



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

석사학위논문

국가의 국민건강보호의무와
건강보험제도에 대한 법적 연구
- 국민건강보험법을 중심으로 -

제주대학교 대학원

법 학 과

고 관 혁

2014년 2월





국가의 국민건강보호의무와 건강보험제도에 대한 법적 연구

- 국민건강보험법을 중심으로 -

지도교수 고 호 성

고 관 혁

이 논문을 법학 석사학위 논문으로 제출함

2014년 2월

고관혁의 법학 석사학위 논문을 인준함

심사위원장 양 석 완 인

위 원 송 석 언 인

위 원 고 호 성 인

제주대학교 대학원

2014년 2월

A Study on the State Duty of the Protection Health of people
and the Health Insurance System Improvement
- Focused on the Korean National Health Insurance Act -

Gwan-Hyeok Ko
(Supervised by professor Ho-Sung Koh)

A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement
for the degree of Master of Law

2014. 2

Department of Law

GRADUATE SCHOOL

JEJU NATIONAL UNIVERSITY



목 차

제1장 서론	1
제1절 연구의 목적	1
제2절 연구의 범위와 방법	3
1. 연구의 범위	3
2. 연구의 방법	4
제2장 국가의 국민건강보호의무에 대한 헌법적 근거	5
제1절 건강과 질병의 개념	5
1. 건강의 개념	5
2. 질병의 개념	11
제2절 국민건강보호의무의 의의	13
1. 국민건강보호의무의 근거규정	13
2. 국민건강보호의무의 내용	15
3. 국민건강보호의무의 법적성격	18
4. 국민건강보호의무 관련 법령	23
제3절 사회국가원리와 국가의 국민건강보호의무	24
1. 사회국가원리의 개념	24
2. 우리 헌법의 사회국가원리	25
3. 사회국가원리와 국민건강보호문제	27
4. 사회국가원리 실현수단으로서 공적 건강보험	27
제4절 주요국의 공적 건강보험제도	29
1. 공적 건강보험제도의 유형	29
2. 영국의 국민보건서비스체계	30
3. 독일의 건강보험제도	33
4. 미국의 공적 건강보험과 의료보험개혁	38
5. 시사점: 미국의 의료보험개혁이 갖는 의미	45

제3장 우리나라 건강보험제도의 개관	47
제1절 국민건강보험법제의 변천과정과 특징	47
1. 국민건강보험법제의 변천과정	47
2. 국민건강보험법제의 특징	50
제2절 국민건강보험의 기본구조	53
1. 적용대상: 전 국민	53
2. 보험급여	53
3. 관리운영체계	56
4. 재 정	56
5. 진료비지불제도	57
제3절 국민건강보험의 보장성 관련 현황	58
1. 국민건강보험의 보장성 수준	58
2. 국민건강보험의 보장성 확대 과정	59
3. 국민건강보험의 재정 현황 및 전망	62
제4장 건강보험제도의 운영실태와 법적·제도적 문제점	64
제1절 국민건강보험의 보장성 관련 문제점	64
1. 의료사각지대를 유발하는 높은 본인부담률	64
2. 보험급여 구조상의 문제: 3대 비급여(Big3)의 존재	67
3. 국민건강보험 재원 총량의 부족	79
제2절 보험료 부과체계의 이원화에 따른 부담의 형평성 문제	82
1. 보험료 부과체계의 현황	82
2. 보험료부과체계의 문제점	83
제3절 보험료 결정에 있어서 가입자 자치의 문제	85
1. 재정운영위원회의 역할 및 기능 약화	85
2. 재정운영위원회 위원의 대표성 문제	88
제4절 진료비심사의 부실운영으로 인한 재정 누수의 문제	89
1. 국민건강보험 진료비심사의 의의	89
2. 국민건강보험 및 주요외국의 진료비심사체계	91
3. 국민건강보험 진료비심사의 문제점	95

제5장 국민건강보험의 법적·제도적 발전방안	98
제1절 국민건강보험의 보장성 강화	98
1. 보장성 강화 목표: 건강보험 보장률 80%	98
2. 비급여서비스의 건강보험 급여화 추진	99
3. 요양급여비용에 대한 본인부담비율의 인하	101
4. 상병수당제의 도입	102
제2절 국고지원 확대를 통한 국민건강보험의 재정건전화	103
1. 국고지원 방법상의 개선방안	104
2. 소비기준 건강세의 신설을 통한 국고지원 재원 확보	105
제3절 부과체계 단일화로 보험료 부담의 평등원칙 실현	106
1. 보험료 부과체계 단일화의 기본원칙	106
2. 보험료 부과체계 단일화에 따른 고려사항	106
제4절 보험료 결정과정에서의 가입자자치 실현	108
1. 재정운영위원회를 가입자위원회로 전환	108
2. 재정운영위원회 등의 위원선임 방법 개선	108
제5절 국민건강보험의 진료비 청구 및 심사체계 개선	109
1. 국민건강보험의 진료비 청구절차 개선	109
2. 진료비 심사기관과 보험자의 기능적 통합	110
제6장 결 론	113
참고문헌	119
Abstract	133



표 차 례

<표 1> 국민건강보험법제의 주요변천연보	49
<표 2> 2013년 6월 기준 건강보험 및 의료급여 적용현황	53
<표 3> 요양기관별 본인부담액 기준표	55
<표 4> 최근 5년간 건강보험 보장률 변화 추이(2006-2011)	58
<표 5> 2011년도 비급여 본인부담률 항목별 구성비	58
<표 6> OECD 국가별 GDP대비 국민의료비 지출비율(2011년 기준)	59
<표 7> 연도별 건강보험 급여확대 항목(2004-2013)	61
<표 8> 연도별 국민건강보험 재정현황(2001-2012)	62
<표 9> 건강보험지출 및 보험료율 전망(2015-2050년, 기준연도=2009)	63
<표 10> OECD 국가별 국민의료비 중 가계부문 지출비율(2011년 기준)	66
<표 11> 선택진료제의 변화과정	69
<표 12> 의료기관 종별 선택진료 운영 현황(2013년 3월 기준)	70
<표 13> 상급병실료 제도의 주요 변천 과정	74
<표 14> 의료기관 종별 상급병실 운영 현황(2013년 3월 기준)	75
<표 15> 요양기관 종별 일반병상 비율(2013년 5월 기준)	76
<표 16> 요양기관종별 상급병실료 현황(2012년 기준)	77
<표 17> 요양기관종별 평균 병실차액(2013년 5월 기준)	77
<표 18> 의료기관 간병서비스 이용률(2012년 기준)	78
<표 19> OECD 국가의 보험료율 추정치	79
<표 20> 국민건강보험에 대한 연도별 국고지원 현황(2001-2012)	80
<표 21> 주요국가의 보험재정에 대한 국고지원 비율	81
<표 22> 2013년도 부험료 부과체계 현황	82
<표 23> 직장과 지역가입자 간의 보험료 부담 비교	83
<표 24> 연도별 전문심사 조정실적(2007년-2010년)	95
<표 25> 공공재원 비중에 대응하는 건강보험 보장률	98
<표 26> 주요국의 상병수당 적용범위, 급여대상 및 급여기간	102
<표 27> 상병수당 도입을 위한 국민건강보험법 개정안	103

그림 차례

[그림 1] 국민건강보험의 관리운영체계	56
[그림 2] 진료비 심사에 있어서 관리주체별 역할	91
[그림 3] 진료비심사 업무처리 흐름도	92
[그림 4] 대만의 진료비심사 시스템도	93
[그림 5] 독일의 진료비심사 시스템도	94

제1장 서론

제1절 연구의 목적

사람이 건강하게 사는 것은 사람으로서 삶의 유지를 위한 기본적 조건이므로, 질병에 걸리거나 부상을 당했을 때 이를 회복시켜주는 수단으로서의 보건의료서비스는 인간의 생활에 필요한 가장 기본적인 욕구의 하나이다. 따라서 이 욕구를 해결하는 보건의료정책은 당연히 현대국가의 가장 중요한 과제가 되어 왔다.

우리 헌법은 제36조 제3항에서 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 규정하여 국가의 국민에 대한 건강보호의무를 천명하고 있다. 즉, 국민은 건강에 대하여 국가의 보호를 받을 헌법상의 권리인 건강권을 가지게 된다. 이에 따라 우리나라에서는 국민의 건강보호를 도모하기 위하여 여러 가지 다양한 보건의료정책과 관련제도를 운영하고 있는데, 그 중에서 가장 대표적인 건강보장제도는 사회보험으로서의 건강보험제도이다.¹⁾

본 연구는 우리나라에서 국민의 건강보호를 위한 수단으로 국민건강보험법에 의하여 실시되고 있는 건강보험²⁾제도의 운영 실태를 파악하여 그 미흡한 점의 개선을 위하여 필요한 사항들을 지적함으로써 제도의 개선을 도모하기 위한 것이다. 특히, 현재 우리나라 건강보험의 보장성이 OECD 주요 선진국에 비하여 매우 낮은 상태임을 확인시킴으로써 보장성 향상을 위한 국가의 노력을 촉구하고, 이에 따른 재원을 확충하기 위한 국가의 역할에 대한 정당성의 근거를 제시하는 것을 주요 목적으로 한다.

- 1) 우리나라는 1989년 7월 1일부터 전국민건강보험이 실시되어 의료급여수급자를 제외한 모든 국민이 건강보험제도에 의한 건강보장을 받고 있다. 국토교통부에서 관장하는 자동차보험도 특히 책임보험의 경우 일정 부분 건강보장의 역할을 하고 있지만 민간보험회사가 운영하는 만큼 사회보장의 논의에서는 제외하는 것이 보통이며, 고용노동부가 관장하는 산업재해보상보험은 대상자가 국한되어 있기 때문에 사실상 건강보장의 대부분은 건강보험제도를 통해 이루어지고 있고 의료급여제도가 일정 부분 보충하고 있다.
- 2) 2000년 7월 1일 국민건강보험법 시행 이전에는 의료보험법, 공무원및사립학교교직원의료보험법, 국민의료보험법 등에서 “의료보험”이라는 용어를 사용하였으며, 국민건강보험법이 시행되면서 법적으로 “건강보험”이라는 용어를 사용하게 되었다. 그러나 이 논문에서는 국민건강보험법 시행 이전과 이후시기를 구분하지 않고 ‘건강보험’이라는 용어로 통일하기로 한다.

우리나라의 건강보험은 1977년에 도입된 이후, 1989년에는 세계 어느 국가에서도 볼 수 없는 짧은 기간인 만 12년 만에 전국민건강보험을 실현하였다. 뿐만 아니라 2000년에는 건강보험 조직통합이 단행되어 보장성 강화를 위한 기반이 조성되었으며, 2005년부터는 건강보험의 보장성을 강화하려는 정부의 노력이 본격화되는 등 지난 36년간 큰 성과를 거두었다. 건강보험제도 도입 이전에는 몸이 아파도 돈 때문에 쉽게 의사를 만날 수 없었으나 지금 대부분의 국민들은 건강보험제도 덕분에 아플 때 병원을 쉽게 이용하고 있다. 우리나라 국민의 건강수준 향상에 건강보험제도가 기여한 바가 크다는 사실은 어느 누구도 부인할 수 없을 것이다.³⁾ 특히, 2010년 봄 미국의 오바마 대통령이 의료보험개혁을 단행하면서 우리나라 건강보험을 모범사례로 거론하는 등 다른 나라에서 부러워할 만큼 세계적으로 인정받는 제도로 발전하였다고 볼 수 있다. 그러나 이러한 급속한 발전과 보장성 강화 노력에도 불구하고, 현재 우리나라의 건강보험체계는 아직 개선해야 할 많은 과제들이 있다.

사회보험으로서 건강보험의 존재이유는 예기치 못한 질병이나 부상이 발생하였을 경우에도 돈이 없어 진료를 받지 못하거나 과도한 의료비로 가정경제가 파탄이 되는 사태를 막자는 것이다. 그럼에도 불구하고 우리나라 건강보험의 보장성 수준⁴⁾은 OECD 주요국가보다 현저히 낮은 실정이라서 저소득층의 경우에는 질병에 걸리더라도 돈이 없어 의료서비스를 받지 못하거나, 각종 암이나 희귀질환에 걸렸을 경우 엄청난 수술비와 입원비 및 간병비 때문에 가정경제가 파탄이 되는 경우까지도 발생하고 있다.

구체적으로 보면, 우리나라 건강보험의 보장률은 2011년 기준으로 약 63.0%에 불과하며, 건강보험의 급여항목에 대한 본인부담률만 하더라도 입원시에는 20%이나, 외래진료비는 의원이나 약국의 경우에는 30%이지만 병원급은 40%, 종합병원은 50%, 상급종합병원은 60%에 이르러 부담이 가는 가계가 적지 않다. 결국 이와 같이 높은 본인부담 때문에 일반 국민들은 건강보험제도를 점차 '진료비 지원제도'에 불과하다고 판단하게 되고, 대부분의 사람들은 실손의료보험 등에 추가적으로 가입하

3) 2013 OECD Health Data에 따르면 2011년 기준 우리나라의 평균수명은 81.1세이며, OECD국가 전체 평균수명은 80.1세, 그리고 평균수명이 제일 긴 나라는 스위스(82.8세)로 나타났다.

4) 보장성 수준이란 '의료비 중에서 환자나 그 가족이 아닌 제3자가 부담하는 금액의 비중'을 가리킨다(정형선, "건강보험 보장성 강화를 위한 제안", 「의료정책포럼」 제11권제1호, 대한의사협회 의료정책연구소, 2013, 10면).

여 질병 또는 사고에 대비하고 있는 실정이다.

한편, 2000년 건강보험 통합이후 건강보험재정의 변동 추세를 보면 매년 보험급여비지출액이 보험료수입액을 초과하고 있다. 다시 말해, 우리나라 건강보험은 보험료수입으로는 보험급여비조차 충당하지 못하는 현실에 처해 있기 때문에 국고지원이 없다면 건강보험제도 자체가 유지될 수 없는 실정에 있다. 이와 같은 문제를 해결하기 위한 1차적인 방법은 수익자부담의 원칙에 따라 국민들이 내는 보험료를 인상하는 것이다. 그러나 현행 국민건강보험법상 보험료율의 상한선은 8%로 규정되어 있을 뿐만 아니라, 급격한 보험료의 인상은 국민들의 저항에 부딪힐 우려까지도 있다. 결국 현재와 비슷한 수준의 보험료율을 유지하기 위해서는 국고지원의 유지 내지는 확대가 필수적인데, 현행 국민건강보험법상의 국고지원 조항은 2016년까지만 한시적으로 효력을 가진 조항이므로 이에 따른 대책이 필요한 시점이다.

다른 한편으로, 우리나라 건강보험은 2000년 7월 단일보험자인 국민건강보험공단으로 통합 이후 13년, 2003년의 건강보험재정 통합 이후 10년이 지난 현재까지도 직장가입자와 지역가입자의 보험료 부과체계를 다르게 운영하고 있다. 그러나 건강보험의 재정은 같이 사용하면서 보험료는 다른 방식으로 부과·징수하는 것은 공평부담의 원리에 맞지 않으므로, 모든 국민에게 적용될 수 있는 일원화된 보험료 부과체계의 개발이 필요하다고 할 것이다.

제2절 연구의 범위와 방법

1. 연구의 범위

본 논문에서는 우선 헌법상 국가의 국민의 건강에 대한 보호의무 즉, 국민의 건강권에 대한 현행 헌법규정과 그 내용에 대하여 개관한 후, 이를 토대로 우리나라의 대표적 건강보장제도인 국민건강보험제도의 운영실태를 파악하고 문제점을 도출한다. 이러한 이론적 고찰과 실태분석을 기초로 하여 현행 국민건강보험제도의

법적·제도적 발전방안을 모색한다. 이러한 범위 내에서 본 논문은 총 6장으로 구성하였고 각 장에서의 연구의 범위는 다음과 같다.

제1장에서는 연구의 목적, 그리고 연구의 범위 및 방법을 언급하였다. 제2장에서는 헌법상 국가의 국민건강보호의무 즉, 국민의 건강권을 인정하기 위한 헌법규정과 그 내용 및 건강보호의무 실현수단으로서의 공적 건강보험에 대해 이론적으로 고찰하였다. 제3장에서는 국민건강보험법제의 변천과정과 기본구조 및 국민건강보험제도의 보장성 관련 현황에 대해 살펴보았다. 제4장에서는 사회보험제도로서 건강보험제도를 실시하고 있는 주요 선진국과의 비교를 통해 현행 우리나라 건강보험제도의 운영 실태와 법적·제도적 문제점이 무엇인지 살펴보았다. 제5장에서는 우리나라 건강보험제도가 안고 있는 당면과제를 극복하면서 국민건강보험제도의 지속가능한 관리와 운영을 제고하기 위한 법적·제도적 발전방안들에 대해 살펴보았다. 마지막으로 제6장에서는 이상에서 논의된 연구내용을 요약·정리하고 결론을 지었다.

2. 연구의 방법

본 연구는 문헌연구방법을 주로 사용하였다. 헌법상 건강권과 건강보험제도 관련 단행본 및 연구논문, 그리고 보건복지부·국민건강보험공단·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원·대한의사협회의료정책연구소·한국사회보장학회·한국법제연구원·국회예산정책처·한국조세재정연구원 등의 연구보고서와 세미나 자료를 분석하고, 정부기관 및 외국기관의 통계자료와 판례를 분석하는 법사회학적 연구방법을 사용한다. 또한 우리나라 건강보험제도의 문제점과 발전방안을 모색하기 위하여 선진외국의 건강보험제도와의 비교법적 연구방법을 병행한다.

제2장 국가의 국민건강보호의무에 대한 헌법적 근거

헌법상 국민의 건강권을 보장하는 구체적인 정책수단으로서의 건강보험제도를 규율하고 있는 현행 국민건강보험법에 대한 내용을 살펴보기에 앞서 국가가 국민의 건강을 보호해야 할 의무가 존재하는지부터 살펴보아야 할 것이다. 따라서 이 장에서는 먼저 건강과 질병이 무엇인지에 대해 검토한 후 그 정의를 바탕으로 국가의 국민건강보호의무에 대한 헌법적 근거를 살펴보기로 한다.

제1절 건강과 질병의 개념

1. 건강의 개념

건강이라는 용어는 그 자체에서 다분히 자연과학적인 색채를 띠고 있다. 하지만 헌법상 국가의 국민건강보호의무 내지 국민의 건강권이 공법상 권리로서 주장되고 보호받기 위해서는 자연과학적 개념과는 다른 규범학적인 접근이 필요하다.

1) 건강의 사전적 의미

건강이란 개념은 다양하게 해석되고 있는데 건강을 의미하는 영어의 ‘health’는 신체조건이 양호하다는 뜻의 ‘hal’에서 유래된 것이며, ‘신체의 상태가 양호하며 굳 세다’는 어원적 의미를 가지고 있다. 과거에는 건강을 소극적으로 해석하여 ‘단지 병들지 않고 허약하지 않은 상태’라고 생각하였다. 따라서 질병에 안 걸린 사람이면 건강한 사람이고, 사망률이나 질병률이 줄면 건강수준이 향상되었다고 보았다.⁵⁾ 또 다른 해석으로 브리태니커 백과사전에는 ‘건강이란 사람이 주위 환경에 계속적

5) 김경수, “헌법상 국가의 건강보호의무와 그 실현방안에 관한 연구”, 서울대학교 박사학위논문, 2002, 16면

으로 잘 대처해 나갈 수 있는 신체적·감정적·정신적·사회적 능력의 정도'라고 되어 있고, 위키피디아는 '건강이란 적극적으로 완전한 신체적·정신적·사회적 안녕의 상태를 말하며, 단지 질병이 없거나 허약하지 않은 소극적인 의미에 그치지 아니한다'고 규정하고 있으며, 옛센스(민중서림) 국어사전에서는 '정신적·육체적인 이상의 유무를 주된 관점으로 본 몸의 상태나 몸에 탈이 없고 튼튼함'을 건강으로 정의하고 있다.

2) 건강에 대한 세계보건기구(WHO)의 정의

1948년 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 그 헌장 전문(6)을 통

6) 위 헌장의 전문은 다음과 같다.

The States Parties to this Constitution declare, in conformity with the Charter of the United Nations, that the following principles are basic to the happiness, harmonious relations and security of the peoples(헌장에 서명한 국가들은 유엔헌장에 따라 다음의 원칙들이 모든 사람들의 행복, 조화로운 인간관계, 그리고 안전을 위하여 가장 기본적인 것임을 선언한다).

- Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity(건강은 단지 질병에 걸리지 않거나 허약하지 않은 상태뿐만 아니라 육체적, 정신적, 사회적으로 온전히 행복한 상태를 말한다).
- The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition(인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 혹은 사회적 조건에 따른 차별없이 최상의 건강 수준을 유지하는 것이 인간이 누려야 할 기본권의 하나이다).
- The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States(인류의 건강은 평화와 안전을 보장하기 위한 기본 전제이며, 개인과 국가 사이에 충분한 협조를 통해서 이룰 수 있다).
- The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all(어느 국가에서든 국민의 건강을 증진하고 보호하기 위한 노력은 가치 있는 일이다).
- Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger(건강 증진과 질병 특히 감염병 관리에서 국가 간의 차이는 공동의 위협이 된다).
- Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development(어린이가 건강하게 자라는 것이 무엇보다도 중요하며, 변화하는 환경과 조화를 이루며 살아 나가는 능력은 어린이의 성장에 꼭 필요하다).
- The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health(모든 사람들이 의학, 심리학 및 관련 분야의 지식을 통한 혜택을 누릴 수 있어야만 최상의 건강상태를 유지할 수 있다).
- Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people(일반 사람들이 충분한 지식을 바탕으로 적극적으로 서로 협력하는 것이 인류 건강 증진을 위해 매우 중요하다).
- Governments have a responsibility for the health of their peoples, which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures(정부는 국민의 건강에 대한 책임을 다하기 위해 적절한 보건 및 사회 제도를 마련해야 한다).
- Accepting these principles, and for the purpose of co-operation among themselves and with others to promote and protect the health of all peoples, the Contracting Parties agree to the

하여 건강이란 단순히 질병이 없고 허약하지 않은 상태만을 의미하는 것이 아니고 신체적, 정신적 상태 및 사회적 안녕이 완전한 상태를 말한다고 규정하고 있다.⁷⁾ 따라서 육체적으로 고통과 불편이 없고 편안하고, 정신적으로 불안이나 긴장, 걱정이 없고 안정되고 사회적으로 적합한 상태를 건강의 이상적인 수준으로 제시하고 있다. WHO의 이 규정은 오늘날 널리 수용되고 있으나, 그 의미하는 바가 지나치게 포괄적이고 추상적이어서 WHO의 전문분과위원회에서는 1957년 이에 대해서 보다 실용적인 정의를 내려 '유전적으로나 환경적으로 주어진 조건 아래에서 적절한 생체기능을 나타내고 있는 상태'라고 건강이란 개념을 정의하였다. 이것에 의하면 '연령별·성별·지역사회별·지리적 지역별 등 기본적인 조건에 따라 정하여진 기준치의 정상적인 범위 내에서 정상적으로 기능하고 있는 사람을 건강하다고 말할 수 있다.'⁸⁾

그러나 이러한 건강의 개념도 시간이 지나면서 다시 변화한다. WHO는 1986년 건강증진을 위한 오타와 헌장에서 다시 건강에 대한 개념정의를 시도하였는데 위 헌장에서는 건강이란 삶의 목표가 아닌 일상적인 생활을 위한 수단이며, 건강은 신체적 능력은 물론 사회적·개인적 수단을 강조하는 적극적 개념이라고 규정하였다. 또한 WHO는 1998년 육체적, 정신적, 사회적 관점에서의 건강에 대한 정의에 '영적 안녕(spiritual well-being)' 부분을 새로이 추가한다.⁹⁾

3) 구체적인 건강의 개념

이러한 기준에서 건강의 개념을 몇 가지 요소로 분석해 보면 우선 육체적 건강, 정신적 건강, 사회적 건강, 정서적 건강, 영적 건강으로 나뉘볼 수 있고 이들에 대해서는 다음과 같이 정리해 볼 수 있을 것이다.¹⁰⁾

present Constitution and hereby establish the World Health Organization as a specialized agency within the terms of Article 57 of the Charter of the United Nations(이러한 원칙 아래, 이 헌장에 서명한 국가들은 서명국들뿐만 아니라 다른 국가들과도 서로 협력하여 인류의 건강을 증진시키고 보호하고자 한다. 이를 위하여 우리는 이 헌장에 동의하고, 유엔헌장 제57조의 특별 기구로서 세계보건기구를 설립한다).

7) 권오탁, “의료보장에 있어서 복지국가원리 실현: 저소득층을 위한 법제를 중심으로”, 연세대학교 석사학위 논문, 2006, 6면.

8) 김경수, 앞의 논문, 18면.

9) 김주경, “헌법상 건강권의 개념 및 그 내용”, 「헌법재판연구」 제12권, 한국헌법재판연구학회, 2011, 146면.

10) 권오탁, 앞의 논문, 7-9면.

우선, '육체적 건강'은 신체의 크기와 모양, 감각의 예민성, 질병에 대한 감수성, 신체기능의 회복능력, 특정업무의 수행능력 등의 특징들을 말한다. 따라서 국민이 질병 또는 상해 등으로 인하여 이러한 신체적 특성과 기능에 있어서 평균인의 수준에 미치지 못하게 되지 않도록 하는 것, 즉 이러한 신체적 특성과 기능이 저하되는 것을 예방하기 위한 조치와 이러한 신체적 특성과 기능이 평균인의 수준에 미치지 못하는 자가 정상적인 평균인의 수준에 이르도록 도움을 주는 것이 육체적 건강보호의 내용이 될 것이다. 이러한 육체적 건강을 보호하기 위한 수단에는 신체의 안전과 보건을 위한 제반 조치와 질병의 예방과 치료를 통한 그 회복, 재활치료와 건강증진을 위한 조치가 일반적으로 해당된다고 할 것이다.

'정신적 건강'은 스트레스에 적응해 나가는 능력, 지적 능력, 문제해결능력 등 건전한 사고능력과 안정된 가치관을 가진 상태를 말한다. 따라서 정신적 건강의 보호를 위해서는 소극적으로 과도한 고통이나 충격을 가하여 이러한 능력이나 가치관이 상실 또는 훼손되지 않도록 하여야 할 것이고, 스트레스에 적응해 나가는 능력, 지적 능력, 문제해결능력 등 건전한 사고능력이나 안정된 가치관을 가지지 못한 사람에게서는 이를 확보해 주기 위한 치료나 교육 또는 훈련을 실시해야 할 것이다. 따라서 국가기관이나 공공단체 또는 제3자는 정신적 건강의 훼손에 이르는 고문, 잔혹한 형벌, 기타의 범죄행위나 위험한 환경 또는 상태를 조성하지 말아야 할 의무가 있으며, 정신적 건강을 침해한 자 또는 국가는 국민의 이러한 정신적으로 건강하지 못한 상태의 치유를 하여야 한다. 정신적 건강의 침해에 있어서도 직접적인 원인행위자에 대하여는 사안에 따라 형사적 처벌을 통한 예방 및 제재수단의 확보와 국가배상청구권이나 범죄피해자구조청구권 또는 민사상의 손해배상청구권 등에 의한 치료비 또는 위자료의 청구가 그 보장수단이 될 것이며, 다른 한편 질병치료를 위한 각종 제도나 교육·훈련제도가 그 적극적 보장수단으로 가능할 것이다.

'사회적 건강'은 타인과의 상호관계, 다양한 사회적 상황에서의 적응능력 등이 이에 속하는데, 이는 사회구성원으로서 사회적 기능을 수행할 수 있는 대인관계능력을 말한다. 사회적 건강의 저해요인으로서 범죄가 만연하고 불의가 횡행하는 사회적 분위기, 금전만능주의적 풍조, 성도덕의 하락, 미풍양속의 실종, 기타 선량한 풍속이나 사회질서를 문란케 하는 사회적 환경을 들 수 있다. 따라서 이를 위한 구제수단으로서 각종 범죄를 예방하고, 범죄자는 반드시 처벌받는다는 신념을 확인시

켜 주며, 갖가지 사회악을 일소하고 부조리를 타파하여 정직하고 성실하게 노력하는 사람이 대우받는 사회를 만드는 등 건전한 사회적 기풍을 조성하기 위한 제반 노력을 들 수 있을 것이다. 이미 불건전한 사회적 환경에 오염된 개인에게는 건전한 사회활동에의 복귀를 위한 교육·훈련과 사회적 건강권의 회복을 위한 제반 프로그램의 개발 및 운영이 사회적 건강보호의 수단이 될 것이다.

‘정서적 건강’에는 적당하게, 그리고 적절한 시기에 감정표현을 할 수 있는 감정 조절능력들이 포함되고, 흥분·좌절·고독 등의 정서적인 면에 자기감정관리가 안녕한 상태로서, 정서적으로 건강한 사람은 성격이 원만하며, 남을 잘 이해하고 용서할 줄 알며, 이 세상을 아름답게 관조하며, 이웃을 사랑하는 태도를 가지는 것이 정서적 건강의 내용을 이룬다.

‘영적 건강’은 특정한 종교에 의하여 이루어지는 특별한 삶의 방법이나 고차원적인 삶의 유형에 대한 신념 및 삶의 확고한 가치관이 수립된 상태를 말한다. 영적 건강에는 또한 거대한 환경과의 일치감이나 환경의 의미와 가치를 감지하는 감각 등이 포함되며, 삶의 기본목적을 표현하고 이해할 수 있는 능력과 자신을 수 많은 존재 중의 한 부분으로 느낄 수 있는 능력, 사랑, 즐거움, 고통, 슬픔, 평화, 만족, 삶의 경험에 대한 경이 등을 경험할 수 있는 능력, 그리고 모든 살아있는 것들에 대한 존중이나 관심을 포함한다.

4) 건강에 대한 헌법 및 개별 법령에서의 정의

우리 헌법은 제35조 제1항에서 “모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가진다.”라고 규정하여 ‘건강’이라는 표현을 명시적으로 사용하고 있다. 그리고 헌법 제36조 제3항에서 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 규정하여 국가의 국민에 대한 건강보호의무를 천명하고 있지만 건강이 무엇인지에 대하여 직접적이고 구체적으로 정의하고 있지 않다. 헌법재판소도 여러 결정을 통하여 국민의 보건권(건강권)에 대하여 판단한 바 있지만¹¹⁾, 국민의 보건권

11) 헌재 2002.10.31.선고 99헌바76, 2000헌마505결정; 헌재 2002.12.18.선고 2001헌마370결정; 헌재 2004.1.29.선고 2001헌바30결정; 헌재 2004.8.26.선고 2003헌마457결정; 헌재 2005.3.31.선고 2001헌바87결정; 헌재 2005.5.26.선고 2003헌바86결정; 헌재 2008.7.31.선고 2004헌마1010결정; 헌재 2008.12.26.선고 2008헌마423결정 등

(건강권) 또는 건강의 개념이 무엇을 의미하는지에 대하여 구체적으로 실시한 내용은 찾아볼 수 없다. 이렇듯 우리 헌법상 건강권 내지 보건권이라는 개념이 아직까지도 구체적으로 정의되지 못하는 이유는 건강이라는 용어 자체가 의학 내지 보건학적인 판단이 필요한 개념이기도 하거니와 헌법재판소에서도 ‘건강권’ 자체를 다루는 사건이 그다지 많지 않았던 이유가 가장 크다고 생각된다.¹²⁾

한편, 법률의 명칭에 ‘건강’이라는 용어가 포함된 건강가정기본법, 건강검진기본법, 국민건강증진법, 국민건강보험법 등의 개별 법령에서도 건강에 대하여 정의하고 있는 규정은 찾아볼 수 없다. 특히, 국민건강보험법은 국민의 ‘질병’을 보험급여의 대상이 되는 보험사고(제1조) 또는 요양급여의 대상(제41조제1항)으로 규정하고 있음에도 불구하고 ‘건강’에 대하여 구체적인 설명이 없다. 다만, 일부 법령에서 ‘건강’이라는 용어를 사용하고 있는 규정을 찾을 수 있는 바, 그 내용은 다음과 같다.

건강가정기본법은 제3조제3호에서 “건강가정이라 함은 가족 구성원의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 가정을 말한다.”고 규정하고 있다. 건강검진기본법은 제2조에서 “국가건강검진을 통하여 모든 국민이 건강위험요인과 질병을 조기에 발견하여 치료를 받음으로써 인간다운 생활을 보장 받고, 건강한 삶을 영위하는 것”을 기본이념으로 규정하고 있다. 국민건강증진법은 제6조제2항에서 “국가는 혼인과 가정생활을 보호하기 위하여 혼인 전에 혼인 당사자의 건강을 확인하도록 권장하여야 한다.”고 규정하고 있다.

다른 한편으로, 건강권에 대하여 명문의 규정을 갖고 있는 현행 법령으로는 보건 의료기본법이 대표적이다. 보건의료기본법은 명시적으로 ‘건강’에 대하여 정의하고 있지는 않지만, 국가는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 재원을 확보하고 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다(법 제4조제1항 및 제2항)고 규정함으로써, 법률적 차원에서나마 모든 국민이 건강권을 가진다는 점을 명문으로 규정하고 있다.¹³⁾

12) ‘보건권’과 관련한 헌법재판소의 사건 대부분은 의료법 등의 해당조항이 의료인의 직업의 자유를 침해하고 있다고 주장하면서, 이 조항은 결국 국민의 ‘보건권’마저 침해하게 된다는 주장을 부차적으로 하는 경우가 대부분이다. 예컨대, 치과전문의자격시험을 실시하지 아니하는 부작위가 치과사들의 직업의 자유 등을 침해하였다고 주장하면서, 국민으로서도 충분한 치과서비스를 제공받지 못하게 되어 보건권이 침해된다고 주장하는 경우가 대표적이다(헌재 1998. 7. 16. 96헌마246).

13) 보건의료기본법 제2조(기본 이념) 이 법은 보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를

2. 질병의 개념

의학적으로는 질병을 신체의 일시적 이상으로서, 일정한 내적 또는 외적 자극에 의하여 야기되는 비정상적인 세포현상, 신체 중에 일정한 장기조직의 기능장애에 의하여 신체의 장기조직의 어떤 것이 생리적으로 기능을 하지 아니한 상태라고 정의하고 있다.¹⁴⁾ 그러나 질병에 대한 이러한 정의는 단순히 의학적인 입장에서 정의한 것이고, 이것이 국민건강보험법의 보호대상으로서의 질병에 대한 정의로서 인정될 수는 없을 것이다. 왜냐하면 질병이란 개념도 건강이란 개념과 마찬가지로 다의적이기 때문이다. 즉, 질병은 성별, 연령, 영양상태 등 개인차에 따라 다양한 양상을 보일 뿐만 아니라 시대적 상황에 따라서도 그 변화가 다양하기 때문에 이것을 일률적으로 정의내릴 수 없다.

국민건강보험법이 보장하고 있는 질병은 기본적으로 자연과학 특히, 의학적인 개념이지만 사회적 위험으로서 정책적인 결정의 대상이기도 하다. 따라서 의학적으로 보면 질병이지만 국민건강보험법의 입법 목적을 기준으로 보면 질병의 개념 및 범주에서 제외되는 경우도 있다. 또한 임신이나 자연적인 노쇠현상은 그 자체로는 질병으로 볼 수 없지만 이로 인하여 산모 등에게 정신적·육체적인 비정상상태가 발생했을 때에는 질병에 해당한다고 할 수 있다.¹⁵⁾

국민건강보험법은 질병의 개념에 대해서 정의를 내리지 않고 있으므로¹⁶⁾, ‘국민건

가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율이 조화를 이룰 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본 이념으로 한다.

제4조(국가와 지방자치단체의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 자원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다.

② 국가와 지방자치단체는 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.

③ 국가와 지방자치단체는 식품, 의약품, 의료기기 및 화장품 등 건강 관련 물품이나 건강 관련 활동으로부터 발생할 수 있는 위해(危害)를 방지하고, 각종 국민건강 위해 요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 정책을 강구하도록 노력하여야 한다.

④ 국가와 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 정책상 필요하다고 인정하면 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

14) 국민건강보험공단, 「국민건강보험법 해설」, 2011, 354면.

15) 그러나 국민건강보험법이 보호하는 출산은 임신의 전 기간이 아니라 임신에서 출산, 그리고 산후요양에 이르는 과정 중 특별히 보호가 필요하다고 인정되는 기간에 한정된다고 보아야 한다(이홍재·전광석·박지순, 「제2관 사회보장법」, 신조사, 2013, 40면).

16) 다만 국민건강보험법 제41조에서 ‘질병’이라고만 명시하고 있다.

국민건강보험법 제41조 (요양급여) ① 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다.

강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에서 열거한 비급여대상¹⁷⁾을 통하여 질병의 범위를 구성해 보면 질병은 다음과 같은 세 가지 개념요소로 구성된다.¹⁸⁾

1) 비정상적인 신체·심리 및 정신상태

국민건강보험법상 질병으로 인정되기 위해서는 우선 비정상적인 신체·심리 및 정신 상태가 존재하여야 한다. 그리고 그 결과 신체의 각 부위, 심리 혹은 정신상태가 그에 부여된 기능을 충실히 수행할 수 없을 정도에 이르러야 한다. 따라서 단순 피로와 권태 등은 질병에 해당하지 않는다. 또 기능장애를 제거하는 목적이 아닌 성형수술은 국민건강보험법상 급여의 대상이 아니다.

2) 치료의 필요성

질병의 개념 요소 중 두 번째는 신체·심리 및 정신상태의 비정상성에 대하여 의료적 조치의 필요성이 인정되어야 한다. 여기서 치료는 완치만을 의미하는 것은 아니다. 즉 의료조치가 취해지지 않으면 비정상적인 상태를 제거 혹은 개선할 수 없거나, 상태의 악화를 방지할 수 없는 경우에도 역시 치료의 필요성은 인정된다.

3) 치료의 가능성

마지막으로 일정한 비정상적인 신체·심리 및 정신상태가 치료의 가능성이 있어야 한다. 따라서 아무리 비정상적인 건강상태가 존재하더라도 그것이 고정된 상태에 이르러 치료의 가능성이 없거나, 의학적으로 치료를 계속하여도 치료의 효과를 기대할 수 없는 경우에는 국민건강보험법에서 의미하는 질병이라고 할 수 없다.

17) 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」은 ‘단순한 피로 또는 권태’ 등의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, ‘쌍꺼풀수술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료’ 등의 진료로서 신체의 필수기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, ‘본인의 희망에 의한 건강검진’ 등의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접 목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 등을 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(즉 비급여대상)으로 정하고 있다(제9조 제1항 [별표 2]).

18) 이흥재 등, 앞의 책, 40면; 임송재, “국민건강보험법의 내용과 법적 문제: 입법론적 검토를 중심으로”, 『ANIMA』 제1호, 강원대학교 법학전문대학원, 2010, 78-79면

제2절 국민건강보호의무의 의의

1. 국민건강보호의무의 근거규정

1) 간접적인 근거규정

우리 헌법상 국가의 국민건강보호의무 내지 국민의 건강권의 간접적인 근거가 될 수 있는 헌법 규정으로는 헌법 제10조와 헌법 제35조 제1항을 들 수 있다.

우선, 우리 헌법은 제10조에서 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가진다.”고 규정하고 있다. 여기서 인간의 존엄과 가치는 우리나라 헌법질서의 바탕이며 헌법질서의 구조적 원리로서 다른 헌법규정에 대하여 지도적인 원리이며 기본적인 인권의 이념적 출발점이다.¹⁹⁾ 따라서 인간의 존엄과 가치가 가지는 위와 같은 이념은 어떤 기본권이든지 그 기본권의 간접적 근거가 될 수 있으므로, 인간의 존엄과 가치를 규정하고 있는 헌법 제10조는 헌법상 국가의 국민건강보호의무 내지 국민의 건강권의 간접적인 근거가 될 수 있다.

다음으로 들 수 있는 헌법규정은 헌법 제35조 제1항인데, 이 조항은 우리 헌법에서 ‘건강’이라는 용어를 명시적으로 사용하고 있는 유일한 조항이기도 하다. 헌법 제35조 제1항은 ‘모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가진다.’라고 규정하고 있으므로 엄밀하게는 ‘건강권’의 근거조항이 아니라 ‘환경권’의 근거조항이다.

그러나 여기서의 ‘환경’은 토지·태양·깨끗한 물·맑은 공기 등과 같은 자연환경을 의미하는 이외에 문화적 유산이라든가, 도로·공원·교육·의료와 같은 사회적 환경도 포함되는 것으로 보는 것이 타당하며,²⁰⁾ 열악한 환경은 건강에 유해한 조건이라는 의미에서 헌법 제35조 제1항은 헌법상 국가의 국민건강보호의무 내지 국민의 건강권의 간접적 근거조항이라 할 것이다.

19) 허영, 「한국헌법론」, 박영사, 2010, 332면; 권영성, 「헌법학원론」, 법문사, 2010, 378면; 성낙인, 「헌법학」, 법문사, 2011, 403면.

20) 김철수, 「헌법학신론」, 박영사, 2004, 571면; 성낙인, 앞의 책, 766면.

2) 직접적인 근거규정

우리 헌법상 국가의 국민건강보호의무 내지 국민의 건강권의 직접적인 근거가 될 수 있는 헌법 규정으로는 헌법 제34조 제1항 및 제36조 제3항을 들 수 있다.

우선, ‘건강’을 명시적으로 표현하지는 않았지만 헌법상 국가의 국민건강보호의무의 근거가 될 수 있는 헌법 조항으로는 ‘인간다운 생활’을 규정하고 있는 헌법 제34조 제1항을 들 수 있다. 그 이유로는 질병에 걸려 건강이 침해되게 되면 인간의 노동력은 저하될 수밖에 없고, 이러한 상태가 계속되게 되면 결국에는 실업자로 전락하게 됨으로써 가정 경제에 심각한 타격을 주게 되기 때문에 헌법에서 보장하고 있는 인간다운 생활을 유지할 수 없기 때문이다. 따라서 헌법 제34조 제1항은 국가의 국민건강보호의무를 규정하고 있는 직접적인 근거 조항이 될 수 있다.

다음으로 들 수 있는 헌법상 국가의 국민건강보호의무 내지 국민의 건강권의 근거 조항은 헌법 제36조 제3항이다. 헌법 제36조 제3항은 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 규정하고 있다.²¹⁾ 여기서 ‘건강’이라는 용어 대신에 ‘보건’이라는 용어를 사용하고 있으나, ‘보건’이라 함은 국민이 자신의 건강을 유지하며 생활하는 것으로서,²²⁾ ‘건강’과 ‘보건’은 같은 의미이다. 또한 헌법이 비록 ‘보건에 관한 권리를 가진다’라고 규정하지 아니하고 ‘국가의 보호를 받는다’라고 규정하고 있다고 하더라도 이는 국민은 국가에 대하여 건강의 보호를 받을 권리를 가지는 것이라고 해석할 수 있다.²³⁾ 헌법재판소도 “헌법 제36조 제3항이 규정하고 있는 국민의 보건에 관한 권리는 국민이 자신의 건강을 유지하는 데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리”²⁴⁾라고 해석하고 있다. 따라서 헌법 제36조 제3항은 헌법상 국가의 국민건강보호의무 내지 국민의 건강권을 인정할 수 있는 직접적인 근거조항이 된다.

21) 보건에 관한 권리가 헌법에 처음으로 규정된 것은 제1차 세계대전 이후 바이마르 헌법이었다. 바이마르 헌법은 ‘가족의 순결과 건강은 유지되어야 하며 국가와 공공단체는 이를 지원하여야 한다’(제119조제2항)라고 하여 가족의 건강을 국가적 차원에서 지원하는 규정을 두었었고, 제2차대전 이후에는 이탈리아헌법(제32조제1항), 포르투갈헌법(제64조제2항), 인도헌법(제47조) 등이 국민의 보건권 내지 국민보건에 관한 국가적 의무를 규정하고 있다. 우리나라도 건국헌법 제20조가 가족의 건강조항을 규정한 이래 역대헌법이 가족의 건강 내지 국민의 보건권을 규정해 오고 있다(권영성, 앞의 책, 711면).

22) 정종섭, 「헌법학원론」, 박영사, 2007, 662면.

23) 앞의 책, 662면.

24) 헌재 2009.11.26.선고 2007헌마734결정.

2. 국민건강보호의무의 내용

헌법상 국가의 국민건강보호의무 내지 국민의 건강권은 국민이 자신의 건강생활에 대하여 국가의 보호를 받을 수 있는 것을 그 내용으로 하는데²⁵⁾, 소극적으로는 국가에 대하여 자신의 건강을 침해당하지 않을 권리와 적극적으로는 국가에 대하여 건강을 유지하도록 요구할 수 있는 권리를 포함한다.²⁶⁾ 즉, 헌법상 건강권은 국가가 공권력의 행사를 통하여 개인의 건강을 침해하여서는 아니된다는 소극적 의미뿐만 아니라 국민건강을 위하여 필요한 정책을 적극적으로 수립하고 추진할 의무를 진다는 의미를 가진다.²⁷⁾ 따라서 국가는 그 스스로의 공권력작용에 의해서 국민의 건강생활을 침해하지 말아야 함은 물론이고, 필요한 경우에는 그 형벌권을 발동해서라도 국민의 건강생활을 해치는 행위를 막아주어야 한다.²⁸⁾

이와 같이 헌법 제36조 제3항과 관련하여 건강권을 이해할 때, 건강권은 건강에 관한 국가의 보호의무만을 의미하는 것이 아니라 주관적 공권이면서 동시에 객관적 가치질서의 성격을 가진다.²⁹⁾ 주관적 공권으로서의 건강권은 공권력에 의한 건강침해에 대한 방어적 성격을 가짐과 동시에 적극적인 배려로서 국가에 대하여 국민의 위생과 건강을 유지하는 데 필요한 시설이나 환경을 요구할 수 있는 사회적 기본권으로서의 성격을 지닌다.³⁰⁾

1) 소극적 건강보호의무(건강침해행위 배제권)

소극적 건강보호의무는 건강을 침해 내지 훼손하지 않을 의무를 말하며, 국민의 입장에서는 국가 등에 대한 건강침해행위 배제권이 된다.³¹⁾

이와 관련하여 일부의 헌법교과서에서는 국가 등에 대한 건강침해행위를 설명하

25) 허영, 앞의 책, 452면.

26) 정종섭, 앞의 책, 663면.

27) 권영성, 앞의 책, 711면.

28) 허영, 앞의 책, 453면; 헌법재판소에서도 “무면허 의료행위를 일률적, 전면적으로 금지하고 이를 위반한 경우에는 그 치료결과에 관계없이 형사처벌을 받게 하는 것은 인간으로서의 존엄과 가치를 보장하고 국민보건에 관한 국가의 보호의무를 다하고자 하는 것이다.”고 판시한 바 있다(헌재 1996.10.31.선고 94헌가7결정).

29) 김주경, 앞의 논문, 157-158면.

30) 김상겸·권영복, “수돗물불소화사업에 관한 헌법적 고찰”, 「헌법학 연구」 제9권제3호, 한국헌법학회, 2003, 327면.

31) 김주경, 앞의 논문, 159면.

면서 그 예로 국민의 신체에 대한 강제적 불임시술·의학실험·예방접종³²⁾ 또는 비위생적인 오물처리과정³³⁾ 등이 이에 해당한다고 설명하고 있으나, 이와 같은 예들은 과거의 시대상황을 반영한 예에 불과하다.³⁴⁾ 예컨대, 강제적 의학실험이나 불임시술 등은 일제강점기나 우리나라 건국 초기에 해당되는 사항이고, 비위생적인 오물처리 과정이나 시설 때문에 감염병이 발생하여 국민보전이 악화되는 사례도 21세기를 살아가는 현대사회에 적용하기에는 부적절한 예라고 할 것이다.

오히려 2008년에 헌법재판소에서 결정한 ‘미국산 쇠고기 및 쇠고기제품 수입위생조건 위헌확인 사건(헌재 2008. 12. 26. 2008헌마419 등)’이 건강침해행위 배제권과 관련한 좋은 예라고 할 수 있다. 위 사건은 우리나라가 미국산 쇠고기를 수입하기로 미국 정부와 협상을 체결하고, 이에 따라 농림수산부 고시로 미국산 쇠고기 수입위생조건 고시 개정안을 예고하였는데, 청구인들은 이 고시가 청구인들의 건강권을 침해한다는 취지로 헌법소원심판을 청구한 사안이었으므로, 국가 등에 의한 건강침해행위의 전형적인 예라고 할 수 있다.

헌법재판소는 “이 사건에 있어서는 고시상의 보호조치가 국가의 기본권 보호의무를 위반함으로써 생명·신체의 안전과 같은 청구인들의 중요한 기본권이 침해되었는지 여부가 문제된다 할 것이다.”라고 실시함으로써 이 사건에서 청구인들이 침해당하였다고 주장하는 기본권을 헌법 제36조제3항에 근거하는 것으로 판단하였다. 헌법재판소는 이와 같이 이 사건 고시가 위헌이 아니라고 판결하였지만, 재판관 송두환은 반대의견³⁵⁾에서 “... 국가의 기본권 보호의무를 불충분하게 이행하여 청구인들의 기본권을 침해한다.”고 판단하였다.

32) 성낙인, 앞의 책, 778면; 정중섭, 앞의 책, 663면; 허영, 앞의 책, 453면 등.

33) 허영, 앞의 책, 453면.

34) 이와 관련하여 정중섭 교수는 국가는 감염병의 전파를 방지하여 국민의 건강을 보호해야 할 의무를 지고 있으므로 필요한 경우에는 국민에게 예방접종을 강제할 수 있다고 한다(정중섭, 앞의 책, 664면).

35) “국민의 생명·신체 내지 보건 등 매우 중요한 사항에 관한 것인 경우, 특히 이 사건 고시와 같이 위험성을 내포한 식재료가 대량으로 수입되어 국내에서 제대로 검역되지 못한 채 유통됨으로써 일반 소비자에게 초래될 수 있는 위험의 정도와 내용이 매우 중대하고 심각할 뿐 아니라 이를 돌이키거나 통제하는 것이 불가능한 사안에 있어서는, 제3자의 권리나 공익을 침해함이 없이 채택할 수 있는 더 개선된 다른 보호수단이 존재하거나, 보호법익에 대한 위험을 최소화하기 위한 충분한 노력과 시도를 다하였다는 점이 명백하지 아니한 한, 헌법상 충분한 보호조치를 취한 것이라고 판단할 수 없다 할 것이다. 이 사건 고시는 미국이 OIE 국제기준상 소해면상뇌증 위험통제국 지위를 얻은 것에 기초하여 특별한 사정변경 없이 개정 전 고시보다 수입위생조건을 완화시킴으로써 미국산 쇠고기에 대한 위험방지조치의 정도를 현저히 낮춘 것으로서, 이를 정당화할만한 특별한 사정변경이나 공익적 필요성을 발견할 수 없는 반면, 미국산 쇠고기의 수입·유통으로 국민의 생명, 신체의 안전 등 기본권적 법익을 해할 위험성은 여전히 남아 있으므로, 이 사건 고시는 국가의 기본권 보호의무를 불충분하게 이행하여 청구인들의 기본권을 침해한다고 봄이 상당하다”(헌재 2008. 12. 26. 2008헌마419 재판관 송두환의 위헌의견).

2) 적극적 건강보호의무(건강보장청구권)

적극적 건강보호의무는 헌법상 건강권의 사회권적 측면으로, 국민의 입장에서는 국가를 향한 건강보장청구권이 된다.³⁶⁾ 여기서 국민이 건강보장을 위해 국가를 상대로 적극적으로 요구할 수 있는 내용은, 건강을 유지하기 위한 시설 및 환경의 조성 과 건강을 회복하기 위한 의료서비스의 제공이다. 즉, 건강한 상태의 유지에 필요한 시설·환경·의료서비스의 제공 및 침해된 건강을 회복하기 위한 의료서비스의 제공을 요구하는 것이 사회권적 측면에서의 건강권의 내용이다.³⁷⁾ 구체적으로는 감염병에 대한 예방·관리, 식품의 유통과정에 대한 관리·감독 등과,³⁸⁾ 건강보험제도와 같은 의료정책의 실시³⁹⁾를 청구할 수 있는 권리가 이에 해당한다.⁴⁰⁾

이와 관련하여 헌법재판소는 “우리 헌법 제36조 제3항은 ‘모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다’고 규정하여 국민보건에 관한 보호의무를 명시하고 있으므로 국가는 국민보건의 양적, 질적 향상을 위한 제반 인적·물적 의료시설을 확충하는 등 높은 수준의 국민보건증진 의료정책을 수립·시행하여야 할 것”⁴¹⁾이라고 판시한 바 있다. 또한, 의무적 가입을 규정하는 현행 국민건강보험법은 필연적으로 국민건강보험에 가입할 의사가 없는 국민의 행복추구권이나 재산권을 제한하게 되는바, 이에 대해 아래와 같이 판시함으로써, 우리나라에서 도입·운영되고 있는 현행 국민건강보험제도가 헌법상 국가의 적극적인 건강보호의무에서 나오는 당연한 결과를 규정한 것이라는 점을 명확히 하고 있다.

“국민건강보험법이 의무적 가입을 규정하고 임의해지를 금지하면서 보험료를 납부케 하는 것은, 경제적인 약자에게도 기본적인 의료서비스를 제공하기 위한 국가의 사회보장·사회복지의 증진 의무(헌법 제34조 제2항)라는 정당한 공공복리를 효과적으로 달성하기 위한 것이며, 조세가 아닌 보험료를 한 재원으로 하여 사회보험을 추구하기 위한 것이다. 다만 보험료가 과도할 경우 그런 제도의 정당성이 문제

36) 김주경, 앞의 논문, 163면.

37) 앞의 논문, 165-166면.

38) 이와 관련된 법률로는 건강검진기본법, 감염병예방및관리에관한법률, 환경정책기본법, 자연환경보전법, 수질및수생태계보전에관한법률, 먹는물관리법, 수도법, 식품위생법 등이 있다.

39) 이와 관련된 법률로는 보건의료기본법, 국민건강보험법, 의료급여법, 응급의료에관한법률 등이 있다.

40) 앞의 논문, 166면; 성낙인, 앞의 책, 778면.

41) 헌재 2004.1.29.선고 2001헌바30결정.

되지만, 동법 제62조(보험료) 자체가 과도한 보험료를 정하고 있다거나 그에 대한 근거가 된다고 할 수 없다”(헌재 2001.8.30.선고 2000헌마668결정), “건강보험의 문제를 시장경제의 원리에 따라 사보험에 맡기면 상대적으로 질병발생위험이 높거나 소득수준이 낮은 사람들은 보험에 가입하는 것이 매우 어렵거나 불가능하게 되어, 국가가 소득수준이나 질병위험도에 관계없이 모든 국민에게 동질의 의료보장을 제공하고자 하는 목적을 달성할 수 없으므로, 국민건강보험법 제5조, 제31조 제1항·제2항, 제62조 제1항·제3항·제4항은 원칙적으로 전국민을 강제로 보험에 가입시키고 경제적 능력에 비례하여 보험료를 납부하도록 함으로써 의료보장과 동시에 소득재분배 효과를 얻고자 하는 것이다. 이와 같이 국가가 국민을 강제로 건강보험에 가입시키고 경제적 능력에 따라 보험료를 납부하도록 하는 것은 행복추구권으로부터 파생하는 일반적 행동의 자유의 하나인 공법상의 단체에 강제로 가입하지 아니할 자유와 정당한 사유 없는 금전의 납부를 강제당하지 않을 재산권에 대한 제한이 되지만, 이러한 제한은 정당한 국가목적의 달성을 위하여 부득이한 것이고, 가입강제와 보험료의 차등부과로 인하여 달성되는 공익은 그로 인하여 침해되는 사익에 비하여 월등히 크다고 할 수 있으므로, 위의 조항들이 헌법상의 행복추구권이나 재산권을 침해한다고 볼 수 없다.”(헌재 2003.10.30.선고 2000헌마801결정)

국가는 적극적 건강보호를 위하여 질병·부상의 치료를 위한 비용을 확보하기 위한 방법으로 사회보험 방식에 의한 건강보험제도나 공공재원(부조)에 의한 무료진료(의료급여)제도 등의 제도적 장치를 마련함으로써 모든 국민에게 기본적인 의료서비스의 이용을 보장하여야 하기 때문이다.⁴²⁾

3. 국민건강보호의무의 법적성격

헌법상 국가의 국민건강보호의무의 근거가 되고 있는 인간다운 생활을 할 권리, 즉 사회적 기본권의 법적 성격에 대한 학설에는 과거에는 프로그램 규정설, 추상적 권리설과 구체적 권리설의 3분설이 유력하였으나, 최근에는 완전한 구체적 권리설을 인정하는 방향을 제시하면서 제도보장설, 복합설 등도 등장하고 있다.

42) 김경수, 앞의 논문, 37면.

1) 프로그램 규정설

입법방침 규정설이라고도 불리는 프로그램 규정설은 사회적 기본권인 인간다운 생활을 할 권리는 구체적·현실적 권리가 아니라 국가의 사회정책적 목표 내지 정치적 강령을 선언한 것에 불과하다고 본다.⁴³⁾ 그러므로 국가가 그 권리의 실현에 필요한 입법 또는 시설을 하지 아니하는 한 그에 관한 헌법규정만으로는 국가에 대하여 그 의무의 이행을 재판상 청구할 수 없으며, 그에 관한 입법의 태만을 헌법 위반이라 하여 사법적 구제를 구할 수도 없다고 한다. 이와 같은 프로그램 권리설의 이론적 근거는 사회적 기본권은 국가의 사회적·경제적 역량, 특히 재정적 능력에 크게 의존하는 것이므로 헌법에서 사회적 기본권을 규정하고 있는 경우에도 현실적으로 국가와 국민 전체의 경제력이 이에 미치지 못하면 그것은 단지 사회정책의 기본방침으로서 장래에 대한 정치적 공약을 선언한 것에 불과하다고 본다.

또한 입법자에게 사회적 기본권과 관련한 입법 의무가 발생하기는 하지만, 어디까지나 그 의무는 정치적이고 도의적 차원에서 부여되는 것에 그친다고 하여, 사회적 기본권의 내용 형성은 입법자의 재량에 달려있을 뿐이라고 보고 있다.⁴⁴⁾ 그러나 모든 헌법 규범이 국가기관을 구속하는 규범력을 가진다는 점에서 볼 때, 프로그램 규정설은 오늘날 이미 극복된 이론에 속한다.⁴⁵⁾

2) 추상적 권리설

추상적 권리설은 사회적 기본권인 인간다운 생활을 할 권리는 비록 추상적인 것일지라도 법적 권리이며, 또 국가의 의무이행이 사법적 절차에 의하여 강제될 수 없을지라도 사회적 기본권 보장을 위한 국가적 의무는 헌법에 의거한 법적 의무라고 한다.⁴⁶⁾ 프로그램 규정설을 비판하면서 등장한 추상적 권리설은 사회적 기본권과 같이 처음부터 정비된 법체계를 가지지 아니한 기본권이 그에 관한 헌법규정만

43) 권영성, 앞의 책, 646면.

44) 정다운, “사회보장행정에서의 의회유보와 입법위임”, 고려대학교 석사학위논문, 2013, 62면.

45) 한수용, “사회복지의 헌법적 기초로서 사회적 기본권: 사회적 기본권의 개념과 법적 성격을 중심으로”, 『헌법학연구』 제18권제4호, 한국헌법학회, 2012, 72면.

46) 앞의 책, 646-647면.

으로 사법상의 권리와 동일한 의미의 구체적 권리가 될 수 없음은 당연하지만 그렇다고 하여 사회적 기본권에 관한 규정을 곧 프로그램규정에 지나지 않는 것으로 파악하는 것은 논리적 비약이며, 보장방법이 애매하다는 점은 사회적 기본권이 권리로서 불완전하다는 것을 시사하는 것이라 할 수 있지만 그러한 사정은 비단 사회적 기본권에 국한된 것이 아니고 그 실현을 위하여 국가의 행위를 필요로 하는 그 밖의 기본권⁴⁷⁾에도 해당하는 것이므로, 유독 사회적 기본권에 한하여 권리성을 부인할 근거가 되지 않는다고 한다. 다만 이것이 구체적 권리성을 가지지는 못하므로 국민은 국가에 대해 입법 기타 국정에 필요한 조치를 취할 것을 요구할 수 있는 권리를 가질 뿐, 헌법규정으로부터 직접 이 권리를 행사할 수는 없고, 이 권리를 구체화하는 입법과 예산조치가 갖추어 질 때 비로소 이 법률에 따라 국가에 대해 구체적 청구권을 행사할 수 있다는 실질적 최저생활설(통제규범)의 견해로 헌법재판소의 대체적인 입장이다.⁴⁸⁾

그러나 구체적인 입법이 없는 한 사회적 기본권인 인간다운 생활을 할 권리는 현실적 권리로서 사법적 구제를 받을 수 없다고 보는 점에서 볼 때 추상적 권리설과 프로그램 규정설은 실질적 내용에는 큰 차이가 없다.

3) 구체적 권리설

구체적 권리설에 따르면 사회적 기본권인 인간다운 생활을 할 권리에 관한 헌법규정은 그 규정을 구체화하는 입법규정이 존재하지 않는 경우에도 현실적 효력을 갖는 규정이고 완전한 권리로서의 인간다운 생활권을 보장하는 것이라고 한다.⁴⁹⁾ 헌법상의 인간다운 생활권적 기본권은 구체적 입법이 존재하지 아니하여도 현실적 효력을 갖는 규정(법적 권리)이므로 국가의 부작위는 헌법상의 인간다운 생활권적 기본권의 현실적이고 구체적인 권리침해라고 한다. 따라서 국가의 인간다운 생활권 실현에 관한 부작위는 현실적 및 구체적으로 권리의 침해가 되어 사법적 구제의 대상이 된다고 한다.

47) 예컨대 재판청구권, 공무담임권 등을 들 수 있다.

48) 헌재 1995.7.21.선고 93헌가14결정.

49) 앞의 책, 647면.

이와 관련하여 구체적 권리설은 다시 세 가지로 나누어진다.⁵⁰⁾ 첫째는 사회적 기본권을 대상으로 한 소송유형은 현재 존재하지 않기 때문에 특별한 헌법소송법의 제정을 필요로 한다는 견해이다. 둘째는 사회적 기본권에 관한 소송은 현행 행정소송법의 부작위위법확인소송 또는 작위의무화소송(이행소송)을 제기할 수 있다고 하는 견해이다.⁵¹⁾ 마지막으로 사회적 기본권에 관한 권리구제는 현행 헌법재판소법에 의해서도 가능하다는 견해이다.

4) 제도보장설

사회적 기본권인 인간다운 생활권을 하나의 권리로 보는 것이 아니라 사회보장 또는 사회복지제도에 의해 결과적으로 기본권이 보장되는 상태를 가져올 수 있다는 점에 착안하여 하나의 제도보장으로 이해하는 견해이다.⁵²⁾ 이 견해는 헌법조항에서 명문상의 권리로 규정되어 있어도 현실적인 제약 때문에 구체적인 권리가 될 수 없다고 보는 점에서는 추상적 권리설과 다를 바 없으나, 추상적 권리 개념의 모호함을 극복하기 위하여 권리의 개념보다는 기본권을 보장하기 위한 제도보장의 개념으로 이해하려는 것이다. 이에 따를 경우 국가의 사회보장·사회복지 증진의무를 규정한 헌법 제34조 제2항에 따라 사회보장 또는 사회복지는 주관적 권리로 존재하지 않지만 제도보장의 성격을 갖는 객관적 규범이기 때문에 재판규범으로서 기능할 수도 있다는 것이다.⁵³⁾

5) 복합설

이 학설은 인간답게 생활할 권리의 수준 즉 “인간다운”의 수준을 어떻게 설정하느냐에 따라 위의 세 가지 학설이 모두 가능하다고 하는 견해이다. 즉 헌법에서

50) 함상명, “사회보험제정법의 범리에 관한 연구”, 한양대학교 석사학위논문, 2008, 20면.

51) 부작위위법확인소송으로 가능하다는 견해는 “국가가 사회적 기본권에 관한 입법을 하고 그 입법을 근거로 행정청이 사회적 기본권을 실현하여야 함에도 불구하고 그것을 하지 아니하는 경우에는, 작위의무의 불이행이라는 의미에서 행정소송법 제1조의 공법상의 권리관계에 관한 문제로 해석하여야 한다”고 주장한다(권영성, 앞의 책, 647면).

52) 김기주, 앞의 논문, 64면.

53) 함상명, 앞의 논문, 21면.

의 보장수준, 국가의 적극적 급부의 구체적인 내용, 실현가능성 등에 따라 프로그램 규정이 될 수도 있고, 추상적인 권리나 구체적인 권리가 될 수도 있다고 한다.⁵⁴⁾

첫째, 인간다운 생활의 수준을 아주 이상적인 차원에서 기준설정을 한다면 이 권리는 언제나 프로그램적인 권리에 지나지 않게 된다. 즉 현행 헌법 제34조 제2항 내지 제4항에서의 증진, 향상 등은 궁극적인 목적 또는 목표로서의 의미가 있을지는 몰라도 현재로서는 입법에 의해 실현될 수 있는 수준이 아니기 때문에, 이상적 수준의 인간다운 생활 또는 생존이라 함은 실질적인 권리가 될 수 없는 것이다.

둘째, 인간다운 생활의 수준을 인간다운 최저생활수준의 실현으로 해석한다면 현실적인 보장요구의 실현가능성도 있지만 여기에는 국가의 적극적 급부의 대상, 내용, 수준 등에 대한 규정이 필요하게 되는데, 이것은 기본적으로 입법자의 권한사항이 되기 때문에 이러한 수준의 권리라는 것은 기껏해야 입법청구권이 될 것이며, 따라서 사회적 기본권 또는 인간다운 생활권적 기본권은 불완전한 권리 또는 추상적 권리의 성격을 갖게 되는 것이다.

셋째, 인간다운 생활의 수준을 생물학적 최저수준의 보장으로 이해한다면 구체적 권리설을 인정할 수 있을 것이다. 생물학적 또는 생리학적 측면에서는 급부의 대상을 어느 정도 객관적으로 판단할 수 있고, 또한 급부의 내용이 현금급부일 경우에는 현실적으로 실현가능성이 있다는 점에서 사회적 기본권은 구체적 권리로서 인정될 수 있을 것이라고 본다.

6) 결 토

사회적 기본권인 인간다운 생활을 할 권리의 법적 성격에 관하여 종래에는 프로그램 규정설이 지배적인 견해였으나, 최근 들어 법적 권리설이 그것을 대신하고 있지만 완전한 의미의 그것이 아니며 결국 추상적 권리설의 큰 틀은 벗어나지 못하고 있다. 이는 구체적 권리설이 타당한 학설이라고 인식하면서도 권리실현방법과 절차, 국가 재정적 문제와의 관계 등이 명쾌하게 해결되어 있지 못하기 때문이다. 그러나 국가의 건강보호의무를 보장하는 의미에서라도 사회적 기본권인 인간다운 생활을 할 권리에 대하여 좀 더 적극적인 자세로 구체적 권리설을 취할 필요가 있다 하겠다.

54) 김기주, 앞의 논문, 65-66면.

4. 국민건강보호의무 관련 법령

우리 법제상 국가의 건강보호의무를 실현하기 위한 법규들도 상당히 많다. 그 근간이 되는 법률로는 먼저 보건의료기본법⁵⁵⁾과 사회보장기본법⁵⁶⁾을 들 수 있고, 다수의 개별 법령에 의해 구체적인 사항들이 정해지고 있다.

우선 건강보호활동의 첫 단계는 예방활동이라고 할 수 있다. 건강에 대한 침해가 발생된 이후에 사후적으로 이를 회복시키는 것보다는 사전적으로 이를 예방하는 것이 건강을 위해 훨씬 효과적이기 때문이다. 이를 위하여 감염병예방및관리에 관한법률 등에 따라서 각종 건강검진, 예방접종, 방역활동 등이 규율되고 있다. 넓게 보면 식품위생법과 공중위생관리법에 기초한 음식점, 공중이용시설 등에 대한 위생검사 등도 예방적 차원에서 국민의 건강에 대한 침해를 사전에 예방하기 위한 것이라고 할 수 있다.⁵⁷⁾

이와 같은 각종 예방적 조치에도 불구하고 질병이나 부상 등으로 인하여 건강침해가 발생하면 국민은 국가의 국민건강보호의무 내지 국민의 건강권에 기초하여 국가에 대하여 질병의 치료 또는 부상에서의 회복을 위한 의료서비스를 제공하여 줄 것을 청구할 수 있는데, 현행법을 통하여 구체화되고 있는 적극적 건강보호 관련조항들은 사회보장 관련 법률에서 주로 찾아볼 수 있다.

사회보험법으로서는 일반제도로서 국민건강보험법이 있고, 업무상 질병·부상에 대한 요양보상을 위한 법률로 공무원연금법, 사립학교교직원연금법과 산업재해보상보험법이 있으며, 공공부조법률로는 국민기초생활보장법, 의료급여법, 재해구호법, 북한이탈주민의보조및정착지원에관한법률 등이 있고, 국가배상법으로는 독립유공자예우에관한법률, 국가유공자등예우및지원에관한법률, 의사상자예우에관한법률 등이 있다.

55) 2000년에 제정된 보건의료기본법은 헌법상 권리인 건강권을 한 단계 더 구체화하는 법률로서, 말 그대로 '기본법'으로서의 성격을 갖는다. 이러한 성격은 이 법 제1조가 "이 법은 보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 보건의료의 수요와 공급에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 보건의료의 발전과 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다."라고 규정하고 있는 데서 잘 나타난다.

56) 사회보장기본법은 사회보장에 관한 국민의 권리와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 사회보장정책의 수립·추진과 관련 제도에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 국민의 복지증진에 이바지하는 것을 목적으로 제정되었다.

57) 홍중현, 「국민건강보험제도의 지속가능한 관리와 운영을 위한 법제개선방안」, 한국법제연구원, 2013, 36면.

제3절 사회국가원리와 국가의 국민건강보호의무

1. 사회국가원리의 개념

사회국가라 함은 모든 국민에게 그 생활의 기본적 수요를 충족시킴으로써 건강하고 문화적인 생활을 영위할 수 있도록 하는 것이 국가의 책임이면서, 그것에 대한 요구가 국민의 권리로서 인정되어 있는 국가를 말한다.⁵⁸⁾ 사회국가원리란 경제적·사회적 약자의 최저생활을 보장하고 정의로운 사회질서를 형성하기 위하여, 국가에게 각종 제도를 마련하고 조치를 취할 의무를 부과하는 헌법의 기본원리를 의미한다.⁵⁹⁾ 본래 사회국가란 서구에서 산업사회의 심화에 따라 등장한 여러 사회적 갈등문제를 해결하기 위해 등장한 개념이다. 산업사회에서 대량으로 발생한 경제적·사회적 약자와 소외계층, 특히 무산근로대중의 생존을 배려하게끔 국가에게 일정한 의무를 부과한 것이 사회국가원리의 등장배경이었다. 따라서 법치국가원리가 국가와 시민사회간의 대립에서 나타난 시민혁명의 결과라면, 사회국가원리는 국가와 산업사회간의 대립에서 나타난 산업혁명의 결과라고 할 수 있다.

사회국가원리의 개념과 관련하여 사회국가와 복지국가의 관계가 문제된다.⁶⁰⁾ 그러나 사회국가와 복지국가⁶¹⁾는 양자 모두 질병·사고·노령 등으로 인한 사회적 곤궁과 생활의 위협을 방지하거나 제거하여 개인의 안전과 복지를 보장하려 한다는 점에서 공통점을 가지고 있다.⁶²⁾

58) 권영성, 앞의 책, 139면.

59) 계희열, 헌법학(상), 박영사, 2005, 378면 등(홍일선, “고령사회를 대비한 헌법적 논의: 국가의 노인보호 의무와 노인의 사회적 기본권을 중심으로”, 「공법학연구」 제9권제2호, 한국비교공법학회, 2008, 142면에서 재인용).

60) 우리나라에서는 사회국가와 복지국가에 관하여, 양 개념을 구분하는 입장과 양자를 명확히 구분하지 아니하고 사회국가 내지 복지국가 혹은 사회복지국가 등으로 표현하는 입장이 있다. 주로 영미에서 발전하여 온 복지국가와 독일 등 대륙에서 형성된 사회국가원리는 엄밀히 따지면, 역사적 전개과정이나 구현방법 등에 있어 구별이 가능하지만, 두 원리는 그 지향하는 이념·목표·내용 등이 유사하다는 점에서 공통점이 있다. 그러므로 두 원리를 동일한 개념 범주에 포함시키거나 사회복지국가라는 합성어로 사용하여도 무방하다고 본다(권영성, 앞의 책, 140면); 사회국가와 복지국가의 개념을 구분하는 입장에 대해서는 정종섭, 앞의 책, 206면 등 참조.

61) 복지국가는 광의로는 복지에 관한 서비스를 제공하는데 적극적인 태도를 가지는 국가를 의미한다(정종섭, 앞의 책, 205면).

62) 홍일선, 앞의 논문, 142면.

2. 우리 헌법의 사회국가원리

우리 헌법은 명시적인 사회국가조항을 두고 있지 않지만 사회국가원리와 관련된 중요한 내용들을 규정하고 있다.⁶³⁾ 예컨대 헌법전문에서 “...정치·경제·사회·문화의 모든 영역에 있어서 각인의 기회를 균등히 하고, 능력을 최고도로 발휘하게 하며, 자유와 권리에 따르는 책임과 의무를 완수하게 하여 안으로는 국민생활의 균등한 향상을 기하고”라고 있고, 제10조에서는 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다”라고 하고 있으며, 제119조 제2항에서는 “국가는 균형있는 국민경제의 성장 및 안정과 적정한 소득의 분배를 유지하고, 시장의 지배와 경제력의 남용을 방지하며, 경제주체간의 조화를 통한 경제의 민주화를 위하여 경제에 관한 규제와 조정을 할 수 있다”라고 하고 있다.

헌법재판소에서도 우리 헌법에서 사회국가원리가 인정된다고 밝혀 왔다.⁶⁴⁾ 즉, 헌법재판소는 우리 헌법이 사회국가원리를 명문으로 규정하고 있지는 않지만 헌법의 전문, 사회적 기본권 보장하고 있는 조항들(헌법 제31조 내지 제36조)⁶⁵⁾, 사회적 시장경제질서에 관한 조항(헌법 제119조 제2항 이하) 등과 같이 사회국가원리의 구체화된 여러 표현을 통하여 사회국가원리를 수용하였다고 하면서 사회국가란 사회정의의 이념을 헌법에 수용한 국가, 사회현상에 대하여 방관적인 국가가 아니라 경제·사회·문화의 모든 영역에서 정의로운 사회질서의 형성을 위하여 사회 현상에 관여하고, 간섭하고, 분배하고 조정하는 국가이며, 궁극적으로는 국민 각자가 실제로 자유를 행사할 수 있는 그 실질적 조건을 마련해 줄 의무가 있는 국가라고 정의내리고 있다. 이처럼 우리 헌법재판소는, 헌법 전문 및 사회적 기본권을 보장하고 있는 조항들(헌법 제31조 내지 제36조), 사회적 시장경제질서에 관한 조항(헌법 제119조 제2항) 등에 사회국가원리가 구체화되어 있는 것이기 때문에 결국 사회국가라

63) 권영성, 앞의 책, 142면.

64) 헌재 2002.12.18.선고 2002헌마52결정.

65) 헌법은 제31조에서부터 제36조에 걸쳐 일련의 사회적 기본권을 보장하고 있다. 특히 인간다운 생활권(제34조 제1항), 사회보장·사회복지증진을 위한 국가적 노력의 의무(제34조 제2항 및 제6항), 생활무능력자의 국가적 보호(제34조 제5항), 근로자의 고용증진과 적정 임금의 보장 및 최저임금제의 실시(제32조 제1항), 인간의 존엄성에 합치하는 근로조건 기준의 법률제정주의(제32조 제3항), 여자와 연소자의 근로의 특별보호(제32조 제4항 및 제5항), 근로3권의 보장(제33조 제1항), 환경권(제35조), 근로의 권리(제32조 제1항), 교육을 받을 권리(제31조 제1항), 보건에 관한 국가적 보호(제36조 제1항) 등을 규정하고 있다(권영성, 앞의 책, 142-143면).

는 용어를 명시적으로 사용하고 있지 않다 하더라도 각 개별규정들로부터 사회국가원리가 도출될 수 있다고 보고 있다. 또한 사회국가는 헌법적 가치를 실현하기 위해 정의로운 사회질서 형성을 위한 적극적인 의무를 이행하여야 하는 국가라고 요약할 수 있다. 이는 “국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무가 있다.”라고 규정하고 있는 헌법 제34조 제2항을 통해서도 확인할 수 있다.⁶⁶⁾

사회국가의 개념을 어떻게 정의할 것인지에 대해서는 아직도 적지 않은 혼란이 있다.⁶⁷⁾ 그러나 오늘날의 사회적 변화를 감안하고 사회국가의 개념을 규정할 때, 사회국가를 노동자의 보호나 몇 가지 사회보장제도에 한정되는 것으로 정의하여서는 곤란할 것이며, 국가질서의 형성과 유지에 있어서 사회적 정의의 실현을 요청하는 헌법원리로 폭넓게 정의하는 것이 타당할 것이다. 즉, 사회적 약자에 대한 일방적 ‘시혜’가 아닌, 국가공동체의 동등한 구성원으로 사회적 약자에게도 일정한 몫에 대한 ‘권리’를 인정함으로써 사회구성원 모두가 더불어 사는 사회를 실현할 수 있도록 하는 것이 사회적 정의이며, 이를 지향하는 국가가 사회국가인 것이다.⁶⁸⁾

그러나 사회국가원리는 국가의 경제적 여건과 입법자의 입법형성권에 그 실현이 의존된다는 점에서 실현구조상의 어려움을 가지고 있다.⁶⁹⁾ 사회적·경제적 약자를 보호하기 위하여 국가가 적극적인 조치를 취하기 위해서는 방대한 재원이 필요하다. 따라서 사회국가원리의 실현은 국가의 경제적 여건에 의존될 수밖에 없는 것이다. 나아가 사회국가원리는 구체적 입법으로 형성되어야만 그 내용이 실현될 수 있다. 헌법상의 사회국가원리는 단지 사회국가의 이념과 방침을 원칙적으로 선언한 대강규범으로, 구체적인 내용과 범위는 결국 입법자에 의한 개별입법에 달려있기 때문이다.

66) 박귀천, “사회보험법과 사회보장기본법: 사회보장기본원리에 입각한 현행 사회보험법제 검토”, 「사회보장법학」 제1권제1호, 인간과 복지, 2012, 124면.

67) 예컨대 권영성, 앞의 책, 139-140면에서는 사회국가원리를 “사회정의를 구현하기 위하여 법치국가적 방법으로 모든 국민의 복지를 실현하려는 국가적 원리”로 정의하고 있으며, 이러한 사회국가원리는 “실질적 법치국가를 실천목표로 하고, 사회적 시장경제질서에 의하여 뒷받침된다는 점에서 사회적 법치국가 원리와 표리의 관계에 있다.”고 한다. 반면에 김철수, 앞의 책, 156-157면에서는 사회복지주의라는 이름으로 사회국가원리를 설명하면서 “수정자본주의국가들은 모든 인간의 최저한도의 인간다운 생활을 보장하는 복지국가의 건설을 이념으로 하며, 사회정의의 실현을 그 목적으로 하고 있다.”고 하고, 이를 위하여 “국가는 사회보장제도를 정비하고 완전고용에 가까운 상태에 도달하여야 한다.”고 설명하고 있다. 또한 허영, 앞의 책, 159-160면에서는 “민주주의와 법치주의 못지않게 사회국가를 건설할 수 있도록 국가의 정책방향을 정하여야 한다.”고 하여 사회국가를 민주주의, 법치주의와 구분되는 제3의 헌법원리로 이해하고 있다.

68) 차진아, “사회국가의 이념과 그 현실적 한계: 소득세를 통한 혼인과 가족생활의 보호에 관한 한국과 독일의 (연방)헌재 판례를 중심으로”, 「헌법학연구」 제13권 제3호, 한국헌법학회, 2007, 171면.

69) 홍일선, 앞의 논문, 144면.

3. 사회국가원리와 국민건강보호문제

사회적·경제적 약자를 보호하기 위하여 국가가 적극적인 조치를 취할 의무를 지게 되는 사회국가의 내용에 국민건강보호의 문제는 당연히 포함된다. 질병이나 부상 등으로 인해 신체적 능력이 저하된 국민의 경우 사회국가원리의 보호대상인 사회적 약자에 해당되기 때문이다. 국민의 건강보호를 위한 사회국가의 실현방식은 매우 다양하지만, 현행법상 구체화되어 있는 사회국가 실현의 주요 방식은 크게 두 가지로 정리될 수 있다. 하나는 국가가 사회부조를 통해 의료서비스를 필요로 하는 사회적 약자에 대하여 직접 금전이나 현물을 급부하는 방법이고, 다른 하나는 국가가 사회보험 제도를 마련하여 의료서비스를 필요로 하는 사회적 약자들이 이에 가입하여 일정한 기여를 하도록 하는 대신에 위기시에 보험가입자들로 하여금 보험급여를 통하여 위기상황을 극복할 수 있도록 하는 것이다.⁷⁰⁾

국가의 재정으로 사회부조 대상자 등에 대하여 직접 금전이나 현물을 급부하는 방식은 수혜대상자인 사회적 약자의 입장에서는 개인의 부담이 전혀 없거나 매우 적다는 점에서 보장의 효과는 클 수 있지만, 국가의 재정적 부담이 매우 크기 때문에 이를 통해 해결할 수 있는 사안의 범위가 좁아지게 된다. 반면에 사회보험 제도를 적극적으로 활용할 경우에는 국가의 재정적 부담을 크게 낮추면서도 사회국가의 실현을 상당히 진척시킬 수 있다. 이러한 사회보험의 대표적인 예로서 국민연금, 국민건강보험, 고용보험, 산업재해보상보험 등을 들 수 있으며, 사회보험이 잘 발달될수록 사회국가는 더 잘 실현될 수 있다.

4. 사회국가원리 실현수단으로서 공적 건강보험

사회보험 중에서도 공적 건강보험은 국가의 국민건강보호를 위해 매우 중요한 의미를 갖는다. 그것은 무엇보다 의료서비스의 성격에서 비롯된다. 의료서비스는 모든 인간에게 필요한 것이지만 사회적 약자에게만 한정되는 문제는 아니다. 사회적 신분이나 지위, 빈부의 차이 등과 상관없이 모든 인간은 누구라도 질병이나 부상으

70) 차진아, “국민건강보험의 헌법상 의미와 실현구조”, 「고려법학」 제57호, 고려대학교법학연구원, 2010, 250면.

로 인한 생명과 건강에 대한 침해를 받을 수 있으며, 이를 예방 또는 치유하기 위한 의료서비스를 필요로 한다. 그런데 공적 건강보험이 사회국가의 실현과 직결되는 이유는 사회적 약자의 의료서비스 수혜를 실질적으로 가능하게 만드는 방법이라는 점에 있다.

의료서비스를 경쟁논리에 따라 받을 수 있도록 할 경우에는 사회적 지위나 높은 대가를 지불할 수 있는 경제적 능력에 따라 의료서비스를 받을 수 있는지 여부 및 그 의료서비스의 질이 달라질 것이다. 그러나 이는 사회적 정의라는 사회국가의 이념에 정면으로 배치되는 것이다. 더구나 생명과 건강에 대한 보호라는 가장 기본적인 보장이 사회·경제적 능력에 의해 좌우되는 것은 사회적 취약계층의 심각한 불안과 불만을 야기할 수 있다는 점에서 결코 가볍게 여길 수 없는 문제이기도 하다.⁷¹⁾

그러므로 공적 건강보험이 사회국가의 실현과 관련하여 매우 중요한 의미를 갖는다는 점에 대해서는 이론의 여지가 없다. 다만, 공적 의료보장서비스를 구체화함에 있어서는 공적 건강보험이 유일한 방식은 아니며, 조세를 주된 재원으로 하여 모든 국내 거주자에게 보편적인 의료서비스가 제공될 수 있도록 국가가 이를 직접 관리 및 운영함으로써 차별화를 최소화시키려는 태도를 취하는 국가도 있다.

또한 공적 건강보험제도를 구체화하는 방식에 있어서도 입법례에 따라 적지 않은 차이가 있다. 모든 국민 내지 거의 대부분의 국민에게 공적 건강보험에 의한 충실한 의료서비스를 제공하고 사적 의료보험은 공적 보험에 대한 보충적 역할을 담당하게 하는 국가가 있는가 하면, 의료서비스에 있어서도 자유경쟁이 인정되어야 한다는 논리에 따라 매우 제한적으로만 공적 건강보험을 인정하고 각 보험사마다 각기 상이한 내용의 보장내용을 내세워 각기 다른 방식의 민영 의료서비스를 제공하는 국가가 있는 등의 차이가 나타나고 있는 것이다.

71) 헌법재판소도 “건강보험의 문제를 시장경제의 원리에 따라 사보험에 맡기면 상대적으로 질병발생위험이 높거나 소득수준이 낮은 사람들은 보험에 가입하는 것이 매우 어렵거나 불가능하게 되어, 국가가 소득수준이나 질병위험도에 관계없이 모든 국민에게 동질의 의료보장을 제공하고자 하는 목적을 달성할 수 없으므로, 국민건강보험법 제5조, 제31조 제1항·제2항, 제62조 제1항·제3항·제4항은 원칙적으로 전국민을 강제로 보험에 가입시키고 경제적 능력에 비례하여 보험료를 납부하도록 함으로써 의료보장과 동시에 소득재분배 효과를 얻고자 하는 것이다. 이와 같이 국가가 국민을 강제로 건강보험에 가입시키고 경제적 능력에 따라 보험료를 납부하도록 하는 것은 행복추구권으로부터 파생하는 일반적 행동의 자유의 하나인 공법상의 단체에 강제로 가입하지 아니할 자유와 정당한 사유 없는 금전의 납부를 강제당하지 않을 재산권에 대한 제한이 되지만, 이러한 제한은 정당한 국가목적의 달성을 위하여 부득이한 것이고, 가입강제와 보험료의 차등부과로 인하여 달성되는 공익은 그로 인하여 침해되는 사익에 비하여 월등히 크다고 할 수 있으므로, 위의 조항들이 헌법상의 행복추구권이나 재산권을 침해한다고 볼 수 없다.”(헌재 2003.10.30. 2000헌마801 결정)라고 판시하고 있다(앞의 논문, 252면).

제4절 주요국의 공적 건강보험제도

1. 공적 건강보험제도의 유형

공적 건강보험제도는 각국의 고유한 문화와 전통을 배경으로 하는 역사적 산물로서 단순 분류에는 어려움이 있으나 일반적으로 재정방식을 기준으로 두 가지 즉, 조세방식에 의한 국민보건서비스, 사회보험방식에 의한 건강보험제도로 분류할 수 있다.⁷²⁾

1) 조세방식에 의한 국민보건서비스

국민보건서비스방식은 국민의 의료문제는 국가가 책임져야 한다는 관점에서 국가가 일반조세로 재원을 마련하여 모든 국민에게 거의 무상으로 의료를 제공하는 방식으로, 영국의 베버리지가 제안하였다고 하여 베버리지 방식이라고도 한다. 이 방식은 국가가 직접 국유화된 의료기관으로 하여금 보험급여를 제공하므로 소득수준에 관계없이 모든 국민에게 포괄적이고 균등한 의료를 보장한다. 그리고 이 방식은 국가가 직접 의료를 관리하므로 국민의료비 통제가 쉽고, 조세로 재원을 조달하므로 소득재분배 효과가 강한 것이 장점이다. 단점은 의료의 국유화로 의료의 질이 낮고 장기간의 진료대기 문제가 발생하는 점이다.

2) 사회보험방식에 의한 건강보험제도

사회보험방식은 의료비에 대하여 국민이 자기 책임의식을 가지되 국가의 지원과 감독을 받는 보험자가 보험료로서 재원을 마련하여 의료를 보장하는 것으로, 독일의 비스마르크가 창시하였다고 하여 비스마르크방식이라고도 한다. 이 방식의 장점은 상대적으로 국가보건서비스방식보다는 양질의 의료를 제공한다는 점이다. 단점으로는 국가보건서비스방식보다 상대적으로 국민의료비 통제가 어렵다는 점이다.

72) 보험미래포럼, 「건강보험의 진화와 미래」, 21세기북스, 2012, 141-142면; 문재우, 「국민의료보험론」, 계축문화사, 2000, 143-148면; 국민건강보험공단, 「국민건강보험법 해설」, 2011, 11-14면.

2. 영국의 국민보건서비스체계⁷³⁾

영국은 국민보건서비스방식 건강보장을 택하고 있는 대표적 국가이다. 재원을 전액 조세로 조달하면서 의료서비스 공급도 거의 대부분을 공공부문이 담당하고 있다. 1948년에 이 방식을 도입한 이후 약간의 변형을 거치면서도 기본체계는 그대로 유지하고 있다.

1) 국민보건서비스제도(NHS)의 출범

국가의료보장제도인 영국의 국민보건서비스제도(National Health Service System, NHS)는 1942년 발표된 베버리지 보고서(Beveridge Report)에 의해 탄생하였다. 베버리지는 실업, 질병, 재해, 퇴직에 따른 소득감소를 보충하거나 출생, 사망, 결혼에 따른 특별한 지출을 조달하기 위한 사회보장제도의 창설을 주장하였다. 또한 베버리지는 보고서에서 소득감소가 발생한 원인 그 자체를 제거하는 조치를 강구해야 할 것을 제안하였고, 질병의 예방·치료 및 노동능력의 회복을 목적으로 한 포괄적인 보건서비스 및 재활서비스를 전 사회구성원에게 제공할 것을 제안하였다.

이에 1946년 영국에서는 국민보건서비스법(National Health Service Act)이 제정되었으며 1948년부터 국민보건서비스제도가 시행되었다. 이 법에 따라 영국에 있는 보건서비스는 국가가 보장하며, 이에 소요되는 재원은 조세로 충당하는 국가보장 의료서비스제도가 확립되었다. 그리고 모든 병원은 국유화하며 병원에 근무하는 의사는 공무원으로 하였고, 일차진료를 담당하는 일반의(general practitioner)는 국가와의 계약에 따라 진료를 하며, 등록된 사람규모에 따라 수입을 얻게 되었다. 일반의의 치료가 어려운 환자는 병원으로 이송한다. 모든 국민은 자신의 의사에 따라 일반의를 가정의로 선택하며, 치료비용은 무료이다. 일반의가 처방한 약은 약국에서 무료로 받으며, 안과, 치과진료 등도 무료로 제공하는 평등한 국가보장식 보건 의료서비스제도가 실시되었다.⁷⁴⁾

73) 이에 대해서는 정기혜·김용하·이지현, 「주요국의 사회보장제도 영국편」, 한국보건사회연구원, 2012, 367-398면을 주로 참고하였다.

74) 사실 의료체계 재정비는 국가의 적극적인 개입이 없이는 성사되기 힘든 것이 사실이다. 2차 대전 전까지 만 해도 자유방임주의 노선을 따르면 영국이 이러한 고도로 중앙집중된 통합된 의료서비스가 가능하게 된

2) 보건의료서비스의 종류

(1) 일반의 서비스(General Practitioner Service)

모든 국민은 일반의(General Practitioner)를 자신의 가정의로 정하여 등록을 함으로서 일차진료를 받게 된다. 일반의는 진료소(surgery)에서 진찰과 간단한 시술을 하며, 전문적인 검사나 수술이 필요한 환자는 병원으로 이송한다. 일반의는 등록환자에게 모든 형태의 적당한 보건의료서비스를 담당해야 한다. 환자의 일반적 건강상태 및 식사, 운동, 흡연, 음주 및 약물에 대한 조언, 환자와의 질병상담 및 건강검진, 감염병에 대한 예방접종과 NHS의 보건의료서비스에 대한 정보제공이 포함된다. 환자는 진료 후 일반의가 발급하는 처방전에 따라 대부분 진료소 근방에 위치한 약국에서 의약품을 받을 수 있다. 약국이 멀리 떨어져 있을 경우 일정 요건 하에 일반의가 의약품을 공급할 수 있다.

일반의는 전체 환자의 약 90%를 진료하고 있어 NHS에 있어 핵심적인 역할을 담당하고 있는데, 한 사람의 일반의는 3,500명까지 환자를 등록시킬 수 있으며 공동개업 시에는 평균등록자가 3,500명을 초과하지 않는 범위 내에서 1명이 4,500명까지 등록을 받을 수 있다. 지역주민은 일반의를 선택할 선택권이 있으며, 일반의는 환자의 등록을 거부할 수 있는 거부권이 있다.⁷⁵⁾

(2) 치과진료(Dental Service)

치과진료는 전통적으로 NHS에 의한 지원이 부족하여 일정요금이 부과되며, NHS에 의해 치과진료를 받기 위해서는 장기간 대기해야 하므로 대부분 민간치과 의원을 많이 이용하고 있다. 치과진료비는 NHS에서 최대부담액과 치료비를 정하고 있으며, NHS병원에서 치과치료를 받거나, 18세 미만 아동이나 재학생, 임신중이거나 출산 후 12개월 이내 환자와 소득보조를 받고 있는 저소득자는 틀니와 인

데는 전시정부 하의 경험이 한 몫을 했다. 2차 대전의 전시 정부는 국가의 적극적 역할에 대한 관심을 증폭시켰으며, 사회주의 사상의 확대 및 복지증대의 요구가 전후 참전 시민들의 복지증대 요구와 맞물려서 NHS와 같은 대규모 복지개혁 구상이 설득력을 얻었다. 그리고 대공황의 교훈으로 케인즈주의적 복지 증대를 통한 수요 창출이 자본주의 국민경제 정책의 주요 근간을 이루면서 이러한 복지체계는 좀 더 구체화되었다.

75) 유승훈·박은철, 「의료보장론」, 신광출판사, 2009, 293면.

공치아를 제외하고는 무료 서비스를 받을 수 있다.

2013년 7월 현재 NHS에서 적용하고 있는 치과진료비를 보면 다음과 같다.⁷⁶⁾

- 진찰, 방사선검사, 스케일링 : 18파운드
- 충치치료, 필링 : 49파운드
- 보철 : 214파운드

(3) 안과진료(Ophthalmic Service)

눈의 이상을 느낄 때도 먼저 일반의에게 상담을 하며, 일반의는 병원이나 안과의를 소개한다. 안과의는 시력검사, 안경의 처방전을 발급하며, 안경제작은 검안사(optometrist) 또는 안경상이 한다. 또한 검안사는 시력검사도 할 수 있다. 시력검사 및 안경 처방전은 국민보건서비스에서 무료로 행하였는데, 지금은 시력검사에 대해서 본인일부부담제가 도입되었다.⁷⁷⁾

(4) 약국(Pharmacy Service)

의료에 필요한 약제 및 물품은 일반의의 처방에 따라 NHS와 계약을 체결한 약사가 있는 약국에서 지급된다. 약사는 처방약을 조제하고 간단한 상처, 피부상태, 알러지와 같은 가벼운 질환에 대해 의사의 진료를 받을 것인지에 대해 환자에게 조언할 수 있다. 처방약 조제에 대하여는 일정액이 환자에게 부과된다. 현재 처방료는 7.85파운드이다.⁷⁸⁾ 그러나 18세 이하 아동이나 재학생, 임신중이거나 출산 후 12개월 이내의 산모 특정 만성질환자나 중증장애인, 저소득층은 무료이다.

(5) 병원 및 전문의 서비스(Hospital and Specialist Service)

병원은 일반의로부터 이송되어 온 환자를 진찰하고 입원치료 등 전문의 서비스를 제공한다. 이것이 바로 병원 및 전문의서비스(Hospital and Specialist Service)이

76) 자세한 내용은 NHS 공식 홈페이지(<http://www.nhs.uk/nhsengland/aboutnhsservices/dentists/pages/nhs-dental-charges.aspx> [2013년 7월 7일 검색]) 참조.

77) 윤병준·이준협, 「건강보험론」, 한국방송통신대학교출판부, 2012, 226면.

78) 자세한 내용은 NHS 공식 홈페이지(<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx> [2013년 7월 7일 검색]) 참조.

다. NHS 병원에서 진료를 받으려는 경우는 응급시를 제외하고 본인의 일반의를 통하여 예약을 하는 것이 원칙이다. 의학적 이유로 환자를 병원에 이송할 수 없을 때는 병원의사가 환자의 자택에 왕진하는 경우도 있다.

3) NHS의 인력 및 재정규모

세계적으로 NHS보다 더 많은 인원을 고용하고 있는 곳은 중국군대, 월마트 체인과 인도철도 뿐이라고 할 정도로 오늘날 영국 NHS는 규모면에서도 세계적인 수준을 자랑한다. NHS는 총 170만 명의 인력을 거느리고 있다.⁷⁹⁾

구체적으로 보면 약 4만 명의 일반의(general practitioner, GPs)들이 일하고 있으며, 37만 명 정도의 간호사(nurses) 및 1만 8천 응급의료요원(ambulance staff) 및 11만 5천의 의료 및 치과 직원(hospital and community health service (HCHS) medical and dental staff)이 영국의 무상의료 시스템을 책임지고 있다. 또한 하루 50만 명 이상의 환자들이 NHS 서비스를 받고 있다.

물론 이러한 거대한 기관을 운영하는데 막대한 비용이 소요된다. 1948년 설립 당시에 NHS의 재정은 4억 3천7백만 파운드(현재 가치로는 90억 파운드)였으나, 현재는 그 12배인 1,089억 파운드에 달한다(2012/2013 회계년 기준).⁸⁰⁾ 이는 인플레이션을 고려해도 평균적으로 60년 내내 매년 4%씩 성장한 셈이다. 이러한 거대한 재정은 국민 세금으로 충당이 되는 데, 이는 영국 국민 한 명 당 1천7백 파운드의 기부를 하는 셈이라고 한다.

3. 독일의 건강보험제도⁸¹⁾

독일은 1883년에 비스마르크 수상이 세계에서 최초로 사회보험방식의 건강보험

79) 이하 NHS의 인력 및 재정규모에 대한 자세한 내용은 NHS 공식 홈페이지(<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx> [2013년 7월 7일 검색]) 참조.

80) NHS는 이중 절반 이상인 60퍼센트를 인건비로 지출하고, 20퍼센트 이상은 의약품 및 의약 자재구입, 그리고 나머지 20퍼센트 가량을 시설 관리 및 인력 교육비용으로 지출한다(정상우, 「공공보건 의료 선진화를 위한 법제 연구」, 한국법제연구원, 2009, 55면).

81) 이하의 내용은 정기혜·김용하·이지현, 「주요국의 사회보장제도 독일편」, 한국보건사회연구원, 2012, 494-530면의 내용을 발췌·재정리하였음.

을 도입한 나라이다. 이후 많은 선진국 건강보험의 모형이 되었고 일본과 우리나라의 건강보험에도 큰 영향을 미쳤다. 도입 후 130여 년간 주된 재원을 사회보험료에 의존하는 기본틀을 유지하면서 적용대상을 지속적으로 확대해왔다. 일찍부터 다수의 국민이 건강보험을 적용받아 왔지만 극히 일부의 국민이 적용대상에서 제외되어 있었다. 이후 2009년 1월부터 예외 없이 전 국민이 공적 질병보험이나 민간보험의 한쪽에 반드시 가입하도록 의무화되었다.

1) 적용대상 및 범위

독일은 모든 거주민에게 질병보험 가입을 의무화하였지만, 독일의 공적 질병보험제도는 엄밀한 의미에서 전 국민을 대상으로 한 보편적인 질병보험제도가 아니다. 공적 질병보험제도는 일정 소득 이하의 소득계층만을 강제가입 대상자로 법제화하고 있으며, 일정 수준 이상의 소득계층은 공적 질병보험이나 민간보험 가운데 하나를 선택하여 가입할 수 있다. 즉, 독일의 질병보험제도는 1883년 처음 도입될 당시부터 고용주, 고소득 근로자, 자영자를 보호대상에서 제외하였으며, 그 후 농어민과 수공업자 등 특정 자영자들만을 직종별로 구분하여 질병보험을 제공하였다. 국가와 지방자치단체의 일반 공무원은 봉급수준과 관계없이 안정된 신분보장 때문에 공적 질병보험이 아닌 국가와 지방자치단체가 고용주로서 민간보험에 가입시켜 건강보장을 제공하고 있다. 또한 국방과 치안을 담당하는 연방정부의 특수직 공무원과 특정 공공부문 근로자는 국가의 특수직역에 대한 별도의 공적 건강보장제도가 보호하고 있다.

공적 질병보험에서 소득을 기준으로 사회보험의 강제적용대상 여부를 결정하는 기준은 매년 연방노동사회부가 발표하는 가입자의 소득기준 ‘사회보험 강제가입 소득 상한선’이다. 2009년 질병보험과 장기요양보험의 강제가입 상한선은 가입자의 세전 연간 소득 48,600유로, 월 소득은 4,050유로이다. 2007년 근로자의 월 평균 세전 임금이 2,263유로임을 고려할 때, 거의 대부분의 근로자가 질병보험의 적용을 받는다고 할 수 있다.

강제가입 상한선 미만의 소득자는 원칙적으로 질병보험 가입이 의무이며, 이들이 납부해야 하는 보험료 산정에는 ‘보험료산정 한도액’⁸²⁾이 적용되어 그 한도액 이상

82) 보험료산정한도액(Beitragsbemessungsgrenze)은 사회보험의 종류와 지역에 따라 차별적이다. 지역간

의 소득은 보험료 산정에서 제외된다. 질병보험의 가입의무자에게 적용되는 보험료 산정한도액은 2009년의 경우 연간 소득은 43,200유로, 월 소득은 3,600유로였다.

이처럼 독일의 건강보장체계는 '강제가입 상한선' 이하의 소득자인 사회보험 강제가입 대상자들을 위한 '공적 질병보험체계', 공공부조·특수직역 공무원·국가보훈 대상자 등을 위한 '공적 질병보험 이외의 공적 건강보장 프로그램' 및 일반 공무원과 강제가입 상한선 이상의 소득자, 즉, 사회보험 강제가입 적용제외자들을 위한 '민간보험'으로 구성된다.⁸³⁾

2) 질병금고

독일의 질병보험 운영의 가장 중요한 기관은 질병금고(Krankenkasse)이다. 독일 공적 질병보험의 경우 한국의 국민건강보험처럼 일원화된 체계의 통합방식으로 운영된 것이 아니라, 다양한 질병금고들로 구성되어 운영되고 있다.⁸⁴⁾

3) 관리운영체계

다보험자체체인 독일의 질병보험제도는 질병금고, 중앙정부인 연방정부, 지방정부인 16개의 주 정부, 보험계약의사, 병원, 약국, 제약회사 등 다양한 행위자들에 의해 운영되고 있다. 질병금고는 공적 질병보험의 보험자이며 동시에 산재보험을 제외한 4대 사회보험(공적 노령연금보험, 공적 질병보험, 공적 장기요양보험, 실업보험)의 자격 관리와 보험료 부과·징수 및 개별 사회보험 보험자에 대한 보험료 분배를 담당하는 통합 '징수처'의 역할도 한다. 질병금고들은 연방이 아닌 주 차원에서 다른 질병금고들과 함께 질병보험의 외래진료를 보장하기 위해 지역의 보험계

소득격차를 고려하여 (구)동독 지역 주민에게 적용하는 보험료산정한도액은 (구)서독 지역 주민에 적용하는 소득기준액의 85% 수준이며, 노령연금보험과 실업보험에도 이 차이가 적용된다. 하지만, 질병보험과 장기요양보험의 경우 지역주민들 간의 보험료 산정한도액의 차이는 존재하지 않는다. 또한 질병보험과 장기요양보험에 적용되는 보험료산정한도액은 노령연금보험과 실업보험의 75% 수준이다.

83) 2007년 기준 독일 인구 약 8,230만 명 중 공적 질병보험의 피보험자는 85.5%인 약 7,040만 명이며, 3.9%인 약 320만 명은 공공부조와 같은 공적 건강보장 프로그램의 보호를 받고 있다. 반면에 공적 질병보험에 가입하지 않고 민간보험에만 가입한 고소득 사회계층과 공무원은 독일 인구의 10.3%인 약 850만 명이며, 무보험자는 전체 인구의 0.12%인 약 10만 명이다.

84) 독일의 질병금고는 지난 100여 년간 지속적인 통폐합의 결과 1908년 22,887개에서 1951년 1,992개, 1991년 1,135개, 2009년 202개로 크게 감소하였다.

약의사협회와 진료보수 규모를 계약할 뿐만 아니라 입원진료를 위해 개별병원 입원진료의 보수를 계약한다.

보건의료 서비스 제공자들은 외래진료를 제공하는 보험계약의사들과 입원진료를 제공하는 병원들로 구분된다. 보험계약의사들은 주 차원에서 협회를 구성하며, 주 차원에서 질병금고 연합회들과 외래진료에 관한 전체적 사항을 협의하고, 집단적으로 계약한다. 병원들도 주 차원에서 협회를 구성하여 질병금고 주 연합회들과 입원진료에 관한 전체적 사항을 협의하고, 개별적으로 계약한다.

연방정부는 전국적으로 적용되는 제도와 법률을 제·개정하고, 질병금고와 공급자 간의 이해관계를 조정한다. 또한 연방정부는 연방차원의 질병금고연합회 및 보험계약의사협회, 병원협회 등 각 공급자 조직에 대한 관리감독, 질병금고와 보건의료 서비스 제공자 간의 중재기관에 관한 세부사항 결정, 질병보험에서 의약품 정책 등을 담당한다. 16개 주 정부는 연방정부가 제정한 법률들에 근거하여 주 차원의 구체적인 법령들을 제·개정하는 등 보건의료 서비스 제공에 대한 실질적인 책임을 가진다. 이를 위하여 주 정부는 공적 질병금고, 지역 보험계약의사협회, 개별 병원, 주 병원 협회를 실제로 감독하며 지원한다. 또한 주 정부는 공공병원을 운영하며, 매년 작성하는 주의 병원 계획에 따라 지역 주민에 대한 병원입원진료를 보장하고 있다.

4) 급여내용

공적 질병보험의 급여는 크게 현물급여, 현금급여, 그리고 서비스 급여로 나뉜다. 현물급여는 전체 급여의 85%를 차지하며, 초기의 예방적 조치와 사업장의 건강촉진, 질병에 대한 조기진단, 질병치료를 위한 포괄적 영양급여, 영양소 및 특수 진료기관을 포괄한 병원의 영양급여(진료, 약품, 붕대 및 치료약품, 보장구, 치료제에 대한 공급), 심리치료, 간병, 임산부와 산모를 위한 급여가 있다. 현금급여는 병원이나 재활치료로 일을 할 수 없을 때 지급되는 상병수당과 분만수당 등이다. 서비스급여에는 환자이송서비스나 가사 보조 등이 해당한다.

독일의 공적 질병보험과 민간보험의 급여(서비스)는 모든 피보험자(피부양자 포함)에 대해 대체로 비슷하다. 2007년 기준 질병보험 급여의 약 95%가 모든 법정기금에서 동일하였다. 민간보험의 급여도 병원에서의 추가 서비스와 일부경우의 더

신속한 치료를 제외하면 대개 유사했다. 일반적으로 공적 질병보험의 서비스 범위는 규정에 따라 결정된다. 보험 수급권에는 질병발생시 치료, 건강검진, 피임법, 질병 재활이 포함된다. 독일의 공적 질병보험은 거의 무료의 외래 및 입원 치료, 일반 의와 전문의(치과의사 포함)를 선택할 수 있는 자유, 특정 종류의 예방적 치료, 가족계획 서비스, 재활시 의료 서비스 등을 제공한다.

5) 보험료

독일 공적 질병보험의 주요 재원은 보험료이며 조세 수입을 통한 정부의 보조금이 부분적으로 사용된다. 보험료는 고용주와 근로자가 부담하며, 연금과 산재보험 수급자도 보험료를 부담한다. 2009년도 이전에는 각 질병금고들이 수지균형의 원칙에 따라 보험료율을 자율적으로 결정했기 때문에 질병금고의 종류별로, 그리고 같은 종류의 질병금고이라도 지역별로 보험료율의 변동 폭이 상당히 컸었다. 그러나 2009년부터 모든 질병금고에 동일한 보험료율이 적용되어 15.5%로 단일화 되었으며, 그 이전까지 고용주와 근로자가 각각 1/2씩 부담하던 것을 2011년부터 고용주는 7.3%, 근로자는 8.2%를 부담하게 되었다.⁸⁵⁾

6) 본인부담

독일은 계속되는 경기침체와 실업율의 증가로 인해 전체 사회보험의 보험료율이 지속적으로 증가하였다. 이러한 상황에서 연방정부는 독일 경제의 국제경쟁력을 유지하고 전체 사회보험료율의 안정화를 추진하고자 2004년에 ‘보건의료 현대화법’을 실시하게 되었다. 이는 공적 질병보험의 재정안정화를 위하여 피보험자뿐만 아니라 의사와 제약업계를 포함한 보건의료 체계의 모든 행위자들에게 재정적 부담을 부과한 것으로, 2004년 개혁에 따른 질병보험의 가장 큰 변화는 외래진료에 대

85) 2009년 건강기금 도입으로, 그 이전까지 각 질병금고들이 자율적으로 결정했던 보험료율은 14.9%(고용주 7%, 근로자 7.9%)로 확정되어, 모든 질병금고에 일률적으로 적용되었다. 그러나 2011년 1월부터 보험료율이 기존의 14.9%에서 15.5%로 인상되었다. 인상된 0.6%의 보험료율은 고용주와 근로자가 함께 0.3%씩 부담하여 고용주는 근로자 세전 임금의 7.3%를, 근로자는 7.3%에 추가로 ‘특별보험료’ 0.9%를 납부하게 되었다. 이는 상병수당과 의치 및 틀니를 위한 특별보험료로서 근로자가 단독 부담하는 것이다.

한 환자의 정액 본인부담금인 '진료기관 이용료'가 도입된 것이다.

'진료기관 이용료'는 환자가 자신을 진료하는 보험계약 의사에게 매 분기마다 10 유로씩 지불하는 정액 본인부담금으로 환자의 본인부담금을 증가시켜 외래진료의 양을 감소시키고자 도입한 것이다. '진료기관 이용료'의 도입 결과, 외래진료의 양은 3~5% 정도 감소하고, 환자들은 이비인후과, 피부과 의원 등 전문의의 진료를 기피하게 되었다.

4. 미국의 공적 건강보험과 의료보험개혁⁸⁶⁾

미국의 경우 65세 이상 노인 및 신체장애자를 보장하는 메디케어(Medicare), 저소득층을 보호하는 메디케이드(Medicaid)가 공적 건강보험과 의료부조로 각각 존재하지만, 이들 집단 이외의 국민을 국가적 차원에서 총괄적으로 보호하는 건강보장제도는 없다. 많은 국민들은 민간보험회사에서 운영하는 보험 등에 개인적으로 가입하여 의료비를 보장받고 있으며, 이로 인한 높은 의료비와 전국민 의료보장의 부재는 미국 의료보험정책이 가지고 있는 치명적 약점으로 논의되어 왔다.⁸⁷⁾ 그러나 2010년 3월 오바마 정부의 '의료보험개혁법안'⁸⁸⁾이 통과됨으로써 일부 논란에도 불구하고 2014년 이후 미국민의 의료보장성은 획기적으로 개선될 것이 예상되고 있다.⁸⁹⁾

1) 메디케어(Medicare)

65세 이상의 노령 인구를 주 대상⁹⁰⁾으로 하는 메디케어(Medicare) 프로그램은 사

86) 이하의 내용은 정기혜·김용하·이지현, 「주요국의 사회보장제도 미국편」, 한국보건사회연구원, 2012, 377-415면의 내용을 발췌·재정리하였음.

87) 2011년 기준 미국의 총 의료지출 중 공공부문이 차지하는 지출은 약 47.8%로 OECD 국가 평균인 72.2%에 많이 미치지 못하며, 전 세계에서 최하위권에 속하며, 보험에 가입되어 있지 않은 인구의 비율도 약 15.4% 가량 된다.

88) 환자보호와 적정비용진료법(Patient Protection and Affordable Care Act(PPACA 혹은 ACA))과 의료와 교육조정법(Health Care and Education Reconciliation Act)가 그 것이며, 오바마가 두 법을 제안한 것은 전체 미국민의 15.4%에 달하는 4,600만 명에게 적강보험을 적용하고, 빠르게 증가하는 의료비를 억제하고자 했기 때문이다(보험미래포럼, 앞의 책, 165면).

89) 향후 10년간 9,400억 달러가 투입되어, 3천 2백만 명이 새로이 의료보장의 수혜를 받게 됨으로써 의료보장인구는 최종적으로 전국민의 95%에 이를 것이 예상되고 있다.

90) 처음에 65세 이상의 노령 인구를 대상으로 프로그램이 시작되었으나 그 이후 대상이 확대되어 현재는 65세 미만의 사회보장급여(Social Security benefit) 대상인 장애인과 말기심부전 환자도 대상으로 포함하고 있다.

실 하나의 프로그램이 아니라 별도의 특성을 가지는 4개의 프로그램(Part A, B, C D)으로 구성되어 있다.⁹¹⁾ 처음 프로그램이 만들어질 당시에는 병원 입원진료비를 지불하는 파트A와 의사 및 외래 진료비 등을 지불하는 파트B의 2개의 보험으로 시작하였으며, 이후 1997년에 파트C가 추가되었고 2003년에 처방약에 대해 급여하는 파트D가 추가되었다.

(1) 파트 A (Hospital Insurance, 입원보험)

메디케어 파트 A의 의료보장은 병원, 전문요양시설, 호스피스, 가정간호서비스 등의 입원치료 등을 담당하고 있다. 의료서비스의 종류에 따라서 달라질 수 있으나, 초기 일정기간 동안은 대부분 본인부담이 존재하지 않으나 그 이후에는 서비스 이용기간에 따라 차등적으로 본인부담금이 존재한다.

(2) 파트 B (Medicare Insurance, 외래보험)

메디케어 파트 B의 의료보장은 외래치료, 가정간호서비스, 의료장비이용 등을 대상으로 하고 있다. 그리고 예방서비스와 관련한 사항도 이에 해당한다. 메디케어 파트 B에서 2012년의 경우 연간 140달러까지 일정액부담금(deductible)을 부담하여야 한다. 그 이후에는 의료서비스 종류에 따라 다르기는 하지만 보통 메디케어에서 승인된 의료서비스에 대해서는 20%의 의료비를 부담하여야 한다. 예방서비스의 경우에는 일부를 제외하고는 대부분 본인 부담이 없다.

(3) 파트 C (Medicare Advantage Plan, 메디케어 선택보험)

메디케어 파트 C는 파트 A와 파트 B를 포함하고 있으며, 민간의료보험회사에서 관리되는 것을 특징으로 한다. 메디갭과 같은 보충적 의료보장을 필요로 하지 않는다. 시력, 청력, 치아 그리고 건강관리 등에 대한 추가적 의료보장을 제공한다. 대부분의 경우에는 파트 D의 외래처방약에 대한 보장서비스도 제공한다. 보통 메디케어에서는 파트 C를 제공하는 회사에 일정한 비용을 지급하지만, 가입자가 어떤 상품을

91) 메디케어 파트A,파트B 프로그램은 연방정부에 의해 운영되기 때문에 거주하는 주에 상관없이 동일한 등록 요건이 적용되며 급여혜택 또한 동일하다. 대상자들은 소득 수준에 관계없이 급여를 받을 수 있다.

구입하였느냐에 따라 비용을 추가적으로 지불하여야 한다. 파트 C의 상품으로는 HMO, PPO, PFFS(private Fee-for Service)⁹²⁾, SNP(Special Needs Plans)⁹³⁾, HMOPOS (HMO Point-of-Service)⁹⁴⁾, MSA(Medical Saving Account) 등이 있다.

(4) 파트 D (Prescription Drug Coverage, 처방약보험)

메디케어 파트 D는 외래처방의약품에 대한 의료보장을 위한 의료보험이다. 오리지널 메디케어(파트 A와 파트 B), 일부 PFFS 그리고 일부 MSA, 일부 메디케어 비용 플랜(Medicare Cost Plans)⁹⁵⁾ 등의 상품을 구매한 사람들을 대상으로 하고 있다.

(5) 메디갭(Medigap)

메디케어는 공제제(deductible)나 정률제(coinsurance)의 형식으로 환자 본인 부담을 부과하고 있고 검안이나 치과 등에 대해서는 급여하지 않고 있다. 따라서 많은 환자들은 이러한 본인부담금과 메디케어에서 급여하지 않는 서비스에 대해서 급여하는 보충적 성격의 의료보험을 구매하고 있는데 이를 메디갭(Medigap/Medisup)이라고 한다.⁹⁶⁾

메디케어는 전체 의료비 중 약 45%정도만을 충당하고 있으며, 이와 같은 낮은 보장성으로 인해 메디케어 초기부터 자연발생적으로 등장하였다. 그러나 메디갭은 상품의 선택과 보장성 그리고 역선택 등의 문제가 발생하여 이에 대한 일정한 규제가 존재한다.

현재 상품수는 10가지로 제한되어 있으며, 일정기간 동안 가입허용 기간을 강제하는 가입개방기간을 설정하고 있다. 이외에 병력에 의한 재계약 거부금지, 가입자의 차별금지 등의 규정을 마련하고 있다. 또한 보험손실률을 일정 수준(60~75%) 이상으로 유지할 것을 의무화하고 있다.

92) 진료비지불방식에 있어서 행위별 수가제를 채택하고 있고, 의료보장성은 오리지널 메디케어와 유사하다.

93) 만성적 의료, 요양시설 이용자를 중심으로 특정집단의 사람들을 대상으로 의료보장서비스가 특화되어있다.

94) HMO 방식을 기본으로 하면서 일부 외부네트워크 의료기관을 이용이 허용되어 있는 형태의 의료보장형태이다.

95) 이는 특정 지역에서만 운영되며, 파트 B만 가입할 수 있는 지역에서의 메디케어이다.

96) 보험형태에 따라 다르기는 하지만 파트C는 메디갭에서 제공하는 보장을 포함하는 경우가 많으므로 파트C를 선택한 경우 대부분 메디갭을 필요로 하지 않는다.

2) 메디케이드/칩(Medicaid/Chip)

메디케이드/칩(Medicaid/Children's Health Insurance Program, CHIP)은 현재 약 6,000만 명의 저소득층에 대한 의료보장과 장기요양서비스(long-term care service)를 제공하고 있다.⁹⁷⁾ 약 2,900만 명의 어린이, 1,500만 명의 성인 그리고 1,500만 명의 노인과 장애인 등을 대상으로 하고 있다. 메디케이드는 1965년 메디케어와 같이 시작된 반면, 칩은 1997년 어린이의 의료보장을 강화하기 위해 시작되었다.⁹⁸⁾

메디케이드/칩의 특징은 크게 세 가지를 지적할 수 있다. 첫째, 공공부조적 성격으로 인하여 소득 및 자산조사가 가입대상자 선발에 있어서 중요한 기준선으로 작용한다. 연방빈곤선(Federal Poverty Thresholds FPL) 정도에 따라 가입과 급여범위 그리고 보험료 산정 등에 있어서 차등 적용된다. 둘째, 연방정부와 주정부의 역할이 구분되어 있다. 연방정부는 대략적인 기준선(guideline)을 설정하는 역할을 하고, 구체적인 대상자 선발기준, 급여범위, 진료비지불방식 등에 메디케이드 운영 전반에 관한 것은 주정부가 개별적으로 결정하고 있다. 메디케이드/칩에서는 주정부에게 운영의 유연성을 높이기 위해 다양한 특례조치(waivers)를 두고 있다. 셋째, 연방정부와 주정부가 공동기금(matching fund)이 중요한 자원이다. 연방정부의 지원은 주정부의 평균소득에 비례하여 이루어지고 있다. 주정부 메디케이드 예산의 50~75%를 지원하도록 규정하고 있다. 이때, 연방정부의 칩(CHIP)에 대한 분담금은 15%가 높게 책정된다. 예를 들어 특정 주정부에 대한 메디케이드 분담률이 50%라 하면 칩의 분담률은 65%가 된다.

3) 오바마 정부의 의료보험개혁

2010년 3월 30일 오바마 대통령이 의료보험개혁법안에 서명함으로써 미국 의료

97) 칩의 운영은 주에 따라 메디케이드와 같이 운영하기도 하고, 별도로 운영되기도 한다. 2011년 현재 칩의 운영은 독립형(separate state) 17개 주, 통합형(medicaid expansion) 7개 주와 워싱턴 D.C 그리고 병합형(combination) 26개 주로 다양하게 운영되고 있다.

98) 2009년 오바마 행정부는 어린이에 대한 의료보장을 한층 강화·촉진하기 위한 법률인 CHIPRA(the Children's Health Insurance Program Reauthorization of Act)을 입법하였다. 자격이 있음에도 불구하고 등록되지 못함으로써 의료보장혜택을 받지 못하는 어린이들에 대한 확인, 등록, 유지 등과 관련한 주정부의 유연성 강화를 목적으로 하고 있다. 주정부가 어린이에 대한 메디케이드 대상자를 확대할 경우, 이에 상응하는 성과금을 지급하고 있다.

보장은 획기적 전기를 마련하였다. 동법의 통과로 2014년 이후 모든 미국민의 의료보험 가입의 의무화가 진행됨으로써 그 보장성이 크게 확대될 것으로 예상되고 있다.⁹⁹⁾ 오바마 정부의 의료보험개혁의 내용은 크게 5가지의 내용을 담고 있다. 적용범위 확대, 급여적정성 향상, 급여적정성 강화, 공적제도 보장성 강화, 재원조달 방안 등으로 구분할 수 있다. 이와 관련한 주요 내용은 다음과 같다.

(1) 의료보험의 적용범위 확대

2014년부터 개인의 의료보험 가입의무화와 고용주의 의료보험 제공 의무를 강화하였다. 먼저 개인의 경우, 2014년 이후 의료보험의 의무를 위반할 시 일정한 벌금을 부과하도록 하여, 2014년 이후 미가입자에 대해 가구소득의 1.0% 혹은 95달러 중 높은 금액을 벌금으로 납부하도록 하였다.¹⁰⁰⁾ 이와 함께 메디케이드의 수급자격을 FPL 133% 로 상향하여 확대 적용하도록 하였다.

다음으로 정규직 50인 이상을 고용하는 사업장은 의료보험 제공을 의무화하고, 위반 시 벌금을 또한 부과하도록 하였다. 벌금은 30인을 제외하고 1인당 2,000달러를 부과하도록 하였고, 소득이 FPL 400% 이하이며 보험료가 소득의 8~9.8%에 해당하는 피고용인이 의료보험을 별도로 가입하고자 하는 경우에는 무료 바우처(free choice voucher)를 제공할 것을 규정하고 있다. 200인 이상 대기업 사업장의 경우, 피고용인은 의료보험이 자동 가입되며, 고용인은 신규 피고용인에게 의료보험 급여의 내용과 선택권을 공지하여야 한다.

(2) 의료의 접근성 제고

의료접근성 향상을 위한 방안으로 의료보험개혁법은 크게 의료보험 상품의 중개

99) 오바마 대통령은 의료보험개혁의 핵심을 비용통제와 의료접근성 강화를 목표로 설정하였다. 이를 위한 8가지 원칙을 제시하였다. ① 정부와 기업이 부담하는 보건의료비용 증가를 장기간에 걸쳐 줄여야 하며, ② 의료비로 인한 파산이나 부채로부터 가계를 보호한다. ③ 의료기관 선택과 의료보험 선택의 자유를 보장한다. ④ 예방과 건강에 투자하며, ⑤ 환자의 안전과 간호의 질을 제고한다. ⑥ 보험료는 적정수준에서 지불 가능하되 보험혜택이 큰 의료보험에 국민 누구나 가입할 수 있어야 한다. ⑦ 이직이나 실직 상태에서도 급여 자격이 유지되어야 한다. ⑧ 과거의 병력을 이유로 보험가입을 거절당하거나 급여제한이 있어서는 안 되며 의료보험 수혜자가 최대한 많아져 마침내 모든 국민이 치료받을 권리, 건강할 권리를 보장받을 수 있도록 개혁되어야 한다.

100) 벌금은 점진적으로 높아져 2016년 가구소득의 2.5%, 695달러 중 높은 금액을 납부하도록 하고, 이후에는 매년 물가인상률을 적용하여 상향하도록 하고 있다.

및 관리를 담당하는 교환소(Exchange)를 연방정부 지원 하에 주정부가 설립하는 것과 의료보험 의무화에 따른 저소득층에 대한 지원 강화를 규정하고 있다. 먼저 주정부는 2014년까지 의료보험교환소(American Health Benefit Exchange)와 중소기업의료보험교환소(Small Business Health Option Program Exchange)¹⁰¹⁾를 설립하여야 한다. 연방정부는 이의 설립을 위한 보조금을 2015년까지 주정부에 지급하는 것은 물론 이와 관련한 각종 기준을 마련하여 제공한다. 민간의료보험회사는 이들 교환소에 하나 이상의 보험상품을 등록하여야 하고, 이중 한 상품은 비영리로 운영할 것을 규정하고 있다. 또한 동 개혁법은 주민들의 자발적인 참여와 운영되는 의료보험조합 설립을 허용·지원하기 위한 소비자운영프로그램(Consumer Operated and Oriented Program; CO-OP)과 관련한 규정을 마련하고 있다. 이와 함께 과거 병력에 의해 보험가입 거절자와 일시적 무보험자 등에 대한 접근성을 강화하기 위한 임시보험프로그램을 운영하도록 규정하고 있다.

다음으로 의료보험 가입의무화에 따른 저소득층의 부담을 완화하기 위해 일정 소득 수준 이하의 개인과 가구에 대한 보험료와 본인부담 비용에 대한 지원을 규정하고 있다. 첫째, 보험료 지원과 관련하여 FPL 133%~400% 저소득자에 대한 의료보험료에 대한 세액공제제도를 마련하였다. 보험료는 소득의 2%~9.5%까지 소득구간별 납부비율을 차등 적용하고 있다. 둘째, 본인부담 지원과 관련하여, FPL 100%~400%에 해당하는 보험자에 대해 소득에 따른 본인부담 총액을 제한하도록 하고 있다. 셋째, 고용주 지원과 관련하여, 25명 이하이며, 고용주의 임금이 5만 달러 미만인 사업장의 의료보험 구매비용에 대한 일정한 세액공제 혜택을 부여하였다.

(3) 급여의 적정성 강화

급여의 적정성을 강화하기 위한 방법으로는 크게 교환소에서 판매되는 의료보험 상품의 급여적정성을 일정 이상 수준으로 유지하도록 하는 것과 민간 의료보험 시장에 대한 규제 강화를 규정하고 있다. 먼저 교환소에서 판매되는 의료보험 상품은 필수급여패키지의 설정을 통해 일정수준 이상으로 본인부담을 할 수 없도록 하였다. 필수급여패키지는 보험자가 부담하여야 하는 급여율을 최소 60%에서 최대

101) 중소기업의료보험교환소는 100인 이하의 사업장이 가입대상이며 만약 100인 이상 사업장이 이를 이용하려 할 경우에는 2017년 이후 주정부의 허가에 의해 의료보험 상품 구입이 가능하다.

90%까지 네 가지 유형으로 분류하고, 교환소에서 판매되는 보험상품은 이들 패키지 중 하나를 포함하여야 한다. 다음으로 민간 의료보험 시장의 규제를 통해 급여의 적정성을 확보하고자 하였다. 보험가입에 있어서 개인의 병력, 일방적 계약 해지 금지, 급여 갱신 보장, 피부양자 범위 확대, 연간 혹은 생애 한도설정 금지, 합리적 보험료 설정에 대한 규정을 통해 보험자의 역선택을 제한하였다.

(4) 공적보험제도의 보장성 강화

공적 보험제도의 핵심인 메디케어와 메디케이드/칩에 대한 보장성을 크게 강화시켰다. 먼저, 메디케어에서 파트 D의 외래처방의약품 구입비에 있어서 비급여부문에 대한 폐지와 본인부담 비율의 축소를 점진적으로 추진할 것을 규정하고 있다. 2010년부터 메디케어에서 250달러의 리베이트를 제공하고 2011년부터는 오리지널 의약품 구입에 대해 50%의 할인가를 적용하도록 하였다. 이때 할인되는 비용은 제약회사에서 담당하도록 하였다. 이와 함께 도넛홀¹⁰²⁾ 대상자의 본인부담을 줄여주기 위해 2011년부터 복제약 의약품은 7%를 보조하기 시작하여 2020년에는 최대 75%까지 연방정부가 지원하도록 하였고, 오리지널 의약품에 대해서도 2011년 2.5%에서 출발하여 2020년 25%까지 정부보조를 실시하도록 하고 있다.

다음으로 2014년 이후 메디케이드의 가입 자격을 FPL 133%까지로 확대하고, 메디케어의 적용을 받지 않는 노령자와 비임신자에게 적용이 가능하도록 하였다. 이에 따른 신규적용자에 대한 비용에 대해서는 연방정부의 주정부에 대한 지원을 2014년 100%를 시작으로 2020년 이후에는 90%까지 지원을 받도록 하였다.

(5) 재정운영계획

의료보장개혁과 관련한 비용의 문제는 소요재정과 재원마련이라는 측면에서 살펴볼 필요가 있다. 먼저 소요재정과 관련하여, 미 의회 예산국은 의료개혁으로 인한 비용이 향후 10년간 9,380억 달러가 소요될 것으로 추정하고 있다. 그러나 의료개혁은 향후 의료비용의 억제효과로 인해 향후 10년 동안 1,240억 달러 그리고 그

102) 의약품 구입비용이 연간 2,830~4,550 달러인 경우를 말하며, 이 구간에 대해서는 과거 의료보장혜택을 받지 못하였다.

이후에는 1조 2,000억 달러에 이를 것으로 예상하고 있다.

의료개혁에 따른 소요재원은 고소득자와 기존 의료보장체계에서 수혜를 누렸던 공급자 측에 대한 추가적인 부담을 통해 마련하도록 하고 있다. 먼저 개인 20만 달러 이상, 가족 25만 달러 이상 소득계층에 대해 파트 A에 대한 세율을 현재의 1.45%에서 2.35%로 0.9% 인상하고 이들의 이자, 배당, 연금 임대 등 불로소득에 대한 세율을 3.5% 인상하도록 하였다. 또한 고액의 의료보험상품(개인 10,200달러, 가족 27,500 달러)에 대한 40%의 특별소비세를 부과를 통해 이들 상품에 의한 과도한 의료비 상승을 억제하도록 하였다. 다음으로 민간보험사 및 제약업계에 매년 수수료를 일정부분 부과하도록 하고 있으며, 2012년 이후에는 의료기기 생산자의 과세 대상 장비에 대한 부가세를 2.3% 부과하도록 하고 있다.

(6) 기타

이외에도 의료보장개혁을 장애인, 예방, 모성 및 아동, 보건의료 인력의 교육 및 개발 등에 대한 보호규정을 마련하고 있다. 첫째, 장애인과 관련하여 이들이 비의료서비스 구매, 간병서비스 등에 대한 지원을 확대하도록 하였다. 또한 주정부의 다양한 차원의 HCBS 에 대한 지원을 할 수 있도록 하였다. 둘째, 예방에 대한 지원을 크게 강화하였다. 셋째, 모성 및 아동 보건의료서비스와 관련하여 이들의 사망률 감소를 위한 주정부의 가정방문프로그램에 대한 연방정부가 지원할 수 있도록 하였다. 넷째, 보건의료인력의 체계적인 전략수립을 위한 보건의료인력자문위원회의 설립, 일차의료 인력에 대한 훈련 및 교육지원, 비선호 의료영역에 대한 주정부 보조금 지급, 간호인력에 대한 교육의 질 향상 및 훈련프로그램 지원확대와 학자금 대출상환 프로그램 도입 등의 규정을 마련하였다.

5. 시사점: 미국의 의료보험 개혁이 갖는 의미

이상 살펴본 영국의 국민보건서비스체계와 독일의 건강보험제도의 기본적인 공통점은 모든 국민, 나아가 모든 거주자에게 의료서비스가 제공되어야 한다는 대전제를 가지고 있다는 점이다. 즉, 질병의 유무·정도나 경제적 능력의 유무·정도에 따라

의료서비스의 수혜 여부가 달라져서는 안 된다는 점에 대해서는 이견이 없는 것이다. 또한 최근 미국의 의료보험 개혁에서 나타나듯이, 인간의 생명과 건강에 대한 최소한의 보호조차도 시장논리에 전적으로 맡기려는 생각은 지지를 얻기 어렵다고 할 것이다. 생명과 건강의 유지·회복을 위한 의료서비스는 경제적·사회적 능력의 차이와 무관하게 모든 인간이 누려야 할 최소한의 복지에 포함되어야 한다.

이러한 요청은 사회국가원리와 헌법 제34조 제1항(인간다운 생활을 할 권리) 및 헌법 제36조 제3항(국가의 건강보호의무)에서 그 헌법적 근거를 발견할 수 있으며, 앞에서 살펴본 바와 같이 국민건강보험법과 의료급여법 등 각종 법률에 의해 구체화되고 있는 것이다.

제3장 우리나라 건강보험제도의 개관

제1절 국민건강보험법제의 변천과정과 특징

1. 국민건강보험법제의 변천과정

영국이나 독일과 같은 서구 선진국들에서 공적 건강보험 내지 의료보장체계는 백여 년의 오랜 세월을 거쳐 질병이나 부상으로 인한 생명이나 건강의 침해라는 위협에 대비한 사회적 안전망으로서 정착되어 왔다. 그런데 이러한 서구 선진국들에 비해 우리나라에서 공적 건강보험제도는 매우 늦게 도입된 반면에 12년이라는 매우 짧은 시간 내에 모든 국민을 대상으로 하는 전국민 건강보험을 달성하였다.

1963년 의료보험법이 제정되기는 하였지만 사회보험의 실효성 확보를 위해 필수적인 가입강제¹⁰³⁾규정이 없고¹⁰⁴⁾ 건강보험제도의 실시를 뒷받침할 수 있는 경제적 준비가 제대로 되어 있지 않았기 때문에,¹⁰⁵⁾ 실제 사회보험으로서의 건강보험제도가 시행된 것은 가입강제조항¹⁰⁶⁾을 둔 1976년 개정 의료보험법이 1977년 시행되면서부터였다.¹⁰⁷⁾

건강보험제도는 1977. 7. 1. 시행 당시 상시 500인 이상을 고용하는 사업장의 근

103) 현재 2002.10.31.선고 99헌바76결정: “우리 의료보험제도는 법률에 자격이 정해진 자가 보험료를 낼 것을 전제로 하여 보험급여를 하는 사회보험방식을 택하고 있다. 소득재분배와 위험분산의 효과를 거두려는 사회보험의 목표는 임의가입의 형식으로 운영하는 한 달성하기 어려우므로, 피보험자에게 가입의무를 강제로 부과하는 것은 의료보험의 목적을 달성하기 위하여 적합하고도 필요한 조치로써, 이로 인한 피보험자의 기본권에 대한 제한은 원칙적으로 정당화된다.”

104) 제정 의료보험법(1963.12.16. 법률 제1623호) 제8조 제1항은 가입대상인 근로자가 의료보험에 가입할 수 있는 것으로 규정하고 있었다.

105) 이를 두고 사회보험 원리인 강제가입을 배제하고 임의보험법으로 제정된 것이 큰 잘못이라는 시각도 있으나, 1962년 한국의 1인당 국민소득은 10,167원(94.4달러)에 불과하였으며 병·의원과 의료진 등 의료자원이 형편없었고 치료목적으로는 주로 약초 등 민속요법과 약국을 이용하는 것이 일반적 현상이었던 그 당시의 상황을 감안한다면 강제보험화 하였더라도 혼란과 왜곡만 야기하고 본래의 목적달성이 불가능할 수밖에 없었다고 할 수 있다(이광찬, 「국민건강보장 쟁취사」 양서원, 2009, 62면).

106) 의료보험법(1976.12.22. 법률 제2942호) 제7조.

107) 1977년 7월 1일 이 보험 실시에 의하여 486개 의료보험조합이 운영을 시작하였고, 그 해 말엽에 ‘전국 의료보험협의회’가 설립되어서 그러한 다수의 독립된 의료보험조합들이 그 산하로 들어가게 되었다(앞의 책 70면).

로자를 당연적용피보험자로 하여¹⁰⁸⁾ 각 사업장마다 조합을 설립하는 조합주의방식으로 설계되었다.¹⁰⁹⁾ 이와 같이 건강보험제도가 상시 500인 이상의 근로자를 고용하는 사업장을 단독조합으로 하는 조합주의 방식으로 설계된 이유는 무엇보다도 건강보험제도가 권위주의 정권의 경제정책 수단으로 이용되었다는 점에서 찾을 수 있다고 한다. 즉 당연적용대상을 당시 중화학공업이 주로 분포하던 상시 500인 이상의 근로자를 고용하는 사업장에 한정하여 각 사업장을 단독조합으로 운영함으로써 1970년대 초반에 추진한 중화학공업화에 필요한 숙련 노동자를 확보하는 인센티브 제공 수단으로 건강보험제도가 이용되었다는 것이다.¹¹⁰⁾ 이런 까닭에 도입 당시부터 우리나라의 건강보험제도는 낮은 보험료 부담, 낮은 급여수준과 높은 본인 부담률의 구조를 갖게 된 것으로 볼 수 있다.

이후 건강보험의 당연적용피보험자의 범위는 1979. 7. 1.부터는 상시 300인 이상을 고용하는 사업장의 근로자로,¹¹¹⁾ 1981. 1. 1.부터는 상시 100인 이상을 고용하는 사업장의 근로자로,¹¹²⁾ 1983. 1. 1.부터는 16인 이상을 고용하는 사업장의 근로자로,¹¹³⁾ 1988. 7. 22.부터는 5인 이상을 고용하는 사업장의 근로자¹¹⁴⁾로 확장되었다.

이와 같이 일반근로자들에게만 당연 적용되던 건강보험제도는 1977. 12. 31. 「공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법」이 제정되어 공무원과 사립학교 교직원에게도 확장되었다. 이후 1988. 1. 1.부터 농어촌지역 주민에게,¹¹⁵⁾ 1989. 7. 1.부터는 도시지역 주민에게까지 확장되어,¹¹⁶⁾ 사회보험으로서의 건강보험이 시작된 지 12년

108) 의료보험법(1976.12.22. 법률 제2942호) 제7조, 부칙 제1항, 의료보험법시행령(1977.3.14. 대통령령 제8487호) 제4조 제1항 제1호.

109) 의료보험법(1976.12.22. 법률 제2942호) 제13조 이하.

110) 이 외에도 이러한 방식의 조합주의가 채택된 데에는 국가가 직접적인 재정지출을 최소화하면서 의료보험조합에 대한 국가적 관리와 통제는 유지할 수 있는 장점에 대한 고려가 작용하였다고 한다(이상아·이용갑·전창배·서남규·최인덕, 「국민건강보험체계의 개념정립과 발전모델에 관한 연구」, 국민건강보험공단, 2006, 51-52면).

111) 의료보험법(1979.4.17. 법률 제3166호) 제7조, 의료보험법시행령(1979.4.7. 대통령령 제9411호) 제4조 제1항 제1호, 부칙 제1조.

112) 의료보험법(1981.4.4. 법률 제3415호) 제7조, 의료보험법시행령(1981.5.18. 대통령령 제10307호), 제4조 제1항 제1호, 부칙 제1조.

113) 의료보험법(1981.12.31. 법률 제3502호) 제7조 제1항, 의료보험법시행령(1982.12.21. 대통령령 제10959호) 제4조 제1항 제1호, 부칙 제1조.

114) 의료보험법(1988.1.1. 법률 제3986호) 제7조 제1항, 의료보험법시행령(1988.7.22. 대통령령 제12491호) 제4조 제1호, 부칙 제1항.

115) 의료보험법(1984.12.31. 법률 제3768호) 제7조 제2항, 의료보험법시행령(1988.7.22. 대통령령 제12491호) 제4조 제3항, 보건사회부고시 제87-24호(1987.5.23).

116) 의료보험법(1987.12.4. 법률 제3986호) 제7조 제2항, 의료보험법시행령(1988.7.22. 대통령령 제12491호) 제4조 제3항, 보건사회부고시 제88-69호(1988.11.10).

만에 전국민건강보험이 달성되게 되었다.¹¹⁷⁾

당시 우리나라의 건강보험제도에서 특징적인 것은 기업별, 직종별, 지역별로 세분하여 관리·운영되는 조합주의 방식이라 할 수 있는데, 전국 단위의 의료보험연합회가 보험급여의 범위와 수준의 인정, 진료비 청구서의 접수 및 심사와 지불업무를 수행하였다. 이러한 방식의 조합주의는 한 조합이 관리하는 적용자의 수가 적어 사회보험의 기능인 위험의 분산, 소득재분배, 사회적 연대성 강화 등이 제약될 뿐만 아니라, 조합 간 부담의 형평성 결여, 급여의 차등, 관리운영비의 과다 등 문제점이 제기되었다. 이에 정부는 1980년 7월부터 소규모 조합들을 통합하기 시작하여 603개의 직장조합을 423개로, 그리고 1981년 5월에는 185개로 통합하였다. 이 과정에서 당시 보건사회부는 건강보험을 아예 하나의 기구에서 관리하는 일원화 방안을 제시하게 되었고 그 안이 제시된 이래 통합을 둘러싼 극심한 찬반논쟁이 전개되었다.¹¹⁸⁾

<표 1> 국민건강보험법제의 주요변천연보¹¹⁹⁾

- 1963년 12월 16일: 의료보험법 제정(법률 제1623호)
- 1977년 7월 1일: 500인 이상 고용사업장 근로자 당연적용 실시
- 1979년 1월 1일: 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 실시
- 1979년 7월 1일: 300인 이상 고용사업장 근로자 건강보험 실시
- 1981년 1월 1일: 100인 이상 고용사업장 근로자 건강보험 실시
- 1983년 1월 1일: 16인 이상 사업장 당연적용
- 1988년 1월 1일: 농어민을 대상으로 농어촌 지역의료보험 실시
- 1988년 7월 22일: 5인 이상 사업장까지 직장의료보험 확대실시
- 1989년 7월 1일: 도시 자영인을 대상으로 도시지역의료보험 실시
- 1998년 10월 1일: 국민의료보험관리공단 출범(공·교공단과 지역조합 통합)
- 1999년 2월 8일: 국민건강보험법 제정(의료보험을 건강보험으로 명칭변경)
- 2000년 7월 1일: 직장조합까지 통합하여 국민건강보험공단 출범
- 2003년 7월 1일: 직장가입자와 지역가입자 재정의 완전통합
- 2013년 5월 22일: 국민건강보험법 개정(법률 제11787호)

117) 1977년 건강보험이 적용된 인구는 전체의 8.8%이었는데, 불과 12년만인 1989년에는 전국민의 94.0%가 건강보험의 대상자가 되고 나머지는 의료보호의 대상자가 되어 모든 전국민건강보험이 달성되었다(정기혜·김용하·이지현, 「주요국의 사회보장제도 한국편」, 한국보건사회연구원, 2012, 298면).

118) 이규식, 「의료보장과 의료체계 제3판 수정본」, 계축문화사, 2013, 410면.

119) 앞의 책, 406면; 보건복지부, 「2011 보건복지백서」, 2012, 405면; 정홍기·조정찬, 「국민건강보험법(제3판)」, 한국법제연구원, 2005, 92-94면.

이른바 조합주의와 통합주의를 둘러싼 오랜 논란 끝에 1차적으로 1998. 10. 1. 지역의료보험조합과 ‘공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단’의 조직이 국민의료보험관리공단으로 통합되었고,¹²⁰⁾ 2차적으로 2000. 7. 1. 기존의 국민의료보험관리공단과 직장의료보험조합의 조직이 국민건강보험공단으로 통합되었으며,¹²¹⁾ 3차적으로 2003. 7. 1. 지역가입자와 직장가입자의 재정이 통합됨으로써¹²²⁾ 모든 국민을 대상으로 하는 통합적 의료보험체계로서 국민건강보험제도가 출범하게 되었다. 이와 더불어 종래 의료보험연합회가 수행하던 기능은 건강보험심사평가원이 담당하게 되었다.¹²³⁾ 그러나 재정통합에도 불구하고 직장가입자와 지역가입자 간 원적보험료부과체계가 유지되었기 때문에 직장가입자와 지역가입자 간 보험료 부담의 형평성에 대한 논란은 불식되지 않고 있다.

국민건강보험법은 그 후에도 매년 수차례 개정되었으며 최근에는 2013년 5월 22일 법률 제11787호로 개정된 것이 적용되고 있다(<표 1> 참조).

2. 국민건강보험법제의 특징

1) 강제가입 및 보험료 납부의무

우리나라의 건강보험제도(이하 국민건강보험)는 가입과 보험료 납부를 강제하는 강제보험이다. 즉, 일정한 법적요건이 충족되면 본인의 의사에 관계없이 강제적으로 적용되고 있다. 왜냐하면 일부 국민들이 보험가입을 기피할 경우 국민상호간 위험부담을 통하여 의료비를 공동으로 해결하고자 하는 건강보험제도의 목적 달성이 어렵고, 반대로 질병위험이 큰 사람들만 보험에 가입할 경우에는 보험재정이 파탄되어 원활한 건강보험 운영이 불가능하게 되기 때문이다.¹²⁴⁾

120) 국민의료보험법(1997.12.31. 법률 제5488호) 제5조, 제9조 이하, 부칙 제1조-제10조. 그러나 동법 제69조 제2항에서는 “공단은 공무원·교직원피보험자와 지역피보험자의 재정을 구분 계리하여야 하며 보건복지부장관의 승인을 얻어 회계규정을 정하여야 한다.”라고 규정하고 있었기 때문에 지역피보험자와 공무원·교직원 피보험자의 재정은 분리되었다.

121) 국민건강보험법(1999.2.8. 법률 제5854호) 제6조, 제12조, 제33조 제2항, 부칙 제1조-3조, 제6조-9조, 제13조, 제15조 제2항, 제3항. 다만 동법 부칙 제10조에서 2002. 1. 1.이전까지의 기간 내에서 대통령령이 정하는 날까지 직장가입자 및 지역가입자의 재정을 각각 구분하여 계리할 수 있도록 하였다.

122) 국민건강보험법 (법률 제5854호의 부칙 제10조를 2002. 1. 19. 개정하여 부칙 제10조 제1항으로 함) 부칙 제10조 제1항.

123) 국민건강보험법(1999.2.8. 법률 제5854호) 제55조 이하, 부칙 제6조, 제7조 제1항 단서, 제2항, 제8조 단서.

국민건강보험의 강제가입에 대해서 헌법재판소는 “우선 보험가입자로서는 그가 지불하는 보험료가 예상의료비용을 초과하는 경우 가입을 하지 않으려 할 것이고, 보험자로서는 질병위험도가 높아 예상의료비용이 보험료를 초과하는 경우 피보험자의 가입을 거부하려 할 것이나, 이런 경우에도 강제로 가입하도록 하여 원칙적으로 전국민을 포괄적 적용대상으로 하여야만 소득수준이나 질병위험도에 관계없이 모든 국민에게 의료보장을 제공하고자 하는 그 본래의 기능을 다할 수 있기 때문”이라고 하면서, 합헌성을 인정하고 있다.¹²⁵⁾

이와 같이 국민건강보험 가입이 강제적이므로 그 실효성을 확보하기 위하여 피보험자에게 보험료 납부의무가 부과되고, 보험자에게 보험료 징수권한이 부여되어 있다. 이는 체납 후 진료에 대한 부당이득금 징수(법 제53조 및 제57조) 등에 의해 뒷받침되고 있다.

2) 부담능력에 따른 보험료의 차등부담과 보험급여의 균등한 수혜

민간보험은 보험급여의 보장내용, 위험의 정도, 계약의 내용 등에 따라 보험료를 부담하는 내역이 달라진다. 그러나 국민건강보험은 사회적 연대를 기초로 의료비 문제를 해결하는 것이 목적이므로 소득수준 등 보험료 부담능력에 따라 차등적으로 부담할 뿐이고, 보험급여의 내용은 동등하게 보장된다. 즉, 민간보험은 보험료의 부과수준, 계약기간 및 내용에 따라 차등급여를 받지만 국민건강보험은 보험료의 부과수준에 관계없이 관계법령에 의하여 균등하게 보험급여가 이루어지는 것이다.

124) 이는 국가주도의 공공 건강보험체계를 도입하고자 할 경우에 가장 중요한 법적 기초이고, 이를 둘러싸고 미국에서는 개인의 자유를 침해한다는 논쟁이 매우 활발하게 이루어졌던 사안이었다. 2012년 6월 28일 미국 연방대법원은 ‘전미자영업자연맹(NAIB: National Federation of Independent Business) 대 시벨리어스(Sebelius, Secretary of Health and Human Services)’ 사건에 대한 합헌결정을 내렸는데 원고인 NAIB는 공화당 우파를 대표하는 티파티 성향의 중상공인 로비단체이고, 피고는 캐슬린 시벨리어스 연방 보건복지부장관이다. 사안의 핵심은 2010년 3월 20일 Barak Obama 미 대통령이 서명한 ‘환자보호와 적정비용진료법(Patient Protection and Affordable Care Act)’(이른바 오바마 케어)에 명시된 건강보험 미가입자에 대한 벌금조항(의무가입 조항)이 개인의 자유를 침해하는 것인지 여부였다(홍종현, 앞의 책, 42-43면).

125) 현재 2003.10.30, 2000헌마801; 헌법재판소는 이 결정에서 “경쟁적 의료보험시장에서 보험회사들은 의료비의 예상지출수준에 상응하는 의료보험료를 부과하므로 그러한 시장에서 보험료는 개인의 소득수준과는 무관하게 위험속성에 따라 변화하게 된다. 이에 따라 상대적으로 질병발생위험이 높거나 소득수준이 낮은 사람들은 사적 의료보험에 가입하는 것이 매우 어렵거나 불가능하게 되고, 건강한 자들과 상대적으로 부유한 자들은 빈곤하고 질병위험이 높은 집단과 함께 보험에 가입하는 것을 회피하려 할 것이므로 건강보험은 고소득층과 상대적으로 건강한 사람들만을 위한 것이 되고 말 염려가 있다”고 실시하고 있다;

3) 요양기관 당연지정제

의료법상의 의료기관, 약사법에 따라 등록된 약국 및 한국회귀의약품센터, 지역 보건법에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소, 농어촌등보건의료를위한특별조치법상의 보건진료소 등은 당연히 국민건강보험법상의 요양기관으로 지정된다. 당연 지정된 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부할 수 없다(법 제42조제5항). 즉, 모든 의료기관을 국민건강보험 요양기관으로 당연지정함으로써 전 국민이 전국에 있는 어느 의료기관에서라도 보험급여를 받게 하도록 하고 있다.

이러한 당연지정제도는 의사의 직업선택의 자유와 관련하여 헌법적인 문제를 야기하고 있다. 그러나 당연지정제도는 직업에의 접근 자체가 아니라 직업행사를 규율하기 때문에 입법적 형성의 여지가 넓으며, 국민의 건강보장이라는 공익을 위하여 충분한 의료공급이 이루어져야 하기 때문에 헌법에 위반되는 것은 아니다.¹²⁶⁾

헌법재판소는 구 의료보험법상의 요양기관 강제지정제도에 대한 위헌심판사건에서 이론적으로는 계약지정제가 보다 바람직하다고 하면서도, “우리나라의 의료기관의 대부분이 공공의료기관이 아니라 민간소유이기 때문에 의료보험을 시행함에 있어서 민간의료기관에 대한 의존도가 매우 높다는 특수한 상황에서 의료급여를 제공하는 의료기관의 안정적인 확보를 통하여 의료보험 수급질서를 보장하여야 한다는 측면에서 위헌은 아니”라고 한다.¹²⁷⁾

4) 단기보험

국민건강보험은 장기적으로 보험료를 수탁·관리하는 국민연금과 같은 장기보험이 아니라 단기보험이다. 단기보험은 1회계연도의 지출을 예정하여 수입인 보험료의 가액을 확정하고, 보험료 불입기간에 관계없이 비교적 보험급여가 단기간에 이루어지는 보험을 말한다. 단기보험은 주로 그 해의 수입은 그 해의 지출로 소비되는 구조를 가진다. 따라서 일정기간 동안 건강보험료를 내고 보험사고가 발생하지

126) 이흥재 등, 앞의 책, 57면.

127) 현재 2002.10.31.선고 99헌바76·2000헌마505결정(이 결정은 구 의료보험법상 요양기관 강제지정제도에 대한 것이지만, 국민건강보험법이 제정되면서 당연지정제로 개정되었으므로 요양기관 당연지정제에 대해서도 여전히 적용될 수 있다).

않으면 그것으로 종결된다. 그러나 건강보험에 가입하여 건강보험료를 납부하였지만 그 기간에 아프지 않으면 급여를 받지 못했다고 억울하게 생각해서는 안 된다. 그것은 자기의 위험은 다른 사람과 모아졌다가 분산되어 급여의 형태로 전환되었기 때문이다.

제2절 국민건강보험의 기본구조

1. 적용대상: 전 국민

국내에 거주하는 국민은 의료급여법 등에 의하여 의료급여를 받는 사람을 제외하고는 국민건강보험의 가입자(피부양자)가 된다. 2013년 6월말 현재 국민의 약 97.1%인 4,981만 명이 가입자(피부양자)로서 국민건강보험법의 적용을 받고 있으며, 나머지 2.9%인 149만 명이 의료급여제도에 편입되어 있다(<표 2> 참조).

<표 2> 2013년 6월 기준 건강보험 및 의료급여 적용 현황

구 분		적용인구(만명)	구 성 비(%)
계		5,130	100.0
건강보험	소 계	4,981	97.1
	직 장	3,476	67.8
	지 역	1,505	29.3
의료급여		149	2.9

※ 자료 : 국민건강보험공단, 「2013 상반기 건강보험주요통계」, 2013.

2. 보험급여

국민건강보험은 질병, 부상 및 출산을 보호해야 하는 위험으로 보며, 순수한 의료보험의 성격만을 갖고 있어 소득상실의 대체기능을 담당하는 상병수당금은 지급되지 않는다. 국민건강보험의 급여는 요양급여, 요양비, 건강검진, 장애인보장구급여 및 임신·출산진료비로 나누어진다.

먼저 요양급여는 가입자 또는 피부양자에게 질병·부상이 발생하거나 이들이 출산을 하게 된 경우에 요양기관으로부터 직접 유·무형의 의료서비스인 요양을 제공받는 것을 말하며, 그 내용으로는 진찰·검사¹²⁸⁾, 약제·치료재료의 지급¹²⁹⁾, 처치·수술¹³⁰⁾ 및 그 밖의 치료, 예방·재활¹³¹⁾, 입원¹³²⁾, 간호¹³³⁾, 이송¹³⁴⁾ 등이 있다.

요양비는 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유로 요양기관과 비슷한 기능을 하는 기관에서 질병·부상·출산 등에 대하여 요양을 받거나 요양기관이 아닌 장소에서 출산한 경우에 지급된다. 건강검진은 질병의 조기 발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 제공된다. 장애인보장구급여는 등록장 애인에게 의수족·휠체어·보조기·안경·보철 및 보청기 등 보장구를 지급하는 제도이다. 임신·출산진료비는 임신부의 출산 전 진료에 드는 비용을 보충하는 급여로 50만원의 범위에서 지급한다.

-
- 128) 진찰과 검사는 의사의 의료상의 윤리와 의학지식 및 경험을 통하여 여러 가지 방법으로 질병과 증상을 살펴보고 조사하는 행위로서, 이를 토대로 질병여부, 종류, 성질 및 진행상태를 밝히게 되는데 이를 진단이라고 한다. 모든 치료는 진찰과 검사에서 출발하므로 진찰과 검사의 결과 자료는 중요한 역할을 한다. 진찰과 검사의 범위를 정확히 구분하는 데에는 애매한 점이 있으나, 주로 진찰은 의사가 직접 또는 청진기 등을 이용하여, 검사는 약제나 재료 등의 도구를 이용하여 상병을 조사하고 살피는 것으로 구분할 수 있다(국민건강보험공단, 앞의 책, 356면; 정흥기 등, 앞의 책, 262면); 대법원에서는 진찰을 “환자의 용태를 관찰하여 병상과 병명을 규명·판단하는 작용으로 그 진단 방법으로는 문진, 시진, 청진, 타진, 촉진, 기타 각종의 과학적 방법을 써서 검사하는 것”으로 해석하고 있어 진찰과 검사를 구분하지 않고 있다(대법원 2001.7.13선고 99도2328판결).
- 129) 의약품을 조제(처방 포함)하여 지급하는 경우, 주사기를 이용하여 약제를 주사하는 경우, 치과 충전재료(인산기멘트, 아말감 등)를 시술하는 경우 등과 같이 약제·치료재료를 처방·조제·제공하거나 시술하는 것을 말한다(국민건강보험공단, 앞의 책, 263면).
- 130) 처치란 질병·부상 등의 상처부위를 개선 또는 악화방지를 위하여 치료하는 것으로 봉대의 교체·약의 도포·환부의 세척·접안·주사·이물제거 등의 행위를 말하며, 수술은 의사가 수술용 도구를 사용하여 환부를 절개하고 필요한 처치를 하는 행위로 절개술·봉합술·절단술 등 여러 가지 방법이 있으며, 기타의 치료는 처치 및 수술 이외 치료로서 정신요법인 개인·집단정신치료나 가족치료 등을 말한다(앞의 책, 359면).
- 131) 예방이란 말 그대로 질병이나 부상이 발생하지 않도록 미리 조치하는 행위를 말하며, 재활이란 비정상적인 신체·심리 및 정신상태의 기능을 회복하거나 개선하기 위한 행위로서 물리치료, 적외선·자외선치료나 전기자극치료 등이 있다(앞의 책, 360면).
- 132) 입원이란 환자의 질병에 대한 저항력이 매우 낮거나 투여되는 약물이 가져오는 부작용 혹은 부수효과와 관련하여 의료진의 지속적인 관찰이 필요한 경우, 영양상태 및 섭취음식물에 대한 관리가 필요한 경우, 약물투여·처치 등이 계속적으로 이루어질 필요가 있어 환자의 통원이 오히려 치료에 불편을 끼치는 경우 또는 환자의 상태가 통원을 감당할 수 없는 상태에 있는 경우나 감염의 위험이 있는 경우 등의 이유로 환자가 병원 내에 체류하면서 치료를 받게 하는 것을 말한다(대법원 2009.5.28. 선고 2008도4665판결).
- 133) 여기에서의 간호란 진료상 퇴원 후에도 계속적인 치료와 관리가 필요한 경우에 의사의 진단과 처방에 의하여 가정전문간호사가 실시하는 간호를 말하고, 요양기관에서의 간호행위로는 입원관리료에 포함되므로 여기에 포함되지 않는다(앞의 책, 360면); 종전에는 개호라는 용어를 사용하고 있었으나 용어순화차원에서 간호로 바꾼 것이다(정흥기 등, 앞의 책, 265면).
- 134) 이송이란 질병·부상 등으로 보행할 수 없거나 보행이 불가능한 경우에, 상병발생장소에서 요양기관까지 이동하거나, 요양기관에서 다른 요양기관으로 이동을 위하여 소요되는 비용에 대한 급여를 말한다. 실무에서는 구급차를 운영하는 의료기관 또는 응급환자이송업 허가를 받은 자가 구급차를 이용한 경우에 이송처 치료를 지급하고 있다. 이송처치료에는 탑승거리·장비사용비용 및 처치비용 등이 포함되어 있다(앞의 책, 265면; 국민건강보험공단, 앞의 책, 360면).

국민건강보험에서 제공되는 일부 요양급여비용에 대한 본인부담제도가 시행되고 있다. 입원치료는 일률적으로 요양급여비용 총액의 20%를 본인이 부담하고, 통원치료의 경우 상급종합병원, 종합병원, 병원 및 의원급 진료기관에서 각각 진료비 총액의 60%, 45~50%, 35~40% 그리고 30%를 본인이 부담한다(<표 3> 참조). 한편, 국민건강보험법은 경제력이 없는 가입자가 조기에 치료를 받지 못해 질병이 악화되는 것을 방지하기 위하여 본인부담액보상제도를 두고 있는데, 요양기관에서 1년 본인부담액이 200만원 내지 400만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액을 보험자인 국민건강보험공단이 부담한다.

<표 3> 요양기관별 본인부담액 기준표

기관종별	소재지	본인부담액
<ul style="list-style-type: none"> • [입원] 요양급여비용 총액의 20%(단, 식대는 50%), 신생아 및 자연분만 : 면제, 6세 미만 아동 : 10% • [외래] 		
상급종합병원	모든 지역	• 진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100
종합병원	동지역	• 요양급여비용 총액 × 50/100
	읍·면지역	• 요양급여비용 총액 × 45/100
병원	동지역	• 요양급여비용 총액 × 40/100
	읍·면지역	• 요양급여비용 총액 × 35/100
의원	모든 지역	• 요양급여비용 총액 × 30/100 ※ 65세 이상 노인 1,500원(요양급여비용 총액 15,000원 이내)
보건소	모든 지역	• 요양급여비용 총액 × 30/100 ※ 12,000원을 초과하지 않는 경우 500원~2,200원 부담
기 타		<ul style="list-style-type: none"> • 약국 ☞ 요양급여비용 총액의 30% • 65세 이상 노인 1,200원(요양급여비용 총액 10,000원 이내) • 6세 미만 아동 ☞ 성인 본인부담비율의 70%

• 본인일부부담금 산정특례
 - 암환자 본인부담 및 심장·뇌혈관 : 입원 및 외래 5%
 - 희귀난치성질환자 : 입원 및 외래 10%

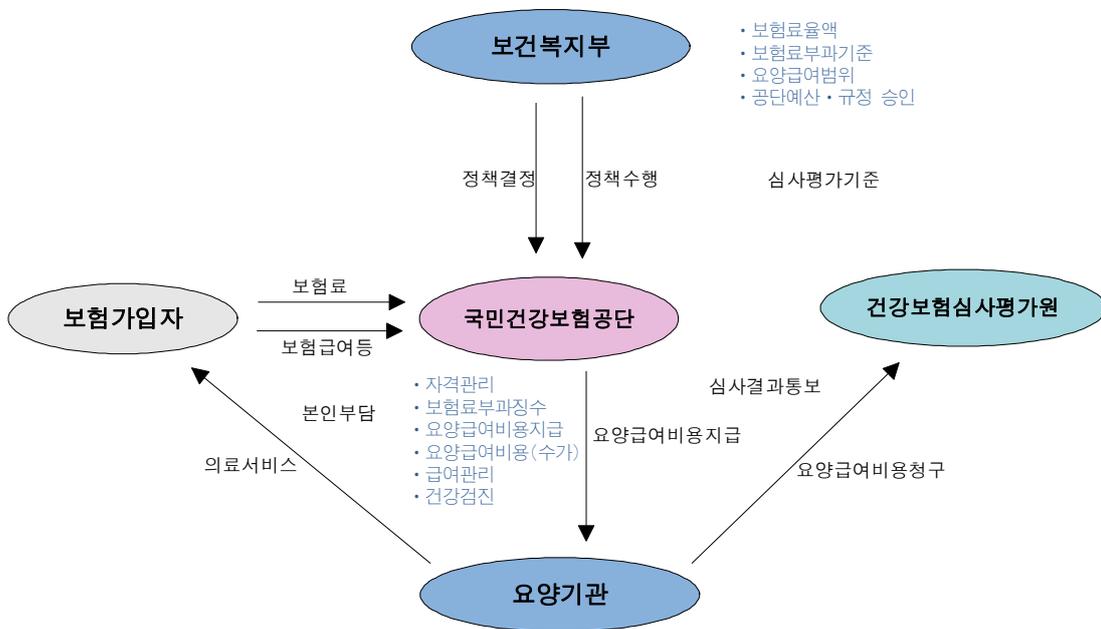
• 본인부담상한제: 본인부담액(비급여 제외)이 연간 상한액을 초과하는 경우 초과비용을 공단 부담
 ※ [상한액] 전년도 보험료 부과수준에 따라 하위 50% 이하는 연간 200만 원, 중위 50~80%는 연간 300만 원, 상위 80~100%는 연간 400만 원으로 설정

※ 자료 : 보건복지부, 2011 보건복지백서, 2012, 409면.

3. 관리운영체계

국민건강보험은 건강보험사업의 관장자인 보건복지부, 보험자인 국민건강보험공단과 진료비 심사기관인 건강보험심사평가원이 역할을 분담하면서 견제와 균형 및 조정을 통해 운용되고 있다. 보건복지부는 국민건강보험사업의 관장자로서 건강보험관련 정책을 결정하고 국민건강보험업무 전반을 총괄하고 있다. 국민건강보험공단은 국민건강보험의 보험자로서 가입자 자격관리, 보험료의 부과·징수 및 보험급여비용 지급 등의 업무를 수행하고 있다. 건강보험심사평가원은 요양기관으로부터 청구된 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하고 있다([그림 1] 참조).¹³⁵⁾

[그림 1] 국민건강보험의 관리운영체계



4. 재정

국민건강보험 재정의 대부분은 가입자 및 사용자가 부담하는 보험료로 충당되고, 국고보조가 보충하고 있다. 직장가입자의 보험료는 보수월액보험료와 소득월액보험료로 구성되는데, 보수월액보험료는 가입자와 사용자가 직장가입자가 각각 50%씩

135) 보건복지부, 「2011 보건복지백서」, 2012, 406-407면.

부담하며 보수월액¹³⁶⁾에 보험료율(5.89%)을 곱하여 부과한다. 소득월액보험료는 보수월소득이 7,200만원을 초과하는 경우, 소득월액에 보험료율(5.89%)의 50%를 곱하여 부과한다. 지역가입자의 보험료는 세대 단위로 산정하며, 가입자가 속한 세대의 가입자 전원이 연대하여 부담·납부한다. 지역가입자의 월별 보험료액은 보험료부과점수¹³⁷⁾에 보험료부과점수당금액(172원 70전)을 곱한 금액이다.¹³⁸⁾

또한, 국가는 매년 예산의 범위에서 당해 연도 보험료 예상수입액의 14%에 상당하는 금액을 국고에서 국민건강보험공단에 지원하며, 국민건강증진법에 따른 국민건강증진기금에서 당해 연도 보험료 예상수입액의 6%에 상당하는 금액을 지원하고 있다. 그러나 이러한 국고지원 규정은 그 효력기간이 2016년 12월 31일까지로 한정된 한시적 규정이다.

5. 진료비지불제도

국민건강보험의 진료비지불제도(수가체계)는 상대가치체계를 이용한 행위별 수가제를 근간으로 하고 있다. 행위별 수가제는 서비스 항목별로 가격을 매겨서 보상하는 방식이므로 최신의 의료기술 도입 등에는 유리하나 의료행위에 대한 총량 통제가 불가능하기 때문에 의료비 급증을 초래할 수 있는 제도이다.

국민건강보험은 이러한 행위별수가제의 대안으로 2013년 7월부터는 7개 질병군(수정체수술, 항문수술, 탈장수술, 맹장수술, 자궁수술, 제왕절개수술 등)의 입원환자를 대상으로 하는 포괄수가제를 전면적으로 실시하고 있다. 또한 2012년 7월부터는 국민건강보험공단 직영병원인 일산병원과 전국의 40개 지방의료원을 대상으로 기존의 포괄수가에 행위별수가제를 혼합한 새로운 진료비지불제도인 신포괄수가제를 시범운영하고 있다.

136) 보수월액에는 하한과 상한이 있으며, 현재 28만 원을 하한으로 하고 7,810만 원을 상한으로 한다. 즉 보수월액이 28만 원 미만인 경우와 7,810만 원을 초과하는 경우에 28만 원, 그리고 7,810만 원을 보수월액으로 한다(국민건강보험법 제70조제1항, 국민건강보험법시행령 제32조).

137) 보험료부과점수는 소득·재산·생활수준·경제활동참가율 등을 고려하여 결정하되(국민건강보험법 제72조), 1만 2,680점을 상한으로, 20점을 하한으로 한다(국민건강보험법시행령 제42조제4항).

138) 지역가입자는 연간 소득금액 500만 원을 기준으로 보험료 부과요소를 달리 적용하고 있다. 소득금액이 연 500만원을 초과하는 세대는 '소득·재산 및 자동차에 부과하는 점수를 합하여 산정'하며, 소득금액이 연 500만원이하인 세대는 '재산·자동차 및 생활수준과 경제활동참가율에 부과되는 점수를 합하여 산정'한다(국민건강보험법시행령 제42조제1항, 별표 4).

제3절 국민건강보험의 보장성 관련 현황

1. 국민건강보험의 보장성 수준

국민건강보험공단의 『2011년도 건강보험환자 진료비 실태조사』에 의하면 건강보험 환자의 전체 진료비 중에서 국민건강보험공단에서 부담하는 비율인 건강보험보장률은 2006년 64.5%에서 2007년 65%, 2008년 62.6%, 2009년 65%, 2010년 63.6%, 2011년 63%로 증가하였다가 조금씩 감소하는 추세를 보이고 있다.(<표 4> 참조).

<표 4> 최근 5년간 건강보험 보장률 변화 추이(2006-2011)

(단위 : %)

구분	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
건강보험 보장률	64.5	65.0	62.6	65.0	63.6	63.0
법정본인 부담률	22.1	21.3	21.9	21.3	20.6	20.0
비급여본인 부담률	13.4	13.7	15.5	13.7	15.8	17.0

※자료: 국민건강보험공단, 2011년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 2012.

매년 보험료를 인상하고 있음에도 불구하고 건강보험의 보장률이 정체 내지는 소폭 하락하는 이유는 환자 본인이 부담하는 비급여 진료비 비중이 2006년 13.4%, 2008년 15.5%, 2011년 17.0%로 지속적인 증가를 보이고 있기 때문이다. 비급여 중에서는 Big3¹³⁹⁾에 속하는 선택진료료와 상급병실료차액이 전체 비급여의 약 36%를 차지하고 있는 것으로 나타났다(<표 5> 참조).

<표 5> 2011년도 비급여 본인부담률 항목별 구성비

(단위 : %)

종별	병실 차액	선택 진료	식대	주사료	처치·수술료 (투약·조제료)	검사료	치료재료대 (방사선,CT)	MRI	초음파	그외
계	15.1	20.8	0.2	6.6	7.7	9.1	7.8	7.6	13.2	11.9
입원	25.1	24.4	0.4	5.1	8.8	6.3	11.3	4.4	6.9	7.3
외래	-	15.4	-	8.9	1.5	13.3	1.6	12.4	22.6	24.3

※ 자료 : 국민건강보험공단, 2011년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 2012.

139) 선택진료비, 상급병실료, 간병비를 일컬어 흔히 '3대 비급여(Big3)'라고 부르고 있다.

한편, 우리나라 보장성 수준의 현 위치를 알아보기 위해서는 OECD 국가의 보장성 수준과 비교하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 그러나 각 국가별로 보장률에 대한 정의와 지표들이 상이한 관계로 이 논문에서는 OECD에서 발표하고 있는 『OECD Health Data』의 ‘국민의료비 중 공공재원(조세, 사회보험료 등)에 의한 지출비율’을 이용하여 간접적으로 비교하였다. 그 결과 2011년 기준 우리나라의 국민의료비 지출 중 공공재원 비율은 55.3%인데 반해, OECD 회원국의 평균은 72.2%로 OECD 국가들과 비교시 매우 낮은 수준으로 나타났다(<표 6> 참조).

<표 6> OECD 국가별 국민의료비 중 공공부문 지출 비율(2011년 기준)

순위	국가	공공부문지출(%)	순위	국가	공공부문지출(%)
1	Netherlands	85.6	18	Slovenia	73.7
2	Denmark	85.3	19	Spain	73.0
3	Norway	84.9	20	Turkey	73.0
4	Czech Republic	84.2	21	Slovak Republic	70.9
5	Luxembourg	84.1	22	Canada	70.4
6	United Kingdom	82.8	23	Poland	70.3
7	New Zealand	82.7	24	Australia	67.8
8	Japan	82.1	25	Ireland	67.0
9	Sweden	81.6	26	Greece	65.1
10	Iceland	80.4	27	Hungary	65.0
11	Estonia	79.3	28	Portugal	65.0
12	Italy	77.8	29	Switzerland	64.9
13	France	76.8	30	Israel	60.8
14	Germany	76.5	31	Korea	55.3
15	Austria	76.2	32	United States	47.8
16	Belgium	75.9	33	Mexico	47.3
17	Finland	75.4	34	Chile	46.9
OECD 평균 : 72.2%					

*자료: OECD, OECD Health Data 2013, 2013.

2. 국민건강보험의 보장성 확대 과정

1) 1989년(전국민건강보험)~2004년(보장성대책 이전)

전국민건강보험을 달성한 1989년 당시에는 CT 등 첨단 치료 및 진단장비는 애초부터 급여의 대상이 아니었고, 본인부담율은 50% 정도로 아주 높게 설정되어 있었

다. 이러한 문제에 대한 인식이 커지고 한편으로 지속적인 경제성장의 뒷받침이 되면서 급여를 확대하기 위한 일련의 진전을 시도하게 된 바, 우선 보험급여기간 연장과 함께 보험급여항목의 확대가 꾸준히 추진되었다.

우선, 전국민건강보험은 달성되었지만 아직도 ‘급여기간 합산 연간 180일’이라는 제한이 있어, 1994년까지는 180일이 넘어서 제공되는 서비스는 환자 본인이 전액 지불하도록 되어 있었다. 이에 대한 개혁 요구가 끊임없이 제기됨에 따라, 1995년부터는 상한일수가 210일로 늘어났고 매년 30일씩 늘어나 2000년부터는 연간 급여일수가 365일이 된다.

급여항목 확대 내용을 연도별로 구분하여 보면, 1990년부터 ‘특정 암’ 검사를 포함한 검진비용의 50%를 건강보험에서 부담하기 시작했고, 2000년부터는 40세 이상에 대한 건강검진이 급여항목으로 되었다. 1992년에는 40세 미만에 대한 골수이식이 보험급여의 대상이 되었고, 1993년에는 외용약의 급여가 1회 4일분에서 1회 6일분으로 확대되었으며, 복강내시경 수술이 보험급여의 대상에 포함되었고, 백내장수술시의 인공수정체가 급여항목으로 확대되었다. 1996년에는 CT가 보험급여항목으로 포함되었고, 1997년에는 지체장애이용 지팡이, 시각장애이용안경, 청각장애이용보청기, 인공후두 등 장애인에 대한 보장구가 급여의 대상이 되었다. 1997년부터 1999년 사이에 ‘단일 광자 전산화단층촬영검사(SPECT)’, ‘자가 조혈모세포 이식술’, ‘경피적 혈관내 스텐트 삽입술’, ‘의학 영상저장 및 전송 시스템(PACS)을 이용한 치료비용’ 등이 보험급여로 인정되었고, 2002년에는 만성질환관리료가, 2004년에는 감마나이프 수술이, 2005년에는 MRI 검사, 미주신경자극기, 인공와우 등이 급여대상이 되었다.

급여율을 높이기 위한 개혁도 진행되는데, 1991년에는 만성신부전증, 혈우병환자의 입원 본인부담률이 경감되고, 2000년에는 65세 이상의 본인부담금이 경감되었다. 2001년에는 본인부담금이 매 30일간 120만원을 넘었을 경우 그 넘는 금액의 50%를 건강보험에서 환급해주는 ‘본인부담보상금제도’가 실시되고, 2004년에는 본인부담액이 일정기간 동안 일정액을 초과하는 경우 초과금액을 상환해주는 ‘본인부담액상한제’가 실시된다. 2004년에는 암, 파킨슨병 등 희귀난치성 질환에 따른 의료비의 본인부담률이 입원 본인부담률 수준인 20%로 인하되고, 암환자, 62개 희귀질환자의 외래진료비에 대한 본인부담이 경감되게 된다.¹⁴⁰⁾

1) 1,2차 건강보험 보장성 강화계획('05~'13)

건강보험 보장성 확대를 위해 정부는 제1차 건강보험 보장성 강화기간('05-'08)¹⁴⁰⁾에 암 등 고액중증질환자의 본인부담률 인하, 아동 등에 대해 본인부담 경감, 중증질환자 대상 PET 등의 급여전환을 추진하였고, 제2차 건강보험 보장성 강화기간('09-'13)에는 중증·고액질환자 및 저소득 취약계층 진료비 부담의 지속적 경감, 진료비 부담이 큰 초음파 등의 급여전환 등을 시행하였다(<표 7> 참조).

<표 7> 연도별 건강보험 급여확대 항목(2004-2013)

구 분	보험급여 확대 항목
2004년	암환자, 62개 희귀질환자 외래진료비 산정특례
2005년	MRI, 암 등 고액중증질환(심장, 뇌질환) 본인부담 10%
2006년	암검진 본인부담 인하(50%→20%), 중증질환 PET 급여, 식대 급여
2007년	본인부담액 상한선 인하(6개월 300만원 → 200만원)
2008년	6세 미만 아동 입원 본인부담 10%, 산전진찰 바우처 도입
2009년	본인부담액 상한선 조정(소득계층별 200만원, 300만원, 400만원 구분) 암환자 본인부담금 인하(10%→5%)
2010년	MRI 보험급여 확대(척추, 관절), 희귀난치 치료제 보험적용 심장질환·뇌혈관질환 본인부담 경감(10%→5%) 중증화상 본인부담 경감(20%, 30~50%→5%)
2011년	골다공증 치료제 / 항암제(넥사마정, 벨케이드) / 당뇨치료제 소아당뇨 관리 소모품 지원, 장루·요루환자 재료대 요양비 지원
2012년	노인틀니 보험적용(75세 이상), 임신출산진료비 지원확대(40만원→50만원)
2013년	간암치료제(넥사바) 및 위암치료제(TS-1) 본인부담 경감(50~100%→5%) 치료목적의 치석제거 보험적용(연 1회) 4대 중증질환 초음파 검사(비급여 → 건강보험 급여적용)

※자료: 국민건강보험최신위원회, 「실천적 건강복지플랜 : 제2편 제1장 지속가능한 보장성 강화방안」, 국민건강보험공단, 2012; 보건복지부 보도자료(2013. 6. 27.); 보건복지부 보도자료(2012. 12. 27.)

140) 본인부담율이 항상 줄어든 것만은 아니어서, 2008년도부터는 보험제정을 이유로 식대 본인부담률이 50%로 상향 조정되었으며, 만 6세미만 입원아동 본인부담금이 다시 10%로 상향 조정된 바 있다. 2009년에는 의료전달체계에 맞는 수요 관리 차원에서 3차종합병원의 외래 본인부담을 55%에서 60%로 높였다.

141) 2008년의 건강보험 보장률 목표를 71.5%로 설정하고, 보장성 확대를 위한 재원으로 보험료율을 매년 3.5~6%이상 인상할 것을 제안하였다(현경래·이동현·이수연·임현아, “건강보험 지속가능성 제고를 위한 보장성 강화 및 재정 확충 방안”, 「건강보장정책」 제11권제1호, 국민건강보험공단, 2012, 16면).

3. 국민건강보험의 재정 현황 및 전망

1) 현 황

2000년 이후의 국민건강보험 재정흐름을 분석해 보면 급여비용이 급속하게 팽창하고 있고, 재정수지는 적자와 흑자를 번갈아가면서 기록하고 있는 등 재정 건전성이 확실하게 담보되고 있다고 보기 어려운 상황이다.

<표 8>에서 보듯이 2001년의 경우 2조 4,088억원의 당기수지적자를 기록하였으며, 2002년에도 7,607억원의 적자를 기록하였다. 2002년까지 진행된 건강보험 적자재정은 2003년에 가서야 1조 794억원의 당기수지흑자를 달성하는데 성공하였다. 그러나 누적재정수지는 여전히 1조 4,922억원의 적자상태이고, 2003년이 지나고 2004년이 되어서야 누적수지는 흑자로 전환된다.

하지만, 또 다시 2006년부터 2007년까지 당기적자를 보였다. 2008년 다시 흑자로 돌아서는 듯하였지만 2009년에 다시 적자로 돌아서서 2010년에는 무려 1조3천억원의 적자를 기록하였다. 비록 2011년 이후 2년 연속 흑자를 기록하였고 2012년말 현재 4조 5,757억원의 누적 흑자를 내고 있지만 그동안 적자발생 연도가 많았던 점 등을 고려할 때, 보험재정의 불안정 상태는 면치 못하고 있는 실정이다.

<표 8> 연도별 국민건강보험 재정현황(2001-2012)

(단위 : 억 원)

구 분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	
수 입	계	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	335,605	379,774	418,192
	보험료 등	90,173	10,764	133,993	150,892	166,377	185,514	215,979	248,300	263,717	285,852	328,077	363,139
	국고지원금	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	39,123	42,129	44,980
	담배부담금	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,630	9,568	10,073
지 출	계	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766	388,035
	보험급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	337,522	361,890	376,318
	관리운영비 등	8,064	7,517	7,915	8,732	8,915	9,730	9,930	10,464	10,388	11,077	11,876	11,717
	당기수지	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847	13,667	△32	△12,994	6,008	30,157
누적수지	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	9,592	15,600	45,757	

※주: 현금흐름기준으로 결산기준시 수치와 차이가 있음

자료: 보건복지부, 2012 보건복지백서, 2013; 보건복지부 보도자료(2011. 1.5); 국민건강보험공단 보도자료(2013. 6.18)

2) 전 망

건강보험의 중장기 재정전망¹⁴²⁾(전체 6개의 가상 시나리오 중 현실적으로 가장 타당한 '시나리오 5'¹⁴³⁾ 적용)에 따르면, 2020년의 보험급여비는 2012년보다 약 2.23배 증가하여 83조 8천억 원에 이를 것으로 전망되며, 추계된 비용을 충당하기 위한 보험료는 2020년 8.75%에 달할 것으로 예상되었다. 2020년 이후의 장기전망을 연도별로 보면 건강보험 보험급여비는 2030년 153조 5천억 원, 2040년 214억 2천억 원, 2050년에는 242조 6천억 원에 이를 것으로 전망하였고, 이렇게 추계된 비용을 충당하기 위해서는 2030년 12.04%, 2040년 14.39%, 2050년에는 14.86%의 보험료율이 필요할 것으로 예상되고 있다(<표 9> 참조).

<표 9> 건강보험지출 및 보험료율 전망(2015-2050년, 기준연도=2009)

(단위: 십억 원, %)

연도	예상GDP	시나리오 1 ²⁾		시나리오 2 ³⁾		시나리오 3 ⁴⁾		시나리오 4 ⁵⁾		시나리오 5 ⁶⁾		시나리오 6 ⁷⁾	
		지출	보험료율										
2015	1,368,023	57,955	7.44	56,753	7.28	55,360	7.14	56,346	7.23	55,144	7.08	54,021	6.93
2020	1,682,088	99,132	9.73	87,407	9.12	82,252	8.58	89,580	9.35	83,795	8.75	78,640	8.21
2025	1,940,554	138,321	12.51	121,433	10.99	107,496	9.72	132,422	11.98	115,534	10.45	101,597	9.19
2030	2,238,734	202,218	15.86	162,128	12.71	132,376	10.38	193,604	15.18	153,514	12.04	123,762	9.70
2035	2,418,890	273,716	19.86	195,000	14.15	147,791	10.73	263,644	19.13	184,928	13.42	137,718	9.99
2040	2,613,542	368,050	24.72	226,013	15.18	162,430	10.91	356,278	23.93	214,241	14.39	150,658	10.12
2045	2,737,353	478,508	30.69	244,955	15.71	170,200	10.92	465,210	29.83	231,657	14.86	156,903	10.06
2050	2,867,030	623,418	38.17	257,120	15.74	176,309	10.80	608,911	37.28	242,613	14.86	161,802	9.91

※주: 1) 인구요인, 소득요인(소득효과=1), 잔차요인을 고려하여 가정
 2) 잔차비용이 지난 10년간의 의료비 지출 추세(연평균 4.99%)가 지속될 경우
 3) 잔차증가율이 4.99%(2009년)에서 2050년 0%로 점차 수렴
 4) 잔차증가율이 4.99%(2009년)에서 2030년 0%로 점차 수렴한 뒤 2050년까지 0% 증가율유지
 5) 건강안 고령화 고려, 잔차비용이 지난 10년간의 의료비 지출 추세(연평균 4.99%)가 지속될 경우
 6) 건강안 고령화 고려, 잔차증가율이 4.99%(2009년)에서 2050년 0%로 점차 수렴
 7) 건강안 고령화 고려, 잔차증가율이 4.99%(2009년)에서 2030년 0%로 점차 수렴한 뒤 2050년까지 0% 증가율유지
 자료: 신영석, "건강보험 재정전망과 정책과제", 「100세 대응을 위한 미래 전략: 인구 및 사회보험 재정 전망과 과제」, 한국보건사회연구원, 2011, 39-43면.

142) 신영석, "건강보험 재정전망과 정책과제", 「100세 대응을 위한 미래 전략: 인구 및 사회보험 재정 전망과 과제」, 한국보건사회연구원, 2011, 39-41면.

143) 시나리오 1과 4는 지난 10년간의 의료비 지출 추세가 지속된다는 가정하에서 도출된 것으로 지나치게 과도한 것으로 추정되며, 시나리오 3과 6은 보장성 확대, 제도개선 사항, 지출 합리화 등이 2030년에 완결되는 것으로 가정하였으나 과도한 지출 억제안이므로 오히려 부작용이 있을 것으로 판단된다. 따라서 시나리오 2와 5가 현실적인 관점에서 타당하며, 그 중에서도 보장성 확대, 제도개선 사항 등이 향후 점진적으로 개선되어 2050년도에는 완결됨으로써 그 이후 더 이상 지출 양등 요소가 없어질 것이라는 가정을 전제하고 있는 시나리오 5가 현실적인 관점에서 가장 타당한 것으로 판단된다(신영석, 앞의 논문, 43-44면).

제4장 국민건강보험의 운영실태와 법적·제도적 문제점

제1절 국민건강보험의 보장성 관련 문제점

1. 의료사각지대를 유발하는 높은 본인부담률

오늘날 국민건강보험은 생활의 일부로 뿌리 내린 지 오래이다. 전 국민을 대상으로 하는 공적 건강보험이 확립되고, 이를 기반으로 의료서비스가 사회적 약자 계층에 대해서도 폭넓게 확대됨으로써 과거처럼 돈이 없어서 의료서비스에서 원천적으로 배제되는 경우는 현저하게 줄어들었다.¹⁴⁴⁾ 나아가 국민건강보험의 보장범위가 지속적으로 확대됨으로서 특정한 질병, 예컨대 암처럼 치료에 들어가는 비용의 부담으로 인하여 치료를 포기하는 경우에 대해서도 국민건강보험의 중요한 지원을 하게 된 것은 매우 주목할 만한 발전이고 성과라고 할 수 있을 것이다. 이와 같이 국민건강보험을 통한 의료서비스가 확대되면서 과거처럼 아예 돈이 없어 의료서비스를 못 받는 경우뿐만 아니라 특정 질병, 예컨대 암 같은 경우 너무 비용이 많이 들어 치료를 포기하는 경우까지도 줄어들게 되었다. 국민건강보험에 의해 보호되는 질병의 종류가 확대되고, 값비싼 의료장비 이용으로까지 확장되었다. 이러한 의료서비스의 질의 향상은 국민건강보험에 의해 커버되는 의료서비스의 영역이 점차 확대됨으로써 가능하게 되었다.

그럼에도 불구하고, 우리나라의 건강보험 보장률은 63.0%로, 진료비 중에서 환자 본인이 부담하는 비율이 37%에 이르고 있는 실정이다. 급여항목에 대한 본인부담률만 하더라도 입원시에는 20%이나, 외래진료비는 의원이나 약국의 경우에는 30%이지만 병원급은 40%, 종합병원은 50%, 상급종합병원은 60%에 이르러 부담이 가는 가계가 적지 않다.¹⁴⁵⁾ 진료비가 높지 않은 경증의 질병의 경우에는 본인부담액이

144) 전혜숙, 「오바마도 부러워하는 대한민국 국민건강보험」, 도서출판뫼, 2010, 8면; 차홍봉, “건강보장의 이념적 지향과 미래발전 전략”, 「건강보험포럼」 제6권제2호, 국민건강보험공단, 2007, 29면.

145) 입원치료에 대해 본인부담을 요구하는 10개의 OECD 국가 중에서 우리나라를 포함한 2개국만이 정액이

그다지 높지 않은 반면에 고가의 장비를 이용하여야 하는 진단이나 진료비가 높은 중증질병에 대해서는 국민건강보험에 의해 커버되지 않는 비급여 부분으로 설정되어 있는 경우도 적지 않기 때문에, 중병에 걸린 경우에 그 비용을 감당하지 못하여 제대로 치료받지 못하는 경우도 적지 않은 것이 현실이다.¹⁴⁶⁾

한편, 우리나라 보장성 수준의 현 위치를 알아보기 위해서는 OECD 국가의 보장성 수준과 비교하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 따라서 OECD국가들의 본인 부담제에 대한 내용을 살펴볼 필요가 있겠다.¹⁴⁷⁾

일반적으로 조세방식의 국가가 사회보험방식의 국가에 비해 본인부담이 없거나 낮은 편이다. 또한 OECD 국가에서 본인부담은 주로 치과 및 약제 부문에서 많으며, 입원서비스나 외래서비스 부문에서 적은 편이다. 본인부담이 있는 나라들은 정액제를 적용하거나(호주, 아이슬란드, 아일랜드, 네덜란드, 스웨덴), 정률제를 적용하며(오스트리아, 벨기에, 프랑스, 일본, 룩셈부르크, 스위스), 일정액공제제와 정률제의 혼합형태(핀란드, 미국)를 취하고 있다. 외래전문의 서비스에 대해서는 일반의 서비스에 비해 본인부담을 지우고 있는 나라들이 많으며, 일반의 서비스와 전문의 서비스에 동일하게 본인부담을 지우고 있는 나라들도 일반의 서비스에 비해 전문의 서비스에 높은 본인부담을 지우고 있다. 즉, 일반의 서비스와 전문의 서비스에 대한 본인부담제는 정액제를 적용하거나(호주, 그리스, 아일랜드, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스웨덴), 정률제를 적용하며(오스트리아, 벨기에, 프랑스, 일본, 룩셈부르크, 스위스), 일정액공제제와 정률제의 혼합(핀란드, 미국), 정액제와 정률제의 혼합형태(아이슬란드)를 보이고 있다.

입원부문의 경우 OECD국가들의 많은 나라에서 본인부담이 없다(호주, 캐나다, 덴마크, 그리스, 아이슬란드, 이탈리아, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인). 본인부담이 있는 나라들은 정액제를 적용하거나(오스트리아, 벨기에, 핀란드, 아일랜드, 룩셈부르크, 스웨덴, 스위스), 본인부담상한제도가 존재하는 혼합형태(프랑스,

아닌 정률로 책정하며, 외래치료의 본인부담률 30~60%는 본인부담을 요구하는 OECD 20개국 중 가장 높은 수준이다(OECD대한민국정책센터 사회정책본부, 「한국의 보건의료개혁」, OECD대한민국정책센터, 2010, 7면).

146) 2011년도 기초생활수급자 편입사유는 1위가 실직(29%), 2위가 수입 감소(22%), 이어서 3위가 의료비 지출(18%)로 나타났으며, 건강보험료를 6개월 이상 체납하여 보험급여 지급이 정지된 빈곤층이 무려 150만 가구에 이른다(오민수, 「건강보험 쟁점 진단 및 대안 모색」, 경기복지재단, 2011, 2-3면).

147) 박지연, “외국의 본인부담제 운영체계 분석과 시사점”, 「대한병원협회지」 제33권제3호, 대한병원협회, 2004, 28-40면.

독일, 일본, 네덜란드)를 취하고 있다. 그 예로서 독일의 경우는 본인부담상한제가 있는 정액제를 시행하고 있으며, 프랑스에서는 일당 정액제를 적용하고 진료비가 일정수준을 초과하면 정률제를 적용하며 본인부담에 상한을 설정하고 있는 실정이다. 즉, 본인부담상한제를 설계함으로써 큰 의료비지출로부터 발생하는 경제적 부담을 덜어주고자 하고 있다. 이 밖에 대만은 급성 및 만성질환의 입원진료비에 차등을 두는 본인부담상한제도를 시행하고 있으며 일본에서는 1981년 15,000엔을 본인부담의 상한선으로 하는 제도가 도입된 이후 1984년에는 세대를 합산하여 본인부담한도액을 설정하도록 변경한 이후 지속적으로 한도액을 상향 조정하고 있다.

『OECD Health Data 2013』에 따르면 2011년도 기준 우리나라의 국민의료비 중 가계부담(본인부담) 비율은 35.2%로 OECD국가 평균인 19.6%에 비해 약 1.8배 높은 수준으로 OECD 국가 중에서 본인부담 비율이 우리나라보다 높은 나라는 멕시코와 칠레뿐이다(<표 10> 참조).

<표 10> OECD 국가별 국민의료비 중 가계부문 지출 비율(2011년 기준)

순위	국가	가계부문지출(%)	순위	국가	가계부문지출(%)
1	Mexico	49.0	18	Italy	18.0
2	Chile	36.9	19	Estonia	17.6
3	Korea	35.2	20	Austria	17.0
4	Greece	30.5	21	Sweden	16.2
5	Portugal	27.3	22	Canada	14.7
6	Israel	26.0	23	Czech Republic	14.7
7	Hungary	26.0	24	Japan	14.4
8	Switzerland	25.8	25	Germany	13.2
9	Slovak Republic	22.6	26	Denmark	12.8
10	Poland	22.3	27	Slovenia	11.8
11	Turkey	21.8	28	United States	11.6
12	Spain	20.7	29	Luxembourg	11.5
13	Belgium	19.7	30	New Zealand	10.9
14	Australia	19.3	31	United Kingdom	9.9
15	Finland	18.6	32	France	7.5
16	Iceland	18.2	33	Netherlands	6.0
17	Ireland	18.1	34	Norway	-
OECD 평균 : 19.6%					

※자료: OECD, OECD Health Data 2013, 2013.

이와 같이 높은 본인부담 때문에 과다진료를 억제하고 국민건강보험의 재정압박을 방지하기 위해 도입한 본인부담제도가 특히 저소득층에게 필요한 진료조차 받을 수 없게 하는 효과가 있는 반면 부유층에게는 진료납용방지의 효과가 없어 원래의 취지를 살리지 못하고 있으며, 일반 국민들은 국민건강보험을 점차 ‘의료비 보조제도’에 불과하다고 판단하게 되고, 대부분의 사람들은 실손의료보험¹⁴⁸⁾ 등의 민간보험에 추가적으로 가입하여 질병 또는 사고에 대비하고 있는 실정이다.

2. 보험급여 구조상의 문제: 3대 비급여(Big3)의 존재

국민건강보험법(제41조)은 가입자와 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 요양급여를 실시하고 요양급여의 대상은 보건복지부령으로 정하되, “업무나 일상생활에 지장이 없는 질환, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항”은 요양급여의 대상에서 제외하도록 하고 있고, 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제9조 제1항 관련 별표2는 5개의 범위로 비급여의 구체적인 내용을 정리하고 있다.¹⁴⁹⁾

그런데 의료적 필요성이 있음에도 건강보험의 재정 형편상 비급여 대상으로 분류되어 있는 MRI검사(뇌경색증 등 일부질환은 급여대상), 치과의 보철, 한방 침약 등과 같은 의료서비스와 일반병상에 여분이 없어서 부득이 사용하는 경우의 상급병실료, 그리고 환자의 진정한 의사에 의하지 아니하고 요양기관의 일방적 권유 등에 의한 선택진료비 등에 대하여도 비급여 대상으로 하고 있어 적정급여수준에 미흡하다는 지적이 있다. 더 나아가 이러한 비급여대상은 요양기관이 일방적으로 책정한 가격으로 당해 의료서비스에 대한 비용이 정하여지므로 국민의료비 및 환자 개인부담의 팽창요인으로 작용하고 있는 실정이다.

이렇게 본인부담률이 높고, 또 비급여대상이 광범위하기 때문에 실제적으로는 평

148) 2013년 1월 기준 우리나라 인구(약 5100만명)의 60%가 넘는 3200만~3300만명이 이 보험에 가입한 것으로 추정된다(2013년 1월 4일자 국민일보 4면 “금감원, “실손보험료 인상말라”...”).

149) 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련)의 주요내용

- ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우 : 단순한 피로 또는 권태, 여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 등
- ② 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우 : 쌍꺼풀수술 등의 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료, 사시교정 등 외모개선 목적의 수술 등
- ③ 예방진료 : 본인희망의 건강검진, 예방접종 등
- ④ 보험급여 시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 : 상급병상 이용료, 선택진료비, 신의료기술 등
- ⑤ 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 : 치과의 보철, 한방침약

균 약 50%에서 70%의 의료비를 본인이 부담하고 있다.¹⁵⁰⁾ 이에 따라 국민의 일상적인 생애주기에서 흔히 발생할 수 있는 암과 같은 다빈도 중증질환에 대한 국민 건강보험의 제도적 효과에 대해 심각한 문제가 제기되고 있다.

그러나 국민건강보험의 급여를 확대하는 것은 필연적으로 건강보험재정에 영향을 미치게 되므로 결국 가입자의 부담을 증가시키며, 구체적으로는 보험료율의 인상을 필요로 하게 된다. 따라서 요양급여의 범위 및 수준과 관련하여 국가의 공적 개입은 어느 수준에서 이루어지는 것이 타당한가라는 질문은 항상 뜨거운 감자와 같은 것이므로 국민건강보험의 제도적 취지에 맞는 '적정 수준의 부담'과 '적정 수준의 급여'에 대한 사회적 합의가 필요하다. 이하에서는 대표적인 비급여 항목인 선택진료비, 상급병실료, 간병비를 중심으로 제도의 내용, 운영실태와 문제점을 살펴보기로 한다.

1) 선택진료비

선택진료제란 병원급 이상의 의료기관에서 환자 또는 보호자가 특정의사를 선택하여 진료를 받을 수 있도록 하는 제도로서, 일정한 요건에 해당하는 경우에는 환자 측에서 건강보험 수가의 일정범위 내에서 추가진료비¹⁵¹⁾를 부담하도록 하는 의료법상의 제도이다.¹⁵²⁾ 선택진료비는 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제9조에 의한 법정비급여에 해당한다.

150) 이준영, “의료보험 민영화에 대한 비판적 고찰”, 「사회보장연구」 제19권제2호, 한국사회보장학회, 2003, 139면.

151) 이때 추가진료비 내지 추가비용은 보건복지부장관이 고시하는 국민건강보험진료수가기준의 일정범위(20~100%) 내에서 환자 측이 추가로 부담하는 비용을 말한다.

152) 의료법 제46조(환자의 진료의사 선택 등) ① 환자나 환자의 보호자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 종합병원·병원·치과병원·한방병원 또는 요양병원의 특정한 의사·치과의사 또는 한의사를 선택하여 진료(이하 "선택진료"라 한다)를 요청할 수 있다.

② 제1항에 따라 선택진료를 받는 환자나 환자의 보호자는 선택진료의 변경 또는 해지를 요청할 수 있다. 이 경우 의료기관의 장은 지체 없이 이에 응하여야 한다.

③ 의료기관의 장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 환자 또는 환자의 보호자에게 선택진료의 내용·절차 및 방법 등에 관한 정보를 제공하여야 한다.

④ 의료기관의 장은 제1항에 따라 선택진료를 하게 한 경우에도 환자나 환자의 보호자로부터 추가비용을 받을 수 없다.

⑤ 의료기관의 장은 제4항에도 불구하고 일정한 요건을 갖추고 선택진료를 하게 하는 경우에는 추가비용을 받을 수 있다.

⑥ 제5항에 따른 추가비용을 받을 수 있는 의료기관의 의사·치과의사 또는 한의사의 자격 요건과 범위, 진료 항목과 추가 비용의 산정 기준, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

(1) 선택진료제의 변화과정

선택진료제는 시행 초기부터 의사선택권 보장과는 거리가 먼 취지의 제도였다. 선택진료제는 ‘특진’이라는 이름으로 1962년 국립대학교 소속 교수들이 사립대학교 의과대학 소속 교수들보다 낮은 급여를 받는 것에 대한 보상의 한 방편으로 도입되었다. 이것이 1991년에는 ‘지정진료제’라는 이름으로 바뀌어 제도의 원래 목적은 변질되기 시작했고, 2000년 ‘선택진료제’가 시행되면서부터는 치과병원, 한방병원을 포함한 전체 병원으로 대상기관이 확대되었다. 동시에 선택진료제에 해당되는 자격의사, 산정비용, 선택진료 건수의 제한 등에 대한 제한도 점차 완화되어 갔다 (<표 11> 참조).¹⁵³⁾

<표 11> 선택진료제의 변화과정

구 분	특진제도 ('63.1~'91.3)	지정진료제도 ('91.3~'00.9)	선택진료제도 ('00.9~)
법적근거	-	보건사회부령	의료법
대상 의료기관	○국립의료기관 - 국립의료원, 국립대의대 부속병원 등	○레지던트 수련병원으로 허가병상수 400병상 이상 병원, 치과대학병원	○병원급 이상 의료기관
의사선택 범위	-	○지정진료 의사로 임명받은 의사	○의사 · 치과의사 · 한의사
추가비용 징수여부의 자격	○특진교수 - 국립대의대 부속병원 (교수, 부교수, 조교수, 전임강사) ○국립의료원 등	○의사 : 전문의로서 면허 후 10년 이상 ○치과의사 · 한의사 : 면허 후 10년 이상 ○대학병원의 전임강사 이상	○의사 - 전문의자격 취득 후 10년 경과 - 전문의자격 취득 후 5년 경과하고 대학병원 조교수 이상 ○치과의사 · 한의사 - 면허 취득 후 15년 경과 - 면허 취득 후 10년 경과하고 대학병원 조교수 이상
추가비용 징수기준	-	○환자가 지정한 지정진료 의사의 진료행위 ○당해연도 총진료 건수의 70% 초과진료 불가	○환자가 선택한 의사 중 추가비용징수 자격 의사가 직접 행한 의료행위 ○자격요건 갖춘 재직 의사 등의 80% 범위안에서 지정
진료항목	○일반진료비의 50~100%이내에서 의료기관의 장이 정함	○(7개 항목) 진찰, 의학관리, 검사, 방사선진단 및 치료, 마취, 정신요법, 처치 및 수술	○(8개 항목) 진찰, 의학관리, 검사, 영상진단 및 방사선치료, 마취, 정신요법, 처치 및 수술, 침·구 및 부항

153) 전국민건강보험의 도입, 의약분업 도입, 단일보험자인 국민건강보험공단의 출범 등과 같이 보건의료제도의 큰 변화의 시기마다 정부는 의료계의 수익을 보전해주어 불만을 달래는 동시에, 건강보험 ‘저수기’ 정책을 유지하기 위해 선택진료제 규제 완화를 정치적 수단으로 이용하였을 가능성이 크다.

(2) 선택진료제 운영 현황

이러한 선택진료제 운용실태를 보면, 2013년 3월기준으로 선택진료 의사를 지정하고 선택진료시 선택진료비를 받는 병원은 선택진료가 가능한 2,164개의 '병원급 이상' 의료기관 중 16.6%인 360개로 나타났다. 이 중 상급종합병원(총 43개소)은 전체가, 종합병원은 전체(280개소)의 40.7%인 114개소가 선택진료를 실시하고 있어, 병상 규모가 큰 3차 병원일수록 선택진료를 실시하는 비율이 높은 것으로 나타났다. 한편, 선택진료 담당의사 배정현황의 경우, 전체 재직전문의 중 선택진료지정의 사비율은 50% 미만이었지만, 선택진료 유자격의사 중 선택진료지정의사 비율은 73.3%로 80%에 육박하고 있었다(<표 12> 참조).

<표 12> 의료기관 종별 선택진료 운영 현황(2013년 3월기준)

구분	의료기관 (개)			의사 (명)					
	총 기관 ¹⁾ (A)	선택진료 운영(B)	B/A (%)	전체 의사수	전문의 (C)	선택진료 자격의사(D)	선택진료 의사(E)	E/D (%)	E/C (%)
계	2,164	360	16.6	34,689	21,450	13,380	9,801	73.3	45.7
상급종합병원	43	43	100.0	20,012	10,518	7,156	5,650	79.0	53.7
종합병원	280	114	40.7	11,272	8,664	4,900	3,370	68.8	38.9
병원	1,432	166	11.6	1,750	1,986	810	411	50.7	20.7
치과	205	24	11.7	1,256	79	381	274	71.9	346.8
한방	204	13	6.4	399	203	133	96	72.2	47.3

※주: 1) 요양병원(전국1,136개) 제외
자료: 보건복지부 보도자료(2013. 4. 22)

(3) 선택진료제에 대한 주요 쟁점

선택진료제의 원래의 도입 명분은 의료기관에 내원하는 환자에게 의사선택권을 보장하여 실질적인 진료와 치료에 따른 심리적인 안정을 도모한다는 것이었으나, 환자의 의사 선택의 여지가 크지 않은 점, 환자의 부담이 너무 큰 점, 회계의 불투명을 초래하는 점, 병원내의 전문과목간 상대적 박탈감을 만드는 점 등이 문제로 대두되고 있으며,¹⁵⁴⁾ 이러한 선택진료제를 둘러싼 의료소비자와 공급자 간 입장이

154) 현행 선택진료제의 문제점으로는 첫째, 선택진료의사 비율(79%)이 높은 상급종합병원 경우, 비선택진료의사는 대부분 레지던트, 펠로우 등이므로 의사선택권은 의미가 없다는 점을 들 수 있다. 그리고 선택진료의사는 전문과목별로 지정하나, 실제 선택이 발생하는 세부 전문과목 단위는 전문의가 2명 이상인 경우가

침묵하게 대립하고 있는데 이를 정리하면 다음과 같다.

소비자인 환자의 경우, 시민단체와 소비자단체를 중심으로 이미 선택진료의 부당함에 대한 불만과 제도폐지 요구가 끊임없이 있어 왔다. 이는 제도의 목적인 환자의 실질적인 의사선택권이 제대로 실현되기 어렵기 때문인데, 보건의료의 특성 상 소비자와 공급자 간의 정보 비대칭으로 인한 것이다. 즉, 환자가 의사를 선택할 때 의료의 질을 판단하기가 어렵다는 것이다.

이러한 제도 폐지 견해에 대해, 의료계에서는 선택진료제가 법에서 규정한 취지와는 달리 일부 의료기관의 경영수지 보전수단으로 일부 활용되어 온 점을 인정하면서, 의료기관의 안정적 운영을 위한 적절한 대안 없이 선택진료제를 폐지하자는 논의는 무의미하다는 입장을 보이고 있다. 즉, 선택진료제의 모태가 되는 1990년대 이전의 특진제도와 이후의 지정진료제도가 건강보험제도 및 전국민건강보험제도 도입 당시 선진국들에 비해 낮게 책정된 대학병원의 진찰료를 보전하는 수단의 하나로 시행되었다는 점을 인정하면서도, 한편으로는 이 제도가 다수 환자의 의사선택권을 보장해 주는 긍정적 효과도 매우 크다는 입장을 보이고 있다.¹⁵⁵⁾

그러나 이러한 문제를 풀어나가야 할 정부는 환자부담을 줄이고 환자의 의사선택권 실현을 위해 선택진료제의 개선이 필요하다는 인식은 가지고 있으나, 근본적이고 획기적인 개선 방안을 내놓지 못하고 있다. 또한 선택진료를 축소 또는 폐지할 경우 병원 수입을 보전할 수 있는 대체방안을 고심하고 있다.

적어 사실상 선택은 일어나지 않는다. 특히, 희귀난치성질환의 경우, 전문 의사가 전국에 몇 명 없고 모두 선택진료의사인 경우도 있어 사실상 선택권이 없다. 둘째는 과도한 환자부담을 초래한다는 점이다. 선택진료비는 항목별 진료비의 일정비율(%)로 산정되므로, 진료비가 높은 입원·수술일수록 선택진료비도 증가하여 환자부담은 커진다. 중병가산제를 통해 상급종합병원 등에 이미 추가적인 지불이 되고 있으므로 선택진료비는 중복적인 추가 부담일 수 있다. 셋째는 선택진료비가 요양급여비용 내역의 일정비율 이내에서 의료기관 장의 재량으로 결정되므로 비용예측이 어려워지고 회계의 불투명성이 증가한다는 점이다. 또한 선택진료제는 진료건수, 진료시간 등이 아니라 의료기관내 의사비율을 기준으로 운영되므로, 실질적인 비용통제가 불가능하다. 마지막으로는 의사 또는 의료서비스질과의 관련성이 미흡하다는 점이다. 환자들은 양질의 의료서비스를 위해 선택진료를 이용하나, 선택진료제는 병원의 수익보전수단으로 이용되어 의료서비스의 질 향상에 소홀해질 우려가 있다. 외국의 예를 살펴보면 독일, 영국, 핀란드 등 일부국가에서 민간의료보험을 통해 환자가 선택진료를 제공받을 수 있도록 허용하는 경우는 있으나, 우리와 같이 공보험 범위 내에서 개인 비용으로 선택진료를 허용하고 있는 경우를 찾기는 어렵다.

155) 즉, 선택진료제도는 ① 국민의 건강권을 보장하는 취지로 도입되었으며 ② 이 제도로 인해 동일병원내 의사의 선의의 경쟁이 유발되어 의료서비스가 개선되는 효과를 가져왔고 ③ 국민들이 양질의 의사에 대한 선호도가 높은 현실에서 선택진료비 지불을 폐지할 경우, 오히려 환자의 의사선택권이 제한될 수 있으며 ④ 선택진료제가 폐지될 경우 상급종합병원으로 환자집중이 심화되어 건강보험 재정의 부담은 더욱 늘어나고, 의료전달체계의 혼란이 가중될 것이라는 입장을 보이고 있다(이종인, “선택진료제에 대한 주요 쟁점 및 문제점 개선방안”, 『경쟁저널』 제142호, 한국공정경쟁연합회, 2009, 39면).

(4) 검 토

이와 같이 선택진료제가 현실적으로 환자의 의사선택권을 보장하기에는 한계가 있고 병원의 수입보전이 제도의 실질적인 목적이라면, 다음의 이유로 의료법 제46조에 근거한 선택진료제를 근본적으로 재검토하는 것이 필요하다.

① 건강보험 수가체계의 왜곡

선택진료제는 공적 영역인 건강보험내에서 환자와 의료기관의 사적인 계약을 허용하고 있어 수가체계의 왜곡을 야기하고 있다. 심지어 이러한 현상은 법률적으로도 뒷받침되는데, 국민건강보험요양급여비용 즉 건강보험진료수가표는 국민건강보험법 시행령 제21조제2항156)의 규정에 따라 진료에 소요되는 시간·노력 등 자원의 양 및 요양급여의 위험도를 고려하여 건강보험정책심의위원회의 심의·의결을 거쳐 보건복지부 장관이 고시한 것으로 우리나라에서 유일하게 공인된 국정(國定) 수가이다. 그런데 선택진료의 가산율을 부문별로 상이하게 함으로써 시간·노력·업무량·인력·시설 등을 고려하여 보건복지부 장관이 고시한 수가체계에 부문별로 엄청난 변화를 주었다. 공적으로 정하여진 건강보험 진료수가를 의료법 하위 법령인 규칙으로 80%(의학관리 20% ~ 마취·수술 100%)까지 차이가 나게 변동을 주어 환자에게 부담을 시키는 것은 국민건강보험법시행령 제21조제2항을 부정하는 행위라 할 것이다. 이러한 왜곡된 형태의 선택진료제 운영 사례는 외국에서는 찾아보기 힘들다.¹⁵⁷⁾

② 환자의 의사선택권 보장 미흡

정보의 비대칭이 심한 보건의료 분야의 특성상 환자의 의사선택권 보장이 어떻게 이루어질 수 있을 지 의문이다. 정부는 여러 번의 의료법시행규칙 개정을 통해 의료서비스 질에 대한 정보를 제공하는 데 노력하였으나 여전히 한계가 있다. 의사의 근무연수를 기준으로 한 현행 선택진료 의사 자격부여가 의사선택권 보장의 근거라고 보기는 어렵고, 의사 개인별 능력평가 등은 전혀 이루어진 바 없다. 또 선택

156) 국민건강보험법 제21조(계약의 내용 등) ② 제1항에 따른 요양급여 각 항목에 대한 상대가치점수는 요양급여에 드는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양 및 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타낸 것으로 하며, 보건복지부 장관이 심의위원회의 심의·의결을 거쳐 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고시한다.

157) 국민권익위원회, 「의료기관의 선택진료 피해사례 조사 및 개선방안 연구」, 2007; 한국보건산업진흥원, 「선택진료제도의 합리적 운영방안 개발」, 2005 등.

진료의사의 경력, 구체적 진료영역 등의 정보는 환자에게 사전에 제공되지 않는다.158) 또한 선택진료 의사를 선택하면 나머지 진료지원 부서의 의사선택을 선택진료 의사에게 위임하는 포괄적 선택진료를 금지하고 환자의 이해와 선택을 돕기 위해 서식을 바꾸었다. 그럼에도 불구하고, 환자가 일반진료와 선택진료 간의 질적 차이를 인식하고 합리적인 의사선택을 할 가능성은 그리 높지 않다.

③ 건강보험수급권 침해 및 의료급여제도의 기능 약화 우려

선택진료제는 추가비용을 부담할 수 없는 환자의 경우, 일정 경력 이상의 선택진료 의사에게 진료 받을 기회를 상당한 정도로 제한하고 있기에 헌법의 건강권 및 국민건강보험법의 건강보험수급권에 대한 침해 우려를 낳고 있다. 특히 암환자 및 희귀난치질환자들 등 고액진료비 부담 환자에게 선택진료비는 고가의 치료비로 인해 경제적 부담을 가중시키고 있다. 또한 의료급여 환자의 경우, 건강보험 급여 본인부담은 면제이지만, 건강보험 급여비용을 기준으로 부과하는 선택진료비는 전액 부담하고 있으므로 선택진료제는 저소득층에 대한 의료서비스 이용을 보장하기 위한 의료급여제도의 기능을 약화시키고 있다.

2) 상급병실료

‘국민건강보험요양급여기준에관한규칙 [별표2] 비급여 대상 제4호 가목’ 규정은 5인 병실까지는 상급병실로 인정하고 건강보험진료수가표에서 정한 병실입원료에 추가하여 병원별로 정한 추가 병실입원료를 징수하는 것을 인정하고 있다. 이 규정에 따르면 병원은 건강보험진료수가표에서 정한 입원실료만을 받는 일반병상을 총 병상(집중치료실, 신생아실 제외)의 50%(종합병원과 상급종합병원은 70%)이상 확보하여야 한다. 즉, 상급병실료는 일반병상이 아닌 5인 이하 상급병상을 이용하는 경우 기본입원료 이외의 추가적 비용을 환자가 전액 부담하는 제도이다.159)

158) 허중호·이만우, “대형 병원의 선택진료제 재검토 및 대안”, 「이슈와 논점」 제131호, 국회입법조사처, 2010, 4면.

159) 외국의 사례를 보면 일반병상에 대한 기준은 매우 다양해서, 미국은 2~10인실, 프랑스는 2인실, 대만은 3~4인실이다. 벨기에·룩셈부르크는 1인실 사용시 환자가 비용을 부담한다. 일본은 1실 4인이하, 1인당 면적 6.4㎡이상, 프라이버시확보 등의 요건을 갖춘 4인이하 병상에 대해 환자가 추가비용을 부담하는 차액 베드제도를 운영한다. 그렇지만 우리나라와 같이 일반병상 부족으로 상급병실을 이용하는 경우에도 추가 비용을 부담하는 사례는 찾아볼 수 없다.

(1) 상급병실료 제도의 변천 과정

상급병실료 개념은 1978년에 도입되었다. 제도도입 초기에는 일반병상 부족으로 인한 경우 상급병실차액을 불인정하였으나, 1983년 이후 의료적 필요에 의한 경우만 상급병실차액을 불인정하고 있다(<표 13> 참조).

<표 13> 상급병실료 제도의 주요 변천 과정

시행시기	규정	주요내용
1978.12.18	보건사회부 고시 제 54호	<ul style="list-style-type: none"> · 입원병실은 일반환자용인 대중적인 일반병실(기준병실) · 기준병실료와 상급병실료와의 차액은 피보험자가 부담 · <u>요양기관이 자체병실의 사정 또는 기준병실의 만원으로 인하여 피보험자가 상급병실에 입원하게 된 경우, 기준병실료와 상급병실료와의 차액 불인정</u>
1982.5.25	보건사회부 고시 제82·26회	<ul style="list-style-type: none"> · 요양기관은 허가병상수의 50%이상을 기준병상으로 확보하여야 함 · 상급병실이란 기준병실보다 시설 및 비품이 현저히 우수하고 사회통념상 상급병실로 인정할 수 있는 경우에 한함 · 요양기관은 상급병실료와 기준병실의 1일 차액을 확인한 본인승낙서를 받아야 함 · <u>요양기관의 자체병실 사정 또는 만원으로 인한 상급병실 입원시 차액 불인정</u>
1983.9.16	보건사회부 고시 제83·31회	<ul style="list-style-type: none"> · 의료법의 입원실 시설기준에 적합하지 아니한 경우, 상급병실 불인정
1989.6.21	보건사회부 고시 제89·30호	<ul style="list-style-type: none"> · 병상수의 50%이상을 기준병상으로 확보 · 요양기관이 환자치료상 필요로 상급병실로 입원시킨 경우, 상급병실료 차액 불인정
1994.7.28	보건사회부 고시 제94·36호	<ul style="list-style-type: none"> · 병상수의 50%이상을 기준병상으로 확보. 단, <u>신고병상이 10병상이하인 의원은 제외</u> · 환자치료상 필요로 하여 격리병실 입원시킨 경우, 상급병실료 차액 불인정
1997.8.30	보건사회부 고시 제197·58호	<ul style="list-style-type: none"> · 요양기관의 환자치료상 필요로 격리병실 입원시, 상급병실료 차액 불인정
1999.11.15	보건사회부 고시 제1999·31호	<ul style="list-style-type: none"> · 허가받거나 신고한 병상수의 50%이상 일반병상 확보 · 상급병상은 5인 이하를 수용하는 병실로서 입원실 면적이 의료법령에 의한 시설규모 이상, 시설 및 비품이 현저히 우수
2000.6.30	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	<ul style="list-style-type: none"> · 6인 이상이 입원할 수 있는 병상을 50% 이상 확보한 요양기관에서 5인 이하 상급병상 운영시 상급병실료 받을 수 있음
2004.12.31	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	<ul style="list-style-type: none"> · 허가받거나 신고한 병상 중 기본입원료만을 산정하는 일반병상을 50% 이상 확보한 경우 5인 이하의 상급병상 운영 및 상급병실료 차액 인정
2011.1.1	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	<ul style="list-style-type: none"> · 종합병원을 신규로 개설하거나 종합병원 및 상급종합병원에서 병상을 확대하는 경우 <u>확대한 병상 중 일반병상을 70%이상 확보한 경우에 상급병실료 차액을 비급여로 받을 수 있음</u> · 격리병실·무균치료실·특수진료실 및 중환자실, 외국인환자를 위한 전용병실 및 전용병동의 병상은 상급병상에서 제외

(2) 상급병실 운영 현황

이러한 상급병실료 제도 운영 현황을 보면, 2013년 3월 기준으로 전체 의료기관 59,497개소 중 11%인 6,275개소가 상급병상을 운영 중인 것으로 나타났다. 이 중 상급종합병원(총 43개소)은 전체가, 종합병원은 전체의 99%인 276개소가 상급병상을 운영하고 있어, 병상 규모가 큰 3차 병원일수록 상급병상을 운영하는 비율이 높은 것으로 나타났다. 한편, 한국의료패널의 조사결과에 의하면 전체 입원환자의 48.5%가 5인실 이하 병실을 이용한 것으로 나타났다(<표 14> 참조).

<표 14> 요양기관 종별 상급병실 운영 현황(2013. 3월기준)

(단위 : 개, %)

요양종별	기관수	상급병상 운영기관수	상급병상운영 기관 비율	일반입원실		일반병상 비율
				상급병상	일반병상	
총합계	59,497	6,275	11%	100,073	435,481	81%
상급종합	43	43	100%	12,914	24,412	65%
종합병원	278	276	99%	24,481	62,121	72%
병 원	1,430	1,140	80%	27,369	119,523	81%
요양병원	1,121	475	42%	10,204	150,595	94%
의 원	28,058	4,022	14%	21,375	66,882	76%

※자료: 보건복지부 보도자료(2013. 4. 22)

(3) 문제점

상급병실료 제도의 문제점으로는 첫째, 원치 않는 상급병실을 이용함에도 병실차액을 환자가 부담해야 하는 점을 들 수 있다. 한국의료패널의 조사에 의하면, 상급병상 입원자 중 본인 희망비율은 47.7%에 불과한 것으로 나타났으며, 2009년 기준 국민건강보험공단직영병원인 일산병원의 입원 예약환자 중 상급병실 수요는 약 7.0%에 불과하며, 다른 연구에서도 환자가 원해서 이용하는 비율을 6.3% 또는 6.9% 정도로 추정하고 있다. 특히, 상급종합병원의 경우 일반병상 입원을 위해 대기 순번을 받고 약 2~3일간 상급병실을 이용하는 경우가 상당한 것으로 추정되고 있으며, 장기입원을 요하는 중증환자의 경우 환자수가 많고 입원기간이 길어, 각 의료기관에서 다인실 이용 기간을 최대 10일로 정하기도 한다는 주장도 있다.¹⁶⁰⁾ 뿐만 아니라 격리 등 의료적 필요가 있는 환자에게도 상급병실료를 적용하는 경우

160) 2012년 12월 29일자 환자단체보도자료, “비싼 상급병실료로 고통받는 환자들”.

가 있다고 한다. 국민건강보험공단의 상급병실료 실태조사에 따르면 상급병실을 이용한 환자의 59.5%가 본인의 당초 의사와 상관없이 상급병실을 이용한 것으로 조사됐고, 상급종합병원의 경우 일반병실 이용을 위해 1일 평균 63명이 2.8일간 상급병실을 이용한 것으로 나타났다.¹⁶¹⁾

둘째, 병원 내 상급병실의 비율이 높고 일반병상의 비율이 낮은 점이다. 국민건강보험공단의 상급병실료 실태조사에 따르면 일반병실 비중은 평균 74.1%로서 일반병상에 대한 환자의 요구도 82.2%에 비해 낮았으며, 대형병원으로 갈수록 일반병상 비율이 낮아지는 경향이 있었다. 특히 상위 5개 상급종합병원의 경우 일반병상 비율이 58.9%로 이들 병원 입원환자의 일반병상 요구도 85.9%에 비해 27.0%의 격차를 보였다(<표 15> 참조).

<표 15> 요양기관 종별 일반병상 비율 (2013년 5월 기준)

(단위 : %)

구분	전체	상급종합병원			종합병원	병원급
		소계	상위 5개소	그 외		
일반병상운영비율	74.1	64.9	58.9	66.7	72.6	77.8
환자요구 일반병상비율추정치	82.2	84.7	85.9	83.6	85.8	76.1

※자료: 국민건강보험공단 보도자료(2013. 10. 8.)

셋째, 상급병실료를 병원이 임의로 책정하는 보니 상급병실 종류별 생산원가에 비해 병실료가 높게 책정되어 상급병실 이용 환자들의 큰 불만이 되고 있다. 상급병실료와 같은 비급여 수가는 관행적으로 해당 서비스의 원가보다는 병원전체 경영수지에 맞춰 책정하는 경향을 보이고 있다. 즉, 일반병상과 상급병상의 구분이 병실의 질이 아닌 베드 수에 의해 결정되고 있어, 의료기관은 비용 대비 수익이 높은 상급병상을 확대할 유인으로 작용하면서도 질적인 측면에 대한 고려는 병원마다 상당한 편차를 보다. 국민건강보험공단의 실태조사에 따르면 2012년도 상급병실료 차액 규모는 약 1조원으로, 총 진료수입의 4.2%에 달하는 것으로 나타났다. 또한 상급병실에 부과되는 평균 병실차액은 1인실 124천원, 2인실 78천원, 3인실 40천원, 4인실 35천원이었으며, 1인실의 편차가 가장 큰 편으로 나타났다(<표 16> 및 <표 17> 참조).

161) 국민건강보험공단 보도자료(2013. 10. 8.)

<표 16> 요양기관 종별 상급병실료 현황(2012년 기준)

(단위 : 백만원, %)

구분	연간 상급병실료 총액		총진료수입 대비 상급병실료 비중	비급여 수입대비 상급병실료 비중
전체	1,014,712	(100.0)	4.2	14.4
상급종합병원	441,550	(43.5)	4.1	14.5
종합병원	336,059	(33.1)	3.4	16.0
병원	237,104	(23.4)	4.0	12.4

※자료: 국민건강보험공단 보도자료(2013. 10. 8.)

<표 17> 요양기관 종별 평균 병실차액 (2013년 5월 기준)

(단위 : 원)

구분	특실	1인실	2인실	3인실	4인실	5인실
전체	258,804	123,944	77,606	40,485	34,569	24,865
상급종합병원	578,070	243,524	122,954	58,301	58,213	31,591
종합병원	171,168	112,519	63,872	43,338	35,253	26,159
병원	144,442	94,670	52,719	33,857	23,828	19,774

※자료: 국민건강보험공단 보도자료(2013. 10. 8.)

(4) 검토

상급병실이 되려면 기본적으로 최소한 일반병상에 비해서는 첫째, 사생활이 보호 받을 수 있어야 하며, 둘째, 병상당 공간이 넓고 쾌적하여야 하며, 셋째는 병실 내 냉·난방, 화장실, 목욕시설 등이 일반병실에 비해 상대적으로 양호한 상태이어야 할 것이다. 그러나 현행 국민건강보험요양급여기준에 관한 규칙에는 좁은 병실이든 넓은 병실이든 관계없이 그 병실에 놓인 침대(병상)수에 따라 상급병실료를 징수할 수 있게 되어 있다.

이러한 규정에 따라 5인병실에 대해서도 상급병실료를 징수하고 있는데, 사생활 보호가 거의 되지 않으며 병상당 면적도 6인실 이상과 거의 차이가 없는 5인병실까지 상급병실로 정한 것은 입법취지상 무리가 있다 할 것이다. 건강보험 급여화 내지 폐지 등의 개선방안 검토에 앞서 1인실 면적, 2인실 면적 등 구체적인 시설기준 설정이 선행되어야 할 것이다.

3) 간병서비스의 문제

우리나라의 건강보험의 급여구조에는 입원환자를 병원 간호가가 간호하는 것이 아니라 가족이 간호하는 문제도 있다. 환자가 입원하게 되면 병원이 간호를 책임지는 것이 당연하지만, 현재까지는 건강보험의 간호수가가 낮게 책정되어 있는 등의 이유로 가족이나 간병인이 환자를 간호하는 것이 관례화되었다. 2012년 국민건강보험공단의 연구용역결과에 따르면 요양병원의 경우 입원환자의 98%, 상급종합병원은 72%, 종합병원은 49.7%, 병원은 51.5%가 가족이 간병하거나 또는 간병인을 고용하고 있는 것으로 조사되었다(<표 18> 참조).

<표 18> 의료기관 간병서비스 이용률 (2012년 기준)

구분	상급종합	종합병원	병원	요양병원
입원환자 수	33,282	73,058	110,930	90,899
간병인 고용 환자 수	5,014(15.1%)	10,389(14.2%)	26,441(23.8%)	79,971(88%)
가족간병 환자 수	18,939(56.9%)	25,945(35.5%)	30,317(27.3%)	10,928(10%)
간병인 수	4,545	7,997	15,300	17,831

※자료: 보건복지부 보도자료(2013. 7. 22.)

이러한 가족간호의 문제는 환자 및 보호자의에게 경제적, 사회적으로 큰 부담으로 작용하기도 한다. 2010 간병서비스 실태조사 결과 등에 따르면 간병인 고용에 따른 환자부담은 약 2조원 수준으로 추정되고 있는데¹⁶²⁾, 이는 2012년도 선택진료비 총 규모 약 1조 3천억 원보다도 약 53% 많은 수준이며, 병실차액 총 규모 1조원의 2배에 달하는 금액이다.

그리고 가족은 감염과 같은 문제에 전문적 지식이 없어, 환자 안전과 관련하여 심각한 문제를 야기할 수 있다. 또한 최근에는 맞벌이 부부가 많아 입원환자를 가족이 돌보기 어려워 간병인을 고용하는 경우가 많은데, 간병인 역시 의료적인 지식이 없기는 환자 가족과 동일하다. 이처럼 의료에 대한 지식이 전혀 없는 가족이나 간병인에게 환자를 맡긴다는 것은 매우 위험한 일이다.

162) 2013. 7. 22.자 보건복지부 보도자료

3. 국민건강보험 재원 총량의 부족

최근 10년 동안 국민건강보험 급여비는 2002년 13조 2,447억 원에서 2012년 37조 6,318억 원으로 약 2.8배 증가하여 물가상승률을 크게 상회하고 있다.¹⁶³⁾ 또한, 같은 기간의 국민건강보험 재정운영상황을 보면, 보험급여비 증가액이 보험료 수입 증가액보다 많고, 보험급여비가 보험료수입을 초과하는 현상은 매년 동일하다. 이러한 가용재원 절대량의 부족이 건강보험 보장률을 63%에 불과한 수준에 머무르게 만드는 가장 큰 요인으로 작용하고 있다고도 할 수 있다.

따라서 앞으로 건강보험의 보장성을 확대해 나가기 위해서는 국민건강보험이 운용할 수 있는 재원 총량의 규모를 확대할 필요가 있다. 이하에서는 국민건강보험 재원총량의 부족 원인을 낮은 보험료율과 정부의 지원 미흡으로 나누어 살펴보기로 한다.

1) 낮은 보험료율

2013년 보험료는 직장가입자 기준 보수월액에 5.89%의 보험료율을 반영하여 산정한 뒤 징수하고 있다. 현재 국민건강보험의 재정수입 확충을 위해 매년 보험료율을 인상하고 있으나 인상폭 결정에 대한 어려움이 매년 발생하고 있다.

그러나 보험료율 5.89%는 OECD 회원국들과 비교하면 낮은 수준이며, 이로 인해 ‘저부담-저급여’ 체제가 유지되고 있다. 사회보험방식으로 건강보장제도를 운영하고 있는 주요 국가들의 보험료율이 10% 내외임을 고려할 때, ‘적정부담-적정급여’를 목표로 보험료율 제고를 검토할 필요가 있다.

<표 19> OECD 국가의 보험료율 추정치

(단위: %)

프랑스	독일	네덜란드	일본	미국	대한민국	OECD평균
11.1	10.3	9.7	8.1	15.7	6.4	9.5

※주: 1) 보험료율은 (총건강비용지출/소득)으로 추정된 수치임. 2) 2007년 기준
 자료: 김정식, “건강보험 장기재정 추계”, 「2010 건강보험 재정안정을 위한 정책과제 심포지움」, 2010, 18면.

163) ‘OECD Health Data 2013’에 의하면 과거 11년간(2000-2011) 우리나라 국민의료비의 연평균 증가율은 OECD국가 최고수준인 9.3%로, OECD 평균인 4.1%의 2배가 넘는다.

2) 정부 지원 미흡

국고지원의 경우 국가는 당해 연도 보험료 예상수입액의 14%에 상당하는 금액을 국고에서 국민건강보험에 지원하고, 보건복지부장관은 2016년까지 매년 전체 국민건강증진기금의 65% 이내에서 보험료 예상수입액의 6%에 상당하는 금액을 지원하도록 되어 있다. 국고로 지원된 재원은 보험급여, 관리운영비, 보험료 경감에 사용할 수 있고 건강증진기금에 의해 지원된 재원은 건강검진 등 건강증진에 관한 사업, 흡연으로 인한 보험급여 그리고 65세 이상 노인에게 대한 급여에 사용할 수 있도록 되어 있다. 그런데 이렇게 국고지원(건강증진기금 포함)의 규모가 보험료 예상수입의 20%로 규정되어 있음에도 불구하고, 다음해 보험료율이 결정되기 전에 예산이 편성됨에 따라 실제 지원되고 있는 국고지원액이 법정규모보다 작기 때문에 매년 보험료수입의 20%보다 적은 국고지원을 받고 있는 상황이다.

건강보험 재정에 대한 연도별 국고지원 현황을 <표 20>에서 보면, 국고지원의 절대액은 2007년 3.7조 원이던 국고지원액이 2008년 4.1조 원, 2010년 5.0조 원, 2012년 5.5조 원으로 계속 증가하고 있다. 2012년 기준 국고지원 규모 5.5조 원이 적은 액수는 아니지만, 보험료수입 대비 국고지원 비율은 2007년 17.3%, 2008년 16.7%, 2010년 17.7%, 2012년 15.3%로 법정 지원비율인 20%에 훨씬 미치지 못하고 있다. 금액으로 환산하면 2002년부터 2012년까지 일반회계에서 약 3조원, 건강증진기금에서 약 5조 2천억원 등 약 8조 2천억원이 과소 지원되었다.

<표 20> 국민건강보험재정에 대한 연도별 국고지원 현황(2001-2012)

(단위 : 억원, %)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
지역재정지원	68,299	70,525	74,370	77,019	81,844	90,320	-	-	-	-	-	-
보험료수입	-	-	-	-	-	-	212,530	244,384	259,352	281,650	323,995	358,535
일반회계지원액	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	39,123	42,129	44,980
일반회계지원율	38.4	36.5	37.4	37.1	33.8	31.8	12.7	12.5	14.6	13.9	13.0	12.5
담배부담금지원액	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,630	9,568	10,073
담배부담금지원율		6.2	8.7	8.1	11.3	10.7	4.6	4.2	4.0	3.8	3.0	2.8

※자료 : 보건복지부, 2011 보건복지백서, 2012; 국민건강보험공단 보도자료(2013. 6.18)

2012년 우리나라가 보험재정 총수입의 13.2%(보험료 수입 대비 15.3%)를 국고에서 지원하는데 반하여 대만은 2008년 보험재정 총수입의 26.0%를 지원하고 있으며, 일본은 2008년 보험재정 총수입의 37.1%를 중앙정부 및 지방정부가 지원하고 있다. 거의 유사한 환경을 갖는 세 나라 사이에서 우리나라가 국고지원 비율이 가장 낮다(<표 21> 참조).

한편, 유럽에서 사회보험으로 건강보험을 운영하는 국가들은 제2차 세계대전 이후 꾸준히 건강보험 재정에서 조세(국고지원)의 비중을 높여온 특색이 있다. 네덜란드는 2006년 신건강보험개혁을 하면서 보험료를 아예 소득에 비례하여 국세청이 징수하여 중앙기금에 이관시키도록 하고 지방정부가 5%의 보조금을 지원하도록 하여 2010년 기준 보험재정 수입의 55%가 국고보조로 되어 있다. 2008년 프랑스는 국고지원 비중이 총 수입의 47%나 되었으며, 이스라엘은 사용자에 대한 보험료를 국고로 지원함에 따라 2005년 국고지원이 보험재정 수입의 39%나 되고 있다. 벨기에는 보험료 외에 부가세, 담배에 대한 건강세 등의 형태로 재원을 조달하여 국고지원 비중이 2009년 33.7%에 이르고 있다. 오스트리아도 2004년 현재 총 수입의 25.1%가 국고보조이며, 국고지원 비중이 가장 낮은 나라가 2007년의 스위스로 17%에 불과하지만 우리나라보다 높다. 이와 같이 우리나라의 건강보험 재정에 대한 국고지원 규모는 유럽의 주요 선진국은 물론이요 일본이나 대만과 비교해도 그 비율이 절반이하에 머물고 있는 실정이다.

<표 21> 주요 국가의 보험재정에 대한 국고지원 비율

(단위 : %)

구 분	동북아시아 국가			유럽 사회보험국가					
	대한민국	일본	대만	네덜란드	프랑스	벨기에	이스라엘	오스트리아	스위스
지원비율	13.2	37.1	26.0	55.0	47.0	33.7	39.0	25.1	17.0
비교연도	2012	2008	2008	2010	2008	2009	2005	2004	2007

※자료: 이규식·오은환·황성완·안보령, 「건강보험 국고지원에 대한 해외사례 비교 연구」, 국회예산정책처, 2010, 52면

이와 더불어 우리나라의 국민의료비 대비 공공부문 지출 비중이 OECD 주요 선진국 중 최하위에 속하며, 국민의 건강보호의무가 헌법이 규정하고 있는 국가의 기본적인 책무 중의 하나라는 점을 고려한다면 건강보험에 대한 국고지원을 더욱 확대할 필요가 있겠다.

제2절 보험료 부과체계의 이원화에 따른 부담의 형평성 문제

1. 보험료부과체계의 현황

1999년 국민건강보험법의 제정으로 2000년 7월부터 건강보험 조직통합이 이루어졌고, 2003년 7월부터는 재정까지 통합되었으나, 조직통합 이후 13년, 재정통합 이후 10년이 흐른 오늘날까지도 직장가입자와 지역가입자의 보험료부과체계를 달리하고 있다. 직장가입자의 보험료는 근로소득을 기준으로 부과하지만, 지역가입자에 대하여는 종합소득, 재산, 자동차, 생활수준과 세대원의 경제활동참가율 및 재산을 토대로 산출되는 평가소득을 기준으로 보험료를 부과하고 있다.

그러므로 현재의 보험료 부과체계는 실제적으로는 물론이요 개념적으로도 형평을 보장할 수 없는 형편에 있다 할 것이다.

<표 22> 2013년도 보험료 부과체계 현황

구 분	직장가입자	지역가입자 ¹⁾
부과 기준(요소)	- 근로소득(보수월액) - 종합소득 연간 7,200만원 초과 가입자: 소득월액보험료(2.9%) 추가부과 * 개인사업장 사용자: 사업소득	보험료 부과점수 - 500만원 초과세대: 소득, 재산, 자동차 - 500만원 이하세대: 생활수준 및 경제활동참가율, 재산, 자동차
보험료 산정	보수월액 × 정률(5.89%)	보험료 부과점수 ²⁾ × 점수당 금액(172.7원)
상·하한	보수월액: 28만원~7,810만원	20점~12,680점
최저·최고 보험료(월)	16,480원~4,600,080원 (가입자 부담 : 8,240원~2,300,040원)	3,450원~2,189,830원
보험료 부담	사용자 50%, 근로자 50%	지역가입자 100%

※주: 1) 지역가입자는 신고소득 500만 원 이상과 그 미만 사람이 다름. 즉, 이원화 되어 있음.

2) 소득, 재산, 생활수준 및 경제활동참가율 등을 고려하여 산정

<표 22>에서 보듯이 우리나라의 현행 건강보험 보험료 부과체계는 상당히 복잡한 구조로 되어 있다. 먼저 직장가입자와 지역가입자의 보험료 부과체계가 다르고, 직장가입자의 경우는 7,200만원 초과인 종합소득이 있는 대상자에게는 종합소득액

의 2.9%의 추가보험료를 부과하고 있으며, 지역가입자의 경우는 종합소득 500만원 을 기준으로 이원화되어 있어 4원화된 부과체계로 볼 수 있다. 이와 같이 다원화된 보험료 부과방식에 따른 문제점은 다음과 같다.

2. 보험료부과체계의 문제점

1) 직장가입자와 지역가입자간 부담의 형평성 문제

이와 같은 건강보험 보험료 부과체계의 다원화로 인하여 직장가입자와 지역가입자간 보험료 부담의 형평성 문제가 발생하고 있다. 우선, 직장가입자의 입장에서 보면 <표 23>에서 보듯이 직장가입자의 부담이 매년 늘어나고 있다.

<표 23> 직장과 지역가입자 간의 보험료 부담 비교

6단위: 억원, %)

구분	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
직장	41,289 (57.1)	68,718 (62.9)	108,284 (69.3)	138,965 (73.9)	190,297 (76.3)	220,831 (77.6)	293,796 (80.7)
지역	30,999	40,558	47,858	49,141	59,433	63,746	70,103
계	72,288 (100.0)	109,277 (100.0)	156,142 (100.0)	188,106 (100.0)	249,730 (100.0)	284,577 (100.0)	363,900 (100.0)

※자료: 국민건강보험공단, 2012 건강보험통계연보, 2013

2000년에는 직장가입자가 전체 보험료의 57.1%를 부담하였으나 2012년에는 80.7%의 보험료를 직장가입자가 부담하고 있다. 이렇게 직장가입자의 부담이 늘어나는 이유는 매년 직장가입자와 지역가입자 양 집단에 대하여 같은 율로 보험료를 인상하여도, 직장가입자는 임금인상률이 보험료율에 추가되기 때문에 보험료 부담이 지역가입자에 비하여 높아지게 되기 때문이다. 때문에 이미 두 차례에 걸친 헌법재판소가 합헌결정¹⁶⁴⁾을 내렸음에도 불구하고, 지역가입자가 부담하여야 할 보험료가 직장가입자에게 전가된다는 임금 근로자의 '유리지갑' 논쟁이 지금도 사그라들지 않고 있다.

164) 현재 2000.6.29.선고 99헌마289결정; 현재 2012.5.31.선고 2009헌마299결정.

그러나 지역가입자의 입장에서든 현행 보험료부과체계는 불만이다. 직장가입자에게는 근로대가로 받는 보수만 부과 기준으로 하는데 반해, 지역가입자는 소득 파악이 곤란하다는 점을 이유로 재산, 자동차 등을 포함시키기 때문에 실직에 의해 소득이 중단되더라도 부동산과 자동차를 보유하고 있으면 보험료 부담이 상당 수준에 이르는 문제가 있다.

2) 지역가입자 보험료 부과체계의 모순

지역가입자에게는 종합소득 500만원을 기준으로 서로 다른 보험료부과체계를 적용하고 있다. 그런데 종합소득 500만원을 기준으로 나누는 합리적인 근거가 없을 뿐만 아니라, 500만원이라는 기준금액도 1998년 당시의 시대상황을 고려하여 설정하였던 금액으로 15년 이상이 지난 현재까지도 적용하는 것은 무리가 있다.

우선, 연간 종합소득 500만원에 미치지 못하는 사람들에게 대한 보험료 부과 문제가 있다. 연소득이 500만원이면 월평균 소득이 416,667원으로서, 2013년 기준으로 정부가 정한 1인 가구의 최저생계비 572,168원의 73%에 불과한 금액으로 종합소득 금액 500만원이면 국민기초생활보장법에 의한 수급권자로 책정되어, 건강보험 가입자가 아닌 의료급여 수급권자 된다는 점이다.

다음으로, 연소득이 500만원을 넘는 사람들의 경우, 소득, 재산 및 자동차에 대하여 각각 등급을 매기고 그에 따른 점수를 부과한 다음에 이 점수를 합산한 후 부과 점수를 산출하고, 점수당 금액을 곱하여 보험료를 산출하는 과정을 거친다. 산출과정이 너무 복잡한 것은 물론이요 소득과 무관한 재산이나 자동차를 소득으로 전환하는 방법도 다른 국민기초생활보장제도나 기초노령연금 등의 사회보장제도와는 전혀 다른 방법을 사용한다는 문제도 있다.¹⁶⁵⁾

마지막으로, 지역가입자 보험료부과체계는 소득역진적인 성향이 있다. 예컨대, 연소득이 600만원인 사람의 소득등급별 점수는 380점인데, 연소득 6,000만원인 사람의 소득등급별 점수는 1,336점으로 소득은 10배가 증가하였으나 점수는 불과 3.5배 증가에 그친다.

165) 국민기초생활보장법에서는 ‘재산의 소득환산액=(재산-기초공제액-부채)×소득환산율’, 기초노령연금법에서는 ‘재산의 소득환산액=(재산-부채)×소득환산율’의 공식을 사용한다.

3) 직장가입자 보험료 부과체계의 문제

원칙적으로 직장가입자는 근로소득(보수월액)만을 기준으로 보험료를 부과하고 있다. 2012년 9월부터는 직장가입자도 연간 종합소득이 7,200만원을 넘는 사람은 종합소득액의 2.9%(이 경우는 사용자 보험료 2.9% 제외)를 추가로 부과하고 있으나, 7,200만원 이하의 종합소득에 대해서는 보험료를 부과하고 있지 않다.

이에 따라 근로소득만 있는 일반 직장가입자와 부동산 임대소득, 금융소득 등 종합소득을 가지고 있는 직장가입자와의 보험료 부담의 불형평성이 발생하고 있다.¹⁶⁶⁾ 즉, 보험료 부담에 있어서 부담능력에 비례한다는 사회보험 원리에 위배되는 현상이 발생하고 있는 것이다. 또한 형평성문제 이외에도 근로소득에만 보험료를 부과할 경우 장기적으로는 근로자 고용비용의 증가에 따른 고용억제 요인으로 작용하는 부정적인 효과까지도 우려된다.¹⁶⁷⁾

제3절 보험료 결정에 있어서 가입자 자치의 문제

1. 재정운영위원회의 역할 및 기능 약화

1) 건강보험료 결정구조의 변화과정

1999년 2월 8일 제정되고 같은 해 12월에 개정된 국민건강보험법에 따라 2000년 7월부터 시행된 국민건강보험법에서는 건강보험과 관련된 중요한 정책결정구조를 보험자 소속의 재정운영위원회와 정부(보건복지부) 소속인 건강보험심의조정위원회로 이원화시키고 있었다. 즉, 과거 '의료보험심의위원회'의 역할을 '건강보험심

166) 신영석·이준영·윤장호, 「건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안」, 한국보건사회연구원, 2011.110-111면.

167) 직장가입자의 7,200만원 초과 종합소득에 대한 추가보험료 제도시행(2012. 9월) 이전인 2011년 기준으로 전체 보험료 수입의 77.6%는 직장가입자의 근로소득에 대하여 부과되고 있고, 그 중에서 기업이 절반을 부담하고 있다.

의조정위원회'에서 수행하되¹⁶⁸⁾, 다만, 보험료에 관한 사항은 가입자가 주축이 되는 '재정운영위원회'의 심의·의결사항으로 하였던 것이다.¹⁶⁹⁾

'재정운영위원회'는 보험료 및 보험수가 등 건강보험 재정운영 과정상의 주요 결정을 가입자들의 자치에 의하여 처리함으로써 재정민주화를 기한다는 취지에서 보험자인 국민건강보험공단에 설치한 것으로, 직장가입자 대표 10명, 지역가입자 대표 10명 그리고 공익대표 10명으로 구성되어 있다. 이렇게 공급자인 의약업계를 철저히 배제하고, 건강보험의 보험료를 직접적으로 부담하는 사람들이 2/3를 차지하도록 재정운영위원회를 구성함으로써, 건강보험제도의 실질적인 주인은 가입자(국민)임을 분명히 하고 있다. 따라서, 물가인상이나 보험급여 범위 확대 등의 특별한 요인이 없는 공급자들의 이익을 위한 단순한 진료수가인상을 위한 보험료인상은 어렵게 되어 있었다.

가입자 중심의 재정운영위원회 구성이 문제가 된 데에는 2000년도 7월 의약분업 실시를 둘러싼 의료계의 집단행동과 관련이 있다. 의료계는 의약분업을 거부하여 의료기관 휴·폐업 등의 집단행동으로 나아갔고¹⁷⁰⁾, 그에 대한 수습책으로 보건복지부가 보험수가를 대폭 인상하였으며¹⁷¹⁾, 이에 대하여 재정운영위원회가 보험수가 인상의 철회를 요구하면서 수진율의 증가와 보험급여 범위의 확대에 의한 부분을 보전하기 위한 몫을 제외한 보험료인상안의 의결을 거부하였던 것이다.¹⁷²⁾

이에 따라 보험재정의 적자가 갈수록 누적되어 천문학적 단위의 차입금에 의해서 보험재정이 운영되게 되자, 정부는 2002년 1월 '지역가입자 보험료 수입의 50%에 해당하는 국고지원과 재정운영위원회 기능정지 및 보건복지부에 설치된 건강보

168) 구 국민건강보험법[법률 제5854호, 1999.2.8.제정] 제4조 (건강보험심의조정위원회) ① 제39조제2항의 요양급여의 기준과 제42조제3항의 규정에 의한 요양급여비용 기타 건강보험에 관한 주요사항을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 건강보험심의조정위원회(이하 "심의조정위원회"라 한다)를 둔다.

②심의조정위원회는 다음 각호의 위원으로 구성한다.

1. 보험자·가입자 및 사용자를 대표하는 위원 8인
2. 의약계를 대표하는 위원 6인
3. 공익을 대표하는 위원 6인

169) 구 국민건강보험법[법률 제5854호, 1999.2.8.제정] 제31조 (재정운영위원회) ① 보험료의 조정 기타 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 재정운영위원회를 둔다.

170) 2000년 "의권쟁취투쟁위원회"는 세 차례 파업을 단행했다. 또한 의약분업이 법적으로 시행되면서, 2001년 의사들은 추가적으로 파업을 했다(OECD대한민국정책센터 사회정책본부, 「한국의 보건의료개혁」, OECD대한민국정책센터, 2010, 14면).

171) 의사 진찰료는 1999년 11월 12.8%, 2000년 4월 6%, 2000년 7월 9.2%, 2000년 9월 6.5%, 2001년 1월 7.1%가 인상되었다(앞의 보고서, 14면).

172) 김경수, 앞의 논문, 301면.

협정책심의위원회에 의한 대행'을 주된 내용으로 하는 국민건강보험재정건전화특별법의 입법에 나선 것이다. 이렇게 국민건강보험재정건전화특별법이 제정·시행되면서 보험료 등 건강보험의 재정운영과 관련된 정책을 결정하는 구조는 보험자와 가입자 중심의 '재정운영위원회'에서 국가(보건복지부) 소속인 '건강보험정책심의위원회' 중심적인 체계로 바뀌게 되었다.¹⁷³⁾

그리고 2006년 말로 한시법인 위 특별법의 효력이 종료되자, 정부는 국민건강보험법을 개정하여 위 특별법상의 재정운영위원회와 건강보험정책심의위원회의 기능을 그대로 국민건강보험법에 삽입하였으며, 현재까지도 정부(보건복지부) 중심의 의사결정구조를 그대로 유지하고 있다.

2) 재정운영위원회의 운영실태

현행 국민건강보험법 제33조에서는 재정운영위원회의 기능을 “제45조제1항에 따른 요양급여비용의 계약 및 제84조에 따른 결손처분 등 보험재정에 관련된 사항의 심의·의결”로 한정하고 있고, “직장가입자의 보험료율과 지역가입자의 보험료부과점수당 금액”은 보건복지부장관 소속의 건강보험정책심의위원회에서 심의·의결하도록 하고 있기 때문에 가입자 중심의 재정운영위원회의 역할과 기능은 국민건강보험법 제정 당시에 비하여 매우 약화되었다고 볼 수밖에 없다.

우선, 재정운영위원회의 심의·의결사항인 요양급여비용은 5월 31일까지 공급자(의약업계) 대표와 국민건강보험공단 이사장이 계약을 체결토록 하고 있으나, 만약 5월 31일까지 계약이 체결되지 않더라도 건강보험정책심의위원회의 심의·의결을 거쳐 보건복지부장관이 결정하도록 되어 있으므로 공급자인 의약업계에서는 굳이 국민건강보험공단 이사장과의 계약체결에 매달릴 필요가 없다. 왜냐하면 의약업계에서 추천한 위원 8인이 포함되어 있는 건강보험정책심의위원회에서 최종적으로 절충할 수 있는 여지가 있는 상황에서 협상타결을 위해 미리 양보할 필요가 없기 때문이다. 다시 말해, 요양급여비용(진료수가)의 결정과정에서도 가입자 중심의 재정운영위원회보다 공급자도 함께 참여하는 건강보험정책심의위원회가 실질적인

173) 건강보험정책심의위원회는 공급자인 의약업계의 추천위원 8명, 가입자 대표 8명, 공익 대표 8명으로 구성되어 있으므로 가입자 대의기구라기보다는 공급자의 의사반영 통로이기도 하다.

영향력을 행사하게 된 것이다.¹⁷⁴⁾

다음으로, 보험료 등의 결손처분은 채납처분 종결, 소멸시효 완료 등으로 보험료를 징수할 수 없는 경우에 이루어지는 국민건강보험공단의 재정운영 내부절차의 한 부분에 지나지 않는다고 봄이 타당하며, 이와 같이 단순한 절차상의 결정권을 행사하고 있다고 하여 가입자 중심의 재정운영을 하고 있다고 보기는 어렵다.

2. 재정운영위원회 위원의 대표성 문제

재정운영위원회는 위와 같은 그 위상 및 기능약화에 따른 문제점 이외에도, 위원회 구성에서 건강보험 가입자의 실질적 대표성이 보장되고 있는지에 대한 우려도 심각하게 제기되고 있다.

우선, 2008년 8월 제4기 재정운영위원회의 임기가 만료되고 제5기 재정운영위원회의 위원으로 새로운 대표자를 구성하는 과정에서 시민단체(NGO)의 자격으로 참여하던 ‘건강세상네트워크’가 아무런 해명 없이 제외되었다. 건강세상네트워크는 우리나라의 시민단체 중에서 보건의료 분야에 대한 전문성과 경험이 가장 풍부한 단체이고, 재정운영위원회에도 성실히 참여하여 가입자 대표로서의 역할을 충실히 해 왔기 때문에 이들을 교체한다는 것은 매우 놀라운 일이었다. 그리고 더욱 놀라운 점은 이들을 대신하여 재정운영위원회의 자격을 획득한 단체는 ‘한반도선진화재단’으로서 이들은 통일, 안보, 정치, 국가전략 분야의 시민단체였으므로 보건의료 분야에 대한 전문성은 검증되지 않았다는 점이였다. 당시 정부에서는 이미 진보적 시민단체들이 재정운영위원회에 참여하고 있으므로 보수단체의 참여도 인정하여 균형을 이루어야 한다는 해명을 하였으나, 건강보험 정책을 심의·의결하는 위원회에서 “경험과 전문성”, “가입자의 의사를 올바르게 수렴하고 전달하는 능력” 등을 보기보다는 “진보와 보수의 정치이념”을 고려하는 것이 과연 적절한가에 대한 비판이 제기된 바 있다.

그리고 2010년 10월에 있었던 제6기 재정운영위원회 위원 구성 과정에서도 이와 유사한 논란이 빚어졌다. ‘경제정의실천시민연합’과 ‘참여연대’ 소속 위원을 임명하

174) 실제로도 2000년 이후 의약업계 대표와 국민건강보험공단 이사장과의 협상에 의해 진료수가계약이 타결된 경우는 2006년과 2013년 수가협상 단 두 차례뿐이었다.

던 자리를 아무런 해명 없이 다른 단체에게 넘겨버린 것이었다. 이 과정에서 보건복지부는 ‘경제정의실천시민연합’과 ‘참여연대’가 재정운영위원회 위원을 오래 해와서 다른 단체에게도 기회를 주어야 바람직하다는 해명을 하였지만 이는 또 다른 논란을 야기하였다. 왜냐하면 다른 단체에게 기회를 준다는 점은 타당하지만 어떤 단체나 위원을 위촉하는 것이 타당한지를 판단하는 객관적이고 명확한 기준이 제시되지 않았고, 새로 위촉된 단체가 보건의료나 건강보험에 대한 ‘경험과 전문성’을 가지고 있다거나 ‘가입자의 의사나 이익을 대변하기에 (기존의 시민단체보다 더) 적합’한 단체라고 인정할 만한 근거가 제시되지 않았기 때문이다.

이러한 문제의 근본적 원인은 가입자대표나 공익대표의 구성에 따른 전권이 보건복지부장관에게 주어져 있기 때문이다. 또한 가입자의 범위는 모든 국민이기 때문에 이를 대표할 수 있는 인물을 선정하는 객관적이고 공정한 기준과 절차가 없다면 자의적 선발이 될 수밖에 없게 된다.¹⁷⁵⁾

제4절 진료비심사의 부실운영으로 인한 재정 누수의 문제

1. 국민건강보험 진료비심사의 의의

1) 진료비심사의 개념

국민건강보험 진료비심사는 요양기관으로부터 청구된 요양급여비용이 실제 요양기관이 행한 사실에 근거하였는지, 국민건강보험법령이 정한 요양급여의 기준 및 요양급여비용 산정기준에 따라 적합하게 산정되었는지를 확인하여 요양기관에 지급할 금액을 확정하는 행위이다.¹⁷⁶⁾ 즉, 요양기관이 청구한 요양급여비용 청구명세

175) 반면에 공급자(의약업계)는 건강보험정책심의위원회의 공급자 대표 8명 및 건강보험심사평가원의 비상임이사 의약업계 추천 5명 등 공급자 몫의 대표자 추천시에는 철저하게 의약업계 종사자들의 의사와 이익을 대변할 수 있는 인물로 추천되고 구성되는 것이 일반적이다.

176) 김형호, “한국과 미국의 건강보험 의료비 심사제도에 대한 비교법적 고찰: 미국의 메디케어와의 비교를 중심으로”, 연세대학교 석사학위논문, 2008, 62-63면.

서를 접수한 후 청구내용이 급여기준의 범위 안에 드는지 여부 등을 검토·확인하여 그 기준 범위를 초과하였거나 기준을 잘못 적용한 사항 등이 있는 경우 해당 청구 진료비를 조정하여 요양기관에 지급할 금액을 확정·정산하는 업무이다.

2) 진료비심사의 기능과 역할

우리나라 건강보험의 급여비는 가파르게 상승하고 있으며, 이에 따라 급여비 관리에 대한 중요성은 점점 증대되고 있다. 그리고 보험재정 운영의 책임성을 보다 효율적으로 향상시키기 위해서는 급여비 지출의 다양한 기능 중에서도 먼저 진료비심사제도에 대한 검토가 필요하다 할 것이다. 여기서 진료비심사는 요양기관이 수급자에게 요양급여를 제공하고 보험자와 수급자에게 청구한 요양급여비용의 타당성과 적법성 등을 검토하는 것으로, 제도적으로는 독립된 심사기관이 요양기관의 진료비청구권(진료비 채권)에 대하여 보험자 및 수급자의 진료비 지급의무(진료비 채무)가 적법하고 타당한 것인지를 판단하는 일련의 행정작용을 말한다고 정의할 수 있다.¹⁷⁷⁾ 따라서 진료비심사제도의 기본적인 기능과 역할은 주로 불필요하게 과다해지는 건강보험 진료비의 증가를 억제하고 부당한 청구에 따르는 진료비용의 지급을 방지하며, 의료자원의 과소 이용이나 부적절한 이용도 방지하고 사회보험 제도로서의 건강보험제도의 목적과 취지에 합당한 적정진료를 요양급여로 보장하려는 것이라고 할 수 있다.¹⁷⁸⁾

그리고 거시적 측면에서는 국가경제의 범주에서 국민의료비의 수준과 배분을 건강보험의 재정과 연계하여 합리적으로 조정하는 기능을 가지면서 건강보험 요양급여비용의 적법성과 타당성을 부단하게 추구하는 역할을 수행하며, 보험진료의 공공성을 확인하고 사회경제정책으로서의 건강보험제도의 목적을 달성하기 위하여 의료공급자와 수급자간에 자원의 배분을 합리적으로 조절하는 확인하는 사회경제적 작용도 수행하게 된다.

177) 김운목, 「건강보험 진료비심사의 법적 근거와 효력」, 「의료법학」 제8권제1호, 대한의료법학회, 2007, 139면.

178) 이러한 진료비심사제도의 기능과 역할에 대해서는 건강보험심사평가원 스스로 “...전문성을 가지고 국민의 의료이용(요양급여)에 대하여 적정하게 보호하는 기능을 수행하고, ...건강보험제도의 소기의 목적인 국민보건의 향상, 사회보장의 증진을 달성함에 기여하는 역할”을 수행하는 것이라고 하고 있다(건강보험심사평가원, 「2004년도 직무분야 교육교재 I」, 2004, 51-52면(앞의 논문 149면에서 재인용).

2. 국민건강보험 및 주요 외국의 진료비심사체계

1) 국민건강보험의 진료비심사체계

(1) 진료비 심사에 있어서 관리주체별 역할

국민건강보험의 진료비 심사에 있어서 관리주체별 역할은 [그림 2]에서 보듯이 보건복지부가 요양급여 기준을 제정하여 급여의 범위 등을 정하면, 건강보험심사평가원은 요양기관이 청구한 요양급여비용이 급여기준에 부합하는지 여부를 확인하고 부합하지 않는 경우 이를 조정하는 심사기관으로서의 역할을 담당하고 있다. 국민건강보험공단은 심사결과에 대한 이의신청을 통하여 심사·조정(삭감)되어야 할 급여비용이 누락되는 것을 견제하고 있으며, 진료비 지급업무를 담당하고 있다.

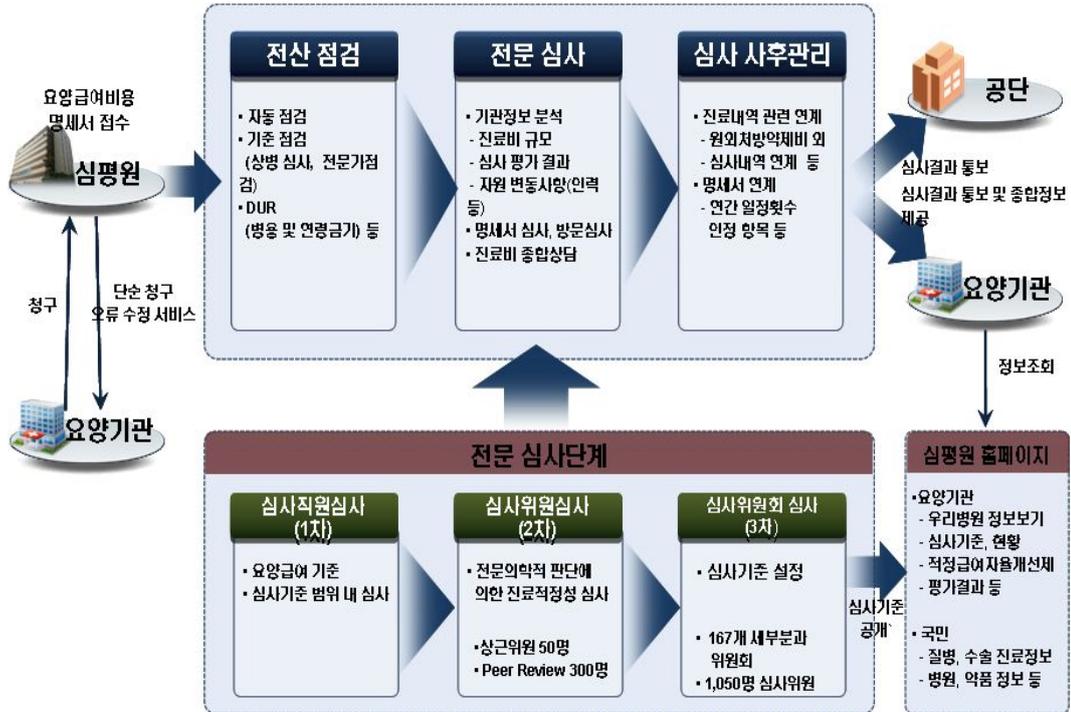
[그림 2] 진료비 심사에 있어서 관리주체별 역할



(2) 진료비 심사의 종류 및 처리절차

진료비 심사업무는 [그림 3]와 같이 ① 건강보험심사평가원이 요양기관으로부터 청구명세서를 접수한 후 모든 심사청구 건에 대해 실시하는 전산점검과 ② 전산심사 완료분 중 정밀하게 심사할 필요성이 있는 심사청구 건을 선별하여 심사자가 직접 심사하는 전문심사, 그리고 ③ 전산심사와 전문심사 결과대로 진료비를 요양기관에 지급한 후에 1차심사 완료분 중 일부 진료명세서를 추출하여 확인하는 심사사후관리로 구분되어 있다.

[그림 3] 진료비심사 업무처리 흐름도



※자료: 감사원, 「건강보험 요양급여비용 관리실태 감사결과보고서」, 2012, 13면.

2) 주요 외국의 진료비심사체계

(1) 일본의 진료비심사제도

일본은 원칙적으로 보험자 중심의 심사제도를 운영하고 있다. 농어민, 자영자 등 지역보험의 주로 보험자단체인 '국민건강보험단체연합회'에서 심사하여 지급하고 있으며, 전국건강보험협회관장건강보험 등 피용자보험은 제3자 기관인 '사회보험 진료보수지불기금'이 위탁받아 진료비 심사를 수행하고 있다. 일본도 예전에는 독립 심사기관을 운영하였으나, 심사기관에 의한 지출규모 결정이 건강보험 재정책임성과 무관하게 이루어지는 문제점으로 인해 보험자가 직접 심사(2002. 12월)¹⁷⁹⁾ 하거나 다른 기관에 위탁(2007. 6월)¹⁸⁰⁾할 수 있도록 제도를 변경하였다.

179) 진료비 심사업무는 보험자로부터 위탁받은 심사지급기관(지불기금, 국민건강보험단체연합회)에서 사실상 심사와 지불 업무를 독점하고 있었다. 그러나 2002년 「규제개혁추진 3개년 계획」에 맞춰 공적보험에 적합한 공정한 심사체계 확립과 수급자 보호와 비밀보장 등을 위해 2002년 12월 진료비 청구분부터 보험자가 직접 심사하는 것을 가능하게 하였다(국민건강보험재정위원회, 「실천적 건강복지플랜 : 제2편 제4장 급여결정 구조 및 진료비 청구·심사·지급체계 합리화 방안」, 국민건강보험공단, 2012, 81면).

180) 일본 국민건강보험법 제45조(보험의료기관 등의 진료보수) 5. 보험자는, 전 항의 규정에 의한 심사 및

(2) 대만의 진료비심사제도

대만은 1995년 사회보험제도 개혁의 일환으로 우리나라와 유사한 단일보험자방식의全民건강보험을 창설하였다.全民건강보험제도 운영의 최종적 권한과 책임을 중앙정부가 갖고 있는 중앙집권 방식이며, 주관기관은 행정원 산하의 보건부이다.

대만은 보험자인 정부(중앙건강보험국)에서 직접 진료비심사를 수행하고 있다.¹⁸¹⁾ 정부가全民건강보험의 단일보험자로서 행정원위생서가 주관부처를 맡고 있으며, 실질적 정책결정과 운영은 행정원위생서 소속 중앙건강보험국이 담당하고 있다. 중앙건강보험국은 6개 분국으로 운영되는데, 가입자 자격관리, 보험료의 부과·징수, 계약의료기관 관리, 진료비심사·지급 등 대부분을 포괄관리하고 있다. 또한 급여기준 결정은 중앙건강보험국 내의 ‘급여결정위원회’에서 담당하고 있다([그림 4] 참조).¹⁸²⁾

[그림 4] 대만의 진료비심사 시스템도



※자료: 국민건강보험쇄신위원회, 「실천적 건강복지플랜: 제2편 제4장 급여결정 구조 및 진료비 청구·심사·지급체계 합리화 방안」, 국민건강보험공단, 2012, 83면

지불에 관한 사무를 도도부현의 구역을 구역으로 하는 국민건강보험단체연합회 또는 사회보험진료보수지불기금법에 의한 사회보험진료보수지불기금에 위탁할 수 있다. 비용청구에 관해서 필요한 사항은 후생노동성령으로 정한다.

일본 건강보험법 제76조(요양급여에 관한 비용) 5. 보험자는, 전 항 규정에 의한 심사 및 지불에 관한 사무를 사회보험진료보수지불기금법에 의한 사회보험진료보수지불기금 또는 국민건강보험법 제45조 제5항에 규정하는 국민건강보험단체연합회에 위탁할 수 있다

181) 대만全民건강보험법제50조 ①보험의료서비스기관은 의료비용지급기준 및 약가기준에 의거하여 보험자에게 그 제공한 의료서비스의 점수 및 약품비용을 신고하여야 한다.

② 보험자는 전조에 의한 분배 후의 의료급여비용 총액을 그 심사 후의 의료서비스 총 점수로 나누어 점수당 비용을 산정하여야 하며, 아울러 각 보험의료서비스기관에 심사 후의 점수에 따라 그 비용을 지급한다.

③ 외래약품비용은 보험자가 심사 후 각 보험의료서비스기관에 지급한다.

대만全民건강보험법제51조 ①의료비용 지급기준 및 약가기준은 보험자 및 보험의료서비스기관이 공동 발의하여 주관기관이 정한다.

182) 앞의 보고서, 82면.

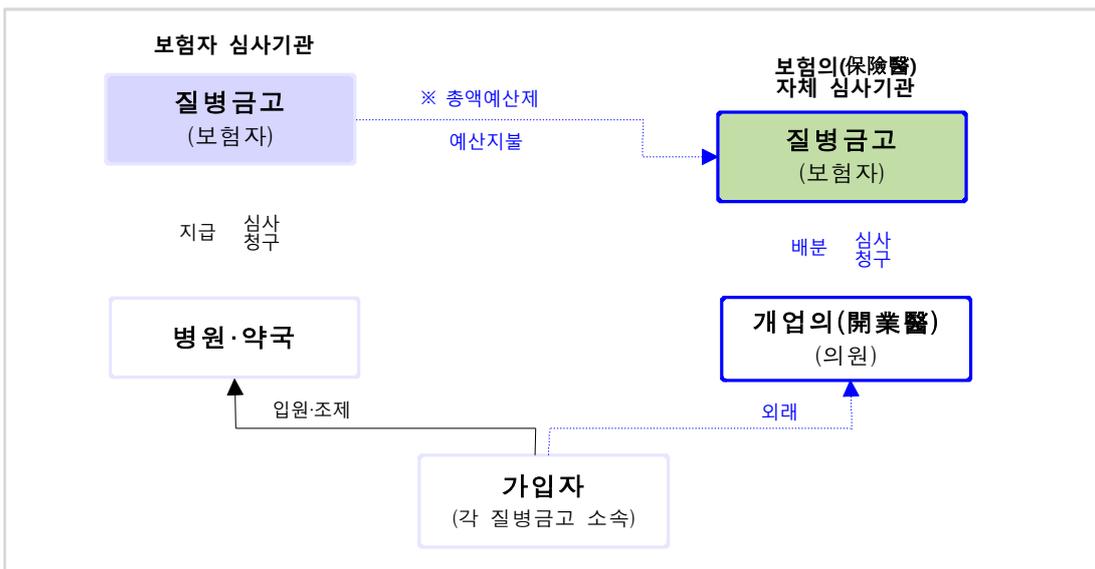
(3) 독일의 진료비심사제도

독일의 진료비지불제도는 의원급은 총액계약제이며, 병원에 대한 진료보수는 '건당포괄수가'를 기본으로 하고, 예외적으로 '특별보수'와 '일당진료비'를 적용하고 있는데, 진료비 심사권은 원칙적으로 보험자(질병금고)가 행사하고 있다.

다만, 총액계약제 적용을 받는 의원급 의료기관에 대해서는 주단위 질병금고연합회와 지역보험의사협회 간에 의료비총액을 계약하여 그 액수를 지역보험의사협회에 넘겨주고 그러면 지역보험의사협회는 소속 보험의사가 제공한 의료서비스가 진료수가기준에 따라 제공되었는지를 심사하여 각 의료공급자에게 통제·지불하는 방식을 취하고 있다.¹⁸³⁾ 이러한 심사에서 문제가 있다고 판정된 사항이나 특이사항 또는 분쟁사항, 심층적 질적 심사가 요구되는 사항을 2차적으로 심사하기 위하여 보험자측('심사평가실')의 심사의사(control doctors)와 의사협회측 의사가 동수로 구성되는 '공동진료비심사평가위원회(The Joint Utilization Review Committee)'를 보험자 산하에 설치하여 여기서 재심사를 하도록 하고 있다.¹⁸⁴⁾

이와 같은 독일의 진료비 심사시스템을 간단히 도식화하면 [그림 5]와 같다.

[그림 5] 독일의 진료비심사 시스템도



※자료: 국민건강보험최신위원회, 「실천적 건강복지플랜: 제2편 제4장 급여결정 구조 및 진료비 청구·심사·지급체계 합리화 방안」, 국민건강보험공단, 2012, 84면

183) 앞의 보고서, 83면; 이광찬, 앞의 책, 116면.

184) Glaser, W. A. *Health Insurance in Practice*. Oxford: Jossy-Bass. 1991. 236-250(이광찬, 앞의 책, 180면에서 재인용).

3. 국민건강보험 진료비심사의 문제점

1) 심사기관의 심사 부실에 따른 진료비 심사·조정 누락

건강보험이 안정적으로 운영되기 위해서는 보험재정의 수입과 지출이 균형을 이루어야 한다. 그리고 건강보험재정의 균형을 맞추기 위해서는 국민의 부담으로 직결되는 건강보험료의 인상보다는 건강보험재정 지출의 건전성을 제고하려는 노력이 더 필요하다. 이를 위해 진료비 심사단계에서부터 요양기관의 부당, 허위청구를 가능한 없애도록 해야 할 것이다.

그러나 2010년 건강보험심사평가원이 진료비 심사과정에서 부당·허위 청구로 판단하여 삭감한 조정비율은 전체의 0.65%로서,¹⁸⁵⁾ 이는 부당·허위청구 추정치인 청구금액의 10~15%에 비하면 턱없이 적은 수치이다.¹⁸⁶⁾ 이렇게 삭감 비율이 턱없이 낮게 나오는 근본적인 이유는 심사인력의 부족을 이유로 2010년 기준 전체의 8.4%인 102,971천건만 심사자에게 배당하고, 전체의 91.6%에 달하는 1,126,588천건의 경우는 심사자에게 배당되지 않은 채 전산심사만으로 심사를 마치게 하기 때문이다(<표 24> 참조).¹⁸⁷⁾

<표 24> 연도별 전문심사·조정 실적(2007년-2010년)

4단위: 천건, 천원, 명)

연도	전문심사건수	전문심사금액	전문심사·조정금액	심사인력	1인당 심사건수	1인당 조정금액
2007	107,276	11,182,199	193,025	472	227	409
2008	124,713	11,210,058	210,928	471	265	448
2009	108,282	11,972,811	204,794	465	233	440
2010	102,971	13,231,702	216,823	457	225	474

※자료: 감사원, 「건강보험 요양급여비용 관리실태 감사결과보고서」, 2012, 16면.

185) 감사원, 「건강보험 요양급여비용 관리실태 감사결과보고서」, 2012, 15면.

186) 단편적인 몇몇 사례를 통하여 의료기관의 부당 허위청구가 매우 심각한 수준이라는 사실을 가늠해 볼 수 있지만 정확한 부당 허위청구의 규모가 어느 정도인지를 모르고 있다. 그러나 2013년 8월 미국의 법령과 소송사례 등을 조사한 국민건강보험공단의 출장결과 보고서에서 ‘미국 회계감사원이 분석한 보험사기 규모는 메디케어와 메디케이드 총 지출액의 10% 이상이 의료공급자의 부당청구로 추정’된다고 보고한 사실과 (2013.8.10.자 데일리팝 기사 “부당청구 적발 복지부·법무부와 협력기구 설립 필요” 참조), 우리나라와 같은 단일 보험자체제인 대만의 경우 부당 허위청구가 심사되어 삭감되는 비율이 10~15%에 이른다는 사실 (2001.3.21자 동아일보 기사 “보험심사원 있으나마나…진료비 삭감률 0.74% 불과” 참조) 등으로 미루어 볼 때 우리나라도 많으면 많았지 이보다 적지 않을 것이라는 추정을 할 수 있다.

187) 그런데 전산심사는 급여고시가 모호하고 급여고시에 대한 세부 점검기준이 미비하여 개발할 수 있는 항목이 제한되어 있어서, 전산심사 대상항목이 아닌 경우에는 아무런 심사를 받지 않은 것과 마찬가지로 할 수 있다(앞의 보고서, 16면).

결국 가입자의 권리를 위임받아 의료기관의 부당 허위청구를 막고 건강보험의 재정누수를 막아야 할 건강보험심사평가원이 제 기능을 다하지 못하고 있다는 결론에 이른다고 하겠다. 즉, 진료비 심사단계에서 방대한 심사물량을 효율적으로 심사하지 못하여 급여기준을 위반한 청구내용을 제대로 걸러내지 못하고 있고, 이로 인한 건강보험 재정 누수가 발생하고 있는 실정이다.

2) 관리주체간 간 협조 미흡에 따른 보험자의 이의신청 기능 약화

국민건강보험법 제76조의 규정에 따르면 보험자 및 요양기관은 건강보험심사평가원의 심사결과에 이의가 있을 경우 이의신청을 할 수 있어 보험자는 심사누락을 견제할 수 있고 요양기관은 과잉심사로 인한 피해를 구제받을 수 있다.

따라서 심사기구가 보험자와 분리·독립된 현행 건강보험체계에서 심사기구의 심사부실을 방지하기 위해서는 최소한의 견제장치로서 보험자의 이의신청 기능이 원활하게 작동될 수 있어야 한다. 그리고 보험자의 이의신청 기능이 제대로 작동하기 위해서는 이의신청의 대상이 되는 심사결과인 ‘줄 번호 조정내역’, ‘조정사유’를 심사기구가 보험자에게 제공할 필요가 있다.¹⁸⁸⁾ 그런데 건강보험심사평가원에서는 보건복지부 고시인 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제8조의 규정에 따라 국민건강보험공단에 ‘항목별 조정내역’을 통보하면서 ‘항 번호 조정 집계액’만 제공하고 ‘줄 번호 조정내역’은 통보하지 않고 있다.

이처럼 보험자 이의신청을 위한 기초자료인 ‘줄 번호 조정내역’을 국민건강보험공단에 제공하지 않기 때문에 즉, 국민건강보험공단은 항 단위의 삭감조정 집계액만 통보받고 심사·조정 사유를 통보받지 못하고 있기 때문에 어느 행위수가, 약제, 치료재료가 급여기준을 위반하여 삭감조정 되었는지와 그 사유를 알지 못한 채 이의신청 대상을 선정하고 있어 불필요한 이의신청을 야기하게 된다.¹⁸⁹⁾

188) 국민건강보험법 시행규칙 제12조 제6항의 규정에 따라 요양급여비용심사청구서 및 명세서의 서식·작성요령 등 요양급여비용 청구에 필요한 사항을 정한 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」의 요양급여비용 명세서(전자문서) 작성요령에 따르면 명세서의 각 진료·처방내역은 ‘진찰료’ 항목부터 ‘검사료’ 항목까지 14개의 항목으로 구성되고, 각 항목은 1-7개의 목으로 이루어져 있으며, 각 목은 2010년 12월 기준으로 행위수가(7,996개), 치료재료(17,588개), 약제 분류코드(14,410개) 줄로 구성되어 있다. 즉, 진료 및 처방 내역을 분야별로 분류하여 집계하기 위한 용도에 불과한 항번호나 목번호와는 달리 줄번호는 건강보험체계에서 가장 중요한 기초단위라고 할 수 있다(앞의 보고서, 96면).

189) 이와 관련하여 2009년 3월부터 2011년 6월까지 건강보험심사평가원에서 기각 처리한 보험자 이의신

결국, 건강보험심사원이 심사결과를 보험자에게 제대로 제공하지 않음으로 인해 현행 법령에서 보장하고 있는 보험자의 이의신청 기능조차 제대로 작동하지 못하고 있는 것이다. 다시 말해, 건강보험심사평가원은 진료비 심사결과에 대한 이의신청이라는 보험자 본연의 기능 수행을 방해함으로써 건강보험의 재정누수에 일조하고 있는 셈이다.¹⁹⁰⁾

청 24,231건의 기각사유를 분석한 결과 그중 10,685건(44%)이 심사결과 이의신청한 해당 줄(행위수가, 치료재료, 약제 코드)에서 이미 삭감조정이 발생하였다는 사유로 기각된 것으로 나타났고, 2011년 1월부터 같은 해 9월까지 기각 처리한 보험자 이의신청 11,542건의 기각 사유를 분석한 결과 3,208건(28%)은 건강보험심사평가원 이의신청업무 담당자가 특정내역에 기재된 내용을 참고하여 기각한 것으로 확인되는 등 불필요한 이의신청으로 인한 행정력 낭비가 확인되었다(앞의 보고서, 2012, 100면).

190) 2013.12.30자 한국경제 기사 “심평원의 ‘배짱’…건보료가 샌다 - “진료비 내역 공단에 제공하라”는 감사원의 통보 목살” 참조

제5장 국민건강보험의 법적·제도적 발전방안

제1절 국민건강보험의 보장성 강화

1. 보장성 강화 목표: 건강보험 보장률 80%

국민건강보험의 보장성을 강화하여야 하는 이유는 우리나라 국민의료비에서 공공재원이 차지하는 비중이 다른 OECD 국가에 비해 현저히 낮은 상태에 있기 때문이었다. 따라서 건강보험 보장성 강화의 목표는 국민의료비 대비 공공재원 비중을 OECD 국가의 평균 수준인 72.2%에 두는 것이 바람직할 것이다. 문제는 건강보험 목표 보장률을 얼마로 설정하여야 국민의료비 대비 공공재원 비중이 OECD 국가의 평균 수준에 접근하느냐이다. 그런데, 그 동안 관찰된 공공재원 비중과 건강보험 보장률 간의 관계식¹⁹¹⁾으로 계산하면 국민의료비 대비 공공재원 비중 70%에 대응하는 건강보험 보장률은 80.7%이 된다(<표 25> 참조).¹⁹²⁾

따라서, 국민의료비 대비 공공재원 비중을 OECD 국가 평균수준인 70%대로 끌어올리기 위해서는 건강보험의 목표 보장률은 80% 수준으로 설정하는 것이 타당할 것으로 판단된다.

<표 25> 공공재원 비중에 대응하는 건강보험 보장률

구 분	공공재원 비중 vs 건강보험 보장률					
공공재원 비중	55.0	60.0	65.0	70.0	75.0	80.0
건강보험 보장률	62.6	68.6	74.7	80.7	86.7	92.7

191) 공공재원의 비중과 건강보험 보장률 간 관계식

- 관계식 : $Y = \alpha + \beta X + \varepsilon$ (Y : 건강보험 보장률, X : 공공재원 비중, $\alpha, \beta, \varepsilon$ 는 상수)

- 자료(2005~2009년) : 공공재원 비중(OECD Health Data), 건강보험 보장률 (본인부담 실태조사)

192) 국민건강보험재신위원회, 「실천적 건강복지플랜: 제2편 제1장 지속가능한 보장성 강화방안」, 국민건강보험공단, 2012, 8면.

2. 비급여서비스의 건강보험 급여화 추진

건강보험 보장성을 강화하기 위해서는 비급여서비스의 급여화가 반드시 필요하다. 2011년도 기준 우리나라의 전체 의료비 중에 비급여 본인부담률은 약 17.0%를 차지하고 있는데, OECD국가 전체 가계부담률의 평균치인 19.6%와 비교했을 때 비급여 중 상당 부분이 급여화되어야 함을 알 수 있다. 그러나 비급여서비스 중에는 의학적으로 필요한 의료서비스임에도 건강보험의 재정적 문제 등으로 급여화하지 못하여 비급여서비스로 남아 있는 것도 있지만, 미용·성형 등 치료와 무관한 서비스도 존재하기 때문에 당장 모든 비급여서비스를 급여화하는 것은 문제가 있다. 따라서 비급여서비스를 급여화하기 위해서는 단계적인 전략이 필요하다 할 것이다.

2011년 기준 우리나라의 비급여 중에서는 선택진료료, 상급병실료 차액이 전체 비급여의 약 36%를 차지하고 있고, 그 다음으로 초음파와 MRI가 약 21%를 차지하고 있으며, 그 외 주사료, 처치 및 수술료, 검사료, 치료재료대 등이 약 43%를 점하고 있다. 이와 같은 본인부담 실태를 토대로 건강보험 비급여서비스의 급여화 방안에 대해 다음과 같이 제안하고자 한다.

1) 선택진료비의 단계적 폐지

선택진료제는 공적 영역인 건강보험 서비스체계 내에서 환자와 의료기관의 사적인 계약을 허용하고 있어 수가체계의 왜곡을 야기하고 있으며, 사실상 선택이 불가능한 의사의 선택비용을 추가로 부담토록 하는 것은 사회보험의 기본원리에도 위배되므로 선택진료제를 폐지하고 새로운 제도로 전환하여야 한다. 그러나 선택진료료 수입이 의료기관 전체 수입의 6%이상을 차지하고 있어 이 제도를 당장 폐지하게 되면 의료기관의 경영 수지에 문제가 발생할 수 있다. 따라서 선택진료제의 '폐지'가 현실적인 정책대안으로 자리잡기 위해서는 대형병원의 수입보전 방안을 강구해야 할 것이다.

병원서비스의 질적 향상을 유인하면서 국민의 경제적 부담을 감소시키는 방안이 필요할 것인 바, 현재 병원급에서 이루어지고 있는 의료기관에 대한 전반적 평가를

통해 우수 의료기관에 대해 수가를 차별적으로 적용하는 등 경제적 인센티브를 제공하는 정책을 고려할 수 있다. 예를 들면, 우리와 건강보험제도가 매우 유사한 대만의 경우처럼, 요양기관 종별 가산율을 요양급여비용의 5~10% 범위 내에서 차등 적용하거나, 가감지급하는 등의 인센티브 조치를 실행해 볼 수 있을 것이다.

2) 상급병실료 제도의 개선: 기준병실을 4인실로 상향조정

상급병실제도도 선택진료제도와 마찬가지로 사회보험의 기본원리에 부합하지 못하는 제도이므로 개선이 이루어져야 한다. 더욱이 상급병실료는 병원이 자유롭게 그 가격을 책정할 수 있도록 허용되어 1일 입원료가 100만 원을 넘는 병실을 운영하는 병원도 있다. 이렇게 비싼 병실에 입원하는 환자에게까지 건강보험 수가를 적용할 필요는 없을 것이다. 따라서 1인실은 자비부담 병실로 전환하여 이 병실 이용하는 진료비 전액을 본인이 부담토록 하고, 2~3인실에 대해서는 병실료를 전부 건강보험급여로 하되 본인부담비율을 현재보다 높게 책정하도록 하며, 4인실에 대해서는 기준병실을 4인실로 상향조정함으로써 병실료를 전부 건강보험 급여화하여야 한다. 그렇다고 당장 이러한 정책을 시행한다면, 기존의 1~3인실을 이용하던 환자들의 부담문제와 함께 의료기관의 재정수지 문제가 발생하는 등의 부작용이 예상되므로 점진적으로 시행하여야 한다.

3) 간병서비스의 제도화

간병서비스의 제도화가 필요하다. 즉, 입원을 하였을 때 보호자 없이도 지낼 수 있도록 병실을 운영해야 한다. 만성·중증 환자 및 요양환자의 경우 장기간 간병을 가족에 의존함으로써 제2, 제3의 어려움이 가중되고 있다. 간병서비스는 건강보험 급여로 전환될 경우, 사회적 고용 창출 효과가 클 뿐만 아니라 간병에 투입된 가족 노동력을 사회에 환원할 수 있어 사회 전체적인 효율성과 생산성을 높일 수 있으므로 간병서비스에 대한 제도화가 필요하다. 이와 관련 2013년 7월부터 국민건강보험공단 직영병원인 일산병원을 포함한 15개 병원에서 ‘보호자 없는 병원 시범사업’이 실시되고 있는데, 조속히 본 사업으로 전환되기를 기대해 본다.

4) 기타의 문제

이와 같이 선택진료비, 상급병실료, 간병비 등 3대 비급여(Big3)에 대한 건강보험 급여화가 이루어진 후에도 건강보험료의 합리적인 인상이나 정부의 지원확대 등을 통해 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위한 재정적 여력이 생긴다면 선택진료비와 병실차액 이외의 법정비급여에 대한 단계별 급여화가 이루어져야 한다. 이에 해당하는 것은 초음파 등 주사제, 검사, 처치 및 수술, MRI, 치료재료 등으로 다양하며, 전체 비급여 진료비의 64%를 차지하고 있다. 안전성 및 유효성이 검증된 부분을 우선 급여범위 내에 포함시키되 그 중에서도 보험재정에 상당한 부담을 초래한다는 이유에서 특정 질환에 대해서만 제한적으로 시행되고 있는 초음파와 MRI의 급여대상 확대가 시급하다고 판단된다. 또한 양전자단층촬영(PET)은 이것이 오늘날 일반적으로 사용되고 있는 점을 감안하여 개별적으로 심사하여 그 필요성이 객관적으로 인정되는 경우 보험급여를 허용하여야 할 것이다.

3. 요양급여비용에 대한 본인부담비율의 인하

건강보험제도 도입 초기에는 일부 조합들의 재정난 때문에, 건강보험 통합 시기에는 의약분업 도입 등 제도변경으로 인한 과도기적 현상으로 보험수가가 대폭 인상됨에 따른 재정난 때문에 입원진료시 본인부담률 20%, 외래진료시 의원이나 약국의 경우 30%, 병원급 40%, 종합병원은 50%(상급종합병원은 60%)를 유지할 명분이 있었다고 볼 수도 있다. 그러나 현행과 같은 높은 본인부담비율을 계속 유지하는 것은 문제가 있다. 이와 같은 과도한 본인부담비율은 건강보험제도 그 자체의 취지에도 어긋나는 것이므로 하루빨리 시정되어야 할 것이다.

2011년 기준 우리나라의 의료비 중 전체 본인부담비율은 약 37%를 차지하고 있으며, 이 중에는 건강보험 요양급여에 따른 법정 본인일부부담금도 20%를 차지하고 있다. 그러나 이와 같은 법정 본인부담 구조로는 건강보험 보장률 80% 달성이 불가능하므로, 건강보험의 본인부담률은 의료급여 2종 수급권자의 법정본인부담률¹⁹³⁾인 입원 10%, 외래(약국 포함) 15% 수준으로 인하해야 한다.

193) 의료급여 2종 수급권자의 건강 보험본인부담률은 입원 10%, 외래 15%, 약국 정액 500원임.

4. 상병수당제의 도입¹⁹⁴⁾

상병수당(Sickness Benefit)은 건강보험 가입자가 업무상 질병 외에 일반적인 질병 및 부상으로 치료를 받는 동안 상실되는 임금을 현금수당으로 보전하는 제도로, OECD 대부분의 국가에서는 건강보험제도에서 상병수당을 지급하고 있다.

<표 26> 주요국의 상병수당 적용범위, 급여대상 및 급여기간

구분	적용범위	급여기간	운영방식
독일	근로자 및 유사자	78주(최고 36개월)	사회보험(건강보험)
스웨덴	근로자 및 자영업자 중 연간 6,000kronor 이상소득자	상병 종결까지	사회보험(건강보험)
프랑스	근로자 및 유사자 ¹⁾	12개월(최고 36개월)	사회보험(건강보험)
영국	단기상병급여(IB):취업자/자영업자/실업자 법정상병급여: 근로자만 적용	52주	사회보험(건강보험) 사용주부담법정상병수당
일본	피용자보험 가입자만 가능	3일대기 후 18개월까지	사회보험(건강보험)
대만	건강보험가입자	3일대기, 12개월 (단, 1년 미만 보험료 납부자는 6개월)	사회보험(국민연금)

※자료: 국가인권위원회, 「경제·사회·문화적 권리 국가인권정책기본계획수립을 위한 사회보장(4대 사회보험) 기초 현황조사」, 2004, 105면.

그러나 우리나라의 경우는 국민건강보험법 제50조에는 상병수당을 부가급여로 규정하고 있으나¹⁹⁵⁾, 시행령에는 부가급여를 임신·출산 진료비로만 한정하여 사실상 상병수당 지급을 제외시키고 있다¹⁹⁶⁾. 이와 같이 우리나라는 상병수당제도가 없고 기업체의 유급병가제도 또한 매우 취약한 실정이기 때문에¹⁹⁷⁾ 암 등 중증질환이 발생하여 오랜 기간 요양하고 재취업이 불가능한 상태가 되면 가계가 파산할 확률이 높아지고, 결국은 건강보험제도 자체에 대한 불신으로 이어지게 된다. 특히, 저소득층의 경우 건강보험 보장성 강화 측면에서 소득상실에 대한 보전측면도 매우

194) 국가인권위원회의 2004년도 인권상황실태조사 연구용역 보고서[경제·사회·문화적 권리 국가인권정책기본계획수립을 위한 사회보장(4대 사회보험) 기초 현황조사]의 내용을 토대로 재정리하였음.

195) 국민건강보험법 제50조(부가급여) 공단은 이 법에서 정한 요양급여 외에 대통령령으로 정하는 바에 따라 임신·출산 진료비, 장제비, 상병수당, 그 밖의 급여를 실시할 수 있다.

196) 국민건강보험법시행령 제23조(부가급여) ① 법 제50조에 따른 부가급여는 임신·출산 진료비로 한다.

197) 2010년에 조사한 결과에 의하면 금융산업 2.3개월, 병원 1.7개월, 공공운수 1.5개월이며, 운수업 등은 7일~14일 정도만을 인정하고 있는 실정이었다(신기철, “상병소득보장제도 충실화 방안 연구: 급여소득자를 중심으로”, 「사회보장연구」 제27권제1호, 한국사회보장학회, 2011, 144면).

중요하므로, 급여범위 확대, 본인부담비율의 인하와 함께 상병수당제의 도입도 반드시 검토되어야 한다.

그러나 부가급여의 실시여부를 시행령에 위임시키는 현재의 규율방식으로는 상병수당의 실질적인 급여화를 담보할 수 없으므로, <표 27>과 같이 국민건강보험법을 개정하여 현행 국민건강보험법의 부가급여 항목에서 상병수당을 제외하고 상병수당을 법정급여로 하는 규정을 신설하여야 할 것이다.

<표 27> 상병수당 도입을 위한 국민건강보험법 개정안

현 행	개정안
제50조(부가급여) ……바에 따라 임신·출산 진료비, 장제비, 상병수당, 그 밖의 급여를 실시할 수 있다. <신 설>	제50조(부가급여) ……바에 따라 임신·출산 진료비, 장제비, 그 밖의 급여를…………… ………
<신 설>	제51조(상병수당) 가입자가 질병 또는 부상으로 인해 노동이 불가능할 경우는 그 날로부터 기산하여 **일째부터 일당 표준보수일액의 **%에 상당하는 금액을 지급한다.
<신 설>	제52조(상병수당의 지급기간) 제51조의 상병수당 지급기간은 동일 질병 또는 부상 및 이와 관련한 상병에 대해 그 지급을 시작한 날로부터 기산하여 **개월을 한도로 한다.

제2절 국고지원 확대를 통한 국민건강보험의 재정건전화

건강보험제도는 건강한 생활을 할 수 있는 기본권을 국가가 보호하여야 할 의무를 규정하고 있는 헌법 제36조제3항을 이행하는 수단이며, 건강보험의 보장성을 강화하는 궁극적인 목적은 국민의 기본권인 건강권을 보장하고 실현하기 위한 것임은 앞에서 살펴보았다. 즉, 우선 국민이 질병에 걸리지 않도록 예방하여야 하고, 이와 같은 각종 예방적 조치에도 불구하고 건강침해가 발생한 경우에 질병치료 및 건강회복을 위한 의료서비스를 제공해야 하는 것이 국가의 헌법상 책무이므로, 건강보험의 보장성 강화정책은 지속적으로 추진되어야 하는 것이다.

건강보험의 보장성 강화 정책은 보험재정의 추가적 지출을 의미한다. 또한, 건강보험의 주된 재원은 보험료이고 국고지원이 이를 보충하고 있으므로, 건강보험 보장성 확대에 따른 일차적인 재정 확보방안으로는 보험료 부과대상의 확대 또는 보험료율의 인상 등을 고려할 수 있을 것이다. 그러나 우리나라는 국민의료비 대비 공공부문 지출 비중이 OECD 주요 선진국 중 최하위에 속하며, 국민들의 건강보호 의무가 헌법이 규정하고 있는 국가의 기본적인 책무 중의 하나라는 점을 고려한다면 건강보험에 대한 국고지원을 더욱 확대할 필요가 있다.

1. 국고지원 방법상의 개선방안

우리나라 건강보험의 주된 재원은 보험료이고, 국고지원이 이를 보충하고 있는데, 국고지원은 일반회계 예산에서 당해연도 보험료 예상 수입액의 14%에 상당하는 금액을, 국민건강증진기금에서 6%에 상당하는 금액을 지원하고 있다. 그런데 현재 우리나라 건강보험의 국고지원 규모는 보험료 수입의 20%가 아니라 보험료 '예상' 수입의 20%로 규정되어 있기 때문에¹⁹⁸⁾, 보험료 예상수입액이 실제수입액보다 지속적으로 과소 추계되면서 국고지원 역시 적게 책정되어서, 건강보험 재정의 건전화라는 목적 달성에 어려움이 발생한다. 이렇게 보험료 예상수입액과 실제수입액 사이에서 차액이 발생하는 것은 두 가지 이유가 있다. 첫째는 다음 해 건강보험 보험료율 결정이 국가 예산안 편성시기보다 늦기 때문이고, 둘째는, 국가예산 편성권을 갖고 있는 기획재정부에서는 다음 해 예산 편성시 상당히 보수적인 기준에서 보험료 예상 수입을 산정하기 때문이다.

2013년 5월 22일자로 국민건강보험법을 개정하여 국민건강보험법상 보험료와 의료수가 등의 결정시기를 정부의 예산안편성시점 이전인 6월말까지 완료하도록 변경하였으나, 이 조치만으로는 국고의 과소지원 문제를 완전히 해결할 수 없을 것이다. 결국 국고지원을 법령의 기준에 따라 안정적으로 확보하기 위해서는 이른바 '사후정산제'를 시행하거나, 국고지원 기준을 보험료 '예상' 수입액이 아니라 보험료 '실제' 수입액의 20%로 변경하는 방안이 검토되어야 할 것이다.

198) 국민건강보험법 제108조(보험재정에 대한 정부지원) ① 국가는 매년 예산의 범위에서 해당 연도 보험료 예상 수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원한다.

2. 소비기준 건강세의 신설을 통한 국고지원 재원 확보

앞에서 살펴본 건강보험의 재정전망에 의하면, 2020년의 경우 보험급여비는 2012년보다 약 2.23배 증가하여 83조 8천억 원에 이를 것으로 전망되며, 추계된 비용을 충당하기 위한 보험료는 8.75%에 달할 것으로 예상되고 있다. 그런데 우리나라의 건강보험료는 실질적으로 국민부담률의 1/10을 차지할 정도로 매우 비중이 높기 때문에¹⁹⁹⁾, 보험료 인상에 대한 국민들의 거부감은 조세저항 못지않게 매우 강하다. 따라서 급격하게 증가하는 건강보험의 재원을 보험료 인상으로만 충당하는 것은 한계가 있을 것으로 판단된다. 결국 현재 수준의 보험료를 유지하기 위해서는 국고 지원은 지속되어야 할 뿐만 아니라 지원규모를 늘려야만 할 것이다. 국민건강보험법 부칙 제2조에 따라 현재 국고지원 규정의 유효기간이 2016년 12월 말로 종료되기 때문에 이 기간 전에 법정비율의 인상 방안이 마련되어야 할 것이다.

그러나 이렇게 급격하게 증가하는 건강보험 재정에 대한 국고지원을 일반회계 재원으로만 충당하는 것은 한계가 있을 것이다. 일반회계 국가예산은 그 사용처가 워낙 다양하기 때문에, 배분 과정에서의 경쟁이 치열하여 건강보험 재정에 대한 지원예산의 확보가 용이하지 않기 때문이다. 따라서 OECD의 권고안²⁰⁰⁾처럼 간접세 형식에 의한 건강보험에서 조세부분의 역할이 강화되어야 한다.

간접세는 소득 역진적이기 때문에 사회보험 재원조달 방식으로 적절치 않다는 주장이 있으나 OECD에서 제안한 것처럼 보장성을 확대하지 않으면서 개인이 의료비를 감당하는 것보다 간접세 형식이라도 재원을 확보하여 보장성 확대를 통한 본인 부담 감소가 훨씬 소득 분배 측면에서 도움이 된다. 근로소득을 중심으로 부과하는 현행 체계의 경우 근로의욕 등 경제활동에 저해요인으로 작용할 뿐만 아니라 기업의 고용확대를 억제하게 되는 등 왜곡현상이 크기 때문에 소비기준 건강세를 통한 국고지원으로 보충할 필요가 있을 것이다.²⁰¹⁾

199) 2013년도 대한민국 예산규모가 약 350조원이라는 점을 감안하면, 국민건강보험은 2012년 기준으로 재정운영규모가 총 41조 8,192억원에 이를 정도로 국가재정운영에서 차지하는 비중이 매우 크다. 이 중에서 국민들이 납부한 보험료는 35조 8,535억원으로 전체 국가예산의 1/10을 상회하는 수준이다.

200) OECD에서는 2010년에 발간된 「한국의 보건의료개혁」을 통하여 ‘간접세 방식으로 추가재원을 확보’할 것을 권고한 바 있다. 자세한 내용은 OECD대한민국정책센터 사회정책본부, 앞의 보고서, 24-26면 참조.

201) 영국, 스페인, 스웨덴, 그리스, 룩셈부르크 등은 부가가치세로 의료재정 지원을 확대하고 있다(신기철, “유럽연합의 건강보험 지속가능성을 위한 정책평가와 시사점”, 「건강보장정책」 제10권제2호, 국민건강보험공단, 2011, 98면).

제3절 부과체계 단일화로 보험료 부담의 평등원칙 실현

1. 보험료 부과체계 단일화의 기본원칙

건강보험 보험료 부담에 있어서 평등의 원칙을 실현하려면 직장가입자와 지역가입자의 구분을 없애고 모든 소득에 비례하여 정률의 보험료를 적용하는 방식으로 전환하여야 한다. 다시 말해, 지역가입자의 재산, 자동차, 생활수준 및 경제활동 참가율 기준에 기초하여 보험료를 부과하던 방식을 폐지하고,²⁰²⁾ 직장가입자(피부양자 포함) 및 지역가입자의 보험료부과기준을 '소득' 중심으로 단일화해야 한다.

2. 보험료 부과체계 단일화에 따른 고려사항

또한 소득중심의 보험료 부과체계를 개발함에 있어서는 다음과 같은 몇 가지 사항에 대한 고려가 있어야 한다.²⁰³⁾ 첫째, 소득을 기준으로 보험료를 부과할 때 임금소득만 기준으로 한다면 보험료 부과 기반이 작아지게 되어 보험료 수입이 큰 폭으로 감소될 것이므로 모든 소득에 대하여 보험료를 부과하는 방향이 되어야 한다. 보험료를 부과할 수 있는 소득으로는 이자소득, 배당소득, 사업소득, 근로소득, 연금소득, 기타소득의 6가지가 있다. 퇴직소득과 양도소득은 소득발생이 1회성 성격이 짙어 보험료 부과대상 소득으로 하기 어려운 측면이 있다. 둘째, 근로소득에 대한 보험료 부과에서 유의해야 할 점은 현재의 보험료율보다 낮추어야 한다는 점이다. 그렇지 않으면 근로자들은 임금소득에서 현재와 같이 내고 이자소득, 배당소득, 기타소득 등에서도 보험료를 내어 불리하다고 생각할 수 있다. 직장

202) 과거 재산에 기초하여 보험료부과점수를 산정하는 등급구간별 점수제는 소득 자료에 대한 전산체계가 완비되지 않았을 때 행정적 편의를 위해 도입된 제도로서 실질적인 부담능력에 비례한 보험료 부과를 저해하는 부작용이 있고, 특히 상위등급의 경우에는 등급구간의 폭이 넓어 하위등급에 비해 적게 내게 되는 소득역진성 논란이 빚어지고 있다(홍종현, 앞의 책, 122-123면).

203) 이규식, 앞의 책, 464-465면.

가입자의 수가 훨씬 많은 현실에서 근로자가 새로운 부과체계를 수용하지 못하면 제도개선 자체가 어려워질 수 있기 때문이다. 셋째, 소득만을 기준으로 할 경우 지역가입자 가운데는 보험료를 전혀 내지 않는 무임승차자가 생길 수 있다는 점이다. 이러한 무임승차를 방지하고 직장가입자와의 형평을 도모하기 위해서는 현재 직장가입자의 최저보험료와 유사하게 정액보험료를 책정하여 부과하는 방안도 고려될 수 있다.²⁰⁴⁾ 넷째, 소득 '금액'의 범위에 대한 고려가 있어야 한다. 즉, 보험료 부과대상 소득을 총수입 금액으로 할 것인지 해당 소득금액으로 할 것 인지이다. 현재 보험료 부과대상 소득은 직장가입자는 보수월액의 100%이고, 지역가입자는 근로소득과 연금소득은 총급여액의 20%만 반영하고 이자·배당·사업·기타소득은 총수입에서 필요경비 및 소득공제항목을 차감한 소득금액의 100%를 반영한다. 만약 부과대상 소득을 총수입 금액이 아닌 소득금액으로 통일하는 경우, 소득공제 항목이 큰 근로소득과 연금소득의 경우 부과기반이 상당히 작아질 것이다. 따라서, 최소한 근로소득과 연금소득에 대해서는 총수입금액을 부과대상으로 설계하여야 할 것이다. 결론적으로 건강보험의 보험료부과체계를 설계함에 있어서는 능력에 비례하는 부담을 보장하는 체계를 만들어 분배적 정의를 실현하여야 한다. 즉, 보험료는 원칙적으로 소득에 대해서 부과하는 것이 바람직하며, 소득이 발생하지 않는 경우까지만 재산보유를 이유로 보험료를 부과하는 것은 불합리하다 할 것이다.

그러나 직장가입자의 임금 이외의 다른 소득에 보험료를 부과하고, 지역가입자의 재산중심 부과기준을 폐지하는 대신 근로·연금소득은 평가율 20%를 적용하던 것을 100%로 확대하고, 무임승차자를 방지하기 위하여 소액의 정액보험료를 소득이 노출되지 않는 지역가입자에게 부과하여도 충분한 보험재정을 조달할 수 없을 수도 있다. 보험료 부과체계를 단일화함에 따른 보험재정의 부족을 보완하는 방법으로는 앞에서 살펴본 소비기준 건강세의 개발 등을 고려할 수 있을 것이다.

204) 대만의 경우 피보험자에 따라 소득 과액률이 다르지만 재정을 단일화하여 사용하기 때문에 피보험자의 종류에 구분없이 단일 표준보수월액표를 사용하고 있는데, 근로자는 실제 소득에 따른 등급을 적용하고, 도시자영업자에게는 6등급 소득인 21,000대만 달러(2010년 기준)를 최소 소득 신고액으로 규정하고 있으며, 농어민은 6등급의 단일 등급을 적용하고 있으며, 실업자의 보험료는 전체 피보험자의 평균보험료에 기초하여 결정한 정액으로 부과된다(이규식·오은환·황성완·안보령, 「건강보험 국고지원에 대한 해외사례 비교 연구」, 국회예산정책처, 2010, 20-22면).

제4절 보험료 결정과정에서의 가입자자치 실현

1. 재정운영위원회를 가입자위원회로 전환

재정운영위원회의 기능을 회복시켜 건강보험 재정운영의 의사결정구조에 가입자 자치를 실현하고 민주적 정당성을 확보해야 한다. 즉, 가입자 대표가 2/3를 차지하는 재정운영위원회를 설치하고 직장가입자의 보험료율과 지역가입자의 보험료 부과점수당 금액 등을 가입자 자치를 통해 결정하도록 함으로써 재정민주주의의 이념을 구현하고자 하였던 국민건강보험법 제정 당시의 초심으로 되돌아가야 한다.

이를 위해 가입자가 중심이 되는 '재정운영위원회'를 '가입자위원회'로 전환하여 이들에게 현재 보건복지부장관 소속의 '건강보험정책심의위원회'에서 행사하고 있는 직장가입자의 보험료율과 지역가입자의 보험료 부과점수당 금액 등을 결정할 수 있는 권한을 이전해 줌으로써 건강보험제도의 주인인 가입자 스스로 보험재정과 보험급여 수준을 연계하여 보험료를 결정할 수 있게 하여야 한다.

2. 재정운영위원회 등의 위원선임 방법 개선

비록 그 위상과 기능이 많이 약화되기는 했지만 재정운영위원회는 국민건강보험법 제31조에 요양급여비용의 계약 및 보험료의 결손처분 등 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결하는 법적기구이다. 또한 건강보험 재정을 부담하는 가입자들로 구성된 가입자대표기구의 성격을 갖고 보험재정을 감시하는 역할을 하고 있다. 특히 건강보험공단이 의료계 대표와 보험수가 계약을 체결하는 때에 재정운영위의 심의의결을 거치도록 하고 있어 보험수가를 결정하는데 중요한 역할을 하고 있다.

그런데, 현행 국민건강보험법은 '재정운영위원회' 또는 '건강보험정책심의위원회'의 위원회 구성과 관련하여 특히, 가입자 대표나 공익 대표의 위촉과 관련하여 보건복지부장관이 모든 사항을 결정하는 전권을 행사하게 되어 있어 이로 인한 '대표성'의 문제가 지속적으로 제기되고 있다.²⁰⁵⁾

205) 홍중현, 앞의 책, 138면.

따라서 가입자 대표와 공익 대표와 같은 위원을 선임하는 경우에 정부(보건복지부장관)가 위원의 임명권을 보유하더라도 이는 형식화하고, 실질적인 추천권은 국회 해당 상임위원회인 보건복지위원회에서 여당과 야당이 서로 협의하여 행사하도록 하는 것이 바람직하다고 판단된다. 그리고 임명되고 난 이후에도 적절한 임기 내지 신분보장을 하여 정치적 영향을 차단하고 전문성과 독립성에 기초하여 국민의 신뢰를 얻을 수 있는 업무수행의 자율성을 보장하는 것이 필요하다.

제5절 국민건강보험의 진료비 청구 및 심사체계 개선

1. 국민건강보험의 진료비 청구절차 개선

국민건강보험의 진료비는 지급의무가 있는 국민건강보험공단에 청구하는 것이 극히 당연하다 할 것이다. 그런데 국민건강보험법은 요양기관이 직접 건강보험심사평가원에 진료비의 심사를 청구하게 하고 그 심사청구는 곧 국민건강보험공단에 진료비의 지급청구를 한 것으로 보도록 하고 있고(제47조제1항),²⁰⁶⁾ 건강보험심사평가원으로부터 심사의 내용을 통보받은 국민건강보험공단은 지체없이 비용을 요양기관에 지급하도록 하고 있다(제47조제3항 본문).²⁰⁷⁾ 이로 인하여 국민건강보험의 보험자로서 가입자의 자격관리와 진료비 지급업무를 담당하고 있는 국민건강보험공단은 부적정 가입자(외국인 등) 또는 요양기관(사무장병원 등)에 대한 급여비용까지도 일단 지급한 후 사후에 환수해야 하는 사례가 발생하고 있다.

또한, 국민건강보험법령이 정한 요양급여의 기준 및 진료비 산정기준에 따라 적합하게 산정되었는지 여부를 확인할 필요 없이 실제 요양기관에서 급여(입원)한 사

206) 국민건강보험법 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) ① 요양기관은 공단에 요양급여비용의 지급을 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 요양급여비용에 대한 심사청구는 공단에 대한 요양급여비용의 청구로 본다.

207) 국민건강보험법 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) ③ 제2항에 따라 심사 내용을 통보받은 공단은 지체 없이 그 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급한다.

실에 근거하였는지만 확인하면 되는 7개질병군 입원환자에 대한 포괄수가제에 따른 진료비까지 건강보험심사평가원으로 청구하고 있다. 특히, 노인장기요양대상자가 요양기관에서 건강보험 급여를 받을 경우, 진료비와 장기요양비용을 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단에서 각각 심사하게 되고 이에 따라 보험사기, 부정수급, 부정청구 조사의 비효율이 발생하기도 한다.²⁰⁸⁾

따라서 현재 건강보험심사평가원에 제출토록 하고 있는 요양급여비용 심사(지급)청구서를 국민건강보험공단으로 제출토록 진료비 청구절차를 개선하여 부정수급자 등 사후환수대상, 7개질병군 포괄수가제에 따른 요양급여비용 및 기타 건강보험심사평가원의 전문심사 절차가 필요 없다고 인정되는 요양급여비용 심사(지급)청구 사항에 대해서는 국민건강보험공단에서 곧바로 진료비를 지급(또는 환수)토록 하고, 심사기관에 의한 2차적 전문심사가 요구되는 사항에 대해서만 건강보험심사평가원으로 이송하여 심사토록 하여야 한다.

현재 진료비심사(지급)청구서를 건강보험심사평가원으로 제출토록 하고 있는 국민건강보험법 제47조제1항은 동일한 요양급여에 대해서 요양기관이 진료비 심사 및 지급청구를 보험자인 국민건강보험공단과 심사기관인 건강보험심사평가원에 각각 이중으로 하여야 하는 번거로움을 줄여주고자 하는 의도에서 제정된 규정에 불과하다 할 것이므로, 진료비심사(지급) 청구기관을 건강보험심사평가원에서 국민건강보험공단으로 변경한다고 하여 요양기관의 부담이 증가하지는 않을 것이다.

2. 진료비 심사기관과 보험자의 기능적 통합

우리나라는 건강보험통합으로 인해 2000. 7. 1부터 진료비 심사기능을 보험자와 독립된 기구에서 담당하게 되었다. 하지만 이러한 분리는 기존보다 의학적 적정성을 강조하여 의료제공자의 이해관계를 더 강하게 반영할 가능성을 지니고 있기 때문에 오히려 심사평가 업무의 균형과 공정성에 대한 논란이 제기되었다. 즉, 독립적인 기관이라 하지만 중립성 확보에 매우 중요한 임원진의 구성에 있어서도 이사회 5명을 공급자인 의약업계에서 추천한 사람으로 임명하도록 되어 있는데, 이는

208) 노인장기요양보험법에 의한 장기요양급여비용에 대한 지급청구는 보험자인 국민건강보험공단에 하도록 하고 있다(노인장기요양보험법 제38조제1항).

진료비 심사를 처음부터 공급자인 의사 측에서 관여하여 심사하겠다는 것이나 다름없다. 실제 심사평가원의 많은 부분에 의약업계의 입김이 작용할 여지가 충분하다는 지적도 있다.²⁰⁹⁾

또한, 건강보험심사평가원을 보험자인 국민건강보험공단과 별도의 독립기구로 신설토록 한 것은 이미 대한의학협회에서 자기들의 이익반영을 위하여 1986년의 공식적 건의문에서부터 주요 관철 사항으로 방침을 정했던 사안으로서²¹⁰⁾, 정부의 의지나 가입자(국민)의 요청에 의한 것이 아니라 단지 의료계의 오랜 숙원사업의 해소차원에서 이루어졌다는 사실, 그리고 세계적으로도 진료비심사기구를 보험자와 분리시킨 사례를 찾아볼 수 없다는 점 등에서 건강보험심사평가원의 신설은 국민건강보험법 제정과정에서의 정책적 오류라고 해야 할 것이다.²¹¹⁾

앞에서 살펴본 바와 같이 사회보험제도로써 건강보험제도를 실시하고 있는 주요 외국의 진료비심사제도의 예를 보아도, 한결같이 보험자 내의 하부조직인 진료심사부서에서 진료비 심사업무를 담당하도록 하고 있다. 의료라는 상품은 공익성을 가지고 있을 뿐만 아니라 일반상품과 근본적으로 달라서 수요가 공급을 결정하는 것이 아니라, 공급자인 의사가 소비의 모든 것을 결정한다는 특성을 가지고 있기 때문에 보험자가 가입자의 대리인으로서 구매자독점권(monopsony)을 최대한 행사함으로써 요양기관의 부당 내지 허위 진료비청구를 최대한 억제함으로써 건강보험의 재정 누수를 방지해야 하는 것이다.²¹²⁾

따라서 현재 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단으로 이원화되어 있는 진료비 심사와 지급기능을 보험자인 국민건강보험공단으로 통합하되, 국민건강보험공단

209) 앞의 책, 145면; 실제적으로도 2010년의 경우, 건강보험심사평가원이 진료비 심사과정에서 부당·허위 청구로 판단하여 삭감한 조정비율은 전체 청구금액의 0.65%에 불과하였다.

210) 1986년 9월 1일 대한의학협회는 정부의 전국민의료보험실시계획이 발표되자 전국민의료보험 실시 전에 해결해야 할 선결과제로 '심사기구의 일원화 및 독립', '수가체계의 일대 개선 및 현실화' 등 7개항의 건의문을 청와대, 국무총리실, 국회, 경제기획원, 보건사회부, 민주정의당 등에 제출한 이래, 이 건의사항의 관철을 위해 지속적인 노력을 하게 된다(대한의학협회, 「대한의학협회 85년사」, 대한의학협회, 1993, 160-162면).

211) 감사원에서 2004년 실시한 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원 역할구분에 대한 감사결과에서 '단기적으로, 국민건강보험공단에 내부통제시스템을 마련한 후 건강보험심사평가원이 수행하는 요양급여기준(범위와 내용), 상대가치점수산정, 약가 결정 등을 국민건강보험공단을 활용하여 수행하고, 장기적으로, 보험자인 국민건강보험공단이 기능과 역할을 수행하도록' 권고한 바 있다 (테일리팜 2013. 3. 4차 오픈이언 "공단-심평원 관계, 상식의 눈으로 봐야 - 황병래 위원장(전국사회보험노동조합) -" [http://www.dailypharm.com/News/167926] 참조).

212) Marmor, T. R., & Christianson, J. B. *Health Care Policy*. London : Sage. 1982. 29-43; International Social Security Association. *International Social Security Review 1/87*, Geneva : ISSA. 1987. 43-44; Glaser, W. A. *Health Insurance in Practice*. Oxford : Jossy-Bass. 1991. 238; Ham, C.(ed.) *Health Care Reform*. buckingham : Open University Press. 1997. 125, 137(이광찬, 앞의 책, 180-181면에서 재인용).

내에 진료비 심사기능을 담당하는 '(가칭)진료비심사평가실'을 설치하여, 여기에서 현재 건강보험심사평가원의 기능을 수행토록 해야 한다. 그리고 '(가칭)진료비심사평가실'의 진료비 심사결과에 대해 이의가 있을 경우는 보험자인 국민건강보험공단에 '진료비심사분쟁조정위원회'를 설치하여 재심사토록 하되, 위원회 구성은 보험자인 국민건강보험공단과 공급자인 의약업계에서 같은 수의 위원을 추천토록 하면 재심사의 공정성을 기할 수 있을 것이다. 그리고 만약 여기서도 조정이 안 될 경우는 보건복지부에 설치된 '건강보험분쟁조정위원회'를 통하여 3차적으로 조정하는 기회를 제공하거나, 선택적으로 행정심판이나 행정소송을 제기할 수 있도록 하면 될 것이다.

제6장 결 론

기본권에 대한 보장은 헌법이 추구하는 기본적인 이념이며(헌법 제10조), 우리 헌법 제36조 제3항에서는 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 규정하여 국가의 국민에 대한 건강보호의무를 강조하고 있다. 즉, 국민은 건강에 대하여 국가의 보호를 받을 헌법상의 권리인 건강권을 가지게 된다. 이러한 국가의 국민에 대한 건강보호의무를 이행하고 국민의 건강권을 보장하는 대표적 수단으로 국민건강보험법에 의하여 사회보험으로서의 건강보험이 도입·운영되고 있다.

건강보험법제가 추구하여야 하는 것은 국민건강보험법의 목적에서도 밝히고 있는 바와 같이 “국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장을 증진”하는 것이다. 국가는 건강보험법제를 통하여 전 국민을 대상으로 건강보장체계를 형성하고, 이 제도가 효과적으로 운영될 수 있도록 할 의무를 지닌다고 할 수 있다. 이는 헌법 제10조의 기본권보장의무 및 헌법 제36조제3항의 국민건강보호의무에서 도출되는 국가의 의무이자 국민의 권리라고 할 수 있다.

1977년 도입된 우리나라 건강보험은 비약적으로 발전하였다. 불과 12년 만인 1989년에 전 국민으로 확대되었고, 2000년에는 직장과 지역으로 이원화된 건강보험체계가 단일보험자인 국민건강보험공단으로 관리운영체계가 통합되었다. 그 이후에도 보장성이 지속적으로 확대되는 등 지난 36년간 급격히 발전해왔다. 특히 2010년 봄 미국의 오바마 대통령이 의료개혁을 단행하면서 우리나라 건강보험을 수범사례로 여러 차례 언급하는 등 세계적으로 인정받는 제도로 성장하였다. 그러나 우리나라 건강보험은 약 63%의 보장률로 OECD 선진국 평균의 약 80%에 비해 현저히 낮고, 재정의 경우 건강보험 급여비가 큰 폭으로 증가하고 있고 당기수지가 적자와 흑자를 번갈아 기록하는 등 건강보험 재정이 안정적이지 못하며, 보험료 부과체계 또한 직장가입자와 지역가입자의 2원화된 구조로 되어 있어 부담의 형평성이 담보되지 않고 있는 등 여러 가지 측면에서 미흡한 것으로 판단되었다.

본 연구에서는 이러한 문제점을 토대로 헌법상 국민의 건강권을 보장하고 국가의 국민건강보호의무를 이행하기 위하여 건강보험법제가 우선적으로 추구하여야 할 구체적인 목표로 건강보험 보장률 80% 달성을 제시하였고, 이에 따른 자원 확보를 위해서 국가의 지원강화 방안과 건강보험 보험료부담의 평등원칙 실현을 위한 직장가입자와 지역가입자의 보험료부과체계 단일화 방안 등에 대해 살펴보았다. 아울러 가입자 대표로서의 재정운영위원회의 역할 강화방안과 진료비 청구·심사체계의 개선방안에 대해서도 그 기본적인 원칙과 기준을 모색하였다.

첫째, 건강보험 보장률이 80%대에 이를 때까지 지속적인 보장성 강화 노력이 필요하다. 건강보험의 근본적인 목적이 질병과 의료비용으로 인한 경제적 위험으로부터의 보호임을 고려할 때, 건강보험의 낮은 보장성 즉, 매우 높은 수준의 환자 본인 부담금은 시급히 해결해야 할 과제이기 때문이다. 한편 건강보험의 보장률을 높이는 대신 민간보험에 더 의존하는 것을 고려할 수도 있겠지만, 본 연구에서는 배제하였다. 그 이유는 우리나라의 국민의료비 지출 중 공공재원에 의한 지출 비중이 55.3%로 OECD 평균인 72.2%에 비해 현저히 낮은 상태에 있어, 향후 적어도 OECD 국가의 평균 수준인 건강보험 보장률 80%대에 이를 때까지는 부단한 보장성 확대 정책이 불가피하다고 판단했기 때문이다.

WHO에 의하면 건강보험의 보장성은 3가지 관점에서 정의될 수 있다.²¹³⁾ 제1관점은, 구성원들 중 얼마나 많은 사람을 대상으로 하는가 이다. 제2관점은, 급여 범위는 어느 정도 넓은가 이다. 제3관점은, 급여 범위에 포함되지만 그 중 얼마나 환자 본인이 부담하느냐 여부이다. 현재 우리나라 건강보험은 전국민을 대상으로 적용되기 때문에 제1관점에서는 완벽한 보장을 달성하고 있다고 평가할 수 있다.

제2관점인 급여 범위 측면에서는 아직 문제가 많다. 전체 의료비 중에 비급여 본인부담이 약 17.0%를 차지하고 있기 때문에 OECD의 전체 본인부담률(비급여 본인부담 포함)인 약 19.6%와 비교했을 때 비급여 중 상당 부분이 급여화되어야 함을 알 수 있다. 또한 특정 질환이나 일부 계층만을 대상으로 하는 급여의 확대보다는 모든 국민들이 다 같이 급여화의 혜택을 누릴 수 있어야 할 것이다.

213) 신영석·황도경·강길원·배은영·이수연·이충섭, 「건강보험 정책현황과 과제」, 한국보건사회연구원, 2010, 66면.

그러려면 현재 국민들에게 가장 큰 부담을 주는 3대 비급여에 대한 건강보험 급여화(제도화)가 우선되어야 하겠다. 선택진료비는 원칙적으로 폐지하도록 하되, 제도 폐지로 인한 대형병원의 경영수지 악화 방지를 위한 방안을 함께 마련하도록 한다. 그리고 상급병실료 제도를 개선하여 건강보험 기준병실을 4인실로 상향조정하고 4인실까지 병실료를 전부 건강보험 급여화하도록 한다. 또한 암과 같은 중증 질환에 걸릴 경우, 환자뿐만 아니라 간병을 위해 그 가족들 또한 노동손실로 인해 경제적인 고통을 겪고 있으므로 간병에 대한 제도적인 장치의 마련도 필요하다.

이렇게 3대 비급여(Big3)에 대한 급여화가 이루어진 후에도 건강보험료의 합리적인 인상이나 정부의 지원확대 등을 통해 비급여 항목을 급여로 전환시킬 수 있는 재정적 여력이 생긴다면 우선, 현재 제한적으로 시행되고 있는 초음파와 MRI의 급여대상을 확대하고, 나머지 비급여 항목에 대해서도 의학적 근거를 검토하여 단계적 급여화를 추진할 필요가 있겠다.

제3관점인 급여 범위 내 본인부담도 약 20%를 차지하고 있기 때문에 급여 내 본인부담율도 점진적으로 인하하여야 한다. 현재 입원치료의 경우에는 일률적으로 요양급여비용 총액의 20%를 본인이 부담하고, 통원치료의 경우 요양기관의 종별에 따라 진료비 총액의 30~60%를 본인이 부담하고 있는데, 건강보험 보장률 80%의 성공적인 달성을 위해서는 법정본인부담률의 인하가 필수적이므로 건강보험의 본인부담률을 의료급여 2종 수급권자의 법정본인부담 수준인 입원 10%, 외래 15% 수준으로 인하할 것을 제안한다.

또한, OECD 대부분의 국가에서 건강보험제도에서 상병수당을 지급하고 있을 뿐만 아니라, 저소득층의 경우 건강보험 보장성 강화 차원에서 소득상실에 대한 보전 측면도 매우 중요하므로, 급여범위 확대, 본인부담비율의 인하와 함께 상병수당제의 도입도 반드시 검토되어야 한다.

둘째, 보장성 강화에 따른 건강보험의 안정적 재정확보를 위해 국고지원의 확대 필요성을 제시하였다. 건강보험제도의 존립이유이자 목적인 ‘국민의 건강을 보호하고 적절한 의료서비스를 국민에게 제공’하는 것 자체가 헌법상 국가의 책무이기도

하거니와, 우리나라의 국민의료비 중 공공부문 비중은 OECD 국가 중 최하위권에 속하고 있는 점을 고려하면 건강보험 재정에 대한 국고지원의 비중을 더욱 늘릴 필요가 있다. 어차피 2016년에 국고지원과 관련된 법률의 시한이 종료되므로, 이번 기획에 일반예산에서 지원하는 규모의 확대 방안이 마련되어야 한다.

그러나 일반재정으로만 건강보험 재정을 안정적으로 확보하기에는 한계가 있을 것이므로 대안으로 소비기준 건강세의 도입을 검토하여야 한다. 소비기준 건강세는 일반재정보다는 형평성이 떨어지지만 보험료보다는 형평성이 높다는 점을 감안하여야 한다. 아무리 훌륭한 제도라도 이를 실행할 수 있는 자금이 마련되지 않으면 결과는 애초의 기대에 부응하지 못하는 것이다

셋째, 건강보험 보험료 부담에 있어서의 평등원칙이 실현되어야 한다. 즉, 건강보험 보험료가 원활하게 부과 징수되기 위해서 모든 가입자가 동의하고 공감할 수 있는 부과체계가 마련되어야 하는 것이다. 그런데 현행 건강보험료 부과체계는 직장가입자와 지역가입자를 달리하고 있어 위헌소지마저 있다. 특히 지역가입자의 소득과약이 어려워 평가소득과 같은 비상식적 방법을 동원하여 재원을 조달하는 것은 문제가 많다. 단일보험자로 운영되는 한 보험료 부과체계도 당연히 단일체계가 적용되어야 하며, 부담능력에 맞게 누구에게나 공평하게 부과되어야 한다.

보험료 부담에 있어서 평등의 원칙을 실현하려면 직장가입자와 지역가입자의 구분을 없애고 모든 소득에 비례하여 정률의 보험료를 적용하는 방식으로 전환하여야 한다. 다시 말해, 지역가입자의 재산, 자동차, 생활수준 및 경제활동 참가율 기준에 기초하여 보험료를 부과하던 방식을 폐지하고, 직장가입자 및 지역가입자의 보험료부과기준을 '소득' 중심으로 단일화해야 한다. 그러나 이렇게 건강보험의 보험료 부과체계를 개편하면, 충분한 보험재정을 조달할 수 없을 수도 있다. 보험료 부과체계의 단일화에 따른 보험재정의 부족을 보완하는 방법으로는 위에서 언급한 국고지원의 확대와 소비기준 건강세의 개발 등을 고려할 수 있을 것이다.

넷째, 재정운영위원회의 기능을 회복시켜 건강보험 재정운영의 의사결정구조에 가입자 자치를 실현하고 민주적 정당성을 확보해야 한다. 즉, 보험자인 국민건강보

협공단에 가입자 대표가 2/3를 차지하는 재정운영위원회를 설치하고 직장가입자의 보험료율과 지역가입자의 보험료 부과점수당 금액 등을 가입자 자치를 통해 결정하도록 함으로써 재정민주주의의 이념을 구현하고자 하였던 국민건강보험법 제정 당시의 초심으로 되돌아가야 한다. 이를 위해 가입자가 중심이 되는 '재정운영위원회'를 '가입자위원회'로 전환하여 이들에게 현재 보건복지부장관 소속의 '건강보험정책심의위원회'에서 행사하고 있는 직장가입자의 보험료율과 지역가입자의 보험료 부과점수당 금액 등을 결정할 수 있는 권한을 이전해 줌으로써 건강보험제도의 주인인 가입자 스스로 보험재정과 보험급여 수준을 연계하여 보험료를 결정할 수 있게 하여야 한다.

또한, 국민건강보험 관리운영의 큰 틀을 결정하는 양대 조직인 '재정운영위원회'와 '건강보험정책심의위원회'의 가입자대표와 공익위원을 선임하는 경우에 정부(보건복지부장관)가 위원 임명권을 보유하더라도 이는 형식화하고, 실질적인 추천권은 국회 해당 상임위원회인 보건복지위원회에서 여당과 야당이 서로 협의하여 행사하도록 하는 것이 바람직하다고 판단된다.

다섯째, 진료비 심사·지급기능을 국민건강보험공단으로 일원화하여 요양기관의 부당·허위청구로 인한 국민건강보험의 재정누수를 방지해야 한다. 진료비 심사기능을 보험자와 독립된 건강보험심사평가원에서 담당하고 있으나 심사부실 및 심사기관과 보험자 간의 협조 미흡으로 인한 건강보험의 재정누수 등이 발생하고 있다는 지적과 함께 진료비의 청구·심사·지급·사후관리가 체계적으로 관리되지 못하고 있다는 지적이 제기되고 있다.

따라서 현재 건강보험심사평가원으로 제출토록 하고 있는 진료비심사(지급) 청구서를 국민건강보험공단으로 제출토록 국민건강보험 진료비 청구절차를 개선하여 사후환수대상에 대한 보험자의 사전심사 기능을 강화하여야 한다. 장기적으로는, 현재 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단으로 이원화되어 있는 진료비 심사와 지급기능을 보험자인 국민건강보험공단으로 통합하고 국민건강보험공단 내에 진료비 심사기능을 담당하는 '진료비심사평가실'을 설치하여, 여기에서 현재 건강보험심사평가원에서 수행하고 있는 진료비 심사기능을 수행토록 해야 한다.

이상에서 국가의 국민건강보호의무 내지 헌법상 국민의 건강권을 보장하기 위한 즉, 건강보험 보장률 80%라는 구체적인 목표를 달성하기 위한 국민건강보험의 보장성 강화 방안과, 국고지원의 확대와 보험료 부과체계 개선 등의 재정 건전화 방안을 중심으로 건강보험제도의 법적·제도적 발전방안을 모색해 보았다. 그러나 국민건강보험제도를 지속적으로 유지하고 나아가 발전시키기 위해서는 보험료 부과체계의 개선이나 국고지원의 확대 등을 통한 안정적 재정수입의 확보는 최소한의 요건이고, 본 연구에서 자세히 다루지 않았지만 지출 증가율을 줄이는 것이 훨씬 중요한 과제이다. 지출을 줄이지 않고 증가하는 지출에 맞추어 수입을 증가시키는 것은 한계가 있기 때문이다. 새로운 재원조달 방안으로서 소비기준 건강세의 신설이 논의되는 것처럼, 국민건강보험의 지출구조 효율화에 있어서도 획기적인 개선방안이 제시되기를 기대해 본다.

참고 문헌

I. 국내 문헌

1. 단행본

- 국민건강보험공단, 「국민건강보험법 해설」, 국민건강보험공단, 2011.
- 권영성, 「헌법학원론」, 법문사, 2010.
- 김나경, 「의료보험의 법정책: 기초법 이념과 법실무」, 집문당, 2012.
- 김세돈, 「사회보장론」, 기한재, 2009.
- 김엘림·윤애림, 「사회보장법」, 한국방송통신대학교출판부, 2012.
- 김영모·김현진, 「한국사회보험개혁론」, 한복연출판부, 2006.
- 김용하, 「사회보험론」, 문영사, 2008.
- 김유성, 「한국사회보장법론」, 법문사, 2002년.
- 김종명, 「의료보험 절대로 들지 마라」, 이아소, 2012.
- 김창엽, 「건강보장의 이론」, 한울아카데미, 2013.
- 김철수, 「헌법학신론」, 박영사, 2004.
- 나병균, 「사회보장론」, 나눔의집, 2002.
- 노병일, 「사회보장론」, 공동체, 2009.
- 대한의학협회, 「대한의학협회 85년사」, 대한의학협회, 1993.
- 문국진, 「의료법학」, 청림출판, 1989.
- 문옥륜, 「의료보장론」, 신광출판사, 2004.
- 문재우, 「국민의료보험론」, 계축문화사, 2000.
- 보험미래포럼, 「건강보험의 진화와 미래」, 21세기북스, 2012.
- 성낙인, 「헌법학」, 법문사, 2011.
- 유승흠·박은철, 「의료보장론」, 신광출판사, 2009.
- 유충권, 「사회보장법」, 강원대학교 출판부, 2007.

- 윤병준·이준협, 「건강보험론」, 한국방송통신대학교출판부, 2012.
- 이광찬, 「국민건강보장 쟁취사」 양서원, 2009.
- 이규식, 「건강보험통합 평가와 개혁 방향」, 계축문화사, 2012.
- 이규식, 「의료보장과 의료체계 제3판 수정본」, 계축문화사, 2013.
- 이준영, 「사회보장론: 원리와 실제」, 학지사, 2008.
- 이준일, 「헌법과 사회복지법제」, 세창출판사, 2010.
- 이홍재, 「사회보장판례연구」, 법문사, 2010.
- 이홍재·전광석·박지순, 「제2판 사회보장법」, 신조사, 2013.
- 전광석, 「한국사회보장법론」, 법문사, 2010.
- 전광석, 「한국헌법론」, 법문사, 2013.
- 전혜숙, 「오바마도 부러워하는 대한민국 국민건강보험」, 도서출판 밭, 2010.
- 정종섭, 「헌법학원론」, 박영사, 2007.
- 정홍기·조정찬, 「국민건강보험법(제3판)」, 한국법제연구원, 2005.
- 채구묵, 「사회보장론」, 학현사, 2009.
- 최찬호, 「의료보장의 이론과 실제(수정판)」, 대구대학교출판부, 2013.
- 한동관·손명세·박형욱·박민, 「의료보험법 분석」, 동림사, 1998.
- 허영, 「한국헌법론」, 박영사, 2010.

2. 연구논문

- 김상겸·권영복, “수돗물불소화사업에 관한 헌법적 고찰”, 「헌법학 연구」 제9권제3호, 한국헌법학회, 2003, 315-349면.
- 김왕배·김종우, “인권으로서의 건강권에 대한 탐색과 전망”, 「보건과 사회과학」 제32집, 한국보건사회학회, 2012, 5-22면.
- 김운묵, “건강보험 진료비심사의 법적 근거와 효력”, 「의료법학」 제8권제1호, 대한의료법학회, 2007, 137-177면.
- 김일천, “건강보험 비급여 제도의 문제점”, 「건강보장정책」 제12권제1호, 국민건강보험공단, 2013, 183-203면.

- 김정식, “건강보험 장기재정 추계”, 「2010 건강보험 재정안정을 위한 정책과제 심포지움」, 건강복지정책연구원, 2010, 16-18면.
- 김종보, “헌법의 객관성과 국가의 기본권보호의무”, 「공법학연구」 제11권제4호, 한국비교공법학회, 2010, 27-58면.
- 김중수, “임의비급여에 관한 사회보장법적 검토”, 「사회보장법연구」 제1호, 서울대 사회보장법연구회, 2012, 137-162면.
- 김주경, “헌법상 건강권의 개념 및 그 내용”, 「헌법재판연구」 제12권, 한국헌법재판연구학회, 2011, 137-180면.
- 김해원, “기본권관계에서 국가의 의무: 확인의무·보장의무·보호의무를 중심으로”, 「공법학연구」, 제12권제4호, 한국비교공법학회, 2011, 85-112면.
- 김해원, “사회보험수급권의 헌법적 의미: 사회보험제도의 헌법적 기초와 사회보험수급권의 법적 성격”, 「사회보장연구」 제26권제1호, 한국사회보장학회, 2010, 147-178면.
- 김희성·홍은경, “건강권 및 의료접근권에 관한 비교법적 고찰: 입법배경 및 사회문화적 관점을 중심으로”, 「강원법학」 제36권, 강원대학교비교법학연구소, 2012, 233-262면.
- 문성웅·나영균·김경아, “인구구조 변화에 따른 건강보험 수입지출 구조변화와 대응방안”, 「건강보장정책」 제12권제1호, 국민건강보험공단, 2013, 79-100면.
- 문성현, “국민건강보험제도의 소득재분배 기능강화를 위한 정책방안”, 「건강보장정책」 제9권제2호, 국민건강보험공단, 2010, 37-48면.
- 문옥륜, “건강보험제도의 발전방향”, 「건강보장정책」 제8권제1호, 국민건강보험공단, 2009, 29-47면.
- 문창진, “오바마 정부의 의료개혁 동향과 시사점”, 「건강보장정책」 제8권제2호, 국민건강보험공단, 2009, 46-57면.
- 박귀천, “사회보험법과 사회보장기본법: 사회보장기본원리에 입각한 현행 사회보험법제 검토”, 「사회보장법학」 제1권제1호, 인간과복지, 2012, 121-154면.
- 박지연, “외국의 본인부담제 운영체계 분석과 시사점”, 「대한병원협회지」 제33권제3호, 대한병원협회, 2004, 28-40면.
- 박지용, “빈곤과 건강보험법: 한국 의료보장법과 의료체계를 중심으로”, 「사회보장법학」 제2권제1호, 한국사회보장법학회, 2013, 71-101면.
- 배화숙, “의료보장정책 분석기준으로서 건강권 확보의 개념과 적용에 관한 연구”, 「사회복

- 지연구」 제13집, 부산대학교사회복지연구소, 2004, 145-163면.
- 서석희, “대형종합병원의 선택진료비 및 치료재료비의 부당징수 행위에 대한 연구”, 「경쟁법연구」 제22권, 법문사, 2010, 264-285면.
- 소광섭, “영국 NHS의 성립 배경에 관한 연구”, 「보건과 복지」 제8집, 한국보건복지학회, 2006, 135-147면.
- 신기철, “상병소득보장제도 충실화 방안 연구: 급여소득자를 중심으로”, 「사회보장연구」 제27권제1호, 한국사회보장학회, 2011, 133-156면.
- 신기철, “유럽연합의 건강보험 지속가능성을 위한 정책평가와 시사점”, 「건강보장정책」 제10권제2호, 국민건강보험공단, 2011, 94-119면.
- 신영석, “건강보험 재정전망과 정책과제”, 「100세 대응을 위한 미래 전략: 인구 및 사회보험 재정 전망과 과제」, 한국보건사회연구원, 2011, 25-53면.
- 신영전, “사회권으로서의 건강권: 지표개발 및 적용가능성을 중심으로”, 「상황과 복지」 제32호, 비판과대안을위한사회복지학회, 2011, 181-222면.
- 신현웅, “소득중심 보험료 부과체계 개선 방안”, 「건강보장정책」 제12권제1호, 국민건강보험공단, 2013, 61-76면.
- 안기중, “환자의 의사선택권이 아닌 의사의 의사선택권으로 변해버린 선택진료제도”, 「월간 복지동향」 제123호, 참여연대사회복지위원회, 2009, 42-44면.
- 원윤희, “건강보험 신규재원 다양화 방안 연구”, 「건강보장정책」 제12권제1호, 국민건강보험공단, 2013, 43-60면.
- 유원섭, “저소득층 의료보장제도의 현황과 과제”, 「복지동향」 제61호, 참여연대사회복지위원회, 2003, 12-16면.
- 윤찬영, “사회복지법의 이해를 위한 기초적 연구”, 「한국사회복지학」 제18권, 한국사회복지연구회, 1991, 74면.
- 이광찬, “국민건강보험 관리운영의 효율화 방안”, 「사회복지정책」 제12집, 한국사회복지정책학회, 2001, 254-291면.
- 이광찬, “국민건강보험제도의 딜레마와 그 해결책”, 「농촌사회」 제11집제1호, 한국농촌사회학회, 2001, 107-142면.
- 이규식, “건강보험제도 및 의료공급체계의 발전을 위한 과제”, 「차기정부 정책과제 3: 조세·재정·복지·연금」, 한국경제연구원, 2012, 259-376면.

- 이규식, “건강보험제도의 새로운 패러다임 정립방향”, 「건강보장정책」 제8권제1호, 국민건강보험공단, 2009, 48-64면.
- 이상광, “국민건강보험법의 문제점”, 「인권과정의」 제287호, 대한변호사협회, 2000, 70-80면.
- 이상영·신현웅, “건강보장정책의 발전방안과 과제”, 「보건복지포럼」 제195호, 한국보건사회연구원, 2013, 5-13면.
- 이상윤, “우리나라의 건강권 보장 실태”, 「복지동향」 제135호, 참여연대 사회복지위원회, 2010, 24-28면.
- 이상이, “국민건강보험의 보장성 확충과 건강보험 하나로”, 「대한치과보험학회지」 제1권제1호, 대한치과보험학회, 2010, 28-36면.
- 이선미·배성일·최인덕·이호용, “건강보험 저소득층의 의료보장 강화 방안”, 「건강보장정책」 제9권제1호, 국민건강보험공단, 2010, 52-69면.
- 이용갑, “건강보험 피부양자제도를 둘러싼 가족의 재구성”, 「보건과 사회과학」 제31집, 한국보건사회학회, 2012, 25-64면.
- 이용재, “한국 국민의료비 관리의 문제점 분석: 건강보험, 산재보험, 자동차보험을 중심으로”, 「한국콘텐츠학회논문지」 제11권제4호, 한국콘텐츠학회, 2011, 263-272면.
- 이은경, “건강보험 보험료 부과체계 및 재원조달방식 개선방안”, 「재정포럼」 제198호, 한국조세연구원, 2012, 6-21면.
- 이은경, “건강보험에 대한 국고지원 방안”, 「재정포럼」 제187호, 한국조세연구원, 2012, 29-49면.
- 이은경, “선진국의 의료부문 재정 건전화 정책”, 「재정포럼」 제180호, 한국조세연구원, 2011, 6-28면.
- 이은경, “우리나라 건강보험제도에 관한 고찰”, 「재정포럼」 제167호, 한국조세연구원, 2010, 32-46면.
- 이종걸, “사회적기본권과 사회보장법제의 문제점과 개선을 중심으로”, 「세계헌법연구」 제15권제1호, 세계헌법학회 한국학회, 2009, 257-280면.
- 이종인, “선택진료제에 대한 주요 쟁점 및 문제점 개선방안”, 「경쟁저널」 제142호, 한국공정경쟁연합회, 2009, 38-45면.
- 이준영, “의료보험 민영화에 대한 비판적 고찰”, 「사회보장연구」 제19권제2호, 한국사회보장학회, 2003.

- 이진석, “건강권 보장을 위한 보건의료정책의 개혁방향”, 「2007년도 후기학술대회 연제집」, 한국보건행정학회, 2007, 170-192면.
- 이태진, “건강보험 지속가능성을 위한 과제”, 「건강보장정책」 제11권제1호, 국민건강보험공단, 2012, 22-30면.
- 이호용, “사회보장에 관한 헌법재판소 판례의 분석과 평가”, 「법과 정책연구」 제8집제2호, 한국법정책학회, 2008, 557-583면.
- 이희성, “이주근로자의 건강권보호의 문제점과 개선방안”, 「원광법학」 제26권제4호, 원광대학교 법학연구소, 2010, 499-524면.
- 임송재, “국민건강보험법의 내용과 법적 문제: 입법론적 검토를 중심으로”, 「ANIMA」 제1호, 강원대학교 법학전문대학원, 2010, 75-100면.
- 임은실, “미국 오바마 정부의 건강보험 개혁과 시사점”, 「건강보장정책」 제9권제1호, 국민건강보험공단, 2010, 102-116면.
- 전광석, “사회보험법의 현황과 과제”, 「법제연구」 제27호, 한국법제연구원, 2004, 7-29면.
- 전광석, “지속가능성과 복지국가”, 「법학연구」 제22권제2호, 연세대학교 법학연구원, 2012, 1-46면.
- 전광석, “헌법재판소가 바라 본 복지국가원리”, 「공법연구」 제34집제4호제1권, 한국공법학회, 2006, 221-249면.
- 전현희, “국민건강보험법의 문제점 및 개선방안”, 「의료법학」 제2권제1호, 대한의료법학회, 2001, 319-348면.
- 정영철, “건강보험재정 안정화를 위한 행정법적 과제와 입법정책적 제언”, 「행정법연구」 제32호, 행정법이론실무학회, 2012, 249-273면.
- 정재훈, “독일 건강보장제도 최근 이슈”, 「건강보장정책」 제10권제2호, 국민건강보험공단, 2011, 120-129면.
- 정철, “건강보험상 임의비급여 허용의 문제점”, 「법학논총」 제24권제1호, 국민대학교출판부, 2011, 305-340면.
- 정현진, “건강보험 급여결정 체계의 현황과 과제”, 「건강보장정책」 제11권제2호, 국민건강보험공단, 2012, 6-18면.
- 정형선, “건강보험 보장성 강화를 위한 제언”, 「건강보장정책」 제12권제1호, 국민건강보험공단, 2013, 7-22면.

- 정형선, “의료보장성/건보급여율의 개념, 산출방법 및 결과”, 「HIRA 정책동향」 제2권3호, 건강보험심사평가원, 2008, 6-19면.
- 조형원, “국민건강보험법의 발전과정과 법정정책 과제”, 「의료법학」 제8권제2호, 대한의료법학회, 2007, 37-66면.
- 진영찬·문상호, “의료서비스 정책에 관한 연구: 제주특별자치도를 중심으로”, 「한국정책학회 춘계학술대회」, 한국정책학회, 2010.
- 차진아, “국민건강보험의 헌법상 의미와 실현구조”, 「고려법학」 제57호, 고려대학교법학연구원, 2010, 245-284면.
- 차진아, “사회국가의 이념과 그 현실적 한계: 소득세를 통한 혼인과 가족생활의 보호에 관한 한국과 독일의 (연방)헌재 판례를 중심으로”, 「헌법학연구」 제13권제3호, 한국헌법학회, 2007, 167-211면.
- 차홍봉, “건강보장의 이념적 지향과 미래발전 전략”, 「건강보험포럼」 제6권제2호, 국민건강보험공단, 2007, 22-36면.
- 최기춘·이호용, “건강보험 보장성 정책(2005년~2007년) 평가 및 확대 대상 검토”, 「건강보장정책」 제9권제2호, 국민건강보험공단, 2010, 66-79면.
- 최병호, “건강보험 시스템의 선진화”, 「보건복지포럼」 제140호, 한국보건사회연구원, 2008, 5-21면.
- 최인덕·김진수, “상병수당제도 도입방안 연구 : 제도설계와 재정소요를 중심으로”, 「사회보장연구」, 제23권제2호, 한국사회보장학회, 2007, 221-247면.
- 최호영, “건강보험체계와 임의비급여: 대법원 2012.6.18.선고 2010두27639, 2010두27646판결을 중심으로”, 「사회보장법연구」 제2호, 서울대 사회보장법연구회, 2012, 153-203면.
- 표명환, “기본권보호의무의 이론적 기초”, 「헌법학연구」 제8권제1호, 한국헌법학회, 2002, 132-160면.
- 한달선, “건강보험제도의 발전방향: 건강보험의 설계요소별 주요쟁점을 중심으로”, 「건강보장정책」 제8권제1호, 국민건강보험공단, 2009, 12-28면.
- 한수웅, “사회복지의 헌법적 기초로서 사회적 기본권: 사회적 기본권의 개념과 법적 성격을 중심으로”, 「헌법학연구」 제18권제4호, 한국헌법학회, 2012.
- 현경래·이동현·이수연·임현아, “건강보험 지속가능성 제고를 위한 보장성 강화 및 재정 확충 방안”, 「건강보장정책」 제11권제1호, 국민건강보험공단, 2012, 6-21면.

홍완식, “건강보험법제의 현황과 과제”, 「법제연구」 제27호, 한국법제연구원, 2004, 53-75면.
홍일선, “고령사회를 대비한 헌법적 논의: 국가의 노인보호의무와 노인의 사회적 기본권을 중심으로”, 「공법학연구」 제9권제2호, 한국비교공법학회, 2008, 139-160면.

3. 학위논문

강은주, “선택진료제도 개선방안에 관한연구: 내과환자 진료만족도 중심으로”, 동국대학교 석사학위논문, 2009.
권오탁, “의료보장에 있어서 복지국가원리 실현: 저소득층을 위한 법제를 중심으로”, 연세대학교 석사학위논문, 2006.
김경수, “헌법상 국가의 건강보호의무와 그 실현방안에 관한 연구”, 서울대학교 박사학위논문, 2002.
김기주, “국가의 기본권보호의무와 의료보장제도의 개선방안”, 명지대학교 박사학위논문, 2009.
김은일, “의료보험의 개인의무가입에 대한 미국과 한국의 법률적 비교 고찰”, 고려대학교 석사학위논문, 2013.
김형호, “한국과 미국의 건강보험 의료비 심사제도에 대한 비교법적 고찰; 미국의 메디케어와의 비교를 중심으로”, 연세대학교 석사학위논문, 2008.
노미윤, “국민건강보험의 보장성 강화방안에 관한 연구: 안정적 재정확충을 통한 보험급여 확대를 중심으로”, 한양대학교 석사학위논문, 2006.
문도운, “비교법적 관점에서 본 공공부조제도의 발전방향에 관한 연구”, 고려대학교 석사학위논문, 2013.
박경빈, “한국 공적의료보장제도의 연속성과 변화: 참여정부와 실용정부의 비교를 중심으로”, 경상대학교 석사학위논문, 2012.
박병훈, “국민건강보험제도의 재정 및 운영상의 문제점과 개선방안에 대한 연구”, 대전대학교 석사학위논문, 2002.
박상철, “국민건강보험제도의 개선방안에 관한 연구”, 관동대학교 석사학위논문, 2006.

- 박희범, “한국 의료체계에 대한 경제사회학적 연구: 영국, 미국, 일본과의 비교를 중심으로”, 한양대학교 석사학위논문, 2009.
- 배화숙, “통일 한국의 의료보장제도 모형 개발”, 부산대학교 박사학위논문, 2004.
- 부종식, “우리나라 건강보험급여체계 상 임의비급여의 문제점과 개선방안에 관한 연구”, 고려대학교 석사학위논문, 2011.
- 신진경, “국민건강보험제도의 현황 및 개선방안”, 청주대학교 석사학위논문, 2007.
- 오형수, “국민건강보험공단의 역할과 재정의 안정화에 관한 연구”, 원광대학교 석사학위논문, 2002.
- 왕야평, “한·중 의료보험제도의 비교연구: 한국 국민건강보험과 중국 기본의료보험을 중심으로”, 성균관대학교 석사학위논문, 2012.
- 유현자, “우리나라 건강보험제도에 관한 문제점 및 개선방안”, 성균관대학교 석사학위논문, 2004.
- 이병철, “건강보험 통합관련 헌법소원의 쟁점에 관한 연구”, 중앙대학교 석사학위논문, 2012.
- 이상재, “의료행정에 있어서의 공법적 문제 고찰”, 고려대학교 석사학위논문, 2006.
- 이종걸, “사회보장법의 헌법적 기초와 개선방안”, 명지대학교 박사학위논문, 2005.
- 임근남, “건강보험료 부담의 형평성과 소득재분배에 관한 연구”, 한양대학교 석사학위논문, 2008.
- 임덕희, “국민건강보험제도의 재정과 관리운영주체에 관한 연구”, 한일장신대학교 석사학위논문, 2010.
- 장욱, “건강보험제도의 개선에 관한 법적 고찰”, 연세대학교 박사학위논문, 2005.
- 정규선, “국민건강보험의 발전적 방안에 관한 연구: 재정·급여·운영 주체를 중심으로”, 경상대학교 석사학위논문, 2005.
- 정다운, “사회보장행정에서의 의회유보와 입법위임”, 고려대학교 석사학위논문, 2013.
- 정순방, “국민건강보험법상 건강보험수급권의 제한과 조정”, 조선대학교 박사학위논문, 2009.
- 정원문, “의료보험제도에 관한 비교법적 연구”, 동아대학교 석사학위논문, 2001.
- 최아름, “국민건강보험제도의 평가와 개선방안”, 성균관대학교 석사학위논문, 2006.
- 최영미, “우리 헌법상 사회적 기본권에 관한 연구”, 숙명여자대학교 석사학위논문, 2007.

최종찬, “인간다운 생활의 사회복지법상의 보장에 관한 연구”, 원광대학교 석사학위논문, 2005.

함상명, “사회보험재정법의 법리에 관한 연구”, 한양대학교 석사학위논문, 2008.

4. 정기간행물 및 연구보고서 등

감사원, 「건강보험 요양급여비용 관리실태 감사결과보고서」, 2012.5.

감사원, 「국민건강보험 운영실태 감사결과보고서」, 2004.12.

국가인권위원회, 「경제·사회·문화적 권리 국가인권정책기본계획수립을 위한 사회보장(4대 사회보험) 기초 현황조사」, 2004.

국민권익위원회, 「의료비 청구·심사의 투명성 제고방안」, 2011.5.

국민건강보험공단, 「외국의 건강보험제도 비교조사」, 2000.

국민건강보험공단, 「2009 건강보험통계연보」, 2010.

국민건강보험공단, 「2010 건강보험통계연보」, 2011.

국민건강보험공단, 「2011 건강보험통계연보」, 2012.

국민건강보험공단, 「2012 건강보험통계연보」, 2013.

국민건강보험공단, 「2013 상반기 건강보험 주요통계」, 2013.

국민건강보험채신위원회, 「실천적 건강복지플랜 : 제1편 건강복지플랜의 개요」, 국민건강보험공단, 2012.

국민건강보험채신위원회, 「실천적 건강복지플랜 : 제2편 제1장 지속가능한 보장성 강화 방안」, 국민건강보험공단, 2012.

국민건강보험채신위원회, 「실천적 건강복지플랜 : 제2편 제2장 소득 중심의 보험료 부과 체계 단일화 방안」, 국민건강보험공단, 2012.

국민건강보험채신위원회, 「실천적 건강복지플랜 : 제2편 제4장 급여결정 구조 및 진료비 청구·심사·지급체계 합리화 방안」, 국민건강보험공단, 2012.

국회예산정책처, 「건강보험 보장성 강화에 따른 재정소요 추정 및 지불보상체계·수가계약방식의 개선방안」, 국회예산정책처, 2013.

- 권순만, 「한국의 의료보장체계 선진화 방안」, 서울대학교 보건대학원, 2008.
- 김미곤 외, 「보건복지 중기 정책과제」, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2012.
- 김주경, 「건강보험 보장성의 쟁점과 과제: ‘건강보험하나로’논의 등을 중심으로」, 국회입법조사처, 2010.
- 문성용·윤영덕·김경아·나영균, 「인구구조 변화에 따른 건강보험 수입지출 구조 변화와 대응방안」, 국민건강보험공단, 2012.
- 보건복지부, 「2011 보건복지백서」, 2012.
- 보건복지부, 「2012 보건복지백서」, 2013.
- 보건복지부, 「2012 보건복지통계연보」, 2013.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 「OECD Health Data 2013 발췌본」, 보건복지부, 2013.
- 서남규·이옥희·태윤희·백승천·서수라·안수지·황연희·강태욱, 「2011년도 건강보험환자 진료비 실태조사」, 국민건강보험공단, 2012.
- 성상문·김엽·김대천, 「국민건강 보장을 위한 건강보험 정책과제」, (사)입법정책연구회, 2011.
- 손동국·김승희·백수진·최영순·태윤희, 「비급여 진료비의 발생유형과 관리방안」, 국민건강보험공단, 2012.
- 신영석·강희정·김남순·정영호·김동진·황도경, 「건강보험 보장성 강화에 따른 의료체계의 지속가능성 제고 방향」, 한국보건사회연구원, 2013.
- 신영석·사공진·정형선, 「건강보험 지속가능성 제고 방안 연구」, 한국보건사회연구원, 2011.
- 신영석·이준영·윤장호, 「건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안」, 한국보건사회연구원, 2011.
- 신영석·황도경·강길원·배은영·이수연·이충섭, 「건강보험 정책현황과 과제」, 한국보건사회연구원, 2010.
- 오민수, 「건강보험 쟁점 진단 및 대안 모색」, 경기복지재단, 2011.
- 이규식·오은환·황성완·안보령, 「건강보험 국고지원에 대한 해외사례 비교 연구」, 국회예산정책처, 2010.
- 이상아·이용갑·전창배·서남규·최인덕, 「국민건강보험체계의 개념정립과 발전모델에 관한 연구」, 국민건강보험공단, 2006.
- 이종인, 「선택진료제의 문제점과 개선방안」, 한국소비자원, 2007.
- 임금자·최진우, 「건강보험 재원조달과 건강보험체도의 지속가능성에 관한 연구」, 대한의학협회 의료정책연구소, 2011.

- 전병목·이은경, 「사회보험 재정전망과 정책과제」, 한국조세연구원, 2010.
- 정기혜·김용하·이지현, 「주요국의 사회보장제도 독일편」, 한국보건사회연구원, 2012.
- 정기혜·김용하·이지현, 「주요국의 사회보장제도 미국편」, 한국보건사회연구원, 2012.
- 정기혜·김용하·이지현, 「주요국의 사회보장제도 영국편」, 한국보건사회연구원, 2012.
- 정기혜·김용하·이지현, 「주요국의 사회보장제도 한국편」, 한국보건사회연구원, 2012.
- 정상우, 「공공보건의료 선진화를 위한 법제 연구」, 한국법제연구원, 2009.
- 정형선·조란, 「건강보험 보장성 강화에 따른 재정소요 추정 및 지불보상체계·수가계약방식의 개선방안」, 국회예산정책처, 2013.
- 최인덕·김진수·공경열, 「주요국의 상병수당제도 운영현황 및 제도도입의 타당성 검토」, 국민건강보험공단, 2005.
- 허중호·이만우, “대형 병원의 선택진료제 재검토 및 대안”, 「이슈와 논점」 제131호, 국회입법조사처, 2010.
- 홍완식, 「사회보험료 관련 입법에 있어서 헌법원칙의 적용에 관한 연구」, 한국법제연구원, 2005.
- 홍종현, 「국민건강보험제도의 지속가능한 관리와 운영을 위한 법제개선방안」, 한국법제연구원, 2013.
- OECD대한민국정책센터 사회정책본부, 「한국의 보건의료개혁」, OECD대한민국정책센터, 2010.

5. 번역서

- 전호성 역, 쿠도오 쓰네오, 「왜 사회보장인가?: 자본주의 사회보장의 일반이론」, 치우, 2011.
- 정재철·나인숙·김성원 역, 타다 히데노리, 「일본의 사회보장: 이론과 분석」, 인간과복지, 2008.
- 정혁인·양승일 역, 노먼 대니얼스, 「분배정의와 의료보장: 건강욕구의 공정한 충족」, 나눔의집, 2009.
- 한상연 역, 토머스 게이건, 「미국에서 태어난게 잘못이야: 일중독 미국 변호사의 유럽 복지사회 체험기」, 부키, 2011.

6. Internet Address

가. 국내

감사원 : <http://www.bai.go.kr>
건강보험심사평가원 : <http://www.hira.or.kr>
국가인권위원회 : <http://www.humanrights.go.kr>
국민건강보험공단 : <http://www.nhis.or.kr>
국민권익위원회 : <http://www.acrc.go.kr>
대법원종합법률정보 : <http://glaw.scourt.go.kr>
대한민국국회 : <http://www.assembly.go.kr>
대한의사협회 의료정책연구소 : <http://www.rihp.re.kr>
법제처국가법령정보센터 : <http://www.law.go.kr>
보건복지부 : <http://www.mw.go.kr>
한국법제연구원 : <http://www.klri.re.kr>
한국사회보장학회 : <http://www.kssa.or.kr>
한국조세재정연구원 : <http://www.kipf.re.kr>
헌법재판소 : <http://www.ccourt.go.kr>
OECD대한민국정책센터 : <http://www.oecdkorea.org>

나. 외국

[http://www.nhs.uk/nhsengland/aboutnhsservices/dentists/pages/nhs-dental -charges.aspx](http://www.nhs.uk/nhsengland/aboutnhsservices/dentists/pages/nhs-dental-charges.aspx)
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx>
[http://www.nhs.uk/NHSEngland/ thenhs/about/Pages/overview.aspx](http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx)
<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>

II. 일본 문헌

- 加藤智章·菊池馨美·倉田 聡·前田し雅子, 社会保障法 第4版, 有斐閣, 2009, 東京.
- 岡崎 昭, 医療保障とその仕組み, 晃洋書房, 1995, 京都.
- 遠藤昇三, 社会保障の権利論, 法律文化社, 2000, 京都.
- 園部逸夫·田中館照橋·石本忠義編, 社会保障行政法: 社会保障と現代行政法, 有斐閣, 1980, 東京.
- 日本社会保障法学会, 21世紀の社会保障法, 法律文化社, 2001, 京都.
- 井上英夫·後藤道夫·渡辺 治, 新たな福祉国家を展望する, 旬報社, 2011, 東京.
- 唄 孝一, “健康権についての一試論”, 社会保障研究所編, リーディングス日本の社会保障 2: 医療, 有斐閣, 1992.9, 東京.

Abstract

A Study on the State Duty of the Protection Health of peoples and the Health Insurance System Improvement - Focused on the Korean National Health Insurance Act -

Gwan-Hyeok Ko
Department of law
Graduate School of Jeju National University

The concepts of Constitutional right to Health is yet unfamiliar one. The Article 34(1) of the Constitution, ‘All peoples shall be entitled to a life worthy of a human beings.’, and Article 36(3) of the Constitution, ‘The health of all peoples shall be protected by the State.’ are provisions on which Constitutional right to Health is based. Since the Constitution has guaranteed right to Health, the State became responsible to the protection Health of peoples, and the peoples gained the right of security of Health toward State.

In this study, I analyzed the current situation and problems of the Legal Institution of the “National Health Insurance System (hereafter NHIS)” with reviewing the birth and historical development of NHIS on the premise that it is one of the important institutions of social insurance.

The purpose of the “National Health Insurance Act” is to improve the people’s health and promote social security by providing the people with insurance benefits for, prevention of disease and injury, medical examination, medical treatment, rehabilitation and childbirth, death, and improvement of health. The first public medical insurance act enacted in 1963 and according to the Amendment in 1976 became the health care insurance compulsorily. The national health insurance act enacted in 1999 and amended recently in 2013.

Though the NHIS has contributed to the marked improvement in health conditions, it has some problems to be solved. It faces difficulties with a low coverage rate, a rapid cost expansion, and a inequality of burden. Based on the analysis, I suggest several improvement points of NHIS.

First, the NHIS achieved universal coverage only 12 years after its introduction. Nevertheless, payments for non-covered services remain large compared to other countries, and the co-payment rate is high.

According to the OECD, Out-of-pocket payments (co-payments and the cost of non-covered services) by patients is the third highest in the OECD countries. Especially, co-payment rates for out-patient care is the highest among the 20 OECD countries that require co-payments.

Thus, I suggest that the security level of the NHIS should be enhanced continuously and security enhancement centered on the necessary medical care. Also, the NHIS ought to provide almost the same guarantee level of low-income as the medical care of welfariat. In addition, as a mid-and long-term policy issue, I suggest that the introduction of Sickness Benefit Program.

Second, perhaps the biggest challenge facing the NHIS is the rapid increase in its expenditure. During the decade to 2011, per capita health expenditure in Korea rose at an 9.3% annual average rate, the fastest in the OECD countries. Funding for rising health expenditure will have to come from some combination of higher NHIS fee, tax revenue, and out-of-pocket-payments by patients and private health insurance.

However, expanding out-of-pocket payments, by raising co-payment rates or reducing the coverage of NHIS, would not be desirable as it would reduce access to health care. While private insurance can provide additional resources, relying mainly on private insurance to finance the increase in health expenditure would not be appropriate, given the already high level of private spending. Also, continuing to rely primarily on the NHIS fee for health expenditure would tend to hold back employment and growth.

Thus, I recommend to raise up the support of public finance and introduce new consumption tax to impose. The expiration of the law on financing NHIS in 2016 could provide an opportunity to begin rebalancing the financing of health care toward tax revenue.

Third, because the insurance levy system separated into the workplace subscribers and the regional subscribers, the workplace subscribers claim that they burden much more than the regional subscribers. Also, the regional subscribers on the other hand feel that the present levy system is unfair.

Thus, it is necessary that the reform of the levy system to impose the NHIS fee based on the income according to the principle of burden equality. Also, the NHIS fee ought to be imposed on the other kinds of income, for example the financial income etc, rather than the earned income.

Finally, to maximize the will and interests of subscribers (general peoples) from the point of view of financial democracy, the structure of decision-making should be autonomous and independent mechanism by minimizing the influence of provider (medical doctor, hospital or pharmaceutical industry).

To do so, making it essential to rationalize and re-adjust the functions of the “Health Insurance Policy Deliberative Committee (under the Ministry of Health and Welfare)” and the “Fiscal Management Committee (under the National Health Insurance Service)”. Also, the “National Health Insurance Service” and the “Health Insurance Review and Assessment Service” need organizational consolidation.

Key Words : the right to health, National Health Insurance System, security enhancement, Sickness Benefit Program, burden equality, Health Insurance Policy Deliberative Committee, Fiscal Management Committee, National Health Insurance Service, Health Insurance Review and Assessment Service.