

국민건강보험법의 발전과정과 법정정책적 과제

조 형 원*

- I. 서론
- II. 건강보험 30년의 약사와 특성
 - 1. 약사
 - 2. 특성
- III. 건강보험정책의 쟁점
 - 1. 실질적 의료보장의 필요성 대두
 - 2. 요양기관 강제지정제도
 - 3. 요양급여의 범위 및 수준
 - 4. 보험수가결정권
 - 5. 심사
 - 6. 위임입법의 문제
 - 7. 자율규제화 방안
 - 8. 법률관계의 명확성
- V. 국민건강보험법의 법정정책학적 과제
 - 1. 법정정책학적 연구의 의의
 - 2. 법정정책학적 과제
- VI. 결론 및 제언

* 상지대학교 보건과학대학 의료경영학과 교수, 법학박사

I. 서론

우리는 전국민의료보험 시대에 살고 있다. 의료보험이 우리의 일상생활을 지배하는 시대에 살고 있는 것이다. 오늘날 우리가 살고 있는 사회복지국가에서 의료의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않을 것이다. 노인계층이 점증하는 상황에서는 더욱 그러하다. 국가적 차원에서 의료는 의료보험제도를 통해 구현되고 있다. 이러한 의료의 형평성을 제고하면서 효율을 달성하고, 서비스의 질을 향상시키며, 자율성을 존중하는 제도로 설계될 수만 있다면 더 이상 바람직한 제도는 없을 것이다.¹⁾

가입이 강제적으로 이루어져 비로소 본격적인 의미의 사회보험으로서의 건강보험이 시작된 지 30년이 되었다. 건강보험은 사회보장제도의 핵심적인 제도로 자리매김하고 있다고 해도 과언이 아닐 것이다. 강제형의 의료보험을 1977년 시작한 지 불과 12년 만에 전국민의료보험이 이루어졌다고 대내외적으로 자랑을 하였던 것처럼 보험적용 초기에는 양적 확대에 치중했었다. 그러나 이제는 급여의 질적 내용에 대해 많은 관심을 갖게 되었다. 또한 건강보험 통합 및 의약분업의 논의과정을 거치면서 자신의 목소리를 갖게 된 의사단체가 건강보험제도의 형성여하에 대하여 민감한 반응을 보이며, 보험가입자 역시 환자의 권리를 주장하는 다양한 목소리를 내면서 건강보험제도의 사안별로 갈등의 양상을 보인다. 보험자 역시 보험재정의 안정적 운영과 선진의료의 구현을 위한 목표의 조화를 위해 건강보험의 타주체와 끊임없이 긴장관계를 보이고 있다.

건강보험의 요양기관지정, 진료수가고시 등 정부의 규제에 관하여 의료시장의 경쟁이 제한되는 현실에서 정부가 이를 바로잡기

1) 이규식, 의료보장과 의료체계, 계축문화사, 2003, 455면.

위하여 규제가 당연하다는 논리가 성립할 수 있는 반면 이러한 규제가 오히려 비효율을 증폭시킨다는 비판이 대립됨을 끊임없이 목격하게 된다.²⁾

국가의 보건의료정책과 보건의료현장의 갈등이 이처럼 비등한 오늘의 현실 속에서 우리의 건강보험을 포함한 보건의료체계에 관한 근본적인 재검토를 통하여 체계의 재정립을 위한 깊은 성찰이 무엇보다도 먼저 필요하다. 이를 위해 보건의료법체계에 대한 근본적인 법정정책학적인 검토를 통하여 보건의료 법체계를 정립하여야 할 것이다. 따라서 사회적 갈등이 있는 보건의료문제를 법정정책학적으로 보건의료법체계에 반영하는 데에 궁극적인 보건의료체계의 법정정책학적인 목표를 두어야 할 것이다.³⁾

II. 건강보험 30년의 역사와 특성

1. 약 사

우리나라 건강보험제도는 제3공화국이 출발한 1960년대 초에 논의가 시작되어 약 40년간 변화·발전해왔다. 1963년 의료보험법이 제정되어 임의로 적용되다가 1977년부터 강제형의 건강보험이 실시된 지난 30년의 역사는 건강보험이 단계적으로 확대되어 오다가 1989년 전국민의료보험에 도달하였으며 조합주의 방식의 의료보험은 1999년 통합의료보험으로 나아갔다. 이에 대한 시대구분을 3단계로 나눠 의료보장제도 도입기(1963~1976), 의료보험제도기(1977~1997), 국민건강보험제도기(1998~)로 구분하기도 한다.⁴⁾

2) 위의 책, 386면.

3) 조형원·남북현·길준규·변무웅, 법정정책학적 연구방법 시론-보건의료법체계를 중심으로, 정책연구의 이론과 방법(Ⅲ)(한국정책학회 2005년 추계학술대회 연세집), 39면.

건강보험의 변화과정을 좀 더 세분하고 명확하게 이해할 수 있도록 건강보험발전단계를 임의보험사업기(1963-1977), 사회보험확장기(1977-1989), 전국민의료보험기(1989-1999) 및 통합의료보험기(2000-)로 나누고자 한다.⁵⁾ 첫째 임의보험사업기에는 한국종합화학, 봉명흑연광업소 등의 피용자조합과 부산청십자 등의 자영자조합이 임의의료보험조합으로 설립되어 운영되었다. 서울청십자나 대한청십자 등의 정부 미인가 의료협동조합이 운영되기도 했다. 둘째 사회보험확장기는 직장의료보험조합과 공무원 및 사립학교교직원의료보험이 확대과정을 겪는 시기였다. 한편 지역의료보험이 시범사업으로 적용되던 시기이기도 하다. 또 이 시기는 임의설립에 의한 당연적용의 방식을 채택한 직종의료보험이 전국 또는 시도 단위로 적용이 되기도 했다. 셋째 1988년 1월 1일 농·어촌지역주민 의료보험 전면 실시와 1989년 7월 1일 도시지역주민 의료보험의 전면 실시를 통해 명실상부하게 전국민의료보험기에 접어 들었다. 넷째 통합의료보험기는 1단계로 지역의료보험조합과 공무원·교직원 의료보험관리공단을 통합하는 국민의료보험법의 1998년 10월 1일의 시행을 거쳐 1999년 2월 8일 단일보험자에 의해 통합·운영되도록 한 국민건강보험법의 제정으로 완성되었다. 이법에 의해 결국 국민의료보험법은 폐지되었다.

2. 특 성

현행 국민건강보험법이 강제적인 가입의 특성을 갖는 사회보험 방식으로 1977년 500인 이상의 근로자를 고용하는 사업장을 중심으로 도입된 후 가입대상자의 범위를 계속 넓혀 왔다. 1988년 농

4) 이인재·류진석·권문일·김진구, 사회보장론-개정2판, 사회복지학총서21, 나남출판, 2006, 323-326면.

5) 문옥륜·박세택·이재형·조형원·노운영·우영국·최재욱·신영전·하호수, 건강보장론, 신광출판사, 2004, 59-82면.

어촌 주민을 대상으로 하고 1989년에는 도시 자영인을 가입대상으로 하면서 명실상부한 전국민의료보험을 실시하여 거의 전국민이 국민건강보험법에 의한 의료보장을 받고 있다(법 제5조). 국민건강보험법은 질병·부상·출산 등에 대하여 요양급여를 제공한다(법 제39조). 국민건강보험법상의 급여는 현물급여로서 제공된다. 요양급여는 의료기관, 약국, 보건소 등의 요양기관을 통하여 제공된다(법 제40조). 예외적으로 현금급여가 제공되기도 한다(법 제44조). 긴급 기타 부득이한 사유로 요양기관 외에서 요양을 받거나 출산을 한 때에는 요양급여에 상당하는 금액을 현금급여로서 요양비가 지급된다.

현행 국민건강보험법은 요양급여에 소요되는 비용의 전부를 보호하고 있지는 않다. 즉 요양급여비용의 일부를 가입자 본인이 부담한다. 본인부담비율은 요양기관의 종류에 따라, 또 통원 혹은 입원치료 여부에 따라서 20%에서 55%에 이르기까지 차등화되어 있다(법 제41조 및 동법 시행령 제22조, 별표2). 여기에 국민건강보험법에 의해서 보호되지 않는 질병 및 급여의 종류를 감안하면 실제 가입자의 부담비율은 평균적으로 70%가 넘는다고 볼 수 있다. 이 경우 발생할 수 있는 치료차단효과에 대비하여 본인부담급 보상제도를 두고 있다(법 제45조, 동법 시행령 제25조). 이는 임의급여로서 치료차단효과를 방지하는 데에는 한계가 있다. 현행 국민건강보험법은 질병 및 분만을 인하여 발생하는 소득상실을 보호하고 있지는 않다.⁶⁾

국민건강보험의 재정은 주로 보험료에 의해 채워진다. 직장가입자인 경우 사용자와 가입자가 보험료의 50%씩을 부담하며, 지역주민의 경우 본인이 보험료 전부를 부담한다.(법 제67조 제1, 2항). 다만 지역 주민에 대한 재정의 상당 부분은 국고에 의하여

6) 전광석, 국제사회보장법론, 법문사, 2002, 295-296면.

지원되고 있다. 국민건강보험의 관리운영과 관련해서는 조합주의와 통합주의의 오랜 기간에 걸친 논쟁이 있었다. 건강보험은 오랫동안 조합을 관리운영주체로 하여 다원적인 조직체계를 가지고 있었다. 1998년 우선 지역의료보험조합과 공무원 및 사립학교교직원의료보험관리공단이 통합하여 국민의료보험관리공단이 설립되었고, 이어 2000년 7월 국민의료보험관리공단과 직장의료보험조합이 통합하여 현재는 국민건강보험공단이 통합건강보험관리운영주체로서 역할을 수행하고 있다(법 제12조 내지 제38조).

(1) 적용대상

국내에 거주하는 국민은 의료급여법 적용대상자 및 독립유공자 예우에 관한 법률 및 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 의한 의료보호 적용자를 제외하곤 국민건강보험법의 적용을 받는다. 2006년말 현재 4,924만명이 적용대상자로 전체 인구의 96.3%에 이른다. 이다. 구체적으로 직장가입자는 2,845만명에 57.8%이고 지역가입자는 1,896만명에 38.5%의 구성비를 보인다.⁷⁾

(2) 급 여

국민건강보험법상 급여는 요양급여와 분만급여로 이루어져 있다. 우리 국민건강보험은 순수한 의료보험(medical insurance)의 성격만을 갖고 있어, 소득상실의 대체기능을 담당하는 질병보험(sickness insurance)의 질병보상금은 지급되지 않는다. 건강보험법은 현물급여를 원칙으로 하며 요양기관에 의해 제공된다. 현물급여로 요양급여가 이루어지게 되면서 첫째 전체 진료비용 지불부담이 없어 환자의 진료에 대한 접근성이 높은 점, 둘째 요양기관에 대한 통제업무의 부담이 가입자가 아닌 보험자가 진다는 점 셋째 보험급

7) 보건복지부, 보건복지백서, 2006, 330면.

여의 기준설정에 있어 한계가 있어 요양기관의 과잉급여에 대한 심사가 건강보험법 운영의 중요 과제가 된다는 점 등의 특성을 갖게 된다.⁸⁾

국민건강보험법상의 급여는 법적 성격에 따라 법정급여, 재량급여 및 임의급여로 나뉜다. 질병과 분만을 국민건강보험법이 보호해야 하는 위험으로 본다(법 39조).

국민건강보험법에서 제공되는 일부 요양급여비용에 대해서 본인부담제도가 시행되고 있다(법 제41조, 시행령 제22조). 이는 가입자의 과잉진료를 억제함으로써 건강보험의 재정안정을 기하기 위한 취지에도 도입된 제도이다. 문제는 저소득층의 의료에 대한 접근도를 떨어뜨린다는 점이다. 이러한 문제를 극복하기 위해서 국민건강보험법은 본인 부담액이 과다한 경우 일부를 보상하는 본인부담액 보상제도를 도입하였다.

일부본인부담금의 비율은 가입자의 진료유형, 즉 통원치료나 입원치료 여하에 따라 그리고 가입자가 급여를 지급받는 요양기관의 종류에 따라 차등화된다(동법 시행령 제22조 별표2). 건강보험 급여의 종류는 요양급여(법 제39조), 분만급여(법 제39조), 건강검진(법 제47조) 및 기타 급여(법 제45조)가 있다. 먼저 요양급여는 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등이다. 분만급여도 요양급여와 같은 종류와 내용의 것이 제공된다. 건강검진은 질병의 조기발견과 이에 따른 적절한 요양급여를 하기 위해 제공된다. 기타 급여는 급여가입자나 피부양자의 사망 시 지급되는 장제비(본법 시행령 제25조 제2항), 본인부담액이 매 30일간 120만원을 초과하는 경우 초과한 금액의 100분의 50의 본인부담액보상금(본법 시행령 제25조 제3항)을 임의급여로 지급한다.

8) 전광석, 한국사회보장법론, 법문사, 2005, 252면.

(3) 관리운영체계

조합주의 방식으로 운영되어오던 건강보험의 관리운영이 2000년 7월 1일부터 통합방식으로 바뀌어 단일한 보험자인 국민건강보험공단에서 관리운영하게 되었다. 재정통합만큼은 뒤늦게 이루어져 2002년에서야 완성되었다.

공단의 최고의사결정기관은 이사회이다(법 제24조). 공단에 재정운영위원회를 두어 국민건강보험의 재정적 효율성과 안정성을 기하고 있다(법 제31조)

국민건강보험법은 독립된 법인으로 건강보험심사평가원을 두어 의료기관의 의료비용청구를 심사·통제하여 의료비용의 적절성과 경제성을 도모하고자 한다(법 제55, 56조).

(4) 재 정

건강보험의 재정은 가입자 및 사용자가 부담하는 보험료로 대부분이 충당되고(법 제62조), 건강보험사업에 대해 임의적으로 이루어지는 국고 보조(법 제 92조)로 채워진다. 직장가입자의 보험료는 가입자와 사용자가 각각 50%씩 부담한다. 직장가입자의 보험료는 가입자의 표준보수월액에 보험료율을 곱하여 결정된다(법 제62조 제3항). 지역가입자는 보험료 전액을 부담한다. 이 보험료는 가입자가 속한 세대의 가입자 전원이 연대하여 부담·납부한다(법 제67조 제2항, 제68조 제2항). 공무원 및 사립학교 교직원은 기존의 보험료 부과방식과 마찬가지로 가입자의 보수월액에 보험료율을 곱하여 산정한다.

(5) 진료비 심사·지불 체계

1) 진료비 심사

건강보험급여는 보험자가 직접 제공하지 않고 요양기관에 의하

여 제공된다. 결국 민간의료기관이 포함된 건강보험법의 법률체계를 구성하여야 한다. 따라서 건강보험법은 민간의료기관의 의료비용청구를 심사·통제하여 의료비용의 경제성과 적절성을 도모하여야 하는 과제를 안게 된다.⁹⁾ 국민건강보험법은 건강보험심사평가원이 이러한 기능을 맡도록 했다(법 제55조). 특히 건강보험심사평가원은 국민건강보험법 이전에 보험자가 심사업무를 맡는 것이 공정성에 문제가 있다는 지적을 받아들여 독립된 전문기구로 설립되었다. 이를 통해 진료비 심사상의 일부 문제를 해소하고 진료비 심사와 관련한 객관성·전문성·공정성이 정립될 것을 기대하였다.

심사평가원은 구체적으로 요양급여비용의 심사, 요양급여의 적정성에 대한 평가, 심사 및 평가 기준의 개발, 위의 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력, 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무, 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무, 기타 보험급여비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가를 위해 요양급여비용 심사청구 관련 소프트웨어의 개발·공급·검사 등 전산관리, 특정 기관에서 받은 요양비에 대한 심사, 심사평가원 업무 관련 교육·홍보 등의 업무(동법 시행령 제28조, 동법 시행규칙 제22조)를 수행한다(법 제56조).

2) 진료비지불제도

현행 진료비지불제도는 행위별 수가제도로써 진료행위의 항목별로 의료인의 진료량에 따라 사후에 지불받는 체계로 이루어졌다. 2002년 1월 1일부터 행위별 수가제도에 따른 과잉진료와 진료비의 과잉상승, 심사기구와 의료계 사이의 진료의 전문성과 자율성 마찰 등의 문제를 극복하기 위해 일부 진료과와 질병군에 포

9) 위의 책, 281면.

괄수가제도를 도입해 운영하고 있다.¹⁰⁾

한편 2000년 7월 1일부터 요양급여비용의 산정은 계약으로 정하도록 하고, 요양급여의 범위·방법·절차·상한 등 요양급여의 기준은 보건복지부령으로 정하도록 하고 있다(법 제42조). 또 계약체결의 대상은 각 요양급여의 상대가치 점수의 점수 당 단가로 하되, 요양급여의 상대가치점수와 약제·치료재료(상대가치점수가 적용되는 약제·치료재료는 제외)에 대한 비용은 보건복지부장관이 고시하도록 규정하고 있다(동법 시행령 제24조). 2007년 5월 현재, 의료기관 유형별 분류 및 각 유형에 따른 환산지수 연구가 이루어지고 있고, 상반기내에 완료될 예정으로 있다.¹¹⁾

Ⅲ. 健康保險政策의 爭點

기존의 건강보험제도에 대해서는 다양한 비판적 견해가 제시되고 있다. 민간자본을 토대로 하는 자본주의 경제 시스템에 건강보험의 통합을 통한 국가수요독점체제의 의료체계¹²⁾가 주어져 부조화현상이 나타나고 있다는 비판이다.¹³⁾

물론 정부개입에 반대하는 입장도 외부효과로 인한 시장실패가 나타나는 공중보건, 의학연구, 소비자보호를 위한 산출물 중심의 질관리, 그리고 형평성 제고를 위한 사회보험제도의 도입 등에는 찬성을 하고 있다. 그러나 사회보험제도를 운영한다하여 서비스를 공급하는 시장까지 정부 개입 일변도로 나가야만 하는 것은 아니

10) 이인재 외, 앞의 책, 339-340면.

11) 보건복지부, 앞의 책, 352면.

12) 정부가 추진한 건강보험 통합을 단순한 재원조달원의 단일화가 아니라 국가에 의한 수요독점이라는 시스템상의 변화로 보아야 한다는 견해를 피력한다(이규식, 앞의 책, 448면).

13) 이규식, 앞의 책, 448면.

라고 본다.¹⁴⁾ 그 구체적인 내용은 아래와 같다.

1. 실질적 의료보장의 필요성 대두

첫째 의료급여대상자가 의료보험 대상으로 편입되어 있다. 전체 인구 중 의료급여 인구는 1986년의 10.64%에서 2006년 말에는 3.7%에 불과하여 꾸준히 감소하여 왔다. 빈곤인구에 대한 사회적·정책적 무관심을 반영하고 있다는 지적이다. 의료급여 대상자 선정이 지극히 협소하여 국가가 의료보장을 책임져야 할 집단을 자기가 의료보장을 책임지는 집단 속으로 내몰고 있다는 것이다.¹⁵⁾

둘째 의료보험의 본인부담율이 지극히 높아 저소득층에게는 실질적인 의료보장이 되지 못하고 있다는 지적도 있다.¹⁶⁾ 현행 국민건강보험법은 요양급여에 소요되는 비용의 전부를 보호하고 있지는 않다. 즉 요양급여비용의 일부를 가입자 본인이 부담한다. 본인부담비율은 요양기관의 종류에 따라, 또 통원 혹은 입원치료 여부에 따라서 20%에서 55%에 이르기까지 차등화되어 있다(법 제 41조 및 동법 시행령 제22조, 별표2). 여기에 국민건강보험법에 의해서 보호되지 않는 질병 및 급여의 종류를 감안하면 실제 가입자의 부담비율은 평균적으로 70%가 넘는다고 볼 수 있다. 이 경우 발생할 수 있는 치료차단효과에 대비하여 본인부담금보상제도를 두고 있다(법 제45조, 동법 시행령 제25조). 이는 임의급여이다. 그렇게 때문에 치료차단효과를 방지하는 데에는 한계가 있다. 현행 국민건강보험법은 질병 및 분만을 인하여 발생하는 소득상실을 보호하고 있지는 않다.¹⁷⁾ 의료보장에 관한 국제기준으로서

14) 위의 책, 448면.

15) 한동관·손명세·박형욱·박민, 의료보험법 분석, 동림사, 1998, 166면.

16) 위의 책, 166면.

17) 전광석, 국제사회보장법론, 법문사, 2002, 296면.

국제노동기구의 협약은 보호되는 위험의 종류와 관련하여 소득상실에 대한 보상을 하도록 하고 있다. 특히 현행 국민건강보험법은 질병으로 인한 소득상실에 대한 보상과 관련된 문제를 전혀 해결하지 못하고 있다. 국제노동기구의 협약은 건강하고 적절한 생활수준이 유지될 수 있도록 소득상실에 대한 보상을 하도록 하고, 산정의 기준으로 종전 소득 혹은 비숙련 남성근로자의 평균소득을 제시하고 있다.¹⁸⁾

과다진료를 억제하고 건강보험의 재정압박을 방지하기 위해 도입한 일부본인부담제도는 특히 저소득층에게 필요한 진료조치를 받을 수 없게 하는 효과가 있는 반면 자기부담능력자에게는 진료비용방지의 효과가 없어 원래의 취지를 살릴 수 없다는 점에서 입법목적에 충실치 못한 제도로 지적된다.¹⁹⁾

셋째 재난성 질환을 보장하는 구조로 되어있지 못하다. 과거 의료보험법 제41조와 동법 시행령 제75조에는 진료비 총액과 무관하게 외래 서비스는 30-55%의 본인부담금을, 입원서비스는 20%의 본인부담금을 피보험자가 부담하도록 되어 있었다. 특히 이러한 조치는 소액진료에서는 본인부담금이 그렇게 크지 않지만 재난성 질환의 경우는 그 부담이 만만치 않을 것이라는 것이다.²⁰⁾ 현재는 국민건강보험법 제41조와 동법 시행령 제22조에 진료비용의 일부 부담에 대하여 규정하되, 본인이 부담한 비용의 총액이 6월간 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액에 대해서는 공단이 부담하도록 하여 본인의 어려움을 덜어주고 있다. 그러나 본인이 부담하는 비용에는 비급여가 포함되므로 여전히 실제적인 부담이 많다는 문제가 대두된다.

이처럼 법적 강제력을 이용하여 의료보장을 실현하고 있지만

18) 위의 책, 297면.

19) 전광석, 한국사회보장법론, 법문사, 2005, 253-254면.

20) 한동관 외, 앞의 책, 167면.

실제적인 의료보장과는 거리가 있음을 알 수 있다.

2. 요양기관 강제지정제도

요양기관 강제지정제도의 운영으로 나타난 여러 가지 폐단이 지적된다. 모든 의료기관을 요양기관으로 강제 지정하고 의료수가 는 정부의 고시가격이라는 단일 가격으로 통제함으로써 의료기관 은 가격차이에 기인하는 질적 경쟁은 하지 않아도 되는 안심감을 안겨 주었다는 것이다. 이러한 상황에 더하여 의료기관은 내부치 장과 같은 외형적인 경쟁에만 유의하다 보니 대부분의 의료기관 의 질적 수준은 비슷하게 되어 서비스 질의 하향평준화만 초래하 였다는 것이다. 세금으로 전국민의 의료를 보장하는 영국이나 뉴 질랜드 같은 나라에서도 이러한 자비부담 의료기관을 인정하여 국영병원과 자비부담병원간에 질을 놓고 경쟁도 하여 국민의료의 질 저하를 방지하는데 반해 우리나라는 자비부담병원에 대한 운 을 띄우는 것마저도 국민에게 위화감을 조성한다는 말로 일관하 고 있다.²¹⁾

3. 요양급여의 범위 및 수준

요양급여의 범위와 관련하여 공적 개입은 어느 수준에서 이루어지는 것이 타당한가라는 질문은 항상 뜨거운 감자와 같다.

어떤 환자에 어떠한 진료가 필요하다는 결정은 의료인이 자신 의 경험과 교육받은 내용을 종합하여 전문적으로 판단하여야 할 헌법상 보장된 직업의 자유에 근거한 직업권에 의해 오로지 결정 될 문제라는 견해와 의료보험의 운영상 진료와 관련된 공적인 감 시체계 구축차원에서 규제가 필요하다는 견해의 대립이 있다.²²⁾

21) 이규식, 2003, 449면.

공적인 감시체제라도 의료행위 제공의 주요 축을 맡고 있는 의료인의 주체적인 참여없이 공적 개입이 일방적으로 이루어지지 않으면서도 의사와 환자간의 정보의 비대칭성으로 인한 과도한 의료행위를 방지하기 위한 차원의 사회적 제도가 요망된다. 특히 비급여에 대해서 법률도 아닌 보건복지부 고시와 유권해석으로 제한하는 데 따른 무리함이 있는 것으로 지적한다.²²⁾ 국민건강보험법 제39조 제3항, 요양급여기준에 관한 규칙 제9조제1항 관련 별표 2는 7개의 범위로 비급여의 구체적 내용을 정리하고 있다.

건강보험을 관장하는 보건복지부의 공식통계에 의한 보험급여율은 일본과 유럽에 비하여 현저하게 낮은 실정이다. 이러한 현실은 국민의 일상적인 생애주기에서 흔히 발생할 수 있는 암과 같이 다빈도 중증질환에 대한 국민건강보험의 제도적 효과에 대해 심각한 문제가 제기되고 있다²⁴⁾

4. 보험수가결정권

의료행위에 대한 국가의 가격규제는 기본적으로 의료인의 직업선택의 자유권을 침해하는 것은 아니다. 단지 직업행사를 규율하는 성격으로 공익적 필요에 의한 가격의 규제라는 정당성을 갖게 된다. 그러나 가격규제의 폭과 그 정도가 너무 클 경우 기본권을 제한하는 결과를 초래할 수 있다.

다른 나라에서는 가격에 대한 직접적인 규제의 형식보다는 재정투자방식으로 이를 실천하고 있다. 실제 공공부문에 대한 투자가 많다. 시장경제의 원리에 전적으로 의존하는 미국에서도 순수

22) 한동관 손명세 박형욱 박민, 의료보험법 분석, 한국의료법학회 학술총서1, 동림사, 1998. 8. 172면.

23) 위의 책, 172면.

24) 문옥륜 외, 건강보장론, 신광출판사, 2004, 254면.

한 이윤추구형 의료기관은 10%밖에 되지 않는다.²⁵⁾

5. 심 사

과거 의료보험법 제35조제2항과 제3항에 의하면 요양비용에 대한 심사 및 지급은 원칙적으로 보험자가 하도록 규정하고 있으며, 시행령 제54조에 의하면 실질적인 요양비용에 대한 심사 및 지급은 의료보험연합회에서 한다. 그러나 건강보험법이 제정되면서 요양급여비용은 계약제에 의해 정해지는 것으로 되었다.

첫째 그동안 공정한 심사를 위하여 보험자와 분리된 제3의 기구가 심사할 것을 주장한 의견²⁶⁾을 반영하여 이를 건강보험법에 반영하였다. 또한 동시에 보험자, 요양기관 및 국민을 감시할 수 있도록 하여야 한다고 보았는데²⁷⁾ 현행 심사평가원이 이를 제대로 수행하고 있는지가 과제이다. 둘째 진료비 심사를 의료단체의 자율적인 심사와 관리체계에 맡겨야 한다는 주장이다.

한편 전문화된 진료비 심사의 필요성이 기존 의료보험법 제35조제3항에서 당해 업무를 다른 전문기관에 위탁할 수 있다는 규정에 반영되어 있는 것으로 보고 있는데²⁸⁾, 심사평가원이 생겨 이러한 요구에 부응하고 있다할 것이다.

심사평가원을 통해 본인-대리인 문제를 해결하기 위한 중요한 제도설계 요소 중 하나인 감시체제로 활용할 수 있다는 주장이 있다.²⁹⁾ 현재는 정부·보험자의 우위를 인정하고 있어서 국민의 감시기능이 제대로 발휘되지 않고 있다. 의료보험법에 근거하여 정부가 조합설립인가, 취소 및 기타 감시기능을 행사하여 보험자를

25) 한동관 외, 앞의 책, 174면.

26) 위의 책, 175-176면.

27) 위의 책, 175-176면.

28) 위의 책, 176면.

29) 위의 책, 176면.

감시하는 것으로 제도화되어 있지만 보건복지부의 관련부서만으로는 보험자를 완벽하게 감시하는 것이 어렵다.³⁰⁾ 반면 보험가입자나 보험자를 각각 본인으로 보았을 때 각각 대리인의 지위에 있는 요양기관에 대한 감시기능만큼은 세계에서 유래가 없을 정도로 그 완성도가 높다.³¹⁾

요양기관은 의무기록과 별도로 매 진료마다 진료비청구명세서를 작성하여 진료비 청구 시 심사를 위해 보험자에게 제출하고 있다. 요양기관에 대한 심사를 통해 의료계는 비교적 엄격한 통제를 받는데 비해 정부·보험자는 감시하는 기능이 없어 의료보험체계 전체의 효율은 떨어진다는 것이다.³²⁾ 의료보험운영의 3대 주체인 정부 및 보험자, 요양기관 및 보험가입자 모두가 도덕적 위험에 빠지지 않도록 중립적이고 공정한 의료심사평가기구의 설치운영이 요망된다. 또 이들 주체간의 상호 견제와 감시뿐만 아니라 심사기구에 대한 이들 주체 각각의 견제 감시도 필요할 것이다.³³⁾

6. 위임입법의 문제

과거의 의료보험법 제29조 제2항의 요양급여의 방법·절차·범위·상한기준등 요양급여의 기준은 보건복지부장관이 정한다는 규정에 의해 아무런 중간단계의 입법없이 곧바로 행정규칙에 해당하는 고시의 형식으로 요양급여기준의 내용을 규정하는 것이 가능한가에 대한 논란이다.³⁴⁾

30) 위의 책, 176-177면.

31) 위의 책, 177면.

32) 위의 책, 177면.

33) 위의 책, 177-178면.

34) 위의 책, 180면.

7. 자율규제화 방안

의료인에 대한 불신에 기초한 타율적 규제에서 신뢰에 기초한 자율규제로의 변화가 요망된다는 주장이다.³⁵⁾ 구체적으로 첫째 현재의 미분화된 의료공급구조를 세분화·치밀화하여 공공의료부분과 민간의료부분으로 구분해 각각 다른 의무와 권리를 부여하는 방안을 모색할 것이며 둘째 공공의료 부문은 최근의 노·사·정 위원회와 유사하게 보험가입자, 의료공급자 및 정부나 보험자가 3자 협의에 따라 의료보험료율과 그에 따른 급여의 범위와 진료수준을 결정하고 셋째 민간의료로 선택한 의료기관은 기본적으로 의무도 없고 권리도 없다고 보자는 견해이다. 이렇게 하고자 한다면 거의 개혁수준에 해당되는 변화가 있어야 할 것이다.

우선 모든 국민을 대상으로 하는 건강보험법의 대폭적인 개정이 있어야 한다. 고액소득자들은 원천적으로 사회보장으로서의 의료보험이 아닌 민간 의료보험에 의해 의료서비스를 공급받도록 법을 개정해야 하고 둘째 모든 의료기관을 민간과 공공의료기관으로 나눠 각각의 권리와 의무를 다르게 세세히 규정해야 할 것이다.³⁶⁾

8. 법률관계의 명확성

보험가입자와 보험의와 관계에 대해 명확한 논의가 없다고 본다. 요양급여비용에 관한 한 보험가입자와 요양기관은 직접적인 법률관계에 있지 않으며 진료비중 보험자 부담부분을 제외한 나머지 일부본인부담부분에 대해서만 민법상의 채권채무관계가 성립된다는 견해가 있다.³⁷⁾

35) 위의 책, 183-185면.

36) 위의 책, 187면.

37) 위의 책, 191면.

V. 國民健康保險法の 法政策學的 課題

1. 법정책학적 연구의 의의

위에서 살핀 것처럼 건강보험에 관해서 수많은 관점에 대하여 대립된 의견이 존재한다. 이처럼 수많은 쟁점을 안고 있는 우리나라의 건강보험을 포함한 보건의료법체계의 바람직한 방향을 제시하기 위해서는 전통적인 법해석학적인 접근방법이나 단편적이거나 개별적인 이론법학적 접근방법만을 가지고는 한계를 가질 수밖에 없다. 다양한 접근방법을 통한 적절한 진단과 처방책의 모색, 그 처방책이 현실여건에서 최적의 제도설계로 기능할 것인지에 대한 판단 및 평가 등이 있어야 하는데 이를 위한 접근방법이 바로 법정책학적인 접근이라 하겠다.

법정책학적 연구는 여러 단계를 거치게 된다. 첫째 법제도 제재별 비교대상을 목록화하게 될 것이다. 둘째 이들을 한국적 상황과 비교하여야 할 것이며, 셋째 비교된 정책대안을 바탕으로 법사실 연구나 경험적인 법연구를 하여야 할 것이다. 넷째는 이러한 연구의 결과를 반영하여 바람직한 정책안을 채택하여야 할 것이다. 다섯째 이러한 정책안의 관철단계이다. 흔히 입법과정을 통해 구체화될 것이다. 이러한 과정에서 이해관계를 조정하는 과정을 거쳐는 것이 중요하다. 마지막으로 이러한 내용을 시행할뿐더러 사회에 대한 영향을 면밀히 피드백하여야 할 것이다.

원래 이러한 단계를 거쳐서 바람직한 법체계의 도출이 있어야 하나, 이를 행하기에는 시간상의 문제 및 법정책학적 연구의 학문적 논의의 미흡성 등의 사유로 본 연구에서는 이들 모든 단계를 밟을 수는 없을 것이다. 이곳에서는 보건의료법체계에 대한 법정책학적 연구의 기여에 관한 일반적인 논의를 하는 데에 그치고자 한다.

보건의료법의 체계에 대해 국법질서상 기반을 제공하는 법규범은 바로 헌법이다. 헌법은 각 국가의 이념과 철학을 집적해놓았다는 입장을 감안한다면, 법철학적인 접근을 보건의료법체계에 대한 헌법적 근거 추적으로 대체할 수도 있을 것이다.

헌법적 고찰에 있어 보건의료자원의 배분의 문제가 중요하게 대두된다. 보건의료자원의 배분과 관련하여 항상 자원의 부족사태가 언제나 일어날 수 있다. 건강한 사회를 위한 국가정책적 목적의 실현을 위해 국가의 보건의료자원의 배분을 둘러싼 규제에 대한 헌법적 정당성이 논의된다. 의사단체가 자신의 구체적 이해관계에 대하여 전국가적, 전사회적 차원의 뒷받침을 받는 것이 중요할 것이다.

또한 헌법에 따르면 보건의료 부문에서 국가의 사회국가 원리 구현의 정책방향과 사적 부문 예컨대 의사가 직업의 자유에 관한 기본권 또는 재산권을 주장이 대립하게 될 수도 있다. 의사의 직업권은 기득권과 신뢰보호의 차원에서 존중되어야 하나 보건의료체계가 입법자의 형성으로 구축되는 것임을 알아야 할 것이다. 다시 말하자면 사회국가적 차원에서 추구해야 할 공익의 정도가 높으면, 그로 인한 입법자의 제한 내지 형성은 의사 개인의 자유권적 기본권인 직업자유나 재산권 자유에 대하여 우월한 지위를 지닐 가능성이 클 것이다.

결국 보건의료 분야에서 정책적 차원의 어떤 결정을 내려야 할 때, 위의 논의는 그 세부원칙이나 기준으로 구체화될 것이다. 그 세부원칙이나 기준을 설정하는 데 일반적으로 유의해야 할 사항이 몇 가지 거론될 수 있다. 첫째 시간대를 활용하는 협상이다. 오늘날 시점에서 보면 이해관계 당사자가 서로 대립되는 위치를 점하고 있다. 하지만 미래의 일정 시점을 기준으로 삼아 관찰하면, 현재의 어떤 문제를 극복하고자 대립되는 쟁점을 포함하되, 극단적이 아닌 절충적 내용을 구현할 수 있다. 둘째 실질적 측면

이 아니라 상대적 해결기준 내지 절차적 측면으로 접근하는 방식이다. 그리고 이렇게 현실과 미래를 연계시키는 작업에서는, 당장 실현해야 할 실질적 목표를 미래에 투사한다는 실질적 측면도 문제지만, 그밖에도 누가 그 실질적 목표를 설정하고 실천에 옮길 것인지, 도대체 어떤 기준에 비추어 어느 정도의 속도로 이를 실현해 나갈 것인지 하는 따위와 같은 설정기준, 결정주체, 결정절차 따위 역시 긴급한 문제로 등장한다. 입법부 및 행정부 등 국가기관 중 담당자, 그리고 중립적인 학계 등 전문가 위원회, 이해관계 당사자인 협회 및 시민단체 등 각 집단의 대표로 이루어진 위원회가 지금까지 노력해 왔던 바와 같이 계속 노력해 나갈 것이다. 실질적 성과 못지않게, 문제를 해결할 주체를 어떻게 형성할 것인가 하는 그 방식, 문제를 판단할 기본적인 장기적인 척도 등을 확립한다는 따위의 과제 역시 중요하다. 특히 평가기준을 설정한다는 차원에서도 절대적 수치 이외에 일정한 비율로 결정한다는 수단에 유의해야 할 것이다. 다시 말하자면 비율적 차원에서³⁸⁾ 일정한 표준에 합의해야 한다는 것이다. 이를 계산해 낼 수 기초 자료인 통계수치를 좀 더 세세하게 그리고 좀 더 폭넓게 그리고 좀 더 신속하게 확보하여 축적하면서 설득력 있게 관련 조치를 강구할 가능성 역시 높여야 할 것이다.

학문의 요구에 있어 상대적으로 수월하면서도 소홀히 해서는 안되는 부분이 법비교학적인 접근이라 하겠다. 미국, 영국, 독일 및 일본의 보건의료법 체계에 대해 통일적인 시각에서 분석함으로써 우리나라 체계와 비교할 수 있음은 물론이고, 적절한 다수의 대안을 찾아낼 수도 있을 것이다. 물론 제도는 법전 속에서만 분석해내서는 안된다. 그 나라의 고유한 문화와 전통 속에서 보건의

38) 예컨대 독일의 경우 총의료비용 중 의사에 수가가 차지하는 비율, 약물총비용, 그 중의 도매상과 소매상 이익수준 등이 비율적 차원에서 검토됨을 볼 수 있다.

료법체계도 숨쉬고 있음을 주목해야만 하겠다. 물론 다양한 역사와 문화를 갖고 있는 나라를 획일적인 기준으로 그 내용을 비교해서 명확하게 밝힐 수는 없었다. 다만 우리의 어려운 보건의료상황을 타개하기 위해 다른 나라의 보건의료정책사례를 인용함에 있어 피상적인 이해에 근거해서는 안 될 것임은 분명하다. 의사와 환자의 관계는 끊임없이 변화·발전하는 관계임을 알 수 있다. 관계의 변화를 가져오는 끊임없는 추동력은 대승적이고 국가적인 차원에서 구해져야 할 것이다.

아무튼 이 연구만으로는 이상에서 언급한 전반적인 사항을 이끌어내지는 못한다. 그저 법정정책학이 보건의료법체계의 연구에 기여하는 과정을 소개하고, 보건의료법의 헌법적인 기반을 제시하며, 세계 각국의 체계를 법비교학적인 시각에서 제공하는 것으로 그 영역을 확정하기로 한다.

2. 법정정책학적 과제

사회보험중의 하나인 건강보험은 다양한 이익이 충돌하는 가장 대표적인 법정정책학 분야중의 하나일 것이다. 따라서 건강보험법체계는 이러한 건강보험을 매개로 하여, 다양한 법정정책학적인 입장에 놓인다. 즉 급여공급자 내지 의료서비스제공자로서의 의료인과 의료서비스의 수요자로서의 가입자인 국민, 그리고 보험자 내지 감독자로서의 국가의 역할이 삼면관계로 가장 잘 나타나기 때문이다.³⁹⁾

(1) 재원부담방식

건강보험제도를 재원의 확보를 국민의 세금으로 운영하는 의료

39) 조형원·남복현·정규원·길준규·이호용·변무웅, 현행 보건의료법체계의 법정정책학적 접근, 의료정책연구소, 2004.12, 235-241면.

서비스방식(National Health Service) 방식과 수혜자부담원칙에 따라 보험료를 중심으로 운영하는 건강보험방식으로 대별될 수 있을 것이다⁴⁰⁾. 물론 이러한 의료보험의 재원확보문제는 역사적인 이유 외에도 그 나라의 재정제도와 의료서비스의 수준에 달려 있는 법정책적인 문제이다. 이에선 영국처럼 조세주의도 있고, 독일처럼 보험료를 중심으로 하는 사회보장형도 있다.⁴¹⁾

(2) 가입자의 자격

아울러 이러한 의료보험에 가입에 대한 강제여부에 따라 가입 강제를 할 것인가 아니면 자율적으로 결정할 것인가의 문제가 생긴다. 전적으로 강제주의를 채택하고 있는 나라는 우리나라를 들 수 있다. 따라서 우리나라의 경우에는 「의료급여법」상의 의료급여 대상자⁴²⁾를 제외하고는 전원 의료보험, 즉 건강보험망에 가입되도록 법적으로 강제하고 있다.

한편 일부강제주의라고 말할 수 있는 나라는 독일을 예로 들 수 있다. 즉 월급생활자와 학생 그리고 최저생계비 이하 소득자의 경우에 공공의료보험에 가입하도록 강제함으로써 저렴한 의료보험에 편입되도록 강제하고 있으며, 부유한 자에게는 의료보험의 가입을 열어 놓고 있다. 따라서 이러한 가입의무가 존재하지 않는 계층은 공공의료보험에 가입하더라도 더 높은 보험료를 부과하고 있는 제도 운용을 하고 있다.

그러나 미국의 경우에는 전적으로 원칙적으로 의료보험이 강제되어 있지 않다. 따라서 저소득자의 경우에는 의료보험에서 제외되는 문제가 발생하고 있다⁴³⁾. 따라서 이러한 문제점을 막기 위하

40) 홍완식, 건강보험법제의 현황과 과제, 법제연구 제27호, 59면.

41) 이상광, 국민건강보험법의 문제점, 인권과 정의 제287호, 2000.7, 73면.

42) 구법에서는 의료보호라고 칭하였다.

43) 이러한 대표적인 문제가 바로 “존Q”라는 영화이다.

여 Medicaid프로그램이 저소득자의 의료비를 지원하기 위하여 운영되고 있다.

한편 저소득자를 의료보험망에 제외하여 별도의 프로그램을 운영할 것인가의 법정정책의 문제에서는 우리나라와 미국은 각기 의료급여와 Medicaid프로그램⁴⁴⁾을 통하여 저소득자를 의료보험과는 별도로 관리하고 있다. 이러한 시스템은 의료급여 등의 대상자에게 사회적인 낙인을 찍는 낙인효과가 있으므로 독일과 프랑스처럼 의료보험료를 면제하는 방식으로 의료보험망에서 소외시키지 않고 단일 의료보험망으로 운영하는 것도 또 하나의 법정정책이 될 것이다.

(3) 건강보험관리주체의 독점성

건강보험은 사회보험의 일종으로서 대부분의 국가들이 사회국가원리에 의거하여 국가나 공공주체에 의하여 운영하고 있다. 물론 미국과 같은 일부국가에서 국가 보다는 사인에 의한 의료보험이 강조되고 있기도 하다.

이때 국가나 공공주체가 건강보험의 보험자로서 의료보험시장에서 독점권을 행사하여 국민인 피보험자로 하여금 보험자선택의 자유를 막는 경우에는 의료보험제도가 시장에서 효율적으로 운영되지 못하는 약점을 가지고 있다. 따라서 우리나라의 경우에는 건강관리공단을 통한 의료보험독점제도로써 운영되고 있으나, 이는 반드시 민간의료보험기관을 도입함으로써 경쟁이 필요하다고 볼 수 있다. 더욱이 이러한 민간보험의 도입을 통한 경쟁이 결코 사회보장제도가 도입되기 이전의 단계로 후퇴하지 않고, 오히려 경쟁도입으로 도덕적 해이를 막고 효율성을 높인다고 한다.⁴⁵⁾

44) 부르스 제이 프리드, 로라 엠 게이도스(지역보건연구회 역), 세계각국의 보건의료체계-도전과 전망, 계축문화사, 2003, 75면.

45) 홍완식, 건강보험법제의 현황과 개선방안, 법제연구 제27호, 59면.

한편 건강보험이 독점적으로 운영되지만, 관리주체인 조합이 다수인 경우를 들 수 있다. 이는 형식적으로는 과점의 형식이나 실질적으로는 해당 국민인 가입자는 어차피 한개의 건강보험조합 외에는 선택할 수 없으므로 가입의 자유가 없고, 단지 서비스의 차이만 측면 비교될 수 있을 뿐이다. 즉 공적인 경쟁만이 존재하는 경우이다. 이러한 다수조합제도는 우리나라가 건강보험으로 통합되기 전의 제도와 현재 일본의 공무원, 사립학교 교직원 등의 조합별로 운영되는 제도이다. 따라서 말하자면 통합의 논리에 의하여 공공의료보험조합이 통합되었지만, 여전히 공적 독점의 영역에 남아 있는 경우이다.

이에 대하여는 의료보험시장에 경쟁을 도입함으로써 피보험자가 보험자를 선택하는 자유, 보험자간의 경쟁, 보험자의 급여제공기관(의료기관)의 선택의 자유, 급여제공기관인 의료기관간의 경쟁 등을 유보할 수 있다는 것이다.⁴⁶⁾

즉, 종래의 보건복지부의 규제의 용이성과 공단 자체의 이익보다는, 의료인에 대한 효과적인 규율과 소비자인 국민이 느끼는 의료서비스의 질 향상을 위하여서는 의료보험제도에 경쟁이 필요하다고 볼 수 있다. 예를 들면 독일의 의료보험제도의 경우에는 법률상 강제보험으로서는 공보험이 저렴한 가격으로 운영되고, 민간보험의 경우에는 높은 서비스에 높은 보험료로서 운영되고 있다. 이러한 의료보험의 경쟁체제는 민간보험을 허용함으로써 민간보험사가 수익을 내기 위하여서는 종전의 방만한 의료기관의 보험료청구를 철저히 가려낼 것으로 생각되므로 우리나라의 의료보험수가를 낮추는 한 방편으로 이용될 수 있다. 아울러 이러한 사적요소의 투입은 높은 질의 서비스와 낮은 가격의 시장으로 의료인을 내세울 수 있고, 현재의 권위적인 의료서비스 구조를 바꿀 수

46) 위의 논문, 59면.

있을 것으로 보여진다.

(4) 의료기관감사제도

의료서비스와 관련하여 이러한 의료서비스는 건강보험과의 관계에서 의료급여로 나타나므로, 보험자인 의료보험운영자와 의료급여제공자인 의료인과는 공법적인 법률관계에 놓이므로 당연히 의료기관에 대한 감사가 전제된다.

다만 의료기관의 감사에 있어서 의료급여가 부분적으로는 전문성을 가진 경우가 많으므로 이러한 감사의 주체가 누가 될 것인가가 법정책적으로 결정되어야 한다. 그러나 실제로는 이러한 의료기관감사는 의료보험과 관련하여 발생하므로 의료보험운영자가 하게 된다. 따라서 의료보험자의 경우에는 급여제공자인 의료기관에 대한 감사제도가 필수적이다.

다만, 의료기관이 감사를 하되, 그 방식에서만 문제될 수 있다. 우리나라의 현행 건강관리공단제도는 실제로 공단이 스스로 수많은 의료기관을 샘플링하여 보험수가 부당청구 등의 문제를 해결하고, 의료분쟁의 경우에는 거의 개입하지 못하고 있다.

한편 감사의 방식에서 미국과 영국의 경우에는 의무감사제도를 도입하고 있다. 물론 독일의 경우에는 의료감정기관을 설치하여 의무감사제도를 도입하고 있다. 따라서 의료기관의 의료정보에 대한 독점성을 막고, 의료비청구의 부당 내지 위법을 심사하기 위한 감사구조는 의료보험제도하에서는 반드시 필요한 제도이다.

나아가 실질적으로 이러한 의료기관감사제도를 운영하기 위하여 독일의 경우에는 조합의사제도(Kassenarzt)를 두고 있다. 이러한 의료기관의 의료지식 내지 보험서비스에 대한 독점구조는 의료보험을 관리하는 공단에 담당의사를 고용함으로써 경쟁구조로 갈 수 있다. 더욱이 의사들 중에는 대민 의료서비스가 어려운 이들도 있으므로 이러한 이들은 공공의사로 저렴한 급여로 흡수하

는 현행제도보다는 이들을 조합의사로서 높은 보수로서 고용함으로써 의료인들의 독점구조를 막고 의료(서비스)정보에 대한 독점을 해결할 수 있는 정책이 될 것이다.

(5) 건강보험카드제

현재 우리나라는 건강보험증⁴⁷⁾을 사용하고 있다. 따라서 건강보험의 피보험자여부에 대한 확인과 보험급여를 신청하기 위한 인적사항을 수집하는 것 외에는 아무런 기능도 하지 못하고 있다. 따라서 이러한 국민건강증제는 전자카드의 형태로 바꿀 필요가 있다. 왜냐하면, 서비스를 중심으로 소비자인 국민과 보험서비스 제공자인 의료기관과의 관계에서는 피보험자 확인여부만, 보험자인 국민건강관리공단과 급여제공자인 의료기관과는 보험수가의 정산을 위한 것으로만 사용하기 때문에 제한된 의료서비스에 대한 정보만이 축적될 뿐이다.

따라서 이러한 제한된 정보교환관계는 보험료의 과다청구 사건이 빈번히 발생하는 문제도 발생하고, 소비자인 국민의 연말정산을 위하여서는 소비자가 일일이 의료비영수증을 수집하여 신청하여야 하는 문제가 발생한다.

특히 우리나라처럼 정보화가 잘 되어 있는 나라에서는 당연히 독일처럼 의료카드제를 도입하여 의료기관에 가면, 신용카드를 사용하듯이 카드를 통하여 모든 정보가 의료기관과 보험자간에 공유할 수 있도록 정보망과 정보은행이 구축되어야 한다.

이러한 시스템이 갖추어지면, 의료기관의 보험수가에 대한 독점구조를 사라지고 의료기관간의 유효경쟁을 유발함으로써 실제로 적정의 보험수가 청구가 가능하고, 후에 문제되는 과다진료를 막

47) 실제로는 보험카드라고 표현하나, 유럽식의 신용카드같은 마그네틱카드와 구분하기 위해 구분의 편의상 보험증이라고 칭한다.

는 총량제 진료도 가능함으로써 의료인 스스로 고수익을 위한 과다진료의 굴레에서 해방될 수 있기 때문이다.

(6) 본인부담금

우리나라의 의료보험은 OECD국가 평균을 하회하는 의료보험료를 지불함으로써, 실제 의료서비스를 제공받는 경우에는 총진료비 중에 보험급여가 50%이하이므로 피보험자가 본인이 직접 부담하는 비용이 과다하다.

우리나라는 이러한 피보험자가 보험급여 외에 별도로 직접 진료비를 지불하는 본인부담금제도를 운영하고 있다. 물론 법정책적으로 의료보험자 측이 전액 보험급여로 부담하는 제도도 있을 수 있다. 최근에는 이러한 전액보험급여제도의 경우에도 국가예산 및 보험기금 등의 부족으로 본인부담금을 늘여가고 있는 추세이기는 하다.

그러나 우리나라처럼 이러한 과도한 본인부담금제도는 위험의 분산이라는 보험원리에도 위배되고, 피보험자에게 보험료납입의무 외에도 진료비납입이라는 이중의 부담을 주므로 의료보험의 의미를 감소시키고 있다. 따라서 보험료 부담을 높이거나, 국고보조를 높임으로써, 본인부담금은 낮추는 독일과 같은 사회보험국가방식이 계속적으로 논의되고 있다.

물론 이러한 문제점을 일부 개선하는 방식으로 이러한 본인부담금이 평균적으로 실제로 50퍼센트를 넘어서고, 중증환자인 경우에는 그 부담이 막대하므로 최근에는 본인부담상한제를 실시하고 있다.

따라서 이러한 본인부담금제도에 대하여는 보험료를 인상하자는 의견과 조세저항 등을 우려하여 고수하자는 의견이 충돌하고 있다. 그러나 의료보험을 사회보장 내지 사회국가의 일환으로 국민의 생존배려를 위한다면, 보험료인상과 의료기관감사제도를 통

하여 실질적인 의료보험료정착에 힘쓰고, 본인부담금을 낮추어야 할 것이다.

(7) 보험진료비지불제도

의료인은 보험자와의 의료보험급여공급계약에 의하여 의료서비스를 제공하고 그에 대하여 보험진료비를 의료보험자에게 청구하게 되는데, 이러한 진료비 내지 진료보수의 지불방식에 따라 법정책이 나뉠 수 있다.

즉 우리나라처럼 본인부담금을 제외한 보험수가에 대하여는 상한선이 없이 완전경쟁제로 운영되는 법정책을 구사하는 나라도 있고, 반대로 일정한 상한선 내지 가이드라인을 정하는 독일같은 국가도 있다. 보험의협회가 총액계약방식에 의하여 기본임금을 결정한 후에, 건당포괄지급, 특별보수, 요양비, 기초요양비 등의 업적제로 추가적으로 지급하는 방식이 있다.

진료비 지급에 상한선이 없이 완전경쟁제로 운영되는 경우에는 의료인은 보다 많은 수입을 위하여 단위시간당 가능한 한 많은 환자를 진료하고자 한다. 따라서 환자당 불과 1~5분 안팎으로 진료하는 비양심적인 의료인을 양산하게 되고, 이것이 의원급일 경우에는 원래 제1차 진료기관이 달성하고자 하는 주치의제도는 고사하고 자칫 의료사고로 연결될 가능성도 있으며, 궁극적으로는 의료인을 무한경쟁에 내 놓음으로써 스스로 인간성을 마비시키고 기계적인 사고에 빠질 수 있다.

반대로 일정한 액수를 정하는 소위, 포괄수가제에 의할 경우에는 의료인이 수입에 연연하지 않고 편안하게 진료할 수 있고, 진료건수가 더욱 적은 병원의 경우에는 연구에 종사할 수도 있다. 다만 이러한 제도의 약점은 의료인의 전체적인 수입구조가 완전경쟁 하에서 보다는 비교적 균일하게 형성된다는 점이 지적될 수 있다. 그러나 반대로, 여성들의 경우에는 독일은 오전진료만 함으

로써 육아와 직업을 병행할 수 있는 밑바탕이 되고 있다.

VI. 결론 및 제언

의료보험 자체가 사회주의적 성과임에는 틀림없다. 그러나 시장 위주의 경영을 통해 유지하고 발전시키지 않으면 사회주의적 운영 자체가 붕괴된다는 점을 우리는 지난 역사에서 이미 확인한 바 있다. 시장경제를 위해서 평가한다면 간접적으로 사회 전체가 결정해야 할 사항과 직접적으로 사회를 구성하는 집단이 서로 분쟁으로 타결해야 할 사항은 구별할 수 있다고 본다. 다만 개별문제에 관한 한 이 두 개 요소는 비율적으로 섞이게 될 것이다.

보건의료 체계 중 시장적 요소의 대표자는 의사집단과 환자집단이다. 의료급여의 수준이 낮다는 점에 이의를 제기하는 이는 없다. 앞으로 계속해서 의료수준을 높여야 한다는 측면에서 보면 총 의료비용은 계속 증가할 것이다.

전국민 의료보험 체계의 구현주체로서 보건소를 비롯한 공적 집단과 민간병원을 비롯한 사적 집단의 비율을 개선한다는 주제는 최대의 문제다. 환자집단도 분류할 수 있다. 극단적인 상위 집단과 하위집단은 보험집단에서 배제할 수 있다. 원칙적으로 함께 위험에 나누어 대처한다는 보험정신에 비추어 본다면 이와 같은 기준에서 지나치게 벗어나는 소득최상위 집단과 소득최하위 집단에 대해서는 보험집단 자체가 의존하거나 수혜조치를 행한다거나 할 수는 없다고 본다. 어차피 의료급여가 하위집단에 대한 조치라고 한다면 법적으로 상위집단도 배제할 수 있다고 본다. 그에 따르면 의료보험의 지급비용과 본인부담 비용의 비율 역시 그에 못지않게 중요한 최대의 문제라는 점은 자명하다.

보험급여 제공집단 사이의 분쟁은 이익에 관련된 것이기 때문

에 언제나 협상이 가능한 것이다. 병원과 의원 사이, 개인 의사와 고용의사 사이, 약사와 한약사 사이, 의사와 약사 사이 등의 문제가 그렇다. 이들 사이의 문제를 조정함에 있어서 낮은 차원의 이해관계와 높은 차원의 자원 배분관계를 뚜렷하게 구별해야 한다. 국민건강의 유지와 전체의료 비용의 상관관계를 평가할 수 있는 각종 전문가적 평가와 자료를 제공해야 한다는 것은 너무나 뚜렷한 공적 의무이다. 경제상황과 의료의식 등을 평가하여 표준적 수준과 규모를 설정하고 그에 비추어 의료정책을 운영할 수 있게 공적 의식을 고양한다는 것, 그리고 그를 위해 어떤 조직이나 절차이든 제 몫의 노력을 기울이는 것이야말로 바람직하다. 그렇다고 경제적 손익계산을 이를 계기로 포기해야 한다는 뜻은 결코 아니다. 시장이 가동원리인 점은 개인이 기본권 주체로 체계 내에서 활력원이라는 점과 함께 어떤 순간에도 존중해야 할 원리이기 때문이다.

앞으로의 연구에서는 위의 법정정책학적, 헌법적, 비교법적 연구가 좀 더 체계적이고 완전하게 이루어져야 할 것이다. 법제도의 설계에 대한 논의가 좀 더 시간을 갖고 다양한 시각에서 좀 더 종합적으로 논의되어야 좀 더 바람직한 보건의료법체계의 도출이 이루어질 수 있을 것이다.

[참고문헌]

- 문옥륜·조형원 외(2004). 「건강보장론」. 서울:신광출판사.
- 보건복지부(2006). 보건복지백서.
- 부르스 제이 프리드, 로라 엠 게이도스(지역보건연구회 역)(2003). 「세계각국의 보건의료 체계 -도전과 전망-」. 서울:계축문화사.
- 이규식(2003). 「의료보장과 의료체계」. 서울:계축문화사.
- 이상광(2000). “국민건강보험법의 문제점”. 「인권과 정의」, 287:73
- 이인재·류진석·권문일·김진구(2006). 「사회보장론-개정2판」, 사회복지학총서 21, 서울:나남출판.
- 전광석(2002). 「국제사회보장법론」. 서울:법문사.
- 전광석(2005). 「한국사회보장법론」. 서울:법문사.
- 조형원·남복현·길준규·변무웅(2005). “법정책학적 연구방법 시론-보건의료법체계를 중심으로”. 정책연구의 이론과 방법(III)「한국정책학회 2005년 추계학술대회 연 제집」.
- 조형원·남복현·정규원·길준규·이호용·변무웅(2004). “현행 보건의료법체계의 법정책학적 접근”. 「의료정책연구소」.
- 한동관·손명세·박형욱·박민(1998). 「의료보험법 분석」, 한국의료법학회 학술총서1, 서울:동림사.

**Approach to History and Problems of Health Insurance
through Politics of Law**

Hyong Won Cho, Professor, Ph. D.

*Department of Health Policy and Management, College of
Health Sciences, Sangji University*

=ABSTRACT=

Health insurance has gone far toward solving Korea's health related problems through thirty years. Health Insurance as social security system has a role of national system to secure national health. But there are many problems in health insurance. There is a dispute about many issues, coverage of health security, compulsory appointment of health insurance organization, coverage and level of health insurance benefit, decisionmaking right of health insurance price, examination of health insurance etc. Generally, the opinion for health insurance policy to be leaded by nation sets against the opinion to be leaded by private sector. It is necessary to study politics of law, constitute law and comparative law for rational solving these problems. If desirable setting of health law system can be made, legal system must be set during a long time and be discussed synthetically in different standpoint.

Key Words : Health Insurance, social security system, health insurance's issues, problems of health insurance, health insurance policy, politics oflaw