

보건복지부		<h1 style="text-align: center;">보 도 자 료</h1> <h2 style="text-align: center;">12월 27일(목) 위원회 종료 후</h2>		
배 포 일	2018. 12. 27. / (총 13매)		담당부서	보험급여과, 예비급여과, 의료자원정책과, 생명윤리정책과
요양병원 건강보험 수가체계 개선	과 장	이 중 규	전 화	044-202-2730
건강보험 심사체계 개편 회복기 재활의료기관 2단계 시범사업	담당자	이 동 우		044-202-2733
구순열비·치아 교정술 건강보험 적용	담당자	강 석 원		044-202-2734
비뇨기·하복부 초음파 건강보험 확대 적용 병의원 2·3인실 건강보험 적용	과 장	손 영 래		044-202-2670
신생아·소아 중환자실 가산	담당자	강 준 혁		044-202-2667
진료 의뢰·회송 사업 개선	과 장	이 중 규		044-202-2730
	담당자	이 선 식		044-202-2745
헌혈환급예치금 인하에 따른 혈액 및 혈액성분제제	과 장	이 수 연		044-202-2940
	담당자	김 정 주		044-202-2942

< 건강보험 보장성 강화대책 후속조치 >

내년 2월부터 비뇨기·하복부 초음파 건강보험 확대 적용

- 보건복지부, 제22회 건강보험정책심의위원회 개최(12.27) -
- 구순열비·치아 교정술, 병원급 2·3인실 건강보험 적용 등 -
- 적절한 의료기관에서 전문 진료를 받을 수 있도록 진료 의뢰·회송 사업 개선 등 -

- '19.2월부터 비뇨기·하복부 초음파에 건강보험이 확대 적용된다.
- 구순구개열(입술 입천장이 갈라지는 선천성 기형) 환자에 대한 구순열비 교정술 및 치아교정술에 건강보험이 적용된다.
- 상급종합·종합병원 2·3인실 건강보험 적용(7.1일)의 후속 조치로서,

- ①향후 병원의 2·3인실에 대해서도 건강보험 적용을 확대하고 ② 신생아·소아 중환자실 인력가산 수가 개선 등 의료기관의 손실에 대한 적정 수가보상 방안을 실시한다.
- 환자가 적절한 의료기관에서 전문 진료를 받을 수 있도록 진료 의뢰·회송 시범사업을 개선할 계획이다.
- 요양병원 수가체계 개편 작업 관련하여, 우선 환자안전, 의료질 향상, 지역사회 연계기능 강화와 관련된 수가부터 개선된다.
- 급성기 치료 후 충분한 기간 동안 집중재활치료를 받을 수 있는 (회복기) 재활의료기관 지정운영 시범사업을 '19년 하반기까지 연장하고, 여기에 새로운 형태의 재활치료 수가 도입을 추진한다.
- 헌혈환급 예치금 인하에 따른 혈액수가를 개정한다.
- 향후 5년여에 걸쳐 현행 건강보험 심사·평가체계를 ①환자 중심, ②의학적 타당성 중심, ③참여적 운영방식 중심, ④질 향상 중심의 가치 하에 단계적으로 개편한다.

- 보건복지부(장관 박능후)는 12월 27일(목) 제22차 건강보험정책심의위원회(이하 '건정심', 위원장 : 권덕철 차관)를 열어, △구순열비교정술·치아교정술 건강보험 적용 △신생아·소아 중환자실 인력가산 △요양병원 건강보험 수가체계 개선방안을 의결하고, △비뇨기·하복부 초음파 건강보험 적용, △병의원 2·3인실 건강보험 적용방안, △진료 의뢰·회송 사업 개선 방안 등을 보고 받았다고 밝혔다.

- 각 안건의 주요 내용은 다음과 같다.

< 비뇨기·하복부 초음파 건강보험 적용 >

- 건강보험 보장성 강화대책('17.8월)에 따라 '18.4월 간, 담낭 등 상복부 초음파에 이어 '19.2월부터는 콩팥(신장), 방광, 항문 등 비뇨기·하복부 초음파에도 건강보험을 확대 적용한다.
- 그간 4대 중증질환(암, 뇌혈관, 심장, 희귀난치) 의심자 및 확진자 등에 한하여 건강보험이 제한적으로 적용되었으나, 향후에는 의사의 의학적 판단에 따라 검사가 필요한 경우 보험이 모두 적용된다.
- 의료계와 논의*하여 마련된 상세한 건강보험 적용 기준은 행정예고('18.12.27~'19.1.14) 중이며, 각계 의견수렴을 거쳐 '19.1월 중 최종 확정될 예정이다.
- * 의협, 병협, 전문학회(내과, 외과, 소아, 영상, 비뇨기) 등과 비뇨기·하복부 초음파 협의체 운영('18.10월~)
- 그동안 평균적으로 5~14만원 부담하던 환자들의 의료비는 건강보험 적용에 따라 2~5만원인 절반 수준으로 경감되며,
 - 비급여 관행가격과 보험수가간의 격차에 따른 의료기관 손실에 대해서는 비뇨기·하복부 분야 관련 중증·필수의료 분야에 대해 적정 수가 보상을 실시할 예정이다.

< 구순열비교정술·치아교정술 건강보험 적용 >

- 구순구개열(입, 입술, 입천장의 비정상적 갈라짐) 환자들에 대한 코와 치아의 비틀림 등을 교정하는 치료에 대해서 건강보험이 적용된다.
- 구순구개열은 가장 흔한 안면부위 선천성 기형 질환 중 하나로, 정상적인 사회생활을 위해 성장과정에서 지속적 치료가 필요하여 이로 인한 비용 부담이 컸다.

- 그간, 순열(입술 갈라짐)에 대한 수술치료 및 잔존하는 흉터 등에 대한 반흔교정술 등은 건강보험이 적용되었으나, 구순구개열로 인한 코나 치아의 비틀림 교정은 치료비용 전액을 본인이 부담해야 했다.
- 이번 건정심 의결을 통해 구순구개열에 대한 구순열비교정술(구순구개열로 인한 코의 틀어짐 등을 교정하는 수술) 및 치아교정술(구순구개열로 인한 치아 등 구강구조의 틀어짐 교정)도 건강보험이 적용된다.
- 기존에 구순열비교정술은 수술 방식 등에 따라 2~300만 원을 부담해야 했으나, 건강보험이 적용되는 만 6세 이하 아동에 대해서는 본인부담이 약 7~11만 원 수준*으로 대폭 경감된다.
- * 병실입원료, 약제비 등 수술에 따른 부대비용은 별도
- 또한 구순구개열에 대한 치아교정술도 출생 시부터 만 17~20세까지 평균 3,500만 원을 부담해야 했으나, 건강보험이 적용되면 치아교정 정도에 따라 본인부담이 약 730~1,800만 원 수준으로 경감된다.
- 관련 규칙 개정과 환자 등록 시스템 구비 등 절차를 진행하여 이르면 내년 3월부터 적용할 예정이다.

< 병원 2·3인실 건강보험 적용 >

- 상급종합·종합병원 2·3인실 건강보험 적용(7.1일) 이후 후속조치로 병원 2·3인실에 대해서도 '19년 7월부터 건강보험 적용을 추진한다.
- 보건복지부는 제9차 건강보험정책심의위원회(6.8일)*에서 건강보험 적용 병상의 여유가 있는 병·의원 2·3인실에 대해서 각계 의견수렴을 거쳐 연말까지 보험 적용 여부를 결정기로 한 바 있다.
- * “상급종합·종합병원 2·3인실 건강보험 적용 방안” 의결
- 보건복지부는 학계·시민사회 자문, 국민참여위원회 개최, 의료계 간담회 등 각계 의견수렴 결과를 기반으로,

- 종합병원 이상의 대형병원으로 **환자 쏠림** 우려, 소비자인 **국민의 수요** 등을 고려하여 의과병원과 한방병원은 보험 적용을 추진하며,
 - * 병원 2·3인실 건강보험 적용에 대해 제8회 국민참여위원회 참여위원 82.2% 찬성, 제10회 국민참여위원회 참여위원 82.7% 찬성
- 의료기관의 적정 기능상 **의원은 보험 적용의 필요성이 낮고, 국민, 학계·시민사회 단체** 등의 의견도 **보험 적용이 불필요**하다는 의견에 따라 보험적용에서 제외된다.
 - * **의원 2·3인실 건강보험 적용**에 대해 제8회 국민참여위원회 참여위원 **67.9% 반대**, 제10회 국민참여위원회 참여위원 **82.7% 반대**
 - 입원실 규모가 작고, 입원 기능이 필수적이지 않은 **치과병원도 보험 적용에서 제외**된다.
 - * 치과병원은 전체 2·3인실이 37개 병상(반면 한방은 2,628개, 의과는 15,170개 병상)

< 진료 의뢰·회송 사업 개선 >

- 보건복지부는 **환자가 적절한 의료기관에서 전문적인 진료를** 받을 수 있도록 **진료 의뢰·회송 시범사업**을 개선할 계획이다.
 - * 현재 상급종합 42개, 종합병원 61개소와 협력병의원 16,713개가 시범사업 참여, 의뢰수가: 14,140원(의원급기준), 회송수가: 입원 58,300원, 외래 43,730원(상급 종합병원기준)
- 사업 참여기관을 **기존 상급종합병원 위주에서 종합병원·전문병원까지 확대**하고 **지역 내 병원 간 의뢰를 활성화**하여, **환자가 질환·상태에 적합한 진료를 받고, 중소병원의 기능이 강화**될 수 있도록 유도한다.
 - * 의원에 내원한 화상·산부인과·안과·이비인후과 환자 등을 상급종합병원이 아니라 전문병원으로 의뢰해도 의뢰 수가 산정 가능

- 기존 상급종합병원 등에 진료 의뢰한 경우 적용되던 **의뢰 수가를 정책적으로 필요한 경우에 한하여(의원간 또는 상급종합병원간) 수평적 진료 의뢰**에도 적용하는 방안을 검토한다.
 - * (필요한 수평적 의뢰 예시) 수도권 상급종합병원 중증환자를 환자 거주지 근처 지방 상급종합병원으로 의뢰하거나, 내과 의원에 내원한 정신질환자를 정신건강 의학과 의원 또는 정신의료기관으로 의뢰하는 경우
- 상급종합병원에 있는 **경증 또는 상태 호전 환자**에 대해 **적극적인 회송**이 이뤄질 수 있도록 **회송 수가 및 세부 기준을 개선**하고, **회송 환자를 사후에 모니터링** 할 수 있도록 **관리체계를 개선**한다.
- 보건복지부는 **‘19년까지 사업 참여기관을 확대**하고, **현장 의견** 등을 수렴하여 **중계시스템 고도화 및 고시 개정** 등을 추진할 계획이다.

< 신생아·소아 중환자실 인력가산 수가 신설 >

- 상급종합·종합병원 2·3인실 건강보험 적용(7.1일)에 따른 **의료기관의 손실보상**을 위해 **신생아·소아중환자실 전담전문의**에 대한 **인력가산 수가**를 신설한다.
 - 보건복지부는 지난 **제9차 건강보험정책심의위원회(6.8일)***에서 **향후 전문 학회 등 의료계와 논의**하여 **전담전문의 인력가산 수가**를 마련하기로 한 바 있다.
 - * “상급종합·종합병원 2·3인실 건강보험 적용 방안” 의결
- 그간 신생아·소아중환자실에 전담전문의 **최소 1명**을 **확보**하기 위한 **수가는 있었으나, 2명 이상에 대해서는 수가상의 차등이 없어 중환자실에 필요한 충분한 전담전문의 확보에 한계가** 있었다.

- 이에 **전담전문의가 2명 이상 확보**될 수 있도록 **인력가산 수가**를 신설하고, 전담전문의 1명당 적정 병상을 관리하도록 **1명당 병상 수**에 따라 **가산수가**를 차등한다.
- 신생아중환자실과 달리 **전담전문의 1명 확보도 쉽지 않은 소아 중환자실**에 대해서는 **현재 1명**에 대한 **전담전문의 가산수가**를 **20% 인상**하는 방안도 추진한다.

< 현행 기준 >	< 변경 기준 >		
① 전담전문의 1명 이상 ② 1명당 병상 수 1:30	전담전문의 1인 · 현행과 동일 * 소아중환자실은 20% 인상		
	전담전문의 2인 이상 <table border="1"> <tr> <td>·(1:10 미만) : +548.22점</td> </tr> <tr> <td>·(1:10 ~ 1:20) : +274.11점</td> </tr> <tr> <td>·(1:20 ~ 1:30) : 현행과 동일</td> </tr> </table>	·(1:10 미만) : +548.22점	·(1:10 ~ 1:20) : +274.11점
·(1:10 미만) : +548.22점			
·(1:10 ~ 1:20) : +274.11점			
·(1:20 ~ 1:30) : 현행과 동일			

□ 이번 개선방안은 관련 고시 개정, 의료기관 전담전문의 현황 파악을 거쳐 '19.4월 이후 실시될 예정이다.

< 요양병원 수가체계 개편 >

- 요양병원 환자안전 증진을 위한 **환자안전관리료** 등이 신설되고, 9인실 이상 과밀병상은 수가를 인하한다.
- 환자안전법 시행(16.7월)에 따라 **요양병원에도 환자안전관련 활동***을 의무화하였으나, 급성기 병원과 달리 **별도 수가**가 없어 **활성화**되지 못한 측면이 있었다.
 - * 환자안전사고 보고체계 확립, 환자안전위원회 운영, 전담인력 배치 등
- 오는 7월부터 환자안전관련 활동을 수행하는 200병상 이상 요양병원에 **환자안전관리료** 수가(1일당 1,450원)를 산정할 수 있도록 하고, 향후 **감염예방관리료**의 신설도 추진하기로 하였다.

- 아울러, 좁은 병실에 여러 병상을 채워 운영하는 이른바 '과밀병상' 억제에 위해, **9인실 이상 병실**에 대해서는 **입원료의 30%를 인하**하고, **중장기적으로 7인실 이상 병실까지 확대**하기로 하였다.
 - 다만, 현재 병상간 간격 확대(1m→1.5m, '19.1월) 등이 시행중이고, 추가 병실 구조 변경 등이 필요한 점을 감안, **3년의 유예기간**을 거쳐 '22년 1월부터 시행토록 하였다.
- 일정 수의 인력만 확보하면 주어지던 **입원료 가산**은 **질 평가 결과**와 연계하여 **지급되도록 단계적으로 개선**한다.
- 현재 **요양병원의 의료서비스 질 향상**을 위해 전문의 또는 간호인력을 일정 수준이상 확보하면 **기본입원료에 추가로 가산**을 실시*하여 인력확보 노력을 충실히 수행토록 해왔다.
 - * 전체의사 중 50% 이상을 8개 과목 전문의(내과, 외과, 신경과, 정신건강의학과, 재활의학과, 가정의학과, 신경외과, 정형외과)로 확보 시 입원료의 20% 가산 등
- 이에, 10년 전에는 근무의사 중 전문의가 50%이상인 요양병원이 약 30%에 불과했으나, 현재는 80%가 기준을 충족함으로써 **전문인력 확보**라는 소기의 정책효과는 달성하였으나, 정작 환자들이 느끼는 서비스 체감 수준은 크게 달라지지 않은 상황이다.
- 이에 따라, 현재 **전문의 확보 수준만 따져서 지급**하는 가산은 일부 축소하고, 이를 **질 평가(요양병원 입원급여 적정성평가) 결과**가 우수한 기관에 **인센티브로 지급**하는 형태로 변경하기로 하였다.
 - 한편, 요양급여 입원급여 적정성 평가는 '19년도(2주기 1차 평가)부터 **진료결과 중심**으로 평가를 강화하고, **장기입원환자분율**을 신설하는 등 평가체계를 개편하였다.
 - 이러한 연계 작업이 완료되는 '22년 이후부터는 의사 인력확보 수준에 따른 가산 중 **5%(약 500억 원 규모)**는 **일괄 차감**하여 **평가 결과 우수기관에 지급**하며, 이러한 인센티브를 받기 위해서는 반드시 **의료기관 인증평가**를 통과하도록 하였다.

- 아울러, 인력 가산을 위한 전문의 과목 제한은 폐지하여 산부인과, 비뇨기과 등 요양병원 특성에 따라 필요로 하는 과목의 전문의를 확보할 수 있도록 하되, 1등급 가산을 위한 전문의 확보 비율은 추가 논의를 거쳐 개선하기로 하였다.

□ 요양병원 입원환자들이 입원 기간이 길어질수록 가정 복귀를 꺼리고 경제·사회적 요구나 돌봄 서비스 요구 등이 증가하는 것을 감안하여, '지역사회 통합 돌봄 계획(커뮤니티 케어) 추진에 발맞춰 퇴원 후 지역사회로의 원활한 복귀를 위한 각종 서비스 연계 활동에 건강보험 수가 적용을 확대한다.

○ 그간, 요양병원에 사회복지사를 배치하는 경우 추가 가산을 부여하는 등의 방법으로 상당수 요양병원에 사회복지사가 확보(87.7% 기관에 근무)되었지만, 주로 환자 지원 활동보다는 단순 병원 행정업무에 종사했다.

○ 앞으로는, 요양병원에 '가칭'환자지원팀'을 설치하고, 해당 팀에 속한 사회복지사가 환자의 경제·사회적 요구도 등을 파악하여 각종 경제적 지원사업 신청 등을 수행하거나 퇴원 후 활용 가능한 지역사회 복지서비스 등을 연계해주는 경우 산정하는 수가를 신설*하기로 하였다.

* 통합 환자평가·상담료 1만7472원, 지역사회 연계 관리료 2만2152원~4만7316원

○ 또한, 의료기관 왕래가 어려워 퇴원을 미루는 환자들을 위해, 해당 요양병원 퇴원환자에 한해 의료진이 환자의 집으로 방문해 치료(방문진료)하는 경우에 산정 가능한 수가도 '19년 하반기부터 시범 사업을 실시한 뒤 신설을 추진하기로 했다.

□ 한편, 보건복지부는 이번 수가 개편에 뒤이어, 요양병원의 의료적 기능을 강화하기 위한 건강보험 수가 개편을 지속적으로 추진해 나가겠다고 밝혔다.

< 회복기 재활의료기관 시범사업 2단계 추진계획 >

□ 급성기 병원 퇴원 이후 일정 기간 동안 퇴원에 대한 걱정 없이 집중적인 재활치료를 받을 수 있도록 '17년 10월부터 진행 중인 회복기 재활의료기관* 지정운영 시범사업을 '19년 하반기까지 연장하기로 하였다.

* 급성기 의료기관에서 퇴원한 환자들이 추가적으로 병원을 옮기지 않고, 일정 기간 동안 안심하고 입원하여 집중적인 재활치료를 받을 수 있는 의료기관 (전국 15개소 운영 중)

○ 아울러, '19년 하반기에는 현재 시범 지정·운영 중인 회복기 재활의료기관 및 회복기 재활의료기관으로 전환하고자 하는 병원·요양병원 등에 대하여 평가를 거쳐 정규 기관을 확대 지정하기로 하였다.

○ 정규 기관으로 지정되면, 집중재활 역량 강화를 위한 새로운 형태의 재활치료 수가*를 운용할 수 있게 되고, 재활의료기관 특성에 맞춤형 별도의 의료기관 인증평가 기준도 적용된다.

* 의사·간호사·물리치료사·사회복지사 등의 통합기능평가를 거쳐 수립된 치료계획에 따라, 항목·횟수 등의 제한 없이 자율적으로 치료프로그램을 구성·운영할 수 있는 수가 형태

- 또한, 간호·간병 통합서비스도 우선 확대 대상이 되며, 재활의료기관-지역사회간 연계 활동에 대한 새로운 수가도 산정*할 수 있게 된다.

* 퇴원 시 지역사회에서 활용 가능한 통합재활치료계획(Comprehensive Rehabilitation Plan)을 제공하는 경우 추가 수가 산정. 지역사회 재활기관 등으로 환자를 연계하거나, 사회복지사·물리/작업치료사 등이 팀을 이뤄 환자 거주지를 방문하여 문턱 제거 / 지지대 설치 등의 서비스를 연계하는 경우 산정 가능한 시범수가 등

□ 보건복지부는 "질병 발생 초기부터 적극적인 재활치료가 이뤄지고 이를 통해 조기에 가정이나 사회로 복귀할 수 있도록 하는 것이 국민 전체 의료비 부담을 감소시키는 데 있어 중요하다"고 강조하며,

○ 향후 급성기(종합병원 등)-회복기(재활의료기관)-유지기(요양병원)에 이르는 재활의료체계 전반에 대한 개선 작업을 지속 추진할 계획이라고 밝혔다.

< 현혈환급예치금 인하에 따른 혈액수가 개정 >

□ 현재, 건강보험 혈액제제 등의 수가에는 **헌혈자의 수혈비용** 보상을 위해 1건당 2,500원의 '헌혈환급예치금*'이 포함되어 있다.

○ 최근 암환자 및 중증외상환자 산정특례 등 건강보험 보장성 확대에 따라 적립금 누적(408억 원, '17년)대비 사용빈도가 낮아, 개선 필요성이 제기 되었다.

* 헌혈환급예치금이란? 헌혈자(또는 헌혈증을 양도받는 자)가 향후 수혈 시 수혈비용 대신 지급을 위해 헌혈 1건당 2,500원을 적립하는 금액

□ 이에, 헌혈환급예치금을 **현행 2,500원에서 → 1,500원으로 인하**하고, 예치금이 포함된 혈액수가*를 인하여 **2019년 1월부터 시행**할 예정이다.

* 전혈제제 및 혈액성분채집술에 의한 혈액의 상대가치점수를 1,500원으로 일괄 인하

□ 참고로, **혈액환급예치금 인하는** 지난달 혈액관리위원회(11.15)에서 **헌혈환급적립금 개선방안**의 일환으로 심의·의결한 바 있다.

< 건강보험 심사·평가체계 개편 방안 >

□ 이 날 건정심에서는 지난 40여년간 유지되어 온 건강보험 심사·평가의 패러다임을 전 세계적 변화 추세와 발맞춰 '**가치에 기반한 (value-based) 심사·평가체계**'로 근본적으로 전환하는 방안도 논의하였다.

○ 의료기관이 건강보험 가입자에게 의료서비스를 제공하는 대가로 해당 비용을 국민건강보험공단에 청구하여 지급받게 되는데, 이 과정에서 건강보험심사평가원(이하 '심평원')을 통해 각종 심사기준에 어긋나지는 않았는지, 경제적으로 진료했는지 등에 대한 심사를 거치게 된다.

- 그동안의 심사 과정은 **환자 단위로 통합적으로 이뤄지기** 보다는, 의사가 행한 의료행위, 사용한 치료재료나 약제건별로 각각 설정된 기준에 적합했는지 여부만 따져서 심사 통과 여부를 결정하였다.

- 따라서, 환자별로 각기 다른 상황이나 중증도는 고려되지 못한 채 **보장횟수나 기간 등을 초과하면 일괄 조정**하여 환자가 비급여로 부담 하거나, 의료서비스의 **질적 향상보다는 비용절감 위주로** 심사가 이루어졌다는 지적이 있었다.

□ 앞으로 **향후 5년여**에 걸쳐 현재의 건강보험 심사·평가체계를 ①**환자 중심**, ②**의학적 타당성 중심**, ③**참여적 운영방식 중심**, ④**질 향상 중심**의 가치 하에 **단계적으로 개편**해 나아가기로 하였다.

○ 먼저, 현행 건별로 분절적으로 판단하는 심사 방식을 환자 중심의 에피소드 단위로 개편, **주요 진료정보를 지표화**하여 **청구현황, 기관 특성 등을 종합적으로 관찰·분석**하는 방식으로 전환한다.

- 이에 따라, 앞으로는 심사기준을 다소 초과하거나 비용이 조금 더 드는 검사나 치료의 경우에도, **환자에게 왜 필요한지가 소명**되면 인정하는 방식으로 변경하여, **건강보험 보장성 강화에 따른 혜택을 충분히 체감**할 수 있도록 추진한다.

기존
심사기준상 A재료를 3개 이하 사용토록 정해져 있으면 환자에게 아무리 필요해도 4개부터는 사용 못하거나 비급여 청구
복합적인 골절 여부를 알아보기 위해 저렴한 X-ray나 2D(2차원 평면) CT가 아닌 3D(3차원 입체) CT를 먼저 찍으면 무조건 조정

개선
심사기준을 다소 초과해 5개를 썼어도 의학적 필요성이 소명되면 인정 ※ 단, 모든 환자에게 일률적으로 3개를 초과하여 5개를 사용하는 경우 심층심사
외상센터 등에서 중증외상환자를 대상으로 3D CT를 촬영하는 경우 인정 ※ 단, 중증도와 관계없이 모든 환자에게 일률적으로 3D CT를 촬영한다면 심층심사

- 아울러, 한 번 정해지면 변경되기 어려웠던 **고시 형태의 급여(심사) 기준은 최신 임상 진료지침 등 의학적 근거 기반으로 단계적으로 대체**, 임상 현장 전문가나 전문학회 등의 전문성을 토대로 **최신 의료현장의 진료경향을 신속하게 반영하여 심사에 활용할 수 있는** 체계를 구축한다.
 - 또한, 건강보험 가입자 등의 목소리가 심사제도 운영·개선 과정에 반영될 수 있도록 **(가칭)심사제도 운영위원회**도 신설하기로 하였다.
 - 궁극적으로, **의료질 향상을 목표로 하는 다양한 관리기전** 등을 유기적으로 연계하여 건강보험 비용 지급이 **환자에게 실제 제공되는 의료서비스의 질과 밀접하게 연동*** 되는 **'가치기반 심사·평가체계'** 형태로의 개선을 추진해 나가기로 하였다.
- 보건복지부는 “차세대 건강보험 심사·평가체계 도입을 위해 별도 TF 외에도, 의료계·환자·전문가 등이 모두 참여하는 개편 협의체도 구성하여 반 년 가까이 노력해 온 첫 번째 결실”이라며,
- “오늘 논의된 방향성을 토대로 내년부터 선도 사업에 착수하여, 향후 5년간에 걸쳐 심사·평가체계 개편을 차질 없이 추진해 나가겠다”고 밝혔다.