

# 비급여 관리 정책현황 및 발전 방안

Policy on non-covered health services



공인식 과장  
보건복지부 의료보장관리과

## Key Points

- ☑ 비급여 관리는 위협적인 의료비 급증을 적정화하기 위해 시급히 필요한 건강보험 정책
- ☑ 등재, 기준, 제도, 선택비급여 별 특성에 따른 고지, 공개, 설명, 재평가, 급여 동시제출 비급여 등의 다양한 관리기전을 도입
- ☑ 국민의 합리적인 의료이용과 의료진의 적정한 양질의 비급여 제공을 목표로 하는 비급여 관리 성공을 위해서는 소비자 욕구충족과 의료진의 수용성을 고려해 충분한 사회적 합의가 필요

## Key Words

비급여, 건강보험 보장률, 실손보험, 문케어  
non-covered health services, national health insurance coverage rate, private health insurance, Moon-care

## 1. 들어가며<sup>1)</sup>

의료보장은 인간의 삶과 존엄성을 보호하기 위한 사회보장의 핵심요소다. 국가는 국민의 생명보호에 필수적인 의료서비스를 누구나, 언제든지, 어디에서 받을 수 있도록 의료보장 체계를 구축·운영한다. 특히, 포괄적인 건강보험은 사회적 취약계층에 대한 보건의료서비스 접근성을 보장해주는 의료보장의 보편적 형태다. 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서는 보편적 의료보장제도를 대상인구(가입), 서비스범위(급여적용), 본인부담(비용부담)의 세 가지 차원으로 나뉘, 각각 전 국민 의무가입, 필수서비스 급여실시 및 비용부담 최소화 방향으로 보편적인 의료보장 확대 전략을 제시하고 있다.

1) 본 자료는 2020.11.26.일 비급여 관리강화를 위한 정책연구 공청회에서 발표한 ‘비급여 관리 종합대책’(안)을 원고화 한 것으로 의료계, 소비자 의견수렴 및 건강보험정책심의위원회 논의를 거쳐 수정·보완될 수 있습니다.

우리나라는 최근 ‘문케어-병원비 걱정없는 든든한 나라’를 가치로 2017~2022년 건강보험 보장성 강화대책을 수립해 추진하고 있다. 치료에 필요한 비급여와 3대 비급여(상급병실료, 특진료, 간병비) 부담을 줄이고 아동, 장애인 등 취약계층과 저소득층의 의료비 부담을 덜어주며 연간 소득대비 15%를 초과하는 재난적 의료비 지원을 제도화하는 대책을 담고 있다. 문재인 정부에서 약 30.6조 원의 재정투입을 통해 의료비로 인한 가계파탄을 방지함으로써 건강보험의 사회안전망으로서 역할을 강화하고자 함이다.

문케어를 통한 과감한 건강보장성 강화대책에도 불구하고 환자의 본인 부담수준은 여전히 높다. 2018년 기준 우리나라의 경상의료비<sup>2)</sup> 대비 본인부담비용의 비율은 32.9%로 OECD 평균 20.4% 대비 12.5%p 높아 라트비아, 멕시코, 그리스에 이어 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 중 4번째로 높은 수준이다. 이렇게 본인부담비용의 비율이 높은 이유는 OECD 대부분의 나라가 가지고 있는 무상 의료제도가 우리나라에는 거의 없고 본인부담 정률제도를 기본으로 운영하고 있기 때문이다. 우리나라의 건강보험 급여항목에 대한 법정 본인부담은 대부분 정률제도로, 통상 급여 행위 및 치료재료는 입원 시 20%, 외래는 종별로 30~50%, 약제비는 종별과 상관없이 30%이고, 암 등 특정질환 환자는 산정특례제도에 따라 일정기한 동안 전체 급여비용의 0%(결핵, 출산), 5%(암 등), 10%(희귀질환 등)를 부담한다. 거기에 더해 의료공급자가 가격, 빈도 등을 자율적으로 정해 전액 환자에게 부담하는 비급여로 국민의 본인부담비용은 가중되는 구조다.

문케어 이후 2018년 건강보험 보장률<sup>3)</sup>은 63.8%로 2017년 62.7% 대비 1.1%p 높아졌고 추정 비급여 비율은 각각 17.1% 대비 16.6%로 그 비율이 줄었다. 그러나 최근 3년 간 추정한 비급여 규모를 보면, 그 연도별 증가율 폭은 5%에서 8%대로 높아졌다(표 1). 지난 10년 간 건강보험 급여비는 8.2%, 법정 본인부담은 7.4% 증가한 반면 비급여 본인부담은 연평균 10.7% 증가하였다. 2009년 건강보험 급여비는 28.9조 원에서 2018년 59.5조 원으로 2배 증가한 반면, 비급여 진료비는 2009년 6.1조 원에서 2018년 15.5조 원으로 2.5배 증가한 것으로 나타났다.

2) 국민보건계정 상 2018년 전체 경상의료비는 144.4조, 이중 공공재원의 의료보장제도가 86.6조(건강보험 급여 63.3조, 의료급여 7.5조, 장기요양 6.3조, 산재보험 1.0조, 자동차보험 2.0조 등). 건강보험 급여비는 63.3조로 전체 의료보장제도의 73.1%, 경상의료비의 43.8%. 2018년 기준 GDP 대비 경상의료비 비율은 8.1%로 OECD 평균 8.8%보다 낮다.

3) 건강보험 보장률은 건강보험 총진료비 중 급여비가 차지하는 비중

$$* \text{건강보험 보장률}(\%) = \frac{\text{건강보험급여비}}{\text{전체 건강보험급여비} + \text{법정본인부담} + \text{비급여부담}} \times 100(\%)$$

(표 1) 국민건강보험의 2016~2018년 연도별 총진료비 및 건강보험 보장률 현황

구 분	2016년	2017년	2018년	전년대비
총진료비(a+b+c)	78.1조	83.7조	93.3조	+ 9.6조
(비율)	100%	100%	100%	-
공단부담금(a)	48.9조	52.5조	59.5조	+ 7.0조
(보장률)	62.6%	62.7%	63.8%	+ 1.1%p
법정본인부담금(b)	15.8조	16.9조	18.3조	+ 1.4조
(비율)	20.2%	20.2%	19.6%	0.6%p
비급여 규모(c)	13.5조	14.3조	15.5조	+ 1.2조
(비율)	17.2%	17.1%	16.6%	0.5%p

비급여 진료비 증가는 국민 건강보호 달성을 목표로 하는 의료보장에 끼치는 영향이 크다. 비급여 부담의 증가는 필수적일 수 있는 의료서비스 접근을 제한하고 가계의 경제부담 대비 과도한 재난적 의료비 지출에 따른 빈곤가구로의 추락을 초래할 수 있다. 또한 의과학적 근거가 없거나 의료기기, 의약품의 허가범위를 초과하며 효과가 불확실한 시술 등에 대해 비합리적인 가격과 불충분한 설명으로 부적정하게 제공하는 경우 안전성과 유효성의 문제로 국민 건강과 가계 소득에 영향을 줄 수 있다.

비급여의 증가는 우리나라의 의료자원, 지불제도, 의료이용 특성에 기인한다. 민간의료기관이 주된 공급자로 의료기관 신설 등 공급자원의 진입 관리가 미흡해 공급과잉이 있는 영역이 있다는 점, 의료 공급자는 급여 서비스 항목(행위, 치료재료 및 약제)과 제공량에 따라 정해진 불충분한 수가수준에 더해 의과학적 판단을 제한할 수 있는 급여기준에 따라 보상해주는 행위별 수가 지불제도를 주로 한다는 점, 의료 소비자는 의료기관, 의사 선택에 제한이 거의 없이 자유로운 점, 비급여 본인부담비용을 보상해주는 민간 실손보험 가입자가 증가하는 점 등이 비급여 진료비용의 증가에 영향을 줄 수 있을 것이다.

비급여 관리정책은 국민의 의료비 적정화를 위해 중요한 의료보장 정책이다. 비급여는 신의료기술 도입 촉진 등 의료발전에 기여하는 긍정적 측면이 있으나, 급여와 달리 관리체계가 미흡하다. 건강보험이 적용되는 급여는 가격결정, 조정, 급여기준 설정, 서비스 제공 적정성평가, 질평가 등 관리기전을 통해 국민의 대리인 역할을 수행하고 있으나 비급여는 가격, 양, 질 등에 대한 관리기전이 부족해 국회, 언론, 시민단체 등에서도 대책마련을 촉구하고 있다. 이러한 이유로 '문케어'와 제1차 국민건강보험 종합계획(2019~2023)에서 모든 의학적 비급여를 급여화하고 새로운 비급여 발생을 제한하며 급여화 이후 남은 비급여 관리를 강화하는 대책을 제시한 바 있다.

이 글에서는 우리나라의 비급여 개념·분류와 제공 현황을 간략히 살펴보고, 현재 비급여 관리 정책의 현황을 분석하고 평가한 후, 비급여 관리 정책의 발전방안을 제시하고자 한다. 이를 통해 의료기관의 의료인은 적정한 비용의 양질의 서비스를 제공하고 소비자는 합리적인 선택에 따른 의료이용을 할 수 있도록 지원하며, 정부는 치료목적 비급여의 급여화에 속도를 내고 불필요한 비급여는 체계적으로 관리함으로써 국민의 필수적인 의료비에 대한 부담을 경감해 줄 것이라고 기대한다.

## 2. 비급여 개념·분류와 제공현황

### 가. 비급여 개념과 분류체계

비급여란 국민건강보험법에 근거하여 건강보험 급여 대상에서 제외되어 진료비용을 환자가 모두 부담하는 진료다. 비급여 인정 항목은 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 요양급여 대상에서 제외되는 사항으로 국민건강보험법 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 등 법령으로 정한다. 해당항목의 가격은 의료기관이 자율적으로 정해 환자에게 전액 부담한다. 의료기관이 법정비급여 외의 진료 후 비용을 환자에게 전액 부담하는 것은 임의비급여로 원칙적으로 불법이다.

현행 건강보험제도는 의료행위, 치료재료, 약제를 구분해 요양급여의 대상을 규정하고 있다. 의료행위(포괄수가, 요양병원 일당정액수가 포함), 치료재료는 법령으로 비급여 대상을 규정해 이를 제외한 일체의 것을 급여 대상으로 규정하고 있다(negative list system). ‘건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수’와 ‘치료재료 급여·비급여목록 및 급여 상한금액표’ 등의 고시에 규정되어 있고, 횟수, 개수, 적응증 등 급여범위 설정 이외 비급여로 인정하는 항목 및 기준은 ‘요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항’ 고시에 규정되어 있다. 이와 함께 미용·성형, 예방진료, 한방물리요법 등이 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’ 별표2 비급여 대상에 명시되어 있다.

약제는 선별 등재 방식으로 요양급여 대상은 급여로 고시한 것으로 규정한다. 그 급여 목록 약제를 제외한 국내 허가된 약제가 비급여 대상이 된다(positive list system). 구체적인 급여목록은 ‘약제 급여목록 및 급여 상한금액표’ 고시에 의해 나열되어 있다.

박지선 등(2017)의 연구에 따르면 급여 제외 사유, 비급여 발생요인 또는 특성별로 등재·기준·제도·선택비급여의 네 가지로 분류할 수 있다. 등재비급여는 안전하고 유효하며 의학적으로 필요하나 비용효과성 등 진료상 경제성이 불분명한 항목으로 다빈치 로봇수술 등이 해당된다. 기준비급여는 치료횟수, 치료기간, 적응증 등 급여기준에서 규정한 인정기준 외에 비급여로 적용되는 항목으로 자기공명촬영(magnetic resonance imaging, MRI)의

실시 횟수 초과 등이 해당된다. 제도비급여는 진료과정에서 발생하는 비의료적 서비스 항목으로 진단서 발급 등 제증명수수료가 해당된다. 마지막으로 선택비급여는 진료목적이 미용, 성형, 건강검진 등 치료 이외 목적인 항목으로 일상생활에 지장이 없는 질환의 치료나 신체적 필수 기능개선을 직접 목적으로 하지 않는 진료로서 의료소비자의 선택에 의한 여드름 치료 등이 해당된다. 이 네 가지 비급여를 건강보험 요양급여 유형에 따라 행위, 치료재료, 약제에 더해 병실, 기타(제증명수수료 등)로 구분해 그 서비스의 성격에 따라 필수적, 선택적으로 나눠 비급여의 요소를 구분할 수 있다(표 2).

이중 치료적 비급여인 등재, 기준비급여는 비용-효과성 등의 진료 상의 경제성 근거가 추가되거나, 진료적 필요성이 높고 의학적 타당성에 부합하는 경우에 급여화를 추진할 수 있다. 제도비급여는 의료비 경감에 대한 정책적 의지에 따라 급여화가 가능하다. 상급병실료, 특진료 등을 급여화하고 비급여 중 제증명수수료가 유일하게 상한가격을 정해 이를 준수하도록 규정하고 있다. 선택비급여는 소비자의 선택에 의한 것으로 급여화가 불필요한 경우가 대부분이다.

치료적 비급여 중 평가단계 비급여를 따로 구분할 수 있다. 신의료기술로 결정 승인 후 건강보험제도에서 급여·비급여 여부를 평가 중인 의료기술 및 연구단계기술 중 신속히 임상적용이 필요한 제한적 의료기술이다. 이중 대부분은 검증을 거쳐 요양급여 대상 또는 비급여대상으로 결정되므로 그 이전까지 한시적인 비급여에 해당되는 특성이 있다.

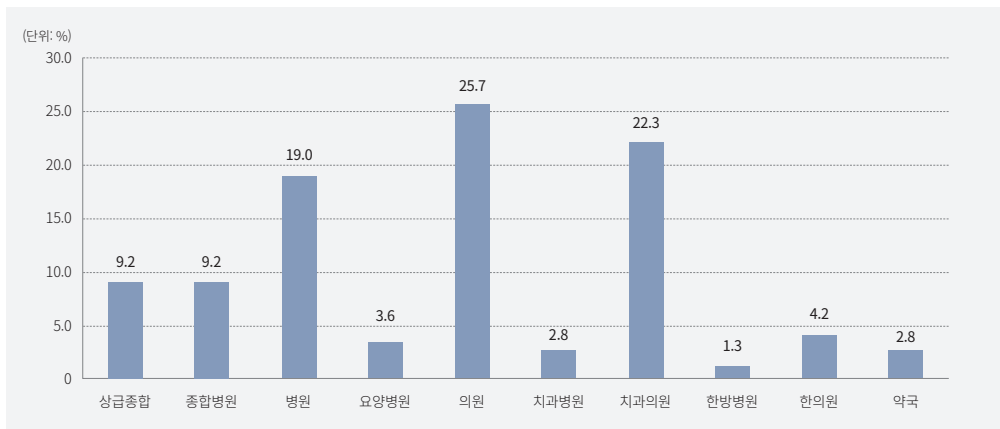
**(표 2) 비급여의 건강보험 급여유형 별 성격별 분류**

유형별	치료에 필수적인 영역	선택적 성격이 강한 영역
행위	등재·기준비급여 (척추-근골격계 MRI, 초음파 각종 검사, 로봇수술 등)	등재·선택비급여 (도수치료, 온열치료 등)
약제	기준비급여 (대사성 의약품, 조직세포 기능용)	선택비급여 (비급여 약국조제, 영양주사)
치료재료	기준·등재비급여 (드레싱류 등 수술소모품)	선택비급여 (65세 미만 치과보철 등)
병실	제도비급여 (감염병, 출산 등 필요에 따른 1인실)	제도비급여 (일반 1인실 상급병실료)
기타	제도비급여 (제증명수수료 : 의뢰용 진료기록영상 등)	제도비급여 (제증명수수료 : 민간실손제출용 등)

주: 미용 또는 성형, 예방성격의 선택적 비급여는 현 보장률 범위에서 제외하고 있음

### 나. 제공현황<sup>4)</sup>

우리나라의 전체 비급여 규모는 2018년 기준 15.5조 원으로 추정한다(국민건강보험공단, 2019). 비급여 규모는 매년 꾸준히 증가하고 있으며, 최근 4년간의 평균 증가율은 7~8% 수준이다. 이를 국민건강보험공단(2019)의 진료비 실태조사를 통해 유형별로 구분해 추정한 결과, 2018년 등재비급여 26.7%, 기준비급여 23.1%, 제도비급여 5.7%, 선택비급여 44.5%로 나타났다. 비급여 진료비 기준 요양기관 종별로 의원 25.7%, 치과의원 22.3%, 병원 19.0%, 상급종합 9.2% 등의 순이다[그림 1].



[그림 1] 2018년 전체 비급여 중 요양기관 종별 비율 현황

문케어 전후의 비급여 진료비 구성 중 제도비급여는 감소한 반면 등재비급여는 증가했다. 제도비급여는 특진료, 상급병실료 급여화에 따라 2016년 11.5%에서 2018년 5.7%로 대폭 감소한 반면, 등재비급여는 각각 19.5%에서 26.7%로 비중이 커졌다. 가장 구성비율이 높은 선택비급여는 43.6%에서 44.5%로, 기준비급여는 25.4%에서 23.1%로 소폭의 변화를 보였다.

등재비급여 상위 항목은 도수치료(1일당)(21.4%), 광중합형복합레진충전<sup>5)</sup>(12.9%), 체외 충격파치료(근골격계질환)(8.0%), 인플루엔자 A·B 바이러스항원검사(7.7%), 인레이 및 온레이 간접충전(6.6%), 증식치료(사지관절부위)(4.6%), 다빈치 로봇수술(4.3%), 경피적 경막외강 신경성형술(2.4%), 방사선 온열치료 및 온열치료계획(2.2%), 인상채득 및 모형제작(1약당)(2.1%)의 순서로 나타났다. 종별 상위항목은 상급종합병원에서는 다빈치 로봇수술(8.1%),

4) 장종원. 비급여 모니터링 결과를 통한 비급여 분류체계 방안. 비급여 관리강화를 위한 정책연구 공청회 발표자료. 2020.11.26.

5) 2019.1월 광중합형복합레진 급여 적용

심장-경흉부 심초음파-전문/일반(2.2%/2.0%), 복부-여성생식기 초음파-일반(1.6%), 흉부-유방·액와부 초음파(1.2%)의 순서로, 의원에서는 도수치료(1일당)(9.8%), 인플루엔자 A·B 바이러스항원검사(현장검사)(4.4%), 체외충격파치료(근골격계질환)(4.0%), 증식치료(사지관절부위)(2.8%), 복부-여성생식기 초음파-일반(3.7%)의 순서로 나타났다.

### 3. 비급여 관리 정책현황과 평가

#### 가. 필수적인 비급여의 급여화

국민 의료비 경감과 치료에 필요한 의학적 비급여의 급여화를 지속적으로 추진 중이다. 국민에게 부담이 큰 선택진료비(2018년 1월), 상급병실료(2018년 7월, 2019년 7월), 간호간병 서비스 확대 등 3대 비급여를 해소했고, 초음파·MRI 등 의학적인 비급여는 2018년 상복부 초음파, 뇌 및 뇌혈관 MRI, 2019년에는 하복기 및 비뇨기 초음파, 두경부 및 복부·흉부 MRI 등을 중증질환, 시급성 등을 고려해 단계적으로 급여화했다. 2020년 현재 일반처치용 치료재료 급여화를 포함해 비급여 3,568개 항목 중 약 2,501개(약 70%)의 급여화 검토를 완료했다.

이를 통해 고액·중증질환자, 아동 등 취약계층 등의 의료비 경감이 대폭 이뤄졌다. 2018년 1월부터 2020년 6월까지 건강보험 보장성 강화를 통해 약 6,200만 명 국민의 가계 의료비 부담 약 6.6조 원을 경감하는 효과가 있었다. 15세 이하 아동 입원진료비 본인 부담 5% 인하 등으로 1조9,000억 원 경감되었고, 3대 비급여 및 치료적 비급여의 급여화를 통해 4조7,000억 원 비용부담 경감이 나타났다. 중증환자가 주로 이용하는 종합병원 급이상의 보장률이 2017년 64.4%에서 2018년 67.1%로 상승했고 상위 30대 고액·중증질환에 대한 보장률은 2017년 79.7%에서 2018년 81.2%로 올라갔다.

남아 있는 비급여에 대해서는 그 특성에 따라 급여화 및 관리체계 보강이 필요하다. 중증환자 등의 시급한 치료적인 비급여가 대부분 급여화되었고 현재 남아있는 비급여는 ①필수적 성격이 강한 비급여(유방/심장초음파, 수술소모품 재료 등) ②통증기반의 이용량 관리가 어려운 비급여(척추/근골격 MRI, 증식치료 등) ③경제성, 효과성이 높지 않은 고가 비급여(척추성형술, 항암온열치료, 로봇치료) ④미용·성형과 건강관리 등의 속성이 혼재된 중저가 비급여(도수치료, 영양제 등)로 구분할 수 있다. 치료적 속성이 있는 ①~③ 비급여는 우선순위와 급여범위의 적정한 설정으로 선별급여, 급여결정 등을, 부가적이고 선택적 속성이 있는 ④ 비급여는 합리적인 공급·이용 관리를 위한 노력이 필요하다.

남아있는 비급여를 관리하는 기전도 재평가, 모니터링 등으로 다양화할 필요가 있다. 결정 후 재평가 기한이 있는 선별급여항목, 적정성 등을 평가하는 급여항목과 달리 비급여

는 유효성, 안전성 등에 대한 재평가 체계가 없어 ‘재평가 비급여’로 관리할 필요가 있겠다. 최근 백내장 시술 전 외래에서의 눈 계측검사 급여화 후에 일부 안과에서 나타난 비급여 시력교정용 수정체 재료의 가격 상승의 풍선효과 사례도 비급여 본인부담이 없는 일부 실손보험 가입자를 대상으로 종종 일어날 수 있어 급여-비급여, 급여 포괄수가-비급여 행위별수가 간의 풍선효과에 대한 모니터링 등 관리체계도 필요하다.

## 나. 비급여 정보제공

비급여 정보제공은 의료공급자와 소비자의 정보 비대칭을 줄여 공정한 경쟁과 합리적인 소비를 통해 적절한 의료서비스가 공급되고 이용하기 위함이다. 공급자는 의료기관 간의 공정한 경쟁을 통한 동기를 부여해 유효하고 안전한 서비스를 제공하고 그 과정에서 비급여 진료비용을 적정화하도록 유도하기 위함이다. 소비자는 어떤 의료기관을 선택해 어떤 비급여 의료서비스를 합리적으로 이용할 것인지를 결정할 수 있도록 함이다. 민인순 등(2018) 연구에 따르면 비급여 진료비용에 대한 투명하고 정확한 정보공개는 국민의 의료서비스 구매과정에서 공급자 간 가격경쟁과 시장원리를 작동시키는 중요한 역할을 한다.

우리나라는 의료기관이 해당 기관에서 비용을 징수하는 비급여 항목 전체에 대해 의료기관 개별 인터넷 홈페이지 또는 의료기관 내 비치하는 ‘고지비급여’ 제도와 의료기관의 제출협조 의무에 따라 건강보험심사평가원 홈페이지를 이용해 수집한 일부 비급여 항목에 대해 매년 공표하는 ‘공개비급여’ 제도를 운영하고 있다.

### 1) 고지비급여 제도

고지비급여 제도는 공급자가 제공하는 모든 비급여 항목에 대해 관련 정보를 소비자에게 간접적으로 제공토록 의무화해 2010년부터 시행한 ‘의료법’상 제도다. 인터넷 홈페이지가 없는 기관은 책자, 게시판 등을 이용해 안내하고 있다. 의료기관 인터넷 홈페이지가 없는 경우, 의료기관을 방문해야만 비급여 항목 제공여부, 가격 등을 확인할 수 있다. 그 항목의 이름도 ‘신데렐라 주사’, ‘숙취해소 주사’ 등 제 각각으로 그 내역을 정확히 알 수 없는 경우가 많다. 인터넷 홈페이지를 통해 확인하는 경우도 복잡한 홈페이지에서 비급여 고지를 쉽게 찾을 수 없고 의료기관 마다 용어나 분류를 달리하고 있어 서비스 항목이나 가격을 객관적으로 검증하여 비교하기 어렵다. 무엇보다, 제공하는 비급여에 대해 직접 설명이 아닌 ‘간접’ 안내만 하고 있어 환자의 알 권리, 의료선택권을 보호하고 강화하는 데에는 한계가 있다.



## 2) 공개비급여 제도

고지비급여 제도의 한계를 극복하기 위해 의료기관 간 고지가격을 조사해 공개하기 시작한 것이 공개비급여 제도다. 2012년 물가관계장관회의에서 의료기관의 비급여 진료비용 정보공개를 단계적으로 확대하기로 결정해 2013년 상급종합병원 43개 기관 29개 항목의 고지가격을 조사해 공개하기 시작했다. 정보수집의 어려움 등으로 공개항목 확대에 한계가 있어 2015년 의료법에 비급여 진료비용 등의 현황조사 조항을 신설해 공개대상 의료기관, 대상 항목 등을 정하는 ‘비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준’ 고시를 2016년 제정해 공개비급여 제도가 시행되었다.

공개비급여 제도는 그 대상의료기관과 항목이 계속 확대되고 있다. 공개대상 의료기관은 상종, 종합병원에서 2020년 기준으로 병원급 이상까지 확대되었다. 대상항목도 2013년 23개, 2014년 37개, 2015~2016년 62개, 2017년 123개, 2018년 223개, 2019년 389개에서 2020년 564개까지 계속 늘고 있다. 각 의료기관의 자료제출 의무를 바탕으로 공개항목, 가격, 빈도 등의 내역을 조사해 매년 4월 의료기관 종별로 항목과 가격을 공개하고 있다. 공개 이후 비급여 항목 중 60~70%에서 진료비 평균이 낮아졌고 표준편차가 감소한 효과를 보였다(이숙희, 2020).

그러나 공개비급여 제도는 포괄성, 시의성이 떨어져 소비자의 비급여 정보 욕구를 충족하지 못한다는 지적이 있다. 의료기관별로 항목, 가격을 비교할 수 있도록 공개하고 있으나, 국민이 주로 이용하는 의원급은 현재 그 대상에 제외되어 있다. 대상 범위도 전체가 아닌 특정항목으로 한정되어 있고 그 항목의 추가 조정도 매년 1회 하고 있다. 거기에 일회성으로 한 번 공표하고 있어 최신의 비급여 항목에 대한 정보를 담기 곤란한 현실이다.

추가적으로, 진단서 발급 등 제증명수수료 34개 공개비급여 항목에 대해서는 항목별로 상한가격을 정해 이를 준수해 환자에게 과도한 비용을 받지 못하도록 통제하고 있다. 의료기관은 상한가격 또는 근접한 상한가격으로 대부분 환자에게 부담하고 있고, 그 상한가격을 초과해 징수하는 경우도 있으나 지자체를 통한 행정지도를 통해 이를 어기는 의료기관 수는 전국에 100개 미만으로 급감하고 있다. 민간의 실손보험 가입자의 의료비 청구에 필요한 제증명수수료 발급 등의 수요증가에 따라 2018년 연간 제증명수수료 규모가 약 1,700억 원 내외로 전년 대비 증가하고 있어 상한가격의 합리적인 조정과 초과 징수에 대한 점검 등 관리체계 개선 검토가 필요하다.

### 다. 비급여 관리체계

비급여관리협의체는 비급여 관리에 대한 다양한 이해당사자의 의견수렴, 논의, 합의를 위해 운영하는 자문기구다. 정부, 공공기관, 의약단체, 소비자단체와 전문가로 구성해 정

책임당자(7명), 의료공급자(4명), 의료소비자(4명) 및 전문가(5명)가 비급여관리 정책의 범위, 깊이, 속도에 대한 자문을 구하기 위해 연간 2~3회 개최해 운영하고 있다. 보건복지부에서는 보건의료정책실장, 의료보장심의관이 참여하고 의료보장관리과장이 간사를 맡고 있다. 보건복지부와 의협 간의 협의 구조인 의-정 협의체에서도 비급여 영역에 대해서는 이 협의체에서 구체적으로 논의하고 협의한 내용을 존중하고 있다. 보다 균형 있는 식견을 위해 의약단체의 위원 수를 1~2명 늘려야 하고 안정적인 운영을 위해서 법적 근거를 마련할 필요가 있다는 지적이 있다.

공·사보험협의체는 공공보험인 국민건강보험과 사보험인 실손보험 간의 상호영향 분석을 공유하고 각각 제도개선 추진방안을 논의, 협의하는 보건복지부와 금융위원회가 공동으로 운영하는 자문기구다. 건강보험 보장성 확대정책에 따른 실손보험업계의 재정영향 분석과 그 결과에 따른 보험료 등 활용과 실손보험 상품구조 개편, 비급여관리대책, 공·사보험연계법 등을 논의하고 협의한다. 법적 근거가 없으나 차관급 공동위원회로 공-사보험연계법이 마련되면 안정적으로 운영될 수 있을 것이다. 실손보험은 비급여 진료의 가격부담을 낮춰 부적절한 의료공급과 의료이용이 일어날 수 있고, 결국 건강보험, 실손보험 모두 보험료가 올라가 국민 부담이 가중될 수 있기 때문에 공·사보험 연계법 근거 마련은 실태조사, 실손보험 보장범위 조정, 건강보험 비급여 관리제도 개선 등 공·사보험 간의 관계 재정립의 순환유가 되어 의료비용 적정화에 촉매가 될 것으로 기대한다.

## 4. 비급여 관리 정책의 발전방안

### 가. 발전방향

첫째, 의료적 필요성이 높은 비급여는 급여화하고, 비필수적 비급여는 억제 및 관리를 강화한다.

둘째, 비급여 전체에 대한 일괄 통제적 방식보다는 유형별 비급여의 특성에 맞춰 고지, 공개, 재평가, 설명 등의 관리기전을 다양화한다.

셋째, 환자의 비급여 정보 및 질 높은 서비스 욕구 충족과 의료계의 수용성을 고려해 소비자의 합리적인 이용을 지원하고 공급자의 걱정된 비급여 제공이 실효성 있게 이뤄질 수 있도록 단계적으로 추진한다.

## 나. 추진과제

### 1) 소비자의 합리적인 비급여 이용 지원 확대

현재 실시 중인 병원급 이상의 비급여 가격정보 공개를 의원급에도 확대 적용하고 공개 항목과 제출내역을 지속적으로 조정한다. 2021년도부터 공개대상기관을 병원급(3,925개소) 이상에서 국민들이 가장 많이 이용하는 의원급(65,464개소)까지 의료기관 전체로 확대한다. 공개항목도 현재 564개 항목에서 소비자의 정보 욕구 정도와 사회적 영향 등을 고려해 매년 조정할 예정이다.

다만, 행정인력이 부족한 의원급의 행정부담을 줄이기 위해 내과/외과/소아과 등 항목 분류를 통해 쉽게 찾아 웹기반으로 제출할 수 있도록 개선하고, 국민이 필요로 하는 정보제공에 불필요한 내역은 삭제하고 추가로 필요한 내역은 신설해 그 제출내역을 합리적으로 조정 예정이다. 제공되는 비급여 가격정보의 국민 이용 편의 제고를 위하여 제공형태(항목 별 → 수술·상병별), 제공방식(모바일앱 등) 등도 개선할 예정이다.

환자에게 제공하는 비급여 항목과 비용을 진료 전에 의료진이 직접 설명하는 것을 의무화하는 '설명비급여' 제도를 신설한다. 2021년도부터 '공개비급여' 항목을 포함해 유효성, 안전성 우려가 높아 국민의 정보욕구가 높은 신의료기술, 허가범위 초과 약제 또는 치료재료, 고가격으로 국민 부담이 큰 항목 등을 대상으로 정할 예정이다. 비급여 의료서비스에 대한 유효성, 안전성에 대한 설명은 전문적인 영역으로 의료인 등이 설명하는 것으로 원칙으로 하고 비용에 대한 것은 그 내역과 함께 의료인 등이 지정한 종사자가 대신 할 수 있도록 해 현장 사정에 따라 의료진의 부담을 줄여 소비자에게는 정확한 의료정보를, 의료인에게는 직접설명에 대한 부담을 현장 사정에 따라 줄일 수 있도록 할 예정이다. 설명의 시점도 진료, 시술, 처방 등 사전에 하는 것을 원칙으로 하되, 그 과정에서 부득이하게 사전 설명과 다르게 해당 항목과 양이 달라지거나, 갑작스럽게 비급여 서비스를 제공하는 경우가 생기는 등의 임상현장의 다양한 상황을 고려해 사후에도 부가적으로 설명할 수 있도록 할 것이다.

급여 및 비급여 진료계산서·영수증 발급 시 상세 내용을 확인할 수 있도록 세부내역을 포함하여 제공할 수 있도록 한다. 현행 영수증은 3대 비급여의 급여화 이후 개정되지 않아 이를 포함해 국민의 보다 의료비 내역을 쉽게 이해할 수 있도록 바꿀 예정이다. 특히, 비급여만을 제공하는 경우 의료기관에서 그 영수증과 세부내역을 제공하지 않는 경우가 있어 영수증 발급 의무, 세부내역 서식 신설 등을 검토할 계획이다.

### 2) 공급자의 적절한 비급여 제공 지원 강화

비급여 의료기술의 효과 검증과 적정 진료 유도를 위해 비급여 대상을 선별해 단계적으로

평가해 과학적 근거를 확인, 산출한다. 한국보건의료연구원에서 효과 논란, 오남용되는 비급여 등을 선별해 문헌을 평가하고 필요하면 임상시험 등을 통해 근거를 생성하고 그 정보를 소비자, 의료계 등에 전파하는 역할을 수행한다. 눈미백 시술의 금지 명령, 고도비만 수술에 대한 급여화 권고, 영양주사 효과에 대한 근거평가 등이 한국보건의료연구원에서 비급여에 대한 평가를 통해 활용한 사례다. 비급여 중 다빈도로 이용하고 있는 도수치료, 체외충격파 시술 등이 우선 평가 대상이 될 수 있겠다.

의료기관이 급여비용 청구 시 병행 진료한 비급여 내역도 동시에 제출하는 방안도 검토한다. 최근 안과의 눈계측 검사 급여화 이후 비급여인 인공조절성 수정체(시력교정용)의 가격이 급격히 올라간 풍선효과 사례를 사전에 예방하거나 사후에 관리하기 위해서는 동시에 제출하는 것이 필요하다. 또한, 의학적 필요성 있는 진료의 급여적용 여부 판단에 필요한 경우도 생각해 볼 수 있다. 이를 통해 급여기준의 잘못된 적용으로 불필요한 환자-의사 간 갈등 및 현지조사 상황에서의 적발 등을 사전에 예방할 수 있다. 예를 들어, 진료비 민원 환불 요청이 많은 항목 중 고비용 항목, 유효성-안전성 검증이 충분하지 않은 신의료기술, 허가범위 초과 약제, 치료재료 등을 제공하는 경우 등이 그 대상이 될 수 있겠다. '동시제출' 비급여 항목은 우선 비급여 분류의 체계화와 표준코드화가 어느 정도 이뤄진 것을 우선으로 공공의료기관 중심으로 시범사업을 실시하고 이를 평가한 후 민간의료기관까지 단계적으로 확대하는 것이 바람직하겠다. 더 나아가, 급여·비급여 병용 관리를 보다 체계적으로 수행하기 위해 의학적 필요성이 낮은 비급여 이용 시 수반되는 진료에 대해 급여 적용 수준 조정 등에 대한 것도 소비자 측 부담도 커질 수 있기 때문에 국외 제도 사례 등을 참고해 신중하게 검토할 예정이다.

### 3) 전주기 비급여 관리기반 구축 추진

비급여 진료비용 공개항목 등 파악가능한 항목 중심으로 표준화 및 비급여 표준코드 적용방안을 강구한다. 비급여 표준코드 의무사용을 위한 의료계·보험업계 협의 및 미파악·신규 비급여에 대한 코드부여 신청체계도 마련할 예정이다. 약제, 치료재료는 허가, 등재하는 과정에서 용어, 분류가 나름 체계화 되어 있는 반면 의료행위는 미흡해 비급여 의료행위에 대한 분류는 의료계가 주도하도록 정부가 지속적으로 지원해 계속 변화하고 발전하는 의료행위를 체계화하는 것이 현실적이다. 우선, '공개', '설명' 비급여를 시작으로 '고지' 비급여를 체계적으로 수집하고 분석해 그 분류체계 기준을 정립하고 표준코딩 방법을 지침화해 실제 적용해 이용할 수 있도록 일선 의료기관에 대한 지원방안도 강구할 필요가 있겠다.

의학적 필요성에 따라 '의학적 비급여'와 '선택적 비급여'로 재분류하고, 의학적 비급여에 대한 주기적 재평가 실시 제도를 신설한다. 미용, 성형, 건강관리 등 속성을 갖거나 의학적 필요성이 매우 낮은 비급여를 '선택적 비급여'로 별도로 구분해 고시함으로써 건강보

험 보장률 산출 항목 제외 등에 활용할 수 있을 것으로 기대한다. 유효성, 경제성 등이 부족해 남아있는 치료적 비급여에 대해서는 주기적으로 평가해 선별급여, 급여, 비급여 유지, 퇴출 등의 조치를 통해 비급여를 최소화한다.

#### 4) 비급여 관리를 위한 체계 강화

비급여 공개, 고지, 설명 제도를 통해 보다 폭 넓게, 보다 빨리, 보다 정확한 정보를 제공하기 위해 의료기관의 '보고' 비급여 제도를 신설한다. 의료법 개정으로 의료기관의 장은 연간 보고 횟수, 진료내역 등 보고 내용, 웹제출 등 보고 방법을 포함해 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부 장관에게 제출해야 하는 제도가 2021년 시행될 예정이다. 의료기관의 사전에 정해진 제한적 항목에 대한 연간 1회(변경 시 1주 내 수정) 제출하는 협조의 무 이전에 의료기관으로부터 보건복지부 장관에게 비급여 내역을 '보고'하고 그 보고된 자료를 바탕으로 필요한 자료조사를 추가로 해 분석해 공개하는 제도로 기존의 '공개' 비급여 제도와 연계 활용될 경우 해당정보의 시의성, 포괄성, 정확성뿐만 아니라 소비자가 원하는 맞춤형 정보 활용성도 높아질 것으로 기대한다.

비급여 제공, 이용의 관리 현황 파악을 위해 건강보험 보장성 강화 정책별 지표를 개발하고 치료적, 필수적 비급여 중심의 건강보험 보장률 지표로 재구조화 할 계획이다. 의학 적 필요도와 상관없는 제증명수수료, 치료적 비급여 경계에 있는 도수치료, 영양주사 등이 현 보장률에 포함되어 있어 이를 세부내역으로 구분해 보장률을 산출함으로써 향후 가칭 필수의료 내역 중심의 건강보험 보장률을 산출하고 정책을 평가하고 개선 반영할 수 있을 것이다. 지불제도로 보장성 범위를 넓힌 신포괄수가제도 참여의료기관의 보장률, 필수의료인 응급의료, 중증의료, 희귀난치의료, 감염의료, 호스피스의료 보장률 및 아동, 장애인 등 취약계층 보장률 등의 다양한 보장률 지표 산출로 해당 정책의 발전을 위한 건강보험의 역할과 책임을 가늠할 수 있겠다.

비급여의 부적정한 공급과 비합리적인 이용을 유인하거나 용인하는 실손보험의 보장범 위·구조 개선을 위하여 공사보험 연계의 법적근거 마련할 계획이다. 현재도 국민건강보험 보장성 강화에 의한 실손보험의 반사이익 국민 환원과 국민 의료비에 미치는 영향 등 실태 조사 결과를 익년도 실손보험료 조정과정에 반영하고 있다. 합리적 의료이용을 위한 실손 보험 구조 개선 방안(이용량 연계 할증·할인제, 비급여 자기부담율 상향, 법정본인부담 제외 등) 관련 금융 위와 협의를 지속하고 있다. 최근 금융위원회는 실손보험 구조개편 개편방안(표 3)을 공표 (2020.12.10.)해 2021년 7월부터 새로운 상품을 출시할 예정이다.

(표 3) 민간실손보험 상품구조 개편방안

구분		현행(新실손)	개편(안)									
상품구조		급여·비급여 통합 + 비급여 3개 특약	급여(주계약)·비급여(특약) 분리									
보험료 차등제	급여	미적용	미적용									
	비급여		적용 (할인·할증 방식)									
자기 부담률	급여	10% / 20%	20%									
	비급여	20% (특약 : 30%)	30%									
공제 금액 (통원)	급여	최소 1~2만 원 (처방 0.8만 원)	최소 1만 원(병·의원급) / 최소 2만 원(상급·종합병원)									
	비급여		최소 3만원									
보장 한도	입원	상해·질병당 연간 5천만 원	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>급여</th> <th>비급여</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>상해 입·통원</td> <td>합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)</td> <td>합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)*</td> </tr> <tr> <td>질병 입·통원</td> <td>합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)</td> <td>합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)*</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 비급여에 한해 별도 통원횟수 추가 예정</p>	구분	급여	비급여	상해 입·통원	합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)	합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)*	질병 입·통원	합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)	합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)*
	구분	급여		비급여								
상해 입·통원	합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)	합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)*										
질병 입·통원	합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)	합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)*										
통원	상해·질병당 회당 30만 원 (연 180회)											
재가입주기	15년	5년										

의료계 등 이해관계자 협의 및 비급여에 대한 체계적 관리를 위하여 ‘비급여 관리 정책 협의체’ 기능·역할 확대할 계획이다. 산재보험, 자동차보험 등 공보험과의 상호연계를 강화하고, 비급여 관리정책협의체의 활동에 법적 근거를 뒤 보다 책임성있는 참여와 안정적인 논의구조를 갖출 예정이다. 특히, 공적 의료보장제도 간(건보, 산재, 보훈, 자동차보험 등)의 분절적 운영으로 의료서비스의 사각과 중복의 서비스 미충족, 과잉공급 등의 조정을 통해 의료비 적정화가 이뤄질 것으로 기대한다.

## 5. 나가며

의료보장은 인간의 존엄한 삶을 보호하는 사회보장 핵심으로 우리나라는 2017~2022년 건강보험 보장성 강화대책으로 30.6조 원을 투입해 의료비 경감을 통해 사회안전망 역할을 강화하고 있다. 우리나라는 급여에 대한 법정 본인부담금이 통상 입원 20%, 외래 30~50%로 대부분 정률 부담하고 있고 비급여는 전액 본인부담하는 특성으로 OECD 내 경상의료비 대비 본인부담비용의 비율이 32.9%로 높다. 2018년 건강보험보장률은 전년대비

1.1%p 상승한 63.8%이나 비급여 규모의 증가율 폭은 3%p 상승한 8%대로, 비급여진료비도 2009년 6.1조 원에서 2018년 15.5조 원으로 2.5배 늘었다. 우리나라는 민간중심의 공급자원, 행위별로 보상하는 지불제도와 쉬운 의료이용에 민간 실손보험 가입자가 많아 비급여 진료비용의 증가에 영향을 주고 있다. 국민의 의료비 적정화를 위해 비급여 관리정책은 중요하나 급여와 달리 관리체계가 미흡해 문케어와 국민건강보험 종합계획에서 비급여의 급여화 이후 남는 비급여, 신규 비급여에 대한 종합대책 수립을 담고 있다.

비급여 관리정책을 위해 ①의료적 필요성이 높은 비급여는 급여화하고 비필수적 비급여는 억제 및 관리를 강화 ②비급여 전체에 대한 일괄 통제방식이 아닌 비급여 특성에 따른 고지, 공개, 재평가, 설명등의 다양한 관리기전 도입 ③소비자 욕구와 공급자의 수용성을 고려해 실효성있는 제도를 단계적으로 추진하는 것을 원칙으로 한다.

소비자의 합리적인 비급여 이용지원 확대를 위해 공개비급여 제도의 대상의료기관을 의원급으로 확대하고 공개항목과 내역도 합리적으로 조정할 계획이다. 설명비급여는 새롭게 도입해 공개 비급여 항목을 중심으로 신의료기술, 고가격 항목 등의 소비자가 필요로 하는 항목을 더해 사전에, 의료인을 중심으로 설명토록 할 예정이다. 급여 및 비급여 진료계산서 영수증 서식도 3대 비급여 해소된 현실을 반영하고 비급여만을 제공했을 경우도 영수증 발급하도록 제도를 정비할 계획이다.

공급자의 적정한 비급여 제공지원을 강화하기 위해 효과논란, 오남용 우려가 있는 비급여 항목을 선별해 과학적 근거를 평가하고 일부 부적절한 비용전가 등이 나타나는 경우에 급여와 병행한 비급여 진료내역도 동시에 제출하는 방안도 시범사업 등을 통해 검토하고 관리방안을 마련해 공공병원 우선 적용 등 단계적으로 확대한다.

전주기 비급여 관리기반 구축 추진을 위해 정보의 수집, 분석을 통해 비교, 재가공할 수 있도록 비급여 분류를 체계화하고 용어를 표준화해 코딩방법, 기준, 절차를 마련한다. 의학적 필요성에 따라 의학적 비급여와 선택적 비급여로 재분류해 건강보험 보장률 산출요소를 세분화하고 남아있는 비급여는 주기적으로 평가해 선별급여, 급여, 비급여 유지, 퇴출 등의 조치를 통해 비급여를 최소화한다.

비급여 관리를 위한 체계 강화를 위해 의료법 개정으로 시행예정인 의료기관의 비급여 보고의무 절차를 신설할 계획이다. 이를 바탕으로 보다 빨리, 넓고, 정확하게 비급여 내역 정보를 수집하고 조사, 분석을 연계해 소비자가 원하는 맞춤형 정보제공이 가능할 것이며, 표준화된 비급여 항목과 보고절차 신설을 바탕으로 건강보험 보장성을 모니터링하고 평가가 가능할 것으로 기대한다. 실손보험의 상품구조 개편, 보장성 강화에 따른 반사이익 등 실태조사 실시 등의 안정적인 제도연계를 위해 공사보험연계법도 마련할 계획이고, 비급여 관리정책협의체 기능 역할도 산재보험, 자동차보험 등 공보험 간의 사각과 중복을 해소하고 그 자문기구의 법적 근거를 마련할 예정이다.

비급여관리는 소비자의 합리적인 의료이용과 공급자의 적정한 양질의 의료제공이 이뤄져 의료비의 적정한 부담으로 국민의 건강을 보호하기 위함이다. 고지, 공개 비급여 제도에 더해 설명, 재평가, 급여 동시제출 비급여 제도의 우리나라에서의 성공적인 안착을 위해서 계획수립과 시행, 시행 후 평가에 소비자, 공급자, 전문가의 책임있는 참여와 기여를 당부한다. X

## 참고문헌

---

- 공진선. 국민의 적정부담을 위한 비급여 관리방향. 보건복지포럼. 2017.
- 국민건강보험공단. 2018년 건강보험 진료비 실태조사. 2019.
- 민인순, 함명일, 김선정, 박성희, 정영섭. 비급여 진료비용 공개 효과분석 및 제도 개선방안 연구. 건강보험심사평가원·순천향대학교. 2018.
- 박지선 등. 비급여 유형분류에 관한 연구. 건강보험심사평가원. 2017.
- 보건복지부. 건강보험 보장성 강화대책 설명자료. 2017.
- 여나금, 신현웅, 민인순, 김상호, 정형선, 박정훈 등. 포괄적 의료보장 관리체계 도입방안 연구. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원 2019.
- 여나금, 신현웅, 정형선, 지영건, 오수진, 이재은. 포괄적 의료보장 관리체계 실행기반 마련 연구. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원. 2020.
- 이숙희. 의료소비자 권익신장을 위한 비급여 정보공개 확대방안. 비급여 관리강화 종합대책 마련을 위한 정책연구 공청회 발표자료. 연세대학교 의료복지연구소. 2020.
- 보건복지부. 제1차 국민건강보험종합계획. 2019.