

지역과 필수의료를 살리기 위한 건강보험 수가 구조혁신 방안

'26. 6. 25.



보건복지부

목 차

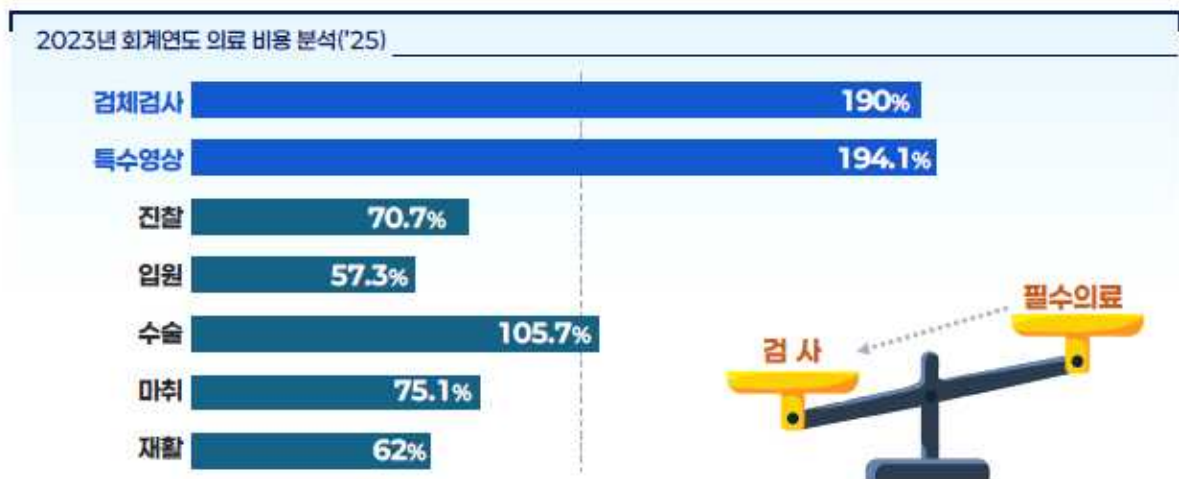
I. 추진 배경	1
II. 추진 방향	2
III. 지역·필수의료 강화	8
1. 지역 우대 수가 원칙	7
2. 필수적 기본진료 보상 강화	9
3. 중증·응급 최종치료 보상 강화	13
4. 걱정없는 모자·소아 의료체계 구축	17
5. 급성기 및 회복기 의료공급·이용체계 확립	25
IV. 과보상 검사 조정(검체, CT·MRI)	28
1. 과보상 조정 로드맵 확립	28
2. 검사 질 관리 강화	29
① 검체검사 위·수탁 개편 세부방안	29
② CT, MRI 검사	32
V. 달라지는 모습	33

1. 추진 배경

□ 건강보험 수가 불균형 ⇒ 지역·필수의료 공백 심화 악순환 가속

- 쉽게 빈도를 늘릴 수 있는 검사 분야는 과보상된 반면, 필수의료의 근간이 되는 진찰·입원 등 분야는 저보상

【 불균형 수가('25. 비용분석) 】



- 검사는 지속 증가하는 반면 ▲충분한 진찰이 필요한 일차의료 미흡, ▲응급 등 최종 치료(수술, 마취 등) 인력 부족 등 필수의료 역량 악화

- (검체검사) 병원급 이상의 평균 초과 실시 혈액검사 횟수 연간 211만회 ('25.1, 건보공단)
- (CT 검사) 최근 5년간('20~'24년) CT 촬영, 1105만건→ 1474만건으로 33.3% 증가('25.12, 건보공단)
인구 천명당 CT 촬영건수, 우리나라 333.5건(OECD 최고) vs OECD 평균 177.9건('23, OECD)
- (진찰) 짧은 진료 : 한국 4.3분, 독일 9.1분, 프랑스 22.2분, 미국 22.5분, OECD 평균 16.4분
1인당 외래 이용은 최다 : 한국 15.7회 vs OECD 평균 5.9회
- (수술·마취) 오랜기간 저보상→ 수술·마취에 대한 필요한 비용투입 축소→ 최종진료 악화 악순환

□ 건강보험 수가의 신속하고 합리적인 조정 통해 지역·필수의료 강화

- 기존 5~7년 주기 ⇨ 비용 대비 수익을 근거로 2년 이내 신속 조정
- 의료 공급·이용 정상화, 지역·필수의료 강화 목적 고려해, 합리적 개편

2. 추진 방향

1. 지역과 필수의료 강화 방향으로 건강보험 구조 혁신

- ▲지역 ▲중증·응급(최종치료) ▲분만·소아의료 분야 대폭 강화
- 검사→ 충분한 필수 진료(외래·입원·수술·마취 등)로 방향 전환 유도
- 종별 일률적인 상대가치 점수 체계에서 의원, 병원 등 의료 공급·이용체계 內 기능을 고려한 보상체제로 전환

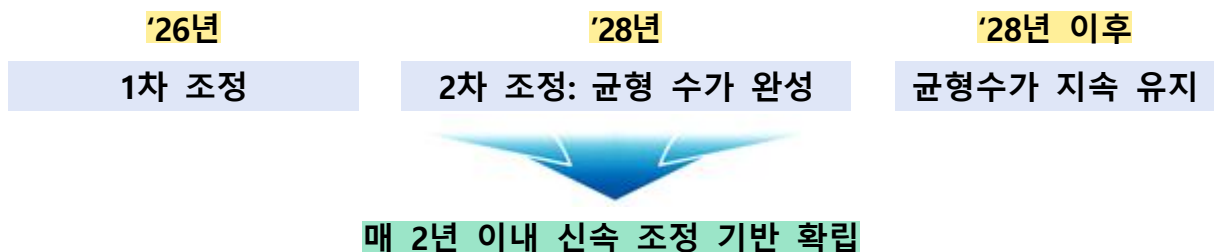
2. 전반적 지불제도 개혁 下 건강보험 상대가치 수가 합리화 추진

- 상대가치 상시조정과 함께 공공정책수가, 대안형 지불개편 병행



- * ① 행위별 수가: 균형적 수가 조정 + 필수의료 집중인상, ② 보완형 공공정책수가: 행위별 수가 가감산
- ③ 대안적 지불제도: 기관 단위 성과보상 등(건강보험법 개정, 공공정책급여)

3. 2년 주기 상시조정 통한 균형적 수가 조정 로드맵 제시하여 확정



2026년 건강보험 수가체계 개편방안

정책 목표

- 어디에 살든 꼭 필요한 의료서비스 제때 제공
- 검사 중심의 의료 공급을 개선하여 적정 진료 환경 조성
- 건강보험 지속가능성 제고 및 본인부담 최소화



지역, 필수의료 투자강화

- ① 지역 우대수가 적용 (연 4천억원)
 - 비수도권과 수도권 취약지, 건강보험 수가 우대 원칙 확립
- ② 필수 기본진료 강화 (연 1.5조원)
 - 20년 만 진찰료 상향, 기본보상 높이고 심층진찰 본격 확대
 - 진찰료 및 입원료 보상 강화
- ③ 중증·응급 최종치료 보상 대폭 확대 (연 9천억원)
 - 1,600여개 중증 수술·시술 보상 확대, 공휴·야간 응급 시 5.5배
 - 중증응급 수술, 시술, 마취 등 보상 강화
- ④ 걱정없는 모자·소아 의료환경 조성 (연 3천억원)
 - 고위험 산모 안심 분만을 위한 모자센터 중심 보상 강화
 - 소아의 진찰, 입원부터 중증 수술 등 보상 강화
- ⑤ 급성기-회복기 의료공급·이용체계 확립 (연 5천억원)
 - 급성기에서 회복기까지 공급체계 확충 보상 강화



검사 수가 조정

- ① 과보상 수가 조정 (비용대비수익 190% →150%→110%)
 - 연 2.6조원 절감, 지역·필수의료에 대한 건강보험 역할 강화 기반 마련
 - 과보상 영역으로의 인력 쏠림 등 필수의료 왜곡 완화
- ② 검사 수가 위·수탁 기관 구분, 적정 지급 (2단계 추진)
 - 가격 유인에 의한 불필요한 검사 감축
 - 저가 수탁 경쟁 구조 탈피하여 검사의 질 제고

3. 수가 구조혁신 : 지역·필수의료 강화

【 추진방향 및 개요 】

◆ 비수도권, 수도권 취약지 등 지역 우대수가 원칙 확립 연 4천억원

- 지역의 의료비용과 진료량 차이를 고려, 비수도권 및 수도권 내 지역의사 의무복무 지역에 수가 가산을 통한 차등 지원 단계적 확대
 - * 1단계 : *종합병원 이상 수술·처치 10% 가산 *야간·공휴일 응급에 수술·처치 10% 가산, *모자센터 분만 100% *산생아중환자실(입원처치) 보상 30~50% 가산 *중증소아 처치 50% 가산
- 인구감소지역(광역시 자치구 제외, 84개 시군구) 입원 및 진찰료 5% 가산
- 의료적 손실을 성과와 연동하여 보상하는 중증·권역 모자의료센터 사후보상 참여기관을 비수도권 중심으로 단계적 확대(9개소, '25.3.~)

◆ 검사 중심 의료공급에서 필수적 기본진료 중심으로 전환 연 1.5조원

- 20년 동결된 진찰료 상향하면서 만성질환관리, 심층진찰 확대 ⇨ 3분 진료 아닌 “10~15분 이상의 충분한 진료” 확대
- 적정 입원 기간 내에서 질 좋은 입원치료 제공 시 보상 강화
 - * 10년 간 고정된 입원료 기본점수 상향, 기준등급 조정 및 기준등급 초과 구간 가산 확대

◆ 응급 미수용 문제 해결을 위해 최종치료 파격 보상 연 9천억원

- 중증 수술 상대가치점수를 종합병원 이상 20% 상향하면서, 야간·휴일 및 응급상황에서 시행 시 가산(5.5배 상향)
- 중증수술 동반 마취와 고위험 특수마취도 대폭 보상 강화

◆ **모자의료센터 기능 고려, 고위험 분만-신생아 중환자 보상 확대** 연 1천억원

- 현행 분만 중심의 정책지원에서 나아가 “고위험 산모 산전관리-분만-신생아 중환자 입원·처치” 전 과정 지원

* 모자센터 기능에 맞춰 분만 주 수, 조산아 중증도, 지역 여부에 따라 분만 당 최대 396만원(현행 66만원에서 확대), 신생아중환자실 입원 당 최대 143.5만원 보상 신설 등

- 임신·분만 수술·처치 상향(20%), 제왕절개 고위험 분만 가산 신설(22~31%)

* 제왕절개의 특성을 고려한 고위험 기준 신설, 자연분만 수가 수준 고려해 가산 수준 결정

◆ **소아 특성에 맞춰 진찰, 입원, 수술·처치 등 전 과정 지원** 연 2천억원

- 진찰, 입원 가산 연령을 현행 만 6세 미만에서 만 8세 미만으로 확대, 보상 수준 상향, 소아중환자에 대한 처치 가산 신설

- 소아 대상의 중증 수술은 성인과 차이를 고려, 소아 가산 확대 적용
어린이 재활의료기관 확대 및 보상 강화(가산 연령 및 수준 상향)

- 소아 의료 보상 강화로 손실이 발생하지 않는 구조로 전환,
어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업은 성과 보상 강화

◆ **급성기-회복기 의료공급·이용체계 확립을 위한 보상 강화** 연 5천억원

- 종합병원 역량 강화 및 상급종합병원과 보상 격차 완화를 위해
포괄2차 종합병원 성과지원 수준 현행 2배로 확대

- 급성기 치료 후 환자 상태 안정적 관리를 위해 상급종합병원 등
급성기 재활 보상 신설(시범사업) 및 재활의료기관 성과 보상 도입

【 건강보험 재정 투입 과제 요약 】

주요 과제	투입 재정
1. 지역 우대 수가 원칙 확립	연 4,000억 원
■ 비수도권 및 수도권 취약지 가산 - 중합병원 이상 수술·처치 10%, 야간·공휴 수술·처치 10% ■ 모자센터 기능별 분만 +100%, NICU 입원료 +30%, 처치 +50%, 어린이재활 +10%, 소아진료 활성화지역 +30% ■ 인구감소지역 진찰, 입원 가산 ■ 중증권역 모자의료센터 성과보상(비수도권 중심 확대) ■ 지역 중소병원 환자 안전관리 지원	약 2,500억 원 2,200억 원 200억 원 약 500억 원 약 500억 원 약 500억 원
2. 필수적 기본진료 보상 강화	연 15,000억 원
【 진찰 】	약 9,000억 원
■ 초재진 진찰료 상향 (의원 초진 6%, 재진 4%, 병원급 2%) ■ 의원(내과, 가정의학과, 산부인과), 중합병원 심층진찰 도입 ■ 만성질환관리료 및 고혈압·당뇨 통합관리료 상향	4,900억 원 3,100억 원 800억 원
【 입원 】	약 6,000억 원
■ 일반병동, 중환자실, 집중치료실 등 보상 강화 ■ 통합형 집중치료실 시범사업('27년 추진) ■ 간호간병 통합병동 성과보상	4,500억 원 500억 원 900억 원
3. 중증·응급 최종치료 보상 강화	연 9,000억 원
【 수술 등 】	약 7,000억 원
■ 1,600여개 중증수술 수가 상향 및 중환자 처치 보상 강화 ■ 응급, 야간·공휴 가산 대폭 확대 ■ 저보상 임신분만 수술 수가 상향 ■ 중증응급의료 보상 강화(응급실 내 중증 응급의료행위)	4,500억 원 800~900억 원 800~900억 원 500억 원
【 마취 】	약 2,000억 원
■ 전신마취 보상 강화 ■ 야간공휴일 중증수술 동반 마취료 인상 ■ 고난도 특수마취 가산 확대	1,500억 원 100억 원 400억 원
4. 걱정없는 분만·소아의료체계 구축	연 3,300억 원
【 분만 】	약 1,100억 원
■ 모자센터 기능별 보상 강화 ■ 고위험분만 제왕절개 보상 강화 ■ 임신분만 수가 상향, 심야분만·마취 가산 확대 * 분만수가 인상 재정 수수에 포함	400억 원 600억 원 100억 원
【 소아 】	약 2,200억 원
■ 진찰, 입원 소아가산 연령 및 가산폭 확대 ■ 소아 중증수술 가산 및 소아중환자실 처치 보상 강화 ■ 소아 응급진료 보상 강화(소아전문응급의료센터, 달빛어린이병원) ■ 어린이 공공전문진료센터 성과보상	800억 원 200억 원 300억 원 900억 원
5. 급성기·회복기 의료공급·이용체계 확립	연 5,000억 원
■ 포괄2차 종합병원 성과지원 및 신포괄병원 정책가산 확대 ■ 회복기 재활공급체계 확립	약 2,150억 원 약 2,900억 원
- 급성기·회복기 재활 기능 확립 - 어린이 재활 보상 강화 - 전문재활치료료 보상 강화	1,300억 원 800억 원 800억 원

총 3조 6천억 원

* 건정심 의결 등 절차를 통해 세부 재정 변동 가능

1. 지역 우대 수가 원칙

- ◆ 비수도권 및 수도권 취약지는 차등가산 원칙 확립
- ◆ 연간 약 4,000억 원 우선 투입 및 단계적 확대

지금까지는



앞으로는

지역 무관, 동일 수가

수술·처치

야간·휴일·응급

고위험 분만

중증소아 처치

진찰 및 입원

비수도권 + 수도권 취약지
(경기 의정부권, 남양주권, 이천권, 포천권,
인천 서북권, 중부권)

+10% 가산 *종합병원 이상

+10% 가산 *종합병원 이상

모자센터 내 분만 100%,
신생아 중환자 입원 30%, 처치 50% 가산

50% 가산 *상급종합병원, 소아중환자실 있는 종합병원

인구감소 지역 (84개 시군구) * 종합병원, 병원, 의원

+5% 가산



<사례> 전북특별자치도 소재 상급종합병원 응급환자, 동맥류절제술 야간 시행시

현행

개선

일반 지역

지역 우대수가 적용

1,050만 원



1,580만 원



1,702만 원



① 비수도권 및 수도권 의료 취약지 가산 (2,500억원)

- (방향) 비수도권, 수도권 내 지역의사 의무복무 지역의 의료 역량 개선을 위해 같은 건강보험 수가 가산을 원칙으로 추진
- (최종치료 기능 가산) 지역의 응급 및 최종치료 역량을 강화하기 위해 수술·처치에 대한 10% 지역 가산을 도입, 응급 시행 시 추가 보상
 - * 종합병원이상에서 「제9장 수술 및 처치」에 해당하는 수술 및 시술 등에 지역 우대 가산 10% 적용, 야간·휴일에 응급으로 시행하는 경우 10% 추가 적용
- (소아중환자실 가산) 지역의 소아중환자실에 시행되는 처치에 대한 일반 가산(50%)을 신설하면서 지역은 가산 50% 추가 적용
- (모자센터 기능 가산) 모자의료센터 대상으로 고위험 분만, 신생아 중환자실 입원 및 처치에 대한 보상 확대하고, 지역은 추가 가산*
 - * 분만 당 안전정책수가 100%, 신생아중환자실 입원료 30%, 처치 50% 지역가산 (상세내용은 분만 관련 17페이지 참고)

② 진찰·입원 지역가산 신설 (500억원)

- 인구감소지역*(84개 시군구)에 종합병원 이하**에 진찰료 및 입원료 5% 가산 (진찰료 355억, 입원료 117억)
 - * (진찰료) 종병·병원·정신병원·의원·보건의료원 (입원료) 종병·병원·정신병원 대상
 - ** 인구감소지역(행안부 고시) 89개 시군구 중, 광역시 자치구 제외

③ 중증권역 모자의료센터 성과보상 (500억원)

- 모자의료 운영시 발생하는 손실 등에 대해 사후보상하는 시범사업을 성과보상으로 확대·개편하면서 비수도권 중심으로 참여기관 확대
 - * (현행) 9개소 ➡ (개선) 비수도권 중심 5개소 추가 확대

④ 지역 중소병원 환자안전 관리 지원 (최대 500억원)

- 감염예방관리 질 향상 및 환자 안전 강화 위해 인력 기준 등에 대한 지역 중소병원 맞춤형 감염예방관리료 기준 신설

2. 필수적 기본진료 보상 강화

◆ 20년 만 진찰료 상대가치점수 상향, 10~15분 심층진찰·상담 본격화

◆ 10년간 고정된 입원료 기본점수 상향, 질 좋은 치료 보상 강화

지금까지는



앞으로는

낮은 수가, 충분한 진찰 곤란

기본 진찰료

심층 진찰 및 상담

상급종합병원

소아 일차의료

기본보상 높이고, 충분한 진찰에 상응하는 보상

20년 만 의원 초진 6% 재진 4% / 병원 초·재진 2% 상향

심층진찰·상담 확대 및 본격화

상급종합병원 + 종합병원

소아 일차의료 +

내과, 가정의학과, 산부인과 일차의료 등

1 환자 기본 진료 및 일차의료 강화 위한 외래진찰료 개편

① 충분한 환자 진찰을 위한 초·재진 진찰료 인상 ※ 4,900억원 소요

○ 의원 초·재진 차등 인상(6%/4%), 병원 초·재진 2% 동률 인상

【 의원 】

인상률	진찰료 점수(점)	초진 금액(원)		인상률	진찰료 점수(점)	재진 금액(원)	
		진찰료	본인부담			진찰료	본인부담
현행	197.12	18,840	5,600	현행	139.85	13,370	4,000
6%	208.95 (+11.83)	19,980 (+1,140)	5,900 (+300)	4%	145.44 (+5.59)	13,900 (+530)	4,100 (+100)

【 병원급 이상 】

초진	인상률	진찰료 점수(점)	초진 금액(원)		인상률	진찰료 점수(점)	재진 금액(원)	
			진찰료	본인부담			진찰료	본인부담
병원*	현행	208.86	17,500	7,000	현행	151.37	12,680	5,000
	2% (+4.18)	213.04 (+4.18)	17,850 (+350)	7,100 (+100)	2% (+3.03)	154.40 (+3.03)	12,940 (+260)	5,100 (+100)
종합병원	현행	232.33	19,470	9,700	현행	174.84	14,650	7,300
	2% (+4.65)	236.98 (+4.65)	19,860 (+390)	9,900 (+200)	2% (+3.50)	178.34 (+3.50)	14,940 (+290)	7,400 (+100)
상급 종합병원	현행	255.79	21,440	21,400	현행	198.31	16,620	16,600
	2% (+5.12)	260.91 (+5.12)	21,860 (+420)	21,800 (+400)	2% (+3.97)	202.28 (+3.97)	16,950 (+330)	16,900 (+300)

② 외래 심층진찰 기반 확립

※ 3,100억원 소요

① 의원 일차의료 심층진찰 시범사업 도입(내과·가정의학과·산부인과)<신설>

- 10분 이상 진료 시 초진 진찰료 2배 산정(39,950원)

* (내과·가정의학과) 만성질환관리료 산정 대상 13개 상병군 중, 2개 이상 질환보유자, 연 6회 (산부인과) 산과 및 부인과 환자, 연 4회

② 중병 종합병원 심층진찰 시범사업 도입 <신설>

- 전문의 15분 진료에 따른 시범수가 보상 등 시범사업 도입*

* 현행 상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업과 유사 형태로 도입 예정

③ 현행 심층진찰 시범사업은 본 수가 전환(상급종합, 소아청소년과)

【 심층진찰 및 심층상담 본 사업 전환 계획(안) 】

- 상급종합병원 심층진찰 : 15분 이상 심층진찰 시 85,720원 적용
(현행) 연 4회 → (개선) 연 6회 확대
- 아동 일차의료 심층상담 : 0~2세 아동 대상, 소아청소년과 전문의 15분 심층상담,
의원 51,430원, 병원 51,860원) 적용

* 불필요한 서식 제출, 별도 세션 구분 등 심층진찰 및 상담 운영에 어려움이 있는 규제 개선 병행

③ 동네 의원의 만성질환 지속 관리 강화

※ 800억원 소요

① 만성질환관리료 적용 질환 확대 및 보상 강화

* 만성질환 교육상담체계 갖춘 의원급 대상, 고혈압 등 11개 상병, 회당 2,320원(최대 12회)

- 11개 상병군에서 2개 상병군(류마티스·만성호흡기 질환) 추가, 수가수준 20% 인상, 복합질환자는 추가 가산 적용*

* 2개 질환 보유자는 30%, 3개 이상 질환 보유자는 50% 추가 가산

② 만성질환통합관리료 수가 인상

* 고혈압·당뇨 환자 대상, 연 단위 평가계획 수립, 교육상담 제공 시 수가 산정

- 대면 교육·상담료(30%) 및 비대면 고위험군* 환자관리료(15%) 수가 인상, 주요 만성질환 보유자에 대한 지속 관리 강화

* 뇌졸중 등 임상적 심뇌혈관질환 보유자, 당뇨병 합병증 보유자 해당

2

입원진료 질 제고를 위한 입원료 개편

- 기준등급 개선과 연계, 10년 이상 고정된 입원료 기본수가 상향
- 분만, 소아, 집중치료실 등 중증 및 응급 최종치료 집중 보상

1 일반병동·중환자실 : 기본입원료 인상 + 상위등급 추가 보상 ※ 3400억원 소요

① 비용대비 수익 저보상 수준 고려, 기본입원료* 상향

* 기본점수(입원료 간호등급과 관계없이 동등하게 배정되는 기초점수) 및 기준등급 점수(입원료 간호등급 상·가·감산 기준이 되는 점수)

○ 기본점수 및 기준등급점수* 일반병동 7% 인상, 중환자실 10% 인상

* '14.9월부터 동결, 인상 시 소·간호 등급 입원료 인상 효과

② 입원진료의 질이 높아지도록 입원료 기준등급 개편

* 입원료 간호차등제 적용 시, 가·감산 기준이 되는 등급(기준등급 상회 시 가산)

○ (기준등급 상향) 일반병동 병원 4→2등급, 중환자실 종합병원 3→2등급*
조정하여 간호인력 배치 상향 유인 강화

* 기준등급 상향 시 입원료 감산구간 확대 → 간호배치 상위구간 유인 효과

○ (가산율 확대) 일반병동 상급종합병원 15→18%, 중병 12→18%, 병원 10→14%, 중환자실 20→25%* 가산 확대하여, 간호인력 많을수록 보상 강화

* 기준등급 상회할수록 입원료 인상폭 확대 → 간호배치 상위구간 유인 효과

※ 단, 일반병동은 장기입원 관리 측면 고려 입원료 체감제 구간 확대(16~30일 90→85% 31일 이상 85→80%)

< 간호등급제 현황(일반입원실 기준) >

상급종합(4등급제: S~3등급)				종합병원(7등급제: S~5등급)				병원급(7등급제: A~6등급)			
등급	간호사당 환자 수	가·감산율	기관수	등급	간호사당 환자 수	가·감산율	기관수	등급	간호사당 환자 수	가·감산율	기관수
S	1.5 미만	1등급의 15%	41(87.2)	S	1.5 미만	A등급의 12%	38(11.4)	A	2.0 미만	1등급의 10%	436(18.8)
1	2.0 미만	기준 등급	6(12.8)	A	2.0 미만	1등급의 12%	85(25.6)	1	2.5 미만	2등급의 10%	244(10.5)
2	2.5 미만	1등급의 -10%		1	2.5 미만	기준 등급	100(30.1)	2	3.0 미만	3등급의 10%	249(10.8)
3	2.5 이상	2등급의 -10%		2	3.0 미만	1등급의 -10%	44(13.3)	3	3.5 미만	4등급의 10%	171(7.4)
	미신고	3등급의 -50%		3	4.0 미만	2등급의 -10%	23(6.9)	4	4.0 미만	기준 등급	105(4.5)
				..	(이하생략)			..	(이하생략)		
				미신고		4등급의 -50%		미신고		5등급의 -50%	

② 집중치료실 및 특수병상 입원보상 강화

※ 1,600억원 소요

① 뇌졸중 및 고위험임산부 집중치료실 최상위 구간 신설

- 현재 집중치료실 운영기관 대다수는 간호배치 최상위 등급에 도달*, 간호인력 투입에 대한 보상 강화를 위해 입원료 최상위 구간 신설**

* 뇌졸중 치료실 95%, 고위험임산부 치료실 92% 최상위 등급 해당

** (뇌졸중) 1:0.63(신설)/0.83/1.04/1.25 (고위험임산부) 1:0.83(신설)/1.04/1.25/1.5

② 통합형 집중치료실 시범사업 추진

- 의료현장에서 다양한 질환에 대해 집중치료실 운영 중이나 맞춤형 보상이 없는 점 감안하여, 통합형 집중치료실 시범사업 추진

* 현재는 뇌졸중, 고위험임산부, 급성기 정신질환 질환 대상의 집중치료실 수가만 존재

③ 특수병실 및 신생아실

- (특수병실) 일반병실·중환자실 등 인상 시 상대적 격차 유지하는 수준으로 특수치료(감염 격리/ 조혈모세포 이식/ 항암) 보상 강화

< 특수치료 병실 유형별 인상안 >

병실 유형	대상 환자	인상 수준
격리실, 중환자실	감염병(전파 우려)	15%(격리실)/ 40%(중환자 관리료)
무균치료실	면역저하자(백혈병 등)	10%
납차폐치료실	항암(갑상선암 등)	50%
낮병동	재활(뇌질환/정신과), 항암	7%

- (신생아실) 분만 후 신생아 입원진료에 대한 보상 강화를 위해 신생아실 전반 (질병 有/無/모자동실)에 걸쳐 포괄적 인상 추진*

* 상종 기준, 질병 無 24%, 질병 有 63%, 모자동실 63% 인상

③ 간호간병 통합병동 : 성과 보상 지원

※ 900억원 소요

- 간호간병 확대 계획*과 별개로, 병실 유형별 입원료 인상 감안하여 간호간병 통합병동은 성과지원금 보상(해당 병동 진료비 5%)

* 비수도권 병동 참여 전면 허용(상종), 중증환자 전담병실 요건 완화(상종·포괄2차)

3. 중증·응급 최종치료 보상 강화

◆ 중증·응급 최종치료 역량 강화 집중 지원

◆ 종합병원 이상 의료기관의 응급 대응 기능 강화에 자원 집중 투입

지금까지는



앞으로는

응급실 ⇨ 수술 등 이어지는
최종 치료 보상 낮다는 비판

중증
수술·시술

1,600여개 20% 상향

*종합병원 이상

응급·야간·휴일 350%→ 450% 가산

*권역(외상),전문,응급센터 이상

마취

전신마취, 중증수술 동반마취,
고난도 특수마취 가산 등
현행대비 50% 인상

*전신마취, 중증수술 동반마취는
종합병원 이상 적용

1 중증·응급 대응 위한 수술 등 집중 보상

※ 6,700억원 소요

1 중증 수술·시술, 처치 보상 강화 (4,500억원)

- (수술·시술) 종합병원 이상 대상 숙련된 인력 투입이 많으며, 위험도가 높은 중증수술 및 시술* 1,600여개 상대가치점수 20% 인상

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

- (중환자 처치 보상) 중환자실 시행 행위 중 일반 병상치료 중심의 기존 처치 수가로 적정 보상 어려운 중증 처치에 대한 수가 신설*

【신설수가 예시】

- ① 인공호흡기를 치료 중인 급성 호흡곤란 증후군(ARDS) 환자 중, 호흡부전 지속되어 표준화된 프로토콜에 따라 시행하는 '복와위 환기치료' 수가 신설
- ② 복부나 흉부수술 후 개방성 창상에 대한 중환자실 처치에 대한 수가 신설 등

② 응급 시 가산 확대 (약 900억원)

- 같은 중증 수술이어도 야간·휴일 응급 중증 수술에 더 많이 보상하여, 응급 최종치료 역량을 강화하고 야간휴일 공백 완화
 - 야간이나 공휴일에 응급으로 시행하는 1,600여 개 중증수술·시술 대상으로 가산 50% 인상 (종합병원 이상)
- * 야간·공휴일 응급으로 중증 수술·시술, 現 야간·공휴일 가산 100% → 改 150%

③ 저보상 임신·분만 관련 수술 수가 인상 (약 900억원)

- 모든 종별 의료기관 대상으로 비용대비수익이 낮은 임신·분만, 자궁적출 등 생식기 관련 수술(200여개)에 상대가치점수 20% 인상*
- * 세분류 임신·분만(비용대비수익 59%), 자궁경부암 진단 관련 시술 수가 신설, 질강처치 및 질병 동반 포경술 등 저보상 생식기 관련 수술·처치 등 수가 개선(20~30% 인상)

④ 행위재분류에 따른 수술수가 보상 수준 합리화

- 동일 수술이어도 중증도 등에 따라 난이도 차이를 고려하고, 빈도가 낮은 행위 및 기술 발전을 제대로 반영한 보상 수준 차등
- * 건강보험정책심의위원회 內 「의료행위 재평가 및 재분류 추진단」에서 재분류된 항목 중 수가 조정 재원 확보 (상급종합병원 구조전환 절감분)

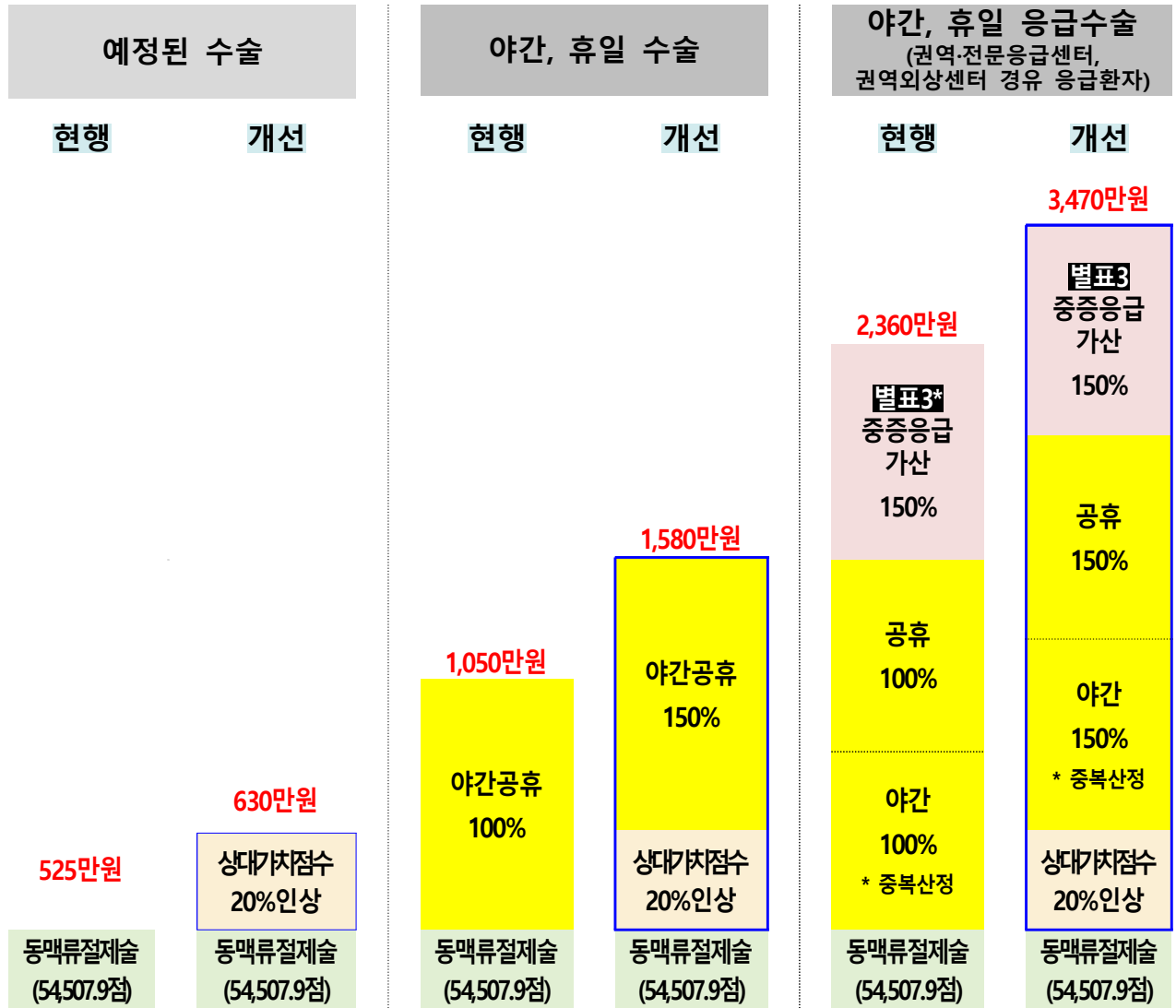
⑤ 응급실 내 의료행위 보상 강화 (500억원)

- 권역 및 지역응급의료센터 등에서 중증응급 의심환자 수용 후 응급실 내에서 이루어지는 응급처치* 가산 확대 (50 → 100%)
- * 중증응급(의심)환자 대상으로 응급실에서 시행되는 시술·처치 등 응급의료행위
- ** 응급천자, 이물제거, 화상처치, 천두술, 혈액투석 등(제19장 응급의료수가, [별표2] 가산 응급의료행위)

【 참고 : 중증수술 수가 개선 예시 】

■ 같은 중증수술이어도 응급 중증수술에 큰 폭의 지원

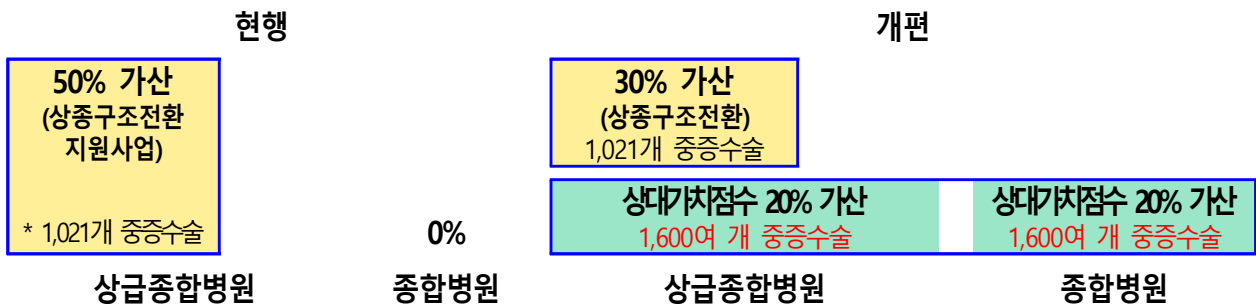
→ 시급성 높을수록, 야간공휴일 시행할수록, 응급 최종진료 역량을 강화할수록



※ 동맥류절제술(자-203-다)-공부대동맥 수술, 상종기준(상급종합병원 구조전환 지원금, 흉부외과 전문의가산 70% 미포함)

* 중증응급환자 수술시술 가산(제19장 응급의료수가, 응급의료행위 [별표3] 가산 행위)

■ 중증수술 상대가치점수 인상 (종합병원 이상) ⇨ 상종 + 중증수술하는 중병도 지원



* 상종구조전환 가산 50%→ 30%로 전환하면서 생기는 재정(1,600억원)은 재분류 수가 인상 재원으로 이동

2 중증·고난도·고위험 마취 수가 인상

※ 2,000억원 소요

① 전신마취료 인상 (1,500억원)

- 중증 수술에 동반되는 전신마취 난이도에 따라 상대가치점수 10~50% 인상* (종합병원 이상)

* 기관 내 삽관 50%, 마스크 30%, 감시하전신마취 10% 상대가치점수 인상

② 야간공휴일 중증수술과 동반되는 마취료 인상 (100억원)

- 중증수술 등 응급 최종치료 역량에 필수적인 마취 인프라 강화 위해 야간공휴일 응급 시행 마취 가산 50% 인상 (종합병원 이상)

* 現 야간공휴일 마취 가산 100% → 改 1,600여개 중증수술 인상항목 150%

③ 고난도 특수마취 가산 확대 (400억원)

- 고난도 마취에 적용하는 특수마취 가산 50% 인상* 및 특수마취 가산 대상을 분만 등으로 확대**

* 이식수술, 개흉적심장수술, 개두술(대상 확대) 등 고난도 마취 적용(50%→100%)

** 분만 마취를 고난도 마취 적용 대상으로 가산 적용(50% 가산 신설)

4. 걱정없는 모자·소아 의료체계 구축

- ◆ 임신·분만에 대한 기본 보상 상향, 모자의료센터 기능 보상 대폭 강화
- ◆ 성인과 다른 소아의 특성을 고려, 별도 보상체계 확립

1 모자의료체계 강화

※ 약 1,100억원 소요

지금까지는



앞으로는

모자센터 지정됐지만,
고위험 산모와 조산아
적극 치료 유인 부족

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

중증
모자센터

28주 미만 조산아 분만, +440만 원 가산
* 비수도권 분만은 +506만 원 가산

신생아 중환자실 입원료 최대 22배 적용
* 비수도권은 최대 25배 적용

권역
모자센터

28~32주 조산아 분만, +341만 원 가산
* 비수도권 분만은 +407만 원 가산

신생아 중환자실 입원료 최대 1.7배 적용
* 비수도권은 최대 2배 적용



<사례> 24주 미만 조산아 분만, 신생아 중환자실 4주 입원 시

* 제왕절개 수가 300만 원 가정, 분만 및 신생아중환자실 입원료만 고려

현행

개선

3,160만 원



경기 소재
중증모자센터

6,640만 원



비수도권 소재
중증 모자센터

7,520만 원



* 28주 미만 고위험 분만, 신생아중환자실 입원 치료에 드는 실제 진료비 예시

【 산모-분만-신생아 치료 전 과정 지원 】



① 모자의료전달체계 기능 보상 강화 (400억원)

- (방향) 위험도가 높은 고위험산모 및 신생아 중환자를 모자센터에서 최대한 수용하도록 일반 분만과 차별하여 보상 대폭 강화
 - (고위험 분만수가) 중증-권역_(분만기능강화) 등 센터별 기능에 따라 분만·마취 안전정책수가(現 66만원) 수준을 최대 330만원(5배)까지 상향
 - 비수도권 및 수도권 취약지(지역의사 의무복무지역)는 100% 추가 가산
- ※ 모자의료센터 기능 개편 등과 연계하여 보상방안 확정할 계획

【 분만 안전정책수가고위험마취료 차등 가산(안) 】

분만 정책가산	모자의료센터		
	중증모자센터	권역모자센터	(분만강화)지역모자센터
28주 미만 조산아 또는 1,000g미만 저출생아	500% (330만원) 지역우대수가 +100%	350% (231만원) 지역우대수가 +100%	200% (132만원) 지역우대수가 +100%
28주~32주미만 또는 1,000~1,500g미만	350% 지역우대수가 +100%	350% 지역우대수가 +100%	200% 지역우대수가 +100%
32주~34주 미만 조산아	200% 지역우대수가 +100%	200% 지역우대수가 +100%	200% 지역우대수가 +100%

* 센터 기능별 적정 진료 시, 現 안전정책가산 100% → 改 200%~500% 차등가산 추가 적용

** 정책가산 기준액 : 66만원(안전정책수가 55만 + 고위험마취 11만)

- (신생아중환자실 입원 가산)중증-권역_(분만기능강화) 등 센터별 기능에 따라 신생아중환자실 가산 신설하여 최대 일 115만원까지 지원
 - * 주수가 짧은 조산아를 우선 수용토록 가산에 해당하는 주수에 해당하는 기간까지 지원
- 비수도권 및 수도권 취약지(지역의사 의무복무지역)는 30% 추가 가산

【 신생아중환자실 입원료 차등 가산 신설 강화(안) 】

입원료 정책가산	모자의료센터		
	중증	권역	(분만강화)지역
28주 미만 조산아	120% (115만원) 지역우대수가 +30%	70% (67만원) 지역우대수가 +30%	-
28주~32주 미만 조산아	70% 지역우대수가 +30%	← 70% 지역우대수가 +30%	← 20% (19만원) 지역우대수가 +30%
32주~34주 미만 조산아	-	-	-

* 센터 기능별 차등가산 적용 주수까지 20%~120% 가산 적용

** **가산 기준액** : 95.7만 원/일당(상중 NICU S등급 입원료 기준, 상대가치 조정 등 포함 시)

- (NICU 처치 가산) 신생아중환자실 처치 등에 대해 50% 가산 신설
- 비수도권 및 수도권 취약지(지역의사 의무복무지역)는 50% 추가 가산

- (고위험임산부 보상) 현행 고위험임산부 집중관리료 수가를 확대*하고, 모자센터에 적용하는 통합진료정책수가 가산 기간 확대(7→10일)

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

② **저보상 임신·분만 관련 수술 수가 인상** (수술보상 과제 既 포함)

- 임신분만 및 생식기 관련 수술 및 시술 상대가치점수 20% 인상 등

③ **심야 분만 가산 확대** (100억원)

- 모든 분만 의료기관 대상으로 심야 분만(22시-익일 06시) 가산 50% 인상 및 심야 분만과 동반된 마취 가산 신설*

* 심야분만 가산 100% → 150% / 동반 마취가산 : 의원 50→150%, 병원급 100→150%

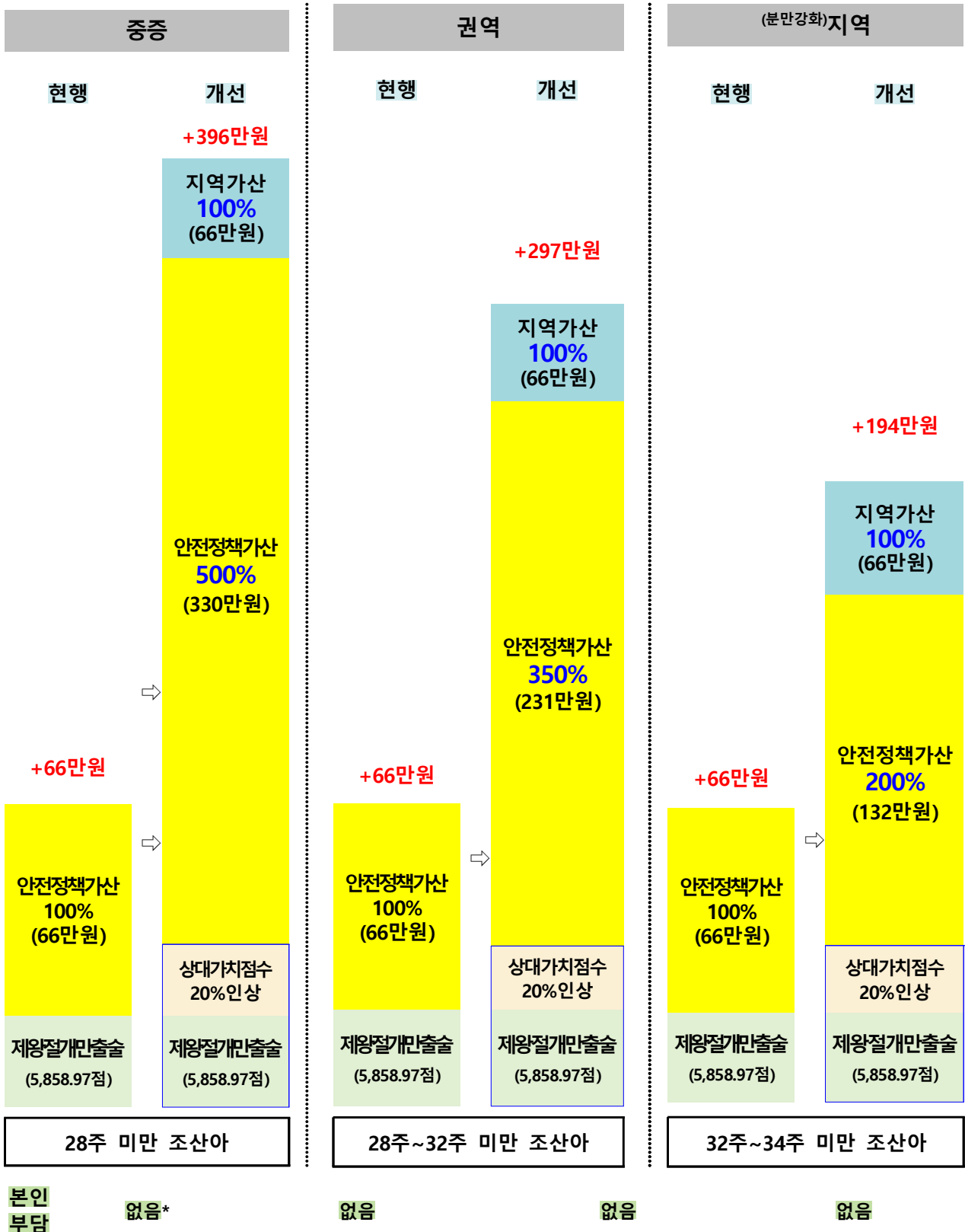
④ **고위험분만 제왕절개 보상 강화** (600~700억원)

- 전치태반, 35세 이상 산모 등 고위험 제왕절개에 해당하는 경우 '고위험분만 수가 가산' (100~200%) 적용

【 참고 : 분만 안전정책수가(고위험마취정책수가포함) 개선(안) 예시 】

■ 모자의료센터 기능에 따른 고위험 분만 진료 시 보상 대폭 강화

※ (예) 고위험 산모가 주간에 비수도권 모자의료센터에서 34주 미만 조산아를 분만한 경우



* 분만 법정 본인부담 면제

2 소아 의료체계 강화

※ 약 2,200억원 소요

지금까지는



앞으로는

진찰

6세 미만 / 가산 5~12%

8세 미만 / 가산 5~25%

입원

8세 미만 / 가산 30~50%

8세 미만 / 가산 40~60%

중증소아
수술·시술

600여 개, 최대 1000% 가산
(가산적용 중증수술 확대 요구)

600여 개 가산에 더하여
+ 1,600개 중증수술 50% 가산
(다빈도 포함)

처치

소아 중환자실 처치 가산 없음

가산 신설 50%
지역우대수가 50%

응급

달빛어린이병원
기능, 지역 무관 동일수가

중등증 달빛어린이병원 및
소아 인구 감소 시군구 가산



<사례> 1세미만 소아, 비수도권 상급종합병원에서 장 유착으로 장관유착박리술 시행 시

현행

개선

140만원



비수도권 소재 의료기관

220만원



① 진찰·입원 소아가산 확대 (800억원)

- (진찰) 기존의 가산 적용 연령(~6세 미만)은 현행 대비 2배 인상, 6~8세 미만은 5% 소아가산 신설(전 종별 적용)
 - * 병원 초진 기준, 1세 미만 12.7%→ **25%**, 1~6세 미만 5.2%→ **10%** 적용, 6~8세 미만 **5%** 신설
- (입원) 현행 대비 10%p 수준 인상(상종·중병·병원 적용, 의원급 제외)
 - * 1세 미만 50% → **60%**, 1~8세 미만 30% → **40%**

② 소아 중증수술, 처치 등 보상 강화 (200억원)

① 소아 중증 수술·시술 보상 강화

- 종합병원 이상에서 1,600여개 중증수술을 6세 미만 소아 환자에게 시행 시 50% 가산 추가 적용

② 소아 중환자실 처치 가산 신설 * 소아중환자실 운영 의료기관 및 상급종합병원

- 중환자실에서 8세 미만 소아환자 대상으로 시행되는 처치 행위에 대해 50% 가산하고 지역에는 50% 추가 적용

③ 소아전문 응급진료 보상 강화 (300억원)

- (중증응급) 소아전문응급의료센터 응급의료관리료 50% 인상
- (중등증 입원) 중등증 소아환자 입원치료 기능을 하는 병원급 달빛어린이병원의 소아전문관리료 신설(약 5만원)
- (취약지 보상) 소아 인구수가 적은 지역(2만명 이하, 121개소 검토)에는 30% 가산수가 신설

④ 어린이 공공전문진료센터 성과 보상 (900억원)

- 중증소아 진료에 대한 손실을 사후보상하는 시범사업을 성과보상으로 확대·개편, 기관 확대 추진
 - * 어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업 성과지원 도입 등 역량 강화('24.~, 현재 13개소)

【 참고 : 1세 소아에 대한 중증수술 수가 개선 예시 】

■ 중증 수술을 소아 환자에게, 지역에서 시행하면 큰 지원

	현행 140만원	개선 220만원
지역 보상		비수도권, 수도권 취약지 10%
가산 신설		중증수술 소아 가산 50%(1세 미만)
연령 가산	소아 연령가산 100%(1세 미만)	소아 연령가산 100%(1세 미만)
	장관유착박리술* (7,425.47점)	상대가치점수 20% 인상 장관유착박리술 (7,425.47점)
본인 부담	없음	없음

* 중증 수술 중 소아 고난도 가산(제9장 처치 및 수술 [별표12] 행위)이 적용되지 않는 경우 추가 가산 적용
 ** 상급종합병원 기준, 외과 가산 20% 미적용

■ 소아 환자에서 주로 시행하는 고난도 수술, 수술 수가 인상으로 보상이 강화되고, 지역에서 시행하면 큰 지원

	현행 1,900만원	개선 2,330만원
지역 보상		비수도권, 수도권 취약지 10%
고난도 연령 가산	「별표12」 소아 연령가산 400%(1세 미만)	「별표12」 소아 연령가산 400%(1세 미만)
	활로씨 4증후군 근본 수술 (39,422.30점)	상대가치점수 20% 인상 활로씨 4증후군 근본 수술 (39,422.30점)
본인 부담	없음	없음

5. 급성기 및 회복기 의료공급·이용체계 확립

1 급성기 전달체계 확립

※ 약 2,150억원 소요

- ◆ 상급종합병원 구조전환-포괄2차병원 지원사업 연계한 기능 강화
- ◆ 역량있는 종합병원 육성을 위한 성과 보상 강화

① 상급종합병원 구조전환-포괄2차병원 지원사업 내실화

- ▲ 상급종합병원은 중증·응급·희귀질환에 집중, ▲ 2차 병원은 중등도 이하 환자에 대한 지역완결적 의료서비스 및 24시간 진료 등 제공
 - 비중증 환자들이 종합병원을 안심하고 이용하도록 포괄2차 등 지역 병원 역량 강화 및 상급종합병원 패스트트랙 등 진료협력체계 강화
 - 각 시범사업 종료 후 본사업 전환 방향 下 본수가 전환

② 포괄 2차병원 성과 지원 강화 (現 연 7천억→ 9천억 : 2천억원 증)

- 24시간 응급진료 등 종합병원의 필수의료 기능 강화를 통한 지역의료 문제 해결 역량 등을 평가하는 위한 성과 보상 추가 강화
 - * 증액된 2천억원은 성과지원금으로 활용 (성과지원금 상향 현 2천억→ 4천억원)
 - ** 24시간 응급의료 제공 역량, 지역 내 포괄적, 중등증 진료역량 강화 등

③ 신포괄병원 정책 가산 확대 (약 150억원)

- 지역·필수·공공의료 강화를 위해, 신포괄수가 정책가산 지표를 개선하여, 공공병원에 대한 정책가산 지원 규모 확대*
 - * 공공성 영역 지표 개선 등

2 회복기 재활 공급체계 확립

※ 약 2,900억원 소요

- ◆ 환자 상황별 공백이 없도록 급성기-회복기 등 **재활의료전달체계 구축**
- ◆ 비용대비 수익, 재활 필요도 등 종합고려하여 **전문재활치료 보상 강화**

지금까지는

회복기 의료공급·이용체계
구체적 내용 미흡



앞으로는

급성기 치료 후 회복기, 재택에 이어지는
회복기 의료공급·이용체계 확립



■ 뇌졸중 수술 환자
중환자실 치료 중
심장 기능 저하로
복수 발생

지금은,
상태 안정 前 퇴원,
재입원 발생



앞으로는
중환자실 조기재활 도입,
급성기 병원 내 재활기능 확립
(급성기 ⇨ 회복기 연계 강화)

1 재활의료 전달체계 구축 (급성기-회복기) (1,300억원)

- (급성기 재활) 질환 발병, 수술·외상 후 조기 급성기 재활을 통해 장애를 막고 회복기 재활 및 조기 사회 복귀 지원

① 중환자 재활 도입 : 중환자실 조기 맞춤형 재활 시 묶음방식 수가 적용

* 예시: 중환자실 재활치료 묶음수가(재활치료료Ⅲ 수준) 1일 8단위, 14일 적용

② 급성기 재활 활성화 : 재활이 필요한 중증 환자는 일정 기간 급성기병원에서 상태 안정 후 회복기병원 연계되도록 적용방안 마련

- (회복기 재활) 기능 회복 시기 집중재활, 방문 재활·통합 돌봄 등 지역사회 연계 등 회복기 재활 내실화를 위한 성과 보상*

* 「재활의료기관 수가 시범사업」을 통한 집중재활, 연계에 대한 시범수가 지원 중으로, 중증도를 반영한 회복기 환자 비율, 재택복귀율 등 평가를 통한 기관별 차등 보상

- 재활병원이 부족한 취약지는 공공병원 등에서 제공할 수 있는 모형 마련 (예: 환자구성비 비중 완화, 별도 재활센터 운영 등 검토)

② 소아재활 의료기관 확대 및 보상 강화 (800억원)

- (방향) 소아 재활의 중요성을 고려하여, 재활치료가 필요한 아이들이 가까운 곳에서, 집중 재활치료를 받을 수 있도록 접근성 확대
- (기관 확대) 어린이 재활의료기관 중심으로 소아 집중 재활치료가 가능한 기관 확충*

* 어린이재활의료기관, 공공어린이재활병원·센터(現 47개소 → 66개소 목표)

- (보상 강화) 기간 제한없이 집중재활 가능한 연령 및 가산 인상, 비수도권 및 수도권 취약지역 10% 추가 가산

* (연령확대(안)) 現 6세 미만 → 改 **9세 미만**

* (가산인상(안)) 現 6세 미만 재활치료료Ⅲ 30% 가산→ 改 3세미만 **40~지역50% 가산**

③ 전문재활치료 수가 상향 (800억원)

- (방향) 비용대비 수익이 전반적으로 낮은 재활 분야(이학요법료) 중 전문인력에 의한 재활 필요도가 높은 재활 중심으로 수가 조정

* 환자-치료사 1:1 등 전문재활치료, 근력·기능회복 등 충분한 수준으로 운동치료 보상

** 의원, 병원, 종합병원 및 상급종합병원 대상

- (개선내용) 전문재활치료료 수가를 10% 인상하고, 운동치료 등 재활치료의 적절한 시행을 위해 수가 개선

* 전문 재활(전문재활치료료) 14항목에 대한 상대가치점수 10% 인상

** (안) 관절 수술, 신경근육질환 입원환자 대상 운동치료 및 암 수술·항암치료 등에 따른 림프부종 치료를 위한 복합림프물리치료 수가 개선(1→2회 횟수 확대)

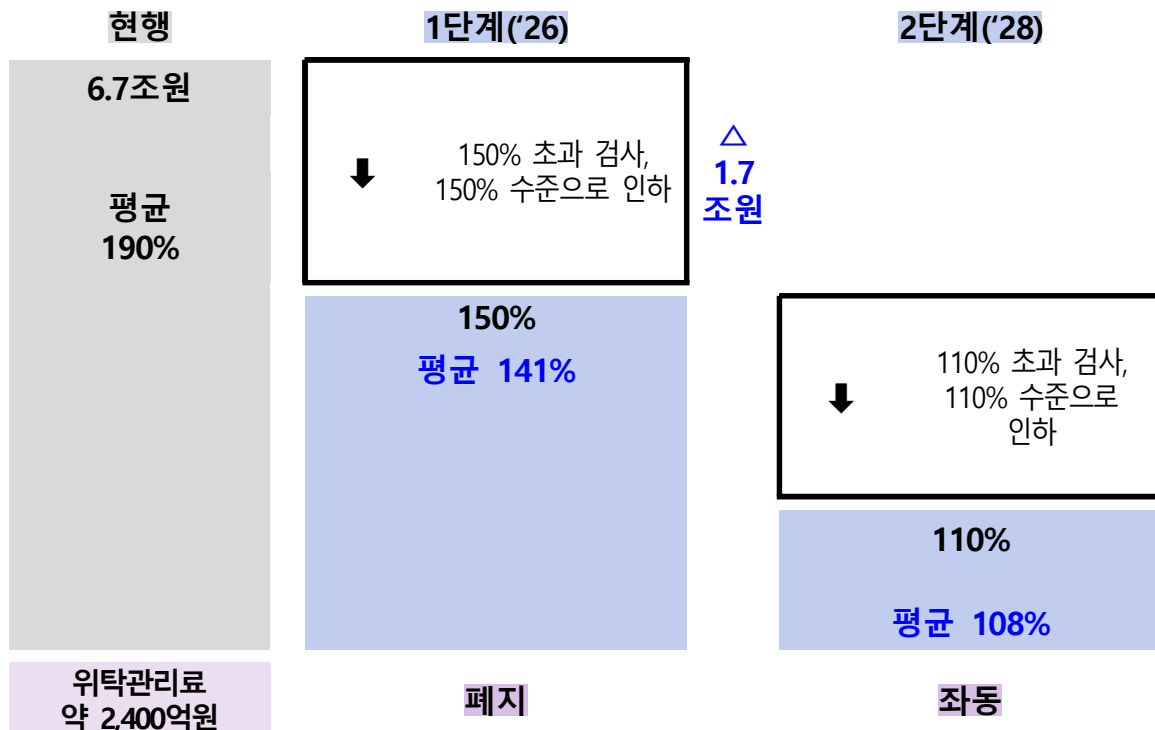
4. 수가 구조혁신 : 과보상 검사 조정(검체, CT·MRI)

- ◆ 과잉 ⇨ 적정 검사 중심의 의료 공급·이용체계로 전환
- ◆ 검사 질 제고를 위한 제도개선 병행 추진

1 과보상 수준 조정 로드맵 확립

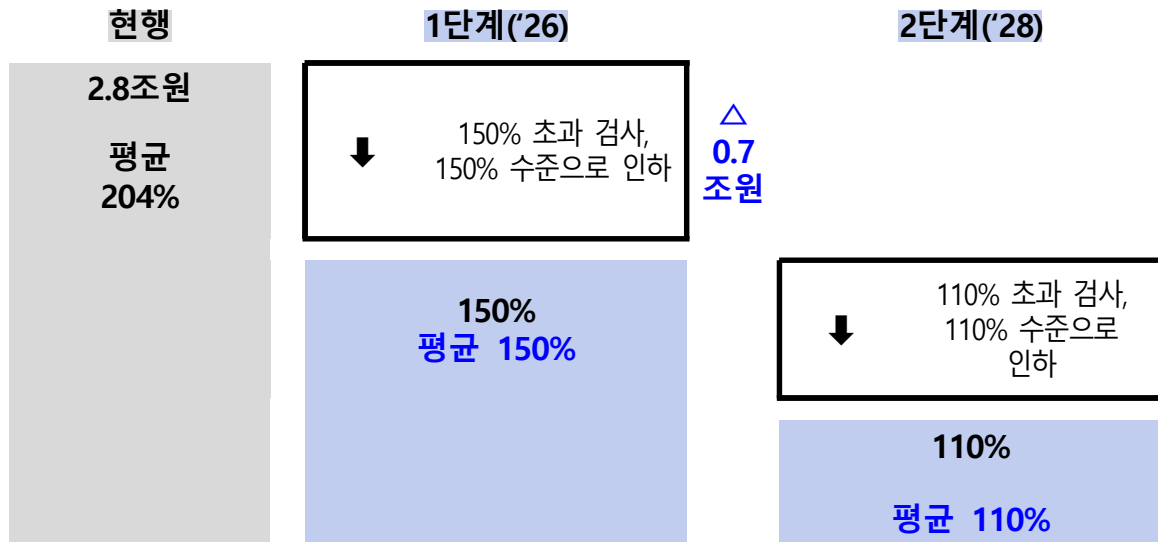
- 과보상 검사(검체검사, CT·MRI) 비용대비 수익이 평균 100%대에 도달하도록 단계적 조정 로드맵 확정

① 검체검사



	전체	상급종합병원	종합병원	병원	의원
검체검사 진료비	6.7조	1.7조	2.0조	0.8조	2.1조
1단계(→150%)	△1.7조(25%)	△0.4조(25%)	△0.5조(26%)	△0.2조(26%)	△0.5조(24%)
2단계(→110%)	1단계 시행 이후 비용 분석 거쳐 재조정				
위탁관리료 폐지	약 △2,440억원	△90억원	△250억원	△370억원	△1,730억원

② CT·MRI



	전체	상급종합병원	종합병원	병원	의원
CT·MRI 진료비	2.8조	1.1조	1.1조	0.3조	0.2조
1단계(→150%)	△0.7조(27%)	△0.3조(27%)	△0.3조(27%)	△0.1조(26%)	△0.1조(26%)
2단계(→110%)	1단계 시행 이후 비용 분석 거쳐 재조정				

※ 검사료 조정과 함께 촬영료, 판독료 분리 단계적 추진(1단계 '26.下 MRI 모든 항목 → 2단계 '27.下 CT), 전문의 판독 가산은 현행 수준 유지토록 조정

2 검사 질 관리 강화

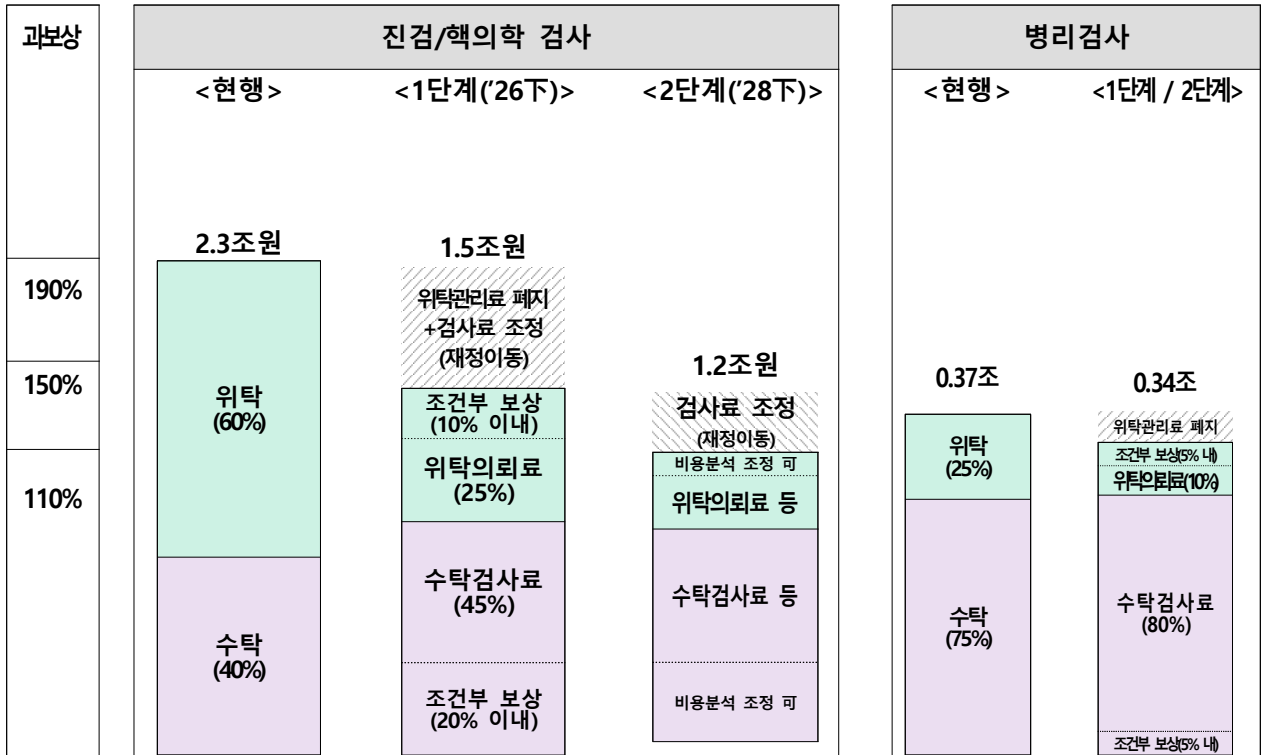
① 검체검사 위·수탁 개편 세부방안

□ 기본방향

- 위·수탁 구분지급 및 검사 과보상 조정 → 적정검사 전환 유인
- 과당경쟁으로 인한 검사료 할인 개선 → 질 제고 및 환자 안전 도모
- 검체검사 수가 조정 로드맵(190% → 150% → 110%) 따라 단계적 조정

□ 보상체계 개편 방안(단계적 추진)

< 위·수탁 수가 단계별 개편(안) 개요도 >



※ 현행 : 고시 위탁검사관리료 10%, 검사료 100% 현실 위탁검사관리료+검사료 일괄지급, 상호정산(종별, 기관 편차 有)

○ (1단계) 검사료 內 위·수탁 수가 신설 및 구분지급 시행

- 검사료 內 위·수탁 보상수준을 일정 비율로 구분하고, 질관리 강화를 위해 “기본수가 + 조건부보상”(질 제고 유인) 체계 도입

① 진단검사 : 조정된 검사료 內 위탁 35%, 수탁 65% 수준으로 구분

- 기본수는 위탁 25%, 수탁 45%로 고정
- 조건부 보상은 위탁 10%, 수탁 20% 이내 설정하되, 2년간 한시 적용 후 재평가

② 병리검사 : 검사료 조정 없이*, 위탁 15%, 수탁 85% 수준으로 구분

* 비용대비수익 150% 미만, 위탁검사관리료는 재정이동

- 기본수는 위탁 10%, 수탁 80%로 고정
- 조건부 보상은 위탁 5%, 수탁 5% 이내 설정(2년 한시 적용)

< 위·수탁 수가 신설(1단계) >

구분	진검, 핵		병리	
	기본수가	조건부 보상(2년)	기본수가	조건부 보상(2년)
위탁	가칭 위탁의료·관리료 25%	10% 이내 (전체 35%)	가칭 위탁의료·관리료 10%	5% 이내 (전체 15%)
수탁	가칭 수탁검사료 45%	20% 이내 (전체 65%)	가칭 수탁검사료 80%	5% 이내 (전체 85%)

* 조건부 보상 : 재정 內 세부안 마련 추진

** 위탁기관 : 의원급 대상 가칭 임상결과 분석·관리료 신설 검토 + 지필공 투자

*** 수탁기관 : 고난도·취약지 검사 가산, 수탁검사 프로세스 개선 등
(예 : 위급한 결과 신속 통보, 검체 추적·관리 강화 등)

- (2단계~) 비용 대비 수익이 **110%**로 조정된 검사료 內 위·수탁기관별 **비용분석***('26.下~'27.下)을 토대로, 위·수탁 **보상수준 추가 조정**

* 위·수탁기관 **의료비용 자료 제출 必**(1단계 시범보상 참여요건으로 검토, 별도 논의)

□ **질 관리 강화 방안**

- (질가산 개편) ▲ 자체검사(예 : 고난도·응급검사 수행 등) - 수탁검사(예: 적정 검사량 관리 등) 가산기준 구분 ▲ 병리·핵의학 가산 차등

* 현행 질가산 : 진단검사 최대 8%, 병리·핵의학 검사 각 4%(정도관리 인증시 일률 가산)

- (인증·의무·제재) ▲ 검사 소 주기, 환자안전, 정보보호 등 인증 개선
▲ 환자안전사고, 재수탁 관리 강화 ▲ 제재기준·수단 명확화

- (관리체계 개편) ▲ 수탁기관 인증·제재 등 공적관리 강화 ▲ 급여-검진-비급여 위탁검사 관리 정합성 제고 ▲ 검체검사위 '질관리 기구'로 개편

* 질관리 강화 관련 세부기준은 법령·고시 개정 과정에서 구체화

□ **향후 계획**

- ▲ 위·수탁 조건부보상 세부안 마련 ▲ 건보법령 및 고시 개정
▲ 심사·지급 시스템 개선 등 추진

⇒ 검사수가 조정 시점에 맞춰 위·수탁 보상체계 개편 시행('26.12월)

② CT·MRI 검사

- (품질관리 강화) 촬영 성능, 장비 노후도 등 종합 고려한 특수장비 품질 등급화와 연계하여 등급이 낮은 경우 감산 등 보상 연계('26.下)
- (병상 공동활용제 개선) CT, MRI 설치 인정 병상 확보기준 등 병상 공동활용제* 개선방안 마련('26.下)

* 장비 공동 활용할 인접 의료기관과 병상을 합쳐 CT 200병상(군 지역 100병상), MRI 200병상 확보 시 설치 허용

- (급여기준 개선) 과도한 검사로 인한 방사선 노출 위험을 방지하도록 환자 안전 관점에서 급여기준 강화('26.下)

* (예) 연간 일정수준 이상 검사 급여 제한 등

③ 적정 검사 관리 강화

- (협의체 운영) 의료계 내 적정 검사에 대한 자율적 점검·관리가 가능하도록 학회 중심의 전문가 협의체 구성·운영('26.下~)
- (집중 심사) 심평원, 공단의 적정 진료 분석 등을 통해 과잉 검사가 우려되는 의료기관 중심으로 집중 심사 연계('26.下~)

어디에 살든 꼭 필요한 의료서비스를 제때 받도록 건강보험 재정을 집중 투입합니다

지역·필수의료에 **역대 최대** 규모 연 3조6000억원 투입
검체검사·CT·MRI 등 과다지출은 연 2조6000억원 절감



2026. 6. 25. 보건복지부

☑ 달라지는 주요 수가 혁신

① 지역에서 필수진료를 하면 추가로 보상합니다 <연 4000억원>

· 비수도권, 경기·인천 취약지

- ✓ 모든 수술·처치 **+10% 가산**
→ 야간·휴일·응급 시 **+10% 추가**
- ✓ 고위험 분만 **+100% 가산**



· 인구감소지역

진찰·입원료 **+5% 가산**



② 진찰·입원 등 기본진료를 더 보상합니다 <연 1조5000억원>

· 의원 초진 진찰료

1만8840원
→ **1만9980원**



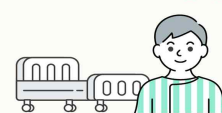
· 충분한 심층진찰

상급종합병원 → 종합병원 확대
소아과 → 내과, 산부인과 등 확대



· 입원료

일반병실 → **+7% 상향**
중환자실 → **+10% 상향**



③ 중증·응급환자의 수술 보상 수준을 대폭 높입니다 <연 9000억원>

· 중증 수술·시술

16000여 개 **+20% 상향**



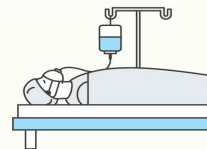
· 응급·야간·휴일 수술

최대 **5.5배 가산**



· 전신마취

+50% 인상





④ 임신부터 분만, 신생아 진료까지 출산 전 과정을 지원합니다 <연 1000억원>

- 고위험 임신부
집중관리료
3만5000원
→ 7만원



- 28주 미만 조산아 분만
최대 +506만원 가산
(비수도권·중증)



- 신생아 중환자 입원 일당
최대 +144만원 가산
(비수도권)



⑤ 걱정 없는 어린이 진료환경을 만듭니다 <연 2000억원>

- 소아 진찰 가산 연령 확대
6세 미만 → 8세 미만



- 중증 소아수술·시술
+50% 추가 가산



- 소아 중환자실
50% 가산 신설



⑥ 중증치료 후 회복·재활까지 이어지도록 보상합니다 <연 5000억원>

- 중환자실
조기 재활치료 도입,
빠른 회복 지원

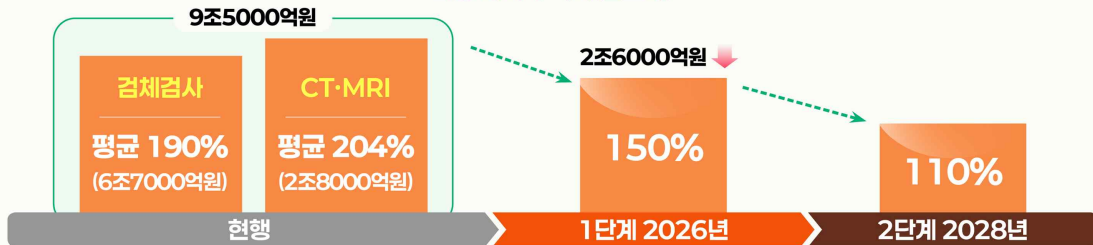


- 어린이 집중재활 연령 확대
6세 미만 → 9세 미만



⑦ 혈액검사 등 검체검사와 CT·MRI 검사의 과다지출은 줄입니다 <연 2조6000억원>

<비용 대비 수익비(진료비)>



- 2028년까지 균형 수가 목표
- 검체검사 진료비 28% ↓, CT·MRI 검사 진료비 25% ↓
- 검체검사 위·수탁 제도개선, CT·MRI 품질관리 통해 질 관리 강화

