

비급여 관리 방안

- 의료현장의 시각 중심으로

The management plan of noncoverage
: Perspective of the medical field



서인석 보험이사
대한병원협회

Key Points

- 의료현장에서 다양한 종류의 비급여가 발생하게 된 이유
- 건강보험제도와 의료보장을 지표의 관계
- 의료전달체계와 의료기술 발전에 따른 비급여의 급여화 우선순위의 고찰

Key Words

비급여, 필수의료, 실손보험, 보장률
not covered medical service, essential medical service, private insurance, medical coverage rate

1. 들어가며

1977년 이후 대한민국 건강보험제도는 빠른 속도로 발전하였으며 전 세계에서 유래 없는 건강보험제도를 40년 만에 이루어왔다. 그간 전 국민 건강보험, 건강보험심사평가원 설립, 건강보험 통합, 부과체계 개편, 지속적인 보장성 확대 등 비교적 짧은 시간 내에 압축 성장으로 국민들을 위한 제도로 발전해 나아가고 있지만 아직 개선할 부분이 많다.

소득수준이 올라가면서 의료에 대한 욕구는 무한하다 하여도 과언이 아니다. 건강보험 적용 역시 과거 비용효과적 치료중심으로 적용하였다면 ‘선별급여’ 제도의 도입으로 과거 비급여로 남았을 행위들도 많은 부분 건강보험 제도권 안으로 가져오고 있다. 국민들의 본인부담률은 낮아지고 최신 의료기술의 접근은 보다 용이해졌다.

건강보험 지불제도는 기본적으로 행위별수가제를 채택하고 있다. 일부 7개 질병군 포괄수가제와 요양병원의 일당정액제, 신포괄수가제 등이 있긴 하지만 외래 및 다수의 입원은

행위별수가제로 지불한다. 이로 인해 다른 묶음형 지불제도(bundled payment)에 비해 행위 시행에는 자유로우나 정부나 보험자 입장에서는 진료비 조절에 어려움이 있다. 특히 비급여는 급여기준이나 적응증이 모호하고 관리기전이 마땅치 않다보니 급여행위에 비해 보다 빠른 속도로 증가한다.

2. 의료 현장에서의 비급여

가. 실손보험과 비급여

국민들은 건강에 관심이 많다보니 건강보험 이외에 민간실손보험에도 가입이 많아졌다. 5천만 인구 중 3천만 이상이 가입했다고 하니 민간보험으로 인해 의료행태가 많이 영향을 받는다. 본인부담이 줄어 경제적 접근도는 높아졌으나 2003년 실손보험 상품개발 당시 시장선점을 위해 혜택이 과도하고 보장한도, 횟수 등을 제한하지 않아 도덕적 해이가 많다는 지적이 있다. 이로 인해 최근 금융위원회에서는 국정감사에서 실손보험금을 많이 받으면 보험료 인상을 검토한다고 언급하였다(금융위원회, 2020). 실손보험이 수익보다는 다른 보험을 판매하기 위한 역할을 하다 보니, 실손보험 혜택을 줄이기 어려웠을 것으로 예상된다. 2003년 판매되기 시작한 실손보험은 17년이 지났고 그 사이 상품표준화 및 영양제, 도수치료, MRI 등을 특약 형태로 전환하였으나 아직 근본적인 문제는 해결하지 못하였다.

우리나라의 경우 외국에 있는 일차의료기관의 문지기(gatekeeper) 기능이 없다보니 국민들의 의료기관 선택권이 거의 무한하며 이로 인해 3차 의료기관에 대한 선택권 보장이 상대적으로 높다. 의료전달체계를 확립하기 위해서는 국민들의 의료기관 선택권을 제한해야 하나 의료기관을 자유로이 선택하고 이용한 국민들에게 이를 설득하기는 쉽지 않아 보인다. 또한 실손보험에 가입할 경우 재정적 부담이 더욱 낮아져, 상급의료기관 이용률이 더욱 높아질 수 있다.

나. 보장성 강화 정책과 비급여

지난 정부의 보장성 강화 정책(4대 중증질환, 3대 비급여)으로 중증질환 중심의 비급여가 많이 급여화 되었다. 또한 이번 정부에서도 보장성 확대는 빠르게 진행하고 있다. 하지만 아직 비급여 의료행위는 남아 있고 신의료기술을 통과한 의료행위, 치료재료이거나 신약 역시 비급여로 등재된다. 1990년대 말 의료기관들이 암센터 등을 증축하고 최신 고가의 의료장비를 도입하면서 비급여는 늘어났다. 그러다 보니 비급여는 건강보험이 적용되지 않는 비싼 의료행위, 치료재료, 약제임에도 최신 의료기술이라는 이미지가 생겼다. 또한 이런

특수장비로 검사하거나 치료하는 것이 의사에게 병력을 이야기 하고 진찰받는 것보다 첨단 진료라는 착각도 생겨났다.

급여화가 진행되면서 관행가보다 낮은 가격으로 급여가 등재되는 것 역시 의료기관에서 비급여를 선호하게 된 이유이기도 하다. 그러다보니 특정 수술 또는 시술행위보다 초음파 유도술이나 보조 치료재료에 대해 더 비싼 비급여 비용을 지불해야 하는 경우도 있다. 의료계 역시 이런 급여화에 불만이 있다 보니 가능한 비급여 행위를 남기고 싶어 한다. 하지만 정부에서의 급여화 추진은 계속 될 것이며 저수가 체계의 급여행위에 대해 비급여로 별충하는 의료기관의 전략에는 한계가 있을 것으로 보인다.

다. 급여화의 우선순위

모든 행위가 급여화 되면 국민들은 당연히 가격부담이 적어지고, 제도권 안으로 의료행위들이 들어오기 때문에 좋을 것이다. 의사 역시 국민이므로 같은 치료를 하는 데 동일한 수입이라면 환자가 적은 부담으로 치료하길 원한다. 그러나 모든 행위를 급여화할 수 없는 이유로 여러 가지가 있지만 그중 한정된 재원과 도덕적 해이 방지를 들 수 있다.

아래 [그림 1]은 유형별 비급여의 특성을 환자 결정권이 높고 낮음에 따라 보여준다. 좌측으로 갈수록 행위 결정에 의사의 영향력과 정보비대칭(information asymmetry)이 크고, 우측으로 갈수록 환자의 결정과 시장경쟁이 영향이 크다. 당연히 위에서 언급한 급여화 우선순위는 좌측에 배치된 행위들일 것이다. 따라서 미용성형, 성기능 개선, 건강증진 목적의 행위들은 급여 우선순위가 낮고, 반대로 생명과 직결된 행위들은 급여화 우선순위가 높을 것이다.



[그림 1] 비급여 종류에 따른 정보의 비대칭성, 급여화 우선순위

자료: 서인석. 비급여, 실손보험, 그리고 올바른 의료제도의 정착을 위한 의료전달체계. 의료정책포럼. 2017;15(1):45-51.

3. 비급여와 건강보험 보장률

가. 건강보험 보장률 지표와 비급여와의 관계

건강보험 보장률(이하 보장률)은 보건의료분야에서 빠지지 않는 주제이며, 모든 급여 비급여 대비 급여 본인부담금 및 비급여 비중을 의미한다. 보장률에서 전체의료비 중 건강보험이 적용되지 않는 부분인 ‘비급여’가 그 중심에 있다. 2018년 기준 건강보험보장률은 62.6%, 법정본인부담률은 20.2%이며 비급여는 17.2%로 집계되었다(국민건강보험공단, 2018). 비급여 본인부담금 중 약 10.8조 원은 민간보험에서 부담하는 것으로 예상된다(정형선, 2020).

중증 의료가 가격 비탄력적 특성을 갖는다면 피부비용, 성형, 영양제, 성기능 개선, 도수치료 등은 가격 탄력적 특성을 갖는다. 즉, 중증도가 낮은 의료행위 일수록 환자의 선택권이 높아진다. 예를 들어 암치료를 하는 경우 환자가 치료를 선택하기 쉽지 않지만, 미용성형의 경우 환자가 수술을 받을지 말지를 결정하기도 한다. 따라서 이런 선택적 행위에 대한 비급여까지 모두 보장률 산출에 포함된다면, 국민들이 일반적으로 생각하는 필수진료, 질환치료 목적으로 병원에 가는 경우의 보장률과 차이가 생기게 된다.

[그림 2]가 보여주는 것처럼 2018년 전체 보장률은 63.8% 수준이지만 중증질환의 보장률은 80%내외이며, 2021년의 보장성 강화 정책이 반영되면 85% 수준이 될 것으로 예상되므로 보장률 목표를 어떻게 설정하고 얼마나 올릴지에 대한 고민이 필요할 것으로 보인다.



[그림 2] 연도별 전체 및 중증 고액 질환별 건강보험 보장률

자료: 국민건강보험공단. 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 2019.

의료기관 종별 보장률을 보면 중증질환을 주로 치료하는 종합병원 이상 의료기관의 비급여 본인부담률은 약 12%, 법정본인부담률은 약 20% 이다(표 1). 소득수준에 따라 재난적 의료비, 급여 본인부담은 본인부담 상한제에서 비급여의 부담을 덜어준다. 병의원급 의료기관 보장률이 중요하지 않다라는 건 아니지만 언론에서 나오는 ‘보장성 강화 및 수조 원 투입한 보장률 63%대 머물다’ 등의 내용과는 체감 상 다소 차이가 있음을 알 수 있다.

(표 1) 2017~2018년 의료기관 종별 건강보험 보장률

연도	2017년			2018년		
	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률
종합병원 이상	64.4%	20.8%	14.8%	67.1% (△ 2.7%p)	20.6% (▽ 0.2%p)	12.3% (▽ 2.5%p)
상급종합	65.1%	20.9%	14.0%	68.7% (△ 3.6%p)	19.6% (▽ 1.3%p)	11.7% (▽ 2.3%p)
종합병원	63.8%	20.7%	15.5%	65.2% (△ 1.4%p)	21.8% (△ 1.1%p)	13.0% (▽ 2.5%p)
일반병원 (요양병원 제외)	47.1%	18.0%	34.9%	48.0% (△ 0.9%p)	17.9% (▽ 0.1%p)	34.1% (▽ 0.8%p)
의원	60.3%	20.1%	19.6%	57.9% (▽ 2.4%p)	19.3% (▽ 0.8%p)	22.8% (△ 3.2%p)

자료: 국민건강보험공단. 보도자료. 2019.12.12. 프레시안. 2019.12.23. 에서 재인용

나. 비급여의 급여화 우선순위 고찰

1) 비급여의 유형별 구분

비급여는 각 항목에 따라 그 성격이 다양하다. 서로 다른 성격의 비급여를 하나의 정의 속에서 보면 개념의 혼재로 논의에 어려움이 있으므로 ‘비급여관리정책협의체’에서는 그 유형에 따라 (표 2)와 같이 분류하였다.

최근 급여화 범위를 확대하면서 안전성, 유효성은 인정받았으나 비용효과성이 불분명한 항목에는 본인부담률을 높게 적용하는 선별급여 또는 예비급여 제도가 도입되었다. 기존에 비용효과성이 떨어지는 항목이 상대적으로 비급여로 적용되었다면, 선별급여 제도 도입 이후에는 상당수 많은 부분이 급여화되어 건강보험 제도권 안에서 관리된다.

(표 2) 비급여의 유형별 구분

분류(안)		정의 및 설명	예시
대분류	중분류		
치료적 비급여	기준 비급여	치료횟수, 기간, 적응증 등 급여기준에서 규정한 인정기준 외 비급여로 적용되는 항목	초음파 MRI 진정내시경환자 관리료
	등재 비급여	안전하고 유효한 기술이며 의학적으로 필요한 의료이나, 비용효과성 등 진료상 경제성이 불분명한 항목	다빈치로봇수술 교육상담료 체외충격파치료 지속적 통증자가조절
	평가단계 비급여	신의료기술 결정 승인 후 급여여부 평가중이거나 신의료기술 승인 전 예외적으로 진료를 허용하는 제한적 의료기술 항목	RhD 유전자검사 자가혈소판 풍부 혈장치료술
제도비급여		[별표2] 비급여 대상에 명시된 항목 중 진료과정에서 발생하는 비의료적 서비스 항목	상급병실료 차액 제증명수수료
선택비급여		[별표2] 비급여 대상에 명시된 항목 중 진료목적이 미용성형, 건강검진, 예방접종 등 치료 이외의 목적인 항목	미용·성형수술 건강검진 시력교정술료

자료: 박지선. 비급여 유형분류에 관한 연구. 건강보험심사평가원. 2017

2) 비급여의 관리

임상 현장에서 비급여 관리 요소는 의료기관 고지, 진료 전 설명, 진료 후 영수증 표기 등으로 나눌 수 있다. 하지만 임상 현장은 항상 가변적이고 급여기준에 따라 본인부담률도 변동하므로 이를 모두 설명하기에는 제한점이 많다. 진료 상황에 따라 진찰료 및 치료행위 등이 행위별수가제로 산정되고 그중 일부가 비급여로 산정된다. 예를 들어 허리통증으로 진료를 보는 경우 진찰료, x-ray 등 건강보험이 적용되는 급여 진료행위와 허리 MRI와 같은 비급여 진료행위가 동시에 발생할 수 있다. 반면 선택비급여는 ‘에피소드(episode) 비급여’로 대부분 진료전체가 비급여에 해당한다. 미용성형 등을 목적으로 진료를 보는 경우 진찰료를 포함 수술 처치 약제가 모두 비급여에 해당한다.

[그림 1]에서처럼 비급여 발생이 비응급이면서 중증도가 낮으면 의료진이 설명하고 환자가 선택할 수 있다. 반면에 환자가 영양제, 도수치료 등을 결정하고 의료기관을 방문하기도 한다. 그러나 응급, 중증도가 높은 경우는 상황이 가변적이므로 비급여 발생을 예측하기 어렵다. 응급실, 수술실에서는 환자 상태변화에 따라 진료계획과 이에 따른 행위, 치료재료 등이 바뀔 수 있다. 이에 대한 가능한 범위에서 설명을 하지만 모든 상황을 예측하고 설명하기는 어렵다.

4. 비급여의 관리 방안

가. 필수의료 중심의 비급여 관리

임상현장에서는 최신의료기술의 도입, 지속가능한 건강보험을 위한 급여화 우선순위, 가변성 등으로 비급여가 존재할 수밖에 없다.

(표 2)에서 구분하듯 기준비급여는 대부분 급여화 대상이다. 평가단계 비급여는 일반급여 또는 (제한적)선별급여 형태로 급여화될 것으로 예상된다. 등재비급여 중 필수적 치료에 필요한 경우 급여화가 될 것이며, 중증도가 낮고 근거수준이 낮으면 비급여로 남을 것이다. 제도비급여는 직접치료에 필수적 요소는 아니며 이미 의료법으로 가격 등 정보를 의료기관 및 심사평가원 홈페이지 등에 고지하고 있다.

필수의료에 관련된 급여는 보건복지부가 그간 해 온 대로 중증질환을 중심으로 급여화하면 된다. 선택비급여는 건강보험법 취지 상 비급여로 남을 것이다. 의료법 제45조에 따라 의료기관은 가능한 쉽게 비급여 진료비용을 고지하면 된다. 다만 모든 비급여를 관리하는 것은 현실적으로 불가능하며 불필요한 행정이 소모된다. 따라서 비급여 유형과 중증도, 환자의 선택적 요소 등을 고려하여 필수의료와 관련된 비급여를 관리하고 이들은 결국 급여화할 대상일 것이다.

나. 보장률 지표의 다양화

보건복지부 등에서 가장 많이 활용하는 보장률 지표는 개선할 필요가 있다. 최근 건강보험 보장률 지표 및 산출체계 개선(안)에서도 지출 의료비 전체의 보장률 지표와 정책 활용도에 따라 다양한 지표 선택이 가능하다는 개선 가능성을 제시하였다(정형선, 2020). 현재의 보장률 산출시 비급여 항목에는 선택비급여 중 비치료적 성격의 선택비급여(필러시술, 미용주사, 보호자 식대, 렌즈 보조용품 등)가 포함되어 있는데 이런 선택비급여는 보장률 지표에서 제외하는 것이 바람직할 것이다.

국민들은 암이나 골절 등 중증질환에 걸려 큰 비용이 들까 걱정한다. 이런 상황에 맞는 보장률 지표가 제시되어야 현장에서 체감되는 지표가 될 것이다. 또 법정본인부담률과 비급여 본인부담률을 구분하여 표기해야 하고 재난적의료비나 본인부담상한제로 부담을 덜어주는 것도 지표 산출 시 설명되어야 할 것이다.

5. 나가며

매년 발표되는 보장률 지표를 보며 좀 더 상세한 설명과 다양한 내용이 반영되지 않아 아쉬움이 있었다. 보장률을 낮추는 필수의료와 무관한 선택비급여 등은 국민들에게 오해를 줄 수 있다. 물론 지표의 시계열적 비교가능성을 위해 갑자기 바꿀 수는 없겠지만 지표를 다양화할 필요성이 있다.

보건복지부는 필수의료 중심의 급여화를 진행하면 될 것이고 중증도, 근거 등에 따라 선별급여 제도를 이용하면 될 것이다. 만약 저평가된 급여항목이 비급여로 별충되고 있는 형태라면 이를 정상화하면서 급여화를 진행하면 된다.

또한 의료기관은 현행 의료법에 따른 비급여 의료기관 고지, 충분한 설명, 진료 후 영수증 및 요청 시 세부 내역서를 잘 발행하면 된다. 실손보험과 관련된 일부 도덕적 해이는 근본적으로 실손보험 상품 개선을 통해 막아야 한다.

대다수의 의료기관은 최선의 치료를 위해 노력한다. 당연히 환자의 경제적 부담이 적길 바라지만 의료기관이 지속가능해야 하며 연구 개발 투자도 이루어져야 한다. 과거 '건강보험 77패러다임'이 저부담·저수가·저급여 였다면(김종대, 2014) 이제 우리나라의 소득수준에 맞게 적정부담·적정수가·적정급여로 변화해 나가야 한다. 진료환경 역시 박리다매식으로 행위건수를 늘리는 것보다 환자와 충분히 이야기 할 수 있는 시간이 보장되어야 한다.

비급여 발생의 근본원인을 생각해보았다. 신의료기술제도 도입 이후 모든 행위는 의학적 안전성, 유효성을 검증받고 등재된다. 즉 비급여 역시 의학적 타당성은 입증받은 행위들이다. 의학적으로 필요하고 비용효과적이라면 급여화하면 된다. '비급여를 모두 관리해야 하는가?'란 질문으로 마무리 하려 한다. 현대는 소위 가성비를 추구하는 사회이다. 효율적 제도운영으로 서로의 행정 부담을 줄이고 국민에게 직관적인 보장률 지표로 잘 설명해야 할 것이다. 그것이 서로의 신뢰를 쌓고 불필요한 에너지 소모를 줄이며 가치 있는 환자 진료에 투입할 수 있는 길이다. X

참고문헌

- 국민건강보험공단. 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 2019.
- 금융위원회 보도자료. "실손의료보험, 이용한 만큼 보험료를 내는 할인·할증제도가 새로 도입됩니다". 2020.12.10.
- 김종대(前건강보험공단 이사장). 신년사. 국민건강보험공단. 2014.
- 박지선. 비급여 유형분류에 관한 연구. 건강보험심사평가원. 2017.
- 서인석. 비급여, 실손보험, 그리고 올바른 의료제도의 정착을 위한 의료전달체계. 의료정책포럼. 2017;15(1):45-51.
- 정형선. 건강보험 보장성 확대와 비급여 관리 심포지엄. 2020.8.27.
- 프레시안. "문재인 케어, 어떤 것들이 얼마나 이루어졌나?". 2019.12.23.