



부인과 종양 수가 개선을 위한 제안

노준수
(아주대학교 의과대학 예방의학교실)

DECLARATION OF INTERESTS

Nothing to declare

구조적 저평가

부인종양 진료의 가치가 제대로 보상받지 못하는 상황

61%

원가보전율

산부인과 전체
할수록 적자 구조

-19.8%

외과 대비

악성종양 수술
상대가치점수 격차

-32.3%

비뇨기과 대비

전체 수술
상대가치점수 격차

비합리적 심사 체계

임상적 타당성(Clinical Validity)이 아닌 행정적 결과(Administrative Outcome) 중심

삭감 사례

- 난소암 선행 항암 후 수술: 병리 negative
→ 삭감(cf) 유방암 pCR은 비삭감)
- 장 손상, 횡격막 봉합: 종양감축술의 필수 과정
→ 별도 수가 불인정
- 심사 변이성: 동일 증례도 지역별, 위원별로 삭감 결과 상이
→ 예측 불가능

사례 1: 중증수술 1,000개 수가 인상

2024년 중증수술 1,000개 인상

- 배경
 - 의정갈등으로 인한 위기 인식
- 경과
 - 건정심, 환산지수-상대가치점수 연계 강화 의결
 - 의료비용분석위 신설
 - 1,000개 항목 선별 하여 인상 추진

시사점

- 정부의 위기 인식 + 데이터(근거) + 재정이 맞물려야 수가 인상 가능

사례 2: 흉부외과 - 자원 배분 기전의 부재

2009년

- 수가 100% 인상
- 201개 항목, 486억원 투입

2025년 결과

- 전공의 지원 저조 지속
 - 전문의 급여 미반영
- > 자원 배분 기전(Resource Allocation Mechanism)의 부재

교훈

단순 수가 인상은 자원 유출(Leakage)을 초래.
자원 배분 기전(Transmission Mechanism) 설계 필수

무엇을 위한 수가 인상인가?

수가 인상의 목표는 무엇인가?

목적이 없는 구호는 공허함
사회적으로 용인 어려움

수가 인상의 목적은?

- 필수의료 지속 가능성 확보
- 환자 접근성 저하

Strength

- **고난도 술기 보유:** 8~12시간 소요되는 고난도 종양감축술 수행 역량
- **임상 데이터 축적:** 국립암센터 및 주요 대학병원의 임상 데이터 보유 (원가 분석의 기초)
- **학회 리더십:** KSGO 중심의 조직적 대응 가능성

Weakness

- **낮은 원가보전율:** 타과 대비 현저히 낮은 보상 수준 (비뇨의학과 대비 -32.3%)
- **자원 배분 기전 미비:** 수가 인상이 의료진 보상으로 직결되지 않는 구조(흉부외과 사례)
- **심사 대응 논리 부족:** 임상 가치를 입증할 객관적 지표(Intensity Index) 및 가이드라인 부재

Opportunity

- **필수의료 확충 기조, 필수의료 저수가 공감대**
- **제도적 채널 신설:** 의료비용분석위 신설 및 상대가치 상시 조정 체계 가동
- **공공정책수가 확대:** 행위별 수가의 한계를 보완할 새로운 보상 기전 확대

Threats

- **건보 재정 위기:** 2024년 6조 원 적자로 인한 재정 투입 제약
- **Zero-sum 경쟁:** 외과, 흉부외과, 신경외과 등 타 필수의료진료과간 한정된 자원 경쟁
- **인구 절벽:** 2040년 20~40대 여성 인구 급감 (1,100만→700만)으로 인한 환자 총량 감소 위기

기회의 창은 3-5년 | 지금 놓치면 다음은 언제일지 모름

실천 전략

1

데이터로 증명하기

임상 데이터의
정책적 표준화

ABC Costing
업무 강도 지표

2

심사기준 합리화

심사 기준의
과학적 합리화

삭감 패턴 분석
가이드라인 제도화

3

정책적 파트너십 구축

다학제적
정책 TF 구성

임상-예방의학 협업
정책 제안서 작성

1단계: Evidence Generation

ABC Costing을 통한 원가 정밀 분석

난소암 종양감축술 원가 분석

- 직접 비용: 의사 인건비 (8-12시간 × 시급), 간호사/마취과/수술실 인력, 재료비 (HIPEC 장비 등)
- 간접 비용: 수술실 점유 시간, 중환자실 인프라, 장비 감가상각

Intensity Index 개발

- 수술 시간 중앙값
- 투입 인력 (다학제 수)
- 응급 빈도 (당직 부담)
- 소송 위험 (배상액)



2단계: Assessment Optimization

삭감 패턴 분석과 심사 기준 합리화

NHI Claims Data 분석

- 지역별 삭감률 변이 파악
- 위원별 판단 차이 정량화
- 부당 삭감 사례 유형화
- 패턴 분석 → 심사기준 가이드라인 제안

목표: 부인종양 심사 가이드라인 제정

- Step 1: 학회-심평원 협의체 구성
- Step 2: 심사기준 문서화
- Step 3: 글로벌 가이드라인 Fast-track 반영 (NCCN/ESMO)



3단계: Policy Partnership

다학제 정책 TF 구성과 운영

정책 TF 구성

- 임상 전문가: 수술 데이터 제공, 임상 가이드라인 검토, 전문가 의견, 현장 문제 발굴
- 예방의학/보건정책: NHI 데이터 분석, 타과/해외 벤치마킹, 정책 문서 작성

- ① 상대가치점수 조정 근거 백서
- ② 심사기준 가이드라인(안)
- ③ 공공정책수가 신청

임상 전문성 → [번역] → 정책 언어

미래 전망



인구구조 변화의 충격

- 20-40대 여성 인구: 2020년 1,100만 → 2040년 예상 700만
→ 수가가 올라가도 환자 총량 감소하면 의미 제한적

패러다임 전환 고려

- 거점병원 지정 논의 선제적 참여(권역부인종양센터, 권역외상센터 모델)
- Value-based Payment 기준 마련
- 부인종양 = 필수의료 지정 노력
- 디지털 전환(원격 협진, AI 지원)

지금은 당장 수가 정상화가 우선. 하지만 10년 후 대비는 지금부터 시작

결론

보건정책의 핵심은
가치 있는 의료에 적절한 보상을 제공하는 것
그러기 위해선
우리의 가치를 정책의 언어로 증명하는 것이 필요

2026년 대한부인종양학회 제7회 동계학술대회 with Chemo-TIP Review

일자 2026년 1월 17일 (토)

장소 세종대학교 컨벤션센터

Thank you for your attention!



대한부인종양학회
Korean Society of Gynecologic Oncology

