

병원의 진료비 청구 자체심사 과정과 이의신청 사례

최 길 립*, 김 원 중**†

인제대학교 백병원*, 인제대학교 보건행정학부**

<Abstract>

Hospital's Internal Review Procedure of Health Insurance Reimbursement

Gil Lim Choi*, Won Joong Kim**

Department of Health Care Administration, Inje University,*

*Inje University Paik Hospital***

The main purpose of this study is to examine the overall procedure of hospital's internal review of health insurance reimbursement, to present the case of protest against reimbursement cut, and hence to provide some information on hospital's management of medical revenue. The object of the case study is 'P' university medical center, possessing 5 different hospitals under its system.

Presentation of the case of protest against reimbursement cut has following meanings:

Firstly, to the hospitals that already have internal review departments, information on the details of the protest process and results can be exchanged.

Secondly, to the Government and National Health Insurance Corporation, useful data are provided for the improvement of the rules and procedures of health insurance

† 교신저자 : 김원중, 인제대학교 보건관리학과(055-320-3289, hcmkim@ijnc.inje.ac.kr)

reimbursement.

Thirdly, to the hospitals without internal review departments, fundamental materials on the internal review process are provided for the effective management of medical revenue.

Key Words : health insurance reimbursement, internal review, protest against reimbursement cut, management of medical, revenue

I. 서 론

건강보험심사평가원은 요양기관의 진료비 청구에 대하여 그 적정성을 심사하고 이에 부적합하다고 판단되는 경우 '조정'이라는 형태로 진료비 삭감을 시도한다. 따라서 요양기관의 입장에서는 여러 가지 형태의 '조정'건에 대하여 자체 심사부서인 「보험심사실」을 통해 먼저 삭감분석을 시행하고 '부당한' 조정건에 대해서는 '이의신청'이라는 방식으로 진료비를 다시 청구하게 된다. 다시 말해서, 보험자(심사평가원)의 진료비 심사는 최소의 의료를 보장하는 사회보험의 취지에 따라 경제성의 원칙에 부합되는 진료 및 적정진료비의 청구여부를 확인하고 진료비를 지불하기 위한 심사인 반면, 요양기관의 자체심사는 환자에게 제공된 의료서비스가 누락 없이 산정되었는지 또는 건강보험기준에 적합하게 산정되었는지를 확인하고 진료비 청구시에 삭감 대상 여부를 점검·보완하며, 삭감 후에는 삭감분석을 통하여 차후의 개선을 도모하고 필요시에는 이의신청을 시행하여 진료수익 누락을 예방 또는 최소화하기 위한 절차인 것이다.

본고는 건강보험 진료비 청구시 자체심사의 내용과 과정에 대하여 전반적으로 알아본 다음, 자체심사 중에서 주요한 업무의 하나인 이의신청과 관련하여 제도의 설명, 사례의 제시, 그 의미의 고찰 등을 통하여 병원의 진료수익 관리를 위한 참고자료를 제공하고자 작성되었다. 사례의 대상이 되는 P중양의료원은 학교법인으로서 산하에 5개의 의료기관을 보유하고 있으며 2002년 1월부터는 책임관리를 위한 목적으로 보험심사업무를 총괄할 수 있도록 중양의료원 총괄 보험심사실장을 두고 부서의 조직·인사관리를 위임하여 심사업무의 효율성과 생산성을 도모하고 있다. 이와 같은 이의신청 사례의 제시는 다음과 같은 의미를 가진다. 첫째, 기존에 보험심사실이 있는 요양기관에 대해서는 이의신청 사례의 공유를 통한 정보교환을 달

성하고, 둘째, 보건복지부 및 건강보험공단에 대해서는 차후의 심사기준 및 심사지침에 참고 또는 반영할 수 있도록 하며, 셋째, 아직도 자체 보험심사실이 없거나 있더라도 삭감분석 및 이의신청을 하지 않는 요양기관에 대해서는 효율적 진료비 관리방안으로서 자체심사 및 이의 신청 절차를 위한 기본적 실무내용과 관리방법을 정리하는 기회가 될 것으로 생각된다.

II. 요양기관의 진료비 자체심사 과정

1. 자체심사의 내용과 종류

1) 자체심사의 내용

- ① 임상경험 및 진료비 분석을 통하여 병원이 자체적인 적정진료기준을 정립한다.
- ② 진료사항 및 진료비 산정시 발견된 문제점을 시정하고 분석하여 해당부서에 결과를 제시한다.
- ③ 새로운 시술에 대하여 보건복지부 또는 국민건강보험공단에 진료수가의 적용을 질 의한다.
- ④ 자체적으로 새로운 표준진료지침을 제정하고 적용방안을 연구한다.
- ⑤ 심사평가원에서 삭감내 내용에 대한 삭감분석 및 이의신청과 재청구를 담당한다.
- ⑥ 보건복지부의 유권해석과 연합회의 심사지침을 숙지하고 심사사례 자료를 취합하여 진료과에 통보한다.

2) 자체심사의 종류

자체심사에는 사전심사, 사후심사, 재원중 심사 등 세 종류가 있으며, 요양기관의 규모 및 심사인력과 그 기관의 업무분장에 따라서 자체심사의 방법이 달라진다.

(1) 사전심사(퇴원전, 즉, 진료종료전 심사)

환자에게 진료비를 청구하는 계산서를 발급하기 전에 이루어지는 심사로 외래진료의 경우에는 시행하기 어렵다. 왜냐하면 외래는 주로 수납창구에서 환자가 대기하고 즉시 수납 행위가 이루어지기 때문이다. 그러나 입원진료는 입원기간 중에 심사가 이루어지기 때문에

퇴원 전에 진료기록에 의한 자체심사를 할 수 있다. 따라서 심사절차에 어려움이 있고 다소 시간이 걸려 관련부서 및 환자가 불편하지만 퇴원 전에 적절한 진료비를 산정할 수 있다는 장점이 있다.

① 사전심사시 주요 심사내용

- 진료수가 기준에 따른 급여와 비급여의 구분
- 수술, 마취, 처치를 주간 또는 야간에 실시했는지의 여부
- 주된 수술인지 부수적 수술인지의 여부
- 입원료, 응급의료관리료, 식대, 특진료 산정내역의 검토
- 처방사항의 누락, 적용착오, 입력착오 등의 검토
- 상병명의 누락 및 입력착오 검토

② 고려사항

사전심사의 본래 목적은 본인일부부담금 및 비급여 부분 진료비를 퇴원전에 정확히 계산하여 수납하고 금액이 큰 수가만을 주대상으로 심사하는 것이 보다 효율적이다

(2) 사후심사(퇴원후, 즉, 진료종료후 심사)

환자가 일정한 진료비 산정기준에 의하여 계산된 진료비를 수납한 후에 이루어지는 심사로 주로 보험자에게 적정진료비를 청구하기 위해서 실시한다. 이 심사는 퇴원 후에 이루어 지므로 안정되고 정확한 심사가 될 수 있지만 진료비를 수납한 후에 조정하기 때문에 보험자에게 청구하는 진료비가 정확한지를 가늠하는 목적에만 이용하고 이미 퇴원한 환자의 본인부담금을 많거나 적게 받은 경우는 어쩔 수 없는 문제점을 안고 있다. 따라서 병원들은 사전심사와 사후심사를 병행하려고 노력하고 있으며 실제로 병행심사를 하는 병원들도 많이 있다.

(3) 재원중 심사

환자가 입원해 있는 동안에 이루어지는 심사로써 보험자에게는 적정 진료비를 청구하기 위함이며, 환자에게도 적절한 진료가 이루어 질 수 있도록 입원기간에 심사를 하고, 의료기관이 합리적인 이익을 추구하는 데에도 적절한 심사이나 많은 인력과 시간이 요구되므로 요양기관에서는 기피하는 경향이 있다. 그러나 재원중 심사를 하게되면 조정(삭감)이 줄어들고 동시에 이의신청도 감소하게 되어 진료비 관리의 효율성 및 생산성이 향상되므로 요양기관들은 전산시스템이 잘 구축되어 있을 경우 환자가 입원할 당시부터 심사가 이루어 질 수 있

도록 경영자측에 확실한 심사관리방향을 제시하여야 할 것이다. 아무리 실무부서에서 진료비 관련 업무 개선을 제시하여도 의료진의 협조가 절대적이고 경영자측의 의지와 적극적·지속적인 노력 없이는 업무의 개선이 어렵다는 점을 유념해야 할 것이다. 본 사례연구 대상인 요양기관에서도 진료비 지표관리 대책방안에 대한 발표를 통하여 본원의 전산화가 완료된다면 우선적으로 심사요원을 충원하여 재원중 심사가 이루어져야 함을 강조한 바 있다. 연구자가 개별적으로 조사한 바에 의하면 현재 재원중 심사를 정식으로 환자가 입원하는 순간부터 시행하고 있는 요양기관은 5개 미만인 것으로 파악된다. 향후 이 방법의 활성화가 요망된다.

2. 심사부서의 업무

1) 진료비 심사

- ① 진료비 심사의 기준을 각종 지침서에 의하여 확인한다.
- ② 진료내역이 통상적·일률적인 것인지 또는 새로운 것인지 점검한다.
- ③ 각 진료내역에 맞는 각종 첨부자료를 준비한다.
- ④ 심사시 발췌된 문제의 해결을 위하여 임상진료 해당과 및 관련부서와의 회의나 간담회 등을 통하여 심사보고와 협조요청을 한다.
- ⑤ 자체심사조정 현황을 분석한 통계는 진료위원회나 교수회의시 회람하여 발표한다.

2) 보완청구(재청구)

- ① 진료비 심사결과 통지서상 지급 불능건(반송)에 대해 지급 불능 사유를 보완하여 재청구한다.
- ② 다빈도 유형은 입원일 경우에는 상병명과 진료내역의 불일치 여부를 점검하고, 외래일 경우에는 기본사항 누락, 상병누락, 진료일수 착오 여부 등을 점검하는데, 대개 외래의 경우 삭감이유는 상병과 상이한 검사 및 투약 등이 많으므로 외래진료비의 자체심사는 생략하는 경우도 자주 있다.

3) 추가청구(누락분 청구)

당해 수진자의 당해 진료월에 발생한 진료 내용의 일부가 기재 누락되어 추후 발견한 경우 추가청구를 하며 추가 청구 명세서와 당초 청구한 진료비 명세서 사본, 누락된 진료 내역을 증빙할 수 있는 관계 증빙서류 사본을 첨부한다.

4) 보완자료 요청

진료비 청구 후 보험자 심사시 고액 진료건, 새로운 처치 및 수술, 특수검사료 산정건, 일률적 진료내역 확인건 등, 진료기록부 등의 확인이 필요한 경우 보완자료를 요청하여 심사한다.

5) 조정(삭감)내역 분석 및 이의신청

이 업무를 위해서는 먼저 진료비 관련업무가 전산화가 되어 있어야 하는 것이 전제조건이다. 요양기관에서 보험자에게 진료비를 청구하기 위하여 명세서를 작성하고 집계하는 업무가 거의 모든 경우 전산화되어 있으나, 조정(삭감)내역을 분석하거나 이의신청을 하는 업무는 대부분 전산화되지 못하고 있는 실정인데도 보험자는 진료비 심사내역을 수가항목 및 종목별로 상세히 구분하여 통보해주고 있지 않기 때문에 부득이 수작업으로 할 수밖에 없는 실정인 경우가 많다. 그러나 EDI 청구 이후에는 심사내역이 상세히 통보되고 있으므로 진료과별, 행위별, 수가항목별 삭감내역을 전산으로 분석해서 심사경향을 파악하고 내부자료로 활용함과 동시에 이의신청 프로그램도 개발하여 이의신청을 활성화함으로써 보험자의 심사기준에 반영토록 해야 할 것이다.

6) 진료비 통계

진료비통계는 요양기관마다 다를 수 있으나 대부분의 요양기관들이 다음과 같은 통계를 작성한다.

- ① 진료비 청구 및 삭감현황
- ② 이의신청 및 회수현황
- ③ 임상과별·항목별 진료비 대비 삭감 현황
- ④ 주요 약제 삭감 현황
- ⑤ 임상과별 건당 진료비 대비 삭감 현황

7) 기타 업무

기타업무로는 수가코드 관리, 보건복지부 질의, 건강보험 관련교육(지침서 제작, 자료수집, 홍보 등), 각종 관련회의(진료위원회, 교수회의, 약무위원회, 보험위원회 등) 참석, 민원 관련 업무 등이 있다.

Ⅲ. 이의신청제도

1. 국민건강보험법상 이의신청제도의 의의

국민건강보험법 제76조 제2항에는 요양급여비용 및 보험급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 건강보험심사평가원의 처분에 이의가 있는 요양기관 기타의 자는 심사평가원에 이의신청을 제기할 수 있다고 규정되어 있다. 이 같은 이의신청제도에 따라 요양기관은 건강보험 진료비에 대해 보험자의 심사 후 통보되는 삭감의 원인과 유형을 분석 파악하여 진료에 적극 반영토록 할 수 있다.

또한 요양기관 내에서 의료의 질 관리 및 경영 분석의 기초자료로 활용할 수 있으며, 제도적 측면으로는 보험자의 심사 경향을 파악할 수 있고 적극적인 이의신청을 통해 불합리한 건강보험 관련규정의 변경 및 새로운 규정의 마련을 촉구할 수도 있다.

2. 이의신청의 절차

진료비 심사결과 통지서를 접수하여 진료비명세서 부분에서 조정(삭감)내역을 발췌하여 분석하고 진료과별 조정(삭감)내역 현황을 작성한 후 각과별 심사 담당자에게 분배한다. 진료내역의 확인심사가 필요한 경우에는 의무기록지를 대출하여 확인심사를 거쳐서 조정(삭감)내역이 인상된 진료과(주치의)에 통보한 후 의사소견서를 회수하여 이의신청서를 작성하고 이의신청을 위한 각종자료(보완자료)를 준비하여 취합·검토·발송하는 절차를 취한다(자세한 내용은 <표 1> 참조).

<표 1> 이의신청의 절차

절 차	내 용	처리방법	양 식
심사 결과 통지서 접수	· 심사(지급) 차수별 · 청구건당 심사결과	· 미수금회수정리후 심사부서 · 접수 · 진료과별 삭감 파악 · 지연, 반송건 관리	· 미수관리대장 · 월별, 진료과별 · 진료비 · 회수 현황

절 차	내 용	처리방법	양 식
삭감 내역 분석	<ul style="list-style-type: none"> · 요양급여기준 및 진료수 가기준(삭감사유: B,C) - 과잉진료 - 적용착오 - 상병, 진료내역 불일치 - 자료미첨부 · 수가, 약가, 재료등 산정 착오(A) · 소명자료 미제출(F) 	<ul style="list-style-type: none"> · 건당 삭감내역분석, 내역서 작성 · 심사담당자 분배 · 착오내역 검토,확인 · 수가 CODE 확인 · 제출여부 및 미제출시 자료 확인 · 심평원 색인미비인 경우 심평원 시정요청(유선) 	
삭감 내역 진료 기록 확인	<ul style="list-style-type: none"> · 이의신청 사유를 증빙할 수 있는 진료기록확인 · 미비 진료기록 보완 	<ul style="list-style-type: none"> · 차트대출 · 삭감내역의 진료기록 확인 <ul style="list-style-type: none"> - 상병누락 여부 - 환자상태 기재 내역 - 삭감내역의 진료기록 확인 · 유형별 분류 <ul style="list-style-type: none"> - 이의신청 가능건 - 의사진료소건 요청건 - 각 관련부서의 시정필요건 	
삭감 내역 통보	<ul style="list-style-type: none"> · 이의신청서 담당의사의 진료소견이 필요한 경우 · 시정이 필요할 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 일률적 투약, 검사 - 연구목적의 진료 - 계속적 적용 착오 	<ul style="list-style-type: none"> · 주치의별 삭감내역 통보서 작성 <ul style="list-style-type: none"> - 삭감내역, 삭감액 - 건강보험기준 · 각과별 업무연락 	삭감내역통보서
이의 신청	<ul style="list-style-type: none"> · 심사결과통지서 도착 후 90일 이내 문서로 이의 신청 	<ul style="list-style-type: none"> · 이의 신청서 작성 · 관련증빙자료 첨부 <ul style="list-style-type: none"> - 진료기록부사본 - 의사소견서 - 참고문헌 - 재료대 등 구입소명자료 · 이의 신청서 1부 복사 · 이의신청 담당자 검토 · 발송, 부분정리, 보관 	이의신청서 (서식제13-1호) 의사소견서
이의신청 결과회신 분석	<ul style="list-style-type: none"> · 이의신청내용과 회신내용 비교분석, 진료비 회수결과 정리 	<ul style="list-style-type: none"> · 이의신청 처리결과 통보 문서접수 · 이의신청내용과 회신내용 비교분석 · 회수내역 통계처리 · 부서내 회람, 담당자 배부, 내역통보 	

절 차	내 용	처리방법	양 식
심사 청구	· 국민건강보험법 제76조에 의 거 진료비 이의신청 처리 결 과에 불복이 있을 때에는 처 분이 있는 날부터 90일 이내 에 건강보험분쟁조정위원회 에 심사청구	· 이의신청 불인정건중 심사청구건 선별 · 심사청구서 작성, 관계서류 준비 - 원처분 문서사본 - 심사청구사유서 - 진료비 이의신청결과 회신 - 진료비 이의신청문서 ※ 원본과 부분 2부 발송 단, 진료기록부는 1부만 발송	· 심사 청구서 · 심사 청구 사유서
재심사 청구	· 국민건강보험법 제77조에 의 거 건강보험조정위원회의 결 정에 불복이 있을 때 90일 이내에 건강보험조정위원회 에 재심사청구서 제출	· 심사청구 불인정건 중에서 재심사 청구건 선별 · 심사청구서 작성 · 관계서류 준비 - 원처분 문서사본 - 재심사청구사유서 - 진료비청구결과회신 - 진료비청구서 문서 ※ 원본과 부분 2부를 발송 단, 진료기록부는 1부만 발송	· 재심사 청구서 · 재심사 청구 사유서
행정 소송	· 건강보험법 제78조 (행정소송) “피보험자의 자격, 보험료, 보 험급여 또는 급여비용에 관 한 불복의 소는 재심사위원 회의 결정을 거친 후가 아니 면 이를 제기할 수 없다. 다 만, 재심사청구가 있는 날부 터 3개월이 경과한 때에는 그러하지 아니한다.”		
보고서	· 자체심사후 혹은 분석완료후 도출된 문제점 정리, 보고 - 건강보험심사평가원 - 임상각과 - 심사부서 - 원무부서 - 간호부서 - 전산부서 - 구매관련부서	· 심사부서 Meeting 자체교육 · 관련부서 Meeting 및 업무연락	

3. 이의신청의 대상

이의신청의 대상은 요양급여비용 및 요양급여비용의 적정성에 대한 평가 등에 관한 심사평가원의 처분이다. 요양기관에 통보된 '요양급여비용심사결과통보서'의 내용과 심사평가원이 향후 실시하게 될 '요양급여비용의 적정성평가'에 대한 처분이 있으면 이의신청을 제기할 수 있다. 그러나 공단이 요양기관에 통보한 '요양급여비용지급통보서'의 내용(차감지급 등 정산 내용)에 이의가 있는 경우에는 공단에 이의신청을 하여야 한다.

4. 이의신청 가능사항

- 진료비 심사 결과에 대해 이의가 있는 경우
- 심사 조정 사항에 대한 확인을 요구할 때
- 청구 착오에 대한 정정을 요구할 때
- 소명자료 미제출로 조정되었을 때

5. 이의신청 제기기간

이의신청은 처분이 있는 날부터 90일 이내에 하여야 한다. 처분이 있는 날이란 '요양급여비용심사결과통보서' 등이 요양기관에 도달한 날이며, 공단에서 요양기관에 송부하는 '요양급여비용지급통보서'와는 상관이 없다. 이의신청을 제기한 날은 이의신청서가 심사평가원에 도달한 날을 말하고 중간의 공휴일은 산입함(민법상의 기간계산 방법에 의함)을 주의하여야 할 것이다.

다만, 정당한 사유에 의하여 그 기간 내에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 때에는 90일이 경과하여도 이의신청을 제기할 수 있다. 정당한 사유란 심사평가원이 조사하여 건전한 사회통념에 입각하여 판단할 것이나 불가항력보다는 넓은 개념이라고 본다.

6. 이의신청의 절차와 방법

이의신청은 건강보험법 시행규칙 제43조의 규정에 의한 별지 제25호 서식에 의거 작성 제출하며, 이때 이의신청 사유를 증빙할 수 있는 서류를 첨부하여야 한다. 반드시 서식에 의한 문서로서 하여야 하며 구두에 의한 이의신청은 인정되지 않는다. 이의신청 내용에 따른 첨부서류를 구비하여 이의신청하여야 하는데, 이의신청 유형에 따라 반드시 첨부하여야 할 자료의 목록은 <표 2>와 같다.

<표 2> 이의신청 유형에 따른 첨부 자료

다빈도 유형	이의신청내역	첨부 자료
경피적 관상동맥확장술 및 스텐트 삽입술	실 사용된 balloon catheter coronary stent	· 동영상자료 · 진료기록부 · 시술담당의사소견서
심박기 거치술	permanent pace maker	· ACC,AHA의 지침서에 의한 class indication을 증빙할 만한 객관적인 자료 · 서맥과 관련된 환자의 임상증상이 확인되는 진료 기록부 · Holter monitoring, EKG결과지 · 시술 담당의사 소견서
집중치료실	집중치료실 일부, 전부	· 집중치료실 입실사유 및 계속적 집중치료실
척추고정술	횡고정장치, cage류, Long fusion 등	· 수술전,후 X-ray film · CT film, MRI film · 수술기록지 · 시술 담당 의사소견서
체외금속고정술	체외금속고정장치	· 수술전,후 X-ray film · 수술기록지 · 시술담당의사소견서
림프절 절제술	암 상병에 위절제, 대장절제, 직장절제술 등 동시에 산정된 림프절 절제술	· 실제 절제한 림프절이 기록된 수술기록지 · 병리조직 검사 결과지
전산화단층촬영	두부 등 CT 수회 시행하여 일부 조정한 건에 대하여	· 경과기록지, 간호기록지 등 전산화단층 촬영 시행 사유 확인되는 기록지 · 의사소견서
암비숍	암비숍 주사 모두 혹은 일부 조정	· 약제투여기록지 · 신기능을 확인할 수 있는 검사 결과지 · 경과기록지 · 진단검사 결과지 · 장기투여시 장기 투여 소견서
항생제	포텀, 프로바이, 반코마이신, 타고시드 등	· 약제투여기록지 · 경과기록지 · 약제감수성검사결과지 · TPR기록지 · 고용량사용시 의사소견서
안티트롬빈(주)	안티트롬빈(주) 모두 혹은 일부조정	· 약제투여기록지 · 의사소견서 · DIC 임상증상 확인 가능한 경과기록지 · DIC 확인할 수 있는 검사결과지
리오프로(주)	리오프로(주)	· 시술기록지 · 동영상자료 · 진료기록부 · 의사소견서
혈액	혈소판, FFP 등	· 검사결과지(CBC,PT,PTT 등) · 진료기록부 · 혈액투여기록지 · 의사소견서
알부민(주)	알부민(주)	· 검사결과지 · 의사소견서 · 투여기록지 · 경과기록지: 투여 당시 임상증상 확인할 수 있는 기록이나 검사결과 X-ray 판독지 등
항암제	탁솔, 켈자, 엘록사틴, 카보플라틴 등	· 경과기록지 · 약제투여기록지 · 6차 이상인 경우 PR확인 검사결과지 · 카보플라틴과 탁솔 병용 요법시 신기능을 확인할 수 있는 검사결과지, 의사소견서

7. 이의신청의 처리

이의신청을 받은 심사평가원은 60일 이내에 이의신청을 결정하여야 한다. 다만, 부득이한 사정이 있는 경우에는 30일 이내에 그 기간을 연장할 수 있다.

8. 이의신청 처리에 대한 불복

심사평가원의 이의신청 처리에 대하여 불복이 있는 경우에는 보건복지부에 설치된 건강보험분쟁조정위원회에 심사청구를 제기할 수 있다. 이 경우 이의신청에 대한 결정이 있는 날부터 90일 이내에 제기하여야 하며, 제출처는 보건복지부이다. 그리고 이의신청을 거치지 아니하면 건강보험분쟁조정위원회에 심사 청구를 제기할 수 없음에 유의하여야 한다. 한편, 요양기관은 이의신청, 또는 심사청구를 거치지 아니하고도 곧바로 행정소송을 제기할 수 있으며 이는 요양기관의 선택에 따른다. 다만, 곧바로 행정소송을 제기한다면 비용의 문제가 따를 것이므로 이의신청과 심사청구를 거쳐서 행정소송을 제기하는 것이 통상적일 것으로 생각된다.

IV. 이의신청 처리 사례

P중양의료원의 이의신청 사례를 발췌하기 위하여 산하 5개 의료기관 관련부서의 모임을 갖고 진료비 1차 조정(삭감)에 따른 삭감분석과 이의신청 및 이의인정에 관한 심사관리 방안을 논의한 후 이의신청 사례를 다음과 같이 정리하였다.

1. 응급의료관리료(A기관 사례)

- 상 병 : 상세불명 두드러기
- 내 원 : 2일 (2000년10월 진료분)
- 청 구 : 가3(응급의료관리료)×2회⇒1회 심사조정
- 결 과 : 2회째 응급실 내원은 진료내역 (c/c:urticaria, itching sensation, Tx: 페니라민 텍사근주) 참조 응급 증상 또는 그에 준하는 증상이라고 판단할 만한 객

관적인 소견이 없다고 하여 부결 처리됨.

- 관련근거 : 응급의료에관한법률 제2조 제5호에 의한 응급의료기관에서(별표1) 응급의료 관리료산정대상 환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우에는 초일에 한하여 (별표2) 응급의료수가기준액표중 “가”응급의료관리료를 산정한다. 단, 응급실에 내원한 환자중(별표1)에 의한 응급증상을 나타내지 않는 환자의 경우에도 초일에 한하여 응급의료관리료를 산정하되 이 경우 환자 본인이 응급의료관리료 전액을 부담한다.

2. 7차 이상 투여한 탁솔(주)에 대하여(B기관 사례)

- 상 병 : 난소의 악성신생물, 당뇨병
- 입 원 : 10일
- 청 구 : 탁솔주 30mg 9×1 ⇒ 심사조정
- 결 과 : 동 사례는 난소암 상병에 7차 이상 투여된 건으로 chemo Tx에 대한 response 를 보기 위해 제출된 자료로는 CA-125만 있고, 다른 검사(CT) 등은 실시하지 않은 상태이며 제출된 CA-125 검사 결과도 partial response 가 있다고 보기 곤란하다 하여 부결됨.
- 관련근거 : “전이성 난소암상병에 6차이상 투여된 탁솔(주)의 인정기준은 아래와 같이 한다.” (진료심사기준지침)
 - 부분관해(partial response)란 종양의 크기가 50%이상 감소되고, 더 이상 새로운 종양이 발생하지 않으며, 위와 같은 상태가 1달 이상 지속되는 경우를 의미한다.
 - 항암제의 투여기간은 6차까지 인정함을 원칙으로 하되, partial response를 보이는 경우는 3회만 추가 인정한다.
 - 다만, 수술로 종양이 제거되었을 경우에는 partial response 기준 중 「종양의 크기가 50%이상 감소」의 조건을 적용할 수 없으므로 「tumor marker 검사상 호전을 보이는 경우」로 한다.

3. 각성뇌파검사에 대하여(C기관 사례)

- 상 병 : 열성경련

- 청 구 : 나614가(각성뇌파검사)×1 ⇒ 심사조정
- 결 과 : 진료기록부 간질 기록 확인으로 가결
- 관련근거 : “각성뇌파검사는 뇌의 이상이 있거나 의심이 되는 경우 실시 시 인정하며, 특수뇌파검사는 각성뇌파검사 결과 더 정밀한 검사가 필요하다고 판단하여 시행 시 인정한다.”(진료비심사지침)

4. 고환고정술과 동시 시행한 서혜부허니아 근본수술에 대하여

(D기관 사례)

- 상 병 : 상세불명의 정류고환
- 청 구 : 자388가(고환고정술-복강내고환)×1
자275나(2)(서혜부허니아수술-고위결찰 및 후벽복강)×0.5
⇒ 심사조정
- 결 과 : ectopic testis로 hernia가 동반되지 아니한 상태에서 향후 서혜륜을 통한 탈장, 음낭수술을 방지하기 위해 탈장고정술을 동시에 시행하였다고 하나 이는 수술과정을 볼 때 ochiopexy 수술의 일련의 과정으로 간주하여 주 수술인 고환고정술만 인정됨.
- 관련근거 : “건강보험요양급여비용행위 및 그 상대가치점수산정지침 제9장 제1절 제6항에 의거 동일 피부절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50%를 산정한다. 다만, 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정한다.”(진료비심사지침)

5. 횡고정장치 재료대에 대하여(E기관 사례)

- 상 병 : 척추협착증(L4-L5-S1)
- 청 구 : Dyna cross set(횡고정장치) × 1set ⇒ 심사조정
- 결 과 : 1차 청구시 수술기록지와 수술전, 후 X-ray, CT, MRI를 CD에 담아서 1차 청구하였으나 진료기록부 확인 결과 척추협착증(L4-L5-S1) 2 Level에 사용하여 조정(삭감)처리 되어 이의신청시 의사소견서와 수술기록지, X-ray, CT,

MRI를 CD에 담아서 이의신청 한 결과 사례별로 인정됨.

- 관련근거 : “척추고정술시 사용된 횡고정장치는 Long Fusion (3 level 이상) 시행시에 인정함을 원칙으로 하되 수술전 Rotation Instability가 확인되는 경우 또는 수술중 Instability가 발생된 경우나 Osteoporosis가 심하여 Loosening 우려가 있다고 판단되는 경우에도 인정되며 Fx인 경우에는 1 Level에도 인정된다.”(진료비심사지침)

V. 고찰 및 결론

위의 사례에서 이의신청에 대한 부결사례와 가결사례를 보았는데 이미 의학적으로 효능이 입증된 신기술에 대하여 신속하게 이용할 수 있는 기회를 ‘보편적인 진료’만을 강조하며 정책적으로 차단한다면 적기에 최선의 진료를 받지 못하게 됨으로써 초래되는 치료기간의 연장은 결과적으로 건강보험재정에도 부담을 초래할 수 있다. 특히 B기관의 사례는 의학적 필요성이 시급한데도 불구하고 현재 보험급여가 되지 않는 대표적인 사례이다. 탁솔, 챔자, 네오플라스틴 등 2차 항암제의 경우, 외국에서는 효과가 입증되어 이미 사용중이나 국내에서는 식품의약품안전청의 인가가 없거나 약제지침서 등에 아직 등재되지 않았다는 사유로 보험에서 불인정하고 있다. 이와 같이 신기술 허용을 금지하는 것이 건강보험재정 보호차원에서 이루어지는 것이라면 다른 항암제도 탁솔 등과 같이 100% 본인부담 방식으로 환자(소비자)에게 이용기회를 허용하는 것이 타당하다.

이외에도 진료비조정(삭감)에 대한 이의신청 제기시 보다 심층적이고 성의 있는 검토가 있어야 할 것이며, 나아가 진료비 인정 또는 불인정시 의학적으로 타당하고 납득될만한 사유들을 제시하여 요양기관에 피드백 시키는 것이 향후 불필요한 시행착오를 줄일 수 있다고 사료된다. 특히, 신약이나 고가약제에 대한 질의시에 ‘사례별 인정’이라는 회신은 갈등의 소지가 될 수 있으므로 구체적인 기준 제시를 해주는 것이 타당하다고 생각하며, 그동안 인정되어 오던 약제나 재료대 등을 사전에 통보도 없이 조정(삭감)하는 조치는 정책의 신뢰성과도 관련되므로 충분한 사전고시 이후 적용하는 것이 요망된다. 또한, 이의신청 검토 결과 적정 진료로 판단된 경우에는 필요하다면 기존 보험기준을 개선하거나 새로운 기준을 마련하는 합리성을 갖출 필요가 있다.

한편, 병원의 입장에서도 심사업무 개선방안의 일환으로 전산시스템이 완전화되어 어느 정도 정착이 되면 그동안의 보험자 심사사례(이의신청사례 포함)를 수집·분류하여 전산프로그램에 반영하고, 의료진과의 각종 회의나 교육·홍보를 통하여 진료를 표준화하며, 보험급여의 범위를 초과할 때에는 자동으로 점검되어 재확인될 수 있도록 해야 할 것이다. 그러기 위해서는 의료진의 절대적인 협조와 경영층의 확고한 지지 및 요양기관 심사관련 실무자들의 지속적인 프로그램 개발이 있어야 할 것이며, 보험자측의 심사평가원도 요양기관의 적정진료를 위하여 부단한 노력이 필요하다. 아울러 강조하고 싶은 것은, 아직도 삭감분석과 이의신청을 인력부족으로 하지 못하고 있는 요양기관에서는 인력을 충원하여서라도 이를 실시하여 병원의 진료수익 관리에 만전을 기하고, 만약에 전산화가 완비되어 있는 기관이라면 재원중심사도 추진할 수 있는 방향으로 나가는 것이 바람직할 것으로 생각된다.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원(2002). 심사기준 및 지침 정비방안 입안을 위한 세미나 자료집.
- 건강보험심사평가원(2002). 심사평가원의 이의신청제도.
- 건강보험심사평가원(2002). 요양기관 이의신청 현황분석.
- 송명지(1999). 보험심사간호사의 전문직업성과 조직효과성, 인제대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- 송미라(1997). 진료비 1차삭감(요양기관내) 청구 및 심사관리 방안, 대한병원협회 제18차 의료보험연수교육 연재집.
- 이혜숙(1999). 의료보험진료비 삭감시 삭감유형과 이의인정에 관한 연구, 인제대학교 경영대학원 석사학위논문.
- 임배만(1999). 의료보험진료비 심사지불제도의 변화에 따른 병원의 준비와 대응전략.
- 최길림(1995). 의료보험 입원진료비 청구누락 방지를 위한 병원자체심사에 관한 연구, 인제대학교 보건대학원 석사학위논문.