

비급여 관리 방향

정형선

연세대학교 소프트웨어디지털헬스케어융합대학 보건행정학부

Management of Health Services Uncovered by National Health Insurance

Hyoung-Sun Jeong

Division of Health Administration, College of Software and Digital Healthcare Convergence, Yonsei University, Wonju, Korea

Correspondence to:

Hyoung-Sun Jeong

Division of Health Administration,
College of Software and Digital
Healthcare Convergence, Yonsei
University, 1 Yonseidae-gil, Wonju
26493, Korea

Tel: +82-33-760-2343

Fax: +82-33-760-2519

E-mail: jeonghs@yonsei.ac.kr

Received: April 26, 2021

Revised: May 10, 2021

Accepted after revision: May 12, 2021

In December 2020, a provision for medical institutions to report items, amounts, and details of uncovered medical expenses to the Minister of Health and Welfare was newly established in the Medical Law. This paper aims to estimate the scale and trend of out-of-pocket expenditures for uncovered medical items; to review the government's plans as well as related literatures for the management of uncovered medical items; and to gather opinions at expert meetings. Of the total current health expenditures in 2019, household out-of-pocket was 47.5 trillion won (30.3%), and "out-of-pocket excluding cost-sharing" was 26.3 trillion won (16.8%). The decrease in household out-of-pocket burden over the past 2 decades has been replaced by the increase of private health insurance premiums, suggesting that the policy has not been sufficiently connected to the burden relief of low-income households. Whether covered or uncovered, a medical item is located at a point in the continuous spectrum between necessity and selectivity. It is most logical to classify medical items according to the size of "necessity of treatment," and determine the level (height) of co-payment rate accordingly. A medical item changes its position on the necessity-selectivity spectrum. It is a limitation in terms of classification. Suggestions: First, "medical items for which the treatment necessity is confirmed" should be covered by public health insurance, subject to quality management and differential co-payment rates. Second, "items with relatively weak treatment necessity", currently not covered, should be switched to coverage once their therapeutic natures are confirmed, though their co-payment rates are set high in order to induce "cost-conscious" medical use of patients. Third, even in the case of "items remaining uncovered", policy measures as follows are required from the perspective of consumer protection: informed consent, data submission, and monitoring when they are provided together with covered items, etc.

Keywords: Management of uncovered items; Treatment necessity; Differential cost-sharing; Consumer protection

© 2021 by Health Insurance Review & Assessment Service

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서론

비급여 진료비용(제증명수수료 포함)의 항목, 기준, 금액 및 진료내역 등을 보건복지부장관에게 보고하는 의무를 의료기관에게 부과하는 내용이 의료법 제45조의2로 신설되었다(2020년 12월). 이미 비급여 고지제도가 시행되고 있고(2010년 이후), 비급여 공개제도가 상급종합병원에서 시작되어(2013년) 병원급 이상으로 확대되었으며(2017년), 2020년 하반기까지 비급여종합대책을 수립하기 위해 다양한 논의가 이루어지던 시점이었는데, 국회를 통과한 신설 조문은 그간의 논의를 일거에 뛰어넘는 것이었다.

시행 책임이 있는 보건복지부는 하위법령을 마련하는 등 2021년 6월 30일의 시행일을 지키기 위한 후속작업을 진행하고 있다. 비급여 보고의 대상과 방법에 대한 세부기준을 정하고, 비급여 보고의 운영체계 및 행정·재정적 지원방안을 마련하는 작업이다. 본고에서는 비급여 보고의무를 포함한 비급여 관리 방안 전반을 검토하고 향후의 방향성을 모색해 본다.

비급여의 규모와 추이는 국민보건계정의 구축과정에서 취합된 자료를 근거로 산출하고, 비급여의 관리 방향성의 설정에는 비급여종합대책의 수립을 위한 회의에서 나온 전문가들의 의견을 반영하였다.

본론

1. 비급여 본인부담의 규모와 추이

2019년 경상의료비¹의 민간재원은 61.2조 원(전체 경상의료비의 39.1%)이었고, 의료이용 단계에서의 가계직접부담은 47.5조 원(경상의료비의 30.3%)이었다[1] (표 1). 보건계정체계(System of Health Accounts, SHA2011)상 ‘가계직접부담’의 하위항목인 ‘법정보인부담금 외의 가계직접부담(out-of-pocket excluding cost-sharing)’이 본고의 관심대상인 ‘비급여’와 관련된다[2]. 동 항목의 규모는 26.3조 원(경상의료비의 16.8%)이었다.

그림 1에서 보듯이 2000년대에 들어선 이후 지금까지의 가계직접부담 비중이 감소된 것은 대부분 가

표 1. 경상의료비의 재원별 구성(2019년)

구분	규모(조 원)	비중(%)
정부-의무가입제도	95.3	60.9
민간재원	61.2	39.1
가계직접부담	47.5	30.3
법정보인부담	21.2	13.5
법정외 가계직접부담	26.3	16.8
기타(임의가입제도)	13.7	8.7
합계(경상 의료비)	156.5	100.0

자료: 보건복지부, 2020국민보건계정(근간). 세종: 보건복지부, 2021 [1].

1 건강보험 등 공적 보장제도에 의해서 커버되지 않는 항목을 비급여라고 한다면, 비급여의 규모에 관한 논의는 전체 경상의료비보다는 경상의료비에서 ‘집합의료비(collective health expenditure)’를 제외한 ‘개인의료비(personal health expenditure)’를 외연으로 하여 이루어지는 것이 맞다. 하지만 여기서는 널리 알려져 있고, 국제비교에서 주로 사용되는 ‘경상의료비’를 총계치로 하고 각 재원이 거기서 차지하는 비중을 제시한다.

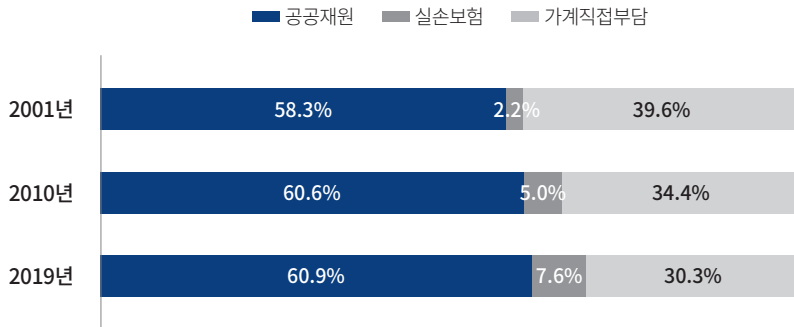


그림 1. 경상의료비의 재원별 구성 추이(2001-2019년). 자료: 보건복지부, 2020국민보건계정(근간). 세종: 보건복지부; 2021 [1].

계직접부담 재원이 실손보험 재원, 즉 실손보험료로 대체됨에 따른 것이다[1]. 이는 그간의 보장성 강화 정책이 저소득층 가계의 부담 완화로 충분히 연결되지 못했음을 시사한다[3].

의료보장의 관점에서 보면, 건강보험, 의료급여제도, 장기요양보험, 산재보험, 자동차책임보험 등 의료보장의 역할을 하는 모든 제도에서 가계직접부담의 비중이 어떻게 되어있는지가 궁금하다. 국민보건계정의 산출과정에서 확보된 의료보장제도별 현황을 살펴보면, 2019년 각 제도별 가계직접부담의 비중은 건강보험이 43.9%²로 가장 높고, 이어서 의료급여 22.8%, 장기요양보험 14.5%, 산재보험 8.2%, 자동차책임보험 5.2%의 순이었다. 특히 ‘법정본인부담 외’의 비중은 건강보험 27.2%, 의료급여 20.9%, 산재보험 8.2%, 장기요양보험 5.5%, 자동차보험책임보험 5.2%의 순³이었다.

2. 비급여 관리를 위한 정부의 계획

1) 제1차 국민건강보험종합계획(2019)에서의 비급여 관리방안

2019년 5월 관보에 게재되어 비중 있게 다루어지고 있는 제1차 국민건강보험종합계획은 현재 인정되고 있는 비급여항목뿐 아니라 새로 생기는 비급여항목에 대해서도 관리기반을 마련하는 내용을 담고 있다[4]. 항목분류를 체계화·표준화하고, 진료목적별, 세부항목별로 혼재되어 있는 비급여 규정을 정비하며, 급여진료와 병행하는 비급여 진료항목은 건강보험 청구 시 함께 자료를 제출함으로써 비급여항목을 모니터링하고 실태를 정확히 파악하겠다는 것이다.

2019년의 시행계획은 비급여 상세내역조사의 수집기관을 1,400개에서 1,500개로 늘리고, 비급여 분류체계의 표준화 방안을 연구하며, 비급여 진료비용 공개항목을 확대(207개→340개)하고, 사전동의 제도를 검토하는 것을 담고 있다. 2020년 시행계획

2 이 수치가 국민건강보험공단이 매년 발표하는 건강보험보장지표에서의 가계직접부담 비중보다 높은 것은 개인건강검진 등 지표의 분모 및 분자의 포함 범위가 양 지표 간에 차이가 있기 때문이다.

3 산재보험이나 자동차보험은 ‘항후치료비 등 별도의 현금 지급 등’을 재원으로 한 의료비가 보건계정의 재원(HF) 분류기준에 따라 ‘사회보험’ 재원이 아니고 ‘가계직접부담’ 재원으로 분류되어 있다.

은 건강보험, 산재보험, 자동차보험, 민간의료보험 등 의료보장제도 간의 연계관리를 강화하고, 건강보험 비급여 분류체계 표준화를 위한 법령 개정방안과 급여항목과 함께 실시한 비급여항목 자료(백내장 등 사회적 관심도가 높은 일부 비급여 진료항목 대상)를 건강보험 청구 시 함께 제출하는 방안을 마련하는 내용을 담고 있다. 또한 비급여 진료비용의 공개 대상을 의원급까지 확대하기 위해 법령을 개정하고 시범사업을 실시하는 것을 포함하고 있다.

2) 비급여 관리 종합대책(2020)

2020년 12월에는 “건강보험 비급여관리강화 종합대책”이 수립되었다[5]. 이는 급증하는 비급여의 관리를 위해 향후 5년간 지향할 정책목표와 방향을 제시하고, 적절한 의료공급과 합리적인 의료이용을 도모하기 위한 인프라 개선, 제도 개선, 연계·협력체계 구축 등의 세부 추진전략과 실행방안을 담고 있다.

종합대책은 4단계로 구분하여 정책과제를 제시한다. 1단계(비급여 실태 파악)에서는 비급여 자료수집 및 연계, 분석 고도화 방안이, 2단계(비급여 관리 인프라 구축 단계)에서는 비급여의 유형 및 범위를 정의하고, 이에 따라 파악된 비급여항목에 대해 표준코드를 부여하는 방안이, 3단계(비급여 관리 제도 개선 단계)에서는 비급여에 대한 환자의 알 권리, 선택권, 결정권을 강화하고, 비급여에 대한 정부의 관리를 통해 제도의 사각지대를 없애며, 공급자들을 위한 표준화된 진료기준을 개발하고 비급여 진료내역 자료 제출을 위한 기반을 마련하는 방안이, 4단계(비급여 관리 거버넌스 강화 단계)에서는 타 의료보장제도와의 연계를 강화하고, 국민·의료계·정부의 소통 및 협력을 높이는 방안이 담겨있다.

3. 비급여 관리의 쟁점

비급여 관리의 쟁점은 첫째, 비급여의 실태를 어떻게 파악할 것이며 그 인프라로서의 비급여 코드화 및 표준화를 어떻게 이룰 것인가, 둘째, 환자/소비자 보호 차원에서 제반 비급여를 어떻게 관리할 것인가로 대별할 수 있다. 현재 시행되고 있는 비급여 가격 및 진료비 정보의 고시 및 공개는 이 두 요소를 모두 포함하고 있는 것으로 볼 수 있다.

1) 비급여의 실태 파악과 유형별 관리

(1) 비급여의 실태 파악

비급여 관리의 어려움은 비급여에 대한 정확한 실태 파악의 어려움에서 시작된다. 실태 파악이 어려운 데는 비급여가 오랜 기간 보험자의 관심 밖에 있었고, 공급자도 비급여에 대한 정보를 외부에 노출하지 않는 것을 당연시해온 관행이 자리하고 있다. 현실적으로도 비급여 진료는 제공자의 행위가 다양하고 표준화되어 있지 않아 지금 단계에서는 공급자의 제출이나 보고에 어려움이 있고, 따라서 정부/보험자의 수집 및 관리에도 한계가 있는 것으로 보인다.

앞에서도 언급했듯이, 이런 상황에서 2020년 12월에 모든 의료기관의 비급여자료 제출을 의무화하는 신설 조항이 국회를 통과하면서 큰 변화를 목전에 두고 있다. 6월 말의 시행을 앞둔 현재의 시점에서는 ‘자료에 대한 수요가 큰 비급여서비스를 중심으로 자료 제출을 시작하는 방안’, ‘급여진료와 병행하는 비급여 진료항목을 건강보험 청구 시 함께 제출하는 방안’, ‘비급여를 포함한 영수증을 제출하는 방안’ 등이 검토 가능해 보인다.

(2) 비급여의 유형별 관리

비급여는 다양하기 때문에 일률적으로 대응하기

어렵다. 성격(유형)별로 관리목적을 설정하고, 이에 맞는 비급여 관리대책을 수립하는 것이 이상적이다. 2016년 12월 ‘비급여 관리정책 협의체’는 비급여를 ‘등재’ 비급여, ‘기준’ 비급여, ‘제도’ 비급여, ‘선택’ 비급여로 유형화했다. ‘등재 비급여’는 “국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙”의 별표 2에 수록된 비급여항목을 지칭한다. 별표 2는 다시 비급여의 이유/목적별로 등재 비급여를 세분하고 있다. 하지만 사실 어떤 항목들은 복수의 이유/목적들을 동시에 갖기도 하고, 어떤 항목은 진료의 이유/목적에 따라 같은 항목이 급여가 될 수도 비급여가 될 수도 있어(예, 쌍안검수술이 미용의 목적일 때는 비급여이지만, 치료가 목적일 때는 급여), 전체 비급여항목을 코드화, 표준화하는 데는 어려움이 크다.

이에 대한 대안으로 비급여의 유형을 크게 ‘의학적 비급여’와 ‘선택적 비급여’로 구분하는 방안이 제시되기도 했다[6]. 하지만 의료서비스는 의학과 선택성이 혼재된 것이 보통이라는 점이 이러한 분류의 적용을 어렵게 한다. 논의의 대상이 되는 비급여는 대부분 의학적 성격을 어느 정도 갖는다. ‘의학적 성격’이 없으면 급여든 비급여든 의료서비스로서의 논의 자체의 의미가 반감하기 때문이다. 반대로, 급여항목에도 선택성을 갖는 것이 많다. 요컨대, 급여든 비급여든 필수성과 선택성의 연속 스펙트럼의 한 지점에 있다. 급여항목이 필수성이 더 크고, 비급여항목이 선택성이 더 큰 것일 뿐이다.

의료항목은 ‘치료의 필수성’의 크기에 따라 분류하고, 그에 따라 급여의 수준, 즉 본인부담률의 크기를 정하는 것이 가장 논리적이다. 물론 이 또한 한계가 있다. 첫째, ‘치료의 필수성’ 판정이 모두가 동의하는 객관성을 갖지 못하는 점이다. 판단하는 의사마다 다르고 느끼는 환자마다 다를 수 있다. 유방 초음파, 심장 초음파, 수술 소모품 등은 필수성이 높은

항목으로(치료에 필수적), 척추 magnetic resonance imaging (MRI), 근골격 MRI, 통증 관련 치료는 필수성이 낮은 항목으로(주관적 증상) 정책적으로 구분했다고 해도, 이러한 분류법에 모두가 동의하기는 어려울 것이다.

둘째, 같은 의료행위에 대한 ‘치료의 필수성’ 판정도 그 제공상황에 따라 다를 수 있다는 점이다. 필수성이 행위 자체의 성격에 따라 사전적으로 판정될 수 있어야 급여코드를 부여하고 본인부담의 수준을 정할 텐데, 환자의 상태나 제공상황에 따라 행위의 필수성이 달라진다면 특정 서비스를 사전에 유형화하기가 어려워진다. 척추 통증수술, 항암 온열치료, 다빈치 로봇수술 등은 효과성이 어느 정도 인정되기는 하지만, 기존의 행위보다 고가인 만큼의 효과성 증분이 인정되지 않고 있다. 이는 역으로 가격이 낮아지면 이들도 급여항목으로 전환될 수 있다는 의미이기도 하다. 행위 자체가 상황에 따라 필수성-선택성 스펙트럼상의 위치를 달리하는 것은 행위분류의 관점에서는 한계점이다.

2) 환자/소비자 보호

‘환자 측면’에서 볼 때, 정보의 비대칭성이 큰 의료 분야는 정부와 보험자의 개입이 필요하고 정당화된 다. 그 중 ‘급여’ 항목은 정부나 보험자가 서비스 구매자로서 환자의 권익을 보호하는 기전이 어느 정도 작동하지만, ‘비급여’는 그렇지 못하다. 면허제도에 의해서 독점권이 부여된 의료인이 제공하는 항목에 대해서는, 비록 그 항목이 비급여로 분류되어 있더라도, 환자의 알 권리를 보장하고 환자의 선택권과 결정권을 높일 필요성이 크다. 환자에 대한 설명과 동의, 급여 비용 비급여에 대한 자료 제출과 모니터링, 비급여항목의 고지 및 공개 등이 이에 해당한다.

비급여 진료 환자에 대한 사전동의제도는 세 가

지의 유형을 생각할 수 있다. 첫째, ‘의학적 판단’ 유형으로, 이는 급여기준에서는 벗어나더라도 의학적으로 필요하다고 판단되면, 건강보험에서 급여로 인정될 수도 있음을 환자에게 알려주고 사전동의를 받는 것이다. 의료제공자의 진료 자율성을 강조하는 유형이다. 둘째, ‘환자의 요구’ 유형으로, 이는 급여기준을 초과하고 의학적으로도 필요성이 낮지만, 환자가 요구하는 경우 환자의 전액 본인부담 의무를 확인하는 성격의 동의를 받는 것이다. 이를 통해 의료제공자는 임의비급여 진료면책의 근거를 마련할 수 있고, 한편으로 경제적 이윤을 목적으로 하는 비급여 진료가 환자의 동의절차를 통해 억제되는 효과가 있다. 셋째, ‘병행진료 불인정’ 유형으로, 이는 병행진료가 인정되지 않는 의료 행위임과 그것을 받는 이유를 설명하고 전액 본인부담 의무임을 인지시키는 것이다. 건강보험 급여 적용 여부는 복지부나 건강보험심사평가원의 해석에 따른다. 급여 병용이 허용되지 않는 비급여 목록의 정비가 필요하게 된다.

결론

제대로 된 비급여 관리는 여러 이점을 준다. 하지만 동시에 주의점도 수반한다. 첫째, 비급여행위의 현황이 파악되면 의료의 질 측면에서의 사각지대를 확인할 수 있어 문제해결의 실마리가 생긴다. 하지만 이 과정에서 공급자의 전문성과 자율성이 침해되지 않도록 소통과 협조를 유지하는 것이 필요하다. 둘째, 비급여의 급여화는 ‘전액 본인부담’에서 ‘법정 본인부담’으로의 전환을 의미하기 때문에, 건강보험 환자의 의료비 부담을 낮춘다. 하지만 이는 오남용의 경제적 유인을 제공하여 도덕적 해이를 초래하기 쉽다. 환자와 의료제공자의 현명한 의료이용을 유도하기 위한 방안이 동시에 강구되어야 하는 이유다.

셋째, 비급여 관리는 국민의료비의 과도한 증가를 막고 의료제도의 지속 가능성을 높인다. 하지만 정부/보험자의 지나친 관여는 신의료기술의 개발 유인을 빼앗고 의료산업의 발전에 장애요인이 될 수 있다. 따라서 건강보험재정과 의료산업의 양 측면을 감안하면서 신중한 정책선택을 해야 한다.

이러한 점들을 고려할 때, 다음과 같은 비급여 관리의 방향성을 생각할 수 있을 것이다. 첫째, ‘치료의 필수성이 확인되는 비급여항목’은 급여화를 통해 건강보험의 본격적인 관리대상으로 해야 한다. ‘필수성’은 ‘유무’보다는 ‘정도’의 문제다. 따라서 어떤 의료행위를 ‘의학적’인 것과 ‘선택적’인 것으로 사전적으로 어렵게 구분하기보다는, 어느 정도의 필수성이 있으면 가능한 급여를 하되, 필수성의 정도와 제반 요소를 판단하여 본인 부담률을 차등화하는 방식이 보다 논리적이면서 동시에 현실적이다. 예를 들어, 산정특례제도는 대상질환에 따라 그와 관련된 모든 의료행위가 필수성 정도가 같다고 규정하는 것이므로 논리적이지 못하다. 산정특례제도보다는 가능한 본인부담상한제를 활용하는 것이 좋다. 둘째, ‘치료의 필수성이 상대적으로 약하고 비용효과성이 낮은 비급여항목’도 치료적 성격이 확인되면 가능한 한 급여권으로 끌어들이되, 예비급여의 대상으로 본인부담률을 높게 설정함으로써 ‘비용 의식적’인 의료이용을 유도한다. 이를 통해 가격과 질을 모니터링하고, 궁극적으로는 전체의 의료비 지출의 팽창을 제어할 수 있게 된다. 셋째, ‘치료의 필수성을 찾기 힘들고, 환자의 편이성 추구나 개인적인 요청에 따라 제공되는 항목’은 비급여로 남긴다. 다만 소비자 보호와 환자의 권리 차원에서 의료제도적 관리를 소홀히 해서는 안 된다. 면허소지자에게 부여된 독점권과 정보의 비대칭으로 특징되는 의료는 소비자나 환자가 취약한 환경에 있게 된다. 특히 민영실손보험과의 관

계 속에서 가계나 사회의 부담은 커질 수 있다. 환자에 대한 설명과 동의, 급여 병용 비급여에 대한 자료 제출과 모니터링, 비급여항목의 고지 및 공개 등이 요구되는 이유다.

ORCID

Hyoung-Sun Jeong: <https://orcid.org/0000-0001-9866-0389>

참고문헌

1. 보건복지부. 2020국민보건계정(근간). 세종: 보건복지부; 2021.
2. Organization for Economic Cooperation and Development; Eurostat; World Health Organization. A System of Health Accounts. Paris: OECD Publishing; 2011.
3. 정형선. 건강보험보장률에 대한 평가 및 정책 대안. HIRA 정책동향. 2020;14(6):23-9.
4. 보건복지부. 제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023). 세종: 보건복지부; 2019.
5. 보건복지부. 건강보험 비급여관리강화 종합대책. 세종: 보건복지부; 2020.
6. 서남규. 건강보험 보장률의 함의와 시사점. Issue View. 2020;(25):11-8.