

비급여 의료비 관리제도 개선 방안

김진현 교수
(서울대 간호대학)

2025.11.21.

목 차

I. 서 론

1. 연구의 배경
2. 연구의 목적

II. 비급여 가격 관리방안

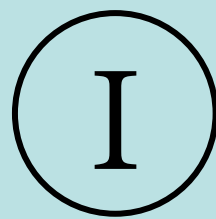
1. 비급여 가격 실태조사(1)
2. 비급여 가격 실태조사(2)
3. 외국의 비급여 가격정보 공개
4. 비급여 가격관리제도의 문제점
5. 비급여 가격관리제도의 개선방안

III. 선진입 의료기술 규제방안

1. 선진입 의료기술 개요
2. 선진입 의료기술 문제 사례
3. 해외의 조건부 급여제도
4. 제도 개선방안

IV. 결 론

1. 요 약
2. 제 언



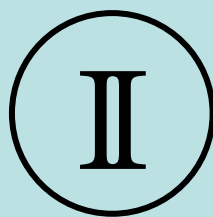
서론

1. 연구의 배경

- 건강보험 비급여는 **관리의 사각지대에** 놓여 있어 **국민의료비 부담의 증가 요인**으로 작용
 - 급여와 달리 의료기관이 항목과 가격을 임의로 정할 수 있는 특성
 - 동일한 의료행위라도 의료기관별로 가격 차이가 매우 큼
- 그 중에서도 **선진입 의료기술**이 비급여 진료의 정책적 쟁점
 - 임상적 유효성과 안전성에 대한 관련 근거가 불충분하나 임상 진료에 비급여로 우선 진입하도록 허용함
 - 이로 인한, 환자 건강권 훼손 우려, 환자 간 차별, 비급여 진료의 과잉 공급을 조장
 - 대표적으로 평가유예 신의료기술, 제한적 의료기술, 혁신의료기술, 첨단재생의료 치료 등이 포함
- 이러한 상황 하 비급여 가격관리와 선진입 의료기술에 대한 **객관적 평가와 대안 모색**이 필요
 - 비급여 진료의 가격 실태조사와 해외의 제도에 대한 조사를 통해 비급여 가격관리를 위한 법제화 방안 고려
 - 임상적 유효성, 안전성이 담보 안 된 선진입 의료기술에 대해 국민건강, 국민 의료비 부담의 측면 고려

2. 연구의 목적

- 건강보험 비급여 가격 관련 **실태조사**와 **문제점 분석**을 통해 비급여 가격관리 **방안을 마련**하고, 특히 선진입 의료기술 현황조사와 문제점 분석을 통해 관련 **법적·제도적 규제방안**을 도출하는 것임
- 구체적 목표는 다음과 같음
 - 비급여 가격 관리방안 제시
 - 선진입 의료기술의 실태조사와 문제점 분석
 - 선진입 의료기술 제도의 개선방안 제시



비급여 가격 관리방안

1. 비급여 가격 실태조사 1 (1/3)

· 병원 비급여 가격 실태 및 합리화방안 이용자 설문조사

- 조사 기관 : 경제정의실천시민연합(경실련)

- 조사 대상 : **(비급여 가격)** 의료기관의 비급여 진료비 중 상위 5개 항목

①도수치료, ②체외충격파, ③경피적 경막외강 신경성형술, ④MRI 척추-요천추, ⑤MRI 근골격계-슬관절

(이용자 설문) 비급여 인지, 비급여 가격 공개제도, 비급여 가격관리 정책에 대한 인식 등

- 조사·분석 방법 : **(비급여 가격)** 종별간 상/하위(10개) 가격 차이 및 가격 비(ratio), 건강보험 급여가격 비교

(이용자 설문) 전국 성인 남녀 1,030명, 온라인으로 연령대 균등 분할 조사

- 조사 시점 : **(비급여 가격)** 2024.9월 건강보험심사평가원 비급여 진료비 정보 공개 자료

(이용자 설문) 2024.10.21.~28. (8일간)

1. 비급여 가격 실태조사 1 (2/3)

- 비급여 가격 실태 (전체 비급여 진료비 상위 5개 항목의 의료기관 간 가격 격차)
 - 3개 비급여 항목이 병원에서 가격 격차가 가장 크게 나타남
 - * 경피적 경막외강 신경성형술 19.0배, 도수치료 62.5배, 체외충격파치료 22.5배
 - * MRI 슬관절 3.5배, MRI 척추-요천추 2.7배
 - 종합병원에서 11.4배, 상급종합원에서 8.8배 차이

경피적 경막외강 신경성형술

(단위: 원, 배수)

종별(기관수)		상급종합(43)	종합병원(250)	병원(472)
공개 가격	평균	1,641,186	1,685,149	1,901,987
	최대(A)	2,838,900	3,660,000	3,800,000
	최소(B)	322,000	320,000	200,000
가격 차이	차이(=A-B)	2,516,900	3,340,000	3,600,000
	최대/최소(=A/B)	8.8	11.4	19.0

MRI 슬관절

(단위: 원, 배수)

종별(기관수)		상급종합(45)	종합병원(315)	병원(628)
공개 가격	평균	763,933	536,164	438,861
	최대(A)	921,000	1,035,000	880,000
	최소(B)	600,000	261,670	250,000
가격 차이	차이(=A-B)	321,000	773,330	630,000
	최대/최소(=A/B)	1.5	4.0	3.5
급여 가격(C)		269,905	258,170	234,700
미보정 차이(= A/C ~ B/C)		3.4~2.2	4.0~1.0	3.7~1.1

1. 비급여 가격 실태조사 1 (3/3)

· 비급여 가격합리화 이용자 설문조사

- 비급여에 대한 인지 여부

- ① 천차만별인 가격 차이에 대해 응답자 10명 중 9명이 문제가 있다고 인식
- ② 응답자 2/3는 비급여 진료 전 설명을 듣지 못했거나 진료 후 간략하게 통보 받았다고 대답

- 비급여 진료비 공개제도 관련

- ① 건강보험심사평가원에서 제공하는 '비급여 가격 비교/공개 서비스'를 모른다(52%)
- ② 이용률이 저조한 이유는 서비스 제공 사실을 알지 못해서(49%), 검색이 불편(30%), 전문 용어(18%) 순

- 비급여 가격관리 정책 관련

- 향후 필요한 정책으로 ① 정부가 상한가격을 정하고 의료기관이 자율적으로 선택(54%),
② 정부가 건강보험처럼 비급여 가격도 지정(43%), ③ 유사한 급여 가격을 기초해 가중치를 부여(35%) 순

- 의료기관 진료 경험 및 기타

- ① '병원 방문 전 병원이나 심평원 홈페이지에서 비급여 진료 내용과 가격을 찾아본다'가 36%에 불과
- ② 병원에서 '실손보험을 가입했는지 질문을 받았는가'에 그렇다(58%) vs 아니다(27%)

2. 비급여 가격 실태조사 2 (1/3)

· 정부의 공식적인 비급여 자료 수집 현황

1) 건강보험환자 진료비 실태조사

* 2004년. 전체 진료비 조사하여 보장률 등 파악

2) 비급여 상세내역 조사

* 2015년. 항목 단위의 비급여 진료비 구성과 현황 파악,
보장성 대책 등 정책수립 근거 자료

3) 비급여 보고자료

* 2023년. 전체 의료기관의 특정 기간(병원급: 3월, 9월,
의원급: 3월)의 비급여 단가, 빈도, 상병명 등을 공단에 보고

비급여 진료비 조사자료의 특성 비교

구분	건강보험환자 진료비 실태조사 / 비급여 상세내역 조사	비급여 보고자료
대상기관	표본 요양기관	전체 의료기관 (약국 제외)
수집항목	전체 진료내역	1,252개 항목 (2025년 기준)
수집기간	매년 6월, 12월	병원급: 연간 2회 / 의원: 연간 1회
장점	표본 의료기관의 해당 월의 전체 진료내용 수집하므로 비급여 진료비 구성과 실태 파악 가능	전체 의료기관 대상이므로 비급여 현황에 대한 총체적인 파악 가능
단점	표본조사 로 인하여 전체 의료기관에 일반화하는 것이 제한적임	전체 진료내역이 아닌 일부 보고항목 으로 조사항목이 제한
활용	비급여 진료유형별, 항목별 구성비 파악	전체 의료기관 대상 비급여 항목의 총진료비 등 진료 규모와 현황 파악

2. 비급여 가격 실태조사 2 (2/3)

· 2023년도 비급여 보고자료 분석 결과

- (전체 비급여 진료비 규모) 총 5조 657억원/년
- (종별 비급여 점유율) 병원 45.9% > 종합 21.3% > 상급종합 15.8% > 치과병원 8.1%
- (기관당 비급여) 월평균 1억 493만원(최대 88억 9,065만원)
 - * 상급종합 14억 8,169만원, 종합 2억 7,304만원, 병원 1억 4,429만원
- (진료과목) 정형외과, 신경외과에서 전체 비급여 진료비의 40.6%(1,715억원)를 차지
 - * 이어서, 정형외과(27.7%), 신경외과(12.9%), 내과(10.6%), 일반외과(6.6%), 산부인과(5.6%) 순 등
- (성/연령) 여성(55.4%), 남성(44.3%) / 60~79세(34.3%), 40~59세(33.3%) 순
- (23개 주요 상병) 근골격계통 및 결합조직 질환이 30.8%(1,301억원)
 - * 이어서, 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타결과 12.2%(514억원), 기타(주상병 특정불가) 11.9%(504억원), 신생물 10.1%(427억원) 등
- (단가) 전립선암 다빈치 로봇수술(평균 1천만원, 최소 295만원~최대 1,500만원)이 가장 높은 단가
 - * 이어서 갑상선 암 다빈치 로봇수술(평균 9백만원, 200만원~1,750만원), 전립선암 고강도 초음파 집속술(평균 795만원, 700만원~890만원) 등
- (항목) 상위 10개 항목이 전체 진료비의 45.3% 차지
 - * 도수치료(11.7%), 1인실 병실료(10.7%), 척추-요천추 MRI(4.4%), 임플란트(Zirconia)(3.5%), 체외충격파치료(3.3%) 순

(보고 기관) 전체 병원급 4,082개소(제출 97.7%)

(보고 내역) 비급여 코드, 항목, 금액, 진료내역, 실시빈도 등

(평균 보고항목 수) 전체 594개 중 평균 21개

2. 비급여 가격 실태조사 2 (3/3)

· 실손의료보험 진료비통계 (보험개발원)

(대상 기관) 생명보험과 손해보험 총 20개사(2021년 기준)
(수집 항목) 모든 항목(총18개) 급여 본인부담금, 비급여 진료비, 총진료비
(세부 항목) 비급여 항목 전체와 급여항목 중 초음파, MRI, 추나요법 등

- 비급여 진료비 표본통계 분석 결과

- ① (청구건수) **체외충격파**(7.3%), 드레싱 고정류(6.0%), 합성거즈 드레싱류(4.2%), 해열진통소염제(3.7%)
- ② (청구금액) **도수치료**(14.7%), 조절성 인공수정체(11.7%), 체외충격파 치료(5.7%)
- ③ (건당금액) 최고항목: 초음파 유도하 고강도 초음파 집속술(**‘하이푸 시술’**) **평균 866만원**

* 로봇보조수술이 880만원, 조절성 인공수정체 439만원 등

- 9대 비급여 항목별 실손 지급보험금 현황

- ① (금액규모) **도수치료**가 **11,319억원**으로 1위 (9개 주요 비급여 실손 지급보험금의 53.4%)
- ② (연평균 증가율) **갑상선 고주파 절제술**이 **60.1%**로 1위

실손보험 9대 비급여 항목별 실손 지급보험금 현황 (추정)

	갑상선고주파절제술	하이푸시술	맘모툼	비밸브재건술	도수치료	오다리교정술	비급여약제 (영양제 등)	재판매가능 치료재료	하지정맥류	합계
'21년도 (억원, 비중: %)	320 (1.5)	1,009 (4.8)	841 (4.0)	646 (3.0)	11,319 (53.4)	1,505 (7.1)	3,498 (16.5)	1,003 (4.7)	1,062 (5.0)	21,203 (100)
연평균 증가율 (‘18-‘21)(%)	60.1	52.8	15.3	29.7	21	15.5	20.9	55.6	23.3	23

3. 외국의 비급여 가격정보 공개 (1/3)

< 미국 >

- 연방정부가 www.medicare.gov, www.cms.gov 등의 홈페이지를 통해 직접 관련 정보를 제공
 - (Medicare) Medicare의 보장 항목과 보장하지 않는 항목에 대한 정보 제공
 - * 소비자가 의료기관을 방문할 때 사용할 수 있도록 체크리스트를 제공
 - (Medicare) 항목별(처치, 약물 등), 의료기관별 검색이 가능하도록 메뉴 제공, 의료기관 간 가격 비교 가능
 - * 진료 대기시간, 합병증 및 사망률, 재입원율 등의 비교도 가능
 - (CMS) 입원환자 예상비용(Hospital Inpatient Prospective Payment System: IPPS) 제공
 - * DRG 항목별 지역별 평균 비용, 메디케어 급여비 검색 가능, 의료기관 검색 시 해당 기관에서 제공 중인 의료서비스 항목에 대한 비용 제공
- 민간영역(비영리단체 MN Community Measurement 등)에서의 의료서비스 정보제공
 - 개별 의료서비스 항목에 대한 medical group별 평균비용 제공, medical group별 전체 환자의 평균 총진료비 제공
 - * 미네소타주의 가장 큰 민간보험 4개사의 보험상품에 가입한 150만명의 정보를 기반-환자거주지 기준 지역별 총비용, 상대적 진료량, 가격 정보 등 제공
 - * <https://mncm.org>

3. 외국의 비급여 가격정보 공개 (2/3)

< 독 일 >

- 연방정부의 근거 기반 의학, 의료서비스 감독 등을 담당하는 연방의료서비스에서 비급여 정보 제공
 - 체계적 문헌고찰을 통한 평가를 바탕으로 비급여 의료서비스의 안전성과 효과성에 대한 정보를 제공
 - 비급여 의료서비스의 편익과 위험의 크기를 비교하여 5점 척도로 평가함
 - 해당 의료서비스에 대한 외국의 지침과 평가 근거 파일 다운로드 가능
 - 소비자가 쉽게 정보를 확인할 수 있도록 리플렛을 제공하며, 여기에는 대략적인 가격정보도 포함됨
 - <https://www.igel-monitor.de>
- 공적 건강보험회사인 TK(Techniker Krankenkasse)가 홈페이지를 통해 정보 제공
 - 질환명, 처치명, 의사 성명으로 의료기관 검색 가능
 - 해당 의료기관에서 비급여 의료서비스를 제공할 경우 IGel Monitor 홈페이지로 연결하여 관련 정보 확인 가능
 - tk-aerztfuehrer.de

3. 외국의 비급여 가격정보 공개 (3/3)

- **영국:** NHS에서 보장 않는 서비스 비용은 주로 영국의사회의 지침에 따라 결정

- 지침은 영국의사회(British Medical Association) 내 PFC(Professional Fees Committee)를 통해 정부와 협상해 결정
- 민간 의료서비스 이용 시, 민간보험 또는 환자 부담의 정보를 제공하는 민간 사이트가 있으며(privatehealth.co.uk), 각 의료기관 홈페이지에도 게시

- **호주:** 보건부 홈페이지 내 'Medical Costs Finder' 메뉴를 통해 정보 제공

- 다빈도 외래·입원 서비스 항목의 설명, 주별 급여비, 본인부담금, 비급여(민간보험) 급여액의 중간값 정보를 제공
- * 비급여가격정보는 민간보험사로부터 수집한 HCP(Hospital Casemix Protocol) 자료에 기반, 최근 회계연도 자료를 사용하므로 검색 시점과 시차 발생

- **싱가포르:** 보건부 홈페이지를 통해 정보 제공하며, 파일로 다운로드 가능

- DRG별, 의료기관별(설립구분별) 비용의 중앙값을 제공함
- * '22년 현재 287개 DRG 가격정보를 제공. 사회보험 상품별 본인부담 정도가 달라 DRG별 정보를 제공하면 환자가 부담할 금액을 예상 가능
- * 민간병원에서의 과도한 의료이용 및 과잉 의료비 관리를 위해 의료수가자문위원회(Fee Benchmarks Advisory Committee)에서 다빈도 비급여 수술항목에 대한 표준수가지침을 공표, 외과 수술 및 마취가 필요한 경우 상·하한 비용을 제시하여 권장

4. 비급여 가격관리제도의 문제점

· 유명무실한 비급여 진료비용 고지제도('09)

- 통일된 고지방침이 없어 이용자의 정보 접근이 어렵고, 목록이 표준화되지 않음

· 개선된 비급여 공개제도 역시 정책의 실효성을 담보하기 어려움

- 상기 문제를 개선하고자 항목을 통일하여 병원 간 상호비교가 가능하도록 하고 정보수집 방식을 개선했으나, 이용자의 인터넷 정보 접근이 어렵고, 공개 항목 범위가 제한되어 신규 비급여의 가격 제어 효과 기대 어려움

* 10년간 비급여 공개제도가 운영되어도 천차만별인 비급여 가격 격차는 개선되지 않음. 단가 공개의 한계로 보임

· 비급여 공개제도의 실효성 한계로 환자의 선택권 제고와 의료기관간 경쟁을 유도하지 못하는 문제

- 現 비급여 가격 공개제도는 일부 항목에 한해 시행되며, 이마저 행위별 또는 치료재료·약제별 가격정보를 공개
→ 소비자가 본인의 질병 치료를 위해 어느 정도의 총비용이 발생하는지 예측할 수가 없음

· 비급여 가격관리 제도의 실효성 미흡으로 국민의 의료비 부담 계속 확대

- 공·사보험 재정 누수, 필수의료인력 이탈로 인한 의료체계 왜곡 등 다양한 사회적 문제로까지 심화

5. 비급여 가격관리제도의 개선방안 (1/3)

① 비급여 관리를 위해 관련 법률 개정을 통한 거버넌스 체계 마련 필요

- 복지부와 금융위가 공동 주관하는 ‘비급여관리위원회’ 설치·운영

- * 비급여 관리의 풍선효과 지속 발생되므로 비급여 실태조사 및 적정 가격 등을 검토할 “(가칭)비급여관리위원회” 복지부에 설치
- * 국민의료비의 상당 부분을 차지하는 비급여를 고려, 건강보험정책심의위원회 기능에 준하는 위원회로 법제화 필요
- * 실손의료보험 현황 파악 및 영향을 종합적으로 검토하기 위해 동 위원회에 금융위원회 및 추천 인사 포함 필요

- 비급여 관리를 위한 금융-보건당국 간 정보교환체계 및 상호 검증체계 구축 필요

- * 과잉·남용 우려가 큰 비급여 항목 파악, 풍선효과 제어를 위해 공·사보험 전 영역의 비급여 실태조사 필요
- * 의료기관의 부당청구 및 이중수급 방지 등을 위해 공·사보험 간 정보연계 및 상호검증체계 구축 필요

5. 비급여 가격관리제도의 개선방안 (2/3)

② 기존 비급여에 대한 **모니터링 체계** 고도화

- 비급여 보고제도 강화(**전체 보고 의무화**)

- * 현행 1~2개월분 일부항목 보고로는 정확한 파악이 어려워, 모든 비급여 진료내역 보고 의무화 필요
- * 의료기관이 급여 청구 시 비급여 자료도 같이 제출하도록 개선

- 비급여 **명칭 표준화** 및 **사용 의무화**와 비급여 목록 정비

- 실효성 있는 진료비 **정보 공개** 등 비급여 모니터링 강화

- * 수술·상병별·의료기관별 급여·비급여 구분하고 총진료비 공개하여 환자의 의료기관 선택 지원
- * 다른 의료기관과 가격 비교, 대체가능한 급여치료와 효과성 비교설명 등 사전설명하고, 환자동의 의무화
- * 이를 위해 국민건강보험공단에 비급여 정보 통합관리 인프라 구축하고, 민간플랫폼(예: 네이버, 카카오 등)과 연계

5. 비급여 가격관리제도의 개선방안 (3/3)

③ 신규 비급여 사용 제어 및 가격관리

- 신규 비급여 **사전승인 의무화**제

- * 외국의 비급여 가격제한 제도 참고하여 도입 검토

- * 신규 비급여의 공단 사전승인 의무화, 등록된 비급여 진료만 허용. 사전승인 시 신규 비급여의 명칭과 코드 부여, 가격상한 설정

- 비급여 **가격 통제**

- * 비급여 등록 시 표준가격 또는 가격상한을 두어 국민의 의료비 부담 완화(과잉 우려 비급여에 대해 우선 검토하여 고시)

- * 치료재료와 의약품은 의료인에 따라 효과가 달라지는 것이 아니므로 공급가격 기준으로 일정비율(예: 130% 등)로 가격상한 필요

- ※ 외국은 대부분 비급여에 대해 유사 급여가격 기준으로 일정 비율만큼 상한선 설정하거나 직접 비급여 가격 고시



선진입 의료기술 규제 방안

1. 선진입 의료기술 개요 (1/3)

1) 신의료기술평가 제도('07~)

- **도입 배경:** '00년 7월 의료기술의 안전성과 유효성 평가 → 관련 전문가 중심 평가의 객관성과 공정성 문제 지속 → 새로운 형태의 의료기술평가제도 필요성 대두
 - ☞ 의료법 개정 및 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제정으로 '07년 신의료기술평가제도 본격 도입
- **운영 현황:** 새로운 의료행위가 기존보다 동등이상의 **안전성과 유효성**이 있다고 임상연구 통해 입증될 경우 신의료기술 인정
 - ☞ 이후 **시장진입** 가능하며 건강보험 급여 여부에 따라 **급여 또는 비급여**로 결정
- **비판 제기:** 신의료기술평가가 **임상 현장 진입을 늦추는 장애요인**으로 작용한다는 의견이 제기
 - * 특히 대체기술 없거나 희귀질환용 의료기술에 대해 국가 차원의 근거창출 지원이 필요하다는 주장 대두

1. 선진입 의료기술 개요 (2/3)

2) 선진입 의료기술평가 제도

- **평가유예신의료기술('14):** 2년 이내에서 비급여로 사용할 수 있으며, ' 25.3월 1회에 한해 2년 이내로 연장 가능하게 되어 신의료기술평가 기간을 고려할 때 최대 4년 이내 활용 가능
- **혁신의료기술('19):** 인공지능, 3D프린팅 등 개발이력이 짧아 문헌근거가 부족한 기술의 잠재적 가치를 추가 평가
→ 임상진료와 근거창출을 위한 연구 병행, 최대 5년 동안 활용하면서 근거를 축적해 안전성·유효성 재평가 실시
- **제한적 의료기술('14):** 일정기간 비급여 시행하고, 해당환자가 임상연구에 참여하는 형식의 혼합된 형태. 일부 연구비 국고지원
* 연구단계기술 I을 제외한 안전성 우려가 없는 모든 기술
- **즉시진입 의료기술('25.하반기 시행 예정)**

1. 선진입 의료기술 개요 (3/3)

3) 선진입 의료기술평가 관련 쟁점

- 선진입 의료기술제도별 **대상 기술(종류, 범위) 불명확** : 혁신통합심사와 평가유예 대상의 차이가 불분명
- **사용기간(기간연장)**의 적절성: 조기 종료(오남용 방지, 사용 부진) 기전과, 실질적 **퇴출 기전이 부재**
- 환자의 **비용부담**: 비급여로 인한 가격 통제 어려우며, 과잉진료 우려
- **이해상충과 형평성** 문제: 동일 기술에 대해 연구와 진료를 병행할 경우참여 대상자 형평성 문제와 선택 편향이 발생
- **정보 불균형**에 의한 환자 피해: 사전 설명이 충분치 않거나 환자가 과대광고에 노출될 경우 환자 피해가 발생할 우려
- 평가유예 신의료기술과 혁신의료기술 간 **규제차익에 의한 편향**
: 비침습적 의료기술은 혁신의료기술 혹은 평가유예 신의료기술로 모두 인정받을 수 있어 평가유예 제도로 선진입 유인이 큼
- **근거창출의무 폐지**: 비침습적 혁신의료기술의 경우 근거창출연구를 필수에서 선택으로 전환
- **즉시진입** 의료기술 도입: 식약처의 검증 강화 여부 미지수
- **근거 없는 '혁신의료기술' 용어** 사용: 정부에서 먼저 명명하며 환자에게 잘못된 정보를 제공하고 있음

2. 선진입 의료기술 문제 사례

사례1) 플라즈마 활성화수 및 LED를 이용한 질세정 치료

주요 고시 내용

- 사용목적 : 질염을 유발하는 세균, 진균, 바이러스 세정
- 사용방법 : 질 세정기로 수돗물을 플라즈마 활성화수로 변환하여 세정액을 생성, 분사하여 질염을 일으킨 오물 배출 및 해당 부위 살균
- 평가유예 기간 : 2023년 8월 ~ 2025년 7월

결과

여성환자 대상으로 10회 단위의 패키지 진료비 결제 유도
→ 실손보험 통원의료비 보험금 지급한도(10~25만원)에 맞추어 높은 비급여 진료비를 산정 추정

사례2) 6시간 이내 급성 상태악화 발생 위험 예측

- 사용목적 : 6시간 이내 급성 중증이벤트의 발생 위험 예측
- 사용방법 : 전자의무기록 등에서 수집한 환자의 연령, 생체신호(6종), 혈액학적 검사(11종) 및 의식사정점수를 분석하여 6시간 이내 급성 중증이벤트(사망, 예기치 않은 중환자실 전실, 심정지) 발생 위험도 점수 제공
- 평가유예 기간 : 2023년 3월 ~ 2025년 2월 28일

사망, 중환자실 전실 등의 급성 중증이벤트 발생이 어려운 환자에게도 무리하게 상기 예측검사를 병행하는 과잉진료 많음
(요추의 염좌 및 긴장 환자, 관절염으로 인한 자가골수무릎주사 환자 입원 등에서 예측검사 활용)

3. 해외의 조건부 급여제도

1) 미국의 CED(Coverage with Evidence Development) 프로그램

① CSP(Coverage with Study Participation) : 임상시험 참여 조건으로 급여 적용

② CAD(Coverage with Appropriateness Determination) : 환자자료를 등록·추적 관찰하는 조건으로 급여 적용

- * 일정 기간(보통 3~5년) 동안 자료 수집한 후, 축적된 근거를 바탕으로 해당 의료기술의 최종 급여 여부 결정
- * 급여조건으로 적응증과 사용기준 설정하여 불필요한 사용 제한, 자료의 수집 및 보고 의무화로 의료기관 책임성 강화
- * 의료기술의 불확실성에 따른 재정적 위험을 의료기관과 보험자가 공유하는 모형. 치료 성과에 따라 급여액 조정

2) OECD 및 EU 회원국의 MEA(Managed Entry Agreements)

① 재정적 MEA: 치료성과와 연계되지 않고, 환자결과 자료 요구하지 않는 반면 사용량 등 재정영향 관리에 중점

② 성과기반 MEA: 제품의 성과에 대한 자료분석에 중점을 두고, 자료수집 및 환자결과에 따라 보험자 지불액이 결정되거나 제품 생산 기업이 보험자에게 환급(결과적으로 성과기반 MEA는 재정적 효과도 거둘 수 있음)

4. 제도 개선방안 (1/2)

① 법적 근거 강화

- 관련법 개정
 - ✓ 선진입 의료기술(「의료법」) 및 첨단재생의료 치료(「첨단재생바이오법」)의 정의 및 범위 명확화
 - ✓ 과잉진료 방지 위한 법적 근거 마련
 - ✓ 선진입 의료기술의 관리·감독 근거 마련
- 「신의료기술평가에 관한 규칙」 개정
 - ✓ 선진입 의료기술의 사용 범위와 조건 구체화
 - ✓ 부작용 보고의무 강화 및 위반시 제재방안 마련

② 급여체계 개선

- 환자의 치료 접근성 제고를 위해 선진입 의료기술에 대해 급여 적용(선별급여 또는 전액 본인부담)
- 근거 생성을 조건으로 한 급여 적용으로 과잉진료 억제
- 의료기관과 보험자(공단) 간 위험분담 모델 구축
- 선진입 의료기술의 필요성과 효과성에 따른 본인부담률 차등 적용

4. 제도 개선방안 (2/2)

③ 주기적 재평가 제도 도입 및 비급여 퇴출기전 법제화

- 선진입 의료기술의 안전성·유효성 주기적 재평가 제도 도입하여 안전성 및 유효성이 확인된 기술은 급여 전환하고, 확인이 어려운 기술은 퇴출시키는 제도적 근거 마련

④ 소비자 정보 제공 및 의료인 교육 강화

- 선진입 의료기술의 안전성·유효성에 대한 충분한 정보 제공 의무화
- 예상 비용 및 대체 치료법에 대한 정보 제공
- 선진입 의료기술 사용 전 환자로부터 서면 동의를 받는 절차를 강화
- 의료인을 대상 선진입 의료기술의 적정 사용에 관한 교육 프로그램 개발 및 과잉진료 방지를 위한 윤리교육 강화



결론

1. 요약

항 목	상세 내용
비급여 가격실태조사 (경실련, 2025)	3개 비급여 항목이 병원에서 가격 격차 大 (경피적 경막외강 신경성형술 19.0배, 도수치료 62.5배, 체외충격파치료 22.5배) - 상급종합병원 가격 차이는 최대 8.8배, 종합병원의 가격 차이는 11.4배 '23년 병원급 비급여 진료비 상위 항목(年 100억원 이상)은 이학요법료(도수치료), 상급병실료(1인실), MRI(척추-요천추) 順
비급여 보고자료 분석결과 (국민건강보험공단, 2024)	- 비급여 진료비의 규모 - '23년 병원급 비급여 진료비 규모는 총 5조 657억원으로 추정 등 - 평균 비급여 진료비 - 기관당 비급여 진료비는 월평균 1억 493만원(최대 88억 9,065만원) 등
실손의료보험 진료비 통계 (보험개발원, 2021)	9대 비급여 항목별 실손 지급보험금 현황('20년) - 도수치료가 11,319억원으로 53.4%를 차지 등 - 비급여 진료비 표본통계 분석 결과('21년) - 청구건수 상위는 체외충격파(7.3%), 드레싱 고정류(6.0%) 등
외국의 비급여 관리제도	- 일반적으로 비급여 진료의 목록과 가격을 사전 공개(특히 정부 승인 없는 비급여 진료는 엄격히 금지, 가격에도 일정 기준 관리) - 신의료기술에 대해서는 조건부 급여제도를 일반적으로 시행하고 있으며, 재정적 위험분담제도 등을 적용하고 있음
비급여 가격관리제도의 문제점	- 유명무실한 비급여 진료비용 고지제도 등 → 환자의 선택권 제고와 의료기관 간 경쟁을 유도에 한계 - 비급여 가격 관리를 위한 제도 실효성 미흡으로 국민의 의료비 부담이 계속 확대
선진입 의료기술제도의 문제점	- 제도별 대상 기술(종류, 범위)이 불명확하고, 사용기간(기간연장)의 적절성에 대한 문제 - 환자의 비용부담, 의사과학자의 연구과 진료 병행에 따른 이해상충과 형평성 문제, 정보 불균형에 의한 환자 피해가 우려 - 근거창출의무 폐지로 임상적 유효성과 안전성에 대한 담보 難, 근거없는 “혁신의료기술” 용어를 사용하는 등

2. 제언 (1/2)

1) 비급여 가격관리제도 개선방안

① 비급여 관리를 위해 관련 법률 개정을 통한 거버넌스 체계 마련

- 복지부-금융위 공동 주관하는 비급여 관리위원회 설치·운영
- 비급여 관리를 위한 금융-보건당국 간 정보교환체계 및 상호 검증체계 구축

② 기존 비급여에 대한 모니터링 체계 고도화

- 전체 비급여 항목 보고 의무화
- 비급여 명칭 표준화 및 사용 의무화
- 비급여 목록 정비
- 실효성 있는 진료비 정보 공개 등 비급여 모니터링 강화

③ 신규 비급여 사용 제어 및 가격관리

- 신규 비급여에 대한 정부의 사전승인 의무화
- 비급여에 대한 표준가격 또는 가격상한 설정

2. 제언 (2/2)

2) 선진입 의료기술평가 제도 개선방안

① 법적 근거 강화

- 의료법 등 관련법 개정으로 과잉진료 방지를 위한 법적 근거 마련. 부작용 보고의무 강화 및 위반시 제재방안 마련

② 급여체계 개선

- 근거 생성 조건부 급여, 의료기관과 보험자(공단) 간 위험분담 모델
- 선진입 의료기술의 필요성과 효과성에 따른 본인부담률 차등 적용

③ 주기적 재평가 제도 도입 및 비급여 퇴출기전 법제화

- 안전성·유효성 주기적 재평가 → 안전성 및 유효성 확인된 기술은 급여, 확인이 어려운 기술은 퇴출시키는 법적 근거 마련

④ 소비자 정보 제공 및 의료인 교육 강화

- 안전성·유효성에 대한 충분한 정보제공 의무화
- 예상비용 및 대체치료법 관련 정보 제공
- 사용 전 환자 서면동의 강화, 의료인 대상 교육프로그램 개발 및 과잉진료 방지를 위한 윤리교육 강화

감사합니다.