

# 비급여 진료비 공개와 관련한 의료계 입장



서인석 보험이사  
대한의사협회

## 1. 들어가며

국민들의 알 권리 확보 및 진료비용에 대한 예측가능성 확보라는 취지로 2009년 「의료법」 개정을 통해 2010년 1월부터 비급여 진료비용 게시 의무가 시행되었다.

비급여 진료비용 수집·공개는 2015년 12월 「의료법」 제45조의2(비급여 진료비용 등의 현황조사 등) 규정이 신설(2016.9.30.시행)되고, 하위법령인 「의료법시행령」 제42조(업무의 위탁), 「의료법 시행규칙」 제42조의3(비급여 진료비용의 현황 조사 등), 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」이 마련되었다.

그러나, 법령 정비 이전인 2012년 물가관계 장관회의 결정에 따라 2013년 1월부터 상급종합병원, 2014년 2월부터는 300병상 초과 종합병원급을 대상으로 비급여 일부항목들이 공개되어 왔으며, 최근 “비급여 진료비용 등의 공개 등에 관한 기준” 고시 제정(2016.10.6.시행)에 따라 2016년 12월부터는 150병상 초과 병원, 2017년 1월부터는 150병상 이하인 병원과 요양병원으로 공개 대상이 확대되었다 비급여 진료비용이 공개된다.

이렇듯 법령 규정 이전에도 종합병원급 이상 의료기관에서는 비급여 진료비용이 공개되어 왔었고, 환자의 알 권리 보장이라는 미명하에 점차 공개 대상기관 및 범위가 확대되어 가고 있는 추세다.

제45조(비급여 진료비용 등의 고지)

- ① 의료기관 개설자는 「국민건강보험법」 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항 또는 「의료급여법」 제7조제3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항의 비용(이하 “비급여 진료비용”이라 한다)을 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 알 수 있도록 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고지하여야 한다.
- ② 의료기관 개설자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 의료기관이 환자로부터 징수하는 제증명수수료의 비용을 게시하여야 한다.
- ③ 의료기관 개설자는 제1항 및 제2항에서 고지·게시한 금액을 초과하여 징수할 수 없다.

[전문개정 2009.1.30.]

제45조의2(비급여 진료비용 등의 현황조사 등) ① 보건복지부장관은 비급여 진료비용 및 제45조제2항에 따른 제증명수수료의 항목, 기준 및 금액 등에 관한 현황을 조사·분석하여 그 결과를 공개할 수 있다.

- ② 제1항에 따른 현황조사·분석 및 결과 공개의 범위·방법·절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[15.12.29 신설, '16.9.30 시행]

최근 마련된 비급여 진료비용 현황조사 규정은 의료기관의 비급여 진료비용 적정수준 유도를 위해 의료기관에서 고지한 비급여 항목 중 특정항목에 대해 그 가격을 공개할 수 있는 근거를 마련한 것이라 밝히고 있다. 즉, 환자의 알권리 및 예측가능성 확보 차원에서 시작된 비급여 진료비 공개가 결국 진료비 통제를 위한 목적으로 활용되고 있다고 할 것이다.

의료계에서는 비급여 진료비용 게시 의무가 과당경쟁 및 가격 인하로 인한 의료서비스 질 저하 등의 부작용이 발생할 수 있다는 지적에도 불구하고, 특정항목 등에 대해서는 현황조사를 통해 진료비를 공개 할 수 있도록 오히려 강화되었다.

최근 뉴스 등을 통해 비급여 진료비가 보장성을 저해하는 요소로 지목받고 있다. 4대 중증, 3대 비급여 등 보장성 강화를 위해 노력하고 있음에도 불구하고, 의료기관에서 비급여 항목을 지속적으로 개발하고 늘려감에 따라 보장성이 저해되고 있다는 논리다.

국민의 알 권리 차원에서 정보공개 대상 및 범위가 높아지는 것은 사회적 추세라 할 것이다. 그런 측면에서 비급여 진료비 공개도 사회적 흐름을 거스를 수는 없을 것이다.

하지만, 우리나라 건강보험 제도와 의료라는 특수성, 현재의 의료현실 등을 감안한다면, 국민의 알 권리 향상만을 가지고 비급여 진료비용 공개를 확대해 나가야 한다는 주장을 수용하기에 조심스러운 부분이 있다.

먼저 우리나라 건강보험 제도와 현재의 의료현실을 살펴보도록 하겠다.

## 2. 비급여 진료비 발생원인

「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에서는 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체를 요양급여토록 규정하고 있다. 즉, POSITIVE SYSTEM으로 비급여를 제외한 모든 행위는 급여로 인정해야 한다. 그러나, 별도의 급여기준(심사기준)을 통해 급여가 되지 않는 부분들(임의비급여)이 발생하는 구조로 되어 있다.

현행의 급여기준이 임상현실을 반영하는 기준이라면 몰라도, 건강보험 재정을 감안하여 경제적인 측면에서 설정되어 있다 보니, 실제로 급여기준을 초과하여 진료가 필요한 경우에도 진료를 할 수 없게 만드는 현실이다. 결국 의료기관의 의료서비스 제공 및 환자의 진료권이 제한되어 있다.

### 제41조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 범위(이하 “요양급여대상”이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- 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.

또한, 현재 우리나라 건강보험 수가의 원가율은 90% 정도 수준으로 알려져 있다. 2012년 한국보건사회연구원은 ‘유형별 상대가치 개선을 위한 의료기관 회계조사 연구 최종결과’ 보고서에 6가지 행위유형별 원가보존율을 공개한 바 있다. 건강보험 급여행위의 원가보존율이 90.91%로 저수가라는 것이 입증된 바 있다.

표 1. 건강보험 행위유형별 원가보존율

구분	유형						합계
	수술	처치	기능검사	검체검사	영상검사	기본진료	
상급병원	71.89%	70.27%	53.84%	188.42%	196.45%	51.22%	82.77%
(종합)병원	91.25%	82.80%	97.09%	179.45%	172.30%	54.20%	89.67%
의원	87.73%	100.34%	87.76%	127.03%	83.91%	96.65%	96.16%
평균	84.17%	88.65%	82.70%	174.33%	170.08%	78.33%	90.91%

건강보험급여행위수익+종별가산금 원가보존율

이렇듯, 건강보험 급여행위로만으로 의료기관은 운영이 어려운 실정이다. 의료서비스는 공공재라고 하지만 그 의료서비스를 제공하고 있는 의료기관들의 대다수인 90% 이상이 민간 의료기관이다. 그렇다보니, 의료기관 입장에서는 급여항목에서 손실 보는 부분을 비급여 항목 등을 통해 보상 받을 수 밖에 없는 구조이다.

### 3. 비급여 항목 공개의 문제점

비급여 항목은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(별표2) 비급여대상을 ① 일상 생활에 지장이 없는 경우(여드름 등), ② 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우(미용목적 성형 수술 등), ③ 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우(예방접종 등), ④ 건강보험급여원리에 부합하지 않는 경우 등으로 지정하고 있다.

비급여 항목은 건강보험제도 하에서 재정문제나 필수요리가 아니라는 이유에서 정해진 금액 없이 의료기관 판단에 따라 비용을 받도록 보장되어 있다. 즉, 어찌보면 그동안 건강보험 급여항목이 원가에도 미치지 못하는 저수가임에도 의료기관들이 버틸 수 있었던 것은 비급여항목이 있었기 때문이라 해도 과언이 아니다.

최근 OECD 수준의 건강보험 보장성 확대라는 명목으로 인해 보장성 확대가 정치공약 및 사회적 이슈가 되어, 많은 비급여 항목이 급여로 전환되다 보니 건강보험 저수가는 그대로이면서 급여항목에서 발생한 손실을 벌충해오던 비급여 부분이 줄어들다 보니 사실상 의료계 입장에서는 보장성 강화라는 항목이 반감기만 한 것은 아닌 실정이다.

또한, 의료기관의 상황에 따라 인력·시설·장비 등이 상이하고, 동일한 수술이라도 어떤 재료나 장비를 사용하는지에 따라 원가는 다를 수밖에 없다. 그럼에도 공개된 비급여 항목의 진료비용은 포함된 장비가격이나 재료 등에 대한 세부정보가 없기 때문에 국민들 입장에서는 단순한 가격비교를 통해 의사결정을 할 수 밖에 없다. 즉, 의료기관 입장에서는 다양하고 양질의 의료서비스 제공기회가 박탈될 수밖에 없고, 조금이라도 가격을 낮추려는 노력을 할 수 밖에 없을 것이다.

뿐만 아니라, 의료는 표준화된 공정작업을 통해 똑같은 제품이 제작되는 공산품과 다를 뿐 아니라, 대다수 표준화된 서비스를 제공하는 서비스업과도 차이가 난다. 의료는 환자의 생명과 직결되어 있을 뿐 아니라, 환자의 병력 history, 증상, 연령 등에 따라 각기 다른 진단이나 처방이 이루어져야 하는 부분이다. 따라서, 단순한 의료행위를 가격비교를 통해 판단하는 것은 역선택 등 위험소지가 있다.

비록 환자의 알권리를 위해 정보공개 확대가 사회적 추세라 할지라도 비급여 진료비용 공개 항목 선정기준 중 사회적 이슈항목은 국민의 알권리 목적보다는 오히려 민간보험사의 이득을 줄 소지도 있다. 비급여 공개 등에 따른 진료비 인하는 민간보험사 입장에서는 영업이익으로 귀결된다.

가령 최근 민간보험에서 논란이 되고 있는 도수치료의 경우가 그러하다.

관리비 등 지출비용 감소 노력은 하지 않은 채, 영업 손실이 커진다고 진료비 지급을 거절하고, 보험비용 인상만을 주장하고 있는 민간보험사들의 이익을 대변해 주는 일은 절대 없어야 할 것이다.

제4조(현황조사·분석 및 공개항목)

① 규칙 제42조의3제2항에 따른 현황조사 대상 항목은 다음 각 호의 사항을 고려하여 선정한다.

1. 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 2에 따라 비급여 대상이 되는 행위·약제 및 치료재료 중 의료기관에서 실시·사용·조제하는 빈도 및 개별항목의 징수비용
2. 선행연구, 전문가 및 의약계단체 등의 의견수렴을 통해 확인되는 임상적 중요도 등의 의약학적 중요성
3. 환자안전 등 사회적 관심 항목
4. 기타 비급여 관련 자료 등을 통하여 필요성이 확인되는 항목

## 4. 비급여 항목 공개를 위한 선결조건

이렇듯 의료의 특수성과 우리나라 의료현실에도 불구하고, 국민의 알권리 충족과 진료비 예측가능성 확보 차원에서 대승적으로 비급여 진료항목 공개에 대해 수긍한다 할지라도, 선행되어야 할 선결조건이 있다. 우선, 동 항목선정시 특정 단체의 이익을 위한 목적으로 사용되어서는 안된다. 아울러, 비급여 항목에 대한 통제기전으로 악용되어서도 안 될 것이다. 환자의 알 권리 충족 및 보장성 강화를 위해 재정추계 등을 위한 정책자료로 활용되어야 의료계 입장에서도 협조가 가능 할 것이다.

그리고, 세부적인 부분에서는 비급여 항목에 대한 표준화 작업이 선행되어야 할 것이다. 행위정의 및 분류 등 비급여 항목에 대한 표준화된 작업이 이루어져야 각 의료기관별 가격비교가 의미 있을 것이다. 표준화되지 않은 상황에서의 단순한 가격공개는 오히려 환자들에게 잘못된 정보를 제공하여 정보의 왜곡현상이 발생할 소지가 있다.

더불어 비급여 행위의 효율적인 표준화 작업 방법에 대해서도 생각해 볼 필요가 있다. 2013년 등재된 초음파 행위의 분류체계를 개편하기 위해 정부는 의료단체 및 학회 전문가 약 100여명이 참여한 협의체를 구성하여 1년이 넘는 기간 동안 협의를 진행하였다. 의료계 내에서도 수용이 가능하고 국민 입장에서도 납득할 수 있는 컨센서스를 마련하기 위해 노력했다고 볼 수 있다. 물론 100% 만족스러운 결과라고 할 수는 없겠으나 비급여 의료행위의 표준화 작업시에 참고할 수 있는 좋은 예시이고 향후에도 활용 가능한 방법이라 하겠다.

비급여 행위의 표준화 작업에서는 분류에 대해서도 고려해야 한다.

우리가 모든 종류의 비급여 행위에 대한 통제기전을 마련해야 할 것인지에 대해서는 다각도의 고민이 필요하다고 생각된다.

환자가 의료기관을 이용하는 과정에서 필수적으로 선택할 수 밖에 없는 비급여 행위(고가의 항암제, 로봇수술, 통증치료 등이 이에 해당된다고 생각된다.)와 환자의 개인 선택에 의한 비급여 행위(피로권태를 위한 시술, 미용성형술 등이 해당)로 구분해 볼 수 있겠다.

필수적 비급여 행위에 대해 정부가 통제기전을 마련하고 관리할 계획이라면 정부는 재정을 투입하여 급여화하되 변환지수 등이 적용되지 않은, 의료기관이 이러한 행위를 행함에 있어 전혀 손해가 발생하지 않도록 수가를 책정해야 할 것이다.

다만 환자의 개인 선택에 의한 비급여 행위에 대해서는 정부가 별도의 관리기전을 마련할 필요가 없으며 시장경제에 맞춰 운영되도록 하는 것이 합리적일 것이다. 한국보건 의료연구원(NECA)이 신의료행위 등의 안전성 유효성 평가를 진행하는 과정에서 미용성형술 등의 비급여 행위에 대해서는 평가를 유보하는 것 또한 같은 관점이라 볼 수 있다.

심사평가원이 홈페이지를 통해 의료기관의 비급여 진료비용을 비교할 수 있도록 공개하는 과정에서 추가적으로 고려하여야 할 점이 있다면 비급여 항목은 심사나 비용 청구를 위해 심사

평가원에 청구하는 급여항목과는 별개이므로, 비급여 항목에 대한 자료제출에 대한 보상기전 마련에 대한 검토도 이루어져야 겠으면 하는 점이다.

## 5. 나가며

우리나라 건강보험제도는 세계가 부러워하는 제도라고 알려져 있다. 일부 보장성이 약하다는 지적은 있지만 OECD 대다수 나라에 비해 의료접근성이 뛰어나고 적은 부담으로 양질의 의료서비스를 받고 있다는 것은 국민들도 알고 있을 것이다. 그러면, 국민건강보험제도의 3대 축(보험자(정부)-가입자(환자)-공급자(의사)) 중 하나인 의료계에서도 우리나라 건강보험 제도에 대해 좋은 제도라고 생각할까?

당연지정제를 포함하여 급여기준 제약 등 각종 규제로 인해 양질의 진료를 제공하기 힘들다는 것이 의료계의 인식이다. 특히, 건강보험제도 자체가 정부의 한정적 재원으로 인해 원가이하의 저수가 체계로 만들어졌기 때문에 소위 '박리다매' 형태로 환자를 많이 진료해야지만 그나마 의료기관을 유지할 수 있다는 것이 현실이다. 의료공급자들도 외국처럼 환자를 오랫동안 진찰하고, 상세히 설명하고 싶지만 현실은 '한정된 시간 안에 한명의 환자라도 더 진료 할 수 있도록'만 들고 있다.

이렇듯 의료공급자는 건강보험제도를 '통제'라고 인식하고 있는데, '통제'속에서도 어느 정도 자율성을 인정받던 비급여 항목까지도 통제되는 것에 우려하지 않을 수 없다.

국민의 입장에서 양질의 의료서비스를 적은 부담으로 받게 된다면, 그보다 더 좋은 일은 없을 것이다. 하지만, 대다수가 민간 의료기관이고 의료기관 간에 자율경쟁 체제인 우리나라 현실에서 정부에서 급여를 주거나 보조금을 주는 방식도 아니면서 무조건 '통제'만 강행하면, 의료기관 입장에서는 박리다매식 진료를 통해 진료 횟수를 증가 시키거나, 비급여 부분에서 모자란 수입을 보충해야만 하는 부작용이 발생할 수 밖에 없고, 그 피해는 고스란히 환자에게 돌아갈 것이다.

이제는 그동안의 저수가 구조에서 벗어나야 공급자 뿐 아니라 국민들도 양질의 서비스를 제공받고 선택권을 보장받을 수 있는 환경으로 개편되어야 한다.

정부나 시민단체에서 요구하는 80% 이상의 높은 보장성 강화를 위해서는 비급여 항목의 진료비 공개 및 자료조사는 불가피할 것이다. 하지만 또 하나의 규제가 되지 않도록 공개 및 조사 대상과 범위에 대해 최대한 의료계의 의견을 반영해야 할 것이다.

비급여 진료비용 공개가 단순한 의료기관을 옥죄는 또 하나의 규제가 아니라 환자에게는 진정한 알 권리를 보장해주고, 의료기관 선택권을 부여하고, 건강보험 보장성을 높일 수 있는 계기로 거듭나기를 바래본다. ✕