

健康保險法制的 現況과 課題

洪完植*

차 례

- I. 머리말
- II. 건강보험법제의 변천과 현황 등
 - 1. 건강보험법제의 변천과정
 - 2. 건강보험법제와 건강보험제도의 현황 및 특징
 - 3. 건강보험법제와 건강보험제도의 문제점
- III. 건강보험법제의 과제
 - 1. 건강보험제도의 효율성 강화
 - 2. 재정안정화
 - 3. 소득재분배기능의 적정화
 - 4. 민영건강보험과의 조화
 - 5. 간호보험 도입의 필요
 - 6. 건강보험법제의 정비
- IV. 맺음말

* 國會圖書館 法律·行政팀 研究官, 法學博士

I. 머리말

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 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진”하는 것이다. 입법자는 건강보험법제를 통하여 전 국민을 대상으로 공적 건강보험제도를 형성하고 동 제도가 가능한 한 최적의 효율성을 유지할 수 있도록 할 의무를 지닌다고 할 수 있다. 이는 국가의 기본권보호의무와 법률관찰의무 및 법률개선¹⁾ 등에서 도출되는 입법자의 의무이자 권한이라고 할 수 있다. 입법자가 이러한 권한과 의무를 수행함에 있어서는 기본적으로 형성의 자유를 지니고 있지만, 건강보험법제가 헌법적 질서의 범위 내에서 헌법원칙과 기본권이 존중되어지도록 그 한계를 지켜야 할 것이며, 법률이 갖추어야 하는 원칙들이 준수되어야 할 것이다.

건강보험제도의 현황과 과제와 건강보험법제의 현황과 과제를 고찰하는 것은 다르다고 할 수 있다. 전자는 건강보험제도의 합목적성과 효율성을 목표로 하게 될 것이고 후자는 국민건강보험법의 합헌성을 주된 목표로 하게 될 것이기 때문이다. 법률은 이렇게 법률이 규율하고자 하는 내용과 법률이라고 하는 규율 그 자체로 구분될 수 있지만, 이 둘을 명확하게 분리하여 고찰하는 것보다는 이 둘을 상호 연결된 관점에서 고찰하는 것이 도움이 될 것으로 보인다. 이 글은 법학을 포함하여 보건학, 사회복지학, 통계학, 경제학, 교정학 등에서 제시하고 있는 건강보험제도의 문제점과 개혁방안 등을 포괄적으로 검토함을 통하여 건강보험법제의 문제점을 고찰하고 앞으로의 과제를 제시하려는 목적을 지니고 있다. 구체적인 고찰의 대상은 국민건강보험법을 위주로 하는 건강보험법제이나, 근래 독일이나 일본 등의 국가에서 건강보험법에서 규율하고 있다가 간호보험법(Pflegeversicherungsgesetz)이나 개호보험법(介護保險法) 등의 독자적인 영역으로 분리하여 규율하고 있는 간호보험법제도 포함하여 다루기로 한다.

1) 상세는 홍완식, “입법자의 법률개선¹⁾의무에 관한 연구”, 『공법연구』, 제31집 제2호, 2002. 12, 281면 이하.

II. 건강보험법제의 변천과 현황 등

1. 건강보험법제의 변천과정

우리나라의 건강보험법제의 효시는 1963년 300인 이상의 사업장에서 의료보험조합을 임의로 설립하는 것을 내용으로 하는 『의료보험법』의 제정이라고 할 수 있다. 그러나 그 가입의 임의성과 기업의 재정난, 근로자의 저소득 및 건강보험의 필요성에 대한 국민들의 인식부족 등으로 사문화되었다. 1970년의 1차 개정을 거친 후 1976년에는 법률과 동 시행령의 개정을 통하여 1977년 7월부터는 500인 이상 사업장 근로자는 의무적으로 보험에 가입하도록 의무화하였고, 1979년 1월 『공무원및사립학교교직원의료보험법』의 제정을 통하여서는 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험제도가 별도로 도입되었다. 1987년 12월에는 7번째로 개정된 『의료보험법』의 공포를 통하여 1988년 1월에는 농어촌지역으로 건강보험이 확대 실시되었고, 1989년 7월에는 도시지역의 자영업자에게 건강보험이 확대 실시되었다.

이와 같이 이원화된 건강보험체계는 1997년 12월에 『국민의료보험법』이 제정되면서 1998년 10월 1일부터 227개 지역의료보험조합과 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단이 통합되었다. 이후 1999년 2월 8일에는 『국민건강보험법』이 제정되어 당시 145개이던 직장의료보험조합과 의료보험관리공단이 2000년 7월 1일부터 통합됨으로써, 전체 건강보험은 단일보험자인 국민건강보험공단으로 관리운영체계가 통합되었다. 다만 직장과 지역건강보험의 재정은 시기를 늦추어 2003년 7월에 통합되었다.²⁾

2. 건강보험법제와 건강보험제도의 현황 및 특징

우리나라의 『헌법』 제34조에는 인간다운생활을 할 권리와 사회보장에 관한 국가적 의무가 규정되어 있을 뿐 아니라, 『헌법』 제36조에는 보건권 등의 국민의 기본권이 규정되어 있다. 이러한 국민의 기본권과 국가의 기본권보호의무 등을 실현하기 위하여 구체적으로는 『국민연금법』, 『국민건강보험법』, 『산

2) 의료보험연합회, 『의료보험의 발자취』, 1997; 정홍기·조정찬, 『국민건강보험법』, 한국법제연구원, 2003, 55면 이하 참조.

업재해보상보험법』, 『고용보험법』 등의 법률에 의하여 연금, 건강, 산업재해, 고용보험의 4대 사회보험이 도입·운영되고 있다.

사회보험은 법률을 통하여 그 가입과 보험료 납부 등이 의무화되어지는 강제보험 또는 의무보험의 성격을 지니고 있다. 사회보험과 사보험은 기본원리, 위험전가의 방법, 일반적 목적 및 보험기술 등에서 많은 차이를 보인다.³⁾ 일반적으로 사회보험과 사보험의 차이라고 하면, 사회보험에의 가입은 그 가입과 탈퇴가 법적으로 강제되어지는데 반하여 사보험은 원칙적으로 보험에의 가입과 탈퇴가 계약자유의 원리에 맡겨진다는 것에서 기본적인 차이를 발견할 수 있다. 보험료의 산정에 있어서도 사보험은 보험료와 보험급여간에 개인별 등가원칙(Individualaequivalenzprinzip)이 적용되는데 비하여, 사회보험은 개인별 등가원칙만이 적용되지 않는다. 사회보험으로서의 건강보험은 보험의 원칙(Versicherungsprinzip)과 더불어 연대의 원칙(Solidarprinzip)을 기반으로 하고 있기 때문에, 이와 같이 건강보험의 가입과 보험료의 산정 및 급여 등에 있어서 영향을 미치고 있는 것이다.⁴⁾

사보험으로서의 건강보험과 사회보험으로서의 건강보험의 특징비교

구 분	사보험으로서의 건강보험	사회보험으로서의 건강보험
○ 가입	• 임의가입	• 강제가입
○ 보험료의 산정원칙	• 위험정도, 보험급여수준에 따른 산정(개인별 등가성 원칙)	• 소득수준에 따른 차등 산정(집단적 등가성 원칙)
○ 보험급여	• 보험료 부담수준에 따른 차등급여	• 보험재정 조달규모를 감안한 필요에 따른 균등급여
○ 보험료 징수	• 사적 계약에 의한 징수	• 법률에 의한 강제징수
○ 수직적 소득재분배	• 없음	• 있음

자료: 정흥기·조정찬, 『국민건강보험법』, 한국법제연구원, 2007년; 보건복지부, 『2003 보건복지백서』, 258면

이처럼 사회보험으로서의 건강보험은 기본적으로 연대의 원칙과 상호부조의 원칙을 바탕으로 빈부의 차이에 상관없이 모든 국민이 의료서비스의 혜택을 받을 수 있도록 하여 국민건강증진에 기여하려는 목적을 지니고 있는 것이다. 따라서 건강보험제도는 일정한 법정요건을 충족하는 국민의 강제가입의 원칙, 부담능력에 따른 보험료의 차등부담 및 필요에 따른 균등급여, 의무적인 보험료납부가 그 특징이다.⁵⁾ 『국민건강보험법』의 적용을 받는 대상자의 현황은 다음과 같다.

3) 상세는 이상광, 『사회법』, 1988, 254면 이하.
 4) 홍완식, “사회보험료부과의 헌법적 제한”, 『2000년 공법이론의 발전과 성과』, 한국공법학회, 2000, 45면.
 5) 김영삼·전광석·김광수, 『사회보험법의 헌법적 문제에 관한 연구』, 헌법재판소, 2000,

국민건강보험대상자 현황

(단위 : 명)

연도	지 역				직 장			
	계	가입자	세대원	부양율	계	가입자	피부양자	부양율
2000	2,349	821	1,528	(1.9)	2,240	727	1,514	(2.1)
2001	2,321	856	1,465	(1.7)	2,317	789	1,528	(1.9)
2002	2,291	870	1,421	(1.6)	2,375	832	1,543	(1.9)
2003	2,227	873	1,354	(1.5)	2,483	880	1,603	(1.8)

자료 : 보건복지부, 『2003 보건복지백서』, 267면

보험료부담능력이 없기 때문에 『국민건강보험법』의 적용대상에서 제외되는 저소득 국민에 대하여는 『의료급여법』에 의한 의료급여제도가 적용된다. 의료급여는 보험료의 부담없이 세금 등으로 조성된 재원으로부터 의료급여를 받는다는 점에서 건강보험과는 다르며, 건강보험대상자와 비교하여 의료급여대상자의 수는 상대적으로 적다.⁶⁾

3. 건강보험법제와 건강보험제도의 문제점

그간 건강보험법의 입법과 운영과정에서 많은 문제점이 제기되었고 문제해결을 위한 대안들이 나왔으며, 이러한 대안들 중 많은 부분은 법령의 개정을 통하여 건강보험법제에 반영되었다.⁷⁾ 그러나 문제점을 해결하는 방법이 다른 문제를 야기하기도 하고, 입법시에는 예상하지 못하였던 문제가 법시행 과정에서 발견되는 경우도 있었다.

건강보험법제에 관련하여 그간 제기되었던 문제점을 살펴보면 다음과 같다. 1998년에 대한병원협회는 ① 의료보험법의 내용중 많은 부분이 타당하게 제정되어 있지만 법이 잘 지켜지고 있지 않음 ② 제도의 목적에 부합되지 않는 규정이 있음 ③ 시장기능에 맡겨져야 할 분야에 대하여 타율적인 규제와 강제가 있음 ④ 의료보험법은 법제정 당시의 사회분위기에 따라 민주적 의사결정의 기전이 결여되어 있고 정부 및 보험자의 권한으로 많은 것을 수행하고 있음 등이 문제로 지적되었다.⁸⁾

166면.

6) 2003년 현재 의료급여대상자는 145만 3천명이다. 보건복지부, 『2003 보건복지백서』, 86면.

7) 권순원·양봉민, 『의료보험제도의 개선을 위한 정책방안』, 한국개발연구원, 1990.

8) 대한병원협회, 『의료보험법분석』, 1998, 161면.

국민건강보험제도의 만족도를 조사한 연구에 의하면 건강보험에 대한 불만족 수준이 60%로 매우 높은 것으로 나타나고 있는데, 불만족의 사유로는 높은 보험료, 높은 본인부담금, 의약분업이후의 약타기의 불편함, 대형병원의 이용절차의 불편, 불만족스러운 진료수준 등으로 조사되었다. 보험개발원의 설문조사에서도 응답자들은 국민건강보험이 치료비용 발생에 대한 보장기능을 충분히 갖추지 못하다고 답하고 있으며, 응답자의 82%가 건강보험혜택이 부족하다고 한 반면에 응답자의 12%만이 충분하다고 응답한 것으로 나타나고 있다.⁹⁾

우리의 건강보험제도는 급여 및 비급여를 포함한 총진료비 중 보험급여가 되는 부분은 절반정도에 그치는 문제가 있기 때문에, 보장성을 강화하고 건강보험 혜택을 받지 못하는 비급여부분을 급여로 전환하여 급여수준을 높여 나가야 하는 과제를 안고 있다. 건강보험의 보장성 강화는 고액·중증질환자의 본인부담비율을 완화하여 진료비 부담을 덜어줌으로써 위험분산이라는 보험의 기본원리에 충실하도록 보험급여구조를 개선하는 것이다.¹⁰⁾ 이를 위해서는 재원의 확충이 필요한데, 이를 위해서는 일견 국고보조의 확대나 보험료의 인상이 가장 택하기 쉬운 정책수단일 것이다. 그러나 국고보조의 확대는 건강보험을 사회보험방식으로 한 제도적 취지에 원칙적으로 반하여 무한정 확대될 수가 없고, 건강보험료가 OECD 국가에 비해 낮기는 하지만 조세저항과 같은 사회보험료저항의 정서가 강한 만큼 용이한 정책적 수단이라고도 할 수 없다.

우리나라의 의료시스템은 어느 누구도 만족시키지 못하고 있으며, 국민건강보험제도를 포함한 의료시스템의 개혁은 임시방편이 아닌 근본적인 개혁이 있어야 한다고 주장된다. 특히 인구의 고령화, 소비자의 의료에 대한 관심의 제고 및 의료기술의 발전 등의 요인이 의료지출을 가속화시키고 있으며, 의료시스템의 개혁에는 정답이 없으며 그 개선성과는 오랜 시간이 지나야 가시화되기 때문에 의료개혁은 어렵다고 할 수 있다.¹¹⁾ 구체적인 문제점은 건강보험법제의 과제 부분에서 몇 개의 사안으로 나누어서 다루기로 한다.

9) 연세대학교 의과대학 예방의학교실, 『건강보험 장기발전모델에 관한 연구』, 국회보건복지위원회, 2003. 9, 115~116면.

10) 보건복지부, 『2003 보건복지백서』, 63면.

11) 허호영·김용아·송인숙, 『맥킨지비전 - 한국의료개혁 2010』, 조선일보사, 2003, 46면 이하.

Ⅲ. 건강보험법제의 과제

1. 건강보험제도의 효율성 강화

선진국의 추이를 보면 시장경제적 요소를 가미하여 경쟁을 통한 효율성 향상을 도모하고 있으며 공적 개입의 감소를 통해 자율적 규제的重要性을 실천하고 있음을 알 수 있다.¹²⁾

국민의 건강을 보장하기 위한 건강보장제도는 넓게 보아 의료서비스방식(National Health Service)방식과 건강보험방식(National Health Insurance)으로 대별될 수 있다.¹³⁾ 이러한 구분은 전자가 세금을 주된 재원으로 하는 조세방식이고, 후자는 보험료를 주된 재원으로 하는 사회보험방식이라는 점에 큰 차이가 있다. 조세형 의료서비스제도를 채택한 국가이건 사회보험형 건강보험제도를 채택한 국가이건, 효율성의 저하가 우려되고 있다. 따라서 많은 국가들은 건강보험에 시장원리 또는 경쟁원리를 도입하여 효율성을 강화할 방법을 모색하고 있다.¹⁴⁾ 이렇게 사회보험의 일종인 건강보험법에 경쟁원리를 도입한다는 것은 사회보험을 민영화하여 사회보장제도가 도입되기 이전의 단계로 후퇴하는 것을 의미하지는 않는다. 건강보험법에 경쟁원리를 도입하자는 것은 사회보험의 틀은 그대로 유지하면서 그 운영에 경쟁의 요소를 가미하여 도덕적 해이를 방지하고 효율성을 강화하자는 것이다. 이러한 건강보험법 분야의 개혁은 조세형 의료서비스제도를 도입하여 운영하고 있는 영국과 사회보험형 건강보험제도를 도입하여 운영하고 있는 독일에서 지속적으로 진행되고 있다.¹⁵⁾

건강보험법에 있어서 경쟁원리의 도입은 두 가지 측면에서 행하여진다. 첫째는 가입자와 보험자와의 관계에서 가입자가 보험자선택의 자유를 가지고 보험자로 하여금 상호 경쟁하게 하는 것과 둘째는 보험자와 의료공급자와의 관계에서 보험자가 의료공급자선택의 자유를 가지고 의료공급자로 하여금 상호 경쟁하게 하는 것이다. 독일의 건강보험법은 첫째와 둘째의 방법을 모두 시행

12) 권순원, 『의료보험제도의 개혁방안』, 집문당, 2003, 178면.

13) 상세는 정흥기·조정찬, 전제서, 21면 이하 참조.

14) 이에 관한 상세한 논의는 Schlenker Rolf-Ulrich, Geschichte und Reformperspektiven der gesetzlichen Krankenkassen, in: Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd.1, 1994; Schmähl, Winfried, Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat, 2000 등을 참조.

15) 이상광, “국민건강보험법의 문제점”, 『인권과 정의』 제287호, 2000. 7, 73면.

하고 있으며, 영국의 의료서비스는 둘째의 방법을 성공적으로 시행하고 있다고 평가되고 있다.¹⁶⁾ 우리나라의 경우에는 조합방식이 아닌 통합방식을 채택하면서 건강보험관리조직이 하나로 통합¹⁷⁾되었기 때문에 첫째의 방식에 의한 경쟁은 현재 불가능하다. 둘째의 방식을 검토하자면 국민건강보험법이 제정되기 전에는 의료공급자인 요양기관을 지정하는 행정행위를 통하여 의료공급자간의 어느 정도의 경쟁이 가능하였지만, 국민건강보험법에 의하면 ‘보편주의’를 채택하여 의료기관과 약국 등 의료공급자는 특별한 경우가 아니면 모두 건강보험의 요양기관이 되도록 하고 있어서 경쟁적 요소가 없다. 이러한 제도 하에서는 의료기관간에 경쟁할 필요가 없기 때문에 의료서비스에 있어서 질적 저하를 가지고 올 우려가 크다는 점이 지적되고 있다.¹⁸⁾

전국민을 대상으로 하는 건강보험제도를 수립하기 위하여 우리의 건강보험 제도는 급여항목대상에 대한 저수가정책, 높은 본인부담금, 많은 진료항목의 급여제한을 법률로 제도화 하였다. 이러한 건강보험정책은 전국민건강보험을 달성하는데 기여하였지만 전국민건강보험이 달성된 지금의 시점에서는 이러한 특징들이 오히려 진료의 질과 효율성을 저하시키는 효과를 낳음을 통하여 보건의료체계의 발전에 장애요소가 된다는 점이 지적되고 있다.¹⁹⁾

우리 건강보험법이 규정하고 있는 기본 틀은 기본적으로 ‘낮은 보험료’와 ‘낮은 진료수준’으로 요약할 수 있으며, 낮은 보험료에 대응하여 피보험자는 높은 본인부담금을 부담하게 되어 건강보험의 실효성을 약화시키고 있고 불만족한 보험수가로 인하여 의료기관은 많은 비급여를 창출해내어 의료공급구조가 왜곡되고 있는 것이다.²⁰⁾ 높은 보험료에의 반감과 건강보험제도에 대한 불신에 기인하여 보험료인상이 정서적으로 상당히 곤란하기 때문에 적절한 수준의 의료급여가 제공되지 못하는 악순환이 반복되는 것이라고 할 수 있다. 그러나 국민의 대다수가 가입하고 있는 건강보험이 추구하여야 하는 우선적인

16) 이상광, 전계논문, 77면.

17) 1997년 12월의 『국민의료보험법』의 제정으로 227개 지역의료보험조합과 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단이 통합(1998년 10월)되었다. 1999년 2월 8일의 『국민건강보험법』의 제정으로 145개의 직장의료보험조합과 의료보험관리공단이 통합(2000년 7월)되었다. 이로써 보험자간의 경쟁의 가능성은 원천적으로 봉쇄되었다.

18) 이상광, 전계논문, 77면.

19) 문옥륜(역), 『한국의료보험체계의 개혁(The Reform of Financing Health Care in Korea)』, 고려의학, 1994, 143면.

20) 대한병원협회, 전계서, 65면.

목표는 국민보건의 향상이기 때문에, 앞으로 건강보험법과 제도를 개혁함에 있어서는 보험료의 수준을 높이지 않으면서도 적절한 보험급여로 제공할 수 있는 효율적인 방안이 지속적으로 모색되어야 할 것이다.

2. 재정안정화

건강보험의 재정안정화를 위한 방안에 대하여는 건강보험의 전국민확대적용이 준비되던 시기부터 본격적으로 연구²¹⁾되기 시작하여, 전국민의료보험 확대 시기에는 그간의 재정운용을 바탕으로 재원조달의 측면은 물론이고 비용억제 방안과 관리운영방식에도 관심을 논의의 시작하게 되었다.²²⁾ 건강보험의 관리운영주체인 다수의 의료보험조합간에 재정수지의 편차가 심할 때에는 재정안정화사업이 정책적 중점이 고액 및 노인진료비에 대한 조합간의 재정공동사업 등을 통하여 조합간 재정불균형의 효율적 조정과 의료비증가의 억제에 정책적 관심사였고,²³⁾ 1996년 전체 보험재정수지가 적자를 기록한 이후 2000년 들어 건강보험통합과 의약분업의 도입이라는 제도의 변화를 거치면서는 재정위기를 건강보험제도 자체에 대한 신뢰의 위기로 보아 진료비지불수가, 급여구조의 개편, 재원마련방안, 관리운영시스템의 합리화, 보건의료자원의 공급과 분포의 적정화, 서비스의 개선 등 건강보험의 재정안정화를 위한 전반적인 대책방안에 대하여 논의를 하고 있다.²⁴⁾

의료비의 증가는 세계적인 추세라고 할 수 있다. 1960년으로부터 1997년 사이 세계 주요국가의 국민총생산(GDP) 대비 국민의료비 지출을 보면, 독일은

21) 보험재원의 안정성에 관하여 적정보험료의 부담수준은 예상 및 실제의 수입과 지출 사이의 오차가 최소화되어야 한다는 것과 산출된 보험료율 수준으로 향후 재정의 균형이 계속하여 유지될 수 있느냐 하는 동태적 개념을 뜻한다고 한다. 노인철·이충섭, 『전국민의료보험과 재원조달』, 한국인구보건연구원, 1988, 64면 이하.

22) 노인철·한혜경·이필도, 『의료보험 재정안정화 방안』, 한국보건사회연구원, 1990, 12, 163~167면.

23) 최병호, 『의료보험 재정안정화를 위한 재정조정방안』, 한국보건사회연구원, 1996, 78~80면.

24) 참조: 한국보건사회연구원, 『국민건강보험 재정안정체계구축을 위한 제도개선방안』, 2001. 5; 한국보건사회연구원, 『국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화 방안』, 2001. 12; 한국보건사회연구원, 『국민건강보험의 재정건실화 방안』, 2002. 9; 김용익, “보건의료정책의 방향”, 『복지동향』, 1999. 7; 신영전, “보건의료제도의 개혁과제”, 『복지동향』, 1999. 7; 조홍준, “국민건강을 위한 의료보험제도의 개혁방안”, 『복지동향』, 1999. 7; 조홍준, “의료보험 개혁운동의 성과와 과제”, 『복지동향』, 1999. 12; 김창엽, “보건의료 - 불가피한 변화, 미완의 개혁”, 『복지동향』, 1999. 12.

4.3%에서 10.4%, 프랑스는 4.2%에서 9.6%, 미국은 5.1%에서 13.5%, 우리나라는 1970년 2.1%에서 4.0%로 우리나라를 포함한 각국의 의료비는 거의 2배 이상 상승하였음을 알 수 있다. 따라서 이들 국가에서의 의료보험법개혁의 시급하고도 중요한 목표는 의료보험제정의 안정인 것이다.²⁵⁾ 우리나라의 2003년 총 의료급여 비용은 2조 2121억원으로 전년도보다 8.9%증가²⁶⁾하였는데, 이러한 증가세는 꾸준히 계속되고 있다.

의료비안정화대책 등 건강보험의 재정건전화대책은 중요한 정책적 함의를 지니고 있다. 왜냐하면 노령인구의 증가, 보건의료기술의 발전과 고급의료기기의 경쟁적 도입, 만성퇴행성질환의 증가 등으로 고도진료와 장기진료를 필요로 하는 환자수가 크게 늘어나게 되어 의료비가 지속적으로 상승할 전망이다. ²⁷⁾ 이러한 의료비의 지속적인 상승요인과 함께 건강보험의 재정위기는 의료비의 일반적 상승추세, 보험수가체계의 불합리, 국민의 의료욕구의 상승, 인구의 고령화와 수급기간의 장기화, 자영업자나 전문직 등의 경우 소득과 약관과 징수율저하 등이 그 원인으로 지적되고 있다.²⁸⁾

재정안정화 방안은 의료공급자, 의료소비자, 의료관리자의 측면에서 찾을 수가 있는데, 의료공급자 측면에서의 재정안정화방안의 하나로 의료비의 허위·부당청구를 찾아내어 제재를 가하는 의무감사제도의 강화 등이 필요하다고 할 수 있다. 의무감사라고 하는 것은 ‘숙련된 의사가 의무기록에 대한 상세한 검토와 평가를 통하여 제공된 의료급여에 대하여 판정하는 것’으로 정의되고 있으며 미국과 영국에서는 의무감사제도에 커다란 중요성을 부여하고 있다.²⁹⁾ 독일의 경우에도 의료감정기관(Medizinischer Dienst, 약칭 MD)을 통하여 건강보험급여제공의 적실성을 상시 평가하고 있다. 독일 연방의료보험법 제275조에 규정되어 있는 동 기관은 피보험자의 의료보장을 개선하고 급여의 악용을 방지하기 위하여 설치되었음을 밝히고 있으며,³⁰⁾ 주된 업무는 의료급여의 질적 수준과 경제성(Wirtschaftlichkeit)을 평가하는 것이다. 평가대상이 되는 의료급여는 고가의 의료급여, 급여의 남용이 자주 행해졌거나 급여의 남용이

25) 이상광, 전계논문, 72면.

26) 건강보험심사평가원, 『2003년 건강보험심사통계지표』, 2004. 3, 13면.

27) 권순원, 전계서, 198면.

28) 이상광, 전계논문, 73면.

29) 문옥륜(역), 전계서, 150면.

30) BT-Drucks.(독일 연방하원공보) 11/3320.

나 경제성이 의심되는 의료급여로 한정된다. 우리의 경우에 요양기관의 부당 청구 조사 및 처분현황은 다음의 표와 같으며, 건강보험심사평가원을 통하여 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하고 있다.

요양기관 부당청구 조사 및 처분현황(2003.12월말 기준)

(단위: 기관수, 억원)

구 분	조 사 기관수	부 당 기관수	부당금액	행정처분			부당이득 금만환수	처분절차 진행 중
				계	업무정지	과징금		
2001년	813	640	112	490	188	302	150	-
2002년	683	503	68	324	120	204	135	44
2003년	696	535	125	95	40	55	58	382

자료: 보건복지부, 『2003 보건복지백서』, 296면

이러한 의무감사제도의 엄격한 운용과 허위·과다청구의 적발과 엄격한 제재 등은 재정안정화에 일정부분 기여³¹⁾할 뿐만 아니라 건강보험의 의료공급자에게서 발생할 수 있는 도덕적 해이를 막을 수 있는 제도적 장치인 것이다.

재정안정화를 위한 최근의 대책으로는 『건강보험재정건전화특별법』의 입법³²⁾을 통하여 건강보험의 재정적자의 조기해소와 재정수지의 균형을 목적으로 지역가입자들에 대한 보험급여비용 등의 50%를 국고와 국민건강증진기금에서 지원하도록 법제화하였다. 이외에도 수가·보험료를 건강보험정책심의위원회에서 심의할 수 있도록 하고, 병상적정수급계획의 수립과 고가의료장비의 설치를 규제할 수 있도록 법제화함을 통하여 의료비증가와 보험료인상을 억제함으로써 재정안정화를 기하려 하고 있다. 이러한 재정안정화를 위한 한시입법의 불가피성은 이해가 될 수 없는 바는 아니지만 보다 장기적이고 근본적인 건강보험구조조정이 필요하다는 점이 지적될 수 있을 것이다.

3. 소득재분배기능의 적정화

사회보험으로서의 건강보험의 기본적인 원리에 해당하는 위험분산과 소득재분배기능은 비교적 부유하고 건강한 사람들에게서 상대적으로 가난하고 건강이 나쁜 사람들에게로 자원을 이전시키는 것이라고 설명되고 있다.³³⁾

31) 건강세상네트워크·참여연대·김홍신의원실, 『건강보험재정통합 이후의 과제와 전망에 관한 정책토론회』, 2003. 6, 24면.

32) 법률 제6620호로 2002년 1월 19일에 제정·공포되었고, 2004년 1월 29일에 개정·공포되었다. 동법은 2006년 12월 31일 까지 효력을 지닌다.

33) 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 『국민을 위한 건강보험』, 2004, 29면.

사회보험법의 일 유형인 건강보험법체계에서는 원칙적으로 보험의 원리가 적용되지만 사보험과는 달리 사회적 조정의 요소가 가미된다. 즉, 민간 사보험에서는 보험의 가입여부가 당사자간의 자유로운 의사결정에 의해 이루어지는 반면 사회보험은 법률에 따라 가입의무를 부과한다. 사보험은 개인의 위험의 정도와 발생빈도를 기준으로 보험료가 산정되나 사회보험의 보험료는 피보험자의 소득에 비례하여 산정되므로 어느 정도 피보험자간의 소득 재분배가 이루어진다. 사보험의 보험급여는 피보험자가 각출한 보험료에 정확히 비례하여 지급됨이 원칙이나 사회보험은 저소득자에 대하여 일정한 배려를 하고 있다.³⁴⁾ 이를 요약하면, 건강보험법은 가입강제와 보험료산정방식을 통하여 건강보험체계 내에서 소득재분배의 효과가 발생하도록 제도화하였다는 것이다.

소득재분배는 의료보호제도나 공적 부조제도 및 기타의 사회보장제도를 통하여 시행되고 있으며 건강보험에 있어서의 소득재분배는 질병에 걸린 중산층의 생명을 경시하는 발상이라는 비판³⁵⁾이 있기는 하지만, 소득재분배는 사보험과는 다른 사회보험으로서의 건강보험제도를 구성하는 기본원리의 하나라고 보고 있으며³⁶⁾ 이러한 소득재분배효과는 건강보험에서 특히 두드러진다고 평가되고 있다.³⁷⁾ 전술한 바와 같이 사회보험으로서의 국민건강보험의 보험료는 개인의 위험실현 가능성에 비례하여 산정되는 것이 아니라 소득에 비례하여 산정되기 때문에 건강보험에 있어서 소득재분배는 기본원리에 속하는 것이다. 다만, 건강보험법에 있어서 소득재분배는 적절한 한계에 머물러야 하며,³⁸⁾ 그것이 개인의 자유권을 과도하게 침해하여서는 아니 된다는 점이 지적되고 있다. 복지국가원리는 법치국가원리의 한계 내에서 실현되어야 한다.³⁹⁾

34) 대한병원협회, 전계서, 48면.

35) 그러나 이러한 견해에서도 고소득층에서 저소득층으로의 소득이전적 재분배가 아닌 건강한 사람으로부터 건강하지 못한 사람으로의 보험사고상의 수평적 배분은 가능한 것으로 인정하고 있다. 권오성, “의료보험의 문제와 개혁방안”, 『의료보험제도에 시장원리를』, 자유기업센터, 1998, 16면.

36) 이상광, 『사회법』, 박영사, 1988, 258면.

37) 전광석, “사회보험의 소득재분배구조에 대한 헌법적 접근”, 『사회보장법학』, 한림대학교 출판부, 1993, 63면.

38) 건강보험제도에 있어서의 이러한 적절한 소득배분배는 건강보험의 기본적인 양대 목표로서의 피보험자의 자기책임과 건강보험제도의 연대공동체적인 성격을 동시에 반영하는 것이다. 상제는 Krauskopf, Dieter, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung Kommentar, SGB V, Vor §1, 1면 이하.

39) 이상광, 전계논문, 80면.

4. 민영건강보험과의 조화

최근 많은 국가에서는 국민의 건강향상문제를 공적 보험으로만 해결할 수 없다는 것을 깨닫고, 의료영역의 일정부분을 민간부문에 위탁 또는 대체하도록 전환함으로써 공공-민간 협력정책을 시행하고 있다. 공보험과 민영보험의 협력 정책은 공보험의 주요목표 중 일부분인 위험공유정도, 소득재분배 효과, 도덕적 해이 문제를 고려하여 적정성에 근거한 정책을 수립할 수 있게 할 것이다.⁴⁰⁾

민영건강보험의 활성화가 비용절감에도 도움이 되지 않을뿐더러 형평성의 악화로 인하여 공적 건강보험의 붕괴를 가지고 올 것이라는 우려⁴¹⁾가 있으며, 특히 경쟁적인 민영건강보험제도⁴²⁾의 도입은 네덜란드나 독일 또는 칠레나 베트남의 제도적 실패에서 볼 수 있듯이 공적 건강보험의 파탄을 초래한 경험이 있기 때문에 부정적으로 평가되고 있다.⁴³⁾ 이와는 달리 국민건강보험의 기본적인 구조 안에서 민영건강보험의 보충적 역할은 공보험과 민영보험간의 협력과 경쟁을 통하여 긍정적인 효과를 가져 올 것이므로 적극적으로 검토되어야 한다는 주장⁴⁴⁾이 있다. 민영건강보험의 보충적 역할이란 국민건강보험의 가입대상에서 제외되는 국민과 본인부담으로 되는 고가의 의료장비 및 기술 등을 급여의 대상으로 하는 비급여보완형 민영건강보험제도를 의미하는 것이다.

우리나라 보건의료체계의 현실여건에서 공공부문과 민간부문간의 적정한 혼합은 보건의료생산기능과 재원조달기능에서의 양 부문의 상호협업 및 분업체제를 지향하여야 한다.⁴⁵⁾ 현재의 미분화된 의료공급구조를 세분화하여 공공의료부문과 민간의료부문으로 구분해 각각 다른 의무와 권리를 부여하는 방안을

40) 연세대학교 의과대학 예방의학교실, 전게서, 251~253면.

41) 박종연·김경하·김창보·신수희, 『민영건강보험도입에 대비한 공보험의 대응방안』, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 2002, 109면.

42) 이는 공적 건강보험과 민영건강보험이 병존함으로써 소비자는 둘 중 하나를 선택하여 가입할 수 있는 유형을 의미한다.

43) 특히 우리나라의 상황에서는 두 가지의 문제점이 지적되고 있다. 하나는 건강보험이 기본적인 혜택조차 제공하지 못하고 있는 실정에서 대체·경쟁적인 민영건강보험을 도입할 경우 공보험이 그 역할을 민영보험에게로 떠넘기게 될 위험이 있다는 것이다. 다른 하나는 국민들이 민영건강보험을 선택하게 되면 공보험에는 건강리스크가 큰 사람들만 남게 되어 그 재정적인 위험과 부담이 크게 증가할 우려가 있다는 것이다.

44) 허호영·김용아·송인숙, 전게서, 180면.

45) 문옥륜, “공공 및 민간보건의료부문 협력체계 구축방안”, 『창립4주년 기념 정책세미나』, 한국보건정보정책연구원, 2003. 6, 39면.

생각할 수 있다는 것이다.⁴⁶⁾

5. 간호보험 도입의 필요

간호보험⁴⁷⁾이란 노인질환 및 사고로 인하여 독자적인 생활이 거의 곤란한 사람을 대상으로 하는 생활의료급여를 의미한다고 할 수 있다. 독일, 미국, 일본 등을 포함하여 고령사회에 진입한 주요 국가들에서 이미 간호보험제도를 규율한 법률을 입법하여 시행하고 있다. 이러한 장기요양제도를 도입하는 방법으로서, 국가가 세금으로 조성된 재원으로서 간호서비스를 제공하는 방법과 사회보험방식으로 간호보험제도를 도입하는 방법이 있을 수 있다.

1995년부터 독일에서 시행되어지고 있는 사회보험으로서의 간호보험은, 이전에 건강보험에서 중증의 ‘요간호자’에 대한 간호급여(Leistungen bei Schwerpflegebeduerftigen)를 통하여 주어지던 의료보험급여⁴⁸⁾를, 간호보험이라는 독자적인 보험의 영역으로 만들어 제도화한 것이다. 독일에서 간호보험법이 논의되기 시작하여 입법되기까지는 20년 이상 동안 준비해온 것으로 알려지고 있다.⁴⁹⁾ 노령이나 선천성 장애⁵⁰⁾ 또는 현대사회에서 빈번한 교통사고 등으로 인한 후천성 장애로 인하여 일상생활에서의 거동이 불가능하거나 불편한 “요간호자”를 대상으로 하는 간호급여는 장기적이고 고비용을 요구하는 특성을 지니고 있었다. 따라서 간호보험제도가 도입되기 전에는 의료보험과 사회부조의 재정에 막대한 압박을 가하고 있었기에 간호보험제도의 도입은 일단 그 자체가 긍정적으로 평가되고 있다.⁵¹⁾ 2000년부터 사회보험으로서의 개호보험(介

46) 대한병원협회, 전계서, 185면.

47) 간호(看護) 및 간병(看病)을 보험급여로 하는 사회보험의 용어선택에 있어서 혹자는 일본법상의 용례인 개호보험(介護保險)을 쓰는데 이는 우리에게 현저히 생소한 용어이며, 혹자는 간병보험이라고 하는데 이는 노령으로 인하여 거동이 불편한 상태를 질병으로 여긴다는 전제를 지니는 용례이기에 부적합하다고 본다. 노인요양보험이라는 용어도 노인이 아닌 급여대상자를 포함하지 못하는 용어이기에 적합하지 못하다. 이외에도 수발보험, 요양보험, 장기요양보험 등의 용어가 사용되기도 하지만, 간호라는 용어가 질병과 거동곤란을 돕는다는 것을 의미하는 용어로서 제일 적합한 것이 아닌가 한다.

48) 전광석, 『독일사회보장법론』, 법문사, 1994, 159면.

49) Jikeli, Joachim, “독일 요양보험의 발전 및 현황과 미래”, 『요양보험제도』, 강원대학교 비교법학연구소, 2004, 19면.

50) 각 의료보험조합에서 선천성 장애자의 가입을 거부하는 것이 사회문제가 되기도 하였는데, 간호보험제도의 도입을 통하여 이 문제가 완화되는 효과를 거두기도 하였다.

51) 독일의 간호보험법에 관하여 상세한 내용은 홍완식, “독일의 간호보험에 관한 법적 고

護(保險)을 도입한 일본도 장기적으로 고비용을 요하는 급여에 대한 의료보험 재정의 문제를 해결하고 새로운 의료급여수요를 충족시키는 제도로서 개호보험제도를 도입하였다.

이러한 간호보험제도를 도입하여 법제화한 외국의 경험을 보면 법제화작업도 중요하지만 새로운 보험제도에 필요한 재정을 어떠한 방식으로 마련하는가가 해결하기 어려운 문제였다. 대부분의 독일이나 일본 등의 국가에서는 사회보험방식으로 장기요양서비스의 소요재정을 충당하고 국민전체를 대상으로 하는 보편적인 의료서비스제도를 마련하였다. 우리나라도 이들 국가의 경험을 참고하여 사회보험방식에 의한 장기요양서비스체제를 검토할 필요가 있다. 일본의 개호보험법이나 독일의 간호보험법이 참고가 될 것이다.

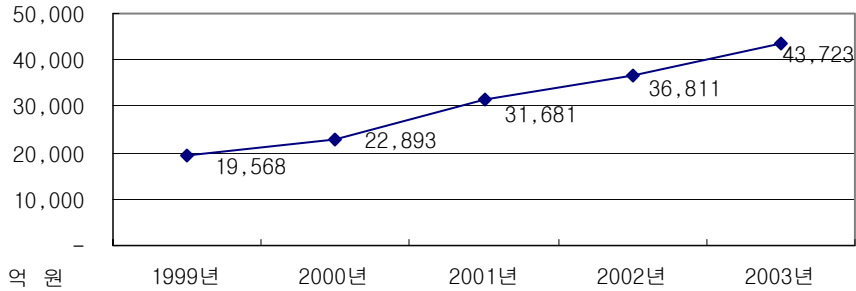
2003년도 건강보험 가입자의 65세 이상 인구구성비는 전년도 7.2%에서 7.5%로 4.2% 증가하였고, 의료급여수급자의 65세 이상 인구구성비는 전년도의 26.4%에서 27.0%로 2.3% 증가한 것으로 나타났다.⁵²⁾ 이렇게 노인인구의 증가에 따라 노인인구에 대한 진료비도 점차로 증가하고 있다. 즉, 2003년 건강보험 65세 이상 노인진료비는 4조3723억원으로 전년도 보다 18.8% 증가하였고, 구성비율에서도 총요양급여비용의 21.3%로 전년도의 19.3%에 비해 2.0%p증가하였다. 또한, 내원일당 진료비도 전년도에 비해 6.0%증가한 25,337원으로 나타났다. 의료급여 65세이상 노인진료비는 8156억원으로 전년도보다 10.8%증가하였고, 구성비율에서도 총의료급여비용의 36.9%로 전년도의 36.3%보다 0.3%p증가하였다. 또한 내원일당진료비는 전년도에 비해 7.6%증가한 26,653원으로 나타났다.⁵³⁾

찰”, 『건국대 사회과학연구』 제10집, 1999, 133면 참조.

52) 통계청의 인구추계에 의하면 2004년 현재 우리나라의 65세 이상 인구는 약 8.7%(약 420만명)로 이미 고령화사회(aging society)가 되었고, 2019년이면 65세 이상인구가 14.4%가 되는 고령사회(aged society), 2026년이면 20%가 되는 초고령사회(super aged society)에 도달할 것으로 예측되고 있다. 이러한 전체인구에서 차지하는 고령인구의 비율은 점차 낮아지는 출산율로 인하여 그 대책마련의 심각성을 가중시키고 있다. 즉, 우리나라의 출산율은 1972년 4.14%, 1982년 2.42%, 1992년 1.78%, 2002년 1.17%를 나타내고 있다. 2002년의 우리나라의 출산율은 OECD평균 출산율인 1.6%보다도 낮으며, 이러한 출산율의 저하는 다른 국가에서도 그 사례를 찾아보기 어려운 정도로 급격한 것이다. 이러한 인구구조의 변화는 사회보험료를 재원으로 하여 운영되는 사회보험체계 특히 연금보험과 건강보험의 재정불균형을 방지할 정책과 법제도를 요구한다. 홍완식, “사회현실의 변화와 입법”, 『국회도서관보』 305호, 2004. 9, 26면.

53) 건강보험심사평가원, 전계서, 8면.

연도별 65세이상 노인진료비 추이



자료 : 건강보험심사평가원, 『2003년 건강보험심사통계지표』, 2004. 3

이처럼 노인진료비는 해마다 증가하는 추세⁵⁴⁾이며 2003년도는 전년에 비해 18.8% 증가한 4조3723억원으로 총진료비의 21.3%를 차지하고 있음을 알 수 있다. 특히, 건강보험 가입자중 65세 이상 노인인구는 3,541천명으로 전체인구의 7.5%이나 진료비는 인구구성비에 비해 2.8배 더 높게 나타났다.

2003년 현재 65세 이상 노인의 약 14.8%인 59만여명이 타인의 도움을 받지 않으면 일상생활이 어려운 요양보호 대상자로 나타났다. 앞으로 고령화의 진전에 따라 2010년 79만여명, 2020년에는 114만여명으로 늘어날 전망이다. 특히, 75세 이상 후기 노인에게 높게 나타나는 노인치매 출현율은 2001년 7.6%에서 2004년 8.3%, 2010년에는 10.6%로 증가될 전망이다. 이로 인하여 요양보호비용은 2003년 3조 4천억원에서 2007년 4조 1천억원, 2020년에는 8조 3천억원까지 늘어날 것으로 예상된다.⁵⁵⁾ 취약계층의 보호와 관련하여 노인치매와 중풍, 중증장애인 및 장기질환자를 위하여 재활병원, 요양병원 및 간호요양원 시설확충의 중요성이 강조되고 있다.⁵⁶⁾ 노인의료비대책은 갈수록 중요한 정책 과제로 부상하게 될 것이며, 이에 대한 적절한 법적 대비가 필요할 것이다. 현재 ‘공적 노인요양보장제도’의 근거법률이 될 『노인요양보험법』이 2010년 본

54) 노인진료비는 1999년 1조9568억원(16.7%), 2000년 2조2893억원(17.4%), 2001년 3조1681억원(17.8%), 2002년 3조6811억원(19.3%), 2003년 4조3723억원(21.3%)로 지속적·대폭적으로 증가해 왔다. ()는 총진료비에 대한 노인진료비 구성비율. 건강보험심사평가원, 전계서, 8면.

55) 보건복지부, 전계서, 186면.

56) 권순원, 전계서, 178면.

격시행을 목표로 준비 중에 있다.⁵⁷⁾

6. 건강보험법제의 정비

국민건강보험법 제40조에 규정된 소위 요양기관 당연지정제도⁵⁸⁾의 문제점이 지적되고 있다. 당연지정된 의료기관은 정당한 이유가 없이는 요양급여를 거부할 수 없다. 이 규정에 대하여 계약의 자유를 내용으로 하는 행복추구권을 침해하는 위헌적인 제도라는 주장도 있지만, 이는 직업선택이 아니라 직업행사의 자유가 제한되는 것으로서 입법자의 형성의 자유에 속하는 것으로 보아 위헌이라고 볼 수는 없다는 견해⁵⁹⁾가 유력하다. 그러나 의료의 질을 향상시킬 수 있는 의료제도와 건강보험제도의 완성도강화가 바람직하고 의료시장개방과 경제특구에의 외국병원설립이 가시적인 시점에서는 동 제도의 위헌성과 함목적성이 재검토되어야 할 것이다. 이러한 관점에서 의료서비스의 질적 저하를 막기 위한 방법으로 국민건강보험법의 개정을 통하여 보험자와 의료공급자간의 관계에서 경쟁원리를 도입되어야 한다고 주장된다. 통합주의의 채택을 통하여 보험자선택의 가능성이 봉쇄된 일원화된 의료보험체계에 있어서 보험자와 요양기관의 관계에 남아 있는 경쟁원리의 도입가능성마저 완전히 없애버리면 의료보험재정, 운영의 효율화, 의료의 질은 저하된다는 것이며, 이러한 경쟁원리의 실종이 건강보험법의 심각한 문제점으로 지적되고 있다.⁶⁰⁾ 이러한 당연지정제도에 대비되는 제도로는 요양기관계약제도가 있다. 요양기관계약제

57) 2003년 보건복지부는 『공적노인요양보장추진기획단』을 설치하였으며, 동 기획단은 공청회 및 전문가 의견조사 결과 등을 통하여 재원조달방식 등을 마련하였다. 앞으로 시범사업을 거쳐 2007년부터 2013년까지 단계적으로 확대 시행해나가는 것을 목표로 하고 있다. 공적노인요양보장제도 실행위원회, 『노인요양보장체계 시안에 관한 공청회』, 2004 참조.

58) 1979년 4월 17일 『의료보험법』의 개정으로 요양기관지정승인신청에 의한 강제지정제도가 도입되었으며, 이러한 요양기관 강제지정제도는 1999년 2월 8일 『국민건강보험법』의 제정을 통하여 요양기관 당연지정제도로 변경되었다. 요양기관강제지정제를 규정하고 있는 구 의료보험법 제32조 제1항과 국민건강보험법 제40조 1항에 대한 위헌확인소원에서 헌법재판소는 ‘요양기관 강제지정제’의 목적은 법률에 의하여 모든 의료기관을 국민건강보험체계에 강제로 편입시킴으로써 요양급여에 필요한 의료기관을 확보하고 이를 통하여 피보험자인 전 국민의 의료보험수급권을 보장하고자 하는 것으로, 이는 입법자의 형성의 자유의 범위 내에 있고 과잉금지외 원칙을 위반한다고 할 수 없으며, 직업선택의 자유나 의료소비자의 자기결정권 및 평등권에 대한 침해주장을 인정하지 아니 하였다. 헌법재판소 2002. 10. 31 99헌마76, 2000헌마505.

59) 전광석, 『한국사회보장법론』, 법문사, 2003, 252면.

60) 이상광, 전계논문, 78면.

는 보험자인 국민건강보험공단이 의료서비스를 공급할 것을 내용으로 의료기관과 단체 또는 개별적으로 계약을 체결하여 요양기관으로 인정하는 제도를 의미한다. 『국민건강보험법』 제40조의 위헌여부와는 별개로 국민의 기본권과 의료공급자의 직업선택의 자유, 자기결정의 자유를 이익형량하여 점차로 국민의 의료혜택의 범위를 확대시켜나가는 것이 바람직하다는 주장⁶¹⁾에서부터 의사협회 등 많은 단체나 연구기관은 당연지정제도의 폐지와 요양기관계약제를 주장하고 있으며,⁶²⁾ 국민건강보험공단도 장기적인 과제로 요양기관계약제도를 검토하고 있다.⁶³⁾

본인일부부담금에 관한 사항은 국민건강보험법 제41조에서 “제39조제1항의 규정에 의한 요양급여를 받는 자는 대통령이 정하는 바에 의하여 그 비용의 일부를 본인이 부담한다”고 규정하고 있다. 이에 따라 국민건강보험법시행령에서는 본인부담금의 구체적인 사항을 별표 2에서 정하고 있으며, 2004년 6월 29일 시행령개정으로 본인이 부담한 비용의 총액이 6월간 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단이 부담하는 본인부담상한제를 실시하고 있다.⁶⁴⁾ 현행 국민건강보험법은 법제화의 한계 및 행정입법의 불가피성을 고려하더라도 법제화의 정도가 지극히 낮다는 점이 지적되고 있는데, 이처럼 국민의 의료급여와 관련한 본인부담금의 상한제와 관련된 사항은 국회가 제정하는 형식적 법률에 의하여 규율되는 것이 바람직 할 것이다.⁶⁵⁾ 이외에도 구 의료보험법 제31조제2항에 대한 위헌확인사건⁶⁶⁾에서도 의료보험법상의 분만급여와 같이 개인의 기본권실현에 있어서 중요한 사항을 행정입법에 위임하는 것은 ‘위임입법금지 원칙’이라는 헌법적 요청에 반하는 것이라고 하고 있다.⁶⁷⁾ 위임입법의 남용과 함께 문제되는 것으로서 건강보험법제에서 구체성과 명확성이 결여되어 있음이 지적되고 있다. 건강보험법이 동 제도에 참여하는 이해집단의 평등권을

61) 신소희, “국민건강보험법상 요양기관 지정제에 관한 논의 - 국민건강보험법 제40조 제1항의 위헌여부에 관한 헌법소원 청구내용을 중심으로 -”, 『사법행정』, 2002. 6, 31면.

62) 대한병원협회, 전게서, 170면; 연세대학교 의과대학 예방의학교실, 전게서, 354면.

63) 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 전게서, 76면.

64) 동 시행령의 개정 전에는 본인부담금이 30일간 120만원을 초과하는 경우 초과금액의 50%를 사후에 보상하는 본인부담액보상금 제도를 운영하였었다.

65) 대한병원협회, 전게서, 179면.

66) 분만급여의 구체적인 방법·절차·범위·상한기준 등 요양급여의 기준을 보건복지부장관이 정하도록 하는 규정에 대하여 위헌확인청구가 제기되었다. 헌법재판소 1997. 12. 24 95마390.

67) 전광석, “법률유보의 문제와 위임입법의 한계”, 『헌법판례연구』, 법문사, 2000, 355면.

보장하고 협조적인 참여를 보장하기 위해서는 가입자, 공급자, 정부, 국민건강보험공단 등 주요 이해당사자별 권리와 이해에 대한 조항을 명확하게 설치하고 이를 규정하는 것이 바람직하다는 것이다. 국민건강보험법에 대하여 국민의 건강보험을 담당하는 법이라기보다는 ‘건강보험공단설립및운영에관한법률’이라고 병칭을 바꾸는 것이 적당한 수준이라는 비판이 가해지고 있다.⁶⁸⁾

국민건강보험법 제68조 제2항은 “지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부한다”라고 규정하고 있다.⁶⁹⁾ 국민건강보험법상 지역가입자의 보험료는 주민등록상의 세대를 기준으로 세대구성원의 소득·재산·생활수준 및 경제활동 참가율을 참작하여 합산·부과하며, 이러한 보험료는 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부하도록 규정되어 있다. 따라서 건강보험의 수급권을 가지는 이상, 미성년자라 할지라도 보험료 납부의무를 부담하게 되어 있는 것이다. 이러한 이유로 실무에서는 지역가입자였던 미성년자가 성년이 되어 소득이 발생하였을 경우, 체납보험료를 독촉함과 동시에 국세체납처분의 예에 의한 강제징수절차를 실시하고 있다. 이러한 점에서 국가가 법률로 미성년자에게 부모 등 세대주에게 부과되었던 건강보험료의 연대납부의무를 강제하는 것은 적절한 것인지에 대한 의문이 제기되고 있다.⁷⁰⁾ 즉, 동 규정의 적용으로 인하여 체납세대에 속한 미성년자가

68) 한나라당 정책위원회, 『건강보험개혁과 특별법제정을 위한 공청회』, 2003. 4, 26~27면.
 69) 이러한 현행 국민건강보험법 제68조(보험료의 납부의무) 제2항의 보험료연대책임 규정은 1999년 2월 8일에 법률 제5854호로 국민건강보험법이 제정되면서 처음으로 그 내용이 삽입되었다. 이전의 의료보험법은 제53조에서 ‘보험료의 납부의무’를 규정하면서 “지역피보험자의 보험료는 조합원인 세대주 또는 피보험자가 납부하여야 한다”라고만 규정하고 있었다. 즉, 1999년에 국민건강보험법이 제정되기 전에는 보험료납부의무를 규정하고 있는 규정에서, 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원의 연대납부의무를 규정하지 않고 있었다. 이러한 연대납부의무가 삽입된 경위와 이유에 대하여는 당시 동 법률안에 대한 입법취지나 주요골자에는 나와 있지 아니하고, 심사의견 및 검토의견이 누락되어 있기 때문에 그 이유를 확인하기 어렵다. 다만, 보험료징수의 편의를 위하여 동 규정이 입법된 것으로 짐작되어진다. 우리의 국민건강보험법제와 가장 유사한 독일의 『건강보험법 (Sozialgesetzbuch(SGB) 5)』과 일본의 『國民健康保險法』에는 이와 같이 미성년자를 포함하게 되는 건강보험료의 연대납부의무를 규정하고 있지 않다.
 70) 헌법재판소에는 국민건강보험법 제68조 제2항의 건강보험료의 연대납부의무와 관련하여 2건의 헌법소원이 제기되었었다. ‘사건2003헌마891 국민건강보험법 제68조 제2항 위헌확인’ 사건은 청구인이 변호사를 대리인으로 선임하지 않았기 때문에 각하되었고, ‘사건2004헌마322 국민건강보험법 제68조 제2항 등 위헌확인’ 사건은 ‘기본권 침해의 사유가 있음을 안날로부터 90일 이내에, 기본권 침해의 사유가 발생한 날로부터 1년 이내에 청구’하도록 되어있는 청구기간의 도과를 이유로 하여 2004년 5월 11일에 각하되었다. 즉, 이 두 사건은 동법 제68조 제2항의 기본권침해여부와 위헌여부를 판단하여 볼 수 있는

성인이 되어 소득활동을 시작하는 시기에 급여가 압류되는 등의 문제가 발생하고 있는 것이다.⁷¹⁾ 이는 사회생활의 시작에서부터 세대주(대개의 경우 부모)의 빚을 연대하여 부담한다는 것은 가혹하며 헌법 제13조 제3항에 규정된 “모든 국민은 자기의 행위가 아닌 친족의 행위로 인하여 불이익한 처우를 받지 아니 한다”에 위배될 가능성이 크며, 이러한 미성년자에 대한 건강보험료납부의 연대책임은 사회생활을 시작하는 사회초년생의 생존권을 위협할 수 있으며, 이는 또한 근대 사법의 기본원리인 ‘자기책임의 원리’에 반하는 것이라고 할 수 있다. 빚을 상속시키지 않기 위하여 상속포기나 한정상속제도를 두고 있는 민법의 취지나 규정의 내용과 비교하여 볼 때에도, 건강보험료의 연대납부의무규정은 많은 문제를 안고 있다고 할 수 있다. 따라서 지역가입자가 속한 세대의 세대주나 세대원이라는 사실만으로 보험료연대납부의무를 부담시키는 동 규정은 법적, 사회적 문제점이 있으며, 외국의 유사입법례도 찾을 수 없을 정도로 검증되지 않은 제도라고 할 수 있으므로 동 규정의 삭제 또는 보완이 요구된다.

국민건강보험법 제68조 제2항 후단은 “가입자 1인에게 행한 고지 또는 독촉은 당해 세대의 지역가입자 모두에게 효력이 있는 것으로 본다”고 규정하고 있다. 이는 빈번한 세대구성원의 변동에 효율적으로 대처하고 고지서 중복발행에 따른 낭비를 방지하고, 고지서를 직접 받지 못했다 하여 납부의무를 기피하는 것을 예방하기 위하여 1인에게 행한 (독촉)고지의 효력이 당해 세대의 지역가입자 전원에게 미치도록 하는 취지를 담고 있어 보인다. 그러나 보험료 납부를 촉진하고 기피를 방지하기 위한 동 조항의 유용성은 인정하나, 국외 등에 장기간 출타중인 세대원에게 동 고지의 효력을 인정하여 체납 및 연체 등의 책임을 지우는 것은 바람직하지 않을 것이다. 동 규정이 필요불가결하다면 그 취지는 살리되, 비합리적인 결과가 발생하는 것은 방지할 수 있는 예외규정을 두는 등의 보완 및 개선이 필요할 것이다.

헌역병의 경우는 2004년 1월 29일에 국민건강보험법 제54조의2를 신설함을 통하여 건강보험급여의 혜택을 받을 수 있도록 하고 있다. 다만 동법 제6조제

기회였음에도 불구하고, 헌법재판소가 본안에 대하여 심사할 기회를 갖지 못하고 말았다. 그러나 이러한 헌법소원청구 사건이 제기되었다는 사실은 동 규정이 기본권침해와 위헌의 혐의가 있음을 보여주는 것이라고도 할 수 있다.

71) 동 조항에 의하여 2003년 16,325명에 해당하는 86억 상당에 해당하는 총 체납보험료가 있으며, 이 중 920명에 대하여 임금이 압류 중이라는 사실은, 동 조항의 문제점이 크다는 사실을 증명한다. 2004년 보건복지위원회 국정감사자료.

2항과 제49조에 의하여 현역병은 원칙적으로 건강보험급여를 받을 수 없도록 하는 규정과의 관계상, 법무부장관·국방부장관·행정자치부장관·경찰청장·해양경찰청장이 연간 소요될 것으로 예상되는 현역병 등의 요양급여비용을 미리 공단에 예약하는 방식을 통하여 해결하고 있다. 현역병의 보험급여수급의 문제는 긴절한 과제였기에 이는 바람직한 입법조치이다. 아쉬운 것은 제49조에서 보험급여를 일시적으로 하지 않는 4개 항목이 “① 국외에 여행중인 때 ② 국외에서 업무에 종사하고 있는 때 ③ 제6조제2항제2호에 해당하게 된 때 ④ 교도소 기타 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 때” 인데, 아직 교도소 재소자 등의 경우에도 이렇게 법무부장관의 요양급여예약방식을 통하여 의료급여문제를 해결하지 않고 있는 점이다. 자유형의 목적이 단순한 행형(行刑)이 아닌 교정(矯正)이라는 점이 인정되고 재소자 등의 의료처우의 심각성⁷²⁾이 감안된다면, 재소자 등에 대한 요양급여비용의 지급에 관한 입법조치가 필요하다. 입법기술 상으로는 이와 같은 보험급여지급이 동일한 법률의 다른 조항에서는 금지됨에도 불구하고 별도의 조항을 두어 이를 허용하는 방식으로 할 것이 아니라, 급여의 정지에 관하여 규정하고 있는 제49조의 문구를 수정함을 통하여 문제를 해결하는 것이 바람직 할 것이다.

이외에도 국민건강보험공단의 운영에 있어서 가입자의 참여가 실질적으로 보장되어야 한다는 점과 국민건강보험공단이 보건복지부와의 관계에 있어서 자율성과 독립성이 확보되어 있지 아니하고 건강보험심사평가원에 대한 의존성이 지나치게 높음으로 인하여 급여지급과 급여공급자의 통제에 관한 업무를 심사평가원의 처리결과에만 의존하고 있다는 점이 문제로 지적되고 있다.⁷³⁾

IV. 맺음말

다른 법률과 마찬가지로 건강보험법도 의료영역을 포함한 사회적인 합의에 따라서 규율되어질 때만이 정당성을 획득할 수 있다. 의료영역에서 행위, 조직,

72) 2001년 8월 국정감사자료에 의할 때 전국 교정시설의 의료인력은 공중보건의를 포함하여 총 130명이고, 이 중 53명의 의사는 서울구치소와 진주교도소, 대전교도소를 제외하고는 한 교정시설 당 1인이 근무하는 것으로 나타나 있다. 이는 수용자 1,000명당 1인의 비율이다. 병원이송 등이 행형법의 규정되어 있으나 그 실효성은 지극히 낮다고 할 수 있다. 박양빈, “21세기 교정의 진로와 과제”, 『21세기 교정비전과 처우의 선진화방안』, 한국형사정책연구원, 2003, 203면.

73) 건강세상네트워크·참여연대·김홍신의원실. 전게서, 9면.

체계의 차원을 관할하는 법규범들은 관료적인 프로그램이나 의료인의 전문지식만을 옮겨놓은 프로그램이나 시민단체나 언론이 의도적으로 주도하여 형성된 여론에 따른 합의는 정당성을 지니지 못한다는 것이다. 오직 민주적 규범형성 즉 의료영역에서 행위, 조직, 체계의 차원을 관할하는 모든 법규범들은 의료시민사회와 의료공론영역에서 형성되는 합의를 수용할 수 있는 만큼에 비례하여 정당한 것일 수가 있다는 것이다.⁷⁴⁾

건강보험법제를 형성하고 이를 개선해 나가는데 있어서는 많은 이해당사자가 있다. 국가, 국내외의 의료공급자, 국민의 대다수인 의료소비자, 민영건강보험의 확대에 관심을 지니고 있는 보험사, 정당, 시민단체 등에 의하여 현행 건강보험법의 많은 문제점이 지적되고 그 개혁방안이 무수하게 제시되고 있다. 앞에서 살펴본 바와 같이 이들 개혁방향은 입법기술적이거나 단순한 입법정책적 차원의 것일 수도 있지만 국가의 경제질서나 사회복지정책의 기본방향과 관련된 것도 있을 수 있다. 이러한 점에서 입법정책은 무한한 경계를 지니는 것이 아니라 헌법적 한계를 지닌다는 점이 지적될 필요가 있으며, 이러한 헌법적 한계에 대하여 국민들이 동의를 하지 않는 경우에는 헌법개정절차 통하여 헌법이 개정된 이후에 새로운 헌법적 틀 안에서 그에 적합한 입법정책이 수립될 필요가 있다.

우리의 건강보험법제는 우선적으로 경쟁적 요소가 반영되어 제도의 효율성을 높이는 방안이 모색되어야 할 것이고, 건강보험의 보장성과 재정안정성이라는 목표 간에 균형이 이루어져야 한다. 이러한 점에서 공적 건강보험과 보충적인 민영건강보험제도간의 조화가 이루어지도록 하는 입법과 공적 건강보험의 본질적인 요소인 소득재분배장치가 적절한 정도가 될 수 있도록 하는 입법기술이 요청되어진다. 치매나 사고로 인한 요양급여의 충족과 건강보험의 재정안정을 위한 장기적인 해결방안으로는 간호보험이 도입되어야 할 것이다. 법과 제도는 한번 잘못 만들어지면 이를 바로 잡기 위하여 많은 노력과 수고를 기울여야 한다. 독일에서 간호보험법을 제정하기 위하여 20년 이상의 논의와 사회적 합의절차를 소홀히 하지 않은 것, 여러 국가에서 수행되어지는 입법평가제도에 관한 연구와 이의 제도화, 법률의 관찰과 개선을 위한 노력 등은 건강보험법제의 현황과 문제점을 파악하고 풀어야 할 과제를 이행함에 있어서도 염두에 두어야 할 것이다.

74) 이상돈, 『의료체계와 법』, 고려대학교출판부, 2000, 50면.

Current Status and Problems of the National Health Insurance Act

Hong, Wan-Sik*

The purpose of “National Health Insurance Act” is to improve the citizens’ health and promote social security by providing the citizens 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 2003.

Though the national health insurance system has developed since it was introduced, the system has some problems to be solved. The national health insurance faces difficulties with a rapid cost expansion, inefficiency, instable budget and insufficient health care for older people. First of all, efficiency and financial stability have to be provided for the national health insurance. And the private health insurance may play complementary role to the national health insurance. The proportion of the population above age 65 increase from 8.7% in 2004(aging society) to about 14.4% in 2019(aged society) and is projected to reach 20% in 2026(super aged society). According to this demographic development we need reform of national health insurance act with reconstructing the elderly health care system and a new health care system for older people.

* Senior Researcher, National Assembly Library, Ph. D in law