

## 임의비급여 과연 그 해결책은?

안이수 건강보험심사평가원 진료정보분석팀

최근 백혈병환자들의 집단민원제기를 계기로 촉발된 '임의비급여' 문제가 사회적 쟁점이 되고 있다. 올해 8월부터 민·관·정 협의체가 구성되어 임의비급여 문제에 대한 해결책을 찾기 위해 노력하고 있는 가운데, 건강보험심사평가원(이하 심평원)은 지난 10월 9일(화) 심평원 대강당에서 '임의비급여의 쟁점과 개선방안'이라는 주제로 제3회 심평포럼을 개최하였다. 이날 포럼에는 심평원 임직원, 학계 및 보건 분야 관계자, 일반인 등 약 4백여명이 참석하였으며, '임의비급여의 개선방안'을 놓고 열린 토론이 이루어졌다. 이 글은 지정토론자들과 논의에 참여한 일반 참석자들의 의견을 정리한 것이다.



### 〈참석자〉

- 좌 장 : 문옥륜 (서울대학교 보건대학원 교수)
- 주제발표 : 박상근 (병원협회 보험위원장)
- 안기종 (한국백혈병환우회 사무국장)
- 토 론 자 : 박인석 (보건복지부 보험급여팀장)
- 박창일 (사립대학병원장협의회회장)
- 양승욱 (양승욱법률사무소 변호사)
- 윤석준 (고려대학교 보건대학원 교수)
- 정정지 (건강보험심사평가원 급여기준실장)
- ※ 이상 가나다순

## | 지정토론 |

### 박 인식

임의비급여 문제를 해결하기 위해서는 실현가능한 접근방식이 필요하다. 즉 제공된 의료서비스가 근거를 기반으로 하는 지를 검토하는 것에서부터 시작해야 할 것이다.

임의비급여 문제에 대한 논의는 다음의 3가지로 정리할 수 있다. 첫째, 포지티브적 접근 방식을 도입하는 것인데, 약에 대해서는 포지티브 급여체계를 도입하였다. 그러나 의료서비스에 도입하는 것은 현실적으로 어렵다고 본다. 둘째, 환자와 의료인간 사적계약에 의해 서비스를 제공하는 경우이다. 그러나 비급여를 인정해달라는 요구는 의료공급자와 소비자의 대등한 계약 관계가 불가능하므로 도입하기는 아직 이르다. 셋째, 기존 체계에 포괄수가제, 총액계약제를 도입하고자 하는 논의가 계속되고 있는데, 정부, 의료공급자의 합의 도출이 어려운 상태이다. 장기적으로는 지불 체계의 변화로 임의비급여 문제를 해결하는 것이 바람직하나 현재 수준에서는 곤란하다고 생각한다.

임의비급여 문제 해결을 위해 현 시점에서 할 수 있는 것을 임의비급여 유형에 따라 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 급여 미결정 부분의 임의비급여는 크게 문제되지 않는다고 생각한다.

둘째, 심사삭감에 따른 임의비급여는 사례별 심사를 통해 해결할 수 있을 것이나 요양기관에서 삭감될 것을 고려하여 청구조차 하지 않는 것이 문제이다.

셋째, 별도산정불가에 따른 임의비급여는 내년 1월 신상대가치점수제의 실시로 일정부분 개선될 것이라 생각한다.

넷째, 급여기준 초과에 따른 임의비급여 부분은 의학적 근거와 타당성을 재검토해 보겠다.

다섯째, 식약청 허가사항 초과에 따른 임의비급여에 대해서는 식약청 규정 사항을 무시하고 건강보험법에서 처리할 수 있는 문제는 아니다. 현재 제약회사는 특정 의약품에 적용되는 질병을 확대하기 위해서는 많은 시간과 노력이 수반되므로, 식약청에 신청하지 않는 경우가 있다고 한다. 따라서 어떤 절차를 통해 급여를 허용할 것인지가 문제라고 생각된다. 현재 항암치료제는 암질환심의위원회의 사전승인제도를 이용할 수 있으나 다른 치료의 경우는 절차가 없으므로 병원이나 학회 내의 IRB에서 검토하여 치료제를 환자에게 적용하고, 심평원에 보고하면 심평원은 축적된 보고 내용을 검토하여 급여에 반영하는 것도 하나의 개선책이 될 수 있다고 생각한다.

### 박 창일

백혈병환우회의 C대학병원 민원 요청으로 임의비급여가 이슈화된 것을 계기로 임의비급여 문제가 제대로 평가되었으면 한다.

첫째, 의사가 부당 청구를 하는 것은 의사의 이익이 아니라 환자에게 최고의 의료서비스를 제공하기 위한 것, 즉 환자의 이익을 위한 것이다.

둘째, 급여 외에는 비급여로 하는 포지티브 체계의 도입이 필요하다고 생각한다.

셋째, 비급여 부분에 대해서는 환자의 동의가 있을 때에만 적용하고, 추후 조사하여 전문가의 논의를 거치는 과정이 필요하다.

넷째, 민원청구할 때와 의료기관에서 급여비를 청구할 때 다른 기준을 적용하고 있는데, 이러한 심사의 이중 잣대는 조속히 시정되어야 한다.



**양승욱**

의비급여의 해소는 두 가지 측면에서 생각할 수 있다. 첫째, 임의비급여 영역의 모호함 해소와 둘째, 임의비급여 비용 지불 대상자의 불명확성 해소라고 할 수 있다.

임의비급여 영역은 의료 행태의 어디까지를 타당하다고 인정할지에 따라 다르다고 본다. 단, 요양급여기준이 현재보다 후퇴하는 것은 환자의 기본권을 침해하는 것이므로 바람직하지 않을 것이다.

현재 임의비급여 비용 지불은 보험자와 공급자 간의 문제이고 서울대병원 문제도 마찬가지이다. 최근 대법원 판결을 보면, 국민건강보험법의 기준에 해당하지 않은 것은 의료기관이 환불해야 한다는 입장인데 이는 법원이 임의비급여의 대부분을 불법이라고 판단하고 있음을 반영하지만 치료재료 부분, 신의료기술 업데이트 등의 일부 부분은 불법이라고 보기 어렵다. 즉, 법원의 판결에서도 기준이 불명확하다는게 문제이다.

또한 의료소비자와 공급자의 개인적인 청약과 승낙이 인정된다면 법적 기준을 어떻게 해야 할지 모호해지기 때문에 환자 동의가 있을 때 비급여로 하지는 것도 논란이 있을 것이다.

**윤석준**

임의비급여의 규모 및 조달 방법에 대한 합의가 필요하다. 예를 들면 2005년 자료를 토대로 계산했을때 임의비급여 금액의 규모는 3~4조원이라고 추정되는데(전체 비급여 중 약 1/4 규모에 해당) 이 3~4조원을 어떻게 제도권 내로 가져올 것인가에 대해서 정부, 심평원, 국민의 합의가 필요하다는 것이다.

또한 임의비급여 문제 해결을 위한 거시적 접근이 필요한데 임의비급여의 문제가 확대될 때까지 공론화되지 못했던 점이 무척이나 아쉽다.

임의비급여의 근본적인 문제는 제정과 의료기술 등에 대한 심사평가의 적시성이 부족하기 때문인데 오늘 제시된 해결 방안은 최소한의 방법일 뿐 근본적 문제를 해결하기 위한 방법이 아니라는 생각이다. 또한 건강보험이 보장할 수 있는 범위는 제정 부족 때문에 제한되어 있으므로 재원을 조달하기 위한 다양한 노력이 필요한데 건강보험이 모든 것을 보장하기보다는 보충형 민간보험제도를 도입하는 것을 고려해야 할 것이다. 그러나 보충형 민간보험제도를 시행할 경우 취약계층의 의료보장 문제 등의 발생이 예상되는 바 의료기금(medical safety fund), 바우처 제도 등의 실시로 이러한 문제점을 해소할 수 있을 것이라 생각된다.

**정정지**

의비급여 문제는 급여 정책 및 의료기관과 심평원 간의 문제를 방치한 결과 생긴 것이다. 임의비급여는 네거티브 급여체계에서 불가피하게 생길 수밖에 없으므로 포지티브 도입을 진지하게 논의해야 할 것이다.

건강보장성 강화 측면에서는 보험료를 인상하고, 본인부담진료비를 줄이는 것이 옳지만 소비자의 선택 문제가 발생한다. 즉, 의료소비자는 양질의 진료를 받기 위해 일정 부분을 부담한다는 인식이 필요하다. 그리고 의료공급자는 의료소비자에게 가이드라인을 제시하고, 환자가 선택할 수 있는 부분을 제시하면 논란의 소지가 줄어들 것이다.

신의료기술의 경우 검증되지 않은 상태에서 모든 의료기관에서 제공하는 것은 옳지 않다. 따라서 한 시적 의료기관 제도를 도입하여 검증된 기관에서 우선적으로 기술을 제공하도록 하고 보험급여를 하는 것이 필요할 것이다.

## 참석자 자유 토론

**Q1.** (백혈병환우회원1) : 토론자께서 심평원 심사기준이 이중 잣대라고 한다. 민원과 요양기관 심사 기준이 어떻게 다른가?

**A1.** (이춘래 심평원 심사실장) : 민원처리 때는 급여인지 비급여인지를 보고 법정급여항목을 요양기관이 환자에게 부담 시켰을 때 요양기관이 환자에게 환급하도록 한다. 반면, 심사를 할 때에는 요양기관이 청구한 금액이 적합한지를 본다.

**A2.** (박인석 보건복지부 보험급여팀장) : 다르지 않다. 요양기관이 청구하면 심평원은 청구 금액이 합당한지를 본다. 그런데 아예 요양기관이 청구를 하지 않는 경우가 있는데, 이것이 민원 제기의 주된 이유이다.

**Q2.** (백혈병환우회원2) : 환자는 정말 어려움을 많이 겪고 있다. 일반적으로 치료비 환급이 적용된다고 해도 약 6개월 정도가 소요되기 때문에 실질적으로 나중에 환급을 받는다 해도 환급절차가 진행되는 동안에는 비용충당이 안 되어서 치료를 못 받거나 심지어 그 사이에 사망할 수도 있다. 이러한 환자의 고통을 이해하고 민원업무가 시기적절하고 합리적으로 처리되었으면 한다.

**Q3.** (백혈병환우회원1) : 환자들이 의사들을 부도덕하게 몰고 간 적이 없음을 확실하게 하고 싶다. C 대학병원의 경우 환자가 건강보험에서 급여 받을 수 있는 항목임에도 불구하고 임의비급여 항목으로 처리하여 환자에게 부당으로 본인부담처리 한 것이 전체 환자본인부담 비급여 비용의 72%에 해당되었다. 민원을 제기한 것은 급여 부분을 비급여로 하여 환자가 부담하도록 했기 때문이다. 여러 의사들이 현재 건강보험에서 급여기준으로 정하는 치료방법이나 약제만으로는 충분한 치료가 불가능하기 때문에 보험에서 급여되지 않는 환자본인부담의 고비용 치료법이나 약제를 쓸 수밖에 없다고 주장하고 있는데 과연 현 건강보험에서 정하는 급여수준에 맞는 치료법만으로는 충분한 치료가 불가능한 것인지, 건강보험의 기준에 정말 문제가 있는 것인지 알고 싶다.

**A1.** (박인석 보건복지부 보험급여팀장) : 전혀 문제가 없다고는 말 못한다. 그러나 환자의 생명을 위협하게 만드는 기준은 절대 아니다. 환자를 위협하게 했다면 지금까지 건강보험 체계가 유지되지 못했을 것이다.

**Q4.** (송세진 심평원 상근심사위원) : 오늘 의료서비스의 제한에 대해서는 논의가 안 된 것 같다. 많은 국가가 급여바스켓(benefit basket)을 도입했듯이 우리나라에서도 급여를 제한하는 것에 대한 논의가 필요한 것은 아닌지?

**A1.** (문옥륜 서울대 보건대학원 교수) : 현재는 보건복지부의 정책방향이 보장성 강화, 급여의 확대이기 때문에 급여의 제한에 대해서는 논의가 이루어지지 않고 있다. 🇵🇸