

국민의 걱정 부담을 위한 비급여 관리 방향



Policies on the Management of Uncovered Services
to Reduce Medical Expenses in the NHI

공진선 | 건강보험심사평가원 의료분류체계실장

우리나라 보건의료 환경의 큰 딜레마가 보건의료비용의 상승이다. 그 가운데 비급여 진료비 증가는 의료 기관 경영이나 정부의 의료정책 측면에서 지속적으로 핫이슈가 되고 있다. 국민 의료비 부담을 가중시키고 건강보험 보장률을 저해하는 주요인이기 때문이다.

국민의 알 권리와 의료선택권 보장을 위해 2013년부터 비급여 항목 표준화와 진료비용 공개 사업이 매년 확대 추진 중이다. 2015년 말 비급여 공개가 의료법에 법제화되면서 사업 추진이 더욱 공고해졌다. 그간 현장에서 느끼는 비급여 관리의 문제점을 살펴보고 이를 대하는 이해관계자의 견해, 정책 방향 등을 고려하여 국민의 걱정 부담을 위한 비급여 관리 방향을 살펴보고자 한다. 특히 새롭게 출범한 정부의 보건의료정책 기조도 '비급여의 전면 급여화'인 만큼 비급여 문제에 대해 적극적으로 대응해야 할 것이다.

1. 들어가며

최근 국민건강보험공단은 2015년 회계연도

기준 건강보험 보장률을 63.4%로 발표¹⁾하였다. 바꾸어 말하면 전체 의료비 중 36.6%는 가계가 직접 부담한 것으로, 이는 경제협력개발기

1) 국민건강보험공단(2017). 2015년 건강보험 보장률 발표.

구(OECD) 국가 중 단연 최고 수준이다(2014년 본인부담 비중: 한국 36.8%, 헝가리 28.4%, 핀란드 19.1% 등의 순임).²⁾ 최근 5년간 평균 비급여 부담률도 17.2%로 여전히 높게 형성되고 있다. 국민보건계정 자료³⁾에 의하면 2014년 비급여 부담금은 무려 24조 9000억 원에 달하며 이는 법정 본인부담금(13조 8000억 원)의 180% 수준이다. 2012년 비교 비급여 비율이 매년 8%씩 증가하고 있다.

비급여 진료로 발생한 비용은 환자가 전액을 부담해야 한다. 게다가 비급여 항목은 대체로 고비용이고 국민 입장에서는 진료비용을 예측할 방법도 마땅치 않다. 대비하지 못한 과중한 의료비 부담은 때때로 가계 경제를 위협하는 재난이 되기도 한다. 바로 이 점에서 정부가 나서서 비급여를 효율적으로 관리해야 할 당위성이 성립한다.

의료법에 근거하여 정부로부터 비급여 진료 비용 공개 사업을 위탁받은 건강보험심사평가원(이하 '심평원'이라 한다)은 지난 4월 3일 병원급 기관 3666곳에 대한 비급여 항목 107개의 가격 정보를 공개했다. 이는 2013년 43개 상급종합병원의 비급여 항목 29개의 가격 공개를 시작으로 매년 대상을 확대해 오고 있다. 하지만 비급여 관리를 위한 프레임이 없는 상태에서는 비급여 항목 표준화, 비급여 진료비용 공개만으로는 제도의 발전에 한계가 있다. 비급여 관리

체계를 구축하여 국민에게 실질적으로 도움을 주기 위해서는 방향성에 대한 사회적 논의와 다방면의 고찰이 필요하다.

본고에서는 국민의 알 권리와 의료선택권 보장을 위해 그간 진행해 온 비급여 진료비 공개 사업의 추진 현황, 비급여 관리에 대한 문제점을 살펴보고 국민의 걱정 부담을 위한 비급여 관리 방향에 대해 논하고자 한다.

2. 비급여 진료비용 공개 현황과 제한점

가. 비급여 진료비용 공개 추진 현황

1) 연도별 공개 대상 확대

국민의 알 권리 향상과 의료선택권 강화를 목적으로 비급여 진료비 공개 대상이 점차 확대되고 있다. 2012년 10월 제48차 물가관계장관회의를 계기로 2013년부터 심평원이 비급여 진료비용을 조사하여 공개해 왔다. 당초에는 병원별 홈페이지 비급여 가격 고지 내용을 기반으로 43개 상급종합병원이 29개 항목 중심으로 제한적으로 공개했다. 이후 대상 기관이 종합병원, 150병상 초과 병원 및 요양병원으로 단계적으로 확대되어 현재 전체 병원급이 공개 대상이다. 그 과정에서 2016년 9월 '의료법 제45조의 2'가 신설됨에 따라 공개 제도가 법적 효력을 갖추게 되었다. 이에 따라 각 의료기관에는 자료

2) 보건복지부·한국보건사회연구원(2016). OECD Health Statistics 2016, pp.104-106.

3) 정형선(2016). 2014년 국민보건계정, pp.104-109.

제출에 대한 의무가 부여되었고, 2016년도 공개부터는 의료기관에서 정식으로 제출한 자료를 전산으로 접수해 자료 수집, 검증 과정을 거쳐 다양한 분석 자료를 국민에게 제공하고 있다. 심평원 홈페이지 또는 스마트폰 '건강정보 앱(App)'을 통해 언제든지 조회할 수 있다. 지난 4월 3일에는 2017년도 비급여 진료비용이 공개

됐다. 전체 병원급 기관 3666곳의 107개 항목이 공개 대상이었다(비급여 진료비용 77개 항목, 제 증명 수수료 30개 항목). 이는 당초와 비교해 기관 수는 85배, 항목 수는 3.7배 증가한 것이지만 국민 정보 제공을 위해 가야 할 길은 멀다. 최근 5년간 비급여 공개 현황을 다음 표로 정리하였다(표 1).

표 1. 연도별 비급여 진료비용 공개 현황(2013~2017년)

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
공개 대상 기관	43개	336개	887개	2,041개	3,666개
	상급종합병원	종합병원급 이상, 치대부속 치과병원	치과, 한방, 전문병원 확대	150병상 초과 병원 확대 (요양병원 포함)	병원급 전체 확대
공개 항목	1월: 29개 항목 9월: 37개 항목	2월: 37개 항목 12월: 32개 항목*	52개 항목	52개 항목	107개 항목

주: 상급병실료 차액 등 일부 급여 전환으로 공개 대상에서 제외.
 자료: 건강보험심사평가원 홈페이지, '비급여진료비정보'(주제별 정보). <http://hira.or.kr>(2017년 최종 자료 게시.)

그림 1. 공개 대상 기관 추이

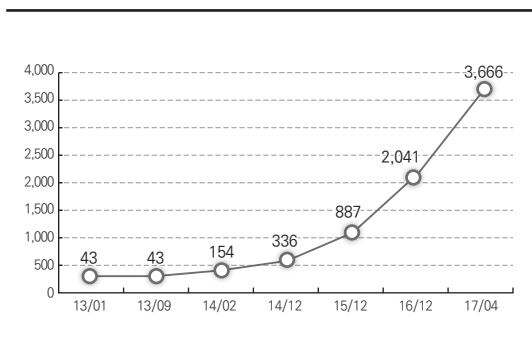
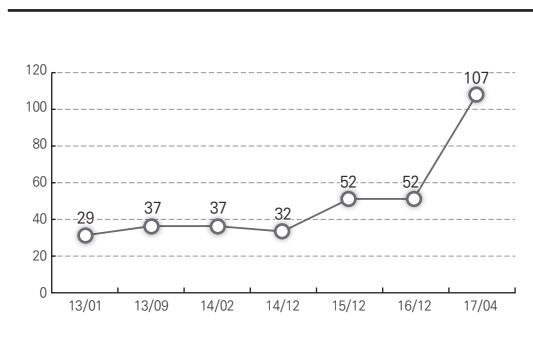


그림 2. 공개 대상 항목 추이



자료: 건강보험심사평가원 내부 분석 자료 '비급여진료비정보'(2013~2017년 기준).

2) 비급여 진료비용 공개 세부 분석

우선 2015년부터 3년 연속으로 공개 중인 비급여 비용의 변화를 <표 2>에서 살펴보았다. 총 52개 항목으로 대부분 큰 가격 변화는 없었다. 이는 분석 기간이 비교적 짧은 요인도 있을 것이다.

대표적인 비급여 항목 중심으로 가격 변화를 좀 더 자세히 살펴보면 최저비용, 최고비용, 최빈금액의 변화는 있는 것으로 확인된다. 이는 시점 경과에 따른 비용 변화 요인도 있겠지만 공개 후 유사 병원 간 비교 후 일부 조정이 있었

표 2. 비급여 진료비용 3개년 추이 예시(상급종합병원 기준)

(단위: 원)

공개 항목	공개 연도	최저가	최고가	최빈값*	비고
상급병실료 차액(1인실)	2015년	90,000	449,000	262,598	-
	2016년	120,000	455,000	220,000	최저, 최고가 인상, 최빈값 인하
	2017년	110,000	455,000	220,000	최저가 인하
초음파검사료 (상복부 일반)	2015년	40,000	200,000	149,584	-
	2016년	20,000	336,120	80,000	최저, 최빈값 인하, 최고가 인상
	2017년	37,900	226,340	190,000	최저가, 최빈값인상, 최고가인하
당뇨병 교육 (1회 방문)	2015년	5,900	110,000	31,051	-
	2016년	6,000	110,000	30,000	최저가 인상, 최빈값 인하
	2017년	6,000	110,000	10,000	최빈값 인하
레이저각막 절삭성형술 (라식)	2015년	1,560,000	2,960,000	2,246,127	-
	2016년	1,560,000	2,960,000	2,000,000	최빈값 인하
	2017년	1,500,000	2,960,000	2,400,000	최저가 인하, 최빈값 인상
다빈치로봇 수술료 (갑상선암)	2015년	4,400,000	15,000,000	8,410,000	-
	2016년	4,000,000	15,000,000	8,000,000	최저가, 최빈값 인하
	2017년	4,000,000	15,000,000	8,000,000	-
치과 임플란트	2015년	800,000	4,000,000	2,339,228	-
	2016년	800,000	4,000,000	2,500,000	최빈값 인상
	2017년	800,000	3,900,000	2,500,000	최고가 인하
체온열검사/ 한방경피온열검 사(부분)	2015년	10,000	208,000	82,739	-
	2016년	25,000	160,000	48,950	최저가 인상, 최고가, 최빈값 인하
	2017년	25,000	163,500	48,950	최저, 최고가 인상

주: 1) 최빈금액: 많은 의료기관에서 가장 흔하게 받고 있는 금액.

2) 2015년도에는 최빈금액을 수집하지 않아 기관 단위 산술평균값을 적용함.

자료: 심평원 홈페이지. 비급여 진료비 정보(주제별 정보). <http://hira.or.kr>(2017년 최종 자료 게시.)

거나 가격 비교를 경험한 환자의 요구 등에 기인했을 수도 있다. 이와 같이 비급여 진료비용 공개가 병원들의 가격 변화를 유인하고 있음을 알 수 있다. 다만, 양극단에 있는 최저, 최고가는 제외해야 한다는 일부 의견도 있지만 병원들의 실제 비용을 가감 없이 국민들에게 제공해야 하므로 그대로 반영하였다.

비급여 진료비용의 차이를 알아보기 위해 2017년 신규 추가 항목의 예를 <표 3>에서 살펴 보았다. 올해 4월 공개 대상 중 처치·수술료 분야에 ‘근골격계질환 체외충격파치료’가 추가되었다. 이 시술은 병원 종별로 최저, 최고, 최빈금액의 차이가 크다. 이러한 진료비용의 차이는 의료기관이 구비한 장비 종류 등이 달라서 나타나는 결과로 확인된다.

표 3. 2017년도 ‘근골격계 체외충격파치료’ 진료비용 현황

(단위: 원)

중분류	소분류	병원 구분	최저가	최고가	최빈가
처치 및 수술료	체외충격파치료 (근골격계)	상급종합병원	28,150	367,500	104,000
		종합병원	10,000	306,000	50,000
		병원	5,000	300,000	50,000

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지. ‘비급여진료비정보’(주제별 정보). <http://hira.or.kr>

또한 기존 공개 항목 중에서 비급여 진료비용의 차이를 확인해 보았다. 30여 종의 제 증명서 중 ‘일반진단서’의 경우에는 종별에 따라 최저,

최고비용의 차이는 크지만 최빈금액은 모두 동일하여 통상 가격대를 유지하고 있다.

표 4. 2017년도 ‘일반진단서’ 진료비용 현황

(단위: 원)

중분류	소분류	병원구분	최저가	최고가	최빈가
제 증명 수수료	일반진단서	상급종합병원	10,000	15,000	10,000
		종합병원	5,000	30,000	10,000
		병원	1,000	100,000	10,000

자료: 건강보험심사평가원 홈페이지. ‘비급여진료비정보’(주제별 정보). <http://hira.or.kr>(2017년 최종 자료 게시.)

나. 현행 비급여 진료비용 공개 제도의 제한점

1) 환자의 의료선택권 측면

공개 항목 선정의 우선순위 설정과 가격 중심 공개에 한계가 있다. 교정치료처럼 외래 또는 입원 진료비 전체가 비급여가 되는 경우 상세 표준화 후에 공개가 이루어져야 하나 이미 알려진 명칭으로 가격 중심의 공개가 이루어지는 형태에는 한계가 있다는 지적이 나온다.⁴⁾ 실제로는 표준화를 우선 검토한 후에 공개 추진 과정을 거치지만 급여화 과정이 아니므로 표준화하는 데는 한계가 있다. 또한 표준화와 공개가 필요한 우선순위를 선정하는 기준도 명확하진 않다. 가격대가 다양하거나 고가인 경우 또는 사회적 이슈 항목 등을 우선적으로 표준화할 필요가 있다. 또한 가격 중심의 한계를 벗어나 국민의 의료선택에 유용한 정보가 필요하다.

공개 항목 수도 부족함이 있다. 2017년 4월 공개 대상 항목 107개에는 초음파, 자기공명영상진단(MRI), 상급병실료 차액 등 주요 비급여가 포함되어 있지만 국민 활용도를 높이기 위해 공개 항목 수의 지속적인 확대가 필요하다. 올해 말까지 100여 개 항목을 추가로 표준화하여 내년 4월 공개 대상에 반영할 계획이다. 도수치료, 증식치료 등 근간에 사회적 이슈로 대두되는 항목의 공개 필요성이 절실하다.

공개 대상 기관의 범위도 확대할 필요가 있다.

현재 3666개 기관의 병원급 비용을 공개 대상으로 하고 있다. 하지만 8만여 개 기관이 넘는 의원급의 비급여 정보에 대해서는 국민들이 접하기가 용이하지 않다. 대부분의 의원급은 별도 홈페이지가 없고 의원급의 일부 비용 공개는 성형수술 등 사전 상담 유치를 위해 제한적으로 안내를 하고 있는 정도이다.

2) 공개 콘텐츠 측면

공개 정보에 대한 설명력도 보완되어야 한다. 현재 공개 중인 비급여 진료비용은 병원별 장비, 인력, 시설 등의 차이를 세심하게 반영하지 못하고 있다. ‘근골격계 체외충격파치료’는 최저, 최고가가 74배 차이(5000원~36만 7500원)⁵⁾ 나는데 이는 실시 방법 등에 따른 장비 가격(1000만 원~2억 원)의 차이에서 기인한다. 국민의 의료이용에 도움을 주기 위해서는 비용 차이를 잘 설명할 수 있는 표준화와 공개가 필요하다.

의료현장의 비용 변동성이 자주 발생하는 점도 한계이다. 심평원은 자료 접수 후 의료기관이 제출한 비급여 비용에 대해 별도의 검증 과정을 거친다. 병원별 홈페이지 고지 비용과 일일이 확인한 후 차이가 나는 경우 병원에 재확인을 거치는 과정이 만만치가 않다. 작년말 의료법 제92조제2항제2호 신설로 비급여 자료를 제출하지 않거나 거짓 제출 시 과태료 부과 규

4) 지영건(2017). 건강보험 급여구조와 비급여 관리. 건강복지정책연구원 이슈 페이퍼, pp.9-11.

5) 2017년 3월 병원별 제출 자료 현황(최저가는 A병원 가격, 최고가는 B상급종합병원 가격임).

정이 추가로 마련되었다. 하지만 공개 제도는 의료기관 협력을 통해 함께 운영해야 하는 만큼 단순 별칙으로 정보의 정확도를 높이는 데는 한계가 있을 것이다.

마지막으로 현재의 비급여 자료 제출 방식은 개별 병원에 행정 부담이 된다. 공개 대상 항목 중 실제 실시하는 모든 항목별 금액 등의 정보를 '요양기관 업무포털'에 별도 서식을 이용하여 입력해야 한다. 공개 대상 항목 범위 내에서 실제 병원에서 실시하는 비급여 항목이 모두 제출되었는지 확인하기에는 어려움이 있다. 심평원이 수집 과정에서 병원별 홈페이지 비용과 대조하여 오류가 없는지 검토하는 행정 부담도 크

다. 정보통신기술(ICT)에 기반을 두고 데이터 수집, 분석, 공개 등 일련의 과정이 체계적으로 통합 관리될 필요가 있다.

3. 비급여 관리의 문제점

가. 비급여 분류의 모호성

비급여가 발생하는 요인이나 특성 등에 따라 비급여를 명명하는 학계나 기관 등의 표현이 매우 다양함을 알 수 있다. 이는 보장성 강화와 보장성 지표 산출, 비급여 표준화와 공개 사업의 우선순위 설정 등에 애로 사항이 있음을 반영한다.

또한 이러한 문제는 의료현장의 비용 계산

- 권순만(2008) : 의료적 비급여, 법정 비급여, 의료적으로 불필요한 비보험
- 김소윤(2014) : 법정 비급여, 임의 비급여
- 김윤(2016) : 의학적 비급여(기준 초과, 항목), 호화·고급 비급여
- 지영건(2017) : 항목 비급여(평가 전, 무조건, 조건부), 에피소드 비급여, 제도 비급여, 자격·절차 미충족 비급여
- 국민건강보험공단(2016) : 의학적 비급여(항목, 기준 초과), 법정 비급여, 합의 비급여, 미분류 비급여
- 건강보험심사평가원(2016) : 제도적 비급여, 항목별 비급여, 기준에 의한 비급여, 제 증명 수수료

과정에서 다툼의 소지가 크다. 예를 들어 '사마귀 환자'는 무조건 비급여인지, '사마귀 제거술'만 비급여인지, '피로함을 호소하며 방만한 환자'는 무조건 비급여인지, 환자가 피로 해소를 위해 요구한 '영양제'만 비급여 인지 등 비급여

가 환자 중심이냐, 시술 중심이냐 하는 것은 의료현장에서도 혼란을 겪고 있는 사안이다. 이는 비급여의 발생 원인, 특성 등을 반영한 유형 분류를 통해 정리할 필요가 있다.

나. 국민의 의료비 부담 가중

지난 10년간 국민 의료비 연평균 증가율은 8.7%로, OECD 회원국 중 가장 높은 흐름을 보인다. ‘2014년 건강보험환자 진료비 실태조사’ 시 15개 병원(상급종합 1개, 종합병원 14개)의 ‘비급여 상세내역 조사’가 함께 이루어진 바 있다. 비급여 발생을 유형별로 살펴보면, 법정 비급여가 32.9%(이 중 선택진료비 57.7%, 상급병실료 35.5%), 기준 초과 비급여가 32.7%, 항목 비급여는 21.9%를 점유해 전체 비급여 비용의 88%를 차지했다.⁶⁾ 이는 국민의 의료비 부담이 높아 보장성 확대가 절실함을 보여 준다.

또한 과중한 의료비 부담으로 가계 재정이 파탄 나는 재난적 의료비(가계의 의료비 지출이 연간 소득의 40% 이상인 경우를 의미함⁷⁾의 발생 비율이 2010년 3.68%에서 2013년 4.39%까지 증가하였고, 특히 최하위 소득 구간 중에서는 12.86%까지 점유하는 경우도 발생하였다.⁸⁾ 전문가들은 이러한 비용 부담의 주요 원인으로 비급여 진료비를 가리키고 있다.

다. 비용효과성이 불분명한 비급여의 남용

환자에게 행해지는 비급여 진료의 안전하고 유효한지, 비용효과적인지, 의료의 질이 제대로

관리되고 있는지 등은 국민 안전과 직결되는 문제이다. 새로운 허리 수술법이나 고가의 신개발 체내 삽입용 치료재료 등은 비용효과성이 불분명하여 비급여로 결정된 경우 오남용과 질 관리 사각지대에 방치되고 있다.

라. 반복적으로, 과도하게 행해지는 비급여 문제

최근에는 도수치료의 과잉 시술 문제가 뉴스 등 언론에 자주 보도된다. 한 언론 보도⁹⁾에 따르면, 모 실손보험 가입자는 병원 측의 권유로 17일간 입원을 하고 총 628만 원어치의 도수치료를 받았다고 한다. 이러한 현실에 보험업계는 올해 4월부터 도수치료를 비롯한 몇몇 비급여를 특약 상품에서 보장하는 것으로 전환하였다. 패키지 판매로 대표되는 반복적이고 과도한 비급여 시술이 치료에 얼마나 도움이 되는지, 의학적으로 어느 정도 시술하는 것이 효과적인지에 대한 관리 기전도 없다. 이로 인해 발생하는 리스크는 결국 환자가 감당해야 할 몫이 되고 있다.

마. 비급여 관리의 전략적 접근 부족

매년 건강보험환자 진료비 실태조사가 이루어지고 있다. 올해 발표한 2015년 보장률은 전년 대비 0.2% 포인트 증가에 그친 63.4%로 나

6) 서남규(2016). 비급여 진료비의 구성과 현황. 국회정책토론회. p.3. p.21.

7) 오승연(2016). 재난적 의료비 지출의 국제비교. 보험연구원. p.13.

8) 서남규 등(2015). 한국의료패널을 활용한 재난적 의료비 발생 가구 분석 연구. 건강보험정책연구원: 지영건(2017) 재인용.

9) 김흥록(2017. 3. 21.). 비급여 의료비로 보험금 소송, 부실 막는 관리기구 상설화를. 서울경제.

타났다. 보장되지 않은 36.6% 중 비급여 부담률은 16.5%로 전년 대비 0.6% 포인트 감소하였다.¹⁰⁾ 비록 정부가 건강보험 보장성 강화 정책을 펼치고 있지만, 16.5%에 해당하는 비급여를 모두 급여로 전환하는 것은 바람직하지 않다. 내역을 살펴보면 미용수술, 상급병실료 차액, 제 증명 수수료 등 급여 원리에 부적합한 비급여가 상당하고, 보호자 식대나 일반의약품 비용 등도 일부 포함되어 있다고 있다. 현재 급선무는 건강보험에서 보장해야 할 비급여 범주 설정을 명확히 하는 것이다.

4. 비급여 관리의 개선 방향

가. 비급여 진료비용 공개 제도 활성화

1) 비급여 유형 분류 명확화

정부는 종합적인 비급여 관리 방안을 마련하고자 공급자단체, 소비자단체, 학계, 관계 기관 등이 참여하는 ‘비급여 관리 정책 협의체’에서 비급여 유형 분류를 논의하였다.¹¹⁾ 체계적인 비급여 관리를 위해 기본적으로 선행되어야 할 과제이다. 건강보험이 보장하지 못하는 비급여를 모두 급여로 전환하기는 어렵다. 환자 선택에 의한 미용수술, 증명서 발급 비용 등 급여 원리에 부합하지 않는 비급여 항목은 더욱 그러하다. 매년 증가하는 비급여 진료비 중에서 공격

- (1) 치료적 비급여
 - ① 등재 비급여(건강보험 비급여 목록 고시)
 - ② 기준 비급여(건강보험 세부 사항 고시)
- (2) 제도 비급여(상급병실 차액, 선택진료료, 제 증명 수수료 등)
- (3) 환자의 선택에 의한 비급여(미용·예방진료 등)

건강보험에서 보장해야 할 영역을 유형 분류를 통해 명확히 할 필요가 있다. 아래는 현재 논의 단계에 있는 비급여 유형 분류(안)이다.

2) 비급여 표준화 및 공개 확대

표준화는 비급여 관리의 핵심이다. 병원마다 제각각인 비급여 내용을 객관적으로 비교하여 국민에게 공개하기 위해서는 표준화 범위가 대폭 확대되어야 한다. 올해 말까지 의학적 필요성이 입증된 비급여를 중심으로 100여 개 항목을 추가로 표준화할 계획이다.

또한 의료계는 병원별 가격 차이가 잘 설명될 수 있는 방향으로 표준화하기를 원한다. 국민에게 실질적인 정보를 제공하기 위해서는 공개 대상 기관을 확대할 필요도 있다. 그간 국회 토론회에서나 언론 보도¹²⁾에서도 공개 기관을 의원

10) 보건복지부(2017). 제2차 비급여 관리 정책 협의체 회의자료. pp.11-12.

11) 보건복지부(2017). 위의 책. p.19.

12) 박근빈(2017. 5. 4.). 의원급도 비급여 진료비 공개 전방위 압박. 데일리메디 등.

급까지 확대해야 한다는 목소리가 높았다. 의료법 제45조2 개정에 따라 조사·분석·공개 가능 기관은 모든 의료기관이 대상인 만큼 당위성은 충분하다. 다만 의원급은 병원급과 달리 행정력이 매우 부족한 것이 현실이므로 조사, 공개의 실효성을 신중히 판단해야 한다. 표본조사 우선 실시 등과 같이 신중하게 접근해야 한다.

3) 비급여 정보 수집·관리·공개 시스템 체계화

궁극적으로 의료기관이 홈페이지에 게시한 비급여 진료비용 정보의 자동 수집과 검증, 통계기법을 적용한 분석 자료 자동 생성, 나아가 데이터베이스까지 알아서 구축하는 ‘진료비용 통합관리시스템’을 구축해야 한다. 해당 시스템을 구축하면 의료기관별로 비급여 진료비용의 실시간 업데이트가 가능하기 때문에 현재처럼 특정 시점의 대대적인 조사 과정 없이 국민에게 최신의 비급여 정보를 제공할 수 있다.

중장기적으로는 정보기술(IT)에 기반을 둔 진료비용 모니터링 시스템 구축도 필요하다. QR 코드를 활용한 진료비 세부 내역서 데이터베이스화, 의료기관별 비급여 수가 파일 구축 등이다. 이러한 종합 프로파일이 구축되면 향후 건강보험 보장성 강화 정책의 영향 분석이나 신의료기술의 비급여 관리, 급여비 증감 영향분석도 가능할 것이다.¹³⁾

4) 총진료비 공개와 질 평가

심평원 홈페이지를 통해 2005년부터 주요 수술 중심으로 종별 평균 급여 진료비용 공개를 시작했다. 이후 2010년부터는 의료기관별 비용도 공개하고 있다. 주요 수술은 진료비 점유율이 높은 13개 암 수술을 포함한 37개 수술, 93개 세부 수술에 해당한다.¹⁴⁾ 하지만 수술 진료비 공개에는 비급여 비용이 포함되지 않는다. 또한 비급여 항목 중심의 현재 정보 공개에서도 국민의 의료선택권에 제한이 있다. 다시 말해 국민이 정말 알고 싶은 것은 단일 비급여 항목의 비용이 아니라 치료에 소요되는 질환별 총진료비일 것이다.

따라서 현행 비급여 진료비 공개 제도가 안정기에 접어들어 현실적 여건이 갖춰진다면 다양한 채널을 통해 축적된 비급여를 포함한 총진료비용을 공개하는 방향으로 개선해야 한다. 이를 통해 급여·비급여 내역을 포함한 통합 분석을 함으로써 비로소 치료효과성까지 반영한 평가체계의 기반이 마련될 수 있다. 당장은 막연한 감은 있지만 국민의 알 권리, 안전한 의료이용을 위해 중장기적으로 추진되어야 한다.

나. 비급여 관리 정책 측면

1) 예비급여 등 비급여의 급여 전환 추진

신의료기술 등재 과정에서 유효성이 명확히

13) 민인순(2016). 국민의료비분석(비급여 부분). p.164.

14) 건강보험심사평가원 홈페이지. 병원진료비정보(<http://hira.or.kr>).

평가되지 못한 경우 ‘제한적 의료기술’¹⁵⁾로 고시하고 있다. ‘자가혈소판 풍부혈장치료술’ 등 5개 행위로 소수에 불과하지만 무분별한 남용을 방지하는 좋은 제도적 장치라고 생각한다. 국민 건강을 위한 안전장치로 일정 요건을 정하여 실시토록 하고 그 결과를 모니터링한 후에 등재 여부를 결정하게 되므로, 이를 활성화할 필요가 있다.

또한, 치료 효과가 높아진 신의료기술 등은 급여로 적극 전환해야 한다. 기존의 선별급여 제도는 아무리 치료 효과가 좋아도 비용이 높으면 건강보험 적용에서 배제되는 일이 많았기 때문에 폐지가 논의되고 있다. 새로 출범한 정부는 예비급여제도를 적극 도입하여 50~90%의 본인부담률을 적용해서라도 건강보험 혜택을 우선 제공하고 모니터링 후에 보장성을 확대하는 절차를 논의 중이다.

2) 분류체계 표준모형 개발을 통한 통합 운영

건강보험 보장률을 높이기 위해서는 부적절한 비급여 증가를 통제하는 것이 필수이며 비급여 서비스의 가격과 이용량에 대한 정보 파악이 중요한데, 정보 파악의 용이성과 활용성을 높이기 위해서는 비급여 분류체계의 표준화가 필요하다.¹⁶⁾ 현재 대부분의 비급여는 명칭이나 코드 등이 통일되어 있지 않다. 이로 인해 정부의 정

책 실행이나 ICT 기반 데이터 관리 등에 많은 어려움이 있다.

따라서 장기적인 관점에서 비급여 분류체계의 국제 호환성을 충족시키기 위해 전자의무기록(EMR)과 연계할 수 있는 표준모형의 개발이 필요하다. 이는 급여와 비급여를 포괄적으로 운영할 수 있는 체계로서, 실현을 위해서는 의료계의 협조와 정부의 정책 수행 의지가 전제되어야 할 것이다.

3) 국민·의료계·정부의 소통과 협력

의료비 관리의 사각지대에 있는 비급여를 줄여 국민 건강을 지키고 국민 의료비를 절감하는 것이 비급여 관리의 일관된 목표이다. 그간 의료법 등 관련 법령의 제·개정은 비급여 관리를 위한 견고한 지지대가 되었다. 이제는 이해관계자의 소통과 협력이 꼭 필요한 시점이다. 비급여 문제를 적극 개선하기 위해 정부 주도하에 여러 회의체가 구성·가동 중이다. ‘비급여 관리 정책 협의체’, ‘비급여 제도 개선 TF’, ‘재난적 의료비 지원 제도화 협의체’ 등이 그것이다. 정부와 공급자, 소비자, 학계, 관계 기관 등이 활발한 의견 교류를 통해 비급여 문제 해결을 위한 실효성 있는 결과를 도출해야 한다. 국민의 적정 부담 유도를 위해 필수 비급여는 급여로 적극 전환해 건강보험의 지속가능성을 제고해야

15) 제한적 의료기술: 안전성이 확보된 의료기술로 대체 기술이 없는 질환이거나 희귀질환, 말기 또는 중증 상태의 만성질환 등의 치료·검사를 위해 신속히 임상에 도입할 필요가 있어 보건복지부 장관이 따로 정해 고시하는 조건을 충족하는 경우에만 임상에서 사용 가능한 의료기술을 의미함(신의료기술평가에 관한 규칙 제3조 제8항 제2호에 근거).

16) 강희정(2016). Fn Insurance 2016년 5월호. p.112.

한다. 컨트롤 타워로서의 정부 역할과 심평원 등 유관기관의 적극적인 지원이 더없이 중요하다.

5. 나가며

비급여 진료비용은 의료기관 경영이나 정부의 의료정책 측면에서 지속적으로 핫이슈로 작용할 것이다. 건강보험 보장성 정체로 국민 개인의 의료비 부담이 너무 심하다. 현재로서는 행위별 수가제라는 지불 형태의 한계가 있으며, 3400만 명이 가입한 실손보험의 영향으로 의료기관과 국민의 요구가 맞아 의료비는 지속적으로 증가할 것으로 보인다.

비급여를 해결하기 위한 다각적인 노력이 요구된다. 비급여 표준화 확대, 실효성 있는 공개제도 운영, 비급여 관리를 위한 중장기 정책 로드맵 마련, 필수의료 급여화를 통한 보장성 강화 등 해결해야 할 과제가 매우 많다.

국민의 의료서비스 요구에 대한 특성을 잘 이해하여 의료소비자의 현명한 의료선택권을 보장하는 것이 의료기술도 발전시키고 질병으로 인한 재난적 의료비에서 국민을 보호할 수도 있을 것이다.

건강보험의 지속가능성을 위해 비급여 문제의 실마리를 잘 풀어 나가야 한다. 이번에 새롭게 출범한 정부의 보건의료정책 기조는 ‘비급여의 전면 급여화’이다. 비급여 문제의 상당한 해결을 지향하는 만큼 비급여 관련 사안을 대하는 우리의 자세도 여느 때보다 적극성을 띠어야 할 중요한 시점이다. ■