

건강보험 권리구제제도의 개선 방향에 관한 연구

김 운 목 *

- I. 머리말
 - 1. 서언
 - 2. 논의의 전개
- II. 건강보험법 관계와 심사청구사항
 - 1. 건강보험법 관계와 성격
 - 2. 행정구제로서 이의신청 및 심사청구사항
- III. 건강보험 이의신청제도 및 심사청구제도
 - 1. 이의신청제도 및 심사청구제도의 의의
 - 2. 이의신청 및 심사청구제도의 변화
 - 3. 건강보험심사평가원의 이의신청 운영 현황
 - 4. 국민건강보험공단의 이의신청 운영 현황
 - 5. 보건복지부의 건강보험분쟁조정위원회 운영 현황
- IV. 이의신청 및 심사청구제도 문제점
- V. 이의신청 및 심사청구제도 개선 방향
- VI. 맺는말

I. 머리말

1. 서 언

현대 복지국가에서 사회보장 수급권의 하나로서 건강을 보장받을 권리는 국민의 생존권을 보장하기 위한 헌법의 기본권 보장 이념에서 출발하며 국민이 질병으로부터 자유로운 인격을 실현하고 인간으로서의 행복을 추구할 수 있도록 하기 위한 것이다.¹⁾ 헌법의 복지국가 이념에 따라 국

* 건강보험심사평가원 상근직원 연구위원, 보건학박사.

민의 건강권을 사회보험 방식으로 보장하려는 건강보험제도는 국민의 보건을 향상시키고 사회보장의 증진을 도모함을 목적으로 하는 국가 건강보장제도로써, 그 생성과 발전과정에 의할 때 복지국가의 이념을 추구하기 위한 사회경제적 정책수단으로서 선도적이고 중심적인 위치에 있다.

건강보험제도에서의 법률관계는 사회보장 전문적이며, 또한 가입자, 국가, 보험자, 심사평가기관, 요양기관, 사용자와 가해자로서의 제3자 등 여러 당사자²⁾간에 공법적 및 사법적 측면에서 복잡하고 다양하게 이루어진다. 즉, 건강보험 법률관계는 공법적 측면에서는 정부와 보험자 및 심사평가기관간 지도감독·국가부담 및 업무위탁 관계, 보험자와 수급권자³⁾ 및 사용자 간의 보험자격 관계·보험료 부과징수 관계, 보험자와 수급권자 간의 급여의 지급 및 제한 등 보험급여 법률관계, 심사평가기관과 요양기관·보험자 등의 보험급여비용의 청구 및 심사·평가관리 법률관계, 요양기관 법률관계 등의 복잡한 법률관계가 이루어지고 민사법적 측면에서 보험자와 가해자로서의 제3자 간의 구상권 관계, 요양기관과 수급자 간의 본인일부금 수불관계 등 여러 법률관계가 형성된다.

따라서 이와 같이 다면적이고 복잡한 법률관계에서 분쟁이 발생하는

- 1) 현대 복지국가의 이념은 모든 국민에게 생활의 기본적 수요를 충족시켜 줌으로써 국민이 건강하고 문화적인 생활을 할 수 있도록 하는 것을 국가의 책임으로 하며 또한 그러한 생활을 보장받는 것이 국민의 기본적 권리임을 인정하고 있다. 그리고 국민이 사회보장수급권의 하나로써 의료보장을 받을 권리는 질병으로부터 자유로운 인격을 실현하기 위한 생존권적 기본권으로 인식되고 있다(김철수, 헌법학원론, 박영사, 1997, 86; 이상광, 사회법, 박영사, 2002, 108-126).
- 2) 국민건강보험법 법률관계의 당사자로는 ① 보험급여의 수급주체로서 가입자와 그 피부양자 ② 건강보험사업의 관리주체로서 보험자인 국민건강보험공단 ③ 요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성 평가기관으로서 건강보험심사평가원 ④ 요양급여의 취급자로서 요양기관 ⑤ 건강보험사업의 총체적 관장자로서의 국가와 ⑥ 기타 제3자 등을 들 수 있다.
- 3) 국민건강보험법 제54조(수급권의 보호)는 보험급여를 받을 권리를 “수급권”으로 정의하고 보험급여를 받을 권리의 양도 및 압류 금지에 관하여 규정하고 있다. 따라서 건강보험법에 의한 “수급권자”는 건강보험 가입자 또는 피부양자로서 보험급여를 받을 권리를 가진 자로 정의할 수 있다. 한편, 동법 제5조(적용대상 등) 제1항 제1호에서는 “수급권자”를 공적부조제도인 의료급여법에 따라 의료급여를 받는 자를 약칭하는 것으로 혼용하고 있다. 이 논문에서는 “수급권자”를 “건강보험 가입자 또는 피부양자로서 보험급여를 받을 권리를 가진 자”로 정의하여 사용한다.

경우에 각 당사자는 권리침해에 따르는 권리분쟁에 대하여 쉽게 권리침해의 내용을 파악하고 절차에 따라 대응할 수 없다는 어려움이 있다.

한편 사회경제의 발달과 함께 건강과 의료에 대한 국민의 의식수준이 높아지고 인구 노령화의 급속한 진행 및 의료기술의 발달과 건강보장 수준이 향상되는 등의 여러 가지 요인에 따라 건강보험재정이 빠른 속도로 팽창⁴⁾하고 있는데, 이는 건강보험 법률관계에 관련하는 사회적·개인적 부담과 이해관계의 규모가 급속하게 커지고 있는 것을 의미한다. 그리고 건강보험제도를 운영함에 있어 형성되는 법률관계에서 권리의무의 당사자 중 권리침해를 주장하는 당사자는 다른 사회보장제도에서와 마찬가지로 일반적으로 사회·경제적 또는 정치적·법률적으로 약자인 경우가 많다. 따라서 건강보험을 포함한 사회보장제도에서는 신속하고 전문적이며 경제적인 방법으로 권리를 구제받을 수 있도록 제도를 마련해야 한다. 그러나 건강보험 법률관계 중에서 건강보험행정 법률관계는 기술적이며 사회경제 및 보건의료 정책적으로 전문성이 있는 행정처분의 성격을 가지고 있고 또한 대량의 처분이 반복적으로 발생하는 특성이 있어서 전체적으로 권리분쟁에 관련되는 재정규모는 막대하지만, 각 개별 당사자가 각각의 권리침해에 대하여 권리분쟁으로 일일이 사법적(司法的)으로 대응하기에는 매우 어렵다는 한계가 내재되어 있다.

여기서 건강보험 법률관계에서 발생하는 권리침해에 대한 권리구제제도의 설치와 운영에 있어서는 이러한 여러 특성을 고려한 제도적인 배려가 요구된다. 사후구제보다는 사전에 권리침해가 없도록 행정절차의 적

4) 건강보험 재정(급여비) 지출이 증가하는 것을 보면, 1990년에는 2조 2천억 원 규모이었던 것이 1995년에 5조 1천억 원이 되었고 1998년에는 8조 7천억 원으로 되었다. 다보험자방식의 의료보험에서 통합 건강보험제도로 발전하고 의약분업이 도입된 2000년의 재정지출은 10조 7천억 원이었다가 2002년에는 14조 8천억 원, 2004년에는 17조 3천억 원으로 증가하였다. 그리고 입원식대까지 보장성이 강화된 2006년은 22조 5천억 원으로 재정지출이 증가할 것으로 예상되며, 2007년에는 25조 5천억 원으로 2010년에는 34조 2천억 원으로 계속하여 팽창할 것으로 예상되고 있다(보건복지부, 2004년 주요업무참고자료; 건강보험관리공단, 각 연도 결산서(2000-2005); 국민건강보험법 일부개정법률안(정부, 2006. 6. 19제출) 재정소요추계서; 보건복지부, 내년 건보료 6.5% 인상, 의료수가 2.3% 인상 결정, 보건복지부뉴스-뉴스광장-정책속보(2006. 12. 1), <http://www.mohw.go.kr>).

법성을 확보할 수 있는 장치를 강구해야 하지만 권리분쟁이 발생한 경우에 권리구제기구가 특수성과 전문성을 최대한 활용하여 구제업무의 관리능력을 높일 수 있어야 한다. 또한 권리구제제도에 대한 홍보를 강화하여 권리의 포기과 제도에 대한 불신을 방지해야 하며 권리구제 행정인력의 전문성을 확보하고 그에 대한 재교육을 강화하여 건강보험 행정서비스의 수준을 끌어 올리도록 하여야 할 것이다. 즉, 건강보험 수급권을 실행하는 과정이나 관련되는 건강보험행정 법률관계가 이루어지는 과정에서 당사자 간에 필연적으로 발생하게 되는 권리침해에 대하여 이를 충실하게 구제하지 않는 것은 건강보험제도에 대한 불신감을 커지게 하고 건강보험제도의 부실화를 초래할 우려가 있어 자칫 건강보험제도 자체를 공허하게 만드는 것으로 귀결될 수 있게 된다. 또한, 건강보험의 행정관리와 관련하여 발생하는 권리침해에 대하여 제도의 특성을 고려한 권리구제장치가 제대로 마련되어 작동하지 못한다면, 건강보험 수급권은 명목적 구호에 그칠 우려가 있고 건강보험급여 보장성 강화 등 제도의 내실화를 위한 노력도 장애에 부딪치게 될 우려가 있다.

건강보험제도의 내실화를 위한 수급권의 실질적 보장은 먼저 보험급여 수준을 향상시키는 것, 즉 보장성의 강화를 추진하는 것에서 이루어지는 것이 원칙이다. 이것은 제도의 본질적인 개선 측면으로 수급자 전체를 대상으로 하여 추상적인 법정책으로 그 사회경제의 수준에 맞추어 건강보장에 대한 권리 수준을 향상시키도록 결정하고, 또한 이를 집행하는데 합당한 행정절차를 마련하는 것을 말한다. 그리고 수급권을 보호하기 위한 두 번째의 장치로 추상적인 수급권을 구체화하는 과정에서 발생하는 권리침해에 대비하여 권리구제의 기능을 실질적으로 활성화하는 사후적 권리구제제도를 제대로 구비하고 잘 작동되도록 구비해야 한다.

2. 논의의 전개

그동안 우리나라에서는 보장성의 강화와 건강보험 관리행정 체계를 중심으로 사전적 권리보장에 대해서는 많은 논의와 개선이 있었으나, 권리

구제기능의 실질화와 활성화를 위한 사후적 권리구제부문에 대해서는 거의 논의조차 이루어지지 않았다.

우리나라 건강보험을 포함한 사회보장제도에서의 권리구제제도 운영부실에 대한 본격적인 논의는 2004년 정기국회 국정감사과정에서 처음으로 제기되기 시작하였고, 그 이후 국회의 정책질의, 정부의 혁신과제 추진 등을 통하여 계속되어 왔다. 이를 통하여 국민건강보험법이 행정심판제도로 규정하고 있는 이의신청제도(제76조)와 심사청구제도(제77조)의 운용 전반에 대하여 재결청에 해당하는 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원뿐만 아니라 보건복지부 모두에게서 문제가 있음이 지적되었다.

그 주요한 지적사항을 보면, 권리구제제도 운영의 형식화·부실화를 지적하는 측면에서 서면결의에 의한 위원회 개최로 형식적 구제절차 운영, 안전의 과다 상정으로 인한 청구내용 심리의 부실, 처리기간 장기 소요로 인하여 신속한 구제기능 상실, 행정심판대상 민원의 대부분을 간이한 민원처리절차로 처리하여 권리구제절차를 무력화시키는 현상 등이 지적되었다.

그리고 건강보험법령에 의하여 권리구제기구로 설치된 이의신청위원회(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원)와 건강보험분쟁조정위원회(보건복지부)의 구성과 기능이 건강보험 권리분쟁 사항에 관하여 전문적으로 이를 심리할 수 있는 학식과 경험을 가진 전문가가 아니라 건강보험에 이해관계가 있는 단체의 대표자의 성격으로 이루어져 있어 건강보험 권리분쟁 사항에 관하여 전문적으로 이를 심리하기 어렵다는 것과 위원수가 적어 회의를 자주 개최하기가 어려워 누적되고 있는 권리분쟁사항을 적시에 대처하여 심리할 수 없다는 것 등이 주요한 문제점으로 지적되고 있다. 보건복지부에서는 2005년 3월부터 “건강보험 권리구제제도 강화방안”으로 건강보험분쟁조정위원회 사무국을 신설하여 여기에 전담인력을 확충배치하고 제도개선을 추진하는 것을 부처혁신과제로 선정하여 집중 논의하고 있다.

또한 국회에서도 2006년 2월 심사청구제기 시 원처분자 경유방식 도

입, 분쟁조정위원회의 위원수의 확대 및 상근위원제도 도입과 분쟁조정 위원회 사무국의 독립적 설치를 주요내용으로 하여 건강보험 권리구제제도를 개선하기 위한 국민건강보험법 일부개정법률안이 제출되어 있다.⁵⁾

건강보험에서 발생하는 권리분쟁은 관련되는 다양한 각 당사자 간에 있게 되는 법률행위의 합리성과 합법성 여부에 대한 다툼으로 필연적인 현상이며 국민의 권리의식이 향상됨에 따라 증가하는 것이 일반적인 추세이고, 이는 건강보험제도의 발전과 충실화에 대한 국민 욕구의 표출구로서 작용하는 기틀이 되기도 한다.

건강보험에 있어서의 권리분쟁은 보험관리운영상의 합리성과 합법성을 확보하려는 보험자 또는 심사평가기관 등 건강보험 관리운영주체의 권리 침해적 업무수행과 이에 대하여 건강보험 수급권을 보장받고자 하는 가입자 등 수급권자의 권리주장이 마찰을 일으키면서 나타난다. 그리고 건강보험에서 발생하는 권리분쟁은 우선 건강보험 법률관계의 다면성 및 복잡성과 법령운용상의 행정 미숙 및 착오, 건강보험 관리운영과 재정의 조달 및 조정과정에서 이해충돌 소지의 내재, 건강보험법령 및 제도에 대한 인식과 해석의 차이, 건강보험과 그 주변 환경 및 관련제도를 포함하는 역사와 발전방향에 대한 인식과 관점의 차이 등 매우 다양한 요인이 결합하여 발생한다.

이 연구에서는 건강보험과 관련행정에 대한 전문성을 활용하여 신속하고 경제적으로 행정적 구제를 시행함으로써 건강보험제도를 통하여 이룩하고자 하는 권리보장의 내실화에 기여함을 목적으로 건강보험 권리구제제도의 개선 방향을 모색하고자 한다. 또한 이 연구에서 건강보험제도에서의 특수성과 전문성을 활용하여 실질적인 행정구제를 도모하고 이를 통하여 건강보험 및 관련 사회보장제도에 대한 신뢰성을 높여 제도에 대한 국민의 만족도를 제고하는 방안으로 검토함으로써 사회보장제도 전반

5) 2004년 정기국회의 국정감사를 통하여 우리나라 사회보장 권리구제제도의 문제점을 본격적으로 제기한 열린우리당(고창·부안)의 김춘진의원이 2006년에 건강보험 권리구제제도를 개선하기 위한 국민건강보험법 일부개정법률안을 대표발의하였다.

에 대한 권리구제 개선 방향에서 앞장서고자 한다. 건강보험제도가 선도적 사회보장제도로서 도입되었고 발전하고 있어 건강보험제도에서의 권리구제제도의 충실화는 다른 사회보장제도에 미치는 파급효과가 커서 국가 전체적으로 사회보장제도의 내실화와 실질적 권리보장을 헌법적으로 접근할 수 있도록 촉진하게 한다.

그리고 건강보험제도에서 수급권으로 보장되는 전반적인 급여수준은 국가의 사회경제적 발전수준에 따르는 것이므로 현 제도가 보장하고 있는 수준에서 수급권을 내실 있게 보호하는 것은 전반적으로 급여수준을 향상시키는 과업과 마찬가지로 중요한 과제이다. 따라서 건강보험 업무현장에서 발생하는 각종 분쟁 발생의 실태를 파악하고, 현 제도 내에서 가입자 등의 건강보험 수급권이 실질적으로 보장되도록 권리구제제도가 기능하게 하는 것은 건강보험 보험자와 심사평가기관이 행하는 보험관리행정의 합리성과 적법성을 최대한 확보하고 실제로 수급권자의 권리를 보호하는 것이 된다. 이하에서는 건강보험법관계와 권리분쟁이 발생하는 과정을 총괄적으로 살펴보고 권리구제제도의 현황과 그 대책을 검토하고자 한다.

II. 건강보험법관계와 행정구제사항

1. 건강보험법 관계와 성격

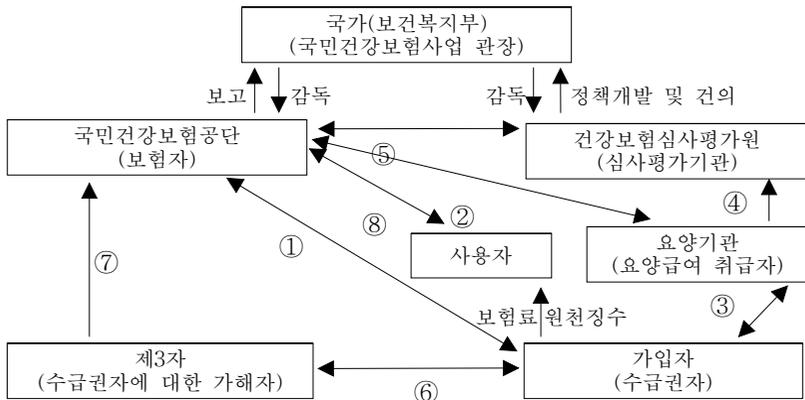
의료영역에서의 법률관계가 환자와 의사간의 자유로운 사적 계약관계로부터 사회적 권리관계로 전환되는 것은 의료의 사회화 과정, 즉 의료를 보편적 사회보장제도로 받아들이는 과정을 거치면서 이루어졌다⁶⁾. 보편적 사회보장제도로 국민의 의료를 보장하기 위해서 그에 따르는 공적 건강보험제도의 관리·운영 시스템을 제도화하게 되고 제도화 과정에 수반하여 관리운영 주체와 객체 간의 법률관계가 형성된다. 건강보험의 급여형태가 비용보상방식(선불상환제)이 아니고 독일, 일본 등과 같이 현물급여

6) 荒木誠之, 社會保障の 法的構造, 有斐閣, 1983, 139-141.

를 제공하여 질병, 부상, 출산, 사망 및 건강증진 등의 보험사고⁷⁾에 대한 보험급여로 수급자를 보호하고 있으며, 보험자는 현실적으로 현물급여를 수급자에게 직접 제공할 수 있는 의료시설이 크게 부족하므로 필연적으로 의료제공자인 요양기관이 건강보험 급여관계의 중요한 당사자가 되고 진료관계도 법률관계의 중요한 구성부분이 된다.⁸⁾ 또한, 수급자에게 보험사고를 발생시킨 제3자는 그 보험사고에 대하여 수급권자가 보험급여를 받게 되면 보험자와 제3자 간에는 구상권 관계라는 법률관계를 형성하게 되는데 손해배상청구권의 대위 행사에 해당하는 당사자 간의 민사법적 관계가 된다. 이러한 건강보험법 관계를 도표로 나타내면 다음과 같다.

(표 1) 건강보험법 관계

건강보험법 관계



7) 보험법에 있어 보험사고(accidents or risks covered)는 보험자의 책임을 구체화시키는 우연한 사고(정희철, 상법학(하), 박영사, 1990. 375)를 말하므로 건강보험에서의 보험사고는 보험급여의 대상이 되는 것으로 정의할 수 있다. 의료보험에서 건강보험으로 제도의 명칭이 변경되면서 보장하고자 하는 보험사고에 대한 규정은, 국민의 “질병·부상·분만 또는 사망 등”(의료보험법 제1조(목적))으로부터 국민의 “질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진(국민건강보험법 제1조(목적))으로 변화하였다.

8) 전광석, 국민건강보험의 법률관계, 의료법학 제2권 제1호, 대한의료법학회, 2001. 6, 280-283; 이상광, 사회법, 박영사, 2002, 688-692.

앞의 (표 1)에서 ①의 관계는 보험자와 가입자 간, 즉 건강보험주체 간의 법률관계로서 보험적용에 대한 자격관리, 보험급여의 지급, 급여의 정지 및 급여의 제한, 부당이득의 징수 및 보험료의 부과 징수 등의 관계가 형성된다.

사회보험으로서 건강보험제도가 의무보험으로 성립되므로 이 법률관계에서의 관리행정은 대부분 보험자가 우월한 권력적인 지위에서 행하는 행정처분으로 이루어지고 여기서는 보험자가 행하는 건강보험 관리행정에 의하여 가입자에 대한 권리침해의 소지가 많아지게 된다.

②의 관계는 보험자와 요양기관간의 관계이다. 구 의료보험법에서는 요양기관 지정제도를 통하여 이 법률관계를 구성하였으므로 지정 또는 취소의 절차를 거쳐 그 법률관계가 성립 또는 소멸하였으나 현행 건강보험법에서는 요양기관 당연적용제도로 법률관계가 성립된다.⁹⁾

건강보험의 관리운영주체인 보험자와 수급권자의 관계에서 요양기관은 일단 제3자적 지위에 있게 되지만, 요양기관은 보험자와의 관계와 함께 심사평가기관 및 수급권자와도 법률관계가 구성되는 다면적 법률관계를 형성하게 된다.¹⁰⁾ 즉, 현실적으로 현물급여가 중심으로 되어있는 건강보험제도 운영에서 보험급여의 제공 및 비용의 심사지급, 평가 등에서 요양기관은 보험급여 수급과 보험재정의 흐름에 있어 중심축을 형성하는 지위에 있게 되고 보험자와 요양기관 간에는 중요한 요양기관 법률관계를 구성한다.

이 법률관계에서 요양급여비용의 산정 결정(보험수가의 결정)은 양 당사자 간의 계약사항으로 되어 있으나, 보험자가 우월한 권력적인 지위에

9) 국민건강보험법 제40조(요양기관) 제1항은 1. 의료법에 의하여 개설된 의료기관, 2. 약사법에 의하여 등록된 약국, 3. 약사법 제72조의 12의 규정에 의하여 설립된 한국회귀의약품센터, 4. 지역보건법에 의한 보건소·보건진료원 및 보건지소, 5. 농어촌등보건의료를위한특별조치법에 의하여 설치된 보건진료소를 요양기관으로 하도록 하고 공익 또는 국가정책상 요양기관으로 적합지 아니한 경우에만 제외할 수 있도록 하는 요양기관 당연적용제도를 채택하면서 구 의료보험법에 의한 요양기관 지정제도를 폐지하였다.

10) 이상광, 전거서, 688

서 행하는 행정처분으로 이루어지는 부분은 보험자의 처분에 의하여 요양기관에 대한 권리침해의 소지가 있다.

(표 1)에서 ③의 관계는 요양기관 법률관계 중에서 요양기관과 수급권자 간의 관계로 요양기관이 현물급여를 제공하는 것과 본인부담 진료비를 수불하는 관계이다. 수급권자는 요양기관으로부터 절차에 따라 건강보험 진료(보험급여)를 받으며 요양기관에 소정의 본인일부부담금을 포함한 본인부담금을 직접 납부한다.

이 관계는 건강보험법이 규정하고 있는 공법상의 사항을 집행하는 것이지만 보험자와 요양기관간의 관계(②의 관계)에 있는 요양기관이 수급권자에게 보험급여로써 요양급여를 제공하며 그 보험급여 비용의 일부를 수급자로부터 직접 받을 수 있도록 하고 있어 수급권자와 요양기관 간에 있는 진료관계와 본인일부부담금의 수불관계는 당사자 간의 민사법적 법률관계로 파악되어야 할 것이며 행정구제의 대상이 되는 법률관계는 아니다.

④의 관계는 요양기관 법률관계 중에서 심사평가기관과 요양기관의 관계로서 요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성에 대한 평가에 관한 법률관계이다. 이 관계는 심사평가기관이 요양기관에서 보험급여 제공의 결과에 따른 비용의 지급을 보험자에게 청구하는 것에 대하여 그 청구자 및 청구의 내용과 절차가 적법하고 타당하며 적정한 것인지에 대하여 판단하는 법률관계를 말한다. 이 법률관계에서 심사와 평가는 심사평가기관이 우월한 권력적인 지위에서 행하는 처분으로 이루어지고, 요양기관의 급여비용 청구금액을 감액 조정하는 심사와 평가의 과정에서 요양기관의 진료권 또는 진료비청구권을 침해하는 처분으로 나타나며 현재는 권리분쟁이 발생할 소지가 가장 많다.

(표 1)에서 ⑤의 관계는 심사평가기관과 보험자 간의 관계로서 심사평가기관이 요양기관에서 청구된 요양급여비용을 심사한 결과와 요양급여의 적정성 평가의 결과를 보험자에게 통보하고 보험자가 그 통보내용에 기속되는 관계에 있다. 그러나 두 당사자 간의 법률관계는 수급권자와

요양기관 등의 법률관계에 미치는 영향이 크므로 요양급여비용의 청구에 대한 심사와 요양급여의 적정성 평가의 법률적 성격과 더불어 별도의 심층적인 검토가 필요하다고 본다. 다만 국민건강보험법의 규정에 의하여 검토할 때, 보험자가 요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가에 관하여 심사평가기관에 권리구제로서 이의를 제기할 수 있도록 하고 있고 또한 심사평가기관이 보험자에게 행한 심사와 평가 결과의 통보내용에 보험자가 기속되도록 규정하고 있어 이 법률관계에서 심사와 평가 결과의 통보는 심사평가기관이 우월한 권력적인 지위에서 행하는 처분인 것으로 해석된다.

⑥, ⑦의 관계는 건강보험이 당초 예정하지 않았던 관계로서 제3자의 가해행위에 의하여 수급권자에게 질병 또는 부상 등의 보험사고가 발생한 경우에 이루어진다. 이때 ⑥의 관계에서 보험사고를 당한 수급권자가 가해자인 제3자로부터 먼저 손해배상을 받아 그 질병이나 부상 등에 대하여 진료를 받은 때에는 건강보험이 개입할 필요가 없는 보험자 면책대상이고 수급권자와 가해자 사이에서 민사관계로 규율하면 된다. 그러나 수급권자가 가해자인 제3자로부터 배상을 받지 않고 그 질병이나 부상 등을 건강보험의 급여로 진료받은 때에는 그 급여에 요한 비용의 한도 내에서 보험자는 수급권자의 가해자에 대한 손해배상의 권리를 취득하여 행사하게 된다. 이는 가해자와 피해자 간의 손해배상청구권을 일정범위에서 보험자가 대위 취득하는 것이기 때문에, 이 보험자와 제3자 간의 구상권 행사관계(⑦의 관계)는 그대로 민사법적 성격을 가지고 있다.

(표 1)에서 ⑧의 관계는 보험자와 직장가입자의 사용자 간의 관계로서 직장보험에 고유한 것이다. 이 관계에서 보험자는 사용자에게 직장가입자에 대한 자격의 취득과 상실, 보험료의 부과 및 징수 등의 처분을 하게 되며, 이것은 보험자가 우월한 권력적인 지위에서 행하는 행정처분으로 이루어지게 되고 사용자와 가입자에 대한 권리침해의 소지가 있는 행정처분이다.

2. 행정구제로서 이의신청 및 심사청구사항

현대 법치국가에서 행정구제제도는 국민의 준법을 담보하고 국민의 위법 시에 대비하는 실행수단을 확보하며, 또한 국가기관의 준법과 국가기관의 작용이 위법·부당할 경우에 이에 의하여 침해받은 국민의 권익을 구제하는 수단을 확보하는 두 가지 측면에서 마련된다.

이러한 권리구제제도는 사전적 권리보호제도로서의 행정절차법과 사후구제제도로 행정상 쟁송제도가 있다. 행정상 쟁송제도에는 행정기관이 일정한 절차에 의하여 재결하는 행정심판과 재판절차에 의하여 처리하는 행정소송이 있다. 건강보험의 행정구제제도는 국민건강보험법의 절차에 의하여 이의신청제도 및 심사청구제도와 행정소송에 의하도록 규정되어 있고 그 외에 청원법에 의한 청원권의 행사가 있다.

전술한 건강보험 법률관계에서 건강보험 행정상 수급권의 침해는 보험자가 가입자와 피부양자인 수급권자의 보험을 관리·운영하는 과정과 심사평가기관이 요양급여비용을 심사하는 과정에서 주로 발생한다. 국민건강보험법의 규정에 의할 때 그 법률관계에서 발생하는 권리분쟁 중에서 행정구제의 대상인 건강보험 이의신청 및 심사청구 대상으로 볼 수 있는 세부적인 처분¹¹⁾은 아래의 내용으로 구성된다고 할 수 있고, 이외의 의료보험관계로서 민사법적 관계에서는 당사자 간에 민사소송 등의 방법에 의하여 분쟁을 해결한다.

- ① 보험자가 적용대상자의 자격을 취득, 상실 또는 변경시키거나 확인하기 위하여 가입자의 자격에 관한 처분을 행하는 과정
- 적용대상자(가입자, 피부양자)의 자격에 관한 보험자의 처분: 제3조

11) 국민건강보험법 제76조(이의신청)는 공단에 대한 이의신청에 대하여 “가입자 및 피부양자의 자격, 보험료 등, 보험급여 및 보험급여 비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자”라고 규정하고(제1항), 심사평가원에 대한 이의신청에 관해서는 “요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관 기타의 자”라고 규정하여(제2항) 이의신청의 대상처분을 포괄적으로 열거하고 있다.

- (정의), 제5조(적용대상 등), 제93조(외국인 등에 대한 특례)와 관련되는 처분
- 건강보험 적용 구분에 대한 보험자의 처분: 제6조(가입자의 종류)와 관련되는 처분
 - 자격의 득실 및 변동에 대한 보험자의 처분: 제7조(자격취득의 시기), 제8조(자격의 변동), 제9조(자격상실의 시기)와 관련되는 처분
 - 자격 득실 및 변동의 확인과 효력의 발생에 관한 보험자의 처분: 제10조(자격득실의 확인), 제11조(건강보험증)와 관련되는 처분
- ② 보험자가 가입자 등의 수급권자에게 보험급여 제공에 관한 처분 또는 보험급여를 제한하는 처분을 하거나 부당이득을 징수하는 등의 처분을 행하는 과정
- 요양급여와 요양급여비용에 관한 보험자의 처분: 제39조(요양급여), 제41조(비용의 일부 부담), 제43조(요양급여비용의 청구와 지급 등), 제46조(장애인에 대한 특례), 제47조(건강검진), 제54조의 2(현역병 등에 대한 요양급여비용의 지급)와 관련되는 처분
 - 요양비에 대한 보험자의 처분: 제44조(요양비), 제51조(요양비 등의 지급)와 관련되는 처분
 - 임의급여에 대한 보험자의 처분: 제45조(임의급여)와 관련되는 처분
 - 급여의 제한 또는 정지에 대한 보험자의 처분: 제48조(급여의 제한), 제49조(급여의 정지)와 관련되는 처분
 - 부당이득의 징수에 관한 보험자의 처분: 제52조(부당이득의 징수)와 관련되는 처분
 - 제3자에 대한 구상권과 관련된 보험자 면책에 대한 처분: 제53조(구상권) 2항과 관련되는 처분
 - 급여의 확인 및 수급권의 보호와 관련되는 보험자의 처분: 제50조(급여의 확인), 제54조(수급권의 보호)와 관련되는 처분
- ③ 심사평가기관이 요양급여비용(진료비)을 심사하거나, 또는 요양급여

의 적정성을 평가하는 처분을 행하는 과정

- 제39조(요양급여), 제40조(요양기관), 제41조(비용의 일부부담), 제42조(요양급여비용의 산정 등), 제43조(요양급여비용의 청구와 지급 등), 제43조의 2(요양급여의 대상 여부의 확인 등)¹²⁾, 제55조(설립), 제56조(업무 등), 제84조(보고와 검사) 2항 및 제88조(권한의 위임 및 위탁) 2항과 관련되는 처분

- ④ 보험자가 보험재정을 확보하고자 보험료의 부과기초가 되는 보수 또는 소득 등을 산정하고 사용자, 가입자로부터 보험료를 부과하고 징수하는 등의 처분을 행하는 과정

- 제62조(보험료), 제63조(표준보수월액), 제64조(부과표준소득), 제65조(보험료율), 제66조(보험료의 면제), 제67조(보험료의 부담), 제68조(보험료의 납부의무), 제69조(보험료 납부기한), 제70조(보험료 등의 독촉 및 체납처분), 제71조(가산금), 제72조(결손처분), 제73조(보험료 등의 징수순위), 제74조(보험료 등의 납입고지), 제75조(보험료 등의 충당과 환급), 제90조(소액처리) 제91조(단수처리)와 관련되는 처분

Ⅲ. 건강보험 이의신청제도 및 심사청구제도

1. 이의신청제도 및 심사청구제도의 의의

권위적 관료행정 시대를 거치면서 오랫동안 국민들은 위법·부당한 행

12) 요양급여 대상여부 확인제도는 수급권자가 본인일부부담금 외로 부담한 비용(비급여에 대한 본인부담금)이 요양급여의 대상에서 제외되는 것인지를 심사평가원에 확인요청할 수 있고, 심사평가원이 그 확인결과를 확인요청한 자에게 통보하며 이때 요양급여의 대상인 때에는 그 내용을 공단 및 요양기관에 통보하여 정산토록 하는 제도이다. 즉, 요양기관은 과다본인부담금을 지체 없이 확인요청한 자에게 지급하여야 하고, 요양기관이 과다본인부담금을 지급하지 않으면 공단이 당해 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 과다본인부담금을 공제하여 확인요청한 자에게 지급할 수 있도록 하고 있다.

정치분부에 대하여 적법절차에 의한 분쟁의 해결보다는 다소 억울해도 참고 넘어가거나, 또는 여러 방면의 친지 등의 관계를 활용하여 자신이 처한 문제를 비공식적 경로로 조용하게 해결하는 것을 보다 현명한 처신으로 여기던 시대도 살아왔다. 아직도 국민들이 일반적으로 위법·부당한 행정처분에 대하여 적법절차에 의하여 분쟁을 해결하는 것에 익숙하지가 않으며, 행정처분이 위법·부당하다고 느낄 경우에 집단적 행동방식에 의하여 반발하거나 또는 억울함을 참으면서 결국은 제도에 대한 불만세력 또는 거부자로 잠재하게 되는 것이 실제로 남아 있음을 느낄 수 있다.

그러나 정치·경제와 사회·문화의 발전에 따라 국민의 권리意識이 발전하고 있고 법치행정의 원리가 현실행정에 뿌리내리고 있는 오늘날에 이르러 적법절차에 의한 분쟁해결에 익숙하지 않은 국민에게 바른 절차를 알려주고 적법절차에 따라 구제신청이 있을 때 그 문제를 해결하여 주기 위하여 제도가 실질적으로 운영되고 있음을 알려준다면 집단적 행동방식에 의하여 반발하거나 또는 억울함을 참으면서 결국은 제도에 대한 불만세력 또는 거부자로 잠재하게 되는 것을 막을 수 있을 것이다. 이런 의미에서 복지행정으로 조장적 기능을 가지고 선도적으로 발전하고 있는 건강보험이 적법절차에 따른 분쟁해결에 보다 적극적으로 기능한다면 국민의 권리보호에 기여할 수 있을 것이다.

이의신청은 건강보험 권리분쟁에 대한 행정구제절차로서, 건강보험 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료 등, 보험급여 및 보험급여비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자가 공단에 대하여 그 처분의 시정을 구하는 절차와 요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단·요양기관 기타의 자가 심사평가원에 대하여 그 처분의 시정을 구하는 절차를 말한다. 즉, 이의신청제도는 건강보험에 관하여 보험자(국민건강보험공단) 또는 심사평가기관(건강보험심사평가원)이 행하는 행정처분에 의하여 권익을 침해당한 자가 국민건강보험법과 행정심판법이 정하는 절차에 따라 그 처분의 취소·무

효확인 또는 의무이행의 심판을 청구하는 일종의 행정심판절차¹³⁾를 말하는 것이다. 그리고 심사청구제도는 앞의 이의신청에 대한 결정에 대한 결정에 불복이 있는 자가 건강보험분쟁조정위원회에 대하여 그 처분의 시정을 구하는 행정심판절차를 말한다.

행정심판절차는 행정청의 위법 또는 부당한 처분 그 밖에 공권력의 행사·불행사 등으로 말미암아 권익을 침해당한 자가 행정기관에 그 시정을 구하는 행정쟁송절차를 말한다(행정심판법 제1조). 이러한 행정심판은 행정행위로서의 성질을 가지고 있지만, 오히려 법 판단작용(司法作用)으로서의 성질이 보다 농후하므로¹⁴⁾ 구제제도로서의 실효성을 확보하기 위해 재결기관의 제3기관화와 절차의 준수법화가 요청되었다.¹⁵⁾

헌법 제107조 제3항은 “재판의 진심절차로서 행정심판을 할 수 있다. 행정심판의 절차는 법률로 정하되, 사법절차가 준용되어야 한다”고 규정하여, 행정심판에 관한 헌법적 근거를 두고 있을 뿐 아니라, 심판절차의 공정성과 더불어 행정구제제도로서의 실효성을 확보하기 위하여 사법절차의 준용을 명문화하고 있다.

이와 같은 행정심판절차를 규율하는 기본적 법률은 행정심판법이며, 건강보험법이 규정하고 있는 이의신청 및 심사청구제도는 이러한 행정심판의 하나로서 행정심판법에 대한 특례규정이라 할 것이지만 건강보험법에서 의료보험 심사청구에 관하여 사안의 전문성과 특수성을 살리기 위하여 특히 필요한 경우가 아니면 청구인에게 불리한 내용을 정할 수 없으며, 또한 국민건강보험법이 규정하지 아니한 사항에 대하여는 행정심판법이 정하는 바에 의하여야 한다.(행정심판법 제43조) 또한, 사회보장제도에 관한 기본적인 사항을 규정하고 있는 사회보장기본법(제35조)은 권리구제에 관하여, “위법 또는 부당한 처분을 받거나 필요한 처분을 받

13) 이 이의신청제도를 청원법에 의한 청원절차를 구성하는 것으로 보는 견해가 있을 수 있으나, 후술하는 심사청구제도의 선행단계로써 복심구조(覆審構造)를 이루어 건강보험 행정심판절차를 구성하고 있는 것으로 파악함이 타당하다.

14) 권영성, 헌법학원론, 법문사, 1991. 287.

15) 김철수, 헌법학개론, 박영사, 1997, 328.

지 못함으로써 권리 또는 이익의 침해를 받은 국민은 행정심판법 및 행정소송법의 규정에 의한 심판청구 및 행정소송을 제기하여 그 처분의 취소 또는 변경 등을 청구할 수 있다.”고 일반적인 권리구제 절차사항을 규정하고 있다.

이와 같은 행정심판제도를 두는 이유는 행정심판제도가 행정소송과 관련하여 사전적 구제절차로서 기능할 뿐만 아니라 그 자체가 또한 독자적인 행정불복·구제절차로서 가치를 가지고 있기 때문이다.¹⁶⁾

특히, 전문적이고 기술적 요소가 강한 건강보험 행정을 통하여 본다면, 행정의 적법성·타당성을 건강보험 행정기관 스스로가 자율적으로 보장하려고 하는 행정의 자기통제 내지 행정감독의 제도로도 그 의의가 있다.¹⁷⁾ 즉, 건강보험 행정처분과 관련하여 발생하는 사회적·경제적인 문제는 복잡하며 이를 해결하기 위해서는 고도의 전문적 지식이 요구되나, 법원의 경우에는 이러한 행정에 관한 전문성·기술성을 기대하기 어렵기 때문에 사법 보완적 기능을 통하여 국민의 권리를 구제하고자 하는 것이다. 그리고 건강보험 행정기관의 전문적 지식을 활용하여 제1차적인 단계에서 권리분쟁을 해결함으로써 수급권자의 경제적 부담과 법원의 부담을 경감시키고 더불어 국민의 권리구제에도 건강보험 행정의 전문성과 기술성을 살려 경제적인 방법으로 만전을 기하려는 것이다.

또한 소송절차에 의한 건강보험 행정사건의 판단은 심리절차의 공정과 신중으로 인하여 상당한 시일이 소요되는 바, 이러한 사법절차에 앞서서 신속·간편한 구제절차로서 행정심판을 거치게 함으로써 행정사건에 관한 분쟁을 간편하고 신속하게 해결할 수 있어 수급권자의 권리침해 상태를 손쉽고 빠르게 구제하는 한편 건강보험 행정의 능률도 보장할 수 있다.

그러므로 건강보험 이의신청 및 심사청구제도는 행정심판제도가 추구하고 있는 목적과 같이 건강보험 보험자와 심사평가기관이 자율적인 행정 통제를 통하여 행정의 적법성을 확보하고, 또한 사법 보완적(司法 補

16) 홍준형, 행정구제법, 한울아카데미, 2001, 363-364.

17) 박윤훈, 행정법 강의(상, 국민서관), 1993, 738.

完的) 기능으로 이의신청 및 심사청구제도를 운용함에 있어 건강보험 행정의 전문적 지식을 활용하여 국민의 건강보험 수급권 등에 대한 권리침해를 구제하며, 또한 건강보험 권리분쟁을 사법절차에 앞서 신속·간편하게 해결함으로써 수급권자의 권리보장에 있어서 신속성과 경제성을 도모하고 건강보험 행정의 능률을 높이려는 것이라고 할 수 있다.

그리고 국민건강보험법의 운용은 사회보험법으로서 국민의 보건의료에 관한 생활실태에 부합되도록 이루어져야 하기 때문에 그 처분의 위법 또는 부당성에 대한 구제를 일반의 소송절차를 통하여 실현하는 것이 반드시 적당한 것만은 아니다.¹⁸⁾ 따라서 국민건강보험법은 권리구제제도로서 이러한 이의신청과 심사청구제도를 두어 건강보험 현실에 부합하는 전문적이고 공정한 결정을 하도록 촉구하고 그 결정의 정당 또는 부당 여부에 대하여 법원에 행정소송을 제기할 수 있도록 하고 있다.¹⁹⁾

2. 이의신청 및 심사청구제도의 변화

건강보험 이의신청 및 심사청구제도는 이의신청 및 심사청구의 대상, 심리방법 또는 설치기관 등에 있어서 약간의 차이는 있었으나 1963년 제정된 초기 의료보험법부터 지속되어 온 제도이다. 본격적으로 의료보험을 시행하게 한 1976년 12월 전문개정의 의료보험법은 심사청구의 대상이 되는 처분을 “피보험자의 자격, 보험료 또는 보험급여에 관한 처분”에 국한하고 있었고(제57조) 심사위원회를 광역시·도 단위로 설치하도록 규정하고 있었다(제58조). 그러나 실제 각 시·도에서 의료보험심사위원회를 설치했는지, 또는 심사청구건을 접수하고 심리 결정한 실적이 있는지의 여부에 대해서는 남아있는 기록이 없다.

18) 김유성, 한국사회보장법론, 법문사, 2000, 268.

19) 구 의료보험법은 행정심판 전치주의를 채택하여 심사청구제도를 행정소송의 전심절차로 규정하고 있었으나, 국민건강보험법은 개정 행정소송법의 규정에 따라 이의신청과 심사청구를 필요적 전심절차로 하지 않고 있다. 즉, 행정처분에 대하여 아무런 행정심판 절차를 거치지 않거나 또는 이의신청 절차 이후에 심사청구절차를 거치지 아니하고도 행정소송을 제기할 수 있다(건강보험법 제 78조).

이후 1981년 12월의 의료보험법 개정을 통하여 심사청구의 대상이 되는 처분으로 “보험급여비용에 관한 처분”이 추가되고, 심사위원회의 단심제도가 심사위원회와 재심사위원회의 복심제도(覆審制度)로 변경되면서 심사위원회는 보험급여비용을 심사·지급하는 조합 또는 그 심사·지급을 위탁받은 기관(의료보험연합회)에 설치하도록 하고 재심사위원회는 보건사회부에 설치하도록 변경되었다.²⁰⁾ 이에 근거하여 1983년부터 의료보험연합회에 설치된 의료보험 심사위원회와 보건사회부에 설치된 의료보험 재심사위원회가 행정소송의 전심절차로서 접수된 의료보험 심사청구건을 결정하기 시작하였다. 한편, 공무원및사립학교교직원의의료보험법에 의한 의료보험 심사청구건에 대해서는 공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단에서 심사위원회를 별도로 설치하여 운영하였다.

이러한 과정을 거치고 나서 통합 건강보험이 시행된 2000년 7월부터는 현재와 같은 이의신청 및 심사청구제도로 변경되어 현재에 이르고 있다. 통합 건강보험이 시행되기 이전에 연도별 의료보험 심사청구 접수현황은 다음과 같다.

(표 2) 연도별 심사청구 접수현황*

(단위: 건)

연도	'83	'84	'85	'86	'87	'88	'89	'83-'89 기간 중				
								소 계	연평균			
건수	16	77	229	374	151	149	140	1,136	162			
연도	'90	'91	'92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'90-'99 기간 중	
											소 계	연평균
건수	220	383	517	472	604	607	1,081	1,524	1,554	1,025	7,987	799

자료: '95년까지- 의료보험연합회 내부자료²¹⁾

'96년 이후- 의료보험연합회, 1999년도 의보련사업보고, 2000, 111

* 공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단 소관 심사청구건 제외

20) 의료보험연합회, 의료보험법령연혁집, 1994, 12-36 S.

21) 김운목, 의료보험에서의 권리분쟁에 관한 고찰, 서울대학교 보건대학원 보건학석사학위 논문, 1996, 17.

앞의 (표 2)에 의하여 통합 건강보험이 시행되기 이전의 의료보험 심사청구건 접수현황을 보면, 전국민의료보험 시행이전(연평균 162건)에 비하여 전국민의료보험 시행 이후(연평균 799건)에 약 5배로 증가하여 접수된 것으로 나타났고 계속 증가하는 추세에 있었다.

이와 같이 심사청구건의 접수건수가 증가하는 것은 의료보험 적용인구의 확대에 따른 이해당사자의 증가에 의하여 전반적으로 증가하는 것으로 볼 수도 있다.

그러나 전국민의료보험 시행 5년차가 되는 '94년 이후부터 특히 급증하는 추세가 나타나는 것을 볼 때, 전국민의료보험 시행이후의 홍보강화에 의하여 의료보험제도에 관한 수급권자의 이해가 증진되는 것과 당시 경영평가 등으로 각 보험자에게 보험재정에 대한 책임관리가 강조됨에 따라 권리침해적 보험행정이 강화되었던 것(보험급여 사후관리의 활성화, 진료비심사의 강화 등)에 기인하는 것으로 판단된다.

이와 관련하여 당시의 상황을 파악할 수 있는 자료를 찾아 대상처분별 심사결정현황을 보면 다음 표에서 보는 바와 같다.²²⁾

앞의 (표 3)을 통하여 대상처분별로 전국민 의료보험시행 이전('89년)과 '90년 이후의 비중을 비교해 보면, 보험급여 부분의 심사청구건수 비율이 26.6%에서 50.9%로 크게 증가하였고 피보험자격 부분의 심사청구건수 비율은 32.8%에서 4.9%로 크게 감소하였다. 그리고 보험급여비용 부분의 심사청구건수 비율은 33.4%에서 34.4%로 약간 증가하였으나, 결정건수의 전반적인 증가추세는 전 분야의 심사청구건수 연평균증가율보다 높게 나타나고 있다.

이러한 현상은 전국민 의료보험이 시행되어 적용의 보편성이 확보됨에 따라 보험적용에 관한 분쟁이 크게 감소되고, 건강권의 실질을 담보하는 수급권의 보장내용과 관련되는 부문에 대한 국민의 관심이 크게 증가하

22) 1995년까지는 정리된 자료가 있으나 그 이후에는 정리된 자료를 찾기가 어렵다(김운목, 의료보험에서의 권리분쟁에 관한 고찰, 서울대학교 보건대학원 보건학석사학위 논문, 1996, 21).

(표 3) 연도별 대상처분별 심사결정현황*

단위: 건, %

구분		계	'83~'89	'90	'91	'92	'93	'94	'95
피보험 자격	계	448	355	18	27	25	14	8	1
	기각	299	239	10	21	16	6	6	1
	인용	108	83	7	5	6	7	-	-
	각하	41	33	1	1	3	1	2	-
	인용율	24.1	23.4	38.9	18.5	24.0	50.0	-	-
보험료	계	264	78	21	33	50	40	26	16
	기각	155	55	13	18	29	17	11	12
	인용	59	11	5	2	15	15	9	2
	각하	50	12	3	13	6	8	6	2
	인용율	22.3	14.1	23.8	6.1	30.0	37.5	34.6	12.5
보험 급여	계	1,256	288	93	176	189	167	174	169
	기각	705	171	58	95	75	91	108	107
	인용	358	92	32	51	58	42	41	42
	각하	193	25	3	30	56	34	25	20
	인용율	28.5	31.9	34.4	29.0	30.7	25.1	23.6	24.6
보험 급여 비용	계	1,017	362	17	38	134	109	188	169
	기각	510	19	8	32	75	75	157	144
	인용	178	68	9	4	22	31	28	16
	각하	329	275	-	2	37	3	3	9
	인용률	17.5	18.9	52.9	10.5	16.4	28.4	14.9	9.5

자료 : 의료보험연합회 내부자료

* 공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단 소관 심사청구건 제외

고 있으며 보험적용의 보편화에 의하여 요양기관의 운영이 건강보험으로 부터 받는 영향이 커짐에 따라 진료비심사의 결과에 대하여 요양기관이 민감하게 반응하는 것이 나타나고 있는 것이다.

3. 건강보험심사평가원의 이의신청 운영 현황

가. 요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성에 대한 평가

건강보험심사평가원은 국민건강보험법에 의하여 요양급여비용의 심사

와 요양급여의 적정성에 대한 평가 업무를 수행하는 심사평가기관이고 그 주요한 기능인 심사와 평가에 대해서는 법률적 정의를 규명할 필요가 있다.

먼저 건강보험심사평가원이 수행하는 요양급여비용의 심사는 요양기관이 건강보험 수급권자에게 보험급여를 제공하고 보험자에게 청구하는 보험급여비용 청구권(채권)에 대하여 보험자의 지급의무(채무)가 적법하고 타당한 것인지를 판단하는 행정작용을 말한다고 정의할 수 있다.

그러므로 요양급여비용의 심사는 그 행정과정을 통하여 국민경제 내에서 국민의료비의 합리적 배분을 위한 조정기능을 발휘하고 건강보험 진료에 대한 사회적 책임을 제고하여 적정한 보험진료를 유도하며 사회공동체적 시스템을 통하여 부담하는 보험재정에 대한 국민의 연대책임 의식을 높이려는 목적을 가지고 그 기능을 수행하여야 한다. 즉, 요양급여비용의 심사는 건강보험 진료의 공공성과 사회적 책임을 확인하고 사회경제정책으로서 건강보험이 그 목적을 달성할 수 있도록 의료공급자와 수급자 간에 자원의 배분을 조절하고 확인하는 행정행위라고 할 것이다.

한편, 건강보험심사평가원이 수행하는 요양급여의 적정성에 대한 평가는 건강보험 가입자 등 수급권자가 국민건강보험법의 규정에 따라 보험자에게 청구할 수 있는 이익인 보험급여로서의 요양급여를 분석하고 그 적정성을 담보하기 위한 제반 정책수단과 그 가치를 판단하는 일련의 행정작용을 말한다고 정의할 수 있다.

여기서 평가의 대상은 요양급여의 적정성인 바 이를 살펴보면, 요양급여란 건강보험법에 의한 수급권의 객체인 보험급여로서 법에 의하여 건강보험 수급권자가 청구할 수 있는 이익을 말한다. 그리고 요양급여는 건강보험법이 규정하는 바에 따라 가입자와 그 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송을 실시하는 것을 그 내용으로 하고 있다(제39조 1항).

즉, 건강보험심사평가원이 수행하는 평가의 대상으로서 요양급여는 국

민건강보험법의 목적규범(제1조)에 의하여 건강보험제도의 목적을 달성하기 위한 기본수단으로서의 보험급여를 말하는 것이므로 심사평가원은 평가라는 행정과정을 통하여 우리나라 건강보험의 요양급여수준이 적정성을 유지할 수 있도록 필요로 하는 제반 정책적 내용, 수단과 그 가치에 대하여 판단해야 할 것이다.

따라서 심사평가원이 수행하는 요양급여의 적정성에 대한 평가는 거시적 차원에서 건강보험 급여제도가 전반적으로 보장하는 수준, 내용, 방법과 절차 등을 부단히 우리나라 사회경제의 발전수준과 연계해서 판단하여 국가가 사회경제 발전수준에 발맞추어 건강보험 수급권자의 정당한 권익을 요양급여로써 적정하게 보장할 수 있도록 건강보험 급여제도에 대한 정책평가 기능을 수행하는 것으로 해석함이 타당하다.

이를 종합하면, 요양급여비용의 심사제도는 요양기관의 보험자에 대한 보험급여비용 청구권의 적법성과 타당성을 판단하는 행정작용으로서 각각의 구체적 보험 진료를 중심으로 판단하는 것이고, 요양급여의 적정성에 대한 평가제도는 거시적으로 건강보험 급여제도 전반의 보장수준, 내용, 방법과 절차 등을 부단하게 우리나라 사회경제의 발전수준과 연계하여 판단하는 것이다.

따라서 심사제도와 평가제도는 서로 유기적으로 조화롭게 기능할 때 건강보험 급여의 충실성과 적정성을 추구할 수 있게 되고 또한 건강보험제도 운영의 합목적성을 강화할 수 있게 된다. 즉, 심사제도와 평가제도는 각각의 독자적인 기능으로 작동되기보다는 연속되는 상호 보완적 기능을 가진다고 해석하는 것이 법률 목적론적으로도 타당한 접근이 된다고 할 것이다.

여기서 심사와 평가제도의 이러한 법적 개념에 맞추어 그 기능을 세부적으로 살펴본다면 다음과 같은 내용으로 구성된다고 해석할 수 있을 것이다.

첫째로 사실 부합성의 심사로 요양기관이 수급권자에게 실제 보험급여로 제공한 것과 요양기관이 청구한 급여사실에 대한 내용이 서로 부합하

고 있는지의 여부를 심사하는 것이다.

이것은 보험급여비용 채권 성립의 기초 사실에 대한 존재 여부의 판단으로 가장 기본적인 단계의 심사에 속한다.

둘째로는 적법성의 심사로 요양기관이 수급자에게 제공한 요양급여와 그 비용의 청구가 적법한 것인지의 여부를 심사하는 것이다.

이것에는 의료 등 요양급여 제공자(자격, 방법, 범위 등)의 적법성, 의료 등 요양급여의 내용 및 제공절차의 적법성, 요양급여비용 청구자의 법적 지위의 적법성과 요양급여비용 청구내용의 적법성 등에 대한 판단을 포함하여 요양급여비용에 대한 채권자(요양기관)와 채무자(보험자)간의 법률적 분쟁 발생을 예방하고 조정하려는 제반 법적 조치에 관한 판단을 포함한다.

셋째로는 심사기준에의 적합성 심사로서 요양기관이 수급자에게 제공한 요양급여의 내용이 요양급여비용 심사와 관련되는 각종 기준에 적합한 것인지의 여부를 심사하는 것이다.

이것은 주로 개별적 요양급여의 내용이 의학학적 타당성이 있는지에 대한 판단으로 의학, 약학 등에 관하여 전문적인 내용을 판단하는 것을 말한다.

넷째로는 보험진료의 경제성 및 타당성에 대한 심사와 평가로서 요양기관이 제공한 건강보험 요양급여가 전반적으로 사회 경제적인 타당한 방법에 의하여 효율성이 높도록 이루어졌는지 여부를 판단하고 이와 관련하여 요양급여제도의 내용, 수준, 방법 및 절차 등에서의 적정성을 분석하고 그 가치를 판단하는 것을 말한다.

다섯째로는 요양급여의 건강보험제도에 대한 합목적성 평가로서 요양급여제도가 건강보험의 근본 목적인 국민건강을 향상할 수 있도록 이루어지고 있는지, 그리고 수급권자의 인간으로서의 존엄성을 보호하는 내용으로 요양급여제도 운영되고 있는지의 여부와 이와 관련한 요양급여의 효과 등을 분석하고 평가하는 것을 말한다.

이것은 국가의 사회 경제정책으로서 건강보험제도의 합목적성을 판단

하는 것으로 요양급여제도가 국가의 사회경제적 발전 및 전체 보건의료 제도와 상호 조화를 이루는 관련성을 가지고 국민의료비의 합리적 조절 기전으로서 작동하고 있는지에 대한 정책평가에 해당한다.

여기서 결국 요양급여의 적정성 평가는 건강보험제도의 합목적성을 강화시키고 내실화를 제고하기 위하여 요양급여제도 전반에 대한 분석과 가치판단을 요구하는 것이라고 해석할 수 있다.

나. 심사평가원의 이의신청 운영 현황

국민건강보험법은 심사평가원의 요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관 기타의 자로 하여금 처분이 있는 날부터 90일 이내에²³⁾ 문서로 심사평가원에 이의신청을 제기할 수 있도록 규정하고, 이의신청의 결정, 그 결정의 통지 등에 관한 사항은 시행령에서 정하도록 위임하고 있다(제76조).

이에 근거하여 국민건강보험법시행령은 이의신청에 대한 처분업무를 효율적으로 수행하기 위하여 심사평가원에 이의신청위원회를 설치하도록 하였으며(제47조) 그 위원장은 심사평가원 원장이 되고 위원은 심사평가원의 임직원(1인), 가입자를 대표하는 단체(시민단체를 포함)가 추천하는 자(2인), 변호사(1인), 사회보험에 관한 학식과 경험이 있는 자(1인), 의사(1인), 치과의사(1인), 한의사(1인), 약사(1인)로 하여 위원장을 포함한 10인의 위원으로 구성하도록 하고, 위원의 임기, 위원회의 회의, 부의안건의 범위 기타 필요한 사항은 위원장이 정하도록 하고 있다(제48조). 그리고 이의신청의 제기와 이의신청에 대한 결정은 요식행위로서 시행규칙이 정하는 서식에 의하여야 하며(제49조), 이의신청은 받은 날부터 60

23) 행정심판법 제18조는 심판청구는 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 제기하도록 하고, 심판청구기간 불고지의 경우에는 처분이 있는 날부터 180일 이내, 심판청구기간을 규정보다 긴 기간으로 잘못 알린 경우에 그 잘못 알린 기간 내에 심판청구가 있으면 규정기간 내에 제기된 것으로 간주하는 등의 보호조치를 규정하고 있다. 따라서 행정심판법 제43조의 규정에 따라 청구인에게 불리한 다른 법률의 규정은 행정심판법의 규정에 따르게 되므로 건강보험법의 이의신청 제기기간은 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 제기하는 것, 그리고 행정심판법의 다른 보호조치도 이의신청기간의 운영에서 동일하게 적용하는 것으로 해석된다.

일 이내에 결정을 해야 하고 부득이한 사정이 있는 경우에 30일의 범위 안에서 그 기간을 연장할 수 있다.(제51조)

한편 시행령 제48조의 위임에 근거하여 심사평가원이 위원회 임기, 위원회의 회의, 부의안건의 범위 기타 필요한 사항에 대하여 정한 이의신청위원회운영규정의 주요사항을 보면 다음과 같다.

이의신청 위원회 임기는 3년으로 하되 심사평가원 및 관계기관의 임직원인 위원은 추천당시 직위의 재직기간으로 하며, 위원회에 상정하는 안건은 접수된 이의신청 중에서 ① 심사·평가기준의 해석 또는 적용에 관하여 다툼이 있어 객관적인 위치에서 검토·판단하는 방식으로 심의가 필요하여 이의신청부서에서 처리함에 상당한 어려움이 있는 사항 ② 중앙심사평가조정위원회 또는 분과위원회에 회부된 건으로서 위원회의 심의가 필요하다고 결정된 사항 ③ 소위원회에서 실무 검토된 사항 ④ 기타 위원장이 위원회의 심의가 필요하다고 인정하는 이의신청 건으로 규정하고 있다.

심사평가원의 이의신청위원회는 비상설기구이며 필요 시 연간 2~8회 정도 위원장이 소집하고, 회의는 심사평가원에서 이의신청위원회 업무를 담당하는 간사가 지휘하는 사무요원이 사전에 이의신청 건에 대하여 검토 정리한 검토의견서와 소위원회의 심의 결과를 중심으로 심의하여 의결하는 방식으로 운영되고 있다.

이의신청위원회의 소위원회는 상정안건의 효율적인 실무검토를 위하여 의과·치과·한방의 3개 분야별로 구성·운영할 수 있는데, 소위원회의 위원은 이의신청위원회 위원 중에서 심사평가원 임직원인 위원 1인 및 의과·치과·한방의 3개 분야별 위원 중 1인과 이의신청 위원이 아닌 심사평가원의 상근 또는 비상근심사위원 중에서 2인 이내를 포함하여 3~4인으로 구성되며 이의신청 사안에 따라 필요시 구성·운영하고 소위원회의 심의 결과를 정리하여 이의신청위원회 업무를 담당하는 부장인 간사가 이의신청위원회에 보고한다.

(표 4) 이의신청 접수 및 처리 현황

연도	접수 (천 건)	처 리			
		계	인정	불인정	
계	5,600	전체 (천 건)	5,687	2,951	2,736
		위원회 상정(건)	1,596	-	-
2001년	1,768	전체 (천 건)	1,657	919	738
		위원회 상정(건)	27	-	-
2002년	1,376	전체 (천 건)	1,401	636	765
		위원회 상정(건)	835	-	-
2003년	1,115	전체 (천 건)	1,099	535	564
		위원회 상정(건)	91	-	-
2004년	733	전체 (천 건)	753	418	335
		위원회 상정(건)	61	10	51
2005년	509	전체 (천 건)	605	344	261
		위원회 상정(건)	270	74	196
2006년 (상반기)	99	전체 (천 건)	172	99	73
		위원회 상정(건)	312	76	236

※ 요양급여비용의 심사에 대한 이의신청처리 실적이며 요양급여의 적정성 평가 처분에 대한 이의신청 실적은 없음
 자료: 2004년 및 2006년 국회 국정감사자료

2001년 이후 심사평가원의 이의신청 접수 및 처리 현황을 보면 다음과 같다.

앞의 (표 4)에 의하면, 2001년부터 2006년 상반기까지 접수된 이의신청 건은 총 약 5,600천 건이었고 동기간 동안 약 5,687천 건이 처리되었는데, 이중에서 이의신청위원회에 상정하여 처리된 것은 1,596건으로 전체 처리 건의 0.028%에 불과한 것으로 나타나고 있다.

이는 건강보험법시행령에 이의신청 위원회의 임기, 위원회의 회의, 부의 안건의 범위 기타 필요한 사항은 위원장이 정하도록 규정하고 (제48조 제4항) 있는 것에 근거하여 기술한 바와 같이 부의안건의 범위를 극히 축소 운영하고 있기 때문이다. 즉, 실제의 운영에 있어 대부분의 이의신

청 건에 해당하는 단순한 청구착오 등에 대한 이의신청 건은 심사평가원의 심사직원이 처리하고 의학적 타당성에 대한 검토가 요구되는 이의신청 건은 진료심사평가위원회 위원의 전문심사와 중앙심사평가조정위원회 및 그 분과위원회의 심의를 거쳐 처리하므로 이러한 이의신청 건은 이의신청위원회에는 상정하지 않고 있다.

그리고 2001년부터 2006년 상반기까지 이의신청위원회 개최 실적은 2001년 및 2002년에 각3회, 2003년 2회, 2004년 3회, 2005년 8회와 2006년 상반기 3회로 총 22회가 개최된 것으로 나타나 연평균 4회 정도 개최하였고 2001년 이후에는 서면결의 없이 실제 위원회를 소집하여 심의 의결하였다.

한편, 심사평가원에서 이의신청을 처리하는 데 소요된 기간은 다음과 같이 나타났다.

(표 5) 연도별 이의신청 처리 소요일수

연도	평균 일수	최장기간 소요건	
		일수	사유
2001	83일	135일	- 난소암에 투여된 항암제 관련 - 접수 (5.16) → 위원회회부 (7.14) → 개최 (9.7)
2002	96일	186일	- 식도정맥류에 투여한 소마토산 (주) 관련 - 접수 (4.29) → 위원회회부 (7.2) → 개최 10.15)
2003	139일	342일	- 의학관리료 관련 1차 논의시 입원기간에 대한 진료 기록부 보완요청 후 재논의 - 접수 ('02.11.27) → 1차 심의 ('03.3.27) → 2차 심의 (10.27)
2004	124일	486일	분과위원회 회부
2005	167일	414일	“
2006 (상반기)	142일	427일	“

※ 본원 해당 (지원의 경우는 법정기일 (90일) 이내 모두 처리)
자료: 2004년 및 2006년 국회 국정감사자료

4. 국민건강보험공단의 이의신청 운영 현황

2000년 7월 통합 건강보험의 보험자로 출범한 국민건강보험공단은 건강보험을 관리·운영하는 주체로서 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료 부과·징수관리, 보험급여의 관리, 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업과 보험급여비용의 지급 등의 업무 등을 관장한다.

국민건강보험법은 국민건강보험공단의 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료 등, 보험급여 및 보험급여비용에 관한 처분에 이의가 있는 자는 처분이 있는 날부터 90일 이내에 문서로 공단에 이의신청을 제기할 수 있도록 규정하고, 이의신청의 결정, 그 결정의 통지 등에 관한 사항은 시행령에서 정하도록 위임하고 있다(제76조).

이에 근거하여 국민건강보험법시행령은 이의신청에 대한 처분업무를 효율적으로 수행하기 위하여 공단에 이의신청위원회를 설치하도록 하였으며(제47조) 위원장은 공단 이사장이 되고 위원은 공단의 임직원(1인), 사용자단체가 추천하는 자(2인), 근로자단체가 추천하는 자(2인), 지역가입자를 대표하는 단체(시민단체 포함)가 추천하는 자(2인), 변호사(1인), 사회보험에 관한 학식과 경험이 있는 자(1인)로 하여 위원장을 포함한 10인의 위원으로 구성한다.

그리고 위원의 임기, 위원회의 회의, 부의안건의 범위 기타 필요한 사항은 위원장이 정하도록 하고 있다(제48조). 또한 이의신청의 제기과 이의신청에 대한 결정은 요식행위로서 시행규칙이 정하는 서식에 의하여야 하며(제49조), 이의신청은 받은 날부터 60일 이내에 결정을 해야 하고 부득이한 사정이 있는 경우에 30일의 범위 안에서 그 기간을 연장(제51조)할 수 있는 것은 심사평가원의 경우와 같다.

그리고 시행령 제48조의 위임에 근거하여 공단이 위원의 임기, 위원회의 회의, 부의안건의 범위 기타 필요한 사항에 대하여 정한 건강보험 이의신청위원회 운영규정의 주요사항을 보면 다음과 같으며 심사평가원의

이의신청위원회와 유사하게 운영하고 있다.

이의신청 위원회의 임기는 3년으로 하되 공무원 또는 관계단체의 임직원인 위원은 추천 당시 직위의 재직기간으로 하며, 이의신청위원회가 심의·의결하는 이의신청사항은,

① 가입자 또는 피부양자의 자격득실에 관한 사항 ② 보험료, 가산금 등에 관한 사항 ③ 보험급여, 부당이득금 등에 대한 사항 ④ 보험급여비용 등의 지급에 관한 사항으로 이의신청서[국민건강보험법시행규칙 별지 제23호의 서식]에 의하여 제출된 것에 한하며, 공단의 처분 등에 대한 기타 민원서류·일반서류는 이의신청위원회에 상정하지 않고 소관부서에서 이를 처리한다.

(표 6) 이의신청위원회의 운영 현황

연도	회의수	상정안건	회의당 평균안건	평균 소요일수	최장 소요일수
계	44	2,619	60	87	-
2000.8 이후	4	229	57	136	255
2001	10	598	60	75	158
2002	12	771	64	109	161
2003	12	719	60	68	138
2004.6까지	6	302	50	61	117

자료: 2004년 정기국회 국정감사자료

앞의 (표 6)은 2004년 정기국회의 국정감사 자료를 중심으로 살펴본 공단 이의신청위원회의 운영 현황이다.

2000년 8월부터 2004년 6월 현재까지 4년여 동안 2,619건의 이의신청건을 처리하였는데, 이의신청건을 심의·의결하기 위하여 실제로 회의를 소집한 것은 2000년, 2001년과 2003년에 각 1회씩으로 3회였었고 총 44회중 41회(93.2%)의 회의는 모두 서면결의로 처리한 것으로 나타났다. 그리고 회의당 상정되는 부의건수가 평균 60건에 이르고 있는 것으로 나타났다.

한편, 공단 이의신청위원회의 연도별 이의신청 처리현황을 보면 (표 7)에서 보는 바와 같다.

(표 7) 연도별 이의신청 처리현황

연도	2002	2003	2004	2005	비고 (평균)
구분					
접수·처리 (건)	832	942	1,046	947	942
인용	89	122	88	78	94 (10%)
취하	72	102	73	66	78 (8%)
60일내 처리 건 (율)	17.7% (147/832)	58.8% (553/941)	66.4% (695/1,046)	74.9% (610/814)	54.5%
평균처리일수	85	49	45	43	56

자료: 국민건강보험법 일부개정법률안 (김춘진의원) 검토보고서 (국회 보건복지위원회 수석전문위원, 2006. 4)

(표 7)에 의하면 2002년~2005년간 공단의 연평균 이의신청 처리 건은 연간 1,000건 정도의 수준에서 큰 변동이 없이 발생하고 있다. 이는 통합 건강보험이 출범하기 이전에 앞의 (표 2)에서 살펴본 심사청구건 접수증가추세와 (표 3)에서 살펴본 보험급여분야 심사청구건의 증가추세와는 크게 상이한 것으로 나타나는 것이라고 할 수 있다.

평균처리일수는 87일(표 6) 또는 56일(표 7)로 나타나 계속 개선되고는 있으나 적정 처리기간인 60일 이내 처리 건이 평균 54.5%에 머물고 있다.

그리고 공단은 이의신청서[국민건강보험법시행규칙 별지 제23호의 서식]에 의하여 제출된 것에 한하여²⁴⁾ 이의신청으로 접수하여 처리하고,

24) 행정심판법도 서면청구제도를 취하는데 이는 심판청구를 서면으로 하여 내용을 명확하고 확실적인 방식을 통일시키며 구술로 하는 경우에 생길 수 있는 번잡을 피하려는 취지로 본다. 판례는 행정심판법 제19조(심판청구의 방식), 제23조(보정)의 규정취지와 행정심판제도의 목적에 비추어 행정심판청구를 엄격한 형식을 요하지 아니하는 서면행위로 파악하고 있다. 따라서 그 서면의 표제가 반드시 “행정심판청구”이어야 하는 것은 아니며, 행정심판 소정의 기재사항이 기재되어 있고 이를 통해 그것이 위법·부당한 처분의 취소·변경을 구하는 것임을 알 수 있는 이상 ‘진정’, ‘불복신청’ 등의 명칭

공단의 처분 등에 대한 기타 민원서류·일반서류는 이의신청위원회에 상정하지 않고 소관부서에서 처리하도록 내부규정을 정하고 있음은 앞에서 살펴본 바와 같다.

이에 관련하여 2004년 국회 국정감사에서 공단은 우편 등에 의한 민원서류 중에서도 건강보험법 제76조의 규정에 따라 실제 이의신청의 요건을 구비하고 있는 것은 이의신청으로 접수하여 그 이의신청 처리절차에 따라 처리하여야 하나, 이러한 조치를 취하지 않아 이의신청 건을 축소·관리하는 우려가 있는 것으로 지적받은 일이 있었다.

당시 민원서류 접수와 총 민원량을 보면 (표 8)과 같다.

(표 8) 민원서류 접수현황 및 총 민원량

(단위: 건)

구분	서류민원계	자격	부과, 고지	징수	보험 급여	기 타	총 민원량 (유선, 서류 등)
계	40,646	5,671	11,730	9,062	12,415	1,768	18,444만 건
2001	5,085	903	1,544	1,084	1,353	201	5,612만 건
2002	10,552	1,515	2,947	1,925	3,687	478	6,150만 건
2003	19,385	2,451	5,624	4,732	5,708	870	6,682만 건
2004	5,624	802	1,615	1,321	1,667	219	-

자료: 2004년 정기국회 국정감사자료

(표 8)의 접수민원서류 및 총 민원량을 (표 6)의 이의신청위원회의 운영 현황에 있는 2001년~2003년간 이의신청 건과 대비하여 보면 동기간에서 서류민원 35,022건 중 2,088건을 (5.96%) 행정심판절차로서의 이의신청건으로 처리하였고 이 이의신청 건 2,088건은 총 민원량 1억8,444만 건과 대비하여 보면 0.0011%에 불과하다.

즉, 공단의 처분에 대한 민원서류중 이의신청 건을 면밀하게 분류하여 적법절차에 따라 관리했다면 이의신청 건은 그동안 더 훨씬 많았을 것으

에도 구애받지 않는 것으로 해석하고 있는 바(홍준형, 행정구제법, 한울아카데미, 2001, 419-420), 건강보험 이의신청제도의 운영에서도 그 취지를 받아들여야 할 것이다.

로 추정되었고, 행정심판절차에 따라 신중하게 처리했어야 할 이의신청 사건을 일반 서류민원 등으로 처리함으로써 상당한 이의신청자들은 적법한 절차에 따라 권리를 구제받을 기회가 상실되었을 것이라는 우려가 제기된 바 있었다.

5. 보건복지부의 건강보험분쟁조정위원회 운영 현황

건강보험 분쟁에 관한 심사청구제도를 관장하는 특별 행정심판절차로 보건복지부에 건강보험분쟁조정위원회가 설치되어 있다. 분쟁조정위원회는 공단과 심사평가원에 설치된 이의신청위원회의 결정에 불복이 있는 자가 공단 및 심사평가원의 위법·부당한 처분으로부터 권리를 구제받기 위하여 제기하는 심사청구권을 심의·결정하는 건강보험 분쟁에 관한 행정심판기구로서 상급절차이다.

분쟁조정위원회는 건강보험에 관한 법학 또는 의학 분야의 학식과 경험이 풍부한 자중 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하는 20인 이내의 위원으로 구성하는데(법 제77조 3항) 현재는 위원장 1인을 포함한 15인의 위원으로 구성하고 있다.

위원은 ① 4급 이상 공무원 또는 고위공무원단에 속하는 일반직공무원으로 재직 중이거나 재직한 자 ② 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 자 ③ 고등교육법 제2조1호 내지 제3호의 규정에 의한 학교에서 사회보험 또는 의료와 관련된 분야에 부교수이상의 직에 재직하고 있는 자 ④ 사회보험 또는 의료에 관한 학식과 경험이 있는 자중에서 보건복지부장관이 그 자격이 있다고 인정하는 자 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다(시행령 제54조).

그리고 위원장은 보건복지부 보험연금정책본부장이 되고 위원의 임기는 3년으로 하되 공무원인 위원의 임기는 그 직위의 재임기간으로 하고 있다.(시행령 제55조, 제56조)

건강보험분쟁조정위원회의 운영 현황을 다음(표 9)에서 살펴보면, 2000년 7월 분쟁조정위원회가 구성된 이래 2004년 8월까지 국회 국정감

사를 받기 전까지 4년여 동안 심사청구건을 심의·의결하기 위하여 한 차례도 회의를 소집하지 않았고 모두 서면결의로 처리하였으며, 실제 분쟁조정위원회 회의를 소집하여 심의·의결한 것은 2004년의 10차례 회의 중에서 1회, 2005년의 12차례 회의 중에서 3회에 불과한 것으로 나타난다.

일반적으로 서면결의는 간사가 소속되어 있는 사무국의 직원들이 심사청구인이 주장하는 내용을 행정적인 차원에서 검토하고 구제할 것인지 여부에 대하여 먼저 결론지은 것을 위원들은 단지 형식적으로 추인해 주는 것에 불과한 것이 된다. 따라서 준사법절차인 분쟁조정위원회의 운영에 있어서 서면결의의 방식이 적법·타당한 것인지에 대해서는 검토가 필요하다.

2000년 7월 분쟁조정위원회가 구성된 이후 운영 현황은 아래 (표 9)와 같다.

(표 9) 연도별 건강보험분쟁조정위원회 운영 현황

연도별	회의수	상정안건수	회의당 평균안건수	평균처리 소요일수	최장 소요일수
계	46	8,144	177	209	-
2000	5	121	24	87	165
2001	7	410	59	96	255
2002	4	319	80	195	350
2003	8	2,235	279	385	639
2004	10	2,587	259	271	-
2005	12	2,472	206	163	-

자료: 2004년 및 2006년 정기국회 국정감사자료

한편, 분쟁조정위원회가 회의를 소집하여 심의·의결한다고 하는 경우에도 위 (표 9)에서 보는 바와 같이 회의당 평균안건수가 177건에 달하고 최근에 이를수록 개선되기보다 오히려 더 증가하고 있어, 분쟁조정위원들이 청구인의 실질적인 권리구제나 원처분의 위법·부당 여부 판단하

기 위하여 당사자의 주장과 원처분의 내용을 심층적으로 검토하는 것이 극히 어려운 상태에 있다.

또한 심사청구건의 처리에 소요되는 기간을 보면 가장 지연·처리된 2003년을 정점으로 하여 그 이후 빠르게 개선되고는 있으나 전체 평균적으로 209일이 소요되고 있고, 2005년에도 평균적으로 163일이 소요되고 있는 것으로 나타나고 있다.

따라서 이 소요기간에 원처분기관(공단, 심사평가원)의 이의신청 처리기간(61~167일)까지 합산한다면, 원처분에 의하여 권리침해를 구제받고자 제기한 이의신청 건을 이의신청위원회와 분쟁조정위원회를 거쳐 심의·결정을 하는데 최초로 권리침해를 주장하게 되는 날로부터 평균 1년 이상이 소요되는 것으로 분석되어 이는 행정구제의 신속성 보장에 큰 장애가 되고 있다.

IV. 이의신청 및 심사청구제도 문제점

건강보험 이의신청 및 심사청구제도가 건강보험 권리분쟁에 관한 특별행정심판절차로서 건강보험 행정처분으로부터 권리침해를 받은 수급권자에 대한 전문적이고 공정한 권리구제 기능이 요청되고 있음에도 수급권자에게는 별로 알려지지 않은 제도이며, 앞에서 살펴본 바와 같이 이의신청 및 심사청구제도를 실제 운영함에 있어서 실질적인 권리구제의 기능은 많이 상실되고 있다.

그 문제점을 나누어 검토하면 다음과 같다.

첫째로 이의신청위원회의 위원과 분쟁조정위원회의 위원은 건강보험 권리분쟁의 내용에 대한 판단과 분쟁해결에 대한 전문적인 식견이 있는 건강보험 관련 법학 또는 의학 분야의 학식과 경험이 풍부한 자이어야 하지만, 많은 위원이 건강보험 또는 법률에 관한 전문가가 아닌 각 이해관계 집단을 대표하거나 관련기관을 대리하는 성격의 위원으로 구성되어

있어 준사법적인 기능을 수행하기가 어렵다.

즉, 현재의 이의신청위원회와 분쟁조정위원회의 구성방식은 권리구제를 위한 것이라기보다는 오히려 건강보험제도에 대한 사회적 제세력간의 이해관계를 조절하기 위한 회의체이거나 자문기구 성격의 기구를 구성하는 방식과 별 차이가 없다.²⁵⁾ 따라서 각 위원회의 건강보험행정에 관한 전문적인 지식과 기술을 활용하여 준사법적으로 원처분의 적법성과 타당성을 판단하기는 미흡하다.

둘째로 대부분의 이의신청위원회 위원과 분쟁조정위원회 위원은 각 분야의 명망가로서 평소에 건강보험 권리분쟁 및 그 해소와는 별로 관련성이 없는 각자 자신의 중요한 고유직무가 있으므로 그것과는 별도로 건강보험 권리분쟁 사안을 집중적으로 검토할 수 있는 상태에 있지 못하다.

이에 따라 건강보험 이의신청 및 심사청구권에 대하여 각 위원이 직접적으로 실질적인 검토와 심리를 수행하고 각 위원회의 회의과정에서 적극적으로 위원간의 논의를 거쳐서 심의 결정할 수가 없다. 각 위원은 형식적으로 회의에 참여하게 될 뿐이며 결국 각 위원회의 사무를 소관하는 간사와 담당직원에게 실질적인 심의결정 과정을 맡기고 위원은 회의과정에서 추인해 주는 상태가 된다. 이와 같은 이의신청위원회와 분쟁조정위원회의 형식적인 심리태도는 결국에는 각 위원회의 사무를 소관하는 간사와 담당직원이 작성한 검토보고서의 내용대로 동의서명만을 해주게 되는 요식절차로서만 남게 되는 상태까지 이르게 될 우려가 있게 된다.

셋째로 앞의 두 번째에서 검토한 문제와 연결하여 이와 같은 위원 구성은 급격하게 증가하고 있는 이의신청 건 및 심사청구건을 적기에 처리

25) 이러한 성격의 기관에는 건강보험보험법 제4조의 건강보험심의조정위원회가 있는데 그 구성을 보면, 보험자·가입자 및 사용자를 대표하는 위원 8인으로서 세부적으로는 노동조합·사용자단체 및 지역가입자를 대표하는 단체가 각각 2인씩 추천하는 자와 보험자 및 건강보험심사평가원의 장이 각각 1인씩 추천하는 자이다. 그리고 의약계를 대표하는 위원 6인은 의료계를 대표하는 단체 및 약업계를 대표하는 단체가 추천하는 자이며 공익을 대표하는 위원 6인은 대통령령이 정하는 관계공무원 및 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 자로 구성되어 있어 이의신청위원회의 위원과 분쟁조정위원회의 위원의 구성과 별 차이가 없다고 할 것이다.

할 수 없는 한계를 가지고 있다.

즉, 위원 각자가 다른 분야의 명망가로서 평소에 건강보험 권리분쟁의 내용 및 그 해소와는 별로 관련성이 없는 각자 자신의 중요한 고유직무가 있으므로 증가하고 있는 이의신청 건 및 심사청구건을 적기에 처리하기 위해서 이의신청위원회나 분쟁조정위원회의 회의가 수시로 개최되면 여기에 적극 참여하기가 어렵다는 점이다. 현재의 위원 구성방식으로는 증가하는 이의신청 건 및 심사청구건을 심층적으로 심의하여 적기에 처리하기 어렵다.

넷째로 국민과 건강보험 행정기관에서 건강보험 이의신청 및 심사청구제도의 활용인식이 부족하며 또한 이 제도에 대한 홍보도 미흡하다.

건강의료보험 이의신청 및 심사청구절차는 행정심판절차로서 준사법적 기능을 수행하기 위해서는 청구인과 피청구인(원처분자)간에 공격과 방어가 있게 되는 대심구조를 취하게 된다. 이 과정에서 대부분의 전문지식이 부족한 청구인들은 이의신청과 심사청구의 제기요건, 이의신청서 및 심사청구서의 작성방법 등에서부터 심리결정 절차에까지 상당한 도움이 필요하다. 이를 위하여 행정심판법은 원처분자에게 고지의무를 부여하고 이를 위반한 경우에는 심사청구기간을 연장시키는 등의 효과를 주고 있으나, 원처분자는 이런 정도의 제재효과에 대해서 크게 반응하지 않으며 대개는 형식적인 안내 수준에서 그치게 된다. 이에 따라 원처분에 대하여 불복이 있었음에도 그것이 구제신청 대상이 되는 것조차 모르고 지나치게 되며, 적법한 이의신청기간이 경과한 이후에 그 제도를 알게 되면 시기를 놓쳐 이를 활용할 수도 없게 된다. 이러한 법률상의 고지의무를 이행하지 않는 원처분기관이 건강보험 이의신청제도의 실질적 내용에 대하여 폭넓게 홍보하고, 이를 통하여 국민의 권리의식이 제고될 수 있게 되기를 기대하기가 어렵다는 것이 현실적인 문제이다.

다섯째로 앞의 네 번째에서 검토한 문제와 연결하여 제기되는 문제로, 원처분으로 인한 권리침해를 구제받고자 제기된 실질적인 이의신청 건을 심사평가원과 공단에서는 시행령의 규정에 의한 내부규정을 근거로 하여

이의신청위원회에 회부하지 아니하고 단순 민원으로 처리할 우려가 매우 크게 남아 있다.

그렇지만 한편으로는 현재 제기되는 모든 권리분쟁을 이의신청위원회에 회부하여 처리한다면 그 업무에 대한 막중한 부담으로 인하여 건강보험행정기관으로서의 본래의 기능이 크게 위축되고 적정한 행정도 어렵게 될 우려가 있게 되므로 이에 대해서는 합리적으로 절충할 수 있는 해결방안이 요구되고 있다.

여섯째로 건강보험 이의신청 및 심사청구업무를 지원하거나 담당할 전문 인력이 크게 부족하다는 점이다.

건강보험 이의신청 및 심사청구절차는 준사법적 제도로서, 이의신청이나 심사청구가 제기되면 그 제기요건의 적법성에서부터 주장하고 있는 내용과 원처분의 타당성 및 적법성을 전반적으로 검토하여야 하는데, 이 과정에서는 건강보험법에 대한 지식과 관련 행정의 경험, 또한 건강보험과 관련이 있는 보건의료법뿐만 아니라 다른 법률에 대한 지식과 사회보장제도의 전반에 걸친 폭넓은 판단력이 요구되며, 높은 수준의 도덕성과 사명감도 아울러 필요하다.

그렇지만 이러한 전문 인력의 확보와 그 양성이 어려운 직제와 인사제도상의 문제 그리고 개인별 능력과 사명감의 차이, 건강보험 권리구제 제도에 대한 인식 부족 등이 혼합되어 있어 현실적으로 전문 인력의 확보가 어려운 상태이며 이를 양성하고 있지도 않다.

일곱째로 이의신청위원회와 분쟁조정위원회가 준사법적 기능을 수행하기 위해서는 사법권의 독립에서와 같은 수준에 버금하도록 위원회와 사무국 조직의 독립적 성격이 상당하게 보장되어야 함에도 원처분기관으로부터 준독립적으로 조직이 편성되지 않고 있다.

오히려 대개의 경우에는 소속기관의 민원업무 처리분야에 배치된 상태에서 관련업무가 수행되는 실정에 있다고 할 것으로 이것은 원처분자에게 자기 처분에 대한 준사법기능을 부여하는 형식이 될 수 있어 이의신청위원회와 분쟁조정위원회의 공정성과 전문성을 침해하는 것이 된다.

여덟째로 건강보험 이의신청 및 심사청구제도는 준수법적 작용이므로 적절하게 기능하기 위해서는 청구인, 원처분자 등의 당사자와 관계인의 충분한 변론과 의견이 개진되고 자료를 자유롭게 제출할 수 있어야 한다.

그러나 이의신청위원회나 분쟁조정위원회는 1회의당 50건(2005년 공단 이의신청위원회)에서 206건(2005년 분쟁조정위원회)의 안건이 상정되므로 실제 회의를 소집하여 심의하는 경우에도 통상 회의시간이 2시간 정도임을 감안하여 볼 때, 심사청구건 1건당 평균 40초~2분 이내에 처리하는 상태가 되어 사실상 위원회에서 실질적인 심리를 하는 것으로 기대하기가 어렵다. 이는 건강보험 이의신청 및 심사청구건에 대한 형식적 심리의 문제로서 심리절차의 형식화(形式化) 내지 공동화(空洞化) 현상이며, 권리구제절차로서 적정성에 관하여 심각한 문제로 지적될 우려가 있다.

앞에서 검토한 문제 사항들을 종합해 보면, 현재의 건강보험 이의신청과 심사청구 절차는 특별 행정구제절차로서의 전문성, 객관성과 공정성을 거의 발휘하지 못하고 있고 또한 건강보험 권리분쟁을 경제적이고 신속하게 해결하는 기능을 거의 발휘하지 못하고 있다고 지적받을 수 있다.

V. 이의신청 및 심사청구제도 개선 방향

앞에서 검토한 바와 같이 건강보험 행정구제 절차로서 이의신청 및 심사청구제도는 가입자 등이 누려야 할 정당한 수급권을 보장하고 건강보험 법률관계의 보호와 안정을 도모하는 것이 기본적인 목적이 되기 때문에 ① 건강보험에서의 권리의 행정적 구제는 특별한 비용부담이 없이 간단한 절차에 의하여 신속하게 행할 필요가 있고 ② 건강보험에 관한 행정처분은 대량의 처분이 반복적으로 있게 되므로 불복신청의 경우도 매우 많게 될 것을 고려하며 ③ 건강보험제도의 구성이 복잡하고 전문적·기술적인 분야가 많다는 것 등을 고려하여 기능하도록 하여야 한다.

그리고 건강보험을 포함하는 사회보장제도에서 보험자, 심사평가기관 등 행정관리주체가 행한 위법 또는 부당한 처분에 의하여 권익을 침해받고, 그에 대하여 권리구제를 받고자 하는 대부분의 경우에 그 수급권자나 당사자는 사회적 또는 법률관계에서 약자이다. 따라서 건강보험제도와 권리구제제도에 대한 홍보, 상담, 권리구제기관의 심의결정, 재결 및 사후관리 등 모든 과정을 통하여 신속하고 경제적이면서도 전문 기술적인 보호를 제공하며, 그 절차 또한 매우 민주적이고 친절한 도움을 제공할 수 있어야 한다. 이런 기본방향에서 방안을 검토하면 구체적으로 다음과 같은 사항을 제시할 수 있다.

첫째는, 이의신청위원회의 위원과 분쟁조정위원회의 위원의 구성방법을 개선하여야 한다.

먼저, 사법기관의 독립적 조직구성을 원용하여 공단과 심사평가원에 설치하는 이의신청위원회의 위원수는 비상근위원 50인 정도, 상근위원 10인 정도의 상한선을 두고 이중에서 상근위원(위원장) 1인당 비상근위원 2인 또는 4인을 위촉하여 3인 또는 5인으로 구성하는 합의제 독립심판기구를 이의신청 건의 처리 물량에 따라 탄력적으로 증감하여 설치할 수 있도록 하는 방안을 고려한다. 이 방안은 보건복지부에 설치하는 분쟁조정위원회에서도 약간의 규모를 축소하여 적용할 수 있다.

공단과 심사평가원에 설치하는 이의신청위원회의 위원장을 그 기관의 장이 당연직으로 맡도록 하는 것은 원처분자와 권리침해 여부에 대한 심판자의 동일성을 의미하는 것으로 권리구제의 공정성과 객관성을 담보하는데 불리한 구조라고 할 것이다.

위원의 자격은 건강보험행정 또는 보건의료법률 전문가로서 학식·경험이 일정수준 이상인 자, 판사·검사·변호사의 자격이 있는 자로서 건강보험행정 또는 보건의료 법률에 관하여 일정한 법조경력이 있는 자, 건강보험 관련법률 또는 건강보험에 관한 학식이 있는 일정 경력수준 이상의 학자 중에서 위촉하도록 한다. 공단이나 심사평가원의 일상 업무로부터 독립성을 가지는 상근위원은 합의제 심판기구(위원회)의 위원장으

로서 이의신청 접수과정에서의 집행정지 신청 또는 요건심리 등을 직접 관장하고 자신이 속하는 위원회를 소집하며 대표하도록 한다. 또한 상근 위원이 이의신청위원회를 지원하는 행정인력을 준독립적인 조직으로 관장할 수 있도록 고려할 필요가 있다.

그리고 이의신청위원회의 위원과 분쟁조정위원회의 위원의 구성방법을 개선하는 다른 방안으로 공단과 심사평가원에서는 합의제 위원회제도를 폐지하고 일본의 사회보험 심사관계처럼 공단이나 심사평가원의 일상 업무로부터 독립성을 가지고 이의신청 건을 심리·결정하는 독임제(獨任制)의 상설기관으로서 이의신청위원을 설치하고 이의신청 건의 처리물량에 따라 그 수를 증감 배치하는 것을 고려하면서 보건복지부에 설치하는 분쟁조정위원회만을 합의제 심의의결기관으로 하는 방안도 검토할 수 있다. 이러한 개선을 통하여 권리구제기구가 준사법적 기관으로서 전문성과 기술성을 제고할 수 있도록 하고, 심사청구건의 발생이 증가하는 것에 탄력적으로 대처하며 그 기능을 실질화하도록 한다.

둘째는, 건강보험 행정구제 절차로서 이의신청 및 심사청구제도에 대한 홍보의 강화이다.

공단 및 심사평가원의 수행하는 건강보험 행정과정에서의 고지의무의 이행을 강조하여 국민전체에 대하여 건강보험 권리구제제도를 알릴 수 있도록 널리 홍보하고 이에 따라 비공식적 경로를 이용한 문제의 불법 또는 탈법적 해결을 모색하는 것 또는 건강보험제도에 대한 집단적 민원 야기와 제도 불만으로의 잠재되는 현상 발생 등 권리분쟁의 방치에 따른 문제를 최소화하여 건강보험제도에 대한 국민의 긍정적인 신뢰를 유도하고 국민의 전반적인 권리의식의 향상에도 기여토록 한다.

셋째는, 심사평가원과 공단에서 시행령 규정에 의한 내부규정을 근거로 하여 원처분에 대하여 권리침해를 구제받고자 제기된 실질적 이의신청 건을 이의신청위원회에 회부하지 않고 단순 민원으로 처리할 수 있는 소지를 최소화 시켜야 한다. 여기에는 현재 제기되는 모든 권리분쟁을 준사법적인 이의신청절차에 회부한다면 업무 부담으로 인하여 건강보험

행정기관으로서의 본래의 기능이 크게 위축될 우려가 크므로 합리적인 수준에서 절충적 방안을 모색할 필요가 있다.

그 방안으로는 특별 행정구제절차에 앞서 청원법의 규정에 따르는 절차를 인정하여 이의신청제기기간 내에 신청인이 가능한 범위에서 이 절차를 활용하도록 장치하고 대신 신청인이 청원법의 이 절차를 활용하는 때에는 이의신청제기기간의 운용에서 법 제76조 3항 후단이 규정하는 정당한 사유가 있는 것으로 간주하여 그 신청인을 보호한다. 이로써 준사법절차인 이의신청절차에 이르기 전에 심사평가원과 공단은 자기의 행정에 대하여 확인·시정할 수 있는 기회를 얻고 또한 이의신청 물량의 감소와 신속처리 가능성을 높이고 신청인도 두텁게 보호한다.

넷째는 건강보험 이의신청 및 심사청구업무의 관리능력을 개선해야 한다. 건강보험 이의신청 및 심사청구업무는 국가 보건의료제도에 대한 바른 인식과 건강보험법뿐만 아니라 관련되는 복잡한 여러 법률, 그리고 건강보험을 포함한 사회보장제도 전반에 대하여 상당수준 이상의 행정경험과 지식을 갖추고 또한 국민의 권리를 존중할 수 있는 인격, 도덕적 신념과 사명감을 갖춘 전문 인력이 수행하여야 한다.

이를 위해서는 건강보험학계, 보건의료학계 등 관련분야의 전문 인력을 건강보험 행정권 내로 끌어들이 수 있을 뿐만 아니라, 현재 건강보험 행정권에 있는 직원으로 하여금 사례발표, 국내외에서 관련분야에 대한 지식을 익히거나 연구할 수 있도록 조치하는 등의 교육·연구 프로그램의 개발에 대하여 과감한 투자가 이루어져야 할 것이다. 이러한 과정에서 양성되는 전문적인 인력은 건강보험 이의신청 및 심사청구업무의 관리 인력뿐만 아니라, 그의 지식과 경험을 건강보험제도의 조사연구 또는 정책의 기획개발 지원인력으로 활용할 수 있다.

건강보험행정의 합리성과 적법·타당성을 확보함으로써 처분과정에서의 위법·부당성을 최소화할 수 있도록 하기 위하여 일반 건강보험 행정인력에 대한 교육과 훈련을 강화한다.

건강보험 시행 30년, 전국민 건강보장 시행 18년, 통합건강보험 시행 7

년에 이르는 현재까지 건강보험 행정인력과 관련기관 인력 등을 전문적으로 교육할 상설 교육기관이 없으며, 공단이나 심사평가원이 실시하는 직무교육은 전국민 건강보장시행 이전의 상황과 비교하여 크게 개선된 바가 없다고 할 수 있다. 따라서 더욱 전문성을 가져야 하는 건강보험 이의신청 및 심사청구업무를 담당할 전문 인력을 양성하는 것과 연계하여 검토해야 한다.

다섯째로는 이의신청위원회와 분쟁조정위원회가 준사법적 기능을 수행하기 위해서는 사법기관의 독립에서와 같은 수준에 따를 수 있도록 이 업무를 담당하는 행정조직의 독립적 성격을 보장하고 충분하게 인력을 보강하여야 한다. 따라서 이의신청 원처분기관으로부터 준독립적으로 조직을 편성하는 방안을 모색하여야 한다.

그 방안으로 첫째에서 검토한 바에 따라 공단이나 심사평가원의 일상 업무로부터 독립성을 가지는 상근위원을 두는 경우에는 이의신청위원회를 지원하는 행정인력을 준독립적인 조직으로 관장할 수 있도록 한다. 그리고 이의신청위원회와 분쟁조정위원회를 두는 현재의 제도를 유지하면서 개선을 모색하는 경우에는 공단, 심사평가원과 보건복지부에 일반 업무집행부서와는 독립적으로 위원회를 지원하는 사무국을 설치하고 그에 소속된 위원의 업무를 지원하도록 한다.²⁶⁾

여섯째는 이의신청위원회와 분쟁조정위원회 운용에서의 서면결의는 폐지되어야 한다.

이의신청위원회와 분쟁조정위원회는 합의제 행정심판기구로서 기본적으로 이의신청 건 및 심사청구 건에 대한 위원간의 논의와 합의적 결정을 전제로 하고 있음이 법문상 당연한 해석이다. 그러나 서면결의는 각

26) 이런 방식으로 보건복지부에 설치된 분쟁조정위원회 위원의 수를 확대하고 상근위원 제도를 도입하며 위원회의 운영을 지원하는 전담 사무국의 설치를 개정내용으로 하여 제출한 국민건강보험법 일부개정법률안(김춘진의원 대표발의, 2006. 2)은 위원의 권한과 사무국의 독립성이 좀더 보장된다면 매우 타당성이 있는 개정입법의 추진이라고 할 것이다. 그리고 이러한 개선방식은 보건복지부에 설치된 분쟁조정위원회뿐만 아니라 공단과, 심사평가원에 설치된 이의신청위원회의 운영을 개선하는 데에도 적용되어야 한다.

위원간의 의사소통이 단절되어 있는 상태에서 이루어지므로 위원간의 논의 및 합의 과정과 절차가 불가능하고, 단지 사무국 직원이 작성한 검토 의견서에 대한 형식적 추인에 불과할 것이므로 이러한 서면결의 과정에서 위원회의 위원 간에 진정한 논의와 합의가 있다고 볼 수가 없다. 따라서 서면결의 방식에 의한 심의·결정은 위원회제도에 의한 준사법절차로서 중대한 흠결이 있는 것이라고 할 수 있다.

위와 같은 건강보험 이의신청 및 심사청구제도의 개선은 기본적으로 건강보험행정에 대한 권리구제제도의 정비가 헌법이 정한 국민의 건강권을 보장하는 법률적 장치로서 건강보험 목적과 기능을 정상화시키는 길이 되며, 이를 통하여 건강보험이 국민으로부터 신뢰받는 제도로 정착될 수 있다. 따라서 건강보험 수급권자인 국민의 건강권에 대하여 실질적으로 권리를 보호하는 것을 염두에 두는 권리구제제도가 될 수 있는 방향으로 개선하여야 한다. 그리고 건강보험 이의신청과 심사청구 절차가 전문성과 객관성을 충분히 발휘하고 권리분쟁을 경제적이고 신속하게 해결하는 기능을 원활하게 발휘하도록 모색해야 한다.

즉, 건강보험제도가 사회보장제도로서 사회적 약자를 보호하기 위한 특수성을 가지고 있음에 부응하는 방향으로 건강보험 이의신청 및 심사청구제도를 개선해야 할 것이므로²⁷⁾ 권리구제 절차가 간소화되고, 이 절차에 접근함에 있어 용이성이 보장되도록 하여야 하고, 신속하게 분쟁을 종결할 수 있도록 모색해야 한다.

그리고 권리구제에 소요되는 비용의 최소화가 이루어져야 하며, 건강보험 행정의 전문성을 살릴 수 있도록 권리구제 담당조직의 전문화와 독립성을 최대한 보장하여야 한다.

27) 이와 유사한 방향으로 사회보장 행정구제의 원칙을 검토하고 있는 논문이 있으며(한승훈, 우리나라 사회보험행정상 심급적 행정심판을 위한 법제적 고찰, 사회보장연구 제20권 제3호, 한국사회보장학회, 2004. 12, 202-204), 또한 이와 같은 취지에서 사회보장법적 권리구제의 특수성을 서술하는 서적(이학춘·위성중, 사회보장법, 대명출판사, 2000, 272-275)도 있다.

VI. 맺는말

건강보험 보험자 또는 심사평가기관이 공권력의 행사로서 우월한 지위에서 행하는 처분과 관련하여 발생하는 건강보험 행정처분에 대한 권리분쟁에 대하여 현재의 건강보험 이의신청 및 심사청구제도는 이의신청위원회와 분쟁조정위원회의 구성방법상 권리구제 기능의 미흡, 권리구제제도에 대한 인식과 홍보 부족, 관련 전문 인력의 부족, 대량적 심의 및 서면결의 등에 의한 심리절차의 형식화 등의 여러 문제가 있어 이를 개선해야 하는 것으로 나타났다.

즉, 권리구제제도에 대한 홍보 미흡, 권리구제 기관 구성상의 문제, 권리구제제도 운영상의 경직성 등에 의하여, 현재의 보장수준에서도 충분한 권리보장이 이루어지지 못하는 건강보장 사각지대가 생길 우려가 있다. 이를 방치한다면, 자칫 권리구제의 요구가 제도 불만으로 잠재되거나 제도권 밖으로 표출되어 집단적 권리주장, 권리포기적인 심리와 연계된 제도거부, 탈법·불법적 거래에 의한 구제방법 모색 등의 문제점이 누적될 우려가 있게 된다.

이를 방지하기 위해서는 관련되는 각 분야에서 제도의 개선을 추진하면서 건강보험 특별 행정구제제도를 정비하고 널리 알리며 건강보험 수급권자 등에 대한 권리구제제도로써 실질적으로 기능할 수 있도록 운용하여 국민의 건강보험 수급권을 내실 있게 보장하여야 한다. 오늘날 사회보장제도의 확충에 따라 전국민이 사회보장행정과 관련되는 대상인구가 되고 있고 각 사회보장제도의 내실화에 대한 국민의 욕구가 높아지고 있으며, 특히 국민의 권리의식이 현저하게 높아지고 있음에 따라 앞으로 각 사회보장 행정처분과 관련한 권리분쟁은 지속적으로 증가할 것이다.

또한 건강보험과 관련한 행정처분은 보건의료 전문적이면서도 국민의 실생활과 밀접하게 관련되는 사회보장제도이어서 이에 대한 다툼은 일반 행정처분에 대한 것보다 많이 발생하고 전문적인 심의가 요망된다. 그리고 건강보험제도를 포함한 사회보장제도에서의 처분으로부터 구제를 받

을 필요가 있는 사람은 상대적으로 사회적·법률적으로 약자인 경우가 많으므로 이들 청구인들을 위법·부당한 처분으로부터 공정하고 신속하며 전문적인 특성을 살려 경제적으로 보호하기 위해서는 이에 적합한 개선대책을 마련할 필요가 있다.

그 개선대책으로 건강보험 특별행정심판제도를 담당하는 위원회를 구성함에 있어 위원수를 탄력적으로 조정할 수 있도록 하고, 위원의 전문화, 소위원회 독임제(獨任制) 및 상근위원제도의 도입 등을 고려하여 위원회를 구성하여야 한다. 그리고 준사법절차로서 심의·의결절차를 엄격히 하여 실질적으로 대심구조가 가능하도록 하고 서면결의를 전면금지하거나 엄격한 한정적인 요건이 있는 상황에서만 서면결의를 허용하는 것을 법제화하는 것이 필요하다.

또한 재결기관의 일상 업무로부터 독립성을 가지고 권리구제기관을 운영할 수 있도록 위원회 운영의 독립성을 보장하고 위원회를 지원하는 사무국을 독립적 성격의 직제와 전문 인력으로 설치하여 위원회와 각 위원의 업무를 지원하도록 하여야 한다.

한편, 보다 근본적인 개선대책으로 국가 사회보장제도 전반을 객관적·전문적인 관점에서 포괄하도록 건강보험제도의 권리구제절차를 발전시키는 방안도 장기적으로 검토하여야 한다. 즉, 건강보험제도에서 발전시켜 국민연금제도와 기초생활보장제도 관련사항뿐만 아니라 향후 도입할 예정인 노인수발보험제도와 자격관리·보험료부과징수의 통합 추진이 거론되는 산재보험 및 고용보험까지 포괄하여 사회보장제도 전반에 대한 권리분쟁사건을 전문적으로 관장할 수 있는 독립적이고 종합적인 사회보장행정심판기구(가칭, “사회보장심판위원회”)를 설치하는 것을 검토할 필요가 있다는 것이다.

1963년에 최초 입법되어 1977년부터 본격적으로 시행된 의료보험은 1989년 7월 도시지역 의료보험의 확대실시에 따라 전국민 의료보장시대로, 그리고 2000년 통합 건강보험으로 발전을 거듭하여 왔다. 지속적으로 건강보험에서의 보장수준을 개선하는 것을 추구하여 왔으나 아직도 “저

부담, 저급여”의 구조에서 보험급여 수준은 미흡한 상태에 있다고 할 것이고 이것은 건강권의 보호수준이 아직 낮은 수준에 있음을 의미한다.

따라서 거시적으로 건강보험에서의 실질적인 수급권 보장을 위하여 앞으로 계속 “적정부담, 적정급여”로의 제도개선을 추진할 것이나, “적정부담, 적정급여”를 위한 제도개선은 재원분담에 대한 국민적 합의와 합리적 조달기법의 개발에 따르는 여러 어려움을 극복해야 할 것이므로, 우선 현 제도 내에서의 건강보험 행정구제 절차를 통하여 합리적으로 건강보험 수급권을 보장하기 위한 수급권자 등의 권리주장을 구제하는 장치를 마련해야 한다.

이러한 건강보험 행정구제 절차로서 이의신청절차와 심사청구절차는 기본적으로 가입자 및 요양기관 등이 향유할 수 있는 정당한 수급권과 청구권을 보장함으로써 건강보험 법률관계와 질서를 보호하고 제도를 안정시키려는 목적을 가지고 있다.

건강보험을 포함하는 사회보장제도에서 보험자, 심사평가기관 등 행정관리주체가 행한 위법 또는 부당한 처분에 의하여 권익을 침해받고, 그에 대하여 권리구제를 받고자 하는 대부분의 경우에 그 수급권자나 당사자는 사회적 또는 법률관계에서 약자이다. 따라서 건강보험제도와 권리구제제도에 대한 홍보, 상담, 권리구제기관의 심의결정, 재결 및 사후관리 등 모든 과정을 통하여 신속하고 경제적이면서도 전문 기술적인 보호를 제공하며, 그 절차 또한 매우 민주적이고 친절한 도움을 제공할 수 있어야 한다.

그리고 건강보험 행정구제는 별다른 비용부담이 없이 간단한 절차로 신속하게 이행하도록 하고, 또한 건강보험 행정처분은 반복적, 대량적 및, 보건의료 전문적인 성격을 가진 처분을 수반하게 되므로 전문적인 사항에 관하여 불복신청이 많게 될 것을 고려하여 독립적이고 탄력적으로 권리구제 제도를 운영할 수 있도록 함으로써 건강보험제도의 구성이 복잡하고 전문적·기술적인 분야가 많은 것을 고려하여 기능할 수 있도록 하여야 한다.

[참 고 문 헌]

1. 국내문헌

- 권영성(1991). 『헌법학원론』. 법문사.
- 김동희(1997). 『행정법(I)』. 박영사.
- 김유성(2000). 『한국사회보장법론』. 법문사.
- 김철수(1997). 『헌법학원론』. 박영사.
- 문옥륜(2004). 『건강보장론』. 신광출판사.
- 박윤흔(1993). 『행정법 강의(상)』. 국민서관.
- 윤찬영(2001). 『사회복지법제론』. 나남출판.
- 이상광(2002). 『사회법』. 박영사.
- 이학춘·위성중(2000). 『사회보장법』. 대명출판사.
- 장태주(2003). 『행정법개론』. 현암사.
- 전광석(2005). 『한국사회보장법론』. 법문사.
- 정희철(1990). 『상법학(하)』. 박영사.
- 한건우(1995). 『행정법(I)』. 홍문사.
- 홍준형(2001). 『행정구제법』. 한울아카데미. 363-364.
- 한국의료법학회 보건의료법학 편찬위원회(2002). 『보건의료법학』. 동림사.
- 김운목(1996). “의료보험에서의 권리분쟁에 관한 고찰”. 서울대학교 보건대학원 보건학석사학위 논문.
- 전광석(2001). “국민건강보험의 법률관계”. 『의료법학』 제2권 제1호, 대한의료법학회.
- 한승훈(2004). “우리나라 사회보험행정상 심급적 행정심판을 위한 법적적 고찰”. 『사회보장연구』 제20권 제3호. 한국사회보장학회.
- 보건복지부(2004). “2004년 주요업무참고자료”
- 의료보험연합회(1994). 『의료보험법령연혁집』
- 의료보험연합회(2000). “1999년도 의보련사업보고”
- 건강보험관리공단(2000-2005). “각 연도 결산서”

2. 외국문헌

佐藤進(1974). 『社會保障法判例』. 有斐閣.

坂本重雄(1987). 『社會保障と人權』. 勁草書房.

荒木誠之(1983). 『社會保障の 法的構造』. 有斐閣.

Goodman R.A., Rothstein M.A., Hoffman R.E., et al.(2003). Law in Public Health
Practise, Oxford University Press.

Gostin O.L.(2000). Public Health Law(power, duty, restraint), University of California
Press.

Gostin O.L.(2002). Public Health Law and Ethics, University of California Press.

Mann J.M., Gruskin S., Gordin M.A., et al.(1999). health and human rights,
Routledge.

Marks S.P.(2004). Health and Human Rights(Basic International Documents), Harvard
University Press.

A Study on a Direction of Improving the Health Insurance Appeal System in Korea

Un-Mook Kim, Dr.

Health Insurance Review Agency

=ABSTRACT=

In July 1989, Korea had achieved the national medical insurance system comprehensively covering the whole population since its inception of 12 years before, and subsequently the plural medical insurers had integrated to the unique health insurer system in July 2000. But there yet remain some problems to be improved under low contributions rates and poor benefit packages, especially the shortage of assuring beneficiaries' rights.

The Health Insurance Appeal System is composed of a two-tiered system of committee. The Formal Objection Committees built in the National Health Insurance Corporation and in the Health Insurance Review Agency respectively examine the formal objections to the decisions of the Corporation, or the Review Agency. And the Dispute Mediation Committee built under the command of the Minister of Health and Welfare reviews the protests against the decisions on the formal objections by each Formal Objection Committee.

To cope with the appellant in relation to the administration on the qualification of the insureds, contributions, and insurance benefits etc, is found to be unsatisfactory. There's the reason of poor function on right-relief caused by the loose composition of the Appeal Committee, the deficit of people's recognition and P.R., the lack of professional manpower and the Committee's independency, and time lag in making decisions and so on.

Consequently the Appeal System should be improved to secure the rights-relief function, to empower the professionalism of the Appeal Committee, to strengthen P.R. for the beneficiaries, to build up the staff's proficiency through training, and to develop the quality of administrative services.

Key Words : health insurance, appeal system, formal objection, dispute mediation committee