대한의료법학회
『의료법학』 제20권 제3호
https://doi.org/10.29291/kslm.2019.20.3.003

건강보험법의 형성과 발전, 그리고 과제

전 광 석*

Ⅰ. 의료법학과 건강보험
Ⅱ. 건강보장과 건강보험
1. 건강보험: 건강보장정책의 구성요소
2. 건강보험의 특수성
Ⅲ. 1999년 이전 시기; 의료보험의 시행과 남겨준 문제
1. 의료와 의료기관의 사회화에 대한 인식과 시행 유보
2. 의료보험의 시행과 확대 -낮은 수준의 보편적 평등의 경로
Ⅳ. 1999년 이후 시기; 합리화와 부분적인 보장 강화
1. 건강보험통합
2. 급여비용 결정절차
3. 보장성 강화
Ⅴ. 남겨진 문제와 시대의 과제; 결론을 대신하여
1. 새로운 상황
2. 건강보장의 보편성
3. 건강보험의 보장성, 제도적 및 재정적 관련성
4. 건강보험의 재정위기와 제도의 위기, 국고지원
5. 건강보험의 거버넌스

Ⅰ. 의료법학과 건강보험

이 글은 대한의료법학회 창립 20주년을 기념하는 심포지움에서 발표를 위하여 작성되었다. 따라서 최소한의 범위에서 필자가 다루는 건강보험법과 의료법학 및 대한의료법학회와의 관련성을 언급하는 것은 의미가 있다고 생각된

* 논문접수: 2019. 12. 11. * 심사개시: 2019. 12. 13. * 게재확정: 2019. 12. 27.
* 연세대학교 법학전문대학원 교수(cheon@yonsei.ac.kr).

다. 먼저, 시점(時點)의 문제이다. 대한의료법학회는 1999년 창립되었다.[1] 1999년은 멀리 보면 의료보험법이 처음 제정된 1963년 이후, 그리고 가까이 보면 사회보험의 본질적인 요소를 갖추고 의료보험이 시행된 1977년 이후 결정적인 전환기(epochal moment)를 맞는 시점이었다. 1963년 당시부터 계속 논쟁의 중심에 있었던 관리운영방식이 이때 기존의 조합방식에서 통합방식으로 전환되었다.[2] 그리고 이는 단순히 관리운영방식의 전환에 그치지 않고 여러 차원에서 건강보험이 새로운 국면에 접어드는 계기였다. 상징적으로 이때 '의료보험'은 '건강보험'으로 이름을 바꾸었다. 그 의미에 대해서는 아래에서 설명한다. 보다 중요한 실질적인 관련성은 건강보험법과 의료법이 기능적으로 밀접하게 연계되었다는 점이다. 이는 의료법과 국민건강보험법의 목적이 중첩되어 있다는 점에 잘 나타나 있다.[3] 의료법은 의료인의 자격과 의료행위, 의료인과 환자의 관계, 그리고 분쟁해결 및 책임문제 등을 규율대상으로 한다.[4] 1977년 의료보험법이 시행되면서 이와 같은 의료법의 규율대상은 동시에 의료보험의 법률관계를 구성하게 되었으며, 사안에 따라 적용법률이 경합하는 경우도 발생하게 되었다. 의료법상 의료인과 환자의 관계는 동시에 의료보험법상 요양기관과 수급자의 관계와 중첩되게 되었다. 의료법의 규율대상이 건강보험법에서는 요양기관 지정, 급여와 비급여 혹은 임의비급여, 요양급여비용의 산정방식, 부정청구와 수급 등의 문제와 경합하게 되었다.[5] 의료법에서 원칙적으로 의료행위의 재량이 인정되지만 건강보험법에서는 원칙적으

---

1) 대한의료법학회의 창립취지는 부분적으로 의료법학 창간호(2000) 창간사 및 부록에 수록되어 있는 대한의료법학회 설립추진 경과에서 찾아볼 수 있다.

2) 1963년 의료보험법 제정 전후, 그리고 이후 해당 사안에 대한 정책논의에 대해서는 예컨대 전광석, 한국사회보장법의 역사(집현재, 2019), 199면 이하, 208면 이하 및 261면 이하 등 참조.

3) 아래 각주 15 참조.

4) 예컨대 의사면허, 의료행위 등에 관한 의료법의 태도 및 그 헌법적 문제에 대해서는 헌재 2005.5.26, 2003헌바86, 17-1, 630면 이하; 2007.4.26, 2003헌바71, 19-1, 390면 이하; 2010.7.29, 2008헌가19등, 22-2(상), 37면 이하 등 참조.

5) 건강보험법과 민법이 경합하는 가능성에 대해서는 예컨대 대판 2009.11.26, 2009두8786 참조.

로 정형화된 종류와 방법 및 내용의 범주에서 요양급여가 지급되어야 하는 규제를 받는다.[6] 그리고 건강보험이 전 국민보험으로 발전하면서 이와 같은 사안에 대한 의료인의 관심은 의료법에서 해당 사안에 대한 관심 못지않게 되었다.

위에서 언급한 건강보험법과 의료법의 기능적 관련성은 1999년 다음과 같이 보다 구체적인 문제로 현실화되었다.

첫째, 건강보험이 분산된 조합이 아니라 일원화된 조직(국민건강보험공단)에 의하여 운영되면서 적어도 상대적으로 보면 사회보험정책의 성격에 비해서 사회정책 혹은 국가정책의 성격을 강하게 띠게 되었다. 보험료와 조세의 구분이 불명확하게 인식되는 문제도 뒤따랐다. 건강보험이 국가의 과제에 편입되었을 뿐 아니라 국가정책의 구성부분이 되었으며, 이는 건강보험의 의사결정구조에 영향을 미치고, 또 의사결정구조의 개편을 논의하는 계기가 되었다.[7] 건강보험의 당사자인 건강보험공단과 가입자, 그리고 공급자인 의료계의 각자의 영역에 대한 독자적인 결정권한이 축소되고 건강보험의 중요한 사안이 건강보험정책심의위원회에서 공동결정에 맡겨지는 것이 대표적인 예이다. 이에 비해서 가입자가 의료수요를 결정하는 재정운영위원회의 권한은 축소되었다.[8] 이로써 건강보험 가입자 및 의료인의 입장에서 보면 의료의 공공성이 강화되고, 그만큼 의료인의 자율적인 결정의 범위 및 결정의 권리가 건강보험법의 법률관계, 그리고 국가의사결정과정에 편입되었다. 그러나 여기에는 건강보험이 정치화될 가능성이 따랐다. 이는 건강보험이 객관적으로 타당한 체계를 형성하지 못하는 경우 정치적 구도 등 우발적인 변수와 이익단체의 영향력에 의하여 건강보험 가입자와 의료인의 자율권의 범위와 결정권 자체가 축소·약화될 수도, 혹은 확대·강화될 수도 있다는 의미를 갖는다.

둘째, 1999년은 역사적 시각에서 보면 1997년 말 발생한 외환위기를 극복

---

6) 이와 같은 원칙과 예외의 관계에 대해서는 예컨대 대판 2012.6.18, 2010누27639(건강보험); 2012.9.13, 2010두27974(의료급여) 등 참조.

7) 이에 대해서는 아래 V.5. 참조.

8) 이 점에 대한 지적으로는 아래 각주 74 참조.

하는 과정의 연장선상에 위치한다. 국가위기의 상황에서 이를 극복하기 위하여 직접 관련된 문제는 물론이고 간접적인 관련성을 갖는 정책에 대한 협의 및 합의, 그리고 포괄적 문제해결에 대한 사회적 압력은 거셌다. 이때 외환위기를 극복하기 위한 구조조정은 사회정책에 의한 지원을 받을 수 있을 때 비로소 실현될 수 있다는 점이 충실히 인식되었다. 이는 시장기능을 강화하고 동시에 사회안전망을 구축하는 모순된 과제였다.[9] 실제 당시 노사정위원회에서 건강보험 통합일원화에 대한 합의가 이루어지면서 이 문제에 대해서 오랫동안 있어왔던 저항은 거의 제거되었다. 그러나 이와 같은 신속하고 포괄적인 합의에 있어서도 당사자가 정책전환을 수용할 수 있도록 어느 정도 배려가 필요했다. 또 부분적으로 위기의 상황에서는 덮어져 있었던 장기적인 과제도 남겼다.[10] 행정부의 일방적인 고시에 따른 요양급여 비용의 산정방식이 의약계대표 등을 계약의 당사자로 하는 계약방식으로 전환된 것이 전자의 예에 해당한다. 특히 지역가입자의 보험료 부과체계는 이미 1988년 및 1989년 지역의료보험이 시행되면서 나타났던 문제였다.[11] 그러나 건강보험의 관리운영이 통합되면서 지역가입자의 보험료 부과방식은 그 자체 타당성뿐 아니라 직장가입자와 불균형, 또 재정 전가(轉嫁)의 문제 양상을 새롭게 띠게 되었다.[12] 이는 이후 지속적으로 임기응변적 보정(補正)을 겪어야 했다. 그러나 아직 제도의 방향과 구체적인 내용에 대한 논의가 혼란을 벗어나지는 못하고 있다.

위와 같은 의료법과 건강보험법의 시간적 및 기능적 관련성에 관한 가설이 대한의료법학회의 창립에 직접적인 영향을 미친 요소였는가는 필자가 판단할 수 있는 문제는 아니다. 그러나 적어도 학회 창립 직후 이와 같은 근본적인 상황의 변화가 인식된 것은 명확하다. 이미 창립 초기인 2001년 대한의료법학회

---

9) 이와 같은 시대의 딜레마에 대해서는 전광석, 위 각주 2의 책, 295면 이하 참조.
10) 이에 대해서는 아래 각주 51 참조.
11) 이 점에 대해서는 의료보험연합회, 의료보험의 발자취(1996년까지), 1997, 469면 이하, 481면 이하 등 참조.
12) 아래 각주 63 참조. 당시 이에 관한 다양한 정책대안에 대해서는 예컨대 이규식, “건강보험의 새로운 패러다임 모색”, 사회보장연구(제18권 2호), 2002, 249면 이하 참조.

는 이 문제를 정기학술대회의 주제로 삼아 담론의 장을 마련하였다.[13)]

II. 건강보장과 건강보험

1. 건강보험: 건강보장정책의 구성요소

건강보험은 헌법적으로 보면 국가의 건강보장의 객관적 과제(헌법 제34조 제2항, 제36조 제3항)를 실현하고, 주관적으로는 인간다운 생활을 할 권리(헌법 제34조 제1항), 그리고 보건권(제36조 제3항)을 보장하는 주축(主軸)을 이루는 정책수단이다.[14)] 그러나 건강보험이 건강보장을 위한 유일한 수단은 아니다. 오히려 건강보장이 보편적으로 실현되어야 한다는 관점에서 보면 구체적인 권리의무관계를 내용으로 하는 건강보험에 비해서 국민 모두에게 접근 가능성을 보장하며, 건강증진을 위한 환경적 요소를 주목하는 공중보건 등 하부구조를 충실히 하는 것이 보다 효율적이라는 인식이 필요하다.[15)] 다만 이와 같은 객관적인 과제는 구체적인 법률관계에 기초하여 개인에게 권리와 의무가 귀속되는 건강보험의 법률관계에 비해서 일반적으로 정치적 및 정책적 주목을

---

13) 2001년 대한의료법학회 춘계학술대회 발표자와 주제는 다음과 같다. 권순원, “건강보험의 개혁방안-최근 보험재정 위기를 중심으로”; 전광석, “국민건강보험의 법률관계-헌법적 접근의 가능성”; 전현희, “국민건강보험의 법령의 검토-실무적인 접근 가능성”. 발표논문들은 의료법학(제2권 제1호), 2001, 236면 이하, 277면 이하 및 319면 이하에 수록되어 있다.

14) 국가의 건강보장의 과제 및 건강권에 대해서는 예컨대 김주경, “건강권의 헌법학적 내용과 그 실현”, 법학연구(제23권 제4호), 연세대 법학연구원, 2013, 93면 이하; 박성민, “국민건강보험의 보장성에 관한 법적 고찰”, 태평양/동천(편), 사회복지법연구(경인문화사, 2019), 102면 이하; 박지용, “인간다운 생활을 할 권리와 건강권”, 의료법학(제20권 1호), 2019, 5면 이하 등 참조. 이밖에 이에 관한 헌법재판소의 이해방법에 대해서는 헌재 2009.11.26, 2007헌마734, 21-2(하), 597면; 2012.2.23, 2011헌마123, 24-1(상), 371면 이하 등 참조.

15) 건강보장에서 이와 같은 기능의 중첩 및 기능분배에 관한 문제의식에 대해서는 예컨대 박지용, “빈곤과 건강보험법”, 사회보장법학(제2권 1호), 2013, 95면 이하; 신영전, “글로벌 경제위기와 의료보장의 사각지대”, 한국사회정책(제17집 1호), 2010, 118면; 이진석, “보건의료정책의 역사적 변화와 전망”, 김병섭 외, 우리 복지국가의 역사적 변화와 전망, (서울대 출판문화원, 2015), 192면, 196면 이하 등 참조.

받지 못하는 역설이 발견된다.

건강보험법의 형성과 발전, 그리고 앞으로의 과제를 살펴보는 이 글에서 건강보장의 넓은 과제와 관련된 건강보험의 특성, 그리고 건강보험 자체의 특성을 이해하는 것은 매우 유용하다.[16] 이때 비로소 건강보험의 정책영역, 당사자, 당사자에 관한 법률관계, 그리고 규범구조와 관련된 특성에 기초하여 주제에 대한 충실한 서술이 이루어질 수 있기 때문이다.

2. 건강보험의 특수성

건강보험은 국민보건의 향상과 사회보장의 증진을 목적으로 하며, 이를 위하여 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시한다(국민건강보험법 제1조).[17] 이미 이 규정에서 건강보험의 몇 가지 내용과 정책적 특징을 엿볼 수 있다.

가. 과제의 포괄성과 평등지향성, 적극성·개방성, 건강보험법의 목적 규범성

건강보험의 과제는 포괄적·적극적이고 개방적이다. 건강보험은 질병 및 부상의 진단과 치료뿐 아니라 예방과 재활을 포함한다. 또 건강보험은 신체적 상태뿐 아니라 정신심리적 상태를 대상으로 한다는 점에서 포괄적이다. 그리고 이는 모든 국민 혹은 가입자에게 평등하게 실현되어야 한다. 분배의 불평등이 어느 정도 복지의 불평등으로 이어지는 정책의도와 결과가 건강보장에서는 용인되지 않는다는 것이다. 건강보장을 위한 건강보험은 이미 발생한 질병을 치료하는 데 한정되지 않고 질병을 예방하여 건강을 증진하는 과제를 갖는다는

---

16) 사회보장과 건강보장, 건강보험의 과제와 기능적 관련성에 대해서는 예컨대 Hans F. Zacher, “Sozialstaat und Gesundheitspolitik”, Hans F. Zacher, Abhandlungen zum Sozialrecht II(C.F.Müller, 2008), 155면 이하 참조.

17) 위에서 언급한 바와 같이 의료법의 목적 역시 다르지 않다. 즉 “이 법은 모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진하는 데에 목적이 있다”(법 제1조).

점에서 적극적이고 미래지향적이다. 2000년 기존의 의료보험이 건강보험으로 이름을 바꾼 것은 이와 같은 과제의 포괄성과 적극성을 상징하는 의미를 갖는다. 건강보험에서 질병의 치료와 예방, 그리고 재활에 대한 인식과 조치는 질병 및 건강에 대한 국민의식, 의학 및 의료기술의 발전에 따라 진화한다는 점에서 개방적이다[18]. 이 점에서 복지수요가 공급, 즉 급여의 종류와 내용 및 수준을 결정하는 사회보험의 일반적인 구조와는 달리 건강보험정책은 의료공급이 자체 동력(動力)을 갖고 의료수요에 지속적으로 영향을 미치는 과정을 포함한다. 마지막으로 건강보장은 특정한 상태를 구성요건으로 하고, 이에 법적 효과를 부여하는 형태로, 말을 바꾸어 하면 원인과 결과의 관계를 규율하여 입법목적을 실현하는 유형에 해당하지 않는다. 건강보험법은 오히려 모든 국민에게 건강한 상태를 실현하는 목적규범의 성격을 가지며, 목적의 실현 여부에 따라 제도가 평가된다.[19] 그러나 건강보험법의 목적은 아래에서 설명하는 바와 같은 피할 수 없는 구조적 흠결로 인하여 필연적으로 실현에 한계가 있다.[20]

건강보험의 위와 같은 특성은 예컨대 같은 사회보장의 목적을 갖는 국민연금과 비교하면 보다 뚜렷하다. 국민연금은 노령, 장애, 사망 등 소득 혹은 소득능력의 상실이 의제되는 상황이 발생한 경우 급여를 지급하여 사회보장을 실현한다. 이때 국민연금은 노후소득을 '부분적'으로 보장하며, 연금 수준은 과거 가입자의 소득을 기준으로 산정된다. 국민연금의 수준은 법률에 확정되어 있다. 또 연금은 현금으로 지급되기 때문에 실제 노후생활에 기여한다는 보장은 없다. 급여수준이 제한적이라는 사실 이외에 다양한 상황적 및 개인적 요소들이 노후생활 전반, 즉 소득, 거동(擧動), 사회활동 등에 영향을 미치기 때문

---

18) 이와 같은 건강보험의 포괄성과 개방성은 질병에 대한 치료의 범주를 확정하는 데 해석의 문제를 남긴다. 질병의 치료와 건강한 상태의 범주가 명확히 구분될 수 없기 때문이다. 기본적으로 질병의 상황에서도 나타나는 이와 같은 불명확한 범주에 대한 해석의 문제에 대해서는 예컨대 Peter Axer, "Die Bedeutung der Lebensqualitaet - aus sozialrechtlicher Perspektive", Science Direct(2014), 130면 이하 참조.

19) 사회보장법이 일반적으로 갖는 이러한 특성에 대해서는 전광석, 위 각주 2의 책, 69면 이하 참조.

20) 이에 대해서는 아래 II.2.다. 참조.

이다. 이 점에서 보면 국민연금이 노후에 상실되는 소득을 대체하여 노후생활을 보장하는 기능은 추상적이며, 국민연금이 노후소득을 보장한다는 목적은 엄격히 보면 수사적(修辭的)이다.

나. 서비스급여

건강보험은 질병을 치료하고 건강을 보장하기 위하여 요양급여를 현물 및 서비스 형태로 제공한다. 이 점 역시 현금급여를 지급하는 국민연금과 다르다. 이와 같은 서비스급여의 종류와 내용 및 수준을 법제화하는 데에는 한계가 있다. 질병 및 부상에 대한 진단 및 처방, 필요한 예방의 범위와 정도, 그리고 재활의 방법은 요양기관이 개별적인 환자의 구체적인 상태를 대면(對面)하여 전문적 지식과 기술에 기초하여 판단하여야 하기 때문이다. 이 점에서 요양기관의 재량 판단은 원칙적으로 인정된다.[21] 다른 한편 건강보험은 의료행위의 재량을 통제할 수 있어야 한다. 특히 우리 건강보험에서와 같이 급여비용의 산정방식으로 행위별수가제가 적용되는 경우 진료남용의 가능성은 어느 정도 내재해 있다. 또 의료행위에 있어서 의료인과 환자와의 관계에서 정보의 비대칭은 뚜렷하다. 따라서 주관적으로는 환자의 보호를 위하여, 그리고 객관적으로는 의료행위가 남용되어 국민의료비, 그리고 건강보험재정이 악화되는 것을 방지하여야 하기 때문이다. 이를 헌법적으로 보면 다음과 같은 구조가 나타난다. 즉 의료행위의 특징에서 보면 의회유보 혹은 법률유보를 구성요소로 하는 민주주의 및 법치국가원리가 충실하게 실현될 수 없다. 그러나 건강보험의 기능의 측면에서 보면 그만큼 의료행위의 재량과 건강보험의 효율성 및 경제성, 의료인의 직업의 자유와 건강보험의 재정안정성 및 지속가능성의 긴장관계를 민주주의의 의사결정 및 기본권의 헌법구조에 포섭하여 정렬하는 작업이 필요하다.

건강보험에서 서비스급여를 정형화하여 의료수요와 공급의 균형을 유지하

---

21) 진료에 있어서 재량행위의 성격 일반에 대해서는 예컨대 대판 1996.6.25., 94다13046; 2010.7.8, 2007다55866; 2010.7.22, 2007다70445 등 참조.

는 문제는 구조적인 어려움이 있다. 건강보험에서 보험료와 보험급여 간의 비용편익효과에 대한 가입자의 관심은 제한적이다. 가입자의 1차적인 관심은 적절한 요양급여를 받는 데 있으며, (민간보험과는 달리) 요양급여의 지급 여부 및 정도가 개별적으로 보험료 산정 및 부과에 영향을 미치지 않는다. 또 가입자는 필요한 경우 즉시 급여를 받을 수 있기 때문에 적절한 범위에서 점진적으로 이루어지는 보험료 인상에 예민하지 않고, 또 일반적으로 수용 정도가 높다. (최근 국민연금 개혁을 위한 제안과 평가에서 볼 수 있었듯이) 적어도 상대적으로 현재 급여가 지급되지 않는 상태에서 보험료를 인상하는 경우 국민연금이 부딪치는 저항과는 차이가 있다. 요양기관의 과다진료는 의료행위의 재량(의 남용), 그리고 행위별수가제의 비용산정방식이 작용하여 어느 정도는 피할 수 없다. 그렇다고 국민건강보험공단이 비용팽창에 예민할 것을 기대할 수도 없다. 급여비용의 증가는 적절한 범위에서는 보험료율의 인상을 통하여 가입자에게 전가(轉嫁)할 수 있기 때문이다. 이와 같은 건강보험의 특성에서 보면 다시 한 번 의료수요와 공급의 연계 및 상호작용, 그리고 그 의미를 근본적으로 주목하고, 또 점검하여야 한다. 의료수요가 공급을 통제하는 총액계약제, 혹은 공급을 제도적으로 제한하는 포괄수가제 등이 대안으로 논의되고 있지만 지체되고 있는 구조적인 이유이다.

다. 규범구조의 특성; 청구권과 청구권 실현관계, 그리고 구조적 흠결

위와 같은 건강보험의 급여와 관련된 특성, 즉 건강보장의 포괄성과 적극성 및 개방성, 건강보험법의 목적규범성, 그리고 서비스급여의 특성은 건강보험의 규범구조에 다음과 같은 영향을 미친다. 건강보험에서 수급자의 급여청구권은 요양기관에서 진료의 방법과 내용에 적용되는 규범(기준)과 밀접한 관련성을 갖는다. 이때 의학 및 의료기술이 발전하면서 진료의 효율성을 증진시키기 위하여 진료방법과 내용은 지속적으로 변화한다. 위에서 확인한 바와 같이 의료공급이 의료수요에 영향을 미치는 구조를 띤다는 것이다. 이 점은 국민연

금과 비교하면 뚜렷하다. 국민연금에서 수급권자는 국민연금공단에 청구권을 행사하며, 또 공단에 의하여 청구권이 실현된다. 이에 비해서 건강보험에서는 수급권의 실현에 있어서 다음과 같이 복잡한 규범구조가 나타난다.

먼저, 서비스급여의 특성상 법제화에 한계가 있다는 점에 대해서는 위에서 언급하였다. 그런데 법제화가 가능한 경우에도 새로운 진료방법과 내용을 건강보험에 포섭하는 여부 및 정도는 진료의 효율성과 필요성, 그리고 재정관련성 등을 고려하여 전문적·정책적 판단에 기초하여 결정되며, 이에 대한 결정은 신속하게 이루어져야 한다. 국회입법은 이와 같은 전문적인 사안을 신속히 입법화하는 데에 적합한 규범형식은 아니며, 따라서 국회제정법은 행정입법과의 기능 분담이 필요하다. 그 결과 건강보험의 정책결정구조, 그리고 이에 상응하여 규범구조는 다층적이다. 이 점에서 건강보험은 국회의 입법적 결정과 이에 대한 행정적 집행의 단순구조로 실현되는 국민연금과 차이가 있다. 다음, 위에서 언급했듯이 건강보험에서 수급권은 요양기관에서 제공되는 진료의 종류와 내용 및 수준에 관한 규범(기준)과 기능적으로 밀접하게 연계되어 있다. 그런데 이 점에 있어서 진료행위의 전문성과 효율성, 그리고 의료기관의 수익성과 의료보험의 공공성 등의 이념과 정책기준이 충돌할 수 있다. 이를 법률을 통하여 조정하는 것은 국회에게는 지나친 부담이다. 따라서 법률은 급여관계의 대강, 그리고 구체적인 결정을 위한 절차와 조직을 규율하고, 구체적인 사안은 하위규범에 위임하여야 한다. 이와 같은 다층적인 결정절차 및 조직의 형성에 있어서 건강보험공단과 가입자, 그리고 요양급여 공급자 등을 기능에 적합하게 구성하고 또 비중을 배분하는 문제는 또 다른 과제이다.[22] 구체적으로 보면 급여관계와 급여비용 보상관계는 국민건강보험법-국민건강보험법 시행령-국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙-요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항, 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 등 고시의 규범구조를 종합적으로 주목하지 않는 경우 충실히 이해될 수 없다.

---

22) 이에 대해서는 아래 V.5. 참조.

건강보험의 입법목적, 급여의 특수성 및 규범구조의 특성에서 건강보험의 구조적 흠결이 나타난다. 요양기관의 전문적 판단과 이에 대한 재량을 존중하여야 하지만 이를 요양급여의 효율성과 경제성과 조화시키고 안정적으로 운영하기 위해서는 진료의 방법과 내용이 어느 정도 정형화되어야 한다. 그리고 이는 위에서 서술했듯이 또 다른 정책결정과 하위규범에 의한 법제화를 필요로 한다. 그런데 이와 같은 과정을 통하여 형성된 건강보험의 정형화된 제도 내용은 개별적인 상황에서 의학적 전문성에 기초하여 이루어지는 구체적인 판단과 차이를 보일 수 있다. 이때 일반적으로 환자의 진료에 대한 자율적인 결정권과 건강보험의 재정부담이 충돌하기도 한다. 이와 같은 구조적 흠결은 건강보험에서 피할 수 없으며, 이 지점에서 이른바 임의비급여의 문제가 발생한다.[23] 이때 헌법의 인간다운 생활을 할 권리, 건강권 등을 근거로 직접 특정한 진료의 방법과 내용에 대한 청구권을 도출하는 것은 적절하지 않다.[24] 아래에서 지적하는 바와 같이 건강보험의 퇴보는 기대할 수 없으며, 급여결정은 건강보험에 장기적으로 재정적 부담을 남긴다. 따라서 이는 건강보험급여의 효율성과 경제성 등 다양한 요소를 고려하여 입법 혹은 건강보험의 기능구조에 적합하게 구성된 합의체의 의사결정을 거쳐 판단되어야 하기 때문이다.

라. 건강보험-기본적인 자유의 조건에 대한 보편적 보장

건강보험의 과제 중 특히 질병의 치료와 건강의 회복은 가장 기본적인 자유

---

23) 이에 대해서는 아래 각주 61 참조.

24) 예컨대 독일에서 연방헌법재판소는 일정한 조건 하에 특정한 진료방법에 대한 청구권을 헌법으로부터 도출한 바 있다(이른바 'Nikolaus 결정'). BVerfGE 115, 25면 이하 참조. 이 결정은 헌법재판이 입법적 결정을 대체(代替)하여, 사법권의 한계를 일탈하였으며, 또 이로 인하여 발생할 재정효과에 대한 인식이 충실하지 못했다는 비판을 받은 바 있다. 이에 대해서는 예컨대 Stefan Huster, Juristen Zeitung(2006), 466면 이하; Hans Michael Heinig, "Hüter der Wohltaten?", Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht(2006), 771면 이하 등 참조. 이후 독일 건강보험법은 연방헌법재판소 결정의 취지를 반영하면서, 그러나 급여조건을 엄격히 하는 규정을 추가하였다. 즉 생명에 대한 직접적인 위협이 있거나 이와 유사한 사안에 있어서는 요양급여기준에 해당하지 않는 경우에도 급여를 청구할 수 있다(사회법전 제5권 제2조 제1a항).

(basic liberty)의 조건에 해당한다. 현재 발생한 질병이 적시에, 그리고 적합한 방법과 내용으로 진료되지 않을 경우 회복할 수 없는 피해가 발생한다. 따라서 건강보험은 질병을 신속히, 적어도 적시에 치료할 수 있을 때 비로소 목적을 실현할 수 있다. 이와 같은 건강보험의 특성은 제도변화의 가능성에도 뚜렷한 영향을 미친다. 즉 건강보험에서는 제도를 하향 조정하는 탄력성을 기대하기는 어렵다. 오히려 건강보험에서 재정을 안정화하기 위하여 급여를 축소하는 방법이 아니라 보험료율을 인상하거나, 혹은 보험료 부과대상을 확대하는 방법이 채택된다. 이와 같은 정책선택에는 건강보험에서 보험료와 급여의 등가성이 엄격하게 적용되지 않으며, 따라서 보험료율 인상 및 보험료부과대상의 확대가 지출의 증가와 필연적으로 연관되어 있지 않다는 점도 영향을 미친다. 특히 보험료 부과대상을 확대하는 방법은 비교적 정책 주목을 받지 않으며, 이 보다는 민감성이 높은 보험료율의 인상을 지체시킬 수 있다는 정책효과도 있다.

건강보험의 퇴보는 현재 제도에 대한 국민의 수용성에 구체적으로 민감하게 영향을 미친다. 따라서 건강보험의 합리화라는 명분이 있더라도 결과적으로 보장수준을 퇴보시키는 조치는 정치적으로 감당하기는 어려우며, 아마도 거의 불가능할 것이다. 이는 국민연금이 1998년과 2007년 두 차례에 걸쳐서 연금수준을 인하하는 개정을 할 수 있었던 상황과 비교된다. 가입자가 부담하는 보험료의 수준이 부담능력의 한계에 이르거나 벗어날 우려가 있을 때 비로소 이에 관한 논의가 가능할 것이다. 예컨대 독일에서 이는 1980년대 후반 나타났던 현상이었다.[25] 독일의 경우 기본적으로 수급자의 본인부담이 없고, 비급여의 범위가 좁기 때문에 수급자에 추가로 재정을 부담시키는 정치적 여지가 있었고, 또 본인부담의 선택을 하는 경우 보험료를 반환받을 수 있는 유인이 함께 있었다(이른바 'Wahltarif').[26] 그러나 이를 우리의 상황과 평면적으로

---

25) 이 점에 대해서는 예컨대 전광석, 독일 사회보장법과 사회정책(박영사, 2008), 52면 이하 참조.

26) 이에 대해서는 예컨대 Ingwer Ebsen/Astrid Wallrabenstein, "Krankenversicherungsrecht", Ruland/Becker/Axer(편), Sozialrechtshandbuch(Nomos, 2018), 815면 이하 참조. 이밖에 독일 건강보험에서 시장과 경쟁의 요소를 도입하였던 상황 요인과 내용, 그리고 문제에

비교할 수는 없다. 즉 이는 아직 우리의 상황은 아니다.

건강보험의 위와 같은 특성은 제도형성에 다음과 같은 영향을 미친다. 건강보장, 적어도 질병의 치료는 보편적으로, 그리고 (위에서 지적했듯이) 평등하게 실현되어야 하기 때문에 건강보험의 수급자가 아닌 국민을 건강보장의 대상에서 제외하는 것은 그 자체가 (적어도 정치적으로는) 현저한 불평등, 그리고 가장 기본적인 자유의 조건에 대한 차별에 해당하며, 이는 건강보험의 정당성에도 의문을 제기하게 된다. 일반적으로 사회보험에서 시장에서의 분배의 차이가 재분배에 어느 정도 반영되고, 그 결과 사회보험은 시장경제를 정당화하는 효용성이 있다.[27] 그런데 이와 같은 복지의 차이를 의도하는 정책이 건강보험에서는 취해질 수 없다는 것이다. 국민연금과는 달리 의료보험의 경우 1977년 시행하면서 처음부터 의료보험 수급자가 될 수 없는 국민을 위하여 의료보호제도를 구상한 것은 이와 같은 특수성이 인식되었기 때문이다. 또 의료보험의 역사에서 간헐적으로 의료보험과 의료보호의 이원적 체계에 의문을 제기하였던 원인이기도 하다.[28]

위와 같은 건강보험의 목표와 보편성 역시 국민연금과 비교된다. 국민연금의 과제는 처음부터 제한적이었고, 또 재정 및 인구구조의 변화 등의 상황에 따라 제도조정의 탄력성이 있었다. 국민연금은 노후소득보장을 위한 가장 기본적인 제도이지만 이미 1986년 입법과정에서 퇴직금과 연계되어 과제분담이 이루어졌다.[29] 또 국민연금은 보험료에 대한 반대급부로서 장기적으로 연금을 지급하기 때문에 아직 연금의 지급 시점이 멀리 있어 가입자가 연금수준에

대해서는 예컨대 Ulrich Becker, "Gesetzliche Krankenversicherung zwischen Markt und Regulierung; Reform des Gesundheitssystems und ihre europäischen Perspektiven", Juristen Zeitung(1997), 534면 이하 참조.

27) 사회보험의 이와 같은 경제적 효용성에 대해서는 예컨대 전광석, 복지국가론-기원·발전·개편(신조사, 2012), 71면 이하 참조.

28) 1988년 지역의료보험의 실시, 그리고 2000년 건강보험 통합과 관련하여 제기되었던 위와 같은 문제의식에 대해서는 전광석, 위 각주 2의 책, 209면, 264면 등 참조.

29) 당시 이에 관한 논의에 대해서는 박경숙, “공적연금과 사적 퇴직급여의 연계; 퇴직준비금 전환에 따른 과제와 대책”, 사회보장연구(제9권), 1993, 32면 이하; 전광석, 위 각주 2의 책, 218면 이하 등 참조.

대한 불이익한 변경에 민감해지기 전에 선제적(先制的)으로 제도를 정비하였고, 이때 국민연금을 보완하는 다원적 및 다층적 지원을 할 수 있었다. 1998년 및 2007년 국민연금의 수준을 낮추면서 노인복지법에 경로연금을, 그리고 이후 기초노령연금법을 제정하여 기초노령연금을 도입한 것이 이러한 예에 해당한다. 또 노후소득보장에 관한 한 개인은 제도변화에 맞추어 장기적이고 안정적인 소득보장을 위하여 기존의 노후설계를 조정할 수 있다.[30]

마. 사회보장 전체 구도와 건강보험

건강보험은 사회보장 전체 구도와 밀접하게 연계되어 있다. 건강보험이 기능하지 못하는 경우 다른 사회보장, 예컨대 국민연금의 기능에 부정적인 영향을 미친다. 국민연금이 노후에 상실된 소득을 보장하는 기능에 충실하지 못하고 건강보장에 소진(消盡)될 것이기 때문이다. 건강보장으로 범위를 좁혀서 보면 건강보험이 가입자에게 적시에 적합한 진료를 제공할 수 없는 경우 이는 의료급여의 부담을 가중시킨다. 거꾸로 의료급여의 적용범위가 제한적이거나 기능에 충실하지 못하는 경우 결국 건강보험이 이를 부담하여야 한다. 아래에서 언급하는 바와 같은 현재 건강보험은 이와 같은 상황에 있다. 이 경우 건강보험은 국고지원에 의하여 보험료 부담능력이 없는 가입자를 보호하는 이질적인 부담을 감당하거나, 혹은 건강보험의 사회보험으로서의 성격을 약화시키고 일반 국가정책의 성격을 강화하는 정책전환이 필요하게 된다. 의료급여 수급권자를 노인장기요양보험에 의한 수급권자로 하면서 이에 대한 재원을 국가 혹은 지방자치단체가 부담하는 노인장기요양보험법이 전자의 경우와 유사한 예에 해당한다. 이로써 건강보험은 부분적으로 국민보건제도에 접근하게 된다.

---

30) 예컨대 재정을 안정화하기 위한 공무원연금의 개정 조치에 대해서 헌법재판소는 모두 합헌결정을 한 바 있다. 예컨대 헌재 2003.9.25, 2001헌마93등, 15-2(상), 319면 이하; 2005.6.30, 2004헌바42, 17-1, 973면 이하; 2015.12.23, 2013헌바259, 27-2(하), 549면 이하 등 참조.

III. 1999년 이전 시기; 의료보험의 시행과 남겨준 문제

1. 의료와 의료기관의 사회화에 대한 인식과 시행 유보

우리나라에서 사회보장에 관한 정책적 관심은 이미 1950년대 중후반 맹아(萌芽)를 보였다. 또 1959년 보건사회부에 '건강보험제도 도입을 위한 연구회'가 조직되어 활동하면서 건강보험에 관한 지식을 축적하여 갔다. 1961년 군사쿠데타는 이를 정치적으로 견인하는 계기였다. 1962년 군사정부 최고회의의장의 지시각서는 '의료균점'을 우선적인 정책목표로, 방법론적으로는 '사회보험'을 제시하였다. 여기에는 질병의 보편성과 단기적인 보호의 필요성, 그리고 이에 따르는 정책효과가 영향을 미쳤다. 또 제도의 실현 가능성을 중심으로 보면 국가재정의 투입이 제한적인 상황에서 사회보험의 방식은 유일한 선택지였다.

1963년 의료보험법이 제정되었다. 그러나 이 법은 강제가입을 포기하고 임의가입을 채택하여 사회보험의 구상에서 멀리 벗어나 있었다. 강제가입에 기반하는 사회보험으로서 의료보험이 시행되기 전 시기에 의료보험은 전체 인구의 0.18%에 해당하는 국민에게 적용되는 데 그쳤다.[31] 사실 1960년대 초반 우리 사회는 사회보험이 기능하기 위한 사회경제적 구조를 갖추고 있지 못했다. 농어촌인구가 큰 비중을 차지하고 고용구조가 정형화되지 않았다. 이와 같은 상황에서 고용근로자에 대한 사회적 배려, 그리고 이를 위하여 필요한 자본의 노동에 대한 지원이 공론의 장에서 의미 있는 위상과 비중을 갖지 못했다. 또 앞으로 발생할 위험에 대비하여 사전(事前)에 재정을 부담하는 국민의 복지인식이 아직 형성되어 있지 않았고, 당시 저임금의 상황에서 이를 기대하기도 힘들었다.

---

31) 1950년대 및 60년대, 그리고 70년대 초중반까지 우리 사회에서 의료상황에 대한 간략한 소개로는 신언항, "한국 건강보험법 시행 30년의 역사와 과제", 의료법학(제8권 2호), 2007, 10면 이하; 신영수, "의료보험 도입 30년의 성과와 한계, 그리고 새로운 과제", 대한의사협회지(제50권 7호), 2007, 569면 이하 등 참조.

1963년 의료보험법은 정책적 의미를 상실하고 사문화(死文化)되었지만 당시 입법과정에서 제기되었던 쟁점들은 이후 의료보험법의 논의에 유용한 자산(資産)이 되었다.

가입자가 재정을 부담하는 의료보험이 보험료납부능력이 제한적인 주관적 및 객관적 상황에서 모든 국민을 대상으로 실시될 수는 없었다. 그러나 의료보험이 전 국민의 의료보장을 위한 틀이 되어야 한다는 인식은 충분히 있었다. 이는 이미 위에서 언급한 '건강보험제도 도입을 위한 연구회'가 무의촌(無醫村)을 해소하는 관심에서 출발하였다는 점에 상징적으로 나타나 있다. 또 당시 의료보험입법에 참여했던 전문가들이 공공보건사업의 효율성을 강조한 점도 눈에 띈다.[32] 이는 의료보험법에 관한 논의에서 다음과 같이 구체화되었다. 당시 저임금의 상황에서 근로자가 납부하는 보험료만으로 의료보험이 운영될 수 없었다. 이에 조세수입으로 의료보험재정을 지원하도록 하였고, 또 이는 분배정의를 실현하는 효과가 있다고 보았다. 의료보장과 의료보험의 목적과 수단의 관계, 그리고 의료보험의 특수성에 비추어 보면 사회보험정책과 국가정책이 혼재하는 구조를 예정했다고 볼 수 있다. 유럽에서 초기 의료보험은 자본과 노동의 타협의 산물이며, 또 자본과 노동의 연대에 기초하여 사회통합을 이루는 기제로 구상되었다.[33] 그러나 우리나라에서 의료보험은 처음부터 국민통합의 맥락에서 구상되었다. 이 점은 이후 노인진료비, 저소득근로자의 보험료 지원 등의 문제에 단서를 제공할 수 있는 논리였다.[34]

의료보험의 보편성, 그리고 분배정의를 통하여 국민통합을 실현하는 인식은 의료보험의 관리운영방식과 진료비용 산정방식에 영향을 미쳤다. 관리운영방식으로 전국 단위의 통합방식이 선호되었다. 입법과정에 참여했던 전문

---

32) 당시 이 점을 강조하였던 문헌으로는 양재모, 사회보장제도 창시에 관한 건의, 보건사회부 건강보험제도 연구원, 1961, 144면 이하 참조.

33) 이 점에 대해서는 전광석, 위 각주 2의 책, 10면 이하 참조. 이밖에 박근갑, 복지국가 만들기-독일 사회민주주의의 기원(문학과 지성사, 2009), 181면 이하; Gerhard A. Ritter, Sozialversicherung in Deutschland und England(C.H.Beck, 1983), 11면 등 참조.

34) 이에 대해서는 아래 V.4. 참조.

가집단은 진료비용 산정방식으로 행위별수가제에 비판적이었다. 진료가 과다하게 제공되거나 남용될 수 있고, 진료비용을 팽창시킬 것을 우려하였다. 이에 인두제와 고정급 봉급제를 혼합하는 보수체계를 선호하였다.[35] 의료의 사회화는 의료기관의 사회화를 전제로 하며, 여기에는 의료공급을 통제하는 구상이 필요하였다. 결과적으로 이들의 주장과는 달리 1963년 의료보험법에서는 관리운영방식으로 조합방식이, 그리고 진료비용 산정방식으로 행위별수가제가 채택되었다. 그러나 이와 같은 대안적 논의는 앞으로 의료보험법 제정에 있어서 쟁점의 지평을 넓히고 명확히 하는 경험이 되었다.

2. 의료보험의 시행과 확대 -낮은 수준의 보편적 평등의 경로

가. 1977년 이전 상황 및 의료보험의 시행

1960-70년대 경제개발계획을 거치면서 경제가 가파르게 성장하였지만, 특히 1970년대 초반 이후 국민이 정치과정에 의사를 투입하고 국가권력의 정당성을 판단하는 기회는 차단되었다. 그만큼 정치과정은 경직화되었다. 그러나 1970년대 중후반 우리 사회의 시대정신과 상황은 1960년대와는 상당히 달라져 있었다. 국민의 의료상황은 계속 열악한 상태로 정체 되어 있었다. 이는 적어도 외형적으로 무상 진료를 받을 권리를 선언하고 있던 북한과 비교되었다(북한 헌법 제58조).[36] 그 동안 진행된 경제성장에도 불구하고 응급환자가 입원보증금 혹은 치료비가 없다는 이유로 치료를 받지 못하고 사망하는 사건이 보도되었다. 이는 경제성장이 국민생활에 갖는 실질적 의미, 그리고 국가의 최소한의 존재이유에 의문을 품게 하였다. 잠재해 있던 성장과 분배의 담론이

---

35) 당시 이에 관한 논의에 대해서는 양재모, 위 각주 32의 책, 71면 이하, 92면 이하, 123면 이하; 최천송, 한국사회보장연구사(한국사회보장문제연구소, 1991), 46면 이하, 63면 이하 등 참조.

36) 이 점을 의료보험을 시행하는 추동력으로 보는 견해도 적지 않다. 예컨대 김연명, "한국의료보험제도의 발달 및 행태규정 요인에 관한 연구", 보건과 사회연구회, 한국의료보장연구(청년세대, 1989), 108면 및 113면; 신언항, 위 각주 31의 논문, 10면 이하, 18면 이하 등 참조.

사회적 의제로 부각되었다. 1962년 시작된 경제개발계획은 상징적으로 4차 시기인 1977년 경제사회발전계획으로 그 이름을 바꾸었다. 그러나 복지입법의 상징이었던 1973년 국민복지연금법은 계속 시행이 미루어져 오다가 1975년말 최종적으로 실시가 유보되었다. 역설적으로 이는 의료보험을 우선적으로 추동하는 계기가 되었다.[37]

의료보험이 시행되는 데에는 위에서 지적한 바와 같은 복지정책의 필요성 외에 의료보험이 경제적 효용성에 기여한다는 인식도 작용하였다. 1970년대 중반 이후 우리 산업이 중화학공업으로 전환되는 시기에 특히 대기업에서 숙련노동력에 대한 안정적 공급이 필요했고, 의료보험은 숙련노동자를 확보·관리하는 데 유용한 기제였다.[38] 의료보험은 자본에게 추가로 재정 부담이 되지도 않았다. 당시 민간기업은 노동자에게 의료비의 약 30% 혹은 약 50-80%에 이르는 비교적 높은 수준의 보조를 하고 있었기 때문이다. 이에 1963년 제정된 의료보험법은 1976년 개정되어 1977년 시행되었다. 주목할 만한 사실은 당시 복지정치의 행위자 중 의료계가 의료보험의 도입에 적극적이었다는 것이다. 의료보험이 시행되면서 의료수요를 증가시켜 의료공급이 확대될 것이며, 또 이는 의료산업화를 견인할 것으로 예견하였다.[39]

1977년 의료보험은 1963년 법에서 미루어진 강제가입을 도입하였다. 위에서 언급한 바와 같은 정치적 및 제도적 명분만으로 제도가 확대될 수 있는 것은 아니다. 당시 우리 헌법의 암흑기에 해당하는 강권국가의 시대에 정부는 의료기관의 기본권을 압도할 수 있었다.[40] 이에 의료기관을 요양기관으로 동원하

---

37) 이 점에 대해서는 예컨대 국민연금사편찬위원회, 실록 국민의 연금, 2015, 39면 이하 참조.

38) 의료보험의 이와 같은 산업정책적 기능에 대해서는 예컨대 김영범, "사회보험의 기원과 제도적 특성 -의료보험과 국민연금을 중심으로", 경제와 사회(제55호), 2002, 19면 이하; 우명숙, "한국 초기 사회복지정책의 재해석-제도주의적 시각의 분석적 유용성을 제안하며", 경제와 사회(제67호), 2005, 233면 이하 등 참조.

39) 당시 대한의학협회의 의료보험에 대한 관심과 제언에 대해서는 전광석, 위 각주 2의 책, 198면 참조.

40) 반대의 예, 즉 의료기관의 저항으로 인하여 공적 의료보험이 도입될 수 없었던 미국의 1930년대 상황에 대해서는 예컨대 Roy Lubove, The Struggle for Social Security 1900-1935(Pittsburgh University Press, 1986), 78면 이하 참조.

고 건강보험에 편입시킬 수 있었다. 1963년 의료보험법에 채택되었던 계약지정방식은 1979년 강제지정방식으로 바뀌었다.[41] 또 요양급여비용을 낮게, 그리고 의료계의 참여 없이 정부가 일방적으로 처분에 의하여 결정할 수 있도록 하였다. 예컨대 당시 의료보험 수가(酬價)는 관행수가의 45%에 머물렀다. 다만 급여비용 산정방식으로 행위별수가제를 채택하였다. 이는 의료계에 일방적으로 불리한 정책결정은 아니었으며, 오히려 장기적으로는 유리한 결과가 되었다. 수가는 의료공급과 수요, 그리고 정치적 및 정책적 상황에 따라서 조정될 수 있으며, 이는 1995년, 그리고 1999년 이후 수가가 급격하게 상승하였던 경험에서 확인할 수 있다. 예컨대 의약분업이 실시되고 건강보험이 통합되는 시기인 1999년 11월 이후 2001년 1월까지 수가의 누적 인상률은 거의 50%에 달했다. 이에 비해서 요양급여비용의 산정방식은 구조적인 문제로서 쉽게 되돌릴 수 있는 것이 아니었다. 총액계약제가 공론화되지 못했고, 또 포괄수가제의 확대가 더디게 진행되고 있는 것이 좋은 예이다.

의료보험이 낮은 수준으로 형성되었으며, 이는 의료보험재정에 반영되었다. 보험료 부과대상을 전체 소득이 아니라 소득의 일부로 한정하였다. 또 보험료율이 비교적 낮게 설정되었다. 즉 2-8%의 범위에서 조합 정관에 의하여 정하도록 하였다. 1978년 당시 전체 조합의 평균보험료율은 3.18%였다. 이 두 가지 요소는 함께 작용하여 의료보험에서 소득재분배의 효과는 제한적이었다. 낮은 수준의 의료보험은 다음과 같이 제도화되었다.[42] 첫째, 적지 않은 범위에서 비급여가 예정되어 있었고, 이에 대한 진료비용은 가입자가 전액 부담하여야 한다. 둘째, 요양급여의 대상에 해당하는 경우에도 비용의 일부를 본인이 부담하도록 하였다. 셋째, 요양급여기간에 제한을 두었다. 이후 점차 확대되었지만 처음에는 요양급여기간은 6개월 이내로 하였다. 이와 같이 낮은 수준의

---

41) 이 점에 대한 헌법적 평가에 대해서는 헌재 2002.10.31, 99헌바76등, 14-2, 429면 이하 참조.

42) 이 점에 대해서는 전광석, "1976년 의료보험법; 낮은 수준의 보편적 평등의 기원", 사회보장법학(제7권 2호), 2018, 99면 이하 참조.

의료보험에서 의료의 사회화는 제한적이었고, 또 의료보험의 실시에도 불구하고 (경우에 따라서 부담능력을 벗어나는) 가입자의 부담을 남기고, 이후 시기에는 민간보험에 의존도를 높이는 결과가 되었다.[43] 여기에는 당시 저임금 상황에서 가입자에게 높은 보험료를 부담하게 할 수 없다는 사고도 작용하였다. 이와 같은 제도설계는 - 당시 의도하지는 않았지만 - 역설적으로 이후 시기에 의료보험을 전체 국민으로 확대하여 보편성을 실현하는 데 유리하게 작용하였다.

이미 1963년 의료보험법 제정 당시 논란이 있었던 관리운영방식은 조합방식으로 결정되었다. 여기에는 다음과 같은 전략적 사고가 작용하였다. 위에서 언급한 바와 같이 이는 자본의 이해관계에 부응하는 것이었다.[44] 대기업에서 자본 및 경영은 의료보험을 매개로 인력관리를, 그리고 조합의 운영을 지배하여 사업장 관리를 할 수 있기 때문이다. 이로써 정부의 부담은 덜어졌다. 의료보험의 제도적 및 재정적 부담은 1차적으로 조합에 귀속되기 때문이다. 상징적으로 의료보험에 국고보조가 예정되어 있었지만 이는 임의규정이었다.

나. 가입대상의 확대와 이에 따르는 문제

1977년 의료보험은 상시 500인 이상 근로자를 사용하는 사업장에 우선적으로 적용되었다. 이후 적용대상은 세계에서 유례없이 빠른 속도로 확대되었다. 1982년 16인 사업장, 1988년 5인 이상 사업장에 당연 적용되었다. 1988년과 1989년 농어촌주민 및 도시지역 주민에게 적용이 확대되어 전국민 의료보험이 실현되었다. 이는 충분히 예견할 수 있는 경로(path)였다. 자유의 최소한의 조건을 보장하는 의료보험에서 포섭과 배제의 관계가 지속되는 경우에는 의료보험을 도입하는 정치적 의미가 상실되고, 또 의료보험 자체의 국민적 정당성을 유지하기 힘들기 때문이다. 이 경우 의료보험은

---

43) 건강보장에서 민간보험의 과도한 역할에 대해서는 예컨대 허순임, “한국 민간의료보험의 발달과 의료정책에 대한 함의”, 한국사회정책(제20집 1호), 2013, 207면 이하 참조.
44) 위 각주 38 참조.

오히려 국민을 분열하고 국민통합에 장애가 될 수 있었다. 요양급여기간의 제한 역시 시급히 극복되어야 했다. 특히 장기간 진료를 필요로 하는 만성질환자의 경우 요양급여기간을 초과하는 진료에 대한 비용을 전액 가입자에게 부담시키는 것은 의료보험의 정책효과를 반감시키고, 또 의료의 사회화는 그 명분을 상실할 수 있었다. 이에 보험재정에 대한 부담을 고려하면서 의료보장을 위한 조치를 보충하였고, 또 점진적으로 요양급여기간을 연장하였다. 1987년 요양급여비용이 일정한 금액 미만인 경우에는 그 금액에 이를 때까지 급여기간을 연장할 수 있도록 하였다. 이후, 즉 1995년, 1997년 요양급여기간은 각각 240일, 270일로 연장되었다. 요양급여기간의 제한은 2006년 비로소 폐지되었다. 급여비용의 본인일부부담도 같은 문제가 있었다. 그러나 이 시기에 이에 관한 근본적인 변화는 없었다. 이는 낮은 보험료율에 비추어 볼 때 개선될 수 있는 문제가 아니었고, 또 진료의 남용을 억제하기 위하여 필요하다는 정당한 사유도 있었다.

1988년과 1989년 농어촌 및 도시 지역에 의료보험이 실시되면서 지역 주민의 보험료 산정방식은 새로운 과제였다. 질병의 위험은 다중적이다. 질병은 치료를 위한 경제적 부담을 발생시키고, 이때 건강보험에서 보험료 부과의 대상은 기본적으로 보수 혹은 소득이다. 또 일반적으로 질병은 소득활동을 중단하는 원인이 된다. 이 점에서 보면 우리 의료보험이 질병으로 인한 소득의 상실을 보상하지는 않았지만 보수 혹은 소득능력을 회복하여 소득보장에 기여하는 간접적인 효과는 있다. 이는 가입자 간에 동일한 급여가 지급되지만 소득에 비례하여 보험료를 산정하는 것을 정당화하는 사유라고 볼 수 있다. 위와 같이 의료보험이 보장하는 국면을 종합적으로 보면 보험료 산정의 대상은 가입자의 보수 혹은 소득이어야 한다. 그러나 이와 같은 산정방식은 당시 지역가입자에게 적용될 수 없었다. 무엇보다도 지역 주민의 경우 소득파악률이 매우 낮았기 때문이다. 이에 직장가입자와는 다른 방식을 적용하였다. 차이점은 다음과 같았다. 첫째, 소득 외에 재산을 보험료 부과대상으로 하였다. 둘째, 소득 및 재산 파악률에 차이가 있었기 때문에 기본보험료와 소득비례보험료를 구분하고,

소득파악률에 따라 그 비율을 달리 하였다. 예컨대 소득파악률이 높은 것으로 추정되는 경우 기본보험료에 비해서 소득비례보험료의 비중이 높았다. 셋째, 세대의 피보험자 수에 따라 보험료를 부과하였다.

위와 같은 구상은 지역의료보험을 실시하는 정치적 부담은 컸지만, 제도실시의 조건이 아직 성숙되지 않은 상황에서 임기응변적으로 고안되었기 때문에 이후 계속 논란의 중심에 있었다. 현재 생활의 기반이기 때문에 처분가능성이 제한적인 재산에 과다하게 보험료를 부과하는 문제, 직장가입자와 달리 지역주민의 경우 피부양자를 독자적으로 가입자로 하고 보험료 납부의무를 부과하는 문제, 추정소득과 실제 소득의 차이 등의 문제가 모두 명확한 이론적 및 체계적 기반이 없이 시행되었다. 이들 문제는 2001년 건강보험을 통합하는 이후의 시기에는 새로운 양상을 띠게 되었다.[45] 세계에서 유례없이 빠른 속도로 전 국민 건강보험이 실시되는 데에는 점진적으로 실험을 거치고 시행착오를 겪으면서 제도를 공고히 하는 기회를 가질 수 없었던 희생이 따랐다.

1980년대 초반의 시기에 다시 관리운영방식이 쟁점이 되었다. 사업장 가입자의 범위가 확대되고, 지역의료보험의 시행이 예정되었다는 사실이 논의의 배경이었다. 이러한 상황에서 조합 사이, 특히 지역조합과 직장조합 사이에 가입자의 직업, 소득, 건강상태, 연령구조에 차이가 있기 때문에 사회적 연대를 기반으로 개별 조합이 자율적으로 운영하고 책임을 부담하는 방식은 더 이상 타당성과 정당성이 없었다. 이제 의료보험은 국민적 연대의 기반에서 통합조직에서 관리운영되고, 의료보험과 의료보호의 이원적 체계를 유지하는 정당성도 없다고 보았다.[46] 그러나 당시 이와 같은 정책대안은 진지하게 검토되지 못했으며, 이러한 구상은 1990년대 말 위기의 시대에 포괄적으로 전환적 결정을 할 수 있었던 시기를 기다려야 했다.

---

45) 이에 대해서는 아래 V.4. 참조.
46) 이에 대해서는 전광석, 위 각주 2의 책, 208면 이하 참조.

IV. 1999년 이후 시기; 합리화와 부분적인 보장 강화

1. 건강보험통합

1989년 전 국민의료보험이 실현되면서 의료보험은 국가정책의 성격을 강하게 띠게 되었다. 조합 단위로 의료보험의 급여 및 재정을 자율적으로 형성하는 실험은 더 이상 가능하지 않다고 판단되었고, 정책전환은 정치적으로 쉽게 관철되었다.[47] 의료보험의 관리운영이 통합방식으로 전환하는 데에는 당시 정치적 환경이 결정적 계기가 되었다. 이는 1997년 연말 실시된 대통령선거에서 당선자의 공약이었다. 또 1997년 말 외환위기의 시대적 배경에서 이에 대한 사회적 합의는 쉽게 이루어졌다.[48] 1998년 지역의료보험과 공무원 및 사립학교교직원의료보험이 통합되는 중간단계를 거친 후(국민의료보험관리공단), 2001년 직장의료보험을 포함하여 완전한 통합이 실현되었다(국민건강보험공단). 재정통합은 2003년 7월 1일로 유예되었다.

이전 시기에 지역의료보험을 시행하면서 제기된 문제는 건강보험을 통합한 이후의 시기에는 새로운 양상을 띠었다. 자영인의 소득파악률이 낮았기 때문에 직장가입자에 비해서 재정기여도가 낮다는 문제, 그리고 직장가입자가 퇴직 후에는 지역건강보험에 편입되기 때문에 지역건강보험에서 연령구조가 열악하여 질병 발생의 위험과 치료비용의 부담이 크다는 구조적인 문제가 있었다. 그 결과 통합조직에서 지역가입자의 재정부담이 직장가입자에게 전가(轉嫁)된다는 우려가 있었다.[49] 이에 국고지원은 통합의 전제조건이었다. 국고지원을 안정적으로 유지하기 위하여 재정통합을 앞두고 한시법으로 '국민건강보험 재정건전화특별법'이 제정되었으며, 이에 따라 지역건강보험의 급여

---

47) 당시 다양한 정책대안에 대해서는 위 각주 12 참조.

48) 이에 대해서는 최영기·전광석·이철수·유범상, 한국의 노동법 개정과 노사관계-'87년 이후 노동법 개정사를 중심으로(한국노동연구원, 2000), 239면 이하 및 432면 이하 참조.

49) 건강보험 통합과 관련된 다양한 헌법적 쟁점에 대해서는 헌재 2000.6.29, 99헌마289, 12-1, 913면 이하 참조. 이밖에 독일 헌법에서 건강보험 조직형태의 개방성에 대해서는 BVerfGE 39, 314면 이하 참조.

비용 및 사업비의 40%를 국고에서, 그리고 10%를 '국민건강증진법'에 의한 국민건강증진기금에서 지원하도록 하였다.[50] 건강보험 통합이 남긴 보험료 산정방식의 형평성의 문제, 국고지원 그 자체, 그리고 국고지원의 수준이 예정대로 유지되지 못하는 문제는 건강보험의 기능에 핵심적인 쟁점이 되었다.

2. 급여비용 결정절차

1999년 건강보험 통합에는 국민의료비 지출을 억제하고, 건강보험의 기능을 안정화하기 위한 조치가 뒤따랐다. 2000년 의약분업이 전자에 해당하는 대표적인 예이다. 위에서 언급했듯이 1977년 이후 의료보험 수가가 낮게 적용되었으며, 이는 요양기관에서 관행적으로 발생하는 약가 차액을 용인하는 방식으로 보전(補塡)되었다. 사실 요양기관에서 약제를 판매하는 형태는 구조적인 문제가 있었다. 약제 처방을 행하는 요양기관이 약제공급자가 되기 때문에 약제가 남용되는 우려가 충분히 있었다. 의약분업의 실시로 인하여 의료기관의 수익이 약화되었고, 이는 의료계의 거친 저항을 일으켰다.[51] 이와 같은 상황은 새로이 출발하는 건강보험에서 고려되어야 할 요소였다.

이 시기에 위에서 언급한 바와 같이 건강보험 수가가 큰 폭으로 인상되었다. 요양급여비용의 결정방식을 계약제로 전환하였다. 이에 따르면 요양급여비용은 이제 건강보험공단의 이사장과 의약계를 대표하는 자 간의 계약에 의하여 정해진다. 이는 한편으로는 건강보험에서 중요한 행위자인 요양기관에게 그 기능에 상응하는 이익관계를 투입할 수 있게 된다는 점에서 기본권에 우호적

---

50) 이후 시기, 즉 2007년 국고지원의 기준은 변경되었다. 즉 이제 당해 연도 보험료 예상수입액의 14%를 국고에서 지원하고, 6%는 국민건강증진기금에서 부담하도록 하였다. 이밖에 이 법에서 규율되었던 국고지원 및 건강보험정책심의위원회에 관한 규정은 이후 국민건강보험법에 편입되었다.

51) 건강보험통합, 의약분업, 그리고 수가인상 등이 혼재하였던 당시 의료보험, 특히 의료보험의 재정상황에 대해서는 예컨대 이종찬, "건강보험 재정위기에 대한 분석-의료정책사적 관점", 보건과 사회과학(제22집), 2007, 37면 이하 참조. 이밖에 당시 의료계의 입장과 저항을 보여주는 문헌으로는 예컨대 송호근, 의사들도 할 말 있었다, 삼성경제연구소, 2001; 이종찬, 한국의료 대논쟁(소나무, 2000) 등 참조.

인 구조였다. 다른 한편 이로써 요양기관이 건강보험의 공공성을 공론의 장에서 존중하고 건강보험의 정책적 수용력을 높일 것으로 기대되었다. 그러나 실제 이와 같은 정책효과가 실현되지는 못했다.[52] 정책의도와 제도내용이 크게 차이가 있었기 때문이다. 계약의 대상이 요양급여 상대가치점수의 점수당 단가에 한정되어 이익조정의 범주가 좁았다. 요양급여의 범위, 요양급여의 종류와 내용, 분류당 상대가치점수 등 의학전문적 판단과 요양기관의 이해관계, 그리고 건강보험의 정책적 요소 등을 고려하여 조정되어야 할 사항이 여전히 정부에 의하여 일방적으로 결정되었다. 이로써 예컨대 상대가치점수에 대한 정부의 결정 및 변경으로 인하여 의약계 대표와 공단 간에 상대가치점수의 단가에 관한 합의가 갖는 의미가 상실될 수도 있었다.[53] 요양급여의 종류와 내용을 제한적으로 열거하는 규정은 그 자체 헌법문제가 되었을 뿐 아니라 이와 같은 규제를 벗어나기 위하여 요양기관 당연지정에 대한 위헌 여부를 다투는 계기가 되었다.[54] 국민건강보험공단과 의약계가 합의에 이르지 못하는 경우에 필요한 중재절차를 갖추지 못했다. 이 경우 보건복지부장관이 건강보험심의조정위원회의 심의를 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 하였기 때문이다.

---

52) 계약제가 도입된 후 현황에 대해서는 예컨대 권오탁, "「국민건강보험법」 상 의사결정구조의 문제와 개선방안", 사회보장법학(제5권 1호), 2016, 29면 참조.

53) 이 점에 대한 헌법재판소의 판단으로는 헌재 2003.12.18, 2001헌마543, 15-2(하), 596면 이하 참조. 그러나 헌법재판소는 문제의 구조를 충실하게 이해하지는 못했다. 기본적으로 급여비용의 결정방식이 계약제로 전환되었다는 인식이 없었다. 즉 요양급여비용이 '우선적으로' 공법상의 계약에 의하여 결정하도록 하였지만 '최종적으로는' 고시에 의하여 결정되는 구조는 그대로 유지되었다는 것이다. 또 급여비용의 결정에서 여러 요소들이 상호 영향을 미치는 관계에 있음에도 불구하고 상대가치점수의 점수당 단가에 대한 합의의 의미를 과다하게 평가하였다. 즉 상대가치 점수당 단가는 요양급여비용 보상의 내용을 최종적으로 결정하는 의미를 갖기 때문에 계약제를 도입한 목적은 충족되는 것으로 보았다. 이밖에 이 점에 대한 지적으로는 예컨대 이상돈, "국민건강보험법상 상대가치점수 직권조정의 합법성에 대한 법이론적 분석", 고려법학(제65호), 고려대 법학연구원, 2012, 38면 이하; 황선줄, "현행 요양급여비용 계약제(수가계약제)의 법률적 쟁점", 의료정책포럼, 2008. 12., 27면 이하 등 참조.

54) 전자의 쟁점에 대해서는 예컨대 헌재 2013.9.26, 2010헌마204등, 25-2(하), 15면 이하 참조. 후자의 쟁점에 대해서는 예컨대 헌재 2002.10.31, 99헌바76등, 14-2, 429면 이하 참조.

3. 보장성 강화

건강보험 통합이 건강보험의 보장성을 강화하는 직접적인 효과를 의도한 것은 아니었다. 그러나 본인일부부담으로 인하여 부분적으로 가입자가 적시에 적합한 진료를 받지 못하고, 일부 질병의 경우 건강보험이 기능할 수 없다는 점이 주목을 받았다. 비급여의 범위를 축소하는 문제에는 재정부담이 뒤따랐기 때문에 주저하였다. 이에 다음과 같은 조치를 취하였다. 그동안 부가급여의 성격을 가졌던 본인부담금보상을 2004년 법정급여로 하였다. 즉 본인부담액이 일정한 금액을 넘는 경우 그 초과하는 금액은 공단이 부담한다. 암 등 일부 질병에 대해서는 본인부담비율을 현저히 낮추었다. 이러한 조치가 건강보험의 보장성을 강화하는 효과는 여전히 제한적이었다. 이는 비급여 진료를 받는 경우에는 적용되지 않기 때문이다. 다만 후자의 조치는 비급여의 범위가 그대로 유지되는 상황에서 노인질병 등으로 적용범위를 확대하여 부분적으로 건강보험의 보장성을 강화하는 방향성을 제시하였다.

V. 남겨진 문제와 시대의 과제; 결론을 대신하여

1. 새로운 상황

건강보험은 기존에 남겨진 문제를 짊어지고 있으며, 동시에 새로운 상황에 대응하는 과제를 갖는다. 이를 단순화하여 정리하면 다음과 같다.

첫째, 건강보장의 가장 중요한 목표는 모든 국민이 적시에 적합한 진료를 받을 수 있어야 한다는 점이다. 지금까지 우리 건강보험은 모든 국민을 포섭하는 진화를 하여 왔다. 1997년 우리의 특유한 외환위기와 2007-08년의 세계적인 재정위기를 겪으면서 건강보험의 보편성은 새로운 상황을 맞고 있다. 비정규직, 단시간 혹은 초단시간 근로, 저임금 등의 문제가 건강보험의 보편성에 미치는 영향이 적지 않다. 고용의 불안정이 소득의 불안정으로 이어졌고, 안정적인

고용을 기초로 사회보험이 운영되는 기존의 구조를 그대로 유지하는 한 복지의 불안정을 피할 수 없었다. 이에 노동뿐 아니라 복지영역에 있어서도 이른바 유연안정성(flexicurity)이 시대의 과제가 되었다. 둘째, 건강보험의 보장성, 그리고 재정 및 제도와의 상관관계에 관한 문제이다. 전자의 욕구가 커지고 있지만 이를 위하여 필요한 재정조치는 계속 지체되어 왔다. 건강보험이 의학 및 의료기술의 발전과 밀접한 관계 속에서 실현되며, 따라서 보장성을 강화하는 목표는 벅찬 것이었다. 셋째, 건강보험이 국민보험의 성격을 강화하게 되면서 재정방식을 다시 점검하여야 했다. 이는 위 첫 번째 문제와 관련하여 노동보험에서 기원하는 사회보험의 제도적 경로를 계속 유지할 것인가에 대한 정치적 및 정책적 문제였다. 넷째, 1990년대 이후 예고된 고령사회는 이미 현실이 되었고, 앞으로 더욱 깊어질 것이다. 현재 65세 이상 노인의 비율은 전체 인구의 15%에 이르며, 2026년에는 21%에 가까울 것으로 예측되고 있다. 이에 노인의료비가 건강보험재정에 주는 부담은 건강보험의 제도적 및 재정적 지속가능성의 핵심 요소가 되었다.

마지막으로 건강보험이 전 국민보험으로 발전하면서 건강보험의 의사결정구조에 대한 성찰이 필요하게 되었다. 국민적 연대에 기초한 전 국민보험의 성격을 고려하여 국가의사결정의 구조에 포섭할 것인가, 과제의 특수성을 존중하여 당사자 중심의 참여구조에서 형성할 것인가, 이때 건강보험공단과 가입자, 그리고 의료공급자인 의약계의 참여 비중을 어느 정도 어떠한 방법으로 배려할 것인가에 대한 근본적인 합의가 필요하게 되었다.

2. 건강보장의 보편성

현재 외형적으로 보면 건강보장의 보편성은 실현된 것으로 보인다. 97% 이상의 국민이 가입자 혹은 피부양자로서 건강보험 수급자격을 갖는다. 나머지 3%는 의료급여의 대상이다. 건강보험의 경우 법률에 정해진 가입대상자가 현실적으로 가입하지 않아 발생하는 사각지대의 규모가 크지는 않다. 적어도 상

대적으로는 국민연금과 차이가 있었다. 사회보험에서 일반적으로 보면 미가입, 그 결과 사각지대가 발생하는 사유는 두 가지이다.[55] 단시간 근로자를 직장가입자에서 제외하는 건강보험법 규정에 기인하는 사각지대이다. 그러나 이 경우 이들은 지역가입자에 편입되기 때문에 규범적 원인이 건강보장의 보편성에 크게 영향을 미치지는 않는다. 현재 보다 중요한 비중은 현실적인 이유이다. 직장 혹은 지역가입자에 해당하는 경우에도 저임금 등을 이유로 보험료 부담능력이 제한적이기 때문에 보험료를 체납하여 건강보험 수급자격이 정지되는 경우가 적지 않기 때문이다.[56] 현재 이들에게 부분적으로 보험료를 경감하는 지원이 이루어지고 있다.

건강보험의 보편성과 관련하여 구조적인 문제는 건강보험과 의료급여의 과제 분담이 균형을 상실하고 있다는 점이다. 의료급여의 수급자가 전체 국민의 3%에 해당한다는 것은 건강보험이 정상적으로 기능한다고 전제하는 경우에도 지나치게 낮은 비율이다. 이로써 보험료 부담능력이 제한적인 국민이 건강보험의 가입자가 되고, 부분적으로 빈곤보호의 국가과제가 건강보험에 전가(轉嫁)되었다. 그 결과 최저의료보장의 과제가 보편적으로 실현되지 못하면서 사회보험이 제도의 본질을 벗어난 부담을 지게 되었다. 2015년 국민기초생활보장법이 수급자 선정과 관련하여 기존의 통합체계에서 개별체계로 전환되면서 이와 같은 과제전가의 문제가 부분적으로 개선될 수 있도록 규범이 개선되었지만 정책효과에 대해서는 아직 점검이 필요하다.[57]

---

55) 건강보험을 포함하여 사회보험의 사각지대, 이로 인하여 보편성이 상실되는 일반적인 문제상황에 대해서는 김연명, “비정규직근로자에 대한 사회보험 확대”, 한국사회복지학(제45권), 2001, 78면 이하; 성은미, “비정규노동과 사회보장” 이호근(편), 비정규노동과 복지(인간과 복지, 2011), 17면 이하 등 참조.

56) 이와 관련된 건강보험의 상황에 대해서는 예컨대 심창학, “비정규직 노동자의 건강보험과 연금”, 이호근(편), 비정규노동과 복지(인간과 복지, 2011), 63면 이하, 71면 이하 등 참조.

57) 2015년 국민기초생활보장법의 개편, 그리고 의료급여에 미치는 영향에 대해서는 전광석, 위 각주 2의 책, 382면 이하 참조.

3. 건강보험의 보장성, 제도적 및 재정적 관련성

위에서 지적했듯이 우리 건강보험은 낮은 수준의 보편적 평등을 지향하였다. 이에 건강보험의 보장률이 60% 초중반에 머물렀으며, 이는 진료비 할인의 효과가 있을 뿐 진정한 건강보장이라고 볼 수 없다는 비판이 계속 있어 왔다. 그러나 낮은 수준의 건강보장은 재정부담과 직접 연계되어 있었다. 이와 같은 건강보장의 기본 경로(path)와 이에 상응하는 제도내용, 그리고 제도의 재정적 관련성을 근본적으로 검토하지 않는 한 보장성을 강화하기 위한 담론 및 공론은 구조적인 한계가 있고, 의미 있게 진행될 수 없었다. 모수(母數)조정으로 보험료율의 점진적인 인상, 보험료 부과대상인 소득 및 재산의 확대, 보험료 부과대상인 소득 및 재산의 상한 혹은 납부 보험료액의 상한 제거, 국고지원의 안정성을 제고하고, 규모를 확대하는 문제 등이 그동안 논의의 중심에 있었다. 그러나 아직 사회보험의 본질적인 요소인 의료수요를 뒷받침하는 재정, 이에 상응하여 보험급여와 가입자의 재정부담의 연관성이 논의의 기반이 되지 못하고 있다. 그동안 직장가입자의 경우 보수 이외에(보수월액보험료) 이자소득, 배당소득, 사업소득 등을 보험료 산정의 대상에 포함시키는 방법으로(소득월액보험료) 재정기반을 확대하는 시도가 있었다. 그러나 이는 이론적 및 체계적 기초가 명확하지 않았고, 그 결과 지역가입자와의 형평성, 다른 사회보험에 확대하여 적용하는 가능성과 한계, 실제 발생하는 재정효과, 비용부담에 관한 자본과의 균형관계 등이 모두 불투명한 상태에 있다.

건강보험의 보장성을 전체적으로 강화하는 것은 우리 건강보험의 경로를 변경하는 것으로 근본적인 정치적 및 정책적 결정의 문제이다. 따라서 오히려 선택적·부분적으로, 그리고 점진적으로 보장성을 강화하는 방법이 현실적으로 보인다. 건강보험은 개인에게 현재 발생한 질병을 치료하여 정상적인 생활에 복귀할 수 있도록 하여야 한다. 이때 한편으로는 환자의 개별적인 상황에 대한 구체적인 진료의 종류와 방법 및 내용이 전문적 판단에 따라서 결정되어야 하며, 다른 한편 이에 관한 환자의 의사가 존중되어야 한다. 그런데 이 지점(地

點)에 위에서 언급한 바 있는 건강보험급여의 특성 및 규범구조에서 기인하는 구조적 흠결이 위치한다.[58] 이는 이중적인 국면, 즉 법정급여와 법정비급여, 그리고 법정급여와 임의비급여의 관계에서 나타난다.

법정비급여는 그 비용을 전액 가입자가 부담하기 때문에 가입자의 경제적 부담을 가중시키고, 그 결과 진료에의 접근 자체를 저해할 수 있다. 따라서 우선 법정비급여 중 의학 및 의료기술의 발달에 따라 보편적인 진료방법으로 인정될 수 있지만 재정부담 때문에 법정급여로 인정되지 못하고 있는 경우를 선별하여 점차적으로 법정급여화하여야 한다.[59] 이와 같은 의료공급의 필요성이 인식될 수 있을 때 이에 상응하여 증가하는 재정적 부담이 공감대를 형성할 수 있을 것이다. 물론 이때 의료공급에 대한 비용 통제가 충실히 이루어져야 한다. 새로운 의료기술 및 고가진료가 무분별하게 도입되는 경우에는 재정확대가 보장성의 강화로 이어지지는 않을 것이기 때문이다. 이에 비해서 임의비급여의 경우에는 신중하여야 한다.[60] 임의비급여는 질병에 대한 진료 방법 및 내용에 대한 기준과 절차를 따르지 않은 경우로서 일반적으로는 법정급여와 대체관계에 있다. 따라서 환자의 생명에 직접적인 영향을 미치는 등의 긴급한 상황에서 예외적으로 인정되어야 할 것이다.[61] 임의비급여에 관한 한 이를 건

---

58) 위 II.2.다. 참조.

59) 헌법의 기준에 따른 법정급여로의 전환 가능성을 긍정하는 예와 부정하는 예에 대해서는 헌재 2012.6.27, 2010헌마716, 24-1(하), 754면 이하; 2013.9.26, 2010헌마204등, 25-2(하), 15면 이하 등 참조.

60) 임의비급여가 허용되면서 법정급여를 확대하고 개선하는 긍정적인 정책효과가 있다는 견해가 없는 것은 아니다. 이에 대해서는 김나경, 의료보험의 법정책-기초법 이념과 법실무(집문당, 2012), 156면 이하 참조.

61) 임의비급여에 관한 원칙과 예외의 관계에 대해서는 대판 2012.6.18, 2010누27639 참조. 법원은 임의비급여를 예외적으로 인정하는 사유를 다음과 같이 제시하였다. 첫째, 진료행위 당시 시행되는 관계 법령상 이를 국민건강보험 틀 내의 요양급여대상 또는 비급여대상으로 편입시키거나 관련 요양급여비용을 합리적으로 조정할 수 있는 등의 절차가 마련되어 있지 않은 상황에서, 또는 그 절차가 마련되어 있다고 하더라도 비급여 진료행위의 내용 및 시급성과 함께 절차의 내용과 이에 소요되는 기간, 절차의 진행 과정 등 구체적 사정을 고려해 볼 때 이를 회피하였다고 보기 어려운 상황이어야 한다. 둘째, 진료행위가 의학적 안전성과 유효성뿐 아니라 요양급여 인정기준 등을 벗어나 진료해야

강보험법의 규율대상에서 제외하여 개인의 자율적인 결정에 따라 진료를 받을 권리를 실현하고, 이와 관련하여 민간보험을 강화하는 대안이 현실적이다. 그러나 이 경우 건강보험의 기능에 미치는 부정적 영향을 신중히 검토하여야 하는 것은 선결과제이다.[62]

4. 건강보험의 재정위기와 제도의 위기, 국고지원

건강보험의 재정방식은 특히 1988-89년 지역주민이 가입자가 되면서 보험료 부과방식을 둘러싸고 계속 논란의 대상이었다. 그러나 건강보험 재정방식에 관한 논의 구조는 훨씬 넓다.

보험료율과 보험료 부과방식은 가입자의 의료수요를 명확히 하는 기반이 되어야 한다. 이때 비로소 이 점과 연계된 건강보험의 보장성, 그리고 의료공급에 미치는 영향이 안정적으로 평가될 수 있다. 그러나 지금까지 이에 관한 논의는 의료공급의 재정을 단기적으로 충당하는 관심이 주도하면서, 제도의 흠결과 이에 따르는 신뢰의 위기가 계속되고 있다. 고령사회에서 노인의료비의 증가로 인하여 예상되는 재정의 불안정은 사회구조적인 성격을 띠고 있다. 즉 이는 사회보험의 과제를 벗어나는 문제가 되었으며, 이에 상응하는 재정구조의

할 의학적 필요성을 갖추었어야 한다. 셋째, 가입자 등에게 미리 내용과 비용을 충분히 설명하여 본인 부담으로 진료받는 데 대하여 동의를 받았어야 한다. 이러한 입장은 의료급여법에도 적용되었다. 대판 2012.9.13, 2010두27974 참조. 법원 및 헌법재판소의 이에 관한 결정 전후에 있었던 임의비급여 논의에 대해서는 강현철, "임의비급여 관련 진료비 청구요건으로서의 의학적 필요성에 대한 검토", 저스티스, 2013. 4, 201면 이하; 김나경, 의료보험의 법정책-기초법 이념과 법실무(집문당, 2012), 120면 이하; 김종수, "임의비급여에 관한 사회보장법적 검토", 사회보장법연구(창간호), 2012, 137면 이하; 박지용, "건강보험에 있어서 임의비급여 규제에 대한 헌법적 평가", 법학연구(제21권 3호), 경상대 법학연구소, 2013, 63면 이하; 정철, "건강보험상 임의비급여 허용의 문제점", 법학논총(제24권 1호), 국민대, 2011, 306면 이하; 최호영, "건강보험체계와 임의비급여", 사회보장법연구(제2호), 2012, 153면 이하; 하명호, "임의비급여 진료행위의 허용 여부에 관한 공법적 고찰-대법원 2012.6.18. 선고 2010두27639 전원합의체 판결에 대한 평석", 의료법학(제14권 2호), 2013, 173면 이하 등 참조.

62) 이에 관한 헌법재판소 결정에서 보충의견은 임의비급여는 건강보험의 틀밖에 있는 급여로서 개인이 의사와 자율적으로 합의에 의하여 진료를 받을 수 있는 것으로 보았다. 헌재 2007.8.30, 2006헌마417, 19-2, 350면 이하 참조.

개편이 필요하다. 이를 국가의 과제와 건강보험의 과제로 체계적으로 정렬하여야 하며, 그렇지 못한 경우 지속가능성의 의제는 단순한 수사(修辭) 이상의 의미를 갖지 못한다.

보험료 부과방식의 예를 들어 보자. 특히 건강보험이 통합되면서 보험료 부과방식은 직장가입자와 지역가입자 모두에게 부당하게 비추어졌다. 또 이 문제는 여러 차례 헌법재판의 대상이 되었다.[63] 직장가입자의 경우 소득이 거의 완벽하게 파악되기 때문에 이에 기초하여 부과·징수되는 보험료가 지역가입자를 위한 보험급여에 투입되어 직장가입자에게 재정이 전가된다고 보았다. 지역가입자는 실제 소득이 아니라 추정소득이, 그리고 소득 이외에 재산이 보험료 부과대상이 되어 가입자의 부담능력을 벗어나는 사례가 적지 않았다. 또 직장가입자와는 달리 지역가입자의 경우 피부양자가 독자적으로 보험료를 부담하는 불합리와 불평등을 호소하였다. 그 결과 직장가입자가 퇴직 후 지역가입자로 편입되면서 소득이 없거나 줄어들었음에도 불구하고 부분적으로 보험료 부담은 가중되었다.[64]

지금까지 위와 같은 보험료 부과방식의 차이를 합리적으로 설명하고, 체계적으로 제도화하는 작업이 이루어졌다고 볼 수는 없다. 헌법재판소는 직장근로자와 지역가입자의 경제적 생활의 기초가 근본적으로 차이가 있으며, 또 부분적으로 소득재분배를 실현하기 위하여 보험료 부과에 있어서의 불이익을 정당하다고 보았다. 또 보험료 부과방식에 대한 심리와 결정이 가입자의 이익을 대변될 수 있는 조직에서 이루어진다는 점을 언급하였다. 그러나 건강보험에서 보험료 부과의 기준인 경제적 부담능력에 대한 재정법적 구분에 따른 –예컨대 세법에서의 경제적 부담능력과 비교하여– 세분화된 논리를 전개하지는

---

63) 직장가입자의 문제제기에 대해서는 헌재 2000.6.29, 99헌마289, 12-1, 913면 이하; 2011.8.30, 2008헌마757, 23-2(상), 450면 이하; 2012.5.31, 2009헌바299, 24-1(하), 505면 이하; 2019.2.28, 2017헌바245, 31-1, 73면 이하 등 참조. 지역가입자의 문제 제기에 대해서는 헌재 2013.7.25, 2010헌바51, 25-2(상), 46면 이하; 2016.12.29, 2015헌바199, 28-2(하), 436면 이하 등 참조.

64) 이 점에 대한 실증적인 분석으로는 예컨대 정창률·권혁창·남재욱, "한국 건강보험 보험료 부담의 형평성에 관한 연구", 사회보장연구(제30권 2호), 2014, 323면 이하 참조.

못했다.[65] 또 아래에서 살펴보는 바와 같이 실체법적 불균형의 문제가 조직법에 의하여 치유된다는 논리는 피상적이었다.[66]

이 글에서 이 문제를 상세히 다룰 수는 없다. 그러나 적어도 다음과 같은 점은 지적되어야 한다. 건강보험의 재정을 확충하기 위하여 2012년 기존의 보수월액 보험료 외에 소득월액 보험료를 도입하였다. 이는 보험재정을 확충하고 지역가입자의 과다한 부담을 조정하는 상징성은 있었지만 체계정합성과는 거리가 멀었다.[67] 이와 같은 조치에 앞서 몇 가지 문제에 대한 검토가 필요했다.

첫째, 직장가입자의 경우 보수 외에 자산소득 등이 일반적으로 전형적인 생활의 경제적 기초가 되는가의 문제이다. 이는 지역가입자에 대해서도 제기될 수 있는 질문이다. 즉 지역가입자의 경우 일반적으로 소득과 함께 재산이 전형적인 생활의 경제적 기초이며, 이 점이 직장가입자와 차이가 있는가 하는 질문이다. 이 점을 -위에서 언급한 헌법재판소의 결정과 같이- 단순히 소득재분배의 논리로 정당화하기에는 충분하지 않다. 건강보험에서 소득재분배는 건강보장을 위한 특수한 기능과 관련하여 적용되는 논리이며, 건강보험이 일반적으로 소득재분배가 실현되는 영역은 아니기 때문이다. 이 점이 보험료와 조세의 기능상의 차이이다. [68]둘째, 건강보험에서 요양급여가 가입자의 자산소득 및 자산소득의 상

---

65) 이 점에 대해서는 예컨대 전광석, "사회보장법과 세법의 기능적인 상관관계", 공법연구(제32집 1호), 2003, 216면 이하 참조.

66) 아래 V.5. 참조.

67) 이와 같은 재정방식이 헌법재판의 대상이 되었지만 이때 주로 위임의 구체성을 기준으로 심사되었다. 헌재 2019.2.28, 2017헌바245, 31-1, 73면 이하 참조. 독일에서 이 문제는 주로 연금수급자의 건강보험(Krankenversicherung der Rentner)에서 보험료 부과의 대상을 확대하는 규정에 대한 헌법재판소의 결정과 관련하여 논의가 이루어진 바 있다. BVerfGE 69, 272면 이하; 79, 223면 이하; 102, 68면 이하 등 참조. 이밖에 이에 대한 논의로는 Ulrich Becker, "Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Krankenversicherung der Rentner-zur Bedeutung des Gleichheitssatzes bei der Bemessung von Sozialversicherungsbeiträgen", Neue Zeitschrift für Sozialrecht(2001), 281면 이하; Stefan Huster, "Die Beitragsbemessung in der gesetzlichen Krankenversicherung", Juristen Zeitung(2002), 373면 이하; Karl Peters, "Fragen zu einer Verbreitung der Beitragsbemessungsgrundlage in der Gesetzlichen Krankenversicherung", Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht(C.F.Müller, 2004), 459면 이하 등 참조.

68) 이 점에 대해서는 위 각주 65 참조.

실과 기능적 관련성이 있는가의 문제이다. 질병의 발생과 치료가 가입자의 소득 및 소득능력의 상실과 회복에 영향을 주지만 자산소득과의 관련성이 있는가는 의문이다. 셋째, 소득월액 보험료가 도입되면서 제한된 규모이지만 적어도 구조적으로 보면 자본에 비해서 노동의 부담은 커졌다. 이 점이 인식되었는가, 또 정책기준으로 적용될 가능성이 있는가에 대한 질문이 필요하다. 여기에는 건강보험의 새로운 보험료 부과방식이 국민연금 등 다른 사회보험에 확대 적용될 수 있는가의 문제에 대한 검토가 포함된다. 기존에 지역가입자의 재산에 부과되는 보험료가 부분적으로 과다하다는 문제가 지적되었고, 이는 최근 부분적으로 개선되었다.[69] 그러나 지역가입자의 경우 직장가입자의 보수에 상응하는 경제적 생활의 기반은 무엇인가에 대한 질문은 여전히 남아 있다.

지역가입자의 피부양자를 독자적으로 보험료를 부과하는 가입자로 하는 문제도 근본적으로 검토할 시점이 되었다. 이는 기원적으로는 지역가입자의 경우 소득파악률이 낮기 때문에 경제적 부담능력에 상응하여 보험료가 부과·징수될 수 없다는 현실적 상황을 보전하기 위하여 도입되었다. 이에 비해서 직장가입자의 경우 성인남성부양자 모델(male breadwinner model)을 전제로 세대주의 소득활동이 가족의 경제적 생활의 기반이며, 따라서 가입자 외에 가족에게 질병이 발생한 경우를 포함하여 의료를 사회화하는 구상이 적용되었다. 이러한 구상은 위에서 언급한 현실적인 이유에서 지역가입자에게 적용되지 않았다. 이로써 체계가 상실되었고 정책의 설명력은 취약했다. 더구나 (최근 이를 제어하는 변화가 부분적으로 있었지만) 직장가입자의 경우 피부양자의 범위가 그동안 확대되어 왔다는 점을 고려하면 이와 같은 불균형은 더욱 정당성을 상실하여 갔다. 직장가입자와 지역가입자의 형평의 회복이라는 관점에서 보면 직장가입자에 대한 피부양자 급여를 폐지하거나 혹은 거꾸로 지역가입자에게 피부양자 급여를 도입하는 방법이 검토되어야 한다. 그러나 모든 국민의 건강보장의 목적에서 보면 이와 같은 처방은 관점을 지나치게 단순화한 것이

---

69) 2017년 보험료 부과방식의 개편내용에 대해서는 예컨대 정창률·문용필, “건강보험료 부과체계 개편 평가 및 향후 과제”, 사회보장연구(제33권 3호), 2017, 232면 이하 참조.

다. 이미 성인남성부양자모델을 벗어났거나 벗어나는 과정에 있는 현재 우리의 가족구조, 저출산 사회의 시대정신, 사회보험의 본질적인 과제와 이를 벗어나는 구조적인 문제 등을 종합적으로 고려하여 건강보험을 합리적으로 체계화하는 작업이 선행되어야 한다. 그리고 이와 같은 기반 위에서 국가의 과제와 (재정)책임, 국고지원의 영역과 규모가 판단되어야 한다.

고령사회에서 노인의료비가 가파르게 증가하는 문제 역시 건강보험이 부담하기에는 벅차다. 보다 일반적으로 보면 보험능력이 제한적인 국민을 건강보험의 가입자로 포함하면서 저소득 가입자는 보험료를 체납하여 보험급여가 정지되는 문제가 적지 않게 나타났고, 건강보험은 보험료를 재원으로 가입자의 건강을 보장하는 보험의 과제에 충실할 수 없게 되었다. 이와 같이 국고지원은 건강보험의 과제와 재정능력을 벗어나는 구조적 문제를 추출하여 이 지점에 집중할 수 있도록 재정렬되어야 한다.

5. 건강보험의 거버넌스

사회보험은 가입자가 보험료를 납부하여 재정이 운영되며, 이때 보험료는 조세와는 달리 어느 정도 반대급부를 예정하고 있고, 사회보험의 목적에 종속되는 공과금이다. 따라서 사회적 위험 및 이에 대한 급여관계를 결정하는 등 건강보험의 운영에 있어서 재정을 부담하며, 또 잠재적 수급자인 가입자가 중심에 있다. 최근 국민연금기금을 민주적·효율적으로 운용하여 지속가능성을 보장하는 문제가 사회적 의제가 된 바 있다.[70] 또 건강보험은 요양기관이 수급권이 실현되

---

70) 이미 1990년대 일반정치에서 참여의식이 제고되면서 사회보험 일반에서 참여의 제도화 시도와 과제에 대해서는 조홍식, “사회복지와 참여민주주의”, 참여사회연구소(편), 참여민주주의와 한국 사회(창작과 비평사, 1997), 293면 이하. 최근 국민연금기금운용과 관련된 문제에 대해서는 김진수, “국민연금기금의 복지사업 당위성과 정책방향 연구”, 한국사회복지학(제58권 제3호), 2006, 295면 이하; 원승연, “독립성 및 책임성 제고를 위한 국민연금기금 지배구조 개선방안”, 사회보장연구(제34권 1호), 2018, 167면 이하; 원종현·주은선, “국민연금기금 운용정책 비판과 대안을 위한 모색”, 한국사회정책(제18집 1호), 2011, 175; 은민수, “국민연금 기금의 동원전략; 국민연금 기금운용 지배구조 및 기업지배구조의 변화 가능성”, 한국사회정책(제18집 3호), 2011, 91면 이하; 전창환, “국민연금의 지배구조와 기금운용체계-문제점과 개혁방안”, 경제와 사회(제73호), 2007, 85면 이

는 법률관계의 당사자로서 이들에게 의사와 이익을 투입하는 기회가 부여될 수 있을 때 안정적으로 기능할 수 있다. 이와 같이 건강보험은 의료수요와 공급의 상호작용에 의하여 기능할 수 있어야 한다. 이 점에서 건강보험은 일반적인 민주주의의 의사결정구조에 편입되어 있는 국민보건제도(NHS)와 차이가 있다.[71] 건강보험에서 의사결정구조가 제도 및 재정적 지속가능성과 밀접한 관련성은 갖는 것은 건강보험에서 실체법적 기준을 망라하여 법제화할 수 없기 때문에 법률의 위임을 받아 급여관계 당사자의 참여하에 독자적인 의사결정을 하는 조직 및 절차가 필요하기 때문이다. 다음과 같은 국면이 주목되어야 한다.

건강보험은 개인이 자유를 실현하는 기본적인 조건이며, 이는 모든 국민에게 보편적으로 보장되어야 한다. 이 점에서 개인 생활에 직접적인 영향을 미치며, 또 건강보험의 중요한 제도 내용을 이루는 사안은 기본적으로 법률의 형식으로 규율되어야 한다. 이때 비로소 건강보험 사안이 국회에서 협의와 합의의 과정을 거치면서 공론화되고, 또 투명해질 수 있다. 건강보험법이 직접 규율할 수 없는 입법기술적인 이유가 있는 경우에 행정입법에의 위임이 필연적이다. 그러나 급여관계 당사자의 참여를 보장하여 정책의 수용력을 높이고 제도를 안정적으로 운영할 필요가 있는 경우 위임규정은 적어도 의사결정구조의 조직과 구성에 관한 명확한 지침을 제시하여야 한다.[72] 현재 건강보험법은 이와

하; 전창환, "국민연금의 기금운용과 경제민주화", 동향과 전망(제98호), 2016, 60면 이하 정창률, "국민연금 기금의 근본 성격에 관한 연구; 다양한 위상과 가능성 고찰", 사회복지정책(제37권 1호), 2010, 57면 이하 등 참조.

71) 일반적인 민주주의의 구조에서 기능적 특성을 고려하여 투명성을 강화하는 영국의 예에 대해서는 예컨대 이원영, "보건의료정책 결정과정에서 환자 및 시민참여 연구; 영국 신노동당 정부의 국영의료체계 내 환자 및 시민참여 사례를 중심으로", 한국사회정책(제19집), 2012, 179면 이하 참조.

72) 독일의 경우 요양급여의 기준을 정하는 권한을 갖는 연방위원회(Gemeinsamer Bundesausschuss)의 구성에 있어서 가입자의 대표성이 있지도 않고, 또 무엇보다도 위원회의 권한이 법률에 명확히 규율되어 있지 않다는 점에서 헌법적 문제가 제기되어 왔다. 이 점에 대해서는 예컨대 Thorsten Kingreen, "Verfassungsrechtliche Grenze der Rechtssetzungsbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses; Verteilungesgerechtigkeit im Gesundheitsrecht", Neue Juristische Wochenschrift(2006), 879면 이하; Thorsten Kingreen, "Legitimation und Partizipation im Gesundheitswesen-Verfassungsrechtliche Kritik und Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses", Neue Zeitschrift für

같은 요청에 충실하지는 않다. 이 글에서 서술한 사항 중 예컨대 요양기관에서 진료의 방법과 내용 및 수준에 관한 규정, 보험료 부과방식에 대한 규정, 국고지원에 관한 규정 등은 모두 이러한 예에 해당한다. 또 이에 대해서 헌법재판소가 충실한 논리에 따른 심사를 하지도 못하고 있다.[73]

건강보험에서 특유한 의사결정구조는 건강보험가입자, 의료공급자, 그리고 국가의 참여 및 참여의 실체와 관련되어 있다. 위에서 여러 차례 언급했듯이 건강보험은 가입자의 의료수요에 대한 결정이 의료공급에 영향을 미치고, 의료공급의 차원에서 보면 건강보장을 위한 급여관계를 체계적으로 합리화하는 과정에서 의료수요에 영향을 미칠 수 있다. 현재 가입자의 의료수요를 결정하는 조직과 절차는 제한적이다.[74] 예컨대 과거 보험료율 등 의료수요를 구성하는 요소를 심의하는 재정운영위원회의 역할은 2000년 이후 '건강보험심의위원회', 그리고 2002년 이후 '건강보험정책심의위원회'(이하 '건정심')에 흡수되어 있기 때문이다. 건정심이 가입자와 공급자, 공익위원으로 구성되어 있다는 점을 고려하면 공급자가 가입자의 보험료율의 결정에 함께 참여하는 의사결정구조는 기형적이다. 나아가서 건정심은 요양급여기준, 요양급여비용에 관한 사항, 상대가치점수를 심의·의결하는 권한 역시 부여되어 있다. 그러나 건정

Sozialrecht(2007), 116면 이하; Eberhard Schmidt-Assmann, "Verfassungsfragen der Gesundheitsreform", Neue Juritische Wochenschrift(2004), 1693면 이하; Heinrich Amadeus Wolff, "Die Legitimationsveränderungen des Richtlinienerlasses durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage des GKV-Modernisierungsgesetzes", Neue Zeitschrift für Sozialrecht(2006), 283면 이하 등 참조.

73) 예컨대 헌재 2000.6.29, 99헌마289, 12-1, 952면; 2003.10.30, 2000헌마801, 15-2(하), 134면 이하; 2003.12.18, 2001헌마543, 15-2(하), 581면 이하; 2007.4.26, 2005헌바51, 19-1, 458면 이하; 2012.5.31, 2009헌마299, 24-1(하), 517면 이하; 2013.7.25, 2010헌바51, 25-2(상), 52면 이하; 2014.5.29, 2011헌바384, 26-1(상), 295면 이하 등 참조. 이는 다른 사회보장법 규정에 대한 심사에 있어서도 마찬가지였다. 헌재 2012.2.23, 2009헌바47, 24-1(상), 195면 이하(국민기초생활보장법); 1996.8.29, 95헌바36, 8-2, 97면 이하; 2003.7.24, 2002헌바51, 15-2(상), 113면 이하; 2003.9.25, 2001헌가22, 15-2(상), 231면 이하; 2004.10.28, 2003헌바70, 16-2(하), 186면; 2005.12.22, 2004헌가24, 17-2, 625면 이하; 2009.3.26, 2007헌가5등, 21-1(상), 312면 이하; 2010.7.29, 2009헌가4, 22-2(상), 95면 이하(산재보험법) 등 참조.

74) 공단 및 가입자의 역할에 대한 다른 나라의 예에 대해서는 권오탁, 위 각주 52의 논문, 22면 이하 참조.

심이 요양기관의 이익과 의사를 형성하는 구조를 갖고 있지는 못하며, 오히려 전체적으로 보면 건강보험정책을 심의 및 의결하는 기구의 성격이 강하다.[75] 이와 같은 건정심의 조직 및 구성, 그리고 권한에 관한 규정은 건강보험급여의 특성과 규범적 특성에 적합하지 않으며, 또 좁게 보면 급여비용의 결정방식을 계약제로 전환하는 의미를 상실시키고 있다.

역사적으로 보면 건강보험 통합의 시기에 신속한 정책결정을 위하여 (기존에 재정운영위원회의 관할 사항을 포함하여) 건강보험에 관한 대부분의 중요한 사안에 대한 심의를 건정심에 집중한 것으로 보인다. 이로써 정부의 입장에서 보면 의사결정구조가 단순화되는 편의가 있었다. 또 당시 상당한 규모의 국고지원이 예정되어 있었기 때문에 국가정책의 관점에서 사회보험을 조직·운영하는 데 정당성이 있었다. 그러나 이는 건강보험의 법률관계 및 재정방식을 기준으로 보면 정상화되어야 할 문제였다. 상세한 서술을 할 수 없으나, 거시적 차원에서는 건강보험이 국가의 일반적인 과제에 편입되어 있지만 동시에 독자적인 정책의 성격을 유지하고 있다는 점에서 전자와 후자는 협력 및 긴장관계에 있다. 이에 따르면 가입자와 의약계가 독자적으로 의료수요와 공급을 결정할 수 있는 조직, 그리고 국가정책의 관점에서 이를 조정하는 국가의 역할을 체계화하여야 한다. 미시적인 차원에서는 건강보험의 당사자가 자신의 재정적 기여, 사회적 및 개인적 상황 등에 기초하여 제도운영에 참여하여 제도를 투명하게 하고, 또 이로써 제도의 정당성과 기능을 높일 수 있어야 한다. 그러나 아직 이와 같은 문제가 구조적 상황에 상응하여 체계적으로 의제화되지 못하고 있다. 이와 같은 거시적 및 미시적 법률관계에서 가입자 등 당사자가 이익과 의견을 투입하고, 또 조정하는 조직 및 절차가 소홀히 되는 경우 당사자는 구체적인 사안에 있어서 주관적 권리를 기반으로 개별적으로 건강보험을 경험하여야 한다. 이는 가입자 등 당사자의 법적 지위, 그리고 건강보험의 제도를 안정화하는 데 우호적인 환경은 아니다. 이 점에서 거버넌스의 문제는 건강보험의 도전적 과제이다.

---

75) 이 점에 대해서는 예컨대 권오탁, 위 각주 52의 논문, 28면 이하; 황선줄, 위 각주 53의 논문, 30면 이하 등 참조.

[참 고 문 헌]

강현철, “임의비급여 관련 진료비청구요건으로서의 의학적 필요성에 대한 검토”, 『저스티스』, 2013. 4.

권오탁, “「국민건강보험법」 상 의사결정구조의 문제와 개선방안”, 『사회보장법학』 제5권 1호, 2016.

김나경, 『의료보험의 법정책-기초법 이념과 법실무』, 집문당, 2012.

김종수, “임의비급여에 관한 사회보장법적 검토”, 『사회보장법연구』 창간호, 2012.

김연명, “비정규직근로자에 대한 사회보험 확대“, 『한국사회복지학』 제45권, 2001.

박경숙, “공적연금과 사적 퇴직급여의 연계; 퇴직준비금 전환에 따른 과제와 대책”, 『사회보장연구』 제9권, 1993.

박근갑, 『복지국가 만들기-독일 사회민주주의의 기원』, 문학과 지성사, 2009.

박지용, “빈곤과 건강보험법”, 『사회보장법학』 제2권 1호, 2013.

_____, “건강보험에 있어서 임의비급여 규제에 대한 헌법적 평가”, 『법학연구』 제21권 3호, 경상대 법학연구소, 2013.

성은미, “비정규노동과 사회보장”, 이호근(편), 『비정규노동과 복지』, 인간과 복지, 2011.

송호근, 『의사들도 할 말 있었다』, 삼성경제연구소, 2001.

신영전, “글로벌 경제위기와 의료보장의 사각지대”, 『한국사회정책』 제17집 1호, 2010.

심창학, “비정규직 노동자의 건강보험과 연금”, 이호근(편), 『비정규노동과 복지』, 인간과 복지, 2011.

양재모, 『사회보장제도 창시에 관한 건의』, 보건사회부 건강보험제도 연구원, 1961.

의료보험연합회, 『의료보험의 발자취(1996년까지)』, 1997.

이규식, “건강보험의 새로운 패러다임 모색”, 『사회보장연구』 제18권 2호, 2002.

이상돈, “국민건강보험법상 상대가치점수 직권조정의 합법성에 대한 법이론적 분석”, 『고려법학』 제65호, 고려대 법학연구원, 2012.

이종찬, “건강보험 재정위기에 대한 분석-의료정책사적 관점”, 『보건과 사회과학』 제22집, 2007.

_____, 『한국의료 대논쟁』, 소나무, 2000.

이진석, “보건의료정책의 역사적 변화와 전망”, 김병섭 외, 『우리 복지국가의 역사적 변화와 전망』, 서울대 출판문화원, 2015.

전광석, 『복지국가론-기원·발전·개편』, 신조사, 2012.

_____, 『한국사회보장법의 역사』, 집현재, 2019.

정창률·권혁창·남재욱, “한국 건강보험 보험료 부담의 형평성에 관한 연구”, 『사회보장연구』 제30권 2호, 2014.

정창률·문용필, “건강보험료 부과체계 개편 평가 및 향후 과제”, 『사회보장연구』 제33권 3호, 2017.

정 철, “건강보험상 임의비급여 허용의 문제점”, 『법학논총』 제24권 1호, 국민대, 2011.

최호영, “건강보험체계와 임의비급여”, 『사회보장법연구』 제2호, 2012.

최천송, 『한국사회보장연구사』, 한국사회보장문제연구소, 1991.

하명호, “임의비급여 진료행위의 허용 여부에 관한 공법적 고찰-대법원 2012. 6.18. 선고 2010두27639 전원합의체 판결에 대한 평석”, 『의료법학』 제14권 2호, 2013.

허순임, “한국 민간의료보험의 발달과 의료정책에 대한 함의”, 『한국사회정책』 제20집 1호, 2013.

Ulrich Becker, “Gesetzliche Krankenversicherung zwischen Markt und Regulierung; Reform des Gesundheitssystems und ihre europäischen Perspektiven”, Juristen Zeitung (1997).

_____, “Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Krankenversicherung der Rentner – zur Bedeutung des Gleichheitssatzes bei der Bemessung von Sozialversicherungsbeiträgen”, Neue Zeitschrift für Sozialrecht (2001).

Ingwer Ebsen/Astrid Wallrabenstein, “Krankenversicherungsrecht”, Ruland/Becker/Axer(편), Sozialrechtshandbuch(Nomos, 2018).

Hans Michael Heinig, “Hüter der Wohltaten?”, Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht (2006).

Stefan Huster, “Die Beitragsbemessung in der gesetzlichen Krankenversicherung”, Juristen Zeitung(2002).

Karl Peters, “Fragen zu einer Verbreitung der Beitragsbemessungsgrundlage in der Gesetzlichen Krankenversicherung”, Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht (C.F.Müller, 2004).

Roy Lubove, The Struggle for Social Security 1900-1935(Pittsburgh University Press, 1986).

Gerhard A. Ritter, Sozialversicherung in Deutschland und England(C.H.Beck, 1983).

Hans F. Zacher, “Sozialstaat und Gesundheitspolitik”, Hans F. Zacher, Abhandlungen zum Sozialrecht II(C.F.Müller, 2008).

[국문초록]

건강보험법의 형성과 발전, 그리고 과제

전광석(연세대학교 법학전문대학원 교수)

건강보험은 국민의 건강을 보장하는 헌법적 과제를 실현하는 주축 수단이다. 건강보험의 과제를 살펴보기 위해서는 역사적으로 형성된 우리 건강보험의 특성, 건강보험 자체의 급여와 관련된 특성 및 규범적 특성을 이해하여야 한다. 우리 건강보험은 낮은 수준의 보편적 평등을 지향하였다. 이는 역설적으로 건강보험을 보편화하는 데 유리한 상황이 되었다. 건강보험의 과제는 포괄적이며, 적극적·개방적이다. 그러나 건강보험은 평균적 진료와 재정안정성을 유지하기 위하여 어느 정도 정형화된 진료의 종류와 내용 및 방법을 규범화하여야 한다. 건강보험은 한편으로는 이를 벗어나는 진료를 통제하여야 하지만, 다른 한편 진료의 필요성과 효과성을 기준으로 이를 보충하여야 한다. 그런데 이러한 두 요청은 일치할 수 없다는 구조적인 한계가 있다.

이 글은 위와 같은 건강보험의 특성을 기준으로 건강보험의 역사를 정리하고, 앞으로 남겨진 과제를 분석하고 개선과제를 제시하는 목적을 갖는다. 건강보험이 처한 새로운 상황에서 건강보험의 보장성을 부분적으로 강화하는 문제, 건강보험의 제도 및 재정위기의 구조적 문제, 건강보험에 특유한 거버넌스와 관련된 현재의 문제 및 개선방향을 제시하였다.

주제어 : 건강보험법, 낮은 수준의 평등, 재정위기, 제도의 위기, 거버넌스

Formation, Development and Task of the Health Insurance Act

CHEON Kwang Seok

Yonsei University Law School Professor

=ABSTRACT=

Health insurance is the main instrument to protect the people against sickness. To examine the task of in the future it would be necessary to extract and understand the components formed in its formation and development, benefit related and normative characteristics of the health insurance itself. The health insurance oriented itself to the universal coverage at a law level. Paradoxically this worked positively for the universal development of the health insurance. The task of the health insurance is on the one hand universal, positive and open. On the other hand it has to shape type of allowed method, art and content of the medical treatments into the regulation to ensure the equal benefit as well as the financial stability. That is, the health insurance should check the aberrant medical treatment, and at the same time should be compensated for the their necessity and effectiveness. However there are always some structural differences between both requirements. This article aims to restate and analyse the development of the health insurance, based on the characteristics formed hitherto show the way to reform the health insurance. The problem to enhance the coverage of health insurance, its institutional as well as financial crisis, its peculiar governance would be handled.

Keyword : Health insurance act, Equality on the low level, Financial crisis, Institutional crisis, Governance