

비급여, 실손보험, 그리고 올바른 의료제도의 정착을 위한 의료전달체계



서인석

대한의사협회 보험이사
bluedoc910@gmail.com

1. 대한민국 건강보험제도의 특징

대한민국 의료제도는 다른 나라와 다르게 작동하는 여러 가지 기전들이 있다. 77년 출범한 건강보험제도가 가장 빠르게 전국민 의료보험제도를 달성하였고 전 세계에서 손꼽히는 기대여명 증가, 영아사망률 감소, 5대 암 수술 성공률 등은 자랑할 만하다. 좀 더 자세히 보면 단일 공보험제도와 요양기관 당연지정제, OECD국가 최다 외래 방문 횟수, OECD국가들 중 GDP대비 낮은 의료비 지출 등은 의료제도에 관심 있는 사람

들은 누구나 잘 아는 일이다. 또한, 보충형 민간보험인 실손보험 가입자가 3천만 명이 넘으며 보통 비급여를 포함한 본인부담률의 80~90%를 대신하여 국민들의 의료비 부담을 줄이고 있다.

메르스 이후 의료전달체계가 미흡함은 사회적 관심을 갖게 되었다. 일간지 상 의료전달체제란 용어가 나오고 많은 정치인들이 이야기 할 정도로 의료전달체제는 많은 관심을 갖게 되었다. 하지만 의료전달체계가 기원한 서구 보건의료제도의 형태를 우리나라 제도에 도입하기에는 여러 어려운 점이 있다. 일차의료기관의 단골의사

의 역할이라 하면 문지기(gatekeeper)와 인두제(capitation) 기반으로 강력히 일차의료기관에서 외래환자를 관리하고 있어 이로 인해 의료기관 종별 기능도 확실하게 된다.

이와 달리 우리나라는 행위별수가제를 채택하고 있고 대다수가 전문의들이며 의료기관 선택권의 자유로움으로 인한 일차-2차-3차 의료기관 외래와 경쟁하고 있다. 의료전달체계를 무시하더라도 환자에게 패널티는 없으며 상급의료기관도 외래 수입에 의존하는 상황이다.

의료전달체계가 존재하지 않는다 해도 어색하지 않을 정도인 상황에 유일하지만 약하게 작동한 것은 가격 정책이었다. 상급의료기관으로 갈수록 종별가산 및 외래본인부담을 차등으로 '상급의료기관은 비싸다'는 부담은 있었다. 그러나 4대중증 3대비급여 급여화 정책을 통해 상급의료기관에 대한 가격장벽은 많이 낮아졌다. 거기에 3000만 이상이 가입한 실손보험으로 인해 본인부담금의 기전은 거의 작동하지 않게 되었다.

그로 인해 외래 환자를 의원급 의료기관과 상급종합병원에서 서로 경쟁하며 진료를 봐야 했으며 낮은 진찰료로 30~40명을 진료해서는 운영이 어려운 의료기관은 진료량을 늘릴 수밖에 없었다. 환자에게 병력청취, 신체검사 보다 처방, 검사 등 중심으로 진료 형태는 바뀌어 첨단기기로 검사가 가능한 상급의료기관이 좀 더 환자들에게

**상급의료기관과 경쟁하기 위해
의원급 의료기관은 좋은 인테리어에
고가 의료장비를 사야 했고
혹자는 '병원하면 의사는 늙고 은행, 의료기
회사만 돈 번다'란 말이 나올 정도였다.**

매력적이 되었다. 박리다매로 몰리는 의원급 의료기관은 고혈압, 당뇨병 등 만성질환 관리를 위한 생활행태개선 교육상담 등은 불가하였다.. 오히려 상급의료기관과 경쟁하기 위해 의원급 의료기관은 좋은 인테리어에 고가 의료장비를 사야 했고 혹자는 '병원 하면 의사는 늙고 은행, 의료회사만 돈 번다'란 말이 나올 정도였다.

2. 필수의료, 최소급여의 원칙 (이하 national minimum)

건강보험을 좀 더 세부적으로 보면 행위, 치료재료, 약제 등으로 구성되어 있으며 7개 질병군의 DRG를 제외한 나머지 행위들은 행위별수가제를 채택하고 있다. 그 중 행위, 치료재료는 네거티브 체계(비급여 목록을 제외한 나머지는 모두 급여), 약제는 포지티브 체계(급여등재된 약제를 제외한 나머지 약제는 비급여)를 채택하고 있다. 건강보험에서 보장해주지 않는 부분을 비급여라 하며 약제를 제외한 비급여는 행위 약 700여개를 포함하여 목록으로 관리된다.

이런 급여항목과 비급여 항목 모두 환자에게는 상황에 따라 모두 중요한 행위이다. 그러므로 필수의료에 대한 정의를 하긴 어려우나 건강보험의 원칙에 따라 한번 생각해 보면 생명과 직결되고, 관리하지 않으면 환자에게 병이 생기거나 생활에 장애가 되며 해당 치료가 대안적 치료 없었다면 필수의료라 할 수 있겠다. (이와 반대말을 비필수의료라 떠올릴 수 있으나 필수의료의 정의 자체가 상대적이기 때문에 반대의 개념을 설정하는 것은 부적절하다고 생각하고 보다 선택적 영역으로 보는 것이 합리적이다. 이하 선택적비급여라 칭함)

외국은 이런 필수의료에 대해서만 급여율을 주로 따지며 이런 행위는 포지티브 체계로 관리한다. 즉 선택적의료(1인실, 건보에 넣기엔 너무나 고가인 초고가항암제, 로봇수술 등)는 다양한 체계로 관리된다. 이런 영역에 보충형 민간보험이 도움이 될 수 있다. 우리나라의 단일공보험 체계에 보험종류별 차이가 없는 것에 비해 오바마케어로 유명한 ACA에서도 bronze, silver, gold, platinum으로 보험료에 따라 보장범위가 다르다. 이런 차이가 없는 우리나라에서 비슷하게 고려할 것이 민간보험일 것이다.

그럼 어디까지를 필수의료로 넣어야 할 것인가? 이를 결정하는 것이 national minimum의 개념인데 이는 그 국가의 경제적 수준에 따라 필수급여의 수준을 정하는 것이다. 예를 들어 얼마 전까지 우리나라 기준 병실 기준은 6인실이었으나 이제는 4인실까지 보험을 적용한다. 외국의 경우 외래 약제의 보험급여는 제한적이고 항생제 등에만 급여를 적용하는 경우가 많다. 미국의 다보험체계 종류 중 일반 의에게 관리를 받는 HMO형태와 전문의에게 바로 진료 받고 싶은 환자를 위한 PPO의 보험료는 다르다. 이런 보장범위 중 국가 공보험 재정 수준에 따라 지속가능성(sustainable), 지불가능성(affordable)에 따라 정해질 수 있다. 예전에 개복수술에서 복강경 수술로 급여화 범위가 확대 되었다면 앞으로는 로봇수술도 급여화가 될 수도 있는데 이의 범위가 national minimum으로 생각하면 될 것이다.

National minimum의 개념을 굳이 왜 설명하냐 하면, 공보험의 탄생과 기본 목적을 보면 이해가 쉬울 것이다. 건강보험의 출발은 영국 NHS의 베버리지 방식과 독일의 조합주의 질병 금고 방식(SHI) 등이 대표적일 것이다. 미국의

공보험체계는 medicare, medicaid와 민간보험 다보험체계는 논외로 할 것이나 이 역시도 보험료에 따라 HMO, PPO, POS등이 있다. 이런 건강보험의 종류는 재원조달방식, 심사지급체계, 급여범위-적용 등에 따라 다르지만 목적은 동일하다. ‘질병 사고 등으로 인해 사회적 낙오자가 되지 말게 하자’는 취지이며 보장률에 따라 이를 반영하는 것이 재난적 의료비(catastrophic expenditure)이다. 즉 필수의료범위가 좁게 되면 재난적 의료비 비중은 높아질 것이다.

그러나 national minimum에 맞지 않게 지나치게 선택적 의료에 급여를 확대하게 되면 공적 재원인 건강보험료의 지출의 형평성의 문제에 봉착한다. 공보험의 재원조달에 원칙 중 하나는 일반 민간보험과 달리 소득수준에 따라 보험료를 차등화하여 건강형평성을 이루려는 목적도 있다. 일반적으로 건강형평성은 경제적 수준이 낮을수록 취약한데 영국같이 본인부담금이 없는 나라에서조차 보험지출의 빈도 등을 살펴보면 경제적 수준이 높은 사람에서 더욱 많이 이용한다. 이는 당연히 가치분소득이 높거나 시간활용이 자유로운 사람에게 더 시간적 접근성이 높은 이유일 것이다. 이런 경우 선택적 의료에 무분별하게 보장률을 확대하면 공보험의 목적에 배치될 것이다. 그래서 이런 선택적 영역은 추가적인 본인부담이나 별도의 보충형 보험에서 담당하는 것이 맞다.

3. 비급여와 실손보험

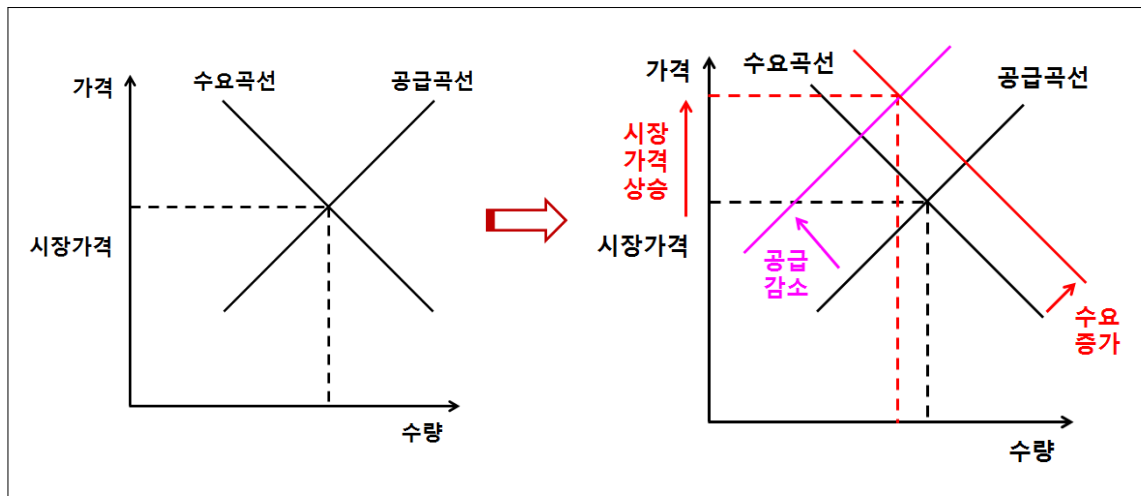
이런 비급여는 의료기관마다, 그리고 의사의 주요 행위마다 다르다. 상급의료기관에서는 보통 중증 질환과 관련된 약제, 검사, 치료 등과 관련된

비급여로 정보비대칭(information asymmetry) 환자들의 선택이 어려워 재난적 의료비에 영향을 준다. 그러나 의원급 등에서 발생하는 비급여는 환자들이 의료기관에 해당 비급여를 치료 받기 위해 방문하여 스스로 가격 등을 고려하여 판단한다. 건강증진 목적의 영양주사치료, 삶의 질과 연관된 통증 개선 목적의 도수치료, 체외충격파 등이 대표적인 예이다.

정치권을 포함한 사회 각층에서 보장률이 63%에 머물러 있는 원인을 비급여의 팽창으로 돌리고 있다. 그러나 최신의료기술이 비용효과적이지 못하므로 대부분 진입 초기에는 비급여로 들어오게 되는 건 불가피하다. 또는 건강보험 원리에 의해 오래전부터 행해진 행위라 하더라도 비용효과적이지 못하거나 안전하지만 근거수준이 부족한 행위 등은 비급여로 남을 수밖에 없다. 사회에서 요구하는 비급여와 보장률에 관한 이야기는 재난적 의료비와 연관이 있으며 이는 상급의료기관에서 발생하는 중증질환 중심의 비

급여이다. 반면 실손보험과 관련된 이슈에 등장하는 비급여는 건강증진이나 삶의 질과 연관되어 환자의 요구에 의해 행위량이 늘어날 수 있는 성격을 띠며 이런 의료소비는 가격탄력성을 띤다. 이런 현상은 실손보험에서 잘 찾아볼 수 있다. 환자의 선택적 요소가 많은 행위에서 실손보험에 의해 가격이 낮아지니 수요-공급법칙에 따라 수요량이 많아지는 건 당연하다. 이를 의료기관이나 환자의 과잉진료나 닥터쇼핑 등 도덕성으로 해결하려 하니 해결되지 않았던 것이다.

따라서 중증질환, 재난적 의료비와 연관된 비급여는 보장성 확대를 위한 급여화 정책으로 접근하고 환자의 선택이 반영되는 1인실 등 상급병실, 미용성형수술, 삶의 질과 연관된 통증치료 등은 의료기관과 시장의 자율에 맡기는 것이 타당하다. 물론 중간지점인 로봇수술이나 상대적으로 비용효과적이지 못한 고가항암제 등은 본인의 선택에 따른 부담을 고려해야 한다.



보장성 강화 의사영향高	상급종합 중증도 높음	중증도 관계 없음		중소병의원 삶의질	공보험 영역 외	시장 자율 환자결정高
	암, 희귀질환 심뇌혈관, 화상, 중증 외상 등	로봇수술 초고가항암제	1인실 민간보험청구 제증명서류 등	근골격계 통증치료 등	영양제 미용성형 성기능개선 등	

4. 의료전달체계와 실손보험

외국의 일차의료기관에는 x-ray조차 없는 곳이 많다. 의사는 청진기만으로 진료하는 경우가 많고 일차의료기관의 의사들은 병력청취, 신체 검사 등을 통해 환자와 rapport(라포르)를 만들어 간다. 동네의사는 환자 본인 뿐 아니라 가족 전체를 알고 큰 병에 걸렸을 때 내비게이터 역할을 한다. 의원에서는 외래, 중증질환-수술 입원 등을 해야 하는 경우에는 종합병원으로 가는 선택과 집중이 이루어진다. 그러나 전술한 이유처럼 대한민국에 전무한 의료전달체계에 더욱 악영향을 실손보험으로 인해 가벼운 질환에도 상급의료기관으로 가기 쉬운 의료전달체계를 악화시킨다. 또한 환자들은 두통 등 조금 기다려볼 수 있는 질환에도 CT, MRI 등 고가 의료장비로 검사를 하는 것에 익숙하여 의원에서 의사의 진찰 행위에 대해 덜 값어치 있게 느끼게 된다. 즉 진료의 본연에 가치보다 검사, 고가장비 등이 더 고급스러운 정밀한 진료처럼 느껴 비교적 난이도가 낮은 질환에도 높은 비용을 들이게 된다. 이런 요소가 실손보험만의 영향은 아니지만 실손보험이 영향을 주는 것은 분명하다. 또한 과거

척추관절질환에서 조금 기다려보던 환자들이 실손보험이 가입되어 있으니 통증에 고생하며 굳이 기다리지 않고 바로 수술을 결정하게 되는 것도 의원급 의료기관의 진료행태에 영향을 주게 된다. 이는 결국 사회적으로 비판받을 요소로 작용하여 의료기관은 의료윤리적으로 공격받는다. 프랑스를 제외하고 선진국에서 본인 부담금을 실손보험으로 보장하는 나라는 거의 없으며 이런 법정본인부담금까지 보장해 줌으로서 '실손보험으로 인해 공보험 재정이 누수된다'라는 비판에서 자유로울 수 없다. 보장률이 63%대에 머물러 있는 대한민국 현실에서 이런 목표는 현실과 너무 거리가 멀 수 있겠지만 장기적으로 필수 의료 영역의 재난적 의료비에 영향 줄 수 있는 비급여는 급여권으로, 보충형 민간보험인 실손보험은 본연의 영역인 선택적 의료 중 비급여 영역 중심으로 보장하는 것이 타당하다.

5. 사회환경적 요소

최근 '의료분쟁 조정 자동개시' 이후 분쟁 조정 건수가 늘어났다고 한다. 이로 인해 중증환자에 대한 의료기관의 부담은 늘어났다는 이야기가



많다. 따라서 사망가능성이 높은 환자는 피할 수도 있지만 분쟁소송 시 자신을 보호하고자 방어진료를 위한 검사를 많이 하게 될 것이다. 외국은 의료분쟁 시 병원급 의료기관 의사가 공무원인 국가에서 대부분을 책임지거나 고의적 중과실이 없는 한 의사에게 형사상 책임을 묻지 않으나 우리나라는 의사개인에게 지워지는 법적 책임이 크기 때문에 방어진료를 할 수밖에 없다. 상황은 다르지만 유사한 현상이 환자에게도 발생한다. 비급여를 포함한 본인부담금에 대한 부담이 적을수록 그냥 CT만 찍어도 되는 경우에도 MRI를 원하기도 한다. 정밀검사를 한다고 잘못된 건 아니지만 환자의 경제적 여력에 따라 의사의 판단에 환자의 주장이 영향을 많이 주게 된다. 이런 현상에, 실손보험 가입유무는 중요한 요소가 될 것이다.

또 비급여 정보공개 역시 고민해봐야 한다. 이미 오래전부터 비급여의 가격고지는 의료기관 내에 비치해야 하며 홈페이지가 있는 경우 고지해야 한다. 그러나 최근 병원급 이상 의료기관에 비급여 조사에 관한 의료법으로 자료 제출 의무도 생겼다. 그러나 정보의 홍수 속에 정보가 올바른 의사결정에 도움이 되면 좋으나 그렇지 못한 경우도 있다. A라는 의료기관에서 행하는 X라는 의료행위가 B라는 의료기관에서도 X라 불리어나 실제 세부행위는 다를 수 있다. 대표적인 게 도수치료인데 도수치료는 크게 카이로프랙틱(chiropractic), 정골요법(osteopathy), 정형도수치료(orthopedic manual therapy) 등으로 나뉘는데 카이로프랙틱, 정골요법은 외국에서 6년 이상 대학에서 배우는 학문이며 해당 테크닉은 다양하다. 그런 다양한 테크닉을 ‘도수치료’

우리나라는 의사개인에게 지워지는 법적 책임이 크기 때문에 방어진료를 할 수밖에 없다. 상황은 다르지만 유사한 현상이 환자에게도 발생한다. 비급여를 포함한 본인부담금에 대한 부담이 적을수록 그냥 CT만 찍어도 되는 경우에도 MRI를 원하기도 한다.

라고 하면 그 시간, 정도, 자원 등이 다름에도 불구하고 ‘도수치료’의 가격은 기관마다 천차만별이고 이 선택은 좋은 정보가 되지 못한다. 다른 예로 2013년 급여화 된 초음파 분류체계의 개선 요구로 2015년부터 15개월간 100인 이상의 학회 교수님들이 참여하여 새로 개편하였다. 우리 주변에 흔하게 쓰이는 초음파 분류체계를 짜는데에도 이렇게 오랜 시간이 걸렸으며 시간과 노력이 필요하다. 어떤 행위의 가격을 고지하기 전에 필요한 것은 세부 행위정가가 명확해져야 하며 이는 의학적 합의(consensus)가 이루어져야 한다. 이런 노력을 모든 행위에 동시에 할 수 없으므로 검토대상 우선순위는 위에서 언급한 필수의료 중심으로 먼저 이루어져야 한다.

6. 결론

비급여에 대한 사회적 관심은 최근 높아졌고 아마도 앞으로도 갈수록 더 요구도는 커질 것이다. 실손보험 3천만 가입시대에 위에 말한 여러 가지 현상은 이와 복합적으로 작동할 것이다. 비급여를 상황에 따라 구분해야 하며 그에 따라 대응방법은 달라질 것이다.

우선 필수의료에 남아 있는 비급여는 건보지

불능력에 따라 급여화 해야 하며 기존 관행 같은 저수가가 아닌 가치기반(value-based)의 가격산정이 필요하다. 급여기준 초과에 의한 의학적 비급여는 급여기준 개선을 통해 해결해야 한다. 선택적비급여는 본인의 선택에 따른 부담을 부과해야 하며 시장 자율적 요소를 반영해야 한다. 비의학적 비급여(1인실, 민간보험 청구를 위한 제증명 비용 등)는 가격고지하고 그 이외 건강증진영역이나 공보험관리체계 이외 영역(미용성형, 성기능개선, 영양제 등)은 가이드라인으로 자유시장 경쟁 체계에서 의료단체의 자율적 관리감독으로 충분할 것이다.

보충형 보험에서 본인부담금에 영향을 주는 건 건강보험 재정과 정책에도 영향을 주므로 실손보험에서 부담해주고 있는 건강보험 본인부담금은 장기적으로 제외하는 검토가 필요하다. 또 비급여의 급여화에 따른 민간보험사의 반사이득

도 공보험-사보험 관계에 따라 고민해봐야 한다. 본인부담금이 의료기관 선택 및 의료전달체계 확립에 큰 영향을 주지 못하므로 의료전달체계를 벗어나 진료하는 국민에게 책임을 부여해야 하며 일차의료기관을 이용하는 국민에게 인센티브를 주어야 한다.

장기적으로는 한정된 재원 하에 의료라는 특성상 무한한 욕구가 있는 서비스의 특징을 이해하고 선택에 따른 다양한 형태의 의료선택권을 주는 것이 의료기술도 발전시키고, 질병으로 부터 재난적 의료비에서 국민들을 보호하고 국민들의 알권리도 보장하면서 전문가로서의 의료인들이 자긍심을 가지고 최선의 진료를 할 수 있을 것이다. 이런 복잡하지만 하나하나의 문제가 해결된다면 환자-의사가 지금보다 행복하고 서로 더욱 신뢰할 수 있는 제도를 만들 수 있을 것으로 기대한다.