

건강보험 진료비 청구 및 심사지급에서의 권리분쟁과 구제

김 운 목*

- I. 머리말
- II. 건강보험 진료비 법률관계와 분쟁
 - 1. 건강보험 진료비 법률관계 구성
 - 2. 이의신청 및 심사청구제도 개요
 - 3. 진료비 법률관계의 이의신청사항
 - 4. 진료비심사와 요양급여의 적정성 평가
- III. 진료비심사에 대한 이의신청
 - 1. 진료비심사에 대한 이의신청 운영 현황
 - 2. 진료비심사에 대한 이의신청제도 운영 분석
 - 3. 이의신청제도 개선방향의 모색
- IV. 요약 및 결론

I. 머리말

건강보험 법률관계로 규율되는 재정은 매년 큰 폭으로 증가하고 있어 2006년에 재정규모가 이미 연간 약 29조원에 육박하였고(총진료비: 28조 4,102억원, 보험자부담금: 20조 9,315억원), 2007년

* 한국보건복지인력개발원 교수, 한국입법학연구소 수석연구위원, 보건학박사

에는 상반기 보험급여비 지급실적이 2006년 동기에 비하여 14.7% 증가하고 있어(2006년 상반기 10조 3,839억원 : 2007년 상반기 11조 9,123억원)¹⁾ 2007년간 재정규모는 약 33조원 수준에 이를 것으로 보인다. 이와 같은 건강보험재정은 그 규모와 높은 팽창속도에 따라 국가사회경제에 파급되는 영향을 크게 하고 있고 국가 사회경제정책 중에서 중요한 과제로 부각되고 있다.

한편, 전국민 건강보장을 이룩하고 요양급여의 보장성을 꾸준히 강화시켜 나감에 따라 수입의 대부분을 건강보험재정에 점점 더 의존해가야 하는 요양기관과 보험료, 본인일부부담금 등으로 보험재정의 대부분을 부담하는 가입자·국민은 건강보험 이해관계에서 서로 대립하는 구조를 형성하게 된다. 이러한 건강보험재정 흐름에서 대립하는 당사자간 이해관계의 타당성과 적법성을 객관적이고 공정하게 담보하고 합리적으로 조정하기 위해서 요양급여비용에 대한 심사제도와 요양급여의 적정성에 대한 평가제도를 운용하고 있다.

이 심사·평가과정을 거치면서 가입자와 요양기관간의 대립구조는 주로 요양기관이 청구한 진료비를 심사하는 진료비심사평가기관과 요양기관간의 대립구조로 대부분 전환되며 그것은 진료비심사의 결과에 대한 불복으로써 요양기관이 제기하는 이의신청, 심사청구 및 행정소송 등의 분쟁으로 구체화된다. 즉, 이러한 권리분쟁은 의료의 이용에 관한 법률관계가 환자와 의사간의 자유로운 사적 계약관계로부터 건강보험제도를 통하여 사회적 권리관계로 전환됨에 따르는 것으로 의료의 수급을 보편적 사회보장제도의 보험급여로써 취급하고 그 비용의 타당성과 적법성을 공적으로 심사·평가하는 과정에서 발생한다. 건강보험 진료비청구 및 지급관계에서 발생하는 권리분쟁은 관련되는 각 당사자 간에 있게

1) 국민건강보험공단(www.nhic.or.kr), 건강보험통계-건강보험주요지표-2007년 상반기 주요지표(개요).

되는 법률행위의 합리성과 합법성 여부에 대한 다툼으로써 필연적인 현상이며 국민과 요양기관의 권리의식이 향상됨에 따라 증가하는 것이 일반적인 추세이라고 할 것이다. 그리고 이는 건강보험 진료비 심사지급제도를 발전시키고 충실화시킴에 대한 국민과 의료공급자의 욕구를 표출시키고 이해당사자간의 합의를 도출해 내는 창구로서 작용하기도 한다.

무릇 건강보험에 있어서의 권리분쟁은 그 법률관계가 복잡하고 다양한 만큼 매우 복잡한 양상을 나타낸다. 그러나 건강보험 특별행정구제절차로서 이의신청과 심사청구의 대상이 되는 분쟁은 보험관리운영상의 합리성과 합법성을 확보하려는 보험자 또는 심사평가기관 등 건강보험 관리운영주체의 권리침해적 업무수행과 이에 대하여 건강보험 수급권을 보장받고자 하는 가입자 등 수급권자의 권리주장 또는 요양급여를 취급하고 그 비용을 지급받는 요양기관이 마찰을 일으키면서 나타난다.

그동안 우리나라에서는 건강보험제도의 충실화를 위해서 보험급여의 보장성 강화와 건강보험 관리행정체계 개편을 중심으로 하여 수급권을 내실화시키고 보호하려는 것에 대해서는 많은 논의와 개선이 있었으나, 위법·부당한 권리침해에 대한 구제기능의 내실화 및 활성화에 대해서는 소홀하였다. 건강보험을 포함한 사회보장제도에서의 권리구제제도 운영부실에 대한 본격적인 논의는 2004년 정기국회 국정감사과정에서 처음으로 제기되어 국민건강보험법이 특별 행정심판제도로 규정하고 있는 이의신청제도(제76조)와 심사청구제도(제77조)의 운용 전반에 대하여 재결청에 해당하는 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원과 보건복지부에게 문제가 있음이 지적되었다. 그동안 거론된 주요한 지적사항을 보면, 권리구제제도 운영의 형식화·부실화의 사례로 서면결의에 의한 위원회 운영, 청구내용 심리 부실의 사례로 심리안건의 과다상정, 신속한 구제기능 결여로 인한 처리기간 장기소요, 권리구제

절차 무력화의 사례로 행정심판대상이 되는 민원의 대부분을 간이한 민원처리절차로 처리하는 현상 등이 거론되었다.

그리고 국민건강보험법 및 동법시행령에 의하여 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원에 설치된 이의신청위원회와 국민건강보험법에 의하여 보건복지부에 설치된 건강보험분쟁조정위원회의 구성방식에도 문제점이 있음이 지적되었다. 즉, 각 위원회는 건강보험 권리분쟁 사항에 관하여 전문적으로 이를 심리할 수 있는 학식과 경험을 가진 전문가가 아니라 건강보험에 이해관계가 있는 단체의 대표자의 성격으로 이루어져 있어 건강보험 권리분쟁 사항에 관하여 전문적으로 이를 심리하기 어렵다는 것, 그리고 위원의 대부분이 외부인사로 구성되어 있어 적기에 회의를 개최하기 어려워 제기되는 권리분쟁사항을 적시에 심리할 수 없다는 것 등이었다.

이러한 문제점을 보완하기 위해서 건강보험 심사청구제기시 원처분자 경유방식 채택, 분쟁조정위원회의 위원수의 확대 및 상근위원제도 도입과 분쟁조정위원회 사무국의 독립적 설치를 내용으로 하는 권리구제제도 개선에 관한 법안이 2006년 국회에 개정입법안으로 제출되었으나 계류상태에 있고, 보건복지부에서는 2005년부터 “건강보험 권리구제제도 강화방안”으로 건강보험분쟁조정위원회 사무국을 신설하여 전담인력을 확충배치하고 제도개선을 추진하는 것으로 논의하였으나, 보충적으로 소폭의 직제와 인력을 증원시켜 운영하는 데 그치고 있다.

이 연구에서는 건강보험 여러 부문 중에서도 많은 분쟁이 발생하고 있으며 중요성을 더하고 있는 보험급여비용의 청구와 심사지급에 관한 법률관계에서의 분쟁을 중심으로 그 내용 및 현황과 권리구제절차의 운영에 대하여 검토하고자 한다.

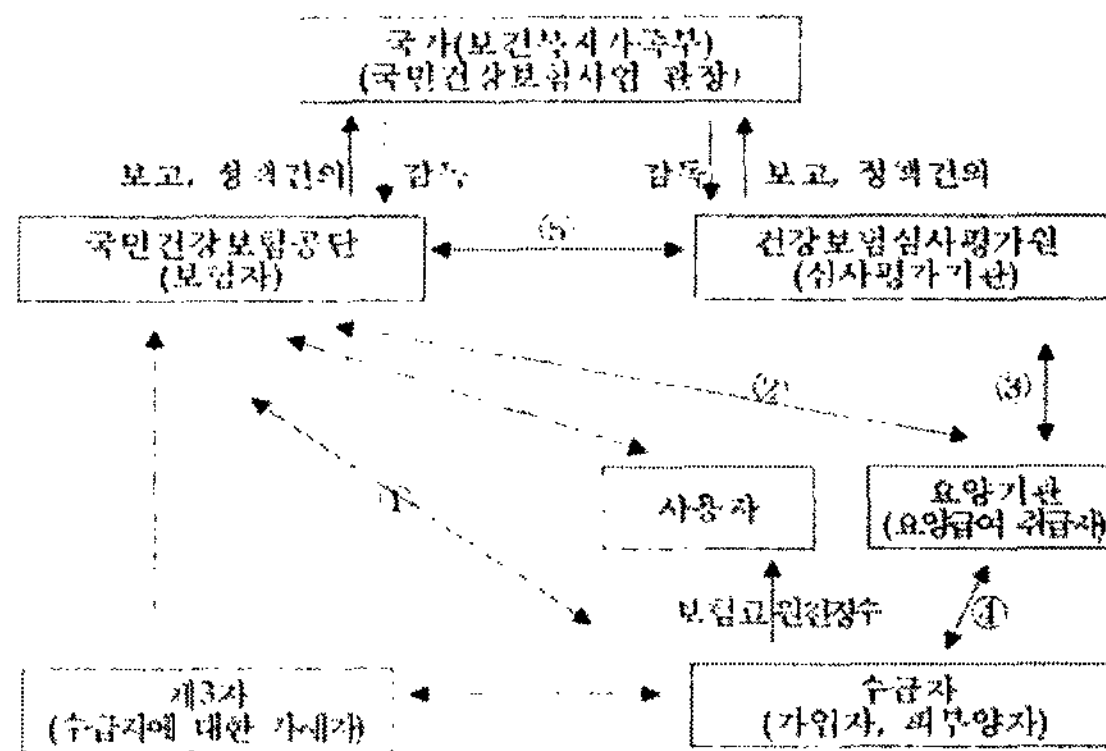
II. 건강보험 진료비 법률관계

1. 건강보험 진료비 법률관계 구성

건강보험 법률관계는 복잡하고 다양한 양상을 나타낸다. 우선 공적 건강보험제도의 관리·운영 시스템을 제도화 과정에서 관리운영 주체와 객체 간의 법률관계가 형성되고, 건강보험 보험급여를 취급하는 의료제공자인 요양기관이 건강보험 급여와 급여비용 관계의 중요한 당사자가 되고 진료관계도 건강보험 법률관계의 중요한 구성부분이 된다.²⁾

또한, 수급자를 가해하여 보험사고를 발생시킨 제3자는 그 보험사고에 대하여 수급권자가 보험급여를 받으면 보험자와 구상권 관계라는 법률관계를 형성한다. 이와 같이 건강보험법 관계는 복잡하고 다양한데 이를 도표로 나타내면 다음과 같다³⁾.

(표 1) 건강보험법 관계



2) 전광석, 국민건강보험의 법률관계, 의료법학 제2권 제1호, 대한의료법학회, 2001. 6, 280-283; 이상광, 사회법, 박영사, 2002, 688-692.

3) 자세한 것은 김운목, 건강보험 권리구제제도의 개선방향에 관한 연구, 의료법학 제7권 제2호, 대한의료법학회, 2006. 12, 225-230 참조.

건강보험 법률관계는 관리운영주체인 보험자와 수급주체인 가입자를 중심으로 하여 형성하게 되는데, 피보험자격관계를 구성하는 (표 1)에서 ①의 법률관계는 보험자와 가입자간의 법률관계이며 여기에는 보험적용에 대한 자격관리, 보험급여의 지급, 급여의 정지 또는 제한, 부당이득의 징수와 보험료의 부과 징수 등의 관계가 포함된다. 이 법률관계에서의 관리행정은 대부분 보험자가 우월한 권력적 지위에서 가입자 등에게 행하는 행정처분으로 이루어진다.

또한 본 연구의 주 대상이 되는 건강보험 진료비 법률관계는 보험자와 요양기관간의 관계로서 ②의 관계를 기초로 하고 여기에 심사평가기관과 요양기관간의 관계로서 ③의 관계가 구성되며 요양기관과 수급자간의 관계로서 ④의 관계와 보험자와 심사평가기관간의 관계로서 ⑤의 관계를 포함하여 구성된다. 보험자와 요양기관간의 관계(②)는 구 의료보험법에서는 요양기관 지정제도를 통하여 구성함에 따라 당시 요양기관의 지정은 보험자(각 조합)로부터 요양기관 지정권한을 위임받은 보험자단체(의료보험연합회)의 지정 또는 취소에 의하여 그 법률관계가 성립하거나 소멸하였다. 현행 건강보험법에서는 의료기관, 약국 등이 개설, 등록 등의 일정한 요건을 구비하면 당연히 요양기관으로서의 법적 지위를 가지게 되는 요양기관 당연적용제도로 법률관계가 성립된다.⁴⁾ 요양기관은 관리운영주체인 보험자와 수급권자의 관계에서는 제3자적 지위에 있게 되지만, 요양급여를 취급함에 따라 보험자와의 관

4) 국민건강보험법은 의료법에 의하여 개설된 의료기관, 약사법에 의하여 등록된 약국, 약사법 제72조의12의 규정에 의하여 설립된 한국희귀의약품센터, 지역보건법에 의한 보건소·보건진료원 및 보건지소와 농어촌등보건의료를위한특별조치법에 의하여 설치된 보건진료소를 요양기관으로 하도록 하고 공익 또는 국가시책상 요양기관으로 적합지 아니한 경우에만 제외할 수 있도록 하는 요양기관 당연적용제도를 채택하면서(제40조) 구 의료보험법에 의한 요양기관 지정제도를 폐지하였다.

계와 함께 심사평가기관 및 수급자와도 법률관계가 구성되는 다면적 법률관계를 형성한다.⁵⁾ 특히 현물급여가 중심되어 있는 보험급여제도를 운영함에 있어서 요양급여를 제공하고 그 비용을 청구하여 심사 지급받고 평가를 받는 과정에서 요양기관은 현실적으로 보험급여 수급과 보험재정 흐름에서 중심에 있게 된다.

요양급여를 제공하고 그 비용을 청구하여 심사 지급받고 평가를 받는 과정에 있는 법률관계의 요소 중에서 요양급여비용을 산정하는 기초가 되는 보험수가의 결정은 보험자인 공단의 이사장과 의약계를 대표하는 자와의 계약사항으로 되어 있어(법 제42조) 이 법률관계가 전체적으로 민사법적 성격을 가진 것으로 판단될 소지가 있으나, 보험자 또는 심사평가기관이 우월한 권력적인 지위에서 행하는 행정처분으로 이루어지는 것이 대부분이다. ③의 법률관계는 요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성에 대한 평가에 관한 법률관계로서 본 연구의 중심대상이 되고 있다. 이 관계는 요양기관에서 보험급여 제공의 결과에 따른 비용의 지급을 보험자에게 청구하는 것에 대하여 심사평가기관이 그 청구자 및 청구의 내용과 절차가 적법하고 타당하며 적정한 것인지에 대하여 판단하는 법률관계를 말한다. 이 법률관계에서 심사와 평가는 심사평가기관이 우월한 권력적인 지위에서 행하는 처분으로 이루어지고, 요양기관의 급여비용 청구금액을 감액 조정하는 심사와 평가의 과정에서 요양기관의 진료권 또는 진료비청구권을 침해하는 처분으로 나타나며 현재로는 건강보험법률관계 중에서 권리분쟁이 발생할 소지가 크다.

여기서 이 법률관계의 흐름을 나타내는 요양급여비용 지급의 심사청구와 심사 및 지급에 관한 절차를 간략하게 살펴보면, 당초 요양기관은 요양급여비용의 지급을 보험자에게 청구할 수 있으나

5) 이상광, 사회법, 박영사, 2002, 688.

(법 제43조 1항 본문), 요양급여비용의 지급을 청구하고자 하는 요양기관은 심사평가기관에게 요양급여비용의 심사청구를 하도록 하고 심사청구를 받은 심사평가기관은 이를 심사한 후 그 내용을 보험자와 요양기관에 통보하도록 하며 심사평가기관에 대한 심사청구를 보험자에 대한 요양급여비용의 청구로 간주하고 있다(법 제43조 제1항 단서, 법 제43조 2항). 그리고 보험자는 심사평가기관으로부터 통보받은 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급한다(법 제43조 3항).

④의 관계는 요양기관 법률관계 중에서 요양기관과 수급자간의 관계로 요양기관이 수급자에게 요양급여를 제공하는 것과 그 대가의 일부로서 본인부담 진료비를 수불하는 관계이다. 즉, 수급자가 요양기관으로부터 절차에 따라 요양급여를 받고 요양기관에 소정의 본인일부부담금을 포함한 본인부담금을 직접 납부하는 관계로서 수급자가 실제로 건강보험 요양급여를 받게 되는 절차를 말한다. 수급자의 요양기관에 대한 요양급여(보험진료)의 신청과 요양기관의 수급자에 대한 급여의 제공으로 구성되는 이 관계에서 각 당사자는 건강보험법령이 규정하고 있는 내용을 이행하는 것이지만 이 과정을 통하여 다양한 법률효과가 발생한다.

한편 요양급여를 받는 절차를 보면, 우선 건강보험 수급자(가입자 또는 피부양자)가 요양기관에 요양급여를 신청하는 때에는 건강보험증을 제출하여 적법하게 수급자격이 있음을 확인받아야 한다(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙⁶⁾ 제3조). 이에는 여러 가지 보충적 절차가 있으나, 요양기관이 무자격자를 확인하지 못하고 그에게 요양급여를 제공한 경우의 급여비용에 대한 책임소재를 가리기 위해서는 요양기관이 가지는 수급자격의 확인의

6) 건강보험법 제39조 제2항 및 제3항의 규정에 의하여 요양급여의 방법·절차·범위·상한 및 제외대상 등에 관하여 규정하고 있는 보건복지부령 제408호의 규칙(이하, 본 논문에서는 요양급여기준으로 약칭함).

무가 어느 수준까지 요구되는지를 검토할 필요가 있다. 현재는 전 국민 건강보장이 이루어진 상태에 있으므로 요양기관의 수급자격 확인의무는 실질적이고 구체적인 수급자격의 내용까지 확인할 것을 요구하는 수준이라기보다 제출된 건강보험증 등의 서류에 의하여 수급자격이 있음을 절차에 따라 형식요건을 확인하는 주의가 요구된다고 본다. 그리고 요양급여는 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분되며, 수급자는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받아야 하는데(요양급여기준 제2조), 여기서 1단계는 건강보험법 제40조 제2항의 규정에 의하여 인정된 종합전문요양기관을 제외한 요양기관에서 받는 요양급여를 말하고 2단계는 종합전문요양기관에서 받는 요양급여를 말한다. 이에도 또한 많은 예외가 허용됨에 따라 수급자가 이 절차를 회피하는 현실에 있지만, 요양기관에서는 이 절차를 준수할 필요가 있다고 본다.

건강보험은 적법한 수급자격이 있는 경우 그에게 발생한 질병, 부상 등의 보험사고에 대해서는 포괄적으로 요양급여를 제공하지만, 급여제한에 해당하는 사항이거나(법 제48조) 제3자의 행위에 의한 보험사고에서 보험자의 면책에 해당하는 사항(법 제53조 2항)에 대해서는 보험급여를 하지 않으며 급여정지 기간(법 제49조)에도 보험급여를 하지 아니한다. 요양급여기준은 요양기관에게 수급자가 급여제한 또는 보험자의 면책에 해당되는 것으로 판단되는 경우에도 일단 요양급여를 실시하면서 급여제한여부조회서를 통하여 보험자에게 급여제한 여부를 조회하고 보험자의 결정에 따르도록 하고, 회신이 없는 경우에는 요양급여를 인정한 것으로 보아 요양급여를 실시함을 원칙으로 하고 있다(제4조 1-3항). 그리고 수급자가 급여제한 또는 보험자의 면책에 해당되어 요양급여를 제한하여야 함에도 불구하고 요양급여를 받은 수급자에 대해서는 보험자가 법 제52조에 의하여 부당이득에 해당되는 금액을 징수하도록 규정하고 있다(제4조 4항). 또한 요양급여기준은

요양기관의 의무사항으로 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조) 요양급여의 의뢰 등(제6조), 요양급여비용 계산서·영수증의 발급 및 보존(제7조)에 관한 사항 등에 대해서도 규율하고 있다. 따라서 요양기관이 이러한 요건과 절차를 지키는 것이 요양기관과 수급자간의 법률관계와 진료비 법률관계에 있어서의 적법성을 판단하는 중요한 요소가 된다고 볼 것이다.

그리고 보험급여를 제공한 요양기관에게 요양급여비용의 일부를 수급자로부터 직접 받을 수 있도록 하고 있다. 이때 본인일부 부담금 수불관계는 요양기관과 수급자가 법률상 대등한 당사자로서 진료관계와 마찬가지로 당사자간의 민사법적 법률관계로 파악되었고 건강보험의 고유한 관계로서 행정구제의 대상이 되는 법률관계는 아니었다⁷⁾. 그러나 수급자의 권리를 강화하기 위하여 2002년 요양급여 대상여부 확인제도를 신설(국민건강보험법 제43조의2)⁸⁾하면서 비급여 본인부담금에 대해서도 심사평가기관이 공적으로 규율하게 되었고 이제는 비급여 본인부담금을 포함한 본인부담금의 수불관계도 순수한 민사법적 관계로 볼 수만은 없게 되었다.

(표 1)에서 ⑤의 관계는 심사평가기관과 보험자간의 관계로서 심사평가기관이 요양기관에서 청구된 요양급여비용을 심사한 결과와 요양급여의 적정성 평가의 결과를 보험자에게 통보하고 보

7) 김운목, 의료보험에서의 권리분쟁에 관한 고찰, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1996, 9-12.

8) 건강보험법 제43조의2(요양급여의 대상여부의 확인 등)는 수급자가 본인일부 부담금 외에 부담한 비용이 요양급여의 대상에서 제외되는 것인지에 대하여 심사평가원에 확인요청할 수 있고 확인요청을 받은 심사평가원은 그 결과를 확인요청한 자에게 통보하도록 하고 있다. 그리고 그 비용이 요양급여의 대상 비용에 해당하는 때에는 그 내용을 보험자와 요양기관에 통보하고 요양기관은 과다본인부담금을 지체없이 환급하여야 하며 그 요양기관이 이를 지급하지 아니한 경우에는 보험자가 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 이를 공제하여 확인요청한 자에게 지급할 수 있도록 규정하고 있다.

험자는 그 통보내용에 기속되는 관계로 규율되고 있다.

건강보험법은 보험자가 요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가에 관하여 심사평가기관에 권리구제로서 이의를 제기할 수 있도록 하고 있고(법 제76조 2항), 또한 심사평가기관이 보험자에게 행한 심사와 평가 결과의 통보내용에 보험자가 기속되도록 규정하고 있어(법 제43조) 이 법률관계에서 심사와 평가 결과의 통보는 심사평가기관이 우월한 권력적인 지위에서 행하는 처분인 것으로 해석된다.

2. 이의신청 및 심사청구제도 개요

건강보험 권리분쟁에 대한 행정구제절차로서 이의신청은 건강보험 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료등, 보험급여 및 보험급여비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자가 공단에 대하여 그 처분의 시정을 구하는 절차와 요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단·요양기관 기타의 자가 심사평가원에 대하여 그 처분의 시정을 구하는 절차를 말한다. 권위적 행정시대를 거치면서 국민들은 위법·부당한 행정처분에 대하여 적법절차에 의한 분쟁의 해결보다 다소 억울해도 넘어가거나, 행정처분이 위법·부당하다고 느낄 경우에 집단 행동방식에 의하여 반발하거나 참으면서 결국은 불만세력 또는 거부자로 잠재하게 된다. 국민의 권리의식이 발전하고 법치행정의 원리가 뿌리내리고 있으므로 국민에게 절차를 알려주고 적법절차에 따라 구제신청이 있을 때 그 문제를 해결하여 주기 위한 제도가 실질적으로 작동되고 있다면 집단적 행동방식에 의하여 반발하거나 또는 억울함을 참으면서 불만세력 또는 거부자로 잠재하는 것을 막을 수 있다. 복지행정으로서는 건강보험이 적법절차에 따른 분쟁해결에 적극적으로 기능한다면 국민의 권리보

호의식을 제고함에 더욱 기여할 수 있다.

건강보험 이의신청제도는 건강보험에 관하여 보험자(국민건강보험공단) 또는 심사평가기관(건강보험심사평가원)이 행하는 행정처분에 의하여 권익을 침해당한 자가 국민건강보험법과 행정심판법이 정하는 절차에 따라 그 처분의 취소, 무효확인 또는 의무이행의 심판을 청구하는 특별 행정심판절차⁹⁾를 말한다. 그리고 건강보험 심사청구제도는 앞의 이의신청에 대한 결정에 불복이 있는 자가 건강보험분쟁조정위원회에 대하여 그 처분의 시정을 구하는 행정심판절차를 말한다.

통상 행정심판절차는 행정청의 위법 또는 부당한 처분 그 밖에 공권력의 행사, 불행사 등으로 말미암아 권익을 침해당한 자가 행정기관에 그 시정을 구하는 행정쟁송절차를 말한다. 행정심판은 행정행위로서의 성질을 가지고 있지만, 법 판단작용으로서의 성질이 보다 농후하므로¹⁰⁾ 구제제도로서의 실효성을 확보하기 위해 재결기관의 제3기관화와 절차의 준사법화¹¹⁾가 요청되고 있으나, 건강보험에서는 이루어지지 못하고 있다. 행정심판절차를 규율하는 기본법은 행정심판법으로 건강보험법이 규정하고 있는 이의신청 및 심사청구제도는 행정심판법에 대한 특례규정이라 할 것이

9) 건강보험법에 의한 이의신청을 일반 민원처리절차로서 청원법에 의한 청원절차나 처분청에 대하여 그 재심사를 구하는 이의신청으로 보는 견해가 있을 수 있다. 그러나 이의신청 제기기간의 법정화, 문서제기 요건의 채택과 심사청구의 선행단계로써 이의신청을 설치한 것을 종합할 때, 건강보험 이의신청제도는 심사청구제도와 복심구조(覆審構造)를 이루고 있는 건강보험에 관한 특별 행정심판절차의 한 단계를 구성하고 있는 것으로 파악하는 것이 타당하다.

10) 권영성, 헌법학원론, 법문사, 1991. 287.

11) 헌법 제107조 제3항은 “재판의 전심절차로서 행정심판을 할 수 있다. 행정심판의 절차는 법률로 정하되, 사법절차가 준용되어야 한다”고 규정하여 헌법적 근거를 두고 심판절차의 공정성과 더불어 행정구제제도로서의 실효성을 확보하기 위하여 사법절차의 준용을 명문화하고 있다.

지만 건강보험법에서의 심사청구에 관하여 사안의 전문성과 특수성을 살리기 위하여 특히 필요한 경우가 아니면 청구인에게 불리한 내용을 정할 수 없으며, 또한 건강보험법이 규정하지 아니한 사항에 대해서는 행정심판법이 정하는 바에 의하여야 한다(행정심판법 제43조).

행정심판제도는 행정소송과 관련하여 사전적 구제절차로서 기능할 뿐만 아니라 그 자체가 또한 독자적인 행정불복, 구제절차로서 가치를 가지고 있어¹²⁾ 전문적이고 기술적 요소가 강한 건강보험 행정을 통하여 본다면, 행정의 적법성, 타당성을 건강보험 행정기관 스스로가 자율적으로 보장하려고 하는 행정의 자기통제로서도 그 의의가 있다.¹³⁾ 즉, 건강보험 행정처분과 관련하여 발생하는 문제는 복잡하며 이를 해결하기 위해서는 고도의 전문적 지식이 요구되지만 법원이 처음부터 이러한 행정에 관한 전문성·기술성을 가지기 어렵기 때문에 사법 보완적 기능으로 국민의 권리를 구제하고자 하는 것이다. 그리고 건강보험 행정기관의 전문적 지식을 활용하여 제1차적인 단계에서 신속하게 권리분쟁을 해결함으로써 수급자의 경제적 부담과 법원의 부담도 경감시키려는 것이다. 한편 건강보험법의 운용은 국민의 보건의료에 관한 생활 실태에 부합되도록 이루어져야 하기 때문에 그 처분의 위법 또는 부당성에 대한 구제를 처음부터 일반 소송절차를 통하여 실현하는 것이 반드시 적당한 것만도 아니다.¹⁴⁾

즉, 건강보험 이의신청 및 심사청구제도는 행정심판제도가 추구하고 있는 목적과 같이 건강보험 보험자와 심사평가기관이 자율적인 행정 통제를 통하여 행정의 적법성을 확보하고, 또한 사법 보완적 기능으로 전문지식을 활용하여 건강보험 수급권에 대한

12) 홍준형, 행정구제법, 한울아카데미, 2001, 363-364.

13) 박윤훈, 행정법 강의(상, 국민서관), 1993, 738.

14) 김유성, 한국사회보장법론, 법문사, 2000, 268.

권리침해를 구제하고 사법절차에 앞서 신속, 간편하게 해결함으로써 권리보장에 있어서 신속성과 경제성을 도모하고 건강보험 행정의 능률을 높이려는 것이라고 할 수 있다.

3. 진료비 법률관계의 이의신청사항

건강보험 법률관계 전체적으로 수급권의 침해는 보험자가 가입자와 피부양자인 수급자의 보험을 관리·운영하는 과정과 심사평가기관이 요양급여비용을 심사하는 과정에서 주로 발생한다. 건강보험법 제76조(이의신청)는 심사평가원에 대한 이의신청에 관해서 “요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관 기타의 자”라고 규정하여(제2항) 이의신청의 대상처분을 개방적으로 규정하고 있다. 따라서 진료비 법률관계에서 발생하는 권리분쟁 중에서 행정구제 사항인 이의신청 및 심사청구의 대상이 될 수 있는 처분은 넓게 포괄적으로 해석해야 할 것이므로 세부적으로는 다음의 내용으로 구성된다고 할 수 있다.

먼저 요양급여의 실시와 관련하여 심사평가원이 그 비용(진료비)을 심사하거나 요양급여의 적정성을 평가 과정에서 행한 처분(법 제39조 관련)과 요양기관의 당연적용, 또는 요양기관 제외 등 요양기관의 법적 지위 등에 관하여 심사평가원이 행한 처분(법 제40조 관련)은 이의신청의 대상이 된다. 그리고 본인일부부담금에 관하여 심사평가원이 행한 처분(법 제41조 관련)과 진료비 심사결과에서 요양기관이 본인일부부담금을 과다하게 징수한 것으로 처분되어 본인일부부담금환급금을 발생시키는 경우도(법 제43조 3항 관련) 이의신청 대상이 된다. 건강보험법은 요양급여비용을 보험자와 의약계를 대표하는 자와의 계약에 의하도록 정하고 있어 요양급여비용의 계약에 관한 사항은 이의신청의 대상이 될 수 없음

이 명백하지만 그 계약은 각 요양급여 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것이므로 진료비를 심사함에 있어 이를 구체적으로 적용하면서 심사평가원이 행하는 요양급여비용의 산정에 관한 처분은 이의신청 대상이 된다(법 제42조 관련).

심사평가원이 행하는 요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성에 대한 평가결과의 처분은 가장 기본적인 이의신청 대상이며(법 제43조 관련) 요양급여비용의 심사결과 처분에 대한 것이 현재 이의신청의 대부분을 차지한다. 그리고 앞서 검토한 바와 같이 수급자가 본인일부부담금 외로 요양기관에 부담한 비용의 적법성을 확인하여 수급자의 권리를 강화하고자 하는 요양급여 대상여부 확인제도를 신설하면서 비급여 본인부담금의 확인요청에 의하여 심사평가원이 비급여 본인부담금을 공적으로 규율하게 되었고 이에 대한 심사평가원의 확인처분도 이의신청의 대상이 된다(법 제43조의2 관련). 그러나 비급여 본인부담금의 요양급여 대상여부 확인제도에 의해서 당사자 간에 민사법적 관계인 본인부담금 수불관계의 법적 성격이 변화하는 것은 아니므로 본인부담금 수불관계에 대해서 당사자 간에 다툼이 있을 경우에는 기본적으로 당사자가 민사적 방법에 의하여 분쟁을 해결해야 한다고 본다.

한편 심사평가원은 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무, 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무와 기타 보험급여비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련한 업무를 관장(법 제56조 5호 내지 7호 관련)하는데, 여기서 심사평가원이 법률상 우월한 지위에서 행하는 처분에 대해서는 이의신청을 제기할 수 있다.

4. 진료비 심사와 요양급여의 적정성 평가¹⁵⁾

가. 진료보수제도와 진료비심사

요양기관이 요양급여를 제공의 대가로서 이에 대한 비용을 산정하고 지급하는 기초를 진료수가제도라고 하며 이 제도에 따라 진료비심사도 변화한다. 우리나라는 본격적으로 의료보험을 시작한 1977년부터 행위별수가제(fee-for-service)를 채택하여 현재까지 이를 근간으로 하고 있고, 7개 질병군에 대해서만 부분적으로 포괄수가제(DRG, diagnosis related group)를 시행하고 있다. 행위별수가제는 요양급여로 제공하는 각각의 진료행위마다 구분된 가격을 책정하고 또한 그 진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고 이들 비용을 합산하여 제공한 시술행위의 양과 내용에 따라 진료보수를 구체적으로 산정하는 방식이다. 그러나 행위별수가제는 진료를 제공한 만큼 진료비를 지급하도록 하는 구조로서 장점도 있지만, 과잉진료(over-doctoring)우려를 내포하고 있고 그것이 진료비심사제도 운용의 방향 및 내용과 연결되어 가장 큰 영향을 미친다. 우리나라에서 실제 요양급여비용의 대부분이 행위별 수가를 통하여 청구와 심사 및 지급이 이루어지고 있고 그 행위별 수가를 통한 청구와 심사 및 지급 과정에서 많은 권리분쟁이 발생하고 있다.

건강보험 진료비 법률관계에서 진료비의 심사는 요양기관이 수급자에게 요양급여를 제공하고 보험자와 수급자에게 청구한 요양급여비용에 대하여 심사기관이 그 타당성과 적법성 등을 검토하는 것이다. 즉, 현실 제도로써 진료비의 심사는 독립된 심사기관이 건강보험 요양기관의 보험자와 수급자에 대한 진료비 청구권(진료비 채권)이 적법하고 타당한 것인지를 판단하는 일련의 행정

15) 자세한 것은 김운목, 건강보험 진료비 심사의 법적 근거와 효력, 의료법학 제8권 제1호, 대한의료법학회, 2007. 6.

작용을 말한다.

건강보험에서 진료수가제도와 진료비심사 및 지불제도는 국가 자원이용의 효율성, 국민건강의 향상, 의료공급자의 진료행태 및 의료수요자의 의료이용행태의 정상화와 의료의 질 향상 등을 염두에 두게 된다.¹⁶⁾ 따라서 건강보험 진료수가정책과 진료비심사제도는 종합적으로 국가자원의 보건의료부문에 대한 합리적 적정배분과 보건의료부문에 배분된 자원의 효율성 및 의료발전의 효과성 제고를 부단하게 추구한다. 진료비심사제도의 기본적인 기능과 역할은 주로 불필요하게 과다해지는 건강보험 진료비의 증가를 억제하고 부당한 청구에 대한 지급을 방지하며, 의료자원의 과소이용이나 부적절한 이용도 방지하고 사회보험제도로서의 건강보험제도의 목적과 취지에 합당한 적정진료를 요양급여로써 보장하려는 것이다. 그리고 독립된 심사기관이 객관적인 제3자의 관점에서 전문성을 가지고 국민의 의료이용(요양급여)에 대하여 적정하게 보호하는 기능을 수행하고 보험자, 요양기관, 수급자간의 이해를 공정하게 조정하는 역할을 수행하려는 것이다.¹⁷⁾ 그러므로 진료비심사제도는 거시적 측면에서 국민의료비의 수준과 배분 대책을 건강보험의 재정과 연계하여 합리적으로 조정하면서 건강보험 요양급여비용의 적법성과 타당성을 부단하게 추구하는 역할을 수행하게 된다.

현재 건강보험 진료비심사는 주로 의학적으로 보편타당하고, 경제적으로 비용 효과적인 방법으로 요양급여가 이루어졌는지 여부에 대하여 검토하는 형태로 수행되고 있다. 즉, 요양기관이 심사평가원에 제출한 요양급여비용심사청구서¹⁸⁾와 요양급여비용명세

16) 최병호, 의료보험 수가체계 개편방향의 모색, 보건경제연구 제4권, 한국보건경제학회, 1998, 107.

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

18) 요양급여비용명세서는 요양기관이 각 수급자에게 요양급여를 제공한 세부

서의 청구내용이 관련법령에 근거하여 인정되는 범위 안에서 이루어졌는지 여부 등을 검토·확인하고 기준 범위를 초과했거나 기준을 잘못 적용한 사항이 확인되는 경우에 그 진료비를 조정하고 요양기관에 지급할 금액을 결정한다.

현재 진료비심사에서의 실무는 지표심사와 정밀심사로 구분하여 실시하고 있다. 지표심사는 청구경향이 양호한 요양기관을 대상으로 하여 요양기관이 청구한 내용의 기본사항을 점검하며 전산심사를 실시한 이후 바로 지급절차에 들어간다. 정밀심사는 전산심사 후 요양기관이 청구한 내용에 대하여 심사직원이 직접 확인 점검을 하고, 의학적인 판단이 요구되는 건에 대해서는 심사위원이 전문심사를 실시한다. 진료비심사의 각 과정에서 급여기준 초과 사항, 기준적용의 착오나 산정의 착오 등이 있는 것으로 확인되는 경우에는 해당하는 청구 진료비를 조정한다.

현재 진료비심사 실무의 각 내용을 살펴보면¹⁹⁾, 전산심사는 요양기관이 제출한 청구서와 명세서에 대하여 전산프로그램을 적용하여 필수기재사항, 약가·수가 등의 단가 착오, 심사기준 산정착오 등을 각항목별, 상병별로 점검한다. 심사직원 심사는 심사를 전문으로 담당하는 직원이 정밀심사 대상이 되는 청구명세서를 제출한 요양기관의 청구경향을 검토하고 제출된 청구명세서가 청구방법, 산정지침 등에 맞도록 청구되었는지를 심사한다. 이때 전문적으로 의·약학적 판단이 필요하거나 진료비가 고액인 경우에는 심

적인 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, 44-45)

19) 건강보험심사평가원, 건강보험제도의 심사와 평가, 2006, 22-26.

사소건을 첨부하여 심사위원에게 심사를 의뢰한다. 심사위원심사(peer review)는 심사직원이 의뢰한 심사대상건에 대하여 심사위원이 의·약학적 판단을 하고 진료비의 적정성여부를 심사한다. 한편 심사위원회 심사는 전문의학적 판단에 의한 새로운 기준이 필요한 사항이나 심사기준 설정을 요하는 사항, 심사기준을 적용함에 대하여 이의가 있는 사항, 기타 심사위원들의 합의에 의한 결정이 필요한 사항에 대하여 중앙과 지원단위로 설치되어 있는 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 이루어진다.

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. 심사결과를 확인한 보험자, 요양기관 기타의 자가 그 심사처분에 이의가 있는 때에는 심사평가원에 이의를 제기할 수 있고 이로써 진료비 법률관계에서 분쟁에 대한구제절차가 개시된다.

나. 진료비심사 및 요양급여의 적정성 평가의 기능과 내용

진료비심사는 국민경제 내에서 국민의료비의 합리적 배분을 위한 조정기능을 발휘하고 건강보험 진료에 대한 사회적 책임을 확인하여 적정한 보험진료를 유도하며 사회공동체적 시스템을 통하여 부담하는 보험재정에 대한 국민의 연대책임 의식을 높이려는 목적을 가지고 있다. 진료비심사는 건강보험 진료의 공공성과 사회적 책임을 확인하고 사회 경제정책으로서 건강보험이 그 목적을 달성할 수 있도록 의료공급자와 수급자간에 자원의 배분을 조절하고 확인하는 행정행위라고 할 것이다.

또한 요양급여의 적정성에 대한 평가는 건강보험 가입자 등 수급권자가 건강보험법의 규정에 따라 보험자에게 청구할 수 있는

이익인 보험급여로서의 요양급여를 분석하고 그 적정성을 담보하기 위한 제반 정책수단과 그 가치를 판단하는 일련의 행정작용을 말한다고 정의할 수 있다. 진료비심사는 요양기관의 보험자에 대한 보험급여비용 청구권의 적법성과 타당성을 판단하는 행정작용으로서 각각의 구체적 보험 진료를 중심으로 판단하는 것이고, 요양급여의 적정성에 대한 평가는 거시적으로 건강보험 급여의 보장수준, 내용, 방법과 절차 등을 부단하게 사회경제 발전수준과 연계하여 판단하는 것이다. 따라서 심사와 평가는 서로 유기적으로 기능하여 건강보험 급여의 충실성과 적정성을 추구하고 또한 건강보험제도 운영의 합목적성을 강화할 수 있게 하므로 각각 독자적으로 작동되기보다는 연속되는 상호 보완적 기능을 가지며 그 기능을 나누어 보면 다음과 같은 내용으로 해석할 수 있다.

첫째는 사실관계에 대한 확인심사로 요양기관이 수급권자에게 실제 보험급여로 제공한 것과 요양기관이 청구한 급여사실에 대한 내용이 서로 부합하고 있는지 여부를 확인하는 것이다. 이것은 보험급여비용 채권 성립의 기초 사실에 대한 존재 여부를 확인하는 것으로 진료비의 부정청구²⁰⁾를 방지함에 중요한 기능을 하는

20) 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 것으로써 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.(김운목, 미국 공적보험에서의 진료비 부정청구와 법적 대응, 의료법학 제3권 제2호, 2002. 12, 263-268; 김운목, 외국 공적보험에서의 진료비 부당·부정청구와 대응-미국의 경우-, 제2기 요양급여사실조사 역량강화 과정 교재, 한국보건복지인

가장 기본적인 단계의 심사이다.

둘째는 적법성 심사로 요양기관이 건강보험 수급권자에게 제공한 요양급여와 그 비용의 청구가 적법·타당한 것인지의 여부를 심사하는 것이다. 적법성 심사의 구체적 내용으로는 먼저 의료 등 요양급여를 제공하는 자의 자격²¹⁾이나 급여의 방법²²⁾ 및 범위 등에 있어서의 적법성에 대하여 건강보험법령의 규정뿐만 아니라 의료법, 약사법과 의료기사 등에 관한 법률을 포함하여 관련되는 법령에 의하여 확인·판단하는 것이다. 또한 건강보험 요양급여로서 인정하기 어려운 정도로 부실한 진료에 대해서는 의료적 판단과는 별도로 적법·타당성에 대하여 심사할 수 있을 것이므로 각 요양급여 항목인 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송의 법적 개념과 내용에 대하여 적법·타당성을 적법성 심사의 측면에서 판단할 수 있다고 본다. 그리고 비용청구자의 법적 지위 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 방지하려는 조치에 관한 판단을 포함하는 것이다.

셋째는 본인부담금²³⁾에 대한 심사로 요양급여를 이용함에 있어

력개발원, 2008, 127).

- 21) 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, 20-25); 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).
- 22) 간호사를 통한 의사의 간접진찰에 대하여 그 적법성을 부인함(부산지방법원, 2003.4.24, 2001구4993 환수부당이득금환수처분취소등) (건강보험심사평가원, 요양급여관련 소송판례분석집, 2003, 142-155).

그 대가의 일부로 수급자가 요양기관에 직접 지급하는 비용의 적법성에 대한 판단작용을 말한다. 여기서는 수급자가 실제로 부담한 사실관계의 확인과 그 부담금액의 타당성 및 적법성에 심사를 포함하여 수행해야 할 것이나 심사실무에서는 일반적으로 진료비명세서에 기재된 본인일부부담금의 산술적 계산을 검토 확인하는 수준에서 머물고 있다. 그리고 사실확인심사의 경우와 같이 보완자료요청 심사과정과 수진자조회 과정 등을 통하여 확인되는 경우나 요양급여의 대상여부의 확인요청 등의 과정에서 밝혀지는 사례를 중심으로 본인부담금의 과다징수 또는 부당징수를 검토하거나 정산하는 방법으로 본인부담금에 대한 심사가 수행되고 있다.

넷째는 심사기준심사로 요양기관이 수급자에게 제공한 요양급여의 내용이 진료비심사와 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 것이며, 진료비심사 제도를 운영하는 오랜 동안 형성된 현재의 심사부문에서 가장 주요한 역할 내용이다.

즉, 심사평가원은 심사기준심사를 통하여 요양기관이 제출한 요양급여비용심사청구서와 요양급여비용명세서의 청구내용이 각종 기준에 적합한 것인지의 여부를 검토·확인하는 일련의 과정을 거친다. 그리고 이 기준심사과정에서 요양기관의 청구내용이 그 기

-
- 23) 건강보험 본인부담금은 수급자가 요양급여를 이용하는 대가로 요양기관에 직접 부담하는 비용으로서 요양급여제공에 따르는 요양기관의 수급자에 대한 진료비 채권을 말한다. 본인부담금은 요양급여항목에 해당하는 급여비용의 일부를 부담하는 본인일부부담금과 급여항목에 해당하지 않는 비급여부분에 대한 본인부담금으로 구성된다. 본인부담금제도는 보험급여를 이용하는 수익자에게 그 비용의 일부를 부담하도록 함으로써 재원조달의 일부 역할을 맡도록 하고 가입자간 의료이용의 형평성을 도모하며, 건강과 질병에 대한 책임의식을 높여 급여이용에서의 moral hazard를 방지하고 급여에 대한 비용의식을 높이려는 등의 취지를 가지고 있다.

준범위를 초과하였거나 기준을 잘못 적용한 사항이 확인되면 그에 해당되는 진료비를 조정한다.

다섯째는 보험진료의 경제성 및 타당성에 대한 심사와 평가로서 요양기관이 제공한 요양급여가 전반적으로 사회 경제적인 타당한 방법에 의하여 효율성이 높도록 이루어졌는지를 판단하고 관련하여 요양급여의 내용, 수준, 방법 및 절차 등에서의 적정성을 분석하고 그 가치를 판단하도록 지원하는 것을 말한다. 즉, 개별 수급자에 대한 의료제공 내용의 타당성과 적법성의 판단에서 진전시켜 종합적으로 판단함으로써 건강보험재원의 경제적 사용과 효율성이 담보되고 있는지를 분석하고 검토하는 것이다. 여기서는 요양급여의 경제성과 의학적 필수불가결성뿐만 아니라 의료 수요 필요도의 변화 및 의료의 위험도를 감안한 고려사항, 급여 당시의 학문적 지식상황 등을 종합하는 포괄적인 평가절차로의 이행을 포함하고 나아가 국가경제에서 국민의료비의 합리적 배분과 연결하여 건강보험정책을 국가 사회경제정책으로서 거시적으로 검토하는 것이다. 진료비심사의 개념과 내용이 보다 충실하도록 요양급여의 적정성 평가와 연결하는 것으로 국가 경제사회정책으로서 건강보험제도가 국민의료비에 대한 합리적인 조절기능을 제대로 작동하고 있는가를 부단하게 분석점검하고 대책을 개발하도록 촉구하는 것이다.

여섯째는 요양급여의 적정성 및 합목적성 평가로서 요양급여 제도가 건강보험의 목적인 사회보장을 증진하고 국민건강을 향상할 수 있도록 이루어지고 있는지와 이와 관련한 요양급여의 효과 등을 분석하고 평가하는 것을 말한다. 이것은 국가의 사회 경제정책으로서 요양급여제도의 합목적성을 판단하는 것으로 요양급여 제도가 국가의 사회경제적 발전 및 전체 보건의료제도와 상호 조화를 이루는 관련성을 가지고 국민의료비의 합리적 조절기전으로서 작동하고 있는지에 대한 정책평가를 포함한다. 요양급여의 적

정성 평가는 건강보험제도의 합목적성을 강화시키고 내실화를 제고하기 위하여 요양급여제도 전반에 대한 분석과 우선순위 및 가치판단을 수행하는 것이고 진료비심사의 개념과 내용을 대체하는 것이 아니라 유기적으로 연결되는 일련의 체계적인 행정작용으로서 상호보완적으로 기능을 가지고 작동되어야 한다.

현재 진료비심사 실무에서는 넷째의 심사기준심사를 중심으로 이루어지고 있어 진료비심사에 대한 이의신청도 대부분이 심사기준에 대한 적합성에 관한 다툼으로 나타나고 있다. 그리고 요양급여의 적정성에 대한 평가실무는 이 논문에서 실시한 내용으로 파악되지 아니하고 의료의 질평가를 중심으로 이루어지고 있으며 요양급여의 적정성에 대한 평가와 관련해서는 아직까지 이의신청이 발생한 적이 없다.

Ⅲ. 진료비심사에 대한 이의신청

1. 진료비심사에 대한 이의신청 운영현황

심사평가원의 요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관 기타의 자는 처분이 있는 날부터 90일 이내에²⁴⁾ 문서로 심사평가원에 이의신청을

24) 행정심판법은 심판청구는 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 제기하도록 하고, 심판청구기간 불고지의 경우에는 처분이 있는 날부터 180일 이내, 심판청구기간을 규정보다 긴 기간으로 잘못 알린 경우에 그 잘못 알린 기간 내에 심판청구가 있으면 규정기간 내에 제기된 것으로 간주하는 등의 보호조치를 규정하고 있다. 따라서 건강보험법이 이의신청 제기기간을 처분이 있는 날부터 90일 이내로 규정하고 있더라도 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 제기하는 것으로 운용되어야(행정심판법 제43조)하고 다른 보호조치도 이의신청기간의 운영에서 동일하게 적용하는 것으로 해석된다.

제기할 수 있다. 건강보험법 시행령의 규정에 의하여 이의신청에 대한 처분업무를 수행하기 위하여 심사평가원에 설치된 이의신청 위원회의 위원장은 심사평가원 원장이 말도록 규정되어 있는데, 여기서 이의신청위원회가 행정심판기능으로서 법 판단작용과 구제제도로서의 실효성을 확보하기 위해 필수적인 재결기관의 제3 기관화 내지 절차의 준수법화를 이루지 못하고 있다.

또한 이의신청위원회 위원은 심사평가원의 임직원(1인), 가입자를 대표하는 단체(시민단체를 포함)가 추천하는 자(2인), 변호사(1인), 사회보험에 관한 학식과 경험이 있는 자(1인), 의사(1인), 치과 의사(1인), 한의사(1인), 약사(1인)로 하여 위원장을 포함한 10인의 위원으로 구성하고 있다. 위원의 구성을 보면, 분쟁사항에 대하여 법 판단작용을 중심으로 하는 전문가라기보다는 각각의 이해관계가 있는 분야를 대변하는 성격을 가진 위원을 중심으로 이의신청위원회를 구성하고 있다. 그리고 위원의 임기, 위원회의 회의, 부의안건의 범위 기타 필요한 사항은 위원장이 정하도록 하여 이의신청위원회가 엄격한 준수법절차를 취하기보다는 행정편의적인 절차로 운영될 우려가 있다. 그리고 이의신청의 제기와 이의신청에 대한 결정은 요식행위로써 일정한 서식에 의하며, 이의신청은 받은 날부터 60일 이내에 결정을 해야 하고 부득이한 사정이 있는 경우에 30일의 범위 안에서 그 기간을 연장할 수 있도록 하고 있다.

한편 건강보험법시행령 제48조에 근거하여 심사평가원이 정한 이의신청위원회운영규정은 위원회에 상정하는 안건으로 접수된 이의신청 중에서 ① 심사·평가기준의 해석 또는 적용에 관하여 다툼이 있어 객관적인 위치에서 검토·판단하는 방식으로 심의가 필요하여 이의신청부서에서 처리함에 상당한 어려움이 있는 사항 ② 중앙심사평가조정위원회 또는 분과위원회에 회부된 건으로서 위원회의 심의가 필요하다고 결정된 사항 ③ 소위원회에서 실무

검토된 사항 ④ 기타 위원장이 위원회의 심의가 필요하다고 인정하는 이의신청건으로 규정하고 있다. 이는 심사평가원에 제기된 이의신청을 심사청구제도에 선행하는 건강보험 행정심판절차의 제1심 구조로 이해하지 않고 단순히 원처분에 대한 재심사를 구하는 민원절차로 파악하는 것이며, 실무처리과정에서 이의신청의 대부분을 재심사건으로 처리하고 이의신청위원회에 상정하지 아니함으로써 이의신청위원회의 권리구제기능을 사실상 무력화시킬 수 있다.

실제 심사평가원에 설치된 이의신청위원회는 비상설기구이며 필요시 연간 2~8회 정도 소집하고, 회의는 심사평가원의 직원으로 이의신청위원회 업무를 담당하는 간사가 지휘하는 사무요원이 사전에 이의신청건에 대하여 검토 정리한 검토의견서와 소위원회의 심의 결과를 중심으로 심의하고 의결하는 방식으로 운영되고 있다.

이의신청위원회 소위원회는 상정안건의 실무검토를 위하여 의과, 치과, 한방의 3개 분야별로 구성·운영할 수 있는데, 소위원회의 위원은 이의신청위원회 위원 중에서 심사평가원 임직원인 위원 1인 및 의과, 치과, 한방 3개 분야별 위원 중 1인과 이의신청위원이 아닌 심사평가원의 상근 또는 비상근심사위원 중에서 2인 이내를 포함하여 3~4인으로 구성되며 이의신청 사안에 따라 필요시 구성·운영하고 소위원회의 심의 결과를 정리하여 이의신청위원회 업무를 담당하는 부장인 간사가 이의신청위원회에 보고한다.

2001년 이후 심사평가원에 제기된 이의신청 접수 및 처리 현황을 보면 (표 1)과 같다. 2001년부터 2006년까지 접수된 이의신청 5,732건 중 동기간에 5,797건을 처리하였는데, 이 중에서 이의신청위원회에 상정하여 처리한 것은 1,747건으로 전체처리건의 0.03%에 불과하다. 이는 이의신청위원회에 대한 부의안건의 범위를 극도로 축소하여 운영하고 있기 때문인 것으로 분석된다. 실제 이의신청위원회 운영에서 대부분의 이의신청건에 해당하는 단

순한 청구착오 등에 대한 이의신청건은 심사평가원의 심사직원이 일반 이의신청 행정업무로 종결처리²⁵⁾ 하고 의학적 타당성에 대한 검토가 요구되는 이의신청건도 심사위원의 전문심사와 중앙심사평가조정위원회나 분과위원회의 심의를 거쳐 종결처리하고 이의신청위원회에는 상정하지 않고 있다.

(표 1) 이의신청 접수 및 처리 현황

연도	접수 (천 건)	처리			
		계	인정	불인정	
계	5,732	전체 (천 건)	5,797	3,006	2,791
		위원회 상정(건)	1,747 (885)	- (165)	- (720)
2001년	1,768	전체 (천 건)	1,657	919	738
		위원회 상정(건)	27	-	-
2002년	1,376	전체 (천 건)	1,401	636	765
		위원회 상정(건)	835	-	-
2003년	1,115	전체 (천 건)	1,099	535	564
		위원회 상정(건)	91	3	88
2004년	733	전체 (천 건)	753	418	335
		위원회 상정(건)	61	10	51
2005년	509	전체 (천 건)	605	344	261
		위원회 상정(건)	270	74	196
2006년	231	전체 (천 건)	282	154	128
		위원회 상정(건)	463	78	385

※ 요양급여비용의 심사에 대한 이의신청처리 실적이며 요양급여의 적정성 평가처분에 대한 이의신청 실적은 없음

자료: 2004년 및 2006년 국회 국정감사자료 및 건강보험심사평가원 내부자료

25) 이와 같이 이의신청위원회에 상정하지 아니하고 종결처리하는 이의신청에 대한 결정서는 심사평가원장의 명의로 작성되어 있고 이것을 건강보험심사평가원장 명의 공문서(이의신청에 대한 결정의 통지)에 첨부하여 통지하는 형식을 취하고 있는데, 이것은 그 처리절차의 적법성에 대해서 문제가 제기될 소지를 내포하고 있다고 본다.(추계학술대회시 방청석에서 제기한 이의신청 처리절차의 적법성에 대한 논의에 감사드린다.)

심사평가원은 2001년부터 2006년까지 기간 동안에 이의신청위원회를 2001년 및 2002년에 각3회, 2003년 2회, 2004년 3회, 2005년 8회와 2006년 5회로 총 24회 개최한 것으로 나타나 연평균 4회 정도 개최하였다.

이의신청건 처리 결과를 보면 2001년부터 2006년까지 기간 동안에 처리된 이의신청 5,797건 중에서 3,006건(51.9%)이 이유가 있는 것으로 인정받았는데, 이를 각 연도별로 살펴보면 2001년에는 55.5%, 2002년 45.4%, 2003년 48.7%, 2004년 55.5%, 2005년 56.9%, 2006년 54.6%로 각각 나타나고 있다. 최근에 이를수록 이유가 있는 것으로 받아들이는 경향이 조금씩 강화되고 있는 것으로 보인다. 그러나 이 기간 동안 이의신청위원회에 상정하여 결정한 이의신청건의 처리결과²⁶⁾를 보면 동 기간 동안 처리한 이의신청건 885건중에서 165건(18.6%)만이 이유있다고 인정받은 것으로 나타나고 있어 현격한 대조를 보인다.

한편, 이의신청은 받은 날부터 60일 이내에 결정을 해야 하고 부득이한 사정이 있는 경우에 한하여 30일의 범위 안에서 그 기간을 연장할 수 있도록 하고 있지만 이 기간은 잘 지켜지지 않고 있다. 이는 처리기간을 지켜야 한다는 인식과 이의신청건의 물량에 대비하는 인력이 상시적으로 부족하기 때문인 것으로 분석된다. 그러나 심사평가원에서 이의신청을 처리하는데 소요된 기간에 관한 자료를 보면 이의신청제도에 관한 인식의 부족도 크게 작용하고 있는 것으로 판단된다.

26) 이의신청위원회에 상정하여 처리하는 이의신청에 대한 결정서는 건강보험심사평가원 이의신청위원회의 명의로 작성되어 있고 이 이의신청결정서를 건강보험심사평가원장 명의의 공문서(이의신청에 대한 결정의 통지)에 첨부하여 이의신청인에게 통지하고 있다.

(표 2) 연도별 이의신청 처리 소요일수

연도	평균 일수	최장기간 소요건	
		일수	사유
2001	83일	135일	- 난소암에 투여된 항암제 관련 - 접수(5.16)→ 위원회회부(7.14)→ 개최(9.7)
2002	96일	186일	- 식도정맥류에 투여한 소마토산(주)관련 - 접수(4.29)→ 위원회회부(7.2)→ 개최(10.15)
2003	139일	342일	- 의학관리료 관련 1차 논의시 입원기간에 대한 진료기록부 보완요청후 재논의 - 접수('02.11.27)→ 1차 심의('03.3.27)→ 2차 심의 (10.27)
2004	124일	486일	분과위원회 회부
2005	167일	414일	〃
2006 (상반기)	142일	427일	〃

자료: 2004년 및 2006년 국회 국정감사자료.

즉, (표 2)에서 이의신청 처리에 최장기간이 소요된 사유를 살펴보면, 이의신청 접수에서 위원회 회부까지 2개월을 경과시키고 있고 여기에서 더하여 이의신청위원회의 개최시까지 다시 3개월 정도 경과시키고 있으며, 더욱이 진료비심사(원처분)의 심사결정 자라고 할 수 있는 분과위원회에 이의신청건을 다시 회부하고 그 분과위원회가 그 이의신청에 대하여 판단을 내리지 못하고 있음을 이유로 이의신청에 대한 결정을 지연하고 있다. 이는 사실상 이의신청절차를 원처분에 대한 재검토 차원으로 보는 것을 의미한다고 할 것이며, 이의신청위원회의 운영을 원처분 행정부서의 재검토 결정에 종속시킨다는 우려를 내포하는 것으로서 이의신청 제도의 취지와 운영에 관한 인식 부족이 작용하고 있는 것으로 판단된다.

그동안의 각계의 지적과 자체적인 개선 노력에 따라 심사평가

원이 어느 정도 이의신청처리개선을 이룩한 2006년도의 이의신청 처리현황(표 3)을 보면, 이의신청 접수건수는 2005년도에 비하여 54.6% 감소한 약 23만건이었고 이의신청대상 금액은 2005년도에 비하여 24.3% 감소하였지만 약 342억 2천만원에 달하고 이의신청 건당 금액은 약 15만원으로 나타났다.

그리고 이의신청처리건수 중 이유가 있다고 인정받은 것은 54.6%이고 이의신청 대상 금액 중에서 이유가 있다고 인정된 금액은 32.5%이었다. 한편, 이의신청에 대하여 이유가 있다고 받아들인 사유를 보면, 요양기관의 청구착오의 시정에 따른 인정이 24.9%, 심사평가원의 점검착오 확인이 0.1%, 의학적 타당성의 인정이 29.6%로 나타났다.

(표 3) 2006년 이의신청 접수 및 처리현황

(단위: 건, 백만원. %)

구 분	접 수	처 리						
		계	인 정				불인정	
			소계	요양기관 착오	심사평가원 착오	의학적 타당성		
계	건	231,149	282,855	154,414	70,342	361	83,711	128,441
	수	100	100	54.6	24.9	0.1	29.6	45.4
	금액	34,224	43,511	14,125	2,322	18	11,785	29,386
	액	100	100	32.5	5.3	0.0	27.1	67.5
본원	건	146,962	194,161	96,492	22,223	274	73,995	97,669
	수	63.6	100	49.7	11.4	0.1	38.1	50.3
	금액	25,702	34,691	11,170	892	13	10,265	23,521
	액	75.1	100	32.2	2.6	0.0	29.6	67.8
지원	건	84,187	88,694	57,922	48,119	87	9,716	30,772
	수	36.4	100	65.3	54.3	0.1	11.0	34.7
27)	금액	8,523	8,820	2,955	1,429	5	1,521	5,865
	액	24.9	100	33.5	16.2	0.1	17.2	66.5

자료: 건강보험심사평가원 내부자료

한편, 요양기관의 이의신청건에 대하여 이유있다고 받아들이는 인정처리현황은 (표 4)에서 보는 바와 같다.

(표 4) 2006년 이의신청건 인정처리현황

(단위: 건수기준, %)

구분	요양기관 청구착오	심사평가원 점검착오	의학적 타당성				
			소계	요양급여 기준적용	요양급여 비용산정	심사기 준변경	기타 ※
계	45.6	0.2	54.2	53.9	0.0	0.0	0.3
본원	23.0	0.3	76.7	76.3	0.0	0.1	0.4
지원	83.1	0.2	16.8	16.6	0.2	0.0	0.2

※ 기타 : 현지확인심사 관련 복약지도료, 조제료 조정건에 대한 이의신청 등
자료: 건강보험심사평가원 내부자료

이를 살펴보면, 요양기관의 청구착오를 시정한 것을 받아들인 것이 45.6%, 심사평가원의 원점검에 착오가 있다고 인정한 것이 0.2%, 이의신청에 제기된 의학적 타당성을 인정한 것이 54.2%로 나타났다. 이의신청에서 제기한 사안에 대해서 그 의학적 타당성을 인정한 54.2%를 보면, 요양급여기준적용과 관련하여 그 이의신청을 받아들이는 것이 53.9%로 대부분을 차지하고 있다.

인정처리현황에 관한 심사평가원의 내부 분석자료에 의하여 요양기관종별로 요양기관의 청구착오를 시정한 것을 받아들인 것을 보면, 약국이 98.9%, 보건기관이 85.1%, 의원이 80.4% 등으로 나

27) 심사평가원은 본원 외에 각 거점지역에 7개 지원을 설치하고 있고 본원과 지원은 지역별로 관장 업무를 구분하면서, 본원은 심사실을 두어 진료비심사업무 중 종합병원과 종합전문병원이 청구한 진료비를 심사하고 각 지원은 해당하는 관할 지역에 소재한 병원급 이하의 요양기관(병원, 의원, 치과병·의원, 한방병·의원, 보건기관, 약국)이 청구한 진료비를 심사하고 있다.

타나 대체로 규모가 작은 요양기관일수록 높게 나타나고, 종합병원은 32.0%, 종합전문요양기관이 12.1%로 규모가 큰 기관일수록 요양기관 청구착오로 인한 인정율이 낮았다. 그 사유에 대하여 심사평가원은 규모가 작은 요양기관일수록 청구착오 등 행정적 착오와 청구오류건 전산자동점검관련 인식 및 활용의 부족으로 판단하고 요양기관의 청구착오를 최소화하기 위해 이에 대한 활용 방법을 안내하는 지속적인 홍보가 필요한 것으로 보고 있다.

2. 진료비심사에 대한 이의신청 운영의 분석

전국민 의료보험시행 이전('89년)에는 진료비심사에 대한 분쟁이 보험의 적용이나 보험료에 관한 다툼에 비하여 그다지 많지 않았다. 그러나 보험적용의 보편화에 의하여 요양기관의 운영에서 건강보험재정으로부터 받는 영향이 절대적으로 커짐에 따라 진료비심사의 결과에 대하여 요양기관이 민감하게 반응하게 되고 이에 따라 이의신청은 자연스럽게 증가하게 된다. 그리고 건강보험 이의신청 및 심사청구제도가 건강보험 권리분쟁에 관한 특별 행정심판절차로서 건강보험 행정처분으로부터 권리침해를 받은 자에 대한 전문적이고 공정한 권리구제 기능이 요청되고 있음에도 실제 운영에 있어서는 기능이 많이 약화되어 있는데, 그 원인과 문제점을 보면 다음과 같다.

첫째로 이의신청위원회의 위원은 진료비심사와 관련한 권리분쟁의 내용에 대한 판단과 분쟁해결에 대하여 전문적인 식견이 있는 건강보험 관련 법학분야, 국민의료비 연구분야 또는 의약학 분야에서 학식과 경험이 풍부한 자로 구성되어야 하지만, 많은 위원이 각 이해관계 집단을 대표하거나 관련기관을 대리하는 성격의 위원으로 구성되어 있어 전문가로서 준사법적인 기능과 역할을 수행하기가 어렵다. 즉, 현재의 이의신청위원회 구성은 준사법적

인 기능을 확보한 권리구제를 위한 것이라기보다 진료비심사제도에 대한 사회적 제세력간의 이해관계를 조절하기 위한 자문기구나 회의체를 구성하는 방식과 별 차이가 없다.

진료비심사업무를 수행함에 있어 의약학적으로 전문적인 심사위원회의 심사를 거치는 경우를 감안하면, 심사평가원은 나름대로 원처분을 하는 과정에서 이미 의약학적으로 전문적인 판단을 심층적으로 모두 거쳤다고 판단하게 된다. 따라서 그 보다 의약학적 전문영역에서의 우월성이나 행정심판기구로서의 제도적 권위, 또는 독립성을 가진 이의신청위원회를 구성하지 아니하면 요양급여비용의 합리적 조절에 관한 전문적인 지식과 기술을 활용하여 준사법적으로 원처분의 적법성과 타당성을 판단하고 진료비심사제도의 합리성을 담보하는 것으로 수궁하기도 어렵다. 이의신청처리실무에서 이의신청위원회에 대한 상정안건을 극히 최소화시키고 이의신청위원회의 회의개최도 최소한으로 운영하는 배경에는 이러한 이유가 있다고 보여진다.

둘째로 이의신청위원회 대다수 위원은 각 분야의 명망가로서 평소에 진료비심사와 관련한 권리분쟁의 발생이나 그것을 해결해야 하는 것과는 별로 관련성이 없는 분야에서 각자 자신의 중요한 고유직무가 있다. 따라서 비상근직으로서 이의신청위원회 회의가 있는 날에만 참석하게 되는 위원들은 위원 자신이 가진 중요한 고유직무 외로 진료비심사에 관한 권리분쟁 사안을 집중적으로 검토할 수 있는 상태에 있지 못하다. 즉, 이의신청건에 대하여 각 위원들은 직접 구체적으로 분쟁내용을 실질적으로 심리하고 위원회 회의과정에서 적극적으로 위원간의 논의와 토의를 거치면서 심의 결정할 수가 없고 각 위원은 이의신청위원회 회의에 형식적으로 참여하게 될 뿐이다. 이는 결국 각 위원회의 사무를 소관하는 간사와 담당직원에게 이의신청건에 대한 실질적인 심의결정 과정을 맡기고 이의신청위원은 회의과정에서 추인해 주는 상태가

된다. 이와 같은 이의신청위원회의 형식적인 심리태도는 각 위원회의 사무를 소관하는 간사와 담당직원이 작성한 검토보고서의 내용대로 동의서명만을 해주게 되는 요식절차로서만 남게 되는 상태까지 이르게 될 우려가 있게 된다.

셋째로 이의신청위원회 위원 구성은 이의신청건을 위원회에 상정하고 신중한 심리를 거쳐서 처리한다고 하는 경우에 급격하게 증가하고 있는 이의신청건을 신속하게 처리할 수 없는 한계를 가지고 있다. 행정구제절차의 특징점 중의 하나는 위법·부당한 행정처분에 대해 사법절차에 비하여 신속하고 경제적인 절차로 구제할 수 있다는 것이다. 여기서산적인 이의신청건을 신속하게 처리하기 위해서는 이의신청위원회 회의를 자주 개최해야 하는데, 위원들은 각자가 다른 분야의 명망가로서 평소 각자 자신의 고유직무를 가지고 있고 회의참석수당도 그 위원의 품격수준에 비할 때 실비에도 미치지 못하므로 물리적으로 이의신청위원회 회의에 적극 참여하기가 어렵다는 점이다. 즉, 현재의 위원 구성방식이나 위원의 수, 비용의 보상수준으로는 증가하는 이의신청건을 이의신청위원회 회의에 상정하여 심층적으로 심의하고 적기에 처리하기가 어렵다.

넷째로 이의신청에 대한 거부감이나 피해의식으로 인하여 제도의 활용인식이 낮고 이의신청제도의 홍보가 미흡하다.

이의신청절차가 행정심판절차로서 준사법적 기능을 충분하게 수행하기 위해서는 청구인과 피청구인(원처분자)간에는 이의신청 취지와 그 입증에 관하여 공격과 방어를 하는 대심구조를 취하게 된다. 그리고 요양기관과 심사평가원간의 진료비 법률관계는 일회성의 대차관계에 해당하는 관계가 아니라 요양기관이 존속하는 동안 계속적 법률관계로 유지되는 특성이 있다. 따라서 요양기관은 이의신청 과정에서의 대심구조를 형성하고 공격과 방어를 하는 것이 향후 요양기관의 운영에 나쁜 영향을 미치지 않을까하는

우려를 가지게 되고 이것이 이의신청제도를 적극적으로 활용하지 못하게 하는 요인으로 작용할 수 있어 적극적인 홍보가 필요하다. 그러나 원처분자는 현재의 이의신청 제기물량조차 큰 부담으로 느끼는 만큼 증가하는 것을 원하지 않게 된다. 그리고 이의신청에 대한 전문지식이 부족한 청구인들은 이의신청 제기요건, 이의신청서의 작성방법 등에서부터 심리결정 절차에까지 상당한 도움이 필요하다. 행정심판법은 원처분자에게 고지의무를 부여하고 이를 위반한 경우에는 심사청구기간을 연장시키는 등의 효과를 주고 있으나, 원처분자는 이런 정도의 제재에 대해서 별로 반응하지 않으며 대개는 형식적인 안내 수준에서 그친다. 따라서 원처분에 대하여 불복이 있었음에도 그것이 구제신청 대상이 되는 것조차 모르고 지나치거나 억울해도 그냥 참고 넘어가며, 적법한 이의신청기간이 경과한 이후에는 나중에 그 제도를 알게 되면 이미 시기를 놓쳐 이를 활용할 수도 없게 되고 결국은 권리구제제도에 대한 것일 뿐만 아니라 건강보험심사평가제도에 대한 불만자로 잠재하게 될 우려가 있다.

다섯째로 원처분으로 인한 권리침해를 구제받고자 제기된 실질적인 이의신청건을 심사평가원에서는 시행령의 규정에 의한 내부규정을 근거로 하여 이의신청위원회에 회부하지 않고(전체처리건의 0.03%만을 상정) 일반 민원사항으로 처리하고 있다. 그러나 한편으로는 현재 제기되는 모든 권리분쟁을 이의신청위원회에 회부하여 처리한다면 막중한 부담으로 인하여 본래의 기능이 크게 위축되고 적정한 심사평가행정도 마비될 우려가 있게 되므로 이에 대해서는 합리적으로 조절할 수 있는 해결방안이 요구되고 있다.

여섯째로 건강보험 이의신청업무를 지원하거나 담당할 전문 인력이 크게 부족하다. 건강보험 이의신청절차는 준사법적 제도로서, 이의신청이 제기되면 그 제기요건의 적법성에서부터 주장하고 있는 내용과 원처분의 타당성 및 적법성을 전반적으로 검토하여

야 한다. 따라서 이 업무를 처리하는 사람에게는 건강보험법에 대한 지식과 진료비심사 및 평가행정 경험, 또한 건강보험과 관련이 있는 보건의료법뿐만 아니라 다른 법률에 대한 지식과 사회보장 제도의 전반에 걸친 폭넓은 판단력이 요구되며, 아울러 높은 수준의 도덕성과 사명감도 필요하다. 그렇지만 이러한 전문 인력의 확보와 그 양성이 어려운 직제와 인사제도상의 문제 그리고 개인별 능력과 사명감의 차이, 건강보험 권리구제제도에 대한 인식 부족 등이 혼합되어 있어 현실적으로 전문 인력을 확보하기가 어려운 상태에 있으며 이를 양성하고 있지도 않다.

일곱째로 이의신청위원회가 준사법적 기능을 수행하기 위해서는 사법권의 독립에서와 같은 수준에 버금하도록 위원회와 사무국 조직의 독립적 성격이 상당하게 보장되어야 하지만 위원회의 위원장도 원처분자인 심사평가원원장이 맡고 있고, 위원회와 사무국은 심사평가원의 일선업무 수행조직내에 설치하여 운영되고 있어 준독립적인 조직편성이 이루어지지 못하고 있다. 이것은 원처분자인 심사평가원에게 자기 처분에 대한 이의신청에 대하여 준사법적 확인기능만을 부여해주는 형식이 될 수도 있어 이의신청 위원회의 공정성과 전문성을 침해할 우려가 있다.

여덟째로 이의신청위원회가 적정하게 기능하기 위해서는 이의신청건을 신속하게 처리할 수 있을 정도로 자주 개최되고 청구인, 원처분자 등의 당사자와 관계인의 변론과 의견이 충분히 개진되고 입증에 필요한 자료를 자유롭게 제출할 수 있어야 한다. 이와 관련하여 심사평가원은 2001년부터 2006년까지 기간 동안에 이의신청위원회를 2001년 및 2002년에 각3회, 2003년 2회, 2004년 3회, 2005년 8회와 2006년 5회로 총 24회 개최함으로써 연평균 4회 정도 개최하였고 그 기간 동안 총 885건을 위원회에 상정(1회의당 37건)하여 처리한 것으로 분석된다. 이는 실제 회의를 소집하여 심의하는 경우 통상 회의시간이 2시간 정도임을 감안할 때,

심사청구건 1건당 평균 3분 정도에 처리한 것으로 사실상 위원회가 실질적으로 심리를 한 것으로 보기가 어렵다. 결국 이는 현재 이의신청위원회의 운영에 심리절차의 형식화(形式化) 내지 공동화(空洞化) 현상이 있음을 나타내고 있다.

3. 이의신청제도 개선방향의 모색

진료비심사에 대한 이의신청제도는 요양기관의 정당한 진료비 청구권을 보장하는 것이고, 또한 진료비 법률관계는 계속적 법률관계이므로 보험자 및 심사평가기구와 요양기관간의 신뢰를 보호함으로써 진료비심사제도의 안정성도 도모하는 것이라고 할 것이다. 따라서 특별한 비용부담이 없이 간단한 구제절차에 의하여 신속하게 구제를 실행할 필요가 있고, 관련한 행정처분은 대량의 처분이 반복적으로 있게 되므로 불복신청이 매우 많은 것을 고려하며, 또한 진료비심사의 기능이 복잡하고 전문적·기술적인 요소가 많다는 것 등을 고려하여야 하므로 다음과 같은 방안을 중심으로 개선방향을 모색한다.

첫째는, 이의신청위원회의 위원의 구성방법을 개선하는 방법으로 사법기관의 독립적 조직 구성방법을 원용하는 것이다. 심사평가원에 설치하는 이의신청위원회의 이의신청위원수를 총인원에서 비상근위원은 50인 정도, 상근위원 10인 정도의 상한선을 두고 이의신청위원회는 상근위원(이의신청위원회 위원장) 1인을 포함하여 비상근위원 4인을 위촉하여 5인으로 구성하는 합의제 독립심판기구로 설치하도록 하는 방안이다. 이의신청위원회는 이의신청건의 물량에 따라 탄력적으로 증감하여 설치하며 회의는 위원장이 소집하고 위원회를 위임에 의하여 형식요건에 대한 심의와 집행정지 신청에 대한 결정은 위원장이 수행할 수 있도록 하고 차기 회의에 그 결과를 보고하고 추진받을 수 있는 방식으로 운영하는

것이다. 또한 위원장은 자신이 속하는 위원회를 소집하고 대표하며 위원회를 지원하는 행정인력을 준독립적인 조직으로 지휘·관장할 수 있도록 할 필요가 있다. 이를 통하여 현재 심사평가원의장이 이의신청위원회의 위원장을 당연직으로 맡도록 함에 따라 원처분자와 권리침해 여부에 대한 심판자가 동일하게 되어 있는 문제점을 해소시키고 권리구제의 신속성, 공정성과 객관성을 상당히 확보할 수 있도록 하는 구조로 개선시키는 것이라고 할 것이다. 또한 이의신청위원의 자격은 건강보험행정이나 건강보험관련법률 전문가 또는 보건의료법률 전문가로서 학식·경험이 일정수준 이상인 자, 판사·검사·변호사의 자격이 있는 자로서 건강보험행정 또는 보건의료 법률에 관하여 일정한 법조경력이나 학자 중에서 위촉하도록 하여 권리구제의 전문성을 강화시킬 필요가 있다.

다른 한편으로는 심사평가원에 대한 이의신청은 제1차적 불복이므로 처리의 신속성을 더욱 보장할 수 있도록 합의제기구인 이의신청위원회제도를 폐지하고 일본의 사회보험 심사관제를 원용하여 심사평가원의 업무로부터 독립성을 가지고 이의신청건을 심리·결정하는 독임제(獨任制)의 상설기관으로서 이의신청위원을 설치하는 방안도 고려할 수 있다. 독임제 이의신청위원은 심사평가원의 업무로부터 독립하여 이의신청건을 독립적으로 판단하여 처리하되 이에 대해서는 이의신청인과 피청구인이 모두 불복하여 심사청구를 제기할 수 있도록 하는 방안이다. 이의신청위원의 수는 이의신청건의 처리물량에 따라 그 수를 조정한다.

둘째는 원처분에 대하여 권리침해를 구제받고자 제기된 실질적 이의신청건을 이의신청위원회에 회부하지 않고 단순 민원으로 처리할 수 있는 소지를 최소화시켜야 한다. 현재는 건강보험법 시행령 규정에 터잡은 심사평가원의 내부규정을 근거로 하여 최소한의 이의신청건만을 위원회에 회부하고 거의 대부분의 이의신청건

은 일반 이의신청업무로 내부행정절차에 따라 처리하고 있다. 그런데 현재 제기되는 모든 이의신청건을 준사법 절차에 회부하여 위원회에서 심의결정하는 것도 물리적인 업무 부담이 너무 크다고 할 수 있으므로 합리적인 수준에서 절충방안을 모색할 필요가 있다.

따라서 그 방안으로 특별 행정구제절차에 앞서 청원법의 규정에 따르는 절차를 인정하여 이의신청제기기간 내에 신청인이 이 절차를 활용하도록 장치하고, 신청인이 청원법의 이 절차를 활용하는 때에는 이의신청 제기기간의 운용에서 이 기간을 공제하여 줌으로써 그 결과에 불복하는 경우에는 이의신청인이 특별 행정구제절차를 다시 활용할 수 있도록 보호한다. 이로써 준사법절차로서의 이의신청절차에 이르기 전에 심사평가원은 자기 행정에 대하여 확인·시정할 수 있는 기회를 얻고 또한 이의신청 물량의 감소와 신속한 처리의 가능성을 높이면서 이의신청인도 보호할 수 있도록 모색하는 것이다.

셋째는 이의신청업무를 관리하는 인적 능력을 확보해야 하는 것과 더불어 진료비심사업무 및 행정의 합리성과 적법·타당성을 확보함으로써 처분과정에서의 위법·부당성을 최소화할 수 있도록 하기 위하여 진료비심사평가 인력에 대한 교육과 훈련을 강화하는 것이다. 진료비심사와 그에 대한 이의신청업무는 진료비심사제도의 개념과 기능에 대한 인식뿐만 아니라 국가 보건의료제도에 대한 바른 인식을 가지고 있어야 하며, 건강보험법 및 그와 관련되는 여러 법률, 그리고 건강보험을 포함한 사회보장제도에 대하여 상당수준 이상의 경험과 지식을 갖추고 또한 국민의 권리를 존중할 수 있는 인격, 도덕적 신념과 사명감을 갖춘 전문 인력이 수행할 때 그 기능이 제대로 작동된다고 할 수 있다. 이를 위해서는 건강보험학계, 보건의료학계 등 관련분야에서 유능한 전문인력을 건강보험 행정권내로 끌어들이려는 노력과 더불어 현재 진료

비심사권에 있는 직원들로 하여금 사례연구 및 발표, 국내외에서 관련분야 지식을 익히고 연구할 수 있도록 조치하는 교육·연구 프로그램 개발에 대하여 과감한 투자가 이루어져야 할 것이다. 이러한 과정에서 양성되는 전문 인력은 진료비심사 이의신청의 관리 인력뿐만 아니라, 그 지식과 경험을 관련분야의 조사연구 또는 정책개발 지원인력으로도 활용할 수 있다.

넷째는 이의신청위원회가 준사법적 기능을 제대로 수행하기 위해서는 사법기관의 독립에서와 같은 수준에 따를 수 있도록 이 업무를 담당하는 행정조직의 독립적 성격을 보장하고 충분하게 인력을 보장하여야 한다. 첫째에서 검토한 바에 따라 심사평가원의 일상 업무로부터 독립성을 가지는 상근위원을 두는 경우에는 위원장인 상근위원이 각 이의신청위원회를 지원하는 행정인력을 준독립적인 조직으로 관장할 수 있도록 하고 단일한 이의신청위원회를 두는 현재의 제도를 유지하면서 개선을 모색하는 경우에는 심사평가원에 일반 업무집행부서와는 독립적으로 이의신청위원회를 지원하는 사무국을 설치하고 사무국이 그에 소속된 위원들의 업무를 지원하도록 한다.²⁸⁾

다섯째는 심사평가원에서는 그동안 모두 회의를 소집하여 의결 하였으나, 행정편의를 고려한 이의신청위원회 서면결의는 금지해야 한다. 심사평가원에 설치된 이의신청위원회는 합의제 행정심판 기구로서 기본적으로 이의신청건에 대한 위원간의 논의와 합의적 결정을 전제로 하고 있다. 그러나 행정편의를 고려하는 서면결의는 각 위원간에는 안건에 대한 의사소통이 단절되어 있는 상태에서 검토가 이루어지므로 위원간의 논의 및 합의는 사실상 불가능

28) 보건복지부에 설치된 분쟁조정위원회에 상근위원제도를 도입하고 위원의 수를 확대하며 위원회의 운영을 지원하는 전담 사무국의 설치를 개정내용으로 하는 국민건강보험법 일부개정법률안(김춘진의원 대표발의, 2006. 2)은 위원의 권한과 사무국의 독립성이 좀 더 보장된다면 매우 타당성이 있는 개정입법의 추진이라고 할 것이다.

하고, 위원들은 단지 심사평가원의 직원이 작성한 검토의견서에 대하여 형식적으로 추인을 해주는 것이 된다. 즉, 서면결의 과정에서는 합의제 기구로 설치된 위원회의 위원 간에 진정한 논의와 합의가 있다고 볼 수가 없으므로 서면결의 방식에 의한 심의·결정은 위원회제도에 의한 권리구제절차로서 중대한 흠결이 있게 된다.

VI. 요약 및 결론

진료비심사에 대한 이의신청제도의 개선은 기본적으로 진료비 심사평가제도가 적법 타당하게 기능하고 있다는 측면에서 제도의 권위와 신뢰를 확충하는 것이다. 이의신청제도개선의 목표는 건강보험 수급권자인 국민의 건강권을 실질적으로 보호하는 것을 염두에 두는 권리구제제도가 될 수 있도록 하는 방향이어야 한다. 그리고 심사평가기구 및 보험자와 요양기관을 중심으로 하여 이루어지는 계속적 법률관계에서 발생하는 분쟁을 판단하는 것인 만큼 이의신청절차는 공정성, 전문성과 객관성을 충분히 발휘하고 권리분쟁을 경제적이고 신속하게 해결하는 기능이 발휘되도록 하여야 한다. 즉, 건강보험제도가 사회보장제도로써 사회적 약자를 보호하기 위한 특수성을 가지고 있음에 부응하는 방향으로 개선해야 할 것이므로 권리구제 절차를 간소화하고, 이 절차에 접근함에 있어 거부감이 없도록 보장하여야 하며 신속하게 분쟁을 종결할 수 있도록 하여야 한다. 그리고 권리구제에 소요되는 비용의 최소화가 이루어져야 하며, 건강보험 행정의 전문성을 살릴 수 있도록 위원회를 구성하고 권리구제 담당조직의 전문화와 독립성을 최대한 보장하여야 할 것이다.

심사평가원이 공권력의 행사로서 우월한 지위에서 행하는 처분과 관련하여 발생하는 진료비심사에 대한 권리분쟁에 대하여 현

재의 이의신청제도는 위원회 구성방법상 권리구제 기능의 미흡, 권리구제제도에 대한 인식과 홍보 부족, 관련 전문 인력의 부족, 대량적 심의 및 서면결의 등에 의한 심리절차의 형식화 등의 문제를 가지고 있는 것으로 분석되었다. 이에 따라 자칫 권리구제의 요구가 제도불만으로 잠재되거나 제도권 밖으로 표출되어 집단적 권리주장, 권리포기적인 심리와 연계된 제도거부, 탈법·불법적 음성거래에 의한 구제수단의 동원 등의 문제점으로 누적될 우려도 있게 된다.

건강보험 진료비심사와 관련한 처분은 보건의료 전문적이면서도 국민의 실생활과 밀접하게 관련되는 것이어서 이에 대한 다툼은 일반 행정처분에 대한 것보다 전문적인 심의가 요망된다. 그리고 진료비심사와 관련한 분쟁으로 구제를 받을 필요가 있는 요양기관은 심사평가원과는 계속적 법률관계를 형성하면서 심사평가원에 비하여 상대적으로 약자의 지위에 있어 위법·부당한 처분으로부터 공정하고 신속하게 보호하기 위해서는 이에 적합한 개선대책을 마련할 필요가 있다.

그 개선대책으로 이의신청위원회를 구성함에 있어 위원수를 탄력적으로 조정할 수 있도록 하고, 위원의 전문화, 소위원회 독임제(獨任制) 및 상근위원제도의 도입 등을 고려하여 위원회를 구성하고 준사법절차로서 심의·의결절차를 엄격히 하여 실질적으로 대심구조가 가능하도록 하며 서면결의를 전면금지하거나 엄격한 한정적인 요건이 있는 상황에서만 서면결의를 허용하는 것을 법제화하는 것 등의 개선이 필요한 것으로 분석되었다. 또한 원처분기관 내지 재결기관으로부터 독립하여 권리구제기관을 운영할 수 있도록 위원회의 구성 및 운영에서의 독립성 보장과 위원회를 지원하는 사무국을 독립적 성격의 직제와 전문 인력으로 설치하여 위원회와 각 위원의 업무를 지원하는 방안이 필요하다고 판단되었다.

그리고 근본적인 개선대책으로 진료비심사에 대한 이의신청절차의 개선문제로부터 발전적으로 국가 사회보장제도 전반을 객관적·전문적인 관점에서 포괄하는 권리구제절차를 편성하는 방안도 검토할 필요가 있었다. 이는 건강보험, 국민연금, 기초생활보장제도 관련사항뿐만 아니라 향후 도입할 예정인 노인수발보험제도와 자격관리·보험료부과징수의 통합 추진이 거론되는 산재보험 및 고용보험까지 포괄하여 사회보장제도 전반에 대한 권리분쟁사건을 전문적으로 관장할 수 있는 독립적이고 종합적인 사회보장 행정심판기구(가칭, “사회보장심판위원회”)를 설치하는 것을 검토하는 것이다.

진료비심사에 대한 이의신청절차는 기본적으로 가입자 및 요양기관 등이 향유할 수 있는 정당한 수급권과 청구권을 보장함으로써 건강보험 법률관계와 질서를 보호하고 제도를 안정시키려는 것이다. 따라서 이의신청절차에 대한 홍보, 상담, 권리구제기구의 심의결정, 재결 및 사후관리 등 모든 과정을 통하여 신속하고 경제적이면서도 전문 기술적인 보호를 제공하며, 그 절차 또한 매우 민주적이고 친절한 도움을 제공할 수 있도록 이루어져야 한다.

[참 고 문 헌]

- 건강보험심사평가원(2004), 「2004년도 직무분야 교육교재 I」.
- 건강보험심사평가원(2006), 「건강보험제도의 심사와 평가」.
- 건강보험심사평가원(2001), 「요양급여관련 소송판례분석집」.
- 건강보험심사평가원(2003), 「요양급여관련 소송판례분석집」.
- 국민건강보험공단(www.nhic.or.kr), 건강보험통계-건강보험주요지표-2007년 상반기 주요지표(개요).
- 권영성(1991), 「헌법학원론」, 법문사.
- 김운목(2006), “건강보험 권리구제제도의 개선방향에 관한 연구”, 「의료법학」 7(2), 대한의료법학회.
- 김운목(2007), “건강보험 진료비 심사의 법적 근거와 효력”, 「의료법학」 8(1), 대한의료법학회.
- 김운목(1996), 「의료보험에서의 권리분쟁에 관한 고찰」, 서울대학교 보건대학원 보건학석사 학위논문.
- 김운목(2002), “미국 공적보험에서의 진료비 부정청구와 법적 대응”, 「의료법학」 3(2).
- 김운목((2008)), “외국 공적보험에서의 진료비 부당·부정청구와 대응-미국의 경우-”, 「제2기 요양급여사실조사 역량강화 과정 교재」, 한국보건복지인력개발원.
- 김유성(2000), 「한국사회보장법론」, 법문사.
- 박윤혼(1993), 「행정법 강의(상)」, 국민서관.
- 이상광(2002), 「사회법」, 박영사.
- 전광석(2001), “국민건강보험의 법률관계”, 「의료법학」2(1), 대한의료법학회.
- 최병호(1998), “의료보험 수가체계 개편방향의 모색”, 「보건경제연구」 4, 한국보건경제학회.
- 홍준형(2001), 「행정구제법」, 한울아카데미.

**Right-relief System of the Disputes to the Reviewing
Medical Expenses in 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=

Improving the formal objection system regarding reviewing medical expenses requires authority and confidence in the aspect of well-functioning the health insurance review and assessment system, legally and appropriately. The purposes of improvement of the formal objection system should aim for protecting the people's right of health.

On handling the formal objections, the disputes of the rights should be settled economically and promptly by fairness, specialty, and objectivity in the health insurance review and assessment administration. Therefore, in order to promote the administrative specialty of health insurance, the formal objection committee needs to be organized independently and guaranteed expertly.

Under the current formal objection system, however, the organization of committee lacks right-relief function, recognition and public relation as a health insurance appeal system, and related professional man powers. It is also analyzed that there are several controversial points, such as mass deliberation to the formal objection

committee and its conference procedure.

As a measure of improvement, it is analyzed that the committee needs to be organized independently with a proper number of professional man powers. The strict deliberation procedures and the prohibition of the decision-making by non-conference are also required to be empowered.

The formal objection procedure provides the beneficiaries and the claims legitimately, so that it secures the legal relations on the health insurance system. Therefore, on the conference process of formal objection, the expert and guaranteed protection should be provided promptly, and its procedures to the appellants should also be assisted kindly.

Keywords : Right-relief, formal objection, reviewing medical expense, health insurance, formal objection committee
