

kiri Weekly

2015.12.14 제363호

포커스

비급여 의료비 심사 논란과 진료비확인제도 개선안 모색

글로벌 이슈

기후변화에 대한 IAIS의 이슈와 보험회사의 대응
금리하락에 따른 중국 생명보험회사의 수익성 악화 우려

금융시장 주요지표

kiri 보험연구원
Korea Insurance Research Institute

이슈와 포커스는 연구자 개인의 의견이며, 보험연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.
서울시 영등포구 국제금융로 6길 38 (여의도동 35-4) 8층 보험연구원 (문의 : 변철성 수석담당역 / 02-3775-9115)



비급여 의료비 심사 논란과 진료비 확인제도 개선안 모색

이태열 선임연구위원, 정성희 연구위원

요약

■ 최근 총의료비 통제를 위해 비급여 의료비를 관리해야 한다는 사회적 공감대에도 불구하고 의료서비스의 공급자인 의료계는 진료권 침해 등의 이유로 반대 의견을 가지고 있음. 그러나 본고는 현행 심평원의 진료비확인제도를 합리적으로 개선함으로써 비급여 의료비와 관련한 사회적 논란에 효과적으로 대응할 수 있다고 판단함. 현행 진료비확인제도에서 ① 확인을 신청하는 주체와 ② 진료비를 확인하는 주체에 따라 다양한 개선안을 제시할 수 있으며 그 과정에서 의료계의 입장을 최대한 수용할 수 있을 것임. 특히, 의료계가 ‘의료인의 양심과 전문적인 판단’이 적절하게 적용되지 못한 경우의 의료소비자 구제 방안 논의에 적극적으로 참여할 경우 오히려 ‘의료인의 양심과 전문적인 판단’이 사회적으로 더욱 존중받게 되는 계기를 마련할 수 있을 것임.

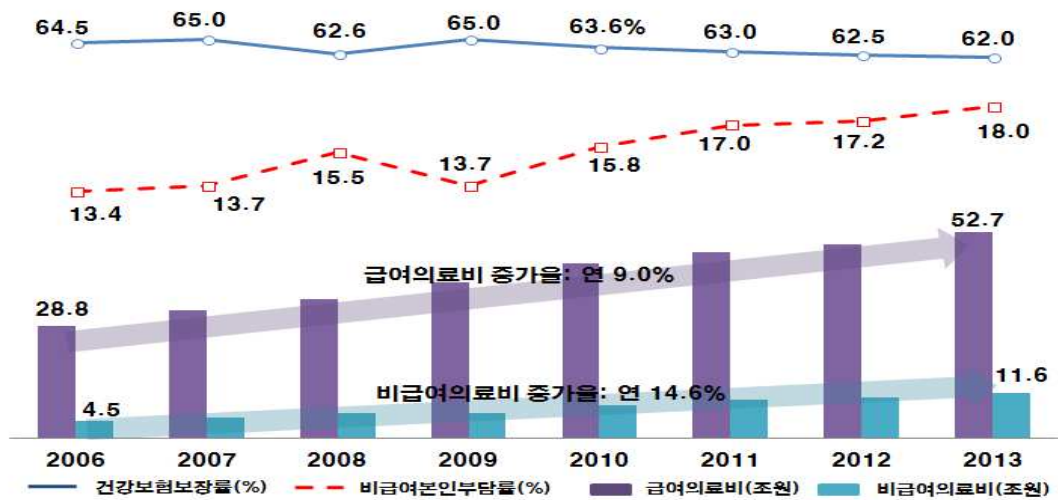
■ 최근 비급여 의료비를 포함하는 총의료비를 적절히 통제하지 못할 경우 의료 복지를 개선하기 어렵다는 사회적 공감대가 형성되고 있음.

- 2000년대 들어 공보험을 중심으로 한 건강 복지의 개선 노력에도 불구하고 비급여 부문이 크게 확대¹⁾되면서 별다른 진전이 나타나고 있지 않음.
 - 현 정부는 이러한 한계를 극복하기 위해 4대 중증질환 및 3대 비급여²⁾에 대한 보장 확대 등 국민건강보험의 보장성을 높이기 위한 다양한 노력을 경주하고 있음.
- 2015년 4월에 발표된 감사원의 의료서비스 관리실태 감사결과에서도 비급여관리의 문제점을 지적하고 체계적인 관리방안 마련을 촉구함.
 - 심평원의 955개 비급여 진료항목에 대한 조사결과 병원별 가격차이가 평균 7.5배로, 최대 17.5배까지 차이가 발생하는 것으로 나타남.

1) 2006~2013년 동안 급여 의료비의 증가율은 연평균 9.0%대 인데 반해, 비급여 의료비는 14.6% 수준임.

2) 정부의 건강보험 보장성 강화 계획의 일환으로 2014년부터 추진되고 있으며, 이에 대한 효과로 건강보험 보장률이 2014년에 약 1.5%p 증가할 것으로 기대됨(건강보험정책연구원 보도자료).

〈그림 1〉 건강보험 보장률 및 의료비 추이(2006~2013년)



자료: 건강보험환자 진료비 실태조사.

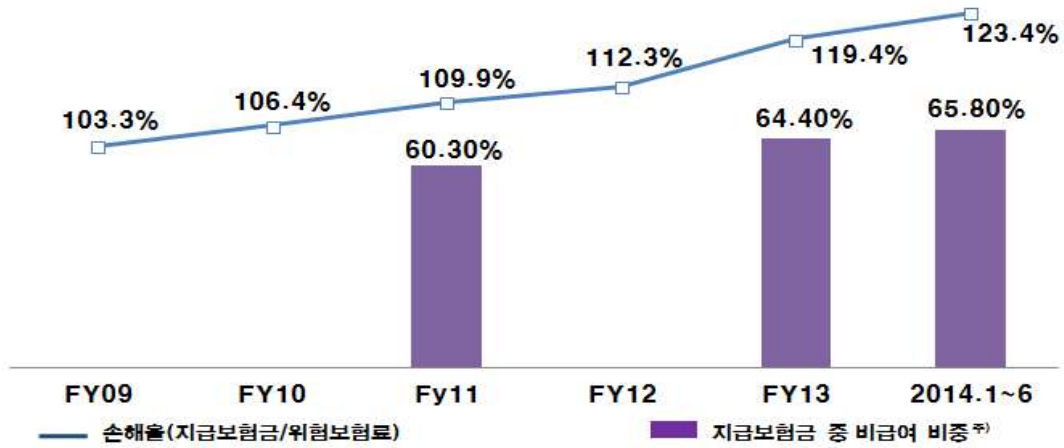
■ 비급여의 급증은 공적 보험 보장률을 정체시킬 뿐 아니라 민영건강보험의 손해율도 크게 상승시키면서, 민영보험의 보험금 내역을 심사하여 총 의료비를 관리하자는 논의가 확산되고 있음.

- 정부의 제도개선 노력에도 불구하고 실손의료보험의 손해율은 현재 120% 이상으로, 특히 지급보험금 중 비급여의 비중이 계속 증가 추세에 있어 손해율 상승을 가중시키고 있는 양상임.
- 2015년에 김춘진,³⁾ 오신환⁴⁾ 등은 비급여를 보장하는 민영건강보험의 보험금에 대해 그 내역을 심사하도록 하는 것을 골자로 하는 법안을 발의함.
 - 두 법안은 ‘자동차손해배상보장법’에서 자동차보험진료수가의 심사·조정 업무 등을 전문심사기관에서 심사하도록 규정한 것을 근거로, 실손의료보험의 주요 보장영역인 비급여 의료비의 적정성을 전문심사기관을 통하여 확인할 수 있는 제도 마련을 제안함.
- 민영건강보험 보험금의 전문심사기관 제도 도입 필요성에 대한 사회적 공감대 확산에도 불구하고, 의료계는 진료권 침해 등을 명분으로 반대하는 입장임.

3) 김춘진 안은 전문심사기관은 심사결과를 국민건강보험공단 및 요양기관에 알려야 하며, 보험사는 심사결과 부적합하다고 확인된 의료비용에 대해 요양기관에 구상권을 행사할 수 있음을 명시함.

4) 반면, 오신환 안은 전문심사기관은 심사결과를 보험회사, 보험계약자 및 요양기관에 알려야 하며, 전문심사기관의 요양기관에 대한 진료기록 열람 요청권 및 전산망 구축을 위한 요양기관과 보험회사의 자료제공 요청권을 부여함.

〈그림 2〉 실손의료보험 손해율 및 비급여 비중 추이



주: 1) 손해보험 상위 4개사, 2014년은 1~10월 기준임.
 2) FY09, FY10, FY12 수치는 자료 부재로 표기하지 않았음.
 자료: 금융감독원; 손해보험협회.

- 의료계의 반대 의견은 ① 비급여 표준화(비급여 의료비와 관련한 의료 행위, 코드, 수가 등에 대한 표준화)와 ② 비급여 의료비 적정성 심사로 나누어 파악해볼 수 있음.
- 비급여 표준화와 관련하여 의료계는 비급여 의료 행위에 선택적인 요소가 많고, 수가 산정을 표준화하기 여의치 않은 다양한 변수들을 포함하고 있다는 점을 들어 비급여 의료 행위 및 수가의 표준화⁵⁾에 대해 부정적인 입장을 보이고 있음.
 - 비급여 의료 행위에는 필수 의료적 성격이 있는 행위도 있으나 선택적 의료인 경우도 많아 자칫하면 국민의 의료 선택권을 침해할 수 있다는 것임.
 - 비급여 의료비의 적정 가격은 의료진 및 의료시설의 수준, 시술 부위 및 소요시간, 환자 중증도, 치료재료 종류 등 의료기관이 제공하는 의료서비스의 차별적 요소를 모두 고려하여 재량적으로 산정되어야 한다는 입장임.
- 비급여 의료비 심사와 관련해서 의료계는 비급여 의료에 대해서 기본적으로 자율적인 사적영역이며 ‘의료인의 양심과 전문적인 판단’이 존중되어야 한다는 점을 들어 공공 부문과 민간 부문(보험회사 등) 모두의 관여를 반대하고 있음.

5) 심평원은 2012년부터 의료계와 공동으로 비급여 행위 및 코드에 대한 표준화 작업을 추진 중에 있으나, 진척도는 미미한 수준임(2013년 기준 비급여 항목의 표준화 비율은 9.7%에 불과).

- 의료계는 기본적으로 비급여 의료는 정부가 간여하지 않은 사적 영역으로서 의료기관과 소비자 사이의 자율성이 존중되어야 하기 때문에 공공 부문의 간섭 자체에 대해 부정적임.
 - 특히, 의료계는 심평원의 개입을 우려하고 있는데 본기관이 기본적으로 급여부분인 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가⁶⁾하기 위해 설립되었다는 점을 고려한다면 비급여 의료비 영역에 개입하는 것을 부정적으로 보는 의견에도 타당성이 있음.
 - 민영건강보험에 대해서도 기본적으로 소비자와 보험회사 간의 계약이기 때문에 보험회사와 의료계는 이해당사자가 될 수 없다는 입장임.
 - 의료계는 민영건강보험에 대해서 환자의 비용을 부담하기 위해 보험회사들이 스스로 만든 것이기 때문에 의료계가 고려해야 할 어떠한 합의와 제휴 관계도 없다는 입장임.
- 본고는 의료계의 주장을 많은 부분 수용하더라도 현행 진료비확인제도를 개선하는 선에서 비급여 의료비 심사와 관련하여 합리적인 대안을 강구할 수 있다고 판단하고 이에 대해 논의함.
- 심평원은 기본적으로 급여 의료에 대한 적정성을 평가하는 기관이지만 궁극적으로 국민의료복지의 향상을 위해 관련 의료의 적정성을 심사하는 기관이기 때문에 ‘진료비확인제도’를 운영하고 있음.
 - ‘의료진의 양심과 전문적인 판단’이 적절하게 적용되지 않은 경우 유일한 구제 수단은 심사평가원의 진료비확인제도라고 할 수 있음.
 - 그러나 의료 지식이 취약한 일반 국민이 스스로 알아서 이의를 제기해야 하는 현재의 방식으로는 기본적으로 한계가 있을 것임.
 - 따라서 현재의 진료비확인제도를 개선하는 형태로 의료 소비자를 보다 효과적으로 보호할 대안을 마련할 수 있을 것으로 판단됨.
 - 비급여 의료비의 적정성 문제가 지속적으로 제기되는 것은 현 진료비확인제도의 한계도 어느 정도 영향을 미쳤다는 것으로 생각해 볼 수 있음.
- 심사평가원의 진료비확인제도는 ① 확인을 신청하는 주체 또는 ② 진료비의 확인 주체에 따라 다양한 개선안을 모색하고 구체화 과정에서 의료계의 입장도 최대한 반영할 수 있을 것임.
- 첫째, 과다의료비 지출의 경우 민영보험가입자는 보험회사가, 비가입자의 경우 소비자가 해당 비용을 감당하는 만큼 이들이 이의를 제기하도록 개선함.
 - 민영보험의 경우 보험금이 과대 지급되면 계약자들이 보험료 인상의 피해를 보기 때문에 보험

6) 국민건강보험법 제62조.

회사는 계약자를 대리해서 진료비확인신청을 할 수 있도록 할 필요가 있음.

- 둘째, 심평원이 자체 판단에 의해서 의료소비자를 과다 의료비로부터 보호할 필요가 있다고 판단할 경우 스스로 진료비확인을 할 수 있도록 개선함.
 - 보험회사가 계약자를 대리해서 진료비확인신청을 하는 것이 우려된다면 심평원의 판단에 일임하는 것도 좋은 대안이 될 수 있을 것임.
- 셋째, 민영보험가입자는 보험회사와 의료기관 사이에 협력을 통해 자체적인 진료비확인제도를 운영함.
 - 심평원에 의해 모든 진료비의 심사가 이루어지는 것이 부담스러울 경우 의료계와 보험회사 간에서 자발적으로 선택할 수 있는 대안이 될 수 있을 것임.
 - 비가입자의 경우는 환자가 스스로 신청을 하는 현행 제도로 운영하거나 심평원이 직권으로 하는 형태 모두를 고려할 수 있을 것임.

〈표 1〉 진료비확인제도 개선을 위한 논의

구분	민영보험 가입 여부	확인 신청 주체	진료비 확인 주체	비고
현행	가입자	환자 본인	심평원	-
	비가입자	환자 본인	심평원	
1안	가입자	보험회사	심평원	김춘진(2015), 오신환(2015): 전문 심사기관이 심평원인 경우와 유사
	비가입자	환자 본인	심평원	
2안	가입자	심평원	심평원	사실상 직권심사제
	비가입자	심평원	심평원	
3안	가입자	의료계-보험회사 간 협의 기구	의료계-보험회사 간 협의 기구	김춘진(2015), 오신환(2015): 전문 심사기관이 별도기관인 경우와 유사
	비가입자	환자 본인 or 심평원	심평원	

- 의료계는 ‘의료인의 양심과 전문적인 판단’이 적절하게 적용되지 못한 경우 의료소비자를 어떻게 구제할 것인가에 대한 논의에 스스로 적극적으로 동참함으로써 ‘의료인의 양심과 전문적인 판단’이 더욱 사회적으로 존중받을 수 있는 계기를 마련할 수 있을 것이라고 판단됨. [kiri](#)