

# 건강보험 비급여의 이해

삼성생명보험 주식회사

문기태, MD, PhD

## Understanding of National Health Insurance Non-benefit

Samsung Life Insurance Company

Kitae Moon, MD, PhD

### ABSTRACT

All Korean people are eligible for National Health Insurance(NHI). But large non-coverage of NHI is a big problem. The origin of this problem is from medical fee schedules. NHI calculate all hospital income including insurance medical practice, non-insurance medical practice and non-medical income(i.e. a funeral hall, a parking lot, stores in hospital)

**Key words : insurance coverage, National Health Insurance, Non-benefit, arbitrary medical cost**

### 서론

우리나라는 1977년 처음 건강보험제도를 도입한 이후 12년 만인 1989년 전국민 의료보험을 달성하게 되었다<sup>(1)</sup>. 2%정도에 해당하는 의료급여를 제외한 98%의 국민은 건강보험 가입자인데, 의료급여도 건강보험에서 함께 관리하므로 사실상 우리나라 모든 국민은 건강보험가입자라고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 진료를 받은 후 실제로 내는 본인부담금은 37%에 달한다. OECD 평균은 약 20%이다. 그래서 의료보험이 아니라 의료할인제도라는 비아냥을 듣기도 한다. 이처럼 본인부담이 높은 이유는 비급여가 많기 때문이라는 사실은 널리 알려져 있다. 그러나 왜 우리나라에는 유독 비급여가 많고 이를 줄이는 것이 어려운 것인지에 대해 살펴보고자 한다.

### 본론

건강보험 비급여는 법정비급여와 임의비급여로 나눌 수 있다. 법정비급여라고 하는 것은 법으로 정해 놓은 비급여라는 뜻으로 positive list 방식으로 정해져 있는 비급여이다. 법정 비급여 이외의 비급여는 임의 비급여라고 부른다. 법으로 정한 바가 없다는 뜻이다. 그럼 임의 비급여는 위법인가? 위법인 부분도 있고 아닌 부분도 있다. 비급여는 왜 발생하게 되었는가? 근본적인 원인은 법과 현실적용사이의 괴리에 있다. 국민건강보험법에서는 네가티브 방식으로 보험 급여를 정의한다. 그러나 실제 적용에서는 요양급여수가항목에 있는 항목만 적용하는 포지티브 방식으로 운영되고 있다(Table 1).

접수 : 2014년 12월 23일 게재승인 : 2014년 12월 30일  
교신저자 : 문기태 (tubemed@hanmail.net)

Table 1. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제8조(요양급여의 범위 등) ①법 제41조제2항에 따른 요양급여의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다. <개정 2006.12.29, 2012.8.31>  
1. 법 제41조제1항 각 호의 요양급여(약제를 외한다) : 제9조에 따른 비급여대상을 제외한 일체의 것

법으로는 의학적으로 불필요하다고 생각되는 미용수술, 코끝이 수술과 같은 일부를 제외한 모든 의료에 대해 보장해 주는 것처럼 되어 있지만 실제로는 항암제도 보장에서 제외되는 등 급여리스트에 등재되지 않은 의료에 대해서는 급여하지 않고 있다. 비급여의 발생원인을 더 정확히 알아보기 위해 비급여를 분류해 볼 필요가 있다. 발생기전에 따라 다음과 같이 비급여를 분류할 수 있다. (Table 2)

Table 2. 비급여의 분류(이옥희 등, 2012)<sup>(2)</sup>

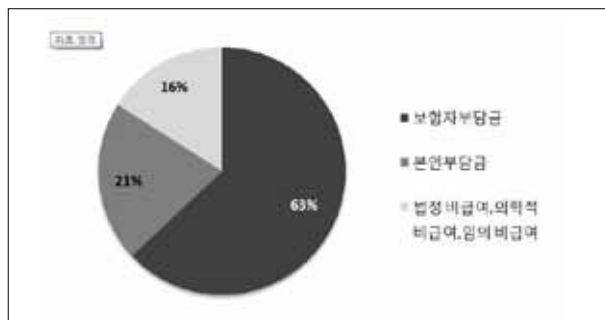
유형	정의	발생기전
항목외 임의비급여	급여 비급여 목록에 등재되어 있지 않은 행위 및 치료재료에 대한 비용 징수	주로 신기술 도입과정에서 발생
급여기준 초과	급여기준초과시 별도로 비급여가 명시되지 않은 부분을 비급여로 징수	의학적으로 급여기준이 마련되지 못하거나 재정의 한계로 급여기준이 이에 미치지 못해 발생
별도산정 불가	약제 치료재료비용이 행위로 포함되어 있는 것을 별도로 비용징수	치료재료 및 약제. 의료행위에 수반되는 각종 기자재들의 발전과 고가화에 따라 발생
허가사항 초과	식약처의 허가범위를 초과하여 사용한 약제 치료재료의 비용징수	신규약제 및 치료재료에 대한 축적속에서 적용대상의 확대를 급여기준이 따라가지 못해 발생
심사삭감	심사삭감을 우려하여 급여기준에 해당하는 항목에 대한 비용징수	과도한 삭감에 대한 의료공급자의 자기방어적 기전으로 발생

보통 비급여에 대한 논의를 할 때 건강보험 심사에 대해 잘 알지 못하는 경우는 첫번째 항목의 비급여만을 떠올리게 된다. 그러나 이러한 형태의 비급여는 많지 않으며 다른 형태의 비급여가 더 많다. 심사기준초과나 급여를 비급여로 받는 형태 등이다. 그러므로 같은 의료행위를 하더라도 상황에 따라 급여가 될 수도 있고, 비급여가 될 수도 있다. 예를 들어 위궤양 치료제로 많이 사용되는 PPI(프로톤 펌프 억제제)의 경우 위궤양 또는 십이지장이 있는 경우에만 급여로 인정한다. 단순 속쓰림으로 처방했을 경우에는 비급여가 된다. 이런 경우를 급여기준 초과라고 할 수 있다.

허가사항 초과는 항암제를 예로 들 수 있다. 약은 안전성, 유효성에 대해 식품의약품안전처로부터 허가를 받아야 사용할 수 있다. 위암에 대한 치료제로 허가받은 약은 말 그대로 위암에 대해서만 유효성이 입증된 약이다. 이 약을 폐암 환자에게 사용하였다면 허가사항 초과가 된다. 실제 병원에서 의사가 폐암환자에게 기존의 약을 다 써보고도 효과가 없으면 다른 항암제의 사용을 고려해 보는데 이는 외국의 논문 등 근거로 하여 사용하게 된다. 또는 외국에는 이미 폐암치료제로 승인을 받았지만 아직 우리나라 식약처에 승인을 받지 않은 경우가 있다. 식약처 승인을 위해서는 비용이 많이 든다. 우리나라 환자를 대상으로 한 연구 결과가 있어야 하는데 임상시험에는 적지 않은 비용이 들기 때문이다. 따라서 수요가 많지 않은 적응증에 대해서는 제약사에서 굳이 비용을 들여서 식약처 승인을 받지 않으려 하기 때문이다.

마지막은 가장 설명하기 어려운 이유인데 병원에서 심평원의 삭감이 우려되어 비급여로 처리하는 경우이다. 이는 심평원의 기준에 대한 불신이나 정보부족 등에 의해서 발생한다. 성모병원 사건에서도 정당한 비급여로 인정되지 않은 부분이다.

Fig 1. 건강보험 진료비의 구성



전체 진료비가 100만원이었다면 건강보험공단에서 63만원을 지급하고 본인부담금으로 37만원을 병원에 지불한다. 이중 16만원이 비급여 진료비이다. 비급여 진료비에는 법으로 정한 비급여가 있는데 이를 법정 비급여라고 하고 나머지는 병원에서 정하는 비급여이다. 따라서 법정비급여는 모든 병원이 동일한 가격을 받고 있지만 나머지 비급여는 병원별로 가격이 다르다. 보통 병원 진료비에 대해 느끼는 혼란은 법정 비급여를 제외한 나머지 비급여에 의한다. 법정비급여 이외

에 별도로 비급여를 받는 부분에 대해서는 논란이 많았다. 병원의 불법적인 행위라는 의견과 환자를 치료하기 위해 필수 불가결한 행위라는 의견이었다. 결국 이 문제는 법정에서 가려지게 되었는데 이를 재판한 사건이 소위 '성모병원 백혈병 환자 비급여 소송'이다.

성모병원 사건은 이 병원에서 백혈병 치료를 받은 환자들 이 이 병원에서 받은 치료비를 조사해 달라고 보건복지부에 요청하였고 보건복지부는 건강보험심사평가원을 통해 진료비를 조사하였다. 결과 건강보험심사평가원은 임의비급여 부분에 대한 환수조치가 내려졌고 뒤이어 보건복지부는 건강보험심사평가원의 조사자료를 근거로 행정처분을 하였다. 당시 건강보험심사평가원은 임의비급여를 전부 위법하다고 판단한 것이다. 그러나 대법원의 최종판결은 임의비급여의 일부분은 의학적으로 필요하였으므로 적법하다고 판결하였다<sup>4)</sup>. 이후로 의학적으로 필요한 임의 비급여를 "의학적비급여"와 "임의비급여"로 나누게 되었다. 의학적 비급여는 인정비급여라고도 부르는데 합법적이라는 뜻이고 임의비급여는 합법이 아니라는 뜻이다. 그러나 어디까지가 의학적 비급여 인지는 명확하지 않은 부분이 있어서 아직도 일선 병원에서는 보험금 청구에 어려운 점이 있다.

Table 3. 여의도성모병원 사건

<p>2006년 백혈병환자들과 유족들이 심평원에 진료비 확인신청을 집단 제기하면서 임의비급여 논란이 촉발됐다.</p> <p>복지부는 같은 해 12월 현지조사(심사평가원)를 통해 여의도성모병원이 임의비급여 등으로 본인부담금을 과다징수한 사실을 적발했다. 환수대상 진료비는 건강보험 19억여원, 의료급여 약 9억원을 합해 28억여원에 달했다.</p> <p>복지부는 이 환수금액에 기반해 업무정지일수를 산정했고 이를 같음해 건강보험 과징금 96억여원, 의료급여 과징금 44억여원 합해 141억여원의 과징금(환수액의 최대 5배)을 부과했다. 169억원(환수금+과징금) 규모의 초대형 소송이 제기된 배경이다. 재판결과 여의도성모병원은 1~2심에서 모두 승소했다. 심평원 삭감을 우려해 급여사항을 비급여로 환자에게 부당징수한 10억여원(건강보험+의료급여)을 제외한 임의비급여 10억여원, 선택진료비 부당징수 7억여원 등 나머지 약 18억원에 대한 취소 판결을 받은 것이다.</p>
--

Table 4. 성모병원 비급여 유형별 판결<sup>4)</sup>

<p>① 급여기준 위반 의약품 비용 징수 유형(일명 임의비급여) - 총37개 항목                  예) 카디옥산 주 : 허가사항 및 건강보험 급여대상은 유방암환자의 심장독성 방지임에도 백혈병 환자에게 투여하고 비용도 전액 환자부담으로 하였다. 행위유형 ①, ②의 경우 성모병원의 행위는 위법하나, 이 사건은 급여기준 및 행위수가를 위반한 행위의 의미에 대한 설명, 동의, 의학적 타당성이 인정되는 경우로서 '사위 기타 부당한 방법'에 대하여 예외적으로 보아야 하므로 이를 제재하는 것은 위법하다.</p>
<p>② 별도 산정불가 치료재료 등의 비용별도 징수 유형 - 총32개 항목                  예) 골수천자생검바늘(needle-bone marrow biopsy): 본래 척추성형수술용 바늘로서 백혈병 등 질환의 검사방법인 골수천자생검 시 행위수가에 포함되어 있어 치료재료인 바늘 비용을 별도로 징수하지 못하도록 되어 있음에도 1회용으로 사용한 후 검사행위에 대한 비용과 더불어 치료재료 비용을 징수하였다. 치료 행위수가에 이미 반영되어 별도 징수가 불가한 치료대를 별도로 청구한 경우와 식품의약품안전청장이 허가한 용법·용량을 초과</p>

<p>하여 투여된 의약품비청구 등 법령이 정한 진료방법과 범위를 초과하거나 열거되지 않은 진료방법에 의한 것은 진료비를 환불해야 한다 (2007구합 19614).</p> <p>별도산정 불가 항목일지라도, 치료에 불가피하게 특정 치료재료를 사용하고, 저가의 대체 치료재료가 존재한다고 보기 어려운 경우에는 진료비를 인정해주어야 하며, 고난이도의 시술에 필요하여 사용한 허가범위 초과에 대해서도 요양급여로 인정해주어야 한다(2005구합27925).</p>
<p>③ 기준금액 이상 징수 유형 의약품, 치료재료, 방사선치료, 전혈·혈액성분 제제, 주사, 검사비용 합계 614,848,913원 정당하고 불가피한 사유로 요양급여기준을 초과하게 된 것을 요양기관이 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료 등으로 소명하면 초과된 부분도 보전할 수 있다. 이러한 절차적 불편과 진료비 삭감 우려 때문에 성모병원은 일단 환자로부터 진료비 전액을 징수하였다. 행위유형 ③의 경우 성모병원의 위법한 행위에 대한 제재는 불가피하다.</p>
<p>④ 선택진료비 징수 유형 총 622,096,256원(사실상 모든 환자) 주진료과에 관해서만 선택 진료를 신청 받고, 그 외 진료지원과에 관하여는 주진료과 선택의사에게 포괄 위임하도록 한 다음, 주진료과 뿐 만 아니라 진료지원과에 대하여도 선택 진료비용을 본인부담금으로 징수하였다. ④의 경우 선택 진료에 관한 규칙이 의료계의 현실을 반영하지 않은 부당한 것으로, 이후 이러한 반성적 고려에서 위 규칙이 개정된 것으로 볼 때, 성모병원의 행위에 대하여 제재를 하는 것은 위법하다.</p>

외국의 경우 비급여는 거의 존재하지 않는데 우리나라에서 유독 비급여의 비중이 높은 것은 이미 알려진대로 낮은 보험수가에 있다. 그럼 왜 이렇게 우리나라의 보험수가는 낮은 것일까? 이는 보험수가의 결정방식에서 원인을 찾아볼 수 있다. 정부는 보험 수가를 정하기 위해 병의원의 원가에 대한 연구를 시행한 바 있다.

이때 원가를 정하는 방법은 세 가지가 있다. 첫째는 보험수지 중립으로 보험진료만으로 원가를 100%에 맞추는 방법이다. 둘째는 의료수지 중립으로 보험진료와 비급여 진료를 합하여 원가를 100%에 맞추는 방법이다. 마지막은 경영수지 중립으로 병원에서 이루어 지는 모든 수익활동 즉 의료행위뿐 아니라 장례식당, 주차장, 편의점 등의 수익을 모두 합해서 100%에 맞추는 방법이다.

현재 우리나라의 수가는 마지막인 경영수지 중립에 의해 정해진다. 따라서 병의원은 수익을 내기 위해 보험부문에서는 진료량을 늘린다. 병원 지출에서 고정비용의 비중이 크기 때문에 진료량을 늘리면 수익이 늘어난다. 두번째는 비급여의 비중을 늘린다. 비급여 치료를 확대하거나 새로운 비급여를 창출하는 방법으로 수익을 증대한다. 세번째는 장례식당을 고급화하고 병원내에 내원객들이 이용할 수 있는 식당과 카페 등을 늘려 의료의 수익을 극대화하려는 전략을 세우게 된 것이다. 그렇다고 해서 병원의 전략이 옳다는 것은 아니다. 낮은 수가를 올리려는 정공법을 택하기 보다 다른 방법으로 수익을 늘리려는 편법적인 대응이라고 볼 수 있다.

외국의 경우는 어떤지 살펴보도록 하자. 일본의 경우에는 ‘혼합진료 금지의 원칙’이 있다. 여기서 혼합진료는 급여와 비급여를 혼합해서 진료한다는 뜻이다. 우리나라의 경우 단순 감기 진료를 제외한 대부분의 진료행위가 이에 해당할 것이

다. 일본에서는 진료행위 중 하나의 비급여가 있으면 모든 진료비가 비급여로 처리된다. 따라서 비급여 진료를 하나라도 받고 싶으면 모든 진료비를 본인부담으로 하여야 하므로 보통 사람들은 선택하기가 어렵다. 물론 예외사항도 있는데 신의료기술로 등록된 행위에 대해서는 비급여진료를 병행해서 받을 수 있다. 미국의 경우에는 의사의 판단하에 비급여 진료를 할 수 있는데, 대부분의 경우 급여로 인정되므로 실제 비급여가 거의 없다<sup>5)</sup>.

**결론**

우리나라도 비급여를 없애고 OECD 수준의 보장성을 달성하는 방법은 없을까? 일단 심사 기준을 정비하고 법정 비급여로 되어 있는 선택진료료, 초음파, MRI(MRI는 일부만 급여된다)와 같은 항목을 급여로 전환해야 한다. 그리고 임의 비급여가 생기지 않도록 비급여에 대한 조사를 강화해야 한다. 그러나 비급여에 대한 통제를 하려면 보험수가 인상이 전제되어야 한다. 우리나라의 보험 수가는 비급여로 버는 수입을 고려해서 만들어졌으므로 비급여를 급여로 전환할 때 발생하는 수입감소를 급여 수가 인상으로 보전해야한다.

이를 시행하기 위해서는 재정문제를 언급하지 않을 수 없는데 가장 간단히 생각할 수 있는 것은 보험료의 인상이다. 보험료가 인상되는 만큼 본인부담이 줄어들기 때문에 국민들에게 손해가 가는 것이 아니다. 그러나 보험료는 모든 국민이 내지만 그 혜택은 질병이 있는 사람만 보는 것이므로 지금까지의 경험으로 볼 때 보험료 인상은 쉽지 않다. 보험료 인상이 어려울 경우 사용할 수 있는 방법은 본인부담율의 인상이다. 현재 입원의 경우 20%의 본인부담을 30%정도로 인상하면 필요한 재원을 마련할 수 있다. 그리고 외래의 경우에도 본인부담을 인상해야 한다. 특히 경증소액진료에 대해서는 본인부담을 높여야 한다. 이 방법도 쉽지는 않겠지만 보험료 인상없이 비급여를 줄이는 대안이 될 수 있다. 이후에 보험료를 인상하는 만큼 본인부담률을 줄인다면 보험료인상에 대한 국민들의 불신과 불만을 해소하기는 지금보다 쉬울 것이다.

**REFERENCES**

- (1) 보건복지부 홈페이지. www.mw.go.kr
- (2) 이옥희 등. 건강보험 보장성강화 이후 진료비 구성변화. 건강보험정책연구원. 2012
- (3) 데일리팜. 성모병원 일했다... 임의비급여 제한적허용. 2012.6.19 <http://www.dreamdrug.com/Users/News/SendNewsPrint.html?mode=print&ID=158169>
- (4) 김계현 등. 본인이 동의하에 직접부담하는 진료행위(임의비급여)를 사회보험체계에서 적용하는 방법에 관한 연구. 대한의사협회지 2011;54(3):332-41
- (5) 김계현 등. 보험급여가 되지 않는 진료행위 인정방안 연구. 의료정책연구소. 2011.3