

건강보험 요양급여비용 계약의 문제점과 개선방안 연구

신 성 철[†]

한국의학교육평가원

〈Abstract〉

Problems and Solutions for Korean Medical Fee Contract System

Sung-chul Shin

Korea Institute of Medical Education and Evaluation

Korean medical fee contract system between the insurer and healthproviders was introduced in 2000. However, a continuous discord among contracting parties concerned and an irrational operation of an arbitration committee of Ministry for Health, Welfare and Family Affairs (MIHWAF) have made it difficult for them to reach to an agreement over last 8 years.

The purpose of this study is to observe the current problems of contract system from the view of health insurance law and actual examples. Furthermore, I examined theof breakdown of negotiation by analyzing the eligibility of contracting parties, rationality of Resource Based Relative Value System (RBRVS) and contracting method and fairness of arbitration method in case of negotiation rupture.

The results were as follows:

First, since the introduction of medical fee contract system, there has been a

* 접수: 2008년 10월 30일 심사완료: 2009년 3월 4일

† 교신저자: 신성철, 한국의학교육평가원(02-795-1591, columbus@kma.org)

problem in that both the president of National Health Insurance Corporation (NHIC) and health care provider association have not held strong negotiation power.

Second, the frequent changes and notifications of Relative Value Units (RVUs) without any mutual consent between the insurer and provider association negatively have influenced the conversion factors and finally hindered the agreement of contract.

Third, a current process that the conversion factors are mediated and determined at the arbitration committee of MIHWAF in the case of contract breakdown between contracting parties has some flaw in that the irrational composition of committee provoked the lack of fairness and objectivity of mediation.

Fourth, we can not prospect a satisfactory outcome of arbitration committee because the mediation always has failed to proceed smoothly due to boycott of both committee members from insurer and providers over last 8 years.

As a result, we have to make an every effort to resolve problems mentioned above and then dream of an advanced national health insurance system.

Key Words: medical fee, contract, arbitration

I. 서 론

우리나라 건강보험은 진료비지불과 관련하여 외형적으로 당사자 간 계약에 의해 지불되는 계약제를 채택하고 있는 것처럼 보여진다.

왜냐하면, 사회보험인 건강보험을 규율하고 있는 국민건강보험법(이하 “법”이라 한다) 제42조 제1항에서 “요양급여비용은 공단¹⁾의 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한다” 라고 못 박아 있고, 동조 제2항에서는 “제1항의 규정에 의하여 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 각 요양기관 간에 체결된 것으로 본다” 라고 규정되어 있기 때문이다.

1) 공단은 국민건강보험의 보험자인 ‘국민건강보험관리공단’의 약칭이다.

그러나, 실제 운영되고 있는 그 내면을 들여다보면 계약제는 그야말로 법규상의 계약제이고, 실제로는 요양급여비용 계약제로 운영되고 있다고 주장을 할 수 없는 상태이다.

즉, 제도 도입 이후 계약제는 계속 파행을 거듭하여 실제로 요양급여비용계약이 일궈진 실적이 거의 없다시피 하며, 대부분은 공단과 요양기관 사이의 양당사자 간 계약이 아닌 건강보험정책심의위원회(이하 “건정심” 이라 한다)에 의해 건강보험 요양급여비용이 결정되고 있는 실정이다.

요양급여비용 계약제가 도입된 2000 7월 이후의 요양급여비용 계약에 관한 실적은 다음과 같다.

| | |
|---------------|--|
| 2001년도 | : 협상결렬, 보건복지부장관 고시에 의해 수가 7.08%인상(점당 55.4원) |
| 2002년도 | : 협상결렬, 건정심에 의해 수가 2.9%인하(점당 53.8원) |
| 2003년도 | : 협상결렬, 건정심에 의해 수가 2.97%인상(점당 55.4원) |
| 2004년도 | : 협상결렬, 건정심에 의해 수가 2.65%인상(점당 56.9원) |
| 2005년도 | : 협상결렬, 건정심에 의해 수가 2.99%인상(점당 58.6원) |
| 2006년도 | : 계약체결, 3.5% 인상합의(점당 60.7원) |
| 2007년도 | : 협상결렬, 건정심 결의에 의해 수가 2.3%인상(점당 62.1원) |
| 2008년도 | : 최초로 유형별 계약을 시도했으나 자체 모순으로 의과의 병·의원은 모두 협상 결렬되어, 건정심 결의에 의해 병원 1.5%, 의원 2.3%로 인상조정됨 |

이처럼 법에서 정해진 요양급여비용계약이 법에만 있고, 계약은 실제로 결렬되기만 한다면, 왜 결렬되고 있는지를 계약결렬에 어떤 구조적 기제가 작동하거나 제도자체의 모순에 기인된 것은 아닌지? 그리고 구조상 계약결렬이 불가피하여 건정심이란 기구에 의해 되풀이되어 결정될 수밖에 없다면 그 건정심에서의 요양급여비용결정이 합리적이고 민주적으로 이루어지고 있었는지? 그리고 그러한 결정이 궁극적으로 국가의 의료제도 발전에 기여하고 있는지? 하는 의문이 꼬리를 물고 발생되게 될 것이다.

본고는 이러한 점에 근본적 문제의식을 갖고 착수되었으며, 먼저 이와 관련된 국내 기존의 연구보고서를 살펴보는 것으로 시작되었다.

2001년 서울대 보건대학원의 문옥륜 등²⁾이 당시 요양급여비용계약제의 문제점으로 계약

범위의 제한성, 의료비 관리기능의 미비, 분쟁조정·중재기능의 미흡, 계약당사자의 모호성 등을 지적하고 이에 대한 개선방안으로 단기적으로는 목표의료비제 도입, 중장기적으로는 의료비 총액계약제와 건강보험법 개정 등의 대안을 제시하였으나 당시 총액계약제와 목표의료비에 대한 의료계의 뿌리 깊은 거부감으로 그리고 동 연구보고서가 공단의 수탁연구보고서라는 이유로 더 이상 이슈화되지 못하고 사장되었다.

이후 2005년 연세대 의료법윤리학연구소의 박길준 등³⁾이 이와 비슷한 연구를 하였는데 박길준 등은 공보험과 민간보험의 역할분담, 선진외국의 의료개혁 경험 등에 관한 문헌조사와 비교제도론적 고찰을 통해 당시 요양급여비용계약의 문제점과 개선방안에 관한 보고를 하였다. 그러나 이 보고서 역시 대한의사협회에 의한 용역보고라는 점, 민간보험에 대한 시민단체 등의 저항감, 그리고 강제지정제 폐지반대 등의 이슈에 의해 이 역시 정책으로 쟁점화되지 못했다.

2007년 최희경⁴⁾은 건강보험수가 결정과정에서 나타난 관련단체의 역동적인 관계와 정치경제학적 의미를 검토하기 위해 복지부와 공단의 내부자료와 관계자에 대한 심층면담자료를 활용한 연구보고서를 발표하였다. 그런데 최희경의 연구는 요양급여비용 결정과정에서 외형적으로 나타난 제 양상에 관한 정치경제학적 분석에 초점을 둔 보고서이어서 요양급여비용 계약의 법률적인 구조나 틀에 관한 분석이 연구범위에서 제외될 수밖에 없었다.

한편, 이와 별도로 국민건강보험법은 2006년 12월 건강보험재정안정화특별법의 폐지와 2007년 1월 개정 국민건강보험법 적용 등 국민건강보험법 자체에 변화가 있게 되었다.

이에 본 저자는 과거 2차례의 연구보고가 실정법에 없는 법률용어 즉, 목표의료비제나 총액계약제나 민간보험이니 하는 것에 의해 연구결과가 폄훼된 선례를 되풀이 하지 않는 것이 중요하다고 인식하였으며, 이에 연구의 범위를 현행 건강보험법이라는 순수 실정법과 이와 관련된 제 단체와 기관의 행동을 중심으로 제한하였다.

II. 연구 목적 및 착안점

1. 연구목적

본 연구는 계약제가 도입된 이후 지난 8년간 요양급여비용계약제가 당사자에 의해 계속

2) 문옥륜 등 2001. 『건강보험 수가계약제 개선방안에 관한 연구』 서울대학교 보건대학원

3) 박길준 등 2005. 『요양급여비용 단체계약제로의 전환을 위한 합리적 방안연구』 연세대학교 의료법윤리학연구소

4) 최희경. 2007. “건강보험수가 결정과정의 정치경제학” 『보건과 사회과학』 제22집(2007)

결렬되었고, 조정기구인 건정심에서도 역시 계속 파행을 거듭하고 있었다는 점에 일차적인 문제의식을 갖고 착수되었다.

따라서 본 연구의 목적은 그간에 있었던 요양급여비용 계약파행의 근본원인을 분석·도출하고 본 저자 나름의 개선방안을 제시해 봄으로써 우리나라 건강보험 발전에 관한 보건정책학계의 정책논의를 촉발하는데 기여하고자 하며, 동시에 정책논의의 기초자료를 제시하는데 있다.

2. 연구자료 및 방법론

본 연구의 주제인 ‘건강보험 요양급여비용계약의 문제점과 개선방안’을 수행하기 위해 기존의 선행 연구결과를 토대로 국민건강보험법 등의 법령자료와 요양급여비용 결정에 관한 복지부와 건정심의 회의자료, 대한의사협회 내부자료, 연구자가 관계자들을 심층 면담한 자료, 그리고 언론에 보도된 자료를 바탕으로 요양급여비용에 관한 문제점을 분석하고 개선방안 도출에 주력하였다.

요양급여비용계약은 사안의 복잡성과 민감성 때문에 회의의 구체적 내용이 비공개로 이루어지고 있으며, 결과와 일부과정에 대해서만 언론을 통해 알려지게 되며, 그 구체적인 과정은 일반에게 잘 알려지지 않고 있다. 따라서 본 연구는 다음과 같은 착안점과 방법론에 의해 추진되었다.

첫째, 건강보험 요양급여비용계약제의 현황을 살펴보기 위해 현행 건강보험법령의 근거조항을 정리하고 이를 검토한다.

둘째, 계약제가 도입된 2000년 7월 이후부터 지난 8년 동안 계약제에 관한 실제 운영경과를 되짚어보았으며, 특히 유형별 계약제가 처음 실시된 2008년도 수가계약의 사례를 집중적으로 조명한다.

셋째, 지난 8년 동안 요양급여비용 계약결렬이 지속되었는바, 이에 대한 근본원인이 무엇인지에 대해 계약주체의 적격성, 계약대상과 계약방법의 합리성, 계약결렬시 조정방법의 공정성을 법률적인 측면과 과거 8년의 경험을 중심으로 검토한다.

넷째, 상기의 검토결과에 의거하여 개선방안 도출을 모색한다.

또한 앞의 서론에서 언급한 바와 같이 실정법인 현행 법 제42조와 직접 관련이 없는 것에 의해 연구결과가 폄하되지 않게 하기 위해 연구의 범위를 요양비용계약으로 제한·한정하였으며, 따라서 이와 직접 관련이 없는 진료비지불제도, 강제지정제도 등은 연구대상에서 제외하였다.

Ⅲ. 요양급여비용 계약의 현황

1. 법률적 근거

1) 계약의 기본 틀과 주체

계약의 기본 틀은 법 제42조에 명시되어 있으며, 이를 계약의 주체, 계약의 효력, 계약기간과 계약체결의 시한의 관점으로 구분하면 다음과 같다.

(1) 계약의 주체

법 제42조 제1항의 규정에 의해 계약의 주체는 ‘공단의 이사장’ 과 ‘대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자’ 이다. 그리고 이 ‘대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자’ 는 시행령 제23조에 규정되어 있다. 이 규정에 의해 대한의사협회장(이하 “의협회장” 이라 한다), 대한병협협회장(이하 “병협회장” 이라 한다), 대한치과의사협회장, 대한한의사협회장, 대한약사회장, 대한조산사 또는 대한간호사협회장 등이 당사자 자격을 갖게 된 것이다.

(2) 계약 주체간 계약의 효력

법 제42조 제2항의 규정 “제1항의 규정에 의하여 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 요양기관간에 체결된 것으로 본다” 라는 간주 규정에 의해 공단의 이사장은 ‘대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자’ 와 계약을 추진하며, 계약이 성립된 경우 그 법률적 효과는 각 요양기관과 계약한 것과 동일한 효과를 갖게 되는 것이다. 그런데 특이한 점은 공단 이사장이 실제 계약체결을 추진함에 있어, 동조 제5항의 규정 “공단의 이사장은 제1항의 규정에 의한 계약을 체결하는 때에는 제31조의 규정에 의한 재정운영위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다” 에 의거 반드시 사전에 재정운영위원회의 의결을 필하게 하고 있으나, 계약의 다른 당사자인 의약계를 대표하는 자에게는 요양기관으로부터 위임을 받게 하거나 사전 또는 사후승인을 받도록 하는 그러한 규정이 없는 부재의 상태이다.

(3) 계약기간 및 계약체결시한

계약기간은 법 제42조 제1항 후단 규정에 의거 1년으로 하고 있으며, 계약체결의 시한이 동조 제3항의 규정에 의해 계약만료일의 75일전으로 규정되어 있으므로 공단과 ‘대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자’ 는 매년 10월 17일까지 차기년도의 요양급여비용에 관한 계약을 체결해야 한다.

2) 계약의 대상

(1) 계약의 대상

요양급여비용 계약의 대상에 대해 법 제42조 제7항 규정은 “제1항의 규정에 의한 계약

의 내용 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다” 라고 하여 필요한 모든 사항을 대통령령에서 정하도록 위임하고 있다.

그런데 이 법조문을 위임받은 시행령 제24조 제1항과 제2항⁵⁾에서는 계약의 대상이 되는 범위를 요양급여비용의 구성내용 중에서 진료행위로 즉, 진료행위에 대한 기술료로 한정하였으며, 또한 기술료 중에서도 ‘상대가치점수의 점수당 단가’ 즉 환산지수만을 계약하도록 규정하고 있다.

(2) 계약적용 배제

그러므로 요양급여비용의 구성내용 중에서 계약의 대상이 되는 진료행위료를 제외한 부분이 남게 되는데, 이 부분에 대해 시행령 제24조 제3항⁶⁾은 모두 약제 및 치료재료에 대한 비용으로 보고 약제 및 치료재료에 대한 비용은 모두 실구입가 보상원칙을 적용하여 계약의 대상에서 제외하도록 규정하고 있다.

3) 계약의 프로세스

요양급여비용 계약에 관한 프로세스를 살펴기 전에 요양기관이 공단과 피보험자에게 청구하는 진료비의 구조를 알아볼 필요가 있다.

진료비는 복지부장관이 고시한 진료수가를 기준으로 청구되고 있으며, 이 진료수가는 상대가치점수와 환산지수로 역산·분해된다.

· 진료수가 = 상대가치점수 × 점수당 단가(환산지수)

이런 이유로 계약의 전체 프로세스는 상대가치점수를 고정하는 단계와 환산지수 결정단계

5) 국민건강보험법 시행령 제24조(계약의 내용 등) 제1항과 제2항은 다음과 같다.

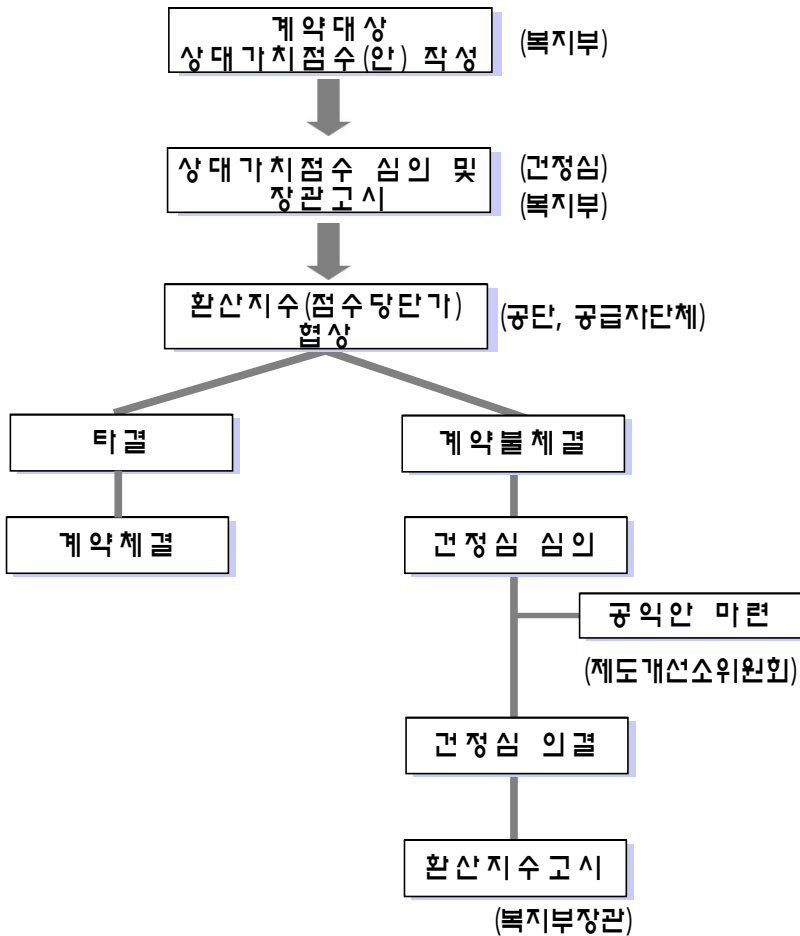
- ① 법 제42조 제1항의 규정에 의한 계약은 공단 이사장과 제23조 각호에 따른 대표자가 요양기관의 유형별로 체결하되, 제2항의 규정에 의한 각 요양급여의 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 체결한다.
- ② 요양급여의 상대가치점수는 요양급여에 소요되는 시간노력 등 업무량, 인력시설장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목간에 상대 적 점수로 나타낸 것으로 하되, 보건복지부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 보건복지부 령이 정하는 바에 의하여 이를 고시한다

6) 국민건강보험법 시행령 제24조(계약의 내용 등) 제3항은 다음과 같다.

- ③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제39조제1항제2호의 약제·치료재료(제2항에 따른 상대가치점수가 적용되는 약제·치료재료는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)에 대한 비용은 보건복지부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 정하여 고시하는 금액의 범위안에서 요양기관이 당해 약제 및 치료재료를 구입한 금액으로 하되, 약제 및 치료재료 구입금액의 결정기준결정절차 기타 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다. 다만, 약제·치료재료중 한약제에 대한 비용은 보건복지부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 고시한 금액으로 한다.

로 나누어 진행된다. 다시 말해 복지부 장관에 의한 상대가치점수 개정고시에 관한 절차가 먼저 진행되고, 그 다음에 순차적으로 협상 당사자인 공단과 공급자단체가 앞단계에서 보건 복지부 장관이 개정고시한 상대가치점수를 놓고 점수당 단가(환산지수)에 관한 계약협상을 진행하도록 구조화되어 있다.

계약 프로세스를 그리면 그림 1과 같다.



〈그림 1〉 요양급여비용 계약 및 계약불체결시의 흐름도

4) 계약의 불체결시의 처리방법

현행법에서 요양급여비용 계약이 결렬될 경우, 별도의 객관적이며 독립적인 중재기구의

개입에 의하지 아니하고, 법 제4조에 의한 건정심에게 조정기능을 부여하여 그 역할을 담당토록 하고 있다.

즉, 협상이 결렬되어 계약이 체결되지 않는 경우에는 법 제42조 제3항 후단과 단서 규정 “그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지가족부장관이 심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. 이 경우 보건복지가족부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다”에 의거하여 복지부장관은 건정심에 심의를 붙이고, 여기에서 결정된 금액을 요양급여비용으로 고시하는 것으로 협상결렬의 문제를 해결하고 있다.

5) 관련 위원회

(1) 건강보험정책심의위원회(건정심)

건정심은 복지부장관 소속의 심의·의결기구로서 법 제4조 제1항의 규정에 의거 ‘요양급여의 기준’ ‘요양급여비용에 관한 사항’ ‘직장가입자의 보험료율’ ‘지역가입자의 보험료부과점수당 금액’ 과 ‘기타 건강보험에 관한 주요사항으로서 대통령이 정하는 사항’을 심의하는 기능을 갖고 있다.

아울러 건정심은 또 다른 주요 기능으로 전술한 법 제42조의 후단과 단서규정에 의한 ‘요양급여비용계약 결렬의 경우에 관한 당사자를 대신하여 요양급여비용을 결정할 수 있는 비용결정에 관한 기능’도 부여되어 있다. 즉, 당사자 간 계약이 계약기간 만료일 75일전까지 체결되지 아니할 경우, 복지부 장관은 건정심을 소집하여 요양급여비용에 관한 의결을 요청할 수 있으며, 이 건정심에서 의결된 금액은 법에 의해 계약으로 정한 요양급여비용으로 간주토록 되어 있다.

그런데 법 제4조 제2항 내지 4항에 규정된 위원회 구성을 보면⁷⁾ 위원장과 부위원장 각 1인을 포함한 총 25인의 위원으로 구성되며, 복지부차관이 당연직 위원장이 되고 부위원장은 공익대표중 위원장이 지명하는 자가 맡도록 규정되어 있다. 또한 위원은 가입자 8인, 공

7) 국민건강보험법 제4조(건강보험정책심의위원회) 제2항 내지 제4항은 다음과 같다.
 ② 심의위원회는 위원장 1인과 부위원장 1인을 포함한 25인의 위원으로 구성한다.
 ③ 심의위원회의 위원장은 보건복지가족부차관이 되고, 부위원장은 제4항제3호의 위원 중에서 위원장이 지명하는 자가 된다.
 ④ 심의위원회의 위원은 다음 각 호의 자를 보건복지가족부장관이 임명 또는 위촉한다.
 1. 근로자단체 및 사용자단체가 각각 2인씩, 시민단체(「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체를 말한다. 이하 같다), 소비자단체, 농어업인단체 및 자영업자단체가 각각 1인씩 추천하는 8인
 2. 의료계를 대표하는 단체 및 약업계를 대표하는 단체가 추천하는 8인
 3. 다음 각 목의 8인
 가. 대통령이 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 2인
 나. 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 각각 1인씩 추천하는 2인
 다. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 4인

급자 8인, 공익 8인으로 구성하도록 되어 있으며, 또한 공단 이사장이 추천하는 인사 1인이 공익대표에 포함되어 있고 복지부차관은 공익대표 TO에서 산입되지 않도록 규정되어 있다.

(2) 재정운영위원회

요양급여비용 계약과 관련한 위원회는 앞의 복지부에 소속된 건정심 외에 공단에 소속된 재정운영위원회가 있다.

재정운영위원회는 법 제31조 제1항의 규정 “제42조제5항의 규정에 따른 요양급여비용의 계약 및 제72조의 규정에 따른 보험료의 결손처분등 보험재정과 관련된 사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 재정운영위원회를 둔다”에 의거 공단의 요양급여비용의 계약에 관련된 사항과 보험료 결손처분 등 보험재정과 관련된 사항을 심의·의결하기 위한 기구로 공단에 설치되어 있으며, 위원은 법 제32조 제1항 및 제2항⁸⁾의 규정에 의해 직장가입자 대표 10인, 지역가입자 대표 10인, 공익대표 10인으로 구성되고, 또한 각 위원은 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하게 되어있다.

또한 법 제42조 제5항에서 요양급여비용 계약과 관련하여 공단 이사장에게 반드시 재정운영위원회의 심의·의결을 필하도록 하고 있고, 위원에 대한 임명 또는 위촉권은 법 제32조 제2항에 의거 복지부장관에게 부여되어 있다.

2. 운영실태

1) 지난 8년의 운영경과

2000년 7월 국민건강보험법 시행과 더불어 도입된 요양급여비용 계약제는 전술한 바와 같이 제대로 시행되지 못하였으며, 요양급여비용 계약의 핵심인 환산지수가 매년 계약 당사자 간 협상결렬이라는 도식적 연례행사를 거쳐, 건정심에 의해 최종 결정되는 방식을 되풀이 하고 있다.

8) 국민건강보험법 제32조(재정운영위원회 구성 등) 제1항 및 제2항은 다음과 같다.

① 재정운영위원회는 다음 각호의 위원으로 구성한다.

1. 직장가입자를 대표하는 위원 10인
2. 지역가입자를 대표하는 위원 10인
3. 공익을 대표하는 위원 10인

② 제1항의 규정에 의한 위원은 다음 각호의 자를 보건복지가족부장관이 임명 또는 위촉한다.

1. 제1항제1호의 위원은 노동조합 및 사용자단체가 각각 5인씩 추천하는 자
2. 제1항제2호의 위원은 대통령령이 정하는 바에 의하여 농어업인단체·도시자영업자단체 및 시민단체가 각각 추천하는 자
3. 제1항제3호의 위원은 대통령령이 정하는 관계공무원 및 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 자

<표 1> 연도별 건강보험 환산지수 결정 경과(각 단체의 협상안과 최종결과)

| 연도 | 단계/단체별 대안 | | 환산지수 | | 최종결과 | |
|------|-------------|---------|----------------|---------------|--|--|
| | | | 최초(안) | 최종(안) | | |
| 2002 | 계약협상 (I) | 공단(안) | -8.5% | | 협상결렬 가입자최종안:공익안 표결→9:10으로 공익안 가결 (표결에 있어 의협불참, 공급자·가입자대표 일부 퇴장) | |
| | | 협 의회(안) | 20.4% | | | |
| | 건정심 (II) | 가입자(안) | -8.5% | -3.97% | | |
| | | 공급자(안) | 동결 | | | |
| 2003 | 계약협상 (I) | 공단(안) | -7% | | 협상결렬 공익안에 대해 표결→13:3으로 공익안 가결 (6명 퇴장,1명 투표거부) | |
| | | 협의회(안) | 19.8% | | | |
| | 건정심 (II) | 가입자(안) | -10.7% | -2.6% | | |
| | | 공급자(안) | 19.8% | 8.7% | | |
| | | 공익(안) | 2.97% | | | |
| 2004 | 계약협상 (I) | 공단(안) | -7.7% | -5.9% | 협상결렬 공익 3개안 표결→1안:2안→2:14로 제2안 가결 (6명 퇴장) | |
| | | 협의회(안) | 20.3% | 6.3% | | |
| | 건정심 (II) | 가입자(안) | 안하(구체적 제시안 없음) | | | |
| | | 공급자(안) | 20.3% | 10.6% | | |
| | | 공익(안) | 정부안 | 3%이내 인상 | | |
| | | | 1안 | 3.1% | | |
| 2안 | 2.65% | | | | | |
| 2005 | 계약협상 (I) | 공단(안) | -2.08% | 1.82% | 협상결렬 표결없이 심의의결 | |
| | | 공급자(안) | 5.9% | 5% | | |
| | | 건정심(II) | 2.99% | | | |
| 2006 | 계약협상 (I) | 공단(안) | -2.68% | 2.5% | 3.5%합의, 협상타결 | |
| | | 공급자(안) | 8.7% | 4.27% | | |
| 2007 | 계약협상 (I) | 공단(안) | ? | | 공익(최종)안에 대해 표결→찬:반:기권→13:2:1로 공익(최종)안 가결 (8명 투표불참) | |
| | | 공급자(안) | | | | |
| | 건정심 (II) | 가입자(안) | 유형별안: 동결 | 유형별 차등안:1.72% | | |
| | | | 단일안: -3.58% | 유형별 단일안: 동결 | | |
| | | 공급자(안) | 5.2% 인상 | | | |
| | 공익(안) | 1.7% | 2.3% | | | |

주) 협의회: 1. 종전 국민건강보험법 시행령 제23조에 의한 '요양급여비용협의회' 라는 공급자 단체를 말함
 2. 요양급여협의회는 의협, 병협, 치협, 치과병원협, 한의협, 한방병원협, 약사회, 조산협(간협), 복지부 대표로 구성되었다.

최초 계약제가 적용되는 2001년도의 환산지수 결정의 경우로부터 거슬러 올라가 보면, 유감스럽게도 처음의 수가협상에서부터 제대로 된 협상이 진행되지 않았음을 알 수 있다. 한 두 차례의 요식적인 협상진행 후 양 당사자에 의해 바로 협상결렬이 선언되고, 복지부도 이에 대해 별다른 중재 노력이 없이 당시의 국민의료보험법에 의거, 장관의 자문기구인 건강보험심의위원회(건정심과는 상이한 기구)에 회부하여 심의의결하고 환산지수를 고시하였던 것이다.

물론 당시 의약분업 사태 등으로 어려움이 있었다고 짐작되지만 2001년도 사례가 최초의 사례였다 라는 점을 감안한다면 너무 쉽게 협상결렬이 선언되었고, 또한 이것이 다음 연도의 수가협상에 계속 나쁜 선례가 되었다.

이후 2002년도부터 매년 요양급여비용(환산지수: 수가) 계약에 관한 시도가 있었다. 그 경과를 간단하게 요약하면 표1 및 표2와 같다.

〈표 2〉 2008년도 유형별 환산지수 결정 경과(각 단체별 최종결과)

| 계약 파트너 | 계약협상 (I) | 건정심 의결(II) | 복지부 고시 |
|-----------|---------------------------------------|---------------------|----------------|
| 의협 vs 공단 | 협상결렬 ▫의협최종안: 6.9% ▫공단최종안: 2.29% | 2.3%(11.21) 의협퇴장 | 건정심 의결사항 고시 |
| | 협상결렬 ▫병협최종안: 3.4% ▫공단최종안: 1.45% | 1.5%(11.21) 병협퇴장 | |
| 치협 vs 공단 | 2.9%(10.16) | | 계약협상 결과 고시 |
| 한의협 vs 공단 | 2.9%(10.16) | | |
| 약사회 vs 공단 | 1.7%(10.17) | | |

이상 표1 및 표2에 적시된 바와 같이 요양급여비용 계약제는 2000년 제도 도입이후, 총 8회의 계약체결의 시도를 하였으나 2006년 단 한번을 제외하고 매년 계약결렬로 이어졌다. 이에 복지부는 이때마다 건정심의 표결에 의해 환산지수(수가)를 결정·고시하였다. 그러므로 계약제는 그야말로 유명무실한 상태에 있다고 하여도 틀린 말이 아니다.

2) 2008년도 요양급여비용 계약의 경과

(1) 유형별 계약을 위한 사전 정지작업

2006년도 환산지수 계약에서 나타난 요양급여협의회의 모순점과 분열, 공단 재정운영위

원회 측의 주장⁹⁾에 의해 2008년도 요양급여계약은 종전과 달리 요양급여협의회를 해체하고 공급자를 유형별로 나누어 진행하게 되었다. 이에 따라 2008년도 요양급여비용 계약에서는 본 계약협상에 앞서 공급자의 유형을 어떻게 분류하느냐가 뜨거운 이슈로 대두되었고, 이 유형분류는 다음과 같은 경과에 의해 진행되었다.

- 2006. 12. 15 건정심 제도개선소위원회
 - 유형분류 연구용역 추진
 - 연구자 공모방식 및 연구비 부담방식 합의(1억내외, 공단과 요양급여협의회가 각 50% 부담)
- 2007. 1. 30 건정심 제도개선소위원회
 - 3차 투표 끝에 공단 재정운영위원회 공익대표 인사를 유형분류 연구자로 선정
- 2007. 4. 12 유형분류 연구방향에 대한 설명회
 - 유형분류 방안 연구 계획 설명
 - 연구기간: '07년 2월 ~ 6월
 - 연구진: 4개 구분별로 연구자 지정(의과, 치과, 한방, 약국)
 - 연구수행체계: 연구진에서 방안 마련하고, 전문가 패널을 통해 의견 수렴하는 방식, 협의체를 구성하여 Workshop를 통한 의견조율
- 2007. 7. 12 건정심, 유형별 분류방안 연구결과 보고
- 2007. 7. 27 건강보험법 시행령 개정 입안예고
 - 법 제42조제1항의 요양급여계약의 당사자인 의약계를 대표하는 자를 의원은 의협, 병원은 병협, 치과병의원은 치협, 한방병의원은 한의협, 약국은 약사회 등으로 분류하고 상대가치점수 점수당 단가를 요양기관 유형별로 달리하여 정할 수 있도록 함.
- 2007. 9. 27 시행령 개정공표, 유형별 계약을 위한 사전정지 작업완료

(2) 계약협상의 결렬과 건정심의 심의

전술한 바와 같이 2006. 12월부터 시작된 유형별 계약을 위한 유형분류 연구결과는 2007. 7월 건정심에 보고하는 것으로 종료되었다. 이에 복지부는 동 연구결과를 근거로 건강보험법 시행령 개정 등 제반 필요사항을 9월까지 추진하여, 2007. 10. 17일까지 유형별

9) 2006년도 환산지수 계약을 목적으로 공단과 공급자단체(의협·병협·치협·한의협·약사회)가 공동으로 보건산업진흥원에 용역의뢰한 연구결과가 요양기관종별로 인상, 인하 등 상이하게 나타났던 바, 이때부터 환산지수를 의과, 치과, 한방, 약국으로 분리하여 적용하자는 주장이 대두되었다.

환산지수 계약을 완료한다는 목표를 발표하게 된다.

이러한 스케줄에 따라 유형별 계약의 당사자인 의협, 병협, 치협, 한의협, 간호사회, 약사회는 각기 공단과 계약을 위한 협상을 추진하였다.

이 유형별 협상에 임하면서 각 공급자 단체는 과거에는 없었던 전혀 새로운 경험에 직면하게 된다. 즉, 종전 요양급여비용협의회를 통한 협상의 경우, 모든 공급자가 요양급여협의회라는 하나의 우산아래 한 덩어리로 협상하고 동일한 인상율을 적용받게 되므로 협상교섭을 담당하는 협회 집행부의 입장에서 부담이 크지 않았으나 이제는 각 단체별로 인상율의 격차가 발생되게 되어 각 단체별 환산지수 점수가 바로 집행부의 성적표로 이어지게 되었다.

이 때문에 각 단체는 사활을 걸고 객관적인 조사연구를 발주하고 실제 이를 협상에서 반영코자 시도하였다. 또한 각 단체 모두 각자의 협상전략과 협상진행 사항에 대한 정보의 유출을 적극 차단하는 모양새를 취하였다.

이에 비해 공단은 각 단체의 미묘한 입장 차이를 미리 읽고 타 단체와의 교섭상황을 철저히 비밀로 하였던 바, 이는 공단이 협상의 우위권을 확보하는 또 하나의 요인으로 작용하였다.¹⁰⁾

뿐만 아니라 공단은 상기 공급자단체의 균열에 착안하여 요양급여비용 협상을 처음부터 끝까지 한정된 보험재정을 나눠 갖는 「Zero-Sum게임」으로 끌고 갔으며,¹¹⁾ 이에 따라 공급자단체 간 경쟁구조가 더욱 크게 나타나 협력은 더욱 어렵게 되었다.

2008년도 유형별 계약에 관한 실태파악을 위해 공단과 의협이 추진한 협상케이스를 살펴보면 다음과 같다.

- '07. 10. 04 제1차 협상
 - 상건례 및 수가협상 관련 양자의 입장교류, 대원칙 확인
- '07. 10. 09 제2차 협상(1차 협상안 제시)
 - 공단: 2.09%

10) 유형별 계약을 주장한 공단은 당초 예상과 달리 유형별 원가자료 공개 없이 처음부터 협상제시안으로만 협상을 진행하였다. 여기에 공급자가 자신의 연구결과를 확실하게 밀지 못하여 공단에 끌려가게 되었고, 또한 공급자간에는 서로 경쟁하여 상호 정보교환이 이루어지지 않았다.

11) 건강보험 수가협상이 건보재정 나눠 갖기 「협상게임」으로 진행되어 공단과의 특정단체의 계약여부가 타 단체의 최종 제시안에 영향을 주었다. 약국의 경우, 17일 오전 최종제시안이 1%이내의 수준으로 알려졌으나 건강보험의 비중이 가장 큰 의과인 의협과 병협의 결렬을 지켜본 직후 바로 협상개개를 요구하여 1.7% 수가계약을 얻어내었는데 그 추가인상분은 공단이 의과에 최종안으로 제시하였던 인상분의 일부였던 것이다. 그리고 무엇보다 보험재정을 나눠 갖는 「Zero-Sum 게임」이 진행되자 보험재정의 비중이 보험수가 인상율에 결정적인 영향을 미치게 되었고, 그 결과 건보재정 비중이 큰 의과(의협·병협)가 협상에 불리하게 되었다

- 의협: 13.8%(건강보험 행위원가 기준, 자본비용 반영)
- '07. 10. 13 제3차 협상
 - 의협: 단일계약으로 인해 누적된 유형별 불균형을 해소할 수 있는 수준의 유형별 격차 필요
 - 공단: 유형별 계약의 첫해인만큼 유형별 불균형을 단계적으로 조정하는 수준의 수가지정이 필요
- '07. 10. 15 제4차 협상(2차 협상안 제시)
 - 공단: 2.29%
 - 의협: 6.9%(1차 협상안의 1/2)
- '07. 10. 16 제5차 협상(최종협상안 제시)
 - 공단: 2.5%(단, 최종협상안이 수용되지 않을 경우 제2차 협상안인 2.29%로 환원)
- '07. 10. 17 제6차 협상(최종 협상결렬) → 건정심 상정

이처럼 2008년도 수가계약 협상이 10월 4일부터 17일까지 보름 남짓의 짧은 기간에 걸쳐 진행되었고, 구체적인 수가계약 협상을 위한 정보교환 등 사전 협의절차 없이 바로 제1차 협상에 들어갔고, 협상장에서도 신뢰성 있는 근거자료 제출과 토론이 생략된 채, 유형분류별 공급자단체별 보험재정에 미치는 영향이 최우선적인 문제로 취급되어 결과적으로 건강보험에서 기여가 큰 의원과 병원이 불이익을 받게 된 것이다.

〈표 3〉 2008년도 요양급여비용 계약여부와 소요재정

| 유형분류 | 계약 당사자 | 계약여부 | 비고 | 소요재정 |
|------|--------|---------|-----------------------|--------|
| 의원 | 의협 | 결렬 | 공단:의협= 2.29%:6.9% | 1,264억 |
| 병원 | 병협 | 결렬 | 공단:병협=1.45% : 3.4% | 944억 |
| 치과 | 치협 | 계약 | 2.9% | 215억 |
| 한방 | 한의협 | 계약 | 2.9% | 281억 |
| 약국 | 약사회 | 계약 | 1.7% | 284억 |
| 조산원 | 간호협 | 계약 | 30.0% | 1억 |
| 보건기관 | 복지부 | (의원 준용) | 2.29% | 24억 |

즉, 표3의 2008년도 요양급여비용 계약여부와 소요재정에서 적시된 바와 같이 조산원의 경우 30%를 인상하더라도 추가재정이 1억밖에 소요되지 않는데 비해 의원과 병원은 2%수준으로 올리는데 약 1,000억의 추가재정이 소요된다는 것이다. 이 점은 보험재정의 비율이 낮은 치과, 한의과, 약국의 경우에도 적용되어 수가인상이 그다지 크지 않다는 의미가 되고, 따라서 어렵지 않게 협상타결이라는 성과를 일궈내는 원인이 된 것으로 짐작할 수 있다.

그런데 유형별 계약의 전략적 포지션 관계를 고려해 볼 때, 치과, 한의과, 약국의 경우 당분간 계속 요양급여비중에서 낮은 비중을 점유할 수밖에 없으므로 보험재정의 논리로 유형별 수가협상이 진행된다면 향후에도 이들 단체의 협상타결은 그리 어렵지 않을 것으로 전망된다.

이상 10월 17일까지 진행된 요양급여비용 계약에서 협상이 결렬된 의원과 병원의 수가 문제를 심의결정하기 위해 복지부는 10월 23일 건정심을 개최하였다. 23일에 개최된 건정심 회의에서는 의원과 병원의 수가와 보험료를 함께 묶어 건정심 제도개선소위원회에서 논의하기로 하였고, 건정심 제도개선소위원회는 의원수가 소그룹[의협, 가입자(민노총), 공익(학계)]과 병원수가 소그룹[병협, 가입자(경실련), 공익(학계)]으로 나누어서 10월 26일부터 11월 13일까지 총 6회의 회의를 개최하여 추가논의를 하였다.

또한 제도개선소위원회에는 공단운영에 직접 책임이 없는 가입자 대표가 포함되게 되어 있어 제도개선소위원회에서도 계속 평행선만 거듭되었고, 결국 11월 21일 건정심의 표결¹²⁾에 의해 결정되었으며, 이 표결은 의협과 병협의 대표가 퇴장하는 가운데 공익대표 제시안을 놓고 진행되어 찬성 17표, 반대 1표로 공익대표안이 최종 가결되면서 2008년도 환산지수 결정에 관한 대단원이 종료되게 되었다.

IV. 고찰

1. 계약주체 적격성의 문제점과 개선방안

1) 계약 당사자로서의 공단 이사장의 문제점과 개선방안

(1) 문제점 고찰

법 제42조 제1항에서 “요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령이 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한다” 라고 되어있으므로 계약주체는 공단 이사장과 대통령이 정하는 의약계를 대표하는 자이다.

12) 공단안과 공급자안으로 건정심 표결이 진행된 것이 아니라 공단안이 아닌 가입자안과 공급자안으로 표결이 진행되었다.

공단 이사장은 법 제20조 제1항에 의해 공단을 대표하며 그 직무를 총괄하게 되어있다. 그리고 공단은 법 제12조에 의해 건강보험의 보험자이고, 법 제13조의 업무범위에 보험급여 관리, 보험급여비용의 지급이 포함되어있다. 따라서 공단 이사장은 자기 결정권을 갖고 의료공급자와 수가계약에 임해야 한다.

그러나 문제는 같은 법 제31조에서 심의·의결기구로 공단에 재정운영위원회를 설치하고 의료공급자와 수가계약을 할 경우에 재정운영위원회의 심의·의결을 거치게 하여 수가계약과 관련한 공단 이사장의 권한을 제한하는 규정을 두고 있다는 것이고, 동 조항은 공단 이사장에게 현실적으로 경영상의 위험을 회피할 수 있는 도피처의 구실을 하고 있다.¹³⁾

이와 관련하여 2001년도의 수가계약의 사례를 분석한 문옥륜 등¹⁴⁾도 공단 재정운영위원회에 의해 공단 이사장의 재량권이 축소되거나 제외되어 협상의 여지가 없이 복지부장관이 수가를 고시하게 된다면 계약제도는 유명무실한 장식품에 불과하게 된다고 지적한 바 있으며, 실제 2008년도 수가계약에 있어서도 공단측의 협상대표자는 협상전략일 수도 있겠지만 오직 재정운영위원회의 가이드라인을 지키는 선에서 협상안을 제안되었고, 만약 그 협상안이 받아들여지면 타결하고 안되면 건정심에서 표결처리하겠다는 식의 통첩을 협상 상대방인 의료공급자단체에게 실제 행사하였다. 뿐만 아니라 그 모든 유형별 협상을 불과 2주일이라는 짧은 기간에 모두 진행시키고,¹⁵⁾ 그것이 결렬되자 예의 건정심회의에 안건을 상정을 건의하였던 것이다. 그러므로 2008년도 수가계약협상도 본질적으로 ‘2001년도의 수가계약협상¹⁶⁾을 재연하는 것에 불과했다’ 라는 비난을 모면하기 어렵다고 할 수 있겠다. 따라서 2000년 제도도입 이후 진행된 수가계약협상에서 공단이 법 제42조 제1항의 규정과 같은 당사자의 역할을 제대로 수행했다고 설명하기에는 상당한 무리가 있으며, 이것은 보험제도 설계상에서 결정적인 흠결¹⁷⁾이라고 아니할 수 없다.

13) 공단 이사장이 수가계약을 하기 전에 재정운영위원회의 가이드라인을 제시받고 그 지침에 의해 협상에 임하지만 한다면 경영상의 책임을 물을 근거가 없게 된다.

14) 문옥륜 등, 앞의 책, p.66

15) 본 저자는 2008 수가협상과 관련하여 실무자로 수가협상 현장에 배석한 바 있다. 앞의 III-2-2) “2008년도 요양급여비용 계약의 경과” 참조

16) 수가계약의 원년에 재정운영위원회가 “기본진료료, 처방조제로 55.4원, 나머지 41.7원”으로 계약의 구체적인 수치를 의결한 바 있고, 이에 따라 공단 이사장은 일주일간 공급자측과 협상을 진행한 후, 협상이 결렬되자 복지부장관에게 수가결정을 건의하여 수가계약이 제대로 성립되지 못하였다.(이상 문옥륜 등, 앞의 책, p.66)

17) 보험은 보험자인 공단이 피보험자인 보험가입자에게 보험료를 거두고 보험사고가 났을 경우 그 보험급여를 책임지는 제도이다. 요양급여비용계약은 보험자인 공단의 필요에 의해 의료공급자와 계약을 체결하는 영역에 속해 있으므로, 수가계약의 당사자는 어디까지나 공단과 의료공급자가 될 수밖에 없다. 다만, 가입자들은 당해 계약관계에서는 제3자의 위치에 있으나, 공단에 대하여 피보험자인 내부 관계자 역할을 할 뿐이다. 그러므로 보험운영을 책임진 보험자인 공단이 계약주체가 되어야 하며, 요양기관과의 계약결과에 대해 보험자는 재정운영위원회 등 가입자단체 대표와 피보험자를 설득해야 하고, 그것을 못하는 보험자는 보험시장에서 도태되는 것이 시장경제의 일반적인 법칙인 것이다.

(2) 개선방안

당연히 수가계약의 권한을 공단 이사장에게 부여하고 공단이사장이 계약에 대한 전적인 책임을 지는 시스템으로 개편해야 한다.

법 제42조 제5항에 적시된 공단 이사장이 의료공급자와 계약을 체결하는 때에는 재정운영위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다는 독소조항은 삭제되어야 하며, 현재 복지부장관에게 부여된 공단에 소속된 재정운영위원회의 위원 위촉권을 공단 이사장에게 부여하여 재정운영위원회는 공단 이사장의 산하 자문기구로 개편하여야 한다.

2) 계약당사자로서 의약계를 대표하는 자의 문제점과 개선방안

(1) 문제점 고찰

이제까지 계약당사자로서 의약계를 대표하는 자에 대한 적격성은 요양기관이 의약계를 대표하는 자에 대해 계약권을 위임하였느냐 하는 문제, 그리고 계약 상대방인 공단 이사장에게 재정운영위원회의 심의의결을 받도록 한 것과 비교하여 공급자의 경우도 계약초안이 마련된 후 사전동의를 받거나 사후승인을 받을 수 있는 기회를 부여하느냐 하는 문제의 측면에서만 논의되었다.¹⁸⁾

그러나 본질적으로 접근해 보면, 법 제40조에서 “요양급여는 다음 각 호의 요양기관에서 행한다” 라고 하고, 각 호의 요양기관은 의료법에 의한 의료기관, 약사법에 의한 약국 등이 라고 명시하고 있다는 점에서 요양급여 서비스 제공 주체자는 의약인이 아니라 요양기관임을 알 수 있다. 그리고 이들 의약인 단체의 경우 정관규정에서조차 건강보험 요양급여비용에 관한 계약위임에 관한 내부근거를 확보하고 있지 않고 있는 상태이다.

다시 말해 의료법에 의한 의료기관은 법 제40조의 규정에 의해 모두 건강보험 요양기관이 되어 요양기관번호를 부여받고, 건강보험 피보험자에 대한 진료의 의무가 발생되며, 건강보험 진료비 청구권을 형성하게 되는 것이므로 요양기관을 배제한 상태에서 의약인 단체가 협상의 당사자로 나설 이유가 없다.

그럼에도 불구하고 법 제42조 제1항에서 “요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자와 계약으로 정한다” 라고 하여, 제40조의 조항과 직접 충돌하게 하여 입법기술상의 문제를 노출하였고, 또한 동조 제2항에서 “제1항의 규정에 의하여 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 요양기관 간에 체결된 것으로 본다” 라고 규정하여 ‘개별 요양기관에 의한 협상’ 및 ‘요양기관을 대표하는 자에 의한 계약협상’ 의 여지를 일체 배제하는 법률적 모순을 확대하였다.

이는 계약에 관한 행정편의에서 비롯된 것이라고 사료되지만 권리와 의무관계에 비추어

18) 문옥륜 등, 앞의 책, p.57~60

불 때 건강보험법이 요양급여의 제공 주체로 진정한 당사자인 요양기관을 내세우지 아니하고 혼선을 야기하게 하였으므로 명백한 법률적 오류이자 일관성의 결여라고 할 수 있다.

(2) 개선방안

요양급여서비스의 제공주체가 요양기관이므로 계약의 당사자는 당연히 요양기관으로 하거나 요양기관으로부터 계약에 관하여 위임을 받은 요양기관 단체의 대표로 개선해야 한다.

2. 계약대상의 선정과 계약방법의 문제점과 개선방안

1) 문제점 고찰

요양급여비용에 포함되는 구성내용에는 진료행위료와 약제비, 진료재료대 등이 있으나 시행령 제24조에서 약제료와 진료재료대는 실구입가 보상원칙에 의해 계약의 대상에서 제외하고 있다.

따라서 계약 대상이 되는 요양급여비용은 진료행위료만이며, 이 경우도 복지부 장관이 결정심의 심의를 거쳐 고시한 상대가치점수로 계약대상이 한정되어 있으므로 계약당사자들은 복지부 장관이 고시한 상대가치점수에 대한 점수당 단가(환산지수)에 집중하여 협상을 진행하면 되고, 이것으로 협상이 종료될 수 있으므로 협상방법이 복잡하지 않다는 측면에서 보면 일응 잘 고안된 방식이라고도 할 수 있다.

그런데 현행의 방식은 계약의 기본 자료가 되는 상대가치점수가 매우 중요하며, 복지부 장관도 이에 착안하여 복지부 장관에 의한 고시절차 수행, 상대가치점수의 전면 개정시 재정 중립에 의해 수가의 인위적인 인상이나 인하가 발생하지 않도록 하도록 하는 등 공정성 유지를 위해 노력하는 모양새를 취하고 있다.¹⁹⁾

그러나 이 상대가치점수가 복지부 장관에 의해 고시되고 있는 실태를 살펴보면, 당초 예상과 달리 요양급여비용계약과 관련하여 1년에 딱 한번만 고시되는 것이 아니라 부분개정의 경우 계약과는 아무 관련성이 없이 장관의 필요에 의해 수시로 개정·시행되고 있어 이 부분이 계약관계에서 사각지대로 남겨져 있다.

이러한 사실은 수가 계약이 외형적으로 양 당사자 간에 진행되고 있지만, 실제 계약의 내용에 대해 복지부 장관은 정책적 판단에 의해 임의조정 및 왜곡이 가능하다는 의미로도 해석될 수 있으므로 복지부 장관의 상대가치 부분개정이 계약에 미치는 영향은 심대하다고 할 수 있다.²⁰⁾

19) 복지부는 공단에 대해 보험제정의 안정적 운영 뿐만 아니라 의료공급자에 대해 보건산업의 선진화, 양질의 의료서비스 제공기반구축에 관한 책무를 함께 하고 있다.

20) 상대가치 점수의 부분개정 및 즉시 시행은 제조업의 상품거래에 비유한다면 구형 상품모델은 수요자와 공급자간 자유거래에 의해 판매 및 구입하지만, 신형 모델의 가격은 정부가 정하는 관제 가격체계로 운영된

상대가치점수는 표5과 같이 2007년 지난 한해에만 하더라도 총 6회에 걸쳐 부분 개정되었으며, 이 상대가치점수의 개정으로 인해 보험재정의 급등 등 재정적자 요인이 발생되었으나 불행하게도 정부와 보험자인 공단이 이에 상응하는 보험료율 인상 등 필요한 조치를 취하였다는 증거를 발견하지 못했다.

〈표 5〉 2007년도 상대가치 부분개정 실적

| 건정심 회의 | 상대가치 개정사항 | 비고 |
|--------|---|---------------------------|
| 1/24 | 인조테이프 요실금시술: 30%인하 | 민간보험 요실금수술 억제 |
| 4/25 | 화상치료 및 전문재활치료 항목 점수인상 기본 물리치료 항목 점수 5%인하 자연분만 및 모유수유 항목 점수인상 장애인 임신부진료 항목 점수인상 | 보장성 강화 |
| 7/12 | 신의료기술 (총 10항목) 상대가치 신설 중환자실 점수 인상 집중치료실 점수 인상 | 보장성 강화 |
| 9/20 | -상대가치 전면개편 -신의료기술(총21항목) 상대가치 신설 | -계약관련 개정작업 -상대가치 단순 신설 |
| 10/23 | 신의료기술(총 7항목) 상대가치 신설 | 상대가치 단순 신설 |
| 11/16 | 신의료기술(총 8항목) 상대가치 신설 | 상대가치 단순 신설 |

〈표 6〉 복지부 장관의 상대가치 이외 보험재정관련 조치사항(2007년)

| 근거 또는 시행 | 각종 조치사항 | 비고 |
|-------------|--|--------|
| 6월부로 시행 | 희귀난치환자 지원 | 보장성 강화 |
| 7/12 건정심 회의 | -치료재료 목록 및 상한금액개정 -약제급여 목록 및 상한금액개정 | |
| 8월부로 시행 | -아동에 대한 외래 본인부담 경감 -영유아 건강검진 시행 | 보장성 강화 |
| 8월부로 시행 | -외래본인부담 정액제 폐지 및 정률제 전환 -차상위의료급여 수급권자의 건강보험 전환 | |
| 9/20 건정심 회의 | -요양병원형 건강보험수가 제정 -치료재료 상한금액 조정 -약제급여 목록 및 상한금액개정 | |
| 10/23 | -치료재료 목록 및 상한금액개정 -약제급여 목록 및 상한금액개정 | |

다는 의미로 이해될 수 있을 것이다. 또한 상대가치 점수의 부분개정에 의한 비용부담은 당해 연도에만 해당되는 것이 아니라 차기년도, 차차기년도로 계속 이월되므로 이에 상당한 보험료 인상이 없다면 건보재정의 불안을 야기하게 된다.

또한 복지부 장관은 상기 상대가치 부분개정 이외에 보험재정에 영향을 미치는 각종 조치를 표6과 같이 시행하고 있는 것으로 나타났으며, 이러한 조치는 결국 보험재정에 압박요인으로 작용하여 차기연도 요양급여계약에서 수가인상율에 부정적인 영향을 미치고 있는 것으로 분석된다.

이처럼 보험재정에 영향을 미치는 조치들이 연중에 수시로 단행되고 있지만 재정부담에 관한 정보가 의료공급자에게 제공되지 않고 있으며, 공단의 가입자측은 계약이외의 건강보험 외형증가를 요양기관의 순수익의 증가²¹⁾로 간주하고 실제 환산지수조정 협상과정에서 의료공급자의 수입증가를 억제하는 도구로 활용하고 있는 실정이다.

2) 개선방안

건강보험 수가협상에 결정적인 영향을 미치는 보험재정은 상대가치전면개정 뿐만 아니라 복지부장관이 수시로 개정고시하는 상대가치점수 부분개정, 보험적용대상자의 변경, 본인부담율의 변경, 약제 및 치료재료대의 개정 등에 의해 재정소요량이 급격하게 증가하고 있다.

특히 급여범위의 확대, 보장성 강화 등의 문제는 한번 확대되면 비가역적으로 작동하고, 매년 보험재정에 누적적으로 작동하므로 일회성의 잉여 보험재정으로는 달성할 수 없고 구조적으로 보험료 등에 반영되어 안정적 재정 확보의 전제 아래에서 추진되어야 한다.

따라서 현행과 같이 수가계약의 대상을 상대가치점수로만으로 한정할 경우, 상대가치점수의 부분개정, 보험적용대상자의 변경, 본인부담율의 변경, 약제 및 치료재료대의 개정이 있을 경우 반드시 소요보험재정 추계를 의무화하고, 보험재정 증가가 수반될 경우 이에 상응하는 보험료율 조정이 연계되도록 제도화하여야 할 것이다.

3. 계약 불체결시 처리방법의 문제점과 개선방안

1) 문제점 고찰

(1) 건정심 구성 및 운영의 측면

현행법에서 협상이 결렬되어 계약이 체결되지 않는 경우에 이를 건정심에서 심의·결정하게 하고, 복지부장관이 그 요양급여비용을 고시하도록 하고 있다. 그러므로 건정심의 구성과 기능 그리고 운영은 매우 중요하다고 할 수 있다.

건정심은 표7의 건정심 위원 구성현황과 같이 가입자 대표 8인에 한노총, 민노총, 경총, 중소기업중앙회, 경실련, 소비자 시민모임, 전농, 음식업중앙회 대표가 참여하고, 의약계 대

21) 병원의 입장에서는 비보험, 비급여 수익이 건강보험 수익으로 전환된 것에 불과한 것이나 가입자측은 순수익의 증가라고 주장하고 있다.

표 8인에 의협(2인), 병협, 치협, 한의협, 간협, 약사회, 제약협이 참여하며, 공익대표 8인에는 복지부, 재경부, 공단, 심평원, 보사연, 학계(3인)으로 구성되어 있다.

〈표 7〉 건정심 위원 구성 현황(2007)

| 구분 | 소속 | 위원의 소속기관의 직위 | 비고 |
|---------------|-------------|--------------|----------|
| 위원장 | 복지부 | 차관 | |
| 가입자 대표(8명) | 한국노동조합총연맹 | 정책본부장 | 근로자 단체 |
| | 민주노동조합총연맹 | 수석부위원장 | |
| | 한국경영자총협회 | 경제조사본부장 | 사용자 단체 |
| | 중소기업협동조합중앙회 | 정책조사본부장 | |
| | 경제정의실천시민연합 | 정책위원 | 시민·소비자단체 |
| | 한국소비자단체협의회 | 상임이사 | |
| | 전국농민단체협의회 | 사무총장 | |
| 의약계 대표(8인) | 의협 | 보험부회장 | 의료계 |
| | | 보험이사 | |
| | 병협 | 보험위원장 | |
| | 치협 | 보험이사 | |
| | 한의협 | 보험이사 | |
| | 간협 | 보험위원장 | |
| | 약사회 | 상근이사 | |
| 공익 대표(8인) | 한국제약협회 | 부회장 | |
| | 복지부 | 보험연금본부장 | 공무원 |
| | 재경부 | 경제정책국장 | |
| | 공단 | 재무상임이사 | |
| | 건강보험심사평가원 | 개발상임이사 | 전문가 |
| | 한국보건사회연구원 | 사회보장연구실장 | |
| | 한국보건산업진흥원 | 의료산업단장 | |
| | 경북대학교 | 교수 | |
| 연세대학교 | 교수 | | |

이러한 구성은 구성자체의 공정성에 문제가 있다고 하겠다. 즉, 의료수요자, 공급자, 공익의 차원에서 볼 때, 복지부는 의료제도 전반을 관장하므로 예외로 할 수 있다고 할 수 있겠지만, 비용지불의 책임이 있는 공단, 재경부가 공익대표로 활동한다는 것은 이해되기 어렵

다. 특히 수가계약의 당사자인 공단이 건정심에서 당사자로 활동하는 것이 아니라 공익대표의 역할을 맡는다는 것은 부적절하며, 공정성 등에 있어서 치명적인 흠결요인이 된다고 하겠다.²²⁾

그리고 계약불체결시 건정심에서 심의·의결토록 되어있는데 2008년 수가계약 결렬의 사례와 같이 의원의 수가문제에 대해 공급자로 병협, 치협, 한의협, 약사회 등의 대표가 참여한다면, 병원의 수가문제에 대해 역시 의협, 치협, 한의협, 약사회 등이 참여하는 방식은 합당한 방식이라고 할 수 없다.

따라서 현재 건정심에서 계약결렬의 경우 표결로 심의결정하는 현행의 방식은 부적합하며, 독일²³⁾과 같이 하루빨리 공정하며 객관적으로 계약을 중재할 수 있는 별도의 기구를 설립하여야 할 것이다.

(2) 공단 재정운영위원회 구성 및 운영의 측면

재정운영위원회는 보험자의 업무중 가장 핵심적인 보험재정과 관련된 사항을 담당하고, 특히 요양급여비용의 계약과 보험료의 결손처분 등을 심의·의결하므로 보험자인 공단의 보험경영에 있어 최고의 의사결정 기구이다.

그런데 이 기구의 위원구성은 표8과 같이 직장가입자 대표 10인, 지역가입자 대표 10인, 공익대표 10인으로 구성되어 있어 공단이 개입될 여지가 적다. 또한 각 위원을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하게 되어있어 공단에 설치된 위원회라고 하기보다 사실상 복지부의 기구라고 하는 편이 옳을 것이다.

또한 전술한 바와 같이 재정운영위원회는 법 제42조 제5항의 “계약에 앞서 반드시 재정운영위원회의 심의·의결을 받도록 하는 공단 이사장의 재량권 제한” 규정으로 수가계약의 실질적 업무를 담당하는 등 막강한 힘을 보유하고 있다.

이와 같은 재정운영위원회에 대해 복지부 건강보험 미래전략위원회²⁴⁾는 위원의 구성이

22) 의료수요자, 의료공급자, 공익의 비율로 볼 때 10:8:6으로 의료공급자 대표의 수가 의료수요자 대표의 수보다 적어서 협상결렬시 의료수요자와 의료공급자의 이해관계를 중립적으로 조정·중재하는 역할을 수행하기가 어렵게 되어 있다.

23) 독일은 질병금고와 공급자의 연합위원회를 구성하여 운영하고 있고, 위원은 9명의 대표가 양측에서 같이 나오며 양측에서 각각 제안한 중립위원이 2명이 있고 중립위원은 양측에서 인정을 받아야 한다. 또한 급여의 보장을 위해 계약이 체결되지 않은 경우 즉 분쟁시에는 중재할 수 있도록 중재위원회가 구성되어 있고 중재위원회는 보험자연합회와 보험의협회 각 3명씩의 위원과 3명의 중립적 위원(한 명은 중립적 의장)으로 구성되며, 중립적 의장과 위원은 양측의 합의로 정하되 합의가 이루어지지 않으면 추첨으로 결정된다. 중재위원은 명예직 수행자이고 어떤 지시에도 구속되지 않고 있다.(문옥륜 등, 앞의 책, p. 146 및 p.164에서 재인용)

24) 건강보험 미래전략위원회 2007. “건강보장 미래전략” 「차세대건강보장혁신위원회 보고자료」 보건복지부. p8~9

가입자를 잘 대표하는지 그리고 위원을 선정하는 과정이 투명하고 민주적인 절차를 따르는 지에 대해서는 다소 회의적으로 평가된다고 하였고, 또한 정책결정의 구조가 수가계약과 건정심 의결 2단계로 되어있어, 1단계 계약에 최선을 다할 유인이 미흡하며 건정심의 의결을 앞두고 수가계약을 전략적으로 이용하는 경향도 나타난다고 입장을 발표하기도 하였다.

〈표 8〉 공단 재정운영위원회 위원구성 현황(2007)

| 구분 | 소속 | 위원의 소속기관의 직위 | 비고 |
|-------------------|-----------------|--------------|----------------------------------|
| 직장가입자 대표 (10인) | 한국노동조합총연맹 | 사무총장 | 노동조합(5인) |
| | 전국공공노동조합총연맹 | 위원장 | |
| | 전국금융산업노동조합 | 위원장 | |
| | 전국민주노동조합총연맹 | 부위원장 | |
| | 전국공공운수사회서비스노조연맹 | 사무처장 | |
| | 전국경제인연합회 | 경제본부 상무 | 사용자단체 (5인) |
| | 한국경영자총협회 | 상무이사 | |
| | 중소기업중앙회 | 정책개발본부장 | |
| | 대한상공회의소 | 조사본부장 | |
| | 중앙인사위원회 | 성과후생국장 | |
| 지역가입자 대표 (10인) | 전국농민단체협의회 | 회장 | 농어업인단체 (3인) |
| | 한국여성농업인중앙연합회 | 사업부회장 | |
| | 수산업협동조합중앙회 | 지도관리Ⅱ 상임이사 | |
| | 한국민족예술인총연합 | 사무총장 | 자영업자단체 (3인) |
| | 전국개인택시운송사업조합연합회 | 회장 | |
| | 한국음식업중앙회 | 중앙회장 | |
| | 건강세상네트워크 | 대표 | 소비자 및 시민 단체(4인) |
| | 한국소비자연맹 | 사무총장 | |
| | 경제정의실천시민연합 | 정책위원 | |
| | 참여연대 | 사회복지위원 | |
| 공익대표 (10인) | 복지부 | 보험연금본부장 | 관계공무원 (3인) |
| | 재경부 | 경제정책국장 | |
| | 기획예산처 | 사회재정기획단장 | |
| | 한국보건사회연구원 | 연구경영혁신본부장 | 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 자(7인) |
| | 한국조세연구원 | 대외협력팀장 | |
| | 한국보건산업진흥원 | 보건의료산업단장 | |
| | 서울시립대학 | 교수 | |
| | 경북대학 | 교수 | |
| | 심평원 | 개발상임이사 | |
| | 공단 | 재무상임이사 | |

(3) 건정심과 공단 재정운영위원회의 위원 중첩문제 측면

추천기관별로 재정운영위원회 위원과 건정심 위원을 분류하여 비교한 것이 표9이다. 이 표는 건정심 위원 25명중 위원장과 의약계 대표 9인을 제외한 총16인의 가입자 대표와 공익대표중에서 총14인이 재정운영위원회 구성 위원과 동일한 기관에서 추천된 인사로 구성되어 있음을 지적하고 있다.

또한 동일기관 추천위원 14인중에는 총 9명의 동일인이 건정심 위원으로 참여하고 있고, 동일인을 추천하지 않은 5개의 기관의 경우는, 차하위의 직급의 인사가 건정심에 추천되어 있는 것으로 나타났다.

<표 9> 추천기관별 재정운영위원회와 건정심 위원구성 현황(2007)

| 추천기관 | 재정운영위원회 | 건정심 | 비고 |
|---------|---------|------|--------|
| 한국노총 | 사무총장 | 본부장 | 직계 하위자 |
| 민노총 | 부위원장 | 부위원장 | 동일인 |
| 경총 | 상무이사 | 본부장 | 직계 하위자 |
| 중소기업중앙회 | 본부장 | 본부장 | 동일인 |
| 전농 | 회장 | 사무총장 | 직계 하위자 |
| 음식업중앙회 | 중앙회장 | 부회장 | 직계 하위자 |
| 경실련 | 정책위원 | 정책위원 | 동일인 |
| 복지부 | 본부장사 | 본부장 | 동일인 |
| 재경부 | 국장 | 국장 | 동일인 |
| 보사연 | 본부장 | 실장 | 직계 하위자 |
| 보건산업진흥원 | 단장 | 단장 | 동일인 |
| 대학 | 교수 | 교수 | 동일인 |
| 심평원 | 이사 | 이사 | 동일인 |
| 공단 | 이사 | 이사 | 동일인 |

이와 같은 위원 구성은 재정운영위원회가 건정심을 실효적으로 장악하고 있다는 사실을 뒷받침하는 강력한 증거이다.

이런 식의 위원 중첩위축 방식은 만일 재정운영위원회에서 어떤 사항에 대해 먼저 의사결정 하였다면, 동일한 위원이 다시 건정심에 위원으로 참석하여 재정운영위원회의 그 결의사항을 다시 관철할 수 있도록 보장하는 구조이다.

뿐만 아니라 재정운영위원회에 참여한 공익대표의 경우는 동일인이 다시 건정심에서도 공익대표로 참여하도록 하였는바, 이들 동일인 공익대표의 경우는 건정심에는 공익대표로 참석하기보다는 재정운영위원회 대표자격으로 참여했다고 하는 편이 옳을 것이다. 왜냐하면 재정

운영위원회에서 어떤 결정을 하였다고 하면 그 결정사항은 그 자리에 참석한 건정심 공익대표(중첩위촉)의 입장도 일부 반영된 그러한 최종입장이기 때문에 당연히 건정심회의에서 공익대표는 공단측에 편향된 의사결정을 할 수밖에 없기 때문이다.

따라서 건정심 공익대표의 경우도 공정한 인물로 구성·위촉된 것이라고 할 수 없다. 이러한 위원 구성의 구조적 문제라는 배경을 디딤돌로 하여 재정운영위원회는 2007년 11월 건정심 회의에 수가협상에서 협상이 결렬된 의원과 병원에 대해 불이익을 줘야한다는 재정운영위원회의 입장을 공식적으로 건의²⁵⁾하는 등 건정심 의사결정에 심대한 영향을 미치기도 하였다.

사실 따지고 보면 2008년도 수가협상에서 치협과 한의협이 계약에 동의한 것도 이러한 건정심의 구조적 모순을 미리 읽었기 때문인 것이다. 다시 말해, 치협과 한의협의 입장에서 계약이 결렬되어 건정심에 가게 되면, 그나마 보장된 2.9% 마저 잃을 수 있다는 우려²⁶⁾ 때문에 그런 전략적 선택을 한 것일 뿐, 양자가 동일한 정보를 갖고 공정한 배심원이 있는 상태에서 수가협상 게임을 진행한 것이 아니기 때문이다.

한편, 이에 비해 의협과 병협은 전체 수입에서 건강보험의 비중이 높고, 또한 공단이 제안한 열악한 수가를 인정한다는 것은 자기모순이 되기 때문에 치과와 한의과가 취한 포지션을 가질 수 없다는 사정도 읽을 수 있다.

그러나 문제가 되는 것은 이러한 구조 즉, 공급자에게 불리하고 또한 공급자중에 건강보

25) 공단 재정운영위원회가 건정심에 정식 건의한 사항은 다음과 같다.

- ① 2008년도 평균 수가조정율은 2% 미만에서 결정되어야 함
- ② 수가계약단계에서 공단이 최종적으로 제시한 수가보다 낮은 수준에서 수가 결정되어야 함

공단 재정운영위원회가 상기와 같은 내용을 직접 건정심에 공식적으로 건의하는 모양을 취한 이유로 공급자가 계약을 결렬시키고 건정심에서 더 높은 수가인상율을 획득할 경우 차기년도부터 계약에 대한 유인이 사라지기 때문이라고 주장하였다. 그러나 이런 관례가 계속 인정될 경우, 협상과정에서의 공단 재정운영위원회가 공단 이사장의 권한을 과도하게 제한하는 법적인 모순에 그치지 않고, 그 모순이 그대로 건정심에서도 재연되어 건정심 심의의 공정성을 의심하게 하는 또 다른 중대 문제를 야기할 것으로 사료된다.

- 26) 전형적인 죄수의 딜레마 게임이론이 적용된 사례이다. (a) 범인 2명 모두 자백했을 경우 각각 징역 8년형, (b)범인 2명 모두 자백하지 않을 경우 모두 징역 1년형, (c)범인 1명만 자백한 경우 자백한 범인은 집행유예, 자백하지 않은 범인은 징역10년형이라는 전제아래에서 2명의 범인이 취하는 행동의 게임을 죄수의 딜레마 게임이라고 한다. 보통 이 게임에서 두 범인 모두가 서로 배신하고 자백하게 되어, 모두 징역 8년형을 받는 것으로 마무리된다.

그러나 수가협상의 경우와 같이 전체 진료수입중 건강보험에 대한 수입의 비중이 절대적으로 높은 의협과 병협이 정황상 끝까지 자백(협상타결)하지 않을 것이 거의 명확하게 예상된다고 할 때, 치협과 한의협은 자백(협상타결)하여 집행유예(환산지수 +@라는 실리)라는 선물을 놓칠 이유가 없다. 즉, 치협과 한의협의 입장을 고려할 때 계약이 결렬될 경우 그나마 보장된 2.9%의 수가인상도 물거품이 될 수 있다는 생각이 밑바탕에 깔려 수가협상이라는 전략적 선택을 결정한 것이다.

협 비중이 큰 의원과 병원에게 특히 불리한 건정심의 구조가 내년, 내후년 등에도 계속 될 수 있다는 것이다.

따라서 이처럼 파행적으로 운영되는 건정심과 재정운영위원회는 정상화되어야 하며, 수가 계약과 관련하여 별도의 중재기구²⁷⁾를 하루빨리 신설하여야 한다.

2) 개선방안

현행, 계약 불체결시 건정심에서의 조정은 무리가 있다.

위에서 살펴본 바와 같이 지난 8년간 건정심과 공단 재정운영위원회가 위원중첩 등 행정 편의적이며 파행적으로 운영되었으며, 이것이 지난 8년간 수가 계약결렬의 직간접적 원인이 되었다는 점이 첫째이고, 그 둘은 기능적으로 볼 때에도 건정심의 경우, 심의기능과 조정기능이 부여되어 있으나 본질적으로 심의기능과 조정기능은 그 성격이 상이하므로 같은 위원으로 구성할 이유가 없다는 점이다. 그 셋은 무엇보다 2008년도부터 시행된 유형별 계약추진 등으로 1:1계약에서 단일 보험자와 복수 유형대표 간 복합계약으로 계약환경이 변화되었다는 점 등에서 그렇다는 것이다.

따라서 기존의 건정심에는 심의기능만 담당토록 하고, 조정기능은 따로 독립시켜 조정위원회가 담당토록 제도개선하여, 계약제가 실질적으로 명실상부하게 작동하도록 하루빨리 정상화시켜야 한다.

새로 신설되는 조정위원회는 계약이 유형별로 진행된다는 점에 착안하여 유형별로 공단 3인, 요양기관 3인, 공익 3인으로 구성운영토록 하고, 매년 수가협상 개시에 앞서 계약결렬에 대비한 중재협약서 교환, 조정위원 추천 및 조정위원에 대한 기피신청권 인정 등을 제도화한다면, 민주적이고 원만한 수가협상의 보장은 물론 건강보험 주요주체인 보험자와 요양기관

27) 조정은 국가기관인 법원과 조정위원회가 분쟁당사자를 중재하여 화해의 성립을 원조, 협력제도로 가사조정(가사조정법 제50조), 민사조정(민사조정법 제2조) 등이 있으며, 조정이 성립될 경우 재판상 화해와 동일한 효력을 가진다.

이해 비해 중재는 ‘당사자가 일정한 권리관계에 관한 분쟁에 대하여 제3자인 중재인에게 그 해결을 맡겨 중재인의 판정에 복종할 것을 약정하고 그에 터잡아지는 절차’ 내지 ‘사인간의 분쟁해결을 역시 사인인 제3자에 의한 판정에 따르기로 미리 합의하는 것으로서 중재법에 근거를 두고 있다. 중재가 성립하기 위해서는 중재합의가 있어야 하고(중재법 제2와 제8조), 중재는 확정판결과 동일한 효력이 있으며, 중재계약이 존재함에도 소를 제기하면 소의 이익이 없어 각하된다. 요컨대 중재는 조정과 달리 불복할 수 없고, 다만 중재법 제36조와 같이 일정한 경우 중재판청취소의 소를 제기할 수 있다는 점에서 차이가 있다.

중재제도는 독일 의료보험 사례를 참고한 것으로 독일에서 계약이 체결되지 않은 경우 중재위원회가 구성원의 과반수의 의결로 3개월 내에 그 계약내용을 정하도록 되어 있다. 보험의협회와 보험자연합회는 공동으로 중재위원회를 두며, 그 구성은 보험자연합회와 보험의협회 각 3인의 위원과 3인의 중립적 위원(한 명은 중립적 의장)으로 구성되며 중립적 의장과 위원은 양측의 합의로 정하되, 합의가 이루어지지 않으면 추천에 의해 결정하고 있다.(이상 문옥륜 등 전개서 재인용)

간 건강보험 발전에 관한 목표를 공유 등으로 파트너십 형성에 기여할 것으로 본다.

V. 요약 및 결론

2000년 7월 국민건강보험법의 시행과 더불어 도입된 요양급여비용 계약제에 대해 관련 근거법령과 지난 8년간의 실제 운영실태 등을 살펴본 결과, 요양급여비용 계약제는 허울만 있었을 뿐, 실제 요양급여비용은 건강보험정책심의위원회(건정심)를 통해 모두 표결로 결정되고 있었다.

그리고 이처럼 법에서 정한 바와 같이 요양급여비용이 당사자간 계약에 의해 결정되지 않고 매년 계약결렬을 이유로 건정심에서 결정되고 있는 저간의 사정에는 건강보험 계약제 설계의 구조적 문제뿐만 아니라 실제 운영 과정에서도 많은 행정편의와 무리가 확인되었다.

그 내용을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 요양급여비용 계약제를 도입하면서 보험자로서 계약당사자의 한축을 담당하는 공단 이사장에게 계약에 관한 실질적인 권한을 부여하지 않음으로써 보험자로서의 공단의 역할이 제한될 수밖에 없었다.

둘째, 역시 계약 당사자의 다른 한축인 요양급여기관에 대해 그 계약권이 부여되어 있지 않고, 직능인인 의약인 단체의 대표에게 계약권을 부여한 계약주체의 미스매칭이 있었다.

셋째, 계약의 대상으로 되어 있는 상대가치점수가 실제 계약에 의하지 않고도 결정고시되는 사각지대가 있었으며, 이러한 편법적 부분개정고시로 인해 보험재정에 있어 커다란 압박요인이 초래되었고, 이것이 다시 요양급여비용 계약에 있어서 병의원 환산지수 인상에 부정적인 영향을 미쳤다.

넷째, 계약 불체결시 현행 건정심에서 심의결정하는 방식은 건정심 위원 구성의 불합리 문제 뿐만 아니라, 실제 운영에 있어 건정심과 공단 재정운영위원회의 위원 중복위촉 또는 동일기관 추천 등 행정편의적이며 작위적인 측면이 있었고, 또한 계약결렬시에 조정기능을 맡은 건정심이 공단 재정운영위원회에 의해 장악되어 있는 등의 사실로 판단할 때, 요양급여비용계약의 조정에 있어 공정성과 객관성이 보장되지 않았다고 할 수 있다.

다섯째, 지난 8년간 건정심 운영결과, 제도과 운영의 잘못으로 공단 가입자 대표에 의하거나 공급자 대표에 의하거나 간에 매년 회의 보이콧, 퇴장 등 파행이 반복되었고, 또한 그러한 파행은 기실 구조적 문제에 기인되므로 향후에 개선된다는 기대를 할 수 없었다.

따라서 현행 건강보험 요양급여계약제는 다음과 같이 개선하여 21세기 선진 의료문화의

창달에 기여하여야 한다.

첫째, 요양급여계약의 당사자는 요양급여비용을 지급하는 보험자인 공단과 요양급여비용을 청구하는 요양급여기관이 될 수밖에 없다. 따라서 이들에게 실질적인 계약 당사자 적격성을 보장해야 한다.

둘째, 상대가치점수 부분개정, 약제·치료재료 등 요양급여계약에서 제외되는 보험급여범위에 관한 사항을 조정하고자 할 경우에는 보험재정 확보방안과 보험료 조정에 관한 사항을 함께 병합·심의하여야 한다.

셋째, 계약 당사자간 원만한 계약체결과 계약불체결시 조정·중재제도를 통해 문제를 해결하는 선진적인 구조를 만들어야 한다.

넷째, 요양급여비용계약제는 국민소득 2만불 시대를 살고 있는 대한민국 국민이 지향해야 할 선진화의 과제라는 측면에서 이상 앞에서 지적한 하드웨어적 측면이외에 소프트한 측면도 함께 강구되어야 할 것이다. 특히 공급자 단체의 경우, 아직 계약을 담당하고 있는 인력이 극소수이고(2000년 이전 수가고시제 당시의 인력인프라), 조직구조 역시 계약제를 체계적으로 준비하기 어려운 상태에 머물러 있는 상태라는 점을 직시해야 한다.

그리고 요양급여계약이 1회에 그치는 것이 아니고 매년 되풀이 되는 과정을 거치고 비교적 장기간의 협상시간이 소요된다는 측면에서 요양기관과 공단은 요양급여비용계약의 합리적인 운영을 위한 공동협의체 구성운영하고 건강보험의 비전 공유 등을 위한 구체적 행동을 적극적으로 추구해야 할 것이다. 그것은 협의회 운영과정에서 계약 당사자는 비록 상반되는 이해를 갖고 있지만 장기적인 관점에서 의견교환과 목표를 함께하다보면, 그 과정에서 건강보험의 발전과 우리나라 의료제도의 선진화라는 쌍방의 목표를 서로 인식하게 되며, 그럼으로써 국민건강이라는 최종 목표를 향해 상호 신뢰와 협력의 싹을 키워나갈 수 있기 때문이다.

참 고 문 헌

- 문옥륜, 권순만, 정재훈 2001, 『건강보험 수가계약제 개선방향에 관한 연구』 국민건강보험공단·서울대학교 보건대학원
- 박길준, 손명세, 안춘수, 전광석 2005 『요양급여비용 단체계약제로의 전환을 위한 합리적 방안연구』
- 박길준 2004, “새로운 건강보험계약제도의 구체적 내용” 「건강보험 단체계약제 도입을 위한 공청회」 대한의사협회
- 건강보장 미래전략위원회 2007. 『건강보장 미래전략』 차세대건강보장 혁신위원회 보고서

료, 보건복지부

- 미래정책연구회 2007, 『의료선진화를 위한 개혁방안-소비자 선택과 만족을 보장하는 의료』
- 김진현 외 7인, 2007, 『2008년도 유형별 환산지수』 국민건강보험공단·서울대학교
- 김기홍 2002. 「한국인은 왜 항상 협상에서 지는가」 서울: 굿인포메이션
- 최희경 2007. 『건강보험수가 결정과정의 정치경제학』 보건과 사회과학 제22집(2007)
- 최병호 2007. “요양기관 계약제 도입검토-건강보험 요양기관과 보험자의 관계: 지정제와 계약제” 「2007년도 한국보건경제·정책학회 토론회」 한국보건경제·정책학회
- 김한중 2003. 『건강보험 장기발전모델에 관한 연구』 연세대학교 의과대학 예방의학교실·국회 보건복지위원회
- 이규식 2004. “요양기관 계약제와 의문화” 「계간 의문화 여름호」 대한내과의사회
- 대한의사협회 2000-2007 각 연도별 내부자료
- 보건복지부 2000-2007 건강보험정책심의위원회(건강보험심의위원회 포함) 각 회의자료 및 회의록
- 대한의사협회 2007. 「정관 및 제규정」

[법률]

- 국민건강보험법(법률 제5854호). 1999. 2. 8
- 국민건강보험법(법률 제8153호). 2006. 12. 30
- 국민건강보험법 시행령(대통령령 제16853호). 2000. 6. 23
- 국민건강보험법 시행령(대통령령 제 20288호). 2007. 9. 27
- 국민건강보험재정건전화특별법(법률 제6620호). 2002. 1. 19