

<(전문가용) 2027년도 의료기술 재평가 수요조사 서식>

의료기술명	국문	
	영문	
의료기술 개요	기술 유형	☐ 의료행위 ☐ 검사 ☐ 기타()
	급여 유형	☐ 급여 ☐ 선별급여 ☐ 비급여
	EDI 수가코드	
	사용 목적	
	사용 대상 (대상질환 및 적용범위)	
재평가 필요 사유 (※ 복수 선택 가능)	☐ 의료기술의 안전성에 대한 검토가 필요한 경우 ☐ 표준치료법의 변경, 대체가능한 다른 기술의 도입·확산 등으로 해당 의료기술의 상대적 유효성·가치 등 변동이 있는 경우 ☐ 임상적 유용성이 크고 표준적인 방법으로 인정되나, 국내 의료현장에서 저평가된 의료기술 ☐ 사용량 변화가 커서 안전성·유효성의 변화 가능성, 적정 사용 등에 대한 재검토가 필요한 경우 ☐ 기타()	
제안 배경 및 주요 검토사항	※ 재평가를 제안하게 된 임상적·정책적 배경이나 현안을 기재하여 주시기 바랍니다. 현재의 표준진료 또는 대체-비교기술, 재평가 시 중점적으로 검토할 필요가 있다고 생각하는 사항 등이 있는 경우 함께 기재하여 주시기 바랍니다.	
참고문헌 • 관련자료 (※ 별도 제출 가능)		

(붙임) 개인정보제공 · 활용 동의서

제안자 기본 정보 (※ 단체의 경우 업무 관련자가 작성)			
* 성 명		* 소 속	
* 연락처		* E-mail	

* 필수 항목

개인정보의 수집 · 이용 목적	의료기술재평가 주제 수요조사
개인정보의 항목	필수 항목: 성명, 소속, 연락처, 이메일
보유 및 이용기간	수집 연도 기준으로 3년간 보유
수집 동의 거부 시 불이익	정보주체는 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는 데 대한 동의를 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 차후 주제 채택이 되었을 시 신상정보 부재로 한국보건의료연구원 에서 진행하는 의료기술재평가사업과 관련하여 연락을 받을 수 없음을 밝힘

정보주체는 「개인정보 보호법」 제15조 및 같은 법 제22조, 한국보건의료연구원의 「개인정보보호 처리지침」 제11조에 의거 상기 개인정보의 수집·이용 목적을 처리함에 있어 위와 같은 개인정보를 한국보건의료연구원에 제공하는 것에 동의합니다.

※ 개인정보의 수집·이용에 동의하십니까?	☐ 예	☐ 아니오
------------------------	----------------------------	------------------------------

2026년 월 일

제안자 (서명 또는 인)

한국보건의료연구원장 귀하