

도수치료 관리급여 7월 1일 시행, 국민 의료비 부담 완화

- 43,850원 동일 가격의 도수치료 급여 적용 -
- 주 2회, 연간 총 15회에서 필요시 최대 24회까지 제한 -

【관련 국정과제】 86. 국민 의료비 부담 완화

보건복지부(장관 정은경)는 7월 1일부터 도수치료 관리급여가 적용된다고 밝혔다. 도수치료 가격은 1회 43,850원의 동일한 가격으로 본인부담률 95%를 적용한 의료서비스를 제공받을 수 있게 된다.

이번에 처음으로 시행되는 관리급여 제도는 「국민건강보험법 시행령」 개정*을 통해 선별급여 제도 내 관리급여 유형을 신설하고 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 고시 개정으로 본인부담률 95% 항목을 신설하여 관리급여 제도 기반을 마련하였다.

* 선별급여 유형으로 '사회적 편익 제고를 위한 적정 의료이용을 위한 관리가 필요한 경우' 신설(건보법 시행령 제18조의4 개정)

그간 도수치료는 진료비 규모 및 의료기관별 가격 편차가 크고, 치료 효과가 일부 있지만 선택적·보조적 성격이 큰 치료로 오남용 우려가 있어 적정가격 등 기준 마련 필요성이 지속 제기되어 왔다.

지난 비급여관리정책협의체를 통해 도수치료 관리급여 대상 항목을 논의하여 선정하였으며, 이번 건강보험정책심의위원회를 통하여 도수치료 적정수가, 급여기준 설정 등 최종 심의에 따라 관련 고시 개정을 추진하여 수가 및 급여기준을 마련하였다.

이번 고시 개정을 통해 국민들은 기존 의료기관에서 제각각 비용으로 실시(1회 평균 약 11만 원)되었던 도수치료를 95%의 본인부담률을 적용한 1회 43,850원의 통일된 금액으로 받을 수 있게 된다.

또한, 인정 횟수*는 주2회, 연간 총 15회로 제한되며, 수술이나 골절 등으로 관절 구축 또는 강직의 뚜렷한 소견이 있는 경우에는 의사의 의학적 판단에 따라 예외적으로 연간 최대 24회까지 인정된다.

* 도수치료 시행 시 각 의료기관에서 도수치료관리시스템(또는 심평원 포털)을 통해 시행 횟수를 확인할 수 있도록 청구 시 해당 절차를 거치도록 안내할 예정이다.

추가적으로 도수치료 효과 평가 등 기록이 의무화된다. 단순재활치료나 기본물리치료를 우선 시행하도록 하고, 기준 횟수를 초과한 진료에 대해서는 건강보험 및 환자 본인에게 비용을 청구할 수 없도록 진료 기준이 강화된다.

환자의 증상과 질환 상태에 따라 의사의 의학적 판단하에 시행되는 도수치료와 달리 피로회복, 체형교정 등 개인적 필요에 의한 도수(치료)는 건강보험, 실손보험이 적용되지 않고 본인부담으로 이용이 가능하다.

아울러, 보건복지부는 이번 제도 도입을 통해 의료기관별로 달랐던 도수치료 가격이 안정화되고, 불필요한 과잉 진료를 예방하여 건강보험 재정 건정성을 확보할 수 있을 것으로 기대하고 있다.

정부는 향후 3년 주기로 도수치료 운영 성과를 평가할 계획이며, 모니터링 등 평가 결과에 따라 급여유형 및 전환 원칙 등 세부 기준을 지속적으로 보완해 나갈 예정이다.

정은경 장관은 “이번 관리급여 도입은 무분별한 과잉 진료를 방지하고, 환자의 의료비 부담을 줄여 비급여 관리체계를 강화하기 위한 필수적인 조치이다”라며, “현장에서 제도가 안정적으로 정착될 수 있도록 의료계와 지속적

으로 소통하고 협력하겠다” 라고 밝혔다.

<붙임> 관리급여 개요

<별첨> 도수치료 급여기준 Q&A

담당 부서	필수의료지원관 필수의료총괄과	책임자	과 장	이영재 (044-202-2670)
		담당자	주무관	이시은 (044-202-2665)



- **(목적)** 의료체계 왜곡 및 환자 안전에 문제가 야기될 수 있는 과잉 우려 큰 비급여에 대해 적정 가격, 진료기준 마련을 통한 관리 강화
- **(대상)** 비급여 보고제도 등 모니터링 통해 적정 관리 필요 항목 선정
 - ☞ 도수치료, 경피적 경막외강 신경성형술, 방사선 온열치료및 온열치료계획(25.129)
- **(내용)** 비급여를 급여(관리급여*)로 조정, 가격·급여기준 등 설정, 환자 본인부담률을 95%로 설정
 - * 선별급여 유형으로 '사회적 편익 제고를 위한 적정 의료이용을 위한 관리가 필요한 경우' 신설 (건보법 시행령 제18조의4 개정)
- **(거버넌스)** 비급여관리정책협의체*를 통해 ▲비급여 전반에 대한 모니터링 및 평가, ▲관리급여 대상 항목 논의·선정
 - * 의료계(5), 환자소비자단체(5), 전문가(5인), 정부(2인) 등 17인 구성, 비급여정책 전반 논의
- 기존 의사결정기구인 전문평가위원회(비급여→급여결정, 가격), 적합성평가위원회(급여기준, 평가주기)를 거쳐 건강보험정책심의위원회 최종심의

< 운영 체계도 >

