

비급여 진료비 관련 최근 동향의 시사점



김형호 지원장
건강보험심사평가원 광주지원

1. 들어가며

최근 비급여 진료(건강보험이 적용되지 않는 진료, 이하 ‘비급여’ 라고 한다)를 둘러싸고 국회, 정부, 의료계, 소비자 단체 및 학계 등에서 논의가 활발하게 전개되고 있다. 이러한 논의는 의료법 개정으로까지 이어져서 15. 12월에는 의료법 제45조의 2가 신설되어 ‘비급여 진료비용 공개’가 법제화 되었다. 이후 16. 12월에는 동 제45조의 2 및 관련 규정이 개정되어 비급여 진료비용 공개의 범위가 확대되고 실효성이 강화되었다.

비급여와 관련된 사회적 관심과 논의는 갑작스러운 것은 아니고 이전부터 있어왔지만, 최근 보건의료 모든 영역에서 더욱 뜨거운 이슈가 되고 있다. 관심의 초점은 국민의료비 부담의 증가라는 건강보험보장성의 문제와 국민의 알권리·의료선택권의 문제 등 크게 두 가지 측면이라고 생각된다.

비급여가 사회적 주목을 받게 된 것은 먼저 그간 정부에서 꾸준히 전개해온 보장성 강화가 비급여 급증으로 제 효과를 못 내고 있는 것이 가장 중요한 배경이다. 4대 중증질환의 비급여 항목을 급여화하는 등 건강보험 보장율을 높이기 위하여 건보재정을 지속적으로 투입하였으나, 신의료기술 및 비급여 의료행위의 양적 증가 등으로 국민의료비에서 차지하는 비급여의 비중은

이 글은 건강보험심사평가원 박지선 연구원의 자료 수집과 정리 등 도움을 받아 작성한 것임을 밝힌다.

오히려 높아지고 있다. 이로 인해 국민이 직접 부담하는 진료비가 계속 늘어나고 있는 것이다. 비급여 증가에 대한 대책 및 급여로의 전환 등 비급여 관리 정책이 필요 한 것이다. 여기에 비급여진료비용에 대한 의료기관의 불합리한 가격차이로 인해, 환자들의 알권리와 의료선택권 강화가 비급여 관리의 또 다른 한 중요 사안으로 작용하고 있다. 한편 안전성 효과성이 불분명한 비급여 남용의 우려 또한 사회적 문제로 등장하고 있다. 비급여 관리는 이러한 비급여 관련 여러 문제를 해결하기 위한 종합적인 정책적 노력이다.

이 글에서는 비급여의 현황과 문제점 및 비급여를 둘러싼 한국 각계와 외국 동향을 분석하고, 최근 법적제도로 시행된 의료법상의 ‘비급여 진료비용 공개’의 현황과 의미를 살펴보면서 이를 종합하여 비급여에 대한 시사점을 도출해 보고자 한다.

2. 비급여의 현황과 문제점

가. 비급여 현황

비급여는 건강보험이 적용되지 않아서 환자가 전액을 부담하는 의료서비스이다. 건강보험이 적용되지 않는 이유는 크게 세 가지로 나눌 수 있다. 첫째는 업무나 일상생활에 지장이 없거나, 신체의 필수적 개선 목적이 아니거나 질병 치료와 무관한 의료(단순피로개선, 코성형수술 등)이어서 보험 원리상 본래적으로 급여하기가 타당하지 않는 경우이다. 미용·성형이 대표적이고 대부분의 나라가 비급여로 한다(보험원리적 비급여). 둘째는 질병 진단·치료를 목적으로 하여 보험 원리상 급여가 타당하지만 아직 임상적 유효성이 충분히 검증되지 않았거나, 비용 효과성이 낮은 의료이다. 임상적 유효성 및 비용효과성이 검증되면 급여가 가능하게 된다(의학적 비급여). 또 하나는 보험원리에도 타당하고 임상적 유효성 및 비용효과성도 있지만 보험재정상 급여를 결정하지 않는 경우이다(재정적 비급여). 국민입장에서 본다면 재정적 비급여는 즉시 급여로 전환하고, 의학적 비급여도 가능하면 급여 쪽으로 결정된다면 개인 의료비 부담이 줄어들어서 좋을 것이다. 그래서 정부에서는 재정적 비급여에 대하여는 중기 보장성 로드맵을 만들어서 점차 급여로 전환하고 있다(보건복지부, 2015). 의학적 비급여에 대하여도 조건이 되는 항목은 환자 본인 부담비율이 큰 급여로 우선 결정하여 적용하는 선별급여제도를 시행하고 있다.

앞에서 비급여를 크게 보험원리적 비급여, 의학적 비급여, 재정적 비급여로 나누었는데, 이러한 비급여를 좀 더 세부적으로 구분하고 유형화 시키려는 시도가 이루어지고 있다. 이것은 비급여의 현황 파악과 특성에 따른 정책적 관리를 위해 필요하다. 세부 유형 및 관련 용어 등은 아직 통일되거나 확립되어 있지는 않다. 향후 학계 및 관련기관들 사이에서 용어 통일 등의 작업이 필요할 것이다.

비급여를 법정비급여와 임의비급여로 나누기도 한다. 적법한 비급여, 불법한 비급여의 구분이다.

법정비급여는 법령에서 비급여로 인정된 것이고, 임의비급여는 요양기관이 임의대로 환자에게 비급여로 부담시킨 것이다. 요양급여로 인정되었거나 또는 비급여로 인정되지 않는 진료임에도 요양기관이 임의로 환자에게 부담시킨 경우가 임의비급여이며, 원칙적으로 불법이다. 임의비급여에 대하여는 이전에 많은 논란이 있었으나, 2012년 대법원 판결로 ‘불가피성’, ‘의학적 타당성’ 그리고 ‘환자 동의 절차’가 있을 경우에는 요양기관의 증명 책임하에 조건부 임의비급여 진료가 허용되었다(손동국 외, 2012, 판례). 임의비급여와 관련한 제도적 문제들은 지속적으로 보완되어 상당부분 개선되었다.

비급여의 전체 규모는, 건강보험 환자가 부담한 비급여의 경우 ‘15년 기준으로 건강보험공단의 진료비 실태조사에 근거하면 약 11~12조원 추정된다. 이에 비해 건강보험뿐만 아니라 의료급여, 산재보험, 자동차보험, 민영실손보험 가입자 등이 부담한 비급여 의료비를 모두 포함하여 산출한 비급여 규모는 보건복지부의 국민보건계정에서 약 25조원이 넘는 것으로 추정하고 있다. 결과적으로, 국민의료비 중 가계가 직접 부담하는 비율이 36.8%(OECD 평균은 19.6%)로 OECD 국가 중 두 번째로 높은 수준이며, 지난 10년간 국민의료비의 연평균 증가율은 8.7%로 OECD 국가 중 가장 높은 증가율 보이고 있다. 연도별 국민의료비의 지출규모는 매년 증가하지만 공공재원과 건강보험급여비의 증가율이 그에 미치지 못해 국민들의 의료비 본인 부담수준이 증가하는 상황이다.

나. 비급여의 문제점

1) 건강보험 보장성 정체

건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고, 최근 5년간 법정 본인부담률은 1.6% 감소한 반면에 비급여 본인부담률이 3.4% 증가해 전체 보장률 상승 효과를 상쇄하여 건강보험 보장률이 60%초반에서 정체하고 있다. 비급여 진료(가격, 제공량)의 조절기전 미비로 비급여 진료비가 지속적으로 증가하고 있다. 이에 따라, 비급여 시장을 중심으로 한 민간의료보험이 무분별하게 확산되고 있다.

2) 비급여 의료비 증가로 가계부담 가중

과중한 의료비 부담으로 가계 재정이 파탄 나는 이른바 재난적 의료비 발생 가구 비율이 ‘10년 3.68%에서 ‘13년 4.39%까지 증가하였고 특히, 최하위 소득구간 가구들 중에는 12.86%으로 늘어나고 있다. 본인부담상한제, 암 등 중증질환자 본인부담 경감 등 높은 가계부담에 대한 보호 기전에도 불구하고, 재난적 의료비로 인해 가구의 사적이전 증가, 부채·대출 증가, 소비지출 감소, 빈곤화로 이어지고 있는 것이다. 전문가들은 이러한 높은 가계부담의 대부분은 비용효과가 불확실한 신의료기술 등 비급여 의료비 증가 탓이라 지적하고 있다.

3) 의료기관 간 비급여 항목의 불합리한 가격 차이 발생

비급여는 의료기관이 가격, 진료량 등을 자율 결정하므로 의료기관 간 비급여 항목에서 가격 차이가 평균 7.5배나 되는 것으로 확인되지만 그 이유를 합리적으로 설명하기가 어렵기 때문에, 소비자의 합리적 선택이 어려워 자유로운 가격경쟁 유발 효과를 기대하기 곤란하다.

4) 안전성 · 효과성 불분명한 비급여 남용 우려

비급여는 가격, 진료량 뿐만 아니라 안전성 및 오남용 등 의료의 질 문제도 제기되고 있다. 최근 신의료기술평가를 통과하지 못한 PRP치료 (의협신문, '16.4.25), 비급여 주사제 남발 (YTN, '16.8.24), C형 간염 집단감염 사태(Medical Times, '16.8.29) 등이 그 예이다.

3. 비급여 개선을 위한 국내외 동향

가. 국내 동향

국내에서는 비급여와 관련하여 정부의 각 부처, 의료계, 학계, 언론, 보험업계 등 관련 이해관계에 따라 조금씩 다른 입장을 가지고 있다.

보건복지부는 비급여와 관련하여 보장성 강화를 위한 비급여 전략을 추진하고 있다. 건강보험 보장성 강화 노력에도 불구하고 보장율 정체, 비급여 진료영역 빠른 확대 등의 문제점을 인식하였다. 이에 따라 고액 비급여의 적극 해소 및 증가 억제를 위한 관리체계 도입을 위해 중증 환자 부담이 큰 3대 비급여의 해소와 건강보험 적용을 추진하고, 의료비 부담이 큰 고가검사의 보험적용을 확대하고 있으며, 비급여의 합리적 관리를 위한 공적 관리 기반 강화를 국정과제로 추진하고 있다(보건복지부, 2015).

감사원은 비급여 진료비용 고지제도, 진료비 실태조사, 진료비 확인제도 등 현행 비급여 관리제도의 실효성을 지적하고, 비급여 항목 표준화 및 비급여 진료비용 및 의료기관 관련 정보를 체계적으로 수집 관리하는 방안을 마련할 것을 요구했다(감사원, 2015). 국회 보건복지위원회는 급여 진료비 위주의 건강보험 정책의 실효성에 대해 지적하고 비급여 항목 표준화 및 정보공개 확대 등 비급여 의료비의 실질적 관리를 요구했다. 기획재정부는 고령화에 따른 의료비 지출 증가에 따라 건강보험의 기금이 2025년에 고갈될 것으로 전망하며, 건강보험 재정의 건전성 및 지속 가능성을 확보하기 위해 적정부담-적정급여 체계로 전환하는 개혁이 긴요하다고 지적하고 있다. 한편, 금융당국은 실손보험의 손해를 악화, 보험료 급등의 주범으로 비급여 의료비를 지적하며, 도덕적 해이의 우려가 큰 비급여 항목을 특약형으로 구분하는 등의 잘못 설계된 상품 구조의 개선 및 보험업계의 자체적인 인프라 및 관리체계 구축 등을 제시하고 있다(보험개발원, 2016).

나. 국외 동향

비급여의 문제는 인구노령화, 신의료기술 발달 및 보건의료의 변화 등에 따라 공적 건강보험제도가 보장해야 할 영역에 대해 결정하여야 할 내용으로 모든 나라들이 공통적으로 가지고 있는 문제이다. 각국의 비급여 내용을 보면 의학적 목적이 아닌 성형수술, 경증질환에 쓰이는 의약품, 보완대체요법 등에 적용하고 있고 이점은 한국도 대체로 동일하다. 하지만 선진외국의 경우 비급여 비율이 적은데 비해 한국은 비급여 비율이 높아서 문제이다. 우리나라는 급여영역과 비급여영역에 대한 애매한 경계가 문제이다. 필수의료 즉, 공적으로 보장해야 하는 의료서비스의 범위를 명확히 설정해야 한다.

외국의 경우 필요서비스는 급여하는 것을 원칙으로 한다. 예를 들어 급성기 입원, 외래 일차 의료, 외래 전문의 진료, 임상병리검사, 진단검사에서 대부분 우리나라에 비해 보장율이 높다. 약품에 대해서도 보장율이 높다. 그러나 필요서비스가 아니라 생각되는 경우는 급여율이 떨어진다. 이를테면 물리치료는 일부국가에서 필수의료가 아니며, 치과치료는 3분의 1 정도 국가에서 보장해 주지 않고, 보철과 치과용구는 보장하는 국가가 더욱 적다. 안경 및 컨택트렌즈는 비급여가 대부분이다(Schreyogg, J 외, 2005; 이희영 외, 2011).

외국의 경우 비급여는 첫째 안정성 유효성 확보, 비용효과가 부족하여 공적 보장이 어려운 경우, 둘째 진료현장에서 유효성이 충분하지 않아 공적 모니터링 하에 조건부로 근거를 수집 해야 하는 경우에 적용한다.

외국의 비급여 제도 중 최근 주목을 받고 있는 것이 일본과 미국이다. 일본은 혼합진료 금지 제도를 시행중이고 국내 일부 학계 및 소비자단체에서 도입을 주장하고 있다. 그 내용은 공보함이 일련의 진료행위에 보험급여진료와 보험비급여진료를 병용한 혼합진료에 대해 비용을 상환해주는 것을 금지하는 것을 말한다¹⁾. 일본은 혼합진료를 원칙적으로 금지하나 일부 신의료기술 등에 대한 접근을 개선하기 위해 예외적으로 허용하고 있다. 포괄수가제 등 사전지불제도에서는 추가금액을 받지 못하기 때문에 행위별수가제를 일부라도 유지하고 있는 일본, 프랑스, 한국, 캐나다, 대만 등은 혼합진료 여부가 고려 대상이다.

한편 미국은 사전고지제도를 운영하고 있다. 메디케어에서 지급을 거부할 가능성이 있는 경우에 의료공급자가 환자에게 이를 설명하고 서비스 제공과 재정적 책임에 대해 동의를 받는 것을 말한다²⁾. 의료공급자가 환자에게 서면고지를 하지 않으면 환자나 메디케어에 비급여 진료에 대한 비용을 청구할 수 없고, 고지내용에는 비급여 항목, 메디케어가 급여하지 않는 이유, 예상 진료비, 서명을 기재하여야 한다.

1) 후생노동성. 혼합진료(보험진료와 보험외진료의 병용) 개요, 2016
 available from <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryoyou/heiyou.html>, [cited 2016.1.9]
 2) CMS. Fee For Service Advance Beneficiary Notice of Noncoverage(FFS ABN), 2016
 available from <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/ABN.html>. [cited 2016.1.9]

4. 비급여 진료비용 공개제도의 의미와 현황

가. 비급여 진료비용 공개의 배경과 의미

'16.12.1.부터 의료법에 근거한 비급여 진료비용 공개가 시작되었다. 150병상 초과 병원급 의료기관을 대상으로 52개 항목의 비급여 진료비용이 공개되었다. 비급여 진료비용을 의료기관별로 쉽게 비교할 수 있도록 공개함으로써 의료소비자인 국민의 알 권리와 의료선택권을 강화하기 위한 것이다.

이러한 비급여진료비용 공개는 비급여 진료비용 고지제도의 보완책이다. 2010년 5월부터 '비급여 진료비용 등의 고지' 제도가 시행되고 있었으나, 의료기관의 형식적 이행 등으로 제도의 실효성 문제가 제기되고 있었다. 환자가 실제 지불해야 진료비용에 관한 정보 (급여·비급여 적용 유무, 본인부담률 정도와 이유, 비급여 진료비용 내역 등)에 대한 설명 요구도가 점차 높아지고 있었다.

소비자 권리 강화 측면에서도 필요한 제도이다. 보건의료서비스는 그 속성상 정보의 비대칭, 불확실성, 공급 독점 등의 특성을 가지고 있으며, 이는 전문가의 강력한 권한과 소비자의 위상에 큰 영향을 미치는 요인이다. 의료서비스 시장에서는 공급자(의료인)와 소비자(환자·가족·일반인) 사이에서 '정보 비대칭'이 존재 하며, 이는 의료소비자에게 소비자 무지를 발생시키는 원인으로 작용하다. 보건의료서비스 분야 소비자 권리에 대한 인식조사 결과를 보면 알권리와 관련 '의료전문직이 병명, 진료계획, 부작용, 진료비 등에 대해 환자가 납득할 수 있을 정도로 설명해 주기를 원하고 있다(67.8%). 선택권과 관련 '환자에게 필요한 의료서비스나 의료기관을 선택할 수 있도록 서비스의 질이나 의료비에 대한 충분한 정보를 제공받기를 희망하고 있다(63.1%). 의료서비스 소비자 권리제고를 위한 정책 방향에서 실질적 선택권 강화를 위한 정보제공량 및 접근성 제고, 의료서비스 및 가격 정보에 대한 편리한 접근방법과 가독성 높은 제시 방식 필요한 것이다.

법리적으로도 정당한 것이다. 헌법 제36조 제3항에서 국가의 보건의무를 규정하고 있는 취지에 비추어 비급여 가격정보공개는 사회국가적 의무에도 부합한다. 비급여진료비용의 공개가 의료기관 개설자의 영업활동, 영업내용에 대한 제한으로볼 수 있으나 이로 인해 직업의 자유가 침해된다고는 볼 수 없어 이 또한 합헌성을 획득한다. 따라서 인간의 존엄과 가치 및 행복추구권에서 도출된 자기결정권, 헌법상의 알권리, 보건권, 경제에 대한 규제와 조정, 소비자권리 등에 근거한 비급여 가격정보공개는 헌법적 정당성을 획득한 정책이라고 할수 있다(정영철, 2012).

나. 비급여 진료비 공개 현황

이러한 배경하에서 의료법 개정(16.12.1) 시행된 비급여 진료비용 공개는 상급종합병원, 종합병원, 한방·치과·전문병원, 150병상이상의 병원·요양병원이 그 대상이며, 상급병실료, 초음파검사료, 다빈치료봇수술료 등 비급여 진료비용과 일반진단서, 사망진단서, 소견서와 같은 제증명수수료 등 모두 52개 항목의 비급여 가격이 의료기관별로 공개되었다. (정확히는 비급여 진료비용과 제증명수수료 가격의 공개이며, 의료법에서는 이를 ‘비급여 진료비용 등’으로 줄여서 부르고 있다.)

사실 이전에도 의료기관에 대한 비급여 진료비용 공개가 이루어져 왔었다. 즉, '12.10월 정부의 물가관계장관회의에서 비급여 진료비용 정보를 공개하기로 결정했다. 이에 건강보험심사평가원에서는(이하 ‘심평원’ 이라 한다.) '13.1월 43개 의료기관 대상 29항목을 시작으로 국민 부담이 큰 종합병원 이상 주요 비급여 진료항목에 대하여 자료를 수집·공개하고 있었다. 그러나 진료비용 자료수집 및 정보공개를 할 수 있는 법적 근거가 없어 정확한 비급여 진료비용 공개가 어려운 실정이었다.

이에 김춘진 의원 등의 발의로 의료법 제45조의2 규정이 신설되어 비급여 진료비용의 공개가 의료법상의 법적 제도로 격상되었다. 보건복지부 장관이 비급여 진료비용 및 제증명수수료의 항목, 기준 및 금액 등에 관한 현황을 조사·분석하여 그 결과를 공개할 수 있게 한 것이다. 이어서 하위법령인 의료법 시행령·시행규칙 및 “비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준”이 제정·발령되었다. 비급여 진료비용 공개업무를 위탁받은 심평원이 의료기관으로부터 자료를 수집 분석하여 '16.12.1.자로 심평원 홈페이지 및 모바일 앱 ‘건강정보’ 등에 공개를 시작하게 된 것이다.

향후 '17.4.1에는 공개대상을 전체 병원급 이상 3,752개 기관으로 확대하고, 공개를 위한 표준화 항목도 현재 52 항목에서 16년 100항목, 17년 200항목으로 점차 늘어나갈 예정이다. 또한, 비급여 진료비용 공개는 의료기관이 환자를 위해 정보를 제공하는 것이다. 의료기관이 정보제공 주체이며 심평원은 이러한 정보를 제공받아 분석하여 홈페이지에 게재하는 역할을 한다. 따라서 의료기관의 협력이 본 제도에 꼭 필요하다.

다. 비급여 진료비용 공개의 효과

비급여 진료비용비용 공개로 소비자 만족도, 공급자 행태, 그리고 의로서비스의 품질과 비용 측면에서 긍정적인 기대효과를 가져올 것으로 예상하였다. 즉 공급자인 의료기관의 경우도 비합리적이고 비상식적인 비급여진료의 제공을 통제하여 고객확보를 위해 경쟁할 것을 기대하였다. 소비자는 비급여진료비용에 대한 공개된 정보가 있다면 이를 근거로 신중하게 의료기관

을 선택하여 소비자주권을 확립할 것이며 비급여 가격정보의 공개로 소비자는 합리적인 선택을 할 것이라고 생각하였다. 의료제공자는 지나치게 높게 책정된 의료비를 관리하여 의료비절감의 효과를 거둘 것을 기대하였다(정영철, 2012).

비급여진료비용 공개가 시행된 후 실제 이러한 점들이 이루어졌는지 살펴본다. 이제는 의료기관별 비급여 가격을 한 눈에 파악하고 환자들이 의료기관을 가격비교를 통해서 선택할 수 있게 되었다. 국민의 알권리와 의료 선택권이 확대되었다. 비급여대상과 임의비급여대상 구별도 가능해 졌다. 소비자 알권리 충족 및 비급여 진료비용 예측가능성 제고로 소비자의 합리적 의료 이용이 가능하게 된 것이다(이용균, 2013; 조용운, 2014). 그러나 소비자의 진료비 예측으로 과다 의료이용 및 공급이 줄어들었는지, 의료서비스 측면과 비용 측면에서의 긍정적인 효과가 있는 것인지, 의료비 절감이 있었는지 등의 정책효과에 대하여는 좀 더 시간을 두고 분석과 평가가 있어야 효과를 측정할 수 있을 것이다.

라. 비급여 진료비용 공개의 제한점과 향후 방향

비급여 진료비용 공개가 긍정적인 효과를 나타내고 있으나 아직 보완해야 할 점이 많이 있는 것이 사실이다. 제공되는 비급여 정보의 양이 많고, 그 내용이 전문적이며 진료비용 계산이 복잡하기 때문에 의료인(의료기관 종사자 포함)의 도움 없이 정보를 활용하기는 다소 어려운 점이 있다. 총 진료비용, 질환별 평균 진료비 등과 같은 정보는 동 제도 활용만으로 제공받기는 현실적으로 불가능하다. 국민들은 비급여 진료비용에 한정된 정보 보다 본인이 부담해야 하는 총 진료비용에 대한 정보를 얻기 원하는 것으로 나타나고 있다. 향후 전체 진료비용 예측이 가능한 질환별 총 진료비용(예를 들면 백내장 수술비용, 간암 수술비용, 뇌종양 검사 비용 등) 등과 같은 정보가 제공하여야 한다.

한편, 소비자는 의료기관 선택기준으로 진료비용(2%)보다 의료서비스의 질(62.8%)을 더 중요하게 생각하므로, 알권리의 지나친 강화로 과다 경쟁이 빚어져 의료서비스의 하향화가 발생되지 않도록 신중해야 할 것이다. 또한, 의료기관 유형별 비급여 특수성을 고려하지 않고 있으며, 병원의 병실 규모, 시설 등 차이가 많이 나는 특수성을 고려하지 않은 채 비급여 진료비의 단순 가격 비교자료의 공개에서 발생하는 역기능이 우려된다. 의료기관별 진료수준이 고려되고 진료에 포함된 의료가, 병실 등의 주요 요소내용이 고려된 비급여 진료비 정보를 제공될 수 있다면 좋을 것이다.

이러한 제한점에도 불구하고 비급여 진료비용 공개제도의 본격 시행으로 의료기관간의 비급여 진료비용 비교가 가능하게 됨으로 인해 우리나라 의료의 투명성과 경쟁력을 높일 수 있기를 기대한다. 국민들은 이러한 투명성 제고를 바탕으로 의료기관에 대한 신뢰가 증진되리라 믿는다. 또한 가격공개 과정에서 비급여 행위의 분류 및 표준화가 이루어짐으로 인해 의료기관

업무의 효율성 향상은 물론 우리나라 의료전반의 발전에 기여하리라 생각된다.

'16.12.1자로 의료법에 의한 비급여 진료비용 공개가 첫발을 내딛은 의미가 크다. 제도를 운영하는 심평원도 새로운 마음으로 국민 편에서는 물론이고, 의료기관의 현실 역시 고려하면서 제도를 운영해 나가야 한다. 일방적이고 획일적으로 운영을 지양하고 의료기관과 소통하며 불필요한 오해와 불신을 줄여나 갈 수 있도록 해야 한다. 함께 고민하면서 보다 효율적이고 의미 있는 제도가 될 수 있도록 노력하여야 할 것이다.

마. 심평원의 비급여 진료비용 공개와 비급여 관리

비급여 증가에 대한 대책 및 급여로의 전환 등 비급여 관리 정책이 필요한 점은 앞서 지적한 바와 같다. 현재 심평원은 건강보험 급여뿐만 아니라 비급여 항목에 대해 목록 관리, 표준코드 부여, 비급여 항목의 급여 및 선별급여 전환 여부 위한 재평가 및 약제의 허가사항 외 사용에 대한 관리 등 비급여 관리를 일부 하고 있었다. 한편 여기에 의료법상 위탁된 비급여 진료비용 등의 현황 조사·분석 및 공개업무를 위탁받아 수행하게 되었다. 이러한 비급여 관련 업무들의 연결을 통해 이제 완성된 비급여 관리 체계를 갖출 수 있게 되었다. 즉 이러한 기능을 연계하여 DB구축, 표준화, 정보공개 확대, 안전성과 유효성의 모니터링, 질평가, 급여화 기초 자료 생산 등 일련의 비급여 관리 모델이 만들어 진 것이다. 이를 세부적으로 보면, ① DB구축은 비급여 현황 파악 및 분석과 비급여 진료비용 공개를 위한 것이다. 다양한 비급여 정보를 수집하여 데이터베이스를 구축해 나가게 된다. 진료비 민원, 자동차 보험 등 내부정보를 연계하고 적극 활용하면서, 의료법상의 비급여 현황 조사 수행을 통한 자료수집 및 진료비 영수증, 요양급여 명세서, 비급여 고지자료, 국민참여 방식, 국민패널 방식, 의료기관 패널 방식 등 외부의 다양한 비급여 정보를 수집하고 취합하여 DB를 구축 한다. 이러한 DB를 통해 심평원은 불필요한 비급여에 대한 모니터링 역할도 강화될 것이다.

② 비급여 표준화도 체계적으로 추진된다. 이를 위해 비급여 진료 표준화를 위한 기준도 마련해 가야 한다. 임상현장에서 시행되고 있는 비급여 진료항목 등을 수집해 의료기관별로 제각각인 비급여 의료행위의 명칭·코드를 표준화하고 이를 기반으로 비급여 항목에 코드 부여한다. ③ 진료비에 대한 정보공개도 지속적으로 확대된다. 국민들의 합리적 의사결정을 돕기 위해 필요한 다양한 비급여 정보를 개발하고 공개한다. 소비자 무지를 줄이고 소비자가 합리적으로 의사결정을 할 수 있도록 비급여 진료항목별(행위별) 비용, 상병·수술별 비급여 진료비용 포함 총 진료비용 등 다양한 의료정보를 개발하고 공개하여 공급자 간 비용 및 질적인 경쟁을 하도록 유도한다. ④ 국민을 의학적으로 보호 할 수 있도록 비급여에 대한 안전성과 유효성의 모니터링 체계를 구축한다. 안전성과 유효성 검증의 사각지대에 있는 비급여 대상을 조기 인지 할수 있는 시스템을 만들어 나간다. 안전성과 유효성이 입증되지 않은 다빈도 비급여 의료시술을 지속적

으로 모니터링하여 사전에 인지함으로써 국민의 생명과 안전을 보호한다. 5) 비급여 질평가를 시행해 나가서 의료품질을 높여간다. 사각지대에 놓인 비급여의 질과 안전에 대하여 향후 비급여 진료의 질 평가 등을 시행하여 국민들에게 안전하고 질높은 의료가 제공 될 수 있도록 한다. 비급여의 가격과 제공량 등 비용정보뿐만 아니라 향후 예상되는 비급여진료의 질에 대한 적정성 평가를 지원 해야 한다. 6) 신속하고 합리적인 급여화 전환을 위한 정책지원을 강화해 나가야 한다. 급여화 논의에 필요한 경제성 분석 등의 기초 자료를 제공한다. 건강보험 급여 범위 확대 즉 보장성 강화를 위한 재정추계나 급여 전환 시 가격결정 등 보건의료정책 결정에 활용되는 기초 자료를 제공한다. 특히, 비급여 진료정보의 수집 분석을 통하여 적정수가를 보장하게 한다.

5. 시사점(비급여 관리방안과 선결 과제)

이상의 비급여 관련 최근 동향을 살펴보면 비급여 관리의 필요성과 관리방안 그리고 선결 과제 등 시사점을 도출 할 수 있다.

가. 비급여 관리방안

비급여 관리의 필요성과 구체적인 관리방안에 대하여 여러 가지 의견들이 제시되고 있고 이를 종합하면 다음과 같다(정형선, 2012; 민인순, 2013; 손동국, 2012).

첫째 비급여 현황 파악 체계의 구축이다. 이에 대하여, 국민의료비 구성과 비급여 진료비 규모 추정 필요, 비급여 진료비 관리를 위한 현황 파악, 비급여 항목과 진료비에 대한 현황 파악 및 정보공개, 비급여 현황 상시 모니터링, 비급여 진료비 정보 수집 및 분석·가공 등의 의견이 제기되고 있다.

둘째, 비급여 자료의 수집 체계 확립이다. 비급여 진료비 내역 제출의 의무화, 수진자 영수증 정보 제출 제도화 및 직권 심사 필요 등이 관련 의견으로 개진되고 있다.

셋째, 비급여의 신속한 급여 전환이다. 이와 관련하여서, 적정 보험료 인상을 통한 건강보험 재정의 확충 필요, 비급여 대상 항목의 전면적 재평가 및 단계적 급여 전환, 건강보험공단의 보장성 확대를 통한 비급여 관리방안, 법정비급여의 단계적 급여화 추진, 비급여 항목의 급여화를 위한 원칙과 절차의 확보 등이 제안되고 있다.

넷째, 비급여 진료비용 공개의 활성화이다. 이를 위한 대책으로, 가격경쟁과 시장 원리의 작동 효과 제고, 의료기관별 비급여 진료비용 정보공개 확대, 전체 의료기관의 대부분을 차지하는 의원급 의료기관을 공개에 포함, 공개하고 있는 52개 항목을 확대할 필요 등이 제시되고 있다.

다섯째, 비급여 항목 표준화이다. 행위 및 치료재료 비급여항목의 코드 표준화, 의료기관이 표준화한 비급여 의료비 코드 및 진료비 세부내역서를 사용하도록 의무화할 수 있는 방안 등이

제안되고 있다.

여섯째, 비급여 관리 인프라의 확충이다. 비급여 진료비 정보공개 가능 인프라 구축, 비급여 진료비의 제출 의무화를 위한 전산화 추진, 통합적 비교정보 제공 전문기관의 필요(정보 시스템, 전문 인력 및 조직 예산 등 보유) 등의 의견이 있다.

일곱째, 급여와 비급여의 통합 관리이다. 관련하여, 요양기관 급여 청구시 비급여 내역 자료 제출 제도화, 장기적으로 비급여 의료비 관리를 위해 건강보험 급여항목과 함께 비급여 항목 까지 건강보험에서 통합적으로 관리할 수 있는 제도 개선 방안을 검토할 필요성 등이다.

이와 아울러, 기타의 의견들이 제안 되고 있다. 즉, 포괄수가제 확대, 비급여의 신의료기술 등 가격 및 효과에 대한 정보 제공, 비급여 진료시 유사 내용의 급여 진료를 필수적으로 설명, 이해관계자의 의견수렴 및 협의할 수 있는 체계 마련, 비급여 의료비 관리 정책을 총괄적으로 추진할 전담조직(TF 조직 등)을 설치할 필요성 등이 그 예이다.

나. 비급여 관리위한 선결과제

1) 비급여 실태파악의 문제

비급여 관리를 위해서는 비급여 실태파악이 가장 중요하다. 이것을 기초로 비급여 정책이 가능하기 때문이다. 기존의 비급여 진료비 조사 현황을 보면 건강보험공단의 비급여 진료비 실태 조사, 일부 공공병원의 비급여 진료비 조사 현황, 비급여 진료비용 고지 실태조사 등이 있었다. 고지실태 조사는 건강세상네트워크와 경제정의실천시민연합은 '12년 3월 상급종합병원(44개) 과 종합병원(291개) 총 335개 중 324개를 대상으로 인터넷 홈페이지 비급여 진료비의 정보 접근성과 비급여 주요 행위별 가격을 조사한바 있다. 이외에도 건강보험공단의 진료내역통보, 보건복지부의 상급종합병원 기획조사, 심평원 진료비 확인신청결과 등을 바탕으로 실태파악 노력을 하였으나 한계가 있었다.

이에 국회는 2015년 12월 「의료법」을 개정하여(2016.9.30 시행) 비급여 항목, 기준 및 금액 등에 대한 현황조사·분석 및 결과공개를 가능하게 하였다. 동법의 시행으로 모든 의료기관에 대한 비급여에 대한 조사, 분석, 공개가 법정화 되었다. 이제는 의료법을 근거로 모든 의료기관에 대한 비급여 실태파악의 가능하게 되었다.

2) 필수의료 범위의 문제

비급여가 필연적인 것인지 아니면 선택의 문제인지에 대한 의문이다. 이것은 건강보험에서 어디까지를 급여로 인정하고 어떤 부분을 비급여로 할 것이야 하는 문제이다. 이를 위해서는 비급여의 유형 및 급여 비급여의 경계가 명확해야 한다. 이 부분이 한국은 아직 정리가 덜되어 있다. 이 부분이 정리되어야만 비급여 정책의 방향성이 확립될 것이다. 비급여 실태파악을 통하여

비급여의 종류 및 유형을 파악하고 이를 기반으로 필수의료범위를 정하면서 비급여 관리를 해 나가야 할 것이다.

즉 필수의료 범위를 명확히 설정하여 필수의료 분야에 대한 급여를 확대하고 진료현장에서 근거가 불확실한 영역을 법정비급여로 설정해야 한다. 불확실 영역으로 분류된 법정비급여에 대한 지속적인 모니터링과 근거개발을 통해 주기적인 재평가를 진행해야 한다. 이는 기존의 신의료기술평가제도와 수가제도 개편과도 연계시켜야 한다. 현재 추진 중인 포괄수가제는 비급여 영역을 포함하고 전 질환으로 확대하는 것을 골자로 한다.

3) 비급여 표준화의 문제

동일하거나 비슷한 비급여 진료에 대한 항목명이 의료기관마다 다르며, 동일하거나 비슷한 비급여 진료 항목명이라도 시술자의 능력이나 처치 내용에 따라 진료 내용이나 진료 범위에 차이가 있는 것이 현실이다. 소비자가 표준화되지 않은 비급여 정보를 이용하여 서비스 수준과 특성이 다른 타 의료기관을 비교하기는 어려움이 있다.

보건복지부는 국민의 의료비부담 경감을 위해 비급여 의료비 코드 표준화 등 개선 필요를 파악하고 이러한 비급여 의료비 증가로 인한 국민의 의료비 부담을 완화하기 위해 '비급여 의료비 코드 표준화 및 진료비 세부내역서 표준화를 추진하고 있다. 또한, 국회는 「의료법」을 개정하여 비급여 항목, 기준 및 금액 등에 대한 현황조사·분석 및 결과공개를 가능하게 하였다. 이를 위해 심평원 비급여 진료 표준화를 위한 연구용역을 실시하고 있다.

6. 나가며

최근 비급여의 문제는 건강보험 보장성의 정체로 국민 개인의 의료비 부담의 가중이 핵심이다. 이와 함께 안전성 효과성이 불분명한 비급여 남용의 우려가 사회적인 문제로 부각되었다. 여기에 의료기관의 불합리한 가격차이로 환자들의 알권리와 의료선택권 강화의 필요성이 제기되었다. 비급여 관리는 이러한 비급여 문제를 해결하기 위한 노력이다.

비급여를 둘러싸고 각계의 이해관계가 엇갈리고 있으나 비급여 자료의 수집 체계확립을 통한 비급여 현황, 비급여의 급여전환, 비급여 항목 표준화, 비급여 관리 인프라의 확충 필요성 등으로 의견이 모아지고 있다. 의료법 제45조의 2의 개정으로 16.12월부터 법적적으로 시행되는 비급여 진료비용 등 현황의 조사·분석 및 공개는 이러한 비급여 관리의 중심적인 역할을 하고 있다.

비급여 실태파악 및 비급여 표준화가 비급여 관리의 근간이 되고, 필수의료범위를 확립하는 것은 보장성 강화위한 전략적 기초가 될 것이다. 비급여 진료비용 공개의 항목과 대상 기관을 확대하면서 문제점들을 보완해 나가면 국민들의 알권리 및 의료선택권의 실효성을 확보할 수

있을 것이다. 이러한 가운데 DB구축, 표준화, 정보공개 확대, 안전성과 유효성의 모니터링, 질평가, 급여화라는 비급여 관리 모델이 확립되어 갈 것이다.

비급여와 실손의료보험과의 관계는 건강보험 불충분한 보장성, 보충형 민간의보 존재 현실을 볼때, 민간의료보험의 필요성을 부정하는 것은 어려운 것이 사실이다. 비급여의 문제는 보장성과 국민의료비, 안전의 문제이며 실손보험은 건보 보장성 불충분을 보충해주는 보충보험으로 존재한다. 여기에서 의료법상의 비급여 관리와 실손보험의 비급여 문제에 대하여 겹치는 부분이 생기는 것이다. 그러나 비급여의 문제는 본질적으로 실손보험의 문제가 아니라 의료법상의 문제이고 건강보험의 보장성의 문제인 것이다. 비급여의 문제는 건강보험 및 국민의료 관점에서 바라보는 것이 기본이다. 실손보험사의 손해율 등의 문제는 실손보험의 영역에서 해결해 가야 할 문제이다. 결국 비급여 진료비 문제는 국민 관점에서 풀어가야 한다. 소비자, 의료계, 국회, 정부, 학계가 함께 고민하며 풀어가야 할 것이다. ✕

참고문헌

- 감사원. (2015). 의료서비스관리실태 감사결과보고서
- 민인순. (2013). 환자의 안전과 비용부담 적정화를 위한 임의비급여 관리 방안. HIRA 정책동향. 7(2), 34-44
- 보건복지부. (2015). 2014-2018 건강보험 중기 보장성 강화 계획
- 보험개발원. (2016). 실손의료보험 통계분석 결과 및 시사점 - 비급여 의료비 청구 및 지급 실태 중심. 보험개발원 CEO 리포트.
- 손동국, 김승희, 백수진 외. (2012). 비급여 진료비의 발생유형과 관리방안. 국민건강보험 건강보험정책연구원.
- 이용균. (2013). 병원의 비급여 진료비 정보공개와 주요이슈. 한국병원경영연구원 이슈페이퍼20, 1-15.
- 이희영. (2011). 건강보험 필수의료 급여패키지 설정 연구. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 정영철. (2012). 비급여 진료비용공개에 관한 헌법적 정당성 고찰. 의료법학, 13(1), 331-357.
- 정형선. (2012). 비급여 진료비의 문제점과 바람직한 관리방안. 국회정책토론회자료집, 14-30
- 조용운, 김경환, 김미화. (2014). 의료보장체계 합리화를 위한 공 · 사 건강보험 협력 방안. 보험연구원
- Schreyogg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M et al. (2005). Defining the "Health benefit basket" in nine european countries. The European Journal of Health Economics, 6(1), 2-10.