



관절과 척추 통증
원인부터 해결까지 **정형외과**

대한정형외과학회

『2022 보험현황 보고서』



제65대 집행부 보험위원회

목차

1. 머리말

2. 수술 원가 분석

3. 급여기준의 문제점과 개선 사항

4. 상급종합병원 지정 기준 관련 중증도 문제점

5. 상대가치의 변화

6. 정책 제언

7. 맺음말

1. 머리말

인구의 노령화로 인하여 근골격계 질환의 증가와 비례하여 정형외과의 수술 행위가 증가하는 상황에서 정형외과는 전공의 수급에는 문제가 없으나 대학병원에서 조차도 수익을 못내는 과로 지탄 받고 있으며 투자의 우선 순위에 밀리고 있어 새로운 진료 장비의 도입 및 전공의를 교육할 교수의 충원 문제 등의 문제가 대두되고 있다. 또한 정형외과 관련 수술 수가는 대부분이 급여로 되어 있으며 서로 다른 수술 행위조차도 동시 수술의 범주에 포함되어 수가를 70% 또는 50%로 차감되어 지급되는 현실이다. 이러한 저수가 상황에서 인원 및 재료 투입 대비 수술 수가는 원가에 턱없이 미치지 못하는 상황이며 이를 비급여 행위 수가와 재료 수가를 통해 보완해왔던 것이 현실이다. 비급여 수가 및 시행 건수는 의료기관 종별간과 기관 간에 큰 폭의 차이가 있으나 정형외과 수가 중 큰 부분을 차지하고 있어 원가에 미치지 못하는 급여수가를 보충해주는 역할을 하고 있어왔다. 현재는 MRI, 치료 재료 등 비급여의 급여화가 빠르게 진행되고 있으며 이에 대한 적절한 수가 보상이 이루어지지 않으면 비급여 의존도가 높은 정형외과는 존폐의 위기에 직면하게 되며 주로 수술 비중이 높은 상급종합병원의 경우는 누적 적자로 인해 정형외과의 입지가 크게 위축될 가능성이 높다. 증가하는 노령 인구에 따른 정형외과적 수술의 위축이 지속되면 이는 국민 전체의 건강을 위협할 가능성이 크다. 현재 급여 수가의 적절한 보상이 선행되어야 비급여 과잉 진료의 폐해를 막을 수 있으며 더 나아가 건강하고 활동적인 사회를 보장 할 수 있을 것으로 생각된다. 이에 정형외과 보험 정책 관련 문제점을 검토하고 개선 사항을 제안하기 위해 정형외과 수술 원가 분석, 급여기준, 상급 종합 병원 지정 기준, 상대 가치 관련 정책의 변화를 분석 고찰하여 이 보고서를 발간한다.

대한정형외과학회 보험위원장 한승범

2. 수술 원가 분석

정형외과 관련 수술 행위는 437개(정형외과 관리진료과 320 행위 포함)이며 처치 및 기능검사는 43개의 행위가 현재 등재되어 있다. 대한정형외과학회는 2019년 ABC 클럽에 연구 조사를 의뢰하여 당시의 정형외과 수술원가 분석을 실시하였다. 수련병원 10 여개에서 대표적으로 수술실에서 시행되는 수술의 원가 자료를 이용하여 분석하였다. 수술실의 원가배분 기준에 대해서는 일반적으로 알려진 연구를 기준으로 설정하였으며 연구 이용된 소요자원 분석의 특징은 표 1과 같다.

표 1. 원가 분석에 사용되는 소요 자원

No	수술실 소요 자원		배부기준 to 수술실	설명	배부기준 to 진료과	
1	인건비	전문인	수술전 준비: 손세척, 글러브착용, 수술복착용, 검사기록 검토 수술 수술후 정리: 수술복 탈의, 손세척, 퇴실	수술시간/(외래+입원+수술시간)	외래: 세션시간 입원: 회전시간(환자당 5분) 수술: 집도시간 + 수술전후 준비시간(30분) 기타: 총가용시간(평일 10시간, 토요일 6시간) - (외래, 입원, 수술시간)	진료과 귀속
2		레지던트	수술전 준비: 검사기록체크, 재위고정, 수술장비장착, 소변줄 연결 수술 보조 수술후 정리: 수술마무리, 검사물 검사외뢰, 수술기록, 재료입력, 할의, 시워	수술시간/(입원+수술시간)	수술시간: 수술시간(?) x 수술건수 x 레지던트수 입원: 총가용시간(일 12시간 x 6일 +5시간(당직 등)) - 수술시간	진료과 귀속
3		수간호사	수술실 총괄, 교육, 시설 및 물품관리, 행정업무, 보고 등	수술실 귀속	간호사 활동조사 15개 업무로 분류하여 업무별 평균시간 조사	수술건수
4		주임간호사	과별 배치 수간호사 보좌/대행, 교육, 시설 및 물품관리	수술실 귀속		진료과별 간호사배치표
5		소독간호사	과별 배치 수술전후 기구 점검, 세척, 소독, 수술팀 보조, 수술실 정돈, 수술준비	수술실 귀속	직접업무(9개): 재료대 입력 장비대여 및 기구관리, 수술준비 및 보조, 수술기구 및 장비 소독관리, 수술실 안전관리, 감염관리, 약품 및 수액관리, 환자안전간호, 직물물 관리	진료과별 간호사배치표
6		순회간호사	2-3 수술병 순회 수술팀 가운, 글러브 착용 보조, 수술 중 필요용품 공급, 무염등 및 보조기구 시험 및 초점 조정 등 준비업무	수술실 귀속	간접업무(6개) 수술센터지원, 수술실환경관리, 물품관리, 간호사교육 및 인직관리, 수술스케줄관리 및 통계, 리넨관리	진료과별 간호사배치표
7		휴무간호사		수술실 귀속		진료과별 간호사배치표
8		기타 보조인력	간호조무사, 병동보조원, 미화원, 오더리	수술실 귀속		수술건수
9	재료비	직접재료비	보형재료 및 비급여재료 - 수술재료, 약품 등	수술실 귀속		진료과별 집계
10		간접재료비	의약품소모품, 일반소모품 등: 붕포, 탈지면, 거즈 등	수술실 귀속	구매과 구매자료 검토: 파레토법칙 의거 53개 품목 분석	상위 20개(83%): 수술건수 나머지(17%): 진료과 1/N
11	관리비	직접관리비	장비상각비	수술실 귀속 (수술실 설치 장비)	수술실 장비 조사	과별 설치 장비: 진료과 귀속 공통장비: 수술건수
12			수선비	수술실 귀속 (의공과 수선일지 분석)	의공과 수선일지 분석	수술건수
13		복리후생비: 4대보험 등	수술실 귀속 (개인 귀속)		개인별 배부기준 (개인 귀속)	
14		간접관리비	복리후생비 - 단체활동비 등	인원수		진료과 1/N
15	건물감가상각비		면적		진료과별 면적	
16	기타 관리비 - 수도료, 전기료 통신비, 연료비 등		OO (가상금액 배부)		수도료: 수술건수 전기료: 수술건수 통신비: 인원수(의사+레지던트) 연료비: 면적	
17	보조부문비	행정부서, 간호행정, 의무기록실, 전산실, 전기실, 보일러실 등			연구에서 제외	

환자의 특성에 따라서 소비되는 시간이 달라지므로 시간에 기반한 원가계산 (Time-Driven ABC)은 환자 원가계산에 적합하므로 이를 이용한 원가 분석을 각 수술별로 분석하였고 이를 외과 수술과 비교하였다. 지방 종합병원, 수도권 종합병원,

지방 상급병원, 수도권 상급병원 별로 분석한 결과 환자당 수술수익 중 재료수익이 차지하는 비중이 정형외과의 경우는 50~60%로 외과(30~40%)에 비해 매우 높게 분석되었으며(표 2) 환자당 수술행위수익은 정형외과가 외과의 0.4~0.8 배에 해당하나 환자당 수술실 체류시간은 외과의 0.8~1.1배로 큰 차이가 없어서 자원 소모 대비 수술 행위 수익은 정형외과가 외과의 0.4~0.8배로 낮게 분석되었다(표 3).

표 2. 종별 정형외과와 외과 행위 및 재료수익 비교

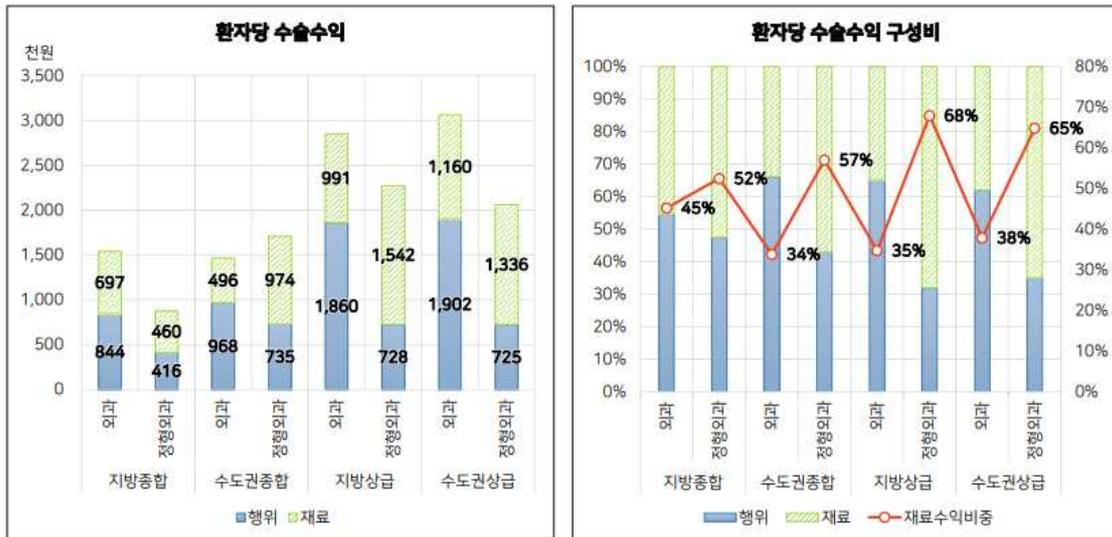


표 3. 정형외과와 외과의 시간당 행위 수익 비교

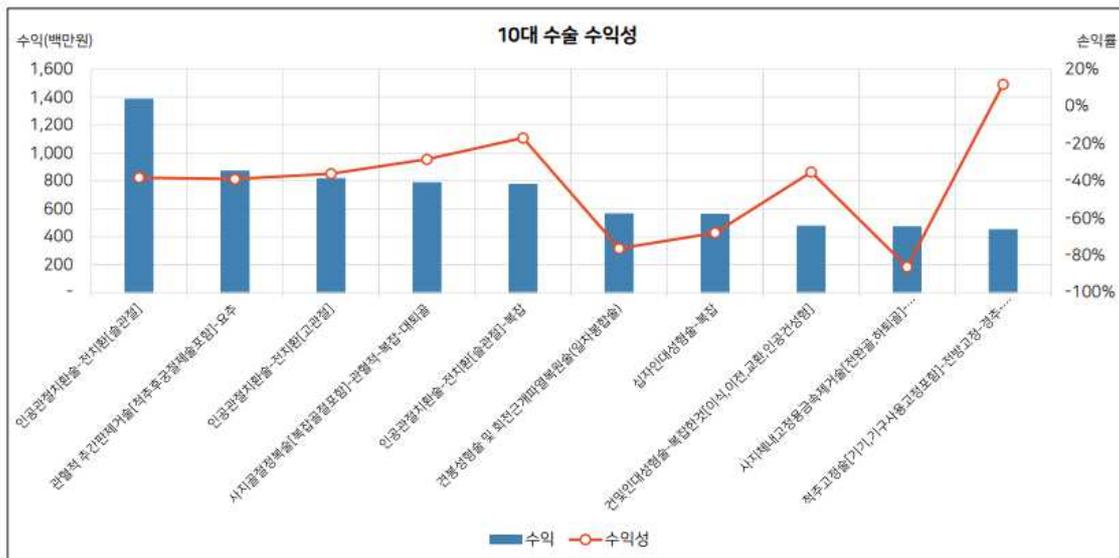


시간이 경과함에 따라 상대가치 점수가 변화 하였으며 2014년부터 2015년까지는 정형외과 관련 상대가치 점수 변화가 없었으나 2017년 7월에 2016년 대비 5.7% 상승하고 2017년은 5.1% 상승하여 매년 25%씩 단계적으로 상대가치가 상승하였으나 현실적인 저수가의 문제점을 해결하기에는 턱없이 부족하다.

조사 대상병원의 수술 수가 중 전체 수익의 80%는 인공관절치환술, 사지골절정복술, 견봉성형술 및 회전근개 파열 복원술, 반월상연골 절제술/ 봉합술이 차지한 것으로 조사 되었으며 수술실로 집계된 원가는 ABC(activity-based costing) 방법론에 의하여 모든 직접비에 해당하는 수술실 발생 비용, 집도의 및 수술지원 전공의 원가, 간접비에 해당하는 중앙공급실, 원무팀, 행정지원부서 등의 발생 비용을 산정하였고, 또한 환자의 원가 계산은 원가를 환자로 배부한 후(수술 시간 또는 수술 건수) 해당 환자의 발생 수가를 이용하여 계산 분석하였다.

분석 결과 조사 대상 병원의 평균 수술실 수익은 377억, 평균 수익률을 6%로 분석 되었으며 정형외과 수술 수익은 65억, 평균 수술 건당 수익은 160만원으로 분석되었으며 수술 시간 기준으로 정형외과 수술이 전체 수술에서 차지하는 비중이 19.4% 분석되었다. 이를 이용하여 조사 대상 병원 정형외과에서 수술 수가가 차지하는 비중으로 분석한 결과는 평균 -52%의 손실이 발생하였으며 원가 구조에서 의사직 및 간호사직 등의 인건비가 전체 원가 53%를 점유하고 있었으며 수술실 관리비 및 병원 전체의 공통비 배분액이 기타 관리비를 차지하였다. 이를 다시 누적 평균 수익성으로 분석하면 수술실 전체의 수익성은 7%로 흑자이나 정형외과 수술실의 수익성은 -16%, 정형외과 수술 수가와 비교한 수익성은 -52%로 측정되었으며 이는 타 외과계 수술실의 수익성은 큰 축의 흑자가 발생함을 의미하며 정형외과 전체 수익에서 재료수익이 차지하는 비중(67%)이 높아 행위 수가의 수익성이 더 낮음을 의미한다(표 4).

표 4. 상위 10대 수술 수가의 수익성 비교



분석 결과 가장 높은 수익성이 발생하는 수가는 12%의 수익이 발생하는 N2463 척추고정술-전방고정-경추-기타의 경우이며, 가장 낮은 수익성이 발생하는 수가는 -159%의 손해가 나는 N0975 사지체내고정용 금속제거술 (쇄골, 슬개골, 수근골, 족근골)로 조사 되었으며 대상 병원 전체 수익의 80%를 점하는 수술 수가 원가와 손익은

N0612	사지골절 정복술[삽관] 포혈적- 관 삽관- 상완 골건갑	316	204,773	332,274	-127,501	648	1,052	-403	-62%
N2491	경추궁- 성형술- 제1부위	196	198,433	225,205	-26,772	1,010	1,147	-136	-13%
N2492	경추궁- 성형술- 제2부위 [1부 위당]	372	195,766	221,238	-25,472	527	596	-69	-13%
N0972	사지체내 고정용금 속제거술 [대퇴골]	598	187,871	378,658	-190,787	314	633	-319	-102%
N1491	관혈적추 간판제거 술[척추 절제] 포혈적- 삽관- 상완 골건갑	258	184,833	182,294	2,539	718	708	10	1%
N0305	절골및 체내금속 고정술[대퇴골]	165	182,665	230,770	-48,105	1,108	1,400	-292	-26%
N1460	척추고정 술[기타 구사용 기구포 함]- 후방고 정-요추- 삽관-Ca ge를이 용한추 체간 술	196	171,633	237,889	-66,256	874	1,211	-337	-39%
N0715	인공관절 치환술- 분지환 술[고관 절]	254	169,264	239,805	-70,541	666	944	-278	-42%
N0974	사지체내 고정용금 속제거술 [전완골, 하퇴골] 동시 경비골 동시	522	168,565	312,969	-144,404	323	600	-277	-86%
N0604	사지골절 정복술[삽관] 포혈적- 관 삽관- 상완 골건갑	467	158,292	388,900	-230,608	339	832	-493	-146%

N0710	사지관절 절제[제- 활막포관절] 를용수	336	121,051	195,420	-74,369	360	582	-221	-61%
N0830	골수 골체고중 중지	690	117,303	169,441	-52,137	170	246	-76	-44%
N0319	골수 골체고중 중지	412	115,316	151,188	-35,872	280	367	-87	-31%
N4710	인재 -부 -환 -고 -복 -잡	96	109,418	137,001	-27,583	1,140	1,427	-287	-25%
N2469	척추 -기 -구 -고 -정 -기 -의 -우	74	103,520	112,887	-9,367	1,398	1,524	-126	-9%
N2076	인공 -관 -환 -전 -치 -전 -관 -보 -잡	96	102,093	125,736	-23,643	1,063	1,310	-246	-23%
N0303	전술 -척 -추 -반	87	96,780	97,784	-1,004	1,109	1,120	-12	-1%
N0828	반골 -내 -는 -보 -잡	192	96,686	153,704	-57,018	504	802	-297	-59%
N3717	인공 -관 -환 -전 -치 -전 -관 -보 -잡	69	96,231	122,067	-25,836	1,405	1,782	-377	-27%
S4595	신경 -성 -감 -도 -중 -신 -지 -간	281	93,231	141,557	-48,326	331	503	-172	-52%
N1604	사지 -정 -복 -포 -혈 -관 -하 -경	203	91,017	175,795	-84,778	448	866	-418	-93%

3. 급여기준의 문제점과 개선 사항

현행 급여 기준은 국민건강보험법에 의거하여 보건복지부의 장관 고시로 정해지는 바 이에 대한 현실과 부합하지 않는 급여 기준으로 인해 실제 행위와는 동떨어진 급여 기준으로 인해 정형외과적 수술의 적정한 수가를 지급 받지 못하는 현실이다. 기술이 발달할수록 다양한 수술 방법이 개발되고 있으나 정형외과 수술 행위 수가는 과거에 만들어진 수술 수가의 준용으로 운영 되고 있으며 정형외과 관련 근골격계의 다양성에도 불구하고 수술 시행 시 동시 수술로 분류 되어 실제 행위가 시행되었음에도 불구하고 수술 수가가 종합병원급 이상은 70%, 이외는 50%만 인정되어 실제 수술 행위에 대한 적절한 보상이 이루어지고 있지 않다. 또한 산정 불가 재료대 등으로 인해 비급여 재료를 사용하는 의료비 왜곡 현상이 심화되고 있다.

대한정형외과학회는 이에 지속적으로 급여 기준 개선의 의견을 개진하고 있으며 최근 2020년에 제출한 120개의 급여 기준 개선 검토 사항에서 건강보험심사평가원에서의 답변은 69개 항목에 대해 급여 기준 개선이 아닌 현행 유지로 판정하여 의료 현실을 직시하지 못하는 결과를 보여 주고 있다(표 4).

아래는 급여 기준과 관련하여 개선되어야 할 대표적인 사항을 나열한 것이다.

- 일회용 재료인 관절경 재료대의 정액 수가를 진행함으로 인해 실제 사용되는 관절경 재료를 원가 이하로 보상 받고 있는 문제점이 있다.
- 최근 감염의 예방으로 위해 급여화된 1회용 방포의 사용을 전신 마취와 척추 마취에만 제한하여 부위 마취나 국소 마취에는 보상을 하지 않아 손해를 감수하면서 환자의 안전을 위하여 사용하고 있는 모순이 제기 되고 있다.
- 정형외과 수술에서는 영상증폭 장치(C-arm)를 현재는 선택적으로 사용하기 보다는 술기의 정확성을 기하기 위해 항상 사용 되고 있으나 이에 대해서는 관혈적 정복술 및 도수 정복술에서만 별도 산정 가능하여 실제 시행하는 수술에서 산정이 안되는 불합리한 점이 존재한다.
- 슬관절과 족관절 주변에 관절내 골절이 있어 CT를 각각 촬영하여도 하지 CT로 수가가 고정되어 1회의 CT 수가 밖에 받지 못함. 특히 같은 날 CT를 2군데 촬영하면 확실히 삭감을 받고 있음.
- 고관절 골절의 경우는 현재는 환자의 수술 후 결과를 향상하기 위해 야간 또는 공휴일에 시행하는 경우가 많으나 이에 대한 보상이 이루어지고 있지 않다.
- 부위별 합성 캐스트의 사용의 경우 소아의 발육 정도가 과거와 달리 향상되었는데

도 불구하고 3인치 4야드 기준 한 개만 사용하게 되어 실사용량과 불일치하는 기준이 존재한다.

- 인공관절이나 골수염 수술시 감염된 금속 고정물의 제거가 인정받고 있지 못하다.
- 척추 수술에서는 재수술시 위험도 및 상대가치가 증가함에도 불구하고 재수술의 수가 산정되고 있지 못하다.
- discectomy, laminectomy, corpectomy를 시행할 때 한 분절은 100% 인정되며 2분절 부터는 50%만 인정되어 최대 200%까지 밖에 인정하지 않음.-->분절에 따른 상한선을 폐지하여 수술 부위에 따른 수가 인정이 필요함.
- 척추 고정술은 분절 수과 관계없이 단분절로만 인정되고 있으며, 신경감압술 후에 시행하는 척추 고정술 및 유합술은 level과 관계없이 50% 만 인정되고 있음.--> 척추 고정술 및 유합술에 대한 수가를 감압술처럼 한 분절은 100%로 인정하고 한 분절이 추가될 때마다 50%씩 추가로 인정되는 수정이 필요함. 또한 L-spine posterior fusion 후에 iliac fixation을 하는 경우에 iliac fixation은 추가적인 수술로 인정이 안되기 때문에 posterior fusion에서 독립시켜 이에 맞는 새로운 수가를 만들 필요가 있음.
- 현재 kyphoplasty는 골다공증이 있으면서 30-60% 압박이 진행된 경우만 인정됨. 기계적 측정값이 오류로 DXA으로 골다공증이 확인되지 않는다면 kyphoplasty를 시행할 수 없으며 또한 기술적으로 kyphoplasty가 가능한 70% 압박골절에서는 수가 인정의 문제로 수술을 진행 할 수가 없는 상황임.--> 상황에 맞는 수가 적용이 필요함
- 척추내시경수가가 관혈적 수술 수가보다 낮게 책정되어 있지만, 외국의 경우 5-10배 가량 높게 책정되어 있어 수가 상향이 필요함.
- Scoliosis surgery의 수가가 비현실적으로 낮게 책정되어 있어 상향 조정 필요함. (PLIF 1level수술이 7구간 미만 scoliosis surgery수가와 비슷함.)
- 하루에 전방, 후방을 동시에 시행시 하나의 수술로 간주되어 하나의 수술에 대해서는 50%만 인정 또는 삭감되는 경우가 많음. 수가를 모두 인정받기 위해 1-2주간에 걸쳐 수술을 진행하게 되며 이는 환자의 건강권을 생각하지 않는 척추수술억제 정책의 병폐
- 척추 종양 수술시 단순히 부위에 따른 분류로 되어 있어, 난이도나 aggressiveness에 따라 재분류가 필요함.
- revision수술은 어렵고 시간도 오래 걸릴 뿐더러 합병증의 위험도 증가하는 고난이

도의 수술이지만 현 수가체계에서는 revision 수술에 대한 고려가 없음.-->타 분과의 revision 수술처럼 난이도를 인정하여 척추외과 분과도 재수술에 대한 수가의 책정이 필요함.

- nerve block 시행 시 적정성 평가 심사를 대부분 마취통증의학과에서 심사 시행하고 있는 실정이어서 불합리하게 조정되는 경우가 있는데 정형외과 출신의 심사위원 선정이 필요함.

-전방 척추 유합술 (OLIF, DLIF) 의 추간판 제거술 수가 추가 신설. 현재 전방유합술 외 추간판 제거술의 수가를 인정받지 못하고 있음. 후방 추체간 유합술과 동일한 수술 과정으로 추간판 제거술 후 추체간 유합술이 이루어 지고 있으므로, 후방 추체간 유합술과 동일하게 추간판 제거술과 추체간 유합술 2개의 급여 인정 필요함.

-중족골 절단술 (ray amputation)의 경우 Toe amputation과 metatarsus amputation의 수술의 난이도와 시간이 확연히 다름에도 불구하고 중족골의 절단술에 대한 수가가 없어 toe amputation 수가를 산정하게 됨. 따라서 중족골의 절단술에 대한 수가 신설이 필요함.

- 유합술 부분에서 현재 발목고정술 단순 복잡/삼중유합술 단순 복잡/지관절 유합술 이렇게만 되어 있어 1 MTP fusion, TMT fusion, TN fusion, subtalar fusion, double fusion, TTC fusion, pantalar fusion 이에 대한 것들이 모두 각각 복잡과 단순으로 나뉘는 수가가 필요할 것 같다.

-족관절의 경우 인공관절을 시행한 이후 인공관절이 실패하여 인공관절을 제거하고 족관절을 유합하는 경우가 많다. 그런데 이경우, 인공관절을 빼는 n3725수가를 족관절 고정술에 추가로 넣는 경우 삭감되고 있다.

- 제한적 의료기술 180번(대퇴골 연골손상에 대한 생체재료 사용 개량 미세골절술)에 대한 나이 적응증 확대

- 기존의 BMAC, ACI, SVF, Cartistem 등 수술에 있어서 나이 indication에 차이가 있음. 각각의 임상 결과와 교과서적인 적응증을 고려했을 때, 타 수술의 나이 적응증 확대 및 적응증의 기준 마련, 보험 기준의 확대가 필요한 상황임

- Chondroplasty 산정 기준 1.5 cm² 이상이면 - 자가골 연골이식술의 소정점수 준용 그 이하이면 - 사지관절절제술의 소정점수 준용. 타수술시 부수적으로 시행한 경우는 산정 못함. 사이즈의 해석이 달라서 1.5cm² 이상임이 관절경에서 확인되는데도 삭감하는 경우가 많음. 더구나 이를 인정하지 않고 사지관절절제술로 되면 동시에 관절경 재료대까지 삭감되는데 이는 매우 불합리함.

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제2장 제4절 천자 주1. 치료목적(약물주입)의 나802 관절천자를 시행하는 경우 동일 부위에 동

시 실시한 마9 관절강내 주사는 요양급여를 인정하지 아니함. 행위는 두 가지가 이루어졌으므로 동시 실시의 경우 소정점수 산정이 바람직할 것으로 판단됨. 예: 천자 목적만으로 관절강내 주사를 시행 후 추가적으로 약물 주입술이 필요한 경우 동일부위에 관절 천자와 관절강내 주사를 동시 실시하는 경우, 주사바늘이 이탈되지 않도록 유지하여야 하는 등 추가적인 노력을 기울여야 함. 따라서, 치료 목적의 관절천자 중 배액과 약물의 관절강내 주사가 함께 필요한 염증 반응이 동반된 골관절염이나 통풍/류마티스 관절염 등 염증성 관절염 등의 경우 이에 대한 요양급여 인정이 필요한 것으로 사료됨

- 사지관절절제술 (자 70)의 경우 퇴행성 관절염에서 변연절제술을 포함하여 연골성형술 및 반월상연골 부분 절제술 등을 함께 시행한 경우 사지관절 절제술로 준용하여 하나만 인정하며 추벽절제술 및 부분 활액막 절제술을 시행하고 외측지대 재건술을 함께 시행한 경우는 사지관절절제술만 인정함.

- 반월상연골 이식술 (자82-2)의 경우 현행 20-45세에서 20-50세로 조정하는 방안 및 연골의 상태에 대한 항목에서 국소적인 연골결손이 있는 경우도 인정함으로 개선

- 외상으로 인한 사지말단 부위에 있는 혈관(요·척 골 또는 경·비골 동맥 이하) 손상으로 동일 절개 하 단단문합술(end-to-end anastomosis)을 시행 한 경우에는 자 207다 혈관결찰술(기타) 소정점수를 산정하되, 동시에 여러 개의 혈관을 봉합하는 경우에는 첫 번째 혈관은 소정점수의 100%를, 두 번째 혈관부터는 소정점수의 50%씩 산정함. (고시 제2010-115호, '11.1.1. 시행) 혈관의 봉합은 혈관 결찰술이 아니라 혈관 성형술을 적용받아야함. 사지 말단의 경우에만 혈관 봉합술을 하여도 혈관 결찰술을 적용 받고 있음.

- 자-93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술에서 관절수동술은 인정받지 못하고 있으며, 환자의 관절운동범위 감소 사진과 관절경 사진에서 활액막염이 있고, 관절막 유리술 사진이 있으면 활액막 절제술을 인정해주기로 심평원 일관성 회의에서 결정한 바 있음에도 현재는 대부분 삭감되고 있음.

- shoulder instability 수술시 시행하는 labral lesion의 repair에 대하여 회전근개 봉합술과 같은 코드를 산정하여 사용하고 있음.

- biceps tenodesis의 경우 tenolysis 에 준용하여 산정하고 있음.

- 견관절 주위 골절 수술 후 금속 제거술 시 골절부 주변 유착 박리와 별도로 견관절 구축에 대해 추가적인 pancapsular release의 필요가 있을 경우 관절경으로 시행하여야 하나 수가를 인정받지 못하고 있음.

-대퇴비구 충돌증후군에서 시행되는 골연골 성형술 및 관절 와순 봉합술의 경우 이에 대한 수가 존재하지 않아 골연골절제술의 경우 사지 관절 절제술 또는 골절제술의 수가를, 와순 봉합술의 경우 건인대성형술의 수가를 준용하여 산정하고 있음.

- 현재 관절와순 손상의 크기와 상관없이 최대 2개까지의 봉합나사를 인정하고 있으나 이는 광범위한 관절와순 파열 및 관절와순 재건술 (이식술)시 통상 5-6개까지의 봉합나사가 사용된다는 점을 감안할 때 현실적이지 않아 개선이 필요함.
- 감염이나 골 소실을 동반한 골절, 장관골이 아닌 골의 자연유합(예, 종골이나 주상골, 슬개골 등), 재수술이 아니나 대규모 골이식이 필요한 관절 수술 등에서는 골종양에 준하는 골이식을 시행하더라도 골이식의 수가 산정이 불가능해 수가가 존재하지 않는 행위가 됨. 골편절제술 후 자가골 이식의 경우라도 공여부과 이식부가 해부학적으로 동일 부위라면 급여가 불합리함.
- 다발성 창상의 경우 창상의 실제 길이가 반영되지 않음. 4"×4"거즈 범위내에 수많은 창상이 있는 경우 그 난이도와 수술 시간에 비해 받을수 있는 수가가 적음.
- 기존의 골절로 인한 내고정 혹은 기타 다른 문제로 체내고정용 금속이 있는 경우에 인공관절 시행새 추가 절개 혹은 별도의 절개를 통하여 금속을 제거한 경우에도 심사에서 조정되는 경우가 많음.
- 개방성골절(GAIII이상), 압괴손상, 절단손상, 골감염 등은 최종치료를 하기 전까지 오염된 연부조직/골조직을 변연 절제해야 하며 NPWT를 이용하여 손상부위를 드레싱해야 하는데, 손상부위의 범위나 오염정도는 반영되지 않아 다수의 의료진이 투입되어 오랜 시간을 수술하더라도 그 노력을 인정받지 못하고 있는 실정임. 혈관부 주변, 신경부 주변의 오염은 더 정밀한 주의가 필요한데 손상부위의 깊이가 근육에 한정되어 있어 세분화가 필요함.
- 현재는 환자의 비만 정도에 따른 수술 수가의 차등이 없는 상태이나 근골격 수술을 시행함에 있어 환자의 비만 정도는 수술의 난이도 및 결과에 큰 영향을 끼치기에 새로운 복잡 수가가 필요하다는 의견.
- 현재 골이식재 등의 수가가 수입업자와 병원조직은행의 차이가 크다는 점입니다. 병원 조직은행의 수가는 수입업체의 수가의 약 70%로 책정되어 있어, 병원 조직은행에서는 가공, 처리 및 분배에 소요되는 비용도 감당하기 어려운 실정입니다. 그 결과 병원 조직은행은 운영 손실을 견디지 못하고 조직은행의 위축과 폐업으로 이어지고 있습니다. 최근 전반적인 병원 조직은행의 운영 손실로 점차적으로 없애는 상황에서 국민 건강 보호를 위해 시정이 시급할 것입니다.
- AIDS 환자, Hepatitis C 환자 등 혈행성 전파 위험 바이러스 감염 환자의 복잡수가 적용이 필요하다. HIV(+), HBV(+), HCV(+), 환자의 경우 위험도, 추가적인 보호장구, 수술 후 처리 비용 등을 고려하여 골절/인공관절 모두 복잡수가를 적용하여야 한다.
- . 골절의 복잡수가에서 '병적 골절' 인정 기준 중 '골다공증이 동반된 환자'란 문구가 골밀도 검사결과 T-score ≤-2.5 이하인 경우에만 해당이 되고 있고 다른 경우

는 삭감이 되고 있다. 골밀도 수치와 관계없이 '방사선 촬영 등에서 골다공증성 골절이 확인된 경우'에도 (골다공증 치료 기준 참조)에 복잡수가를 인정하는 것이 타당할 것으로 판단된다.

- 고령 환자에 대해 복잡수가 적용이 필요하다. 80세 이상의 고령 환자의 경우 전신 상태에 영향을 주는 질환이 동반된 경우가 많다. 따라서, 술 후 합병증이 동반되는 경우가 많고, 보다 젊은 환자들에 비해 입원 기간이 길고 예후도 좋지 않다.
- 이전의 비구골절 혹은 대퇴골 근위부 골절 (대퇴경부 혹은 대퇴전자부)로 내고정술을 시행한 후 고관절 전치환술을 시행하는 경우 복잡수가를 적용해야 한다.
- 이형성증 등으로 고관절의 높이가 1 inch 이상 정상위치에서 벗어나 고관절 전치환술 시 이를 정상위치로 회복한 경우 복잡수가 적용이 필요하다.
- 고관절 수술 시 드레이핑과 관련된 치료 재료대를 더 높게 책정하여야 한다.
- 견관절 관절경 복잡 수술의 새로운 기준에 환자 요소를 추가
- 견관절 인공관절 치환술 복잡 행위 기준 추가 및 조정이 필요

표 4. 2020년 제출 정형외과 급여 기준 개선에 대한 심사평가원 답변 목록

연번	제목	검토결과	내용
1	Suture anchor(봉합 나사못) 급여 기준 확대	현행유지	◦ Suture anchor는 관절부위 인대 등을 재건 시 사용하는 치료재료로, 「Suture Anchor의 급여기준(고시 제 2017-152호, '17.9.1. 시행)」에 따라 적응증별 인정개수를 초과하여 사용한 경우 선별급여(본인부담률 80%)를 적용하고 있어 현행유지
2	전외측 인대 재건 시 타가건 보험 적용 문제(급여기준 확대)	현행유지	◦ 현행 「동종건의 급여기준(고시 제2020-85호, '20.5.1. 시행)」에 의거 슬관절에서는 적응증을 정하여 요양급여하고 있으며, 적응증 초과 시 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용하고 있어 현행유지
3	관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법 기준개선	현행유지	◦ '관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용'은 2005년 건강보험 보장성강화 일환으로 검토되어 2006년 치료재료평가위원회에서 정액보상으로 결정됨에 따라, 관절경하 수술 시 필수적으로 사용되는 7가지 치료재료 ^{주1)} 를 보상하는 것으로 하고, 안전성·유효성을 고려할 때 치료재료의 재사용은 가능하나 의학적 근거에 입각한

연번	제목	검토결과	내용
			<p>재사용 횟수를 지정하기 어려워, 재료별 평균적인 재사용 횟수와 사용개수를 근거로 포괄적 가격산정이 이루어 짐</p> <ul style="list-style-type: none"> 관절경 치료재료비용 정액수가는 현재 수가에 대한 현황, 문제점 등을 파악·분석하고 재평가 방안을 마련하기 위하여 연구를 수행중에 있어 관련 급여기준은 재평가가 완료된 후 재논의 해야 할 것으로 판단됨 <p>* 주1) 7가지 치료재료: 연조직 연마용(Blade), 골연마용(Burr), 식염수 주입용(Tubing set) 터널천공기(C-reamer), 연조직 절제용(Knife), Drill, 지혈·절제용(Arthrowand 등)</p>
4	관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법 기준개선	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ‘관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용’은 2006년 건강보험 보장성강화 일환으로 검토되어 2006년 치료재료평가위원회에서 정액보상으로 결정됨에 따라, 관절경하 수술 시 필수적으로 사용되는 7가지 치료재료를 보상하는 것으로 하고, 안전성·유효성을 고려할 때 치료재료의 재사용은 가능하나 의학적 근거에 입각한 재사용 횟수를 지정하기 어려워, 재료별 평균적인 재사용 횟수와 사용개수를 근거로 포괄적 가격산정이 이루어 짐 관절경 치료재료비용 정액수가는 현재 수가에 대한 현황, 문제점 등을 파악·분석하고 재평가 방안을 마련하기 위하여 연구를 수행중에 있어 관련 급여기준은 재평가가 완료된 후 재논의 해야 할 것으로 판단됨
5	관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ‘관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용’은 2006년 건강보험 보장성강화 일환으로 검토되어 2006년 치료재료평가위원회에서 정액보상으로 결정됨에 따라, 관절경하 수술 시 필수적으로 사용되는 7가지 치료재료를 보상하는 것으로 하고, 안전성·유효성을 고려할 때 치료재료의 재사용은 가능하나 의학적 근거에 입각한 재사용 횟수를 지정하기 어려워, 재료별 평균적인 재사용 횟수와 사용개수를 근거로 포괄적 가격산정이 이루어 짐 관절경 치료재료비용 정액수가는 현재 수가에 대한 현황, 문제점 등을 파악·분석하고 재평가 방안을 마련하기 위하여 연구를 수행중에 있어 관련 급여기준은 재평가가 완료된 후 재논의 해야 할 것으로 판단됨
6	(자-90)깁그리온 적출술 관련 관절경 재료대 인정	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> 2010년 급여기준 개정 시 관절경 치료재료비용을 관절 종류에 따라 차등화 하면서 이물제거술 및 추벽제거술, 부분활액막제거술 등의 간단한 수술은 부수술로 시행되는 경우가 많고, 단독으로 시행한 경우 수술료를 준용수가로 인정하고 있으므로 별도의 치료재료 보상이 불필요하다는

연번	제목	검토결과	내용
			<p>판단 하에 관절경 치료재료 비용을 별도 인정하지 않음</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 또한, 족관절, 주관절, 완관절의 경우 관절경 정액수가에 포함된 7가지 필수 재료 중 일부 재료만을 사용하고 있는 점을 고려하여 관절경 치료재료비용을 1/2만 인정하였고, 이는 현재 급여기준으로 유지중 ◦ 관절경 치료재료비용 정액수가는 현재 수가에 대한 현황, 문제점 등을 파악·분석하고 재평가 방안을 마련하기 위하여 연구를 수행중에 있어 관련 급여기준은 재평가가 완료된 후 재논의 해야 할 것으로 판단됨
7	관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 2010년 급여기준 개정 시 관절경 치료재료비용을 관절 종류에 따라 차등화 하면서 이물제거술 및 추벽제거술, 부분활액막제거술 등의 간단한 수술은 부수술로 시행되는 경우가 많고, 단독으로 시행한 경우 수술료를 준용수가로 인정하고 있으므로 별도의 치료재료 보상이 불필요하다는 판단 하에 관절경 치료재료 비용을 별도 인정하지 않음 ◦ 또한, 족관절, 주관절, 완관절의 경우 관절경 정액수가에 포함된 7가지 필수 재료 중 일부 재료만을 사용하고 있는 점을 고려하여 관절경 치료재료비용을 1/2만 인정하였고, 이는 현재 급여기준으로 유지중 ◦ 관절경 치료재료비용 정액수가는 현재 수가에 대한 현황, 문제점 등을 파악·분석하고 재평가 방안을 마련하기 위하여 연구를 수행중에 있어 관련 급여기준은 재평가가 완료된 후 재논의 해야 할 것으로 판단됨
8	1회용 수술(시술)팩 급여기준 확대 및 일회용 눈 보호장비 급여인정	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ ‘고글’은 혈액매개감염환자의 분비물로부터 의료진의 눈점막을 보호하는 목적의 재료로, 치료재료 별도보상 정책과 관련한 '16년 제17차 건강보험정책심의위원회에서 최종 행위로 포함으로 결정되었고, 이와 유사목적의 재료인 Face shield와 1회용 수술용 방호용 후드는 급여전환으로 결정되었음 ◦ 협회에서 명시한 상황은 Face shield와 수술용 방호후드의 급여기준에 따라 혈액매개 감염병 환자의 수술 시 인정되고 있고, ‘고글’의 별도 산정 전환을 위해서는 상대가치점수의 조정이 우선되어야 하여 현행유지
9	1회용 수술(시술)팩 급여기준 확대	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 협회의 요청사항인 ‘국소마취 혹은 마취를 하지 않는 척추시술’은 관련 행위를 명확히 명시하지 않아 판단이 어려움

연번	제목	검토결과	내용
			<ul style="list-style-type: none"> ◦ 별도보상 소요재정 범위에서 급여기준이 설정되었고, 급여전환 된 후 충분한 기간이 경과하지 않아 추가적인 모니터링이 필요하므로 모니터링이 끝난 후 필요시 재검토
10	Burr, Saw 등 절삭기류 치료재료 비용 산정 가능 행위 확대 요청	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 골절에 대한 내고정술 및 치유된 골절에 대한 금속제거술은 관련 행위의 실시비율, 사용량, 사용구분, 반복사용 횟수 등을 반영하여 상대가치 점수 조정이 선행되어야 함 ◦ 또한 Burr, Saw를 필요한 경우 별도 처방하는 것은 상대가치 점수가 조정되어 별도 산정 가능 행위와의 형평성에 어긋나므로 현행유지
11	다-245 일반전산화단층영상진단(CT)의 급여기준 중 3차원 CT 급여기준 확대	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 「다245 일반 전산화단층영상진단(CT)-3차원 CT의 인정기준」(고시 제2020-19호2020.2.1.) 심사지침의 일반기준에서 골절(외상포함)의 경우 복합골절 또는 관절강내 골절의 경우 요양급여로 인정하고 있으므로, 현행 심사지침으로 심사 가능할 것으로 판단되어 현행유지
12	자-93 건 및 인대 성형술 후 불안정성 심한경우 핀고정한 시술에 대한 수가 인정	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침]에 따라 핀고정술을 동시에 실시한 경우 진료기록 및 영상 등을 참조하여 소정점수가 큰것을 주수술, 낮은 것을 부수술로 급여 적용하고 있으므로 현행유지
13	지관절 치환술에 대한 급여기준 신설필요	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현재 청구건이 미비하여 사례별로 운영되고 있으며, 수술이 남용될 우려가 적으므로 심사기준 설정보다는 현행대로 운영함이 타당하다고 판단하여 현행유지
14	인공관절전치환술(슬관절) 급여기준에 대한 개선	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현재 급여기준에는 진료상 필요한 경우 사례별로 인정하도록 정하고 있어 현 기준으로 충분히 운용 가능 할 것으로 판단되어 현행유지
15	"자-기 인공관절치환술(고관절)의 인정기준"의 적응증 개선	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 급여기준에는 진료상 필요한 경우 사례별로 인정하도록 하여 임상현장의 현실에 따라 탄력적으로 적용하도록 정하고 있으므로 현기준으로 충분히 운영 가능 할 것으로 판단되어 현행유지
16	분절에 따른 상한선을 폐지하여 수술 부위에 따른 수가 인정이 필요	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 환자 안전 및 의학적 측면 등을 고려하여 현행대로 운영함이 바람직할 것으로 판단되며, 여러분절(3분절)초과시 실시되는 척추수술에 대해서는 각 행위의 의학적 타당성 관련한 충분한 자료를 제시한다면 검토 가능할 것으로 보임
17	척추 고정술 및 유합술 시 추가 분절에 따른 수가 인정 필요	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현재 '자46 척추고정술'은 경추·흉추·요추 부위의 접근방법 및 술기에 따라 항목이 분류되어 있으므로 현행대로 심사가능하며 상대가치점수 개편시에 수가의 개정이 선행되어야 하므로 현행유지
18	동일 부위(중수골)에 여러 골절이 있을 경우 개수별 산정 요청	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 중수골은 각각 별개의 뼈로 한 개의 기관으로 볼 수 없다 하더라도 동일 필드 안에서 동일 목적으로 시행하는 행위는 타과와의 형평성 등을 고려하여 상대가치점수 등에

연번	제목	검토결과	내용
			대한 폭넓은 논의와 함께 수가 개정이 선행되어야 하므로 현행유지
19	자-60 사지골절정복술 관련 수가산정 기준 신설	현행유지	◦ 2017년 7월 상대가치점수 개편과 관련하여 점수 차등 재분류에 따라 N1603 요척골 동시, N1606 경비골 동시 수가로 각각 재분류 된 바 있어 타과와의 형평성 등을 고려하여 상대가치점수 등에 대한 폭넓은 논의와 함께 수가 개정이 선행되어야 하므로 현행유지
20	경골 비골 수술시 각 수가 별도 인정 요청	현행유지	◦ 2017년 7월 상대가치점수 개편과 관련하여 점수 차등 재분류에 따라 N1603 요척골 동시, N1606 경비골 동시 수가로 각각 재분류 된 바 있어 타과와의 형평성 등을 고려하여 상대가치점수 등에 대한 폭넓은 논의와 함께 수가 개정이 선행되어야 하므로 현행유지
21	사지골절정복술 내고정술에 대한 고시 신설 및 종양 수술과 골절 예방을 위해 실시한 내고정술에 대한 고시 기준 개선	현행유지	◦ 「뼈전이암에 이차적으로 발생할 수 있는 임박병적골절(Impending pathologic fractures)에 실시한 자60 사지골절정복술 급여기준 및 수가산정방법」(고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행) 현행 고시가 골절 예방을 위한 내고정술에 대한 내용이므로 현행유지
22	“골전이암의 임박병적골절에 실시한 자60 사지골절정복술” 수가산정 개선	현행유지	◦ 뼈전이암에 예방목적으로 시행하는 내고정술은 골절정복술 등 일부 시술과정이 생략되어 시술방법 및 난이도에서 사지골절정복술(관혈적)과는 차이가 있으므로 자60가 사지골절정복술(관혈적) 소정점수의 50%에 준용하여 산정토록 기검토된 바 있으므로 현행유지
23	물리치료 항목을 여러병변에 실시시 산정방법 급여기준 개선	현행유지	◦ 해당 급여기준은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료의 ‘주’사항에 의거하여 산정토록 정한 것 이므로 ‘주’사항의 개정이 선행되어야 하여 현행유지
24	연부조직종양의 생검에서 시행한 면역 조직 검사 인정요청	현행유지	◦ 환자의 임상양상, 치료방법 결정 및 예후 평가를 위한 임상과의 요청, 개별 증례의 병리 조직학적 소견에 따라 다양하기 때문에 질환별 급여기준을 일반화하기 어렵다는 대한병리학회 의 의견 등 참고하여 현행유지
25	고주파열응고술(RF) 또는 박동성 고주파열응고술(Pulsed RF)의 급여기준 개선	현행유지	◦ 교과서 및 임상문헌에서 고주파열응고술에 대한 최적의 환경을 결정하기 위해 1~2회에 걸쳐 진단적 신경차단술을 실시하고, 반응을 확인한 후 고주파열응고술을 시행하는 것을 권장하고 있으며 현행 고시 신설 당시 학회 및 협회의 의견을 반영한 바 있어 현행유지
26	수술 당일 제통 목적으로 시행한 신경차단술 수가 인정	현행유지	◦ 학회에서 제출한 내용만으로 「신경차단술의 산정기준(고시 제2009-180호, 2009.10.1. 시행)」 개선 건의에 대한 구체적 논의를 확인하기 어려워 추후 보완하여 재건의시 검토
27	다-101 C-Arm형 영상증폭장치이용료 치이용료 급여기준 확대	현행유지	◦ 현행 ‘다101 C-Arm형 영상증폭장치이용료’는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

연번	제목	검토결과	내용
			<p>제1편 제2부 제3장 제1절 방사선단순영상진단료에 분류되어 있는 항목으로,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 해당 '주'함에 'C-arm형 영상증폭장치를 이용하여 도수 또는 관혈적정복술 등을 실시한 경우에 산장'함을 명시하고 있음. <p>◦ 또한, 현행 요양급여비용의 수가체계는 업무량, 진료비용(의료인력, 의료소모품, 의료장비), 위험도를 종합적으로 판단하여 상대가치점수를 산출하며,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 요청항목(신경차단술, 도수 또는 관혈적정복술을 제외한 척추수술 등) 장비비 내에 C-arm 영상장치가 포함되어 있으며, - 관련 세부사항 고시*에서도 별도 산정하지 않도록 명시하고 있음. <p>※ 담도수술중 담관조영 또는 신경차단술시 C-Arm 사용료 별도 산정여부(고시 제2007-139호, '08.1.1. 시행)</p> <p>◦ 따라서, 'Cam 영상증폭장치 이용료' 별도 산정 요청에 대해서는 현행 유지하는 것이 타당할 것으로 판단됨</p>
28	다-245 일반전산화단층영상진단(CT)의 급여기준 확대	현행 유지	<p>◦ 전산화단층촬영(CT)는 특수한 X-선 장비를 이용한 연속적 단층 촬영 검사로 세부근골별 수가산정은 적절하지 않으므로 현행 유지</p>
29	"자기공명영상진단(MRI) 급여기준" 개선	현행 유지	<p>◦ '만성의 무릎부위 관절손상'에 대한 진단 및 추적검사는 급여대상에 해당되지 않으며(고시 제2019-229호, 2019.11.1.), 무릎관절 및 인대 손상의 범주에 퇴행성 및 만성 손상은 해당되지 않는다(보험급여과-2067호, 2010.9.28.)고정하고 있음. 이에, '만성'병변과 '급성' 병변의 판단은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1]의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려한 의학적 타당성에 의한 것으로 현행 심사기준 적용이 가능하여 현행 유지</p>
30	자-26 지류착증 수술의 단순 복잡 등 수가 차등화 필요	현행 유지	<p>◦ 현행 '자-26 지류착증수술'은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등에 분류되어 있는 항목으로, 수가 신설('93.3.1)부터 단일 수가로 운용되고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 관련학회에서 제출한 행위정의에 의하면, 합지증이 동반된 경우에도 시행함을 제시하고 있으며, - 상대가치해설집(2000)에 따르면, '자-25 지류착증수술'은 피부 또는 골격까지 불거나, 동반 기형이 나타나는 경우를 적응증을 제시하고 있으므로 뼈까지 유합된 복합형 합지증까지 고려한 것으로 사료됨 <p>◦ 따라서, '자-26 지류착증수술' 수가 산정에 대해서는 현행 유지하는 것이 타당할 것으로 판단됨</p> <ul style="list-style-type: none"> - 다만, 업무량(수술의 난이도 등)을 반영한 수가

연번	제목	검토결과	내용
			인상 요청에 대해서는 추후 상대가치 개편 시 전반적인 검토가 필요할 것으로 판단됨
31	근위부에서 동일절개하에 여러 개의 건을 건 박리한 경우 복잡 수가 신설	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> 「건강보험급여비용 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 처치 및 수술료 자-94 건박리술 수는 건박리술(N0941)과 간단한 건박리술(N0942)로 구분되어 있어 복잡이라는 별도의 명시가 없어도 간단과 구분하여 산정할 수 있음 따라서, 현행 심사기준으로 적용가능하나, 현 분류 내 수가세분화가 필요한 경우에는 상대가치점수 개편 시 수가 신설에 대한 검토필요
32	자-93 건 및 인대 성형술 시 골극 제거술을 시행할 경우 일련의 수술이 아닌 제2의 수술로 인정	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> 현행 '자-93 건 및 인대 성형술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등에 '자-93 건 및 인대 성형술은 시술 난이도에 따라 간단(절제, 봉합 박리), 복잡(이식, 이전, 교환, 인공건 성형)으로 분류 되어 있으나, '골극제거술'은 분류되어 있지 않음 관련 교과서에 따르면, 전거비인대는 비골의 앞 부분과 거골의 경부를 연결하며 그 중간 부분에서 관절낭의 섬유와 혼합되어 있는 부위로서, 골극제거술은 건 및 인대성형술 시 동시에 시행되는 행위로 판단되며, <ul style="list-style-type: none"> 주된 수술 시 부수적으로 시행되는 경우 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침 (5)]에 따라 주된 수술 '자-93 건 및 인대 성형술'만 산정이 타당할 것으로 판단됨
33	여러 수술 동시에 시행한 경우 수가 산정 방법-산정지침에 따라 심사조정되는 주 수술 일련의 과정에 대한 명확한 수가 산정 방법 필요 (관절절제성형술과 동시에 시행한 건인대 간단 수술 부수술로 산정)	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> 전문가 의견은 절제관절성형술은 Removal of joint space 행위로 상대가치점수가 높으며, 이에 따라 행하여진 자-93 건 및 인대 성형술은 주 수술에 대한 부가적 수술로 주 수술료만 산정하는 것이 타당하다는 의견임 따라서, 자-72 절제관절성형술과 동시에 시행한 자-93 건 및 인대 성형술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 산정지침에 따라 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술로 주된 수술의 소정점수만 산정하여야 할 것으로 판단됨
34	인공관절치환술 시 체내고정용 금속제거술을 동시에 시행한 경우 체내고정용금속제거술의 수술료를 별도 인정 요청	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침 (5)]에 의하면, 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정하고 있음

연번	제목	검토결과	내용
			<ul style="list-style-type: none"> ◦ 이에 인공관절치환술시 체내 고정용 금속 제거술의 경우가 골에 삽입한 금속핀이나 금속정 등을 간단히 제거한 경우인지 여부는 사례 발생 시 진료심사평가위원회 논의를 통해 심사적용여부를 판단해야할 사항으로 사료됨
35	여러 수술 동시에 시행한 경우 수가 산정 방법-산정 지침(제9장 제1절 (5)) 산정 지침에 따라 심사조정되는 주 수술 일련의 과정에 대한 명확한 수가 산정 방법 필요 (악성골종양수술)	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 악성골종양 관련 수술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등에 분류되어 있으며, 관련 학회에서 제출한 행위정의에 의하면 혈관 및 신경 박리, 재건은 일련의 과정으로 명시되어 있음 ◦ 또한 양성골종양수술보다 높은 상대가치 점수를 통해 수술의 업무량이 충분히 고려된 것으로 판단됨에 따라 현행 유지
36	동일 부위에 시행된 행위 '관절천자와 관절강내 주사' 수가 각 인정	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 제4절 내시경, 천자 및 생검료 [천자 '주항에 따라 '천자를 치료목적(악물주입 또는 지속적인 배액)으로 실시한 경우에는 본 분류항목 소정점수의 30%를 가산'토록 명시하고 있으며, '나-802 관절천자'와 '마-9 관절강내 주사'의 경우 행위정의가 유사하여 동시 실시 시 치료 재료 및 행위가 중복됨. 따라서, 동시에 중복으로 시행되는 행위에 대해 각각의 수가를 산정하는 것은 불합리하므로 현행 유지
37	Lisfranc or Chopart amputation 절단술에 대한 개별 수가신설 요청	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 '자-57 사지절단술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등에 분류되어 있는 항목으로, <ul style="list-style-type: none"> - 해부학적 부위에 따라 '골반, 대퇴, 상완·전완·하퇴, 수족, 지'로 세부 분류되어 있음. ◦ Lisfranc 부위는 중족골과 족골이 연결되는 지점이며, Chopart 부위는 거골 및 종골과 중족골이 연결되는 지점으로, <ul style="list-style-type: none"> - Lisfranc or Chopart 절단술을 시행하는 경우 기본류 항목 내에서 해당되는 세부 분류에 따라 산정 가능하며, - 현 분류 내에서 특정 부위에 한하여 수가 신설은 타 수가의와의 형평성 등을 고려하여 현행유지
38	이중관절 유합술에 대한 수가 세분화 요청	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 '자-73 관절고정술'은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등에 분류되어 있는 항목으로, <ul style="list-style-type: none"> - 주요 관절 부위(고관절, 견관절, 슬관절, 주·완·족관절, 지관절)로 세부 분류되어 있으나, 해당 관절을 이루고 있는 세부관절 수에 따른 수가 구분을 두고 있지 않음 ◦ 다만, 족관절의 경우 '자-73라 주2'에 따라

연번	제목	검토결과	내용
			<p>3개의 족근 관절면을 교정하였을 때에 수가 산정방법에 대해 별도로 명시하고 있으며,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 이외의 경우 해당 부위 수가를 산정함이 적합할 것으로 보임 <p>◦ 또한, 지관절의 해부학적 재분류 요청에 대해서는 유사 수가*의 경우에도 '지관절'로만 분류되어 있고, 해당 분류 내 세부분류되어 있지 않음</p> <p>※ 자72 절제관절성형술, 자75 관절탈구 관혈적정복술 등</p> <p>◦ 따라서, 이중관절고정술 및 지관절 관절고정술은 기본류 항목 내에서 해당되는 세부 분류에 따라 산정 가능하며,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 현 분류 내에서 특정 부위에 한하여 수가 신설에 대해 타 수가의 형평성 등을 고려하여 현행유지
39	완관절 수가 세분화	현행유지	<p>◦ 현행 '자-73 관절고정술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [근골]에 분류되어 있는 항목으로, '고관절, 견관절, 슬관절, 주관절·완관절·족관절, 지관절'로 세부 분류되어 있고,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 주관절·완관절·족관절의 경우 '주'항에 의거하여, 복잡기준에 해당하는 경우 더 높은 소정점수를 산정하며, 행정해석에서 해당 적용증을 제시하고 있음 <p>◦ 또한 유사 수가*의 경우에도 '완관절'로만 분류되어 있고, 해당 분류 내 세부 분류되어 있지 않음</p> <p>※ 자72 절제관절성형술, 자75 관절탈구 관혈적정복술 등</p> <p>◦ 따라서, 상기 행위가 기본류 항목 내에서 산정 가능한 점, 타 수가의 형평성 등을 고려하여 현행유지</p>
40	자-60 사지골절정복술 관련 수가 세분화	현행유지	<p>◦ 자-60 사지골절정복술은 수술방법, 해부학적 부위 및 복잡기준 해당 여부 등에 따라 세부분류 되어 있으며, 2차 상대가치점수 개편 시 해부학적 부위 및 난이도 차이를 반영하여, 하퇴골은 '경골', '비골', '경비골동시'로 세부분류 되었음. 또한 [근골] 분류 내 타 수가에서도 유사한 해부학적 부위에 따른 세부분류를 적용하고 있으므로 타 수가의 형평성 등을 고려하여 현행 유지</p>
41	자-60 사지골절정복술에 대한 (5)항 수가 세분화	현행유지	<p>◦ 자-60 사지골절정복술은 수술방법, 해부학적 부위 및 복잡기준 해당 여부 등에 따라 세부분류 되어 있으며, [근골] 분류 내 타 수가에서도 유사한 분류를 적용하고 있으므로 타 수가의 형평성 등을 고려하여 현행 유지</p> <p>◦ 다만 부위별 재분류 요청에 대해서는 추후 상대가치 개편 시 전반적인 검토가 필요할</p>

연번	제목	검토결과	내용
			것으로 판단됨
42	자-60 사지골절정복술의 Closed pinning에 대한 수가 인상 요청	현행 유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 '자-60 사지골절정복술'은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등에 분류되어 있는 항목으로 <ul style="list-style-type: none"> - 수술방법(관혈적, Closed pinning), 해부학적 부위 등에 따라 세부분류 되어 있음 ◦ 따라서 '자-60-1(6) 사지골절정복술- Closed pinning'을 하는 경우-중수골, 중족골, 지골' 수가 산정에 대해서는 현행 유지하는 것이 타당할 것으로 판단됨 <ul style="list-style-type: none"> - 다만, 업무량을 반영하여 관혈적 정복술에 준하는 수가 인상 요청에 대해서는 추후 상대가치 개편 시 전반적인 검토가 필요할 것으로 판단됨
43	자-60-2 사지 체내고정용금속제거술 수가 상향 요청	현행 유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 '자-60-2 사지 체내고정용금속제거술'은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등에 해부학적 부위별로 분류되어 있는 항목임 ◦ 또한, 현행 요양급여비용의 수가체계는 업무량, 진료비용(의료인력, 의료소모품, 의료장비), 위험도를 종합적으로 판단하여 상대가치점수를 산출하며, <ul style="list-style-type: none"> - 직접진료비용 구축내용 중 인건비에서 수술 시간, 수술인력 및 업무 내용 등이 포함되어 있어 요청한 수술 시간 및 업무 강도는 반영되어 있다고 볼 수 있으며 - 장비내에 제거 시 필요한 장비(remove set)가 포함되어 있어 Burr 등 절삭기류 산정은 중복 산정으로 판단됨 ◦ 따라서 '자-60-2 사지 체내고정용금속제거술' 수가 산정에 대해서는 현행 유지하는 것이 타당할 것으로 판단됨 <ul style="list-style-type: none"> - 다만, 업무량 등을 반영한 수가 인상 요청에 대해서는 추후 상대가치 개편 시 전반적인 검토가 필요할 것으로 판단됨
44	골절의 형태(분쇄골절)에 따른 수가 산정 필요	현행 유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 수가체계는 상병별이 아닌 행위별 수가체계로 이루어져 있으며, <ul style="list-style-type: none"> - 현 수가체계 내에서 분쇄골절은 수술 방법에 따라 관련 수가 산정이 가능하므로 관련 행위정의 및 수술 방법을 참고하여 '자-60 사지골절정복술 [복합골절 포함]' 또는 '자-60-1 체외금속 고정술' 등 해당되는 수가를 산정할 수 있음 ◦ 따라서, 분쇄골절 상병에 따른 수가 재분류 요청에 대해서는 타 수가와 의 형평성을 고려하여 현행 유지

연번	제목	검토결과	내용
45	자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술과 동시에 시행하는 광배근 이전술 추가(준용 추가 인정)	현행 유지	<p>◦ 현행 ‘자-93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술’은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등에 분류되어 있는 항목으로,</p> <p>- 견봉성형술만 시행한 경우, 견봉성형술과 회전근개 파열복원술을 시행한 경우(일차 봉합술, 근 및 건성형술이 동반된 경우)로 세부 분류되어 있으며,</p> <p>- 해당 행위정의*에 의하면, 적응증으로 “회전근개 광범위파열”을 제시하고 있고, 광배근 이전술은 일련의 수술 과정으로 명시되어 있음</p> <p>[행위정의] 자-93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술-근 및 건성형이 동반된 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전신마취하에 측외위를 취한 후 체간이 약간 들리도록 옆구리에 포를 받쳐두고 beanbag을 이용하여 고정한다(광배근 전이술). 2. 전상방 및 후하방 절개가 필요하므로 동측의 상지전체와 목, 등 및 흉부를 포함하는 체간 반편 모두를 소독한다. 3. 전상방 절개는 Langer씨 선을 따라 견봉 돌기의 후 외측연 으로부터 전방으로 향하며 오 구돌기의 외측 2, 3cm 까지 절개한다. 4. 후하방 절개는 광배근의 전연을 따라 액와 선의 4cm 상방까지 전방으로 향하여 상완 골의 내측 1/3에 이르도록 절개한다. (생략) <p>◦ 또한, 근 및 건성형술이 동반된 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술을 시행한 경우 복잡 적용기준에 대하여 심사지침*을 운용 중이므로 환자의 상태 등을 고려한 의학적 판단에 따라 산정이 가능함</p> <p>※자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 복잡 적용기준심사지침 공고제2019-428호 '20.1. 시행</p> <p>◦ 따라서, 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 시 ‘광배근 이전술’에 대하여는 현행 유지함</p>
46	수·족지 관련 사지접합수술 급여인정 기준 (원위부 동맥 접합술 난이도가 높기 때문에 zone 1 접합술의 경우 인정 필요)	현행 유지	<p>◦ 현행 ‘자-58-1 사지접합수술’은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등에 분류되어 있는 항목으로, 사지와 수·족지로 세부 분류되어 있음</p> <p>◦ 해당 ‘주’항에서 혈관성형술, 신경성형술, 건성형술, 골절내고정술의 비용이 포함됨을 명시하고 있으며,</p> <p>※주: 혈관성형술, 신경성형술, 건성형술, 골절내 고정술의 비용이 포함되어 있으며, 혈관 신경 및 건의 수에 관계없이 소정점수를 산정한다</p> <p>- 관련학회에서 제출한 행위정의에 의하면, ‘자-58-1나 사지접합수술 수·족지’의 적응증으로 원위부 수지 척부 접합수술, 원위부에서의 절단이</p>

연번	제목	검토결과	내용
			<p>포함되어 있음</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 따라서, 수·족지 관련 사지접합은 해당 '주'항, 행위정의 및 기 심의사례 등을 고려하여 기분류 항목 내에서 해당되는 분류에 따라 현행유지
47	외상으로 인한 사지말단 부위 혈관(요척골 도는 경비골 동맥 이하)의 손상의 단단문합술 시행시 수가산정 방법"에 대한 개선	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 외상으로 인하여 요척골 또는 경비골 동맥 이하의 손가락 혈관 문합을 시행하는 경우 수가산정방법은 <ul style="list-style-type: none"> - 세부사항 고시*에서 '동일 절개 하 단단문합술 시행시 자207다 혈관결찰술(기타) 소정점수를 산정하되, 동시에 여러 개의 혈관을 봉합하는 경우에는 첫 번째 혈관은 소정점수의 100%, 두 번째 혈관부터는 소정점수의 50%씩 산정'토록 명시되어 있음. ※외상으로 인한 사지말단 부위 혈관(요척골 또는 경비골 동맥 이하) 손상의 단단문합술 시행시 수가산정방법(고시 제2010-115호, '10.12.20. 시행) ◦ 다만, 세부사항 고시에서 제시한 분류* 내에 경비골 동맥이 존재하지 않아 학회에서 요청한 수가수준이 확인되지 않으며, <ul style="list-style-type: none"> ※ 자-207 혈관결찰술: 개흉에 의한 것, 개복에 의한 것, 기타로 분류 - 관련 심의사례에 의하면, 해당 고시 내용을 참고하여 '자-207다. 혈관결찰술-기타'등 해당 수가로 인정한 결정사항이 확인됨 ◦ 따라서, 세부사항 고시 및 기 심의사례 등을 고려하여 현행 유지
48	척추 재수술에 대한 수가 신설	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 수가목록 상 재수술에 대한 분류는 3항목*으로 확인되며, 각 항목의 특성을 고려하여 분류된 것으로 판단됨 ※ 재수술 관련 수가목록 <ul style="list-style-type: none"> - 자71-1 인공관절재치환술 Revision of Replacement Arthroplasty: (수가해설집 2000.)단순 치환술을 할 때 보다 골 손실이 많아 골에 단단한 고정이 어려우므로 난이도가 높음 염증 등으로 인하여 첫 치환 후 6개월 이전에 재치환에는 동 항목산정이 곤란함 - 자152 정중흉골재절개술시 심낭유착박리술 Pericardiolysis with Redo-sternotomy: (제2차 상대가치개정 설명자료)정중흉골 재절개에 의한 심장 수술시, 동일 부위 흉골 바로 밑 흉막 및 심낭의 심한 유착을 박리하는 경우에 대한 수술 난이도 및 위험성 차이 반영 ◦ 반면, 재수술을 하더라도 소정점수에 포함되거나,

연번	제목	검토결과	내용
			<p>수술기간별 차등 산정하는 항목"도 있으며,</p> <p>** 재수술 관련 세부사항 고시</p> <ul style="list-style-type: none"> - 척추내 유착박리술(재수술시), 경막외 유착박리술 (재수술시)(고시 제2000-73호): 수술료의 소정점수에 포함됨. - 치은박리소파수술 후 재수술시 진료수가 산정방법 (고시 제2000-73호): 차105 치은박리소파술 후 재수술을 해야 되는 경우 6개월이내에는 소정금액의 50%를 산정하고, 6개월 초과할 때에는 소정금액의 100%를 산정함. - 차101 치주소파술후 동일 부위에 재수술시 수기로 산정방법(고시 제2000-73호): 차101 치주소파술 후 동일 부위에 재수술시 수기로는 다음과 같이 산정함 <ul style="list-style-type: none"> - 다 음 - 가. 1개월이내: 차22가 치주치료후처치(치석제거, 치주소파술후)를 준용산정 나. 1개월 초과 3개월 이내 차101 치주소파술 소정금액의 50% 산정 다. 3개월 초과 차101 치주소파술 소정금액을 산정 <p>- 현행 제9장 제절 처치 및 수술료 [신장차침 (3)에 의거 '제1절에 기재되지 아니하는 처치 및 수술료는 가장 비슷한 항목의 소정점수로 산정'토록 정하고 있어, 행위 난이도 차이가 있더라도 분류항목의 소정점수로 산정하고 있을 것으로 판단됨</p> <p>◦ 또한, 과거 공개심의사례"에서 '동일 또는 인접부위에 척추체내고정용 금속제거술 후 척추고정술 등을 시행하는 경우, 척추체내고정용 금속제거술은 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술로 별도 인정 불가'토록 기논의 된 바 있음</p> <p>** (공개심의사례, 내부공개) 재수술시 시행된 척추체내고정용금속제거술 인정여부('11.3.14.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 척추체내고정용금속제거술 후 척추고정술 등을 시행하는 경우 수가 산정 방법에 대해 논의결과, 동일 또는 인접부위에 척추체내고정용금속제거술 후 척추고정술 등을 시행하는 경우 척추체내고정용금속제거술은 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술로 척추체내고정용금속제거술을 별도로 인정하지 아니함. <p>◦ 따라서, 타 수가와외의 형평성 및 기논의 결과 등 고려 시 현행 유지함이 타당할 것으로 판단되며,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 다만, 필요시 관련부서에서 세부사항 고시에 대한 개선 검토가 가능할 것으로 보이며, 재수술 수가 분류에 대하여는 상대가치 개편 시 전반적인 논의가 필요할 것으로 사료됨
49	시멘트 충전술 및 골중양 수술시에 보조제 (adjuvant)이용한 extended	현행 유지	<p>◦ 현행 '자-28 양성골중양의 소파술 또는 절제술'은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여</p>

연번	제목	검토결과	내용
			<p>수술기간별 차등 산정하는 항목”도 있으며, ** 재수술 관련 세부사항 고시 - 척추내 유착박리술(재수술시), 경막외 유착박리술 (재수술시)(고시 제2000-73호): 수술료의 소정점수에 포함됨. - 치은박리소파수술 후 재수술시 진료수가 산정방법 (고시 제2000-73호): 차105 치은박리소파술 후 재수술을 해야 되는 경우 6개월이내에는 소정금액의 50%를 산정하고, 6개월 초과할 때에는 소정금액의 100%를 산정함. - 차101 치주소파술후 동일 부위에 재수술시 수기로 산정방법(고시 제2000-73호): 차101 치주소파술 후 동일 부위에 재수술시 수기로는 다음과 같이 산정함 - 다 음 - 가. 1개월이내: 차22가 치주치료후처치(치석제거, 치주소파술후)를 준용산정 나. 1개월 초과 3개월 이내 차101 치주소파술 소정금액의 50% 산정 다. 3개월 초과 차101 치주소파술 소정금액을 산정 - 현행 제9장 제절 처치 및 수술료 [신장지침] (3)에 의거 ‘제1절에 기재되지 아니하는 처치 및 수술료는 가장 비슷한 항목의 소정점수로 산정’토록 정하고 있어, 행위 난이도 차이가 있더라도 분류항목의 소정점수로 산정하고 있을 것으로 판단됨 ◦ 또한, 과거 공개심의사례”에서 ‘동일 또는 인접부위에 척추체내 고정용 금속제거술 후 척추고정술 등을 시행하는 경우, 척추체내 고정용 금속제거술은 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술로 별도 인정 불가’토록 기논의 된 바 있음 ** (공개심의사례, 내부공개) 재수술시 시행된 척추체내 고정용 금속제거술 인정여부(’11.3.14.) - 척추체내 고정용 금속제거술 후 척추고정술 등을 시행하는 경우 수가 산정 방법에 대해 논의결과, 동일 또는 인접부위에 척추체내 고정용 금속제거술 후 척추고정술 등을 시행하는 경우 척추체내 고정용 금속제거술은 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술로 척추체내 고정용 금속제거술을 별도로 인정하지 않음. ◦ 따라서, 타 수가와 의 형평성 및 기논의 결과 등 고려 시 현행 유지함이 타당할 것으로 판단되며, - 다만, 필요시 관련부서에서 세부사항 고시에 대한 개선 검토가 가능할 것으로 보이며, 재수술 수가 분류에 대하여는 상대가치 개편 시 전반적인 논의가 필요할 것으로 사료됨</p>
49	시멘트 충전술 및 골종양 수술시에 보조제 (adjuvant)이용한 extended	현행 유지	◦ 현행 ‘자-28 양성골종양의 소파술 또는 절제술’은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여

연번	제목	검토결과	내용
	curettage에 대한 수가 신설 요청		<p>상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등에 분류되어 있는 항목으로,</p> <ul style="list-style-type: none"> - 수가 신설 당시 관련학회에서 제출한 행위정의에 의하면, 이미 해당 행위에 curet 등을 사용한 소파술 및 시멘트 충전술이 일련의 과정으로 포함되어 있는 것으로 판단되어 시멘트 충전술 및 '보조제를 이용한 extended curettage에 대한 수가'는 현행유지 <p>[행위정의] 자28 양성골종양의 소파술 또는 질제술</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ~ 8. (생략) 9. 종양에 대해 curet 등을 사용하여 소파술을 시행한다. 10. 재발방지를 위해 알려진 보조치료법(냉동질소, 연마기(burr), 페놀)을 시행한다. 11. 종양제거 후 발생한 골결손부에 대해 골이식술(자가골, 동종골, 이종골, 골대체제) 혹은 골시멘트 충전술을 시행한다.
50	"투약 및 조제료" 관련 산정지침 개선	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 제1편 제2부 제4장 투약 및 조제료 및 제5장 주사료 [산정지침] (1)'에 의거, - 사용된 재료대의 경우 별도 산정하지 아니함이 명시되어 있으며, - 해당 항목들의 상대가치점수 진료비용 중 재료비에 포함되어 있어 사용된 재료를 별도 산정할 경우 중복 산정으로 판단되어 '투약 및 조제료 및 주사료' 수가 산정에 대해서는 현행 유지
51	"주사료" 관련 산정지침 개선	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수 제1편 제2부 제4장 투약 및 조제료 및 제5장 주사료 [산정지침] (1)'에 의거, - 사용된 재료대의 경우 별도 산정하지 아니함이 명시되어 있으며, - 해당 항목들의 상대가치점수 진료비용 중 재료비에 포함되어 있어 사용된 재료를 별도 산정할 경우 중복 산정으로 판단되어 '주사료' 수가 산정은 현행유지
52	연부조직 육종의 경우, 크기 (장경5cm이하, 5-10cm, 10cm 이상)에 따라 분류하여 차등 수가 적용	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 종양 크기별 차등분류 수가가 일부 있으나, 대부분 종류 및 해부학적 부위별 수가로 구분하고 있으므로 타 수가와와의 형평성 등을 고려하여 현행 유지
53	자-59 척추 또는 골반골절 및 탈구의 관혈적 정복 수술에 대한 수가 세분화	현행유지	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현행 '자-59 척추 또는 골반의 골절 및 탈구에 대한 관혈적정복수술'은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등에 분류되어 있는 항목임 ◦ 2차 상대가치점수 개편 시('17.7.1. 시행) 해부학적 부위 및 난이도 차이를 반영하여 단일 항목에서 척추, 비구, 골반의 부위로 세부분류되었으며, - 현 세부 분류 외에 부위를 수술 방법에 따른

연번	제목	검토결과	내용
			<p>접근 부위별로 분류하고 있지 않음</p> <p>◦ 따라서, 기본류 항목 내에서 해당되는 세부 분류에 따라 산정 가능하므로 현행 유지</p>
54	행위 정의에 따른 절골술 수가 마련 요청 (골절의 부위별 접근에 따라 수가 마련)	현행유지	<p>◦ 현행 '자-30 절골술'은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등에 해부학적 부위에 따라 세부 분류에 따른 산정이 가능하며, 제외국의 경우에도 골절의 접근 부위에 따라 절골술의 수가를 분류하고 있지 않아 타 수가와 의 형평성 및 제외국 수가 등을 고려하여 현행 유지</p>
55	주요 혈관 박리술에 대한 수가 신설 요청	현행유지	<p>◦ 현행 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등 [산정지침] (5)에 의거, '주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정한다'고 명시되어 있음. 혈관(주요 혈관 또는 신경) 박리술은 주된 수술에 따른 일련의 과정으로 판단됨에 따라 타 수가와 의 형평성을 고려하여 현행유지</p>
56	자-49 추간판제거술 중 나. 내시경하 수가 상향	현행유지	<p>◦ 2차 상대가치점수 개편을 통해 논의된 수가로 현행 유지하는 것이 타당함. 다만, 관혈적 수술 대비 내시경하 수술 수가 상향 요청에 대해서는 추후 상대가치 개편 시 전반적인 검토가 필요할 것으로 판단됨</p>
57	척추 고정술 및 유합술 시 추가 분절에 따른 수가 인정 필요	현행유지	<p>◦ 자-46 척추고정술은 해부학적 부위 및 접근방법에 따라 세부분류 되어있고 행위정의 및 관련 문헌 참고, 고정 행위는 일련의 과정에 해당하며 관련고시에서는 여러 척추를 고정하더라도 해당 분류의 소정점수만 산정토록 정하고 있으므로 척추고정술의 구간별 추가 산정 및 고정 행위 수가 요청에 대해서는 현행 유지</p>
58	당뇨로 인한 말단부위 감염 피사에 대한 별도 처치 수술 수가 신설	현행유지	<p>◦ 현행 수가체계는 행위별 수가체계로 이루어져 있으며 당뇨족 감염피사 처치는 기본류되어 있는 항목의 행위정의 및 방법을 참고하여 해당되는 수가를 산정할 수 있고, 감염·예방관리료의 경우 의료관련 감염 등 효율적인 감염예방 및 관리 프로그램 운영 목적의 항목으로 인력 및 프로그램 운영 등의 기준을 명시하고 있으니 참고하시기 바라며 관련수가는 현행유지 *감염예방·관리료 산정기준(고시 제2020-166호, 2020.8.1.시행)</p>
59	전방유합술(OLIF, ALIF)에서 discetomy 수가 인정	현행유지	<p>◦ 자-46 척추고정술-전방고정-흉·요추에 서 병변부위 디스크제거는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 등 [산정지침] (5)(중략) '다만, 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정'에 의거</p>

연번	제목	검토결과	내용
			주수술의 일련의 과정에 해당하므로 상대가치 점수 및 타수가의 형평성 등을 고려하여 현행 유지
60	가관절 수술시 내고정물 제거술을 일련의 과정이 아닌 별도 요양급여 인정 요청	현행 유지	◦ 동일 피부 절개하에 주된 수술과 동시에 시행한 사지체내고정용금속제거술 중 골에 삽입한 금속핀이나 금속정 등을 간단히 제거한 경우는 주된 수술의 일련의 과정으로 보아 인정하지 않는 현 급여기준기준 범위에 포함 가능하므로 현행 유지 (공고 제2019-428호, 20.1.1.)
61	자-90 갱그리온 적출술 수가 인상 및 동일 부의 다른 질환으로 수술 시 일련의 과정이 아닌 부수술로 인정	현행 유지	◦ 갱그리온 적출술의 상대가치점수는 다각적인 관점을 통해 해당 술기의 평균적인 난이도를 고려하여 책정되었으므로 현행 유지
62	동일 부위에 각 절개에 따른 시술의 경우 각 별도 인정	현행 유지	◦ 현재 관련 수가가 'N0307 (2) 요척골 동시 경골골 동시'로 책정되어 있으며, 동일 시야 안에서 동일 목적으로 시행하는 행위는 타과와의 형평성 등을 고려하여 상대가치 산출 근거에 대한 폭넓은 논의와 함께 전반적인 검토를 통한 수가 개정이 선행되어야 할 것으로 판단되어 현행 유지
63	동일 부위(중수골)에 여러 골절이 있을 경우 개수별 산정 요청	현행 유지	◦ 중수골은 각각 별개의 뼈로 한 개의 기관으로 볼 수 없다 하더라도 동일 필드 안에서 동일 목적으로 시행하는 행위는 타과와의 형평성 등을 고려하여 상대가치점수 등에 대한 폭넓은 논의와 함께 전반적인 검토를 통한 수가 개정이 선행되어야 하므로 현행 유지
64	연골성형술(Chondroplasty) 수가 산정방법 기준 개선	현행 유지	◦ 연골성형술의 산정기준인 면적은 시술과정과 난이도를 고려하여 신정된 기준으로 연골성형술 산정 시 시야를 면적으로 하여 해석상의 문제가 있는 부분과 재료대 식감에 관한 사항은 심사조정에 관한 사례로 판단되어 현행 유지
65	자-44 척추변형에 척추관절 고정시 변형 교정에 대한 추가 수가 인정	현행 유지	◦ 척추변형에 척추관절고정술의 적응증 및 추가 수가 인정에 대한 건의는 상대가치점수 등에 대한 폭넓은 논의와 함께 전반적인 검토를 통한 수가의 개정이 선행되어야 하므로 동 고시는 현행 유지 ※관련기준: 고시 제2007-77호(2007.8.30.시행), 고시 제2015-139호(2015.8.1.시행), 고시 제2017-118호(2017.7.1.시행)
66	고관절 골절 수술 시 공휴 가산 인정	현행 유지	◦ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제편 제2부 제2장 제2절 처치 및 수술료 등 [산정지침 (1)에 의거, '18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산토록 규정하고 있으며, 이에 따라 응급진료가 불가피한 고관절 골절수술을 시행하는 경우 야간·공휴 가산이 가능할 것으로 판단되어 현행 유지
67	다발성 창상에 대한 급여기준 신설	현행 유지	◦ '자-2 창상봉합술은 수가산정방법에 의하여 실제 창상길이 만큼 산정이 가능하고 유사수가의

연번	제목	검토결과	내용
			경우에도 실시부위를 7부위로 나누어 산정토록 정하고 있어, '수지'부위만을 각각 별개로 산정하는 것은 형평성에 어긋나므로 항목의 특성 및 타 수가와의 형평성, 제외국 수가 등을 고려하여 현행 유지
68	(류마티스)여러개 동시 시술 시 수가 산정 방법 지침 요청	현행 유지	◦ 귀 회에서 제출한 내용만으로 건의 요지를 파악할 수 없어, 보완 후(관련 급여기준, 문제점, 구체적 사례, 의학적 근거 등) 재건의 하시기 바람
69	소아(8세 미만) 대상 "합성캐스트 재료대 산정방법" 급여 기준 확대	현행 유지	◦ 현행 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 제2절 캐스트료 [산정지침] (4)에 의하면,(중략) '실사용 개수 및 규격에 불문하고 부위별 및 시술방법에 따라 정해진 기준에 의하여 산정'토록 명시하고 있으며, 이는 성인·소아의 치료재료(석고붕대 및 합성캐스트) 평균 사용 개수를 정한 것으로 합성캐스트 산정 확대는 어려울 것으로 판단되어 현행 유지

4. 상급종합병원 지정 기준 관련 중증도 문제점

현재의 상급종합병원 지정 기준에서 전문진료질병군은 상급종합병원 분율이 60% 이상 이거나 300병상 이상 종합병원 포함하여 80%이상의 분율을 차지하는 AADRG 질병군을 대상으로 하고 있다. 그러므로 KDRG Ver 4.0의 AADRG 1,104개 중 전문진료질병군 415개(37.6%), 일반진료질병군 570개(51.6%), 단순진료질병군 119개(10.8%)로 최종 분류되어 있으나 이중 정형외과 관련 전문진료질병군은 33개(2.99%)에 불과하다(표 4).

표 4. 정형외과 관련 전문진료질병군

AA DRG	한글명
I0500	혈관부착 골피부판 이식 및 사지 재접합술
I0610	척수내 종양절제술
I0620	척추강내병소절제술(척수병증동반)
I0640	척추강내 병소절제술(척추고정술 동반)
I0710	청소년기 척추변형 척추고정술
I0720	성인기 척추변형 척추고정술(감압술 동반)
I0850	기타척추수술(척수병증동반)
I1010	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 설치술 또는 교환술
I1020	척수신경자극기 및 약물주입 펌프의 시험적 거치술 또는 제거술
I1110	주요 절단술
I1210	골약성종양의 광범위 절제술(재건술 동반)
I1220	골약성종양의 광범위 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)
I1230	골약성종양의광범위절제술(기타)
I1500	사지 절골술 및 체외금속고정술
I2610	미세혈관 조직이식
I3010	복잡 양쪽 또는 복수 인공관절치환술
I3020	복잡 인공관절전재치환술, 주요(고관절, 슬관절)
I3030	복잡 인공관절전재치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)
I3040	복잡 인공관절전치환술, 주요(고관절, 슬관절)
I3050	복잡 인공관절전치환술, 기타(견관절, 주관절, 족관절)
I3060	복잡 인공관절부분치환술
I3110	복잡 척추고정술
I3120	복잡 척추후궁절제술
I3210	복잡 사지골절정복술
I3220	복잡 관절고정술
I3230	복잡 사지관절절제술
I3240	복잡 가관절수술

I3250	복잡 반월판연골절제술
I3310	복잡 화농성관절염절개술
I3320	복잡 골수염 및 농양수술

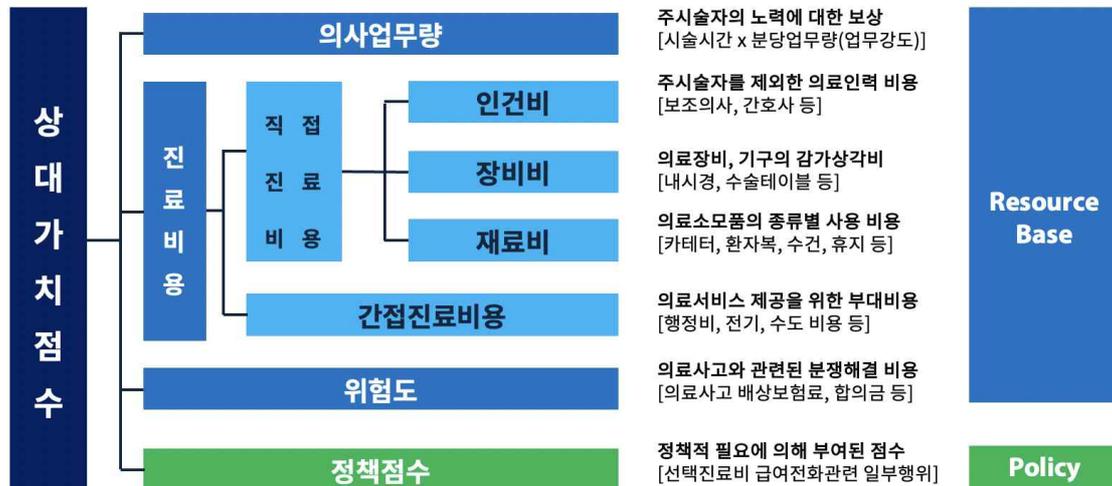
정형외과 질병군은 환자의 나이가 증가함에 따라서 다양한 내과적 질환을 가지고 있으므로 이에 대한 수술전후의 환자의 처치가 상당히 달라지는 데에도 불구하고 복잡 수술의 일부(4개 수술 수가)에서만 환자의 내과적 문제를 복잡 수술에 포함되어 전문 진료 질병군으로 분류 되고 있다. 이로 인해 상급종합병원에서 치료를 받고 있는 고령환자, 뇌질환, 신장질환, 심장 질환, 류마티스 질환, 암환자 등의 환자 중 일부만이 전문진료질병군으로 분류되어 실제 상급종합병원에서 수술을 시행함에도 불구하고 단순진료질병군으로 오인되는 현실이다. 이로 인해 단순진료질병군의 환자의 전문적인 수술전후의 치료가 지연되거나 불가능하여 환자의 불편을 가중시키게 된다.

정형외과적 처치는 다양한 연령과 환자 상태에 모두 적용될 수 있는 특징이 있으나 환자의 연령과 내과적 상황에 따라 수술전후의 상당한 노력과 주의를 요하는 경우가 상당히 있으나 이에 대한 단순진료질병군으로 격하되는 것은 환자의 건강에 상당한 피해를 야기한다. 또한 점점 고령화되어가는 우리나라 현실에서 고령의 환자에 대한 정형외과적 수술의 기피 현상이 가중됨으로 인해 피해는 국민에게 고스란히 전가되는 현상을 유발할 것이다. 상급종합병원에서 고령 및 내과적 질환이 동반된 환자에 대한 적절한 정형외과적 수술이 진행되기 위해서는 정형외과 관련 모든 수술에 연령 및 심각한 내과적 질환이 동반된 경우는 전문진료질병군으로 지정하여야 환자의 건강과 안전을 지킬 수 있으며 위축되는 상급종합병원에서의 정형외과가 유지되어 전공의 수련에 차질이 없을 것으로 생각된다.

5. 상대가치의 변화

우리나라의 수가체계는 1977년 1점당 10원으로 환산한 점수제를 시작으로 1981년 진료 행위마다 가격을 정한 금액제를 거쳐 1994년 상대가치제를 도입을 결정하고 2001년부터 건강보험수가에 반영하여 운영되고 있다. 이는 자원기준 상대가치(resource based relative value scale, RBRVS)라 하며 의료수가는 투입된 자원 총량의 가격과 같다. 행위 간 상이한 투입 자원의 상대적 가치를 산출하는 것으로 1985~1992 William Hasia 등이 medicare 에 적용을 위해 연구 개발한 방법에 근간을 두어 발전되었다. 상대가치의 구성요소는 세 부분으로 구성되며 1) 주 시술 의사의 업무량, 2) 진료비용(주 시술자 외 인건비, 진료시설 및 장비, 치료 재료), 3) 위험도로 구성된다(표 5.).

표 5. 상대가치의 구성 요소



의사업무량(주 시술자)은 전문 단체(의사의 경우 의협)에 개별 위임하여 정하며 시간, 강도, 육체적 노력, 정신적 노력, 스트레스 등이 고려된다. 업무시간x업무강도로 수술의 경우 대표 수술을 기준으로 상대적으로 결정된다. 단, 업무량 총점의 설정은 기준년도 전체 총점 중 의료기관 회계조사에 의한 주 시술자 인건비 비율이 적용된다(예 30%). 진료비용의 경우 임상전문가패널(clinical practice expert panel, CPEP)에 의해 구축되며 관련 단체에서 추천받은 150 여명의 진료과목 전문의, 50 여명의 간호사, 30 여명의 분야별 의료기사 등으로 구성된다. 역시 회계조사 자료를 이용하여 원가 변환지수를 적용하며 이는 ‘원가회계조사비용/CPEP비용’이다. 위험도는 의료사고 빈도 및 관련비용 조사를 통하여 진료과별, 행위별, 공청회 등을 통한 위험도 의견을 수렴 또한 반영된다(예시 NS(192.6) > CS(154.9) >> OS(88.8) > GS(67.3) >>> RM(9.8)).

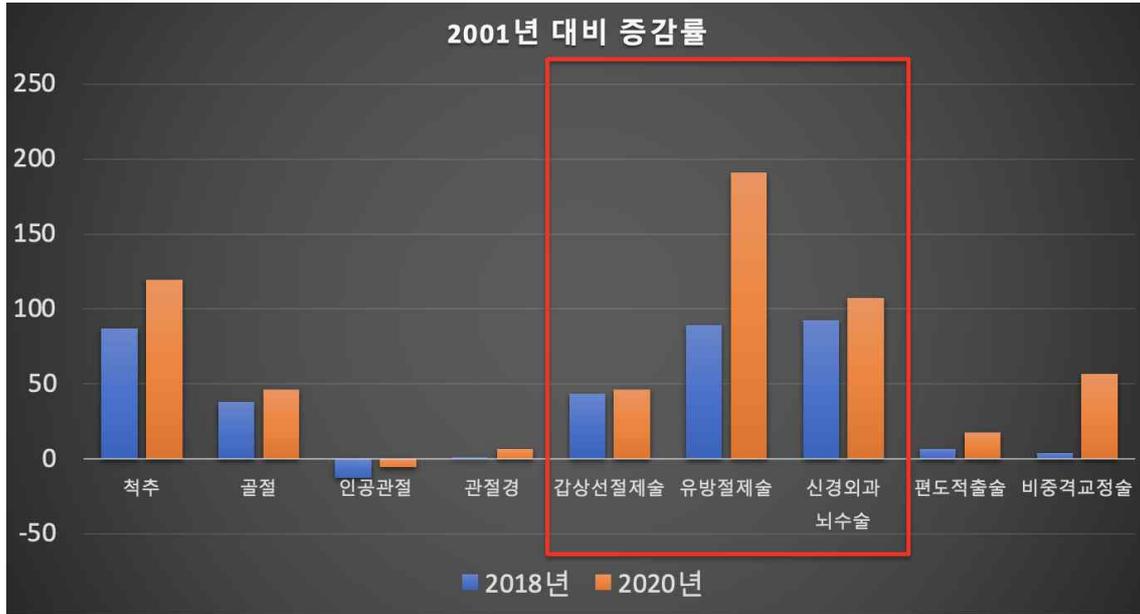
제 1차 상대가치개편은 2003년부터 2006년까지의 연구기간을 통하여 40개 진료 과

목 내 점수의 객관화 및 불균형 조정, 행위의 위험도 적용하여 2008년부터 2012년까지 5년에 걸쳐 매년 20% 씩 반영하였다. 행위 목록 수는 1977년 이후 2013년 기준 8,222개로 약 10배 증가하였으며 과별 총점 고정 방식으로 진료과 간 불균형 해소에는 실패하였고 검사료는 20.8배 상승하였으나 처치 수술료는 평균 3.9배 밖에 증가시키지 못했다. 이에 2010년부터 2014년까지 진료과 간 불균형 해소를 위한 2차 상대가치제도 개편에서는 전체를 수술, 처치, 검체검사, 영상검사, 기능검사, 기본진료로 분류하여 그 중 기본진료를 제외한 5개 유형을 조정하였다. 검체, 영상에서의 5000억원과 건보재정 3500억원을 재원으로 수술, 처치, 기능검사의 원가보상률을 90% 수준으로 보상하였으며 이는 2016년부터 2020년까지 4년에 걸쳐 25%씩 단계적으로 반영되었다. 현재 2022년 적용을 목표로 3차 상대가치개편이 마무리 되고 있으며 주로 기본진료 중심의 개편과 진찰료 세분화를 목표로 하고 있다.

이러한 행위별 상대가치점수는 매년 2-3월 '건강보험요양급여비용'으로 건강보험심사평가원에서 발간된다. 정형외과 수술의 상대가치점수의 변화를 살펴보면 척추분야의 경우 2001년 25개 평가항목에서 2020년 41개 항목으로 증가하였으며 평균 5567.203점(2001년)에서 12208.12점(2020년)으로 119.3% 증가하였다. 다만 요추 수술의 경우 증가 폭은 미미하였고 경추 수술의 괄목할만한 증가가 그 원인이었다. 골절의 경우 34개 항목(2001년)에서 62개 항목(2020년)으로 행위가 늘었으나 상승폭은 평균 4038.39점(2001년)에서 4300.37점(2020년)으로 46.4%에 불과하였다. 인공관절치환술의 경우 2001년 14개 항목에서 2020년 28개 항목으로 늘었으며 평균 상대가치점수는 6896.96점(2001년)에서 6518.84점(2020년)으로 오히려 5.48%감소하였다. 관절경수술은 2001년 8개의 항목에서 2020년 11개 항목으로 늘었으며 4038.39점(2001년)에서 4300.37점(2020년)으로 평균 6.49% 증가하는데 그쳤다. 타과의 대표적 수술과 비교하였을 때 2001년 대비 증감률은 경추분야를 제외한다면 상대적으로 증가률이 높지 않은 편에 속한다(표 6.).

상대가치점수에서 의협의 역할은 의사(주시술자) 업무량 산정에 한정된다. 그 밖에 장비나 인건비 기구의 사용이 많은 정형외과 수술의 경우 직접비용의 적절하지 못한 보상문제 또한 저평가된 상대가치점수의 주요 원인으로 보인다. 따라서 비산정 장비/재료비의 적절한 보상, 고가의 첨단장비 비용의 반영, 정액성 치료 재료의 합리화 등이 속히 이루어져야 할 것이다. 이 밖에도 상대가치점수에 대한 이해가 필요하다. 의료환경에서의 의사 본인의 개인적 경험에 비추어 판단하는 오류를 범하지 말아야 하며 비록 한계점이 존재하지만 의협 내에서의 의사 업무량 산정에 적극적 의견개진이 필요하다. 특히 학회 내 상대가치 직접 비용 산정에 대한 분과별 전문가의 양성이 절실하며 이를 통한 직접진료비용의 개선 요구와 정책가산을 통한 추가 보완 노력이 지속되어야 할 것이다.

표 6. 타 전문과 대비 상대가치의 변화량 비교(2018년과 2020년)



6. 정책 제안

1) 저수가로 형성되어 있는 정형외과 수가의 현실화가 필요하다. 단순히 상대가치의 인상을 통한 정형외과 수가의 단독 인상은 타과와의 형평성에 저해되어 임상과 간의 분쟁의 소지가 발생한다. 이의 해결을 위해서는 복잡화 되어 가는 정형외과 수술에서 동시수술의 경우는 100% 인정하는 방향이 합리적이라 생각된다.

2) 정형외과 수술과 관련이 있는 산정 불가 치료재료를 실가격 보상으로 전환하여야 하며 정액수가로 책정되는 관절경 치료재료의 가격을 현실화 하는 것이 합리적이다.

3) 상급종합병원 지정 기준에서 정형외과 관련 수술에 나이 80세 이상 및 내과적 질환이 동반되어 있는 환자의 수술의 경우는 전문진료질병군으로 지정하여 내과적 질환이 동반되어 있는 환자의 전문적인 처치와 안전을 확보하게 되고 상급종합병원에서 정형외과 수련의 질을 향상시켜서 국민 건강에 이바지 할 수 있을 것이다.

4) 원가에 턱없이 못 미치는 정형외과 수술 수가를 비급여 행위 수가와 재료 수가를 통해 보완하는 현실을 개선하여 정상적인 진료를 시행하기 위하여 정형외과 수술 수가 및 급여 기준의 현실화가 절실하다고 판단된다.

7. 맺음말

초노령화 사회(super aging society)를 맞이하여 근골격계 퇴행성 질환 및 노인골절이 증가하여 정형외과 수요가 급증하고 있으며, 정형외과 수술 기법, 진료 장비와 재료가 고도화 되고 있다. 그러나 현재 정형외과 수가 상승은 담보하고 있어서 정형외과의 수익률은 타 진료과에 비교하여 매우 낮은 현실이며 이에 따라 상급종합병원에서는 정형외과 분야 투자를 축소하고 있다. 그 결과는 대부분의 상급종합병원의 정형외과에는 매우 긴 진료 대기 기간이 있으며 중환자 케어가 필요한 노령 근골격계 질환 및 외상 환자들이 중환자 치료 시설이 상대적으로 미비한 작은 병원에서 수술받고 있다. 이러한 이유로 정형외과 수술 수가 및 급여기준, 치료재료 가격의 현실화가 국민 건강에 미치는 영향은 지대하다고 판단된다. 이는 국민 보건 향상이라는 명제하에 국가적으로도 매우 중요한 상황이다. 또한 실력과 자격을 갖춘 정형외과 전문의 양성을 위해 수련병원의 유지 및 정형외과 기술 발전을 위한 상급종합병원 지정 기준의 개선이 국민의 건강을 수호하고 국가의 의료 기술 발전에 지대한 영향을 미칠 것으로 생각된다. 끝으로 이번 보고서를 통하여 우리 학회의 보험 정책 관련 업무에 있어 현재 상황을 파악하고 앞으로 추진할 바를 정하여 보험관련 업무의 연속성을 모색하고자 한다.

8. 참고 문헌

대한의사협회의료정책연구소, 이해종등. OECD 국가의주요의료수가에대한비교연구. 2012

보건복지부 고시 제201-113호 복잡행위 기준 개선안, 2014

보건복지부 고시 제2018-42호 상급종합병원 지정 및 평가 규정 일부개정, 2018

한승범 등. 정형외과 의료현황 분석 및 수가방안 제안에 관한 연구. 건강보험심사평가원, 2019

정성출 등. 정형외과 수술원가분석 완료보고서, 갈렙ABC, 2019

심사기준 1부. 심사기준개선 건의 진행현황-대한정형외과학회, 2021