

## 지역·필수의료 수가 2.7조 원 우선 투입, ‘27년 1월부터 본격 수가 구조 혁신

- 지역·필수의료 수가 2.7조 원 상향, 과보상 검체·CT·MRI 수가는 연 2.6조 원 조정 -
  - 의원·치과 초진 진찰료, 병원 주사료·식대 인상 -
  - 검사의 질 향상을 위한 위·수탁기관 조건부 보상 추진 -
  - 마약류 중독환자 치료지원과 어린이 재활의료기관 운영 시범사업 논의 -

보건복지부(장관 정은경)는 10월 28일(수) 오후 2시에 2026년 제19차 건강보험정책심의위원회(이하 ‘건정심’, 위원장 : 이형훈 제2차관)를 개최해 ▲지역과 필수의료 강화를 위한 건강보험 수가 구조 혁신방안 이행 ▲환산지수-상대가치 연계 수가 조정(안) ▲검체검사 위·수탁 조건부 보상 추진계획을 의결하고, ▲마약류 중독환자 치료지원 시범사업 ▲어린이 재활의료기관 지정·운영 2기 시범사업 성과평가 안건을 논의하였다.

건정심에서 논의된 안건의 주요 내용은 다음과 같다.

### < 지역과 필수의료 강화를 위한 건강보험 수가 구조 혁신방안 이행 >

내년 1월부터 ▲분만과 신생아 중환자 치료 분야부터 비수도권과 수도권 취약지를 우대하는 지역우대 수가를 본격 적용하고, ▲최종치료 역량 강화에 연간 9천억 원, ▲소아 및 분만 분야에 연간 4천억 원의 보상을 본격 강화한다.

오늘 건정심에서는 이러한 내용을 담은 「건강보험 수가 구조 혁신방안 이행 방안」을 의결하였다고 밝혔다.

오늘 의결한 이행방안은 지난 제12차 건강보험정책심의위원회('26.6.25)에서  
 확정된 「건강보험 수가 구조 혁신방안」의 후속조치로서 시행일 등 추진계획을  
 확정하였다. 지역·필수의료 강화를 위한 연간 3.6조 원 투자계획 중 2.7조 원  
 의 시행시기를 확정하였고, 나머지 9천억 원은 금년 중 건정심에서 추가 논의  
 하여 시행시기를 확정할 예정이다. 또한 내년 1월부터 검체검사와 컴퓨터단층촬영  
 (CT)·자기공명영상(MRI) 검사 수가 조정과 위·수탁체계 개편을 시행하여 연간  
 2.6조 원의 과다지출을 절감한다.

### 【 참고 : 건강보험 수가 구조 혁신방안 보도자료 발췌 】

◇ 현행 수가체계 도입('01) 이래, **역대 최대 규모 조정**

#### ① 지역 우대수가 적용

- ◇ 비수도권과 수도권 취약지, 건강보험 수가 우대 원칙 확립
- ◇ **연 4천억 원** 보상 강화, 단계적 확대

#### ② 필수 기본진료 강화

- ◇ 20년 만에 진찰료 상향, 기본보상 높이고 심층진찰 본격 확대
- ◇ 진찰료, 입원료 연 **1.5조 원** 보상 강화

#### ③ 중증·응급 최종치료 보상 대폭 확대

- ◇ 1,600여 개 중증수술·시술 보상 확대, 공휴·야간 응급 시 5.5배
- ◇ 중증·응급 수술, 시술, 마취 등에 **연 9천억 원** 보상 강화

#### ④ 걱정없는 모자·소아 의료환경 조성

- ◇ 고위험산모 안심 분만 위해 모자센터 중심 **연 1천억 원** 보상 강화  
 ※ 모자센터 지역 우대수가(①), 임신분만 수술·마취 보상(③) 포함 시 약 2천억 원
- ◇ 소아의 진찰, 입원부터 중증수술 등 **연 2천억 원** 보상 강화

#### ⑤ 급성기-회복기 의료공급·이용체계 확립

- ◇ 급성기에서 회복기까지 공급체계 확충에 **연 5천억 원** 보상 강화

#### ⑥ 검체검사, CT·MRI 과다지출 합리화

- ◇ 혈액검사 등 검체검사 △28%, CT·MRI △25%, **연 2.6조 원 절감**
- ◇ 검체검사로 조정과 연동하여 위·수탁 보상 명확화, 질관리 기전 강화

## 【 주요내용 】

### 1. 비수도권, 수도권 취약지 등 지역 우대수가 확립

| 구분       | 지역 우대수가 내용                                                  | 시행시기   |
|----------|-------------------------------------------------------------|--------|
| 적용 지역    | 비수도권 + 수도권 취약지<br>(경기 의정부권, 남양주권, 이천권, 포천권,<br>인천 서북권, 중부권) |        |
| 수술·처치    | +10% 가산 *종합병원 이상                                            | '27.3월 |
| 야간·휴일·응급 | +10% 가산 *종합병원 이상                                            | '27.3월 |
| 고위험 분만   | 모자의료센터 내 분만 100%,<br>신생아중환자실 입원 및 처치 50% 가산                 | '27.1월 |
| 중증소아 처치  | 50% 가산 *상급종합병원, 소아중환자실 있는 종합병원                              | '27.3월 |
| 적용 지역    | 인구감소 지역 (86개 시군구) * 종합병원, 병원, 의원                            |        |
| 진찰 및 입원  | +5% 가산                                                      | '27.3월 |

내년부터 비수도권과 수도권 취약지에서 이루어지는 종합병원급 이상의 ▲수술·처치, ▲야간·휴일·응급 수술, ▲모자센터의 고위험 분만과 신생아 중환자 치료, ▲중증 소아의 처치 등에 연간 3천억원의 지역 우대수를 우선 적용한다.

\* 지역우대수가 4천억원 중 1천억원은 건정심 추가 심의를 거쳐 시행 예정

내년 1월부터는 진료비의 본인부담이 발생하지 않는 분만과 신생아 중환자의 입원치료 등에 우선 적용한다.

내년 3월부터는 수술·처치 등에 폭넓게 적용한다. 지역 우대수가로 추가로 보상하는 부분에 대해서는 본인부담이 발생하지 않도록 건강보험법령 개정을 함께 추진한다.

첫째, 비수도권과 수도권 6개 취약지에 있는 종합병원 이상 의료기관에서 시행하는 2,740개의 모든 수술·처치 행위는 수가의 10%를 가산한다.

둘째, 같은 중증수술이라 하더라도 야간·휴일 응급 상황에서 이루어지는 경우 더 보상을 받도록 하면서, 비수도권과 수도권 취약지에서는 10%를 추가로 보상한다.

※ 지역소재 권역응급센터 기준, 야간·휴일 응급 중증수술 가산 (현행) 최대 350% → (개편) 450% 상향하고 비수도권·수도권 취약지 +10% 추가(야간·휴일 중복 적용), 최대 470%

셋째, 상급종합병원과 소아중환자실이 있는 종합병원에 대해서는 소아중환자실에서 이루어지는 모든 시술·처치에 대해 50%를 가산하면서 이 중 비수도권과 수도권 취약지에는 추가로 50% 가산을 적용한다.

넷째, 인구감소지역으로 지정된 지역 중 86개 시군구('26.10월 기준)에 소재한 종합병원, 병원, 의원 등에는 진찰료를 5% 가산하고, 종합병원, 병원 등은 입원료를 5% 가산한다.

지역 우대수가를 적용하는 지역은 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법」에 따른 진료권과 취약지 세부 분석 등을 거쳐 지속 조정해나갈 계획이다. 또한, 지역 우대수가를 적용하는 분야도 지역별 의료수요 등을 파악하여 지속 확대해 나갈 예정이다.

## 2. 필수적 기본진료 중심으로 전환

내년 1월부터 20년간 고정된 진찰료와 10여년간 유지되어 온 입원료를 상향하여 환자에게 필수적인 기본진료 보상을 대폭 강화한다.

### ① 진찰료 ('27.1월 시행)

첫째, 진찰료 저보상 수준을 감안하여, 의원급의 경우 진찰료 상대가치점수를 초진 6%, 재진 4% 각각 높인다. 병원급 이상은 초진, 재진 모두 2% 상향한다.

\* (예시) 방문 1회당 진찰료 의원급 초진 기준 18,840 → 19,980원

둘째, 충분한 진찰과 상담에 상응하는 보상을 할 수 있도록 심층 진찰을 본격화한다. 현재 시범사업으로 시행되는 상급종합병원 심층진찰과 아동 일차 의료 심층상담을 본 사업으로 전환한다.

특히 상급종합병원 심층진찰의 경우 ▲환자 당 횟수를 현행 연 4회에서 연 6회, 8세 미만의 경우 연 8회로 확대하고, ▲별도 요일이나 시간을 분리하여 운영하던 기준을 개편하여 언제든지 심층진찰을 할 수 있도록 전환한다.

향후 일부 종합병원과 의원급(내과, 가정의학과, 산부인과)을 대상으로 심층진찰 시범사업을 추진할 수 있도록 연내 건정심 심의를 통해 구체적인 방안을 발표할 예정이다.

셋째, 만성질환 교육상담체계 갖춘 의원에 적용하던 만성질환관리료\*를 11개 상병군에서 2개 상병군(류마티스, 만성호흡기질환) 추가하고, 현행 대비 20%, 2개 이상의 복합질환자에는 30~50% 가산을 적용한다.

\* 현재는 고혈압 등 11개 상병에 회당 2,320원(연 최대 12회) 적용

## ② 입원료 ('27.1월 시행)

환자들이 더 나은 입원서비스를 제공받을 수 있도록 입원료 보상을 강화하고 간호인력 투입이 높은 경우 더 많은 보상을 받을 수 있도록 전환한다.

첫째, 입원료가 비용 대비 수익이 저보상되어 있는 점을 고려하여 10년 이상 고정된 입원료 기본수가를 상향(일반병실 7%, 중환자실 10%)한다.

둘째, 입원료 기준등급\*을 ▲병원급 일반병동 4등급에서 2등급, ▲종합병원급 중환자실 3등급에서 2등급으로 각각 상향한다. 또한 간호차등제 가산율을 ▲일반병동 상급종합병원(현행 15%)과 종합병원(현행 12%) 18%, 병원(현행 10%) 14%로 확대하고, ▲중환자실 20%에서 25%로 확대하여 간호인력 투입 보상을 강화한다.

\* 입원료는 간호인력 배치수준에 따라 등급을 나누고, 기준등급을 정해 기준등급보다 간호인력을 더 많이 투입한 경우 입원료 가산

### ■ 입원료 개편시 변화 예시 :

상급종합병원 중환자실 간호등급(S) 현행 66.8만 원→ 79.8만 원

종합병원 4인실 일반병실 간호등급(A) : 현행 12.7만 원→ 14.3만 원

셋째, 뇌졸중 및 고위험임산부 집중치료실에 간호배치 최상위 구간을 신설하여 보상을 강화하고, 격리실과 신생아실의 입원료도 상향한다.

\* 격리실 15% 중환자 격리관리료 40% <sup>상중</sup>신생아실(질병 無 24% 질병 有 63% 모자동실 63%) 보상 강화

### 3. 중증·응급 최종치료 보상 강화

#### 현행

응급실 ⇨ 수술 등으로  
이어지는 **최종** 치료 보상이  
낮다는 비판

중증  
수술·시술

마취

#### 개선

**1,670개 20% 상향**  
\*종합병원 이상

**응급·야간·휴일 350%→ 450% 가산**  
\*권역(외상), 전문, 응급센터 이상

**전신마취, 중증수술 동반마취,  
고난도 특수마취 가산 등  
현행 대비 50% 인상**  
\* 전신마취 중증수술 동반마취 종합병원 이상

첫째, 종합병원 이상 의료기관에는 전체 수술 수가의 61%에 해당하는 1,670개 중증 수술·시술\* 건강보험 수가 수준을 20% 상향한다. 심뇌혈관, 급성 복증 등의 응급 관련 수술·시술과 암 등 중증 수술, 복합골절과 재건성형, 동맥관 개존증 등 선천성 기형 관련 시술 등 난이도가 높고 숙련된 인력 투입이 많은 수술·시술을 대상으로 한다.

- \* ① (다빈도 중증수술) 상급종합병원, 종합병원 입원 70% 이상 시행하는 수술·시술 등
- ② (고난도 중증선별) 복합골절, 외상 등 응급수술, 재건성형 및 감염성 근골격계 수술 등

둘째, 휴일·야간에 응급으로 입원한 환자에 대해서는 응급실 내 응급처치가산을 50% 인상한다. 야간·휴일과 응급상황 등 시급성이 높을수록 보상 수준을 높여 중증응급 환자에 대한 최종치료 역량을 강화한다.

\* 응급천자, 이물제거, 화상처치, 천두술, 혈액투석 등(제19장 응급의료수가 [별표2] 응급의료행위)

셋째, 수술과 시술뿐 아니라 마취 등 응급 최종치료에 수반되는 마취에 대한 보상도 확대한다. 종합병원 이상 의료기관의 전신마취에 대한 수가 수준을 현행 대비 10~50% 상향하고, 1,670개 중증 수술·시술과 이에 동반되는 마취에 대한 야간·공휴일 가산을 현행 100%에서 150%로 강화한다. 고난도 마취에 적용하는 특수마취 가산을 확대\*한다.

\* 이식 심장수술, 개두술(뇌출혈 추가) 등 특수마취 가산 50% 인상, 분만마취 특수마취 대상으로 적용

## 4. 걱정없는 모자·소아 의료체계 구축

### 1. 모자의료체계 강화 ('27.1월 시행)

#### ① 모자의료센터 공급체계 개편과 연계한 보상 강화

##### 현행

모자센터 지정됐지만,  
고위험 산모와 미숙아  
적극 치료 유인 부족

\* 분만당 176만 원 가산 도입('23.12.~)  
다만, 고위험 산모·신생아 치료  
전담 모자센터 인센티브 부족

##### 개선

중증  
모자센터  
응급  
이송전원

34주 미만 조산아 분만 +264만 원 가산  
\* 비수도권 분만은 +330만 원 가산

신생아 중환자실 입원료 최대 25배 적용  
\* 비수도권은 최대 3배 적용

권역  
모자센터  
응급  
이송전원

34주 미만 조산아 분만 +165만 원 가산  
\* 비수도권 분만은 +231만 원 가산

신생아 중환자실 입원료 최대 2배 적용  
\* 비수도권은 최대 2.5배 적용

지역분만  
기능강화  
모자센터  
응급  
이송전원

34주 미만 조산아 분만 +66만 원 가산  
\* 비수도권 분만은 +132만 원 가산

신생아 중환자실 입원료 최대 1.2배 적용  
\* 비수도권은 최대 1.5배 적용

모자의료센터에 대한 보상 수준을 대폭 높인다. 모자센터를 중심으로 고위험 산모와 신생아 중환자를 돌보는 의료기능과 인력, 인프라를 강화하도록 모자의료 공급체계 개편과 보상의 연계를 강화하는 것이 목표이다.

첫째, 중앙모자센터 등에서 환자를 응급 전원·이송하는 경우, 이를 수용하는 모자센터에 대한 기능 수가를 도입한다. 중증 모자센터를 비수도권까지 확충하고 위험도·난이도가 높은 분만과 신생아 중환자 치료에 대한 모자센터의 기능을 강화하는 「모자의료 공급체계 개편」에 맞추어 중증, 권역, 지역 모자센터에 기능별 차등수가를 적용한다.

둘째, ▲24주 미만, ▲24~28주, ▲28~32주의 주수별로 보다 세분화된 차등 수가를 적용한다.

위 두 가지의 ▲응급 전원·이송에 대한 모자센터 기능수가와 ▲주수별 차등 수가는 고위험 분만과 신생아 중환자 치료에 적용하여 한 번의 분만 뿐 아니라 신생아 치료 과정에 적용하여 실질적인 보상이 이루어지도록 한다.

고위험 분만과 신생아 중환자실 치료에 적용되는 건강보험 보상 강화의 구체적인 내용은 다음과 같다.

### 모자센터의 분만 보상 강화방안

#### ■ 응급 전원·이송시 적용 센터 기능수가

- \* 중앙모자센터의 환자 분류에 따른 응급 전원·이송으로 모자의료센터 입원
- \*\* 중앙모자센터에서 응급 전원·이송된 이력이 확인되는 경우 적용  
(119 구급상황센터를 통한 병원 배정, 모자의료협력체계 내 수용병원 배정 이력 포함)

34주 미만의 고위험 분만을 수용할 병원이 없어 중앙모자센터에서 전원·이송을 결정하는 경우, 이를 수용하는 중증모자센터는 현행 분만 보상(약 400만원)에 더하여 264만원의 기능수가를 보상한다. 비수도권 또는 수도권 6개 취약지에 위치한 중증 모자센터인 경우에는 여기에 66만원의 지역우대수가를 더하여 330만원을 추가로 보상한다.

서울 소재 중증모자센터 2개소에서 더하여 내년부터 비수도권 중증모자센터를 확충할 예정으로, 보상 강화와 연계하여 지역의 모자의료 기능이 더욱 강화될 것으로 기대된다. 중증, 권역, 지역모자센터에 따라 보상의 수준을 차등하여 적용하는 만큼 중증모자센터는 응급 대기 병상을 확보토록 하는 등 기능을 강화하는 모자의료 공급체계 개편도 추진한다.

| 현행               |                                                            |                                                                               | 개편                |                                                                        |                                                                         |                                                                                   |
|------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 모<br>자<br>센<br>터 | 분만수가<br><br>*자연분만<br>약 80만원/<br>제왕절개<br>약 300만원<br>(상중 기준) | 안전수가<br>55만원<br>+<br>고위험마취<br>11만원<br>=<br>66만원(A)<br><br>*지역수가<br>55만원<br>별도 |                   |                                                                        |                                                                         |                                                                                   |
|                  |                                                            |                                                                               | 34주 미만<br>응급 전원이송 | 중증<br>(2개소)<br><br>264만원<br>*A의 400%<br><br>(지역우대<br>66만원)<br>*A의 100% | 권역<br>(20개소)<br><br>165만원<br>*A의 250%<br><br>(지역우대<br>66만원)<br>*A의 100% | 지역<br>(15개소)<br>*분만기능강화<br><br>66만원<br>*A의 100%<br><br>(지역우대<br>66만원)<br>*A의 100% |
| 일<br>반           |                                                            |                                                                               |                   |                                                                        |                                                                         |                                                                                   |

## ■ 주수별 차등 가산

현재 34주 미만의 고위험 가산에 대하여 모자센터에는 주수별로 보다 세분화된 주수차등 가산을 적용한다.

현행 분만 보상(약 400만원)에 대하여 ▲24주 미만 또는 750g 미만의 신생아 분만은 132만원(지역우대수가 적용시 198만원), ▲24주 이상 28주 미만 또는 750~1,000g 미만 신생아 분만은 66만원(지역우대수가 적용 시 132만원), ▲28주 이상 32주 미만 또는 1,000~1,500g 미만 신생아 분만은 33만원(지역우대수가 적용 시 99만원)의 보상을 강화한다.

| 현행               |                                                            | 개편                                          |                         |                                         |                         |
|------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
| 모<br>자<br>센<br>터 | 분만수가<br><br>*자연분만<br>약 80만원/<br>제왕절개<br>약 300만원<br>(상증 기준) | 34주 미만은<br>분만수가의<br>고위험분만<br>가산<br>100~200% | 중증<br>(2개소)             | 권역<br>(20개소)                            | 지역<br>(15개소)<br>*분만기능강화 |
|                  |                                                            |                                             |                         |                                         |                         |
|                  |                                                            |                                             |                         |                                         |                         |
|                  |                                                            |                                             |                         |                                         |                         |
|                  |                                                            |                                             |                         |                                         |                         |
| 일<br>반           |                                                            |                                             | 24주 미만<br>750g 미만       | 132만원 *A의 200%<br>(지역우대 66만원 / A의 100%) |                         |
|                  |                                                            |                                             | 24~28주 미만<br>750~1000g  | 66만원 *A의 100%<br>(지역우대 66만원 / A의 100%)  |                         |
|                  |                                                            |                                             | 28~32주 미만<br>1000~1500g | 33만원 *A의 50%<br>(지역우대 66만원 / A의 100%)   |                         |
|                  |                                                            |                                             |                         |                                         |                         |

\* 응급 전원·이송시 기능가산과 주수별 차등가산은 중복하지 않음

## 신생아중환자실 가산 적용방안

### ■ 응급 전원·이송시 적용 센터 기능수가

- \* 중양모자센터의 환자 분류에 따른 응급 전원·이송으로 모자의료센터 입원
- \*\* 중양모자센터에서 응급 전원·이송된 이력이 확인되는 경우 적용  
(119 구급상황센터를 통한 병원 배정, 모자의료협력체계 내 수용병원 배정 이력 포함)

34주 미만의 고위험 분만을 수용할 병원이 없어 중양모자센터에서 전원·이송을 결정하는 경우, 분만 뿐 아니라 신생아 중환자 치료에 대한 입원 보상도 이루어지도록 가산 수가를 신설한다.

중앙모자센터에서 34주 미만 분만과 신생아 치료에 대한 전원·이송을 결정하는 경우, 이를 수용하는 중증모자센터는 현행 신생아 중환자 입원료(95.7만원/일)에 더하여 일당 입원료의 150%에 해당하는 144만원을 추가로 보상한다. 비수도권 또는 수도권 6개 취약지에 위치한 중증 모자센터는 여기에 입원료의 50%(약 48만원)의 지역우대수가를 더하여 일당 입원료 191만원을 추가로 보상한다. 이 보상은 최대 7회 적용한다.

#### 현행

#### 개편

| 모<br>자<br>센<br>터 | 별도 가산 없음 | 중증<br>(2개소)       | 권역<br>(20개소)                      | 지역<br>(15개소)<br>*분만기능강화   |
|------------------|----------|-------------------|-----------------------------------|---------------------------|
|                  |          | 34주 미만<br>응급 전원이송 | 입원료의<br>150% 가산<br>(지역우대<br>+50%) | 100% 가산<br>(지역우대<br>+50%) |

\* 상중 NICU S등급 입원료 기준(95.7만 원/일당), 가산 시 중증모자센터 약 144만원 가산(지역우대 포함 시 191만원 가산)

권역모자센터 96만원 가산(지역우대 포함시 144만원 가산), 지역모자센터 약 19만원 가산(지역우대포함시 67만원 가산)

\*\* 해당 주수 기간만큼 지원하되, 최대 7회

### ■ 주수별 차등 가산

분만과 마찬가지로 신생아 중환자에 대해서는 주수별 입원료 차등가산을 적용한다. 현행 신생아 중환자 입원료(95.7만원/일)에 더하여 ▲24주 미만 신생아는 입원일당 19만원(지역우대수가 적용시 67만원), ▲24주 이상 28주 미만 신생아는 14만원(지역우대수가 적용 시 62만원), ▲28주 이상 32주 미만 신생아는 약 9만원(지역우대수가 적용 시 57만원)의 보상을 신설한다.

#### 현행

#### 개편

| 모<br>자<br>센<br>터 | 별도 가산 없음 | 중증<br>(2개소) | 권역<br>(20개소)            | 지역<br>(15개소)<br>*분만기능강화 |
|------------------|----------|-------------|-------------------------|-------------------------|
|                  |          | 24주 미만      | 입원료의 20% 가산 (지역우대 +50%) |                         |
|                  |          | 24~28주 미만   | 입원료의 15% 가산 (지역우대 +50%) |                         |
|                  |          | 28~32주 미만   | 입원료의 10% 가산 (지역우대 +50%) |                         |

\* 상중 NICU S등급 입원료 기준(95.7만 원/일당), 24주 미만 약 19만원(지역우대 포함 시 67만원 가산)

\* 응급 전원이송시 기능가산과 주수별 차등가산은 중복하지 않음

## ■ 신생아중환자 처치 가산

신생아 중환자는 입원 중에도 다양한 처치행위가 발생하는 점을 고려하여 중증 모자센터와 권역모자센터 신생아중환자실에서 시행하는 처치에 대한 50% 가산 수가를 신설하고, 비수도권과 수도권 취약지에서는 여기에 50%를 지역우대수가로 추가 가산한다.

## ② 임신분만 관련 수가 상향 및 고위험 분만, 고위험임산부 보상 강화

임신·분만 관련 210개 수술·시술에 대한 상대가치점수를 20% 상향하고 모든 분만병원에 적용하고, 고위험분만에 대해서는 자연분만과 제왕절개 모두 일반 분만 수가에 100~200% 가산을 적용한다. 또한 고위험임산부 집중관리료 수가를 확대\*하여 고위험 임산부의 산전 관리에 대한 보상 수준을 상향한다.

\* 신생아중환자실(NICU) 보유한 종합병원 이상에 고위험임산부 집중관리료 100% 인상 (상종 기준 1일 3.5→7만원) 및 산정일수 확대(7→10일) 적용

### 【 24주 미만 고위험 분만 및 신생아 중환자 치료시 보상 변화 (비수도권 중증모자센터 기준) 】

\* 분만 및 신생아중환자 입원료만 고려 시 보상 수준 예시 (28일 간)

|                                          |         | 현행                                           | 보상 강화                                                                 | 최종 보상금액 |
|------------------------------------------|---------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------|
| 분만                                       |         | 420만원<br>*제왕절개 상종기준, 300만원<br>+ 정책수가 약 120만원 | 최대 +462만원<br>* 응급이송 기능가산 264만원 +<br>지역우대 66만원 +<br>제왕절개고위험가산 66~132만원 | 882만원   |
| 신<br>생<br>아<br><br>중<br>환<br>자<br>치<br>료 | 7<br>일  | 670만원<br>*95.7만원(일)×7일                       | +1,337만원<br>*응급이송 기능가산 +지역우대<br>191만원(일)×7일                           | 2,007만원 |
|                                          | 21<br>일 | 2,010만원<br>*95.7만원(일)×21일                    | +1,302만원<br>*주수차등가산 + 지역우대<br>62만원(일)×21일                             | 3,312만원 |
| 합계                                       |         | 3,100만원                                      | +3,101만원                                                              | 6,201만원 |

## 지금까지는

|                                      |                  |                                             |
|--------------------------------------|------------------|---------------------------------------------|
| <b>진찰·입원</b><br>(‘27.1월 시행)          | <b>진찰</b>        | 6세 미만 /<br>가산 5~12%                         |
|                                      | <b>입원</b>        | 8세 미만 /<br>가산 30~50%                        |
| <b>중증소아<br/>수술·처치</b><br>(‘27.1월 시행) | <b>중증<br/>수술</b> | 600여개, 최대 1000% 가산<br>(가산 적용 중증수술<br>확대 요구) |
|                                      | <b>처치</b>        | 소아중환자실 처치 가산<br>없음                          |
| <b>소아<br/>응급</b><br>(‘26.11월~<br>시행) | <b>야간<br/>휴일</b> | 달빛어린이병원 기능, 지역<br>무관 동일 수가                  |
|                                      | <b>중증<br/>응급</b> | 소아전문 응급의료센터<br>보상 강화 요구                     |



## 앞으로는

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| <b>8세 미만 / 가산 5~25%</b>                                     |
| <b>8세 미만 / 가산 40~60%</b>                                    |
| <b>600여 개 가산에 더하여<br/>+ 1,670개 중증수술 50% 가산<br/>(다빈도 포함)</b> |
| <b>소아중환자 가산 신설 50%<br/>지역우대수가 50%</b>                       |
| <b>중등증 달빛어린이병원 및<br/>소아 인구감소 시군구 가산</b>                     |
| <b>소아전문응급의료센터<br/>응급의료관리료 인상</b>                            |

첫째, 소아에 대해서는 소아 일차진료를 강화하기 위해 진찰료 가산 연령을 현행 6세 미만에서 8세 미만으로 상향한다. 이에 따라 진찰과 입원 간에 서로 달리 적용된 가산 연령을 8세 미만으로 동일하게 조정하고, 입원은 가산을 10%p 수준 높인다.

둘째, 종합병원 이상에서 중증·응급 수술 1,670개의 수가를 20% 상향하는 과정에서, 같은 수술이어도 6세 미만 소아 수술은 난이도와 위험도가 높은 점을 고려해 50%를 추가로 가산한다.

셋째, 소아 중환자실\*의 중증 처치가 필요한 경우, 처치에 대한 보상을 50% 가산하면서 비수도권과 수도권 취약지는 50%를 가산한다.

\* 상급종합병원 및 소아중환자실이 있는 종합병원 대상

넷째, 소아청소년 야간 진료를 담당하는 달빛 어린이병원의 중등증 소아 환자 진료 기능을 강화하도록 야간전문관리료를 신설하고, 소아 인구가 적은 시군구 소재 달빛어린이병원에는 야간진료 수가를 30% 가산을 신설한다.

또한 소아 중증응급 진료 강화를 위해 소아전문응급의료센터 응급의료 관리료를 현행 권역응급의료센터의 응급의료관리료 2배 수준으로 인상한다.

## 5. 급성기 및 회복기 의료공급·이용체계 확립

첫째, 비용 대비 수익이 전반적으로 낮은 재활 분야 중 전문인력에 의한 재활 필요도가 높은 전문재활치료료 수가를 10% 상향한다. 단순 재활치료 중 적절한 재활 치료 시행을 위하여 횡수 확대가 필요한 운동치료 등 수가를 개선한다.

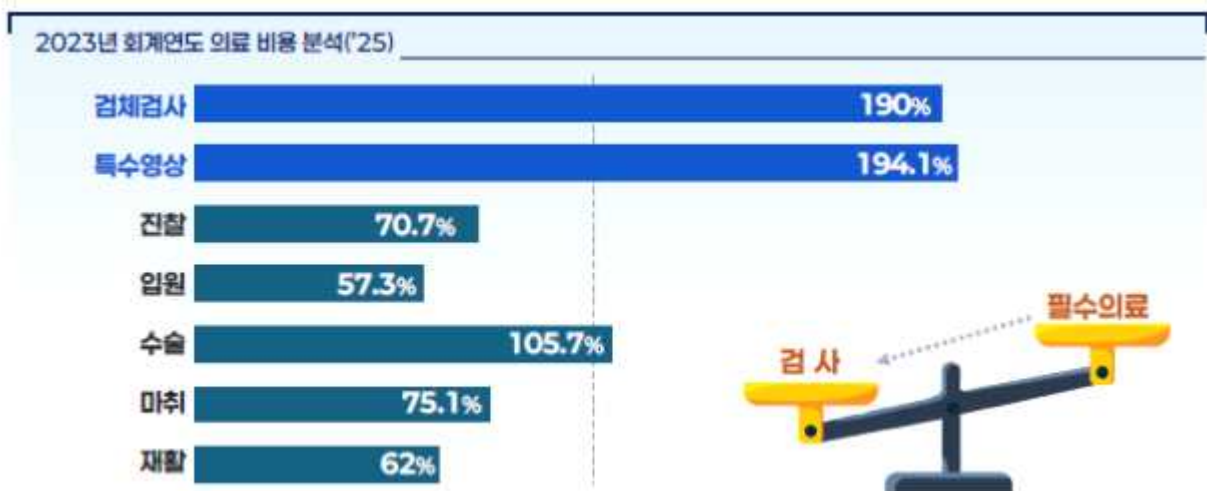
둘째, 어린이들이 맞춤형 집중 재활을 받을 수 있는 기관을 현행 47개소에서 최대 68개소까지 확충\*할 계획이다. 또한 소아 맞춤형 집중 재활치료 대상 연령을 6세 미만에서 9세 미만까지 확대하고, 집중 재활에 대한 가산을 인상(현행 3세 미만 30% → 40%~지역50%)한다.

\* 어린이재활의료기관, 공공어린이재활병원·센터(현재 47개소 → 개선 64~68개소 예상)

이러한 내용은 내년 1월부터 적용하고, 지난 6월 발표한 건강보험 수가 혁신방안 내용 중 포괄 2차 종합병원 보상 강화 등 급성기 의료 공급체계 구축, 급성기 재활 의료체계 구축 등의 내용은 연 내 건정심에 상정하여 추진할 예정이다.

## 6. 과보상 검사 조정 (검체, CT·MRI)

건강보험 수가 구조의 불균형을 개선하기 위해 지역과 필수의료 강화를 위한 건강보험의 역할을 강화하면서 과보상 검사 수가 조정을 병행한다.



검체검사, CT·MRI 검사는 빈도를 쉽게 늘릴 수 있으며 비용 대비 수익이 과보상되어 있어 충분한 진찰 등 필수적 기본진료보다 검사 비중이 높아지는 구조로 지난 6월 건강심에서 확정된 과보상 조정 로드맵에 따른 2.6조 원 조정안에 따라 비용 대비 수익이 150% 넘는 검사는 조정한다.

혈액검사 등 검체검사의 비용 대비 수익 150% 이상 과보상된 수가를 낮추어 연 1.7조 원의 과다 지출을 줄이고, 위탁검사 검사료의 10%를 위탁관리료로 산정하는 제도를 폐지하여 2천억 원의 지출을 줄인다.

또한, 컴퓨터단층촬영(CT)와 자기공명영상(MRI) 검사의 비용 대비 수익 150% 이상 과보상된 수가를 낮추어 연 7천억 원의 과다지출을 줄인다.

다만 진료에 필수적인 검사 환경이 안정적으로 유지될 수 있도록 학회 등 현장 의견수렴, 청구자료 분석 및 상대가치운영기획단 논의 등을 통해 전문가의 검증·판독이 필요하거나 조혈모세포이식 및 장기 이식 관련 검사 등 중증질환, 응급진료에 필수적인 검사는 조정하지 않을 계획이다.

| 구분               | 조정 내용                                                                  |        | 비고<br>(미세조정)                                                                |
|------------------|------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                  | 조정항목                                                                   | 인하재정   |                                                                             |
| 검체검사             | · 과보상 38개 세분류(702항목) 인하(1.62조 원)<br>* 과보상 41개 세분류, 745개 항목 중 미조정 제외    | 1.9조 원 | *진단전문의 검증료, 골수이상혈액검사, 조직적합성 면역검사 미조정(368억 원↓)<br>*감염검사 동일원리 같은 수가적용(81억 원↓) |
|                  | · 위탁관리료폐지(0.24조 원)                                                     |        |                                                                             |
| 영상검사<br>(CT,MRI) | · 과보상 2개 세분류(480항목) 인하(7.3천억 원)<br>* 과보상 480개 전체 항목(CT 96, MRI 384) 조정 | 7천억 원  | *영상전문의 판독료 및 응급가산 현재 규모 유지 (566억 원 ↓)<br>*근골격계 MRI 판독료 분리 (30억 원↓)          |

검사 수가 조정과 검체검사 위수탁 구분 지급은 내년 1월부터 시행한다. 검사 수가 조정 이후 분기별 모니터링 체계를 구축하여, 시행 이후 영향을 지속 점검하고, 추가적인 개선 방안은 지속 발굴, 추진할 예정이다.

## 【 향후계획 】

지난 6월 의결한 건강보험 수가 구조 혁신방안 중 이날 위원회에 상정한 2.7조 원은 11월 중 고시 개정을 거쳐 시행 예정이며, 나머지 과제도 계획에 따라 차질 없이 이행할 예정이다. 보건복지부는 “건강보험 수가 혁신은 지역·필수의료 강화를 위한 필수 단계다”라며, “앞으로도 차질 없이 이행될 수 있도록 지속적 관리하겠다”라고 밝혔다.

### < 환산지수-상대가치 연계 수가 조정(안) >

정부는 「제2차 국민건강보험 종합계획('24~'28)」에 따라 2025년부터 환산지수와 상대가치\*를 연계하여 저보상 행위의 상대가치점수 인상 또는 지역·필수의료 강화에 투입하고 있다.

\* 건강보험 수가는 '행위의 상대가치점수 × 환산지수(상대가치점수 당 단가)'로 결정

행위별 건강보험 수가 보상의 불균형이 존재하는 상황에서, 환산지수의 일률적 인상은 행위 유형별 보상수준의 불균형을 심화시킬 우려가 있다. 따라서 인상분의 일부를 저평가된 항목의 상향 조정에 투입 또는 지역·필수의료에 투입하여 필요한 곳에 건강보험 보상을 강화하려 한다.

2027년에는 환산지수 인상률의 일부를 상대가치점수 조정으로 연계하기로 결정한 재정(이하 '연계재정')\*을 활용하여 의원·치과 '진찰료', 병원 '식대 및 주사료'에 대한 재정투입이 결정\*되었다.

\* '27년도 환산지수 협상 결과(5.30.) 및 제12차 건강보험정책심의위원회 의결(6.25.)

\*\* 의원 1,413억 원(환산지수 인상률 1.6% 중 0.7%), 치과 99억 원(환산지수 인상률 2.6% 중 0.2%), 병원 345억 원(환산지수 인상률의 1.2 % 중 0.1%) 투입 결정

의원, 치과는 연계재정을 초진진찰료로 연계한다. 이에 따라 초진진찰료 상대가치점수가 ▲의원은 5.2%, ▲치과는 2%로 각각 높아진다.

병원은 연계 재정을 주사료 3.14% 상향, 기본식사 단가 4.27% 상향에 투입한다.

### 【 '27년도 수가 변동(예시)】

| 구분              | '26년    |        |         | '27년                                   |        |         |
|-----------------|---------|--------|---------|----------------------------------------|--------|---------|
|                 | 점수      | 환산지수   | 금액      | 점수                                     | 환산지수   | 금액      |
| 의원<br>초진진찰료*    | 197.12점 | 95.6원  | 18,840원 | 219.82                                 | 96.5원  | 21,210원 |
| 치과의원<br>초진진찰료   | 166.59점 | 101.1원 | 16,840원 | 169.92점                                | 103.5원 | 17,590원 |
| 병원 주사료<br>골수내주사 | 289.09점 | 83.8원  | 24,230원 | 298.17점                                | 84.7원  | 25,250원 |
| 병원 일반식대         | 5,150원  |        |         | 5,480원<br>(환산지수 연계 4.27% + 물가상승률 2.1%) |        |         |

\* 의원급 초진진찰료는 수가혁신방안에 따라 6% 상향 + 환산지수 연계 5.2% 상향  
(환자 본인부담은 검사수가 인하와 연계 시 상황에 따라 상향, 하향 가능)

보건복지부는 “환산지수와 상대가치를 연계하여 저평가된 항목을 인상하고 있으며, 그 일환으로 내년도 환산지수 인상 재정 일부를 활용하여 의원·치과진찰료, 병원 주사료 및 식대를 인상한 것이다”라면서, “앞으로도 필수의료 투자를 강화하고 의료행위 간 균형 보상체계를 확립하기 위해 지속 개선할 예정이다”라고 밝혔다.

### < 검체검사 위·수탁\* 조건부보상 추진계획 >

\* 위탁의료기관은 환자의 혈액·조직 등 검체의 검사를 다른 기관에 의뢰하는 의료기관,  
수탁의료기관은 의뢰받은 검체를 검사하고 그 결과를 제공하는 의료기관

내년 1월부터 의원급 위탁의료기관에서 검사를 받는 환자는 수탁기관의 보다 신속하고 정확한 검사결과를 바탕으로 적절한 건강관리를 받을 수 있게 된다.

위·수탁 의료기관 중 검체검사 질 향상에 필요한 요건을 갖춘 기관을 대상으로 2년간 조건부 차등 보상을 실시한다.

의원급 위탁의료기관은 수탁기관 등과 검사결과를 신속·정확하게 공유하는 체계를 갖추고, 만성질환자 등에게 검사결과에 대한 분석과 관리를 제공하는 경우 환자당 연 4회까지 임상결과 분석·관리료(회당 1,400원)를 수가로 받을 수 있다. 또한 환자당 평균 검사 처방량의 적정성 등 성과 수준에 따라 기관 단위 보상을 받을 수 있게 된다.

수탁기관은 고난도·저빈도 검사와 의료취약지에서 의뢰한 검사\*를 수행하는 경우 해당 검사에 대한 가산을 수가로 받을 수 있다. 또한 검체 관리와 검사결과 보고 등 검사 전 과정의 질 관리 및 절차 개선 성과 수준에 따라 기관 단위 보상을 받을 수 있게 된다.

\* 취약지 가산은 지역 우대수가와 동일 시기에 적용('27.3. 예정)

이는 검체검사 위·수탁 거래의 투명성과 공정성을 높이고 검사 질과 환자 안전을 강화하기 위해 정부가 지난해 12월과 올해 6월 발표한 ‘검체검사 위·수탁제도 개편방향’에 따라 조건부 보상의 세부 추진계획을 확정한 것이다.

그간 위탁기관이 검사료를 일괄 지급받아 수탁기관과 자체 정산하는 과정에서 검사료 할인 경쟁이 발생하면서 검사 질 저하 우려가 제기되어 왔다. 아울러 환자의 검체가 뒤바뀌는 사고 등으로 검사 전 과정의 질 관리와 환자안전을 강화할 필요성도 커졌다.

이에 정부는 위·수탁기관의 역할에 맞게 보상체계를 정비하고, 검사 질 향상에 필요한 요건과 성과에 연계한 조건부 보상을 도입하여 가격 중심의 경쟁을 질 관리 구조로 전환하고자 한다.

특히, 조건부 보상과 함께 시행되는 ‘구분지급’은 국민건강보험공단이 위탁기관과 수탁기관에 각각의 역할에 해당하는 검사료를 직접 지급하는 방식이다. 이를 통해 위·수탁기관 간 거래의 투명성을 높여 수탁기관 간 공정한 질 경쟁을 유도할 것으로 기대된다.

보건복지부는 “이번 개편으로 검체검사 위·수탁 보상체계가 투명해지고 위·수탁기관의 검사서비스 질이 높아져, 환자에게 신속·정확하고 안전한 검사가 보다 적정하게 제공될 수 있을 것으로 기대된다”라고 밝혔다.

## < 마약류 중독환자 치료지원 시범사업 >

보건복지부는 「마약류 중독환자 치료지원 시범사업」을 '27년 1월부터 추진한다.

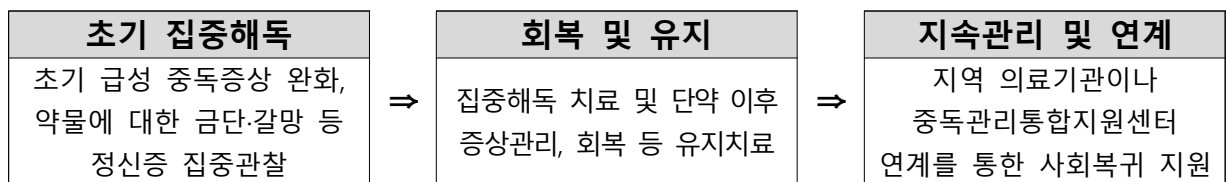
마약류 중독은 치료가 필요한 질환으로, 조기에 적절한 치료를 받으면 재발방지가 가능하고 범죄 감소, 의료비 절감 등 사회적 비용을 낮출 수 있다.

마약류 중독은 복합질환을 동반하는 경우가 많아 치료 난이도가 높고, 환자 관리에 인력·시간 등 자원 투입이 많이 필요하여 의료기관의 전문 치료행위에 대해 별도 보상이 필요하다는 지적이 계속되어 왔다.

그간 마약류 중독 치료에 전문적 역량과 인프라를 갖춘 기관은 일부 지역에 한정적이고, 운영에 어려움을 겪어왔다.

이번 시범사업에서는 마약류 중독환자가 중독 수준 및 치료단계에 따라 집중치료, 회복치료 등을 적절히 받은 후 지역사회에서도 중독관리통합지원센터 등 재활기관과 연계하여 지속 관리될 수 있도록 수가 보상방안을 마련하여 시행할 계획이다.

### <마약류 중독 치료 체계>



시범사업은 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 치료보호 대상자에 대해 적용하며, 보건복지부가 지정한 권역치료보호기관(11개소)의 신청을 받아 시범기관으로 지정하여 2027년 1월부터 시행할 계획이다.

보건복지부는 “시범사업을 통해 전문적인 치료역량과 인프라를 갖춘 치료보호기관을 확충하여, 마약류 중독환자가 조기에 적절한 치료를 받아 건강하게 일상을 회복할 수 있는 기반을 마련하겠다”라고 밝혔다.

## < 어린이 재활의료기관 지정·운영 2기 시범사업 성과평가 >

보건복지부는 ‘제2기 어린이 재활의료기관 시범사업(2024년 3월~2026년 12월)’ 추진성과를 보고하고, 시범사업을 3년 연장(3기, 2027년 1월~2029년 12월)하기로 하였다.

‘어린이 재활의료기관 시범사업’은 장애아동 등\*이 거주지역에서 적기에 재활치료를 받을 수 있도록 전문인력·시설 등을 충족한 병·의원 등을 지정하고, 환자의 상병·연령 등에 따라 집중 재활치료 수가 등을 적용하는 사업이다.

\* 뇌성마비군, 신경근육질환군, 중도장애군, 기타 발달지연군 등 26개 상병

### < 어린이 재활의료기관 시범사업 내용 >

- **(개요)** 장애아동의 적기 재활치료를 위해 일정 기준\*을 충족한 병·의원 등을 어린이 재활의료기관으로 지정(1기 '20.~'23, 2기 '24.~26.)
  - \* 재활의학과 전문의, 물리치료사, 작업치료사, 언어재활사, 사회복지사, 간호사 등
- **(대상자)** 전문재활치료가 필요한 상병에 해당하는 만 18세 이하 환자
  - \* 뇌성마비군, 신경근육질환군, 중도장애군, 기타 발달지연군 등 26개 상병
- **(대상지역)** 1기 15개소(비수도권) / 2기 39개소(수도권 19개소, 비수도권 20개소)
  - \* 재활치료 접근성이 열악한 권역 우선 지정
- **(시범수가)** 통합재활기능평가료, 통합계획 교육상담료, 재활치료료Ⅰ~Ⅲ\*, 지역사회연계료
  - \* 현재 비급여인 언어치료, 전산화인지재활치료 및 관리급여인 도수치료 등 포함
  - \*\* 시범사업 참여기관 외 공공어린이재활의료병원/센터도 수가 적용

2기 시범사업 참여기관은 총 39개소(수도권 19개소, 비수도권 20개소)이며, 2025년도 기준, 어린이 환자 9,260명에게 약 346만 회의 전문재활치료를 제공한 바 있다.

\* 전체 어린이 전문재활치료 환자의 약 30.5%, 치료횟수의 약 54.3% 차지('25년 기준)

\*\* 공공어린이재활의료기관 8개소 포함시(10개소 중 2개소는 시범사업에 참여 중), 전문

재활치료 환자의 약 37.7%, 치료횟수의 약 64.5% 차지('25년 기준)

시범사업 결과, 참여기관의 재활치료 인력\*과 전문 재활치료횟수가 증가하였고, 참여환자의 지역 내 의료이용 제고\*\*, 일상생활동작 등 기능개선, 비급여 부담 절감 등의 성과가 있는 것으로 나타났다.

\* 기관당 평균 인력 재활의학과 전문의('24년 3.0명 → '26년 3.2명), 물리/작업치료사 ('24년 65.4명 → '26년 77.4명)

\*\* 시범사업 참여환자 중 타 의료기관 이용 경험자의 거주지 내 이용비율 13.2%p 증가

다만, 일부 권역은 참여기관 부재 등 권역별 전문재활 이용에 편차\*가 존재하고, 아동의 집중재활치료를 위한 추가개선 필요성 등이 있어, 시범사업을 3년 연장하고 대상기관 확대, 영유아기 및 학령기 전문재활치료 수가 개선 등을 추진하기로 하였다.

\* 권역 내 소아 전문재활치료 이용 비율 : 대구 약 97% vs 충북 약 65%('25년)

아울러, 시범사업 기간 동안 어린이 재활치료 제공기관\* 간 전달체계 정립, 보건소·학교·복지관 등 지역사회 건강·돌봄기관과의 연계 강화방안도 모색할 계획이다.

\* 급성기 종합병원-공공어린이재활병원·센터-어린이 재활의료기관 시범사업 참여기관-지역의 소아 재활 의료기관 등

#### < 2기 대비 3기 시범사업 주요 변경 사항 >

| 구분               |          | 2기 시범사업('24.2~'26.12)                     | 3기 시범사업('27.1~'29.12)                             |
|------------------|----------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 대상<br>기관         |          | 총 39개소<br>* 공공어린이재활의료병원/센터 포함 시<br>총 47개소 | 총 52~56개소*<br>* 공공어린이재활의료병원/센터 포함 시<br>총 64개~68개소 |
|                  | 영유아기     | 3세 미만 재활치료료Ⅲ 30% 가산                       | 3세 미만 재활치료료Ⅲ <b>40% 가산</b>                        |
| 수<br>가<br>개<br>선 | 학령기      | 6세 미만은 기간 제한 없이<br>집중재활 가능                | <b>9세 미만</b> 은 기간 제한 없이<br>집중재활 가능                |
|                  | 지역<br>가산 | 없음                                        | 6세 미만 재활치료료Ⅲ <b>10%</b><br><b>지역가산 신설</b>         |

\* 3기 시범사업 대상 권역 및 참여기관 수는 심사 결과에 따라 변동 가능

\*\* 3기 시범사업 기간 중 공공어린이재활병원/센터 13개소 운영 예정, 이 중 1개소는

## 시범사업 참여 예정

\*\*\* 시범사업 수가 개선 : 2026년 6월 '건강보험 수가 구조혁신 방안' 반영

보건복지부는 “권역별 소아재활 인프라 확충을 위해 제3기 어린이재활 의료기관 지정을 연말까지 추진할 계획이며, 앞으로 양적 확대를 넘어 소아 재활의료 전달체계 정립, 돌봄 연계 강화 등 서비스 질 제고를 위한 다각적인 노력을 지속하겠다”라고 밝혔다.

### <붙임> 마약류 중독환자 치료지원 시범사업 개요

|                                                        |                    |     |     |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|-----|-----|--------------------|
| 담당 부서<br><총괄>                                          | 건강보험정책국<br>보험정책과   | 책임자 | 과 장 | 장영진 (044-202-2710) |
|                                                        |                    | 담당자 | 사무관 | 김종구 (044-202-2704) |
| <건강보험<br>수가 구조<br>혁신방안>,<br><환산지수<br>연계<br>상대가치<br>인상> | 건강보험정책국<br>보험급여과   | 책임자 | 과 장 | 유정민 (044-202-2730) |
|                                                        |                    | 담당자 | 사무관 | 이민정 (044-202-2733) |
|                                                        |                    |     | 사무관 | 구도은 (044-202-2745) |
| <검체검사<br>위수탁<br>조건부보상>                                 | 건강보험정책국<br>지불혁신추진단 | 책임자 | 단 장 | 공인식 (044-202-2790) |
|                                                        |                    | 담당자 | 사무관 | 강예나 (044-202-2793) |
| <마약류<br>중독환자<br>치료지원<br>시범사업>                          | 정신건강정책관<br>정신건강관리과 | 책임자 | 과 장 | 송명준 (044-202-3870) |
|                                                        |                    | 담당자 | 사무관 | 이지현 (044-202-3871) |
| <어린이재활<br>의료기관<br>시범사업>                                | 장애인정책국<br>장애인건강과   | 책임자 | 과 장 | 김성철 (044-202-3190) |
|                                                        |                    | 담당자 | 서기관 | 이태호 (044-202-3191) |

- (목적) 마약류 중독 치료보호기관에 대한 보상을 강화하여, 마약류 중독자가 적기에 충분한 치료를 받고 지역사회에서도 지속 관리 지원
- (대상) 「마약류관리법」 제40조에 따라 치료보호 받는 건강보험 환자
- (시범기관) 권역치료보호기관(11개소) 중 신청을 받아 지정

**< 권역치료보호기관 현황 ('26) >**

| 지역 | 병원명        | 지역 | 병원명      | 지역 | 병원명        |
|----|------------|----|----------|----|------------|
| 서울 | 국립정신건강센터   | 경기 | 경기도립정신병원 | 인천 | 인천참사랑병원    |
|    | 서울특별시 은평병원 |    | 이천소망병원   | 강원 | 원주세브란스기독병원 |
| 대전 | 참다남병원      | 대구 | 대동병원     | 전북 | 원광대학교병원    |
| 경남 | 국립부곡병원     | 제주 | 연강병원     |    |            |

- (사업기간) '27.1월~'29.12월 (3년 예정)
- (대상기간) 치료보호기간(1년) 내 연간 입원 3개월, 외래 1년 지원
- (본인부담) 법정 본인부담률 적용 (입원 20%, 외래 40%)
  - \* 환자 본인부담액은 「마약류관리법」에 따라 치료보호비 예산으로 별도 지원
- (보상방안) 초기 집중치료부터 회복유지, 재발방지를 위한 지속관리 까지 연계되는 치료모형 및 시범 수가 개발

| 구분                       | 분류                                                                                      | 점수(점)  | 금액(원)  |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| ①<br>초기<br>집중해독<br>(입원)  | • 마약류 중독 초기 집중 해독 (급성 중독증상 완화, 금단갈망 등 집중 치료)                                            |        |        |
|                          | (1) 초기평가 및 계획수립료(1회)<br>* 초기 평가, 중독수준 및 금단현상 등에 맞춤형 치료계획 수립                             | 606.77 | 51,090 |
|                          | (2) 마약중독 집중치료관찰료(일 1회)<br>* 마약 중독 치료에 적합한 안전한 관리환경(전담직원 모니터링 등) 조성 및 치료계획에 따른 초기 집중해독치료 | 794.50 | 66,900 |
|                          | (3) 중간점검료(월 1회)<br>* 초기평가 및 집중 해독치료 계획에 따른 치료 이행 확인 및 금단·중독증상 평가 등 환자상태 중간 점검 시행        | 338.67 | 28,520 |
| ②<br>회복·유지<br>치료<br>(외래) | (4) 퇴원계획 수립 및 퇴원지도료(1회)<br>* 정신건강의학과 전문의 환자평가를 통한 퇴원 계획에 따라 정신건강전문요원 환자·가족 대상 퇴원 지도 시행  | 591.19 | 49,780 |
|                          | • 마약류 단약유지 및 지속치료 (단약후 증상관리 회복위한 유지치료)                                                  |        |        |
|                          | (1) 초기평가 및 계획수립료(1회)<br>* 환자상태 평가 및 단약유지·회복을 위한 치료계획 수립                                 | 606.77 | 51,090 |
|                          | (2) 마약중독 회복·유지치료료(진료당 1회)<br>* 지속치료를 위해 단약확인(소변검사 등) 및 치료계획에 따른 증상관리 등                  | 644.33 | 54,250 |
| ③<br>지속관리<br>및 연계        | (3) 중간점검료(월 1회)                                                                         | 338.67 | 28,520 |
|                          | • 정신의학적 사회사업 연계                                                                         |        |        |
|                          | (1) 지역사회연계료(2회)<br>* 퇴원 후 치료보호환자의 지속 관리를 위해 지역 의료기관 중독관리통합지원센터 연계                       | 355.25 | 29,910 |