

IV

의료서비스의 도덕적 해이와 비급여 관리의 해외 사례

1. 의료서비스 선택과 도덕적 해이

가. 수요 측면

- 의료서비스의 선택 주체가 환자라는 가정하에서 건강보험은 불필요한 의료비 지출을 증가시키는 도덕적 해이(Moral hazard)를 야기한다고 알려져 있음
 - 건강보험에 의한 비용분담은 사후정산(Out-of-pocket)되는 환자의 의료비 지출을 감소시키므로 과도한 의료이용을 야기함(Feldstein 1973; Feldstein and Friedman 1977; Manning et al. 1987)
 - 한편 건강보험은 보험계약자가 건강위험 경감을 위해 노력할 유인을 줄이는 사전적 도덕적 해이(Ex-ante Moral hazard)를 유발하기도 함(Zwifel and Manning 2000; Bhattacharya et al. 2011)
- 그러나 비전문가인 환자는 일반적으로 자신이 원하는 의료서비스가 무엇인지, 의사가 제공한 치료가 자신의 건강 회복에 어느 정도 기여했는지 정확히 알지 못함
 - 환자는 그들이 필요로 하는 치료의 유형이나 양에 대해 의사보다 열등한 정보를 가지기 때문에 의사와 상의하여 의료서비스를 선택함
 - 치료의 기술적 복잡성은 환자가 의료서비스의 효과를 평가하기 어렵게 만들음(Evans 1974; Reinhardt 1978)
 - 환자는 낮은 수준의 치료만으로 치유되거나, 자가 치유(Self-curing)되는 경험을 하기도 함

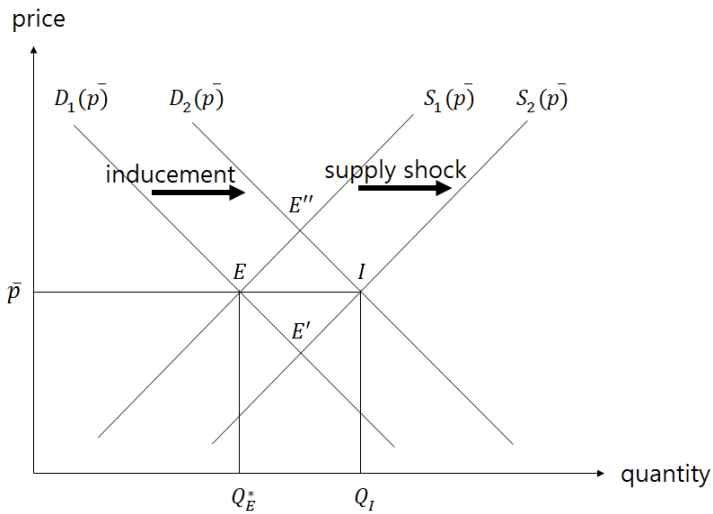
나. 공급 측면

- 공급 측면의 도덕적 해이는 주로 의료서비스 공급자의 유인수요(Supplier-Induced Demand;

SID) 형태로 나타남

- 공급자 유인수요는 의사가 자신의 이익을 극대화하기 위하여 수요곡선을 오른쪽으로 옮김으로써 불필요한 의료서비스 수요를 창출하는 것을 의미함
- 의료시장은 완전경쟁시장이 아니므로 환자가 적정 가격의 의료서비스를 찾는 능력이 제한되며, 의사는 의료서비스 가격이 한계비용(Marginal cost)을 초과하는 경우 실제 시장수요(D_1)¹⁴⁾의 오른쪽에서 과잉 의료공급이 가능함(그림 IV-1) 참조)¹⁵⁾

〈그림 IV-1〉 공급자 유인수요



주: 1) 관례적으로 의료가격이 외생적으로 주어지는 경우의 시장균형을 나타냄

2) Supply shock는 의사 대 인구 비율의 증가임

자료: Delattre and Dormont(2003)을 참고하여 작성함

14) '실제 시장수요(D_1)'는 의료서비스의 효과에 대해 완벽한 정보력을 갖춘 환자의 한계효용(MB)을 의미함. 정보비대칭이 존재하는 경우에도 의사가 객관적인 의료적 판단에 따라 의료서비스를 제공한다면 D_1 선상의 가격-의료량 조합을 선택할 것임

15) 공급자 유인수요 존재 여부는 공급충격(의사 대 인구 비율의 증가)이 있을 때 의료 공급량이 늘어나는지를 살펴봄으로써 테스트할 수 있음. ① 유인수요가 없는 경우, 의료가격이 유동적이라면 공급충격이 있을 때 가격은 낮아지고 의료량은 증가하는 새로운 균형(E')에 도달하나, 의료가격이 외생적으로 주어지는 경우에는 공급이 할당(Rationing)됨. ② 유인수요가 있는 경우, 의료가격이 주어져 있을 때 새로운 균형은 I 가 되고 공급충격에도 불구하고 각각의 의사 개인의 소득은 감소하지 않음. 한편, 우리나라와 같이 의사 수에 제한을 두는 경우에는 의료가격이 유동적이라면 새로운 균형은 가격과 의료량이 모두 증가하는 E'' 이 되고 의료가격이 주어진 경우의 균형은 I 가 되어 의사는 유인수요를 창출하여 자신의 이익을 증가시킬 수 있음

- 의사의 유인수요는 의사와 환자의 정보비대칭과 상대적 진단 능력의 차이, 의사의 이타심 (Altruism) 정도에 따라 결정됨
 - 공급자 유인수요는 환자와 의사 간 정보비대칭에 기인하거나(Arrow 1963), 의사가 환자의 수요곡선을 오른쪽으로 옮길 수 있는 능력이 있는 경우 발생할 수 있음 (Richardson 1981)
 - 의료공급이 의사에 의해 결정되는 경우, 의사가 이타적이어서 유인수요를 창출하는데 드는 도덕적 비용(Moral cost)이 클수록 수요곡선의 이동이 작음

- 의사의 의료공급 결정은 수가결정 방식이나 유인수요 인센티브에 따라 영향을 받을 수 있음
 - 우리나라와 같이 행위별수가제(Fee for service)가 보편적이면서 의료비가 건강보험에 의해 보장되는 경우 공급자의 유인수요 발생 가능성이 높음(Delattre and Dormont 2003)
 - 우리나라 건강보험의 경우, 행위별수가제 환자가 포괄수가제 환자에 비해 급여 청구 건당 재원일수가 긴 것으로 나타남(허순임 외 2008)
 - 1996년 CT검사 급여화 후 CT검사 이용량이 증가하였으며, 이후 국민건강보험공단의 심사가 강화되자 CT검사 이용량은 감소한 반면 당시 비급여 항목이었던 MRI검사 이용량이 증가하였음(서종록 외 1997; 문재희 1999)
 - 제왕절개 분만의 수가가 높기 때문에, 의료인들이 정상 분만에 비해 제왕절개 분만을 더 선호하여 제왕절개 분만이 증가하였음(문재희 1999)
 - 급여항목의 수가가 낮은 경우, 관행가격이 높은 비급여 항목에서 공급자의 유인수요 발생 가능성이 높음

- 공급자 유인수요가 존재한다는 실증적 증거는 다음과 같음
 - 의사 수가 외생적으로 증가하면 의사 1명당 더 적은 환자를 보게 되어 임금 감소 가능성이 있으며, 이런 경우 의사가 의료공급량을 늘리는 유인수요 인센티브를 가짐
 - 의사 대 인구 비율(Physicians-per-population ratio)의 증가는 의료공급량을 증가시킴(Cromwell and Mitchell 1986; Rossiter and Willensky 1983, 1984)
 - 의료수가가 낮아지면 의사는 임금 손실 보전을 위해 의료공급량을 늘릴 유인이 있음
 - 1976년 콜로라도(Colorado)에서 메디케어(Medicare) 이용량은 상대적으로 메디케어 수수료(Fee)가 낮은 도시가 주변 도시보다 높았음(Rice 1983)

- 수가의 변화로 소득 충격이 큰 의사집단일수록 더 많은 유인수요를 창출함(Yip 1998)

• 충분한 의료적 지식이 없는 집단일수록 의사의 유인수요에 대응하지 못하는 경향이 있음

- 의사나 의사의 가족에 비해 일반적인 사람들이 외과수술을 받을 확률이 훨씬 높음(Bunker and Brown 1974)

○ 현실에서는 수요 측면과 공급 측면의 도덕적 해이가 혼재되어 있음

○ 의사의 유인수요가 존재하는 경우, 보험계약자의 진료수준과 보험 선택이 달라질 수 있음 (석승훈 2010)¹⁶⁾

• 의사가 자신의 이익을 위해 진료 선택을 하는 경우, 의사의 도덕적 해이 문제만 존재하고 보험계약자에게는 위험을 부담할 이유가 없으므로 위험은 완전 헛지됨

• 의료공급은 최적 수준에 비해 크거나 작을 수 있는데, 효율이 떨어지는 진료를 추가하는 과잉진료뿐만 아니라 의료과실 사고를 우려하여 효율적인 진료를 기피하는 과소진료가 가능함

2. 비급여 관리 해외 사례

○ 본장에서는 우리나라와 같이 전 국민 대상의 공적건강보험을 시행하고 있는 독일, 호주, 일본, 대만 등의 비급여 영역 관리 체계를 살펴봄

• 상기 국가에서 민영건강보험은 공적건강보험이 보장해 주지 않는 급부(급여 환자 부담금, 비급여)를 보완해 주는 역할(보완형)을 수행함

- 독일의 민영건강보험은 보완형 이외에 일정 자격요건을 갖춘 국민¹⁷⁾에 한해 공적건강보험 대신 선택할 수 있는 대체형도 함께 운영함

16) 석승훈(2010)은 의사의 유인수요가 있는 경우 외에도 ① 의사가 이타심을 갖고 보험계약자에게 최선의 진료를 하는 경우와 ② 진료의 효율성을 극대화하는 진료 선택을 하는 경우를 고려하고 있음. ①의 경우 환자의 도덕적 해이가 존재하므로 부분보험이 주어지고 환자의 위험은 부분 헛지됨. ②의 경우 위험은 완전히 헛지되고, 진료 선택은 진료의 한계효용과 한계비용이 같아지는 수준에서 결정됨

17) 일정 소득수준(2020년 기준 연 소득 62,550유로) 이상 고소득자, 공무원, 자영업자 등으로 2020년 기준 독일 국민 중 약 11%(870만 명)가 대체형에 가입함

가. 독일

○ 공적건강보험이 급여하지 않는 비급여에 대한 의료수가 체계(GOÄ)가 1965년부터 도입되었으며, 의료인은 청구 시 의료행위의 난이도, 수행 시간 등을 고려하여 GOÄ에 제시된 가중치를 적용할 수 있음¹⁸⁾

- 일반적으로 1~2.3배의 가중치만 설정할 수 있으며, 2.3배 초과 시에는 의료인이 이를 서면으로 정당화해야 하며, 치료 전 환자와 합의가 있는 경우에는 3.5배 이상의 수가를 적용할 수도 있음

〈표 IV-1〉 독일 민영건강보험 의료수가 체계(GOÄ)

가중치	적용
1	• 공적건강보험 수가 기준
1~2.3	• 의료행위 난이도가 평균일 경우 적용
2.3~3.5	• 의료행위 난이도가 평균 이상일 경우 적용 • 적용 전 의료진이 서면으로 정당화 필요
3.5 이상	• 고난도 혹은 선진 의료행위일 경우 적용 • 적용 전 의료진은 환자 및 보험회사와 서면 합의 필요

자료: Gebührenordnung für Ärzte(GOÄ)

나. 호주

○ 민영건강보험은 공적건강보험인 메디케어가 보장하지 않는 비급여 서비스(General cover)¹⁹⁾와 공공병원과 민영병원에서 민영환자로서 진료를 받는 경우(Hospital cover)²⁰⁾에 대해 보장함

- 일반의(GP) 외래진료는 메디케어 의료수가(Medicare Benefit Schedule, 이하 'MBS'라 함)의 100%를 보장하고, 전문의 외래진료 시에는 MBS의 85%를 보장함
- 전문의 외래 의료비의 비급여분 15%는 반드시 본인(환자)이 전액 부담해야 함.

18) 치과치료는 별도의 수가체계(Gebührenordnung für Zahnärzte: GOZ)가 적용됨

19) 치과, 안과, 물리치료, 안경 및 렌즈 등 보조기기 등임

20) 공공병원에서 의사 및 병원, 입원시점 등에 대한 선택권을 행사하는 경우와 민영병원을 이용하는 경우 메디케어(Medicare)에서는 75%만 보장해 주고 있어, 이를 초과하는 부분을 보장함

이러한 본인부담금을 민영건강보험으로 보장하는 것은 금지함²¹⁾

- 입원의 경우, 공공병원 진료는 메디케어에서 100% 보장하여 본인부담금이 없으며, 민영병원 입원 시에도 메디케어로 MBS의 75%를 보장받을 수 있음
 - 그리고 민영병원 입원 시 발생하는 25%에 해당하는 본인부담금은 민영건강보험을 통해 보장받을 수 있음
- 의료공급자는 자유롭게 진료비를 청구할 수 있으나, 보험회사와 사전계약을 맺은 의사 및 민영병원은 정해진 수가를 적용해야 하며 합의된 수가는 일반적으로 MBS보다 높은 수준임
 - 보험회사와 의료인 간 사전계약은 환자 본인부담금이 없는 계약(No gap agreement) 또는 환자 본인부담금 상한선²²⁾을 정한 계약(Known gap agreement), 두 종류가 있음
 - 피보험자가 보험회사와 사전계약을 맺지 않은 의료기관을 이용할 경우에는 보험회사가 MBS 초과금액의 25%만 부담하므로 MBS를 초과하는 나머지 금액은 전액 본인이 부담해야 함
- 환자 본인부담금이 발생하는 경우, 의료공급자는 진료 전에 환자에게 이를 설명하고 동의를 받아야 함
 - 의료공급자는 환자 사전동의(Informed Financial Consent; IFC) 가이드라인을 활용하여 환자에게 예상 의료비 정보를 제공하고, 이를 통해 진료 전 환자, 의사, 병원, 보험회사 간 충분한 의사소통이 이루어진 후에 환자가 진료 진행 여부를 결정할 수 있도록 함
- 호주의료협회(Australian Medical Association; AMA)에서는 의료수가 가이드라인(AMA Fees List)을 매년 발표하여 보험회사와 계약하지 않은 전문의가 의료비 청구 시 이를 참고하도록 권장함

다. 일본

- 공적건강보험의 급여(보험진료)와 비급여(보험 외 진료)가 병용되는 경우(혼합진료)를 원칙적으로 금지하고, 혼합진료 시 공적건강보험의 급여 청구를 인정하지 않고 모든 비용을

21) 김하윤 외(2021. 1)

22) 본인부담금 상한선은 보통 500달러 수준임

환자가 전액 부담하도록 함

- 다만 후생노동성이 정하는 ‘평가요양’과 ‘선정요양’의 범위 내에서는 혼합진료를 허용하여 보험진료에 대해서는 보험급여를 적용함
- ‘평가요양’은 보험도입을 위해 평가 중인 요양을 뜻하며, ‘선정요양’은 보험도입을 전제로 하지 않는 환자의 선택적 요양을 의미함

○ 일본은 평가요양, 환자신청요양, 그리고 선정요양에 대한 내용의 게시, 설명, 환자동의의 관련 규정을 명문화하고 있음²³⁾

- 규정에 따르면, 의료기관은 환자에게 평가요양, 환자신청요양, 선정요양의 내용, 예상진료비 등에 대해 설명해야 하며, 서명을 받아 환자에게 동의를 얻어야 함

〈표 IV-2〉 일본 평가요양 및 선정요양

구분		내용
평가요양	의료기술	• 선진의료
	의약품·의료기기	• 의약품의 시험(임상시험)에 소요되는 진료 • 의료기기의 시험에 관련된 치료 • 약가기준 등재 전 승인의약품 투여 • 보험적용 전의 승인의료기기의 사용 • 약가기준에 등재되어 있는 의약품의 적용 중 이외의 사용
선정요양	쾌적성·편의성	• 특별 의료환경의 제공 • 예약 진료 • 시간외 진료
	의료기관의 선택	• 200병상 이상의 병원 - 소견서 미지참 환자의 초진·재진
	의료행위의 선택	• 제한 횟수를 초과한 의료행위 • 180일을 초과하는 입원 • 앞니 부위의 재료 차액 • 금속으로 된 완전 틀니 • 소아 충치치료 후 지속관리

23) 보험의료기관 및 보험회사 요양담당규칙 제5조의 4(保険医療機関及び保険医療養担当規則)

라. 대만

- 의료기관이 수술 시 비급여 의료기기를 사용할 경우 환자에게 비급여 의료기기의 예상진료비, 비급여 사유, 잠재 부작용, 의료기기 특징, 유사 급여항목과의 비교 등에 대해서 설명하고 환자에게 서명으로 동의를 받아야 함²⁴⁾
 - 환자가 비급여 진료에 대해 이의를 신청할 경우에, 요양기관 조사 후 문제가 인정되면 비급여 해당 부분을 환자에게 환불해주는 비급여 진료에 대한 이의신청 제도 또한 시행하고 있음
 - 또한 대만은 비급여 항목 및 수가를 공개하도록 하고 있는데, 중앙건강보험서의 「의료기관 관리법」에 관련 규정이 명시되어 있으나, 강제적이지 않고 처벌규정도 없는 상태로 간단한 목록만 공개하고 있음

〈표 IV-3〉 대만 비급여 항목 예시

내용
<ul style="list-style-type: none">• 미용·성형• 주간 입원(다만, 정신질환치료 제외)• 상급병실 차익(1~2인실): 관행수가로 요양기관마다 차이 존재• 인공수정• 약물중독치료(알코올, 담배 포함), 비외상 치료성 치열교정, 예방성 수술• 성전환 수술• 의사 처방전이 필요 없는 일반 의약품• 혈액(다만, 긴급상병으로 의사의 진단에 의한 수혈은 제외)• 생체 실험• 튜브식사 이외의 식사• 환자 이송비, 등록비, 증명서 발급비• 의치, 의안, 안경, 보청기, 휠체어, 지팡이 및 기타 비적극 치료성의 보장구• 기타 법령에 의하여 정부가 비용을 부담하는 의료서비스• 예방접종 및 정부가 비용을 부담하는 기타 의료서비스• 보험자가 입안하고 건보회 심의를 거쳐 주관기관이 발표한 기타 치료 및 의약품

24) 국민건강보험 의료기관의 계약 및 관리에 관한 규정 제14조