

2020

한국보건행정학회 후기학술대회

2020년 11월 6일(금) | 삼경교육센터 6층

2020

한국보건행정학회 후기학술대회

PROGRAM

09:00-09:05	개회사	박은철 회장
09:05-10:27	보건부문 중앙행정조직 개편: 의의와 과제	강도태 차관
	국민건강보험공단 20년: 성과와 과제	김용익 이사장
	건강보험심사평가원 20년: 성과와 과제	김선민 원장
10:30-11:27	건강보험 발전방안 - 비급여 진료비와 건강보험 보장성 효과지표	국민건강보험공단
11:30-12:27	심사와 평가의 새로운 패러다임	건강보험심사평가원
12:30-13:00	정기이사회 편집위원회	
13:00-13:57	제5차 국민건강증진종합계획(HP2030) 수립현황 및 실효성 강화 방안	한국건강증진개발원
14:00-14:57	기후변화와 감염병, 미래 건강적응 전략	한국보건사회연구원
15:00-15:57	코로나 19시대의 노인 적정의료와 건강관리 방안	한국보건의료연구원
16:00-16:57	혁신신약에 대한 맞춤형 급여모형 전략	한국글로벌의약산업협회
17:00-17:57	지역사회건강 격차 해소	학회 선정 우수연구자
18:00-18:30	총회	

세션

① Plenary	좌장: 정형선 연세대학교 교수
1. 보건부문 중앙행정조직 개편: 의의와 과제	강도태 보건복지부 차관
2. 국민건강보험공단 20년: 성과와 과제	김용익 국민건강보험공단 이사장
3. 건강보험심사평가원 20년: 성과와 과제	김선민 건강보험심사평가원 원장
② 건강보험 발전방안 : 비급여 진료비와 건강보험 보장성 효과지표	좌장: 서남규 건강보험연구원 실장
1. 비급여 모니터링 결과와 비급여 현황	장종원 건강보험연구원 센터장
2. 보장성 정책모니터링 제고를 위한 효과 지표 다양화 방안	이옥희 건강보험연구원 센터장
토론 최성철 한국한자단체연합회 이사 서인석 대한병원협회 보험이사 공인식 보건복지부 과장	
③ 심사와 평가의 새로운 패러다임	좌장: 이진용 건강보험심사평가원 소장
1. 심사와 평가의 새로운 패러다임	박춘선 건강보험심사평가원 부장
토론 장성인 연세대학교 교수 서인석 대한병원협회 보험이사 강희정 한국보건사회연구원 연구위원	
④ 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030) 수립현황 및 실효성 강화 방안	좌장: 김수영 한국건강증진개발원 실장
1. 제5차 국민건강증진종합계획(HP2030) 수립 경과 및 주요 내용	김한해 한국건강증진개발원 팀장
⑤ 기후변화와 감염병, 미래 건강적응 전략	좌장: 권호장 단국대학교 교수
1. 기후변화에 따른 감염병의 영향과 대응방안	권호장 단국대학교 교수
토론 이희일 질병관리청 탁상우 서울대학교 보건환경연구소 책임연구원 송영일 한국환경정책평가연구원 선임연구위원 채수미 한국보건사회연구원 센터장	

⑥ 코로나 19 시대의 노인 적정의료와 건강관리 방안	좌장: 박종연 한국보건의료연구원 본부장
1. 사회적 비용 감소를 위한 허약노인 통합적 건강관리	이윤환 아주대학교 교수
2. 노인 적정의료 제공을 위한 디지털 헬스와 비대면 관리	김현성 가톨릭의대 교수
토론 최재경 건국대병원 교수 정현진 국민건강보험공단 실장 김희선 한국보건의료연구원 부연구위원	
⑦ 혁신신약에 대한 맞춤형 급여모형 전략	좌장: 이형기 서울대학교 교수
1. 혁신신약에 대한 맞춤형 급여모형 전략 - 선진 외국제도의 고찰	강혜영 연세대학교 교수
토론 김진홍 한국글락소스미스클라인 팀장 어윤호 데일리팜 기자 최경호 보건복지부 사무관	
⑧ 지역사회건강 격차 해소	좌장: 장성인 연세대학교 교수
1. 암환자의 진단-치료 소요기간에 따른 생존분석과 지역사회별 격차 및 시계열적 추이	한규태 국립암센터
2. 지역별 만성질환 환자의 질병비용 분석 - 3대 만성질환을 중심으로	김재현 단국대학교 교수
3. 성인을 대상으로 거주지역의 이동이 의료이용량과 의료접근성, 주관적 건강인식에 미치는 영향 분석	이우리 연세대학교
4. 치료가능한 사망으로 인한 지역간 질병부담의 격차	백세종 연세대학교
5. 지역간 장애인의 만성질환 발생과 관리 격차 해소방안에 관한 연구	장지은 아주대학교



Plenary



보건부문 중앙행정조직 개편 :의의와 과제

보건복지부 강도태 제2차관

2020. 11. 6.



목차

보건부문 중앙행정조직 개편: 의의와 과제



1. 보건부문 조직·예산·법률 연혁
2. '20년 정부조직 개편 의의
3. 향후과제
4. 마치며

Chapter 1

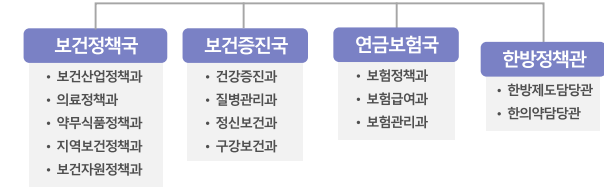
보건부문 중앙행정조직 개편: 의의와 과제

보건부문 조직·예산·법률 연혁



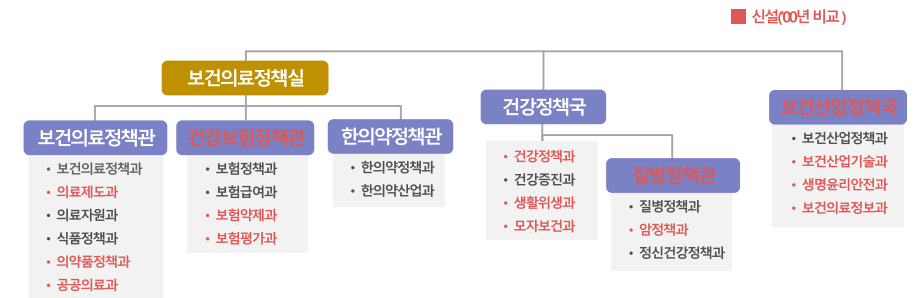
최근 보건복지부 보건조직 변천(1)

'00.1월 3국 1관 14과



'08.2월 1실 2국 4관 23과

보건의료정책실 신설

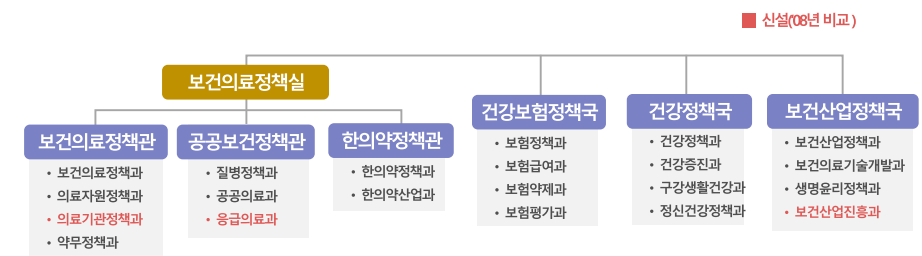


5

최근 보건복지부 보건조직 변천(2)

'13.3월 1실 3국 3관 21과

식약처 신설에 따른 조직개편

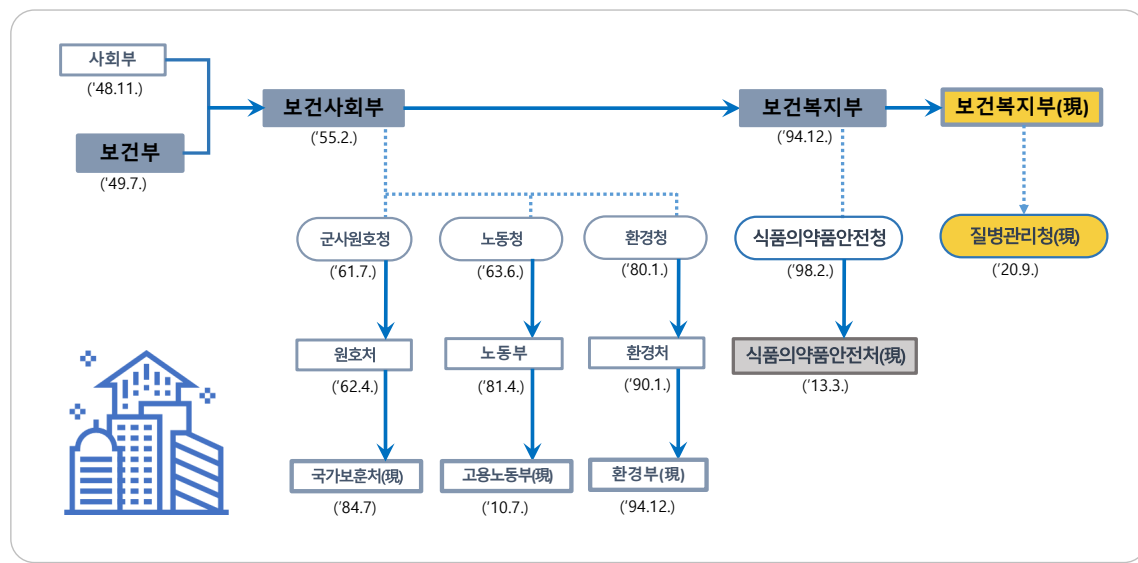


현재 1실 3국 6관 30과



6

보건복지부 조직 연혁

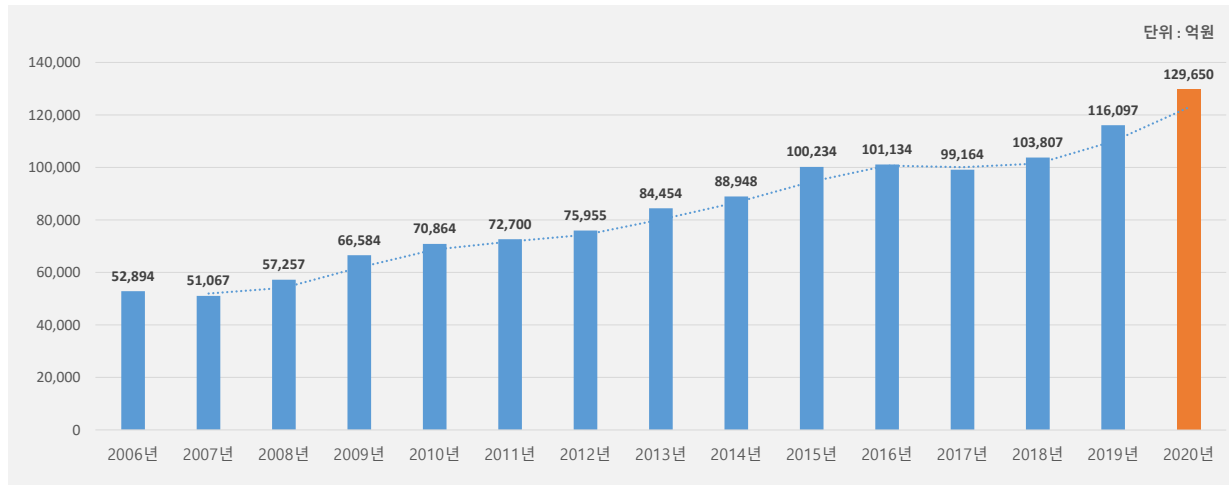


4

Chapter 1 연혁

최근 보건복지부 보건예산 변천

- 지난 15년 간 지속적인 증가추세 ('06년 대비 '20년 현재 약 2.5배 증가)
※ 추경 제외, 총 예산 기금(건강증진기금, 국민연금기금, 응급의료기금) 포함

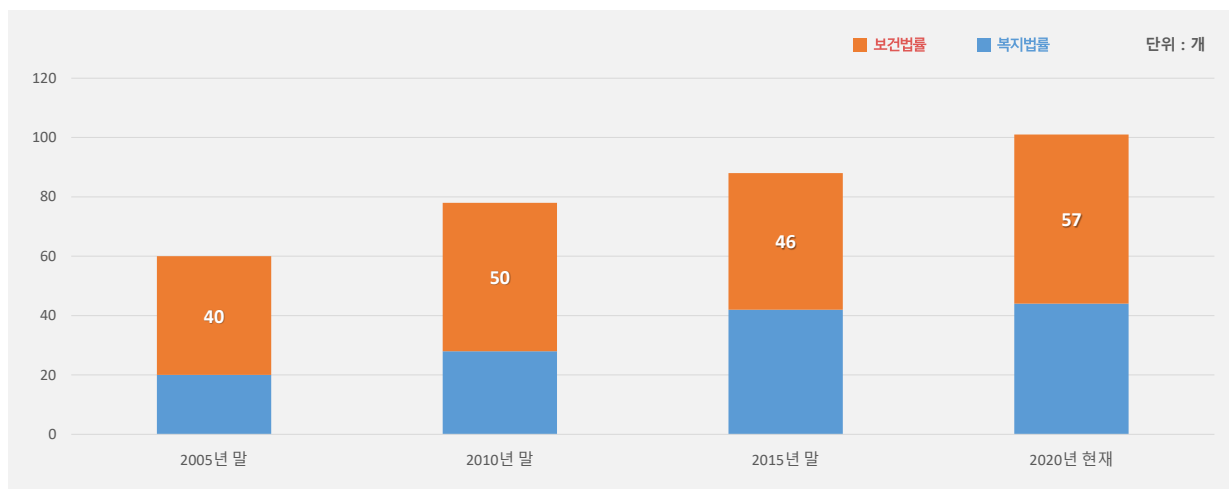


z

Chapter 1 연혁

최근 보건복지부 보건법률 변천

- 지난 15년 간 증가추세 ('05년 대비 '20년 현재 약 1.4배 상승)
※ '13년 식약처 분리로 식품·의약품 관련 일부법률 이관에 따라 법률 개수 감소



8

Chapter 2

보건부문 중앙행정조직 개편: 의의와 과제

'20년 정부조직 개편 의의



Chapter 2 조직개편 의의

추진배경



10

보건복지부 제2차관 도입 및 질병관리청 신설

Chapter 2
조직개편 의의

대통령 취임3주년 특별연설(5.10.)



- “정부는 장기전의 자세로 **코로나19에 빈틈없이 대처할 계획**”
- “사스와 메르스때의 경험을 살려 **방역시스템을 더욱 보강**”
- “**공공보건의료 체계와 감염병 대응역량을 획기적으로 강화**”
- “2차 대유행에 대비해 **국회의 신속한 협조 부탁**”

"국회 동의한다면 보건복지부 복수차관제 도입"

「정부조직법」 개정 (9.12. 시행)

- 제26조** ② 행정각부에 장관 1명과 차관 1명을 두되, ... 기획재정부 · 과학기술정보통신부 · 외교부 · 문화체육관광부 · **보건복지부** · 국토교통부에는 **차관 2명을 둔다.**
- 제38조** ② 방역 · 검역 등 감염병에 관한 사무 및 각종 질병에 관한 조사 · 시험 · 연구에 관한 사무를 관장하기 위하여 **보건복지부장관 소속으로 질병관리청을 둔다.**

11

보건복지부 인력 보강 부서

Chapter 2
조직개편 의의



13

보건복지부 신설 부서 (1관4과)

Chapter 2
조직개편 의의



12

질병관리청 본청 신설 부서 (3국·관16과)

Chapter 2
조직개편 의의



14

국립보건연구원 및 질병대응센터

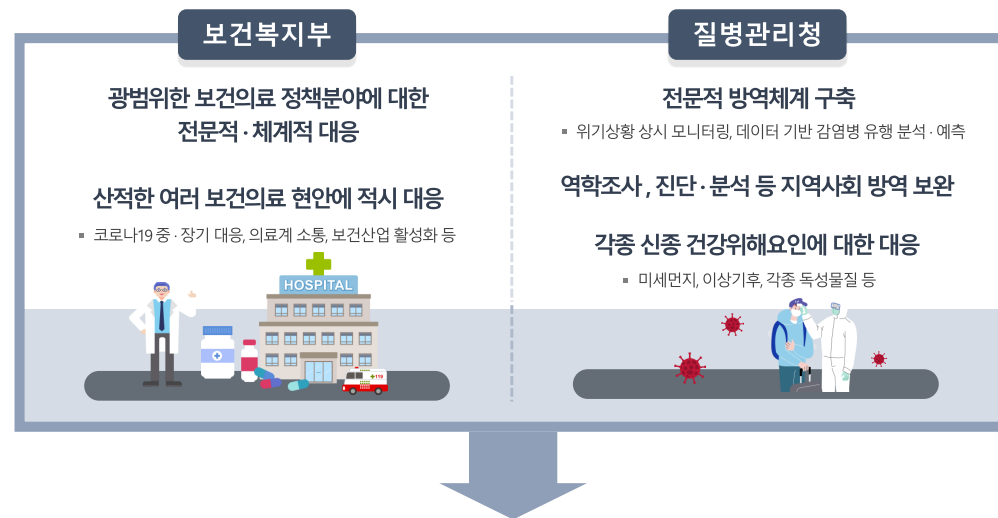
Chapter 2
조직개편 의의



15

정부조직 개편의 의의

Chapter 2
조직개편 의의



보건의료 위기, 감염병 재난으로부터 안전한 대한민국

Chapter 3

보건부문 중앙행정조직 개편 : 의의와 과제

향후과제



1. 보건의료 분야 기능 확대

1-1. 공공의료 강화 및 의료전달체계 개선

Chapter 3
향후과제



1. 보건의료 분야 기능 확대

1-2. 건강보험 보장성 강화

보장성 강화 실효성 제고

☑️ 보장성 강화 정책 후반기 과제 추진

- (20년) 수술·처치 필요 행위 등 급여화, 어린이 재활병원 지정·운영, 장애인보조기기 급여기준액 인상 등
- (21년) 척추 MRI, 심장 초음파 급여화, 신포괄수가 확대, 간호·간병통합서비스 확대 등

비급여 관리

☑️ 비급여에 대한 국민 알권리와 선택권 보장 강화

- 의원급 비급여 가격 공개 확대, 비급여 진료 전 사전설명 제도 시행

☑️ 비급여관리 종합대책 수립

- 보장성 강화 이후 남은 비급여 및 신의료기술·신약 등으로 신규 생성되는 필수적 비급여 관리

재정지출 효율화

☑️ 건강보험 지속가능성 제고를 위한 효율화 과제 지속 추진

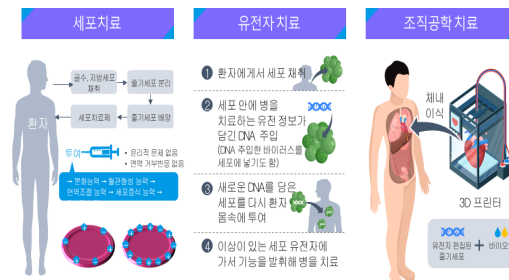
- 산정특례 제도 개선, 요양병원 경증환자 장기입원 관리 강화, 약제 재평가 지속 추진



19

1. 보건의료 분야 기능 확대

1-4. 첨단재생의료 및 보건의료 데이터 활용 강화



심장재생의료 전략 수립

- 국가 책임 안전관리체계 구축
- 임상·연구 제도 시행 관리
- 인체세포관리업, 세포처리시설업 등 의료 처리 업종 신설



보건의료 빅데이터 플랫폼 구축

- 가명정보 활용 및 결합현황 상시 모니터링
- 상업적 활용 방지, 표준거래규약 등 법령·가이드라인 지속 보완
- 공공·민간·개인 데이터 결합을 통해 고부가가치 창출

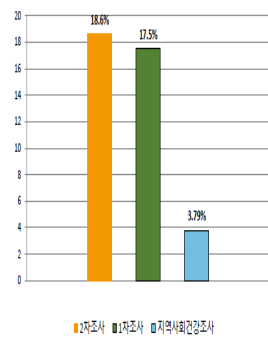
21

1. 보건의료 분야 기능 확대

1-3. 국민 마음건강 관리

불안감과 우울 증가

코로나19 우울위험군 증가
(한국트라우마스트레스학회)



코로나 우울 극복

▪ 심리방역 강화 및 재난 트라우마 관리 강화

- 코로나19 확진자 및 가족 대상 유선·대면상담 강화
- 코로나19 대응 의료진 지자체 공무원 등 현장대응인력 대상 프로그램 추진
- 자가격리자 반려식물 보급 등

▪ 마음 건강 지침 개발 배포

정신질환자 회복 지원

▪ 정신질환자 치료 인프라 개선

- 정신의료기관 입원실 시설 기준 강화
- 중·벌 격리실 등 감염병 관리시설 확충

▪ 지역사회 기반 정신건강서비스 제공

- 통합정신건강증진사업 전국 확대
- 정신건강복지센터 표준 운영체계 마련

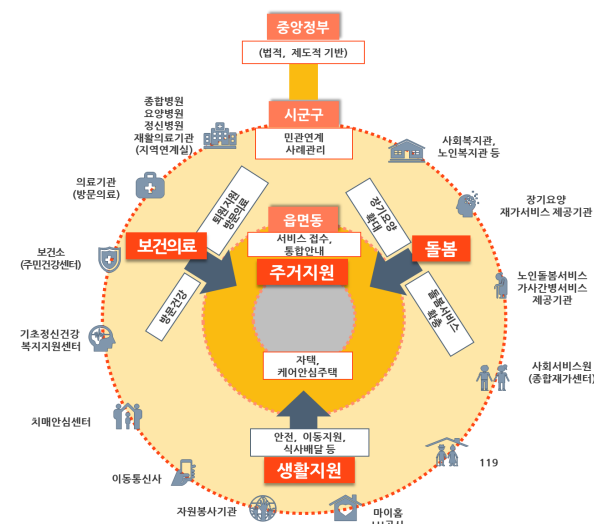
▪ 중독자 치료 및 지원 강화

- 조기선별을 통한 고위험군 발굴 및 조기개입
- 지역사회 서비스 기관 간 연계체계 구축

20

1. 보건의료 분야 기능 확대

1-5. 보건·복지 연계서비스 강화



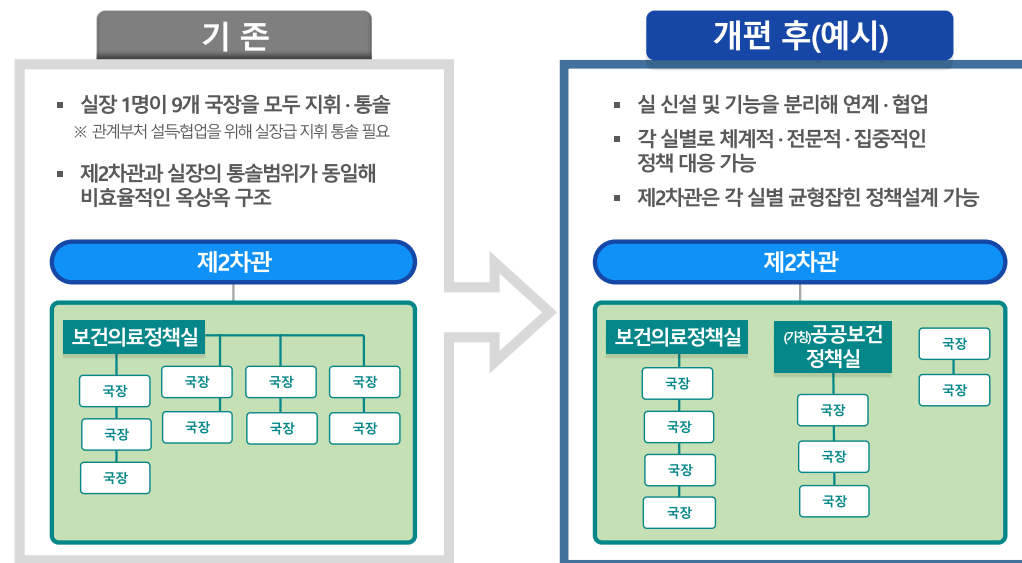
☑️ 저출산·고령화에 따른 국민의 보건복지 통합수요에 대응해 보건의료, 요양 등 통합건강 돌봄 강화

- 찾아가는 방문건강 및 방문의료 서비스
- 재가 장기요양 및 돌봄서비스
- 지자체, 의료기관, 종합사회복지관, 공공기관 등 협업을 통한 통합돌봄서비스 제공

22

2 보건부문 추가 '실' 신설

Chapter 3
향후과제



2020년 11월 6일 한국보건행정학회 기초강연

National Health Insurance Service

국민건강보험 20년: 성과와 과제

h·well
국민건강보험



김 용 익
국민건강보험공단 이사장

목 차

National Health Insurance Service

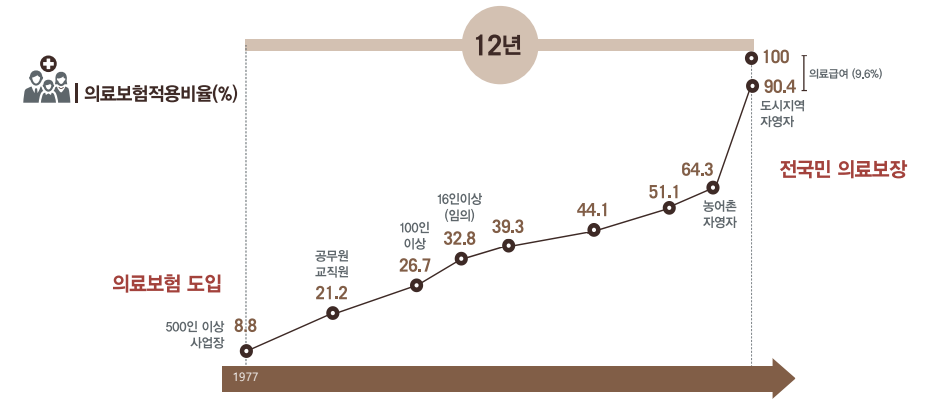
01. 건강보험 20년의 성과
02. 건강보험 개혁의 현재
03. 건강보험의 미래 발전 방향
04. 맺음말

h·well
국민건강보험

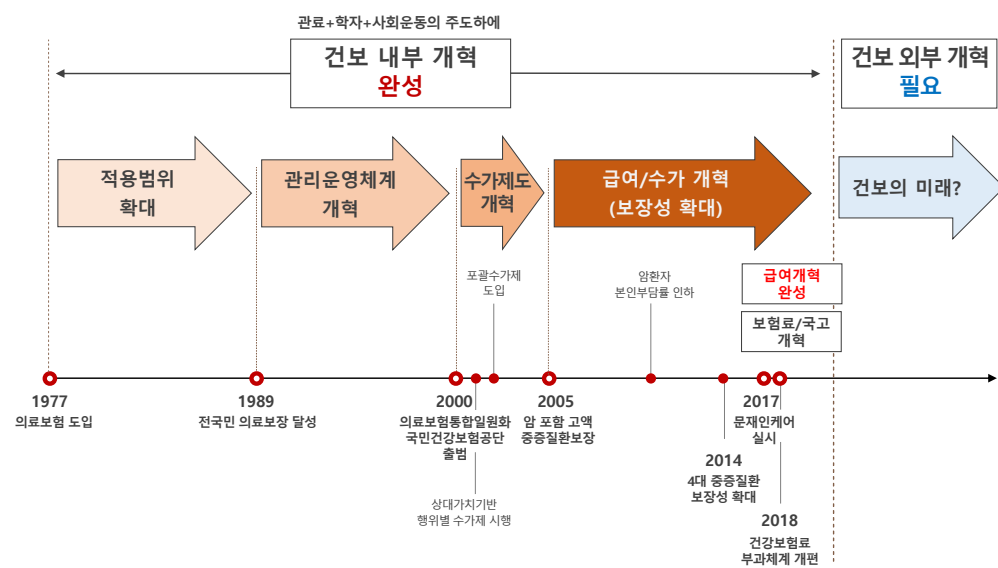


01 National Health Insurance Service 건강보험 20년의 성과

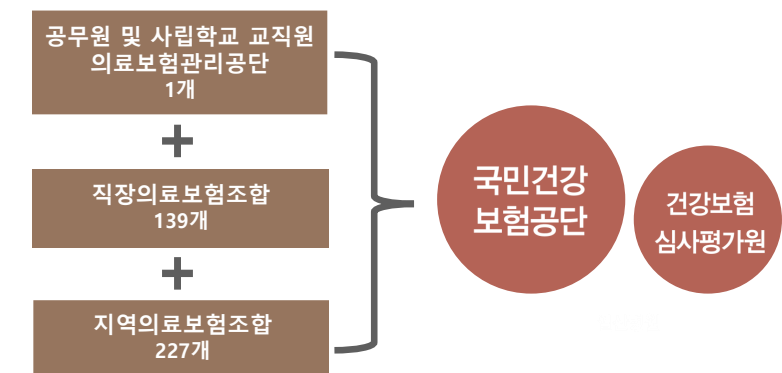
1. 적용범위 확대



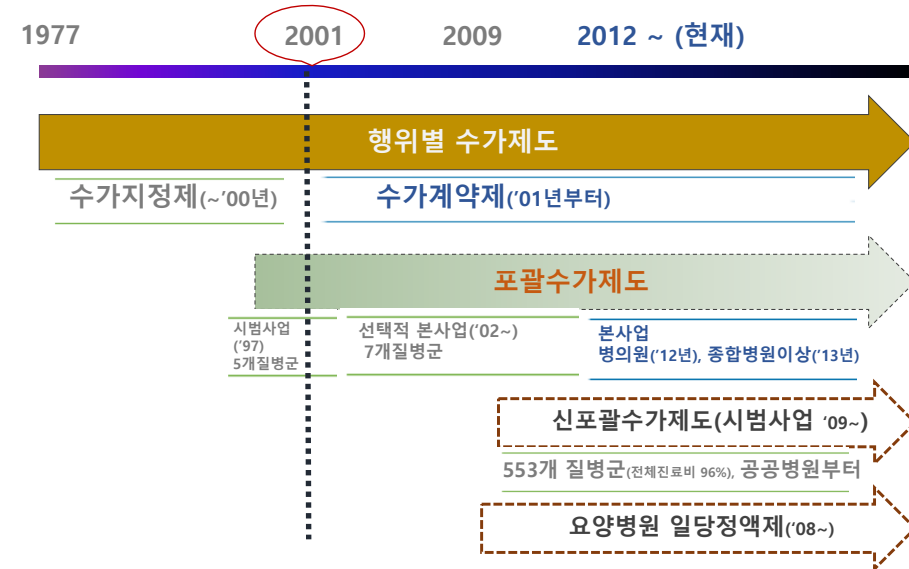
건강보험 제도의 개혁 과정



단일 보험자 체계로 개혁 (2000.7월)



3. 수가제도 개선



02 건강보험개혁의 현재

National Health Insurance Service

4. 급여개혁(보장성 확대)

- 2005년부터 건강보험 급여확대 추진
- 1~3차 건강보험 중기보장성 강화 계획

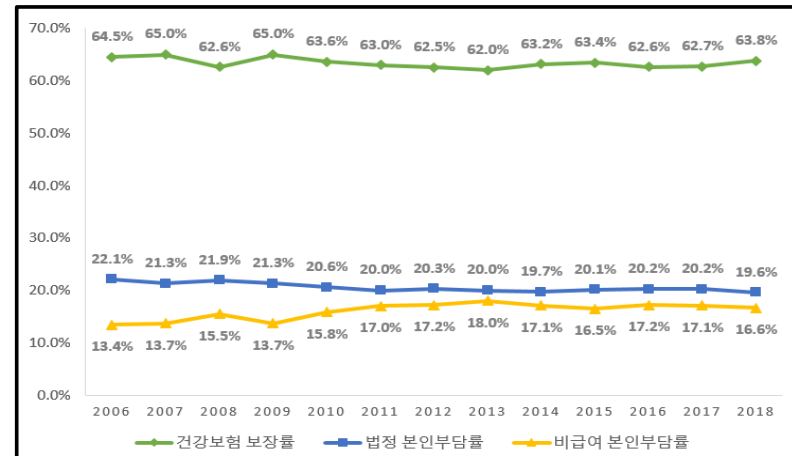
1차('05~'08)	2차('09~'13)	3차('14~'18)
<ul style="list-style-type: none"> 중증질환 산정특례 도입 MRI 보험 적용 (개두술·개심술) PET 보험적용 질환 확대 (암·심장·뇌질환) 식대 급여화, 암 본인 부담 인하 아동 입원·외래 부담경감 본인부담 상한액 하향조정 	<ul style="list-style-type: none"> 중증질환 산정특례 확대 MRI 보험 적용 확대 (척추·관절) 초음파 보험 적용 (4대 중증질환) 구강 보험 적용 임·출산 지원 강화 본인부담 상한액 3단계 차등 	<ul style="list-style-type: none"> 4대 중증질환 선별급여 MRI 보험 적용 확대 (뇌·심장) 초음파 보험 적용 확대 (임산부·간질환) 3대 비급여 해소 추진 생애주기 필수의료 보장 본인부담 상한액 7단계 차등

문재인 케어의 목적



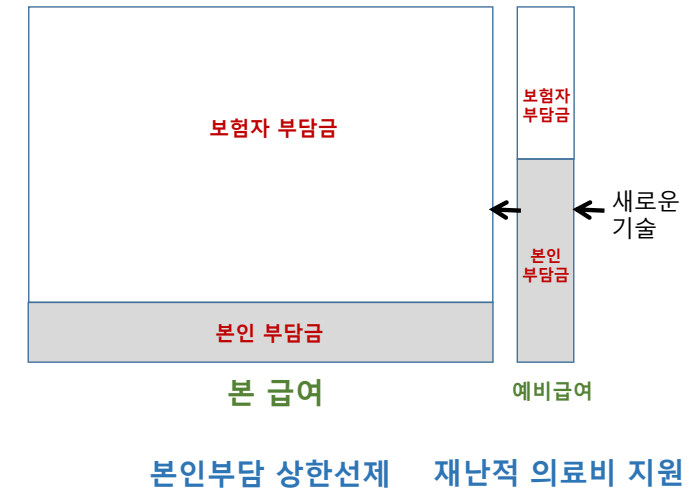
건강보험 보장률의 변화

- 보장률은 '07년, '09년 최고치(65.0%)를 보임
- '10년 이후 정체 수준 (62.0~63.8%)



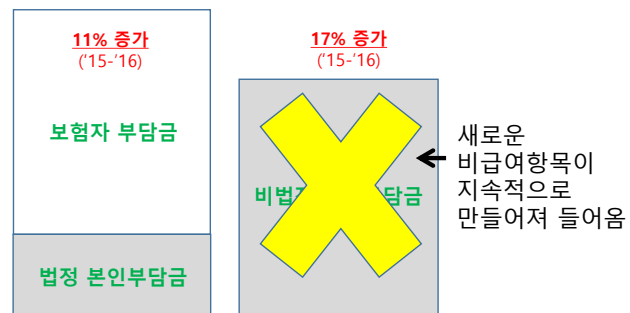
<자료> 건강보험환자 진료비실태 조사, 건강보험정책연구원, 각년도.

문재인 케어 이후 급여 설계



비급여의 풍선효과

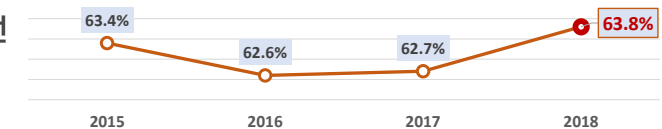
63.4%(2015) → 62.6%(2016)



- ❖ 보장성 개선을 위해서는 '전면 급여화'가 필요
- 문재인 케어의 급여확대 방식의 특징

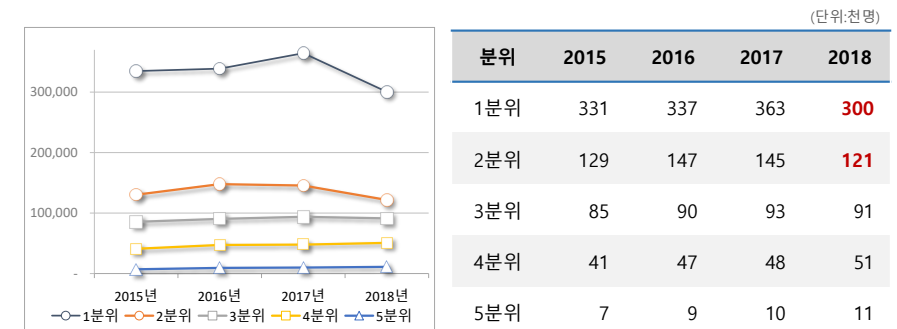
문재인 케어의 성과

- 보장률 개선



- 저소득층(하위 40%)의 고액진료비가 현저히 감소

<보험료분위별 직장표준급여액 기준 200% 이상 의료비가 발생한 건강보험환자 수>



<자료> 건강보험연구원 자체 연구(2019)

03 National Health Insurance Service 건강보험의 미래 발전 방향

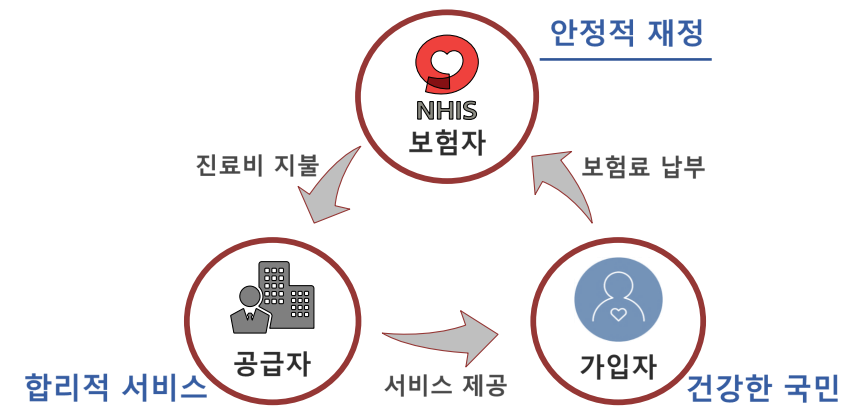
건강보험 미래 전략의 방향



National Health Insurance Service

Page 17

건강보험 미래 전략의 주체

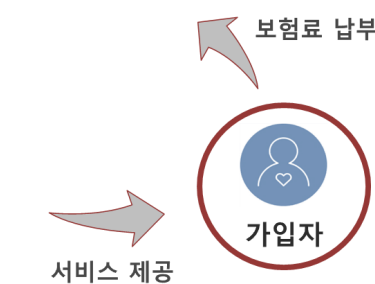


National Health Insurance Service

Page 16

1. 건강한 국민

● 진료는 덜 받고 보험료는 더 내고

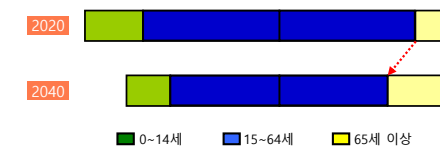


■ 필요(needs)의 축소

- 예방, 조기진단/조기치료, 재활
- 75세까지의 건강과 근로소득
 - 평생건강, 평생학습, 평생고용

■ 올바른 이용(utilization)

- 현명한 치료자 선택
- 불필요한 이용 줄이기
- 요양의 질서, 평가

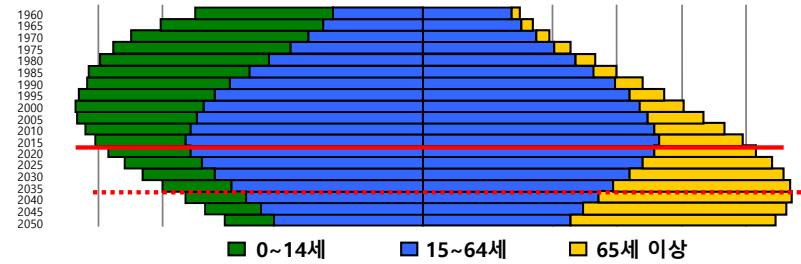


National Health Insurance Service

Page 18

1. 건강한 국민

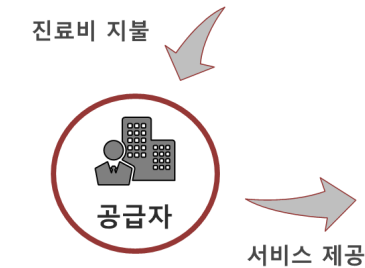
● 인구변화에 대응



- 총인구: 2,501만 명('60) → 5,197만('20) → 5,086만('40)
- 생산가능인구: 1,370만 명(54.8%'60) → 3,153만(60.9%'20) → 2,541만(50.0%'40)
- 유년 인구: 1,059만(42.3%'60) → 657만(12.6%'20) → 498만(9.8%'40)
- 노년 인구: 73만(2.9%'60) → 813만(15.6%'20) → 1,722만(33.9%'40)

2. 합리적 의료

● 원가는 줄이고 질은 높이고 ...



장기적 원가 상승 요인

- 노동비용의 증가
- 기술(technology)의 발전

■ 개별 생산자

- 시설의 규모, 인력, 장비
- 공급자 행태

■ 생산자 조직

- 설립과 운영의 공공성
- 수요와 공급의 균형
- 기능의 분화와 연계

■ 보험자와 생산자의 접속

- 원가와 수가
- 질 평가와 비용 지불

1. 건강한 국민

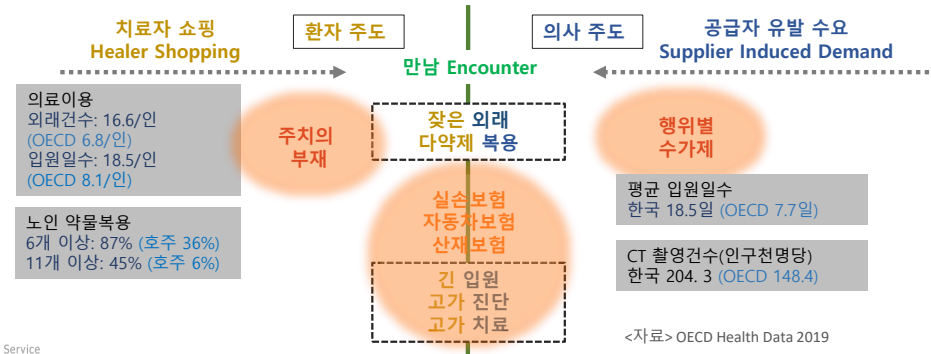
■ 건강 인센티브

- 개인별(내년 시범사업 예정), 기업별(기획 중) → 초기에 비용, 장기적으로 이익

■ 건강검진

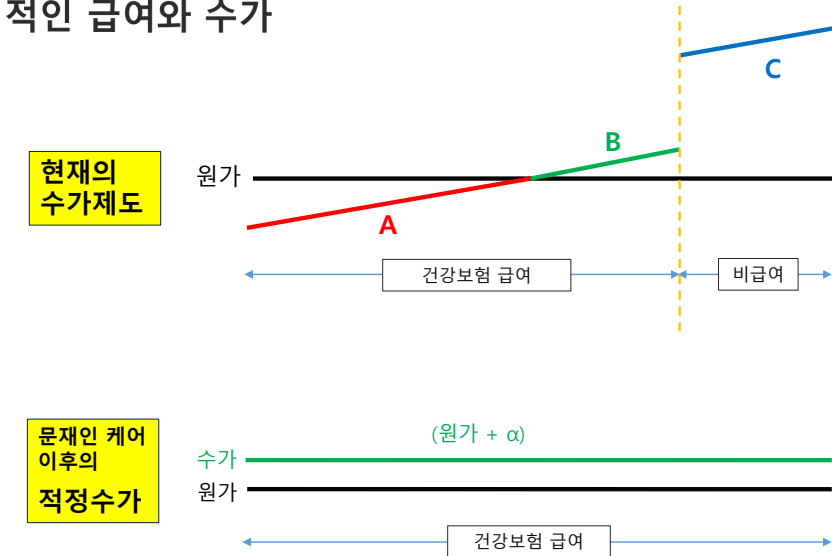
- 전국민 건강검진으로 발전, 효과성·효율성·신뢰성, 자료의 연계와 활용

■ 불필요한 의료의 이용/제공 방지



2. 합리적 의료

● 합리적인 급여와 수가



2. 합리적 의료

● 원가 기반 적정 수가 개발

■ 급여와 수가의 불합리한 구조

- 의료서비스의 왜곡: 높은수가+낮은수가=과잉진료+과소진료
- 'Value of Money'저하: 진단과 치료의 불일치 발생
- 국민-의료인 관계: 과잉진료 의심

■ 현재의 수가 설정

- 수가 설정에 원가의 근거가 없음
- 수가의 적정성에 문제
- 원가와 수가 사이에 거대한 '낭비요인'이 존재할 수 있음

■ 원가 기반 적정 수가의 적용 효과

- 모든 의료서비스의 이윤율이 일정해지면 의료서비스의 구성이 정상화
- 'Value of Money'극대화: 진단과 치료의 일치로 효과/효율성 개선

2. 합리적 의료

● 의료제공체계 개편 방향

■ 300병상 미만 과잉공급 해소

- 300병상 미만 병원(높은 비용, 낮은 질): 병원의 90.0%, 병상의 70.4%

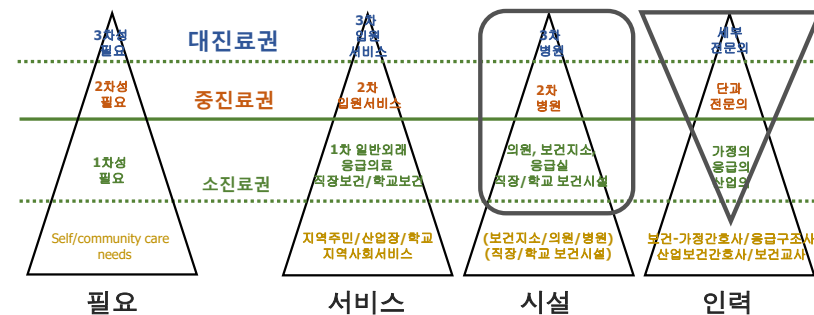
■ 공공의료기관 확충

- 우리나라 공공의료 병상은 9.6%(OECD 71.9%)로 매우 낮음
- 지역별 의료 기관 분포가 불균형함
- 공공병상 부족의 문제점
 - 적정진료의 기준 부재
 - 질병관리의 취약성
 - 정책의 집행능력 부족
- 공공의료기관 중심 전달체계 구축

2. 합리적 의료

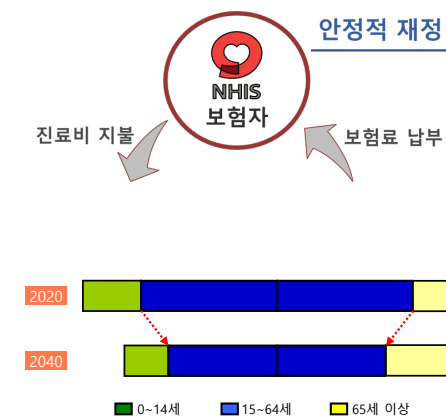
● 의료제공체계 구성의 원칙

- 필요(needs)를 기준으로 서비스, 시설, 인력을 공급
- 서비스, 자원 구성의 단계화
- 지역적인 분포가 균등해야 함: 지역화



3. 안정적 재정

● 불만은 줄이고 수입은 늘리고 ...



■ 보험료

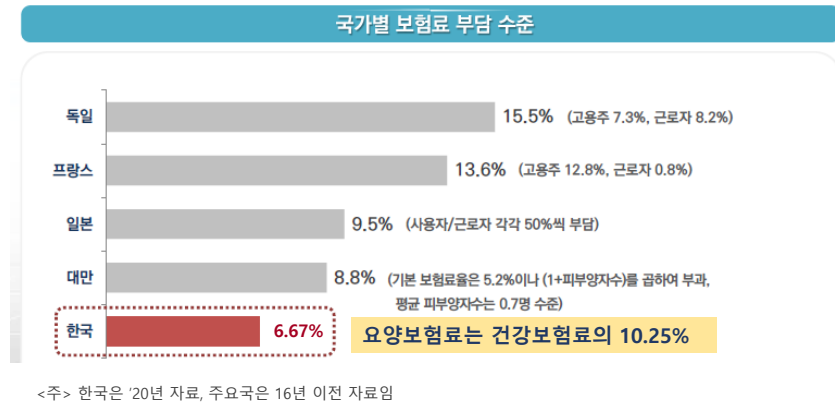
- 단기: 징수율 제고
- 중기: 부과체계 개혁
부과기반 확충
- 장기: 부과가능인구 확대

■ 국고

- '국고지원'의 확대
- '국고분담'으로 전환

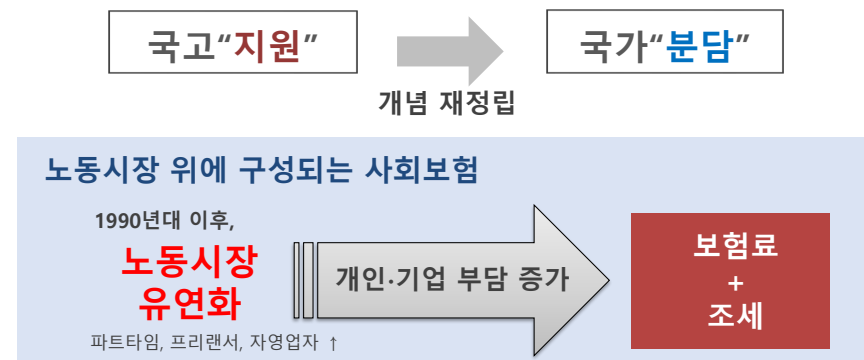
3. 안정적 재정

● 주요 사회보험 방식 국가들에 비해 보험료가 낮은 수준



3. 안정적 재정

● 사회보험 국고지원의 개념 변화 필요



- 프랑스 : 총수입 대비 정부지원 비율 2011년 49% → 2017년 52.2%
※ 52.2%(일반회계 지원: 1.5%, 사회보장분담금: 35.3%, 사회보장목적세: 15.4%)
- 일본 : 총수입 대비 정부지원 비율 2006년 36.8% → 2015년 38.9%
- 독일 : 2009~2017년 국고부담액 연평균 증가율 9.18%

건강보험의 개혁과 발전은

- 긴 호흡의 추진
 - 단기 과제도 중요하지만
 - 지금부터 시작해야 10-20년 후 결실이 가능한 과제를 추진해야 함
- 건강보험 안팎의 개혁
 - 건강보험 내부 개혁, 보험료 부과체계, 진료비 지불제도 뿐 아니라
 - 국민의 행태 변화, 보건의료체계의 시스템 개혁 필요
 - 각종 사회보험의 협업 가능성 모색
- 보건복지 뿐 아니라 경제, 조세, 노동 분야의 협력이 필요
 - 건강보험은 경제 전반, 산업구조, 고용시장, 조세제도 위에 존재하는 것
 - 경제정책과 사회정책의 대립적 관계에서는 대안이 나오지 않음
 - 포괄적 사회안전망 강화를 위해 상병수당 도입과 전국민 고용보험 확대정책 협업



감사합니다

h·well
국민건강보험

2020년 한국보건행정학회 후기 학술대회

국민건강을 위한 끝없는 도전, 심사평가원 20년

2020.11.06.
원장 김 선 민

CONTENTS

I 건강보험심사평가원 연혁

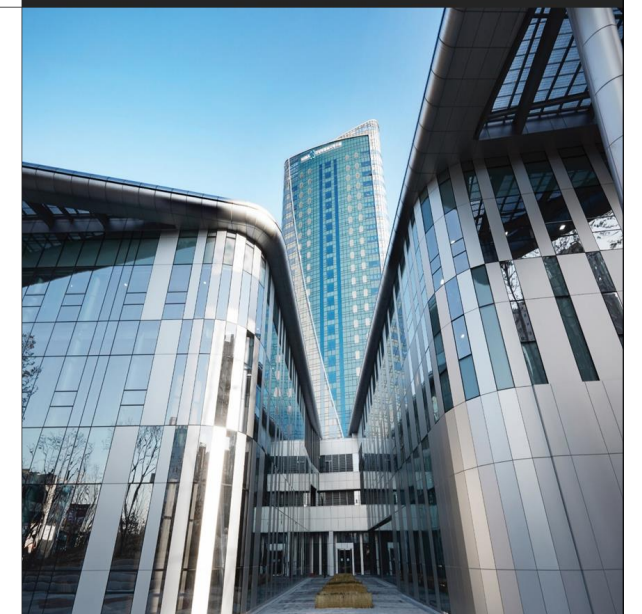
II 건강보험심사평가원 20년 성과

1. 진료비 심사
2. 의료의 질 평가
3. 요양급여 결정 및 가격관리
4. 보건의료자원 관리
5. 대민서비스
6. 보건의료 인프라 관리
7. 국제협력

III 도전과제



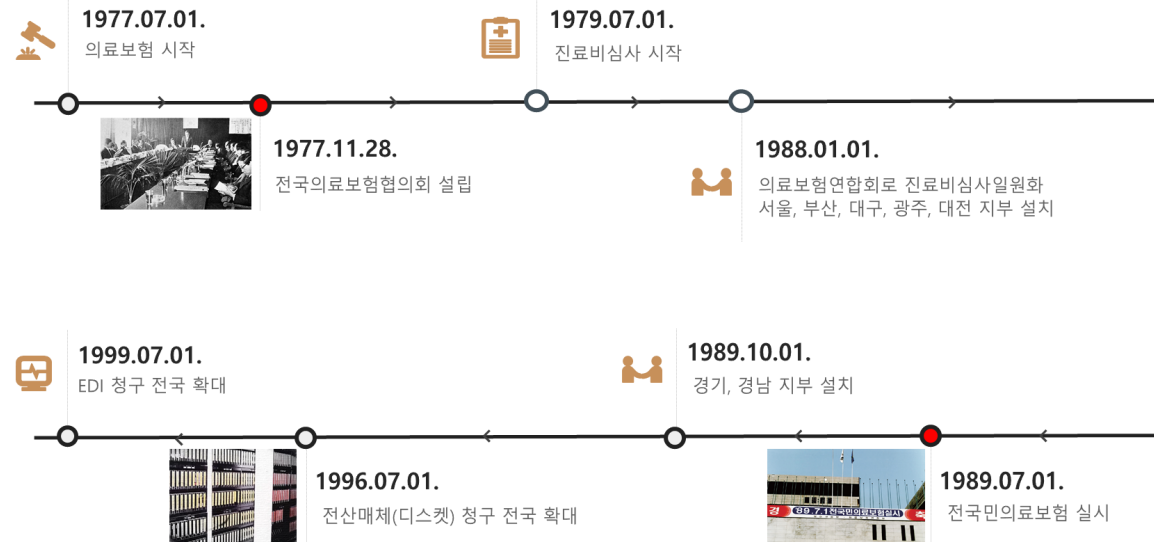
20
Korea Health Insurance Review & Assessment Service
건강보험심사평가원 20주년



I 연혁

1. 의료보험 시대의 개막과 진료비 심사기구의 발전(1977~1999)

Health Insurance Review & Assessment Service



3

I 연혁

2. 건강보험심사평가원 출범, 심사와 평가의 전문성 추구(2000~2020)

Health Insurance Review & Assessment Service



4

CONTENTS

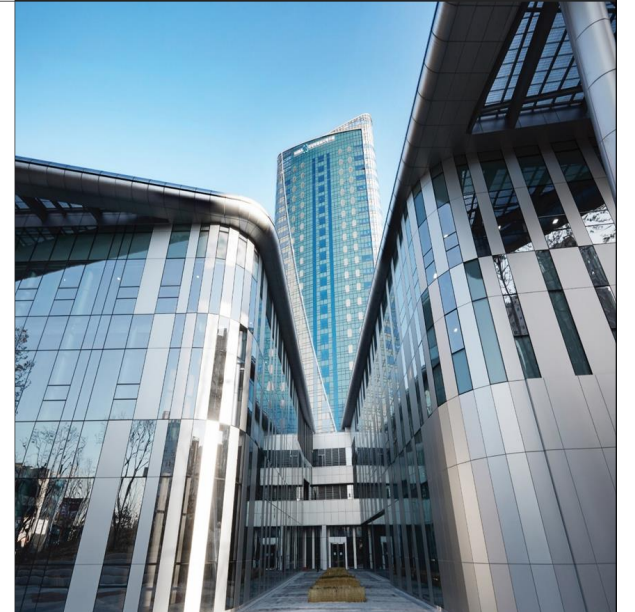
I 건강보험심사평가원 연혁

II 건강보험심사평가원 20년 성과

1. 진료비 심사
2. 의료의 질 평가
3. 요양급여 결정 및 가격관리
4. 보건의료자원 관리
5. 대민서비스
6. 보건의료 인프라 관리
7. 국제협력

III 도전과제

28
건강보험심사평가원 20주년



II 성과

1. 진료비 심사(1)

Health Insurance Review & Assessment Service

서면심사에서 출발... 심사·평가체계 개편

심사 변천 과정



6

II 성과 1. 진료비 심사(2)

Health Insurance Review & Assessment Service

건강보험 심사방식 적용을 통한 수탁심사 품질 향상

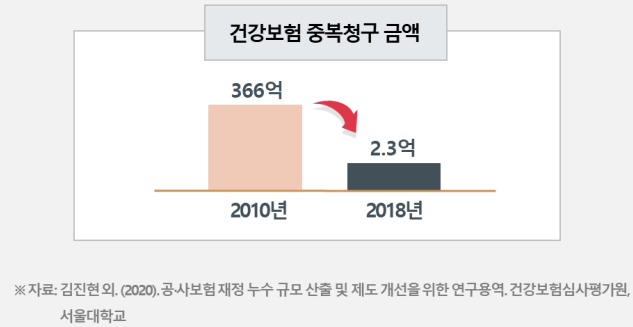
진료비 심사 수탁

- **적정 진료 및 건전한 재정 관리·유지**를 위하여 위탁
- 환자의 진료특성을 고려한 **심사기준 마련** 및 전산시스템 구축



(예시) 자동차보험 진료비 심사의 성과

- 건강보험 중복청구 금액 감소 → '10년 대비 363.7억 감소
- 자동차보험 진료비심사가 중복 청구 예방 기능을 충실히 수행



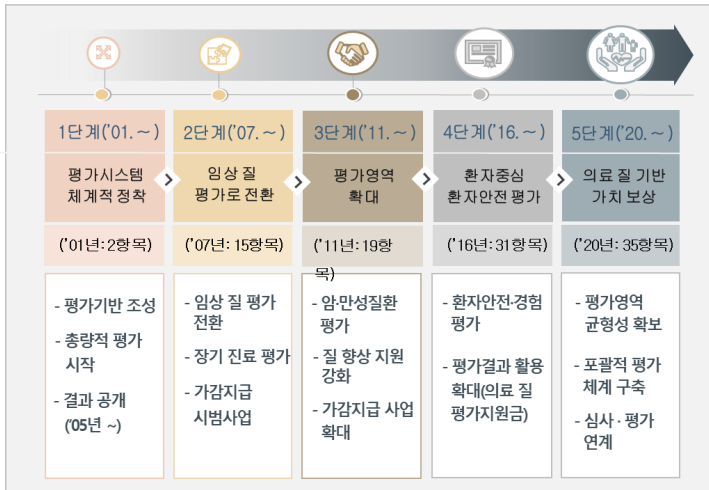
7

II 성과 2. 의료의 질 평가

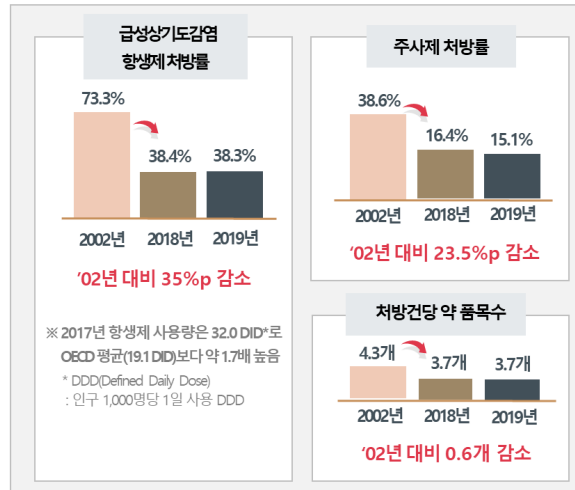
Health Insurance Review & Assessment Service

요양급여 적정성 평가 영역 확대를 통한 의료 질 향상

요양급여 적정성 평가 변천 과정



(예시) 약제 적정성 평가 효과



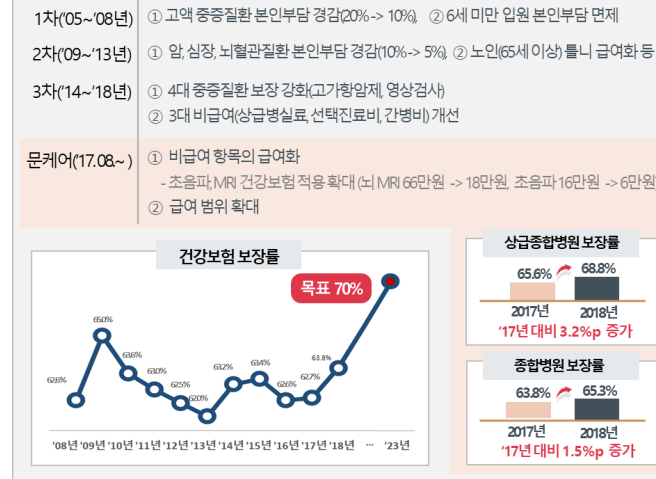
8

II 성과 3. 요양급여 결정 및 가격관리 (1)

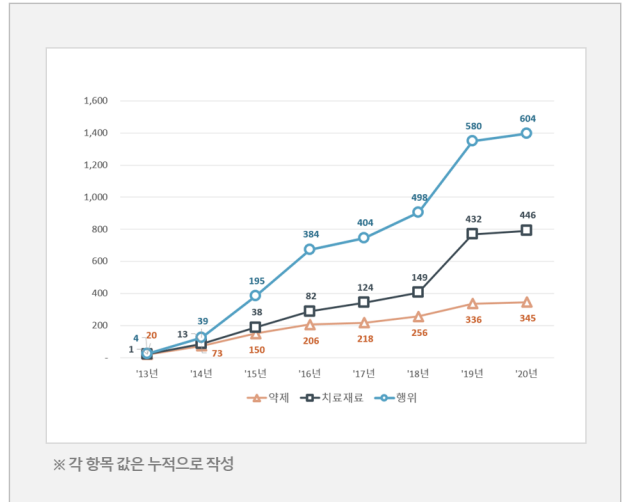
Health Insurance Review & Assessment Service

건강보험 보장성 강화 정책 지원을 통한 국민의료비 부담 완화

보장성 강화 정책 진행 과정



보장성 강화 항목 수(고시 기준)



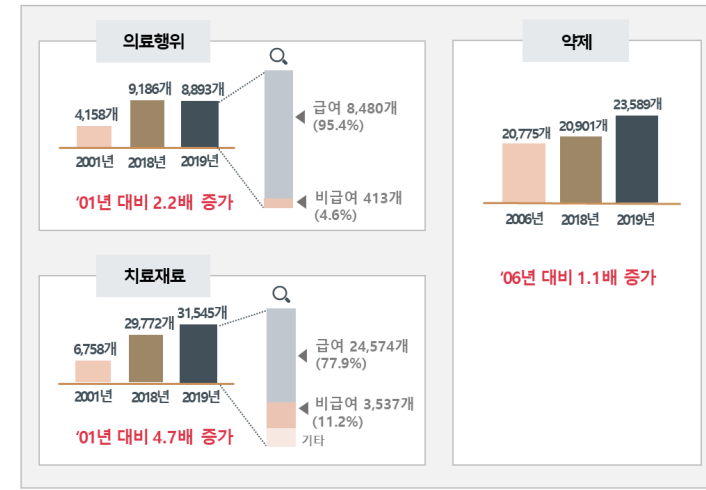
9

II 성과 3. 요양급여 결정 및 가격관리 (2)

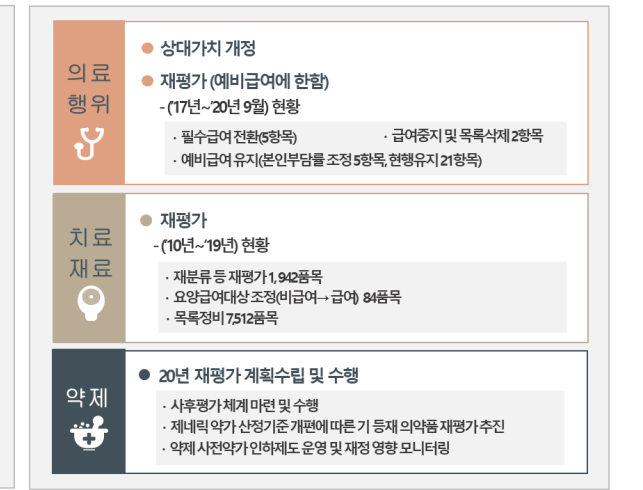
Health Insurance Review & Assessment Service

지속적 가격관리

요양급여 등재 관리



사후관리



10

II 성과 4. 보건의료자원 관리

Health Insurance Review & Assessment Service

의료장비 관리 강화를 통한 안전한 보건의료 인프라 구축

☑ 보건의료자원 관리 및 정비

의료자원 변경 등록 <ul style="list-style-type: none"> 신규개설 3,946기관 등 신고처리 289,290건('20.8.) 	의료장비 분류체계 현행화 <ul style="list-style-type: none"> 관리대상 의료장비 항목 발굴 및 분류체계 고시 개정('20.10.)
의료자원 일제정비 <ul style="list-style-type: none"> 의료법(지자체)으로 관리되는 자원 정비 	환자안전 관련 시설·인력 중점 점검 <ul style="list-style-type: none"> 중환자실 간호 관리료 등등제 관련 인력 및 시설고 사항 점검

☑ 보건의료자원 신고일원화 제도 도입('16)

- 보건의료자원 통합신고포털을 통한 처리정보 연계 - 지자체(행정시스템) + 심평원(의료자원 신고(허가))

통합관리 효율화 <ul style="list-style-type: none"> 지자체와 심평원 간 중복 신고(14.2만건) 해소 미신고 장비 등 사각지대 관리 	정보 품질 향상 <ul style="list-style-type: none"> 실제에 기반한 정보관리 확대 통계의 정확성 제고 유관기관 정보 연계(허가정보, 면허정보 등)
---	---

11

II 성과 5. 대민서비스

Health Insurance Review & Assessment Service

비급여 항목 공개를 통한 국민의료 선택권 강화

2013년 29항목 / 43개 기관 상급종합병원	2016년 52항목 / 2,041개 기관 150병상 초과 병원급 확대 요양병원 포함	2020년 564항목 / 3,925개 기관 병원급 이상 전체
---	--	--

요양(의료)급여 대상여부 확인(진료비확인 서비스)을 통한 국민 권익보호

진료비 확인 접수 건수 2003년 2,682건 2019년 28,643건 '03년 대비 10.7배 증가	진료비 확인 환불 건수 2003년 568건 2019년 6,827건 '03년 대비 12배 증가	진료비 확인 환불 금액 2003년 3.7억 2019년 19.3억 '03년 대비 5.2배 증가
--	---	---

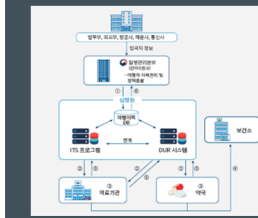
12

II 성과 6. 보건의료 인프라 관리 (1)

Health Insurance Review & Assessment Service

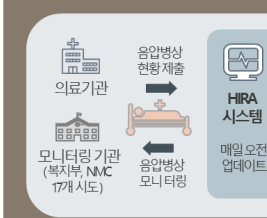
코로나19 등 감염병 예방 대응체계 구축

☑ 고위험군 조기발견



- DUR/ITS 시스템
 - 감염병 발생국 방문이력 등 제공
- 확진자 이력관리
 - 기관별 환자정보 실시간 통합관리
- 진단검사
 - 급여범위 확대

☑ 환자의 적절한 치료



- 음압격리병상 모니터링
 - 중증환자 적정병상
 - 배정지원
- 치료약제유통 모니터링
 - 코로나치료제 부족 대비 유통 현황 파악

☑ 지역사회 전파 방지



- 마스크 중복구매 확인시스템
 - 마스크 수급안정화를 위한 구매이력 확인
- OPEN API
 - 공적마스크 판매처 등 국민안전정보 공개
- 국민안전정보지정
 - 325개 기관 지정운영

☑ 정책 및 국제적 연구지원



- 코로나19관련 추가개발
 - 격리실 치료 기준확대 및 추가 신설 등
- 코로나환자 임상 데이터 연구지원
 - 국제적 학계, 정부기관의 연구지원 (28개국 1,587명 이용)

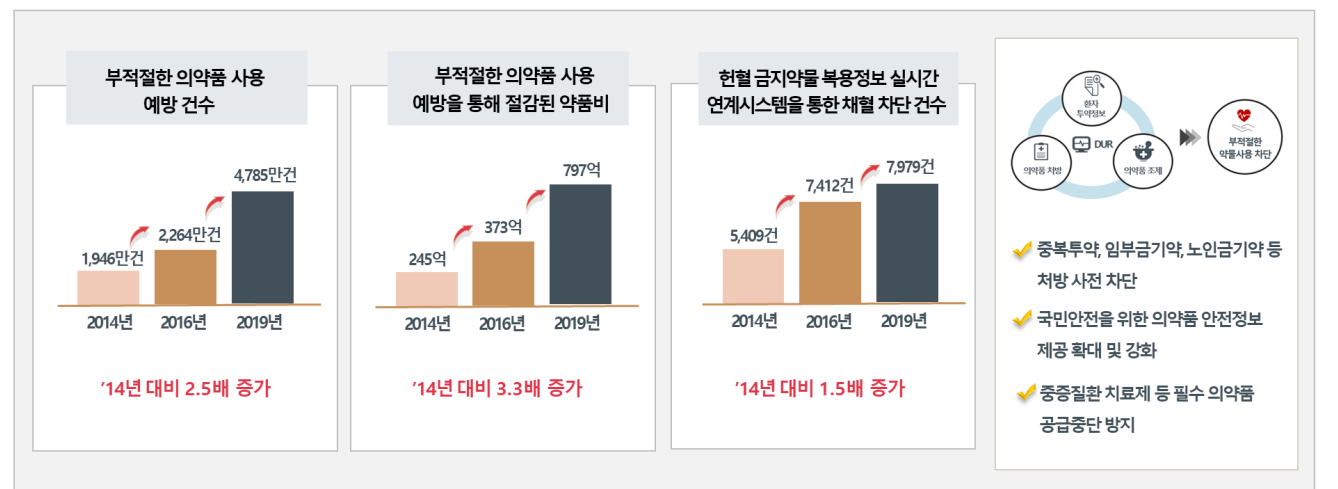
13

II 성과 6. 보건의료 인프라 관리 (2)

Health Insurance Review & Assessment Service

안전하고 적절한 의약품 사용으로 국민건강 보호

☑ 의약품안전사용서비스(DUR) 제공을 통한 환자안전 제고



14

II 성과 7. 국제협력

Health Insurance Review & Assessment Service

보편적 건강보장 달성을 위한 국제협력 강화

다자 협력

국제기구

- OECD 질과 성과 작업반(HCQO) 회의
- WHO PPRI 네트워크 국제회의 등 회의체 참여
- OECD 보건통계 제공 지원 등

다자개발은행

- 캄보디아('20.) 등 재정 지원을 통한 교육·정책 컨설팅 사업 수행

국제네트워크

- 공동학습 네트워크(JLN) 참여
* 전 세계 34개 회원국 참여 (세계은행, 빌앤멜린다게이츠재단 지원)

양자 협력

시스템 구축

- 바레인 국가건강보험(SEHATI-M)시스템 구축 내용
 - 국가의약품관리시스템(DUR), 국가건강보험정보시스템(NHIS) 보건 의료정보활용시스템(SUN), 국가 진료정보지장소(NEMR)
- 유지관리 내용
 - 시스템 통합관리 및 확산지원, 안정화 및 기술지원

MOU 체결

- 건강보험 분야 상호관계 및 협력 강화 업무 체결 ('20.9. 기준 15개국, 3개 국제기구, 2개 비영리단체)

교육·컨설팅

- 미얀마 보건복지부, 베트남 사회보장청(VSS) 등 유관기관 대상 지식 공유

15

III 도전 과제

심평원 탄생의 이유

Health Insurance Review & Assessment Service

한국 건강보험의 역사성

- 건강보험통합 일원화
- 거대 단일 보험자와 민간 공급자 간 힘의 균형

역할 기대

- 독립적 심사기구
- 다양한 이해당사자 간 균형추 역할

17

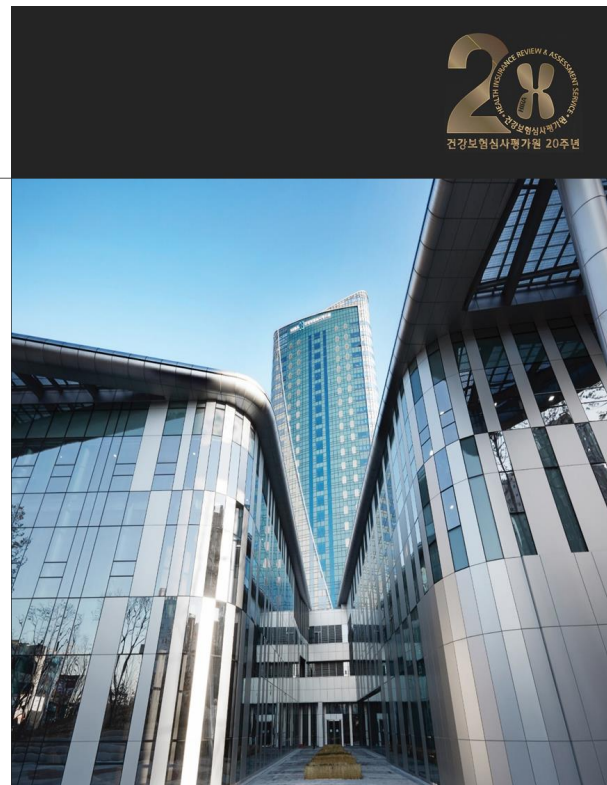
CONTENTS

I 건강보험심사평가원 연혁

II 건강보험심사평가원 20년 성과

1. 진료비 심사
2. 의료의 질 평가
3. 요양급여 결정 및 가격관리
4. 보건 의료자원 관리
5. 대민서비스
6. 보건 의료 인프라 관리
7. 국제협력

III 도전과제



III 도전 과제

심평원 존재의 이유

Health Insurance Review & Assessment Service

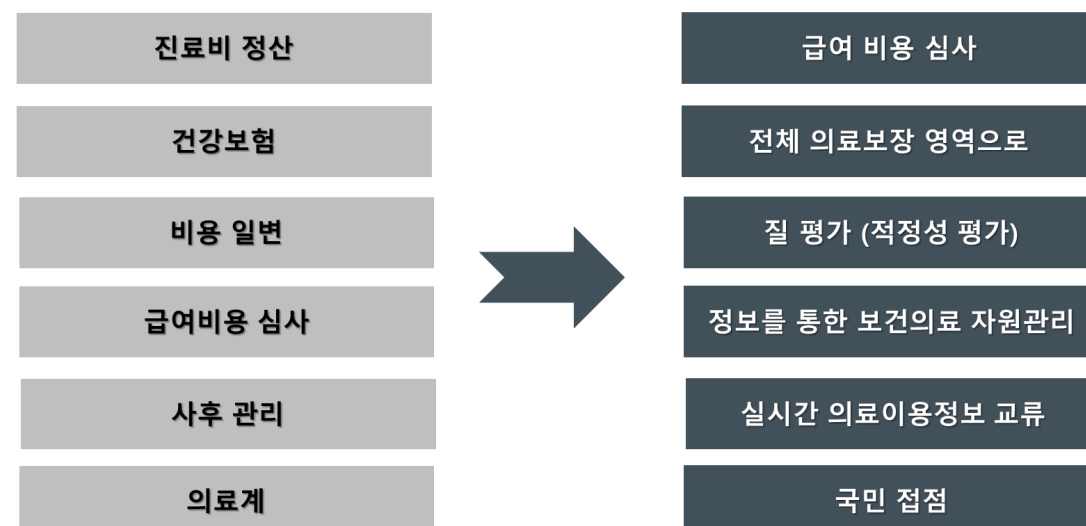
의료서비스의 경제적 특성

- 의료제공자가 구매자인 동시에 판매자
- 공급자와 소비자 사이 정보 비대칭
- 자연적 독점 공급
- 수요예측 불가능

공급자, 소비자, 정책당국 사이 정보 비대칭의 해소

- 의료 대법관
- 의료관련 정보 번역, 공개
- 의료이용 길잡이

18



19

진료비용심사

- 물량 증가와 비용 지속가능성
- 보장성 확대에 따른 심사 효과 변화
- 의료계 문화 변화

적정성 평가

- 영역 확대의 지속가능성
- 모든 측면의 질을 평가하고 있는가?
- 질 향상에 이르는가?
- 질의 형평성?

20

정보 활용

- 방대한 구슬을 엮어서 보석으로 만들고 있는가? 충분히 교류하고 있는가?

국민 중심성

- 심평원, 궁극의 고객은? 의료계와의 협력을 통해 달성하고자 하는 것은?

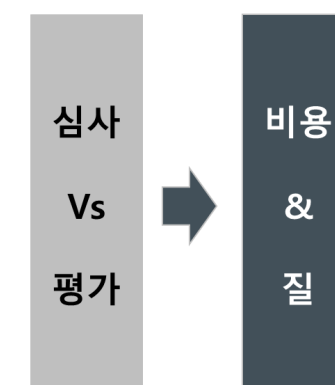
21

심사평가체계 개편

- 건단위 심사 -> 기관 단위 심사
- 심사 일관성 제고
- 투명한 기준에 의거한 심사

평가 개선 방향

- 임상적 효과성 일변 -> 환자 안전, 환자 중심성 평가
- 지난한 자료 수집의 효율화
- 중소병원과 일차의료기관 평가 강화



22

정보 활용의 극대화

- AI 방식의 적극 도입
- Real World Evidence 창출
- Resilient health system에 기여

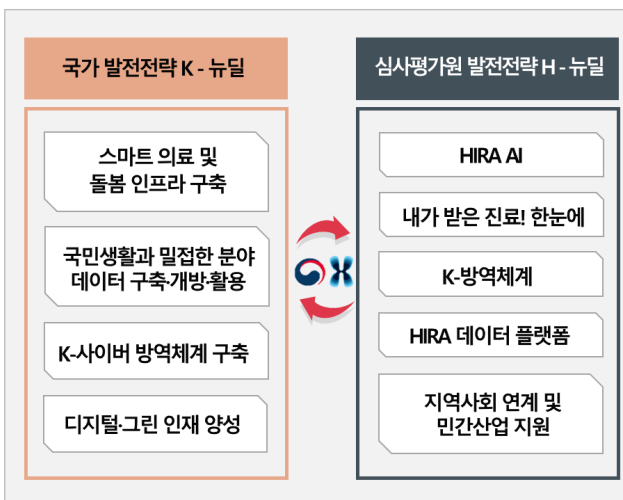
궁극의 고객, 국민을 향하여

- 환자 관점의 평가 확대(PaRIS)
- Personal Health Record : 내가 받은 진료 한 눈에
- 비급여 관리의 체계화

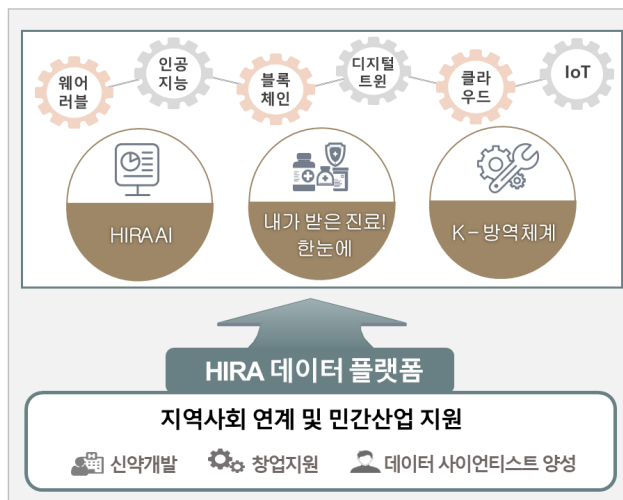
23

위드 코로나 시대에 맞는 실사구시 HIRA 디지털 뉴딜

범국가·지역연계 H-뉴딜 전략



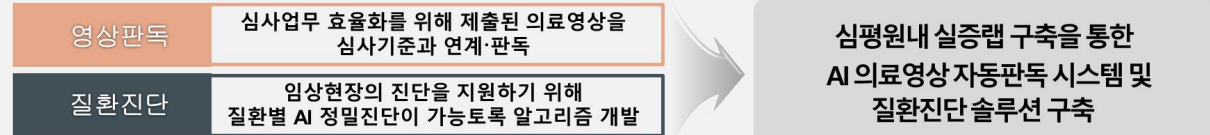
인공지능, K-방역 등 5대 중심 영역부터 출발



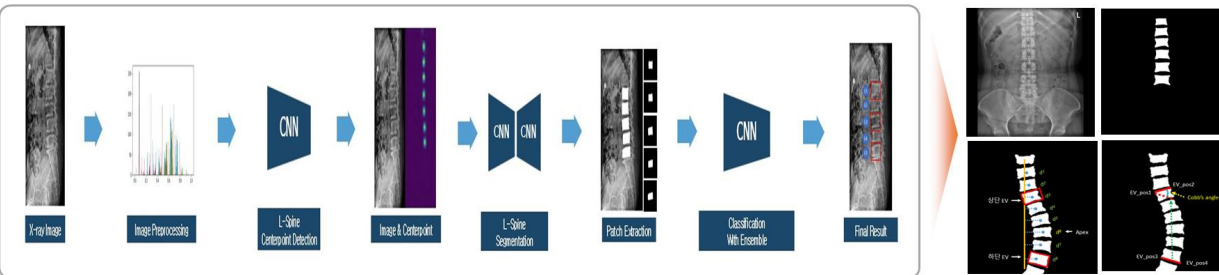
24

(세부 1) HIRA AI

주요 추진내용



[예시] 인공지능(AI) Machine Learning 과정



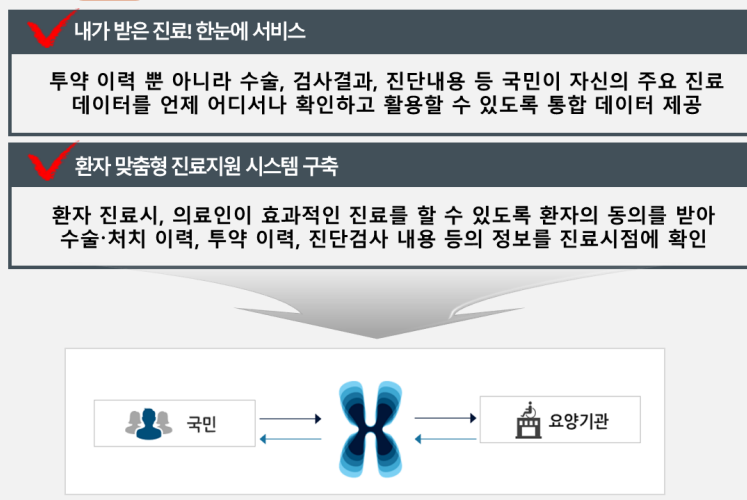
25

(세부 2) 내가 받은 진료! 한눈에

AS-IS Version 1.0



TO-BE Version 2.0



26



앞으로도 건강보험심사평가원은 건강하고 안전한 의료문화를 열어가는
국민의료평가기관이 되고자 최선을 다하겠습니다.

감사합니다

건강보험 발전방안

비급여 진료비와 건강보험 보장성 효과지표



비급여 모니터링 결과 및 비급여 현황

h·well
국민건강보험

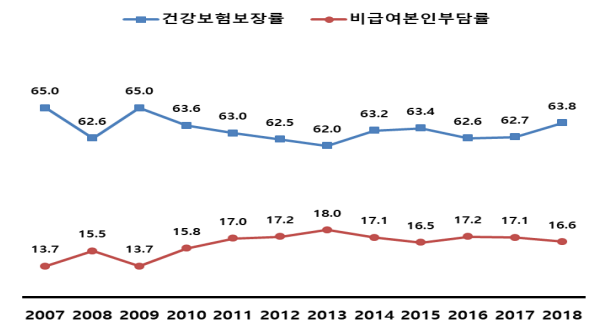
01. 개 요
02. 비급여 모니터링 결과
03. 문케어 이후의 비급여 유형
04. 결론 및 향후 추진방향

건강보험 보장률

건강보험환자의 전체 진료비(비급여 포함) 중
공단부담금이 차지하는 비중

$$\frac{\text{공단부담금}}{\text{공단부담금} + \text{법정본인부담금} + \text{비급여부담금}} \times 100$$

연도	건강보험보장률	법정본인부담률	비급여본인부담률
2018	63.8	19.6	16.6
2017	62.7	20.2	17.1
2016	62.6	20.2	17.2
2015	63.4	20.1	16.5
2014	63.2	19.7	17.1
2013	62.0	20.0	18.0
2012	62.5	20.3	17.2
2011	63.0	20.0	17.0
2010	63.6	20.6	15.8
2009	65.0	21.3	13.7
2008	62.6	21.9	15.5
2007	65.0	21.3	13.7

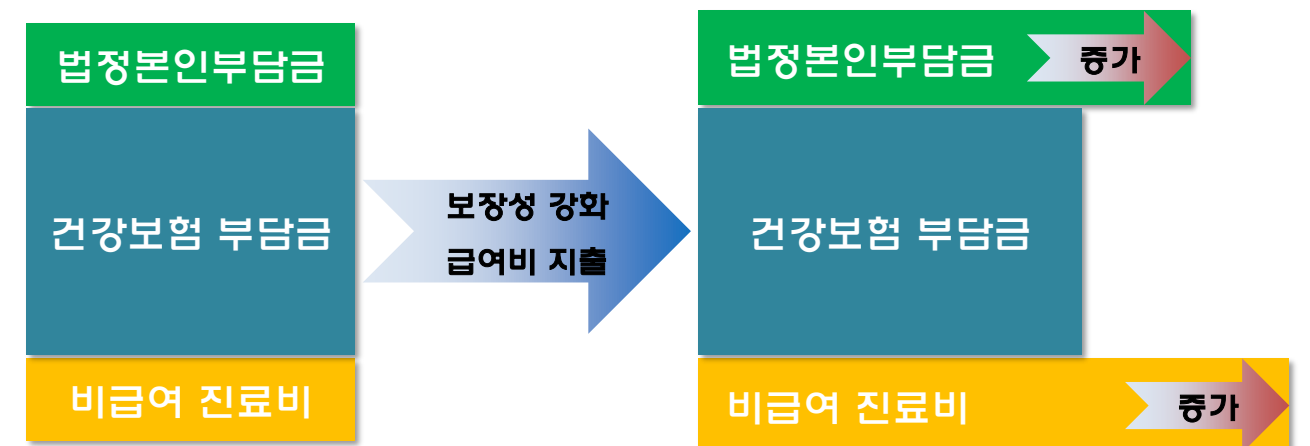


National Health Insurance Service

Page 5

건강보험 보장률

보장률 정체의 주요 원인은 비급여의 지속적인 증가

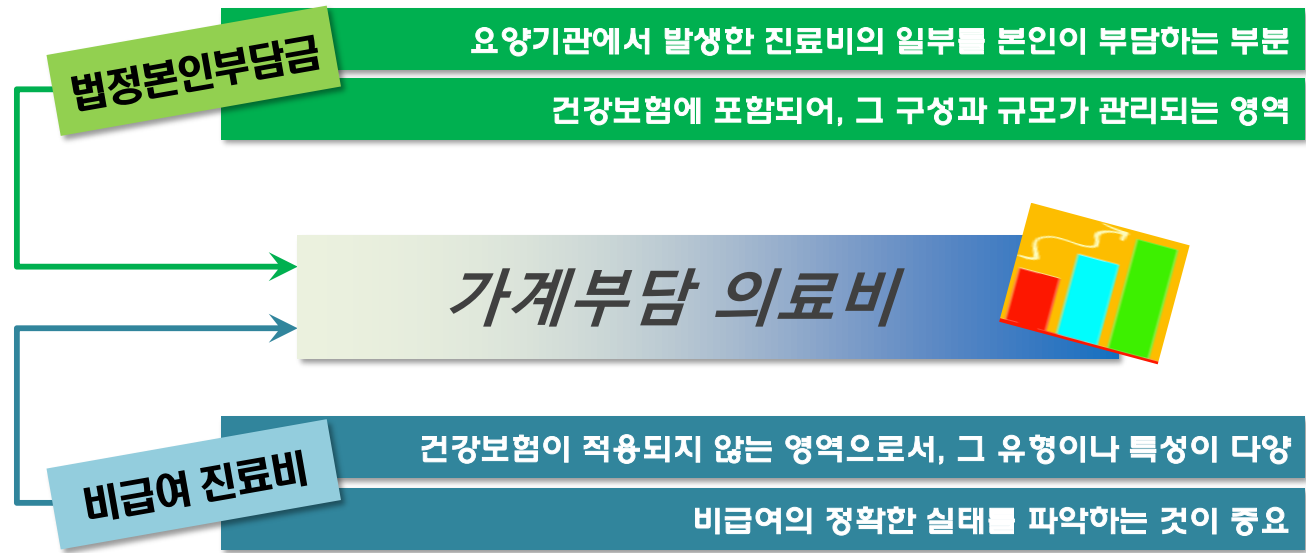


National Health Insurance Service

Page 6

01 개요

건강보험 보장률



보장성 강화정책 by 문재인 케어

■ 비급여의 전면 급여화

- (2단계) '비급여관리 정책협의체'를 통해 「비급여 진료비의 4가지 발생유형」 정의

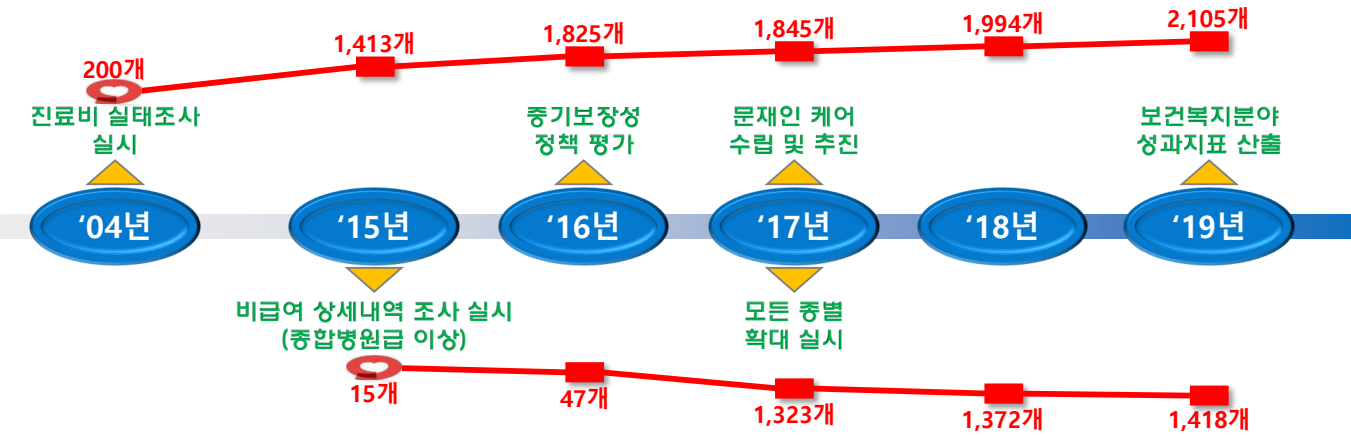
비급여 진료비의 4가지 발생유형

치료적 비급여	기준	[건강보험급여목록]에 등재되어 있으나, 급여기준 등에 의해 비급여로 적용되고 있는 항목 - 진료 상 필요성, 의학적 타당성, 비용효과성 등을 고려한 급여 범위에 부합하지 않는 경우
	등재	[건강보험 비급여 목록]에 등재되어 있는 항목 - 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명한 경우
제도비급여		관련 제도적 규정에 따라 비급여로 정한 상급병실차액, 선택진료비 및 제증명수수료 - 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 <별표2 비급여대상>에 명시된 경우 중 상급병실 선택진료에 따른 추가비용
선택비급여		의료소비자의 선택에 의한 경우로 일상생활에 지장이 없는 질환, 신체적 필수 기능 개선을 직접 목적으로 하지 않는 경우 - 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 <별표2 비급여대상>에 명시된 경우 중 미용, 성형, 예방, 검진 등

보장성 강화정책 by 문재인 케어

■ 비급여의 전면 급여화

- (1단계) 진료비 실태조사 및 비급여 상세내역 조사를 통한 비급여 실태 파악
 - 기존 '비급여'는 법정비급여, 임의비급여 등 개념적으로만 존재
 - '15년부터 근거에 기반하여 실질적인 '비급여 진료비의 구성과 현황' 파악



보장성 강화정책 by 문재인 케어

■ 비급여의 전면 급여화

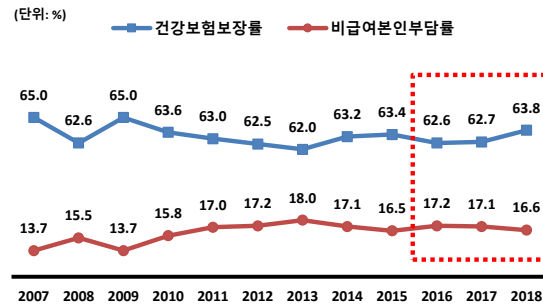
- (3단계) 비급여 유형에 따른 보장성 강화정책 수립
 - 기준비급여/등재비급여 : 필수급여 및 예비급여를 통한 급여화 검토·적용
 - 제도비급여 : 선택진료제도 폐지 및 상급병실(2, 3인실) 급여 적용



보장성 강화정책 by 문재인 케어

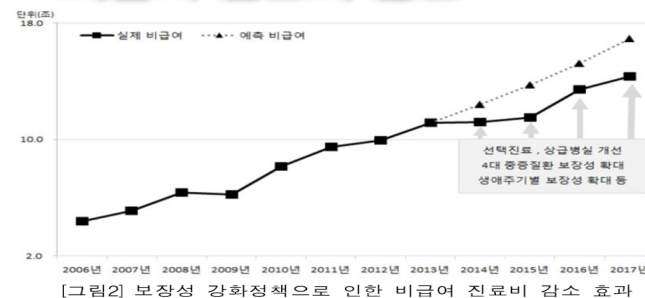
연도별 건강보험 보장률

연도	건강보험보장률	법정본인부담률	비급여본인부담률
2018	63.8	19.6	16.6
2017	62.7	20.2	17.1
2016	62.6	20.2	17.2



출처: 이육희 등, 2016년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단(2017)

보장성 강화정책으로 인한 비급여 진료비 감소



02 비급여 모니터링 결과

보장성 강화정책 by 문재인 케어

Q. 보장성 강화정책에 따른 비급여의 실태, 구성 등 변화를 어떻게 분석할 것인가?

☞ 정책의 효과를 평가하고, 점검할 수 있는 분석·모니터링 체계 구축

Q. 보장성 강화 이후에도 남게 되는 비급여가 있는가? 만약 있다면, 어떻게 관리할 것인가?

☞ 남는 비급여를 유형에 따라 분류하고, 각 유형에 적합한 관리방안 마련

비급여 상세내역 조사

■ 조사목적

- ‘건강보험환자 진료비 실태조사’와 병행하여 조사된 ‘비급여 상세내역 자료’를 통해 비급여 진료비의 구성과 현황 파악

■ 조사내용

- 요양기관에서 6, 12월에 발생한 외래 및 입원(퇴원) 진료건 전체

■ 조사방법

- 조사표 발송 후 대상 요양기관에 협조부탁 및 안내 전화 실시

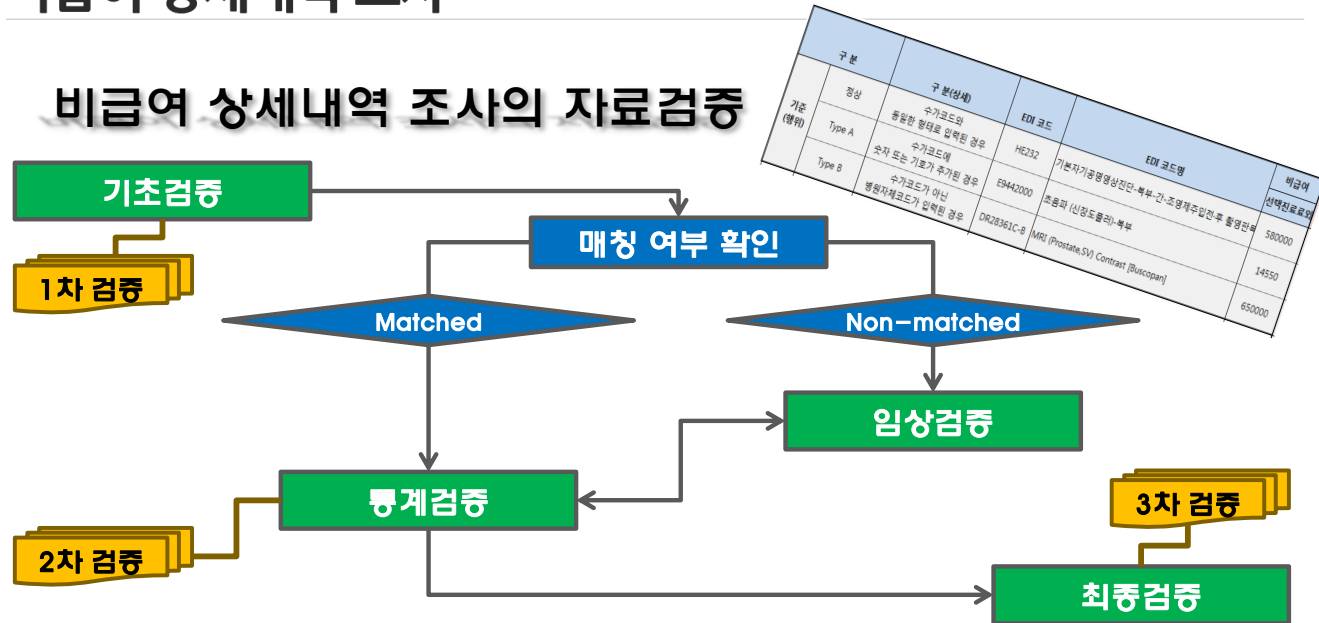
조사양식

요양기관코드	종별	서식	환자성명	주민번호	입원/내원일자	퇴원일자	아전공유입원일
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
환자구분	질병군(DRG)번호	진료과목	주상병명	부상병명	주수술 코드	신경통제 진료여부	제출의 Key 값
⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯

조사항목			
항목구분	⑰		
급여구분	⑱		
코드구분	⑲		
EDI 코드	㉑		
EDI 코드명	㉒		
1일 실시횟수(또는 사용량, 투약횟수)	㉓		
총 실시일수(또는 사용일수, 투약일수)	㉔		
1회 투약량※ 외약품만 해당	㉕		
급여	일부본인부담	본인부담금	㉖
		공단부담금	㉗
	전액본인부담금(100:100)		㉘
비급여	선택진료료		㉙
	선택진료료 외		㉚

비급여 상세내역 조사

비급여 상세내역 조사의 자료검증



비급여 진료비의 구성과 현황 및 모니터링

■ 비급여 진료비의 발생유형 및 진료유형

- 기준비급여/등재비급여 : 건강보험 요양급여체계에 따라 행위, 치료재료, 의약품으로 구분
- 제도비급여 : 관련 제도에 따라 구분
- 선택비급여 : 진료목적(속성)에 따라 구분

기준 비급여

급여기준 등에 의해 비급여로 적용되고 있는 항목

- 행위 (MRI, 초음파 포함)
- 치료재료
- 의약품
- 기타

등재 비급여

비급여 목록에 등재되어 있는 항목

- 행위 (도수치료 포함)
- 치료재료

제도 비급여

관련 제도 규정 따른 비급여

- 상급병실차액
- 제증명수수료
- (선택진료비)

선택 비급여

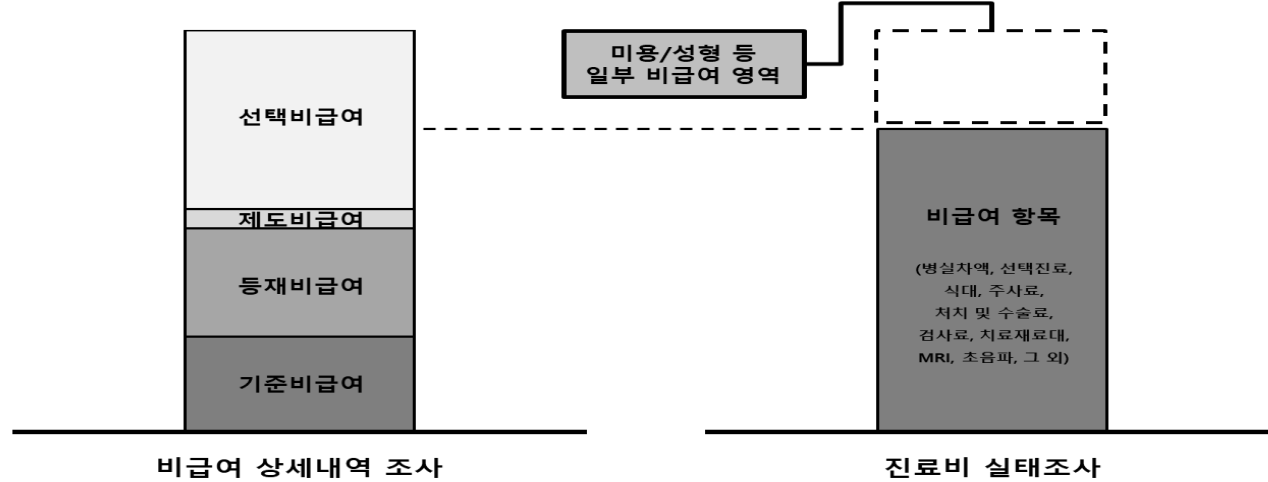
의료소비자의 선택에 의한 경우로 일상생활에 지장이 없는 질환, 신체적 필수 기능 개선을 직접 목적으로 하지 않는 경우

- 미용, 성형, 치과
- 건강보조행위
- 예방
- 의약품
- 한방
- 기타부가서비스

비급여 상세내역 조사 vs. 진료비 실태조사

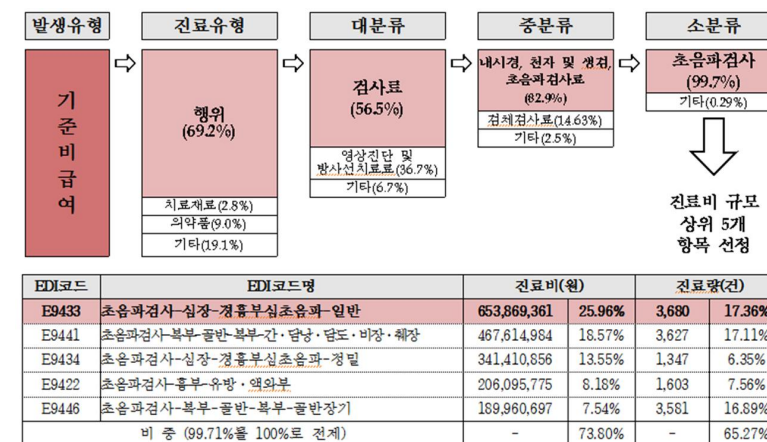
■ 분석에 사용되는 비급여 영역 차이 발생

- 비급여 상세내역 조사는 미용/성형 등 진료비 실태조사에서 제외한 일부 항목 포함



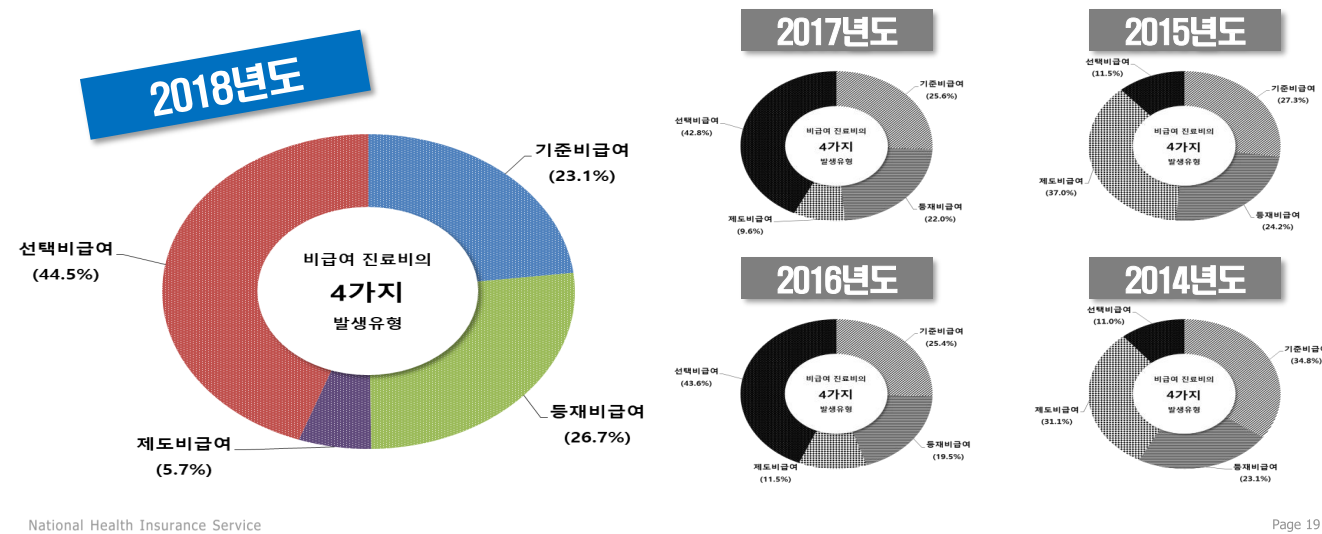
비급여 진료비의 구성과 현황 및 모니터링

비급여 실태파악을 중심으로 정책에 따른 변동 탐색



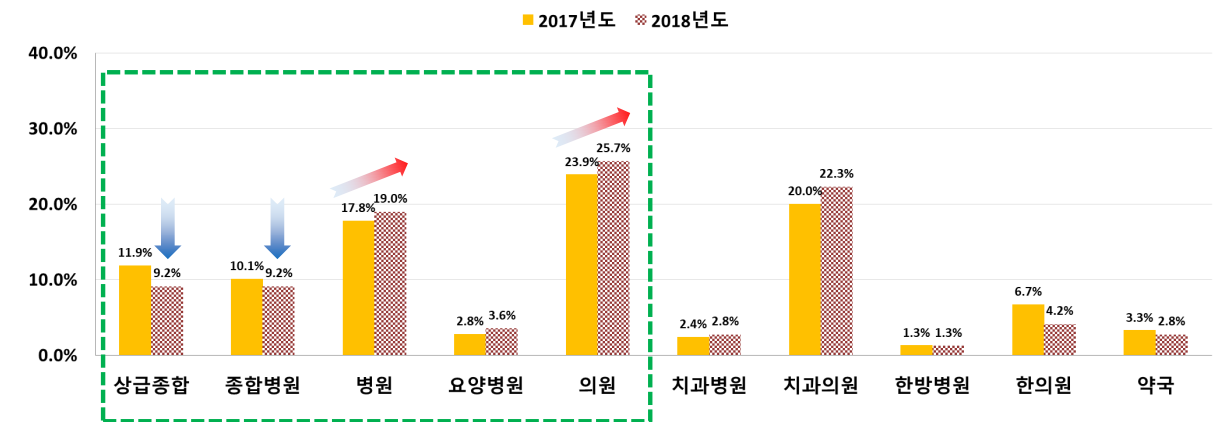
주요결과

비급여 진료비의 4가지 발생유형



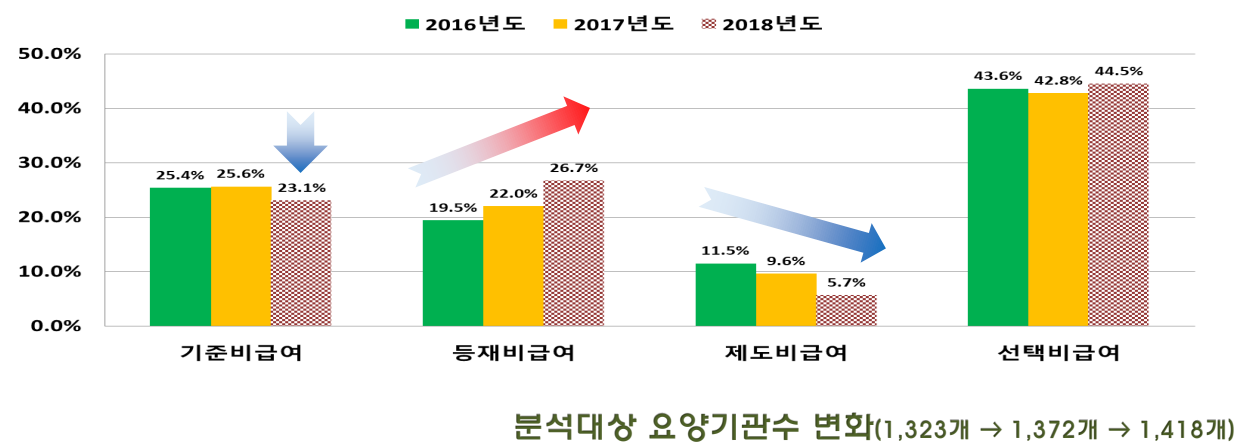
주요결과

비급여 진료비의 구성 비교 (요양기관 종별)



주요결과

비급여 진료비의 구성 비교 (발생유형별)



주요결과

('18년도) 등재비급여 상위 항목

전 체			종 별	
코 드	코드명	비율(%)	상급종합	
MX122	도수치료 [1일당]	21.4	다빈치 로봇 수술	8.1
UZ005	광중합형 복합레진충전	12.9	심장-경흉부 심초음파-전문	2.2
SZ084	체외충격파치료[근골격계질환]	8.0	심장-경흉부 심초음파-일반	2.0
CZ394	인플루엔자 A·B 바이러스항원검사	7.7	복부-여성생식기 초음파-일반	1.6
UZ004	인레이 및 온레이 간접충전	6.6	흉부-유방·액와부 초음파	1.2
MY142	증식치료(사지관절부위)	4.6	의 원	
QZ961	다빈치 로봇 수술	4.3	도수치료 [1일당]	9.8
SZ634	경피적 경막외강 신경성형술	2.4	인플루엔자 A·B 바이러스항원검사 [현장검사]	4.4
HZ272	방사선 온열치료 및 온열치료계획	2.2	체외충격파치료[근골격계질환]	4.0
EX934	인상채득 및 모형제작 [1악당]	2.1	증식치료(사지관절부위)	2.8
			복부-여성생식기 초음파-일반	3.7

National Health Insurance Service Page 22

주요결과

('17~18년도 비교) 상급종합병원 '다빈치로봇수술'

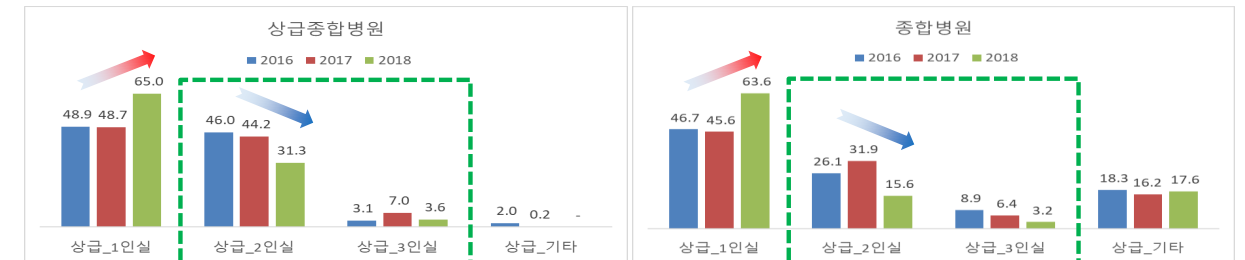


National Health Insurance Service

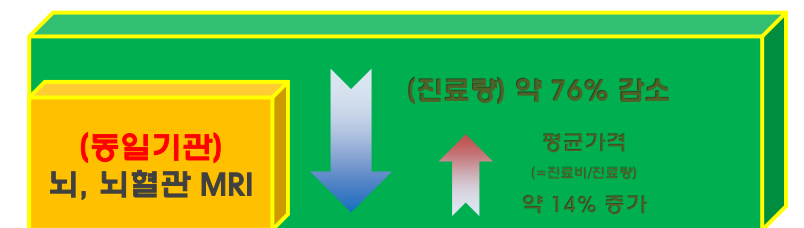
Page 23

주요결과

(정책에 따른 변화) 상급병실료 2, 3인실 보험 적용('18.7)



(정책에 따른 변화) 뇌, 뇌혈관 MRI('18.10)



National Health Insurance Service

Page 25

주요결과

('17~18년도 비교) 의원 '도수치료', '체외충격파치료'

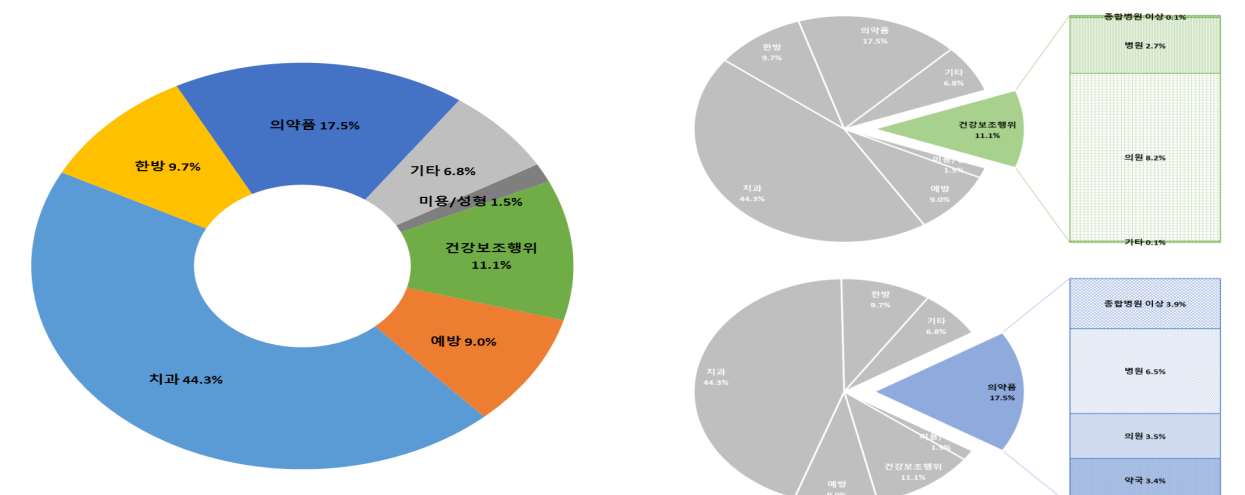


National Health Insurance Service

Page 24

주요결과

('18년도) 선택비급여의 주요항목별 구성



National Health Insurance Service

Page 26

03 문케어 이후의 비급여 유형

문케어 이후를 대비한 비급여 관리

비급여 분류체계 정립을 통한 유형별 관리정책 설계

■ 보장성 강화 이후 남은 모든 비급여(등재, 선택)를 포괄하는 분류체계 구축

	진료목적	진료유형	진료분야	진료특성			진료항목
제1형 비급여 (등재 비급여)	미용/성형 · 건강증진/개선 · 예방 · 기타	행위 · 치료재료 · 의약품	의과 · 치과 · 한방	대 분 류	중 분 류	소 분 류	EDI코드 및 코드명
제2형 비급여 (선택 비급여)	<별표2.비급여 대상> 개정					비급여 목록파일 작성	

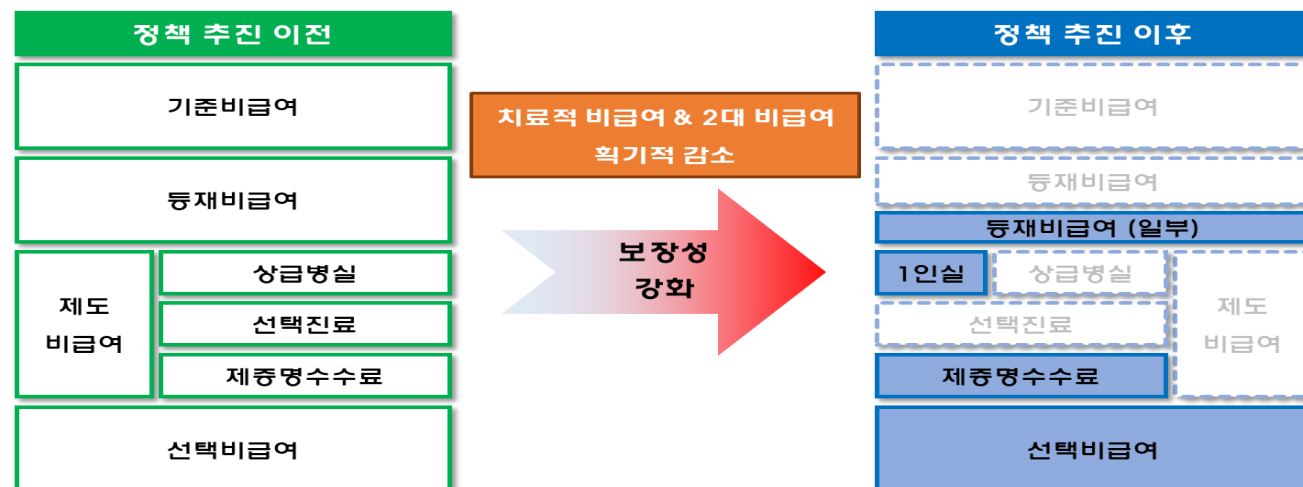
National Health Insurance Service

Page 29

보장성 강화정책 시행에 따른 변화 예측

■ 보장성 강화 이후 남은 비급여 유형

- 기준, 등재비급여의 급여전환과 선택진료비 폐지 등으로 인해 비급여 진료비 감소 기대



National Health Insurance Service

Page 28

문케어 이후를 대비한 비급여 관리



National Health Insurance Service

Page 30

04 결론 및 향후 추진방향

감사합니다.

h·well
국민건강보험

결론 및 향후 추진방향



지속 가능한 비급여 모니터링 체계 구축

인공지능기술(AI)을 활용한 비급여 분석 시스템 구축

비급여 분류 체계화를 통한 관리체계 구축

문재인 케어 이후를 대비한 비급여 관리기능 강화



목 차

National Health Insurance Service



1. 건강보험 보장성 강화정책
2. 건강보험 보장성 강화정책 성과와 한계
3. 보장성 강화 정책 효과 평가의 과제
4. 보장성 정책 효과 파악을 위한 지표 다양화
5. 향후 과제

건강보험 보장성 강화 정책

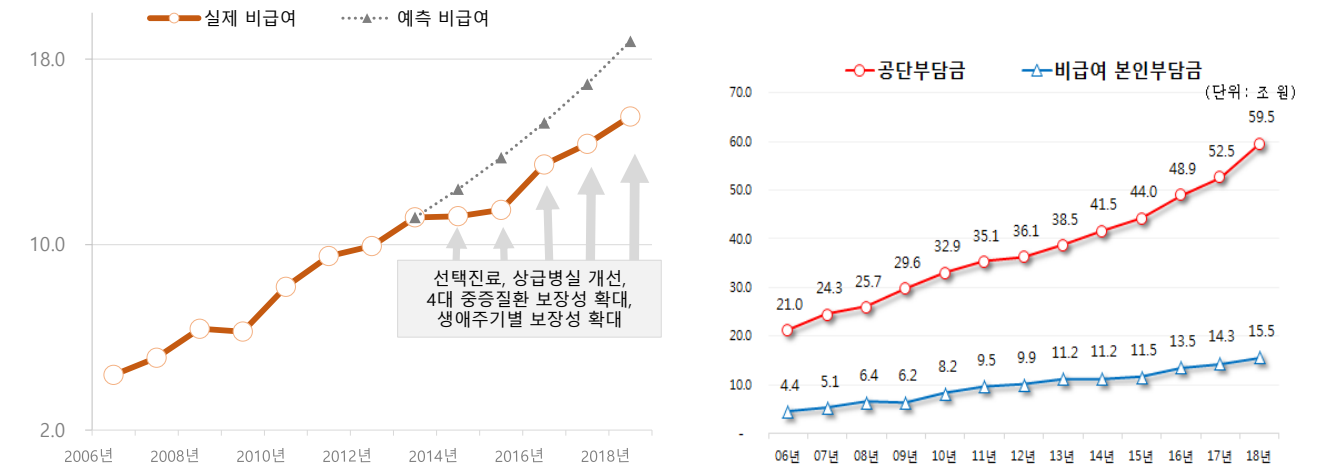


National Health Insurance Service

Page 3

건강보험 보장성 강화 정책 성과와 한계(2)

■ 국민의 의료비 부담 경감 노력으로 비급여 증가율이 상대적으로 둔화



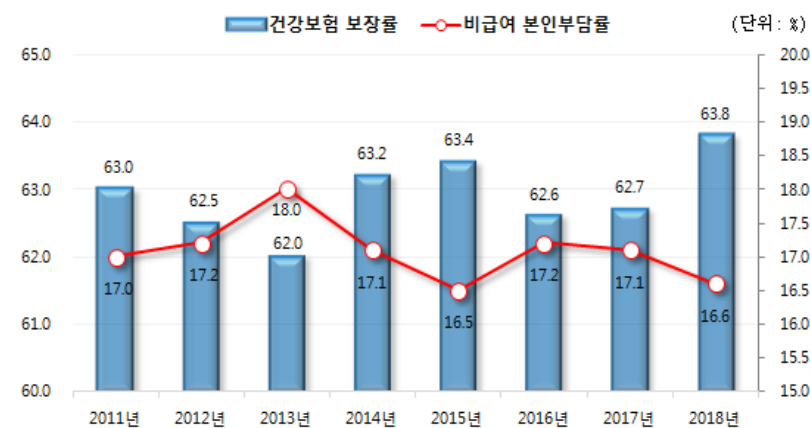
National Health Insurance Service

Page 5

건강보험 보장성 강화 정책 성과와 한계(1)

■ 건강보험 보장률

- 보장성 강화 정책 효과를 반영하는 대표적인 지표



자료: '건강보험환자 진료비 실태조사' 국민건강보험공단. 2019

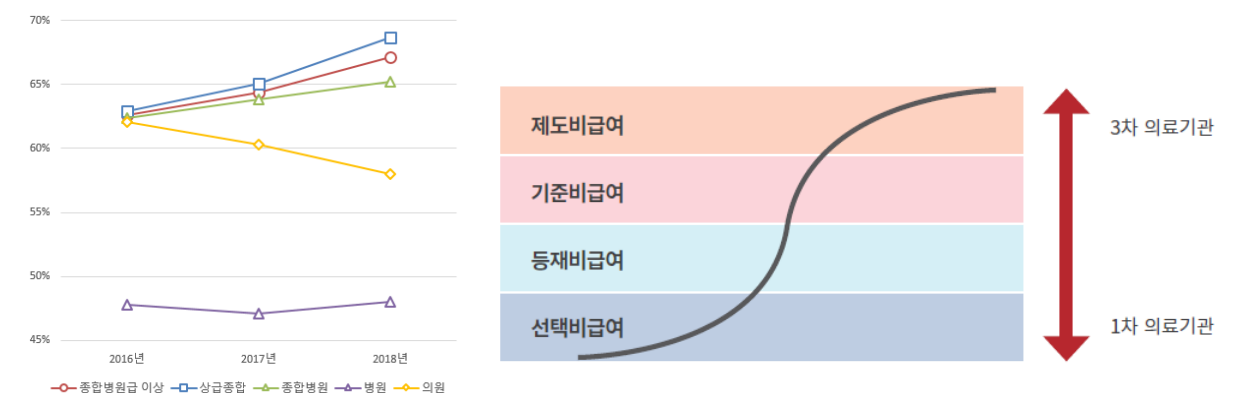
National Health Insurance Service

Page 4

건강보험 보장성 강화 정책 성과와 한계(3)

■ 중증·고액 질환 중심 보장성 강화 정책

- 종합병원급 이상의 보장률은 크게 개선, 병·의원의 비급여가 개선되지 않음.
- 비급여 상세내역 모니터링 결과, 의료기관 유형에 따라 비급여 발생 유형이 차이를 보임.



National Health Insurance Service

Page 6

보장성 강화 정책 효과 평가의 과제

■ 정책 집행과정의 적절한 성과 평가 및 변화에 따른 정책 수정 등 체계화 필요

- 건강보험 보장률 산출 및 발표 시기 개선
- 비급여 상세내역 조사 등의 비급여 개선 정책 효과 모니터링 체계 구축 및 강화

■ 보장성 강화의 분야별, 항목별 특성에 맞는 목표 달성(성과)에 대한 평가

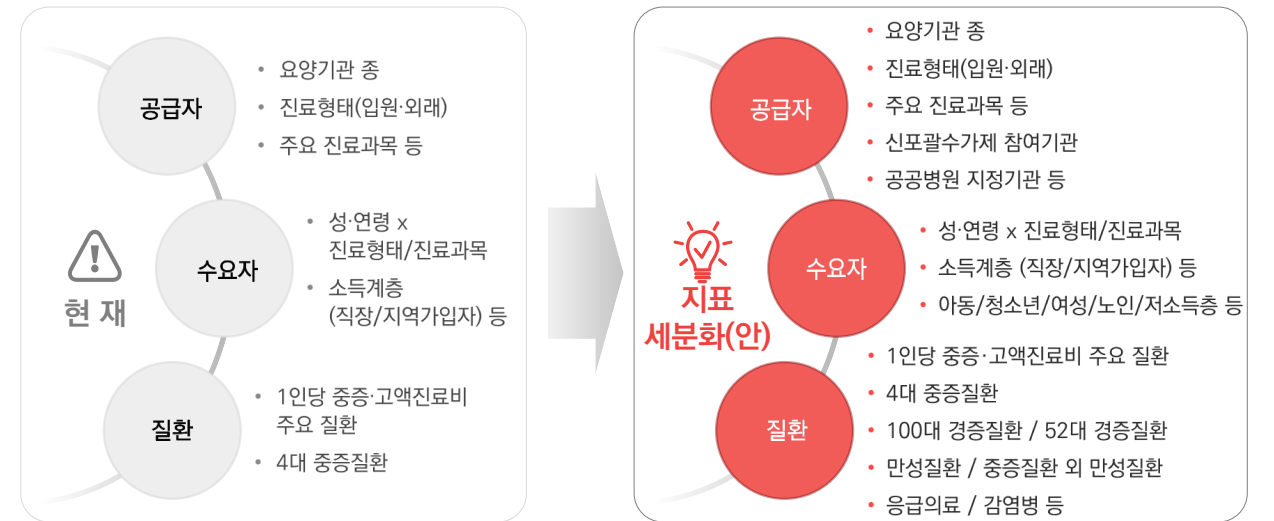
- 비급여 모니터링 기반 지표 다양화 방안 마련

■ 계량적인 모니터링과 더불어 다양한 평가 체계 강화 필요

- 국민의 의료비 부담 현황 파악이 가능한 정책 효과의 심층분석 강화

보장성 정책 효과 파악을 위한 지표 다양화(1)

■ 보장성 강화의 분야·항목별 모니터링 체계를 미시적으로 분화



보장성 정책 효과 파악을 위한 지표 다양화(1)

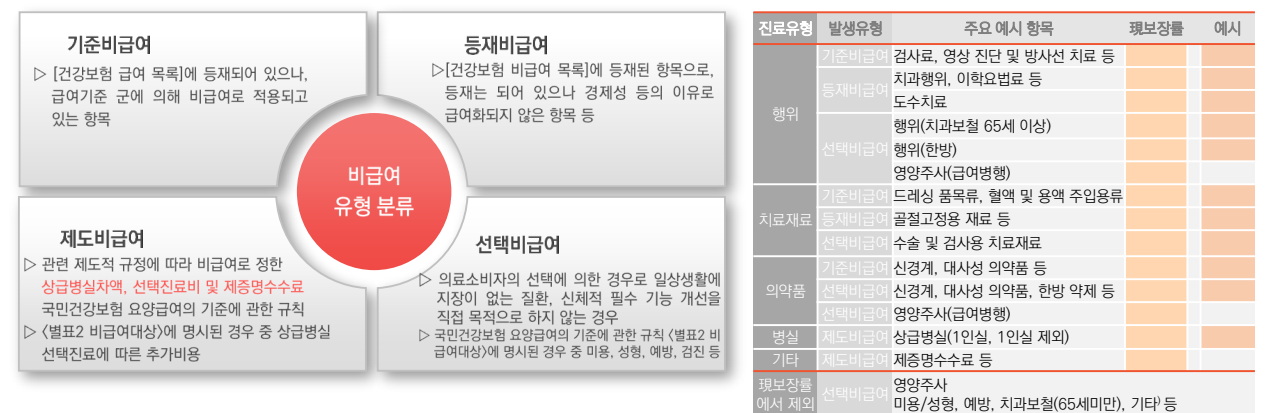
■ 현 건강보험 보장률 주요 산출 영역



보장성 정책 효과 파악을 위한 지표 다양화(2)

■ (예시) 신체기능 개선을 위한 필수성이 높은 항목에 대한 지표 산출

- 예: 비급여 진료비 중 제증명수수료, 단순 피로회복 목적의 영양주사 등을 제외하는 지표

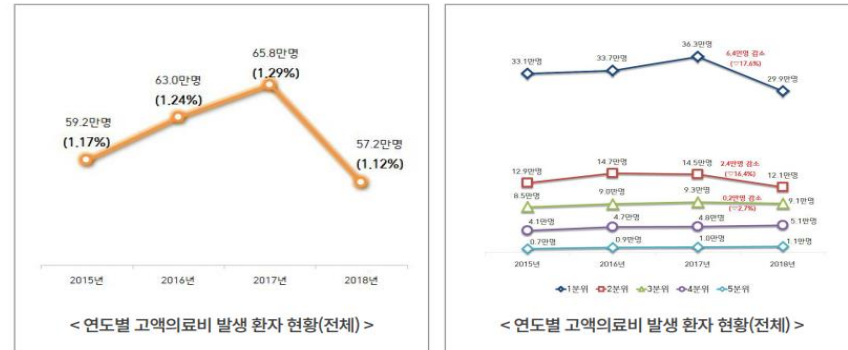


보장성 정책 효과 파악을 위한 지표 다양화(3)



■ 다양한 정책의 효과로 국민 의료비 절감효과를 나타내는 종합적인 평가 분석 결과

- 비급여의 급여화 등의 정책 뿐만 아니라, 의료 취약계층에 따른 정책에 대한 평가 필요
 - 대표적인 정책은 본인부담상한제 개선, 재난적 의료비 지원 사업 개선, 아동 및 임신출산 지원 확대 등 임.



- 자료: 국민건강보험공단 보도자료('19.12.16) '2018년 건강보험 보장률, 가계파탄방지 효과 개선'
- 주1: %는 연도별 건강보험 적용인구 수 대비 고액의료비 발생환자 수의 비중을 나타냄
- 주2: 연도별 기준 직장 및 지역가입자의 보험료 20분위를 직장 및 지역 구분 없이 4분위 씩 묶어서 총 5분위로 재 분류함
- 주3: 보험료분위별 직장표준월급여액은 분위별 직장 월보험료 및 보험료율을 이용하여 역 산출함
(지역표준월급여액은 파악하기 어려워 직장가입자의 보험료율과 동일한 비율로 보험료가 책정된다고 가정)

참고자료



- 참여정부 2008 건강보험 개혁(건강보험 재정안정화 및 보장성 강화)
- 보건복지부 보도자료('08.10.20) '건강보험 보장성을 대폭 확대하여 진료비 부담을 크게 줄인다'
- 보건복지부 보도자료('15.02.03) '건강보험 중기보장성 강화 계획 수립'
- 국민건강보험 건강보험 보장성 강화대책 홈페이지
<https://medicare.nhis.or.kr/hongbo/static/html/minisite/index.html>
- 국민건강보험공단 2020.9. 건강보장 ISSUE & VIEW(Vol.25)
- 국민건강보험공단 『건강보험환자 진료비 실태조사』

보장성 강화 정책의 기대효과 달성을 위한 향후 과제



■ 정책의 충실한 실행과 정책의 수정,보완을 위한 정책 중간과정에서의 모니터링 강화

- 정책 강화에도 효과가 미비한 원인을 파악하기 위해서 **비급여 진료비 모니터링을 강화**하고
- 이를 통해 전체 국민의료비 관리 측면에서 **비급여 관리 방안 모색** 필요

■ 보장성 지표의 다양화를 통한 모니터링 체계의 세분화 필요

- 과거 보장성 정책 효과에 대한 일관성 유지를 위해 '건강보험 보장률'은 계속 산출 관리하고, 세부 지표를 **추가제시**하여 다양한 측면의 정책 효과를 파악·활용할 수 있도록

■ 이런 체계를 통해 종합적인 정책의 효과를 평가하는 체계 마련 필요

감사합니다





심사와 평가의 새로운 패러다임

2020
한국보건행정학회 후기 학술대회
Korean Academy of Health Policy & Management

심사와 평가의 새로운 패러다임

2020.11.6.

건강보험심사평가원
박춘선, 오동관, 김태완



CONTENTS

- 01 심사와 평가에 대한 일반적 이해
- 02 혁신을 이끄는 대내외 환경
- 03 새로운 심사와 평가는 ?



CHAPTER . 01

심사와 평가에 대한 일반적 이해



심사와 평가의 개념

1. 심사와 평가에 대한
일반적인 이해

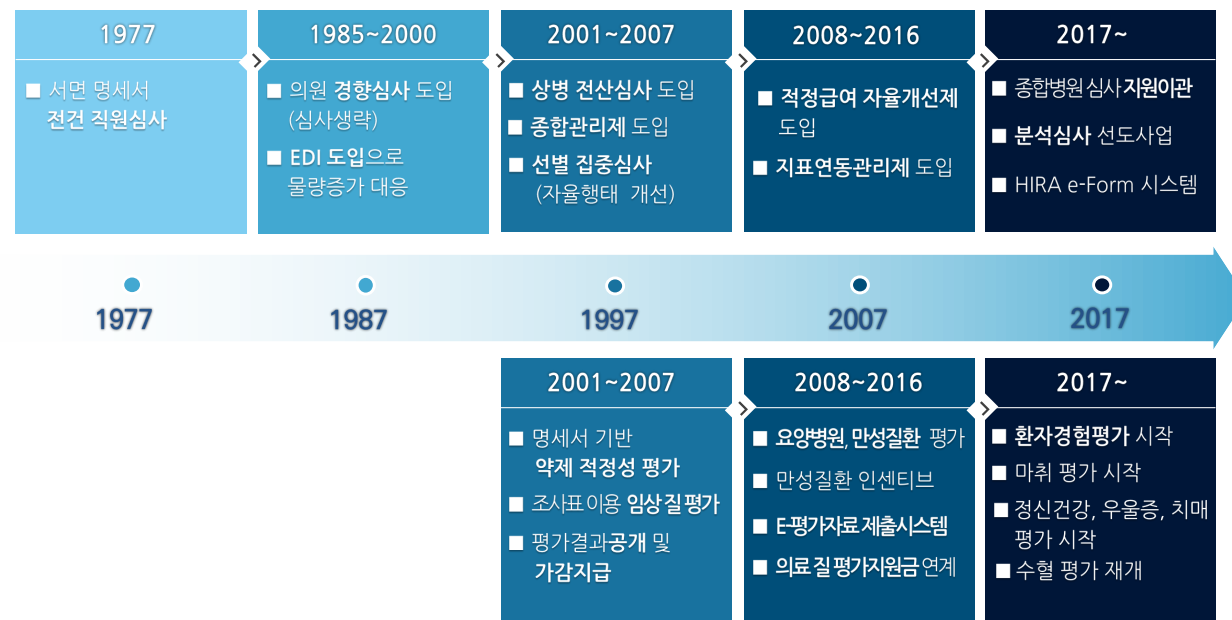
구분	~ 2000년		2000년~ 2019년 7월	
	심사	심사	평가	평가
접근단위	• 명세서 단위, 행위(줄)단위	• 명세서 단위, 행위(줄)단위	• 질환 및 시술 단위 • 기관 단위	
질과 비용 판단기준	• 급여기준 기반 비용의 적정성 • 과다 이용 중심	• 비용효과성 • 의학학적 타당성 • 과다이용 중심	• 질과 의학학적 타당성 • 과소이용 중심, 과다 포함 • 환자안전, 환자경험	
모니터링 대상과 방법	• 전건 직원 심사 • 경향심사 도입(1985년) • EDI 도입으로 물량증가 대응(1996년)	• 전건 대상 • 전산화 지속	• 정확한 대상 정의, 제외기준 • 질 지표 • 추가 정보 수집	
질과 비용에 대한 중재	• 진료비 조정 • 현지조사(1981년)	• 진료비 조정 • 피드백 • 현지조사	• 피드백, 공개 • P4P • QI	

Health Insurance Review & Assessment Service

5

40년 동안 심사평가의 변화

1. 심사와 평가에 대한
일반적인 이해



4

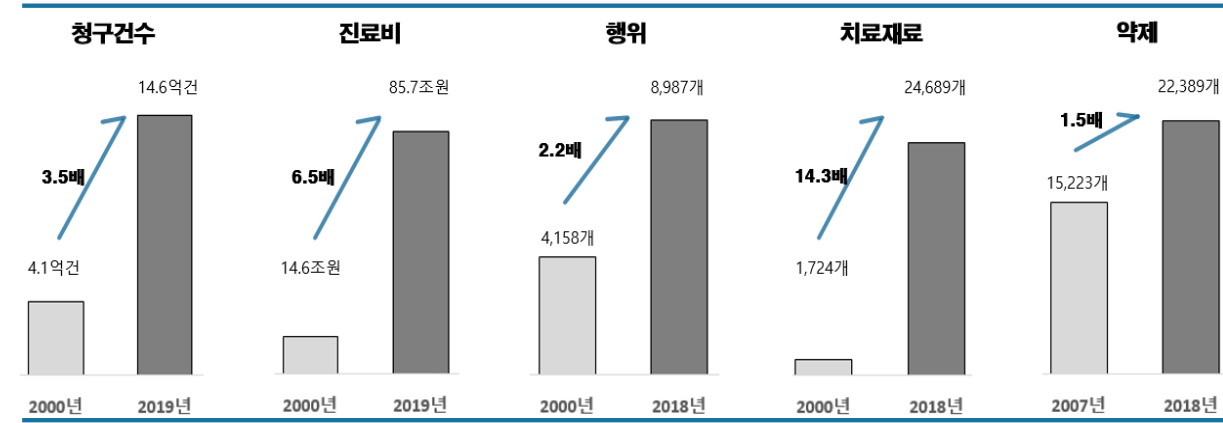
CHAPTER . 02

혁신을 이끄는 대내외 환경



기준 심사와 평가의 한계

- ▶ 총 진료비 100조(2019 건강보험 86조, 의료급여 8조), 개별 사례 중심의 1:1 심사 조정은 의료비 증가율에 영향 주기 어려움
- ▶ 별도 조사표, 구조와 과정지표 중심, 항목 단위 인센티브 평가 방식은 고령사회 일차의료 질 향상에 제한적, 보건의료시스템 성과 개선에 한계



7

갈등을 지속적으로 조장하는 구조적 문제

- ▶ 전통적으로 '심평원 심사 = 조정(삭감)'이라는 부정적 이미지, 지난 20년 동안 심사 업무의 확대로 이해관계자가 다양해짐에 따라 기존의 진료비 조정이 모순적 행태로 나타날 수 있는 상황(윤석준 등, 2018년)

“모든 심사 기준을 투명하게 공개해,
심사실명제를 도입해야 한다”

심사조정 사유를 구체적으로 명시해야 하며,
심사직원과 심사위원을 명시하는



9

갈등을 지속적으로 조장하는 구조적 문제

- ▶ '17. 8 보장성 강화 대책에 따라 '비급여의 급여화' 정책에 대한 의료계 우려는 클 수 밖에 없음
 - 의학적 비급여의 급여화에 따라, 건별 심사에서 기관 총량심사로 개편하여 남용되지 않도록 관리방안 마련
 - 의학적 비급여는 비용효과성이 낮은 의료행위, 치료재료, 의약품이거나 남용 우려가 있어 청구횟수나 용량을 제한한 경우가 다수여서, 정확한 진료비 심사가 상대적으로 어려운 영역(강희정, 2018)

“심평원 ‘기계·관료적’ 심사제도 바뀌어야”

서울대의대 김윤 교수 “자의적 심사 못하게 해야 ... 의학적 근거에 따른 전문가 중심의 심사체계 확립 필요”

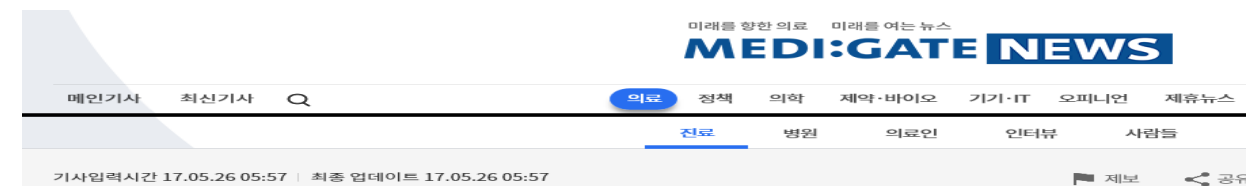
권현 기자 | admin@hkn24.com | 승인 2018.01.16 16:14 | 댓글 0

심사제도를 개선해야 하는 이유에 대해 김 교수는 “보건당국이 의학적으로 필수적인 진료에 대해 삭감하면 의료기관은 비급여 진료를 할 수밖에 없는 상황에 빠지기 때문”이라며 “비급여의 전면 급여화를 성공적으로 이끌기 위해서는 심사제도를 개선해야 한다”고 주장했다.

그는 “의학적으로 필요한 진료는 인정하고 과잉진료에 대해서만 통제·심사하는 기전을 만들어야 한다”며 “의료계의 불만은 우리나라 심사제도가 기계적이고 관료적이라는 것”이라고 말했다.

8

갈등을 지속적으로 조장하는 구조적 문제



1등급부터 5등급까지 상대평가로 이뤄지는 심평원의 평가 방식을 절대평가로 개선하고, 의사와 병원이 평가지표를 스스로 개발해 독립성과 전문성을 확보할 수 있도록 해야 한다고 설명했다.

현재 심평원이 실시하는 적정성평가는 변별력 없는 지표와 항목 중심 평가 등으로 실제 병원의 상황을 제대로 반영하기 어려워 각 학회를 중심으로 전문가들이 평가지표를 만들어 이를 수가로 연계할 수 있도록 해야 한다는 입장이다.

김윤 교수는 “적정성평가를 보면 점수를 잘 받을 수 있도록 과정에서 꼼수(?)가 가능하다”면서 “실제로 급성 심근경색으로 100점을 받은 병원에서 사망률은 이전과 변함이 없을 수 있다”고 말했다.

10

AI, 의료체계 변화에 대응하는 미래 지향 심사평가

II. 혁신을 이끄는
대내외 환경

경기도의료원, 책임의료기관 구축 위한 실무협의 가동

필수 의료 제공·연계를 위해 대학병원과 협의

박민욱기자 hopewe@medipana.com

2020-10-27 19:43



의약정책	경기도의료원은 지난 26일 분당서울대학교병원과 경기도의 책임의료기관 구축을 위한 실무협의를 본격 가동하였다.
종합병원	
개원가	경기도의료원 6개 병원은 보건복지부 공공보건의료 발전 종합대책의 후속 조치로 추진 중인 필수 의료 제공·연계를 위한 지역 책임의료기관에 지정되었으며, 이에 따라 권역책임의료기관인 분당서울대학교병원과 의료협력체계 구축방안 마련을 위한 협의를 추진했다.
학회·학술	

- ▶ 정보시스템의 발전과 QI 혁신에 부응하는 심사평가
- ▶ 다양한 의료기관 유형 등장, 일차의료 만성질환 관리, 지역사회 연계 사업 등 적합한 기능과 양질의 의료 평가 강화 요구
- ▶ 복잡한 변화가 예상되는 의료체계에서 질과 효율성을 향상시키는 심사평가 역할 재정립 필요

15

CHAPTER .03 새로운 심사와 평가는?

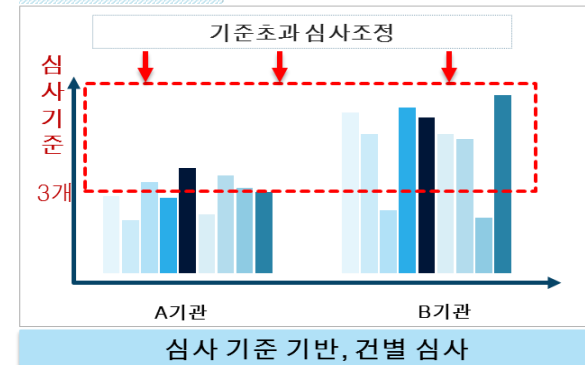


분석심사

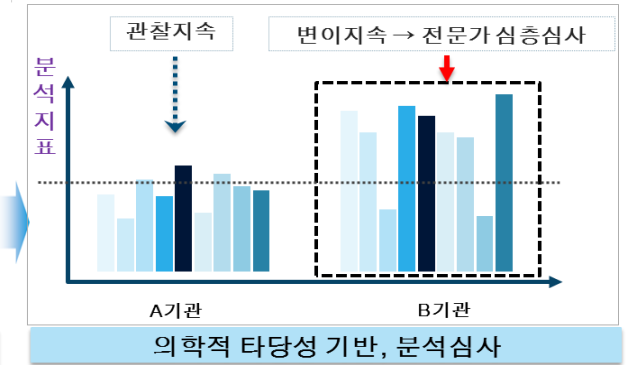
III. 새로운
심사와 평가는?

기존 심사와 분석심사 비교

구분	건 단위 심사	분석 심사
접근	건 단위 · 항목별 심사	환자 중심 에피소드(주제) 단위 심사
관점	비용 중심	의학적 타당성 중심
구조	심평원 중심 심사결정	전문학회, 진료현장 임상전문가 등 참여 · 합의기반 심사결정
적용	급여기준(항목) 적합여부에 따라 심사 인정 또는 조정	환자에게 제공된 의료서비스 질, 효율성 및 진료결과 등을 종합적으로 판단하여 사전고지, 중재 후 심사



출처) 심평원 외부 교육 자료



17

분석심사

III. 새로운
심사와 평가는?

분석지표 결과에 따른 기관 유형 분류, 유형과 특성에 따른 중재

- ▶ '의료질(임상)이 전반적으로 낮으면서 비용이 높은 기관' 우선 분석, 중재 접근
- ▶ 세부 집중분석을 통해 기관 특성이나 원인 파악

의료질 ↑	의료질(임상) ↑, 적정 비용 <ul style="list-style-type: none"> 양호기관 공개 인센티브 	의료질(임상) ↑, 비용 ↑ <ul style="list-style-type: none"> 일부 부적정 비용 확인 시 전문가 심사대상 검토
의료질 ↓	의료질(임상) ↓, 비용 ↓ <ul style="list-style-type: none"> 질 향상 지원(학회 협력) 효과적 의료서비스에 대한 정보 제공 및 권고 	의료질(임상) ↓, 비용 ↑ <ul style="list-style-type: none"> 기관상세분석을 통한 전문가심사대상 검토

출처) 심평원 외부 교육 자료

18

새로운 심사와 평가는 ?

III. 새로운
심사와 평가는?

■ 의학적 타당성과 자율성 중심으로 질과 비용 모니터링

의료의 질에 대한 우려	양질의 의료가 제공되지 않거나(과소, 과다, 오용 등), 기관간 · 지역간 · 환자간에 질적 변이 존재 혹은 이에 대한 우려 증가
건강결과 개선 문제제기	의료의 질에 대한 문제제기는 제공하는 의료서비스가 환자의 건강결과를 적절하게 개선하지 못한다는 것임
비용과 질 모니터링	보장성 강화로, 제공되는 의료서비스가 증가하고 환자의 비용부담이 감소하여 접근성이 개선됨에 따라, 늘어나는 총 진료비가 질을 담보 하는지, 낭비와 중복이 발생하지 않는지 모니터링과 관리 노력 중요
심사평가를 통한 거시적 관리	의료기관 개별적이고, 기관간 · 유형간 조정되지 않는 의료전달체계는 전체 시스템 효율성을 저하시켜, 심사평가를 통한 거시적 관리 필요

19

질과 비용에 대한 접근(안)

III. 새로운
심사와 평가는?

■ 질과 비용의 다양한 영역

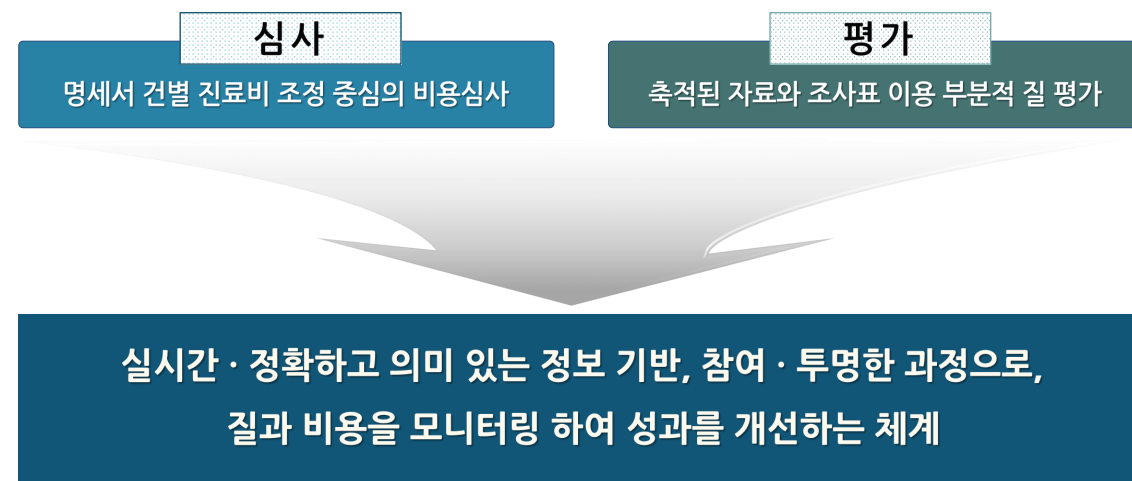
질	질환중심 (Disease-specific)	임상적 효과성	■ 과다이용, 과소이용, 오용, 변이 ■ 구조-과정-결과
	기관중심 (Generic)	임상적 효과성	■ 예방 가능한 입원, 병원 재입원을 등
		환자 안전	■ 합병증 발생, 위해사건 등
		환자 중심성	■ 환자경험
비용		의료전달체계	■ 의료기관 유형별 특성 ■ 기관간 진료연계
			■ 심사 기준에 따른 과다 이용, 오용 ■ 입원·급성기에피소드· 환자·기관 단위

21

새로운 심사와 평가는 ?

III. 새로운
심사와 평가는?

■ 의학적 타당성과 자율성 중심으로 질과 비용을 모니터링하여, 성과를 개선하는 체계로 개편



20

질과 비용에 대한 접근(안)

III. 새로운
심사와 평가는?

■ 질과 비용에 대한 접근 방식의 분류

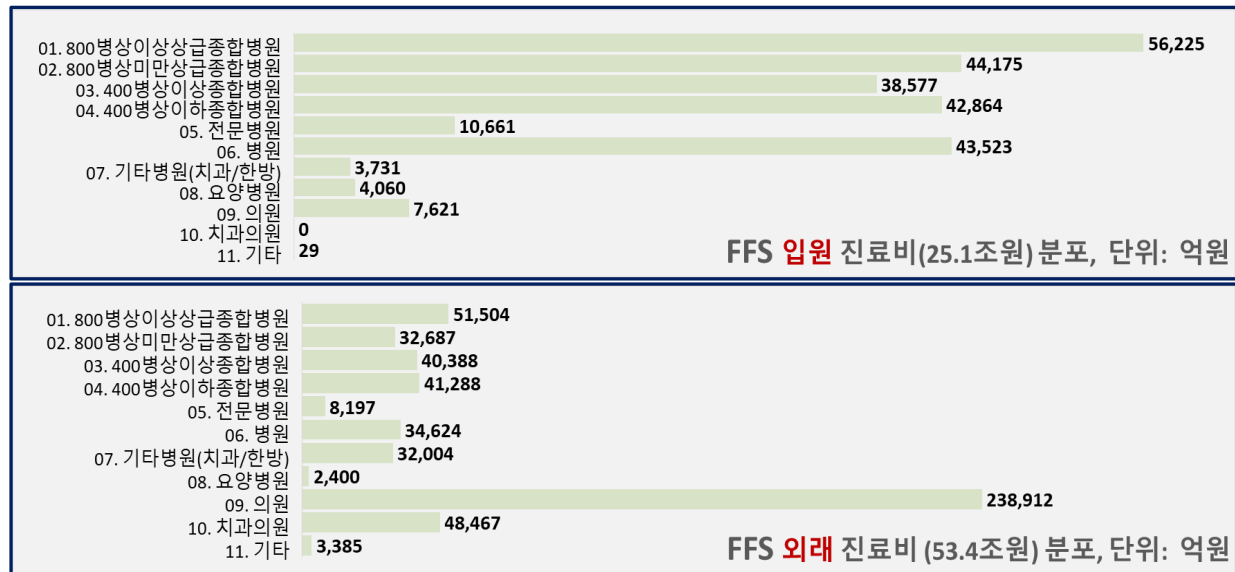
구분	질과 비용			기준의 명시적 수준		
	질& 비용	질 중심	비용 중심	명시적	대체로 명시적	자율적
건별 기준 적합성 심사			○	○		
적정성 평가		○		○		
건별 기준 적합성 심사			○	○		
분석심사	○			○	○	○
효율적 자원이용 모니터링			○		○	
질환중심 성과 평가		○		○		
기관 성과 평가		○		○		○
환자안전 평가		○		○		○
환자경험 평가		○		○		○

22

질과 비용에 대한 접근(안)

III. 새로운
심사와 평가는?

의료기관의 유형과 진료특성을 반영한 단계적 맞춤형 접근

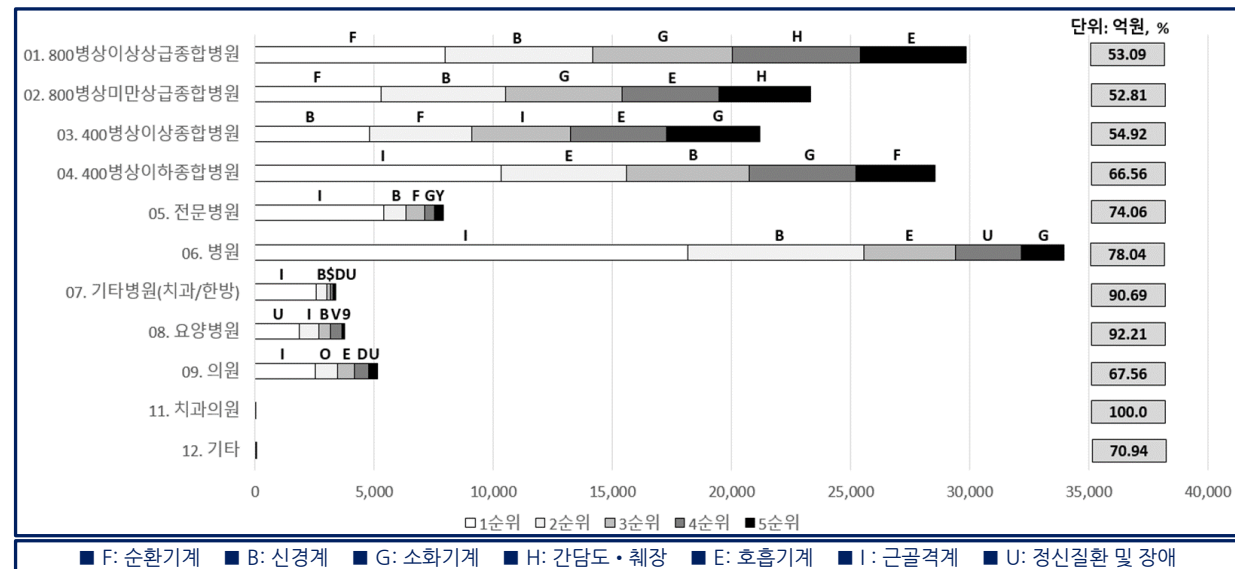


23

질과 비용에 대한 접근(안)

III. 새로운
심사와 평가는?

의료기관의 유형과 진료특성을 반영한 단계적 맞춤형 접근(입원 진료비 상위 5순위 MDC)

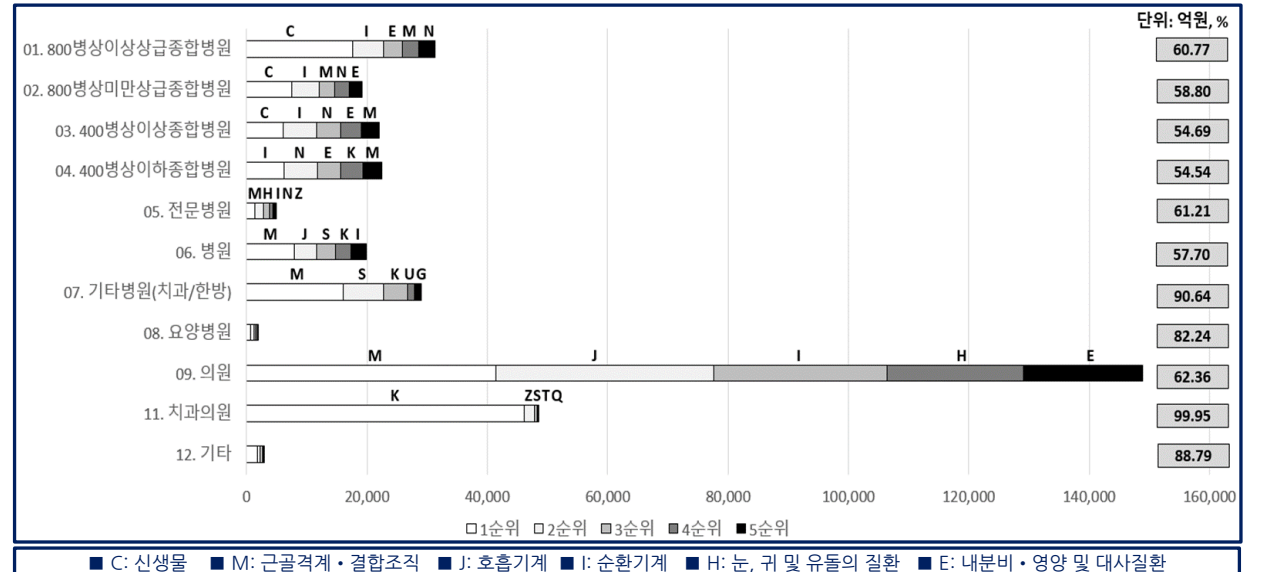


24

질과 비용에 대한 접근(안)

III. 새로운
심사와 평가는?

의료기관의 유형과 진료특성을 반영한 단계적 맞춤형 접근(외래 진료비 상위 5순위 KCD)



25

질과 비용에 대한 접근(안)

III. 새로운
심사와 평가는?

의료기관의 유형과 진료특성을 반영한 단계적 맞춤형 접근 (KCD별 진료비 분포: (I) 입원, (O) 외래, (N) 기타지불제도)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	Z
01. 800병상이상종합병원		1.52(O)	19.44(O) 17.58(O)	2.68(O) 2.38(O)	3.13(O)	1.14(O)	2.08(O) 2.3(O)	2.25(O)	10.11(O) 5.18(O)	2.46(O) 1.2(O)	3.26(O) 2.45(O)		2.40(O) 2.75(O)	1.94(O) 2.68(O)		1.35(O) 2.09(O)	1.73(O)	1.08(O) 2.09(O)	1.16(O)			2.44(O) 2.65(O)
02. 800병상미만종합병원		1.13(O)	10.53(O) 7.53(O)	1.7(O) 1.56(O)	2.12(O)	1.03(O)	1.31(O) 1.36(O)	1.51(O)	8.31(O) 4.59(O)	2.89(O)	3.53(O) 1.68(O)		2.42(O) 2.49(O)	2.09(O) 2.49(O)		1.18(O)		1.17(O) 1.5(O)	1.93(O)			2.44(O)
03. 400병상이상종합병원	1.08(O)	1.16(O)	7.5(O) 6.12(O)	1.09(O) 1.53(O)	3.29(O)	1.75(O)	1.3(O) 1.7(O)	2.06(O)	7.29(O) 5.54(O)	3.22(O) 1.48(O)	3.14(O) 2.68(O)		2.41(O) 3.1(O)	2.20(O) 4.04(O)				1.26(O) 2.52(O)	2.74(O) 1.07(O)			1.32(O)
04. 400병상이하종합병원	2.05(O)		3.25(O) 1.88(N)				1.4(O) 1.69(N)		6.02(O) 1.69(N)	5.32(O) 1.22(N)	4.00(O) 1.95(N)		4.80(O) 1.32(N)	2.65(O) 1.21(N)				1.33(O) 1.07(O)	7.25(O) 1.17(O)			
05. 전문병원			1.23(O)	1.65(O)	3.83(O)	2.28(O)	1.97(O)	1.08(O)	6.24(O) 1.05(N)	2.41(O) 1.47(N)	3.7(O) 2.39(N)		3.17(O) 1.21(N)	5.57(O) 1.48(N)				3.03(O) 1.41(N)	2.38(O) 1.74(O)			
							1.28(O)	1.42(O)					3.97(O) 1.46(O)									
06. 병원	1.2(O)				3.56(O) 2.6(O)	3.51(O) 1.84(O)		3.47(O) 2.61(O)	4.52(O) 3.71(O)	1.09(O) 2.64(O)			12.07(O) 7.99(O)	1.10(O) 2.52(O)	1.22(O)			7.48(O) 3.03(O)			1.95(O)	
07. 기타병원(치과/한방)							1.09(O)				3.98(O)		1.80(O) 16.05(O)		1.34(N)			6.72(O)		1.17(O)		
08. 요양병원						2.33(O)																
			4.06(N)		1.33(N)	24.94(N)	15.94(N)		12.93(N)	2.19(N)			1.44(N)	2.90(O)					2.68(N)			
09. 의원	2.24(O)	6.46(O)		3.82(O)	19.85(O)	9.26(O)	3.17(O)		22.69(O) 4.36(N)	28.78(O)	36.14(O)	15.4(O)	10.38(O)	41.49(O)	19.3(O)			3.38(O)	1.38(O) 10.46(O)	1.53(O)		3.53(O)
11. 치과의원											46.15(O)											1.77(O)
12. 기타																						

■ F: 정신 및 행동장애 ■ H: 눈, 귀 및 유두의 질환 ■ I: 순환기계 ■ J: 호흡기계 ■ M: 근육격계 및 결합조직 ■ E: 내분비, 영양 및 대사질환 ■ K: 소화기계 ■ S: 손상, 외상

■ F: 정신 및 행동장애 ■ H: 눈, 귀 및 유도의 질환 ■ I: 순환기계 ■ J: 호흡기계 ■ M: 근골격계 및 결합조직 ■ E: 내분비, 영양 및 대사질환 ■ K: 소화기계 ■ S: 손상, 외상

26

인프라

III. 새로운
심사와 평가는?

특정내역 청구 현황(2019년 1~12월 심사일 기준, 지급명세서 기준)

종별 특정내역 청구 명세서 현황			
(단위: 천 건, %)			
구분	계	입원	외래
총합계	757,754 (48.90)	19,595 (99.03)	738,159 (48.25)
의료기관	상급종합	41,401 (87.03)	3,073 (99.88)
	종합병원	66,443 (78.81)	4,818 (99.83)
	병원급	64,837 (68.65)	9,889 (98.41)
	의원급	482,261 (61.94)	1,815 (98.83)
	약국	102,812 (18.87)	0 (18.87)

상급종합병원 입원 특정내역 상위 청구건 및 관련 표준서식			
(단위: 만 건)			
청구 순위	특정내역 코드	특정내역 내용	관련 표준서식 (e-Form)
10	MS005	낮병동, 응급실재원시간	139 6.응급기록자료
12	MT046	응급환자 중증도 분류기준	116 6.응급기록자료
14	JT003	중환자실, 완화의료 입종실	89 11.중환자실기록자료
19	MS007	암질환 Stage 분류	48 4.병리검사결과지
20	MT049	최초 입원시점	33 8.입원경과기록자료
23	MS009	항암화학요법 투여단계 및 주기	25 25.투약기록자료
28	MS006	중증환자(개심술 또는 개두술) 수술일자	11 5.수술기록자료
29	JT013	수술일자	11 5.수술기록자료
30	MT036	의료의 질 점검 내용	11 (포괄)31.의료질 점검표
31	MT035	입원시 상병 유무(PoA)	11 (포괄)

주1: (%)는 전체 특정내역 청구건 대비 각 분류별 청구 비중
주2: 특정내역 청구 오류 내역 제외
주3: 병원급(병원,치과병원,한방병원), 의원급(의원,치과의원,한의원,조산원,보건기관)

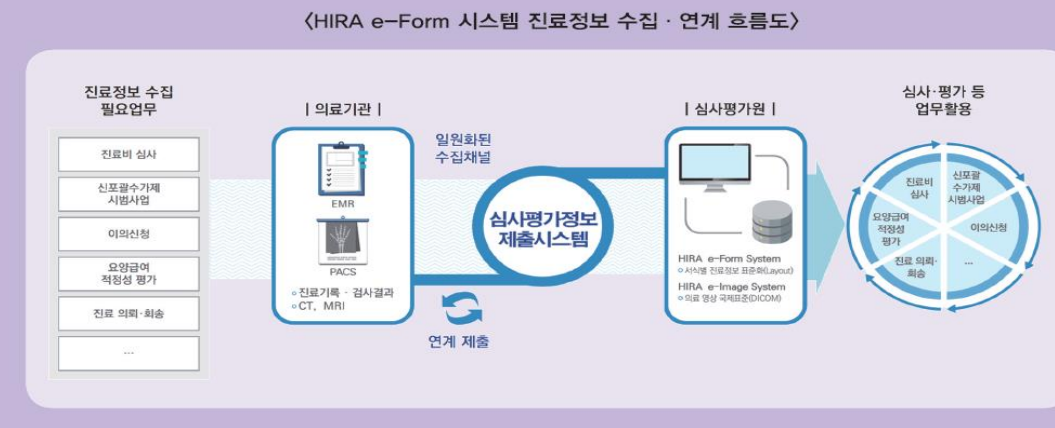
27

인프라

III. 새로운
심사와 평가는?

HIRA e-Form 시스템 (HIRA e-Form 시스템 표준서식 공고 개정 내용 및 새로운 연계업무 안내)

✓HIRA e-Form 시스템이란?
의료기관의 EMR 등 병원정보시스템과 연계해 심사, 평가 등에 필요한 진료정보 등을 표준화된 형태(표준서식)로 제출하는 시스템입니다.



29

인프라

III. 새로운
심사와 평가는?

특정내역 청구 현황(2019년 1~12월 심사일 기준, 지급명세서 기준)

종별 특정내역 청구 현황									
(단위: 천 건, %)									
구분	계	CT	JS	JT	JX	MM	MS	MT	MX
총합계	2,519,496 (100.00)	21,320 (0.85)	1,086,069 (43.11)	299,850 (11.90)	192,717 (7.65)	53,626 (2.13)	244,293 (9.70)	366,922 (14.56)	254,700 (10.11)
의료기관	상급종합	262,301	1,980	33,288	84,408	44,287	-	16,675	39,052
	종합병원	374,185	15,802	85,250	107,583	41,453	0	33,836	39,592
	병원급	254,958	495	104,589	27,844	26,302	29	30,132	28,466
	의원급	1,287,321	3,044	699,079	74,362	80,671	3,962	163,651	117,037
약국	340,732	-	163,863	5,653	4	49,634	-	119,503	2,075

CT : 중증처방 등 JS : (줄단위) 가산, 위탁 등 MM : 폐문시각(내부 관리용)
JT : (줄단위) 수술일자, 병리검사 결과 등 MS : 암 질환 stage/TNM 분류 등
JX : (줄단위) 기타 텍스트. 700자 MT : 입/퇴원유형, 퇴원 후 거주지 등
MX : 기타 텍스트. 700자

주1: (%)는 전체 특정내역 청구건 대비 특정내역 기입 명세서 비중
주2: 병원급(병원,치과병원,한방병원), 의원급(의원,치과의원,한의원,조산원,보건기관)

28

인프라

III. 새로운
심사와 평가는?

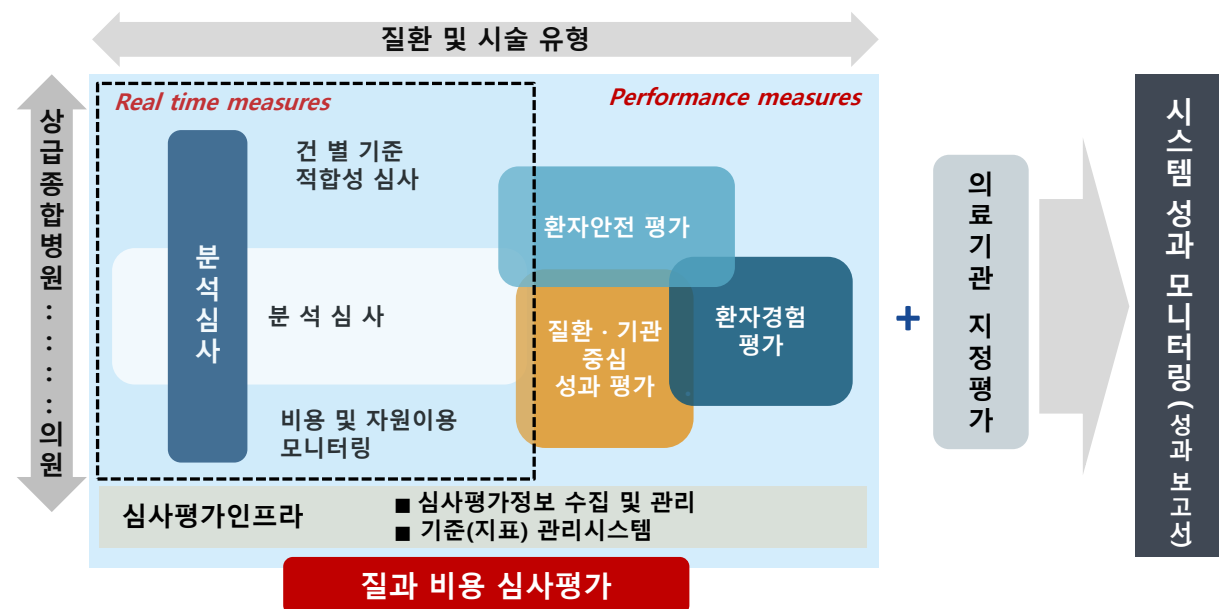
National Quality Forum (www.qualityforum.org)

NATIONAL QUALITY FORUM	
Measure Search	Search as Phrase
Measures (330)	Portfolios Compare
Narrow Your Search	Clear All
Measure Type:	Measure Selection Attributes (Learn more):
<input type="radio"/> Process: Appropriate Use <input type="radio"/> Composite <input type="radio"/> Cost/Resource Use <input type="radio"/> Efficiency <input checked="" type="radio"/> Outcome <input type="radio"/> Outcome: PRO-PM <input type="radio"/> Process <input type="radio"/> Structure <input type="radio"/> Outcome: Intermediate Clinical Outcome	<input type="checkbox"/> Outcome-Focused <input type="checkbox"/> Highest Opportunity for Improvement <input type="checkbox"/> Patient-and Caregiver-Focused <input type="checkbox"/> Coordinated and Integrated Care
<input type="checkbox"/> 2774 : Functional Change: Change in Mobility Score for Skilled Nursing Facilities <input type="checkbox"/> 3534 30 Day All-cause Risk Standardized Mortality Odds Ratio following Transcatheter Aortic Valve Replacement <input type="checkbox"/> 0536 30-day all-cause risk-standardized mortality rate following Percutaneous Coronary Intervention (PCI) for patient with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) and without cardiogenic shock <input type="checkbox"/> 0535 30-day all-cause risk-standardized mortality rate following percutaneous coronary intervention (PCI) for patient with non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) and without cardiogenic shock <input type="checkbox"/> 2504 30-day Rehospitalizations per 1000 Medicare fee-for-service (FFS) Beneficiaries <input type="checkbox"/> 3188 30-Day Unplanned Readmissions for Cancer Patients <input type="checkbox"/> 0359 Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Repair Mortality Rate (IQI 11) <input type="checkbox"/> 0357 Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Repair Volume (IQI 4) <input type="checkbox"/> 0344 Accidental Puncture or Laceration Rate (PDI #1)	

30

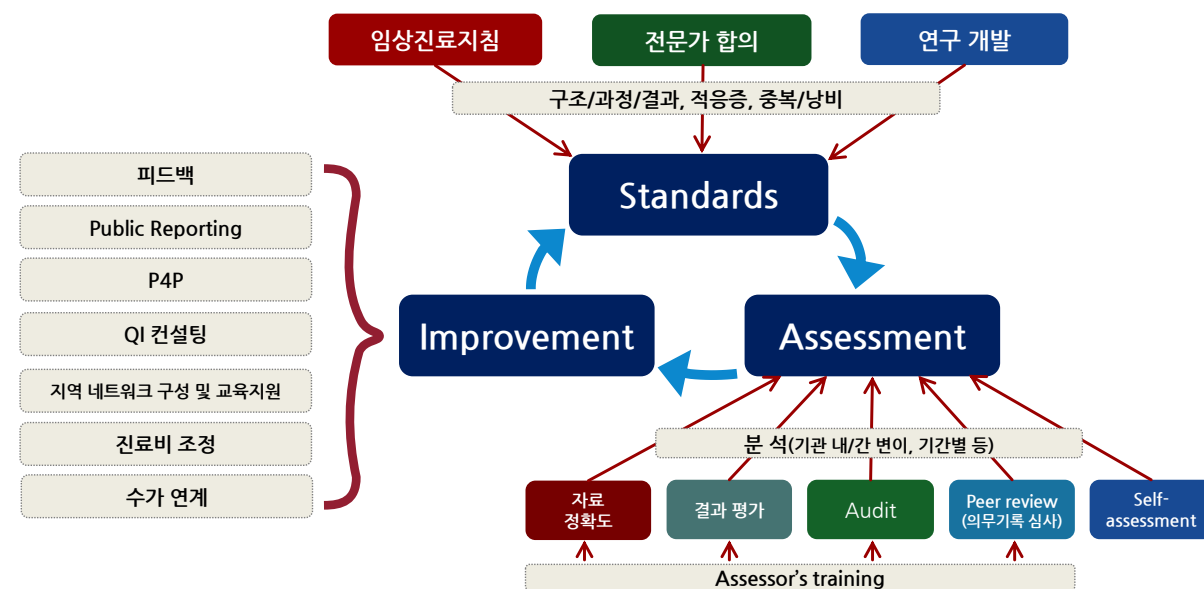
질과 비용에 대한 모니터링(안)

질과 비용에 대한 접근 개념도



질과 비용에 대한 모니터링(안)

질과 비용 모니터링 체계도(안) Generic Framework for External Assessment(Busse et al, 2019) 재구성



질과 비용에 대한 모니터링(안)

삭감과 줄 세우기의 부정적 이미지 탈피

- 비용 심사와 질 평가의 구분을 없애고 거시적 성과 관리

협력과 신뢰 기반

- **의학적 타당성과 의료기관의 자율성을 바탕으로 협력과 신뢰 기반 심사평가**

정확한 정보 기반

- **혁신의 인프라인 지표종합관리시스템과 의료기관 입력정보의 정확도 개선 시스템 도입**

질과 비용 모니터링·피드백

- **조정(삭감)의 진료비 관리에서 벗어나, 성과가 좋은 기관에 보상하는 질과 비용 모니터링**

성과 측정 및 평가 시스템

- **의료서비스 제공의 성과(환자의 건강결과 및 시스템 성과) 측정 및 평가체계**



감사합니다