

비급여 진료비 현황과 관리방안



조윤미 CTV소비자연구소 대표
(전)녹색소비자연대 공동대표

1. 들어가며

의약분업이 우리나라 진료시스템의 이해관계에서 핵심 고리였듯이 비급여 관리 문제는 우리나라 진료비, 지불체계 전체를 아우르는 핵심고리이다. 비급여 문제를 정리하지 않고 보장성이나 국민 의료비 부담 문제를 더 이상 다룰 수 없는 상황에 처했으며, 비급여로 인해 의료이용시 발생하는 비용부담에 대한 예측불가능, 가계파탄 문제가 해소될 수 없는 상태에 와 있다.

비급여 진료비는 또한 우리가 만들고 유지해 온 우리나라 의료시스템이 가진 결정적인 한계 이면서도 덕분에 가능했던 숨구멍이기도 하다. 전 국민이 의무가입하는 건강보험 체계를 운영하려면 진료의 질이나 소요되는 비용을 적정수준에서 통제할 수 밖에 없는데 날로 발전해 가는 의료기술, 소비자들의 서비스 요구를 통제 시스템 밖에서 운용하는 시장이 가능했던 이유도 바로 비급여 진료비가 있어 가능한 측면이 있다.

비급여 진료비에는 의료행위와 관련한 진료비와 직접적인 의료행위와는 별개로 환자의 편의성이나 안전 등 서비스 품질 수준을 높이는 비급여 진료비가 같이 포함되어 있다. 이미 고품

질의 병의원 서비스 경쟁 시장이 형성되어 있는데다가 이 같은 서비스에 익숙해져 있는 소비자에게 급여 수준 내에서의 통제된 의로서비스만을 제공하는 체계로의 전환은 현실적으로 수용이 어려운 측면이 있다.

비급여 진료비를 둘러싼 대책이 실효성 있게 자리를 잡으면서 일시적인 미봉책이 되지 않도록 하기 위해 어떤 정책을 마련해야 할까? 이것은 쉬운것 같으면서도 어려운 하나의 과제이다. 가장 핵심적으로 유지해야 할 관점은 의료이용자인 소비자에게 수용가능한 방식이면서 시장의 메커니즘에 부합하는 해결책이어야 한다는 점이다.

2. 비급여 관리없는 보장성 강화정책 한계

의료이용으로 인한 비용부담이 예측불가능하며, 가계 파탄에 까지 이르게 되는 상황이 끊임 없이 사회적으로 이슈화되면서 가장 중요한 건강보험 이슈는 “보장성강화”였다. 건강보험 재정을 투입하여 다양한 보장성 강화를 위한 정책이 추진되었으며, 특히 고액진료비, 암 등 중증질환에 집중적으로 지원되었다. 실제 지난 2004년 대비 2007년 고액진료비 보장률은 49.0%에서 67.6%로 암 보장률은 2014년 49.6%에서 2010년 70.4%로 증가하였다.

그런데 보장성 강화 정책을 지속적으로 펼치고 있음에도 불구하고 일정기간 증가하던 보장률은 어느정도 상승하다가 멈추거나 오히려 하락하는 양상을 보이고 있다. 2014년 4대 중증질환 건강보험 보장률은 77.7%로 4대 중증질환 보장성 강화정책이 시작되기 전인 2012년 보장률(77.7%)과 동일한 것으로 나타났으며, 암질환의 경우 2014년 보장률(72.6%)이 오히려 4대 중증질환 보장성 강화정책을 시작하기 전인 2012년(74.1%)보다 1.5%p 하락했다.

건강보험 보장률 역시 담보상태에 머물거나 오히려 낮아져 목표치인 70%까지는 턱없이 부족한 상태를 유지하고 있다. 올해 4월 국민건강보험공단에서 발표한 ‘건강보험환자 진료비 실태조사’ 연구 결과를 보면 2014년 건강보험 보장률은 지난 2008년 62.8%에서 2009년 65%로 상승한 이후 줄곧 하락세 보이다가 지난 2014년에는 63.2%로 5년 만에 상승했다.

이것은 지난 2014년 8~9월부터 시작한 선택진료비 및 상급병실료 등 비급여를 급여화 또는 제도화 등 개선이 주효한 결과이다. 현 진료비 지불체계 내에서는 수가인상이나 환자본인부담금의 직접적인 지원이 보장성을 확대하는데 한계적일 수 밖에 없다는 것이다. 결국 정부가 제시하고 있는 “2018년까지 건강보험 보장률 중증질환대비 80%대, 전체 의료비 대비 68%대”로 올리겠다는 목표치를 달성하려면 나머지 반쪽인 비급여 진료비 관리에 성공해야 한다는 뜻이 된다. 보장성 확대 한계에 부딪힌 지금 우리가 비급여 진료비에 집중할 수 밖에 없는 이유가 여기에 있다.

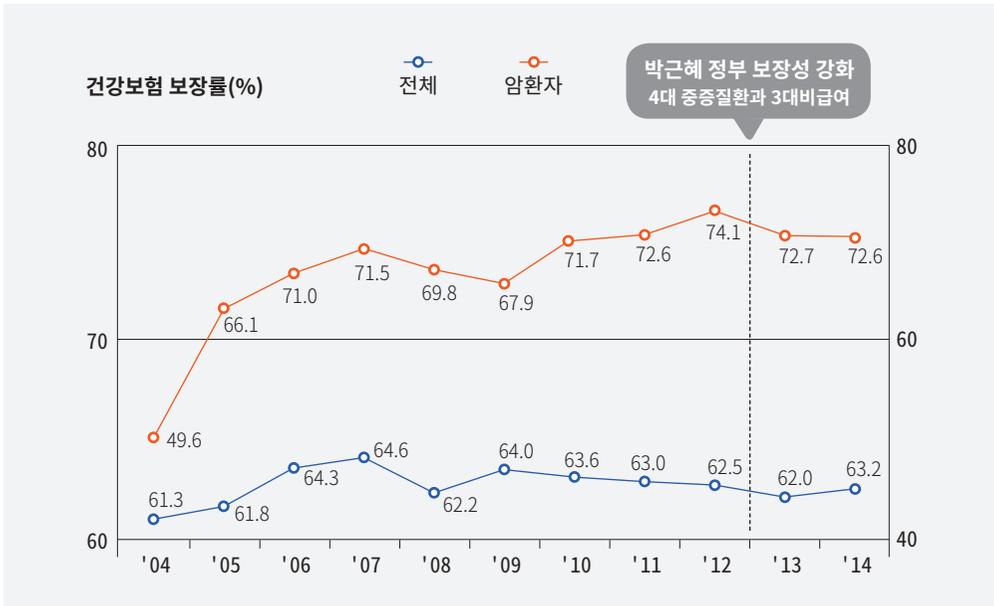


그림1. 건강보험 보장률의 정체

3. 증가하는 비급여 진료비

그렇다면 현재 비급여 진료비는 어느정도 될까? 결론부터 보자면 2009년 6조 2,000억원에서 2014년 11조 2,000억원으로 두 배 가까이 늘어났다. 건강보험공단이 15개 종합병원의 2014년도 비급여 진료비를 분석하여 발표한 결과를 보면 비급여 진료는 크게 항목비급여(로봇수술 등 비용 대비 효과가 확실하지 않은 진료로 '비급여' 코드가 부여된 진료), 기준초과비급여(횟수와 용량 등 급여기준을 초과한 진료), 법정비급여(상급병실료, 선택진료비, 제증명료), 합의비급여(미용성형, 치과보철 등 필수적인 기능개선 목적이 아닌 진료), 미분류 비급여(현재까지 분류하지 못한 항목) 등 5가지로 유형화된다.

비급여 진료비를 분석해 보니 법정비급여가 32.9%로 가장 많고, 그 다음은 기준초과비급여(32.7%), 항목비급여(21.9%), 합의비급여(6.1%), 미분류비급여(6.2%) 등이었다. 법정비급여에서는 선택진료비(57.7%)와 상급병실료(38.4%)가 대부분이었다. 항목비급여 중에서는 치료재료가 가장 높고(52.5%), 기준초과비급여 중에서는 진료행위(86.5%)가 대부분이었으며, 그중 척추 자기공명영상(MRI) 등 검사료(57.5%)가 상당 부분을 차지했다.

2014년 현재 건강보험 보장률은 63.2%로 병의원 이용자는 법정본인부담률 19.7%와 비급여 17.1%의 합계인 36.8%를 부담해야 한다. 쉽게 말해서 환자가 병의원을 이용할 때 100만 원의 진료비가 나왔다면, 63만1,000원은 건강보험으로 처리하고, 나머지는 본인부담금 19만

7,000원과 비급여 17만1,000원을 부담해야 한다. 외래의 경우 건강보험 급여율은, 의원은 진료비의 70%이고, 병원은 60%이며, 종합병원은 50%이고, 대학병원 등 상급병원은 40%가량이다. 입원은 원칙적으로 전체 진료비의 80%를 건강보험으로 처리하고, 나머지 20%를 환자가 부담한다.

표 1. 연도별 건강보험환자 건강보험 보장률

(단위 : %)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
건강보험 보장률	63.6	63.0	62.5	62.0	63.2
변정본인 부담률	20.6	20.0	20.3	20.0	19.7
비급여 부담률	15.8	17.0	17.2	18.0	17.1

비율적으로 보면 보장성이 높아 보이지만 실제로 환자나 가족은 병의원을 이용할 때 비급여는 전액을 부담하고, 종합병원 등 상급병원으로 갈수록 비급여 항목이 많아서 부담이 커질 수밖에 없다. 이 내역서는 병원에서 발행한 영수증을 기준으로 산출된 것이므로 실제 환자가 전액을 부담하는 간병비나 검진비용 등은 포함되지 않은 것이다. 환자는 원무과에 내지 않는 간병비 등도 추가로 부담해야 한다.

비급여 진료비는 병원마다 차이가 커서 병의원을 이용하고 나서 어느정도 비용부담을 해야 할지에 대한 예측이 어렵거나 예측한 것 보다 훨씬 많은 부담을 하게 된다. 소비자가 병의원 이용시 부담을 줄이기 위해서는 비급여 항목을 줄이는 운동을 강력하게 펼치고, 병원마다 다른 '비급여 진료비'를 사전에 파악하여 지나치게 높은 병의원의 이용을 피해야 한다.

4. 비급여진료비 공개 잘 되고 있나?

그렇다면 소비자는 비급여 진료비를 미리 알고 예측하여 비교하고 선택할 수 있을 만큼의 정보를 가지고 있는가? 결과적으로 보면 그렇지 않다. 비급여 진료비용 게시도 불충분하고 비용을 객관적으로 비교할 만한 정보도 취약하다.

서울대학교 보건대학원 유명순 교수가 '서울시 소재 병원급 이상의 의료기관의 비급여 진료비용 게시현황을 조사한 결과를 보면 이 같은 현실을 잘 알 수 있다. 조사는 2015년 6월 1일부터 2015년 11월 10일까지 상급종합병원 14개, 종합병원 42개, 병원 429개 등 485개의 인터넷 홈페이지를 통해 이루어졌다. 현장 방문 조사는 사전에 미리 공문을 보내 동의를 받은 종합병원 10곳, 병원 42곳 등 52곳을 조사 했다.

조사결과 비급여 진료비용 고지지침을 준수한 곳은 286곳(59%)이며, 준수하지 않은 곳이 199곳(41%)으로 나타났다. 현장방문의 경우는 96%(50곳)가 준수하고 있었다.

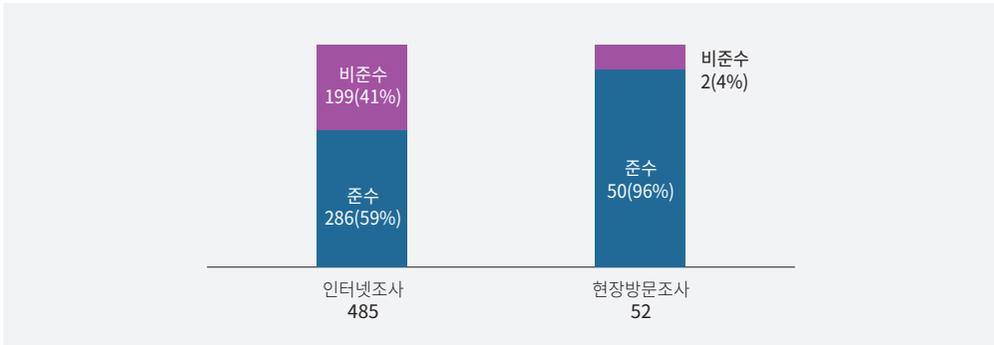


그림 1. 비급여 진료비용 고지지침 이행 여부

병원 종별로 보면 비급여 진료비용에 대해 고지를 하고 정확하게 지침을 잘 지킨 비율은 상급종합병원이 43%, 종합병원이 57%, 병원이 61%로 나타났다. 병원 기능별로 구분해 보면 급성기병원이 59%, 요양병원이 66%, 치과병원이 49%, 한방병원이 60%이다.

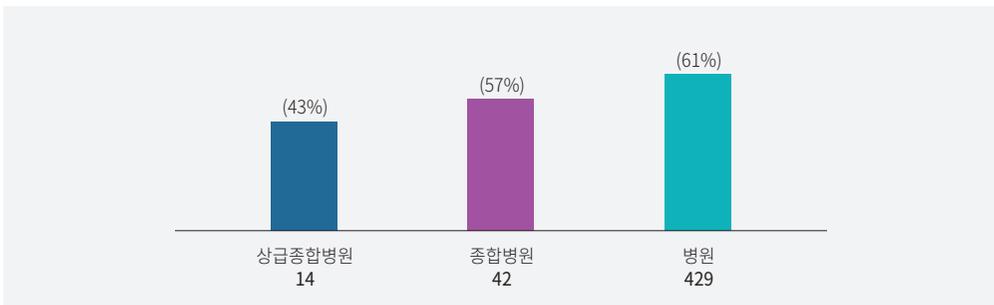


그림 2. 병원 종별 비급여 진료비용 고지지침 이행 여부

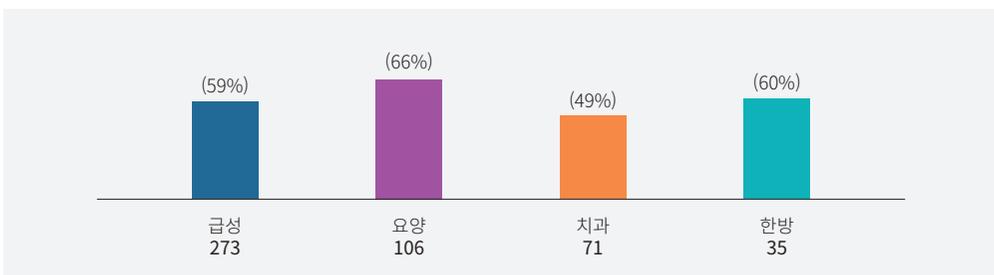


그림 3. 병원 기능별 비급여 진료비용 고지지침 이행 여부

환자가 의문을 갖고 정보를 얻고자 할 때 질문이나 이의제기를 할 수 있도록 홈페이지에 소통 채널을 열어 놓은 비율은 상급종합병원은 21%, 종합병원은 17%, 병원은 50% 수준이었다. 상급종합병원의 경우는 통합 서비스센터를 운영하는 경우도 있고 다른 방식으로 안내 창구를 운영하는 경우가 많아서 별도의 소통창구를 두지 않았을 가능성이 높다.

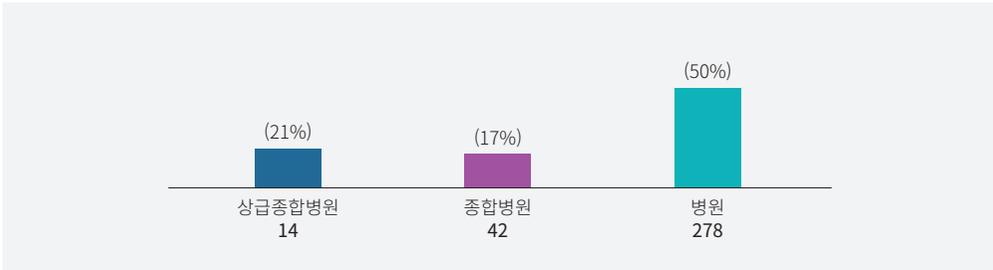


그림 4. 질문 가능, 이의제기 여부

현장 방문의 경우는 방문에 동의한 병원만 조사를 했기 때문에 상당수가 잘 지키고 있는 결과가 나왔다. 조사에 응한 52곳 중 10곳의 종합병원에서 90%가, 42곳의 병원 중 98%가 비급여 진료비용에 대해 1곳 이상 게시하고 있는 것으로 나타났다.

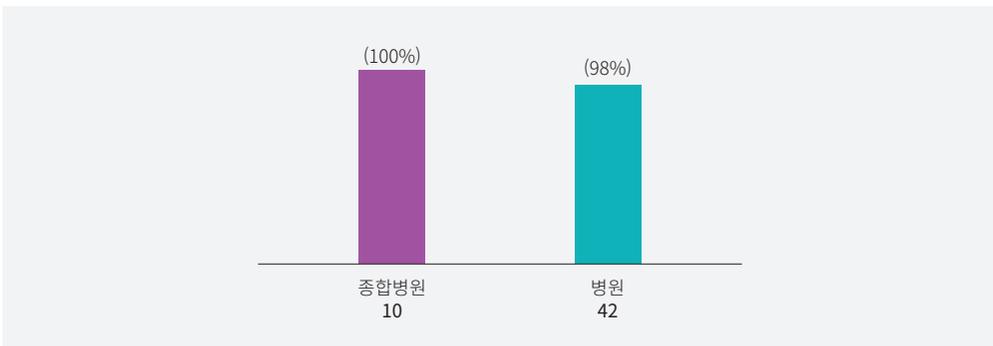


그림 5. 비급여 진료비용 고지 유무

유교수의 분석에 의하면 환자의 권리, 안전, 질이라고 하는 표어를 강조하는 병원들은 그렇지 않은 병원보다 높은 점수를 받을 가능성이 있는 것으로 나타났다. 이는 좀 부족한 병원에 대해서는 개선안을 제시해 주는 노력을 하는 것이 해당 병원의 서비스 질 향상과 관련 노력을 하도록 하는데 동떨어진 것이 아니라는 얘기다. 보건복지부 의료기관평가 인증이나 JCI인증 등 의료기관의 서비스 질 향상을 위해 모니터링하고 개입하는 것이 대체로 영향력이 있다는 것을 알 수 있다.

정부에서도 이 같은 문제점을 인식하고 적극적인 비급여 진료비 조사와 공개에 나서고 있다. 지난 2015년 3월 감사원에서는 비급여 진료비 관리에 관련한 감사결과, 현재 제도적으로 운영하고 있는 비급여 진료비용의 고지와 진료비 실태 조사 및 진료비 확인제도 등의 실효성이 미흡하다는 지적과 함께 정부에 개선방안을 강구하도록 요구한 바 있다. 감사원에서는 이러한 문제점의 근본 원인을 비급여 진료비 조사 및 공개에 대한 법적 근거가 취약하고 진료비의 표준화 수준이 미흡한데 있다고 지적 한 바 있다.

5. 비급여진료비 의료기관별로 천차만별

비급여 진료비의 의료기관 공개나 게시나 불충분한 상태에서 그동안 건강보험심사평가원의 비급여 현황조사 역시 병의원이 제공하는 자료 중심으로 진행되어 한계가 있었으나 올해 9월 의료법이 개정되면서 비급여 진료비 내역이 건강보험심사평가원을 통해 직권 조사할 수 있는 기반이 마련되었다. 또한 12월에는 300병상 이상 병상규모 대상의 의료기관에서 모든 의료기관에 대한 비급여 진료비용 조사·분석을 가능하도록 하는 것을 골자로 한 의료법 개정안이 통과됨으로써 ‘모든 의료기관’에 대해 비급여 진료비용 및 제증명수수료의 항목, 기준 및 금액 등에 관한 현황을 조사·분석해 그 결과를 공개할 수 있게 되었다. 공개 의무화 대상에서 일단의 원급 의료기관은 제외되었다.

건강보험심사평가원의 비급여 진료비용 공개 사이트 및 모바일 앱 “건강정보”에서는 사용자가 입력한 조건에 따라 공개항목이나 의료기관 별 조회가 가능하며, 또한 최저가, 최고가, 최빈값, 중앙값을 한눈에 볼 수 있다. 사용자가 검색한 의료기관의 위치정보를 같이 볼 수 있도록 게시하여 비급여 진료비용 검색과 함께 의료기관 이용 선택도 용이하도록 하였다.

올해 2,041곳을 대상으로 진행된 비급여 진료비 공개는 막연히 알고 있던 각 의료기관의 비급여 진료비 격차가 생각보다 훨씬 크다는 사실에 많은 충격을 주었다. 상급종합병원, 종합병원 뿐만 아니라 병상이 150개가 넘는 병원급 의료기관까지 조사한 것은 이번이 처음이다. 전국에서 1인 병실 입원비가 가장 비싼 상급종합병원은 서울아산병원(45만 5,000원)으로 조사되었으며, 이어 삼성서울병원, 가톨릭대성모병원, 연세대세브란스병원이 44만 8,000원으로 두 번째로 비쌌다. 가장 저렴한 곳은 원광대병원과 충북대병원(12만 원)이었다.

예상대로 상급종합병원의 비급여 진료비를 분석한 결과 대체로 수도권 유명 대학병원 진료비가 지방 대학병원보다 비쌌다. 수면내시경(위) 검사료는 삼성서울병원(15만 4,000원), 수면내시경(대장) 검사료는 강북삼성병원(15만 8,000원)이 가장 비쌌다. 반면 충남대병원 위 수면내시경 비용은 5만 1,600원, 대장은 5만 8,700원이다.

자기공명영상(MRI) 진단료는 가천대길병원(75만 원)이 가장 비쌌다. 뇌, 경추, 요천추 등 3개 부위 MRI 진단료가 가장 싼 곳은 인제대부산백병원, 충북대병원(53만 원)이었다. 뇌혈관 MRI

진단료는 전남대병원이 19만 2,000원으로 가장 저렴했다. 가천대길병원은 갑상샘과 유방 초음파 검사료가 22만 원으로 상급종합병원 중 가장 고가였다. 상복부 초음파 검사료는 양산부산대병원이 33만 6,120원으로 가장 비쌌다. 하지만 조선대병원에서는 3만~6만 원대로 초음파검사를 받을 수 있다.

각 의료기관의 특성이나 질을 보정하지 않은 그야말로 가격만의 비교이기 때문에 오히려 소비자선택에 혼란을 가져올 수 있고 의료기관을 단순 가격으로 줄을 세운다는 비판이 의료계에서 제기되기도 하지만 소비자 입장에서 이 같은 가격정보는 매우 유용한 것이 아닐 수 없다. 대부분 가격 공시나 계사가 의무화 되어 있는 서비스 역시 질적 차이는 다양하고 위치한 지역별로 특성이 제각각이지만 가격정보를 기반으로 소비자는 필요로 하는 다른 정보를 함께 취합하여 가장 효율적인 선택을 할 수 있다.

가격정보는 소비자 정보 중 가장 기초적인 정보라 할 수 있다. 각 의료기관의 특성이나 질적인 차이를 소비자가 이해하고 합리적인 선택을 하는데 도움을 주려면 향후 더 다양한 의료 질 정보와 함께 비교 공시되어야 한다. 예를 들면 의사나 간호사 등 의료인력의 수준을 평가할 수 있는 경험, 성공률 등에 대한 정보, 시설, 서비스 특성 정보, 의료기관평가 정보가 더욱 세밀하게 제시된다면 단순 가격정보가 주는 왜곡을 줄이고 선택에 도움이 되는 정보가 될 수 있을 것이다.

의료 범위를 벗어나더라도 많은 서비스 영역에서 객관적인 조사와 비교를 통해 가격정보 공개는 활발해 지고 있다. 이는 소비자 알권리의 확대와 합리적인 선택이 가능하도록 지원하는 사회정책의 발전과 맞물려 있으며 앞으로 더 많은 항목과 기관을 대상으로 비급여 진료비 조사와 공개가 이루어 질 것을 기대한다.

6. 의료적 비급여의 급여전환과 소비자사전동의 절차 강화

3,000만명이 실손보험에 가입되어 있는 현 상황에서 비급여 진료비는 실손보험과 의료기관, 소비자 삼자간의 이해가 맞물리면서 더욱 증가할 전망이다. 앞에서 검토해 본 것과 같이 건강보험에서 보장률을 높이기 위한 투입을 계속 늘려나가더라도 풍선처럼 부풀어 늘어나는 비급여 진료비를 통제하지 못하면 결국 보장률은 증가하지 못하게 될 것이다. 더군다나 실손보험 가입이 어려운 취약계층에 피해가 전가되는 양상을 보이게 되는 문제는 더욱 심각하다 하지 않을 수 없다.

소비자 입장에서 비급여 진료비를 둘러싼 몇가지 핵심 쟁점을 짚어 볼 필요가 있겠다. 첫째는 제공되는 비급여 진료행위가 유의미하고 필수적으로 필요한 것인가에 대한 의구심이다. 실제 비급여 진료비 조사에서 나타나고 있듯이 현재 비급여진료비의 절반 이상은 의료적 비급여인데, 의료기술이 급속하게 발전해 가면서 의료현장의 요구를 담아내기 위해 필수적인 의료행

위인데 급여체계가 따라주지 못해서 비급여로 의료행위를 할 수 밖에 없는 것인지 아니면 의료 행위 자체의 효용성이나 안정성이 낮은 것인데 의료기관이나 보험의 이익을 위해 제공되는 서비스인가에 대한 구분이 명확해야 한다는 점이다.

필수적인 의료행위라면 이는 조속히 급여 범위내에서 그 효용성에 대한 검증이 있어야 하며, 신속히 급여화 하는 것이 타당할 것 이다. 이 과정에서 효용이 불분명하고 비용효과적이지 못한 의료행위에 대한 통제도 반드시 있어야 한다. 특히 실손보험과 맞물려 의료적 효용이 낮은 서비스가 무차별적으로 제공되지는 않는지에 대한 검토가 요구되는 것이라 하겠다. 이 같은 관점에서 본다면 현재 이루어지고 있는 비급여 의료행위를 하나 하나 조사하고 표준화 하는 과정 보다 더 선제되어야 할 것은 질환별 비급여 행위의 의료적 의미에 대한 평가라고 보아진다. 이를 토대로 의미있는 의료행위의 급여체계 내에서의 평가와 관리 방식과 결합한 포괄수가제나 기준초과 비급여에 대한 재평가를 통한 급여화 등이 제안되고 있는 것으로 안다.

두 번째는 비급여 진료비 관리가 개별 환자의 의료이용시 예측가능하고 비교 후 선택 가능한 정보 방식으로 제공되는 것인가 하는 점이다. 비급여 진료비를 직권조사 하여 발표한다 하더라도 이는 개별 행위에 따른 가격이기 때문에 복합적인 의료이용에 따른 비용을 산정하고 예측 하는데 활용되기 어렵다. 그렇다고 한두가지 비용만을 가지고 의료기관을 선택하기도 어려운 상황이다. 비급여 진료비를 완전히 없앤 가격체계를 갖추기 힘들다면 적어도 사전에 소비자가 비급여 여부를 인지할 수 있어야 하고, 비용절감이 가능한 선택 가능한 다른 방법이 제시되어야 한다. 이는 주로 치료재료와 관련한 비급여에서 비용절감을 할 수 있는 방안이 될 것이다.

미국의 비급여 진료 사전동의 제도가 대표적인 사례가 될 수 있겠다. 환자에게 사전에 비급여 진료비 발생에 대한 상황을 설명하고 서비스 제공 및 재정적 책임에 대한 동의를 받는 것으로 의사는 비급여 진료비를 환자에게 받을 수 있으며, 의사는 환자에게 사전에 고지한 내용과 환자 서명이 포함된 동의서를 보험자 요청 시 제공하는 방식이다.

실제 치료재료 관련한 비급여는 충분히 절감 가능한 경우들이 많이 있다. 과거에는 간단히 직접 만들어서 사용하던 것이 지금은 제품화 되어 비급여로 상당한 금액을 청구하는 경우 들을 접하게 되는데 이 같은 경우 소비자에게 사전 설명하고 동의하는 제도는 매우 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

7. 나가며

인구구조의 변화, 질병 양상의 변화로 보건의료 서비스에 대한 소비자요구도 기존과 많이 달라지고 있으며 요구의 내용이나 질도 매우 다양해지고 있다. 급성 질환 중심의 우리나라 의료 기관 체계나 서비스 유형만으로는 충족되지 않는 다른 요구들이 앞으로 더 많이 생겨나게 될 것이다. 이같은 소비자나 의료현장에서의 변화를 급여체계가 담아내지 못한다면 비급여 진료비는

더 많이 증가하게 될 것이며, 이를 보완해주는 실손보험의 의존도는 더욱 증가하게 될 것이다.

의료가 기본적으로 매우 정보비대칭적이어서 소비자가 행위를 결정할 수 없고 비용보다 치료가 우선하는 상황에 직면하게 되는 특성 때문에 소비자가 정보에 기반해서 합리적 선택을 하는 것에도 분명 한계는 있다. 그럼에도 불구하고 비급여 진료비의 지속적인 조사와 공개는 비대칭적인 상황에 놓인 소비자에게 분명 중요한 정보로서 기능할 수 있을 뿐 아니라 장기적으로는 비용효과적인 선택을 할 수 있는 토대로 작용하게 될 것을 기대할 수 있다. 정부의 비급여 진료비 조사, 공개는 멈춤 없이 확대 강화 해 나가야 할 것이다.

기존의 비급여 진료행위나 치료재료 등을 표준화하고 코드화 해서 일부 급여화 하고 나머지도 다른 비급여 진료, 비급여 치료재료가 그 자리를 메꾸게 되는 상황이 충분히 발생가능하다. 결국 보장률은 높아지지 않은 채 비용은 자꾸 더 들어가는 악순환이 지속되고, 국민들은 건강보험료는 늘어가는데 실손보험은 가입하지 않을 수 없는 상황에서 비급여 진료비나 본인부담을 추가해야 하는 이중, 삼중의 비용부담 상태에 직면하게 될 수도 있다.

급여화에 있어 가장 중요한 것은 효용과 안전성이 확보된 의료기술이나 서비스 인지에 대한 전문적인 판단을 신속하게 결정하고 변화하는 의료현장의 상황을 반영할 수 있는 급여체계를 구축함으로써 비급여 진료 발생을 억제시키는 일이다. 의료적 판단에 근거한 비급여 진료의 통제가 동시에 추진되어야 할 것이다.

비급여 진료비를 통제해야 하는 이유는 국민의 의료비용 부담을 줄이는 동시에 자신의 치료와 관련하여 일정 정도 예측 가능한 진료비용 지불 체계를 갖추는데 있다. 전 국민이 보험을 가입해 있는 마당에도 어느정도 비용이 소요될지 전혀 짐작할 수 없는 상태에 머물게 해서는 안된다는 것이다. 이 같은 관점에서 비급여진료비를 포함한 포괄수가제의 개선과 확대, 소비자 사전동의제 등의 제도는 의미있는 정책이 될 것이다. ❧

참고문헌

-
- 서남규 '비급여진료비 구성과 현황' 건강보험정책연구원 2016.12
 - 이용균 '병원의 진료비공개와 주요이슈' 한국병원경영연구원 2013.3
 - 정성희 이태열 '비급여 진료비관련 최근 논의동향과 시사점' 보험연구원 2016.9
 - 김 윤 '외국의 비급여 관리사례와 시사점' 2016.12
 - 정형선 '비급여 진료비의 문제점과 바람직한 관리방안' 비급여 국회세미나 2012.8
 - 민인순 '비급여 진료비의 문제점과 바람직한 관리방안' 비급여 국회세미나 2012.8
 - 유영순 '서울시 소재 병원급 이상 의료기관의 비급여 진료비용 개시현황과 개선방안' 제1회 환자권리포럼 2016.6
 - 김한나 '심평원의 비급여 진료비 직권확인제도의 문제점' 의료정책연구소 2016.11