

의료보험제도의 최근 변화와 예방의학회의 역할

손 명 세
연세의대 예방의학교실

1999년 말 국민건강보험법 개정안이 국회의 본회의에서 통과되고 정부가 이를 공포함으로써 이 법안은 2000년 7월 1일부터 우리나라의 건강보험체계를 규정하는 틀로서 작용하게 되었다.

의료보험은 1977년 500인 이상의 직장의료보험으로 출범한 이래 꾸준히 그 영역과 대상을 확대해 왔으나 초기에 설정한 정책목표와 현실과의 갈등을 해소하기 위하여 약간씩의 변신을 거듭해 왔다. 대표적 갈등해소의 공식기전이 문민정부시절인 1994년 1월에 출범한 의료보장 개혁위원회와 1998년 초에 국민의 정부에서 출범시킨 의료보험 통합추진기획단이다. 2000년 7월에 시행되게 될 국민건강보험법의 기초는 의료보험 통합추진기획단의 활동 내용을 근간으로 작성되었다. 시행을 6개월 미루고 새롭게 개정된 국민건강보험법은 다음과 같은 정책변화를 담고 있으며 보건의료정책의 많은 것을 규정하는 보험의 틀로 작용하게 된다.

1. 건강보험 명칭 사용

의료보험이라는 명칭대신 새 법에서는 건강증진과 질병예방 등을 모두 포함하는 건강보험이라는 용어를 사용하고 있다. 이는 의료보험의 틀을 넘어 건강보장으로서 헌법의 건강권을 구체화하는 내용으로 발전할 가능성을 열어 주는 중요한 개념적 발전이라 할 수 있다. 그러나 현실적으로는 건강권에 관한 내용은 산전진찰이 보험급여에 포함되는 것 정도에 그치고 있으므로 앞으로 보험재정과 관련한 검토를 통해 발전시켜야 할 것이다.

2. 여러 위원회의 설치

보건복지부와 보험자 중심의 의사결정에서 건강보험과 관련한 각종 위원회 및 이사진에 시민단체들의 참여폭이 늘었다. 위원회 성격의 기구는 다음과 같다.

가. 건강보험심의조정위원회

이 위원회에서는 요양급여의 기준과 요양급여비용계약 미체결시의 건강보험수가심의등을 중심으로 건강보험에 관한 주요사항을 심의한다. 그 구성은, ① 가입자 대표 4인(노동조합 및 지역가입자를 대표하는 단체가 각각 2인씩 추천), ② 사용자 대표 2인, ③ 보험자 대표 2인, ④ 의약계 대표 6인, ⑤ 공익 대표 6인으로 되어 있다. 법의 내용상 보건복지부의 건강보험 정책을 심의조정 하는 기능을 가지고 있으나 실제운영을 지켜보아야 할 것이다. 미국, 일본 등의 위원회가 1년 동안 70회 이상의 회의를 통해 실제 기능하고 있으나 과거 우리 나라의 법에 정해진 위원회의 운영 행태로 볼 때 과연 원칙대로 운영될 것인지를 지켜보아야 할 것이다. 과거의 심의위원회가 1년에 한번 서면결의로만 이루어지던 관행 때문에 법제4조제2항에 년2회 이상 개최하여야 한다는 내용을 담고 있으나 구성을 보면 실질적 심의를 하기에는 무리가 있다. 따라서 시행령 안의 제9조에 소위원회를 구성할 수 있다는 규정이 있으나 제대로 기능하기 위해서는 좀 더 구체성을 띄어야 할 것이다.

나. 건강보험공단 이사회

법에 의한 공단의 운영 정책을 결정하는 기구로 이사장 1인, 이사 16인 및 감사 2인을 둔다. 이사중 8인은 노동조합·사용자단체·농어업인단체·소비자단체가 각각 2인씩 추천하고, 4인은 공단의 이사장이 추천, 4인은 관계공무원이다. 구성의 형평성 효율성 문제가 있을 수 있으며 좀더 지켜볼 필요가 있다.

다. 건강보험공단 재정운영위원회

이 위원회는 보험료의 부과에 대해 결정하는 것이 주임무이다. 그 구성은 ① 직장가입자를 대표하는 위원 10인(노동조합 및 사용자단체가 5인씩 추천), ② 지역가입자를 대표하는 위원 10인(농어업인단체, 도시자영업자단체, 시민단체 추천), ③ 공익을 대표하는 위원 10인으로 되어 있다. 심의조정위원회의 보험기준, 보험진료비(수가)등의 결정에 따라 지출이 결정되면 수입을 통제하는 역할을 하게 된다. 따라서 그 연계를 어떻게 가져가느냐가 중요한 과제가 된다.

라. 건강보험심사평가원 이사회

구성원장은 1인, 이사 16인 및 감사 1인을 둔다. 이사중 5인은 의약관계단체 추천, 3인은 공단 추천, 3인은 심사평가원 추천, 5인은 노동조합·사용자단체·농어업인단체 및 소

비자단체가 각각 1인씩 추천, 관계공무원중 1인으로 되어 있다. 건강보험 심사평가원의 기능설정이 어떻게 되느냐에 따라 이 이사회의 기능도 정립되겠으나 실제 요양기관에서의 현실을 파악하고 의료의 기준을 정하는 기준이 만들어지게 되는 중요한 의사결정을 하게 될 것이다. 이와 더불어 형식적으로 운영되지 않도록 하여 예방의학자 등 외부에서 참여자가 계속 모니터링 해야 할 것이다.

3. 보험료율과 부과기준의 단일화

과거 보험 조직에서는 조합자치주의 원칙에 따라 각 조합별로 보험료가 부과되어 전국적으로 보험료 부과율의 형평성 논란이 있었다. 따라서 지역조합 통합을 통해 지역가입자간, 그리고 직장조합 통합을 통해 직장가입자간 보험료 부과율의 형평성을 높이고자 하였다. 그러나 지역가입자와 직장가입자 사이의 형평은 앞으로의 과제이며 지역가입자의 소득과약 수준에 대한 논란이 있다. 일단 2002년까지 직장과 지역의 기금통합이 연기되었으므로 앞으로 계속 연구되어야 할 것이다.

4. 관리조직의 통합

현재의 140개 직장의료보험조합을 국민의료보험관리공단에 합하여 전국적으로 단일화된 의료보험 관리 조직을 만들게 된다. 직장가입자의 의보기금과 지역가입자의 의보기금은 2000년 7월 이후 2년간 분리·관리할 것이다. 정부는 공교와 직장가입자의 재정도 분리하여, 공교·직장·지역의 3가지 기금이 분리·운영되게되었다. 즉, 의료보험의 관리조직은 2000년 7월 하나로 통합되고, 기금은 당분간 2-3개로 분리 운영되다가 2년 이내에 합쳐져 단일기금으로 될 예정이다. 단일보험료율의 적용과 관리조직의 통합이 기대하고 있는 내용은 다음과 같다.

첫째, '보험료율'이 단일화됨으로써 상대적으로 부과수준이 높던 가입자의 보험료율은 내려가고, 낮게 부과되던 가입자는 높아지는 현상이 나타날 것이다.

둘째, 보험료 '부과기준'이 단일화되면서 각 조합마다 조금씩 다른 기준으로 부과되던 보험료가 부과기준이 전국적으로 통일되면서 보험료율은 변하지 않았으나 보험료 수준이 증가하는 현상이 생긴다.

이때, 지역조합의 통합으로 지역조합의 지역 내 재산만 파악되다가 전국적으로 흩어져 있던 재산상태가 모두 파악되어 보험료가 상승한다. 또 직장조합이 통합되면서 기본급여와 각종 부가급여에 대해 조합에 따라 다양한 기준으로 부과되던 보험료가 부과소득기준이 통일됨에 따라 보험료 수준이 상승, 조정되는 경우가 생긴다.

이러한 내용 때문에 보험료로 인한 논쟁이 생길 것이며 독일 등에서 원용한 조합자치주의의 장점에 대한 논쟁 그리고 정부의 부담의 증가 등이 새로운 쟁점으로 떠오를 것이다. 즉 의료보험의 재정이 적정부담 적정급여 및 수가의 정부정책을 어떻게 적응해 나가느냐의 문제가 논의의 초점이 될 것이다.

5. 심사평가원

통합국민건강보험 틀인 건강보험법에 따라 7월 1일부터 건강보험 심사평가원이 설립 운영된다. 현재까지 보험자 단체인 의료보험 연합회가 진료비를 심사하면서 공정성, 전문성에 대한 논란이 계속되었다. 또한 심사가 양적 통제에 그쳤다는 논란이 있었으나 이제부터 심사평가원은 건강보험공단과 별도로 설치되어 객관적인 입장에서 진료비를 '심사'하고 의료의 질을 '평가'하는 임무를 수행하게 된다. 이 심사평가원의 설립목적은 의료보험의 제도설계(mechanism design)에서 정부와 보험자, 요양기관 그리고 피보험자 모두가 도덕적 위해가 발생할 수 있으므로 이를 공정하게 감시할 수 있는 조직을 만드는 것이었다. 흔히 심사평가원의 요양기관을 대상으로 모니터링하는 역할만을 가지고 있다고 생각하기 쉬우나 원칙적으로는 요양기관 이외에 공단이 보험자로서의 역할을 제대로 수행할 수 있도록 모니터링 할 수 있어야 하며 요양기관을 통하여 최종 이용자인 국민들을 모니터링 할 수 있는 역할도 하여야 한다. 따라서 심사평가원은 우리나라 의료보험제도 내에서 뿐만 아니라 그 이외의 의료와 관련된 기준을 정립하는 등 심사평가 업무를 수행할 수 있다. 즉 의료의 발전가능성과 창의성을 제한하지 않으면서도 어느 정도의 표준화를 달성하는 역할을 할 수 있을 것이다.

심사평가원의 설립으로 공정성과 객관성을 확보할 수 있으며, 요양급여비용계약제와 더불어 보험자와 제공자간의 불신과 분쟁을 방지하는 기전을 갖추게 된다. 또한 과잉진료의 심사 등 양적 심사를 중심으로 하던 방식이 과소진료 등의 평가까지를 포함하여 국민을 경제적, 의학적으로 보호하는 일도 수행할 수 있다. 최근 구성되어 활동을 시작한 건강보험심사평가원 기능설정 위원회에서 해결해야 할 과제는 다음과 같다.

우선 건강보험심사기준의 정립을 보험자단체에서 정하지 않고 객관적인 조직에서 보험재정의 보호와 함께 국민의 입장에서 타당한 질의 진료를 받을 수 있는 조직체계를 갖추어야 한다. 그런데 심사관련직원의 고용승계 조항이 입법된 상황에서 기존의 의료보험연합회의 행태와 근본적으로 다른 행태를 보일 수 있겠느냐는 의문이 제기되며, 심사평가원이 공단의 분담금을 재정근거로 운영되므로 공단의 영향을 현실적으로 배제하고 고유의 목적을 달성하는데 최선을 다하기가 어려울 수 있다. 뿐만 아니라 커다란 조직체인 공단이 구축하고 있는 조직과 전산체계를 심사평가원과의 마찰과 잡음 없이 어떻게 합리성과 효율성을 제고하는 방향으로 운용하여 상승효과를 달성할 수 있겠느냐가 중요한 과제로

대두될 것이다. 이를 위해서는 두 기관이 상호대립하기 보다는 대승적 차원에서 협력하여야 한다.

둘째, 요양기관 현황관리를 담당하는 주체의 문제이다. 요양기관 관리는 대부분 심사평가업무와 관련되거나 보험 요양기관 지정과 관련된 업무는 공단과 관련된다. 따라서 이 요양기관 현황관리를 심사평가원이 관리하는 것이 타당할 것이라는 주장이 설득력을 얻고 있다.

셋째, 심사평가원에서 진료비 심사 결과를 공단에게 넘기면 공단은 지급을 하게 되는데 이 과정에서 공단이 새롭게 전국민의 의료보험관련 D/B로 추가 심사과정을 갖는 것이 좋으나 문제이다. 공단은 보험료 부과를 위하여 공단의 잘 갖춰진 하부조직을 통해 전국민, 전가구의 D/B를 갖추고 있다. 이 자료를 심사평가원이 접근하여 활용한다면 심사평가의 완벽을 기할 수도 있고 국민에 대한 모니터링도 가능해질 수 있을 것이다. 국민의 사생활 보호에 대한 내용이 문제가 될 수 있으나 양 기관에서 협력하여야 할 문제이다. 기본적으로 업무의 중복보다는 분담을 통해 효율을 높이는 것이 바람직한 것이다.

넷째, 청구명세서의 관리와 보관에 대한 문제이다. 요양기관에서 청구명세서를 평가원에 보내면 평가원에서 심사하여 심사한 결과를 공단에 넘기고 공단에서는 심사결정 금액을 지급하는 것이 절차일 것이다. 이때 심사평가원은 EDI 청구를 통해 과거 단순한 변수들만 입력이 되던 과정에서 모든 청구명세서를 입력하게 되고 이의 분석을 통해 보건정책에 환류할 수 있는 가치 있는 정보를 갖게 되도록 협력할 수 있게 되어야 할 것이다.

6. 청구관련 정보시스템의 변화

의료보험 진료비 청구 전산 청구·심사의 단계적 확대를 다음과 같이 한다.

- 1999년 : EDI(전자문서) 진료비 청구기관을 전체 요양기관의 약 50%(약 30,000여 기관) 수준으로 확대
- 2000년 : EDI(전자문서) 진료비 청구기관을 전체 요양기관의 약 75%(약 42,000여 기관) 수준으로 확대
- 2001년 : EDI(전자문서) 진료비 청구기관을 전체 요양기관의 약 95%(약 52,000여 기관) 수준으로 확대
- 2002년 : 전체 요양기관을 EDI(전자문서)에 의한 의료보험 진료비청구·심사·지급체계 구축

이에 따라 의료보험급여진료내역 전체를 D/B로 구축하여 보건의료정책 수립에 필요한 자료를 제공할 수 있는 가능성을 열게 되었다.

7. 기타 급여정책 관련변화

가. 의료공급 형태의 왜곡을 시정하기 위한 진료과목간 수가 수준의 형평을 도모한다.

진료행위의 난이도, 빈도 및 소요시간 등 투입자원에 근거한 「자원기준상대가치(RBRVS, Resource Based Relative Value System)」 수가체계로 전환하게 되었다. 이 전환을 통해 현행 수가 수준과 자원기준상대가치를 비교하여 수가 항목간 보상수준의 형평을 도모하는 수가구조 개편을 추진한다. 상대가치연구결과 보상수준이 상대적으로 높은 진료수가 항목은 인상을 동결하고 낮은 진료수가 항목 위주로 3년 정도 기간에 중점 인상을 통해 형평을 맞추게 된다.

나. 의료보험 급여기간 제한 폐지

2000년 부터 요양급여기간 제한을 폐지하여 연중 급여 실시하게 된다. 이에 따라 보험급여가 증가되어 보험재정의 압박요인으로 작용할 것이다.

다. 신규 서비스 유인을 위한 지불제도 및 수가 기준의 개발

병상 가동률이 저조한 중소병원의 단기 입원병상을 장기요양 병상 으로의 전환을 유도할 수 있도록 “장기요양서비스 수가기준”을 개발하는 등의 유인책을 마련한다.

또한 정상분만을 제고를 유도하기 위한 “분만관련 수가”의 재조정, 의료기관의 비용 절감 및 질 향상을 유도하기 위한 지불제도 개편한다.

행위별 수가제도를 질병군(DRG) 포괄수가제도로 개편하여 2000년 7월 1일부터 일부 질환에 대해 실시하고 의료의 질(質) 평가에 따른 진료비 가감(加減) 제도를 도입한다.

라. 기능별 진료특성이 반영되는 수가체계 개발 적용

1, 2, 3차 의료기관이 각각의 의료기관별 기능에 맞는 진료에 주력할 수 있도록 경영 합리화에 도움을 줄 수 있는 의료보험 수가체계를 개발한다.

마. 본인부담제도 개편 및 의료보험 급여범위 확대

가벼운 질환에 의한 외래진료 시 본인부담액을 상향 조정하고, 중한 질환본인부담액을

하향 조정하고 외래진료시 일정 금액이하의 소액진료비는 본인이 전액 부담토록 하거나 (Deductible System) 또는 현행 의원급 외래의 정액진료비 수준을 상향 조정하는 방안 등 외래진료비 본인일부부담 제도의 개선방안을 검토한다.

이를 통해 확보된 보험재정으로 중한 질환의 의료보험급여 범위를 확대하여 실제 본인 부담금이 경감될 것이다.

또한 의료보험급여 확대 실시, 의료보험요양급여기준 및 진료수가기준을 개선하여 의료 서비스 질 향상을 위한 급여의 충실화, 산전진찰, MRI검사, 초음파검사 등 질병의 조기 발견 및 예방을 위한 급여확대를 추진한다.

바. 보험약가 지불제도를 고시가제도에서 「평균실거래가」 제도로 개선 한다.

시장에서 실제 거래되는 가격을 보험약가에 반영하여 약가 차액을 최소화한다. 즉 '99년 하반기에 약국을 제외한 모든 요양기관에서 실거래가 제도를 시행하고 이 제도의 시행으로 절감되는 약가 차액의 일정 부분을 의료보험 수가 조정시 반영하고, 별도의 의약품관리비용을 산정한다.

사. 기능별 수가차등제

수가계약제가 현행의 규모별 수가차등제가 의료기관의 특성 및 서비스의 질을 정확히 반영하지 못하여 의료서비스의 질을 향상시키기 위한 본래의 취지를 달성하지 못하고 있으므로 이에 대한 대책이 요구되고 있으므로 이를 위하여 기능별 수가차등제에 대한 실시방안이 마련될 것이다.

8. 요양급여비용계약제 (수가계약제)

건강보험제도로의 전환 중 요양기관 등 제공자와 관련하여 가장 커다란 변화가 수가계약제라고 불리는 요양급여비용계약제이다. 건강보험법의 구조는 심의조정위원회에서 요양급여에 대한 내용을 심의하고 요양급여비용은 당사자 사이의 계약을 통해 정하도록 하고 있다.

이를 위해 보건복지부는 건강보험법 시행령을 입법 예고하고 2월 15일까지 각계의 의견을 구하고 있다. 그러나 이 시행령의 입법예고에서는 요양급여비용 계약의 의미를 지나치게 축소 해석하고 있다고 보인다. 즉 요양급여비용계약의 대상을 환산지수에 한정하고 있다.

국민건강보험법 제39조 (요양급여)

- ① 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제·치료재료의 지급
 3. 처치·수술 기타의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송
- ② 제1항의 규정에 의한 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 방법·절차·범위·상한 등 요양급여의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

즉 법 제39조1항과 2항에서 정한 모든 것들에 대한 비용이 요양급여비용이며 이것이 계약의 대상이 될 수 있을 것이다. 요양급여기준을 보건복지부령으로 정하나, 제정과정에서 가장 중요한 당사자인 의료계와 보험자의 합의가 전제되는 것이 좋다는 것이다.

그러나 정부의 시행령 입법예고 안에서는 법 제40조에 따라 계약의 대상과 내용을 극히 제한적으로 구체화하고 있어서 계약제의 본래의미를 퇴색시키고 있다고 할 수 있다. 계약제의 취지는 각 당사자들이 제도에 대한 이해의 폭을 넓히고 깊이를 깊게 하여 제도의 긍정적 운영에 기여하기 위한 것이나 정부의 안대로 추진할 경우 여러 어려움이 생길 수 있다. 따라서 현재 입법예고된 아래의 시행령 24조 안에 대해 계약제의 취지에 따라 ①계약의 일반원칙 ②요양급여 비용계약의 내용 ③계약추진협의회 ④계약의 중재 ⑤중재불성립 적용기준 등으로 나누어 아래와 같은 개선안을 제시한다.

첫째, 계약의 일반원칙에는 요양급여비용의 정의와 급여의 경제성 합리성 원칙, 계약성립의 신의성실 원칙을 포함하여야 한다. 둘째, 요양급여비용 계약의 내용에는 각 행위의 분류, 상대가치, 환산지수, 요양급여기준, 급여·비급여 분류, 심사평가기준, 약제 및 진료재료가격의 협약 등을 포함시킨다. 셋째, 계약추진협의회를 구성하여 의과, 치과, 한방별로 계약성립을 위해 노력할 수 있는 기준을 정하고 넷째, 계약의 중재과정을 정하며 중재불성립시의 적용기준을 구체적으로 정한다.

국민건강보험법 제42조 (요양급여비용의 산정 등)

- ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.<개정 99. 12. 31>
- ② 제1항의 규정에 의하여 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 각 요양기관간에 체결된 것으로 본다.
- ③ 제1항의 규정에 의한 계약은 계약기간의 만료일 전 3월 이내에 체결하여야 하며, 그 기한 내에 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.
- ④ 제1항 또는 제3항의 규정에 의하여 요양급여비용이 정하여지는 경우에 보건복지부장관은 그 요양급여비용의 내역을 지체없이 고시하여야 한다.
- ⑤ 공단의 이사장은 제1항의 규정에 의한 계약을 체결하는 때에는 제31조의 규정에 의한 재정운영위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다.
- ⑥ 제55조의 규정에 의한 건강보험심사평가원은 공단의 이사장이 제1항의 규정에 의한 계약을 체결하기 위하여 필요한 자료를 요청하는 경우에는, 이에 성실히 응하여야 한다.

국민건강보험법 시행령(정부안) 제24조 (계약의 내용 등)

- ① 법 제42조제1항의 규정에 의한 계약은 법 제39조제2항의 규정에 의하여 정한 각 요양급여에 대하여 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 고시로 정한 상대가치 점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 체결한다.
- ② 제1항의 규정에 불구하고 법 제39조 제2항 제2호의 약제·치료재료에 대한 비용은 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 정한 금액의 범위 안에서 요양기관이 당해 약제 및 치료재료를 구입한 금액으로 한다.
- ③ 제1항의 규정에 의하여 계약을 체결할 때 상대가치점수가 정하여지지 않은 요양급여비용은 상대가치 점수가 정하여진 날부터 계약된 것으로 본다.
- ④ 보건복지부장관은 계약의 금액 등에 대하여 공단에 의견을 제시할 수 있다.

국민건강보험법 시행령(개선안) 제24조 (계약의 일반원칙)

- ① 법 제42조제1항의 요양급여비용이라 함은 법 제39조제1항의 요양급여를 구성하는 내용의 가격을 말한다.
- ② 계약은 요양급여의 경제성과 합리성을 고려하여 체결하여야 한다
- ③ 법 제42조제1항의 계약당사자는 국민에게 양질의 보건의료를 제공하기 위한 계약의 성립을 위하여 신의성실을 바탕으로 상호 협력하여야 한다.

국민건강보험법 시행령(개선안) 제25조 (요양급여비용계약의 내용)

- ① 제23조의 의약계 대표는 의료행위를 분류하고 이의 상대가치를 정하여 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.
- ② 보건복지부장관은 제1항에 의해 결정된 상대가치의 내용을 2년마다 고시한다. 단, 보건복지부장관이 개정의 필요가 있다고 인정한 경우에는 일부를 개정고시할 수 있다.
- ③ 상대가치의 단위당 가격은 계약당사자간의 계약을 통하여 결정한다.
- ④ 각각의 의료행위를 시행하는데 필요한 요양급여기준을 정할 때는 관련의약계 단체의 대표와 건강보험심사평가원장간의 협의와 건강보험심의조정위원회의 심의를 거쳐 보건복지부령으로 정한다.
- ⑤ 제4항의 요양급여기준을 정함에 있어 동 기준은 급여항목과 비급여항목의 상세분류를 포함하여야 한다.
- ⑥ 계약당사자는 계약시 요양급여비용의 심사기준과 요양급여의 적정성에 대한 평가기준을 계약의 부속문서로 첨부하여야 한다.
- ⑦ 약제 및 진료재료의 가격은 계약당사자간의 협의를 거쳐 정하여 계약부속문서에 첨부하여야 한다.

국민건강보험법 시행령(개선안) 제26조 (계약추진협의회)

- ① 법제42조제1항에 의한 계약의 당사자는 요양급여비용계약의 절차와 내용 등을 협의하기 위하여 계약당사자의 대표 각 3인이상의 동수로 구성된 요양급여비용 계약추진협의회(이하 이 조에서 협의회라 한다)를 (의과, 치과, 한방분야별로) 구성·운영한다.
- ② 협의회에서는 요양급여비용 계약추진을 위하여 다음 각호의 사항을 협의한다.
 1. 요양급여기준
 2. 진료수가기준
 3. 요양재료비 및 약가 기준
 4. 의료분쟁조정 및 보상기준
 5. 기타 건강보험수카에 영향을 미치는 사항
- ③ 전항의 사항을 전문적으로 협의하기 위하여 분과협의회를 둘 수 있다.
- ④ 협의회는 당해 년도 계약체결 종료시한의 6개월 이전부터 구성·운영한다.
- ⑤ 협의회와 분과협의회는 법제4조제2항 심의조정위원회의 공약을 대표하는 자 중에서 심 의규정위원장이 정한다.
- ⑥ 법제55조에 의한 심사평가원에서는 협의회에서 요청하는 자료를 제공하여야 한다.

국민건강보험법 시행령(개선안) 제27조 (계약의 중재)

- ① 법 제42조제1항의 계약이 법 제42조제3항에 규정한 계약체결 종료시한까지 체결되지 아니할 경우 특별한 사정이 없는 한 보건복지부장관은 요양급여의 원활한 수급을 위해 심 의조정위원회에 계약의 중재·조정을 문서로 요청하여야 한다.
- ② 제1항의 요청에 대해 심의조정위원회의 장은 지체없이 중재소위원회를 구성, 운영하여야 한다.
- ③ 제2항의 규정에 의해 중재소위원회는 계약당사자의 이견을 적극 중재하여야 한다.
- ④ 중재소위원회의 위원은 의약계를 대표하는자 3인, 공단대표자 3인, 공익대표자 2인으로 구성한다.
- ⑤ 중재소위원회는 계약당사자간의 합의에 의한 중재안을 의결하여 심의조정위원회에 제출 한다.
- ⑥ 보건복지부장관은 제5항의 규정에 의해 제출된 중재안을 심의조정위원회의 심의를 거쳐 고시한다.

국민건강보험법 시행령(개선안) 제28조 (중재불성립시의 적용기준)

- ① 중재가 성립되지 않을 경우의 요양급여비용 청구기준은 전년도 기준을 준용한다.
 - ② 중재가 당해연도 7월1일 이후에 이루어진 경우에도 그 고시의 효력은 7월1일 전으로 소 급하여 적용한다.
-

9. 의료보험 정책과정에 있어서의 예방의학의 기여

예방의학 보건관리분야 학자들의 의무 중 하나는 학문의 실용주의를 달성하는 것이라 할 수 있다. 이를 위해서는 다음과 같은 역할을 수행하여야 할 것이다.

- 정부정책의 조사·분석 및 평가
- 정책방향의 제안
- 법령제정시 정책분석에 근거한 방향의 설정 및 법안 대안 제시

건강보험체계는 우리 나라 의료체계에 실제적으로 가장 큰 영향을 미치고 있고, 최근의 건강보험관련 정책은 급여비용의 증가와 국민의 보험료인상 저항, 의료계의 저수가와 의약분업 등에 대한 저항 등 매우 급박한 상황으로 전개되고 있다. 이러한 건강보험 관련 정책의 상황들은 우리 나라의 보건의료를 어려운 상황으로 몰아갈 가능성이 있다. 또 2000년대를 넘어오면서 앞으로 우리의 의료환경과 건강보험환경은 더욱 커다란 폭으로 변화할 것이 예상되므로 예방의학과 그 학자들의 모임인 예방의학회의 적극적인 역할이 필요하다.

과거 예방의학이 의료계의 입장에서 보다 국민의 건강권을 중시한 부분이 있다면 이제는 의료의 발전과 국민의 건강권을 동일가치 비중으로 두면서 정책 대안을 제시할 수 있어야 할 것으로 본다. 따라서 우리 학회 차원에서 한국 보건의료체계의 건전한 발전을 도모하여 국민의 건강권을 보장하여 주면서, 합리적이며 논리적인 의료보험체계의 발전에 기여하기 위하여 참여적으로 건강보험법 시행령에 대한 대안을 가장 공정하고 객관적인 입장에서 제안할 수 있을 것이다.