



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

건강보험법상 임의비급여의 유형분류

2018년 7월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
최 소 영

건강보험법상 임의비급여의 유형분류

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함

2018년 6월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

최 소 영

최소영의 석사학위논문을 인준함

2018년 7월

위 원 장 _____ 권 순 만 (인)

부 위 원 장 _____ 김 홍 수 (인)

위 원 _____ 김 창 엽 (인)

국문초록

연구의 배경 및 목적

보건의료분야에서 보장성 강화를 위해 비급여 항목을 어떻게 할 것인가에 대한 관심은 꾸준히 늘고 있으나, 비급여 항목의 일부를 차지하고 있는 임의비급여에 대한 논의는 거의 없었다. 임의비급여는 불법으로 간주되어 각 의료기관별로 음성적으로 진행되고 있어서 정확한 자료를 얻기 어렵지만 전체 진료비의 5~10% 정도로 추산되고 있다. 이러한 임의비급여를 줄이기 위한 노력은 지속되고 있지만 건강보험 요양급여기준 등재시스템의 구조적인 한계, 협소한 요양급여 범위 및 저수가 정책, 국민건강보험법과 의료법의 부조화, 의료기관의 착오, 의료기관의 심사회피목적 등의 이유로 지속적으로 발생하고 있다. 임의비급여에 대한 기존 연구는 비교적 짧은 기간을 두고 일부의 자료를 이용하여 부분적으로만 연구되어 왔을 뿐 아니라 제시된 유형분류법은 상호배타성과 포괄성에서 한계를 가지고 있다. 이에 본 연구에서는 지난 5년간 공개된 전국의 민원사례와 온라인 뉴스를 분석하여 새로운 임의비급여 유형분류법을 제시하고 유형별 원인을 파악하여 임의비급여 해결책을 논의하기 위한 자료로 제공하고자 한다.

연구 방법

본 연구는 2013년 1월부터 시작하여 조사가 이루어진 2018년 4월까지 발생하여 처리된 건강보험심사평가원 공개민원사례와 같은 기간 발표된 온라인 뉴스기사의 임의비급여 사례를 종합하여 질적 내용분석을 실시하였다. 알려진 질적 내용분석 방법 중 본 연구에서 사용한 방법은 Elo와 Kynga(2007)가 제시한 연역적 내용분석(deductive content analysis)방법으로 ‘규정된 수가 항목이 있는 가?’, ‘규정된 수가 항목에 적절한 적응증으로 시행되었는가?’, ‘정해진 비용을 청구하였는가?’의 연구 질문을 사용하여 분석 매트릭스(matrix of analysis)를 구성하고 이에 맞는 개념들을 추출하였다.

연구결과

연구 질문에 따라 임의비급여 사례들을 ‘급여나 비급여로 규정되지 않은 경우’, ‘급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우’, ‘비급여

로 규정되었으나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우’, ‘급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우’, ‘별도산정 불가항목을 부담시킨 경우’ 5가지 영역으로 나누었다. 이 가운데 가장 많은 비중을 차지하는 영역은 ‘급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우’이다. 이러한 사례가 발생하는 이유는 요양급여 기준이 세밀하지 못하여 급여 여부를 판단하기 어려운 상황이었거나 요양기관이 손실을 피하기 위해 의도적으로 임의비급여 처리하는 것 때문이라고 볼 수 있다.

결론

본 연구를 통해서 임의비급여의 유형은 5가지로 분류할 수 있으며 유형별 발생 원인이 다름을 확인할 수 있었다. 임의비급여 문제를 해결하기 위해서는 복잡하고 시일이 많이 소요되는 신의료기술평가와 약제 사전·사후승인제도의 절차를 개선하고 요양급여기준을 좀 더 세밀하게 정할 필요가 있다. 더불어 의사가 최선의 진료를 할 수 있도록 기존 약제, 치료재료보다 효능, 효과가 뛰어난 것들에 대하여 수가의 수준을 보존해주려는 노력이 필요하다.

주요어: 임의비급여, 건강보험법, 유형분류, 급여, 비급여, 요양급여

학 번: 2015-24047

목 차

I. 서론	8
1. 연구배경과 목적	8
1.1 연구배경	8
1.2 연구의 필요성과 목적	9
2. 이론 및 선행연구 검토.....	10
2.1 국민건강보험제도.....	10
2.2 요양급여와 비급여, 임의비급여	11
2.3 신의료기술평가와 약제 사전·사후승인제도	14
2.4 임의비급여 유형 분류에 관한 기존연구	18
II. 연구방법 및 절차	22
1. 분석방법과 대상	22
1.1 내용분석 개요	22
1.2 분석대상	26
2. 연구의 타당성 및 신뢰성 확보	28
III. 연구결과	29
1. 급여나 비급여로 규정되지 않은 경우	33
2. 급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우.....	35
3. 비급여로 규정되었으나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우	36
4. 급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우	37
5. 별도산정 불가항목을 부담시킨 경우	39
IV. 결론 및 제언	40
참고문헌	40
부록	46
Abstract	52

I. 서론

1. 연구배경과 목적

1.1 연구 배경

지난 19대 대통령 선거 이후 보건의료분야에서 보장성 강화를 위해 비급여 항목을 어떻게 할 것인가에 대한 관심은 꾸준히 늘고 있고 비급여 항목 축소 및 폐지에 대한 국민의 관심도 집중되고 있는 상황이다. 비급여 항목 축소 및 폐지에 대한 정책을 준비함에 있어 임의비급여 문제를 어떻게 해결할 지에 대한 논의는 필수적이라 할 수 있다. 임의비급여에 대한 각계의 입장은 매우 다른 상황으로 일부 환우회는 임의비급여가 건강보험제도의 근간을 무너뜨릴 수 있다며 경계하는 입장이고, 의료기관 측은 불합리한 요양급여기준이 임의비급여를 조장한다고 맞서고 있다. 이러한 첨예한 갈등 속에서 대법원은 과거 임의비급여를 인정하지 않았으나 최근 일정한 조건하¹⁾에서 임의비급여를 예외적으로 허용하는 쪽으로 변화하고 있다(이인영, 2016).

반면, 이러한 중요성에도 불구하고 실제 의료현장에서 임의비급여의 양과 전체 의료비 중에서 차지하는 비중 등에 대한 정확한 내용은 알기가 어렵다. 임의비급여가 불법으로 간주되어 각 의료기관별로 음성적으로 진행되고 있어서 정확한 자료를 얻기 어렵기 때문이다. 일부 의료기관을 대상으로 하거나 건강보험 심사평가원에서 시행하고 있는 ‘진료비 확인 제도’를 기초로 한 자료에 따르면 임의비급여의 크기는 전체 진료비의 5~10% 정도로 추산되고 있으나, 실제로는 그보다 더 클 것으로 예상된다.²⁾ 건강보험의 보장성을 강화하기 위해서 임의비급여에 대한 연구의 필요성이 커지는 상황이지만 현재까지 임의비급여의 실태를 파악하고 유형을 분류하며 발생원인 및 해결책을 모색하려는 연구 분야의 노력은 미흡한 실정이다. 이에 본 연구에서는 임의비급여 유형을 분류하고 발생원인 및 해결책을 확인하고자 하였으며 본 연구의 연구자는 요양기관 근무자로 일부 내용은 중립적이지 않을 수 있음을 미리 밝혀둔다.

1) 일정한 조건은 ① 건강보험 틀을 회피했다고 보기 어려운 시급성, ② 의학적 안전성과 유효성, 의학적 필요성 ③ 환자에게 내용과 비용에 대한 설명과 동의를 받은 경우로 의료기관이 입증할 의무를 가진다.

2) 김용익, “임의비급여 관리 방안 연구보고서, 서울대학교 의과대학 의료관리학 교실, 2000, 38면

1.2 연구의 필요성과 목적

본 연구의 목적은 2013년 이후 지난 5년간 발생한 건강보험법상 임의비급여 사례를 확인하고 유형을 분류하며 유형별 임의비급여 발생 원인에 대하여 살펴보기 위한 것이다. 임의비급여 발생을 줄이기 위하여 건강보험심사평가원에서는 2003년부터 ‘비급여 진료비 확인 서비스’를 실시하였고 국민들은 납부한 진료비의 정당성 여부에 대한 확인이 가능하게 되었다. ‘비급여 진료비 확인 서비스’는 비급여를 비급여로 받았다면 ‘정당’으로 확인해주고, 급여인데 임의비급여 등으로 과다 청구했다면 차액을 ‘환불’해주는 제도이다. 이를 통해 정당하지 못한 사례는 병원에 통보되었고 의료기관의 진료행태가 개선되고 있는 상황이다.³⁾ 또한 보건복지부에서 실시하는 기획현지조사를 통해 의료인들 사이에 임의비급여에 대한 문제인식이 확대되고 있고 요양기관에서도 임의비급여 발생을 줄이려는 노력을 지속하고 있다.

임의비급여를 감소시키는 요인 중 최근 들어 주목할 만한 것은 실손 보험회사의 보험금 지급거절이다. 허가사항 등 요양급여기준을 벗어나는 의료행위에 대하여 민간의료보험회사가 지급을 거절하고 이의를 제기하고 있어 요양기관에서 임의비급여가 발생할 가능성은 더욱 더 줄어들고 있다.⁴⁾

그럼에도 불구하고 임의비급여는 건강보험 요양급여기준 등재시스템의 구조적인 한계, 협소한 요양급여 범위 및 저수가 정책, 국민건강보험법과 의료법의 부조화, 의료기관의 착오, 의료기관의 심사회피목적 등의 이유로 지속적으로 발생하고 있으며⁵⁾ 임의비급여를 인정하지 않는 정부 및 심사평가원에 맞서 면역항암제 사건⁶⁾과 같이 환자 및 보호자가 스스로 적극적으로 임의비급여 처방을 요구하는 투쟁이 벌어지기도 하였다.⁷⁾ 본 연구에서는 이러한 다양한 임의비급여 사례를 어떠한 특성에 따라 유형을 분류하는 것이 적절한지 확인하고 임의비급여 유형별 특성에 따른 원인을 파악하여 해결책을 제시하고자 한다.

3) 박소영. (2016). 비급여 진료비 ‘환불’ 규모 지속적 감소. *의학신문*. 검색일 5월 17일, 2018년, 출처 <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=111609>

4) 이정윤. (2015). ‘실손보험사, 허가범위 악용 의학발전 막아’. *의학신문*. 검색일 5월 17일, 2018년, 출처 <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=593158>

5) 윤재남, 임의비급여 금지의 문제점과 개선방안, 석사학위논문, 고려대학교 법무대학원(2015.)

6) 현행 건강보험법상 면역항암제인 키트루다와 오피보를 허가를 초과한 적응증의 암환자에게 투여할 수 없게 됨에 따라 건강보험심사평가원 앞에서 90명의 말기암환자와 그 가족들이 집회를 열었다.

7) 박근빈. (2018). 면역항암제 목숨 건 환자들 … 난감함 심평원. *데일리메디*. 검색일 5월 17일, 2018년, 출처 <http://www.dailymedi.com/detail.php?number=829289&thread=22r01>

2. 이론 및 선행연구 검토

2.1 국민건강보험제도

국민건강보험제도는 “국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상 및 사회보장 증진에 기여함을 목적으로 한다(국민건강보험법 제1조)” .

한국은 사회보험방식의 건강보험제도를 채택하여 보험가입을 법적으로 강제하며, 보험법적 관계가 당사자의 의사와 관계없이 법률에 의하여 성립한다. 이러한 사회보험방식의 건강보험은 사회연대원리를 기반으로 하여 경제적인 약자도 기본적인 사회보험의 급여를 주기 위하여 보험료의 산정에서도 개인별 등가의 원칙을 철저히 적용하지 아니하고 보험료의 차등부과를 통하여 보험가입자간의 소득재분배효과를 거두고자 한다. 8)

그 결과 한국의 건강보험제도는 보험계약의 형식을 취하고 있지만 경제적으로는 사회보장적 효과를 추구하고 있다. 이러한 이유 때문에 건강보험제도는 관계당사자의 자유가 순수하게 보장되는 영역이라기보다는 사회연대원리를 구현하기 위하여 헌법이 허용하는 한도에서 당사자의 자유가 제한되는 영역의 측면이 보다 강하게 부각된다. 9)

건강보험을 공적 사회보험이라 보고 진행했다면 정부가 건강보험의 적용을 받는 의료기관을 설립, 확충하는 방식이어야 했으나 실제로 공공의료기관의 설립에 예산을 투입하지 않고 민간의료기관을 건강보험 적용기관으로 지정하여 운영하는 방식으로 진행하였다. 이렇게 민간병원을 이용하여 전 국민 건강보험제도를 완성하려고 하다 보니 국가가 요양기관 당연지정제도를 통해 요양기관 사적 의료계약을 규제하게 되며, 이는 의료법과 보건의료법상의 의사의 진료권에 대한 제한의 문제로 연결되고 있다(이인영, 2016).

8) 헌법재판소 2003.10.30. 산거 2000헌마 801 결정.

9) 명순구, '원외처방 약제비 환수의 법적 근거', 고려법학 제53호, 2009, 172~173면.

2.2 요양급여와 비급여, 임의비급여

2.2.1 요양급여

요양기관은 가입자에 대하여 요양급여를 실시하는 경우 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 의거하여야 한다. 여기서 제시하는 기준은 일차적으로는 “진료의 필요가 있다고 인정되는 경우”, “정확한 진단을 토대로”, “의학적으로 인정되는 범위 안에서”, “최적의 방법으로”, 요양급여를 실시해야 하며, “의학적 윤리”에 부합하며, “경제적으로 비용효과적인 방법으로” 요양급여가 행하여야 한다. 이러한 일반적인 원칙들은 국민건강보험법상 열거된 개별적인 행위 유형들의 경우 각각 어떠한 의미를 갖는지 간략하게 설명한다.

이러한 일반적인 원칙 및 보건복지부장관이 고시하는 세부사항들은 요양기관에서 요양급여를 제공하는 기준이 되며 다른 한편으로는 건강보험심사평가원이 요양급여의 적정성을 평가하는 기준이 된다. 이러한 기준과 그에 따른 평가는 의료인이 의료행위를 함에 있어서 갖는 재량이 국민건강보험체계 내에서 보험재정의 안전성을 기하기 위해 제한을 받을 수 있음을 의미하는 것이기도 하다(이인영, 2016).

한편 의료기술은 지속적으로 발전하고 있으므로 의학적 적응성을 인정받는 새로운 기술을 요양급여의 대상으로 포섭함으로써 보다 양질의 의료서비스가 보편적으로 제공될 수 있는 기회를 줄 필요가 있다. 그럼으로써 요양급여의 수준이 의료의 발전에 상응하면서 ‘최선의 치료’라는 의료의 이상에 조금 더 가까이 다가갈 수 있기 때문이다.

그러나 의료행위의 종류가 워낙 다양하고 새로운 의료행위가 수시로 나타나는 데 반하여 요양급여 대상으로 인정하여 급여목록표에 등재시키는 절차는 국민들이 기대하는 수준과 속도에 미치지 못하여 여러 가지 문제와 혼란이 발생하게 된다. 대표적인 사례로 지난 2017년 영남대 병원에서 국내 최초로 팔 이식이 성공하였으나 관련법규가 없어 불법 논란이 일어났다.¹⁰⁾ 팔 이식의 경우 요양급여의 대상에 포함되어야 한다는 주장이 제기되었으나 당시 건강보험심사평가원에 등록된 코드조차 없어 해당 요양기관은 얼마큼의 금액을 산정해야 할지 정하는 데 있어서 어려움을

10) 홍석천. (2018). 손·팔 이식도 합법“ 보험적용 서둘러야”. *영남일보*. 검색일 5월 17일, 2018년. 출처 <http://www.yeongnam.com/mnews/newsview.do?mode=newsView&newskey=20180502.010010732000001>

겪을 수밖에 없었다. 이러한 사례가 발생하지 않도록 의료기술의 발전 속도에 맞추어 요양급여 대상으로 인정하여 급여목록표에 등재시키려는 노력이 필요하다.

2.2.2 비급여

국민건강보험법상 보험급여로 지정되지 않은 의료행위를 비급여라고 한다. 국민건강보험법 제41조 제2항은 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다고 규정하며, 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환, 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다”고 규정하고 있다. 따라서 보험재정이라는 커다란 변수를 제외해놓고 볼 때, 요양급여와 비급여대상을 구분하는 가장 큰 기준은 해당 질환 등이 ‘업무 또는 일상생활에 지장’을 주는가의 여부이다.

비급여의 유형으로는 법정비급여로 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 복지부장관이 정하는 사항의 치료를 위한 검사 및 투약을 말하며, 한시적비급여는 건강보험재정과 관련이 있는 부분으로 법정비급여와 동일하게 비급여로 적용하다가 급여권으로 수용여부를 검토하는 대상이 된다(이인영, 2016).

요양기관이 비급여대상이 되는 의료행위를 하는 경우에는 그 가격을 자유롭게 정하고 인터넷 홈페이지에 표시하거나 그 가격을 적은 책자 등을 접수창구에 비치하는 등 환자 또는 환자의 보호자에게 고지 또는 게시하면 된다. 따라서 비급여대상인 진료는 요양기관이 저 진료수가로 인한 재정적자를 메우거나 혹은 더 큰 수익을 올리기 위한 좋은 수단이 될 수도 있다. 경우에 따라서는 이로 인해 비급여대상에 속하는 의료서비스를 개발할 뿐만 아니라 고가의 진단 장비를 과도하게 도입하는 부작용이 발생하기도 한다. 11) 더 나아가 우수한 의료 인력들이 비급여진료가 중심을 이루는 전문과를 선호하고 급여진료가 주를 이루는 전문과가 외면되는 병리적 현상이 나타나기도 한다.12)

11) 노인철, ‘의료보험 비급여의 현황과 정책과제’, 「보건복지포럼」 통권 제18호, 한국보건사회연구원, 1998, 66~67면.

12) 명순구, 역사와 해설 국민건강보험법, 건강보험심사평가원, 2011, 법문사, 393~395면.

2.2.3 임의비급여

앞 장에서 살펴본 국민건강보험법령에서 규정하고 있는 비급여를 ‘법정비급여’라고 한다. ‘법정비급여’와 대비되는 ‘임의비급여’라는 명칭은 공식적인 명칭은 아니고 의료계와 보건당국에서 관행적으로 사용해오던 용어로 견해마다 다소 차이는 있으나 대체로 ‘국민건강보험법상 요양급여 및 비급여 대상으로 지정되지 않은 의료행위·약제·치료재료 등’을 뜻하는 것으로 이해되고 있다.¹³⁾ 반면 2012년 카톨릭대학교 부속 여의도성모병원 사건 전원합의체 판결에서는 “요양기관이 요양급여기준과 진료수가기준에서 정한 기준과 절차를 위반하거나 초과하여 임의로 비급여 진료행위를 하고 수진자 본인과 사이에 보험 비급여 하는 것으로 상호 합의하여 그 진료비용 등을 수진자 본인으로부터 지급받은 경우”를 임의비급여로 보고 있다. 한편 본 연구에서는 선행연구 및 실제사례 등을 참조하여 임의비급여의 영역을 좀 더 넓게 보았다. 본 연구에서 다루고자 하는 임의비급여에 대한 정의는 다음과 같다. 국민건강보험법령 상 요양기관이 수진자로부터 적법하게 비용을 지급받을 수 있는 사유 이외의 사유로 수진자로부터 비용을 지급받는 경우 이를 ‘임의비급여’라고 한다.¹⁴⁾

13) 정철, 건강보험법상 임의비급여 허용의 문제점, 법학논총 제24권 제1호 통권 제38호(2011.08.), 국민대학교출판부, 316면. 남재현, 국민건강보험법상 임의 비급여 진료가 허용되는지 여부 및 그 허용요건에 대한 증명책임, 판례연구 제 25집(2014년), 부산판례연구회, 34면 등

14) 박태신. (2012). 임의비급여 허용요건에 관한 검토. *의료법학*, 2012, Vol.13(2), pp.11-38.

2.3 신의료기술평가와 약제 사전·사후승인제도

2.3.1 신의료기술평가

의료기술의 발전에 등에 따라 기존의 요양급여 또는 비급여대상으로 규정되지 않은 새로운 의료행위가 나타날 수 있다. 이 경우 요양급여 또는 비급여대상으로 편입시키는 절차가 신의료기술 등의 요양급여결정신청제도인데, 그 전제조건으로서 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받을 것을 요구하고 있다. 그리고 현재 신의료기술평가 업무는 한국보건사회연구원에 그 업무가 위탁되어 있다.

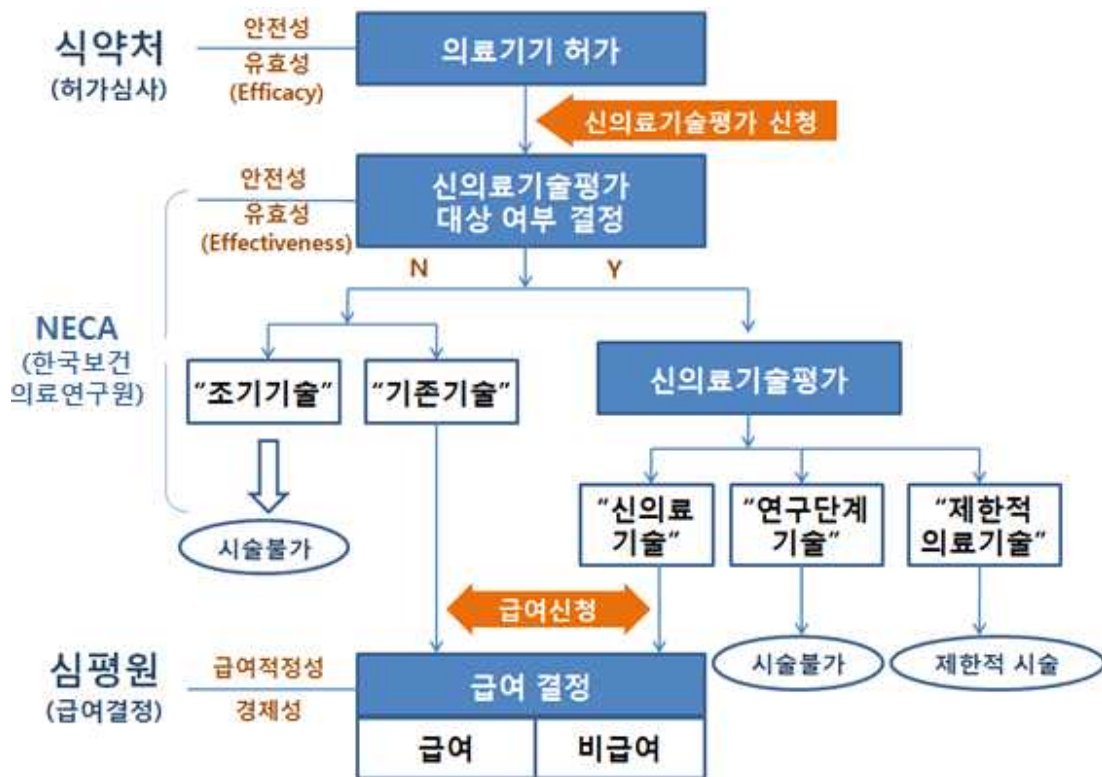


그림 1. 의료기기 허가, 신의료기술평가, 건강보험 급여 결정의 흐름

그 흐름을 자세히 살펴보면 의료기기의 시장 진입 결정이 가능 또는 불가능의 두 가지 중 하나로 판정되는 것에 비하여 의료행위의 평가 결과는 매우 복잡하다. 먼저 ‘신의료기술평가’ 신청이 이루어지면 평가 대상인지에 대한 심의가 이루어지

는데, ‘조기기술’ (안전성, 유효성을 평가하기에 근거가 아직 부족한 상태의 기술) 또는 ‘기존 기술’ (건강보험 급여 또는 비급여로 인정된 기존의 기술과 동일하거나 유사한 기술)로 분류되는 경우 평가 비대상이다.

평가 대상이 된 의료행위는 안전성, 유효성의 평가절차를 거쳐서 ‘신의료기술’ (안전성, 유효성이 입증된 기술) 또는 ‘연구단계 기술’ (안전성, 유효성이 확인되지 않은 기술)로 다시 구분된다. 여기서 ‘신의료기술’ 로 인정된 의료행위만 사실상 시장진입이 가능하다.

건강보험 급여 여부를 결정하는 단계에서는 시판 여부를 결정하는 단계에서와 다른 기준으로 판단하게 된다. 건강보험에서는 한정된 재정으로 국민들에게 필요한 의료서비스를 공급해야 하므로 새로운 의료기술의 급여 여부를 결정할 때에도 재정의 한계라는 상황을 의식 하에 하며 따라서 해당 기술의 가격과 그로 인한 비용 지출의 규모가 급여 여부에 주요한 고려 요소가 된다. 또한 새로운 의료기술의 효과성을 평가할 때도 시장진입 결정시에는 임상시험에서의 효능(efficacy) 중심으로 평가하는 것에 비해, 건강보험 급여 결정시에는 실제 진료상황에서 나타나는 효과성(effectiveness)에 관심을 둔다(박실비아, 2014).

이러한 신의료기술평가제도는 절차가 복잡하고 신의료기술로 인정받기까지 많은 시간이 많이 소요되며 희귀난치성질환과 첨단의료기술은 평가를 받기 위한 문헌적 근거마련에 한계가 있기 때문에 새로운 평가방법이 있어야 한다는 요구가 끊임없이 제기되어 왔다. 이러한 신의료기술평가제도의 한계는 임의비급여가 지속적으로 발생하게 되는 원인 중 하나로 볼 수 있다. 15)

2.3.2 허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인 절차

정부는 임의비급여 문제가 사회적 이슈로 떠오르자 이 문제를 해결하기 위해 ‘허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준과 절차’ 를 제정하여 2008년 8월 1일부터 시행하였다.

동 기준에 의하면 허가초과 사용약제의 비급여 승인을 받고자 하는 요양기관은 자체 임상시험 심사위원회(Institutional Review Board, IRB)에서 사전심사를 거쳐 심사일로부터 15일 이내에 심평원장에게 근거 자료 및 제2조 각호의 어느 하나에 해

15) 남두현. (2018). 신의료기술평가, 하반기부터 '더 빠르게' 내년부터 '더 폭넓게'. *청년 의사*. 검색일 5월 17일, 2018년. 출처 <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1055775>

당함을 입증하는 자료를 첨부하여 승인신청서를 제출하여야 하고, 심평원은 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 접수일로부터 60일 이내에 허가초과 사용약제의 비급여 사용승인여부를 승인내역을 신청한 요양기관 및 식품의약품안전처장에게 통보하여야 한다.

이 때 사용 승인 신청이 가능한 약제의 범위는 대체 가능한 약제가 없거나, 대체 가능한 약제가 있지만 투여금지 증으로 투여할 수 없는 경우, 대체 치료법보다 비용 효과적이거나 부작용이 적고 임상적으로 치료효과가 높을 것으로 기대되는 경우이다. 의료기관은 건강보험심사평가원이 승인심사를 하는 60일 동안 신청한 약제를 비급여로 처방하여 쓸 수 있으며 심의결과 비급여 사용승인을 받지 못한 요양기관은 미승인 통보서를 받은 날부터 허가초과 사용약제를 더 이상 사용할 수 없게 된다. 비급여로 사용승인을 받은 요양기관은 지속하여 처방할 수 있다. 한편 초과 사용승인을 받은 요양기관은 매년 3월 31일 및 9월 30일까지 6개월 단위로 해당 약제에 대한 사후평가서를 심평원에 제출하되, 승인일자로부터 3개월 미만인 경우에는 제출을 면제할 수 있다. 반면에 보건복지부장관은 요양기관에서 비급여 사용승인을 받지 못한 사례가 3회 이상 반복되는 요양기관에 대하여 경고 조치하거나 심평원장 승인 전 비급여 사용을 제한할 수 있다. 16)

의료기관의 입장에서는 승인신청을 위한 까다로운 행정절차와 IRB 운영에 대한 부담, 불승인시 가해지는 제재와 약제비 부담주체의 문제, 승인 이후에도 사후평가서를 제출해야 하는 등의 행정적 부담으로 인해 승인신청이 활발하지 않은 상태이다. 그럼에도 불구하고 허가초과 사용약제 사전승인제도는 임의비급여 문제를 단계적으로 해결하기 위한 좋은 시도로 평가되고 있다(이인영,2016) .

2.3.3 항암제 사전승인제도

여의도 성모병원 임의비급여 사건 이후 2007년부터 항암제 사전승인제도가 도입되었다. 일반약제에는 사후승인제도가 도입 되는데 반해 항암제는 사전승인제도가 도입된 배경은 항암제의 비용이 고가이고, 독성으로 인한 안전성 문제가 발생할 수 있기 때문이다. 17) 항암제 사전승인제도의 경우 신청 전 요양기관 내의 다학제위원회

16) 허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차, 고시 제2010-43호(2010.7.1. 시행)

17) 문성호. (2013). [초점] 복지부 임의비급여 제도개선 방향은. *청년 의사*. 검색일 5월 17일, 2018년, 출처 http://www.koreapatient.com/ab-1744-7&article_num=7&OTSKIN=layout_ptr.php&SI_F_serial_

의 승인이 필요하며 다학제위원회의 인력요건은 최소한 혈액종양내과 전문의 2명 이상, 혈액종양분야 소아청소년과 전문의 1명 이상, 암 관련 수술을 하는 외과계 전문의 2명 이상(최소한 외과 1명 포함), 방사선종양학과 전문의 1명이상으로 구성하도록 하고 있어 규모가 크지 않은 요양기관에서는 인력기준을 충족하지 못하여 승인을 받기 어렵다. 또한 신청서 및 공문 작성, 1년마다 제출해야 하는 사후평가는 병원 행정에 부담이 되고 있어 이를 개선하기 위한 해결책이 필요하다.

2.3.4 항암제 사후승인제도

임상 현장에서 신속한 치료의 필요성이 큰 상황이 존재하고, 환자의 치료받을 권리와 의사의 진료권 보장 요구가 있어 허가초과 항암요법 사후승인 제도의 추가 도입이 검토되고 있다. 2018년 7월 1일부터 시행 예정인 이 제도는 의료기관내 다학제위원회의 심사를 거친 후 심평원장의 승인 통보 전이라도 허가초과 항암요법을 사용할 수 있고 이 경우 요양기관은 다학제위원회 심사 후 15일 이내에 심평원장에게 자료를 첨부하여 승인 신청을 해야 한다. 허가초과 항암요법에 대한 신청을 받은 심평원장은 접수일로부터 60일 이내에 암질환심의위원회의 심의를 거쳐 승인 여부를 요양기관에 통보하여야 하고, 요양기관은 승인 및 인정되는 범위에서 허가초과 항암요법을 사용할 수 있다. 다만 6개월간 3건 이상 또는 6개월간 신청건의 50% 이상 미승인 통보를 받은 경우 승인 전 사용을 제한하게 되어 요양기관에 부담이 되고 있다.

항암제 사후승인제도의 경우 사전신청제도와 달리 다학제위원회 미설치기관의 경우 협약체결을 통해 연계 요양기관의 다학제위원회를 이용하여 사후승인제도를 이용할 수 있도록 추진되고 있다. 그러나 일부 의료진은 공용다학제 위원회를 이용하는 의료기관이 허가초과 항암요법을 투여하는 것에 대하여 환자의 건강권을 해칠 수 있다고 주장하고 있고, 협약체결도 쉽지 않을 것으로 보여 다학제위원회를 운영하고 있지 않은 요양기관의 사후승인제도가 활발히 시행되기는 어려울 것으로 예측되고 있다. 18)

num=asc&PB_1384421931=10

18) 암환자에게 처방·투여하는 약제에 따른 공고 개정(안)에 대한 의견조회, 2018.03.16

2.4 임의비급여 유형 분류에 관한 기존연구

2.4.1 최병호(1997)의 연구

의료보험제도를 1977년 도입 후 1989년 전 국민을 대상으로 적용함에 따라 급속한 적용확대를 가능하도록 낮은 보험료 수준을 유지하였고 이러한 이유로 환자가 직접 부담해야 하는 본인부담의 수준이 너무 높다는 비판이 제기되었다. 이에 최병호(1997)의 연구에서는 1995년과 1996년 2년 동안 수진자가 본인부담이 과다하다고 판단하여 의료보험관리공단에 이의 신청한 진료비 내역을 분석하였다. 1995년과 1996년 각각 8,111건과 7,851건의 수진내역서 중 자료로서 가치가 없는 건과 환수 건을 제외한 4,637건(1995)과 4,829건(1996)을 분석대상으로 하였다. 총 9,502건을 분석한 결과 1995년의 본인부담율은 46.1%, 1996년의 본인부담율은 44.0% 였으며 이 중 법정본인부담금, 정당비급여 부분을 제외한 5.7%의 임의비급여 항목을 type 별로 분류하였다. 연구서 본문에서 이러한 Type을 나누게 된 근거에 대해서는 자세히 언급하지 않고 있다. 최병호(1997)의 연구에서 임의비급여 유형은 다음과 같다.

1) Type 1

실제 진료에 소요된 일부 약제, 검사, 수술 및 처치, 재료대 등에 대해서도 소정의 진료수가에 포함되어 별도징수 할 수 없도록 규정되어 있으나 비급여 처리하는 경우이다.

2) Type 2

의료기술의 발달로 인한 특수 또는 새로운 진료행위, 재료대 및 미협약동위원소 검사 등에 대하여 보건복지부장관의 승인 절차가 정기적으로 신속하게 이루어지지 않고 있어 승인기간 이전에 비급여 처리되는 경우이다.

3) Type 3

의료보험 진료수가기준 및 보건복지부의 유권해석에 의거 삭감이 우려되어 비급여로 처리되는 경우이다.

1995년과 1996년 이의신청된 진료비내역을 분석한 결과 Type 1+2는 39.3%, Type 3은 47.3% 이었으며 중별분석결과 의료기관이 대형화 될수록 Type 1+2의 비율이 높아 신의료기술 부분에 의한 영향을 많이 받고 있음을 알 수 있었다.

최병호(1997)의 연구는 임의비급여에 대한 연구가 거의 없고 보험이 확대된 지 얼마 되지 않은 시점에서 본인부담금의 적정성에 대하여 연구하였다는 점에서 의의가 크다고 할 수 있으나 연구서 본문에 언급하였듯이 수진자의 이의신청에 대한 의료보험공단의 실제조사 자료이기 때문에 대표성에 한계를 가진다고 할 수 있다. 또한 법정비급여와 임의비급여를 합한 비급여 본인부담 비용이 총 진료비에서 차지하는 비율을 제한된 자료를 활용하여 추정하는 형태로 이루어져 임의비급여 문제의 성격을 규명하는 데는 활용되기 힘든 한계를 가지고 있다는 점에서 비판을 받고 있다(강용익, 2002).

2.4.2 강용익(2002)의 연구

강용익(2002)의 연구에서는 임의비급여를 ‘한번 정해 놓은 급여기준의 변경이 쉽게 이루어지지 않는 상황에서 법적으로 인정되지 않는 진료 항목 또는 본인부담’이라고 정의하였다. 연구는 수진내역신고자료¹⁹⁾와 서울대학교병원에 등록된 수가코드 및 진료내역 현황을 대상으로 이루어졌다. 연구방법은 수진자내역신고자료로 연도별, 의료기관 종별 임의비급여 발생율을 구하고 확인된 임의비급여 항목들을 기존의 최병호(1997)의 연구에서 제시하는 분류법으로 분석하였다. 반면 서울대병원자료의 경우 1999년 수가집에 등록되어 있는 13,069개의 코드 중 임의비급여에 해당하는 1,306개의 항목을 연구에서 제시하는 7개의 유형 및 최병호(1997)의 연구에서 제시하는 모형에 따라 각각 분류하였고 1998년의 실제 진료내역 현황을 같은 방식으로 분석하였다. 강용익(2002)의 연구에서는 임의비급여 유형을 크게 현행 법정보험급여에 포함되어 있는 급여항목을 임의비급여화한 임의비급여(유형A)와 현행 법정보험급여에 존재하지 않는 임의비급여(유형 B)로 구분하였고 세부항목은 기타를 제외하고 7가지 유형으로 나누었다. 연구에서 제시하는 모형과 세부분류는 다음과 같다.

19) 수진내역신고 제도는 진료비부담내역을 통보한 후 진료사실이 없거나, 진료일수가 다르거나, 수진자가 다르거나, 본인부담 내역이 다른 경우 등을 신고 받아 자료요청과 확인 작업을 거쳐 환수조치 또는 수진자 환불조치를 수행하는 방식으로 이루어졌다.

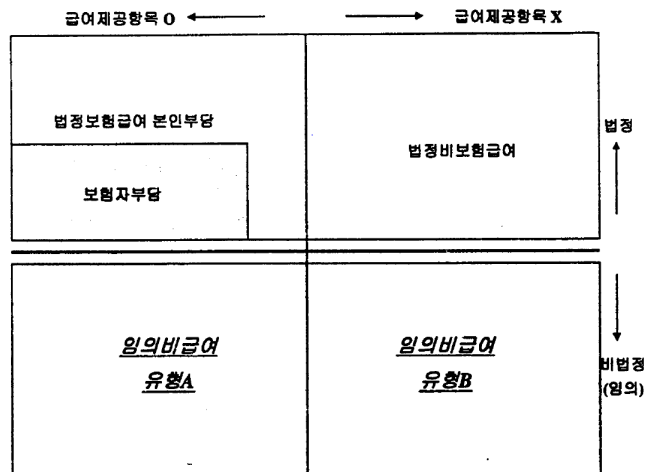


그림 2. 법정보험급여, 법정비보험급여, 임의비급여 분류 모형 (강용익, 2002)

유형 A

- ① 별도로 산정할 수 없는 행위 및 진료의 비용을 환자에게 징수하는 유형
- ③ 심사 삭감이 우려되어 진료비를 청구하지 않고 환자에게 징수하는 유형
- ④ 수가가 낮아 환자에게 일부 또는 전액을 부담시키는 유형
- ⑤ 보험 인정 기준 초과 시 환자에게 일부 부담시키는 유형
- ⑥ 도매상이 EDI code를 연합회에 청구하지 않아 발생한 유형

유형 B

- ② 신의료기술이나 신규 진료용 재료 등을 장관의 사전인정을 받지 않고 사용하거나 보험급여 여부를 의뢰하지 않고 요양기관 자체적으로 수가를 매겨 환자에게 본인부담 시키는 경우
- ⑦ 인정절차를 밟고 있는 항목을 임의비급여로 청구하는 유형

연구결과 수진내역신고자료를 통해 type 3에 해당하는 ‘심사시 삭감이 우려되어 임의비급여를 처리하는 경우가’ 의료기관의 종류에 관계없이 증가하는 추세임을 알 수 있었으며 수진자내역신고자료의 3차병원 자료를 서울대병원 진료내역 현황을 비교해 볼 때 서울대병원 임의비급여 중 Type 3에 해당하는 경우가 비교적 낮은 발생율을 보이며 기타 항목의 비율도 낮은 것으로 확인되었다.

위와 같은 분류법의 경우 선택 진료비나 상급 종합 병실료와 같은 비급여 항목에서 기준을 초과하여 청구하거나 정해진 금액보다 과다 징수하였을 때 분류할 방법

이 없고 도매상이 EDI code를 연합회에 청구하지 않아 발생한 유형과 신의료기술이나 신규 진료용 재료 등을 장관의 사전인정을 받지 않고 사용하거나 보험급여 여부를 의뢰하지 않고 요양기관 자체적으로 수가를 매겨 환자에게 본인부담 시키는 경우를 구분하기가 모호하다는 단점이 있다. 그러나 임의비급여의 유형별 문제의 성격을 파악하고 그 해결방안을 모색하는 데 실마리가 되는 사항을 중심으로 연구하였다는 점에서 의의가 있다고 하겠다.

2.4.3 법학연구에서의 임의비급여 유형분류

임의비급여에 대한 주제는 2006년 이전까지 법학연구에서 거의 다루어지지 않다가 여의도 성모병원 소송 사건을 계기로 최근까지 비교적 꾸준히 이루어지고 있다. 현두륜(2007)²⁰⁾의 연구에서는 임의비급여 유형을 김용익(2002)의 연구에서 분류한 7가지 유형 중 주로 발생하는 5가지를 선별하여 제시하였다. 현두륜(2007)의 연구에서 제시하는 5가지 임의비급여 유형은 별도로 산정할 수 없는 치료재료 비용을 수진자에게 부담시키는 경우, 급여대상임에도 심사삭감을 우려하여 심사청구를 하지 않고 수진자에게 부담시키는 경우, 요양급여기준을 초과하여 사용한 약제·치료재료 비용을 수진자에게 부담시키는 경우, 관련법령에 규정된 본인부담금을 초과한 비용을 수진자에게 부담시키는 경우, 신의료결정신청절차를 거치지 않고 비급여로 처리하는 경우이다. 이후 하명호(2013)²¹⁾, 윤재남(2016)²²⁾과 배병일(2017)²³⁾의 연구에서 현두륜(2007)의 연구에서 제시하는 5가지 임의비급여 유형을 인용하여 임의비급여에 대한 판례를 연구하였다.

20) 현두륜. (2007). 건강보험급여체계에 대한 법리적 접근-임의비급여 진료의 적법 여부, *의료정책포럼* 5(4), 2007.12, pp. 28-35.

21) 하명호. (2013). 임의비급여 진료행위의 허용여부에 관한 공법적 고찰 - 대법원 2012. 6. 18. 선고 2010두27639, 27646 전원합의체 판결에 대한 평석, *의료법학*, 제14권 제2호 (2013년 12월), pp.173-214

22) 윤재남. (2015). 임의비급여 금지의 문제점과 개선방안, 석사학위논문, 고려대학교 법무대학원.

23) 배병일. (2017). 임의비급여 진료행위에 관한 민사법적 검토, *의료법학*, 2017, Vol.18(2), pp.75-103.

II. 연구방법 및 절차

1. 분석방법과 대상

1.1 내용분석 개요

본 연구는 2013년 1월부터 시작하여 조사가 이루어진 2018년 4월까지 발생하여 처리된 심사평가원 공개민원사례와 같은 기간 발표된 온라인 뉴스기사의 임의비급여 사례를 종합하여 질적 내용분석을 실시하였다.

반면 선행연구에서는 총 진료비에서 차지하는 임의비급여의 비율을 확인하는 방식으로 기술하거나 일부 요양기관의 임의비급여 현황을 분석하는 양적연구의 방식을 택하였다. 양적연구는 설명(explanation)과 예측(prediction)을 연구의 궁극적 목적으로 삼으며 이를 위해 이론(theory)의 개발을 실천적 목표로 활용한다. 이론은 현상을 설명하고 미래를 예측할 수 있는 유용한 도구이지만 설명과 예측에 있어 동일한 이론이 활용되기 위해서는 ‘다른 조건이 동일하다면’ (ceteris paribus)이 필요하며 그 가정이 뒷받침되지 않을 경우 설명과 예측에 동일한 이론으로 활용하기 어렵다(배상용, 2006). 본 연구에서는 임의비급여의 발생은 보건의료정책, 의료기관 종별, 정치적인 상황 등 여러 가지 조건에 의해 시간적으로 발생의 규모나 발생의 원인이 달라질 수 있다고 보았으므로 이러한 예측이 연구의 목적인 양적연구 보다는 연구 목적이 본질적으로 이해(understanding)와 설명(explanation)에 있는 질적연구가 임의비급여를 연구하는 데 더 적절하다고 판단하였다.

질적연구방법은 여러 가지가 있으나 본 연구에서는 조사대상에 대한 직접적인 접촉을 통해 자료를 수집하는 것이 아니며 비구조화된 자료(unstructured material)를 연구의 대상으로 하므로 내용분석(content analysis) 방법이 유용하다고 보았다.²⁴⁾ 내용분석은 문서 자료 뿐 아니라 그림, 상징적 기호, 의사소통과 같은 모든 종류의 자료를 활용하는 연구 방법 중 하나로 발전해왔다. 많은 학자들이 내용분석에 대한 개념적 정의를 내리고 있는데, 그 중 이 분야의 대표적 이론가인 Krippendorff(2004)의 정의를 살펴보면 그는 “내용분석이란 연구 자료로부터 반복가능하고 타당한 추론을 이끌어내는데 필요한 연구기법”이라고 하였다. 여기서 연구 자료들의 특징은

24) 조성남, 이현주, 조영주 & 김나영. (2011). 질적연구방법과 실제, 그린, pp. 118-119.

나타내고자 하는 의도성이 있다는 것이다. 따라서 자료는 만든 사람과 그 자료를 보거나 듣는 사람 사이의 매개물이며, 그 매개물에는 만든 사람이 전달하고자 하는 메시지가 포함된다.

위 개념에서 “반복가능하고 타당한 추론을 이끌어 내는 것”은 내용분석의 신뢰도와 타당도와 관련된 개념이다. 반복가능성이란 연구자들이 상이한 연구 상황에 있더라도 동일한 기술과 방법을 사용한다면 같은 결과가 도출되어야 한다는 뜻이다 (Krippendorff, 2004).

연구자들마다 상이한 내용분석의 과정을 통해 결과를 도출하지만 연구의 신뢰도를 위해 연구의 반복가능성을 높여야 한다. 다음으로 타당한 추론이라는 말은 연구에서 독립적으로 이용 가능한 증거의 철저한 검토와 사용을 통한 타당한 결과를 내놓아야 한다는 의미이다. 신뢰도와 타당도의 방법론적 필요조건은 새로운 것보다는 내용 분석을 통해 특별한 것을 만들어내는 것이다. 이러한 학자들의 논의를 종합해 보면 내용 분석이란 자료라는 매개물에 담긴 내용에 대한 타당한 추론을 이끌어내는 일련의 절차라고 개념화해 볼 수 있을 것이다.

내용분석은 크게 양적 접근과 질적 접근으로 나누어 생각해 볼 수 있는데 양적 내용분석의 주된 전략은 자료에서 단어의 빈도를 계량화하고, 단어를 대표하는 범주를 추출하여 범주 간의 관련성을 확인하는 것이다. 이러한 양적인 측면은 반복가능하고 계량화하는데 유리하다는 장점이 있으나, 지나치게 단어의 등장 빈도에만 초점을 맞추어 자료의 의미를 파악한다는 단점이 있다. 또한 이러한 양적 측면의 강조는 자칫 계량화를 하는 것이 연구의 전부라는 생각을 할 수 있다. 그리고 양적 접근에 있어서는 문자 그대로의 표면적인 내용만을 다루기 때문에 잠재적인 의미의 분석이 어렵다는 단점이 있다. 왜냐하면 단어의 의미는 맥락과 시간, 공간적 상황에 따라 다양하게 해석될 수 있으며, 비유적이거나 은유적인 표현이 가능하기 때문에 단어만 보고 함의적인 의미에 대하여 파악하기 힘들기 때문이다(최성호, 2016).

이러한 양적 내용분석의 한계를 극복할 수 있게 해주는 질적 내용분석은 주어진 자료에 대한 총체적인 이해를 바탕으로 체계적인 분류 방법인 코딩 과정을 통해 내용의 패턴과 주제를 밝히는 연구방법이라고 할 수 있다.

질적 내용분석 절차에 대해서는 여러 학자의 이론이 소개되어 있지만 본 연구에서는 수집된 자료를 Elo와 Kynga(2008)가 제시한 연역적 내용분석(deductive content analysis) 방법을 활용하기로 한다. 연역적 내용분석은 기존 자료를 새로운 맥락에서 검증해보고자 할 때 주로 활용한다. 연역적 접근법은 기존의 이론이나 모델로부터

출발하므로 일반적인 것에서 구체적인 것으로 진행된다. 먼저 준비과정을 거치게 되는데 준비과정에서는 단어나 주제와 같은 분석의 단위를 선택한다. 분석의 단위를 선택하기 위해서는 분석의 목적과 대상을 정확히 인지하고 효율적인 분석을 위한 표본 추출에 대해 고민해보아야 한다. Graneheim과 Lundaman(2004)은 가장 적합한 분석의 단위는 분석 과정의 전반적인 흐름에 대한 인식을 통해 하나의 의미단위로 기억할 수 있을 만큼 전체적이면서도 작은 것이 되어야 한다고 주장한다.

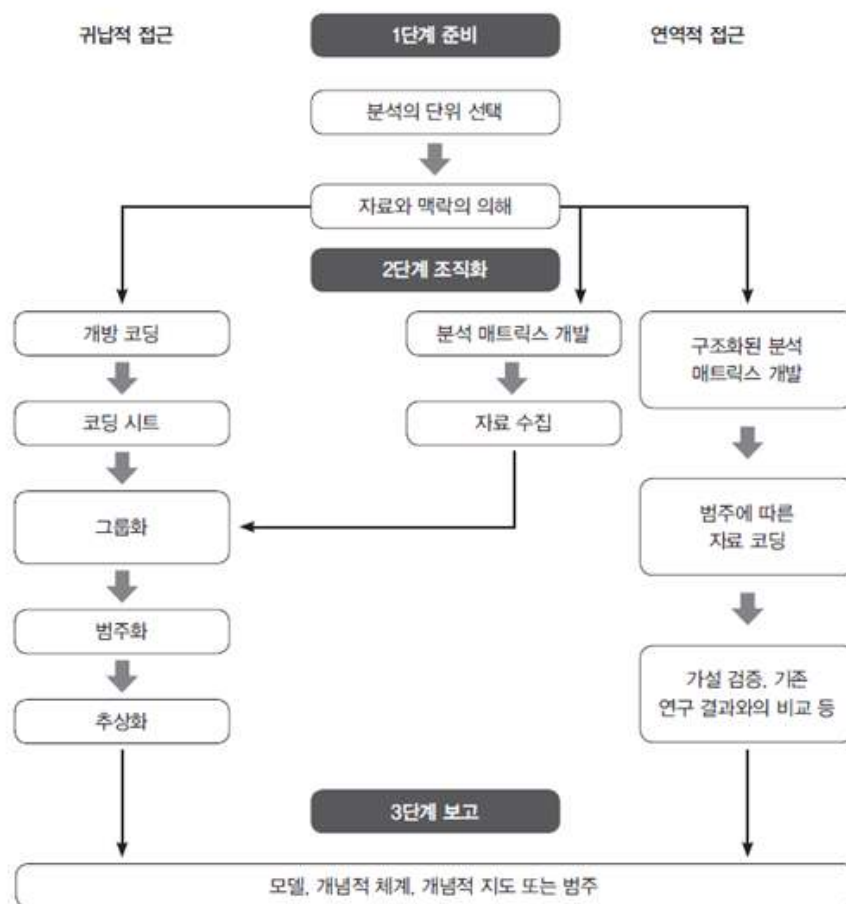


그림 3. Elo와 Kynga(2008)의 내용분석 과정

연역적 내용분석의 전체적인 흐름은 범주화 매트릭스를 만든 후 범주에 맞게 자료를 코딩하는 것이다. 연역적 내용분석에서는 연구의 목적에 따라 구조화

되거나 자유로운 매트릭스를 사용할 수 있다.

자유로운 매트릭스를 사용할 때는 귀납적 내용분석의 원칙을 통해 범주의 구분에 따라 새로운 범주가 만들어 질 수 있다. 만약 매트릭스가 구조화되어 있다면, 오직 주어진 자료만을 활용하여 매트릭스 항목에 맞게 분석해야 한다. 이러한 매트릭스를 통한 자료의 구분이 범주, 개념, 모델 또는 가설의 검증이라고 할 수 있다(최성호, 2016). 본 연구에서는 자유로운 매트릭스를 사용하여 정해진 범주에 속하지 않는 새로운 범주가 나타난다면 추가하여 분석을 시행하기로 한다.

1.2 분석대상

1.2.1 건강보험심사평가원 민원사례

건강보험심사평가원에서는 2013년부터 ‘진료비확인 환불 예측시스템’을 운영하고 이후 인정 및 불인정 사례를 공개하여 진료비 확인에 도움을 주고 있다. 2018년 4월 현재까지 약 341개의 민원사례가 공개되었고 이 중 정당하게 진료비가 계산되지 않은 143개의 사례를 같은 기간 온라인 뉴스에서 확인된 사례와 함께 분석하기로 한다.

1.2.2 온라인 뉴스

(1) 매체선정

한국의 약 77% 신문 구독자들은 온라인을 통해 뉴스를 접하고 있다. 사람들의 온라인을 통한 뉴스의 소비가 보편화되고 적지 않은 뉴스 소비자들이 온라인으로 옮겨가고 있다. 온라인 뉴스는 온라인을 통해 제공되는 신문이며, 일간지를 포함한 기존의 신문사나 방송사가 인터넷이라는 사이버 공간을 통해 신문 기사를 전자화면 형태로 제공하는 것을 말한다(좌보경, 2014).

한편 온라인 뉴스 이용자의 87.2%가 포털 사이트를 통해 뉴스를 소비하고 있으며, 포털 사이트를 통해 온라인 뉴스를 이용한다고 응답한 사람 중 대부분이 네이버(81.9%)와 다음(32.6%)을 이용하는 것으로 나타났다.(DMC report, 2013) 따라서 본 연구는 포털 사이트인 네이버에 게재된 온라인 뉴스를 분석하기로 한다.

(2) 검색기간 및 검색어

검색기간은 심사평가원 민원사례 공개기간과 동일한 2013년 1월부터 2018년4월까지로 하였다. 이는 심사평가원 민원사례의 특성과 온라인 뉴스에서 확인되는 사례의 특성이 다를 수 있다고 가정했기 때문이다. 검색 키워드로서는 ‘임의비급여’, ‘의학적 비급여’, ‘합의비급여’, ‘불법 임의비급여’을 이용하였으며 심사평가원 민원사례와 중복되는 사례는 온라인 뉴스 분석에서 제외하였다.

검색된 기사의 수는 640개였다. 그 중 다른 온라인 기사와 중복되지 않고 개별적인 사례로 분석할만한 기사 26개를 추출하였으며, 민원사례와 중복되는 개별사례를 제외하고 22개의 임의비급여 사례를 분석대상으로 하였다.

2. 연구의 타당성 및 신뢰성 확보

일차 연구자 외 진료비 분석의 경험이 10년 이상 있는 전문가 2인이 코딩에 참여하였다. 내용분석의 신뢰도는 누구든 정해진 코딩 규칙에 대해 훈련을 받은 사람은 동일한 내용을 동일하게 판단하게 되도록 보정하는 것이 관건이다. 이를 위해 각 코딩 항목을 명확하게 정의하고 코딩 요령을 상세하게 제시하도록 노력했으며, 예비 코딩을 실시했다.

내용분석 연구의 코더 간 신뢰도는 여러 지표를 활용하는데, 임계기준에 대한 확립된 표준은 없고 일반적으로 단순 일치도(전체 응답 수 중 일치한 응답 수 비율)처럼 정밀성이 낮은 지표에는 보다 높은 임계값을 적용해야 하며, 보다 보수적인 지표의 경우에는 좀 더 낮은 값을 적용할 수 있다. 보수적인 지표로 널리 사용되는 방법으로 Cohen's kappa와 Krippendorff's alpha가 있으며 Cohen's kappa의 경우 코더의 수가 2명으로 한정되므로 본 연구에서는 단순일치도와 Krippendorff's alpha를 측정하였다. 통상적으로 정밀성이 낮은 지표(단순 일치도)의 측정값이 높은 수준이고 보수적 지표(Krippendorff's alpha)의 측정값이 중간 이상인 경우 신뢰도가 상당히 높은 것으로 본다는 기준에 따라, 단순 일치도가 90% 이상이고 Krippendorff's alpha 값이 0.70 이상이면 신뢰도가 확보된 것으로 보았다. 25)

분석 자료의 10%에 해당하는 17건의 임의비급여 사례를 3인이 분석한 결과 1차 코딩은 76.4%의 단순일치도 및 Krippendorff's alpha 0.72를 보였으나, 반복 설명과 훈련을 통해 최종 신뢰도 측정값은 94% Krippendorff's alpha 0.91 까지 모두 향상되었다.

25) 유연. (2011). 주요 일간지의 2009-10년 신종인플루엔자 대유행 보도 경향 및 정보의 질 분석, 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원.

Ⅲ. 연구결과

분류된 건강보험심사평가원 민원사례 143건과 온라인 뉴스 22건을 기존의 최병호(1997)의 연구에서 제시한 3가지 유형분류와 강용익(2002)의 7가지의 유형분류법을 이용하여 분석하면 다음과 같다.

표 1. 최병호(1997)의 모형에 따른 임의비급여 분류

(단위: 건)

type1	type2	type3	기타
15건(9.0%)	28(16.9%)	104(63%)	18(10%)

최병호(1997)의 모형에 따른 임의비급여 분류법으로 165건의 임의비급여 사례를 분석한 결과 전액본인 부담인부담임에도 불구하고 비급여한 경우와 신의료기술 또는 사전·사후승인제도를 통한 인정요법이나 해당 요양기관이 신청하지 않은 경우 등 18건의 임의비급여가 기타 항목으로 분류되었다. 분석 결과 기타 항목으로 분류된 항목의 수가 비교적 많고 그 특성이 달라 최병호(1997)의 모형은 포괄성에 한계를 가지고 있다고 할 수 있다.

표 2. 강용익(2002)의 모형에 따른 임의비급여 분류

(단위: 건)

유형	건수	건수	
임의비급여 유형A (급여제공항목)	144건	① 별도로 산정할 수 없는 행위 및 진료의 비용을 환자에게 징수하는 유형	16
		③ 심사 삭감이 우려되어 진료비를 청구하지 않고 환자에게 징수하는 유형	104
		④ 수가가 낮아 환자에게 일부 또는 전액을 부담시키는 유형	2
		⑤ 보험 인정 기준 초과 시 환자에게 일부 부담시키는 유형	17
		⑥ 도매상이 EDI code를 연합회에 청구하지 않아 발생한 유형	0
		기타	5
		임의비급여 유형B (급여제공항목이 아닌 항목)	21건
⑦ 인정절차를 밟고 있는 항목을 임의비급여로 청구하는 유형	0		
기타	16		

강용익(2002)의 모형에 따라 임의비급여 사례를 분석해 보면 도매상이 EDI code

를 연합회에 청구하지 않아 발생한 유형과 인정절차를 밟고 있는 항목을 임의비급여로 청구하는 유형에 빈도가 없음을 알 수 있고 이러한 사유로 이후 발표된 연구들에서 임의비급여 유형을 5가지 축소함이 타당함을 알 수 있었다. 강용익(2002)의 모형에서는 비급여 약제를 허가사항을 초과하여 투여하거나 비급여 행위의 인정기준을 초과하여 시술한 경우를 별도로 분류할 만한 근거가 없어 기타 항목이 발생함을 확인할 수 있었다.

앞서 언급하였듯이 본 연구에서는 이러한 기존모형들의 한계를 극복하고 새로운 모형을 제시하기 위해 내용분석 방법으로 임의비급여 사례들을 분석하기로 한다. 내용분석에서 어떻게 분석할지는 연구의 목적과 연구 질문에 따라 결정된다. 따라서 본 연구에서는 연구 질문을 정하고 적합한 분석 매트릭스(matrix of analysis)²⁶⁾를 구성하여 이에 맞는 개념들을 추출하였다. 연구 질문을 도출하기 위해 진료비 분석의 경험이 10년 이상 있는 전문가 2인에게 자문을 구하였고 임의비급여로 분류되는 조건 및 범위에 대하여 충분히 논의하였다. 이러한 논의를 거쳐 최종적으로 결정된 연구 질문은 ‘규정된 수가 항목이 있는가?’, ‘규정된 수가 항목에 적절한 적용증으로 시행되었는가?’, ‘정해진 비용을 청구하였는가?’ 이다.

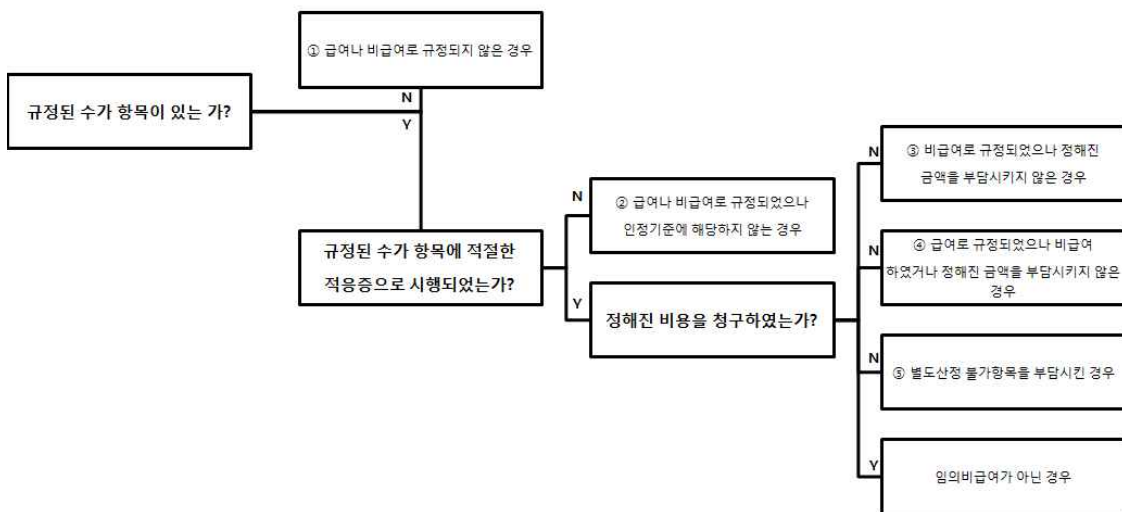


그림 3 연구 질문과 매트릭스 구성

연구 질문에 따라 임의비급여 사례들을 ‘급여나 비급여로 규정되지 않은 경우’, ‘급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우’, ‘비급여로 규

26) 매트릭스(matrix)는 행과 열로 이루어진 두 목록들을 교차시킴으로서 자료를 시각화시키는 것을 의미한다(Agnes, 2000).

정되었으나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우’, ‘급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우’, ‘별도산정 불가항목을 부담시킨 경우’의 5가지로 영역으로 나누었으며, 세부주제는 표1과 같다.

표 3. 5가지 영역과 세부주제

영역	세부주제	빈도(%)
급여나 비급여로 규정되지 않은 경우	① 신의료기술을 신청했으나 인정되지 않거나 평가 진행 중인 경우	3(1.8)
	② 검증된 적이 없는 기술을 시행한 경우	4(2.4)
급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우	① 허가 외 적응증으로 사용하거나 투여한 경우	23(13.9)
	② 신의료기술 또는 사전·사후승인제도를 통한 인정요법이나 해당 요양기관이 신청하지 않은 경우	4(2.4)
비급여로 규정되었으나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우	① 정해진 금액보다 많은 금액을 청구한 경우	1(0.6)
	② 해당 되는 비급여 항목이 아닌 다른 비급여 항목으로 처리하여 금액을 청구한 경우	1(0.6)
급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우	① 급여 가능한 항목을 전액본인 본인부담 한 경우	7(4.2)
	② 급여 가능한 항목을 비급여 한 경우	97(58.7)
	③ 전액본인 ²⁷⁾ 본인부담으로 정해진 항목을 비급여 처리한 경우	5(3.0)
	④ 해당 시술에 정해진 급여 항목이 아닌 다른 항목으로 처리하여 금액을 청구한 경우	2(1.2)
별도산정 불가항목을 부담시킨 경우	① 다른 상대가치 점수에 포함된 항목을 별도로 청구한 경우	15(9.0)
	② 다른 상대가치 점수에 포함되어 있다고 보기는 어려우나 별도산정 할 수 없도록 정해진 항목을 청구한 경우	3(1.8)

임의비급여를 5가지 영역으로 분류하여 빈도를 확인한 결과 가장 많은 부분을 차지하는 것은 급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우였으며 그 다음으로 빈도수가 많은 영역은 급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우였다. 세부항목으로 보면 급여 가능한 항목을 비급여 한 경우가 전체의 반 이상을 차지하고 있다. 이는 정부가 건강보험의 보장성 강화를 위하여 급여항목을 늘리더라도 요양기관에서 급여가 가능한 항목을 비급여 함으로써 실제로 기대하는 수준보다 건강보험의 보장성이 올라가지 않는 문제와 연결될 가능성을 크게 한다.

표 4. 5가지 영역과 항목분류

영역	검사	약제	재료	행위	기타 ²⁸⁾
급여나 비급여로 규정되지 않은 경우	2	0	0	5	0

27) 전액본인부담 항목을 일부에서는 비급여로 분류하기도 하지만 보건복지부에서 가격을 결정하는 특성을 가지므로 비급여항목과는 성격이 다르다고 보아 본 연구에서는 급여 항목으로 분류하기로 한다.

급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우	1	12	5	9	0
비급여로 규정되었으나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우	0	0	0	0	2
급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우	58	10	6	30	7
별도산정 불가항목을 부담시킨 경우	3	0	12	0	3
계	64	22	23	44	12

임의비급여의 5가지 영역을 기존연구와 같이 검사, 약제, 재료, 행위, 기타 항목으로 나누어 볼 때 가장 많은 빈도의 임의비급여가 발생하는 항목은 검사였다. 대표적인 임의비급여 검사항목은 MRI, CT, 초음파 검사로 재료가 임의비급여의 가장 많은 부분을 차지할 것으로 예상했던 기존 연구와 차이가 있다. 이는 선행연구와 본 연구의 대상이 되는 기간이 약 10여년 차이가 있으므로 그 동안 재료관련 수가 항목에 대하여 수가보존이 비교적 적절이 이루어졌으며 치료재료의 급여나 비급여 범위를 확대하려고 노력한 결과 임의비급여 영역에 있던 재료들이 급여나 비급여권으로 많이 흡수됨으로써 나타난 결과로 볼 수 있다. 실제로 2011년 이후 치료재료 등재현황을 살펴보면 해마다 등재품목의 수가 꾸준히 증가하고 있음을 알 수 있다.



그림 4. 연도별 치료재료 급여·비급여 등재현황²⁹⁾

28) 기타에 포함되는 항목은 입원료, 선택진료비 등이다.

29) 2016 치료재료 경향과 전망, 건강보험심사평가원

1. 급여나 비급여로 규정되지 않은 경우

급여나 비급여로 규정되지 않았으나 환자에게 비용을 청구하는 사례는 신의료기술을 신청했으나 인정되지 않거나 평가 진행 중인 경우와 검증된 적이 없는 기술을 시행한 경우가 해당된다.

항목분류로 보았을 때 검사나 행위로 분류되는 항목들이 해당되고 신의료기술에서 유효성이 없는 기술로 확인된 경우는 관절에 시행한 자가 혈소판 풍부 혈장 치료술(Platelet-Rich Plasma)을 시행한 사례가 있으며 검증된 적이 없는 기술을 시행한 경우로는 뇌졸중 환자에게 시행한 혈액정화요법이 있다. 자가 혈소판 풍부 혈장 치료술은 근골격계 또는 연부조직의 재생이나 통증 완화를 위해 자가혈로부터 추출한 혈소판이 농축된 혈장을 해당 부위에 적용하는 기술³⁰⁾이고 혈액정화요법은 환자의 피를 뽑아 정화시킨 다음 혈액을 다시 몸속으로 돌려보내는 요법이다.³¹⁾

이와 같이 검증이 되지 않거나 효과가 없다고 밝혀진 의료행위가 공공연하게 이루어지는 것도 문제이지만 이러한 문제가 발생하지 않도록 방지하고 모니터링 하는 시스템이 부재한 것도 문제이다. 급여항목의 경우 심사평가원이 진료비 심사를 하고 다양한 방법으로 진료의 질을 평가함으로써 일부의 영역에서는 관리가 되고 있지만 이러한 항목들은 신의료기술절차를 신청하지 않고 시행되더라도 환자가 민원을 제기하거나 사회적 이슈가 되지 않는 한 드러나기 어렵기 때문에 잠재적인 문제로 계속 남아있을 여지가 크다.

반면 앞의 사례들과 달리 의학적 근거가 충분하고 효과가 있을 것으로 예상되는 새로운 의료기술을 의료현장에 도입해야 할 경우도 있을 것이다. 이러한 경우 해당 의료기술에 사용되는 의료기기 품목허가가 완료된 후 의료기술에 대한 신의료기술 평가를 거쳐 요양급여 결정을 신청해야 한다. 이러한 단계적인 절차는 행정력을 요구하고 수개월의 시간이 소요되어 새로운 기술의 시장진입을 지연한다는 문제점이 끊임없이 제기되어 왔다. 현재 신의료기술평가 대상인 경우로 판단되면 최소 90일에서 최대 12개월간 신의료기술의 안전성 및 유효성 평가를 거친 후 의료기술을 시술할 수 있게 된다.³²⁾ 이러한 절차를 간소화하기 위하여 2018년 4월부터 의료기기

30) 송성철. (2016). 신의료기술평가 통과 못한 PRP 치료 "하지마". *의협신문*. 검색일 5월 17일, 2018년. 출처 <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=109983>

31) 장운형. (2015). [k-이슈추적] 혈액 정화로 질병을 고칠 수 있다?...한 병원의 위험한 기술. *쿠키뉴스*. 검색일 5월 17일, 2018년. 출처 <http://www.kukinews.com/news/article.html?no=325373>

32) 이선희, 신의료기술평가제도 현황과 발전방향, 보건복지포럼 2014-06, p 36~47.

허가와 신의료기술평가가 동시에 진행되는 ‘의료기기 허가·신의료기술평가 통합 심사 시스템’ 제도가 도입되었으며 절차의 문제점이 어느 정도 개선될 예정이다.

2. 급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우

급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우는 허가 외 적응증으로 사용하거나 투여한 경우와 신의료기술 또는 사전·사후승인제도를 통한 인정요법이나 해당 요양기관이 신청하지 않은 경우를 포함한다.

허가 외 적응증으로 사용한 대표적인 예가 서울대병원 사건으로 선천적으로 대동맥 기관지가 좁은 생후 6개월 환아를 살리기 위해 스텐트를 사용하여 기관지를 넓혀야 하는데 치료재료가 성인용 밖에 없어 부득이하게 담도용 스텐트를 사용한 예이다. 이와 같이 허가 외 적응증으로 사용하거나 투여한 경우가 발생하는 이유는 요양급여 대상으로 인정되는 의료행위나 재료, 약제의 인정 범위가 일반적인 사례에 근거하여 매우 협소한 반면, 의료기관에서는 예상치 못한 다양한 사례가 발생하며 의료진은 급박한 상황에서 환자에게 최선의 진료를 다할 의무를 가지고 있기 때문에 환자의 상황에 따라서 요양급여기준을 초과하여 진료하는 경우가 발생하게 된다.

반면 황반변성에 주입한 아바스틴 주사의 경우 ‘허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인 절차’를 통하여 인정되는 비급여 항목으로 청구할 수 있는 것이나 요양기관에서 절차를 밟지 않아 임의비급여로 분석된 사례이다. 앞서 언급하였듯이 의료기관의 입장에서는 행정적 부담이 있고 소요시간이 길어 이와 같은 제도를 활용하기 어려운 상황인 경우가 많다. 이미 다른 요양기관에서 신청하여 인정된 요법의 경우 진입장벽을 낮추어 주고 충분히 검증된 요법의 경우 빠른 시일 내에 급여권으로 흡수하는 것이 임의비급여 발생을 줄이는 데 도움이 될 것으로 보인다.

3. 비급여로 규정되었으나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우

비급여로 규정되었으나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우는 정해진 금액보다 많은 금액을 청구한 경우와 해당 되는 비급여 항목이 아닌 다른 비급여 항목으로 처리하여 금액을 청구한 경우로 나눌 수 있다. 비급여 항목의 경우 정확한 금액이 정해져 있지 않고 인정기준도 급여에 비해 세세하게 확인하기 어려운 부분이 많기 때문에 이전의 선행연구들에서 거의 다루지 않던 부분이다.

이번 사례분석에서 정해진 금액보다 많은 금액을 청구한 경우의 사례는 선택진료비의 경우 건강보험진료수가 처치·수술료의 50%이내 범위 안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액을 받도록 되어 있으나³³⁾ 초과한 금액을 산정한 경우가 확인되었다. 비급여의 금액이 병원마다 제각각이고 적정한 정도를 환자나 보호자가 알기 어렵기 때문에 비급여 진료비용을 공개하여 국민이 비급여 진료비의 수준에 대하여 쉽게 이해하고 병원을 선택의 기회를 보장하고자 하는 움직임이 있으나, 아직까지는 일부의 항목에 지나지 않아 더 많은 정보공개가 요구되는 상황이다.

비급여 항목이 아닌 다른 비급여 항목으로 처리하여 금액을 청구한 경우의 사례는 독감으로 입원하여 2인실을 1인이 사용하였으나 1인실 비용을 지불한 경우이다. 이러한 경우가 발생하는 것을 막기 위해서 요양기관 자체적으로도 정해진 비급여 금액을 받으려는 노력을 하고 정부에서도 정해진 비급여 금액을 받고 있는 지 모니터링 하는 시스템이 필요하다.

33) 추가비용을 징수할 수 있는 선택진료의 항목과 추가비용의 산정기준, 선택진료에 관한 규칙 제5조 3항

4. 급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우

급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우는 급여 가능한 항목을 전액본인 본인부담 한 경우, 급여 가능한 항목을 비급여 한 경우, 전액본인 본인부담으로 정해진 항목을 비급여 처리한 경우, 해당 시술에 정해진 급여 항목이 아닌 다른 항목으로 처리하여 금액을 청구한 경우가 해당된다.

위와 같이 급여 항목을 전액본인 본인부담이나 비급여로 하는 경우는 크게 두 가지의 상황과 관련이 있다고 볼 수 있다. 한 가지는 고시기준이 모호한 상황이고 나머지는 삭감을 예상하고 의도적으로 전액본인 또는 비급여 처리를 하는 상황이다.

모호성의 문제가 발생하는 이유는 요양급여기준으로 규정된 내용이 심사자의 주관에 개입될 여지가 없을 정도로 세밀하지 못하며, 심사자들이 통일된 심사기준으로 진료비를 심사하고 있지 않기 때문이다. 대표적인 사례로 체육대회 피구 도중 주저앉으면서 무릎을 다쳐 MRI 촬영을 하였는데 요양기관은 비급여 처리를 하였고 심사평가원 공개사례에서는 급성 외상으로 보아 급여로 인정해야 한다고 보았다. 이렇게 실제적으로 요양급여대상 여부를 판단하는 과정에서 동일한 의료행위가 심사자에 따라, 또는 상황에 따라 요양급여로 인정받기도 하고, 요양급여로 인정받지 못하기도 한다.

대부분의 약제 및 주사제와 시술료 및 치료재료 요양급여 기준에 있어서 보건복지부 고시에 기재되어 있는 기준에 적합하면 급여로 적용하여 처리하고, 급여기준에 벗어나면 전액본인부담 하도록 되어 있기 때문에 환자의 상태가 고시에 정확히 부합한다면 문제가 없다. 그러나 고시가 불명확하거나 환자의 상태가 일반적이지 않을 경우 급여 여부를 고민하다가 보험 청구를 하면 전액본인부담 항목으로 조정되는 것이 경우가 발생한다.(윤재남, 2015)

일반적으로 요양급여비용 청구 후 요양급여기준에 맞지 않는 항목이 삭감될 경우 국민건강보험공단에서 환자에게 ‘본인부담환급금’이라는 항목으로 의료기관에게 지급할 다른 진료내역의 공단부담금에서 차감하여 환자통장에 입금 처리하거나 보험료 징수부분에서 상계처리 하고 있으나 전액본인부담이나 비급여로 심사 조정된 항목에 대해서는 의료기관이 직접 환자에게 금액을 돌려받도록 하고 있다.

이에 따라 의료기관에서는 환자들에게 전액본인부담으로 심사 조정된 부분을 직

접 받기 위해 행정력을 낭비하고 있거나 의료기관에 대한 환자, 보호자의 불신감 및 민원을 이유로 해당 금액을 많은 부분 돌려받지 못하고 있다. 이러한 경험이 누적됨에 따라 점차적으로 요양기관은 전액본인부담 가능한 항목에 대하여 삭감의 위험을 떠안으려 하지 않게 된다.

반면 삭감을 예상하고 의도적으로 전액본인 본인부담 하거나 비급여 처리를 하는 상황도 있다. 대표적인 사례는 어깨통증으로 CT 촬영을 하였으나 비급여 처리를 한 경우이다. 이러한 경우 의사 소견서 및 진료기록부를 첨부하여 보험 청구를 하면 인정이 되는 경우도 있으나 고가의 진료비에 해당되는 경우 요양기관의 경제적 손실 가능성이 있고 소견서와 자료를 준비해서 오랜 기간 소명해야 하는 행정력 소모의 문제가 있어 요양기관에서 이를 감수하려 하지 않게 된다.

5. 별도산정 불가항목을 부담시킨 경우

별도산정 불가항목을 부담시킨 경우는 다른 상대가치 점수에 포함된 항목을 별도로 청구한 경우와 다른 상대가치 점수에 포함되어 있다고 보기는 어려우나 별도산정 할 수 없도록 정해진 항목을 청구한 경우가 있다.

별도산정불가란 의사가 환자 진료 시 사용되는 치료재료 등이 이미 의사의 행위에 포함되어 별도로 환자나 보험공단에 청구할 수 없는 범주를 일컫는 말이다. 대표적인 사례는 자궁근종으로 자궁적출술에 사용한 유착방지제를 비급여한 사례로 질병군 포괄수가에 포함으로 별도로 산정할 수 없음에도 불구하고 비급여로 처리한 것이다. 의학기술의 발전에 따라 약제 및 치료재료의 경우 기존 약제, 치료재료보다 효능, 효과가 뛰어난 것들이 개발되고 있는데, 이는 상대적으로 기존재료보다 고가로 행위료 금액을 초과하는 것들도 있다.

이러한 사례가 발생하는 것을 막기 위해 대체 재료의 존재 여부 및 비용효과성을 고려하여 별도 산정할 수 있도록 개선하는 것이 바람직하다. 행위료에 포함되는 재료대의 경우 그 사용량을 정확히 파악하기 힘들고 저가 질이 떨어지는 재료를 사용을 유인하게 되며 재사용의 문제도 발생하게 된다. 그러므로 별도로 산정이 가능하도록 한다면 이러한 문제를 해결할 수 있을 것으로 기대된다.

IV. 결론 및 제언

2013년 이후 5년간 공개된 건강보험심사평가원 민원사례와 온라인뉴스에서 확인된 임의비급여 사례를 질적 내용분석법을 통하여 분석한 결과 5가지의 영역으로 나눌 수 있었다. 연구결과에서 살펴보았듯이 5개의 영역은 ‘급여나 비급여로 규정되지 않은 경우’, ‘급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우’, ‘비급여로 규정되었으나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우’, ‘급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우’, ‘별도산정 불가 항목을 부담시킨 경우’ 이며 각 영역의 임의비급여가 발생하는 원인이 다르므로 해결방안도 다른 방식으로 접근할 필요가 있다.

급여나 비급여로 규정되지 않은 경우는 의학적인 근거나 자료들이 충분히 뒷받침되지 않은 새로운 의료행위인 경우가 많기 때문에 급여나 비급여의 대상으로 도입에 있어서 국민의 건강권과 건강보험의 재정의 안전성을 침해하지 않는 범위에서 다른 나라의 사례를 고려하여 신중히 도입을 검토해야 할 필요가 있다. 그러나 현재와 같이 검토 기간이 너무 오래 소요되게 된다면 진료현장에서 최선의 진료를 할 수 없게 하는 것이므로 관련 절차에 대하여 개선할 필요가 있다. 시급하게 검토가 필요한 사안에 대해서는 신속하게 기본적인 안정성만을 검토한 후 최종적인 인정과 불인정을 판단하기 전까지 임시로 신청한 신의료기술을 시행하는 것을 허용하는 유예기간을 주는 방안을 고려해 볼 수 있으며 무분별하게 시행되는 검증되지 않은 의료행위를 막기 위해 파파라치 제도 등을 도입하는 것도 방안이 될 수 있을 것이다.

급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우는 허가 외 적응증으로 재료를 사용하거나 약제를 투여한 경우와 신의료기술 또는 사전·사후승인제도를 통한 인정요법이나 해당 요양기관이 신청하지 않은 경우를 포함한다. 이러한 임의비급여 유형 문제를 해결하기 위해서는 수개월이 소요되는 행정절차를 개선하고 신의료기술 또는 사전·사후승인제도를 통한 인정될 수 있는 요법의 범위를 넓게 하는 것이 필요하다. 행정절차를 개선하는 방법으로 다른 요양기관에서 이미 인정된 요법의 경우 신청방법을 간소화하고 충분히 검증된 요법의 경우 급여권으로 도입하여 사전·사후승인제도 절차를 거치지 않고도 해당 요법을 사용하는 것이 가능하도록 하는 방법이 있다. 그리고 약제의 사전·사후승인제도를 통한 인정될 수

있는 요법의 범위를 넓히기 위해서는 비급여 단독 또는 병용요법의 경우에도 심의 하여 인정할 수 있는 통로를 만들어 주는 것이 필요하다. 2016년 기준 요양기관에 공급된 의약품 품목 수는 총 25,893개의 품목이며 이중 11,170개의 품목이 비급여 의약품이다.³⁴⁾ 이러한 비급여 의약품만을 단독 또는 병용하여 허가사항 초과로 요양기관에서 투여하고자 할 경우 비급여 범위를 확대요청 할 수 있는 제도가 없어 임의비급여가 발생하는 일부 요인으로 작용하고 있다. ³⁵⁾

비급여로 규정되었으나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우는 2018년 3월부터 선택진료비가 폐지되고 상급종합병실료의 급여화가 예고되고 있는 상황에서 자연스럽게 사라질 영역으로 판단되어 자세한 논의는 생략하기로 한다.

급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우는 5가지 영역 중 빈도수에 있어 가장 문제가 되는 영역으로 급여기준이 모호하기 때문에 발생하는 사례와 요양기관이 삭감을 피하기 위해 의도적으로 급여처리를 하지 않아 발생하는 사례로 나뉠 수 있다. 이러한 모호한 사례가 발생하는 사유의 예를 들자면 고시문구 자체가 ‘뇌지주막하출혈, 모야모야병 등’ 이라고 섬세하게 정하지 않아 ‘등’ 에 해당하는 질병에 대한 해석이 심사자마다 제각각일 수 있어 발생하는 사례와 환자의 상태가 일반적이지 않아서 발생하는 사례, 그리고 고시 기준에 명시된 용어에 대한 고시기준의 정의와 의학적 정의의 범위가 정확하게 일치하지 않을 때 발생한다. 이렇게 모호한 사례가 발생하는 경우 건강보험심사평가원에 문의한다고 하더라도 결정적인 답변을 주지 못하는 경우가 많으므로 의료기관은 더욱더 혼란스럽게 된다. 이러한 사례가 발생하는 것을 막기 위해 모호한 사례에 대해서는 우선 요양기관은 전액본인부담 처리를 하고 심사평가원에 환자가 재심사를 요청하면 환불해주는 제도를 도입한다면 요양기관의 혼선은 줄어들며 임의비급여 발생도 감소할 것으로 예측된다. 그 전에 모호한 사례가 발생하지 않도록 관련 고시 기준을 정비하고 관련사례 및 내부규정을 공개하여 요양기관이 혼선이 없도록 노력하는 것이 필요하다. 그러나 이러한 모호한 상황을 피하기 위해 고시를 지속적으로 세분화 하는 것은 궁극적으로 한계가 있으며 이로 인하여 소모되는 비용 및 행정력을 고려할 때 근본적인 해결책이 되기는 어렵다. 따라서 의학적 판단을 요구하는 조건부 급여항목을 줄여나가고 성별, 나이, 혈액검사수치와 같이 객관화된 지표를

34) 양금덕. (2017). 요양기관에 공급된 의약품품수 늘어...전문약 증가 영향. *청년 의사*. 검색일 5월 17일, 2018년, 출처 <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1049302>

35) 약제의 사전·사후승인제도는 급여권에 있는 약제를 포함하는 요법만을 대상으로 한다.

급여의 기준으로 활용하려는 노력이 필요하다.

그리고 요양기관이 삭감 등을 우려하여 전액본인부담이나 비급여를 하는 사례에 대해서는 심사평가원에서 심사의 공정성을 확보하며 명확한 삭감기준을 요양기관에 통보하고 주로 전액본인부담이나 비급여를 하는 항목에 대한 주기적인 모니터링을 하여 요양기관에 피드백하여 줌으로써 심사평가원에서 제시하는 요양급여의 범위와 요양기관에서 환자에게 적용하는 요양급여 범위의 차이를 줄여나갈 필요가 있다.

마지막으로 별도산정 불가항목을 부담시킨 경우는 다른 상대가치 점수에 포함된 항목을 별도로 청구한 경우와 다른 상대가치 점수에 포함되어 있다고 보기는 어려우나 별도산정 할 수 없도록 정해진 항목을 청구한 경우이다. 행위료에 포함되는 재료의 비용이 행위료에 너무 많은 비중을 차지하거나 행위료를 초과하는 범위라면 이는 수가의 수준이 적절하다고 볼 수 없기 때문에 별도의 수가를 정하여 보존해 주려는 노력이 지속되고 있다. 그러나 여전이 일부의 재료에서 임의비급여 문제가 나타나고 있으므로 이러한 문제를 해결하기 위해 요양기관 및 관련단체의 의견을 종합하여 적정한 수가의 수준을 정하는 것이 필요하다.

연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 건강보험심사평가원 민원사례와 온라인뉴스에서 확인된 임의비급여 사례를 바탕으로 분석한 결과이므로 전체 임의비급여 현황으로 일반화하는데 주의가 필요하다. 둘째, 의료기관종별 정보가 없어서 의료기관종별 임의비급여 발생유형에 대한 차이를 분석하지 못하였다. 다만 건강보험심사평가원 민원사례를 본원과 지원에서 접수된 민원 건으로 나누어 확인해 볼 때 급여나 비급여로 규정되지 않았으나 환자에게 비용을 청구에 대한 임의비급여 사례가 지원에서만 발생하는 것을 보아 지원에서 심사가 주로 이루어지는 의원급 요양기관에서 신의료기술 및 관련절차를 신청하는데 어려움을 겪고 있는 것으로 추정해 볼 수 있다. 한편 종합병원급 이상의 심사가 이루어지는 본원에서 접수된 민원사례의 경우 급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우 그 비율이 지원에 비하여 더 낮은 편임을 확인할 수 있었다.³⁶⁾³⁷⁾ 마지막으로 본 연구에

36) 표 5. 심사평가원 심사부서별 임의비급여 유형분류

	유형1	유형2	유형3	유형4	유형5	총건수
본원	0 (0%)	6 (18.7%)	1 (3.1%)	20 (62.5%)	5 (15.6%)	32 (100%)
지원	5 (4.5%)	10 (9.0%)	1 (0.9%)	84 (75.6%)	11 (9.9%)	111(100%)

37) 유형1.급여나 비급여로 규정되지 않은 경우

유형2. 급여나 비급여로 규정되었으나 인정기준에 해당하지 않는 경우

유형3. 비급여로 규정되었으나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우

유형4. 급여로 규정되었으나 비급여 하였거나 정해진 금액을 부담시키지 않은 경우

서는 자료의 한계로 전체 진료비에 대비한 임의비급여 발생액을 파악할 수 없었다.

본 연구는 지난 5년간 임의비급여 사례를 유형별로 분석하여 원인을 파악하고 해결책을 제시하고자 한 연구로 그 의의가 있다. 이번 연구를 계기로 임의비급여 발생을 줄이고자 하는 연구가 활발해지고 국민의 건강수준을 끌어올릴 수 있는 의료기술의 도입이 용이해지며, 의료진은 환자에게 최선의 치료를 시행할 수 있는 환경이 조성되기를 기대한다. 또한 본 연구가 임의비급여 문제 해결에 조금이나마 기여할 수 있기를 바란다.

유형5. 별도산정 불가항목을 부담시킨 경우

참고문헌

- Agnes, M. (2000). *Webster's new world college dictionary*. Foster City, CA: IDG Books Worldwide.
- DMC report (2013). *Online news contents consumption*. Seoul: DMC MEDIA.
- Elo, S., & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Krippendorff, k. (2004). *content analysis: An introduction to its methodology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- 강용익. (2009). 임의비급여 관리방안 연구 최종 보고서. 서울대학교 의과대학 의료관리학교실.
- 남재현. (2014). 국민건강보험법상 임의 비급여 진료가 허용되는지 여부 및 그 허용 요건에 대한 증명책임, 판례연구 제 25집부산판례연구회.
- 노인철. (1998). '의료보험 비급여의 현황과 정책과제'. 『보건복지포럼』. 통권 제 18호, 한국보건사회연구원.
- 명순구. (2011). 역사와 해설 국민건강보험법. 건강보험심사평가원, 법문사.
- 민성은. (2016). 질적 자료 분석 방법으로서 매트릭스 분석(Matrix Analysis)의 이해. *Journal of Qualitative Inquiry*, 제2권 제2호, pp. 161~191.
- 박실비아. (2014). 신의료기술의 도입과 확산에 관한 정책분석. 연구보고서, 한국보건사회연구원.
- 배상용. (2006). 질적연구의 의미와 한계: 양적연구와의 비교를 통하여, *정보시스템연구*, 15(1), pp. 239~254.
- 윤재남. (2015). 임의비급여 금지의 문제점과 개선방안, 석사학위논문, 고려대학교 법무대학원.
- 이선희. (2014). 신의료기술평가제도 현황과 발전방향. *보건복지포럼* 06, p 36~47.
- 이인영. (2016). 국민건강보험법상 임의비급여의 개선방안 연구, 박사학위논문, 고려대학교 대학원.
- 조성남, 이현주, 조영주 & 김나영. (2011). 질적연구방법과 실제, 그린, pp. 118~119.

- 좌보경. (2014). 금연정책관련 온라인 뉴스와 댓글 유형의 내용분석, 석사학위논문, 한양대학교 대학원.
- 정철. (2011). 건강보험법상 임의비급여 허용의 문제점, *법학논총*, 24권 제1호 통권 제38호 국민대학교출판부.
- 최병호. (1997). 의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개선정안, 정책보고서, 한국보건사회연구원.
- 최성호, 정정훈 & 정상원. (2016). 질적 내용분석의 개념과 절차, *Journal of Qualitative Inquiry*, 제2권 제1호, pp. 127~155.
- 현두륜. (2007). 건강보험급여체계에 대한 법리적 접근-임의비급여 진료의 적법 여부, *의료정책포럼* 5(4), 2007.12, pp. 28-35.

부록

임의비급여 사례

연번	내용	영역	세부주제
1	인플루엔자 유행주의보 발령시 고위험환자는 타미플루를 급여처방해야 하나 시기를 알지 못하여 100/100 처방	4	1
2	타미플루는 100/100처방 약제이나 비급여 약제로 오인하여 비급여 처방	4	3
3	담관염 상병에 C-반응성단백(정량)(나224나, C2243) 검사 급여청구가 가능함에도 비급여 징수함	4	1
4	호기말이산화탄소분압감시를 시행하였고 수술 시 마취료에 포함돼 별도산정이 불가능한 시술에 임의로 소정 수가의 100분의100으로 과다하게 징수함	5	1
5	양쪽성원발성 무릎관절증에 입원한 환자에게 허가사항을 초과하여 아프로팀빈 주사(50만단위)를 투여	2	1
6	'관혈적추간판제거술-후궁절제술' 후 통증자가조절법을 실시하고 100/100을 징수하지 않고 비급여 처리함	4	3
7	'상세불명의 급성편도염' 상병으로 진료받은 것으로 청구한 수신자 E씨에 대해 흉부 CT를 급여처리 해야 함에도 100/100 처리함	4	1
8	대동맥 기관지가 좁은 생후 6개월 환아를 스텐트를 사용해 기관지를 넓혀야 하는데 치료재료가 성인용 밖에 없어 부득이 담도 스텐트 사용	2	1
9	허가사항을 초과하여 아토피 치료에 인터페론 주사 투여함	2	1
10	뇌경색 환자에게 트로포닌 검사를 급여비용 청구하지 않고 전액본인부담함	4	1
11	중이염 환자에게 검사료에 포함된 치료재료인(현미경포, Ear pack)을 징수함	5	1
12	위밴드 수술을 고도비만자 이거나 32kg/m2 이상이면서 중증 비만 합병증을 가진 사람에게서 시행을 고려해야 하나 30이하에서도 시행	2	1
13	맘테라는 림프종, 만성림프구성백혈병, 류마티스관절염 등에 사용될 수 있도록 허가된 약으로 루푸스에 대해서는 적응증이 없으나 루푸스 투여	2	1
14	혼합주사치료법은 트리암시놀론주사, 뼈콜렉사주, 동화세프트리악손나트륨 등을 혼합해 중증 만성 천식, 비염 등 환자들의 코 목, 흉골 등에 주사하는 치료법으로 급여기준에 해당하지 않음	2	1
15	글루타치온은 간 해독이나 면역 기능 증강에 쓰이는 글루타치온을 허가사항을 초과하여 초기 암환자에게 사용	2	1
16	증식치료에 PRP를 접목, 시술하였으나 증식치료만 신의료기술로 인정되고 PRP는 안전성과 유효성이 떨어지므로 인정하지 않음	1	1
17	뇌졸중환자에게 혈액정화요법을 실시하였으나 검증되지 않은 시술로 임의비급여에 해당	1	2
18	아바스틴을 허가사항을 초과하여 연령관련 황반변성에 투여 함	2	2
19	폴리데옥시리보뉴클레오타이드 주사는 비급여 약제로 피부이식으로 인한 상처 치료 및 조직 재생을 위해서만 사용토록되어 있으나 퇴행성 관절염에 투여	2	1
20	근육내신경자극요법을 신의료기술 평가 신청을 하지 않은 상태에서 사람들에게 시술하고 요양급여비용을 부담	2	2
21	돔페리돈 약제는 오심, 구토 증상의 완화에 허가된 약제나 최유제로 사용	2	1
22	맘토크를 이용한 양성종양절제술을 시행한 경우 '침 생검 -표재성 -기타부위'로 보험급여를 청구해야 하나 '유방양성종양절제술-단발성'으로 청구	4	4
23	가슴에 농양이 생겨 수술시 1회용 수술(시술)팩을 급여이나 비급여 처리함	4	2
24	심전도 침상감시 시 사용하는 전극(electrode)은 급여이나 비급여처리함	4	2

25	외부에서 가져온 슬라이드 판독료는 급여이나 비급여처리함	4	2
26	건강검진 실시 당일 내시경검사 도중 이상 소견이 있어 실시한 헬리코박터 (Helicobacter pylori) 검사의 경우 급여이나 비급여처리함	4	2
27	비침습적 무통증 신호요법(Scrambler therapy)은 신의료행위 비급여로 '주'사항에 따라 '다른 통증치료로 관리되지 않는 만성 통증, 암성 통증 및 난치성 통증 환자에게 실시한 경우 산정'할 수 있으나, 해당되지 않아 불인정	2	1
28	담낭암에 수술후 보조요법으로 투여한 투약한 씨스푸란주와 겐빈주는 허가의 투여로 불인정	2	1
29	단백야미노산 주사제와 함께 투여한 아스코르브산 주사액은 급여이나 비급여 처리함	4	2
30	간암으로 입원 도중 사용한 담즙배액용기(Bile bag)는 급여이나 비급여 처리함	4	2
31	슬관절치환술 시행 전 실시한 불규칙 항체검사는 선별급여 가능하나 비급여 처리함	4	2
32	가슴통증으로 실시한 심장초음파는 급여이나 비급여 처리함	4	2
33	무릎관절증에 시행한 관절강내 주사는 급여대상이나 비급여 처리함	4	2
34	공황장애 치료를 위한 진료는 급여이나 비급여처리함	4	2
35	유방암으로 수술 후 종양표지자 검사는 급여 가능하나 비급여 처리함	4	2
36	갑상선암 환자에게 갑상선 조직검사를 위한 유도초음파 급여 가능하나 비급여 처리함	4	2
37	결핵의심 소견으로 결핵감염 검사(결핵균 특이항원 자극 인터페론-감마) 급여 가능하나 비급여 처리함	4	2
38	독감으로 입원하여 2인실을 1인이 사용하였으나 상급병실료(1인실) 청구하여 2인실 비용으로 차액 환불	3	2
39	위출혈(토혈)이 있어 응급 내시경으로 지혈시 진정내시경 시 환자관리료는 급여이나 비급여 처리	4	2
40	산부인과 진료에 사용한 일회용 질경은 별도산정 할 수 없으나 비급여 처리함	5	1
41	수술 후 병실에서 사용한 산소마스크는 별도산정 불가능하나 비급여 처리함	5	1
42	산부인과에서 시행한 질스캐링 치료는 신의료기술평가위원회의 평가를 받지 않은 신의료 미신청 행위로 불인정(환불)함	1	2
43	생리를 5달간 하지 않아서 산부인과에서 호르몬 검사 시행하였고 급여가능하나 비급여처리함	4	2
44	인공관절치환술하면서 사용한 신선동결혈장은 급여 가능하나 비급여 처리함	4	2
45	만35세이상으로 태동검사는 급여 가능하나 전액본인부담 처리함	4	1
46	임상병리검사 종합검증료에 선택진료료 산정할 수 없으나 청구함	5	2
47	외래주사실에 상급병실료 산정할 수 없으나 산정함	5	2
48	치아홈메우기(치면열구전색술)은 급여 가능하나 비급여 처리함	4	2
49	치주염 치료를 위해 전치치료 전악치석제거는 급여 가능하나 비급여 처리함	4	2
50	턱관절장애로 2005년 수술 후 턱관절이 없어서 장애를 겪고 있다가 재건하는 수술 시행시 급여 적용 가능하나 비급여 처리함	4	2
51	어깨통증에 시행한 세포노화도 검사는 신의료기술평가위원회의 평가를 받지 않은 신의료 미신청 행위로 불인정	1	2
52	화상으로 시행한 피부레이저광선치료는 급여이나 비급여처리함	4	2
53	유방악성종양 진단 후 시행한 유방초음파, 조직생검 유도초음파 검사는 급여이나 비급여 처리함	4	2
54	위암으로 진단을 받은 후 진정내시경 환자관리료는 급여이나 비급여처리함	4	2
55	수술 후 사용한 흡윤드레싱 재료는 선별급여이나 비급여 처리함	4	2
56	만72세의 무릎 관절염 환자에게 통증조절 목적으로 세레브렉스캡슐을 처방하는 것은 급여이나 전액본인부담 처리함	4	1
57	난소 물혹 수술 후 원외처방한 비잔정은 급여이나 비급여 처리함	4	2
58	의식소실로 입원 후 실시한 치매척도검사는 급여이나 비급여 처리함	4	2
59	복시와 혼란시를 동반한 내사시로 진단하고 사시수술(단일안근)을 시행한 것은 급여이나 비급여 처리함	4	2

60	유방암 치료 중 실시한 종양표지자(Tumor marker) 검사는 급여이나 비급여 처리함	4	2
61	발치수술 시 사용한 봉합사(black silk)는 별도산정 불가 항목이나 전액본인부담 처리함	5	1
62	뇌경색증 치료 중 촬영한 흉부 CT(일반전산화단층영상진단)는 급여이나 전액본인부담처리함	4	1
63	아일리아주를 투여하면서 산정한 유리체내주입술은 급여이나 비급여 처리함	4	2
64	척추골절에 시행한 경피적척추후골풍선복원술을 비급여 처리하였으나 고시에서 정한 급여대상에 해당하지 않아 불인정	2	1
65	구역구토 증상으로 투약한 메게이스내복현탁액을 비급여 처리하였으나 허가사항초과로 불인정	2	1
66	피부과에서 실시한 음식물 알러지검사(90종)은 급여 또는 비급여로 고시되지 아니한 항목으로 별도 산정불가이나 비급여 처리함	1	2
67	질병군수술(자궁부속기수술)시 사용한 유착방지제는 포괄수가에 포함되어 별도 징수할 수 없는 항목이나 비급여 처리함	5	1
68	임산부 초음파검사 급여 대상(산전진찰을 목적으로 임신주수별 인정횟수에 해당시 요양급여)에 해당하나 비급여 처리함	4	2
69	가슴통증 및 호흡곤란에 촬영한 흉부-CT 급여대상이나 비급여 처리함	4	2
70	기관지염에 알타질주는 비급여 처리하였으나 허가사항초과로 불인정	2	1
71	무릎수술시 사용한 수술포는 별도산정 불가이나 비급여 처리함	5	1
72	다리의 염증에 습윤드레싱 치료재료는 급여 대상이나 비급여 처리함	4	2
73	흉추골절에 시행한 골밀도검사는 급여 대상이나 비급여 처리함	4	2
74	뇌출혈 수술시 선택진료 추가비용 산정기준(건강보험진료수가 처치·수술료의 50%이내 범위안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액)을 초과한 금액을 청구	3	1
75	대상포진 등에 시행한 바이러스항체검사 등은 급여 대상이나 비급여 처리함	4	2
76	갑상선수술에 사용된 복강경하 의료용 개창기구(ALEXIS HALS)를 비급여 처리하였으나 인정기준 외 불인정	2	1
77	월경과다로 미레나 시술은 전액본인부담이나 비급여 처리함	4	3
78	A형독감으로 전염성이 높아 격리조치시 격리실 입원료를 산정해야 하나 상급병실료로 처리	4	2
79	질염에 시행한 하부요로생식기 및 성매개감염원인균 검사 급여 대상이나 비급여 처리함	4	2
80	혈압이 높아서 내과의원 방문하여 시행한 기타 비타민[D3] 검사 급여 대상이나 비급여 처리함	4	2
81	수두로 입원하여 격리조치시 격리실 입원료를 산정해야 하나 상급병실료로 처리	4	2
82	마취시 사용한 BPB needle 별도산정 불가하나 비급여로 처리	5	1
83	성기 사마귀에 시행한 음부콘딜로마치료법 급여 대상이나 비급여 처리함	4	2
84	독감으로 링거주사시 사용한 수액유량조절기 비급여 처리하였으나 인정기준 외 사용으로 불인정	2	1
85	허리통증과 양쪽 발이 찌르는 듯 화끈거리고 종아리 통증이 있어 척추-MRI 촬영하였고 척수염으로 확인되어 급여대상이나 비급여 처리	4	2
86	수액제제 유지 고정대 - 암보드(Arm Board) 주사행위료 포함으로 별도산정 불가하나 비급여 처리	5	1
87	발에 쇠못이 찢려서 맞은 과상풍주사는 급여 가능하나 비급여처리	4	2
88	수정체수술(질병군수술)시 OCT검사(안구광학단층촬영)는 질병군 수가에 포함되어 불인정 되나 비급여 처리	5	1
89	척추디스크에 시행한 무중력감압치료는 급여 대상이나 비급여 처리함	4	2
90	부인과질환시 STD검사비용 급여이나 비급여 처리	4	2
91	척추수술시 병용사용된 골대체제는 불인정이나 비급여 처리	2	1
92	건강검진 당일 대장내시경검사 중 확인된 용종제거술은 급여이나 비급여 처리	4	2
93	두통에 시행한 뇌-MRI로 뇌지주막하 낭종으로 확인된 사례로 급여 가능하나	4	2

	비급여 처리		
94	출혈이 있는 급성 십이지장궤양에 시행한 CLO-test는 급여 대상이나 비급여 처리함	4	2
95	가족분만시 산정된 가족분만실이용료는 별도산정 불가하나 비급여 처리함	5	2
96	인플루엔자검사 양성에 격리실 입원료 급여 가능하나 상급병실료 청구함	4	2
97	요추부 척추증에 시행한 자가골수 줄기세포 치료술은 시술대상에 해당되지 않아 불인정	2	1
98	흉요추골절에 시행한 척추-MRI는 급여이나 비급여 처리	4	2
99	무릎외상에 시행한 슬관절-MRI는 급여이나 비급여 처리	4	2
100	치과병원에서 머리, 얼굴, 목의 암종으로 촬영된 두부초음파 비용은 급여이나 비급여 처리	4	2
101	척추질환으로 갑압치료는 급여이나 비급여 처리	4	2
102	허리디스크로 입원 중 체지방측정검사[Caliper법]는 진찰료 또는 입원료의 소정점수에 포함되어 별도징수 불가능 하나 비급여 처리	5	1
103	수술전에 시행한 C형간염항체검사는 급여이나 비급여 처리	4	2
104	인유두종바이러스 유전자형검사에서 이상소견이 나와, 이후에 실시한 액상 자궁경부세포검사는 급여이나 비급여 처리	4	2
105	검진목적으로 시행한 암검사(액상 자궁경부세포검사)결과가 이상소견으로 판명받고, 이후에 실시한 인유두종바이러스 유전자형검사는 급여이나 비급여 처리	4	2
106	황반변성 상병으로 아바스틴주사는 「허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차」에 의거 승인받은 기관만 비급여 인정 가능하나 미신청 기관에서 투여	2	2
107	여성형유방에 유방절제술(남/32세) 급여 가능하나 비급여 처리	4	2
108	수술전에 HIV항체검사는 급여이나 비급여 처리	4	2
109	골수염환자로 육창성궤양에 창상치료재료(진공음압)는 인정기준에 해당하지 않아 비용산정 불가능하나 전액본인 부담 처리함	2	1
110	병적탈모인 원형탈모 치료는 급여이나 비급여 처리	4	2
111	신장암 수술전에 심장초음파 검사는 급여이나 비급여 처리	4	2
112	사랑니가 매복으로 시행한 Cone beam 전산화단층촬영은 급여이나 비급여 처리	4	2
113	비타민D3 검사는 급여이나 비급여 처리	4	2
114	자궁근종으로 인해 월경과다증으로 미레나루프를 시술 급여이나 비급여 처리	4	2
115	무릎관절에 하이알주는 전액환자본인부담이나 비급여 처리함	4	3
116	대퇴부위 골절로 수술시 사용한 1회용 수술포의 비용 별도산정 불가하나 비급여 처리함	5	1
117	인플루엔자(신종인플루엔자포함)주의보가 발표 후 타미플루 처방은 급여이나 비급여 처리	4	2
118	수술 후 식욕부진으로 인한 메게이스 처방은 불인정이나 비급여 처리함	2	1
119	CT촬영상 골절이 확인되어 실시한 MRI는 급여이나 비급여 처리	4	2
120	뇌의 척추기저동맥의 혈액순환 장애로 인한 MRI는 급여이나 비급여 처리	4	2
121	왼쪽팔의 모발성모반으로 제거술은 급여이나 비급여 처리	4	2
122	비정형세포(ASUCUS)결과지 상 이상소견이 확인된 경우 시행한 인유두종바이러스 검사는 급여이나 비급여 처리	4	2
123	자가골수줄기세포수술을 받았으나 인정대상에 해당되지 않아 불인정	2	1
124	발바닥에 사마귀가 생겨 시행한 티눈 제거술은 급여이나 비급여 처리	4	2
125	뜸을 사용하다가 손에 상처가 나서 맞은 파상풍 주사는 급여이나 비급여 처리	4	2
126	44세 여성으로 골밀도검사는 급여이나 비급여 처리	4	2
127	수술전 검사로 (간기능검사/ 콜레스테롤검사)는 급여이나 비급여 처리	4	2
128	산모의 산전진찰로 피검사는 (혈색소, 헤마토크리트, 적혈구수, 백혈구수, 혈소판수) 급여이나 비급여 처리	4	2
129	물리치료로 간헐적전인치료는 급여이나 비급여 처리	4	2
130	허리통증으로 테이핑요법을 받았으나 테이핑요법 등은 신의료기술이 반려되거나	1	1

	나 연구단계 시술 또는 평가 진행중인 경우로 불인정 행위임.		
131	만 30세 이상 임신성 당뇨검사 급여이나 비급여 처리	4	2
132	외측 불안전성 급성 인대손상으로 MRI 급여이나 비급여 처리	4	2
133	경련성 질환의 진단을 위해서 실시한 뇌 MRI 급여이나 비급여 처리	4	2
134	미레나 삽입술을 월경과다증의 치료목적으로 실시는 급여이나 비급여 처리	4	2
135	신의료기술평가대상인 PRP시행시 초음파 유도하에 실시한 경우 초음파도 불인정이나 비급여 처리	2	1
136	왼쪽 종아리 혈관종 진단후 레이저 치료는 급여이나 비급여 처리	4	2
137	치주질환치료를 위한 전치치료 실시하는 전악치석제거는 급여대상이나 비급여 처리	4	2
138	이마가 찢어져 성형외과에서 진찰과 봉합술을 시행한 경우 급여이나 비급여 처리	4	2
139	교정치료중 매복 사랑니 발치는 급여이나 비급여 처리	4	2
140	로타바이러스검사결과 양성인 경우 격리병실 입원료 산정해야 하나 상급병실료 처리함	4	2
141	연골결손환자로 자가골수줄기세포치료술 받았으나 인정대상에 해당하지 않아 불인정	2	1
142	제1족지 골수염으로 MRI촬영은 급여이나 비급여 처리	4	2
143	일상생활에 지장을 초래하는 안검하수중 수술의 경우 급여이나 비급여 처리	4	2
144	다리를 다친후 파상풍주사는 급여이나 비급여 처리	4	2
145	첫번째 손가락에 사마귀 제거술은 급여이나 비급여 처리	4	2
146	무릎관절의 급성 손상에 무릎 MRI는 급여이나 비급여 처리	4	2
147	90세 할머니가 척추골절로 경피적척추성형술을 받은 사례로 급여 가능하나 비급여 처리함	4	2
148	척추 수술시 마취용으로 사용한 주사마늘 별도징수 불가대상이나 비급여 처리함	5	1
149	척추 수술후 투여한 무통주사는 전액본인부담이나 비급여 처리함	4	3
150	어깨통증으로 CT촬영은 급여이나 비급여 처리	4	2
151	의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과한 의원급의 경우 50%이상 기준병상을 확보하여야 하고 상급병실료를 징수하여야 하나 해당 요양기관은 기준병상없이 모두 상급병실료로 운영한 것으로 확인되어 이는 비급여 대상에 해당되지 아니하므로 환불.	4	2
152	수술시 사용한 소독포는 별도산정 불가하나 비급여 처리함	5	1
153	30세 이상 임신부로 당뇨검사는 급여이나 비급여 처리	4	2
154	의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과한 의원급의 경우 50%이상 기준병상을 확보하여야 하고 상급병실료를 징수하여야 하나 해당 요양기관은 기준병상없이 모두 상급병실료로 운영한 것으로 확인되어 이는 비급여 대상에 해당되지 아니하므로 환불.	4	2
155	산전진찰 중 실시한 비자극검사 급여이나 비급여 처리	4	2
156	급성외상으로 촬영한 MRI는 급여 대상이나 비급여 처리	4	2
157	조기진통이 있어 시행한 비자극검사 모두 비급여 처리 하였으나 비자극검사가 아닌 태아심음자궁수축검사에 해당되어 차액 환불	4	4
158	월경시 출혈 및 허리통증있어 시술한 미레나는 급여 대상이나 비급여 처리	4	2
159	로타바이러스 장염시 사용한 병실료는 격리병실 입원료로 산정해야 하나 상급병실료로 처리	4	2
160	목이 접히는 부위에 사마귀제거술은 급여 대상이나 비급여 처리	4	2
161	어깨가 아파 시행한 IMS는 신의료결정신청을 한 병원만 비급여 징수가 가능하나, 해당기관은 미신청기관이므로 환불대상임.	2	2
162	결장에 생긴 폴립제거 시 사용한 Hemoclip 은 별도징수 불가하나 비급여 처리함	5	1
163	임신중 임신성당뇨검사는 급여 대상이나 비급여 처리	4	2
164	무릎 통증에 PRP(자가혈 증식치료)는 신의료기술 평가결과, 유효성이 없는 시	1	1

	술로 확인되어 인정하지 않고 있는 시술로 PRP 시술금액 전액 환불대상임		
165	구순구개열로 수차례 수술한 병력있는 환자의 악안면교정수술은 급여 인정이나 비급여 처리함	4	2

Abstract

Type classification of Arbitrary Uninsured Benefits in the National Health and Insurance Act

choi, so-young

Health Policy and Management,

Department of Public Health

The Graduate School

Seoul National University

Background and Purpose

Although interest in non-reimbursement items has increased constantly to enforce the medical insurance guarantee, there has been little discussion on the arbitrary uninsured medical benefits (medical benefits which are supplied to patients in violation of medical service standards provided by the government). As arbitrary uninsured medical benefits are considered illegal and these acts are being made by medical institutions secretly, it is difficult to identify the status exactly.

However, it is estimated about 5~10% of total medical service fees. Although there have been efforts to reduce such arbitrary uninsured medical benefits, they have been made constantly because of structural limitations of Medical Care Benefit Reimbursement Standard Registration System of National Health Insurance, narrow scope of medical care benefits and low price policy, mismatch between National Health Insurance Act and Medical Service Act, errors and mistakes of medical institutions, and intentional behavior of medical institutions to evade the evaluation. The history of studies on arbitrary uninsured medical benefits is short. They were partial studies using a part of materials only and

the classification method proposed in those studies lacked in mutual exclusivity and inclusiveness. Accordingly, this study tried to analyze online news and complaints raised by citizens nationwide publicized for the last 5 years to propose new type classification method for arbitrary uninsured medical benefits and to discuss solutions for arbitrary uninsured medical benefits by identifying the causes of the problems by type.

Method

In this study, qualitative content analysis was performed on the complaints raised to the Health Insurance Review & Assessment Service from January, 2013 to April, 2018 and online news articles during the same period. Among them, cases dealing with arbitrary uninsured medical benefits were analyzed. Among the well-known qualitative content analysis methods, deductive content analysis proposed by Elo and Kynga (2007) was used. Using questions such as 'Is there an item regulating the service?', 'Was it treated with the regulated service item appropriate for the disease?', 'Is the regulated fee claimed?' a matrix of analysis was structured and concepts were abstracted accordingly.

Results

According to the research problems, arbitrary uninsured medical benefit cases were classified as 'those which were not regulated as reimbursement or non-reimbursement items', 'those which were regulated as reimbursement or non-reimbursement items but they don't meet the approval standard', 'those which were regulated as non-reimbursement items but the regulated amount was not charged', 'those which were regulated as reimbursement items but they were treated as non-reimbursement items or the regulated amount was not charged', and 'those which charged items that could not be calculated separately'. Among them the most frequent cases were 'those which were regulated as reimbursement items but they were treated as non-reimbursement items or the regulated amount was not charged'. The reasons why these cases were made were because they could not judge whether it was reimbursement item or not

due to unsophisticated medical care benefit standards or because the medical institution intentionally treated the cases as arbitrary uninsured medical benefits to avoid financial damages of the institution.

Conclusion

Through this study, arbitrary uninsured medical benefits could be classified as 5 types and it was found that causes of occurrence were different according to the type. To solve arbitrary uninsured medical benefits issue, it is needed to improve the procedures to approve drugs and new medical technologies which are complex and take time and to specify medical service fee reimbursement standards in more details. Additionally, efforts to make up for the price of new drugs which have better efficacy and effectiveness than existing drugs and treatment materials so that doctors can give the best services to their patients.

Keywords: Arbitrary uninsured medical benefits, National Health Insurance Act, Type Classification, Reimbursement, Non-reimbursement, Medical care benefit

Student-ID number: 2015-24047