

비급여의 급여화: 성과 및 향후 정책 방향 제언



Policy on Non-reimbursable Services in the
National Health Insurance

여나금 | 한국보건사회연구원 부연구위원

현재 우리나라 보건 의료 체계에서 국민 중심 의료를 실현하기 위해 가장 시급한 과제는 비급여 관리라고 할 수 있다. 현재와 같이 급여는 보험자가 관리하면서 비급여는 공급자가 자율적으로 제공하는 체계에서는 환자의 의료 이용 역시 분절적으로 관리될 수밖에 없다. 비급여 관리를 통해 국민들이 자신이 이용하는 서비스 항목, 의료 이용 결과(서비스 질), 의료비 부담 등을 통합적·연결적으로 관리할 수 있는 기반이 마련될 수 있다.

지금까지 비급여 관리는 건강보험 보장성 강화 측면에서 '비급여의 급여화'를 중심으로 추진되어 왔다. 비급여의 급여화는 비급여 관리를 위한 가장 적극적인 접근 방식이지만 추가 재원이 소요될 수밖에 없으며, 새롭게 창출되는 비급여의 속도를 따라잡는 것도 현실적으로는 어려운 상황이다. 따라서 지속적이고 근본적인 비급여 문제 해결을 위해서는 비급여의 급여화와 더불어 비급여의 혁신적 관리를 위한 정책 방향을 함께 수립하는 것이 필요한 시점이다.

기존 비급여 정책이 비급여를 제도권 내에서 관리하기 위해 필요한 인프라를 구축하고 제도적 기반을 마련하는 준비의 시기였다면 앞으로는 지금까지의 성과를 기반으로 비급여 관리를 혁신적으로 수행하기 위한 도약의 시기를 만들어 가는 것이 필요하다. 이를 위해 이 글에서는 그간의 비급여 정책의 성과 및 한계점을 검토해 보고 향후 정책 방향을 제안하고자 한다.

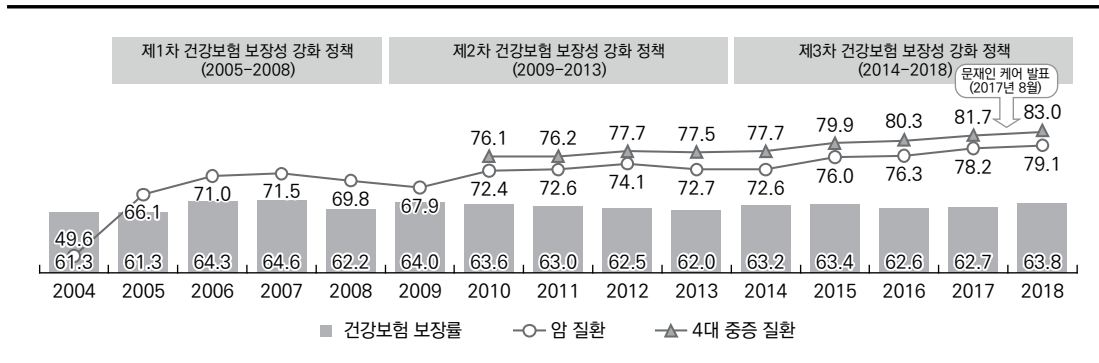
1. 들어가며

현재 우리나라는 지속적인 건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고 건강보험 보장률이 정체

되어 있는 상황이다. 암 질환 등 중증 질환 중심의 보장성 강화 정책을 꾸준히 펼쳐 온 결과, 암 보장률(2018년 기준 79.1%)과 4대 중증 질환 보장률은 상당 수준 개선되었다(2018년 기준 83.0%).

그러나 건강보험 전체 보장률은 2004년 61.3%에서 2018년 63.8%로 지난 15년간 2.5%포인트 증가에 그치는 등 답보 상태를 보이고 있다. 3차에 걸친 보장성 강화 계획별 보장률 변화를 살펴 보면, 각 보장성 강화 계획 초기에 반짝 반등했던 보장률은 시간이 지나면서 하락하는 추이를 보였다.

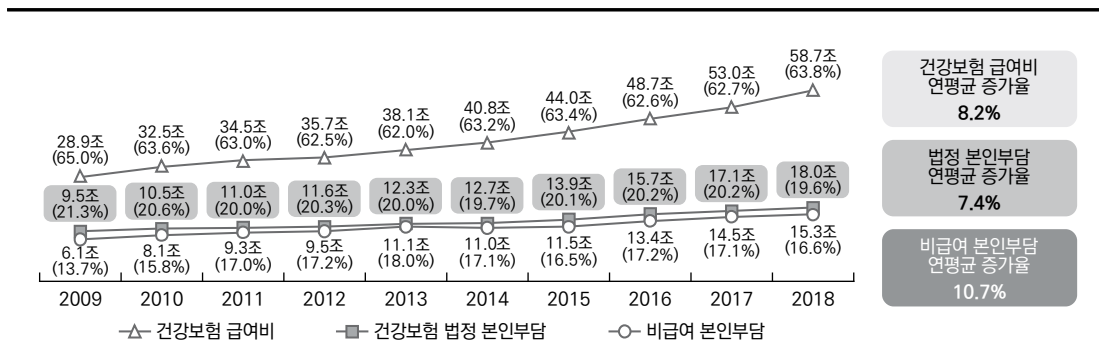
그림 1. 건강보험 보장률 현황(2004~2018년)



자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 진료비 실태조사. 자료를 활용하여 저자가 작성함.

지속적인 건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고 건강보험 보장률이 정체되어 있는 현상은 상당 부분 비급여 관리의 실패에 기인한다고 볼 수 있다. 실제로 지난 10년간 건강보험 급여비는 8.2%, 건강보험 법정본인부담은 7.4% 증가한 반면, 비급여 본인부담은 연평균 10.7% 증가하였다. 이처럼 비급여 진료비는 건강보험 진료비 증가를 견인할 뿐만 아니라, 국민이 체감하는 보장률을 악화시키고 있는 상황이다.

그림 2. 건강보험 진료비 구성별 지출 현황(2009~2018년)



자료: 국민건강보험공단(각 연도)의 건강보험통계연보 급여비 자료에 국민건강보험공단(각 연도)의 건강보험 진료비 실태조사의 보장률 비율을 적용하여 저자가 재산출한 추정치임.

이 글에서는 그간 보장성 강화 정책의 일환으로 추진되어 왔던 비급여 관리 정책의 성과 및 한계점을 검토해 보고, 비급여 관리를 위한 향후 정책 방향을 제안하고자 한다.

2. 비급여 관리 추진 경과 및 성과

가. 1~3차 건강보험 보장성 강화 대책: 3대 비급여, 고액 비급여 부담 완화 추진

건강보험제도는 2000년 추진된 건강보험 통합으로 전 국민의 보편적 의료보장(UHC: Universal

Health Coverage)으로의 도약을 위한 외형적 기틀이 마련되었다. 2000~2003년 이어진 건강보험 재정위기를 극복한 이후 본격적으로 건강보험 보장성 강화에 대해 논의하기 시작하였다. 참여정부는 2005년 제1차 건강보험 보장성 강화 로드맵을 수립하였으며, 이후 각 정부에서 보장성 강화 대책을 발표해 왔다.

1차 보장성 강화 정책은 경증 질환에 비해 고액 질환 보장률이 크게 낮은 점을 개선하기 위해 진료비 부담이 큰 중증 환자의 부담 경감에 중점을 두고 추진하였다. 중증 질환 산정특례제도 도입으로 중증 질환자의 법정본인부담을 낮추었으

표 1. 건강보험 보장성 강화 계획 주요 내용

구분	제1차 건강보험 보장성 강화 (2005-2008)	제2차 건강보험 보장성 강화 (2009-2013)	제3차 건강보험 보장성 강화 (2014-2018)	제1차 국민건강보험종합계획 (2019-2023)
목표 보장률	(’04)61.3%→(’08)71.5% ’08년 보장률: 62.2%	(’09)64.0%→(’13)80.0% ’13년 보장률: 62.0%	(’14)63.2%→(’18)68.0% ’18년 보장률: 63.8%	(’17)62.7%→(’23)70.0%
중증 질환	중증 질환 산정특례제도 도입 (입원 20%→10%)	산정특례제도 본인부담 경감 확대 (10%→5%)	선별급여 도입 (4대 중증질환 치료에 필요한 의학적 비급여의 단계적 급여화 추진)	예비급여 도입 (치료에 필요한 모든 의학적 비급여의 급여화 추진)
	PET 급여화 (중증 질환 대상)	초음파 급여화 (중증 질환 대상)		
고액 의료비	MRI 급여 적용 확대	MRI 급여 적용 확대 (척추, 관절 등)	MRI 급여 적용 확대 (근골격계 질환 등)	
	입원 식대 급여화 (본인부담 50%)	치과, 한방 급여화 (치석 제거, 틀니, 한방물리요법)	초음파 급여 적용 확대 (임산부, 간질환)	
3대 비급여	-	-	- 선택진료 단계적 축소 - 상급병실 축소(건강보험 적용 병상 확대) - 간호·간병통합서비스 건강보험 적용	- 선택진료 폐지 - 상급병실: 병원 2·3인실 보험 적용, 1인실 불가피한 경우 제한적 적용 - 간호·간병통합서비스 확대
보완적 안전망	본인부담 상한액 하향 조정 (6개월간 300만 → 200만 원)	소득 수준별 본인부담 상한액 차등 적용 (3단계)	본인부담 상한액 소득 기준 세분화(7단계) + 재난적 의료비 도입	보완적 의료비 지원 제도 내실화

자료: 보건복지부. (2005). 건강보험 보장성 강화방안; 김대환. (2017). 효율적 의료비 지출을 위한 국민건강보험의 보장성 강화 방안; 보건복지부. (2015). 2014-2018 건강보험 중기보장성 강화계획; 보건복지부. (2017. 8. 9.). 모든 의학적 비급여미용·성형 등 제외, 건강보험이 보장한다! 보도자료를 참고하여 작성함.

며, 중증 질환자를 대상으로 MRI, PET 등의 고가 검사에 대한 급여화를 추진하였다. 1차 보장성 강화 정책은 건강보험 보장성 현황 진단을 기반으로 4~5년간 종합적 대책을 수립한 최초의 계획이라는 점에서 의의가 있었다.

2차 보장성 강화 정책은 1차 보장성 강화 정책을 확대 적용하는 방향으로 추진하였다. 중증 질환 산정특례제도의 본인부담 경감률을 높이고, 4대 중증 질환자를 대상으로 초음파 검사에 대한 급여화를 추진하였다. 중증·고액 질환 중심의 보장성 강화 정책을 추진한 결과, 중증 질환 보장률이 상당히 개선되는 성과가 있었다. 하지만 비급여 영역이 더욱 빠르게 팽창하면서 전체 보장률 상승 효과가 상쇄되었다.

이에 정부는 3차 보장성 강화 정책에서는 고액 비급여 적극 해소와 비급여 증가 억제

3대 비급여 해소와 중증 질환에 대한 선별급여제도를 도입하였다. 3대 비급여 해소를 위해 선택진료비를 단계적으로 축소(의료질평가지원금 신설)하였으며, 일반병실 기준을 기존 6인실에서 4인실로 조정하고, 일반병상 의무 비율 확대(50% → 70%) 등을 통해 건강보험 적용 병상을 확대하였다. 또한 간호·간병통합서비스를 건강보험 적용 사업으로 전환하였다. 또 4대 중증 질환 치료에 필요한 모든 의료서비스를 대상으로 비용 대비 치료 효과가 낮지만 사회적 수요가 있는 의료에 대해 단계적으로 급여화를 추진하는 선별급여 제도를 도입하였다.

이와 같이 1~3차에 걸친 보장성 강화 정책은 중증·고액 질환의 보장성을 강화하고 3대 비급여를 축소하는 성과가 있었다. 하지만 비급여 관리의 실패로 전체 건강보험 보장률은 정체되는 양상

표 2. 건강보험 보장률(2004~2018년)

구분	제1차 건강보험 보장성 강화 정책					변화
	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	
건강보험 보장률	61.3	61.8	64.3	64.6	62.2	▲ 0.9
법정본인부담률	18.7	22.5	22.3	21.7	22.3	▲ 3.6
비급여 본인부담률	20.0	15.7	13.4	13.7	15.5	▽ 4.5
구분	제2차 건강보험 보장성 강화 정책					변화
	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	
건강보험 보장률	64.0	63.6	63.0	62.5	62.0	▽ 2.0
법정본인부담률	22.3	20.6	20.0	20.3	20.0	▽ 2.3
비급여 본인부담률	13.7	15.8	17.0	17.2	18.0	▲ 4.3
구분	제3차 건강보험 보장성 강화 정책					변화
	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	
건강보험 보장률	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	▲ 0.6
법정본인부담률	19.7	20.1	20.2	20.2	19.4	▽ 0.3
비급여 본인부담률	17.1	16.5	17.2	17.1	16.8	▽ 0.3

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 진료비 실태조사. 자료를 활용하여 저자가 작성함.

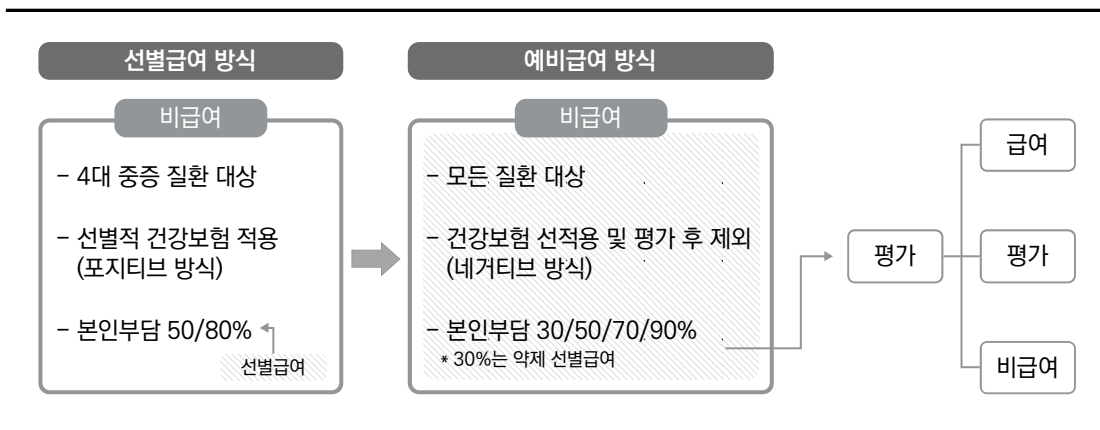
을 보였다. 1차 보장성 강화 결과 비급여 본인부담률이 4.5%포인트 감소하였으나, 2차 보장성 강화에서 다시 4.3%포인트 증가하였다. 선별급여 도입, 3대 비급여 해소 등 비급여 관리에 중점을 두었던 3차 보장성 강화 정책 추진 후에도 비급여 본인부담률은 0.3%포인트 감소하는 데 그쳤다.

나. 문제인 케어: 의학적으로 필요한 비급여의 완전한 해소 추진

건강보험 보장률 정체 현상의 근본 원인을 관

리되지 않는 비급여 문제로 보고 정부는 2017년 8월 문제인 케어를 발표하여 이전 보장성 강화 정책에서 추진한 ‘비급여의 점진적 축소’가 아니라 ‘의학적으로 필요한 비급여를 완전히 해소’하는 획기적인 전환을 추진하였다. 이를 위해 예비급여제도를 도입하였다. 과거 선별급여가 비용효과성에 중심을 둔 비급여의 점진적 개선을 시도하는 방식이었다면, 예비급여는 비급여의 근본적 해소를 위해 비용이 다소 더 들더라도 인지만 하면 모두 급여화한 후 사후적 평가를 통해 지속 여부를 평가하는 전향적인 접근 방식이다.

그림 3. 문제인 케어 중 비급여 해소 및 발생 차단



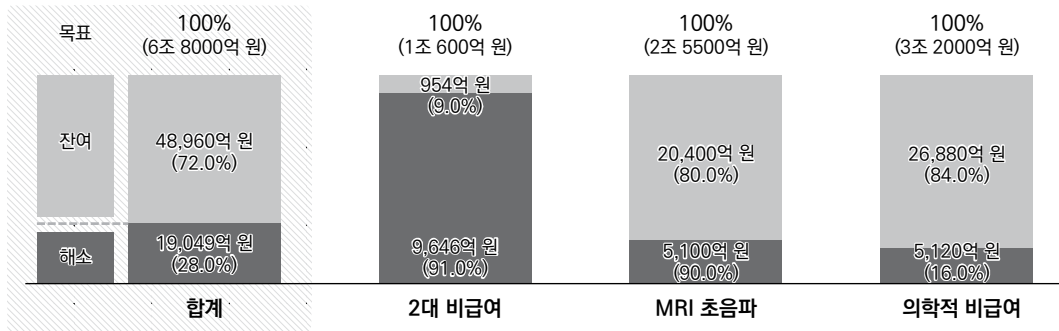
자료: 보건복지부. (2017. 8. 9.). 모든 의학적 비급여비용성형 등 제외, 건강보험이 보장한다! 보도자료.

건강보험 보장성 강화 대책 시행 2년을 맞아 보장성 확대 효과를 점검한 결과, 약 3600만 명의 국민에게 2조 2000억 원(취약계층 본인부담 의료비 8000억 원, 비급여의 급여화 1조 4000억 원)의 의료비 부담이 줄어드는 효과가 있었으며, 의학적 비급여 6조 8000억 원(의과 기준) 중

28%인 1조 9000억 원이 해소되었다.

건강보험 보장률 또한 개선된 것으로 확인되었다. 중증 환자가 많이 이용하는 상급종합병원과 종합병원의 보장률이 2016년 대비 2018년에 각각 5.8%포인트, 2.8%포인트 상승하였다. 한편 종합병원과 상급종합병원의 보장률은 개선된

그림 4. 건강보험 보장성 강화 대책(문재인 케어) 2주년 평가 결과: 비급여의 급여화 추진 현황



자료: 보건복지부. (2019. 7. 2.). 건강보험 보장성 강화대책 주요 성과 및 향후 계획. 보도자료.

반면, 병원과 의원의 보장률은 하락하였다. 의원의 비급여 본인부담률은 4.8%포인트, 병원은 1.4%포인트 증가한 것으로 나타났다. 이는 예비급여로 포함된 의학적 비급여의 상당수가 상급종합병원과 종합병원에서 발생하던 비급여로, 예비급여의 효과가 상급종합병원과 종합병원에서 집중적으로 발생한 것에 기인한다.

의학적 비급여의 완전한 해소를 목표로 한 이번 보장성 강화 대책은 상급종합병원과 종합병원을 중심으로 의학적 비급여를 해소하는 성과가 있었지만, 일각에서는 불필요한 의료 이용 증가를 야기하고, 대형 병원으로의 의료 이용 집중 현상을 심화시킬 수 있다는 우려가 제기되기도 하였다.

표 3. 의료기관 종별 건강보험 보장률 변화

구분	건강보험 보장률			비급여 본인부담률		
	2016년	2018년	변화	2016년	2018년	변화
상급종합	62.9	68.7	▲ 5.8	17.5	11.7	▽ 5.8
종합	62.4	65.2	▲ 2.8	16.5	13.0	▽ 3.5
병원	47.8	48.0	▲ 0.2	32.7	34.1	▲ 1.4
요양	71.0	69.7	▽ 1.3	9.6	9.5	▽ 0.1
의원	62.1	57.9	▽ 4.2	18.0	22.8	▲ 4.8
전체	62.6	63.8	▲ 1.2	17.2	16.6	▽ 0.6

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 진료비 실태조사.

다. 현재까지 추진된 비급여 관리의 성과 및 한계

지금까지 비급여 관리는 건강보험 보장성 강화 측면에서 ‘비급여의 급여화’를 중심으로 추진되어 왔다. 상급병실과 선택진료의 2대 비급여는 전체 비급여 항목 중 가장 높은 비율을 차지해 왔다.

2대 비급여 해소가 본격적으로 추진된 3차 보장성 강화 시점(2014-2018)인 2013년 2대 비급여는 전체 병원급의 비급여 중 32.1%를 차지하였다. 하지만 일반병실 기준 확대, 선택진료비 폐지 등의 지속적 해소 노력으로 2018년 2대 비급여 비율은 12.2%까지 감소하는 성과가 있었다.

표 4. 병원급 이상(요양병원 제외) 전체 비급여 진료 항목 중 2대 비급여의 비율 변화

(단위: %)

구분	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
합계	31.2	32.7	34.4	31.4	32.1	27.2	27.2	23.5	22.5	12.2
상급병실 차액	14.1	12.5	14.8	12.9	12.9	12.7	12.3	11.1	10.5	11.5
선택진료비	17.1	20.2	19.6	18.5	19.2	14.5	14.9	12.4	12.0	0.7

자료: 국민건강보험공단 (각 연도). 건강보험환자 진료비 실태조사.

또한 비급여의 급여화를 위해 3차 보장성 강화에서는 선별급여, 4차 보장성 강화에서는 예비급여를 각각 도입하였다. 선별급여와 예비급여제도는 그동안 미지의 영역으로 존재하던 비급여에 대한 실태 파악, 표준화 등 비급여 관리를 위해 필요한 인프라 구축의 기틀이 마련되는 성과가 있었다.

선별급여와 예비급여제도를 거치면서 그동안 관리의 사각지대에 있었던 비급여를 등재 비급여, 기준 비급여, 제도 비급여, 선택 비급여의 4가지로 유형화하여 유형별 맞춤형 관리를 위한 체계를 마련하였다. 또한 등재 비급여와 기준 비급여, 제도 비급여에 대한 가격 및 양 등의 실태를 파악해 단계적 급여화를 위한 기초 자료를 수집하였으며, 이를 토대로 급여화 항목으로 관리

하기 위한 표준코드 부여 지침도 마련하였다.

선별급여, 예비급여와 같이 비급여의 급여화를 통한 비급여 관리는 비급여 관리를 위한 가장 적극적인 접근 방식이지만 지속가능성 측면에서는 한계가 있을 수밖에 없다. 기존의 급여 항목보다 경제성 및 효과가 다소 떨어지는 비급여 항목도 우선적으로 급여 항목에 포함시키는 접근 방식으로 추가적인 재원이 소요될 수밖에 없으며, 이와 같은 접근 방식만으로는 새롭게 창출되는 비급여의 속도를 따라잡는 것도 현실적으로는 어려운 상황이다. 따라서 지속적이고 근본적인 비급여 문제 해결을 위해서는 비급여의 급여화와 더불어 비급여의 혁신적 관리를 위한 정책 방향을 함께 수립하는 것이 필요한 시점이다.

3. 비급여 관리의 혁신적 수행을 위한 정책 방향

기존의 보장성 강화 정책에서 추진된 비급여의 급여화가 비급여를 제도권 내에서 관리하기 위해 필요한 인프라를 구축하고 제도적 기반을 마련하는 준비의 시기였다면 앞으로는 지금까지

의 인프라 및 제도적 성과를 기반으로 비급여 관리를 혁신적으로 수행하기 위한 비급여 관리 도약의 시기를 만들어 가는 것이 필요하다. 이를 위해 기존의 비급여 문제를 바라보던 인식을 전환하기 위한 비급여 관리의 새로운 정책 방향을 제안하면 다음과 같다.

표 5. 비급여 관리의 정책 방향 전환 추진(안)

기존 패러다임 (비급여 관리 준비기)	향후 패러다임 (비급여 관리 도약기)
비급여 문제는 보장성 강화 측면에서 비급여의 급여화 에 집중	➔ 비급여의 급여화 를 포함하여 질 관리, 정보 제공, 지출 효율화 등 포괄적 비급여 관리 추진
비급여 관리는 정부가 공급자를 관리 한다는 인식으로 여겨져 공급자의 수용성 이 저하	➔ 의료서비스에 대한 국민의 권리 보장 관점에서 접근 (국민의 필요, 참여, 혜택에 기반한 정책 추진)
급여 범위에 한정 한 정책 결정 추진 (필요성에 대해서는 모두 공감하고 있으나 실제 적용에는 제한이 있는 상황)	비급여 범위를 포함한 정책 근거 산출 및 이에 근거한 정책 결정 추진 (실현 가능한 영역부터 단계적으로 추진)
법/고시 기준(등재/기준/제도/선택) 에 따른 비급여 분류를 반영한 유형별 접근	➔ 비급여 성격을 반영한 비급여 재분류를 통해 비급여 성격별 관리 목적 을 고려한 맞춤형 접근

자료: 저자가 작성함.

1) 비급여의 급여화를 포함하여 질 관리, 정보 제공, 지출 효율화 등 포괄적 비급여 관리 추진

비급여 문제를 보장성 강화 중심으로 논의하던 시각에서 벗어나 의료의 질·안정성 관리, 국민의 합리적 선택권 지원, 지출 효율화 등 포괄적 측면에서 접근할 필요가 있다. 향후 비급여 관리는 현재 보장성 강화에 초점을 맞추어 진행하는 것을 넘어서 서비스의 질과 안전성에 더 큰 가치를 두어야 한다. 현재 비급여는 적정성 평가 및

질 관리 기전이 없어 부작용 발생 등으로 국민의 건강을 위협하고 있다. 예를 들어 미용·건강 증진 목적의 정맥영양주사는 전문가의 판단에 따라 필요한 성분을 적절히 투여받지 않으면 효과가 없을 뿐만 아니라 부작용 발생 등 안전상의 문제가 생길 수 있으나 이에 대한 정확한 정보와 적정성 관리 기전이 부재한 상황이다.

비급여 관리를 통해 국민은 자신이 이용한 서비스에 대해 충분히 인지하고 의료기관에서 제공하는 모든 서비스가 안전하다는 보장을 받을

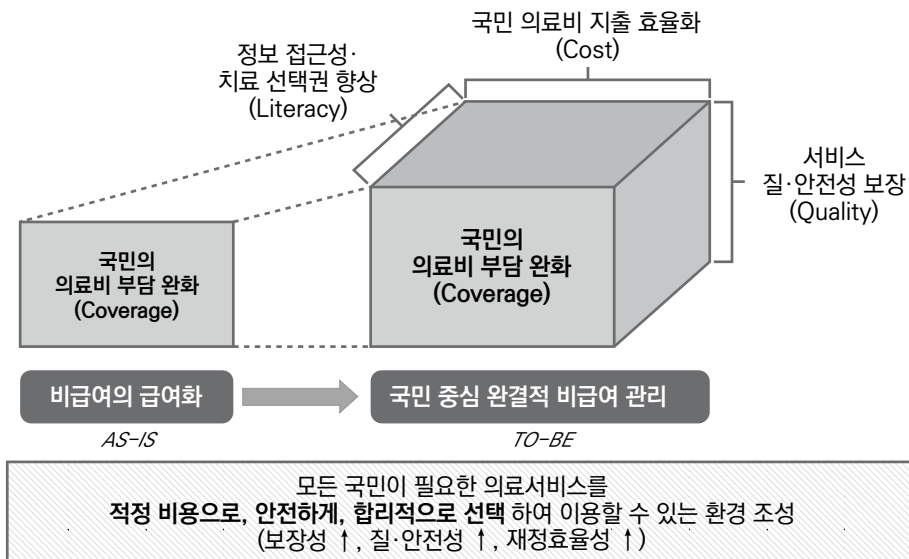
원한다. 이와 같이 보장성 강화, 의료의 질·안정성 관리, 국민의 합리적 선택권 지원, 지출 효율화 등 비급여에 대한 완결적 관리를 통해 국민이 필요한 의료서비스를 적정 비용으로, 안전하게, 합리적으로 선택할 수 있는 환경을 마련하는 것이 필요하다.

현재 비급여 관리의 성과는 건강보험 보장률 지표로 중심으로 논의되고 있다. 하지만 보장률 지표에 포함되는 비급여 항목 중에는 치료적 성격 외의 항목도 포함되어 있다. 즉, 보장성 강화 정책과 무관하게 앞으로도 계속 비급여로 남아 있을 성격의 비급여 항목들이 포함되어 있어 보장성 강화 성과를 민감하게 반영하는 데 한계가

있다. 또한 보장률 지표는 비급여 관리 목적 중의 하나인 환자의 본인부담 완화라는 측면의 성과는 반영할 수 있지만 또 다른 비급여 관리 목적인 의료의 질·안정성 관리, 국민의 합리적 선택권 지원, 지출 효율화 등의 성과는 반영할 수 없다.

따라서 향후 비급여 관리는 비급여의 급여화 등 보장성 강화 측면을 포함하며, 질 관리, 정보 제공, 지출 효율화 등으로 포괄하여 논의를 확대할 필요가 있다. 이와 연계하여 보장률 지표 외에 질, 환자 선택권, 지출 효율화 등의 측면에서 비급여 관리 성과를 측정할 수 있는 지표들도 추가로 발굴하기 위한 노력이 추진되어야 한다.

그림 5. 국민 중심 완결적 비급여 관리 전략



자료: 저자가 작성함.

2) 국민의 권리 보장 관점에서의 비급여 관리 추진

비급여 문제는 정부가 공급자를 관리한다는 인식에서 벗어나, 환자가 본인이 이용한 서비스에 대해 권리를 보장받는다든 관점에서 접근할 필요가 있다. 즉, 비급여 문제에 대한 인식이 ‘정부의 관리’ 관점에서 ‘국민의 권리’ 관점으로 전환될 수 있도록 정책이 추진되어야 한다.

모든 국민은 필요한 의료서비스를 안전하고 합리적인 비용으로 이용할 권리가 있다. 그리고 정부는 이를 위해 급여 범위 조정, 의료서비스(비급여 포함) 질 관리, 재원 조달 및 비용 분담 등 필요한 제도적 환경을 정비해 나갈 책임이 있다. 이를 추진하는 과정에서 공급자와 환자(국민)의 수용성을 확보하기 위한 노력이 병행되어야 하

며, 특히 국민의 필요, 참여, 혜택에 중점을 두고 제도를 개선해 나가야 할 것이다.

정책 추진 과정에서뿐만 아니라 제도 단위에서도 국민의 권리 보장 관점에서 제도를 개선해 나갈 필요가 있다. 건강보험심사평가원의 진료비 확인 서비스 제도, 식품의약품안전처의 의약품 부작용 피해구제 제도 등의 사례를 참고해 볼 수 있다. 심평원의 진료비 확인 서비스는 환자가 병원이나 의원 등에서 비급여로 부담한 진료비가 건강보험(의료급여) 대상에 해당되는지 여부를 확인해 주는 권리 구제 제도로 환자의 신청을 기반으로 작동하는 제도이다. 2019년 기준으로 진료비 확인 서비스 제도를 통한 신청 건수는 2만 8643건이며 환불 금액은 약 19억 원이다.

표 6. 진료비 확인 접수 및 처리 현황

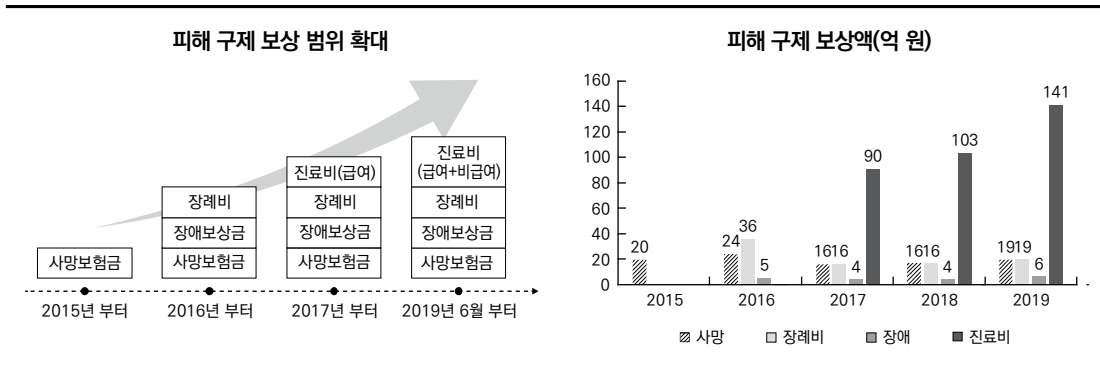
구분	접수 (건)	처리 현황						
		민원 제기 금액 (억 원)	계 (건)	정당 (건)	취하 (건)	기타* (건)	환불 (건)	환불 금액 (억 원)
2015년	21261	547	22314	9922	2447	1818	8127	22.0
2016년	21283	476	20987	9603	2266	1871	7247	19.6
2017년	22456	491	22597	11559	2669	1664	6705	17.3
2018년	24275	460	24016	12902	3011	1959	6144	18.4
2019년	28643	616	29113	17362	2848	2076	6827	19.3
2020년 6월	12366	293	13740	8206	1224	1085	3225	9.6

주: * 처리 유형(기타) - 영수증 미제출 및 중복 접수, 기간 경과로 확인 불능 건.
 자료: 남인순 의원실. (2020. 10. 5.). 2020 국정감사 보도자료. 건강보험심사평가원 제공.

식약처의 의약품 부작용 피해 구제 제도는 2015년 도입된 제도로, 정상적인 의약품 사용에도 불구하고 예기치 않게 사망, 장애, 질병 등의 피해가 발생하는 경우 환자와 유족에게 사망일

시보상금, 장애일시보상금, 장례비, 진료비 등의 피해 구제 급여를 지급하는 제도이다. 2018년까지는 급여 비용에 한해 보상하였으나, 2019년부터 비급여까지 확대 적용하기 시작하였다.

그림 6. 의약품 부작용 피해 구제 제도 현황(2015~2019년)



자료: 식품의약품안전처, (2020. 1. 20.), 의약품 부작용인가요? 피해구제 신청하세요! 보도자료.

비급여 관리 실패로 인한 피해는 국민에게 고스란히 전가된다. 따라서 비급여와 관련하여 국민의 권리 구제에 기여할 수 있는 제도를 확대해 나갈 필요가 있다. 또한 국민도 스스로의 권리 구제를 위해 비급여 관리에 적극적으로 참여하는 책무성을 강화해 나가야 한다.

예를 들어 비급여 이용 전 단계와 이용 후 단계에서 정보의 비대칭성 및 관리의 사각지대로

인해 발생할 수 있는 문제점들에 대응하여 다음과 같이 국민의 권리 구제를 확대할 수 있는 제도 도입을 추가적으로 검토해 볼 수 있다. 정부는 국민들이 비급여와 관련한 권리 구제에 참여할 수 있는 제도를 만들어 나가고 국민들은 이에 적극적으로 참여함으로써 국민 스스로가 필요한 의료 서비스를 더욱 안전하고 합리적인 비용으로 이용할 수 있는 기반을 마련해 나가는 것이 필요하다.

그림 7. 비급여와 관련한 국민의 권리 확대 방향(예시)

이용 전 단계			이용 후 단계	
필요성	가격	안정성/질	건강보험 대상에 해당하는지 여부 확인	의료의 질 관리
현재 제도 사각지대			현재 제도 사각지대	
(예시) 비급여 환자 사전 동의 제도와 연계하여 추진			현행 심평원 진료비 확인 제도	(예시) 비급여 자료 제출 시범사업과 연계하여 추진
환자의 신청 시 의료 이용 전 단계에서 해당 비급여 서비스에 대해 환자에게 충분한 정보를 제공해 줄 수 있는 제도 도입 검토			현재 환자가 심평원에 신청 시 이용 가능	환자의 신청 시 의료 이용 후 단계에서 해당 의료서비스(급여+비급여 포함)에 대해 의료의 질과 안정성을 검토해 줄 수 있는 제도 도입 검토

자료: 황남희, 김경래, 이아영, 임정미, 박신아, 김만희. (2019). 신중년의 안정적 노후 정착 지원을 위한 생활실태조사. p. 221 재구성.

3) 비급여를 포함한 정책 근거 산출 및 이에 근거한 정책 추진

건강보험제도 및 보건의료 체계와 관련한 정책 추진 시 비급여를 포함한 근거 산출의 필요성에 대해서는 공감대가 형성되어 있다. 하지만 실제로 비급여를 포함하여 정책 근거가 만들어지고 이를 기반으로 정책이 추진되는 사례는 아직까지 미흡한 상황이다. 의료전달체계 개편, 환산지수 및 상대가치 개편 등을 위해 근거 자료를 구축할 때, 자료 수집의 한계 등으로 인해 대부분 건강보험 급여 정보를 중심으로 자료를 구축하고 있다.

예를 들어, 의료기관 종별 의료비 지출 현황을 보면 급여 자료만을 가지고 분석했을 때와 비급여 자료를 포함하여 분석했을 때의 결과가 상이

하게 나타난다. 2009년부터 2018년까지 최근 10년간 건강보험 급여비를 기준으로 의료기관 종별 급여비 증가율을 보면 의원은 6.4%, 병원은 8.4%로 종합병원의 10.1%, 상급종합병원의 9.5%보다 낮았다. 하지만 건강보험 보장률을 활용하여 추정한 총의료비를 기준으로 살펴보면 의원은 8.7%, 병원은 10.9%로 종합병원의 9.1%, 상급종합병원의 7.1%와 비교해 증가율이 더 높은 것으로 나타났다. 즉, 건강보험 급여비만을 기준으로 할 경우 의원과 병원의 수입 증가율이 종합병원과 상급종합병원보다 상대적으로 낮지만, 비급여를 포함한 총의료비를 기준으로 하면 의원과 병원의 수입 증가율이 종합병원과 상급종합병원을 상회하는 모습을 보였다.

표 7. 건강보험 보장률을 활용하여 추정한 의료기관 종별 총의료비 변화(2009~2018년)

구분	총의료비 E(C+D)									총의료비 E(C+D)		
	건강보험 진료비 C(=A+B)						비급여 D					
	급여비 A			법정부담 B								
	2009년 (조 원)	2018년 (조 원)	연평균 증가율	2009년 (조 원)	2018년 (조 원)	연평균 증가율	2009년 (조 원)	2018년 (조 원)	연평균 증가율	2009년 (조 원)	2018년 (조 원)	연평균 증가율
상급종합	4.7	10.7	9.5%	1.5	3.1	8.2%	2.2	1.8	-2.1%	8.4	15.6	7.1%
종합	4.1	9.8	10.1%	1.7	3.3	7.7%	1.0	2.0	7.2%	6.9	15.1	9.1%
병원	2.6	5.3	8.4%	0.9	2.0	9.3%	0.9	3.8	17.5%	4.3	11.0	10.9%
요양	1.0	4.2	17.6%	0.4	1.3	14.8%	0.1	0.6	16.3%	1.5	6.1	16.9%
의원	6.6	11.6	6.4%	2.0	3.9	7.5%	0.8	4.6	21.3%	9.4	20.0	8.7%
의과 (전체)	19.0	41.6	9.1%	6.4	13.4	8.5%	5.1	12.7	10.7%	30.6	67.7	9.2%

주: 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 진료비 실태조사. 건강보험 보장률/법정부담률/비급여 본인부담률; 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 급여비 자료를 활용하여 총의료비 규모를 추정하여 저자가 작성함.

환자 입장에서는 급여 서비스뿐만 아니라 비급여 서비스도 이용하고 있고, 의료기관 입장에서도 급여뿐만 아니라 비급여에서도 수입과 비용이

발생하는 만큼 향후 건강보험제도 및 보건의료 체계 관련 정책 추진 시 비급여 정보를 포함하여 정책 근거를 산출하는 방식을 검토할 필요가 있다.

완전한 비급여 정보를 수집하고 이를 분석하여 정책에 활용하는 것이 이상적인 목표일 수 있으나, 비급여 자료 수집 및 체계적 분석의 현실적 어려움을 고려했을 때 이를 당장 달성하기에는 어려움이 있다. 따라서 현재 확보된 비급여 정보를 중심으로 현실적으로 활용 가능한 정보부터 활용하기 위한 단계적 추진 방안을 마련할 필요가 있다.

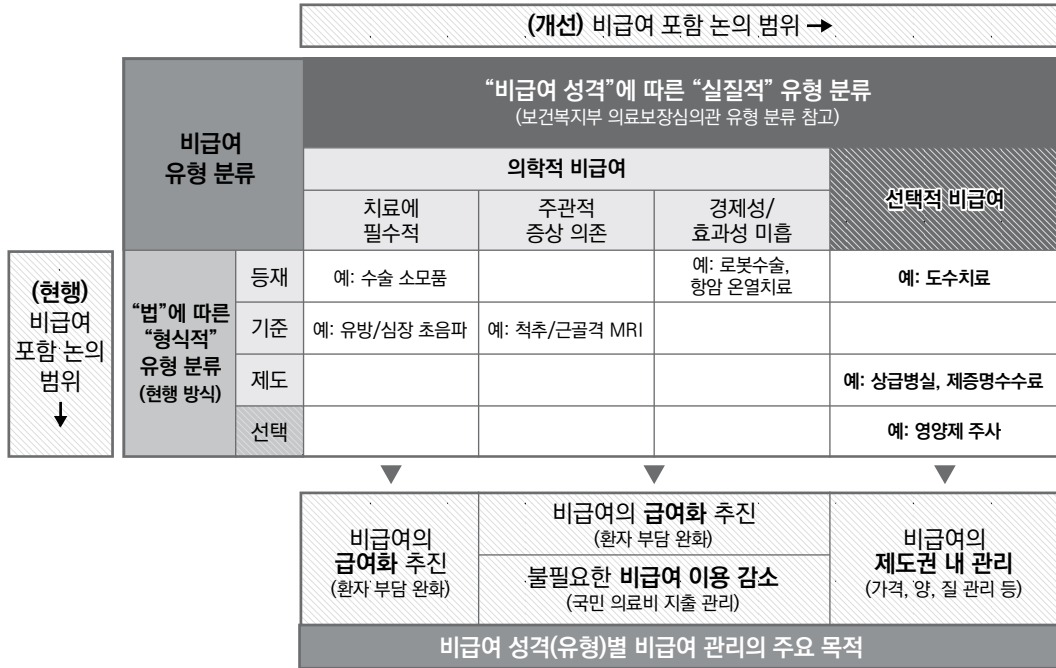
4) 비급여 성격을 반영한 비급여 재분류 및 관리 기전 마련

현행 비급여 유형은 「국민건강보험법」과 관련하여 등재 비급여, 기준 비급여, 제도 비급여, 선택 비급여로 구분되어 논의되고 있다. 현행 비급여 유형 분류 방식은 관련 법·고시를 기반으로 형식적으로 이루어지는 측면이 있기 때문에 일부 비급여 서비스 항목의 경우(예: 도수치료 등) 유형 분류가 모호한 측면이 있다. 따라서 비급여가 된 이유(비급여 판정 사유), 비급여 서비스의 성격 등에 따라 비급여 관리 목적이 달라질 수 있기 때문에 비급여 성격(유형)별로 비급여 관리 목적을 설정하고 이에 맞는 비급여 관리 대책을 수립하는 방안을 검토해 볼 필요가 있다.

비급여 성격에 따라 비급여 유형을 재분류하면 크게 ‘의학적 비급여’와 ‘선택적 비급여’로 구분할 수 있다. 의학적 비급여는 다시 ‘치료에 필

수적인 성격’, ‘주관적 증상에 의존하는 성격’, ‘경제성·효과성이 미흡한 성격’으로 구분된다. 치료에 필수적인 비급여에는 유방 초음파, 심장 초음파, 수술 소모품 등이 해당되는데 의학적 필요성이 크고 필수적인 속성이 있는 의료서비스로, 환자의 의료비 부담 완화를 목적으로 관리할 필요가 있다. 주관적 증상에 의존하는 비급여는 척추 MRI, 근골격 MRI, 통증 관련 치료가 해당되는데 이는 의학적 기준을 객관적으로 마련하기 어려운 의료서비스로, 환자 부담 완화 및 국민 의료비 지출의 관리 측면(이용 관리)에서 관리할 필요가 있다. 경제성·효과성이 미흡한 비급여는 척추 통증 시술, 항암 온열치료, 다빈치 로봇수술 등이 해당되는데, 보험급여가 되는 서비스와 동일하거나 미흡한 효과이나 고가인 의료서비스로, 환자 부담 완화 및 국민 의료비 지출의 관리 측면(공급 관리)에서 관리가 필요하다. 마지막으로 선택적 비급여는 의학적 치료보다 다른 목적의 성격이 더 강한 것으로 비급여의 가격, 양, 질 등을 제도권 내에서 관리하는 기전을 마련할 필요가 있다. 이와 같이 비급여가 발생한 목적과 비급여의 성격을 고려하여 비급여를 재유형화하고 이에 대응한 비급여 관리 목적을 설정함으로써 각 비급여 유형에 적합한 관리 대책을 마련하고자 하는 접근이 필요하다.

그림 8. 비급여 유형 분류 개선 방안(안)



자료: 여나금, 신현웅, 정형선, 지영건, 오수진, 이재은. (2020). 포괄적 의료보장 관리체계 실행기반 마련 연구용역. 한국보건사회연구원, 건강보험심사평가원. p. 219 인용하여 작성함.

4. 나가며

코로나바이러스감염증-19 위기를 겪으면서 건강에 대한 가치가 더 중요해지고 있다. 이에 건강보험 제도, 보건 의료 체계에 대한 국민들의 관심과 기대도 점점 높아지고 있다. 위드(With) 코로나 시대에 대응하여 국민의 건강을 완결적으로 보호하기 위해서는 국민 중심의 통합적·연결적 보건의료 체계를 구축하는 것이 무엇보다 중요하다.

현재 우리나라 보건의료 체계에서 국민 중심 의료를 실현하기 위해 가장 시급한 과제는 비급

여 관리라고 할 수 있다. 현재와 같이 급여는 보험자가 관리하면서 비급여는 공급자가 자율적으로 제공하는 체계에서는 환자의 의료 이용 역시 분절적으로 관리될 수밖에 없다. 비급여 관리를 통해 국민들이 이용하는 서비스 항목, 의료 이용 결과(서비스 질), 의료비 부담 등을 통합적·연결적으로 관리할 수 있는 기반이 마련될 수 있다.

비급여 관리에 대한 접근은 비급여 관리(비급여 해소) 자체가 목적이 되어서는 안 되며, 비급여 관리(정책 수단)를 통해 궁극적으로 달성하고자 하는 목표(최종 목표)를 명확하게 설정하고 이

를 토대로 비급여 관리 대책을 종합적으로 수립할 필요가 있다. 비급여 자체가 나쁜 것이 아니라 ‘비급여 관리 실패’로 인해 발생하는 환자의 과도한 의료비 부담, 의료의 안전성 위협, 국민 중심의 통합적 의료 이용 관리 실패 등에 근본적인 문제가 있다. 예를 들어 비급여 자체를 나쁜 것으로 인식하기보다는 비급여진료 시 진찰료가 청구될 경우의 적정성 문제, 과도한 비급여로 인해 건강에 위해가 발생하는 문제 등 비급여에 대한 관리 부재로 인해 파생되는 문제점들을 관리하기 위한 기전을 마련하는 데 집중할 필요가 있다. 이는 결과적으로 정부가 관리해야 하는 비급여의 범위와 비급여 범위별(비급여 유형별) 관리 목적을 어디에 둘 것인지에 대한 방향성을 수립하는 것과 관련이 있다.

정부는 올 연말을 목표로 비급여 관리 종합계획 수립을 준비 중이다. 비급여 관리 종합계획에는 비급여 관리 인프라, 이용 관리 및 공급 관리, 거버넌스 측면에서 단계적으로 비급여 관리 방안을 마련하는 내용들이 포함되어 있다. 해당 종합계획이 마련되면 비급여를 더욱 체계적으로 관리할 수 있는 기반이 갖춰질 것이다. 이를 통해 비급여 관리의 혁신적 개선이 이루어지고 궁극적으로 국민 중심의 완결적 건강보장 체계가 구축될 수 있기를 기대해 본다. ■

참고문헌

- 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보.
국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험 진료비 실태조사.
- 김대환. (2017). 효율적 의료비 지출을 위한 국민 건강보험의 보장성 강화 방안. 보건복지부.
- 남인순 의원실. (2020. 10. 5.). 국정감사 보도자료. 건강보험심사평가원 제공.
- 보건복지부. (2005). 건강보험 보장성 강화방안.
- 보건복지부. (2015). 2014-2018 건강보험 중기 보장성 강화계획
- 보건복지부. (2017. 8. 9.). 모든 의학적 비급여 미용성형 등 제외, 건강보험이 보장한다! 보도자료.
- 보건복지부. (2018. 7. 2.). 건강보험 보장성 강화대책 주요 성과 및 향후 계획. 보도자료.
- 식품의약품안전처. (2020. 1. 20.). 의약품 부작용인가요? 피해구제 신청하세요! 보도자료.
- 여나금, 신현웅, 정형선, 지영건, 오수진, 이재은. (2020). 포괄적 의료보장 관리체계 실행기반 마련 연구용역. 한국보건사회연구원, 건강보험심사평가원.