



# 건강보험 적용되는 급여사항에 대한 임의비급여

안기종 한국백혈병환우회 사무국장

## 들어가는 말

작년 우리나라 최대 백혈병 전문병원인 C대학병원은 백혈병 환자들의 집단 진료비확인요청 민원으로 임의비급여 사태를 맞게 되었다. 올해 7월 보건복지부에서는 이 병원을 통해 6개월간 치료받은 환자들의 진료비를 대상으로 실시한 현지조사 결과를 발표하였는데 임의비급여액이 28억3천만원이었고 이의 5배인 141 억원을 과징금으로 부과할 것이라는 발표를 했다.

비록 C대학병원이 다른 의료기관에 비해 임의비급여 규모가 월등히 높다는 차이가 있을 뿐 임의비급여는 우리나라 모든 의료기관에 존재하는 오래된 관행이다.

## 임의비급여의 정의 및 유형

건강보험에는 국민건강보험이 적용이 되는 요양급여와 적용이 되지 않는 비급여가 있으며 비급여는 다시 선택진료비를 포함해서 법에 명시적으로 규정된 법정비급여가 있다. 임의비급여란 국민건강보험 법상 합법적인 요양급여 및 법정비급여로 규정된 사항을 제외한 일체의 비급여를 말하는데 유효성 및 안전성에 대한 식약청의 허가를 받지 않았거나 식약청의 허가를 받았다 하더라도 요양급여기준상의 용량, 용법에 대한 기준을 초과하였거나 적응증이 다른 용도로 사용하였고 이것이 의학적, 임상적으로 환자의 치료에 효과적이라거나 부작용이 없다는 근거(evidence)를 현재까지 제공하지 못한 영역이기 때문에 국민건강보험법상 불법으로 간주되고 있다.

환자가 건강보험심사평가원(이하 심평원)에 진료비확인요청 민원을 제기하면 심평원에서 비급여 진료비에 대해 심사한 후 환자와 해당 의료기관에 통보하는 진료비정산내역서상에는 다음과 같이 4가지로 임의비급여 유형을 분류하여 환불결정을 하고 있다.

- (1) 건강보험이 적용되는 급여사항을 비급여로 환자에게 징수한 경우
- (2) 식품의약품안전청(이하, 식약청)에서 허가받은 사항 이외로 비급여 징수한 경우
- (3) 선택진료를 신청하지 않았는데 신청한 것처럼 징수한 경우

(4) 행위수가에 포함되어 있음에도 불구하고 처지, 재료대를 중복하여 징수한 경우

C대학병원의 사례에서도 알 수 있듯이 이러한 유형 가운데 상당부분은 건강보험이 적용되는 급여 사항을 비급여로 환자에게 징수한 경우이다.

표 1. C대학병원 백혈병 환자 10명에 대한 심평원의 진료비환급결정내역

환자명	총 본인부담금	임의비급여 비율	급여사항을 비급여로 징수	처지, 재료대 중복 징수	식약청 허가사항 외로 징수	선택진료비 허위 징수	과다징수로 환급 결정된 총액	총 재원일수
* * 훈	34,449,126	51.5%	16,484,577	299,371	365,010	596,140	17,745,098	165
* * 복	33,166,773	64.7%	15,524,029	55,000	5,351,410	526,791	21,457,230	120
* * 이	34,114,635	41.3%	10,339,358	315,202	2,833,206	612,465	14,100,231	122
* * 현	40,305,025	61.0%	16,577,656	1,830,280	5,601,274	564,146	24,573,356	94
* * 석	34,141,210	58.3%	13,922,616	334,782	3,537,018	2,110,231	19,904,647	185
* * 찬	73,306,948	55.5%	24,442,561	420,039	13,347,047	2,475,502	40,685,149	225
* * 열	62,686,931	45.8%	10,456,659	719,143	12,652,780	4,870,181	28,698,763	207
* * 언	37,064,333	92.1%	30,896,958	3,241,031	0	0	34,137,989	142
* * 도	65,724,477	51.8%	28,893,904	1,091,196	1,791,488	2,270,917	34,047,505	181
* * 옥	56,946,843	41.9%	16,160,448	595,480	2,708,945	4,385,907	23,850,780	142

주: 본인부담금=비급여+선택진료비(요양급여 제외)

표 2. C대학병원의 백혈병 환자에 대한 임의비급여의 유형 및 비율

심평원의 진료비정산내역서상의 환급 결정 유형	임의비급여 비율(%)
(1) 건강보험 적용되는 요양급여사항을 비급여로 징수	72
(2) 식약청에서 허가받은 사항 이외로 비급여 징수	18
(3) 선택진료비를 신청하지 않았는데 신청한 것처럼 징수	7
(4) 행위수가에 포함된 처지,재료대를 중복하여 징수	3

요양급여사항에 대해서는 그 비용을 심평원에 청구해서 적정성 여부를 심사받은 후 건강보험공단(이하, 공단)에서 지급 받도록 되어 있는데 “왜 의료기관에서는 환자들에게 임의비급여로 받고 있는지 그 원인과 해소방안”을 살펴보고자 한다.

### 건강보험 적용되는 급여사항에 대한 임의비급여의 원인

건강보험이 적용되는 급여사항은 비록 요양급여기준을 초과하였다 하더라도 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료 등을 첨부하면 심평원에 요양급여비용을 청구해서 받을 수 있다. 그럼에도 불구하고 환자에게 직접 임의비급여로 징수하는 이유는 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료 첨부에도 불구하고 일부

삭감될 경우 이의신청, 심사청구, 행정소송으로 인한 절차상의 번거로움 그리고 원청구시 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료 첨부 등의 불편을 피하기 위해서이다.

C대학병원에서도 '건강보험 적용되는 급여사항을 비급여로 징수' 한 부분에 대해서 심평원에 청구해서 공단에서 받을 수 있는 것은 사실이지만 처음부터 심평원에 청구하면 대부분 삭감되기 때문에 부득이하게 환자에게 임의비급여로 먼저 다 받아놓고 환자들이 민원을 제기하는 경우에만 환급해 주고 다시 심평원에 추가청구(정확하게는 요양급여비용 청구를 한 적이 없기 때문에 원청구)해서 공단으로부터 받고 있다고 한다.

예를 들면, C대학병원에서 치료받은 \*\*석이라는 백혈병 환자는 심평원으로부터 '건강보험이 적용되는 급여사항을 비급여로 징수' 한 1,400만원을 C대학병원으로부터 환급받으라는 통보를 받았고 C대학병원에서는 이 환자에게 1,400만원을 환급해준 후 심평원에 이 부분을 추가청구해서 100만원만 삭감당하고 1,300만원을 공단으로부터 받았다. 결국 C대학병원은 심평원에서 100만원이 삭감될 것을 우려해서 \*\*석이라는 백혈병 환자에게 내지 않아도 되는 1,300만원을 직접 징수한 것이다.

표 3. C대학병원에서 백혈병 환자 \*\*석에게 환급해준 후 심평원에 추가청구해서 받은 의료비 현황

건강보험 적용되는 급여사항을 비급여로 환자에게 징수한 금액	의료기관이 환자에게 환급해준 후 공단에 청구해서 받은 금액	C대학병원 삭감금액	C대학병원이 추가청구로 수령한 요양급여비용 총액 비율
13,922,616원	12,701,897원	1,220,719원	91.23%

### 민원인에게 진료비 환급 후 의료기관의 추가청구 실태

작년 백혈병 환자들의 집단 민원이 발생한 C대학병원의 경우 심평원의 환급결정문인 진료비정산내역서가 통보되면 병원에서는 요양급여기준을 초과하였지만 건강보험이 적용되는 급여사항을 비급여로 환자에게 징수하여 환급결정이 된 부분에 대해서 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료 등을 첨부하여 추가청구를 하였다. 이렇게 추가청구하여 받은 요양급여비용은 평균 70.45%에 해당한다.

[표4]의 6명의 백혈병 환자를 예로 들면 약 7백4십만원~1천7백7십만원은 처음부터 환자가 아닌 심평원에 청구하여 정당한 심사를 통해 공단에서 받아야 하는 금액이다. 병원에서는 심평원에 원청구하면 대부분 삭감되기 때문에 환자에게 임의비급여로 받았다고 주장하고 있지만 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료를 첨부하여 원청구를 해보지도 않고 이렇게 주장하는 것은 설득력이 미약하다.

2004년 이후 건강보험 제정이 안정되면서 요양급여기준을 초과하였지만 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료 등을 첨부하지도 않고 건강보험이 적용되는 급여사항을 비급여로 환자에게 징수하는 대학병

표 4. C대학병원이 환급결정 후 심평원에 추가청구하여 수령한 요양급여비용 총액 및 비율

민원인	건강보험 적용되는 급여사항을 환자에게 청구하여 심평원의 환급결정을 받은 금액	C대학병원이 환급결정 후 심평원에 추가청구하여 수령한 요양급여비용 총액	C대학병원이 급여사항을 심평원의 환급결정 후 추가청구하여 수령한 요양급여비용의 비율
**석	13,922,616원	12,646,580원	90.83%
**희	28,893,903원	17,763,400원	61.48%
**우	19,328,102원	11,853,200원	61.33%
**미	10,339,358원	7,431,570원	71.88%
**희	14,815,287원	11,818,450원	79.77%
**영	16,338,725원	11,501,690원	70.40%
평균	103,636,991원	73,014,890원	70.45%

원의 관행은 매년 감소하고 있다. 이는 작년 백혈병 환자들의 집단 민원이 발생한 C병원과 서울대병원의 조혈모세포이식 요양급여비용의 년도별 청구내역을 통해 알 수 있다.

C대학병원은 요양급여비용 청구액이 2004년 17,453,605원 / 2005년 18,888,805원 / 2006년 18,762,487원으로서 거의 동일하지만 서울대병원은 2004년 21,729,983원 / 2005년 29,604,338원 / 2006년 35,586,480원으로 매년 요양급여비용 청구액이 비약적으로 증가하고 있다.

즉, C대학병원은 2004년 이후에도 요양급여기준을 초과한 건강보험 적용되는 급여사항을 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료 등을 첨부하여 심평원에 청구하기 보다는 환자에게서 임의로 받았지만 서울대병원은 2004년 이후 환자가 아닌 심평원에 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료 등을 첨부하여 청구하였고 이로 인해 본인부담액상한제 및 중증질환등록제가 제대로 작동하여 환자의 치료비 부담이 급격히 줄어든 것이다.

표 5. 백혈병 환자 1인당 조혈모세포이식 평균 요양급여비용 총액

심사년도	요양기관	수진자 수	심결요양급여비용총액	1인당 요양급여비용총액
2004년	C대학병원	167	2,914,752,110원	17,453,605원
	서울대학교병원	32	695,359,440원	21,729,983원
2005년	C대학병원	126	2,379,989,420원	18,888,805원
	서울대학교병원	26	769,712,780원	29,604,338원
2006년	C대학병원	144	2,701,798,150원	18,762,487원
	서울대학교병원	38	1,352,286,230원	35,586,480원

자료: 현애자 의원실

## 사례별 심사의 중요성

의료기관에서 건강보험 적용되는 급여사항을 임의비급여로 환자들에게 징수하는 근본적인 이유는 삭감의 위험 때문인데 문제는 “요양급여기준을 초과한 의약품 사용은 모두 삭감이 되는가”이다. 현재 의료기관에서는 요양급여비용을 청구할 때 EDI로 전자청구를 하는데 이때 요양급여기준을 초과한 경우 문서 또는 심평원의 홈페이지 상으로 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료를 첨부하도록 하고 있다. 이는 요양급여기준의 획일성 및 환자 상태의 다양성으로 인해 자칫 환자가 요양급여기준 때문에 치료 받지 못하는 극단적 상황을 방지하기 위해 사례별 심사를 하기 위해서이다.

즉, 요양급여기준을 초과하여 의약품을 사용하였다 하더라도 담당 의료진의 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료를 첨부하면 심평원의 상근 또는 비상근 의료전문가가 사례별로 객관적으로 심사하여 환자의 치료를 위해 적절한 치료였다고 판단하는 경우 요양급여비용을 지급하고 있다. 이렇듯 요양급여기준을 초과한 모든 경우가 바로 불법이 되고 삭감이 되는 것이 아니라 합법인 요양급여와 불법인 임의비급여의 완충역할을 하는 사례별 심사가 있다.

현대 의학의 급속한 발전으로 인해 제약회사는 매년 엄청난 양의 신약과 신의료기술들을 쏟아내고 있으며 이러한 신약이나 신의료기술은 현재의 포지티브 리스트 시스템 하에서도 시장성 확보를 위해 식약청 허가 및 건강보험 등재의 과정을 거치게 된다.

그러나 일단 식약청 허가 및 건강보험 등재가 이루어지고 나면 제약회사의 의지와 투자가 없는 한 의료기관에서 요양급여기준 개선을 위해 능동적이고 적극적인 노력을 하지는 않는다. 왜냐하면 제약회사나 의료기관의 입장에서는 불확실한 요양급여기준 개선을 위해 노력하기 보다는 임의비급여로 환자에게 손쉽게 사용하는 방법이 있기 때문이다.

결국, 요양급여기준의 능동적인 개선을 위해서는 요양급여기준을 초과하여 삭감의 위험이 있는 급여대상이라 할지라도 심평원에 의학적, 임상적 소견서 및 근거자료 등을 첨부하여 사례별 심사를 거치도록 해야 한다. 만약 이러한 사례별 심사를 통해서도 삭감되는 경우 의료기관은 이의신청, 심사청구, 행정소송을 통해 의학적 타당성을 계속적으로 주장하여야 한다.

왜냐하면 현재 심평원은 다빈도 이의신청 관련 요양급여심사기준에 대해서는 관련 학회의 의견을 청취하여 능동적인 요양급여심사기준 개선 작업을 추진하고 있기 때문이다.

예를 들면, 2004년8 월 8일 이전에는 항암제 사용이 6회로 제한되어 있었고 추가 항암제 사용은 의료진의 소견서 및 각종 검사자료 등을 첨부해야 사례별 심사를 통해 보험 적용이 가능하였으나 지난 몇 년 동안 항암제 9회 사용의 치료적 효과에 대한 의학적, 임상적 근거가 충분히 확보되어 보험적용 범위가 2004년8 월 8일부터 9회로 확대되었다.

## 나가는 말

건강보험가입자의 건강보험 혜택을 받을 권리를 보호하고 요양급여기준의 능동적인 개선을 위해서는 요양급여기준을 초과하는 경우에도 건강보험이 적용되는 급여사항에 대해서는 반드시 심평원에 청구해서 사례별 심사를 거치도록 하여 공단으로부터 요양급여비용을 수령하도록 해야 한다.

현행 요양급여기준은 정부나 환자가 만든 것이 아니라 우리나라 최고의 의료전문가들이 만든 것이다. 그리고 요양급여기준은 의학적, 임상적 근거를 토대로 정립되고 개선되는 것이다. 적어도 의료전문가들이 만든 기준이라면 의료전문가들이 지켜야 하며 의학발전으로 인해 기준의 현실성이 떨어졌다면 의학적, 임상적 근거를 제시하여 신속히 개선해야 하는 것도 의료전문가의 몫이다.

따라서 임의비급여 유형 중에서 가장 큰 비율을 차지하는 요양급여기준을 초과하였지만 건강보험 적용되는 급여사항을 비급여로 환자에게 징수하는 임의비급여를 해결하는 가장 확실한 방법은 건강보험 적용되는 급여사항은 반드시 심평원에 청구하도록 의무화하고 이를 위반할 경우 강력한 패널티를 부과하는 것이다.

다만, 고시된 요양급여기준 가운데 모호한 규정, 공개되지 않는 심평원의 내부심사지침 등 임의비급여 유인 요인에 대해서는 충분한 개선이 필요하고 사례별 심사를 하는 심평원의 상근 또는 비상근 전문의의 실명을 공개하는 “심사실명제” 등을 통해 심사의 객관성과 권위성을 담보하는 방안이 강구될 필요도 있다. 🌐