



Recent Improvements in Medical Expense Support Policies for Newborns in South Korea: Focusing on the Activities of the Korean Society of Neonatology

Woo Ryoung Lee, MD, PhD

Department of Pediatrics,
Soonchunhyang University Hospital,
Soonchunhyang University School
of Medicine, Seoul, Korea

Despite various national policies aimed at resolving the problems of low birth rates and aging society, the number of newborn babies in South Korea continues to decline. On the other hand, the birth rates of high-risk newborn babies are increasing. With the increase in survival rates, the burden of medical expenses is increasing in high-risk infants. Beginning in 2016, the 3rd national plan for aging society and population reinforces social responsibility for birth and nurture, focusing on easing the burden of intensive care on newborn babies. Thus, the Korean Society of Neonatology along with related organizations proposed and implemented policies to reduce the burden of medical expenses of high-risk infants. The Korean Society of Neonatology will continue the important role to analyze the burden of neonatal medical health care expenses and to establish the effective and efficient health care system for high-risk newborn babies.

Key Words: Infant, Neonatal intensive care, Health expenditures, National health insurance

Received: 26 July 2017

Revised: 30 August 2017

Accepted: 3 September 2017

Correspondence to

Woo Ryoung Lee, MD, PhD
Department of Pediatrics,
Soonchunhyang University Hospital,
Soonchunhyang University School
of Medicine, 59 Daesagwan-ro,
Yongsan-gu, Seoul 04401, Korea

Tel: +82-2-709-9338

Fax: +82-2-794-5471

E-mail: neolee@schmc.ac.kr

Copyright© 2017 by The Korean Society
of Perinatology

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original work is properly cited.

서론

우리나라의 연간 출생아 수는 매년 감소하여 국가통계포털¹에 따르면 2014년의 출생아 수는 435,435명이었으며 2015년에는 438,420명이었고 2016년에는 통계청의 잠정 결과²에서 406,300명으로 집계되어 전년보다 32,100명이 감소하여 7.3%의 감소를 나타내며 역대 최저의 수치를 기록하였다. 2016년의 합계 출산율은 1.17명으로 2015년의 1.24명보다 5.6%가 감소하였고 저출산고령사회의 문제가 점점 더 심각해지고 있는 실정이다.

정부는 저출산고령사회의 문제를 해결하기 위하여 다양한 대책을 마련하고 있으나³ 아직까지는 합계 출산율이 반등하지 못하고 오히려 출생아 수가 감소한 상황에서 미숙아와 저체중아 등의 고위험 신생아의 출생은 증가하고 있다. 2014년 재태기간 37주 미만의 미숙아 출생아 수는 29,086명으로 총 출생아 수 435,435명 중 6.7%를 차지하였으며 10년 전인 2004년에 미숙아 수가 21,749명으로 4.6%를 차지한 이후 꾸준히 증가하여 10년 동안 약 1.5배 증가하였고 2015년에는 미숙아 출생아 수가 30,453명으로 총 출생아 수 438,420명 중 6.9%를 차지하여 미숙아 출생아 수의 증가 추세는 계속 진행 중이다.¹ 재태기간 32주 미만의 초미숙아도 2014년에는 3,373명이던 것이 2015년에는 3,557명으로 증가하고 있다. 저체중출생아(출생 체중 <2.5 kg)와 극소저체중출생아(출생 체중 <1.5 kg)도 각각 2014년에 24,842명과 2,871명에서 2015년에 25,183명과 3,032명으로 증가하고 있다. 결혼과 출산 기피 현상으로 인해 결혼 연령과 임신 연령이 증가하면서 난임 및 보조 생식술도 증가하고 있으므로 이로 인한 다태아, 미숙아, 저체중출생아의 수는 계속 증가할 것으로 예상된다.

한편 국내 미숙아의 치료 성적도 지속적으로 발전하고 있어서 전국 신생아중환자실의 출생 체중 1,500 g 미만의 극소저체중출생아를 대상으로 한 전국적 웹 기반 네트워크인 한국 신생아 네트워크(Korean Neonatal Network) 자료⁴에 따르면 2013-2014년 6월 기간의 생

존율은 재태기간 32주 이상인 경우는 96.9%, 재태기간 31주는 97.4%, 30주는 93.4%, 29주는 94.6%, 28주는 89.5%, 27주는 86.2%였다.⁵

미숙아 생존율의 증가는 진료비 부담의 증가로 이어지는데 2016년 대한신생아학회 이론등이 부모대상 서베이 결과⁶에서 정부의 지원이 필요한 분야 중에 치료부담금 경감이 가장 우선적으로 필요한 것이라고 조사되었다. 국민건강보험공단 자료에서도 미숙아를 포함한 고위험신생아의 진료비가 계속 증가하는 것을 확인할 수 있는데 2010년 총 진료비는 1,512억원이었던 것이 2014년에는 2,453억원으로 증가하였고 이 중 법정 본인부담금은 35억 5천만원으로 조사되어 미숙아 가정에 진료비 부담으로 작용하고 있다.⁷

정부도 2005년에 대통령자문 국정과제위원회로 저출산고령사회위원회를 출범하고 제1차 저출산고령사회기본계획(2006-2010년), 제2차 저출산고령사회기본계획(2011-2015년)에 이어 제3차 저출산고령사회기본계획(2016-2020년)에서는 패러다임을 전환하여 출생 양육에 대한 사회적 책임을 강화하며 이를 위한 정책과제 중 신생아 집중치료 의료비 부담 완화를 주요 추진 내용으로 결정하고 신생아중환자실 등 신생아 영유아 전문시설이 확충될 수 있도록 수가 및 보험기준 체계 보완 및 지원 강화 방안을 추진하고 있다.³

대한민국의 의료 사회보장제도는 의료보험방식이다. 우리나라의 건강보험제도는 1963년 의료보험법이 제정되면서 법적 근거가 마련되었고 1970년에 500인 이상 사업장 직장의료보험이 실시되었으며 1979년 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험이 실시되었고 1988년 농어촌 지역의료보험이 실시된 후 1989년 도시 지역의료보험이 실시되며 전국민의료보험의 시대가 시작되었다.⁸ 우리나라 건강보험의 체계는 관리운영체계와 의료공급자로 구분될 수 있으며 관리운영체계는 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 보험가입자(국민)로 구성되고 의료공급자는 요양기관이다. 건강보험의 진료비 보장방식은 상대가치점수를 반영한 행위별수가제와 몇 가지의 질병군에 적용되고 있는 포괄수가제로 구분되며 고위험신생아의 진료비 보장방식은 행위별수가제이다. 행위별수가제에서 요양급여비용은 각 상대가치점수에 점수당 단가(환산지수)를 곱한 금액이며 점수당 단가는 국민건강보험공단 이사장과 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 결정되고 계약 기간은 1년이다. 이러한 진료수가 산출구조에서 의료공급자인 요양기관은 저수가로 인하여 어려움을 겪어 왔다. 우리나라 건강보험제도 체계에서 요양급여비용은 의료 원가에 미치지 못하였고 저부담-저수가 체계로 인한 문제점들이 꾸준히 제기되어 왔으며 상대가치 개편 등을 통해 원가 보상률을 향상시키고자 하는 노력이 진행되고 있지만

아직은 저수가 체계에서 적정수가 체계로의 전환이 이루어지지 않는 상태다. 수가의 현실화를 통하여 적정부담-적정수가로의 개편이 필요하다. 한편 보험가입자인 국민의 측면에서도 의료비 부담으로 작용하는 부분이 있어 개선이 필요하다. 건강보험 환자가 부담하는 비용은 보험자부담 외에도 본인 일부부담, 전액 본인부담, 비급여 항목이 있다. 이러한 본인부담금과 비급여 비용이 고위험신생아의 의료비 부담의 원인이 되고 있다. 이 중에서 입원 본인 부담률은 2005년 1월부터 조산아, 저체중출생아, 신생아집중치료실 환자에게는 면제가 되었으나 전액 본인부담과 비급여 항목은 아직 고위험신생아 가정이 부담하여야 하는 의료비로 남아 있다.

대한신생아학회는 새 생명의 존엄성을 기본으로 하여 신생아 학회에 관한 학술연구 및 신생아 의료보건 관리의 향상과 회원의 친목 및 권익을 도모하는 것을 목적으로 하며 이러한 목적을 달성하기 위하여 행하는 학회사업 중에는 신생아 의료보건관리 향상을 위한 제반 사업이 포함되어 있다.⁹ 2016년 7월까지 우리나라에는 신생아학 분과전문의가 186명이 배출되었고 신생아 중환자실 일선에서 고위험신생아의 진료를 담당하고 있다. 고위험신생아는 대부분 출생 후 신생아중환자실에서 치료를 받게 되므로 이들의 주치의인 신생아학 의사들이 고위험신생아의 의료비 부담을 경감시키기 위한 방법을 가장 잘 알고 있다. 또한 신생아학 의사들은 저수가로 인한 요양기관의 어려움도 동시에 잘 알고 있다. 신생아학 의사들이 신생아의료에 대한 국가 지원의 방향을 제시할 수 있는 중요한 이유이기도 하다.¹⁰

따라서 대한신생아학회는 제3차 저출산고령사회기본계획(2016-2020년)을 시작하는 첫 해인 2016년에 건강보험의 관리운영체계와 의료공급자의 양측 모두를 이해하고 있는 이상적인 중간자적 위치에서 보건복지부 보험급여과, 보건복지부 출산정책과, 건강보험심사평가원, 대한의사협회, 대한소아과학회와 관련 분과학회(대한소아감염학회, 대한소아신경학회), 병원 신생아간호사회, 대한진단검사의학회, 대한소아재활발달의학회 등과 협력하여 신생아 의료비의 부담완화 정책을 제안하고 적용하였으며 그 과정과 결과는 다음과 같다.

신생아 집중치료 의료비 부담 해소를 위한 정책 제안과 적용

1. 우선적으로 급여화가 필요한 비급여 항목과 수가개선이 필요한 항목의 결정

신생아 집중치료 의료비 중 신생아중환자실 입원 기간과 퇴원 후의 치료 과정 중에서 비급여 항목 중 우선적으로 보험적용

이 필요한 항목에 대하여 대한신생아학회 보험위원회에서 의견을 취합하여 대한신생아학회, 대한소아과학회에서 검토 후 최종적으로 우선순위 항목을 결정하였다. 비급여 항목 중 선택진료비는 건강보험심사평가원에서 전문진료의사 가산제도로의 개편이 검토 중이므로 이를 제외한 약제, 처치 및 수술, 검사, 치료재료 중에서 우선순위 항목을 결정하였으며 초음파 검사, brain magnetic resonance imaging (MRI), 약제 중 태변흡인증후군에서의 폐표면활성제, 네오키프, 실테나필, 아연 주사제, 신생아 용혈성 황달에서의 아이비글로불린, 시나지스, 치료재료 중 호흡회로, 흡인용 카테터, 검사 중 호흡기 바이러스 역전사효소중합효소연쇄반응검사에 대하여 현행 급여기준과 문제점, 급여화하여야 하는 사유, 적응증, 비용 범위, 참고자료(학술적 근거)를 각 항목마다 제시하였다.

또한 의료공급자인 요양기관의 부담 해소를 위해 우선적으로 수가개선이 필요한 항목을 동일한 방법으로 결정하였다. 간호인력확보수준에 따른 등급별 신생아중환자실 입원료에 특등급을 신설, 신생아중환자실에 입원하여 치료받고 있으나 신생아중환자실 입원기준에 해당되지 않는 경우 신생아중환자실 입원료의 50%를 인정하는 수가의 신설, 보육기 수가의 현실화, 고빈도 진동 인공호흡기 수가의 현실화, 신규 수가 중 개발이 필요한 우선순위로써 고위험 분만에 참여하는 신생아 소생술 팀 수가의 신설, 신생아 진정감시 수가의 신설, Kangaroo케어 수가의 신설이 제안 항목에 포함되었다.

대한신생아학회는 결정된 항목을 ‘신생아 집중치료 의료비 부담 해소를 위한 정책 제안’이라는 제목의 책자로 인쇄하여 보건복지부 건강보험정책국 보험급여과, 건강보험심사평가원과 실무자 미팅에서 그 내용을 설명하고 전달하였다.

2. 건강보험심사평가원의 실무 검토와 건강보험정책심의위원회 심의 및 고시

보건복지부 건강보험정책국 보험급여과는 대한신생아학회가 제안한 항목들을 건강보험심사평가원에서 실무 검토를 하도록 지시하였고 건강보험보충심사평가원은 각 항목들에 대한 급여 적정성, 상대가치점수 등에 대한 자세한 실무 검토를 하는 과정에서 대한신생아학회에 여러 차례 전문학회 의견 요청 공문을 보내었으며 대한신생아학회는 이에 대한 답변서를 공문으로 회신하였고 또한 검토 과정에서 필요한 학술적인 근거와 임상적인 근거를 제시하였다. 합리적인 검토를 위하여 건강보험심사평가원은 보건복지부, 관련 학회에서 참석하는 간담회와 자문회의를 개최하였고 대한신생아학회는 회의에 참석하여 의견을 제시하였으며 이렇게 검토된 각 항목들은 의료행위전문평가위원회, 약제급여평가위원회의 평가를 거쳐 보건복지부에 결과

가 보고되고 건강보험정책심의위원회에서 최종 심의를 한 뒤 고시 예고를 거쳐 상대가치점수와 급여기준이 고시되었다.

3. 2016년부터 2017년 4월까지 신생아중환자실 비급여 의료비의 급여화 결과

1) 신생아중환자실 입원 기간에 실시한 초음파검사 급여화

신생아중환자실 입원료 급여기준에 해당하여 신생아중환자실 입원료를 산정할 수 있는 환아가 신생아중환자실 입원 기간에 시행한 초음파검사

(보건복지부 고시 제2016-175호, 2016.10.1 시행)

2) Brain MRI 급여기준에 “(9) 신생아” 추가

가. 주산기 가사 중 신경학적 이상이 있는 경우

나. 저산소성-허혈성 뇌손상

다. 저산소성-허혈성 뇌증

(보건복지부 고시 제2016-204호, 2016.11.1 시행)

3) 태변흡인증후군에서 폐표면활성제(폐계면활성제) 사용 급여화

태변흡인증후군에서 다음의 조건이 모두 충족되는 경우

가. 환자의 호흡곤란 증상이 뚜렷하고

나. 흉부방사선 소견: 태변흡인증후군의 특징적 소견이 있으며

다. 기계적 환기 요구도: 적정한 혈중 산소분압(50-80 mmHg)

을 유지시키기 위한 인공호흡기의 흡입 산소 농도가 40% (FiO₂> 0.4)를 초과하는 경우

(보건복지부 고시 제2016-180호, 2016.10.1 시행)

4) 네오키프 급여기준 고시세부인정기준 및 방법의 “가” 변경하여 급여 확대

가. 신생아 무호흡에 대한 치료에 투여한 경우

투여대상

가) 태대 기간 33주 미만에 출생한 미숙아에서 일반적인 피부 자극에도 무호흡(20초 이상)이 재발하는 경우

(보건복지부 고시 제2017-62호, 2017.4.1 시행)

5) 신생아 용혈성 황달에서 아이비글로불린 사용 급여화

투여대상: ABO 또는 Rh 불일치로 인한 면역 용혈성 황달로서 광선요법에도 호전되지 않아 교환수혈 위험이 있는 경우

투여용량: 0.5-1.0 g/kg (1회 투여 이후 효과가 불충분한 경우 12시간내 재투여 가능함)

(보건복지부 고시 제2016-180호, 2016.10.1 시행)

6) RS 바이러스 예방접종(시나지스) 급여 확대
다음 감염위험인자를 모두 만족하는 재태기간 36주 미만 (35주+6일)으로 태어난 소아를 투여 대상에 추가

- RSV 계절(10-3월) 출생
- 1명 이상의 순위형제 또는 순위자매가 있는 경우
(보건복지부 고시 제2016-180호, 2016.10.1 시행)

7) 가온가슴 고유량 비강 캐놀라와 호흡회로 급여화
(보건복지부 고시 제2016-136호, 2016.8.1 시행)

8) 흡인용 카테터 급여화(선별급여 50%)
(보건복지부 고시 제2016-136호, 2016.8.1 시행)

9) 호흡기 바이러스 다중 검사 급여화
다음의 경우에 한하여 입원 기간 중 최대 2회까지 급여 인정

- 당해 요양기관이 아닌 곳에서 출생하여 신생아중환자실에 새로 입원하는 환자
- 신생아중환자실 입원 환자가 호흡기 바이러스에 의한 감염 혹은 패혈증으로 의심되는 경우
(보건복지부 고시 제2016-204호, 2016.11.1 시행)

10) 베일리영아발달측정 급여화
베일리영아발달측정은 영유아 발달검사나 영유아 건강검진 상 발달지연이 의심되어 시행하는 경우에 다음과 같이 급여함

- 가. 생후 24개월까지: 최대 3회
- 나. 생후 24개월 초과-42개월: 연 1회
- 다. 생후 42개월을 초과하였더라도 발달수준이 42개월 미만으로 확인되는 경우에는 사례별로 인정함
(보건복지부 고시 제2016-275호, 2017.1.1 시행)

11) 일산화질소 흡입요법 급여화
폐동맥 고혈압의 임상적 혹은 심장 초음파 소견을 동반한 저산소성 호흡부전이 있는 신생아(재태기간 34주 이상, 생후 14일 이내)
(보건복지부 고시 제2016-195호, 2016.11.1 시행)

4. 2016년부터 2017년 4월까지 신생아 환자실 수가 개선 결과

1) 신생아중환자실 간호인력 확보수준에 따른 등급별 입원료 개선
0.75:1 미만을 신설하여 기존 4등급에서 5등급으로 개선
(보건복지부 고시 제2016-209호, 2016.12.1 시행)

2) 질병이 있는 신생아 입원료 신설
(보건복지부 고시 제2016-209호, 2016.12.1 시행)

3) 질병이 있는 신생아 진찰료 인정
(보건복지부 고시 제2016-660호, 2016.11.21 시행)

4) 신생아중환자실 입원료 30% 인정 신설
신생아중환자실 입원료 적용증 (1)-(5)에 해당되지 않으나 신생아중환자실에 입원하고 있는 경우에 신생아중환자실 입원료의 30%를 인정
(보건복지부 고시 제2016-204호, 2016.11.1 시행)

5) 보육기 수가 개선
(보건복지부 고시 제2016-209호, 2016.11.21 시행)

6) 고빈도진동환기요법 수가 신설
(보건복지부 고시 제2016-195호, 2016.11.1 시행)

이른둥이(미숙아) 의료비 지원체계 및 효과성 분석 연구 수행과 적용

1. 신생아중환자실 입원 의료비의 본인부담금과 비급여 부담 지원

고위험신생아의 신생아중환자실 입원 의료비 중 본인부담금 및 비급여 진료비에 대한 국가 지원 정책으로 '미숙아/선천성 이상아 의료비 지원사업'이 있다. 전국 가구 기준 중위소득 180% 이하 가구에서 출생한 미숙아 및 선천성 이상아의 경우에 신생아중환자실 입원 의료비 중 전액 본인부담금과 비급여 의료비를 지원하는 제도로써 1인당 최고 지원 금액은 출생 체중 1,500 g 미만의 경우 1,000만원, 출생 체중 1,500-1,999 g의 경우 700만원, 출생 체중 2,000-2,499 g의 경우는 500만원이다. 미숙아 의료비 부담 완화에 매우 중요하고 필요한 정책이지만 미숙아 출생 수의 증가와 생존율의 향상으로 인하여 사업 예산이 부족하여 왔고 부족액의 범위가 점차 증가하고 있어서 제도의 보완이 요구되며 대한신생아학회는 출생 체중 1,000 g 미만의 초극소저체중출생아에 대한 지원금 상한액의 증액이 필요함을 강조하여 왔다.

그런데 2016년에 신생아중환자실 의료비 보장성 강화를 위해 주요 비급여 항목의 급여화 검토를 하고 있는 과정 중에 시기적으로 국회는 2017년 보건복지부 예산을 확정하여야 하는 상황이 되어 자칫 지원금 예산이 과다하게 삭감되어 미숙아 가정

의 의료비 부담이 악화될 위험성이 있으므로 대한신생아학회는 보건복지부 출산정책과의 연구 용역을 받아 ‘이른둥이(미숙아) 의료비 지원체계 및 효과성 분석 연구’를 수행하였다.¹¹

이 연구에서는 신생아중환자실 입원 의료비 중 비급여 항목에서 급여화 검토가 진행 중인 항목을 1:1의 수가로 급여화되었다고 가정하였을 때 급여화 이후에도 여전히 남아있는 본인부담금과 비급여 항목들의 금액을 추산하여 지원금 예산이 과다하게 삭감되지 않도록 하는 정책적 근거를 제시하였다.

2. 신생아중환자실 퇴원 후 의료비 지원

고위험신생아 중 미숙아는 신생아중환자실 퇴원 후에도 약 3년간 집중적인 보살핌을 통하여 건강하게 성장발달을 할 수 있으며 이 기간 동안의 의료비 부담완화 정책도 필요하다. 대한신생아학회는 보건복지부의 연구 용역을 수행하며 건강보험심사평가원의 빅데이터를 분석하여 신생아중환자실 퇴원 후 3.5년간의 외래, 입원, 외래와 입원을 합한 총 의료비 부담을 분석하여 퇴원 후 외래진료비 본인부담률 경감 정책을 위한 근거를 제시하였다.

보건복지부는 2017년 1월 1일부터 ‘조산아 및 저체중출생아 외래진료비 본인부담률 경감제도’를 시행하여 재태기간 37주 미만의 조산아와 출생 체중 2,500 g 이하의 저체중출생아를 대상으로 출생일(주민등록상의 생년월일)로부터 3년이 되는 날까지 외래진료를 받거나 약국 또는 한국회귀의약품센터에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우 본인부담률을 5-10%로 인하하였다.

이른둥이(미숙아) 의료비 부담완화 효과성 분석 연구와 고위험신생아의 의료 보장성 강화

2017년 현재 대한신생아학회는 제3차 저출산고령사회기본계획(2016-2020년)을 시작하는 첫 해이었던 2016년부터 진행하고 있는 이른둥이(미숙아) 의료비 부담완화 정책으로 인한 건강보험 급여 확대 전/후의 이른둥이 의료비 부담을 비교 분석하고 출생 체중별 의료비 부담의 실태를 파악하고 분석하여 체계적인 의료비 지원의 확대를 위한 노력을 계속하고 있다.

또한 미숙아와 저체중출생아를 포함한 고위험신생아들의 의료비 부담완화를 위하여 아직 남아 있는 비급여 항목들의 급여화 추진, 신규 수가의 개발, 고위험신생아의 신생아중환자실 의료비 중 본인부담금과 비급여에 대한 지원 정책의 근거 마련 등을 통하여 국내 실정에 맞는 고위험 신생아 의료 보장성 강화가 효율적으로 이루어질 수 있도록 할 것이다.

결론

우리나라의 저출산고령사회 문제는 점점 더 심각해지고 있다. 저출산고령사회 문제를 해결하기 위한 다양한 국가 정책에도 불구하고 출생아 수는 계속 감소하고 있는 상황에서 미숙아와 저체중아 등의 고위험신생아의 출생은 증가하고 있다. 국내 미숙아의 치료 성적도 지속적으로 발전하고 있어서 생존율이 증가하고 있으며 이는 진료비 부담의 증가로 이어진다. 2016년부터 시작된 제3차 저출산고령사회기본계획에서는 출생 양육에 대한 사회적 책임을 강화하며 신생아 집중치료 의료비 부담 완화를 주요 추진 내용으로 결정하였다. 이에 대한신생아학회는 신생아 의료보전관리 향상을 위하여 관계기관과 단체들과 함께 신생아 의료비의 부담완화 정책을 제안하고 적용하였다. 우선적으로 급여화가 필요한 비급여 항목과 수가 개선이 필요한 항목을 정하였고 건강보험심사평가원의 실무 검토와 건강보험정책심의위원회의 심의를 거쳐 급여화가 되었다. 또한 우선적으로 개선이 필요하였던 신생아중환자실의 수가가 개선되었다. 이른둥이(미숙아) 의료비 지원체계 및 효과성 분석 연구를 수행하여 신생아중환자실 입원 의료비의 본인부담금과 비급여 부담 지원의 정책적 근거와 신생아중환자실 퇴원 후 의료비 지원에 대한 정책적 근거를 제시하였다. 2017년 현재 대한신생아학회는 이른둥이(미숙아) 의료비 부담 완화 정책으로 인한 건강보험 급여 확대 전/후의 이른둥이 의료비 부담을 비교 분석하고 출생 체중별 의료비 부담의 실태를 파악하고 분석하여 체계적인 의료비 지원의 확대를 위한 노력을 계속하고 있다. 또한 미숙아와 저체중 출생아를 포함한 고위험신생아들의 의료비 부담 완화를 위하여 아직 남아 있는 비급여 항목들의 급여화 추진, 신규 수가의 개발, 고위험신생아의 신생아중환자실 의료비 중 본인부담금과 비급여에 대한 지원 정책의 근거 마련 등을 통하여 국내 실정에 맞는 고위험신생아 의료 보장성 강화가 효율적으로 이루어질 수 있도록 핵심적인 역할을 할 것이다.

감사의 글

대한신생아학회 제12대 보험위원회 위원들께 감사를 드립니다.

위원(가나다순, 존칭생략): 성세인, 성태정, 심규홍, 은호선, 이순민, 이우령(위원장), 이은희, 이주영(간사), 이진아, 이현주(간사), 조희승, 황중희

References

- 1) Korean Statistical Information Services. Birth statistics. [accessed on 6 June 2017]. Available at http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=A.
- 2) Statistics Korea. 2016 Tentative results of birth and death statistics. [accessed on 6 June 2017]. Available at http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=359243.
- 3) Lee SS. Current state and challenges of policy response to low fertility and population aging. Health and Welfare Policy Forum 2016;231:51-65.
- 4) Chang YS, Ahn SY, Park WS. The establishment of the Korean Neonatal Network (KNN). Neonatal Med 2013;20:169-78.
- 5) Shim JW, Jin HS, Bae CW. Changes in survival rate for very-low-birth-weight infants in Korea. J Korean Med Sci 2015;30 Suppl 1:S25-34.
- 6) Premie love campaign. Health issues and challenges of preterm infant. [accessed on 6 June 2017]. Available at http://www.premielove.or.kr/bbs/index.html?sub_menu=&code=data&category=A&gubun=A&idx=A&page=1&number=873&mode=view&order=&sort=&keyfield=&key=.
- 7) Kim SH, Lim SJ, Kang HR, Choi EH, Kim YR, Kim AR. Basic research for strengthening pregnancy and childbirth support. Research report. Seoul: Dept. of Health Insurance Policy Institute (Korea), Office of National Health Insurance Service; 2015 Dec. Report No.: 2015-1-0008.
- 8) Health Insurance Review and Assessment Service. Medical expense payment system. [accessed on 9 June 2017] Available at https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020022000000&cmsurl=/cms/policy/02/01/1341864_27024.html&subject=%EC%A7%84%EB%A3%8C%EB%B9%84%EC%A7%80%EB%B6%88%EC%A0%9C%EB%8F%84.
- 9) The Korean Society of Neonatology. General rules. [accessed on 9 June 2017]. Available at <http://www.neonatology.or.kr>.
- 10) Lee WR. Analysis of maternal child health services in Korea to promote the health of the high risk newborn in times of 70 years after liberation and division. J Korean Soc Matern Child Health 2016;20:189-95.
- 11) Kim BI, Lee WR, Kim YK, Park SY. The analysis of medical support systems and effectiveness for preterm infants. Final report. Seoul: Division of Population Policy (Korea), Office of Ministry of health and welfare; 2016 Nov. Report No.: 11-1352000-001845-01.