

최근 10년 보건의료법 환경 및 건강보험법정책의 변화

김 운 목*

- I. 들어가며
- II. 보건의료법과 환경변화
 - 1. 보건의료법 환경의 변화
 - 2. 보건의료법정책과 관련 법률
- III. 건강보험법정책의 변화
 - 1. 국민건강보험법의 성립
 - 2. 건강보험과 건강증진
 - 3. 통합 보험자의 구성
 - 4. 요양기관제도의 변화
 - 5. 독립 심사평가기관의 성립
 - 6. 보험급여 수준의 개선

I. 들어가며

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 있는 현대 복지국가¹⁾에서 국민의 건강권 및 사회보장수급권으로써 의료보장을 받을 권

* 논문접수: 2009. 10. 28. * 심사개시: 2009. 11. 10. * 게재확정: 2009. 12. 10.

* 건강보험심사평가원 심사평가정책연구소 심사평가연구실장, 보건학박사

1) 권영성, 『헌법학원론』, 법문사, 2008, 제8면; 김철수, 『헌법학개론』, 박영사, 1997, 제199

리는 질병으로부터 자유로운 인격을 실현하기 위한 생존권적 기본권으로 인식되고 있다.²⁾

사회보장기본법³⁾은 국가 사회보장제도의 기본이념으로 “모든 국민이 인간다운 생활을 할 수 있도록 최저생활을 보장하고 국민 개개인이 생활의 수준을 향상시킬 수 있도록 제도와 여건을 조성하여 그 시행에 있어 형평과 효율의 조화를 기함으로써 복지사회를 실현하는 것”에 있다고(제2조) 규정하여 헌법에 의한 복지국가의 실천원리를 보다 구체화하고 있다. 국가 사회보장제도와 관련되는 구체적인 사회보험제도로서 건강보험은 국민보건을 향상시키고 사회보장의 증진을 목적으로 하고 있는 의료보장제도로서, 그 생성과 발전과정을 통하여 현대 복지국가의 이념을 추구하기 위한 사회경제정책수단으로 중심적인 위치에서 기능하여 왔다.

우리나라 건강보험에 관한 최초의 입법은 1963년 말에 제정 공포된 의료보험법이었으나, 이는 당시의 군사정부가 사회정책적 목표로 내세웠던 사회정의를 구현하여야 한다는 구호에 따라 충분한 사전 준비 없이 제정된 것이었다. 이 법은 사회보험의 성격상 가장 중요한 보험적용에서의 강제성을 확보하지 못하고 임의적용으로 변형되어 있었기 때문에, 다만 시범적 성격으로 의료보험제도를 창설하였다는 의미만을 가진다.⁴⁾

1976년 말 전문개정된 의료보험법에 의하여 1977년 7월부터 상시근로자 500인 이상 사업장 근로자와 공업단지 근로자를 피보험자로 당연적용하면

면; 이상광, 『사회법』, 박영사, 2002, 제63면.

2) 미국은 의료서비스의 규모와 의료기술에서 세계 최고의 수준에 있음에도 선진국 중에서 유일하게 의료를 기본권으로 보장하지 못하는 국가라는 비판이 있다(Teitelbaum J.B., Wilensky S.E., Essentials of Health Policy and Law, Jones and Bartlett Publishers, 2007, 제134면).

3) 1963년 11월 제정된 사회보장에 관한 법률에 이어 1995년 말에 제정 시행된 사회보장기본법은 사회보장에 관하여 기본적인이고 총괄적인 사항을 규율하고 있다. 사회보장기본법은 사회보장 기본이념, 사회보장 각 제도(사회보험, 공공부조, 사회복지서비스 및 관련복지제도)에 대한 법적 정의, 사회보장 수급권, 사회보장급여의 수준, 사회보장 수급권의 보호 및 제한과 사회보장제도의 운영원칙, 권리구제 등에 대해서 규정하고 있다.

4) 문옥륜 외, 『한국의료보험론』, 신광출판사, 1995, 제71~76면.

서 본격적으로 직장의료보험이 실시되었고, 이후 의료보험 적용의 보편화를 위한 여러 과정과 단계를 거쳐 1989년 7월 도시지역 주민에까지 의료보험을 확대 적용함에 의해 우리나라는 전국민 의료보장시대를 맞이하였다.

이와 같은 짧은 기간에 이룩한 의료보험 적용의 양적인 확대는 선진 사회보장국가들에서는 유래가 없었던 성과로 평가받고 있으나, 다른 한편으로는 보장하고 있는 급여의 수준과 내용에 있어 그 수준이 매우 낮다는 것이 문제점으로 지적되었다.⁵⁾

전국민 의료보장제도 실현과정에서 우리나라 보건의료법정책의 주요 현안과제이었던 의료보험관리체계의 조합방식과 통합방식 간의 논쟁, 의약분업, 의약품유통 개혁, 의료일원화 등에 관한 문제 중 의약분업에 대해서는 의·약업계 간의 일시 타협방안으로 1989년 10월부터 약국의료보험⁶⁾을 전국에 확대 실시하였다. 그리고 급여수준을 향상시키기에 있어 특히 만성질환자에게 가장 시급한 사항이었던 요양급여기간을 1995년 6월에 당시 연간 180일까지였던 것을 210일 이내로 연장하였고, 이어 1996년 1월에는 240일 이내까지로 확장하고, 이후 매년 30일씩 단계적으로 확대하여 2000년부터는 요양급여기간 제한을 폐지하고 연중 보험급여를 받을 수 있게 하였다. 또한 그동안 비급여항목으로 큰 부담이었던 고가의료장비인 CT(전산화 단층촬영)도 1996년 1월부터 보험급여를 인정함으로써 의료보험 급여의 보장수준을 크게 개선시켰고, 70세 이상 노인의 의원급 외래진료비 본인일부부담금이 종전의 의과 3,000원, 치과 3,500원이었던 것을 구분 없이 2,000원으로 인하하여 노인에 대한 의료복지의 증진을 도모하였다.

그리고 진료행위별 수가방식(fee-for-service)⁷⁾인 진료수가제도에서

5) 문옥륜, 『의료보장정책연구』, 신광출판사, 1992, 제303~323면.

6) 당시 약국의료보험은 조제약품의 종류와 조제일수 등에서 부분적인 제한은 있었으나, 의사의 처방이 없이도 약사가 임의적으로 조제 투약할 수 있는 방식으로 의약분업시행(2000년 7월) 이전까지 시행되었다.

7) 행위별수가제는 의료인이 요양급여로써 제공하는 각각의 진료행위마다 가격을 책정하고 진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하여 의료인이 제공한 시술내용에 따라 이들 비용을 합산하여 진료보수를 산정하는 방식이다.

진료항목 간, 진료과목 간 불균형으로 인한 진료의 왜곡현상을 개선하기 위한 작업을 진행하였고, 진료비청구와 심사에 따른 부담과 여러 문제점⁸⁾을 해소하기 위해서 1997년부터 시작된 포괄수가제(DRG, diagnosis related group)를 시범사업을 거쳐 단계적으로 도입하고자 하였다. 한편, 전염성질환에 대하여 치료위주로 대응하는 방식으로부터 만성질환에 대하여 예방적이고 건강생활을 조장하는 방식으로 대응하는 시대의 흐름에 맞추어, 당시 질병치료를 중심으로 요양급여가 구성되어 있던 의료보험제도에서도 질병의 조기발견과 조기치료를 통하여 국민건강의 향상을 도모하고자 보건·예방사업⁹⁾을 확대 실시하였다.¹⁰⁾

1995년 제정된 국민건강증진법에 의한 건강증진기금을 조성함에 있어 1997년부터 2001년까지 직장의료보험 보험자가 예방보건사업비의 10%를 건강증진기금으로 부담하였다.¹¹⁾ 그러나 2001년에 발생한 건강보험재정 위기에 봉착하여 2002년 이후부터 현재에 이르기까지는 건강증진기금이 건강보험에 대하여 크게 재정지원을 하게 되며, 이와 같이 건강증진제도는 시작단계부터 의료보험제도와 밀접한 관련성을 가지고 동일범주의 국가 보건의료법체계로서 국민의 건강향상과 사회보장 증진에서 유사한 규범목적 을 가지고 상호 기능하여 왔다.¹²⁾

8) 당시 지적된 진료행위별수가제의 문제점은, 행위별수가제에서는 보험수가가 낮더라도 의료서비스의 양 및 빈도를 증가시켜 수입을 보상할 수 있으므로 과잉진료로 인한 의료비 상승의 가속화가 우려되고 진료비 청구 및 심사업무가 과중하여 불필요한 자원의 낭비와 함께 매년 청구건수의 급증으로 심사업무에 한계가 있다는 것이 중점적으로 지적되었다(이에 대해서 자세한 것은, 김운목, “건강보험 진료비심사의 법적 근거와 효력”, 『의료법학』, 제8권 제1호, 대한의료법학회, 2007, 제137~146면 참조).

9) 질병예방에 투입하는 비용은 5.6배의 비용효과가 있으므로 특히 흡연예방과 금연정책에 더 많은 노력을 기울일 것을 요구하는 논문이 근래에도 발표된 바 있다(HealthFitness, Response from HealthFitness CEO Gregg O. Lehman, Ph.D., to Report Finding Investment in Disease Prevention Could Save America \$5.60 For Every \$1 Spent, PR Newswire, 2008, 7.18).

10) 문옥륜 외, 『건강보장론』, 신광출판사, 2004, 제71~73면.

11) 동기간(1997~2001년)동안 조성된 건강증진기금은 총 686억원으로, 이 중에서 담배부담금(갑당 2원)은 444억원(64.7%)이었고 의료보험 보험자 부담금이 242억원(35.3%)이었다.

12) 김운목, “건강증진기금의 건강보험재원활용과 그 타당성에 대한 법정정책 고찰”, 『의료

1977년 7월 직장의료보험을 당연적용하기 시작한 이래 짧은 기간인 1989년 7월에 전국민 의료보장시대를 열었으나 그 후 10년여 동안에 걸친 제도의 발전과 안정화 과정에서도 의료보험법과 공무원 및 사립학교교직원 의료보험법의 통합에 관한 논의(의료보험관리체계의 조합방식과 통합방식 간의 논쟁)가 끊임없이 제기되어 왔다. 그 결과 여러 과정을 거쳐 2000년 국민건강보험법으로의 통합을 이룩하게 되었고 같은 시기에 보건의료법정책에서 또 다른 최대 현안 중의 하나인 의약분업을 시행하게 된다.

이하에서는 이와 같은 보건의료법정책 및 주변 환경의 변화를 살펴보고 이어서 건강보험법정책에 대해서 살펴보고자 한다.

II. 보건의료법과 환경변화

1. 보건의료법 환경의 변화

우리나라 보건의료법과 관련정책은 지금까지의 내실 있는 경제성장을 바탕으로 단기간에 큰 성과를 거두었다고 할 수 있다.¹³⁾ 그리고 급속하게 발전하고 있는 정치·사회문화의 발전, 과학기술 및 정보통신기술의 발달과 함께 보건의료의 발전 및 이와 관련되는 다양한 환경의 급속한 변화는 보건의료법정책의 발전에 그 역동성을 더욱 가속화시키고 있다.

첫째로 질병구조의 변화에 따른 의료서비스 형태의 변화와 질적 수준 향상은 감염성 질환의 치료위주에서 만성퇴행성 질환에 대한 예방을 강화하

법학』, 제7권 제1호, 대한의료법학회, 2006, 제269~319면; 김운목, “건강보험에서의 건강증진사업 활성화 방향”, 『2007년 한국보건교육·건강증진학회 춘계학술대회 자료집』, 한국보건교육·건강증진학회, 2007, 제31~52면.

13) 그러나, 우리 보건의료제도에 대한 국민의 만족도(만족 1999년 21.8%→2006년 7.4%, 불만족 31.3%→34.6%)와 건강보험제도에 대한 만족도(만족 1999년 31.0%→2006년 4.7%, 불만족 32.4%→35.8%)는 오히려 악화된 것으로 나타나기도 하지만, 그동안 다른 나라에 비해서 보건의료제도의 보편성과 포괄성에서 큰 성과가 있다고 보아야 할 것이다(문옥륜, 『한국보건의료체계 개혁론』, 서울대학교 보건대학원, 2008, 제37~38면).

는 방향으로 보건의료서비스를 요구하고 있다.

이에 따라 건강생활(Health Behavior)을 통한 국민의 건강증진과 생활 습관 개선(금연, 절주, 영양, 운동 등)을 위한 보건교육이 주요한 정책으로 강조되고 있다. 그리고 공중보건(public health)으로서 지역보건의료사업의 중요성이 부각되고 있으며 민간의료중심의 기존 의료시장체계에서 공공의료의 책임과 역할을 강화시키기 위한 정책들이 시행되고 있다.

둘째로 정권의 변동에 따라 보건의료법과 관련정책에서의 효율과 형평에 관한 논의는 끊임없이 제기되는 조화와 긴장관계를 가지면서 발전하고 있다. 여기서 국가 보건의료제도의 설계와 운용에 있어 비용 효율적이면서도 아울러 계층 간의 조화와 형평성을 가지도록 기능할 필요성이 강조된다.

따라서 국민의 건강권을 보호하기 위해서 보건의료서비스의 질적 수준향상에 노력하되 국민의료비(national health expenditures)의 증가를 국민경제의 적정한 수준에서 억제할 수 있는 정책의 개발이 부단하게 요청되고 국민 보건을 위한 보건의약 및 식품위생에 대한 감시행정을 내실화할 필요가 있다.

셋째로 저출산 및 인구 노령화 현상이 급속하게 진행되어 나타나는 인구구조 자체가 변화에 관한 문제이다.

다문화가정과 외국인 근로자의 사용이 일반화되고 불법체류 외국인의 건강보장에 관한 문제에서는 상호주의의 재검토가 요청되고 있다. 저출산 및 인구 노령화 현상에 따르는 보건의료의 문제는 노인의료비의 증가 문제에서 그치지 않고 질병양상의 변화, 수가구조의 재편, 요양병원 등 새로운 의료기관의 필요성, 의료시설·인력 재배치의 필요성 등에도 미치는 영향이 클 것이다.

넷째로 의학, 보건, 의약 교육의 발전을 위한 관련 교육체계의 다양화와 전문화가 이루어지고 있으며, 교육의 질을 담보하기 위한 교육평가 방법 및 기술의 발전과 보건의료인력 관리의 체계화가 요청된다. 즉, 의학, 보건, 의약 교육체계의 합리화와 평가체계의 내실화가 요청되고, 나아가 의

료시장개방 등 세계화 추세에 대비하여 지금까지의 관념으로부터 발전적으로 적정한 보건의료 인력에 대한 소요판단과 의료전문인력의 양성 및 배치에 대해서 재검토해야 할 필요성이 제기된다. 이에는 보건의료면허의 정기등록제도 및 갱신제도를 도입하는 것뿐만 아니라 평생(보수)교육의 정비와 의료기관 평가 및 의료의 질 관리 등을 포함해야 할 것이다.

다섯째로 보건의료의 산업화, 의료경영의 전문화와 의료경영정보의 체계화를 도모할 필요성에 대한 관심이 크게 증대되고 있다. 또한 생명과학의 발달과 더불어 보건의료산업을 국가의 미래 성장 동력산업으로의 인식하고 투자 활성화를 위한 기전을 마련하고자 하고 있으며, 이는 의료기술, 의약품 및 생명과학 발전의 가속화를 보건의료법정책에서 수용하는 것으로 원격의료기술의 발전 및 원격의료의 활성화를 포함한다.

의약품·병상·의료장비 등 보건의료자원의 공급과 수요 전반에 대한 투명성을 확보하고 보건의료자원 수요공급의 불균형·병목현상에 대한 개선대책을 개발해야 하는 것도 이와 관련되는 또 다른 과제이다. 그리고 동북아 의료허브(Hub)를 추구하는 보건의료의 국가 전략산업화에 부응하는 첨단의료 도입과 개발을 통한 보건의료의 국제경쟁력 제고와 의료의 영리성 인정에 관한 과제를 해결해야 할 필요가 있다. 이러한 과정에서 국제의료 관광을 경쟁력 있는 국가 전략산업으로 포섭하고 보건의료의 세계화에 걸맞도록 국가 보건의료통계를 체계화하여 국제수준에 부합하도록 관리해야 하는 것도 과제로 남아 있다.

여섯째로 국민건강보험, 의료급여, 국민연금, 산업재해보상보험, 고용보험, 자동차보험, 민간의료보험 등 건강보장 및 관련제도에서 각 제도의(기능) 통합방안 또는 다변화방안(역할분담)이 논의되고 있다. 2008년 7월 시행된 노인장기요양보험법은 실질적으로 건강보험과 통합하여 관리하는 체제로 시작되었고, 4대 사회보험(건강보험, 국민연금, 산재보험, 공용보험)은 관리의 효율성을 증진하기 위하여 보험료부과·징수의 통합이 추진되고 있는 등 보건의료 관리행정과 법정책은 더욱 복잡해지고 전문화되며 그 수

요가 증가하는 추세에 있다.

일괄제로 건강보험진료비 심사지불제도의 변화와 발전에 관한 논의와 관련하여 DRG수가제도와 총액계약제 도입이 끊임없이 주장되고 있다.

2007년 우리나라 국민의료비는 61.3조원, GDP대비 6.8% 수준¹⁴⁾으로 그 부담이 나라의 경제수준과 다른 나라에 비해 아직 문제될 정도는 아니나,¹⁵⁾ 그 증가속도가 경제성장률을 크게 상회하고 있어 적절한 조절기능을 확보하는 대책을 부단하게 개발할 필요성이 있다. 국민의료비의 과다투입은 국가 경제성장의 잠재력을 잠식할 우려가 있게 되고¹⁶⁾, 과소투입은 국민건강권 보호의 소홀과 보건의료산업의 상대적 위축을 의미하는 것이 된다.

따라서 국민의료비에 가장 큰 비중을 차지하고 있는 건강보험에서 요양급여비용에 대한 적절한 통제 기전을 발휘할 필요성이 증대되고 있다. 여기서 건강보험 및 의료급여 진료비에 대한 심사·평가의 전문성을 보강하고 진료비심사와 사후관리(moral hazard 방지를 위한 진료비청구 현지조사제도)를 강화하며 임의적 대행청구 금지에 따른 책임청구제도 도입과 요양기관에 대한 체계적 사전교육제도 및 보수교육제도의 도입 등을 검토할 필요가 있다.

14) 우리나라 국민의료비는 1980년 GDP대비 4.1%, 1990년 GDP대비 4.3%, 2000년 GDP대비 4.7% 수준이었다. 2000년대 들어 급속하게 증가하기 시작하여 2002년에 36.5조원(GDP대비 5.3%) 수준이었던 우리나라 국민의료비는 2003년 40.7조원(GDP대비 5.6%), 2004년 44.1조원(GDP대비 5.7%), 2005년 49.2조원(GDP대비 6.1%), 2006년 54.8조원(GDP대비 6.5%)으로 계속 증가하고 있다(e-나라지표(<http://www.index.go.kr>), GDP대비 국민의료비 추이, 통계청).

15) OECD주요국의 GDP대비 국민의료비(2007년 기준)는 OECD국가의 평균이 8.9%이고 미국이 16.0%로 가장 높으며, 스위스가 10.8%, 프랑스가 11.0%, 독일이 10.4%, 호주 8.9%, 캐나다 10.1%, 덴마크 9.8%, 일본이 8.1%(2006년), 영국이 8.4%, 멕시코가 5.9%, 폴란드가 6.4%로 나타나고 있다.

(<http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData>)
 16) 근래 미국에서 경제위기와 관련하여 AAA 등급인 미국 국가신용도의 하락이 검토되는 것으로 보도되었는데, 그 주요원인을 Medicare, Medicaid 등 의료비의 팽창(연방재정지출에서 의료비의 점유율, 1975년; 25% 수준 → 2008년; 45% 초과)으로 분석하고 있으며, 이미 GDP의 16%를 초과한 국민의료비 부담(연간 약 2조 2천억 달러) 중에서 특히, 연간 약 2,000억 달러 규모에 이르는 흡연관련 질병비용이 불요불급한 것으로 그에 대한 절감방법을 강력하게 논의하고 있다(Smoking Part of the Risk to U.S.'s AAA Credit Rating// Health Care Costs Are a Major Factor, Says Moody's, PR-insider, 2009, 5.22).

그리고 산업재해보상보험 및 자동차보험 등의 진료비 청구 및 심사·평가에 대한 관리를, 전문성을 갖추고 체계화된 건강보험 진료비심사에 집중시켜 그 비용에 대한 심사·평가도 강화시킬 필요성이 대두되고 있다.

여덟째로 국민의 권리의식 제고와 환자의 권리를 강조하는 시대적 흐름에 맞추어 보건의료법정책의 중심을 국민의 생존권적 기본권으로서 생명권 및 건강권의 보호에 두어야 할 당위성이다.

과거 인권보호 투쟁시대에서 그 중심이었던 국가 공권력 등에 의한 인권침해로부터 사적자유를 보장하려는 개념으로부터 발전하여 건강위해산업(담배산업, 주류산업, 유해식품산업, 공해산업 등)에 의한 국민의 생명권, 건강권, 행복추구권, 환경권 등의 침해에 대응하여 국가가 더욱 적극적으로 국민을 보호해야 한다는 기본권의 제3자적 효력에 대한 인식이다.

그리고 건강보장제도를 포함하여 사회보장제도에서의 권리구제는 기본권 보장의 실질화를 위한 기본적 요건임에 대한 인식을 높여 권리구제제도를 구축하기 위한 노력을 기울이고, 의료과오 등에 의한 의료분쟁에 따른 사회적 소모를 방지하고 보건의료의 수요·공급자 간 신뢰성 제고를 위한 제도적 인프라의 구축이 요구된다.

아홉째로 노동현장에서 2000년대 초기에 시작되어 2004년부터는 노동법정책에 따라 2011년까지 주5일 근무제가 단계적으로 확대 시행되어 가고 있다. 이에 따른 사회전반의 변화, 근로자 등의 주거, 통근, 여가 및 건강생활행태(health life style)의 변화는 현재 진행되어 가고 있으며, 이것은 노동집약적인 보건의료계에도 많은 영향을 미칠 것으로 보인다.

또한 보건의료에 대한 시민사회의 관심 및 참여의 증가가 건강보험제도를 중심으로 진행되어 온 의료의 사회화 현상을 가속화하고 있다. 이에 대응하여 사회전반에서 진행되는 권리의식과 함께 의료제도 집단적인 권익보호의 움직임을 보여준 바 있었으나, 한편으로는 국민의 건강권을 보호하려는 제도적 장치가 강구되면서 공공의료의 강화 등의 정책도 추진되고 있다.

열 번째로 우리나라의 효율적인 보건의료시스템 및 보건의료법정책의 세

계로의 진출은 보건의료부문의 공적개발원조(ODA, Official Development Assistance)에서의 긍정적 역할과 그 비중의 증가로서 반영된다.

이로써 보건의료산업과 관련 보건의료교육, 보건의료문화 및 보건의료정책의 수출국으로서의 역량을 구축할 수 있고, 우리나라의 수출주도형 산업 전략에서 보건의료부문이 수출산업을 지원하는 중요한 역할을 수행할 수 있게 되고 보건의료가 단순한 국내소비재에서 머물지 않고 국가의 홍보와 투자재로서 작동되는 기전을 마련할 수 있는 시대적 흐름이 진행되고 있다.

열한 번째로 발달하는 정보통신기술을 이용하여 의무기록을 전산화하고 그 진료정보를 컴퓨터에서 보관·분류·집계하며 컴퓨터를 통하여 편리하게 조회하는 것이 가능해졌다. 의료영상저장전송시스템(PACS) 등 의료정보화 장치의 도입이 증가하고 전자의무기록(Computer Based Patient Record, EMR)이 일반화되고 있으며, 임상정보시스템(Computerized Clinical Information System, CCIS) 및 전자처방전달시스템(Computerized Physician Order Entry, CPOE) 등에서 의료정보화 프로토콜의 표준화가 추진되고 있다. 그리고 의료이용 정보의 공동 활용을 위하여 의료복지카드(Smart Card)를 도입하려는 욕구도 증가하고 있고 관련 기술도 개발되고 있다.

여기서 진료정보의 유출에 따르는 인권침해를 방지하기 위한 사적 비밀권의 보장과 정보의 적절한 활용을 위한 정보공개에 관한 문제가 긴장관계로 나타난다.

그리고 발전하고 있는 정보수단의 활용 또는 정보의 전달에서 편견이나 오남용이 있게 되면 식품·의약품의 국내외 유통, 의료의 이용, 보건의료정책의 수립, 집행 및 평가 등에 있어서 관련 정보의 광범위하고 올바른 활용 및 확산(정보의 대중성)과 정책의 홍보에서는 과장되거나 왜곡되는 현상이 발생하는 등의 큰 어려움이 있게 된다.¹⁷⁾

17) 대표적으로 2008년 4월, 정부가 소고기 수입협상과정에서 국민의 건강을 소홀하게 취급한 것으로 일부언론이 잘못 단정하여 불거진 인간광우병 우려에 관한 선정적인 언론보도와 크게 촉발된 촛불시위 사태를 들 수 있다.

열두 번째로 사회적 질병현상에 대한 인식, 즉 전염성 질환에서의 질병 세균의 전파에 의한 감염과 유사하게 만성 습관성 성인병을 유발하는 흡연, 음주, 비만 등의 건강위해행위는 사회적 분위기나 타인의 행동에 의해서도 더 많은 영향을 받는다는 사실에 대한 인식이 높아지고 있다.

특히, 흡연행동에 대한 비지각론적(non-cognitive theories of smoking behavior)¹⁸⁾ 시각은 흡연행위가 개인의 자유로운 선택에 따른 기호행위가 아니고 흡연행위는 흡연을 그냥 괜찮은 것으로 받아들이는 사회적 분위기나 타인의 흡연에 관한 행동에 의해서 주로 영향을 받는다는 것을 밝혀낸다. 즉, 흡연은 흡연자의 심사숙고의 결과에 의한 선택행위가 아니고 흡연자가 무심코 어린 시절에 어른이나 친구들이 하는 흡연행위를 호기심으로 또는 모방하는 행동에서 단순하게 시작한 것이 담배산업의 교묘한 상술(marketing)과 조작(manipulation)에 의하여 니코틴의 포로가 되어버리고, 결국 담배산업의 희생자로 남게 되는 상태가 지속되는 것을 의미하는 것이다.

따라서 정책적으로 금연, 금주, 영양관리 등의 건강행태를 조장하기 위해서는 개인의 지각 있는 선택을 강조하는 지각론적(cognitive theory of smoking behavior) 시각에서 접근하여 금연, 금주, 영양관리 등을 위한 보건교육과 홍보를 강화시키면서, 또한 비지각론적 견지에서 담배, 주류, 위해식품 등에 대한 각종 보건의료법적 규제를 도입하고 있다.

특히 건강위해산업을 상대로 집단소송(class action)을 제기할 수 있도록 하고 담배소송의 결과에 의하여 담배회사의 책임을 강력하게 묻는 등의 지속적인 압박을 가하는 정책을 국가와 지방자치단체뿐만 아니라 건강보험 보험자와 법조계, 언론계 및 건강 시민운동단체가 함께 추구하는 것으로써 더욱 큰 법정정책적 상승효과를 도모할 수 있다.¹⁹⁾

18) Simonich WL, Government anti-smoking policies, Petez Lang, 1991(Cummings KM. Health Policy and Smoking and Tobacco Use, Handbook of Health Behavior Research IV, Plenum Press, New York, 1997, 제233면에서 재인용).

19) 흡연행위지각론과 흡연행위비지각론에 관하여 자세한 것은, 김운목, “미국의 담배소송과 공중보건정책”, 『의료법학』, 제2권 제2호, 대한의료법학회, 2001, 제214~221면 참조.

열세 번째로 2000년 건강보험 통합과 같이 시행된 의약분업은 의사와 약사의 직능에 따르는 분업이라기보다 의료기관과 약국 간의 기관단위 분업이었다. 그리고 의료보험 약가제도는 오랫동안 원가나 공장도가에 약간의 마진율을 인정해주는 고시가제도를 중심으로 운영하다가 건강보험 통합을 앞두고 의료기관 실구입가제도(의료기관 가중평균가 또는 최저구입가를 상한가로 인정하는 제도)로 변경 운영하면서 높은 수준에 있는 약제비²⁰⁾를 적정한 수준으로 관리하고자 노력해 왔다.

그러나 그 효과가 미흡하여 높은 약제비를 적정한 수준으로 관리함으로써 보험재정과 국민의료비의 부담증가를 적정하게 억제해야 하는 정책을 개발함에 있어 어려움이 매우 크다. 이것은 의약산업이 가진 높은 부가가치를 활용하기 위해서는 의약산업의 발전을 도모해야 할 필요성이 있다는 점과 국내외 제약산업 간의 균형발전을 위한 정책이 필요하다는 과제, 그리고 의약품유통시장에서 투명성이 부족하고 의료현장에 존재하는 의약품의 현실적 수요를 막는 데에는 기술적 어려움이 많다는 점 등이 서로 긴장관계를 형성하여 정책개발의 난관을 더욱 높게 하고 있다.

열네 번째로 세계화의 빠른 진행, 북한 정세의 급격한 변동 가능성과 남북관계의 변동성 및 정치, 경제, 사회, 문화, 과학 기술 등의 급속한 발달(변화)과 인간의 신체적, 정신적, 사회적 적응능력 간의 격차에 따르는 문제, 그리고 보건의료법정책의 역할 간의 관계설정에 관한 어려움이다.

급격히 변화·발전하고 있는 현대사회에서 나아가고 있는 인간으로서의 존재와 가치, 생명권 및 행복추구권의 존중, 각종 신종질병의 출현, 문화 간, 종교 간, 인종 간 및 신념 간의 갈등, 그리고 사고, 자살, 부적응 등에 따르는 문제 및 그의 해소에 관한 대책에 대해서도 이제는 국가 보건의료제도가 적극적으로 개입해야 하는 과제로 인식된다.

20) 우리나라 건강보험 진료비에서 차지하는 약제비의 비율은 1995년 31.8%~1999년 32.5%로 이 기간 동안 30% 수준을 초과하다가, 2000년에 이르러 26.9%, 2001년 23.5%로 낮아졌다. 그러나 이후 다시 증가하여 2005년 29.2%, 2006년 29.4%, 2007년 29.5%, 2008년 29.4%, 2009년 29.6%로 거의 30%에 이르는 정도로 높은 수준을 유지하고 있다.

2. 보건의료법정책과 관련 법률

보건의료법정책은 국민의 인간다운 생활을 할 권리의 구체적인 생존권적 기본권 내용으로서 생명과 건강권을 보장하기 위하여 국가 및 공공기관이 보건의료 및 관련사항에 대하여 국민의 권리·의무와 공공의 책임·권한을 정하고 보건의료의 수요와 공급에 관하여 목표, 추진수단, 절차 및 방법 등을 정하여 이행하는 공공의 법정책적 조치를 말한다고 할 수 있다.

건강권(보건권)은 질병으로부터 자유로운 인격을 실현할 수 있도록 기본권의 핵심요소인 생명과 건강을 적극 보호함으로써, 국민이 인간으로서의 존엄·가치를 확인하고 행복을 추구할 수 있도록 하기 위한 기본적 인권이 다. 보건의료법은 국민의 건강권과 이를 구체화하는 법제도적 장치를 말한다고 할 수 있다.

보건의료법으로 제정된 법률을 2009년 10월 기준하여 국회 보건복지가족위원회의 소관법률로 열거된 것을 기초로 분류하면 다음과 같이 나타난다.

이중 시행시기가 1999년 이후인 법률은 최근 10년 동안 주요 보건의료법정책으로 대두된 사항을 규율하고자 새롭게 제정된 법률이며, 또한 최근 10년 동안 일어난 역동적인 환경의 변화를 보건의료법정책으로 수용하기 위해서 기존에 제정된 법률들도 많은 개정을 통해서 주요한 보건의료정책사항을 시행토록 규율하였다.

- 가. 보건의료정책분야: 보건의료기본법(시행 2000. 7), 의료법(1951. 12), 의료기사 등에 관한 법률(1995. 10: 의료기사법, 1973. 8), 약사법(1954. 1), 마약류관리에 관한 법률(2000. 7: 마약법·향정신성의약품관리법 및 대마관리법, 1957. 6), 화장품법(2000. 7), 의료기기법(2004. 5), 식품위생법(1962. 4), 건강기능식품에 관한 법률(2003. 8), 응급의료에 관한 법률(1995. 1), 차관지원의료기관지원 특별법(2006. 3), 공공보건의료에 관한 법률(2000. 7), 장기 등 이식에 관한 법률(2000. 2), 인체조직 안전 및 관리 등에 관한 법률(2005. 1), 혈액관리

- 법(1970. 11), 한의약육성법(2004. 8), 식품안전기본법(2004. 8), 시체해부 및 보존에 관한 법률(1995. 7: 시체해부보존법, 1962. 4), 실험동물에 관한 법률(2009. 3), 어린이 식생활안전관리 특별법(2009. 3).
- 나. 건강정책분야: 국민건강증진법(시행 1995. 9), 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(1991. 12: 농어촌보건의료를 위한 특별조치법, 1980. 12), 공중보건장학을 위한 특례법(1977. 1), 지역보건법(1996. 7: 보건소법, 1956. 12), 전염병예방법(1957. 2), 기생충질환예방법(1966. 7), 위생사에 관한 법률(1999. 8: 위생사 등에 관한 법률, 1975. 12), 검역법(1963. 3), 공중위생관리법(1999. 8), 후천성면역결핍증예방법(1988. 1), 결핵예방법(1968. 1), 암관리법(2003. 11), 정신보건법(1996. 12), 구강보건법(2000. 9), 건강검진기본법(2009. 3), 모자보건법(1973. 5).
- 다. 보건의료복지분야: 사회보장기본법(시행 1996. 7: 사회보장에 관한 법률, 1963. 11), 국민건강보험법(2000. 7), 국민건강보험재정건전화 특별법(2002. 1~2008. 12) 노인장기요양보험법(2008. 7), 의료급여법(2001. 10: 의료보호법, 1977. 12), 긴급복지지원법(2006. 3), 농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법(2004. 4).
- 라. 보건의료정책기획 및 관리분야: 국립의료원 특별회계법(시행 1968. 1), 국립암센터법(2000. 3), 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률(2005. 9), 한국보건복지인력개발원법(2007. 4), 한국국제보건의료재단법(2006. 3), 대한적십자사조직법(1949. 4), 한국보건산업진흥원법(1999. 1), 보건환경연구원법(1991. 3: 보건연구소법, 1976. 1).
- 마. 보건산업정책분야: 보건의료기술진흥법(시행 1996. 3), 천연물신약연구개발촉진법(2000. 7), 첨단의료복합단지 지정 및 지원에 관한 특별법(2008. 6), 생명윤리 및 안전에 관한 법률(2005. 1).
- 바. 기타 관련정책분야: 학교보건법(시행 1967. 6), 산업안전보건법(1982. 7), 산업재해보상보험법(1964. 1) 등.

III. 건강보험법정책의 변화

1. 국민건강보험법의 성립

1989년 전국민 의료보장시대 이후 정부는 계속하여 제도의 안정화, 보험재정의 건전화와 보험급여의 보장성 강화를 추진하여 왔다. 그러나 이 과정에서 의료보험법과 공무원 및 사립학교교직원 의료보험법의 통합에 관한 논의²¹⁾와 우리나라 보건의료법정책에서 또 다른 최대 과제였던 의약분업의 시행에 관한 문제가 주요 정책과제로 끊임없이 제기되었다. ‘의료보험법’과 ‘공무원 및 사립학교교직원 의료보험법’의 통합은, 먼저 국민의료보험법을 제정(1997.12.31, 법률 제5488호)하여 1998년 10월에 지역의료보험조합(226개 조합; 군조합 92개소, 시조합 134개소)과 공무원 및 사립학교교직원의 의료보험관리공단을 통합하는 것으로 진행되었다. 이어 국민건강보험법을 제정(1999.2.8, 법률 제5854호) 시행함으로써 2000년 7월에 직장 의료보험조합(142개 조합; 단독조합 60개소, 공동조합 82개소)이 통합 보험자인 국민건강보험공단으로 흡수되었다.

국민건강보험법 제정 당시 입법 이유는 다보험자 방식으로 운영되고 있는 의료보험관리체계를 단일보험자로 통합 운영함으로써, 운영의 효율성과 보험료 부담의 형평성을 높이고 질병의 치료 외에 예방·건강증진 등을 포함하는 포괄적인 의료서비스를 제공하여 국민건강의 향상을 도모하려는 것으로 제시되어 있고 제정입법의 주요골자를 보면 다음과 같다.

가. 국내에 거주하는 국민은 의료보호대상자 등을 제외하고는 모두 건강보험의 가입대상이 되며, 그 가입대상자는 직장가입자 및 그 피부양

21) 1963년 의료보험법이 제정된 이래 의료보험 관리운영방식에 관한 논쟁은 계속되어 왔으나, 2000년 7월 국민건강보험법의 시행과 2003년 7월 직장보험과 지역보험 재정통합 이후에는 관리운영방식에 관한 논쟁은 거의 종식되었다(문옥률 외, 『건강보장론』, 신광출판사, 2004, 제115~126면). 그러나 아직 당초 통합의 기대효과가 의도한 목적대로 충분히 달성되고 있는지에 대한 검토는 제대로 이루어지지 못했다고 할 것이어서 보다 심층적인 연구가 필요하다.

자, 지역가입자로 구분함(법 제5조 및 제6조).

나. 건강보험의 보험자는 국민건강보험공단으로 하고, 공단의 이사장은 보건복지부장관의 제청에 의하여 대통령이 임명하며, 이사는 보건복지부장관이 임명하도록 함(법 제12조 및 제19조 제2항·제3항).

다. 건강보험 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 진찰·약제지급·치료·예방 등의 요양급여를 요양기관에서 실시하고, 기타 장제비와 상병수당 등의 임의급여를 대통령이 정하는 바에 의하여 실시할 수 있도록 함(법 제39조 제1항, 제40조 제1항 및 제45조).

라. 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령이 정하는 의료계를 대표하는 자와 계약으로 정함(법 제42조 제1항).

마. 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 질적 적정성을 평가하기 위하여 건강보험심사평가원을 국민건강보험공단과 별도로 설립하며, 원장은 보건복지부장관이 임명하도록 함(법 제55조 및 제58조 제2항).

바. 직장가입자의 보험료는 그 가입자의 등급별 표준보수월액에 보험요율을 곱하여 산정하도록 함(법 제62조3항 및 제63조).

사. 지역가입자의 보험료는 그 세대의 등급별 표준소득월액에 보험요율을 곱하여 산정하도록 함(법 제62조 제4항 및 제64조).

아. 가입자의 보험요율은 1천분의 80의 범위 안에서 재정운영위원회의 결정 내용을 참작하여 대통령령으로 정하도록 함(법 제65조).

이러한 통합 보험자에 의한 건강보험의 운영은, 건강보험제도를 통한 사회연대(Social Solidarity)의식 제고 내지 사회통합의 이념을 강조하고 다수보험자 방식에서의 문제점으로 지적된 부분들을 개선함으로써 계층 간의 소득재분배효과를 높이고, 또한 관리조직의 대규모화 및 효율화를 통하여 관리운영비를 절감하고 지역 간 직역 간에 있는 재정과 급여의 차등을 해소하려는 것을 목적으로 하였으며, 다수보험자 방식에서 강조한 조합별 자치 운영 구조를 폐지하고 조직법원리로는 재단법인의 원리를 채택하였다.

이에 비하여 구법(의료보험법)은 다수보험자(조합)에 의한 자치 운영방

식으로 직역별, 지역별로 존재하는 실질적 차별성을 인정하고 각 보험자(조합)의 운영책임을 강조하며 보험자 간 경쟁을 유도하려는 방식이었다. 여기서는 조합원에게 조합조직 구성권과 경영참여권을 보장하여 노사화합을 추구하였고, 지역조합의 경우에는 지방자치단체의 복지행정과 연계·활용하는 체계를 도모하였다. 그리고 사회보험제도에 내재하는 사회적 보호의 한계성을 감안하고 보험료부담 수준과 추가적인 적정보장 수준을 재정 상태에 따라 자치적으로 추구할 수 있도록 하였으며, 조직법원리로는 사단법인의 원리를 채택하였다.

건강보험법은 보험자를 통합하는 과정에서 국가 의료보장제도의 명칭을 의료보험에서 건강보험으로 변화, 발전시켰지만, 이에 부합하도록 정비해야 할 보험급여와 보험료 등 주요 부분에서는 당시의 의료보험법과 국민의료보험법 내용을 혼합하는 방식에서 거의 벗어나지 못했다. 그러나 건강증진의 규범목적 사업으로의 포섭, 단일보험자의 구성, 요양기관제도의 당연적용제 채택, 요양급여비용 결정의 보험자와 의료공급자 간 계약제 도입, 요양급여비용 심사 및 요양급여의 적정성에 대한 평가의 독립 및 전문화, 보험료부과의 체계화와 보험급여 수준의 개선을 도모하는 등의 변화를 추구하였다.

2. 건강보험과 건강증진²²⁾

국민건강보험법은 건강보험제도의 목적을 달성하기 위해 보장하는 보험사고²³⁾의 내용을 구 의료보험법 시대의 “국민의 질병·부상·분만 또는 사망 등

22) 이에 대하여 자세한 것은, 김운목, “건강증진기금의 건강보험재원활용과 그 타당성에 대한 법정책적 고찰”, 『의료법학』, 제7권 제1호, 대한의료법학회, 2006, 제269~319면; 김운목, “건강보험에서의 건강증진사업 활성화 방향”, 『2007년 한국보건교육·건강증진학회 춘계학술대회 자료집』, 한국보건교육·건강증진학회, 2007, 제31~52면 참조.

23) 보험법상 보험사고(保險事故, risks covered by insurance)는 보험자의 책임을 구체화시키는 우연한 사고를 말하는 것이므로(정희철, 『상법학(하)』, 박영사, 1990, 제375면), 건강보험법에서의 보험사고는 건강보험 보험자의 보험급여 책임을 구체화시키는 ① 질병에 대한 예방·진단·치료·재활 ② 부상에 대한 예방·진단·치료·재활 ③ 출산 ④ 사망 ⑤ 건강증진²²⁾으로 분류할 수 있다(제1조).

에 대하여 보험급여”를 행하는 것(질병치료 중심의 급여체계)으로부터 “국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여”를 실시하는 것(예방·재활을 강조하고 건강증진을 새롭게 포함하는 급여체계)으로 발전시켰다(제1조 목적). 이는 질병의 양상과 건강에 대한 인식이 변화하고 있는 시대의 흐름에 따라 건강증진이 새로운 공중보건(New Public Health, WHO)으로서 보건의료와 건강수준의 향상을 위한 대안으로 부각되는 추세를 국가 건강보장제도에서 받아들여려는 것으로 해석된다.

1995년 국민건강증진법이 제정 시행된 이래 건강증진과 건강보험은 재정관계와 사업내용에서 서로 긴밀하게 연계되지만, 한편으로 건강증진기금의 구성과 사용에 있어서는 긴장관계를 보여 왔다. 앞에서 살펴본 바와 같이 국민건강증진법에 의한 건강증진기금을 조성하기 시작한 초기 1997년부터 2001년까지는 의료보험 보험자가 예방보건사업비의 일부를 건강증진기금으로 부담하였다. 그러나 2001년 발생한 건강보험의 재정위기에 따라 2002년부터 현재까지는 담배부담금으로 조달되는 건강증진기금에서 다음 표와 같이 건강보험에 재정을 지원하였다.

다음 표를 보면, 건강보험이 건강증진기금으로부터 지원받은 재정규모는 매년 보험료수입의 4.0% 수준(2002년, 2004년)에서 5.5% 수준(2005

연도별 건강보험 재정현황

(단위: 억원)

구 분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008*
보험료수입(A)	72,288	88,562	109,277	137,409	156,142	169,277	185,516	217,287	248,300
국고지원금계 (B)	15,527	26,250	30,139	34,238	34,830	36,948	38,362	36,718	40,779
보험재정 국고지원금	13,810	24,666	24,448	26,429	27,162	26,430	28,698	27,042	30,540
담배부담금(P)	-	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239
비율									
(%) P/A	-	-	4.0	4.7	4.0	5.5	5.2	4.4	4.1
(%) P/B	-	-	14.6	18.8	18.0	25.0	25.2	26.3	25.1

자료: 국민건강보험공단, 각 연도 결산서(2000-2006),

* 국민건강보험공단, 건강보험주요지표-건강보험 재정현황(www.nhic.or.kr)

년)에 이르고 전체 국고지원금 중에서 차지하는 비율은 14.6% 정도('02년)에서 26.3% 수준('07년)에까지 이른다. 그리고 2008년 말 건강보험재정 누적수지(준비금적립금) 2조 2,618억원(건강보험 재정현황, 2008년 12월말 현재, <http://www.nhic.or.kr>)은 2002년부터 2008년간의 건강증진기금 재정지원 총액 5조 5,933억 원 수준에 크게 미달하고 있다.

이를 검토하면, 건강증진기금의 재정지원은 건강보험 재정건전화에 크게 기여하여 보험급여의 보장성을 강화하는 등의 건강보험제도의 안정화, 충실화를 추진할 수 있는 주요재원이 되었고, 이것이 한편으로 보험재정에 대한 국고지원 증액의 요구를 억제함으로써 국고운용의 탄력성도 확보해 주었으며, 결국 건강보험제도의 안정적 운영과 발전에 기여한 바가 매우 컸다고 할 수 있다. 그러나 건강보험법은 보험급여(제4장 제39조 내지 제54조)편에서 이 새로운 보험사고인 건강증진에 대하여 아무런 규정도 하지 않아 목적규정과 조화를 이루지 못하고 있다. 즉, 건강증진을 국민건강보험법의 목적규정에 보험사고로 포섭하고 의료보험에서 건강보험으로 제도를 발전시킨 당초의 취지가 크게 퇴색되어 있다. 즉, 건강보험법은 건강증진을 보험급여로 직접 규율하는 규정은 없고 다만 건강보험공단이 관장하는 업무의 하나로써 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업을 규정하고 질병·부상·출산 등에 대한 요양급여시행 항목 중의 하나로 예방과 재활을 규정하고 있을 뿐이다. 따라서 건강보험법이 건강증진을 질병, 부상, 출산, 사망과 함께 5대 보험사고 중의 하나로 새롭게 규정하고 있는 바에 맞도록 하기 위해서는 건강증진의 실질적 내용이 법정급여가 될 수 있도록 세부입법을 정비하여야 할 필요가 크지만, 입법이 이루어지기 전까지도 현행 건강보험법의 해석과 집행, 그리고 건강보험 법률관계에 있는 각 당사자에 대한 관계를 설정하고 보험급여를 관리함에 있어 건강증진은 법의 규범목적에 부합되고 건강보험제도의 목적달성에 함께 기여하도록 항상 중요하게 고려되어야 할 것이다.

건강증진은 포괄적 의미로서 건강의 가능성을 높여주는 모든 수단을 의

미하고 건강의 행태적(behavioral), 사회적, 환경적, 그리고 생물학적 요소들을 최적의 수준으로 성취하고 유지하도록 함으로써 복지를 증진시키고 건강의 위해요소를 제거하는 것²⁴⁾으로 정의할 수 있다. 즉, 건강증진은 사람들이 건강을 관리하고, 개선시킬 수 있도록 조장하는 과정이고 공중보건으로서의 건강증진정책은 건강과 사회복지 간, 그리고 사회적인 삶의 질과 개인의 삶의 질 간의 관계를 재정립하고자 하는 정책이다. 또한 건강증진정책은 건강한 생활양식에 대한 정책(policy of lifestyles)이며, 이 정책의 실행은 복지사회(welfare society)로 가는 중요한 과업²⁵⁾이 되는데, 이런 관점에서 파악하는 건강증진은 사회보장적 의미를 내포하는 개념으로서 의료보장제도인 건강보험정책과의 연계성을 재확인하여 준다. 건강증진의 중요한 과제는 국민이 건강한 생활양식(lifestyles)을 따르도록 하는 것이며, 건강한 생활양식을 유지하려는 사회환경으로의 변화가 건강증진 정책의 초점이 되고, 이것은 결국 사회적으로 건강한 생활수준의 향상(development of healthful living standards)²⁶⁾을 촉진하고 조장하는 것이다.

여기서 Helen Halpin Schaffler 교수가 제시한 건강보험이 금연정책으로 접근할 수 있는 세 가지 방법²⁷⁾을 건강보험의 건강증진정책으로 원용할 수 있겠다.²⁸⁾

첫째는 자유주의적 방식으로 흡연상태에 따라 보험료를 차등적으로 부과하는 것(risk rating insurance premiums)과 같이 건강보험에서 건강증

24) Breslow L, The Future of Public Health, Prospects in the United States for the 1990's, Annu. Rev. Public Health, 1990, 제18면.

25) Kickbusch I, Health Promotion: A Global Perspective, Health Promotion, An Anthology, Pan American Health Organization, WHO Scientific Publication No 557, 1996, 제22면.

26) Terris M, Public Health Policy for the 1990s, Annu. Rev. Public Health, 1990, 제43면.

27) Schaffler H.H, Health Insurance Policy and the Politics of Tobacco, Smoking Policy: Law, Politics, & Culture, Oxford University Press, New York, 1993, 제184~188면.

28) 이에 대하여 자세한 내용은, 김운목, 「건강보험 가입자의 흡연피해와 관련한 보험자의 구상권 행사」, 보건학박사학위논문, 인제대학교대학원, 2001, 제56~61면; 김운목, 「건강보험에서의 건강증진사업 활성화 방향」, 『2007년 한국보건교육·건강증진학회 춘계 학술대회 자료집』, 한국보건교육·건강증진학회, 2007, 제31~52면 참조.

진 정책으로 건강행태와 보험료의 차등부과를 서로 연계하는 것이다.

둘째는 평등주의적 방식으로 금연진료서비스를 보험급여에 포함하는 것 (paying for smoking cessation services)과 같이 건강보험에서 건강증진 급여에의 접근성을 높이도록 보험급여제도를 개편하는 것이다.

셋째는 구조적 접근 방식으로 담배에 대한 공공정책에 건강보험이 적극 개입하는 것(influencing public policy on tobacco)과 같이 공적, 사적으로 전개하는 건강증진 정책과 건강증진사업에 건강보험이 가진 조직과 역량을 동원하여 솔선하여 적극 개입하고 참여하는 것이다.

3. 통합 보험자의 구성

건강보험 보험자는 건강보험 관리운영의 주체를 말하며, 구체적으로 건강보험법의 국민건강보험공단이 단일하게 통합된 보험자이다(제12조). 그러나 국민건강보험공단은 구 국민의료보험법에 의한 국민의료보험관리공단에 비하여 조직규모가 커진 것과 재정운영위원회를 설치(제31조, 제32조)하는 것 외에는 법률구조상 달리 크게 변화한 것은 없다.

초기 건강보험법은 임원으로서 이사장 1인, 이사 16인 및 감사 2인을 두고 이사장은 보건복지부장관의 제청에 의하여 대통령이 임명하도록 규정하였다. 이사 중 8인은 노동조합·사용자단체·농어업인단체·소비자단체가 각각 2인씩 추천한 자를, 4인은 공단의 이사장이 추천한 자를, 4인은 대통령이 정하는 관계공무원을 보건복지부장관이 임명하고 감사도 보건복지부장관이 임명하도록 하였다. 이사장과 이사 중 3인 그리고 감사 중 1인은 상임으로 하였고 임원의 임기는 3년을 기준으로 하였다(제19조).

전체 가입자들을 대표하는 별도의 대의제 의결기구가 없는 공단은 집행기구인 이사장과 이사로 구성된 이사회에서 주요사항을 심의·의결하고(제24조), 다만 보험료의 조정 기타 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결하기 위하여 재정운영위원회를 설치하였다(제31조). 이 위원회는 직장가입

자 대표위원 10인(노동조합 및 사용자단체가 각각 5인씩 추천하는 자), 지역가입자 대표위원 10인(농어업인단체·도시자영업자단체 및 시민단체가 각각 추천하는 자), 공익 대표위원 10인(관계공무원 및 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 자)으로 구성되었다(제32조). 따라서 구 의료보험법령에 의하여 보험자를 구성함에 있어 기초가 되던 사원권을 가진 조합원의 개념, 그 조합원을 대표하는 대의기구로서의 운영위원회 및 그 구성단위인 운영위원, 집행기구로서의 이사(회) 등으로 구분되는 조직의 구성개념은 사라졌다.

공단은 건강보험 보험자로서 전국에 걸쳐 지사 등의 분사무소를 두고 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료 기타 징수금의 부과·징수, 보험급여의 관리, 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업, 보험급여비용의 지급, 자산의 관리·운영 및 증식사업, 의료시설의 운영, 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보, 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력, 법령에 의한 수탁업무와 기타 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무를 관장한다(제13조).

4. 요양기관제도의 변화²⁹⁾

건강보험이 없는 전통적 법률관계³⁰⁾로서 의사와 환자는 의료계약의 주체이다. 여기서의 의사와 환자의 관계를 보면, 의사는 당시의 의학지식과 의료기술의 원칙에 따라 환자의 병상을 진찰하고 질병의 치유를 위해서 최선의 주의를 기울여 치료를 행하기로 하고, 이에 대하여 환자는 보수를 지급하기로 하는 것을 주된 내용으로 하는 쌍무·유상계약으로 성립된다. 그러나 건강보험법에서의 의사와 환자의 관계는 요양기관과 수급자의 관계로 나타나고 이것은 공적 건강보험제도를 수립하는 과정을 거치면서 사회적

29) 이에 대해서 자세한 것은 김운목, “건강보험 진료비청구 및 심사지급에서의 권리분쟁과 구제”, 『의료법학』, 제8권 제2호, 대한의료법학회, 2007, 제123~129면 참조.

30) 김재운, 『의료분쟁과 법』, 을곡출판사, 2006, 제56면.

권리관계로 전환된 것이다.³¹⁾ 즉, 구체적으로 건강보험관계로서 요양기관(의사)과 수급자(환자) 간의 관계는 요양기관이 수급자에게 요양급여를 제공하는 것과 그 대가의 일부로서 본인부담 진료비를 수불하는 관계로서 수급자가 요양기관으로부터 요양급여를 받고 요양기관에 소정의 본인일부부담금을 포함한 본인부담금을 직접 납부하는 관계이며, 이는 수급자가 실제로 건강보험 요양급여를 받고 본인일부부담금을 지급하는 절차에 의한 관계를 말한다.

여기 보편적 사회보장제도로서 국민의 의료를 제도적으로 보장하려는 건강보험 관리·운영 시스템은 환자와 의사의 관계에 공적으로 개입하는 것이며, 건강보험은 그 관계에서 의사(요양기관)가 환자(수급권자)에게 제공하는 진료를 요양급여로, 환자(수급권자)가 의사(요양기관)에게 지불하는 진료비를 요양급여비용³²⁾으로 규율하고 이 제도화 과정에 수반하여 요양급여비용의 심사지급이라는 법률관계를 형성한다.

한편, 본인일부부담금 수불관계는 요양기관과 수급자가 법률상 대등한 당사자로서 진료관계와 마찬가지로 당사자 간의 민사법적 법률관계로 파악되었고 건강보험의 고유한 관계로서 행정구제의 대상이 되는 법률관계는 아니었다.³³⁾ 그러나 수급자의 권리를 강화하기 위하여 2002년 요양급여 대상여부 확인제도가 신설(제43조의2)³⁴⁾되면서 비급여 본인부담금에 대해

31) 이것을 '의료의 사회화 과정'으로 분류한다(荒木誠之, 『社會保障の 法的 構造』, 有斐閣, 1983, 제139~141면).

32) 건강보험법의 요양급여비용은 보험자 및 수급권자가 요양기관에 지급하는 총 진료비 중에서 요양급여의 대상이 되는 항목의 비용을 말하고, 요양급여비용은 보험자가 부담하는 급여비와 수급자가 직접 부담하는 본인일부부담금으로 구성되며 수급자는 본인일부부담금과 비급여 본인부담금(상급병실료, 선택진료비 등)을 합한 비용을 직접의료비(본인부담금)로 부담한다.

33) 김운묵, 「의료보험에서의 권리분쟁에 관한 고찰」, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1996, 제9~12면.

34) 건강보험법 제43조의2(요양급여의 대상여부의 확인 등)는 수급자가 본인일부부담금 외에 부담한 비용이 요양급여의 대상에서 제외되는 것인지에 대하여 심사평가원에 확인 요청할 수 있고 확인요청을 받은 심사평가원은 그 결과를 확인 요청한 자에게 통보하도록 하고 있다. 그리고 그 비용이 요양급여의 대상 비용에 해당하는 때에는 그 내용을 보험자와 요양기관에 통보하고 요양기관은 과다본인부담금을 지체 없이 환급하

서도 심사평가기관이 공적으로 규율하게 되었고 이제는 비급여 본인부담금을 포함한 본인부담금의 수불관계도 단순히 민사법적 관계로 볼 수만은 없게 되었다.

그리고 요양기관은 건강보험 수급자(가입자 또는 피부양자)가 요양급여를 신청하는 때에는 건강보험증을 제출받아 적법하게 수급자격이 있음을 확인하는 의무를 부담한다(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙³⁵⁾ 제3조). 살피건대, 이 요양기관의 수급자격 확인의무는 전국민 건강보장이 이루어진 상태에서는 실질적이고 구체적인 수급자격의 내용까지 확인할 것을 요구하는 수준이라기보다는 제출받은 건강보험증 등의 서류에 의하여 수급자격이 있음을 절차에 따라 형식요건을 확인하는 정도의 주의를 기울여야 한다고 본다. 그리고 요양급여는 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분되며, 수급자는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받아야 하는데(요양급여기준 제2조), 여기서 1단계는 건강보험법 제40조 제2항의 규정에 의하여 인정된 종합전문요양기관을 제외한 요양기관에서 받는 요양급여를 말하고 2단계는 종합전문요양기관에서 받는 요양급여를 말한다. 여기에 많은 예외가 허용됨에 따라 수급자가 이 절차를 회피하는 것이 현실이지만, 요양기관에서는 이 절차를 준수할 필요가 있다고 본다.

적법한 수급자격이 있는 경우에 우연히 발생한 질병, 부상 등의 보험사고에 대해서는 포괄적으로 요양급여를 제공하지만, 급여제한 사항이거나(제48조) 제3자의 행위에 의한 보험사고에서 보험자의 면책에 해당하는 사항(제53조 2항)에 대해서는 보험급여를 하지 않으며 급여정지 기간(법 제49조)에도 보험급여를 하지 아니한다. 요양기관은 수급자가 급여제한 또는

여야 하며 그 요양기관이 이를 지급하지 아니한 경우에는 보험자가 요양기관에 지급할 요양급여비용에서 이를 공제하여 확인요청한 자에게 지급할 수 있도록 규정하고 있다.

35) 건강보험법 제39조 제2항 및 제3항의 규정에 의하여 요양급여의 방법·절차·범위·상한 및 제외대상 등에 관하여 규정하고 있는 보건복지가족부령 제 87호의 규칙(이하, 본 논문에서는 요양급여기준으로 약칭함).

보험자의 면책에 해당되는 것으로 판단되는 경우에도 일단 요양급여를 실시하면서 급여제한여부의 조회를 통하여 보험자에게 조회하고 보험자의 결정에 따르도록 하고, 회신이 없는 경우에는 요양급여를 인정한 것으로 보아 요양급여를 실시함을 원칙으로 한다(제4조 1-3항).

그리고 요양급여기준은 요양기관의 의무사항으로 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조) 요양급여의 의뢰 등(제6조), 요양급여비용 계산서·영수증의 발급 및 보존(제7조)에 관한 사항 등에 대해서도 규율하고 있어 이 의무사항들을 지키는 것은 요양기관 및 수급자 간의 법률관계와 진료비청구 법률관계에 있어서 적법성을 판단하는 요소가 된다.

건강보험법에서의 요양기관은 건강보험 보험자가 수급자에게 제공할 요양급여로서 필요한 진료 및 투약 등을 행할 수 있고 또한 그에 대하여 일정한 진료보수를 보험자에게 요양급여비용으로 청구할 수 있는 보건기관, 의료기관 및 약국 등으로서 요양급여를 취급할 수 있는 자격을 가지는 자를 말한다. 요양기관은 보험진료 후 수급자로부터 일정한 본인일부부담금을 청구하여 수납할 수 있고 또한 보험자 또는 심사평가기관에 보험급여비용의 심사·지급을 청구할 수 있다. 또한 요양급여비용을 청구하고자 하는 요양기관은 심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 하며 심사평가원에 대한 심사청구는 공단에 대한 청구로 간주되고(제43조) 공단은 심사평가원으로부터 통보받은 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급한다(제43조 3항).

1977년 초창기에는 요양취급기관 법률관계가 의료보험조합과 의료기관 사이의 계약으로 형성되었다. 그것이 1979년 시작된 공무원 및 사립학교교직원 의료보험제도에서 전국의 의료기관에 대한 지정제를 도입하였고, 1979년 7월에 각 의료보험조합의 심사지급업무가 의료보험연합회에 위탁되면서 요양기관의 지정도 의료보험연합회가 보건사회부장관의 승인을 받아 전국의 의료기관을 일괄 지정하는 것으로 변화하였다.³⁶⁾ 요양기관 지정제는 보험자가 또는 심사평가기관이 보험급여로서 요양급여를 취급할 자를

선택하고, 선택된 요양기관은 특별한 이유가 없는 한 요양기관으로서의 법적 지위의 부여를 거부할 수 없는 제도를 말한다. 여기서 지정은 강제성을 띤 통지를 요하는 일방적 행정행위로서 통지를 받은 의료기관은 원칙적으로 지정에 대한 동의 또는 거부의 선택가능성 배제되는데, 이는 의료보험 수급자의 의료(요양급여)에 대한 접근권을 보장하고 사회보험 의료의 사회성, 공익성, 공공성을 유지하기 위한 것이었다.

그러나, 요양기관의 지정취소와 관련하여 보험자 또는 보험자단체가 보건사회부장관이 정하는 바에 따라 취소할 수 있도록 규정한 구 의료보험법 제33조 제1항이 1998년 5월 헌법재판소의 위헌결정으로 효력이 상실됨에 따라 1999년 7월부터 의료법에 의하여 개설된 의료기관 등은 행정관청에 개설신고(허가) 또는 등록을 하면 별도의 지정절차 없이 건강보험요양기관이 되도록 변경되었고 이것은 국민건강보험법 이후에서도 당연적용제로 그대로 유지되고 있다(제40조).

요양기관은 관리운영주체인 보험자와 수급권자의 관계에서는 제3자적 지위에 있게 되지만, 요양급여를 취급함에 따라 보험자와의 관계와 함께 심사평가기관 및 수급자와도 법률관계가 구성되는 다면적 법률관계를 형성한다.³⁷⁾ 특히 현물급여가 중심되어 있는 급여제도를 운영함에 있어서 요양급여를 제공하고 그 비용을 청구하여 심사 지급받고 평가를 받는 과정에서 요양기관은 현실적으로 요양급여의 수급과 보험재정의 흐름에서 중심 위치에 있게 된다.

요양급여를 제공하고 그 비용을 청구하여 심사 지급받고 평가를 받는 과정에 있는 법률관계의 요소 중에서 요양급여비용을 산정하는 기초가 되는 보험수가의 결정은 보험자인 공단의 이사장과 의약계를 대표하는 자와의 계약사항으로 되어 있어(제42조) 이 법률관계가 전체적으로 민사법적 성격을 가진 것으로 판단될 소지가 있다. 그러나 요양기관이 요양급여 비용을

36) 문옥륜 외, 전계서, 제297면.

37) 이상광, 전계서, 제688면.

청구하여 심사 평가를 거쳐 지급받는 과정에서의 심사평가기관 또는 보험자의 행정은 우월한 권력적인 지위에서 행하는 행정처분으로 이루어지며 이에 대한 불복은 건강보험법의 특별행정구제절차에 의한다(제76조 제1항 및 제2항).

5. 독립 심사평가기관의 성립³⁸⁾

가. 진료비심사와 요양급여의 적적성에 대한 평가

심사평가기관이라 함은 요양기관이 수급자에게 요양급여를 취급(제공)하고 그 보수로서 보험자 또는 수급자에게 청구하는 요양급여비용에 대하여 그 청구자격, 청구내용 및 절차 등에서의 타당성 및 적법성 등을 판단, 조정하고, 또한 요양급여의 적적성에 대하여 평가하는 전문기구로서 구체적으로는 건강보험법의 심사평가원을 말한다(제55조).

법률상 독립된 심사평가기관은 현행 국민건강보험법에 의하여 처음으로 창설되었고 이전까지 의료보험 진료비심사는 보험자의 소관사항으로 보험자가 직접(공무원 및 사립학교교직원 의료보험) 수행하거나, 개별 보험자(각 의료보험조합)가 직접 수행하기 어려운 경우에는 보험자단체(의료보험연합회)에 위탁하여 수행하였다.

그간의 변화를 살펴보면, 1963년 의료보험법이 제정된 이래 1977년 7월까지는 보험의료기관³⁹⁾이 진료보수로 청구한 내용과 피보험자가 사전에 신고한 사항을 대조·확인하는 방법, 즉 기본적인 사실확인심사하는 형태였다. 이후 1977년 7월 직장의료보험을 당연 적용하는 의료보험제도를 본격적으로 시행하면서 진료비심사제도를 도입하여 1979년 7월까지 전국에 산재하여 있는 개별조합(1978년 5월 현재, 574개 조합)에서 심사 지급하였

38) 건강보험의 심사와 평가에 대하여 자세한 것은 김운목, “건강보험 진료비심사의 법적 근거와 효력”, 『의료법학』, 제8권 제1호, 대한의료법학회, 2007, 제137~173면 참조.

39) 당시 보험의료기관은 의료기관 중에서 보험자의 신청에 의하여 보건사회부장관이 지정하도록 하였다(제정 의료보험법 제39조).

다. 이때는 진료비 청구 및 심사지급절차의 복잡성 문제가 매우 컸고 심사 업무의 객관성과 공정성을 요청하는 의료계측의 제도개선 요구가 많았다.⁴⁰⁾ 이러한 보험자별 심사지급체계의 비효율성 문제를 해결하고자 1979년 7월부터 각 보험자(의료보험조합)별 심사지급업무를 보험자단체에 위탁하여 일원화시키는 방법으로 발전하였다. 이에 따라 조합에 대한 요양취급기관의 진료비 청구와 조합의 요양취급기관에 대한 심사지급업무는 의료보험연합회에서 수행하게 되었으나 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험의 보험자는 상당기간 더 자체적으로 심사지급하다가 전국민 의료보험 실시를 앞두고 1988년부터 의료보험연합회에서 위탁받아 심사 지급하도록 일원화하였다.

그리고 2000년 7월 시행된 현행 국민건강보험법에서 보험급여비용의 심사와 요양급여의 적정성에 대한 평가를 전문적으로 관장하는 건강보험심사평가원을 설립하도록 규정하여(제43조, 제55조, 제56조) 현재와 같은 체계로 보험급여비용 심사제도를 운영하게 되었다.

구 의료보험제도에 의한 진료비심사는 의료보험연합회가 보험자단체로서 그 고유한 업무(보험자에 대한 지원·지도)와는 별도로 보험자로부터 위탁을 받아 수행하는 수탁업무 중의 하나에 불과하였으나, 현행 건강보험제도의 심사평가기관은 보험자와 요양기관으로부터 독립하여 그의 고유한 책임과 권한으로 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하는 전문기관으로서 위치하게 되었다. 독립된 심사평가 기구를 설치하는 제1차적 목표는 국가경제발전의 범위에서 국민의료비를 합리적인 수준으로 조절하도록 기능함으로써 국가경제의 발전과 보건의료 발전과의 조화를 추구하려는 것으로 파악된다.

1989년 전국민 의료보험을 이룩한 이후부터 2008년까지의 진료비심사 실적을 보면 다음 표에서 보는 바와 같다. 표에서 보는 바와 같이 진료비규

40) 의료보험연합회, 『의료보험의 발자취』, 1997, 제142~151면.

건강보험 진료비심사실적

\	진료건수 (천건)	총진료비 (백만원)	심사조정 건수 (천건)	심사조정 금액 (백만원)	심사조정건율(%)			심사조정액율(%)		
					계	입원	외래	계	입원	외래
1990	137,966	2,992,520	16,140	50,611	11.70	49.74	10.98	1.69	2.70	1.14
1991	141,291	3,280,147	23,283	79,151	16.48	59.46	15.66	2.41	3.78	1.62
1992	153,293	3,812,120	22,909	81,056	14.94	56.96	14.15	2.13	3.29	1.43
1994	201,359	4,954,689	17,315	57,517	8.60	40.61	8.10	1.16	1.71	0.84
1996	256,258	7,746,824	19,097	122,843	7.45	37.11	7.03	1.59	1.96	1.38
1998	289,626	10,086,597	24,722	121,641	8.54	34.43	8.18	1.21	1.67	0.96
2000	414,005	13,282,770	40,736	141,923	9.84	35.72	9.56	1.07	1.47	0.89
2001	571,179	18,065,278	59,154	246,590	10.36	41.89	10.10	1.36	2.11	1.12
2002	610,341	19,344,121	57,894	296,875	9.49	44.08	9.21	1.53	2.39	1.25
2003	624,489	20,790,399	51,283	265,219	8.21	40.11	7.94	1.28	2.00	1.01
2004	652,326	22,579,364	40,745	236,066	6.25	37.05	5.98	1.04	1.79	0.77
2005	799,644	24,984,425	30,208	192,305	3.78	30.63	3.58	0.77	1.33	0.57
2006	842,503	28,728,730	27,875	170,565	3.31	28.44	3.11	0.59	1.13	0.38
2007	967,735	32,258,975	36,707	244,660	3.79	29.92	3.59	0.73	1.38	0.45
2008	1,119,332	35,036,562	49,489	270,965	4.42	30.83	4.22	0.77	1.30	0.52

자료: 건강보험심사평가원 내부자료

모는 급격하게 계속 증가하는 현상을 보이고 있는데, 건강보험 적용의 보편화와 급여의 보장성 강화가 주요요인이고 앞으로 더욱 가속화될 수가 있어 국가 경제에 부담이 될 우려가 있게 된다. 따라서 건강보험 수가정책과 심사지불제도는 보건의료자원이용의 효율성, 국민건강의 향상, 의료공급자의 진료행태 및 의료수요자의 의료이용행태의 정상화와 의료의 질 향상 등을 염두에 두게 된다.⁴¹⁾ 즉, 건강보험 진료수가정책과 진료비심사제도는 국가자원의 보건의료부문에 대한 합리적 적정배분과 보건의료부문에 배분된 자원의 효율성 및 의료발전의 효과성 제고를 부단하게 추구한다. 그리고 그 정책의 내용과 수행방법에 따라 의료비의 낭비를 초래하거나 줄일 수

41) 최병호, “의료보험 수가체계 개편방향의 모색”, 『보건경제연구』, 제4권, 한국보건경제학회, 1998, 제107면.

도 있고, 이것이 곧 건강보험재정 지출규모의 크기와도 직결된다.⁴²⁾

건강보험은 요양급여를 현물급여(진료서비스)로 제공하고 있고 보험자가 의료제공자를 요양급여 취급 당사자로 요청하게 되므로 보험자와 의사(요양기관) 간의 요양급여비용의 지불관계가 중요한 법률관계로 대두한다.⁴³⁾

건강보험법은 의사(요양기관)가 보험자에게 심사청구한 요양급여비용을 지급함에 있어 심사평가기관의 심사를 거치도록 하여(제43조) 보험자와 요양기관 간의 요양급여비용 지불관계가 단순한 사적 영역에 있지 않음을 분명하게 하고 있다. 따라서 진료비심사는 심사평가기관이 요양기관의 진료비청구권(진료비 채권)에 대하여 보험자 및 수급자의 진료비 지급의무(진료비 채무)가 적법하고 타당한 것인지를 판단하는 일련의 행정작용⁴⁴⁾으로 정의할 수 있으며, 이는 심사평가기관이 요양기관 및 보험자에 대하여 우월한 권력적인 지위에서 행하는 처분이며 이에 대한 불복은 건강보험법에 의한 특별행정구제절차에 의한다(제76조 2항).

진료비심사는 요양기관이 취급하는 요양급여의 타당성과 충실을 유도하고 요양기관의 부당한 진료비 청구를 방지하여 보험재정의 균형을 도모하며 건강보험 진료질서를 확립시키고자 설치한 제도적 장치⁴⁵⁾로 기능하며 건강보험 진료의 공공성과 사회적 책임을 확인하고 사회경제정책으로서의 건강보험의 목적을 달성하기 위하여 의료공급자와 수급자간에 자원의 배분을 조절하고 확인하는 행정작용이다. 주로 불필요하게 과다해지는 건강보험 진료비의 증가를 억제하고 부당한 청구에 따르는 진료비용의 지급을 방지하며, 의료자원의 과소 이용이나 부적절한 이용도 방지하고 사회보험제도로써의 건강보험제도의 목적과 취지에 합당한 적정진료를 요양급여로써

42) 김병익·최병호, “건강보험제도의 체계 개편방안”, 『의료제도발전을 위한 정책과제 자료집』, 의료제도발전특별위원회, 2003, 제573~574면.

43) 전광석, “국민건강보험의 법률관계”, 『의료법학』, 제2권 제1호, 대한의료법학회, 2001, 제280~283면; 이상광, 전계서, 제688~692면; 김운목, “건강보험 권리구제제도의 개선 방향에 관한 연구”, 『의료법학』, 제7권 제2호, 대한의료법학회, 2006, 제225~226면.

44) 김운목, 전계논문, 제240~242면.

45) 문옥륜 외, 전계서, 제322면.

보장하고자 한다. 즉, 진료비심사는 국민경제 내에서의 국민의료비의 합리적 배분을 위한 조정기능 발휘하여 건강보험 진료의 사회적 책임을 제고하고 적절한 보험진료를 유도하며, 국민이 공동으로 부담하는 건강보험 재정에 대한 연대책임 의식의 고양시키고자 한다.

한편, 요양급여 적정성의 평가는 건강보험 가입자 등 수급자가 건강보험법에 따라 보험자에게 청구할 수 있는 이익인 보험급여로서의 요양급여를 분석하고 적정성을 담보하기 위한 제반 정책수단과 그 가치를 판단하는 일련의 행정작용으로 볼 것이다. 요양급여의 적정성에 대한 평가는 보건의료정책의 주요부문인 건강보험 급여의 적정성을 평가하여 의사와 환자의 관계를 공적으로 검토하고 국민의 건강권을 적정하게 보장한다는 차원에서 접근하게 된다.

그리고 진료비심사 대상의 기초가 되는 요양급여는 규격화된 일반 상품을 제공하는 것이 아니고 다양한 수급상황(가변적 질병상태)을 고려하여 요양기관이 고도의 의료 전문적 판단을 전제로 제공한다. 여기의 요양급여는 보건의료기술의 발달, 국가경제 내에서의 국민의료비 배분요소 및 상황의 변화와 재정상태 및 요양급여수준의 변동 등의 여러 정책적 요인과 의료의 다양성·복잡성·전문성 등의 의료내적 요인 등의 수많은 동태적(dynamic) 변화요소에 대한 수용성이 지극히 높아야 하는 특성을 내포하고 있다. 이러한 모든 요소를 종합하여 대량으로 발생하는 요양급여에서 구체적으로 그 비용의 적법성과 타당성을 판단해야 하는 진료비심사는 그것의 전문적·기술적 성격에 따라서 법적 근거를 경직성 있는 법령으로 고정시켜 명문화하기가 매우 어렵다는 특성을 가지고 있다.

나. 심사와 평가 스펙트럼

앞서 살펴본 바와 같이 진료비심사는 의료보험제도 도입초기부터 변화·발전해온 제도이지만 요양급여의 적정성 평가는 건강보험법에서 처음 규정

한 것이어서 심사와 관련하여 평가의 구체적 대상과 범위에 대해서 검토할 필요가 있다.

여기 요양급여의 적정성에 대한 평가를 이해하는 데에는 두 가지 견해가 있을 수 있다. 그 하나는 요양급여의 적정성에 대한 평가를 주로 건강보험에서 의료의 질 향상을 도모하기 위하여 새롭게 도입한 행정작용으로 파악하는 견해이고 다른 하나는 진료비심사와 연속되는 행정작용으로서 평가를 통하여 진료비심사의 전문성 및 효율성을 높이고 건강보험 급여정책의 개발 및 실행을 충실하게 하기 위해 진료비심사제도의 범주 내지 영역과 목적 및 기능을 강화하는 것으로 보는 견해이다.

생각건대, 건강보험법 규정에 의하여 평가의 대상은 요양급여의 적정성이며, 여기서 요양급여란 건강보험법에 의한 수급권의 객체로서 법에 의하여 수급자가 적법하게 청구할 수 있는 이익이므로 평가 대상으로서의 요양급여는 건강보험법의 규범목적(제1조)을 달성하기 위한 기본수단으로서의 보험급여에 해당한다. 따라서 이러한 요양급여가 적정성을 유지할 수 있도록, 요양급여에 관한 제반 정책을 개발하며 우선순위를 판단·설정하여 수행하고, 급여의 내용 및 수준을 분석하며 이와 관련되는 행정수단 및 결과 등에 관하여 가치판단을 하는 것과 그리고 그것을 환류(feedback)하는 것들이 모두 요양급여의 적정성에 대한 평가에 포함된다고 해석하는 것이 논리적으로 합당하다고 본다.

이런 관점에서 평가는 진료비심사와 연속되는 행정작용으로 해석되며 이를 세분화한다면, 개별적으로 수행되는 진료비심사와 그 결과를 평가를 통하여 보다 거시적 차원에서 요양급여의 적정성과 연계시켜 파악함으로써 건강보험으로 보장하려는 급여의 수준, 내용, 방법과 절차 등을 부단하게 사회경제의 발전 수준과 연계하여 판단하고 그 결과를 요양급여의 적정성을 보장하기 위한 정책으로 다시 환류시키는 것이라고 할 것이다.

즉, 진료비심사는 구체적으로 청구되는 각각의 보험진료를 중심으로 적정성과 적법성을 판단하는 것이며, 요양급여 적정성 평가는 거시적으로 요

양급여의 보장수준, 내용, 방법과 절차 등을 부단하게 사회경제 발전수준과 연계하여 판단하는 정책적 평가에 속한다고 할 것이다. 그러므로 심사제도와 평가제도는 서로 유기적으로 기능하여 건강보험 급여의 충실성과 적정성을 추구하고 건강보험제도 운영의 합목적성을 강화를 추구하고, 각각 독자적으로 작동되는 것이라기보다 연속되는 정책적 기대효과를 가지고 상호보완적으로 기능하는 것으로 볼 것이다.

진료비심사와 평가는 서로 대체되는 것이 아니라 서로 유기적으로 연결되는 일련의 체계적인 행정작용으로서 상호보완적으로 기능을 가지고 작동되는 것으로, 심사와 평가가 크게는 같은 흐름에 있으나, 이를 스펙트럼으로 분류한다면 사실확인심사, 적법성 심사, 본인부담금에 대한 심사, 심사기준심사, 보험진료의 경제성 및 타당성에 대한 심사와 평가, 요양급여의 적정성 및 합목적성 평가 등으로 세분하여 볼 수 있다.

첫째는 사실확인심사인데 이것은 요양기관이 청구한 요양급여비용에 대하여 요양급여를 제공한 사실이 있는지의 여부와 요양기관이 제공한 요양급여의 내역과 청구명세서에 기재된 내용과 부합하는지를 확인하여 심사하는 것으로 요양기관과 보험자간에 성립할 진료비채권의 기초 사실에 대한 존재 여부를 확인하는 것이다. 가장 기본적인 단계의 심사로서 매월 부단하게 발생하는 진료비 청구와 심사지급에 관한 계속적 법률관계에서 부정적 요소를 방지하여 당사자 간의 신뢰를 확보하려는 것이지만 실무에서는 진료비 지급 일정상의 시간부족과 진료비 청구건의 물량부담으로 인하여 사전에 실질적으로 시행하지 못한다. 다만 전문심사과정에서 극히 예외적으로 보완자료요청 심사 또는 수진자 조회 과정을 통하여 사실확인심사적인 요소를 활용하기도 하지만 사전에는 거의 이루어지지 못하고 특별한 경우에 요양기관 현지조사(요양기관 실사)⁴⁶⁾과정 등을 통하여 사후에 이루어진다.

46) 현지조사는 요양기관의 진료 및 비용청구가 적법·타당한지에 대하여 현장에서 조사하고 그 결과에 따라 부당이득환수 및 행정처분 등을 부과하는 보건복지부장관의 공권력 작용으로 설명되고 있다. 현지조사를 통하여 요양기관에서 청구한 요양급여 및 비용이 진료사실과 일치하는지 여부와 건강보험법령에서 정한 요양급여기준이나 수가기

둘째는 적법성 심사로서 요양기관이 수급자에게 제공한 요양급여와 그 비용의 청구가 적법·타당한 것인지의 여부를 심사하는 것이다.

요양급여를 제공하는 자의 자격⁴⁷⁾이나 급여의 방법 및 범위 등에 있어서의 적법성에 대해 건강보험법령뿐만 아니라 의료법, 약사법과 의료기사 등에 관한 법률을 포함하여 관련되는 법령에 의하여 확인·판단하는 것과 요양급여의 내용과 제공절차에 대한 적법성에 대해서도 심사한다. 적법성 심사의 내용에 요양급여비용 청구자의 법적 지위와 청구절차, 청구내용과 청구시기(특히 소멸시효 등) 등의 적법성에 대한 판단이 포함되며 요양급여비용 채권자(요양기관)와 채무자(보험자) 간의 법률적 분쟁 발생을 방지하고 조정하여야 하는 심사평가기구로서의 제반 예방적 조치에 대한 판단이다.

셋째는 본인부담금에 대한 심사이다.

건강보험 본인부담금은 수급자가 요양급여의 대가로 요양기관에 직접 부담하는 비용으로서 요양기관의 수급자에 대한 진료비 채권이다. 당초 본인부담금에 대하여 심사할 수 있는 법적근거는 미약하였으나, 지역의료보험 실시기반을 마련하기 위하여 1981년 4월 개정된 의료보험법⁴⁸⁾에 의하여 그 기초가 성립되었다. 그리고 2002년 12월에 도입된 요양급여대상여부확인제도(건강보험법 제43조의2)에 의하여 비급여 본인부담금에 대해서도 공적으로 규율할 수 있게 됨으로써 본인부담금에 대한 심사가 정립되었다.

본인부담금 심사는 요양급여비용의 일부로 수급자가 직접 지급하는 비용

준을 준수하여 진료하고 청구하였는지, 본인부담금을 적법하게 징수하였는지 여부 등을 종합적으로 확인한다.

47) 비의료인이 의료인을 고용하여 고용의사로 명의로 의료기관을 개설한 경우 의료기관 개설의 무효와 요양기관으로서의 지위가 상실됨(대법원, 1995.12.12, 95도2154 의료법 위반·근로기준법위반); 방사선촬영 자격이 없는 자(임상병리사)가 실시한 방사선촬영에 대하여 그 촬영료와 재료비 및 판독료 등 전체 요양급여비용 청구권을 인정하지 아니함(대법원, 2004.9.24, 2004두5874, 업무정지처분취소).

48) 1981년 4월 개정 의료보험법은 요양취급기관으로부터 요양급여나 분만급여에 관한 비용의 청구가 있을 때에는 보험자가 이를 심사·지급하되, 심사 결과 이미 납부한 본인 일부부담금이 과다한 경우에는 요양취급기관에 지급할 금액에서 과다하게 납부된 금액을 공제하여 피보험자에게 반환하도록 규정하여 본인일부부담금에 대한 심사근거를 마련하였다(제35조 2항).

의 적법성에 대한 판단작용으로서 수급자가 실제로 부담한 사실의 확인과 금액의 타당성 및 적법성에 대한 심사를 포함하여 수행하는데, 사실확인심사의 경우와 같이 보완자료요청 심사과정과 수진자 조회 과정 등을 통하여 확인되는 경우나, 요양급여의 대상여부의 확인요청 등의 과정을 중심으로 과다 또는 부당징수를 검토하거나 정산하는 방법으로 심사가 수행된다.

본인부담금은 요양급여항목에 해당하는 급여비용의 일부로 부담하는 본인일부부담금(법 제41조)과 급여항목에 해당하지 않는 비급여부분에 대한 본인부담금으로 분류되는데, 부분적인 보험재원충당의 역할, 가입자 간의료이용의 형평성, 건강과 질병에 대한 자기책임의식, 급여이용에서의 moral hazard 방지와 급여이용에 대한 비용의식을 제고시키는 등의 취지를 가지고 있다. 그러나 이것은 급여의 보장성을 제한하는 상대지표가 되며 보험급여를 이용함에 있어 경제적 장애요소이고 저소득자의 의료접근을 막게 되는 등의 문제점을 가진다.

만일 본인부담금의 적법성에 대하여 확인·심사를 하지 않는다면 본인부담금 규모를 기형적으로 증가시키거나 건강보험 급여를 회피하는 수단으로 악용하는 등으로 건강보험 급여제도가 왜곡되는 현상이 초래될 우려가 있게 될 것이다.

넷째는 심사기준심사로서 요양기관이 수급자에게 제공한 요양급여의 내용이 심사와 관련되는 법령 및 각종 기준에 적합한 것인지의 여부를 심사하는 것으로 주로 개별적 요양급여의 내용이 의약학적 타당성이 있는지에 대한 판단으로 의학, 약학 등에 관하여 전문적인 내용을 판단한다. 이것은 그동안 진료비심사에서 가장 주요한 역할 내용을 가진 것으로 요양기관이 제출한 심사청구서와 비용명세서의 청구내용이 심사와 관련되는 각종 기준에 적합한 것인지의 여부를 검토·확인하는 일련의 과정이다. 여기서는 요양기관의 청구내용이 그 기준범위를 초과하였거나 기준을 잘못 적용한 사항이 확인되면 그에 해당되는 진료비를 조정하고 그 결과를 요양기관과 보험자에게 통보함으로써 보험자가 요양기관에 지급하는 금액을 결정한다.

이와 관련하여 요양기관은 심사기준적용의 일관성 및 통일성의 결여, 기준의 정립시기 및 기준의 공개여부와 의사의 진료권과의 관계 등에 대하여 계속 논란을 제기하고 있는데 이는 진료비심사의 법적 근거에 대한 근본적인 인식판단의 문제로서 신중한 접근이 요구되는 중요한 과제에 속한다.

요양급여는 규격화된 일반 상품을 제공하는 것이 아니고 수급자의 다양한 수급상황을 고려하여 요양기관의 의료전문적 판단을 전제로 제공되는 진료서비스이며, 진료서비스의 제공은 단순한 사적 법률관계에서 이루어지는 것이 아니라 사회의료로서의 공공성과 특수성을 가지고 제공된다. 따라서 그 타당성을 판단하고 조정기능을 수행해야 하는 심사기준은 모두 고정된 형식으로 이미 존재하는 것이 아니라 보건의료기술의 발달 및 국가경제에서의 보건의료기술 발전 수용성, 국가경제의 변화와 그 범주 내에서의 국민의료비 배분요소 및 상황의 변화, 건강보험 재정상태, 적정 요양급여 수준에 대한 평가 및 그 환류대책 등의 여러 정책적·경제적·사회적 요인들을 부단하게 반영하는 것이어야 할 것이다. 그리고 이것은 의료의 다양성·복잡성·전문성 등 의료의 특성과 의료제도 내외적 변화요인 등에 구체적으로 변화하여야 하며 이러한 모든 요소를 종합하여 요양급여 및 그 비용의 적법성과 타당성을 판단해야 하므로 살아서 움직이는 기준으로서의 존재형식을 포함하여 가질 수밖에 없다고 할 것이다. 즉, 이 심사기준은 심사와 의료 수급의 전문적·기술적 성격에 의하여 명문화된 규정형식으로 모두 고정시키기 어려운 특성을 내포하므로 진료비심사는 그 행정작용을 수행하는 과정에서 그 특수성을 탄력적으로 수용하면서 건강보험제도가 합목적성을 추구할 수 있도록 기왕에 마련된 기준을 조절하고 또한 새롭게 기준을 창조해 나가는 기능을 부단하게 이행한다고 할 것이다.

다섯째는 보험진료의 경제성 및 타당성에 대한 심사와 평가로서, 진료비심사가 가지는 거시적 측면에서의 조정기능을 추구하고 진료비 심사하는 과정에서 생산되는 심사 결과자료를 활용하여 진료비심사에 대한 기존의 개념과 내용이 보다 충실하게 되도록 요양급여의 적정성 평가와 연결하는

것이다.

여기서는 요양급여가 전반적으로 사회 경제적인 타당한 방법에 의하여 효율성이 높도록 이루어졌는지 여부를 판단하고 이와 관련하여 요양급여제도의 내용, 수준, 방법 및 절차 등에서의 적정성을 분석하고 가치를 판단하도록 지원한다. 개별 수급자에 대한 의료제공 내용의 타당성과 적법성의 판단에서 나아가 각 요양기관 단위나 전체 요양기관 차원에서 종합적으로 판단하고 건강보험재원의 경제적 사용과 효율성이 담보되는지를 분석하고 검토하려는 것이다. 이것은 요양급여의 경제성과 의학적 필수불가결성뿐만 아니라 의료수요 필요도의 변화 및 의료의 위협도를 감안한 고려사항, 급여 당시의 학문적 지식상황 등을 종합하는 포괄적인 평가절차로의 이행을 포함한다고 할 것이다.

즉, 개별 수급자에 대한 각 요양기관의 진료행태 및 진료비용 등을 분석함과 아울러 요양기관의 진료비청구를 종합적으로 분석하여 건강보험제정의 경제적 사용 및 효율성과 연계하여 검토하며 나아가 국가경제에서 국민 의료비의 합리적 배분과 연결하여 건강보험정책을 국가 사회경제정책으로서 검토하려는 것이다.

여섯째는 요양급여의 적정성 및 합목적성 평가로서 앞서 검토한 심사 및 평가의 내용을 건강보험제도의 목적과 연결하도록 확장시켜 요양급여 수준 및 내용이 건강보험제도의 목적을 달성하는 데 기여하는 바를 지속적으로 검토하는 것이다.

이는 요양급여 정책의 목적적 효과, 즉 요양급여가 국민보건을 향상시켜 국민의 건강권, 사회보장권을 보장할 수 있도록 이루어지는지와 인간으로서의 존엄성을 보호하고 복지국가의 이념을 실천적으로 달성하는데 기여하도록 운영되는지 등에 대하여 거시적인 차원에서 분석하고 평가하는 것이다.

적정성 평가는 건강보험제도의 합목적성을 강화하기 위하여 요양급여제도 전반에 대한 분석과 우선순위 및 가치판단을 수행하는 것으로 이를 통하여 국가 사회경제정책으로서 건강보험제도의 합목적성을 추구하고 그 가치

를 판단하는 것이라고 할 것이다. 그리고 요양급여제도가 국가의 사회경제적 발전 및 전체 보건의료제도와 상호 조화를 이루는 관련성을 가지고 국민 의료비의 합리적 조절기전으로서 작동하고 있는지에 대한 정책평가를 수행하는 것으로 볼 것이다.

6. 보험급여 수준의 개선⁴⁹⁾

1989년 전국민 의료보험 시대의 달성으로 건강보험 적용에서 보편성을 확보하고 2000년 통합 보험자가 출범한 이후 건강보험 최대의 이슈는 급여의 보장성 강화와 보험재정의 안정화에 관한 것이었다. 급여의 보장성⁵⁰⁾은 건강보험제도의 충실성을 표현하는 것이며, 보험재정의 안정화는 급여의 보장성 강화를 지원하는 데 있어 가장 중요한 자원이 되고 또한 건강보험제도의 지속가능성에 대한 판단척도가 된다.

2000년 통합 건강보험이 출범하였으나, 의약분업제도의 정착에 따르는 부담과 곧 이어 닦친 보험재정위기로 인하여 급여의 보장성을 강화하는 데에는 역력이 없었다. 그러나 건강증진기금으로부터의 재정지원과 치석제거 서비스 축소, 외래 본인부담 인상 등으로 오히려 급여서비스를 축소하는 것 등을 포함하는 재정건전계획을 추진함에 의해서 2003년부터 보험재정이 당기수지 흑자로 돌아서자 이를 배경으로 다시 급여의 보장성을 개선하려는 논의가 활발하게 이루어졌다.

2004~2007년간 이루어진 급여의 보장성 강화 사항을 보면 다음과 같다.⁵¹⁾

49) 허순임·김창보 외, “우리나라 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가”, 『보건행정학회지』, 제19권 제3호, 한국보건행정정보학회, 2009, 제142~164면.

50) 건강보험 보장성은 전체진료비 중에서 보험자가 급여로써 보장하는 비율(급여율)로 표시되는데, 급여율은 1995년의 35.1%에서 1996년 38.1%, 1997년 41.6%, 1998년 47.2%, 1999년 48.1%, 2000년 48.9%, 2001년의 55.9%로 꾸준히 개선되어 왔다. 이후 건강보험 재정위기에 따라 2002년 53.9%, 2003년 50.8%로 전년에 비하여 오히려 급여율이 낮아지다가, 2004년 이후부터 50.9%로 다시 개선되기 시작하여 2005년 51.7%, 2006년 54.3%, 2007년 55.7%, 2008년 56.4%로 조금씩 상승하고 있는 것으로 분석되고 있다.

51) 허순임·김창보 외, 전계논문, 제151면(<표 4>의 2004~2006년 건강보험 급여확대 내

- 2004. 7: 본인부담상한제 시행
- 2004. 8: 항암제 투여기간 확대(6차 → 9차), 선천성 면역결핍환자의 주사제 급여확대, 만성 B형 간염환자 약제투여기준 확대
- 2005. 1: MRI 보험급여, 자연분만시 본인부담 면제, 희귀난치성질환 외래 본인부담 경감, 미숙아 지원(본인부담 면제), 인공와우 보험급여, 조혈모세포수집용 키트 등 보험급여
- 2005. 2: 성장호르몬 주사제 급여확대
- 2005. 4: 장애인보장구(전동휠체어 등) 급여확대
- 2005. 5: 만성신부전증환자 조혈제 급여기준 완화, 골다공증 치료제 급여기간 연장(90일→180일)
- 2005. 9: 암 보장성 강화, 의약분업 예외경감(장애인 등)
- 2005. 7~9: 급여기준 개선(치료재료, 약제, 행위)
- 2005. 10: 희귀난치성질환 약제급여 확대
- 2005. 11: 중증류마티스관절염 엔브렐주사제 급여확대
- 2005. 12: 만성 B형 간염치료제 급여기준 확대
- 2006. 1: 특정암 검사 본인부담 경감, 희귀난치성질환 확대, 만 6세 미만 입원 아동 본인부담 면제, 소이·무이 보험급여, 심장 및 뇌혈관 질환 수술시 본인부담률을 10%로 감면
- 2005. 9~2006. 8: 뇌혈관, 심장질환자 본인부담 경감(1차, 2차 경감)
- 2005. 8~2006. 1: 100/100본인부담 사항 보험급여 전환(1차, 2차 전환)
- 2006. 6: 입원환자 식대 보험급여, PET 검사 급여, 내시경수술 치료 재료 급여
- 2006. 11: 가정에서 산소치료 급여, 출산요양비 인상(7.1만원 → 25만원)
- 2007. 7: 본인부담상한 인하(6월간 본인일부부담금 300만원 초과* 공단부담 → 200만원 초과)

용을 일부 보장하였음).

- 2007.8: 6세미만 아동외래본인부담경감(성인 본인부담율의 70% 적용), 외래 본인부담 정률제로 전환

건강보험에서의 보장성 강화에 관한 문제는 건강보험제도의 발전을 위하여 매우 중요한 어젠더(agenda)이다. 사회보장적 측면에서 최소한의 기초적인 의료를 국민 모두에게 보장되는 것은 적정의료의 기준이 사용되지만 이것은 시대, 장소와 의료체계에 따라 변화하는 개념이다. 적정의료의 개념에 대한 Myers의 정의는 접근성(Accessibility), 양질(Quality), 계속성(Continuity) 및 효율성(Efficiency)의 4가지 요건을 갖추어야 한다고 요구하고 있다. 경제학이나 경영학적 측면에서 보면, 적정의료는 질병을 치료하는데 가장 저렴한 비용으로 의료서비스를 제공하는 것을 의미한다고 할 수 있다. 여기서 보건의료가 위치하고 있는 현실적인 여건을 고려할 때 적정의료는 의학적인 측면만으로 정당화하기는 어려우므로 경제·경영적 또는 사회보장적 측면에서의 관점과 조화를 이루도록 추구해야 한다.⁵²⁾

따라서 건강보험에서 급여의 보장성을 강화함에 있어 의료보장을 위한 국가 사회보험제도로서 적정보장을 추구하게 되는데 이를 달성하기 위해서는 요양급여 수준의 적적성에 대한 평가가 선행되어야 한다. 즉, 사회경제 및 국민의료비 수준, 보건의료의 수준, 재정부담의 정도 및 부담인상에 대한 동의여부, 급여의 형평성 및 급여체계의 정비 등에 대한 분석과 판단이 지속적으로 이루어지고 이해당사자들 간의 협의도 추진되어야 하는 것이다. 이것은 요양급여의 적정성에 대한 평가 과제로서 중요한 의미를 가진다고 생각된다.

주제어 : 보건의료법, 건강보험법, 심사평가, 건강증진, 건강보험통합

52) 문옥륜 외, 전계서, 제235면.

[참 고 문 헌]

1. 국내문헌

- 권영성, 『헌법학원론』, 법문사, 2008.
- 김병익·최병호, “건강보험제도의 체계 개편방안”, 『의료제도발전을 위한 정책 과제 자료집』, 의료제도발전특별위원회, 2003.
- 김운묵, “건강보험 권리구제제도의 개선 방향에 관한 연구”, 『의료법학』, 제7권 제2호, 대한의료법학회, 2006.
- _____, “건강보험 진료비심사의 법적 근거와 효력”, 『의료법학』, 제8권 제1호, 대한의료법학회, 2007.
- _____, 「의료보험에서의 권리분쟁에 관한 고찰」, 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 1996.
- _____, “건강보험 진료비청구 및 심사지급에서의 권리분쟁과 구제”, 『의료법학』, 제8권 제2호, 대한의료법학회, 2007.
- _____, 「건강보험 가입자의 흡연피해와 관련한 보험자의 구상권 행사」, 박사학위논문, 인제대학교 보건대학원, 2001.
- _____, “건강보험에서의 건강증진사업 활성화 방향”, 『2007년 한국보건교육·건강증진학회 춘계학술대회 자료집』, 한국보건교육·건강증진학회, 2007.
- _____, “건강증진기금의 건강보험재원활용과 그 타당성에 대한 법정정책적 고찰”, 『의료법학』, 제7권 제1호, 대한의료법학회, 2006.
- _____, “미국의 담배소송과 공중보건정책”, 『의료법학』, 제2권 제2호, 대한의료법학회, 2001.
- 김재윤, 『의료분쟁과 법』, 을곡출판사, 2006.
- 김철수, 『헌법학개론』, 박영사, 1997.
- 문옥륜, 『한국보건의료체계 개혁론』, 서울대학교 보건대학원, 2008.
- _____, 『의료보장정책연구』, 신광출판사, 1992.
- 문옥륜 외, 『건강보장론』, 신광출판사, 2004.
- 문재우, 『보건정책론』, 계축문화사, 2002.
- 문재우·김기훈, 『보건행정학』, 계축문화사, 2004.

신영진 譯 『보건의료개혁의 정치학』(Marc Roberts, 『Getting health reform right-A Guide to improving performance and equity』), 한올아카데미, 2005.

이상광, 『사회법』, 박영사, 2002.

전광석, “국민건강보험의 법률관계”, 『의료법학』, 제2권 제1호, 대한의료법학회, 2001.

정희철, 『상법학(하)』, 박영사, 1990.

최병호, “의료보험 수가체계 개편방향의 모색”, 『보건경제연구』, 제4권, 한국보건경제학회, 1998.

허순임·김창보 외, “우리나라 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가”, 『보건행정학회지』, 제19권 제3호, 한국보건행정보건학회, 2009.

국민건강보험공단, 각 연도 결산서(2000~2006).

국민건강보험공단, 건강보험주요지표-건강보험 재정현황(www.nhic.or.kr).

의료보험연합회, 의료보험의 발자취, 1997.

통계청, e-나라지표(<http://www.index.go.kr>), GDP대비 국민의료비 추이.

2. 외국문헌

荒木誠之, 『社會保障の 法的 構造』, 有斐閣, 1983.

Breslow L, The Future of Public Health, Prospects in the United States for the 1990's, Annu. Rev. Public Health, 1990.

Cummings KM., Health Policy and Smoking and Tobacco Use, Handbook of Health Behavior Research IV, Plenum Press, New York, 1997.

Kickbusch I, Health Promotion: A Global Perspective, Health Promotion, An Anthology, Pan American Health Organization, WHO Scientific Publication No 557, 1996.

Schauffler H.H, Health Insurance Policy and the Politics of Tobacco, Smoking Policy: Law, Politics, & Culture, Oxford University Press, New York, 1993.

Teitelbaum J.B., Wilensky S.E., Essentials of Health Policy and Law, Jones

and Bartlett Publishers, 2007.

Terris M, Public Health Policy for the 1990s, Annu. Rev. Public Health, 1990.

<http://www.irdes.fr/EcoSante/DownLoad/OECDHealthData>

The Changes in the Public Health Laws and in the Legal Policies of the National Health Insurance over the Past Decade

Un-Mook Kim, Ph.D

Research Fellow of the Health Insurance Review & Assessment Service

=ABSTRACT=

Korea has gained the much more performances in the fields of public health laws and related policies on the basis of the substantial economic achievements. In 1977, the social medical insurance was established for companies with more than 500 employees, and in 1989, Korea successfully achieved the national medical insurance system covering the total population within only 12 years beginning with multiple insurers. There remained some problems, however, to be improved such as both the low level of contribution rates and benefit packages due to the inefficiency in utilizing limited medical resources.

In 2000, all insurers were unified into a single insurer (National Health Insurance Corporation), and special independent Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA) was also established. From the origin of medical insurance system in 1977, the Korean reimbursement system has been fee-for-service system, and after the establishment of HIRA, it has been providing objective and expert medical cost review services and health quality assessment services.

Keywords : public health law, medical insurance, health insurance, health insurance review service, health quality assessment service

지정토론문

최근 10년 보건의료법 환경 및 건강보험법정책의 변화

정진경*

법원에서 일하는 실무가로서는 알기 어려운 분야에 대하여 알기 쉽게 설명해 주신 데 대하여 감사의 말씀을 드리며 토론자로서 몇 가지 질의를 하고자 합니다.

1. 우리나라의 건강보험제도는 외국에서 부러워할 정도로 우리 국민은 상대적으로 저렴한 보험료로 많은 의료혜택을 받고 있습니다. 하지만, 지금까지의 건강보험정책은 지나치게 양적인 면에 치우친 것이 아닌가 하는 느낌이 듭니다. 인구의 노령화구조와도 관련된 문제이기는 하나 제가 지방 근무 시에 한의원에 가보니 건강보험의 혜택으로 인하여 많은 노인들이 매일 찜질방 정도의 용도로 한의원을 이용하는 것을 볼 수 있었습니다. 급격하게 의료비가 증가하는 데 상응하여 국민의 건강증진에 실질적인 도움을 줄 수 있어야 하는데 도덕적 해이로 인하여 상당한 재원이 낭비되고 있다는 느낌이 듭니다. 현재 이를 시정하기 위한 방안이 있는지요?

2. 현재와 같은 염가에 광범위한 의료 혜택을 받을 수 있는 제도의 정립에는 의료인력에 대한 불충분한 보상의 문제가 내재해 있을 것입니다. 의료정책은 국가적인 이해가 걸린 것이기에 어쩔 수 없다고 할 수도 있겠지만 자본주의 사회에서 적절한 보상이 없다면 장기적으로 우수한 의료인력을 확보하기는 매우 어려울 것이며, 현재에도 건강보험이 적용되지 않아 수입이 많은 곳으로 우수 의료인력이 집중되는 의료인력 수급의 왜곡현상이 나타나고 있습니다. 어떤 방식으로든 우수한 인력을 필요한 의료분야로 유도

* 서울중앙지방법원 부장판사

하기 위한 방안이 필요해 보이는데 이러한 문제점과 관련한 정부의 방안으로 알고 있는 것이 있다면 말씀해 주시기 바랍니다.

3. 우리는 지금까지 한편으로는 광범위하게 건강보험의 적용범위를 넓히면서도 일률성과 평등성을 강조하여 요양급여 심사제도를 운영하다 보니 건강보험제도가 의학의 발전에 장애를 초래하는 면이 있는 것은 아닌지 걱정이 됩니다. 2008두19338 사건으로 대법원에 계류되어 있는 서울대학교 병원 사건에서 보듯이 임의비급여와 관련하여 새로운 진료를 따라가지 못하는 경직된 제도의 운영은 현실적으로 환자를 치료하여야 하는 병원으로 하여금 보전 받지 못한 채 특수한 비용을 지출하여 치료를 하거나 그렇지 않으면 좋은 치료제가 있으면서도 그 사용을 포기하여야 하는 곤란한 상황에 빠지게 할 우려가 있습니다. 불필요한 의료재정 지출을 억제하여 이러한 새로운 기술이나 의약의 발달을 촉진하는 방향으로 융통성 있게 제도가 운영되어야 하는 것은 아닌지 발표자의 생각을 듣고 싶습니다.

4. 보건의료의 사업화 및 국제경쟁력 제고를 말씀하셨는데 이러한 목표가 달성되기 위해서는 의료행위와 관련하여 필연적으로 야기되는 의료분쟁을 합리적으로 신속하게 해결할 수 있는 시스템의 정비가 필수적이라 생각합니다. 아무리 의료기술이 선진화되어 있다고 하더라도 의료사고와 관련한 분쟁이 합리적으로 해결될 수 없다면 의료산업이 경쟁력을 가질 수 없기 때문입니다. 일차적으로는 의료분쟁조정위원회의 활용과 같은 ADR 제도가 중요하겠으나 중독적인 분쟁해결기관인 법원을 통한 의료분쟁해결에도 더 많은 관심을 가져야 하겠습니다. 현재 의료사건은 진료기록감정과 신체감정 등에 지나치게 많은 시간이 걸리고 대형병원조차도 이를 전담하는 의사가 없어 법원에서 많은 어려움을 겪고 있습니다. 재판에 종사하는 사람으로서 우선 대형병원만이라도 배상 의학을 전공하여 의료사건에서 법원과의 가교역할을 할 인력이 필요하다는 점을 절감하고 있는데 혹시 의료분쟁의 처리와 관련하여 외국의 사례가 연구된 것이 있는지요?