

# 국민건강보험법 이렇게 제정되어야 한다



김 정 식

(제천서울병원장, 중소병원협의회 부회장)

정부가 입법 예고한 국민건강보험법안은 현재 다보험자 방식으로 운영되고 있는 의료보험 관리체계를 단일보험자로 통합 운영함으로써, 관리운영의 효율성과 보험료 부담의 형평성을 높이고 질병의 치료 외에 예방, 건강증진 등을 포함하는 포괄적인 의료 서비스를 제공하여 국민건강의 향상을 도모하고자 함을 제안사유로 들고 있다.

정부가 이미 통합방식을 시행하기로 하였으므로 이에 대해 반론을 제기하고 싶지는 않으나 정부가 입법 예고한 법안을 살펴보면 그간 의료계가 거듭 주장해 온 적정부담·적정급여의 원칙을 외면한 채 파행적인 의료보험을 지속하겠다는 하고 있어 몇 가지 사항에 대한 재고를 요청하고자 한다.

의료기관들은 그동안 보험재정 보호 및 물가논리에 얽매어 소비자 물가 인상분에도 미치지 못하는 보험수가 인상으로 인해 엄청난 경영상의 어려움은 물론 부정기적인

수가조정으로 예측할 수 있는 관리가 어려운 실정이다.

이러한 문제점을 막기 위해 그동안 의료계는 예측 가능한 관리를 할 수 있도록 진료급여 비용의 인상시기를 정기적으로 해 줄 것과 경제 지수 변동에 따른 수가연동제 및 신의료기술 및 진료재료 등의 급여여부가 신속히 결정될 수 있도록 해 줄 것을 요청한 바 있으나, 법 제 5조 제 1항을 살펴보면 건강보험심의위원회를 두어 진료급여에 관한 비용의 산정기준등 건강보험에 관한 주요사항을 심의한다고만 되어 있어 현행과 크게 다르지 않고 이는 곧 종전의 틀을 답습하는 시행착오를 되풀이 하지 않을까 우려되는 부분이다. 건강보험심의위원회가 공단 및 제정위원회, 진료비심사기구를 견제할 수 있는 역할을 하기 위해서는 진료급여의 기준, 신기술 및 신재료의 채택유무, 진료급여에 관한 비용의 산정기준, 보험요

율의 결정 등 세부적인 틀 결정이 가능하도록 업무가 명시되고 의결기능까지도 부여되어야 할 필요가 있다.

또한 건강보험심의위원회가 활성화되기 위해서는 전문사항의 자문을 얻을 수 있도록 전문위원제를 신설하는 것이 바람직하며, 이와는 별도로 소위원회를 두어 지속적인 연구 및 검토가 이루어지도록 조항을 보완하는 것이 바람직할 것이다. 일본은 중앙사회보험의료협회의회를 두어 연간 70여 회 가량 회의를 개최하여 새로운 의료행위, 진료재료에 관한 전문분과회 및 소위원회등을 수시로 개최하고 있음은 좋은 예가 될 것이다.

법 제29조는 공단의 재정운영위원회를 두어 보험요율의 조정, 기타 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결한다고 되어 있다. 그러나 보험자가 이를 결정할 경우 보험재정만을 고려할 수 밖에 없을 것이므로 공정한 결정을 보장할 수 없을 것이다. 따라서 형평성 제고 측면에서도 건강보험심의위원회에서 이를 다루는 것이 마땅할 것이지만, 굳이 이를 강행하려 한다면 재정운영위원회에 의료계의 대표가 일정한 비율로 참여해야 할 것이다. 법 제39조 3항을 보면 진료급여의 방법·절차·범위·상한기준 등 진료급여의 기준은 보건복지부령으로 정한다고 되어 있다. 과거 의료보험법에서도 같은 내용으로 인해 의료계와 수많은 마찰이 있어 왔던 사항이므로 앞에서 지적한 바와 같이 건강보험심의위원회의 의결에 따라 보건복지부령으로 정하는 것이 통합보험법의 정신에도 부합할 것이다.

또한 의료보험을 통해 모든 진료에 가능한 것이 아니므로 포괄적인 금지방식을 탈

피하여 급여대상이 아니라도 보편화된 의료행위나 진료재료로 환자의 진료상 신의료행위 및 진료재료가 필요하고 환자 및 보호자가 원할 경우는 비급여로 진료를 행할 수 있는 최소한의 장치가 마련되어야만 할 것이다.

법 제40조를 보면 진료기관의 강제지정을 기조로 의료전달체계에 따른 진료기관 지정을 명시하고 있다. 진료기관을 강제로 지정하는 제도는 헌법이 보장하는 기본권인 직업수행의 자유를 제한하는 것이고, 공익을 위한 기본권의 제한이라고 할지라도 기본권의 제한은 최소한의 범위 내에서 단기간의 최종적 수단이어야 하므로 현행 강제 지정제는 일정기간을 명시한 이후는 계약제로 전환하는 것이 바람직할 것이다. 또한 의료전달체계에 따른 진료기관의 지정은 지난 의료보험법에서도 문제가 되었던 사안으로, 보건복지부령에서 정하던 것을 법에 명시한 것에 대해서는 환영할 만하나, 이는 모법인 의료법에서 규정되는 것이 법의 체계에도 부합되는 사안이라 판단된다.

법 제43조에 환자들에 대한 비용의 일부 부담이 명시되어 있다. 그러나 이에 대한 정의가 지나치게 자의적일 수 있으므로 항을 신설하여 최소한의 진료 이외의 진료행위 및 의료기재의 사용등에 대해서는 본인 부담이 가능토록 조항을 세분할 필요가 있다.

법 제45조의 내용은 진료의 비용등의 청구와 지급에 대해 열거되어 있다. 그러나 그 내용을 살펴보면 그간 의료계가 일관되게 주장해온 진료비 조기지급 명시 및 현재 시행중인 개산불마저도 받아들이지 아니하고 ‘지체없이’라는 모호한 표현으로 일관하

고 있으며, 진료비 지연지급에 따른 보상비용의 문제가 언급되지 않고 있다.

또한 심사기구의 독립을 통해 심사의 전문성·공정성·효율성을 제고하자는 목적과 달리 ‘건강보험심사평가원’을 설립하여 평가기능을 수행하겠다는 의도에 대해 심히 놀라움을 금하지 못하고 있다. 의료의 질에 대한 정의 자체도 불분명하며 이에 대한 검증과 계량화가 용이하지 않은 상황에서 객관적인 심사목적 이외에 평가기능을 추가하겠다는 것은 조직의 비대화 및 부작용이 우려되므로 이 부분은 국회 심의과정에서 반드시 본래의 의도대로 ‘건강보험심사원’으로 확정하여 심사의 전문성·공정성·효율성이 제고될 수 있도록 하여야 할 것이다.

더우기 동 법 동조 제6항의 경우 진료비용을 지급함에 있어 약제, 검사 등 보건복지부령이 정하는 진료급여의 구성요소를 당해 진료기관 이외의 자가 공급한 것이 명확한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 진료기관에 지급할 진료비중 그 구성요소에 해당하는 진료비를 공급자에게 직접 지급한다고 되어있다. 도대체 어떻게 이러한 초법적인 발상이 가능한지 의아스럽기까지 하다. 차라리 약제, 검사의 경우에는 보험자가 이를 구입하여 일괄 배분해주는 것이 모양새나마 그럴듯한 것이 아닌지 반문하고 싶다.

의료기관이 공급자와 당사자간의 거래관계를 통해 계약을 성사시켰는데 당사자의 일방인 의료기관을 제외하고 제 3자인 보험자가 구입에 대한 지불을 수행하겠다는 것이 과연 적절한 발상인지, 이러한 경우 의료기관은 약제와 관련하여 구입비용에 대한 이해가 없으므로 공급자와 계약시 시장경제

논리에 의한 저가구입을 위한 노력을 할 이유가 없을 것이므로 보험재정은 오히려 증가할 것이 명약관화한데도 이를 법제화한다면 누구를 위한 법제화인지를 공개적으로 천명해 줄 것을 요청한다.

법 제 54조 부당이득의 징수조항을 보면 그간 문제가 되어온 허위 기타 부당한 방법으로 이득을 취한 것이 아닌 현행 요양급여 기준상 불합리한 제재등으로 인해 적정진료에 필요한 처치를 하였음에도 불구하고 일괄적인 기준으로 이를 부당이득의 징수로 해석해서는 곤란하다는 의견이 팽배했음에도 불구하고 이에 대한 언급이 전혀 제시되어 있지 않다. 따라서 적정진료차원에서 행한 의료행위마저 부당이득으로 간주하는 것은 의료수준의 저하를 초래할 수 밖에 없을 것이므로 이에 대한 별도의 조치가 필요하다.

또한 의료계가 주장한 진료급여기준에 대한 공시조항이 그 어느 곳에서도 언급되어 있지 않다. 심사기준의 투명성이야말로 보험심사의 당위성을 역설해 줄 수 있는 사안이므로 심사기구의 독립에 맞추어서도 심사기준에 대한 공시조항은 법에 명시되어야만 한다.

현행 국민의 정부가 추구하는 기본정책 목표는 기구 축소를 통한 구조조정으로 국가 경쟁의 효율적인 시스템을 가동시키려는 것이고 정부는 물론 각계 각층의 감량경영으로 고통분담이 전반적인 추세이다. 통합의 주요인 중 하나인 관리비 감축과 연계하여 부칙 제 8조의 직원의 고용과 관련한 자동승계는 반드시 재검토 되어야 할 것으로 본다.

국민건강보험법은 그간 조합방식으로 운

영되던 것을 통합방식으로 전환하여 효율성을 증진하자는데 그 목적이 있는 것으로 알고 있다. 효율성과 형평성 추구를 위해 새로운 틀을 고안하여 국민건강증진을 목적으로 하고 있는 국민건강보험법이 과거의 저부담·저급여 운영방식을 답습하는 것은 국민건강증진 및 효율성 측면에서도 도움이 되지 않을 것이다.

새로운 법에 의해 새로운 틀이 짜이는 이때 적정부담·적정급여방식을 근간으로 법안이 마련되지 않는다면 그 어떤 미사여구로 수식한다 하더라도 우리의 의료보험은 국민

건강 증진을 통한 삶의 질 향상이라는 대전제를 달성하기 어려울 것이다. 따라서 의료보험의 틀이 전면 개편되는 지금이야말로 적정부담·적정급여방식을 추진할 수 있는 적기라 할 수 있을 것이다. 21세기를 맞이하며 만들어지는 법안이 더 이상 어느 한 쪽의 희생을 강요하며 이루어져서는 안될 것이며 국민과 의료기관 모두가 공존할 수 있는 법안이 만들어 질 수 있도록 국회 심의과정에서 그간의 논의를 재고하여 반영해 주기 바란다. **원문**