

정책보고서 2021

발간등록번호
G000C95-2021-179



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

이상영·여나금·이재은·문석준



■ 연구진

연구책임자 **이상영** 한국보건사회연구원 초빙연구위원

공동연구진 **여니금** 한국보건사회연구원 부연구위원

이재은 한국보건사회연구원 연구원

문석준 한국보건사회연구원 연구원

제|출|문

건강보험심사평가원 원장 귀하

본 보고서를 귀원과 용역계약(2021.6.30.)한 『비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구』의 보고서로 제출합니다.

2021년 12월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수



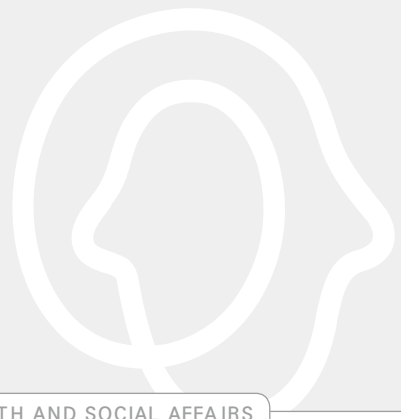
제1장 서론	1
제1절 연구 배경 및 필요성	3
제2절 연구 목적 및 방법	11
제2장 비급여 진료비 확인제도 개요	13
제1절 제도 개요	15
제2절 제도 추진경과	19
제3절 제도 운영을 위한 법적 근거	23
제3장 비급여 진료비 확인제도 관련 여건 변화	29
제1절 비급여 진료비 확인에 대한 국민의 요구 증대	31
제2절 긴급 의료자원에서의 비급여 진료비 확인	33
제3절 비급여 관리체계 강화	36
제4장 비급여 진료비 확인제도 운영 성과 평가	41
제1절 비급여 진료비 확인제도에 대한 국민 인식도	43
제2절 비급여 진료비 확인제도 운영 성과	46
제5장 비급여 진료비 확인 대상 및 범위	57
제1절 현행 법령 및 비급여 진료비 확인 범위	59
제2절 판례 및 해석·내부지침 검토	65
제3절 대상 및 범위 관련 주요쟁점 검토	76
제4절 법체계 개선방안	85

제6장 비급여 진료비 확인제도 개선 및 활용방안	93
제1절 검토방향	95
제2절 제도 내실화 및 연계·활용 방안	98
제3절 결론 및 제언	110
[부록] 비급여 진료비 확인제도 판례 목록	113

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 필요성

제2절 연구 목적 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 필요성

◆ **【연구배경 및 필요성 ①】** 비급여진료비 확인제도는 환자의 비급여 진료비가 건강보험(의료 급여) 급여 대상에 해당하는지 여부를 확인해주는 권리구제 제도로 '03년부터 시행
⇒ 비급여진료비 확인 대상 범위 확장 추세(급여 항목 확대 및 신의료기술 발생 등에 기인)로, **비급여진료비 확인제도의 중요성이 증대될 전망**

□ 비급여진료비 확인제도는 『국민건강보험법』 제48조 및 『의료급여법』 제11조의3에 의거하여 환자가 요양기관에 부담한 비급여 진료비가 실제 요양급여 대상에서 제외 되는 비용인지 여부에 대해 건강보험심사평가원을 통해 확인받는 제도로, 2003년 도입되었음.

○ 환자가 부담한 비급여진료비가 과다하게 부담한 비용임이 확인된 경우 요양 기관으로부터 환불받을 수 있도록 하는 국민권익보호제도이자, 요양기관의 부당청구를 확인·관리할 수 있도록 하는 제도임.

□ 최근 5년간의 비급여 진료비 확인 신청 처리 현황을 살펴보면, 접수 및 처리건수가 지속적으로 증가하는 추세임('16-'20년 접수건수 연평균 6.0%, 처리건수 연평균 6.5% 증가). 반면 환불건수는 감소하는 추세로, 환불비율은 '16년 34.5%에서 '20년 23.9%로 10.6%p 감소함.

〈표 1-1〉 비급여 진료비 확인신청 접수 및 처리 현황

구분	2016	2017	2018	2019	2020	연평균 증가율(%)
접수건수(건)	21,283	22,456	24,277	28,643	26,872	6.0%
처리건수(건)	20,987	22,597	24,016	29,113	27,029	6.5%
환불건수(건)	7,247	6,705	6,144	6,827	6,461	-2.8%
환불비율(%)	34.5%	29.7%	25.6%	23.5%	23.9%	-8.8%

자료: 건강보험심사평가원 내부자료.

4 비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

- **급여 대상 항목 확대 및 신의료기술의 시장 진입**에 따라 환자 및 의료기관(공급자) 측면에서 급여 해당 여부에 대한 혼란이 가중되어, **과다본인부담금 확인에 대한 요구도가 높아질 것으로 예상됨**. 이에 따라 본 제도의 중요성이 더욱 증대할 전망이다.
- 그간 정부는 반복적으로 보장성 강화를 위한 노력을 추진해왔으며, 2017년 부터 추진된 건강보험 보장성 강화 대책('17-'22)은 **'비급여의 급여화'**를 주요 골자로 하고 있음(신현웅 외, 2019).
 - 보장성 강화 정책의 일환으로 급여 항목이 대폭 확대되면서 의료이용자 (환자)와 의료제공자(의료기관) 입장에서 **급여 여부에 대한 혼란이 더욱 가중될 것으로 예상됨**.
- 비급여 진료비 확인에 대한 법적 근거가 미흡하고(하위법령 체계 부재) 확인 범위 또한 불명확한 가운데, **신의료기술이 지속적으로 유입되고 있어 국민과 의료기관의 혼란이 가중될 것으로 예상됨**.
 - 요양급여대상으로 결정되기 이전의 '신의료결정신청된 행위', 비급여 목록표에 등재되지 않은 '신의료기술 결정신청된 치료재료', 요양급여 신청 후 '급여 결정되기 이전의 신약'은 비급여 적용 항목으로, 진료비 확인신청에 따른 환불대상이 아님(즉, 과다본인부담이 아님).

〈표 1-2〉 최근 10년(2010-2019)간 신의료기술평가 신청 현황

연도	총 신청건수	신청 구분		
		심의전	평가 비대상	평가 대상
2010	135	0	13	65
2011	194	0	9	104
2012	238	0	31	126
2013	286	0	52	142
2014	253	0	76	127
2015	255	0	52	105
2016	175	0	26	89
2017	174	0	35	83
2018	173	0	36	91
2019	136	13	21	34

자료: 보건복지부(2020). 2019 보건복지백서.

◆ **【연구배경 및 필요성 ②】** 비급여진료비 확인제도는 **다양한 이해관계가** 참여하게
 얽혀있어 확인 결과의 **객관성/공정성/신뢰성 확보** 필요
 ⇒ 비급여진료비 **법제도 기반 마련 및 개선·활용방안** 모색 필요

□ 비급여진료비 확인제도는 **의료제공자(의료기관), 의료이용자(국민), 민간보험사, 공공 (건강보험심사평가원) 간 참여한 이해관계가** 얽혀있어, 확인 결과의 객관성 및 공정성 확보를 위해 **법제도 기반 마련이** 필요함.

○ 『국민건강보험법』 제48조 및 『의료급여법』 제11조의3에 의거하여 요양급여 대상 여부를 확인하도록 규정하고 있으나, **진료비 확인 대상·범위, 확인요청자 범위, 처리절차, 진료비 확인 결과 활용 등과 관련하여 법적 근거에 대한 논란의 소지**가 존재함.

국민건강보험법 제48조(요양급여 대상 여부의 확인 등)
①가입자나 피부양자는 본인일부부담금 외에 자신이 부담한 비용이 제41조제4항에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 비용인지 여부에 대하여 심사평가원에 확인을 요청할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.>
②제1항에 따른 확인 요청을 받은 심사평가원은 그 결과를 요청한 사람에게 알려야 한다. 이 경우 확인을 요청한 비용이 요양급여 대상에 해당되는 비용으로 확인되면 그 내용을 공단 및 관련 요양기관에 알려야 한다.
③제2항 후단에 따라 통보받은 요양기관은 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액(이하 “과다본인부담금”이라 한다)을 지체 없이 확인을 요청한 사람에게 지급하여야 한다. 다만, 공단은 해당 요양기관이 과다본인부담금을 지급하지 아니하면 해당 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 확인을 요청한 사람에게 지급할 수 있다.
의료급여법 제11조의3(급여 대상 여부의 확인 등)
①수급권자는 본인부담금 외에 부담한 비용이 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항에 해당하는 비용(이하 “비급여비용”이라 한다)인지에 대하여 급여비용심사기관에 확인을 요청할 수 있다.
②제1항에 따라 확인을 요청받은 급여비용심사기관은 그 확인결과를 확인을 요청한 수급권자에게 알려야 하며, 확인을 요청한 비용이 급여비용에 해당하는 것으로 확인되었을 때에는 급여비용지급기관 및 관련 의료급여기관에도 각각 알려야 한다.
③제2항에 따라 통보받은 의료급여기관은 과다 징수한 금액을 지체 없이 수급권자에게 반환하여야 한다.
④급여비용지급기관은 제3항에도 불구하고 의료급여기관이 과다 징수한 금액을 반환하지 아니하면 그 의료급여기관에 지급할 급여비용에서 과다 징수한 금액을 공제하여 그 공제한 금액을 수급권자에게 지급할 수 있다.

- 특히 **비급여 진료비 환불 범위에 대한 법적 근거가 부재**하여 비급여 진료비 확인 신청 사례를 유형화하여 확인 및 환불 범위를 설정할 필요가 있음.
- 한편, 비급여진료비 확인제도는 ‘**제도 인지의 문제**’, ‘의료제공자-이용자 간 **정보 불균형의 문제**’, ‘의료제공자의 **제도 수용성 문제**’ ‘**민간보험사 대리 신청 문제**’, ‘업무 불명확성에 따른 **제도 운영상 문제**’ 등을 내포하고 있음.

[그림 1-1] 비급여진료비 확인제도 관련 이해관계



- 국민(환자), 의료기관, 공공(심평원), 민간(민간보험사) 측면에서 **비급여진료비 확인 제도가 내포하고 있는 문제들을 근본적으로 해결**하기 위해서는 본 제도에 대한 법 체계 근거를 마련할 뿐만 아니라, 종합적인 시각에서 **비급여진료비 확인제도 개선 및 활용방안을 검토**할 필요가 있음.

- (국민: 제도 인지 및 정보 불균형의 문제) 1) 비급여진료비 확인신청 **제도의 존재 자체를 인지**하지 못해 과다 본인부담이 발생하였음에도 불구하고 진료비 확인 신청을 하지 못하는 경우, 2) 의료이용자가 요양기관으로부터 청구받은 비급여 진료비가 요양급여 대상임에도 불구하고 **정보의 불균형으로 인해 환자가 급여**

대상임을 인지하지 못했거나, 3) 정상적인 비급여 청구에 대해 **의심 또는 설명 부족** 등으로 불필요한 **진료비 확인신청**을 하는 경우

- (검토방향) 적정 진료비 부담을 위한 비급여진료비 확인신청 제도에 대한 **홍보 강화**, 비급여사전설명제도 등과 연계한 **설명 의무 강화**, 영수증 등 **진료비 확인 양식 개선**

○ (의료계: 제도 수용성의 문제) 비급여 진료비 확인제도에서 요구되는 자료 제출 등 **행정 부담과 규제에 대한 의료현장의 불만**이 야기될 수 있으며, **국민-의료인간 불신을 조장한다는 부정적 인식** 발생 가능

- (검토방향) 비급여진료비 확인신청 제도에 대한 **인식 개선 노력**, 자료제출 **간소화** 기전 마련, 법체계 근거 마련을 통한 **제도 운영 체계화**

○ (민간보험: 대리신청의 문제) 민원인의 위임에 따른 보험사 대리청구 다수 발생 시 환자의 적정비용 부담을 통한 **권리 구제**라는 본래 목적이 **왜곡되고**, **민간보험사의 수익보전 도구로 전락할 가능성**에 대한 우려

- (검토방향) 민간보험사 비급여진료비 확인 위임 신청 **제한 가능성**에 대한 검토 및 개선방안 모색

◆ **【연구배경 및 필요성 ③】** 비급여진료비 확인제도가 올바른 진료비 징수환경 조성을 위한 사후관리 연계 등 비급여의 효율적 관리 측면에서 적극 활용될 수 있도록 제도 정비 필요 & 기초자료 양산 등 비급여 관리기반 강화를 위한 활용방안 검토 필요

□ 비급여진료비 확인제도 도입('03년) 이후 건강보험심사평가원으로 업무를 일원화('09년)하면서 비급여 진료비 확인 자동전산심사를 적용('16년)하고 원외처방 약제비 환불절차를 개선('21년)하는 등 제도 내부적으로 개선의 노력을 지속 추진해왔음.

○ 이외에도 민원발생 최소화 및 재발방지를 위한 사전관리 측면에서 **진료비확인 자가점검, 환불되지 않는 다빈도 항목 안내, 민원사례 안내(분기별)** 서비스가 구축('13.11월)되어 운영 중에 있으며, 최근 진료비 확인 자가점검 서비스 개선('20.11월)이 이루어짐. 또한 사후관리 측면에서 **현지방문 및 조사**가 이루어지고 있음.

○ 진료비 확인제도 운영과정에서 행정낭비 및 착오청구 감소, 국민의 알권리 충족, 요양기관 만족도 제고 등을 위해 도입된 다양한 서비스들과 연계한 개선 및 활용방안을 우선적으로 모색할 필요가 있음.

- 이와 관련하여 의료이용자 및 제공자 대상 자율점검 기능 강화 방안을 모색하고, 상담관리 등 사후관리 연계방안을 검토해볼 예정임.
- 추가적으로 제도 인지도·활용도 제고를 위해 제도에 대한 인식도 조사를 통해 홍보 강화 방안을 구체적으로 검토해볼 예정임.

□ 비급여진료비 확인제도는 대표적인 비급여 사후관리제도로, 환자 권리구제를 넘어서 비급여 관리를 위한 기초자료를 양산하고 궁극적으로 비급여 관리기반을 강화하기 위해서는 **현행 비급여 관리제도와 신규 도입 예정인 비급여 관리제도와 연계한 제도 개선 및 활용방안**을 모색할 필요가 있음.

○ 현행 비급여진료비 확인제도는 비급여 진료 이후 환자 등의 '신청'에 의해 요양급여대상 여부를 확인하는 제도라는 점에서 **사후관리적 성격**이 강하며, 환자-공급자 간 정보격차와 의료기관의 상이한 비급여 용어 체계(용어·코드

비표준화)로 인해 **제도의 활용성 측면에서 한계**가 있는 상황임.

- 이와 관련하여 비급여 관리를 위해 최근 도입 또는 도입 예정인 제도들의 세부 운영방안과 기대효과를 검토하여 **진료비 확인제도와 연계할 수 있는 지점들을 발굴**한다면 비급여 관리제도의 효과성이 더욱 높아질 것으로 전망됨.
 - '21.1월부터 **비급여 사전설명제도**가 시행됨에 따라 환자 또는 보호자에게 비급여 제공 항목과 가격을 직접 설명하도록 하여 **비급여 사전관리 기반이 강화될** 전망이다.
 - '21.3월부터 **비급여 진료비용 공개제도를 의원급까지 확대 적용**하고, 가격 공개항목을 늘려 **비급여 현황 파악을 위한 기반이 확대될** 것으로 기대됨.

[그림 1-2] 비급여 관리기반 강화를 위한 최근 제도 개선사항

비급여 진료 사전설명제도	비급여 진료비용 공개 확대								
<div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">비급여 진료 사전설명제도 주요내용</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="background-color: #2e5496; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">왜?</td> <td>비급여 진료 정보제공을 통해 국민의 알권리를 보장하고 의료기관의 합리적인 진료제공에 도움이 되고자 합니다.</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #2e5496; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">누가?</td> <td>의료인(의사, 간호사 등) 또는 의료기관 종사자</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #2e5496; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">무엇을?</td> <td>비급여 진료비용 공개대상 항목* + 환자가 설명을 요청하는 비급여 항목 <small>*비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준,에 따른 가격 공개대상 항목</small></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #2e5496; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">언제?</td> <td>치료계획 수립하는 시점 또는 처방시점</td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">*수술, 수혈, 전신마취 등 지체되면 환자의 생명이 위험해지거나 심신상의 중대한 장애를 초래할 수 있는 경우에는 진료 후에 설명할 수 있습니다.</p> <div style="text-align: center; font-size: x-small;"> 보건복지부 국민행복시대 </div>	왜?	비급여 진료 정보제공을 통해 국민의 알권리를 보장하고 의료기관의 합리적인 진료제공에 도움이 되고자 합니다.	누가?	의료인(의사, 간호사 등) 또는 의료기관 종사자	무엇을?	비급여 진료비용 공개대상 항목* + 환자가 설명을 요청하는 비급여 항목 <small>*비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준,에 따른 가격 공개대상 항목</small>	언제?	치료계획 수립하는 시점 또는 처방시점	개선 전(2020)
	왜?	비급여 진료 정보제공을 통해 국민의 알권리를 보장하고 의료기관의 합리적인 진료제공에 도움이 되고자 합니다.							
	누가?	의료인(의사, 간호사 등) 또는 의료기관 종사자							
	무엇을?	비급여 진료비용 공개대상 항목* + 환자가 설명을 요청하는 비급여 항목 <small>*비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준,에 따른 가격 공개대상 항목</small>							
언제?	치료계획 수립하는 시점 또는 처방시점								
공개대상	병원급 이상 의료기관								
공개항목	564항목								
▼									
개선 후(2021)									
공개대상	의원급 이상 의료기관								
공개항목	616항목								

- 한편, **비급여관리 강화 종합대책('20.12.24)**에 의거하여 의료소비자의 알 권리 증진을 위한 **진료비 계산서·영수증 발급 양식을 개선('22-'23)**과 급여 병행 비급여 항목의 관리체계 구축을 위한 **비급여 영역별 자료제출 방안**이 마련될('22) 예정임.
 - **(진료비 계산서 및 영수증 양식 개선)** 선택진료료 구분 삭제(비급여로 통합 표기), 제증명수수료 등 비급여 관련 추가 수요가 있는 항목 추가 등
 - **(급여 병행 비급여 관리)** 급여와 병행되는 비급여 항목에 대한 자료 제출 방안 및 평가체계 마련

10 비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

□ 비급여진료비 확인제도 운영과정에서 발생하는 비급여 자료를 타 비급여 관리 제도와 연계하여 활용할 수 있도록 **기초자료 양산 등 제도 활용방안을 검토**할 필요가 있으며, 올바른 진료비 징수 환경 조성을 위해 **비급여 관리제도 간 유기적 연계가 필요함**.

○ 비급여진료비 확인제도에서 수집된 자료는 비급여 현황 파악, 분류체계 마련, 코드 표준화 등에 활용 가능하며, 이러한 과정을 통해 **비급여 표준화 등 관리기반이 구축되면 비급여진료비 확인 여건이 더욱 개선되는 선순환 구조로 이행**할 것으로 기대됨.

〈표 1-3〉 비급여진료비 확인제도 개선 및 활용방안 마련을 위한 검토방향

비급여진료비 확인제도	비급여진료비 확인제도 외 비급여 관리제도(대책)
▼	▼
비급여진료비 확인제도 관련 서비스와 연계한 제도 개선방안 및 활용방안 모색	비급여진료비 확인제도 외 비급여 관리제도(대책)와 연계한 제도 활용방안 모색
(관련 서비스) 진료비 확인 자가점검 서비스, 환불되지 않는 다빈도 항목 안내, 민원사례 안내, (사후관리 측면) 현지방문·조사 등	(관련 제도) 비급여 용어·코드 표준화, 비급여 사전설명제도, 비급여 진료비 공개제도, 진료비 계산서·영수증 개선, 급여 병행 비급여 관리 등

제2절 연구 목적 및 방법

- 본 연구는 비급여 진료비 확인제도의 법제도 기반 마련을 통해 **진료비 확인신청 범위를 명확화**하고 **제도 운영의 효율성 제고 방안을 모색**하는 것을 주요 목적으로 하며, 이를 달성하기 위한 세부 연구내용 및 방법은 다음과 같음.
- **(①여건변화 검토)** 비급여 진료비 확인제도를 둘러싼 국민적 요구, 보건의료 제도, 사회적 논의 등 **여건 변화를 검토**하고자 함(제2장).
 - **(방법)** 비급여 진료비 확인제도 관련 연구·문헌자료 검토, 실무회의를 통해 그간 추진경과 공유·논의
 - **(②국민인식 및 운영성과 분석)** 비급여 진료비 확인제도에 대한 국민 인식(제도 인지율 등), 접수·처리현황, 처리 상세내역, 민간보험사 위임 현황 등 진료비 확인제도 운영 성과 분석을 통해 **운영성과를 평가**하고 **개선사항을 도출**하고자 함(제3장).
 - **(방법)** 비급여 진료비 운영 성과 데이터 분석(연도별 분석)
 - **(③진료비 확인 대상 및 범위 검토)** 현행 법 상 비급여 진료비 확인 대상 범위를 검토하고(비급여 범위 포함), 비급여 진료비 확인관련 판례 또는 해석 및 내부 지침 등을 검토하여 **진료비 확인 신청 유형을 세분화**하고, **유형별 환불·삭감 등의 처리결과 등을 분석**하고자 함. 이를 통해 **적정 비급여 진료비 환불 범위(안)를 제안**하고자 함(제4장).
 - 비급여 진료비 확인 신청 **법령 체계(법령 위임체계 마련)와 법령 내용 측면의 정비방안**을 검토하고자 하며, 정비방안 모색 시 **거버넌스 정비 방안과 연계**하여 살펴보고자 함.
 - 비급여 진료비 확인 대상·범위, 확인요청자 범위·기준, 처리절차, 환불조치 및 이의신청에 관한 세부사항 등 진료비 확인제도 관련 세부사항을 어느 단위(법·시행령·시행규칙·고시·불포함)에서 규정할 것인지를 검토하고(법 체계 측면), 세부 조문(안)을 제시하고자 함.
 - **(방법)** 비급여 진료비 확인제도 관련 판례·해석·내부지침 전수 분석, 유사

12 비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

법령 검토, 비급여 진료비 환불 유형 세분화

- **(④운영개선 및 활용방안 모색)** 비급여진료비 확인제도 운영에 있어서 자체 개선사항을 검토하고, 포괄적 의료보장체계 구축에 기여할 수 있는 방향으로 비급여 관리제도(대책)와 연계한 제도 활용방안을 모색하고자 함(제5장).
 - **(방법)** 비급여진료비 확인제도 관련 서비스 및 비급여 관리제도(대책) 검토

〈표 1-4〉 연구 수행체계

1단계	비급여진료비 확인제도를 둘러싼 여건변화 검토	
▼	-(내용) 비급여 진료비 확인제도를 둘러싼 국민적 요구, 보건의료제도, 사회적 논의 등 여건 변화 검토 -(방법) 연구·문헌자료 검토, 실무회의	
2단계	비급여진료비 확인제도 국민인식 및 운영성과 분석	
	(②-1) 국민인식도 검토	(②-2) 운영성과 계량분석
▼	-(내용) 인식 및 제도개선을 위한 함의점 도출 -(방법) 국민인식조사 실시 및 분석	-(내용) 제도 운영 성과 검토 및 개선사항 도출 -(방법) 계량분석
3단계	진료비 확인(환불) 범위 제안 및 법체계 개선방안 모색	
▼	-(내용) 비급여 진료비 확인 유형별 현황 검토를 통한 적정 환불범위 제안 법체계 개선사항 도출 -(방법) 판례 및 해석·내부지침 전수 검토, 유사 법령 검토 등	
4단계	비급여진료비 확인제도 운영 개선사항 및 활용방안 모색	
	-(내용) 제도 자체개선사항 도출 및 비급여 관리제도(대책)와 연계한 활용방안 모색 -(방법) 비급여진료비 확인제도 관련 서비스, 비급여 관리제도 검토	



제2장

비급여 진료비 확인제도 개요 및 추진 경과

제1절 제도 개요

제2절 제도 추진경과

제3절 제도 운영을 위한 법적 근거

제 2 장

비급여진료비 확인제도 개요 및 추진경과

제1절 제도 개요

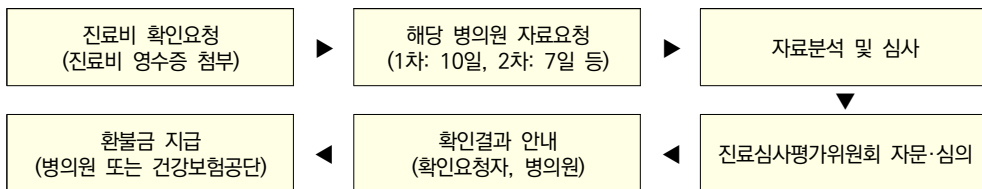
- 비급여진료비 확인제도는 환자가 병원이나 의원에서 ‘요양급여대상 이외의 항목 (이하 “비급여”)’으로 부담한 진료비가 건강보험(의료급여)의 대상에 해당되는지 여부를 확인해주는 제도로, 「국민건강보험법」제 48조, 「의료급여법」 제11조의 3에 근거하여 운영 중에 있음.
- 가입자나 피부양자가 진료비 확인신청을 통해 요양기관에서 비급여로 부담한 진료비가 건강보험(의료급여) 대상에 해당되는지 여부 및 기준을 확인하여 **과다하게 지불된 본인부담금에 대해서 해당 의료기관이 환불하도록 하고 있음.**
 - 비급여진료비 확인제도란 **불필요한 의료비 지출을 방지하는 차원 뿐 아니라, 환자의 권익보호 차원에서 시행 중인 권리구제 제도임.**
- 비급여진료비 확인제도의 **확인 범위, 신청자 범위, 확인 절차, 제출서류** 등에 대한 내용은 아래와 같음.
- (**확인 범위**) 진료비계산서·영수증 상의 ①**전액본인부담**, ②**전문의 선택진료료**¹⁾, ③**전문의 선택진료료 외 항목**에 해당됨.
 - 건강보험이 적용되는 **급여 항목에 대한 진료비의 적정성 여부**는 비급여 진료비 확인제도의 대상이 되지 않음.
- (**확인 신청자**) 환자 본인 뿐 아니라 **가족(배우자, 직계존비속 및 그 배우자, 형제·자매, 수진자와 동일 건강보험증에 등재되어 있는 사람), 환자로부터 위임받은 제3자의 경우에도 증빙 서류(위임장, 인감증명서)를 제출할 경우**

1) 건강보험이 적용되지 않던 대표적인 비급여 항목 중 하나로, 선택진료 의사에 따라 15~50%가량의 추가 비용을 냈으나, 2018년 3월 27일부 전면 폐지됨.

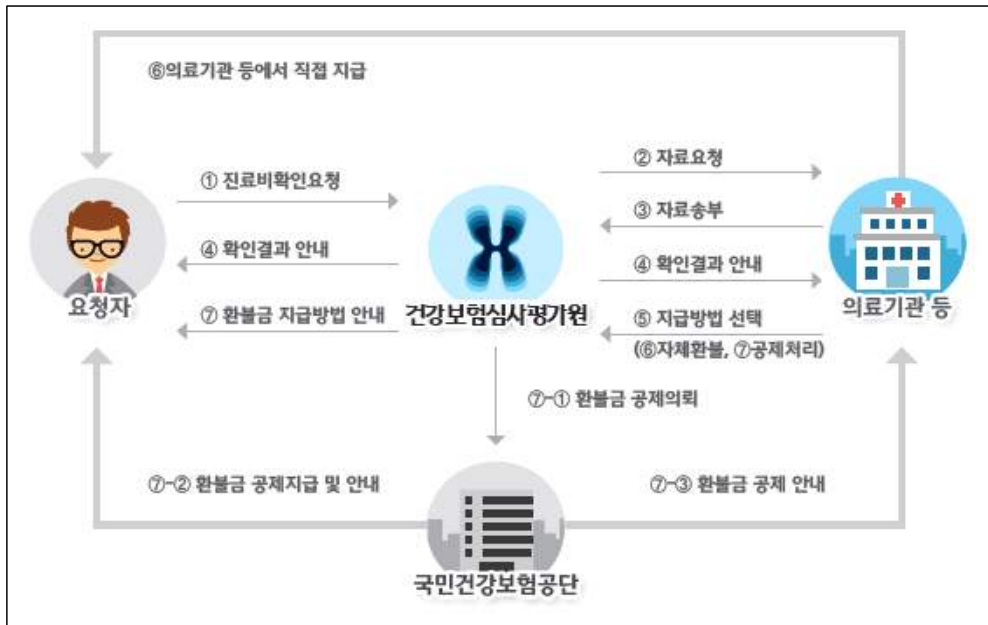
확인 신청이 가능함.

- **(확인 절차)** 본인(또는 대리인)의 ①**확인요청신청**이 이루어지면 건강보험심사평가원은 ②**해당 병·의원에 자료요청**을 하게 되며, ③**자료 분석 및 심사**를 수행하고, ④**전문의학적 판단이** 요구되는 경우 **위원회 자문/심의**를 거쳐 **최종환불 여부를 결정**함.

[그림 1-3] 비급여진료비 확인 처리절차



[그림 1-4] 비급여진료비 확인제도의 업무 흐름



자료: 건강보험심사평가원(2020). 건강보험심사평가원 기능과 역할

- **(사전·사후관리)** 민원발생을 최소화하고 재발방지를 위해 요양기관에 대하여 분기별 민원현황 안내(사전관리), 상담 및 현지방문(사후관리)과 연계 관리

하고 있음.

- **(제출 서류)** 비급여진료비 확인신청서에 추가하여, 진료비계산서·영수증, 진료비(약제비)납입확인서 중 하나를 필수로 제출하도록 함.
 - 개인정보의 보유 및 이용에 대한 법령에서 정하고 있는 자료보존기간이 지난 진료비는 확인이 어려울 수 있음.
 - 「국민건강보험법 시행령」 제81조, 「의료급여법 시행령」 제21조에 의해 진료비(비급여) 확인신청을 위한 고유식별번호 처리 및 정보수집에 대한 법적 근거를 마련하고 있음.
 - 본인인 경우 필요서류 2종(①진료비확인요청서, ②진료비계산서·영수증, 진료비(약제비)납입확인서 중 택1)을 제출하게 되어 있으나, 본인이어도 미성년자이거나 위임받은 자 혹은 가족인 경우 동의서와 가족관계 확인 서류 등을 추가로 제출해야 함.

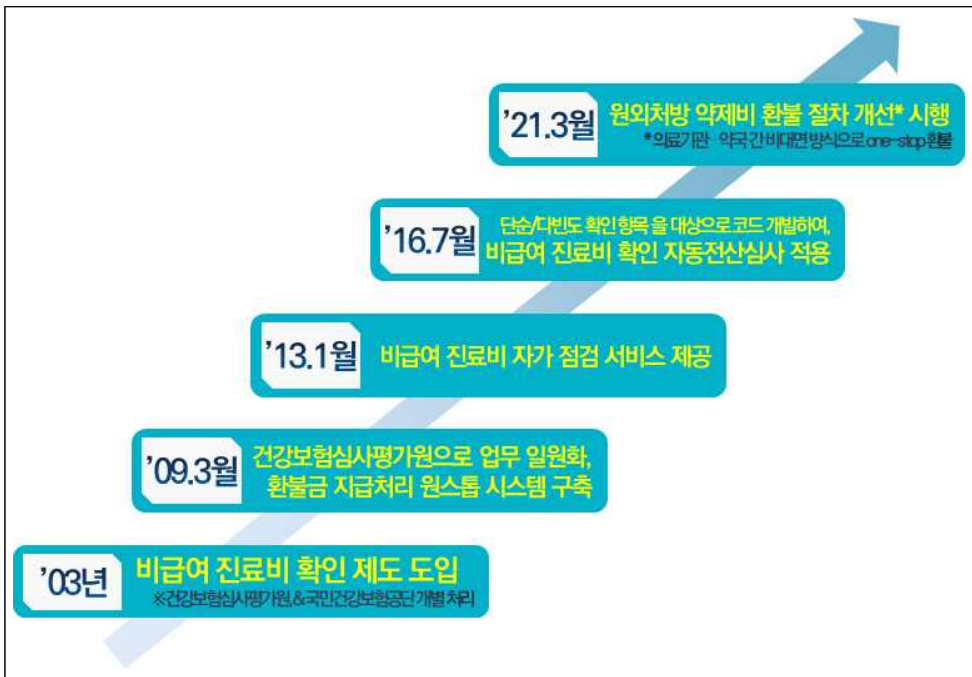
〈표 1-5〉 진료비확인제도 대상자별 제출서류

확인요청자	필수서류	추가서류
본인(진료받은 환자)		-
본인(미성년자)	▶ 공통서식① -비급여 진료비확인신청서 -비급여진료비확인신청서(민영보험) ▶ 공통서식② - 진료비계산서·영수증, 진료비(약제비)납입확인서	-동의서 -가족관계확인서류
진료받은 환자와 동일 건강보험증에 기록된 가입자 또는 피부양자		
환자로부터 위임받은 자 (민영보험 포함)		-환자의 인감증명서 -본인서명사실확인서 -위임장

제2절 제도 추진경과

□ 비급여진료비 확인제도는 부당하게 지불된 비급여 비용에 대한 의료소비자의 권익보호를 위해 「국민건강보험법」 제48조, 「의료급여법」 제11조의3에 따라 국민 권익보호 및 요양기관의 부당청구 확인·관리 차원에서 2003년 1월부터 운영되어 왔음.

[그림 1-6] 비급여진료비 확인제도의 추진경과



- 도입 초기에는 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단이 개별적으로 업무를 수행하였으나, 2009년 3월 건강보험심사평가원으로 업무가 일원화 되면서 환불금 지급처리 원스톱 시스템(One-Stop system)을 구축함.
 - 원스톱 시스템의 도입으로 환불이 결정된 경우 요양기관에 결과를 통보하고, 요양기관은 즉시 심사평가원 홈페이지에 지급방법(자체환불, 공제지급)을

등록하여 민원인에게 지급함으로써 환불절차가 간소화되었음.

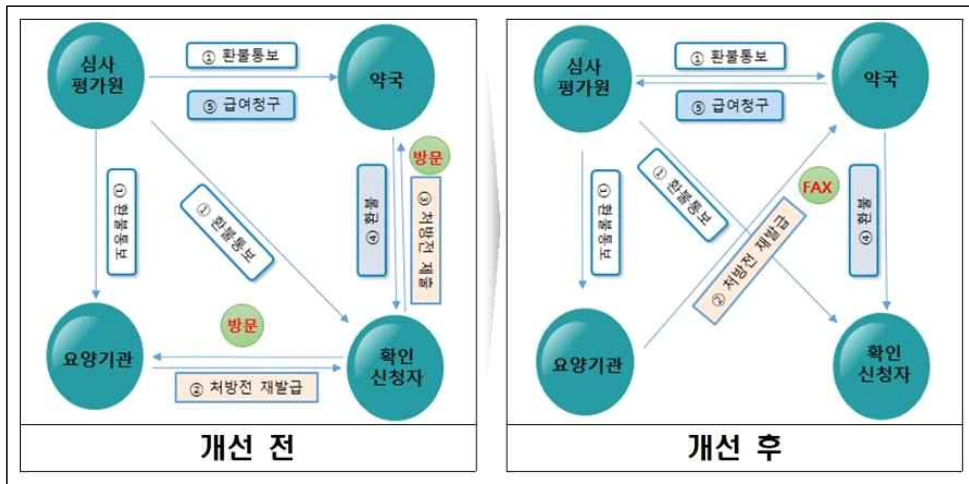
- 기존의 환불절차는 행정상의 복잡함과 환급에 많은 시일이 소요되어 환불 청구를 포기할 소지가 많았으나, 원스톱 처리시스템의 도입으로 환불처리에 있어 민원인의 장애요소를 일정부분 제거했다는 평가를 받고 있음.

○ 2016년 7월에는 단순, 다빈도 확인 항목을 대상으로 코드를 개발하여, 비급여 진료비 확인에 대한 자동전산심사(포털 이용한 자료 웹 제출방식)를 적용하였음.

- 자동전산심사 도입 전까지 기존의 요양기관의 약 80%가 팩스나 우편으로 진료비확인제도에 필요한 자료를 제출하였음.
- 자동전산심사의 도입을 통해 단순·다빈도 항목 중 급여(비급여) 코드가 없는 항목을 대상으로 전산코드를 개발하여 비급여 인정 여부를 자동으로 확인하였음.

○ 2021년 3월에는 원외처방 약제비 환불 절차 개선을 시행함으로써 의료기관과 약국 간 비대면 방식으로 원스톱 환불절차가 이루어지도록 하였음.

[그림 1-7] 의료기관-약국 간 비대면 원스톱 환불 전후비교



자료: 건강보험심사평가원, 진료비확인 서비스 원외처방약제비 환불절차 개선

□ 2009년 건강보험심사평가원으로 진료비확인 접수 업무가 일원화 된 이후 최근

10년('11-'20)간 244,820건(연평균 24,482건)의 비급여 진료비 확인 접수가 발생하였으며, 이는 연 평균 약 509억 원 규모임.

□ 2009년 이후 최근 10년('11-'20)간 접수 내역의 '정당' 처리건율이 지속 증가한 반면 '취하' 및 '환불'에 해당하는 처리건율은 지속적으로 감소해오고 있으며, 이는 정부의 보장성 강화 정책(비급여의 급여화) 추진에 따른 급여항목의 확대, 신규 비급여서비스의 시장 유입 등에 기인한 것으로 예상됨.

○ 최근 10년('11-'20)간 진료비 확인 제도를 통해 환불된 금액은 약 256억 원 (연평균 약 25.6억 원)에 해당되는데, 민원 제기 금액 대비 환불액 비율은 지속적으로 감소하는 추세임.

- 민원제기 금액 대비 환불액 비율은 '11년 기준 10.4%에서 '16년 4.1%, '20년 3.8%로 지속적으로 감소해왔음.

[그림 1-8] 비급여진료비 확인제도의 개요 및 운영 성과



○ 최근 5년('16-'20)간의 환불 유형을 살펴보면, 보험급여대상 항목을 임의비급여로

정수하여 환불된 금액이 총 53억 원, 보험급여 수가에 포함된 항목을 별도로 정수한 금액이 총 27억 원으로 나타남.

〈표 1-1〉 환불 유형별 현황

(단위: 백만 원)

환불유형	2016	2017	2018	2019	2020
계	1,959	1,726	1,837	1,927	2,035
급여 대상 진료비를 임의비급여 처리	1,035	980	980	1,158	1,178
별도산정불가항목 비급여 처리	607	519	624	467	490
선택진료비 과다징수	76	54	33	16	3
상급병실료 과다징수	70	53	82	43	85
신의료기술 등 임의비급여	147	41	48	134	124
제출된 관련자료에 의한 정산처리	16	46	57	91	145
기타(청구착오, 계산착오)	8	34	13	17	9

- 진료비확인제도의 ‘정당’ 건수의 증가와 ‘환불’ 건수 감소 및 요양기관의 행정적 부담의 증가 등의 이유로 2013년부터는 ‘비급여진료비 자가 점검’ 서비스를 홈페이지를 통해 제공하고 있음.
- 진료비 세부내역서를 통해 비급여 항목 중 급여 항목이 포함되어있는지의 여부와 급여 대상을 비급여로 지불했을 경우 진료비 확인을 요청할 수 있음.
- 이와 함께 대상자가 참고할 수 있는 **민원 사례를 제공**하고 있으며, 접수 건수를 바탕으로 행위·치료재료·약재 항목에서 **환불되지 않는 다빈도 항목**을 별도로 목록화하여 공개하고 있음.
- 2020년 11월 자가점검서비스의 국민 접근성과 이용 편의성 향상 차원에서 ‘비급여 진료비확인 자가점검과 진료비 확인신청 분리’, ‘비급여진료비 정보조회 시스템과 연계’, ‘검색 편의성 향상을 위한 다빈도 발생 비급여진료비 확인항목에 대한 코드 신설 및 용도설명 항목 추가’ 등의 개선 조치가 이루어짐.

제3절 제도 운영을 위한 법적 근거

1. 비급여 진료비확인제도에 대한 법적 근거

가. 국민건강보험법(요양급여 대상 여부의 확인 등)

- 건강보험심사평가원의 비급여 진료비확인제도는 「국민건강보험법」 제48조(요양급여 대상 여부 확인 등)와 「의료급여법」 제11조의3(급여 대상 여부의 확인 등)에 주 근거를 두고 있음.
- 「국민건강보험법」 제41조 제4항에 따르면 보건복지부 장관은 '요양급여 대상에서 제외되는 사항(이하 비급여 대상)'에 대해 정할 수 있음.
 - 「국민건강보험법」 제48조에서는 가입자나 피부양자가 본인일부부담금 외에 '요양급여 대상에서 제외되는 사항'인지의 여부를 건강보험심사평가원이 확인할 것을 명시하고 있음.

국민건강보험법 제41조 제4항(요양급여)
<p>④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.</p>
국민건강보험법 제48조(요양급여 대상 여부의 확인 등)
<p>① 가입자나 피부양자는 본인일부부담금 외에 자신이 부담한 비용이 제41조제4항에 따라 요양급여 대상에서 제외되는 비용인지 여부에 대하여 심사평가원에 확인을 요청할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.></p> <p>② 제1항에 따른 확인 요청을 받은 심사평가원은 그 결과를 요청한 사람에게 알려야 한다. 이 경우 확인을 요청한 비용이 요양급여 대상에 해당되는 비용으로 확인되면 그 내용을 공단 및 관련 요양기관에 알려야 한다.</p> <p>③ 제2항 후단에 따라 통보받은 요양기관은 받아야 할 금액보다 더 많이 징수한 금액(이하 "과다본인부담금"이라 한다)을 지체 없이 확인을 요청한 사람에게 지급하여야 한다. 다만, 공단은 해당 요양기관이 과다본인부담금을 지급하지 아니하면 해당 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 확인을 요청한 사람에게 지급할 수 있다.</p>

나. 의료급여법 (급여 대상 여부의 확인 등)

- 「의료급여법」 제11조의 3 역시 수급권자가 본인부담금 외에 부담한 비용 즉, 의료급여의 대상에서 제외되는 사항에 해당하는 비용(이하 “비급여 비용”)에 대해서는 **급여비용심사기관에 확인을 요청할 수 있음**을 명시함.

의료급여법 제11조의 3 (급여 대상 여부의 확인 등)
<p>① 수급권자는 본인부담금 외에 부담한 비용이 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항에 해당하는 비용(이하 “비급여비용”이라 한다)인지에 대하여 급여비용심사기관에 확인을 요청할 수 있다.</p> <p>② 제1항에 따라 확인을 요청받은 급여비용심사기관은 그 확인결과를 확인을 요청한 수급권자에게 알려야 하며, 확인을 요청한 비용이 급여비용에 해당하는 것으로 확인되었을 때에는 급여비용지급기관 및 관련 의료급여기관에도 각각 알려야 한다.</p> <p>③ 제2항에 따라 통보받은 의료급여기관은 과다 징수한 금액을 지체 없이 수급권자에게 반환하여야 한다.</p> <p>④ 급여비용지급기관은 제3항에도 불구하고 의료급여기관이 과다 징수한 금액을 반환하지 아니하면 그 의료급여기관에 지급할 급여비용에서 과다 징수한 금액을 공제하여 그 공제한 금액을 수급권자에게 지급할 수 있다.</p>
의료급여법 제7조 제3항(의료급여의 내용 등)
<p>③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상 생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.</p>

- 단, 진료비확인제도에 있어 확인 주체의 법적 권한, 비급여 대상의 범위, 세부 절차 등에 대해서는 별도의 법령으로 정해진 바가 없는 실정이며, 이에 따라 별도의 법체계 마련(하위 법령 조문 및 법 개정 등)이 필요한 실정임.

다. (참고) 긴급복지지원법 제9조제1항나목 및 동법 시행령 제3조(긴급의료지원 진료비 확인)

- 긴급의료비지원이란 수술 또는 입원이 필요한 중증 질병 또는 부상으로 인하여 발생한 의료비를 감당하기 곤란한 사람에게 각종 검사, 치료 등 의료서비스 비용 및 약제비에 대해 300만원 범위 내에서 지원하는 제도임.
- 추가 1회 지원이 가능하며, 간병비, 의료기구 구입비, 제증명수수료, 보호자 식대, 비급여입원료, 비급여식대는 지원 대상에서 제외되고, 급여분인부담금을 우선적으로 지원함.
- 생계유지 등의 위기상황에 처하여 도움이 필요한 사람에게 보장기관(시군구)이 지원해준 긴급의료비 중 비급여 지원금액 150만원 이상인 경우 환자의 위임을 받아 보장기관이 진료비 확인을 요청함.

긴급복지지원법 제9조제1항나목
<p>제9조(긴급지원의 종류 및 내용) ① 이 법에 따른 지원의 종류 및 내용은 다음과 같다.</p> <p>1. 금전 또는 현물(現物) 등의 직접지원</p> <p>가. 생계지원: 식료품비·의복비 등 생계유지에 필요한 비용 또는 현물 지원</p> <p>나. 의료지원: 각종 검사 및 치료 등 의료서비스 지원</p> <p>다. 주거지원: 임시거소(臨時居所) 제공 또는 이에 해당하는 비용 지원</p> <p>라. 사회복지시설 이용 지원: 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 입소(入所) 또는 이용 서비스 제공이나 이에 필요한 비용 지원</p> <p>마. 교육지원: 초·중·고등학생의 수업료, 입학금, 학교운영지원비 및 학용품비 등 필요한 비용 지원</p> <p>바. 그 밖의 지원: 연료비나 그 밖에 위기상황의 극복에 필요한 비용 또는 현물 지원</p>
긴급복지지원법 시행령 제3조(긴급의료지원 진료비 확인)
<p>3조(의료지원)</p> <p>① 법 제9조제1항제1호나목에 따른 의료지원의 대상은 긴급지원대상자로서 법 제2조 제2호에 해당하는 사유로 의료비를 감당하기 곤란한 사람으로 한다.</p> <p>② 시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관 또는 약국(이하 “의료기관등”이라 한다)이 제1항에 따른 긴급지원대상자에게 검사 및 치료 등의 의료서비스를 제공하게 하여야 한다.</p>

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따라 설립된 지방의료원
 3. 「지역보건법」에 따라 설치된 보건소, 보건의료원 및 보건지소
 4. 「농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
 5. 「약사법」에 따라 등록된 약국
- ③ 시장·군수·구청장은 「국민건강보험법」과 「의료급여법」에 따른 본인부담금 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액의 범위에서 의료서비스 제공에 필요한 금액을 해당 의료서비스를 제공한 의료기관등에 지급하여야 한다.
 <개정 2010. 3. 15.>

2. 비급여 범위에 대한 법적 근거: 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙

□ ‘요양급여 대상에서 제외되는 비용’ 즉, 국민건강보험법상 비급여 대상에 대해서는 「국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여 대상)의 [별표2]를 통해 별도의 규정을 두고 있음.

국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 [별표2] 일부발췌
1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
5. 삭제 <2006.12.29.>
6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

8. 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. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

□ 「국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조(요양급여의 적용기준 및 방법)의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 고시에서 비급여 또는 전액본인부담으로 할 수 있도록 정한 사항(행위·약제·치료재료 급여 목록에 등재된 항목 임)을 명시하고 있음.



제3장

비급여 진료비 확인제도 관련 여건 변화

제1절 비급여 진료비 확인에 대한 국민의 요구 증대

제2절 긴급 의료지원에서의 비급여 진료비 확인

제3절 비급여 관리체계 강화

제 3 장

비급여 진료비 확인제도 관련 여건 변화

제1절 비급여 진료비 확인에 대한 국민의 요구 증대

□ 비급여 진료비 확인 요청 제도 시행 이후 확인 요청 및 처리 건수가 지속적으로 증가하고 있으며, 비급여 진료비 확인 및 환불 사유도 점차 다양화되고 있음.

○ 이와 같은 현상은 전반적인 진료량 증가, 진료비 확인제도에 대한 국민의 인지도 증가, 보장성 강화 시책에 따른 비급여의 급여화 추진, 긴급의료지원비, 민간보험사 대리 위임 청구 증가, 비급여 항목 코드화 미흡 등 제도적·환경적 요인에 의해 파생된 현상으로 볼 수 있음.

- 전반적인 진료량의 증가와 함께 착오 등에 의해 잘못된 진료비 청구가 이루어질 가능성이 높아지고, 정부의 보장성 강화 로드맵에 따라 비급여 항목이 점차 급여 항목으로 전환되는 과정에서 청구 오류가 발생할 가능성이 있음.

- 건강보험심사평가원 홈페이지, 스마트폰 모바일 앱 등을 통한 정보 제공, 자가 점검 서비스 등 다양한 채널을 통해 비급여 진료비 확인제도에 대한 홍보가 이루어지면서 국민의 인지도가 증가하고 있음.

- 한편, 민간보험 가입이 증가하고 있으며 민간보험사를 통한 대리 위임 확인 신청이 지속적으로 증가하고 있음.

□ 이와 같이 비급여 진료비 확인 신청이 증가하는 과정에서 불합리한 진료비 지출로부터 국민의 권익을 보호해야 한다는 사회적 요구도 증가해 왔음.

○ 비급여 진료비 확인제도에 대한 사회적 관심이 증대되면서 『산업재해보상보험법』 제41조의2에 의거하여 2021년.6.1일부터 산업재해보상보험에서도 산재보험 진료비 본인부담금 확인제도를 실시하고 있음.

- 산재노동자가 진료비 본인부담금 확인 제도는 근로복지공단이 담당하고 있으며, 과다 본인부담금이 있을 경우 의료기관에서 30일 이내에 산재 노동자에게 직접 환불하도록 되어 있음.
- 산재보험은 치과보철료, 재활보조기구, 화상 및 전문재활수가 등 국민건강 보험 요양급여산정기준에서 정하지 않은 일부 비급여 항목을 추가로 지원 해주고 있어서 과다본인부담금 산정은 이를 고려하여 이루어짐.

□ 또한, 비급여 진료비의 체계적 관리를 위해 비급여 진료비 확인제도를 연계·활용 할 수 있는 제도적 기전 마련에 대한 사회적 요구도 증대되고 있음.

□ 지금까지 비급여 진료비 신청 건수 증가에 기여해 왔던 제도적·환경적 요인들은 향후에도 상당기간 동안 지속될 전망이며, 이에 따라 비급여 진료비 확인 신청 건수도 지속적으로 증가할 가능성이 있음.

○ 현장에서 발생할 수 있는 다양한 비급여 진료비 지출 유형과 사례에 대처할 수 있는 법적 근거 마련과 국민의 편의 증진 및 효율적 관리업무 수행 등을 위한 제도 개선이 필요함.

제2절 긴급 의료지원에서의 비급여 진료비 확인

□ 비급여 진료비 확인제도와 연동된 대표적인 제도로는 긴급복지지원 제도 중 의료비 지원에 대한 비급여 진료비 확인 및 환불 제도가 있음.

○ 이 제도는 『국민건강보험법』 제48조(요양급여 대상여부의 확인 등) 및 『의료급여법』 제11조의3(급여대상 여부의 확인 등)을 근거로 하여, 『긴급복지지원법』에 따라 의료지원을 받은 환자가 본인 일부부담금 외에 요양기관에 지불한 비용이 요양(의료)급여의 대상에 해당되는지의 여부를 확인하는 제도임.

- 『긴급복지지원법』 제9조 제1항 제1호 나목의 의료지원을 받은 건강보험 가입자(또는 피부양자) 및 의료급여 수급권자는 『국민건강보험법』 제48조에 따라 본인 일부부담금 외 요양기관에 지불한 비용(비급여 또는 전액 본인 부담진료비)이 요양(의료)급여의 대상에 해당하는지의 여부를 급여비용 심사기관(건강보험심사평가원)에 확인 요청할 수 있음.

○ 요양기관이 과다하게 징수한 본인부담금을 긴급의료지원 대상자 및 긴급 의료지원을 실시한 보장기관(시·군·구청장)에 환불함으로써 의료소비자의 권익보호와 국고의 재정누수를 방지하기 위해 실시되고 있음.

□ 확인요청 주체는 대상자가 치료받은 병·의원에 긴급의료지원비를 지급한 시·군·구청장과 국민(긴급의료지원 대상자 등)으로, 대상자 본인 및 배우자, 직계 존·비속 및 그 배우자, 형제·자매, 대상자와 동일 건강보험(의료급여) 관계가 있는 가입자 및 피부양자 등임.

□ 긴급의료지원 대상자 비급여 진료비 확인은 다음과 같은 법령에 규정된 내용을 기준으로 하고 있음.

○ 『국민건강보험법』 제41조에 따른 요양급여기준

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

34 비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
 - 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
 - 허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차
 - 『국민건강보험법』 제45조에 따른 요양급여비용의 내역
 - 건강보험 요양급여비용의 내역
 - 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
 - 약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준
 - 약제 급여목록 및 급여상한 금액표
 - 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한 금액표 등
 - 『국민건강보험법』 제63조제1항제5호의 규정에 의해 다른 법률에 따라 지급되는 급여 비용의 심사에 관하여 위탁받은 경우에는 그 법령 및 기준
 - 보건복지부 행정해석 및 기타 행정지시 사항
 - 건강보험심사평가원장이 진료심사평가위원회 심의를 거쳐 정한 심사지침
 - 신의료기술 등의 결정 및 조정기준
 - 의료급여법령 및 관계 법령
 - 전문가의 의학적 판단이 필요한 건은 진료심사평가위원 심의 또는 진료심사평가위원회에 회부하여 결정
- 이에 따라 2013년 2월 21일 이후 의료기관에 지원한 긴급의료지원비 중 비급여 진료비의 지원금액이 150만원 이상인 건에 대해 건강보험심사평가원에 확인을 요청할 수 있음.
- 2014년 이후 의료급여 대상자에 대한 처리건수가 건강보험에 비해 상대적으로 크게 증가하고 있는데, 이는 긴급의료지원 증가와 이에 따른 비급여 진료비

확인 건수 증가에 의한 것으로 판단됨.

○ 2013. 2. 1일 이후 의료기관에 긴급의료지원비가 지급된 건부터 사군구청장 등 보장기관의 진료비 확인 요청이 가능해졌는데, 이에 따라 2014년 이후 부터 의료급여 환자에서의 진료비 확인 처리건수가 크게 증가하고 있음.

□ 이와 같이 비급여 진료비 확인제도는 부당한 의료비 지출로부터의 환자 권익 보호라는 차원을 넘어 공공부문의 의료비 지원 사업 등에서의 의료비 지출 효율성을 확보하기 위한 기본적인 제도적 장치로 기능하고 있음.

○ 비급여 진료비 확인제도가 환자의 권익보호를 위한 제도적 인프라로서 자리 잡도록 하고, 앞으로 비급여 진료비 확인제도에 대한 다양한 형태의 제도 수요가 발생할 것에 대비하여 발전적 개선 방향 모색이 필요함.

제3절 비급여 관리체계 강화

□ 그간 정부의 건강보험 보장률 개선을 위해 비급여의 단계적 급여화 등 다양한 대책을 강구해 왔으나 비급여 진료비가 증가하면서 보장률 개선 대책의 정책 결과가 기대에 미치지 못하였음.

□ 이에 정부는 그간 비급여 관리를 강화하기 위해 비급여 진료 고지제도(2010년 도입), 비급여 진료 공개 제도(2021년 의원급 확대), 비급여 진료 사전 설명제도(2021년), 비급여 진료비용 등의 보고 및 현황 조사(2021) 등을 시행해 왔음.

○ 현행 『의료법』 제45조(비급여 비용 등의 고지)에 의해 시행되고 있는 비급여 진료비용 고지제도는 2010년 상급종합병원을 대상으로 처음 시작되었음.

- 『의료법 시행규칙』 제42조의2(비급여 진료비용 등의 고지) 제1항, 『비급여 진료비용 등의 고지 지침』(보건복지부고시 제2020-339호) 등에 따라 비급여 대상에 대해서는 환자 또는 보호자가 쉽게 알 수 있도록 항목과 가격을 적은 책자 등을 비치하여야 함.

『의료법』 제45조(비급여 진료비용 등의 고지)

① 의료기관 개설자는 「국민건강보험법」 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항 또는 「의료급여법」 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항의 비용을 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 알 수 있도록 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고지하여야 한다.<개정 2010.1.18., 2011.12.31., 2016.3.22.>

○ 비급여 진료비용 사전 설명제도는 『의료법』 제45조 제1항, 『의료법 시행규칙』 제42조의2 제1항에 따라 시행되고 있으며, 비급여 대상을 제공하려는 경우 환자 또는 보호자에게 진료 전 대상 항목과 가격을 직접 설명해야 함.

『의료법 시행규칙』 제42조의2(비급여 진료비용 등의 고지) 제2항

② 법 제45조제1항에 따라 의료기관 개설자는 비급여 대상 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비급여 대상을 제공하려는 경우 환자 또는 환자의 보호자에게 진료 전 해당

비급여 대상의 항목과 그 가격을 직접 설명해야 한다. 다만, 수술, 수혈, 전신마취 등이 지체되면 환자의 생명이 위험해지거나 심신상의 중대한 장애를 가져오는 경우에는 그렇지 않다. <신설 2020. 9. 4.>

- 비급여 진료비용 등의 공개 제도는 『의료법』 제45조 제1항 및 제2항, 『의료법 시행령』 제42조, 『의료법 시행규칙』 제42조의3, 『비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준』 등에 따라 시행되고 있음.
- 비급여 진료비용 등의 공개는 2013년 상급종합병원의 29개 항목에 대해 처음 실시되었으며, 2017년에는 대상의료기관 및 공개항목 확대가 이루어져 전체 병원급 107개 항목에 대해 실시되었음.
- 이후 2020년 9월 4일 『의료법 시행규칙』 개정을 통해 2021년부터 의원급 까지 진료비용 공개 대상이 확대되었으며, 그간 공개 항목은 2017년 107개, 2018년 207개, 2019년 340개, 2020년 564개로 확대되어 왔음.
- 비급여 진료비용 등의 보고제도는 『의료법』 제45조의2 제1항, 『의료법 시행규칙』 제42조의3에 따라 시행되고 있으며, 비급여 진료비용 및 제증명수수료의 항목, 기준, 금액 및 진료내역 등에 관한 사항을 보건복지부장관에게 보고하도록 되어 있음.

『의료법』 제45조의2(비급여 진료비용 등의 보고 및 현황조사 등)

① 의료기관의 장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 비급여 진료비용 및 제45조 제2항에 따른 제증명수수료의 항목, 기준, 금액 및 진료내역 등에 관한 사항을 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. <신설 2020. 12. 29.>

『의료법 시행규칙』 제42조의3(비급여 진료비용 등의 보고 및 현황 조사 등)

① 의료기관의 장은 법 제45조의2제1항에 따른 비급여 진료비용 등에 관한 다음 각 호의 구분에 따른 사항을 보건복지부장관에게 반기마다 보고해야 한다. 다만, 의료기관의 행정부담, 보고 내용의 활용 목적 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는

바에 따라 의료기관별 또는 항목별로 보고 횟수를 달리 정할 수 있다. <개정 2021. 6. 30.>

1. 법 제45조제1항에 따른 비급여 진료비용: 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 2에 따라 비급여 대상이 되는 행위·약제 및 치료재료 중 다음 각 목의 사항을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사항

가. 의료기관에서 실시·사용·조제하는 빈도

나. 의료기관의 징수비용

다. 환자의 수요

라. 환자가 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목에 따른 희귀난치성질환 자등이거나 같은 영 제21조제3항에 해당하는 경우, 법 제38조에 따른 특수 의료장비를 사용하는 경우 등 구체적인 진료 상황

□ 이러한 비급여 관리체계 강화의 목적이 비급여 진료비 부담으로부터 환자의 권익을 보호하는데 있다는 점에서 비급여 진료비 확인제도와 연계성을 강화하기 위한 방안을 검토할 필요가 있음.

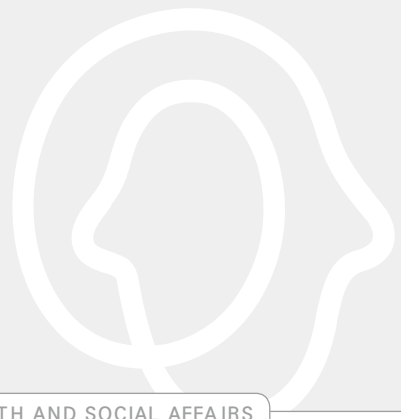
○ 비급여 진료에 대한 사전 설명이 적절하게 이루어졌는지 여부를 사후적으로라도 환자가 확인할 수 있게 된다면 비급여 진료에 대한 사전 설명 제도의 실효성이 증대될 수 있을 것임.

○ 의료기관 입장에서 추후 비급여 진료비 확인 등이 이루어질 개연성을 인지한다면 보다 철저하게 비급여 진료에 대한 사전 설명 절차를 이행하는 효과가 발생할 것으로 보임.

○ 비급여 진료비용 등의 보고제도와 비급여 진료비 확인제도 간의 연계성을 강화하기 위한 방안도 검토될 필요가 있다고 판단됨.

- 현재 비급여 진료내역 보고와 관련하여 환자의 진료정보 및 민감정보 처리, 의료기관의 업무 부담, 입법 목적 달성을 위한 수단의 적절성 여부, 보고정보 범위 등에 대해 다양한 의견이 대두되고 있음.

- 이에 대해서는 향후 사회적 논의와 제도 설계의 구체화가 이루어질 것이며, 이와 같은 의견수렴 및 논의 과정에서 비급여 진료비 확인 신청 제도와의 연계성도 고려될 수 있을 것임.



제4장

비급여 진료비 확인제도 운영 성과 평가

제1절 비급여 진료비 확인제도에 대한 국민 인식도
제2절 비급여 진료비 확인제도 운영 성과

제4장 비급여 진료비 확인제도 운영 성과 평가

제1절 비급여 진료비 확인제도에 대한 국민 인식도

1. 조사 개요

□ 비급여 진료비 확인제도 운영성과 계량분석만으로 비급여 진료비 확인제도에 대한 인지율, 이용경험 등을 파악하는 데 한계가 있어, 제도 이용경험, 인식 등을 별도로 조사하여 비급여 진료비 확인제도에 대한 인지율, 인식(만족도), 개선사항 등의 함의를 도출하고자 하였음.

〈표 4-1〉 비급여 진료비 확인제도 인식도 조사 개요

구분	내용	
조사대상	비급여를 알고 있으며, 지난 1년간 1번이라도 비급여 진료를 이용한 자(897명)	
조사방법	온라인 조사(조사 링크 개발 및 문자 전송)	
조사기간	약 2주(조사 링크 개발~조사 완료)	
조사내용	대상자 선별문항	비급여 인지도, 비급여 경험(최근 1년)
	대상자 특성	성별, 나이, 가구소득, 거주지역
	제도 인지	비급여 진료비 확인제도 인지 여부
	이용 경험	비급여 진료비 확인제도 이용 경험
	이용 이유	(이용한 경우) 비급여 진료비 확인제도 이용의 주된 이유
	불편 사항	(이용한 경우) 비급여 진료비 확인제도 이용 과정에서의 불편 사항
	제도 필요성	정보제공 및 참여기회 확대 측면에서 비급여 진료비 확인제도의 필요성
	개선사항	비급여 진료비 확인제도 개선·확대를 위해 필요한 사항

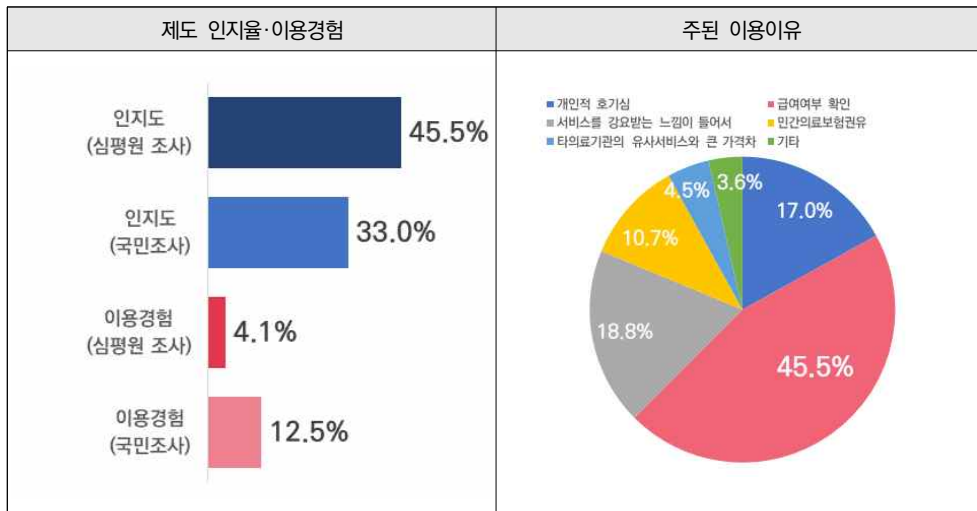
○ 본 조사의 응답자는 897명으로, 비급여 서비스를 알고 있으며 지난 1년간 최소 1번 이상 비급여 진료를 이용한 자임.

2. 조사 결과

□ **(인지율)** 비급여 진료비 확인제도 인지율은 33.0%(건강보험심사평가원 자체 조사 상 인지율 45.5%)이었으며, 실제 진료비 확인제도를 이용한 경험이 있다고 응답한 비율은 12.5%로 확인됨.

○ 진료비 확인제도 이용자의 45.5%가 급여 여부를 확인하기 위해 본 제도를 이용하였다고 응답하였으며, 이어서 서비스를 강요받는 느낌(18.8%), 개인적 호기심(17.0%), 민간의료보험 권유(10.7%) 순으로 응답비율이 높게 나타남.

[그림 4-1] 비급여 진료비 확인제도 인지율·이용경험·이용이유



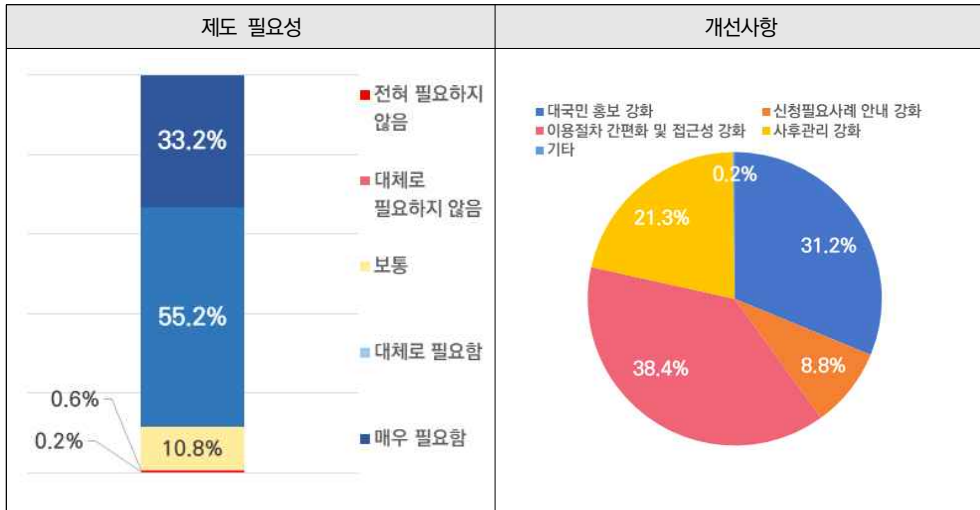
자료: 1) 건강보험심사평가원(2019). 건강보험심사평가원 2019년 기관인식조사 결과보고서.

2) 한국보건사회연구원(2021). 비급여 진료비 확인제도 인식도 조사.

주: 건강보험심사평가원 조사 결과와 국민인식도 조사의 조사 대상, 조사 시점에 차이가 있어 해석에 주의를 요함.

□ **(필요성·개선사항)** 비급여 진료에 대한 정보 제공 및 환자 참여기회 확대 측면에서 상당수(88.4%)가 비급여 진료비 확인제도가 필요하다고 응답하였으며, 본 제도의 주된 개선 필요사항은 이용절차 간편화 및 접근성 강화(38.4%), 대국민 홍보 강화(31.2%), 사후관리 강화(21.3%) 순으로 확인됨.

[그림 4-2] 비급여 진료비 확인제도 인지도·이용경험·이용이유



자료: 한국보건사회연구원(2021). 비급여 진료비 확인제도 인식도 조사.

제2절 비급여 진료비 확인제도 운영 성과

1. 접수·처리 현황

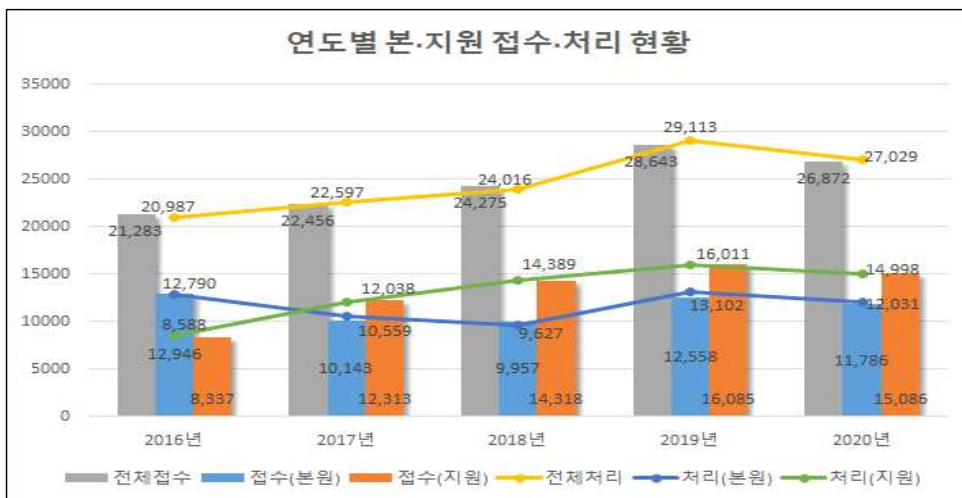
□ 비급여 진료비 확인제도 접수건수의 경우 '15년 21,261건에서 '20년 26,872건으로 연평균 4.8%씩 증가하는 추세이며, 처리건수 또한 '15년 22,314건에서 '20년 27,029건으로 연평균 3.9%씩 증가하였음.

○ 세부적으로 살펴보면, 진료비확인에 대한 요청건수는 연평균 -4.1%로 감소하는 추세이지만, 긴급지원 접수건수 연평균 증가율이 18.3%로 크게 증가한 것을 확인할 수 있음.

〈표 4-2〉 비급여 진료비 확인제도 접수·처리 현황

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	연평균 증가율
접수건수	21,261	21,283	22,456	24,277	28,643	26,872	4.8%
진료비확인	87.6%	82.0%	72.6%	75.8%	73.1%	71.1%	-4.1%
긴급지원	12.4%	18.0%	27.4%	24.2%	26.9%	28.9%	18.3%
처리건수	22,314	20,987	22,597	24,016	29,113	27,029	3.9%
처리비율	105.0%	98.6%	100.6%	98.9%	101.6%	100.6%	-0.8%

[그림 4-1] 연도별 비급여 진료비확인 접수 및 처리 현황(2016-2020)



자료: 건강보험심사평가원(2020). 2020년 진료비확인 접수·처리 현황

□ 전체 처리건수 중 '정당' 처리건수 및 비율은 증가와 감소가 주기적으로 반복되는 추세('15-'16년(감소), '17-'19년(증가), '20년도(감소))로 나타났으나 전체적으로는 연평균 9.7% 증가한 것으로 확인됨.

○ 민원 제기 금액은 전체적으로 연평균 -0.3% 감소하는 것으로 확인됨.

□ 전체 처리건수 중 '취하' 건수는 연평균 1.8% 증가하는 것으로 확인되었으며, '환불' 건수는 연평균 -4.5% 감소한 것으로 확인됨.

○ 이와 더불어 실제 환불금액은 연평균 -1.5% 감소하는 것으로 확인됨.

○ 전체적으로 접수건수가 증가한 반면 실제 환불되는 건수가 낮음으로 인해 요양기관의 행정부담 증가로 인한 불편함이 문제로 제기되고 있는 상황임.

〈표 4-3〉 비급여 진료비 확인제도 처리 세부현황(2015~2020)

구분		2015	2016	2017	2018	2019	2020	연평균 증가율
접수건수		21,261	21,283	22,456	24,277	28,643	26,872	4.8%
처리건수		22,314	20,987	22,597	24,016	29,113	27,029	3.9%
정당	건수	9,922	9,603	11,559	12,902	17,362	15,744	9.7%
	%	44.5%	45.8%	51.2%	53.7%	59.6%	58.2%	5.5%
취하	건수	2,447	2,266	2,669	3,011	2,848	2,673	1.8%
	%	11.0%	10.8%	11.8%	12.5%	9.8%	9.9%	-2.1%
기타	건수	1,818	1,871	1,664	1,959	2,076	2,151	3.4%
	%	8.1%	8.9%	7.4%	8.2%	7.1%	8.0%	-0.2%
환불	건수	8,127	7,247	6,705	6,144	6,827	6,461	-4.5%
	%	36.4%	34.5%	29.7%	25.6%	23.5%	23.9%	-8.1%
민원제기금액(천원)		54,695,455	47,560,370	49,115,070	46,002,013	61,562,992	53,973,450	-0.3%
환불금액(천원)		2,196,556	1,958,683	1,726,310	1,836,527	1,926,606	2,034,954	-1.5%

□ '20년도 기준 보험자별로 처리 현황을 확인한 결과 건강보험에 의한 처리건이 20,702건(76.6%), 의료급여에 의한 처리건이 6,327건(23.4%)로 나타남.

○ 의료급여 환자의 확인 신청 비율이 지속적으로 증가하고 있으며, 이러한 추세에서 환불율은 평균보다 빠르게 감소하고 있음.

48 비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

- 이에 따라 공급자 부당이득 징수 목적에 따른 결과인지, 의료급여 환자 특성에 따른 결과인지에 대한 검토가 필요할 것으로 보임.

[그림 4-2] 의료보장 유형별 처리 및 환불 현황(2014-2020)

【검토 쟁점사항 ③】건강보험 자격별(14~20) 의료급여 환자의 확인 신청 비율 지속 증가(20% 상회)
(단위: 건, 백만원)

구분	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
전체	처리건수	27,176	21,261	21,283	22,597	24,016	27,209
	환불건수(환불률, %)	9,822	8,127	7,247	6,705(29.7%)	6,144(25.6%)	6,461(23.9%)
	환불금액	2,715	2,197	1,959	1,726	1,837	2,035
건강보험	처리건수(전체대비%)	24,429(89.9%)	18,558(87.3%)	17,546(82.4%)	17,293(76.6%)	19,149(87.7%)	22,582(82.7%)
	환불건수(환불률, %)	8,424(34.5%)	7,149(38.6%)	6,163(35.1%)	5,262(30.4%)	4,939(25.8%)	5,298(25.6%)
	환불금액	2,360	2,004	1,767	1,487	1,644	1,827
의료급여	처리건수(전체대비%)	2,739(10.1%)	2,703(12.7%)	3,734(17.5%)	5,304(23.5%)	4,865(20.3%)	6,327(23.4%)
	환불건수(환불률, %)	1,398(51.0%)	978(36.2%)	1,084(29.0%)	1,443(27.2%)	1,205(24.8%)	1,163(18.4%)
	환불금액	355	192	191	239	193	208

▶ 의료급여 환자의 진료비 확인 신청에 따른 환불을 지속 감소 추세로, 전체/건강보험의 환불을 감소 속도보다 빠르게 감소('14년 기준 환불율 51.0% Vs '20년 환불율 18.4%)

의료급여 환자의 진료비 확인 접수 많은 상황(+증가추세), 환불율은 평균에 비해 빠르게 감소 추세
⇒ ① 공급자 부당이득 징수 목적에 따른 결과인지, ② 의료급여 환자의 특성에 따른 결과인지 검토 필요
*의료급여 환자도 건강보험 환자와 마찬가지로 비급여는 본인부담이므로, 비급여가 과다하다고 인식하는 것으로 추정

- 환불 현황의 경우 건강보험에 의한 환불건이 5,298건(25.6%), 의료급여에 의한 환불건이 1,163건(18.4%)으로 확인됨.

<표 4-4> 비급여 진료비 확인제도 처리 세부현황(2020)

구분	계			정당	취하	기타	환 불					
	건수	(100)	비급여총액				건수	금액				
총계	27,029	(100)	53,973,450	15,744	(58.2)	2,673	(9.9)	2,151	(8.0)	6,461	(23.9)	2,034,954
건강보험	20,702	(76.6)	36,303,525	11,074	(53.5)	2,587	(12.5)	1,743	(8.4)	5,298	(25.6)	1,826,982
의료급여	6,327	(23.4)	17,669,925	4,670	(73.8)	86	(1.4)	408	(6.4)	1,163	(18.4)	207,972

2. 처리유형(환불, 취하)별 세부 현황

가. 환불

□ (요양기관 종별) 요양기관종별 처리현황을 살펴보면, 의원급 처리건수 비중이 지속적으로 증가하는 추세로(연평균 증가율 3.7%), 특히 전체 환불건수 중 의원급 비중이 크게 증가(연평균 증가율 13.2%)함.

○ 병원급의 경우 처리 건수는 증가하였으나, 환불건수는 감소한 것으로 확인되었으며, 상급종합병원과 종합병원의 처리 및 환불 비중은 지속적으로 감소하는 양상이 확인되었음.

〈표 4-5〉 요양기관 종별 처리·환불 현황(2015-2020)

구분			2015	2016	2017	2018	2019	2020	연평균 증가율
전체	처리	건수	22,314	20,987	22,597	24,016	29,113	27,029	3.9%
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	-
	민원제기금액(백만원)		54,695	47,560	49,115	46,002	61,563	53,973	-0.3%
	환불	건수	8,127	7,247	6,705	6,144	6,827	6,461	-4.5%
%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	-	
상급 종합 병원	처리	건수	6,712	6,196	5,936	5,820	7,557	6,585	-0.4%
		%	30.1%	29.5%	26.3%	24.2%	26.0%	24.4%	-4.1%
	민원제기금액(백만원)		24,658	20,492	18,369	14,470	18,836	17,019	-7.1%
	환불	건수	2,657	2,207	1,686	1,475	1,869	1,692	-8.6%
%		32.7%	30.5%	25.1%	24.0%	27.4%	26.2%	-4.3%	
종합 병원	처리	건수	6,209	5,644	6,112	5,925	7,876	7,058	2.6%
		%	27.8%	26.9%	27.0%	24.7%	27.1%	26.1%	-1.3%
	민원제기금액(백만원)		13,243	11,115	13,212	11,356	15,348	13,013	-0.4%
	환불	건수	2,385	1,866	1,795	1,529	1,628	1,354	-10.7%
%		29.3%	25.7%	26.8%	24.9%	23.8%	21.0%	-6.5%	
병원	처리	건수	5,663	5,334	6,070	7,261	7,873	7,183	4.9%
		%	25.4%	25.4%	26.9%	30.2%	27.0%	26.6%	0.9%
	민원제기금액(백만원)		12,909	12,397	12,829	13,933	19,556	16,901	5.5%
	환불	건수	1,849	1,733	1,682	1,677	1,624	1,443	-4.8%
%		22.8%	23.9%	25.1%	27.3%	23.8%	22.3%	-0.4%	
의원	처리	건수	3,709	3,796	3,739	4,174	4,848	5,377	7.7%
		%	16.6%	18.1%	16.5%	17.4%	16.7%	19.9%	3.7%
	민원제기금액(백만원)		3,885	3,556	3,212	3,143	5,605	5,222	6.1%
	환불	건수	1,236	1,440	1,364	1,249	1,522	1,823	8.1%
%		15.2%	19.9%	20.3%	20.3%	22.3%	28.2%	13.2%	

50 비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

□ **(환불 금액)** 환불 금액 규모별 현황을 살펴봤을 때, 100만원 미만 환불이 대다수 (약 95%)를 차지하는 것으로 확인됨.

〈표 4-6〉 환불 금액 규모별 현황(2015-2020)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	연평균 증가율
50만원 미만	86.3%	86.4%	88.5%	86.1%	86.7%	88.0%	0.0%
50-100만원 미만	8.0%	7.8%	6.8%	7.8%	7.7%	6.1%	0.4%
100-500만원 미만	5.2%	5.5%	4.3%	5.5%	5.0%	5.1%	-5.5%
500-1000만원 미만	0.3%	0.2%	0.3%	0.5%	0.4%	0.5%	-0.5%
1000-2000만원 미만	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	11.3%
2000만원 이상	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	9.0%

□ **(환불 사유)** 연간 총 환불금액 중 ‘급여대상 진료비를 비급여 처리’로 인한 환불이 과반 이상(20년 기준 57.9%)으로 가장 높은 비율을 차지하고 있었으며, 이어서 ‘별도산정 불가항목 비급여 처리’에 따른 환불(20년 기준 24.1%)이 두 번째로 높은 비율을 차지하고 있었음.

○ 반면, ‘제출된 관련 자료에 의한 정산 처리(30.8%)’에 따른 환불과 ‘신의료 기술 등 임의비급여(3.5%)’에 따른 환불과 증가하는 추세로 확인되었으며, ‘선택진료비 과다징수(-46.7%)’ 항목은 가장 높은 감소율을 보였음.

〈표 4-7〉 환불 사유(2015-2020)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	연평균 증가율
연간 환불액(백만원)	2,197	1,959	1,726	1,837	1,927	2,035	-1.5%
급여대상 진료비를 비급여 처리	56.2%	52.8%	56.7%	53.3%	60.1%	57.9%	0.6%
별도산정불가항목 비급여 처리	27.7%	31.0%	30.1%	34.0%	24.2%	24.1%	-2.8%
선택진료비 과다징수	3.7%	3.9%	3.1%	1.8%	0.8%	0.2%	-46.7%
상급병실료 과다징수	4.5%	3.6%	3.0%	4.5%	2.3%	4.2%	-1.4%
신의료기술 등 임의비급여	5.1%	7.5%	2.4%	2.6%	7.0%	6.1%	3.5%
제출된 관련 자료에 의한 정산처리	1.9%	0.8%	2.7%	3.1%	4.7%	7.1%	30.8%
기타(청구, 계산착오)	0.8%	0.4%	1.9%	0.7%	0.9%	0.5%	-11.0%

□ **(지급 처리)** 전체 처리건수 중 국민건강보험공단을 통한 공제 처리 비중은 지속적으로 증가하는 추세(연평균 증가율 4.0%)이며, 환불금 지급 처리 소요기간은 지속적으로 감소하는 추세임(연평균 증가율 -7.9%).

○ 세부적으로 공제처리에 대한 환불금 지급 처리 소요기간은 -9.0%, 자체환불의 경우 -4.2%로 지속적으로 감소한 것으로 확인됨.

〈표 4-8〉 환불 지급처리 현황(2015-2020)

구분		2015	2016	2017	2018	2019	2020	연평균 증가율
환불지급 처리건수	전체(건수)	8,365	7,126	6,694	4,835	5,127	5,102	-9.4%
	공제처리(%)	57.7%	59.9%	52.7%	66.3%	69.6%	70.1%	4.0%
	자체환불(%)	41.3%	39.9%	46.3%	33.7%	30.4%	29.9%	-6.3%
환불금 지급소요기간 (일)	전체(일)	36.0	29.1	20.6	20.9	21.0	23.9	-7.9%
	공제처리(일)	43.2	34.7	30.2	23.9	23.7	26.9	-9.0%
	자체환불(일)	20.6	17.0	15.6	15.0	14.8	16.6	-4.2%

□ **(미결정 신의료행위 환불 현황)** 비급여 진료비 확인 결과 환불 처리된 건 중에서 급여·비급여로 고시되지 않은 미결정 신의료 행위로 인한 환불 건수는 '20년 기준 144건으로, 총 6,650만원 규모임.

〔그림 4-3〕 미결정 신의료행위에 따른 환불 현황(2015-2020)



- 이중 미신청 기술(한국보건 의료연구원에서 신의료기술평가를 받지 않은 의료 기술)에 따른 환불이 97건으로 가장 많은 비중을 차지하였음.

나. 취하

□ 2015-2020년 기준 전체 진료비 확인 신청 건수 중 ‘병원의 충분한 설명을 듣고 이해한 경우’가 가장 높은 취하 사유로 확인되었으며, 연평균 -2.2%의 감소율을 보임.

□ 반면 ‘중복청구’나 ‘회유 등 강압적 취하종용을 받음’항목은 가장 적은 비중으로 확인되었음.

- 그러나 취하 유형 중 회유 등 강압적 취하 종용을 받거나 향후 진료상 불이익을 고려하여 취하한 경우 비중은 적지만 해당 항목에 대한 모니터링이 필요할 것으로 사료됨.

〈표 4-9〉 취하 사유(2015-2020)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	연평균 증가율
계	2,447	2,266	2,669	3,011	2,848	2,673	1.8%
병원으로부터 환불받음	26.6%	26.3%	25.9%	27.1%	29.9%	30.9%	3.1%
병원의 충분한 설명을 듣고 이해함	47.6%	45.9%	44.4%	47.0%	43.7%	42.5%	-2.2%
필요서류 제출 곤란	5.1%	6.1%	10.1%	7.6%	6.3%	4.5%	-2.6%
중복청구	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-
위 사유 이외 구체적 사유	16.2%	17.7%	16.8%	15.8%	17.3%	19.5%	3.7%
회유 등 강압적 취하종용 받음	0.0%	0.3%	0.1%	0.1%	0.2%	0.5%	64.1%
향후 진료상 불이익 우려	3.2%	3.1%	2.2%	2.1%	2.4%	2.0%	-8.7%
취하사유 미기재	1.2%	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%	0.1%	-34.3%

3. 민간보험사 위임 현황

- '15-'20년 전체 대비 민간보험사 대리 청구건수는 연평균 23.2%(전체 대비 비중은 18.6%) 증가하였으며, 제기금액은 연평균 18.6%(전체 대비 비중은 18.9%) 증가함.
- 민간보험사 대리청구에 따른 환불건수는 연평균 21.8%, 환불금액은 연평균 26.1% 증가함.

〈표 4-10〉 민간보험사 위임 현황(2015-2020)

구분		2015	2016	2017	2018	2019	2020	연평균 증가율	
전체 처리건수		22,314	20,987	22,597	24,016	29,113	27,029	3.9%	
전체 제기금액(백만원)		54,695	47,560	-	-	61,562	53,973	-0.3%	
민간 보험사 대리청구	처리 건수	건수	1,922	1,971	-	-	4,128	5,466	23.2%
		%	8.6%	9.4%	-	-	14.2%	20.2%	18.6%
	제기, 금액	백만원	5,674	5,141	-	-	11,671	13,338	18.6%
		%	10.4%	10.8%	-	-	19.0%	24.7%	18.9%
	환불건수		721	754	-	-	1,355	1,931	21.8%
	환불금액		329	327	-	-	779	1,049	26.1%

- 2020년 기준 전체처리건(27,029건) 중 민영보험사 위임신청 처리건수는 5,466건(20.2%)이며 취하건율 24.6%, 환불건율 29.9%로 취하율과 환불율이 높은 수준으로 확인됨.

〈표 4-11〉 민영보험사 위임 신청 처리 현황(2019, 2020)

구분		계		정당	취하	기타	환 불	
		건수	비급여총액				건수	금액
총계	전체	56,142	115,536,442	33,106	5,521	4,277	13,288	3,961,560
	민영 보험사	9,594(17.1)	25,010,833	4,842(14.6)	1,186(21.5)	280(6.6)	3,286(24.7)	1,826,919
2020	전체	27,029	53,973,450	15,744	2,673	2,151	6,461	2,034,954
	민영 보험사	5,466(20.2)	13,338,935	2,760(17.5)	657(24.6)	118(5.5)	1,931(29.9)	1,049,100
2019	전체	29,113	61,562,992	17,362	2,848	2,076	6,827	1,926,606
	민영 보험사	4,128(14.2)	11,671,898	2,082(12.0)	529(18.6)	162(7.8)	1,355(19.8)	777,819

자료: 건강보험심사평가원(2020). 2020년 진료비확인 접수·처리 현황

4. 이의신청 접수·처리 현황

□ 2020년 기준 처리 대비 이의신청 제기건율은 3.9%이며, 제기 금액의 비율은 2.9%로 나타남.

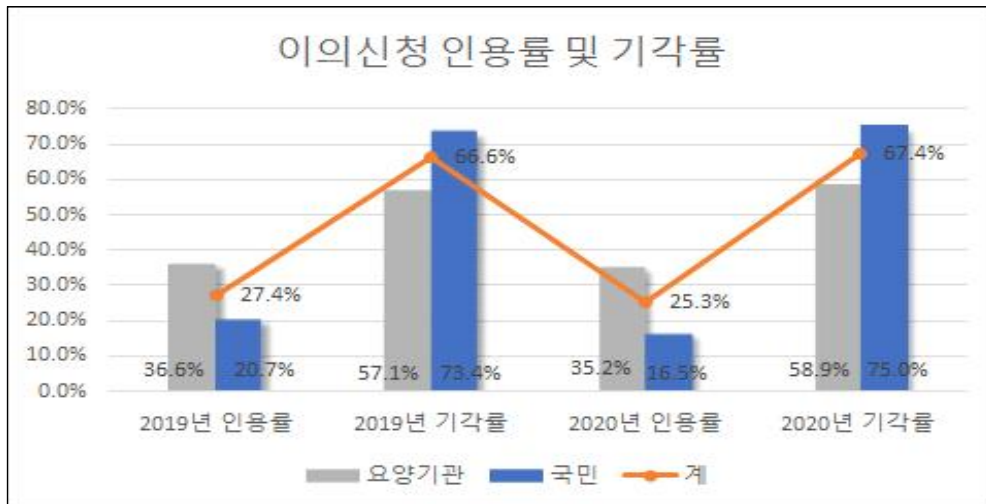
○ 처리전대비 이의신청 제기건수는 3.9%이며, 총 이의신청 처리전 대비 인용률은 25.3%, 기각률은 67.4%로 이의신청에 대한 과반 이상은 기각되는 것으로 확인 되었음.

<표 4-12> 이의신청 접수처리 현황(2020)

처리건수 (정당·환불)	이의신청 접수			이의신청 처리							
	제기자	건수		계	인용	기각	취하	기타			
22,205	계	872	(3.9)	869	(100.0)	220	(25.3)	586	(67.4)	33	6
	요양기관	405	(1.8)	409	(100.0)	144	(35.2)	241	(58.9)	20	4
	국민	467	(2.1)	460	(100.0)	76	(16.5)	345	(75.0)	33	6

자료: 건강보험심사평가원(2020). 2020년 진료비확인 접수·처리 현황

[그림 4-4] 이의신청 인용률 및 기각률(2019, 2020)



자료: 건강보험심사평가원(2020). 2020년 진료비확인 접수·처리 현황

5. 요양기관 업무포털 활용 자료제출

- 2020년 기준 전체 처리건수 중 요양기관 업무포털을 이용해서 자료를 제출한 비율이 과반 이상(60.7%)으로 확인됨.
- 종합병원 급 이상에서는 웹 제출 비율이 높으나, 병원급 이하에서는 웹 제출 비율이 상대적으로 낮아 행정부담이 가중될 것으로 예상됨.
- 향후 의원급과 병원급 의료기관의 진료비 확인 행정 부담을 경감시키기 위한 전략이 필요할 것으로 보임.

[그림 4-5] 요양기관 업무포털을 이용한 자료 제출 비율(2020)

구분	처리건수(정당,환불)(건)	웹제출 건수(건)	웹제출비율(%)
총계	22,205	13,480	60.7
상급종합병원	5,424	5,135	94.7
종합병원	5,971	4,210	70.5
병원	6,180	3,040	49.2
치과병원	76	48	63.2
한방병원	179	44	24.6
요양병원	112	41	36.6
의원	4,053	882	21.8
치과의원	154	65	42.2
한의원	55	15	27.3
약국	1	-	-
보건지소	-	-	-

자료: 건강보험심사평가원(2020). 2020년 진료비확인 접수·처리 현황



제5장

비급여 진료비 확인 대상 및 범위

제1절 현행 법령 및 비급여 진료비 확인 범위

제2절 판례 및 해석·내부지침 검토

제3절 대상 범위 관련 주요쟁점 검토

제4절 법체계 개선방안

제 5장 비급여 진료비 확인 대상 및 범위

제1절 현행 법령 및 비급여 진료비 확인 범위

1. 현행 법령 검토

- 본장에서는 비급여 진료비 확인제도 운영을 위한 보건복지부 고시 등 하위법령을 제정함에 있어 **비급여 진료비 확인제도 관련 판례, 내부지침, 복지부 해석 등을 검토**하여 비급여 진료비 확인제도 **대상 및 범위를 제안**하고자 함.

- **(비급여 범위)** 비급여 유형 구분에 대해 다양한 의견이 존재하지만, 대표적으로 **등재비급여, 기준비급여, 제도비급여, 선택비급여**의 4개 유형으로 구분됨.
 - **(등재비급여)** 임상적 안전성과 유효성이 검증된 신의료기술 중 경제성(비용 효과성) 및 급여 적정성 측면에서 급여가 적정한 항목은 등재급여로, 급여가 적정하지 않은 항목은 등재비급여로 관리
 - **(기준비급여)** 건강보험 급여항목 중에서 급여기준(적응증, 적용횟수 등)을 초과하는 경우 기준비급여로 관리
 - **(제도비급여)** 건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조, 별표2에 따른 비급여 중 상급병실료 차액, 제증명수수료 등 제도적 규정에 따른 비급여
 - **(선택비급여)** 건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조, 별표2에 따른 비급여 중 제도비급여를 제외한 항목으로, 일상생활에서 지장이 없는 질환의 치료나 신체적 필수 기능개선을 직접 목적으로 하지 않는 진료

- **(법적근거)** 비급여 대상에 대한 주요 법적근거는 아래와 같음.
 - 국민건강보험법 제41조제4항 및 국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙 제9조에 따른 요양급여 대상에서 제외되는 사항<별표 2. 비급여 대상>

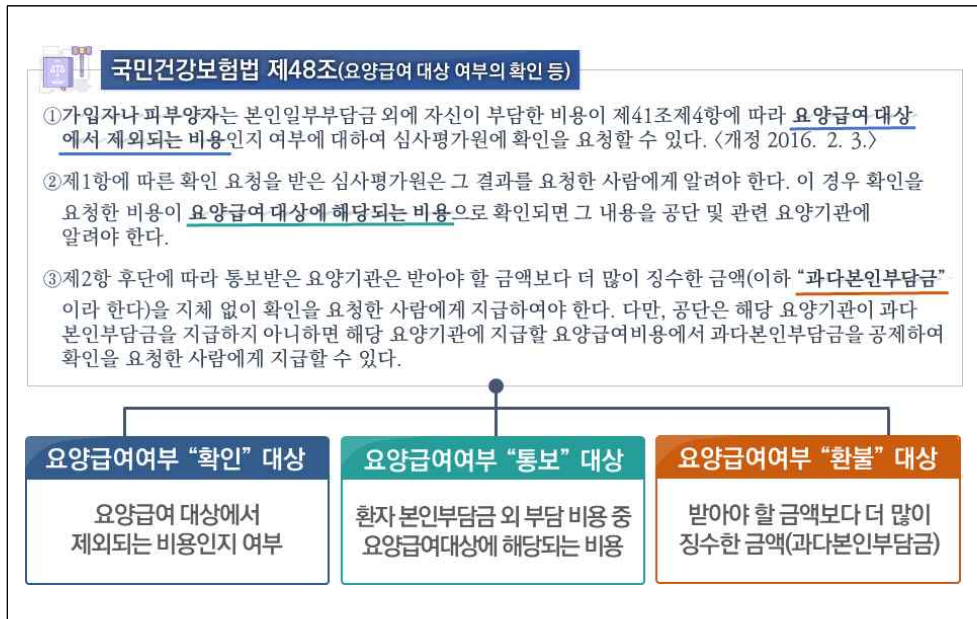
○ 국민건강보험법 제45조 및 제46조에 따른

- 『건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수』에 등재된 비급여 행위
- 『치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표』에 등재된 비급여 치료재료
- 『약제 급여 목록 및 급여 상한금액표』에 등재되지 아니한 약제
- 『한약제제 급여 목록 및 급여 상한금액표』에 등재되지 아니한 한약제

○ 국민건강보험법 제41조 및 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제5조에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 고시에 비급여 또는 전액 본인부담할 수 있도록 정한 사항(행위·약제·치료재료 급여 목록에 등재된 항목)

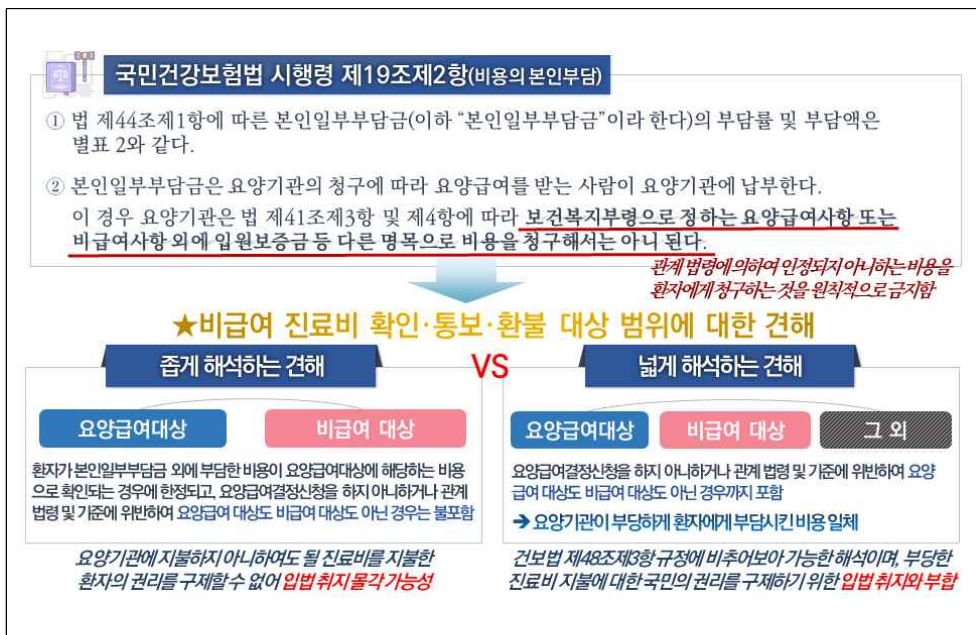
□ (진료비 확인제도) 비급여 진료비 확인 및 환불은 국민건강보험법 제48조에 근거하여 이루어지고 있으며, 조문에 의거한 **요양급여 확인 대상**, **요양급여여부 통보 대상**, **요양급여 환불 대상**은 아래와 같음.

[그림 5-1] 국민건강보험법 제48조에 따른 비급여 진료비 확인제도의 확인·통보·환불 대상



- (확인 대상) 요양급여 대상에서 제외되는 비용인지 여부
 - (통보 대상) 본인부담금 외 부담 비용 중 요양급여대상에 해당되는 비용
 - (환불 대상) 받아야할 금액보다 더 많이 징수한 금액(과다본인부담금)
- (확인·통보·환불 범위에 대한 법적 해석) 국민건강보험법 시행령 제19조제2항에 (비용의 본인부담)에 따르면, 관계법령에 의하여 인정되지 아니하는 비용을 환자에게 청구하는 것을 원칙적으로 금지하고 있음.

[그림 5-1] 국민건강보험법 제48조에 대한 해석 견해



- 본 조문과 비급여 진료비 확인제도를 연계 검토하였을 때, 좁은 해석 견해로는 “환자가 본인일부부담금 외에 부담한 비용이 요양급여대상에 해당하는 비용으로 확인되는 경우”를, 넓은 해석 견해로는 “환자가 본인일부부담금 외에 부담한 비용이 요양급여대상에 해당하는 비용으로 확인되는 경우뿐만 아니라, 요양급여 결정신청을 하지 아니하거나 관계 법령 및

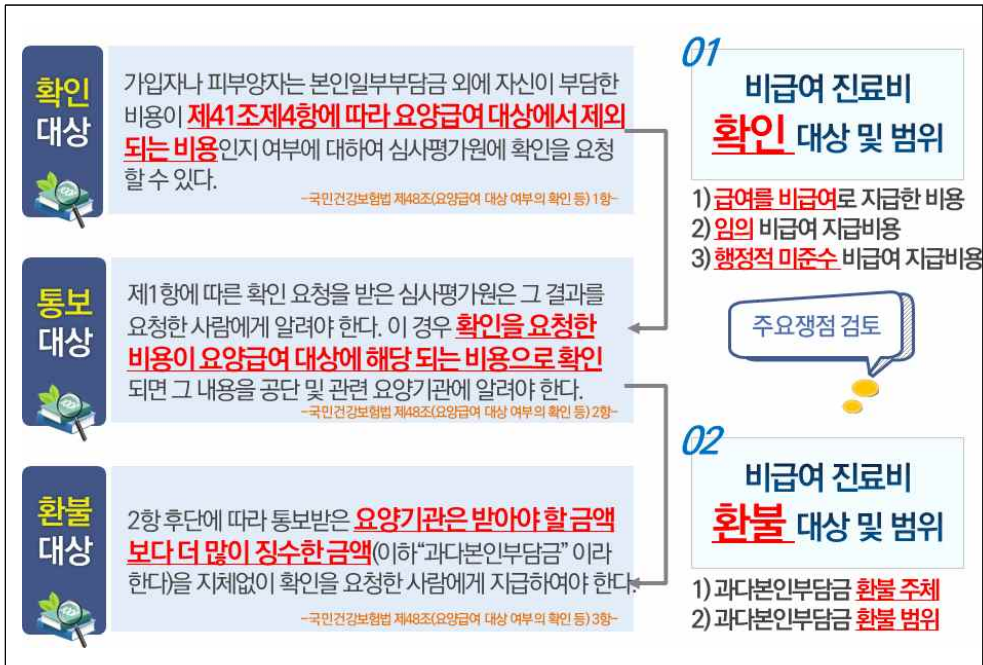
기준에 위반하여 요양급여대상도 비급여대상도 아닌 경우를 모두 포함”을 비급여 진료비 확인·통보·환불 대상 범위로 볼 수 있음.

- 비급여 진료비 확인·통보·환불 범위를 넓은 해석 견해에 따라 ‘요양기관이 부당하게 환자에게 부담시킨 비용 일체’로 설정하는 것이 국민 권리 구제 측면에서 입법 취지와 부합할 것으로 생각됨.
- 본 연구에서는 제도 취지 외에 실제 제도운영 현황(비급여 확인 유형, 관련 소송 판례 및 행정해석)을 상세히 검토하여 최종적으로 비급여 진료비 확인·통보·환불 범위를 제안하고자 함.

2. 검토 방향

- **(확인 유형)** 비급여 진료비 확인 민원사례 검토, 실무자 자문을 통해 비급여 진료비 확인(환불) 유형은 크게 1) 급여를 비급여로 지급한 비용, 2) 임의비급여 지급 비용, 3) 행정적 미준수가 동반된 비급여 지급 비용으로 구분 가능함.
- **(①급여를 비급여로 지급한 비용)** 급여 대상 진료비를 비급여로 처리한 경우로, 당연 환불대상에 해당
- **(②임의비급여 지급 비용)** 의료기관에 지불하지 않은 비급여 진료비(원외처방), 신의료기술평가 미신청 의료행위, 급여 약제·치료재료의 식약처 허가사항 외 사용, 별도산정 불가 약제·치료재료, 등재비급여 ‘주’사항 목적, 대상, 방법 미부합 등 건강보험에서 인정하지 않는 비급여(임의비급여) 서비스에 대한 지급 비용
- **(③행정적 미준수가 동반된 비급여 지급 비용)** 선택진료비에 대한 동의서 미수취 등의 절차적·행정적 미준수가 동반된 비급여 진료에서의 지급 비용
- **(환불 주체 및 범위)** 비급여 진료비 환불 유형별로 과다본인부담금 환불 주체(의료기관, 의료기관 外)와 환불 범위를 검토해볼 필요가 있음.

[그림 5-2] 비급여 진료비 확인제도 검토 방향



□ 비급여 진료비 확인 유형 중 임의비급여로 행해진 서비스에 대한 지급 비용과 행정적 미준수가 동반된 비급여 지급 비용은 **환불 여부 및 환불 기준(주체, 범위)에 대한 검토**가 필요하며, **관련 고시 등 법적근거가 마련**되어야 함.

○ 급여범위에 해당함에도 불구하고 의료기관이 비급여로 원외처방을 한 경우 의료기관에 대한 환불 처리가 합법적인지에 대한 검토가 필요함.

- 원외처방과 같이 **지불주체 관련 확인(환불) 신청**이 이루어지는 경우에 대해 환불(불인정) 처리가 가능한 법적근거가 마련될 경우, **의료기관에서 정산(공제)**하는 방향을 검토해볼 수 있겠음.

○ 별도산정 불가 치료재료, 신의료기술평가 미신청 의료행위와 이와 동반된 약제·치료재료, 급여 약제·치료재료의 식약처 허가사항 외 사용, 등재비급여 ‘주’사항 목적, 대상, 방법 미부합 등과 같이 **지불내용 관련 확인(환불) 신청**이 이루어지는 경우 **불인정(환불)하는 방향**을 검토해볼 수 있겠음(불인정 시 지침 또는 법적 근거 마련 필요).

64 비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

- 동의서 수취 등 행정적·절차적 사항 미준수와 같이 절차적 부당함이 있었던 경우에서 발생한 진료비에 대해서는 사후적으로 서류를 보완하도록 하거나, 불인정(환불)하는 방향을 검토해볼 수 있겠음.

제2절 판례 및 해석·내부지침 검토

1. 검토 개요

□ **(필요성)** 현행 법률·행정 해석 상 비급여 진료비 확인 범위를 확인하고자 **비급여 진료비 확인 제도 관련 판례, 내부지침(질의사항 포함) 및 해석** 등을 검토하였음.

○ 이를 통해 진료비 확인 신청 유형별 판단의 근거(사례) 존재 여부를 살펴보고, 확인 신청 유형별 조치 결과(환불·삭감 적용 여부)를 확인하고자 하였음.

- 비급여 확인 신청 유형별로 판례 또는 행정해석이 있을 경우 향후 유사 분쟁 발생 시 판례 또는 행정해석 등을 판단의 근거로 활용할 수 있으나, 판단 근거가 없는 유형의 경우 판단 근거(환불·삭감 적용 여부 등) 마련 방안(예: 고시(안)에 포함)을 모색할 필요가 있음.

□ **(검토 흐름)** 건강보험심사평가원 법규송무부와 진료비 확인 담당부서로부터 제도 도입('03년) 이후 현재까지 비급여 진료비 확인제도 관련 **판례 리스트를 사건* 기준으로 81건(사건번호 기준 220건)**을 제공받았음. 또한 건강보험심사평가원 '요양(의료)급여 대상여부의 확인 등 업무편람(2020)'에 제시된 **내부지침(질의사항 포함)과 해석 등 60건을 1차적으로 스크리닝** 하였음.

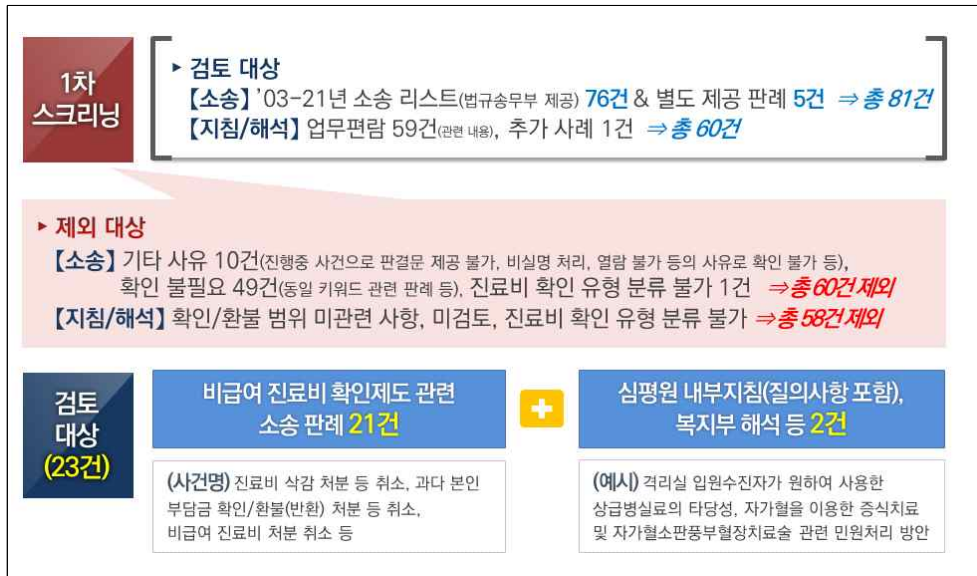
* 심급제도(항소, 상고, 항고 및 재항고) 절차에 따른 판결은 1개의 사건으로 간주

○ 사건명은 '진료비 삭감 처분 등 취소', '과다본인부담금 확인/환불(반환) 처분 등 취소', '비급여 진료비 처분 취소', '진료비 삭감/환불(반환) 처분 취소' 등으로 구성됨.

○ 총 81건의 사건 중에서 21건의 판례와 내부지침(질의사항 포함) 및 해석 8건을 포함하여 **총 29건의 사례를 확인함**(판례 미확인 사유는 아래 참조).

- 판례 리스트 중 '사건명'과 '키워드'가 동일한 경우(백혈병, NST, PRP), 진료비 확인 유형이 동일한 것으로 간주하여 대다수 검토 대상에서 제외
- 판결문 검색 또는 사본 신청 불가
- 진행 중인 사건으로, 판결문 제공 불가

[그림 5-2] 판례 및 내부지침·해석 검토 개요



- 확인대상 사례 29건 중 23건을 비급여 진료비 환불 사유 유형별로 구분하였으며, 각 유형별 판단의 근거가 되는 사례들을 본문에서 제시함.
 - 판례 등 확인과정에서 비급여 진료비 환불 사유 유형으로 분류되지 않는 사례 (6건)는 검토 대상에서 제외 함.
- 이를 통해 비급여 진료비 확인 대상 및 범위 관련 주요 쟁점사항을 도출하고, 쟁점사항별로 비급여 진료비 확인대상으로 포함하는 것이 타당한지 여부와 환불기준에 대한 방향성을 제시하고자 함.
- 또한 비급여 진료비 확인 제도 대상 범위에 대한 검토 결과와 법체계 개선방향을 연계하여, 향후 검토사항(예: 비급여 목록 명확화, 법·시행령·시행규칙·고시 개정 등)을 제안하고자 함.

2. 검토 결과

□ 비급여 진료비 관련 판례 및 내부지침 등 검토 결과는 아래의 표와 같이 요약됨.

〈표 5-1〉 판례 및 내부지침 등 검토 결과

(단위: 개)

구분 ¹⁾	전체	(결과) 환불/삭감 ²⁾				
		판례	지침 등	적용	미적용	확인불가
① 의료기관에 지불하지 않은 진료비(원외처방)	2	1	1	-	2	-
② 별도산정 불가 약제·치료재료	3	3	-	2	1	-
③ 신의료기술평가 미신청 의료행위	11	11	-	7	1	3
④ 급여 약제·치료재료의 식약처 허가사항 외 사용	3	3	-	2	-	1
⑤ 등재비급여 '주'사항 목적, 대상, 방법 미부합	1	1	-	1	-	-
⑥ 행정적·절차적 사항 미준수 등 기타사항	1	-	1	1	-	-
⑦ 급여대상 진료비 비급여 처리	8	8	-	3	3	2

주: 1) 사건별 중복 포함

2) 최종 판결 기준 조치

○ 각 비급여 진료비 확인 신청 유형별로 주요 소송판결 또는 심평원 내부지침과 복지부 등 해석 사례는 아래와 같음.

가. 【판례】 ① 임의비급여 : 신의료기술 미신청 의료행위

□ (사건 경위) 전통적인 치료방법을 고려할 때 △△시술이 기존 비급여 항목인 □□ 시술의 범주에 해당하지 않으며 신의료기술신청이 선행되어야 한다는 이유로 과다 본인부담금임을 확인하고 이를 환급할 것을 명하는 처분을 함.

○ (원고) ○○병원 의사

- 혈액약침술은 보건복지부 고시인 '건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수'(보건복지부 고시 제2010-123호, 이하 '이 사건 고시'라고 한다)에 비급여 항목으로 등재된 약침술의 범위에 포함되므로, 이와 다른 전제에서 이루어진 이 사건 처분은 위법하다는 주장

○ **(피고)** 건강보험심사평가원

- 기존 비급여 항목인 □□시술의 범위에 해당하지 않아 신의료기술평가 신청이 선행된 이후 시행되어야함에도 불구하고 그 비용을 비급여로 징수하였으므로 위 처분이 적합하다는 주장

□ **(판결 요지)** △△시술은 기존 비급여 항목인 □□시술과 시술대상, 시술량, 원리 및 효능발생기전에 있어서 본질적으로 차이가 있으므로, □□시술에 포함된다고 할 수 없으며, △△시술에 대해서는 신의료기술평가 등의 절차를 통하여 별도로 안정성·유효성을 인정받아야 한다고 봄이 타당함(최종 판결 기준 원고 패).

○ **(1심)** △△시술은 □□시술에서 발전한 치료법이지만 시술대상·시술량·원리 및 효능발생기전 등에 있어서 본질적인 차이가 있으므로 □□시술에 포함된다고 할 수 없음. △△시술에 관하여는 신의료기술평가 등의 절차를 통하여 별도로 안전성·유효성을 인정받아야 함(원고 패).

○ **(2심)** 한방의료행위에 있어 신의료기술평가의 대상이 되는지 여부를 판단함에 있어서는 이미 요양급여대상 또는 법정비급여대상으로 등재된 의료행위와 유사성이 있는지에 더불어 전통적으로 내려오는 한의학에 의한 의료행위와 어떻게 다른 것이며, 어떻게 과학적으로 응용·개발된 것인지, 신의료기술평가 제도에 의하여 그 안전성과 유효성을 적절하게 판단할 수 있을 것인지 등을 종합적으로 살펴보아야 함.

- △△시술은 이미 등재된 비급여 항목인 □□시술과 시술대상·시술방법·효능 발생기전 등에 있어 본질적인 차이가 있다고 볼 수 없고, 법정비급여로 수진자들로부터 본인부담금을 받기 위하여 신의료기술평가가 선행되어야 한다고 볼 수도 없으므로 이 사건 처분은 위법함(원고 승).

○ **(3심)** 1심과 판결요지 동일

○ **(2심, 파기후 환송)** 신의료기술평가 대상이 되는 것은 혈맥약침액과 분리된 혈맥약침술 시술 행위만이 아니라, 혈맥약침술 시술 행위에 의해 인체 내로 주입되는 혈맥약침액의 안전성·유효성까지 포함되는 것이고, 이와 달리 혈맥

약침액이 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2]에 정한 법정 비급여 항목인 ‘한약침약’에 해당한다고 볼 수 없음.

- (3심, 재상고) 상고이유에 관한 주장은 상고심절차에 관한 특례법 제4조 제1항 각 호에 정한 사유를 포함하지 아니하거나 이유가 없다고 인정되므로, 같은 법 제5조에 의하여 상고를 기각

〈표 5-2〉 주요판례: 신의료기술평가 미신청 의료행위

구분	내용	
사건명/법원	1심	2014구합15375 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 서울행정법원
	2심	2015누41229 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 서울고등법원
	3심	2016두34585 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 대법원
	2심(파기후환송)	2019누48747 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 서울고등법원
	3심(재상고)	2020두35738 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 대법원
원고/피고	OO병원 / 건강보험심사평가원	
판결 선고일	(1심) 2015.4.9. / (2심) 2016.1.26. / (3심) 2019.6.27. / (2심) 2020.2.6. / (3심) 2020.5.28.	
법원의 판단	신의료기술평가 미신청 행위로 원고 패 ... 환불/삭감	

나. 【판례】 ①임의비급여 : 급여 약제·치료재료의 식약처 허가사항 외 사용

□ (사건 경위) △△의약품, □□의약품에 대해 의약품 효능·효과 및 용법·용량에 관한 식품의약품안전처장의 허가사항 등 요양급여기준을 위반하여 환자에게 의약품을 병용하고 그 비용을 진료비로 징수한 것을 과다징수금액으로 확인하고, 이를 원고 병원에 통보함.2)

○ (원고) OO병원

- 질병의 치료를 위하여 급여기준을 위반하거나 초과한 진료행위를 하였더라도 그 치료방법이 의학적 안정성, 유효성, 필요성이 있고, 환자의 동의를 받은 경우에는 그 비용과 보수를 본인부담금으로 환자에게 청구할 수 있다고 주장

2) 본 판결문에 식약처 허가사항 외 사용 외 다른 비급여 진료비 확인 통보 사유(①요양급여 기준 상 요양급여비용 청구대상임에도 수진자로부터 그 비용을 비급여 대상 진료비로 징수, ②별도산정 불가 치료재료를 비급여 진료비로 징수도 포함되어 있으나, 식약처 허가사항 외 사용 관련 판결 요지만 다름.

○ **(피고) 건강보험심사평가원**

- 식약처 허가사항 등 요양급여기준을 위반하여 의약품을 병용하고 이를 비급여 진료비로 징수하였으므로, 위 처분이 적합하다고 주장

□ **(판결 요지)** 원고병원의 진료행위는 요양급여기준과 절차에 따리지 아니하고 임의로 비급여 진료행위를 하고 가입자 등에게 진료비용 등을 징수한 경우로서 **임의비급여 진료행위 해당**하므로, 원고비용은 가족들에게 의학적 필요성, 대체적 진료수단, 대체적 진료수단이 있음에도 임의 비급여 진료행위를 선택한 이유 등에 관하여 상세히 설명하고 동의를 받았어야 하나, 위와 같은 과정을 거쳤음을 인정할 근거가 없음.

○ **(결론)** 본 사건이 **임의 비급여 진료행위가 예외적으로 허용된다고 볼 수 있는 특별한 사정이 없어 원고의 청구를 기각(1-3심) 조치**

〈표 5-3〉 주요판례: 식약처 허가사항 외 사용

구분	내용	
사건명/법원	1심	2012구합4678 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 서울행정법원
	2심	2013누28529 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 서울고등법원
	3심	2014두9882 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 대법원
원고/피고	OO병원 / 건강보험심사평가원	
판결 선고일	(1심) 2013.9.27. / (2심) 2014.6.25. / (3심) 2016.5.27.	
법원의 판단	임의 비급여 진료행위가 예외적으로 허용된다고 볼 사정이 없음 ... 환불/삭감O	

다. 【판례】 ①임의비급여 : 별도산정 불가 약제·치료재료

□ **(사건 경위)** △△주사제에 대해 요양급여 기준상 치료재료 비용이 포함되어 있어 이를 별도로 산정할 수 없도록 규정되어있음에도 불구하고, 허가 외 투여하면서 그 비용을 비급여 징수한 것을 과다징수 금액이라고 확인한 후 이를 원고 병원에 통보함.³⁾

3) 본 판결문에 별도산정 불가 치료재료 외 비급여 진료비 확인 통보 사유(①요양급여 기준 상 요양급여비용 청구대상임에도 수진자로부터 그 비용을 비급여 대상 진료비로 징수, ②식약처 허가사항 등 요양급여기준을 위반하여 환자에게 의약품을 병용하고 그 비용을 진료비로 징수)도 포함되어있으나, 별도산정 불가 치료재료 관련 판결 요지만 다름.

○ (원고) OO병원

- 질병의 치료를 위하여 급여기준을 위반하거나 초과한 진료행위를 하였더라도 그 치료방법이 의학적 안정성, 유효성, 필요성이 있고, 환자의 동의를 받은 경우에는 그 비용과 보수를 본인부담금으로 환자에게 청구할 수 있다고 주장

○ (피고) 건강보험심사평가원

- 요양급여기준 상 급여비용에 치료재료 비용이 포함되어 있어 이를 별도로 산정할 수 없도록 규정되어 있음에도 허가 외 투여하면서 그 비용을 비급여 진료비로 징수하였으므로, 위 처분이 적합하다고 주장

□ (판결 요지) 원고병원의 진료행위는 요양급여기준과 절차에 따르지 아니하고 임의로 비급여 진료행위를 하고 가입자 등에게 진료비용 등을 징수한 경우로서 **임의비급여 진료행위 해당**하므로, 원고비용은 가족들에게 의학적 필요성, 대체적 진료수단, 대체적 진료수단이 있음에도 임의 비급여 진료행위를 선택한 이유 등에 관하여 상세히 설명하고 동의를 받았어야 하나, 위와 같은 과정을 거쳤음을 인정할 근거가 없음.

○ (결론) 본 사건이 임의 비급여 진료행위가 예외적으로 허용된다고 볼 수 있는 특별한 사정이 없어 원고의 청구를 기각(1-3심) 조치

<표 5-4> 주요판례: 별도 산정불가 치료재료

구분	내용	
사건명/법원	1심	2012구합4678 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 서울행정법원
	2심	2013누28529 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 서울고등법원
	3심	2014두9882 [과다본인부담금 확인처분 취소] / 대법원
원고/피고	OO병원 / 건강보험심사평가원	
판결 선고일	(1심) 2013.9.27. / (2심) 2014.6.25. / (3심) 2016.5.27.	
법원의 판단	임의 비급여 진료행위가 예외적으로 허용된다고 볼 사정이 없음 ... 환불/삭감O	

라. 【판례】 ①임의비급여 : 등재비급여 ‘주’사항의 목적, 대상, 방법 미부합

□ (사건 경위) △△기법을 신의료기술로 고시하면서 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수로 비급여 대상으로 새로이 규정하면서 ‘주: 다른 통증치료로 관리되지 않는 만성 통증, 암성 통증 및 난치성 통증 환자에게 실시한 경우 산정한다’ 라고 명시함. 피고는 이 사건 진료행위를 하고 지급받은 진료비용이 비급여 요건을 충족하지 아니한다는 이유로 진료비용 환불 통보를 함.

○ (원고) ○○병원 의사

- 건강보험법 제48조는 요양급여항목을 본인부담으로 받았는지 평가하여 과다 징수 부분을 환불하도록 규정하고 있을 뿐이므로 피고는 비급여 항목에 대한 심사·환불 권한이 없으며, 이 사건 수진자(환자A,B)들은 만성통증에 시달렸고 내원 당시 통증을 호소하여 입원한 환자들로 피고가 임의로 만성 통증에 해당하지 아니한다고 판단한 처분은 재량권을 일탈·남용한 것으로 위법하다는 주장

○ (피고) 건강보험심사평가원

- 주(註) 사항에 해당하지 않아 비급여 요건을 충족하지 아니하므로 과다 본인부담금에 해당하며, 위 처분이 적합하다고 주장

□ (판결 요지) 환자 A(1처분)와 환자 B(2처분)에 대한 이 사건 진료행위는 다른 통증 치료로 관리되지 않은 만성통증환자에게 통증 감소 목적으로 시행된 것이라고 볼 수 없어 이 사건 진료행위는 비급여 요건을 갖추지 못하였으며 1-2처분은 적법함.

○ (결론) 피고는 원고에 대해 이 사건 기법의 비용을 반환하라고 통보할 수 있으며, 이 사건의 각 처분은 적법

〈표 5-5〉 주요판례: 등재비급여 ‘주’사항의 목적, 대상, 방법 미부합

구분	내용
사건명/법원	2018구합58417 [진료비 환불처분 취소] / 서울행정법원
원고/피고	○○병원 / 건강보험심사평가원
판결 선고일	2018.11.30.
법원의 판단	비급여 요건을 충족하지 아니하여 환불할 것을 통보한 위 사건 처분 적법 ... 환불/삭감○

마. 【질의회신】 ②행정적·절차적 사항 미준수

- **(질의 배경)** 선택진료 신청서에 수진자 또는 보호자가 신청할 수 있다고 규정되어 있는 바, 보호자(친족 또는 가족 중 부양의무를 맡고 있는 사람)가 아닌 자가 선택 진료 신청서에 서명·날인한 건의 진료비 확인 민원이 발생되어 선택진료 신청으로 인정할 것인지 여부에 대해 질의함.

- **(회신내용)** 수진자의 질병 위중도 및 수진자에 가족에게 문의할 수 없었던 긴박한 사유 등이 제시되지 않아 명확한 판단이 어려우며, 간병인이 입원절차에 대해 수진자 가족들로부터 전화 통화로 모든 권한을 위임받았기 때문에 선택진료비를 정상적으로 부과하였다는 병원측 주장은 설득력이 부족함.

 - 선택진료 의료기관은 수진자 가족에게 우선적으로 전화 등을 통해 의사 선택권을 제공하는 것이 제도 운영취지에 부합한다고 판단됨.

바. 【판례】 ③주체 및 범위 : 의료기관에 지불하지 않은 원외처방 약제비

- **(사건 경위)** 1차 요법으로 처방된 △△정(2차 요법으로 처방하는 것은 허용하나, 1차 요법으로 처방되는 것은 불허용)에 대한 본인부담금을 과다 징수하였다는 이유로 피고가 과다징수금을 반환하라는 통보를 함.

 - **(원고)** ○○대학교 병원
 - 환자는 원고의 원외 처방에 따라 약국에 약제비를 지급한 것이므로, 피고의 처분의 처분은 법령상 근거가 없는 것으로 무효라고 주장
 - **(피고)** 건강보험심사평가원
 - 약제비 반환 주체는 의사의 처방에 따라 약제를 판매하여 약제비를 징수한 약국이 될 수 없기 때문에, 약제비를 직접 징수하지 않았으나 그 원인을 제공한 의료기관이 궁극적 책임의 주체로서 진료비반환통보의 대상인 요양기관이 될 수밖에 없으므로, 위 처분이 적합하다고 주장

- **(판결 요지)** 국민건강보험법에 따르면, 건강보험심사평가원으로부터 통보를 받은 **요양기관이 확인요청자에게 지급해야하는 것이 ‘과다하게 징수한 금액’인 이상**, 비록 요양기관이 관계법령에서 정한 기준과 절차에 따르지 아니하고 임의로 진료행위를 하여 수진자로 하여금 비용을 부담케 하였더라도, 그 돈이 **당해 요양기관이 아닌 제3자에게 지급된 것**이라면 당해 요양기관으로서는 징수한 금액이 없어 원고가 **반환의무를 부담할 이유가 없고, 피고로서도 반환을 통보할 수 없음.**
- **(결론)** 피고의 위 처분은 법률상 근거가 없고 하자가 중대·명백하여 무효 → **진료비 환불통보 무효**
- 즉, 현행 법령상 진료비 환불(지급)의 주체는 과다본인부담금을 징수한 요양 기관이나, 원외처방 약제에 대해 지불의 주체가 제3자(약국)이기 때문에 진료비 환불통보가 적법하지 않다고 판단함.

〈표 5-6〉 주요판례: 요양기관에 지불하지 않은 진료비

구분	내용
사건명/법원	2009구합43376 [진료비 환불통보 무효 확인 등] / 서울행정법원
원고/피고	OO 대학교 병원 / 건강보험심사평가원
판결 선고일	2010.3.26.
법원의 판단	피고의 처분(진료비 환불통보)은 법률상 근거가 없고 그 하자가 중대·명백하여 무효 → 진료비 환불통보 무효 ... 환불/삭감X

사. 【판례】 ④급여를 비급여로 지급 : 요양급여 대상 해당 여부 관련

□ **(사건 경위)** 원고는 피고를 상대로 이 사건 검사(MRI)에 관하여 요양급여대상 여부인지에 대해 진료비 확인신청을 하였고, 피고는 이사건 검사가 비급여 대상임을 확인하고 정당 비급여 청구임을 고지함. 이에 원고는 피고를 상대로 진료비 비급여 결정 처분을 취소할 것을 제기함.

○ **(원고) 환자 A**

- 원고는 이 사건 병원의 요청·안내에 따라 이 사건 검사를 받은 것이며, 이

사건 병원의 오진(사고로 인한 충격손상을 퇴행성 만성손상으로 진단)으로 인하여 이 사건 검사가 비급여 대상이 된 것은 매우 부당하므로 요양급여 대상으로 인정되어야 하며, 이 사건 처분은 위법하다는 주장

○ **(피고)** 건강보험심사평가원

- 이 사건 검사는 요양급여기준에 부합하지 않아 이 사건 진료비는 비급여로 적용하는 것이 타당하며, 위 처분이 적합하다고 주장

□ **(판결 요지)** 어떠한 진료행위가 요양급여대상인지 여부는 관계법령에 의하여 정해지고, 이 사건 검사와 관련하여 이 사건 고시에서 정한 급여기준을 준수한 경우에만 요양급여 대상이 됨. 영상의학과 판독 결과지에 기재된 소견은 판독 의사가 다양한 정보를 확인한 후 제시한 의학적 견해로 보이는 점 등을 고려했을 때 이 사건 병원의 의사가 원고의 상병에 대하여 오진을 한 것이라고 보기 부족함. 이 사건 고시의 해석에 의하면 이 사건 검사는 요양급여기준에 부합하지 않아 요양급여 대상이 될 수 없다고 할 것임.

○ **(결론)** 원고 A의 이 사건 소는 부적법하므로 각하하기로 하며, 이 사건 처분은 적법함.

〈표 5-7〉 주요판례: 급여 대상 진료비 비급여로 지급

구분	내용	
사건명/법원	1심	2019구합6840 [비급여 진료비 취소청구] / 서울행정법원
	2심	2020누65397 [비급여 진료비 취소청구] / 서울고등법원
	3심	2021두47479 [비급여 진료비 취소청구] / 대법원(진행 중)
원고/피고	환자A / 건강보험심사평가원	
판결 선고일	(1심) 2019구합6840 / (2심) 2020누65397	
법원의 판단	요양급여대상에 해당하지 않음(2심 기준) ... 환불/삭감○	

제3절 대상 및 범위 관련 주요쟁점 검토

1. 검토 개요

□ 비급여 진료비 확인(환불) 대상 및 범위 관련 주요 쟁점사항을 검토하기에 앞서, **비급여 ‘확인’ 대상 및 범위**는 크게 세 가지 유형으로 구분가능하며, **진료비 ‘환불’ 주체 및 범위**는 두 가지 유형으로 구분해볼 수 있음.

○ **(확인 대상 및 범위)** 1) 요양급여 대상에 해당하는 항목에 대해서 비급여 진료비로 지불한 경우(비급여로 부담 전가). 2) 건강보험에서 인정하지 않는 비급여(임의 비급여)를 제공받고 비급여 진료비를 지불한 경우, 3) 비급여 제공 시 필요한 행정적·절차적 사항을 미준수한 경우에서 비급여 진료비를 지불한 경우 비급여 진료비 확인 신청이 이루어지고 있음. 각 유형별로 비급여 확인 대상에 포함되는 것이 적절한지 여부와 인정·불인정 여부, 법체계 개선방향 등을 검토하고자 함.

[그림 5-3] 비급여 진료비 확인 대상 및 범위별 검토사항



○ 이때 임의비급여는 판례, 지침 등의 사례를 검토했을 때 신의료기술 미신청 의료 행위, 급여 약제·치료재료의 식약처 허가사항 외 사용, 별도산정 불가 치료재료, 등재비급여 ‘주’ 사항 목적, 대상, 방법 미부합 비급여로 구분해볼 수 있음.

□ **(환불 주체)** 환불자체와 지불주체가 다른 경우(예를 들어, 원외처방에서 환자가 진료비를 지불한 주체는 약국이나 환불의 주체는 의료기관인 경우) 환불 범위로 포함할 것인지에 대한 검토가 필요하며, 이와 관련하여 법체계 등 개선방향 등을 제시하고자 함.

[그림 5-4] 비급여 진료비 환불 주체 및 범위별 검토사항



2. 쟁점별 검토 결과

가. 【주요쟁점①】 급여 대상 진료비 비급여 처리

- 건강보험 급여 대상 진료비를 비급여로 처리하여 환자가 요양기관에 비급여 비용으로 지급한 경우, 판례 등 참고사례를 살펴보았을 때 **국민건강보험법 상 명확하게 비급여 진료비 확인제도의 확인 및 환불 대상에 포함됨.**

〈표 5-8〉 참고사례: 급여 대상 진료비 비급여 처리

MRI 슬관절 비급여 진료비 확인 요청(2019구합6840, 2020누65397, 2021두47479)	
사건 경위	판결 요지
1일전 달리기를 하다 통증, 무릎이 펴지지 않는 증상으로 촬영한 슬관절 MRI를 비급여로 지불한 것에 대한 진료비 확인요청	MRI 급여기준에서 정하는 적응증 (급여만 해당)에 해당되어 요양급여 대상 ...▶ 환불대상○
MRI 비급여 처분 취소(2014구합21059, 2015누60299, 2016두33773)	
사건 경위	판결 요지
상세불명의 전정기능장애 등의 상병으로 응급실 내원하여 시행한 MRI 검사에 대하여 진료비용을 비급여로 지불한 것에 대한 진료비 확인 요청	이 사건 검사(MRI)는 원고에 대한 가장 비용효과적이고 적절한 진료방법으로 평가할 수 없어 비급여 대상 ...▶ 환불대상X

- 단, 위의 참고사례들에서도 확인할 수 있듯이 해당 항목이 급여 또는 비급여인지 판단하는 것에는 다툼의 여지가 존재함.
- 한편, 국민건강보험법 및 요양급여기준에 관한 규칙 제9조에 따른 별표2 등에서 제시된 비급여 범위의 모호성으로 인해 건강보험 급여·비급여 항목이 명확하게 정립되지 않아(비급여 범위, 항목의 모호성) 급여·비급여 여부의 판단이 더욱 어려운 상황임.
- 향후 비급여 관리 대책과 연계하여 급여·비급여 여부를 명확하게 구분할 수 있도록 목록을 정비하고, 이러한 정보를 국민·요양기관에 적극적으로 제공하는 방향으로 제도 개선이 필요함.
- 이 과정에서 비급여의 급여화와 신규 비급여의 유입이 동시에 이루어지므로, 비급여 목록 정비 및 체계화 시 이를 고려할 필요가 있음.

나. 【주요쟁점②】 건강보험에서 인정하지 않는 비급여(임의비급여)

- 건강보험에서 인정하지 않는 비급여(임의비급여) 관련해서는 신의료기술 미신청 의료 행위, 급여 약제·치료재료의 식약처 허가사항 외 사용, 별도산정 불가 약제·치료재료, 등재비급여 '주'사항의 목적, 대상, 방법 등 미부합 비급여에 대한 참고사례가 확인됨.
- (①신의료기술평가 미신청 의료행위) 신의료기술 미신청 의료행위는 임의비급여에 해당하는 사항으로 비급여 진료비 확인대상에 포함되는 것이 타당함.
 - 관련 참고사례에서는 기존에 유사한 행위가 있더라도 기존 행위와 시술대상, 시술량, 원리 및 효능 발생기전 등 본질적인 차이가 있을 경우 별도의 신의료기술평가 절차를 통해 안전성·유효성 인정이 필요하다고 판결함.
- (②급여 약제·치료재료의 식약처 허가사항 외 사용) 식약처 허가사항 외 사용은 임의 비급여에 해당하는 사항으로 비급여 진료비 확인대상에 포함되는 것이 타당함.
 - 관련 참고사례에서는 치료방법이 의학적 안정성, 유효성, 필요성이 있다고 판단되고, 환자의 동의가 있었다고 하더라도 식약처 허가사항 등 요양급여 기준과 절차를 따르지 않은 경우에 임의비급여에 해당한다고 판결함.
- (③별도산정 불가 약제·치료재료) 별도산정 불가 치료재료에 대한 비급여 진료비 청구는 임의비급여에 해당하는 사항으로 비급여 진료비 확인대상에 포함되는 것이 타당함.
 - 관련 참고사례에서는 요양급여기준 상 급여비용에 치료재료 비용이 포함되어있어 이를 별도로 산정할 수 없도록 규정되어 있음에도 허가 외 투여하면서 그 비용을 진료비로 징수한 경우에 임의비급여에 해당한다고 판결함.
- (④'주'사항 미부합) 등재비급여의 '주'사항 목적·대상·방법 등 미부합 비급여는 임의 비급여에 해당하는 사항으로 비급여 진료비 확인대상에 포함되는 것이 타당함.
 - 관련 참고사례에서는 해당 비급여가 보건복지부 고시(건강보험 행위 급여·비급여 목록표)에 등록되었더라도 고시에서 정한 기준을 따르지 않는 경우 임의비급여에 해당한다고 판결함.

〈표 5-9〉 참고사례: 건강보험에서 인정하지 않는 비급여(임의비급여)

(사례①) 신의료기술평가 미신청 의료행위	
항암혈액약침술 과다본인부담금 확인 처분 취소 (2014구합15375, 2015누41229, 2016두34585, 2019누48747, 2020두35738)	
사건 경위	판결 요지
△△시술이 법정비급여인 □□시술의 범주에 해당하지 않으며 신의료기술신청이 선행되어야 한다는 이유로 과다본인부담금을 확인하고 이를 환급할 것을 명하는 처분을 한 것에 대한 요양기관의 이의제기	기존 비급여 항목과 시술대상, 시술량, 원리 및 효능발생기전 등 본질적으로 차이가 있으므로, 신의료기술평가 등의 절차를 통하여 별도로 안정성·유효성을 인정받는 것이 타당 ... ▶ 환불대상
(사례②) 식약처 허가사항 외 사용	
비세포 림프종 치료를 위한 의약품 관련 과다본인부담금 확인 처분 취소 (2012구합4678, 2013누28529, 2014두9882)	
사건 경위	판결 요지
△△의약품, □□의약품의 효능·효과 및 용법·용량에 관한 식품의약품안전처장의 허가사항 등 요양급여기준을 위반하여 의약품을 병용하고 그 비용을 진료비로 징수한 것에 대하여 건강보험심사평가원에서 환불할 것을 명하는 처분을 한 것에 대한 요양기관의 이의제기	요양급여기준과 절차에 따리지 아니하고 임의로 비급여 진료행위를 하고 가입자 등에게 진료비용 등을 징수한 경우로 환자의 동의를 받았다고 하더라도 임의비급여에 해당 ... ▶ 환불대상
(사례③) 별도산정 불가 치료재료	
비세포 림프종 치료를 위한 주사용 항암제 관련 과다본인부담금 확인 처분 취소 (2012구합4678, 2013누28529, 2014두9882)	
사건 경위	판결 요지
△△주사제에 대해 요양급여 기준상 치료재료 비용이 포함되어 있어 별도로 산정할 수 없도록 규정되어있음에도 불구하고, 허가 외 투여하면서 그 비용을 비급여 징수한 것을 과다본인부담으로 확인하고 환불할 것을 명하는 처분을 한 것에 대한 요양기관의 이의제기	요양급여기준과 절차에 따리지 아니하고 임의로 비급여 진료행위를 하고 가입자 등에게 진료비용 등을 징수한 경우로서 임의비급여 진료행위 해당 ... ▶ 환불대상
(사례④) 고시 등에서 정한 인정범위 외 비급여	
신경계 수술을 위한 무탐침 정위기법 관련 과다본인부담금 확인 처분 취소(2017구합657)	
사건 경위	판결 요지
A수술을 실시하는 과정에서 △△기법을 보조적으로 사용하였는데, △△기법이 고시에서 정한 인정범위(적응증)에 해당하지 않아 환불하라고 결정·통보한 것에 대한 요양기관의 이의제기	이 사건의 기법은 고시에서 정하고 있는 내용에 따라 이루어지지 않았으므로 임의비급여에 해당하며, 이 사건의 기법의 비용은 과다본인부담금으로 부당청구에 해당 ... ▶ 환불대상

다. 【주요쟁점③】 비급여 제공 시 행정적·절차적 사항 미준수

□ 비급여 제공시 필요한 행정요건을 미준수 했을 경우를 비급여 진료비 확인 대상으로 포함하는 것이 타당한지에 대해 검토가 필요함.

〈표 5-10〉 참고사례: 비급여 제공 시 행정적·절차적 사항 미준수

선택진료 시 보호자 외 동의에 대한 진료비 확인(질의회신 사항)	
질의 배경	판결 요지
보호자가 아닌 자(간병인)가 선택진료 신청서에 서명·날인한 건에 대한 진료비 확인 민원 발생	선택진료 의료기관은 가족에게 우선적으로 전화 등을 통해 의사 선택권을 제공하는 것이 타당...▶ 환불대상○

- 관련 참고사례는 선택진료에 있어서 절차적 요건을 미준수한 사항으로, 절차적 요건을 미준수한 것에 대해 환불 처리하는 것이 제도 운영 취지에 부합한다고 판단하였음.
- 한편, 기준비급여에 대한 세부 사항 등은 상위법에서 위임 받은 상황으로, 행정적·절차적 요건을 부여하는 것에 대한 적법성과 유효성이 있다고 판단됨.
 - 그러나 현재 행정적·절차적 요건을 미준수한 비급여에 대한 별도 규정이 없어 비급여 진료비 확인 및 환불 대상으로 판단이 어려운 상황임.
- 또한 현재까지는 비급여 사전설명 의무화(‘21.1월 시행) 절차를 위반한 경우를 진료비 환불 대상으로 연계·적용되고 있지 않으나, 향후 비급여 사전설명 의무화 제도가 안정·확산기에 접어들 경우 진료비 환불 관련 민원이 발생할 여지가 존재함.
- 또한 현재 비급여 공개비용과 실제 비용이 다른 경우 진료비 확인대상이 아니나, 향후 비급여 관리제도와 비급여 진료비 확인제도와 연계성을 고려했을 때 대상 범위를 확대하는 방안을 검토해볼 필요가 있음.
- 향후 비급여 사전설명 의무화 제도 등을 포괄해서 행정적·절차적 사항을 미준수한 비급여에 대해 비급여 진료비 확인 대상 및 범위로 포괄할 수 있는 방안을 검토할 필요가 있음.

〈표 5-11〉 향후 검토사항: 비급여 제공 시 행정적·절차적 사항 미준수

(사례①) 기준비급여에 대한 행정적 요건 부여의 적법성·유효성 및 심사대상 여부	
비급여 대상 관련 세부사항 고시 또는 보건복지부령에 의한 동의서 수취와 같은 (방법·절차·범위·상한 등)행정적 요건 부여의 적법성·유효성 및 진료비 확인 심사 대상 여부	
뇌, 뇌혈관(경부혈관) MRI에 대하여 요양급여로 명시하되, 그 요건을 충족하지 아니하는 경우는 비급여로 규정하면서 비급여 시 '동의서'를 받도록 요건을 규정하였음	
(사례②) 비급여 사전설명 의무화 위반	
2021년1월부터 비급여 진료 전 환자에게 항목과 비용 등을 의무적으로 설명하도록 하는 비급여 진료비용 등의 고지 지침(보건복지부 고시 제202-339호)을 개정	
비급여 진료비용 등의 고지 지침(보건복지부 고시 제202-339호) 제6조(설명대상 등) ② 제1항에 따른 설명대상 항목은 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」고시의 별표1과 같다. 다만, 환자가 원하는 경우 그 외의 비급여 항목에 대해 설명할 수 있다.	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: right; font-size: small;">민간보험심사위원회 MEDI-GATE NEWS</p> <h3 style="text-align: center;">비급여 진료비용 사전설명 의무화, 민간보험심사에 의한 정부 규제 강화 가능성</h3> <p>정부는 올해 1월부터 의원급 의료기관까지 비급여 진료비용 공개하도록 하고, '비급여 진료 전 환자에게 항목과 비용 등을 의무적으로 설명하도록 하는 비급여 진료비용 등의 고지 지침(보건복지부 고시 제202-339호)을 개정했다.</p> <p>이에 따라 실손보험사는 앞으로 비급여 진료에 대한 보험금 청구 시 비급여 진료비 동의서 제출을 환자에게 요구할 것이고, 만약 의료기관이 환자 동의서를 받지 않은 경우 환자 또는 보험사와 법적 분쟁이 발생할 위험성이 높다.</p> <p>보험사가 환자에게 환자 동의서 미제출을 이유로 보험금 지급을 거절하는 경우 환자는 의료기관을 상대로 부당이득금 반환 및 손해배상소송을 청구할 수 있고, 행정기관에 의료법 위반에 관한 민원을 제기할 수도 있다.</p> <p>또한 보험사가 환자에게 보험금을 지급한 후 민법 제404조 제1항에 의거 환자를 대위해 의료기관을 상대로 부당이득금 반환 및 손해배상소송을 제기할 수도 있다.</p> </div>	
(사례③) 비급여 공개비용과 실제 지불한 금액이 다를 경우	
의료법 시행규칙 제42조의 3, 『비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준』 등에 공개비용과 정확성에 대한 처벌 규정이 없는 상황	
<p style="text-align: center;">「비급여 진료비용 공개제도」</p> <p>의료법 제45조 및 동법 시행규칙 제42조의 2, 보건복지부 고시 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」에 따라 의료기관이 비급여 가격정보 제출 의무화</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="background-color: #003366; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 요양기관이 공개한 비급여 비용 </div> <div style="font-size: 2em; color: green; font-weight: bold;">≠</div> <div style="background-color: #003366; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 환자가 실제 지불한 비급여 비용 </div> </div>

라. 【주요쟁점④】 환불 주체와 지불주체가 다른 경우

- 환불 주체(환자로 부터 과다본인부담금을 유발한 주체)가 요양기관이나, 지불 주체(환자로부터 과다본인부담금을 실제로 받은 주체)가 약국 등 해당 요양기관이 아닌 경우(환불 주체≠지불 주체), 과다본인부담금임이 확인되었더라도 해당 요양기관에 직접 지불하지 않은 비용이므로 환불이 불인정되고 있는 상황임.
- 관련 내부지침 또는 해석에서는 요양기관이 직접 징수하지 아니한 금액에 대해 환자에게 환불할 의무가 발생하는 것으로 볼 수 없으므로 환불통보는 타당하지 않다고 보았음,
- 환불제도 적용 대상은 ‘요양기관’이므로 약국은 요양기관의 범위에 포함되어 적용 대상으로 검토해볼 수 있겠음. 치료재료 공급업체는 요양기관에 해당되지 않으나 향후 환불 대상과 환불 주체를 검토할 필요가 있겠음.
 - 단, 환자-약국/판매업체-의료기관 간 민사다툼의 문제를 내포하고 있어 신중한 접근이 필요함.

〈표 5-12〉 참고사례: 환불 주체≠지불 주체

질병군(DRG)에 포함되는 약제, 치료재료를 환자가 직접 구입	
질의사항	검토 결과
환자가 질병군(DRG) 진료에 필요한 약제, 치료재료를 직접 구입한 경우, 이를 처방한 요양기관에 진료비 확인 및 환불통보 가능 여부 (환자가 해당 요양기관이 아닌 약국, 치료재료 공급업체에 비용을 지급)	요양기관이 직접 징수하지 아니한 금액에 대해 환자에게 환불할 의무가 발생하는 것으로 볼 수 없으므로 환불통보는 타당하지 않음...▶ 환불대상X

- 요양기관에 지불하지 않은 진료비를 비급여 진료비 확인 대상으로 포괄하기 위해 다음과 같이 법령을 개정하는 방안을 검토해볼 수 있음.
- (1안) 현행 국민건강보험법 제48조 제3항에서는 “더 많이 징수한 금액(과다본인 부담금)”을 환불하도록 규정하고 있으나, 이를 “더 많이 부담하게 한 금액”으로 조문을 개정할 경우 비급여 진료비 확인제도 도입 취지를 고려하여 대상 범위를 보다 명확하게 규정할 수 있음.
 - 환불 대상 금액을 “더 많이 부담하게 한 금액”으로 변경할 경우, 원외처방

약제 또는 치료재료에 대한 환불을 검토해볼 수 있음.

- (2안) 현행 국민건강보험법 제48조 제3항에 따른 환불 대상(“더 많이 징수한 금액”)을 “관계 법령에 의해 인정되지 아니하는 금액”으로 개정할 경우, 비급여 진료비 확인 대상 포괄성은 높아질 수 있으나, 관계 법령의 범위, 타당성 등의 측면에서 공급자 수용성을 확보하기 어려울 수 있음.

〈표 5-13〉 「국민건강보험법」 제48조 개정(안)

현행	개정(안)	
	1안	2안
③제2항 후단에 따라 통보받은 요양 기관은 받아야 할 금액보다 더 많 이 징수한 금액 (이하 “과다본인부담 금”이라 한다)을 지체 없이 확인을 요청한 사람에게 지급하여야 한다.	③제2항 후단에 따라 통보받은 요양 기관은 받아야 할 금액보다 더 많이 부담하게한 금액 (이하 “과다본인부담 금”이라 한다)을 지체 없이 확인을 요청한 사람에게 지급하여야 한다.	③제2항 후단에 따라 통보받은 요양 기관은 관계 법령에 의해 인정되지 아니하는 금액 을 지체 없이 확인을 요청한 사람에게 지급하여야 한다.
	▼	
	비급여 진료비 확인 제도 도입 취지를 고려하여 대상의 범위를 명확하게 규정	비급여 진료비 확인 대상 포괄성은 높을 수 있지만, “관계법령”에 대한 범위, 이에 대한 타당성 측면에서 공급자 등의 수용성을 확보하는 것에 어려움 존재

제4절 법체계 개선방안

1. 비급여진료비 확인 관련 법체계 개선방안

- 비급여 진료비 확인·환불 대상 및 범위 관련 참고사례 검토 결과, 확인 및 환불 유형별 판단 근거는 아래의 표와 같음.
- 급여항목을 비급여로 지급한 경우에 대해서는 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 별표2의 개선과 연계하는 등 비급여 목록을 명확화 하는 방향으로 개선하는 방안을 검토해볼 수 있음.
- 임의비급여 항목에 대해서는 법에 의해 포괄적으로 진료비 확인 및 환불을 적용할 수 있겠으나, 세부 사례를 목록화 하여 근거를 체계화할 필요가 있음.
- 행정 및 절차 미준수에 따른 진료비 확인 신청은 향후 법·고시 등 근거 마련이 필요한 상황임.
- 환불 주체와 관련해서는 현행 건강보험법 제48조 제2항과 제3항을 개정할 필요가 있으며, 환불 범위와 관련해서는 향후 법·고시 등 근거 마련을 위한 방안을 모색할 필요가 있음.

〈표 5-14〉 비급여 진료비 확인·환불 대상 및 범위의 판단근거

유형구분		판단근거			향후검토사항	
		법	판례	지침		
확인 대상 및 범위	급여를 비급여로 지급	●	●	●	비급여 목록 명확화 필요 (예: 별표2 개선과 연계)	
	임의 비급여	신의료기술평가 미신청 의료행위	○	●	●	법에 의해 포괄적으로 적용가능 단, 세부사례 목록화를 통해 근거기반 명확화 필요(예: 고시(안)에 세부사례별 확인대상으로 제시)
		식약처 허가사항 외 사용	○	●	●	
		고시 등에서 정한 인정범위 외 비급여	○	●	●	
행정적/절차적 미준수	×	○	○	근거기반(법/고시) 마련 필요 (예: 고시(안)에 포함)		
환불 대상 및 범위	환불주체 (환불주체=지불주체or환불주체≠지불주체)	×	×	×	현행법(48조의2-3항)개정필요 (예: 더 많이 징수, 부담하게 한 금액)	

가. 『국민건강보험법』개정(안)

- 현재 비급여 진료비 확인 신청 제도의 근거는 『국민건강보험법』 제48조로서, 비급여 진료비 확인 범위, 방법, 기준, 절차 등에 관한 하위법령이 부재한 상황임.
- 이에 따라 하위법령을 마련하여 제도운영에 필요한 사항을 구체적으로 규정할 필요가 있음.
 - 하위법령에 규정되어야 할 사항은 비급여 진료비 확인 대상범위, 확인요청자의 범위기준, 비급여 진료비 확인 신청 처리 절차, 환불조치 관련 사항, 이의신청 관련 사항, 의료기관의 자료 제출 협조 의무, 비급여 진료비 확인결과 활용 관련 사항 등임.
 - 따라서 하나의 대안으로, 비급여 진료비 확인 대상범위, 의료기관의 자료 제출 의무 등은 『국민건강보험법』 제48조를 개정하여 반영하고, 그 외 사항에 대해서는 시행규칙, 고시 등에 위임하는 방안을 제안함.
 - 비급여 진료비 확인 대상범위는 향후 다양한 유형의 진료행태가 등장할 수 있기 때문에 이를 포괄할 수 있는 내용으로 개정할 필요가 있음.
 - 또 다른 대안으로는, 『국민건강보험법』 제48조에 고시 등 하위법령으로의 위임규정만 남기고 모든 세부사항을 보건복지부령 등으로 위임하는 방안을 고려할 수 있음.

[그림 5-3] 『국민건강보험법』 제48조 개정 및 위임(안)



나. 고시 개정(안)

□ (목적) 이 고시는 『국민건강보험법』 제48조 및 『의료급여법』 제11조의3에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함을 목적으로 하며, 본 고시(안)에 포함되어야 할 내용은 아래와 같음.

- 1) 비급여 진료비 확인 대상·범위
- 2) 비급여 진료비 확인제도 환불 대상 및 범위
- 3) 비급여 진료비 확인 요청자 범위·기준
- 4) 비급여 진료비 확인 신청 처리 절차
- 5) 환불조치에 관한 세부사항
- 6) 이의신청에 관한 세부사항
- 7) 진료비 확인·심사 결과 활용

1) 비급여 진료비 확인 대상 및 범위

- ① 영양급여 대상 진료비의 비급여 처리
 - 급여 약제·치료재료의 식약처 허가사항 외 사용
 - 급여 기준에 부합하지 않는 행위·치료재료·약제
- ② 전액본인부담(100/100 본인부담)
- ③ 영양급여 대상 약제의 비급여 원외처방
- ④ 별도 산정 불가 항목의 비급여 처리
- ⑤ 신의료기술평가를 거치지 않았거나 급여 결정 미신청 신의료기술의 비급여 처리
 - 『건강보험행위급여·비급여목록표및급여상대가치점수』의 주(註) 사항 미부합 비급여
- ⑥ 기타 진료비 확인이 필요하다고 인정되는 비급여

2) 확인 요청자 범위

- 진료 받은 사람(수진자) 본인, 수진자의 가족(배우자, 직계존비속 및 그 배우자, 형제·자매, 수진자와 동일 건강보험증에 등재되어 있는 사람), 수진자로부터 위임 받은 제3자
- 긴급의료지원에 의한 비급여 진료비 지원금액이 일정금액(현행 150만원) 이상인 경우 시·군·구청장도 확인 요청자에 포함

3) 비급여 진료비 확인 기준

- 『국민건강보험법』 제41조에 따른 요양급여기준
 - 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙
 - 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
 - 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
 - 허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차
- 『국민건강보험법』 제45조에 따른 요양급여비용의 내역
 - 건강보험 요양급여비용의 내역
 - 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
 - 약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준
 - 약제 급여목록 및 급여상한 금액표
 - 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한 금액표 등
- 『국민건강보험법』 제63조제1항제5호의 규정에 의해 다른 법률에 따라 지급되는 급여 비용의 심사에 관하여 위탁받은 경우에는 그 법령 및 기준
- 보건복지부 행정해석 및 기타 행정지시 사항
- 심사평가원장이 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 정한 심사지침
- 신의료기술등의 결정 및 조정기준
- 의료급여법령 및 관계 법령
- 전문가의 의학적 판단이 필요한 건은 진료심사평가위원 심의 또는 진료심사평가 위원회에 회부하여 결정

4) 비급여 진료비 확인 신청 및 처리 절차

- ①진료비 확인 요청(진료비 영수증 첨부) → ②해당 의료기관 자료 요청(1차: 10일, 2차 7일) → ③자료분석 및 확인 → ④진료심사평가위원(회) 자문 및 심의 → ⑤확인 결과 안내(확인 요청자, 의료기관) → ⑥환불금 지급

5) 확인 결과 및 통보

- 확인 결과 정당한 경우
 - 처리결과를 확인요청자(긴급의료지원비 확인요청건은 보장기관, 수진자)와 요양기관에 통보
- 확인결과 과다본인부담금 환불인 경우
 - 처리결과를 확인요청자(긴급의료지원비 확인요청건은 보장기관, 수진자)와 요양기관에 통보
 - 확인요청자에게는 과다 지불한 금액을 요양기관이 빠른 시일 내로 지불하도록 요양기관에 통보하였음을 안내. 요양기관의 지급방법(자체환불, 공제처리) 및 이의신청 예정여부 결정에 따라 처리하고 그 결과를 통보할 예정임을 안내
 - 요양기관에 대해서는 과다본인부담금에 대해 30일 이내 이의신청 없이 환불하지 않을 경우 요양기관에 지급할 요양급여 비용에서 공제하여 지급할 예정임을 안내
- 결정 내용의 통보대상
 - 건강보험의 경우 진료비 확인을 신청한 사람, 요양기관
 - 의료급여의 경우 확인을 요청한 의료급여 수급권자, 보장기관, 관련 의료급여기관
 - 긴급의료지원 사업의 경우 해당 시·군·구청장, 긴급의료지원대상자, 요양기관
- 통보내용
 - 확인결과 : 환불금액, 결정사유(진료비정산내역서) 등

- 이의신청 기간 및 방법
- 요양기관에는 환불금 지급방법(자체환불, 공제처리, 이의신청 예정) 선택 안내

6) 환불 조치

- 환불금액 산정 및 배분
 - 건강보험 및 의료급여
 - 관계 법령에 의해 인정되지 않는 비급여 진료비 전액(환자 본인부담금 제외)
 - 긴급의료지원
 - 지원 제외 항목에 대한 금액을 뺀 나머지 비급여 진료비를 긴급지원액과 환자 실제 부담액의 분담비율에 따라 시·군·구청장과 환자의 환불금 배분
 - * 지원제외 항목에서 발생한 환불액은 환자 환불액에 포함
- 환불금 지급
 - 건강보험 요양기관 및 의료급여 기관은 자체 환불 또는 급여비용에서 공제

7) 이의신청, 심판청구 처리

가) 이의신청

- 『국민건강보험법』 제87조 및 『의료급여법』 제30조에 근거하여 이의가 있는 요양기관은 요양기관은 30일 이내 이의신청
- 처리기간은 의신청을 받은 날로부터 60일 이내 결정(부득이한 사유가 있는 경우 30일의 범위 내에 기간 연장)

나) 심판청구(행정심판)

- 이의신청 결정에 불복이 있는 경우 『국민건강보험법』 제88조 및 『행정심판법』 제23조에 따라 심판 청구
- 제기기간 : 처분이 있음을 안 날로부터 90일 이내

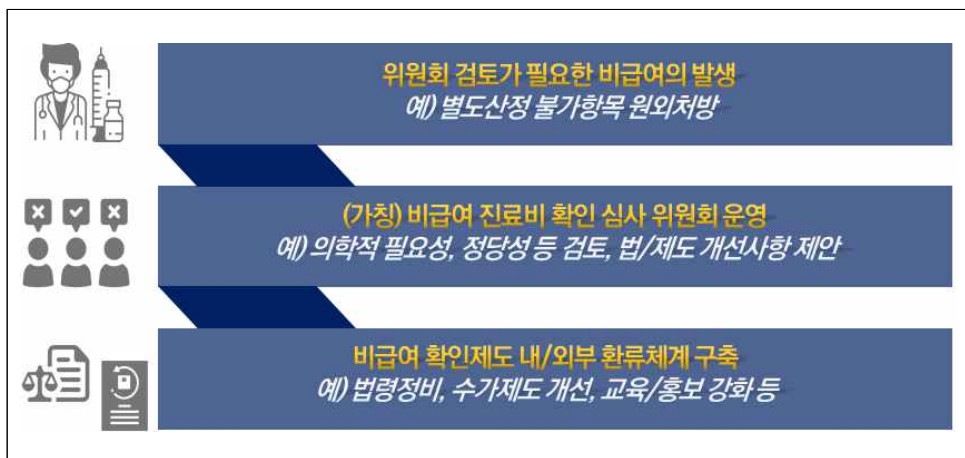
- 제기처: 보건복지부 건강보험분쟁조정위원회에 제출

2. 비급여진료비 확인 거버넌스 개선방안

□ (가칭) “비급여 진료비 확인제도 개선위원회” 설치·운영

- 비급여 진료의 의학적 필요성, 정당성 등에 대한 판단은 현행 진료심사평가위원(회)을 활용하되, 여기서 이루어진 판단 등을 기초로 제도가 개선되어야 할 사항이 있을 경우 이에 대한 심의를 위해 (가칭) “비급여 진료비 확인제도 개선위원회”를 설치·운영함.
- 이 위원회는 건강보험심사평가원 소속으로 설치하되, 요양기관 관계자, 일반국민, 환자단체, 법률 전문가, 심사평가원 및 보건복지부 관계자, 관련 전문가 등으로 구성함으로써 확인제도와 관련된 폭넓은 논의가 이루어질 수 있도록 함.
 - 환불여부 판단이 어려운 비급여에 대한 사례별 의학적·전문적 검토는 진료심사평가위원(회)이 담당하고, 이러한 사례에서 축적된 비급여 진료비 확인제도 운영 상의 문제점 및 불편사항, 개선사항 발굴 등은 (가칭) “비급여 진료비 확인제도 개선위원회”가 담당함.

[그림 5-4] (가칭) 비급여 진료비 확인제도 개선위원회 운영(안)



□ 비급여 진료비 확인제도 운영 결과의 환류연계 체계 구축

○ (가칭) “비급여 진료비 확인제도 개선위원회”는 비급여 진료비 확인제도 운영 결과를 정기적으로 타 관련제도로 환류연계할 수 있는 채널로 운영될 필요가 있음.

- 위원회의 주요 논의사항과 관련된 해당 정책담당자가 위원회에 참석하여 논의 사항을 전달하는 역할을 담당할 수 있을 것임.

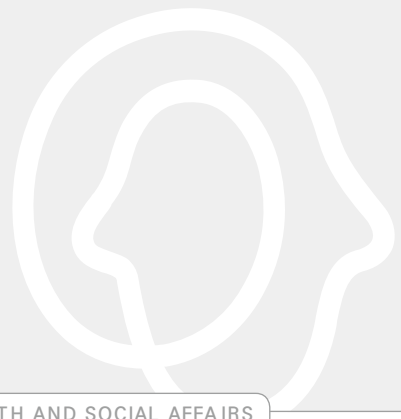
○ 제도 운영 결과의 환류와 관련하여, 임의비급여 또는 원외 처방된 제약절개에서의 자공유착방지제 사용의 예를 들 수 있음.

- 자공유착방지제는 포괄수가에 포함되어 있으나 별도 비급여 비용을 받거나 원외 약국에서 구입하도록 한 경우, 환자는 포괄수가에 포함된 사실을 인지하지 못하고 비용을 지불하였으므로 환불 대상에 해당한다고 할 수 있음.

- 의료기관 입장에서는 기존 행위별 수가제 하에서는 비용이 23~28만원이나 포괄 수가에서는 5~6만원에 불과하여 손해가 난다는 의견이 있음.

- 비급여 진료비 확인 과정에서 이러한 신청 건이 발생할 경우 일단은 환불조치가 이루어져야 하겠으나, 이러한 공급자의 의견을 포괄수가제 개선으로 환류할 수 있는 의사전달체계가 필요함.

- 이 경우 비급여 진료비 확인제도는 포괄수가제 유착방지제 수가 수준 재검토 등 관련제도 개선에 대한 의료현장의 욕구를 전달하는 하나의 채널로서 기능할 수 있음.



제6장

비급여 진료비 확인제도 개선 및 활용방안

제1절 검토 방향

제2절 제도 내실화 및 연계·활용 방안

제3절 결론 및 제언

제 6장

비급여 진료비 확인제도 개선 및 활용방안

제1절 검토 방향

□ 본 연구에서는 비급여 진료비 확인제도 개선 및 활용 강화를 위해 ①**관련 법령 정비**, ②**참여적 거버넌스 구축**, ③**제도운영 성과와 타 관련제도와의 연계 강화**, ④**제도 운영 내실화를 위한 관리·활용 역량 강화**의 네 가지 기본방향을 설정하였으며, 각 영역별 검토방향은 아래와 같음.

- **법령 정비**와 관련해서는 5장에서 제안된 바와 같이 「**국민건강보험법**」 개정 및 하위 법령 마련 등을 통해 비급여 진료비 확인의 회색지대 해소와 관련 세부 사항 구체화 등을 통해 업무 추진 근거를 명확하게 할 필요가 있음.
- **참여적 거버넌스 구축**과 관련해서는 5장에서 제안된 바와 같이 건강보험심사평가원 산하에 요양기관 관계자, 일반국민, 심사평가원 및 보건복지부 관계자, 관련 전문가 등으로 구성되는 **논의기구**를 설치하여, **비급여 진료비 확인제도 운영상의 문제점 및 불편사항, 개선사항 발굴** 등의 기능을 담당하도록 하는 방안을 검토해볼 수 있음.
- **제도 운영성과와 타 관련제도와의 연계 강화**와 관련해서는 제도 운영과정에서 축적된 경험과 지식정보, 자료 등이 타 **비급여 관리제도(대책)의 운영 또는 개선 방향**을 설정하는 데 활용될 수 있도록 **연계체계를 구축**할 필요가 있음.
- **제도 운영을 위한 관리 역량 및 데이터 인프라 구축**과 관련해서는 향후 확인제도 이용 증대 등에 대비하여 **업무 담당 조직과 기능을 확충**하고, **파생 서비스**(자가 점검, 민원사례 안내 등)들과 **연계한 제도 개선방안**을 마련하고, 제도운영 과정에서 수집된 데이터를 **추적 및 활용**하는 방안을 검토해볼 필요가 있음.
 - 비급여 진료비 확인제도는 국민의 권익보호라는 기본 취지에서 나아가 국민의

의료비 지출의 효율성 제고 등의 측면에서 중요성이 큰 만큼 **제도 운영의 내실화를 위한 제도 개선이 지속적으로 이루어질 필요**가 있음.

□ 법령 정비, 참여적 거버넌스 구축과 관련해서는 5장에서 세부적으로 다룬 바, 본 장에서는 **제도운영 성과와 타 관련제도와의 연계 강화, 제도 운영 내실화를 위한 관리·활용 역량 강화** 측면에서 세부 개선방안을 제시하고자 하며, 세부 내용을 다루기에 앞서 **비급여 관리측면에서 비급여 진료비 확인제도의 의의**를 살펴보고자 함.

○ 이를 통해 타 비급여 관리제도와 비교했을 때 **비급여 진료비 확인제도만이 가지고 있는 강점을 파악**하고, **타 제도와의 연계방안을 보다 구체적으로 제시**하고자 함.

[그림 6-1] 비급여 관리측면에서 비급여 진료비 확인제도의 의의

제도	주체	단위	정보내용	
공 단	건강보험 진료비 실태조사 (비급여상세내역조사)	요양기관 →정부에 제출	(일부) 요양기관 단위	비급여(+급여) 항목, 규모 정보
	비급여 진료비용 보고제도	요양기관 →정부에 제출	(전체) 요양기관 단위	비급여+급여 항목, 규모 정보
심 평 원	비급여 진료비용 공개	요양기관 →정부에 제출	(일부) 비급여 항목 단위	비급여 가격정보
	급여병행 비급여 자료제출	요양기관 →정부에 제출	(일부) 비급여 항목 의료이용 건 단위	비급여+급여 진료정보
	비급여 진료비 확인	환자 →정부에 요청	의료이용 건 단위	비급여+급여 진료정보

○ 국민건강보험공단에서 실시하고 있는 **진료비 실태조사**는 일부 표본기관을 대상으로 **비급여 및 급여 항목, 규모 정보** 등에 대한 정보를 수집하고 있으며, **비급여 진료 비용 보고제도**는 최근 의원급 의료기관에 대한 적용이 확대되면서 **모든 의료 기관의 비급여 및 급여 항목, 규모정보** 등을 수집하고 있음.

○ 건강보험심사평가원에서 운영 중인 **비급여 진료비용 공개제도**는 **요양기관 단위**로 일부 **비급여 항목**에 대한 **비급여 가격정보**를 수집하고 있으며, 비급여 종합대책에 의거하여 **급여병행 비급여에 대한 자료 제출을 의무화**할 예정임에 따라 일부 비급여 항목에 대해서 **의료이용 건 단위**로 **급여 및 비급여 진료정보**가 수집될 예정임.

○ 타 비급여 관리제도와 비교했을 때 건강보험심사평가원에서 운영 중인 **비급여 진료비**

확인제도는 환자가 직접 참여하고, 환자의 의료이용 건 단위로 급여와 비급여 정보를 동시에 확인할 수 있는 유일한 제도로서 의의가 있음.

□ 본 장에서는 비급여진료비 확인제도 내실화를 위한 자체 개선방안과, 타 비급여 관리 제도와의 연계·활용방안을 아래와 같이 검토하였음.

- (제도 내실화) 국민 권리(참여 및 알 권리) 강화와 제도 운영의 효율성 제고 측면에서 비급여 진료비 확인제도 내실화 방안을 검토함.
- (연계·활용방안) 국민 권리(참여 및 알 권리) 및 비급여 정보의 활용성 강화 측면에서 비급여 진료비 확인제도와 타 비급여 관리제도와의 연계·활용방안을 검토함.
 - 타 비급여 관리제도와의 연계·활용방안은 1) 인프라 구축, 2) 의료이용, 3) 의료 제공의 3단계로 구분하여 검토하였음.

〈표 6-1〉 제도 내실화 및 연계·활용방안 검토 방향

제도 내실화	① 비급여 진료비 확인제도 내실화 ... ▶ 국민 권리 강화 & 제도 운영의 효율성 제고	
	(①-1) 제도 인지도 및 접근성 향상을 위한 개선방안 (①-2) 비급여 진료비 확인제도 파생서비스 개선·활용방안 (①-3) 비급여 진료비 확인제도 인프라 확충방안	
연계·활용	② 타 비급여 관리제도와의 연계·활용 강화 ... ▶ 국민 권리 강화 & 비급여 정보 활용성 강화	
	(②-1) 비급여 리터러시(literacy) 향상을 위한 연계·활용방안 (②-2) 비급여 종합대책과 연계한 활용방안	
		1) 인프라 구축단계에서 타 비급여 관리제도와의 연계·활용 방안 2) 의료이용 단계에서 타 비급여 관리제도와의 연계·활용 방안 3) 의료제공 단계에서 타 비급여 관리제도와의 연계·활용 방안

제2절 제도 내실화 및 연계·활용 방안

1. 비급여진료비 확인 제도 내실화

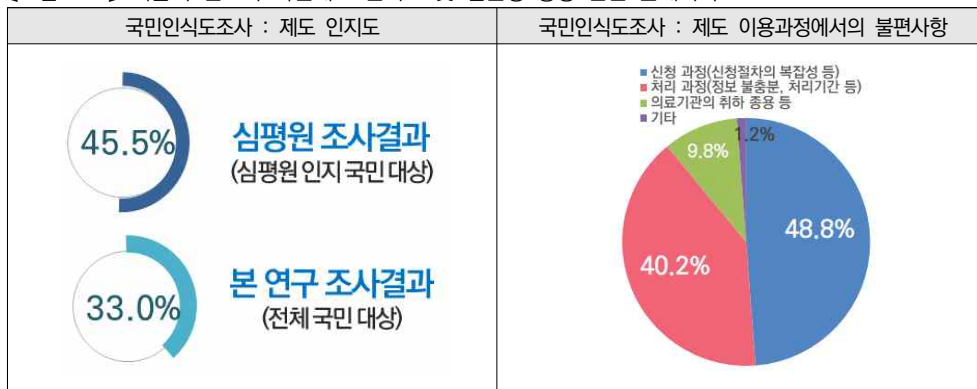
가. 제도 인지도 및 접근성 향상을 위한 개선방안

비급여 진료비 확인제도 내실화를 통한 국민 권리 강화	
검토배경	개선방향
진료비 확인제도에 대한 낮은 인지도 & 제도 개선 필요에 대한 요구도	비급여 정보 제공 강화, 제도 홍보 강화, 제도 접근성 강화

□ (검토배경) 비급여 진료비 확인제도 인지율은 33.0~45.5% 수준으로, 제도 인지도 자체가 낮다고 할 수는 없으나 비급여 진료비 확인제도는 비급여 이용 시 권리를 구제받을 수 있는 유일한 제도라는 측면에서 **향후 대국민 홍보 및 접근성 강화를 통해 인지도 및 접근성을 향상시키기 위한 노력을 꾸준히 진행할 필요가 있음.**

- 비급여 진료비 확인제도 관련 국민인식도 조사 결과, 심평원 자체 조사에서는 45.5%가, 본 연구 조사에서는 33.0%가 비급여 진료비 확인제도를 인지하고 있는 것으로 집계됨.
- 비급여 진료비 확인제도 이용 과정에서 불편함을 느낀 경우, 불편함을 느끼는 이유로 ‘신청과정의 복잡성’을 가장 높게 응답함.
- 한편, 전체 비급여 진료비 확인 업무처리 건수 중 요양기관 포털을 사용한 비율은 병원급이 49.2%, 의원급이 21.8%에 불과함.

[그림 6-2] 비급여 진료비 확인제도 인지도 및 접근성 향상 관련 문제의식



- **(개선방향)** 이에 건강보험심사평가원 자체 플랫폼 등을 적극적으로 활용하여 **비급여 정보제공 강화, 제도 홍보 강화, 제도 접근성 향상**을 위한 방안을 구체적으로 모색해 볼 필요가 있음.
- **(정보제공 강화)** 건강보험심사평가원 홈페이지 배너, 어플리케이션(예: 건강정보) 등의 플랫폼을 활용하여 **비급여 진료비 및 진료비 확인 범위에 대한 정보 제공을 강화**하는 방안을 검토해볼 수 있겠음.
 - 이때 앞단에서 제시된 고시(안)에 근거한 비급여 진료비 확인 범위를 제시함으로써 불필요한 민원을 줄이고, 국민 알권리 강화에 기여할 수 있을 것으로 기대됨.
 - **(제도 홍보 강화)** 비급여 진료비 확인제도 자체를 인지하지 못해 과다본인부담을 하는 사례가 발생하지 않도록 **다양한 매체(예: TV, 라디오, 인터넷, 옥외 광고, 홍보대사 위촉 등)를 활용한 대국민 홍보 강화** 방안을 모색할 필요가 있음.
 - 또한 요양기관 업무포털을 활용한 업무처리 비율이 낮은 현 상황을 고려하여 의원급 및 병원급 의료기관의 업무 부담을 줄이기 위해 **요양기관 업무포털에 대한 홍보를 강화**할 필요가 있음.
 - **(제도 접근성 향상)** 국민들이 더 편하고 쉽게 이용할 수 있도록 제도 신청 편의성과 접근성 향상 방안을 모색할 필요가 있음.
 - 인터넷이나 스마트폰에 익숙하지 않은 **노년층도 용이하게 확인 신청**을 할 수 있도록 **주민센터, 관공서, 의료기관 등에 안내 책자, 팸플릿 등을 비치**
 - 향후 급여병행 비급여에 대한 자료제출 의무화 시범사업이 추진되고 진료비 확인제도에서 해당 자료의 연계가 가능해진다고 가정할 경우, 진료비 확인 신청 시 환자가 별도로 영수증 등 증빙자료를 제출하지 않아도 **자동 연계된 자료를 활용**해 신청·확인할 수 있도록 하는 방안을 검토해볼 수 있음.

나. 파생서비스의 개선·활용방안

비급여 진료비 확인제도 내실화를 통한 제도 운영의 효율성 제고	
검토배경	▶ 개선방향
행정 부담 감소 및 알권리 강화를 위해 도입된 파생서비스의 실효성 강화 필요	비급여 확인제도 관련 파생 서비스의 개선·활용방안 모색

- **(검토배경)** 요양기관의 정당한 청구로 확인(정당 처리)된 민원 사례로 인한 요양기관 및 건강보험심사평가원의 행정적 부담을 줄이고, 환자의 비급여 정보에 대한 알권리를 강화하기 위한 취지로 **비급여 진료비 자가점검, 민원사례 안내, 환불되지 않는 다빈도 항목 안내**와 같은 파생서비스가 도입·운영되고 있음.
 - 비급여 진료비 확인제도 파생서비스의 실효성을 높이기 위해서는 자가점검서비스 등의 **파생서비스 고도화 방안**을 검토하고, **진료비 확인제도와 연계한 활용방안**을 모색할 필요가 있음.

- **(개선방향)** 비급여 진료비 확인 관련 행정적 부담을 줄이고 제도 운영을 효율화하기 위해 **비급여 진료비 자가점검 서비스 등을 고도화**하고, **진료비 확인 신청 시 자가점검 결과를 활용**하는 등의 활용방안을 검토해볼 수 있음.
 - 우선 비급여 진료비 확인 신청 대상자 중 자가점검 서비스를 이용하는 비율, 자가점검 이용자의 진료비 확인신청 비율 등을 확인하여 **자가점검 서비스의 실효성을 점검**해 볼 필요가 있음.
 - 또한 자가점검 서비스 이용자를 대상으로 이용 상의 불편사항이나 개선사항에 대한 의견을 조사하여 서비스 고도화 시 반영할 필요가 있음.
 - 이 외에도 **민원사례 안내 주기(분기→ 월 단위)**와 **환불되지 않는 다빈도 항목 안내 주기(반기→월 단위)**를 단축하거나, 이용자가 확인하기 쉽도록 **안내 목록을 유형화하여 제시**하는 등의 방안을 검토해볼 수 있음.
 - 사후관리 강화 측면에서 환불사례가 다빈도로 발생하는 의료기관에 대해서는 현지 조사 이외에 **안내문 발송, 진료비 청구 담당자에 대한 교육 프로그램 참여 권고, 교육 자료 제공** 등의 추가 조치가 이루어질 필요가 있음.

- 불필요한 진료비 확인신청을 줄이기 위한 방안으로 **확인신청 시 자가점검 결과를 첨부하도록 하는 방안**을 고려해볼 수 있음. 다만, 자가점검을 진료비 확인신청을 위한 필수요건으로 설정하는 것은 확인신청을 위한 추가적인 절차가 도입되는 것으로 제도에 대한 접근성 강화와 대치되는 방향이기에 신중하게 검토할 필요가 있음.
 - 이에 자가점검 결과 유무와 관계없이 제도 이용이 가능하도록 설계하되 자가점검을 확인 신청 전에 유도하는 방안(예: 진료비 확인 신청서에 자가점검 진행 유무 표시 등)을 마련할 필요가 있음.

다. 비급여 진료비 확인제도 인프라 확충 방안

비급여 진료비 확인제도 내실화를 통한 제도 운영의 효율성 제고	
검토배경	개선방향
비급여 확인제도 운영 보편화 및 체계화, 축적 데이터 활용성 제고 필요	비급여 진료비 확인제도 인프라 (운영 단위, 데이터베이스) 확충방안 마련

- (검토배경) 진료비 확인제도 운영의 보편화 및 체계화 측면에서 운영 단위를 확장하거나, 제도 운영과정에서 축적되는 데이터를 체계화하여 활용성을 높일 필요가 있음.
- (개선방향) 비급여 진료비 확인제도 운영 단위 확장, 비급여 진료비 확인(환불) 관련 사례 데이터베이스(DB) 구축, (가칭) 신의료기술평가 정보시스템 구축·운영
 - 향후 비급여 진료비 확인제도에 대한 인지도가 제고되고 제도 운영이 보편화될 경우 업무 부담 증가를 고려하여 건강보험심사평가원의 담당부서를 센터(가칭 비급여 진료비 확인센터)로 확대 운영하는 방안을 고려할 필요가 있음.
 - 건강보험심사평가원에 각종 비급여 진료비 환불과 관련한 이의신청, 심판청구, 판례 등의 사례 DB를 구축하여 비급여 진료비 확인 업무에 활용하도록 하는 방안을 모색할 필요가 있음.
 - 비급여 진료비 확인업무의 원활한 추진을 위하여 신의료기술평가 관련 정보를 실시간으로 확인할 수 있는 한국보건의료연구원 등에 정보시스템을 구축(가칭: 신의료기술평가 정보시스템)하는 방안을 검토해볼 수 있음.

2. 타 비급여제도와의 연계·활용 강화

가. 비급여 리터러시(literacy) 향상을 위한 연계·활용방안

타 비급여 관리제도와의 연계·활용 강화를 통한 국민 권리 강화	
검토배경	개선방향
비급여 진료비에 대한 국민의 알권리 및 리터러시(literacy) 강화 필요	비급여 진료비 관련 진료비 영수증 서식 개선 및 발급절차 개선(의료이용 문화 형성)

- **(검토배경)** 비급여 진료비 확인제도에 대한 국민 리터러시 향상을 위해서는 환자가 발급받는 **영수증 서식 개선**뿐만 아니라 **발급절차**를 개선할 필요가 있음.
 - 일반적으로 의원급 의료기관은 **총액 영수증**을 제공하고 있으며, 실손보험 적용으로 환자 또는 보험사의 요청이 있는 경우에만 세부 진료내역을 제공하고 있음.
 - **상급종합병원**의 경우에도 **표준 영수증 서식에 따라 진료비 내역**이 제공되고 있으나, 비급여 내용이 포괄적으로 제시되어있어 해당 비급여의 발생 이유와 발생 항목을 파악하기 어려운 상황임.
- **(개선방향)** 급여와 비급여 항목이 포괄된 진료비 총액 영수증(카드 영수증)을 제공하는 방식에서, **진료비 계산서 및 영수증을 의무적으로 제공**하고, 환자가 요청할 경우 **진료비 세부산정내역 제공이 활성화** 될 수 있는 의료이용 문화를 형성할 필요가 있음.

나. 비급여 종합대책과 연계한 활용방안

- 비급여 관리기전 마련의 필요성이 지속 제기되고, 국민 권리보장차원에서 보호 장치 강화와 의료인-환자 간 신뢰 형성에 이바지하기 위한 차원에서 **2020년 12월 「건강보험 비급여관리강화 종합대책」**이 발표됨.
 - 비급여 종합대책은 **모든 국민이 필요한 비급여를 적정 비용으로 안전하고 합리적으로 이용할 수 있는 환경을 조성**하고, 남은 비급여에 대한 관리를 통한 실질적인 **보장성 강화 효과**를 달성하는 것을 목표로 하며, **‘거버넌스 연계 협력 강화’, ‘비급여 관리를 위한 인프라 구축’, ‘(의료소비자/의료이용 측면) 합리적 비급여 이용 촉진’,**

‘(의료공급자/의료제공 측면) 적정 비급여 공급 기반 마련’의 4개 분야로 구성됨.

[그림 6-3] 비급여관리강화 종합대책 비전 및 추진방안

“ 비급여 관리 혁신, 국민중심 의료보장 실현 ”	
모든 국민이 필요한 의로서비스를 적정 비용으로, 안전하게, 합리적으로 선택하여 이용할 수 있는 환경 조성	
비급여 관리 거버넌스 연계·협력 강화	
1-1 보장률 지표 및 산출체계 개선 및 의료보장성과관리·모니터링 체계 구축	
1-2-① 공사보험 연계 법적근거 마련	1-2-② 실손보험 구조개편
1-3-① 비급여관리정책협의체 기능·역할강화	1-3-② 의료보장제도 간 비급여관리 연계·협력체계 구축
의료 이용에서의 비급여 관리	의료 제공에서의 비급여 관리
2-1-① 비급여 진료정보공개 확대	3-1 급여병행비급여 자료제출 방안 마련 및 단계적 확대
2-1-② 비급여 진료비용 통합고지시스템 추진	3-2 급여·비급여 병행진료 관리체계 구축
2-2 비급여 사전설명제도 도입	3-3 비급여 진료 평가 실시 및 활용방안
2-3 진료비 계산서·영수증 발급 개선안	
비급여 관리를 위한 인프라 구축	
4-1-① 비급여 분류체계 개선 및 표준화	4-1-② 비급여 명칭·코드 표준화 및 표준코드 사용 의무화 규정 마련
4-2 비급여에 대한 주기적 재평가 등 실시	

□ 2020년 12월 발표된 **비급여 관리 종합대책**과 비급여 진료비 확인제도 간의 연계를 강화하는 방안을 검토할 필요가 있음.

○ 이를 위해 비급여 종합대책의 각 단계별로 비급여 진료비 확인제도와 연계가 가능한 지점을 검토하여 활용방안을 제시하고자 함.

1) 인프라 구축 단계

인프라 구축단계에서 타 비급여 관리제도와의 연계·활용 강화를 통한 정보 활용성 강화	
검토배경	▶ 개선방향
비급여 관리 인프라 구축 측면에서 비급여 실태 파악 및 체계화가 중요	비급여 항목에 대한 목록화·코드화 시 비급여 진료비 확인제도 데이터 연계·활용

□ (검토배경) 비급여 관리를 위해서는 **비급여 실태를 파악하기 위한 자료를 확보하는 것이 우선적으로 필요**하나, 현재 완결성 있는 비급여 정보를 파악하는 것은 어려운 상황임. 이에 현재 가용한 자료를 가지고 제한적으로나마 실태를 파악하는 것이 필요하며, 이러한 측면에서 **비급여 진료비 확인제도**는 **비급여 실태파악을 위한 자료원**

중 하나로 활용될 수 있음.

[그림 6-4] 비급여 관리를 위한 인프라 구축의 필요성



- 비급여진료비 확인제도에서는 의원급 의료기관을 대상으로 한 처리건수가 증가하는 추세인 만큼(전체 처리건수 중 의원급 비율 '14년 16.8% → '20년 19.9%), 본 제도에서 축적된 데이터를 활용하여 의원급 비급여 현황을 파악하기 위한 노력이 강구될 필요가 있음.
- 현재 「국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙」 제9조 별표2에 규정된 비급여 대상 중 환자의 선택에 의한 선택비급여, 의료기관 파생비급여 등에 대해서는 목록화·코드화가 미흡한 상황임.
- (개선방향) 향후 체계적인 비급여 관리를 위해서는 이러한 비급여 항목에 대한 목록화·코드화가 이루어져야 하며, 비급여항목 목록화·코드화의 기초자료로 비급여 진료비용 등 보고제도에 의해 확보되는 비급여진료 내역 자료와 함께 비급여 진료비 확인제도에 의해 확보된 자료가 활용될 수 있음.

- 실제로 비급여 확인제도를 통해 확보된 자료를 통해 「국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙」 별표2의 상세 비급여 항목을 목록화하기 위한 시도가 이루어진 바 있음. 향후 비급여 목록을 지속적으로 업데이트하고, 나아가 해당 비급여를 표준화하는 작업을 추진할 필요가 있음.
- 비급여 진료비 확인제도에 따라 확인 신청된 사례와 확인결과를 일정한 분류 체계에 따라 분류·정리할 경우 비급여항목 목록화코드화의 기초자료로 활용될 수 있을 것임. 이를 위해 그간의 제도 운영에 따라 이미 축적된 자료에 대해 일정한 분류체계에 따라 정리해 둘 필요가 있음.

[그림 6-5] 선행 연구에서 선택비급여 항목 파악 방법



자료: 여나금 외(2020). 포괄적 의료보장관리체계 실행기반 마련 연구용역.

2) 의료이용 단계

의료이용 단계에서 타 비급여 관리제도와와의 연계·활용 강화를 통한 정보 활용성 강화	
검토배경	▶ 개선방향
의료소비자 측면에서 비급여 정보제공 등 비급여 관리정책 개선 필요	의료이용 단계에서의 비급여 관리방안과 비급여 진료비 확인제도 연계·활용

- (검토배경) 비급여 관리 종합대책에서는 비급여 진료에 대한 충분한 정보제공을 통해 국민의 알 권리를 강화하고 선택권을 지원하기 위해 ‘비급여 진료정보 공개 확대 및 통합고지시스템 추진’, ‘비급여 사전설명제도 도입’, ‘진료비 계산서·영수증 발급 개선안’과 같은 정책과제를 도출함.
- (개선방향) 의료소비자의 의료이용 단계에서 비급여 관리방안으로 제시된 비급여 진료비용 공개제도, 비급여 사전설명 의무화와 연계한 활용방안을 검토해볼 수 있음.
 - 예를 들어, 비급여 진료비 확인제도에서 다빈도로 발생하는 항목, 이슈가 된 항목 등을 토대로 비급여 진료비용 공개제도의 비급여 항목 설정에 활용 가능함.
 - 또한 환자가 원하는 비급여 정보는 서비스 항목별 가격(P) 정보가 아닌, 치료 시 실제 소요되는 비용인 질환별·상병별 진료비(P×Q) 정보임. 비급여 진료비 확인 제도에서는 의료이용 건(질병건, 수술건 등)별 진료정보를 수집하고 있으므로 이를 활용하여 항목별 가격 정보 외에 의료이용 건 단위로 정보를 공개하는 방안을 검토해볼 수 있음.

[그림 6-6] 질병건/수술건별 비급여 진료비 공개의 필요성



- 예를 들어, 환자 A가 ‘비외과적 경부 및 척추 상태’로 인해 ‘통증관리 및 척수강 조영’을 실시한 경우, 현행 제도상으로는 환자가 본인이 제공받은 서비스 항목에 대한 가격 정보만을 확인할 수 있음.
- 향후 질병건 또는 수술건 단위로 진료비를 공개할 경우, 전체 진료비 중 공단 부담금, 법정본인부담금, 비급여 비중을 종합적으로 확인할 수 있고, 해당 질병건 또는 수술건에 대한 항목별 가격을 세부적으로 확인 가능함.

[그림 6-7] 비급여 진료비 확인제도 활용 질병건/수술건 진료비 공개 예시

168210 환자 비외과적 경부 및 척추 상태(통증관리 및 척수강조영 미실시)					
구분	진료비	비율	구분	진료비	비율
공단 부담금	456,180원	91.5%	공단 부담금	409,340원	25.3%
법정 본인부담	42,440원	8.5%	법정 본인부담	89,280원	5.5%
전체	498,620원	100.0%	비급여	1,121,558원	69.2%
			전체	1,620,178원	100.0%

		단가	설명
A 병원	IDTRM	37029원	도타렘주15ml
	IDTRM	37029원	도타렘주15ml
	RM209	302500원	C-Spine MRI (조영촬영)
	RM264	745000원	L-Spine + Full Spine T2 Sagital(조영제)

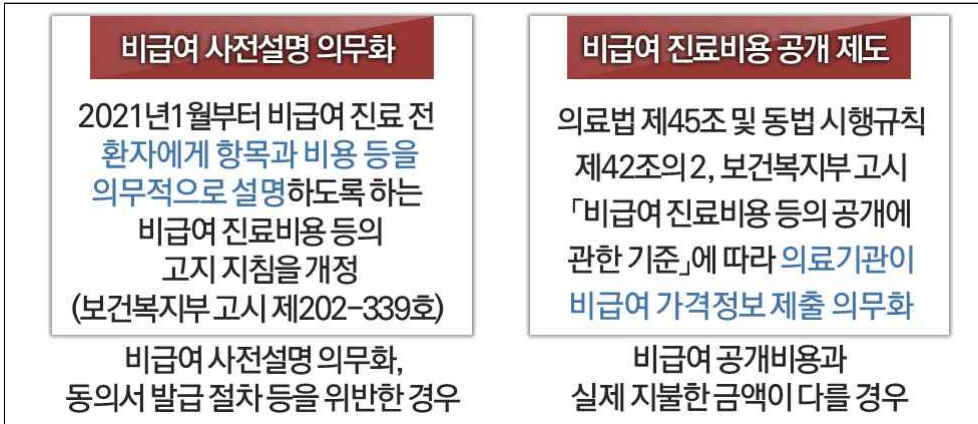
○ 그 밖에도 국민 알권리 및 선택권 등의 권리 강화를 위해 추진되고 있는 **비급여 관리정책을 비급여 진료비 확인제도와 연계**하여 제도 실효성을 향상시키기 위한 방안을 검토해볼 수 있음.

- 예를 들어, **비급여 진료비 사전설명 의무에서 설명내용, 설명주체 등을 준수하지 않은 경우, 비급여 공개비용과 실제 지불한 금액이 다른 경우** 등은 진료비 확인제도에서 **‘행정적 요건 미준수 사례’로, 확인(환불) 대상 및 범위로 고시에 포함**하는 방안을 고려해볼 수 있음.

- 비급여 진료비 사전설명 설명제도에서 설명내용은 비급여 항목(2021년 615개 및 환자요구 비급여)과 가격으로, 시술의 명칭, 목적, 방법, 소요시간, 치료경과, 약제 및 치료재료 산출내역 등임.
- 현행 비급여 진료비 사전설명 설명제도 수립과정에서, 제도 운영에 따르는 의료기관의 부담을 고려하여 설명주체를 의료기관 종사자까지 확대하여 의료인 및 의료종사자로 하였으며, 동의서 작성도 의무사항에서 제외하였음.
- 동의서 또는 사전설명 확인서 등 작성이 의무사항에서 제외되었기 때문에 실제 사전 설명이 이루어졌는지 여부는 환자와 의료기관을 통해 파악할 수밖에 없음.

- 그러나 사전설명 여부 확인에는 건강보험심사평가원 및 의료기관의 업무 부담 가중과 환자의 불편이 수반될 가능성이 있기 때문에 비급여 진료비 확인제도와 비급여 진료비 사전설명제도 간 연계를 강화함에 있어서는 이를 고려하여야 함.

[그림 6-8] 의료이용 측면에서의 비급여 관리제도와 비급여 진료비 확인제도와의 연계 방안



3) 의료제공 단계에서 연계·활용방안

의료제공 단계에서 타 비급여 관리제도와 연계·활용 강화를 통한 정보 활용성 강화	
검토배경	▶ 개선방향
의료공급자 측면에서 비급여 보고제도 등 비급여 관리정책 개선 필요	의료제공 단계에서의 비급여 관리방안과 비급여 진료비 확인제도 연계·활용

□ (검토배경) 비급여 관리 종합대책에서는 비급여 적정 진료 관리기반을 구축하여 공급자 측면에서 합리적 비급여 진료제공을 위한 환경을 조성하기 위해 ‘급여 병행 비급여 자료제출 방안 마련 및 단계적 확대’, ‘급여·비급여 병용진료 관리체계 구축’, ‘비급여 진료 평가 실시 및 활용방안’과 같은 정책과제를 도출함.

□ (개선방향) 의료공급자의 의료제공 단계에서 비급여 관리방안으로 제시된 비급여 진료비용 보고제도, 급여 병행 비급여에 대한 자료 제출 및 관리방안 마련과 연계한 활용방안을 검토해볼 수 있음.

- 종합대책에 따라 급여 진료와 병행하는 비급여 진료항목을 건강보험 청구 시 함께 제출하는 시범사업을 도입할 예정임.
 - 이와 관련하여 비급여 진료비 확인제도에서 수집된 자료를 시범사업 항목 설정에 활용하고, 급여와 비급여를 통합했을 때 적정성을 살펴보기 위한 근거 및 노하우로 활용하는 방안을 검토해볼 수 있을 것임.
- 비급여 진료비용 보고제도에 따라 의료기관으로부터 보고되어 축적되는 자료들과 진료비 확인제도에서 수집되는 자료간의 연계를 강화함.
 - 이를 위해서는 비급여 진료비용 보고제도의 보고범위 및 내용 등과 관련한 국민, 관련단체 등의 의견수렴과 사회적 합의, 제도 간 자료 연계에 대한 법적 검토가 요구됨.

제3절 결론 및 제언

- 비급여 진료비 확인 제도는 관계 법령에서 정하지 않은 부당한 비급여 진료비 지출로부터 국민의 권익을 보호하기 위한 제도로서, 건강보험 뿐 아니라 의료급여, 긴급의료지원, 산업재해보상보험 등에서도 채택하고 있는 제도임.
- 비급여 진료비 확인제도는 전체적인 의료보장제도와 맞물려 의료보장제도가 실행되는 현장에서 보장기능의 누수를 방지하는 제도로서의 의미를 가지게 됨.
 - 즉, 의료보장제도가 효과적으로 이행되기 위해서는 급여·비급여로 구분되는 보장 범위의 철저한 준수를 기할 수 있는 제도적 장치가 필요하며, 비급여 진료비 확인제도가 이러한 제도적 장치의 하나로서 역할을 담당하고 있음.
- 비급여 진료비 확인제도가 이러한 역할을 효과적으로 수행하도록 하기 위해서는 제도내적인 측면에서 법적 근거를 명확히 하여 제도 운영 상 발생할 수 있는 논란과 갈등비용의 발생소지를 예방하는 한편, 제도외적으로는 체계적인 비급여 관리에 기여할 수 있도록 관련 제도와의 연계성을 강화할 필요가 있음.
- 현행 『국민건강보험법』 제48조는 현장에서 이루어지고 있는 다양한 유형의 비급여를 충분히 반영하지 못하고 있으며, 제도 실행에 필요한 구체적인 사항을 규정하는 하위법령이 마련되어 있지 않음.
 - 따라서 국민 권익 보호의 중요성과 체계적 비급여 관리의 중요성이 강조되고 있는 현시점에서 비급여 진료비 확인제도의 효과적 추진을 위한 법적 기반을 공고히 할 필요가 있음.
 - 제도내적 개선사항으로서 비급여 진료비 확인 제도의 효과적 운영을 위한 거버넌스 구축, 관리역량 강화 및 데이터 인프라 확충 등이 이루어질 필요가 있음.
- 제도외적 개선 사항으로서는, 비급여 진료비 확인제도 운영과정에서 확보되는 지식정보나 사회적 요구 등을 타 건강보험 관련 제도의 개선으로 환류하는 체계를 구축할 필요가 있음.
 - 비급여 진료비 확인 시 비급여 진료 사전 설명 여부 확인 등 제도 간 연계성을

강화함으로써 상승효과가 발생할 수 있도록 할 필요가 있음.

- 확인 신청된 비급여 사례를 유형별 분류체계에 따라 분류·정리할 경우 향후의 비급여 항목의 목록화·코드화에 활용될 수 있음.
 - 현재 『국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙』제9조의 별표2의 선택 비급여, 의료기관 파생 비급여 등이 목록화·코드화되어 있지 않아 체계적인 비급여 관리에 어려움이 있음.
 - 비급여 항목의 목록화·코드화에는 비급여 비용 등의 보고제도에 의한 비급여 진료 내역 자료와 비급여 진료비 확인제도에 의해 확보된 자료가 활용될 수 있을 것임.
 - 비급여 진료비 확인제도에 따라 확인신청된 사례와 그 확인 결과를 축적해 둘 경우 비급여 목록화·코드화의 기초자료로 활용될 수 있음.
 - 현재에도 이미 그간의 제도 운영에 따른 자료가 축적되어 있으므로 이를 일정한 분류체계에 따라 정리해 둘 필요가 있음.
- 선택비급여의 목록화·코드화 미흡은 비급여 진료비 확인제도 운영 상의 행정 수요를 증가시키는 요인이 되고 있음을 고려하면, 이러한 비급여 항목의 목록화·코드화는 비급여 진료비 확인제도 운영에도 기여할 수 있음.

□ 앞으로 전체적인 국민의 의료이용이 증가하면서 비급여 진료도 같이 증가할 가능성이 높고, 비급여 진료비 확인 제도에 대한 국민의 인지도가 증가하면서 확인 신청 사례도 지속적으로 증가할 것으로 보임.

○ 또한, 건강보험 보장성 강화 대책이 지속적으로 추진되면서 비급여의 단계적 급여화가 진행될 것임.

□ 이와 같은 제도 이용 증가 및 비급여 항목 범위의 지속적 확대 등의 여건 변화에 대비하여 제도 운영의 효율성과 비급여 관리에 대한 순기능을 확장시키기 위해서는 지금의 시점에서 비급여 진료비 확인제도의 법적 근거 확충과 관련 제도 개선을 적극 추진할 필요가 있음.



[부록] 비급여 진료비 확인제도 판례 목록

연번	사건번호	년도	심급	법원	사건명	확정 여부	키워드
1	2005구합27925	2005	1	서울행정법원	진료비삭감처분등취소	확정	선천성기관지기형
	2007누26805	2007	2	서울고등법원	진료비삭감처분등취소	확정	
	2008두19338	2008	3	대법원	진료비삭감처분등취소	확정	
	2013누10412	2013	2	서울고등법원	진료비삭감처분등취소	확정	
	2013두26828	2013	3	대법원	진료비삭감처분등취소	확정	
2	2007구합19614	2007	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
	2009누24919	2009	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두901	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2016누553	2016	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
3	2007구합20423	2007	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
4	2007구합23088	2007	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
	2009누24926	2009	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두796	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2016누478	2016	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
5	2008구합14685	2008	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
6	2008구합16803	2008	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
7	2008구합26626	2008	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
	2011누13783	2011	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2015두1922	2015	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
8	2008구합33594	2008	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
	2010누32602	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두22208	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
9	2008구합44129	2008	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
	2011누13790	2011	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2015두1861	2015	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
10	2009구합24467	2009	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2010누2724	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두1652	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
11	2009구합27398	2009	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2010누476	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010두21600	2010	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2012누26434	2012	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두13273	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
12	2009구합31779	2009	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병

114 비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

연번	사건번호	년도	심급	법원	사건명	확정 여부	키워드
	2010누4713	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2015두769	2015	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
13	2009구합32390	2009	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2010누11865	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010두22641	2010	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013누28673	2013	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2014두2713	2014	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
14	2009구합39070	2009	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2010누11292	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010두27042	2010	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013누25391	2013	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2014두3211	2014	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
15	2009구합42366	2009	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2010누11902	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010두26285	2010	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2012누32408	2012	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두9540	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
16	2009구합43406	2009	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2010누11919	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010두23804	2010	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013누25384	2013	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
17	2014두7978	2014	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2009구합50794	2009	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010누13021	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010두27066	2010	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013누28680	2013	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
18	2014두11373	2014	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
	2009구합57023	2009	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010누23691	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2011두7618	2011	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2012누27758	2012	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
19	2015두1885	2015	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2010구합2913	2010	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010누23714	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
20	2013두9557	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2010구합12378	2010	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010누23721	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2011두3524	2011	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	

연번	사건번호	년도	심급	법원	사건명	확정 여부	키워드
	2012누26441	2012	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두1669	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
21	2010구합20928	2010	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2010누30361	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2011두11068	2011	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2012누31672	2012	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두11703	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010구합23378	2010	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
22	2010누39979	2010	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2011두9850	2011	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013누28697	2013	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2014두10240	2014	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010구합26513	2010	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
23	2011누619	2011	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2011두25708	2011	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2012누31689	2012	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두13303	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010구합32624	2010	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
24	2011누4376	2011	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2011두15756	2011	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2012누30280	2012	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두26774	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010구합40540	2010	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
25	2011누32210	2011	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
	2014두779	2014	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2016누423	2016	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2010구합41963	2010	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
26	2011누14915	2011	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2011두28271	2011	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
27	2011구합3074	2011	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2011누20620	2011	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두6466	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
28	2011구합8680	2011	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2011누23070	2011	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2012두1594	2012	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013누4806	2013	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	

116 비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

연번	사건번호	년도	심급	법원	사건명	확정 여부	키워드
	2013두8790	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
29	2011구합10096	2011	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
	2011누34063	2011	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두16371	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
30	2011구합16698	2011	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2013누910	2013	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두13679	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
31	2011구합24910	2011	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
	2013누29843	2013	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
32	2011구합30748	2011	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	NST
	2012누4458	2012	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2013두6473	2013	3	대법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
33	2012구합4678	2012	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	백혈병
	2013누28529	2013	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분등취소	확정	
	2014두9882	2014	3	대법원	과다본인부담금확인처분취소	확정	
34	2012구합18516(본소)	2012	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2012구합33010(병합)	2012	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	
	2014누849(본소)	2014	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
	2014누856(병합)	2014	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
	2016두575(본소)	2016	3	대법원	진료비반환처분취소	확정	
	2016두582(병합)	2016	3	대법원	진료비반환처분취소	확정	
35	2012구합3361	2012	1	광주지방법원	과다본인부담금환수처분취소	확정	PRP
36	2012구합43970	2012	1	서울행정법원	진료비	확정	PRP
	2014누870	2014	2	서울고등법원	진료비	확정	
	2016두612	2016	3	대법원	진료비	확정	
37	2013구합5241	2013	1	서울행정법원	환불통보취소	확정	PRP
	2014누71551	2014	2	서울고등법원	환불통보취소	확정	
38	2013구합5456	2013	1	서울행정법원	환불통보취소	확정	PRP
	2014누71384	2014	2	서울고등법원	환불통보취소	확정	
	2017두37079	2017	3	대법원	환불통보취소	확정	
39	2013구합7124	2013	1	서울행정법원	환불통보취소	확정	PRP
	2015누66723	2015	2	서울고등법원	환불통보취소	확정	
	2016두61495	2016	3	대법원	환불통보취소	확정	
40	2013구합9786	2013	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2014누41123	2014	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
	2016두42203	2016	3	대법원	진료비반환처분취소	확정	
41	2013구합10915	2013	1	서울행정법원	환불통보취소	확정	PRP

연번	사건번호	년도	심급	법원	사건명	확정 여부	키워드
	2014누71575	2014	2	서울고등법원	환불통보취소	확정	
42	2013구합56454	2013	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2014누41147	2014	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
	2015두52210	2015	3	대법원	진료비반환처분취소	확정	
43	2013구합57327	2013	1	서울행정법원	환불통보취소	확정	PRP
	2014누73205	2014	2	서울고등법원	환불통보취소	확정	
	2017두37086	2017	3	대법원	환불통보취소	확정	
44	2013구합59217	2013	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2014누41154	2014	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
	2016두40177	2016	3	대법원	진료비반환처분취소	확정	
45	2013구합60064	2013	1	서울행정법원	과다본인부담금환불처분취소	확정	PRP
	2015누33778	2015	2	서울고등법원	과다본인부담금환불처분취소	확정	
	2015두58508	2015	3	대법원	과다본인부담금환불처분취소	확정	
46	2013구합25801	2013	1	서울행정법원	비급여진료비정당처분취소	확정	양성자방사선치료
47	2013구합28657	2013	1	서울행정법원	행정처분취소	확정	기공공법지도
48	2013구합64653	2013	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2016누38794	2016	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
49	2014구합50996	2014	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분취소	확정	지방흡인술
50	2014구합51227	2014	1	서울행정법원	환불처분통보취소	확정	PRP
	2015누47418	2015	2	서울고등법원	환불처분통보취소	확정	
51	2014구합56376	2014	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2016누58941	2016	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
52	2014구합65233	2014	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2016누58781	2016	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
53	2014구합15375	2014	1	서울행정법원	과다본인부담금확인처분취소	확정	항암혈액약침술
	2015누41229	2015	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분취소	확정	
	2016두34585	2016	3	대법원	과다본인부담금확인처분취소	확정	
	2019누48747	2019	2	서울고등법원	과다본인부담금확인처분취소	확정	
	2020두35738	2020	3	대법원	과다본인부담금확인처분취소	확정	
54	2014구합66441	2014	1	서울행정법원	환불통보취소	확정	PRP
	2017누30612	2017	2	서울고등법원	환불통보취소	확정	
55	2014구합71924	2014	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2016누58958	2016	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
56	2015구합57390	2015	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2016누38008	2016	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
57	2015구합66639	2015	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2016누38015	2016	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	

118 비급여 진료비 확인 제도의 심사 대상 및 범위 연구

연번	사건번호	년도	심급	법원	사건명	확정 여부	키워드
58	2014구합21059	2014	1	서울행정법원	비급여처분취소	확정	MRI(MR(Brain)&Diffusion&MR Angio(Brain)검사)
	2015누60299	2015	2	서울고등법원	비급여처분취소	확정	
	2016두33773	2016	3	대법원	비급여처분취소	확정	
59	2015구합77790	2015	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2016누58804	2016	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
60	2015구합83498	2015	1	서울행정법원	진료비확인청구에대한이의신청결정및원결정취소청구	확정	항암제(비급여)
	2016누69569	2016	2	서울고등법원	진료비확인청구에대한이의신청결정및원결정취소청구	확정	
	2019두54771	2019	3	대법원	진료비확인청구에대한이의신청결정및원결정취소청구	확정	
61	2016구합55421	2016	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
	2016누58811	2016	2	서울고등법원	진료비반환처분취소	확정	
62	2016구합59386	2016	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
63	2016구합63972	2016	1	서울행정법원	진료비반환처분취소	확정	PRP
64	2016구합5419	2016	1	서울행정법원	국민건강보험비급여처분취소	확정	스피리트및교정치료 등
	2017누48088	2017	2	서울고등법원	국민건강보험비급여처분취소	확정	
	2017두61553	2017	3	대법원	국민건강보험비급여처분취소	확정	
65	2016구합8586	2016	1	서울행정법원	비급여비용이의신청기각결정취소	확정	심장초음파검사
66	2017구합68806	2017	1	서울행정법원	진료비비급여결정처분취소의소	확정	악교정수술
67	2019구합10696	2019	1	광주지방법원	과다본인부담금에의한반환처분취소	확정	안면코복합시술
	2020누10615	2020	2	광주고등법원	과다본인부담금에의한반환처분취소	확정	
68	2019구합12166	2019	1	광주지방법원	과다본인부담금에의한반환처분취소	확정	안면코복합시술
	2020누10660	2020	2	광주고등법원	과다본인부담금에의한반환처분취소	확정	
69	2019구합6840	2019	1	서울행정법원	비급여진료비취소청구	진행중	MRI(슬관절)
	2020누65397	2020	2	서울고등법원	비급여진료비취소청구	진행중	
	2021두47479	2021	3	대법원	비급여진료비취소청구	진행중	
70	2021구합31045	2021	1	춘천지방법원	비급여진료비취소처분취소	진행중	MRI(뇌-수두증)
71	2021구합50109	2021	1	서울행정법원	과다본인부담금확인통보처분취소	진행중	시술에사용된약제(보톡스주)
72	2021구합52471(본소)	2021	1	서울행정법원	과다본인부담금확인·통보처분등취소청구	진행중	수술용초음파검사
	2021구합62201(병합)	2021	1	서울행정법원	과다본인부담금확인·통보처분등취소청구	진행중	
	2021구합71113(병합)	2021	1	서울행정법원	과다본인부담금확인·통보처분등취소청구	진행중	
73	2021구합59939	2021	1	서울행정법원	과다본인부담금확인등처분취소	진행중	내시경적경막외강신경근성형술
74	2021구합70974	2021	1	서울행정법원	과다본인부담금확인취소	진행중	내시경적경막외강신경근성형술
75	2021구합76033	2021	1	서울행정법원	과다본인부담금확인통보처분취소	진행중	골반저물리치료

연번	사건번호	년도	심급	법원	사건명	확정 여부	키워드
76	2021구합80810	2021	1	서울행정법원	과다본인부담금확인·통보처분등 취소청구	진행중	수술용초음파검사
78	2009구합43376	2009	1	서울행정법원	진료비용환불통보무효확인	확정	이레사정(항암제)
79	2014구합56567	2014	1	서울행정법원	업무정지등처분취소	확정	맘모툼(유방양성종양 절제술)
80	2017구합657	2017	1	서울행정법원	진료비용환불처분취소	확정	신경계수술을위한무 탐침정위기법
81	2018구합58417	2018	1	서울행정법원	진료비용환불처분취소	확정	비침습적무통증신호 요법
82	2019누39026	2019	2	서울고등법원	진료비용환불처분취소	확정	신경계수술을위한무 탐침정위기법