

# 건강보험 진료비심사의 법적 근거와 효력

김 운 목 \*

- I. 들어가며
- II. 진료비심사제도의 변화와 운영 현황
  - 1. 진료비심사제도의 변화
  - 2. 건강보험 수가제도
  - 3. 진료비심사 운영 현황
- III. 진료비심사의 기능과 법적 근거
  - 1. 진료비심사의 기능과 역할
  - 2. 진료비심사의 실무 절차와 방법
  - 3. 진료비심사의 법적 근거와 성격
- IV. 진료비심사의 내용
  - 1. 요양급여의 적정성에 대한 평가와의 관계
  - 2. 사실확인심사
  - 3. 적법성 심사
  - 4. 본인부담금에 대한 심사
  - 5. 심사기준심사
  - 6. 보험진료의 경제성 및 타당성에 대한 심사와 평가
  - 7. 요양급여의 적정성 및 합목적성 평가
- V. 요약 및 결론

## I. 들어가며

공적 건강보험제도가 정립하지 아니한 상태에서 의료를 이용하는 환자와 의사의 관계는 진료를 제공받고 그 보수를 수불하는 사적(私的) 영역에 속하는 법률관계이며 진료보수의 결정도 양 당사자 간의 민사법적 사항으로 규율한다. 이와 같이 환자와 의사간에 진료를 제공하고 비용을 수불하는 의료영역의 사적 법률관계가 보편적 사회보장제도로서 공적 건강보험제도

\* 한국보건복지인력개발원 교수, 한국입법학연구소 수석연구위원, 보건학박사

를 수립하는 과정을 거치면서 사회적 권리관계로 전환되어 왔다<sup>1)</sup>.

그동안 우리나라는 건강보험을 전 국민에 대한 보편적 적용으로 확대하였고 또한 포괄적으로 보험급여를 보장하기 위해 급여의 보장성을 꾸준히 강화시킴에 따라 건강보험을 통하여 이동하는 국민의료비 규모와 그 비중이 지속적으로 증가해 왔고 앞으로도 더욱 증가할 것으로 예상되고 있어 그 법률관계에서 조절하여야 하는 경제의 규모와 이해관계가 계속 확대되고 있다.

보편적 사회보장제도로서 국민의 의료를 제도적으로 보장하려는 건강보험 관리·운영 시스템은 환자와 의사의 관계에 공적으로 개입하는 것이며, 건강보험은 그 관계에서 의사(요양기관)가 환자(수급권자)에게 제공하는 진료를 요양급여로, 환자(수급권자)가 의사(요양기관)에게 지불하는 진료비를 요양급여비용<sup>2)</sup>으로 규율하고 이 제도화 과정에 수반하여 요양급여비용의 심사지급이라는 법률관계가 형성된다.

우리나라 건강보험에서 요양급여의 형태는 거의 대부분을 현물급여(진료서비스)로 제공하고 있고 보험자는 현실적으로 이 현물급여를 수급자에게 직접 제공할 수 있는 의료시설을 거의 가지고 있지 못하므로 필연적으로 의료제공자인 요양기관을 요양급여를 취급하는 당사자로 요청하게 되며 따라서 보험자와 의사(요양기관)간의 요양급여비용의 지불관계가 중요한 법률관계로 대두한다.<sup>3)</sup>

또한 의사(요양기관)가 수급권자에게 요양급여를 제공하고 보험자와 수

- 1) 이러한 과정은 ‘의료의 사회화 과정’으로 분류되며(荒木誠之, 社會保障の 法的 構造, 有斐閣, 1983, 139-141), 이로써 환자와 의사와의 법률관계는 순수한 사적계약의 영역으로 파악하기 어렵게 된다.
- 2) 국민건강보험법의 요양급여비용은 보험자 및 수급권자가 요양기관에 지급하는 총 진료비 중에서 요양급여의 대상이 되는 항목의 비용을 말하고, 이 요양급여비용은 보험자가 부담하는 요양급여비용과 수급권자가 직접 부담하는 본인일부부담금으로 구성되며 수급권자는 그 본인일부부담금과 비급여 본인부담금(상급병실료, 선택진료비 등)을 합한 비용을 직접의료비(본인부담금)로 부담하게 된다.
- 3) 전광석, “국민건강보험의 법률관계”, 『의료법학』 제2권 제1호, 대한의료법학회, 2001. 6, 280-283; 이상광, 『사회법』, 박영사, 2002, 688-692; 김운목, “건강보험 권리구제제도의 개선 방향에 관한 연구”, 『의료법학』 제7권 제2호, 대한의료법학회, 2006. 12, 225-226.

급권자에게 청구하는 요양급여비용은 보험자와 의약계를 대표하는 자와 계약으로 산정하도록 규정하고(국민건강보험법 제42조) 있으나, 의사(요양기관)가 보험자에게 심사청구<sup>4)</sup>한 요양급여비용을 지급함에 있어서는 심사평가기관의 심사를 거치도록 규정하여(법 제43조) 보험자와 의사(요양기관)간에 있는 요양급여비용 지불관계가 단순히 사적 영역에 있지 않음을 분명하게 하고 있다.

여기서 건강보험 요양기관이 수급자에게 요양급여를 제공하고 보험자와 수급자에게 청구한 요양급여비용의 타당성과 적법성 등을 검토하는 진료비심사<sup>5)</sup>는 심사평가기관이 요양기관의 진료비청구권(진료비 채권)에 대하여 보험자 및 수급자의 진료비 지급의무(진료비 채무)가 적법하고 타당한 것인지를 판단하는 일련의 행정작용을 말한다<sup>6)</sup>고 정의할 수 있다. 진료비심사는 요양기관이 취급하는 요양급여의 타당성과 충실을 유도하고 요양기관의 부당한 진료비 청구를 방지하여 보험재정의 균형을 도모하며 건강보험 진료질서를 확립시키고자 설치한 제도적 장치<sup>7)</sup>이고 1977년 7월 의료보험 제도를 본격적으로 시행한 때로부터 계속 운용되고 있다<sup>8)</sup>. 한편, 진료비심사의 대상이 되는 건강보험 재정규모는 2006년에 28조 5천여억원에 달하고 있어 2007년 중으로 연간 30조원을 넘어설 것으로 예상되고 있으며 2007년

4) 국민건강보험법은 요양기관이 보험자와 심사평가기관에 요양급여비용의 지급을 청구하는 행위(법 제43조)와 행정구제절차로서 건강보험심사평가원의 이의신청위원회에 대한 이의신청을 거쳐 보건복지부의 건강보험분쟁조정위원회에 행정심판을 제기하는 행위(법 제77조)를 모두 “심사청구”라고 규정하고 있으나, 같은 법률에서 개념의 혼동을 피하기 위해서는 행정구제절차로서의 심사청구를 “심판청구” 등의 다른 용어로 변경하는 것이 타당하다고 본다.

5) 요양급여비용 심사실무에서는 “요양급여비용 심사”라는 용어와 병행하여 “진료비심사”라는 용어를 함께 사용하고 있으므로 여기에서도 같이 사용하기로 한다.

6) 김운목, 전계논문, 240-242.

7) 문옥륜, 이재형 외, 『건강보장론』, 신광출판사, 2004, 322.

8) 1963년 제정된 최초의 의료보험법은 보험의료기관으로부터 진료보수의 청구가 있는 때에는 보험자가 그 진료보수청구서에 기재된 사실과 보험급여를 받기 전에 보험급여를 받을 자가 신고한 사항을 대조·확인하여 지급하고 진료보수의 청구금액이 부당하다고 인정될 때에는 보험자가 보험의료기관에 대하여 그 시정을 요구할 수 있도록 규정함으로써 현재와 같은 진료비 심사제도를 예정하고 있지는 않았다(제정 의료보험법 제42조, 동법 시행령 제5조 및 제35조).

4월말 현재 7만 5천여 요양기관이 그의 주요한 수입원으로써 건강보험 진료비를 심사청구하여 지급받고 있다.

이러한 진료비심사의 법적 근거에 대하여 국민건강보험법은 요양급여에 따르는 진료비의 청구·심사·지급 등의 방법과 절차에 관하여 필요한 사항을 보건복지부령으로 정하도록 위임하고 있고(제43조 제7항) 동법 시행규칙(제13조)은 요양급여비용의 심사청구를 받은 심사평가원으로 하여금 요양기관이 제출한 심사청구의 내용이 법 제39조(요양급여) 제2항 및 제3항의 규정에 의한 요양급여의 기준과 법 제42조(요양급여비용의 산정 등)의 규정에 의하여 정해진 요양급여비용의 내역에 적합한지를 심사하도록 규정하고 있다.

진료비심사청구 물량이 급격하게 증가하고 있고 요양급여의 적정성에 대한 평가업무<sup>9)</sup>를 구체적으로 개발·실행하기 시작함에 따라 진료비 심사방법은 변화<sup>10)</sup>하는 추세에 있다. 그리고 진료비심사와 관련하여 이것이 그 법률적 분쟁으로 진행될 수 있는 심사결과에 대한 이의신청 접수 건은 감소하는 추세를 보이고는 있으나 2001년~2006년 기간 동안에 573만 여건의 이의신청건이 발생하였고 그 이의신청 내용은 보다 복잡하게 전개되어 가고 있다<sup>11)</sup>. 따라서 건강보험 요양급여와 요양급여비용을 심사·지급함에 있게 되는 현실 상황과 일련의 제도 내·외적 환경변화를 감안하면서 요양급여의 타당성과 충실성을 보장하고 부당한 진료비 청구를 방지하여 보험재정의 건전화를 도모하며 또한 건강보험 진료질서를 확립시키려는 제도적 장치로서 진료비심사제도에 대한 법적 근거와 그 효력관계에 관하여 검토할 필요가 있다.

9) 2001. 7부터 국민건강보험법의 시행에 따라 구 의료보험법에서는 규정하고 있지 않았던 “요양급여의 적정성에 대한 평가”(법 제56조 제1항 제2호) 업무가 추가되면서 이에 대한 개념의 해석이 진료비 심사의 개념 정의와 함께 새롭게 논의되어 왔다.

10) 이에선 심사·평가·실사 등의 결과물을 활용하여 요양기관의 진료형태와 진료비용 등을 종합적으로 분석하고 관리하는 업무체계로서 요양기관의 총괄적 관리를 의미하는 급여적정성 종합관리제를 들 수 있다.

11) 김운목, 전계논문, 245-246.

## Ⅱ. 진료비심사제도의 변화와 운영 현황

### 1. 진료비심사제도의 변화

1963년 의료보험법이 제정된 이래 1977년 7월까지의 보험의료기관<sup>12)</sup>이 요양급여에 소요된 매월의 진료보수를 익월말일까지 보험자에게 진료보수 청구서를 제출하여 지급받았는데, 당시 진료보수청구서에는 요양급여를 받은 피보험자의 소속 등 인적사항, 병명 및 발병연월일, 진료내역, 진료비, 징수한 일부부담금액 등을 기재하였다. 그리고 진료보수청구서를 제출받은 보험자는 진료보수청구서에 기재된 내용과 보험급여를 받을 자가 질병발생 시기, 보험급여 종류 및 보험의료기관명 등을 기재하여 보험급여를 받기 전에 신고한 사항과를 대조·확인하여 진료보수를 지급하고, 청구한 진료보수 금액이 부당하다고 인정될 때에는 보험자가 보험의료기관에 대하여 그 시정을 요구할 수 있도록 규정하고 있었다.

이와 같이 초기 임의적 의료보험제도였던 당시에는 보험의료기관이 진료보수로 청구한 내용과 피보험자가 사전에 신고한 사항을 대조·확인하는 방법, 즉 기본적인 사실확인심사에 기초하여 진료비 심사제도를 구성하는 형태이었다.

1977년 7월 근로자 500인 이상 사업장 및 공단입주 사업장에서부터 제1종(직장)의료보험을 당연 적용하는 의료보험제도를 본격적으로 시행하면서 요양급여비용을 심사 지급하도록 하는 진료비심사제도가 도입되었으나, 1979년 7월까지의 전국에 산재하여 있는 개별조합(1978년 5월 현재, 574개 조합)에서 보건사회부장관이 정하는 산정기준에 의하여 요양급여비용을 심사 지급하도록 규정하고 있었다. 이때 각 조합은 전국에 걸쳐 수십 개 내지 수백 개 이상의 의료기관과 개별적으로 지정계약을 체결하고 있었고 피보험자의 요양급여를 위해 계약 요양취급기관수는 점점 확대되었으며, 각

12) 당시 보험의료기관은 의료기관 중에서 보험자의 신청에 의하여 보건사회부장관이 지정하도록 하여(제정 의료보험법 제39조), 현재의 요양기관 당연적용제와는 다른 형태로 운영되었다.

요양취급기관이 각 조합에 나누어 진료비를 청구하고 또한 각 조합은 각 요양취급기관별로 나누어 진료비를 지급해야 하였으므로 진료비 청구 및 심사지급절차의 복잡성 문제가 크게 지적되었다<sup>13)</sup>. 그리고 각 조합이 행하는 진료비심사의 불확실성에 대한 요양취급기관의 불신과 관련하여 제기된 문제들은 진료비심사의 정확성과 일관성을 제고하기 위하여 심사업무의 객관성과 공정성을 요청하는 의료계 측의 제도개선 요구로 이어졌다.

한편, 1977년 12월 제정된 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법에 의하여 1979년 1월부터 급여가 개시된 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험은 보건사회부장관이 정하는 산정기준에 의하여 보험자가 1979년 2월부터 요양급여비용을 심사 지급하도록 규정하고 있었다. 공무원 및 사립학교 교직원과 그 피부양가족 등 약 300만명에 대한 진료비의 심사를 수행하는 보험자(공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 관리공단)는 처음부터 기관 내에 주요부서로서 심사부를 설치하고 심사전문요원을 미리 모집·교육하면서 자체심사방안을 마련하는 방법 등으로 전문적인 심사기능을 확보<sup>14)</sup>하고자 강구하였다.

각 요양취급기관이 각 조합에 나누어 진료비를 청구하고 각 조합은 각 요양취급기관별로 나누어 진료비를 지급하는 진료비 청구·지급절차의 복잡성 문제와 각 조합이 행하는 진료비심사의 불확실성 문제로 대표되는 보험자별 심사지급체계의 비효율성 문제를 해결하고자 의료보험법의 개정을 통하여 1979년 7월부터는 요양급여비용에 대한 각 보험자(의료보험조합)별 심사지급체계를 전문기관(보험자단체)에 위탁하여 일원화시키는 방법으로 발전하였다. 이에 따라 전국에 산재하여 있는 조합에 대한 각 요양취급기관의 진료비 청구와 각 조합의 각 요양취급기관에 대한 심사지급업무는 보험자단체인 의료보험연합회에서 수행하게 되었으나 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험의 보험자는 상당기간 더 자체적으로 심사지급체계를 유지하였다.

13) 의료보험연합회, 의료보험의 발자취, 1997, 142-151.

14) 의료보험연합회, 전계자료집, 166-169.

한편, 심사의 기초가 되는 요양급여기준이 동일한 상태에서 각 진료비심사 기구마다 독자적으로 진료비를 심사함에 따르는 심사기준 적용의 상이성 문제와 심사결과의 일관성 결여 문제 등이 의료계 측으로부터 강력하게 제기되었고 이를 해소하고자 우선 두 심사기관에서 각각 설치하여 운영하고 있던 진료비심사위원회를 1981년 10월에는 진료비공동심사위원회로 합쳐서 운영하도록 하였다. 이후 전 국민 의료보험 실시를 앞두고 1988년 1월부터는 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험의 보험자에 설치된 진료비심사업무도 보험자단체(의료보험연합회)에 위탁하도록 하여 진료비심사 지급체계를 완전하게 일원화하였다.

그리고 2000년 7월 다수보험자 방식의 의료보험 관리체계를 단일보험자로 통합시키고 의료보험제도에서 건강보험제도로 발전하는 과정에서 국민건강보험법에 보험급여비용의 심사와 요양급여의 적정성에 대한 평가를 전문적으로 관장하는 건강보험심사평가원을 설립하도록 규정하여(제43조, 제55조, 제56조) 현재와 같은 체계로 보험급여비용 심사제도를 운영하게 되었다.

구 의료보험법에 의한 요양급여비용의 심사는 의료보험연합회가 보험자단체로서 그 고유한 업무(보험자에 대한 지원·지도) 외로 심사업무의 효율성을 도모하고자 보험자(조합 등)로부터 위탁을 받아 수행하는 수탁업무의 하나였으나, 2000년 7월 통합 건강보험의 시행과 함께 새롭게 발족한 심사평가 기구는 그의 고유한 권한으로 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하는 전문기관으로서 위치하게 되었다. 이와 같이 독립된 심사평가 기구를 설치하는 제1차적 목표는 국가경제발전의 범위에서 국민 의료비를 합리적인 수준으로 조절하도록 기능함으로써 국가경제의 발전과 보건의료 발전과의 조화를 추구하려는 것으로 파악된다.

## 2. 건강보험 수가제도

건강보험 진료비심사제도는 진료보수제도<sup>15)</sup>와 깊은 연관성을 가지고 있

는데, 우리나라는 1977년 7월부터 진료보수제도로 행위별수가제 (fee-for-service)를 채택하여 현재에 이르기까지 이를 근간으로 하고 있고, 7개 질병군에 대해서만 부분적으로 포괄수가제 (DRG, diagnosis related group)를 시행하고 있다.

행위별수가제는 의료인이 요양급여으로써 제공하는 각각의 진료행위마다 가격을 책정하고 진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하여 이들 비용을 합산하여 의료인이 제공한 시술내용에 따라 진료보수를 산정하는 방식이다<sup>16)</sup>. 이 행위별수가제는 일반 상행위의 원칙이 가장 많이 적용되는 방식으로서 전문의의 치료방식에 적합하고 의료인과 소비자들이 이 방식에 대하여 합리적이고 타당하다는 생각을 가지고 선호하게 된다.<sup>17)</sup> 그러나 진료 행위별수가제는 진료를 제공한 만큼 진료비를 지급하도록 하는 구조로서 많은 장점도 가지고 있지만, 그로 인하여 파생되는 과잉진료 (over-doctoring) 우려에 대한 문제점<sup>18)</sup>을 내포하고 있고 그것은 진료비심사제도 운용의 방향 및 내용과 연결되어 영향을 미친다.

이러한 행위별수가제의 문제점 등에 대해서는 전 국민 의료보험 시행 후 1994년 우리나라 의료보험제도 전반에 대한 개선대책을 종합적으로 검토한 의료보장개혁위원회에서도 지적된 바가 있었다. 당시 의료보장개혁위원회가 거론한 행위별수가제의 문제점을 살펴보면, ① 보험수가가 낮더라도 의료서비스의 양 및 빈도를 증가시켜 수입을 보상할 수 있으므로 과잉진료로

15) 본문에서 설명하는 지불제도 외에도 의사가 맡고 있는 환자 수에 따라 일정지역의 주민수에 해당하는 보수를 사전에 결정하여 지급받는 인두제 (capitation), 의료인의 경력, 기술수준, 근무하는 의료기관의 종류 및 직책에 따라 보수수준을 결정하여 급료로 지급받는 봉급제 (salary), 일정기간 의료공급자가 제공하는 의료서비스에 대한 총비용을 사전에 책정하여 의료공급자에게 지불하는 총액계약제 (global budget)와 병원의 입원진료에 적용하는 방식으로 투입하는 자원에 관계없이 진료 1일당 수가를 책정하여 진료기간에 따라 보수를 결정하는 일당진료비 방식 (daily charge, or per diem fee) 등이 있다(건강보험심사평가원, 건강보험제도의 심사와 평가, 2006, 302-304면).

16) 요양급여비용연구기획단, 진료비 지불제도의 장기적 개선, 2006. 31

17) 문옥륜, 이재형 외, 전게서, 304면.

18) 행위별수가제는 「수요가 공급을 창출」하는 일반 경제원리와는 다르게 의료에서는 「공급이 수요를 창출」한다는 로머의 법칙(Roemer's Law)이 잘 적용되어(문옥륜, 이재형 외, 전게서, 305면) 전체적으로 의료비를 증가시키는 여건을 만들게 되는 우려가 있다.



인한 의료비 상승의 가속화가 우려됨 ② 진료비 청구 및 심사업무가 과중하여 불필요한 자원의 낭비와 함께 매년 청구건수의 급증으로 심사업무가 한계에 부딪칠 실정임 ③ 개별행위를 대상으로 심사지급함에 따라 심사기구와 의료계간에 의학의 전문성과 진료의 자율성에 대한 시비가 끊이지 않는 등 심사의 객관성, 공정성 및 전문성을 둘러싸고 의료인과 보험자간 마찰·갈등요인이 상존함 ④ 수가구조의 특성상 예방보건서비스의 제공 보다는 치료위주의 진료서비스에 치중하게 되고 적정수가를 반영하지 못하는 통제가격 정책으로 의료서비스의 공급행태를 왜곡시킴 ⑤ 의료서비스에 대한 질 관리가 어렵고 의료기관의 경영효율화를 유도할 수 있는 제반 지원장치를 구축하는 것이 용이하지 않음 등을 지적하고 있었다.<sup>19)</sup>

한편, 위와 같은 행위별수가제의 문제점을 극복하기 위하여 포괄수가제도로 도입한 DRG (diagnosis related group)제도는 1997년부터 2001년까지 시범사업기간을 거쳐 2002년 1월부터 8개질병군(2003년 9월부터는 7개 질병군 51개 DRG)에 대하여 실시하고 있다. 시범사업기간부터 DRG 진료 요양기관으로의 참여율은 높이고자 행위별 수가에 비해 상대적으로 높은 DRG 수가구조로 운영하여 오고 있다. 2007년 5월 현재 DRG 진료대상 요양기관 3,420개소의 65.61%인 2,244개 기관이 DRG 진료 요양기관으로 참여하고 있다. 그러나 종합전문병원은 43개소 중에서 1개소(2.33%)만이 참여하고 있고 종합병원은 258개소 중 98개소(37.98%)가 참여하고 있어 규모가 큰 요양기관일수록 상대적으로 낮은 참여율을 보이고 있으며, 병원은 458개소 중 191개소(41.70%), 의원은 2,661개소 중에서 1,954개소(76.43%)가 DRG 진료 요양기관으로 참여하여 소규모 요양기관일수록 상대적으로 높은 참여율을 보이고 있다.

DRG제도는 DRG분류체계를 이용하여 입원환자의 진료비를 보상하는 제도로서 입원기간 동안 제공된 검사, 수술, 투약 등 의료서비스의 종류나 양에 관계없이 어떤 질병의 진료를 위하여 입원했는가에 따라 미리 책정된

19) 의료보장개혁위원회, 의료보장개혁과제와 정책방향, 1994, 72-73면.

진료비를 보상하는 지불제도이다. 여기서 이용하는 DRG분류체계는 일반산업에서 제품을 분류하는 개념을 병원진료에 도입한 것으로서 의료자원의 소모나 유사성을 고려하여 병원의 전 입원환자를 일정수의 DRG (질병군)로 분류한 체계이며 각각의 입원환자는 진단명, 수술명, 연령 등에 따라 일정 질병군으로 분류된다. 이 DRG제도에서는 질병군별로 진료보수가 미리 정해져 있어 의사의 입장에서는 투입자원을 줄여야 수익이 증대될 수 있으므로 병원의 경영효율화와 비용효과적인 진료를 가능하게 하는 특성을 가지고 있고 따라서 의료서비스를 제공한 만큼 진료비가 보상되는 행위별수가 제와는 정반대의 유인구조를 가지고 있는 제도이다.

DRG제도는 그 장점으로서 의료경영과 진료의 효율화를 통한 의료비 절감의 기대 가능성이 높다는 점, 의료기관과 진료비심사기관과의 마찰이 감소될 수 있다는 점, 진료비 청구 및 심사의 간소화가 가능하다는 점, 진료비용의 예측가능성이 크고 투명성 높아진다는 점 등이 거론되고 있다. 또한 이 제도의 단점으로는 의료서비스의 질이 저하될 우려가 크다는 점, 의료기관의 허위청구와 부당청구가 용이해 질 수 있다는 점, 신의료기술 등 임상연구 분야의 발전이 저해될 우려가 있다는 점 등이 지적되고 있다.<sup>20)</sup>

### 3. 진료비심사 운영 현황

<표 2-1> 연도별 건강보험 진료비심사 실적

구분	진료건수 (천건)	총진료비 (백만원)	심사조정 건수 (천건)	심사조정 금액 (백만원)	심사조정건율 (%)			심사조정액율 (%)		
					계	입원	외래	계	입원	외래
1990	137,966	2,992,520	16,140	50,611	11.70	49.74	10.98	1.69	2.70	1.14
1991	141,291	3,280,147	23,283	79,151	16.48	59.46	15.66	2.41	3.78	1.62
1992	153,293	3,812,120	22,909	81,056	14.94	56.96	14.15	2.13	3.29	1.43

20) 건강보험심사평가원, 건강보험제도의 심사와 평가, 2006, 47-49면.

1994	201,359	4,954,689	17,315	57,517	8.60	40.61	8.10	1.16	1.71	0.84
1996	256,258	7,746,824	19,097	122,843	7.45	37.11	7.03	1.59	1.96	1.38
1998	289,626	10,086,597	24,722	121,641	8.54	34.43	8.18	1.21	1.67	0.96
2000	414,005	13,282,770	40,736	141,923	9.84	35.72	9.56	1.07	1.47	0.89
2001	571,179	18,065,278	59,154	246,590	10.36	41.89	10.10	1.36	2.11	1.12
2002	610,341	19,344,121	57,894	296,875	9.49	44.08	9.21	1.53	2.39	1.25
2003	624,489	20,790,399	51,283	265,219	8.21	40.11	7.94	1.28	2.00	1.01
2004	652,326	22,579,364	40,745	236,066	6.25	37.05	5.98	1.04	1.79	0.77
2005	799,644	24,984,425	30,208	192,305	3.78	30.63	3.58	0.77	1.33	0.57
2006	842,503	28,728,730	27,875	170,565	3.31	28.44	3.11	0.59	1.13	0.38

※ 자료: 건강보험심사평가원 내부자료

전 국민 의료보험을 이룩하고 나서 전 국민의 보험진료에 대한 연간 실적은 나타내기 시작한 1990년 이후의 건강보험 진료비심사 실적은 <표 2-1>에서 보는 바와 같다

1989년 7월 이룩한 전 국민 의료보험 시행 초기에는 심사조정율(1991년, 조정건율: 16.48%, 조정액율: 2.41%)이 상당히 높았으나 그 이후 전 국민 의료보험제도가 정착기로 접어들면서 서서히 낮아졌다. 다수 보험자방식의 의료보험을 2000년 7월 건강보험으로 통합하면서 전국 단일 보험자로서 국민건강보험공단과 전문 심사평가기구인 건강보험심사평가원이 발족되고, 또한 의약분업을 시행한 이후 건강보험재정이 큰 위기에 봉착했던 시기를 거치는 과정에서 2001년~2003년에는 심사조정율이 다소 높아졌다가 2004년 이후부터는 계속하여 낮은 심사조정율을 기록하고 있는 것으로 나타나고 있다.

요양급여비용의 심사에 따른 심사조정건수, 심사조정금액과 심사조정비

율은 요양기관이 청구한 요양급여비용을 건강보험심사평가원이 심사조정한 직접적인 결과가 수치로 표시되는 것이지만 진료비심사제도는 그것이 가지고 있는 기능 및 성격과 평가제도의 합리적 운영에 따라 위의 수치로 나타난 성과 이상으로 건강보험 진료비와 국민의료비의 증가를 억제하고 조정하는 기능을 내포하고 있다고 할 수 있다.

### Ⅲ. 진료비심사의 기능과 법적 근거

#### 1. 진료비심사의 기능과 역할

전 국민 건강보장으로 건강보험 적용이 보편화되고 급여의 보장성을 강화하는 정책을 지속적으로 추진함에 따라 앞의 <표 2-1>에서 보는 바와 같이 건강보험 재정규모는 매년 급격하게 증가하고 있다. 이는 국민의료비 규모에서 차지하는 건강보험 재정 비중이 크게 높아지는 것과 연결되고, 한편 요양기관의 수입 재원이 건강보험의 수가와 지불구조에 의하여 점점 크게 영향을 받아가고 있음을 의미한다.

국가정책으로서 건강보험 진료수가정책과 심사지불제도는 국가 자원이용의 효율성, 국민건강의 향상, 의료공급자의 진료행태 및 의료수요자의 의료이용행태의 정상화와 의료의 질 향상 등을 염두에 두고 있다.<sup>21)</sup> 따라서 건강보험 진료수가정책과 진료비심사제도는 종합적으로 국가자원의 보건의료 부문에 대한 합리적 적정배분과 보건의료부문에 배분된 자원의 효율성 및 의료발전의 효과성 제고를 부단하게 추구해야 한다. 즉, 이들 보건의료 정책의 내용에 따라 의료비의 낭비를 초래하거나 줄일 수도 있고, 또한 이것은 곧 건강보험재정과 직결되는 것<sup>22)</sup>이므로 보험재정 지출의 기본사항인 요양급여를 결정하는 진료수가제도와 그 진료비를 심사·지급하는 제도는

21) 최병호, “의료보험 수가체계 개편방향의 모색”, 보건경제연구 제4권, 한국보건경제학회, 1998, 107면.

22) 김병익, 최병호, “건강보험제도의 체계 개편방안, 의료제도발전을 위한 정책과제 자료집”, 의료제도발전특별위원회, 2003, 573-574면.

국가 보건의료제도가 효율적으로 작동하고 효과성을 높이도록 그 기능과 역할을 수행하여야 한다.

앞서 살펴본 바와 같이 우리나라 진료비심사는 요양기관이 수급권자에게 요양급여를 제공하고 보험자와 수급자에게 청구한 요양급여비용에 대하여 그 타당성과 적법성 등을 검토하는 것으로, 제도적으로는 독립된 심사기관이 건강보험 요양기관의 보험자와 수급자에 대한 진료비청구권(진료비 채권)이 적법하고 타당한 것인지를 판단하는 일련의 행정작용으로 정의할 수 있다. 따라서 진료비심사제도의 기본적인 기능과 역할은 주로 불필요하게 과다해지는 건강보험 진료비의 증가를 억제하고 부당한 청구에 따르는 진료비용의 지급을 방지하며, 의료자원의 과소 이용이나 부적절한 이용도 방지하고 사회보험제도로서의 건강보험제도의 목적과 취지에 합당한 적정진료를 요양급여로써 보장하려는 것이라고 할 것이다. 그리고 독립된 심사기관이 객관적인 제3자의 관점에서 전문성을 가지고 국민의 의료이용(요양급여)에 대하여 적정하게 보호하는 기능을 수행하고 보험자, 요양기관, 수급자간의 이해를 공정하게 조정함으로써 건강보장제도가 소기의 목적(국민보건의 향상, 사회보장의 증진)을 달성함에 기여하는 역할을 수행하려는 것이다.<sup>23)</sup>

그러므로 진료비심사제도는 거시적 측면에서는 국가의 전체 경제 범주에서 국민의료비의 수준과 배분 대책을 건강보험의 재정과 연계하여 합리적으로 조정하는 기능을 가지면서 건강보험 요양급여비용의 적법성과 타당성을 부단하게 추구하는 역할을 수행하게 된다. 즉, 국민경제의 발전과 조화하는 국민의료비의 합리적 배분을 위하여 조정기능을 발휘하면서 수급자와 의료인에 대해서는 의료보험진료에 대한 사회적 책임을 강조하여 적정한 보험진료를 유도하고 국민이 공동으로 부담하는 의료보험재정에 대한 연대 책임의식을 고양시키는 기능을 함께 가진다. 결국 진료비심사는 건강보험 진료의 공공성과 사회적 책임을 확인하고 사회경제정책으로서의 건강보험

23) 건강보험심사평가원, 2004년도 직무분야 교육교재 I, 2004, 51-52면.

제도의 목적을 달성하기 위하여 의료공급자와 수급자간에 자원의 배분을 조절하고 확인하는 사회경제적 작용도 수행하게 된다.

## 2. 진료비심사의 실무 절차와 방법

현재의 건강보험 진료비심사는 주로 의학적으로 보편타당하고, 경제적으로 비용 효과적인 방법으로 요양급여가 이루어졌는지 여부에 대하여 검토하는 형태로 수행되고 있다. 요양기관이 심사기관인 건강보험심사평가원에 제출한 요양급여비용심사청구서<sup>24)</sup>와 요양급여비용명세서의 청구내용이 관련법령에 근거하여 인정되는 범위 안에서 이루어졌는지 여부 등을 검토·확인하고 그 기준 범위를 초과했거나 기준을 잘못 적용한 사항이 확인되는 경우에는 해당되는 진료비를 조정하여 요양기관에 지급할 요양급여비용의 금액을 확정하는 방식으로 심사업무를 수행하고 있다.

현재 진료비심사에서의 실무는 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 크게 지표심사와 정밀심사로 구분하여 실시하고 있다. 지표심사는 청구경향이 양호한 요양기관을 대상으로 하여 요양기관이 청구한 내용의 기본사항을 점검하며 전산심사를 실시한 이후 바로 지급절차에 들어가는 것이고, 정밀심사는 전산심사 후 요양기관이 청구한 내용에 대하여 심사직원이 직접 확인 점검을 하고, 의학적인 판단이 요구되는 건에 대해서는 심사위원이 전문심사를 실시하는 방법으로 진행된다. 이 진료비심사의 각 과정에서 급여 기준 초과 사항, 기준적용의 착오나 산정의 착오 등이 있는 것으로 확인되는 경우에는 해당하는 청구 진료비를 조정하여 요양기관에 지급할 요양급여비용의 금액을 결정한다.

24) 요양급여비용명세서는 요양기관이 건강보험 각각의 수급권자에게 요양급여를 제공한 세부적인 내용(진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방 재활, 입원, 간호, 이송 등의 시술 및 투여량 등)과 그 구체적인 비용을 기재한 서류이며, 요양급여비용심사청구서는 각 요양급여비용명세서의 건수와 금액내용을 총괄하여 기재하고 보험급여비용을 청구하는 행위를 법률적으로 증명하기 위하여 그 비용을 청구하는 자가 서명 또는 날인한 문서를 말한다.(김운목, 의료보험에서의 권리분쟁에 관한 고찰, 서울대학교 보건대학원 보건학석사 학위논문, 1996, 44-45면.)

현재 진료비심사 실무의 각 내용을 살펴보면<sup>25)</sup>, 전산심사는 요양기관이 제출한 청구서와 명세서에 대하여 전산프로그램을 적용하여 필수기재사항, 약가·수가 등의 단가 착오, 심사기준 산정착오 등을 각항목별, 상병별로 점검하는 절차로 진행된다. 심사직원 심사는 심사를 전문으로 담당하는 직원이 정밀심사 대상이 되는 청구명세서를 제출한 요양기관의 청구경향을 검토하고 제출된 청구명세서가 청구방법, 산정지침 등에 맞도록 청구되었는지를 자세하게 심사한다.

이때 전문적으로 의·약학적 판단이 필요하거나 진료비가 상대적으로 고액인 경우에는 심사소견을 첨부하여 심사위원회에 심사를 의뢰하는 방법으로 진행한다. 심사위원심사(peer review)는 심사직원이 의뢰한 심사대상건에 대하여 진료비명세서와 심사직원의 심사소견 및 해당 요양기관의 진료경향 분석자료 등을 기초로 심사위원이 전문적인 의·약학적 판단을 하고 진료비의 적정성여부를 심사하며, 이때 필요한 경우에는 해당요양기관에 보완 자료를 요청하거나, 면담을 하거나, 현지 확인을 거치는 등의 방법으로 보충한다. 그리고 심사위원회 심사는 진료과목별로 전문의학적 판단에 의한 새로운 기준이 필요한 사항이나 심사기준 설정을 요하는 사항, 심사기준을 적용함에 대하여 이의가 있는 사항, 기타 심사위원들의 합의에 의한 결정이 필요한 사항에 대한 심사는 중앙과 지원단위로 설치되어 있는 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 심사·결정하는 방식으로 수행한다.

심사가 완료되면 수진자의 본인일부부담금과 보험자부담금으로 구분되는 심사결정금액과 수진자별 조정금액, 조정사유 등의 심사결과를 기재한 요양급여비용 심사결과통보서를 보험자와 요양기관에 송부하고 보험자는 이 통보서에 근거하여 요양급여비용을 지급하고, 요양기관은 진료비청구에 대한 심사결과를 확인할 수 있다.

25) 건강보험심사평가원, 건강보험제도의 심사와 평가, 2006, 22-26면.

### 3. 진료비심사의 법적 근거와 성격

진료비심사의 법적 근거는 진료비심사와 관련한 건강보험법의 법원(法源)에 관한 사항이라고 할 것이다. 건강보험 요양급여비용의 심사에 대한 근거 규정으로는 일반적으로 국민건강보험법 제43조(요양급여비용의 청구와 지급 등), 법 제39조(요양급여)의 규정에 의한 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 건강보험심사평가원의 설치와 관련한 법 제55조(설립) 및 법 제56조(업무 등)와 그 위임규정들을 포함하는<sup>26)</sup> 심사기준으로 들고 있다.

심사평가기관의 설치와 관련한 국민건강보험법 제55조(설립) 및 제56조(업무 등)는 요양급여비용의 심사업무를 건강보험심사평가원이 관장하는 것임을 규정하고 있으나 요양급여비용 심사의 방법, 내용, 절차와 효력 등에 관하여 실제적으로 직접 규율하고 있지는 않고 있다. 요양급여비용 심사의 방법, 내용, 절차와 효력 등에 관련한 근거는 법 제43조 8항에서 포괄적으로 보건복지부령에 위임하여 규정하도록 하고 있다. 그리고 법 시행규칙 제13조(요양급여비용의 심사·지급)에서 심사평가원은 요양급여비용의 심사청구내용이 법 제39조(요양급여) 제2항 및 제3항의 규정에 의한 요양급여의 기준과 법 제42조(요양급여비용의 산정)의 규정에 의하여 정해진 요양급여비용의 내역에 적합한지를 심사하도록 규정하고 있다. 따라서 법 제39조(요양급여) 제2항 및 제3항의 규정에 의하여 제정된 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(2006.12.29개정, 보건복지부령 제377호)과 법 제42조(요양급여비용의 산정)의 규정에 의하여 제정된 건강보험요양급여비용의 내역(보건복지부장관 고시)이 진료비심사의 중요한 법적 근거가 되고 있다.

---

26) 건강보험심사평가원, 건강보험제도의 심사와 평가, 2006, 20-31; 건강보험심사평가원, 2004년도 직무분야 교육교재 I, 2004, 51-62; 건강보험심사평가원, 심사기준·지침정비방안 입안을 위한 세미나결과보고서, 2002, 9-13; 건강보험심사평가원, 신규직원 교육과정, 2002, 117-120; 건강보험심사평가원, 심사평가원 주요업무 개요(진료심사평가위원회 위원 workshop교재), 2002, 119-120면.



여기서 법 제42조 (요양급여비용의 산정)의 규정에 의하여 제정된 건강보험요양급여비용의 내역 (보건복지부장관 고시)은 보험자와 의료계의 대표자가 당사자로서 계약으로 정한 요양급여비용의 산정에 관한 것으로 “각 요양급여의 상대가치 점수의 점수당 단가”를 고시하는 것이다. 이와 관련하여 그 기본계약이 보험자와 각 요양기관과 체결하는 개별계약에 구속력을 가지고 있기는 하지만 (보험자와 각 요양기관에 대하여 구속력이 존재) 이것을 건강보험법을 포함하는 사회법의 법원으로 인정하기는 어렵다고 보는 견해가 있다<sup>27)</sup>. 그러나 수가계약의 구조와 효력에 대한 논의<sup>28)</sup>는 별도로 하더라도 당사자 간의 계약을 근간으로 하여 요양급여비용을 산정하는 진료보수 지불의 법률체계 내에서 이에 근거하는 수가계약은 요양급여비용을 산정하는 기초가 되는 사항을 규율하는 근거를 마련하는 것이므로 진료비심사의 법적 근거가 된다고 할 것이다.

또한, 요양급여는 규격화된 일반 상품을 제공하는 것이 아니고 다양한 수급상황 (질병상태)을 고려하여 요양기관이 의료 전문적 판단을 전제로 제공된다. 따라서 요양급여는 보건의료기술의 발달, 국가경제 내에서의 국민 의료비 배분 요소 및 상황의 변화와 건강보험 재정상태 및 요양급여수준의 변동 등의 여러 정책적 요인과 의료의 다양성·복잡성·전문성 등의 의료내적 요인 등으로 인하여 변화할 수밖에 없고, 이러한 모든 요소를 종합하여 요양급여 및 그 비용의 적법성과 타당성을 판단해야 하는 심사는 그것의 전문적·기술적 성격에 따라서 법적 근거를 경직성 있는 법령으로 고정시켜 명문화하기에는 어려운 난점이 있는 것으로 본다.

이에 따라 진료비심사 실무에서는 진료비심사의 기준으로 “건강보험 요

27) 이상광, 전게서, 332면.

28) 우리나라는 보험자와 요양기관 대표자간에 체결한 계약을 체결하면 그 계약을 보험자와 각 개별 요양기관과도 체결한 것으로 간주하여 일원적 구조를 취하고 있다. 이에 비하여 독일과 오스트리아에서는 관리운영주체와 이익단체의사협회, 약사협회 등이 기본계약을 체결하고 그 테두리 안에서 또다시 개별 요양기관과 개별 계약을 체결하는 이중구조로 구성되고 있다. 이러한 일원적 구조에서는 법률관계의 보편주의에 따르는 법률관계의 성격과 내용에 해석상 어려운 문제가 발생된다. (이상광, 전게서, 688-724면.)

양급여행위 및 그 상대가치점수”, “약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정 기준”, “행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수”, “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항” 등 각종 고시와 진료비심사와 관련한 법령 및 구체적 사안에 대한 보건복지부장관의 행정해석, 그리고 심사평가원이 의약계의 참여와 의견 및 정보교환을 거치면서 과학적 방법론(의학적 근거중심: EBM; evidence based medicine)에 기초하여 자체적으로 정한 심사 지침을 포함시켜 적용하고 있다.<sup>29)</sup> 이들은 대부분 고시·훈령의 형식을 취하고 있으므로 제정 형식에 있어서는 법규로 보기 어렵다고 할 것이지만, 전문 기술행정으로서 진료비심사에 관하여 그 운영주체의 명료하고 통일적인 법집행을 위하여 매우 중요한 역할을 담당하고 있고 건강보험법의 내용을 보완하며 이를 명확하게 규율하는 것으로 법규적 성질을 가지고 있으므로 진료비심사의 법원이 된다고 할 것이다.<sup>30)</sup>

#### IV. 진료비심사의 내용

##### 1. 요양급여의 적정성에 대한 평가와의 관계

2000년 7월 시행된 통합 건강보험법에 의해 처음으로 제도화된 “요양급여의 적정성에 대한 평가제도”와 진료비심사제도와의 관계에서, 요양급여의 적정성에 대한 평가를 주로 건강보험에서 의료의 질 향상을 도모하기 위하여 새롭게 도입한 행정작용으로 파악하는 견해와 요양급여 적정성 평가를 진료비심사와 연속되는 행정작용으로서 그 평가를 통하여 진료비심사의 전문성 및 효율성을 높이고 우리나라 급여정책의 개발 및 실행을 충실하게 하기 위하여 진료비심사제도의 범주 내지 영역과 목적 및 기능을 강화하는 것으로 보는 견해로 나눌 수 있다.

앞에서 살펴본 바와 같이 요양급여비용의 심사는 요양기관이 건강보험

29) 건강보험심사평가원, 건강보험제도의 심사와 평가, 2006, 27-39면.

30) 이상광, 전계서, 331-332면.

수급권자에게 보험급여를 제공하고 청구한 진료비청구권(진료비 채권)에 대하여 심사평가기구가 보험자 및 수급자의 진료비 지급의무(진료비 채무)가 적법하고 타당한 것인지를 판단하는 일련의 행정작용으로 정의된다. 그리고 진료비심사는 그 행정과정을 통하여 국민경제 내에서 국민의료비의 합리적 배분을 위한 조정기능을 발휘하고 건강보험 진료에 대한 사회적 책임을 제고하여 적절한 보험진료를 유도하며, 사회공동체적 시스템을 통하여 부담하는 보험재정에 대한 국민의 연대책임 의식을 높이려는 목적을 가지고 그 기능을 수행한다. 즉, 진료비심사는 건강보험 진료의 공공성과 사회적 책임을 확인하고 사회 경제정책으로서 건강보험이 그 목적을 달성할 수 있도록 의료공급자와 수급자간에 자원의 배분을 조절하고 확인하는 행정행위이다.

한편, 건강보험법의 규정에 의한 평가는 그 평가의 대상이 “요양급여의 적정성”이므로 요양급여의 절차, 수준 및 내용과 급여 효과 등을 분석하고 그의 적정성을 확보하기 위하여 이와 관련되는 제반 정책의 내용, 수단과 그 가치를 판단하는 일련의 행정작용으로 정의<sup>31)</sup>할 수 있다.<sup>32)</sup> 즉, 법률의 규정에 의하여 평가의 대상은 요양급여의 적정성이며, 여기서 요양급여란 건강보험법에 의한 수급권의 객체인 보험급여로서 법에 의하여 수급권자가 적법하게 청구할 수 있는 이익을 말한다.

그리고 건강보험법은 요양급여의 내용으로 가입자와 그 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③

31) 김운목, 전제논문, 239-243면.

32) 건강보험심사평가원에서는 요양급여의 적정성에 대한 평가에 대하여 의료기술의 발달로 의료서비스가 고도화되고 질 높은 의료서비스에 대한 국민적 욕구가 증대함에 따라 진료비심사만으로 양질의 의료서비스를 보장하는 데 한계가 있어 보험재정의 효율적 사용을 도모하면서 동시에 의료공급자에게 적정의료를 유도하여 의료의 질을 향상시킬 수 있는 시스템으로 평가의 필요성을 파악하고 있다. 즉, 평가의 목적을 의료의 질적 수준 향상과 비용부담의 적정화를 도모하는 것으로 보며, 평가대상은 요양기관별, 진료과목별, 또는 상병별로 구분하여 급여항목 중에서 선정하고 2001년부터 약제급여, 수혈, 집중치료실, 제왕절개분만, CT촬영 등의 적정성에 대한 평가를 추진하였다(건강보험심사평가원, 건강보험제도의 심사와 평가, 2006, 123-125면.)

처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송을 실시함을 규정하고 있다(제39조 1항). 따라서 적정성에 대한 평가의 대상으로서 요양급여는 건강보험법의 목적(제1조)을 달성하기 위한 기본수단으로서의 보험급여를 말하는 것이므로 이 평가과정을 통하여 요양급여가 적정성을 유지할 수 있도록 하는 요양급여에 관한 제반 정책의 개발 및 우선순위 설정, 수행절차, 급여의 내용 및 수준 분석과 이와 관련되는 행정수단 및 결과 등에 관한 가치판단과 환류를 포함시켜 요양급여의 적정성에 대한 평가라고 해석하는 것이 타당할 것이다.

이런 관점에서 볼 때, 요양급여의 적정성 평가는 진료비심사와 연속되는 행정작용으로서 미시적으로 이루어지는 진료비심사의 결과를 보다 거시적 차원에서 요양급여의 적정성과 연계시켜 파악하여 그것이 보장하는 급여의 수준, 내용, 방법과 절차 등을 부단하게 우리나라 사회경제의 발전 수준과 연계·판단하고 평가의 결과를 요양급여의 적정성을 보장하기 위한 정책으로 다시 환류시키는 것이라고 할 것이다.

이로써 요양급여의 적정성 평가제도는 진료비심사제도와 상호 보완적인 정책수단과 효과를 추구하면서 사회경제의 발전수준에 맞추어 건강보험 수급권자의 정당한 권익을 요양급여로 적정하게 보장하도록 요양급여제도 전반에 대한 정책을 개발하고 추진하는 것과 그 성과에 대하여 평가하는 기능을 수행하여야 하는 것으로 해석된다.

즉, 진료비심사는 요양기관의 보험자에 대한 보험급여비용 청구권의 적법성과 타당성을 판단하는 행정작용으로서 개별적으로 구체적인 보험 진료를 중심으로 판단하는 것이고, 요양급여의 적정성에 대한 평가는 거시적으로 건강보험 급여제도 전반의 보장수준, 내용, 방법과 절차 등을 부단하게 우리나라 사회경제의 발전수준과 연계하여 판단함으로써 상호 보완하려는 것으로 볼 것이다. 따라서 심사제도와 평가제도는 서로 유기적으로 조화롭게 기능할 때 건강보험 급여의 충실성과 적정성을 추구할 수 있게 되고 또한 건강보험제도 운영의 합목적성을 강화할 수 있게 된다. 즉, 심사제도와 평가제도는 각각 독립된 별개의 목적과 기능으로 작동되기보다는 요양급여

제도의 적정한 운영을 위하여 상호 보완적 연속되는 목적과 기능을 가진다고 해석하는 것이 건강보험법 목적론적으로도 타당하다고 할 것이므로 이하에서는 일련의 행정작용으로서 진료비심사의 내용을 검토하고자 한다.

## 2. 사실확인심사

진료비심사는 우선 수급권자에게 요양급여를 제공한 요양기관이 청구한 요양급여비용에 대하여 요양급여를 제공한 사실이 있는지의 여부와 요양기관이 제공한 요양급여의 내역과 청구명세서에 기재된 내용과 부합하는지를 확인하여 심사하는 것으로부터 이루어진다. 이것은 요양기관과 보험자간에 성립할 보험급여비용 채권의 기초 사실에 대한 존재 여부를 확인하는 것으로 가장 기본적인 단계의 심사에 속하며 부정청구<sup>33)</sup>를 방지하는데 있어 가장 중요한 심사기능을 제공한다.

즉, 사실확인심사를 통하여 요양기관이 수급권자에게 실제 보험급여로 제공한 것과 요양기관이 청구한 내용(진료내역, 금액)이 서로 부합하고 있는지의 여부를 확인 심사함으로써 매월 무단하게 발생하는 진료비 청구와 심사지급에 관한 계속적 법률관계에서 부정청구를 방지하여 당사자간의 신뢰를 확보하려는 것이다.

그러나, 진료비심사 실무에서는 심사지급 진행의 진료비 지급일정상 시간의 부족과 (표 1)에서 볼 수 있는 바와 같이 연간 약 9억건에 육박하는 진료비 청구건으로 인한 물량부담으로 인하여 현실적으로 이러한 사실확인

33) 건강보험법은 진료비 허위청구(부정청구, fraud)와 부당청구(과잉진료, abuse)를 포괄하는 개념으로 “부당청구”라는 용어를 사용하고 있는 것으로 판단된다(제52조, 제84조 및 법 시행령 제61조). 그러나 허위청구 내지 부정청구는 진료비를 청구함에 있어서 사위 기타 (이에 준하는) 부당(부정)한 방법으로 비용을 받는 것으로서 청구자가 심사자와 보험자를 기망하는 것이므로 허위사실을 기초로 진료비를 청구하는 행위는 부정청구 내지 허위청구로 분류함이 타당하다. 부당행위(abuse)에 의한 청구는 사기행위를 전제로 하지 아니하고서 보험자나 수급자에게 손실을 야기하는 것을 내용으로 하므로 행위의 위법성보다 당사자 간에 있게 되는 불형평성을 치유시키는 것을 내용으로 하고 있는 우리 민법 제741조의 차용개념에 따라 이 경우에 부당청구라는 용어를 사용함이 타당하다고 본다.(김운묵, “미국 공적보험에서의 진료비 부정청구와 법적 대응”, 『의료법학』 제3권 제2호, 2002. 12, 263-268면.)

심사를 먼저 실질적으로 시행하는 것이 불가능하다. 진료비청구건의 일부에 대한 정밀심사과정에서 이루어지는 보완자료요청 심사 또는 수진자조회 과정을 통하여 사실확인심사적인 요소를 활용하기도 하지만 이는 극히 예외적인 경우에 속한다.

즉, 보험급여비용 채권의 기초 사실에 대한 존재 여부를 확인하는 것으로 기본 단계의 심사이면서도 사실확인심사는 사전에는 거의 이루어지지 못하고 주로 요양기관 현지조사(요양기관 실사) 과정을 통하여 사후에 이루어진다.

요양기관 현지조사는 요양기관의 진료 및 비용청구가 적법·타당한지에 대하여 현장에 출장하여 조사하고 그 결과에 따라 부당이득환수 및 행정처분 등을 하는 보건복지부장관의 공권력 작용을 말한다고 설명되고 있다. 이에 대한 법적 근거는 국민건강보험법 제84조(보고와 검사)의 규정<sup>34)</sup>을 들고 있으며, 조사내용은 요양기관에서 청구한 요양급여 및 비용이 진료사실과 일치하는지 여부와 건강보험법령에서 정한 요양급여기준이나 수가기준을 준수하여 진료하고 청구하였는지, 본인부담금을 적법하게 징수하였는지 여부 등을 확인한다. 그리고 요양기관 현지조사의 기능은 허위·부당청구의 예방, 심사에 대한 보완과 건전한 청구질서 확립 및 보험재정 누수방지 및 수급권 보호 등에 있는 것으로 설명되고 있다.<sup>35)</sup>

이러한 설명은 요양기관 현지조사를 진료비심사의 내용으로 파악하지 않고 주로 보건복지부장관이 행하는 행정조사로 이해하는 것이다. 그러나 행정조사는 적절한 행정결정을 행하기 위하여 필요한 자료와 정보의 수집 및 정확한 진상을 파악하는 행위로서 법적 효과를 발생하는 법적행위가 아니

34) 법 제84조(보고와 검사) ②보건복지부장관은 요양기관(제44조의 규정에 의하여 요양을 실시한 기관을 포함한다)에 대하여 요양·약제의 지급 등 보험급여에 관한 보고 또는 서류제출을 명하거나 소속공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계서류를 검사하게 할 수 있다. ③보건복지부장관은 보험급여를 받은 자에게 당해 보험급여의 내용에 관하여 보고하게 하거나 소속공무원으로 하여금 질문하게 할 수 있다.

35) 보건복지부, 건강보험요양기관 현지조사지침, 2006, 3; 건강보험심사평가원, 건강보험제도의 심사와 평가, 2006, 199-201면.

라 그 준비단계로서 행하여지는 사실행위에<sup>36)</sup> 그친다. 따라서 요양기관 현지조사 과정을 통하여 요양기관에서 청구한 요양급여 및 비용이 진료를 제공한 사실과 일치하는지, 건강보험법령에 의한 요양급여기준이나 수가기준에 따라 진료하고 진료비를 청구하였는지, 본인부담금을 적법하게 징수하였는지 여부 등의 사실관계를 확인하고 그와 관련되는 요양급여비용의 적법성과 타당성을 검토하여 진료비지급에 반영하는 것은 사실확인심사로서 진료비심사의 내용과 범주에 속한다고 할 것이다.

### 3. 적법성 심사

건강보험 요양급여비용의 심사에서 적법성 심사는 요양기관이 건강보험 수급권자에게 제공한 요양급여와 그 비용의 청구가 적법·타당한 것인지의 여부를 심사하는 것이다. 적법성 심사의 구체적 내용으로는 먼저 의료 등 요양급여를 제공하는 자의 자격<sup>37)</sup>이나 급여의 방법<sup>38)</sup> 및 범위 등에 있어서의 적법성을 건강보험법령의 규정뿐만 아니라 의료법, 약사법과 의료기사 등에 관한 법률을 포함하여 관련되는 법령에 의하여 확인·판단하는 것이다.

그리고 적법성 심사의 내용으로 의료 등 요양급여의 내용과 제공절차에 대한 적법성에 대해서도 심사할 수 있다고 할 것이다. 이와 관련하여 예상할 수 있는 구체적 사례를 든다면, 요양기관의 의료인력(특히, 의사)이나 시설, 장비 등에 비추어서 적정한 급여를 제공할 수 있는 환자수를 현격하게 초과하여 극히 부실한 진료를 보험급여로써 제공하는 경우에 그에 대한

36) 한견우, 『행정법(Ⅰ)』, 홍문사, 1995, 320-321면.

37) 비의료인이 의료인을 고용하여 고용의사로 명의로 의료기관을 개설한 경우 의료기관 개설의 무효와 요양기관으로서의 지위 상실(대법원, 1995.12.12, 95도2154 의료법위반·근로기준법위반), (건강보험심사평가원, 요양급여관련 소송판례분석집, 2001, 20-25면); 방사선촬영의 자격이 있는 자가 아닌 자(임상병리사)가 실시한 방사선촬영에 대하여 그 촬영료와 재료비 및 판독료 등 전체 요양급여비용의 청구권을 인정하지 아니함(대법원, 2004.9.24, 2004두5874, 업무정지처분취소)

38) 간호사를 통한 의사의 간접진찰에 대하여 그 적법성을 부인함(부산지방법원, 2003.4.24., 2001구4993 환수부당이득금환수처분취소등) (건강보험심사평가원, 요양급여관련 소송판례분석집, 2003, 142-155면.)

요양급여비용 청구의 적법성을 인정하지 않을 수 있는 것인가 하는 것이다. 이 경우 기왕의 의료적 판단으로는 통상적인 진료의 개념에 포섭될 수 있다고 생각하므로 그에 상응하는 비용에 대하여도 적법성이 있다고 볼 것이다.

그러나 사회보험제도로써 건강보험에서의 진료는 건강보험법 제 39조가 규정하고 있는 각 요양급여를 사회보험 진료로서 인정할 수 있는 것인가의 개념과 내용으로 적법·타당성을 판단해야 할 것이므로, 건강보험 요양급여로서 인정하기 어려운 정도로 부실한 진료에 대해서는 의료적 판단과는 별도로 적법·타당성에 대하여 심사할 수 있다고 볼 것이다. 즉, 건강보험법 제 39조가 규정하고 있는 각 요양급여 항목인 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송의 법적 개념과 내용에 대하여 사회보험 의료로서의 적법·타당성을 적법성 심사의 측면에서 판단할 수 있을 것이다.

또한 적법성 심사의 내용으로서 요양급여비용을 청구하는 자의 법적 지위에 대한 것과 요양급여비용 청구 절차, 청구내용과 청구시기(특히 소멸시효 등) 등의 적법성에 대한 판단을 포함한다. 이는 요양급여비용에 대한 채권자(요양기관)와 채무자(보험자) 간의 법률적 분쟁 발생을 방지하고 조정하여야 하는 심사평가기구로서의 제반 예방적 조치에 관한 판단을 포함하는 것이다.

#### 4. 본인부담금에 대한 심사

건강보험에서 본인부담금은 수급자가 요양급여를 이용하는 대가로 요양기관에 직접 부담해야하는 비용으로서 수급자가 요양급여를 받음에 따라 발생하는 요양기관의 수급자에 대한 진료비 채권을 말한다. 본인부담금은 요양급여항목에 해당하는 급여비용의 일부를 부담하는 본인일부부담금(법제41조 해당)과 건강보험의 급여항목에 해당하지 않는 비급여부분에 대한 본인부담금으로 구성된다.



이러한 건강보험 본인부담금제도는 보험급여를 이용하는 수익자에게 그 비용의 일부 또는 전부를 부담하도록 함으로써 건강보험 재원조달의 일부 역할을 맡도록 하고 가입자간의 의료이용의 형평성을 도모하며, 건강과 질병에 대한 자기책임의식을 높여 건강보험 급여이용에서의 moral hazard를 방지하고 급여이용에 대한 비용의식을 높이려는 등의 취지를 가지고 있다.

그러나 본인부담금의 수준은 급여의 보장성을 제한하는 상대지표로서 의미를 가지며 특히 보험급여를 이용함에 있어 경제적 장애요소가 되고 저소득자의 의료접근을 막게 되는 등의 문제점을 가지고 있어 본인부담금의 내용과 수준을 적정하게 결정하는 것은 요양급여제도의 충실성과 적정성을 추구함에 있어 중요한 정책요소가 된다. 그리고 보험자가 그의 재정으로 부담하는 보험급여비용에만 국한하여 확인 또는 심사하고 수급자가 부담하는 본인부담금의 적법성에 대하여 확인·심사를 하지 않는 경우에는 본인부담금의 규모는 기형적으로 커지게 되고 자칫 건강보험 급여 자체를 회피하는 수단으로 악용될 우려가 있으며 결국에는 건강보험 급여제도를 왜곡시키는 현상을 초래할 수 있게 된다.

요양급여를 받은 수급권자가 직접 부담하는 본인부담금은 요양기관과 수급자의 양당사자 간에 성립하는 채권채무로서 민사법적 성격을 가지고 있어 이에 대한 공적 규제로서의 심사는 많은 변화를 거쳐 왔다. 1963년의 제정 의료보험법과 1970년의 의료보험법<sup>39)</sup> 본인부담금을 당사자 간의 민사관계로 이에 대해서는 보험자가 확인심사할 수 있는 근거를 마련하지 않았고 1977년 7월 강제보험으로서 본격적으로 직장의료보험을 실시하도록 한 당시에도 의료보험법은 본인부담금의 심사에 대하여 그 이전의 의료보

39) 이에 대한 1963년 및 1970년의 의료보험법 규정은 거의 동일하다. 1970년의 법규정을 살펴보면, 제33조(피보험자의 일부부담)는 요양급여를 받은 자에 대하여 요양을 행하는 보험의료기관이 그 비용의 일부를 징수할 수 있다고 하였고 제34조(요양급여기간)에서 요양급여 기간은 6월 이내로 한다고 규정하였다. 그리고 제45조(진료보수)는 보험의료기관이 요양급여에 소요된 비용(진료보수)을 보험자에게 청구하되 청구할 수 있는 진료보수의 액은 요양급여에 소요된 비용의 액에서 본인부담금을 공제한 금액으로 하고 진료보수의 청구를 받은 보험자는 이를 확인한 후 지급한다고 규정하였다.

험법과 유사한 태도를 가지고 있었다.

자영자 등 지역주민에 대한 의료보험을 실시하기 위한 기반을 마련하기 위하여 의료보험제도를 정비한 1981년 4월 개정 의료보험법은<sup>40)</sup> 본인부담금에 대하여 보험자가 확인심사할 수 있는 근거를 마련하기 시작하였다. 그러나 이때에도 요양급여기간은 동일한 상병에 대하여 180일 이내로 규정하고 있었으며 동 요양급여기간을 초과하는 기간은 비급여로써 의료보험법에 의하여 규율할 수 있는 근거가 없어 당시의 높은 관행수가 문제는 의료보험 미적용 계층에 대하여 적용확대 대책을 마련해야 하는 것과 함께 큰 사회적 이슈로 남아 있었다.

이 문제는 전 국민 의료보험에 대비한 1987년 12월 당시 의료보험법 제30조의 개정으로 크게 변화되었는데<sup>41)</sup>, 동 개정에 의하여 기존에 180일로 되어 있던 “요양급여기간”이 “보험자부담 요양급여기간”으로 변경됨에 따라 이제 의료보험 수급자는 연간 365일 동안 계속하여 요양급여로 진료를 받을 수 있게 되었고 본인부담금에 대해 공적으로 규제하는 계기도 마련되었다. 즉, 연간 365일 동안 계속하여 요양급여로 진료를 받는 중에서 보험자가 비용을 부담하는 요양급여기간이 연간 180일 이내인 것이고 그 기간을 초과하는 기간의 요양급여는 수급자 본인이 그 비용의 전액을 부담하더라도 이는 보험급여의 비용의 범위에 포함되므로 그 본인부담금도 요양급여비용으로서 보험자의 확인과 심사를 거치는 통제를 받아야 하는 것으로 해석하게 되었다.

이후 이러한 골격을 계속 유지하면서 급여수준을 개선함에 따라 보험자 부담 요양급여기간은 단계별로 확대되어 요양급여기간의 제한이 없게 되었

40) 동 개정 의료보험법은 제35조(요양의 비용 등) 제2항에서 요양취급기관으로부터 요양급여나 분만급여에 관한 비용의 청구가 있을 때에는 보험자가 보건사회부령이 정하는 바에 의하여 이를 심사·지급하되, 심사의 결과 이미 납부한 본인일부부담금이 과다한 경우에는 요양취급기관에 지급할 금액에서 그 과다하게 납부된 금액을 공제하여 이를 피보험자에게 반환하도록 규정하였다.

41) 동 개정 의료보험법은 제30조는 조문의 제명을 이전의 ‘요양급여기간’에서 ‘보험자 부담 요양급여기간’으로 변경하였고 제1항에서 “보험자가 비용을 부담하는 요양급여의 기간은 연간 180일 이내로 한다.”라고 규정하였다. (의료보험연합회, 의료보험 법령연혁집, 1994, 1999)

고 2000년 7월 통합된 건강보험제도에서도 이런 큰 틀은 유지되었다.

한편, 요양기관의 운영상의 안정을 기하고 수급자의 권리를 강화하는 등 요양급여체계를 합리적으로 개선하기 위하여 2002년 12월 요양급여 대상여부 확인제도를 신설(국민건강보험법 제43조의2)<sup>42)</sup>하면서 비급여 본인부담금에 대해서도 공적으로 규율하게 되었다. 즉, 가입자 및 피부양자는 그가 요양기관에 부담한 비용이 요양급여의 대상에서 제외되는 사항에 대한 비용인지의 여부에 대해서 건강보험심사평가원에 확인을 요청할 수 있도록 제도화됨에 따라 본인부담금에 대한 심사는 요양급여의 대상여부를 확인하여 수급자의 실질적 권리를 보호하는 기능을 수행하는 것으로 이제 진료비심사의 중요한 영역으로 확대되었다.

이러한 본인부담금 심사는 요양급여를 이용함에 있어 그 대가의 일부로 수급자가 직접 지급하는 비용의 적법성에 대한 판단작용이므로 수급자가 실제로 부담한 사실관계의 확인과 그 부담금액의 타당성 및 적법성에 심사를 포함하여 수행해야 할 것이나 심사실무에서는 일반적으로 진료비명세서에 기재된 본인일부부담금의 산술적 계산을 검토하는 수준에 머물고 있다. 그리고 사실확인심사의 경우와 같이 보완자료요청 심사과정과 수진자조회 과정 등을 통하여 확인되는 경우이거나 요양급여의 대상여부의 확인요청 등의 과정에서 밝혀지는 사례를 중심으로 하여 본인부담금의 과다징수 또는 부당징수를 검토하거나 정산하는 방법으로 본인부담금에 대한 심사를 수행하고 있다.

42) 동 개정 건강보험법 제43조의2(요양급여의 대상여부의 확인 등)는 가입자 또는 피부양자는 본인일부부담금 외에 부담한 비용이 요양급여의 대상에서 제외되는 것인지에 대하여 심사평가원에 확인을 요청할 수 있고 확인요청을 받은 심사평가원은 그 결과를 확인요청한 자에게 통보하도록 하였다. 그리고 그 비용이 요양급여의 대상 비용에 해당하는 때에는 그 내용을 보험자 및 관련 요양기관에 통보하고 요양기관이 과다본인부담금을 지체 없이 지급하여야 하며 당해 요양기관이 과다본인부담금을 지급하지 아니한 경우에는 보험자가 당해 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 이를 공제하여 확인요청한 자에게 지급할 수 있도록 규정하고 있다.

## 5. 심사기준심사

심사기준심사는 요양기관이 수급자에게 제공한 요양급여의 내용이 요양급여비용 심사와 관련되는 법령 및 각종 기준에 적합한 것인지의 여부를 심사하는 것이다. 이것은 주로 개별적 요양급여의 내용이 의약학적 타당성이 있는지에 대한 판단으로 의학, 약학 등에 관하여 전문적인 내용을 판단하는 것을 말하는 것이며, 진료비심사 제도를 운영하는 오랜 동안 형성된 심사부문의 가장 주요한 역할 내용이다.

즉, 이 심사기준심사는 앞의 “진료비심사의 실무 절차와 방법”에서 언급한 바와 같이 요양기관이 건강보험심사평가원에 제출한 요양급여비용심사 청구서와 요양급여비용명세서의 청구내용이 심사와 관련되는 각종 기준에 적합한 것인지의 여부를 검토·확인하는 일련의 과정을 거친다. 그리고 이 기준심사과정에서 요양기관의 청구내용이 그 기준범위를 초과하였거나 기준을 잘못 적용한 사항이 확인되면 그에 해당되는 진료비를 조정하고 그 결과를 요양기관과 보험자에게 통보함으로써 보험자가 요양기관에 지급하는 금액을 결정하도록 한다.

이 기준심사와 관련하여 심사평가기관과 요양기관 간에는 기준적용의 일관성 및 통일성의 결여, 기준의 정립시기 및 기준의 공개여부와 의사의 진료권과의 관계 등에 대하여 자주 논란이 제기되어 왔다. 이러한 논란은 진료비심사의 법적 근거에 대한 근본적인 인식판단의 문제로서 신중한 접근이 요구되는 매우 중요한 과제라고 할 것이다. 그러나 앞서 검토한 바와 같이 요양급여는 규격화된 일반 상품을 제공하는 것이 아니고 수급자의 다양한 수급상황을 고려하여 요양기관의 의료 전문적 판단을 전제로 제공되는 진료서비스이며, 건강보험에서의 진료서비스의 제공은 단순한 사적 법률관계에서 이루어지는 것이 아니라 사회의료로서의 공공성과 특수성을 가지고 제공되고 있음을 고려하여야 할 것이다.

따라서 이의 타당성을 판단하고 조정기능을 수행해야 하는 심사의 기준은 고정된 형식으로 모두 존재하는 것이 아니라 보건의료기술의 발달 및

국가경제에서의 보건의료기술 발전 수용성, 국가경제의 변화와 그 범주 내에서의 국민의료비 배분 요소 및 상황의 변화, 건강보험 재정상태, 적정 요양급여수준에 대한 평가 및 그 환류대책 등의 여러 정책적·경제적·사회적 요인들을 부단하게 반영하는 것이어야 한다. 또한 이것은 의료의 다양성·복잡성·전문성 등 의료의 특성과 의료제도 내외적 변화요인 등에 따라 탄력적으로 변화하여야 하며 이러한 모든 요소를 종합하여 요양급여 및 그 비용의 적법성과 타당성을 판단해야 하므로 살아서 움직이는 기준으로서의 존재형식을 포함하여 가질 수밖에 없다고 할 것이다. 즉, 심사기준은 위와 같은 심사와 의료 수급의 전문적·기술적 성격에 의하여 명문화된 규정형식으로 모두 고정시키기가 어려운 난점이 있다. 따라서 진료비심사는 그 고유한 행정작용을 수행하는 과정에서 그와 관련되는 특수성을 탄력적으로 수용하면서 건강보험제도가 합목적성을 추구할 수 있도록 기왕에 마련된 기준을 조절하고 또한 새롭게 기준을 창조해 나가는 기능을 부단하게 이행한다고 보아야 할 것이다.

심사평가원은 근래에 이르러 기왕에서부터 수행하던 진료비심사 중에서 특히 정밀심사 부문을 축소하고 심사·평가·실사 등의 결과물을 활용하여 요양기관의 진료행태 및 진료비용 등을 종합적으로 분석하고 관리하는 업무체계로서 요양기관의 진료비청구를 전체적으로 관리하는 급여적정성 종합관리제를 병행하여 실시하고 있다. 급여적정성 종합관리제는 심사평가기관이 요양기관의 진료내용에 대한 각종 자료를 생산하여 동료의사의 진료와 비교 분석한 정보를 개별기관에 제공하고, 사전 예방적 활동을 통하여 요양기관 스스로 부적절한 진료행태를 개선하도록 유도하려는 것이다.<sup>43)</sup> 이러한 급여적정성 종합관리제가 이를 진료비 심사의 법률적 개념에서 포섭할 수 있는지에 대해서는 신중하게 논의할 필요가 있을 것이다.

43) 건강보험심사평가원, 건강보험제도의 심사와 평가, 2006, 40-41면.

## 6. 보험진료의 경제성 및 타당성에 대한 심사와 평가

앞에서 검토한 사실확인심사, 적법성 심사, 본인부담금의 심사나 심사기준에 의한 심사는 주로 개별 수급자의 수급내용과 각각의 진료비청구서 및 진료비명세서의 내용을 검토하면서 그의 타당성과 적법성에 대하여 판단하는 기능을 수행하게 되므로 진료비심사가 가지는 거시적 측면에서의 조정기능은 보험진료의 경제성 및 타당성에 대한 심사와 평가를 통하여 추구하게 된다.

여기서 보험진료의 경제성 및 타당성에 대한 심사와 평가는 요양기관이 제공한 건강보험 요양급여가 전반적으로 사회 경제적인 타당한 방법에 의하여 효율성이 높도록 이루어졌는지 여부를 판단하고 이와 관련하여 요양급여제도의 내용, 수준, 방법 및 절차 등에서의 적정성을 분석하고 그 가치를 정확히 판단하도록 지원하는 것을 말한다. 즉, 개별 수급자에 대한 의료제공 내용의 타당성과 적법성의 판단에서 진전시켜 각 요양기관 단위나 전체 요양기관 차원에서 종합적으로 판단함으로써 건강보험재원의 경제적 사용과 효율성이 담보되고 있는지를 분석하고 검토하려는 것이다. 여기서는 요양급여의 경제성과 의학적 필수불가결성뿐만 아니라 의료수요 필요도의 변화 및 의료의 위험도를 감안한 고려사항, 급여 당시의 학문적 지식상황 등을 종합하는 포괄적인 평가절차로의 이행을 포함한다고 할 것이다.

따라서 개별 수급자에 대한 진료비를 심사하는 과정에서 생산되는 개별 요양기관의 심사 결과자료를 활용하여 개별 건강보험 수급자에 대한 각 요양기관의 진료행태 및 진료비용 등을 분석함과 아울러 요양기관의 진료비청구를 종합적으로 통계 분석하여 건강보험재정의 경제적 사용 및 효율성과 연계하여 검토하는 것이다. 그리고 나아가 국가경제에서 국민의료비의 합리적 배분과 연결하여 건강보험정책을 국가 사회경제정책으로서 거시적으로 검토하는 것이다.

이는 진료비심사에 대한 기존의 개념과 내용이 보다 충실하게 되도록 보

완하여 요양급여의 적정성 평가와 연결하는 것으로 국가 경제사회정책으로서 건강보험제도가 국민의료비에 대한 합리적인 조절기능을 제대로 작동하고 있는가를 부단하게 분석점검하고 대책을 개발하도록 촉구하는 것이다. 그러므로 보험진료의 경제성 및 타당성에 대한 심사와 평가는 기존 진료비심사의 개념과 내용을 대체하는 기능을 가지는 것이 아니라 이들은 양립하여 상호보완적으로 기능을 가지고 작동되어야 하는 것이라고 할 것이다.

## 7. 요양급여의 적정성 및 합목적성 평가

앞서 검토한 심사 및 평가의 내용을 건강보험제도의 목적과 연결하도록 확장시켜 요양급여제도 전반에 걸쳐 그 수준 및 내용이 건강보험제도의 목적을 달성하는 데 기여하는 바를 지속적으로 검토해야 하는 것으로 요양급여의 적정성과 건강보험제도에 대한 합목적성 평가를 생각할 수 있다. 이를 통하여 요양급여 정책의 효과와 우선순위를 판단하고 요양급여가 국민 보건을 향상시켜 국민의 건강권을 보장할 수 있도록 이루어지고 있는지, 그리고 국민의 사회보장을 증진하여 인간으로서의 존엄성을 보호하고 복지 국가의 이념을 실천적으로 달성하는 데 기여하는 내용으로 요양급여제도가 운영되고 있는지의 여부와 이와 관련되는 제반 정책의 효과 등을 분석하고 평가하려는 것이다.

여기서 요양급여의 적정성 평가는 건강보험제도의 합목적성을 강화시키고 내실화를 제고하기 위하여 요양급여제도 전반에 대한 분석과 우선순위 및 가치판단을 수행하는 것이라고 할 수 있다. 그리고 요양급여의 적정성 평가를 통하여 국가의 사회 경제정책으로서 건강보험제도의 합목적성에 대하여 분석하고 그 가치를 판단함으로써 요양급여제도가 국가의 사회경제적 발전 및 전체 보건의료제도와 상호 조화를 이루는 관련성을 가지고 국민의료비의 합리적 조절기전으로서 작동하고 있는지에 대한 정책평가를 수행한다.

또한 여기의 요양급여의 적정성 및 합목적성 평가는 앞서 검토한 진료비심사 및 평가의 개념과 내용을 대체하는 것이 아니라 그들과 유기적으로

연결되는 일련의 체계적인 행정작용으로서 상호보완적으로 기능을 가지고 작동되어야 하는 것이라고 할 것이다.

## V. 요약 및 결론

행위별 수가체계에서 우리나라 진료비심사제도는 다른 나라와는 구별되는 독특한 구조를 가지고 발전하여 왔고 이것은 우리 건강보장제도가 비용효과적으로 빠르게 발전하는데 매우 큰 기여를 하였다고 할 수 있다. 그리고 건강보험 법률관계를 통하여 이동하는 의료비의 규모와 국가경제에서 차지하는 비중도 매우 급속하게 증가하여 왔고 앞으로 더욱 증가할 것이 예상되고 있어 진료비심사의 기능과 역할의 중요성이 계속 강조될 것이나 그와 관련되는 진료비심사의 법률적 근거가 충분하게 마련되어 있지 못하여 이해당사자 간에서는 갈등과 논란이 지속되고 있다.

건강보험에서의 진료비심사는 요양기관이 행사하는 보험자에 대한 진료비청구권이 적법하고 타당한 것인지를 판단하는 일련의 행정작용으로서 주로 불필요하게 과다해지는 건강보험 진료비 증가를 억제하고 진료비 부정청구 및 부당청구를 방지하며 의료자원의 과소 이용이나 부적절한 이용도 방지하고 사회보험제도로서의 건강보험제도의 목적과 취지에 합당한 적정진료를 요양급여로써 보장하려는 기능과 역할을 수행하는 것이라고 할 것이다. 즉, 제3자적 관점에서 국민의 의료이용을 보호하는 기능을 수행하고 전문적이고 공정하게 보험자 및 요양기관과 수급자간에 존재하는 이해를 조정함으로써 건강보장제도가 소기의 목적을 달성함에 기여하는 역할을 수행한다. 그리고 거시적 측면에서는 국가경제의 범주에서 국민의료비의 수준과 배분을 건강보험의 재정과 연계하여 합리적으로 조정하는 기능을 가지면서 건강보험 요양급여비용의 적법성과 타당성을 부단하게 추구하는 역할을 수행하며, 보험진료의 공공성을 확인하고 사회경제정책으로서의 건강보험제도의 목적을 달성하기 위하여 의료공급자와 수급자간에 자원의 배분을 합리적으로 조절하고 확인하는 사회경제적 작용도 수행하게 된다.



이와 같은 기능을 수행하는 진료비심사의 법적 근거는 진료비심사의 법원(法源)에 관한 사항이라고 할 것이고 일반적으로 성문법의 규정으로 국민건강보험법 제43조(요양급여비용의 청구와 지급 등), 법 제39조(요양급여)의 규정에 의한 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 건강보험심사평가원의 설치와 관련한 법 제55조(설립) 및 법 제56조(업무 등)와 그 위임규정들을 포함하여 심사기준으로 들고 있다. 그리고 심사기준은 고정된 성문법적 형식으로만 존재하는 것이 아니라 살아서 움직이는 기준으로서의 존재형식을 포함하여 가질 수밖에 없는데, 이는 심사를 수행하는 과정에서 건강보험제도가 합목적성을 추구할 수 있도록 기왕에 마련된 기준을 조절하고 또한 새롭게 기준을 창조해 나가는 기능을 부단하게 이행해야 하기 때문인 것으로 판단되었다. 그리고 진료비심사는 보건의료기술의 발달 및 그 수용성, 국가경제 범주 내에서의 국민의료비 배분 상황변화, 건강보험 재정상태, 적정 요양급여수준에 대한 평가 등의 여러 정책적·경제적·사회적 요인들을 반영하여야 하고 의료의 특성과 의료제도 외적 변화요인 등에 따라 탄력적으로 변화하여야 하며, 이러한 모든 요소를 종합하여 요양급여비용의 적법성과 타당성을 판단해야 하므로 그 법률적 근거도 다양한 존재형식을 가질 수밖에 없다.

한편, 요양급여의 적정성 평가는 요양급여의 내용과 수준을 분석하고 이와 관련되는 행정수단 및 결과 등에 관하여 분석하고 판단함으로써 요양급여가 적정성을 유지할 수 있도록 요양급여에 관한 제반 정책을 개발하고 우선순위를 설정하는 기능을 가지는 보험급여정책에 대한 평가라고 해석되었다. 그리고 요양급여의 적정성 평가는 진료비심사와 연속되는 행정작용으로서 개별적·미시적으로 이루어지는 진료비심사의 결과를 보다 거시적 차원에서 요양급여의 적정성과 연계시킴으로써 상호 보완적인 정책수단과 효과를 추구하고 사회경제의 발전수준에 맞추어 건강보험 수급권자의 권익을 적정한 요양급여로 보장하도록 요양급여정책을 개발하고 추진하고 그 성과를 평가하는 기능을 수행하여야 하는 것으로 판단되었다.

이 논문에서는 진료비심사의 법률적 내용으로서 구체적으로 사실확인심

사, 적법성 심사, 본인부담금에 대한 심사, 심사기준심사와 보험진료의 경제성 및 타당성에 대한 심사와 평가, 요양급여의 적정성 및 합목적성 평가로 구분하여 검토하고자 시도하였다. 현재의 건강보험 재정 규모 크기 및 증가 추세를 감안하고 진료비 심사와 요양급여의 적정성 평가 작용이 국민의 건강권과 수많은 이해당사자의 권리관계에 미치는 영향 등을 고려할 때, 이에 대해서는 앞으로 지속적이고 다양한 관점에서 심층적인 논의를 거칠 필요가 있다고 생각한다. 이러한 과정을 통하여 진료비심사의 기능 및 역할에 관한 우리 사회의 합의와 개념정의를 보다 명확하게 하고 요양급여 적정성 평가와의 관계도 분명하게 규명하여야 할 것이 요구된다고 본다.

[ 참고 문헌 ]

- 건강보험심사평가원(2004). 『2004년도 직무분야 교육교재 I』.
- 건강보험심사평가원(2006). 『건강보험제도의 심사와 평가』.
- 건강보험심사평가원(2002). 『신규직원 교육과정』.
- 건강보험심사평가원(2002). 『심사기준·지침정비방안 입안을 위한 세미나결과보고서』.
- 건강보험심사평가원(2002). 『심사평가원 주요업무 개요 (진료심사평가위원회 위원 workshop 교재)』.
- 건강보험심사평가원(2001). 『요양급여관련 소송판례분석집』.
- 건강보험심사평가원(2003). 『요양급여관련 소송판례분석집』.
- 김병익, 최병호(2003). 『건강보험제도의 체계 개편방안: 의료제도발전을 위한 정책과제 자료집』. 의료제도발전특별위원회.
- 김운묵(2006). “건강보험 권리구제제도의 개선 방향에 관한 연구”. 『의료법학』, 7(2).
- 김운묵(2002). “미국 공적보험에서의 진료비 부정청구와 법적 대응”. 『의료법학』, 3(2).
- 김운묵(1996). 「의료보험에서의 권리분쟁에 관한 고찰」. 서울대학교 보건대학원 보건학석사 학위논문.
- 문옥륜, 이재형 외(2004). 『건강보장론』. 신광출판사.
- 보건복지부(2006). 『건강보험요양기관 현지조사지침』.
- 요양급여비용연구기획단(2006). 『진료비 지불제도의 장기적 개선』.
- 의료보장개혁위원회(1994). 『의료보장개혁과제와 정책방향』.
- 의료보험연합회(1994). 『의료보험법령연혁집』.
- 의료보험연합회(1999). 『의료보험법령연혁집』.
- 의료보험연합회(1997). 『의료보험의 발자취』.
- 이상광(2002). 『사회법』. 박영사.
- 전광석(2001). “국민건강보험의 법률관계”. 『의료법학』, 2(1).
- 최병호(1998). “의료보험 수가체계 개편방향의 모색”. 『보건경제연구』, 4.
- 한견우(1995). 『행정법 (I)』, 홍문사.
- 荒木誠之(1983). 『社會保障の 法的 構造』. 有斐閣.

## The Legal Base and Validity of Reviewing Medical Expenses in the Health Insurance

Un Mook Kim, Ph.D.

*Professor of the Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare, Chief Research Fellow of the Korea Legislative Studies Research Institute*

### =ABSTRACT=

The medical expenses review system in Korea has developed under fee-for-service system with its own unique structure. The importance of reviewing medical expenses has been emphasized, as the size of medical expenditures moving through the health insurance legal context and its weight in the national economy have increased very rapidly. It is, however, analyzed that the feuds and arguments continue among the stakeholders for the lack of laws supporting the medical expenses review system.

The medical expenses review is a series of administrative procedures, deciding whether claims from medical care institutions to the insurer are legal and valid or not. It mainly controls the increase of unnecessarily excessive health insurance claim and prevents fraudulent claim and abuse and checks the less use or unsuitable use of medical resources. It also works a function guarantees medical benefits for the appropriate treatment according to the object of health insurance system as a social insurance scheme.

The dispute on legal base of the medical expenses review is about the source of law in the medical expenses review. There are the Health Insurance Act and administrative laws as *jus scriptum* and the guidelines of review as administrative orders.

The medical expenses review should reflect various factors, such as the development of medical healthcare technologies, the health expenditures distribution, the financial situation of the health insurance, and the evaluation on

the level of appropriate benefits. It is also likely to adapt to the traits of characters of medicine, and trends and transition, Besides it should judge the legality and the validity of medical benefits expenditures by synthesizing these all factors.

And the evaluation system of appropriateness of medical benefits was administrative procedure which was consecutive with reviewing the medical expenses system and it was intended to make up for the result of reviewing the medical expenses in more comprehensive levels.

Keywords : The medical expenses review system, Fee-for-service system, The health insurance, Medical care institutions, The health expenditure distribution

## 지정토론문

## 건강보험 진료비심사의 법적 근거와 효력

조 형 원 \*

진료비심사제도가 무엇인지, 어떻게 운영되고 있으며 어떠한 변화과정을 겪어왔는지 그리고 진료비심사는 구체적으로 어떤 내용들로 이루어졌는지에 대하여 본 분야를 잘 모르는 사람들에게 명확히 알 수 있도록 해주고 있다. 그러나 본 논문에 거론된 내용만으로 보면 “건강보험 진료비 심사의 실정법적 규정과 그 내용”쯤의 제목을 갖는 논문이 되어야 될 듯싶다. 본 논문의 제목처럼 “건강보험 진료비심사의 법적 근거와 효력”이 되려면 법적 근거의 이론적 토대 내지 관련 판례의 검토 혹은 실정법규정의 비교법적 검토 등으로 법적 근거를 명확히 도출할 수 있는 내용이 충분히 다루어져야 함에도 이곳에선 법적 근거와 성격에 대한 제목 하에 실정법적 규정의 인용을 포함한 내용으로 상당히 부족한 지면만을 할애하고 있고, 또한 그 효력 역시 진료비심사규정의 적용을 받는 자에 미치는 효력의 범위 등의 내용이 다루어져야 할 것인데, 오로지 이곳에서는 진료비 심사의 내용만이 다루어졌기 때문이다.

진료비심사에 관한 실정법의 이론적 근거를 파악하기 위해서는 우선 의사와 환자의 법률관계를 살펴야 할 것이다. 보험의료는 보험급여의 의무자가 보험자라는 점, 지정의료기관을 보험자가 지정한다는 점, 의료기관은 진료보수를 보험자에게 청구한다는 점, 그리고 피보험자도 진료비의 일부는 스스로 부담하고 또 지정의료기관을 스스로 선택하고 轉院할 수 있다는 점 등에서 그 법률관계의 파악이 어렵다.<sup>1)</sup> 그러므로 이에 대하여 여러 견해가 대립되고 있다.<sup>2)</sup>

---

\* 상지대학교 의료경영학과 교수, 법학박사

1) 徐光民, 診療契約의 法律關係, 考試界, 1992.9, 46面.

제1설은 보험자와 의사(지정의료기관)사이에 진료계약을 체결하는 것으로 보고, 의사와 환자 사이는 이행보조자와 수령자의 관계로 본다. 이 견해는 환자의 의사 자유선택권 및 진료보수 일부부담이라는 사실로부터 의사·환자간의 직접의 의료계약체결을 추단하는 것은 의료보험의 본질에서 살펴볼 때 분명한 오류라고 하고, 오히려 보험자는 피보험자의 일부부담을 조건으로 하여 그 자에게 의료급여를 받게 할 의무가 있다는 것으로 이해하여야 한다고 한다.

제2설은 보험자와 保險醫 사이에 제3자(피보험자)를 위한 의료계약이 체결되는 것으로 보고, 의사와 환자 사이를 낙약자와 수익자의 관계로 본다.<sup>3)</sup> 이에 기해 피보험자는 진료를 청구할 수 있다고 한다. 이 견해는 의료보험의 이상을 관철하면서 동시에 피보험자 본인에게 적극적인 지위(즉 의사에 대한 진료급여청구권 등)를 부여하기 위한 것을 논거로 한다.

제3설은 의사와 환자 사이를 직접의 계약관계로 본다. 이 견해는 보험의료는 일반의료와 비교하여 진료보수의 청구 및 지급방법이 특수할 뿐이고, 의료기관은 어느 경우에든 환자에 대하여 같은 의무를 부담하므로 일반의료의 환자와 특별하게 구별할 필요가 없다고 보며<sup>4)</sup> 그 논거로 다음과 같은 것을 든다. 첫째 진료란 환자인 피보험자의 생명, 신체, 건강이라고 하는 극히 개인적인 것이며, 둘째 피보험자 본인은 이미 본인이 납부한 보험료로부터 진료비가 지급되는 것이므로 그 의료급여가 보험자로부터의 은혜라고 생각하지 않으며, 셋째 현실에 있어서도 환자에게는 여전히 사법상 계약자유 원칙이 확보되어 있어서, 환자의 일방적 轉醫, 수술중지요구 등 계약내용의 변경이 가능하다는 것이다.

제4설은 의사와 환자 사이에 낙약자와 수익자의 관계와 직접계약관계가

2) 조형원, 의료분쟁과 피해자구제에 관한 연구, 한양대학교 대학원 박사학위논문, 1994, 108-110面..

3) 독일의 다수설 및 판례는 낙약자와 수익자의 관계로 본다(A.Hübner und H. Drost, *Ärztliches Haftpflichtrecht* (Berlin: Springer Verlag, 1955), S. 5). 다만 1955년의 醫療保險組合醫師法 (Gesetz über Kassenarztrecht) 제정 이후 보험의사와 환자간에 직접의 의료계약이 병존한다는 견해도 대두되고 있다.

4) 徐光民, 醫療過誤責任의 法的 構成, 民事法學 第8號, 1990, 338面.

併存한다고 본다. 즉 보험자와 보험의 사이에서는 제3자를 위한 의료계약이 체결되고, 그 보험의에 대해 환자가 현실로 진료를 요청할 때 환자와 의사간에는 자유진료로서의 직접의 의료계약이 성립한다는 것이다. 이 견해의 논거는 다음의 4가지로 집약된다. 첫째 피보험자는 자기의 의사로 요양취급기관을 자유로 선택할 수 있다. 둘째 요양을 받은 피보험자는 요양취급기관에 대해 직접 일부부담금의 지급의무를 부담한다. 셋째 보험진료개시 후 의사가 보험진료에 있어서 인정되는 한계를 벗어난 진료방법이나 진료재료를 채용할 필요가 있다고 인정하는 경우 의료의 본질, 즉 자주성과 재량성에 따라 이른바 자유진료로의 대체가 행해진다. 넷째 보험자와 보험의 사이에 어떤 공법상의 권리·의무관계가 존재한다는 점 및 보험의와 피보험자 사이에 어떤 공법상의 권리·의무관계가 존재한다는 점 등과 보험의와 피보험자 사이에 사법상 직접의 계약관계가 성립한다는 점은 서로 용납하지 않는 것은 아니다.

이러한 학설상의 대립은 의사의 채무불이행책임을 누가 지는가와 관련이 되어 있다. 제1설에 따르면 의료과오로 인한 채무불이행책임을 보험자가 지게 된다. 제2설에 의하면 환자는 의사에게 직접 손해배상청구를 할 수 있고, 또 이론적으로는 보험자도 독자적인 손해배상청구권을 가질 수 있다고 한다. 제3설에 따르면 의료과오 채무불이행책임을 전적으로 의사가 부담한다고 한다. 제4설은 의료과오 채무불이행책임을 의사가 부담하게 된다고 한다.

생각건대, 의사와 환자의 관계를 이행보조자와 수령자 관계로 파악하거나 낙약자와 수익자 관계로 파악하는 학설은 모두 보험의료의 측면만을 강조하는 것이다. 의료계약의 내용, 방법이 환자 본인의 의사와 관계없이 정해질 수 있다는 문제가 생긴다. 또한 보험의료를 초과하는 부분에 관하여 새로이 자유진료관계가 성립한다고 하여 그 문제를 해소시킨다고 하지만 의료관계를 통일적으로 파악하지 못한다는 문제가 있게 된다. 우리나라는 아직 영국의 국민보건서비스(national health service)와 같이 의료가 완전히 공영화되지 않았기 때문에 현재의 의료보험체제 아래에서는 이를 채택하기



곤란하다. 한편 의사와 환자의 관계를 직접의 계약관계로만 파악하는 관점은 환자 측의 계약자유만을 강조하는 것이다. 비록 일반적으로 의료는 타인의 개입을 환영하지 않는다는 특질을 갖고 있다 하더라도, 의료보험전달체계가 수립되어 일정한 범위에서 의료이용에 제약을 받는 등의 기본적인 보험의료의 특성을 전면적으로 무시하는 것이다. 그러므로 이러한 문제들을 합리적으로 조정, 해결하기 위하여 의사와 환자의 사이에 낙약자와 수익자의 관계 및 직접 계약관계가 병존한다고 파악 하는 것이 가장 타당하다고 본다.

물론 저자의 판단에 따라 위의 어떤 입장이든 선택은 자유일 것이다. 그러나 적어도 이러한 식의 의사와 환자와의 관계를 설정한 이후에야 체계적인 진료비심사의 근거를 도출할 수 있을 것이다.

오늘날 보험정책을 둘러싸고 정부와 갈등양상을 보이는 의료인단체를 보면서 어느 일방만을 매도할 수 없는 안타까운 상황을 목격하게 된다. 결국 이들 갈등의 내면에는 공공의료로서의 성격을 다분히 갖기에 수가 등에 정부의 규제가 있는 것이 당연하고 의사 측은 그대로 따라가야 하는 것인지, 아니면 의사와 환자의 관계는 극히 자유로운 관계로 자유롭게 계약이 이루어져야하므로 보험자에 의한 현재의 수가통제 및 심사제도는 근거가 없는 것인지, 아니면 그 어느 극단의 선택은 곤란하다면 어느 선에서 그 관계가 규정되어야 하는지 등이 결정되어야 할 것이다. 진료비심사도 가능하며 상당한 정도로 정부의 의도대로 이끌려질 수 있는냐는 결국 의사와 환자의 관계로 귀결되기 때문이다.

사실 수가계약이라고 하지만 실질적 의미의 계약이 아니고 형식만 계약의 형태를 띠고 있다는 지적도 있다. 보험제도하에서 의료가 공공의료로서의 성격이 인정된다면 이도 무방하겠지만 그렇지 않다면 정부당국은 이에 대한 비난을 감수할 수밖에 없을 것이다. 물론 비교법적 검토나 판례연구도 게을리 하지 말아야 할 사항들이다.