률
	· 난임 원인 진단을 위한 검사 시행률	· 1차 난임시술 전 난임 원인 진단을 위한 필수검사(정액검사 및 자궁난관개통검사) 시행률의 평균
	· 다배아 이식 가이드라인 준수율	· 배아이식 수 기준 가이드라인 준수율
실적 분석	· 삼태아 이상의 임신율	· 난임시술(자궁강내 정자주입술 또는 배아이식 시술) 후 임신낭이 확인된 건 중 3개 이상 임신낭이 확인된 건의 비율
	· 표준화 임신율	· 산출조건[61]을 모두 만족하는 배아이식 건이 20건 이상인 기관의 배아이식 시술의 임신율
	· 전체 임신율	· 산출조건을 적용시 배아이식 건이 20건 미만인 기관의 배아이식 시술의 임신율
	· 평균 임신율	· 자궁강내 정자주입술 후 임신낭이 확인된 건의 비율

61 표준화 임신율 산출조건(아래 조건 모두 충족)
① 연령: 37세 이하, ② 난임 원인: 원인불명 또는 난관요인(단일요인)
③ 시술 차수: 신선, 동결배아이식을 합하여 시술차수 3차수 이내

3 난임시술 의료기관 평가 및 통계관리 업무절차

그림4.1-10 난임시술 의료기관 평가 및 통계관리 절차



가. 평가 및 통계관리 계획수립·공고

- 평가대상기간, 평가기준, 평가방법 등을 포함한 평가계획을 수립하여 난임시술 의료기관 평가위원회(이하 위원회) 심의를 거쳐 보건복지부장관이 정한다. 단, 통계관리만 수행하는 년도에는 통계관리 계획을 수립하여 보건복지부 장관에게 보고한다.
- 평가기준, 자료수집 방법 등 세부시행계획은 평가실시 2개월 전에 홈페이지를 통해 공고하고 의료기관을 대상으로 설명회를 개최한다.

나. 자료수집

- 평가 및 통계관리 내용을 포함한 자료를 난임시술 의료기관에 문서로 요청한다.
- 난임시술 의료기관은 난임시술 의료기관 평가 및 통계관리를 위하여 기관조사표 및 시술내역서를 작성하여 제출해야 한다.

다. 평가수행

- 평가자료 수집 후 자료의 정확도 확인을 위해 전수 또는 표본조사 및 실제 의무기록과 대조하는 신뢰도 점검을 실시한다.(필요시 현장점검 병행)
- 난임시술 의료기관에 대하여 다음의 기준 충족여부에 대한 평가를 실시한다.

- 시설·장비 및 전문인력의 질
- 난임시술의 실적
- 난임시술의 질 관리 현황
- 그 밖에 난임시술 의료기관의 업무수행에 필요하다고 보건복지부장관이 인정하는 사항

라. 평가결과 공개

- 난임시술 의료기관의 전문인력·시설·장비현황, 시술별·환자 연령별 시술건수 등을 공개할 수 있다. 이 경우, 구체적인 평가결과의 공개범위는 위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 정한다.
- 평가의 공개방법, 공개범위 및 평가대상 의료기관 안내 방법 등에 대하여는 위원회에서 심의·결정한 후 평가결과를 심사평가원 홈페이지를 통해 공개한다.

마. 이의신청

평가결과에 대하여 이의가 있는 평가대상 의료기관은 보건복지부장관에게 이의신청을 할 수 있다. 이의신청은 평가결과를 통보받은 날로부터 14일 이내에 하여야 한다.

바. 난임시술 의료기관 평가위원회(고시 제6조)

1) 소속

보건복지부장관

2) 난임시술 의료기관 평가위원회 기능

- 난임시술 의료기관 평가 등에 관한 사항
- 난임시술 의료기관 지정 및 지정 취소에 관한 사항
- 그 밖에 난임시술 의료기관 관리를 위하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사항

3) 난임시술 의료기관 평가위원회 구성(고시 제5조)

- 위원장 1명을 포함한 11명 이내 위원으로 구성
- 위원장은 보건복지부 고위공무원 중에서 보건복지부 장관이 임명
- 위원은 보건의료 수요자 대표, 의료인 단체 또는 의료기관 단체 추천자, 보건복지부 소속 3급 또는 4급 상당 공무원, 심사평가원 임직원, 난임시술 평가 및 통계관리에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉

- 임기는 3년(연임 가능). 다만, 공무원인 위원의 임기는 그 직에 재직하는 기간으로 하며, 보궐위원의 임기는 전임위원 임기의 남은 기간

사. 행정비용 보상

보건복지부장관은 난임시술 의료기관이 자료제출에 드는 비용 중 일부를 지원 할 수 있다.

- 행정비용보상은 자료를 제출한 난임시술 의료기관 중 자료수집 기한 내에 제출한 시술건을 기준으로 지급한다.
- 행정비용보상의 지급단가는 시술종류에 따라 차이가 있고, 예산 범위내에서 지급함에 따라 매년 변경될수 있다.

아. 시정명령 및 지정취소

'시설 · 장비 및 전문 인력에 관한 기준' 평가 결과, 지정기준을 미충족한 의료 기관은 지정취소에 대한 사전예고 및 6개월의 기간 내에 시정할 수 있는 기회를 제공한다. 그 후 이행점검 결과 시정명령을 이행하지 아니한 의료기관에 대해 「모자보건법」 제1조의5에 따른 청문 후 '난임시술 지정의료기관' 지정을 취소 할 수 있다.

자. 난임시술의료기관 통계관리

- 난임극복 지원을 효율적으로 하기 위하여 연 단위 통계관리를 실시한다.
- 난임시술 현황 및 그에 따른 임신 · 출산 등에 대한 통계 등 아래의 내용을 포함한 자료를 수집 · 분석하고 관리하여야 한다.
  - 인구통계학적 특성
  - 산과 및 의학적 과거력
  - 난임의 원인
  - 난임시술의 과정 및 임신 · 출산 등 난임시술의 결과
  - 난임시술로 태어난 출생아의 건강 정보
  - 난임시술 의료기관의 정보
  - 그 밖에 난임시술의 통계관리에 필요한 자료로서 보건복지부령으로 정하는 사항
    - 난임시술에 소요되는 의료비 정보
    - 체외수정 시술 의료기관의 배아 관리에 관한 정보

4 평가결과 및 통계활용

- 평가대상 의료기관에 평가결과 제공
  - 의료공급자의 자율적 질향상 유도로 양질의 의료서비스 제공
- 평가결과 공개로 난임시술 의료기관에 대한 국민의 알권리 보장
- 요양급여비용 심사 및 급여기준 등 관련 업무 연계 기전 마련
- 난임시술 현황파악 및 정부의 출산정책 추진을 위한 기초자료 확보

그림4.1-11 평가결과 및 통계활용



제 2 장

의약품유통정보관리

Ⅰ. 의약품관리종합정보센터 운영

Ⅱ. 의약품 바코드 및 RFID tag 등 유통정보 관리

Ⅲ. 의약품 공급내역 관리 및 일련번호 제도 운영

Ⅳ. 의약품 구입·청구 불일치 내역 사후관리

Ⅴ. 의약품 공급내역 보고 사후관리

Ⅵ. 요양기관 구입약가 사후관리

제 2 장 의약품유통정보관리

Ⅰ 의약품관리종합정보센터 운영

작성: 의약품정보관리부

1 개요

의약품관리종합정보센터는 정부정책을 효율적으로 수행하기 위해 운영되는 전문기관으로 의약품에 대한 정보표준화와 정보지식화 기반을 구축하고, 의약품 유통정보의 수집 · 조사 · 가공 · 이용 및 제공, 의약품바코드 관리 및 유통정보 표준화 관련 연구 · 교육 · 홍보사업, 의약품 유통정보 보고 프로그램 개발 · 보급 등 정보화 지원사업 등을 수행한다.

이러한 사업 수행을 통하여 제약 산업과 의약품 유통에 대한 국가적 통계인프라를 구축하여 의약산업 발전을 위한 정부의 정책 수행, 산업계의 경영활동이 근거에 입각한 의사결정을 할 수 있도록 정보지원, 의약품 이력관리를 통한 국민의 안전한 약물 사용 환경 및 건강보험 재정 안정화에 기여하게 된다.

2 법적근거

- 「약사법」 제47조의3(의약품관리종합정보센터의 지정 · 운영 등)
- 「약사법시행령」 제32조의2(의약품관리종합정보센터의 지정)
- 「약사법시행령」 제32조의3(의약품관리종합정보센터의 운영 등)
- 심사평가원 「의약품관리종합정보센터운영규정」
- 심사평가원 「의약품관리종합정보센터운영규정 시행세칙」

3 연혁

- ’07.10. 8. 의약품관리종합정보센터 설립
- ’08. 1. 1. 급여의약품 생산·수입 및 공급내역 보고 시작 (분기별)
- ’08.10. 1. 비급여의약품 생산·수입 및 공급내역 보고 시작
  공급내역 보고 월별 보고로 변경
- ’11. 5.31. 「의약품 바코드와 RFID tag의 사용 및 관리요령」일부 개정
  - ’15. 1월 이후 생산 또는 수입 통관된 전문의약품 일련번호 표시 의무화 시행 명문화
- ’12.12. 1. 안전상비의약품 공급내역 보고 개시
- ’14. 9. 1. 의약품 공급단가 활용 약제상한금액 조정 근거 마련
  (국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제13조)
- ’15. 1. 1. 의약품정보조사부 신설
- ’15. 5.14. 「의약품 바코드와 RFID tag의 사용 및 관리요령」일부 개정
  제조업자, 수입자, 의약품 도매상의 제조번호, 유효기한, 일련번호 보고 의무 규정 마련
- ’16. 7. 1. 의약품 일련번호 제도 기반 전문의약품 출하 시 보고 시행(제약)
- ’17. 7. 1. 의약품 일련번호 제도 기반 전문의약품 출하 시 보고 시행(유통)
- ’18. 2.21. 「의약품 바코드와 RFID tag의 사용 및 관리요령」일부 개정

4 용어정리

가. 의약품

다음 중 어느 하나에 해당하는 물품

① 대한민국약전에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것

② 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것

③ 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것

☞「약사법」 제2조(정의)

나. 완제의약품

- 정의: 모든 제조공정이 완료되어 최종적으로 인체에 투여할 수 있도록 일정한 제형으로 제조된 의약품
  - 「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 [별표1]

다. 의약품 표준코드(KD코드: Korea Drug Code)

- 정의: 개개의 의약품을 식별하기 위하여 고유하게 설정된 번호
- 구성: 국가식별코드, 업체식별코드, 품목코드, 검증번호를 포함한 13자리 숫자

라. 의약품 대표코드

- 정의: 함량 포함 의약품을 대표하는 코드
- 구성: 의약품 표준코드 13자리 숫자 중 포장단위(12번째 자리수)가 '0'으로 표기된 숫자

마. 효능군 코드

- 정의: 식품의약품안전처의 의약품 등 분류번호에 관한 규정에 의한 코드
  - 「식품의약품안전처 예규」 제40호('13.4.5.)

바. ATC코드(Anatomical Therapeutic Chemical Code)

- 정의: 세계보건기구(WHO)에서 개발한 치료제군별 국제적인 의약품 분류 코드
- 구성: 총 5단계, 7자리의 영문자 및 숫자로 구성

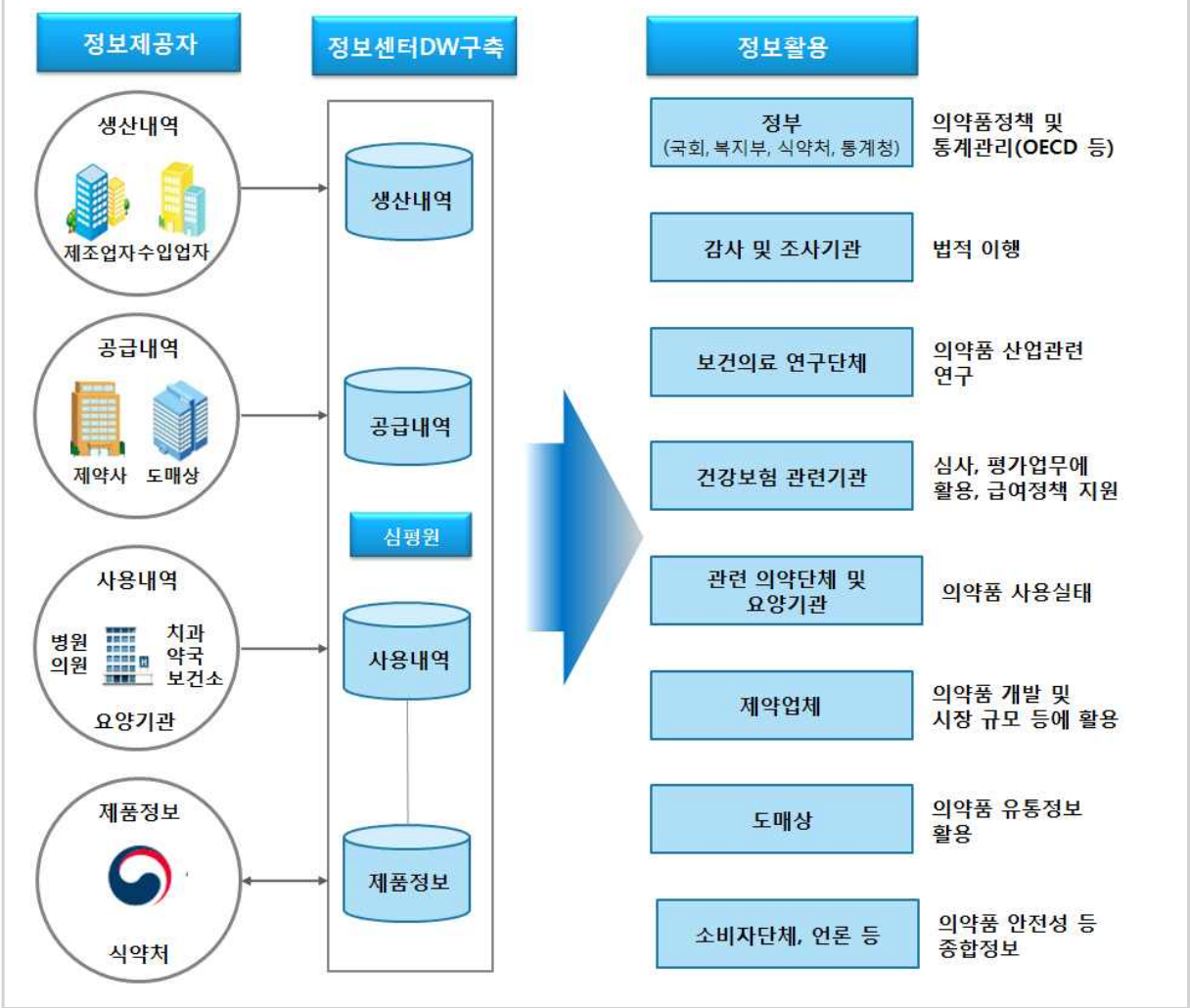
표4.2-1 ATC코드 구분

WHO 의약품 통계협력센터

구분	분 류	ATC 분류(예시)	
1단계	Anatomical main group 약이 적용되는 해부학적인 부위에 따른 14개의 대분류군	A	Alimentary tract and metabolism
2단계	Therapeutic subgroup (약효에 따른 세부 분류군)	A10	Drugs used in diabetes
3단계	Pharmacological subgroup (약물학적 특성에 따른 분류)	A10B	Oral blood glucose lowering drugs
4단계	Chemical subgroup (약의 화학적 특성에 따른 분류)	A10BA	Biguanides
5단계	Chemical substance (개별 성분명)	A10BA02	Metformin

5 업무흐름도

그림4.2-1 의약품관리종합정보센터 업무 흐름도



6 의약품 유통관련 주요현황

가. 의약품 표준코드 부여현황(2019.12.31.누계)

표4.2-2 의약품 표준코드 부여 현황

(단위: 개, 품목, 개소)

구분	표준코드수	품목수	업체수
전체	162,594	54,130	555
제조품목	150,586	49,591	321
수입품목	11,806	4,447	233
기타	202	92	1

나. 연도별 생산 · 수입 실적 현황

표4.2-3 연도별 의약품 생산 · 수입 실적 현황

(단위: 개, 품목, 억원)

연도	생산			수입		
	업체수	품목수	금액	업체수	품목수	금액
2017년	255	18,958	172,178	235	2,031	42,717
2018년	244	19,931	181,715	231	2,161	49,514
2019년	254	21,092	194,472	231	2,204	55,784

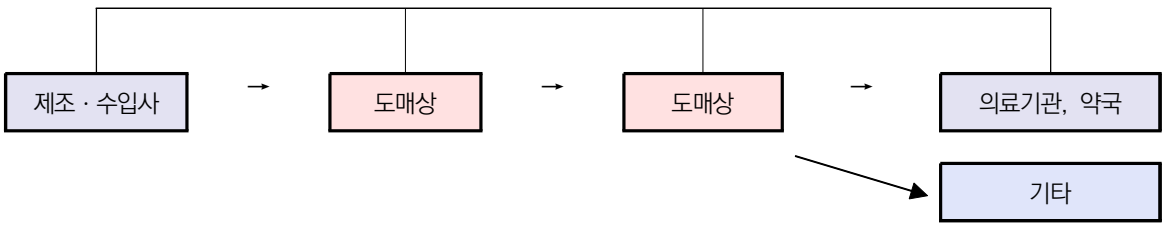
다. 연도별 업태별 공급현황

표4.2-4 연도별 의약품 업태별 공급현황

(단위: 개소, 억원)

연도	계		제조사		수입사		도매상	
	업체수	금액	업체수	금액	업체수	금액	업체수	금액
2017년	2,787	600,073	259	205,331	174	70,632	2,354	324,110
2018년	3,037	655,531	249	220,177	173	76,787	2,615	358,567
2019년	3,317	709,541	256	231,029	173	80,698	2,888	397,814

그림4.2-2 의약품 유통 구조



Ⅱ 의약품 바코드 및 RFID tag 등 유통정보 관리

1 의약품 바코드 및 RFID tag 관리

가. 정의

1) 의약품 표준코드(KD코드: Korea Drug Code)

개개의 의약품을 식별하기 위하여 고유하게 설정된 번호로서 국가식별코드, 제조·수입사의 식별코드, 품목코드 및 검증번호를 포함한 13자리 숫자를 말하며, 구성 체계는 아래와 같다. 대표코드를 기준으로 의약품 포장단위 별로 부여한다.

표4.2-5 의약품 표준코드 구성 체계

자릿수	3	4	5		1
내용	국가식별코드	업체식별코드	품목코드		검증번호
부여 예	880	6400-6999 6200-6299 0500-0999	함량 포함한 품목코드	포장단위	0-9
			0001-9999	0: 대표코드 1-9: 포장단위	

의약품 개개의 포장단위 별 바코드로 적용하여 표시

EDI코드로 활용('10년 1월 1일 진료 분부터)

2) 의약품 바코드

의약품 표준코드 13자리 숫자를 포함한 숫자나 문자 등의 데이터를 흑백의 평행 막대조합 또는 데이터 매트릭스에 입력하여 스캐너로 읽을 수 있도록 인쇄된 심벌(마크)을 말한다.

3) 의약품 RFID(Radio Frequency Identification)

무선주파수 인식기술을 이용하여 의약품 정보를 표현하는 수단을 말하며, 안테나와 칩으로 구성된 RFID tag와 RFID tag 판독장치인 RFID 리더로 구성되어 있다.

RFID tag 정보는 의약품 표준코드 13자리 숫자에서 검증번호를 제외한 12자리 숫자와 물류식별자, 일련번호로 구성된다.

그림4.2-3 의약품 RFID의 구성



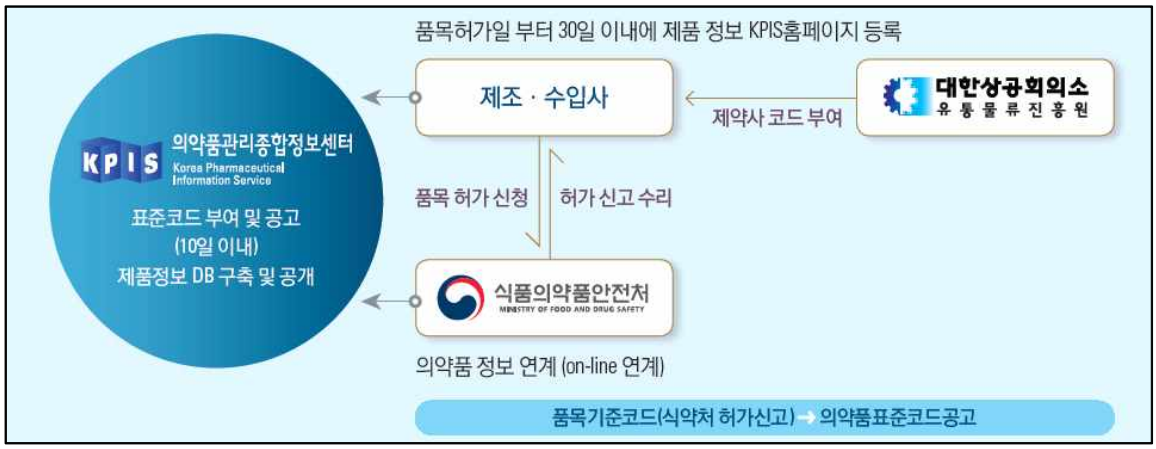
나. 법적근거

- 「약사법」 제56조제1항제10호
- 「약사법 시행령」 제32조의3제1항제4호: 의약품 표준코드의 공고 등 보건복지부 장관이 정하는 의약품 바코드 또는 전자태그(RFID tag)의 관리
- 「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 제69조제1항제9호 및 제71조제2호, 제95조 [별표8]
- 「의약품 바코드와 RFID tag의 사용 및 관리요령」(보건복지부 고시)
- 「의약품 바코드 또는 전자태그(RFID tag)의 표시 등에 관한 기준」(식품의약품 안전처 고시)

다. 의약품 표준코드 공고 및 활용

1) 의약품 표준코드 부여 업무 흐름도

그림4.2-4 의약품 표준코드 부여 업무 흐름도



2) 의약품 표준코드 부여 및 공고

의약품 제조·수입자는 의약품 품목허가(신고)를 받은 날부터 30일 이내에 품목별·포장단위별로 '제품정보보고서'를 의약품관리종합정보센터 포털 (https://biz.kpis.or.kr)에 등록하고, 의약품관리종합정보센터의 장은 등록받은 날부터 10일 이내에 당해품목의 표준코드를 의약품관리종합정보센터 포털(https://biz.kpis.or.kr)에 공고하여야 한다. 제조·수입사는 의약품 품목별·포장단위별 표준코드를 부여받기 위하여 아래와 같은 절차에 따라 업무를 진행한다.

- 제조·수입사는 대한상공회의소 유통물류진흥원에 회원으로 가입하여 의약품취급 업체를 나타내는 4자리코드(6400~6999, 6200~6299, 0500~0999)를 부여받는다.
- 식품의약품안전처로부터 신규 의약품 허가(신고)를 받은 제품, 기존 제품 중 새로운 포장단위 제품을 생산하는 경우 또는 예측 적 밸리데이션 등을 위하여 불가피하게 품목허가 이전에 의약품 표준코드를 부여받고자 하는 경우 의약품관리종합정보센터 포털에 품목별·포장단위별 '제품정보보고서'를 등록한다.
- 의약품관리종합정보센터 담당자는 제출된 '제품정보보고서' 정보를 토대로 표준코드의 부여 타당성을 검토한 후 제품정보보고서를 등록받은 날부터 10일 이내에 품목별·포장단위별 표준코드를 부여하여 의약품관리종합정보센터 포털(https://biz.kpis.or.kr) 공지사항에 공고하고, 이를 D/B로 관리한다.

  ※ 공고내역: 한글제품명, 제약사명, 약품규격, 제품 내 총수량, 제형구분, 대표(표준)코드

3) 의약품 표준코드 활용

제조·수입자는 국내에 유통하는 의약품의 바코드 또는 RFID tag에 의약품 표준코드를 반드시 표기하여야 하며, 의약품 공급내역 보고 및 생산·수입 실적 보고시 표준코드 별로 보고하여야 한다.

라. 의약품 바코드 종류 및 구성 체계

의약품 바코드는 국제표준코드체계인 GTIN-13 또는 GS1-128 코드를 사용하여야 한다. 일반의약품은 바코드에 표준코드만 표기하여도 되므로 GTIN-13 바코드를 사용하여도 되나 전문의약품은 반드시 GS1-128 체계 바코드에 표준코드, 제조번호, 유효기한(사용기한), 일련번호를 표기하여야 한다. 다만, 전문의약품 중 방사성 의약품, 희귀의약품, 세포치료제는 GTIN-13 바코드 사용이 가능하다.

1) GTIN-13 번호체계

국가식별코드 3자리, 업체식별코드 4자리, 품목코드 5자리, 검증번호 1자리로 구성된 13자리 코드체계이다.

그림4.2-5 GTIN-13 번호체계

자리수	3	4	5	1
내 용	국가식별코드	업체식별코드	품목코드	검증번호
부여 예	880	6411	12345	9





(01)08806411123459

2) GS1-128 번호체계

GTIN-13 번호체계에 응용식별자(AI, Application Identifier) 중 유효기한 또는 사용 기한과 제조번호 및 일련번호를 추가한 번호체계이다. 전문의약품은 반드시 GS1-128번호체계 바코드에 표준코드, 유효기한 또는 사용기한, 제조번호, 일련번호를 표기하여야 한다. 다만, 20ml를 초과하는 수액류, 인공신장관류용제, 인공관류용제, 의료기구 세정·소독용제와 X선 조영제, MRI 조영제, 초음파조영제는 일련번호 표기를 생략할 수 있다.

그림4.2-6 GS1-128 번호체계

자리수	2	14	2	6	2	20 이하	2	20 이하
내 용	AI 상품식별 코드	GS1 상품코드	AI 유효기한	YYMMDD	AI 제조 번호	제품이 생산된 라인	AI 일련 번호	제품의 일련번호
부여 예	(01)	08806411123459	(17)	101231	(10)	Q12345	(21)	A213291199



(01)08806411123459(17)101231



(10)Q12345(21)A213291199

마. 의약품 바코드 및 RFID tag 운영 주요경과

표4.2-6 의약품 바코드 및 RFID tag 운영 주요경과

구분	주 요 내 용
2009년	의약품 표준코드를 이용한 바코드 표시 의무화
2010년	15ml(g) 소형의약품 바코드 표시 의무화
2012년	지정의약품(마약, 향정신성의약품, 생물학적제제)에 유효기한 또는 사용기한, 제조번호 표시 의무화 (GS1-128번호체계 바코드 사용)
2013년	전문의약품에 유효기한 또는 사용기한, 제조번호 표시 의무화(GS1-128번호체계 바코드 사용)
2015년	전문의약품 바코드에 일련번호 표기 의무화
2016년	전문의약품에 대한 출하 시 공급내역 보고(일련번호 포함) 시행(2016.7.1.부터 제조 · 수입사 의무)
2017년	전문의약품에 대한 출하 시 공급내역 보고 (일련번호 포함) 시행(2017.7.1.부터 도매상 의무 시행)

바. 의약품 바코드 표시 및 RFID tag 부착 관련 행정처분 기준

관련규정: 「의약품등의 안전에 관한 규칙」제95조 [별표 8]

위반사항	근거법령	행정처분			
		1차	2차	3차	4차
38. 의약품의 용기나 포장 또는 첨부 문서의 기재 사항이 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우 라. 바코드 등 미표시 자. 바코드 등 오부착, 미인식	「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 제69조, 제71조	해당품목 판매업무 정지 15일	해당품목 판매업무 정지 1개월	해당품목 판매업무 정지 3개월	해당품목 판매업무 정지 6개월

2 생산 · 수입 · 공급 중단 보고대상 의약품 목록 선정 · 공고

가. 목적

의약품 제조 · 수입자가 생산 · 수입 및 공급을 중단하는 경우 그 사유를 식품의약품안전처장에게 보고해야 하는 완제의약품을 선정 · 공고하여 의약품 공급 부족을 사전 예방하고 원활한 수급관리를 유도하기 위함이다.

나. 법적근거

- 「약사법」 제38조(의약품 등의 생산 관리의무 및 보고)제2항
- 「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 제49조제3항 및 제60조제1항
- 「생산 · 수입 · 공급 중단 보고대상 의약품 보고 규정」(식품의약품안전처 고시)
- 「생산 · 수입 · 공급 중단 보고대상 의약품 고시」 (보건복지부 고시)

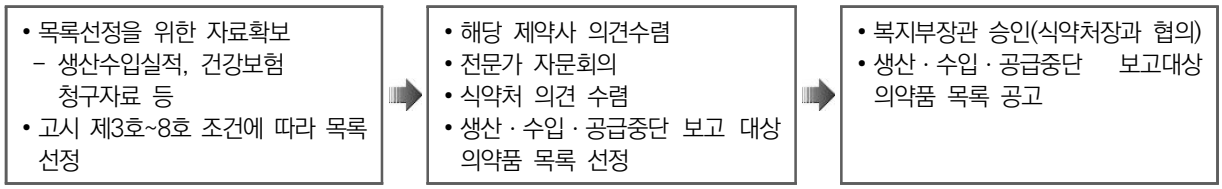
다. 생산 · 수입 및 공급 중단 보고대상 완제의약품 선정기준

1) 보건복지부 고시 「약제의 결정 및 조정 기준」제8조제2항제9호에 따른 퇴장방지의약품
2) 식품의약품안전처 고시 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품(한국희귀의약품센터의 장이 직접 수입하는 품목 제외)
3) 전년도 생산 · 수입실적이 있는 의약품 중 동일 성분을 가진 품목이 2개 이하인 의약품
4) 동일 성분을 가진 품목군 중 시장점유율(연간 생산 · 수입실적 기준)이 50% 이상인 의약품(생산 · 수입업체 3개 이하인 경우)
5) 전년도 건강보험 청구량 상위 100대 성분 의약품(해당 품목 생산 · 수입 업체 3개 이하인 경우)
6) WHO 추천 필수의약품목록에 등재된 성분의 약제(해당 품목 생산 · 수입 업체 3개 이하인 경우)
7) 사람이나 동물의 체액 등을 원료로 하는 생물학적 제제로 원료수급이 불안정한 의약품
8) 중증질환의 치료에 필요한 의약품 중 대체의약품이 없는 의약품으로서 대한의사협회, 대한병원협회, 대한약사회 등 의약단체가 추천하여 건강보험심사평가원장(의약품관리종합정보센터의 장)이 인정한 의약품

※ 3), 4)호의 '동일성분'은 ATC(Anatomical Therapeutic Chemical)코드로 구분

선정기준 제3호~제8호에 해당하는 의약품을 심사평가원장(의약품관리종합정보센터의 장)이 선정하여 보건복지부장관의 승인을 받아 공고(1회/년)

라. 생산 · 수입 · 공급 중단 보고대상 의약품 공고절차



3 의약품 생산 · 수입실적 관리

가. 정의

의약품 제조 · 수입사가 해당 연도의 생산 · 수입실적 중 완제의약품(마약, 한외마약 및 향정신성의약품을 포함하되, 의료용 고압가스는 제외한다)의 경우 분기별로 생산 · 수입 실적을 한국제약바이오협회와 한국의약품수출입협회를 경유하여 의약품관리종합정보센터와 식품의약품안전처에 보고하는 것을 말한다.

나. 법적근거

- 「약사법」 제38조(의약품등의 생산 관리의무 및 보고)제2항
- 「약사법」 제42조(의약품등의 수입허가 등)제5항
- 「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 제49조(의약품등의 생산 · 수출 · 수입 실적 등의 보고 등) 제1항
- 「의약품등 생산실적 및 수입실적 보고에 관한 규정」 (식품의약품안전처 고시)

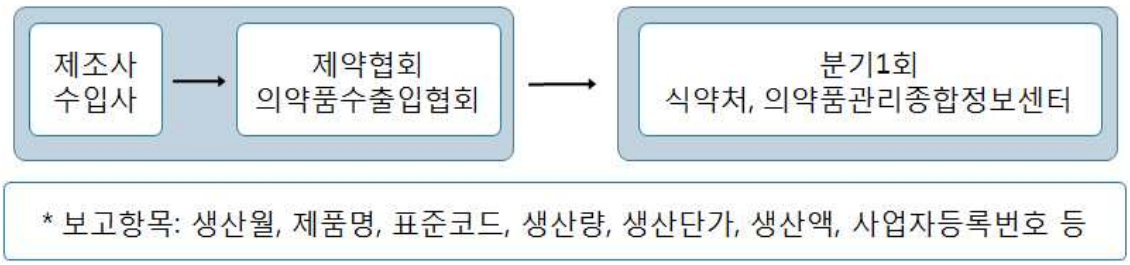
다. 의약품 생산 · 수입실적 관리 절차 및 업무 흐름도

1) 완제의약품의 생산 · 수입실적 관리 절차

- 한국제약바이오협회와 한국의약품수출입협회가 각 분기별 완제의약품의 제조 · 수입실적을 분기종료 다음 달 말일까지 제조 · 수입사로부터 취합하여 다다음달 말일까지 의약품관리종합정보센터 포털(https://biz.kpis.or.kr)을 이용하여 제출하여야 한다.
- 의약품관리종합정보센터는 생산 · 수입실적을 D/W System에 축적하여 관리한다.

2) 업무 흐름도

그림4.2-7 완제의약품 생산 · 수입실적 보고



Ⅲ 의약품 공급내역 관리 및 일련번호 제도 운영

작성: 의약품정보개발부

1 의약품 공급내역 관리

가. 의약품 공급내역 보고의 정의

의약품 공급내역 보고라 함은 의약품 제조·수입자 및 의약품도매상이 의료기관, 약국 및 의약품도매상에 완제의약품(마약, 한외마약 및 향정신성의약품을 포함하되, 의료용 고압가스는 제외한다)을 공급한 경우 공급내역을 의약품관리종합정보센터에 보고하여야 하는 것을 말한다. 다만, 일련번호를 부착하여야 하는 지정의약품과 전문의약품은 '제품을 출하할 때' 보고하여야 하고, 일반의약품은 제품을 출하한 달의 다음 달 말까지 보고할 수 있다.

나. 법적근거

- 「약사법」 제47조의3(의약품관리종합정보센터의 지정·운영 등)
- 「약사법 시행규칙」 제45조(의약품의 공급내역 보고 등)

【처분내용별 근거법령】

① 공급내역 미보고·거짓보고: 허가취소와 업무정지 또는 과징금(「약사법」 제76조, 제81조, 동법 시행령 제33조, 동법 시행규칙 제50조, [별표 3]제41호, 「의약품」 등의 안전에 관한 규칙 제95조, [별표 8])

② 공급내역 미제출: 100만원 이하의 과태료(「약사법」 제98조제1항제7호의2, 동법 시행령 제39조, [별표 3]제2호러목)

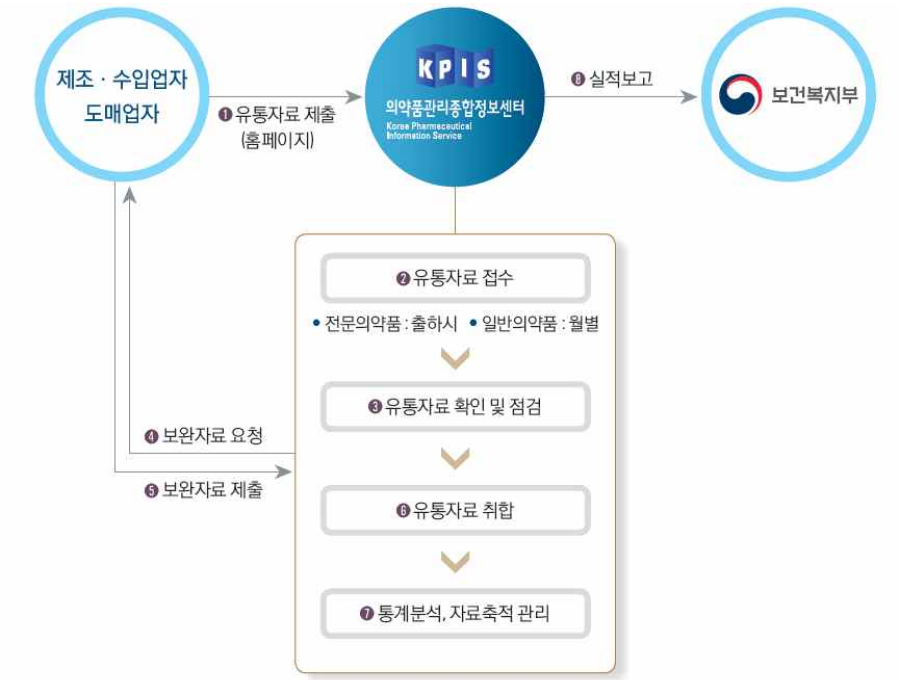
다. 의약품 공급내역 관리 절차 및 업무 흐름도

1) 국내 완제의약품의 공급내역 관리 절차

- 의약품의 제조·수입자 및 의약품도매상은 완제의약품 공급내역을 의약품관리종합정보센터의 KPIS 포털(https://biz.kpis.or.kr) 또는 의약품 공급보고 정보연계 시스템(ESB)을 이용하여 제출하여야 한다.
- 의약품관리종합정보센터는 제출된 공급내역을 점검 및 분석하고 각종 통계자료를 산출하여 보건복지부 장관에게 보고한다.
- 의약품관리종합정보센터는 공급내역 자료를 KPIS 포털(https://biz.kpis.or.kr)에 공개하고 DW System에 축적하여 관리한다.

2) 업무 흐름도

그림4.2-8 의약품 공급내역관리 업무 흐름도



2 의약품 일련번호 제도

가. 의약품 일련번호 제도 정의

의약품 일련번호 제도란 최소포장 단위의 개별의약품에 고유번호(일련번호: randomized unique serial number)를 부여하여 의약품의 생산부터 유통과정을 통해 소비자에게 복용될 때까지의 전체 유통단계를 체계적(track and trace)으로 관리하고 의약품 유통과정을 실시간으로 이력추적(e-pedigree) 관리하는 것을 의미한다.

나. 법적근거

- 「약사법 시행규칙」 제45조(의약품의 공급내역 보고 등)
- 「의약품 바코드와 RFID tag의 사용 및 관리요령」 제5조(바코드의 종류 및 구성체계 등), 제6조(RFID tag 구성체계 등) (보건복지부 고시 제2015-74호, 2015. 5. 14.)

다. 의약품 일련번호 제도 업무 흐름도

각 유통주체(제조 · 수입 · 도매)가 의약품 공급정보를 의약품관리종합정보센터에 보고하고, 이 정보를 통해 의약품 유통흐름을 체계적으로 관리한다.

라. 의약품 일련번호 제도 주요내용

1) 대상기관 및 대상의약품

가) 대상기관

의약품을 공급하는 모든 공급업체(제조사 · 수입사 · 도매상)

나) 대상의약품

원칙적으로 모든 완제의약품에는 일련번호를 부착할 수 있으며, 지정의약품과 전문의약품에는 GS1-128코드 중 일련번호를 필수적으로 부착하여야 한다. 다만, 일반의약품 및 수액제 등 「의약품 바코드와 RFID tag 사용 및 관리요령」 제5조제3항 [별표 1의2]에 의한 전문의약품은 일련번호를 생략할 수 있다

(1) 지정의약품: 마약 및 향정신성 의약품, 인화성 · 폭발성이 있는 의약품, 생물학적 제제(「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 별표6)
(2) 전문의약품: 일반의약품이 아닌 의약품(「약사법」 제2조제10호)

[별표 1의2] GS1-128코드 중 일련번호를 생략할 수 있는 대상(제5조제3항 관련)
1. 수액류 관련
2. 인공관류용제 관련
3. 의료기구 세정 · 소독용 의약품 관련
4. 조영제 관련

2) 일련번호 등 정보보고

가) 보고시기

일련번호를 부착하여야 하는 지정의약품과 전문의약품은 '제품을 출하할 때' 보고하여야 한다. 다만, 일반의약품은 제품을 출하한 달의 다음 달 말까지 보고할 수 있다.

나) 보고서식

지정 · 전문의약품은 「약사법 시행규칙」 제45조 [별지 제24호의 2서식]에 따라 제조번호, 유효기한, 일련번호 등이 포함된 공급내역 정보를 보고하여야 하며, 일반의약품인 경우는 [별지 제24호서식]으로 보고가 가능하다. 다만, 일련번호를 생략할 수 있는 전문의약품은 [별지 제24호의 2서식]으로 보고하되, 일련번호를 제외하여 보고할 수 있다.

그림4.2-9 의약품 공급내역 보고서식

■「약사법 시행규칙」[별지 제24호의2서식]

접수번호					접수일										발급일								
① 연번	② 공급자 영업 형태	③ 계약 방법	④ 공급 구분	⑤ 공급 형태	공급받은 자			⑨ 표준 코드 명칭 (제품명)	⑩ 표준 코드 (제품 코드)	⑪ 포장내 총수량 (규격)	⑫ 공급 수량	⑬ 공급 일자	⑭ 공급 금액 (VAT 포함)	⑮ 공급 단가 (VAT 포함)	⑯ 접수 번호 (재보고 대상)	⑰ 반송 사유 코드 (재보고 대상)	⑱ 제조 번호	⑲ 유효 기한 (사용 기한)	⑳ 일련 번호	㉑ 묶음번호	㉒ RFID tag 코드	㉓ 비고
					⑥ 명칭	⑦ 사업자 등록 번호	⑧ 요양 기관 기호															

■「약사법 시행규칙」[별지 제24호서식]

접수번호					접수일									발급일		
① 연번	② 공급자 영업 형태	③ 계약 방법	④ 공급 구분	⑤ 공급 형태	공급받은 자			⑨ 표준 코드 명칭 (제품명)	⑩ 표준 코드 (제품코드)	⑪ 포장내 총수량 (규격)	⑫ 공급 수량	⑬ 공급 일자	⑭ 공급 금액 (VAT 포함)	⑮ 공급 단가 (VAT 포함)	⑯ 비고
					⑥ 명칭	⑦ 사업자 등록번호	⑧ 요양기관 기호								

다) 적용시기

일련번호 등 공급내역 출하 시 보고 제도는 2016년 1월 1일부터 시행하고 있다.

다만, 제조·수입업체(이하 '제약사'라 한다)는 2016년 12월 31일까지, 도매상은 2018년 12월 31일까지 기존과 동일하게 다음 달 말일까지 보고(제조번호, 유통기한, 일련번호는 제외하고 보고 가능)하도록 유예기간을 두었다.

이에 따라 제약사는 2016년 12월31일에 유예기간이 종료되어 2017년 1월 1일부터 일련번호 등의 정보를 제품을 출하할 때 보고하고 있으며, 도매상은 2019년 1월 1일부터 일련번호 등의 정보를 제품을 출하할 때 보고하여야 한다.

마. 시사점

- (유통관점의 변화) 의약품 유통관리 체계가 '공급총량' 중심에서 개별 의약품의 '최소 유통단위(일련번호)' 관점으로 변화
- (실시간 정보보고 체계) 기존 '익월 말 보고 방식'에서 유통단계별 '실시간(real time) 정보보고 체계'로 변경
- (보고시점 변화) 모든 의약품 공급업체(제조·수입·도매업체 3,500여 기관)는 완제의약품을 공급한 경우, '제품을 출하할 때' 의약품관리종합정보센터에 의약품 공급내역을 보고

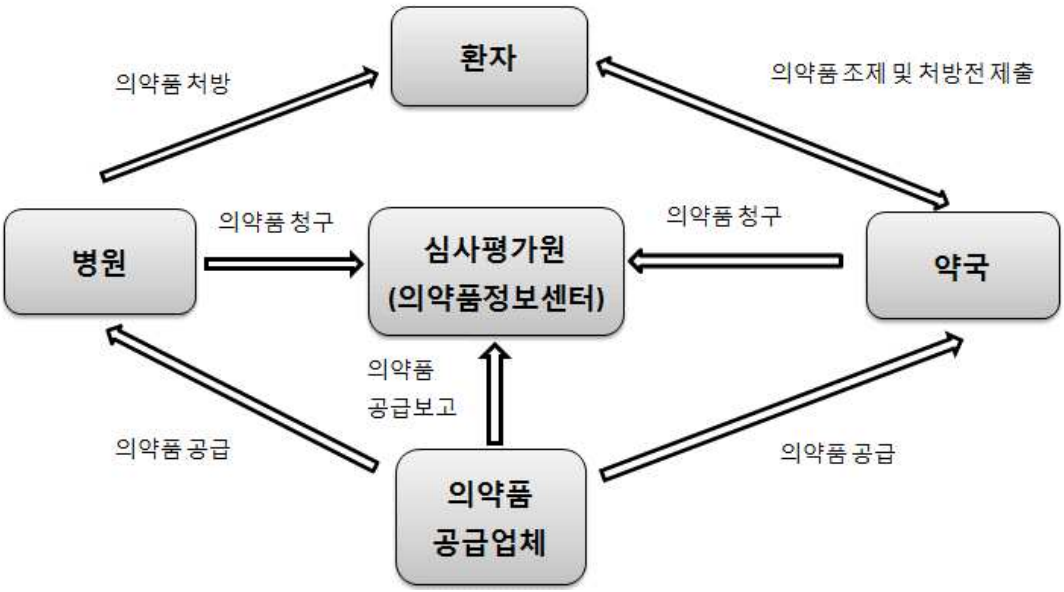
Ⅳ 의약품 구입·청구 불일치 내역 사후관리

작성: 의약품정보조사부

1 개요

의약품 구입 · 청구 불일치 내역 사후관리는 요양기관의 의약품 청구내역과 공급업체의 공급내역을 비교 · 분석하여 구입량과 청구량이 현저하게 차이나는 의약품을 요양기관에 확인하고 약제비용에 대하여 관리하는 업무이다.

그림4.2-10 의약품유통정보관리 흐름도

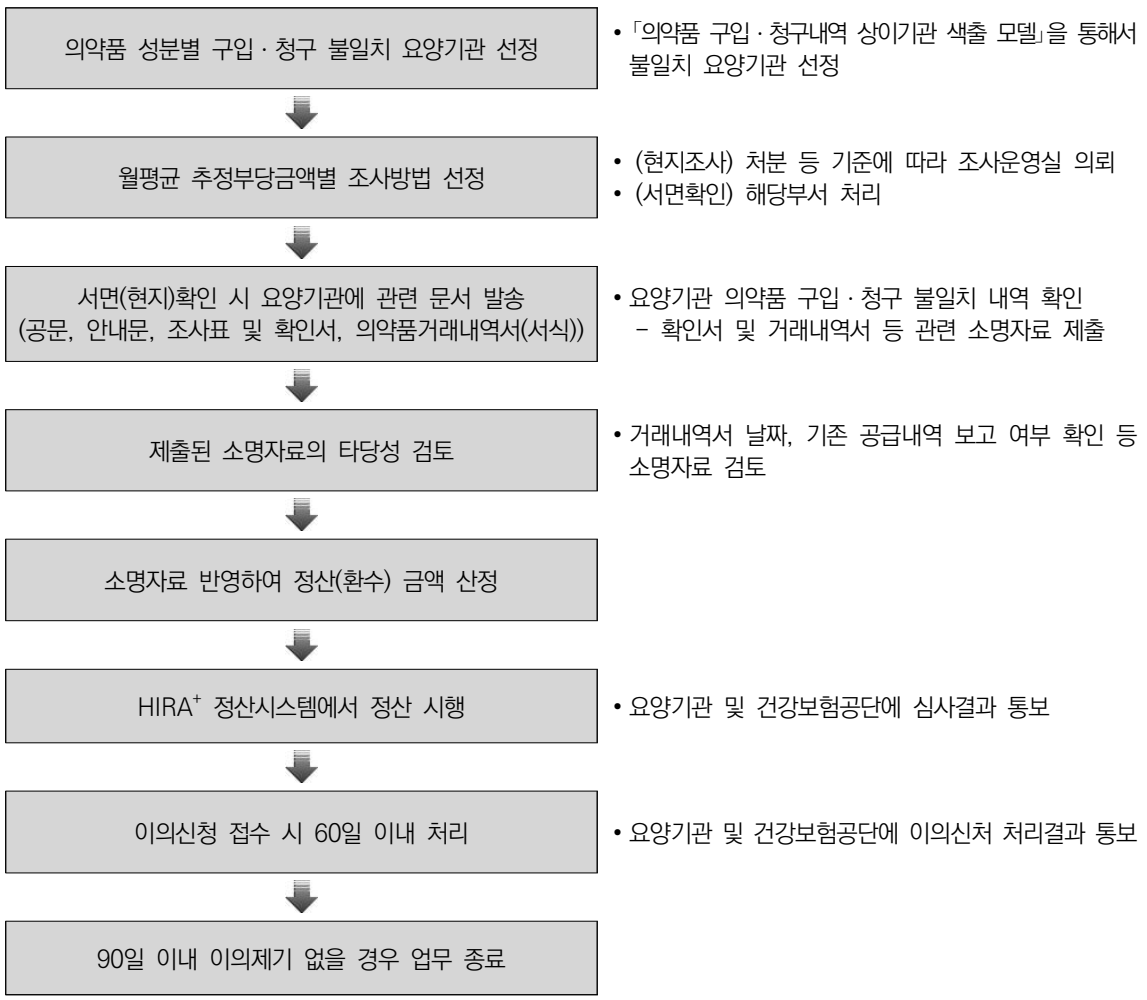


2 법적근거

- 「국민건강보험법」 제87조(이의신청)
- 「국민건강보험법 시행령」 제22조(약제 · 치료재료의 요양급여비용)
- 「요양급여비용 심사 · 지급업무 처리기준」 제4조제3항(요양급여비용의 심사)
- 「약사법 시행규칙」 제45조(의약품의 공급내역 보고 등)

3 업무절차

그림4.2-11 의약품 구입 · 청구 불일치 내역 사후관리 업무 절차



가. 업무수행 목적

의약품의 구입 · 청구 내역 비교하여 의약품의 정확한 청구 유도로 부당청구 방지 및 투명한 의약품 유통질서 확립

나. 대상기관: 모든 요양기관

다. 확인방법

1) '의약품 구입 · 청구내역 상이기관 색출 모델'을 통해서 의약품의 구입 · 청구가 불일치되는 요양기관을 선정

2) 조사 및 확인방법

조사방법	처리기준	해당부서
현지조사	• 「국민건강보험법 시행령」 별표5 업무정지 처분 및 과징금 부과의 기준	급여조사실에 의뢰
서면확인 (현지확인)	• 현지조사 제외한 월평균 추정부당금액 6만원 이상 기관 (필요시, 현지확인 실시)	의약품정보조사부
주의통보	• 월평균 추정부당금액 6만원 미만 기관	의약품정보조사부

가) 현지조사: 조사운영실 의뢰

나) 서면확인(필요시 현지확인)

- (안내문 발송) 안내문, 조사표, 확인서, 의약품거래내역서(서식) 등 요양기관에 발송
- (요양기관 확인) 의약품 구입 · 청구 내역 확인 후 제출기한 내 확인서에 서명 후 회신, 이의가 있을 경우 반품 · 재고 · 거래내역서 등의 증빙자료 제출

※ 현지확인: 요양기관에 현지 출장하여 자료의 확인, 질문 등의 방법으로 확인
※ 현지확인이 필요한 경우
- 현지확인 대상은 요양기관이 제출기한 내 자료를 제출하지 않거나, 제출한 자료만으로는 청구의약품의 구입을 확인하기 어려운 경우
- 민원 · 언론 등을 통해 약제 청구와 관련하여 부당한 사실이 있다는 객관적인 증빙자료가 확인되는 경우
- 기타 심사평가원장이 필요하다고 인정한 경우 등

다) 주의통보: 주의통보문 발송 및 계도

3) 증빙자료의 종류

거래내역서(거래일자, 약제품명, 약제단가 등), 거래명세서, 세금계산서, 재고량 확인서, 의약품수불대장, 재고관리대장 등 의약품의 구입·청구 내역을 확인 할 수 있는 서류 일체

4) 제출된 소명자료의 타당성 검토

추가 구입 자료가 기 보고된 공급내역인지 여부, 확인서의 날짜 및 직인·날인 등 여부, 조사표 및 확인서 상 요양기관 입력 필수사항 누락, 착오입력 여부 등 확인

라. 의약품 구입·청구 불일치내역 정산심사

부당청구가 확인된 경우 약제비용에 대하여 관련 법령에 따라 전액 혹은 차액을 정산(환수), 심사결과 요양기관 및 국민건강보험공단에 통보

마. 의약품 구입·청구 불일치내역 이의신청

- 요양기관이 정산내역에 대하여 심사평가원의 처분에 불복하여 관련 법령에서 정한 서식에 의거, 처분의 취소나 변경을 신청하는 경우
  - 이의신청은 처분이 있음을 안 날부터 90일, 처분이 있은 날부터 180일 이내 문서(전자문서 포함)로 하여야 함

V 의약품 공급내역 보고 사후관리

1 개요

의약품 공급내역 보고 사후관리는 의약품 공급업체에서 의약품관리종합정보센터에 보고한 공급내역을 근거로 실제 거래내역의 사실관계 및 미보고·거짓보고 여부를 현지에 출장하거나 서면으로 자료를 제출받아 확인하고, 보고의무를 위반하거나 의약품을 불법으로 유통한 업체에 대하여 행정처분 의뢰 또는 주의통보 업무를 수행함으로써 의약품 공급내역의 투명성을 제고하고 불법유통을 방지하는 업무이다.

2 법적근거

- 「약사법」 제47조의3(의약품관리종합정보센터의 지정·운영 등)
- 「약사법 시행령」 제32조의2(의약품관리종합정보센터의 지정)
- 「약사법 시행규칙」 제45조(의약품의 공급내역 보고 등)

【처분내용별 근거법령】

① 공급내역 미보고·거짓보고: 허가취소와 업무정지 또는 2억원 이하의 과징금 처분(「약사법」 제76조, 제81조, 같은 법 시행령 제33조, 같은 법 시행규칙 제50조 [별표 3], 「의약품등의 안전에 관한 규칙」 제95조 [별표 8])

② 공급내역 미제출: 100만원의 과태료(「약사법」 제98조제1항. 같은 법 시행령 제39조[별표 3])

※ 처분 세부내용 후단에 별도 설명

3 의약품 공급내역 사후관리(현지 · 서면확인) 업무절차

가. 사후관리 절차 개요

그림4.2-12 의약품 공급내역 사후관리 절차



나. 사후관리 계획수립과 대상 업체 선정

- 의약품 공급내역 보고 불성실 공급업체에 대한 효율적인 조사를 위해서는 조사업체 수, 조사인력, 조사기간, 조사 대상기간, 중점조사 항목이나 착안사항, 규모 · 지역 · 금액 · 조사필요성, 시급성 등을 고려하여 적절한 조사 계획을 수립하고 또한 보건복지부에도 그 내용을 보고한다.
- 사후관리는 의약품 공급내역 보고를 불성실하게 하였거나 공급내역 미보고 · 거짓보고의 개연성이 높다고 판단되는 공급업체에 대하여 실시한다.
- 규모 · 지역 · 금액 · 조사의 필요성 · 시급성 등을 감안하여 사후관리 대상선정 점수표를 작성하여 상위 업체를 우선적으로 선정하되, 아래와 같은 업체는 현지확인 대상업체 우선순위로 선정한다.
  - 민원, 대외기관 등에서 조사 의뢰된 공급업체
  - 의약품 공급내역 미보고 또는 거짓보고가 의심되는 공급업체
  - 의약품 공급업체별 지표관리제에서 나타난 성실보고 미개선 공급업체
  - 공급내역 반송건에 대한 재보고 미참여 공급업체

- 민원 다발생기관 등 '이상' 등급으로 추출된 공급업체
- 요양기관의 구입약가 사후관리 과정에서 공급내역 보고 착오 다발생 공급업체

○ 현지확인은 인력 여건을 감안하여 대상선정 순위대로 순차적으로 반영하고 동일 순서인 경우에는 현지확인 결과 실익이 큰 기관을 우선 선정한다.

○ 공급내역 조사의 실효성을 감안하여 다음에 해당하는 경우 조사대상에서 제외할 수 있다.

- 폐업·휴업된 업체
- 신규 개업 등으로 조사대상 기간이 6개월 미만인 업체
- 특별한 사유가 없는 한 최근 1년 이내에 현장조사를 실시한 업체
  다만, 고의적 또는 지속적 거짓보고가 확인되어 현장조사가 필요하다고 판단되는 경우에는 그러하지 아니한다.

다. 현지확인 절차

○ 의약품 공급업체 방문 시 먼저 신분증과 현지확인 통보서를 제시하고, 방문 취지·목적 및 미보고나 거짓 보고 등이 확인되는 경우에는 1년의 범위 내에서 조사 대상기간이 연장될 수 있음을 안내한 다음, 사실 확인 결과에 따른 행정처분 사항 등을 설명한다.

○ 현지확인은 당해 공급업체 내에서 실시하는 것을 원칙으로 하되, 업무장소 등이 협소하거나 부득이한 경우에는 당해 공급업체 이외의 장소에서 실시할 수 있다.

○ 공급업체에서는 현지확인 과정을 방해하지 않은 범위 안에서 현지확인 과정을 녹음·녹화할 수 있으며, 이 경우 사전에 그 사실을 의약품정보센터에 통지하고 상대방과 녹음·녹화의 범위 등을 협의하여야 가능하다.

○ 의약품 공급내역 보고에 관한 각종 서류를 확인한다.

○ 자료제출요구

- 공급업체 일반현황 및 의약품 매출신고 현황
- 의약품 수불대장, 세금계산서, 매입·매출거래명세서 등

○ 질문과 검사

- 의약품정보센터에 보고된 내역과 실제 거래내역을 비교하여 사실관계 확인
- 불법유통 사실 확인 시 관련 업체 및 요양기관 등 유선·방문 확인

○ 의약품 공급내역에 대한 사실관계를 확인한 후 적발사항 정리 및 매입·매출을 증명할 수 있는 자료 등을 확보한다.

- 품목별로 적발내역을 구체적으로 작성(누락 및 거짓보고 내역)

○ 확인사실에 대하여 육하원칙에 따라 확인서 작성하고 대표자(또는 수임자)의 확인을 받는다.

- 현지확인 종료 후 확인사실을 보건복지부에 보고하고, 미보고·거짓보고가 확인된 제조·수입사의 경우 보건복지부가 식품의약품안전처에 행정처분을 의뢰하고, 도매업체에 대해서는 센터에서 관할 행정기관에 행정처분을 의뢰한다.
- 불법유통 등 기타 약사법 위반사항은 관할 보건소 및 사법기관에 조사의뢰 및 고발조치한다.

라. 현지확인의 연기

- 현지확인 착수 이전 혹은 현지확인 중에 현지확인을 실시하기 곤란한 다음의 사유가 발생한 경우 연기가 가능하다.
  - 화재나 그 밖의 재해로 인하여 사업장의 운영이 불가능한 경우
  - 타 행정기관의 요구에 따라 관련 자료를 모두 제출한 경우
  - 장부 및 관련 서류가 권한이 있는 기관에 의하여 압수 또는 영치(領置)된 경우
  - 개인인 경우 그 개인이 질병이나 장기 출장 등으로 인하여 현지확인이 곤란하다고 판단되는 경우
- 현지확인 연기사유가 소멸한 때에는 즉시 현지확인을 재개한다.

마. 처분

- 공급내역 미보고: 100만원의 과태료, 허가취소와 업무정지 또는 2억원 이하 과징금 처분
- 공급내역 거짓보고: 허가취소와 업무정지 또는 2억원 이하 과징금 처분

표4.2-7 의약품 공급내역 보고 위반 시 행정처분 기준1(「약사법」)

위반사항	근거 법령	행정처분			
		1차위반	2차위반	3차위반	4차위반
41. 의약품 도매상이 제45조에 따른 보고를 하지 아니하거나 거짓으로 보고한 경우	법 제76조	업무정지 15일	업무정지 1개월	업무정지 3개월	업무정지 6개월

표4.2-8 의약품 공급내역 보고 위반 시 행정처분 기준2(「의약품등의 안전에 관한 규칙」)

위반사항	근거 법령	행정처분			
		1차위반	2차위반	3차위반	4차위반
26. 의약품등의 제조업자(수입자를 포함한다)가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사항을 거짓으로 보고하거나 보고하지 않은 경우	법 제38조, 법 제42조	해당 품목 판매업무 정지 1개월	해당 품목 판매업무 정지 3개월	해당 품목 판매업무 정지 6개월	해당 품목 허가취소
36. 법 제47조의2제2항에 따른 보고를 하지 않거나 거짓으로 보고한 경우	법 제47조의2	해당 품목 판매업무 정지 1개월	해당 품목 판매업무 정지 3개월	해당 품목 판매업무 정지 6개월	해당 품목 허가취소

4 의약품 공급내역 보고의무위반에 대한 조치

가. 행정처분 의뢰

의약품 공급업체에 대한 현지확인 결과보고와 더불어 현장에서 확인된 내용을 공급업체별로 전산시스템에 등록·관리하고, 미보고·거짓보고 등 보고의무 위반 업체에 대하여는 보건복지부에 보고하고, 제조·수입사는 보건복지부가 식품의약품안전처에 행정처분을 의뢰하며, 도매상은 센터에서 관할 시·도에 행정처분을 의뢰한다.

나. 행정처분 의뢰업체에 대한 이행실태 점검

행정처분을 의뢰한 해당 공급업체가 약사법령을 준수하고 있는지 또는 현지확인 시에 적발되어 시정요구를 받은 사항을 그 후에 성실하게 이행하였는지 등을 사후에 확인 점검하는 업무를 말한다. 점검결과 지적받은 사항을 이행하지 않았거나, 일부분만 이행한 경우에는 다음 현지확인 때에 우선적으로 재선정하게 된다.

※ 〈참고자료1〉 의약품 관련 행정조사 유사 업무

구분	의약품 공급내역 현지확인	구입약가 사후관리 현지확인	실거래가 조사에 따른 약제 상한금액 조정
목적	• 의약품 공급(유통)내역투명성·신뢰성 제고	• 요양기관 올바른 청구유도 • 건보 재정 누수방지 • 의약품거래 투명성 제고	• 약가 상한금액 조정 (건보 재정보호)
현지확인 근거	• 약사법 • 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준	• 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준	• 국민건강보험법 • 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 • 약제의 결정 및 조정 기준
조사대상	• 의약품 공급업체 (제조·수입사, 도매업체)	• 요양기관(병원급 이상)	• 요양기관 ※ 요양기관 제출한 요양급여비용 청구명세서를 확인·조사
업무내용	• 의약품의 공급내역을 보고하지 않거나 사실과 다르게 보고한 경우, 의약품 공급업체 현장조사	• 구입약가(가중평균가)보다 높게 청구한 내역에 대해 요양기관 현장조사	• 의약품별 상한금액이 적정한지 요양기관에 현장 조사하여 확인·상한금액 조정
사후조치	• 미보고 - 과태료 부과 - 행정처분(업무정지 혹은 과징금) • 거짓보고 - 행정처분(업무정지 혹은 과징금)	• 요양기관의 약제비 초과 청구분 환수(정산) • 보건복지부 요양기관 현지조사 의뢰(행정처분)	• 약가 상한금액 조정
담당부서	의약품관리종합정보센터 의약품정보조사부		약제관리실 약제관리부

※ 〈참고자료2〉 의약품 공급내역 사후관리(현지확인) 대상선정 점수표

(단위: 점)

구분	세부기준		대상선정 점수
① 조사 실익 · 적정성	보고위반 의심 상위업체 (보고위반 의심금액 비율*)	10% 이상	40
		5% 이상	20
		3% 이상	10
② 보고위반 수준 (매출 상위업체 쏠림현상 방지)	위반품목 수	200개 이상	20
		100개 이상	10
		50개 이상	5
	위반금액	10억 이상	20
		5억 이상	10
		1억 이상	5
③ 현지조사의 효율성	동일권역** 소재지	3개소 이상	20
		2개소	10
		1개소	5
④ 조사 시급성	민원 제기 및 외부기관 의뢰		50(+α)
		계	총 100(+α)

* 보고위반 의심금액 비율: (보고위반 의심금액/전년도 총 매출액) x 100

** 동일권역: 서울(경기 성남 포함), 5개 광역시, 경기도, 강원도, 충남, 충북, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주

Ⅵ 요양기관 구입약가 사후관리

1 도입배경 및 개요

가. 도입배경

1999년 11월 도입된 실거래가 상환제도 하에서는 요양기관에서 제출한 의약품 구입내역 목록표를 근거로 전산심사 후 약품비를 지급하였다. 그러나 2010년 10월 저가구매 인센티브제도가 도입되면서 의약품 구입내역 목록표 제출의무를 폐지함에 따라 심사 사후관리체계로 전환(사전심사 → 사후심사) 되었다.

이에, 의약품 공급업체가 의약품관리종합정보센터에 보고한 공급내역 자료를 활용하여 효율적인 구입약가 사후관리 업무를 실시하고 있다.

나. 개요

의약품 구입약가 사후관리는 요양기관이 청구한 요양급여비용(약품비)을 지급한 후, 공급업체의 보고내역(공급 가중평균가)과 요양기관 청구단가를 비교하여 실제 구입한 가격(구입약가)을 확인하고, 확인한 결과 구입약가보다 높게 청구한 약제비용에 대하여 차액 정산(환수) 및 이의신청 등을 처리하는 업무이다.

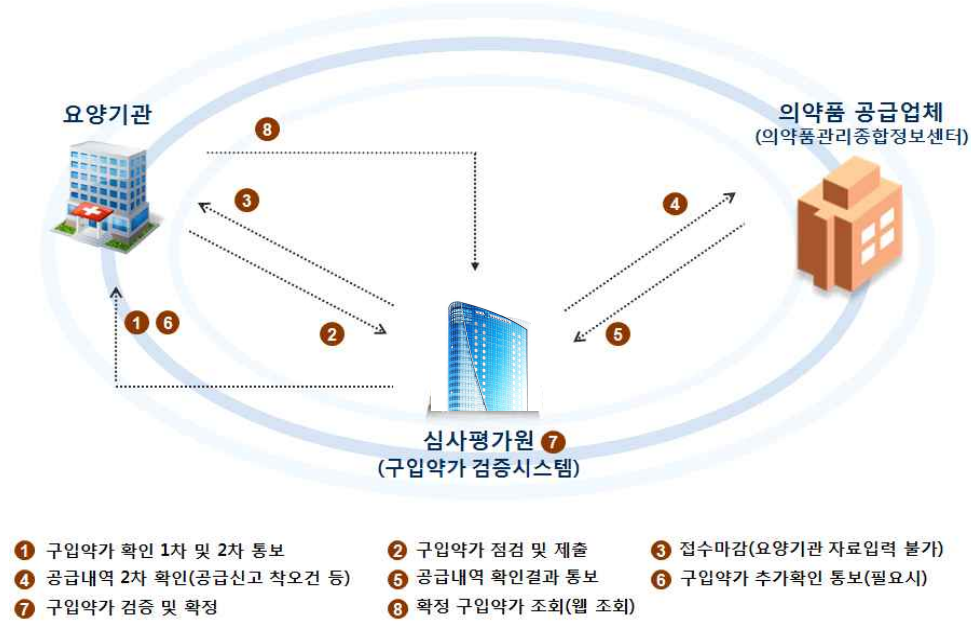
다. 목적

- 구입약가 착오청구 요양기관에 대한 정산(환수)을 통하여 건강보험 재정 누수 방지 및 올바른 구입약가(청구단가) 청구 유도
- 공급보고 내역과 비교를 통한 의약품 유통거래 투명성 확보

2 법적근거

- 「국민건강보험법 시행령」 제22조(약제 · 치료재료의 요양급여비용)
- 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」 제3조(구입약가의 확인)
- 「요양급여비용 심사 · 지급업무 처리기준」 제4조제3항(요양급여비용의 심사)
- 「국민건강보험법」 제87조(이의신청)

그림4.2-13 요양기관 구입약가 사후관리 업무 흐름도



3 구입약가 확인

가. 개념

요양기관에서 청구한 요양급여비용(약품비)을 지급한 후 공급업체의 보고내역(공급 가중평균가)과 요양기관 청구단가를 비교하여 실제 구입한 가격(구입약가)보다 높게 청구한 건에 대하여 점검 후 최종 구입약가를 확정하는 업무

나. 대상기관

모든 요양기관

다. 적용 및 제외 대상

- 적용대상: 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에 등재된 약제
- 적용제외 대상
  - 소정 행위료에 포함된 별도 산정불가 약제
  - 방문당수가 적용대상(조산원, 보건소, 보건지소 및 보건진료소)
  - 정액수가 적용 대상(요양병원, DRG, 호스피스 적용기관)
  - 100/100 본인부담, 비급여 및 보훈국비환자 등
  - 한약제제

라. 확인방법

1) '구입약가 검증시스템' 활용

- '구입약가 검증시스템'을 통하여 3개월 진료분 단위로 구입약가(청구단가) 확인
- 요양기관의 청구단가와 공급 가중평균가 불일치 등 구입약가 확인이 필요하다고 판단되는 요양기관을 대상으로 점검 및 확인 요청
- 대상 요양기관은 제출기한 내 심사평가원 요양기관 업무포털에 구축된 '구입약가 검증시스템'을 통하여 공급내역을 점검 및 확인 후 필요 시 증빙자료 제출

2) 증빙자료의 종류

- 거래계약서(계약일자, 계약 약제품명, 계약단가 등), 거래명세서, 세금계산서, 재고량 확인서, 의약품수불대장, 재고관리대장 등 구입약가 산정의 정확성 여부를 확인하기 위하여 필요한 서류 일체

3) 증빙자료 첨부기준(필수)

- 재고량이 없는 약제를 종전과 다른 가격으로 새로 구입한 경우(단가변경)
- 요양기관에서 처음 구입한 약제
- 분기 가중평균가가 없는 약제
- 공급업체 보고내역에 착오가 있는 경우 등

4) 확인 방법

가) 서면확인

요양기관으로부터 약제 구입내역을 증명할 수 있는 거래명세서 등 관련자료를 제출받아 실시

나) 현지확인

요양기관에 현지 출장하여 자료의 확인, 질문 등의 방법으로 실시

- 요양기관이 정기확인 제출기한 내 자료를 제출하지 않거나, 제출한 자료만으로는 구입약가의 정확성 여부를 확인하기 어려운 경우
- 민원·언론 등을 통해 약제 구입과 관련하여 부당한 사실이 있다는 객관적인 증빙자료가 확인되는 경우
- 기타 심사평가원장이 필요하다고 인정한 경우 등

4 구입약가 정산심사

가. 개념

구입약가 확인결과, 실제 구입한 가격보다 높게 청구한 약제비용에 대하여 관련 법령에 따라 차액을 정산(환수)하는 업무

나. 대상

- 요양기관 청구단가가 확정단가보다 큰 경우
- 요양기관의 구입내역이 없음에도 청구가 발생한 경우(약가코드 착오 청구) 등

다. 방법

심사시스템에 구축된 정산심사시스템을 통하여 정산심사를 실시하며 심사결과를 요양기관 및 국민건강보험공단에 통보

5 구입약가 이의신청

가. 대상

요양기관이 구입약가 정산내역에 대한 처분에 불복하여 관련 법령에서 정한 서식에 의거 처분의 취소나 변경을 원할 경우 구입약가 이의신청을 할 수 있다.

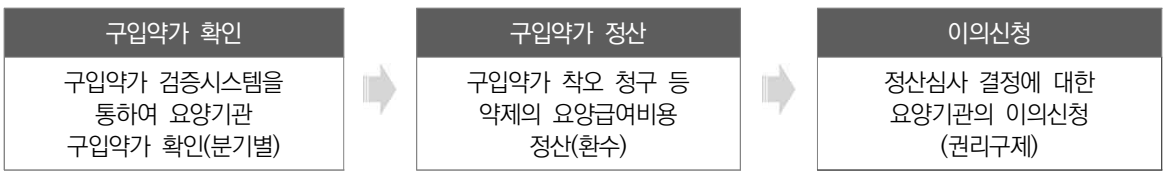
나. 이의신청 제기기간

이의신청은 처분이 있음을 안 날부터 90일, 처분이 있은 날부터 180일 이내 문서(전자문서 포함)로 하여야 한다.

다. 처리방법

심사시스템에 구축된 이의신청심사시스템을 통하여 업무처리를 하며 심사결과를 요양기관 및 국민건강보험공단에 통보

그림4.2-14 구입약가 사후관리 처리 단계



참고자료 | 그간의 약제비관리 제도 변화

•그간 약제비관리 제도는 고시가 상환제, 실거래가 상환제 등 다양한 변화 속에서 2014.9.1.부터는 저가구매 인센티브제도(시장형 실거래가 상환제)가 폐지되고 「처방 · 조제 약품비 절감 장려금」 제도가 시행되었다.

〈그간의 제도 변화〉

- '77. 7. 1. 고시가 상환제(실제 구매 가격과 무관하게 고시가로 상환) 시행
- '99.11.15. 실거래가 상환제(상한금액내에서 실 구매 가격으로 상환) 시행
- '10.10. 1. 저가구매 인센티브(시장형 실거래가) 제도 시행
  - 「의약품 거래 및 약가제도 투명화 방안('10.2.)」에 따라 의약품 유통 투명화 및 보험재정 절감을 위한 약가 조정(인하) 목적
  - 요양기관에 저가구매 인센티브{(상한가-구입가)*70%} 지급
- '11. 2.28. 저가필수의약품 등 인센티브 지급대상에서 제외
  - 퇴장방지의약품, 저가의약품, 마약, 희귀의약품 해당
- '12. 2. 1. 저가구매 인센티브 제도 유예(2년간)
  - '12. 4. 1. 약가일괄인하로 '12.2.~'14.1.까지 유예
- '14. 2. 1. 저가구매 인센티브 제도 재시행
- '14. 9. 1. 처방 · 조제 약품비 절감 장려금제도 시행
  - 입원 약품비를 포함한 총 약품비 절감 장려금 제도로 개선
  - 실거래가 약가 인하 시 의약품관리종합정보센터의 의약품 공급업체의 공급내역을 활용토록 제도 변화

※ 약제 실거래가 조사에 따른 상한금액 조정기준 일부개정(보건복지부 고시 제2016-197호, '16.10.24.)
- (조사대상) 요양급여비용 명세서와 의약품 공급내역보고 → 요양급여비용 명세서

제 3 장

의약품안전사용서비스(DUR)

Ⅰ. 의약품안전사용서비스(DUR) 개요

Ⅱ. 의약품안전사용서비스(DUR) 운영



제3장 의약품안전사용서비스(DUR)

작성: DUR관리부

Ⅰ 의약품안전사용서비스(DUR) 개요

1 의약품안전사용서비스(Drug Utilization Review, DUR)의 정의

DUR은 의사가 의약품을 처방 할 때 또는 약사가 조제 할 때 함께 먹으면 부작용이 발생할 수 있거나, 현재 환자가 복용하고 있는 약과 중복되는 약 등 의약품 안전성과 관련된 정보를 실시간 의사와 약사에게 제공하여 부적절한 약물사용을 사전에 점검하는 서비스를 말한다.

2 법적근거

- 「의료법」 제18조의2 및 「의료법 시행규칙」 제13조의2, 「약사법」 제23조의2 및 「약사법 시행규칙」 제15조의2(의약품정보의 확인)
  - 의사 및 약사는 의약품 처방·조제 전 의약품정보를 확인해야 할 의무
- 「약사법」 제23조의3 및 「약사법 시행규칙」 제15조의3(의약품안전사용정보시스템의 구축·운영)
  - 의약품정보의 확인을 지원하기 위하여 의약품안전사용정보시스템 구축·운영
- 「약사법 시행규칙」 제15조의4(의약품안전사용정보시스템 운영의 위탁)
  - 의약품안전사용정보시스템 운영에 관한 업무를 심사평가원에 위탁
- 의약품 정보의 확인 및 정보시스템 운영 등에 관한 지침(보건복지부 지침)
  - 의약품정보의 대상·확인방법 및 절차에 관한 세부사항과 정보시스템의 구축·운영 지원 등

- 의약품 병용금기 성분 등의 지정에 관한 규정(식품의약품안전처 고시)
  - 병용·연령·임부금기 의약품 성분 고시
- 요양급여 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시), 식품의약품안전처장이 고시한 병용·연령·임부금기 의약품 요양급여 기준
  - 요양급여를 인정하지 않으며, 의학적 사유 등으로 처방·조제 시 예외
  - 처방·조제 사유를 기재하여 비용 청구, 심사평가원장이 적절성 판단
- 요양급여비용 심사청구소프트웨어의 검사 등에 관한 기준(보건복지부 고시)
  - 안전 관련 사항에 대한 팝업 제공 등 소프트웨어가 갖추어야 하는 기능 등

3 추진경과

- '04. 1. 병용·연령 금기 의약품 최초 보건복지부 고시
- '04. 8. 금기 의약품 요양급여비용 심사 시스템 구축 및 약제비 청구 후 사후점검
- '08. 4. 동일 처방전 내 의약품 DUR 사전 점검
  - 병용·연령·임부금기, 안전성 관련 사용중지 의약품
- '09. 5. ~'10.11. 다른 처방전 간 DUR 교차 점검 시범사업 실시
  - 경기도 고양시('09. 5.~'10. 11.)
  - 제주도('09. 11.~'10. 11.)
  - ※ 약국 판매약 DUR 시범사업('10. 5.~'10. 11.)
- '10.12. 다른 처방전 간 DUR 전국 확대
- '12. 7. 자동차보험 및 산업재해보상보험 대상 DUR 적용
- '13. 1. 보건진료소 DUR 점검 실시, 효능군 중복 의약품 DUR 점검
- '14. 9. 치료 용량·투여기간 주의 의약품 DUR 점검
- '15. 9. 분할주의 의약품 DUR 점검
- '15.10. 노인주의 의약품 DUR 점검
- '16.12. 처방·조제 시 의약품정보 확인 의무화 및 DUR시스템 구축 운영 근거 「의료법·약사법」 및 시행규칙 개정 ('15. 12.개정, '16. 12. 30. 시행)
- '18. 4. 군병원 DUR 점검 실시
- '18. 8. 약제 허가사항 관련 주의 의약품 DUR 적용
- '20. 4. 생산·수입·공급 중단 의약품 DUR 적용

4 DUR 업무 주체별 역할

기관	소속	역할
보건복지부	약무정책과	• DUR 관련 정책추진 총괄 • 관련단체 의견수렴 및 조율 • 관련 법, 규정 등 마련
	보험약제과	• DUR 보험급여 연계(금기의약품 급여기준 설정 및 고시)
식품의약품안전처	의약품 안전평가과	• 금기의약품 고시 및 공고 • 의약품 안전정보 제공
한국의약품 안전관리원	DUR 정보팀	• 금기 및 주의정보 개발
건강보험 심사평가원	DUR 관리실	• DUR 계획 수립 및 관리 • DUR 정보시스템 개발·구축 및 운용 • 의약품 안전정보 DUR 적용 및 대상 의약품 관리 • DUR 운영 모니터링 및 효과분석 • DUR 관련 고객지원 업무 등

5 DUR 대상 의약품

DUR에서 실시간 제공하는 의약품 정보는 병용·연령·임부금기, 안전성 관련 사용중지·주의, 용량·투여기간 주의, 동일성분 중복 및 효능군 중복, 분할주의, 노인주의, 약제 허가사항 관련 주의 의약품, 생산·수입·공급중단 의약품이며, 비용효과적인 함량 사용대상 의약품 사용을 위하여 고함량 약제가 있음에도 저함량 의약품을 배수로 처방하는 경우 해당 의약품의 정보를 제공하고 있다.

병용·연령·임부 금기 의약품은 식품의약품안전처에서 해당 성분을 고시하고 보건복지부장관이 고시한 「요양급여 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」을 기준으로 한다.

표4.3-1 DUR 대상 의약품 현황

(단위: 개, 품목, '20. 9. 기준)

항목	성분수	품목수		
		계	급여	비급여
계*	2,916	60,512	47,306	13,206
병용 금기	1,094 (조합)	9,092 (555,189)	7,119 (349,739)	1,973 (205,450)
연령 금기	177	3,760	2,529	1,231
임부 금기	884	19,944	15,310	4,634
효능군 중복	330	11,171	9,068	2,103
용량 주의	355	7,874	5,504	2,370
투여기간 주의	45	370	225	145
노인 주의	28	71	58	13
분할 주의**	-	2,389	1,997	392
약제 허가사항 관련 주의 의약품	-	2,044	1,904	140
안전성 관련 사용중지***		495	292	203
안전성 관련 사용주의	3	253	251	2
비용효과적인 함량 사용 대상**	-	3,049	3,049	-
동일성분 중복****	의약품 전체			

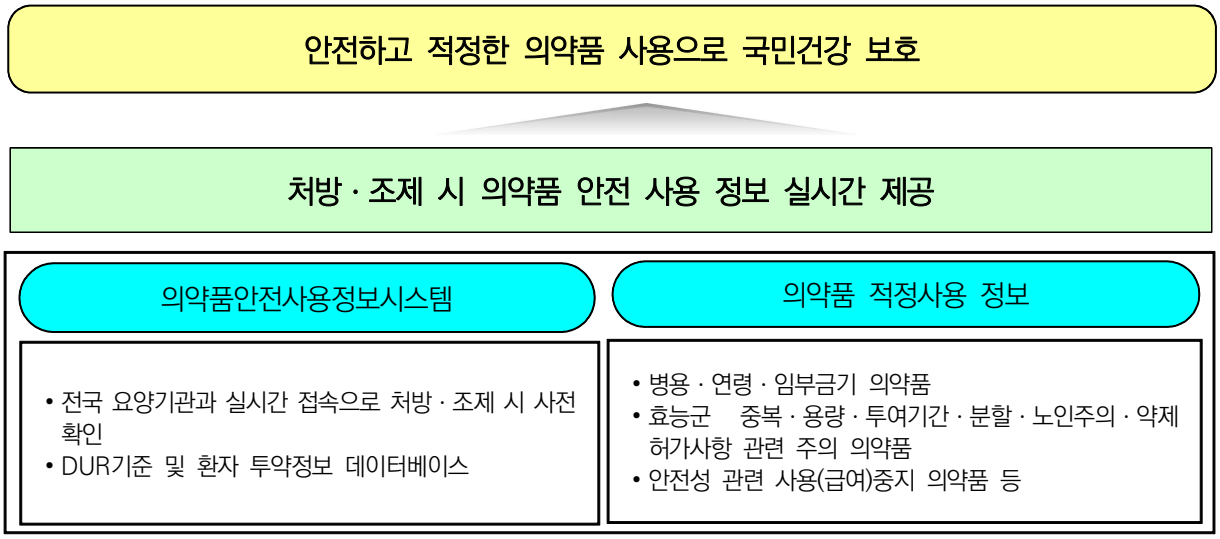
* 각 항목별 DUR 성분수, 품목수 합계는 중복될 수 있음
** 분할주의 및 비용효과적 함량 사용대상: 성분단위가 아님 품목 단위로 집계함
*** 안전성 관련 사용중지 의약품: 현재 적용중인 의약품을 대상으로 함
**** 동일성분 중복 의약품: DUR 성분코드는 7자리수이며, 점검의약품 통계에서 제외

Ⅱ 의약품안전사용서비스(DUR) 운영

1 추진체계

DUR은 요양기관과 심사평가원 간 실시간 처방·조제 정보를 전송하고 환자별 복용약제 정보를 데이터베이스화 하는 '의약품안전사용정보시스템'과 실시간 점검이 필요한 '의약품 적정사용 정보' 부분으로 구분할 수 있다.

이러한 DUR은 시스템이 안정적으로 운영되고 꼭 필요한 의약품 안전정보가 제대로 구축되어 있을 때 더욱 실효성 있게 운영될 수 있다.



현재, DUR 점검은 처방기관과 조제기관에서 처방·조제 내역을 전송하여 의약품 안전 점검을 실시간 이중으로 하고 있으며, 처방·조제하고자 하는 의약품이 병용금기 및 중복 처방 등에 해당될 경우 해당 의약품 정보를 의·약사에게 제공하고 있다.

또한, 실시간 정보교류가 가능한 DUR의 특성을 활용하여 코로나19 등 감염병 관련 정보, 헌혈 및 인체조직 이식·분배 금지 의약품 복용자 정보 등을 제공하여 안전한 의료서비스 제공 환경을 지원하고 있다.

2 DUR 점검대상 및 범위

보건복지부의 「의약품정보의 확인 및 정보시스템 운영 등에 관한 지침」에 따른 DUR 점검대상 및 범위는 다음과 같다.

가. 대상 기관

전국 요양기관(한방 진료분야 제외)

나. 대상 환자

요양기관에서 처방·조제 받는 모든 환자

다. 점검 대상 의약품

의사, 치과의사 및 약사가 처방·조제하는 모든 의약품(급여 및 비급여)

라. 점검 내용

1) 처방전 내 점검

병용·연령·임부금기 의약품, 안전성 관련 사용 중지·주의 의약품, 용량주의 의약품, 투여기간주의 의약품, 분할주의 의약품, 노인주의 의약품, 약제 허가사항 관련 주의 의약품, 비용효과적인 함량 사용 대상 의약품, 생산·수입·공급 중단 의약품

2) 처방전 간 점검

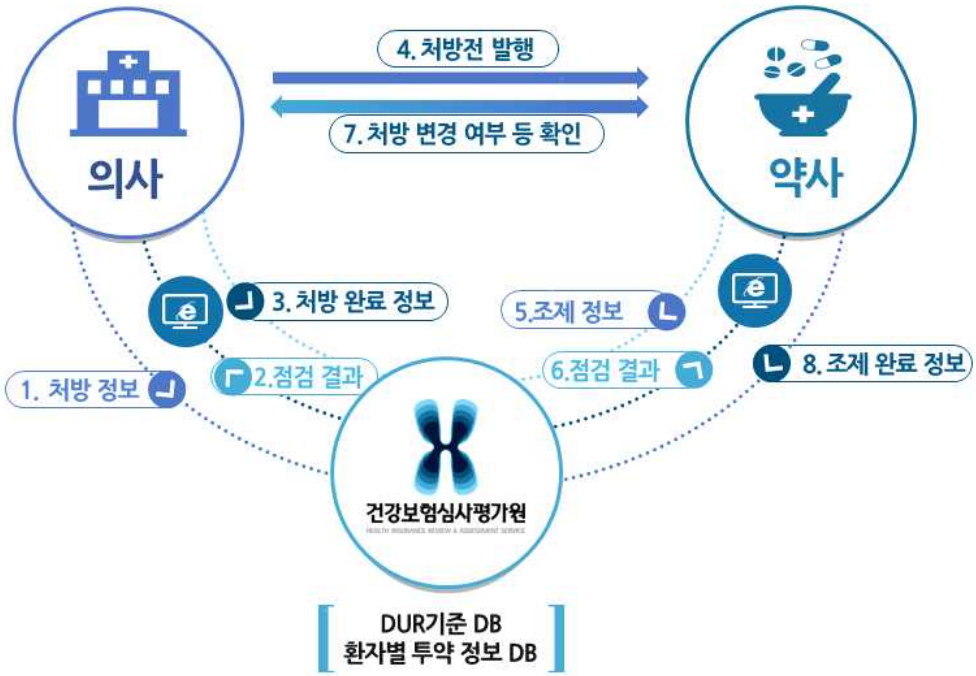
병용금기 의약품, 동일성분 중복의약품, 효능군 중복의약품, 안전성 관련 사용 중지 의약품

3 DUR 점검 및 처리절차

표4.3-2 DUR 점검절차

구분	점검절차
처방단계	• 의사는 처방단계에서 환자의 처방(의약품) 정보를 심사평가원 DUR시스템으로 전송
	• 심사평가원의 DUR 기준 DB 및 환자별 투약정보 DB 점검 후 그 결과를 처방의사에게 제공
	• 처방의사는 점검결과를 바탕으로 처방변경 또는 부득이하게 처방해야 하는 경우 처방 · 조제사유 기재 후 최종 처방내역을 심사평가원 DUR시스템으로 전송
조제단계	• 약사 조제단계에서 처방전에 기재된 의약품 정보를 심사평가원 DUR시스템으로 전송
	• 심사평가원은 DUR 기준 DB 및 환자별 투약정보 DB 점검 후 그 결과를 약사에게 제공
	• 약사는 점검결과를 바탕으로 의사와 사전 협의 후 조제 변경 또는 부득이한 경우 처방 · 조제사유 기재 후 최종 조제내역을 심사평가원 DUR시스템으로 전송

그림4.3-1 DUR 점검 흐름도



▪ DUR 기준 DB: DUR 정보제공 성분 및 의약품 마스터
▪ 환자별 투약정보 DB: 환자 별 처방·조제 의약품 정보

그림4.3-2 DUR 업무처리 절차

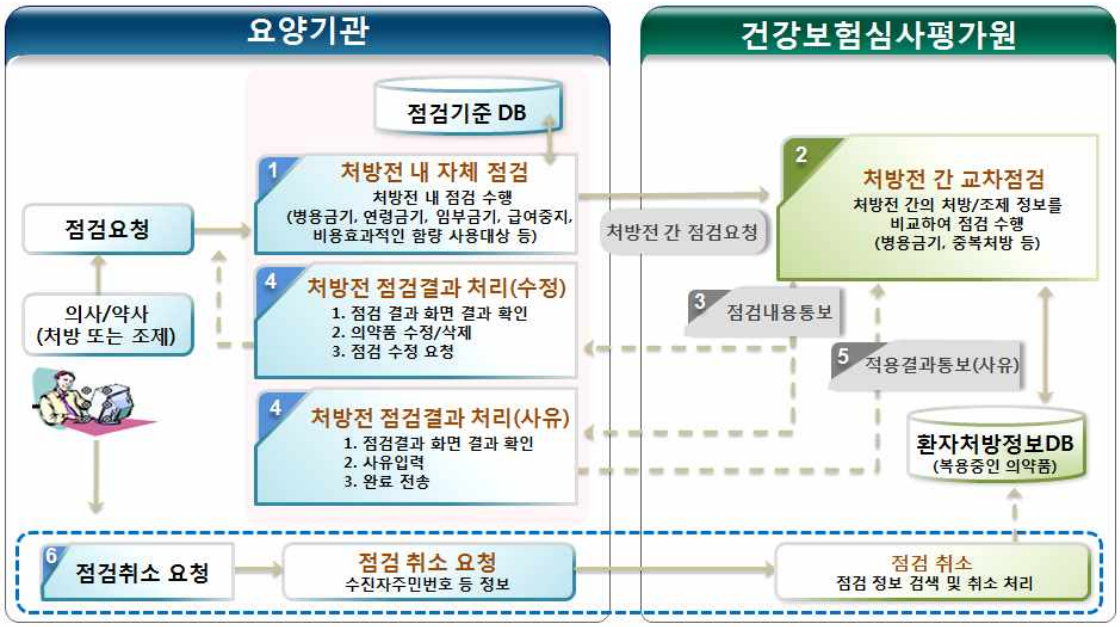


그림4.3-3 DUR 표준 팝업창 화면



표4.3-3 처방 · 조제 사유 내용별 코드

구분	내용	코드
중복처방	• 환자가 미리 내원한 경우	A
	• 특정성분만 별도 처방할 수 없는 경우(powder 등)	B
	• 약제가 소실 · 변질 된 경우(항암제 투여, 소아환자의 구토에 한함)	C
중복처방 · 병용금기 (처방전간)	• 복용기간이 중복되지 않는 경우	F
	• 주 단위 또는 월 단위로 복용하는 약제	G
	• 용법 · 용량을 변경했음에도 팝업이 다시 발생한 경우	H
	• 투여일수를 변경했음에도 팝업이 다시 발생한 경우	I
	• 기존 처방약을 복용하지 않고 있거나, 복용을 중단시킨 경우	L
	• 처방의사 또는 조제약사와 전화통화 안 되는 경우	K
	• 필요시 투약하는 약제 (PRN)	P
	• 입원환자의 기존 외래 처방 · 조제된 약과 처방전간 점검이 발생하는 경우	R
	• 용량조절이 필요한 경우	W
	• 기존 처방전을 조제하지 않은 경우	X
병용금기 (처방전간)	• 신경차단술 등 국소치료에 조영제 투여	D
	• 조영제 투여 48시간 전 Metformin 투약 중지 조치	Y
임부금기	• 절박 유 · 조산 또는 습관성 유 · 조산 치료 시 투여	M
	• 분만 시(분만유도, 분만촉진, 출혈방지 등)에 투여	N
	• 유산유도(불가피한 사유로 인한 합법적 인공임신중절 시)	O
	• 임신중 검사(융모막채취검사(CVS), 양수검사, 수축자극검사(CST) 등)	Q
	• 보조생식술에 투여하는 경우	S
	• 임부에 해당하지 않는 경우(출산 후 투여, 폐경 등)	V
text로 기재	• 처방·조제 사유코드 이외에 부득이하게 처방·조제하는 경우 의약학적 적정사유를 기재	

4 세부적용 기준

가. 병용금기 의약품

- 식품의약품안전처 고시에 의거 함께 사용하면 부작용 발생 등의 우려가 있는 의약품에 대해 처방전내 및 처방전간 점검 실시
- 금기 의약품 임에도 불구하고 처방·조제 시 처방·조제 사유를 기재하여 전송
  - 단, 케토롤락 주사제와 해열진통소염제(NSAID) 경구제가 1일 처방전 내 병용금기인 경우 처방·조제 사유 기재 생략

〈DUR 팝업창 제공 예외사항〉

• 입원 처방 및 원내 조제와 입원의 퇴원약 처방·원내 조제 간 중복일 경우, 팝업창 제공 제외

나. 특정 연령대 금기 의약품

- 식품의약품안전처 고시에 의거 소아, 노인 등 특정 연령대의 환자가 사용하면 부작용 발생 등의 우려가 있는 의약품에 대해 처방전내 점검 실시
- 수진자 주민등록번호의 생년월일 기준 점검
- 금기 의약품 임에도 불구하고 처방·조제 시 처방·조제 사유를 기재하여 전송

다. 임부금기 의약품

- 식품의약품안전처 고시에 의거 임부에게 사용하는 것이 권장되지 않는 의약품에 대해 처방전내 점검 실시
- 등급별 사유기재 여부
  - 1등급 의약품: 부득이하게 처방·조제 시 처방·조제 사유 기재
  - 2등급 의약품: 처방·조제 사유 기재 불필요
  - M등급: 상병에 따른 1등급 또는 2등급 여부에 따라 처방·조제 사유 기재

라. 안전성 관련 사용중지 의약품

- 식품의약품안전처의 안전성 속보 배포 또는 행정처분 등으로 급여중지 또는 사용 중지되는 의약품에 대해 처방전내 및 처방전간 점검 실시(동 약제를 요양급여비용 청구 시 심사 조정됨)

- 식품의약품안전처장이 회수·폐기를 공표한 의약품에 대해 처방전내 점검 실시
  - 단, 위해등급 2·3등급의 일부 제조번호 회수·폐기인 경우 점검 제외('DUR 알리미'를 통해 정보제공)

마. 안전성 관련 사용주의 의약품

안전성 서한 대상 의약품 중 보건복지부장관 또는 식품의약품안전처장이 정보시스템을 통해 점검을 요청하는 경우 처방전내 점검 실시

바. 동일성분 중복의약품

- 동일성분 중복의약품의 DUR 점검은 DUR성분코드를 기준으로 유효성분이 동일한 의약품끼리 처방전 간 점검 실시
  * '유효성분'은 내재된 약리작용에 의하여 그 의약품의 효능·효과를 직접 또는 간접적으로 발현한다고 기대되는 물질 또는 물질군으로서 주성분을 말함
  ** DUR성분코드: 식품의약품안전처 의약품안전나라 및 심사평가원 요양기관업무포털 참고
- 단일제 및 복합제(3성분 이내)의 경우 DUR성분코드를 기준으로 개별성분에 대하여 각각 점검 실시
  ※ 예시: 511600ATB(주성분코드)→D000152, D000485(DUR성분코드)로 점검됨
  - 단, 4성분 이상 복합제의 경우 단일코드로 점검(기존 성분의 조합 및 함량에 따른 점검)
- 의약품 처방·조제의 목적이 처치 및 진단검사 등인 경우 점검대상에서 제외
  ※「의약품정보의 확인 및 정보시스템 운영 등에 관한 지침」의 '동일성분 중복 제외 의약품 선정 세부기준' 참고
- 부득이하게 처방·조제 시 처방·조제 사유 기재
  - 단, 마약류 의약품을 제외한 의약품이 1~2일 동일성분 중복인 경우 처방·조제 사유 기재 생략
    ※ "마약류 의약품"이란 마약·향정신성 의약품을 말함

〈DUR 팝업창 제공 및 제공 예외사항〉

- 외래 원외·원내 처방 및 조제, 퇴원약 처방·조제, 약국의 처방전에 따른 조제 및 직접 조제 간 점검결과는 동일 의사 처방은 31일 이상 중복일 경우, 다른 의사간 처방은 1일 이상 중복 시 팝업창 제공
- 입원진료 처방 및 원내 조제의 경우, 다른 요양기관 간 처방이 1일 이상 중복일 경우 팝업창 제공
  * 입원환자의 동일기관 내 입원 처방 및 원내 조제 간 중복일 경우 제공 제외
- 입원진료 처방 및 원내 조제와 해당 입원의 퇴원약 처방·조제 간 중복일 경우 팝업창 제공 제외

사. 효능군 중복 의약품

- 식품의약품안전처 공고에 의거 동일한 약물 효능 또는 동일한 약물 계열에 속하는 의약품이 함께 투여되는 경우 처방전 간 점검 실시

  ※ 동일 효능(또는 약물) 계열 의약품: 해열진통소염제, 최면진정제, 지질저하제, 혈압강하작용 의약품, 마약류 아편유사제, 호흡기관용약, 정신신경용제, 당뇨병용제

- 단일제 및 복합제(3성분 이내)의 경우 개별성분에 대하여 각각 점검 실시
- 부득이하게 처방·조제 시 처방·조제 사유 기재
  - 단, 마약류 의약품을 제외한 의약품이 1~2일 효능군 중복인 경우 처방·조제 사유 기재 생략

  ※ "마약류 의약품"이란 마약·향정신성 의약품을 말함

〈DUR 팝업창 제공 및 제공 예외사항〉

- 외래 원외·원내 처방 및 조제, 퇴원약 처방·조제, 약국의 처방전에 따른 조제 및 직접 조제는 동일의사 처방은 31일 이상 중복일 경우, 다른 의사 간 처방은 1일 이상 중복 시 팝업창 제공
- 입원진료 처방 및 원내 조제의 경우, 다른 요양기관 간 처방이 1일 이상 중복일 경우 팝업창 제공
  * 입원환자의 동일기관 내 입원 처방 및 원내 조제 간 중복일 경우 제공 제외
- 입원진료 처방 및 원내 조제와 해당 입원의 퇴원약 처방·원내 조제 간 중복일 경우 팝업창 제공 제외

아. 용량주의 의약품(1일 최대투여량)

식품의약품안전처 공고에 의거 1일 최대 투여량을 초과하는 의약품에 대해 처방전내 점검 실시

자. 투여기간주의 의약품(최대투여기간)

식품의약품안전처 공고에 의거 처방 당 총 투여일수가 최대투여기간을 초과하는 의약품에 대해 처방전내 점검 실시

차. 노인주의 의약품

- 식품의약품안전처 공고에 의거 노인주의 의약품에 대해 처방전 내 점검 실시
- 수진자 나이가 주민등록번호의 생년월일 기준 65세 이상

카. 분할주의 의약품

식품의약품안전처 공고에 의거 분할 투여시 주의가 필요한 의약품에 대해 1회 투약량을 기준으로 처방전내 점검 실시

타. 비용효과적인 함량 사용대상 의약품

보건복지부 고시에 의거 심사평가원의 원장이 공고한 동일한 제조업자(수입자)가 제조(수입)한 동일 성분·동일 제형이지만 함량이 다른 의약품이 유통되고 있는 의약품에 대해, 1회 투약량을 기준으로 처방전내 점검 실시

파. 약제 허가사항 관련 주의 의약품

식품의약품안전처 허가사항을 초과하여 처방·조제하는 의약품에 대해 처방전내 점검 실시

※ '약제 허가사항 전산심사'에 해당하는 의약품으로 약제 효능·효과, 용법·용량 상의 연령, 성별, 1일 최대용량 등을 기준으로 함

하. 생산·수입·공급 중단 의약품

식품의약품안전처장이 공개한 생산·수입·공급 중단 의약품에 대해 처방전 내 점검 실시

- 동일 품목허가(신고) 제품의 모든 포장단위의 공급이 중단된 의약품을 대상으로 함

〈참고사항〉

- 기 조제 완료 처방전 점검
  - 수진자 주민등록번호, 처방전 발행 기관기호, 처방전 교부번호가 동일한 경우 약국명칭 및 연락처와 함께 조제된 처방전이라는 내용의 메시지 제공
- 점검 제외 기준
  - 신생아(생년월일+3(4)000000), 행려환자, 보장시설 입소자, 무호적자인 경우 처방전간 점검 제외
    * 2000년 이후 출생자 기준

5 운영현황

가. 참여현황

'20.9. 기준, DUR 참여(점검)기관은 전국요양기관의 99.9%인 78,004개소이다.

표4.3-4 DUR 참여 현황(1개월)

('20.9. 기준, 단위: 기관, %)

구분	대상기관수	참여기관수	비율
계	78,093	78,004	99.9
상급병원	42	42	100.0
종합병원	317	317	100.0
병 원	3,326	3,317	99.7
의 원	30,984	30,940	99.9
치과병·의원	18,093	18,073	99.9
보건기관	3,299	3,298	100.0
약 국	22,032	22,017	99.9

주) 대상기관: 전국 요양기관(한방 진료 분야 제외)
점검기관: '20. 9. 1회 이상 DUR시스템을 통해 처방·조제 시 점검한 기관('20.9.30. 기준 폐업기관, 서면청구기관 제외)

나. 시스템 운영

DUR 점검은 처방·조제 단계에서 실시간 이루어지므로 시스템 장애 발생 시 요양기관에 엄청난 혼란을 야기할 수 있다. 따라서 DUR 전용 네트워크망을 구축하여 처리속도를 최대화하고, DUR 서버 이중화로 장애 발생에 대비하였다.

시스템 보안을 위하여 심사평가원과 요양기관 간 통신구간의 전송 정보는 모두 암호화하였고 요양기관이 DUR 서버 접속 시 공인 인증서로 접속 자격을 점검한다.

또한, 비인가자의 서버 접근을 차단할 뿐만 아니라 인가자의 경우도 접근 이력을 관리하고 있다. 장애발생시 신속한 대응을 위하여 24시간 실시간 모니터링을 하고 있으며, 요양기관의 기술지원 요청 시 원격지원 및 현장지원을 하고 있다.

6 DUR을 활용한 부가서비스 운영

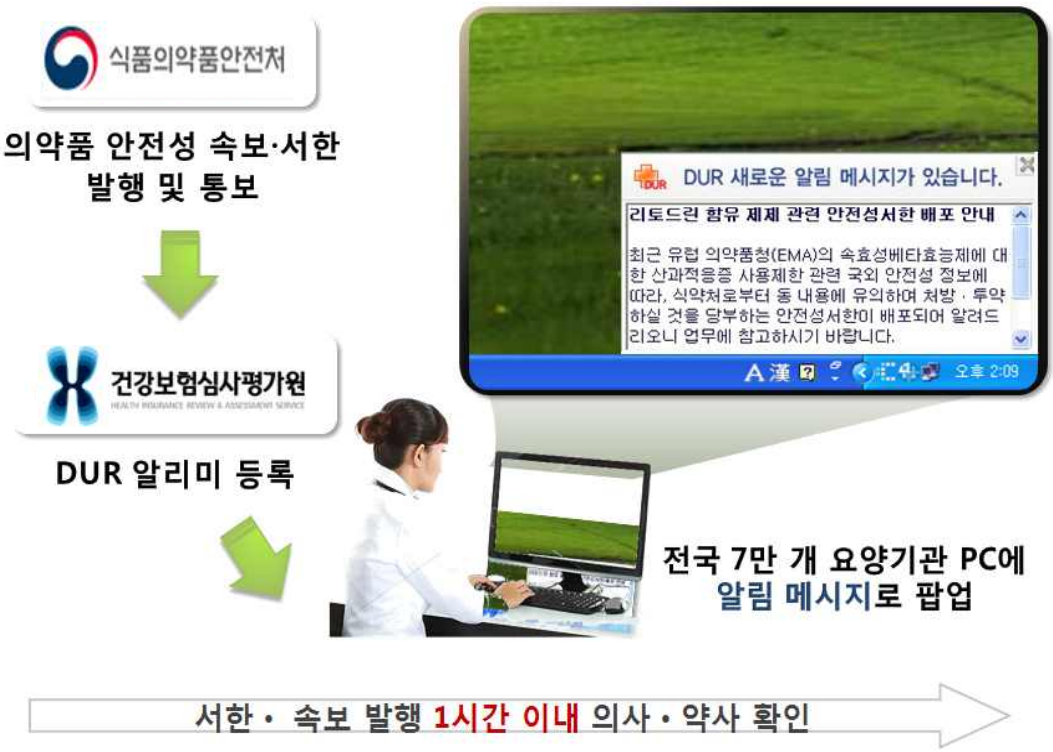
DUR은 의약품 안전 정보 및 요양기관과 실시간 정보교류가 가능한 특성을 활용하여 국민과 요양기관에 도움이 되는 다양한 서비스를 제공하고 있으며 세부 내용은 다음과 같다.

가. DUR 알리미

- DUR 시스템에 탑재된 전국 요양기관을 대상으로 공지사항 안내 프로그램
  - 심사평가원에서 안내사항 입력 시 전국 의·약사 PC화면에 공지화면 발생

※ 식품의약품안전처의 의약품 안전성 속보 및 서한 발행 시와 의료기관평가인증원의 환자안전 주의 정보 제공 시 안내

그림4.3-4 DUR 알리미 흐름도

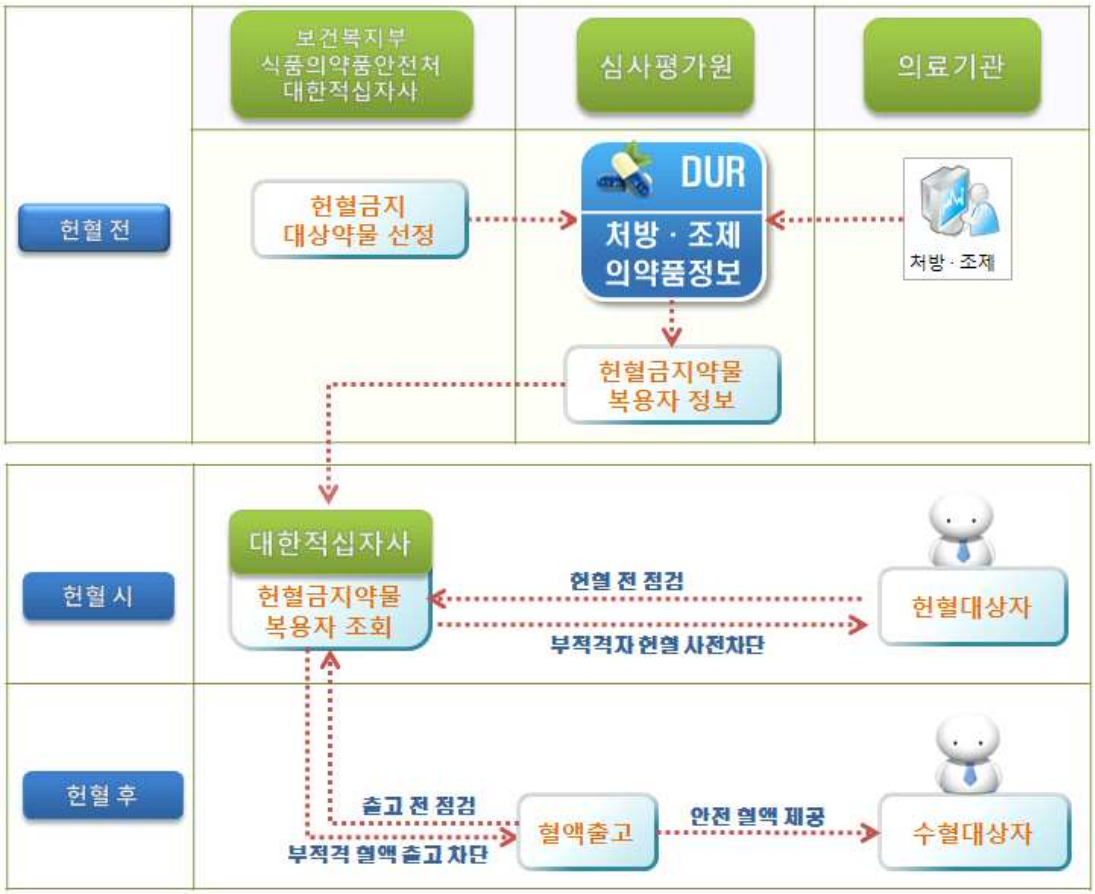


나. 헌혈 금지 의약품 복용 정보 제공

- DUR을 통해 실시간 확보되는 의약품 처방·조제 내역을 토대로 헌혈금지 의약품 복용 정보를 추출하여 대한적십자사에 매일 제공
  - 헌혈금지 의약품* 복용자의 헌혈 사전 차단 및 혈액 출고 전 조회를 통한 부적절 혈액 유통방지로 수혈자의 안전성 대폭 강화

    * 수혈을 통해 태아기형 등을 유발할 수 있는 건선치료제, 여드름치료제, 전립선비대증치료제 등 8개 성분 의약품

그림4.3-5 헌혈금지 의약품 복용 정보 제공 흐름도



다. 감염병 관련 정보 제공

○ 질병관리청과 시스템 자동 연계를 통해 감염병 관련 발생국 입국자* 및 감염병 확진자 발생 시 밀접 · 일상접촉자가 요양기관 방문 · 진료 · 조제 시 해당정보 제공(팝업창)

- 방문환자 접수 · 문진단계(ITS**), 의약품 처방 · 조제단계(DUR)에서 즉시 확인 · 조치로 감염병 대응에 효율적 활용

* 코로나19(전세계), 메르스(중동), 에볼라(콩고북부지역), 라싸열(나이지리아), 페스트(마다가스카르) 등

** ITS(해외여행력 정보제공 시스템, International Traveler information System)

그림4.3-6 감염병 관련 발생국가 입국자 정보처리 흐름도



* 감염병 확진자의 밀접 · 일상접촉자 정보 처리 동일

라. 개인 투약이력 조회(내가 먹는 약! 한눈에)

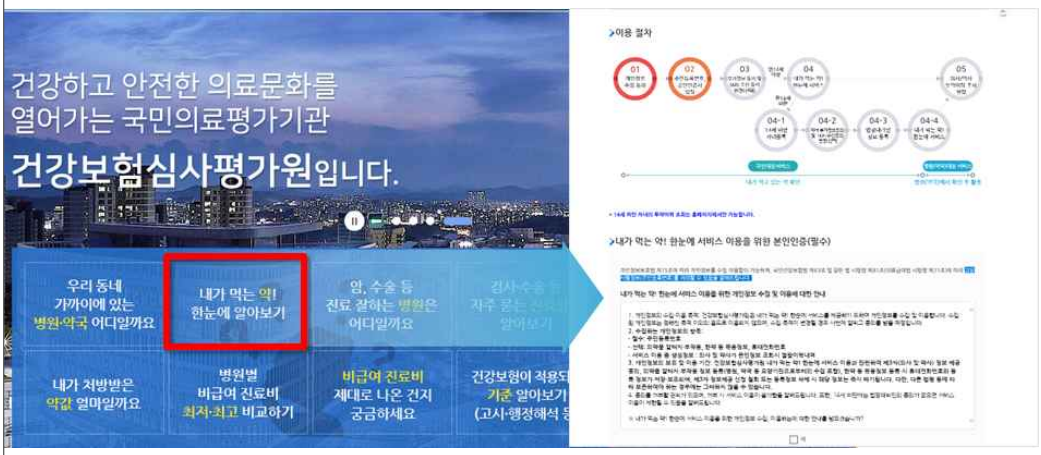
○ DUR을 통해 수집된 의약품 처방 · 조제 내역을 활용하여 최근 1년간의 개인 투약이력 제공

- 개인 건강관리 및 요양기관 진료 등에 활용할 수 있도록 지원하는 맞춤형 서비스
- (국민) 조제일자, 조제기관, 위치정보, 약품코드, 약품명, 성분명, 함량, 1회 투약량, 1일 투약횟수, 총 투약일수, 안전성 서한(속보) 등 11개 항목
- (요양기관) 조제기관, 위치정보, 안전성 서한(속보) 제외 8개 항목

* 본인 확인 및 제3자 정보제공 동의자에 한해 제공

그림4.3-7 '내가 먹는 약! 한눈에 서비스' 국민 이용방법

누리집 (홈페이지)



모바일 앱



그림4.3-8 '내가 먹는 약! 한눈에 서비스' 요양기관 이용방법

처방진료 화면



마. 인체조직 이식·분배 금지 의약품 복용 정보 제공

- DUR을 통해 수집된 의약품 처방·조제 내역을 활용하여 인체조직 기증의사자의 이식·분배 금지 의약품 복용 정보 실시간 제공
  - 인체조직 기증의사자의 백신, 성장호르몬 등 비급여 의약품 투약이력 실시간 조회로 불필요한 인체조직 채취 예방 및 안전한 인체조직 관리 환경 제공

AS-IS	TO-BE
• 요양급여비용 청구·지급 이후 인체조직 적합성 판정 확인으로 적절한 이식·분배 지연 • 조직기증자의 백신, 성장호르몬 등 비급여 의약품 및 이식 금지 의약품 투약이력 파악 불가	• 비급여 의약품을 포함한 인체조직 기증의사자의 이식·분배 금지 투약이력 실시간 제공 • 불필요한 조직 채취 예방 및 안전한 인체조직 관리 환경 지원

제 4 장

ICT 서비스 운영

Ⅰ. 정보시스템 소개

Ⅱ. 심사시스템 운영

Ⅲ. 포털시스템 운영

Ⅳ. 업무시스템 운영

Ⅴ. 청구소프트웨어 검사

Ⅵ. 의약분야 개인정보보호 자율규제

Ⅶ. 정보자원 운영

Ⅷ. 정보보호 운영



제 4 장 ICT 서비스 운영

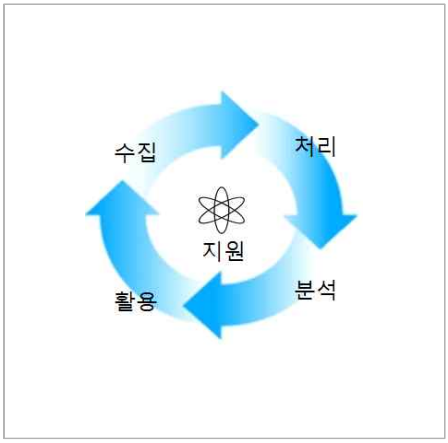
Ⅰ 정보시스템 소개

작성: 정보운영부

1 도입배경

가. HIRA 정보시스템의 개념과 기능

정부의 「전자정부법」 제2조제13호에 의하면 “정보시스템”이란 “정보의 수집, 가공, 검색, 송신, 수신 및 그 활용과 관련된 기기와 소프트웨어의 조직화된 체계” 이다(전자정부법, 2019). 따라서 HIRA 정보시스템이라 함은 심평원의 주요 업무인 심사 및 평가와 관련된 데이터의 수집, 처리, 분석, 활용할 수 있는 다양한 기기와 응용시스템의 체계로 정의할 수 있다. 데이터 수집을 주로 하는 응용시스템은 “진료비청구포털”, “요양기관업무포털”, “E-평가자료제출시스템” 등이 있으며, 데이터처리를 하는 시스템은 “심사시스템”, “평가시스템” 등이 있다. 분석을 주로 하는 응용시스템은 “보건의료통합DW시스템”, “급여정보분석시스템” 등이 있으며, 활용은 “보건의료빅데이터개방시스템”, “국민포털시스템” 등이 있다. 이 이외에도 진료비의 심사 및 평가 업무를 지원하는 다양한 업무지원 정보시스템이 있으며, 이들 또한 HIRA시스템에 속한다. 이러한 시스템들의 분류는 주요 업무에 초점을 둔 것으로 각각 데이터의 수집, 처리 등의 역할을 하지만 상호 배타적이지 않고 서로 연계되어 업무를 수행한다. 이러한 5가지 단계별 주요 응용시스템현황은 후술하는 바와 같다.



1) 수집지원

주요 응용시스템	설명
진료비청구포털시스템	요양기관이 환자에게 진료를 하고 그 진료비 내역을 심사평가원에 송신하고 심사결과를 수신하는 시스템
요양기관업무포털시스템	진료비청구 및 결과 수신 이외의 의료기준관리, 이의신청, 진료비 정산관리, 자동차보험청구 및 심사 등 요양기관의 업무를 지원하기 위하여 운영되는 시스템
e-평가자료제출시스템	요양급여의 적정성을 평가하기 위해 필요한 평가자료를 요양기관으로부터 받기위하여 개발, 운영되는 시스템으로 2014년부터 운영됨
보건의료자원통합신고포털	요양기관을 개설하고자 하는 자가 관할 시도 및 시군구 보건소 개설신고 후 요양기관의 이력, 시설, 장비, 각종 입원료 차등제 등을 신고하는 시스템
진료의뢰·회송 중계시스템	협력기관 간 진료정보를 공유(의뢰 · 회송)토록 지원하는 시스템(협력기관 간 의뢰 · 회송서 제공 시 건강보험 수가 적용)
심사평가정보 제출시스템	의료기관에서 진료비 심사 등에 필요한 각종 자료(진료정보)를 전자적으로 쉽고, 안전하게 제출하는 시스템으로 자료의 형태(진료기록, 의료영상)에 따라 HIRA e-Form시스템과 HIRA e-Image시스템으로 구성

2) 처리지원

주요 응용시스템	설명
심사시스템	요양기관이 청구한 진료비청구명세서에 대하여 필수 기재사항 점검 및 기타 전산으로 심사를 수행하고 인력심사를 지원하는 시스템
평가시스템	평가업무 프로세스 전 과정을 지원하는 시스템으로 평가계획, 평가자료 및 조사표자료 구축, 평가결과 및 사후관리 기능을 수행하는 시스템
자동차보험심사시스템	자동차보험의 교통사고환자 진료관련 진료비 청구, 접수, 전산 및 인력심사, 결과통보 및 이의제기 등을 지원하기 위하여 운영되는 시스템
의약품안전사용서비스(DUR)	환자에게 투약되는 의약품의 안전성과 관련된 정보를 실시간 의사와 약사에게 제공하여 부적절한 약물사용을 사전에 점검하는 시스템
심사위원 업무포털 시스템	특화된 개인정보보호 인프라 구축으로 심사위원이 의료현장 등 원격지에서 진료비 심사를 할 수 있는 시스템
AI 기반 의료영상 심사판독시스템	의료기관이 제출한 의료영상을 급여기준과 연계한 인공지능 기술로 자동 판독(척추측만 등)하는 시스템

3) 분석지원

주요 응용시스템	설명
보건의료통합DW시스템	환자진료, 의료기관 평가, 요양기관 현황, 의약품 정보 등 심평원이 업무를 위하여 수집한 다양한 데이터를 그 사용을 위하여 체계적으로 통합구축 한 시스템
급여정보분석시스템	정부의 보장성 강화정책 효과분석, 건강보험재정의 효율적 지출관리, 예방중심 선제적 의료이용 모니터링 등을 지원하기 위하여 구축, 운영되는 시스템
의약품유통정보관리시스템	투명한 의약품의 유통을 위하여 의약품 표준코드 부여를 통해 모든 완제의약품에 대한 생산, 수입, 유통정보를 관리하는 시스템
환자분류체계관리시스템	질병 및 시술 등의 정보를 이용하여 환자를 임상적 의미와 의료자원 측면에서 유사한 그룹으로 분류하는 시스템
가치기반심사분석시스템	주제별 기관별 의료서비스의 의학적 타당성을 빅데이터를 기반으로 다각적 관점에서 분석하여 심사하는 AI기반 업무 시스템

4) 활용지원

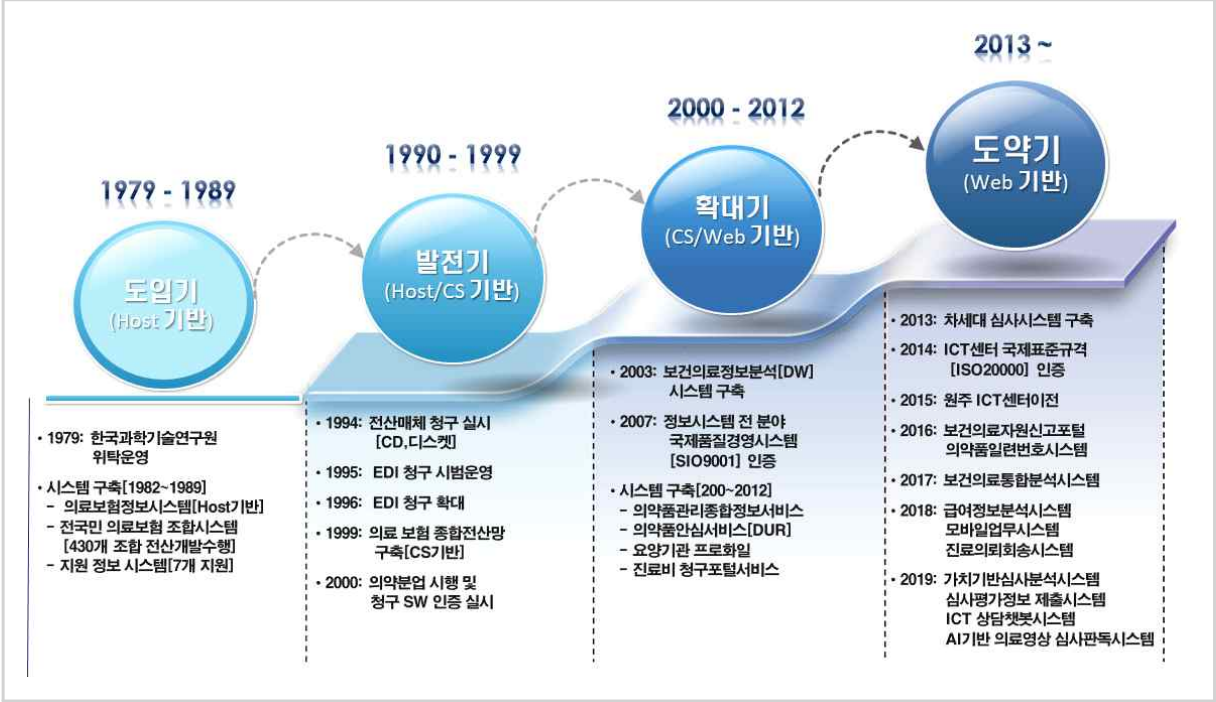
주요 응용시스템	설명
보건의료빅데이터개방시스템	공공기관이 보유한 다양한 데이터 중 법령이 정하는 바에 의해 정책수립, 연구지원, 보건의료 산업 활성화 지원 등을 목적으로 구축된 시스템
국민포털시스템	심평원의 홈페이지(www.hira.or.kr)를 통해 대국민 기관소개, 정보공개, 민원, 고객지원, 참여, 알림 등의 서비스를 제공하기 위하여 개발된 시스템
모바일그룹웨어시스템	스마트폰 등 모바일 기기에 최신 ICT기술을 접목하여 시간과 공간에 제약 없이 일부 내부의 업무를 수행할 수 있도록 개발 된 시스템

5) 업무지원

주요 응용시스템	설명
히라넷시스템	내부직원의 의사소통, 정보공유, 업무지원을 위하여 구축된 시스템으로 게시판, 전자결재 등의 기능을 갖고 있음
ICT 상담챗봇시스템	ICT 관련 내부고객의 민원해결을 위하여 AI와 같은 최신 지능정보기술을 활용하여 개발된 시스템으로 문자상담을 통해 민원문제 해결을 지원함
기관운영시스템	조직운영의 투명성 및 효율성을 목적으로 인사, 보수, 회계, 감사, 교육 등에 대한 정보관리와 행정업무를 지원함

나. 정보시스템의 발전 과정

그림4.4-1 정보시스템 발전사



1) 도입기

1979년은 HIRA시스템의 원년이 되는 시기로 최초의 보건의료시스템이 선보인 해이다. 최초의 정보시스템은 당시의 열악한 시대상황에 따라 IT전문 인력과 기술이 미흡하였으므로 한국과학기술연구원(KIST)에 위탁하여 개발하게 되었다. 당시의 시스템은 기본적인 보험료 징수, 관리, 심사, 지급 등의 업무를 포함하였다.

1980년대 초반에는 증가하는 진료비심사청구건 처리와 의료기관 자원관리(인력, 시설, 장비), 진료행위, 약가분석 등 상세한 통계생산을 목적으로 자체 시스템을 구축·운영하게 되었다. 1980년대 중반부터는 정보화기반이 마련된 대형병원을 중심으로 전산매체청구(디스켓, MT: Magnetic Tape)를 유도하여 수작업업무 비효율성을 제거하고 서류송부, 보관, 관리인력 등 관련비용을 절감하기 위해 진료비심사업무를 단계별로 전산화하였다.

2) 발전기

1990년대 들어서는 한국의 발전된 IT인프라 환경을 기반으로 전자문서교환방식(EDI: Electronic Data Interchange)을 이용한 자료 송·수신을 실시하였다. 1995년 100개 의료기관을 대상으로

시범사업을 시작하여 1999년 전체 의료기관의 약 50%인 2만여 개소가 EDI를 이용하게 된다. 심사평가원의 EDI추진은 병원의 정보화 및 진료 분야에서 IT활용도 확산의 동력으로 작용하였다.

당시 의료보험EDI는 연간 3억건이 넘는 진료비명세서를 전자문서로 대체하여 '신뢰성 있는 보건9·의료 통계생산', '국민의료비 절감 및 질 좋은 의료서비스 제공', '진료비 청구와 심사과정의 투명성 제고', '신속·정확한 업무처리'에 기여하였다. 이로써 명실상부한 전자청구시대를 실현하였고 컴퓨터로 수가·약가 등을 자동으로 점검하고 전산화면으로 심사하는 '전자심사시스템'이 완성되었다. 이후 2014년에는 의료기관과 직접 자료를 송수신할 수 있는 업무포털 시스템을 통해 진료비청구 접수부터 이의신청까지 One-Stop서비스를 제공하고 연간 14억 건의 진료비명세서 중 99.9%가 EDI와 포털을 통해 자료가 송수신되었다.

3) 확대기

2003년, 증가하는 심사물량을 해소하기 위해 인공지능 전산심사[62]를 도입하여 심사인력을 대체하고 심사인력은 복잡하고 난이도가 높은 부분에 집중하여 심사의 효율을 극대화하였다.

또한, 산재되어 있는 국민진료 정보를 집약하고, 맞춤형정보의 실시간 생산으로 근거기반 보건의료정책수립이 가능한 정보분석시스템인 DW(Data Warehouse) 시스템 및 DM(Data Mining)을 구축하였다. 2003년 7월에는 국민포털과 업무포털을 포함한 내·외부 의료정보포털 사이트를 오픈하여 심사평가원 최초의 포털시스템 시대를 개막하였으며 이를 통해 국민과 요양기관에게 양방향 웹서비스를 시작하였다. 2005년, ISO9001 인증과 2006년 '진료비전자심사방법'의 국내·외 특허등록으로 보유기술의 자산화를 실현하였다. 또한 축적된 경험과 기술력을 바탕으로 일본 아이치현 치과의사회에 'EDI 전자청구심사시스템' 컨설팅을 수행하여 해외진출 교두보를 확보하였다.

2008년부터 국가 의약품통계 인프라와 의약품유통투명화를 위해 KPIS(Korea Pharmaceutical Information System)시스템을 운영하고 있다. KPIS를 통해 제조·수입·유통되는 모든 의약품 정보를 관리하고 있으며 2009년에는 모든 의약품에 국제표준에 따른 의약품표준코드(KD코드: Korea Drug Code)를 부여하여 의약품 불공정거래를 사전차단하고 있다. 2010년 의약품 처방 및 조제 시 병용금기 등 의약품 안전성과 관련된 정보를 실시간으로 제공하여 부적절한 약물사용을 사전에 차단할 수 있는 DUR(Drug Utilization Review)시스템을 구축하였다. 이 시스템을 통해 환자들이 병원에서 처방을 받기 전이나 약국에서 약을 조제받기 전에, 기존에 복용중인 약과 성분이 동일한 약 또는 같이 먹으면 안되는 병용금기약 등을 미리 점검하는 서비스를 실시간으로 제공하고 있다. 이는 국민의 의약품 부작용을 사전에 차단하고 불필요한 의약품 사용을 예방함으로써 국민건강보호(문제의약품 처방감소) 및 약제비용 절감에 기여하고 있다.

62 인공지능 전산심사: 진료내역이 단순하고 다빈도로 발생하는 상병을 중심으로 청구내역의 심사기준 적합성여부를 전산프로그램화하여 진료비 심사를 처리하는 시스템

4) 도약기

2013년에는 급변하는 환경을 수용하고 심사·평가업무의 가치를 향상시키기 위해 최신 정보기술을 활용한 '차세대 심사평가시스템(HIRA+)'을 구축하여 오픈하였다. 이를 통해 심사·평가·기관운영 업무 전반에 대한 업무 프로세스를 재설계하고, 기존 CS방식[63]의 시스템을 WEB 기반으로 전환하였으며, 본·지원의 DB와 시스템을 통합 구축하였다. 차세대심사평가시스템은 '사용자 중심'의 시스템으로 불필요한 화면, 데이터, 프로세스를 통폐합하고 필요한 기능을 추가 개발하는 등 사용자 편의성을 도모하였다.

2017년에 이르러 수년 간 누적된 데이터와 다양해진 업무를 처리하기에 기존 DW시스템의 성능에 한계를 느끼고 보건의료 통합분석 플랫폼을 구축하였다. 동 시스템을 통해 환자단위별 진료DB를 구축함으로써 의약품 오남용, 의료쇼핑 등 진료비 특이패턴 판별, 요양기관 환자 진료패턴 분석 등 보건의료서비스에 대한 다각적인 데이터 분석이 가능해졌다.

2018년에는 정부 보장성강화 정책의 효과분석 및 의료비 지출 관리를 위하여 급여정보분석 시스템을 구축하였다. 또한 대국민 모바일 서비스인 '건강정보 앱'을 업그레이드하고 내부 직원용 '히라톡톡 앱'을 개발하여 모바일 서비스를 강화하였다.

2019년에는 4차 산업혁명에 발맞춰 심사평가원은 신기술(AI) 및 디지털 중심의 업무혁신을 위해 의료기관의 병원정보시스템(EMR 등)과 연계하여 전자·정형화된 진료정보를 수집하는 '심사평가정보 제출시스템'을 구축·운영하였다.

또한, 내부 민원응대 자동화를 위해 인공지능 기반의 'ICT 상담챗봇시스템'을 개발·운영중이며, 의학적 타당성과 분석기반의 심사체계로 안정적 전환을 위해 빅데이터를 기반으로 다각적 관점에서 분석하여 심사를 지원하는'가치기반심사분석시스템', 심사업무의 일관성 및 효율화를 위해 의료기관이 제출한 의료영상을 인공지능 기술로 판독 가능한 'AI 기반 의료영상 심사판독시스템'을 구축·운영 중에 있다.

63 CS(Client Server) 방식: 서버에서는 핵심 기능을 수행하고 사용자 단말기에서는 그래픽 등 사용자 환경에 필요한 프로세스를 수행하는 방식. 서버와 사용자 단말기의 컴퓨팅 자원(CPU, 메모리 등)을 함께 활용함으로써 ICT 서비스를 효율적으로 구현할 수 있음.

2 정보기술아키텍처(EA)

가. 정보기술아키텍처(EA)의 개념과 근거

1) 정보기술아키텍처(EA)의 정의

정보기술아키텍처(Enterprise Architecture, EA)란 조직 및 업무활동, 정보기술 간의 상호관계에 대해 현재의 모습과 향후 추진해 나갈 모습을 미리 규정한 정보화 종합설계도를 말한다. 심사평가원은 '공공기관 정보기술아키텍처 도입을 위한 기본계획'에 따라 2007년 EA시스템을 도입하였다.

2) 관련근거

- 「전자정부법」
  - 제2조「정보기술아키텍처 정의」(EA, Enterprise Architecture)
  - 제45조「정보기술아키텍처 기본계획의 수립 등」
  - 제46조「기관별 정보기술아키텍처 도입운영」
- 심사평가원 지침 "정보전략운영지침"
  - 제30조「아키텍처시스템 관리운영」

나. 정보기술아키텍처(EA) 도입 배경

정보화 시대가 도래 하면서 심사평가원에서도 정보화 예산이 증가추세에 있었으나, 증가하는 규모에도 불구하고 전사적 차원의 정보화 기준 미비, 조직의 전략과 정보기술 전략의 연계 미흡과 같은 여러 가지 한계점이 드러나게 되었다.

이러한 한계를 극복하기 위해 심사평가원은 정보기술 아키텍처를 도입하여 조직 전체의 정보화 구성요소들을 통합적으로 분석한 뒤 이들 간의 관계를 구조적으로 정리하고 이를 바탕으로 정보시스템을 효율적으로 구성하는 방법을 마련하였다.

다. 정보기술아키텍처(EA) 관련 업무

1) EA 사용자

사용자	설명
정보화기획 담당	정보화 계획수립, 마스터플랜 및 장기정보화계획의 수립을 위해 EA정보 활용
정보화사업 및 예산 사전심의 담당	정보화사업 추진을 위해 투자타당성 심사, 제안요청서 검토 및 사업평가 등의 업무담당을 의미하고 업무처리를 위해 EA정보를 활용
EA업무 담당	EA정보를 수립하고, 관리 및 활용하기 위한 체계를 운영하고 EA정보를 최신으로 유지하기 위한 각 정보화사업에 대한 EA현행화 등의 업무를 추진
정보자원 담당	정보자산(하드웨어, 통신장비 등)을 전담해서 관리하고, 정보자산의 도입에서 폐기까지를 진행하는 업무 추진 시에 EA정보를 활용
사업수행 업체	정보화사업을 수행하는 용역업체를 의미하고, 사업수행을 위한 현황파악과 사업수행 결과에 대한 EA현행화를 추진

2) EA 업무

업무 구분	설명
EA 기반 검토	정보화사업계획 수립 시 범정부 EA 관리시스템(GEAP)을 활용하여 시스템 중복성, 자원 공동 활용, 성과평가 결과, 투자대비 효과 등 검토
EA 현행화	정보화현황, 사업관리, 자원관리 및 성과관리 등 정보화사업에서 발생하는 표준등록항목을 반영
범정부 EA기반 정보자원 관리 수준((구) EA성숙도) 점검	행정안전부는 범정부 EA 관리시스템(GEAP)을 통해 매년 기관별 정보자원관리 수준을 측정하여 정보등록 및 EA운영 실태를 점검
정보시스템운영성과측정	기관별 정보화사업 이행을 통해 구축된 정보시스템의 운영 성과 관리(계획수립, 성과측정 및 결과에 따른 이행 및 조치계획수립 등) 수행여부를 점검
업무 인수인계	우리원의 업무매뉴얼을 매년 반기별로 현행화 및 관리

3) EA 활용

업무 구분	설명	사용자	수행내역
정보화사업 중복투자 방지	정보화사업 추진 시 계획 수립 단계에서 사전 검토하여 상호연계성 및 공동 활용을 통해 중복투자 방지	정보화기획 및 예산 사전심의 담당	정보화사업 계획 수립 시 작성된 사업계획서, 제안요청서 등을 기반으로 예산의 적정성, 정보자원 재활용 등 28개 항목 검토
EA 현행화	정보화 기획·예산, 사업, 자원, 평가정보를 정해진 기준(표준등록항목 정의서)에 따라 등록	EA업무 담당자	행정안전부 주관 기관별EA 관리실태 평가(정보자원관리수준측정)
정보화사업 성과관리	국고예산 정보화사업 추진 시, 정보화사업 유사·중복투자 방지를 위하여 정부부처에서 기획부터 운영까지 정보화사업 추진 성과를 관리	정보화사업 담당자	기관별로 정보화사업 계획을 수립하고 사업별 성과목표 및 지표를 설정하여 관리
업무매뉴얼	대규모로 유입되는 신규 및 전입직원의 전문성 관리 및 조기 전력화를 위한 표준화·전문화된 업무편람의 중요성이 대두됨에 따라 EA시스템을 활용하여 업무매뉴얼 관리	전사 직원	우리원의 업무매뉴얼을 매년 반기별로 현행화 수행
정보시스템 운영성과측정	정보시스템을 운영하는 과정에서 투입비용의 적정성과 구현된 기능의 활용성 등을 관리하기 위해 정해진 지표에 따라 측정하는 활동	정보시스템 담당자	비용측면, 업무측면 측정지표를 기반으로 성과측정 후 그 결과에 따라 정보시스템 유지관리 유형 분류
정보자원	하드웨어, 소프트웨어 등 정보자원 등록을 관리하고, 정보자산의 도입에서 폐기까지를 진행하는 업무 추진 시에 EA정보를 활용	정보자원 담당	하드웨어 제품명, 제조사명, 국산 여부 등 22개, 소프트웨어 제품명, 버전 등 19개 항목 정보등록

Ⅱ 심사시스템 운영

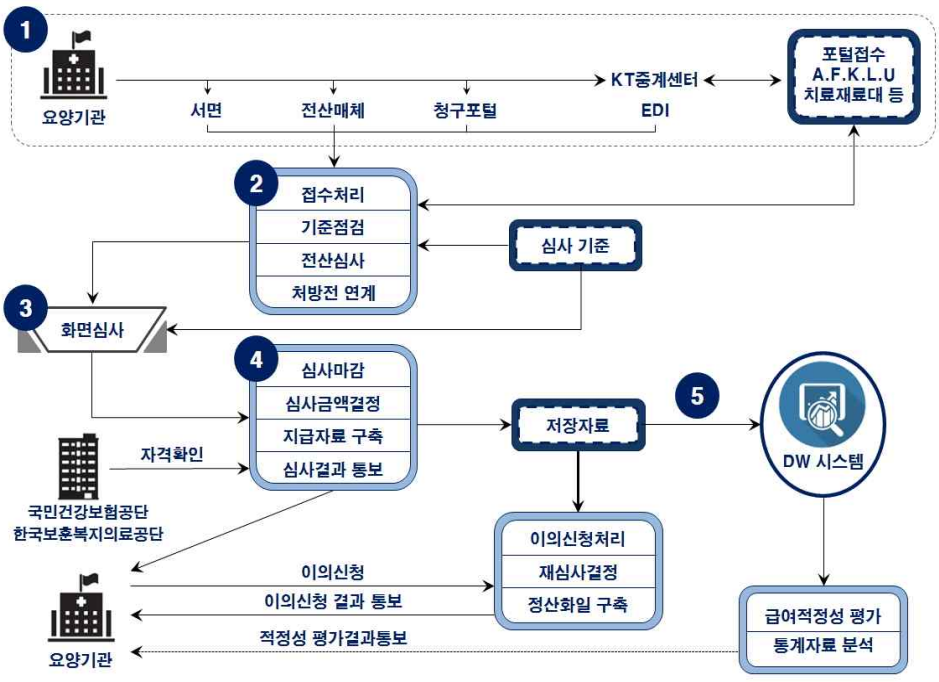
1 개요

작성: 심사정보화부

요양기관의 진료비 청구명세서에 대하여 각종 필수 기재사항을 점검하고 전산심사와 전문심사를 거쳐 심사 결과를 요양기관과 진료비 지급기관에 통보하는 일련의 업무를 처리하는 심사평가원의 주요 정보시스템이다. 요양기관 또는 진료비 지급기관의 이의신청, 심사 재점검 등 정산을 위한 '사후관리 시스템'과 '심사기준 마스터관리', '신의료 기술 관리', '요양급여 대상여부 확인', '응급의료비 대지급' 등 여러 가지 응용시스템으로 구성되어 있다.

2 심사시스템 업무 흐름도

그림4.4-2 심사시스템 업무 흐름도

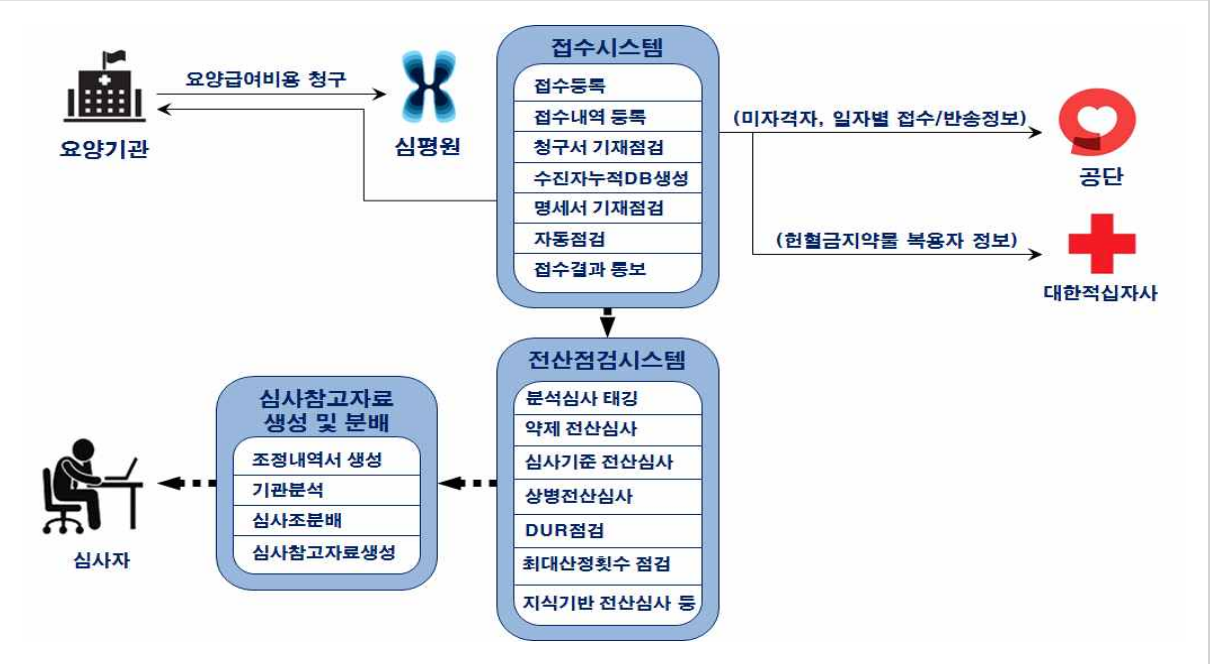


3 청구명세서 접수

가. 개요

「국민건강보험법 시행규칙」 제19조 제3항의 규정에 의한 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」의 제2장 제6조 제1항 "요양기관은 요양급여비용을 청구하고자 하는 때(또는 처방전만을 발행하는 때)에는 요양급여비용심사청구서에 요양급여비용명세서와 기타 필요한 서류를 첨부하여 심사평가원에 제출한다."에 따라 청구된 요양급여비용청구명세서에 대해 접수점검(결과통보), 전산심사, 심사자료 생성, 심사부서 인계까지 일련의 처리과정을 '청구명세서 접수'라 한다.

그림4.4-3 청구명세서 접수 업무 흐름도



나. 요양급여비용 청구방법

요양기관은 서면 또는 전산매체, 정보통신망(EDI, 진료비청구포털 등) 중 한 가지의 방법을 선택하여 요양급여비용을 청구한다.

1) 서면 청구

진료비 청구명세서를 서면으로 인쇄하여 인편 또는 우편으로 받은 청구내용을 확인하고, 심사

시스템을 통해 청구서 사항을 입력하여 접수처리 한 다음 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」의 별지 제3호 서식 '요양급여비용 심사청구서·명세서 접수증'(이하 접수증)을 발급하여 직접 인계(인편)하거나 우편으로 통보한다.

2) 전산매체 청구

진료비 청구명세서 파일을 전산매체(디스켓, CD 등)에 수록하여 인편 또는 우편으로 받으면, 접수 담당자는 PC에서 전산매체를 읽어 심사시스템으로 전송하고, 배치 프로그램에 의해 데이터베이스에 적재된 다음, 각종 점검을 수행한다. 점검이 종료되면 접수증을 발급하여 직접 인계(인편)하거나 우편으로 통보하고 청구명세서 데이터는 심사부서에 인계한다.

3) EDI 청구

EDI(Electronic Data Interchange)란 정보교환이 필요한 기관 상호간 데이터와 문서를 표준화하고 컴퓨터 통신망을 이용하여 이를 송·수신하는 방식을 말한다. KT-EDI 중계센터를 통하여 요양기관의 진료비 청구명세서 파일을 수신하거나 접수증, 심사결과통보서 등을 전송할 수 있으며, EDI 표준에 따라 전자문서를 생성하거나 활용하기 위하여 별도의 변환 과정 및 복호화 과정이 필요하다. 인터넷을 이용함으로써 효율적인 청구업무가 가능해졌으나, 중계센터 이용에 대한 비용부담이 있다.(※ 서비스 개시: 1996. 10.)

4) 진료비청구포털서비스(MCPoS)

EDI 청구 방식의 비용 부담을 줄이고, 다양한 부가 서비스를 제공하기 위해 심사평가원이 자체적으로 구축한 정보시스템으로써, 요양기관 PC에서 청구파일을 점검하고 데이터센터로 전송할 수 있는 프로그램을 제공하여 요양기관의 청구 업무를 지원하는 서비스를 말한다. 공인인증서 기반의 전자문서 암호화를 통해 보안을 강화하였고, 자체 데이터센터를 통해 요양기관과 심사평가원이 전자문서를 직접 주고받음으로써 신속·정확한 업무처리가 가능하다.(※ 서비스 개시: 2011.6.29.)

다. 접수(전산점검) 처리 단계

청구된 진료비 청구명세서를 전산시스템에 등록하고, 청구명세서의 기재사항 착오여부, 진료내역 항목별 단가·코드 착오, 산정기준 적용착오 등 전산점검을 수행한 후 접수결과를 요양기관에 통보한다. 이후 약제·심사기준·상병·DUR 및 수가코드별 최대산정횟수·지식기반 전산심사를 수행한다.

1) 접수등록

요양급여비용 청구명세서에 대하여 접수번호를 부여하고, 청구서, 명세서, 진료내역, 상병내역, 특정내역, 처방내역을 심사평가원 내부 심사시스템에 등록한다.

- 화면심사, 심사금액결정 등에 필요한 각종 명세서 부가항목 데이터 생성

2) 청구서 기재점검

요양급여비용 청구서를 대상으로 명세서를 참고하여 필수 기재사항의 누락·착오 등을 점검하고 이상이 있을 시 반송 처리한다.

점검대상	점검항목	점검결과
청구서 단위의 필수 기재사항 등	반송	청구서 반송

3) 수진자 누적 DB생성

청구명세서 중복 점검, 동일한 수진자의 이전 진료정보를 참고한 심사 등에 활용하기 위해 명세서 누적정보를 생성한다.

4) 명세서 기재점검

요양급여비용 명세서 필수 기재사항의 누락·착오 등을 점검하여 이상이 있는 명세서는 심사불능 및 메시지를 생성한다.

- 요양기관이 청구한 명세서 총 건수가 11건 이상이고, 심사불능이 30%이상 발생 시 청구서 전체 반송처리

점검대상	점검항목	점검결과
명세서 단위의 필수 기재사항 등	명세서 심사불능	명세서 심사불능

5) 자동점검

진료내역 및 처방내역을 수가, 약가, 치료재료 등 마스터파일과 연계하여 코드착오, 급여여부, 단가산정착오, 치료재료대 구입증빙자료 미제출, 청구금액 계산착오, 약제상한차액 산정착오 등을 점검하여 심사조정하거나 메시지를 생성한다.

점검대상	점검항목	점검결과
수가, 약가, 치료재료대 등	코드, 단가, 급여, 구입증빙자료 제출여부, 계산착오 등 점검	해당 명세서 조정

6) 접수결과 통보

요양급여비용청구명세서에 대하여 자동점검 수행 후 접수증을 생성하여 요양기관에 통보하고, SMS 부가서비스 신청기관에는 접수증이 발송되었음을 안내한다.

7) 분석심사 태깅

가치기반심사 분석시스템에서 등록한 분석심사대상 주제 및 기관별 마스터를 참조하여 명세서별 분석심사 여부와 유형(분석, 심층, 자율 등)을 별도 분석심사대상 명세서 테이블에 신규 등록하고 명세서 내역에는 분석심사 대상임을 표기한다.

8) 약제 전산심사

의약품에 대해 식약처 허가사항 또는 약제 심사기준 인정 범위 초과 여부를 점검하는 심사방법으로, 범위초과 시 진료내역을 조정하거나 심사직원이 참고할 수 있도록 메시지를 생성한다.

점검대상	점검항목	점검결과
요양급여 의약품	• 약제 허가사항 범위 초과 (효능 · 효과, 용법 · 용량, 사용상 주의사항) • 약제 급여기준 인정범위 초과	• 범위 초과 시 조정 • 심사자 확인 필요시 메시지 처리

9) 심사기준 전산심사

고시, 심사기준 등 정형화가 가능한 심사기준을 프로그램화하여 전산으로 점검하는 심사방법으로, 조정 또는 심사직원이 참고할 수 있도록 메시지를 생성한다.

점검대상	점검항목	점검결과
• 의과, 치과, 한방, 약국 등 분야별로 점검 • 정형화가 가능한 고시 및 심사기준	심사기준 관련 항목 (진찰료 야간가산, 치료재료 봉합사, 의료장비 등)	• 기준 초과 시 조정 • 심사자 확인 필요시 메시지 처리

10) 상병 전산심사

청구 다빈도 상병을 중심으로 진료비청구 내역과 심사기준, 의약품 허가사항 등과의 적합성 여부를 점검하는 심사방법으로 점검 결과 부적합 시 조정하거나 심사참고용 메시지를 생성한다.

점검대상	점검항목	점검결과
급성호흡기감염, 고혈압 및 당뇨 등	• 고시 및 행정해석 등 정형화가 가능한 심사기준 • 식약처 허가사항	• 인정 후 전산심사마감 • 조정 및 전문심사 전환

11) DUR(Drug Utilization Review) 점검

의약품 부적정 사용으로 인한 위해로부터 국민건강을 보호하기 위해, 약제에 대하여 식약처 허가사항에 의거 병용금기, 연령금기, 임부금기 등을 점검한다.

12) 수가코드별 최대 산정 횟수 점검

수가 코드별 산정 가능 최대 일투 및 총투 기준을 마련하고, 기준 횟수를 초과하여 산정한 경우 초과분을 조정한다.

13) 지식기반 전산심사

심사결정 데이터 및 요양기관이 청구 시 기재한 텍스트를 포함한 청구자료 등 축적된 정형·비정형 심사정보 분석을 통해 요양기관 종별, 진료과목별 특성에 맞는 전산 점검을 수행한다.

라. 심사 참고자료 생성 및 분배

전산심사를 마친 심사청구서 및 명세서를 대상으로 선별집중심사 대상을 추출하고 각 접수건별 지표연동자율개선제 지표를 생성한다. 또한 각종 내부 업무기준에 따라 청구·명세서를 담당 부서로 분배한다.

1) 조정내역서 생성

각 전산점검 단계에서 발생한 명세서, 진료내역, 처방내역 조정 등에 대한 발생 사유를 요양기관에 안내하기 위한 조정내역서 생성

2) 기관분석

지표연동자율개선제 접수지표 생성, 정기분류·수시분류 기준에 따른 명세서의 심사방법(전문·일반심사) 분류, 각종 심사참고자료 등 생성

3) 심사조 분배

접수점검 및 전산심사가 완료된 청구명세서를 심사부서별 분배 기준에 따라 각 심사부·조로 분배한다.

4) 심사자료 생성

심사대상 청구명세서에 대하여 접수번호별 심사록 정보, 착오청구 사전점검 데이터 등 심사에 참고할 수 있는 자료를 생성

마. 대외 자료 연계

1) 건강보험심사평가원 ⇒ 외부기관

가) 국민건강보험공단

파일 내역	전송 주기	비고
일자별 접수 및 반송 정보	매일	요양기관이 국민건강보험공단 홈페이지에서 접수 내역을 확인할 경우에 사용
건강보험 미자격자 접수 정보	매일	건강보험 미자격자 명세서 정보 및 급여제한자 명세서 정보 전송

나) 대한적십자사 혈액관리본부

파일 내역	전송 주기	비고
헌혈금지약물 복용자 정보	매일	부적절한 혈액의 유통을 막기 위해 헌혈이 금지된 약물을 복용한 수진자의 정보를 전송

2) 외부기관 ⇒ 건강보험심사평가원

가) 국민건강보험공단

파일 내역	전송 주기	비고
수급자격정보	매일	수급자 자격 및 무자격자에 대한 확인을 위한 정보 수신
산정특례 등 자격정보	매일	암환자, 노인틀니, 임플란트 자격정보 및 틀니유지관리, 치석제거관리 등 이력관리가 필요한 정보 수신

나) 한국보훈복지의료공단

파일 내역	전송 주기	비고
수급자격정보	매일	수급자 자격 확인을 위한 정보 수신

다) 질병관리본부

파일 내역	전송 주기	비고
결핵환자 자격정보	매일	결핵환자 유무 확인을 위한 정보 수신

라) 행정안전부

파일 내역	전송 주기	비고
수진자 주민등록정보	매일	수진자 거주지 및 사망 정보 수신

바. 요양급여비용 청구오류 사전점검시스템

요양기관의 올바른 청구를 위해 요양급여비용 심사청구 이전에 심사평가원이 운영하는 정보통신망을 이용하여 청구오류를 점검할 수 있도록 제공되는 사전점검서비스이다.

요양기관은 심사평가원의 진료비청구포털서비스 내 청구오류 사전점검시스템을 통하여 심사청구서 및 명세서 등 자료를 접수하여 점검하고, 점검결과를 확인하여 반송·심사불능·심사조정 등 청구오류가 발생한 심사청구서 및 명세서를 수정 또는 보완하여 다시 점검하거나 심사청구를 할 수 있다.

4 화면심사 시스템

전산점검이 완료된 명세서에 대하여 심사자가 각종 심사참고 자료의 조회, 심사조정 및 심사완료 처리 후 심사마감, 전산마감 등을 종합적으로 처리할 수 있도록 각종 프로세스를 유기적으로 구성한 시스템이다.

가. 분배

본 · 지원 심사부의 업무분장에 따라 심사대상 명세서를 심사조별, 심사직원에게 분배하며, 심사 조와 직원은 별도 화면에서 등록 · 관리 한다.

나. 심사 전 조회

심사자에게 분배된 명세서에 대하여 심사하기 전에 해당 요양기관에 대한 청구경향 및 전산점검 내역 등을 조회한다.

다. 심사처리

심사대상 명세서를 전산점검(AI심사) 결과를 참고하여 심사시스템 화면을 통해 심사기준 및 지침에 따라 심사를 수행하고 마감 처리한다.

라. 전산마감

심사 완료된 명세서를 심사결정 작업이 가능한 상태로 데이터를 이관하고, 전산부서 인계내역 생성, 심사보류건 가청구서 등록, 조정내역 집계 생성, 의료기관의 처방내역과 약국의 조제내역을 연계점검조정, 차등지수 산출 등 작업을 실시하여 심사금액결정 프로세스에 연계한다.

5 진료비결정 시스템

진료비결정 시스템은 심사 마감 처리된 청구명세서의 심사결과를 확정하는 최종 단계로써, 관련 기준에 따라 본인부담환급금과 요양기관 지급을 위한 요양급여비용 등의 심사금액을 결정한다.

또한, 심사처리계획에 따라 진료비 지급을 위한 심사결과 전산파일을 진료비지급기관 별로 생성한 후 이를 각 기관에 통보하며, 요양기관에는 서면, EDI, 진료비청구포털서비스, 웹메일 서비스를 통해서 심사결과를 통보한다.

가. 심사금액결정

각 지원 진료비결정 담당자는 전산마감 이후 전산마감 차수 단위로 심사금액결정을 수행하며, 업무처리 과정과 기준을 관리하는 '심사결정 분류체계'에 따라 117종의 심사불능 점검과 63종의 심사금액, 13종의 심사항목을 최종 결정한다.

1) 심사결정 업무처리 절차

처리 절차		처리 내용
1	정보 수집	금액결정을 위한 정보 수집
2	조정내역 반영	금액결정을 위해 심사조정내역 반영
3	본인부담률 결정	본인부담분류코드 별 본인부담률 설정
4	본인부담금 결정	정액, 정률, 산정특례 등 유형별 본인부담금 계산
5	보험자부담금 결정	청구액에 대한 보험자 부담액 계산
6	본인 환급금 및 추가부담금 결정	비환급 조정 등에 따른 환급 및 추가부담금 계산
7	보훈 심사결정	보훈 및 2중 자격 명세서의 금액결정
8	본인부담상한액 결정	본인부담상한액 및 차액 계산
9	지원금 결정	지원금 유형 별 지원금 계산
10	실지급액 결정	최종 요양기관 지급액 결정

2) 심사결정분류체계 구성내역

- 본인부담 마스터 DB 3종(정액, 정률, 산정특례)
- 본인부담분류코드

	심사결정 분류코드	
1	YN001	일반진료금액
2	YY002	특수장비금액
3	YY003	특수재료금액
4	YY004	식대기본금액
5	YY005	식대가산금액
6	YY006	초진진찰금액
7	YY007	재진진찰금액
8	YY008	선택진료금액
9	YY009	가산진찰료금액
10	YY010	치과장애인가산금액
11	YY011	원내외래약제비
12	YY012	상급종합병원4인실금액(~'19.12.31.)
13	YY013	약제상한차액
14	YY014	신포괄금액
15	YY015	신포괄초과금액
16	YY016	신포괄인센티브금액
17	YN017	장기입원료(16일~30일)
18	YN018	장기입원료(31일 이상)
19	YY019	격리실입원료
20	YX020	전혈료 및 혈액성분제제료
21	YX021	치료재료대
22	YX026	치과장애인가산진찰료
23	YX027	심층진찰료 시범사업
24	YX028	외래정신치료
25	YN022	장기지속형주사제
26	YN023	어린이 공공센터 입원관리료(5%)
27	YN024	어린이 공공센터 입원관리료(0%)
28	YN025	가정형 호스피스 교통비
29	YX026	치면열구전색술
30	YX027	심층진찰료 시범사업
31	YX028	외래정신치료
32	YN029	병원급이상 2인실(15일 이하)
33	YN030	병원급이상 3인실(15일 이하)
34	YN031	일차의료 만성질환관리 시범사업

	심사결정 분류코드	
35	YN032	신속대응시스템 시범사업
36	YN033	상급종합4인실(15일 이하)
37	YN034	병원급이상2인실(16~30일)
38	YN035	병원급이상2인실(31일 이상)
39	YN036	병원급이상3인실(16~30일)
40	YN037	병원급이상3인실(31일 이상)
41	YN038	상급종합4인실(16~30일)
42	YN039	상급종합4인실(31일 이상)
43	YX040	일차의료 왕진수가 시범사업
44	YN041	지역사회 정신질환 지속치료 지원 시범사업
45	YX042	약제장려금
46	YN043	1형 당뇨병 재택의료 시범사업
47	YN044	전화상담 관리료
48	YN045	가정용 인공호흡기 시범사업
49	YN046	원격협의진찰료 자문료
50	YN047	분만취약지 임신부 재택의료 시범사업
51	YN048	의료기관형 클리닉 관련 관리료
52	YN049	개방형클리닉 진찰료
53	YN050	상급종합병원 회송료
54	YN051	진료의뢰회송 2단계 시범사업
55	YN052	심장질환자 재택의료 시범사업
56	SY001	선별A항금액
57	SY002	선별B항금액
58	SY003	선별D항금액
59	SY004	선별E항금액
60	SY005	선별A60항금액
61	JY001	100분의100 총액
62	JY002	보훈100분의100 총액
63	JY003	비급여금액
64	LY001	L항
65	YZ001	추나 단순 50%
66	YZ002	추나 복잡 50%
67	YZ003	추나 치환 50%→80%
68	YZ004	추나 치환 80%→50%

나. 심사결과 통보

1) 진료비지급기관

심사처리 계획에 따라 심사금액 결정이 완료된 청구명세서에 대해 심사차수를 부여하며, 진료비 지급기관에 제공하기 위한 청명(청구명세서)파일, 우선지급 파일 등을 심사차수 단위로 생성하여 해당기관에 전송한다.

가) 건강보험공단 인계

파일 내용	주기	비 고
심사불능 대상 파일	일	
청명파일	일	건강보험, 의료급여
요양기관 우선지급 통보 및 반송내역	일	15일 내 미처리 건
본인부담상한제 선지급 통보 및 반송내역	일	
희귀난치성지원금 통보 및 반송내역	일	
특별재난 선통보 및 반송내역	일	
처방전교부 내역	일	건강보험, 의료급여
원외처방약제비조정 내역	일	건강보험, 의료급여
수탁검사 내역	일	
의료급여 진료확인번호	일	
전산매체(청구서, 명세서, 진료내역 등)	일	

나) 한국보훈복지의료공단 인계

파일 내용	주기	비 고
청명파일	일	건강보험, 의료급여
전산매체(청구서, 명세서, 진료내역, 상병내역, 처방전교부내역, 처방전교부내역상세, 심사조정항별합계)	일	

2) 요양기관 및 보장기관

진료비지급기관에 전산파일 전송 후 요양기관 및 보장기관(의료급여)에 요양급여(의료급여)비용 심사결과통보서를 생성하여 청구매체에 따라 서면, 웹메일, EDI, 진료비청구포탈서비스를 통해 심사결과를 통보한다. 다만 의료급여비용 심사결과통보서는 공단자격점검 이후 심사결과를 통보한다.

3) 심사결과통보서 종류

구분	서식	청구 포털	EDI	웹메일 요양기관/보장기관	서면 요양기관/보장기관
건강보험 /보훈	심사결과통보서	○	○	○/-	○/-
	심사결과통보서_수탁검사	-	-	-/-	○/-
	원외처방 심사결과통보서	○	○	○/-	○/-
	심사내역통보서	-	○	○/-	○/-
	중봉투	-	-	-/-	○/-
	중봉투(원외처방)	-	-	-/-	○/-
의료급여	심사결과통보서	○	○	○/○	○/○
	원외처방 심사결과통보서	○	○	○/○	○/○
	심사내역통보서	-	○	○/-	○/-
	대봉투	-	-	-/-	○/○
	중봉투	-	-	-/-	○/○
	중봉투(원외처방)	-	-	-/-	○/○

다. 통계 및 이력(DB) 구축

심사금액결정 처리 현황 등 통계 정보와 수진자 누적데이터, 평생 누적데이터 등과 같이 심사 과정에서 활용하기 위한 이력 정보를 구축한다.

6 심사사후관리 시스템

작성: 심사정보화부
심사관리부

심사평가원의 처분에 불복이 있는 보험자나 요양기관 등의 이의신청에 대한 정산(환급)처리 또는 요양급여비용 청구 시점의 차이 등으로 인해 연계 심사 과정에 누락된 명세서에 대한 심사사후관리 등 정산(환수)처리를 위한 업무 시스템이다.

※ 정산차수 발생: 월 4회

〈 마감기간별 차수 〉
- 1일~7일: 91차, 8일~14일: 92차, 15일~21일: 93차, 22일~말일: 94차
  예시) '21년 1월 1일~7일 마감 ⇒ 2021-01-91차

가. 재심사조정청구 · 이의신청

'요양기관 업무포털 시스템', '이의신청 프로그램', 서면을 통한 요양기관의 재심사조정청구 또는 이의신청 건에 대한 접수 처리와 당초 조정내역(원심)에 대한 재심사 처리 화면, 전자결재시스템과 연동한 문서 출력, 이의신청 결정서 등 정산처리 결과 통보서를 출력하거나 전송하기 위한 업무 시스템이다.

나. 심사재점검

청구 시점의 차이로 인하여 연계 심사에 누락된 청구명세서 등에 대하여 주제별 또는 항목별 확인 대상 건을 일괄 구축·추출하여 재심사 및 정산처리를 위한 시스템이다.

◎ 심사재점검 업무 구분

코드	업무명	추출영역	비고
0100	원외처방조정 사후연계	DW	
0200	원외처방조정 보류건 사후연계	DW	
0300	원외처방조정 추가연계	DW	
0600	의과 재점검	심사시스템	
0700	처방조제 점검	DW	
1000	동일성분 중복처방	DW	
1100	항목별 재점검	DW	
1200	입원진료비 중복청구	DW	
1400	의과 · 한의과 협진중복	DW	
1500	위탁진료비 중복청구 점검	DW	
1600	중환자실 간호관리료 점검	DW	
1800	약국본인부담차등적용_처방기관	심사시스템	
1801	약국본인부담차등적용_조제기관	심사시스템	

다. 심판청구 시스템

이의신청에 대한 심평원의 결정에 대해 불복이 있는 요양기관 등이 '요양기관 업무포털 시스템' 또는 서면을 통해 심평원에 심판청구서를 접수하면, 관련 정보를 건강보험분쟁조정위원회에 연계한다. 모든 사건은 건강보험분쟁조정위원회에서 재결처리하기 때문에 접수정보 및 답변에 관한 자료를 중앙행정심판위원회의 "건강보험(의료급여)심판청구" 시스템과 연계한다.

(※ 건강보험분쟁조정위원회-심판청구시스템 이관 ☞ 중앙행정심판위원회: 2019년)

라. 공공심사시스템

경찰이나 검찰, 법원 등 공공기관의 사건수사, 쟁송과 관련한 입원적정성(요양기관 진료내용의 타당성 여부)에 대한 심의처리와, 법원 사실조회, 증인출석 관리, 전자결재시스템을 연계한 문서 통보 등의 업무를 관리하기 위한 시스템이다.

마. 구입약가 실거래가 사후관리

요양기관의 청구단가와 의약품 공급내역을 확인하여 실구입가와 차액이 발생한 약제에 대하여 재심사 및 정산처리하기 위한 업무시스템이다.

1) 가중치 자료 생성: 의약품관리종합정보센터에서 공급내역 신고자료 근거
2) 불일치 명세서 추출: 심사시스템에서 가중치 자료와 청구내역과 비교
3) 정산 처리: 요양기관 및 공급업체 최종 확인 작업을 거쳐 정산

바. 치료재료 실거래가 사후관리

심사과정에서 확인하기 어려운 치료재료 구입내역에 대하여 치료재료의 비용청구 내용의 사실관계 확인을 통해 실제 구입금액보다 많이 지급된 건에 대하여 환수처리하기 위한 업무시스템이다.

사. 정산결과 통보

요양기관 통보 서식

구분	서식	EDI	웹메일 요양기관/보장기관	서면 요양기관/보장기관
건강보험/보훈	정산심사내역서	○	○/-	○/-
	원외처방약제비 정산심사내역서	○	○/-	○/-
	원외처방약제비 심사결과추가통보서	○	○/-	○/-
	이의신청결정서	○	○/-	-/-
의료급여	정산심사내역서	○	○/○	○/○
	정산심사내역서(무료진료)	-	-/-	○/○
	원외처방약제비 정산심사내역서	○	○/○	○/○
	원외처방약제비 심사결과추가통보서	○	○/○	○/○
	이의신청결정서	○	○/-	-/-

○ 외부기관 연계 내역(전산 파일 송수신)

구분	파일 내용	주기	관련 기관
송신	건강보험 정산인계 내역	주	건강보험공단 보훈공단
	건강보험 원외처방 정산인계 내역	주	
	의료급여 정산인계 내역	주	
	의료급여 원외처방 정산인계 내역	주	
	이의신청(재심) 접수내역	월	
수신	건강보험 정산 인수 내역	수시	건강보험공단
	건강보험 원외처방 정산 인수 내역	수시	
	의료급여 정산 인수 내역	수시	
	의료급여 원외처방 정산 인수 내역	수시	

7 심사 기준

작성: 심사정보화부

진료비청구명세서를 심사할 때 진료내역과 처방내역 등의 적합성 점검 업무를 과학적으로 처리하기 위해 수가, 약제 및 치료재료 심사마스터 정보를 관리한다. 또한, 심사수행에 필요한 의학적 지식자료를 검색할 수 있는 심사지식뱅크 시스템과 신의료기술(행위)의 요양급여등재 대상여부를 결정하기 위한 업무처리 시스템이 있다.

가. 마스터 관리

1) 수가 관리

수가 고시를 통해 의료행위(코드)가 신설, 변경, 삭제된 경우 심사와 요양기관의 청구 업무가 원활하게 처리될 수 있도록 의료행위 수가코드를 반영 및 관리하기 위한 업무 시스템이다. 수가에 대한 대량의 변경 작업을 일괄로 처리할 수 있는 다양한 레이아웃의 시스템을 제공함으로써 업무의 효율성을 높이고, 요양급여/비급여 대상 수가의 코드, 명칭, 금액, 수술여부, 초·재진여부, 상대가치점수 등 수가 산정을 위한 기초 자료와 변경 이력을 관리하고 외부 공개용 파일 생성을 지원한다.

2) 약가 관리

고시에 의해 신설·변경 및 삭제되는 약제 품목의 목록을 정비하고 약제의 평가, 약가 조정,

퇴장의약품 방지 등의 업무를 단계별로 전산화하여 통합 관리한다. 또한 고시자료, 약제 처리 이력, 식약처 정보 연계를 통한 허가/신고사항 정보 등을 데이터베이스화하여 민원 신청부터 결정고시까지 전산화를 통해 업무 생산성 향상에 기여한다.

3) 치료재료 관리

요양급여 대상으로 등재된 치료재료를 상한금액 범위 내에서 실구입가로 보상하기 위한 심사자료로 활용하고 사후관리 등에 활용하기 위한 기초 자료를 구축하기 위한 업무시스템이다. 치료재료 이미지, 품목군 정보, 업체 정보, 치료재료 결정(조정) 및 요양기관 구입내역을 접수 및 관리하는 시스템이다.

나. 신의료기술 관리 시스템

요양기관이 요양급여 대상 또는 비급여 대상으로 결정되지 아니한 새로운 행위를 서면·요양기관포털을 통해 행위의 요양급여대상여부 결정 및 변경사유에 대한 조정 신청을 할 수 있는 시스템이다.

다. 상대가치점수 산출 시스템

.의료행위 가치 산정의 객관적 근거를 도출하기 위하여 업무량, 진료비용, 위험도 3가지 요소에 대한 기준정보와 근거자료를 관리하고 이를 토대로 상대가치점수를 산출한다. 기존 근거자료 수정 및 신설 행위에 대한 근거자료 수집을 위해 전문가패널(CPEP) 위원이 직접 인건비, 장비비, 재료비를 등록 할 수 있도록 시스템을 구축·운영하고 있다. 이 근거자료를 기반으로 복잡한 계산식을 전산화하여 점수 산출 시 오류발생의 위험성을 최소화한다. 또한 변동된 가치 변화를 반영하기 위한 개정 개편이 있을 때마다 변경사항을 반영하고 업무포털에서 확인할 수 있도록 홈페이지에 공개한다.

라. 심사지식뱅크

심사에 신뢰성과 정확성을 높이기 위해 심사시스템을 통해 청구명세서 심사수행에 필요한 의학적 지식자료와 질병정보, 심사기준정보, 심사사례, 행위·약제·치료재료와 경험 정보 등을 체계적으로 생성·구축·관리하여 심사에 관한 모든 지식정보의 경로를 단일화하여 검색할 수 있는 통합정보시스템이다.

마. 사전승인 관리 시스템

요양기관에서 고비용·고위험의 의료행위 및 약제, 치료재료에 대해 환자 치료 전에 요양급여대상 여부를 승인받기 위해 사전승인 신청, 접수, 심의, 임상자료 축적관리를 지원하는 시스템이다. 주요 사전승인 신청 항목은 조혈모세포이식, ICD&CRT, 면역관용요법(혈우병), 스핀라자주, 솔리리스(PNH, aHUS), VAD(심실 보조장치 치료술)가 있다.

※ ICD(심율동 전환 제세동기 거치술), CRT(심장 재동기화 치료), PNH(발작성 야간 혈색소뇨증), aHUS (비정형 용혈성 요독 증후군)

8 AI 기반 의료영상 심사판독시스템

작성: 심사정보표준화부

가. 배경 및 목적

HIRA e-Image시스템으로 축적된 의료영상에 대한 2차 활용 방안 모색하고 최첨단 IT 기술을 활용한 업무방식 혁신으로 진료비 심사 등 업무 효율성 제고하고자 AI 기반 의료영상 심사판독 시스템 사업을 추진하게 되었다.

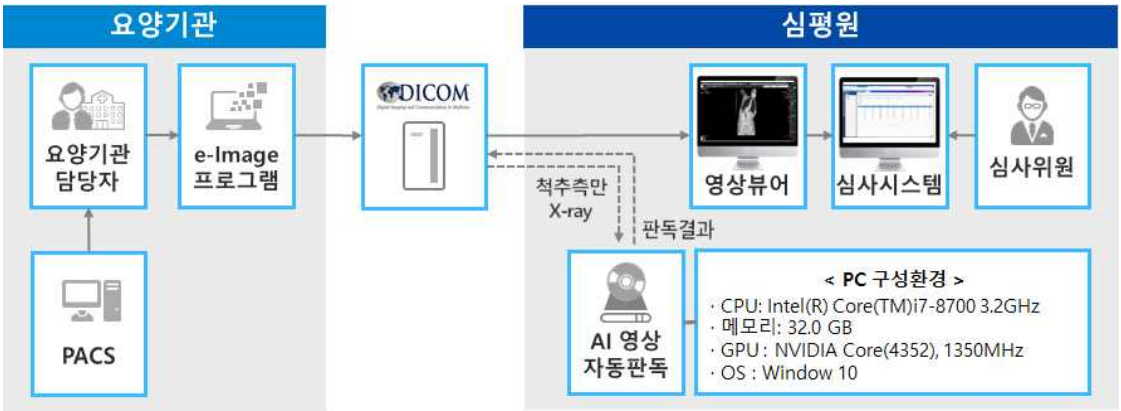
나. 추진경과

- ’18.11.~’19.6. 인공지능 판독모델 선정* 및 의료영상 판독 파일럿 사업 추진
  * 척추측만 정도 측정(Cobb’s Angle)
- ’19.12. AI 기반 의료영상 심사판독 결과 심사시스템 연계 적용
- ’20. 6. 의료영상 심사판독 신규 모델(척추압박골절 등) 선정

다. 주요내용

그림4.4-4 AI기반 의료영상 심사판독시스템 업무 흐름도

- **AI 기반 의료영상 심사판독시스템이란?**
  - 의료기관에서 제출한 의료영상에 대해 AI 알고리즘에 따라 자동 판독하여 심사자가 심사 시 참고토록 판독결과를 제공하는 시스템
- **업무 흐름도**



1) 판독모델

척추측만증(상병 M41)으로 진단하고, 정면(AP)으로 촬영된 X-Ray 영상에 대해 자동 판독하여 측만 정도를 제공

2) AI모델 선정기준

가) 자료확보

영상자료 제출건수 및 청구건수 등이 많은 항목

나) 학습가능성

인공지능 학습을 통한 결과 도출이 가능한 항목

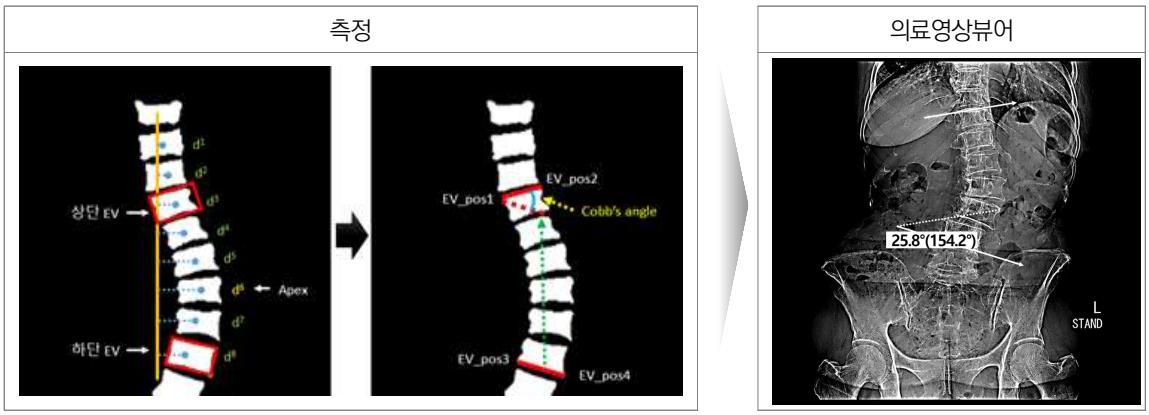
다) 효율 · 효과성

급여기준 연계를 통한 심사업무 효율성 향상에 적합한 항목

3) 심사시스템(HIRA+) 연계 적용

AI에서 판독한 측만정도를 의료영상뷰어(ViewVine)에 자동 표시하여 심사에 활용

그림4.4-5 척추측만 측정과정 및 뷰어 화면



(측정과정)
㉮ 첫 번째 척추체의 중간에서 수직선을 그림
㉯ 수직선과 각 척추체의 중간과의 거리(d)를 계산
㉰ 최대 거리의 척추체를 Apex-vertebra(AV)로 설정
㉱ AV 기준, 위쪽과 아래쪽 방향에서 가장 휘어있는 척추체를 End vertebra(EV)로 설정
㉲ AV 위쪽 선과 수평선을 긋고, EV 아래쪽 선과 수평선을 그어 두선이 만나는 각도를 측정

4) 판독 모니터링 및 관리체계 구축

- 판독 작업 시 단계별(정제→판독→결과) 작업결과 모니터링 및 현황 조회 가능
- 의료영상 심사판독시스템 운영 환경 전환(PC→CDSW*)

  * 가치기반심사시스템에 구축된 클라우드 기반의 AI 분석 플랫폼

라. 시스템 시사점 및 향후 계획

- 개발 판독모델 정확성 제고 및 신규모델 개발
  - 추가 기계학습 등을 통한 척추측만 정도 및 압박률 정확도 향상
  - 척추후만각 및 슬관절 등 신규 판독모델 검토
- AI 전문인재 육성을 위한 역량교육 확대 및 시스템 전담인력 배치

9 기타

작성 : 심사정보화부
심사관리부

가. 청구명세서 대출 시스템

데이터베이스에서 보존기간 만료에 따라 삭제된 명세서 정보를 심사시스템에 다시 적재하여 업무를 처리하기 위한 정보시스템이다. 사용자가 대출시스템에 필요한 명세서에 대하여 대출신청을 하면 신청정보에 따라 미리 생성되어 있는 백업자료에서 해당 명세서 정보를 찾아서 자동으로 데이터베이스에 적재한다. 단, 심사시스템 데이터베이스에 존재(3년 보존)하는 명세서는 신청할 수 없다.

나. 응급의료비 대지급 시스템

응급환자에 대한 진료 및 이송처치를 제공하고 환자로부터 비용을 받지 못한 경우에 요양기관 업무포털을 통해 응급의료비 대지급을 신청하면, 심사시스템을 통해 대지급 청구내역을 관리하고 상환의무자 정보 확인을 위한 대외기관 연계 업무 등을 처리할 수 있는 업무시스템이다. 건강보험과 동일하게 이의신청 및 행정심판이 가능하며, 응급의료비 대지급 업무를 직접 수행함에 따라서 상환고지서 발행, 가상 상환계좌 관리, 결손관리, 소송압류 관리 등의 업무를 처리한다.

다. 요양급여대상여부 확인업무 시스템

국민이 요양기관에 지불한 비용(비급여 또는 전액본인부담금액)에 대하여 요양급여 대상여부를 심사평가원에 확인 신청하며, 심사시스템에서 접수 및 담당자 배정, 자료요청, 심사, 결과회신, 환불관리 등 업무를 처리한다.

Ⅲ 포털시스템 운영

1 진료비청구포털시스템

작성: 심사정보화부

가. 개요

1) 정의

요양기관이 요양급여비용 청구를 위해 인터넷 망으로 심사평가원에 직접 청구하고 그 결과를 통보받을 수 있는 진료비청구 전용 포털시스템을 말한다.

2) 법적근거

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 제2항 및 제7항
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제22조(정보통신망 등에 의한 통보)
- 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」 제3조 및 제5조(보건복지부 고시)

3) 배경 및 목적

- '건강보험 진료비청구 EDI서비스 운용성 보장을 위한 협정'이 만료('11.6.28.)됨에 따라 진료정보 보호 및 경제적 부담 해소를 위한 진료비청구 전용시스템 구축 필요
- 대·내외적(국회, 요양기관 등) 청구비용 무료화 요구 증가(EDI서비스 유료)
- 요양기관의 경제적, 사회적 비용 절감
  - 청구 전 오류점검 등을 통한 심사불능 감소로 재청구 업무 등 행정비용 절감
  - 진료비청구포털서비스 무료화에 따른 EDI사용료 절감(2010년 기준 184억)으로 경제적비용 감소

나. 연혁

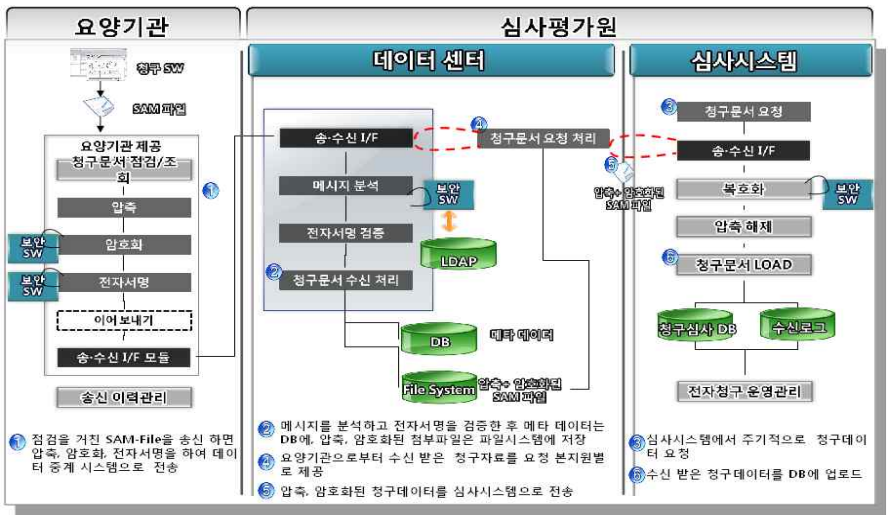
- 2009.1.~12. 진료비청구포털시스템 구축을 위한 사전준비
- 2010.7.~2011.6. 진료비청구포털시스템 구축
  - 2010년 정보화사업으로 진행
  - 사업기간: 2010.7.21.~2011.11.21.(16개월)
- 2011.6.29. 진료비청구포털서비스 개시
- 2018.9.~2019.5. 진료비청구포털시스템 개선사업
  - 2018년 정보화사업으로 진행
  - 진료비청구포털시스템 노후서버 교체 및 전용통신망 구축
  - 사업기간: 2018.9.10.~2019.5.9.(8개월)

그림4.4-6 진료비 청구방법 변천사



다. 업무 흐름도

그림4.4-7 진료비청구포털시스템 업무 흐름도



라. 기능과 역할

1) 진료비청구 프로그램

심사평가원으로 청구파일을 송신하거나 각종 통보파일을 수신 받는 기능 등을 수행하는 프로그램으로 요양기관 청구담당자의 PC에 설치되어 실행

그림4.4-8 요양기관 사용자 화면



가) 주요기능

(1) 청구파일 점검(청구 전 오류 점검)

- 청구 전 청구파일의 오류 존재 여부를 요양기관 PC에서 자체적으로 점검
- 점검 DB를 요양기관에 맞춤 배포하여 기재 및 심사불능 점검

(2) 청구

청구파일 점검이 성공적으로 끝난 청구파일을 심사평가원으로 송신

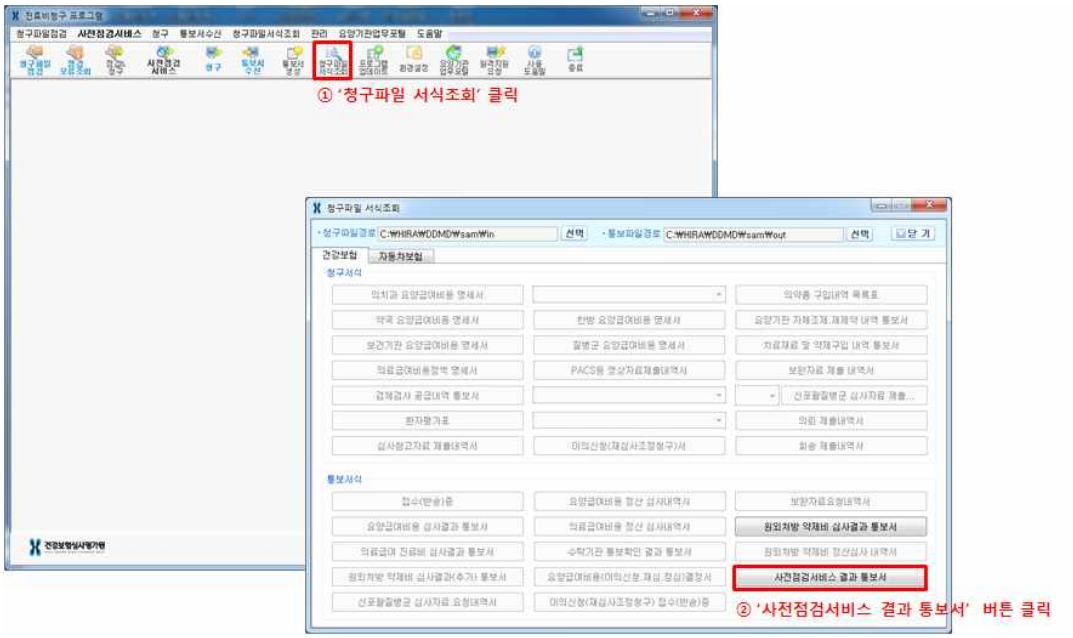
(3) 점검 및 청구(청구파일 점검 + 청구)

청구파일 점검 후 오류가 없는 경우 자동으로 청구까지 수행

(4) 통보서 수신(사전점검서비스 결과내역 포함)

심사평가원에서 요양기관에 발송한 각종 통보서 조회 및 수신

그림4.4-9 청구파일 서식조회



나) 부가기능

점검오류 조회, 사전점검서비스 송신, 청구파일 서식조회, 환경설정, 프로그램 업데이트, 청구관련 파일 암호화 기능, 사용도움말 등

2) 데이터 센터

요양기관이 송신한 청구파일을 심사시스템으로 연계하고, 심사결과통보서 등 각종 통보자료를 요양기관으로 송신하는 중계 시스템

가) 주요기능

(1) 데이터 중계

요양기관의 청구파일 및 심사평가원의 각종 통보자료 송·수신

(2) 전자서명 검증

요양기관 청구파일 송신 과정에서 위·변조 및 부인 방지를 위하여 요양기관의 전자서명을 검증

(3) 외부 시스템 데이터 연계

요양기관업무포털 등 외부 시스템과 연계 시 필요한 서비스 및 데이터 제공

나) 부가 기능

청구프로그램 업데이트 관리, 송·수신 현황 관리, 청구소프트웨어 부가서비스 제공 등

3) 심사시스템 연계서버

데이터센터에서 청구파일을 수신 받아 심사시스템에 연계하고 심사시스템의 각종 통보자료를 생성하여 데이터센터로 송신하는 시스템

가) 주요기능

(1) 청구파일 수신

데이터 센터에 저장된 요양기관의 청구파일을 수신하여 암호 해제

(2) 청구파일 심사시스템 연계

수신 받은 청구파일을 심사시스템 DB에 저장(접수 대기상태)

(3) 통보서 파일 생성

심사시스템 DB에 저장된 각종 통보자료를 통보서 파일로 생성 후 암호화

(4) 통보서 파일 송신

통보서 파일로 생성된 통보용 자료를 데이터 센터로 송신

나) 부가 기능

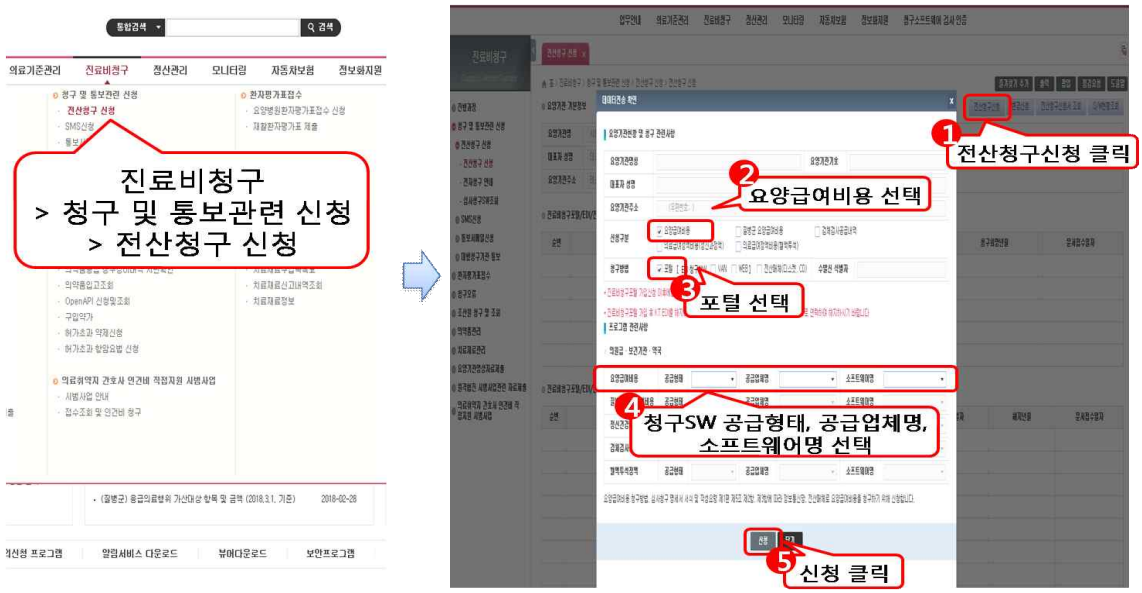
사전점검서비스 수신, 사전점검서비스 결과 통보 등

마. 이용신청 및 설치방법

1) 이용신청 절차

- 요양기관업무포털(https://biz.hira.or.kr) 접속 후 공인인증서 로그인
- 진료비청구 → 전산청구 신청 화면 접속하여 다음 그림 순서대로 이용신청 진행

그림4.4-10 진료비청구포털시스템 이용신청 절차



2) 설치방법

- 요양기관업무포털 화면에서 청구프로그램 다운로드 후 요양기관 PC에 설치

그림4.4-11 진료비청구포털시스템 설치방법



바. 진료비청구포털서비스의 장점

- 요양기관이 심사평가원에 직접 전송하므로 청구비용이 발생하지 않는 무료서비스
- 청구 전 오류점검 기능으로 심사반송 건이 감소되어 재청구 등 행정비용 감소
- 공인인증서 기반의 전자서명 및 암호화로 청구데이터에 대한 높은 보안성 보장
- 심사평가원으로 직접 전송함으로 EDI변환에 소요되는 시간 등 청구시간 단축
- 심사영상자료 등 대용량 파일 전송이 가능하므로 청구절차 간소화 및 비용 절감

2 요양기관 업무포털시스템

작성: 정보화지원부

가. 개요

요양기관업무포털시스템(biz.hira.or.kr)은 요양기관의 업무접근성 향상 및 편의성 증진을 위해 의약품 안전사용서비스(DUR), 진료비청구포털시스템, 요양기관 대상 서비스 등을 통합 구축하여 2011년 5월부터 서비스 개시한 정보시스템이다.

2018년 3월부터는 보안상의 잠재적 위험 및 웹 호환성 확보를 위한 정부정책에 부응하기 위해 비표준기술 제거하고 HTML5기반으로 재구축하여 서비스를 제공 하고 있다.

2020년 코로나19 바이러스 확산에 따라 시행된 공적마스크 5부제의 성공적 정착·운영을 지원하기 위해 「마스크 중복구매 확인시스템」을 단기간(5일)에 자체 개발하여, 마스크 구매 관련 국민들의 사회적 불편을 해소하고 코로나19 확산을 차단하는데 큰 기여를 하였다.

나. 연혁

- 2003. 5.[64] 의료정보포털시스템 최초 오픈(현 요양기관업무포털과 국민포털의 전신)
- 2011. 5. 요양기관 업무포털 시스템 오픈(전자정부 프레임워크 기반, 국민포털과 분리 · 개편)
- 2013. 7. 자동차보험관련 서비스 개시
- 2016. 1. 행위, 약제, 치료재료 등재 관련 서비스 이관(→ 요양기관 업무포털)

64 심사평가원 최초의 내 · 외부 포털시스템을 구축한 시기로, 현재의 요양기관업무포털 · 국민포털의 전신인 외부포털과 현재의 히라넷 · ihiranet · 비즈넷을 전신인 내부포털의 구축 원년이 되는 시기임

- 2018. 3. HTML5 기반 요양기관 업무포털 서비스 개시(*ActiveX 제거)
  * ActiveX(액티브 엑스) - 윈도우 환경에서 응용프로그램이나 웹 브라우저(인터넷 익스플로러에 한정)가 인터넷을 통해 추가 기능을 다운로드 및 실행할 수 있도록 지원하는 비표준 기술
- 2020. 3. 공적마스크 5부제 지원을 위한 마스크 중복구매 확인시스템 개발
- 2020.11. 건강보험 보장성 강화 정책의 일환인 한방수가 급여화 및 재택관련 수가 시범사업 등의 원활한 지원을 위해 「시범사업」 전용 메뉴 신설

다. 주요 특징

1) 기관회원을 위한 업무전용 포털시스템

각종 신청 및 자료제출, 진료비 청구 진행과정 및 이의신청, 자동차보험 청구 관련 업무 및 보험사 정보제공, 정보화지원 등 하나의 홈페이지에서 요양기관, 제약사, 보험사 등 기관회원의 업무를 처리할 수 있도록 개발된 업무 전용 포털이다.

2) 사용자의 눈높이에 맞춘 컨텐츠로 구성

업무분야별로 8개의 메뉴로 구성되었고 회원유형별 맞춤형 메뉴 구성, 다빈도 메뉴의 TOP5 바로가기, 바로가기 메뉴, 기관정보에 따른 개별 팝업, 사용자별 즐겨찾기 등 특화된 기능으로 사용자의 편의성을 높인 컨텐츠를 제공하고 있다.

3) 심사기준 종합서비스

업무별 산재되어 있는 수가, 약가, 치료재료 등 주요 급여기준을 한 화면에서 일괄 조회할 수 있도록 별도의 팝업화면으로 구성하고, 전용 통합검색기능을 구축하여 사용자의 검색 편의성과 효율성을 제고하고 있다.

4) 점검요청 서비스(원격지원 서비스)

해당 기관의 보안정책 등에 의해 원격지원이 불가능한 사용자들의 민원 해결을 위해 사용자의 승인을 받은 화면을 업무담당자가 심사평가원 외부PC상에서 확인할 수 있는 기능을 제공하고 있다.

라. 메뉴 구성

1) 업무 안내

심사평가원의 주요 업무 및 요양기관 업무포털에서 분리되어 별도로 제공되는 보건의료자원 통합신고, 평가, 영상자료제출 사이트에 대한 안내와 청구관련 자료실, 상대가치점수, 공개 심의사례에 대한 정보를 제공한다.

2) 의료기준 관리

행위, 약제, 치료재료, 요양급여대상·비급여대상 여부 확인신청 등 의료기준에 관한 결정, 조정 신청에 대한 업무처리, 상급종합병원 및 전문병원 지정신청 등에 대한 정보를 제공한다.

3) 진료비 청구

요양기관이 진료한 비용 관련 사항을 청구하고 진행과정 및 그 처리결과를 확인하는 메뉴로서 청구한 진료비의 진행과정 조회, 청구 오류내역 확인, 심사결과통보서 확인 기능과 환자평가표, 치료재료 구입목록표 등과 관련된 업무를 처리한다.

4) 정산 관리

요양기관의 심사결정내역에 대한 재심사/이의신청, 심판청구 신청과 진료비 확인요청, 응급의료비에 대한 대지급 청구 등과 관련된 업무를 처리한다.

5) 모니터링

병·의원 외래처방 인센티브, 처방·조제 약품비 절감 장려금 관련 평가 정보, 지표연동자율개선제 관련 청구경향 정보, DUR, 환자분류체계 등 각종 모니터링 관련 정보를 제공한다.

6) 자동차보험

자동차보험관련 전용 메뉴로서 신청 및 자료제출, 진료비 청구 등의 업무 처리 및 심사 안내, 급여기준, 알림방, 정보방, 우리병원 맞춤형 정보 등을 제공한다.

7) 정보화지원

요양기관 개인정보보호자점검 및 현장방문 컨설팅, 교육 동영상 서비스 등 요양기관의 정보화 지원을 위한 기능을 제공한다.

8) 청구 소프트웨어 검사 · 인증

청구소프트웨어 공급업체, 자체 개발 요양기관을 대상으로 요양급여비용 관련 청구소프트웨어 적정성 여부 정보 및 검사 신청 등의 기능을 제공한다.

9) 시범사업

건강보험 보장성 강화정책의 안정적 지원을 위해 한방수가 급여화 및 재택 관련 수가시범사업 등을 원활하게 지원하기 위해 시범사업 참여신청 요양기관 접수 및 다양한 자료제출 등의 기능을 제공한다.

그림4.4-12 요양기관업무포털 메뉴구성도



마. 관련 시스템 정보

비즈넷, 요양기관 현황관리, 자동차보험, 평가, DUR, 시범사업 자료제출 시스템 등

3 심사평가정보 제출시스템(HIRA e-Form, HIRA e-Image)

작성: 심사정보표준화부

가. 배경 및 목적

1) 의료기관은 진료비 심사 등에 필요한 진료정보를 서면, CD 등으로 우편 제출함에 따라 행정비용 및 업무부담 발생

2) 심사평가원은 비전자·비정형화된 진료정보 수집에 따른 업무 활용도 저하 및 자료 보관 문제 발생
- 의료기관의 진료비 청구에 따른 자료제출 편의성 향상 및 행정부담 완화
- 시스템을 통한 진료정보 수집 채널 일원화로 업무 활용성 제고 및 디지털 기반의 스마트 업무환경 구현

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」제96조제2항
- 「요양급여비용 심사 · 지급업무 처리기준」 제5조(심사관련 자료제출 등)
- 「정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항」

다. 심사평가정보 제출시스템 주요내용

1) HIRA e-Form시스템

의료기관의 EMR 등 병원정보시스템과 연계하여 진료비 심사 등에 필요한 진료정보를 표준화된 형태(표준서식)로 제출하는 시스템

가) 시스템 주요특징

- 의료기관별 상황에 맞게 적용 가능한 프로그램(Agent) 제공
- 알림서비스를 통해 자료요청 내역 및 제출자료 접수 여부 실시간 확인 가능
- 진료정보 제출 시 동일자료 반복제출 불필요

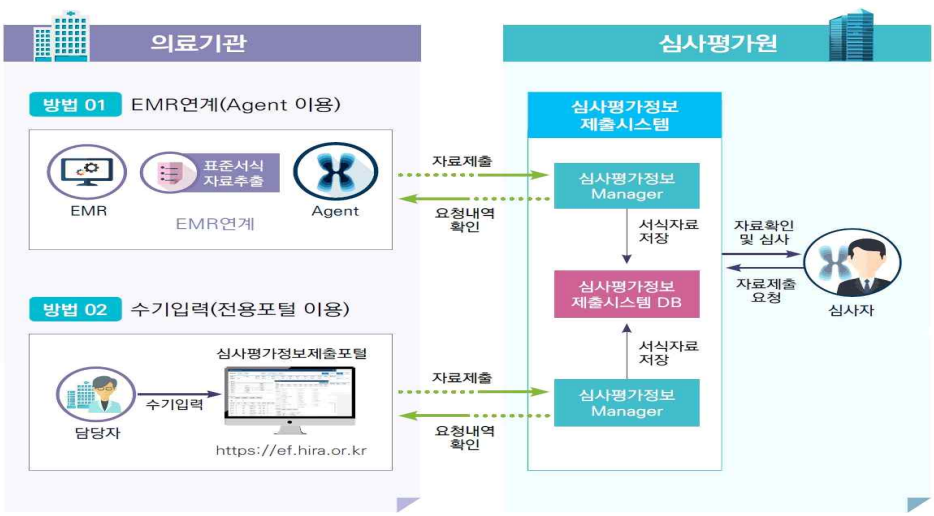
나) 심사정보 표준서식(36종)

표준서식은 진료비 심사 등 업무에 필요한 진료정보를 표준화(항목명칭, 코드 등)한 것으로 의료기관의 진료정보와 서식(항목)을 연계하여 데이터로 전송

연번	내 용		연번	내 용	
1	공고	퇴원요약자료	19	공고	의사지시기록자료
2		진단검사결과지	20		임상관찰기록자료
3		영상검사결과지	21		투석기록자료
4		병리검사결과지	22		전입기록자료
5		수술기록자료	23		전출기록자료
6		응급기록자료	24		시술기록자료
7		입원초진기록자료	25		투약기록자료
8		입원경과기록자료	26		신생아중환자실기록자료
9		외래초진기록자료	27		의원급 진료기록자료
10		외래경과기록자료	28		방사선치료기록자료
11		중환자실기록자료	1	공개	입원 진료비 계산서·영수증
12		협의진료기록자료	2		의료의 질 향상을 위한 점검표
13		마취기록자료	3		난임시술기록지
14		회복기록자료	4		교육상담일지
15		간호정보조사자료	5		이학요법 실시 기록지
16		기타간호기록자료	6		정신요법 실시 기록지
17		수술간호기록자료	7		처방소견서
18		응급간호기록자료	8		진료비 세부산정내역서

※ 공개용 서식(8종)은 신포괄수가제 시범사업, 난임 시술 의료기관 평가, 진료비 확인 업무에 활용되는 특정 업무용 서식임

다) 업무 흐름도



- (방법1) 시스템 웹 포털(https://ef.hira.or.kr)에서 시스템 설치파일(Agent)을 다운로드 후 실행 및 설치
  - ➠ Agent는 데이터 송·수신을 위한 프로그램이므로 의료기관은 의무기록정보와 표준서식 항목을 매핑하는 개발 작업 필요
- (방법2) Agent 방식 외 웹 포털에서 표준서식(Layout)을 수기로 작성하여 제출

라) 시스템 연계업무

- 진료비 심사, 분석심사, 요양급여 적정성 평가, 이의신청, 신포괄수가제 시범사업, 난임시술 의료기관 평가 및 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 등은 e-Form시스템의 표준서식(Layout)으로 의료기관 진료정보를 제출받아 업무에 활용
  ※ 진료의뢰·회송 시범사업의 경우, 표준서식을 활용하여 진료의뢰 시 수가(진료의뢰료) 가산
- 한방 추나요법 및 한방첩약은 수진자별 진료내역을 실시간 의료기관에 정보(횟수 등) 제공함으로써 진료비 청구 시 참고토록 지원

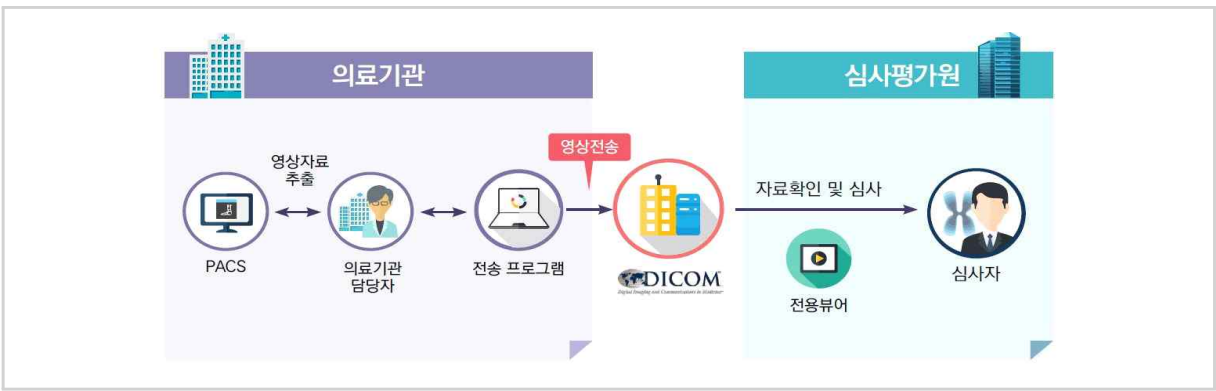
2) HIRA e-Image시스템

의료기관의 PACS에서 생성된 CT, MRI 등 영상정보를 국제표준(DICOM) 형태로 제출하는 시스템

가) 시스템 주요특징

- 대용량 영상자료 안정적 전송 및 전송 실패 시 이어보내기 가능
- 자료 즉시 전송 및 접수 실시간 확인 기능
- 예약 전송 기능으로 전송 중 다른 업무 수행 가능

나) 업무 흐름도



다) 설치 방법

요양기관 업무포털(https://biz.hira.or.kr) → 업무안내 → 영상자료제출 업무안내 → 심사자료 업로더 설치파일을 다운로드하고, 실행하여 설치

라) 의료영상 2차 활용을 위한 선순환체계 구축 및 운영

- 축적된 의료영상을 활용하여 AI 기반 의료영상 판독 모델 개발 및 심사시스템 연계
- 신기술(AI)기반 영상판독 등 산학 연구 지원을 위한 데이터(비식별처리) 활용 체계 마련

Ⅳ 업무시스템 운영

1 데이터웨어하우스(DW) 시스템

작성: 급여정보개발부

가. 개요

데이터웨어하우스(Data Warehouse, 이하 DW)는 기업의 전략적 관점에서 정보 자산을 효율적으로 활용하여 의사결정을 지원하는 시스템으로써, 조직 내에서 분산 운영되는 대용량의 데이터를 주제별로 통합·저장한 데이터베이스이다.

심사평가원은 국민의 진료정보, 요양기관 평가정보, 의약품 유통정보, DUR 정보 등을 DW로 구축하여, 사용자가 직접 신속·정확한 보건의료 통계를 산출하고, 심사평가 업무 및 정부정책 지원 업무에 활용하고 있다.

나. 법적근거

- 「국민건강보험법」 제63조 제4항(업무 등)
  - 요양급여비용의 심사, 요양급여의 적정성 평가, 심사기준 및 평가기준의 개발 규정에 따른 업무와 관련된 조사연구....(생략)

다. 추진경과

그림4.4-13 그간의 DW 구축 경과

구분	2003 (최초 개시)	2010 (시스템 보강)	2017 (통합분석 플랫폼 구축)
주요 내용	• 심사평가분석시스템(DW) - 5년치 데이터 • 데이터 마이닝 개발 - 부당청구 기관 선정 - 종합관리제 성과측정 • 통계보고서 개발	• DW 자원보강 및 성능개선 - 5년치 데이터 • 사용자 분석환경 개편 • 평가분석시스템 구축 • 주민번호대체키(HPIN) 도입 • 표준화시스템 도입	• DW통합 및 분석영역 확대 - 10년 이상 데이터 • 통합 분석환경 개발 • 환자 진료DB 및 이상감지 - 의약품 오남용 관리 등 • DW 포탈 개편
인프라	• HP 슈퍼돔 2대(36코어) • SAP ASIQ(12 Ver) • 40TB(HDD) • OLAP(BO 350개)	• HP 슈퍼돔 2대(67코어) • SAP ASIQ(15 Ver) • 80TB(HDD) • OLAP(MSTR 800개) • SAS 분석서버 도입	• 어플라이언스 8대(568코어) • Oracle Exadata • 160TB(메모리) • OLAP(MSTR 1800개) • R 분석서버 도입 • 개발·교육용 장비 도입

- '03. 7. 보건의료분석시스템(DW: Data Warehouse) 최초 도입
- '10. 5. DW시스템 성능보강 및 구조개선
- '17. 8. 빅데이터 기반 '보건의료 통합분석플랫폼' 구축

라. 데이터웨어하우스(DW) 시스템 특성

1) 주제 지향성(subject-orientation)

데이터를 주제별로 구성함으로써 사용자가 이해하기 쉬운 형태로 서비스

2) 통합성(Integration)

데이터가 일관적인 형태(이름, 속성, 구조 등)로 변환되어 통합성 유지

3) 비휘발성(Non-Volatility)

DW에 데이터가 적재되면 수정·변경되지 않고 새로운 데이터만 추가

4) 시계열성(Time Variant Historical)

통합된 데이터는 일정 기간 동안 정확성을 유지

마. DW 구축 정보

1) 운용 데이터 저장소(ODS: Operational Data Store)

변환·가공 등이 필요한 EDW 데이터 적재를 용이하게 하기 위하여 운영시스템(HIRA+, 의료자원, DUR 등) 데이터를 저장하는 임시 공간

2) 전사적 데이터웨어하우스(EDW: Enterprise Data Warehouse)

분산되어 있는 데이터를 분석이 용이하도록 통합한 전사적 관점의 데이터

3) 요약(Summary)

빠른 분석을 위해 EDW 자료 중 분석관점별(요양기관별, 기관별, 상병별, 수가/약가/치료재료대별 등)로 정형화한 요약정보

4) 마트(Mart)

특정 업무·주제(평가결과, 처방전연계, 자율시정, 요양기관 프로파일 등) 별로 EDW 데이터를 재구성한 정보

5) 디멘젼(Dimension)

분석 관점으로 쓰이는 기준정보(요양기호, 상병, 수가/약가/치료재료 및 각종 공통코드 등)로 변환·정제하여 실시간 구축

바. 심사평가원 통합DW 시스템의 특성

1) 플랫폼 구성

- 대용량 데이터를 적시에 분석할 수 있는 고성능 시스템 운영
  (H/W 및 데이터베이스 일체형, 160TB 메모리)
  - 플래시 메모리 디스크 기반의 대용량 어플라이언스 DW 운영
  - 분석시스템(OLAP) 라이선스 1,800개 및 전문 통계분석 도구(R) 운영
  - 실시간 데이터 복제 솔루션(CDC, Call Directing code) 운영

2) 분석관점별 DB 구조 구현

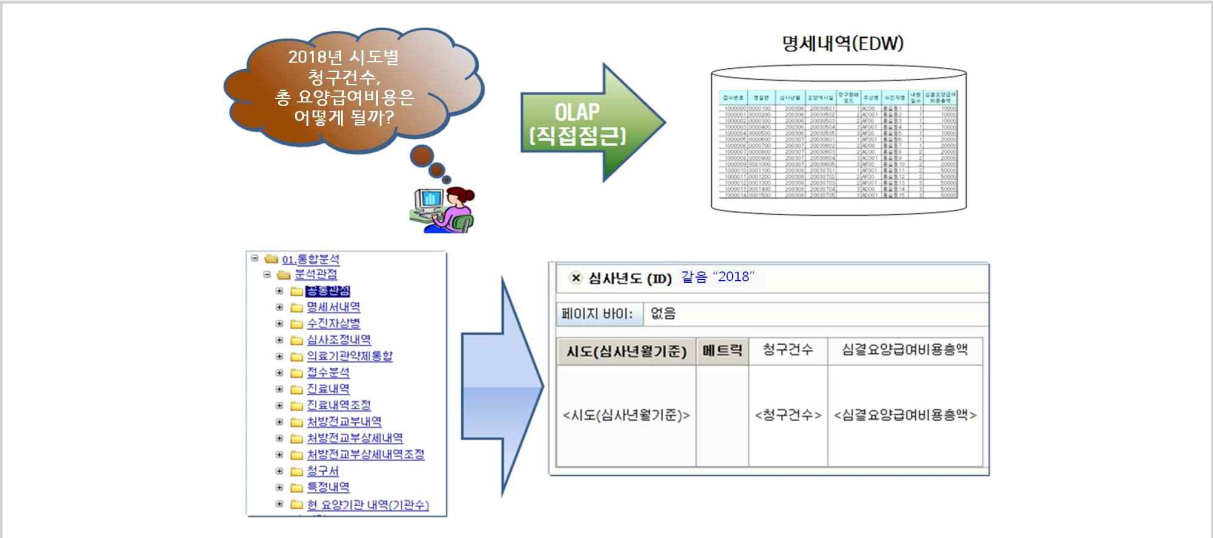
- 청구명세서 접수 다음날 분석이 가능하도록 DW에 복제하여 시급성을 요하는 정책에 대하여 청구데이터 분석 환경 제공
- 심사평가 · DUR · 의약품유통정보 통합 및 자동차보험 · 비급여 등 다양한 분석정보 수집 · 연계하여 데이터 분석
- 환자단위별 상병, 진료행위, 약제, 치료재료 정보 등 누적관리

3) Data Dictionary 검색 서비스 제공

- 구글(Google) 방식의 데이터 속성 검색 서비스(Dictionary 서비스) 제공
- 데이터 표준화 및 품질점검 자동화 시스템 적용

4) OLAP 구현

OLAP(OnLine Analytical Processing)은 사용자가 직접 DW에 접근하여 다양한 관점에서 데이터를 분석할 수 있도록 구성한 환경



가) OLAP의 특성

- 직접접근: 사용자가 정보매개자를 거치지 않고 원하는 정보에 직접 접근
- 대화식 분석: 시스템과 상호작용을 통해 정보를 분석하며 원하는 결과를 얻을 때까지 계속해서 분석
- 의사결정에 활용: 사용자가 전반적인 상황을 이해하도록 의사결정 지원

나) OLAP 사용자 관리

- OLAP사용권한 신청: Hiranet → DW포털 → 권한신청
- 권한 회수
  - 3개월 간 미사용 계정에 대한 자동 계정 및 권한 회수
  - 계정 공유, 개인정보 검색 등 부적절한 사용 시 계정 및 권한 회수
  - 권한부여(회수)에 대한 이력은 별도 시스템에 저장 관리 운영

5) DW 포털을 이용한 관리

DW 활용에 필요한 콘텐츠(계정관리, 커뮤니티, 교육관리, 개인식별번호 신청 등)를 모아 사용자가 쉽게 사용할 수 있도록 서비스하는 포털이다.

그림4.4-14 DW포털 메인화면



- SSO 기반에 사용자가 OLAP 분석 시스템에 LOGIN
- 개인식별번호 변환요청 및 승인
  - 주민등록번호와 개인식별번호 대체키 간의 변환이 필요할 시 사용
    ※ 개인정보 유출을 예방하기 위해 주민등록번호를 난수를 이용한 암호화 후 개인식별번호(대체키)로 저장/관리
- OLAP 사용권한 및 온·오프라인 교육 관리 등
- 교육용 OLAP 분석시스템 관리

6) OLAP 사용자 교육

가) 온라인 교육

- DW포털 → 교육 및 시험 → 온라인교육
- 수강신청: 연중 교육신청 및 자동 승인되며, 이 후 자유롭게 수강
- 교육과정
  - 초급: OLAP 개요 및 데이터구조, 기본 리포트 작성
  - 중급: DW 데이터 구조, OLAP 주요기능 및 활용사례
  - 고급: 매트릭, 대쉬보드, SQL 구성
  - 데이터이해: OLAP분석 데이터구조의 심화 이해

나) 오프라인 교육

- DW포털 → 교육 및 시험 → 오프라인교육
- 연중 계획에 의해 진행되는 교육일정에 신청하여 수강
- 수강신청: 신청인원은 부서 정원에 따라 비례하여 지정하며 선착순으로 신청 받음
- 교육과정(고급): 고급리포트 작성, SQL 활용

사. 시스템 구성

심사시스템(HIRA+)에서 심사결정 자료와 기준정보(상병, 수가, 약가 등)를 추출해서 변환, 정제한 후 데이터를 적재하여 EDW 및 디멘젼을 구축하고, EDW 데이터를 이용하여 마트 및 요약데이터를 구축한다.

또한 의료자원, 자동차보험심사, DUR, 의약품유통, 비급여정보 등 관련 사업부서에서 데이터의 특성, 주기 등을 고려하여 ETL을 통해 EDW가 구축한다.

사용자는 OLAP, 통계분석 툴(SAS, R)을 통해 EDW와 마트 및 디멘젼의 데이터를 분석에 활용할 수 있다.

그림4.4-15 DW 시스템 구성



※ EDW(Enterprise Data Warehouse)
ETL(Extraction Transformation Loading)
SAM(Sequential Access Method)

2 히라넷(HiraNet) 시스템

작성: 경영정보부

가. 개요

HiraNet 시스템은 내부 직원 간 의사소통을 지원하고 정보공유를 위해 구축된 심사평가원 인트라넷으로 게시판, 전자결재 등의 기능을 제공하고 있다.

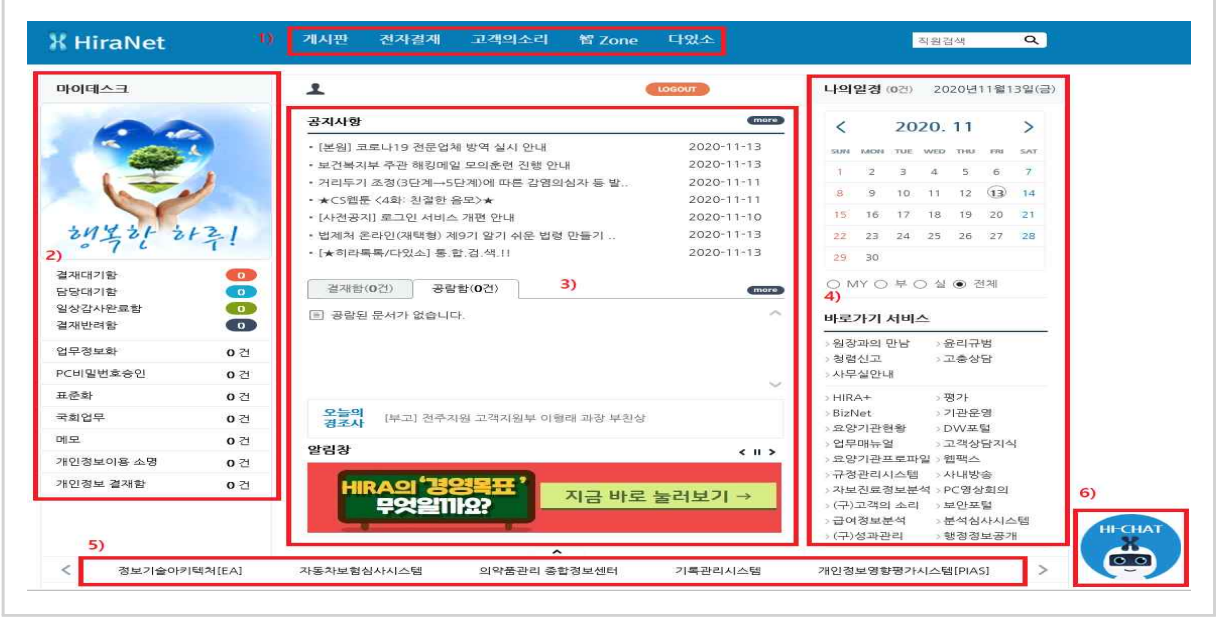
※ 인트라넷(Intranet): 인터넷(Inter-net)의 웹(Web)기술을 이용, 기업 및 특정 단체의 내부정보시스템을 구축, 기업 및 특정 단체의 내부(Intra) 관련자들이 필요한 정보를 공유하게 하는 네트워크 시스템

나. 법적근거

- 행정업무의 효율적 운영에 관한 규정 제5조(문서의 전자적 처리)
- 기록물관리규정 제22조(전자기록물의 관리)
- 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」(약칭: 정보공개법)
- 정보공개업무 운영지침 제5조의4(공개대상 정보의 원문공개)
- 정보보안지침 제18조(비밀의 전자적 처리)

다. 주요기능

그림4.4-16 HiraNet 화면구성



1) LNB(Local Navigation Bar)

- 사이트 내 대메뉴 역할을 수행
  - HiraNet의 대메뉴 역할을 수행

2) 마이데스크

- 결재처리가 필요한 정보를 연계하여 제공
  - 본인에게 배정된 각종 업무 건수 등 표시

3) 공지사항(게시판, 전자결재함, 알림창)

- 공지사항: 알림게시판 내용을 최신순으로 표시
- 문서목록: 전자결재시스템의 결재대기문서 및 공람문서 목록 표시
- 오늘의 경조사: 전자결재, 경조사, 알림정보 등 게시

4) 바로가기 서비스

- 내부 직원들의 편의를 위한 일정관리 공간
- 자주 사용하는 업무시스템의 링크(Link) 제공

5) OTHER SYSTEM

각종 공통 솔루션 또는 사이트의 링크(Link) 제공

6) HI-CHAT

인공지능(AI)을 접목한 챗봇서비스(히라챗봇, Hi-Chat) 구축을 통해 내부민원에 신속하게 대응함으로써 고객서비스의 품질향상 도모

라. 세부 내용

1) LNB(Local Navigation Bar)

(1) 게시판

내부 직원들을 대상으로 정보를 공유하거나 전파하기 위해 활용하는 공간

(2) 전자결재

정부의 기록물 관리법 및 사무 관리 규정에 의거 문서처리의 전자화, 기록물 관리의 효율화 및 문서사무 처리업무의 생산성 향상 등 고시의 요건을 충족할 수 있도록 한 전자문서 시스템

(3) 고객의 소리

심사평가원 민원서비스는 국가권익위원회에서 운영하는 국민신문고를 통해 통합 접수·처리하며 민원인에게 피드백하기 위한 바로가기

(4) 智Zone(지존)

조직 내 지식 자원의 가치를 극대화하기 위하여 통합적인 지식관리 프로세스를 지원하기 위해 구축된 시스템

(5) 다있소

주요 시스템 7종(히라넷, 전자결재, 지존, 규정관리, 심사지식뱅크, 업무매뉴얼, 청구방법 및 급여기준) 통합검색을 제공하여 전문적인 답변(텍스트, 파일, 이미지 등)을 상게하게 보여주고, 개인자료 저장 기능 및 관심정보 분석을 통한 맞춤형 검색 서비스 제공

2) 바로가기 서비스

(1) 원장과의 만남

원장님께 하고 싶은 말, 비전 제시, 개선해야 될 사항, 제안 등을 자유롭게 제시할 수 있는 공간

(2) 윤리규범

심사평가원의 윤리헌장 및 임직원 행동강령을 제시한 공간

(3) 청렴신고

내·외부 부패척결을 통해 임직원들의 청렴의식을 고취시키기 위한 실천의 장

(4) 고충상담

직원들의 인사 및 복무, 성희롱, 보수, 복지후생 등 고충상담

(5) 사무실안내

본·지원 사무실 층, 실(단)명, 부(팀)명 안내

(6) HIRA^{+}(건강보험심사시스템)

심사와 관련된 모든 업무를 모아놓은 시스템

(7) 평가시스템

평가와 관련된 모든 업무를 모아놓은 시스템

(8) BizNet시스템

요양기관 업무 서비스를 별도로 구성하여 내부직원들의 업무 접근성 향상 및 편의성 증진을 위해 구축된 시스템

(9) 기관운영시스템

인사, 교육, 법무, 회계 등 원을 운영하는 업무를 모아놓은 시스템

(10) 요양기관현황관리시스템

요양기관현황을 관리하는 시스템

(11) DW포털시스템

사용자의 의사결정을 지원하기 위해 기업이 축적한 많은 데이터를 사용자 관점에서 주제별로 통합하여 운영시스템과 사용자 사이의 별도의 장소에 저장해 놓은 시스템

(12) 업무매뉴얼

정보기술아키텍처(EA)관리시스템의 업무매뉴얼 관리로 바로가기

(13) 고객상담지식

상담업무매뉴얼 및 상담사례를 확인 할 수 있는 지식센터 바로가기

(14) 요양기관프로파일시스템

요양기관 종합분석, 기관분석, 사후관리, 급여적정성평가, 포괄수가 등 요양기관프로파일시스템

(15) 웹팩스

팩스로 이루어지는 업무를 웹에서 사용할 수 있게 만들어진 시스템

(16) 규정관리시스템

심사평가원 정관, 규정, 세칙, 지침, 강령, 폐지 등 규정관리 시스템

(17) 사내방송

사내 교육 또는 행사/회의 등을 생방송 또는 녹화 방송을 통해 정보를 제공

(18) 자보진료정보분석

자동차보험 진료정보를 분석하는 시스템

(19) PC영상회의

업무용PC에 영상장비를 설치하고 다자간 영상회의를 하는 시스템

(20) (구)고객의 소리

심사평가원은 홈페이지를 통하여 국민의 건강보험(의료급여) 제도 및 의료기관 이용과 요양급여에 관련된 궁금증 해소를 위하여 자주하는 질문, 사이버 상담, 민원상담 예약, 진료비

확인 요청 등 온라인으로 접수된 민원을 접수·배정·처리하여 민원인에게 피드백 하기 위해 구축된 시스템

(21) 보안포털시스템

보안에 관련된 정보와 자료를 볼 수 있는 시스템이며, 내부 IT자원을 인가된 범위 내에 사용할 수 있도록 서비스를 신청할 수 있음

(22) 급여정보분석

우리원 자료를 활용한 급여정보분석 시스템

(23) 분석심사시스템

가치기반 분석심사시스템 바로가기

(24) (구)성과관리

2019년 기관운영시스템으로 성과관리가 이관되기 이전의 BSC 및 MBO를 확인 할 수 있는 시스템

(25) 행정정보공개

정보공개 업무 일원화를 위한 행정안전부 행정정보공개포털(http://www.open.go.kr) 바로가기

3) OTHER SYSTEM(Link 서비스)

(1) 정보기술아키텍쳐(EA)

조직 전체 관점에서 정보화에 필요한 업무, 응용, 데이터, 정보기술 등 정보화 구성 요소 및 이들 간의 상호관계를 정립, 표준화하기 위한 기관의 정보화 종합설계도

(2) 자동차보험심사시스템

자동차보험 진료수가청구명세서에 대하여 각종 기재사항을 점검하고 전산심사와 전문심사를 거쳐서 최종 심사결과를 의료기관과 보험회사 등에 통보하는 일련의 업무를 처리하는 시스템

(3) 의약품관리종합정보센터

정확한 의약품 정보를 제공하여 국민의 안전을 지키기 위해 구축된 시스템

(4) 기록관리시스템

전자결재시스템에서 장기보존이 필요한 문서를 관리하는 솔루션

(5) 개인정보영향평가시스템(PIAS)

심사평가원의 개인정보를 보호하기 위한 정보보안 활동의 총괄적 관리를 위해 구축된 시스템

(6) ITSM시스템

IT서비스 및 유지보수를 효율적으로 운영·관리하기 위한 시스템

(7) 데이터품질관리

데이터 모델 및 표준, DB계정 및 권한 등을 관리하는 심사시스템

(8) 의약품모니터링시스템

전문의약품이나 일반의약품에 대한 공급추이 등 총괄적 통계관리

마. HIRA 표준 프레임워크 주요 기술요소

- 전자정부표준프레임워크 2.0기반, Spring 3.0.5.Release
- WAS: WEBLOGIC 10.3.2
- DBMS: ORACLE 11g
- J2SE: JDK 1.6.0_20
- Servlet: 2.5

바. 연계시스템 현황

1) 정부전자문서유통시스템

행정기관 및 공공기관 간의 전자문서를 유통하는 중계서비스

구분	송신	수신
중계서비스	심사평가원 ↔ 행정안전부 정부전자문서유통시스템 ↔ 행정·공공기관	
연계대상	전자결재시스템內 문서 원문·첨부파일	
연계주기	실시간	
연계방식	행정전자서명(GPKI) 및 중계모듈(표준 API)	

2) 원문정보공개시스템

「공공기관의 정보공개에 관한 법률」로 국민의 알권리 보장 등을 위해 정보공개포털을 통해 공개된 문서를 제공

가) 공개대상

심사평가원 생산 · 등록된 모든 문서 목록	원장, 감사, 상임이사 결재문서 중 공개 문서
[공개/부분공개/비공개 모두 포함]	• 공개문서: 문서제목, 기안문, 첨부파일 • 부분공개문서: 문서제목, 기안문

나) 원문정보 연계

구분	정보목록 연계	원문정보 실시간 연계
제공대상	심사평가원 → 행정안전부 정보공개시스템	
연계대상	전자결재시스템內 문서 목록	전자결재시스템內 문서 원문 · 첨부파일
연계주기	1일1회 제공	실시간
연계방식	대용량 연계 서버 활용 (행정전자서명 및 표준API 모듈)	웹(Web) 화면 제공 www.open.go.kr

3) 국민신문고

국민신문고에 통합운영 중인 민원시스템과 전자결재를 연계

구분	송신	수신
연계서비스	심사평가원 ↔ 행정안전부 정부전자문서유통시스템 ↔ 국민신문고	
연계대상	전자결재 ↔ 신문고 전자문서	
연계주기	실시간	
연계방식	행정전자서명(GPKI) 및 연계모듈(표준 API)	

4) 행정정보공개

행정안전부 행정정보공개포털과 전자결재시스템 간 연계

구분	송신	수신
연계서비스	심사평가원 ↔ 행정안전부 정부전자문서유통시스템 ↔ 행안부 정보공개시스템	
연계대상	전자결재 ↔ 정보공개 전자문서	
연계주기	실시간	
연계방식	행정전자서명(GPKI) 및 연계모듈(표준 API)	

5) 내부시스템

비즈넷(BizNet)시스템, 기관운영시스템, HIRA+(건강보험심사시스템), 평가시스템, OTHER SYSTEM 등 다양한 내부업무시스템과 연동

구분	전자결재 시스템	내부업무 시스템
처리내역	기안문작성→결재완료→결과리턴	문서작성→전자결재호출→결과확인
연계대상	전자결재 기안문서 상태 값 리턴	문서정보(XML, HTML, HWP 등)
연계주기	실시간	
연계방식	연동테이블 연계방식(공통모듈)	

3 기관운영 시스템

가. 개요

심사평가원 조직운영의 투명성 확보 및 효율적 관리를 지원하기 위하여 구축한 시스템으로 인사, 보수, 회계, 감사, 교육 등에 대한 정보와 지식을 체계적으로 관리하고 있다.

기관운영시스템은 각 단위업무별로 자료를 연계 처리할 수 있도록 구성하여 보다 정확하고 효과적으로 업무처리가 가능하다.

나. 법적근거

1) 설립 목적·조직·사업 등

심사평가원 정관

2) 감사

감사규정, 임원직무청렴계약운영규정

3) 인사

인사규정, 보수규정, 임금피크제 운영규정, 직제규정

4) 교육

교육운영세칙

5) 법무

소송 및 자문업무 처리지침

6) 회계

회계규정

7) 기관자원

직장민방위대운영규정, 사옥관리운영지침

8) 성과관리

「공공기관 운영에 관한 법률」 제 48조(경영실적평가), 공기업 · 준정부기관의 인사운영에 관한 지침 제 14조

다. 주요기능

1) 인사관리

인사기본, 인사발령, 근태관리, 근무평정, 채용관리, 직원 복리

2) 보수관리

보수기준, 월보수관리, 사회보험, 기타수당, 연말정산, 퇴직정산

3) 예산 · 회계 · 자산관리

예산, 재무회계, 지출 · 결산 · 세무 · 자금관리, 자산취득 · 운용, 계약관리

4) 감사관리

감사계획, 일상감사, 감사처분, 이의신청, 청렴신고, 상시모니터링

5) 성과관리

경영평가, 조직성과, 개인성과 지표 및 실적 관리

6) 교육관리

HIRA人키움, 역량진단, 최고위과정 관리

7) 법무관리

고발관련 통계, 법무질의 관리, 송무통계

8) 기관자원

사옥일반, 공용자원, 공고관리

그림4.4-17 기관운영 시스템 구성도



라. 세부기능

1) 인사 관리

임·직원의 인사 기록과 직제 정보를 기반으로 직원채용 및 발령, 인사, 근태, 근무평정, 직원복리 등을 관리한다.

가) 인사기본관리

개인별 인사기록을 관리하며 신규직원의 채용, 직원의 발령 및 승진, 포상, 인사 관련 증명서 신청·발급, 조직의 직제 정보 변경이력을 관리한다.

나) 근태관리

연가 및 휴직, 유연근무제와 선택근무제, 휴무 또는 복지성 근태(가정의 날) 등 개인 근태 관리, 시간외수당 등 특·근태 내역관리 등을 지원하며 월 보수 및 각종 수당, 출장비 지급과 관련하여 보수시스템과 연동한다.

다) 근무평정

직원 및 상근심사위원을 대상으로 근무평정의 기준정보 관리, 상급자평정 및 다면평정 수행, 평정과정에 따른 각종 통계정보를 서비스한다.

2) 보수 관리

보수 계산의 기준이 되는 조견표(호봉금액표, 직급금액표 등) 및 직원 급여와 관련한 인사기본 자료를 바탕으로 월 보수 및 각종 수당 산출, 사회보험처리, 대여금 및 학자보조금 등 복리후생 자료관리, 연말 및 퇴직정산자료를 산출하고 관리한다.

가) 복리신청

직원의 대여금과 학자보조금을 관리하고 가족수당과 같은 복지와 관련한 각종 수당을 신청·처리한다.

나) 4대 보험 관리

건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재내역 자료 산출·관리 및 관련기관에 자료를 제공한다.

다) 보수 계산

월 보수 및 상여금, 관리업무수당, 업무추진비, 시간외(휴일·야간근무 포함) 수당 등을 인사기본 자료와 연계하여 개인별 보수를 산정하며, 지급액은 은행별로 연계 처리되고 직원 개인에게 보수명세서 등의 자료를 제공한다.

라) 연말 및 퇴직정산

1년 동안 지급할 총지급액과 간이세액을 기준으로 각종 소득공제내역을 반영하여 과세표준

금액과 세금을 확정하는 연말정산작업과 세무서 신고 작업, 직원의 중간·퇴직정산 처리, 계정별 집계 처리내역을 회계시스템에 연계한다.

3) 예산·회계 관리

연도별 회계별 예산을 수립, 편성, 배정, 집행하는 예산관리 및 수입·지출 시 발생하는 전표처리와 장부관리, 분기 및 회기 말 결산작업, 세무서 신고 자료 생성 등의 재무회계관리와 각 부서별 관리운영비 및 보험급여지급 비용 등의 흐름을 관리하는 시스템이다.

가) 예산관리

심사평가원 예산을 연도별 사업회계별로 수립하고 각 부서별로 예산편성, 배정하여 집행하는 일련의 과정을 관리한다.

나) 재무회계

수입과 지출시 발생하는 전표처리를 근거로 원장을 생성 관리하며, 분기 및 회기 말 결산처리를 지원한다.

다) 자금관리

자금 배정 시 거래되는 보통예금계좌, 당좌예금계좌, 유가증권 및 현금 등에 관한 잔액관리와 예치자금을 관리하여 가용상태를 파악, 각 부서의 자금신청 및 배정에 대비하여 가장 효율적인 자금 운용 상태를 제공한다.

라) 자산관리

신규자산 및 기증품, 관리전환자산, 미 사용자산, 불용결정처분 관리 등 자산의 취득 및 폐기 내역을 관리하며 기 등록된 자산품목에 대한 자산의 변동사항 및 감가상각을 처리한다.

마) 세무관리

결의서 및 수입 지출처리에서 기 등록된 결의서 또는 전표의 부가세, 원천세 및 법인세를 처리하며 세무서에 제공할 각종 서식자료를 제공한다.

4) 감사 관리

가) 감사관리

연간 감사계획 및 일정관리, 정기 및 일상내부감사, 대외감사 등에 대한 수감결과를 관리한다.

나) 상시모니터링

예산, 계약, 회계, 계좌, 인사, 고객지원, 요양급여 비용심사, 근태관리, 보안집행에 대한 기준과 발생 사항을 관리한다.

다) 통계 및 기타조회

연도별 감사실적을 관리하고 각종 감사에 대한 데이터관리 및 조치이력에 관한 사항들을 관리한다.

라) 기준관리

감사관련 기록을 데이터화 할 수 있도록 기준정보를 등록하고 관리한다.

마) 수감부서

심사평가원 내부감사와 관련하여 자율점검, 종합 감사자료 제출, 조치이행결과를 등록하고 대외감사에 대한 수감일보를 등록하고 상시모니터링 할 수 있다.

바) 청렴신고센터

임직원의 행동강령위반 및 부정청탁, 금품수수 사항을 신고할 수 있으며 외부강의활동 사항을 등록·관리한다.

사) 청렴활동

청렴활동과 관련하여 청렴마일리지 및 실적을 관리한다.

아) 친인척 의료인업체 종사자관리

직원의 친인척 의료인 및 업체종사자 등이 근무하는 현황을 자율등록하고 부서별로 현황을 조회할 수 있도록 관리한다.

5) 성과 관리

기관의 경영평가와 내부성과평가(조직성과, 개인성과)를 통합 관리·운영하며 성과결과를 인사, 보수시스템과 연계한다.

가) 경영평가

기관의 대외 평가지표를 관리하고 지표실적을 등록한다.

나) 조직성과

조직의 내부 평가지표를 관리하고 지표실적을 등록한다.

다) 개인성과

개인의 내부 평가지표를 관리하고 지표실적 등록 및 코칭 관리 등을 운영한다.

6) 교육 관리

직원 및 외부인에 대한 교육관련 업무를 관리·운영한다.

가) 직원 교육 관리

직원별 멘토링 활동, 역량진단, 직무교육 및 타 기관 위탁교육 실적을 관리하고 그에 따른 각종 통계정보를 서비스한다.

나) 대·내외 교육 운영

대·내외 교육을 대상으로 추진일정과 내용, 정원, 설문항목 등 관련 사항을 관리한다. 직원이 외부강의나 회의에 참석한 내역(일시, 목적, 장소, 강의료 등)을 등록 관리한다.

※ 외부강의 또는 회의에 참석하고 비용을 받는 경우는 “외부강의·회의 신고 등록” 화면에서 반드시 신고하여야 함

7) 법무 관리

고발 내역관리 및 법무질의 관리, 송무 정보관리 등 법무관련 업무를 관리한다.

가) 고발관리

고발내역을 등록 조회하며 해당 연도별현황, 부당유형별 현황 등의 통계를 산출하고 출력한다.

나) 송무관리

사건등록 및 사건정보 조회, 개별사건에 대한 병합처리 등 송무 업무 서비스를 제공하며 사건별 내역, 소송내역 등의 통계를 산출하고 출력한다.

8) 사옥 관리

사옥의 일반사항, 부속장비, 사옥관리 용역업체 관리 등 사옥과 관련한 제반 사항 등을 관리한다.

가) 사옥일반

사옥관련 일반사항, 사진, 면적, 부속장비 등을 관리하며 사옥보수와 관련한 자재 입·출고내역 및 재고관리를 한다.

나) 공용자원

회의실, 교육장 예약신청, 차량 배차 예약, 통근·셔틀버스 예약 신청, 영상장비 및 장비대여 신청, 차량출입카드 관리, 우편물 접수 등의 메뉴로 구성되어 있다.

다) 공고관리

전자공고와 관련하여 공고일자, 공고방법 등을 등록관리 한다.

마. 주요 기술요소 (적용 소프트웨어 목록)

구분	제품명	기능 및 성능
WEB서버	WebTier 11g	• 기업에서 일반적으로 상용되는 웹서버의 기능을 제공 • 기업에서 상용되는 WAS와 연동 가능 • 클러스터링 지원
WAS서버	WebLogic 11g	• Java SE 6, Java EE 5 이상의 규약을 지원 • 기업용 상용 웹 서버, 현재 운영중인 턱시도와 연동 가능 • Java Web Service 관련 규약(확장포함) 지원 • 로드밸런싱, 클러스터링 기능 및 분산 트랜잭션 지원
DB	Oracle 11g R2 Oracle 19c	• Oracle single instance로 구성 ※ 현재 평가DB2 자원을 공동으로 사용
UI Platform	Xplatform 9	• 다양한 WindowOS(window98이상)환경에서 구동 • IE 및 FireFox 등 다양한 브라우저에서 작동될 수 있어야 하며 전용브라우저를 통한 서비스가 가능 • 표준프레임워크와 연계를 위한 Adaptor 제공.
Reporting Tool	Rexpert 3.0	• 다양한 OS 및 브라우저에서 작동 • WSDL/SOAP/XML을 기반으로 하는 Web Service지원기능을 제공 • 다양한 보고서 형태 및 출력/저장 옵션 제공

바. 주요 연계시스템 현황

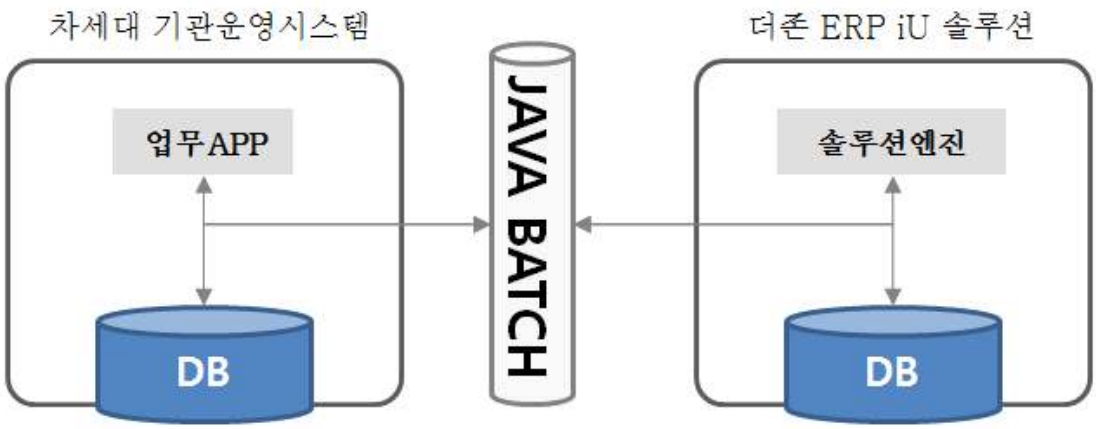
1) 주거래 은행과 정보 연계

- 연계시스템명: 하나은행(하나빅넷)
- 연계방식: EAI DBtoDB방식, 실시간 소켓 통신
- 연계정보

구분	인터페이스명	요청	응답
실시간	거래처휴폐업조회	회계	하나빅넷
실시간	예금주유효성체크	회계	하나빅넷
배치(DB)	수입관리입금내역연계	하나빅넷	회계
배치(DB)	신용카드승인내역	하나빅넷	회계
배치(DB)	신용카드청구내역	하나빅넷	회계
배치(DB)	신용카드매입정보연계	하나빅넷	회계
배치(DB)	자금이체내역연계	하나빅넷	회계
배치(DB)	지급내역	회계	하나빅넷
배치(DB)	개인법인카드기준정보	하나빅넷	회계
배치(DB)	전자세금계산서내역	하나빅넷	회계
배치(DB)	전자세금계산서품목 상세내역	하나빅넷	회계

2) 보수솔루션(더존ERP iU) 연계

JAVA배치 방식으로 연계



구분	인터페이스명	요청	응답
배치(JAVA)	부서정보	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	기초코드정보	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	직원정보	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	가족정보	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	인사발령정보	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	인사발령정보(상세)	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	근태정보(일단위)	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	근태정보(월단위)	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	복리지급정보	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	공제항목정보	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	직원징계정보	더존 ERP	기관운영
배치(JAVA)	직원자격증 정보	더존 ERP	기관운영

4 비즈넷(BizNet) 시스템

가. 개요

비즈넷시스템은 군소단위의 시스템들을 올려놓은 일종의 '플랫폼'이다. 비즈넷 내부에는 크게 내부업무지원 용도의 시스템들과 외부포털관리 기능의 업무화면들이 공존하고 있으며 작은 시스템 단위로 업무담당자와 사용자 그리고 전산직원이 협업하는 데 사용된다. 즉, 비즈넷은 내부업무 지원과 외부포털 관리 기능이 있는 플랫폼으로 직원들의 업무 효율화를 지원해 주고 있다.

나. 주요기능

1) 내부업무지원 기능

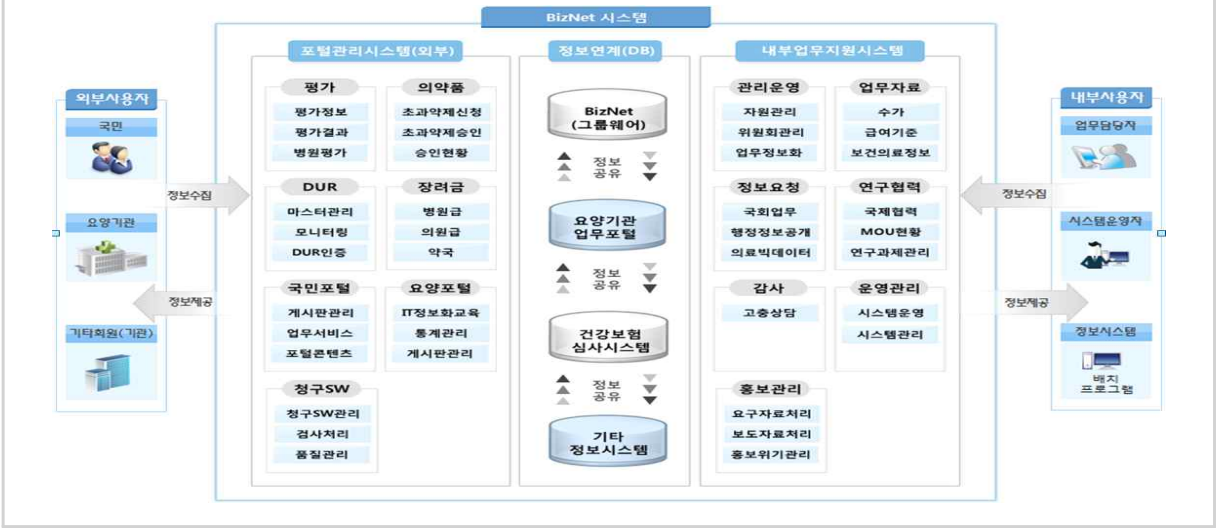
내부업무 가운데 '업무정보화관리시스템'은 비즈넷의 대표적인 시스템 중 하나로, 2014년부터 매년 5천 건 이상의 심사평가원 업무 정보화에 적극적으로 활용되었으며, 심사평가원의 업무가 다양해짐에 따라 매년 정보 요청 및 처리건수가 증가하고 있다. 뿐만 아니라, '행정정보공개시스템'은 구축 이후 정보공개에 대한 국민 민원 약 2만 3천 건을 해소하는 역할을 담당하였고, '국회업무처리시스템'은 대한민국 입법부와 정당 의원들의 요구자료를 약 2만 2천 건 (2020.11.기준)이상 처리하는 기능을 하였다.

2) 외부포털관리 역할

비즈넷에는 우리원 외부포털인 '대국민포털'과 '요양기관업무포털'의 업무를 처리하는 기능이 있다. 업무담당자가 비즈넷(인트라넷)을 통하여 각 포털의 콘텐츠 관리가 가능하다. 그 외에도 DUR이나 청구SW검사제 관련 업무를 처리하는 데 활용되고 있다. 이를 통해 비즈넷은 업무 편의성을 높임과 동시에 심사평가원의 접점인 다양한 고객들의 신청정보를 관리하는 시스템으로도 사용되고 있다. 또한 이번 2020년 코로나19에 대한 대응으로 개발한 '마스크중복구매확인시스템' 서비스 일부를 지원하고 있다.

3) 비즈넷 시스템구성도

그림4.4-18 비즈넷 시스템 구성도



다. 내부업무지원 세부기능

1) 업무정보화관리시스템



가) 업무흐름

(1) 요청서 작성

정보화를 요구(요청)하는 부서의 담당자가 작성하여 처리부서를 지정하고 결재를 득하면 처리부서로 요청서가 발신 된다.

(2) 요청서 접수

요청서를 수신한 처리부의 사전 협의자가 처리자로서 해당 요청서를 받는다.

(3) 계획서 작성

처리자는 개발처리유형[65] 및 개발일정 계획을 수립하여 기안한다.

(4) 개발 · 검증

처리자가 본인이 수립한 일정에 따라 개발처리유형 바탕의 분석, 설계, 개발, 검증, 적용 단계를 순차적으로 이행한다.

(5) 개발완료 통보

마지막 통보단계는 검증과 적용을 끝낸 후, 처리자가 개발완료임을 요구부서에 알리는 단계에 해당하며 통보 후 해당 건은 '개발완료'상태가 된다.

나) 주요변화

개발의 처리유형과 개선 - 2018년 9월을 기점으로 개발요청처리유형이 7유형에서→11유형으로 변경 및 개선되었다.

현행	개선 · 추가	비고
신규개발	현행 유지	신규 프로그램 개발 요청
기능오류		프로그램 오류발생 시 보완 요청
기능추가/변경		프로그램 기능 추가(서식, 코드 등 포함) /변경 등
권한신청	*권한/계정신청(변경)	서버, 교육계정, DB Update 등 관련 권한/계정 신청
자료요청	현행 유지	업무관련 자료(통계) 요청
모델변경		DB관련 모델 변경 요청
기타		기타 업무관련 정보화 요청
자체개선		부서별 자체개선 사항 관리
-	*자료처리(신규)	데이터 변경(CRUD) 업무 요청
-	*서버작업(신규)	업무(전산점검 등) 관련 서버작업 요청
-	*프레임워크(신규)	Hira 표준 Framework 관련 작업 요청

다) 개발처리유형별 주요 활용사례

(1) 기능추가/변경

정보화사업을 통해 시스템을 구축한 뒤에도 시간의 흐름에 따라 기능의 변화가 요구된다. 그에 따라 업무추진 부서들은 업무정보화를 통하여 기능의 추가, 변경에 대한 니즈를 피력하고 전산직들은 그것을 구체화하여 개선해오고 있다. 2019년 한 해 동안 기능추가/변경 유형은 약 1,320건이 처리되었다.

65 개발처리유형별로 진행단계의 필수 절차가 다르게 진행된다.

(2) 자료요청

계속해서 시스템 화면을 통해 원하는 자료를 추출하는 것은 통계 요구조건과 기준이 항시 고정되어 있을 경우에만 간단하다. 지속적으로 변화하는 요구조건으로 심사평가원의 업무를 수행하는 직종에서 직접 데이터를 추출하려는 시도를 업무정보화시스템의 '자료요청'이라는 유형으로 접수받고 있다. 대개 전산직 인력이 자료요청 조건에 따라 SQL을 활용해 2016년부터 매년 1천 건 이상의 자료를 작성해오고 있다.

(3) 자체개선

업무정보화 요청이 없어도 전산직들은 선제적으로 시스템의 문제를 해결하거나 고도화를 진행할 수 있다. 이럴 경우 '자체개발 확정[66]'과 다르게 개발처리유형을 '자체개선'으로 설정하고 업무정보화 개발 및 검증을 진행할 수 있다. 자체개선 유형은 매년 500건 이상을 처리되고 있다.

2) 행정정보공개시스템

가) 업무흐름



(1) 요청 · 접수

담당부서에서 국민포털과, 정보공개포털을 통해 요청받은 정보공개 민원내용을 확인하고 접수한다. 행정안전부 정보공개포털 DB와 심사평가원 행정정보공개 DB가 솔루션을 바탕으로 상호 연계되어 있다. 그 밖의 민원 건은 시스템 내부에서 '서면등록'을 통해 이루어진다.

(2) 처리

정보공개 여부와 공개 범위를 결정한다. 정보공개의 범위에는 ①전부공개, ②부분공개, ③비공개, ④정보부존재가 있으며 ②,③,④의 경우에는 그 사유를 입력하여 민원인에게 통지하게 되어있다. 이 때 발송되는 통지서를 '결정통지서'라고 하며 시스템내 기반SW 가운데 레포팅 툴인 Repert 3.0으로 관계된 통지문서들을 리포트로 출력하는 서비스를 제공 중이다.

66 '요청자=처리자' 상태에서 개발요청서 작성 시 발생하는 로직: 요청서를 작성단계에서 요청자가 처리자를 본인으로 설정하면 '자체개발 확정' 버튼이 표출되어 요청단계에서 별도의 로직이 수행된다.

(3) 종결

이첩, 취하, 내부종결, 일반종결 4가지 유형으로 종결을 설정한다. 이첩은 다른 기관으로의 민원이전과 전달을 의미한다.

(4) 이의신청

결정통지에 관하여 민원인은 이의신청이 가능하며 이의신청이 접수되면 같은 방식으로 민원처리가 이루어진다. TABLE에는 이의신청이 접수된 Row데이터를 상태 값만 변경 후 복제하여 적재하고 구분하고 있다.

나) 정보보호 노력

(1) 개인정보의 암호화

정보공개시스템은 정보에 대한 민원처리시스템인 만큼 주민등록번호를 포함하여 개인진료정보 등이 포함되어 있다. 현재 심사평가원 표준화 및 정보보안 지침에 따라 정보공개 테이블(TBGCE010)은 암호화 테이블로 관리되고 있으며 각 등록시점에서 주민번호 등을 '*' 처리하고 있다.

3) 국회업무처리시스템

가) 업무흐름

보건복지부와 보건복지위원회 소속정당 의원실에서 심사평가원의 정보·자료를 요구하며 우리직원들은 이를 접수받아 처리 후 제출하고 있다.

나) 활용사례

국정감사를 대비하여 의원실별로 다양한 요구자료를 접수받고 처리하여 첨부파일 형태로 정보화를 구현한다. 매년 있는 국감을 대비하는 데 첨부파일의 정보화는 업무 담당자들의 정보 접근성을 향상시킨다. 전임자들이 작성한 요구자료를 적극 활용하여 국감에 효과적으로 대응할 수 있음은 물론 담당자나 직제 변경이 있더라도 시스템을 통해 지난 국회업무자료 양식 등을 찾아 볼 수 있어 업무의 연속성도 확보한다.



4) 급여기준관리시스템

급여기준 개정과 관련한 개별안건의 처리절차를 관리한다. 한편으로 행위업무와 치료재료업무의 자료를 등록하여 관리하는 서비스도 함께 운영되고 있다.

5) 위원회관리시스템

전문평가위원과 급여평가위원을 선정하고 위원회를 구성 및 관리하는 시스템이다. 핵심은 '위원선정로직'이며 직전 선정 위원이 후순위로 밀리는 비복원 추출을 기본으로 공정한 위원 선정 서비스를 제공하고 있다.

6) 연구과제관리시스템

'연구과제'와 '위탁연구' 크게 두 종류의 심사평가원 연구 과업내용을 등록하고 관리하는 시스템으로 과제 관련 내용을 정보화 처리하고 변경이력 등을 확인한다.

7) 전문병원평가시스템

매년 의료질 조사를 통하여 전문병원을 평가하는데 사용되고 있다. 지정신청분야별로 기관과 환자조사표를 작성해 표출하고 이를 통하여 전문병원현황, 필수진료과목 등을 관리한다.

8) 그 외 시스템

청구소프트웨어 검사제 관리, 허가초과약제 관리, 보건의료 빅데이터 관리, 홍보관리, DUR관리 등

라. 외부포털관리 세부기능

1) 대국민포털시스템 콘텐츠 관리

공지사항·팝업 등 관리: 진료비, 의료정보, 제도정책, 국민참여, 정보공개 등의 주제영역별로 외부에 공개하고 전달할 내용을 국민포털 홈페이지에 게시하고 관리할 목적으로 200여 화면이 운영 및 사용되고 있다.

2) 요양기관업무포털시스템 게시판 관리

공지사항·팝업 등 관리: 업무안내, 의료기준관리, 정산관리, 모니터링, 정보화지원 등 요양

기관업무포털을 통하여 각 주제별 신청절차 및 업무결과에 대한 내용을 안내할 때 사용되는 업무화면들이 70여 본 있다.

3) 마스크중복구매확인 시스템 관리

화면 및 권한별 메뉴 관리: 요양기관업무포털에서 사용하는 공지사항, 마스크 중복구매 확인 Q&A, 마스크 중복구매확인 화면 등에 대한 메뉴를 관리하고 권한을 부여하는 기능을 가진 관리 화면이다.

마. 주요 기술요소

1) 개발환경

J2SE	JAVA	프레임워크	WAS	DBMS	UI Platform	Reporting Tool
JDK 1.6.0_20	JAVA EE 4이상	HIRA표준프레임워크 3.0.0 (전자정부표준프레임워크2.0)	WEB LOGIC 10.3.6	ORACLE 11g	Xplatform 9.2	Rexpert 3.0

2) 연계 현황

업무명	연계 시스템
행정정보공개	행정안전부 정보공개포털DB
보건의료빅데이터	보건의료빅데이터개방포털
업무포털관리	요양기관업무포털
대국민포털관리	대국민포털

3) 기반SW 현황

SW명	설명	단위	수량
easykeytect	키보드 보안	서버	1식
FSS	화면캡처방지	서버	1식
X-platform	UI플랫폼	서버*CORE	1식
Repert3.0	리포팅 툴	서버*CORE	1식
DEXTUploadNX	파일 업로드 및 다운로드	도메인	1식
DSFileCipher2	문서보안(DRM)	업무	2식
xKSignToolkit	통합로그인	업무	2식
PKI	웹구간암호화	업무	2식
BizWeaver	정보공개DB연계	업무	1식

5 모바일 그룹웨어 시스템(‘히라톡톡’)

가. 개요

심사평가원(본원) 원주이전에 따른 출장, 사무실 외 근무증가로 내부 행정업무 이용 불편 및 임직원 간 소통에 어려움이 발생하고 있어 모바일 등 최신 ICT를 활용하여 환경변화에 대응하고 시간과 공간에 제약 없는 내부 행정업무 서비스를 제공하여 업무생산성을 강화하고 부서 및 직원 간 실시간 소통체계를 마련하여 신속한 대응력을 확보하기 위해 모바일을 활용한 그룹웨어 시스템을 구축하여 제공하고 있다.

※ ‘히라톡톡’은 ‘손쉽게 스마트폰으로 심사평가원 시스템에 접속할 수 있다’라는 의미로 심사평가원을 지칭하는 약어 ‘HIRA’와 스마트폰을 가볍게 두드릴 때 나는 소리 ‘톡!톡!’이라는 의성어를 조합하여 만든 시스템 명칭임

1) 배경

- 업무협의, 출장, 장기휴직 등에 따른 모바일 오피스 환경요구 증가
- 모바일을 통한 직원 간 소통강화 및 업무처리 등 편의성 증진

2) 목적

- 임직원의 스마트폰을 활용하여 시간과 공간의 제약 없는 소통체계 마련
- 내부 행정업무 처리가 가능한 스마트 오피스 업무수행기반 마련

3) 그 간의 추진경과

- 2017년 대내·외 업무서비스 개선 정보화사업 內 ‘모바일 그룹웨어 구축’ 추진
- 모바일 그룹웨어 구축(’17.8.~12.)
- 모바일 그룹웨어 구축(’17.8.~11.), 모의운영 실시(’17.12.)
- 국가정보원 보안성 심의 의뢰 및 결과 적용(’18.1.~3.)
- 웹메일 연계, IOS(아이폰) 추가개발 및 통합테스트, 시범운영 실시(’18.3.~5.)
  - 사업기간: ’17.8. ~ ’18.6.(11개월)
- 모바일 그룹웨어 ‘히라톡톡’ 서비스 개시(’18.6.1.~)

나. 주요 기능

- 모바일 서비스를 활용한 직원 간 소통체계 마련
  - 메신저, 웹메일, 주요 게시판 열람 등
- 이동형 업무처리 및 편의기능 제공
  - 근태관리, 회의실관리, 배차신청, 조직도 조회 등

다. 세부 기능

1) 기능(서비스) 상세내용

그림4.4-19 히라톡톡 메뉴 구성



서비스항목	서비스 내용
메일	메일함 / 편지쓰기 / 편지 전달 / 편지 답장
게시판	게시판 목록 / 게시물 목록 / 게시판 상세내역 / 의견쓰기
조직도	조직도 / 부서목록 / 직원정보 / 전화걸기 / 1:1 메신저 / SMS
배차	배차정보 / 배차신청 / 배차신청 수정,삭제
통근·셔틀버스	수도권 통근버스 예약/원주시통근버스 예약 / 셔틀버스 예약
회의실	나의 예약정보 / 회의실 신청 / 공용자원정보
근태	나의 연가정보 / 근태정보 / 일일근태신청(연가,출장,휴무,교육)/특근태 신청
급여	급여명세서 / 연간급여명세서 / 연봉명세서
메신저	1:1대화, 1:N대화, 대화방관리, 조직도, 공지사항

2) 서비스 이용방법

가) 대상기종

안드로이드 및 IOS(아이폰)

나) 히라톡톡 앱 설치

- 심사평가원 자체 배포 서버를 구성 인터넷을 통해 직접 배포
- 안드로이드 및 IOS(아이폰) 별도 URL 제공

다) 보안모듈 설치

앱 사용 권한 허용, 백신, SSL-VPN 등 설치

라) 휴대전화번호 인증

휴대전화번호 인증 후 인증코드 요청, 인증 실시

마) 인증서 전송(PC ⇨ 스마트폰)

- 인증서 복사 프로그램 설치, 스마트폰으로 인증서 보내기
  ※ 스마트폰 제조회사, 기종(OS)별 자세한 설치사항은 사용자 매뉴얼 참조
- IOS(아이폰)은 별도로 SSL-VPN 사용하기 위해 공인인증서를 등록 (추가)

라. 주요 기술요소

1) 네트워크 구성방식

- 모바일 전용 DMZ를 분리하여 네트워크 보안 강화
  ※ DMZ: 인트라 네트워크의 구성 중에서 외부 인터넷망과 내부 인트라넷망의 사이에 위치하는 중간 지대를 지칭
- SSL-VPN 통신채널 제공, 통신정보 암호화

2) 데이터 처리방식

개인 스마트폰을 사용하여 업무시스템(WAS) 직접 접속 차단

3) 소프트웨어 적용방식

- 단말기 보안기능 별도 구현으로 사용자 편리성 대폭 향상
  - 화면캡처방지, 단말기 내 파일저장 차단 등
- 응용개발 영역 보안
  - 시큐어 코딩: 국내·외 주요 보안취약점 목록에 대해 소스코드 점검 실시
  - 웹 취약점 점검 및 모의해킹: 보안 취약점 진단 및 모의해킹 실시

4) 기반SW 세부현황

모바일 그룹웨어(1호기)

OS	
WEB	
WAS	
DBMS	
통합접근제어	서버보안
종합관제	서버로그수집
OS백업	서버백신
시스템 SW	
모바일백신	화면캡쳐방지
모바일인증서이동	모바일키보드보안
모바일메신저	암호인증/전자서명
앱위변조방지	이중화
응용 SW	

모바일 그룹웨어(2호기)

OS	
WEB	
WAS	
DBMS	
통합접근제어	서버보안
종합관제	서버로그수집
OS백업	서버백신
시스템 SW	
모바일백신	화면캡쳐방지
모바일인증서이동	모바일키보드보안
모바일메신저	암호인증/전자서명
앱위변조방지	이중화
응용 SW	

5) 서비스 개발방식

- 하이브리드 앱(App) 적용

※ 하이브리드 앱: 모바일 웹앱과 네이티브앱을 결합한 형태를 말하며, 모바일 웹앱의 단점을 해결하기 위해 네이티브 앱으로 모바일 웹앱을 포장하는 기술을 하이브리드 앱이라고 함

- (장점) 개발과 수정 등 유지보수가 용이하며 다수의 플랫폼에 적용 가능
- (단점) 네이티브 앱에 비해 동작속도가 다소 느림

마. 보안 사항

모바일 그룹웨어 '히라톡톡' 서비스는 국가정보원의 보안성 심의를 토대로 안전한 모바일 서비스 제공을 위한 보안대책을 수립하여 적용하고 있다.

1) 기술적 보안대책

- (콘텐츠 보안) 보안위험도가 낮은 단순 내부 행정업무서비스 구성
  - 주요 콘텐츠: 웹메일, 메신저, 조직도, 게시판, 배차, 근태관리 등 9종

- (보안SW 도입) SSL-VPN, 모바일키패드, PKI, 화면캡쳐방지 등 10종
- (응용개발 보안) 시큐어코딩 적용, 웹 취약점 점검 및 모의해킹 실시 등
- (기타 보안) 접속 및 사용자 관리, 단말기 분실대책 마련 등
  - (사용자) 심사평가원 내부직원으로 한정(용역직원 등 제외)
  - (접속) 직원용 공인인증서 사용, 인사정보에 등록된 핸드폰 번호와 일치하는 단말기만 접속 가능
  - (분실대책) 단말기 분실 시 해당 핸드폰 번호로의 접속 차단

2) 물리적 보안대책

시스템 설치장소는 본원 5층 ICT센터로 하며, 심사평가원 “정보보안 지침” 및 “정보전략 운영 지침”에 따라 관리·운영

3) 관리적 보안대책

- 시스템 구축에 대한 기술적, 물리적, 관리적 보안을 위해 관련 규정을 준수
  - 국가정보원「국가·공공기관 발주 용역사업 보안관리 요령」
  - 보건복지부「정보보안업무세부지침」
  - 심사평가원「보안업무운영세칙」,「정보보안지침」,「개인정보보호 처리지침」,「용역사업 수행 시 보안관리 가이드」

6 ICT 민원응대 자동화를 위한 상담 챗봇(Hi-Chat)

가. 개요

최근 5년간 신규직원 채용 증가, 직무와 사무환경의 다변화, 정보채널의 다양화, 내부 정보시스템의 빠른 변화 등으로 심사평가원 ICT 관련 내부민원이 증가하였다. 이에 인공지능 기반의 상담챗봇 시스템을 구축해 ICT 관련 내부민원 응대를 자동화하였다. 4차 산업혁명 시대를 이끄는 新 ICT 기술 도입으로 내부고객 만족도를 향상시키고 미래 업무활용방안 등 업무혁신의 기반을 마련하였다.

1) 배경

○ 최근 5년간 신규직원 채용 증가에 따른 내부 민원 급증

2015년 이후 신규직원 채용 추이

구분	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
직원수(신규)(명)	2,377(360)	2,529(280)	2,790(357)	3,261(373)	3,627(510)
신규직원 비율(%)	15.1%	11.1%	12.8%	11.4%	14.1%

○ 정보시스템의 빠른 변화로 내부직원의 민원 급증('18년도 12만건 집계)
- 사용환경(오류, 해결방법), 업무활용(담당자 안내, 매뉴얼) 등 문의 多 발생

2) 목적

인공지능(AI) 기반 기술을 접목한 상담챗봇서비스(히라챗봇, 이하 Hi-Chat) 구축을 통해 내부 민원에 신속하게 대응함으로써 고객서비스의 품질향상 추구

※ 챗봇(ChatBot)이란: 머신러닝, 자연어 처리, 빅데이터 등을 활용한 인공지능 기반의 데이터 학습 및 지식구축을 통해 질문자의 의도를 파악하여 최적의 답변을 대화형(Text)으로 응답해 주는 서비스

3) 추진경과

○ '18. 2.~12. 본원(원주) 전산직 대상으로 ICT 민원 약 12만여 건 음성데이터 확보
주요 ICT 정보시스템 매뉴얼 현행화 및 콘텐츠 확보(EA 등 7종)

○ '19. 1.~'19. 5. ICT 상담챗봇시스템 구축 및 시범운영

○ '19. 6. 3. 히라챗봇 서비스 개시

○ '20. 3. 유연근무 등 근태신청 및 통근버스 신청기능 서비스 실시

○ '20. 7. 반부패/청탁금지법 등 청렴문화 콘텐츠 59종 추가

○ '20.10. 안전, 계약, 인재개발, 도서관리 및 연구행정 업무 콘텐츠 182종 추가

나. 추진내용

1) 상담챗봇 구축을 위한 민원해결 프로세스 설계

구분	정보수집	사전처리	모니터링	분석・활용
내용	음성인식 기술인 STT(Speechto Text) 활용 및 매뉴얼 등 지식정보 수집	수집된 데이터를 지능정보기술을 활용하여 필요 데이터로 변환	데이터 정재 및 인공지능 알고리즘을 적용한 학습체계 구축	문의 파악 및 분류・분석, ICT 상담서비스 (챗봇)제공
적용 방안	음성인식・변환 등 지식 데이터 수집	텍스트 마이닝, 언어처리 등	모니터링 시스템 구축	지식데이터 및 챗봇 구축

2) ICT 민원내용 분석 및 지식화를 통한 내부고객 맞춤형 상담서비스 제공

- 민원내용의 특성과 사용자 의도를 파악하여 정확한 콘텐츠 구축
  - '18년 한 해 동안 축적된 음성자료 12만건, Q&A 562건 분석 및 지식화
    ※ STT(Speech To Text: 음성인식기술) 도입을 통한 민원내용 분석 수행
- 사용자의 의도를 분석하여 정적(학습된 상담) 및 동적(실시간 상담)을 혼용한 '하이브리드(Hybrid) 대화형 응답서비스' 제공

'하이브리드' 상담 구성	편리한 챗봇 플랫폼 구축	사용자 맞춤형 서비스 제공
• 정적(학습)상담: 즉답, 시나리오 등 • 동적(실시간)상담: DB조회, 통합검색 등 • 상담유형: ICT 사무환경, 행정업무지원, 일상대화 등	• 직원과 대화형 상담제공으로 편리성, 접근성 강화 • 대내 다양한 시스템에서 직접 접근 가능한 바로가기 서비스 구성 • 직원 간 소통 및 지식참여를 통한 활용성 강화	• 직원의 Needs 분석을 통한 질문/답변(Set) 개발 • 단순 안내가 아닌 업무처리서비스로 범위 확대 • 답변의 신속성, 정확성을 확보한 대화형 서비스 구성

다. 세부기능

1) Hi-Chat 서비스 개요

- 명칭: 히라챗봇(Hira-ChatBot, 약어: Hi-Chat, 하이챗)
- 의미: 심사평가원의 ICT 사무환경정보 등에 대한 사용자 질의를 분석해서 준비된 학습내용을 토대로 대화형 답변을 제공해 주는 상담시스템

2) Hi-Chat 캐릭터(히봇) 선정

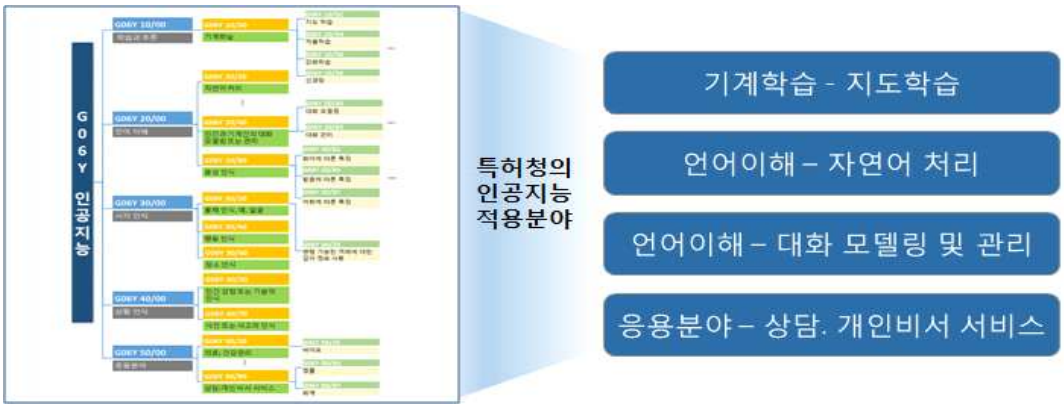
- 단순하고 곡선형태 처리로 직관성 있고 친숙함을 내포
- 심사평가원 CI를 포함하고 RoBot(로봇)의 이미지로 형상화

히봇(표준 캐릭터)	라봇(추가 캐릭터)
	

3) 인공지능(AI) 관련기술 적용 사항

기계학습(지도학습), 언어이해(자연어처리, 대화 등), 응용분야(상담, 개인비서 등)

그림4.4-20 특허청 인공지능(AI) 분야 분류표



4) 지식구축 현황(질의 범주)

- 답변 유형

답변 유형		지식 내용
학습된 상담	즉답	학습된 지식을 통한 답변 제공
	시나리오	즉답형과 연계하여 답변 제공
	재질의	되묻기를 통한 답변 제공
실시간 상담		우리원 DB를 연계하여 답변 제공
통합검색 연계		우리원 정보시스템의 지식을 검색하여 답변 제공

○ 학습된 상담 유형

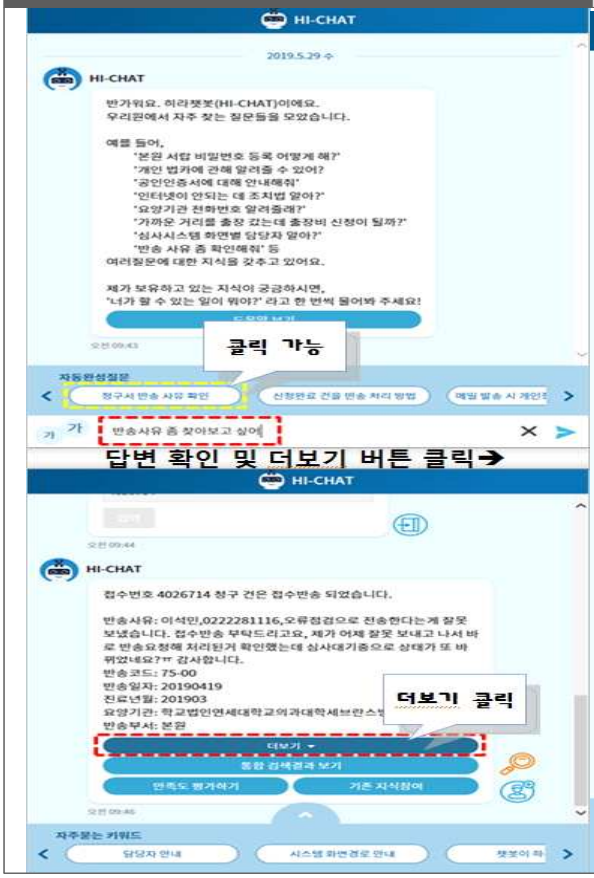
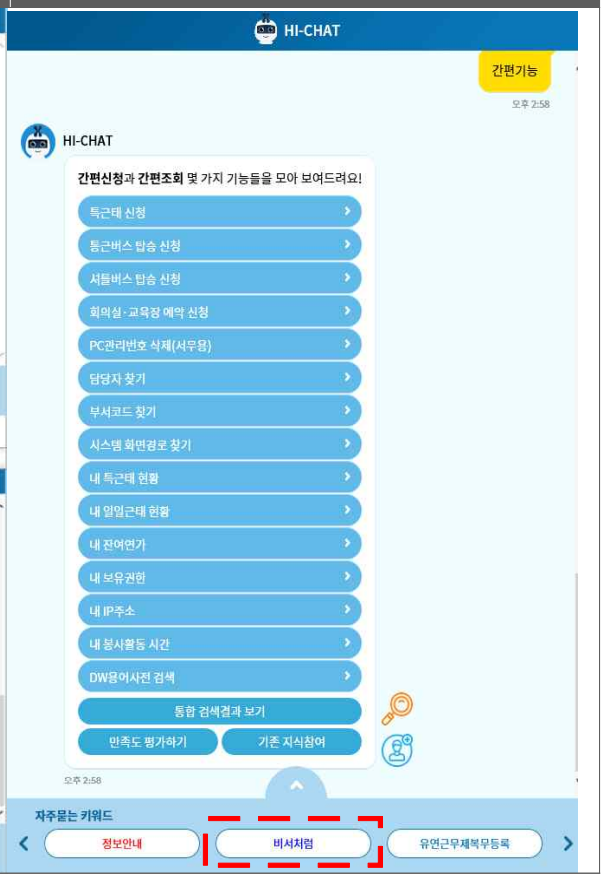
대분류	중분류	지식 내용(소분류)
ICT 사무환경	정보시스템	심사시스템(HIRA+), 평가시스템, 기관운영시스템, 비즈넷시스템, 권한관리시스템,요양기관업무 포털시스템, 요양기관현황관리시스템, DW, SAS, 메신저, 웹메일, 전자결재시스템, 시스템 오류(공통)
	PC	BIOS/CMOS, 속도 저하, 접속 불량, KVM 스위치, APrM, PC 반납, PC 전원, 모니터
	SW	SW 안내, 내PC 지키미, 알약, 공유폴더, PC자료전송, Excel, 한글(HWP), PDF, 윈도우
	공인인증서	안내, 발급/재발급, 갱신, 복사, 비밀번호, 저장위치
	네트워크	지니안, IP 신청, IP 충돌, 인터넷 연결, 사용자 인증
행정업무 지원	국내여비	실비정산, 개인형법인카드, 출장비 정산
	보수	시간외 수당, 가족수당/학자보조금, 급여계좌 변경
	출산·육아	기간 중 보수(예시), 출산 전·후 휴가급여, 육아휴직급여, 국민연금/건강보험 납입
	퇴직급여	퇴직금 지급, IRP 계좌 개설, 퇴직금 중간정산, 퇴직금 중간정산 가능사유
	반부패/청렴	청탁금지법, 부정청탁, 금품수수금지, 임직원 행동강령
	인사/교육	HIRA E-캠퍼스, 복무운영가이드, 이사비용 신청
	연구/도서	자체연구, 위탁연구, 연구보고서 공개위치, 도서관 이용 안내
	안전	안전방침 및 관련 정보, 근로자 건강증진 프로그램, 일반작업장 관리
	계약	계약공통, 사업수립~의뢰~체결, 제안서평가, 계약용어 검색
	기타	4대보험 요율, 휴직기간 4대보험료, 기록물 관련 사항, 현수막 규격 문의
일상대화	-	인사, 위로, 응원, 자기소개 등

5) 서비스 이용방법

○ 우리원 內 정보시스템 속에 '히라챗봇' 아이콘을 클릭 ⇨ Hi-Chat 실행

히라넷(사용 예: 우측하단)	BizNet(사용 예: 좌측 중간)
	

질문하기 / 답변내용 확인하기

Hi-Chat 사용가이드	비서처럼(간편신청 기능 모음)
	

도움말 사용하기

Hi-Chat 사용가이드	편리한 사용자 메뉴(오버랩 메뉴 8종)
	

○ 부가기능(8종) 알아보기

부가기능 8종	챗봇 도움말 모음
	

❶ (챗봇 도움말) 챗봇을 처음 사용하는 분들에게 사용방법을 안내
❷ (나의 참여지식) 사용자가 챗봇을 대신하여 직접 답변한 참여지식의 현황 제공
❸ (챗봇 지식랭킹) 사용자가 지식참여한 건수에 대한 순위 안내
❹ (담당자 찾기) 직종별 업무 담당자 조회(이름 또는 업무명으로 검색 가능)
❺ (Hi-CHAT Today) 일자별 사용자 질문현황을 Word Cloud로 안내
❻ (나의 챗봇 대화) 사용자와 챗봇 간 대화내용에 대한 이력 조회
❼ (지식 참여하기) 사용자가 미매칭된 질문에 대한 답변을 직접 등록하는 기능
❽ (음성파일 텍스트 변화) 녹취한 음성내용(파일)을 텍스트로 변환해 주는 기능

라. 시스템 구성도

1) 기반SW 구성현황

개발 서버

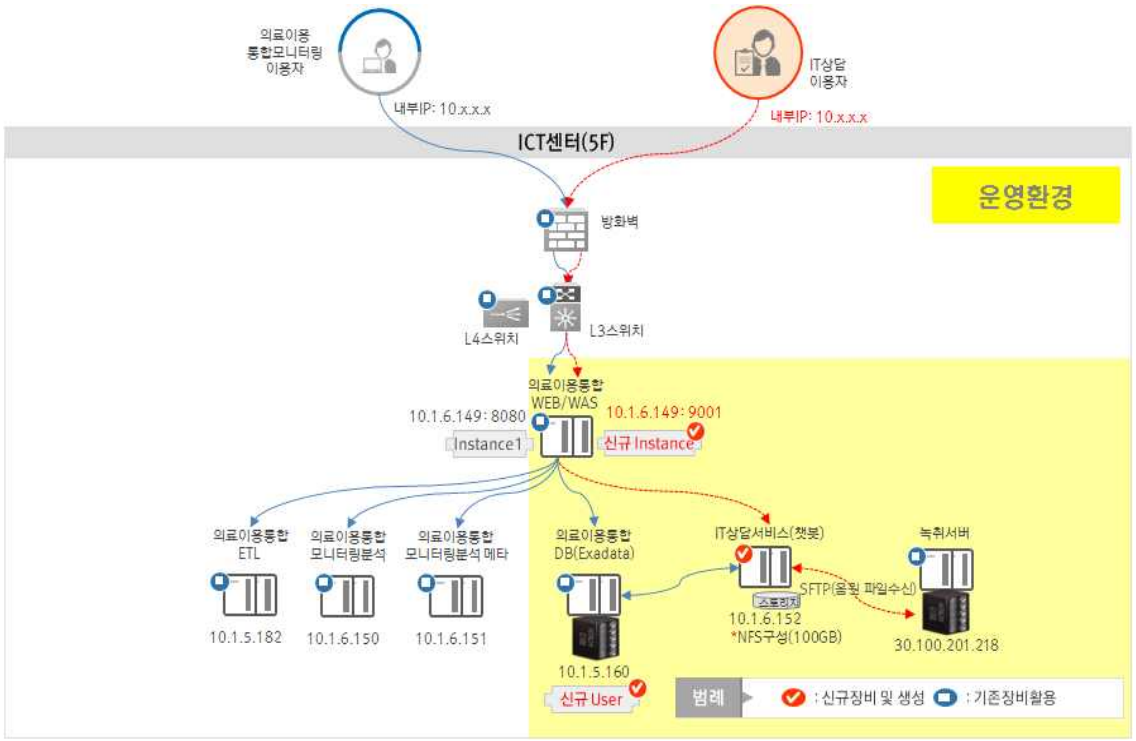
그룹웨어 개발서버	OS
	WEB
	WAS
DBMS(ExaData): DW OLAP 개발서버	
ICT 상담서비스(챗봇): 신규도입	
녹취서버(음성파일 수신 등)	

운영 서버

의료이용통합 운영서버	OS
	WEB
	WAS
DBMS(ExaData): 의료이용통합운영서버	
ICT 상담서비스(챗봇): 신규도입	
녹취서버(음성파일 수신 등)	

2) 운영환경 시스템 구성도

그림4.4-21 Hi-Chat 구성도



V 청구소프트웨어 검사

작성: 정보화지원부

1 개요

요양기관은 요양급여비용 청구 시 심사평가원에서 검사 받은 청구소프트웨어를 사용하여야 하며, 검사를 위하여 검사신청인(청구소프트웨어공급업체 또는 청구소프트웨어를 자체개발하여 사용하는 요양기관의 대표자)은 검사신청서와 제반검사에 필요한 자료를 심사평가원에 제출하여 요양급여비용 청구소프트웨어로 적정한지 여부를 검사 받아야 한다.

적정 소프트웨어로 결정이 된 경우에는 요양기관이 적정 소프트웨어를 선택할 수 있도록 심사평가원의 홈페이지를 통하여 관련 정보를 제공하고 있으며, 요양기관은 청구소프트웨어로 인한 청구오류 최소화로 청구업무의 안정을 도모할 수 있다.

▣ 청구소프트웨어 검사제는 올바른 진료비용 청구 질서를 조성하고 청구소프트웨어 품질향상을 도모하기 위해 시행함

2 법적근거

- 「국민건강보험법」 제63조제1항제7호(심사평가원 업무 등)
  - 그 밖에 보험급여 비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령으로 정하는 업무
- 「국민건강보험법 시행령」 제28조제1항제1호(심사평가원 업무)
  - 법 제47조에 따른 요양급여비용의 심사청구와 관련된 소프트웨어의 개발 · 공급 · 검사 등 전산 관리
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제22조제1항(정보통신망 등에 의한 통보)
  - 요양급여비용을 전산매체 또는 정보통신망으로 청구하는 경우 전산 관리에 관하여 보건복지부장관이 고시한 기준에 따라 적정하다고 결정된 소프트웨어를 사용하여야 한다.

- 「요양급여비용 심사청구소프트웨어 검사 등에 관한 기준」(보건복지부 고시)
- 심사평가원 「청구소프트웨어 검사운영규정」

3 검사업무

가. 검사의 대상 및 범위

1) 검사의 대상

「국민건강보험법」 제42조제1항의 각호에 따른 요양기관의 요양급여비용 심사청구소프트웨어, 자료처리에 관한 보안기능 및 의약품안전사용정보시스템 소프트웨어 등이다.

2) 검사의 범위

1. 데이터 송 · 수신 기능
2. 접수 및 심사결정, 진료비지급 관련 부문
3. 보완 · 추가청구, 자료의 백업기능
4. 진료내역 등 로그(LOG) 관련 데이터베이스의 시간 저장 기능
5. 의약품안전사용정보시스템 소프트웨어에 관한 기능
6. 보건복지부장관이 정한 청구방법 등에 관한 기능 및 데이터 부문
7. 자료처리에 관한 보안 기능

※ 한방 진료분야의 청구소프트웨어의 검사대상은 제5호(의약품안전사용정보시스템 소프트웨어 기능)가 포함되지 않으며, 자체개발 청구소프트웨어를 사용하는 요양기관의 청구소프트웨어 검사 범위 제5호와 제7호로 한정

나. 검사의 종류 및 신청

1) 신규검사

청구소프트웨어의 적정 여부를 최초로 검사받고자 하는 경우

2) 변경검사

요양급여비용 심사청구와 관련된 기준 등 고시의 개정으로 청구소프트웨어의 변경이 필요하여 다시 검사받고자 하는 경우

3) 재검사

재검사 통지를 받은 날부터 10일 이내 신청

4) 갱신검사

적정결정 유효기간의 만료가 도래하여 다시 검사받고자 하는 경우 유효기간 만료 30일 전까지 신청

다. 적정 청구소프트웨어에 대한 검사항목

청구소프트웨어 적정여부 결정을 위한 검사항목은 소프트웨어의 기능, 데이터, 의약품안전사용 정보시스템 소프트웨어 및 보안 부문으로 나누어지며 의료기관 및 약국에서 진료(조제) 받은 환자 내역에 대한 청구데이터의 송·수신 및 청구방법 등에 대해 적정여부를 확인하고 있다.

라. 검사심의위원회 운영

「요양급여비용 심사청구소프트웨어의 검사 등에 관한 기준」 제6조에 따라 청구소프트웨어의 적정 여부를 심의하기 위하여 심사평가원은 청구소프트웨어 검사심의위원회를 설치·운영하고 있다.

- 주요 심의사항
  - 검사범위 및 검사기준 설정에 관한 사항
  - 청구소프트웨어 검사결과의 적정성에 관한 사항
  - 이의신청에 따른 검사결과의 적정성에 관한 사항
  - 청구소프트웨어의 적정결정 취소에 관한 사항
  - 그 밖에 심사평가원장이 필요하다고 인정하는 사항
- 심의위원회 위원 구성(의약단체, 학계, 공익기관 등 15명이내의 위원으로 구성)
  - 의약5단체의 장이 추천하는 정보통신 관련분야 전문가 각 1명
  - 전문대학 이상의 학교에서 정보통신 관련 분야 부교수 이상으로 2년 이상 재직한 경력자 또는 관련 학계 추천 위원 6명 이내
  - 국민건강보험공단이사장이 추천하는 정보통신 관련 책임자 1명
  - 보건복지부 관계공무원 2명
  - 심사평가원의 직원 중 관련업무 담당부서장 1명

마. 검사절차 및 결과통보

청구소프트웨어 검사신청을 접수한 날부터 60일(고시변경 등에 따른 기존 청구소프트웨어의 변경검사인 경우 30일)이내에 적정성 여부를 결정하여 검사결과를 대표자에게 통지하고, 적정 청구소프트웨어로 결정된 경우 심사평가원 홈페이지에 공개 및 홍보하고 있다.

바. 이의신청

대표자는 심사평가원의 검사결과에 대해 이의가 있는 경우 그 검사결과 통보서를 받은 날부터 60일 이내에 이의신청서를 제출하고, 60일 이내에 검사심의위원회 심의를 거쳐 그 적정 여부를 결정하여 결과를 대표자에게 통지하고 있다.

사. 사후관리

1) 반송 할 수 있는 경우

- 신규검사 및 변경검사를 받지 않은 청구소프트웨어
- 신규검사 및 변경검사 결과 적정하지 않다고 결정된 청구소프트웨어
- 검사신청이 반려된 청구소프트웨어
- 적정결정이 취소된 청구소프트웨어

2) 공급업체 또는 요양기관에 현지 방문

적정결정 된 청구소프트웨어의 배포관리, 사용실태 및 개인정보보호를 위한 보안 등에 대하여 확인할 필요가 있는 경우에는 공급업체 또는 요양기관을 방문하여 이를 확인할 수 있으며, 이와 관련한 정기적인 계획을 수립하여 운영할 수 있다.

아. 적정결정 취소

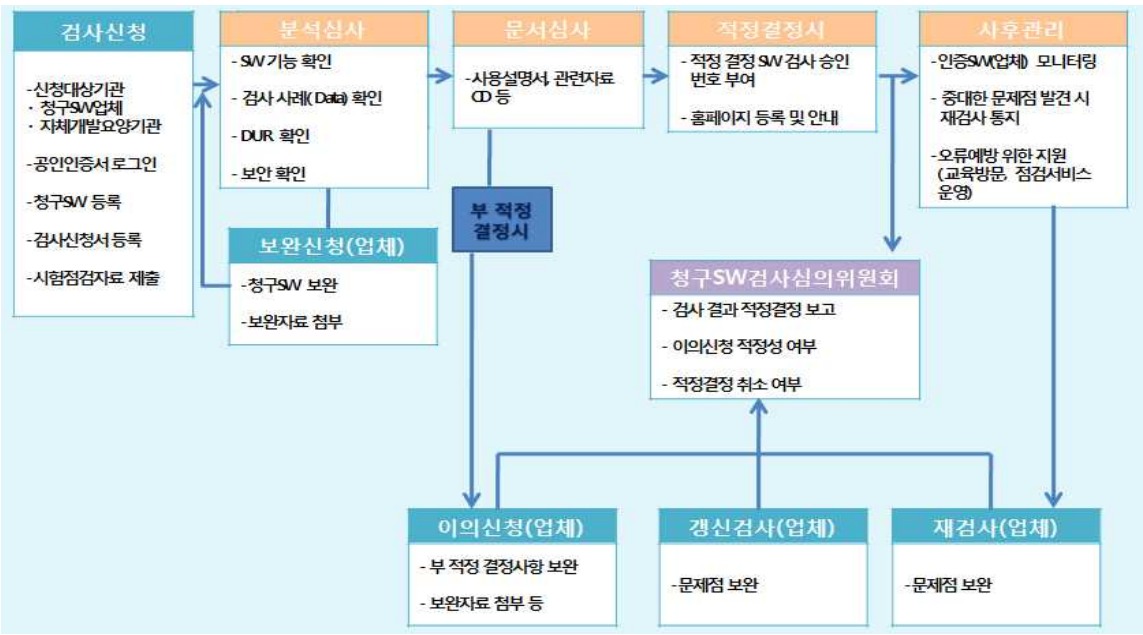
- 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 검사를 받은 경우
- 재검사 및 갱신검사를 받지 않은 경우
- 재검사 및 갱신검사 결과 적정하지 않다고 결정된 청구소프트웨어
- 보안검사 유효기간이 경과한 청구소프트웨어

4 업무 수행절차

가. 업무 프로세스

1) (청구소프트웨어 업체) 검사 신청하고자 하는 프로그램 기본 정보를 요양기관 업무포털서비스 청구소프트웨어 검사 인증제를 통하여 청구소프트웨어 등록
2) (청구소프트웨어 업체) 검사신청서, 개인정보수집안내 및 활용 동의·이행서약서 제출
3) (청구소프트웨어 업체) 관련 고시 목록 확인 후 공지사항에 게재된 사례 데이터 입력
4) (청구소프트웨어 업체) 검사신청 전 단계로 사전 점검하는 상시점검 실시(선택)
5) (청구소프트웨어 업체) 시험자료 제출 및 자가점검 실시
6) (심사평가원) 검사 신청 정보 확인 후 검사 업무담당자 배정
7) (심사평가원) 청구소프트웨어 기능확인 및 데이터(시험자료) 점검
8) (청구소프트웨어 업체) 프로그램 설치CD, 매뉴얼, 송신Log 제출
9) (심사평가원) 제출자료 확인 후 적정소프트웨어의 경우 결재 후 승인
10) (심사평가원) 검사승인번호 자동생성 부여하고 승인내역 홈페이지 게재
11) (청구소프트웨어 업체) 검사승인번호 기재하여 청구소프트웨어 배포
12) (심사평가원) 검사승인결과를 청구소프트웨어 검사심의위원회 보고

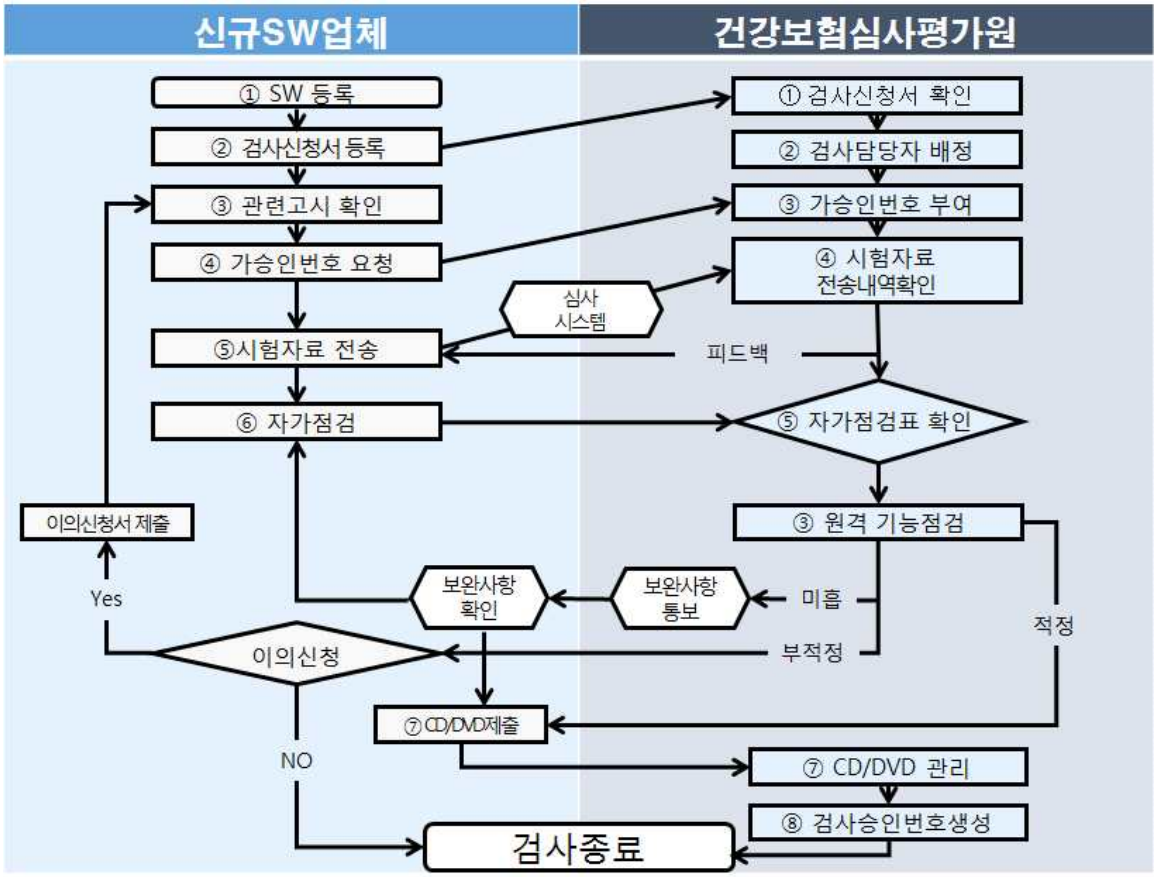
그림4.4-22 청구소프트웨어 검사 프로세스



나. 상세 업무 프로세스

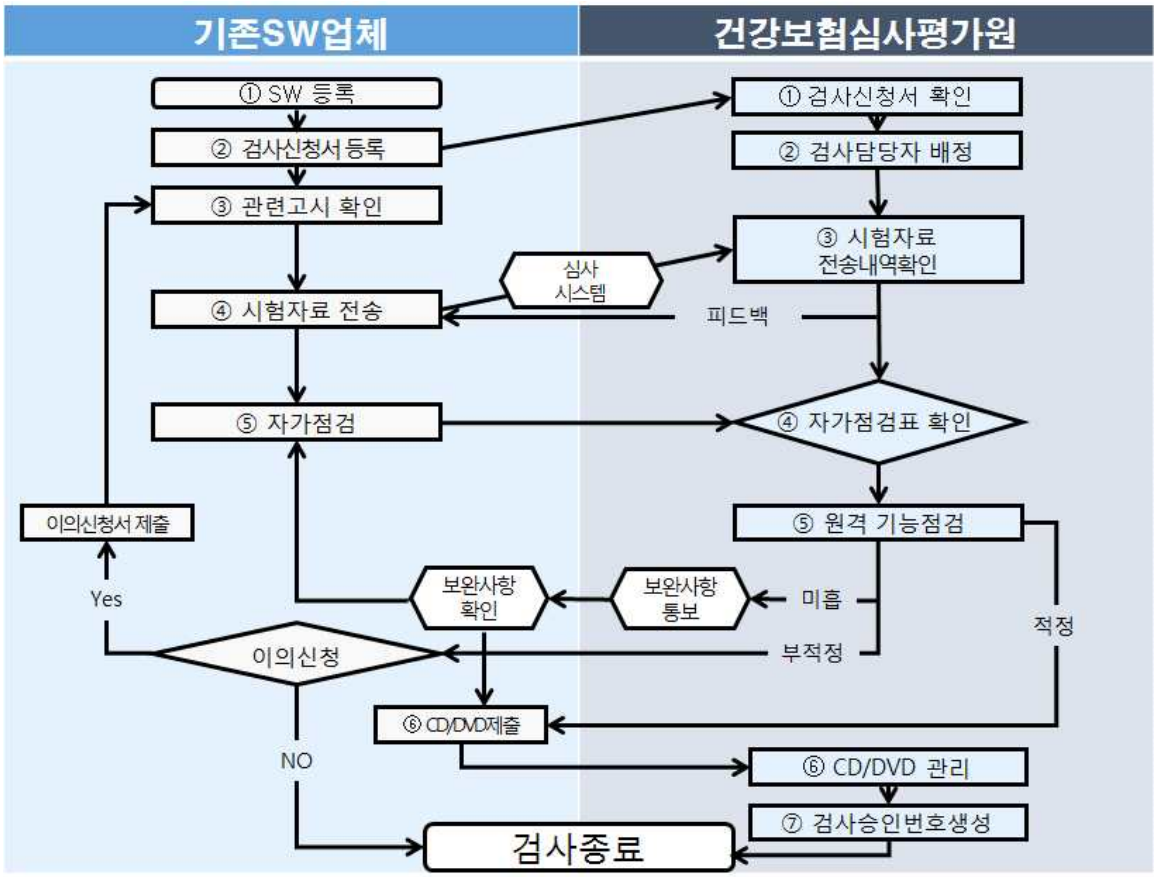
1) 신규 청구소프트웨어 검사 프로세스

그림4.4-23 신규 청구소프트웨어 검사 프로세스



2) 기존 청구소프트웨어 검사 프로세스(자체계발 요양기관 DUR 검사 포함)

그림4.4-24 기존 청구소프트웨어 검사 프로세스



DUR 검사의 경우 약제 안전성 점검에 따른 시험데이터를 DUR 인증서버에 직접 송신하며, 기능구현 여부를 자가 점검항목으로 제공한다.

5 검사제 시행 경과

- 2001년 「국민건강보험법 시행령」에 '청구소프트웨어 검사 등' 신설
- 2002년 4월 의원급이하 소프트웨어공급업자 임의신청 실시
- 2005년 6월 의원급이하 요양기관은 검사받은 소프트웨어만 사용 가능
- 2007년 4월 병원급이상 요양기관 확대 적용
- 2008년 4월 의약품안전사용서비스(DUR)기능 검사조항 추가
- 2010년 8월 청구소프트웨어 검사업무 프로세스 개선
- 2010년 10월 청구소프트웨어 검사의 범위설정 및 검사기준 개선
- 2012년 9월 청구소프트웨어 검사 관련 고시 개정 및 운영규정 제정
- 2014년 6월 청구소프트웨어 품질경영시스템(ISO9001) 인증
- 2018년 8월 개인정보안전성 확보 위한 보안 검사 추가

VI 의약분야 개인정보보호 자율규제

1 개요

가. 개념

의약분야 개인정보보호 자율규제는 전 국민 의료정보 유출 예방 및 개인정보보호를 목적으로 요양기관이 스스로 환자의 의료정보 관리 실태를 점검하고 보호조치를 할 수 있도록, 심사평가원과 의약단체가 협력하여 이를 촉진하고 지원하는 업무이다.

나. 현황 및 필요성

의료정보기술발달로 국민의료정보 관련 범죄위험이 증가하고 있으며, 매년 국민의료정보 유출 사고가 발생하고 있다. 대표적으로 2015년에는 진료정보 7억 건이 유출되는 사건이 있었으며, 의약분야 보안사고가 연평균 41%씩 증가[67]한다는 보고가 있기도 하다. 미국의 경우 개인정보유출 범죄 중 의약분야가 최대(2위인 금융서비스 분야의 2배)[68] 비중을 차지하며, 국민의료정보 거래 가치가 카드사 개인정보의 50배(10~1,000달러)[69]라고 한다.

그러나 이러한 국민의료정보 보호의 중요성에 비하여 요양기관의 개인정보보호 인식·지식·인력·예산은 상대적으로 낮은 수준이며, 현실적으로 정부가 전국 9만여 요양기관의 국민의료정보관리 실태를 일일이 점검 및 조치하기 어려운 한계가 있다. 「개인정보 보호법」 용어의 어려움, 의료현장의 특수성은 요양기관이나 정부의 이러한 활동을 더욱 어렵게 한다.

이에 심사평가원은 보건의료 전문 공공기관으로서의 사회적 책임을 인식하고 2014년부터 의약단체와 협력하여 요양기관의 체계적·지속적인 국민의료정보 보호 활동을 촉진 및 지원함으로써, 요양기관의 자발적인 안전관리 문화구축 및 보호수준 향상을 위해 노력해왔다.

67 보건복지부, "보건복지부 사이버안전 체계 확대·강화 계획", 제9회 병원 의료정보화 발전 포럼 발표 자료(2016. 11. 03.)와 MPIS 2017 발표 자료(삼성 SDS, 2017. 05. 18.)에서 재인용
68 한국인터넷진흥원, "해외 개인정보보호 동향 보고서(2018. 5.)"
69 삼성SDS, "머신러닝에 기반한 차세대 위협 감지/분석 기술(2018. 5. 18.)"

2 법적근거

- 「개인정보 보호법」 제13조 자율규제의 촉진 및 지원
- 행정안전부 고시 제2016-31호 「개인정보보호 자율규제단체 지정 등에 관한 규정」
- 행정안전부 공고 제2019-124호(2019.3.8.) 자율규제단체 전문기관 지정
  - (의약분야 개인정보보호 자율규제단체 전문기관) 심사평가원
  - (의약분야 개인정보보호 자율규제단체) 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한한방병원협회, 대한약사회
- 「개인정보 보호법」 개정(2020.8.5.)으로 행정안전부, 방송통신위원회, 금융위원회의 개인정보 보호 감독기능을 국무총리 산하 개인정보보호위원회로 일원화

3 주요경과

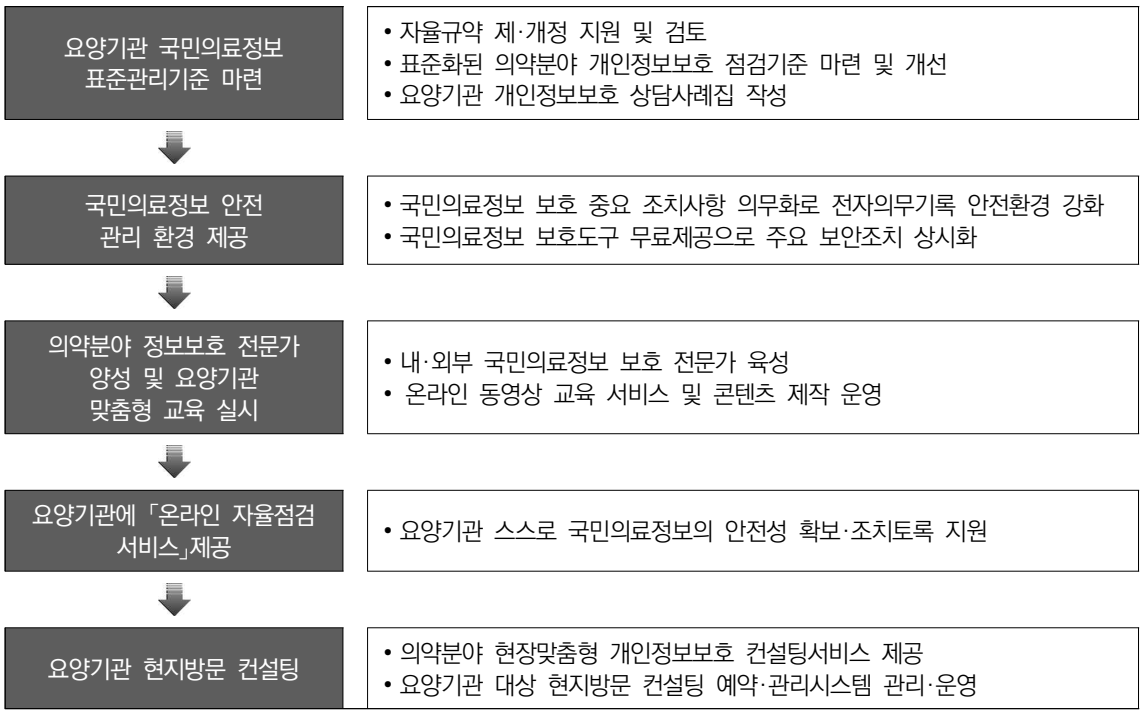
- 2014년
  - 자율점검지원 시스템 구축
  - 온라인 자율점검 시범 서비스 실시
- 2015년
  - 의약단체와 개인정보보호 자율점검 서비스 추진단 구성
  - 온라인 자율점검 서비스의 전 기관 확대 실시
  - 현장지원컨설팅 최초 제공(56기관)
- 2016년
  - 의료분야 맞춤형 점검기준 마련 및 내외부 담당자 교육
  - 온라인 자율점검 서비스 정비 및 실시
  - 현장지원 컨설팅 확대(92기관)
- 2017년
  - 의약분야 개인정보보호 전문기관으로 심사평가원 지정(행정안전부)
  - 단체별 자율규제규약 제정 및 동의절차 마련
  - 온라인 자율점검 서비스 및 현장지원 컨설팅 확대(118기관)
- 2018년
  - 전국순회 요양기관 설명회 및 상담사례집 배포
  - 내·외부 전문가육성 및 온라인 자율점검 서비스 정비·실시
  - 내·외부 협력체계 강화 및 현장지원 컨설팅 확대(150기관)
- 2019년
  - 내·외부 전문가육성 집합교육 확대 및 의약단체 연수과정 등 강사 지원
  - 요양기관 개인정보보호 상담사례집 및 표준가이드 제작·배포

- 현장방문 컨설팅 예약·관리시스템 및 온라인 동영상 교육시스템 구축·운영
- 내·외부 협력체계 강화 및 현장방문 컨설팅 확대(170기관)

○ 2020년
- 요양기관 개인정보보호 상담사례집 및 표준가이드 제작·배포
- 현장방문 컨설팅 예약·관리시스템 및 온라인 동영상 교육시스템 구축·운영
- 요양기관 개인정보보호 위험관리 예측시스템 구축·운영
- 내·외부 협력체계 강화 및 현장방문 컨설팅 확대(220기관)
- 요양기관 개인정보보호 사후관리 컨설팅 신규 실시(50기관)

4 주요 서비스

그림4.4-25 의약분야 개인정보보호 자율규제 주요 서비스 내용 및 흐름도



가. 요양기관 국민의료정보 표준관리기준 마련

요양기관이 정부에서 권장하는 개인정보보호 관리기준을 의료현장에 쉽게 적용할 수 있도록 각종 점검가이드 및 규약, 양식, 관리절차 등을 의약분야에 맞게 표준화 및 체계화하여 제공하는 서비스이다.

주로 자율규제단체 자율규약 제·개정 지원 및 검토, 의약분야 개인정보보호 점검항목 마련, 쉽게 풀어쓴 표준가이드 작성, 요양기관 상담사례집 제작 등을 하고 있다. 요양기관을 위한 개인정보보호 내부관리계획서, 개인정보 수집·동의서, 영상정보처리기기(CCTV) 관리대장 등 각종 서식 및 작성예시도 함께 만들어 제공하고 있다

요양기관은 심사평가원 요양기관업무포털(biz.hira.or.kr) 메뉴 '정보화지원' 〉 '개인정보보호 현장방문 컨설팅 서비스' 〉 '참고자료실'에서 이와 관련한 각종자료를 다운로드받아 활용할 수 있다.

나. 국민의료정보 안전 관리 환경 제공

심사평가원은 요양기관이 국민의료정보를 안전하게 관리할 수 있는 물리적 환경을 상시적으로 갖추도록 다양한 지원서비스를 지속적으로 발굴·제공하고 있다.

예를들어 개인고유식별정보 암호화 프로그램, 바이러스 진단 백신 프로그램 등의 국민의료정보 보호도구나, 요양기관 홈페이지 개인정보노출 상시진단 서비스를 요양기관에 무료로 제공한다.

최근에는 요양기관이 사용하는 청구소프트웨어에 개인정보 접근권한관리, 암호화, 접속기록관리 등의 국민의료정보 보호 안전성 조치 관련 주요 기능을 의무적으로 갖추도록 「요양급여비용 심사 청구소프트웨어 검사 등에 관한 기준」 고시를 개정·시행('18.8.1.)하면서 요양기관의 전자의무기록 안전환경을 강화하기도 했다.

다. 의약분야 정보보호 전문가 양성으로 요양기관 맞춤형 교육 실시

심사평가원은 의약분야 개인정보보호 자율규제 전문기관으로서 보다 나은 서비스를 제공하기 위해 내·외부의 국민의료정보 보호 전문가를 육성하고 있다. 매년, 심사평가원 내부의 본·지원 담당자와 자율규제단체의 중앙·지역 담당자에게 국민의료정보 보호 점검기준, 행정처분사례, 의료현장 적용가이드 등을 교육시키며, 관련 전문자격증을 획득하도록 지원하고 있다.

또한, 이들을 통하여 전국 요양기관 순회교육 및 현장지원컨설팅을 수행하면서 국민의료정보 보호의 중요성에 대한 인식제고 및 관리수준향상을 위해 지속적으로 노력하고 있다. 특히, 가능한 많은 요양기관이 참석할 수 있도록 진료 외 시간인 저녁이나 주말, 또는 의약단체 집합교육 등을 활용하여 요양기관 맞춤형 교육을 수행하고 있다.

교육을 이수한 요양기관은 심사평가원 '요양기관 업무포털(biz.hira.or.kr)〉정보화지원'의 개인정보보호 교육결과에서 확인증을 출력하여 「개인정보보호법」 제28조 제2항에 따른 교육을 증빙할 수 있다.

라. 요양기관에 온라인 자율점검 서비스 제공

온라인 자율점검 서비스는 요양기관이 의약분야 맞춤형 점검 기준 및 가이드에 따라 국민의료정보 관리실태 점검 및 보호조치를 직접 수행하며 편리하게 관리할 수 있도록 온라인으로 제공하는 서비스이다.

요양기관은 관할 자율규제단체의 안내에 따라 자율점검 기간에 해당 단체 사이트에 접속하여 자율규제규약에 동의하고 개인진료정보 보유현황 등을 입력한 후, 온라인 자율점검 서비스를 이용할 수 있다.

온라인 자율점검 서비스는 매년 일정한 기간 동안 제공하며, 개인정보보호위원회는 이를 완료한 요양기관에게 개인정보보호 실태조사와 관련하여 조사면제 또는 처분감경 등을 제공할 수 있다(개인정보보호위원회 정책에 따름).

마. 요양기관 현장방문 컨설팅 제공

요양기관 맞춤형 방문컨설팅은 심사평가원과 자율규제단체가 한 팀으로 요양기관을 방문하여 실질적인 개인진료정보 관리현황을 점검하고 보호조치 방법을 맞춤형으로 가이드하는 컨설팅 서비스이다.

요양기관 현장방문 컨설팅은 심사평가원과 자율규제단체가 한 팀으로 요양기관을 방문하여 개인진료정보 관리현황을 확인하고, 실질적인 보호조치 방법을 맞춤형으로 가이드하는 서비스이다.

요양기관은 동 서비스를 통하여 개인정보보호위원회 실태조사의 점검기준을 기반으로 개인정보보호 관리실태를 의료현장에 적합하게 객관적으로 점검받고 맞춤형 컨설팅 결과에 따라 보다 실질적인 안전성 확보조치를 할 수 있다.

심사평가원은 매년 자율규제단체와 함께 고령자 운영 요양기관, 자율점검 취약기관 등 현장 개선을 필요로하는 기관의 지정과 요양기관 자체 신청을 받아 대상을 선정하고 있다.

아울러, '20년부터 기 현지방문 컨설팅 실시 요양기관을 대상으로 사후관리 컨설팅을 실시하여 지속적인 관리기전 마련을 위해 노력하고 있다.

바. 기타 서비스

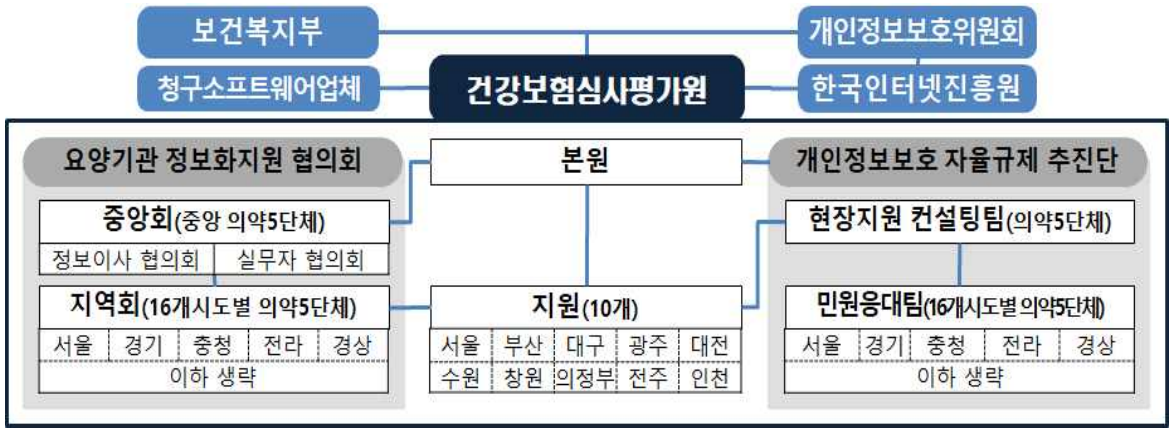
그 밖에도 심사평가원은 요양기관의 국민의료정보 보호 관련 인식제고 및 관리수준 제고를 위해 자율규제단체와 공동으로 상담사례집 제작, 보도자료 배포, 문자전송, 리플렛 제작, 정기간행물 기고 등 다양한 서비스를 기획·제공하고 있다.

5 추진 체계

심사평가원은 의약분야 개인정보보호 자율규제 업무의 실효성 제고를 위해 의약단체와 협력하여 '자율규제 추진단'을 운영하고 있다. 동 추진단은 심사평가원 본·지원 및 의약단체 실무자로 구성되어 요양기관 맞춤형 방문컨설팅 및 자율점검 관련 민원응대 등을 수행하고 있다.

그 밖에도, 보건복지부, 개인정보보호위원회, 한국인터넷진흥원, 청구소프트웨어업체 등 관련 기관과의 긴밀한 소통·협력을 통해 개인정보보호 정부정책 확산 및 안착을 위해 꾸준히 노력하고 있다.

그림4.4-26 의약분야 개인정보보호 자율규제 추진체계



6 기대 효과

심사평가원은 의약분야 개인정보보호 자율규제 전문기관으로서 자율규제단체 및 유관기관과 다양한 상생협력활동을 수행함으로써,

- 요양기관의 국민의료정보 보호 관리수준을 실질적으로 향상시키고,
- 국민의 진료정보 유출위험을 감소 및 관련 범죄를 예방하며,
- 정부의 개인정보보호 정책을 성공적으로 확산·정착시키는 등

심사평가원의 사회적 가치를 제고한다.

Ⅶ 정보자원 운영

작성: 정보자원부

1 개요

가. 정보자원 운영이란

조직 목표를 달성하기 위하여 정보 그 자체와 정보를 다루는 정보시스템을 운영하는 활동이며, 정보 및 정보시스템을 안전하게 관리하기 위한 ICT센터 및 재해복구센터 관리를 포함한다.

나. 정보자원 운영 현황

그림4.4-27 건강보험심사평가원 정보자원 운영 현황



2 정보 운영

가. 주요 보유정보 현황

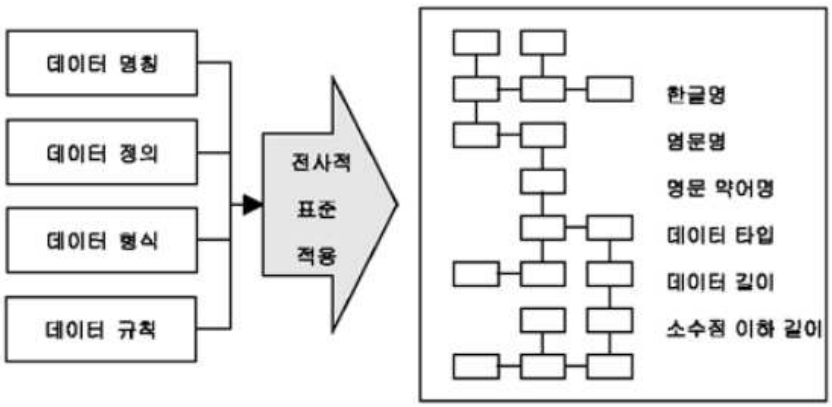
정보시스템명	보유 정보현황
진료비청구포털	전자청구문서 송·수신 목록, 심사결정 통보문서 목록
요양기관업무포털	요양기관 관련 정보(환자평가표, 전자청구신청, 치료재료 및 약가신고내역)
심사위원업무포털	심사일정, 심사위원 심사의뢰지, 심사결정문, 심사기준, 심사알림게시판
긴급재난대응포털	마스크입고, 마스크판매, 마스크중복구매확인
심사평가정보 제출시스템	심사참고(영상자료) 수신내역, 진료의뢰회송(진료내역) 정보
E-평가자료제출 시스템	평가조사표, 평가정보
보건의료자원통합신고포털	시·군·구, 지자체 인력·변동, 장비 신고내역, 폐업신고 정보
의약품관리종합정보 시스템	RFID 태그정보, 의약품 공급내역
심사시스템(HIRA+)	청구명세서, 심사 조정·결정, 이의신청, 심판 청구, 요양기관 현황
평가시스템	평가계획, 기준 및 결과, 조사표
자동차보험 심사시스템	자동차보험 청구명세서, 심사조정·결정 내역, 이의제기(사후)
의약품안전사용서비스(DUR)	조제내역 점검(개인투약이력, 안전성의약품, 특이질병, 만성질환 의약품 정보)
청구오류 사전점검	청구명세서, 점검 결과
보건의료통합DW	청구심사명세서 결정내역, DUR 점검 내역
급여정보분석시스템	급여 지출내역, 비용지출 분석 정보
분석심사시스템	요양기관별·주제별 분석 정보, 중재가 필요한 요양기관 선별정보
지식기반 심사시스템	진료내역·요양기관 등 관정별 분석 데이터
통계분석 시스템	평가분석, 환자분류체계분석, 전문심사분류분석, 연구과제별 가공된 분석 데이터
부당청구감지 시스템	부당 청구 감지 데이터
보건의료빅데이터개방시스템	OpenAPI 정보, 공공데이터 신청·의료통계 정보
국민포털	국민 정보공개(요양기관 평가결과, 질병공개, 비급여 신고정보)
비즈넷 시스템	검색도우미 다있소, 메모보고, 문자메시지, 업무정보화, 공공저작물
모바일그룹웨어	히라톡톡(게시판, 조직도, 회의실 예약 등)

나. 정보(데이터) 표준화

1) 개요

데이터 표준화는 시스템별로 산재해 있는 데이터 정보 요소에 대한 명칭, 정의, 형식, 규칙에 대한 원칙을 수립하여 이를 전사적으로 적용하는 것을 의미한다. 이러한 데이터 표준화 작업은 사용하는 용어의 의미와 형식에 규칙을 정해 의사소통의 혼란을 방지하고, 데이터의 정합성과 일관성을 유지하여 고품질의 데이터를 확보하는데 있다.

그림4.4-28 데이터 표준화의 의미



2) 목적

가) 명칭의 통일로 명확한 의사소통 가능

동일한 데이터에 동일한 명칭을 사용하여 다양한 계층 간에 명확하고 신속한 의사소통이 가능

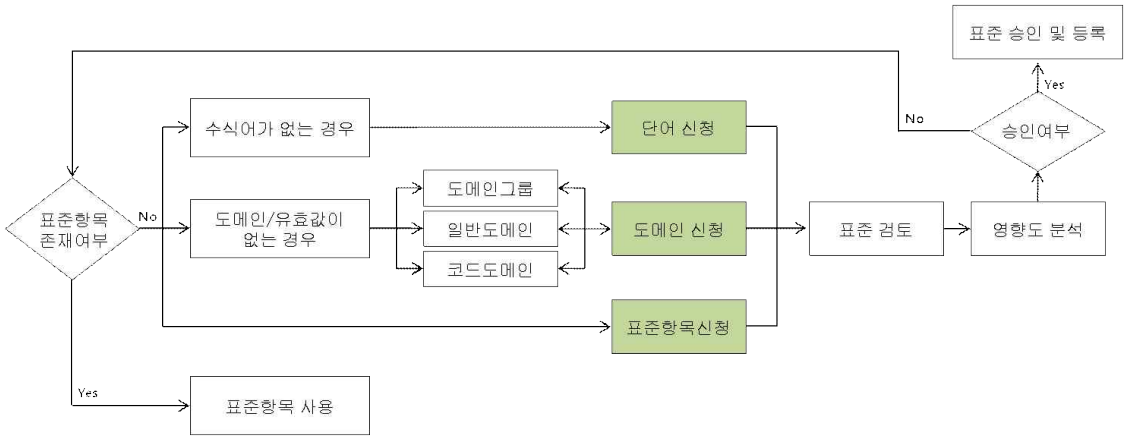
나) 필요한 데이터의 소재 파악 용이

새로운 정보 요건 발생 시 표준화된 데이터를 사용함으로써 데이터의 의미, 위치 등을 신속하게 파악하여 정보 활용자에게 원하는 시기에 정확한 정보를 전달

3) 표준화 절차

표준항목이 존재하는지 확인하여 존재할 경우 표준항목을 사용한다. 표준항목이 존재하지 않는 경우 수식어가 없다면 단어를 생성하고, 도메인이 없다면 도메인을 생성한다. 도메인은 타입이 다를 경우도 신규로 생성한다. 도메인이 존재하지만 유효값을 추가해야 할 경우(코드 도메인) 유효값을 생성한다.

그림4.4-29 데이터 표준화 절차



다. 정보(데이터) 품질관리

1) 개요

데이터 품질관리란 데이터의 최신성, 정확성, 상호연계성 등 데이터의 품질을 확보하기 위한 지속적인 데이터 관리 및 개선 활동을 말한다. 이는 정보시스템의 규모가 확대되고 복잡도가 증가함에 따라 발생되는 오류데이터, 저품질 데이터를 측정하고 통제를 통한 데이터의 일관성을 유지하여 실질적인 데이터로 활용하는데 있다.

2) 목적

가) 일관된 데이터 형식 및 규칙 적용으로 데이터 품질 향상

데이터 형식 및 규칙을 데이터 표준에 맞게 적용함으로써 데이터의 입력 오류 방지로 데이터 품질을 향상시킬 수 있고, 데이터 활용 시 표준에 근거한 활용으로 의사결정의 오류를 줄임

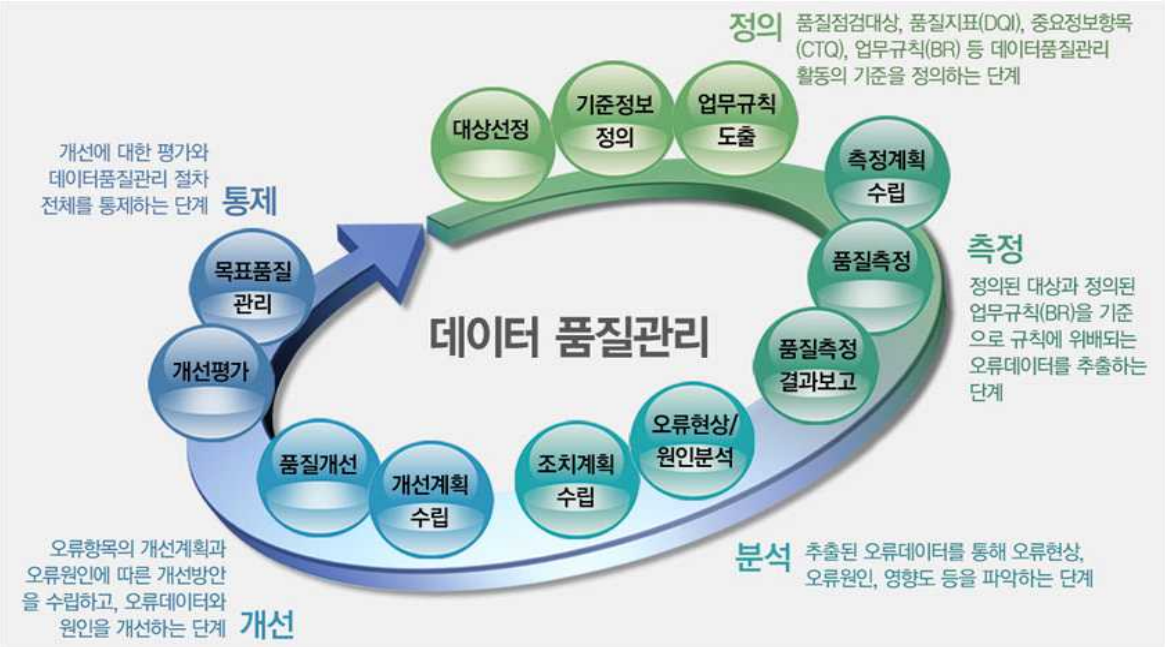
나) 정보시스템 간 데이터 인터페이스 시 데이터 변환, 정제 비용 감소

데이터 통합 프로젝트나 개별 시스템에서 다른 시스템의 데이터가 필요한 경우 별도의 변환이나 정제 작업을 수행하지 않으므로 처리 비용 절감

3) 품질관리 절차

- 데이터 품질관리는 정의, 측정, 분석, 개선, 통제로 그 역할을 나눌 수 있다.

그림4.4-30 데이터 품질관리 활동 순환 모형



3 정보시스템 운영

가. 서버

1) 개요

서버(Server)란 조직의 응용 업무 요구사항을 구현하기 위한 기반이 되는 물리적인 시스템 자원을 말한다.

2) 운영관리

서버운영관리는 사전예방, 성능관리, 보안관리 등의 업무를 수행하고 있다.

가) 사전예방

정보시스템의 안정적 운영을 위하여 장애 여부를 관찰, 진단, 보고, 제어, 처리한다. 장애의 근본원인을 사전에 차단하기 위해 발생 통계를 분석하고, 지속적 관리를 통하여 예방 활동을 진행한다.

나) 성능관리

빠른 시간 내에 사용자의 요청을 성공적으로 처리할 수 있도록 시스템 유지, 관리 및 개선하는 활동을 진행한다. 현재의 구성으로 서버 성능을 향상시킬 수 있는 방안을 모색하고, 시스템 자원을 추가해야 하는 부분을 파악한다.

다) 보안관리

정보자산에 대한 정보보호활동 및 절차를 체계적으로 수행하여 기밀성, 무결성, 가용성을 확보한다. 내·외부의 무단사용자에 의한 데이터의 불법 유출, 파괴, 변경되는 것으로부터 안전하게 보호한다.

3) 정기 안전점검

시스템의 잠재적 위험요소를 제거하고, 운영 능력과 가용성 향상을 위하여 정기 안전점검을 실시한다.

가) 점검시기

격월 3주 토요일-일요일
(서버: 연 6회 / 가상화시스템: 연 1회 / 네트워크: 연 1회 실시)

나) 점검대상

UNIX서버 시스템, 블레이트 서버, 통합DW/의약품관리종합정보 Exadata, 지식기반 HANA 등

나. DBMS

1) 개요

DBMS (Data Base Management System)는 조직의 응용 업무에 공동으로 사용하기 위하여 필요한 데이터들을 저장, 데이터와 데이터간의 관계를 정의하여 목적에 맞도록 운영하며, 중복 없는 데이터의 집합을 유지하는 것을 말한다.

2) 운영관리

DBMS 운영관리는 자료정비, 계정관리, 보안관리 등의 업무를 수행하고 있다.

가) 자료정비

DBMS의 사전 장애 예방과 안정적 운영을 위해 Oracle Process 점검 및 모니터링, 가용 공간 확보를 위해 매월 자료정비(Data Reorganization)를 실시한다.

나) 계정관리

DBMS 보안 접근 허용을 위해 계정 관리를 하고 있으며, 각 계정의 권한 요청 및 부여는 표준화 시스템을 통해 처리한다.

다) 보안관리

DBMS 정보의 기밀성, 무결성, 가용성 확보 및 정보의 불법 유출, 파괴, 변경 방지를 위해 접근제어 정책설정 반영과 접근내역 로그를 분석한다.

다. 네트워크

1) 개요

네트워크는 1대 이상의 단말기를 연결하여 근거리나 원거리 통신을 제공하고 서로 연결된 요소들 간의 데이터 등을 전송하는 것을 뜻한다. 이와 관련된 전송매체(라우터(Router), 스위치 등)를 관리 및 운영하여 사용자가 원하는 매체와 데이터를 원활하게 교환하도록 한다.

2) 운영관리

네트워크운영관리는 서비스관리, 점검관리, 성능분석 등의 업무를 수행하고 있다.

가) 서비스관리

네트워크 자원의 가용성, 안정성, 효율성, 확장성, 보안을 고려하여 네트워크를 구축, 관리·운영함으로써 안정적인 서비스를 제공한다.

나) 점검관리

각 전용회선, 장비별 트래픽(Traffic)량, 상태 및 용량을 일일 점검하고 매월 네트워크 장비의 상태점검과 용량분석 등을 실시한다.

다) 성능분석

네트워크 장비의 성능을 측정·관리하여 지속적으로 개선한다.

라. WEB/WAS

1) 개요

WEB/WAS는 심사평가원에서 제공하는 여러 WEB Application 형태의 업무 서비스를 일반 국민, 요양기관, 제약회사, 의료기기업체, 내부 직원들에게 안정적으로 제공하는 것을 말한다.

그림4.4-31 WEB/WAS 업무절차 구조도



가) End User

WEB으로 된 서비스를 통해 여러 가지 업무를 수행하는 실사용자이다.(일반 국민, 요양기관, 제약회사, 의료기기업체, 내부 직원)

나) Web Server

사용자의 요청을 받아 정적 콘텐츠(사진, Text 등)를 제공한다.

다) WAS

Web Server과 Database 사이에서 동적 콘텐츠(Data의 조회/수정)를 처리하고, 요청을 분산 처리하여 안정적인 서비스를 제공한다.

라) Database

실제 처리할 Data가 모여 있는 저장소이다.

2) 운영관리

WEB/WAS운영관리는 모니터링, 사전예방, 장애처리 등을 하고 있다.

가) 모니터링

APM(Application Performance Management) 프로그램을 통해 모니터링을 수행한다. APM 프로그램은 제니퍼, 매그넷 등이 있다.

나) 사전예방

WEB/WAS 위험 관리는 메모리 과점유로 인한 메모리 부족 예방, 서비스 응답 지연 최소화 등 웹서비스의 안정적 제공을 위한 활동을 한다.

다) 장애처리

장애 발생 시에는 제니퍼 모니터링, 쓰레드 덤프 분석, 로그 분석 등을 통해 빠른 시간 내에 장애 처리될 수 있도록 한다.

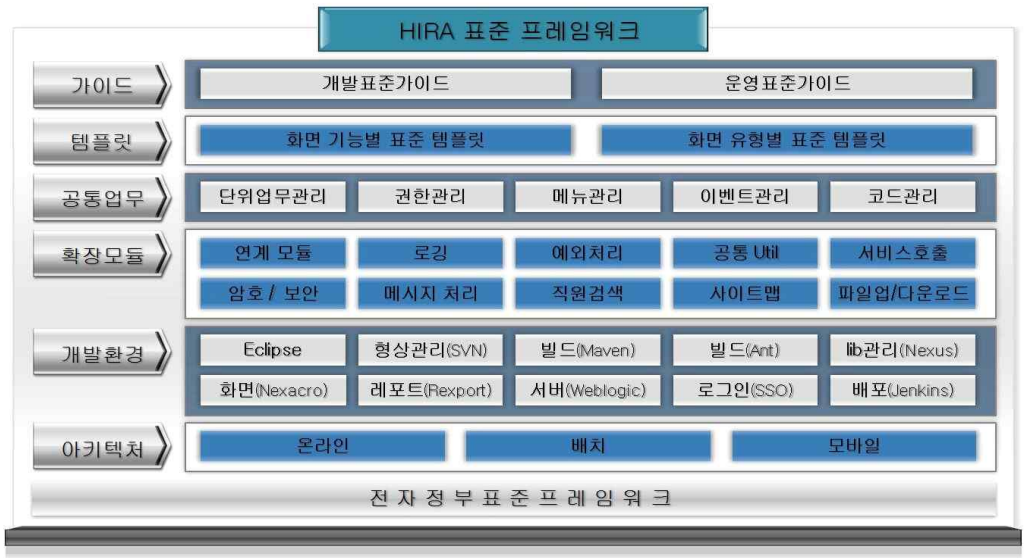
마. HIRA 표준프레임워크

1) 개요

HIRA표준프레임워크는 전자정부 표준프레임워크를 모태로 심사평가원 시스템 개발에 필요한 기능을 확장하고 공통적으로 사용하는 업무를 추가하여 심사평가원의 정보시스템 환경에 최적화된 기준을 제공하며, IT기술표준과 단계별 절차를 정의하여 심사평가원이 보유한 다양한 시스템을 효율적으로 관리·운영할 수 있도록 한다. 또한 개발 및 운영에 필요한 가이드를 제공하여 표준화된 정보를 공유하고, 프로그램 소스와 배포방안을 관리하여 안정적이고 체계적인 정보시스템 구축·운영을 도모한다.

2) HIRA 표준프레임워크 구성

그림4.4-32 HIRA 표준프레임워크



3) 도입 효과

- 어플리케이션 개발 표준프레임워크 구축으로 자체 기술력 확보
- 정보시스템 개발 및 운영에 필요한 기준·절차 표준화 실현으로 단일 운영 체계 마련
- 다른 시스템과의 연계용이 등 정보시스템의 효율적 운영환경 마련
- 시스템 운영의 위험요소 감소 및 개발품질의 향상, 예산 절감 등

4) 적용시스템 현황

연도	시스템명	프레임워크버전	기타(UI 등)
2010	의약품안전사용서비스(DUR)	1.0	자체 C/S
2013	심사시스템, 평가시스템, 기관운영시스템, 권한관리시스템	2.0	X-Platform9.2
2014	의약품관리종합포털		HTML, JSP
2015	비즈넷, 히라넷, 아이히라넷		X-Platform9.2, HTML, JSP
2016	의약품 인트라넷, 지식기반 심사시스템		X-Platform9.2
2018	국민포털, 자동차보험심사시스템, 요양기관업무포털, 심사보완자료시스템,	3.6	Nexacro14, HTML, JSP
2019	심사참고자료시스템, 보건의료데이터개방시스템, E-평가자료제출시스템, 의약품관리종합정보, 보건의료자원통합신고포털, 진료비청구포털		Websquare, Nexacro17, 자체 C/S
2020	분석심사시스템, 심사위원업무포털, 통합로그인시스템		Nexacro14, Nexacro17, HTML, JSP

4 ICT센터 및 재해복구센터 관리

가. ICT센터 관리 개요

정보통신기술이 발달함에 따라 정보시스템 대한 투자가 확대되면서 기관 내 업무 편의증진과 고객서비스 확대를 위한 정보시스템의 도입이 점차 확산되고 있다. 급속히 증가하는 정보시스템을 장애와 재해로부터 안전하게 보호하고 안정적인 운영을 통한 정보시스템의 안정성과 신뢰성을 확보하는데 그 목적이 있다.

나 ICT 센터 관리 업무

1) 정보통신시스템 운영 및 모니터링

가) 유지관리

(1) 장애처리

정보통신시스템에 장애 발생 시 문제를 신속하게 해결한다.

(2) 정기점검

일일점검 및 월 1회 이상 정기점검을 실시하고 필요시 성능 테스트를 실시한다.

(3) 사전예방

시스템의 장애를 사전에 예방하기 위하여 장애 가능성 사전 예측 및 문제점을 보수 한다.

나) 종합관제

(1) 시스템 관제

정보시스템, WAS, DB 모니터링 시스템을 통한 관리

(2) 보안 관제

통합보안관리, DDoS, 침입탐지시스템 등을 통한 정보보호 모니터링 수행

2) ICT센터 접근통제

허가되지 않은 자의 출입을 제한하여 ICT센터 내에 설치된 주요 장비 및 시설들에 대해 외부의 위협으로부터 보호하기 위해 다음과 같이 ICT 센터 접근을 통제한다.

가) 통제구역 지정

ICT센터는 출입통제가 필요한 통제구역으로 지정 및 표식

나) 출입통제

ICT센터 내에 비인가 출입자에 대한 제한 및 관리

다) 출입기록 관리

출입자의 신원, 출입일시, 목적 등 출입에 대한 기록관리

3) 부대설비 관리

ICT센터 근무자는 ICT센터 설비시설에 대해 안전점검을 실시하고 관리 책임자에게 보고해야 한다. ICT센터 안전점검 항목은 다음과 같다.

- CCTV 작동 및 출입문 장치 이상 유무
- 화재진압장비(소화기, 소화설비 가스 등) 및 화재감지 장비
- 항온항습기 이상 유무
- 누수탐지기 이상 유무
- 비상조명 상태
- 전원 공급 장치(UPS 및 비상발전기 등) 이상 유무
- 케이블 보안 상태(전력 및 통신회선 상호 분리, 매설 보호조치 등)
- 기타 ICT센터 안전을 위해 필요하다고 요구되는 항목

다. 장애대응센터 운영

1) 개요

심사평가원에서는 ICT센터 내 주요 정보시스템의 작업, 장애 등으로 인한 운영중단을 대비하여 장애대응센터를 운영하고 있다.

2) 대상시스템

장애대응 대상시스템	RTO (목표복구시간)	RPO (목표복구시점)	파일서버 복제방식	DB서버 복제방식
의약품안전사용서비스(DUR)	30분	실시간	True Copy	Active Data Guard
진료비청구포털	30분	실시간	True Copy	Active Data Guard
요양기관업무포털	30분	실시간	True Copy	Active Data Guard
보건의료자원통합신고포털	30분	실시간	True Copy	Active Data Guard

3) 장애대응 전환훈련

정보화사업 등으로 운영시스템의 변동이 있을 때 장애대응 시스템의 이상 유무를 점검하고, 장애 발생 시 대응 능력 향상을 위하여 장애대응 전환훈련을 격월(연간 6회)로 실시한다.

라. 재해복구(DR)센터 운영

1) 개요

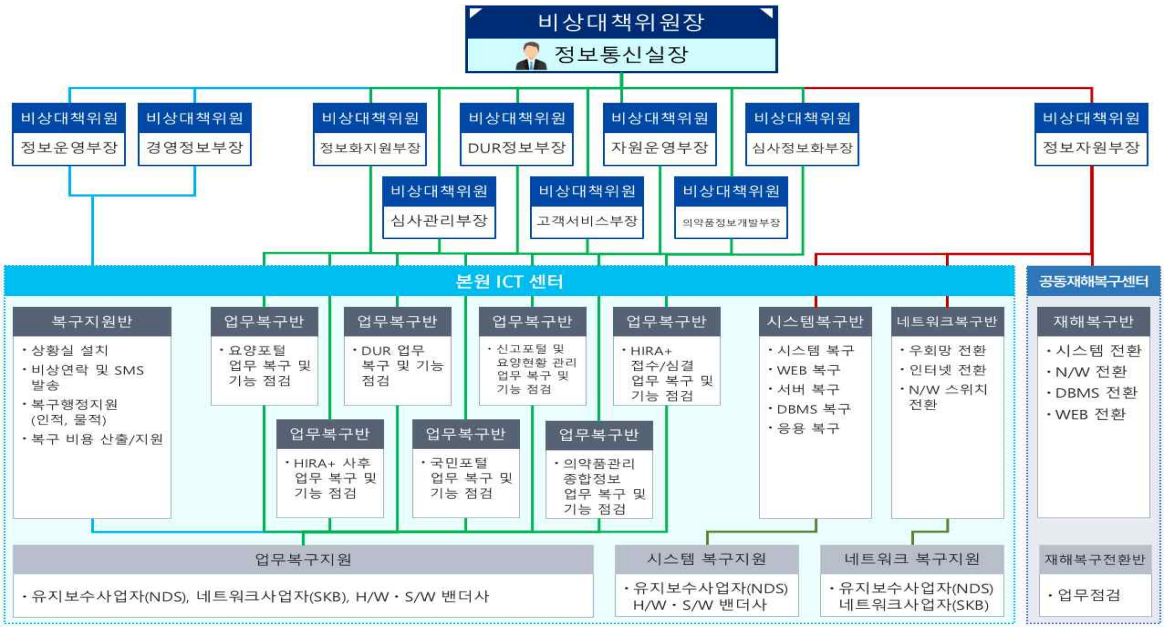
전쟁, 화재, 정전 등 예기치 않은 재난 발생 시 심사평가원의 정보통신 시스템(국가 주요 정보통신 기반시설)이 설치된 ICT센터 피해를 최소화하고 안정적인 서비스를 제공하는데 목적이 있다. 재해복구(DR)센터는 보건복지공동재해복구(DR)센터 내에 위치하며, 보건복지부 산하 기관(국민건강보험공단, 대한적십자사, 사회보장정보원)과 공동으로 운영한다.

2) 대상시스템

재해복구 대상시스템	RTO (목표복구시간)	RPO (목표복구시점)	DR서버	DR스토리지	Network	DR 솔루션
심사시스템	3시간	실시간	1:1 전용서버	Disk mirror (필수Data)	DWDM	Storage Solution (Universal Replicator)
대국민포털	3시간	실시간	1:1 전용서버	Disk mirror (필수Data)	DWDM	Storage Solution (Universal Replicator)
의약품안전사용 서비스(DUR)	3시간	실시간	1:1 전용서버	Disk mirror (필수Data)	DWDM	Storage Solution (Universal Replicator)
진료비청구포털	3시간	실시간	1:1 전용서버	Disk mirror (필수Data)	DWDM	Storage Solution (Universal Replicator)
요양기관업무포털	3시간	실시간	1:1 전용서버	Disk mirror (필수Data)	DWDM	Storage Solution (Universal Replicator)
보건의료자원통합 신고포털	3시간	실시간	1:1 전용서버	Disk mirror (필수Data)	DWDM	Storage Solution (Universal Replicator)
의약품관리종합정보 시스템	3시간	실시간	1:1 전용서버	Disk mirror (필수Data)	DWDM	Storage Solution (Universal Replicator)
					IPD	Sotfware Solution (Active Data Guard)

3) 재해 발생 시 재해복구 조직도

그림4.4-33 재해복구 조직도



4) 재해복구 조직 및 역할

가) 비상대책위원회

(1) 구성

위원장(정보통신실장), 위원(정보운영부장, 경영정보부장, 정보자원부장, 정보화지원부장, DUR정보부장, 심사정보화부장, 심사관리부장, 고객서비스부장, 자원운영부장, 의약품정보개발부장)

(2) 역할

재해선포 및 비상대응, 업무복구 등 재해복구 활동에 대한 의사결정

나) 복구지원반

(1) 구성

복구지원반장(정보운영부장), 복구지원반(정보운영부, 경영정보부 직원)

(2) 역할

대외 공보 및 내부 상황전파 업무, 복구활동 지원 업무 수행

다) 시스템/네트워크복구반

(1) 구성

시스템복구반장(정보자원부장), 시스템복구반(정보자원부 직원, 유지관리 사업자, 네트워크 사업자, H/W·S/W협력사)

(2) 역할

재해복구 시스템 가동 및 운영 지원, 네트워크 연결 및 장비 운영

라) 업무복구반

(1) 구성

업무복구반장(정보화지원부장), 업무복구반(정보자원부, DUR정보부, 심사정보화부, 심사관리부, 고객서비스부, 자원운영부, 의약품정보개발부 시스템 운영 직원)

(2) 역할

재해 시 재해복구센터로 이동, 재해복구시스템 점검 및 운영

마) 재해복구반(DR센터)

(1) 구성

재해복구반장(재해복구센터장), 재해복구반(재해복구센터 파견 직원)

(2) 역할

재해 발생 시 가동 권한을 위임받아 재해복구시스템 기동

5) 재해복구

가) 재해 단계 구분

재해 Level	재해 상황 선포 기준	선포자	기본 대응
Level 1	심사평가원 본원 전체에 재해 및 재해에 준하는 비상 상황이 발생한 이후 업무 전체가 중단되는 단계	건강보험 심사평가원 원장	재해 선포 후 DR센터로 즉시 전환
Level 2	심사평가원 ICT센터에 재해 및 재해에 준하는 비상상황이 발생한 이후 정보통신시스템이 마비되어 전체 업무서비스가 중단되는 단계	정보통신실장	재해 선포 후 DR센터로 즉시 전환
Level 3	핵심 업무서비스에 심각한 재해 또는 장애 발생으로 비상대책위원회에서 판단하여 결정 함	정보통신실장	재해 선포 후 DR센터로 즉시 전환

나) 재해복구 절차

(1) 재해 인식(1단계)

재해상황 인식 및 비상대책위원회 소집

(2) 재해 선포(2단계)

재해 선포 및 재해복구센터 기동 요청

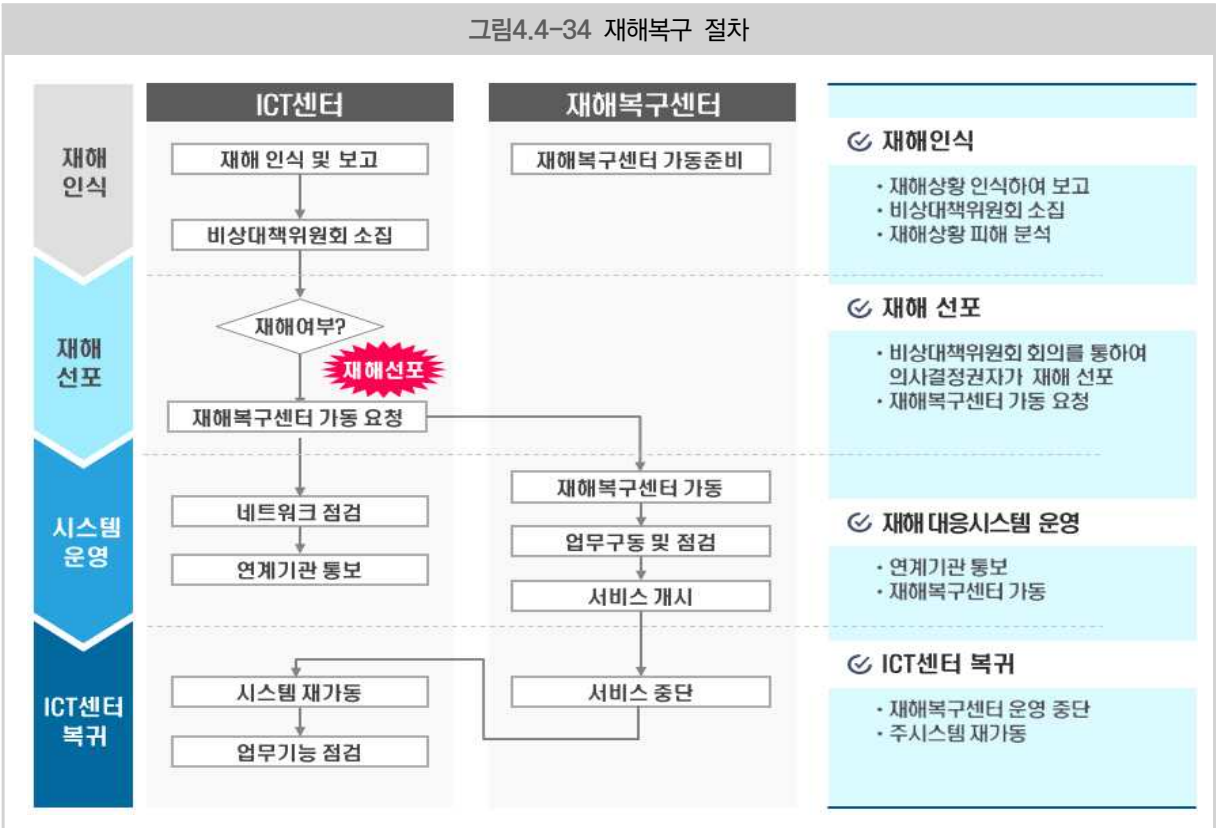
(3) 재해대응시스템 운영(3단계)

연계기관 통보 및 재해복구센터 기동

(4) ICT센터 복귀(4단계)

재해복구센터 운영 중단 및 주시스템 재기동

그림4.4-34 재해복구 절차



6) 재해복구 모의훈련

가) 자체 재해복구 모의훈련

(1) 훈련시기

월 3회

(2) 참석자

재해복구반 직원(재해복구센터 파견 직원)

(3) 훈련시기

재해복구 시스템 변동 유무 점검 및 재해 발생 시 시스템 기동 능력 향상

나) 재해복구 모의훈련

(1) 훈련시기

연 1회

(2) 참 석 자

비상대책위원회 및 재해복구 조직 구성원

(3) 훈련목적

인사발령에 따른 재해복구 조직 구성원의 변경사항 반영 및 역할 재고, 재해 발생 시 대응 능력 향상

Ⅷ 정보보호 운영

작성: 정보보호부

1 정보보호 개요

가. 정보보호 개요

정보보호(Information Security)란 정보시스템 및 정보통신망을 통해 수집 · 가공 · 저장 · 검색 · 송수신 되는 정보의 유출 · 위변조 · 훼손 등을 방지하기 위하여 관리적 · 물리적 · 기술적 수단을 강구하는 일체의 행위로써, 정보통신망 및 정보의 기밀성 · 무결성 · 가용성 등 안전성을 유지하는 상태를 말한다.

나. 정보보호를 위한 보안수단

1) 관리적 보안

정보보호 관리체계를 구성하는 정책, 절차, 보안인식 교육, 위험평가 등 지켜야 할 행정적 절차

2) 물리적 보안

출입통제, 자산 반출입, CCTV 등 정보를 보호하기 위한 물리적 시설

3) 기술적 보안

서버, 네트워크, 응용프로그램, DB, PC 등 정보시스템에 대하여 비인가자의 접근을 막기 위해 실시하는 모든 기술적 통제

다. 정보보호 3원칙

그림4.4-35 정보보호 3원칙



1) 기밀성(Confidentiality)

정보가 허가되지 않은 사용자에게 노출되지 않는 것을 보장하는 원칙

2) 무결성(Integrity)

정보가 권한이 없는 사용자의 악의적 또는 비악의적 접근에 의해 변질되지 않는 것을 보장하는 원칙

3) 가용성(Availability)

인가된 사용자가 정보시스템의 데이터 및 자원을 필요로 할 때 지체 없이 접근하고 사용할 수 있는 것을 보장하는 원칙

2 사이버 테러

가. 사이버 범죄 정의

컴퓨터 통신 등을 악용하여 사이버 공간에서 행하는 범죄

1) 일반형 사이버 범죄

전자상거래 사기, 개인정보 침해, 불법사이트 운영, 명예훼손, 프로그램 불법복제 등 사이버 공간이 범죄의 수단으로 사용된 유형

2) 테러형 사이버 범죄

해킹 및 악성프로그램 배포 등의 방법으로 다른 사람의 컴퓨터나 전산망에 정당한 접근권한 없이 또는 권한을 초월하여 침입하거나, 기술적인 방법으로 그 기능이나 전자기록에 함부로 간섭하는 행위

나. 사이버 범죄 특징

- 빠른 시간 안에 불특정 다수에게 많은 악영향을 끼침
- 범죄자 추적이 어렵고 증거인멸 및 수정이 쉬움
- 지역 제한 없이 광범위하게 발생(국내·외 동시 발생 가능)

다. 사이버 테러 유형

1) 해킹(Hacking)

- 타인의 정보시스템에 불법 침입하여 자료를 빼내가거나 변조·삭제 등 이상 작동을 일으키는 행위
- 호기심적 해킹 → 범죄적인 해킹 → 기업간, 국가간 정보 쟁탈전

2) 분산서비스거부(DDoS, Distributed Denial of Service)

서비스를 제공하는 정보시스템에 불필요한 서비스 요구를 지속적으로 증가시켜 정상적인 서비스를 제공하지 못하도록 방해하는 공격 방법

3) 악성프로그램 배포

- 정보유출, 시스템 파괴 등을 목적으로 제작한 악성프로그램을 메일이나 웹 게시판을 이용하여 배포하는 행위
- 시스템을 잠그거나 데이터를 암호화해 사용할 수 없도록 만든 뒤, 이를 인질로 금전을 요구하는 랜섬웨어(Ransomware)도 악성프로그램의 종류임

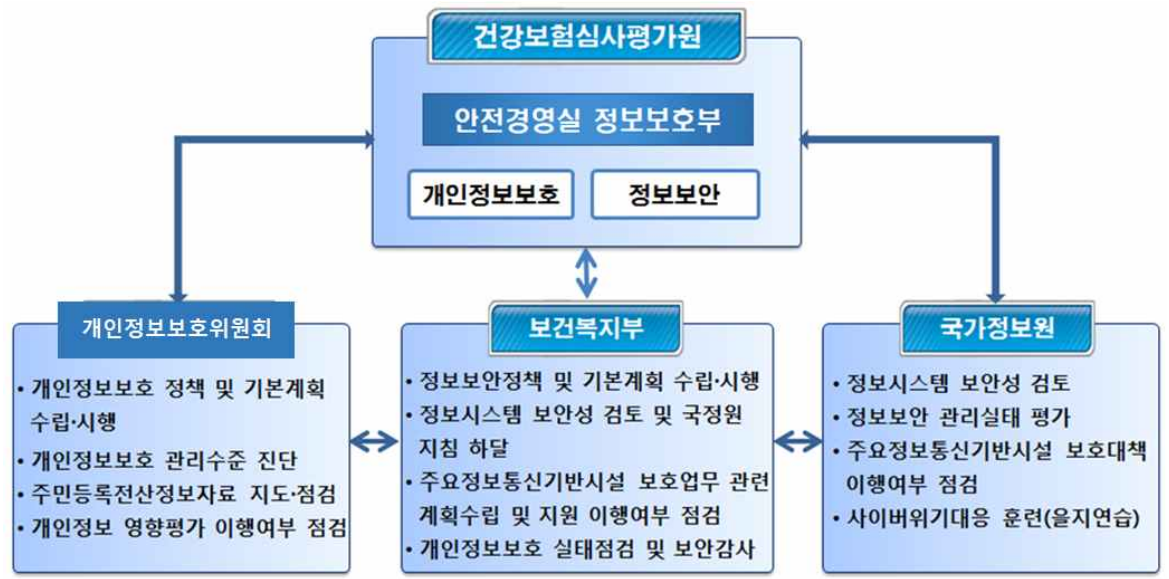
4) 지능형지속가능위협(APT, Advanced Persistent Threat) 공격

정부 또는 특정 회사의 중요 정보 획득, 정치적 목적의 사이버 테러를 위해 범죄그룹이 기업, 개인의 사이트를 상대로 지속적으로 공격하는 해킹 방법

3 심사평가원 정보보호 활동

가. 정보보호 관리체계

그림4.4-36 심사평가원 정보보호 관리체계

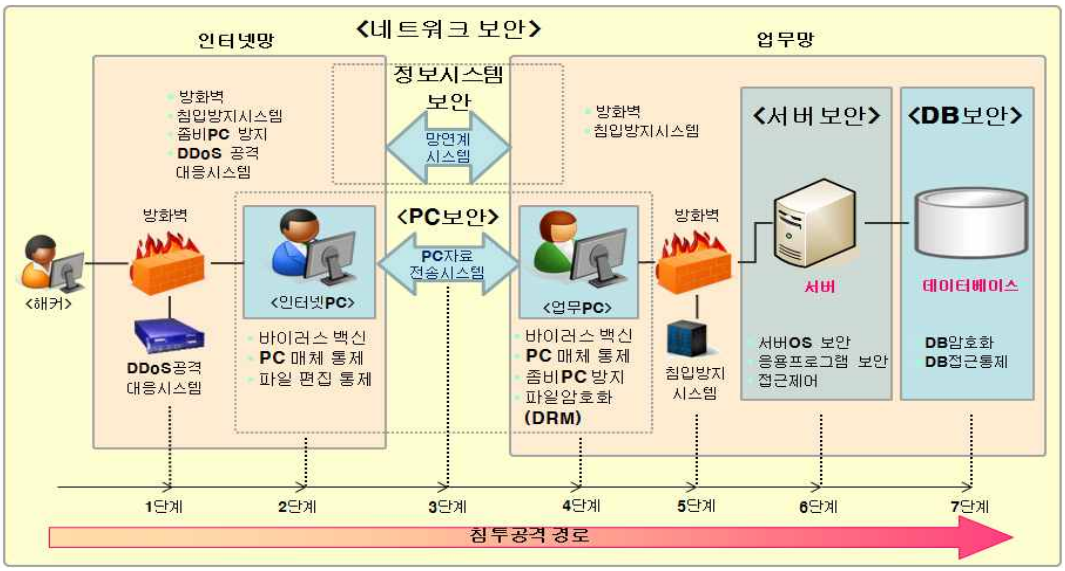


나. 주기별 정보보호 활동

실행 주기	세부 활동 내역
일일	서버 및 네트워크 등 정보시스템 모니터링, 용역직원 일일보안 점검, 사이버 침해사고 등 전파체계 유지 등
매월	'개인정보보호 및 사이버 · 보안 진단의 날' 실시, 홈페이지 개인정보 노출점검, 용역업체 보안 실태점검, 정보시스템 취약점 점검, 업무용 PC 악성코드 감염여부 점검 등
분기	악성메일 훈련, 소스코드 취약점 점검, 용역사업 보안 이행 점검 등
반기	DDoS 공격 대응 모의훈련, 임직원 정보보안 교육 등
연간	정보보호업무 추진계획 및 심사분석 수립, 정보통신기반시설 보호대책 수립, 정보보호 수준진단 현장점검 등
수시	사이버위기 대응 훈련, 정보보호 관련 규정 및 절차 정비, 보안성 검토 등

다. 단계별 정보보호 조치내역

그림4.4-37 보안단계별 정보보호 조치내역



1) 인터넷망 네트워크보안(1단계)

- 침입방지 및 침입차단시스템 운영
- DDoS 차단, 웹방화벽, 좀비PC 방지시스템 운영
- 네트워크 접근제어 시스템(NAC: network access control) 운영
- 가상사설망(VPN: virtual private network) 및 유해사이트 차단시스템 운영 등

2) 인터넷망 PC보안(2단계)

- 상용 이메일 및 메신저 차단, P2P 등 파일공유프로그램 차단
- 바이러스 백신 및 보안패치 관리시스템 운영
- 문서자료 삭제프로그램 운영
- PC보안프로그램을 이용한 저장매체 및 보안USB메모리 제어 등
- PC 비밀번호 설정(숫자+문자+특수문자 혼합 9자리 이상), 분기별 1회 이상 주기적 변경 운영

3) 인터넷망 및 업무망 간 네트워크보안(3단계)

- 정보시스템 망연계시스템 운영
- PC자료 전송시스템 운영

4) 업무망 PC보안(4단계)

- 바이러스 백신 및 보안패치 관리시스템 운영
- DRM(문서보안시스템)을 이용한 파일 암호화
- PC보안프로그램을 이용한 저장매체 및 보안USB메모리 제어 등
- PC 비밀번호 설정(숫자+문자+특수문자 혼합 9자리 이상), 분기별 1회 이상 주기적 변경 운영

5) 업무망 네트워크보안(5단계)

- 침입방지 및 침입차단시스템 운영
- 네트워크 접근제어 시스템(NAC) 운영
- DDoS 차단 및 웹방화벽 운영 등

6) 업무망 서버보안(6단계)

- SecureOS(보안서버) 및 로그통합관리시스템 운영
- 통합계정관리 및 접근통제 실시
- 중요정보 화면 캡처 방지 및 암호화 통신 등

7) 업무망 DB보안(7단계)

- 중요정보 및 개인정보 DB 암호화
- 인가된 사용자만 접속할 수 있도록 DB 접근 통제 및 접속 내역 기록 등

건강보험심사평가원 기능과 역할

발행일: 2020년 12월

발행인: 인재경영실 인재개발부

발행처: 건강보험심사평가원

본 교재는 건강보험심사평가원의 표준 교육교재로 개인이나 단체에 의해 다른 용도로 활용하기에 제한이 있음을 알려드립니다.

OPEN
출처표시 상업용금지 변경금지
공공누리 공공저작물 자유이용허락

이 책에 대한 저작권은 건강보험심사평가원에
있으므로 무단으로 복사·복제할 수 없습니다.

2021
건강보험심사평가원
기능과 역할

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

강원도 원주시 혁신로 60 (반곡동) 건강보험심사평가원 (우: 26465)
Tel.1644-2000 http://www.hira.or.kr