

연구보고서 2007-08

비급여 진료비 실태와 관리 방안

최 영 순
김 정 희
이 호 용
한 준 태



국민건강보험공단
National Health Insurance Corporation

머 리 말

현재 우리나라 건강보험 제도에서는 진료 중에 발생하는 본인부담 수준이 높음은 주지의 사실이다. 본인부담 수준과 밀접하게 관련된 요인은 법정 본인부담과 비급여 본인부담 수준이다. 의료소비자인 국민의 도덕적 해이를 방지하고 건강보험 재정을 고려하여 법령으로 규정한 법정본인부담 수준은 OECD국가와 비교할 때 아주 높다고는 할 수 없다. 반면 법에 명시된 법정비급여와 그 반대 성격인 임의비급여로 구분되는 비급여 진료로 인해 발생하는 본인부담으로 인한 국민의 의료비 부담은 점차 증가하고 있다.

법정비급여의 경우에는 예방목적의 진료와 건강보험 재정을 고려하여 비급여한 일부 항목에 대해서 본인부담이 크다는 논란이 지속적으로 제기되어, 현재 건강보험 급여 확대에 대한 논의가 필요하다고 판단되는 일부를 제외하고는 법정비급여에 대해서는 일정정도 사회적 합의가 도출된 사항이라고 할 수 있다. 그러나 임의비급여는 그 항목, 내용과 본인부담의 크기에 대해 전혀 알려진 바 없고 국가 차원의 관리체계가 마련되어 있지 않아 의료제공자는 의학적 판단에 따라서 진료를 시행하고 임의로 수가를 산정하게 되므로 이로 인한 본인부담 수준이 높아 국민의 의료 이용을 저해하는 요인으로 작용하고 있다.

본 연구는 우리나라와 외국의 비급여 진료 실태를 알아보고, 환자 및 요양기관 실무자와 건강보험 전문가의 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도를 알아보고, 급여화가 필요한 항목과 재정보호에 대한 의견을 파악하여 비급여 진료비 관리 방안 마련을 위한 기초 자료로 제공하고자 하는 목적으로 시도 되었다.

비급여 진료비 관리 방안 마련을 위해서 시도한 본 연구의 구체적인 방법으로는, 먼저 우리나라와 외국의 급여 범위와 결정체계 및 비급여 진료 실태를 검토하여 차이점과 시사점을 알아보고자 하였다. 두번째는 공단의 『본인부담 진료비 실태조사』 자료와 급여자료를 이용하여 우리나라의 비급여 진료비 규모를 추계하였다. 세번째로는 『본인부담 진료비 실태조사』 입원환자 자료에서 비급여 진료비를 부담한 환자대상 설문을 통해서 비급여 진료비에 대한 인지경로, 부담정도, 민간보험 경험, 급여화가 필요한 비급여 항목과 재정확보 방안에 대해 알아보았다. 네번째는 요양기관 실무자들이 인식한 임의비급여 진료에 대한 설명의 필요성, 병원과 환자의 부담정도, 급여확대가 필요한 비급여 대상, 건강보험 급여요구와 재정확보 방안에 대해 파악해보았다. 다섯째는 시급하게 급여화가 필요한 법정비급여 항목에 대한 기존의 연구 결과들을 검토하고 우선순위를 설정하여 급여화 방안에 대해 정리하고자 하였다. 마지막으로는 연구 과정을 거쳐 도출된 결론 및 시사점을 정리하여 비급여 진료비 관리 방안을 제시하는 것으로 연구보고서를 구성하였다.

본 연구는 전반적인 비급여 진료 실태의 기술과 의료소비자와 의료제공자 측의 주관적 인식을 알아보고자한 연구이므로 구체적인 비급여 항목별 접근에는 한계가 있었다. 본 연구 결과를 토대로 구체적인 대상 및 항목별로 구체화한 후속 연구가 진행되기를 기대한다.

끝으로 본 보고서의 내용은 연구진의 개인적인 의견으로 공단차원의 공식적인 견해가 아님을 밝힌다.

2007년 12月

國民健康保險公團 理事長 李 在 庸

健康保險研究院 院 長 姜 岩 求

목 차

요 약	1
I. 서 론	13
1. 연구의 배경	13
2. 연구의 목적	15
3. 연구의 틀	16
II. 국·내외 급여의 범위와 결정체계	17
1. 우리나라 급여 범위와 결정체계	17
2. 독일 급여 범위와 결정체계	38
3. 프랑스 급여 범위와 결정체계	53
4. 일본 급여 범위와 결정체계	65
III. 비급여 진료비의 규모	77
1. 비급여 진료의 범위	77
2. 비급여 진료비의 규모 추정 방법	78
3. 요양기관 종별 비급여 진료비	82

IV. 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도	95
1. 비급여 진료비에 대한 환자의 인식 및 태도	95
2. 임의비급여 진료비에 대한 실무자의 인식 및 태도	136
3. 법정비급여 진료에 대한 전문가의 인식 및 태도	151
V. 비급여 진료비 관리방안	163
1. 법정비급여 진료비	164
2. 임의비급여 진료비	168
VI. 결론 및 제언	175
1. 국내·외 비급여 진료 실태	175
2. 우리나라 비급여 진료비 규모	177
3. 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도	179
4. 본 연구의 제한점	181
5. 비급여 진료비 관리를 위한 제언	182
참고문헌	185
부록 : 설문지	189

- 표 차례 -

<표 II-1> 급여 및 비급여에 대한 결정 기준	20
<표 II-2> 요양기관 종별 본인부담액	28
<표 II-3> 본인부담	29
<표 II-4> 독일 연방공동협의회(G-BA) 전체 지침	53
<표 II-5> 프랑스의 장기질환(ALD 30) 목록	61
<표 II-6> 일본 보험 진료와 보험외 진료 원칙	74
<표 II-7> 일본 의약품에 관련된 보험 진료와 보험 외 진료	75
<표 III-1> 비급여 유형별 포함여부	78
<표 III-2> 2004년 요양기관 종별 급여비	80
<표 III-3> 2005년 요양기관 종별 급여비	80
<표 III-4> 요양기관 종별 2004년과 2005년의 보장률	81
<표 III-5> 요양기관 종별 비급여 진료비 규모	82
<표 III-6> 항목별 비급여 진료비(진료형태 : 계)	88
<표 III-7> 2004 항목별 비급여 진료비(진료형태 : 입원)	90
<표 III-8> 2004 항목별 비급여 진료비(진료형태 : 외래)	92
<표 IV-1> 인구분포별 조사 대상 할당비율	96
<표 IV-2> 대상자의 일반적 특성	99
<표 IV-3> 대상자의 요양기관 및 진료 관련 특성	101
<표 IV-4> 대상자의 보험 및 진료비 관련 특성	103
<표 IV-5> 일반적 특성에 따른 본인부담 진료비	105
<표 IV-6> 요양기관 및 진료 내용에 따른 본인부담 진료비	109

<표 IV-7> 보험 및 진료비에 따른 본인부담 진료비	112
<표 IV-8> 일반적 특성에 따른 본인부담 진료비 부담	115
<표 IV-9> 요양기관 및 진료 내용에 따른 본인부담 진료비 부담	119
<표 IV-10> 보험 및 진료비 특성에 따른 본인부담 진료비 부담	121
<표 IV-11> 일반적 특성에 따른 비급여 진료비 부담	128
<표 IV-12> 요양기관 및 진료 내용에 따른 비급여 진료비 부담	131
<표 IV-13> 보험 및 진료비에 따른 비급여 진료비 부담	132
<표 IV-14> 급여화가 필요한 비급여 항목	134
<표 IV-15> 요양기관 종별 지역분포	137
<표 IV-16> 지역별 비례할당 비율	137
<표 IV-17> 조사 대상자의 특성	140
<표 IV-18> 지침초과 비급여 진료비 관리 방안	146
<표 IV-19> 산정불가 비급여 진료비 관리 방안	148
<표 IV-20> 비급여 항목 건강보험 적용 관련 보험료	151
<표 IV-21> 선행연구의 급여 확대 요구 항목	153
<표 IV-22> 공단의 급여 확대 논의 항목	154
<표 IV-23> 급여확대 항목별 보험적용 대상	157
<표 IV-24> 각 안별 급여 확대 대상항목	158
<표 IV-25> 급여 확대 우선순위 선정을 위한 가치기준	160
<표 IV-26> 가치점수 및 기준에 의한 대상 항목의 우선순위	161

- 그림 차례 -

【그림 I -1】 연구의 틀	16
【그림 II-1】 우리나라 급여 결정 과정	37
【그림 II-2】 프랑스 급여목록 등재 과정	65
【그림 II-3】 일본 중앙사회보험의료협의회	73
【그림 III-1】 비급여 진료비의 진료형태별 분포	86
【그림 III-2】 연도별 진료형태별 비급여 진료비	86
【그림 III-3】 요양기관 종별 비급여 진료비 추이	87
【그림 III-5】 항목별 비급여 진료비(계)	93
【그림 III-6】 항목별 비급여 진료비(임원)	93
【그림 III-7】 항목별 비급여 진료비(외래)	94
【그림 IV-1】 연령에 따른 본인부담 진료비	106
【그림 IV-2】 요양기관 소재 지역에 따른 본인부담 진료비	108
【그림 IV-3】 설립구분에 따른 본인부담 진료비	110
【그림 IV-4】 병상수에 따른 본인부담 진료비	110
【그림 IV-5】 진료과에 따른 본인부담 진료비	111
【그림 IV-6】 민간보험 실손액 보상에 따른 본인부담 진료비	113
【그림 IV-7】 연령에 따른 본인부담 진료비 부담	116
【그림 IV-8】 직업에 따른 본인부담 진료비 부담	116
【그림 IV-9】 월 소득에 따른 본인부담 진료비 부담	117
【그림 IV-10】 가족수에 따른 본인부담 진료비 부담	117
【그림 IV-11】 진료계열에 따른 본인부담 진료비 부담	118

【그림 IV-12】	민간보험 가입에 따른 본인부담 진료비 부담	122
【그림 IV-13】	민간보험 실손액 보상에 따른 본인부담 진료비 부담 ..	122
【그림 IV-14】	비급여 내용 및 진료비 인지	123
【그림 IV-15】	요양기관 이외 비급여 진료비 인지 경로	124
【그림 IV-16】	비급여 진료비 설명 시점	125
【그림 IV-17】	비급여 진료비 설명 담당	125
【그림 IV-18】	비급여 진료 설명의 구체성	126
【그림 IV-19】	연령에 따른 비급여 진료비 부담	129
【그림 IV-20】	가족수에 따른 비급여 진료비 부담	129
【그림 IV-21】	진료과에 따른 비급여 진료비 부담	130
【그림 IV-22】	비급여 진료 항목의 건강보험 적용	135
【그림 IV-23】	비급여 진료의 건강보험 적용에 따른 보험료	136
【그림 IV-24】	비급여 진료비 설명의 필요성	141
【그림 IV-25】	요양기관의 비급여 진료비 설명	142
【그림 IV-26】	비급여 진료비 설명 담당	142
【그림 IV-27】	비급여 진료비 설명 후 확인서	143
【그림 IV-28】	비급여에 대한 환자 및 보호자의 반응	144
【그림 IV-29】	임의비급여 진료비와 관련된 분쟁	144
【그림 IV-30】	요양기관이 인지한 환자 및 보호자의 비급여 진료비 부담 ..	145
【그림 IV-31】	요양기관의 비급여 진료에 대한 부담	145
【그림 IV-32】	지침초과 항목 중 급여화 우선순위	147
【그림 IV-33】	지침초과 비급여 진료비 미발생 가능성	148
【그림 IV-34】	산정불가 비급여 급여화 우선순위	149
【그림 IV-35】	산정불가 비급여 항목 미발생 가능성	150

비급여 진료비 실태와 관리 방안

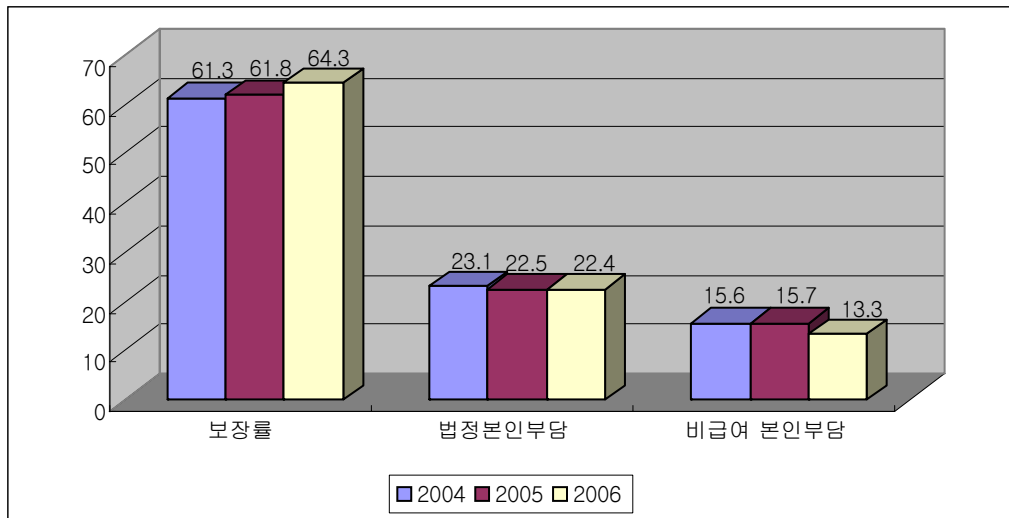
- 요약 -

I. 서론

○ 연구의 필요성

- 건강보험 제도에서 보험급여의 수준은 건강보험의 근간이 되는 보장성을 결정하는 중요한 측면이라고 할 수 있음. 건강보험의 보장성과 밀접한 요인은 환자의 본인부담금으로 법정 본인부담과 비급여 본인부담 부분이 있음. 국민건강보험공단의 2005년도 본인부담 실태조사결과에서 법정 본인부담률은 22.4%였고, 비급여 본인부담률은 13.3%(2006년 조사 : 법정 본인부담률 22.5%, 비급여 본인부담률 15.7%로 나타났음. 법정 본인부담은 법령에 의거한 사항이나 비급여 본인부담은 다양한 측면에서 고려되고 해결되어야할 과제임.
- 비급여 진료비를 관리하는 효과적인 방안으로는 총액예산제, DRG적용 등 지불제도의 개선이 가장 바람직하다고 판단되나 단기간에 지불제도에 대한 논의를 하고 제도를 개선하는 것은 상당한 어려움이 있다고 판단되므로 현재 상황에서 가장 적절한 관리 방안 모색이 필요하다고 판단됨.
- 본 연구에서는 이러한 관리방안 모색의 일환으로 우리나라와 외국의 비급여 진료 실태를 알아보고, 환자 및 의료기관 실무자, 건강보험 전문가

의 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도를 파악해보고자 하였음. 또한 급여 확대가 필요한 비급여 진료비 항목을 파악하고 합리적인 관리 방안을 제시하고자 하는데 그 목적이 있음.



【그림 1】 연도별 본인부담 현황

○ 연구의 목적

- 본 연구에서는 비급여 진료비 실태를 파악하고 합리적인 관리 방안 마련을 위한 기초 자료로 제공하는 데 그 목적이 있으며 구체적인 연구목적은 다음과 같음.

첫째, 우리나라와 외국의 급여의 범위와 결정체계를 파악함.

둘째, 우리나라의 비급여 진료비 규모를 파악함.

셋째, 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도를 파악함.

넷째, 비급여 진료비의 관리 방안을 제시함.

II. 국내 · 외 비급여 진료비 실태

○ 우리나라

- 우리나라는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다고 명시하고 있음(국민건강보험법 제39조 제3항). 요양급여 환자를 진료할 때에는 법정급여 항목만으로 진료할 수 있지만 다양한 이유로 비급여 진료를 동시에 시행하는 경우가 생김. 이때 발생하는 비급여를 법정비급여와 임의비급여로 구분함.
- 법정비급여에 대해서는 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우와 보험급여 정책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우에서 발생하는 본인부담 비용에 대한 논란이 있기는 하지만 일정정도는 사회적인 합의사항이라고 할 수 있음.
- 임의비급여는 급여/비급여 목록에 없는 행위, 급여기준 상 산정이 불가능한 항목, 허가사항 및 지침 초과 부분에 대해 요양기관이 임의로 수가를 산정하는 것 등이 존재함. 이 경우에 비급여 진료비 발생에서 주체인 의료제공자는 해당 진료에 대해 환자에게 설명할 의무도 없고 임의로 수가를 산정하게 되므로 의료소비자인 국민의 의료비 부담은 가중되고 있고 보험자측은 임의비급여 항목, 내용 및 수가에 대해서 전혀 파악조차 못하고 있는 실정임.

○ 독일

- 독일은 구체적이고 세분화된 본인부담 규정과 법정급여 진료에 대한 지침이 존재하고, 지침으로 명시한 항목에 대해서는 제한이 없으므로 비급여 진료에 대해 많은 논란이 없다고 할 수 있음.
- 급여목록에 등재되지 않은 항목에 대해서는 전액 환자가 부담하나 비급여 진료를 시행하고자 하는 의료제공자는 환자에게 설명을 하고 서약서를 받게 됨. 설명 후 환자가 급여목록에 있는 치료를 원하면 급여진료로 대치하며 급여되는 항목에 대해서는 기준제한 등의 지침은 존재하지 않음.
- 지침에 의해서 제한된 사안이 있더라도 의료제공자가 의학적 판단 하에 진료를 시행 후에 관련 소견서 및 소명자료의 제출로 보험급여가 가능 하다.

○ 프랑스

- 프랑스는 질병보험 급여목록에 행위,약품, 재료의 급여내용 및 급여율에 대해서 세부적으로 명시하고 있음. 질병보험에서 재정을 고려하여 의료행위, 약제 등에 대한 급여를 중지하면 해당 항목은 본인이 부담하게 되나 국가, 질병금고에서는 급여가 되는 대안 약제, 행위 등을 제시 함.

- 급여목록에 존재하는 약제 및 의료행위에 대해서는 제한하는 경우는 없고 의료제공자의 의학적인 판단을 중요시함.
- 의료제공자는 비급여 약제를 처방하거나 의료행위를 시행하고자 할 때는 구체적으로 설명을 하고 급여 또는 비급여 진료에 대해서 환자가 선택하도록 하고 있음.
- 외래 진료에서는 급여목록에 존재하지 않는 약제의 사용도 가능하나 보험으로 급여되지는 않고, 입원 진료에서는 의료행위 및 약제목록에 없어도 의사의 의학적 판단 하에 시행한 진료는 사안별로 보험급여를 인정하기도 함.

○ 일본

- 일본은 특정요양비 제도가 존재하는데 이는 보험이 적용되지 않는 항목이 포함되면 원칙적으로 그 진료 전체가 비급여(혼합진료 금지)로 처리되던 것을 법령을 개정하여 특정 부분에 대해서는 본인이 부담하고 보편적인 진료는 보험으로 급여하는 제도임. 특정요양에 해당하는 본인부담 항목에 대해서는 구체적으로 명시하고 있어 많은 논란은 없음.
- 특정요양에서 대표적인 보험외 진료가 선진의료인데 이는 일반적인 급여 진료를 받는 중에 환자가 희망하고 의사가 그 필요성과 합리성을 인정하는 경우에 행하게 됨.

- 선진의료를 시행하는 경우 의료제공자는 치료내용, 필요성 및 비용 등에 대하여 구체적으로 설명을 함. 환자는 설명을 듣고 충분히 납득하게 되면 동의서에 서명을 하고 치료를 받게 됨.
- 사안별로 제한이 있는 경우에도 의학적 판단 또는 불가피한 사유로 규정을 초과하여 사용할 경우 진료비 청구 명세서에 그 이유와 의학적 근거를 상세하게 기재하면 급여가 가능하기도 함.

Ⅲ. 우리나라의 비급여 진료비 규모

- 국민건강보험공단 「본인부담실태조사」 결과를 통해서 추계한 2005년 의과부문의 비급여 진료비는 3조 7,730억원으로, 2004년 3조 1,685억원에 비해 19.1% 증가하였음. 그 중 입원 비급여 진료비는 2004년, 2005년 각각 61%와 62%를 차지하였으며, 외래 비급여 진료비는 2004년은 35.9%, 2005년에는 33.2%였음.
- 요양기관 종별 전체 비급여 진료비는 종합전문요양기관이 2004년 1조 3,891억원으로 전체 비급여 중 43.8%였고, 2005년에는 1조 2,600억원으로 33.4%였음. 종합병원은 2004년 8,370억원에서 2005년 9,563억원으로 14.2% 증가하였음. 병원은 2004년 4,450억원에서 2005년 5,721억원으로 28.3% 증가하였음. 의원은 2005년 8,097억원으로 전년의 4,036억원에 비해 2배 정도 증가하였음.
- 입원진료의 비급여 진료비는 2004년 1조 9,385억원에서 2005년에는 2조

3천447억원으로 2004년에 비해 21% 증가하였음. 외래는 2005년 1조 4,283억원으로 2004년 1조 2,360억원에 비해 10.2% 증가하였음.

- 비급여 진료 항목별로 살펴보면 입원과 외래를 합하여 가장 금액이 큰 항목은 2005년 기준으로 선택진료비로 5,564억원이었고, 다음으로는 병실차액으로 5,427억원이었음.
- 2005년 입원진료에서 발생한 비급여 진료비 중 크기가 큰 항목은 병실차액, 식대와 선택진료비 순이었는데, 이들은 전체 입원 비급여진료의 약 60%를 차지하고 있음. 그 다음으로 치료재료가 3,298억원으로 2004년에 비해 약 3배 가량 증가하였음. 외래진료에서는 초음파가 3,111억원을 가장 많이 차지하였고 다음으로는 검사료 2,862억원으로 외래진료에서는 주로 검사 관련 항목의 비급여가 많은 것을 알 수 있음.

IV. 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도 조사

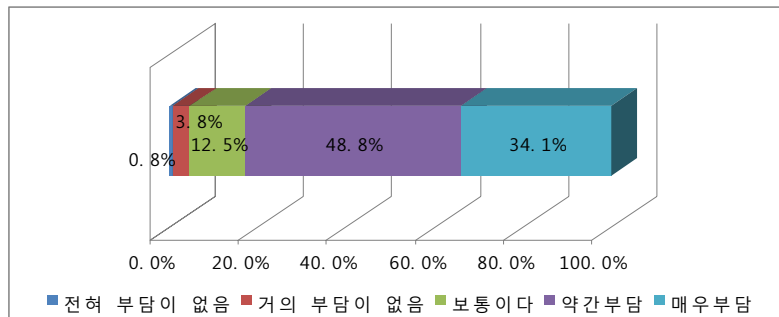
본 연구에서는 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도를 알아보기 위해서 비급여 진료비를 지불한 환자와 비급여 진료비 발생에서 주체인 요양기관의 심사 실무자를 대상으로 조사를 진행하였음.

○ 환자 대상 조사

- 환자조사 결과 전체 본인부담 진료비는 평균 946,520원이었고, 비급여 진료비는 평균 632,539원으로 전체 본인부담 대비 비급여 진료비는

66.8%를 차지하였음.

- 환자들의 본인부담 진료비에 대한 부담정도를 파악하기 위해 전혀 부담 없음 1점 ~ 매우부담 5점인 1문항으로 조사하였음. 조사 결과 대상자의 본인부담 진료비에 대한 부담정도는 평균 4.12점으로 높은 것으로 나타났고 비급여 진료비에 대한 부담정도도 평균 4.01점으로 높게 나타났음.



【그림 1】 환자의 본인부담 진료비에 대한 부담 정도

- 환자는 입원 중 발생하는 비급여 진료비에 대해 정확하게 인지하는 경우가 23.8%에 불과했고, 대부분은 퇴원 시점에서 영수증을 보고 비급여 진료비에 대해 인지하게 되는 것으로 나타났음.
- 환자들이 입원진료 중 부담이 되어 보험 급여가 되었으면 하는 항목은 MRI 비용, 비급여 경구약제비, 비급여 검사료, 비급여 주사약제, 병실차액, 초음파, 비급여 재료대, CT와 의치 순으로 나타났음.
- 환자들은 비급여 진료에 대해서 전부 건강보험 적용을 원하는 경우 22.6%, 항목에 따라 건강보험으로 적용을 원하는 경우가 52.7%였으나

보험료를 더 내는 것에는 24.1%만 찬성하는 것으로 나타나서 보험료 인상에 대해서는 대체적으로 부정적인 반응을 보이는 결과라고 할 수 있음.

○ 요양기관 실무자 대상 조사

- 임의비급여 진료비에 대한 인식 및 태도 조사에서 대상자의 63.0%가 비급여 진료비에 대해서 환자에게 반드시 설명을 해야 된다고 응답하였고 36.7%는 경우에 따라서 설명해야 한다고 응답하였음. 모든 실무자들은 비급여 진료비에 대한 설명의 필요성을 인식하고 있었음.
- 현재 근무하는 요양기관에서는 비급여 진료비에 대해서 반드시 설명을 한다는 응답자는 59.8%였고, 40.2%는 필요에 따라 설명한다고 응답하여 차이를 보였음. 비급여 진료비에 대한 설명 담당은 담당간호사, 의사 순이었음.
- 요양기관에서 비급여 진료비에 대한 설명을 하면 추가부담에 대해 환자가 부담을 갖는다는 응답이 76.4%였음. 비급여 진료비 관련한 분쟁이 발생한다고 한 기관은 81.5%였고, 실무자들의 61.9%가 업무 과정에서 비급여 진료비로 인한 부담을 갖는다고 하였음.
- 지침초과 비급여 대상 중 시급하게 급여화가 필요하다고 생각하는 대상은 치료재료였고 지침초과 부분에 대해서는 급여기준 등을 완화해서 급여를 해야 한다가 55.5%, 모두 급여를 해야 한다가 16.9%였음.

- 산정불가 비급여 대상 중 시급하게 급여화가 필요한 항목도 치료재료로 53.1%였고, 산정불가 부분에 대해서도 건강보험 급여가 필요하다는 의견이 75.1%로 나타났음.
- 임의비급여의 급여화에 따른 보험료 추가 부담에 대해서는 65.1%가 더 내고 더 건강보험 적용을 받는 것에 찬성하였음.

○ 전문가 대상 조사

- 전문가 대상 조사에서 법정비급여의 급여화 방안에 대한 논의를 거쳐 우선순위를 선정하였는데 의치, MRI, 산소발생기, 초음파, 예방접종, 호스피스, 산전진찰, 인공수정, 언어치료, 레진, 치석제거, 치아홈 메우기, 선택진료, 불소, 한방물리치료, 한약제제 순으로 나타났음.

V. 비급여 진료비 관리를 위한 제언

○ 법정비급여 진료비

- 비급여 항목별로 요양기관의 수가를 파악하고 인터넷 등을 통해 공지하여 의료소비자인 국민이 비급여 진료에 대해서 선택할 수 있는 대책을 마련함이 필요함.
- 국민의 부담이 많은 병실차액과 선택진료비를 포함하여 급여확대 항목으로 선정된 항목에 대해서는 구체적인 논의를 진행하여 사회적인 합의

를 도출하는 과정이 선결되어야 할 것임.

○ 임의비급여 진료비

- 임의비급여 내용 및 본인부담 비용에 대해 파악하는 실태 조사가 선행되어야 할 것임.
- 외부에서 구매를 하도록 하거나 추가로 비용을 징수하는 산정불가 치료 재료 항목에 대한 실태 조사 및 대책이 강구되어야 할 것임.
- 불가피하게 임의비급여 진료를 시행하는 경우에는 요양기관의 사전 설명 의무를 명시해야 함.
- 미신고 신의료기술에 대해서는 조사를 통해서 평가를 받을 수 있도록 제도적인 장치를 마련하고, 안전성·유효성 평가에서 반려된 신의료기술을 시행하는 경우는 제도적으로 규제를 강화해야 함.
- 필수의료와 관련된 임의비급여 진료에 대해서는 그 내용을 검토하고 승인을 할 수 있는 제도적인 절차를 마련함이 필요함.
- 임의비급여 진료에 대해서 진료 현장에서 즉시성 있는 상담을 할 수 있도록 요양기관 내 진료비 상담센터를 활성화해야 함.

○ 종합 및 정책적 함의

- 본 연구는 국내·외 비급여 진료 실태를 파악하고, 의료소비자인 국민의 비급여 진료비에 대한 부담정도를 파악하였음. 더불어 의료제공자 측 실무자들이 바라본 임의비급여에 대한 부담정도를 파악하여 비급여 진료비는 환자와 요양기관 모두에게 부담이 된다는 것을 확인할 수 있었음.
- 한편 환자와 요양기관 실무자들의 비급여 진료에 대한 건강보험 급여화 요구 정도를 파악하고 급여화에 따른 재정 부분을 어떻게 할 것인가에 대해서 일부 접근하고자 하였음. 요양기관 실무자들은 대체적으로 급여화에 따른 재정 마련을 위해서 건강보험료를 더 많이 내는 것에 긍정적인 반응이었으나 환자들은 건강보험으로 적용을 원하면서도 건강보험료의 인상에 대해서는 부정적이었는데, 이는 추 후 다시 검토되어야 할 문제라고 판단됨.
- 본 연구 결과를 토대로 후속 연구에서는 비급여의 구체적인 대상별, 항목별 접근을 통하여 그 내용 및 본인부담 비용을 자세하게 파악하고 분석하여 좀 더 접근 가능한 관리 방안이 도출되어야 할 것임.

I. 서 론

1. 연구의 배경

우리나라는 1977년 건강보험 제도를 도입할 당시 대상 인구는 전체인구의 8.8%였으나, 제도 도입 12년만인 1989년에는 전체인구의 98.2%가 대상이 되어 단 기간에 전체 국민을 대상으로 의료보장을 실현하였다. 그러나 단기 기간에 전체국민의 의료보장을 실현하는 과정에서 ‘저부담 - 저급여’ 틀이 유지되었다. ‘저부담 - 저급여’는 진료비의 본인부담과 직결되는 측면으로, 건강보험 제도에서 진료비의 본인부담은 도덕적 해이를 방지하고 보험재정을 안정시킨다는 순기능이 있는 반면, 본인부담 수준이 높아지게 되면 사회연대 원리에 의해 설립된 공적 건강보험의 보장률이 악화되는 역기능이 존재하게 된다.

1987년 ‘한방의료보험’ 도입 이후 현재까지 보장성 강화를 위한 노력이 꾸준히 진행되었으나 본인부담 수준은 여전히 높은 편이다. 우리나라의 국민 의료비 대비 본인부담률은 37.7%로, OECD국가의 평균인 20.5%에 비해 상당히 높은 수준이다(OECD health data, 2006). 국민건강보험 제도내의 보장률을 파악하고자 실시한 국민건강보험공단의 본인부담 조사에서도 2004년에는 건강보험 보장률 61.3%, 2005 61.8%, 2006년 64.3%로 점차 보장률이 증가하고 있으나 높은 편이라고 할 수는 없다고 본다¹⁾(김정희 등, 2004, 2006, 2007). 현재 의료소비자인 국민들의 건강보험의 보장율에 대한 관심이 점점

1) 건강보험의 본인부담률 변화

증가하고 있다.

국민건강보험 제도 내에서 보험급여의 종류, 범위 및 내용은 건강보험의 근간이 되는 사회연대 원리에서 중요한 측면이라고 할 수 있다. 특히 급여의 종류와 범위는 국민건강보험의 보장성 수준을 결정하는 주요 요인이라는 점에서 강조되어야 한다(정형선, 2004). 국민건강보험의 보장성과 가장 밀접한 요인은 의료를 이용하는 환자들이 내는 본인부담금으로 법정 본인부담 부분과 비급여 본인부담 부분이 있다. 국민건강보험공단의 2006년도 건강보험환자의 본인부담 조사의 결과를 보면 법정 본인부담률은 22.4%였고 비급여 본인부담률은 13.3%(2006년 조사 : 법정 본인부담률 22.5%, 비급여 본인부담률 15.7%)로 나타났다. 법정 본인부담금은 법령에 의거한 사회적 합의 사항이라고 할 수 있으나 비급여 본인부담은 현재 우리나라의 상황에서 볼 때 복잡하고 다양한 측면에서 고려되고 해결해야할 측면이 많다.

현행 수가 체계에서는 비급여 진료 항목의 지속적인 창출 및 확대에 의해 비급여 진료비가 빠르게 증가할 것이며 국가 및 보험자 차원에서 적절한 관리가 수반되지 않는다면 보장률은 점차 떨어질 것으로 예측된다. 요양기관은 비급여 진료에 대해서 수가를 임의로 산정할 뿐만 아니라 어떠한 통제도 받지 않기 때문에 임의로 양을 늘리는 것이 가능하므로 과도한 비급여 본인부담을 발생시켜 국민의 의료이용을 저해하고 보장성 강화의 장애 요인으로 작용할 수 있다.

		2004	2005	2006
보험료(%)		4.21	4.31	4.48
보장률(%)		61.3	61.8	64.3
본인부담률(%)	법정	23.1	22.5	22.4
	비급여	15.6	15.7	13.3

비급여 진료비를 관리하는 효과적인 방안으로는 총액예산제, DRG적용 등 지불제도의 개선이 가장 바람직하다고 판단되나 단기간에 지불제도에 대한 논의를 하고 제도를 개선하는 것은 상당한 어려움이 있다고 판단되므로 현재 상황에서 가장 적절하고 합리적인 관리 방안의 모색이 필요하다고 판단된다.

본 연구에서는 이러한 관리 방안 모색의 일환으로 비급여 진료비의 수준을 알아보고, 환자 및 의료기관 실무자, 건강보험 전문가의 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도를 파악해본다. 또한 급여확대가 필요한 비급여 진료 항목을 파악하고 합리적인 관리 방안을 제시하고자 하는데 그 목적이 있다.

2. 연구의 목적

본 연구에서는 비급여 진료비 실태를 파악하고 비급여에 대한 합리적인 관리 방안 마련을 위한 기초 자료로 제공하는 데 그 목적이 있으며 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

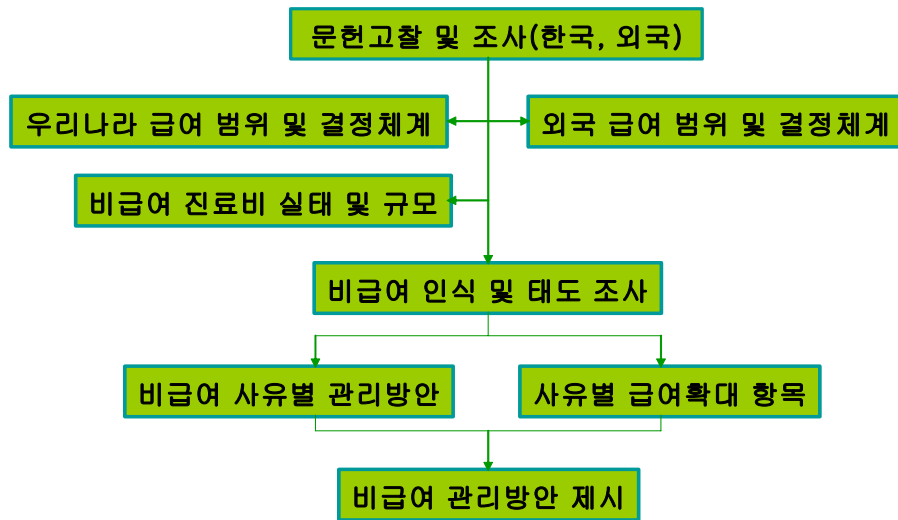
첫째, 우리나라와 외국의 급여의 범위와 결정체계를 파악한다.

둘째, 우리나라의 비급여 진료비 규모를 파악한다.

셋째, 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도를 파악한다.

넷째, 비급여 진료비의 관리 방안을 제시한다.

3. 연구의 틀



【그림 I -1】 연구의 틀

Ⅱ. 국·내외 급여의 범위와 결정체계

본 장에서는 우리나라의 급여범위와 결정체계를 정리하고 우리나라와 의료보장 체계가 유사한 독일, 프랑스와 일본의 급여의 범위와 결정체계를 파악하고자 하였다. 특히 비급여 진료비 실태와 그 관리에 대한 내용은 보다 자세하게 알아보고 우리나라 실태와 비교하여 시사점을 찾아보고자 하였다.

1. 우리나라의 급여 범위와 결정체계

현 시점에서 보험급여의 종류, 범위 및 그 내용은 국민건강보험의 근간이라고 할 수 있는 사회연대 원리에서 매우 주요한 측면이다. 같은 맥락에서 건강보험에서 적정 급여를 하기 위해서는 새롭게 창출되는 신의료기술에 대해 어떻게 급여를 할지를 결정하는 체계도 상당히 중요한 부분이라고 할 수 있다. 본 절에서는 우리나라의 급여의 종류와 범위 그리고 결정체계 등에 대해 포괄적으로 살펴보기로 한다.

1) 우리나라 건강보험 급여의 종류와 범위

(1) 건강보험 급여 관련 법령

법률 : 국민건강보험법 제 4장 39조

대통령령 : 국민건강보험법 시행령 제 4장

부령 : 국민건강보험법 시행규칙

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

요양급여비용 중 약제비 지급규칙 등

행정규칙 :

행위급여, 비급여 목록 및 상대가치점수

약제급여 및 비급여 목록 상한금액

미결정행위 등의 결정 및 조정기준 등 다수

(2) 건강보험 급여 관련 운영주체

국민건강보험의 보험급여 관련 운영주체는 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원과 건강보험정책심의위원회이다.

가. 보건복지부

건강보험 사업의 관장자(管掌者)로서 건강보험 급여 관련 정책을 결정한다. 세부적으로 보면, 급여의 기준(방법, 절차, 범위, 상한 등)과 약제, 치료재료의 상한금액을 결정하고 급여의 상대가치를 산정한다.

나. 국민건강보험공단

건강보험의 보험자인 국민건강보험공단의 보험급여에 대한 세부적인 업무를 보면, 제약회사와 협상을 통해 약가 결정, 보험급여비용 지급, 상대가치의 점수 당 단가 계약 체결 업무를 수행하고 있다.

다. 건강보험심사평가원

건강보험심사평가원은 요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성을 평가하고, 보건복지부를 지원, 실질적인 업무를 수행하고 있다. 건강보험심사평가원의 건강보험 급여 관련 업무를 살펴보면 상대가치점수 산정, 약가 상환 금액 산정 등 상대가치점수 및 치료재료 상한금액 결정 등에 주요한 실질적인 역할을 담당하며 진료비 지불방식 및 수가 결정을 위한 자료를 제공한다. 또한 신의료기술 급여의 범위를 결정하는 신의료기술 전문평가위원회를 운영하고 관리하는 역할을 담당한다.

라. 건강보험정책심의위원회

국민건강보험법 제 4조에 건강보험정책심의위원회에 대해 명시하고 있으며, 급여 관련 업무로는 요양급여의 기준(동법 제39조 2항), 요양급여의 비용(동법 제42조 3항)을 심의, 의결하도록 규정하고 있다.

(3) 건강보험 급여의 종류 및 결정기준

우리나라의 국민건강보험법에서는 보험급여에 대해서 급여와 비급여 진료로 구분하여 명시하고 있다.

가. 급여 진료

국민건강보험법 제39조에서는 요양급여에 대해 명시하고 있다. 급여 진료는 질병, 부상, 출산 등에 대한 진찰·검사, 약제, 치료재료, 처치·수술, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등이며, 그 범위는 국민건강보험법 시행령 및 시행규칙으로 규정하고 있다.

따라서 질병, 부상, 출산 등에 대한 의료행위, 치료재료 등은 비급여로 규정되지 않는 한 국민건강보험으로 급여된다. 즉 우리나라의 급여체계에서는 의료행위, 치료재료에 대해서는 급여되지 않는 항목을 규정한 후에 그에 해당되지 않는 것은 모두 급여하는 비급여 목록제(Negative system)이다. 단 약제에 대해서는 2006년 12월 이후 급여되는 항목을 규정한 급여 목록제(Positive system)로 전환하였다.

현재 우리나라의 급여 및 비급여 진료에 대한 결정 기준은 다음의 <표 II-1>과 같다.

<표 II-1> 급여 및 비급여 진료 결정 기준

	결정 기준
법 정 급 여	<ul style="list-style-type: none"> ○ 안전성·유효성이 있으며, 보험급여원리에 부합되는 행위 <ul style="list-style-type: none"> - 질병·부상 등에 대한 치료 목적의 경우 - 업무 또는 일상생활에 지장이 있는 경우 - 신체의 필수 기능 개선 목적의 경우 등 ① 질병치료를 필요하고 보편적으로 시술되는 경우 ② 유사 또는 대체 가능한 행위와 비교시 보험 재정에 변화가 적은 경우
법 정 비 급 여	<ul style="list-style-type: none"> ○ 건강보험 급여 원리에 부합되지 않는 행위 <ul style="list-style-type: none"> ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우 ② 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우 ③ 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우 ④ 기타 진단서 발급 등 직접적 진료목적 이외의 경우 등 ○ 안전성·유효성의 확인이 최종적으로 이루어지지 않았으나, 진료에 반드시 필요하고 향후 의료발전에 기여할 가능성이 있다고 판단되는 경우는 실시 대상, 실시시간 등 요건을 정하여 비급여

자료 : 심평원(2001년 제2차 행위전문위원회)

나. 비급여 진료

국민건강보험법 제39조 제3항에는 요양급여의 기준을 정함에 있어 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다고 명시하고 있다. 현재 우리나라 상황에서는 요양급여 대상에서 제외된 비급여 진료는 법정비급여와 임의비급여 진료로 나누어진다.

가) 법정비급여 진료

국민건강보험법 제39조 제3항에 의거해서 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항(별표 2)에서는 법정비급여에 대해서 다음의 4개 범주로 규정하고 있다.

- ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우
- ② 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우
- ③ 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접 목적으로 하지 않는 경우
- ④ 보험급여 시책 상 요양 급여로 인정하기 어려운 경우

이 중에서 ①, ②항에 해당하는 환자들은 건강보험 적용대상이 되지 않기 때문에 이에 해당하는 환자에게 제공되는 서비스는 모두 비급여 진료가 되며, 이에 해당하는 경우에는 질병, 부상, 출산에 대한 의료서비스를 제공하는 국민건강보험 원리에 비추어 비급여로 규정하는데 이견이 없다. 그러나 질병·부상에 대한 진료를 목적으로 하지 않는 ③항의 예방진료에 대해서는 이전의 의료보험법에서 국민건강보험법으로 개정되면서 예방에 대한 개념을 일부 추가했다는 점에서 논란의 여지가 있다. 최근에 예방접종도 국고로 급여화가 결정된 바가 있고, 예방 목적의 불소국소도포, 치석제거 등은 꾸준히

급여에 대한 요구가 있는 항목으로 추후 급여화 논의가 진행될 것으로 전망된다.

그러나 위 ④항의 경우는 국민건강보험 급여정책에서 재정적인 문제로 인한 부분이라고 할 수 있다. 그 중에서 2006년 식대의 급여 이후에 상급병실 차액 및 선택진료비는 주요 법정비급여 항목에 해당되며 의료소비자인 국민들의 부담이 높은 항목이다. 국민건강보험공단 본인부담조사(2004, 2006, 2007)결과에서 보면 전체 비급여 진료비 중 상급병실 차액은 각각 23.5%, 22.6%, 23.3%였으며 선택진료비는 각각 13.1%, 17.6%, 25.9%였다.

특히 상급병실 차액과 선택진료비는 건강보험 급여대상 여부를 판단하여 비급여로 규정한 경우와는 달리, 치료를 위해 불가피한 선택을 하는 경우도 발생하므로 국민건강보험의 보장성 약화의 주요한 원인으로 작용하고 이에 따라 의료소비자인 국민들의 급여확대 요구가 높은 항목이라고 할 수 있다. 위 두 항목 중 상급병상 실태 및 그 차액에 대해서는 일부 조사가 진행되었고(공단, 2007), 추후 건강정책심의위원회에도 상정될 예정이므로 그 추이를 보아야 할 것이다. 그러나 선택진료비에 대해서는 의료법과의 관련성도 일부 포함하고 있어서 좀 더 심도 있는 논의가 진행되어야할 항목이다.

법정비급여에는 논란이 많은 항목 이외에 신의료기술의 급여여부를 결정하는 과정에서 발생하는 비급여가 있다. 이는 유전자 검사등과 같이 보편적인 검사로 보기 어렵거나 고가여서 비용 효과적이지 못하거나 질병치료에 직접적인 효과를 미치지 못하는 것으로 판단되어 비급여로 결정·고시된 것들이다.

이처럼 많은 문제와 논란이 있지만 임의비급여와는 달리 법정비급여에 대해서는 이미 법령으로 규정되어 있기 때문에 요양기관에서 비급여 진료를 하고 그 비용을 징수하는 것은 합법적이다.

나) 임의비급여 진료²⁾

임의비급여, 즉 의료적비급여를 살펴보면 현재 국민건강보험법에서 급여로 인정하고 있지는 않으나 환자의 요구 또는 의료제공자의 진료상의 필요에 따라서 진료가 시행되고 요양기관은 그 비용에 대해 환자에게 전액 청구하고 있는 경우로 법정비급여와는 또 다른 측면에서 고려대상이며 해결해야 할 문제라고 할 수 있다.

현재 우리나라의 국민건강보험 체계 내에서는 법령에서 비급여로 규정된 의료, 즉 법정비급여 진료를 제외하고는 모두 국민건강보험에서 급여적용을 받게 되므로 엄밀하게 말하면 임의비급여 진료는 합법적이라고 할 수는 없다.

그러나 경우에 따라서는 엄격한 급여기준(고시, 지침, 기준 및 허가사항 초과)등이 적용되어 이 기준을 초과하는 부분에 대해서 의료공급자의 의학적인 판단이나 필요에 의해 추가로 진료가 행해지는 경우도 많다. 이러한 사유로 인해 발생하는 비급여에 대해서 최근에는 임의비급여라는 용어 대신 의료적비급여 또는 필수비급여라고 칭하고 있다. 또한 기준 등의 초과로 발

2) 임의비급여 : 임의비급여(불법비급여)라고 통칭되어오다가 최근에는 엄격한 급여기준으로 인해 발생하는 필수비급여라는 의미에서 의료적비급여라는 말을 사용하고 있음. 본 연구에서는 임의비급여라는 용어로 통일하여 부르기로 함.

생하는 임의비급여 이외에 행위수가에 포함되어 있어 별도로 산정이 불가능한 일부의 치료재료 및 항목에 대해서도 별도로 비용을 징수하는 경우와 미신고 신의료기술 및 신의료기술 평가에서 반려된 항목 등에 대해 환자에게 비용을 부담하게 하는 경우가 있다.

임의비급여는 진료 현장에서 불가피하게 발생될 수도 있으나 법에 위배된다는 측면에서 의료공급자의 입장에서는 갈등의 요인으로 작용할 수 있다. 또한 의료소비자인 국민의 측면에서는 원하는 진료를 받기 위해서 많은 비용을 추가로 지불해야하므로 부담이 된다. 또한 요양기관은 임의비급여 진료에 대해서 그 항목, 내용 및 수가를 정확하게 밝히지 않고 있으므로 문제가 된다. 현시점에서 보건복지부와 국민건강보험공단은 임의비급여가 전체 비급여 및 의료비에서 차지하는 정도를 정확하게 파악하지 못하고 있다는 것이 문제점이라고 할 수 있다.

(4) 진료비 지불제도

지불제도는 단기적으로는 의료공급자의 서비스 제공 형태와 의료소비자인 환자의 의료서비스 소비에 영향을 미칠 수 있다. 또한 장기적으로는 의료인력이나 시설의 분포, 의료서비스의 양과 질에 영향을 미치는 중요한 요인이라고 할 수 있다. 진료비 지불제도에는 사전보상 성격의 총액 계약제, 포괄수가제, 인두제가 있고, 사후보상 성격의 행위별 수가제가 있다.

우리나라의 지불제도는 대부분의 진료에 대해서 사후보상 성격인 행위별 수가제를 적용하고 있고, 사전보상 성격인 포괄수가제도 및 정액수가제를

일부 도입하여 혼합형 지불제도를 채택하고 있다.

가. 행위별 수가 제도

우리나라가 채택하고 있는 행위별 수가 제도를 살펴보면 의료보험제도 도입 초기에는 행위별수가제 하에서 각 수가를 고시하는 제도를 채택하였다. 그러나 그 운영과정에서 문제점을 인식하면서 상대가치점수제도(2001년)를 도입하게 되어 현재에 이르고 있으며 최근에는 일각에서는 전면 DRG와 총액예산제의 도입에 관한 관심도 갖기 시작하고 있다.

우리나라의 지불제도의 근간인 상대가치점수제는 도입이후 이전의 행위별 수가제와 차별성을 나타내지 못하고 전면 개편을 위한 연구가 진행되어 보험수가 체계의 변화, 즉 수가 항목별 상대가치를 고시하는 체계로 현재에 이르렀다. 여기에서 수가는 상대가치 \times 환산지수를 말한다. 국민건강보험법 제 42조에 의거해서 국민건강보험법 시행령 제 23조, 24조에는 국민건강보험공단과 요양기관의 요양급여비용 계약에 대해 명시하면서 상대가치점수의 점수 당 단가에 대해 명시하고 있다. 단 상대가치점수의 계약에서 약제 및 치료재료는 제외하며 계약 당사간의 계약이 성사되지 않는 경우에는 보건복지부 장관이 건강보험 심의조정위원회의 심의를 거쳐 고시하는 금액의 범위에서 결정하도록 하고 있다.

나. DRG 지불 제도

DRG 지불 제도는 8년간의 시범운영을 거쳐 2003년부터 도입되었으나 의료기관의 선택을 허용하였기 때문에 제도로서의 의무화가 실현되지 못한 상황에 있으며 현재 7개 DRG에 한정하여 적용이 되고 있다. 현재 매우 제한

된 상병에만 적용되고 있을 뿐만 아니라 DRG적용이 유리하다고 판단하는 요양기관만 참여하고 있어서 진료의 효율화 및 진료비 절감효과는 기대할 수 없다. 따라서 향후 입원진료 부문에서 DRG의 단계적인 확대시행 등 지불제도 개편에 대한 논의가 진행될 예정이다.

추후 DRG 도입 등 지불제도 개편에 대한 검토에서 고려되어야 할 점으로는 의료소비자인 국민의 측면에서 부담비용의 효과성 및 의료서비스의 질이 보장되어야 한다. 또한 의료공급자인 요양기관 측면에서는 의료공급에 대한 적절한 보상과 새로운 의료기술의 발전도 고려되어야 한다. 마지막으로 국가 및 보험자 측면에서는 요양기관의 적정 진료를 유도하고 적절한 건강보험 급여비용의 통제 등에 주안점을 두어야 할 것이라고 본다.

다. 일부 정액수가제

조산원 입원과 불임시술 시에는 약제비를 제외한 진찰료, 검사료, 처방료, 주사료를 소정 수가에 포함하여 보상하고 있다.

라. 일당 정액제

의료급여 환자의 정신과 입원 시에 제공되는 의료행위, 약제 등에 관계없이 입원 일당 정액제를 적용하고 있다.

(5) 본인부담 제도

국민건강보험법 제 41조에서는 비용의 일부부담에 대해 명시하고 있다. 이 법은 본인부담의 근거를 제공하고 있으며 동법 시행령 제 22조에서는 비

용의 본인부담 및 본인부담 상환액에 대해 제시하고 있다. 또한 동법 시행령에 따른 {별표 2} <개정 2007. 7. 25>에서는 요양급여 비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액, 즉 법정 본인부담금에 대해 구체적으로 명시하고 있다.

법령으로 명시된 본인부담률을 보면 입원진료 시에 보건복지부 장관이 따로 정하여 고시하는 경우(암, 소아 등)를 제외하고는 입원 본인부담금은 비급여 본인부담금을 제외한 전체 급여액에서 20%를 부담하게 된다. 다음으로 외래진료 시에는 병원 종별로 차이를 두고 있다(국민건강보험법 시행령){별표2}(<표 II-2> 참조).

또한 의원 및 보건의료원은 65세 이상의 노인에 대해서는 15,000원을 초과하는 경우에는 정액제를, 보건의료원을 제외한 보건기관에서는 12,000원을 초과하지 않은 경우에서 정액제를 채택하고 있다(국민건강보험법 시행규칙).

<표 II-2> 요양기관 종별 본인부담액

종별	소재지	환자 구분	본인부담액
종합 전문	모든 지역	일반 환자	진찰료총액+(요양급여비용총액-진찰료총액)×50/100
		의약 분업 예외	진찰료총액+(요양급여비용 총액-약가총액-진찰료총액)×50/100+약가총액×30/100
종합 병원	동지역	일반 환자	요양급여비용총액×50/100
		의약 분업 예외	(요양급여비용총액-약가총액)×50/100+약가총액×30/100
	읍·면 지역	일반 환자	요양급여비용총액×45/100
		의약 분업 예외	(요양급여비용총액-약가총액)×45/100+약가총액×30/100
병원, 치과 병원, 한방 병원, 요양 병원	동지역	일반 환자	요양급여비용총액×40/100
		의약 분업 예외	(요양급여비용총액-약가총액)×40/100+약가총액×30/100
	읍·면 지역	일반 환자	요양급여비용총액×35/100
		의약 분업 예외	(요양급여비용총액-약가총액)×35/100+약가총액×30/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역		요양급여비용총액×30/100(요양급여를 받는 자가 65세 이상인 경우 요양급여비용총액이 보건복지부령이 정하는 금액을 초과하지 아니하면 보건복지부령으로 정하는 금액)
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용총액×30/100(요양급여비용총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 초과하지 아니하면 보건복지부령으로 정하는 금액)

자료 : 국민건강보험법 시행령

우리나라의 본인부담금은 법정 본인부담금과 비급여 본인부담금 부분으로

나누어진다. 여기에서 비급여 본인부담금은 다시 법정비급여 본인부담금과 임의비급여 본인부담금으로 구분할 수 있다(<표 II-3> 참조).

<표 II-3> 본인 부담

건강보험 급여		건강보험 비급여	
보험자 부담 (A)	법정 본인부담 (B)	법정비급여 부담 (C)	임의비급여 부담 (D)

- (A) 요양급여기준 등 관련 법령에 의거해서, 요양기관에서 청구한 급여 비용을 국민건강보험공단(보험자)에서 요양기관에서 지불하는 금액을 말함.
- (B) 관련 법령에 의거해서 요양급여 대상 전체 비용 중 본인이 부담하는 부담률 및 부담액을 말함.
- (C) 관련 법령에 의거해서 요양급여 대상에서 제외되는 항목으로 본인이 부담하는 금액을 말함.
- (D) 관련 법령이 존재하지 않고 요양급여 항목과 관련되었으나, 지침초과 및 산정불가 항목 등으로 본인이 부담하는 금액을 말함.
- (B)+(C)+(D) 입원 또는 외래 진료 후 본인이 부담하는 전체 금액을 말함.
- (C)+(D) 본인이 부담하는 비급여 진료비 전체 금액을 말함.

(6) 비급여 진료비 관리

현재 국민건강보험법 제39조 제3항에서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다고 명시하고 있다. 여기에서 요양급여 대상에서 제외된 진료로 인해 비용이 발생하게 되는데 이 비용은 법정비급여와 임의비급여 진료비 두 부분으로 나누어진다.

법정비급여 진료에 대해서는 다양한 측면에서 많은 논란이 있음에도 불구하고 일정정도 사회적인 합의사항이라고 할 수 있다. 단지 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우와 보험 급여 정책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우에 비급여 대상으로 한 부분이 많은 논란의 대상이 되고 있으나, 2006년 식대의 급여화로 시작하여 점차 해결 방안을 모색하고 있다.

그러나 임의비급여 부분은 그 진료비 발생에서 주체인 의료공급자가 해당 진료에 대해 설명할 의무조차도 규정되지 않고 있다. 게다가 가격산정에 대한 기준마저도 없어 의료제공자 측에서 임의로 수가를 산정하므로 국민의 부담은 점차 가중되고 보장성 강화의 역행요인으로 작용하고 있다. 또한 요양기관은 임의비급여 진료 후에도 그 항목, 내용 및 수가에 대해 신고하는 체계조차도 마련되지 않았으므로 공단과 보건복지부 등은 임의비급여가 전체 비급여 및 의료비에서 차지하는 정도를 정확하게 파악하지 못하고 있다는 것이다.

임의비급여의 또 다른 측면은 일부의 요양기관에서는 현재의 급여기준 상 행위료에 포함되어 산정이 불가한 품목조차도 건강보험 수가가 저가라는 이유로 외부의 약국이나 의료기 상사에서 구입하여 사용하도록 하고 있다는 점이다. 따라서 국민들은 의료제공자측인 요양기관에 대한 불신이 커지고 있으며 국가 차원의 대책 수립을 요구하는 목소리들이 높아지고 있다.

임의비급여의 경우에는 의료공급자가 진료의 선택에서 당연 우위에 있으며 비교적 고가인 비급여 진료에 대해 의료소비자인 국민에게 설명하고 대안을 제시하여 취사선택을 하게 할 의무마저도 없다. 또한 그 가격에 대해서도 의료공급자가 임의로 정하여도 의료소비자는 그대로 부담하여야 하므로 임의비급여는 국민의 의료이용을 저해하고 현행 행위별수가제 하에서 보장성 강화를 저해하는 요인으로 작용하고 있다고 볼 수 있다.

2) 우리나라의 급여 결정체계

우리나라의 급여결정은 주로 신의료기술을 중심으로 이루어지고 있다고 할 수 있다. 신의료기술은 의료기술의 발전과 더불어 점차 다양하게 창출·확대되고 있고 신의료기술을 도입하고자 하는 의료공급자들의 요구와 시도는 점차 커지고 있다. 또한 신의료기술의 확대와 보험급여 여부는 의료소비자인 국민들에게 미치는 영향도 크다고 할 수 있고 이는 건강보험의 보장성의 측면에서도 간과할 수 없는 부분이라고 할 수 있다.

2000년 이후 지속적으로 신의료기술 평가에 대한 공정성 및 객관성의 문제, 관련 학회간 이견 등으로 급여 여부를 판단하기 어려움 등의 문제가 제기되었다. 따라서 신의료기술에 대한 체계적이고 객관적인 논의를 통해 국민들에게 보다 안전하고 유효한 의료기술을 제공받도록 할 필요성이 대두되었다.

국가는 신의료기술의 보험급여 여부를 판단하기 위한 정확한 기준을 마련하고자 신의료기술 평가 관련 의료법을 개정하였고(2006년 10월 27일 공포, 2007년 4월 28일 시행), 신의료기술 평가에 대한 규칙(2007년 4월 17일)이 제정하였다.

이후 신의료기술에 대한 국가의 체계적이고 객관적인 검증시스템을 마련하고 합리적으로 보험급여 여부를 결정하는데 도움이 될 것으로 본다. 우리나라의 신의료기술에 대한 급여를 결정하는 체계, 즉 신의료기술 평가시스템에 대해서 알아보면 다음과 같다.

(1) 신의료기술 평가

가. 신의료기술의 정의

국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙 제10조 ‘신의료기술’에서는 동 규칙 제8조 제2항에서 규정한 요양급여대상, 동 규칙 제9조 제1항에서 규정한 비급여 대상 여부가 정해지지 않은 새로운 행위 및 치료재료를 ‘신의료기술’이라고 한다고 명시하고 있다.

나. 신의료기술 평가제도 도입

가) 신의료기술 평가의 정의

의료법 제53조 2항에서는 신의료기술은 새롭게 개발된 의료기술로 보건복지부 장관이 안전성, 유효성을 평가할 필요가 있다고 인정하는 것이라고 명시하고 있다.

나) 신의료기술 평가제도 도입의 취지

의료법 제53조 1항에서는 보건복지부 장관은 국민의 건강을 보호하고 새로운 의료기술의 발전을 촉진하기 위해서 대통령령으로 정하는 바에 따라서 제 54조에 따른 신의료기술 평가위원회의 심의를 거쳐 신의료기술의 안전성 및 유효성 등에 관한 평가를 하여야 한다고 명시하고 있다.

이는 신의료기술에 대한 국가의 체계적이고 객관적인 검증의 필요성이 대두되어 신의료기술에 대한 평가시스템을 마련하여 과학적으로 입증된 안전하고 유효한 의료기술로 국민의 건강을 보호하고 신의료기술의 발전을 촉진

하고자 함이라고 볼 수 있다.

신의료기술 평가제도의 도입 이전에는 신의료기술에 대한 결정을 신청하지 않고 비급여로 환자에게 비용을 부담하게 하는 경우가 많았다. 이 경우에는 추후에 해당 신의료기술이 급여대상으로 확인되면 해당 요양기관은 처벌을 받도록 규정되어 있었으나 법적·제도적인 강제력이 없어 현 평가제도 도입 이전까지는 그 실효성이 없었다고 볼 수 있다.

그러나 2007년 4월 제정된 신의료기술 평가에 관한 규칙 제3조에 의하면 신의료기술로 신청이 되지 않았더라도 필요하면 보건복지부 장관이 직권으로 해당 신의료기술을 평가할 수 있도록 규정하였다. 이는 안전성 및 유효성이 없는 신의료기술이 사용되어 국민의 건강과 생명을 위협할 경우 의료제공자의 신청이 없더라도 정부가 이를 평가할 법적인 근거가 마련되었다고 할 수 있다.

다) 신의료기술 평가 대상

- 신의료기술로 평가를 받지 아니한 새로운 의료기술
- 고시된 신의료기술 중에서 사용 목적, 사용 대상 및 시술방법이 변경된 의료기술

라) 신의료기술 평가신청 및 대상 심의

신의료기술은 그 안전성 및 유효성을 인정받은 후에 최초로 시행된 날부터 30일 이내에 급여대상 여부를 신청하여야 한다. 이 경우에 신의료기술로 신청하고자 하는 개인 또는 기관은 신의료기술 평가 관련 신청서를 보건복

지부 장관에게 제출하여야 한다.

또한 신의료기술 평가위원회는 신의료기술로 평가할 것인지에 대해서 다음과 같이 최종 심의를 한다.

- 신청한 신의료기술이 평가할 대상인지 여부를 심의하기 위하여 관련 자료를 수집하여 평가위원회에 상정한다.
- 평가 대상이라고 결정되면 해당기술의 평가방법과 소위원회 구성여부에 대해 평가위원회에서 결정한다.
- 신의료기술 평가에 대한 신청서를 접수한 날로부터 90일 이내에 평가대상 여부를 평가 신청자에게 통보한다.

① 신의료기술 평가 관련 위원회

신의료기술 평가에 관련된 위원회의 편제는 3개의 위원회가 있는데, 신의료기술 평가위원회, 분야별 전문평가위원회, 소위원회가 있으며 기능은 다음과 같다.

먼저 신의료기술 평가위원회를 보면 신의료기술의 안전성, 유효성을 평가하는 최종 심의기구로, 심의사항은 신의료기술 평가에 관한 규칙 제6조 1항에 명시하였으며 다음과 같다.

- 평가대상 여부
- 평가방법에 관한 사항
- 신의료기술의 안정성, 유효성에 관한 전문위원회의 검토
- 평가절차 및 기준변경에 관한 사항
- 평가 결과의 활용방법에 관한 사항.

- 그밖에 보건복지부 장관 또는 위원장이 심의에 부치는 사항.

신의료기술 평가위원회 구성은 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성된다. 현재 다음과 같다.

- 의사회, 치과의사회, 한의사회에서 추천하는 자 : 13인
- 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자 : 3인
- 소비자단체에서 추천하는 자 : 2인
- 변호사 자격자로서 보건의료와 관련된 업무에 종사한 경력 5년 이상인 자 : 1인
- 보건의료 정책 관련 업무를 담당하는 보건복지부 5급 이상 공무원 : 1인

다음으로 분야별 전문평가위원회(전문위원회) 또는 소위원회를 보면 의료법 제54조 제6항에는 평가위원회는 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다고 명시하고 있다. 심의사항에 대해서 전문적으로 검토하기 위해 분야별 전문평가위원회를 신의료기술 평가위원회 내에 설치할 수 있다.

또한 신의료기술 평가에 관한 규칙 제3조 제4항 제2호에는 신의료기술 평가위원회는 분야별 전문위원위원회에 안전을 회부한다고 하였으며, 동 규칙 동조 제5항에는 안전의 효율적인 심의를 위해 필요하면 분야별 전문위원회 대신에 분야별 소위원회를 구성하여 유효성·안전성을 검토하게 할 수 있다고 명시하고 있다.

분야별 전문위원회의 소위원회 구성은 신의료기술 평가위원회의 심의를

통해 분야별 전문평가위원회 위원 중 해당 신의료기술의 전문가로 소위원회를 구성할 수 있다. 그러나 사전에 신의료기술 개발 분야를 빠짐없이 예측하여 구분하고 각 분야에 적합한 소수의 위원을 위촉하기에는 어려움이 많고 사실상 불가능할 수도 있다는 문제도 제기되고 있다.

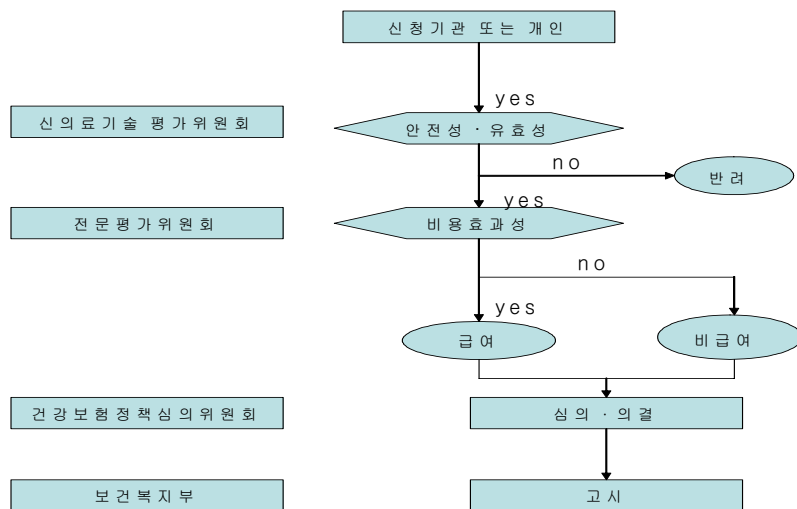
분야별 전문평가위원회(전문위원회)는 내과계 의료전문위원회, 외과계 의료전문위원회, 내·외과계의 의료전문위원회, 치과 의료전문위원회, 한방 의료전문위원회로 구성한다. 또한 각 전문위원회는 30인 이상의 위원으로 구성한다(신의료기술 평가에 관한 규칙 제7조). 현재 총 248인으로 구성되었으며 구성은 내과계 : 51인, 외과계 : 50인, 내, 외과계의 : 54인, 치과 : 47인, 한방 : 46인이다.

분야별 전문위원회 및 소위원회의 심의를 살펴보면 안전을 회부 받은 분야별 전문위원회 또는 소위원회는 해당 신의료기술의 안전성·유효성 검토를 위해서 평가방법에 따른 계획 수립, 문헌검색, 질 평가 및 평가목적에 따른 자료추출 후 종합된 결과를 도출한다. 분야별 전문위원회 또는 소위원회는 해당기술의 안전성·유효성을 검토 한 후에 그 결과를 작성 후 180일 이내에 신의료기술 평가위원회에 제출한다.

신의료기술 평가에 관한 규칙 제5조에 의하면 평가위원회, 전문위원회 또는 소위원회는 심의에 필요하면 관련 전문학회나 단체 등에게 평가에 필요한 자료를 요청하거나 관계전문가 등을 위원회에 출석시켜 의견을 들을 수 있다고 명시하고 있다. 이는 정확하고 객관적인 평가를 위해 신청자, 전문학회 또는 이해관계자의 자료제출 및 의견진술 기회를 부여할 수 있음을 의미한다.

(2) 급여 여부 결정

신의료기술 평가위원회에서 안전하고 유효하다고 판단된 신의료기술에 대해서 건강보험에서는 급여를 할 것인지에 대해 판단을 해야 한다. 신의료기술의 급여 여부에 대한 신청은 요양기관, 의약관련 단체, 치료재료의 제조·수입업자가 보건복지부 장관에게 하며 신청을 받은 보건복지부 장관은 150일 이내에 건강보험정책심의위원회의 심의를 거쳐서 급여 여부를 결정·고시한다. 급여 여부 결정을 위한 평가를 효율적으로 수행하기 위해서 건강보험심사평가원에 의료행위, 약제, 치료재료 전문평가위원회를 설치하여 운영하고 있으며 이들 위원회가 급여여부 결정에서 실질적인 역할을 수행한다.



【그림 II-1】 우리나라의 급여 결정 과정

전문평가위원회에서 급여 결정 시 고려하는 사항은 대체행위 및 약제 유

무, 비용효과성 등이다. 대체행위가 있으며 기존행위보다 비용효과적인 경우, 대체행위가 없으며 치료효과가 뚜렷한 경우 보험급여하게 된다.

2. 독일의 급여 범위와 결정체계

독일의 질병보험 제도는 크게 근로자, 연금수급자, 자영자 등을 대상으로 하는 일반질병보험 제도와 농업 자영자를 대상으로 하는 농업자질병보험 제도로 나누어지며 각 금고별로 운영된다. 그 질병금고의 적용 대상은 강제가 입자, 가입의무면제자, 임의가입자로 구분된다(국민건강보험공단, 2003, 2005).

1) 독일의 질병보험 급여의 종류와 범위

(1) 질병보험 급여 관련 법령

사회법전 제5권 공적의료보험 제3장 : 사회법전 제5권은 연방의회(하원)가 입법절차에 따라 결정한다.

(2) 질병보험 급여 관련 운영주체

독일은 공적 질병보험의 급여 관련해서 사회법전 제 5권에 아주 자세하게 명시하고 있다. 여기에서 질병보험 관련 운영주체는 질병금고, 연방공동협의회, 보험의사협회 등이다.

가. 질병금고

독일의 보험자 조직인 질병금고는 각각의 종류마다 주연합회 및 연방연합회를 조직하고 자치적으로 운영되고 있다. 질병금고의 감독 권한은 각 주 및 연방정부가 가진다. 대표적인 보험자 조직인 지역의료보험조합(AOK)은 전체 17개 지역에 구성되어 있다.

사회법전에 명시된 질병금고의 보험급여 관련 업무범위는 보험료 결정, 예산의 결정, 보험의 및 병원과의 진료보수 계약, 금고 자산의 조달 및 관리 등이 있다. 또한 모든 질병금고, 즉 보험자는 피보험자인 전체 국민에게 동일한 급여를 하도록 정하고 있으며 각 질병금고에서 개별적으로 급여의 종류, 범위, 가격 산정을 하는 것이 인정되지 않고 있다.

요양기관에서는 입원환자를 진료 후에 해당 진료비를 각 질병금고에 청구하게 된다. 급여비는 공적 질병금고에 소속된 기구인 MDK에서 심사를 하게 된다. 현재 독일은 입원환자에 대해서는 DRG 체계로 운영되므로 MDK에서는 DRG의 정확한 적용 정도를 심사하게 된다. MDK는 공보험이 재정을 지원하는 산하기관으로 운영비는 각 질병금고에서 부담하며 구성원은 대부분 의사이다(질병보험의 의료부서(MDK): 사회법전 제 275조, 제283조).

나. 연방공동협의회(www.g-ba.de)

연방공동협회의의 급여결정에 대한 법적인 근거는 사회법전 제5권 제91조, 92조, 135조, 137조에 명시되어 있다. 연방공동협의회(G-BA)는 보험급여 여부에 대해 검토, 의료의 질을 평가, 급여의 기준 및 지침을 만드는 역할을 한다. 연방공동협의회 산하에 급여여부를 결정하기 위해 조사, 검토 및 연구

를 담당하는 기구인 IQWiG(건강제도에 있어서 질과 경제성을 위한 연구소)이 존재하고 있다. IQWiG의 검토 후에 공동연방위원회에서는 개별적인 급여 사안에 대해서 결정하게 된다. 연방공동협의회(G-BA)의 급여 결정 과정에는 질병금고, 병원 또는 외래 보험계약의사, 환자 대표들이 참여한다. 연방공동위원회의 구성은 위원장과 위원 2명, 의사 4명, 치과의사 1명, 병원대표 4명, 질병금고 9명, 환자대표 9명(환자대표는 투표권이 없음)으로 되어 있다. 연방공동협의회 운영을 위해서 질병금고에서는 외래진료와 입원DRG 각 건당 20센트씩을 부담한다.

IQWiG의 임무

- 선별된 질병에서의 진단적, 치료적 방식에 관한 최신 학술 상황의 조사, 설명, 평가
- 공적 질병보험 범주 내에서 제공된 서비스의 질과 경제성 문제에 관한 감정과 의견표명
- 역학상 중요한 질병에 대해 의학적 근거를 토대로 가이드라인 제시
- 질병관리 프로그램(DMP)에 관해 권고(추천)
- 의약품의 유용성 평가
- 건강관리에서 질과 효율성에 대한 보편타당한 환자정보 마련

다. 보험계약의사협회

독일은 보험의사협회(KV) 및 보험의사연방협회(KBV)의 역할에 대해 사회법전 제5권 제77조 - 제 81a조에서 자세하게 명시하고 있다. 공적 질병보험 체계 내에서 입원진료와 외래진료의 구분이 상대적으로 엄격하다. 외래진료에서 공적 질병보험의 피보험자를 진료할 수 있는 의사를 ‘보험계약의사’ 또

는 ‘의료보험조합의사’라고 하며 이들은 보험계약의사협회에 가입하여 외래진료를 담당한다. 독일은 지역별로 조직된 17개의 보험의사협회가 있는데 약 148,300명(2006년 12월 기준)이 가입되어 있다. 그 중에서 의사는 132,900명(가정의 59,000명, 전문의 73,900명), 정신요법사는 15,400명이다. 또한 보험치과의사협회도 보험의사협회와 같은 구조로 지역별로 존재한다.

보험의사협회 또는 보험치과의사협회는 협회에 가입된 의사 및 치과의사가 개원을 하고자 할 때는 그 지역의 의료보험조합과 협의를 거쳐 개원 여부를 결정한다. 보험계약의사협회의 보험급여 관련 업무를 보면 질병금고와 급여(총보수액)에 대해 계약을 한다. 또한 협회에 소속되어 있는 의사들은 피보험자에게 제공한 진료내역을 단일평가척도(EBM)에 따라 작성하여 보험계약의사협회에 제출하고 협회는 자체적인 심사시스템에 따라 심사를 한다(사회법전 제5권 제106조). 보험의사 및 치과의사협회는 분기별로 총전체 보험급여를 분배하는 역할을 한다. 보험급여의 분배에서 각 지역의 보험의사협회는 자체적으로 분배 척도를 확정하며 제공된 진료를 고려하여 적절하게 분배를 한다. 각 지역별 보험의사협회는 총액예산제로 보험급여비를 관리하는데 예산의 10%는 예비비로 관리하므로 특단의 사유가 발생하면 예비비로 충당하고 다시 비축을 하는 방식으로 운영한다. 보험의사협회의(KBV)의 운영비는 보험의사협회에 가입한 보험계약의사들의 수입의 3.5%로 충당한다.

(3) 질병보험 급여의 종류 및 결정 기준

독일의 사회법전 제5권에서는 보험급여에 대해 비교적 자세하게 규정하고 있다. 즉 공적 질병금고에서 급여하는 의료행위에 대해 입원진료, 외래진료

에서 의사, 치과의사 의료행위, 기타 비의료 인력 등의 서비스에 대해서 명시하고 있다.

가. 급여진료

독일은 급여진료에 대해서 사회법전 제5권 제2조에는 경제성(제12조) 원칙을 고려하여 질병금고, 의료제공자, 피보험자는 모든 의료서비스가 효과적이며 필수적인 범위에서 행해지도록 해야 한다고 명시한다. 모든 의료서비스의 제공을 위해서 사회법전 제5권 제4장의 제82조, 제84조, 제87조의 규정에 따라 질병금고와 의료 제공자간의 계약을 체결한다고 규정하고 있다.

의료서비스에 대한 질병보험의 급여는 자신의 책임으로 인해 발생하지 않았을 때 제공한다. 또한 급여에는 특수요법 계통의 치료, 의약품, 치료재료도 포함되며, 피보험자는 사회법전 제5권, 또는 제9권의 규정에 근거하여 모든 의료서비스를 제공받게 된다.

외래진료의 경우에는 급여목록에 등재되지 않은 진료, 다시 말해 비급여 진료는 제공될 수 없으나 입원진료에서는 급여 금지제한의 원칙이 토대가 되어 모든 의료에 대해서 경제성(사회법령 제5집 제2조와 제12조)을 고려하여 연방공동협의회(G-BA)에서 제외한다고 지침으로 발표한 경우가 아니면 질병보험에서 급여를 한다. 즉 외래진료는 Positive system, 입원진료는 Negative system으로 볼 수 있다.

또한 사회법령 제5집 제91조 5항에 따라 G-BA는 공적 질병보험(GKV)에서 급여하는 항목에 대해서도 지속적으로 재평가를 해야 한다. 평가 후에는

각 위원회에서 공적 질병보험 체계 내 급여목록에 세부사항을 규정하여 새로운 지침으로 발표한다. 연방공동협의회(G-BA)는 모든 급여 진료에 대해서 항목별로 지침으로 제시하고 있는데 보험계약의사 및 치과보험계약의사 급여진료 지침, 병원 급여진료 지침 등에서 구체적으로 명시하고 있다.

나. 비급여 진료

사회법령 제5집 제135조에 근거해서 외래진료에서 새로운 의료행위는 연방공동협의회(G-BA)에서 질병보험 적용을 인정하기 전까지는 일반적으로 보험급여에서 제외되므로 비급여 진료라고 할 수 있다. 해당 의료에 대해서 연방공동협의회(G-BA)에서 협의하지 않았고 급여목록에 등재되지 않았다면 보험급여를 할 수 없다(G-BA 협의내용은 www.g-ba.de에 공개됨).

연방공동협의회(G-BA)는 비급여 진료에 대해서 협의된 내용도 구체적인 항목별로 제시하고 있는데 보험계약의사 및 치과보험계약의사 비급여 진료 지침, 병원 비급여 진료지침 등이 존재한다.

병원 입원진료 시에 환자가 원해서 의학적인 근거(evidence)가 없는 진료가 행해졌다면 해당진료에 대해서는 급여목록에 있는 진료와 차액을 본인이 부담해야 한다. 그러나 본인이 원해서 의학적인 근거가 없는 의료행위 등이 이루어졌을 때에도 의사의 소명자료 제출로 보험으로 급여가 되기도 한다.

독일은 비급여 진료 및 그 진료비에 대한 정확한 통계는 없으나 모든 진료에 대한 명확한 지침이 존재하므로 비급여 진료의 발생이 많지는 않다고 한다.

가) 급여 제한

예방, 재활, 요양 및 만성질환 관리프로그램에 참여하는 환자에 있어서 사안에 따라서 기간 및 특정의약품에 대한 제한이 있다. 외래진료에서 대부분의 의사들은 급여목록을 중심으로 진료하고 의약품의 경우에서도 같은 효능의 약제라면 경제성을 중시하고 의학적 판단 하에 적절한 진료를 시행한다. 따라서 치료 및 약제에 대한 사용기간 제한 등에 관련된 기준은 없다. 제한된 기준이 있더라도 의사가 의학적으로 필요하다고 판단되는 진료는 진료관련 소견서 및 소명자료의 제출로 보험급여가 가능하다. 이 경우에도 엄격하게 규정된 기준이 없어서 의사의 소견서에 의해 질병금고에서 대부분 인정을 하나 소견서가 없는 경우에는 전액 본인부담이 발생하게 되므로 환자들이 문제를 제기하게 된다.

(4) 지불제도 및 심사제도

가. 외래진료

외래진료 분야에서는 급여목록인 EBM에 의거 총액예산제로 관리되며 예산은 각 주별 보험의사협회에서 관리하고 집행한다(www.kbv.de).

외래진료에 대해서는 진료과별로 분류된 EBM목록이 있고(통일된 평가기준 : EBM-www.kbv.de), 모든 진료는 의사의 처방에 의하며 본인부담 부분이 정해져 있다. EBM수가(1point는 4센트)는 3개월마다 정하며 2007년 현재 약 2,000항목 정도가 존재한다.

의약품, 치료관련기구 및 기타 보조기구 등도 질병보험 급여에 포함된다.

약품은 lifestyle의약품 및 비처방의약품(일반의약품, 보험외의약품)과 같이 질병금고의 지불의무가 없는 약품으로 규정한 의약품을 제외하고 모두 급여가 된다. 외래진료비 심사에 대한 정확한 규정은 존재하지 않고 각 보험의 사협회(KV)의 자체적인 관리 체계가 존재한다.

나. 입원진료

입원진료에서 질병보험 급여비는 DRG시스템이며(일 지급기준액이 정해져 있는 정신과 입원진료는 예외임), 모든 의료행위에 대해 보험급여 한다. 다시 말해 규정에서 제외된 경우가 아니라면 모두 급여가 되는데 현재까지 소수의 의료만이 급여에서 제외되었다(www.g-ba.de).

입원진료에서 DRG협정은 질병금고(지역질병금고(AOK)연방연합회, 기업질병금고(BKK)연방연합회, 동업자질병금고(IKK)연방연합회, 농업질병금고연방연합회, 광부조합, 해양질병금고, 사무직근로자질병금고연합회, 노동자 대체금고연합회(AEV), 민간질병보험연합회가 공동으로 병원협회와 급여협정을 체결하게 된다.

입원진료비 심사는 공적 질병금고 산하기구인 MDK에서 담당하며 급여결정을 한다. 입원은 DRG체계이므로 MDK에서는 단지 DRG의 정확한 적용정도만을 심사를 하게 된다(MDK: 질병금고 의료부서, 사회법전 제 275조, 제 283조).

다. 의약품

의약품에 대해서는 비급여 목록(Negative List)체계이며(사회법령 제5집 제

34조) OTC 약품 및 비급여 목록이 존재 한다(www.g-ba.de). 대부분 의약품은 의사의 진료지침에 의거해서 처방되고 초과되는 부분은 환자가 부담하게 되며 참조가격제로 운영된다.

사회법령 제5집 제34조의 급여에서 제외된 약품을 보면 감기약, 구강인후 치료제, 하제, 운동기능성 질환 약물(멀미약, 제토제), 기타 약제(예; 금연 patch, 비만관련 약, 건강증진 관련 약제, 무좀약 등)가 있다.

질병보험에서 약을 급여하기로 결정을 하면 제약업계에서는 그 가격을 결정하는 체계이며 약제 시장의 규모는 1billioneuro/년 정도로 추정한다.

(4) 본인부담 제도

독일은 질병보험 급여의 본인부담에 대한 구체적이고 세분화된 규정이 존재한다(www.zuzahlung.de). 급여 진료에서 본인부담의 크기는 질병금고에 따라 다소 차이가 있을 수 있으나 만성, 희귀 난치성 질환에 대해서는 통상 본인부담률이 1%를 넘지 않는다고 사회법전 제5권에서 명시하고 있다. 질병보험 급여 관련 본인부담의 종류 및 내용에 대해서 몇 가지를 살펴보면 다음과 같다.

- 외래 방문 : 분기 당 최초 의사(심리치료사 포함) 및 치과 의사방문 시 10유로(처방전만 발급하거나 전화 상담도 해당됨).
- 의약품 : 소매가격의 1%, 의약품 당 최소 5유로 - 최대 10유로로 의약품 가격을 초과할 수는 없음.

- 본인부담 면제 : 18세까지의 어린이 및 청소년은 자체 소득이 있는 경우
에라도 본인부담이 면제됨.
- 본인부담 한도 : 통상 전년도에 세금이 포함된 총 소득의 2%, 중증 만성
질환자의 경우는 1%, 부부소득은 합산하고, 배우자와 자녀는 면세가 적
용됨. 사회부조 대상자는 가장의 기본소득만이 근거가 됨. 피보험자는
본인부담 한도에 도달하면 질병금고에 영수증을 제출한 후 면제결정을
받음.
- 보너스 형식의 본인부담 할인 : 질병금고는 특수진료행위(사회법령 제5
집 제73b조 주치의 진료, 제137f조 만성질환 프로그램, 제140a조 통합진
료)에 참여하는 경우 본인부담 할인을 정할 수 있음.
- 보너스 형식의 본인부담 면제 : 질병금고는 피보험자가 예방, 질병의 조
기진단을 위한 정규검진 시 보너스로 본인부담이 면제에 대해 정관에
규정할 수 있음.
- 건강검진 : 년 1회 치과검진, 예방 및 조기발견 검진, 예방주사는 본인부
담이 없음(건강검진 : 20세 이상 여성, 45세 이상 남성 년 1회 암검진,
35세 이상 1회/2년 당뇨 및 심혈관질환 검진. 임산부 산전 진찰).
- 보완치료(심리치료, 환자체조, 마사지, 노동요법, 언어치료 등) : 처방비용
의 10%+처방 당 10유로.
- 보장구(보청기, 휠체어) : 각 보장구 당 10%(최소 5유로-최대 10유로), 보
장구 가격을 초과할 수는 없음.
- 식대 1일 8유로 본인부담.

(5) 비급여 진료비 관리

독일은 급여목록에 등재되지 않으면 급여할 수 없다. 따라서 급여목록에 없는 신의료기술 등에 대해서 본인이 원하면 진료는 가능하나 본인이 부담한다. 신의료기술 등의 비급여 진료에 대한 법적인 규제 조항은 없다. 의사가 비급여 진료를 시행하는 경우에는 환자에게 설명을 하고 서약서를 받아야 한다. 설명 후 환자가 급여목록에 있는 진료를 원하면 급여 진료로 대치한다. 본인이 원하는 경우 또는 의사의 의학적 판단 하에 진료지침에 부합되지 않는 질환에 행해진 의료행위에 대해서도 소명자료를 제출하면 질병금고에서 급여를 결정하기도 한다. 때로는 환자가 급여가 되지 않는 신의료기술 등에 대해 사회법원에 소송을 제기하여 질병금고의 비용부담 책임을 판결한 사례도 있어 논란이 제기되기도 하였다.

요컨대 독일은 급여되는 항목에 대한 제한 등의 지침은 존재하지 않는다. 지침에 의해서 제한된 사안이라도 의사가 의학적 판단 하에 진료를 시행 후에 관련 소견서 및 소명자료의 제출로 보험급여가 가능하다. 의사의 소견서에 의해 대부분 급여로 인정되나 해당 소견서가 없으면 본인부담 비용이 발생하게 된다. 소견서를 작성하는 상황 등이 전체 진료에서 약 10%정도³⁾ 발생 한다(www.kbv.de).

독일의 질병보험 급여 제도가 우리나라와 비교하여 큰 차이점이라고 할 수 있는 점은 지불제도라고 할 수 있다. 급여비 지불이 총액예산제하에서 외래는 행위별수가제이며 입원의 포괄수가제로 이루어진다는 것이다. 이러

3) 프랑크푸르트 보험의사협회 대표의 면담을 통해 들은 내용임.

한 지불제도의 차이가 비급여 진료의 무분별한 확산을 효과적으로 억제하는 요인으로 작용했는지에 대한 후속적인 검토와 연구가 필요하다고 본다.

2) 독일의 급여 결정체계

독일 질병보험의 급여 관련 사항의 결정에는 질병금고, 보험계약의사, 연방공동협의회가 핵심적인 역할을 수행한다. 그 중에서 급여결정에 대한 신청을 받아 조사를 진행하고 보건사회보장부에 결과를 보고하는 등의 전반적인 업무는 연방공동협의회에서 진행하고 있다.

(1) 급여 신청권자 및 신청 절차

급여여부를 신청할 수 있는 단체는 질병금고연합회, 연방보험계약의사협회, 또는 각 주의 보험의사협회(17개)이다.

급여신청은 연방공동협의회(G-BA)의 절차에 따라서 의학적 근거 등 모든 서류를 갖추어서 제출해야 한다. 연방공동협의회(G-BA)는 신청된 의료 등이 타당한 의학적 근거가 없을 때는 급여에 대한 논의를 기각할 수 있다.

보험급여 논의대상이 되는 의료 등의 우선순위는 의료의 중대성, 사용관련 위험성 및 경제적 타당성이다.

(2) 급여 결정과정

검사 및 진료행위 평가 절차는 연방공동협회의 규정에 따른다. 이 규정에는 검사 및 진료 행위의 평가만 아니라 예방, 가족계획, 심리치료 및 치료제, 보장구의 영역의 평가 절차도 존재한다.

모든 심사대상, 즉 현안주제는 공개를 원칙으로 한다. 따라서 공개적으로 의료전문가, 의사협회, 자조그룹의 최고연합회와 환자대표기구, 의료제품 및 기구 생산자 기구는 의견 제시가 가능하다. 신청된 의료행위 및 제품 등에 대한 의견 제시는 표준화된 서식에 의거해서 참고문헌과 함께 제출해야한다.

각계에서 제시된 의견을 고려하여 연방공동협회는 의학적 근거 등에 대한 자체조사를 실시한다. 조사에서는 임상연구, 임상적 근거, 체계화 된 고찰 및 기타 필요한 추가감정 등이 포함된다.

신청된 의료행위 및 제품 등의 질적인 면을 고려해서 의학적 근거 (evidence)가 있다고 판단되면 연방공동협회는 각 하부위원회에 평가를 상정한다.

하부위원회의 심사 절차는 복잡하고 신중하다. 다양한 심사절차가 존재하는데 의학적 근거에 대한 조사, 확인 및 평가가 진행된다. 신청인(공급자)측에서 제출한 의료효과에 대한 설명서, 언론보도 또는 개별적인 사례만으로는 충분하지 않으므로 신뢰성 있고 검증 가능한 의학적 근거가 유용성 및 위험성 평가가 진행된다.

급여결정 사안에 대한 논의가 끝나면 해당 하부위원회는 연방공동협의회에 급여 결정에 대한 의견서를 제출한다. 하부 위원회의 의견을 토대로 연방공동협회의 의결을 거쳐서 연방보건사회보장부에 제출한다.

연방보건사회보장부에서는 법 집행 및 감독 차원에서 다시 검증을 하고 이견이 없는 한 연방관보에 공포한다. 연방관보에 공포가 된 다음날로부터 급여 효력이 발생된다.

(3) 연방공동협의회(G-BA) 급여결정위원회

질병보험 급여여부에 대한 결정은 연방공동협의회(G-BA) 의결위원회에서 이루어지며 각 의결 위원회의 구성원 및 그 대리인은 명예직으로 4년 임기이고 의결은 다수표결에 의한다.

가. 의료사안 담당위원회

- 급여 관련 업무로는 특별급여, 희귀난치성 질환 등의 목록, 의료의 질, 만성 질환자 프로그램 등을 만든다.
- 하부 위원회로는 병원의 외래진료, 만성질환관리 프로그램, 의료의 질보장 등의 위원회가 있다.

나. 외래진료 및 보험계약의사의 진료담당위원회

외래에서 행해지는 검사, 의료행위 및 신 의료의 급여결정을 위해서 사회법전 제5권 제91조에 따라 연방공동협의회에서 구성한 보험계약의사 의료행

위 관할위원회에서 결정 대상인 검사 및 의료행위 등에 대해서 의학적인 근거를 중심으로 자세한 조사 및 평가를 한 후에 급여 여부를 결정한다.

연방공동협의회는 외래 보험계약의사의 급여목록에 있는 내용에 대해서도 지속적으로 평가를 해야 한다(사회법전 제5집 제91조 5항).

급여 관련 업무는 노동 불능, 의약품, 보험계약의사치료, 심리치료, 의사수요, 임신관련, 건강검진 등 다양한 활동을 계획하고 지침을 만드는 것이다.

하부위원회로 노동 불능, 의약품, 의사진료, 의사수요계획, 가족계획, 재택간병, 치료제 및 보장구, 병원진료/환자수송, 예방, 심리치료, 질 판정 및 질 보장, 재활, 사회치료법 위원회가 있다.

다. 계약치과의사의 진료담당위원회

- 보험급여 관련 업무는 치과의사수요계획, 일정보조금, 치과조기발견, 치과의사진료지침, 의치에 대해 계획하고 지침을 만드는 것이다.
- 하부위원회는 치과의사수요계획, 구강외과, 새로운 검진 및 치료행위, 질 보장, 일정보조 지침위원회가 있다.

라. 병원진료 담당위원회

- 급여 관련 업무는 병원진료행위, 병원 전문의 연수(재교육), 질 관리, 의료의 질 보장, 소아 중양학 질 보장, 조산아와 신생아 치료 질 보장 관련 지침 및 협정에 관한 것이다.
- 하부 위원회로 입원의 질 보장, 치료행위 평가, 기타 질 보장 관련 위원회가 있다.

<표 II-4> 연방공동협의회(G-BA) 지침

노동불능 지침, 의약품 지침, 수요계획 지침, 치과 의사 수요계획 지침, 치과 진료 지침, 만성 질환자 지침, 일정보조금 지침, 조기발견 지침, 직무규정, 건강검진 지침, 재택간병 지침, 치료제 지침, 보장구 지침, 개인예방 지침, 청소년건강검진 지침, 구강정형외과 지침, 어린이 지침, 병원진료 지침, 환자수송 지침, 암 조기발견 지침, 최소량 협정(부록 포함), 출산 지침, NUB 지침, 심리치료 지침, 엑스핀 단층 촬영법 질 판정지침, 방사선과 질 판정 지침, 계약의사 진료 질 관리 지침, 치과 의사 질 관리 지침, 계약의사 진료 질 심사 지침, 투석 질 보장 지침, 재활 지침, 병원진료 방식 지침, 의사진료 방식 지침, 사회법전 제5권 제116b조에 따른 병원의 외래진료 지침, 수정에 관한 지침, 임신조정과 임신중절에 관한 지침, 사회치료법 지침, 병원의 질 보장 조치에 관한 협정(부록 포함), 시설 내 질 관리 협정, 병원의 질보고 협정, 소아 종양학 협정, 병원 내 전문의 연수(재교육) 협정, PET에 관한 협정, 조산아와 신생아 치료를 위한 협정(부록 1포함), G-BA의 절차규정, 의치 지침

3. 프랑스 급여의 범위와 결정체계

프랑스의 건강보험 제도는 피보험자의 직종별 특성에 따라서 일반제도, 특별제도, 농업제도, 자율제도가 있고 운영기구 또한 보험 분야별로 다양하다. 그 중에서 일반제도는 국민의 약 84%가 가입되어 있는데 그 운영기구는 수직적으로는 중앙, 광역, 지역 단위에서 있고 수평적으로는 질병금고, 노령금고, 가족수당금고가 존재한다. 일반제도는 128개 지역질병금고(CPAM), 16개 지방질병금고(CRAM), 전국상공업근로자질병금고(CNAMTS), CNAMTS 산하에 의료행위감독 부서가 존재한다.

프랑스의 건강보험 제도는 직장보험이 기본이 되어 발전한 제도이므로 퇴

직 후에도 현직에서 가입했던 제도에 계속 가입이 가능하므로 우리나라의 지역보험과 같은 제도는 존재하지 않는다(국민건강보험공단, 2003, 2005).

1) 프랑스의 질병보험 급여의 종류와 범위

(1) 질병보험 급여 관련 법령

프랑스 사회보장법 L-321-1의 질병보험 급여 기준에서는 의료비, 약제, 치과치료, 교통비, 입원치료, 상병수당, 예방접종(vaccination) 및 검진 등에 대해 명시하고 있다.

(2) 건강보험 급여 관련 운영주체

프랑스는 공적 질병보험 급여 관련 운영주체는 전국질병금고연합(UNCAM), 전국보충조직연합(UNOC), 최고보건청(HAS)이다.

가. 전국질병금고연합(UNCAM) 및 전국보충조직연합(UNOC)

전국질병금고연합(UNCAM)은 프랑스의 보건의료체계의 개혁에 의해 창설된 조직이다. UNCAM은 일반제도(CNAMTS) 자영업자제도(CANAM), 농업제도(MSA)등 3개 제도의 연합체이다. 보험급여 관련 업무는 의료협상 및 협약, 상환율 결정, 상환이 되는 의료행위와 급여목록 개정 등이 있다. 전국보충조직연합(UNOC)은 상호부조연합과 공제기관의 대표자들의 연합체인데 상환율, 상환이 되는 의료행위와 급여목록에 대한 전국질병금고연합(UNCAM)의 결정사항에 대해서 UNCAM에 의견서를 제출하는 역할을 한다.

나. 최고보건청(HAS)

최고보건청(HAS)는 보건사회보장부와 질병금고에서 운영비를 지원하지만 독립적인 공적기구이며 구성원은 의사, 보건의료전문가와 경제학자 등 현재 약 150명이다. 최고보건청에서는 연구 및 검토 등 의뢰받은 사안에 대해 보건사회보장부, 질병금고, 의사협회의 입장을 고려하여 최고보건청 이사회를 통해 의사결정을 하게 된다.

최고보건청의 보험급여 관련 주요 업무는 의료지침서 작성 및 배포, 보건 의료종사자 교육, 병원 평가, 신의료기술 보험급여 결정에 대한 의료기술 평가이다.

(3) 질병보험 급여의 종류 및 결정 기준

급여 진료는 보험수가 협약체계로 이루어지는데 수가의 협약은 의료제공자 측 각 직종별 대표와 질병금고 간 협상을 통해서 이루어지며 협약된 수가는 급여목록(CCAM)⁴⁾에 등재가 된다.

의료제공자는 자발적으로 수가협약을 한다. 수가협약의 의무 규정이 없으므로 협약에 참여하지 않은 의사가 제공한 의료서비스에 대해서는 수가를 임의로 정하고 해당 환자에게 청구할 수 있으나 해당 환자는 질병금고에서 후불로 상환을 받을 수가 없다. 의료제공자는 Sector1, Sector2로 나누어져

4) CCAM(의료행위 공동 list), NGAP : 전문의료행위 Llist(범 의료행위 LIST) : 공립 병원 및 사립 병원(clinic)의 의료행위에 대한 List는 약 7200개 항목이 존재하며 약제의 경우에서도 개별적으로 목록이 존재한다. 각각 7자리의 Code로 구성되어 있음.

있고 각 Sector에 따라 보험수가가 차이가 있다. 전체의사의 약 50%는 sector2에 속하며 통상 학위가 없으면 sector1 학위가 있으면 sector2에 속한다. sector별 분포는 진료과별로 차이가 있는데 마취과 의사는 75%가 sector1에 속하고, 외과의사는 80%가 sector2에 속한다.

가. 급여 진료

입원진료는 포괄수가제인 GHS(DRG)체계, 외래진료는 행위별수가제 하에서 질병보험 급여진료가 이루어진다. 프랑스는 모든 의료서비스에 대한 구체적인 세분화된 Positive List가 존재한다.

외래진료에서 의료제공자들은 진료행위지침(RMO)에 따라서 진료를 하며 진단, 치료, 약제, 보장구에 대해서 급여목록(CCAM)에 명시된 내용으로 환자에게 직접 청구를 한다. 환자는 의료공급자에 직접 지불을 한 후에 해당 질병금고로부터 지출한 비용의 전체 혹은 일부를 상환 받게 된다.

입원진료에서는 포괄수가제인 정액제를 토대로 요양기관은 질병금고에 보험급여비를 청구하고 질병금고로부터 직접 지불을 받게 된다. 병원은 공공, 민간비영리, 민간영리법원이 있어서 급여비 적용에서 차이가 있다.

나. 비급여 진료

프랑스는 급여목록(CCAM)에 존재하지 않는 진료에 대해서는 급여하지 않는 체계이다. 급여목록에는 행위, 약제 및 기타재료에 대해서 세부적으로 기술되어 있어서 비급여 진료에 대한 논란은 거의 없다고 볼 수 있다.

그러나 질병금고와 협약이 되어 있지 않은 의료제공자가 시행한 의료서비스의 수가는 의료제공자가 임의로 정하고 해당 환자에게 청구할 수도 있다. 이와 같은 경우에 해당 환자들은 질병금고로부터 후불로 상환을 받을 수가 없으므로 비급여 진료라고 할 수 있다. 그러나 이 경우에서도 의료제공자에 대한 선택은 환자의 몫이므로 많은 논란이 제기되지는 않는다고 한다.

감기 등 경미한 질환에 대해서는 질병보험에서 점차 급여를 축소하고 있는 추세이다. 즉 필수의료에 대해서는 급여를 강화하고 필수의료이 아니고 판단되는 의료서비스에 대해서는 점차 급여를 줄여가려고 하고 있다.

외래진료에서는 급여목록(CCAM)이 중심이 되고 의료물품이나 약품의 추가사용이 없으므로 우리나라와 같은 임의비급여 진료는 없다고 할 수 있다. 입원진료에서도 요양기관은 고가 의료물품, 약품으로 목록에 명시된 품목을 사용하게 되는 경우에는 포괄수가GHS(DRG)이외로 질병금고에 청구할 수도 있으므로 환자가 선택한 법정비급여 이외 기준 등과 관련되어 임의로 산정하는 비급여 진료는 없다고 할 수 있다.

(4) 지불제도 및 심사제도

가. 입원진료

입원진료와 관련된 전반적인 사항은 체육보건부에서 관장하며 총액예산제로 관리한다. 입원급여비는 포괄수가제GHS(DRG)인데 DRG위원회인 ATIH에서는 DRG목록을 작성한다. DRG수가에는 고가 의료, 약품 및 물품은 포함되지 않으므로 개별적으로 추가 산정이 가능하다.

지불제도는 공립병원과 민간병원의 차이가 존재하는데 공립병원의 경우에는 1회 입원진료 = 1포괄수가이며, 공립병원에서의 포괄수가(GHS)에는 의사진찰료도 포함된다. 그러나 민간클리닉⁵⁾은 1회 입원치료 = 1포괄수가 + 의사진찰료이다. 따라서 포괄수가제라도 공립병원과 민간클리닉의 보험 수가는 차이가 있다. 또한 고가의 의료물품 - 약품 목록에 명시된 품목을 사용하는 경우 포괄수가 이외로 청구를 할 수 있도록 하였으므로 의료비에서 다소 차이가 있을 수 있다.

입원진료를 시행한 후에 병원은 환자에게는 본인부담금만을 청구하고 포괄수가에 의거해서 질병금고에 청구를 하게 된다. 따라서 요양기관은 보험자인 질병금고로부터 직접 지불을 받는 구조이다. 입원의 경우에서 통상 진료비의 80%가 질병보험으로 급여가 되며, 입원진료 시 소요된 물품 및 약품 등은 통상 100%가 급여된다. 예외 규정으로 100% 보험급여가 되는 경우가 있는데, 장기치료가 필요한 희귀 난치성 질환 (ALD - 30개 질환), 의료비가 면제되는 상황(CCAM가격으로 환자부담이 91유로 이상이거나 NGAP 계수 K가 50보다 큰 경우), 임신과 출산 관련, 입원 31일부터이다.

나. 외래진료

외래진료의 경우에는 공립과 사립병원 모두 CCAM 가격목록을 중심으로 각 의료행위별로 수가를 청구(1개의 의료행위 = 1개의 가격)하고 환자는 병원에 선지불하고 질병금고로부터 후불 상환을 받는 체계이다. 약제도 목록이 존재하는 Positive List체제로 목록에 명확하게 규정된 경우에는 환자는

5) 프랑스는 민간병원을 클리닉(clinic)이라고 칭하며, 우리나라의 의원과 같은 형태는 cabinet이라고 칭함.

병원에 선지불하고 후불로 해당 질병금고로부터 상환을 받게 된다.

또한 의료기기와 보장구 등의 기타치료재료 목록(LPP)도 존재하고 치료재료는 질병보험에서 약 65%정도 급여가 되고 있다. 기타 재료에서는 약제와 달리 참조가격이 존재한다(참조가격보다 많이 발생하면 차액은 본인이 부담하는데, 장애인은 장애인 단체에서 부담하고 기타 사회단체가 부담하는 경우도 있음).

(5) 본인부담

암 등 ALD 30가지 질환에 대해서는 건강보험으로 100% 급여가 되나 대부분의 의료서비스는 보험급여 규정에 따라 본인부담이 발생한다. 외래진료에서는 100% 급여항목을 제외하고는 본인부담이 통상 30%가 발생한다.

입원에서는 100% 급여가 되는 경우를 제외하고 통상 20% 본인부담이 발생한다. 입원 시 일당정액 16유로/1일 + 법정 본인부담분이 발생하게 된다. 그러나 의료비 면제의 사유가 있는 경우에는 1일 18유로만 본인이 부담하면 된다. 다시 말해 의료비 면제 사유에 해당하여 100% 보험급여가 되는 경우에는 법정 본인부담은 발생하지 않고 1일 정액요금 18유로만 본인이 부담한다. 또한 ALD 30개 질환의 경우에서도 법정 본인부담금은 발생하지 않고 1일 정액부담금 16유로만을 본인이 부담하게 된다.

약제는 전략적으로 재정 감축이 가능한 품목으로 최근 건강보험 개혁을 통해서 약품 1 package당 50센트를 본인이 부담하도록 하였다. 또한 본인

부담이 완전히 면제는 경우가 있는데 근로 중 사고, 저소득층, 전상이용자는 법정 본인부담금, 정액 본인부담금 두 가지 모두 발생하지 않는다.

본인부담에는 법정 본인부담, 병실 차액(기준병상은 2인실), 전화 이용료(TV이용료 등), 추가 진찰료(사립병원이나 개인의원의 경우)등이 있는데 이 부분은 환자가 가입한 보충보험(국민의 90%가 공적부조 또는 사보험에 가입되어 있음)에서 급여가 된다. 급여목록에는 보충보험을 위한 Code가 부여되어 있어서 보충보험(사보험)에서는 진료 내용에 대해 파악할 수 있다.

<표 II-5> 프랑스의 장기질환(ALD 30) 목록

일상생활에 장애를 일으키는(장애보험 대상)뇌혈관장애, 골수기능부전, 허혈성동맥질환, 빌
하르츠 주협축증, 심장박동이상(선천성 심장기형, 심장판막기형),간경화,HIV/AIDS, 당뇨
병, 중증근무력증, 간질, 헤모글로빈질환(혈색소질환), 혈우병, 고혈압, 관상동맥질환, 중증
만성호흡부전, 알츠하이머 등 정신이상, 파킨슨병, 유전적 대사장애 신증후군, 낭포성섬유
증, 중증만성신병증(원발성신증후군), 양측마비,붉은반점낭창(전신성홍반성낭창(SLE),전신경
피증), 다발성 류머티스 관절염, 장기정신질환, 출혈성 직장대장염(진행성 크론병), 다발성
경화증, 척추형성기의 진행성 척추측만증(25도 이상),강직성척추염, 장기이식후유증, 활동성
폐결핵(나병), 악성종양(악성림프종, 악성조혈성질환)

(6) 비급여 진료비 관리

약제목록에는 약제의 가격, 약품명, 질병보험 급여율을 세부적으로 명시하
고(65-35%, 항암제: 100%, 0%), 의료행위, 기타재료 목록도 존재한다. 약제와
행위목록은 UCNSS에서 출판(2회/년)을 한다. 의료행위와 약제 등에 대해
질병보험에서 급여를 중지하면 해당 항목은 본인부담이나 국가와 질병금고
에서는 보험급여가 되는 대안이 되는 약제와 행위 등을 제시한다.

또한 의료제공자가 비급여 약제를 처방하거나 비급여 의료행위를 시행하
고자 할 때는 해당 약제 및 행위와 같은 보험급여 항목이 있음을 설명하고
본인이 급여 또는 비급여 진료에 대해서 선택하도록 한다.

보험급여 목록에 존재하는 약제 및 의료행위에 대해서 제한하는 경우는
없고 의료제공자의 의학적인 판단을 중요시한다. 급여목록(CCAM)에 존재하
는 경우에는 급여 제한에 대한 지침은 존재하지 않고 의사의 의학적인 판단

하에 행위 및 약제의 사용을 연장할 수도 있다.

외래진료에서 급여목록에 존재하지 않는 약제의 사용은 가능하나 보험으로 급여되지는 않는다. 반면 입원진료에서는 의료행위 및 약제목록에 없어도 의사의 의학적 판단 하에 시행한 진료는 사안별로 보험급여를 인정하기도 하지만 지속적으로 동일한 사안이 발생하면 신의료기술로 승인을 받도록 하고 있다.

예외적으로 온천치료는 사전허가를 받아야 급여가 되는데 급여율은 30%이다. 현재 질병보험 급여에서 제외된 25가지 약제가 있는데 이 경우는 경제성 원칙 하에 제외되었으므로 동일효능의 약제, 즉 대안 약제의 사용을 권장한다(불가피하게 사용할 경우에는 규정에 의거해서 상환이 됨. 즉 사안에 따라 특별처방전에 의해서 상환이 되기도 함).

프랑스의 지불제도는 총액예산제이며, 민간과 공공병원의 수가의 차이, 외래의 후불 상환제는 우리나라와 차이점이라고 할 수 있다. 또한 비급여 진료에 대한 의료제공자의 설명 필요성 인식과 급여진료 대안을 제시하는 것은 우리나라와 큰 차이를 보이는 내용이라고 할 수 있다. 이러한 차이가 꼭 필요한 일부의 법정비급여 진료 및 불가피한 경우를 제외하고는 의료소비자와 의료제공자 모두 급여진료를 선호하게 되는 요인으로 작용할 수도 있겠으나 그 외에 밝혀지지 않은 다양하고 복잡한 요인이 있을 수도 있다는 점을 배제할 수는 없다고 판단된다.

2) 프랑스의 급여결정 체계

급여결정에는 급여목록에 존재하는 항목들에 대한 평가 및 수가협상과 새롭게 창출되는 신의료기술에 대한 급여결정이 있다. 급여결정 과정에서 의사협회는 적당한 수준에서 진료지침을 제공하고, CNAMTS는 건강보험 재정을 고려하여 적절한 수가로 결정하는 것이다.

급여 결정은 CNAMTS 산하의 급여 결정을 하는 부서인 DNR(Direction Negotiation)에서 주도하고 의사협회(전문의 협회, 치과의사협회 등)에서는 정기적으로 대표단을 만들어 협상과 협정을 맺고 결정된 수가를 고시한다(www.ameli.fr).

(1) 신의료기술 급여 결정

신의료기술에 대한 평가는 주기적으로 하는 것이 아니라 사안별로 필요한 시기에 평가를 한다. 2007년에는 5개의 신의료기술이 평가를 통해 추가로 급여목록에 등재되었으며 현재 급여목록에는 약 7200개 항목이 있다.

전국질병금고연합(UNCAM)에서는 신의료기술 평가를 하여 급여목록에 등재를 하기 전에 반드시 관련 정부부처, 전국의료물품산업연합(UNPS), 의료물품산업대표노동조합, 의료기관대표단체에 알리고 의견서를 제출할 기회를 준다.

신의료기술에 대한 급여 여부를 결정하기 위해서 UNCAM(CNMATS)은

최고보건청(HAS)에 신의료기술 등에 대한 조사, 검토, 연구 등 평가를 의뢰하고, 최고보건청에서는 규정에 따라 조사 및 평가를 하고, UNCQM(CNAMTS)에 의견을 제시하게 된다. 최고보건청의 의견을 토대로 UNCAM(CNAMTS)은 급여 관련 재정 등에 대해 검토를 한다.

UNCAM에서는 HAS(조사, 평가, 과학적 실효성)의 의견과 UNOCAM(보충보험)의 의견을 참고하여 최종 보험급여를 결정하게 된다(UNCAM과 CNAMTS의 대표는 동일인).

HAS 하부조직으로 약제 관련하여 급여결정 기구(영국의 NICE와 비슷함)와, 치료재료 관련 CEPP라는 조직이 있다.

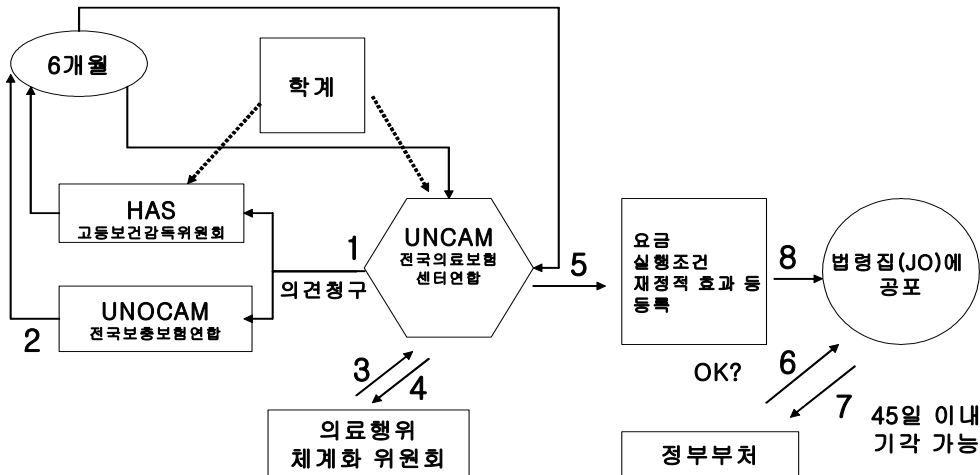
(2) 신의료기술의 급여목록 등재 과정

신의료기술 등이 급여목록(CCAM)에 등재되는 과정은 통상 6개월이 소요된다.

급여여부 결정을 위해서 UNCAM은 공동위원회를 결성하고 해당 항목의 보험 급여에 관한 구체적인 논의를 한다. 공동위원회의 구성원은 통상 UNCAM 대표 50%, 의사 대표 50%이다.

공동위원회에서 보험 급여하기로 결정된 사안 및 내용에 대해서 서면으로 체육보건부에 제출하여 급여 등록을 요청한다. 체육보건부는 공동위원회에서 결정한 신의료기술 등의 항목에 대해 45일내에 거부할 권리를 가진다.

체육보건부에서 급여목록 등재에 대해 승인하면 법령으로 공포를 하고 JO법령집(JO. Journal Officiel)으로 급여 목록을 출판하게 된다.



【그림 II-2】 프랑스의 급여 목록 등재 과정

4. 일본의 급여 범위와 급여 결정체계

일본은 모든 국민이 건강보험제도에 가입되어 있고, 직역보험과 지역보험으로 나누어져 있다. 직역보험은 피용자 보험인 건강보험, 선원보험, 각종 공제가 있고, 지역보험으로 자영업자가 가입하는 국민건강보험이 존재한다(국민건강보험공단, 2003, 2005).

직역건강보험은 정부관장과 조합관장 2가지가 있는데, 정부가 관장하는 직장건강보험은 주로 700인 이하(법적으로는 300인 이하)사업장의 종사자를 대상으로 서비스를 제공하며 보험자는 정부기관인 사회보험청이 된다. 조합관장 직장건강보험은 일정규모 이상의 사업장이 보험자가 되어서 직접 운영을 하는 구조이다.

지역건강보험, 즉 국민건강보험은 자영업자, 퇴직자, 실업자 등 직장건강보험 가입대상을 제외한 국민들을 가입대상으로 하여 시,정,촌이 보험자가 되는 시,정,촌 국민건강보험과, 지역 국민건강보험(이용업조합 등 직종조합)으로 구성되어 있다.

1) 일본의 건강보험 급여의 종류와 범위

(1) 건강보험 급여 관련 법령

일본은 의료의 수요자 측면에서 법적 틀을 마련한 건강보험법(1922년 제정)과 국민건강보험법(1938년 제정)이 있으며 공급자의 측면에서 의료서비스법(1948년 제정)과 공중보건법(1994년 제정)이 존재한다.

(2) 건강보험 급여 관련 운영주체

일본의 공적 건강보험의 급여 관련 운영주체는 후생노동성, 국민건강보험중앙회, 국민건강보험단체연합회 등이다.

(3) 건강보험 급여의 종류 및 결정 기준

일본은 5,000개 이상의 보험자가 존재하고 있으나 각 보험자가 피보험자에게 제공하는 기본적인 보험급여는 전체 제도 간에 공통적이며 급여내용에서도 많은 차이가 없다.

가. 급여 진료

일본의 법정급여는 요양급여, 입원 식사요양비, 입원 생활요양비, 보험외 병용요양비, 요양비, 방문간호요양비·가족방문간호요양비, 이송비·가족이송비, 상병수당금, 출산수당금, 출산육아일시금·가족출산육아일시금, 매장료·가족매장료, 가족요양비, 고액요양비 등 13가지 필수급여로 이루어져 있다. 법정급여 이외 부가급여는 각 건강보험조합에서 개별적으로 정할 수도 있다.

법정급여 중에서 질병치료 대상자에게는 진찰, 약제 및 치료재료 지급, 처치, 수술 기타의 치료, 간호요양, 입원 식사요양은 필수 급여진료라고 할 수 있다.

요양급여 내용을 살펴보면 피보험자의 업무외(업무외 : 건강보험 ⇔ 업무상 : 산재보험)상병에 대해서 보험 의료기관에서 제공하는 현물급여로 ① 진료, ② 약제, 치료재료의 지급, ③ 수술 등의 치료, ④ 재택에서의 요양상의 관리, 돌봄, 간호, ⑤ 입원, 요양에 수반하는 돌봄·간호가 해당된다.

보험 의료기관에 식사 제공을 받은 경우에는 식사비용에서 식사요양 표준 부담액(재료비용 상당액)을 공제한 금액을 보험으로 급여 한다. 일본은 통상

혼합진료⁶⁾를 금지하고 있으나 예외적으로 보험외 병용요양이라는 명목으로 급여를 하고 있다. 그 내용을 보면 후생노동대신이 정한 ① 평가요양, ② 선정요양을 받는 경우에는 요양전체에 관련된 비용 중 보험진료 부분에 대해서는 보험급여를 한다는 것이다. 기초적 부분은 급여 진료와 공통하는 진찰, 검사, 투약, 입원료 등에 해당하는 비용인데 보험 진료와 동일한 부분에 관하여는 본인 일부부담금을 제외하고 나머지 금액은 「보험 외 병용 요양비」로 현물급여를 한다.

- 평가요양에는 선진의료(118종류), 의약품의 시험에 관계된 진료, 의료기기의 시험에 관계된 진료, 약가기준 등재 전의 승인의약품의 투여, 보험 적용전의 승인 의료기기 사용, 약가목록에 등재된 적응증 외 사용이 해당된다.
- 선정요양을 받는 경우는 특별한 요양환경의 제공(차액 병상), 예약진료, 시간외 진료, 200병상 이상 병원의 초진, 2000병상 이상 병원의 재진, 제한 초과 의료행위, 180일 초과 입원, 전치부의 재료 차액, 금속상 총의 치, 소아 우식치료 후 계속 관리가 포함된다.

병원 요양 외 보험급여가 있는데 보험자가 그 필요성을 인정하는 경우에 의사의 지시 하에 보장구 제작, 장착, 의사 동의 하 마사지, 안마, 침, 구, 해외 진료(⇒해외요양비), 보험 의료기관외 진료 등이다. 그 외 필요한 경우 이송비, 가족이송비가 급여된다. 가족요양비, 즉 피부양자 요양을 보면 병원요양, 식사요양비, 특정요양비 등에 대해서 피보험자와 동일하게 보험급여가 된다.

6) 혼합진료는 진료비 전액을 건강보험으로 적용하던지 아니면 전액을 비급여로 적용하는 방식, 우리나라처럼 건강보험환자에게 일부 진료는 보험급여를 적용하고 나머지 진료는 비급여 적용하는 혼합형태를 금지한 것임.

나. 비급여 진료

일본은 급여 진료이외 보험외 진료라고 법령으로 규정된 비급여 진료가 존재한다. 보험외 진료는 제도화된 특정요양비 제도라고 할 수 있는데 특별 서비스 및 고도의 선진의료료를 포함한 요양에 대해서 전체비용 중에서 기초적인 부분에 대해서는 보험급여를 하고 특별서비스 부분은 전액 본인부담하는 것이다.

(4) 지불제도 및 심사제도

진료비 청구형태를 보면 19병상 이하 진료소 및 20병상 이상 병원은 진료 보수점수표에 기초한 행위별 수가에 근거해서 청구를 한다. 일본은 행위별 수가가 근간이었으나 일부 승인된 병원(2007년 360기관)은 DPC(Diagnostic Procedure Combination)제도로 병명과 그 증상·치료행위를 1일당의 금액인 포괄평가 부분(투약, 주사, 처치, 입원료 등)과 행위평가 부분(수술, 마취, 재활, 지도료 등)을 합하여 계산(포괄+행위)하여 청구를 한다. DPC제도는 점차 확대할 계획을 하고 있다.

진료비 심사 및 지불 제도는 직역건강보험(정부관장, 조합관장, 공제, 선원보험)은 사회보험 진료보수 지불기금(중앙 + 47개 지부)에서 사회보험 진료보수 지불기금법에 의거하여 심사를 진행하고 진료비 지불은 보험자 단체에서 직접지불을 한다. 다음으로 지역보험인 국민건강보험은 국민건강보험중앙회 - 국민건강보험단체연합회에서 국민건강보험법을 토대로 하여 심사하고 진료비 지불은 보험자 단체에서 한다. 이 단체는 보험자, 피보험자, 진료

담당자, 공익으로 구성되고, 보험자가 제공하는 심사수수료(건당 113엔으로 입원과 외래가 동일함)로 운영을 한다.

(5) 본인부담

일본은 본인부담금에 대해서 세부적으로 규정하고 있는데 일부 본인부담금, 즉 법정 본인부담금은 전체 진료비의 30%이다. 70세 이상 10%, 3세 미만 20%이다. 70세 이상에서도 일정소득 이상은 30%(일정소득 이상은 부부합산 소득 520만엔/년 이상, 독신 383만엔/년 이상)의 본인부담이 발생한다.

식사요양비는 보험 의료기관에 입원하여 식사제공을 받은 경우에 식사에 필요한 비용에서 식사요양 표준부담액(식재료비용 상당액)을 공제한 금액을 보험 급여한다. 식사요양 표준부담액(본인부담)은 1식당 260엔(260엔 × 3회 = 780엔)이다. 예외적으로 식사요양 표준부담액의 경감 대상이 있는데, 저소득자(210엔/1식), 입원기간 90일/년 초과하는 경우(160엔/1식), 주민세 비 과세자, 일정소득 수준 미만의 70세 이상 노인(100엔/1식)이다. 그 외 혼합진료가 허용된 선진의료⁷⁾와 관련된 본인부담이 있다.

(6) 일본의 비급여 진료비 관리

일본은 특정요양비 제도가 존재하는데 이는 보험이 적용되지 않는 것이 포함되면 원칙적으로 그 진료 전체가 보험 외(혼합진료 금지)로 처리되던 것

7) 선진의료비용 20만엔 포함 전체의료비가 100만엔인 경우 : 선진의료비용 20만엔 전액본인부담, 급여진료와 공통되는 부분 80만엔 중 법정본인부담 24만엔, 보험자부담 56만엔(일부 본인부담은 '고액요양비'도 동일하게 적용됨)이 됨.

을 법령을 개정하여 새로운 의료기술 및 환자의 다양한 의료요구 등에 맞게 선진의료 및 특별서비스에 대해 보험급여를 하기 위해 창설된 것으로 특정 부분에 대해서는 본인이 부담하고 보편적 치료는 보험으로 급여하는 것이다.

보험 외 진료에서 선진의료는 일반적인 급여진료를 받는 중에 환자가 희망하고 의사가 그 필요성과 합리성을 인정하는 경우에 행하게 되는 것이다. 요양기관에서 선진医료를 받는 경우에도 그 절차는 보험진료와 동일한데 환자는 진료 내용, 필요성 및 비용 등에 대하여 의료기관으로부터 구체적으로 설명을 듣는다. 설명을 들은 후 그 진료 내용에 대하여 충분히 납득하게 되면 동의서에 서명을 하고 진료를 받게 된다.

선진医료를 받고 환자는 선진의료 비용 및 선진의료에 관련된 비용 중 급여진료와 공통되는 부분에 관한 일부 본인부담금, 식사 표준부담액 등을 지불하고 영수증을 받게 된다.

제한이 있는 진료, 즉 후생노동대신이 정한 진료보수의 산정방법에 규정된 횟수를 초과하는 보험 외 병용요양에는 종양 marker인 α -fP, CEA정밀측정, α -fP정밀측정이 있고 재활 및 물리치료로는 심혈관질환, 뇌혈관질환에서 사용하는 운동기 및 호흡기 등이 있다. 또한 정신과 전문요법으로 데이케어, 나이트케어 등이 존재한다. 그러나 제한이 있는 경우에도 의학적 판단 또는 불가피한 사유로 규정을 초과하여 사용할 경우 진료비 청구 명세서에 그 이유와 의학적 근거를 상세하게 기재하면 급여가 가능하기도 하다.

치료재료 사용 및 청구에서도 보험자와 의사 간 신뢰관계가 형성되어 많

은 논란이 발생하지는 않는다. 보험 급여로 인정되지 않으면 해당 치료재료는 사용되지 않고 유통되지 않는 것이 통례이다. 치료재료를 정해진 숫자 이외 사용하면 병원부담이 원칙이다(병원들의 불만이 점차 커지고 있어서 인정 숫자를 늘리기도 함). 보험 급여로 승인되지 않은 비급여 재료를 사용하고 환자에게 부담시키는 사례가 있을 수 도 있으나 부당청구에 대한 처벌조항은 없다⁸⁾.

일본은 우리나라와 달리 건강보험제도 도입 초기부터 급여와 비급여 혼합 진료금지의 원칙이 존재했다. 최근에 법령의 개정으로 선진의료 등 보험 외 진료를 동시에 시행하고도 보편적인 진료에 대해서는 급여가 가능하도록 하였으나 의료제공자의 의학적 판단 하에 꼭 필요한 경우에만 시행되고 있다는 점이 우리나라와 차이점이라고 할 수 있다.

2) 일본의 급여결정 체계

일본의 보험급여 여부 결정, 즉 보험등재에는 중앙사회보험의료협의회(중의협)이 주도적인 역할을 한다. 일본의 선진의료, 즉 신의료기술을 평가하는 기준은 ① 선진성 ② 유효성 ③ 안전성 ④ 효율성 ⑤ 사회적 수용성 ⑥ 검토의 필요성(보험진료로서의 유용성의 검토)이고 신의료기술의 평가에서 제외하는 대상은 연구개발단계에 있는 기술 등이다.

가. 중앙사회보험의료협의회(중의협)

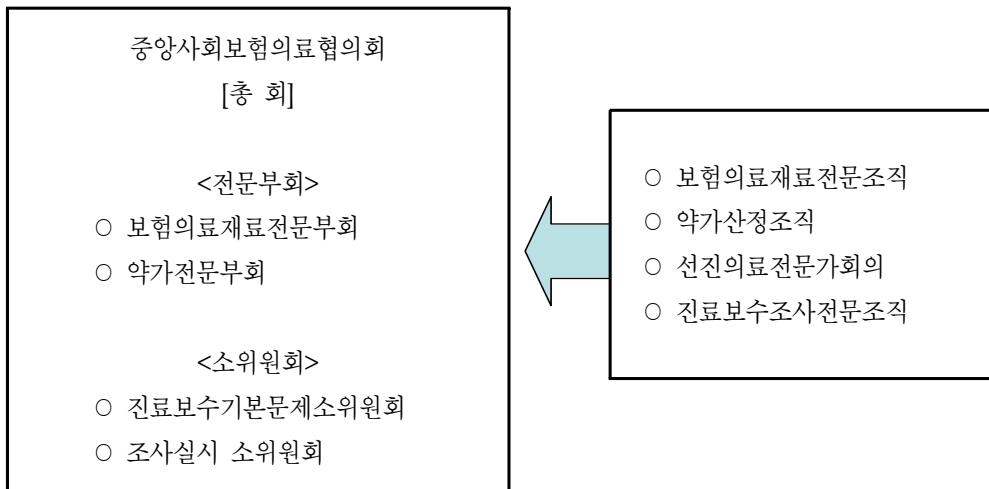
중앙사회보험의료협의회(중의협)는 후생노동대신의 자문기구이다. 중의협

8) 일본 건보련 방문 시 면담을 통해 들은 내용임.

은 의료기관의 진료 및 약제 등에 대해 공적 의료보험에서 지불하는 수가를 결정하는 권한을 가진다. 협의회 위원은 후생노동대신이 임명하고 임기는 2년이다. 위원회의 구성은 보험자, 피보험자, 사업주 등을 대표하는 위원(지불측), 의사, 치과 의사, 약사 등을 대표하는 위원(의료제공자측), 공익을 대표하는 위원으로 한다.

나. 중앙사회보험의료협의회 총회

진료보수, 보험 의료기관·보험의료 담당규칙, 신약, 의료용구의 보험적용에 관한 사항에 대하여 후생노동대신의 자문에 응하고 심의·응답하는 외에 건의도 하게 된다.



【그림 II-3】 중앙사회보험의료협의회

다. 보험 급여 여부 및 급여 범위의 결정

- 후생노동대신(또는 관계 각 대신)의 자문에 응하여 사회보장(인구문제)에 관련된 중요사항을 조사 심의한다.
- 의료법, 건강보험법, 사회복지법, 개호보험법, 연금법 등 사회보장제도의 각 법률규정에 의해 그 권한에 속한 사항을 처리한다.
- 의료보험부회(醫療保險部會): 의료보험제도체계의 개혁, 의료부회(醫療部會): 의료제공체계의 확보에 관련된 중요 사항을 처리한다.

<표 II-6> 보험 진료와 보험외 진료 원칙

보험 진료 (연간 약 31조엔)	특정 요양비 (연간 약 0.4조엔)	자유 진료 (연간 약 1.0 - 1.4조엔)
의료기술 의약품 입원 등	【보험 의료】 외래, 초진, 재진, 입원의료 등 【본인부담】 선진의료, 선정의료	【전액 본인부담】 미확립된 의료기술 미승인된 의약품 등 건강진단 정상분만 예방접종 미용성형 특수요법 민간의료 실험적 의료 등

<표 II-7> 의약품에 관련된 보험 진료와 보험 외 진료

보험 진료	특정요양비	자유 진료
<p>약 12,000품목 (연간 6조엔) (매년 약 450품목을 추가등재)</p> <p>○ 약사법 승인(효능, 효과)에 기초하여 사용</p> <p>○ 의사의 판단 하에 적응증 외 사용(유효성·안전성이 확립된 의약품의 약리작용에 근거하여 처방)</p>	<p>【본인부담】</p> <p>○ 제약기업이 실시한 시험</p> <p>○ 의사주도의 시험</p> <p>○ 적응증 외 투약 (10종류의 항암제 병용요법 등)</p> <p>【보험진료】</p> <p>외래, 초진, 재진, 입원의료 등</p>	<p>【전액 본인부담】</p> <p>○ 보험에 등재되지 않은 의약품 → 백신, 경구피임약 등</p> <p>○ 미승인된 약의 사용 → 개인의 판단에 의해 사용(개인 수입 등)</p>

Ⅲ. 비급여 진료비의 규모

1. 비급여 진료의 범위

요양기관에서 진료 및 치료를 받을 때 본인부담을 가중시키고 결과적으로는 보장성을 떨어뜨리는 원인이 되는 건강보험 비급여 진료비의 규모가 얼마인지를 추계하는 것은 그리 쉬운 일이 아니다. 그 이유는 비급여 진료는 건강보험의 지불 대상이 아니므로 요양기관은 비급여 진료비를 국민건강보험공단에 청구하지 않으므로 그 항목 및 수가에 대한 파악은 거의 불가능하기 때문이다. 한편으로는 국민건강보험공단이 요양기관에서 발생하는 모든 의료비에 대해서 관심을 가져야 하는지에 대해서도 논의가 필요하다. 요양기관에서 행해지는 모든 의료 중에는 개인건강검진, 성형수술 등 건강보험 원리에 위배되어 급여할 수 없는 의료행위도 다수 포함되어 있기 때문이다. 따라서 비급여 진료비의 규모를 추정하기에 앞서서 우선 비급여 진료의 범위를 정할 필요가 있다.

국민건강보험공단에서는 2004년 이래 매년 건강보험 환자의 본인부담 실태조사를 실시하고 있다. 이 조사에서는 전국 요양기관을 대상으로 층화표본추출하여 요양기관을 정한 후 조사기간 1개월 동안 해당 요양기관을 이용한 건강보험환자에게서 발생한 진료비 전체 자료를 수집하여 본인부담 실태를 분석한다. 이 조사는 건강보험 환자를 대상으로 하며 국민건강보험법 규정 상 건강보험 급여 대상이 되지 않는 질환자나 법정비급여 대상의 시술 등을 위해 요양기관을 이용하여 일반 환자로 분류한 환자는 제외하고 있다.

따라서 법정비급여 환자는 본 조사에서 대부분 제외된다고 볼 수 있다. 다만 건강보험 진료 중 수반된 비급여 진료비는 포함된다. 이 비급여 진료비에는 상급병실 차액, 선택진료비, 비급여로 고시된 항목(의료행위, 약제, 치료재료)과 신의료기술 등으로 발생한 금액이 포함된다. 따라서 비급여 진료비의 범위와 규모를 정하는데 있어 상당한 혼란을 초래하고 있는데, 이는 우리나라의 급여체계가 건강보험 급여 및 비급여 진료를 동시에 시행하는 것을 허용하는데 따른 것이라고 할 수 있다.

〈표 Ⅲ-1〉 비급여 진료 유형별 포함여부

비급여 진료 유형	포함여부
업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우	포함안함
신체 필수기능개선 목적이 아닌 경우	포함안함
예방목적 또는 질병·부상의 직접진료를 목적으로 하지 않는 경우	일부포함
시책상 비급여	일부포함 (상급병실차액, 선택진료비 등)
비급여로 고시된 항목	포함
임의비급여	포함

2. 비급여 진료비의 규모 추정 방법

본 연구에서 비급여 진료비의 추정방법은 각 년도의 건강보험 진료실적 중 건강보험공단 부담액과 공단에서 매년 실시하는 본인부담 진료비 실태조사의 보험자 부담 비율을 활용하였다. 이 자료를 통해 비급여를 포함한 전체 진료비의 규모를 추계한 후 여기에 비급여 비율을 곱하는 과정을 거쳤다.

그러나 본인부담진료비 실태조사가 표본 자료이므로 전체를 추계할 경우 표본오차 및 시점에 따른 진료 행태의 변화로 인한 차이가 발생하게 된다. 즉 본인부담 실태조사 시점의 의료이용 행태와 전체 연간 의료이용 행태가 정확히 일치하지 않으므로 본인부담 조사 결과를 연간 진료실적에 반영하여 비급여 진료비 규모를 추계하였을 때 입원과 외래, 요양기관 종별 간의 합이 정확하게 일치하지 않게 되는 것이다. 따라서 보정의 필요성이 생기게 되는데 본 연구에서는 전체 비급여 진료비를 먼저 추계한 후 이를 입원과 외래의 비급여 진료비로 나누고 다시 입원과 외래의 비급여 진료비 총액을 요양기관종별로 나누는 top-down 방식으로 보정하였다. 따라서 각 세부구분별 진료실적에 비급여 비율을 적용하여 비급여 진료비를 직접 추계한 금액과 보정을 거친 후의 비급여 진료비는 다소 차이가 발생하게 된다.

각 년도의 비급여 진료비 추계의 기초가 되는 2004년과 2005년 급여비는 다음과 같다. 2004년의 급여비는 16조 240억원이며 2005년은 17조 8,781억원이다. 급여비의 구성은 2004년과 2005년이 거의 유사한데, 2005년 급여비를 보면 입원급여비가 전체의 29.5%를 차지하고 있다. 전체 급여비를 요양기관종별로 보면 종합전문병원과 종합병원이 각각 14%를 차지하고 병원 7.8%, 의원 27%, 약국이 28% 정도를 치과의원과 한의원이 각각 4% 내외를 차지하고 있다.

2005년 입원 급여비는 종합전문병원과 종합병원이 각각 34%, 33%정도이며, 병원이 18% 내외를 차지하고 있다. 의원의 급여비는 각 년도 모두 11% 정도로 나타났다. 외래급여비는 약국이 40% 정도를 차지하여 가장 많으며, 다음으로는 의원이 34% 수준이다. 종합전문병원과 종합병원은 각각 5% 내외를 차지한다.

<표 III-2> 2004년 요양기관 종별 급여비

(단위: 백만원)

구 분	계	입원	외래
계	16,024,070(100.0)	4,734,919(100.0)	11,289,151(100.0)
종합전문	2,276,286(14.2)	1,720,653(36.3)	555,633(4.9)
종합병원	2,230,092(13.9)	1,610,215(34.0)	619,877(5.5)
병원	1,189,916(7.4)	834,802(17.6)	355,114(3.1)
의원	4,399,661(27.5)	538,190(11.4)	3,861,471(34.2)
치과병원	22,010(0.1)	-	22,010(0.2)
치과의원	668,570(4.2)	-	668,570(5.9)
한방병원	56,610(0.4)	31,059(0.7)	25,546(0.2)
한의원	691,774(4.3)	-	691,774(6.1)
약국	4,489,155(28.0)	-	4,489,155(39.8)

주 : 비급여 진료비 추계 대상만 집계하였기 때문에 보건기관, 치과병원입원 등은 제외

<표 III-3> 2005년 요양기관 종별 급여비

(단위: 백만원)

구 분	계	입원	외래
계	17,878,131(100.0)	5,273,165(100.0)	12,604,966(100.0)
종합전문	2,517,245(14.1)	1,866,160(35.4)	651,085(5.2)
종합병원	2,498,715(14.0)	1,779,904(33.8)	718,817(5.7)
병원	1,396,467(7.8)	994,439(18.9)	402,028(3.2)
의원	4,824,548(27.0)	601,325(11.4)	4,223,223(33.5)
치과병원	24,896(0.1)	-	24,896(0.2)
치과의원	693,652(3.9)	-	693,652(5.5)
한방병원	58,347(0.3)	31,337(0.6)	27,010(0.2)
한의원	772,911(4.3)	-	772,911(6.1)
약국	5,091,349(28.5)	-	5,091,349(40.4)

한편 공단에서 2004년과 2005년에 조사한 본인부담실태조사의 연구결과는

다음과 같다.

<표 Ⅲ-4> 요양기관종별 2004년과 2005년의 보장률

(단위 : %)

구분	종별	2004년				2005년			
		계	공단 부담율	법정 본인 부담율	비급여 본인 부담율	계	공단 부담율	법정 본인 부담율	비급여 본인 부담율
전체	계	100.0	61.3	23.1	15.6	100.0	61.8	22.5	15.7
	종합전문	100.0	43.8	20.8	35.4	100.0	52.9	17.7	29.4
	종합병원	100.0	51.7	22.6	25.7	100.0	55.3	21.2	23.5
	병원	100.0	51.6	22.8	25.6	100.0	55.4	19.4	25.2
	의원	100.0	67.5	24.3	8.2	100.0	64.4	23.6	12.0
	치과병원	100.0	22.2	16.9	60.9	100.0	35.7	24.3	40.0
	치과의원	100.0	38.3	15.5	46.2	100.0	47.5	19.9	32.6
	한방병원	100.0	20.6	9.4	70.0	100.0	28.6	13.9	57.5
	한의원	100.0	66.4	19.5	14.1	100.0	63.2	17.9	19.0
	약국	100.0	73.0	25.0	2.0	100.0	70.8	26.5	2.7
입원	계	100.0	54.9	16.4	28.7	100.0	57.5	14.0	28.6
	종합전문	100.0	48.0	14.1	37.9	100.0	55.7	12.4	31.9
	종합병원	100.0	57.0	17.5	25.5	100.0	59.8	15.5	24.7
	병원	100.0	54.3	18.8	26.9	100.0	57.0	14.6	28.4
	의원	100.0	72.1	17.9	10.0	100.0	58.1	13.2	28.6
	한방병원	100.0	31.4	11.4	57.2	100.0	36.4	9.2	54.4
외래	계	100.0	56.9	26.0	17.1	100.0	58.4	25.8	15.8
	종합전문	100.0	36.0	33.5	30.5	100.0	47.5	28.1	24.4
	종합병원	100.0	40.1	33.6	26.3	100.0	46.1	32.8	21.1
	병원	100.0	48.7	27.2	24.1	100.0	51.6	31.3	17.1
	의원	100.0	66.4	25.9	7.7	100.0	65.5	25.5	9.0
	치과병원	100.0	22.2	16.9	60.9	100.0	35.7	24.3	40.0
	치과의원	100.0	38.3	15.5	46.2	100.0	47.5	19.9	32.6
	한방병원	100.0	14.2	8.2	77.6	100.0	25.1	16.0	59.0
	한의원	100.0	66.4	19.5	14.1	100.0	63.2	17.9	19.0
약국	약국	100.0	73.0	25.0	2.0	100.0	70.8	26.5	2.7

자료 : 2005년도 건강보험환자의 본인부담진료비 실태조사, 김정희 외. 2006

3. 요양기관 종별 비급여 진료비

비급여 진료비 규모를 논의하는 데 있어서 주로 문제가 되는 것은 치과와 한방 진료 부문이다. 치과의 경우에서 의치, 보철 등의 주 비급여는 외국에서도 급여가 되지 않는 경우가 많을 뿐만 아니라 당분간 급여의 가능성이 없는 항목들이 주를 이루고 있다. 한방의 경우에서도 질 관리 및 표준화 등의 이유로 급여화에 대한 논의에서 한계가 있는 첩약이 비급여에서 90% 이상을 차지하기 있으므로 이들을 포함시킬 경우 건강보험에서 관심을 가지고 관리해야 하는 비급여 진료비의 규모가 필요 이상으로 커진다고 할 수 있다.

〈표 III-5〉 요양기관 종별 비급여 진료비 규모

(단위: 백만원, %)

구 분		2004년		2005년		증가율
계	계	3,168,496	100.0	3,773,030	100.0	19.1
	종합전문	1,389,186	43.8	1,260,016	33.4	-9.3
	종합병원	837,085	26.4	956,354	25.3	14.2
	병원	445,770	14.1	572,111	15.2	28.3
	의원	403,584	12.7	809,675	21.5	100.6
	약국	92,870	2.9	174,873	4.6	88.3
입원	계	1,938,492	100.0	2,344,760	100.0	21.0
	종합전문	1,032,407	53.3	959,697	40.9	-7.0
	종합병원	535,093	27.6	660,688	28.2	23.5
	병원	312,836	16.1	450,874	19.2	44.1
	의원	58,157	3.0	273,501	11.7	370.3
외래	계	1,230,004	100.0	1,253,397	100.0	10.2
	종합전문	356,780	29.0	300,320	21.0	-15.8
	종합병원	301,993	24.6	295,666	20.7	-2.1
	병원	132,934	10.8	121,237	8.5	-8.8
	의원	345,427	28.1	536,174	37.5	55.2
	약국	92,870	7.6	174,873	12.2	88.3

따라서 본 연구에서는 치과와 한방을 제외한 의과부문의 비급여 진료비만을 제시하고자 한다. <표 III-5>의 건강보험 급여비와 본인부담 실태조사의 결과로부터 top down 방식으로 추계한 2004년과 2005년의 의과 부문 비급여 진료비 규모는 이와 같다.

2005년 의과부문의 비급여 진료비는 3조 7,730억원으로, 전년의 3조 1,685억원에 비해 19.1% 증가한 것으로 추계되었다. 전체 비급여 진료비 중 입원 비급여 진료비는 2004년, 2005년 각각 61%와 62%를 차지하였으며, 외래진료에서 발생한 비급여 진료비가 전체 비급여 진료비에서 차지하는 비중은 2004년은 35.9%였으나, 2005년에는 33.2%로 다소 감소하였다. 이는 암환자의 항암제 급여기준 완화 등으로 외래에서 비급여 진료비가 감소한 데 영향을 받은 것으로 보인다. 약국의 전체진료비에서 비급여가 차지하는 비중은 2.9%에서 4.6%로 증가하였다.

입원과 외래를 합한 전체 비급여 진료비에 대해서 요양기관 종별로 살펴보면, 종합전문요양기관이 가장 큰 비중을 차지하고 있는데 2004년에는 전체 비급여 중 43.8%인 1조 3,891억원이 종합전문요양기관에서 발생하였다. 그러나 2005년에는 1조 2,600억원으로 감소하였으며 이에 따라 전체 비급여중 점유율도 33.4%로 감소하였다. 이는 2005년 8월 이후 전액부담항목(100/100 급여항목)이 대폭 급여화 되고⁹⁾ 항암제 등의 급여기준이 완화됨에 따라 종합

9) 전액본인부담항목(100/100 급여항목)은 기준수가를 정하되 이에 해당하는 금액을 전액 환자가 부담하는 제도로써 2004년 12월말 현재 1,566개 항목이었음. 명목상 급여항목임에도 전액 환자가 부담하기 때문에 급여의 실효성이 떨어진다는 비판으로 인해 전액본인부담 항목을 없애기로 한 복지부 방침에 따라 2005년 8월, 이중 483개 항목이 급여로 전환되었고 3개 항목은 비급여로 전환되었으며, 나머지 항목에 대해서도 2006년 1월 급여 또는 비급여로 전환되었음. 이들 항목은 대부분 신의료로 주로 대형 의료기관에서 행해짐.

전문요양기관의 비급여가 크게 줄어들었기 때문으로 추정된다.

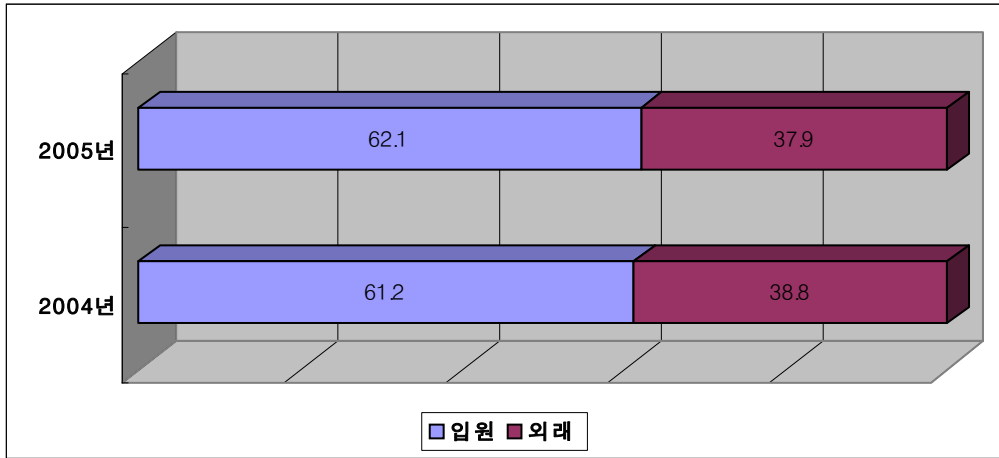
종합병원은 2004년에는 8,370억원, 2005년에는 9,563억원으로 14.2% 증가하였으며 전체 비급여의 약 1/4 정도를 차지하고 있다. 병원급은 2004년 4,450억원에서 2005년 5,721억원으로 28.3% 증가하였으며 전체 비급여중 14~15%가 병원급에서 발생하고 있는 것으로 추정된다. 의원급은 2005년 8,097억원으로 전년의 4,036억원에 비해 2배 정도 증가하였다. 이는 실제 비급여 진료비가 증가한 이외에도 2004년의 최초 본인부담실태조사 시 의원급의 자료작성 능력 등이 부족하여 비급여의 기재가 부실했던 것도 하나의 원인으로 생각할 수 있다. 2005년의 경우 의원급의 비급여 진료비는 병원급 보다 많은 것으로 추정된다. 약국의 비급여 진료비는 928억원에서 1,747억원으로 88% 증가하였으나 전체에서 차지하는 비중은 5% 미만이다.

입원부문의 비급여 진료비는 2004년 1조 9,385억원에서 2005년에는 2조 3천447억원으로 전년에 비해 21% 증가한 수치이다. 입원부문에서는 종합전문요양기관의 점유율이 더욱 높아 2004년은 전체 입원 비급여 진료비의 53.3%인 1조 324억원이, 2005년에는 40.9%인 9,600억원이 종합전문요양기관에서 발생하였으며 다른 요양기관종별의 비급여 진료비가 모두 증가한 것에 비해 종합전문요양기관은 7% 감소하였다. 입원진료 부문에서 종합전문요양기관의 비중이 이렇게 높은 것은 환자 집중으로 인한 병실료 차액, 선택진료료 등이 많기 때문으로 보이며 전년에 비해 비급여 진료비 규모가 감소한 것은 급여확대로 인한 것으로 보인다.

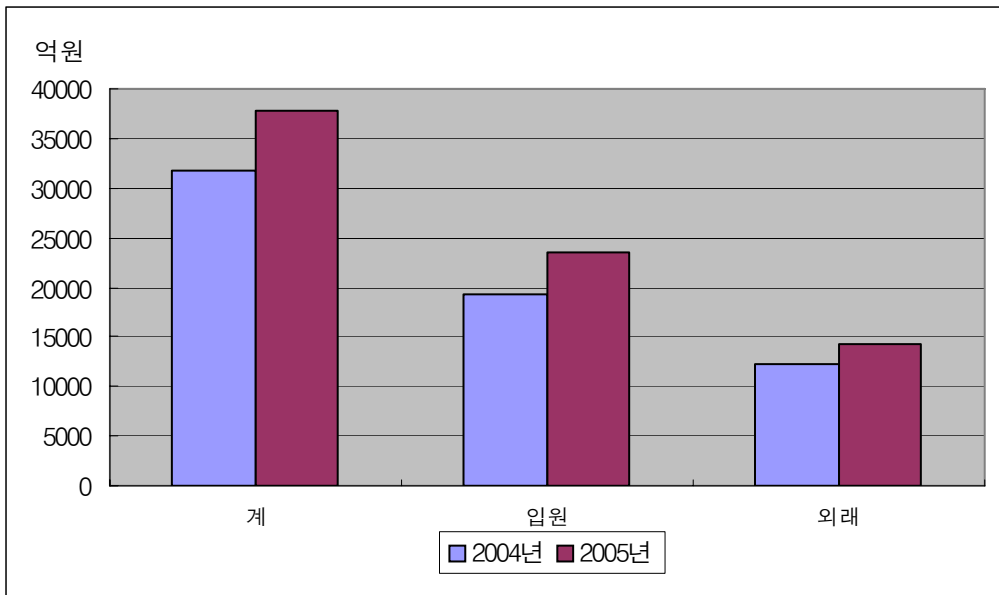
종합병원은 약 28% 수준을 차지하고 있으며 2004년에는 5,350억원, 2005

년에는 6,607억원으로 23.5% 증가하였다. 병원은 2004년에는 3,128억원이었으나 2005년에는 4,509억원으로 전년에 비해 44.1% 증가하였다. 의원의 입원 비급여 진료비는 2004년에는 582억원으로 전체의 3.0%였으나 2005년에는 370%가 증가한 2,735억원으로 전체에서 차지하는 비중도 11.7%로 높아졌다. 의원 입원 비급여에서는 병실차액이 특히 두드러지게 증가하였는데 이는 주로 전년도의 부실한 기재가 주원인으로 생각되며 비급여 규모가 작아 변동 폭이 크게 나타나는 것으로 보인다.

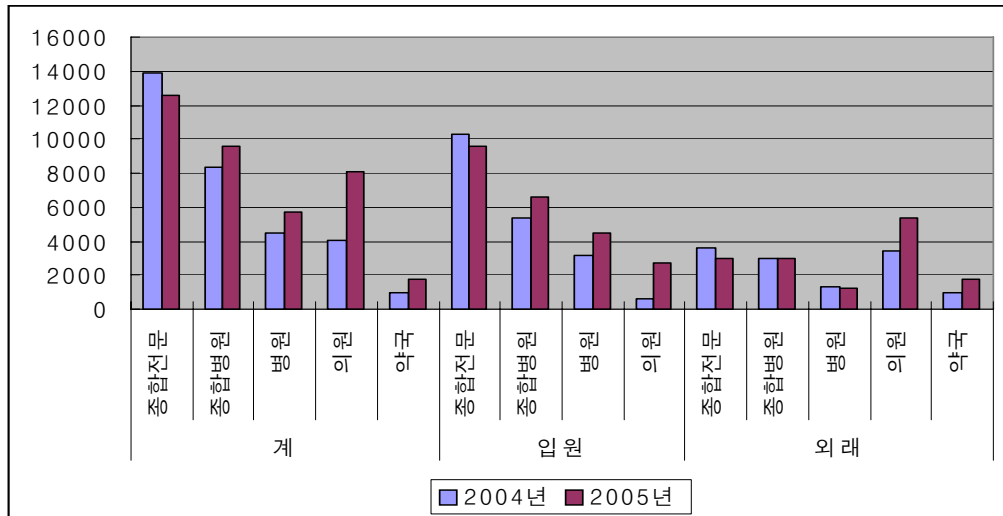
외래의 비급여 진료비 규모는 2005년 1조 4,283억원으로 전년의 1조 2,360억원에 비해 10.2% 증가하였다. 요양기관종별로는 2005년 기준으로 종합전문병원과 종합병원이 각각 21% 정도를 차지하였고 병원은 8.5%, 의원 37.5%, 약국 12.2%를 차지하여 의원의 비급여 진료비가 가장 규모가 컸다. 한편, 병원급 이상에서는 모두 전년에 비해 비급여 진료비가 감소하였는데 종합전문병원이 3,568억원에서 3,003억원으로 15.8% 감소하여 가장 감소폭이 컸고, 다음은 병원이 8.8%, 종합병원이 2.1% 각각 감소하였다. 이렇게 병원급 의료기관의 비급여 진료비가 감소한 것은 병원급 의료기관에서 주로 행해지는 100/100항목의 급여화와 중증환자의 급여기준 완화 등의 영향으로 보인다. 그러나 의원은 2004년의 3,454억원에서 5,362억원으로 55.2% 증가하였는데, 이는 입원부문에서 지적하였던 전년도의 기재부실 이외에도 의료기관의 경영악화로 인한 경영상의 목적으로 비급여 진료를 늘리는 것도 한 원인으로 보인다. 약국의 비급여 진료비도 1,749억원으로 전년의 929억원에 비해 크게 증가하였다.



【그림 Ⅲ-1】 비급여 진료비의 진료 형태별 분포



【그림 Ⅲ-2】 연도별 진료 형태별 비급여 진료비



【그림 III-3】 요양기관 종별 비급여 진료비 추이

비급여 진료비를 항목별로 살펴보면 입원과 외래를 합하여 가장 금액이 큰 항목은 2005년 기준으로 선택진료비로 5,564억원이고 다음은 병실차액으로 5,427억원이었다. 병실차액은 전년에 비해 9.1% 증가하였으나 선택진료비는 32.5%로 큰 폭으로 증가하였는데 특히 종합병원에서 3배 가까이 크게 증가하였다.

2006년 6월에 급여화 된 식대는 4,564억원이었는데 연평균 입원일수 증가율(약 10%)을 감안할 때 급여화 당시 입원일수 등을 감안하여 추계한 금액 5,000억원(2006년 기준)과 거의 유사한 것으로 나타났다. 초음파는 4,319억원으로 나타났으며 MRI는 2004년에는 2,885억원이었으나 2005년에는 암 등 일부질환에 급여가 인정된 영향으로 1,676억원으로 감소하였다. 검사료는 3,909억원으로 전년에 비해 30% 가량 증가하여 증가폭이 큰 항목인데 특히 의원급의 증가폭이 컸다. 주사료는 2,187억원으로 다소 감소하였다.

증가폭이 큰 항목 중 선택진료료는 2005년에 급여화 논의가 된 바 있는데, 급여 시에는 현행 수익의 보전 등이 하나의 잣대가 될 수 있어 그동안 경쟁력 등의 이유로 선택진료료를 징수하지 않던 종합병원의 선택진료 적용이 많아진 것으로 보이며 검사료는 의원급의 증가폭이 가장 큰데 의원급은 경증환자가 많이 이용하는 것으로 미루어 볼 때 주로 경영상의 이유인 것으로 판단된다.

<표 III-7> 2004 항목별 비급여 진료비(진료형태 : 입원)

(단위 : 백만원, %)

		병실 차액	선택 진료	식대	주사료	처치 수술	검사료	치료 재료	MRI	초음파	기타	계
2004년	계	497,658	316,811	365,368	130,314	67,730	102,498	108,854	117,040	122,920	109,298	1,938,492
	종합 전문	297,333	262,231	102,208	64,009	23,745	57,815	61,944	66,074	55,750	41,296	1,032,407
	종합 병원	125,212	54,579	146,080	42,807	16,588	18,728	36,921	31,570	28,360	34,246	535,093
	병원	69,762	-	105,739	20,647	25,653	22,524	9,698	19,396	6,882	32,535	312,836
	의원	5,350	-	11,341	2,850	1,745	3,431	291	-	31,928	1,221	58,157
2005년	계	542,701	421,230	456,388	114,735	73,242	104,714	329,793	55,945	120,712	125,301	2,344,760
	종합 전문	231,287	282,151	100,768	44,146	30,710	35,509	132,438	20,154	56,622	25,912	959,697
	종합 병원	119,585	134,120	119,585	37,659	13,874	38,981	81,265	15,857	38,981	60,783	660,688
	병원	81,608	4,960	148,788	14,879	22,093	12,174	104,603	19,388	13,075	29,307	450,874
	의원	110,221	-	87,247	18,051	6,564	18,051	11,487	547	12,034	9,299	273,501
증가율	계	109.1	133.0	124.9	88.0	108.1	102.2	303.0	47.8	98.2	114.6	121.0
	종합 전문	77.8	107.6	98.6	69.0	129.3	61.4	213.6	30.5	101.6	62.7	93.0
	종합 병원	95.5	245.7	81.9	88.0	83.6	208.1	220.1	50.2	137.5	177.5	123.5
	병원	117.0	-	140.7	72.1	86.1	54.0	1078.6	100.0	190.0	90.1	144.1
	의원	2060.2	-	769.3	633.4	376.2	526.1	3947.4	-	37.7	761.6	470.3

입원에서의 비급여 진료비 중 가장 큰 것은 병실료 차액이다. 다음은 식대와 선택진료비 순인데 이들 항목이 전체 입원비급여의 약 60%를 차지하고 있다. 이들 항목 다음으로는 치료재료가 3,298억원으로 많으며, 2004년에 비해 약 3배 정도 증가하였다. 이것은 고가의 치료재료가 많이 개발되나 기존 급여항목과의 가격 차이가 커서 비급여로 결정되는 항목이 많은 때문으

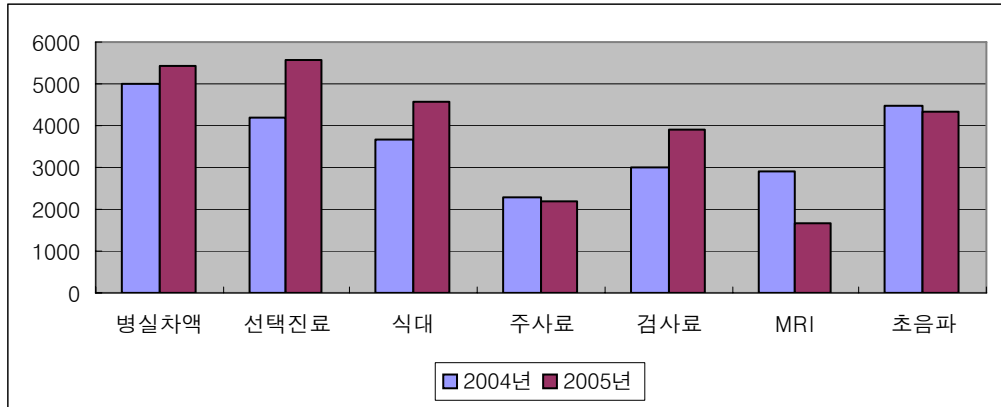
로 보이며 이러한 경향은 특히 척추수술을 하는 의료기관에서 두드러진 것으로 나타났다.

외래진료에서는 초음파가 가장 큰 3,111억원을 차지하고 있으며 다음으로 검사료 2,862억원으로 외래진료에서는 주로 검사 관련 항목의 비급여가 많은 것을 알 수 있다. 투약료가 2,077억원으로 큰 것은 약국의 비급여가 포함되어있기 때문이며 주사료 1,039억원 중 약 70%가 의원급에서 발생한 것은 의원급의 환자구성을 감안할 때 급여기준을 초과하는 의료적 비급여가 아닌, 불필요한 약제의 투여 등의 원인이 아닌지를 살펴볼 필요가 있다. 또한 원칙적으로 대상이 되는 질환에는 급여가 되나 대상이 아닌 경우에는 비용을 징수할 수 없도록 되어 있는 CT 항목의 비급여가 266억원 발생한 것은 이들 기관에 대한 급여기준 관리가 미비하다는 반증이 되므로 급여기준 홍보 등으로 불필요한 민원이 발생되지 않도록 할 필요가 있다고 판단된다.

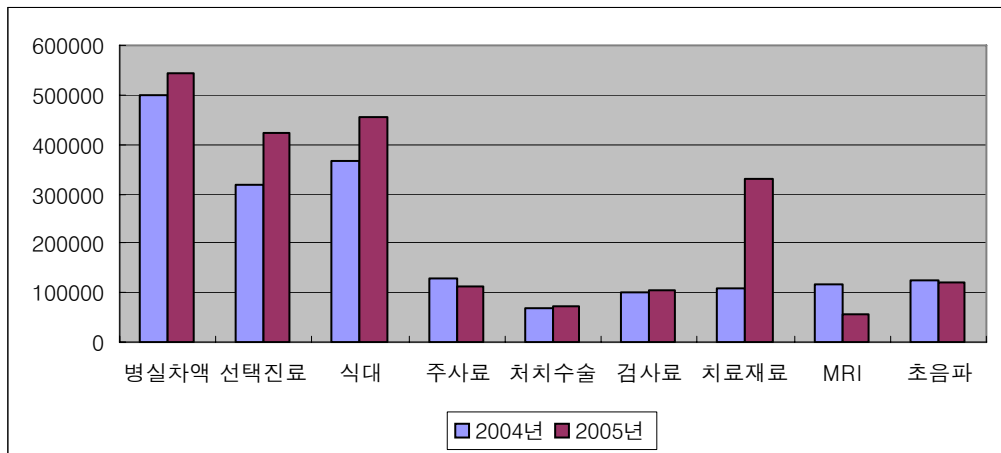
<표 III-8> 2004 항목별 비급여 진료비(진료형태 : 외래)

(단위 : 백만원)

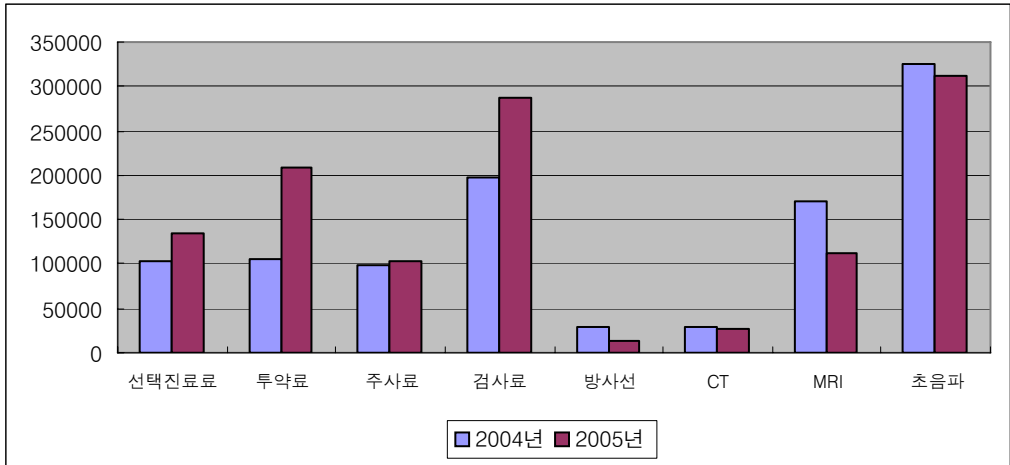
	선택 진료	투약	주사	검사	방사선	CT	MRI	초음파	기타	계
2004년	계	103,161	105,027	98,059	197,898	30,212	29,581	171,458	325,954	1,230,004
	종합	83,130	3,211	16,055	39,603	5,708	1,070	65,291	89,551	356,780
	전문	12,986	3,020	10,570	35,333	4,228	5,738	81,840	103,583	301,993
	종합	7,046	399	17,547	28,315	2,659	2,393	24,327	27,119	132,934
	병원	-	5,527	53,887	94,647	17,617	20,380	-	105,701	345,427
	의원	-	92,870	-	-	-	-	-	-	92,870
	약국	-	92,870	-	-	-	-	-	-	92,870
2005년	계	135,161	207,704	103,941	286,188	13,409	26,635	111,702	311,143	1,428,269
	종합	78,984	3,304	7,208	35,137	1,802	300	33,035	102,709	300,320
	전문	56,176	6,505	11,531	31,636	2,365	7,096	44,941	70,368	295,666
	종합	-	1,576	14,427	24,247	3,880	17,094	24,611	19,034	121,237
	병원	-	21,447	70,775	195,167	5,362	2,145	9,115	119,031	536,174
	의원	-	174,873	-	-	-	-	-	-	174,873
	약국	-	174,873	-	-	-	-	-	-	174,873
증가율	계	131.0	197.8	106.0	144.6	44.4	90.0	65.1	95.5	116.1
	종합	95.0	102.9	44.9	88.7	31.6	28.0	50.6	114.7	84.2
	전문	4325.9	215.4	109.1	89.5	55.9	123.7	54.9	67.9	97.9
	종합	0.0	395.0	82.2	85.6	145.9	714.3	101.2	70.2	91.2
	병원	-	388.0	131.3	206.2	30.4	10.5	-	112.6	155.2
	의원	-	188.3	-	-	-	-	-	-	188.3
	약국	-	188.3	-	-	-	-	-	-	188.3



【그림 III-4】 항목별 비급여 진료비(계)



【그림 III-5】 항목별 비급여 진료비(입원)



【그림 Ⅲ-6】 항목별 비급여 진료비(외래)

IV. 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도

1. 비급여 진료비에 대한 환자의 인식 및 태도

1) 조사 목적

본 조사는 요양기관 입원진료를 통해 비급여 진료 경험이 있는 환자 및 보호자의 비급여 진료 및 비용에 대한 인식 및 태도를 확인하고 그 부담 정도를 파악하여 비급여 진료비 관리방안 마련을 위한 기초 자료로 제공하고 자 하였다.

2) 조사 대상자

2006년 12월에 요양기관에서 입원진료 후 퇴원한 환자를 모집단으로 한 건강보험공단 2007년 「본인부담 진료비 실태조사」 자료에서 비급여 진료비가 발생한 환자는 약 47,000명이었다. 그 중 전화번호 확인이 가능한 약 15,000명을 본 조사의 모집단으로 선정하였다.

모집단의 특성상 비급여 진료비가 발생한 대상자는 전문종합병원에 입원한 환자와 노인환자가 다수 차지하였으므로 요양기관 종별 및 연령별 비례 할당의 어려움이 발견되었다. 따라서 지역별로 비례 할당을 하여 전화 설문 에 응답한 대상자를 표본으로 하였고 본 조사의 유효 표본은 2,962명이었다.

본인의 응답이 어려운 경우에는 진료비를 지불한 보호자가 환자에 대한 내용을 응답하도록 하였다.

〈표 IV-1〉 인구분포별 조사 대상 할당비율

구분	합계	지 역 별 현 황															
		서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
인구현황 (만명)	4,704	976	351	246	252	141	144	104	1,034	146	145	188	178	182	259	304	53
인구비율	100%	21%	7%	5%	5%	3%	3%	2%	22%	3%	3%	4%	4%	4%	6%	6%	1%
환자명단 (명)	15,289	3,126	1,456	113	1,070	44	577	264	1,254	778	260	1,355	1,488	349	2,541	590	24
인구비율 조사대상	3,000	623	224	157	161	90	92	67	659	93	93	120	113	116	165	194	34
조사	3,000	756	281	105	128	65	102	22	602	89	76	174	145	133	158	154	10

자료 : 총 인구조사 2005, 통계청

3) 조사 방법

(1) 조사기간 및 조사기관

본 조사는 2007년 7월부터 2007년 9월까지 2개월에 걸쳐 조사전문기관인 (주)이룸경영정보 연구소에서 전화 설문을 실시하였다.

(2) 조사 내용

연구진이 개발한 설문으로 본인부담 진료비에 대한 경험 및 부담정도, 비급여 진료비에 대한 경험 및 부담정도, 비급여 진료비에 대한 인지경로, 민

간보험 경험 등 환자 및 보호자의 인식 및 태도를 살펴보는 것을 주요 내용으로 하였다.

(3) 조사 도구

본 연구에서는 전체 본인부담 진료비와 비급여 진료비에 대한 부담 정도를 측정하기 위해 주관적으로 지각된 특성을 반영한 지각척도(Perceptual Measures)를 사용하였다.

가. 본인부담 진료비 부담 정도

자신이 판단하는 전체 본인부담 진료비에 대한 부담정도를 알아보기 위해, '귀하가 판단하기에 본인부담 진료비의 부담은 어느 정도인지요?'라는 1문항으로, 전혀 부담없음 1점 ~ 매우 부담 5점인, 5점 Likert 척도로 이루어졌다.

나. 비급여 진료비 부담 정도

자신이 판단하는 비급여 진료비에 대한 부담정도를 알아보기 위해 '귀하가 판단하기에 비급여 진료비 부담은 어느 정도인지요?'라는 1문항으로 전혀 부담없음 1점 ~ 매우 부담 5점인, 5점 Likert 척도로 이루어졌다.

4) 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS for Windows 12.0 Program을 이용하여 분석하였다.

첫째, 대상자의 일반적 특성, 요양기관 및 진료관련 특성, 보험 및 진료비 관련 특성, 인식 및 태도를 파악하기 위해 기술통계를 이용하였다.

둘째, 대상자의 일반적 특성, 요양기관 및 진료 관련 특성, 보험 및 진료 비관련 특성에 따른 본인부담진료비, 비급여 진료비, 전체 본인부담 진료비 부담정도, 비급여 진료비 부담정도의 차이를 알아보기 위해서 t-test, ANOVA로 분석하였다.

5) 조사 결과

(1) 대상자의 특성

가. 대상자의 일반적 특성

조사 대상자의 규모는 2,962명이었으며, 본인이 직접 응답한 경우는 54.5%였고 보호자가 응답한 경우가 45.5%였다. 성별 구성은 남성이 1,942명(65.6%), 여성이 1020명(34.4%)이었다. 대상자의 평균연령은 59.4세였으며 연령대별로 60대 27.7%, 70대이상 24.8%, 50대 21.1%, 30대 15.9%, 40대와 29세 이하는 각각 8.8%, 1.6%였다.

직업은 무직이 51.2%, 전업주부 16.8%, 자영업 13.6%, 사무, 전문, 경영관리 직 10.4%, 판매, 기능직이 6.6%를 차지하였다. 응답하지 않은 40명은 분석에서 제외하였다. 가구소득은 평균 2,089,996원이었으며, 150만원 이하 35.1%, 250만원 이하 17.8%, 350만원 이하 26.4%, 500만원 이하 9.6%, 500만원 이상이 2.4%였다. 가구소득에 대해서도 응답하지 않은 257명은 분석에서 제외하였다.

거주 지역별로 보면 중소도시 40.3%, 광역시 21.6%, 서울시 19.8%, 농어촌 18.3%였으며, 가구원수는 평균 3.1명이었는데, 1인 5.8%, 2인 28.4%, 3인 21.3%, 4인 33.1%, 5인 이상이 11.3%였다(<표 IV-2> 참조).

<표 IV-2> 대상자의 일반적 특성

구분		사례수	유효퍼센트(%)
성별	여성	1,020	34.4
	남성	1,942	65.6
연령	~29세	48	1.6
	30대	471	15.9
	40대	261	8.8
	50대	625	21.2
	60대	821	27.7
	70대 이상	736	24.8
직업	무응답	40	1.4
	자영업	404	13.6
	판매,기능직	195	6.4
	사무,전문,경영관리직	309	10.4
	전업주부	497	16.8
	무직	1517	51.2
가구소득	무응답	257	8.7
	150만원 이하	1,039	35.1
	250만원 이하	528	17.8
	350만원 이하	783	26.4
	500만원 이하	284	9.6
	500만원 이상	71	2.4
거주지역	서울시	586	19.8
	광역시	640	21.6
	중소도시	1,193	40.3
	농어촌	543	18.3
가구원수	1인	173	5.8
	2인	842	28.4
	3인	631	21.3
	4인	981	33.1
	5인 이상	335	11.3

나. 대상자의 요양기관 및 진료 관련 특성

대상자가 이용한 요양기관 특성을 살펴보면 요양기관 소재 지역은 중소도시 43.9% 서울시 28.1%, 광역시 25.8%, 농어촌 2.3%였다. 이를 설립구분별로 보면 공공이 3.5%, 민간이 96.5%를 차지했다. 병상으로 보면 200병상 이하 10.4%, 300병상 이하 7.4%, 600병상 이하 16.8%, 600병상 이상이 65.4%로 나타났다.

대상자의 진료 관련 특성을 보면 중증도 0이 52.4%, 1이 20.9%, 2 15.6%, 3이 10.0%로 나타났다. 입원기간은 평균 11.8일이었는데 4일 이하 38.1%, 7일 이하 24.7%, 15일 이하 19.6%, 15일 이상 17.6%로 나타났다.

수술여부에서 45.3%가 수술한 경험이 있었다. 진료계열별로 보면, 외과계열이 25.6%, 내과계열이 41.1%, 산소아과가 7.2%, 기타가 26.0%였다.

<표 IV-3> 대상자의 요양기관 및 진료 관련 특성

		사례수	유효퍼센트(%)
소재 지역	서울시	831	28.1
	광역시	763	25.8
	중소도시	1,300	43.9
	농어촌	68	2.3
설립구분1)	공공	105	3.5
	민간	2,857	96.5
병상수	200병상 이하	307	10.4
	300병상 이하	219	7.4
	600병상 이하	498	16.8
	600병상 이상	1,938	65.4
중증도2)	0	1553	52.4
	1	619	20.9
	2	463	15.6
	3	327	11.0
총입원일	4일 이하	1,129	38.1
	7일 이하	731	24.7
	15일 이하	582	19.6
	15일 이상	520	17.6
수술유무	무	1,621	54.7
	유	1,341	45.3
진료과3)	외과계열	759	25.6
	내과계열	1,218	41.1
	산소아과	214	7.2
	기타	771	26.0

- 1) 설립구분 : ① 공공 : 국립, 국립대학, 공립병원, ② 민간 : 전체법인, 개인병원
 2) 중증도 : 청구DRG의 6번째 자리는 0 - 3 순서대로 질병의 중증도를 나타냄. 본 조사는 본인부담 실태 자료와 지급자료를 연계하여 DRG code를 결합하였음.
 3) 진료과 : ① 외과계열 : 일반, 정형, 항문, 흉부, 신경, 성형외과, ② 내과계열 : 순환기, 내분비내과, ③ 산소아과: 산부인과 소아과, ④ 기타

라. 대상자의 보험 및 진료비 관련 특성

대상자의 보험 관련 특성을 보면 국민건강보험 직역별로 지역 49.2%, 직장 50.8%였다. 가입자구분별로는 세대주는 49.8%, 세대원은 50.2%였으며, 민간보험 가입자는 20.5%였다. 민간보험 가입자 중에서 실손액 보상이 가능한 대상자는 66.3%였다.

대상자가 지출한 진료비에서 비급여 진료비는 평균 632,539원이었는데, 10만원 이하 33.6%, 50만원 이하 31.2%, 100만원 이상이 18.8%였다. 본인부담 진료비는 평균 946,520원였고, 20만원 이하, 100만원이상이 각각 29.5%, 29.4%, 50만원 이하 20.1%, 100만원 이하가 20.8%였다.

민간보험에서 실손액에 대한 보상을 받은 대상자는 382명이었는데, 100만원 이상이 33.0%, 20만원 이하, 100만원이하 각각 25.1%, 50만원 이하 18.4%였다.

<표 IV-4> 대상자의 보험 및 진료비 관련 특성

구 분		사례수	유효퍼센트(%)
국민건강보험	지역	1,458	49.2
	직장	1,504	50.8
가입구분	세대주	1,474	49.8
	세대원	1,488	50.2
민간보험	유	606	20.5
	무	2,356	79.5
민간보험 실손보험	유	402	66.3
	무	211	33.7
비급여진료비	10만원 이하	994	33.6
	50만원 이하	923	31.2
	100만원 이하	496	16.7
	100만원 이상	549	18.8
본인부담진료비	20만원 이하	873	29.5
	50만원 이하	601	20.3
	100만원 이하	616	20.8
	100만원 이상	872	29.4
민간보험보상	20만원 이하	101	25.1
	50만원 이하	74	18.4
	100만원 이하	101	25.1
	100만원 이상	133	33.0

(2) 대상자의 본인부담 진료비

가. 일반적 특성에 따른 본인부담 진료비

환자의 일반적 특성에 따른 전체 본인부담진료비 평균과 비급여율의 차이를 분석하여 일반적인 특성이 전체 본인부담진료비와 비급여율에 영향을 미치는지를 파악하고자 하였다. 결과를 보면 다음과 같다(<표 IV-5> 참조).

본인부담 진료비는 평균 946,520원이었고 비급여 진료비는 평균 632,539원이었다. 본인부담진료비 대비 비급여 진료비는 66.8%를 차지하였다.

본인부담 진료비를 성별로 보면 남성이 1,049,755원, 여성이 927,760원이었다. 비급여율은 남성 66.2%, 여성은 65.5%였다.

연령대별로는 70대 이상 1,254,562원, 60대 1,061,662원, 40대 1,023,683원, 50대 1,014,932원, 30대 575,740원, 29세 이하는 262,820원으로 연령별로 차이를 보였다. 비급여율은 29세 이하 83.3%, 40대에서 69.8%, 50대 68.9%였다. 29세 이하에서 비급여율이 높았던 본 결과는 타 연령대에 비해 입원기간이 짧았던 이유로 인한 것으로 판단된다.

직업에 따른 본인부담 진료비는 자영업에서 평균 1,159,685원으로 가장 많았으나 비급여율은 판매기능직이 67.6%로 가장 많았고, 다음으로는 사무, 전문, 관리직이 67.1%였다. 가구소득별로 보면 500만원 이하 평균 1,142,725원, 250만원 이하 1,104,656원, 350만원 이하 1,062,976원, 500만원 이상이 908,180원, 150만원 이하에서 889,485원으로 가구소득에 따라 차이를 보였다. 비급여율은 250만원 이하에서 67.6%로 가장 많았고 다음으로는 500만원 이하에서 67.4%였다.

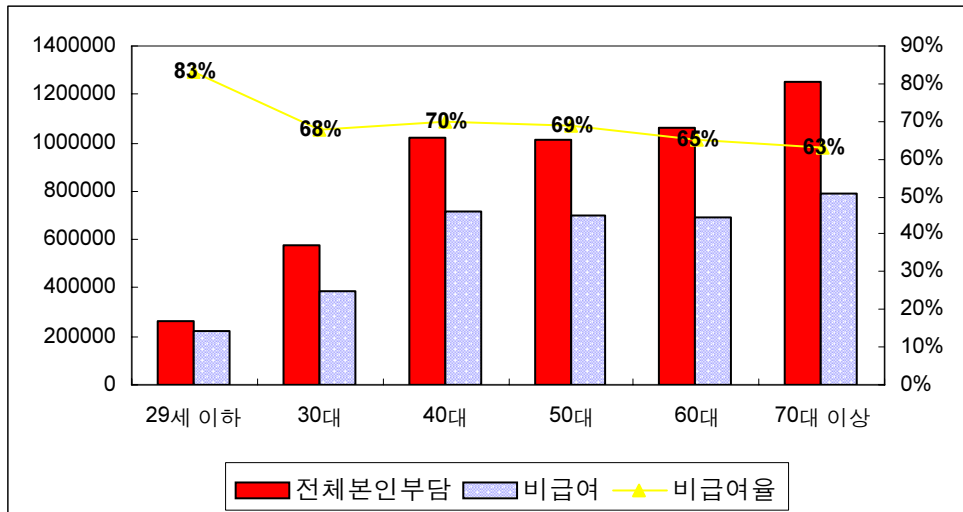
본인부담 진료비를 거주지역별로 보면 서울시 평균 1,266,670원, 광역시 1,117,745원, 중소도시 916,971원, 농어촌 802,468원으로 거주 지역별로 차이를 보였다. 비급여율은 중소도시가 67.3%로 가장 많았고 서울시, 광역시가 각각 65.7%였다.

가구원수에 따라해보면 4인 가족에서 평균 1,032,407원, 2인 1,031,195원, 5인 이상 1,029,067원, 3인 986,348원, 1인에서 784,730원으로 차이가 없었다. 비급여율은 2인에서 67.5%로 가장 많았고 다음으로는 4인에서 67.1%였다.

<표 IV-5> 일반적 특성에 따른 본인부담 진료비

구분		사례	전체 본인부담		비급여		비급여율
			평균	표준편차	평균	표준편차	(%)
성별	여성	1,020	927,760	1,620,945	607,898	1,248,001	65.5
	남성	1,942	1,049,755	1,909,292	694,809	1,551,795	66.2
연령	29세 이하	48	262,820	388,278	219,053	343,560	83.3
	30대	471	575,740	926,076	390,763	614,293	67.9
	40대	261	1,023,683	1,881,676	715,006	1,512,671	69.8
	50대	625	1,014,932	1,650,561	699,621	1,299,779	68.9
	60대	821	1,061,662	1,979,775	691,311	1,633,534	65.1
	70대 이상	736	1,254,562	2,132,659	788,917	1,721,855	62.9
직업	자영업	404	1,159,685	1,879,843	776,390	1,534,020	66.9
	판매,기능직	195	1,103,562	3,155,102	745,767	2,819,944	67.6
	사무,전문, 경영관리직	309	938,569	1362,574	629,971	1,025,345	67.1
	전업주부	497	1,066,097	1,894,549	680,255	1,447,232	63.8
	무직	1,517	955,758	1,635,748	633,191	1,268,021	66.3
월 소득	150만원 이하	1,039	889,485	1,557,832	594,141	1,282,892	66.8
	250만원 이하	528	1,104,656	2,343,676	747,296	2,004,776	67.6
	350만원 이하	783	1,062,976	1,730,934	677,782	1,258,257	63.8
	500만원 이하	284	1,142,725	1,943,582	770,402	1,585,873	67.4
	500만원 이상	71	908,180	1,544,819	558,284	1,185,929	61.5
거 주 지	서울시	586	1,266,670	2,000,963	831,770	1,600,098	65.7
	광역시	640	1,117,745	1,617,435	734,371	1,207,983	65.7
	중소도시	1193	916,971	2,018,359	617,454	1,681,168	67.3
	농어촌	543	802,468	1,232,622	509,952	900,048	63.5
가 구 원	1인	173	784,730	979,100	480,730	713,439	61.3
	2인	842	1,031,195	1,817,132	696,248	1,427,297	67.5
	3인	631	986,348	2,064,464	627,776	1,731,089	63.6
	4인	981	1,032,407	1,724,159	692,302	1,386,517	67.1
	5인 이상	335	1,029,067	1,896,568	668,067	1,424,850	64.9

* 비급여율(%) : 비급여 진료비/전체 본인부담 * 100



【그림 IV-1】 연령에 따른 본인부담 진료비

나. 대상자의 요양기관 및 진료 내용에 따른 본인부담 진료비

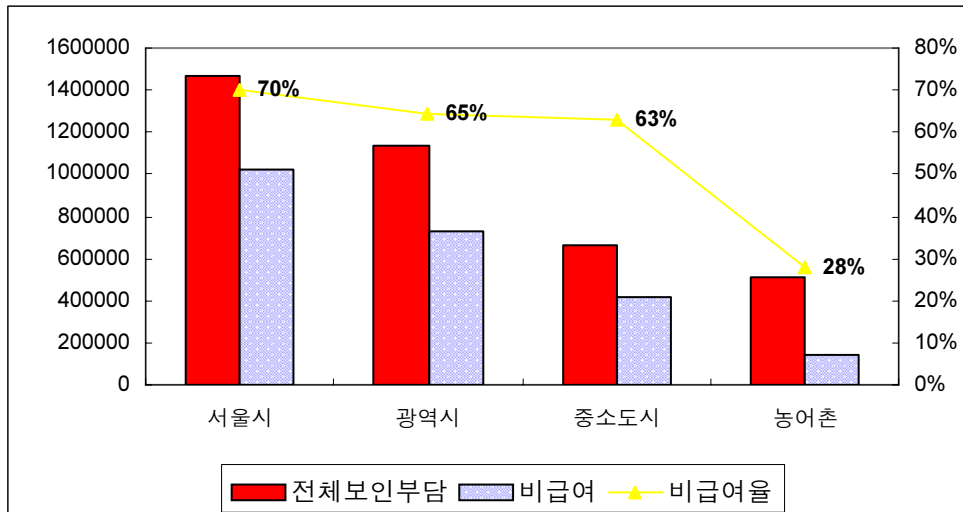
대상자가 이용한 요양기관 및 진료내용에 따른 본인부담 진료비와 비급여율을 살펴보면 다음과 같다(<표 IV-6> 참조). 요양기관 지역별로 서울시가 평균 1,465,055원, 광역시 1,134,165원, 중소도시 664,808원, 농어촌이 514,191원으로 지역별 차이를 보였다. 비급여율도 서울시가 70.0%로 가장 높았던 본 결과는 서울지역 요양기관이 다른 지역과 비교하여 비급여 진료를 더 많이 시행하고 그 수가 수준도 높은지에 대한 추후 조사가 필요함을 시사한다.

설립구분별로 보면 공공 평균 754,923원, 민간에서 1,016,613원으로 차이가 있었다. 비급여율도 민간이 66.7%, 공공이 38.2%로 차이를 보였다. 병상수에 따라서 600병상 이하 평균 1,055,336원, 600병상 이상 1,055,355원, 200병상 이하 888,833원, 300병상 이하 635,553원으로 병상 규모별로 차이를 보였다. 비급여율은 200병상 이하에서 77.2%로 현저하게 높았고 다음으로는 600병상

이상에서 67.6%를 차지하여, 병상수가 200병상 이하인 요양기관에서만 시행하는 특수한 비급여 항목 여부에 대한 검토가 필요함을 시사한다.

질병의 중증도에 따른 본인부담 진료비 차이를 보면 중증도 2에서 평균 1,394,288원, 3에서 1,338,932원, 1이 1,197,478원 0이 748,997원으로 중증도별 차이를 보였다. 비급여율은 중증도 0에서 69.4%로 가장 많았고, 다음으로는 1에서 65.8%였다. 중증도에 따른 차이를 보인 본 결과는 중증도가 심할수록 입원기간이 길어지고 상대적으로 비급여 진료를 많이 시행하게 될 것이라는 일반적인 예측과는 차이를 보인 결과로 판단되며 이는 중증도에 따른 본인부담과 비급여율에 대한 후속 연구의 필요성을 시사한다. 입원기간에 따른 차이를 보면 15일 이상 평균 2,790,346원, 15일 이하 1,283,787원으로 차이를 보였다.

수술여부의 경우에서 수술을 받은 환자가 평균 1,331,666원으로 수술을 받지 않은 환자에 비해 차이가 있었고 비급여율도 67.3%로 수술을 받지 않은 환자의 63.9%에 비해 높아서 수술에서 발생하는 선택진료비, 산정불가 재료대 등과 관련성을 시사한다. 진료계열별로 보면 외과계열이 평균 1,466,929원, 기타 926,172원, 내과계열 885,022원, 산소아과 352,706원으로 계열별로 차이를 보였다. 비급여율은 산, 소아과에서 92.1%로 가장 높아서 입원기간이 상대적으로 짧았던 요인과 관련성이 있을 것으로 예측 된다. 다음으로는 외과계열이 66.9%로 이 결과는 외과계열이 기타 진료과와 비교할 때 수술 등이 많은 것이 요인일 것으로 예측되나 기타의 요인이 존재하는지에 대한 검토가 필요하다.

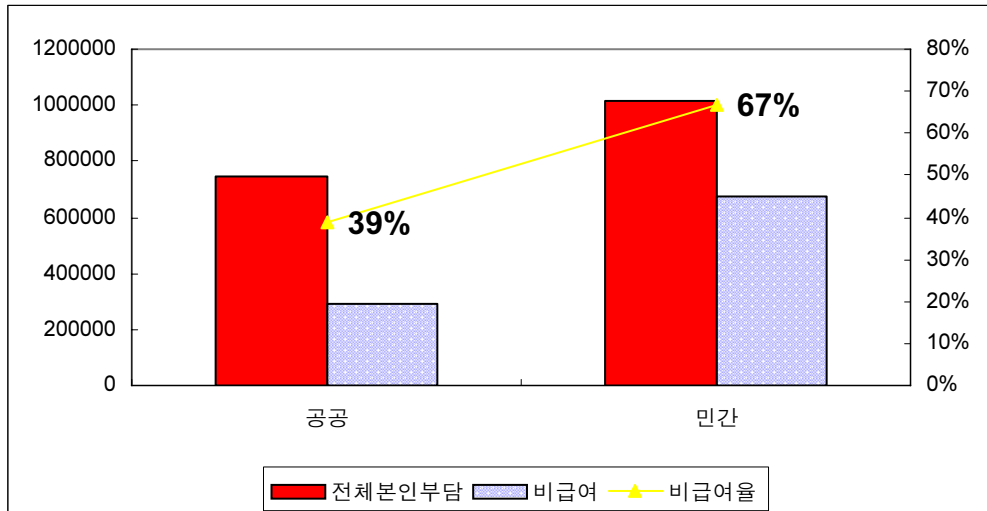


【그림 IV-2】 요양기관 소재 지역에 따른 본인부담 진료비

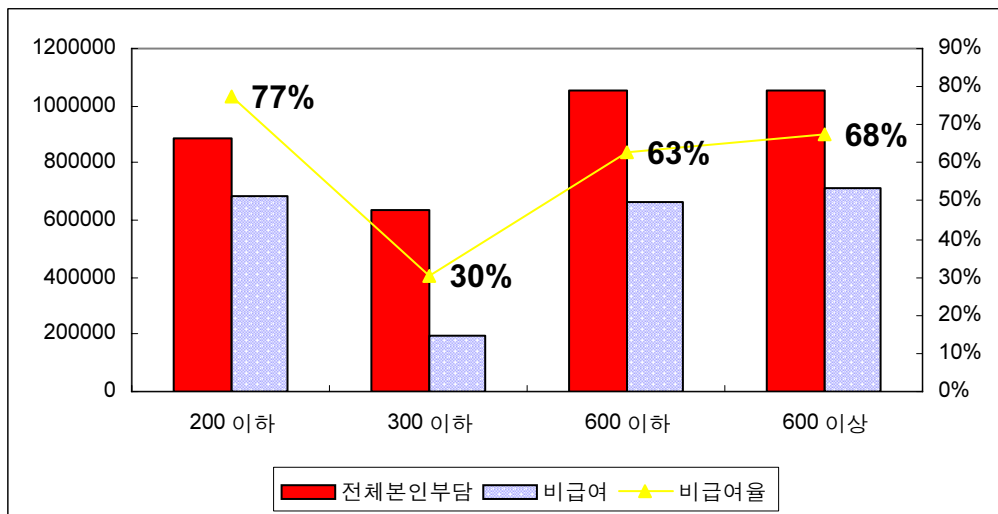
<표 IV-6>요양기관 및 진료 내용에 따른 본인부담 진료비

		사례	전체 본인부담		비급여		비급여율 (%)
			평균	표준편차	평균	표준편차	
소재지역	서울시	831	1,465,055	2,742,976	1,025,414	2,357,755	70.0
	광역시	763	1,134,165	1,378,535	731,915	969,022	64.5
	중소도시	1300	664,808	1,119,341	419,813	740,406	63.1
	농어촌	68	514,191	1,083,306	144,142	356,176	28.0
설립구분	공공	105	754,923	855,007	288,498	386,111	38.2
	민간	2857	1,016,613	1,839,804	677,930	1,476,527	66.7
병상수	200 이하	307	888,833	3,140,853	686,022	2,893,028	77.2
	300 이하	219	635,553	901,907	193,032	290,633	30.4
	600 이하	498	1,055,336	1,713,492	664,850	1,302,878	63.0
	600 이상	1938	1,055,355	1,615,595	713,360	1,198,178	67.6
중증도	0	1,553	748,997	1,430,826	519,852	1,145,742	69.4
	1	619	1,197,478	1,899,733	788,066	1,549,590	65.8
	2	463	1,394,288	2,678,121	887,025	2,202,102	63.6
	3	327	1,338,932	1,576,430	810,260	1,150,101	60.5
입원일	4일 이하	1129	280,401	482,970	191,680	342,511	68.4
	7일 이하	731	661,096	666,879	469,584	506,262	71.0
	15일 이하	582	1,283,787	1,430,436	871,139	1,246,685	67.9
	15일 이상	520	2,790,346	3,309,677	1,751,353	2,837,338	62.8
수술	무	1621	738,960	1,806,601	472,396	1,495,204	63.9
	유	1341	1,331,666	1,775,199	896,847	1,370,601	67.3
진료과	외과계열	759	1,466,929	2,479,182	981,391	2,119,306	66.9
	내과계열	1218	885,022	1,527,125	583,641	1,213,865	65.9
	산소아과	214	352,706	745,363	324,805	592,123	92.1
	기타	771	926,172	1,554,521	573,455	1,063,482	61.9

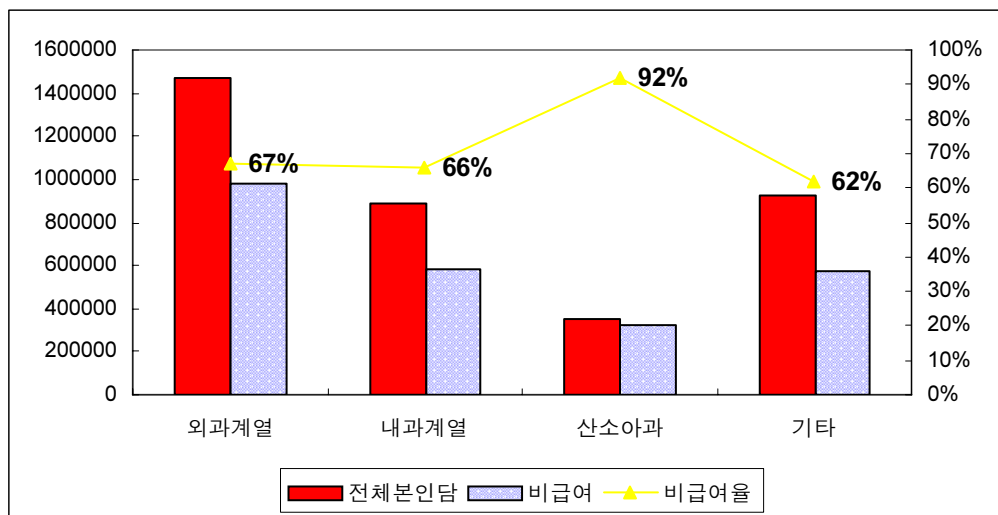
* 비급여율(%) : 비급여 진료비/전체 본인부담 * 100



【그림 IV-3】 설립구분에 따른 본인부담 진료비



【그림 IV-4】 병상수에 따른 본인부담 진료비



【그림 IV-5】 진료계열에 따른 본인부담 진료비

다. 대상자의 보험 및 진료비에 따른 본인부담 진료비

대상자의 보험 및 진료비에 따른 본인부담 진료비 및 비급여율을 보면 다음과 같다(<표 IV-7> 참조).

국민건강보험 직역별로는 직장 평균 1,023,297원이었고 지역이 992,160원으로 다소 차이를 보였고 비급여율도 직장에서 67.3%로 지역 64.5%에 비해 많았다. 가입자 구분별로 보면 세대원은 평균 1,050,939원이었고, 세대주는 4964,725원이었는데, 비급여율은 세대주 66.8%로, 세대원 65.2%에 비해 높았다.

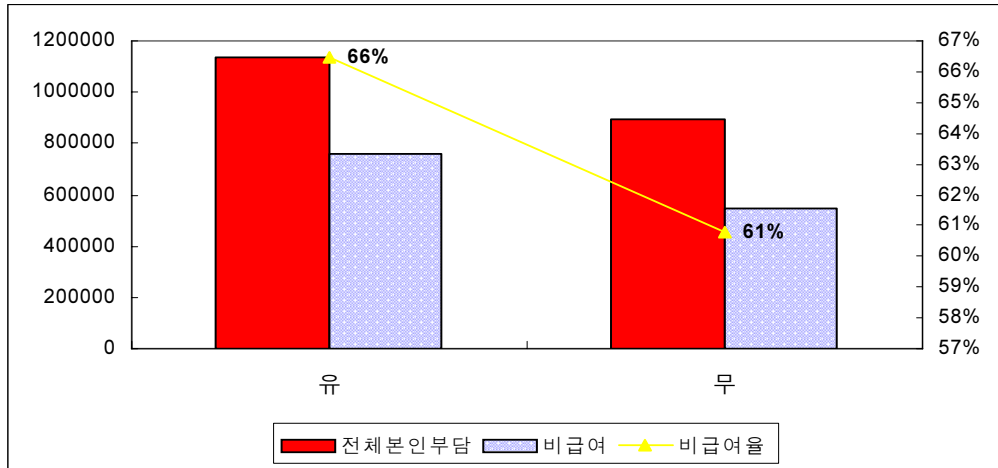
민간보험 가입자는 평균 1,057,278원, 미가입자는 995,204원이었는데, 비급여율은 민간보험 미가입자 66.3%로 민간보험가입자 64.9%에 비해 높았다. 민간보험 가입자 중 실손액 보상 가능에서 평균 1,138,490원이었고 불가능에

서 897,241원으로 차이를 보였는데 비급여율은 실손액 보상이 가능한 경우에서 66.5%로 불가능 60.8%에 비해 높았다. 본 연구 대상자 중 민간보험 가입자는 20.5%에 불과하여 추후 더 많은 대상자를 확보하여 연구의 필요성이 있음을 시사한다.

민간보험 실손 보상에 따른 본인부담 진료비를 보면 100만원 이하 1,046,705원, 100만원 이상이 1,000,968원이었다. 비급여율은, 20만원 이하에서 70.4%로 가장 높았고, 다음으로 50만원 이하에서 65.7%였다.

<표 IV-7> 보험 및 진료비에 따른 본인부담 진료비

		사례수	전체 본인부담		비급여		비급여율 (%)
			평균	표준편차	평균	표준편차	
직역	지역	1458	992,160	1,611,863	640,435	1,228,765	64.5
	직장	1497	1,023,297	1,995,728	688,955	1,646,109	67.3
피보구분	세대주	1474	964,725	1,590,635	644,216	1,233,329	66.8
	세대원	1481	1,050,939	2,015,524	685,716	1,646,748	65.2
민간보험 가입	유	606	1,057,278	2,277,780	685,706	1,868,880	64.9
	무	2349	995,204	1,677,063	659,677	1,328,156	66.3
민간보험 실손보상	유	402	1,138,490	2,635,466	757,004	2,232,463	66.5
	무	204	897,241	1,305,195	545,207	731,019	60.8
민간 보험 보상	20만원 이하	101	1,514,354	4,333,704	1,066,137	3,793,270	70.4
	50만원 이하	74	983,242	1,908,452	667,670	1,605,994	67.9
	100만원 이하	101	1,046,705	1,818,371	638,435	1,489,624	61.0
	100만원 이상	133	1,000,968	1,549,284	657,292	1,082,207	65.7



【그림 IV-6】 민간보험 실손액 보상에 따른 본인부담 진료비

(3) 대상자의 전체 본인부담 진료비 부담¹⁰⁾

가. 대상자의 일반적 특성에 따른 본인부담 진료비 부담

일반적 특성에 따른 본인부담 진료비에 대한 부담 정도를 보면 다음과 같다(<표 IV-8 > 참조).

본인부담 진료비에 부담 정도는 전체 평균 4.12점이었다. 성별로는 남성, 여성 모두 4.12점으로 같았다. 연령대별로 보면, 40대 4.27점, 30대 4.19점, 70대 이상 4.16점으로 유의한 차이를 보였다.

직업별로는 무직 4.24점, 전업주부 4.07점, 자영업 3.98점, 판매기능직 3.94

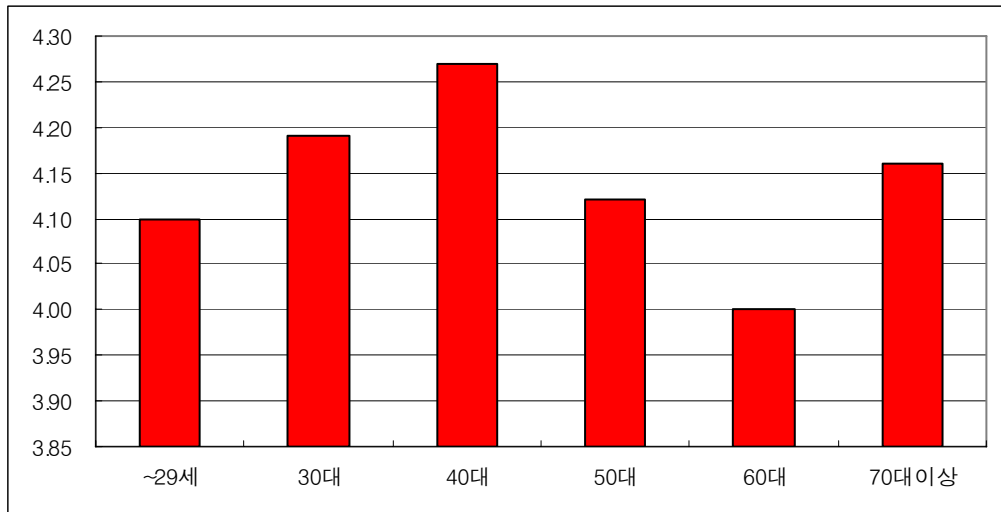
10) 자신이 판단하는 전체 본인부담 진료비에 대한 부담 정도를 알아보기 위해, '귀하가 판단하기에 본인부담진료비의 부담은 어느 정도인지요?'라는 1문항으로, 전혀 부담없음 1점 ~ 매우 부담 5점인, 5점 Likert 척도로 이루어졌음.

점, 전무, 사무, 경영관리직이 3.84점으로 유의한 차이를 보였다. 가구소득별로는 500만원 이상에서 3.92점으로 가장 낮았고, 150만원 이하에서 4.17점으로 가장 높아 소득별 유의한 차이를 보였다.

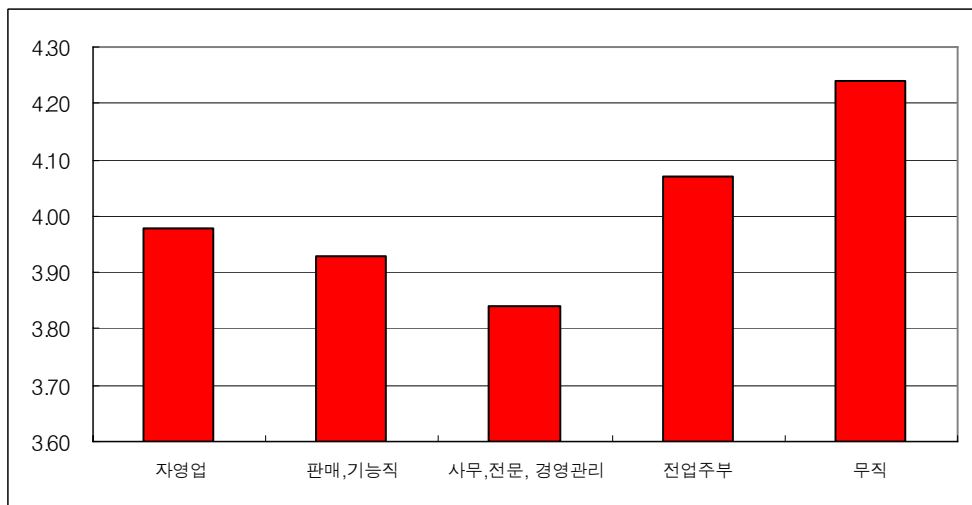
본인부담 진료비 부담 정도가 거주 지역별 차이는 없었고, 가구원수별로는 1인에서 4.42점, 2인에서 4.24점으로 가구원수에 따라 차이가 있었다.

<표 IV-8> 일반적 특성에 따른 본인부담 진료비 부담

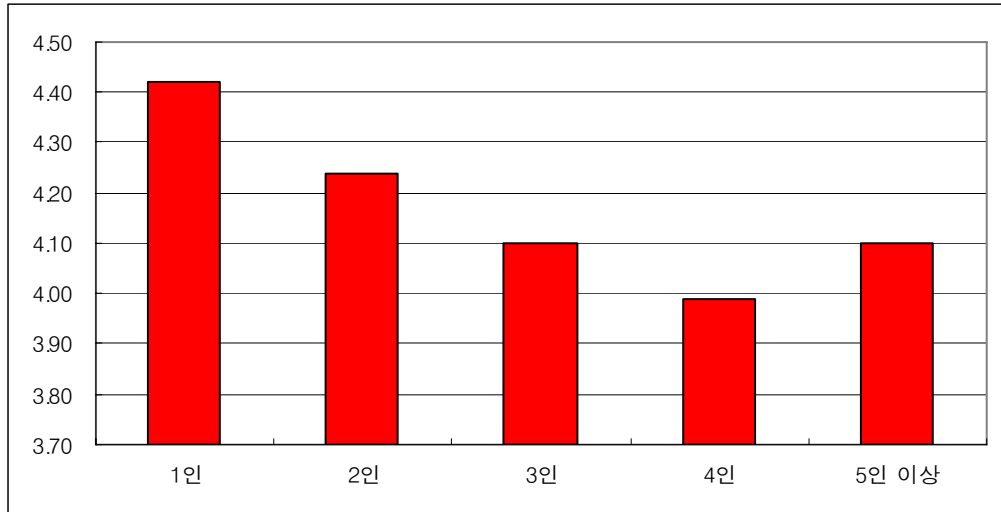
		사례수	평균	표준편차	t&F	p-value
성별	여성	1020	4.12	0.83	0.12	0.9007
	남성	1942	4.12	0.82		
연령	~29세	48	4.10	0.85	5.26	<0.0001
	30대	471	4.19	0.90		
	40대	261	4.27	0.71		
	50대	625	4.12	1.01		
	60대	821	4.00	0.77		
	70대 이상	736	4.16	0.66		
직업	자영업	404	3.98	0.80	19.93	<0.0001
	판매,기능직	195	3.93	0.78		
	사무,전문, 경영관리	309	3.84	0.78		
	전업주부	497	4.07	0.77		
	무직	1517	4.24	0.84		
월소득	150만원 이하	1,039	4.17	0.92	4.23	0.0021
	250만원 이하	528	4.13	0.85		
	350만원 이하	783	4.02	0.71		
	500만원 이하	284	4.08	0.72		
	500만원 이상	71	3.92	0.62		
거주지	서울시	586	4.09	0.88	0.69	0.5585
	광역시	640	4.09	0.83		
	중소도시	1193	4.14	0.80		
	농어촌	543	4.13	0.80		
가족수	1인	173	4.42	0.87	14.86	<.0001
	2인	842	4.24	0.79		
	3인	631	4.10	0.86		
	4인	981	3.99	0.81		
	5인 이상	335	4.10	0.79		



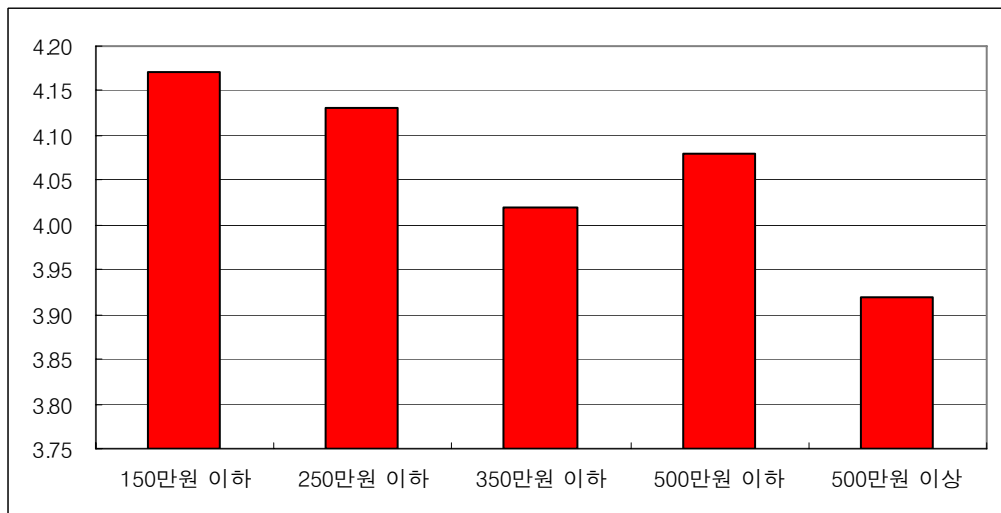
【그림 IV-7】 연령에 따른 본인부담 진료비 부담



【그림 IV-8】 직업에 따른 본인부담 진료비 부담



【그림 IV-9】 월 소득에 따른 본인부담 진료비 부담



【그림 IV-10】 가족수에 따른 본인부담 진료비 부담

나. 대상자의 요양기관 및 진료 내용에 따른 본인부담 진료비 부담

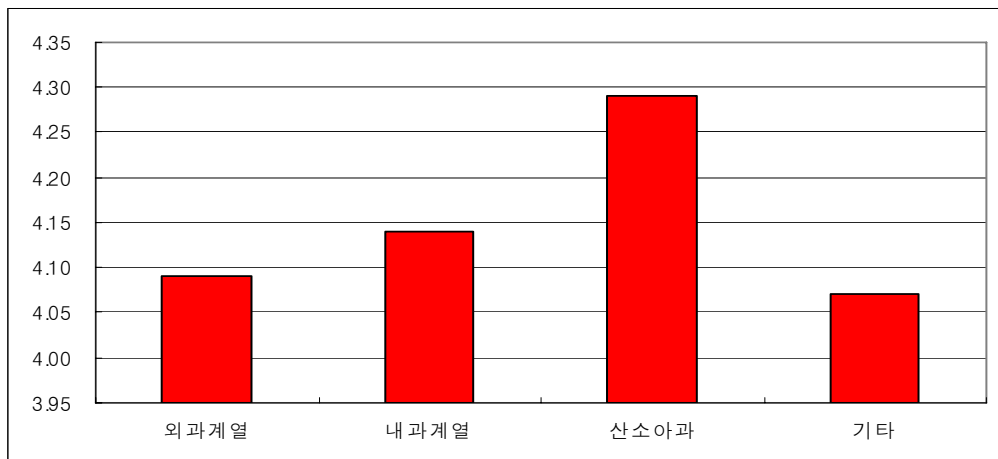
대상자가 이용한 요양기관 및 진료 내용에 따른 본인부담 진료비에 대한

부담을 살펴보면 다음과 같다(<표 IV-9> 참조).

요양기관이 중소도시인 경우에 4.14점으로 가장 높았으나 유의한 차이는 없었다. 설립구분별로는 공공에서 4.01점, 민간이 4.12점이었으나 유의한 차이를 보이지는 않았다. 병상수에 따라서 보면 600병상 이상에서 4.14점으로 가장 높았으나 유의한 차이를 보이지는 않았다.

중증도에 따른 본인부담 진료비에 대한 부담은 중증도 0에서 4.14점으로 가장 높았고 다음으로 1에서 4.13점이었으나 유의한 차이는 없었다.

입원일수에 따라서 보면 15일 이하에서 4.14점으로 가장 높았고, 15일 이상에서 4.10으로 가장 낮았으나 유의한 차이는 없었다. 수술 여부에 따라서는 유의한 차이가 없었고, 진료계열별로 보면, 산·소아과에서 4.29점으로 가장 높았고 다음으로 내과계열에서 4.14점이었으나 유의한 차이는 없었다.



【그림 IV-11】 진료계열에 따른 본인부담 진료비 부담

<표 IV-9> 요양기관 및 진료 내용에 따른 본인부담 진료비 부담

		사례수	평균	표준편차	t & F	p value
요양기관종별	전문종합	2579	4.82	8.16	0.23	0.8771
	종합	194	4.63	6.86		
	병원	124	4.88	8.56		
	의원	65	4.00	0.84		
소재지역	서울시	831	4.11	0.86	0.57	0.5633
	광역시	763	4.10	0.81		
	중소도시	1300	4.14	0.81		
	농어촌	68	4.12	0.83		
설립구분	공공	105	4.01	0.68	1.58	0.1165
	민간	2857	4.12	0.83		
병상수	200병상 이하	307	4.11	0.86	3.86	0.0212
	300병상 이하	219	4.10	0.84		
	600병상 이하	498	4.03	0.83		
	600병상 이상	1938	4.14	0.82		
중증도	0	1,553	4.14	0.85	1.17	0.3209
	1	619	4.13	0.77		
	2	463	4.05	0.84		
	3	327	4.12	0.82		
입원일	4일 이하	1,129	4.13	0.84	0.21	0.8874
	7일 이하	731	4.11	0.84		
	15일 이하	582	4.14	0.80		
	15일 이상	520	4.10	0.80		
수술유무	무	1,621	4.12	0.84	0.14	0.8858
	유	1,341	4.12	0.81		
진료과	외과계열	759	4.09	0.85	3.75	0.0106
	내과계열	1,218	4.14	0.79		
	산소아과	214	4.29	0.86		
	기타	771	4.07	0.85		

다. 대상자의 보험 및 진료비 특성에 따른 본인부담 진료비 부담

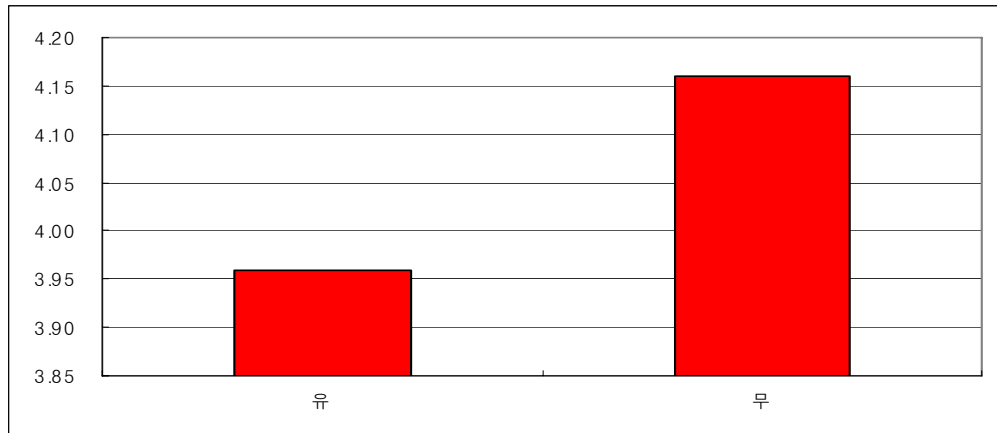
대상자의 보험관련 특성에 따른 본인부담 진료비의 부담을 보면 다음과 같다(<표 IV-10> 참조).

국민건강보험 직역별로는 본인부담 진료비 부담에서 차이를 보이지 않았으며 가입자 구분별로도 차이를 보이지 않았다. 민간보험 가입자는 3.96점, 미가입자는 4.16점으로 유의한 차이를 보였다. 민간보험 가입자 중에서 실손액 보상 가능에서 3.78점, 불가능에서 4.04점으로 차이를 보였다.

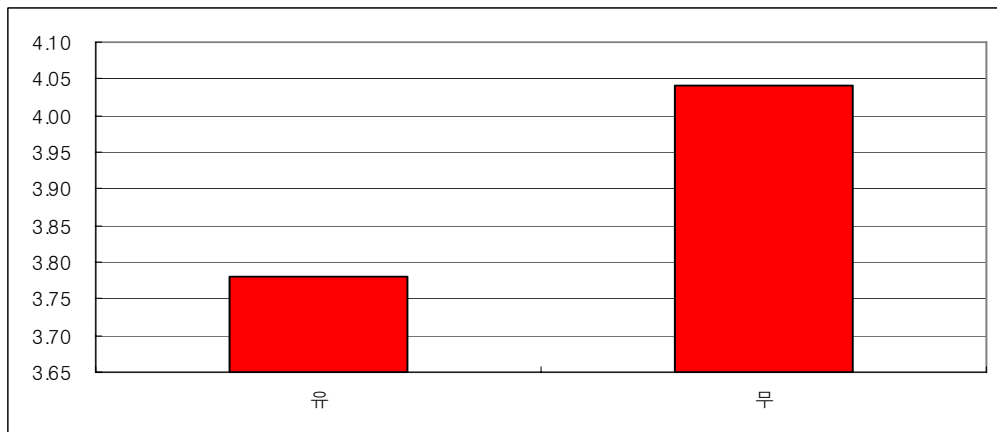
비급여 진료비가 10만원 이하에서 4.15점으로 본인부담 점수가 가장 높았고, 50만원 이하에서 4.09점으로 가장 낮았으나 유의한 차이는 없었다. 본인부담진료비 부담 정도가 본인부담 진료비 20만원 이하에서 가장 낮게 나타났다으며 민간보험 보상 100만원 이상에서 4.13점으로 높게 나타났다.

<표 IV-10> 보험 및 진료비 특성에 따른 본인부담 진료비 부담

		사례수	평균	표준편차	t & F	p value
직역	지역	1458	4.12	0.84	0.1	0.9209
	직장	1504	4.12	0.81		
가입구분	세대주	1474	4.14	0.83	1.39	0.166
	세대원	1488	4.10	0.82		
민간보험가입	유	606	3.96	0.86	5	<.0001
	무	2356	4.16	0.81		
민간보험실손 보상	유	402	3.78	0.82	3.28	0.0111
	무	211	4.04	0.90		
비급여 진료비	10만원 이하	994	4.15	0.82	0.9	0.4424
	50만원 이하	923	4.09	0.87		
	100만원 이하	496	4.13	0.80		
	100만원 이상	549	4.11	0.79		
본인 부담 진료비	20만원 이하	873	4.16	0.82	1.24	0.2941
	50만원 이하	601	4.07	0.87		
	100만원 이하	616	4.11	0.83		
	100만원 이상	872	4.11	0.79		
민간 보험 보상	20만원 이하	101	3.95	0.96	0.91	0.4349
	50만원 이하	74	4.08	0.82		
	100만원 이하	101	3.99	0.82		
	100만원 이상	133	4.13	0.72		



【그림 IV-12】 민간보험 가입에 따른 본인부담 진료비 부담

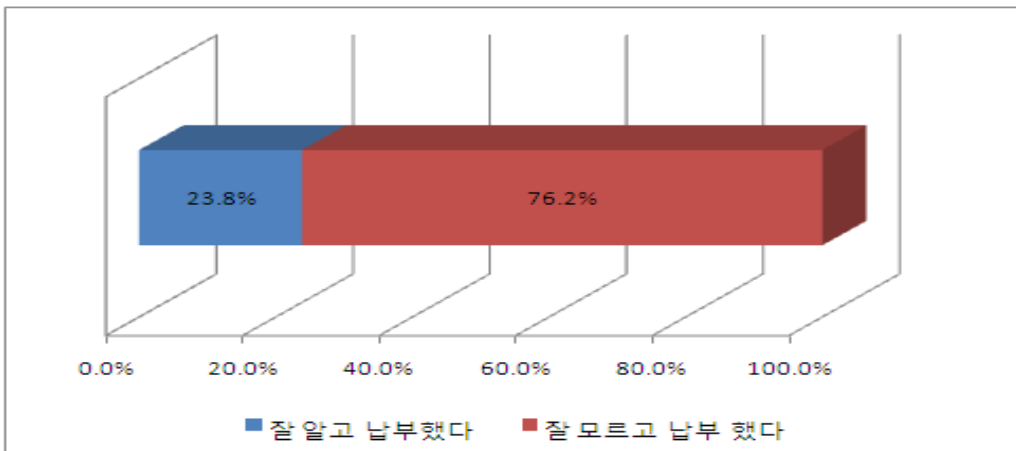


【그림 IV-13】 민간보험 실손 보상에 따른 본인부담 진료비 부담

(4) 대상자의 비급여 진료비에 대한 인지 및 인지경로

가. 비급여 진료 및 진료비 인지

비급여 진료의 내용 및 진료비 내역에 대해 진료비를 납부하기 전에 알고 진료비를 납부했는지에 대한 질문에서 ‘잘 알고 납부했다’는 대상자는 23.8%였다. 이 결과로 볼 때 전반적으로 환자 및 보호자들은 비급여 내용 및 진료비에 대해 잘 모르고 진료비를 지불한 결과로 나타났다.



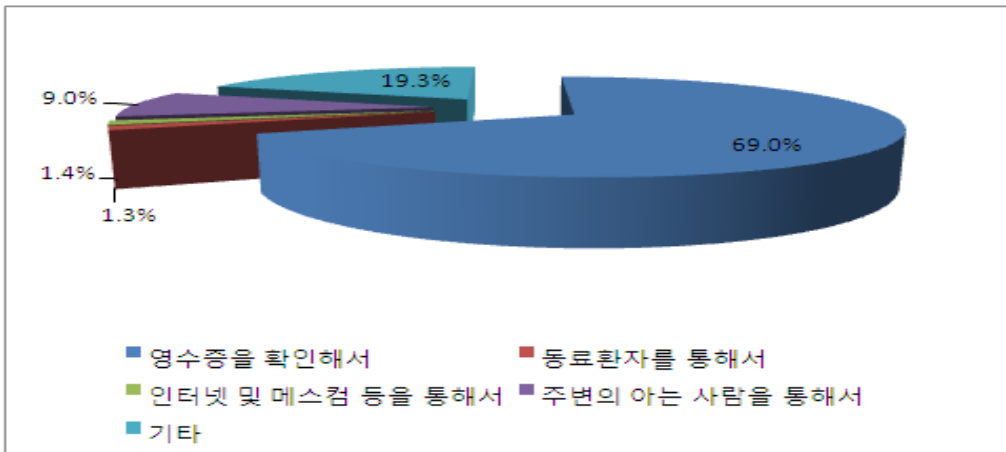
【그림 IV-14】 비급여 내용 및 진료비 인지

나. 요양기관의 비급여 진료 내용 및 진료비 설명

비급여 진료의 내용 및 진료비 내역에 대해 인지한 대상자에게 요양기관으로부터 설명을 들었는지에 대한 질문에서 설명을 들은 대상자가 93.5%, 듣지 못한 대상자가 6.5%로 나타났다.

가) 요양기관 외 비급여 진료비 인지 경로

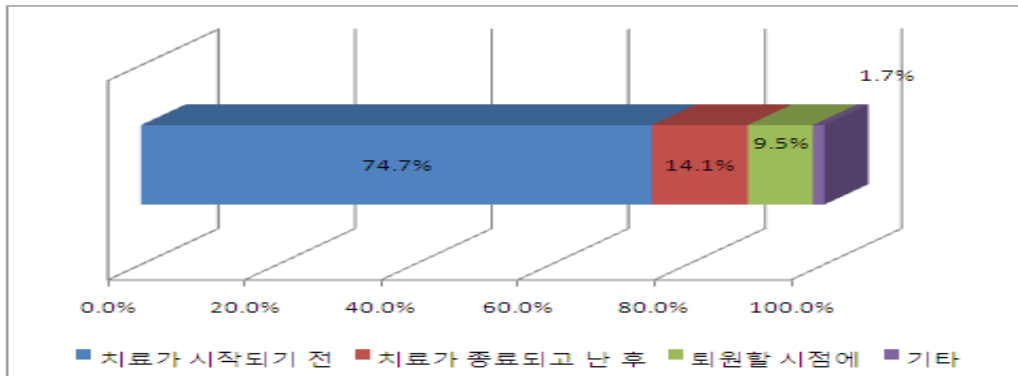
요양기관 이외 비급여 내용 및 진료비에 대한 인지경로에 대한 질문에 대해서 ‘영수증을 통해서’가 69%, ‘기타’ 19.3%, ‘주변의 아는 사람을 통해서’가 9%였다. 환자들은 대부분 퇴원 시점에 진료비 영수증을 통해서 비급여 진료에 대해 인지함을 알 수 있다.



【그림 IV-15】 요양기관 이외 비급여 진료비 인지 경로

다. 요양기관의 비급여 진료비 설명 시점

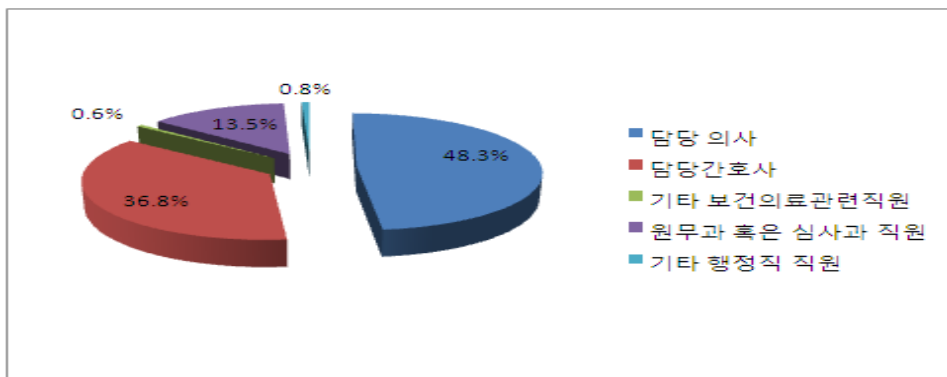
요양기관에서 설명을 들은 대상자를 중심으로 비급여 진료에 대해서 설명한 시점이 언제인가를 질문하여 ‘치료가 시작되기 전’이 74.7%로 가장 많았고, 다음으로 퇴원시점이 9.5%를 차지하는 것으로 나타났다.



【그림 IV-16】 비급여 진료비 설명 시점

라. 비급여 진료비 설명 담당

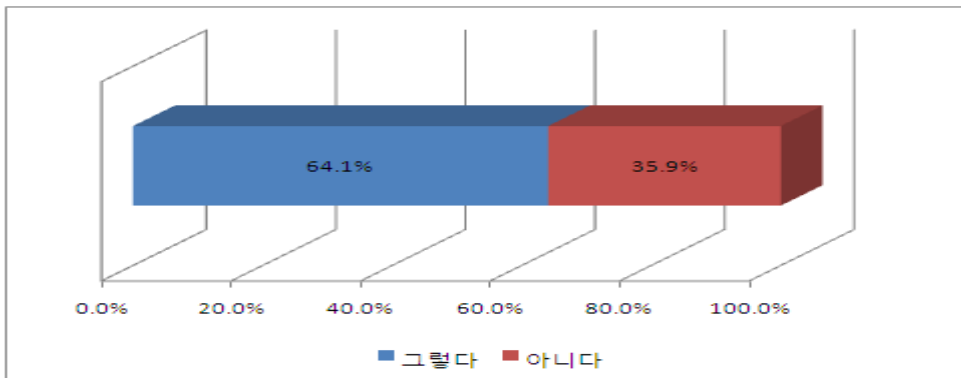
비급여 진료비에 대해서 누가 설명을 했는지를 질문하였는데 ‘담당의사’가 48.3%로 가장 많았고, 다음으로는 ‘담당간호사’가 36.8%였다. 그 외 ‘심사과 및 원무과 직원’이 13.5%였다. 주로 담당 의사 및 간호사가 설명을 하는 것으로 나타났다.



【그림 IV-17】 비급여 진료비 설명 담당

마. 비급여 진료비에 대한 설명의 구체성

비급여 진료에 대해서 설명을 들은 대상자에게 내용 및 진료비에 대해 구체적으로 설명을 들었는가에 대한 질문에서 '그렇다'가 64.1%, '그렇지 않다'가 35.9%였다.



【그림 IV-18】 비급여 진료 설명의 구체성

(6) 대상자의 비급여 진료비에 대한 부담¹¹⁾

가. 일반적 특성에 따른 비급여 진료비 부담

일반적 특성에 따른 비급여 진료비에 대한 부담 정도를 보면 다음과 같다 (<표 IV-11> 참조). 비급여 진료비에 대한 부담 정도는 전체 평균 4.01점이었는데, 성별로 남성은 4.03점, 여성은 4.01점으로 유의한 차이가 없었다.

11) 자신이 판단하는 비급여 진료비에 대한 부담정도를 알아보기 위해, '귀하가 판단하기에 비급여 진료비의 부담은 어느 정도인지요?'라는 1문항으로, 전혀 부담없음 1점 ~ 매우 부담 5점인, 5점 Likert 척도로 이루어졌음.

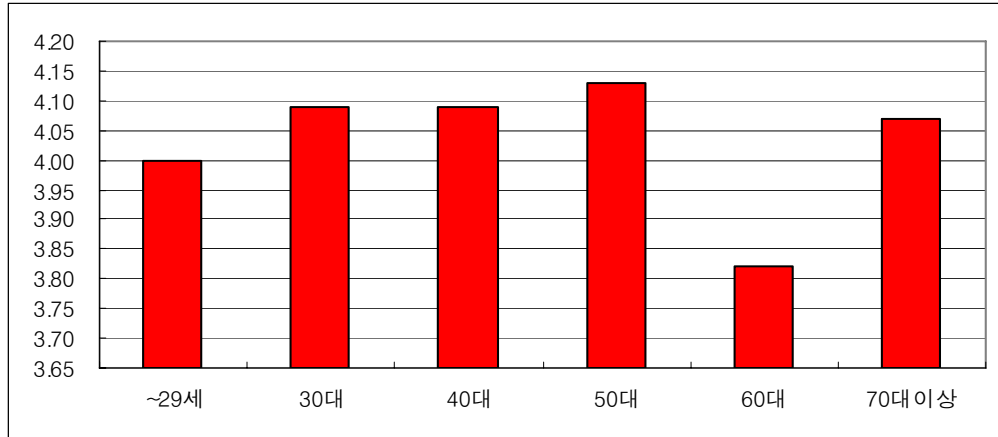
연령대별로 비교해 보면, 40대, 30대, 70대 이상에서 각각 4.09점, 4.09점, 4.07점으로 연령대별로 차이가 없었다.

직업에 따른 비급여 진료비 부담정도는 무직이 4.11점으로 가장 높았고, 다음으로 전업주부가 3.98점이었다. 직업별로 유의한 차이를 보였다. 가구소득에 따라서 보면 500만원 이상 3.88점으로 가장 낮았고 150만원 이하에서 4.10점으로 가장 높아 소득별 유의한 차이를 보였다.

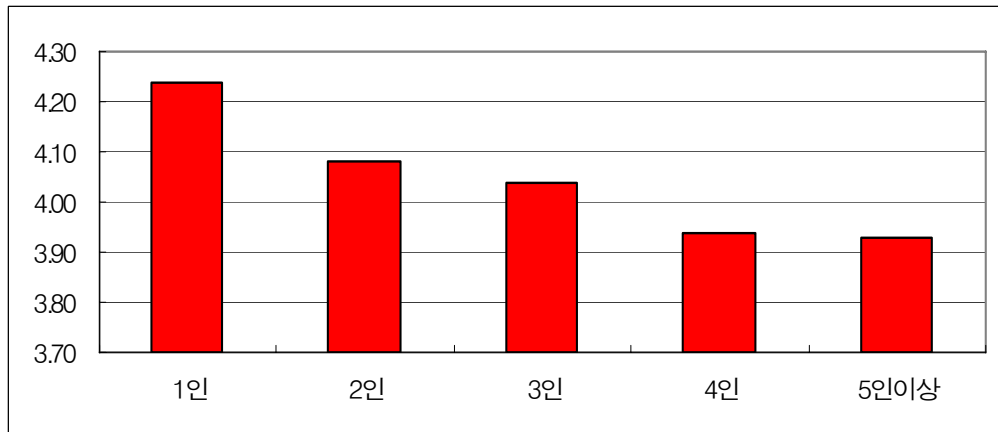
비급여 진료비 부담 정도가 거주 지역별로는 차이가 없었고 가구원수에 따라서는 1인에서 4.24점, 2인 4.08점으로 가구원수에 따른 차이를 보였다.

<표 IV-11> 일반적 특성에 따른 비급여 진료비 부담

		사례수	평균	표준편차	t & F	p value
성별	여성	1020	4.03	0.75	0.81	0.4207
	남성	1942	4.01	0.75		
연령	~29세	48	4.00	0.77	17.52	<.0001
	30대	471	4.09	0.82		
	40대	261	4.09	0.75		
	50대	625	4.13	0.84		
	60대	821	3.82	0.71		
	70대 이상	736	4.07	0.60		
직업	자영업	404	3.86	0.71	18.01	<.0001
	판매,기능직	195	3.82	0.85		
	사무직,전문직, 경영관리	309	3.86	0.58		
	전업주부	497	3.98	0.68		
	무직	1517	4.11	0.78		
월소득	150만원 이하	1,039	4.07	0.84	1.97	0.0966
	250만원 이하	528	3.99	0.75		
	350만원 이하	783	4.02	0.59		
	500만원 이하	284	3.99	0.66		
	500만원 이상	71	3.88	0.49		
거주지	서울시	586	4.02	0.76	0.82	0.4846
	광역시	640	3.99	0.78		
	중소도시	1193	4.04	0.73		
	농어촌	543	4.00	0.75		
가족수	1인	173	4.24	0.87	8.81	<.0001
	2인	842	4.08	0.76		
	3인	631	4.04	0.77		
	4인	981	3.94	0.67		
	5인 이상	335	3.93	0.77		



【그림 IV-19】 연령에 따른 비급여 진료비 부담



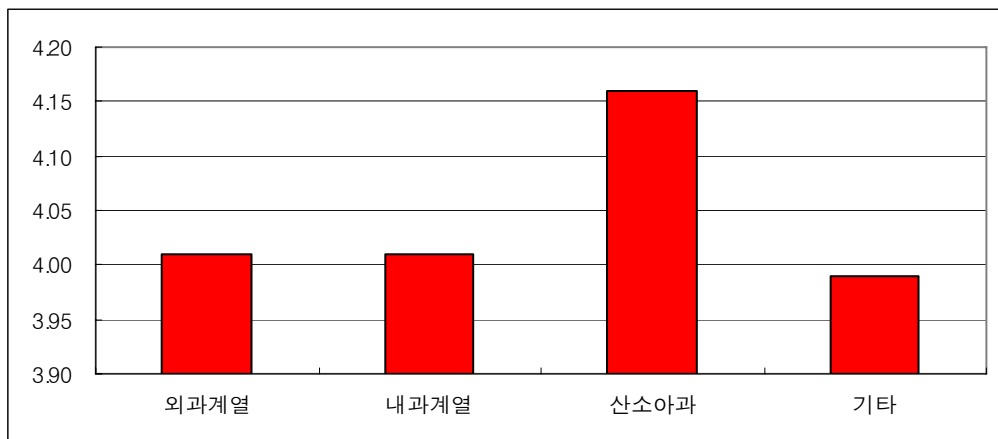
【그림 IV-20】 가족수에 따른 비급여 진료비 부담

나. 요양기관 및 진료내용에 따른 비급여 진료비 부담

대상자가 이용한 요양기관 및 진료내용에 따라서 비급여 진료비에 대한 부담 정도를 살펴보면 다음과 같다(<표 IV-12> 참조).

요양기관 지역이 서울시, 중소도시인 경우에 각각 4.03점, 광역시, 농어촌 지역은 각각 3.99점, 3.98점이었으나 유의한 차이는 없었다. 설립구분별로는 공공 3.99점, 민간이 4.02점이었으나 유의한 차이를 보이지는 않았다. 병상수에 따른 부담을 보면 200병상 이하에서 4.08점으로 가장 높았고 다음으로 600병상 이상에서 4.01점이었으나 유의한 차이를 보이지는 않았다.

중증도에 따른 비급여 진료비 부담은 중증도 0에서 4.05점으로 가장 높았고 다음으로 1에서 4.00점이었으나 유의한 차이는 없었다. 입원일수에 따른 부담정도는, 15일 이하에서 4.02점으로 가장 높았고 15일 이상에서 3.99점으로 가장 낮았으나 유의한 차이는 없었다. 수술여부에 따른 부담 정도의 유의한 차이는 없었다. 진료계열별로 보면 외과계열, 내과계열에서 각각 4.01점이며 유의한 차이는 없었다.



【그림 IV-21】 진료과에 따른 비급여 진료비 부담

<표 IV-12> 요양기관 및 진료내용에 따른 비급여 진료비 부담

		사례수	평균	표준편차	t&F	p value
요양기관종별	전문종합	2579	4.01	0.75	0.32	0.8142
	종합	194	4.05	0.74		
	병원	124	4.05	0.67		
	의원	65	4.07	0.72		
소재지역	서울시	831	4.03	0.76	0.65	0.5813
	광역시	763	3.99	0.76		
	중소도시	1300	4.03	0.74		
	농어촌	68	3.98	0.56		
설립구분	공공	105	3.99	0.57	0.47	0.6428
	민간	2857	4.02	0.75		
병상수	200 이하	307	4.08	0.72	0.85	0.467
	300 이하	219	3.98	0.73		
	600 이하	498	4.00	0.68		
	600 이상	1938	4.01	0.77		
중증도	0	1553	4.05	0.77	2.69	0.045
	1	619	4.00	0.72		
	2	463	3.96	0.73		
	3	327	3.97	0.70		
입원일	4일 이하	1129	4.03	0.78	0.49	0.6889
	7일 이하	731	4.00	0.74		
	15일 이하	582	4.02	0.72		
	15일 이상	520	3.99	0.73		
수술유무	무	1621	4.02	0.76	-0.06	0.9521
	유	1341	4.02	0.73		
진료과	외과계열	759	4.01	0.76	3.12	0.025
	내과계열	1218	4.01	0.74		
	산소아과	214	4.16	0.79		
	기타	771	3.99	0.73		

라. 보험 및 진료비에 따른 비급여 진료비 부담

대상자의 보험 및 진료비에 따른 비급여 진료비에 대한 부담 정도를 보면 다음과 같다(<표 IV-13> 참조). 국민건강보험 직역별로 부담의 차이를 보이지 않았으며, 가입자 구분별로도 유의한 차이를 보이지 않았다. 민간보험 가

입자는 3.96점, 미가입자는 4.03점으로 유의한 차이를 보였다. 민간보험 가입자 중에서 실손 보상 가능에서 3.82점, 불가능에서 4.02점으로 유의한 차이를 보였다. 비급여 진료비 10만원 이하에서 4.05점으로 가장 높게 나타났고, 100만원 이하에서 3.97점으로 가장 낮았으나 유의한 차이는 없었다. 또한, 본인부담 진료비 100만원 이상에서 3.99점으로 가장 낮게 나타났으며 민간보험 보상액이 100만원 이상에서 부담 정도가 4.12점으로 높게 나타났다.

<표 IV-13> 보험 및 진료비에 따른 비급여 진료비 부담

		사례수	평균	표준편차	t&F	p value
지역	지역	1458	4.04	0.74	1.54	0.1235
	직장	1504	4.00	0.75		
피보구분	세대주	1474	4.04	0.75	1.48	0.1394
	세대원	1488	4.00	0.75		
민간보험가입	유	606	3.96	0.73	-2	0.0455
	무	2356	4.03	0.75		
민간보험실손보상	유	402	3.82	0.73	3.46	0.0006
	무	211	4.02	0.73		
비급여진료비	10만원 이하	994	4.05	0.76	1.57	0.1958
	50만원 이하	923	4.01	0.74		
	100만원 이하	496	4.01	0.74		
	100만원 이상	549	3.97	0.76		
본인부담총액	20만원 이하	873	4.06	0.77	1.48	0.2187
	50만원 이하	601	4.01	0.74		
	100만원 이하	616	4.01	0.75		
	100만원 이상	872	3.99	0.73		
민간보험보상	20만원 이하	101	4.03	0.78	2.35	0.0715
	50만원 이하	74	3.84	0.90		
	100만원 이하	101	4.06	0.73		
	100만원 이상	133	4.12	0.55		

(7) 급여화가 필요한 비급여 항목

환자가 입원진료 중 가장 부담이 되어 건강보험으로 급여가 되었으면 하는 항목에 대한 질문에 406명이 응답하였으며 결과는 다음과 같다(<표 IV-14> 참조). 구체적으로 약제, 주사제, 재료대의 항목을 응답한 경우에는 각 대상별로 정리하여 분석하였다.

‘MRI’ 29.8%, ‘비급여 약제비’ 17.7%, ‘비급여 검사료’ 16.5%, ‘비급여 주사 약제’ 9.4%, ‘병상 차액’ 9.4%, 초음파 6.1%, ‘비급여 재료대’ 3.2%, ‘C-T’ 2.4%, ‘의치’, ‘간병비’ 각각 1.4%로 나타났다.

환자 및 보호자는 대체적으로 법정비급여인 MRI에 대한 경제적인 부담이 크므로 급여 요구가 높은 항목임을 알 수 있다. 그 외 법정비급여 항목으로 병실차액, 초음파, 의치 순이었고, 임의비급여 항목으로는 경구 및 주사 약제비, 검사료, 치료재료의 순으로 응답하였다.

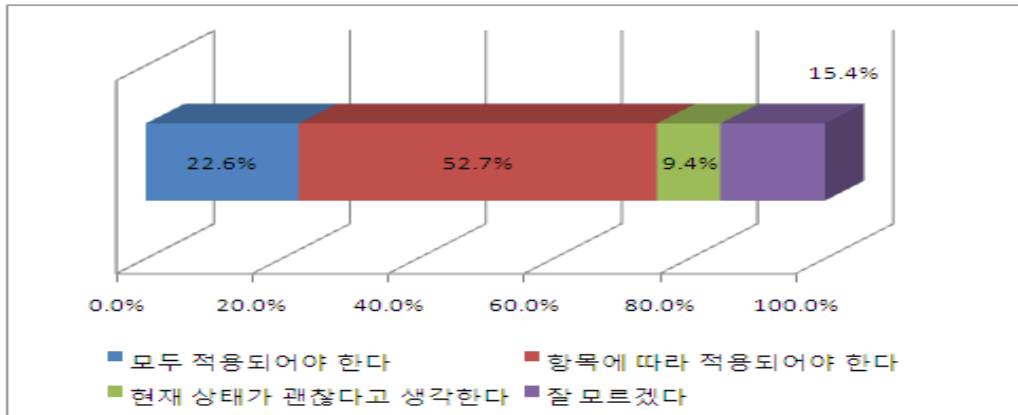
<표 IV-14> 급여화가 필요한 비급여 항목

순위	항 목	사례수	유효퍼센트(%)
1	MRI	121	29.8
2	비급여 경구약제비	72	17.7
3	비급여 검사료	67	16.5
4	비급여 주사약제비	43	9.4
5	병실차액	43	9.4
6	초음파	25	6.1
7	비급여 치료재료	13	3.2
8	C-T	10	2.4
9	의치	6	1.4
10	간병비	6	1.4
		406	100

(8) 비급여 진료의 건강보험 적용에 대한 인식

가. 비급여 진료의 건강보험 적용

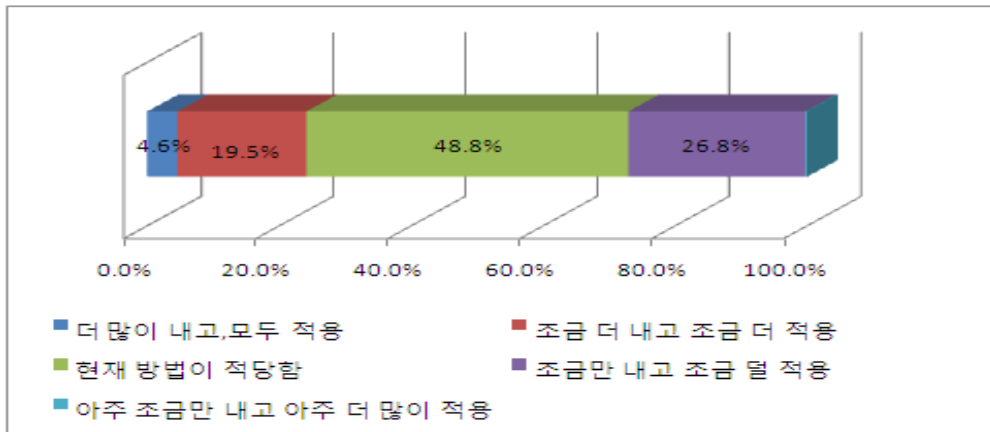
진료 중 발생하는 비급여에 대한 관리방안으로 52.7%가 ‘항목에 따라 건강보험으로 적용되어야 한다’, 22.6%는 ‘모두 건강보험으로 적용을 해야 한다’, 15.4%는 ‘잘 모르겠다’고 응답하였다. 환자 및 보호자들은 비급여 항목에 따라서 건강보험으로 적용되어야 한다는 의견이 많은 것으로 나타났다. 추후 구체적인 항목에 대한 조사가 필요하며 급여화에 대한 후속연구가 필요할 것임을 시사한다.



【그림 IV-22】 비급여 진료 항목의 건강보험 적용

나. 비급여 진료의 건강보험 적용에 따른 보험료

비급여 진료에 대해서 급여화가 필요하다면 건강보험료를 어떻게 하는 것이 바람직할지에 대한 질문에서, ‘현재 방법이 적당하다’ 48.8%, ‘조금 더 내고 조금 더 적용하자’는 의견이 19.5%, ‘더 많이 내고 더 많이 적용되어야 한다’가 4.6%로 나타났다. 일부 항목에 대해서 급여화가 필요하다는 의견에 비해서 건강보험료를 더 내고 더 적용을 받자는 의견은 24.1%로 국민들은 건강보험료를 더 내는 것에 대해서 상당히 부담을 갖고 있는 것으로 판단된다. 이 부분에 대해서는 추후 건강보험료 이외 대안에 대한 질문을 추가해서 조사가 진행되어야 할 필요가 있다고 본다.



【그림 IV-23】 비급여 진료의 건강보험 적용에 따른 보험료

2. 임의비급여 진료비에 대한 실무자의 인식 및 태도

1) 조사 목적

요양기관의 심사 실무 담당자들을 통해서 임의비급여 진료에 대한 인식 및 태도를 확인하고 그 문제점과 부담 정도를 파악하여 임의비급여 진료비 관리 방안 마련을 위한 기초 자료로 제공하고자 하였다.

2) 조사 대상자

조사 대상자는 현재 의료기관(전문요양기관, 종합, 병원, 치과병원, 한방병원)에서 의료심사 실무를 담당하며 해당 의료기관을 대표할 수 있다고 판단되는 요양기관으로 하였다. 입원환자가 발생하고 요양기관 주소 파악이 가

능한 약 1,797개 요양기관 중에서 유효 표본은 373기관이었다.

<표 IV-15> 요양기관 종별 지역분포

(단위:개소)

구분	합계	지 역 별															
		서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
전문 종합	40	18	4	3	2	2	2		1	2	1	2	2			1	
종합	255	41	23	9	11	14	6	3	45	14	10	8	9	19	15	22	6
병원	1331	163	132	96	47	43	46	46	235	42	38	59	79	75	95	130	5
치과 병원	137	54	9	11	3	4	5	3	28	1	1	6	2	1	6	3	
한방 병원	34	34															
대상	1797	310	168	119	63	63	59	52	309	59	50	75	92	95	116	156	11

<표 IV-16> 지역별 비례할당 비율

구분	합계	지 역 별															
		서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
인구	4,704	976	351	246	252	141	144	104	1,034	146	145	188	178	182	259	304	53
비율	100%	21%	7%	5%	5%	3%	3%	2%	22%	3%	3%	4%	4%	4%	6%	6%	1%
전체 기관	1797	310	168	119	63	63	59	52	309	59	50	75	92	95	116	156	11
대상 기관	400	83	30	21	21	12	12	9	88	12	12	16	15	15	22	26	5
실조사	373	71	32	46	22	15	26	7	57	15	8	13	15	13	16	16	1

3) 조사 방법

(1) 조사기간 및 조사기관

본 조사는 2007년 7월부터 2007년 9월까지 2개월에 걸쳐 조사전문기관인 (주)이룸경영정보 연구소에서 전화설문 및 방문조사를 실시하였다.

(2) 조사 내용

연구진이 개발한 설문으로 임의비급여 진료비에 대한 설명, 경험, 부담정도, 추후 방향, 민간보험 관련 경험 등 인식 및 태도를 살펴보는 것을 주요 내용으로 하였다.

4) 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS for Windows 12.0 Program을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 요양기관 특성, 실무자의 인식 및 태도를 파악하기 위해서 기술통계를 이용하였다.

5) 조사 결과

(1) 조사 대상자의 특성

의료기관에서 심사 업무를 담당하고 있는 대상자의 특성을 보면 다음과

같다(<표 IV- 17> 참조).

전체대상자는 373명이었고 성별로는 여성 268명(74.5%), 남성이 105명(25.5%)이었다. 연령대별로는 30대 40.8%, 40대 32.7%, 20대 20.6%, 40대 이상 5.9%였고, 요양기관 종별로는 병원 68.1%, 종합병원 30.8%, 종합전문 1.1%였다. 요양기관 소재 지역별로는 광역시 37.8%, 중소도시 34.3%, 서울시 20.9%, 농어촌이 7%였다.

대상자의 학력별 분포를 보면 대졸 45.8%, 초대졸 42.4%, 대학원 이상 7.2%, 고졸 4.6%였고, 전체 심사업무 경력을 보면 10년 이하 59%, 10년 이상-20년 이하가 31.9%, 20년 이상이 9.1%였다. 현재 근무하는 기관에서의 심사업무 기간은 10년 이하 83.4%, 10년-20년 이하 13.4%, 20년 이상이 3.2%였다.

대상자의 직업을 보면 보건의료직 66.4%, 심사전문간호사 20.9%, 간호사 10.8%, 의사 1.9%였고, 직책은 심사관련 일반직 37.8%, 심사관련 부서장 34.3%, 의료관련 일반직 18.8%, 의료관련 부서장 8.3%, 원장이 0.8%였다.

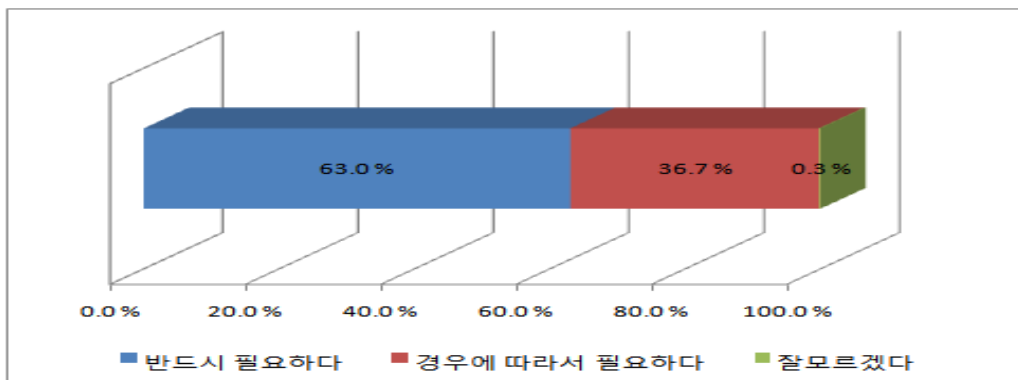
<표 IV-17> 조사 대상자의 특성

구 분		사례수	유효퍼센트(%)
성	남성	105	25.5
	여성	268	74.5
연령	20대	77	20.6
	30대	152	40.8
	40대	122	32.7
	40대 이상	22	5.9
요양기관 종별	전문종합	4	1.1
	종합	115	30.8
	병원	254	68.1
지역	서울시	78	20.9
	광역시	141	37.8
	중소도시	128	34.3
	농어촌	26	7.0
학력	고졸	17	4.6
	초대졸	158	42.4
	대졸	171	45.8
	대학원 이상	27	7.2
전체 심사업무 (년)	10년 이하	220	59
	10년 이상~20년 이하	119	31.9
	20년 이상	34	9.1
현기관 심사업무 (년)	1년 이하~10년 이하	311	83.4
	10년 이상~20년 이하	50	13.4
	20년 이상	12	3.2
직업	의사	7	1.9
	간호사	40	10.8
	심사전문간호사	78	20.9
	기타보건의료전문직	248	66.4
	기타 일반직	17	4.6
직책	원장	3	0.8
	의료관련 부서장	31	8.3
	심사관련 부서장	128	34.3
	의료관련 일반직	70	18.8
	심사관련 일반직	141	37.8

(2) 비급여 진료비에 대한 설명

가. 비급여 진료비 설명의 필요성

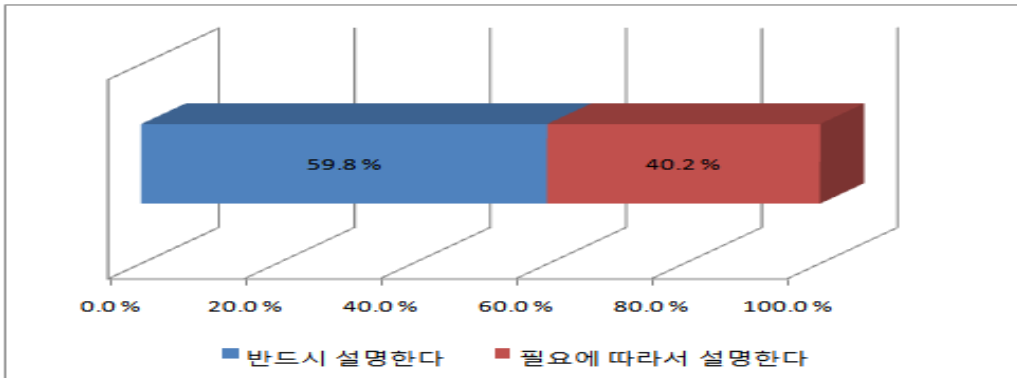
진료 중 발생하는 임의비급여에 대해서, 요양기관이 환자에게 설명하는 것이 필요한지에 대한 질문에서 63%가 '반드시 필요하다'고 응답하였고, 36.7%가 '경우에 따라서 필요하다'고 응답하였다. 0.3%만이 '잘 모르겠다'고 응답하여 실무자들은 대체로 비급여 진료비에 대한 설명의 필요성을 인식하고 있는 결과라고 본다.



【그림 IV-24】 비급여 진료비 설명의 필요성

나. 현재 근무 중인 요양기관의 비급여 진료비에 대한 설명

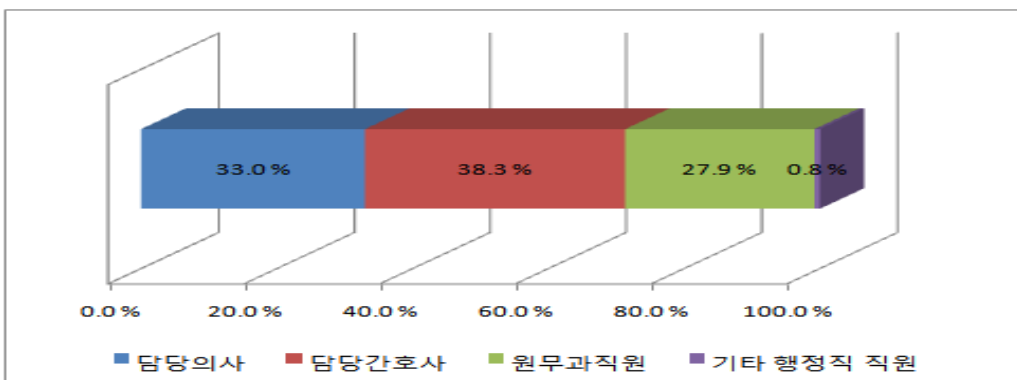
현재 근무 중인 요양기관은 진료 중 발생하는 임의비급여에 대해서 환자에게 설명하는지에 대한 질문에서 59.8%가 '반드시 설명한다'고 응답하였고, 40.2%가 '필요에 따라서 설명한다'고 응답하였다.



【그림 IV-25】 요양기관의 비급여 진료비 설명

다. 비급여 진료비 설명 담당

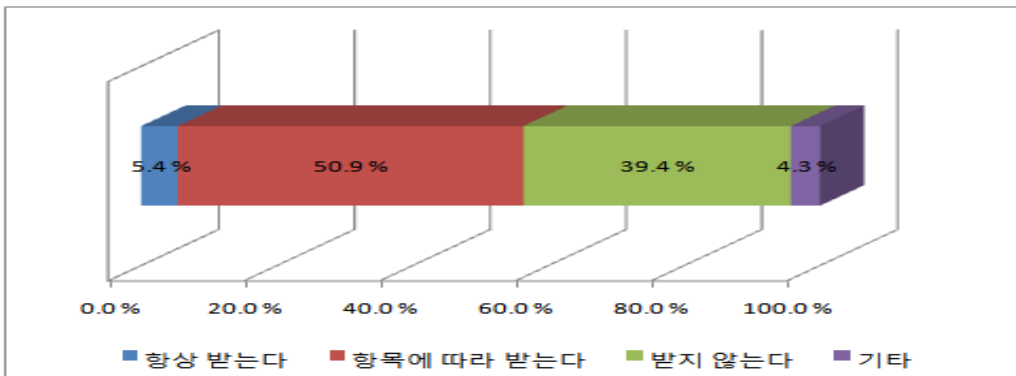
임의비급여 진료 발생 시 설명은 환자 및 보호자에게 누가 담당하는지에 대한 질문에서 ‘담당의사’ 33%, ‘담당간호사’ 38.3%, ‘원무과 직원’ 27.9%, ‘기타 행정직직원’ 0.8%로 나타나, 주로 담당의사와 간호사가 설명을 담당하는 것으로 보인다.



【그림 IV-26】 비급여 진료비 설명 담당

라. 설명에 따른 확인서

선택진료비와 병상차액 등의 법정비급여 항목을 제외하고 임의비급여 진료에 대한 설명 후에 확인서를 받는지에 대한 질문에서 ‘항목에 따라 받는다’ 50.9%, ‘받지 않는다’ 39.4%, ‘항상 받는다’ 5.4%로 나타났다.

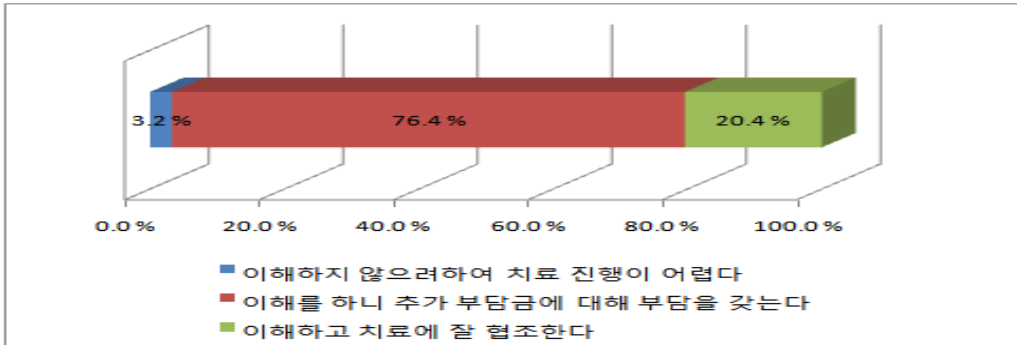


【그림 IV-27】 비급여 진료비 설명 후 확인서

(3) 비급여 진료비에 대한 환자 및 보호자의 태도

가. 비급여 진료비에 대한 환자 및 보호자의 반응

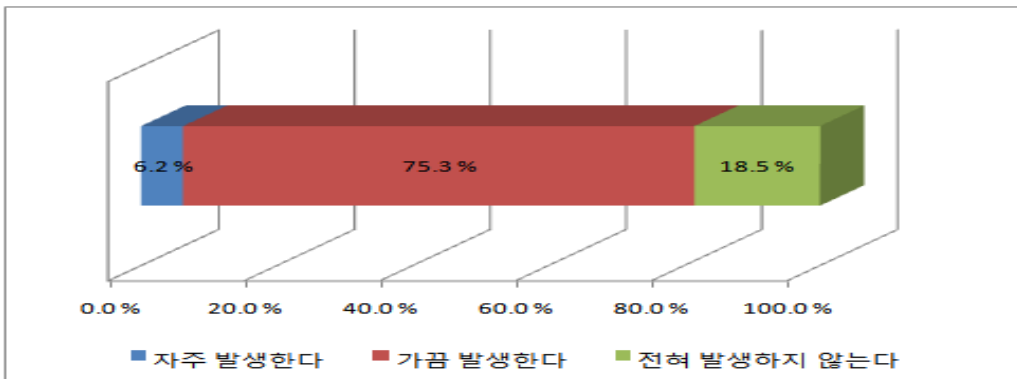
요양기관에서 임의비급여 진료비에 대해서 설명을 하게 되면 환자 또는 보호자의 반응이 어떤지에 대한 질문에 대해서, ‘이해를 하나 본인이 부담하는 금액에 대해서 부담을 갖는다’는 응답이 76.4%, ‘이해를 하고 치료에 잘 협조한다’ 20.4%로 나타났다.



【그림 IV-28】 비급여에 대한 환자 및 보호자의 반응

나. 임의비급여 진료비와 관련된 분쟁

임의비급여 진료비와 관련되어 요양기관 내·외에서 분쟁이 발생하는지에 대한 질문에서 75.3%가 가끔 분쟁이 발생한다고 응답하였다.

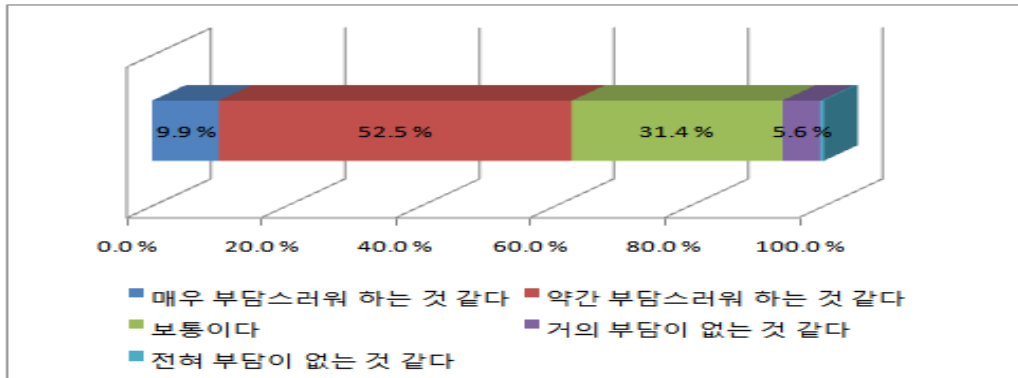


【그림 IV-29】 임의비급여 진료비와 관련된 분쟁

다. 요양기관이 인지한 환자 및 보호자의 비급여 진료비 부담

요양기관이 인지한 환자 또는 보호자의 임의비급여 진료비에 대한 부담정도를 보면, 52.5%가 '약간 부담스러워하는 것 같다' 31.4%가 '보통이다',

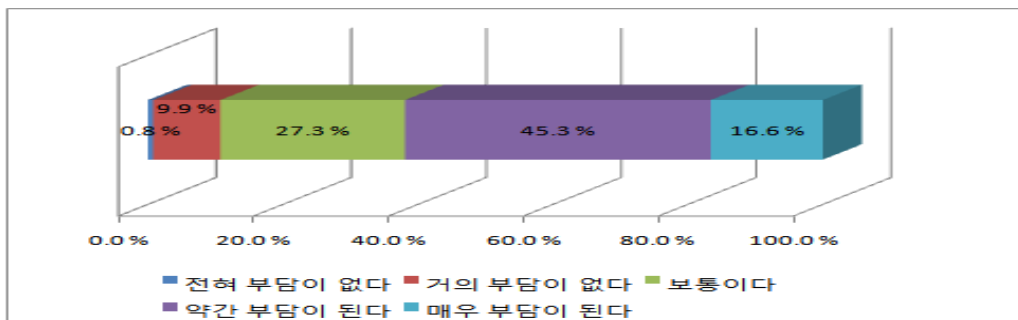
9.9%가 ‘매우 부담스러워하는 것 같다’ 고 응답하였다.



【그림 IV-30】 요양기관이 인지한 환자 및 보호자의 비급여 진료비 부담

라. 요양기관의 비급여 진료비에 대한 부담

요양기관 실무자 측면에서 볼 때 업무 중 발생하는 임의비급여 진료비에 대한 부담정도가 어느 정도인지에 대한 질문에서 45.3%가 ‘약간 부담이 된다’ 27.3%가 ‘보통이다’, ‘매우 부담이 된다’ 16.6%순으로 응답하였다. 본 결과로 볼 때 실무자들은 비급여 진료비와 관련한 업무 처리에서 부담을 느끼고 있는 것으로 판단된다.



【그림 IV-31】 요양기관의 비급여 진료에 대한 부담

(4) 임의비급여 진료비 관리방안

임의비급여 진료비에 대해서 지침초과와 산정불가 두 가지 유형으로 나누어서 관리방안에 대해서 질문을 하였다. 각 유형별 대상으로는 행위료, 약제비, 약제이외 재료대 3가지로 나누어 급여화 우선순위에 대해 질문을 하였다.

가. 지침초과 비급여 진료비

진료 중 의학적 판단 하에 발생하는 비급여 중에서 지침 등이 초과되어 발생하는 비급여 진료비에 대한 관리 방안으로, 55.5%가 '기준 등을 완화해서 일부는 급여를 해야 한다', 16.9%는 '제도개선을 통해 모두 건강보험으로 급여를 해야 한다', 16.6%는 '발생시키지 않아야 한다'고 응답하였다. 실무자들 측면에서는 급여 관련 지침 등을 완화해서 일부는 건강보험으로 급여함이 필요하다고 의견이 많았다.

<표 IV-18>지침초과 비급여진료비 관리방안

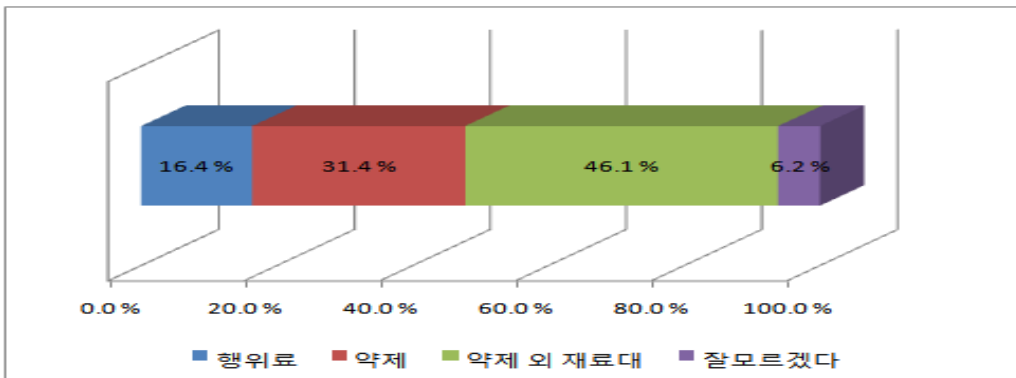
	사례수	유효퍼센트(%)
지침을 준수 임의비급여 발생을 시키지 않아야 한다	62	16.6
잘 설명해서 본인이 부담하도록 해야 한다	41	11.0
기준 등을 완화해서 일부는 급여해야 한다	207	55.5
제도 등을 개선하여 모두 건강보험으로 급여해야 한다	63	16.9
전체	373	100

나. 지침초과 중 급여의 우선순위

지침초과와 관련된 진료 중 시급하게 급여화가 필요한 대상에 대한 질문

에서, ‘약제외의 재료대’ 46.1%, ‘약제’ 31.4%, ‘행위’ 16.4%로 나타났다.

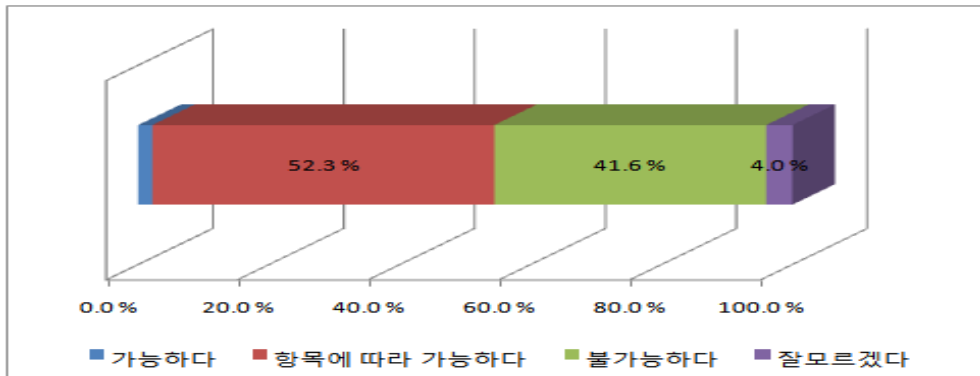
본 결과로 볼 때 지침을 초과하여 사용하는 치료재료에 대한 급여화 요구가 많음을 알 수 있다.



【그림 IV-32】 지침초과 항목 중 급여화 우선순위

다) 지침초과 비급여 진료비 미발생 가능성

지침초과로 인한 비급여 진료비를 발생시키지 않고 진료가 가능한지에 대한 질문에서, 52.3%가 ‘항목에 따라 가능하다’ 41.6%가 ‘불가능하다’, 2.1%가 ‘가능하다’고 응답하여, 항목에 따라서는 지침초과와 관련된 비급여 진료비를 발생시키지 않고 진료가 가능하다는 의견이 많은 것으로 나타났다.



【그림 IV-33】 지침초과 비급여 진료비 미발생 가능성

나. 산정불가 비급여 진료비

가) 산정불가 비급여 진료비 관리 방안

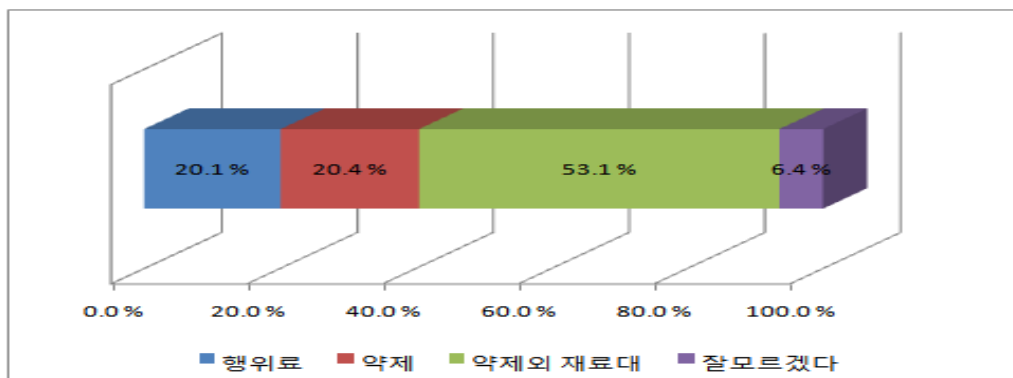
진료 중 의학적 판단 하에 발생하는 비급여 진료비 중에서 행위료에 포함되어 산정이 불가능함에도 불구하고 불가피하게 발생하는 비급여에 대한 관리방안으로, 57.9%가 ‘일부 항목은 급여해야 한다’, 17.2%는 ‘제도개선을 통해 건강보험으로 급여해야 한다’, 13.9%는 ‘발생시키지 않아야 한다’고 응답하여 일부항목에 대해서는 급여화가 필요하다는 의견이 많았다.

<표 IV-19> 산정불가 비급여 진료비 관리방안

	사례	유효퍼센트(%)
가능한 의료적비급여를 발생시키지 않도록 한다	52	13.9
잘 설명해서 본인이 부담하도록 한다	41	11.0
기준을 완화해서 일부 항목은 급여 한다	216	57.9
제도 등을 개선하여 모두건강보험으로 급여 한다	64	17.2
전체	373	100

나) 산정불가 비급여 대상 중 급여화 우선 순위

현행 건강보험제도에서 행위료에 포함되어 산정불가 비급여 중 시급하게 급여화가 필요한 대상이 무엇인지에 대한 질문에서 ‘약제외 재료대’ 53.1%, ‘약제’ 20.4%, ‘행위’ 20.1% 순으로 나타났다. 산정불가 비급여의 세 가지 대상 중 시급하게 급여화가 필요한 대상은 약제 외 치료재료로 나타난 본 결과는 지침초과 비급여의 급여화 우선순위에서와 동일한 결과이다. 요양기관 실무자들은 행위료에 포함되어 수가를 산정할 수 없는 고가의 재료대 항목에 대해서 건강보험 급여확대 요구가 높음을 알 수 있다.

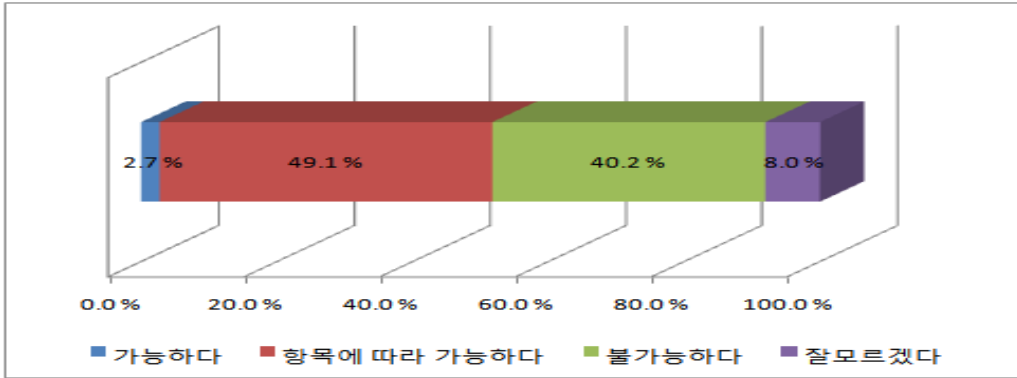


【그림 IV-34】 산정불가 비급여 급여화 우선순위

다) 산정불가 비급여 항목 미발생 가능성

산정불가 비급여 항목을 발생시키지 않고 진료가 가능한지에 대한 질문에서 49.1%가 ‘항목에 따라 가능하다’ 40.2%가 ‘불가능하다’, 2.7%가 ‘가능하다’고 응답하였다. 이는 지침초과의 경우에서와 같은 결과로 실무자들은 행위료에 포함되어 산정할 수 없는 비급여 진료 항목에 따라서 발생시키지 않을 수 있다고 판단하는 결과이다. 이는 추후 구체적인 항목, 규모별로 나누어서

조사를 진행할 필요성이 있다고 판단되는 결과로 후속 조사 연구를 제안한다.



【그림 IV-35】 산정불가 비급여 항목 미발생 가능성

(5) 임의비급여 항목 건강보험 적용 관련 보험료

임의비급여 항목에 대한 보험 급여가 필요하다면 건강보험료를 어떻게 하는 것이 바람직할지에 대한 질문에서 ‘조금 더 내고 조금 더 적용하자’는 의견이 47.7%, ‘현재방법이 적당하다’ 21.2%, ‘더 많이 내고 더 많이 적용되어야 한다’ 17.4%로 조금 더 내고 조금 더 건강보험으로 적용하는 것에 대한 의견이 가장 많은 것으로 나타났다.

이 결과는 비급여 진료에 대한 건강보험 적용을 원하면서도 재정확보 방안으로는 건강보험료 인상에 대해 부정적인 반응을 보인 환자 대상 연구와 차이를 보이는 결과이다. 추후 임의비급여의 어떤 항목을 어떻게 어느 정도 급여를 할지를 결정하고 구체적인 재정추계가 필요함을 시사한다.

<표 IV-20> 비급여 항목 건강보험 적용 관련 보험료

	사례수	유효퍼센트(%)
더 많이 내고 더 많이 적용 받는다	65	17.4
조금 더 내고 조금 더 적용 받는다	178	47.7
현재 방법이 적당하다	79	21.2
조금 덜 내고 조금 덜 적용 받는다	44	11.8
아주 조금만 내고 아주 더 많이 적용 받는다	7	1.9
전체	373	100.0

3. 법정비급여 진료에 대한 전문가의 인식 및 태도

본인부담 진료비가 낮아진다는 것은 곧 건강보험에서 보장하는 진료비가 높아진다는 것을 의미한다. 다시 말해 건강보험의 보장성이 확대된다는 의미라고 할 수 있다. 우리나라는 현재까지 건강보험의 보장성 확대에 대한 다양한 측면 및 다양한 분야에서 논의가 진행되었다. 그 일환으로 보건복지부와 공단 차원에서는 건강보험의 보장성 확대에서 기준을 어디에 둘 것인가에 대한 구체적이고 세부적인 논의가 진행되었다(공단, 2006). 2006년의 논의에서 보장성 확대에 대해서 4가지 측면을 설정하였는데 구체적으로 보면 첫째, 비급여 항목별 보장성 확대, 둘째, 질병별 보장성 확대, 계층별 보장성 확대, 본인부담상한제 등이다. 비급여 항목별 보장성 확대에 대한 논의는 주로 법정비급여 항목이 중심이 되었다.

따라서 본 장에서는 법정비급여 항목별 보장성 확대와 관련하여 건강보험 적용 및 급여범위 설정에 대한 논의 과정, 전문가 및 건강보험모니터 요원

들의 설문 결과를 토대로 하여 선정된 급여확대 항목에 대해서 정리하고자 하였다.

1) 우선 급여 대상 항목

2006년 공단의 논의에서는 급여 확대 요구에 대한 선행연구 3편(박종연 등, 2003; 정형선 등, 2004; 조정숙, 2005)을 검토하고 보험자 병원인 일산병원 비급여 목록을 검토하여 급여화의 필요성이 있다고 생각하는 법정비급여 항목을 선정하였는데 그 과정 및 내용은 다음과 같다.

(1) 선행 연구의 급여확대 요구항목

선행 연구에서 건강보험 급여 확대의 필요성이 있다고 정리된 내용을 보면 <표 IV-21>와 같다.

<표 IV-21> 선행 연구의 급여 확대 요구 항목

박종연 등(2003)	정형선 등(2004)	조정숙(2005년)
1. MRI	1. 심장질환에 대한 진단검사	1. 안면화상수술
2. 치과보철	2. 예방접종	2. 선천성대사이상검사
3. 초음파검사	3. 부정맥치료법	3. 소이·무이증 재건술
4. 노인의치	4. 초음파영상	4. 예방접종
5. 치아홈메우기	5. 만성간염환자에 대한	5. 호스피스
6. 선택진료료	b-DNA 유전자신호증폭 측정	6. 노인틀니
7. 예방접종	법에의한 HBV-DNA 정량검	7. 언어치료
8. 한방첩약	사	8. 장애인보장구
9. 건강상담	6. 감마나이프	9. 산전검사
10. 호스피스(임종간호)	7. MRI	10. 광중합복합레진
11. 불소도포(충치예방)	8. 건강검진	11. 치과보철
12. 식대	9. 유전적질환 및 태아기형	12. 악안면교정술
13. 방문(가정)간호	10. 치아우식증	13. 라식수술
14. 한약약제	11. 광중합복합레진	14. 치석제거
15. 병실료차액		15. 건강검진
16. 한방물리치료		16. 인공수정
		17. 불소도포
		18. 교정치료
		19. 한방물리요법
		20. 한방첩약

(2) 공단 차원에서 논의된 급여 확대 항목

선행 연구 등을 검토하여 공단 차원에서 선정한 급여 확대에 대한 논의의 필요성이 있다고 선정한 항목은 다음의 <표 IV-22>와 같다.

<표 IV-22> 공단의 급여 확대 논의 항목

분 류	항 목	
1	식대	2006년 6월 급여화
2	초음파	
3	MRI(척추 등)	
4	안면화상수술	
5	병실료차액	
6	산소발생기	
7	PET	
8	광중합 치과충전재료	
9	의치	
10	호스피스	
11	무료 산전진찰	
12	치아홈 메우기	
13	선택진료비	
14	치석제거	
15	한약복합제제	
16	체내·외 인공수정	
17	언어치료	
18	한방물리치료	
19	치료용첩약	
20	불소도포	

2) 급여 확대 논의 항목에 대한 보험적용 여부 조사

급여 확대에 대한 검토가 필요하다고 선정된 항목에 대해서 건강보험 적

용의 필요성, 고려사항, 외국사례, 소요재정 등 정보를 제공한 후 설문 조사를 하였다.

(1) 조사 대상자

조사 대상자는 전문가와 건강보험모니터단으로 하였다. 전문가는 정책, 학계, 가입자단체, 공급자 단체의 건강보험 전문가 43명이었고, 건강보험모니터단은 공단에 구성되어있는 291명¹²⁾이었다.

(2) 설문 내용

위에서 급여 확대 논의 대상으로 선정된 항목에 대한 보험적용과 관련하여 다음 문항 중 1가지를 선택하도록 하였다.

- 가. 보험료를 인상해서라도 보험 적용 하는 것이 좋음
- 나. 건강보험의 원리나 재정 부담을 고려할 때 보험 적용 하는 것이 부적절함
- 다. 보험적용 하되 본인부담률을 높여 보험 적용
- 라. 현재는 재정부담, 제도적 여건 등의 이유로 부적절하나 장기적으로는 포함하는 것이 좋음
- 마. 건강보험 재정으로 하기보다는 국가사업(국가예산)으로 하는 것이 바람직함

12) 건강보험모니터단 : 공단의 각종 시책과 활동에 대해 고객 관점의 평가와 개선 방안을 수렴하고, 제도 및 업무 개선에 반영하기 위해 구성되었음.

(3) 보험 적용 대상 항목 선정

모니터단과 전문가의 응답을 토대로 가중치를 적용하여 통합한 결과는 다음 <표 IV-23 >와 같다.

건강보험으로 적용을 해야한다는 응답이 60%이상이었던 항목을 살펴보면, 초음파 72.6%, MRI 71.5%, 산소발생기 66.9%, 의치 66.6%, 치아홈메우기 61.8%, 선택진료료 61.6%로 나타났다.

건강보험 적용이 부적절하다는 의견이 가장 많았던 항목은 치료용 첩약이 68.4%, 한약제제 37.9%, 광중합형 복합레진 37.4%, 한방물리요법 35.2%, 치석 제거 35.1%로 나타났다.

국가사업으로 해야 한다는 의견이 많았던 항목은 예방접종 92.4%, 체내·체외 인공수정은 49.7%, 무료 산전진찰 46.26%로 나타났다.

<표 IV-23> 급여 확대 항목별 보험 적용 대상

(단위 : %)

순위	항목	보험 적용	국가 사업	보험적용+ 국가사업	보험적용 안됨	다빈도답변
1	예방접종	22.49	69.97	92.47	5.55	국가사업
2	산소발생기	66.91	19.79	86.71	11.00	보험적용
3	무료 산전진찰	40.35	46.26	86.61	10.68	국가사업
4	초음파	72.67	9.85	82.53	16.12	보험적용
5	MRI	71.53	9.22	80.75	16.54	보험적용
6	체내·체외인공수정	30.34	49.78	80.12	18.52	국가사업
7	불소도포	42.90	36.17	79.07	19.36	보험적용
8	언어치료	52.81	24.91	77.72	19.99	보험적용
9	호스피스	53.63	23.87	77.51	18.84	보험적용
10	의치	65.68	11.51	77.19	21.56	보험적용
11	치아홈메우기	61.82	14.95	76.77	21.67	보험적용
12	선택진료료	61.60	7.65	69.24	28.77	보험적용
13	치석제거	59.10	4.61	63.71	35.15	보험적용
14	광중합형 복합레진	57.96	3.98	61.94	37.43	보험적용
15	한방물리요법	57.75	3.56	61.31	35.25	보험적용
16	한약제제	55.22	3.35	58.58	37.98	보험적용
17	치료용 첩약	24.61	2.31	26.92	68.49	보험적용 안됨

주) 순위는 보험적용 또는 국가사업 필요 응답 비율이 높은 순서임

3) 건강보험 급여 범위의 설정

건강보험 급여 범위를 설정하기 위해서 보험적용에 대한 설문조사 결과를 참고로 하여 대상 항목 중 보험 급여가 부적절하다는 항목을 제외하고 급여 확대 항목을 선정하기 위해 1안, 2안, 3안으로 선정하였다.

조사 결과¹³⁾는 다음 <표 IV-24>와 같다.

13) 산전 진찰에 대해서는 국가사업으로 하자는 응답이 많았으나 산전진 찰은 조사시점에도 일부 건

<표 IV-24> 각 안별 급여 확대 대상 항목

대상항목	1안	2안	3안
예방접종	예방접종	산소발생기	예방접종
산소발생기	산소발생기	무료 산전진찰	산소발생기
무료 산전진찰	무료 산전진찰	초음파	무료 산전진찰
초음파	초음파	MRI	초음파
MRI	MRI	불소도포	MRI
체내,체외인공수정	체내,체외인공수정	언어치료	체내·체외인공수정
불소도포	불소도포	호스피스	불소도포
언어치료	언어치료	의치	언어치료
호스피스	호스피스	치아홈메우기	호스피스
의치	의치	선택진료료	의치
치아홈메우기	치아홈메우기	광중합형 복합레진	치아홈메우기
선택진료료	선택진료료	치석제거	선택진료료
치석제거	치석제거	한방물리요법	
광중합형 복합레진	광중합형 복합레진	한약제제	
한방물리요법	한방물리요법		
한약제제	한약제제		
치료용 첩약			

1안 : 보험 적용이 부적절하다는 응답이 과반수를 넘은 항목을 제외함 :
치료용 첩약

강보험으로 급여가 되고 있어서, 조사결과와 상관없이 급여대상으로 포함해야 할 것으로 판단하였다고 함 (공단, 2006).

2안 : 보험 적용이 부적절하고 국가사업으로 하는 것이 바람직하다는 응답이 많은 항목을 제외함 : 치료용 첩약, 예방접종, 인공수정

3안 : 보험 적용이 부적절하다는 응답이 30%를 넘은 항목을 제외함 : 치석제거, 광중합형 복합레진, 한방물리요법, 한약제제, 치료용 첩약

4) 급여 확대 우선순위 설정

선정된 급여 확대 대상 항목에 대한 급여 우선순위의 설정이 필요한데, 우선순위를 설정하기 위해서는 각 대상항목별로 급여 확대 가치점수를 기입하게 한 후 가치기준에 대한 가중치를 적용하여 점수의 크기를 비교하는 방법을 사용한다.

(1) 건강보험 급여 확대를 위한 가치기준

대상항목의 급여 확대를 위한 가치기준(공단, 2005)을 적용하였다. 급여확대 우선순위 선정을 위한 가치기준은 다음과 같다.

급여 확대를 위한 가치기준에 따른 상대적 가중치는, 진료비의 크기 0.266, 치료 효과성 0.161, 국민적 수용성 0.159, 비용 효과성 0.152, 적용대상자 수 0.063, 위급성은 0.198이다.

<표 IV-25> 급여 확대 우선순위 선정에 위한 가치기준

가치 기준	상대적 가중치
진료비의 크기	0.266
치료효과성	0.161
국민적 수용성	0.159
비용 효과성	0.152
적용 대상자수	0.063
위급성	0.198

자료 : 'AHP 기법을 활용한 급여확대 우선상병 순위설정' (공단, 2005)

(2) 가치별 점수

선정되었던 6가지 가치기준에 의거해서 건강보험 급여확대 대상 항목에 대해서 5점 척도로 평가하였다.

- 가. 진료비의 크기 : 해당 항목을 이용할 경우 현재 환자가 부담해야 하는 비용의 크기
- 나. 치료 효과성 : 해당 항목을 이용할 경우 치료에 도움이 되는 정도
- 다. 국민적 수용성 : 국민들이 해당 항목의 보험 적용을 필요로 하는 정도
- 라. 비용 효과성 : 단위 투입 비용에 비해 효과성이 큰 정도
- 마. 적용 대상자수 : 적용 대상자수의 크기 정도
- 바. 위급성 : 해당 항목을 이용하지 않는 경우 생명의 위협을 받거나 불구가 되는 정도

(3) 급여 확대 항목 우선순위

가치점수와 가치기준에 의거해서 급여 확대 대상 항목의 우선순위를 각
안별로 정리하면 다음 <표 IV-26>와 같다.

<표 IV-26> 가치점수 및 기준에 의한 대상 항목의 우선순위

항목	점수	1안 순위	2안 순위	3안 순위
의치	3.77	1	1	1
MRI	3.74	2	2	2
산소발생기	3.73	3	3	3
초음파	3.68	4	4	4
예방접종	3.64	5		
호스피스	3.54	6	5	5
무료 산전진찰	3.49	7	6	6
체내,체외인공수정	3.37	8		
언어치료	3.31	9	7	7
광중합형 복합레진	3.30	10	8	
치석제거	3.26	11	9	
치아홈메우기	3.23	12	10	8
선택진료료	3.18	13	11	9
불소도포	3.17	14	12	10
한방물리요법	3.02	15	13	
한약제제	2.91	16	14	

V. 비급여 진료비 관리 방안

건강보험 급여의 수준은 국민의 의료보장성을 결정한다는 점에서 중요하게 다루어져야 하는 과제이다. 급여의 수준은 급여의 범위와 급여율을 포함하는 개념이라고 할 수 있는데 우리나라의 급여수준은 외국과 비교할 때 급여 범위가 좁고 급여율도 낮음이 주지의 사실이다¹⁴⁾.

우리나라의 건강보험 제도에서는 진료에 대해서 크게 급여와 비급여 진료로 나누어 명시하고 있다. 그러나 비급여 진료는 명시된 법정비급여 진료와 명시되지 않은 임의비급여 진료로 다시 나누어진다. 법령으로 명시된 법정비급여 진료에 대해서는 예방보다는 치료가 중심이라는 점, 즉 급여 범위에서 한계가 많다는 지적이 있다. 그럼에도 법정비급여 진료는 그 내용에 대해서 밝혀져 있고 일정정도는 사회적 합의 사항이라고 할 수 있다. 반면에 임의비급여는 그 내용 및 본인부담 비용에 대해서 밝혀진 내용이 전혀 없다고 해도 과언이 아니다. 단지 현재 상황에서는 밝혀지지 않은 비급여 항목이 너무 많고 비급여 진료는 점차 새롭게 창출될 것이므로 의료소비자인 국민의 비급여 본인부담을 가중시킬 것이라는 정도만 추정할 수 있다.

14) 주요국의 공공보건지출 비율

		한국	일본*	프랑스	독일	벨기에
보험료율(%)		4.21	8.4	13.55	14.2	13.07
공공보건지출(%)		53.0	81.7	79.8	76.9	72.3
민간보건지출(%)	본인부담	37.7	17.3	6.9	13.1	22.3
	기타	9.0	1.0	13.3	10.0	5.4

자료원 : OECD Health Data 2006(2004년 기준)

본 장에서는 본 연구에서 조사되고 논의되었던 모든 내용을 토대로 하여 비급여 진료비의 문제점을 정리하고 접근 가능한 관리방안을 제시해보고자 한다.

1. 법정비급여 진료비

1) 법정비급여 진료비 문제점

법정비급여는 국민건강보험법 제39조 제3항에 의거 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 제9조 제1항에서, ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우, ② 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우, ③ 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우, ④ 보험급여 시책 상 요양급여로 인정하기 어려운 경우, 4가지 범주로 구분하고 있다.

위 4가지 범주 중에서 현재 가장 문제가 되는 것이 ④ 보험급여 시책 상 요양급여로 인정하기 어려운 경우이고, 다음으로는 ③ 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우라고 할 수 있다.

식대, 병실차액, 선택진료비 등은 ④항에 해당하는 대표적인 법정비급여 항목이었는데 2006년 6월 1일 식대가 보험 급여화 되었고, 병실 차액과 선택진료비에 대한 해결책을 모색하고 있다. 병실차액 및 선택진료비의 경우 본인부담이 크고 환자의 선택이라기보다는 진료과정에서 불가피하게 발생하기도 하는 부분이라는 점에서 논란이 많다. 그 외에 초음파, MRI 및 신의료기술 평가 후 비급여화된 항목 등 다양한 비급여가 존재하고 있다. 또한 예방

접종, 산전진찰 및 치석제거 등은 예방진료에 해당되는 것인데 이 부분에 대해서도 지속적으로 논의가 이루어지고 있다. 법정비급여 진료비의 문제점에 대해서 정리하면 다음과 같다.

(1) 법정비급여 수가

법정비급여에 대해서 법령으로 명시는 하고 있으나 각 항목별로 수가는 요양기관에서 임의로 산정이 가능하다. 따라서 각 항목별로 지역별, 병원종별 및 설립구분별로 법정비급여 진료를 받을 경우 수가의 차이¹⁵⁾가 심하다는 것이다.

(2) 건강보험 재정의 문제

보험급여 시책 상 요양급여로 인정하기 어려운 경우에 해당되는 항목은, 대부분은 건강보험 재정과 관련된 법정비급여라고 할 수 있다. 공단(2006)에서는 검토 및 논의를 통해서 건강보험 급여화가 필요한 항목을 선정하고 우선순위도 설정하였다. 이 항목에 대해서는 부분적으로는 재정추계도 되었다. 추후에 논의를 거쳐 어떻게 건강보험 재정을 확보하여 급여를 진행할지에 대한 사회적 합의가 도출되어야 할 것이다.

15) 2007년 공단에서 조사한 상급병상 차액, 즉 평균 추가부담액을 보면 종별로는 종합전문 155,000원, 종합 72,000원, 병원 50,000원이었고, 지역별로는 서울시 153,000원, 대도시 76,000원, 중소도시 65,000원, 농어촌 기타 44,000원이었음. 설립구분별로는 공공 63,000원, 민간 93,000원이었음.

(3) 대체 가능한 급여 진료

진료 과정에서 발생하는 일부의 법정비급여 진료는 대체 가능한 급여 진료가 있다. 예를 들어 선택진료 의사만 시행할 수 있는 특수한 치료가 아닌 일반적인 치료인 경우에는 환자의 경제적인 부담 등을 감안하여 급여로 해결할 수 있는 대안을 제시할 수도 있다고 본다. 이 부분은 공단 차원에서 비급여 진료 내용에 대해서 접근하고 해결책을 제시하기에는 상당부분 한계가 존재하므로 추후 보다 구체적인 논의를 진행할 필요가 있다고 본다.

(4) 예방 목적의 법정비급여 진료

의료보험법에서 건강보험법으로 바뀐 이후 예방목적의 진료에 대해서는 급여화 논란이 많다. 예방목적의 진료의 경우 국가사업 또는 건강보험 급여로 할 것인지에 대한 구체적인 논의가 필요하다. 최근에는 논의를 통해서 소아 예방접종은 국가사업으로, 영유아 건강검진은 건강보험으로 급여하기로 결정하였고 산전 진찰의 급여화에 대한 논의도 진행 중이다.

2) 법정비급여 진료비 관리방안

(1) 비급여 항목별 수가 파악 및 공지

공단과 보건복지부는 법정비급여 진료에 대한 조사를 통해서 각 항목별로 수가를 파악해야 한다. 파악된 수가에 대해서는 인터넷(보건복지부, 공단, 심평원, 각 병원 홈페이지) 등을 통해 공지하여 의료소비자가 법정비급여 진료

에 대해서 선택할 수 있도록 해야 한다. 또한 추후에는 법정비급여 수가 신고 의무화 방안에 대한 검토도 필요할 것으로 본다.

(2) 우선 급여확대 항목에 대한 기초연구 실시

공단과 보건복지부는 국민의 부담이 큰 항목인 병실차액과 선택진료비를 포함하여 전문가 그룹의 논의과정(공단, 2006)을 거쳐 선정된 우선 급여확대 항목에 대해서는 추후 세부 항목별로 연구를 진행하여 재정을 추계하고 그 관리 방안을 마련해야 한다고 본다. 그 관리방안에 의거해서 재정 확보에 대한 대안을 마련함과 더불어 사회적인 합의를 도출할 필요가 있다.

(3) 대안이 되는 급여진료 설명

독일과 프랑스 등 외국은 의료제공자가 비급여 진료를 시행하고자 할 때는 대체 가능한 급여진료에 대해서도 구체적으로 설명을 하고 있다. 또한 프랑스는 보험 재정의 문제로 약제 등에 대한 급여가 중지가 되면 대안이 되는 약제도 함께 고시하고 있다.

의료제공자가 비급여 진료에 대한 설명을 하는 과정에서 동일한 내용의 급여 진료에 대해서도 설명을 하고 취사선택을 할 수 있도록 해야 한다.

2. 임의비급여 진료비

1) 임의비급여 진료비 문제점

우리나라의 건강보험 제도에서는 모든 의료에 대해서 급여 또는 비급여로 구분하여 명시하고 있다. 따라서 법령 및 고시로 규정된 법정비급여 진료를 제외하고는 모두 건강보험으로 적용을 받는다. 건강보험 급여로 인정된 부분에서 비급여 진료비가 발생하는 것은 엄밀하게 말하면 법에 위배된다고 할 수 있다.

그러나 급여로 인정된 의료행위, 약제, 치료재료에 대해서도 필요한 경우 급여기준¹⁶⁾이 존재한다. 이러한 급여 기준(허가사항, 적응증, 수량, 가격산정)이 존재하므로, 의료제공자는 의학적 판단 등에 의해 급여기준을 초과하여 필요한 진료를 시행하게 되는 경우도 있다. 이 경우에 요양기관은 급여기준이 초과되어 발생하는 비용에 대해서 본인이 부담하도록 하고 있다. 이외에 현행 건강보험 급여제도에서 행위료에 포함되어 있어 별도로 산정이 불가능한 일부의 치료재료에 대해서도 환자에게 비용을 청구하는 경우가 있고, 미신고 신의료기술 및 안전성, 유효성이 확보되지 않아 반려된 신의료 등을 시행하고 환자에게 비용을 부담하도록 하는 경우가 있다.

임의비급여 진료는 현행 보험급여 체계에서는 급여로 인정하고 있지는 않으나 환자의 요구 또는 의료제공자의 의학적 판단으로 진료를 시행하고 요양기관은 환자에게 그 비용을 부담토록 하는 경우로 법정비급여와는 또 다

16) 보험급여로 인정하는 적응증, 수량, 가격산정 방법을 규정한 기준, 현재 의료행위 449개, 약제 403개, 치료재료 311개가 존재함.

른 측면에서 해결해야할 문제라고 할 수 있다.

(1) 급여기준 초과 및 산정불가와 관련된 항목, 내용 및 본인부담 비용 문제

공단에서는 건강보험 환자에게서 발생하는 전체 비급여의 규모에 대해서는 매년 조사를 시행하고 있으나 비급여 중 임의비급여가 어느 정도인지는 밝혀내지 못하고 있다. 일선 요양기관에서는 전체 의료비 중 3~5%정도가 임의비급여일 것이라고 추정하고 있으나 임의비급여가 불법적인 성격이므로 이에 대한 노출을 꺼리고 있어 규모 추정이 어려운 형편이다. 전체 규모뿐만 아니라 임의비급여의 세부적인 항목의 파악도 힘들다. 본 연구에서는 현 시점에서 시급하게 급여화가 필요한 임의비급여 항목에 대한 조사를 시도하였으나 실패하였다. 공단 차원에서 조사를 진행하고 파악하는 데 한계가 있으므로 보건복지부 차원에서 조사를 위한 대안이 마련되어야 할 것으로 본다.

(2) 치료재료 등에 대해 직접 구매 요청, 별도산정이 불가능한 재료비용을 징수

요양기관에서는 행위료에 포함되어 산정 불가한 일부의 치료재료에 대해서 임으로 수가를 산정하는 이외에 주변의 약국 및 의료기 상사 등을 통해 환자가 직접 고가의 재료를 구매하도록 하는 경우가 다수 발생하고 있다. 의료소비자인 국민은 산정불가 항목에 대해서 파악할 수 없을 뿐만 아니라 적정한 수가마저 알 수 없어서 부당한 가격으로 구매하는 경우가 다발하여 국민의 의료비 부담이 증가한다. 또한 이미 행위료에 그 가격이 포함되어

별도 산정이 불가능한 치료재료에 대해 기술의 발달 등에 따라 재료의 가격이 인상되었다는 이유로 추가 비용을 받는 경우가 있다.

(3) 설명의무 부재

본 연구에서 환자 및 실무자를 대상으로 시행한 인식조사 결과를 보면 환자들은 비급여 진료에 대해 설명을 듣지 못한 경우가 대다수이고 요양기관 역시 사안에 따라서 필요한 설명만을 하고 있는 것으로 나타났다. 현재 요양기관은 임의비급여에 대한 신고의무 뿐만 아니라 설명을 하고 동의서를 받을 의무가 없기 때문이라고 본다.

(4) 보험급여가 가능한 대안이 있는 의료조차 비급여화

현재 건강보험 체계에서 급여기준이 존재하나 사안별로는 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료를 첨부하면 급여가 가능한데도 요양기관은 절차상의 번거로움 등의 이유로 환자에게 부담하게 하는 경우도 발생하고 있다.

(5) 미신고 신의료기술 및 반려된 항목 시행

현행법 규정에서 신의료 행위는 30일 이내에 급여에 대한 신청을 하도록 되어 있으나 신청을 하지 않고 비급여로 진료를 하는 경우에는 이를 적극적으로 찾아낼 수 있는 방법이 없을 뿐 만 아니라 이를 위반하였을 때에도 처벌할 수 있는 근거가 없다.

또한 이전에 신의료기술 평가에서 안전성·유효성이 떨어져서 반려된 항목에 대한 진료도 시행되는 경우도 있어 조사를 통한 대안 마련이 필요한 시점이다.

2) 임의비급여 진료비 관리방안

(1) 내용 및 본인부담 비용 파악을 위한 시스템 구축

본 연구에서는 임의비급여의 구체적인 내용에 대한 파악의 한계가 있어서 전반적인 실태 및 그에 대한 부담정도를 파악하는데 그쳤다. 추 후 공단과 보건복지부가 임의비급여 진료의 내용 및 비용 등을 파악하고자 할 때에는 구체적으로 대상별, 항목별, 질병별로 접근해야한다고 본다. 또한 파악된 내용에 대해서는 의학적인 타당성 여부를 검토¹⁷⁾하여 사안별로 사용 여부에 대한 결정체계 마련이 시급하다.

(2) 외부구매 또는 추가비용을 징수하는 산정불가 치료재료 항목 실태 조사 및 공지

공단과 심평원은 요양기관이 외부에서 구매하도록 하는 항목 등에 대해서는 신고를 받을 수 있는 체계를 마련하고 산정불가 항목에 대해서 환자들이 알 수 있도록 인터넷 등을 통한 공지를 해야 한다. 또한 상대가치점수 개편 작업 과정에서는 검토¹⁸⁾를 거쳐서 수가의 현실화 또는 필요하다면 추가로

17) 최근 보건복지부는 허가사항 및 급여기준 초과 약제, 의료기기, 치료재료에 대해서 의학적 근거 하에 합법적인 비급여로 인정하려는 논의가 진행되었음. 또한 산정불가 항목에 대해서도 상대가치점수 개편작업 과정에서 검토를 거쳐 수가에 반영하거나 별도 보상을 계획하고 있음.

18) 보건복지부와 건강보험심사평가원은 추후 상대가치점수 개편작업을 통해 총 493개 품목을 검토

비용을 산정할 수 있는 체계가 마련되어야 한다.

(3) 요양기관의 사전 설명의무 명시

요양기관에서 불가피하게 임의비급여 진료를 시행해야 할 경우에는 사전에 환자에게 설명을 하고 동의서를 받도록 한다. 임의비급여 진료에 대한 설명 시에는 급여 대안도 함께 제시하여 환자가 선택을 할 수 있도록 가능한 배려를 해야 한다.

(4) 미신고 신의료기술 및 반려된 항목에 대한 관리

미신고 신의료기술에 대해서는 신고를 받는 등 적극적인 조사를 통해서 먼저 신의료기술로 평가를 받을 수 있도록 하는 체계가 마련되어야 한다. 또한 신의료기술을 최초 시행 또는 사용일로부터 30일 이내에 급여여부를 신청하지 않는 경우에는 처벌규정을 마련하여 신의료에 대한 신고의무가 실효성을 가질 수 있도록 해야 한다. 또한 안전성·유효성의 문제로 반려된 항목에 대해서는 국민의 건강을 악화시킬 수 있으므로 강력한 규제가 필요하다.

(5) 임의비급여 진료에 대한 급여기준의 유연성 확보

급여기준을 초과하여 사용하는 경우에 의학적 타당성이 있는 항목에 대해서는 급여를 인정하도록 하는, 즉 의료적비급여 진료에 대한 급여기준의 유

하여 그 중에서 69개 품목은 재료가격의 변화를 수가에 반영하고, 424개 품목은 실무 검토를 하여 별도 보상을 검토할 예정이다.

연한 적용이 필요하다. 그러나 이때 의학적 타당성 인정에 대한 객관적이고 일관성 있는 절차를 마련하는 것이 필요하며 현재로서는 심사평가원의 진료비 심사위원회가 그 대안이 될 것이라고 본다.

(6) 진료비 상담센터의 활성화

환자가 요양기관에서 진료를 받는 경우 비급여 진료에 대해서 권고를 받게 되면 이에 대해서 즉시성 있는 상담을 할 수 있도록 진료비 상담센터를 활성화하여 사전에 임의비급여 발생을 관리할 수 있는 제도적 장치의 마련이 필요하다. 현재 운영 중인 진료비 상담은 진료 종결 후 지불한 진료비의 적정성에 대한 내용이 주된 내용이므로 이를 사전에 관리할 수 있도록 전환하는 작업이 필요하다.

VI. 결론 및 제언

1. 국내 · 외 비급여 진료비 실태

우리나라는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다고 명시하고 있다(국민건강보험법 제39조 제3항). 이러한 요양급여 적용의 비대상이 아닌 요양급여 환자를 진료할 때에는 법정 진료 항목만으로 진료할 수 있지만 여러 가지 이유로 비급여 진료를 동시에 시행하는 경우가 생긴다. 이 때 발생하는 비급여는 크게 법정비급여와 임의 비급여로 나눌 수 있다.

법정비급여에 대해서는 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우와 보험급여 정책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우에서 발생하는 본인부담 비용에 대한 논란이 있기는 하지만 일정정도는 사회적인 합의사항이라고 할 수 있다.

반면 임의비급여는 급여 또는 비급여 목록에 없는 행위, 급여기준 상 산정이 불가능한 항목, 허가사항 및 지침 초과 부분에 대해 요양기관이 임의로 수가를 산정하는 것 등이 존재하는데 이 경우에 비급여 발생에서 주체인 의료제공자는 해당 진료에 대해 환자에게 설명할 의무도 없고 임의로 수가를 산정하게 되므로 의료소비자인 국민의 의료비 부담은 가중되고 있다. 또한 보험자측은 임의비급여 항목, 내용 및 수가에 대해서 전혀 파악조차 못하고 있는 실정이다.

독일의 경우에는 급여목록에 등재되지 않은 항목에 대해서는 전액 환자가 부담하나 비급여 진료를 시행하고자 하는 의료제공자는 환자에게 설명을 하고 서약서를 받는다. 설명 후 환자가 급여목록에 있는 치료를 원하면 급여 진료로 대치한다. 또한 급여되는 항목에 대해서는 제한 등의 지침은 존재하지 않는다. 경우에 따라서 지침에 의해서 제한된 사안이 있더라도 의료제공자가 의학적 판단 하에 진료를 시행 후에 관련 소견서 및 소명자료의 제출로 보험급여가 가능하다. 독일은 구체적인 세분화된 법정 본인부담 규정과 법정 비급여 진료에 관한 지침이 존재하고 지침에 규정한 항목에 대해서는 제한이 없으므로 비급여 진료에 대해 많은 논란은 없다고 할 수 있다.

프랑스의 경우는 행위,약품,재료의 급여내용 및 급여율이 질병보험 급여 목록에 세부적으로 명시되어 있다. 질병보험에서 재정을 고려하여 의료행위, 약제 등에 대한 보험급여를 중지하면 해당 항목은 본인이 부담하게 되나 국가, 질병금고에서는 보험급여가 되는 대안 약제, 행위 등을 제시한다. 의료제공자도 비급여 약제를 처방하거나 의료행위를 시행하고자 할 때는 구체적으로 설명을 하고 급여 또는 비급여 진료에 대해서 환자가 선택하도록 한다. 또한 급여목록에 존재하는 약제 및 의료행위에 대해서 제한하는 경우는 없고 의료제공자의 의학적인 판단을 중요시한다. 외래진료에서는 급여목록에 존재하지 않는 약제의 사용은 가능하나 보험으로 급여되지는 않는다. 반면 입원진료에서는 의료행위 및 약제목록에 없어도 의사의 의학적 판단 하에 시행한 진료는 사안별로 보험급여를 인정하기도 하지만 지속적으로 동일한 사안이 발생하면 신의료기술로 승인을 받도록 하고 있다.

일본은 특정요양비제도가 존재하는데 이는 보험이 적용되지 않는 것이 포함되면 원칙적으로 그 진료 전체가 비급여(혼합진료 금지)로 처리되던 것을 법령을 개정하여 특정 부분에 대해서는 본인이 부담하고 보편적인 진료는 보험으로 급여하는 제도이다. 특정요양에 해당하는 본인부담 항목에 대해서는 구체적으로 명시하고 있어 많은 논란은 없다. 특정요양에서 대표적인 진료가 선진의료인데 이는 일반적인 급여진료를 받는 중에 환자가 희망하고 의사가 그 필요성과 합리성을 인정하는 경우에 행하게 된다. 선진医료를 시행하는 경우 의료제공자는 치료내용, 필요성 및 비용 등에 대하여 구체적으로 설명을 한다. 환자는 충분히 납득하게 되면 동의서에 서명을 하고 치료를 받게 된다. 또한 사안별로 횟수 제한이 있는 경우에도 의학적 판단 또는 불가피한 사유로 규정을 초과하여 사용할 경우 진료비 청구 명세서에 그 이유와 의학적 근거를 상세하게 기재하면 급여가 가능하기도 하다.

2. 우리나라 비급여 진료비 규모

국민건강보험공단 「본인부담 진료비 실태조사」 결과에서 보면 2005년 의과부문의 비급여 진료비는 3조 7,730억원으로, 2004년 3조 1,685억원에 비해 19.1% 증가하였다. 그 중 입원 비급여 진료비는 2004년, 2005년 각각 61%와 62%를 차지하였으며 외래 비급여 진료비는 2004년은 35.9%, 2005년에는 33.2%였다.

요양기관 종별 전체 비급여 진료비는 종합전문요양기관이 2004년 전체 비급여 중 43.8%인 1조 3,891억원이었고, 2005년에는 1조 2,600억원으로 33.4%였다. 종합병원은 2004년 8,370억원에서 2005년 9,563억원으로 14.2% 증가하

였으며 전체 비급여의 약 1/4 정도를 차지하고 있다. 병원급은 2004년 4,450억원에서 2005년 5,721억원으로 28.3% 증가하였으며 전체 비급여중 14~15%가 병원급에서 발생하고 있는 것으로 추정된다. 의원급은 2005년 8,097억원으로 전년의 4,036억원에 비해 2배 정도 증가하였다.

입원부문의 비급여 진료비는 2004년 1조 9,385억원에서 2005년에는 2조 3천447억원으로 2004년에 비해 21% 증가한 수치이다. 외래의 비급여 진료비 규모는 2005년 1조 4,283억원으로 2004년 1조 2,360억원에 비해 10.2% 증가하였다.

비급여 진료비를 항목별로 살펴보면 입원과 외래를 합하여 가장 금액이 큰 항목은 2005년 기준으로 선택진료비로 5,564억원이었고, 다음은 병실차액으로 5,427억원이었다. 병실차액은 2004년에 비해 9.1% 증가하였으나 선택진료비는 32.5%로 큰 폭으로 증가하였는데 특히 종합병원에서 3배 가까이 크게 증가하였다.

2005년 입원 비급여 진료비 중 가장 큰 것은 병실료 차액, 식대와 선택진료비 순인데 이들은 전체 입원 비급여의 약 60%를 차지하고 있다. 이들 항목 다음으로는 치료재료가 3,298억원으로 많으며, 2004년에 비해 약 3배 가량 증가하였다. 외래진료에서는 초음파가 가장 큰 3,111억원을 차지하고 있으며 다음으로는 검사료 2,862억원으로 외래진료에서는 주로 검사 관련 항목의 비급여가 많은 것을 알 수 있다.

3. 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도

본 연구에서 비급여 진료비에 대한 인식 및 태도를 알아보기 위해서 비급여 진료비를 지불한 환자와 비급여 진료비 발생에서 주체인 요양기관 측 심사 실무자를 대상으로 조사를 진행하였다.

환자 조사에서 전체 본인부담 진료비는 평균 946,520원이었고, 비급여 진료비는 평균 632,539원이었다. 본인부담 진료비 대비 비급여 진료비는 66.8%를 차지하였다. 본인부담 진료비는 70대 이상에서, 요양기관 소재 지역이 서울인 경우와 민간병원 진료의 경우에서 많았다. 또한 민간보험에 가입하여 실손액에 대한 보상이 가능한 경우에는 그 반대의 경우에 비해서 전체 본인부담 진료비가 많았고 비급여율도 높았다.

환자들의 전체 본인부담 진료비와 비급여 진료비에 대한 부담정도 파악을 위해 전혀 부담없음 1점 ~ 매우 부담 5점인 1문항으로 조사하였는데, 환자들은 실제의 본인부담과 비급여 진료비 차이와 부담 정도는 일치하지 않는 결과였다. 대상자의 전체 본인부담 진료비에 대한 부담 정도는 평균 4.12점, 비급여 진료비에 대한 부담 정도는 평균 4.01점으로 본인부담과 비급여 진료비에 대한 부담 정도가 높은 것으로 나타났다. 또한 환자는 입원 중 발생하는 비급여 진료비에 대해 정확하게 인지하는 경우가 23.8%에 불과했고 대부분은 퇴원 시점에서 영수증을 보고 비급여 진료비에 대해 인지하게 되는 것으로 나타났다.

환자들이 입원진료 중 부담이 되어 보험 급여가 되었으면 하는 항목은

MRI 비용, 비급여 경구약제비, 비급여 검사료, 비급여 주사약제, 병실차액, 초음파, 비급여 재료대, CT와 의치 순으로 나타났다. 이중에서 MRI, 병실차액, 초음파, CT, 의치는 법정비급여 항목이었고, 비급여 경구약제비, 검사료, 주사약제와 재료대는 임의비급여의 지침초과와 산정불가와 관련되어 있었다.

환자들은 비급여 진료에 대해서 전부 건강보험 적용을 원하는 경우 22.6%, 항목에 따라 건강보험으로 적용을 원하는 경우가 52.7%였으나 보험료를 더 내는 것에는 24.1%만 찬성하는 것으로 나타나 건강보험 적용을 원하면서도 보험료 인상에는 대체적으로 부정적인 반응을 보이는 결과로 나타났다.

요양기관 심사 실무자를 대상으로 실시한 임의비급여 진료비에 대한 인식 및 태도 조사에서 대상자의 63.0%가 비급여에 대해서 환자에게 반드시 설명을 해야 된다, 36.7%는 경우에 따라서 설명해야 한다고 응답하여 비급여 진료비에 대한 설명의 필요성을 인식하고 있었다. 그러나 현재 근무하는 요양기관에서는 반드시 설명을 한다가 59.8%, 40.2%는 필요에 따라 설명한다고 응답하여 차이를 보였다. 비급여 진료비에 대한 설명 담당은 담당간호사, 의사 순이었고, 환자에게 비급여 진료비에 대해서 설명을 하면 이해를 하나 부담을 갖는다가 76.4%였다. 요양기관에서 때로는 비급여 진료비 관련 분쟁이 발생한다고 한 기관은 81.5%였고, 실무자들의 61.9%가 업무 과정에서 비급여 진료비로 인해서 부담을 갖는다고 하였다.

요양기관 실무자들이 지침초과 비급여 대상 중 시급하게 급여가 필요하다고 생각하는 대상은 치료재료로 나타났고, 지침초과 부분에 대해서는 급여

기준 등을 완화해서 급여를 해야 한다가 55.5%, 모두 급여를 해야 한다가 16.9%였다. 산정불가 비급여 대상 중 시급하게 급여화가 필요한 항목도 치료재료로 53.1%였고, 산정불가 부분에 대해서도 건강보험 급여가 필요하다는 의견이 75.1%로 나타났다. 임의비급여의 급여화에 따른 보험료 추가 부담에 대해서는 65.1%가 더 내고 더 건강보험 적용을 받는 것이 좋다고 했다.

전문가 대상 조사에서는 법정비급여의 급여화 방안에 대한 논의를 거쳐 우선 순위를 선정하였는데 의치, MRI, 산소발생기, 초음파, 예방접종, 호스피스, 산전진찰, 인공수정, 언어치료, 레진, 치석제거, 치아홈 메우기, 선택진료, 불소, 한방물리치료, 한약제제 순으로 나타났다.

4. 본 연구의 제한점

본 연구는 공단에서 진행한 급여가 아닌 비급여 진료비에 대한 연구라는 데서 상당한 부담을 안고 시작한 연구이다. 비급여의 두 가지 범주인 법정비급여와 임의비급여 진료는 건강보험 제도 내에서 차지하는 위치가 매우 다를 뿐 아니라 그 내용 및 범위는 더 많은 차이가 있다. 그런 두 가지 비급여 진료에 대해 동시에 파악하고 검토하여 관리 방안을 도출하기에는 한계가 있었다. 여러 가지 이유로 비급여의 구체적인 항목별 접근을 못하고 비급여의 전반적인 실태와 부담 정도를 파악하는 데 그쳤다.

급여화의 필요성을 인식하고 있는 구체적인 임의비급여 항목에 대한 설문 조사에서 의료제공자 측인 요양기관은 연구를 위한 조사에 협조할 의무가

없고 조사에 협조를 해도 본인들에게 도움이 되기보다는 오히려 피해를 받게 된다는 인식을 강하게 갖고 있었으므로 응답률이 저조하여 분석에서 제외할 수밖에 없었다.

환자 대상으로 실시한 비급여 진료비에 대한 인식조사에서의 제한점은 비급여 진료비를 지불한 대상자만을 표본 추출하였으므로 종합전문요양기관의 이용자가 많았다는 점이다. 비급여 지불 내역이 존재하는 공단의 「본인부담 진료비 실태조사」 자료 약 47,000건을 공단의 내부 자료를 결합하였을 때 연락처가 확인된 자료는 약 15,000건에 불과했다는 것이다. 확인이 된 15000건 중에서도 응답이 가능한 대상자는 전화 응답이 비교적 용이했던 노인환자에 집중된 자료라는 한계를 가지고 있다.

본 연구에서는 환자를 대상으로 설문하여 전체 본인부담과 비급여 진료비 및 비급여율의 차이를 보고자 하였는데 입원환자들의 건강상태를 보정할 기준이 없었다는 한계점이 있다. 그런 한계로 인해 체계적인 분석으로 접근하지 못하고 평균의 차이에 대해서는 단순한 기술적인 설명에 그치고 말았다.

5. 비급여 진료비 관리를 위한 제언

본 연구 결과를 토대로 하여 비급여 진료비 관리를 위한 제언을 하면 다음과 같다.

법정 비급여 진료비에 대해서는 첫째, 비급여 항목별 수가를 파악하고 인

터넷 등을 통해 공지하여 의료소비자인 국민이 비급여 진료에 대해서 선택할 수 있는 대책 마련이 필요하다. 둘째, 국민의 부담이 많은 병실차액과 선택진료비를 포함하여 급여확대 항목으로 선정된 항목에 대해서는 구체적인 논의를 진행하여 사회적인 합의를 도출하는 과정이 선결되어야 할 것이다.

임의비급여 진료비에 대해서는 첫째, 비급여 내용 및 본인부담 비용에 대해 파악하는 실태조사가 선행되어야 할 것이다. 둘째, 외부구매를 하도록 하거나 추가비용을 징수하는 산정불가 치료재료 항목에 대한 조사 및 대책이 강구되어야 할 것이다. 셋째, 불가피하게 비급여 진료를 시행하는 경우에는 요양기관의 사전 설명 의무를 명시해야 한다. 넷째, 미신고 신의료기술에 대해서는 조사를 통해서 평가를 받을 수 있도록 제도적인 장치를 마련하고, 안전성·유효성 평가에서 반려된 신의료기술을 시행하는 경우는 규제를 강화해야 한다. 다섯째, 임의비급여 진료와 관련된 필수의료에 대해서는 그 내용을 검토하고 승인을 할 수 있는 절차를 마련함이 필요하다. 여섯째, 임의비급여 진료에 대해서 즉시성 있는 상담을 할 수 있도록 진료비 상담센터를 활성화해야 한다.

본 연구에서는 국내·외 비급여 진료비 실태를 파악하고, 의료소비자인 국민의 비급여 진료비에 대한 부담정도를 파악하였다. 더불어 의료제공자측 실무자들이 바라본 임의비급여에 대한 부담정도를 파악하여 비급여 진료비는 환자와 요양기관 모두에게 부담이 된다는 것을 파악하였다는 데 그 의미를 두고자 한다. 또한 환자와 요양기관 실무자들의 비급여 진료에 대한 건강보험 급여화 요구 정도를 파악하고 급여화에 따른 재정 부분을 어떻게 할 것인가에 대해 일부 접근하고자 하였다. 요양기관 실무자들은 대체적으로

급여화에 따른 재정 마련을 위해서 건강보험료를 더 많이 내는 것에 긍정적인 반응이었으나 환자들은 건강보험으로 적용을 원하면서도 건강보험료의 인상에 대해서는 부정적이었는데 이는 추 후 다시 검토되어야 할 문제라고 판단된다.

본 연구결과를 통해서 볼 때 급여 확대와 급여 기준의 재정비 등 적절하고 합리적인 대안을 마련하여 과다하게 발생하고 있는 비급여 진료비의 효과적인 통제가 필요함을 알 수 있다. 본 연구결과를 토대로 후속 연구에서는 비급여의 구체적인 대상별로 각 항목별 접근을 통하여 그 내용 및 본인 부담 비용을 자세하게 파악하고 분석하여 현장에서 접근 가능한 관리방안이 도출되어야 할 것으로 본다.

참고문헌

1. 국내 문헌

김창엽 외, 의료보험 환자가 병원진료 시 부담하는 본인부담 크기, 보건행정 학회지, 제9권 제4호, 1999

국민건강보험공단 내부자료, 급여비 분석을 위한 코드 설명집, 국민건강보험공단 보험급여실, 2006.

국민건강보험공단 내부자료, 보장성 강화 TF 활동 보고서, 국민건강보험공단, 2006.

국민건강보험공단 내부자료, 암 환자의 비급여 내역 분석 결과, 국민건강보험공단 급여관리실, 2005.

국민건강보험공단, 주요국가의 건강보험법(I) - 대만·일본 편, 국민건강보험공단, 2004.

국민건강보험공단, 주요국가의 건강보험법(II) -독일 편, 국민건강보험공단, 2005.

권순만, 건강보험의 지속가능성을 위한 진료비 지불제도 개선방안, 건강보험포럼 3권 제3호, 2004, 2-16.

권창익, 보험진료비 심사일원화의 사회 경제적 효과, 인제대학교 대학원, 2005.

김성옥, 최숙자, 외국의 보험약가관리제도, 국민건강보험공단, 2002.

김재연, 김경하, 한만호, 박종연, 서남규, 엄의현, 전창배, 외국의 건강보장제도 동향조사, 국민건강보험공단, 2003.

김정희, 이호용, 황라일, 정현진, 2006년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사, 국민건강보험공단, 2007.

김정희, 정종찬, 김성옥, 건강보험환자의 본인부담 실태조사, 건강보험공단, 2004.

김정희, 정종찬, 이호용, 최숙자, 이진경, 2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사, 국민건강보험공단, 2006.

김정희, 최영순, 상급병실 실태조사, 국민건강보험공단, 2007.

김진현, 건강보장의 과제 1: 보장성강화, 건강보험포럼 6권 제 2호, 국민건강보험공단, 2007.

박상철, 국민건강보험제도의 개선방안에 관한 연구, 관동대학교 경영행정대학원, 2006.

박종연, 한만호, 김재연, 서남규, 건강보험제도 발전을 위한 국민인식도 조사, 건강보험공단, 2003.

박지연, 외국의 본인부담제 운영체계 분석과 시사점, 대학병원협회지, 2004, 28-40.

법령집, 국민건강보험법령, 국민보험건강공단, 2006.

양봉민, 김진현, 이태진, 김윤희, 김정희, 최숙자, 건강보험의 목표보장률 및 실현방안, 서울대학교 보건대학원, 2006.

이용갑, 독일 병원부문의 DRG도입, 건강보험포럼 4권 제2호, 2005, 75-96.

이용갑, 허순임, 전창배, 김경하, 엄의현, 박지현, 구미경, 외국의 건강보험제도 조사, 국민건강보험공단, 2005.

이진석, 비급여 중심 보충형 민간의료보험의 역할과 문제점, 건강보험포럼 5권 제4호, 2006, 21-22.

- 이효영, 김귀현, 신체적 기능상태에 따른 장애인의 비급여 의료비용 및 추가 비용, *Journal of Korean Public Health Association* Vol 29, 2003, 56-70.
- 정종찬, 이동석, 비급여 진료비에 대한 인식도 조사, *건강보험포럼* 3권 제3호, 2004, 72-84.
- 정형선, 이규식, 신의철, 국민건강보험 내실화를 위한 기본급여 영역에 관한 연구, 국민건강보험공단 연세대학교보건행정학과, 2004.
- 정형선. 의료보장성지표의 재구성 2003년 지표의 생산, *보건경제와 정책연구* 2005, 141-153.
- 정형선. OECD 개념에 따른 우리나라 약제비의 국제 비교, *보건행정학회지* 2003, 48-65.
- 조정숙, 보험급여 확대 항목 선정을 위한 우선순위 설정, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 최숙자, 김정희, AHP기법을 활용한 급여확대 우선상병 순위설정, *건강보험포럼* 4권 제2호, 2005, 112-129.
- 최숙자, 주요 OECD국가의 진료비 지불제도, *건강보험포럼* 3권 제4호, 2004, 42-51.
- 최인덕, 김진수, 이동현, 공경열, OCED 주요국의 의료보장제도 재정구조 분석, 국민건강보험공단, 2006.
- 통계자료, 통계로 본 건강보험 30년, 국민건강보험공단 건강보험심사평가원, 2007.

2. 해외 문헌

- Alison A. Galbraith, Sabrina T. Wong, Sue E. Kim, and Paul W. Newacheck, Out-of-Pocket Financial Burden for Low-Income Families

with Children: Socioeconomic Disparities and Effects of Insurance, Health Research and Educational Trust, 2005. 1722-1736.

Egon jonsson, H. David Banta, Chris Henshall, Laura Sampietro-Colom, Summart Report Of The ECHAT/ECAHI Project, International Journal of Technology Assessment In Health Care 18:2, 2002, 218-237.

Graham Mowatt, Mary Ann Thomson, Jeremy Grimshaw Adrian Grant, Implementing Early Warning Messages On Emerging Health Technologies, International Journal of Technology Assessment In Health Care 14:4, 1998, 663-670.

OECD, OECD Health Data, 2006.

Richard B. Saltman, Reinhard Busse, Josep Figueras, Social Health Insurance System in Western Europe, Open University Press, 2004, 189-206.

www.kenporen.com

www.ameli.fr

www.g-ba.de.

www.kbv.de

부록 1 : 본인부담 진료비 실태 조사 검증 및 비급여 진료비에
대한 인식조사

비급여 진료비에 대한 환자 인식 조사

ID :

안녕하십니까? 저는 여론조사기관 0000의 면접원 000입니다. 저희 0000에서는 이번에 국민건강보험공단의 의뢰로 건강보험이 적용되지 않는 진료비에 대한 환자 인식조사를 실시하고 있습니다. 10분 이내 마치려고 하오니 설문에 응해 주시겠습니까? (응해주면) 감사합니다. 조사 결과는 무기명으로 통계처리가 되며 향후 건강보험제도의 개선과 발전에 커다란 도움이 될 것입니다.

대상자는 전화로 질문을 이해하고 응답이 가능하며 2006년 12월 입원경험이 있고 건강보험이 적용되지 않는 진료비를 납부한 환자로 한다.

1. 응답자(환자본인 여부)?

(환자000씨에게 가능한 응답을 요청하고, 응답이 어려울 경우 병원진료비 수납을 했던 보호자가 응답 가능)

- ① 본인 ② 보호자(관계:)

2. 귀하(00씨)께서는 2006년 12월에 00병원(또는 00의원)에서 입원진료를 받은 적이 있는지요?

- ① 그렇다 ② 아니다(→설문종료)

3. 00병원(또는 00의원)의 자료에 의하면, 귀하께서는 입원기간 동안 00병원
(또는 00의원)에 진료비로 납부하신 총 금액이 _____원인데 맞지요?
① 그렇다(→4문항으로) ② 아니다(→3-1문항으로)
- 3-1. 귀하께서 납부하신 금액이 맞지 않는다면, 입원기간 동안 00병원에
진료비로 납부하신 총 금액은 얼마인지요? _____원(→4문
항으로)
4. 금번 진료비로 납부하신 총 금액이 귀하께 어느 정도로 부담이 되었는지요?
① 전혀 부담이 없음 ② 거의 부담이 없음 ③ 보통(적당)
④ 약간 부담 ⑤. 매우 부담

다음은 건강보험이 적용되지 않는 진료비와 관련된 문항입니다.

5. 귀하께서 00병원(또는 00의원)에 부담하신 진료비 중 보험적용이 되지 않는 진료비가 얼마였는지 알고 납부하셨는지요?
- ① 잘 알고 납부 했다(→5-1문항으로)
- ② 잘 모르고 납부 했다(면접원: 귀하의 보험이 적용되지 않은 치료비는 _____원이었습니다(→5-8문항으로))
- 5-1. 귀하께서 부담하신 진료비 중에서 건강보험이 적용되지 않는 진료비는 _____원이었는데 맞는지요?
- ① 맞다(→5-3문항으로) ② 틀리다(→5-2문항으로)

_____원(→5-3문항으로)

① 그렇다(→5-4, 5-5, 5-6문항으로) ② 아니다(→5-9문항으로)

① 진료가 시작되기 전 ② 진료가 종료되고 난 후
③ 퇴원할 시점에 ④ 기타

① 담당 의사(또는 주치의, 의원원장) ② 담당(외래)간호사
③ 기타 보건의료관련 직원 ④ 원무과 또는 심사과 직원
⑤ 기타 행정직 직원

① 그렇다 ② 아니다(→5-7문항으로)

5-7. (문제 5 관련)납부할 금액과 (문 5-6 관련)건강보험이 적용되지 않는 세부적인 항목에 대해 설명을 듣고 싶으셨는지요?

- ① 설명을 듣고 싶었다(→5-8문항으로)
- ② 설명을 듣고 싶지 않았다(→5-10문항으로)

5-8. 설명을 듣고 싶으셨다면 귀하께서는 설명을 요청하셨는지요?

- ① 요청을 했으나 설명을 듣지 못했다
- ② 경황이 없어서 요청하지 못했다
- ③ 궁금했지만 ‘병원에서 알아서 하겠지’라고 생각했다
- ④ 기타

5-9. 귀하께서는 병원 관계자로부터 설명을 듣지 않으셨다면 어떤 경로를 통해서 알게 되셨는지요?

- ① 영수증을 확인해서
- ② 동료환자를 통해서
- ③ 인터넷 및 메스컴 등을 통해서
- ④ 주변의 아는 사람을 통해서
- ⑤ 기타

5-10. 귀하께서 2006년 12월에 00병원 입원 당시 건강보험이 적용되지 않았던 항목을 기억하고 계시면 알려주시기 바랍니다. _____

.....

다음은 건강보험이 적용되지 않는 진료비 관련 귀하의 의견을 알아보
고자 하는 문항입니다.

6. 귀하께서는 건강보험이 적용되지 않는 진료비에 대해서 어떻게 생각하
는지요?

- ① 매우 저렴하다 ② 약간 저렴하다 ③ 보통(적당)이다
④ 약간 비싸다 ⑤ 매우 비싸다

7. 귀하께서는 건강보험이 적용되지 않는 진료비 및 항목이 모두 건강보험으로 적용되어야 한다고 생각을 하시는지요?

- ① 모두 적용되어야 한다(→8, 9문항으로)
② 항목에 따라 적용되어야 한다(→8, 9문항으로)
③ 현재 상태가 괜찮다고 생각한다(→8문항으로)
④ 잘 모르겠다(→8문항으로)

8. 귀하께서 앞으로 건강보험으로 적용되었으면 하는 구체적인 항목이 있으면 알려 주시기 바랍니다(→9문항으로) _____

9. 다음 중에서 귀하께서 앞으로 건강보험으로 적용되었으면 하는 항목을 골라 주시기 바랍니다(3가지까지 선택 가능).

- ① 초음파 ② MRI(척추질환에도 적용) ③ 병실료 차액
④ 치과충전재료(현재 치아와 동일한 색으로 떼우는 재료) ⑤ 의치
⑥ 치아홈 떼우기(시술료) ⑦ 선택진료비 ⑧ 치석제거
⑨ 불임치료(인공수정 등) ⑩ 한방물리요법

10. 귀하께서는 건강보험이 적용되지 않는 진료비를 어떻게 하는 것이 바람직하다고 생각하시는지요?(여기서는 건강보험료와의 관계를 말합니다)

- ① 평소에 건강보험료를 더 많이 내고, 병원(또는 의원)이용 시 모두 건강보험이 적용되도록 한다.

- ② 평소에 건강보험료를 조금 더 내고, 병원(또는 의원)이용 시 현행보다 조금 더 건강보험이 적용되도록 한다.
- ③ 현재 방법이 적당하다고 본다.
- ④ 평소에 건강보험료를 조금만 내고, 병원(또는 의원)이용 시 현행보다 건강보험이 조금 덜 적용되도록 한다.
- ⑤ 평소에 건강보험료를 아주 조금만 내고, 병원(또는 의원)이용 시 현행보다 아주 더 많이 건강보험 적용을 받지 않는다.

.....

다음은 치료비가 보상되는 민간보험과 관련된 사항입니다.

11. 귀하께서는 입원 당시에 진료비가 보상되는 민간보험에 가입하고 계셨는지요?

- ① 예(→11-1문항으로)
- ② 아니오(→12,13문항으로)

11-1. 귀하께서 2006년 12월에 00병원(또는 00의원)에서 입원진료 후에 납부하신 진료비를 민간보험에서 보상을 해주었는지요?

- ① 예(→11-2문항으로)
- ② 아니오(→12,13문항으로)

11-2. 귀하께서 입원진료 후에 납부하신 진료비를 민간보험에서는 얼마를 보상해주었는지요? _____원

11-3. 귀하께서는 진료비가 보상되는 민간보험 보험료로 매월 얼마를 부담하고 계시는지요? _____원 (→12,13문항으로)

12. 귀하께서는 진료비를 보상해주는 민간보험에 대해서 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 필요하다 ② 약간 필요하다 ③ 거의 필요없다
④ 전혀 필요없다 ⑤ 잘 모르겠다

13. 귀하께서는 추후에 민간보험에 가입하여 진료비를 보상받고 싶으신지요?

- ① 그렇다 ② 아니다

.....
다음은 선생님의 통계처리를 위해 귀하의 인적사항을 몇 가지 질문 드리겠습니다.

A. 학 력(환자 본인) :

- ① 초졸이하 ② 중졸 ③ 고졸 ④ 대학재학 또는 졸업(전문대포함)
⑤ 대학원재학 졸업이상 → 중퇴자는 이전 학력 표기

B. 직업(환자본인)

- ① 자영업(상점, 음식점 등 9인 이하 사업장경영자)
② 경영관리직(10인 이상 기업경영자 및 임원, 교장, 원장 등)
③ 판매, 서비스직(상점 또는 음식점 종사원, 판매원)
④ 기능직(공무원 등)
⑤ 사무/기술직(과장이하 회사원, 교사, 간호사, 약사 등)
⑥ 전문직(의사, 변호사, 언론인, 연구원, 종교인, 정치인, 대학교수 등)

⑦ 전업주부

⑧ 기타()

C. 가족수 : _____명

D. 가구 전체 월 소득 : _____원

**비급여 진료비에 대한 의료기관 실무자 인식조사
요양기관 기호 & 기관명 & 종별 & 지역:**

안녕하십니까? 저는 여론조사기관 0000의 면접원 000입니다.
저희 0000에서는 이번에 국민건강보험공단의 의뢰로 임의비급여 진료비에 대해서 의료기관에서 심사관련 실무를 담당하시는 선생님의 인식조사를 실시하고 있습니다. 10분 이내에 마치려고 하오니 설문
에 응해 주시겠습니까? (응해주면) 감사합니다. 조사결과는 무기명
으로 통계처리 되며, 향후 비급여 제도의 개선과 발전에 커다란 도움
이 될 것입니다.

대상자는 의료기관에서 심사 실무를 담당하며 해당 의료기관의 의견을 대
표할 수 있는 대상자(가능한 심사실의 실장, 과장, 계장) 중에서 1인을 선택
합니다. 심사실이 없는 경우 원무과의 심사담당자를 대상으로 합니다.

부서: **직책:**

1. 선생님께서는 임의비급여 항목 발생 시 환자 또는 보호자에게 설명이 필
요하다고 생각하시는지요?

- | | |
|------------|----------------|
| ① 반드시 필요하다 | ② 경우에 따라서 필요하다 |
| ③ 필요없다 | ④ 잘모르겠다 |

2. 귀 병원에서는 임의비급여 항목이 발생 시 환자나 보호자에게 설명을 하
도록 하시는지요?

- | | |
|------------|----------------|
| ① 반드시 설명한다 | ② 필요에 따라서 설명한다 |
| ③ 안한다 | ④ 잘 모르겠다 |

3. 귀 병원에서는 임의비급여 항목이 발생 시 환자나 보호자에게 설명을 누가 주로 하시는지요?
 ① 담당 의사(또는 주치의, 의원원장) ② 담당(외래)간호사
 ③ 원무과 직원 ④ 기타 행정직 직원

4. 귀 병원에서는 임의비급여에 대한 설명을 하신 후에 환자나 환자보호자로부터 설명에 대한 확인서를 받으시는지요?(여기서는 선택진료비, 병실 차액을 제외한 다른 항목을 말합니다)
 ① 항상 받는다 ② 항목에 따라 받는다 ③ 받지 않는다 ④ 기타

5. 귀 병원에서 임의비급여에 대해 설명을 할 때 환자 또는 보호자들의 반응은 대체로 어떤지요?
 ① 이해하지 않으려하여 치료 진행이 어렵다
 ② 이해는 하나 추가 부담분에 대해 부담을 갖는다
 ③ 이해하고 치료에 잘 협조한다
 ④ 관심이 없다

6. 귀 병원에서는 임의비급여로 인해 환자 또는 보호자와 분쟁이 발생하는 경우가 있는지요?
 ① 자주 발생한다 ② 가끔 발생한다
 ③ 전혀 발생하지 않는다

7. 귀 병원에서 임의비급여에 대한 설명을 듣고 환자 또는 보호자들이 부담스러워 하는 정도는 대체로 어떤지요?
 ① 매우 부담스러워 하는 것 같다 ② 약간 부담스러워하는 것 같다

- ③ 보통(적당)이다 ④ 거의 부담이 없는 것 같다
⑤ 전혀 부담이 없는 것 같다

8. 귀 병원에서 임의비급여에 대해 설명을 할 때 환자나 보호자들의 반응 때문에 부담이 되는 정도는 대체로 어떤지요?

- ① 전혀 부담이 없다 ② 거의 부담이 없다 ③ 적당(보통)하다
④ 약간 부담이 된다 ⑤ 매우 부담이 된다

.....
다음은 임의비급여의 관리방안에 대한 질문입니다.

9. 선생님께서는 심사지침 초과로 인해 발생하는 임의비급여의 관리 방안은 다음 중 무엇이라고 생각하시는지요?

- ① 지침을 준수하여 가능한 임의비급여를 발생시키지 않도록 해야 한다
② 잘 설명을 해서 본인이 부담하도록 해야 한다
③ 지침을 완화해서 일부항목은 급여해야한다
④ 제도 등을 개선하여 모두 건강보험으로 급여해야한다

9-1. 선생님께서는 지침 초과로 발생하는 임의비급여 중 가장 먼저 지침을 완화해서 건강보험으로 급여해야 한다고 생각하는 것이 무엇인지요?

- ① 행위료 ② 약제 ③ 약제 외 재료대 ④ 잘모르겠다

9-2. 선생님께서 지침초과와 관련된 임의비급여 항목 중 가장 시급하게 급여여해야한다고 생각하는 구체적인 항목을 3가지 정도 알려 주시기 바랍니다.

9-3. 선생님께서는 지침초과와 관련된 임의비급여를 발생시키지 않는 것이 가능하다고 보시는지요?

① 가능하다 ② 항목에 따라 가능하다 ③ 불가능하다 ④ 잘모르겠다

10. 선생님께서는 소정수가에 포함되어 별도로 산정이 불가능한 항목으로 인해 발생하는 임의비급여의 관리 방안은 다음 중 무엇이라고 생각하시는지요?

- ① 가능한 임의비급여를 발생시키지 않도록 해야 한다
- ② 잘 설명을 해서 본인이 부담하도록 해야 한다
- ③ 지침을 완화해서 일부항목은 급여해야한다
- ④ 제도 등을 개선하여 모두 건강보험으로 급여해야한다

10-1. 다음 중 산정불가와 관련된 항목 중 가장 시급하게 건강보험으로 급여여해야 한다고 선생님께서 생각하시는 것은?

① 행위료 ② 약제 ③ 약제 외 재료대 ④ 잘모르겠다

10-2. 산정불가와 관련된 임의비급여 항목 중 가장 시급하게 급여여해야한다고 선생님께서 생각하시는 구체적인 항목을 3가지 정도 알려주십시오.

10-3. 선생님께서는 산정불가와 관련한 임의비급여를 발생시키지 않는 것이 가능하다고 보시는지요?

- ① 가능하다 ② 항목에 따라 가능하다 ③ 불가능하다 ④ 잘모르겠다

11. 선생님께서는 임의비급여 치료비에 대해 어떻게 하는 것이 바람직하다고 생각하시는지요?(건강보험료와 관련한 질문입니다)

- ① 평소에 건강보험료를 더 많이 내고, 의료기관 이용 시 모두 건강보험으로 적용되어야 한다.
- ② 평소에 건강보험료를 조금 더 내고, 의료기관 이용 시 현행보다 조금 더 건강보험으로 적용되어야 한다.
- ③ 현재 방법이 적당하다고 본다.
- ④ 평소에 건강보험료를 조금만 내고, 의료기관 이용 시 현행보다 조금 덜 건강보험으로 적용받아야 한다.
- ⑤ 평소에 건강보험료를 아주 조금만 내고, 의료기관 이용 시 현행보다 아주 더 많이 건강보험 적용을 받지 않아야 한다.

.....

다음은 본인부담 및 비급여 진료비가 보상되는 민간보험에 대한 질문입니다.

12. 선생님께서 근무하면서 보셨을 때 본인부담과 비급여 진료비 등이 보상되는 민간보험이 필요하다고 생각하시는지요?

- ① 매우 필요하다 ② 약간 필요하다 ③ 거의 필요없다
- ④ 전혀 필요없다 ⑤ 잘 모르겠다

13. 선생님께서는 현재 본인부담 또는 비급여 진료비 등이 보상되는 민간보험에 가입하고 계시는지요?

① 그렇다

② 아니다

14. 선생님께서는 추 후 본인부담 또는 비급여 진료비 등이 보상되는 민간보험에 가입하기를 원하시는지요?

① 그렇다

② 아니다

.....
선생님의 인적사항 및 기타 업무에 관련한 몇 가지 질문을 드리겠습니다.

A. 성 별 : ① 남자 ② 여자

B. 연 령 : _____ 세

C. 학 력 :

① 고졸 ② 초대졸 ③ 대졸 ④ 대학원 ⑤ 대학원 이상(박사포함)

D. 심사관련 현 업무수행 기간(타 기관 포함 전체) : _____ 년

E. 현 의료기관에서 심사관련 업무 수행기간 : _____ 년

F. 귀 의료기관의 개설과목 수는? _____ 과

G. 선생님의 직업은?

- ① 의사 ② 간호사 ③ 심사전문간호사 ④ 보건의료관련 전문직 ⑤ 기타

H. 선생님의 현재 직책은?

- ① 원장 ② 의료관련 부서장 ③ 심사관련 부서장
④ 의료관련 일반직 ⑤ 심사관련 일반직

설문지 2. 외국의 비급여 진료 관련 자료 조사

1. 보험제도

1) 진료비 심사기구

(1) 심사기구 명칭

(2) 보험자기구와 독립된 심사기구가 있는지요?

또는 보험자기구에 소속되어 있는지요?

기타, 국가 또는 지방자치단체에서 운영하고 있는지요?

2) 의료수가 지불제도: 행위별수가, 포괄수가 등과 관련.

(1) 입원/외래 각각의 지불제도: 약제, 행위, 기타 재료대 부분

(2) 병원/의원 각각의 지불제도: 약제, 행위, 기타 재료대 부분

(3) 본인부담제도(out of pocket payment, cost sharing, copayment system) : 입원/외래, 병원/의원, 약제, 행위, 기타 재료대 부분

2) - (1) 지불제도

	병원			의원		
	약제	행위	재료	약제	행위	재료
입원						
외래						

2) - (2) 본인부담제도

	병원			의원		
	약제	행위	재료	약제	행위	재료
입원						
외래						

2. 급여(benefit coverage, coverage in publicly financed system) 결정 체계

- 1) 급여기준과 관련된 책자 또는 파일 자료가 있는지요? 있다면 입원, 외래, 행위, 약제, 약제이외 재료, 치과 등에 관련된 각각의 구체적인 자료를 구하고 싶습니다(책자 또는 파일).
- 2) 급여목록(benefit catalogue, benefit package)이 있는지요? 급여목록이 있다면 급여되는 항목의 list(positive list, implicit list)인지요? 아니면 급여되지 않는 항목의 list(negative list, explicit list)인지요?
- 3) 급여목록(benefit catalogue, benefit package)은 누가 만드는지요?(보험자기구, 심사기구, 지방자치단체, 국가, 기타), 또한 새롭게 급여에 포함되는 것은 누가 결정하는지요?
- 4) 누가 급여를 결정하는지요?(보험자가구, 심사기구, 지방자치단체, 국가, 기타)
 - (1) 급여결정 위원회의 명칭
 - (2) 급여 결정에 관여하는 위원회의 구성은?(기구구성: 진료과별?, 단체별? 기타....)
- 5) 급여결정에 관련된 법적 기준은 무엇인지요?(법, 지침, 규정 등)
- 6) 급여를 결정할 때 우선적으로 고려하는 요소는 무엇인지요?(예: 효과성, 경제성, 의학적필요성, 대중의 요구 기타 등등...)

3. 비급여(out of coverage in publicly financed system)에 대해

급여목록에 없는 의료도 환자에게 시행할 수 있는지요?(치과가 아닌 의과에서)

- 1) 비급여의 경우 비용 지불은 누가 하는지요?
- 2) 비급여가 자주 발생되는지요?
- 3) 환자가 전액 비용을 지불하고 의료서비스를 받는다면, 이에 대한 환자들의 태도는 어떠한지요? 의료기관을 관리하는데 어려움은 없는지요?

4. 급여기준을 제한하는 경우에 대해

1) 급여기준 제한

- (1) 일정한 제한을 두고 의료서비스를 제공하는 경우(예를 들어 사용횟수나 적응증을 제한하는 경우)가 있는지요?

예) 한국에서는 관상동맥용 혈관내 금속스텐트는 보건복지부 고시로 적응증 및 인정갯수 등에 대하여 요양급여의 세부인정 기준을 정하고 있으며, 세부인정 기준에서 혈관당 2개까지 건강보험 요양급여로 인정하되 한 환자에게 최대 3개까지(평생개념)인정하며, 3개를 초과하여 사용한 스텐트가 적응증에 해당되는 경우에 시술료 및 재료대는 요양급여비용의 100/100으로 본인부담 하도록 되어 있습니다.

※ 급여기준을 제한하는 경우가 있다면 대표적인 항목을 약 10가지 정도로 예를 들어 주세요.

항목	수가	인정기준 및 인정개수

(2) 이러한 경우가 있다면 제한된 기준을 초과할 때는 의료서비스가 불가능한지요?

(3) 초과해서 의료서비스가 가능하다면 어떤 절차를 거쳐 가능하며 이때 비용부담은 어떻게 하는지요?

※ 초과해서 의료서비스가 가능하다면 대표적인 항목을 10가지 정도 알려주세요.

항목	수가	비용부담 주체

2) 급여기준이 제한되는 비급여 진료비를 관리하기 위한 제도적 장치가 있는지요? 있다면 관리주체는 어디인지요?

5. 보충보험 현황

본인부담, 비급여 진료비와 관련하여 실제 부담한 금액에 대한 보상이 되는 보충보험(사보험, 민간보험)이 있는지요? 있다면 가입률은 어느 정도인지요?

※ 급여항목 list

항목	존재 여부	급여 여부	금액	급여 시 본인부담크기	제한적 급여 시 제한되는 내용(급여기준)
식대					
병실료차액					*기준병상:
선택진료비					
초음파					
MRI					
예방접종					
산전진찰					
체내인공수정					
체외인공수정 (시험관아기)					
언어치료					
광중합					
치과충전치료					
의치					
불소도포					
치아 홈 메우기					
치석제거 (예방목적)					
침구 (accupuncture)					
온천치료					
구름재활치료					
안경					
콘택트렌즈					

※ 초과해서 의료서비스가 가능하다면 대표적인 항목을 10가지 정도 알려주세요.

항목	수가	비용부담 주체

2) 급여기준으로 제한되는 비급여 진료비를 관리하기 위한 제도적 장치가 있는지요? 있다면 관리주체는 어디인지요?

5. 보충보험 현황

본인부담, 비급여 진료비와 관련하여 실제 부담한 금액에 대한 보상이 되는 보충보험(사보험, 민간보험)이 있는지요? 있다면 가입률은 어느 정도인지요?

※ 급여항목list

항목	존재 여부	급여 여부	금액	급여시 본인부담크기	제한적 급여시 제한되는 내용(급여기준)
식대					
병실료차액					*기준병상:
선택진료비					
초음파					
MRI					
예방접종					
산전진찰					
체내인공수정					
체외인공수정 (시험관아기)					
언어치료					
광증합 치과충전치료					
의치					
불소도포					
치아 홈 메우기					
치석제거 (예방목적)					
침구 (acupuncture)					
온천치료					
구름재활치료					
안경					
콘택트렌즈					

연구보고서 2007-08

비급여 진료비 실태와 관리 방안

발 행 일 : 2007. 12.

발 행 인 : 이 재 용

편 집 인 : 강 암 구

발 행 처 : 국민건강보험공단 건강보험연구원

서울특별시 마포구 독막길 24 (염리동 168-9)

대표전화 : 02) 3270-9852 / FAX : 02) 3270-9840

홈페이지 : www.nhic.or.kr

인 쇄 처 : (주)현대문화사 ☎ 02) 2278-4482

가 격 : 7,000원

I S B N : 978-89-91793-47-7
