제343회 국회(임시회)
보건복지위원회 업무보고

주요업무 추진현황

2016. 6. 22.

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

보 고 순 서

Ⅰ. 일반 현황

1. 설립 목적 및 주요업무 ····· 3
2. 조직과 예산 ····· 4
3. 보건의료서비스 관리체계 ····· 5
4. 새로운 비전과 핵심가치 설정 ····· 7

Ⅱ. 주요사업 추진현황

1. 요양급여 결정 및 가격 관리 ····· 11
2. 요양급여비용 심사 ····· 16
3. 요양급여의 적정성 평가 ····· 21
4. 의약품 및 의료자원 현황관리 ····· 26
5. 국민 서비스제공 ····· 28
6. 기관경영 ····· 29

Ⅰ. 일반 현황

1 설립 목적 및 주요업무

2 조직과 예산

3 보건의료서비스 관리체계

4 새로운 비전과 핵심가치 설정

1 설립 목적 및 주요업무

□ 설립 목적

○ 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하는 건강보험심사평가원을 설립하여(「국민건강보험법」 제62조), 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함

□ 주요 업무

○ 요양급여비용의 심사

○ 요양급여의 적정성 평가

○ 심사기준 및 평가기준의 개발

○ 조사연구, 국제협력, 교육 및 홍보

○ 다른 법률에 따라 위탁받은 진료비용의 심사·평가

○ 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무

○ 요양급여비용 심사청구 관련 소프트웨어 개발·공급·검사 등 전산 관리

○ 환자 분류체계의 개발·관리

○ 요양급여 대상 여부의 확인 등

□ 연 혁

○ '77. 11. 28. … 전국의료보험협의회 설립

○ '79. 7. 1. … 진료비용의 심사 시작

○ '88. 1. 1. … 의료급여 심사 수탁

○ '00. 7. 1. … 건강보험심사평가원 출범, 심사 승계 및 평가 신설

○ '13. 7. 1. … 자동차보험 진료비심사 수탁

2 조직과 예산

□ 직제 및 정원

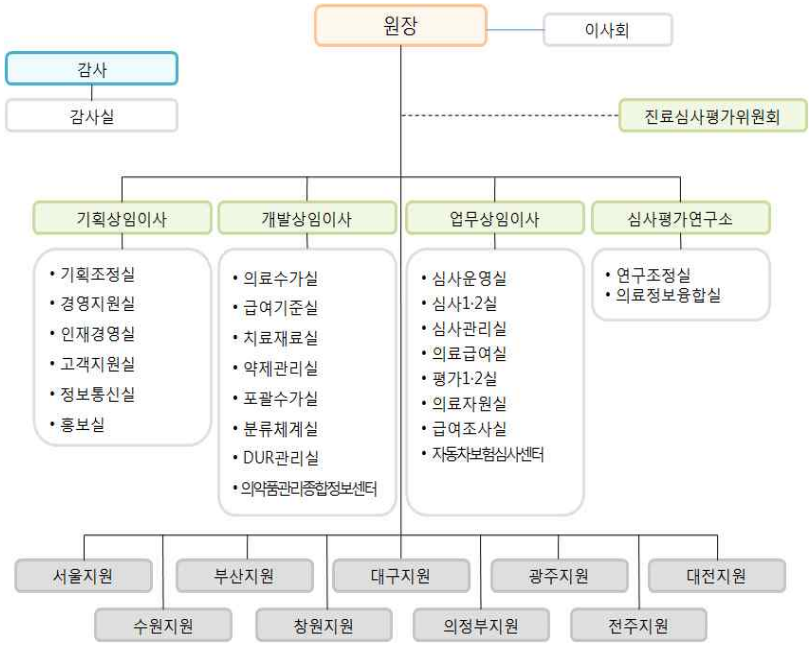
('16.5월 기준)

구 분	계	본 원	지 원
직 제	1연구소 27실 9지원	1연구소 27실	9지원
정원/현원	2,449명/2,353명	1,823명/1,807명	626명/546명

※ 현원 2,353명 중 여성 1,794명(76.2%), 장애인 72명(3.1%), 보훈 196명(8.3%)

※ 전문인력 총 1,800명(의사 51명, 약사 76명, 간호사 1,574명, 의료기사 등 99명)

□ 조직도



□ '16년도 예산: 3,924억원

○ 주요 수입재원은 '건강보험부담금'과 '심사 수수료'

(단위: 백만원, %)

수 입			지 출		
계	392,435	100.0	계	392,435	100.0
부 담 금	302,863	77.2	주 요 사 업 비	87,071	22.2
수 수 료	29,030	7.4	인 건 비	176,875	45.1
수 탁 보 조 금	1,215	0.3	운 영 경 비	107,103	27.3
사 업 외 수 입	3,160	0.8	예 비 비	18,025	4.6
이 월 금	52,806	13.4	전 출 금	3,361	0.8
전 입 금	3,361	0.9			

3 보건의료서비스 관리체계

□ 보건의료서비스 규모

○ ('15년) 진료건수 14억 4,736만건, 진료비 65조 9,583억원

※ 진료비: 건강보험, 의료급여, 보훈, 자동차보험 등 심사결정액 기준

※ 2013년도 국민의료비(102.9조원) 중 심평원 관리 규모는 63.2조원임

* 출처: OECD Health Statistics 2015

□ 보건의료시스템 관리

역 할	의료서비스 기준 설정	모니터링&환류	인프라 관리
	Rule Making	Monitoring& Feedback	Infrastructure Management
주 요 사 업	· 의료행위 등재 및 가격관리 · 치료재료 등재 및 가격관리 · 의약품 등재 및 가격관리 · 질병군 포괄수가(DRG) 관리	· 진료비 청구와 심사 · 의료의 질 평가 · DRG 모니터링 · 의약품안전사용서비스(DUR) · 현지조사 · 진료비 확인 서비스	· 의료자원(인력·시설·장비) 관리 · 의약품 유통정보 관리 · 환자 분류체계 개발 · 조사연구 및 국제협력 · 보건의료빅데이터 운영
지 향 목 표	보건의료 정책개발	국민건강 가치향상	창조경제 성과창출

보건의료 정보 시스템

4 새로운 비전과 핵심가치 설정

□ 고령화, 질병패턴의 변화 등 보건의료 환경변화에 부응하여 보건의료서비스 관리자로서 역할 강화를 위해 새로운 비전을 설계('15년)

< 경영전략 체계도 >

미 션	건강보험과 보건의료의 발전을 통한 국민건강 증진				
비 전	건강하고 안전한 의료문화를 열어가는 국민의료평가기관				
핵심가치	국민 최우선	소통과 협력	공정과 균형	열린 전문성	
전략방향 (START)	스마트한 심사 Smart review	함께하는 평가 Teamworking Assessment	합리적인 기준 Acceptable Rule	혁신적 HI 시스템 Revolutionary HI* System	밝게 열린 조직 Transparent Organization
전략과제	① 현장 중심의 심사 투명성 및 일관성 강화	④ 함께하는 평가 거버넌스 구축	⑦ 국민의료 보장성 및 환자안전 강화	⑩ 보건의료융합 정보플랫폼 구축	⑬ 미래지향 경영 시스템 구축
	② 자율 예방 및 적정진료 유도 심사 정착	⑤ 평가결과 활용 다각화	⑧ 능동적·합리적 급여기준 관리	⑪ 선제적·실용적 정책개발 강화	⑭ 직원이 행복한 조직문화 정착
	③ 지식기반 심사 및 전문성 고도화	⑥ 평가영역 및 인프라 확대	⑨ 국민의료자원 관리체계 고도화	⑫ 국민의료평가 체계 구축 및 국제적 확산	⑮ 사람 중심 사회책임경영 실현

*HI : HIRA Health Intelligence

Ⅱ. 주요사업 추진현황

1 요양급여 결정 및 가격 관리

2 요양급여비용 심사

3 요양급여의 적정성 평가

4 의약품 및 의료자원 현황관리

5 국민 서비스제공

6 기관경영

1 요양급여 결정 및 가격* 관리

< 업무 개요 및 추진방향 >

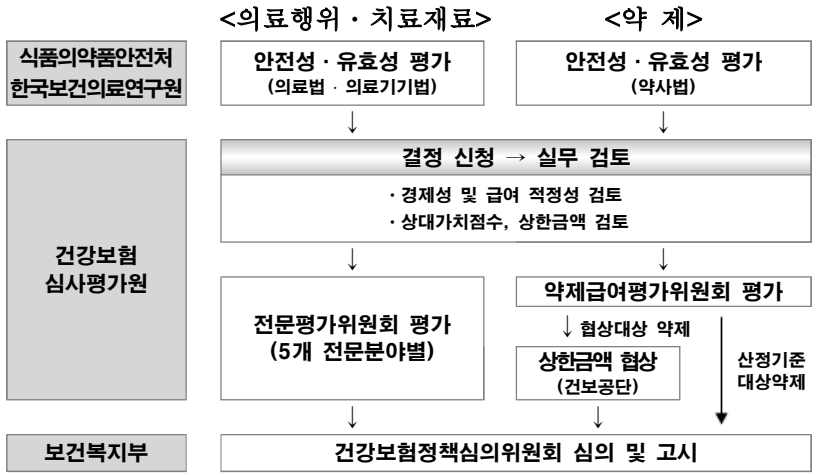
□ 요양급여의 결정 등 업무 개요

○ 새로운 의료행위, 약제, 치료재료의 경제성 및 급여 적정성을 평가하여 요양급여 대상 여부 및 가격을 결정·관리

※ 요양급여비용은 의료행위·약제·치료재료 비용으로 구성

- 의료행위 65.2% (기본진료료 24.9%, 진료행위료 40.3%), 약제 24.3%, 치료재료 3.4%, 정액수가 7.1%

□ 요양급여 결정 및 조정 처리절차



□ 추진방향

○ 요양급여의 경제성 및 적정성 평가를 통한 적정수가 개발

○ 의료현실을 반영한 합리적 수가 개선 및 급여기준 개선

○ 근거 중심의 적정 약가 및 치료재료 가격 관리

* 요양급여 결정 및 가격·수가, 보장성 강화 등은 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회 의결을 거쳐 결정·고시하는 업무임

1-1 요양급여 등재 현황 및 급여 결정

□ 의료행위·약제·치료재료 등재 현황

('16.6.1. 기준, 단위: 개)

구 분	계	급 여	비급여	선별급여
계	71,513	51,902	19,347	264
행 위	9,009	8,313	658	38
약 제	36,637	21,173	15,464	-
치료재료	25,867	22,416	3,225	226

□ 전문평가위원회의 투명·공정성 제고

○ 전문분야별 (6개 위원회) 운영

- 의료행위, 한방의료행위, 치료재료, 인체조직, 질병군, 약제급여

※ 신의료기술 등의 급여 여부 및 상대가치점수와 상한금액을 평가

○ 위원 인력풀(279명)운영, 매 회의 시 마다 22명 내외로 선출

- ('15년) 5개 위원회에서 6,553건 심의(5,037건 급여 결정)
- ('16.6월) 5개 위원회에서 5,110건 심의(2,119건 급여 결정)

○ 약제급여평가위원회는 67명의 별도 인력풀 운영

- ('15년) 3,328건 심의(2,268건 급여 결정)
- ('16.6월) 2,343건 심의(1,042건 급여 결정)

□ 급여 결정절차 개선

○ 기존 또는 신의료기술 여부 확인 절차를 일원화('15.9월)

- 신의료기술평가 신청 전 심평원이 확인

<확인신청 및 처리 현황('15.9월~'16.6월)>

총계	완 료				검토중
	소계	기존기술	신의료기술	반려/취하	
253건	182건	45건	103건	34건	71건

○ 의료기기 평가·허가 통합운영(시범사업: '16.2월~, 본사업: '16.7월~)

- 식약처와 보건의료연구원은 의료기기 허가 시 유효성 평가를 동시 수행, 심평원은 미 허가 의료기기에 대해 기존기술 여부 확인

1-2 중증질환 등 보장성 확대 및 수가 개선

□ 4대 중증질환(암·심장·뇌혈관·희귀난치질환) 보장 강화

○ 모든 의학적 비급여(총 628개 항목)에 대해 급여 확대

- (~'14년) 125개 항목 → ('15년) 258개 항목 → ('16년) 245개 항목

○ 비용효과성은 낮으나 환자부담이 큰 비급여 항목은 선별급여로 운영

- 최신 의료기술(로봇수술, 캡슐내시경 등)의 선별급여 전환(29개 항목)

> * **선별급여**: 의학적으로 필요하지만 비용효과성이 낮은 의료는 본인부담률을 높여서 보험급여(본인부담률 50~80% 적용)하는 제도

□ 고액 부담 비급여 개선

○ 선택진료제도 개편 방안 마련('16.9월 시행)

- 선택진료의사 비율을 축소(병원별 67%→33%, 과목별 75%이내)

○ 선택진료제도 개편에 따른 손실부분 건강보험 적용방안 검토

- 의료질평가지원금의 규모 및 평가지표 확대에 따른 수가모형 개발 ('16.9월 시행)
  - ('15년) 1,000억, 37개 지표 → ('16년) 5,000억, 59개 지표

○ 상급병실료 부담 완화를 위한 병상 의무비율 및 수가 조정('15.9월)

- 종합병원 이상의 일반병상 의무비율을 70%로 조정하고 6인실 50%이상 확보의무는 폐지

□ 감염병 관리를 위한 환자안전 수가 개발

○ 감염관리체계 및 인프라 구축에 따른 감염예방·관리료 수가 신설 ('16.9월 예정)

○ 적정 감염치료를 위한 격리병상 수가 개선('16.9월 예정)

- 음압·일반격리실 수가 인상 및 중환자실 내 격리수가 신설

□ 건강보험 중기 보장성 강화 관련 수가 개발

○ 65세이상 노인 대상 틀니 및 임플란트 보험 적용('16.7월)

○ 제왕절개분만 본인부담 감면(5%), 분만관련 상급병실 급여화 등

○ 신생아 중환자실, 보육기 등 수가 개편으로 의료비 부담 완화

○ 이식환자의 장기 구득을 위한 간접비용 등 건강보험 확대

□ 의료전달체계 개선 추진

○ 진료의뢰 내실화 및 회송 활성화를 위한 시범사업 운영('16.5월)

○ 응급환자 의료의 질 향상을 위한 의료취약지 의료기관간 응급원격 협력진료 2차 시범사업 운영('16.6월, 85개소)

○ 지속적·효율적인 만성질환 관리를 위한 시범수가 개발('16.7월)

○ 수련병원 의료인력 공백 대응 및 입원환자 안전 강화를 위한 입원전담전문의 시범사업 운영('16.8월)

1-3 요양급여의 가격 관리

□ 약제 상한금액 조정 및 등재 절차 개선

○ 의약품 공급내역 정보 및 현지조사를 통해 품목별 실거래가를 파악하여 상한금액 인하 (최대 10% 이내)

※ '16.3월 4,640품목 약가 인하(평균인하율 1.96%)

○ 의약품의 적정가치 반영을 위한 등재절차 개선

- 국내에서 세계 최초로 허가 받은 신약의 급여 평가기간을 단축('16.5월)
- 신약, 바이오의약품 등 약제의 특성을 반영한 약가산정기준 개선

□ 치료재료 가치산정 합리화 및 실거래가 관리

○ '치료재료 가치평가 인정기준' 및 '별도산정 기준'의 개선 검토

- 임상적 근거자료 질에 따라 가산율 조정(10~100%) 및 임상근거 검증(EBH) 등

○ 치료재료 제조 및 수입 원가조사

- 7개 품목군, 5,301개 품목의 원가 검토 후 상한금액 조정 및 고시('16.6월)

1-4 포괄수가제 및 지불제도 개선

□ 7개 질병군 포괄수가제 지속 발전

○ 임상현실을 반영하여 포괄수가체계 개선

- 별도보상이 필요한 마취초빙료, 동시수술료 수가 분리('15.1월)

○ DRG 개정에 따른 포괄수가 재산출

- DRG V4.0 개정내용과 의료기술 변화를 반영하여 수가 개선 추진 중

* **포괄수가제:** 환자가 입원해서 퇴원할 때까지 발생된 진료비를 하나로 묶어 계산하는 제도로 현재 7개 질병군에 대해 적용 중

* **7개 질병군:** 백내장, 편도, 맹장, 치질, 탈장, 제왕절개, 자궁 및 자궁부속기 수술

□ 신포괄수가제 시범사업 확대

○ 41개 공공병원, 559개 질병군에 시범사업 실시(입원환자의 약 95%)

- 국립중앙의료원 신규 참여('15.8월)

○ 시범사업 참여 공공병원에 대한 정책 인센티브 수가 인상(15%→35%)

○ 수용성 제고를 위한 신포괄수가 모형 개선 및 수가 재산출 ('16.1월)

- 포괄·비포괄 분류기준 재설정 및 비포괄 항목의 보상 수준 개선

* **신포괄수가제:** 전체 입원환자에 적용 가능한 새로운 모델로 포괄적 보상과 행위별 보상방식을 혼합 적용한 지불제도

□ 포괄수가제 적용 등을 위한 환자 분류체계 개발

○ 환자를 질병, 시술, 기능상태 등을 이용해서 의료자원 소모와 임상적 측면에서 유사한 그룹으로 분류

- 입원(V4.1)·외래(V2.1)·재활(V1.5) 환자 분류체계 개정 중

○ 환자 분류체계는 포괄수가 개발, 상급종합병원 및 전문병원 지정 등에 활용

2 요양급여비용 심사

< 업무 개요 및 추진방향 >

□ 심사기능

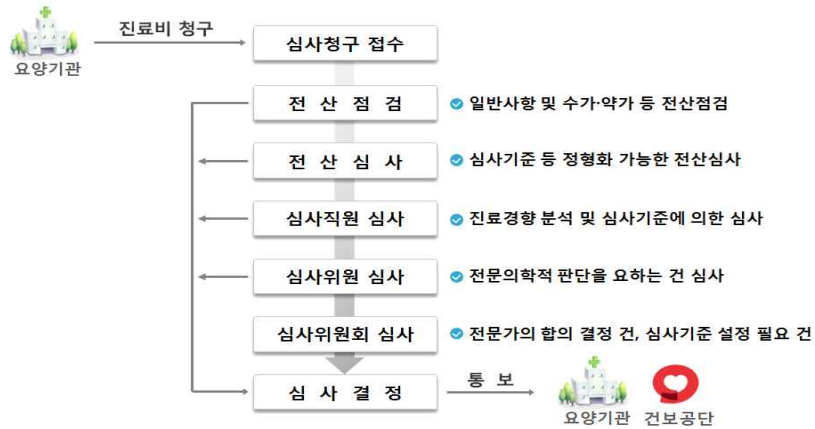
○ 요양기관이 청구한 요양급여비용을 관련 법령과 기준에 적합한지 심사하여 건강보험과 환자가 부담할 적정 진료비용을 결정

□ 심사방법

○ 일반심사: 일반사항 및 수가·약가 등을 전산프로그램으로 심사

○ 전문심사: 진료내용과 비용에 대한 구체적 확인이 필요한 경우는 심사직원, 심사위원(회)이 정밀심사

□ 심사절차



□ 추진방향

○ 현장 중심의 심사 투명성 및 일관성 강화

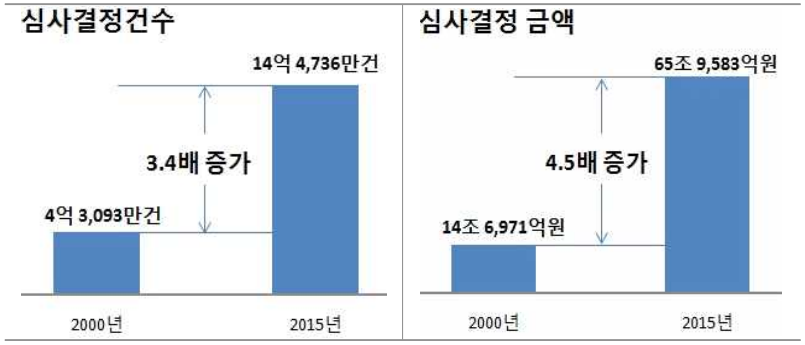
○ 자율·예방 및 적정진료 유도 심사 정착

○ 지식기반 심사 및 전문성 고도화

< 심사실적 및 요양기관 현황 >

□ 심사실적 ('15년)

○ 심사결정 건수 14억 4,736만건, 총 진료비 65조 9,583억원



※ 건강보험, 의료급여, 보훈, 자동차보험('13.7월부터) 포함

○ 보험종별 심사결정 건수 및 심사결정 금액('15년)

구 분	건강보험	의료급여	자동차보험	보훈
심사결정 건수	13억 5,471만건 (93.6%)	7,446만건 (5.1%)	1,443만건 (1.0%)	376만건 (0.3%)
심사결정 금액	58조 170억원 (88.0%)	5조 9,867억원 (9.1%)	1조 5,558억원 (2.3%)	3,988억원 (0.6%)

□ 요양기관 현황 ('16.5월 기준)

○ 총 88,950개 기관으로 전년 대비 1,453개 기관 증가(1.7%)

(단위: 개)

계	종합병원	의 과		치 과		한 방		약국	보건기관	조산원
		병원	의원	병원	의원	병원	의원			
88,950	338	2,907	29,851	216	16,791	260	13,716	21,364	3,477	30

※ 종합병원에는 상급종합병원 43개 기관, 의과병원에는 요양병원 1,397개 기관 포함

2-1 심사 전산화 및 과학화

□ 전산심사 확대

○ 심사기준을 정확하고 일관성 있게 적용하고, 효율적으로 처리하기 위하여 인공지능 전산심사시스템 개발 확대

구 분	'14년	'15년	'16년 목표
전산심사율 (전체 건수 대비)	69.5%	70.5%	71.4%
질환 (상병)	253개	263개	271개
기준 (항목)	1,567개	1,732개	1,896개
약제 (품목)	5,093개	9,165개	14,280개

□ 지식기반 융합심사시스템 구축

○ 사람의 판단역량과 ICT의 데이터를 융합하여 지식심사 추진

- 요양기관, 진료과, 진료형태 등 진료구성 요소에 대한 특성을 분석
- 지식모형으로 개발하여 효율적·과학적 전산심사 실시

※ 시스템 개발사업 추진 중('15.12월~'16.12월)

□ 청구방법 최적화 등 사용자 중심 서비스 제공

○ 요양기관이 무료로 이용할 수 있는 진료비청구포털 구축·운영('11.6월)

※ 종전 EDI(Electronic Data Interchange, 전자문서교환) 방식 대비 연간 169억원 절감

○ 쉽고 편리한 시스템 활용을 위한 양방향 소통채널 구축

- '청구방법 조회시스템'을 통해 청구내용 확인 및 의견교환 등

○ 진료비 청구오류 최소화를 위한 요양기관 자가점검서비스 운영

2-2 예방과 자율에 의한 진료내역 적정화

□ 급여기준 개선과 심의사례 공개 확대

○ 발전하는 의료현실을 반영하여 지속적 급여기준 개선

- 급여기준 일제정비 ('15년~'17년): 509항목

※ '16.5월 기준, 273항목(53.6%) 검토 완료

○ 진료심사평가위원회 심의사례 전건 공개

- ('14년) 109항목 3,248건→('15년) 134항목 3,386건→('16.5월) 68항목 1,537건

※ '15.8월부터 지역심사위원회의 심의사례 공개

○ 상근심사위원 증원(50명→90명) 등 심사 전문성 향상 인프라 구축

□ 적정진료를 위한 지표연동자율개선제 운영

○ 의료의 질 향상 및 진료비 증가에 영향이 큰 6개 항목*에 대해 기준 지표와 기관별 지표를 비교하여 집중개선 추진

* 내원일수, 입원진료비, 항생제·주사제·6품목이상 처방률, 외래처방약품비

○ 지표 상위기관은 상담, 교육 등을 통해 진료내역 개선 유도

- 미개선기관은 집중심사, 현지조사, 평가 및 가감지급과 연계

※ '15년 7,974개 기관의 진료내역 개선 (국민의료비 2,847억원 절감)

□ 선별집중심사 강화 및 건전한 요양병원 육성

○ 진료비 급증·사회적 이슈 등 관리 필요항목 사전예고 후 집중심사

- ('15년) 척추·갑상선 수술 등 18개 항목(국민의료비 1,134억원 절감)
  → ('16년) 항진균제, 황반변성 치료제 등 19개 항목

○ 요양병원 실태점검 및 요양병원 질 평가 지속 실시

- 기관별 정보분석 및 질 평가 결과를 제공하여 요양병원의 자정 유도
- 모바일 앱 등을 통한 요양병원 정보제공('15.3월)으로 국민 선택권 확대

2-3 건강보험 외 진료비심사 수탁 및 현지조사

□ 의료급여, 보훈진료비 등 국가관리 진료비심사

구 분	'13년	'14년	'15년	'16년 1분기
건 수 (천건)	77,730	77,827	78,237	20,231
진료비 (억원)	56,459	59,650	63,368	16,017

□ 자동차보험 진료비심사

○ 자동차보험 진료비심사 인프라 구축 및 수탁심사 실시('13.7월)

○ 자동차보험 진료비심사의 안정적 정착

- 자동차손해배상보장법령에 따른 별도 심사기준 및 시스템 마련

구 분	'14년	'15년	'16년 1분기
건 수 (천건)	13,178	14,430	3,938
진료비 (억원)	14,234	15,558	4,175

□ 현지조사

○ 요양(의료)급여비용 등의 사실관계 및 적법여부를 현지 출장하여 조사

구 분	'13년	'14년	'15년
조사기관 수/부당기관 수	931 / 793	842 / 770	875 / 817
부당금액(억원)	192	238	353

○ 현지조사 실효성 제고

- 조사 항목 사전예고를 통해 요양기관의 자정기회 부여('15.12월)
  · 본인부담금 과다징수 의심기관, 장기입원 청구기관 등
- 현지조사 실효성 강화를 위한 조치
  · 거짓청구 요양기관 명단공표: ('14년) 22개 기관 → ('15년) 28개 기관
  · 조사거부, 거짓청구 등 형사고발: ('14년) 57개 기관 → ('15년) 61개 기관
  · 부당청구 사례 홈페이지 게시: ('14년) 14회 → ('15년) 16회

3 요양급여의 적정성 평가

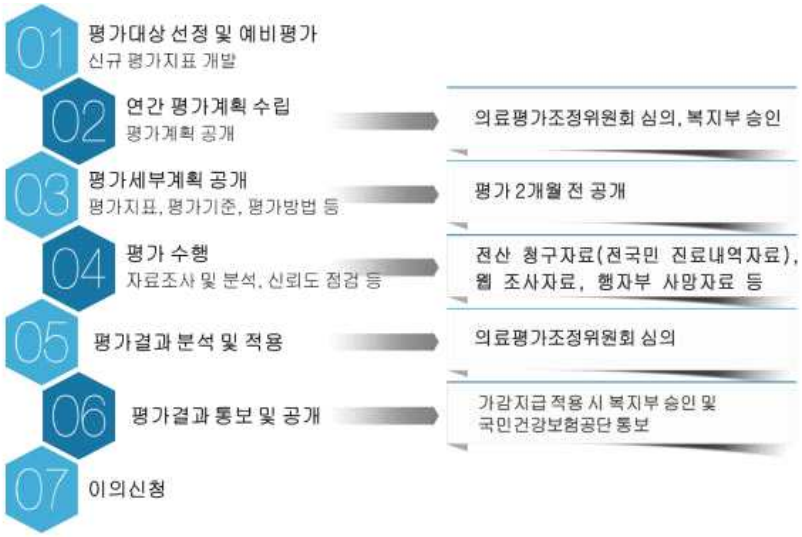
< 업무 개요 및 추진방향 >

□ 평가개요

○ 의료의 질적 향상 및 비용부담의 적정화를 위해 의료서비스가 의약학적 · 비용효과적 측면에서 적정하게 이루어졌는지를 평가

○ 의료 질 향상과 국민의 의료선택권 보장을 위해 평가결과는 공개

□ 평가절차



□ 추진방향

○ 다양한 평가제도를 융·복합한 '2020 평가 발전방안' 수립·실행

○ 기관단위 평가 등 포괄평가를 통한 성과지불제 기반 조성

○ 평가결과의 지속적 공개로 국민의 의료선택권 보장

< 평가 현황 및 효과 >

□ 평가 현황

○ '16년 현재, 37개 항목에 대해 적정성 평가 실시

구분		세부항목(37개)
질환	심 · 뇌질환 (4개 항목)	▪ 허혈성심질환(2개 항목) ▪ 급성기뇌졸중 ▪ 관상동맥우회술
	암 질환 (5개 항목)	▪ 대장암 ▪ 유방암 ▪ 폐암 ▪ 위암 ▪ 간암 진료결과
	만성질환 (2개 항목)	▪ 고혈압 ▪ 당뇨병
	호흡기질환 (3개 항목)	▪ 천식 ▪ 만성폐쇄성폐질환 ▪ 폐렴
주요수술 (2개 항목)		▪ 수술예방적항생제(15개수술) ▪ 진료량(4개수술)
외래약제 (7개 항목)		▪ 주사제처방률 ▪ 항생제처방률 ▪ 약품목수 ▪ 투약일당 약품비 ▪ 유소아중이염 항생제 ▪ 성분계열별 항생제 처방률 ▪ 골관절염해열진통소염제중복처방율
포괄수가 (7개 항목)		▪ 포괄수가(7개 질병군)
특수분야 (4개 항목)		▪ 요양병원 ▪ 의료급여 정신과 ▪ 중환자실 ▪ 혈액투석
일반질 (2개 항목)		▪ 병원표준화사망비 ▪ 위험도표준화재입원비
환자중심 (1개 항목)		▪ 환자경험

□ 평가에 의한 진료행태 개선 효과 (환자안전 및 질 향상)

(약제)

· 감기 항생제 처방률 감소 ('02년) 73.3% → ('15년) 44.1%

· 주사제 처방률 감소 ('02년) 38.6% → ('15년) 18.3%

(암질환)

· 대장암의 권고된 항암화학요법 시행률 향상 ('12년) 53.4% → ('16년) 95.2%

· 폐암의 치료전 정밀검사 시행률 향상 ('12년) 64.4% → ('15년) 96.6%

(급 · 만성질환)

· 당뇨병 환자 필수검사 실시율 향상 ('12년) 69.0% → ('15년) 76.7%

· 급성기뇌졸중 입원 30일내 사망률 감소 ('12년) 11.3% → ('15년) 9.3%

3-1 평가 강화 및 의료의 질 개선 유도

□ 의료 질 평가 영역의 포괄적.균형적 확대

○ 의과 중심의 평가에서 치과, 한방 등 전체 의료영역으로 확대

○ 질환·수술 등 항목별 평가에서 의료기관 단위의 '포괄적 질 평가' 추진

□ 평가결과를 적용한 진료비 가감지급 및 질 향상 지원

○ 의료의 질에 따라 진료비를 가산 또는 감산 지급

- 가감지급 (급성기뇌졸중 등 6개 항목), 가산지급 (고혈압 등 2개 항목)

○ 진료비 감산 대상 요양기관에 교육·컨설팅 등 질 향상 지원

□ 선택진료비 대체를 위한 의료질평가지원금 산정

○ 의료의 질 수준을 종합적으로 평가하고 등급화 (5개 영역)

※ 5개 영역: 의료의 질과 환자안전, 공공성, 의료전달체계, 교육수련, 연구개발

○ 선택진료비를 축소하고 의료의 질이 우수한 의료기관에 인센티브 지급 ('16년 5,000억원 규모)

□ 의약품의 적정 사용을 위한 평가 및 장려금 지급

○ 처방행태 개선 및 약품비 적정관리를 위해 의약품 사용량 감소 및 저가구매 노력을 평가하여 장려금 지급 ('15.12월)

- 약품비 절감: 3,057억원
- 장려금 지급: 13,870개 기관, 727억원

○ 의약품 사용의 적정화를 위해 지표연동자율개선제 등 심사 및 약제 적정성 평가에 연계 활용

□ 상급종합병원 및 전문병원 평가.지정(3년 주기)

○ 종합병원 중 중증질환에 대하여 난이도 높은 의료행위를 하는 43개 병원을 상급종합병원으로 지정 ('15.1월)

- 상급종합병원 의료 질 평가 실시 등 지정기준의 개선 추진

○ 특정 진료과목·질환 등에 대하여 난이도 높은 의료행위를 하는 척추, 관절 등 20개 분야의 111개 병원을 전문병원으로 지정('15.1월)

- 전문병원 육성을 위한 인센티브 도입 및 의료 질 평가 확대('16.2월)

3-2 평가결과 수용성 확보 및 국민 선택권 강화

□ 평가과정에 소비자 및 공급자 참여 확대

○ 합리적이고 객관적인 평가를 위해 평가과정에 소비자 참여
- 소비자참여위원회, 온라인 의견수렴 창구 등 운영

○ 평가기준 개발에 의학회 등 의료계 참여 확대 (타당성·객관성 확보)
- 지표개발은 전문학회에 위임, 평가항목별 전문가 자문 등

□ 평가자료 수집시스템 구축 등 평가 인프라 강화

○ 의료기관의 EMR(Electronic Medical Record, 전자의무기록)을 연계한 자료 제출시스템 개발로 요양기관의 부담 최소화
- ('15년) 30개 기관 → ('16년) 130개 기관

※ EMR기반 평가자료 수집으로 평가결과의 신뢰성 및 수용성 제고

○ 평가자료 제출에 대한 비용 보상 등 평가부담의 지속적 경감 추진

□ 국민의 알 권리 및 병원선택을 위한 정보 공개 확대

○ 평가정보에 대한 국민의 이해를 높일 수 있도록 동영상 제작·배포

○ 홈페이지·모바일 앱을 통한 각종 평가정보 공개

공개분야	공개항목
병원선택정보 (22개)	급성심근경색증, 급성기뇌졸중, 관상동맥우회술, 고혈압, 당뇨병, 약제평가 5항목, 의료급여정신과, 혈액투석, 요양병원, 대장암, 유방암, 폐암, 천식 등
진료비정보 (93개)	간절제술, 갑상샘절제술, 자궁적출술, 폐절제술, 신장수술, 경피적관상동맥중재술, 위절제술, 담낭절제술, 녹내장수술, 안검내반증수술, 부비동수술, 결석제거술, 무릎십자인대수술, 어깨 골절수술, 발 골절수술, 손목터널증후군수술 등
특수병원정보 (29개)	알코올질환 입원치료, 중환자실, 완화의료전문기관, 구순구개열, 망막수술, 부정맥고주파절제술, 사시수술, 사지접합술, 정맥류수술, 각막이식술, 공막이식술, 간이식술, 골수이식술 등

4 의약품 및 의료자원 현황관리

4-1 의약품 안전 사용관리 강화

□ 의약품안전사용서비스 (DUR, Drug Utilization Review)

○ 의약품 처방·조제 시 병용금기 등 의약품 안전정보를 요양기관에 실시간 제공하여 부적절한 의약품 사용과 약물 부작용 예방
- 효능군 중복 등 의약품 안전정보 점검대상을 지속 확대

('16. 6월 기준)

동일 성분 중복 (전체 의약품)	동일 효능군 (해열제 등 7개 효능군)	병용 및 금기, 안전성 속보(식약처)	용량·투여기간·노인·분할 주의
36,637개 품목	6,853개 품목	23,971개 품목	5,959개 품목

□ DUR 시스템을 활용한 환자안전 강화 등

○ DUR 시스템을 감염병 예방·관리체계에 활용
- MERS 감염자·의심자 등의 진료정보 실시간 제공으로 확산 차단
- 지카 바이러스 발생국 입국자의 정보 제공('16.2월~)

○ DUR 시스템을 다른 보건의료정보와 연계하여 실시간 진료정보 교류 및 환자안전에 기여할 수 있는 발전방안을 지속 개발

【 의약품안전사용정보시스템(DUR) 점검 흐름도 】

4-2 의약품 유통관리체계 운영

□ 의약품별 표준코드 및 전문의약품 관리

○ 투명한 의약품 관리를 위한 표준코드 부여

- 49,503품목, 표준코드 140,760개 관리('15.12월말 현재)

※ 표준코드는 '의약품 바코드' 및 '급여의약품 청구코드'로 활용

○ 의약품 유통정보(일련번호 포함)의 실시간 관리체계 구축 및 단계별 시행

- 제조·수입사('16.7월~), 도매상('17.7월~)

□ 의약품별 유통정보 수집.관리

○ 제조사・수입사 및 공급업체의 거래수량, 가격 등 유통정보 수집

○ 의약산업 발전 및 공익을 위한 유통정보 생성·제공

- 의약품 실거래가 확인 및 조사 등에 활용

※ 정부 등에 공익목적으로 310회 제공('15년)

4-3 의료자원 관리

의료자원 관리

□ 보건의료자원 현황 관리

○ 요양기관 개설·폐업 및 인력·시설·장비 변경 사항 등록('16.5월 기준)

- (인력) 의사, 치과의사, 한의사, 약사 등 인력 29종, 666,140명
- (시설) 중환자실 등 196,904병실, 886,377병상
- (장비) CT, MRI 등 장비 193종 786,207대

□ 보건의료자원 신고일원화 시스템 운영

○ 보건의료자원 신고일원화 시스템 구축으로 지자체와 심평원으로 이원화된 보건의료자원 통합 신고·관리

- 중복신고 대상 13개 업무 통합 및 서식 표준화(20종)를 거쳐, 보건의료자원 통합신고 포털 시스템 구축('16.1월)

○ 통합 신고·관리를 통한 요양기관의 편리성 및 보건의료자원 정보의 정확도 제고

5 국민 서비스제공

□ 진료비 확인서비스

○ 진료비를 법령에 어긋나게 지불한 경우 환불 받을 수 있는 의료 소비자 권익보호제도(「국민건강보험법」 제48조 및 「의료급여법」 제11조의3)

- ('15년) 22,314건 처리, 8,127건(36.4%) 22억원 환불
- ('16.5월) 8,073건 처리, 2,759건(34.2%) 8억원 환불

□ 비급여 진료비용 등 현황조사 및 공개 추진

○ 비급여 항목(추나요법·시력교정술·제증명수수료 등) 가격비교 정보 공개 확대

- ('14년) 32개 항목, 336개 기관 → ('15년) 52개 항목, 895개 기관

※ '14년 공개한 32개 항목 중 30개 항목의 가격 인하 효과

○ 비급여 진료비 현황조사·분석 및 공개의 법 근거 마련('16.9.30.시행)

- 「의료법」 제45조의2 (비급여 진료비용 등의 현황조사 등)
- 공개 대상·시기: 병원급 의료기관(3,678개), 매년 4월1일

※ 2016년도는 150병상 초과 병원(2,018개)에 대해 12월1일 공개 예정

○ 비급여 진료행위 표준화 확대 및 관리체계 구축

- 47개 공공의료기관 대상 비급여 진료비 정보 수집·표준화 연구 추진
- 진료비용 정보관리체계 마련을 위한 전략 컨설팅(ISP) 추진

※ 진료비용 정보의 수집·분석·공개 프로세스 확립 및 질병·수술별 공개 모형 개발 등 국민 맞춤형 정보 공개

□ 정부3.0 공공데이터 개방 활성화

○ 공공데이터 제공 및 이용 확대를 위한 보건의료빅데이터센터 운영

※ 연구자, 10개 연구중심병원, 제약업체 등 이용 건수: ('14년) 638건 → ('15년) 1,761건

- 누구나 이용 가능한 '보건의료빅데이터 개방시스템' 구축·운영
- 보건의료빅데이터 활용 창업 아이디어 공모전 개최(6.15.~)

○ '주요 의료동향 지표' 홈페이지 서비스 개시('15.9월)

- 의료비용, 의료의 질 평가 등 4개 영역, 32개 지표 서비스 중

6 기관경영

□ 1단계 지방이전 완료(강원혁신도시 원주)

○ 1단계('15.12월) 1,184명, 2단계('18.12월) 1,294명

○ 업무 효율화로 '밝게 열린 스마트 조직문화' 구현

- 스마트워크센터 및 영상회의시스템의 적극 활용

○ 직장과 가정생활의 균형을 위한 유연한 조직문화 구축

- 유연근무(시간선택, 탄력근무 등) 및 육아휴직 확대(1년→3년), 원주 직장 어린이집 신설·운영(원주 이전기관 중 최대 규모) 등

□ 국제협력 및 다자간 네트워크 강화

○ 건강보장기관 중심의 국제 협력체계 구축

- '보편적 건강보장을 위한 다자간 국제회의' 개최('16.1월, 건보공단과 공동, WHO 후원)

○ JLN* Medical Audits Collaborative(의료심사평가 전문가회의) 운영

* Joint Learning Network, 보편적 건강보장(UHC) 달성을 위한 공동학습네트워크(24개국, 록펠러 재단 및 세계은행 재정지원)로 우리원의 건강보험제도 운영 경험 및 노하우 전파를 통해 국제적 위상 강화 제고

- 1차 워크숍 개최('16.3월, 10개국 참여), 2·3차 워크숍('16.8월·11월)

○ 정부와 협력하여 맞춤형 정책컨설팅 등 공적개발원조 참여

- 현재 가나, 에티오피아 등과 ODA 사업 수행 중

○ 심평원 의료심사평가 시스템의 해외진출을 통한 신성장동력 확보

- 이란, 바레인 등 보건의료 관련기관과 협약 체결 및 사업 추진 중

□ 지속적인 규제개혁 추진

○ 규제개선과제 발굴 및 실행(20개 과제 중 17개 완료)

□ 사람과 지역 중심 사회책임 경영 실현

○ 희귀난치병 어린이 돕기 프로젝트(치료비 지원, 건강+행복 캠프 등) 운영

○ 지역 초등학교 '어린이 건강교실' 운영 등 지역사회 나눔 활동