



건강보험 예비급여제도를 둘러싼 논쟁

연 준 흠 | 대한의사협회

Controversy related to the preliminary coverage system of health insurance

Jun-Heum Yon, MD

Korean Medical Association, Seoul, Korea

Korea is regarded as a country that provides a high level of medical services despite a low burden of public health insurance premiums. However, patients face the burden of covering the costs of medical services that are not covered by health insurance, and providers face difficulties because the price of the medical service guaranteed by the health insurance system is very low. In this situation, the government is trying to expand health insurance coverage in the form of the 'preliminary coverage system' also known as the 'selective coverage system'. In this system the government sets the price for a particular health care service not covered by health insurance and then the patient pays for the majority (50% to 90%) of the cost. Although it is possible to manage information about the amount of medical service usage at the national level through this system, it still places a high economic burden on patients with low incomes. In addition, since medical providers are forced to receive uniformly undervalued prices, specialized technologies that have been optimized by medical research institutions are threatened with extinction. Therefore, the preliminary coverage system needs to be reviewed before implementation of expanded coverage within this framework. First, the concept of essential medical care should be established. Based on this concept, the percentage of the cost to be paid by patients should be derived. If the preliminary coverage system is applied to medical services that are not covered by health insurance, a reasonable classification system should be developed and applied along with pricing considering customary market prices.

Key Words: Preliminary coverage system; Selective coverage system; Insurance, health; Classification

서론

건강보험 또는 건강보장제도는 그 나라의 역사와 함께 발전한다고 할 수 있다. 독일은 1883년 비스마르크가 상병

수당, 장제비 등의 현금급여를 시작으로 질병금고 중심의 Social Health Insurance 형태의 건강보험제도를 발전시켰다. 이에 반해 영국은 1948년 7월에 조세를 근간으로 한 베버리지형(Beveridge형) National Health Service 방식의 건강보장 제도를 이루었다. 영국의 National Health Service 제도는 케인스 경제학을 바탕으로 하는 1942년 베버리지 보고서(social insurance and allied services, reported by William Beveridge)와 의료보장을 국민 기본권으로 인정한 1948년 국제연합 인권선언에 영향을 받아, 재원조달 방식이 사회보험료에서 조세로 바뀐 것이 특징이다[1].

대한민국은 임의보험시대를 제외하면, 1977년 건강보험

Received: May 1, 2018 Accepted: May 15, 2018

Corresponding author: Jun-Heum Yon
E-mail: yonjh@paik.ac.kr

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

제도가 탄생한 이래 세계에 유래가 없는 전국민 의료보험을 신속하게 달성하였다. 그리고, 세계보건기구 및 경제협력개발기구 등 국제기구에서 발표한 통계에 의하면, 대한민국은 매우 낮은 보험료율에도 불구하고, 기대수명과 영아사망률 및 5대암 사망률 부분에서 가히 선진국들의 의료수준에 필적하는 놀라운 성과를 달성하고 있다. 그러나 이와 같은 화려한 통계수치의 이면에는 3저(저부담, 저수가, 저급여) 체제라 불리는 구조가 존재하며, 이는 환자와 의료진 모두에게 불만을 증폭시키는 주요 원인으로 작용해 왔다[2].

선별급여와 예비급여의 개념

대한민국 건강보험제도의 저급여라는 특징은 건강보험 보장률의 국가 간 비교를 보면 명확해진다. 2015년 기준으로, 가계가 직접 부담하는 의료비 비율이 경제협력개발기구 평균 20.3% 비해 대한민국은 36.8%로 약 1.8배 정도 높다[3]. 따라서 국민들은 재난적 의료비에 대한 불안감이 클 수밖에 없다.

이런 문제인식 때문인지, 보건복지부는 2013년에 '4대 중증질환(암, 심장병, 뇌질환, 희귀난치성질환) 의료 보장성 강화'와 '3대 비급여(선택진료비, 상급병실료, 간병비) 개선' 정책을 발표하였다. 4대 중증질환 보장성 강화 정책에는 100% 건강보험 적용이라는 공약이 포함되어 있으며, 일부는 선별급여 제도를 도입하겠다고 하였다[4].

2013년 6월에 국무조정실에서 발표한 보도자료 '4대 중증질환 치료, 모두 건강보험으로 해결한다'에는 선별급여를 '의학적 필요성이 낮으나 환자부담이 높은 고가의료, 임상근거 부족으로 비용효과 검증이 어려운 최신훈료, 치료효과 개선보다는 의료진 및 환자 편의증진 목적의 의료 등'으로 설명하였다. 그리고 본인부담 차등화, 정기적 재조정, 다양한 가격설정, 탄력적 수가조정 등과 관련된 계획도 제시하였다[5] (Appendix 1).

이와 같은 특징은 2017년 8월 보건복지부에서 발표한 예비급여 제도와 유사하다. 다만 기존 선별급여는 본인부담비율이 50%, 80%이나, 예비급여는 50%, 70%, 90%로 좀 더

세분화 되었고, 적용 질환 범위가 4대 중증질환에서 일반적인 질환까지 확대되었다는 점에 차이가 있다.

보건복지부는 선별급여와 예비급여에 다른 차이가 있다고 강조한다. 선별급여는 특정 항목에 대해 급여 전환에 앞서 본인부담금을 차등하는 것이라면, 예비급여는 비용효과성이 다소 떨어져 비급여에 가까워 보이는 대상도 우선 급여의 틀 안에 넣고 데이터를 축적해서 검증해보자는 보다 적극적인 취지에서 신설되었다고 주장한다[6].

그러나, 정부에서 발표한 예비급여는 아직 국민건강보험법 제41조의4(선별급여) 규정을 따르고 있다(Appendix 2). 또한 국민건강보험법시행령 제18조의4(선별급여)에서는 선별급여의 정의, 평가주기, 평가항목, 평가방법 등을 구체적으로 제시하고 있다(Appendix 3).

선별급여와 예비급여에 대한 논란

보건복지부가 주장하는 선별급여 또는 예비급여의 필요성에 대한 여러 단체의 의견과 비판은 첨예하다. 보건복지부는 비급여에 대한 관행 수거나 실시횟수 등에 대한 정보가 부족해서 특정 시점에 급여 전환을 시도하는데 어려움이 있었으나, 예비급여를 한시적으로 적용하면서 평가과정을 거치면, 추후에 급여 전환에 대한 의사결정을 정교하게 할 수 있다고 주장한다[6]. 또한 급여 대상 항목 중 횟수나 개수 등의 제한을 폐지하면서 이에 대해 예비급여를 적용하면, 진료현장에서 급여기준의 제한으로 인한 불법적인 비급여 발생 원인을 제거할 수 있을 것이라는 주장도 있다[7].

이와 같은 보건복지부의 기대에도 불구하고, 참여연대에서는 2017년 8월 9일 정부 발표 직후 이에 대한 문제점을 지적하였다. 지난 정부에서 비급여의 급여화 전략으로 선별급여를 도입하였으나, 50-80%라는 높은 본인 부담률과 본인 부담금 상한제 적용 제외로 인해 실제 의료비 부담을 경감시키는 효과를 내지 못하였으며, 오히려 높은 본인부담률 수준을 감당할 수 있는 고소득층에 더 많은 혜택이 돌아가는 등 사회보험제도의 형평성 문제를 유발한다는 주장이다[8].

의료 전문지에서도 정부가 비급여를 급여화하는 과정에서

비급여의 관행수가를 보전해주지 않을 것이란 예상과 함께, 예비급여와 선별급여는 비슷한 개념이고 이들에 해당하는 항목에 대한 본인부담 90%는 사실상 비급여라는 주장을 기사화하였다[9].

대한의사협회에서는 급여로 전환되는 의료행위에 부여되는 상대가치점수가 모든 의료기관에 동일하게 적용되는 문제를 제기하였다. 기존 비급여 행위들은 의료서비스 수준에 따라 의료기관마다 의료인력, 장비 등의 차이가 크기 때문에 관행 수가의 차이가 클 수밖에 없었다. 그런데, 이를 적절히 분류하지 않고 성급히 예비급여를 적용할 경우, 행위별로 정해지는 상대가치점수에 의해 의료서비스의 하향 평준화가 발생하여, 환자는 높은 수준의 의료서비스를 선택할 수 없게 되고 고가의 의료장비를 갖추고 있던 의료기관에는 예측하지 못했던 손실이 발생한다는 것이다[10].

결론

특정 의료서비스 항목에 선별급여 또는 예비급여를 적용한다는 것은, 비급여와 달리 각 항목에 상대가치점수 등의 수가를 설정하고, 비교적 적은 비율이지만 건강보험 재정으로 환자 본인부담금을 일부 지원한다는 의미에서, 해당 항목을 급여로 전환한다는 개념으로 볼 수 있다. 그리고, 예비급여는 선별급여보다 넓은 범위의 의료서비스를 대상으로 하기 때문에 선별급여와 개념적으로 차별된다고 할 수도 있겠으나, 두 제도 모두 현행 국민건강보험법 제41조의4에 의해 '선별급여'로 운영되고 있다.

선별급여 또는 예비급여에 대해서는 다양한 논란이 있으므로, 본격적인 제도시행 전에 재검토가 반드시 필요하다. 첫째, 치료목적의 필수의료 개념을 정립하고, 이에 따라 동 제도가 적용되는 항목의 본인부담금 비율의 적정 수치를 찾아야 한다. 둘째, 동 제도에 의한 환자 본인부담금에 대해서는 본인부담금상한제를 어떻게 적용할 것인지에 대한 섬세한 설계가 필요하다. 셋째, 기존 비급여 항목을 급여 또는 선별급여로 전환하는 경우에는, 관행 수가를 감안한 적정수가 보상과 함께, 합리적인 분류체계를 개발하여 적용해야 한다.

찾아보기말: 예비급여; 선별급여; 건강보험; 분류체계

ORCID

Jun-Heum Yon, <http://orcid.org/0000-0002-2997-2191>

REFERENCES

1. Lee GS. Financing & delivering health care. 3rd ed. Seoul: Gyechuk Publishing; 2013.
2. Heo HY. Health care reform: McKinsey vision. Seoul: Chosun Ilbo Corporation; 2003.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2017 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2017 [cited 2018 Apr 23]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
4. Ministry of Health and Welfare. Workplans: reducing medical expenses [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2014 [cited 2018 Apr 23]. Available from: http://www.mohw.go.kr/sotong/cy/scy0108ls.jsp?PAR_MENU_ID=12&MENU_ID=120703&sotong=2014&cate=1.
5. Office for Government Policy Coordination. Expansion of health insurance coverage [Internet]. Sejong: Office for Government Policy Coordination; 2013 [cited 2018 Apr 25]. Available from: http://opm.go.kr/pmo/news/news01.jsp?mode=view&article_no=48699&board_wrapper=%2Fpmo%2Fnews%2Fnews01.jsp&pager.offset=0&search:search_key:search=article_title&search:search_val:search=%25B0%25C7%25B0%25AD%25BA%25B8%25C7%25E8&board_no=6.
6. Ministry of Health and Welfare. Health insurance covers all medical care [Internet]. Sejong: Minister of Health and Welfare; 2017 [cited 2018 Apr 23]. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=42&CONT_SEQ=340973.
7. Lee SW. Ministry of Health and Welfare starts to expand health insurance coverage. Doctors News. 2017 Dec 20 [cited 2018 Apr 25]. Available from: http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=120528&sc_word=기준비급여.
8. People's Solidarity for Participatory Democracy. PSPD's position on expansion of health insurance coverage policy [Internet]. Seoul: People's Solidarity for Participatory Democracy; 2017 [cited 2018 Apr 25]. Available from: <http://www.peoplepower21.org/Welfare/1521164>.
9. Kwak SS. Keywords about Moon care. Young Doctors. 2017 Aug 10 [cited 2018 Apr 25]. Available from: <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1045368>.
10. Oh JY. Preliminary coverage system: is it okay. Kuki News. 2017 Oct 20 [cited 2018 Apr 23]. Available from: <http://www.kukinews.com/news/article.html?no=493343>.

Appendix 1. Expansion of health insurance coverage [5]

구 분	내 용
본인부담 차등화	비필수적 의료인 점 감안, 건강보험에서 일부(예: 50~80%, 대체가능의료행위 수가 등) 지원(본인부담상한제 적용 배제)
정기적 재조정	3년마다 재평가, 비용효과성이 향상되거나 사회적 수요가 큰 의료는 필수급여 전환, 본인부담 조정 등 사후관리
가격설정	지나친 저가격 책정으로 의료발전에 저해되지 않도록 의료기술 특성을 감안한 다양한 가격방식 적용
수가조정	선별급여 도입으로 고가 의료서비스 가격이 인하되는 경우, 대체 가능한 현행 의료행위의 급여수가를 합리적으로 조정

Appendix 2. National Health Insurance Act

국민건강보험법 제41조의4(선별급여)

- ① 요양급여를 결정함에 있어 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요하거나, 경제성이 낮아도 가입자와 피부양자의 건강회복에 잠재적 이득이 있는 등 대통령령으로 정하는 경우에는 예비적인 요양급여인 선별급여로 지정하여 실시할 수 있다.
- ② 보건복지부장관은 대통령령으로 정하는 절차와 방법에 따라 제1항에 따른 선별급여(이하 "선별급여"라 한다)에 대하여 주기적으로 요양급여의 적합성을 평가하여 요양급여 여부를 다시 결정하고, 제41조제3항에 따른 요양급여의 기준을 조정하여야 한다. [본조신설 2016. 3. 22]

Appendix3. Enforcement Decree of National Health Insurance Act

국민건강보험법시행령 제18조의4(선별급여)

- ① 법 제41조의4제1항에 따른 선별급여(이하 "선별급여"라 한다)를 실시할 수 있는 경우는 다음 각 호와 같다.
1. 경제성 또는 치료효과성 등이 불확실하여 그 검증을 위하여 추가적인 근거가 필요한 경우
 2. 경제성이 낮아도 가입자와 피부양자의 건강회복에 잠재적 이득이 있는 경우
 3. 제1호 또는 제2호에 준하는 경우로서 요양급여에 대한 사회적 요구가 있거나 국민건강 증진의 강화를 위하여 보건복지부장관이 특히 필요하다고 인정하는 경우
- ② 법 제41조의4제2항에 따른 선별급여의 적합성평가(이하 "적합성평가"라 한다)는 다음 각 호의 구분에 따른다.
- 〈이하 생략〉