

적정한 의료공급과 합리적 의료이용을 위한

건강보험 비급여관리강화 종합대책

2020. 12.



보건복지부

목 차

I. 현황 및 분석	1
II. 정책 방향 및 목표	9
III. 주요 추진과제	14
IV. 추진일정	40

I. 현황 및 분석

1 비급여 현황

□ 건강보험 비급여의 개념

○ (정의) 국민건강보험법에 근거하여 건강보험 급여대상에서 제외되어 진료비용을 환자가 모두 부담하는 진료

- 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 요양급여 대상에서 제외되는 사항으로 법령으로 정하는 사항(법정비급여)

* 행위, 치료재료는 법령으로 비급여 대상을 규정하며, 약제는 급여로 고시하지 않는 사항을 비급여로 규정

- 요양기관이 법정비급여외의 진료를 하고 비용을 받는 것(소위 임의비급여)은 원칙적으로 불법

○ (유형) 급여 제외 사유를 기준으로 법령에서 구분

- 발생요인 또는 특성별로 등재·기준·제도·선택비급여로 분류

분류	정의 및 설명	예시	
1. 치료적 비급여 질병의 진단·치료 등을 목적으로 하나, 비용·효과성, 등의 측면에서 비급여로 정한 경우	1-1. 등재 비급여	<ul style="list-style-type: none"> 안전하고 유효하며 의학적으로 필요한 의료이나, 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명한 경우 	<ul style="list-style-type: none"> 다빈치로봇수술 체외충격파치료 [근골격계질환] 지속적 통증자극술
	1-2. 기준 비급여	<ul style="list-style-type: none"> '건강보험 급여 목록(고시)'에 등재되어 있으나, 실시기준(횟수 등)을 초과하여 비급여로 적용되는 항목 	<ul style="list-style-type: none"> 초음파검사료 MRI진단료 진정내시경 환자 관리료
2. 제도 비급여 상급병실료차액, 선택진료비 및 제증명수수료로서 관련 제도적 규정에 따라 비급여로 정한 경우		<ul style="list-style-type: none"> 상급병실료차액 선택진료비 제증명수수료 	
3. 선택 비급여 일상생활에 지장이 없는 질환의 치료나 신체적 필수 기능개선을 직접 목적으로 하지 않는 진료로서 의료소비자의 선택에 의한 경우 등		<ul style="list-style-type: none"> 미용·성형수술 라식·라섹수술 건강검진 	

□ 비급여 규모

○ (비급여 규모) 건보공단 실태조사 기준 '19년 16.6조 원 추정

<건강보험 급여·비급여 규모('19년 기준)>

건강보험환자 총진료비(103.3조 원, 100%)*			비급여 (16.6조 원, 16.1%)	(미용·성형)
급여 (86.6조 원, 83.9%)		법정본인부담 (20.3조 원 19.7%)		
공단부담 (66.3조 원 64.2%)				

* 건강보험환자 총진료비 103.3조 원은 비필수의료서비스인 미용·성형 등은 제외하고 산출

○ (증가추이) 매년 꾸준히 증가, 최근 3년 평균 증가율은 7.6%

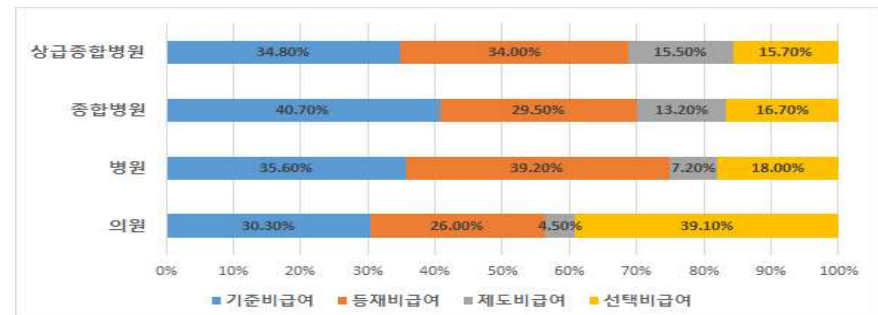
<건강보험 비급여 연도별 변화>

구분	'15년	'16년	'17년	'18년	'19년
규모	11.5조	13.5조	14.3조	15.5조	16.6조
전년대비 증가율	2.5%	17.0%	6.6%	8.3%	7.0%

○ (유형별 구성) 비급여 유형별로는 선택 44.5%, 등재 26.7%, 기준 23.1%, 제도 5.7% 순(비급여상세내역 조사, '18년)

- 요양기관 종별로는 의원급은 선택비급여 비중이 높으며, 종합병원급 이상은 기준·등재 비급여 비중이 상대적으로 높음

<병원 종별 비급여 비중 ('18년 기준) >



2 비급여 증가의 문제점

□ 가격 및 제공량 적정 통제기전 부재

○ 비급여는 신의료기술 도입 촉진 등 의료발전에 기여하는 긍정적 측면이 있으나, 급여와 달리 **적정한 사회적 통제장치가 부재**

- 급여는 **다양한 관리기전***을 통해 국민의 대리인 역할을 수행하고 있으나 **비급여는 가격, 제공기준 등에 대한 관리기전 부족**

* 건강보험에서의 가격설정, 급여기준 설정, 서비스 제공 적정성 평가, 질 평가 등

○ **비급여 의료서비스 가격이 의료기관별로 편차가 큰 경우 가격 적정성에 대한 의료소비자의 신뢰 저하**

* 근골격계 관련 도수치료 1회 비용 병원급 기준 최저 5천원 ~ 최고 24만원으로 진료비 차이 존재(실손보험 '19년 청구자료 기준)

□ 의료 질 관리 취약

○ 비급여는 급여와 달리 **직접적인 의료의 질 관리 기전이 취약**하여 제공되는 의료의 안전성에 대한 위험 존재

- 특히 제공받은 진료에 대한 비용지불을 하는 환자 측면에서는 해당 질병에 충분한 비용대비 효과가 있는지 등에 대한 판단이 어려움

○ 해당 비급여의 필요성과 위험성(급여대체항목 존재여부, 서비스의 장단점 등) 등을 바탕으로 사전에 결정할 수 있는 체계도 부족

사례

* 비급여 중 피로회복 용도로 일부 사용된 푸르셀티아민 주사제(일명 마늘주사)의 경우 패혈증 쇼크 의심 증상 등 부작용 사례가 발생하였으며 한국보건건의료연구원의 안전성 및 유효성 연구 결과 효과근거가 확인 안 됨 ('18년)

□ 국민의료비 부담 증가의 요인

○ 경상의료비 중 **가계직접부담률은 32.5%**로 OECD평균(20.7%) 대비 **1.6배 수준으로, 비급여 비중이 커* 가계 의료비 부담 요인 증가**

* 가계직접부담 46.5조 원 중 비급여 27.5조 원(59.1%), 법정본인부담 19.0조 원(40.9%)

<경상의료비 재원별 구성('18년기준)>

경상의료비(Current Health Expenditure) 143.2조 (100%)					
정부·의무가입제도 85.8조 (59.9%)			민간재원 57.4조 (40.1%)		
정부 14.5조 (10.1%)	사회보험 69.2조 (48.3%)	의무가입민간보험 (자동차보험) 2.1조	실손보험 9.2조 (6.4%)	가계직접부담 46.5조 (32.5%)	비영리단체등 1.7조
				비급여** 27.5조 (19.2%)	법정부담 19.0조 (13.3%)

*2018년 국민보건계정

**비급여 : 가계직접부담 중 법정본인부담금을 제외한 지불금액

○ 비급여의 빠른 증가가 **총 경상의료비 증가의 주요 요인**으로 작용

* 최근 5년간 연평균 증가율 **경상의료비 8.8%, 비급여 7.5%**

□ 보장성 강화 정책 효과 상쇄

○ 중증질환 보장강화를 통한 지속적인 건강보험 보장에도 불구하고 **비급여는 빠른 속도로 증가**해 환자의 체감 부담경감수준이 정체

* '15~'18년간 건강보험공단 부담금 연평균 증가율이 10.5%였으나, 비급여 진료비 증가율도 10.5%

사례

* 안 초음파 검사 급여화('20.9.1. 행위수가 적용)로 검사 및 수술비용을 급여화하였으나, 일부 병원에서 **비급여인 다초점 렌즈 가격을 인상**하여 환자부담은 동일

예) 환자 부담금액

기존 : 비급여 초음파검사 200만원 + 다초점렌즈 280만원 = 480만원

변경 : (급여화) 초음파검사 본인부담 50만원 + 다초점렌즈 430만원 = 480만원

3 현 건강보험 비급여 관리정책 평가

1 주요 기존 정책

□ 의학적 비급여의 급여화를 통한 비급여 해소

- (비급여 분류) 발생 요인과 의학적 필요 등을 고려하여 기존의 비급여를 등재·기준·제도·선택적 비급여로 분류기준 마련('17년)
- (보장성 강화 추진) 의학적 필요성이 높은 비급여 3,568개 대상 단계적 급여화를 통한 비급여 해소 추진('18~)
- 선별급여, 예비급여제도를 통해 급여로의 전환이 필요한 비급여 항목에 대한 치료효과 및 적합성에 대한 평가 등 지속 관리

【 비급여의 급여화 연차별 추진 계획 】

구분	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년
초음파	상복부	하복부·비뇨기, 응급·중환자 남성·여성 생식기	두경부·흉부	심장·혈관	근골격
MRI	뇌·뇌혈관 등	두경부, 복부·흉부 등	이력관리 시스템구축	척추질환	근골격
등재 비급여	노인·여성 등 취약계층 질환	응급실·중환자실, 중증질환	드레싱 등 치료재료	척추질환	근골격, 이비인후과 질환 등
기준 비급여	감염, 응급관리	뇌혈관질환, 암질환 등	척추수술·비뇨기과 등	영유아질환, 정신질환 등	근골격, 이비인후과 등
상급 병실	상급종합·종합 병원2·3인실	병원급 2·3인실	1인실 (산모, 감염병 등)		

□ 비급여 규모 및 현황파악

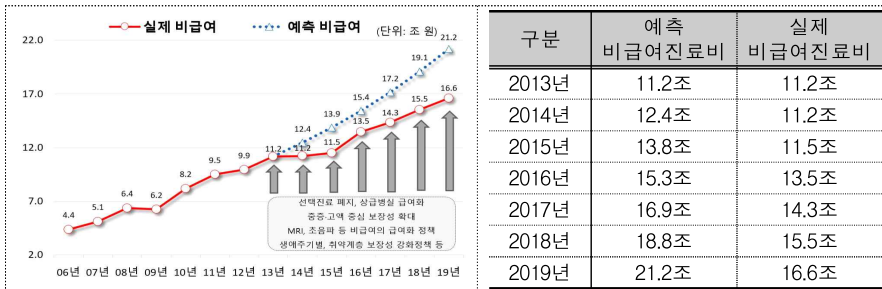
- (실태조사) 급여와 달리 별도의 신고체계가 없는 비급여에 대하여 정확한 비급여 규모 및 현황 파악을 위한 표본조사 실시
- 진료비 실태조사(국민건강보험공단), 국민건강보험 비급여 모니터링(국민건강보험공단), 의료패널조사(국민건강보험공단·보건사회연구원) 등 활용

□ 비급여 비용 공개 및 안내를 통한 소비자 권리보호

- (비급여 진료비용 고지) 환자의 선택권 제고를 위해 각 의료기관에 대해 비급여 항목과 가격을 원내 및 인터넷홈페이지 등에 고지·게시하도록 의무화하고, 초과 징수 금지 (의료법 45조)
- (비급여 진료비용 공개) 복지부장관이(심평원에 위탁) 각 의료기관의 비급여 항목별 금액 등을 조사·분석하여 공개 (의료법 제45조의2)
- 병원급 의료기관 3,925개의 564항목* 비급여 가격 공개 中('20.4월)으로 매년 공개항목 확대('18년 207 → '19년 340 → '20년 564)
- * 교육상담, 병리검사, 초음파 검사, 도수치료·난임치료시술 등 비급여 진료 비용 533개 + 제증명수수료 31개
- (제증명수수료 비용) 제증명 수수료 상한금액을 정하고 의료기관에서 상한금액 범위내에서 자율적으로 정하도록 규정 (의료법 제45조의3)
- 상한금액 초과시 해당기관에 대한 행정지도 등 행정조치
- (진료비 확인) 납부한 비급여 진료비용에 대해 요양급여 대상여부 확인 요청시 심평원에서 과다 수납여부 등 확인(건보법 제48조)

2 주요 성과

- 건강보험 보장성 강화정책 추진에 의한 국민의료부담 개선 및 비급여의 해소
 - 중증환자 부담이 큰 선택진료, 상급병실 관련 비급여 해소 및 MRI, 초음파 등 비급여의 급여화로 건강보험 보장률 증가
 - 보장성 강화대책 시행('17년~) 후 '20년 6월까지 약 7조 원의 의료비 부담 경감 및 의학적 비급여 중 47%인 3조 2천억 원 해소
 - 특히, 중증환자 이용이 많은 상급종합병원과 종합병원의 보장률은 '16년 62.9%, 62.4%에서 '19년 69.5%, 66.7%로 상승
 - 꾸준한 보장성 강화정책 추진이 없었다면, 비급여 진료비는 현 규모 이상으로 증가하였을 것으로 추정



* 건강보험공단 의료보장연구실 분석

- 비급여 정보제공을 통한 소비자 권리 보호 노력
 - 가격 고지제도, 주요 비급여 항목 가격정보 공개 등으로 비급여 가격 정보 제공 및 의료기관 간 경쟁을 통한 가격 급증 완화 추진
 - 진료비확인제도를 통해 임의비급여를 최소화하고 비급여에 해당하지 않는 사항의 확인으로 의료소비자 권리구제
 - 진료비 확인신청을 통해 최근 5년('15~'19년)간 처리된 건수는 약 12만건, 환불금액은 96억4천만원 ('19년 신청 2.8만건, 환불금액 19.3억 원)

3 관리의 한계 및 문제점

- (비급여 해소의 한계) 건강보험 보장성 강화 측면에서 진행된 기존의 비급여 대응은 급여화를 통해 비급여를 해소하는데 중점
 - 비급여 진료 중 많은 부분이 급여 전환 대상으로 보기 어려운 개별적 특성으로 환자의 자율적 선택이 필요한 영역에 해당
 - 새롭게 창출되는 비급여 등으로 비급여 본인부담이 증가하여 보장성 강화정책의 효과가 감소
- (관리 기전 부족) 의료공급자·수요자 측면 모두에서 비급여 발생 유인이 있지만 직접적으로 제한할 수단은 불충분
 - 모든 의료기관이 공통적으로 사용하는 분류기준이나 명칭, 코드가 없어 자료 수집 기반도 부족
 - 의료소비자는 비급여 진료에 대한 의학적 정보도 불충분한데, 실손보험 보장으로 가격 의식마저 완화되어 합리적 이용에 한계
 - * 실손보험 가입자는 3,800만명으로 인구대비 약 73% ('19년 금융위원회)
 - ** 총 진료비 중 비급여 비율 : 건보환자평균 17.1% vs 실손가입자 37.6% ('17.5 보험개발원)
- (환자 보호 곤란) 의료소비자의 합리적 비급여 선택과 이용을 지원하기 위한 제도적 장치도 부족하여 소비자 보호에 어려움
 - 비급여 진료비용 공개는 병원급 이상에 한정되어 있으며, 국민 인지도나 활용도가 높지 않다는 평가
 - * 설문조사 결과, 공개제도 인지도 24.0%, 이용률은 14.3%에 불과('17. 순천향대)
 - 사후적 보호장치인 진료비용 확인제도는 환자의 전문성 부족과 의료기관별 상이한 비급여 용어 등으로 적극적 이용에는 한계

II. 정책 방향 및 목표

1 종합대책 수립배경

□ 비급여관리기전 마련 필요성 증가

- 의학적으로 필수적인 의료행위의 급여화와 병행하여 남는 비급여로 인한 국민 의료비 부담 증가 등의 문제 해소 필요
- 비급여 관리체계를 강화하기 위하여 실효성있는 새로운 비급여 관리기전 도입방안을 모색

□ 의료현장에서의 신뢰 형성 필요

- 의료적 전문판단을 인정하고 비급여 가격책정의 자율성은 인정하면서 국민 권리보장차원의 보호 장치 강화 필요
- 의료소비자의 합리적 자기결정권 보장으로 의료현장의 적정 진료 환경을 조성하고 의사-환자간 신뢰 형성에 이바지 가능

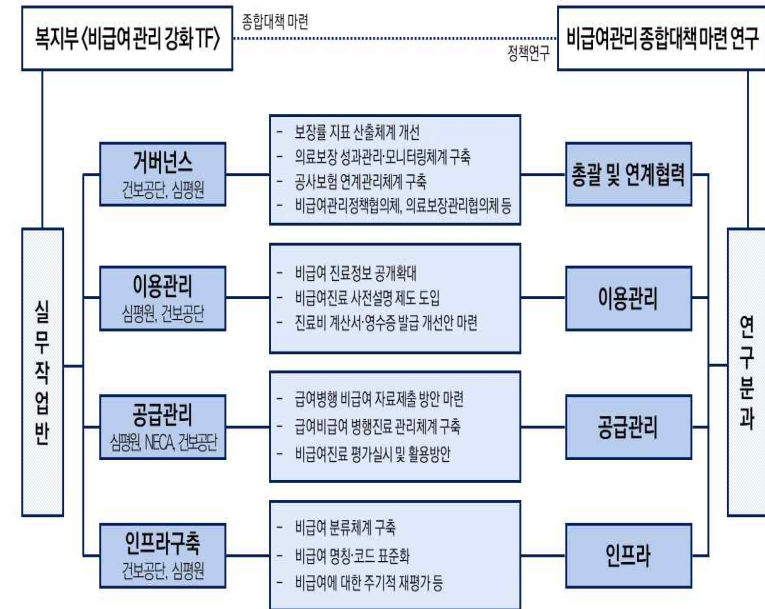
2 그간의 종합대책 수립 경과

□ 비급여관리 TF 운영 및 정책연구

- 비급여 증가를 관리할 수 있는 실효성 있는 대책을 마련하고자 관계기관, 외부전문가가 참여하는 TF 구성·논의(‘20.6월~)
- 보건 의료정책실장을 TF장으로 하고 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 한국보건의료연구원 등 참여

- 효과적인 비급여관리 세부 실행방안 마련, 현 제도 평가, 의견수렴을 위한 정책연구 병행 실시(‘20.6월~)
- 분과별(거버넌스, 이용관리, 공급관리, 인프라 구축) 월 1회 이상 분과별 추진과제 논의 및 정례적 TF 논의

< ‘비급여 관리 강화 TF’ - ‘비급여관리 정책연구’ 연계도 >



□ 의견수렴 및 비급여관리정책협의체 논의

- (비급여관리 정책협의체) 공급자, 소비자·환자단체간 의견수렴을 위한 비급여관리 정책협의체 논의
- 비급여 관리강화 정책연구 및 비급여관리 TF 진행 상황 보고(8.4)
- TF에서 검토한 주요 비급여관리 과제 보고 및 논의(11.20)

- (심포지엄) 비급여관리 필요성 등을 주제로 ‘건강보험 보장성 확대와 비급여관리’ 정책 심포지엄 개최(8.27)
 - 비급여 현황 및 관리 사례, 비급여 진료비 공개 및 사전설명 의무화 방안, 건강보험 보장률 지표 및 산출체계 개선 등 발표 및 의견수렴
 - * 의료계, 소비자, 노동계, 학계, 언론 등 토론 패널로 참여
- (현장 의견수렴) 소비자 단체 및 공급자 단체 의견수렴 추진(11월)
 - 경제정의실천시민연합 등 소비자 단체 의견 수렴 결과 의료 소비자의 알권리와 선택권 보장 차원에서의 비급여관리 강화 필요성 강조
- (정책공청회) 정책연구 및 TF 논의를 거쳐 마련된 ‘비급여관리 강화 방안’에 대한 정책공청회 실시(11.26)
 - * 코로나19 상황을 고려하여 온라인 공청회로 실시
 - 주요 비급여관리 강화방안 발표 및 각계 전문가 논의를 통해 비급여관리정책에 대한 의견수렴

3 | 종합대책 비전 및 추진전략

□ 비전 및 목표

- 건강보험 의료비 부담 해소 및 권리보장을 위한 ‘비급여관리의 혁신과 국민중심 의료보장 실현’
 - 모든 국민이 필요한 비급여를 적정 비용으로, 안전하게, 합리적으로 선택하여 이용할 수 있는 환경 조성
 - 비급여의 급여화와 함께 남는 비급여에 대한 관리를 통한 실질적인 보장성 강화 효과 달성

□ 추진전략

- 효과적인 비급여 관리를 위하여 의료소비자, 공급자, 인프라, 거버넌스 각 영역별 비급여 관리기전 마련
 - (의료소비자) 합리적인 의사결정을 통해 적정 부담으로 의료이용이 가능하도록 정보제공과 선택권 강화
 - (의료공급자) 합리적인 원칙과 근거에 기반한 비급여 제공이 이뤄지도록 하여 의사-환자 간 신뢰 확보
 - (인프라 구축) 정확한 비급여 현황 파악과 분석을 위해 비급여 분류를 체계화하고 비급여 결정 후 평가기전 마련 등 체계적 관리체계 마련
 - (거버넌스) 비급여 관리방안의 현장 수용성 제고를 위한 민관협력체계 및 제도간 상호 연계 조정
- ‘23년까지 비급여관리 과제 실행 및 추진방향 수립을 추진하고, 보다 발전된 비급여관리 기전을 제2차 건강보험 종합계획(‘24~’28)에 포함

< 비급여관리강화 종합대책 비전 및 추진방안 >

비전	비급여관리 혁신, 국민중심 의료보장 실현
목표	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 모든 국민이 필요한 비급여를 적정 비용으로, 안전하게, 합리적으로 선택하여 이용할 수 있는 환경 조성 ✓ 비급여의 급여화와 함께 남은 비급여에 대한 관리를 통한 실질적인 보장성 강화 효과 달성

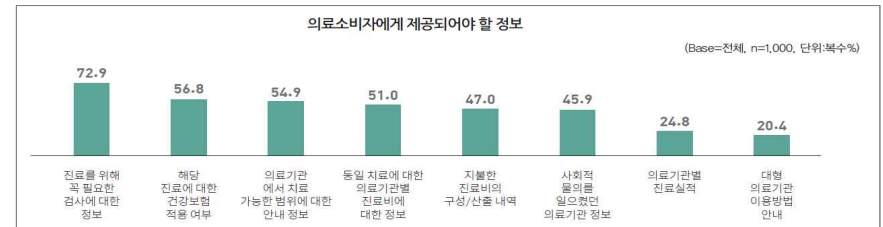
분야별 추진 방안	(의료소비자 측면) 합리적인 비급여 이용 촉진	<ul style="list-style-type: none"> ① 비급여 진료비용 정보공개 확대 ② 비급여 진료 사전설명제도 도입 ③ 진료비 계산서·영수증 발급개선
	(의료공급자 측면) 적정 비급여 공급 기반 마련	<ul style="list-style-type: none"> ① 비급여 보고체계 도입 ② 급여·비급여 병행 진료 관리 체계 구축 ③ 비급여 진료 평가 실시 및 활용
	(인프라 측면) 비급여 표준화 등 효율적 관리기반 구축	<ul style="list-style-type: none"> ① 비급여 분류체계 개선 및 표준화 ② 비급여 표준코드 사용 의무화 ③ 주기적 비급여 재평가
	(거버넌스) 비급여관리 거버넌스 연계 협력 강화	<ul style="list-style-type: none"> ① 의료보장 성과관리, 모니터링체계 구축 ② 실손보험과의 연계 협력 강화 ③ 비급여관리 민관협력체계 강화

Ⅲ. 주요 추진과제

1 합리적 비급여 이용 촉진

□ 추진 배경 및 필요성

- 비급여는 의료기관의 자율가격 설정구조, 정보 비대칭성 등으로 의료소비자가 **정확한 정보를 파악하기 어려운 한계**
 - 치료대상이자 비용 지불의 주체인 환자가 의료진과 충분히 상의 후 결정할 수 있는 **비급여 영역에서의 자기결정권 보호**
- ※ 의료기관 이용경험자 대상 설문조사(소비자시민모임, '19.12월)
환자들은 ▲건강보험 적용여부 ▲동일치료에 대한 의료기관별 진료비 정보 ▲지불한 진료비의 구성/산출 내역 등 **비용 관련 정보에 대한 요구도가 높음**



- 병원급 이상의 비급여 진료비용 공개 등의 제도를 운영 중이나, **국민 최접점인 의원급에의 확대에 대한 사회적 요구가 높음**
 - * '20 기준, 병원급 의료기관(3,915개)은 총 564개 비급여 항목에 대해 의무적으로 진료비용 공개 중, 의원급(전체의 94.2%)은 제외
 - 이와 함께, 제공되는 정보 중에서 자신에게 필요한 정보를 빠르게 파악할 수 있도록 **이용 편리성과 활용도 제고 필요**

의료소비자의 **의료이용에 실질적 도움**이 될 수 있도록 비급여 정보의 투명성 확대와 활용도 제고를 통한 **합리적 선택 지원**

1-1. 비급여 진료비용 정보공개 확대

□ 목표

- 의원급 의료기관을 포함한 전체 의료기관 대상 **비급여 진료비용 공개 확대 및 소비자 이용도·편의성 제고**

□ 추진과제

- 비급여 진료비용 공개 **의료기관 확대 적용**(’21.상반기)
 - 공개대상 **의료기관**을 병원급 이상에서 **의원급 의료기관**으로 **확대 적용**(의료법 시행규칙 ‘20.9월 개정 ‘21.1월 시행)
 - 의원급 대상 사전설명, 행정부담 최소화 방안 등과 함께 추진, 자료 수집·검증을 거쳐 **매년 6월 정보 공개 및 효과 모니터링**
- 비급여 가격 공개 **대상항목 확대·조정**(’21.상반기)
 - 가격 공개 **실효성이 낮은 항목은 삭제·조정**하고, 사회적 수요 등 필요성이 높은 항목은 신규 추가 등 **대상항목 조정**
 - * '20년 564개 항목(척추 MRI, 이학검사, 고주파 열치료 등) 공개 중
 - 공개항목·내역의 조정관련 실효성, 활용도, 목적 달성여부 등을 고려하여 전문가, 시민단체와 협의 기전 마련

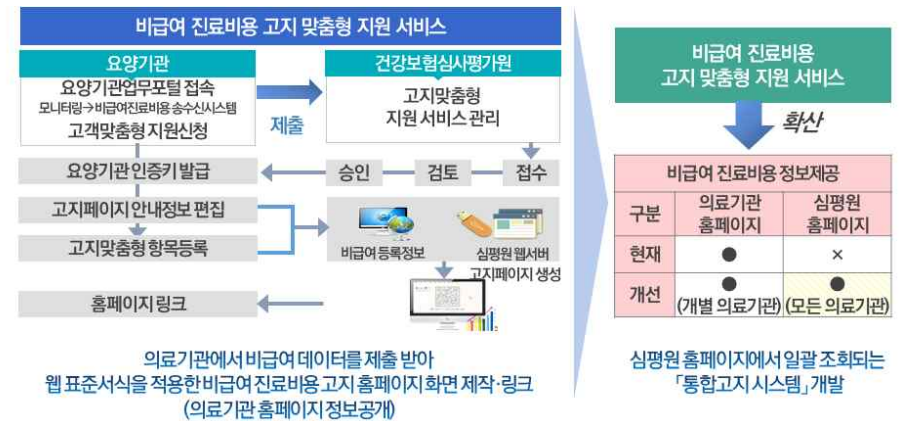
※ 2020년 의원급 비급여 진료비용 시범사업 결과

- (시점) '20.10.6 ~ '20.10.30, 4주간
- (참여) 전국 의원급 의료기관 중 7,373 기관 참여(전체 의원의 11.3%)
- (결과) 의원급 1개소당 평균 12항목 제출

구분	전체	의원	치과의원	한의원
기관수	7,373개소	3,935개소	1,960개소	1,478개소
평균제출항목 (제증명수수료 제외)	12항목 (6항목)	14항목 (7항목)	13항목 (8항목)	5항목 (1항목)

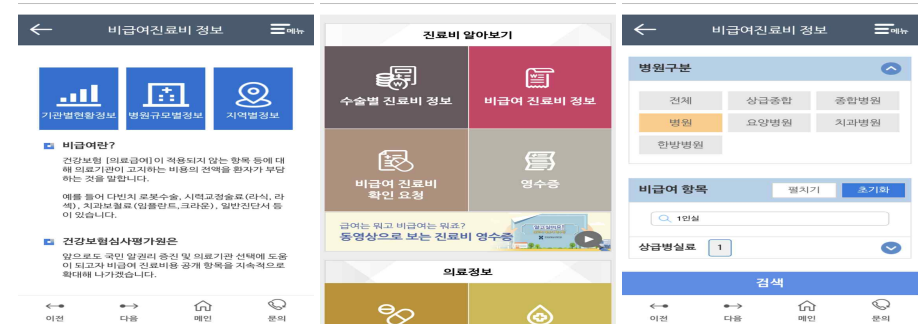
- 의료소비자 편의성 제고를 위한 **비급여 가격정보 제공방식 다양화**(’21.)

- 상병 특성별 진료비용 등 빅데이터를 활용하여 **급여·비급여 포함 수술·상병별 총진료비 공개**를 통해 **정보 활용도 제고**
- 의료기관이 자율적으로 고지·운영하는 홈페이지 고지 내역을 일괄조회할 수 있는 **‘통합고지 시스템’** 개발



- **정보제공 홈페이지, 모바일 앱의 정보 직관성과 검색 용이성을 높일 수 있도록 편의성 증진**(’21.)

<현 비급여 정보제공 화면(건강보험심사평가원 홈페이지 및 앱) >



1-2. 비급여 진료 사전설명제도 도입

□ 목표

- 진료상 필요한 **비급여 진료의 항목·가격**을 환자가 인지하고 선택할 수 있도록 **사전에 설명하여 의료소비자의 선택권 보장**

□ 추진과제

- 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 설명하는 **사전 고지제도 도입**(’21.1월)
 - 제도 도입 초기 수용성과 예측 가능성을 높이기 위해 기존 시행 중인 비급여가격정보 공개 항목 대상으로 설명 추진
 - 의료기관에서 비급여 항목 처방시점 또는 진료계획 수립시 환자에게 진료상 필요한 비급여에 대하여 안내

※ 비급여 사전설명제도

- (설명주체) 의료법 제2조의 의료인과 의료법 제3조의 의료기관 종사자
- (설명항목) ‘비급여 진료비용 등 공개에 관한 기준 별표’의 목록에 있는 비급여 항목과 가격(’21년 615개) + 환자 요구 비급여
 예시) 섭식장애평가 기능검사료, 비급여 MRI·초음파, 영유아발달검사, 치과 임플란트, 다빈치 로봇 보조수술 등
- (시행시기) ’21년 1월~

- 제도 시행 과정 모니터링을 거쳐 사전설명 내용 및 대상 확대와 ‘사전 동의’ 절차 마련 방안 마련(’21.하반기~)

* 현 의료법도 생명 등에 중대한 수술, 수혈 등의 경우에만 서면으로 동의를 받도록 법에서 규정(24조의2제1항)하고 있어 서면 동의는 법 개정이 필요한 사항

< (참고) 해외 주요 국가의 비급여 사전설명 제도 사례 >

구분	미국	일본	대만	독일
개념	메디케어가 보장하지 않을 가능성이 있는 항목에 대한 의료서비스 제공 시 비급여사건고지 실시 및 환자동의	평가요양 및 선정요양에 대한 항목 게시, 설명, 환자동의 관련 규정 명문화	- 수술 시 비급여 적용되는 의료기기 사용할 경우 2단계 사전설명 및 환자동의	법정건강보험(GKV)에서 보장하지 않는 개인부담서비스(IGeL) 대한 사전 동의 및 서면 치료 계약
법적근거	- 사회보장법 1879조 - 동법 1842(l) - 동법 1834(a)(18), 1834(j)(4), 1879(h)	보험의료기관 및 보험의사 요양담당 규칙 제5조의 4 (保険医療機関及び保険医療費担当規則)	국민건강보험 의료기관의 계약 및 관리에 관한 규정 제14조	- 환자 권리법 630조 3항 - 연방계약의사 조약법 3조 1항, 18조8항 - 동법 18조8항 2호, 21조 8항2호
사전설명	○	○	○	○
환자동의	○	○	○	○
환자서명	○	○	○	○
설명주체	의사, 간호사, 의료기관, 기타의료제공자	의료기관	의료기관	의사
설명대상	메디케어에서 보장하지 않을 가능성이 있는 항목	평가요양 및 선정요양	수술 시 제공되는 비급여 의료기기 관련 항목	개인부담서비스(IGeL) 항목
설명항목	- 항목 및 서비스 - 비급여 사유 - 예상 진료비 등	- 요양 내용 - 예상 진료비 등	- 예상 진료비 - 비급여 사유 - 잠재적인 부작용 - 의료기기 특징 - 유사 급여항목과의 비교 등	- 항목 및 서비스 - 추가 비용 요인 - 예상 진료비 등
서식	○	○	○	○

1-3. 진료비 계산서·영수증 발급 개선

□ 목표

- 진료비 세부산정내역 발급을 통한 비급여 진료 관련 정보 제공으로 의료소비자 알권리 보장

□ 추진과제

- 진료 과정에서 제공된 비급여 항목의 사후적 정보 제공 등을 위한 진료비 계산서·영수증 서식 개선('23.)
 - 기존 영수증 서식 중 선택진료비제도 폐지에 따라 '선택진료료와 선택진료료 외' 구분을 삭제하고 '비급여'로 통합 표기 등 개선
 - 선택 항목에 '제증명수수료' 등 비급여 관련 추가 수요가 있는 항목 추가 등 서식 개정
- * 「요양급여의기준에 관한 규칙」 제7조 5항에 의거 5년간 자료보관이 필요한 사항으로 선택진료료 폐지 이후(2018년) 5년간 서식 유지 후 개정이 될 수 있도록 서식개선 방안 마련

○ 비급여 진료시 진료비 세부산정내역 발급 방안 마련('22.)

- 비급여 진료만 이뤄진 경우 상세 내역 정보를 확인할 수 있도록 정보제공 방안 마련 및 관련 규정 개정 검토

참고

진료비 계산서·영수증 서식

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] <개정 2020. 4. 3.>

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 진료비 계산서·영수증

환자등록번호		환자 성명		진료기간		야간(공휴일)진료		
				. . . 부터 . . . 까지		[] 야간 [] 공휴일		
진료과목		질병군(DRG)번호		병실		영수증번호(연월-일련번호)		
항목	급여			비급여		금액산정내용		
	일부 본인부담	전액 본인부담	선택 진료료	선택 진료료 외	⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)			
	본인부담금	공단부담금	본인부담	로 외	⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤			
기 타 내 과 내 진 료 비 제 도 폐 지 에 따 라 '선택진료료와 선택진료료 외' 구분을 삭제하고 '비급여'로 통합 표기 등 개선	진찰료							
	입원료	1인실						
		2·3인실						
		4인실 이상						
	식대							⑨ 이미 납부한 금액
	투약 및 조제료	행위료						⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)
		약품비						
	주사료	행위료						⑪ 납부한 금액
		약품비						
	마취료							카드
	처치 및 수술료							현금영수증
	검사료							현금
	영상진단료							합계
	방사선치료료							납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)
	치료재료대							현금영수증()
재활 및 물리치료료							신분확인번호	
정신요법료							현금영수증 승인번호	
전혈 및 혈액성분제 재료							* 요양기관 임의활용공간	
비 하 위 진 료 비 제 도 폐 지 에 따 라 '선택진료료와 선택진료료 외' 구분을 삭제하고 '비급여'로 통합 표기 등 개선	CT 진단료							
	MRI 진단료							
	PET 진단료							
	초음파 진단료							
	보철·교정료							
「국민건강보험법」 제41 조의4에 따른 요양급여								
65세 이상 등 정액								
정액수가(요양병원)								
정액수가(완화의료)								
질병군 포괄수가								
합계		①	②	③	④	⑤		
상한액 초과금		⑥			-		선택진료 신청 [] 유 [] 무	
요양기관 종류		[] 의원급·보건기관 [] 병원급 [] 종합병원 [] 상급종합병원						
사업자등록번호				상호		전화번호		
사업장 소재지				대표자		[인]		
		년 월 일						
		항목별 설명		일반사항 안내				
...이하 내용 생략								

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 한방진료비 계산서·영수증

환자등록번호		환자 성명		진료기간		아간(공휴일)진료	
				...부터...까지		[] 야간 [] 공휴일	
진료과목		병실		환자 구분		영수증 번호(연월-일련번호)	
항목		급여		비급여		금액산정내역	
		일부 본인부담 본인부담금	공단부담금	전액 본인부담	선택 진료료	선택진료 료 외	⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)
진찰료 입원료 식대 투약 및 조제료 시술 및 치치료 검사료 치료재료대	진찰료						
	1인실						
	2·3인실						⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤
	4인실 이상						
	식대						⑨ 이미 납부한 금액
	행위료						
	약품비						⑩ 납부할 금액 (⑩-⑨)
	합계						
	카드						⑪ 납 부할 금액
	현금영수증						카드 현금영수증 현금 합계
현금							
합계							
						납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)	
한방물리요법료						현금영수증()	
한약(첨약)						신분확인번호	
						현금영수증 승인번호	
「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여						* 요양기관 임의활용공간	
65세 이상 등 정액							
합계		①	②	③	④	⑤	
상한액 초과금		⑥	-				선택진료 신청 [] 유 [] 무
요양기관 종류		[] 의원급·보건기관 [] 병원급 [] 종합병원 [] 상급종합병원					
사업자등록번호				상 호		전화번호	
사업장 소재지				대 표 자		[인]	
년 월 일							
항목별 설명				일반사항 안내			
<p>1. 일부 본인부담: 일반적으로 다음과 같이 본인부담률을 적용하나, 요양기관 지역, 요양기관의 종별, 환자 지역, 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여 여부, 병실종류 등에 따라 달라질 수 있습니다.</p> <p>- 외래 본인부담률: 요양기관 종별에 따라 30% ~ 60%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기간 유형 등에 따라 0원 ~ 2500원, 0% ~ 15%) 등</p> <p>- 입원 본인부담률: 20%(의료급여는 수급권자 종별 및 의료급여기간 유형 등에 따라 0% ~ 10%) 등</p> <p>* 식대: 50%(의료급여는 20%)</p> <p>CT·MRI·PET: 외래 본인부담률(의료급여는 입원 본인부담률과 동일)</p> <p>「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여(선택급여): 보건복지부장관이 고시한 항목별 본인부담률</p> <p>* 상급종합병원 입원료: 2인실 50%, 3인실 40%, 4인실 30% / 차과병원을 제외한 병원급 의료기관 입원료: 2인실 40%, 3인실 30%</p> <p>2. 전액 본인부담: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 또는 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 적용되는 항목으로 건강보험(의료급여)에서 금액을 청구하고 있으나 진료비 전액을 환자 본인이 부담합니다.</p> <p>3. 상한액 초과금: 본인부담액 상한제에 따라 같은 의료기관에서 연간 500만원(2015년부터는 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 제2호에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고 금액, 환자가 내는 보험료 등에 따라 다를 수 있음) 이상 본인부담금이 발생한 경우 공단이 부담하는 초과분 중 사전 정산하는 금액을 말합니다.</p> <p>* 전액본인부담 및 「국민건강보험법」 제41조의4에 따른 요양급여의 본인부담금 등은 본인부담상한액 산정시 제외합니다.</p>				<p>1. 이 계산서·영수증에 대한 세부내용은 요양기관에 요구하여 제공받을 수 있습니다.</p> <p>2. 「국민건강보험법」 제48조 또는 「의료급여법」 제11조의3에 따라 환자가 전액 부담한 비용과 비급여로 부담한 비용의 타당성 여부를 건강보험심사평가원(☎1644-2000, 홈페이지: www.hira.or.kr)에 확인 요청하실 수 있습니다.</p> <p>3. 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 의료비 공제신청 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증 공제신청(현금영수증 승인번호가 적힌 경우만 해당합니다)에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 "현금영수증(지출증빙)"은 공제신청에 사용할 수 없습니다. (현금영수증 문의 126 인터넷 홈페이지: http://현금영수증.kr)</p>			

주(註): 진료항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략할 수 있으며, 아간(공휴일)진료 시 진료비가 가산될 수 있습니다.

2 | 적정 비급여 공급 기반 마련

□ 추진 배경 및 필요성

○ 비급여 진료의 적정성 관리 기전 부재

- 비급여는 비용효과성, 적정성 등을 판단할 수 있는 관리체계가 없음
- 특히, 질환의 치료 과정에서 급여와 병행되어 제공되는 비급여는 환자와 의료인 간의 협의에 의한 결정과 모니터링 기전 필요

< 급여·비급여 현황파악 및 관리 현황 >

구분	현황파악		관리수단	
	가격	진료량	가격	진료량
급여	요양급여비용 청구자료로 파악		행위·약제· 치료재료 가격고시	급여기준
비급여	일부파악	알수없음	시장자율	시장자율
질병예방	일부공개	알수없음	시장자율	시장자율
질병치료	일부공개	알수없음	시장자율	시장자율
미용·성형	알수없음		시장자율	

○ 비급여의 안정성, 적정성에 대한 기준 제시 필요

- 효과가 불분명한 비급여로 인한 일부 부작용 피해사례 발생으로 국민 안전이 저해되고 국민 의료비 부담도 증가 우려
- 국민은 올바른 정보를 확인하고 의료인은 적정 진료를 제공할 수 있도록 비급여 관련 과학적·체계적 검증 필요

적정 비급여 발생 및 비급여의 적정 질 수준 담보를 위한 제도적 관리 기반 도입

2-1. 비급여 보고체계 도입

□ 추진목표

- 비급여 규모·현황 파악 및 관리체계 마련을 위해 **의료기관의 정기적인 비급여 보고 체계 도입**

※ 최근 의료법 개정 주요내용('20.12.2 본회의 통과)

기 준	개 정 안
제45조의2(비급여 진료비용 등의 현황조사 등) <신 설>	제45조의2(비급여 진료비용 등의 보고 및 현황조사 등) ① 의료기관의 장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 비급여 진료비용 및 제45조제2항에 따른 제증명수수료(이하 이 조에서 “비급여진료비용등”이라 한다)의 항목, 기준, 금액 및 진료내역 등에 관한 사항을 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

□ 세부 추진과제

- 의료기관이 '비급여 진료비용 등의 항목, 기준 및 금액, 진료내역 등에 대해 보고'토록 하는 **의료법 개정 후속조치 시행**('21.상반기)
 - 구체적인 보고 기준, 횟수, 내용 등은 보건복지부령으로 정하도록 위임되어 관련 하위법령 및 지침 마련 추진
 - **의료계, 관계기관, 외부전문가가 참여하는 TF를 구성·운영**하여 합리적인 보고체계 마련 등 법 시행방안 논의
- 보고된 비급여 관련 보고자료를 바탕으로 **비급여 현황 파악 및 의료 소비자 대상 정보제공 방안 등 마련**('21.상반기)

2-2. 급여·비급여 병행진료 관리체계 구축

□ 추진목표

- 급여·비급여 병행진료 중 **관리필요 영역 선정 및 자료제출 방안 도입**
 - 급여 청구시 비급여 현황 자료 확보를 통해 비급여의 급여화 등 급여기준의 조정 등에 활용

□ 세부 추진과제

- 급여와 병행하여 제공되는 비급여는 직·간접적으로 급여적용 질환의 치료에 이용되는 의학적 필요성이 있으므로 **급여병행 비급여 항목의 모니터링을 위한 비급여 영역별 자료제출 방안 마련**('21)
 - 진료 후에 급여·비급여 여부가 적용되는 **기준비급여 분야를 우선으로** 급여 적용되는 동일항목을 기준으로 한 이용실태 파악

기준비급여인 뇌 MRI 관련 사례

▶ 뇌 MRI 급여기준

- 뇌 질환이 있거나, 이를 의심할만한 신경학적 이상 증상 또는 이상 소견이 있는 경우
- 단순 두통 등 건강검진과 유사한 성격은 비급여 적용

▶ 국민이 직접 요양급여 신청을 해야, 급여로 제공될 수 있었던 사항인지 확인이 가능하며, 병행자료 제출시 적극적 보호가능

▶ 뇌 MRI 급여화 이후 요양급여 대상 여부 확인신청 및 환불율

구분	급여화 이전 3개월(‘17.10월~12월)			급여화 이후 3개월(‘18.10~12월)		
	신청	환불	비율	신청	환불	비율
신청	258건	170건	65.9%	334건	282건	84.45%
금액	170	30	17.6%	260	50	19.2%

- **동재비급여 중 급여와 병행되는 항목은 의학적 필요성이 인정**되므로 급여적용 검토를 위한 **평가체계 마련 검토**

- 선택비급여 영역은 병행 청구현황 파악을 위한 모니터링체계 도입 및 관리방안 검토

○ 전문병원, 공공병원 등을 중심으로 자율참여방식 도입 등 비급여 병행 진료 항목 제출 참여 유도 및 법적근거 마련 추진(22)

* 요양급여비용 심사·지급업무처리기준, 요양급여비용청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령 등 개정 검토

2-3. 비급여 진료평가 실시 및 활용

□ 추진목표

- 비급여 진료의 발생빈도, 진료량, 진료비용, 부작용 및 합병증 발생 가능성 등을 고려한 비급여 항목에 대한 근거 마련
- 검토된 근거를 기반으로 국민 및 의료제공자의 행태를 효과적으로 변화시킬 수 있는 확산 및 활용 방안 마련

□ 세부 추진과제

- 비급여에 대한 평가를 통해 **과학적 근거제시 및 활용방안 마련**(21.상반기)
 - 비급여 진료량, 진료비용 등 발생빈도와 진료비용이 높은 비급여 항목 대상 확인
 - ‘비급여 항목 연구 자문위원회(가칭)’를 구성하여 근거확인이 필요한 항목의 우선순위 선정
 - 사회적 부담, 부작용 및 합병증 발생가능성, 연구수행 가능성, 국가·사회적 필요성 등을 바탕으로 자문위원회에서 우선검토 항목 선정

평가 기준	가중치		배점 점수척도
	전문가	국민	
1. 사회적 부담			
☑ 해당 비급여 항목의 상대적 비교 시, 비급여 진료비 및 비급여 진료량 등 사회적 부담이 얼마나 더 큰가?	5	5	1점 매우낮음 2점 낮음 3점 보통 4점 높음 5점 매우높음
2. 부작용 및 합병증 발생 가능성(안전성)			
☑ 해당 비급여 항목의 상대적 비교시, 부작용 혹은 합병증 발생 가능성이 얼마나 더 큰 가?	5		
3. 연구수행 가능성			
☑ 연구의 실현 가능성이 있는가?	5		

평가 기준	가중치		배점 점수척도
	전문가	국민	
4. 국가·사회적 필요성 <input checked="" type="checkbox"/> 국가적 우선순위 및 사회적 이슈, 의료비 절감 등 측면에서 국가·사회적 요구가 얼마나 있는가? <input checked="" type="checkbox"/> 해당 주제가 환자나 일반 국민에게 얼마나 도움이 되는가? <input checked="" type="checkbox"/> 연구에서 생산된 평가 정보는 실제 의료현장에 적용 가능하고 영향력이 있는가?	5	5	
합 계	100	50	

○ 근거 확인이 필요한 비급여 진료행위에 대해 **의료기술평가 연구 방법을 사용하여 과학적 근거 확인**(²¹.상반기~)

- 과학적 근거 검토 결과를 바탕으로 급여화 검토 또는 의료현장에서의 이용 관련 권고지침 마련 및 매뉴얼 배포 등 **정보제공**

- 이용자 정보집 발간 및 언론보도, 뉴스레터 발간, SNS 활용 등 홍보로 국민들에게 과학적 근거 제공

< 의료기술평가 연구 관련 평가내용 >

평가항목	평가방법	세부 평가방법
질병 및 의료이용 현황	- 자료분석	- 건강보험 청구자료 분석
	- 조사연구	- 문헌검토, 설문조사, 인터뷰
기본 평가항목	- 체계적 문헌고찰	- De novo SR - Using SR
	- 안전성· 효과성	- 건강보험 청구자료 분석 - 임상자료 구축 레지스트리 및 환자 자료 분석
	- 근거생성연구	- 전향적 임상연구
필요 시 평가항목	- 경제성 문헌검토	- 경제성 문헌검토
	- 비용-효과 분석	- 비용-효과 분석
	- 재정영향 추계	- 재정영향 추계
사회적 가치	- 조사연구	- 문헌검토, 설문조사, 인터뷰

3 비급여 표준화 등 관리기반 구축

□ 추진 배경 및 필요성

○ 건강보험 급여항목과 달리 비급여는 별도로 정해진 명칭이나 코드가 없어 **의료기관마다 다른 명칭 및 코드를 사용**

- 비급여 가격공개제도 등을 통해 코드를 일부 제공하고 있으나 **사용이 의무화되지 않으며 전체 비급여를 포괄하지 못하는 한계**

< 비급여 유형별 표준코드 유무 >

분류	정의 및 설명	표준코드 유무
등재비급여	· 「건강보험 비급여 목록(고시)」에 등재된 항목 - 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명한 경우	등재코드 활용
기준비급여	· 「건강보험 급여 목록(고시)」에 등재된 항목 - 급여기준에 의해 비급여로 적용되고 있는 항목	등재코드 활용
제도비급여	· 제증명 수수료 등 관련 제도적 규정에 따라 비급여로 정한 항목	없음 (코드 일부 고시로 제시)
선택비급여	· 의료소비자의 선택에 의한 경우 - 미용,성형, 예방접종, 건강검진 등	없음 (코드 일부 고시로 제시)

○ 의료행위, 치료재료는 안전성, 유효성 평가와 경제성 검토 등을 거쳐 급여 결정 여부가 결정되나 **비급여 결정 이후에는 평가기전 부재**

- 비급여 항목의 정확한 실태파악과 지속적인 모니터링이 어려움

정확한 비급여 현황 파악과 분석을 위해 비급여 분류를 체계화하고 비급여 결정 후 평가기전 등 체계적 관리체계 마련

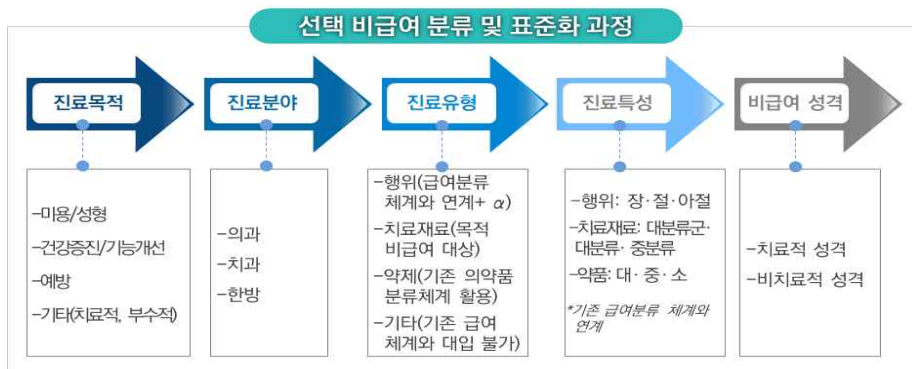
3-1. 비급여 분류체계 개선 및 표준화

□ 목표

- 비급여 상세 내역 조사를 중심으로 **전체 비급여 분류체계 마련 및 표준화 대상 비급여 재분류**
- 수집된 비급여 기초자료 기반 표준화 대상 항목을 목록화하여 **비급여 명칭·코드 표준화**

□ 추진과제

- **비급여 분류체계 정비**(‘21.상반기)
 - 병·의원급, 한방, 치과, 약국을 포함한 **모든 요양기관**에서 발생한 **행위·치료재료·의약품의 전체 진료유형별** 종합적인 실태 파악
 - * 비급여 상세내역조사, 비급여 가격공개제도 활용
 - 현재의 **급여 분류체계를 준용하여 비급여 분류체계를 마련**하고 관련한 비급여 목록 고시(요양급여의 기준에 관한 규칙 별표2) 개정

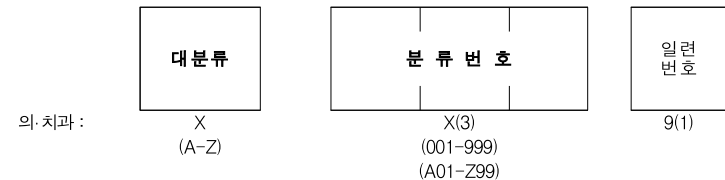


○ 분류체계에 따른 비급여별 코드 부여체계 개발(‘21.)

- 건강보험 급여의 코드체계 및 기존 비급여 코드 고시를 활용하여 의료 현장의 적용도를 높일 수 있는 **비급여 표준코드* 개발**
 - * 건강보험 급여코드와 연계가 가능토록 코드적용 및 비급여의 다양성을 고려하여 탄력적 적용 방안 마련
- 의료계 자문 및 소비자 단체 의견수렴을 통해 국민 눈높이에 맞는 명칭 표준화 및 표준코드 부여방안 마련

< 비급여 분류체계와 표준코드 부여체계(안) >

- **(분류원칙) 행위별 수가인 급여분류체계와 연계하여 비급여 항목 분류**
 - (행위) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표」의 ‘장-절-아절’
 - (치료재료) 「치료재료 급여·비급여 목록」의 ‘대분류군-대분류-중분류’
 - (약제) 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」 ‘의약품분류번호 대-중-소’
- **(분류예외) 급여분류체계에 대입이 불가능한 경우, 유사한 성격의 항목을 그룹화하여 각 진료유형(행위·치료재료·약제)의 ‘기타’로 분류**
 - (행위) 검진, 간병비, 금연치료, 보호자식대, 사후처치 등
 - (치료재료) 의료기기, 보조기기, 의료기관비품, 소모품
 - (약제) 의약품외품, 기능성화장품, 화장품, 건강기능식품, 식품
- **(기본코드 부여체계) 기본코드(5자리)와 산정코드(4자리)로 구성**
 - (기본코드) 급여분류체계 코드 부여기준인 “장-절-아절”기준 적용
 - (산정코드) 비급여 구분자 및 비용부담 구분 분류 적용



3-2. 비급여 표준코드 사용 의무화

□ 목표

- 의료현장에서 비급여 진료시 **공통적으로 표준화된 분류와 명칭·코드를 사용할 수 있도록** 실시기반 마련

□ 추진과제

- 현재 시행 중인 비급여관리 제도를 중심으로 **표준화된 명칭과 코드 적용**(‘21.하반기)
 - 비급여 진료비용공개, 진료비용 고지제도 등 정보공개 목적의 제도에 ‘표준 명칭·코드 고시’ 제공 및 활용 유도

<비급여 진료비용 공개항목의 비급여 코드 예시>

코드	중분류	소분류	상세분류
CZ1140000	검체검사료	호산구양이온단백농도측정검사	
CY1530000		비타민 D1[RIA법]	
EZ7760001	기능검사료 (외과, 근골기능검사)	체온열검사	전신
EZ7760002			부분

* 비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준 별표1 중

- 지속적인 의료단체, 관련 학회, 의료기관, 청구 S/W업체 등과의 간담회를 통해 관련 **의견수렴 및 의료기관 전산 환경 파악**(‘21.하반기)
 - 비급여 코드 표준화 및 전산시스템 개선 등과 연계하여 의료현장의 불필요한 행정부담 최소화
- 의료기관에 **‘비급여 목록파일’ 제공** 등을 통해 단계적으로 의료기관별로 상이한 코드의 **표준적용과 통일적 사용추진**(‘22.~)
 - 진료비 계산서·영수증 발급시 표준코드 활용 관련 법령 개정

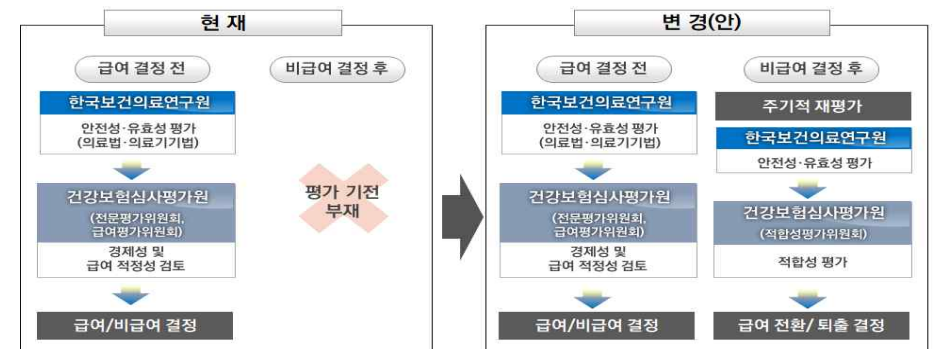
3-3. 주기적 비급여 재평가

□ 목표

- 비급여 항목의 적정성, 효과성 등 **주기적 재평가 기반 마련**

□ 추진과제

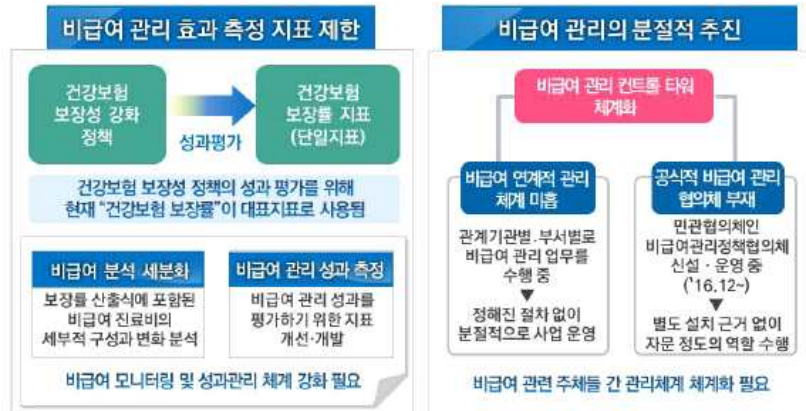
- 기존 비급여항목의 재평가를 통해 **안전성에 우려가 있거나 유효성이 없는 비급여**의 사용중단·퇴출 등 기전 마련(‘21.)
 - 기존 비급여 항목에 대해 주기적 재평가 절차 마련하여 비용효과성 등의 근거 입증시 급여로의 전환, 사양 의료기술 판단시 목록삭제
- 비급여 재평가 시행 및 의사결정을 위한 **전담위원회**(적합성평가위원회) **설치·운영의 근거 규정 신설**(‘21.상반기)
 - * 「국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙」 입법 예고 中(11.13.~12.23.)
- 사회·경제적 파급 효과, 환자에 미치는 영향, 오남용 가능성 등 의료행위의 가치를 반영한 **평가 항목 선정 기준 마련**(‘22~)
 - * 예시: 의료 행태 변화 예측, 환자의 선택권 존중 등



4 비급여관리방안 협의 인프라 강화

□ 추진 배경 및 필요성

- 비급여의 주기적 모니터링을 통해 국민의료비 부담 현황 등 점검필요
- 실손보험으로 인한 건보재정 및 국민 의료비 부담 증가 등 문제 해소를 위해 **공·사보험 간 긴밀한 연계·협력이 필요**
 - * 실손보험 가입자는 미가입자 보다 의료이용이 더 많으며(외래 내원 4.7% 증가, 입원 일수 27.3% 증가), 가입 이후 이용이 지속해서 증가하는 경향(17년)
- 비급여관리 방안의 합리적인 추진을 위해 **이해관계자(의료계, 의료 소비자 등)간 협의를 위한 체계적인 소통 필요**
 - 비급여 관리를 위한 민·관 협의체인 '비급여관리정책협의체'가 현장 의견 자문 역할 이상의 적극적 역할을 할 수 있도록 기능 확대 필요
 - 산재·의료급여·보훈의료·자동차보험 등 **공적 의료보장제도가 분절적으로 운영됨으로 제도간 비급여관리의 사각지대 존재**



비급여 관리방안의 현장 수용성 제고를 위한 **민관 협력체계의 기능을 강화하고** 및 **공적 제도간 상호 연계 조정 방안 마련**

4-1. 의료보장 성과관리, 모니터링체계 구축

□ 추진목표

- 비급여 상세내역 조사 등 **모니터링 체계 구축을 통해 다양한 보장성 지표 산출**

□ 세부 추진과제

- 보장률 산출에 포함되는 비급여 항목을 **비급여 성격과 특성을 고려하여 재분류(21)**
 - 등재비급여 재분류 및 선택비급여 표준화 결과에 따라 비급여를 '치료적 성격' 및 '비치료적 성격' 등으로 구분
 - 비급여 영역을 '치료적 성격' 중심으로 재설정하여 보장률 지표 산출

< 비급여 세부 유형과 보장성 지표와의 관계 >

진료유형	발생유형	세부항목
행위	기준비급여	검사료, 영상진단 및 방사선 치료 등
	등재비급여	치과행위, 이학요법료 등 도수치료
	선택비급여	행위(치과보철 65세 이상) 행위(한방) 영양주사(급여병행)
치료재료	기준비급여	드레싱 품목류, 혈액 및 용액 주입용류
	등재비급여	골절고정용 재료 등
	선택비급여	수술 및 검사용 치료재료
의약품	기준비급여	신경계, 대사성 의약품 등
	선택비급여	신경계, 대사성 의약품, 한방 약제 등 영양주사(급여병행)
병실	제도비급여	상급병실(1인실, 1인실 제외)
기타	제도비급여	제중명수료 등
현보장률에서 제외	선택비급여	영양주사, 미용/성형, 예방, 치과보철(65세 미만), 기타 ^{주1)} 등

자료) 발생유형 및 진료유형은 '2018년도 비급여 상세내역조사' 분석결과를 '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙' <별표2. 비급여 대상>을 기준으로 분류함.

기준비급여 : 치료횟수, 치료기간, 적응증 등 급여기준에서 규정한 인정기준 외에 비급여로 적용되는 항목

등재비급여 : 안전하고 유효하며 의학적으로 필요하나 비용효과성 등 진료상 경제성이 불분명한 항목

제도비급여 : 진료과정에서 발생하는 비의료적 서비스 항목

선택비급여 : 진료목적이 미용, 성형, 건강검진 등 치료 이외 목적인 항목

주1) 진료유형 중 보장구, 간병비, 보호자 식대, 입원관련물품 등 치료외적인 부수적인 기타 항목들을 나타냄.

- 건강보험 보장성 강화정책 등 주요 정책의 효과를 명확히 확인할 수 있도록 **보장성 지표 개선 및 다양화**(‘21)

< 진료비실태조사 관련 발표 보장률 지표 >

구분	기존 지표	구분	지표 세분화(안)
공급자	·요양기관종 ·진료형태(입원·외래) ·주요 진료과목 등	공급자	·요양기관종 ·진료형태(입원·외래) ·주요 진료과목 등 · 신평괄수가제 참여기관 · 공공병원 지정기관 등
수요자	·성·연령 × 진료형태/진료과목 ·소득계층(직장/지역가입자) 등	수요자	·성·연령 × 진료형태/진료과목 ·소득계층(직장/지역가입자) 등 · 아동/청소년/여성/노인/저소득층 등
질환	·1인당 중증·고액진료비 주요 질환 ·4대 중증질환	질환	·1인당 중증·고액진료비 주요 질환 ·4대 중증질환 · 100대 경증질환/52대 경증질환 · 만성질환/중증질환 외 만성질환 · 응급의료 · 감염병 등
정책		정책	· 가계파탄방지 정책에 대한 · 국민의료비 절감효과 분석 등



4-2. 실손보험과의 연계·협력강화

□ 추진목표

- 실손보험이 국민의 합리적 의료이용과 의료비 부담 경감에 기여할 수 있도록 관계부처와 협의를 통해 **법적근거 마련 및 구조 개선**

※ 금융위원회 협력과제

□ 세부 추진과제

- 국민건강보험과 민간실손보험간 연계·협력을 위한 **법적근거 마련 및 제도개선 추진**(‘21~)
- **보험업법 및 건강보험법 개정 및 복지부·금융위 공동시행령 제정으로 상호 영향 등 실태조사 및 개선 관련 근거 마련**
- 건강보험 보장성 강화 정책이 실손보험에 미치는 영향 분석을 바탕으로 반사이익 산출 및 제도개선 협의(‘21~)
- 공사보험정책협의체 등 부처간 협의를 바탕으로 **실손보험 상품 구조 개선**(‘21~)
- 건강보험 급여를 주계약으로하는 보험상품의 약관 개정관련 협의 등 **실손보험과 건강보험과의 정합성 강화**

□ 실손보험 주요 개편 방안 주요 내용(‘20.12. 금융위원회 발표)

- ① 상품구조를 ‘급여(주계약)’와 ‘비급여(특약)’상품으로 구분
- ② 비급여 보장에 **이용량과 연계한 보험료 차등제**(할인·할증방식) 도입
- ③ 자기부담률을 **10%p 상향**하여 20(급여)·30(비급여)로 조정
- ④ 보장내용 변경이 가능한 **재가입주기 단축**(現 15년 → 5년)

4-3. 비급여관리 민·관 협력체계 강화

□ 추진목표

- 국민의 권익보호와 의료기관 수용성간 균형있는 비급여관리 정책 시행을 위해 비급여관리정책협의체 역할 강화
- 산재·의료급여·보훈의료·자동차보험 등 공적 의료보장제도간 제도적 연계·협약 기반 마련

□ 세부 추진과제

- 의료계·소비자단체·정부 등으로 구성된 민관협의체인 **비급여관리 정책협의체**(16년 12월~) 역할 강화로 거버넌스 실효성 제고(21~)
 - 협의체를 통한 비급여 관리 업무 관련 **사회적 합의 절차** 구체화 및 **위원구성 확대**로 협의체 심의 역할 강화
 - ① 비급여관리 종합대책 수립 및 추진관련
 - ② 비급여 표준화 및 체계화
 - ③ 비급여 목록표 및 신규 비급여 관리
 - ④ 비급여 정보 수집·분석·공개 및 사후관리
 - ⑤ 진료비 실태조사 및 비급여 상세조사
 - ⑥ 그밖에 비급여의 효율적 관리를 위해 논의가 필요가 사항

- 협의체 **관련 규정의 명문화**를 통해 구성·운영의 공신력 제고 및 **비급여 관리 방안 구체화**를 위한 체계적 논의

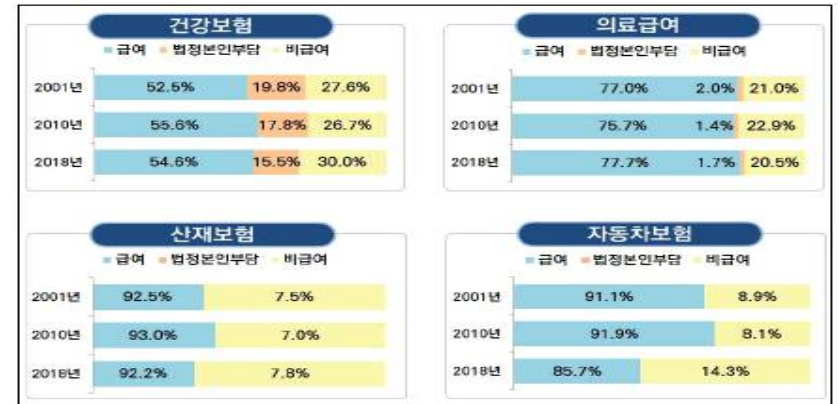
* 의료법 등 개정을 통해 법적근거 마련 및 「비급여관리정책협의체 운영 규정」 복지부 훈령 제정 등

- 산재·의료급여·보훈의료 등 공적 의료보장제도 및 의무가입 민간보험 간의 비급여 관리 연계 협력기반 마련(21.)

- 제도간 공동대응 및 조정을 위하여 비급여 정보 연계와 협의체 운영 등 **연계·협력체계 마련**
- 공적 의료보장제도간 상이한 비급여 체계 현황 및 실태를 파악하고 이를 바탕으로 제도간 코드·범위 등의 **단계적 표준화 추진**

예) 건강보험 비급여코드가 있는 체온열 검사(EZ776)의 경우, 자동차 보험은 VB023 코드를 사용하고 산재보험은 시범수가 코드로 관리

< 공적의료보장제도별 비급여 비중 변화 추이 >



참고

국내 의료보장제도별 비급여 관리 현황

구분	비급여 관련 규정	청구 상태	관리방안	
			관리제도	실태조사
국민 건강 보험	국민건강보험법 제41조 제4항 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항 별표	비급여 별도 청구 없음	직접적 관리 방안 없음 비급여 진료 비용 고지제도 (의료법) 비급여 진료 비용 공개제도 (의료법)	진료비 실태 조사 (비급여 상세 내역 조사)
산재 보험	「산업재해보상보험 요양급여산정 기준」 제3조(비급여대상)	주사료, 치료재료대, 처치 및 수술료 3가지 유형이 전체 비급여의 87%	도수치료, 증식치료 등 일부 통제 * 명칭, 코드 및 비용, 진료량(기준) 고시	산재보험 본인 부담 실태조사
보훈 의료	보훈병원의료수가 기준(국가보훈처 고시)	모든 보훈병원이 공통된 코드 적용, 치료재료와 약제는 정해진 수가와 실제 거래가로 산정,	비급여 수가는 보훈처장 건별 승인 보훈병원의 비급여 수가에 대한 분류 기준을 규정	2019년 기준 총 비급여 수가 항목 총 1,444개
자동차 보험	「자동차보험진료 수가에 관한 기준 제5조」(국토교통부 고시)	건강보험의 비급여 대상 해당 진료에 소요된 실제비용, 치료재료 및 상한 금액이 정해지지 않은 약제는 의료 기관의 실구입가로 산정. 동일한 치료재료에 대해 의료기관 별로 큰 편차	다빈도 비급여항목 진료 수가 및 인정 기준 별도로 규정, 그 외 비급여수가에 대한 특별한 기준 없음	-

IV. 추진일정

1 2021년 추진 사항

- 현행 법령 내에서 이행 가능한 과제 우선 추진
 - 의료법령 개정에 따른 비급여 정보공개 항목 확대 및 비급여 사전설명제도 시행
 - 비급여 진료 재평가 대상 선정 및 단계적 재평가 실시
- 비급여 관리의 제도적 기반 도입
 - 비급여 분류체계 개선 및 표준 명칭·코드 적용
 - 공적의료보장제도간 및 실손보험 연계와 협력강화 등 인프라 강화 관련 과제는 관계부처 협의를 거쳐 추진

2 2022년~2023년 추진 과제

- 민관 거버넌스를 통한 의견수렴을 거쳐 추진방안 구체화
 - 비급여정책협의체를 통해 의료계, 소비자·시민단체, 전문가 의견수렴을 거쳐 구체적 추진방안 및 시범사업 도입방안 마련
 - 종합대책 과제 추진상황에 대한 중간점검 및 분석('22년)
- 제2차 건강보험 종합계획('24~'28)과 연계
 - '23년까지 비급여 관리기전 또는 주요 실행 방안을 마련하여 제2차 건강보험 종합계획 수립시 주요 비급여 관리과제 포함

추진과제

1. 합리적 비급여 이용 촉진

1-1 비급여 진료비용 정보공개 확대
1-2 비급여 진료 사전설명제도 도입
1-3 진료비 계산서·영수증 발급 개선

2. 적정 비급여 공급 기반 마련

2-1 비급여 보고체계 도입
2-2 급여·비급여 병행진료 관리체계 구축
2-3 비급여 진료평가 실시 및 활용

3. 비급여 표준화 등 관리기반 구축

3-1 비급여 분류체계 개선 및 표준화
3-2 비급여 표준코드 사용 의무화
3-3 주기적 비급여 재평가

4. 비급여 관리방안 협의 인프라 강화

4-1 의료보장 성과관리, 모니터링 체계 구축
4-2 실손보험과의 연계·협력강화
4-3 비급여관리 민관협력체계 강화

일정

21년		22년	23년
상	하		

참고 1 주요 달라지는 점

□ 과제 분야별 기대효과

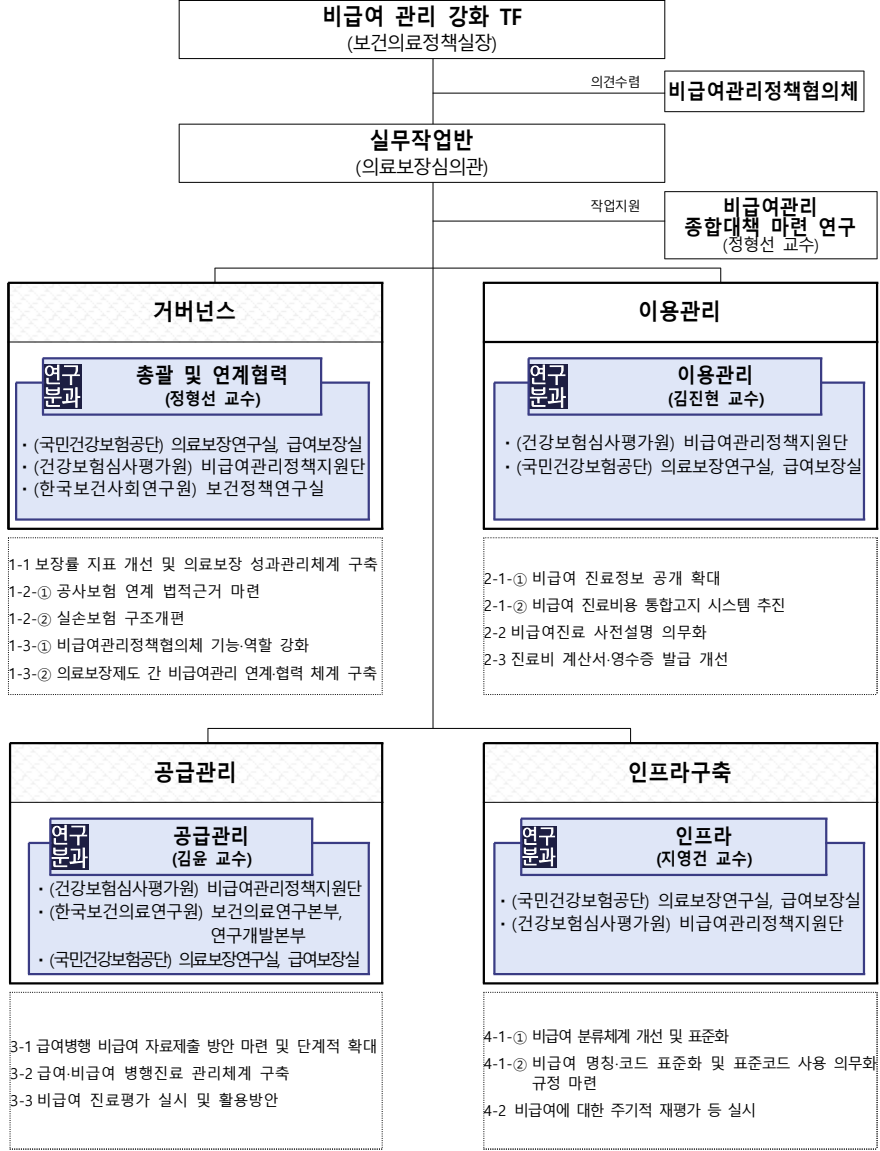
분야	과제	2020년	2023년
합리적 비급여 이용 촉진	진료비용 정보공개	56개 항목 병원급 이상 공개	'21년 615개 항목 의원급까지 공개 및 지속확대
	사전설명제도 도입	홈페이지 가격 고지 및 원내 비치	진료 전 비급여 사전설명 및 동의
	계산서 영수증발급 개선	정비 필요	영수증을 통한 비급여 진료내역 제공
적정 비급여 공급 기반	비급여 보고	없음	주기적 보고체계 도입
	병행진료 관리체계	관리체계 없음	급여병행 비급여진료 자료 제출
	진료평가 실시 및 활용	관리체계 없음	비용효과성 등 파악 및 관련 정보 제공
비급여 표준화 등 관리기반 구축	분류체계 개선 및 표준화	등제/기준/제도/선택비급여 분류체계	의학적 필요성을 고려한 분류체계 재설정 통일된 코드 사용
	표준코드 사용 의무화	임의적인 코드사용	표준화된 코드 적용
	주기적 재평가	비급여 결정 이후 재평가 없음	주기적인 재평가 실시
비급여 관리방안 협의 인프라 강화	의료보장 성과관리 모니터링	보장률 중심 지표관리	대상별, 질병별 보장성지표 마련 비급여 실태조사 활성화
	민간실손 협력강화	부처간 협의에 의한 공사보험협의체 운영	공사보험연계 관련 법적근거 마련, 복지부, 금융위 공동위원회 운영 및 협의
	민관 협력체계	비급여정책협의체를 통한 주요 정책과제 자문 공적의료보장제도간 협력 체계 부재	비급여정책협의체 기능강화 및 법적근거 마련 공적의료보장제도 논의를 위한 복지부, 산업부, 고용부 등 협의체 구성

참고 2 비급여 유형분류

□ 요양급여기준규칙(별표2)의 “비급여대상” 규정상 유형

구분	세부내용
1. 업무나 일상생활에 지장이 없는 경우에 사용하는 행위·약제·치료재료	단순피로, 권태
	주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코, 점, 사마귀, 여드름, 노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환
	발기부전, 불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
	단순 코골음
	질병을 동반하지 않는 단순포경
2. 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 사용되는 행위·약제·치료재료	검열반 등 안과질환
	기타 고시하는 질환
3. 예방진료	미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
	외도개선편목적의 시각계수술, 악안면교정술 및 교정치료, 반흔 제거술, 안경·렌즈대체 시력교정술, 기타 고시하는 진료
4. 보험급여 시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우	건강검진
	예방접종
	구취제거·치아착색물질제거·교정 및 보철을 위한 치석제거, 구강보건증진차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거
	치아우식증예방을 위한 진료
	떨미예방, 금연을 위한 진료
	태아 이상유무 진단을 위한 세포유전학적 검사
	각종 증명서 발급 목적의 진료
	기타 고시하는 예방진료
7. 건강보험제도 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우	상급병실료
	장애인보장구 급여 외의 보조기, 보청기, 안경 등 보장구
	보조생식술 시 소요된 비용
	친자확인을 위한 진단
	보철 및 임플란트 목적으로 실시한 부가수술 (65세 이상제외)
	일반의약품
	선택진료비
	장기이식 시 장기 운반 소요비용
	마약류중독자의 치료보호비용
	급여·비급여 결정 고시 전까지의 행위·치료재료
제한적 의료기술 *안전성이 확보된 의료기술로서 희귀질환 등의 치료를 위해 신속히 임상에 도입할 필요가 있어 일정 조건을 충족하는 경우에만 가능한 의료기술	
일정한 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료기기	
경계성이 불분명하여 복지부장관이 정하여 고시하는 치료나 치료재료	
8. 허가초과약제 사용	복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
	한약침약 및 한방생약제제

참고 3 비급여 관리강화 TF 및 정책연구 분과 구성



□ 비급여관리정책협의체(8.4, 11.20)

- 신규 비급여가 어느 단계에서 발생하는지 등 신규 비급여 발생기전 파악 및 관리방안 마련이 중요
- 기관별·질환별 보장률 지표를 산출하여 지속화하고, 궁극적으로는 진료비 지불제도와 연계방안 마련이 필요. 국제적 지표 중 '재난적의료비', '빈곤화 가구비율' 등 많이 사용되는 구체적 표현으로 변경 할 필요
- 외국의 민간보험은 경험률(Experience rating)과 전년도 의료이용률까지 감안하여 보험률을 산정한다는 것 등을 고려하여 건강보험이 민간보험과의 합의점을 찾을 수 있도록 보다 전향적으로 노력해야 함
- 민영보험은 공보험의 보충적 성격이 있다는 관점에서, 새로운 보험상품에 대해서는 법정본인부담에 대한 보장을 제한시키는 등 기본원칙 설정필요
- 진료비를 청구할 때 모든 항목을 신고하는 등의 관리 기전이 마련되어 있지 않으면 보장성 강화정책에 대한 효과는 미미할 것임, 독일의 경우에는 무리한 비급여 진료 시 건강보험조합 심사에서 바로 처벌하는 사례 등을 벤치마킹

□ 정책심포지엄(8.27) 및 종합대책 공청회(11.26)

- 비급여에 대한 명확한 구분(기준/등재/제도/선택) 기준을 만든 것이나, 보다 소비자 친화적인 용어를 고안할 필요
- 비급여 관리에 대해 좀 더 적극적 방안을 제시해야하고, 기준에 대한 합의가 필요. 소비자 등을 포함한 이해당사자가 참여하는 공개적인'사회적 합의'를 통해 적극적으로 진행
- 비급여 진료비용 공개 이전에 비급여의 목록화 및 코드 표준화가 선행되어야 하며, 단일항목보다는 수술별·상병별로 포괄적으로 제공되어야 함.
- 누구나 쉽게 진료비를 조회하고 실제 선택에 반영할 수 있도록 통합고지 시스템을 마련해야 함
- 현행 행위별 수가제 하에서 비급여진료 사전설명 의무의 경우, 의료기관이 추가 진료비용 발생을 사전에 파악할 수 없다는 점도 함께 고려해야함

- 비급여로 인해 불필요한 진료와 비용이 발생할 수 있다는 측면에서 필수적인 의료와 비필수적인 의료로 구분하는 것은 의료이용자에게 중요
- 비급여의 표준명칭과 표준코드를 의무적으로 사용하는 것은 병원의 입장에서 매우 부담. 분류체계 개선안은 시범적으로 운영하며 시행하는 것이 바람.
- 소비자에게 비급여는 의료이용의 왜곡과 안전위협 문제가 있음. 이에 필요하지 않은 행위나 안전하지 않은 행위는 설명과 동의를 얻고 진행하는 절차 필요
- 호주의 경우, 공보험 환자에게 병행하는 비급여의 가격을 정부에서 정하여 고시하고 있음. 소비자 부담의 예측 차원에서 긍정적인 면이 있고 도입을 고려할 필요가 있음
- 현재 심평원에서 제공하는 비급여 진료비용 공개에 대한 실효성을 점검할 필요. 소비자의 입장에서 필요한 정보를 파악할 수 있도록 개선해야 함
- 병행진료 관리는 시범사업의 형태로 병원을 대상으로 자율참여 범위를 확대 해가며 진행된다면 제도 도입에 도움이 될 것임

□ 간담회 등 의견수렴

- 소비자에게 비급여는 의료이용의 왜곡과 안전위협 문제가 있음. 비급여 진료전에 사전 설명이 충분하게 이뤄져서 의료소비자의 알권리와 선택권 보장을 할 수 있어야함
- 국가에서 모든 비급여를 관리해야 하는 것은 아니라고 생각하며, 필수 의료에 해당하는 비급여만 관리하는 것이 바람직
- 급여전환이 필요한 비급여, 의학적 안전성·유효성 검증이 필요한 비급여, 표준화가 필요한 기타 비급여의 구분이 선행되어야 함
- 의료기관에서 다양한 명칭으로 안내되고 있는 비급여를 표준화된 용어로 규정한다면, 항목에 관한 부가적인 설명 등 적응을 위한 과정이 필요
- 비급여 표준화를 위해서는 수집된 자료를 바탕으로, 가이드라인을 마련하고 소비자원, 관련 학회 등 단계적으로 의견수렴이 필요함