

보건복지 소식 광장



보건복지 소식 광장

보건복지부 2026년 6~7월 보도자료(<https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027>) 중 주요 내용을 발췌한 것임.

I

도수치료 회당 4만 원대 수가 적용, 주 2회, 연간 최대 24회로 제한

- 7개 질환별 재택의료 시범사업 하나로 통합, 교육상담 확대 -
- 상병수당 시범사업 의견수렴, 경제적 불안 줄이고 건강회복 지원 -
- 공보의 감소 따른 농어촌 의료공백 최소화, 「농어촌 보건진료 수가 시범사업」 착수 -

■ 보건복지부(장관 정은경)는 6월 4일(목) 14시에 2026년 제10차 건강보험정책심의위원회(이하 '건정심', 위원장: 이형훈 제2차관)를 개최하였다.

■ 이번 위원회에서는 ▲「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 개정(안)」(도수치료 관리급여 수가 및 급여기준 마련)을 의결하고, ▲질환별 재택의료 시범사업 통합, ▲상병수당 시범사업 성과평가 결과, ▲농어촌 보건진료 수가 시범사업 추진방안을 논의하였다.

■ 건정심에서 논의된 각 안건의 주요 내용은 다음과 같다.

〈도수치료 관리급여 수가 및 급여기준 마련〉

■ 환자 의료비 부담 경감을 위한 도수치료 관리급여 수가 및 급여기준안을 마련하였으며, 「행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정을 통해 관리급여 제도가 본격 시행된다.

※ 〈국정과제 86-2〉 비급여 의료비 부담 경감

○ 도수치료는 진료비 규모 및 의료기관별 가격 편차가 크고, 치료 효과성은 일부 있지만 선택적·보조적 성격이 큰 치료로 오남용 우려가 있어 관리급여 대상 항목으로 선정한 바 있으며 적정가격 등 마련 필요성이 지속 제기되어 왔다.

○ 이에 정부는 비급여 관리 강화를 위한 의료개혁 2차 실행방안을 통해 과잉 우려가 있는 비급여 항목에 대해 가격 및 진료기준 설정하는 관리급여 제도를 발표했다. 이를 국정과제에 반영하여 「국민건강보험법 시행령」 개정*으로 선별급여 제도 내 관리급여 유형으로 근거를 마련하였다.

* '사회적 편익 제고를 위한 적정 의료 이용 관리가 필요한 경우'(본인부담 95%) 신설(시행령 제18조의4, '26.2)

○ 지난 비급여관리정책협의체를 통해 도수치료 관리급여 대상 항목으로 논의하였으며, 올해 의료행위 전문평가위원회, 적합성평가위원회의 논의를 거쳐 이번 건정심에서 도수치료 적정수가, 진료기준 설정 등을 최종 결정하였다.

■ 심의·의결된 도수치료 수가 및 급여기준은 다음과 같다.

① 수가(안)은 환자 본인부담률 95% 적용으로, 유사 건강보험 행위 수가, 시장가격 및 소요시간 등을 고려하여 유사 준용가능 이학요법료 등을 활용한 43,850원으로 평가하고 모든 종별에 동일 금액이 산출되도록 결정되었다.

② 급여기준(안)의 경우 임상적 유효성이 인정되는 적정 횟수 등을 설정하여 의료계 수용성을 높이고 환자의 진료권을 보장하기 위해 인력 등 기준을 마련하였다.

- ▲주 2회 이내 시행, 연간 총 15회 초과 산정 불가(수술 또는 골절 등으로 인한 관절 구축, 강직의 뚜렷한 소견이 있는 경우는 의사의 의학적 판단에 따라 15회를 포함하여 연간 총 24회 실시 인정),
▲동시산정 불가, ▲효과평가 등 진료내역 기록 명시, ▲기본물리치료 및 단순재활치료 우선 시행 등

③ 도수치료 평가주기는 3년으로 하되, 향후 평가주기에 따라 재평가 시 급여 유형 및 전환 원칙 등 세부 기준을 마련할 계획이다.

■ 보건복지부는 “관리급여는 일부 비급여 항목의 과잉 진료 문제를 해소하고, 의료적 필요도에 기반한 적정진료가 이루어지도록 유도하기 위한 것이다”라며, “이번 도수치료를 시작으로 비급여 적정 관리체계를 단계적으로 강화하여 국민 의료비 부담 최소화에 노력하겠다”라고 밝혔다.

〈 질환별 재택의료 시범사업* 통합〉

* 의료기관이 아닌 가정 등에서 자가관리가 필요한 질환군 환자에 교육·상담 및 비대면 환자관리서비스를 제공하는 시범사업으로 7개 질환군 (1형 당뇨병 등)별로 시행 중

- 보건복지부는 7개 질환별*로 각각 운영되던 재택의료 시범사업을 질환의 자가관리 지원이라는 사업목적이 드러나도록 '질환별 재택관리 시범사업'으로 사업명을 변경하고, 통합하기로 하였다.

* ① 1형 당뇨병, ② 가정용 인공호흡기, ③ 심장질환, ④ 결핵, ⑤ 암(장루), ⑥ 암(요루), ⑦ 재활환자

- 질환별로 다르게 적용되던 복잡한 수가 산정기준, 본인부담률을 유사 질환별로 단순화하고, 교육·상담료 산정 횟수를 각각 확대*하였다.

* (1형 당뇨병) 교육상담료 I 연 6~8회 → 연 8회, 교육상담료 II 연 8~12회 → 연 12회
(가정용 인공호흡기/심장질환) 교육상담료 I, II 연 4회~6회 → 연 6회
(결핵/암(장루)/암(요루)) 교육상담료 I 연 2~6회 → 연 6회, 교육상담료 II 연 3~6회 → 연 6회

- 또한, 기기 삽입 심장질환자 대상에 이식형 좌심실 보조장치(LVAD) 환자를 추가하고, 사업별로 다른 시범사업 종료일을 2027년 12월로 통일하면서, 비대면 진료 제도와 연계하여 본사업 추진도 검토할 예정이다.

* 삽입형제세동기(ICD), 심장재동기화치료기(CRT), 심박기(Pacemaker)를 삽입한 심장질환자 → 현행 + 이식형 좌심실 보조장치(LVAD) 환자

- 보건복지부는 “환자가 병원이 아닌 가정에서 질환을 스스로 관리할 수 있도록 재택관리를 강화하면서, 향후 방문진료 등 타 재택의료 서비스와 연계하는 등 환자 중심의 통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하겠다”라고 밝혔다.

〈 상병수당 시범사업 성과평가 결과〉

- 보건복지부는 2022년 7월부터 실시한 상병수당 시범사업의 성과평가* 결과를 보고하였다.

* '22년 상병수당 시범사업 시작 후 매년 성과평가 연구 시행

- 상병수당은 업무와 관련 없는 부상·질병으로 일하기 어려운 사람에게 치료에 집중할 수 있도록 지원하는 제도이며, 현재 8개 시군구*에서 시범사업을 운영하고 있다.

* (2단계 지역) 대구 달서구, 경기 안양시, 경기 용인시, 전북 익산시
(3단계 지역) 충북 충주시, 충남 홍성군, 전북 전주시, 강원 원주시

- 상병수당 수급자를 대상으로 조사한 결과, 경제적 불안감이 감소*하였으며, 의료접근성 향상 및 휴식 유도** 등 건강 회복을 지원하는 정책효과가 나타났다.

* 소득 감소(-1.046점) 및 의료비 부담(-1.257점) 등에 대한 불안감 감소(7점 만점으로 응답)

** 제때 치료받은 비율 증가(+10.1%p), '아픈 기간 중 일한 날'의 비율 감소(-23.3%p)

- 특히 유급병가 혜택을 받기 어려운 30인 미만 중소기업장 근로자에서 의료접근성 향상 및 휴식 유도 효과*가 두드러졌다.

* 제때 치료받은 비율 증가(+17.1%p), '아픈 기간 중 일한 날'의 비율 감소(-32.0%p)

- 시범사업 지역 주민(비수급자 포함) 대상으로 한 조사에서도 제도 인식 및 의료접근성 개선 효과*가 확인되었다.

* 제도 인지도(+5%p) 및 필요성(+1%p) 상승, 필요한 진료를 받지 못한 비율 감소(-2%p)

- 보건복지부는 “이번 성과평가 결과를 기반으로, 노동계·경영계·의료계와 전문가의 의견을 폭넓게 수렴하여 상병수당 본사업 추진계획을 마련하겠다”라고 밝혔다.

〈농어촌 보건진료 수가 시범사업 추진방안〉

- 공중보건 의사(이하 공보의)는 그간 농어촌 보건진료소에서 진료를 제공해 왔으나, 최근 의과 공보의가 '25년 945명에서 '26년 587명으로 대폭 감소하여 다수 보건진료소에 공보의 배치가 어려운 실정이다.

- 그간 지역보건 의료기관은 무의촌 지역의 일차의료·건강증진을 책임져 왔으며, '80년 이후 보건진료소(1,326개)에서는 공보의, 그 외 의료취약지역 보건진료소(1,894개소)에서는 보건진료 전담공무원*이 보건진료를 실시해왔다.

* 보건진료 전담공무원: 의사 배치가 어려운 리 지역의 보건진료소에서 91종 의약품 처방, 예방접종 등 일부 의료행위를 수행 중인 간호사(농어촌의료법 제19조 근거)

- 정부는 지역 의료공백을 최소화하기 위해 '공보의 감소 대비 지역의료 대책(3.13.)'을 마련하여 보건진료소와 인접한 160개 통합형 보건진료소(4월 말 기준)에서 보건진료 전담공무원이 진료를 제공하고 있다.

- 「농어촌 보건진료 수가 시범사업」은 대책의 후속조치로서, 통합형 보건진료소와 비대면협진 등 보건진료소의 진료 기능을 유지하기 위한 수가체계를 도입하는 내용으로, 심의·의결된 진료 및 비대면협진 수가는 다음과 같다.

※ 사업기간(안): '26. 6. 8. ~ '28. 12. 31.

- ❶ 통합형 보건지소에서 보건진료 전담공무원이 제공하는 진료서비스에 대해서는 보건진료소와 동일한 서비스가 장소만 달리하여 제공되는 만큼 보건진료소 기준의 방문당 수가(3,980원~, 투약일수 4일 까지 환자 본인부담액 900원)가 적용된다.
- ❷ 통합형 보건지소 또는 보건진료소의 보건진료 전담공무원이 환자의 편의와 안전을 위해 의사와 비대면협진을 수행한 경우, 협진 의료기관에는 현행 의료기관 대면진찰료 수준의 비대면협진 자문료 수가(의료기관 종별 17,500원~21,440원)가 적용된다.

■ 보건복지부는 “이번 농어촌 보건진료 수가 시범사업을 통해 의료취약지 주민의 의료서비스 이용에 차질이 없도록 함과 동시에, 중장기적으로는 ‘어디에 살더라도 곁에 있는 기본의료’ 구현을 목표로 지역보건의료체계를 재설계하는 구조적 해결책도 함께 추진해 나갈 계획이다”라고 밝혔다.

※ 자료: 보건복지부 홈페이지 「알림-보도자료」 24236. 보험정책과. 2026. 6. 4.

II

가짜진료·과잉처방 집중 조사, 비정상 진료 엄정 대응 나선다

- 보건복지부 6월 15일부터 「비정상·가짜진료 행정조사반」 운영 -
- 의료인단체 판단 거쳐 자격정지 등 행정처분 -

■ 보건복지부(장관 정은경)는 6월 15일부터 「비정상·가짜진료 행정조사반」을 가동한다고 밝혔다. 「비정상·가짜진료 행정조사반(이하 ‘행정조사반’)」은 그간 의료계와 환자단체 등으로부터 꾸준히 지적되어 온 의료현장의 부당·위법한 사항들에 대한 행정조사 업무를 다루게 된다.

■ 행정조사반은 대표적으로, ❶ 전문가들이 이미 효과가 없는 것으로 확인한 주사제 등을 받는 조건을 붙여 환자를 입원시킨 후 과도한 의료비를 받는 경우, ❷ 마약이나 향정신성의약품으로 지정되어 있는 의약품 등을 의학

적 근거 없이 과잉 처방하는 경우, ③ 이외에도 의료인으로서 비도덕적 행위 등 사회적 물의를 빚는 사례 등이 우선 조사 대상이 될 것으로 보인다.

- 현행 의료법 등 관계법령상 환자에 대한 처방과 의료행위는 의료인의 전문적인 판단에 의해서 이루어진다. 그동안 일부 의료인이나 병의원이 전문성을 존중하는 현행 법령상 취지를 악용해 부도덕적 의료행위를 조직적으로 시행하는 경우에도, 사무장 병원 등과 같이 법률 위반 혐의가 확실하지 않으면 조치가 쉽지 않은 것이 현실이었다.
- 이번에 가동되는 행정조사반은 행정조사를 통해 관계법령 위반 여부뿐 아니라 부적절성까지도 조사 대상에 포함할 방침이다. 복지부는 부적절, 비정상 의료행위에 대응하기 위해 의료법 제66조, 의료법 시행령 제32조 등에 의해 부과되는 ‘의료인의 비도덕적 진료행위 금지 의무’ 위반을 적극적으로 적용하고 의료인단체의 윤리위원회를 활용하는 방안을 검토하고 있다.
- 의료법 시행령 제32조는 (1) 학문적으로 인정되지 않는 의료행위, (2) 비도덕적 진료행위, (3) 불필요한 검사, 투약, 수술 등 지나친 진료행위 등을 의료인의 품위손상 행위로 규정하고 있고, 의무 위반으로 판단되는 경우 복지부장관은 1년 이하의 범위에서 면허자격 정지 등을 할 수 있도록 규정하고 있다. 복지부는 이 규정을 적극적으로 활용해 환자의 권익과 의료인의 전문성을 침해하는 비정상적 의료행위에 대응하겠다는 방침이다.
- 복지부는 행정조사 업무와 비정상적 의료행위를 판단하는 단계에서 의료인단체와 적절한 협조체계를 유지할 방침이다. 전문 영역에 대한 조사와 비정상 행위 여부 판단은 전문가의 의견을 존중하기 위해서다. 이를 통해 위법하지 않더라도 비도덕적 진료 등에 해당하는 경우, 의료인단체의 윤리위원회 회부 등 전문적 판단을 거쳐 자격정지 등의 행정처분을 내릴 수 있다. 이를 통해 일부 의료인이나 병·의원의 탈법적인 비정상적인 행위에 대해 제재하는 시스템이 만들어질 것으로 기대된다.

〈참고〉 최근 문제가 된 비정상적 행위 예시

- ☐ 마약과 향정신성 의약품을 환자 요구에 따라 과잉 처방하거나 진료기록을 허위로 작성한 경우
- ☐ 비만치료제를 처방하고 실손보험을 받을 수 있도록 진료기록부를 허위로 작성한 경우
- ☐ 요양급여비를 목적으로 사례금을 주고 혈액투석환자를 유치·알선한 경우
- ☐ 특정 비급여 치료를 받는 것을 조건으로 요양병원에 입원을 요구하거나 광고하는 경우

- 행정조사 과정에서 사무장 병원 운영, 허위 서류 발급 등 위법 사항이 의심되는 경우 수사기관 등에 고발·수사 의뢰 등을 추진한다.
- 행정조사반은 구성 즉시, 일선 보건소, 의료인단체 중앙회 등과 협의하여 업무에 착수한다. 복지부는 행정조사 반 아니라 부당, 위법한 의료행위가 발생하지 않도록 하기 위해 의료인단체 중앙회 등과 자정노력 캠페인 및 제도 개선을 함께 추진한다.
- 박순현 비정상·가짜진료 행정조사반장은 “의료현장에서 비정상적인 진료를 하는 병·의원이 정상으로 인정되지 않도록 국민이 안심할 수 있는 의료환경을 만드는 데 최선을 다하겠다”라고 밝혔다.

※ 자료: 보건복지부 홈페이지 「알림-보도자료」 24255. 보건의료정책과. 2026. 6. 10.

Ⅲ

재가 어르신 낙상사고 예방 위해 주거 환경 개선을 지원한다

- 어르신 '안전한 재가 생활' 돕는 낙상예방 재가환경지원 시범사업 개시 -

- 보건복지부(장관 정은경)와 국민건강보험공단(이사장 정기석)은 장기요양 재가수급자 어르신의 낙상사고를 예방하고 안전한 재가 생활을 지원하기 위해 「낙상예방 재가환경지원 시범사업」을 6월 15일(월)부터 전국적으로 시행한다고 밝혔다.
- 낙상은 고령자에게 가장 빈번하게 발생하는 안전사고 중 하나로 골절과 장기 입원, 신체 기능 저하로 이어지기 때문에 재가 생활을 지속하기 위해서는 사전 예방이 매우 중요하다.
- 이번 사업은 장기요양 재가수급자의 주거환경을 개선하여 낙상 위험을 줄이고 어르신이 익숙한 생활공간에서 보다 안전하고 독립적인 일상을 유지할 수 있도록 지원하기 위해 추진된다.
- 보건복지부와 국민건강보험공단은 그간 재가 노인을 대상으로 주택 안전환경 조성 시범사업을 운영하며 서비스 효과와 수요를 확인해 왔다. 이번 사업은 기존 사업 운영 결과를 토대로 지원체계와 품질관리 체계를 보완하고 전국 단위로 시행을 확대하여 더 많은 재가 어르신이 서비스를 이용할 수 있도록 했다.
- 지원 대상은 본인 또는 가족 소유 주택에 거주하는 장기요양 재가수급자 중 낙상 위험도*가 높은 어르신으로, 시설 입소자, 병·의원 입원자, 기초생활수급자 및 아파트 거주자는 제외된다.
* 최근 인정조사 결과를 활용하여 거동 불편 등으로 도움이 필요한 경우로 판단
- 단독주택 및 연립·다세대주택은 아파트에 비해 체계적인 관리 여건이 부족하고, 문턱, 계단 등의 실내 구조로 안전사고 위험이 상대적으로 높기 때문에 이번 시범사업 우선 대상으로 결정되었다.

- 대상자로 선정된 경우 1인당 생애 100만 원 한도 내(본인부담금 15%)에서 안전 손잡이, 문턱방지 경사로, 단차 축소 발판, 조명 개선 등 낙상 예방과 생활 편의 향상에 필요한 총 13개 품목(붙임2)에 대한 개선 비용을 지원받을 수 있다.
- 올해 총 1만 명의 어르신을 지원하는 것을 목표로 시범사업을 추진하고 그 결과를 토대로 개선할 점 등을 보완할 계획이다.
- 사업 신청은 국민건강보험공단 장기요양운영센터 방문, 우편, 팩스 또는 누리집(www.longtermcare.or.kr)을 통해 가능하며, 보다 자세한 사업 내용과 신청 절차는 노인장기요양보험 누리집에서 확인할 수 있다.
- 임을기 노인정책관은 “고령자 낙상은 한 번의 사고가 장기적인 건강 악화와 돌봄 부담 증가로 이어질 수 있는 만큼 예방이 무엇보다 중요하다”라며, “앞으로도 어르신이 살던 곳에서 안전하고 건강하게 생활할 수 있도록 예방 중심의 장기요양 서비스를 지속 확대해 나가겠다”라고 밝혔다.

※ 자료: 보건복지부 홈페이지 「알림-보도자료」 24263. 요양보험제도과. 2026. 6. 14.

IV

7월 1일부터 '체장장애' 장애 등록 가능, 23년 만에 장애유형 신설

- 체장장애 유형 신설한 「장애인복지법 시행령」 개정안 7월 1일 시행 -
- 장애인전형 입시·취업을 위한 「우선심사 제도」 운영 -
- 심장장애·간장애·장루요루장애 등 내부장애 등록기준 완화 -

■ 보건복지부(장관 정은경)는 「장애인복지법 시행령」 개정에 따라 7월 1일부터 등록 가능한 장애유형에 '체장장애'를 신설하고 내부장애 등록기준을 완화한다고 밝혔다. 체장장애 유형 신설은 2003년 5개 장애유형을 신설한 이후 23년 만이다.

* ('88년, 5개 유형) 지체·시각·청각·언어·지적 + ('00년, 10개 유형) 뇌병변·정신·자폐·신장·심장 + ('03년, 15개 유형) 호흡기·간·안면·장루·요루·뇌전증 + ('26년, 16개 유형) 체장

■ 이번에 새롭게 인정되는 체장장애는 당뇨병 중에서 체장의 인슐린 분비 기능이 손상된 경우를 대상으로 한다. 이 경우 지속적인 인슐린 투여와 혈당 관리가 필요하고 심한 저혈당이나 당뇨병성 케톤산증 등 치명적인 급성 합병증 위험에 상시 노출되어 일상생활과 사회생활에 심각한 제약이 있으므로 장애로 인정되어야 한다는 요구가 이어져 왔다.

■ 이에 따라 정부는 「장애인복지법 시행령」을 개정하여 체장장애를 새로운 장애유형으로 신설하였다. 등록 이후 체장장애인은 공공시설 이용료, 전기·통신 요금, 공공금 감면과 각종 세금 혜택을 받을 수 있게 된다. 또한 장애인서비스지원 종합조사의 점수, 소득수준 등 서비스별 요건을 충족하는 경우 활동지원·장애수당·의료비지원 등의 서비스를 받을 수 있다.

■ 또한 장애인 전형으로 입시 또는 취업을 준비하고 있는 체장장애 신청인을 위해 '우선 심사 제도'를 운영한다. 체장장애 등록 신청 시에 주민센터에 '고3 재학증명서', '워크넷 구직등록 확인서' 등 관련 소명 자료를 제출하면 우선 심사를 받을 수 있다. 우선 심사는 올해 말까지 한시적으로 운영된다.

■ 7월 1일부터 시행되는 「장애인복지법 시행규칙」 및 「장애정도판정기준」 고시 개정안은 심장·간·장루·요루·호흡기 등 내부장애 관련 등록 기준도 완화하였다.

〈참고〉 내부장애 기준 완화 주요 내용

- (심장) 관련 질환 확대, 폐탄수술 받은 경우 심하지않은 장애에 추가 등
- (호흡기) ‘기관절개술 및 24시간 인공호흡’의 경우 6개월 경과 후 장애진단 가능
- (간) 흉수, 흉막염, 문맥고혈압성 출혈 등 고려하여 합병증 범위 확대
- (장루요루) 장루요루 복원 이후 심각한 배변장애가 있는 경우 장루장애 인정 등

■ 보건복지부는 지난 3월과 6월 두 차례에 걸쳐 대한병원협회, 대한의사협회 및 해당 학회 등에 ‘체장장애 등록 시행 및 내부장애 기준 완화’와 관련한 장애 기준 및 진단 방법 등의 안내문을 배포하였다. 이를 통해 개정된 장애기준에 따라 해당 환자에 대한 장애 진단 및 안내 등에 협조해 줄 것을 의료기관과 의료인에게 당부하였다.

■ 장애인등록 신청을 위해서는 먼저 의료기관에서 장애 진단을 받고 ‘장애정도심사용 진단서’와 진료기록 사본 등을 발급받아 주소지 관할 읍면동 주민센터에 제출하여야 한다.

■ 국민연금공단은 지방정부의 의뢰를 받아 전국의 장애정도심사를 전담하고 있다. 이번 제도 시행에 앞서 공단은 심사 체계 정비와 직원 교육을 완료하고, 신청인이 불편 없이 심사를 받을 수 있도록 준비를 마쳤다.

■ 차전경 장애인정책국장은 “평생 인슐린 투여와 치명적인 합병증 위험으로 어려움을 겪는 당뇨병의 경우 이제 체장장애로 등록이 가능하게 되었다”라면서 “앞으로 체장장애인이 필요한 서비스를 적기에 이용하고 건강하고 안정적으로 살아갈 수 있도록 지원하겠다”라고 밝혔다.

※ 자료: 보건복지부 홈페이지 「알림-보도자료」 24332. 장애인정책과. 2026. 6. 30.

V

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 -

■ 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 건강보험정책심의회위원회를 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 거쳐도록 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 건전성을 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 지속적으로 소통하고 협력하겠다”라고 밝혔다.

※ 자료: 보건복지부 홈페이지 「알림-보도자료」 24348. 필수의료총괄과. 2026. 7. 1.