

보건복지부		<h1>보 도 자 료</h1> <p>(9월15일(금) 건강심 회의 종료 후)</p>		
배 포 일	2017. 9. 15. / (총 12매)		담당부서	보험급여과 보험약제과 출산정책과 한의약정책과
보험급여과	(보험급여과장)	정 통 령	전 화	044-202-2730
	난임 시술, 치매 일회용 치료재료	이 동 우		044-202-2733
	의뢰·회송 시범사업 노인 외래정액제	구 성 자		044-202-2734
		조 하 진		044-202-2745
보험약제과	(보험약제과장)	곽 명 섭		044-202-2750
	난임 약제	송 영 진		044-202-2753
출산정책과	(출산정책과장)	우 향 제		044-202-3390
	난임 지원사업·평가	임 희 주		044-202-3395
한의약정책과	(한의약정책과장)	남 점 순		044-202-2580
	의·한의 협진	하 예 진		044-202-2576

난임치료 시술 및 치매 신경인지검사 건강보험 적용

- 건강보험정책심의위원회 제15차 회의 개최, 건강보험 보장성 강화 대책 본격 시동 -
- 환자 안전 및 감염 예방을 위한 관련된 일회용 치료재료 별도보상 방안도 의결 -
- 의료전달체계 확립을 위한 의뢰·회송 시범사업 확대 방안 등도 논의 -

- (난임치료 시술 등 건강보험 적용) 만 44세 이하 난임 부부의 난임 치료 시술(체외수정·인공수정 등 보조생식술) 건강보험 적용
- (치매 신경인지검사 건강보험 적용) 만 60세 이상 치매전단계(경도 인지장애), 경증~중등도 치매 환자의 신경인지검사 건강보험 적용
- (일회용 치료재료 별도보상) ‘체온유지기(1회용 Air-blanket류)’ 등 환자 안전 및 감염 예방에 효과가 있는 일회용 치료재료 7항목(49품목)이 현행 ‘행위료 포함 별도산정 불가’에서 ‘별도보상’으로 전환

- (의뢰회송 시범사업 확대) 상급종합병원 중심의 시범사업 대상기관 확대, 상급종합병원 진료가 필요하지 않은 경우는 지역 내 자체 의료이용을 활성화하도록 지역사회 중심 시범사업을 새롭게 추진
- (의·한의 협진 2단계 사업) 의·한의 협진이 필요한 주요 질환에 대하여 기관별 표준 매뉴얼에 따라 협진 시 협의진료료 시범 적용
- (노인외래정액제) 단기적으로 정액구간을 정률구간으로 전환하여 정액제로 인한 문제 해소, 장기적으로 현행 방식의 정액제 폐지

□ 보건복지부는 9월 15일(금) 제15차 건강보험정책심의위원회(이하 '건정심')(위원장: 보건복지부 차관)를 개최하였다.

- 난임치료 시술, 치매 신경인지검사 건강보험 적용 관련 '건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수 개정(안)'과 일회용 치료재료 별도 보상을 위한 '치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표 개정(안)'등을 의결하였다.
- 또한, '의뢰·회송 시범사업 추진 경과 및 확대 계획', '의·한 의간 협진 활성화를 위한 2단계 시범사업 추진 계획', '노인 외래정액제 개선방안' 등을 보고 받아 논의하였다.

< 난임치료 시술 등 건강보험 적용 >

□ '16년 출생아수 40.6만명으로 역대 최저를 기록하고, 난임 관련 진료 환자는 해마다 증가하는 추세로 난임 치료 시술을 통한 출산 지원은 저출산 문제 해결을 위한 주요 과제로 부각되고 있다.

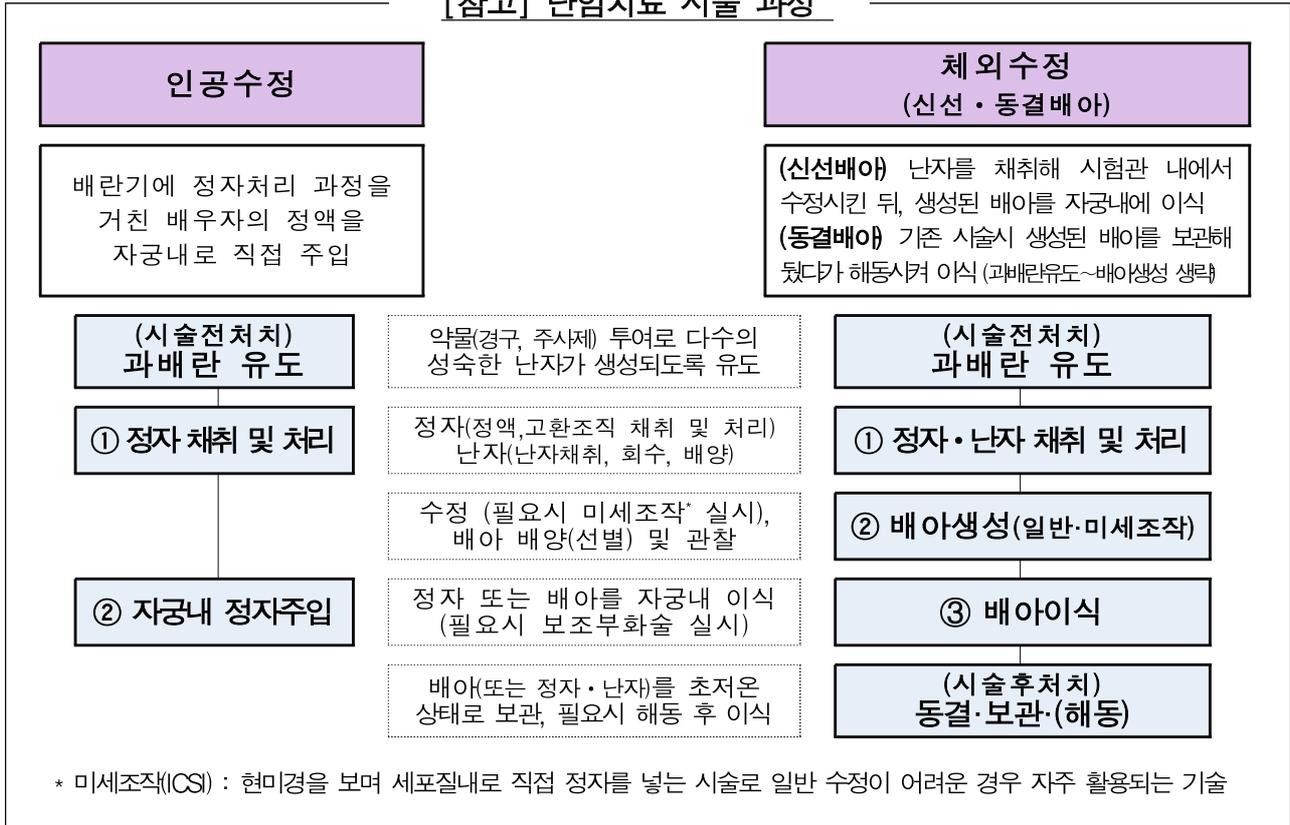
* 난임진단자 : 178천명('07) → 198천명('10) → 202천명('13) → 221천명('16)

- 그간 난임 치료 시술(인공수정 및 체외수정 등 보조생식술)은 건강보험 비급여 항목으로 1회 시술당 300~500만원(체외수정)에 이르는 비용을 전액 본인이 부담*해야 했다.

* 단, '06년부터 '난임부부 시술비 지원사업(이하 '난임 시술비 지원사업)' 을 통해 시술비용 일부 지원

- 이에 따라, 현재 시술기관별로 각기 다른 가격과 시술체제로 운영 중인 난임 치료 시술 과정을 표준화하고, 이 중 필수적인 시술 과정 등에 10월부터 건강보험을 적용(본인부담율 30%)하기로 하였다.

[참고] 난임치료 시술 과정



- 난임치료 시술을 ● 정자·난자 채취 및 처리, ● 배아생성(수정 및 확인, 배아 배양 및 관찰) ● 배아 이식, ● 동결·보관, ● 해동 등으로 구분하고 동결·보관 등 본인 선택에 따른 시술을 제외한 필수 행위는 건강보험을 적용한다.

< 난임치료 시술 수가(안) >

구분	의원 기준(본인부담 30%)	
	급여 금액	본인부담금액
체외수정	신선배아(일반수정)	162만원 / 49만원
	신선배아(미세조작)	191만원 / 57만원
	동결배아	77만원 / 23만원
인공수정	27만원	8만원

* 진찰료, 검사료, 마취료, 약제비 등은 별도로 건강보험 적용되므로 미포함

- 난임치료 시술 과정에서 이뤄지는 진찰, 마취 등 처치 및 각종 혈액·초음파 검사 등 일련의 진료 비용 역시 건강보험이 적용된다.
- 과배란유도 등 시술 과정에서 필요한 약제도 건강보험을 적용하여, 난임 부부의 경제적 부담을 덜어줄 예정이다.

* 관련 학회(대한산부인과학회 등) 의견 등을 반영하여 약제 선정 및 급여화

** 10.1일 제도 시행 이후에도 난임치료에 필요한 관련 약제는 지속 급여화 추진 예정

□ 연령 및 횟수 등 급여범위는 난임 시술비 지원사업과 유사한 수준으로 유지하며, 건강보험 적용일 이전 지원받은 횟수는 연계하여 산정토록 하였다.

- 체외수정은 최대 7회*(신선배아 4회, 동결배아 3회), 인공수정은 최대 3회까지 보장하고, 적용 연령도 만 44세 이하(부인 연령 기준)로 동일하게 유지하였다.

* 기존 난임 시술비 지원사업에서는 체외수정 6~7회 지원(신선배아는 기준 중위소득 130% 초과자 3회, 이하인 경우 4회)

< 난임시술 지원사업과 건강보험 적용시 주요사항 비교 >

구분	지원사업	건강보험
혼인조건	법적 혼인상태에 있는 난임부부	기존과 동일
연령	부인 연령 만 44세 이하인 자 (지원신청 접수월 기준)	부인 연령 만 44세 이하인 자 (보조생식술 진료시작일 기준)
횟수	체외수정 6~7회(신선배아 3회*, 동결배아 3회), 인공수정 3회 * 의료급여, 기준 중위소득 130% 이하인 경우 4회	체외수정 7회* (신선배아 4회, 동결배아 3회), 인공수정 3회
적응증	체외수정 및 인공수정 시술 의학적 가이드라인에 적합한 자	보조생식술 급여기준 해당자 (기존 가이드라인과 유사)

- 아울러, 저소득층에 대한 부담 완화를 위한 추가 대책 및 시술기관 질 관리 방안도 함께 마련하기로 하였다.
- 저소득층에 대한 비용 부담 완화를 위해 체외수정(신선배아)에 한해 비급여 비용에 대한 추가적 지원 방안을 추진 중이다.
- 또한, 안전한 시술 환경 조성을 위해 난임 시술 가이드라인을 정비하고, 시술 의료기관 평가를 도입*해 향후 평가결과에 따른 수가 차등화 방안 등도 검토할 예정이다.

* 기초평가('17), 시범평가('18) 및 종합평가('19) 실시 예정

< 치매 신경인지검사 건강보험 적용 >

- 「치매국가책임제」 추진에 발맞춰, 선별검사 결과 치매가 의심되는 환자들의 심층평가 및 감별진단을 위해 시행되는 치매 관련 신경인지검사도 급여로 전환된다.
- 신경인지검사란 기억력, 언어능력, 시공간 지각능력 등 인지영역을 평가해 진단 및 치료방침 결정 등에 활용하는 일련의 검사들로,
- 간이신경인지검사(일명 MMSE) 등 간단한 선별검사는 이미 건강보험 급여가 적용되었으나, 다양한 인지영역을 종합적으로 평가하는 신경인지검사는 그간 고가의 비급여 검사*로 환자에게 큰 부담이 되어왔다.

* 기존에 상급종합병원에서 비급여로 검사시 서울신경심리검사(SNSB) 약 30~40만원, 한국판 CERAD 평가집(CERAD-K) 약 20만원 수준

- 이번에 건강보험이 적용되는 종합 신경인지검사 3종(SNSB, CERAD-K, LICA)은 그간 국내 표준화 과정을 거쳐 현장에서 가장 널리 활용되고 있는 검사이다.

- 만60세 이상의 치매 전단계(경도인지장애), 경증~중등도 치매 환자의 진단 및 경과추적을 위해 시행되는 경우에 혜택을 받을 수 있다.

< 신경인지기능검사 종합검사 수가(안) >

분류	상대가치점수	상급종합병원(외래) 기준	
		급여 금액	본인부담금액
(1) 서울신경심리검사(SNSB)	2,631.69	247,351	148,411
(2) 한국판 CERAD 평가집 (CERAD-K)	1,152.15	108,290	64,974
(3) LICA 노인인지기능검사*	1,275.34	119,873	71,924

* 문장 읽기 등이 어려운 비문해노인에게도 시행 가능한 별도의 신경인지검사

< 감염 예방 및 환자 안전을 위한 일회용 치료재료 별도 보상 >

- 올해 11월부터 ‘체온유지기(1회용 Air-blanket류)’ 등 환자 안전 및 감염 예방에 효과가 있는 일회용 치료재료 7항목* 49품목이 안전성·유효성 확인 및 경제성·급여적정성 검토 등을 거쳐 관련 행위료와는 별도로 보상될 예정이다.

* ① 1회용 Air-Blanket류, ②Needleless Connector, ③Saline Prefilled Syringe, ④ 흡수성 체내용지혈용품(콜라겐 함유), ⑤제모용 클리퍼, ⑥수술용 방호후드, ⑦페이스 실드

- 이는 2016년 11월 발표한 「환자 안전 및 감염 예방을 위한 일회용 치료재료 별도보상 로드맵」(참고2)에 따른 것이다.

* 1단계 12항목(‘16~’17.하), 2단계 28항목(‘17.상~’18.하), 3단계 12항목(‘18.상~)

- 일회용 치료재료의 적정 보상을 통해 의료기관이 감염의 우려가 있거나 환자 안전에 필요한 치료재료를 적정하게 사용함으로써 체계적인 감염 예방 및 환자 안전 관리가 가능할 것으로 기대된다.

- 1단계 항목 중 이번 별도보상 대상에서 제외된 ‘안전바늘주사기’ 등 5항목*은 2018년 1월부터 별도 보상할 계획이다.

○ 아울러, **뼈 생검침 등 2단계 28항목에 대해서도 9월 중 품목 신청·접수를 시작하고 별도보상 방안을 검토할 계획이다.**

* ①안전바늘주사기, ②안전바늘나비세트, ③수술방포/멸균대방포, ④멸균가운, ⑤N95마스크

□ 의결 사항 외에도, 그간 ‘의료전달체계 개선협의체’의 논의 진행상황 및 의뢰·회송 시범사업 확대, 의·한의간 협진 활성화 2단계 시범사업 추진계획, 노인외래정액제 개선방안에 대해서도 보고하였다.

< 의뢰·회송 시범사업 확대 >

□ 대형병원 쏠림현상 등 비효율적 의료전달체계 문제를 해결하기 위해 ‘16.5월부터 상급종합병원 중심의 의뢰·회송 시범사업을 추진해왔다.

* 현재 13개 상급종합병원과 4749개 협력 병·의원 참여

청구건수 : 회송 8만7366건, 의뢰 2만7811건(진료일 기준, '16.5월~'17.5월)

□ 이번 건정심에는 1차년도 시범사업 성과분석 결과('16.5~12월)를 토대로 시범사업 추진성과와 향후 개선방향에 대해 보고하였다.

◇ (회송건수) 시범사업 전후('15.하반기 대비 '16.하반기) 회송 3배, 외래 회송 5.6배,

경증질환 회송 5.5배 증가하여 상급병원 진료를 낮추는데 효과가 있는 것으로 기대

◇ (투입시간) 의뢰 약 17분 소요, 입원회송(약 83분)은 외래회송(약 29분)에 비해 두 배 이상 소요

□ 이에 따라, 사업수행이 가능한 기관*을 시범사업 기관으로 추가 확대하고, 투입시간과 노력을 반영하여 관련 수가를 상향 조정할 계획이다.

* 진료협력관리 전담조직 및 전담인력이 확보, 자체적인 진료 의뢰·회송관리기전 마련, 운영하는 기관, 협력 병·의원과 협력체계(진료정보교류시스템 등)를 구축·운영하는 기관

○ 상급종합병원은 기존 13개 기관에서 상급종합병원 전체(43개)로 확대하고, 기본 인프라가 확보된 경우 종합병원도 참여 가능하다.

- 회송수가는 투입노력 및 시간을 감안하여 **입원과 외래를 차등화** (입원회송 4만3010원→5만7000원 수준 상향, 외래회송 현행 4만3010원 유지) 하고, 의뢰의 경우에도 현행 1만620원에서 **1만3000원 수준으로 상향할 예정**이다.

□ **지역사회 중심 의뢰·회송 시범사업도 새롭게 추진**한다.

- 상급종합병원 진료가 필요하지 않은 일반적인 입원, 수술 등의 진료에 대해서는 지역 내 의료기관을 활성화하고, 자체적인 의료 해결 역량을 강화하기 위한 것이다.
- 지역사회 중심 모형은 작동가능한 지역*을 선정하고, 지역 내 협력 네트워크 의료기관 간 의뢰·회송에 대해 수가를 산정하여 지역 내 의료 네트워크가 자연스럽게 구축되어 활성화되도록 유도할 계획이다.
 - * ① 지역 내 중심적 의료기능을 수행하는 의료기관(종합병원·병원급)이 있고, ② 병·의원간 네트워크 활용이 가능한 지역 대상 추진

< 의·한의 협진 2단계 시범사업 >

□ **안전하고 체계적인 의·한간 협진 서비스*를 제공**하기 위해 ‘협진 활성화를 위한 2단계 시범 사업’을 추진한다.

* 의·한간 협진 서비스란, 환자의 질환(건강 상태)에 대하여 의사와 한의사가 서로 의료 정보를 공유하고 협의하여 의뢰·회신을 통해 의과 또는 한의과 진료 행위를 하는 것

* 의·한간 협진 시범사업 추진 방향 마련(총 3단계, ‘16.6); 1단계 시범사업 추진(‘16.7~)

- 1단계 시범사업 결과, 사업 전에 비해 같은 날 의과·한의과 진료를 받는 환자 비율이 증가(1.7%→9.1%)하였고, 안면마비와 요통 질환 협진 시 총 치료기간이 단축*되는 효과를 확인하였다.

* (1단계 사업 내용) 동일기관에서 같은날, 동일 질환에 대하여 의과 한의과 협진 시 [현행] 의과·한의과 치료 중 선행행위만 급여, 후행행위는 비급여→[시범적용] 후행행위도 급여 적용

* (안면마비) 협진군 45일 vs. 비협진군 102일, (요통) 협진군 25일 vs. 비협진군 114일

○ 다만, 연구 및 설문조사를 통해 협진 절차의 표준화, 질환별 협진 효과성 근거 마련 및 의료기관에게는 협진에 적극적으로 참여할 경제적 유인이 필요하다는 의견을 수렴하였다.

□ 2단계 시범 사업에서는 표준 협진 모형을 적용, 협진기관마다 매뉴얼을 구비하고 이를 바탕으로 의사·한의사가 상호 협의하여 표준 의뢰지·회신지를 작성하게 된다.

○ 이에 대해, 기존 진료비와는 별도로 최초 협진 시 일차협의진료료와 이후 경과 관찰 시 지속협의진료료가 발생하며, 시범사업 기간에는 협의진료료에 대한 환자의 본인부담은 없을 예정이다.

* (일차협의진료료)1만 5000원 (지속협의진료료)1만4000원 수준, 종별 등에 따라 금액은 달라질 수 있음

○ 시범기관은 국·공립병원과 민간병원을 포함하여 확대할 계획이며, 대상 질환은 다빈도·중증도를 고려하여 협진이 필요한 주요 질환*으로 제한할 예정이다.

* 근골격계 질환, 신경계 질환 등 포함

□ 향후 시범기관 모집·선정을 거쳐 시범사업을 추진할 예정이며, 이를 통해 협진 표준 절차를 마련하고, 근거에 기반한 양질의 협진 서비스를 국민에게 제공할 수 있을 것으로 기대한다.

< 노인외래정액제 개선 >

□ 노인외래정액제는 65세 이상 환자가 의원급 외래 진료를 받을 경우 총 진료비가 일정 수준 이하인 경우에는 정액만 부담하도록 하는 제도로 노인 복지 향상을 도모하고자 도입되었다.

* ① 의원급 1만5000원 이하 1500원 부담, ② 약국 1만원 이하 1200원 부담, ③ 한의원(투약처방) 2만원 이하 2100원 부담

○ 그러나, 진료비가 정액구간을 초과할 경우 본인부담이 급증하여 환자가 의료기관에 민원을 제기하거나, 정액제 혜택을 받기 위하여 불필요하게 단순진료를 반복하는 의료 이용 왜곡* 등의 문제가 지속적으로 제기됐다.

* 의료 공급자는 당일 투약, 검사, 처치 등 기피, 분할 처방 등 의료이용의 증가, 환자 비용부담 초래

○ 특히, '18년부터는 의원급 초진 진찰료가 기준금액인 1만5000원을 초과하여 초진 환자는 모두 정액제가 적용되지 않아 기존보다 의료비 부담이 약 3배 증가하게 되어 제도 개선이 시급한 상황이다.

□ 정액제도를 유지하는 한 문제는 지속적으로 발생하게 되므로 장기적으로는 현행 방식의 노인외래정액제는 폐지할 예정이다.

○ 단기적으로 의과는 현행 정액구간을 정률구간으로 전환하고, 구간별로 부담비율이 점증하도록 하여 본인부담이 급증하지 않도록 제도개선을 추진한다.

의과	현행	개선안	구간 변동시 본인부담 변동
~1만5000원 이하	1500원	10%(0원~2000원)	.
1만5000원 초과~2만원 이하	30%		.
2만원 초과~2만5000원 이하		20%(4000원~5000원)	2000원→4000원(2000원 ↑)
2만5000원 초과~		30%(7500원)	5000원→7500원(2500원 ↑)

○ 장기적으로는 노인뿐 아니라 1차 의료기관에서 지속적으로 만성 질환 관리를 받는 경우에는 본인부담률을 인하할 계획이다.

○ 또한, 약국, 치과, 한의과의 경우 별도로 협의체를 구성하여 중장기 제도 폐지 방안을 포함한 개선안을 검토하고 있다.

참고1. 난임치료 시술 건강보험 적용 관련 Q&A

참고2. 일회용 치료재료 별도보상 로드맵

참고1

난임치료 시술 건강보험 적용 관련 Q&A

연번	질의 및 답변
1	<p>이번에 건강보험이 적용되는 난임치료 시술(보조생식술)이란 무엇인가요?</p> <p>남성의 정자와 여성의 난자의 수정을 보조하기 위한 일련의 의학적 시술로 난자를 채취해 체외에서 수정시킨 뒤 생성된 배아를 자궁내로 이식하는 체외수정(일명 시험관시술)과 남성의 정자를 채취해 여성의 배란시기에 맞추어 여성의 자궁 등으로 직접 주입하는 인공수정을 일컬어 난임치료 시술(보조생식술)이라고 합니다.</p>
2	<p>난임치료 시술은 모두 건강보험이 적용되나요?</p> <p>체외수정 및 인공수정에 포함된 필수 시술은 모두 건강보험이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 체외수정 : 정자·난자채취 및 처리 → 수정 및 확인 → 배아 배양 및 관찰 → 배아 이식 (동결배아 이식의 경우 해동 과정도 급여) • 인공수정 : 정자채취 및 처리 → 자궁강내 정자주입술
3	<p>시술과정에서 필요한 약제나 이를 주사 맞는 비용도 비싸서 부담이 됐는데</p> <p>과배란 유도, 배란촉진, 조기배란 방지, 착상 보조 등에 사용되는 대부분의 약제는 건강보험이 적용되고, 급여 약제 투여시에는 관련 주사료 등 행위료도 모두 건강보험이 적용됩니다. 다만, 일부 환자에게만 선택적으로 사용되는 약제(반복 유산·착상 실패 환자 등에게 적용되는 착상보조제 등)는 전액본인부담으로 사용 가능합니다.</p> <p>참고로, 10.1일 이후에도 난임치료에 필요한 약제는 지속적으로 건강보험 적용 확대를 추진할 예정입니다.</p>
4	<p>보조생식술과 관련된 각종 검사나 초음파 검사도 건강보험이 적용되나요?</p> <p>보조생식술에 소용된 비용이 급여 적용되므로 해당 검사들은 원칙적으로 모두 급여로 전환됩니다. 다만, 개별 검사별 급여기준이 별도 존재하거나 비급여로 명시되어 있는 경우는 이에 따라 건강보험이 적용됩니다.</p> <p>초음파 검사는 보조생식술 시술을 위해 시행되는 경우 건강보험을 적용합니다.</p>
5	<p>남은 배아를 냉동·보관하는 비용도 급여 적용이 되는 건가요?</p> <p>비급여에 해당됩니다.</p>
6	<p>태어나 배아에 대한 유전학적 검사는 급여 적용이 되는 건가요?</p> <p>비급여에 해당됩니다.</p>

참고2

일회용 치료재료 별도보상 로드맵

구분	1단계	2단계	3단계
연도	'16~'17.하반기	'17.상반기~'18.상반기	'18.상반기 이후
품목수	12항목	28항목	12항목
감염 예방	<p>< 1순위 > 1회용 수술포 등 감염 예방 효과가 입증되어 사용을 권장하는 치료재료(6항목)</p> <p>< 2순위 > 안전바늘주사기 등 의료인을 보호하여 감염 전파 등을 줄이기 위한 치료재료(6항목)</p>	<p>< 3순위 > 뼈 생검침 등 감염 예방을 위해 재사용보다 1회용 사용에 대한 요구가 높은 1회용 치료재료(8항목)</p>	-
환자 안전		<p>< 1순위 > 지혈제 등 수술시 출혈량 감소 등 인체 위해를 감소시키는 치료재료(10항목)</p> <p>< 2순위 > EDI 카테터 등 면역취약 계층을 위해 필요한 치료재료(4항목)</p> <p>< 3순위 > ETCO₂ 측정 필터라인 등 환자감시에 효과적인 치료재료(6항목)</p>	<p>< 4순위 > MVR blade 등 재사용시 기능 저하로 환자 안전을 위협 (5항목)</p> <p>< 5순위 > 비디오연성 삽관용 후두경 등 시술 시간 단축 등 기능 개선 (7항목)</p>

- * 2, 3단계에 해당하는 치료재료(40항목)에 대해서는 추후 품목별 재검토, 건보재정 상황 등을 고려하여 별도 보상 여부 재결정 예정
- * 별도 보상 전환 검토 시 또는 급여 전환 후 사용 실태, 청구 현황 모니터링 등을 통하여 필요한 경우 급여기준 마련