

[최종보고]

혼합진료금지를 통한 실질의료비 절감방안

2024.1.30



Contents

01

연구배경 및 필요성

02

제외국 제도운영 고찰

03

주요 연구결과: 혼합진료금지 제도 운영



❖ 우리나라 경상의료비의 비약적 증가

- 2020년 기준 161.7조원, 2021년 잠정치는 180.6조원(GDP 대비 8.8%)으로 추계(국민보건계정, 2020)
- 2010~2022년 동안 연평균 8.4%의 증가율
 - ➡ 2022년 200조원(GDP 대비 10%), 2030년에는 400조원(GDP 대비 16%)을 넘을 것으로 추계(정형선, 2023)
- 국민 1인당 실질의료비 증가율은 2010년 이래로(2010~2020년) 연평균 5.8%의 높은 수준 유지
 - ➡ 동일기간 OECD 국가의 1인당 의료비는 연평균 2.1% 증가에 그침(국민보건계정, 2020)

1인당 (실질)의료비의 증가 추이 (2010-2020년)



연구배경 및 필요성

❖ 경상의료비 증가에 있어 공적자원(정부의무가입제도) 지출 제한적 → 가계직접부담을 포함한 민간자원 지출이 의료비증가 견인

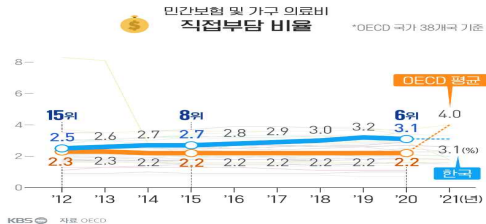
- 공적자원 비중: 2021년 기준[잠정치] 64.8%: 정부 16.2%, 의무가입[건강보험] 48.6% (국민보건계정, 2020)
 - ➡ OECD 평균(2009~2019년)은 72.5~74.1% 범위(OECD, 2021)

- 민간자원 비중: 2021년 기준[잠정치] 35.2%, 이 가운데 가계직접부담이 26.6% 차지(간병비용 미포함)

➡ 가계직접부담은 OECD 평균 19.8%로 우리나라 국민들의 의료비 직접 부담수준은 매우 높음

- GDP 대비 민간의료보험 및 가계직접부담 비율: 한국(2.5%~3.2%범위) vs OECD(2.2%~2.3%범위)

➡ 2012년 15번째 → 2020년 6번째로 상향



❖ 국민의료비 및 비급여 부문 통제의 필요성 → 혼합진료금지를 통한 통제수단 강구 필요

- 의료서비스 제공 방식: 건강보험급여+비급여의 혼용 ➤ 비급여는 환자와 의사와의 사적계약 관계로 방치

급여·비급여 혼용의 주요문제

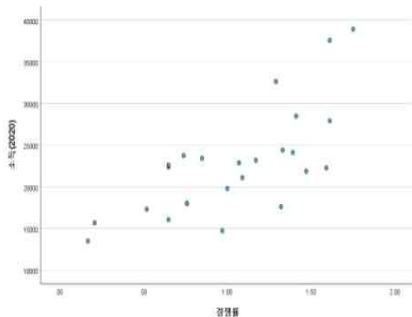
- ㉠ 건강보험 급여 재정의 비효율 증대: 보장성 제고·환자부담 완화 → '비급여로의 비용 전가' → 보장을 하락·환자부담 증가
- ㉠ 비급여 수입의 의존성 및 진료제공 체계의 왜곡: '의대 광풍', '필수의료 붕괴', '개업의 개원 열풍'으로 표출되는 수익성 중심의 쏠림
- ㉠ 비급여 허용에 따른 민간 의료보험 시장 팽창: 공적보험 입지 약화 및 가계부담의 또 다른 요인으로 작용

혼합진료금지 시행: 주된 효과

- ㉠ 건강보험 급여 중심의 진료제공 행태 변화 → 의료비 가계부담 완화로의 순기능 강화(건보 급여 재정 운영의 효율성 제고)
- ㉠ 공급부문 통제 효과: 고비용 진료제공 → 적정 진료(비용·효과성 중심)로의 유도(환자 편익 증대)
- * 환자부담 → 혼합진료 허용: [비급여(보험외 진료비) + 급여비용 + 법정본인부담] vs 혼합진료 금지: [법정본인부담]

연구배경 및 필요성

참고: 의사 전문과목별 소득과 전공의 경쟁률 상관관계



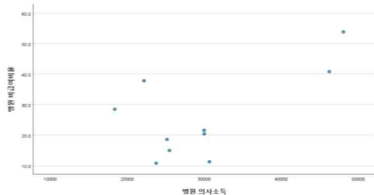
전문과목별	소득(만원) (2020)	소득 순위	전공의 경쟁률 (2023)	경쟁률 순위
안과	38,918	1	1.75	1
정형외과	37,554	2	1.61	2
신경외과	32,636	3	1.29	10
피부과	28,474	4	1.41	6
재활의학과	27,907	5	1.61	3
마취통증의학과	24,397	6	1.33	8
영상의학과	24,105	7	1.39	7
산부인과	23,735	8	0.74	19
응급의학과	23,415	9	0.85	16
비뇨기과	23,156	10	1.17	11
내과	22,855	11	1.07	13
흉부외과	22,576	12	0.65	20
외과	22,369	13	0.65	21
성형외과	22,258	14	1.59	4
정신건강의학과	21,855	15	1.47	5
신경과	21,082	16	1.09	12
직업환경의학과	19,782	17	1	14
방사선과	18,032	18	0.76	17
방사선종양학과	17,977	19	0.76	18
이비인후과	17,588	20	1.32	9
가정의학과	17,287	21	0.52	23
신경정신과	17,268	22	-	26
병리과	16,041	23	0.65	22
결핵과	15,959	24	-	27
핵의학과	15,667	25	0.21	24
진단검사의학과	14,695	26	0.97	15
예방의학과	13,896	27	-	28
소아청소년과	13,474	28	0.17	25



참고: 전문과목별 비급여율과 의사임금 비교

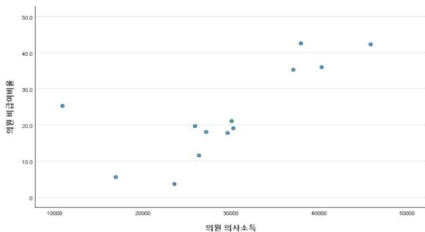
(병원)

표시과목	비급여율	비급여율 순위	의사임금	의사임금 순위
신경외과	53.8	1	48,037	1
정형외과	40.8	2	46,209	2
정신건강의학과	37.8	3	22,163	9
소아청소년과	28.5	4	18,373	10
산부인과	21.6	5	29,970	5
외과	20.4	6	29,991	4
내과	18.6	7	25,154	7
신경과	15	8	25,464	6
흉부외과	11.3	9	30,658	3
비뇨기과	10.8	10	23,746	8



(의원)

표시과목	비급여율	비급여율 순위	의사임금	의사임금 순위
재활의학과	42.6	1	37,933	3
안과	42.3	2	45,837	1
정형외과	36	3	40,284	2
신경외과	35.3	4	37,065	4
소아청소년과	25.3	5	10,875	13
신경과	21.1	6	30,068	6
산부인과	19.7	7	25,923	10
피부과	19.1	8	30,263	5
내과	18.1	9	27,172	8
외과	17.8	10	29,612	7
비뇨기과	11.6	11	26,364	9
이비인후과	5.6	12	16,929	12
정신건강의학과	3.7	13	23,582	11





① 실질의료비 현황 및 관리 운영 실태 분석

- 한국의 경상의료비 규모 및 국민들의 실질 의료비 부담 수준을 파악함
- 비급여 현황 및 비급여 관리 운영상의 한계 분석
- 주요국의 의료비 절감을 위한 주된 정책적 대안들 및 특성 도출

② 의료비 통제 관련 건강보험제도 운영상의 문제점

- 건강보험 급여관리 및 보장성 대책 등 의료비 절감에 미치 실제적인 영향 및 한계 분석
- 급여비급여 혼용에 따른 공급자 진료제공 특성 및 공급자 비용 통제 관련 한계 분석



③ 혼합진료금지 제도 설계 및 의료비 절감 방안 제언

- 보험자 관점에서 실행 가능한 제도 설계 ▶ 제도 적용의 범위 및 실행 방법, 법률적 근거 마련 등
- 혼합진료금지 시행에 따른 효과성 시뮬레이션 ▶ 의료비 절감 및 공급자 진료제공 행태 변화 등
- 실질 의료비 절감을 위한 기타 정책 대안 ▶ 민간의료보험 규제 및 공급구제 개편 등

제도 운영 고찰: ① 일본의 혼합진료금지 개념 및 특성



❖ 보험진료와 보험외진료(자유진료)의 병용을 원칙적으로 금지

- 여기에서 '보험'은 국민건강보험(지역가입자), 협회관장건강보험(중소기업 직장인), 조합관장건강보험(대기업 대상) 모두를 포함
- 혼합진료가 행해진 경우 '일련의 의료행위 전부가 자유진료(보험급여를 받을 수 없는 전액 자기부담 진료)로 취급됨
- **의료행위의 불가분 일체성:**

㉠ 의료서비스는 불가분 일체성을 가지며 이를 전제로 할 때에만 보험급여의 실효성이 확보됨

- 즉, 법은 피보험자에 대해서 '요양 상 적절하고 타당한' 의료서비스를 '요양의 급여로서 현물급여하는 것을 보장하고 있어 일련의 의료서비스를 개개의 의료행위로 분할하여 각각의 행위마다 급여의 가불을 결정하고 있는 것이 아님
- 의학적으로 볼 때, 보험진료로서 필요충분한 일련의 의료서비스의 내용 및 범위는 객관적으로 결정되며 그것을 불가분한 것으로 간주하여 급여하는 것을 원칙으로 함

* 예를 들어, 보험진료 치료요법(A)와 보험외 진료 치료요법(B)를 병행(C)한 경우, C는 A단독요법에 비해 유효성이 높아지기는 커녕 효과가 감소 감소 또는 유해사상이 발생하는 경우도 존재

* 즉, B가 혼합되면서 A가 가진 효능이 유지된다는 보장은 없어 C에서 A를 분리하여 보험급여의 대상으로 하는 것이 적절하지 않다는 것이 '혼합진료 금지의 원칙'의 판단임

제도 운영 고찰: ① 일본의 혼합진료금지 개념 및 특성



❖ 혼합진료와 금지 관련 후생노동성의 입장

- 일본 건강보험제도에 대한 기본적인 입장: 공적의료보험제도로써 공비(국고부담 등)와 보험료를 재원으로 성립되어 있으므로 보험지급 범위의 적정화 등을 도모할 필요가 있음
 - 예) 의료행위의 안전성·유효성이 인정되지 않고 연구개발목적의 의료나 특수요법은 공비나 보험료로 충당하는 것이 적절치 않음
- 환자의 입장에서 의료서비스는 고도의 전문적인 내용을 포함하는 것이고 환자의 생명과 건강에 직접적으로 관계된 것으로 환자의 판단에 맡기는 것은 한계가 있음
 - 예) 의사로부터 보험적용의 요법보다도 비용이 높은 보험적용 외의 요법이 효과가 있다는 말을 들으면 거절하는 것은 쉽지 않음

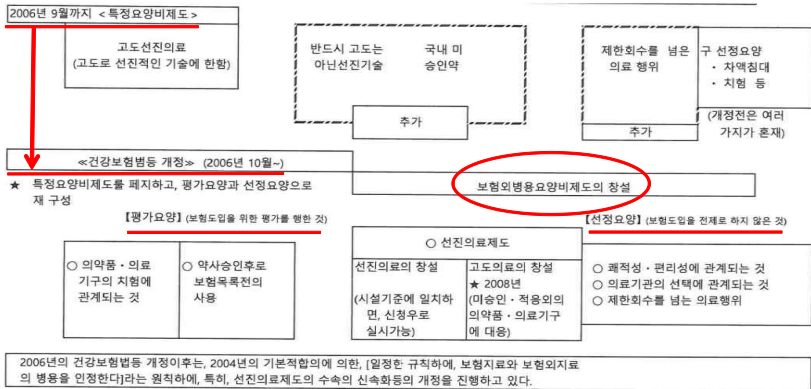
규제개혁 장관과 후생노동성 장관의 기본적 합의(2004년 12월 15일)

국민의 안전성을 확보하고 환자부담의 증대를 방지한다는 관점을 고려하고 국민의 선택권을 넓혀 편리성을 향상하기 위하여 보험외 부담의 현재 상황을 근본적으로 개선하고 환자의 절실한 요망에 신속하고 명확하게 대응함.

※ 다만, 기본적 합의에 따라 일정한 규칙하에 보험진료와 보험외 진료의 병용을 인정함(혼합진료 허용)

제도 운영 고찰: ① 일본의 혼합진료금지 개념 및 특성

❖ 보험외 진료 병용의 범위: 보험외 병용요양비 제도



제도 운영 고찰: ① 일본의 혼합진료금지 개념 및 특성

❖ 보험외 진료 병용의 범위: 보험외 병용요양비 제도

보험외병용요양비 제도에 관하여

2006년 법개정에 의해 창설
(특정요양비 제도에서 범위확대)

○ 보험지료와의 병용이 인정되는 요양

※2.는 2016년 4월 시행

1. 평가요양
보험도입을 위한 평가를 진행한 것
2. 환자신청요양
3. 선정요양 → 보험도입을 전제로 하지 않는 것

보험외병용요양비의 구조
[평가요양의 경우]

기초적 부분 (입원기본료등 보험적용부분)	추가 부분 (보험적용외 부분)
------------------------------	---------------------

보험외병용요양비로써
의료보험으로 지급

환자로부터 요금징수가능
(자유요금)

★ 보험외병용요양비에 있어서는, 환자로부터
요금징수시의 요건(요금의 계시등)을
명확하게 정하고 있다.

○ 평가요양

- 선진의료 (선진A: 60기술, 선진B: 48기술 2015년 4월시행)
- 의약품, 의료기구, 재생의료특제품의 **치환**에 관한 진료
- 약사승인후에 **보험목록**전의 의약품, 의료기구, 재생의료특제품의 사용
- 약가(약품가격)기준리스팅의약품의 **적용외사용**
(용법·용량·효능·효과의 일부변경 승인신청이 되어 있는 것)
- 보험적용의료기구, 재생의료특제품의 **적용외사용**
(사용목적·효능·효과등의 일부변경 승인신청이 되어 있는 것)

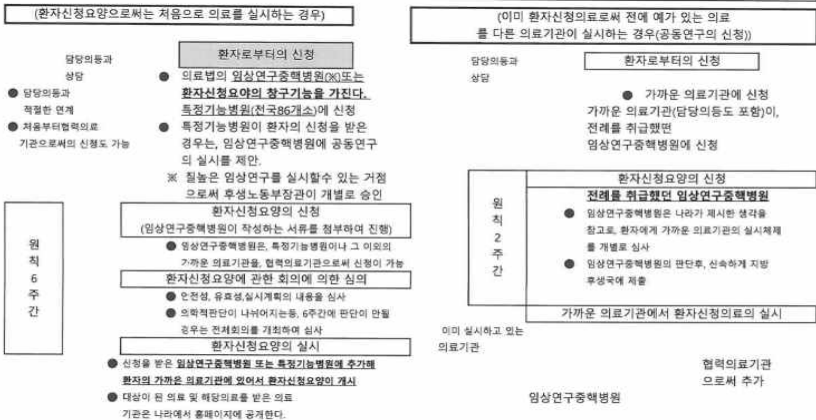
○ 환자신청요양 ★ 2016년4월 시행

○ 선정요양

- 특별한 요양 환경 (차액침대)
- 치과의 합금합동
- 금속상 총의치
- 예약진료
- 시간외 진료
- 대형병원의 초진
- 대형병원의 재진
- 소아충치의 지도관리
- 180일 이상의 입원
- 제한횟수를 넘는 의료행위

제도 운영 고찰: ① 일본의 혼합진료금지 개념 및 특성

❖보험외 진료 병용의 범위: '환자 신청 요양'



제도 운영 고찰: ① 일본의 혼합진료금지 개념 및 특성



❖ 선진의료 실시 현황(2015년 기준)

(선진의료의 실시 상황)

	[참고] 선진의료창설 이전 (1998년~2006년 3월)	선진 의료 (2006년 4월~2015년 4월시점)
새로 대상이된 기술 수	95기술	108기술(A: 60기술, B: 48기술)
실시의료기관 수	126의료기관(2005년 4월시점)	1467의료기관(2015년 4월시점)

(선진의료의 보험도입 건수)

	[참고] 선진의료창설 이전 (1996년~2006년 3월)	누계 (2006년 4월~2014년 4월)
보험도입된 기술 수	32기술(일반보험적용 포함)	80기술(일부보험적용 포함)

(주석) 2006년도는 8기술, 2008년도는 24기술, 2010년도는 14기술, 2012년도는 24기술, 2013년도는 2기술, 2014년도는 8기술, 보험이 도입되었다.

제도 운영 고찰: ② 제외국의 의료비 절감 방안(일본·독일·대만)

❖ 일본

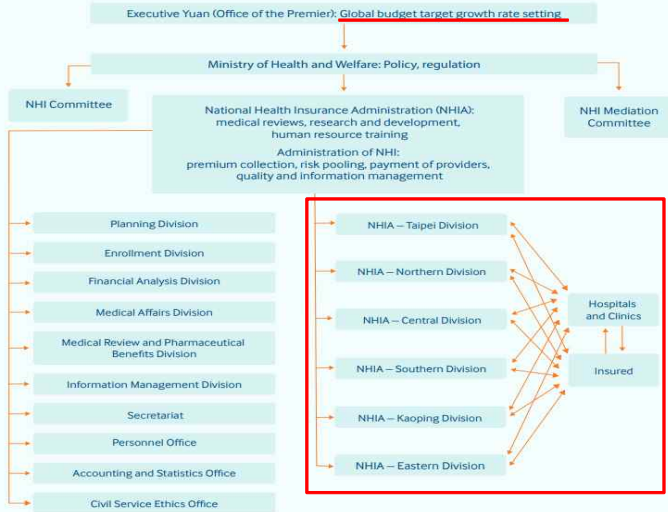
- (건강보험 운영체계) 복수의 보험자로 구성된 다보험자 운영방식/요양기관은 지정 신청
- (국민의료비) 2020년 기준 GDP 대비 국민의료비 지출은 10.9%(한국: 8.4%, OECD 평균 9.4% 보다 높은 수준)
- (국민의료비 대비 가계부담) 2020년 기준 12.6%(한국: 27.7%에 비해 매우 낮은 수준)
- (재원) 보험료와 공비(지방+국고); 조합에 따라 상이함
- (급여율) 연령대에 따라 70~90% 범위
- (민간의료보험의 역할) Although the majority (more than 70%) of the population holds some form of secondary, voluntary private health insurance, private plans play only a supplementary or complementary role (International healthcare profile, 2020)
- (의료비 절감) 혼합진료금지를 통한 가계부담 완화, 보험외비용요양비 제도 병행

제도 운영 고찰: ② 제외국의 의료비 절감 방안(일본·대만·독일)

❖ 대만

- (건강보험 운영체계) 단일보험자 방식의 사회보험형 의료보장
- (국민의료비) Taiwan's national health expenditures totaled 6.4 percent of GDP in 2017, of which NHI accounted for 53.7 percent, representing approximately 3.4 percent of GDP (International healthcare profile,2020)
- (국민의료비 대비 가계부담) out-of-pocket health care spending, as officially reported, accounted for 34 percent of total national health expenditures (International healthcare profile,2020)※ 주의: OECD 공식통계에 포함되지 않은 항목들 포함
- (재원) 전제 재정 중 보험료 수입이 97.15%(※ 2세대 건강보험제도에서는 보험료 수입의 최소 36%를 정부 부담)
- (의료비 절감) 지불제도의 다변화: 복수의 지불제도 운영(총액계약 외 성과지불보상제, 인두제 등 약제는 총액목표관리제
* 총액예산제는 부문별 총액예산(병원, 의원, 한방, 치과)을 중심으로 6개 지역으로 배분하는 방식 → 지역별 할당은 지역 인구수에 기초하며 의료자원의 이동 등 재배치가 이루어질 수 있도록 유도(공급자간 경쟁기전으로 작용함)

ORGANIZATION OF THE HEALTH SYSTEM IN TAIWAN

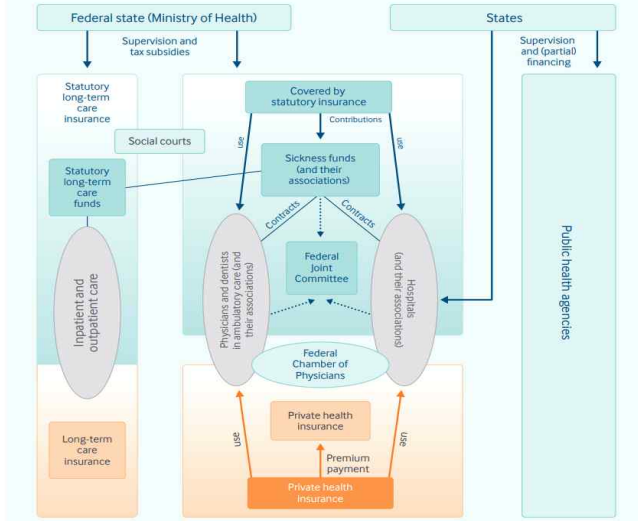


제도 운영 고찰: ② 제외국의 의료비 절감 방안(일본·독일·대만)

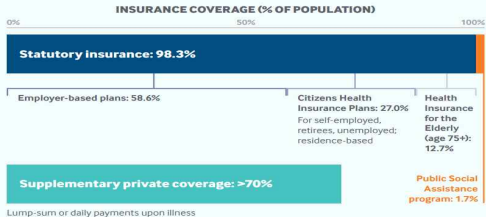
❖ 독일

- (건강보험 운영체계) 질병금고를 기반으로 한 다보험자 체계
 - (국민의료비) 2020년 기준 GDP 128%(한국 및 OECD 평균보다 높은 수준)
 - (국민의료비 대비 가계부담) 2020년 기준 12.5% 수준
 - (재원) 전제 재정 중 보험료 수입이 97.15%(※ 2세대 건강보험제도에서는 보험료 수입의 최소 36%를 정부 부담)
 - (민간의료보험의 역할) In 2017, 8.75 million people were covered through substitutive private health insurance. In June 2018, there were 41 substitutive private health insurance companies in Germany, of which 25 were for profit (International healthcare profile, 2020)
 - (의료비 절감) 총액계약제 근간으로 복수의 지불제도 운영(입원: DRG), (외래: 총액계약제+행위별 수가제), 외래진료와 입원진료를 엄격히 구분하여 관리하는 진료 의뢰체계 운영(환자가 특별한 사유없이 의료기관 변경시 추가비용 부담)
- * 외래 부문: 각 주의 보험의사협회와 예산 계약(총액계약) + 개별 의사에 대한 보상은 행위별수가제 적용

ORGANIZATION OF THE HEALTH SYSTEM IN GERMANY



[일본]



[독일]



[참고] : 민간의료보험 보장형태(일본, 대만, 독일)

[대만]



주요 연구결과: ① 혼합진료금지 시행 관련 쟁점사항

❖ 정책적 우선순위 및 실효성과 결부된 쟁점 사항

- 혼합진료금지 시행을 위해서는 우선적으로 의학적으로 필요한 의료행위에 대한 충분한 건강보험이 선행되어야 한다는 주장이 제기됨
 - ㉠ 즉, 건강보험 보장성이 낮은 상태에서 혼합진료금지 시행은 시기상조이며 수용성이 떨어진다는 우려임
 - ㉡ 일본의 경우 대부분의 진료항목이 급여화 되어 있음. 국민들의 인식도 급여진료를 선호하고 있어 제도 시행 여건이 성숙해 있는 상황
→ 급여진료로 인한 이득이 훨씬 크기 때문에 혼합진료금지 제도가 정착될 수 있는 환경임
 - ㉢ 일본은 상당수의 행위항목이 급여와 병용이 가능한 고도선진의료나 선진의료로 지정되어 있어 혼합진료를 하더라도 환자가 전액 부담하는 경우는 많지 않다는 지적
- 우리나라의 경우 환자 및 질환 특성상 급여비중이 현저히 작고, 비급여 행위가 필수적인 경우(특정 약제나 허가기준에서 벗어난 경우) 혼합진료 금지제도의 실효성이 떨어질 수 있음 → 혼합진료 허용시 수반되는 환자부담(전액 부담)이 기존 비급여 부담 수준과 현저한 차이가 나지 않아 비용부담 측면에서 환자 편익(낮은 비용부담)이 발생하지 않은 경우임
 - ㉣ [법정본인부담+비급여] = [건강보험 급여+법정본인부담+비급여]

주요 연구결과: ① 혼합진료금지 시행 관련 쟁점사항

❖ 의료행위에 대한 환자 선택권 측면에서의 쟁점 사항

- 혼합진료금지로 신의료기술 사용 등에 있어 환자 선택권이 제약된다는 주장이 제기됨
- 혼합진료금지를 통한 실제적 효과는 건강보험 급여 중심의 서비스 제공으로 공급자의 진료행태를 유도한다는 것임
- ➡ 급여행위는 기본적으로 충분한 임상적 근거(안전성 및 유효성 담보)가 전제되었다는 의미이며, 비용효과성이 담보되어 있어 환자의 비용부담 측면에서도 비급여에 비해 이득이 된다고 볼 수 있음
- 그러나, **급여항목과 대체 불가능한 일부 비급여 항목의 경우 환자 선택권 제약을 문제 삼을 수 있음**
- ➡ 일본의 경우 이러한 이유로 혼합진료금지 해금 주장이 지속적으로 제기되어 왔고 이에 따른 제도개선 시행
 - ✓ 혼합진료금지로 인해 미승인 의약품이나 신의료기술 등의 환자접근성 제약, 보험급여 대상임에도 제한 횟수를 넘는 의료행위로 인해 전액 본인부담을 해야 하는 부작용이 따른다는 비판
 - ✓ '보험외 병용 요양비제도' '환자신청요양제도' 도입 등 제도개선: 일본 혼합진료금지의 실제 운영은 신의료기술 등 예외적인 항목을 중심으로 비급여 혼용을 허용하는 포지티브 방식으로 설계됨

주요 연구결과: ② 혼합진료금지 제도의 필요성

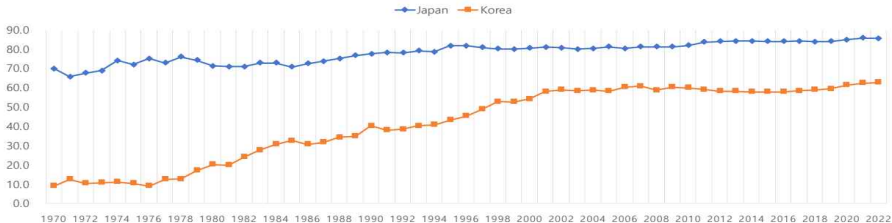
❖ 일본과 다른 정책적 환경과 시행 경로: 제도시행에 있어 높은 보장성이 반드시 선행되어야 할 조건은 아님

- 일본이 건강보험 도입 당시부터 현재에 이르기까지 높은 보장성을 유지하고 있는 것은 높은 공공재원 지출과 혼합진료금지 제도가 병행해서 작동한 것에 기인함 → 높은 공공재원 지출(급여율 향상) + 혼합진료금지(비급여로의 비용전가 및 풍선효과 발생 억제)

☞ 일본: 1970~2022년 동안 경상의료비 중 공공재원 비중(정부의무가입제도)은 69.8~85.5% 범위로 높은 수준. 지난 53년간 큰 변동 없이 점진적인 상향 추이를 보임

- 건강보험 보장률이 일정 수준 도달한 시점에서 혼합진료금지가 시행된 것은 아님 → 높은 보장성이 필요조건이라는 시각이 반드시 타당하다고는 보기 어려움

한국과 일본의 경상의료비 중 공적재원 비중(%)



주요 연구결과: ② 혼합진료금지 제도의 필요성



❖ 보장성 개선에 영향을 미치는 주된 요인: 공공재원 지출과 혼합진료 시행여부로 가정할 경우

- 우리나라의 경우 경상의료비 중 공공재원 비중은 지속적으로 증가 추이(특히, 2000년대 초반 이후 부터는 안정적 추이 유지) → 보장성 개선(국민의료비 절감)에 필요한 한 가지 요인은 충족하고 있는 상태

☞ 1970~2022년 동안 경상의료비 중 공공재원 비중의 연평균 증가율은 일본은 0.4% 한국은 3.8%로 일본에 비해 9.5배 높음

- 다만, 보장성 개선의 또 다른 요인인 혼합진료금지는 시행하지 않은 상태
- 문제의 핵심은 공공재정 투입에 따른 보장성 개선의 효과가 비급여 비용으로 상쇄되고 있으며 이를 차단하기 위한 장치가 부재하다는 것임

☞ 결국, 혼합진료 허용이라는 기본적인 한계성을 극복하지 못한 것이 의료비 통제와 보장성 개선 효과를 담보하지 못한 주된 실패요인이라고 보아야 함 → 혼합진료금지의 필요성도 이러한 측면에서 인정된다고 볼 수 있음

☞ 건강보험 급여와 비급여의 혼용을 허용하는 체계에서 비급여 부문 통제 사실상 불가능 → 공급자들이 급여 행위 중심으로 진료제공을 할 유인 자체가 떨어짐

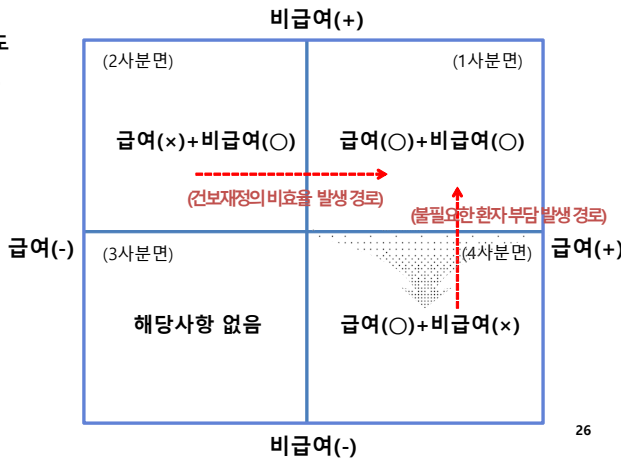
☞ 혼합진료허용은 오히려 환자의 급여선택권을 저해하는 것 → 비급여 사용이 불가피한 일부의 질환 특성을 제외하면 비급여 선택권 보다 급여 선택권 제약이 더 큰 부정적 영향을 줄 수 있음. 비급여로 인한 불필요한 환자부담 가중이 현행 체계의 기본적인 속성

주요 연구결과: ③ 혼합진료의 주된 유형

❖ 진료행위 제공방식의 유형 및 차원

※ 혼합진료 금지: (1사분면) → (4사분면)으로의 이행 유도

- [1사분면]: 현행 일반적인 진료제공 형태(혼합진료 허용)
- [2사분면]: 미용성형 등 비급여 중심의 서비스 제공
- [4사분면]: 급여 중심의 서비스 제공



주요 연구결과: ③ 혼합진료의 주된 유형



❖ 혼합진료로 인한 의료비용의 낭비적 유형 분류(현행 체계)

① [2사분면(급여×, 비급여○)에서 1사분면(급여○, 비급여○)으로 이행: 기본적으로 비급여 진료목적임에도 급여행위 혼합]

- 2사 분면: 「건강보험요양급여기준에관한규칙」 제9조 제1항[별표2] 비급여 대상에 해당되는 행위 중 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우나, 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시하는 행위약제 및 치료재료가 주도 해당됨
- 비급여진료 목적임에도 불구하고 건강보험 급여를 추가하는 경우
 - ✓ 미용성형 목적임에도 사전검사 목적으로 건강보험 급여를 청구하는 경우, 도수치료 목적으로 병의원에 방문하였으나 건강보험 급여 통증치료를 수행하는 경우, 영양제 및 수액 주사 투여가 주목적이나 진찰료나 정맥주사 치료재료를 청구하는 경우 등

주요 연구결과: ③ 혼합진료의 주된 유형



❖ 혼합진료로 인한 의료비용의 낭비적 유형 분류(현행 체계)

② [4사분면 (급여○, 비급여×)에서 1사분면(급여○, 비급여○)으로 이행: 건강보험 급여가 아닌 비급여로 대체하는 경우]

- 진단 및 치료에 필요한 급여행위가 있음에도, 비급여로 대체하는 경우임
- 급여에 있는 치료재료나 의료기술에 대한 우선권을 부여하지 않고 수익성이 높은 치료재료나 의료기술로 대체하는 경우(급여 선택권의 제약)
 - ✓ 급여 행위에 비해 임상적 유효성이 우위에 있다고 볼 만한 근거가 없음에도 비급여 행위로 대체하는 경우
 - ✓ 예: 로봇수술과 복강경수술의 유효성이 유사한 암종제거술에서 비급여인 로봇수술로 환자선택을 유도하는 경우(비급여 수술외 진찰·검사 등 의료행위는 건강보험 급여 청구)

주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)

A. 제도설계의 기본원칙

- ❖ 본 연구에서 제안하는 혼합진료금지 제도는 보험자 관점에서 실행 가능한 제도적 대안은 제시하는 것이 목적
- ❖ 주요원칙 1): 보험자 개입을 전제로 한 관리운영 방식을 적용함
 - 제도운영의 전반적인 관리 권한을 보험자에게 부여 → 보험자의 고유 권한인 가입자의 대리인 역할 담당(과도한 의료비부담의 재정적 위험으로부터 가입자 보호)
 - 혼합진료금지 제도 시행으로 건강보험을 포함한 국민의료비 전반의 관리 주체로서 보험자 위상을 새롭게 정립
 - ➡ 국민의료비 증가를 견인하는 비급여 비용 통제 + 공급자 관리를 통한 급여 중심의 진료제공 행태 유도
 - ➡ 보험자의 개입 범위를 국민의료비 전체 차원으로 확장할 수 있는 제도적 기반 마련

주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)

A. 제도설계의 기본원칙

❖ 주요원칙 2): 혼합진료 방식에서 건강보험 급여중심으로 단계적·비가역적 전환 유도

- 혼합진료금지를 통한 공급자 진료 제공 행태의 근본적인 변화 유도
- 현행 체계: 급여·비급여 혼용에 따른 재정적 위험을 온전히 보험자 및 가입자에게 전가하는 방식(공급자의 수익 극대화에 최적화된 체계)
- 혼합진료금지의 단계적 이행을 강제할 수 있는 법률적 근거 마련 및 페널티 적용

주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)



A. 제도설계의 기본원칙

❖ 주요원칙 3): 혼합진료금지의 실효성 및 수용성을 고려한 제도 운영방식 마련

- 우리나라의 경우 혼합진료는 오랫동안 고착화된 매우 일반화된 진료제공 방식 → 전면 금지 등 급격한 제도 변화가 수반될 경우 상당한 저하 발생 및 제도 운영의 수용성 담보 어려움
- 일정한 조건에 해당되는 경우 비급여 행위에 대한 환자 선택권 인정 및 제도 운영의 수용성 고려
- 적용 범위 및 시행 방법 등에 있어 실현 가능성을 제고할 수 있는 제도 설계

주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)



B. 진료행위 적용 범위

❖ 비급여 진료행위의 포괄 대상 및 범위

- 혼합진료금지에 있어 비급여 행위 일체를 금지하는 방식은 현실적 수용성이 떨어지는 문제 발생
 - ✓ 급격한 제도 변화에 따른 임상현장에서의 공급자 및 환자 저항 발생 우려
- 질환 특성 등을 고려하여 비급여 행위 일부의 경우에는 건강보험 급여와 혼용을 허용하는 포지티브 방식으로 제도 시행
 - ✓ (혼합진료 허용 기준): 건강보험급여와의 혼용을 허용하는 비급여 항목은 환자의 질환 특성 및 중증도, 건강보험 급여행위와의 대체가능성 등을 감안하여 선정. 단, 의료행위의 경우 신의료기술평가를 받은 행위로 한정 함.

주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)

B. 진료행위 적용 범위

❖ 비급여 대상별 혼합진료허용 여부

- ① 「국민건강보험요양급여의관한규칙」 [별표2] 비급여 대상 중 '제4항 및 제7항, 제8항'의 범주에 속하면서 환자의 질환특성 및 중증도, 건강보험 급여행위와의 대체 가능성을 고려함 → '환자에게 필수적인 경우'로 규정된 경우에만 급여행위와의 혼용을 허용하는 방식 적용(단, 제4항 중 상급병실료는 급여행위와의 혼용을 인정)
- ② 비급여 대상 중 제1항 및 제2항에 해당하는 '업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우'와 '신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우'에 실시 또는 사용되는 행위·약제·치료재료는 혼합진료금지 당면 적용 대상으로 선정함.
제3항의 경우에는 질병·부상의 진료를 직접 목적으로 하는 않는 경우에 해당됨으로 혼합진료금지의 대상으로 적용함
- ③ 제6항 및 제6항의 2에 해당하는 질병군 입원진료와 호스피스·완화의료 입원진료의 경우 → 비급여 대상으로 별도 고시한 것 이외에는 혼용을 금지함
- ④ 한편, 신의료기술평가 트랙 중 선진입 의료기술로서 비급여 사용을 허용(근거창출 목적)하는 '평가유예신의료기술', '혁신의료기술', '제한적 의료기술'의 경우 건강보험 급여행위와의 혼용 금지 → 신의료기술평가 받지 않은 잠재적 위험성 내재

주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)

비급여 대상 항목별 혼합진료금지 여부

비급여 대상	주요 내용	혼합진료금지 여부
요양급여기 준의관한 규 칙 [별표2]	제1항 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료 재료	혼합진료 금지
	제2항 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료 재료	혼합진료 금지
	제3항 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료	혼합진료 금지
	제4항 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료	혼합진료 허용 (환자 진료의 필수성이 인정된 항목의 경우)
	제6항 질병군 입원진료	혼합진료 금지
	제6항 의 2 호스피스·완화의료 입원진료	(비급여로 별도 고지된 항목은 혼용 인정)
	제7항 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우	혼합진료 허용 (환자 진료의 필수성이 인정된 항목의 경우)
	제8항 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우	혼합진료 허용 (환자 진료의 필수성이 인정된 항목의 경우)
선진입 의료기술	평가유예신의료기술·혁신의료기술·제한적 의료기술	혼합진료 금지
건강보험 입시등재	혁신의료기술	혼합진료 금지

주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)



C. 혼합진료금지 시행 대상

- ❖ 혼합진료금지 시행 대상: 진료부문(입원 및 외래) 및 의료기관 유형에 따라 시행 가능성과 파급효과 달라질 수 있음
 - 단계적 시행 방법 적용 : 의료기관 유형별 접근 보다는 진료부문 중 외래환자를 대상으로 우선적용
 - ✓ 외래의 경우 환자의 중증도가 낮은 특성이 있어 비급여 혼용의 필수성 여부에 대한 의사결정이 상대적으로 용이함
 - ✓ 비급여 비용 비중이 상대적으로 높은 의원급 의료기관을 상당 부분 포괄할 수 있어 제도 시행에 따른 확장성 및 의료비 절감 효과 기대할 수 있음
 - 실제적 사업 시행은 본사업에 앞서 시범사업 형태로 진행
 - ✓ 시범사업 운영시 병원급 외래의 경우는 국공립 의료기관을 대상으로 시행

주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)



D. 보험자 역할 및 제도운영 방식

❖ 제도운영 관련 보험자 역할

- 첫째, 혼합진료금지에 따른 비용 청구 및 제반 기준에 관한 사항
 - ✓ 혼합진료금지는 혼합진료 행위 자체를 금지하는 것이 아니라 하나의 의료행위에 혼합된 요양급여에 대하여 국민건강보험 공단에 요양급여 비용을 청구할 수 없도록 하는 것 → 법률적 근거 마련 및 '혼합진료 인정 비급여 행위 목록' 정비
 - ✓ 급여비용의 청구 및 심사는 현행 방식 대로 심평원이 담당하도록 함. 다만, 혼합진료금지 실제 시행기관(시범사업 적용 기관 등)에 한정하여 청구 및 심사 기능을 공단이 직접 담당하는 방안 고려
 - * 공급자는 비용 청구시 건강보험 급여와 비급여 자료 일체 제공 → 수진자(환자) 단위로 '혼용' 이 가능한 비급여 행위와 연계된 급여 행위에 대해서만 급여비 지급
 - ✓ 혼합진료 인정 비급여 행위 목록 선정 및 공시: 현행 비급여 대상 중 환자 진료의 시급성 및 필요성과 관련된 지표개발을 통해 선정('환자에게 필수적인 경우'로 한정)

주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)



D. 보험자 역할 및 제도운영 방식

❖ 제도운영 관련 보험자 역할

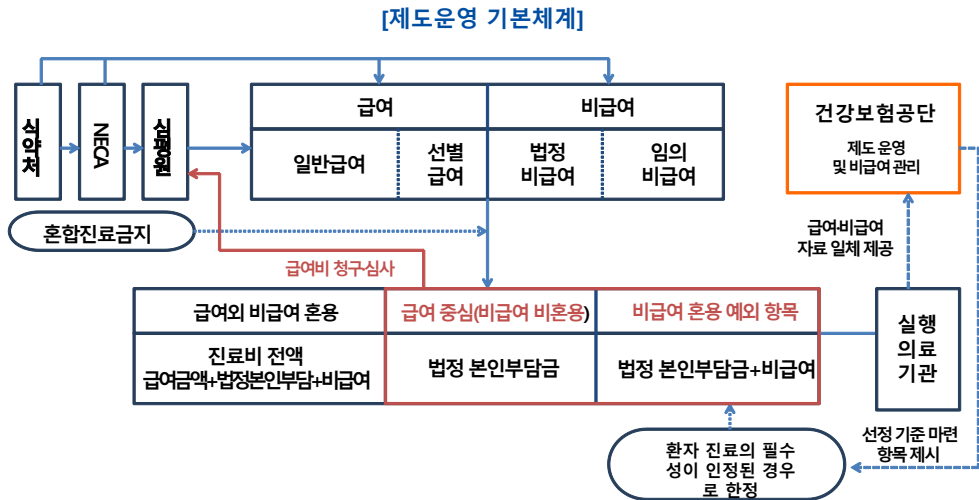
■ 둘째, 공급자 관리에 관한 사항

- ✓ 공급자는 급여행위와의 혼용이 가능한 비급여 목록 및 가격 고지
- ✓ 한편, 법정 비급여 일체를 포함하여 비급여 가격을 통제하는 방안을 별도 강구할 필요가 있음
 - 비급여 가격 상한가 고시: 공급자로 하여금 비급여 사용 유인과 비급여의 기대수익을 낮추는 효과를 기대할 수 있음

■ 셋째, 거버넌스 및 위원회 구성에 관한 사항

- ✓ 공단 재정운영위원회: 상기에서 언급한 혼합진료금지 제반 사항에 대한 심의·의결권 부여
- ✓ 재정운영위원회 산하 소위원회(혼합진료금지 제도운영 소위원회) 신설: 혼합진료금지 제도관련 세부사항 검토

주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)



주요 연구결과: ④ 혼합진료금지 제도설계(안)



E. 혼합진료금지 시행 관련 제도적 정비사항

❖ 법률적 근거 마련: 국민건강보험법 개정

▪ 법률 개정안 주요 내용

✓ (법률안)

- 요양기관은 공단에 요양급여비용의 지급을 청구할 수 있다. 다만, 비급여대상에 혼용된 요양급여에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 비용을 청구할 수 있다(안 제47조 제1항 본문)

✓ (대통령령)

- 피보험자가 의료법상 의료기관에서 요양급여와 비급여대상의 혼합진료에 대한 공단의 사전 승인을 얻은 경우 공단에 그 비용을 청구할 수 있다(대통령령안 제22조의2 제1항)
- 피보험자가 요양급여와 함께 치료 외 목적의 미용, 성형, 치과 일부 항목 등 보건복지부령이 정하는 사항을 혼합진료로 받은 경우 공단에 그 비용의 지급을 청구할 수 없다(대통령령안 제22조의2 제2항)