

비급여 관리와 병원경영

김 태 현

연세대학교 보건대학원

Uncovered Health Care Services and Hospital Management

Tae Hyun Kim

Graduate School of Public Health, Yonsei University

I. 머리말

‘뜨거운 감자’라는 말이 어울릴 것이다. 비급여 관리를 두고 하는 말이다. 2000년대 중반부터 건강보험의 보장성 강화 정책이 추진되면서 비급여는 늘 도마 위에 올랐다. 국민건강보험에서 보장성강화를 위해 도입한 여러 정책들이 큰 역할을 하지 못하고 있는 이유 중의 하나는 바로 비급여 의료가 관리되지 않고 있기 때문이다[1]. 새 정부가 출범하면서 비급여를 줄이려는 정책이 보다 더 적극적으로 시행될 전망이다[2]. 그동안 건강보험과 병원경영 관련 정책토론을 하다 보면 기승전 ‘저수가’ 또는 기승전 ‘비급여’가 되는 경우가 많았다. 병원이용과 관련해서 제기되었던 많은 문제점들, 예를 들어 ‘2시간 대기, 2분 진료’, ‘선택’하기 힘들었던 선택진료제, 다소 불필요해 보이는 각종 검사들, 간병인을 따로 두어야 했던 현실, 상급병실료 부담 등이 대체로 ‘저수가’ 탓으로 돌아갔다. 건강보험 급여서비스의 수가가 원가에 비해 낮다는 사실은 이미 여러 연구결과를 통해 보고되고 있다[3,4]. ‘저수가’는 병원들이 급여 진료와 비급여 진료 모두를 가능한 많이 제공하도록 하는 일종의 발미로 작용했다. 즉, 수가가 낮은 급여서비스는 박리다매 형식으로 최대한 많이 제공해야 했을 것이고, 그것만으로는 부족하니 상대적으로 마진이 높은 비급여 서비스를 제공하여 수익성 향상을 도모해 왔다는 것은 공공연한 비밀로 알려져 있다.

이러한 현실은 많은 국민들에게 불만을 안겨주었다. 의

무적으로 보험료를 내야 하는 건강보험 뿐만 아니라, 이제는 거의 필수가 되어버린 민영보험료까지 부담해야 하는 현실에서 여전히 적절한 서비스를 제공받고 있는지 의문이 든다. 그러다 보니 보장성 강화와 그에 따른 비급여 관리가 필요하다는데 대해 많은 사람들이 적극적으로 공감한다. 그러나 구체적으로 어떻게 비급여를 관리할 것인지를 따져 보면 여러 가지로 넘어야 할 과제가 많다. 정책적으로는 크게 보건복지부가 지난 정부에 이어서 건강보험의 보장성 강화 정책의 일환으로 이른바 ‘3대 비급여’를 관리하기 위한 방안들을 내놓고 있다. 한편으로 금융당국이 실손보험을 대표로 한 민영보험 관리 차원에서 비급여 진료에 대한 관리방안을 제시하고 있다. 보건당국이나 금융당국이 최근에 제시하고 있는 여러 정책들은 그 동안 수없이 많이 제기되었던 문제들에 대한 점진적인 개선책이 대부분이다. 이 기회에 그러한 개선책에 대해 다시 한번 짚어 보고 병원경영에 주는 시사점을 확인해 본다.

II. 보장성 강화 차원의 ‘3대 비급여’ 관리

최근 몇 년간 건강보험은 흑자였다. 재정에 여유가 있으니, 많은 논란이 있었던 법정 비급여 서비스들을 우선적으로 급여화 할 여력이 있는 것 같다. 선택진료료와 상급병실료 차액 등이 대표적이다. 1963년에 ‘특진제’라는 이름으로 시작된 선택진료제는 지난 50여 년간 장단점

에 대한 논란과 더불어, 제도의 폐해가 사회적 이슈로 제기될 때마다 존폐에 관한 논의가 이어져 왔다[5]. 선택진료는 건강보험 비급여 항목으로 항목별 건강보험 급여 상대가치점수 대비 20-100%에 해당하는 추가비용 전액을 환자 본인이 부담하도록 해 왔다. 정부는 당초 2017년 하반기부터 선택진료제를 (가칭)전문의사제도로 전환하고 건강보험을 적용하겠다는 계획을 밝힌 바 있다[5]. 즉 별도의 기준을 정해 전문의사를 지정하고, 이들이 진료한 경우에는 수가 가산을 적용한다는 것이 골자로, 이에 필요한 가산수가는 3,600억 원 규모로 알려졌다. 그러나 전문의사제도 전환을 두고 의료계 내부의 의견이 엇갈리고 있으며 중소병원을 중심으로 '경험치가 높은, 특정의사에게' 비용을 더 지불하는 방식 자체에 회의적인 목소리가 나오고 있다고 한다[6]. 한편 대형병원들은 다른 보상책 없이 선택진료제를 완전 폐지할 경우, 추가적인 비용손실을 감내해야 해야 하기 때문에 반대하고 있는 것으로 알려져 있다. 병원입장에서는 선택진료료를 더 이상 받을 수 없거나, 예전보다 훨씬 적게 받아야 한다면, 우수한 의료진을 확보하기 위해 지불해야 하는 급여와 각종 성과급 재원은 어떻게 확보할 것인지?

상급병실료 개선은 또 어떤가? 일반병실 기준을 낮춰서 급여되는 병실 수를 늘리는 것이 그 방안으로 논의되고 있다. 그 경우 당장 환자부담은 줄어들겠지만, 메르스 사태 때 집중적으로 제기되었던 감염관리 등의 문제는 어떻게 접근할 수 있을까? 건강보험이 적용되는 병실에 입원하기를 원하는 환자와 그 가족들의 요구는 어떤 식으로 관리할 수 있을까? 일반병실료 적용 병실이 늘어남으로써 상대적으로 줄어드는 수입을 병원들은 어떤 방식으로 보전할 수 있을지 또한 숙제다.

간호간병통합서비스도 점차 확대되어 환자와 그 가족들의 간병료 부담도 줄어나갈 계획으로 전해진다. 여기서도 병원경영 차원에서의 문제점은 역시나 이러한 서비스들의 수가가 충분할 것인지, 충분하지 않다면 어떻게 대응해 나갈 것인지에 관한 것이다. 간호간병통합서비스를 확대하기 위해 추가로 필요한 간호인력은 어디서 확보할 것이며, 그로 인해 추가로 지출되는 인건비 부담을 수가가 커버해 줄 것인가? 사실 시범사업에 참여한 병원들은 부랴부랴 간호사를 추가로 채용하고 있고 그에 따라 이들 신규인력을 교육·훈련하는데 드는 비용 또한 만만치 않게 지출하고 있

다. 그러나 한편으로 임금 및 복지 수준이 상대적으로 높은 종합병원이나 수도권 지역병원들은 간호간병통합서비스를 위해 추가로 필요한 간호사를 채용하기가 수월하겠지만, 기존에도 간호사 채용에 곤란을 겪었던 중소병원이나 지방 소재 병원들은 그나마 고용하고 있던 간호사들이 간호간병통합서비스 확대 여파로 대형병원이나 수도권 소재 병원으로 이동하게 되는 상황에 대해서 몹시 우려하고 있다.

III. 민영보험과 비급여 관리

보건복지부 및 건강보험 당국에서 비급여를 관리하고자 노력하고 있는 반면, 금융당국과 민영보험사들도 비급여 관리방안에 대해 고심하고 있다. 국민건강보험공단과 한국보건사회연구원이 2016년 발표한 '한국의료패널 심층분석보고서'에 따르면 민간의료보험 가입률 및 월 납입료는 꾸준히 증가하는 추세로 2014년 전체 가구 중 민간 의료보험 가입 가구는 78.1%로, 2010년 75.0%에 비해 지속적인 증가 추세이며, 민간의료보험 가입가구 당 가입개수는 평균 3.79개로, 월 평균 225,384원을 보험료로 납입하고 있는 것으로 파악되었다[7]. 민영보험 중 특히 실손보험은 법정본인부담 뿐만 아니라 비급여 본인부담까지 상당부분 보장해 주고 있다. 그런데, 생명·손해보업계의 실손보험 손해율은 2010년 106.4%에서 2011년 109.9%, 2012년 112.3%, 2013년 119.4%, 2014년 122.9%, 2015년 상반기 124.2%로 매년 빠르게 상승하고 있으며, 그 원인 중의 하나는 비급여의료비의 급속한 증가가 꼽힌다.¹⁾ 따라서 민영보험사 입장에서는 비급여 서비스를 적극적으로 관리해야 하는 입장이다. 그러나 비급여를 관리하려는데 있어서 첫 번째 걸림돌은 역설적이게도 비급여 서비스가 정확히 무엇인지, 그리고 어떻게 제공되고 있는지를 파악하기 어렵다는 것이다. 요양기관에서 적용하고 있는 비급여수가 유형은 각 요양기관마다 매우 다양할 뿐만 아니라 요양기관의 내부자료이기 때문에 실제 내용을 확인하기가 어렵다. 원칙적으로 환자가 의료기관에서 진료를 받은 후 의료기관으로부터 본인의 진료비 내역과 진료내용에 대한 다양한 자료를 발급받을 수 있지만, 병원별로 진료비 내역서가 다르고 세부내역서

1) Source: Korea Life Insurance Association(2016)

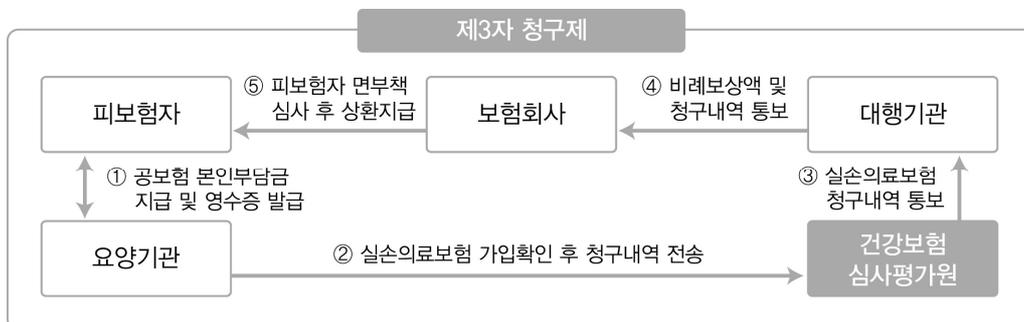
가 부실한 경우가 많다. 국민권익위원회는 병원 진료비 세부내역서에 1) 급여 및 비급여 항목이 구분되어 있지 않은 점, 2) 진료항목의 수가코드 기재 누락 및 자체코드 사용, 3) 세부 내용 비구분 등을 대표적인 문제점으로 꼽았다[8]. 따라서 건강보험 비급여 서비스에 대한 가격과 이용량에 대한 정보 파악이 중요한데, 정보 파악의 용이성과 정보의 활용성을 높이기 위해서는 비급여 분류체계의 표준화가 필요하다[9]. 이에 보험개발원은 비급여 청구건수가 많고 표준화가 시급한 항목을 선정하여 건강보험심사평가원과 공동으로 표준화 작업을 추진하고 건강보험심사평가원에서 추진 중인 비급여 진료비용 공개항목에 보험사들의 의견이 반영될 수 있도록 공동작업을 추진할 계획이라고 한다[10].

두 번째 문제는 누가 어떻게 관리할 것인가에 관한 것이다. 실손의료보험의 주된 보장영역인 비급여 의료서비스에 대한 관리체계 부재는 비급여 의료의 과잉을 심화시키는 요인이 되고 있다[11]. 우리나라 민영의료보험의 보험금은 사후환불제(reimbursement)로 지급된다. 즉 실손형, 정액형 모두 진료를 받고 2년 이내에 의료비 영수증 사본과 진단서 등 필요한 서류를 제출하면 보험금을 지급하게 된다. 그 과정에서 보험회사는 수가나 의료서비스의 적정성에 대해 의료기관과 협의하거나 심사하지 않게 된다[12]. 보험회사는 실손의료보험의 손해율을 관리하는 것이 중요하지만, 의료기관의 비급여 진료비를 심사할 권한이 없다. 따라서, 민영보험에서도 국민건강보험에 서와 마찬가지로 도덕적 해이가 발생할 수 있다. 실제로 상당수의 의료기관에서 실손의료보험 가입여부를 확인 후 고가의 비급여 진료를 권유·시행하거나 주치료 질함과 무관한 검사를 반복 시행하는 경우도 빈발하고 있는 것으

로 알려져 있다. 따라서 실손의료보험도 제3자(요양기관) 청구제를 도입하고, 전문성을 갖춘 건강보험심사평가원이 위탁심사를 하는 것이 바람직하다는 주장[13]도 나오고 있다(그림 1 참조). 그러나, 이에 대해 의료계는 반대하는 모습을 보이고 있고, 보건복지부 역시도 신중한 입장인 것으로 전해진다.

위와 같은 문제점들은 결국 공·사보험의 연계, 즉 건강보험과 민영보험간의 연계에 관한 문제이다. 그 동안 공·사보험 연계에 관해 이루어진 논의들은 주로 1) 공·사보험 연계에 대한 장기적이고 큰 틀에서의 청사진이 부족했고, 2) 정책 당국간에 민영의료보험의 역할이나 감독에 관한 근거가 부족하여 정책에 혼선이 발생해 왔으며, 3) 공·사보험의 특성이 의료이용 및 도덕적 해이 발생, 보험료 인상 등으로 연결되는 과정에 대한 명확한 파악이 어려웠다는 점 등이 있다. 그러나 공·사보험은 분명 각자 장단점이 있으므로 상호연계가 이루어 질 경우 사회적으로 이득이 될 것이며, 공·사보험이 중점적으로 해결해 나가야 하는 부분은 바로 보장성강화와 비급여 진료비 관리이다. 효과적인 비급여 관리를 위해서는 공공부문의 역할이 필수적일 뿐만 아니라 민간 보험업계 차원에서의 역할과 노력 또한 중요하다.

세 번째는 구체적으로 어떤 부분부터 관리할 것인가의 문제이다. 우선 진료비확인제도, 즉 환자가 의료기관에서 부담한 비급여 진료비가 적정했는지를 확인해주는 제도에 따라 건강보험심사평가원은 진료비 확인 처리 후 요양기관 종별 분리 등 자료 분석을 통해 부당비율이 높은 요양기관에 대한 현지조사를 의뢰하고 있다. 건강보험심사평가원은 진료비확인제도와 비급여관리 및 가격 공개 업무를 공유해 비급여 데이터를 통합 관리해 나갈 계획이라고 한다[14].



자료: 조용운(2014)

<그림 1> 실손의료보험 제3자(요양기관) 청구제(안) (Proposed third party claim process for private medical indemnity insurance)

비급여 항목 표준화 역시 신속하게 추진되어야 할 것이다. 같은 진료를 받았는데도 병원마다 천차만별인 비급여 진료비 문제를 해소하기 위해 금융당국이 비급여 항목 코드와 명칭 등을 표준화할 계획이다. 금융위원회의 조사에 따르면 같은 도수치료를 받았음에도 병·의원별 진료비는 최저 1000원에서 최고 170만원으로 무려 1700배까지 차이가 났다고 한다[11]. 비급여 항목 표준화는 사회적 요구가 큰 비급여 항목부터 코드·명칭·행위 정의 등에 대한 표준화 작업이 이루어질 것으로 알려져 있다.

비급여 원가 관리의 필요성도 제기되었다. 비급여 서비스의 가격이 과도하게 높다는 지적과 함께 원가가 공개되고 관리되어야 한다는 것이다. 적정한 수가 산정과 국민들의 의료비 부담을 줄이기 위해서 공보험에서 비급여를 관리하는 것이 필요하며 그런 선상에서 비급여 원가를 파악하기 위한 시스템 구축을 추진하여 원가정보를 수집하고 관리해 나간다는 것이다.

국민건강보험 요양급여체계에 있지 않은 비급여 항목 중에서 민영보험 가입환자에게 필요한 항목을 선정하여 민영보험 요양급여 범위에 포함시키는 것도 한 방법이 될 것이다. 민영보험 요양급여 항목에 포함시켜야 하는 항목과 수가수준에 대해서 보험자는 의료공급자와의 협의과정을 통해 결정할 필요가 있다.

이러한 노력은 민영보험 가입환자에게 양질의 의료서비스 제공을 위한 제반사항을 개선하여 소기의 목적을 달성하기 위한 기반이 될 것이며, 향후 의료서비스 제공체계가 효과적으로 이루어지기 위해서는 총체적인 민영보험 요양급여 산정기준에 대한 근본적인 개정작업이 필요할 것이며, 그에 따른 민영보험 요양급여 산정기준에 관한 개선을 위한 연구가 필요하다.

IV. 시사점

최근 들어 보건당국이든 금융당국이든 비급여를 관리하겠다는 의지를 강하게 보이고 있는 것만은 분명하다. 이러한 정책환경은 병원경영에 결코 유리하게 작용하지는 않을 것이다. 당장, 기존에 비급여였던 서비스가 급여화 되면 대체로 수가는 낮아지게 된다. 물론 수요가 증가하는 측면도 있다. 하지만 의료서비스 수요는 가격탄력성이 낮기 때문에 가격이 낮아진다고 해서 수요가 크게 늘어나

기는 어렵다. 따라서 수익이 줄어들 가능성이 높은 것이다. 결국 경영효율화를 위해 보다 열심히 노력해야 한다는 것이다.

또, 고객만족을 위해 더 분발해야 한다. 병원을 찾게 되는 환자들 중 상당수는 민영보험을 가지고 있다. 환자가 보험금을 수령하기 위해 필요한 서류나 정보를 보다 수월하게 얻거나 보험사로 보낼 수 있도록 편의를 도모해 주어야 할 것이다. 일부병원에서는 1부에 대해서는 비용을 받지 않고 제공하고 있다.

좀 더 투명하게 운영되어야 한다. 병원은 환자가 진료비 세부내역을 요청할 경우 환자알권리 차원에서 비급여 서비스가 구체적으로 어떻게 제공되고 있는지 상세한 정보를 제공하여야 할 것이다. 아울러 비급여 서비스의 원가 대비 수가가 지나치게 높지는 않은지 검토한 후 적절한 가격을 책정해야 할 것이다.

마지막으로 병원들도 비급여 서비스의 효과성과 경제성에 관한 근거를 마련하는데 기여해야 한다. 정부의 정책에 맞춰 신의료기술이나 고가 의료서비스의 효과성을 입증하고, 형평성과 사회적 요구도 등을 고려하여 건강보험으로 급여화 하는데 있어서 정책적인 타당성을 뒷받침할 수 있는 연구에 적극적으로 참여하여야 할 것이다.

<References>

1. Kim DH et al, Organic Cooperation between Public and Private Health Insurance in the Era of Aging Population, Korea Insurance Research Institute, 2012.
2. Kim YE, [bigeub-yeojinlyo sonbonda] hanhae hwanjabudam 11jo··gugmin 84% "guggagwanlihaeya", Yonhap News, 2017, June 13, <http://www.yonhapnews.co.kr/bulletin/2017/06/12/0200000000AKR20170612127500017.HTML>
3. Shin YS et al, A study on the accounting of health care providers to improve relative values by groups, Korea Institute of Health and Social Affairs, 2012.
4. Kim TH et al, An evaluation of cost accounting system of National Health Insurance Service Ilsan Hospital, Yonsei University, 2016.
5. Kim JK, seontaegjinlyoje-ui munjejeomgwa gaeseon

- gwaje. National Assembly Research Service, 2011.
6. Medical Observer, "seontaegjinlyoje 9 wol pyeji" husogchaeg non-ui bongyeoghwa-2017.03.16. <http://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=98936>
 7. Suh NK et al. Report of In-depth Analysis of 2016 Korea Health Panel. National Health Insurance Service, 2016.12.31.
 8. Anti-Corruption & Civil Rights Commission, Improvement plan of detailed statement of medical costs to protect patient's right, 2015.
 9. Kang HJ. Current Status of National Health Insurance and Policy Agenda, Health and Welfare Forum, 2016.
 10. Korea Insurance Development Institute, Standardization of Costs for Uncovered Medical Services, Korea Insurance Development Institute, 2016.10.
 11. Ministry of Health and Welfare, Financial Services Commission, and Financial Supervisory Service. Private Health Insurance Improvement Plan, 2016.12.20.
 12. Shin KC. Discussions on the Empirical Study on Health Care Consumptions by Private Health Insurance Policyholders, Health and Social Welfare Review 35(4), 2015, 005-034.
 13. Cho YW et al. A Study on Collaboration Strategies of Public and Private Health Insurance in the Korean Health Care System, Korea Insurance Development Institute, 2014.12.
 14. Korea Biomedical Review, minganboheonsa jinlyobihwag-in geojeol swibji anh-eun simpyeong-won... wiim-yogeon ganghwa chujin, 2017.03.15. <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1040064>