

국민건강보험제도의 지속가능한 관리와 운영을 위한 법제개선방안

홍종현



재정법제 연구 13-18-①

국민건강보험제도의 지속가능한 관리와 운영을 위한 법제개선방안

홍 종 현



국민건강보험제도의 지속가능한 관리와 운영을 위한 법제개선방안

A Study on the National Health Insurance
Service Legal Institution for its sustainable
management and development

연구자 : 홍종현(한국법제연구원 초청연구원)
Hong, Jong-Hyun

2013. 8. 31.

요약문

I. 배경 및 목적

□ 분석 배경과 목적

- 최근 10여년간 국민건강 보험급여비용은 연평균 11% 이상씩 급속하게 증가하고 있고, GDP 대비 국민의료비 비중의 평균증가율은 OECD 평균치보다 2배 이상 높게 나타나고 있음
- 국민의 양질의 의료서비스에 대한 수요는 높아지고 있으나 보험료 인상 내지 국고지원에 한계가 있음
- 건강보험재정을 안정화하지 않으면 제도의 지속가능성을 확보할 수 없으므로, 건강보험제도에 대한 일반 국민의 신뢰를 전제로 건강보험제도의 개선방안을 모색하여야 함

□ 법제분석 방법

- 본 연구는 국민건강보험이 사회보험제도의 하나로서, 연대성의 원리에 기초한 사회국가원리에 의하여 정당화된다는 점을 전제하고, 국민건강보험제도의 탄생과 역사적 발전과정을 검토하면서 국민건강보험법제의 현황 및 문제점을 분석하였음
- 국민의 건강권 내지 의료접근권을 보장하고 실현하기 위하여 국민건강보험법제가 우선적으로 추구하여야 할 목표(지속가능한 보장성 강화)와 수단(소득 중심의 보험료 부과체계 단일화 방안)을 나누어 검토함

- 재원의 확보(보험료)와 지출(보험급여)의 균형을 달성하기 위한 의사결정구조를 자율적이고 독립적인 메카니즘에 따라 정치적 영향력을 최소화하고 가입자인 국민의 의사와 이익을 반영할 수 있는 구조로 재편할 수 있는 원칙과 기준을 모색함

II. 주요 내용

□ 국민건강보험제도의 의의 및 기능

- 현대 사회국가는 사회·경제적 약자의 생존배려를 위한 급부제 공과 사회적 불평등의 제거를 위하여 다양한 공적 과제를 수행하여야 하고, 그 중에서도 건강권 내지 보건권의 실현은 생존의 기초로서 매우 중요한 의미를 갖고 있음
- 보건권은 사회권의 일종으로서 국가에 대해 적극적인 조정과 개입을 요청하는 급부청구권이고, 그 내용과 효력은 법률에 의해 구체화됨
- 국민건강보험제도의 기능 : 사회적 연대성의 강화 (사회통합)
 - 보험료와 보험급여 사이의 개별적 등가성 원칙 수정 (국고지원의 정당화)
 - 사회보험체계 내에서의 소득의 재분배를 정당화하는 근거 (부담평등의 원칙)
 - 보험급여수혜자가 아닌 제3자(사용자)의 보험료 납부의무 정당화
 - 재정구조가 취약한 보험자와 재정구조가 건전한 보험자 사이의 재정조정

○ 국민건강보험제도의 특성

- 강제가입 및 적용 (보험료 납부의무의 강제성)
- 부담능력에 따른 보험료의 차등부담과 보험급여의 균등한 수혜
- 단기보험

□ 국민건강보험제도의 운영구조

- 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 상호간의 바람직한 관계 설정
- 가입자인 일반 국민과 공급자(의약업계) 상호간의 이해충돌상황에 대한 정부의 조정기능과 보험자인 국민건강보험공단의 역할
- 건강보험심사평가원에서 의료신기술과 진료행위, 투약행위 전반에 대한 심사·평가기능의 독립성, 그 의의와 한계에 대한 분석

□ 국민건강보험제도의 탄생 및 역사적 발달

- 2000년 조직 및 재정통합 이전의 상황
: 다수의 조합, 직장가입자와 지역가입자의 구별
- 조직 및 재정통합을 둘러싼 논란, 의의 및 성과와 한계 분석
- 국민건강보험재정의 구조변화와 재정건전화특별법 제정
 - 담배에 대한 국민건강증진부담금 및 국민건강증진기금의 설치·운영
 - 국민건강보험에 대한 정부의 국고지원의 의의 및 기능
 - 건강보험정책심의위원회 : 정부 주도의 의사결정구조 일원화

□ 국민건강보험의 지속가능한 보장성 강화

- 보장성을 강화하기 정책적 노력 그리고 법제화 과정 분석
- 보장성을 강화하기 위한 주요 정책과제
 - 저소득층(차상위계층)에 대한 의료급여와 거의 동등한 수준의 보장
 - 재난적 의료비(Catastrophic Health Expenditure) 해소
 - 필수의료 중심의 보장성 강화
- 건강보험의 보장성 강화시 유의사항 : 지속적인 확인·검증의 필요
- 법제도적 개선방안
 - 요양급여 대상은 국민건강보험법 제41조의 위임을 받은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령)으로 정함
 - 본인부담 사항은 국민건강보험법 제44조에 의거하여 동법 시행령에 일괄 위임하여 시행령 제19조와 별표 2, 별표 3 등에 의하여 구체화되고 있음
 - 법률유보원칙에 부합하는 위임입법의 정당한 범위와 한계에 대한 법제정비 필요

□ 소득 중심의 보험료 부과체계 단일화

- 사회보험료의 의의 및 형성원리 : 보험의 원리, 사회연대의 원리
- 보험료부과체계의 변천과정 및 법적 규율 체계
- 보험료부과체계의 문제점

- 부담평등의 원칙에 입각한 소득 중심의 보험료부과체계 개선
 - 지역가입자와 직장가입자로 구분된 보험료부과체계 일원화
 - 근로소득이 아닌 기타 금융소득 등에 대하여도 건강보험료 부과
 - : 소득과 관련된 자료를 공유할 수 있는 법적 근거와 한계 정비
 - 소비세를 인상하여 그 일정부분에 대한 사회보험료 부과·활용
 - : 소비세의 소득역진성은 감면제도를 활용·보완 (저소득층 보호)
- 재정운영위원회와 건강보험정책심의위원회의 기능 합리화

Ⅲ. 기대효과

□ 학술적 효과

- 국민건강보험제도의 지속가능한 운영과정에서 제기되는 재정법적 문제를 재정민주주의의 관점에서 국민의 의사와 이익을 고려하여 검토하고, 이에 대한 개선방안을 민주적 정당성에 기초한 신뢰와 감시·감독을 실현하기 위하여 법적 규율의 방향 내지 지침을 구체화

□ 정책적 효과

- 과거 국민건강보험의 통합과정에서 제기된 헌법적 쟁점들을 재검토하고, 이에 대한 개선방안으로서 재정지출의 합리화와 원활한 재정수입의 확보방안을 연계하여 모색함

▶ 주제어 : 국민건강보험, 건강보험정책심의위원회, 재정운영위원회,
보장성 강화, 보험료 부과체계

Abstract

I . Background and Purpose

Background and purpose of this study

- The cost of National Health Insurance Service has increased rapidly by more than 11 percent annual average for 10 years recently and the average rate of increase in the proportion of national fee for medical treatment per GDP is two times higher than that of average OECD countries.
- The national demand for high-quality medical care services is growing, but there is a limit to raise up the insurance bill or the support of public finance.
- Because the sustainability of the National Health Insurance Service (NHIS) system cannot be obtained without the stabilization and soundness of the NHIS finance, it is necessary to seek the improvement scheme of NHIS institution based on the trust of general people.

Methodology

- In this study, I analyzed the current situation and problems of the Legal Institution of the National Health Insurance Service with reviewing the birth and historical development of NHIS system on

the premise that it is one of the important institutions of social insurance based on the ideal of welfare state (“Sozialstaat” or “Wohlfhartsstaat” in german) and the principle of social solidarity (“Solidaritätsprinzip” in german)

- In order to secure and fulfill the right to access the medical treatment or the right to health of the people, the premium goals of the NHIS legal institution is that the sustainable security level of NHIS should be enhanced continuously and its means is to unify the system of imposing the insurance bill centered on the income and profit.
- To balance the revenue (by securing the financial resources with the insurance bill) and the expenditure (with providing medical fee), the structure of decision-making should be autonomous and independent mechanism by minimizing the political influence and channelizing the will and goods of people who are enrolled in the NHIS system.

II. Main Contents

- The Significance and Function of the NHIS Institution
 - The modern social(welfare) states are required to carry out a wide range of public tasks to provide benefits to the socio-economic disadvantaged groups for their survival care and to remove the social inequality, so that especially the realization of public health care service system is very important as the basis of survival.

- The right to health, as a kind of social rights, is a public claim for payment or allowance to state that require the active coordination and intervention of the country and its contents and effect is embodied by law (statute).
- The function of National Health Insurance Service system
 - : Strengthening the social cohesion (Social Integration)
 - Adjust the individual equivalence principle between the insurance fees(bills) and medical fees. (Justification of public financial support)
 - Basis to justify the redistribution of income in the social insurance system. (Principle of burden equality)
 - Justification of the obligation to pay the insurance fee of third party(employer) who is not a direct beneficiary of the insurance and medical service.
 - Financial adjustment between the insurers who have sound financial structure and the insurer who have vulnerable one.
- The features of National Health Insurance Service system
 - Compulsory joining and enrollment (the payment obligation of the insurance fee)
 - Differentiate the burden of insurance fee depending on the earning and bearing capacity, however, the equal benefits of medical service and fee
 - Short-term insurance

Management Structure of NHIS system

- Configuration of desirable relationship among the Ministry of Health and Welfare, National Health Insurance Service and the Health Insurance Review and Assessment Service
- The role of the NHIS as the insurer and the function of government to adjust the conflict of interests between the provider (medical doctor, hospital or pharmaceutical industry) and the general public as a subscriber.
- The analysis of Health Insurance Review & Assessment Service to examine and evaluate the new medical treatment technology - its function should be accomplished independently.

The birth and historical development of NHIS

- The situation before the year 2,000 - the integration of organization and finance
 - : Multiple associations(unions) are composed of regional subscribers and subscribers in workplace distinctively.
- The debate over fiscal and organizational consolidation - analysis on its results and significance
- The structural changes in the NHIS finance and the enactment of special act on the fiscal consolidation of NHIS in 2002
 - Impose the “Fee for Health Promotion” on the tobacco to set up and manage the fund for the public health promotion

- Analyse the significance and function of the public financial support for the NHIS system
 - Health Insurance Policy Deliberative Committee : the unification of the government-led centralized decision-making structure
- The sustainable enhancement of securing the National Health Insurance Service
- Analysis of the rule-making process and policy supports to strengthen the secure guarantee of NHIS
 - The major policy issues on the enhancement of securing the guarantee of NHIS
 - Almost the same guarantee level of low-income (lower income family) as the medical care of welfare
 - Relief of the Catastrophic Health Expenditure
 - Security enhancement centered on the necessary(indispensable) medical care
 - Considerations of security enhancement of NHIS : the need for the ongoing verification and validation
 - improvement plan of the legal system
 - The subject of medical care expenses shall be prescribed by the regulations on the standards for National Health Insurance medical care expenses(the ordinance of the Ministry of Health and Welfare), authorized in the Article 41 of the National Health Insurance Act

- The subject of the user-paid expenditure of patient is embodied in the Article 19 of the enforcement ordinance of the National Health Insurance Act, with its asterisk 2 and 3 etc, which is overall entrusted by the basis of Article 44 of the National Health Insurance Act
 - Improve the related legislation according to the legitimate scope and limitation of the delegated legislation that complies with the principle of statutory reservation (“Vorbehalt des Gesetzes” in german)
- The unification of the levy system of imposing the insurance fee on the basis of income
- The significance and formation principle of social insurance fee : the principles of insurance, the principle of social solidarity
 - The historical development and legal system of imposing the NHIS fee
 - The problem of the system to impose the NHIS fee : Inequality of burden
 - The improvement of the levy system to impose the NHIS fee based on the income according to the principle of burden equality
 - Unify the insurance levy system separated into the workplace subscribers and the regional subscribers
 - Impose the NHIS fee on the other kinds of income, for example the financial income etc. rather than the earned income
 - : Establish the legal basis to share the data associated with various revenues (incomes) with National Tax Service

- Raise up the consumption tax to impose and collect the social insurance fee
 - : The Regressivity of consumption-tax (indirect tax) should be complemented by utilizing the tax-exemption for the protection of low-income class
- 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 NHIS)”

III. Expected Effect

Academic effect

- The legal and financial problems of NHIS in the course of a sustainable operation of national health insurance system are to be reviewed from the point of view of public financial democracy, taking into account the interests and will of the general public, so that the legal improvement of the guidelines or direction of the legal discipline of monitoring and supervision can be embodied on the general public trust and the democratic legitimacy.

Effect in Policy

- This analysis re-examine the constitutional issues raised in the course of NHIS integration in the past, and seek to find out the measures of smoothly securing the revenue (insurance fee) and the efficiency

of spending(expenditure, medical care expenses) in tandem as a remedy.

▶▶ Key Words : National Health insurance Service, Health Insurance Policy Deliberative Committee, Fiscal Management Committee, Enhancement of securing the NHIS guarantee, the system to impose and collect the insurance fee

목 차

| | |
|-----------------------------------|----|
| 요 약 문 | 5 |
| Abstract | 11 |
| 제 1 장 서 론 | 23 |
| 제 1 절 연구의 목적과 대상 | 23 |
| 제 2 절 연구의 방법 | 27 |
| 제 2 장 국민건강보험제도의 의의 및 기능 | 31 |
| 제 1 절 사회국가원리의 의의 및 실현구조 | 31 |
| 1. 사회국가원리의 개념 및 내용 | 31 |
| 2. 사회국가원리의 법적 성격과 효력 | 32 |
| 3. 사회국가원리의 실현구조와 한계 | 34 |
| 제 2 절 보건권을 실현하기 위한 국민건강보험법제 | 36 |
| 1. 보건의 개념과 보건권의 연혁 | 36 |
| 2. 보건권의 의의 및 법적 성격 | 36 |
| 3. 법령에 의해 구체화되는 보건권의 구체화 | 38 |
| 제 3 절 국민건강보험제도의 의의와 실현구조 | 39 |
| 1. 건강보험제도의 의의 및 법적 근거 | 40 |
| 2. 건강보험의 기능 및 특성 | 42 |
| 3. 국민건강보험제도의 운영구조 | 46 |

| | |
|------------------------------|----|
| 제 3 장 국민건강보험제도의 탄생과 역사적 발전과정 | 53 |
| 제 1 절 국민건강보험제도의 탄생 및 발달 | 53 |
| 1. 국민건강보험제도의 탄생 | 53 |
| 2. 국민건강보험제도의 역사적 발달 | 54 |
| 3. 조직 및 재정통합의 의의와 기대효과 | 56 |
| 제 2 절 국민건강보험 재정구조의 변화 | 60 |
| 1. 조직 및 재정통합 이전의 재정상황 | 60 |
| 2. 재정통합 이후 누적적자에 대응하는 특별조치 | 61 |
| 3. 국민건강보험에 대한 국고지원의 의의 및 기능 | 63 |
| 제 3 절 국민건강보험재정에 대한 법적 규율체계 | 66 |
| 1. 국민건강보험재정의 현황 및 문제점 | 66 |
| 2. 국민건강보험재정의 확보 및 운영 | 68 |
| 3. 예산 및 회계에 대한 규율 | 72 |
| 4. 국민건강보험재정의 결산 및 통제 | 76 |
| 제 4 장 국민건강보험의 지속가능한 보장성 강화 | 79 |
| 제 1 절 국민건강보험 보장성 강화의 정당성 | 79 |
| 1. 건강보험제도의 현황 및 보장성 강화의 필요성 | 79 |
| 2. 건강보험의 보장성을 강화하기 위한 정책적 노력 | 80 |
| 3. 건강보험의 보장성을 강화하는 목표와 수단 | 84 |
| 제 2 절 보장성을 강화하기 위한 주요 정책과제 | 86 |
| 1. 저소득층의 보호기능 강화 | 86 |

| | |
|--|-----|
| 2. 재난적 의료비의 해소 | 88 |
| 3. 필수의료 중심의 보장성 강화 | 90 |
| 제 3 절 국민건강보험의 보장성 강화를 위한 법제도적 개선방안 모색 | 95 |
| 1. 건강보험제도의 법적 규율 정비 및 개선방향 | 95 |
| 2. 최근 발의된 국민건강보험법 개정안의 주요내용 | 98 |
| 3. 국민건강보험법 개정안에 대한 평가 | 102 |
| 제 5 장 소득 중심의 보험료부과체계 단일화 | 109 |
| 제 1 절 재정수입의 기초 및 법적 근거 | 109 |
| 1. 국민건강보험료의 의의 및 성격 | 109 |
| 2. 보험료 부과체계의 변천과정 | 111 |
| 3. 국민건강보험료에 대한 법적 규율체계 | 114 |
| 4. 보험료부과체계의 현황 및 문제점 | 116 |
| 제 2 절 부담평등의 원칙과 실현방안 | 118 |
| 1. 사회보험료 부과에 있어서의 부담평등원칙 | 118 |
| 2. 가입자대표의 참여를 통한 평등의 실현 | 119 |
| 3. 부담평등원칙에 부합하는 보험료부과체계의 개선방안 | 123 |
| 제 3 절 의사결정구조의 개선방안 | 127 |
| 1. 국민건강보험재정의 운영체계 및 기금화 논란 | 128 |
| 2. 국민건강보험 통합 당시의 정책결정 메카니즘 | 132 |
| 3. 재정운영위원회의 역할 및 위상 | 136 |
| 4. 건강보험정책심의위원회 등의 대표성 문제 | 138 |

제 6 장 민주적 재정운영을 통한 건강보험의 발전 141

<참 고 문 헌> 149

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적과 대상

우리나라의 국민건강보험은 1977년 처음 도입된 이래 짧은 약 36년만에 국민건강을 보호하고 한국의 의료수준을 세계적 수준으로 제고하는 데 크게 기여하였다. 1989년 전국민 건강보험을 달성하여 세계적으로도 가장 단기간에 포괄적인 의료보장체계를 확보한 성공사례로 기록되고 있으며, 기대수명도 80.5세로 OECD 평균을 넘어섰으며, 의료서비스의 접근가능성(accessability), 품질(quality)과 비용(cost) 등도 다른 나라에서 배우는 수준에 이르렀다.

그러나 우리나라 국민건강보험제도의 여건은 우호적이라고 평가하기 어렵다. 저출산·고령화 시대가 도래함에 따라 보험료를 낼 사람은 줄어들어 수입은 감소하고, 노인진료비 등 보험급여비 지출은 대폭적으로 증가하고 있다.¹⁾ 질병 역시 급성질환보다 만성질환의 비중이 증가함에 따라 최근 10년간 만성질환 진료비는 3배 이상 늘어 전체 진료비의 35%를 점유하고 있으며, 근본적인 보험급여 지출의 관리시스템이 올바르게 갖추어지지 않은 상태에서 행위별수가제의 한계, 비급여 항목의 증가, 과도한 약제비용 등으로 인하여 의료비 지출은 날로 늘어가고 있다. 그럼에도 불구하고 국민건강보험의 보장성은 취약하여 사회적 취약계층은 질병에 걸리더라도 의료서비스를 제대로 받지 못하거나, 재난적 의료비로 말미암아 가계에 큰 부담이 생길 수도 있다. 결국 일반 국민들은 대부분 사보험(실손의료보험, 장애보험)에 추가적으로 가입하여 질병 또는 사고에 대비하고 있는 실정이다.²⁾

-
- 1) 2011년 기준으로 전체인구의 11%를 차지하는 노년층의 진료비는 전체 진료비의 33%를 차지하고 있고, 2020년에는 약 46%로 증가할 것으로 예측되고 있다.
 - 2) 실제로 국민건강보험의 보장성은 OECD 평균수준인 80%에 훨씬 못 미치는 62.7%로 의료서비스를 이용할 경우 서민가계에 큰 부담을 지우고 있다.

그리고 최근 저출산 고령화로 인하여 노인인구의 비중이 증가하고 인구구성이 변화하는 것은 건강보험제도에 직접적인 영향을 미칠 수 있다. 이는 생산인구의 감소를 초래하여 부양부담을 가중시켜 세대간 갈등을 유발할 수 있고, 사회통합에 부정적 영향을 초래할 우려가 있다. 그리고 노인인구의 증가는 만성질환자 및 국민의료비의 급증을 야기하여 건강보험 재정에 위협요인으로 작용할 수 있다. 2011년 기준으로 10.52%의 노인인구가 전체 건강보험급여의 34.13%를 소비하였고, 노인 1인당 진료비(296만 6천원)도 전체 평균진료비(93만 7천원)에 비해 3.16배 높게 나타났다.

이러한 어려움 속에서도 국민의 건강에 대한 욕구와 양질의 의료서비스에 대한 욕구는 더욱 높아지고 있다. 1인당 국민소득이 20,000달러를 넘어섬으로써 보건의료서비스의 질을 향상·제고하는 기대수준이 높아지고 새롭고 다양한 의료서비스에 대한 수요가 나타날 것으로 예상된다. 이제까지는 의료접근성에 대한 문제만 다뤄졌지만, 소득수준의 증가와 함께 진일보한 양질의 의료서비스에 대한 욕구가 강하게 나타나기 시작하게 되면서 적정한 비용부담의 한계 내에서 의료의 질을 제고할 수 있는 방안을 모색하여야 하는 시점이 온 것이다.

이러한 상황에서 건강보험제도는 재정건전성 문제로 인하여 지속가능성에 심각한 위협을 받고 있다. 건강보험 급여비용은 2000년대 재정통합 이후에 연평균 11% 이상씩 급속하게 팽창하고 있고, GDP대비 국민의료비 비중의 평균증가율은 OECD 평균치보다 2배 이상 높게 나타나고 있다. 그러나 보험재정수입을 확보하는 것은 보험료 인상이나 국고지원에 한계가 있고, 이미 건강보험재정운영의 흐름을 분석해 보면 재정건전성이 확실하게 담보되고 있다고 보기 어려운 상황이다. 만약 향후 건강보험제도의 개선이 이른 시일 내에 이루어지지 않는 한 건강보험재정상태가 심각하게 악화되어 국민의 건강권이 위협받을 수 있는 상황이 도래할 수 있는 위협요인이 잠재되어 있는 것이다.

그럼에도 불구하고 국민건강보험제도의 기본적인 틀은 과거의 직장가입자와 지역가입자를 통합한 보험료 부과체계를 유지하고 있다. 즉, 건강보험재정은 하나로 통합되었으나 보험료부과체계는 지역·직장가입자별로 기준이 달라서 많은 갈등과 민원을 야기하고 있는 것이다. 그리고 직장가입자에게만 인정되는 피부양자 제도로 말미암아 직장인 자녀가 있는 (소득과 재산이 많은) 노년층에게는 보험료를 부과하지 않고, 직장인 자녀가 없는 (소득과 재산이 적은) 노년층에게는 보험료를 부과하여 사회적 갈등과 혼란을 빚고 있다. 직장가입자에서 지역가입자로 전환한 경우에 급증한 보험료 불만을 무마하려고 도입한 임의계속가입자 제도 역시 고액연금을 받는 사람들이 보험료를 형편보다 적게 부담하게 하여 다른 가입자들에게 상대적 박탈감을 느끼게 하고 있다. 또한 거시적으로 보면 국민건강보험재정은 급증하는 진료비 등 보험급여비에 대처하기 위하여 안정적인 재원확보가 전제되어야 하나, 최근 들어 흑자와 적자를 반복하면서 예측불가능하고 불안정한 수지를 기록하고 있다.

국민건강보험의 지속가능성을 확보함에 있어서 중요한 것은 재정의 수입과 지출의 수지균형이 달성되고 건전성에 문제가 생기지 않도록 효율적으로 관리·운영하는 것뿐만 아니라, 건강보험제도의 정당성에 대한 국민의 신뢰가 형성되어야 한다는 점이다. 설령 건강보험재정에 문제가 생긴다 하더라도 이를 회복하고 유지하기 위한 국민적 공감대가 형성되어 있다면 국민건강보험제도가 성공적으로 정착·운용될 수 있다. 그러나 만약 국민건강보험의 정당성에 대한 의심이 증폭되고 신뢰가 약화되면 법률에서 강제가입을 의무적으로 규율하고 있다 하더라도 건강보험제도의 지속이 어려워질 것이다. 따라서 일반 국민들이 사회보험의 필요성과 정당성에 대한 인식을 공유하고 재정수입과 지출이 올바르게 합리적으로 이루어지고 있는지를 확인하고 검증할 수 있는 법제의 정비가 반드시 필요하다.

그러나 현행 제도에 따르면 국민건강보험의 주인(主人)이라고 할 수 있는 가입자는 보험급여의 내역 및 가격 결정과 같은 중요한 의사결정과정에서 사실상 배제되어 있다. 이로 인하여 건강보험가입자의 욕구 내지 수요와 보험재정의 재정수입과 지출이 상호 연동되지 못하고 건강보험제도의 탄력성과 수용성이 약화되고 있다. 보험자인 국민건강보험의 입장에서 보면 보험료 수입과 보험급여 지출을 관리할 수 있는 메카니즘이 분산되고 취약하여 보험급여 비용의 청구 - 심사 - 지급 - 사후관리가 연계되어 체계적으로 관리되지 못하고 있다는 비판이 날카롭게 제기되고 있다.

이러한 문제점을 개선하기 위하여 국민건강보험법제는 가입자인 국민의 의사와 이익을 고려하여 보장성을 확대하기 위한 기반인 국민건강보험재정을 안정적으로 확보하여야 한다. 즉, ‘건강보험의 지속가능한 보장성 강화’는 견고한 보험재정과 국민의 신뢰에 기초하여 추진할 수 있을 것이다. 따라서 재정수지의 측면에서 ‘소득 중심의 보험료 부과체계’를 마련하여 안정적인 재정수입을 확보하고, ‘보험급여의 결정구조 및 진료비 청구·심사·지급체계의 합리화 방안’을 마련·시행하여 재정지출에 대한 합리적 규율을 마련하여야 한다. 그리고 국민의 신뢰와 정당성을 확보하기 위하여 국민건강보험의 중요사항을 결정하는 과정에 참여할 수 있는 통로를 구성하여야 한다. 이를 통하여 정부와 건강보험공단의 기능과 역할이 재조정되어야 하고, 국민건강보험제도의 목표인 보건복지의 헌법적 과제가 민주적 정당성을 기반으로 하여 효과적으로 달성될 수 있을 것이다.³⁾

3) 이외에도 최근 삶의 주기에 따라서 ‘평생맞춤형 통합건강서비스 제공’과 고령화 시대를 맞이하여 ‘노인장기요양보험에 대한 보완·개선’이 중요한 과제로서 제시되고 있다. 이는 국민건강보험제도와 연계하여 별도의 논의를 요하는 의료보건정책에 기초한 정책과제수행의 의미가 있을 것으로 판단된다. 이에 대한 법제도적 개선방안에 대한 연구는 향후 별도의 과제로서 진행하고자 한다.

제 2 절 연구의 방법

이와 같은 문제에 접근하기 위하여 다음과 같은 방법으로 본 연구를 진행하고자 한다. 제2장에서는 국민건강보험제도의 정당성과 필요성을 헌법상 사회국가원리에 기초하여 살펴보고, 사회보험의 의의와 기능 그리고 법과 정책을 통해서 구체화되는 사회적 기본권과 사회보험법제의 특성을 고려하면서 그 실질적 조건과 한계인 재정의 중요성을 논증하고자 한다.

이를 기초로 하여 제3장에서는 국민건강보험제도의 탄생과 역사적 발전과정을 검토하면서 건강보험재정의 현황과 문제점을 정리하고, 재정법의 관점에서 건강보험제도의 개선사항을 체계적으로 정리하기 위한 분석을 시도하고자 한다.

이러한 논의를 기초로 하여 국민건강보험법제의 현황과 주요 정책과제를 재정지출과 재정수입의 측면으로 나누어 검토하고자 하는데, 우선 제4장에서는 지속가능한 보장성 강화를 살펴보고, 제5장에서는 안정적인 재정수입을 위한 소득 중심의 보험료부과체계 단일화 방안을 모색하고자 한다. 우선적으로 국민건강보험의 보장성 강화를 지속적으로 추진해야 하는 과제를 검토하고자 하는 이유는 국민건강보험제도의 존립이유이자 목적은 국민의 건강을 보호하고 적절한 의료서비스를 국민에게 제공하여야 하는 것이기 때문이다. 즉, 현실적 수단이라고 할 수 있는 건강보험재정수준에 보건복지의 목표를 맞추는 것이 아니라, 국민의 보건권을 보장하고 실현하여야 한다는 기본목적이 명확하게 설정된 이후에 이를 달성하기 위한 재원의 확보방안을 논의하는 것이 논리적으로 타당할 것이다.

물론 이는 국민건강보험을 통하여 보장성을 강화하기 위한 실질적 조건인 재원확보방안을 도외시한 채 일방적으로 보건권 실현의 목표만을 강조하여 건강보험의 보장성을 100%로 하여야 한다는 의미는

결코 아니다. 이는 “지속적으로 실현가능한 범위에서 최적의 수준에서 보장성을 강화하기 위해 필요한 재원분담방안 등에 대한 사회적 합의를 도출하는 것이 중요하다”는 의미로서 이해되어야 한다. 그리고 그 전제인 지속가능성에 대한 요청은 세대와 지역 간의 갈등을 극복하여 사회통합을 이루는 것에 그치지 않고, “현재 세대의 필요를 충족시키기 위하여 미래 세대가 사용할 경제·사회·환경 등의 자원을 낭비하거나 여건을 저하시키지 아니하고 서로 조화와 균형을 이루는 것”(지속가능발전법 제2조 제1호)으로 미래 후손의 이익을 함께 고려하여야 한다는 요청으로서 의미를 갖게 된다. 즉, 국민건강보험의 재정운영에 있어서의 공공성은 투명성과 현재 존재하는 계층과 세대간의 갈등 뿐만 아니라, 향후 장래세대에 미칠 파급효과까지도 고려하는 통찰력과 책임성 등이 뒷받침되어야 올바르게 실현될 수 있는 것이다.

이와 같은 건강보험의 보장성 강화에 대한 이해를 바탕으로 하여 재원확보(수입)의 형평성을 제고하고, 보험급여(지출)의 효율성을 제고하여야 하는 문제가 뒤따르게 된다. 이는 재정의 수입과 지출의 흐름에서 생기는 재정수지를 관리하는 문제로 단순화할 수 있는데, 단지 기술적·계량적 차원에서 접근할 수 있는 문제는 아니다. 실제로 이는 보험료 부과·징수의 일선 현장에서 국민들이 가장 심각하게 느끼는 가입자 간의 형평성에 대한 문제이고, 보험급여를 받는 의료기관과의 관계에서 부정수급 적발 내지 급여와 비급여의 비중 문제 역시 직접적으로 국민에게 영향을 미친다는 점에서 매우 신중하고 중요하게 다루어져야 할 쟁점이다. 보건복지부는 필요할 경우 “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항고시”를 개정하여 보험급여대상의 범위를 확대하거나 축소할 수 있고, 보험료를 산정하는 기준 역시 국민건강보험법 제73조의 위임을 받아서 동법 시행령 제44조에서 규정하고 있다.⁴⁾

4) 현행 국민건강보험법 시행령 제44조에 의하면 직장가입자의 경우 근로소득 * 보

그리고 제5장에서는 재정수입의 안정적인 확보를 위한 ‘소득 중심의 보험료부과체계 단일화’ 방안을 살펴보고자 한다.⁵⁾ 마지막으로 제6장에서는 결론적으로 민주적인 재정운영을 위한 국민건강보험제도의 개선 방안을 모색하고자 한다. 이는 기존의 국민건강보험제도의 운영방식과 실현구조에 어떤 변화를 모색하여야 하는지에 대한 논의이다. 한편으로는 이를 공단의 일반회계로서 남겨두는 것이 아니라, 국회의 심의·의결을 받는 기금의 형태로 운영할 경우의 장·단점을 검토하고 재정법적 관점에서 과연 국민건강보험기금을 창설하는 것이 바람직한지 여부를 분석할 것이고, 다른 한편으로는 별도의 법인인 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원으로 나뉘어진 현 체제의 정당성을 검토하고, 가입자인 국민들이 건강보험제도운영의 의사결정과정에서 참여할 수 있는 통로를 법제도적으로 확보할 수 있는 방안을 모색하고자 한다. 이를 통하여 정부와 건강보험공단의 기능과 역할을 재조정하면 의약업계 대표와 가입자위원회 사이에서 국민건강보험공단과 보건복지부는 상대적 자율성을 확보하고, 조정 내지 중재자로서의 역할을 보다 잘 수행할 수 있을 것으로 기대된다.

보험료율(5.89%), 지역가입자의 경우 보험료 부과점수 * 점수당 금액(172.70원)으로 규정되어 있는데, 이는 보건복지부 산하 건강보험정책심의위원회를 통하여 국무회의에서 의결되어 통과된다.

- 5) 재정수입의 측면에서 가입자들이 기여하는 보험료 수입 외에 국고지원 역시 상당히 중요한 요소이다. 그러나 본 연구에서 이 부분은 간단히 언급하는 수준에서 그치게 될 것이다. 2000년 재정통합 당시 국민건강보험 재정위기가 발생한 적이 있고, 이에 대응하기 위하여 한시법인 ‘국민건강보험재정건전화특별법’을 제정하여 시행한 바 있다. 이는 2002년 1월 1일부터 2006년 12월 31일까지 효력을 갖는 법이었고, 2007년 1월 1일 국민건강보험법을 개정하여 동 규정의 효력을 2011년 12월 31일까지 연장한 바 있다. 그리고 또 2011년 법개정을 통하여 2016년까지 한시법의 형식으로 그 효력을 다시 연장하였으며, 이로 인한 국고지원의 성격과 문제 등에 대한 논란은 『제3장 제2절 3. 국민건강보험에 대한 국고지원의 의의 및 기능』에서 자세히 살펴보고자 한다.

제 2 장 국민건강보험제도의 의의 및 기능

제 1 절 사회국가원리의 의의 및 실현구조

1. 사회국가원리의 개념 및 내용

사회국가원리는 민주주의, 법치국가원리와 더불어 헌법질서를 규정하는 가장 중요한 헌법원리의 하나이다. 즉, 오늘날 민주주의와 실질적 법치국가원리는 사회적 정의를 실현하여야 한다는 헌법적 요청과 결합하여 사회국가원리의 전제를 형성하게 된 것이다. 이제는 우리나라에서도 ‘사회민주주의’ 혹은 ‘사회적 법치국가’라는 표현이 더 이상 낯설지 않게 되었다.

그러나 사회국가의 개념을 정의에 대한 혼란은 여전히 해결되지 않고 있는 듯하다. 사회국가원리를 “사회정의를 구현하기 위하여 법치국가적 방법으로 모든 국민의 복지를 실현하려는 국가적 원리”로 정의하면서 “사회국가원리는 실질적 법치국가를 실천목표로 하고, 사회적 시장경제 질서에 의하여 뒷받침된다는 점에서 사회적 법치국가 원리와 표리의 관계에 있다”고 보는 견해⁶⁾가 있고, 사회복지주의에 기초하여 사회국가원리를 설명하면서 “수정자본주의 국가들은 모든 인간의 최저한도의 인간다운 생활을 보장하는 복지국가의 건설을 이념으로 하며, 사회정의의 실현을 그 목적으로 하고 있다”고 주장하는 견해⁷⁾도 있다. 또는 사회국가원리를 “민주주의, 법치주의와 구분되는 제3의 헌법원리로서 실질적 자유와 평등의 실현을 위한 헌법원리”로 이해하는 견해⁸⁾도 있다.

6) 이에 대하여는 권영성, 『헌법학원론』, 법문사, 2010. 2, 139쪽 이하 참조.

7) 국가는 사회보장제도를 정비하고 완전고용을 지향하여야 하지만, 복지국가는 이를 명분으로 국가가 국민의 전체 경제생활을 지배하게 되는 것을 배격한다고 하면서, 시민적 자유와 정치적 민주주의는 복지국가의 중요한 요소라는 점을 함께 지적하는 견해에 대하여는 김철수, 『헌법학신론(제21판)』, 박영사, 2013, 291쪽 참조.

8) 이에 대하여는 허영, 『한국헌법론(제9판)』, 박영사, 2013, 159쪽 이하

우리나라에서의 사회국가에 대한 이해의 혼란은 냉전으로 말미암아 사회주의, 사회적 평등, 연대 등에 대한 혐오에 기인한 측면이 있다. 그러나 오늘날 부익부 빈익빈 현상의 심화, 사회구조적 불평등을 야기하는 양극화 문제 등은 사회국가적 요청을 무시할 수 없게 되었고, 이러한 인식의 변화는 노동법, 경제법, 사회법 등 다양한 법제도의 발전으로 나타난다. 공동체의 존립과 유지를 위한 최소한의 전제가 구성원들의 공존을 가능하게 하는 것이라는 기초 위에서 자유와 평등 그리고 연대성의 원리를 정의로운 질서의 핵심적 내용으로 인정한다면, 오늘날 헌법의 사회국가원리를 부정할 수 없을 것이다.

2. 사회국가원리의 법적 성격과 효력

사회국가는 사회적 정의를 지향한다. 즉, 국민이 실질적으로 부자유 혹은 불평등한 상황에 놓여 있는 것을 제거하고 이와 같은 사회구조적 문제를 해결하기 위하여 국가의 적극적 조정 내지 개입을 인정하는 것이다. 즉, 이는 국가에 일정한 적극적 활동(사회적 조정, sozialer Ausgleich)의무를 부과하는 것으로 이해될 수 있다.⁹⁾

근대 시민적 입헌국가에서는 자유와 평등을 형식적으로 이해하여 국가의 과제를 단지 모든 사람에게 자유로운 생활영역을 형식적으로 보장하고 이를 침해하지 않는 것, 즉 모든 국민에게 균등한 기회를 형식적으로 부여하고 이를 침해하지 않는 것으로 이해하였다. 그러나 오늘날 사회적 법치국가는 사회적 정의의 이념에 따라 실질적 자유와 평등을 실현하기 위하여 국민이 실질적으로 자신의 자유와 평등을 실현시킬 수 있는 사회적 여건의 조성을 위해 노력하여야 한다.

9) 그렇다 하더라도 국가의 개입과 조정은 개인의 자율과 창의를 바탕으로 삶을 형성하는 과정에 대한 장애가 되어서는 안 된다. 국가의 활동은 이른바 보충성의 원리(Subsidiaritätsprinzip)에 입각하여 사적인 문제해결이 불가능하거나 매우 곤란한 경우에 보충적으로 인정되어야 한다.

현대 헌법국가에서 사회국가원리는 민주주의, 법치국가원리에 버금가는 헌법의 기본원리로서 인정되고 있지만, 그 실현구조의 특성으로 말미암아 국가의 재정적·경제적 뒷받침 없이는 구체화되기 어렵다. 이러한 특성에 착안하여 사회국가원리는 사회적 기본권 등 구체화된 개별적 규범들을 벗어나서는 아무런 ‘내용 없는 백지개념’에 불과하기 때문에 법적 관점에서 법적인 구속력을 발휘하는 규범적 성격을 부정하고 단지 프로그램규정에 불과한 것으로서 보는 견해들이 있다.¹⁰⁾

이와 달리 사회국가원리의 규범성을 인정하는 견해는 사회적 기본권 등 구체화된 개별적 규범들을 벗어나서도 그 자체로서 국가질서를 구속하는 효력을 갖는다고 본다. 구체적으로 사회국가원리가 어떤 규범적 성격을 갖느냐에 대해서는 견해의 대립이 있으나, 국가목적규정 (Staatszielbestimmung)으로 이해하는 것이 일반적이다. 즉, 사회국가원리는 직접적으로 국민에게 구체적 권리를 부여하는 것은 아니지만 국가질서형성의 기본방향을 정하는 것이고, 이런 관점에서 국가기관에게 직접 구속력을 발할 수 있다고 이해되는 것이다.

이를 종합하여 보면 사회국가원리는 헌법의 기본원리로서 국가질서에 대한 일정한 구속력을 갖고 있고, 이를 구체화하는 사회적 기본권과 사회적 시장경제질서에 대한 헌법조항 등을 통하여 국가질서 전체의 구조와 성격이 결정될 수 있다고 본다. 따라서 오늘날 사회적 기본권과 사회적 시장경제질서 역시 정책과 법을 통한 국가의 개입과 조정이 이뤄진다는 점에서 그리고 법률에 규정되어야만 구체적 권리성을 갖는다는 점에서 사회적·경제적 약자의 보호방식과 그 한계에 대한 논의가 집중적으로 이뤄지고 있다.¹¹⁾

10) 이에 대하여는 Ernst Forsthoff, “Begriff und Wesen des sozialen Rechtsstaates”, 『VVDStRL』 Heft 12, 1954, S. 8~36(14f.).

11) 복지분야에 대한 국가적 개입의 정당한 범위와 한계에 대하여는 김석수, “국가, 시민사회 그리고 공공영역으로서의 복지 : 복지와 국가의 관계에서 본 우리사회”, 『사회와 철학』 제10호, 사회와 철학 연구회, 2005. 10, 37~64(50 이하)쪽 참조.

3. 사회국가원리의 실현구조와 한계

사회국가원리는 사회적·경제적 약자에 대한 배려를 통하여 구체화된다. 즉, 사회국가는 사회적 약자의 생존배려(Daseinsvorsorge)를 위한 급부의 제공과 사회적 불평등의 제거를 위하여 국가가 시장경제질서에 개입하는 형태로 나타나게 된다. 따라서 사회국가원리의 실현은 재산권을 비롯한 경제적 기본권의 성격 변화, 사회적 기본권의 보장, 사회적 시장경제질서의 도입 등을 통해 이루어지게 된다.

특히, 오늘날 사회적 기본권의 도입과 발전은 재산권 보장의 상대화와 더불어 자유권에 대한 이해의 변화를 가져왔고¹²⁾, 사회국가 원리의 발전에 큰 역할을 담당하고 있다. 사회적 기본권은 1919년 바이마르 헌법에서 처음 도입된 후 오늘날 세계 각국의 헌법에서 인정되고 있는데, 우리나라 헌법에서도 인간다운 생활을 할 권리(제34조), 교육권(제31조), 근로권(제32조), 노동3권(제33조), 혼인과 가족생활의 보호(제36조 제1항) 그리고 보건권(제36조 제3항) 등이 대표적이다.

그 중에서도 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”는 헌법 제36조 제3항은 질병으로 인한 생명·신체의 위험으로부터 국민을 보호하여야 하는 보건권에 대한 국가의 보호를 규정한 것으로서 이는 사회국가적 과제의 중요한 내용을 이루고 있다. 따라서 이를 실현하기 위하여 국가는 국민의 생존에 필요한 기본적 조건이라고 할 수 있는 건강을 보호하여야 하고, 이념적·현실적 한계를 고려하면서 이를 증진·회복하기 위한 적절한 급부를 제공하여야 한다.

12) 예를 들어 오늘날 근로권과 달리 직업의 자유에 대한 보장 역시 자유로운 직업활동에 대한 국가적 간섭과 침해를 배제하는 것에서 직업수행 및 직업교육 등에 대한 국가적 지원을 요청하는 것으로 확대되는 것을 소위 ‘자유권의 사회권화’ 현상으로 지적되고 있다. 사회권으로서의 건강권의 의미와 현황에 대하여는 신영진, “사회권으로서의 건강권 : 지표개발 및 적용가능성을 중심으로”, 『상황과 복지』 제32호, 비판과 대안을 위한 사회복지학회, 2011, 181~222 (185 이하)쪽 참조.

우선 국가의 적극적 개입과 활동은 개인의 자율성을 침해하면서 모든 국민의 삶의 여건을 획일적으로 균일화하는 것을 지향하는 것으로 곡해되어서는 안 된다는 점이 강조되어야 할 것이다. 사회국가는 삶의 다양성과 개방성을 포괄하는 다원주의를 전제하는 민주주의와 법치주의와 조화를 이루어야 하고, 그 구체적 실현을 위한 보충적 수단으로서 인식되어야 하는 것이기 때문이다.

그리고 사회국가원리는 현실적·물질적 조건을 고려하는 가운데 실현되어야 하는데, 사회국가적 요청을 충족시키는 국가적 활동은 국가재정에 큰 부담을 줄 수 있을 뿐만 아니라, 대부분의 경우 국민경제에 상당한 영향을 미치기 때문이다. 따라서 국민의 보건권을 보호하고 실현하기 위한 국민건강보험제도를 어떤 방식으로 어느 정도까지 실현할 것인지의 문제 역시 국가의 재정능력과 국민경제에의 파급효과 등을 종합적으로 고려하는 가운데 신중하게 검토하여야 한다.¹³⁾

이를 구체화하는 것은 일차적으로 입법자의 과제이고, 국민의 의사와 이익을 고려하여 정책을 수립·시행하는 정부당국과 보건법제와 의료정책 등에 대한 위헌 여부 등을 심사할 수 있는 사법부 역시 구체화 과정에 참여한다. 현실적 재정여건 등을 고려하지 않은 채 이념과 당위만을 강조하는 경우에는 올바른 결실을 맺기 어렵지만 사회국가원리의 경우에는 특히 더욱 그러하다.

13) 이는 다양한 측면에서 살펴보아야 할 쟁점들이 존재한다는 점에 유의하여야 한다. 우선, 재정수입의 측면을 보면 사회보험제도의 특성상 가입자인 국민이 보험료(기여금)를 부담하게 되는데, 이는 세금과는 다른 보험료라는 명칭으로 납부하게 되지만 실질적으로 국민에게 부담을 지우는 금전적 부담이기 때문에 국민부담을 산정할 때에는 고려요소로 함께 산정하게 된다. 그리고 국가재정의 일부로 볼 것인지 여부에 대하여도 회계기준에 따라서 달리 판단하게 되는데, 우리나라에서는 재정의 일부로 산입하지 않으며 별도의 기준에 의거하여 관리하고 있는 실정이다. 그리고 이를 재정운영의 측면에서 살펴보면 의료수가 등을 통하여 의약업계의 수익구조에 미치는 영향력은 절대적이라고 할 수 있다. 이를 단순화시켜 보면 공급자(의약업계)의 실적은 건강보험정책심의위원회에서 심의·의결되는 정책적 판단(수가인상율)에 달려 있다고도 할 수 있는 것이다.

제 2 절 보건권을 실현하기 위한 국민건강 보험법제

1. 보건의 개념과 보건권의 연혁

보건(保健)이란 어의(語義)상 건강을 지키고 유지하는 것을 의미한다. 과거에는 개인의 건강을 지키고 건강에 대한 침해가 있을 때 이를 회복하는 것은 당사자의 사적 과제로 인식되는 것이 일반적이었고, 국가의 공적 과제로 인식하지 아니하였다. 비스마르크 당시 독일 제2제국에서 빈민구휼제도를 운영하고 제1·2차 세계대전 당시 부상자에 대한 치료시설 등을 운영한 예가 있으나, 이는 국가의 법적 책임 내지 의무로 인식되기보다는 시혜적 사회정책에서 비롯된 것이었다.

보건에 대한 보호가 국가의 법적 과제로 인식된 것은 사회국가원리를 헌법적으로 도입하고 사회적 기본권에 대한 관심이 대두하면서부터이고, 이를 최초로 명문화한 것은 바이마르 헌법 제119조 제2항에서 “가족의 순결(혈통의 순수성)과 건강은 유지되어야 하고, 국가와 공공단체는 이를 지원하여야 한다”고 규정한 것이었다. 이후 보건권은 국가의 사회적 과제로서 인식하는 것이 보편화되면서 세계 각국의 헌법으로 확산되었으며 우리나라도 제헌헌법 제20조에서 규정된 이래로 현행 헌법에 이르기까지 보건권을 헌법상 기본권으로 보장하고 있다.

2. 보건권의 의의 및 법적 성격

현행 헌법 제36조 제3항이 규정하고 있는 보건권의 법적 성격을 어떻게 이해할 것인지에 대해서 적지 않은 논란이 있다. 이는 보건권이 교육권이나 근로권과 마찬가지로 국가의 침해로부터의 방어권적 측면과 국가적 적극적 급부를 요청하는 사회권적 측면을 동시에 아울러

갖는 것인지, 아니면 순수한 사회권으로 이해되어야 할 것인지가 분명하지 않기 때문이다.

보건이라는 개념에 초점을 맞출 경우 보건권이 자유권적 측면과 사회권적 측면을 동시에 갖고 있다고 보는 것이 합리적이다. 예를 들어 보건권을 “국가권력에 의한 국민의 건강한 삶에 대한 침해금지”와 “건강생활을 침해하는 제 세력에 대한 국가의 적극적 보호의무”를 그 내용으로 하는 권리로서 이해하는 견해는 자유권적 측면과 사회권적 측면을 모두 포함하는 것으로 이해하는 것이다.¹⁴⁾

그러나, 이렇게 넓게 이해할 경우 “보건의 권리”와 “신체를 훼손당하지 아니할 권리(건강에 대한 침해금지)”의 관계에서 이 둘을 구별하는 것이 불가능하게 될 수도 있다. 보건권의 의미를 이 둘을 전체적으로 포함하여 해석하는 것이 옳은 것이지 아니면 이 둘을 나누어 보건권의 의미를 자유권적 측면을 배제한 순수한 사회권으로 이해하는 것이 적절한지에 대한 논란이 있을 수 있다. 즉, 보건권을 “위생적인 생활환경을 조성함으로써 국민의 건강을 유지할 수 있도록 하고, 나아가 건강을 해친 국민의 건강을 회복할 수 있도록 국가가 적극적인 활동을 하도록 요청할 수 있는 권리”로 이해하는 견해는 후자의 입장이라고 할 수 있다.¹⁵⁾

현행 헌법 제36조 제3항에 규정된 보건권은 생명과 신체에 대한 보호의 연장선상에서 인정될 수 있는 기본권이다. 따라서 보건권은 생명권과 신체를 훼손당하지 않을 권리에 포함시키고, 의료서비스를 이용하는 행위는 행복추구권에 기초한 일반적 행동의 자유에 포함시켜서 이해할 수도 있겠으나 생명과 건강의 유지 및 회복에 대한 급부권으로서의 특성을 고려하여 이해하는 것이 보다 합리적일 것이다.

14) 허 영, 『한국헌법론(제9판)』, 박영사, 2013. 2, 421쪽 이하 참조.

15) 장영수, 『헌법학(제7판)』, 홍문사, 2013. 2, 682쪽 참조.

3. 법령에 의해 구체화되는 보건권의 구체화

보건권도 역시 사회권의 하나로서 국가에 대해 적극적인 조정과 개입을 요청하는 급부청구권이고, 그 내용과 효력은 법률에 의해 구체화됨으로써 비로소 확정된다. 현행법체계 내에서 “보건의료기본법”이 보건의료에 관한 기본적인 사항을 규정하고, 다수의 개별 법령에 의해 구체적인 사항들이 정해지고 있다.

우선 국가의 의료보건활동을 담당하는 조직이 필요하다. 이를 위하여 “정부조직법”상 보건복지부가 국민의 보건을 담당하는 국가기관으로 구성되어 있고, 그 하부에 다양한 부서와 국립의료원을 비롯한 여러 국립병원, 보건원, 재활원, 검역소 등 다양한 기관들이 구성되어 있다. 또한 “지역보건법”에 따라 지방자치단체에 의해 지역별로 보건소와 보건의료원이 설치되어 지역주민의 보건활동을 담당하고 있고, “정신보건법”에 기초하여 정신보건시설(정신병원, 정신요양시설, 정신보건연구기관, 사회복지시설 등)이 설치·운영되고 있으며, “학교보건법”에 따른 보건실의 설치·운영도 같은 맥락에서 이해될 수 있다.

그리고 보건활동의 첫 단계는 예방활동이라고 할 수 있다. 건강에 대한 침해가 발생된 이후에 사후적으로 이를 회복시키는 것보다는 사전적으로 이를 예방하는 것이 보건을 위해 훨씬 효과적이기 때문이다. 이를 위해 “전염병예방법” 등에 따라서 각종 건강검진, 예방접종, 방역활동 등이 규율되고 있다. 그러나 전염병의 예방 등을 위한 제한을 가할 경우에 다른 기본권 제한이 수반되는 경우가 많으므로 기본권제한의 요건과 절차를 엄격하게 준수하여야 할 것이다.¹⁶⁾

16) 넓게 보면 “공중위생법”에 기초하여 음식점,接客업소 등에 대한 위생검사 등도 예방적 차원에서 국민의 건강에 대한 침해를 사전에 예방하기 위한 것이라고 할 수 있다. 그러나 공중위생·보건 등을 위한 규제행정의 영역까지 모두 포괄하여 보건권에서 그 헌법적 근거 내지 기초를 찾는 것이 과연 적절한지는 의문이다.

이와 같은 각종 예방적 조치에도 불구하고 건강침해가 발생한 경우에 국민은 보건권에 기초하여 국가에 대하여 질병치료 및 건강회복을 위한 의료서비스를 제공하여 줄 것을 청구할 수 있다. 따라서 오늘날 ‘의료의 공공성’이 중요하게 다루어지고 있으며, 대부분의 국가에서 사회보험인 건강보험제도와 공공부조인 의료급여제도를 함께 운영함으로써 국민의 보건권을 보호하고 실현하고자 노력하는 것으로 파악할 수 있을 것이다.¹⁷⁾

제 3 절 국민건강보험제도의 의의와 실현구조

이와 같이 사회국가원리에 기초하여 국민의 보건권을 국가가 보호하고 실현하기 위한 다양한 수단들 중에서 국민건강보험제도는 중요한 의미와 비중을 갖고 있다. 인간다운 생활을 보장하기 위하여 국가가 사회국가적 과제를 수행하는 방식은 사회보험, 공공부조, 사회(복지)서비스 등의 방식을 이용할 수 있다.¹⁸⁾

17) 이와 관련하여 의료보장시스템이 잘 확립된 유럽과 달리 미국등 세계에서 가장 많은 의료비를 지출하고 있지만, 그에 비해 국민은 매우 낮은 의료혜택을 받고 있다는 점이 지속적으로 문제로 제기되었고, 그 원인으로는 의료기술의 발달, 인구수 증가, 노령화 현상 등이 있지만, 무엇보다도 민간중심의 관리의료(Managed Care)에 대하여 정부가 적절히 개입하지 못했기 때문이다. 그동안 미국은 관리의료를 기반으로 민간보험사와 대형병원, 의사협회, 제약회사 등이 연결되는 강고한 의료이익 카르텔(cartel)이 형성되었고, 그 결과 의료시장이 왜곡되어 국민 부담만 커지는 의료비 폭증과 의료서비스의 질 하락 등으로 이어졌던 것으로 분석된다. 이런 상황에서 미국 오바마 대통령은 (일명 Obama Care로 불리우는) 정부주도의 공공보험을 채택하기 위한 건강보험개혁안을 통과시키기 위해 노력하였고, 미 공화당은 중간선거에서 승리하여 하원에서 이를 폐기하기도 하였다. 그러나 결국 오바마는 2012년 재선에 성공하여 타협안을 통과시켰고 역사상 최초로 전국민 건강보험시대를 열었다. 이에 대하여는 김성수, 『미국 오바마 행정부의 건강보험 개혁에 관한 복지정치학적 연구』, 제주대학교 박사학위논문, 2011, 50쪽 이하 ; 정인환, “오바마의 건강보험 도박 가까스로 이겼지만… : 건강보험 의무가입, 보수적 로버츠 대법원장 변심에 합헌 결정 나와 오바마 정치적 승리…”, 『한겨레 21』919호, 한겨레신문사, 2012. 7. 16, 57쪽 이하 참조.

18) 이에 대한 법적 정의는 사회보장기본법 제3조에 규정되어 있다.

특히 오늘날 국가는 공공부조에 비하여 사회보험제도를 널리 활용하고 있는데, 이는 질병이나 상해, 산업재해, 실업, 노령 등으로 많은 재산상의 부담을 지게 되는 사고가 발생할 경우에 대비하여 국민이 보험에 가입함으로써 평상시 일정한 부담을 지도록 하고, 사고가 발생하였을 경우 보험을 통하여 국민생활의 안정을 보장하기 위함이다. 즉, 한편으로는 국가가 모든 국민에 대하여 공공부조를 지원하는 것은 가능하지도 않고 바람직하지 않기 때문이고, 다른 한편으로는 가입자의 기여금에 기초하고 국고지원을 추가하여 재원을 마련하는 보험제도를 활용하는 것이 더 많은 복지서비스(사회적 급부)를 효율적으로 제공할 수 있을 것이기 때문이다.

이와 같은 사회보험제도의 기본구조와 기초적 원리는 사보험의 그것과 상당히 유사하지만 ‘자유로운 사적 자치’에 기초하는 민간보험과는 달리 강제가입 또는 이용강제가 인정되는 경우가 많고, 국가나 사업주가 보험금의 일부를 추가 부담하도록 하는 형태가 많이 이용되고 있으며, 보험료의 징수·체납이 발생한 경우 행정상의 강제징수방법을 이용한다는 특수성이 있다.

1. 건강보험제도의 의의 및 법적 근거

국민건강보험제도는 일상생활에서 발생하는 우연한 질병이나 부상으로 인하여 일시에 고액의 진료비가 소요되어 가계가 파탄되는 것을 방지하기 위하여, 보험의 원리에 의거하여 가입자인 국민들이 평소에 보험료를 낸 것을 기초재원으로 하여 보험자인 국민건강보험공단이 관리·운영하다가 질병에 걸리거나 부상을 당한 국민들이 의료서비스를 이용하고자 할 경우에 원활하게 의료서비스를 제공받고, 이에 대한 보험급여를 공단이 제공함으로써 국민 상호간에 연대하여 위험을 분담하고자 하는 사회보험방식의 사회보장제도이다.

이는 앞에서 설명한 바와 같이 헌법 제34조(인간다운 생활을 할 권리)와 제36조 제3항(보건권)에 기초하여 사회보장기본법에서 구체화되고 있다. 그리고 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 하는 “국민건강보험법”을 통하여 생활유지능력이 있는 국민을 대상으로 「국민건강보험제도」를 시행하고, “의료급여법”을 제정하여 생활유지능력이 없거나 어려운 국민대상으로 「의료급여제도」를 실시하고 있는 것이다.

이와 같이 한국의 건강보장체계는 사회보험인 건강보험과 공공부조인 의료급여로 구분할 수 있고, 이는 국내에 거주하는 전체 국민과 일부 외국인을 포괄하고 있다. 우선, 건강보험은 직장가입자와 지역가입자로 적용 대상자를 구분하고 있으며, 직장가입자는 사업자의 근로자 및 사용자와 공무원 및 교직원, 그리고 그 피부양자로 구성되고, 지역가입자는 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 자를 대상으로 하고 있다.

적용인구 현황(2012년 기준)

(단위 : 천명)

| 분류 | | 적용인구 | 비율 |
|------|----|--------|-------|
| 총계 | | 51,169 | 100.0 |
| 건강보험 | 계 | 49,662 | 97.1 |
| | 직장 | 34,106 | 66.7 |
| | 지역 | 15,556 | 30.4 |
| 의료급여 | | 1,507 | 2.9 |

[출처 : 국민건강보험공단]

이에 따르면 약 5,000만명의 대한민국 국민들이 모두 국민건강보험공단에서 건강보험 내지 의료급여를 적용받고 있는 것으로 판단된다.

제 2 장 국민건강보험제도의 의의 및 기능

연도별 적용인구현황

(단위 : 천명, 천세대)

| 구분 | | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013. 1/4 | |
|-------------|-------------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------|
| 의료보장인구 총계 | | | 49,672 | 50,001 | 50,291 | 50,581 | 50,908 | 51,169 | 51,229 | |
| 건강보험 대상자 | 계 | | 47,820 | 48,160 | 48,614 | 48,907 | 49,299 | 49,662 | 49,730 | |
| | 직장가입자 | 일반근로 자 | 계 | 24,749 | 25,774 | 26,762 | 27,747 | 28,649 | 29,527 | 29,789 |
| | | 가입자 | 9,652 | 10,086 | 10,584 | 11,189 | 11,809 | 12,389 | 12,510 | |
| | | 피부양자 | 15,097 | 15,688 | 16,178 | 16,558 | 16,840 | 17,138 | 17,279 | |
| | 공무원 근 로자 | 계 | 4,676 | 4,643 | 4,651 | 4,637 | 4,607 | 4,579 | 4,579 | |
| | | 가입자 | 1,523 | 1,531 | 1,562 | 1,575 | 1,587 | 1,602 | 1,609 | |
| | | 피부양자 | 3,153 | 3,112 | 3,089 | 3,062 | 3,020 | 2,977 | 2,970 | |
| | 지역가입자 | 가입자 | 18,395 | 17,743 | 17,201 | 16,523 | 16,043 | 15,556 | 15,362 | |
| | | 세대수 | 8,141 | 8,058 | 8,111 | 7,940 | 7,902 | 7,835 | 7,754 | |
| | 의료급여수급자 | | | 1,852 | 1,841 | 1,677 | 1,674 | 1,609 | 1,507 | 1,499 |

[출처 : 국민건강보험공단]

2. 국민건강보험제도의 기능 및 특성

(1) 국민건강보험제도의 기능

이와 같이 의료급여와 달리 국민건강보험은 국민의 자기기여를 통하여 의료비를 해결해 줌으로써 국민의 건강과 가계를 보호하는 제도이고 전 국민을 당연적용 대상자로 하는 사회보험 방식을 채택하고 있다. 따라서 국가 또는 개인의 책임이 아닌 사회공동의 연대책임을 활용하여 사회통합을 이루는 데 기여한다.

이와 같은 사회적 연대성의 강화 내지 사회통합의 원리는 국민건강보험제도에서 매우 중요한 의미를 갖게 된다. 즉, 사회보험 또한 보험료를 주된 재원으로 하는 보험의 성격을 가지고 있기 때문에, 보험자인 국민건강보험공단의 보험료 등 수입이 보험급여를 포함한 지출 전체를 충당할 수 있도록 개인의 보험료가 산정되어야 하는 것이지만, 사회연대의 원칙은 1) 보험료와 보험급여 사이의 개별적 등가성 원칙

에 수정을 가하는 원리일 뿐만 아니라, 2) 사회보험체계 내에서의 소득의 재분배를 정당화하는 근거이며, 3) 보험급여의 수혜자가 아닌 제 3자인 사용자의 보험료 납부의무(소위 ‘이질부담’)를 정당화하는 근거이기도 하다. 또한 사회연대의 원칙은 4) 사회보험에의 강제가입의무를 정당화하며, 5) 재정구조가 취약한 보험자와 재정구조가 건전한 보험자 사이의 재정조정을 가능하게 한다.¹⁹⁾

한 개인이 질병 또는 부상을 당할 경우에 경제생활에 지장을 주어 소득수준이 악화되고 이는 다시 건강을 악화시키는 악순환을 초래할 수 있다. 따라서 건강보험은 각 개인의 경제적 능력에 따른 일정한 부담으로 재원을 조성하고 개별부담과 관계없이 필요에 따라 균등한 급여를 받음으로써 가계의 경제적 부담을 경감시켜주는 소득재분배 기능을 수행할 수 있다. 이는 앞에서 언급한 바와 같이 사회적 연대성의 강화를 지향하는 사회국가원리에서 의하여 소득재분배의 관점에서 국가가 경제적 약자에 대한 보험료를 지원하는 것을 허용할 뿐만 아니라, 사회적 정의의 실현을 위하여 이를 요청하는 것이다.

여기에서 중요한 쟁점은 소득재분배를 실현하기 위하여 갖추어야 할 조건 내지 한계가 있는데, 이는 가입자 상호간 보험료 부담의 평등이 지켜져야 한다는 것이다. 사회연대성을 강화하기 위하여 누진적으로 소득에 비례하여 보험료를 산정함으로써, 소득이 많은 자가 소득이 적은 자에 비하여 보다 많은 보험료를 부담해야 하는 것은 사회보험의 성격상 당연하다. 그러나 “소득이 있는 자가 소득과악이 제대로 되지 않는다는 이유로 마땅히 내야 할 보험료를 내지 않는 것”과 “소득이 없는 자임에도 불구하고 보험료 산정기준의 자의성·불공정

19) 재정구조가 취약한 보험자와 재정구조가 건전한 보험자 사이의 재정조정은 단일한 보험자로 조직과 재정을 통합한 우리나라의 국민건강보험공단에서는 특별히 문제되는 사안은 아니지만, 다양한 직능별 의료보험조합으로 구성되어 있는 독일에서는 재정조정(Finanzausgleich)이 매우 중요한 문제로서 논의되고 있다. 다만, 재정조정의 메카니즘은 향후 직장가입자와 지역가입자 상호간의 불평등을 시정하는 법적 구조화를 위하여 시사점을 제공할 수 있을 것으로 생각된다.

성으로 말미암아 과도한 보험료를 부담하는 것”은 사회연대의 원리에 의하더라도 정당화되지 않음은 물론이고, 사회보험에 내재된 소득재분배의 정신에 반하는 것이다.²⁰⁾

이러한 부담평등의 원칙은 가입자의 형편에 따라 공평하게 부담하는 것으로서 주로 소득이나 재산 등 담세능력에 비례하여 부담하게 되며, 집단구성원 상호간의 사회적 연대성에 의하여 그 기능이 강화된다. 그리고 보험급여 측면에서는 피보험대상자 모두에게 기본적인 의료를 적정한 수준까지 보장함으로써 의료문제를 해결하고 균등하게 적정수준의 급여를 제공함으로써 사회적 연대성의 강화에 기여한다.

(2) 국민건강보험제도의 특성

1) 강제적용 및 보험료 납부의무의 강제성

국민건강보험제도는 그 대상자인 전 국민이 법률에 의한 강제가입이 인정된다. 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 실현이 어렵고, 반대로 질병위험이 큰 사람들만 보험에 가입할 경우에는 보험재정이 과탄되어 원활한 건강보험 운영이 불가능하게 되기 때문이다.²¹⁾

20) 전 국민을 대상으로 하는 소득의 재분배는 원칙적으로 조세방식을 통해서 이루어지는 것이 바람직하다. 사회보험을 통한 소득의 재분배는 보험료부담의 평등이 보장되는 동질성을 가진 집단 내에서 더욱 효과적으로 이루어질 수 있다. 이에 대하여는 헌법재판소 2000. 6. 29. 99헌마289 결정 참조.

21) 이는 국가주도의 공공 의료보험체계를 도입하고자 할 경우에 가장 중요한 법적 기초이고, 이를 둘러싸고 미국에서는 개인의 자유를 침해한다는 논쟁이 매우 활발하게 이루어졌던 것이다. 2012년 6월 28일 미국 연방 대법원은 ‘전미 자영업자연맹 (NAIB : NATIONAL FEDERATION OF INDEPENDENT BUSINESS) 대 시벨리어스 (SEBELIUS, SECRETARY OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)’ 사건에 대한 결정(200 U. S. 321)을 내렸다. 원고인 NAIB는 공화당 우파를 대표하는 티파티 성향의 중상공인 로비단체이고, 피고는 캐슬린 시벨리어스 연방 보건복지부 장관이다.

이와 같이 국민건강보험제도의 가입이 강제적이므로 그 실효성을 확보하기 위하여 피보험자에게 보험료 납부의무가 부과되고, 보험자에게 보험료 징수권한이 부여되어 있다. 이는 체납자 관리를 위한 보험료체납자료의 신용정보집중기관 제공(국민건강보험법 제81조의2), 체납 후 진료에 의한 부당이득금 징수(국민건강보험법 제53조) 등에 의해 뒷받침되고 있다. 이를 통하여 건강보험제도는 우리나라 사회보장제도 중 지출규모가 가장 크고, 전 국민을 대상으로 하는 유일한 복지제도라는 점에서 보편성이 강조되는 영역이 되었다.²²⁾

2) 부담능력에 따른 보험료의 차등부담과 보험급여의 균등한 수혜

민간보험은 보험급여의 보장내용, 위험의 정도, 계약의 내용 등에 따라 보험료를 부담하는 내역이 달라지게 된다. 그러나 국민건강보험제도는 사회적 연대를 기초로 의료비 문제를 해결하려는 것이 목적이므로 소득수준 등 보험료부담능력에 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.

사안의 핵심은 2010년 3월 24일 Barak Obama 미 대통령이 서명한 ‘환자 보호와 적정수준 의료보장에 관한 법률’(이른바 오바마 케어)에 명시된 건강보험 미가입자에 대한 벌금조항(의무가입 조항)이 개인의 자유를 침해하는 것인지 여부였다.

22) 건강보험의 공공성과 보편성에 대한 요청은 국민건강보험으로 통합하게 하였다. 이는 의료민영화, 영리병원 도입 등의 문제를 차단하고 전 국민에 대한 보편적 의료접근권, 의료이용에 대한 가용성을 확대시키는 데 기여한 것으로 평가된다. 그러나 보험급여규모가 연간 36조원에 이르고 있음에도 불구하고 국민들이 실제로 체감하는 보장성 등 질적 수준은 여전히 미흡한 것으로 평가되는 등 문제가 되고 있다. 특히, 민간주도의 공급구조로 인한 비효율 문제로서 대형병원 중심으로 의료공급체계가 양극화되어 자원배분의 불균형 현상이 만성화되어 있고, 의료기관들은 비급여행위와 같은 마진이 높은 의료행위에 치중하여 서비스의 왜곡현상이 심각하게 나타나고 있다. 즉, 2012년 기준으로 건강보험 행위별 수가인상으로 추가 소요되는 재정은 약 3조원이었으나 보장성 강화에 투입되는 재정은 1조 5천억원에 그치는 등 보장성 강화에 투입되는 재원은 후순위로 밀리는 경향을 보이고 있다.

3) 단기보험

국민건강보험은 장기적으로 보험료를 수탁·관리하는 국민연금과는 달리 1년 단위의 회계연도를 기준으로 수입과 지출을 예정하여 보험료를 계산하고 보험급여의 지급조건과 지급액도 보험료 납입기간과는 상관없이 지급기간이 단기로 이뤄진다. 이는 국민건강보험과 연금형 보험의 큰 차이를 가져온다.

3. 국민건강보험제도의 운영구조

(1) 보건복지부

보건복지부는 건강보험을 관장하는 중앙정부부처로서 국민건강보험제도와 관련된 전반적인 정책을 결정한다. 특히, 건강보험정책심의위원회(국민건강보험법 제4조)를 통하여 보험료율 및 보험료 부과기준, 요양급여의 범위 등을 결정하며 관리운영주체인 건강보험공단의 예산 및 규정 등을 승인하는 등 광범위한 지도·감독권한을 갖고 있다.

건강보험정책심의위원회는 가입자의 보험료 수준, 요양급여의 기준, 요양급여비용 등 건강보험에 관한 주요 정책사항을 심의·의결한다. 이는 총 25인으로 구성되며 위원장은 보건복지부차관이 되고 가입자대표 8인, 공급자대표 8인, 공익대표 8인으로 구성된다.²³⁾

그리고 보험급여에 있어 신의료기술평가, 급여기준(방법, 절차, 범위, 상한 등)과 약제·치료재료의 상한금액 결정 및 급여의 상대가치 등은 건강보험정책심의위원회 또는 건강보험심사평가원에서 심의·결정하지만, 이를 규칙으로 제정하거나 고시하는 권한은 보건복지부장관이 갖고 있다.

23) 이와 관련하여 자세한 구성비율 및 담당조직에 대하여는 최희경, “건강보험수가 결정과정의 정치경제학”, 『보건과 사회과학』 제22집, 한국보건사회학회, 2007. 12, 67~95 (72)쪽 참조.

(2) 국민건강보험공단

건강보험의 보험자인 국민건강보험공단은 건강보험 가입자의 자격을 관리하고, 가입자로부터 보험료를 부과·징수하는 역할을 담당하며, 요양기관에는 요양급여비용을 지급한다. 즉, 요양기관이 건강보험심사평가원에 급여비용을 청구하면, 건강보험심사평가원에서 이를 심사하여 국민건강보험공단에 심사결과를 통보하고, 국민건강보험공단은 심사를 통해 조정된 비용을 요양기관에 지급하게 된다.

그리고 국민건강보험공단은 공급자(의약업계)와의 협상을 통해 의료수가, 즉 상대가치의 점수당 단가(환산지수)계약을 체결하는 업무를 담당하고 있다.²⁴⁾ 이는 보험자로서 가입자의 이익을 대표하여 의약계 대표와 협상을 통해 적정 수가를 인정하고 가입자의 부담을 최소화하여야 하는 중요한 역할을 수행하는 것이다. 따라서 가입자 중심의 재정운영위원회에서 요양급여비용에 의한 보험재정(지출)에 관련된 사항을 심의·의결하도록 하고 있다.²⁵⁾

이와 같이 국민건강보험공단은 가입자로부터 보험료를 납부받아 보험재정을 관리·운영하고, 공급자에게 보험급여를 지출하는 보험자로서의 매우 중요한 역할을 담당하고 있다. 그러나 재정수입의 기초인 보험료율(부과점수)은 보건복지부 산하 건강보험정책심의위원회에서 결정되고 있고, 재정지출과 관련하여 공급자와의 수가협상을 체결하는 당사자이기는 하지만, 심사·평가기능은 조직상 독립된 법인인 건강보험심사평가원에게 맡겨져 있는 실정이다.

24) 국민건강보험법 제45조(요양급여비용의 산정 등) ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.

25) 국민건강보험법 제33조(재정운영위원회) ① 제45조 제1항에 따른 요양급여비용의 계약 및 제84조에 따른 결손처분 등 보험재정에 관련된 사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 재정운영위원회를 둔다.

(3) 건강보험심사평가원

건강보험심사평가원은 2000년도에 설립되었다. 이는 과거 ‘의료보험연합회’ 업무 중 진료비 심사기능을 승계하고, 요양급여의 적정성 평가기능을 신설하여 오늘에 이르고 있다. 최근에는 요양급여에 대한 심사 및 그 적정성 평가 외에도 그와 관련된 심사기준의 개발, 조사연구 및 국제협력 등과 관련된 다양한 업무를 수행하면서 전문성을 제고하여 외국에서도 우리나라 건강보험심사평가원의 심사능력을 벤치마킹하기 위한 노력을 하는 것으로 알려져 있다.

건강보험심사평가원은 요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성을 평가하고, 급여와 관련된 보건복지부의 업무를 지원하는 등 보험급여 업무를 전반적으로 수행하고 있다.²⁶⁾ 즉, 건강보험심사평가원의 업무는 상대가치점수 산정, 약가 상환금액 산정 등 상대가치점수 및 치료재료 상한금액 결정과정에서 중요한 역할을 담당하고, 진료비 지불방식 및 수가 결정을 위한 자료를 제공하고, 신의료기술 급여의 범위를 결정하는 ‘신의료기술전문평가위원회’ 등을 설치·운영하고 있다.²⁷⁾

26) 국민건강보험법 제5장에서 건강보험심사평가원의 설립근거가 규정되어 있고, 제 62조(설립)에 의하면 “요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위하여 건강보험심사평가원을 설립한다”고 하며 제63조(업무 등)에 의하면 “① 심사평가원은 다음 각 호의 업무를 관장한다. 1. 요양급여비용의 심사 2. 요양급여의 적정성 평가 3. 심사기준 및 평가기준의 개발 4. 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력 5. 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무 6. 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무 7. 그 밖에 보험급여 비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령으로 정하는 업무 등”이 명시되어 있다. 그리고 심사평가원의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 ‘진료비심사평가위원회’(법 제66조)를 두고 있으며 자금의 조달(법 제 67조)에 대하여는 “국민건강보험공단으로부터 부담금을 징수하거나 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관한 업무를 위탁받은 경우에는 위탁자로부터 수수료를 받을 수 있다”고 명시적으로 법적 근거를 두고 있다.

27) 이외에도 건강보험심사평가원은 건강보험재정을 보호하기 위하여 진료비의 허위·부당청구를 차단하기 위하여 ‘요양기관 현지조사’업무를 지원하고 있다. 그러나 건강

(4) 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 바람직한 관계

국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 관계를 올바르게 이해하기 위하여 고려하여야 할 사항들이 몇 가지 존재한다. 우선, 국민건강보험공단이 보험자로서의 제 기능을 실질적으로 수행하기 위하여는 국민건강보험공단이 심사평가원을 흡수하여 공급자(의약업계)의 보험(요양)급여 청구 - 요양급여의 적정성에 대한 심사·평가 - 보험급여 지급의 구조를 일원화하는 것이 바람직하다는 주장도 존재하고 있고, 2000년 재정통합 무렵 건강보험심사평가원을 독립적으로 설치·운영하게 된 취지를 살리고 지난 10여년간 심사평가제도를 발전시켜 온 노력과 결실이 지속될 수 있도록 건강보험심사평가원의 독립성을 확보하고 유지시켜야 한다는 주장도 존재한다.

국민건강보험법, 동법 시행령 및 시행규칙에 의거한 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라서 요양급여비용 심사기준 및 절차 등을 검토해 보면 건강보험심사평가원의 의의와 기능을 구체적으로 살펴볼 수 있다. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙을 살펴보면 요양급여의 범위는 네가티브 방식으로 규정되어 있다. 즉, 요양급여가 되지 않는 비급여 대상으로 규정되지 않은 항목은 모두 요양급여의 대상으로 적용하여 국민의 의료서비스 이용을 포괄적으로 보장하고자 하는 원칙을 제시하고 있는 것이다.²⁸⁾

보험심사평가원이 2010년 웹 조사표에 의한 요양병원에 대한 적정성평가 결과 하위 20%에 대하여 수가가산대상에서 제외한다고 통보하자 이를 취소하기 위해 행정소송을 제기한 사건에서 서울행정법원 제5부는 2012년 10월 25일 선고 2011구합 355판결을 통하여 “일부 요양병원에 대해서는 '구조부문'을 현장방문 평가하고, 나머지 대해서는 의료기관이 작성한 웹조사표에 의거해 평가하는 것은 평등권을 침해한다며 수가 불이익 처분을 취소한다”고 판시하였다. 이 사건은 현재 제2심 심리계속중인 사안이고 2013년 10월 17일 항소심 판결선고예정이다. 이는 ‘적법하고 적정한 현지조사’ 방법에 대한 논란이 계속되고 있음을 잘 보여준다고 할 수 있다.

28) 비급여대상은 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 기타 보건복지부령에서 정하는 사항을 요양급여대상에서 제외한 것으로서 요양급여기준에 관한 규칙에 비

그러나 2006년 12월에 의약품 선별 등재시스템을 포지티브 방식으로 도입하여 경제성 평가와 가격협상절차를 거친 치료적·경제적 가치가 우수한 의약품을 리스트에 등재하고 있다.²⁹⁾ 그리고 신의료기술 등은 건강보험심사평가원에 소속된 전문평가위원회의 평가를 거쳐 보건복지부장관이 결정하여 고시하게 되어 있고, 약제 역시 건강보험심사평가원에 소속된 약제급여평가위원회의 평가를 거쳐 약가협상을 하여 보건복지부 장관이 결정·고시하도록 되어 있다. 전자는 약 150일 가량 소요되고, 후자는 약 270일 가량 소요되는데, 안전성 및 유효성 등을 평가하기 위한 것이다. 만약 결정신청하지 않고 실시 또는 사용한 신의료기술 등이 요양급여대상으로 확인된 경우에는 업무정지 또는 과징금을 부과하게 되어 있다.

따라서 보건복지부(건강보험정책심의위원회)에서 보험료, 보험급여와 관련된 정책 일반을 결정하면 그에 따라서 건강보험공단은 가입자 관리, 보험료 수납과 보험급여 지급 등 보험제도(재정) 운영 업무를 담당하고 있으며, 건강보험심사평가원은 공급자(요양기관, 의약업계)로부터 진료비 심사청구를 받으면 그 적정성에 대한 심사평가를 통하여 심사평가결과를 공급자와 공단에 통보하고 가입자에게 의료정보 등을 제공하고 있는 것이다.

특히 건강보험심사평가원이 요양급여비용을 평가하는 법적 근거를 살펴보면 국민건강보험법 제47조에서 요양급여비용의 청구와 지급³⁰⁾

급여대상과 해당 세부사항을 열거하는 방식으로 규정되어 있다. 물론 이에 대한 해석의 문제가 발생하면 건강보험심사평가원장이 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 정하는 요양급여비용의 심사기준(지침)에 의하여 구체화되고, 보건복지부의 해석을 거치는 경우도 존재한다.

29) 이는 약제급여평가위원회에서 그 운영규정과 경제성 평가기준 및 절차 등에 대한 세부사항 등이 제정되어 있다.

30) 국민건강보험법 시행규칙 제19조 제1항에 따르면 “법 제47조제1항에 따라 요양기관 또는 같은 조 제6항에 따른 대행청구단체가 요양급여비용을 청구하려면 요양급여비용 심사청구서에 급여를 받은 사람에 대한 요양급여비용 명세서를 첨부하여 심사평가원에 제출하여야 한다.”

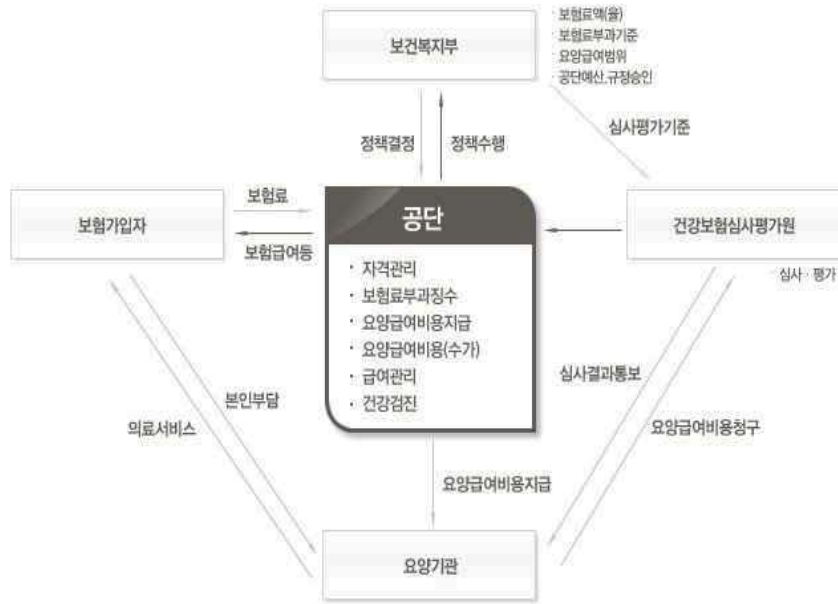
을 규율하고 있는데, 제5항에 따르면 건강보험심사평가원이 요양급여의 적정성에 대한 평가결과를 국민건강보험공단에 통보하면 공단은 그 결과에 따라 급여를 가산 또는 감액하여 지급한다.³¹⁾

그리고 국민건강보험법 제87조에 의하면 이의신청이 가능한데, “가입자 및 피부양자의 자격, 보험료 등, 보험급여, 보험급여 비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자”는 공단에 이의신청을 할 수 있고(제1항), “요양급여비용 및 요양급여의 적정성 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관 또는 그 밖의 자”는 심사평가원에 이의신청을 할 수 있다(제2항).

이와 같이 국민건강보험공단은 조직상으로 분리·독립된 법인으로 되어 있지만, 기능 및 업무수행 그리고 재정상 매우 긴밀하게 연결되어 있다. 국민으로부터 보험료를 징수하고 관리·운영하면서 보험급여를 지급하는 전반적인 보험재정의 운영 및 보험자로서의 지위는 국민건강보험공단이 수행하는 것으로 되어 있으나, 그 핵심적인 기능은 외부에서 수행된다. 즉, 보험료율, 보험료부과기준, 요양급여의 인정범위 등은 보건복지부에 소속된 건강보험정책심의위원회에서 결정되고 있고, 요양급여비용의 적정성에 대한 심사평가기능은 건강보험심사평가원에 맡겨져 있는 것이다. 그리고 보험재정의 수입과 지출 측면은 국민건강보험공단을 매개로 하여 다른 메카니즘으로 운영되고 있다. 이를 각 기관에서 제시한 자료를 통하여 간략히 그림으로 파악해 보면 다음과 같이 나타낼 수 있다.

31) 국민건강보험법 시행규칙 제29조에 따르면 “심사평가원은 법 제63조제1항에 따른 요양급여 등의 적정성에 대한 평가를 하는 경우에는 의약학적 측면과 비용효과적 측면에서 요양급여를 적정하게 하였는지를 평가”하도록 되어 있고, 동법 시행규칙 제18조에 따르면 “법 제47조 제5항 후단에 따라 요양급여의 적정성 평가 결과에 따라 요양급여비용을 가산하거나 감액하여 지급하는 금액 평가대상 요양기관의 전년도 심사결정 공단부담액의 100분의 10 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시한 기준에 따라 산정한 금액으로 한다”고 규율하고 있다.

제 2 장 국민건강보험제도의 의의 및 기능



[출처 : 국민건강보험공단]



[출처 : 건강보험심사평가원]

제 3 장 국민건강보험제도의 탄생과 역사적 발전과정

제 1 절 국민건강보험제도의 탄생 및 발달

1. 국민건강보험제도의 탄생

세계 각국의 의료보장제도는 역사, 경제, 사회적 여건에 따라 다른 형태를 취하고 있다. 국가가 의료보장을 시행하는 방법은 재원을 확보하는 방법에 따라, 법률에 자격이 정해진 자가 보험료를 낼 것을 전제로 하여 보험급여를 하는 ‘보험방식’과 일반조세를 재원으로 하여 국민 또는 거주자라는 요건만 갖추면 국가가 의료서비스를 보장하는 ‘조세방식’으로 구분된다. 의료보장을 시행하고 있는 국가 중에서, 영국, 스웨덴 등과 같이 조세방식의 의료보장제도를 취하고 있는 소수의 국가를 제외한다면, 대부분의 국가는 사회보험방식의 의료보장을 택하고 있다.

우리나라에서는 1963년 의료보험법이 최초로 제정되었으나 실제로 시행되지 못하였고, 1977년 의료보험법이 다시 제정되어 500인 이상 사업장 근로자를 대상으로 처음으로 의료보험이 시행되었다. 그리고 1979년 공무원 및 사립학교교원에 의료보험이 실시된 이후, 1988년 농어촌지역 의료보험이 실시되었고, 1989년에는 도시지역의 자영업자에게도 확대 실시됨으로써 의료보험제도를 실시한지 10여년만에 전 국민에 대한 의료보장이 실현되었다.

1977년 의료보험의 시행 당시, 강제가입과 소득수준에 따른 보험료의 차등부과, 균등한 보험급여, 법률에 의한 보험료의 강제징수를 특징으로 하는 사회보험방식을 채택하면서, 한편으로는 국가의 재정수준이 빈약하여 전 국민에 대한 의료보험을 감당할 수 없었기 때문에,

우선 지불능력이 있는 집단인 임금근로자, 공무원, 사립학교교직원부터 의료보험제도를 실시하여 차츰 농어촌 주민, 도시자영업자 등 전국민으로 의료보험의 대상자를 확대하였던 것으로 보인다.

2. 국민건강보험제도의 역사적 발달

공무원·교직원 공단과 지역의료보험조합이 조직상 통합되기 전인 1998년 7월 당시 의료보험제도의 관리운영체계를 보면, 의료보험의 적용대상을 피용자와 자영업자로 구분하여 피용자보험은 5인 이상 고용사업장의 근로자를 대상으로 하는 직장의료보험과 공무원, 군인, 사립학교 교직원을 피보험자로 하는 공·교 의료보험으로 구성되었고, 자영업자를 대상으로 하는 의료보험조합은 시·구 지역주민을 적용대상으로 하는 도시지역 의료보험과 농어촌지역 주민을 대상으로 하는 군지역 의료보험으로 구분되었다.³²⁾

1997년 12월 31일 제정되어 1998년 10월 1일부터 시행된 ‘국민의료보험법’에 의하여 공무원·교직원 의료보험공단과 227개의 지역조합이 조직상 통합되어 ‘국민의료보험관리공단’이 단일보험자로서(제9조) 전 국민의 약 60%에 해당하는 2800만명의 공무원·교직원 피보험자와 지역피보험자의 의료보험을 관리하게 되었다.

그러나 국민의료보험법은 공무원·교직원 피보험자와 지역피보험자의 재정을 구분하여 계리하도록 규정하였기 때문에(제69조), 국민의료보험법에 의한 통합의 의미는, 종래 다수의 지역조합을 하나로 통합하여 공단을 보험자로 하면서 공무원·교직원공단을 포함시키는 ‘조직의 통합’에 있었다. 국민의료보험법이 공무원·교직원 공단과 지역

32) 1998년 7월 당시 총인구 4643만명 중 의료보험의 혜택을 입는 인구는 약 4472만명으로 96.3%에 달했는데, 이 중 직장의료보험 가입자는 1614만명으로 34.8%, 공·교 공단 가입자는 503만명으로 10.8%, 지역의료보험 가입자는 2355만명으로 50.7% (군지역 의료보험 가입자는 340만명으로 7.3%, 시지역 의료보험 가입자는 2015만명으로 43.4%)에 달하였다.

가입자의 재정을 분리하도록 한 것은, 국민의료보험법에 의한 통합이 직장가입자까지를 포함하는 국민건강보험법에 의한 통합을 위한 잠정적인 조치에 해당하기 때문이다.

직장의료보험조합까지 완전히 통합하는 ‘국민건강보험법’이 1999년 2월 8일 제정되었고, 2000년 7월 1일부터 시행되었다. 국민건강보험법은 가입자를 근로자와 그 사용자, 공무원 및 교직원을 포함하는 직장가입자와 그 외의 지역가입자로 구분하면서(법 제6조), 직장가입자와 지역가입자를 모두 조직적으로 통합하여 ‘국민건강보험공단’을 단일보험자로 하고(법 제12조), 직장가입자와 지역가입자의 재정통합을 규정하고 있다(법 제33조 제2항).

한편, 국민건강보험법은 부칙에 경과규정을 두어, 2000년 12월 31일까지는 직장가입자 중 사업장 근로자 및 그 사용자인 직장가입자와 공무원 및 교직원인 직장가입자의 재정을 분리하여 처리하도록 하고(법 부칙 제10조 제2항), 2001년 12월 31일까지는 직장가입자와 지역가입자의 재정을 각각 구분하여 처리하도록 규정하고 있었으며(부칙 제10조 제1항), 이 기간 동안 지역가입자의 보험료는 종전의 ‘국민의료보험법’의 규정에 의하여 산정하도록 규정하였다(부칙 제10조의2).

통합이전의 직장가입자에게는 ‘의료보험법’이, 공무원·교직원 및 지역피보험자에게는 ‘국민의료보험법’이 각각 적용되고 있었으나, ‘의료보험법’과 ‘국민의료보험법’은 2000년 7월 1일 ‘국민건강보험법’이 시행되면서 폐지되었다. 즉, 국민건강보험법은 1999년 2월 8일 김대중 정부에서 제정되었고, 그 후 매년 수차례 개정되었으며 최근에는 2013년 5월 22일자로 법률 제11787호로 개정된 것이 현행 국민건강보험법으로서 시행·적용되고 있다.

3. 조직 및 재정통합의 성과와 한계

(1) 조직 및 재정통합을 둘러싼 논란

건강보험의 조직·재정통합을 두고 당시 정부는 과거의 산별·지역별 조합방식으로는 의료보장의 기능인 위험의 분산, 소득재분배, 사회적 연대성 강화 등이 제약될 뿐만 아니라, 조합간 부담의 형평성 결여, 급여의 차등, 관리운영비의 과다 등 구조적 문제점이 있다는 이유로 의료보험의 통합을 추진하였다.

통합찬성론자들의 주장은 경제적 능력에 격차가 있는 국민이 조합의 형태로 계층적으로 조직될 경우에, 경제적 능력이 부족한 조합구성원은 자기능력에 비하여 과도한 부담을 할 수밖에 없고, 지역의료보험의 경우에 조합별로 운영되기 때문에 동일한 소득과 재산을 보유하고 있더라도 조합마다 부과되는 보험료가 상이하며, 피용자보험의 경우에도 총소득 중 보험료 부과비율이 대규모사업장이 소규모사업장보다 낮고 고소득층이 저소득층보다 낮은 현상이 나타나기 때문에 조합방식의 의료보험제도는 국민계층 간의 재정부담이 형평성에 맞지 않는다는 것이다.

특히, 가입자 개인이 의료보험의 혜택을 받는 과정을 보더라도, 젊고 소득활동이 활발할 때에는 직장조합에 가입하였다가, 노령이 되어 상대적으로 발병율이 높고 소득이 없을 때에는 지역조합에 가입하게 되므로, 직장과 지역의 의료보험을 분리하는 경우에 청·장년층과 노년층의 세대별 분리와 함께 소득활동이 있는 자와 없는 자의 경제력의 격차가 발생하게 되는데, 지역과 직장을 통합함으로써 이와 같은 사회·경제적 계층의 형성을 제거하여 소득의 재분배 효과를 높이고자 하는 것도 의료보험의 통합에 대하여 기대할 수 있는 효과이다.³³⁾

33) 그러나 소득의 재분배 효과는 사회연대성의 원리에 기초하여 질병과 부상의 위

이에 대하여, 통합반대론자들은 사회보험의 성패는 공정한 부과체계에 달려 있는데, 소득의 형태와 소득의 파악방법 등이 본질적으로 상이한 집단을 통합하는 경우에 공평한 부담이 불가능할 뿐 아니라, 조직의 대규모화에 따르는 관료화와 조직내부의 경직성으로 인하여 의료비의 효율적인 통제가 조합관리방식보다 더욱 어려워지고 궁극적으로 보험급여의 비용이 급격히 증가할 것이라고 예측한다. 그리고 이들은 관리비용의 절감을 이유로 관리체계를 통합하는 경우는 세계 어느 나라에도 없었고, 관리체계의 통합과 관리비용의 절감은 아무런 상관관계가 없다고 주장한다.

(2) 조직 및 재정통합의 성과

그러나 건강보험 통합의 가장 중요한 성과 중 하나는 관리운영체계의 투명성과 책임성을 향상시켰다는 점이다. 과거에는 수백명의 의료보험 조합장과 그 몇 곱절의 임원들이 조합을 운영하고 있었다. 이들의 비리와 부패는 심각한 수준이었으나, 수백개에 이르는 조합들을 일일이 감독하는 것도 쉽지 않은 실정이었다고, 직장의료보험조합의 누적 적립금은 마치 해당 기업의 사금고인 것처럼 활용되고 있었다.³⁴⁾ 그러나 건강보험제도를 통합함으로써 수백명에 이르던 조합장은 1명의 공단 이사장으로, 수천명의 임원들은 십여명의 임원으로 감축되었다. 그리고 이에 대한 정부와 국민의 효과적인 감독과 통제가 가능하게 되었다.

그리고 건강보험 통합으로 인하여 건강보험의 보장성을 강화하기 위한 제도적 기반이 마련되었다는 점이다. 통합 이전까지 수백개로

험에 대비하는 것보다 우선적으로 의도하는 것은 적절하지 않을 것이다. 이는 자칫 사회연대성의 원리에 기초하고 있는 사회보험제도의 근간을 흔들 수도 있을 것이기 때문이다. 다만, 건강보험의 통합을 통하여 실질적으로 나타날 수 있는 파급효과 내지 기대효과로서 소득이 재분배되는 것과 같은 결과가 나타날 수 있음을 예측할 수 있다는 것으로서 정리하는 것이 가능할 것이다.

34) 수많은 직장의료보험조합의 조합장과 간부들 그리고 기업들이 건강보험통합을 결사적으로 반대한 이유에는 이러한 이권관계가 있었음을 부정하기 어려울 것이다.

나뉘어 운영되던 조합 방식으로는 건강보험의 보장성을 강화하기 어려웠다. 재정상태가 좋은 조합과 열악한 조합이 있으면 건강보험의 급여 수준은 하향평준화될 수밖에 없기 때문이었다. 어떤 조합은 막대한 누적 적립금을 쌓아두고 있으면서도 조합원들에게 충분한 급여 혜택을 주지 못하는가 하면, 또 다른 조합은 최소한의 급여 혜택조차도 감당하기 힘든 열악한 재정상태를 면하지 못하고 있었다. 물론 각 조합의 재정위험을 분산시키는 메카니즘이 작동하고 있기는 했지만 그 효과는 제한적이었다. 건강보험 재정통합은 보장성 강화의 걸림돌이었던 조합 간의 재정격차를 일시에 해소하는 제도적 변혁이었고, 통합 건강보험체계라는 기초 위에서 보장성 강화정책을 추진하는 것이 가능하게 되었다.

그리고 건강보험재정통합을 통하여 보험료 부과체계의 형평성이 제고되었다. 과거 조합 방식에서는 재정상태가 열악한 농어촌 지역조합의 보험료는 상대적으로 비싸고, 재정상태가 양호한 직장조합과 부유한 사람들이 사는 지역조합의 보험료는 상대적으로 저렴하였다. 이는 각 조합이 독립채산 방식으로 운영되었기 때문에 불가피한 현상이었다. 이와 같은 보험료 부담의 불평등을 해소하고, 전국 어디에 거주하든, 어떤 직장에 근무하든 간에 동일한 기준(보험료율)에 따라서 보험료를 부과하게 된 것은 전적으로 건강보험 통합의 성과이다. 그러나 아직까지 지역가입자와 직장가입자의 보험료부과체계가 완전히 통합되지 못한 점은 한계로 지적될 수 있고, 이는 건강보험제도의 문제에 국한되는 것이 아니라 우리나라 조세제도 전반에 있어서 자영업자의 소득과약률이 아직 미흡하다는 점에서 기인한다고 볼 수도 있다.³⁵⁾

마지막으로 국민건강보험제도의 통합으로 인하여 국민의 사회연대의식이 강화된 것은 매우 중요한 성과이다. 현재 국민건강보험제도에 대한 많은 민원과 불만이 제기되고 있는 것도 부인할 수는 없지만,

35) 이에 대하여는 『제5장 소득 중심의 보험료 부과체계 단일화 방안』 참조.

건강보험이 통합되어 의료급여 수급권자를 제외한 모든 국민은 단일한 건강보험체계에 편입되었다. 과거 조합방식에서는 연대의 범위가 특정 직장 내지는 지역에 한정되었지만, 현행 국민건강보험제도에 따르면 사회연대의 범위는 전국 지역의 전체 국민을 아우르게 된 것이다. 즉, 이를 통하여 국민의 건강권을 보호하여야 할 국가의 의무를 이행하기 위한 제도적 기반을 갖추게 된 것으로 평가할 수 있다.

그리고 과거의 조합 방식을 계속 유지했다면 미국식 의료체계를 도입하여 의료민영화를 시행하려는 움직임을 차단하기 쉽지 않았을 것이다.³⁶⁾ 국민건강보험제도로의 통합은 ‘의료의 공공성’을 수호하기 위한 법제도적 기초를 형성한 것으로 볼 수 있다.

(3) 국민건강보험 통합의 한계

그럼에도 불구하고 국민건강보험은 여전히 다음과 같은 한계를 갖고 있다. 첫째, 우리나라 건강보험제도의 보장성은 취약한 실정이다. 지속적인 국민건강보험의 보장성강화정책에 힘입어 2007년 65%대까지 제고되었던 보장률은 2011년 62% 수준으로 다시 내려오게 되었다. 3대 중증질환(암, 일부 심장질환 및 뇌혈관계질환)의 보장률은 가파르게 향상되었지만, 평균적인 보장률은 정체상태를 면치 못하고 있으며, OECD 국가들의 평균적인 보장률 수준이 80% 대이고, 그 중 입원진료비는 90% 이상인 점을 감안한다면 우리나라 건강보험의 보장률은 글로벌 스탠다드에 한참 못 미치는 열악한 수준이라고 할 수 있다.³⁷⁾

둘째, 건강보험재정을 안정적으로 확충하기 위한 기반이 취약하다. 건강보험의 가장 중요한 과제인 보장성을 강화하기 위하여는 재정이 안정적으로 확보되어야 한다. 사회보험 방식의 건강보험제도 하에서

36) 예컨대 삼성그룹의 직장의료보험조합과 삼성병원 그리고 현대그룹의 직장의료보험조합과 서울 아산병원을 연결하는 네트워크 방식의 의료민영화가 좀 더 신속하게 추진될 수 있었을 것이다.

37) 이에 대하여는 『제4장 국민건강보험의 지속가능한 보장성 강화』 참조.

가장 중요한 수입은 가입자의 기여금(보험료)인데, 국민건강보험 재정 수입은 실질적으로 국민부담율의 1/10을 차지할 정도로 매우 비중이 높기 때문에 보험료 인상에 대한 국민(근로자와 사용자)들의 거부감은 조세저항 못지 않게 매우 강하다. 그리고 정부의 국고지원 역시 현행 법에서는 예상 보험료 수입의 20%를 국고에서 지원하도록 규정하고 있으나, 재정당국은 예상 보험료 수입을 보수적으로 추계하는 방식을 채택하여 실제 수입의 16~17%에 불과한 금액만을 지원하고 있다. 그리고 담배에 부과되는 국민건강증진부담금을 통하여 조성된 국민건강증진기금 역시 부담금의 실질적 건련성 등에 있어서 문제가 있다는 지적이 계속 제기되고 있다.³⁸⁾

제 2 절 국민건강보험 재정구조의 변화

1. 조직 및 재정통합 이전의 재정상황

1996년 말 기준으로 누적적립금은 직장의료보험 25,050억원(연간 보험급여비의 116.9%), 지역의료보험 8,850억원(연간 보험급여비의 30.2%), 공무원·교직원 공단 3970억원(연간 보험급여비의 54.1%)으로 총 37,875억원에 달하였다. 그러나 1996년 이후 직장조합 및 공·교 공단의 경우에는 급여비의 급격한 증가에 비례하는 적절한 보험료의 인상조치가 이루어지지 않음에 따라 계속 재정적자를 기록하고 있기 때문에, 적립금 규모는 2002년 재정통합시까지 매년 현저하게 축소되었다.

실제로 1998년부터 본격적으로 추진된 건강보험 통합추세에 따라서 1995년 4조원을 상회하였던 적립금을 2000년 1조원 미만으로 줄어들었다.³⁹⁾ 그리고 의약분업 도입 등으로 인하여 2000년 9조 321억원이

38) 이에 대하여는 김성수, “국민건강보험재정 안정화를 위한 법적 과제”, 『21세기 재정법의 과제와 전망 (한국법제연구원 국제학술대회)』, 2005. 6. 17, 171~206쪽 ; 정영철, “건강보험재정 안정화를 위한 행정법적 과제와 입법정책적 제언”, 『행정법 연구』 제32호, 행정법이론실무학회, 2012. 4, 249~273 (254 이하)쪽 등 참조.

39) 의료보험의 적립금은 대부분 직장의료보험조합이 1977년 이래로 의료보험재정을

있던 보험급여비가 2001년에는 13조 2,447억원으로 46.6%나 증가하였다. 즉, 정부지원금을 제외한 보험료 수입과 급여비 지출에 관한 재정수지를 검토해 보면, 2001년 당시 보험료 등 수입은 9조 173억원, 급여비 등 지출 총액은 14조 511억원으로 당기적자가 5조 338억원에 달하였다. 즉, 김대중 정부에서 추진되었던 의료보건정책기조의 변화인 의약분업과 직장의료보험조합과 지역의료보험조합의 통합운영으로 말미암아 적립금을 소진하면서 국민건강보험의 재정위기가 발생하였고, 건강보험의 재정수지는 매우 위태로운 상태에 놓이게 되었다.

2. 재정통합 이후 누적적자에 대응하는 특별조치 : 재정건전화특별법 및 국민건강증진부담금

이러한 상황을 타개하기 위하여 보건복지부는 2001년 건강보험 재정안정을 위한 긴급처방책을 두 차례 제시하였고⁴⁰⁾, 2001년도 제1회 추가경정예산을 통하여 당초 예산보다 7,400억원 증액된 2조 6,250억원의 국고를 지원함으로써, 건강보험의 당기적자는 2001년말 2조 4,088억원을 기록하였다. 결국 전년도 적립금을 차감한 적자 1조 8천억에 대해서는 금융권으로부터 차입하여야 했다.

이러한 국민건강보험의 재정위기를 극복하기 위하여 정부(보건복지부), 국민건강보험공단, 의약계 그리고 국민 4자간의 공동 노력을 강조한 “국민건강보험 재정안정 종합대책”이 지속적으로 수립·시행되었다.⁴¹⁾

운용하면서 누적한 금액이었고, 이를 둘러싸고 재정통합운영에 반대하는 직장의료보험가입자들이 헌법재판소에 적립금에 대한 재산권적 보호를 주장한 바 있다.

40) 보건복지부는 2001년 5월 제1차 국민건강보험 재정안정 종합대책을 그리고 제2차 추가대책은 2001년 10월에 발표한 바 있다.

41) 2001년 5월과 10월에 발표된 “국민건강보험 재정안정 종합대책”에 이어 2002년 4월 그 일환으로 제3차 추가대책이 제안되었다. 그 주요내용은 보험료 인상, 한시적인 62개 비급여항목 설정, 수가 조정, 본인부담금 조정, 진료비 심사 강화, 약제비 절감, 보험재정 관리·운영의 효율화, 의약분업의 안정적 정착, 진찰료·처방료의 통합, 차등수가제, 야간진료 가산시간 조정 및 ‘특별법’ 제정을 통한 건강보험재정지원의 법제화 등이었다.

② 재정현황

(단위: 억원)

| | | 2001년 | 2002년 | 2003년 | 2004년 | 2005년 | 2006년 | 2007년 | 2008년 | 2009년 | 2010년 | 2011년 | 연평균 증가율 |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|
| 수입 | 계 | 116,423 | 138,903 | 168,231 | 185,722 | 203,325 | 223,876 | 252,697 | 289,079 | 311,817 | 335,265 | 379,774 | 0.13 |
| | 보험료 등 | 90,173 | 108,764 | 133,993 | 150,892 | 166,377 | 185,514 | 215,979 | 248,300 | 263,717 | 281,489 | 323,995 | 0.14 |
| | 국고지원금 | 26,250 | 25,747 | 27,792 | 28,567 | 27,695 | 28,698 | 27,042 | 30,540 | 37,838 | 39,123 | 51,697 | 0.07 |
| | 담배부담금 | - | 4,392 | 6,446 | 6,263 | 9,253 | 9,664 | 9,676 | 10,239 | 10,262 | 10,630 | - | 0.12 |
| 지출 | 계 | 140,511 | 146,510 | 157,437 | 170,043 | 191,537 | 224,623 | 255,544 | 275,412 | 311,849 | 348,989 | 373,766 | 0.10 |
| | 보험급여비 | 132,447 | 138,993 | 149,522 | 161,311 | 182,622 | 214,893 | 245,614 | 264,948 | 301,461 | 338,133 | 361,890 | 0.11 |
| | 관리운영비 등 | 8,064 | 7,517 | 7,915 | 8,732 | 8,915 | 9,730 | 9,930 | 10,464 | 10,388 | 10,167 | 11,876 | 0.04 |
| 당기수지 | | △24,088 | △7,607 | 10,794 | 15,679 | 11,788 | △747 | △2,847 | 13,667 | △32 | △13,724 | 6,008 | |
| 누적수지 | | △18,109 | △25,716 | △14,922 | 757 | 12,545 | 11,798 | 8,951 | 22,618 | 22,586 | 8,862 | 15,600 | |

주: 현금흐름 수지에 의한 재정임. 2011년 국가지원금은 담배부담금 포함
 자료: 국민건강보험공단

결국 2002년에는 보험료 등 수입 10조 8,764억원, 급여비 등 지출 14조 6,510억원, 담배부담금을 포함한 정부지원 3조 139억원으로 당기 적자를 7,607억원 규모로 감축하였고, 2003년에는 보험료 등 수입 13조 3,993억원, 급여비 등 지출 15조 7,437억원, 정부지원 3조 4,238억원으로 재정위기 이래 처음으로 1조 794억원의 당기흑자를 달성하는데 성공하였다. 2004년에도 보험료 등 수입 15조 1,916억원, 급여비 등 지출 17조 3,005억원, 정부지원 3조 4,830억원으로 당기흑자가 1조 3,740억원에 이르게 된다. 그러나 누적재정적자가 1조 4,922억원에 이르러 이를 차감하면 누적 재정수지는 여전히 1,182억원의 적자상태이고, 2004년이 지나고 2005년이 되어서야 누적수지는 흑자로 전환된다.

3. 국민건강보험에 대한 국고지원의 의의 및 기능

국민건강보험에 대한 정부의 국고지원은 예산과 기금에 의하여 이루어진다. 예산은 정부가 국회의 심의·의결을 받아 보건복지부가 국민건강공단에 지원하는 것으로서 ‘일반회계’를 통하여 대체로 지역가입자의 보험급여비, 지역보험 관리운영비, 공무원 및 교직원의 건강보험 등에 대한 법정부담금을 지원하고, ‘농·어촌특별세관리특별회계’를 통하여 저소득 농어민에 대한 건강보험료를 일부 지원하고 있다. 그리고 담배부담금을 재원으로 하여 조성된 국민건강증진기금을 통하여 지역가입자의 보험급여비의 상당부분(약 15%)을 지원하고, 이는 직장 및 지역가입자의 노인급여비를 충당하기 위하여 사용되기도 한다.

국민건강보험에 대한 정부의 지원은 1988년 ‘국민건강보험법’이 개정되면서 농어촌 지역주민에 대한 건강보험이 도입되면서 시작되었다. 그리고 건강보험 재정위기가 발생한 이후 2002년 1월 제정된 ‘국민건강보험재정건전화특별법’은 건강보험에 대한 국고지원을 의무적 지출로 규정하였다. 이는 2006년 12월말까지 한시적 효력을 갖는 법으로 제정·시행되었다.

그리고 2006년 12월 30일 개정되어 2007년 1월 1일부터 시행된 국민건강보험법 부칙 제7조 제2항(기금사용의 한시적 특례)에 따르면 “보건복지부장관은 담배 등에 대하여 부과되는 국민건강부담금으로 조성되는 국민건강기금을 국민건강증진법 제25조에 의거하여 운영하면서 2011년 12월 30일까지 매년 기금에서 국민건강보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 사용하도록 국민건강보험공단에 지원”하도록 규정되어 있었고, 2011년 12월 31일 개정된 국민건강보험법 부칙 제2조(유효기간)에 따르면 “제108조는 2016년 12월 31일까지 효력을 가진다”고 규정하고 있다.

이를 종합하여 보면, 현행법상 국민건강보험에 대한 국고지원은 국민건강보험법 제108조의 규정에 의거하여, i) 국가는 매년 예산의 범위에서 해당 연도 보험료 예상 수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원하여야 하며, ii) 공단은 「국민건강증진법」에서 정하는 바에 따라 국민건강증진기금에서 「국민건강보험법」에 따른 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 지원받을 수 있도록 되어 있다. 2011년 12월 31일에도 개정되어 신설된 현행 국민건강증진법상 기금사용의 한시적 특례에 따르면 “보건복지부 장관은 제25조 제1항의 규정에 불구하고 2016년 12월 31일까지 매년 기금에서 「국민건강보험법」에 따른 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 동법 제108조 제4항의 용도에 사용하도록 동법에 따른 국민건강보험공단에 지원한다. 다만, 그 지원금액은 당해연도 부담금 예상수입액의 100분의 65를 초과할 수 없다”는 한시적 규율의 효력을 지속하고 있기 때문이다.

문제의 핵심은 보험료 예상수입액은 확정금액이 아니므로 실제보다 적은 금액을 지원받고 있으며, 더구나 담배부담금 수입의 감소와 지원금액이 담배부담금 수입의 100분의 65를 초과할 수 없으므로, 국민건강증진기금에서도 규정된 100분의 6보다 상당히 적은 금액을 지원받고 있는 실정이다. 따라서 개선방안으로 이른바 ‘사후정산제’를 시행하거나, 국고산정대상인 보험료 예상수입액을 전전년도 보험료 수입 등 실제 수입액 기준으로 변경하는 방안 등이 실무상 검토되고 있다. 그리고 국민건강보험법상 보험료와 의료수가 등의 결정시기를 정부의 예산안편성시점 이전인 6월말까지 완료하도록 개정하였다.⁴²⁾

42) 요양급여비용의 계약체결시기도 “계약기간 만료일 75일 전(10월 중순)”에서 개정된 국민건강보험법 제45조에 의하면 5월 31일까지 결정하도록 바뀌었다. 만약 기한 내에 계약이 체결되지 않으면 보건복지부 장관이 건강보험정책심의위원회 의결을 거쳐 6월 30일까지 결정하도록 개정하였다. 이는 국민건강보험의 보장성을 강화하기 위한 다른 개정법안보다도 우선적으로 보건복지위원장 대안으로 하여 2013년 5월 22일자로 개정이 완료되었다.

이는 한편으로는 건강보험 자격사업에 대한 의무지출(mandatory expenditure)을 규정하였고, 다른 한편으로는 기존의 국고지원에 추가하여 담배부담금으로 재원이 조성되는 국민건강기금 사업비를 통하여 건강보험재정을 지원하도록 되어 있었다.⁴³⁾ 이를 엄격히 구분하면 2001년까지 재량지출(discretionary expenditure) 형태로 이뤄진 국고지원, 2002년부터 2011년까지 법에 의하여 규율된 의무지출(mandatory expenditure) 그리고 2012년부터 다시 회귀된 재량지출 형태의 국고지원으로 구분하여 볼 수 있다.

| 개정전 | 개정후 |
|---|---|
| <p>제45조(요양급여비용의 산정 등) ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.</p> <p>② 제1항에 따라 계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 사이에 체결된 것으로 본다.</p> <p>③ 제1항에 따른 계약은 그 계약기간 만료일의 75일 전까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항에 따라 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.</p> | <p>제45조(요양급여비용의 산정 등) ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.</p> <p>② 제1항에 따라 계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 사이에 체결된 것으로 본다.</p> <p>③ 제1항에 따른 계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 심의위원회의 의결을 거쳐 요양급여비용을 정한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항에 따라 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.</p> |

43) 국민건강보험재정건전화특별법에 따르면 ‘지역가입자 건강보험급여비용’ 등의 40%를 국고(예산)로 지원하고, 그 10%를 담배부담금으로 조성된 국민건강증진기금으로 지원하도록 규정하고 있다. 특별법 제정 이전의 국고지원 수준은 1998년까지 지역가입자의 보험급여비의 35~40%에 달하였으나, 2000년 재정통합을 앞두고 29%까지 저하된 바 있다.

원칙적으로 사회보험은 수익자부담원칙에 따라서 가입자의 기여분과 보험급여(요양급여) 사이에서 수지균형이 이뤄지도록 재정을 운영하는 것이 원칙이다. 따라서 지출하여야 할 보험급여비 등은 가급적 보험료 수입으로 충당하되, 그 제도운영에 소요되는 관리운영비는 정부가 지원하는 것이 합리적이다. 공적 사회보험제도의 운영주체는 국가이고, 국민들은 임의로 그 제도에 가입할지 여부를 결정하거나 탈퇴할 수 없고 법에 의하여 가입이 강제되기 때문이다.

이러한 관점에서 보면 정부의 건강보험제도 지원은 그 엄청난 액수의 재정지출에도 불구하고, 보험급여비 지원에 편중된 나머지, 관리운영비 지원에 대해서는 과소한 수준에 불과하다.⁴⁴⁾ 그러므로 사회보험제도의 기본적 관리 및 운영의 책임을 정부가 지고, 이에 대한 전적인 재정지원을 정부가 부담하는 재정규율의 확립이 반드시 필요하다.

제 3 절 국민건강보험재정에 대한 법적 규율 체계

1. 국민건강보험재정의 현황 및 문제점

2013년도 대한민국 재정수입이 약 372조원에 달한다는 점을 감안하면 4대 사회보험은 2013년도 기준으로 그 재정운영규모가 약 170조원에 이를 정도로 상당한 규모와 비중을 차지하고 있다. 물론 국민연금 재정은 적립식 기금으로 운용되므로 이자수입 등이 적지 않다는 점을 고려한다면 실제 1년간 국민연금보험료 수입은 약 30조원에 달하고 있으나, 국민건강보험재정은 매년 수지균형의 원칙에 입각하여 보험

44) 2005년 기준으로 건강보험제도 운영에 따른 관리운영비 지출은 총 8,413억원에 달하지만, 정부의 지원은 그 지출액의 15%에 불과한 1,265억원 수준에 불과하다. 이와 같은 사회보험제도의 관리운영비에 대한 정부의 과소한 지원은 건강보험 뿐만 아니라 국민연금도 약 1,261억원으로 마찬가지로, 국고지원이 각각 22억원 및 142억원에 불과한 고용보험과 산재보험은 그 문제가 더욱 심각한 것으로 보인다.

료를 거두어 거의 모두 사용하고 있는데 보험료 수입이 약 35조원이고 정부지원금이 약 5조원이라는 점에서 그 중요성이 더욱 부각된다. 국민건강보험법에 의거하여 시행되는 건강보험사업은 보건복지부 장관이 관장하고, 보건복지부 장관은 ‘국민건강정책심의위원회’를 통하여 건강보험의 기본적 사항을 심의·의결하고 있다. 그리고 국민건강보험의 보험자인 국민건강보험공단은 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료의 부과·징수, 보험급여의 관리, 자산의 관리·운영 등의 업무를 수행하고 있다.

국민연금, 공무원연금, 사학연금, 군인연금, 고용보험, 산업재해보상보험 등은 모두 개별법에 근거를 두고 재정수입과 지출을 기금의 형태로 운용하고 있으나, 건강보험과 노인장기요양보험은 보건복지가족부 장관의 승인 하에 국민건강보험공단의 일반회계로 운용하고 있다.

이로 인하여 국민건강보험재정은 기금으로 운용되는 다른 사회보험 제도와는 관리와 운용방식에 있어서 차이를 보이고 있다. 기금으로 운영될 경우에 이는 일반적인 예산 및 결산절차와 동일하게 기금운용 계획과 결산절차를 따르게 되는데, 국무회의 심의와 대통령의 승인을 얻은 후 국회에 제출하여 심의·확정하게 되는 것이다. 이와 달리 국민건강보험공단의 일반회계로 운용되는 국민건강보험재정은 일반적인 사회보장성기금과는 달리 국회의 심의나 의결을 받고 있지 않다.

이렇게 된 이유는 첫째, 1991년 기금관리기본법이 제정되어 국회의 관리·감독을 받게 하다가, 2006년 예산회계법과 통합되어 국가재정법으로 일원화되면서 예산·결산절차와 동일한 경로를 밟게 되었음에도 불구하고, 건강보험재정은 아직까지 기금으로 전환되지 않았기 때문이다. 즉, 국회의 관리·감독에서 벗어난 가장 중요한 이유는 2000년 이전까지 300여개 이상의 독립채산제 방식의 조합 형태로 운영되었기 때문이다.⁴⁵⁾

45) 이에 대하여는 김춘순 등, 『2012 재정관련법률 개선과제(예산정책보고서 제15호)』,

2. 국민건강보험재정의 확보 및 운영

국민건강보험의 재정은 국민건강보험법과 공단의 자율규범이라고 할 수 있는 정관에 규정되어 있다. 즉, 국민건강보험법에서는 보험료와 국고지원(재정수입) 그리고 보험급여(재정수입)의 기본적 사항을 규정하고 있고, 그 자산의 운영·관리 및 예산회계에 관한 구체적인 내용은 정관에 규정되어 있다. 이 규정내용을 재원의 확보, 운영, 통제의 측면에서 나누어 살펴보고자 한다.

(1) 건강보험재정의 확보

재원을 확보하는 과정에서 국민건강보험공단은 가입자인 일반 국민으로부터 보험료를 걷고 일부 국가로부터 지원을 받고 있다. 즉, 국민건강보험공단이 국민건강보험의 보험자(국민건강보험법 제13조)로서 건강보험사업에 소요되는 비용을 충당하기 위하여 건강보험납부의무자(국민)으로부터 보험료를 징수(국민건강보험법 제14조 제1항 제2호, 제69조)할 수 있다. 그리고 국가는 해당 연도 보험료 예상수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 건강보험공단에 지원하여야 한다(국민건강보험법 제108조).⁴⁶⁾

국회 예산정책처, 2012. 5, 97~101쪽 참조.

46) 2006년 12월 30일 개정되어 2007년 1월 1일부터 시행된 부칙 제7조 제2항(기금 사용의 한시적 특례)에 따르면 보건복지부장관은 담배 등에 대하여 부과되는 국민건강부담금으로 조성되는 국민건강기금을 국민건강증진법 제25조에 의거하여 운영하면서 2011년 12월 30일까지 매년 기금에서 국민건강보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당하는 금액을 사용하도록 국민건강보험공단에 지원하도록 규정되어 있었다. 이 한시적 규정은 2016년까지 다시 연장되었다. 실제로 보건복지부 장관 산하의 국민건강증진정책심의위원회의 심의를 거쳐 ‘국민건강증진종합계획’을 수립·시행하게 되는데, 여기에는 국민건강증진기금의 운용방안이 포함되어 있다. 최근에는 담배에 부과되는 건강증진부담금을 인상하고 그 재원으로 국민건강보험의 보장성 강화를 뒷받침하고자 하는 움직임도 나타나고 있다. 이에 대하여는 2013년 3월 6일 발의된 국민건강증진법 일부개정법률안(김재원 의원 대표발의) 제23조 제1항 제1호 등 참조.

(2) 건강보험재정의 운영

재정을 운영하는 과정에서도 국민건강보험공단은 건강보험제도의 관리·운영의 책임을 지고 있다. 즉, 국민건강보험공단은 보험급여를 관리(국민건강보험법 제14조 제1항 제3호)하고, 보험급여 비용을 지급하며(법 제14조 제1항 제5호), 자산의 관리·운영 및 증식사업을 담당(법 제14조 제1항 제6호)한다.

첫째, 보험급여의 관리에 대하여는 매우 복잡한 (관리)조직과 (예산 및 계리)절차에 대한 규율을 마련하고 있다. 우선 조직에 관한 사항으로서 국민건강보험공단의 임원으로 이사장 1명, 이사 14명 및 감사 1명을 두고 있다(법 제20~21조). 그리고 이사장은 임기 중 공단의 경영성과에 대하여 책임(법 제22조)을 지도록 하고 있으며, 공단의 임직원은 그 직무 외에 영리를 목적으로 하는 사업에 종사하지 못하게 되어 있다(법 제25조). 이를 뒷받침하기 위하여 직원의 임면은 이사장이 정관이 정하는 바에 따르도록 되어 있으나(법 제27조), 공단의 조직·인사·보수 및 회계에 관한 규정은 이사회 의결을 거쳐 보건복지부장관의 승인을 받도록 하며(법 제29조), 벌칙 적용시 공무원으로 의제(법 제28조)하도록 하고 있다.⁴⁷⁾

47) 그러나 공단 임·직원들의 임명절차 등을 검토해 보면, 인사와 직무상의 독립성이 확보될 수 있는지 여부에 대하여는 의문이 있다. 국민건강보험법 제20조에 따르면 이사장은 공공기관의 운영에 관한 법률 제29조에 따른 임원추천위원회가 복수로 추천한 사람 중에서 보건복지부장관의 제청으로 대통령이 임명하고, 상임이사는 보건복지부령으로 정하는 추천 절차를 거쳐 이사장이 임명하며, 비상임이사는 보건복지부 장관이 임명한다. 다만, 감사는 임원추천위원회가 복수로 추천한 사람 중에서 기획재정부장관의 제청으로 대통령이 임명한다. 그러나 적어도 보건복지부와 건강보험공단의 관계를 고려하면 공단의 해산에 대하여는 법률로 정하도록 되어 있는 법 제19조의 의미는 (적극적으로) 국회가 법률로써 공단을 해산할 수 있다는 의미보다는 (소극적으로) 정부가 공단을 국회의 허락 없이 마음대로 건강보험공단을 해산할 수 없다는 의미로 해석되어야 할 것이다. 이는 법률유보와 제도보장의 의미를 종합적으로 고려하여 해석하여 보면 그와 같은 방향의 해석이 정당하다는 점을 논증할 수 있을 것이다.

그리고 요양급여비용⁴⁸⁾의 계약 및 결손처분⁴⁹⁾ 등 건강보험재정에 관련된 사항을 심의·의결하기 위하여 국민건강보험공단에 재정운영위원회를 둔다. 재정운영위원회 위원장은 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하는 위원 중에서 직장가입자 또는 지역가입자를 대표하는 위원이 아니라 공익을 대표하는 위원 중에서 호선한다(법 제33~34조). 그리고 국민건강보험공단의 회계연도는 정부의 회계연도에 따르고, 직장가입자와 지역가입자의 재정을 통합하여 운영하며, 건강보험사업 및 징수위탁근거법의 위탁에 따른 국민연금사업·고용보험사업·산업재해보상보험사업·임금채권보장사업에 관한 회계를 공단의 다른 회계와 구분하여 각각 계리하여야 한다(법 제35조)⁵⁰⁾.

또한 건강보험심사평가원을 설립하여 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하도록 하고 있다(법 제62조). 이는 주로 “1. 요양급여비용의 심사, 2. 요양급여의 적정성 평가, 3. 심사기준 및 평가기준의 개발, 4. 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 업무와 관련된

48) 국민건강보험법 제45조에 의하면 “요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들(시행령 제20조)의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다”고 하여 매년 정기적으로 체결한다. 그리고 “계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 사이에 체결된 것으로 본다”는 간주규정이 있다. 2013년 5월 22일 개정된 바에 따르면 “계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 심의위원회의 의결을 거쳐 요양급여비용을 정한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항에 따라 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.” 즉, 국민건강보험공단(보험자)과 의약계를 대표하는 사람들 사이에서 계약내용에 대한 합의가 이뤄지지 않을 경우에 보건복지부장관이 결정하도록 하고 있다.

49) 국민건강보험법 제84조에 의하면 “공단은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유가 있으면 재정운영위원회의 의결을 받아 보험료 등을 결손처분할 수 있다. 1. 채납처분이 끝나고 채납액에 충당될 배분금액이 그 채납액에 미치지 못하는 경우, 2. 해당 권리에 대한 소멸시효가 완성된 경우 3. 그 밖에 징수할 가능성이 없다고 인정되는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우”라고 규정하고 있다.

50) 재정운영위원회에 대하여는 국민건강보험공단 정관(2012. 12. 21. 개정, 2013. 1. 1. 시행) 제4장(제30~36조)에서 더욱 상세하게 규율하고 있다. 그리고 정관 제53조에 따르면 “공단의 회계는 건강보험사업회계, 장기요양보험사업회계 및 사회보험통합징수사업회계로 각각 독립하여 구분한다”고 한다.

조사연구 및 국제협력, 5. 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무, 6. 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무, 7. 그 밖에 보험급여 비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령으로 정하는 업무”를 관장하는데, 요양급여 등의 적정성 평가의 기준·절차·방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시(법 제63조)하도록 하고 있다. 즉, 보건복지부 산하의 건강보험공단과 별도의 법인으로 건강보험심사평가원이 설립되어 있지만 이들은 모두 보건복지부장관의 소속 내지 관리·감독의 틀 내에 있는 것이다. 결국 이를 단순화시켜 보면 보건복지부 내에 별도의 조직이 기능적으로 상호 연계되어 있는 구조로 건강보험제도가 운영되고 있는 것이다.

그리고 건강보험심사평가원 산하에 심사평가원의 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 진료심사평가위원회를 둔다(법 제66조). 이는 진료심사평가위원회 위원장을 포함하여 50명 이내의 상근 심사위원과 1천명 이내의 비상근 심사위원으로 구성하며, 진료과목별 분과위원회를 둘 수 있도록 하고 있는데 과연 이러한 조직구성과 인원운영이 객관적이고 공정한 요양급여비용의 심사 및 적정성 평가라는 직무수행에 적절한 것인지 혹은 오히려 이익집단의 이해관계로부터 자율성과 독립성을 확보하는 것을 저해하고 있는 것은 아닌지 보다 진지한 검토를 요하는 것이다.

또한 건강보험심사평가원은 대체로 그 업무수행을 위하여 국민건강보험공단으로부터 부담금을 징수할 수 있고(법 제67조 제1항), 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 경우(법 제63조 제1항 제5호)에는 그 위탁자로부터 수수료를 받을 수 있다(법 제67조 제2항). 이러한 부담금 및 수수료의 금액·징수방법 등에 필요한 사항 역시 보건복지부령으로 정하게 되어 있는데, 대부분의 수입은 국민건강보험공단의 부담금에 의존한다

는 점에서 공단과는 별도의 심사평가원을 설립하는 논거 내지 정당성에 의심이 제기되고 있다.

이렇듯 국민건강보험공단(재정운영위원회)과 건강보험심사평가원(진료심사평가위원회)가 별도의 법인으로 설립·활동하면서 독자적인 법인처럼 보이지만, 실제로 인사, 직무, 재정 등의 측면에서 검토하여 보면 보건복지부의 영향력 하에 놓여 있음을 부정할 수 없고, 실제로 보건복지부 장관은 건강보험의 안정적 관리 및 운영에 대한 막중한 권한과 책임을 보유하고 있다. 이러한 점을 결정적으로 뒷받침하는 것은 국민건강보험법 제4조에 규정된 건강보험정책심의위원회인데, 이 위원회에서 “1. 제41조 제2항에 따른 요양급여의 기준, 2. 제45조 제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항, 3. 제73조 제1항에 따른 직장가입자의 보험료율, 4. 제73조 제3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액, 5. 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항(요양급여의 상대가치점수, 약제·치료재료에 대한 비용의 상한금액 및 한약제에 대한 비용, 건강보험정책심의위원회 위원장이 회의에 부치는 사항)”을 심의·의결하도록 하고 있다. 즉, 국민건강보험제도의 근간이라 할 수 있는 본질적인 사항들은 보건복지부 차관이 위원장인 건강보험정책심의위원회에서 의결되고, 정부산하기관인 국민건강보험공단은 보험료의 징수·관리 등 운영주체가 되는 것으로 파악하는 것이 합리적이다.

3. 예산 및 회계에 대한 규율

그리고 예산 및 회계절차에 대한 규율 역시 비교적 상세하게 규율되고 있다. 공단은 - 국회의 동의 내지 승인을 받을 필요는 없지만 - 회계연도마다 예산안을 그 내용의 성질별로 구분 편성하여 보건복지부장관의 승인을 받아야 한다. 예산을 변경할 때에도 또한 같다(법 제36조). 그리고 공단은 회계연도마다 결산보고서와 사업보고서를 작성하여 다음해

2월 말일까지 보건복지부장관에게 보고하여야 하는데, 공단은 결산보고서와 사업보고서를 보건복지부장관에게 보고하였을 때에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 내용을 공고하여야 한다(법 제39조)⁵¹⁾.

이와 같이 예산에서 예측한 대로 결산이 이루어지는 것이 가장 정상적이겠으나 실제로 이는 거의 불가능하다. 따라서 공단은 실제로 지출할 현금이 부족한 경우에는 차입할 수 있는데, 1년 이상 장기로 차입하려면 보건복지부장관의 승인을 받아야 한다(법 제37조). 그리고 공단은 회계연도마다 결산하고 잉여금이 남으면 ‘그 연도의 보험급여에 든 비용의 100분의 5 이상’에 상당하는 금액을 ‘그 연도에 든 비용의 100분의 50에 이를 때까지’ 준비금으로 적립하여야 하는데, 이는 부족한 보험급여 비용에 충당하거나 지출할 현금이 부족할 때 외에는 사용할 수 없으며, 현금 지출에 준비금을 사용한 경우에는 해당 회계연도 중에 이를 보전(補填)하여야 한다(법 제38조). 문제는 이러한 준비금 적립에 대한 내용이 만성화된 재정적자로 말미암아 거의 사문화되고 있다는 점이다.

보험급여비용의 지급에 대하여는 국민건강보험법 제41조에서 요양급여로서 “1. 진찰·검사, 2. 약제·치료재료의 지급, 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료, 4. 예방·재활, 5. 입원, 6. 간호, 7. 이송”을 규정하고 있다.⁵²⁾ 그 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로

51) 이와 같은 국민건강보험법의 규율내용에 대하여 국민건강보험공단 정관(2012. 12. 21. 개정, 2013. 1. 1. 시행) 제6장 자산 및 예산회계(제51~61조)에서 더욱 상세하게 규율하고 있다. 예비비(정관 제56조), 계속비(정관 제57조) 등은 법령에는 없지만 정관에서 추가적으로 규율하고 있고, 자금차입(정관 제58조)을 하거나 장기차입금 상환계획을 변경하려 할 때에 공단은 매 회계연도마다 장기차입금 상환계획을 수립하여 해당 회계연도 개시 전까지 보건복지부장관의 승인을 얻도록 특별한 채무관리규정을 마련하여 재정건전성을 확보하기 위한 자율규범을 마련하여 시행하고 있다.

52) 이는 한정적 열거규정의 형식을 취하고 있으나, 실제 동 조항의 적용에 있어서 치료의 범위를 어디까지 인정할 것인가 그리고 (질병의) 예방 내지 재활을 위한 요양을 어디까지 인정할 것인가 등을 둘러싸고 해석의 문제가 심각하게 제기되고 있다. 결국 대체로 보건복지부 내지 건강보험공단의 유권해석에 의하여 요양급여의 가부가

정하고, 보건복지부장관이 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다.⁵³⁾ 요양급여를 받는 자(국민)는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(소위 ‘본인부담금’)를 본인이 부담한다(법 제44조). 그리고 요양급여비용의 산정(법 제45~46조), 청구와 지급(법 제47조), 요양급여 대상여부의 확인(법 제48조), 요양비의 지급(법 제49조, 제56조) 그리고 부가급여(법 제50조)와 장애인 특례(법 제51조), 건강검진(법 제52조), 급여의 제한(법 제53조)과 정지(법 제54조) 등에 대하여 규정하고 있다. 이외에도 올바르게 보험급여가 지급되었는지를 확인하고(법 제55조), 부당이득이 있으면 징수하며(법 제57조), 구상권과 수급권 보호(법 제58~59조) 등이 규정되어 있다.

그리고 국민건강보험공단은 “자산의 관리·운영 및 증식사업”을 할 수 있다. 그러나 이는 안정적인 재정운영을 위하여 법 제14조 제2항에서 엄격히 제한되어 있다. 즉, 이는 “1. 체신관서 또는 「은행법」에 따른 은행에의 예입 또는 신탁, 2. 국가·지방자치단체 또는 「은행법」에 따른 은행이 직접 발행하거나 채무이행을 보증하는 유가증권의 매입, 3. 특별법에 따라 설립된 법인이 발행하는 유가증권의 매입, 4. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 신탁업자가 발행하거나 같은 법에 따른 집합투자업자가 발행하는 수익증권의 매입, 5. 공단의 업무에 사용되는 부동산의 취득 및 일부 임대, 6. 그 밖에 공단 자산의 증식을 위하여 대통령령으로 정하는 사업”으로 엄격히 제한되고 있다.⁵⁴⁾

결정되고 있고, 이는 비급여항목의 범위에 대한 보장성의 문제로 연결되게 된다.

53) 이에 해당하는 최근 개정된 것으로서 “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제) 고시 [보건복지부 고시 제2013-75호]”, “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 고시[보건복지부 고시 제2013-72호]”, “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 고시[보건복지부 고시 제2013-69 호] 등을 들 수 있다. 보건복지부 장관은 필요에 따라 요양급여의 적용기준 및 방법을 개정할 필요가 있을 때에는 탄력적으로 고시를 개정하여 이에 대응할 수 있다.

54) 이러한 구체적인 규율내용은 과거 시행령 제11조에 규정되어 있었으나, 그 내용이 법률의 형식으로 엄격하게 규율되어야 하는 것으로 개정되었고, 6호에서는 대통

이와 같이 국민건강보험공단은 현재 안정성과 수익성을 고려하여, 법과 규정이 정한 바에 따라 자산을 관리 운영하고 있는 바,

- i) 보험재정 규모에 걸 맞는 전문성·투명성 확보를 위해 내부적으로 「자금운용규정」을 제정하고, 그에 따라 ‘자금운용·리스크관리위원회’ 등을 운영하며, ‘투자자문 제도’를 도입하여 투자자문사(펀드매니저)가 상시 근무, 투자자문을 행하고 있고,
- ii) 초단기 보험급여 지급자금은 보험료 등 수입 즉시 공단 단독으로 운영되는 MMF를 활용하여 최대의 수익을 실현(“보통예금의 제로화”)하며,
- iii) 잉여 자금은 ‘단기, 중기, 장기 포트폴리오’에 의거, 수익증권, 정기예금 등 안정과 수익을 고려한 법이 정한 상품에 투자하고 있고,
- iv) 전국의 지사 사무실(특히 노후화되고 임차중인 사옥)을 점차 자체 사옥으로 신축하여, 임차료 절감 및 장기적인 부동산 취득 및 여유 면적에 대한 임대사업을 시행하고 있다.

그리고 법적 준비금 적립금은 당해연도 총비용의 100분의 50까지 적립하도록 규정되어 있으나, 실제로 법정준비금은 적립하지 못하고 있는 것으로 보인다.⁵⁵⁾

령령으로 자산관리에 관한 사항을 정할 수 있도록 가능성을 열어 두었으나 현재 국민건강보험법 시행령은 이에 대한 하위법규를 규정하고 있지 않다.

55) 국민건강보험공단은 재정운용수지 적자로 인해 법정준비금을 적립하지 못하는 상황으로 보건복지부에 보고하면서도 연 600억원대의 퇴직적립금을 적립해 왔다. 건보공단 재정은 지난 2007년 2,848억원, 2009년 32억원, 2010년에는 무려 1조 3천여억원의 적자를 기록했고, 이같은 적자상황 등으로 2008년 6.4%, 2010년 4.9%, 2011년 5.9%의 보험료 인상이 이뤄져 이에 따른 수입도 6~15%가량 증가해왔다. 또한 건보공단은 2010년에는 보험급여비 지출이 대폭 증가해 전년도 법정준비금(1조 2,686억원)을 사용하면서도 적자가 발생해 법정준비금 적립이 불가능하다고 보건복지부 장관에게 보고하고 승인까지 받았다. 그러나 문제는 이와 같은 이러한 적자상황에서도 직원들을 위한 퇴직적립금으로 2009년 654억원, 2010년 687억원을 적립해 왔으며 이 적자금액에는 이 퇴직적립금이 포함됐다는 것이고, 이러한 문제는 18대 마지막 결산 및 국정감사에서도 거듭 지적되었으나 여전히 시정되지 않고 있으며,

4. 국민건강보험재정의 결산 및 통제

국민건강보험공단은 준정부기관으로서 ‘공공기관의 운영에 관한 법률’의 적용을 받으며 주무관청(보건복지부 장관)에게 회계결산 및 관리·감독을 받도록 되어 있다. 국민건강보험법 제39조에 의하면 국민건강보험공단은 회계연도마다 결산보고서와 사업보고서를 작성하여 다음해 2월 말일까지 보건복지부장관에게 보고하여야 하고, 이에 따라 결산보고서와 사업보고서를 보건복지부장관에게 보고하였을 때에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 내용을 공고하여야 한다.

이에 따라 국민건강보험법 시행규칙 제10조에 의하면 국민건강보험공단이 결산보고서 및 사업보고서를 작성하여 보건복지부장관에게 보고한 경우에는 그 개요를 「신문 등의 진흥에 관한 법률」제9조 제1항 제9호에 따른 보급지역을 전국으로 하여 등록된 1개 이상의 일반일간신문에 공고하여야 한다. 즉, 국민건강보험제도 및 보험재정상 문제가 있는지 여부에 대한 관리·감독은 주무부처인 보건복지부 장관의 문제로 되어 있고, 국회의 직접적인 재정통제는 이루어지지 않도록 법적 규율이 이뤄지고 있다.

그러나 재정(회계)의 투명성 내지 책임성 문제는 일간신문에 공고하는 방식을 통하여 일정 부분 담보되고 있고, 이에 관심이 있는 국민 또는 시민단체는 일간신문에 공고된 결산·회계자료에 접근하여 정보를 획득할 수 있다. 그리고 현행법 체계 하에서 국회는 보건복지부에

건강보험공단이 실제로 퇴직급여비 적립금으로 적립한 금액이 지난 지적 때보다 무려 363억원(76.7%)가량 더 많은 것으로 나타났다는 점이다. 이와 같은 회계투명성의 문제가 발생할 수 있었던 이유는 준정부기관인 건보공단이 정부의 회계방식이 아닌 기업회계를 사용함으로써 예·결산 등 회계부분의 자금(숫자)과 실제 자금(돈)의 흐름이 같지 않기 때문에 실제 적립금이 그동안 드러나지 않았던 것으로 추정된다. 이에 대하여는 2012년 10월 5일 “건보공단, '법정준비금' 대신 '직원퇴직금' 적립” 기사(http://www.medipana.com/news/news_viewer.asp?NewsNum=89319&MainKind=A&NewsKind=5&vCount=12&vKind=1, 최종방문 : 2013년 8월 25일) 참조.

대한 국정감사 등을 통하여 국민건강보험공단과 관련된 자료제출요구 및 간접적 통제를 할 수 있다. 이 문제는 첫째, 해석론으로서 현행법 하에서 국회가 정부(보건복지부)를 통제하는 방식으로 실효성 있는 국민건강보험공단의 재정운영에 대한 합법성·합목적성 통제를 할 수 있는지 여부와 둘째, 입법론으로서 국민건강보험재정을 기금화하여 국회의 직접적인 재정통제를 받도록 할 것인지 여부에 대한 쟁점으로 연계되어 논의하여야 할 것이다.⁵⁶⁾

56) 이에 대하여는 제5장 제3절에서 기금화와 관련하여 상세히 서술하기로 한다.

제 4 장 국민건강보험의 지속가능한 보장성 강화

제 1 절 국민건강보험 보장성 강화의 정당성

1. 건강보험제도의 현황 및 문제점

국민들의 소득수준이 향상되고, 보건에 대한 가치관이 변화함에 따라서 건강보험 보장성 수준에 대한 수요가 점차 확대되고 있다. 인구의 고령화 및 만성질환이 증가함에 따라 의료수요가 증가하는 한편, 고가의 의료서비스, 새로운 의료기술 도입 및 비급여 진료비 증가로 인하여 가계부담이 가중되고 있다.⁵⁷⁾

우리나라의 건강보험은 2005년부터 지속적인 보장성 강화노력을 추진하여 암 등 고액의 중증질환에 대한 보장률은 상당히 개선되었으나⁵⁸⁾, 그럼에도 불구하고 전반적인 건강보험의 보장률 향상은 미미하여 여전히 OECD 선진국에 비하여 보장률이 낮은 것으로 평가된다.⁵⁹⁾ 이는 건강보험의 보장성 강화 정책보다도 비급여 진료영역이 확대되는 속도가 훨씬 빠르기 때문이고⁶⁰⁾, 주요 선진국들에 비해 건강보험

57) 현재 노인 인구의 1인당 의료비 지출은 비노인 인구의 4.3배에 달하고, 가계의 소비 지출증가율은 1970~2010년 사이 평균적으로 6.1% 증가하였으나, 보건의료항목의 지출은 9.3% 증가하여 상대적으로 빠른 증가세를 보이고 있다. 이러한 상황에서 특히 소득 양극화 및 빈부격차가 확대되는 과정에서 기초수급자로 편입되는 사유로서 실직(29%), 수입감소(22%)에 이어 재난적(catastrophic) 효과를 갖는 의료비지출(18%)이 해당될 정도로 의료비 부담문제는 심각한 사회문제가 되었다. 이외에도 민간(실손)의료보험 시장이 점차 확대되고 의료민영화에 대한 논란이 일어날 때마다 건강보험의 낮은 보장성에 대한 문제의식과 사회연대의 가치가 약화되는 건강보험의 위협요인으로 작용하고 있다.

58) 실제로 암에 대한 보장률은 49.6%('04) → 71.5%('07) → 70.4%('10)으로 제고되었고, 500만원 이상의 고액진료비의 보장률도 49.0%('04) → 67.6%('07)으로 개선되었다.

59) 국민의료비 대비 공공지출의 비중은 OECD 국가의 평균이 71.8%인데 반해, 우리나라는 58.2%에 불과하다. 그리고 건강보험의 보장률은 61.3%('04) → 64.6%('07) → 62.7%('10) 수준에서 개선되지 못하고 있다. 실제로 국민건강보험의 '낮은 보장성'은 국민들이 건강보험제도에 만족하지 못하는 사유 중 1순위로 꼽히고 있다.

60) 이는 건강보험의 규모가 확대되었음에도 불구하고 보장률의 증가로 이어지지 못

료의 수준이 낮기 때문에 건강보험의 재원확보가 어려운 점도 함께 지적되고 있다.⁶¹⁾

2. 건강보험의 보장성을 강화하기 위한 정책적 노력

2000년도 의약분업 및 재정통합과 더불어 건강보험의 장밋빛 미래가 수차례 제시된 바 있다. 즉, 2002년 대통령 선거공약으로 총의료비 중 공공의료재원을 80%까지 확보하겠다고 하였고, 2004년 참여복지 5개년 계획을 통하여 총진료비 중 보험급여액을 70%까지 지급하겠다고 밝힌 바 있다. 그리고 2005년에는 국민건강보험공단과 의약계가 합의하여 목표 보장률을 80%까지 설정하였다가, 2006년 건강보험 보장성 강화계획에 따라서 목표 보장률을 71.5%로 낮춘바 있다.

이와 같이 건강보험의 보장성에 대한 정책적 목표는 항상 높게 설정되었지만, 앞에서 살펴본 바와 같이 실제로는 아직까지도 건강보험의 보장률은 60%대에 머무르고 있는 실정이다. OECD 주요 선진국에 비해 가입자의 보험료율이 절반 수준에 지나지 않는다는 점을 고려한다면 보장성 수치가 이 정도에 이르는 것도 나쁘지 않은 성과라고 할 수 있을 것이다. 그 구체적 내용을 이루는 보험급여의 확대 항목을 표로 정리하면 다음과 같다.

하고 있는 가장 중요한 원인으로 지목되고 있다. 이를 위하여 비급여진료에 대한 적절한 규제가 필요하다. 일본에서는 보험대상치료와 비급여 치료를 병행 실시하는 혼합진료에 대하여 원칙적으로 금지하고 있으며, 이를 혼합하여 진료할 경우 보험급여가 인정되는 진료행위마저도 전부 환자의 자기부담이 되고 있다. 이에 대하여 의약업계와 후생노동성 그리고 법원에서 수차례 논란이 빚어진 바 있고 최근에는 ‘선진의료 확대정책’을 실시한다는 취지 하에 2013년 6월 1일 기준으로 차액병실료 등 107개 항목에 대하여 혼합진료를 예외적으로 인정하고 있다. 우리나라에서도 임의 비급여 치료행위에 대한 심사·평가 문제가 심각하게 제기되고 있다.

61) 2012년도 기준으로 보험료율을 비교평가해 보면 독일(14%), 프랑스(13.95%), 일본(9.5%)에 비해 우리나라의 보험료율은 5.8%에 불과하나, 보장성 강화를 위하여 보험료를 더 부담하는 것에 대한 사회적 공감대가 아직 형성되지 않아 보험료율을 인상하기는 아직 어려운 것으로 보인다.

| | 보험급여 확대 항목 |
|-------|--|
| 2000년 | 산전진찰, 퇴장방지의약품 사용장려비 신설 |
| 2004년 | 암환자, 62개 희귀질환자 외래진료비 산정특례 |
| 2005년 | MRI, 암 등 고액중증질환(심장, 뇌혈관) 본인부담 10% |
| 2006년 | 암검진 본인부담 인하(50% → 20%), 중증질환 PET 급여, 식대급여 |
| 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 본인부담 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(넥사바정, 벨케이드) / 당뇨치료제 소아당뇨 관리 소모품 지원, 장루·요루환자 재료대 요양비 지원 |
| 2012년 | 노인틀니 보험적용(75세 이상), 임신출산진료비 지원확대(40만원 → 50만원) |

그리고 최근에는 박근혜 대통령 선거공약사항으로 제시된 건강보험과 관련된 정책은 2013년 2월 제18대 대통령직 인수위원회에서 제안한 박근혜 정부의 국정과제에 “47. 의료보장성 강화 및 지속가능성 제고”와 “48. 건강의 질을 높이는 보건의료서비스체계 구축”으로 구체화되었다. 후자는 의료취약지 해소 및 공공 의료서비스의 전달체계 개선을 위한 정책이 집중되어 있고, 전자는 건강보험의 보장성을 강화하여 국민들의 의료비 부담을 완화하겠다는 목표가 제시되어 있다. 건강보험 보장성 강화의 구체적 내용은 다음과 같다.

1. (4대 중증질환 급여화)

암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성 질환 등 환자부담이 큰 4대 중증질환 치료에 필수적인 의료서비스는 모두 건강보험 적용('16, 100%)

- 나머지 고부담 중증질환의 단계적 급여화하고 상급병실료, 선택진료비 등에 대해서는 실태조사 등을 통해 환자부담 완화대책 추진

2. (어르신 임플란트 급여적용)

65세 이상 어르신에 대해 단계적 임플란트 건강보험급여화 ('14년 : 75세 → '15년 : 70세 → '16년 : 65세)

- * 현재 75세 이상 노인틀니 보험급여 적용연령도 임플란트 사업과 동일하게 하향 조정

3. (본인부담상한제 개선)

현행 3단계인 상한제를 세분화(7단계)하되, 저소득층의 상한액은 낮추고(200만원 → 120만원), 고소득자는 상한액을 높이도록 (400 → 500만원) 조정

4. (실직자 보험료부담 완화)

임의계속 가입기간을 1년에서 2년으로 확대

5. (보험료 부과체계 개선) 소득중심 부과체계로 단계적 개편

6. (수가 및 지불제도 개선) 의료취약지, 필수의료분야 등에 대한 효과적 지원이 가능하도록 획일적 수가 및 가산체계를 개편하고 행위별 수가제 보완 및 약가제도 합리화 추진

7. (국가치매관리체계 확립) 장기요양보험의 치매특별등급 신설 검토 및 국가치매관리종합계획을 차질 없이 추진

8. (독거노인 돌봄) 지역사회 노인돌봄서비스, 老老케어 확대 등 다양한 사회적 지원체계 동원으로 독거노인의 돌봄 부담 해소

이러한 정책과제를 실현하기 위한 구체적 실행계획으로서 2013년 6월 26일 보건복지부는 건강보험 보장성 확대방안을 발표한 바 있다. 이에 따르면 4대 중증질환(암·심장·뇌혈관·희귀난치질환)에 대한 보장을 우선적으로 실시하고, 단계적으로 타 질환으로 보장성을 단계적으로 확대하는 방향이 제시되어 있다. 즉, 4대 중증질환 치료에 꼭 필요한 처치와 약제 등에 대해 2016년까지 모두 건강보험을 적용하여 진료비의 5~10%만 환자가 부담하면 해당 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 내용의 건강보험 보장성 확대 방안을 구축하고, 타 질환까지 단계적으로 보장성을 확대하는 동시에 사전예방적 건강관리체계를 강화하겠다는 것이다.

현재 4대 ‘중증질환’으로 진료를 받고 있는 건강보험 가입자는 약 160만명에 달하고, 이들이 사용하는 의료비는 고액진료비 상위 50개 질환 의료비의 61%를 차지하고 있기 때문에, 2016년까지 보장 확대 계획이 차질없이 진행된다면 4대 중증질환자의 평균 의료비 부담(건강보험 법정본인부담과 비급여항목)은 현재보다 40% 이상 줄고, 건강보험 보장률은 80%를 웃돌 것으로 예측된다.

그리고 OECD 국민의료비 대비 공공재원의 비중이 70% 수준을 상회하기 위해서는 건강보험의 목표보장률을 80% 수준으로 설정하는 것이 타당하다. 이는 그 동안 공공재원의 비중과 건강보험의 보장률 간의 관계식을 통해 추정된 목표치의 결과이다.⁶²⁾ 공공재원의 비중에 대응하는 건강보험의 보장률은 다음의 표와 같이 정리할 수 있다.

62) 공공재원의 비중과 건강보험 보장률 사이의 관계식은 다음과 같다. 즉, $Y = \alpha + \beta X + \varepsilon$ (X : 공공재원의 비중, Y : 건강보험 보장률, α , β , ε 는 상수)으로 산출되는 관계식에 따르면 공공재원의 비중이 증가할수록 보장성이 강화되는 정비례관계에 있다. 공공재원의 비중은 OECD 자료(Health Data)에 의하고 우리나라의 건강보험보장률은 보건복지부에서 의뢰하여 국민건강보험공단연구원에서 수행한 본인부담실태조사에 의한 것이다. 이에 대하여는 이기효, “지속가능한 보장성 강화방안”, 『지속가능한 건강보험 발전을 위한 대토론회』, 한국보건사회연구원, 2012. 8. 9, 152~181(157~160)쪽 참조.

| 구 분 | 공공재원 비중 vs. 건강보험의 보장률 | | | | | |
|-----------|-----------------------|------|------|------|------|------|
| | 55.0 | 60.0 | 65.0 | 70.0 | 75.0 | 80.0 |
| 공공재원의 비중 | 55.0 | 60.0 | 65.0 | 70.0 | 75.0 | 80.0 |
| 건강보험의 보장률 | 62.6 | 68.6 | 74.7 | 80.7 | 86.7 | 92.7 |

이러한 정부의 정책적 목표와 더불어 학계에서도 다양한 논의가 진행되고 있다. 그 중에서도 입원진료(80%), 외래진료(70%), 의약품(60%) 등 각 경우에 목표 보장률을 다르게 설정하여 제시하는 의견이 설득력 있게 제시되고 있다.⁶³⁾

3. 건강보험의 보장성을 강화하는 목표와 수단

건강보험의 보장성을 강화하기 위한 목적은 앞에서 언급한 바와 같이 국민의 기본권이라고 할 수 있는 생명권, 신체를 훼손당하지 않을 권리, 보건권 등을 보장하고 실현하기 위한 것이다. 즉, 건강보험제도의 본질은 건강한 생활을 할 수 있는 기본권을 국가가 보호하여야 할 의무를 이행하는 수단의 하나인 것이다.

따라서 국민건강보험은 사회적 연대성의 원리에 기초하여 가입자의 경제적 능력과 상관없이 언제 어디서나 필요에 따라 의료서비스를 제공받을 수 있는 기회가 보장되어야 하고(접근가능성, *accessability*), 건강보험의 목적과 성과를 달성하기 위하여 한정된 자원(재원, 인력, 장비, 시설 등)을 효과적으로 사용하여야 하며(효율성, *efficiency*), 보험료 부담 및 보험급여의 혜택 등은 가입자 상호간의 소득수준과 부담능력에 따라 공평하게 분담되고 필요에 따른 의료서비스 제공이 이루어져야 한다(형평성, *equity*). 그리고 이와 같은 건강보험제도는 일시적·잠정적인 제도가 아니라 안정적·지속적으로 유지되어야 하고, 이를 위

63) 이에 대하여는 정형선·신정우, “보장성 논의와 보장률의 국제비교”, 『HIRA 정책동향』 제5권 2호, 건강보험심사평가원, 2011. 3, 17~27쪽 참조.

하여 수지균형의 원칙에 의거하여 재정수입과 지출이 적정수준 내에서 운영되어야 한다(지속가능성, sustainability).

이와 같은 방향 내지 지침 하에서 국민건강보험의 보장성 강화는 다음과 같은 구체적 과제를 수행하여야 한다. 우선, 의료서비스에 접근하지 못하는 저소득층을 보호하는 기능을 강화하여 의료취약계층의 부담을 해소하고 의료서비스에 대한 접근성을 제고하여야 한다. 그리고 일반 국민들도 돈이 없어서 치료를 포기하는 안타까운 상황으로부터 보호하기 위하여 재난적 의료비 부담을 해소하여야 할 것이다. 그리고 우리나라의 왜곡된 의료비급여 항목 등을 단계적으로 줄여나가고 실질적 보장성을 강화하여야 하는데, 이는 필수적인 의료서비스 중심으로 우선순위를 두어 보장성을 강화하고 단계적으로 보장수준을 제고하여야 할 것이다.

문제는 재정(보험급여) 지출을 늘리면 보장성을 강화할 수 있다는 것은 확실한데, 과연 누가 얼마만큼을 더 부담하여 건강보험재정을 안정적으로 확보·운영할 것인가의 문제이다. 이는 한정된 재원을 어떻게 효율적으로 활용할 것인가의 문제와 더불어 재정건전성을 유지하는 문제와 연계되어 있다. 따라서 건강보험의 보장성은 비급여 항목 중 의료비 부담이 높고 국민들의 이용량이 많은 보편적인 항목부터 급여화하는 방식으로 접근하는 것이 실효적이다.

이를 위하여 구체적인 방안으로서 다음과 같은 방안이 제시되고 있다. 즉, 3대 비급여 항목 중 ‘선택진료’는 폐지를 하거나 급여로 전환시키고, 상급병상 이용에 따른 ‘병실료 차액’은 의료기관으로 하여금 일반병상 비율을 높이고 상급병상 비율을 낮추는 동시에 입원료에 대한 건강보험급여비율을 높이는 방식으로 접근하여야 할 것이다. 일반병상 비율을 높이지 않는다면 지금처럼 상급병실 이용을 강요하는 의료현실의 문제를 해소할 수 없다. 또한 기존에 간병은 환자와 간병인 간의 사적 계약으로 취급하여 건강보험제도에서 논의할 쟁점이 아닌

것으로 간주하였으나 이제는 간호인력 확충 등을 통하여 국민건강보험제도의 틀 내에서 해결하는 방향으로 보장성 강화에 나서야 할 것이다. 이러한 문제의식을 바탕으로 선택진료와 상급병실 문제만 해결하더라도 건강보험의 보장률은 약 70%까지 제고할 수 있고, 이에 맞추어 재원조달방안을 강구해야 할 것이다. 그리고 이와 같이 국민들이 실제로 체감할 수 있는 수준으로 건강보험의 보장성 수준이 제고된다면 국민들은 기꺼이 민간의료보험에 가입하는 비용을 줄이고 건강보험료 인상에 찬성하게 될 것이다. 따라서 국민건강보험제도에 대한 국민의 신뢰 회복·제고를 통한 건강보험제도의 지속가능한 운영과 관리를 위한 첫 번째로 논의할 법제도적 과제로서 건강보험의 보장성 강화는 매우 중요한 쟁점이라고 할 것이다.

제 2 절 보장성을 강화하기 위한 주요 정책과제

1. 저소득층의 보호기능 강화

첫 번째 목표인 저소득층을 보호하기 위하여는 우선 건강보험의 일부로 편입되어 있는 의료급여의 보호수준을 확대·강화하여야 한다. 차상위계층을 포함한 약 410만명의 저소득층은 의료서비스 접근에 어려움을 겪고 있으며, 이들은 의료급여를 받는 국민기초생활보장수급자보다도 치료포기율이 더 높고 건강수준이 낮아지는 악순환을 겪고 있다.⁶⁴⁾ 이를 해결하기 위하여는 저소득 가구, 취약계층 대상으로 본인부담율을 경감하고, 이들에 대하여 의료급여수급권자에 준하는 실질적인 의료비지원정책을 실시하여야 한다.

64) 실제로 이와 관련하여 의료비 부담 때문에 치료를 포기한 일반 국민은 77.9%이지만, 의료급여 1종 78.8%, 국민기초생활보장수급자 81.8%, 차상위 및 차차상위 소득계층 92.9~93.4%에 달한다. 이에 대하여는 신현웅, “의료보장 사각지대 현황 및 해소방안”, 『보건복지포럼』 제155호, 한국보건사회연구원, 2009. 9, 5~16쪽 참조.

이를 실현하기 위한 정책방안을 살펴보면 소득계층 1분위 세대(차상위 계층)에 대하여 법정 본인부담률을 경감하고자 하는 것이다. 즉, 이에 따르면 입원 10%, 외래진료 15%, 약국 15%에 대하여만 본인이 부담하게끔 하여 사실상 의료급여를 받는 계층과 유사한 수준의 의료보험의 보장성을 제공하고자 하는 것이다.⁶⁵⁾ 이들(보험료 분위 하위 10%에 해당하는 약 345만명)에 대한 건강보험공단이 보유한 의료정보(평균치)를 기준으로 건강보험공단이 부담하여야 할 입원 및 내원치료와 약가 등의 보험급여비용을 추계한 결과 연 3,884억원이 소요되는 것으로 나타났다.⁶⁶⁾

이들에 대한 보장성을 강화하는 방법으로는 1) 의료급여법의 적용대상(제3조 수급권자)을 확대하여 의료급여와 동등한 수준의 보호를 실시하는 방안 또는 2) 국민건강보험법에서 이들에 대하여 별도의 이와 같은 내용의 본인부담금 규정을 마련하는 방안이 가능할 것이다. 그러나 의료급여와 건강보험의 본질은 공공부조와 사회보험으로 다르다는 점에서 그 보장내용이 거의 유사하게 보장된다 하더라도 각 경우의 논의의 차원은 다르다는 점과 체계성 등을 고려한다면 후자가 더욱 바람직할 것으로 생각된다.

그리고 이 문제는 소득은 거의 없음에도 불구하고 재산을 일부 보유하고 있다는 이유로 발생하는 과도한 보험료 부담을 해소하는 문제와도 밀접하게 연관되어 있다. 즉, 가입자 상호간 부담의 불평등을 유발하는 보험료 부과체계를 소득 중심의 부과체제로 일원화함으로써 실제로 부담능력에 따라 - 부담평등의 원칙에 부합하도록 - 국민건강

65) 의료급여 2종에 속하는 사람의 법정본인부담률은 입원 10%, 외래진료 15%이고 약국에서는 정액 500원 또는 900원을 부담하고 있다. 이는 의료급여법 제10조와 동법 시행령 제13조에 의거한 시행령 별표에서 규정하고 있다.

66) 이로 인하여 직접적인 혜택을 보는 저소득층의 보장률은 10.5% 상승하고, 건강보험 전체의 보장률은 0.7% 증가하는 것으로 예측된다. 이에 대하여는 국민건강보험, 『실천적 건강복지플랜 제2편 제1장 지속가능한 보장성 강화방안』, 국민건강보험공단채신위원회 활동보고서, 2012. 7, 23쪽 이하 참조.

보험 재정에 기여하는 평등한 시스템으로 운영하기 위해 지속적으로 노력하여야 한다.⁶⁷⁾

2. 재난적 의료비(Catastrophic Health Expenditure) 해소

가족 중 환자가 생기면 집안 기둥이 뽑힌다는 이야기가 있을 정도로 의료비 부담이 과중할 경우 환자 본인은 물론 가족들 전체에게 큰 고통이 되고 있다. 이러한 상황을 WHO에서는 가구의 가처분 소득 중 보건의료비 지출이 40%를 넘을 경우에는 재난적 의료비로 파악하고 있다. 이 기준에 의거하여 판단해 보면 우리나라의 재난적 의료비 지출 가구 비율은 2002년 1.9%, 2005년 2.4%, 2007년 2.7%로 지속적으로 증가하고 있으며, 이는 미국에 비해 3배 이상 높고 영국에 비해 40배 높은 수치로서 매우 심각한 상황이라고 할 수 있다.⁶⁸⁾

이 문제를 해결하기 위하여 국가는 건강보험제도의 보장성을 지속적·단계적으로 강화하여야 하고, 현행 본인부담상한제의 실효성을 재검토하여 실질적인 의료보장기능을 다할 수 있도록 하여야 한다. 이는 종국적으로 부유층보다는 저소득층의 보장성 강화에도 기여하게 될 것이다.

이를 위하여 정부는 재난적 의료비에 대한 객관적이고 명확한 기준을 법으로 정하고, 그 부담을 해소하기 위하여 본인이 부담하는 상한액의 기준을 현행 수준보다 100만원씩 더 낮추고자 한다. 이와 함께 건강보험의 보장성을 점차 확대하게 되면 재난적 의료비가 발생하여 고통 받는 경우의 대부분을 제도적으로 해소할 수 있을 것으로 기대된다.

67) 직장가입자와 지역가입자로 2원화된 보험료 부과체계, 지역가입자에 대하여 추정 소득을 산정하기 위한 방식, 지역가입자 내에서도 연간 소득 500만원을 기준으로 하여 재산평가방식이 달라지는 문제, 직장가입자에게만 인정되는 부양자 제도 등 보험료 부담의 형평성 문제는 제5장에서 상세하게 논의하고자 한다.

68) 이에 대하여는 신영석, “건강보험 정책현황과 과제”, 『보건복지포럼』 제189호, 한국보건사회연구원, 2012. 7, 75~82쪽 참조.

그런데 본인부담 상한액 기준은 법률에서 근거를 찾아볼 수 없다. 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)⁶⁹⁾에 기초하여 본인부담금을 구체적으로 규정하고 있는 국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 제2항에서 “본인부담액의 연간총액이 별표 3에 따른 금액을 넘는 경우에는 공단이 그 넘는 금액을 부담한다”는 내용의 본인부담 상한액에 관한 근거가 있고, 그 구체적 내용은 별표 3에 규정되어 있는 것이다. 현행 기준은 다음 표와 같이 간략히 정리할 수 있다.

| 소득계층 | 대상자 수 추계('13) | 현행 | 개선안 |
|--------|---------------|----------|-------|
| 상위 20% | 8만 2천명 | 연간 400만원 | 300만원 |
| 중위 30% | 15만명 | 연간 300만원 | 200만원 |
| 하위 50% | 51만 8천명 | 연간 200만원 | 100만원 |

보건복지부는 이를 통하여 연간 가처분 소득의 35% 수준을 초과하여 발생하는 의료비 부담을 제도적으로 해결할 수 있으므로, WHO에서 설정한 재난의료비의 기준(가처분 소득의 40% 이상의 의료비)보다 강화된 기준이라고 평가하고 있다.⁷⁰⁾ 그리고 이를 구체적으로 시행하기 위하여 매년 평균적으로 약 1조 3,643억원의 재정이 소요될 것으로 추계되고, 이를 통하여 건강보험의 보장률이 약 2.5% 상승하는 효과가 있을 것으로 기대된다.⁷¹⁾

69) 제44조(비용의 일부부담) 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다.

70) 가처분 소득(disposable income)이란 세금을 내고 난 이후의 소득으로서 개인이 자의로 처분할 수 있는 소득을 의미하는데, 다소 복잡한 산출과정을 거치게 되고, 이에 필요한 구체적인 기초자료를 일반인이 확인하는 것은 불가능하기 때문에 한국은행이나 통계청에서 발표된 통계를 그대로 받아들이는 수밖에 없다.

71) 이는 특히 연도별로 단계적으로 보장성을 강화하는 시나리오에 따라 추계를 해 보면 2012년 기준으로 보험가입자의 0.76%에 해당하는 37만 4천명이 본인부담 상한액 제도의 혜택을 받았으나, 건강보험의 보장성이 강화되어 비급여 항목이 급여 항목으로 편입될 경우에 그에 상응하여 법정 본인부담부분도 늘어나게 되고, 이렇게 산정되는 본인부담금 규모가 확대될수록 본인부담 상한액 제도의 적용대상도

이와 같은 본인부담 상한제가 실효적으로 제 기능을 다하기 위하여 우선 이에 대한 법률적 근거를 명확하게 마련할 필요가 있으므로 국민건강보험법 시행령 제19조 제2항에 있는 내용의 근거를 국민건강보험법 제44조 제2항을 신설하여 별도로 규정할 필요가 있을 것으로 보인다.

그리고 상한액 기준을 무조건 인하할 경우에는 국민건강보험 재정의 건전성을 위협할 수 있고, 비급여 항목이 많아서 비급여항목으로 치료를 받아야 하는 여건 하에서는 실질적으로 국민들이 체감할 수 있는 실효적인 제도가 될 수 없다는 점을 고려한다면 보장성 강화를 통하여 늘어나게 되는 본인부담금과의 관계를 고려하여 본인부담 상한액 인정기준 역시 단계적으로 인하하는 것이 합리적일 것이다.

3. 필수의료 중심의 보장성 강화

국민건강보험제도는 현실적으로 질병과 아픔을 100% 무상으로 치료하는 유토피아가 될 수는 없다는 점에서 무조건적으로 보장성 내지 보험급여를 확대하는 것이 아니고, 한정된 여건(재원, 시설, 인력, 장비 등) 하에서 건전한 상식 내지 가치체계에 기초한 필수医료를 중심으로 하여 보험급여를 확대할 수밖에 없을 것이다.

이와 같이 보장성을 강화하기 위한 보험급여의 확대는 구체적으로 필수의료에 무엇인지를 선정하기 위하여 그 원칙 내지 기준을 제시하고 그에 적합하도록 구체적인 보험급여 항목을 결정하는 등 체계적이고 공정한 사전준비작업이 필수적이다. 그리고 그 구체적 실행방안은 국민건강보험법제에 의거한 보험급여의 결정구조 및 급여관리체계를 혁신하여야 하는 것이다. 즉, 보험급여 항목과 내역 등을 사전에 결정하는 절차와 (의료행위 이후에) 급여비를 청구하고 이를 심사하여 지

점차 증가하게 될 것이다. 이러한 단계별 보장성 확대 계획에 따르면 2017년도 본인부담상한액의 혜택을 보는 가입자는 102만 9천명으로 추산되며 이는 전체 가입자의 2.1%에 이를 것으로 보인다.

급하는 과정 전반에서 건강보험의 보장성을 저해하는 요인을 우선적으로 해소하여야 한다.⁷²⁾

즉, 문제의 핵심은 보험자인 국민건강보험공단과 이를 관리하는 보건복지부 그리고 의료서비스를 제공하는 의약업계와 가입자인 국민 상호간의 관계에서 필수의료가 무엇인지에 대한 사회적 합의 내지 공감대가 형성되어야 한다는 것이다. 왜냐하면 필수의료가 무엇인지를 정의하는 것은 기술적 어려움이 있고, 어느 질병에 대한 어떤 치료방법을 필수의료의 범위에 포함시켜서 보장성을 강화할 것인지는 비급여를 급여항목으로 전환함에 따라서 많은 변화가 나타나게 될 것이기 때문이다.⁷³⁾

사실 앞에서 언급한 두 과제들은 저소득층 혹은 치료를 많이 받는 사람들을 대상으로 하는 정책이라면, 이 세 번째 과제는 치료를 받는 모든 사람들에게 모두 적용되어야 하는 보편적인 보장성 강화 정책이다. 그렇기 때문에 치료비 부담을 유발하는 비급여항목들을 단계적으로 급여항목으로 전환하는 과정에서 한편으로는 많은 국민들이 혜택을 보게 된다는 점에서 획기적인 의료보장체계의 개선책이 될 수 있지만, 다른 한편으로는 건강보험재정의 건전성 내지 제도의 지속가능성에 심각한 위협요인이 될 수도 있다는 점에서 이 과제는 신중하게 접근하여야 한다.

72) 건강보험의 보장성을 저해하는 실질적 요인으로 선택진료비, 병실료, 간병비 등이 지적되고 있는데, 이는 실질적인 보장성 강화의 요청과 보험재정의 건전성이 충돌하는 문제로서 단시일내에 해결하기 어려운 문제라는 점을 고려해 보면 단계적·순차적 보장성 강화를 위한 우선순위를 판단하는 문제가 대두하게 되고 이 역시 사회적 합의와 공감대를 기초로 하여 민주적 정당성을 획득하는 문제가 된다.

73) 이러한 변화에 대한 반응으로 생각해 볼 수 있는 과급효는 다음과 같은 상황이 발생할 수 있을 것이다. 우선, 현재 주로 비급여 항목을 통해 수익을 창출하는 의료기관의 수입구조를 고려해 보면 의약업계의 반대가 있을 수도 있고, 급여항목으로 전환되는 경우에 수가를 어느 정도의 수준에서 정하는 것이 합리적인지에 대하여도 첨예한 대립과 갈등이 있을 수 있다. 그리고 새롭게 급여항목으로 편입되는 경우에 그와 관련되어 있는 기존의 급여수가가도 적절하게 조정되는지 여부 등도 면밀히 검토되어야 하는 문제가 될 것이다. 이러한 문제를 정부가 객관적이고 공정하게 조정하기 위하여는 대립과 갈등의 당사자가 아닌 제3자적 지위에서 상대적으로 자율적이고 중립적인 입장을 견지하여야 하고, 이를 위하여 보건복지부와 국민건강보험공단의 역할과 기능이 중요하게 설정되어야 한다. 이에 대하여는 제6장 참조.

앞에서도 언급한 바와 같이 비급여항목 중에서 어느 사항을 급여항목으로 전환할 것인지 그리고 수가를 어느 정도로 산정하는 것이 합리적인가의 문제 등은 매우 민감한 문제이기 때문에 이에 대한 전문적 판단과 사회적 합의를 이끌어내기 위한 노력이 반드시 필요하다.

(1) 선택진료비와 병실차액의 보험급여화

그 중에서도 건강보험의 보장성 강화 정책은 전체 비급여 항목 중 가장 많은 비중을 차지하고 있는 선택진료비와 병실차액을 급여화하는 문제에 초점을 맞추고 있다.⁷⁴⁾ 이는 급여제도의 개선 차원에서도 매우 중요한 쟁점이고, 실제 의료서비스 이용자인 국민들에게 큰 영향을 미치고 있는 문제로서 현재 의료기관이 확보하고 있는 수익규모를 고려할 때 이를 최대 재원투입규모로 상정하여 제도를 개선한다고 가정할 때 선택진료비는 연간 1조 6,178억원 그리고 병실차액은 7,778억원이 소요되며 보장률은 각각 3.11%와 1.5% 증가하여 약 4.61%의 보장률이 증가하게 된다.

(2) 간병서비스의 보험급여화

이와 더불어 현재 중증질환자들이 사적 계약에 의하여 이용하고 있는 간병서비스를 보험급여에 의하여 - 선진국과 마찬가지로 입원환자에 대한 간호서비스의 기본항목으로, 즉 공공 서비스의 형식으로 - 제공하기 위하여 보험급여를 추가적으로 확대하자는 논의가 있다.⁷⁵⁾ 우

74) 2000년 우리나라의 본인부담 비중은 41.5%로 GDP 대비 기대되는 본인부담비중 22.8% 보다 1.8배 높았다. 2010년에는 그 동안의 보장성강화 정책으로 인해 본인부담 비중이 32.1%까지 감소하였지만 GDP 대비 기대되는 본인부담 비중 20.9% 보다 여전히 1.5배 더 높았다. 그리고 최근 5년간(2006~2010년) 비급여항목을 분석한 결과 선택진료비와 병실차액은 전체 비급여내역 중 약 40.3%를 차지하고 있다. 이에 대하여는 김혜련·여지영, “우리나라 건강수준과 보건의료성과의 OECD 국가들과의 비교”, 『보건복지포럼』 제196호, 한국보건사회연구원, 2013. 2, 89~102(96)쪽 참조.

75) 현재 간병서비스를 이용하고 있는 환자의 비율은 요양병원 88.0%, 종합병원

리나라의 건강보험제도는 저부담-저급여 체계로 운영되고 있어, 건강보험제도가 시작되어 간병서비스를 제공하지 않고 있으며 이는 가족 구성원이 부담하여야 하는 것으로 생각하였다. 그러나 오늘날 점차 복지서비스의 공공성이 부각되면서, 무상보육과 무상급식 논란 등에서 시작된 보편적 복지의 흐름이 노인요양 및 간병 서비스 등에 확산되기 시작한 것으로 보인다.

문제는 간병서비스에 대한 보험급여화는 기존의 건강보험체계의 패러다임에 큰 변혁을 가져오는 것으로서 기대효과와 재정소요 사이의 간극이 매우 크다는 점이다. 우선 간병서비스를 공공의 사회보험체계에서 보장하게 되어 일자리 창출효과가 매우 크고, 간병으로 인하여 약화되는 가족 구성원들의 노동력을 사회에 환원하여 사회전체적으로 효율성과 생산성을 제고할 수 있기 때문에 복지수준 향상에 크게 기여하게 될 것으로 기대된다. 그럼에도 불구하고, 이는 기존의 사적 계약에 의하여 유지되는 간병인들의 일자리를 국가가 관리함으로써 빼앗는 것이 아닌가 하는 문제와 아울러 이 부분을 일시에 전면적으로 보험급여화할 경우에 재정부담이 늘어나는 규모에 비해 보장률이 크게 제고되지는 못한다는 점 역시 고려하여야 한다.⁷⁶⁾ 그러나 투입되는 재원규모에 비하여 보장률이 제고되는 효과가 미미하다고 하여 이를 포기하는 것이 정당화되지는 않을 것이다. 제도시행의 기대효과를 고려할 때 수치로 설명할 수 없는 국민의 보건권 보장 내지 복지수준의 제고 효과를 위하여 이는 매우 중요한 과제임을 감안하여야 한다.

49.7%, 상급종합병원 72.0% 등에 달한다. 이에 대하여는 황나미, 『의료기관 간병인 실태와 운영방안』, 한국보건사회연구원, 2006. 7, 72쪽 이하 ; 신영석·황도경·남궁은하·민인순·윤석준·정형선, 『간병서비스 제도화방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2010. 12, 109쪽 이하 ; 안형식, “입원서비스 실태와 개선방안”, 『간호·간병서비스 제도화(공청회 자료집)』, 2013. 1. 30, 3~35(7 이하)쪽 등 참조.

76) 간병서비스는 아예 기존의 국민건강보험체계 내에서 비중 있게 다루어지는 문제가 아니었다. 비급여항목으로도 편입되어 있지 않았고, 대부분 사적 계약으로 제공되었다. 따라서 간병서비스를 보험급여항목으로 전환할 경우 재정소요는 매년 3조 3,906억원에 달할 정도로 막대하지만 보장성이 증가하는 비율은 1.31%에 불과하다.

(3) 선택진료·병실차액 외의 비급여항목에 대한 점진적 접근

마지막으로 앞에서 언급한 선택진료비와 병실차액(약 40.3%) 이외의 비급여항목에 대한 단계적 급여화에 대한 노력이 필요하다. 이에 해당하는 것은 초음파 등 주사제, 검사, 처치 및 수술, MRI, 치료재료 등 다양한 비급여항목이 해당된다. 이에 대하여는 보장성 강화 원칙 내지 기준을 객관적이고 공정하게 선정하고 적용하여 그 우선순위에 따라 단계적·지속적으로 급여화해야 한다는 원론적인 수준의 논의가 진행되고 있다.

이러한 쟁점들을 실현하기 위한 비용추계결과를 보면 약 3조 9,403 억원을 투입하여 보장률을 7.59% 가량 제고할 수 있는 것으로 예측되고 있다. 그러나 이는 유동적인 예측에 불과하므로 이와 같은 보장성 강화정책의 수립·시행 및 법제화는 지속적인 평가에 의하여 그 정당성 내지 실효성을 확인하고 검증받아야 할 것이다. 만약, 신의료기술이 등장하여 저비용의 혁신적인 치료법이 개발될 수도 있고, 일시적으로 난치 또는 불치의 급성질환이 발발하여 고비용의 치료재료에 대한 수요가 단기간에 폭증할 수도 있을 것이기 때문이다.⁷⁷⁾

제 3 절 국민건강보험의 보장성 강화를 위한 법제도적 개선방안 모색

1. 건강보험제도의 법적 규율 정비 및 개선방향

이와 같이 유동적인 현실적 여건의 변화에 탄력적으로 대응하기 위하여 현재 국민건강보험법제 내에서 보장성이 확대되는 메카니즘을

77) 예를 들어 2009~2010년 신종 플루가 발생하여 백신부족사태가 발생했을 때, 이로 말미암아 약제비 부담이 대폭 증가하여 2010년도 건강보험 당기수지는 대규모 적자(약 1조 3,700억원)를 기록한 일이 있었다.

살펴볼 필요가 있다. 이는 보험급여 항목으로 인정되는 절차와 법령상 근거가 어떻게 마련되고 시행되는지에 대한 구체적 분석을 통하여 바람직한 법제도적 대응방안을 모색하기 위한 것이다.

이에 대한 경제학적·정책학적 분석은 주로 앞에서 언급한 소요재원을 추계하여 이를 확보·마련하기 위한 방안을 도출하는 데 중점이 놓여 있다. 각 항목별로 추가적으로 소요되는 재원과 보장률 기여도를 평가하여 목표 보장률인 80% (공공재원 비중 70%)를 달성하기 위한 것이다. 그러나, 이는 현재 국민건강보험급여를 기준으로 하여 추계한 결과일 뿐이고, 향후 보장성 확대에 따라 증가하는 의료수요 내지 경기변동으로 인한 수가변동 등의 과급효는 전혀 고려하지 않고 있다는 한계를 동시에 안고 있다. 특히, 간병서비스를 확대 실시할 경우 국민건강보험이 지급하여야 할 진료비의 총규모는 엄청나게 증가할 수 있고, 이로 인하여 개별항목(선택진료, 병실차액, 기타 비급여 항목 등)의 보장률 기여도에 나비효과를 일으킬 수도 있다는 점을 고려하여야 할 것이다. 따라서 국민건강보험제도를 합리적으로 개선하기 위한 민주적 논의과정을 통하여 갈등과 대립을 최소화하고 지속적으로 의사형성의 정당성을 부여하고 유지하는 관리 시스템을 법제도적으로 개선하는 방안을 모색하는 의의와 필요성이 강조되는 것이다.

우선, 「국민건강보험법」 제41조를 검토해 보면 가입자와 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 요양급여를 실시하고, 요양급여의 대상은 보건복지부령인 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」으로 정하도록 하고 있다. 그리고 요양급여의 기준을 정할 때 “업무나 일상생활에 지장이 없는 질환, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항”은 요양급여의 대상에서 제외하고 있다.⁷⁸⁾

78) 국민건강보험법 제41조(요양급여) ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급

이에 따라서 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조 (요양급여의 범위 등)에서 “법 제41조 제2항에 따른 요양급여의 범위는 보건복지부장관이 요양급여대상을 급여목록표로 정하여 고시”하도록 하고 있고, 제9조(비급여대상) 제1항에 의거하여 “법 제41조 제3항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 별표 2와 같다”고 하여 비급여대상 항목을 구체적으로 나열하고 있다. 즉, 이 규칙도 보건복지부령이고, 요양급여대상도 보건복지부장관의 고시로 정할 수 있는 것이다.

그리고 요양급여비용에 대한 본인부담에 관한 사항은 국민건강보험법 제44조에 의거하여 「국민건강보험법 시행령」에 일괄 위임하여 해당 시행령 제19조⁷⁹⁾ 및 별표 2(일부 「국민건강보험법 시행규칙」으로 재위임),

3. 처치·수술 및 그 밖의 치료

4. 예방·재활

5. 입원

6. 간호

7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다.

79) 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) ① 법 제44조에 따라 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다. 이 경우 법 제41조제1항제2호의 약제(제22조 제1항 제1호 및 제2호에 따라 요양급여비용이 정해지는 한약제와 약제는 제외한다)에 대하여 본인이 부담할 비용은 제22조 제1항 제3호 나목에도 불구하고 같은 조에 따라 보건복지부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 고시하는 금액의 범위에서 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액을 요양급여비용으로 보아 산정한다.

② 제1항에 따라 본인이 부담한 비용(이하 “본인부담액”이라 한다)의 연간 총액(별표 2 제4호에 따라 부담한 금액은 제외한다)이 별표 3에 따른 금액을 넘는 경우에는 공단이 그 넘는 금액을 부담한다.

③ 본인부담액은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받은 가입자 또는 피부양자가 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제2항 및 제3항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외의 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.

별표 3(일부 사항은 보건복지부장관 고시로 재위임)에서 각 계층별로 “비용의 본인부담” 및 “본인부담 상한액”을 달리 규정하고 있다.

이러한 쟁점들을 종합적으로 고려해 보면 현재 국민건강보험의 보장성 강화의 권한과 책임은 보건복지부 장관에게 집중되어 있음을 알 수 있다. 물론 「국민건강보험법」 제4조에 따르면 제41조 제2항에 따른 요양급여의 기준, 5조제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항 등 건강보험에 관한 주요 사항은 “건강보험정책심의위원회”에서 결정하여 시행령 개정을 통해 반영하는 것으로 되어 있다. 그러나 건강보험정책심의위원회는 위원장인 보건복지부차관 외에 가입자 대표 8인, 공급자 대표 8인, 공익대표 8인으로 구성되어 있는데, 그 임명 내지 위촉을 보건복지부 장관이 하게 된다는 점에서 과연 자율성과 독립성을 확보하고 있는지 의문이라는 점에서 보건복지부의 영향력을 부인하기 어려울 것이다.⁸⁰⁾

④ 공단은 가입자나 피부양자가 제2항에 따라 공단이 부담하여야 하는 금액을 요양기관에 납부한 경우에는 그 금액을 가입자나 피부양자에게 지급하여야 한다.

80) 국민건강보험법 제 4 조(건강보험정책심의위원회) ① 건강보험정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 건강보험정책심의위원회(이하 “심의위원회”라 한다)를 둔다.

1. 제41조제2항에 따른 요양급여의 기준
 2. 제45조제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항
 3. 제73조제1항에 따른 직장가입자의 보험료율
 4. 제73조제3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액
 5. 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
- ② 심의위원회는 위원장 1명과 부위원장 1명을 포함하여 25명의 위원으로 구성한다.
- ③ 심의위원회의 위원장은 보건복지부차관이 되고, 부위원장은 제4항제4호의 위원 중에서 위원장이 지명하는 사람이 된다.
- ④ 심의위원회의 위원은 다음 각 호에 해당하는 사람을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다.
1. 근로자단체 및 사용자단체가 추천하는 각 2명
 2. 시민단체(「비영리민간단체지원법」 제2조에 따른 비영리민간단체를 말한다. 이하 같다), 소비자단체, 농어업인단체 및 자영업자단체가 추천하는 각 1명
 3. 의료계를 대표하는 단체 및 약업계를 대표하는 단체가 추천하는 8명
 4. 다음 각 목에 해당하는 8명
 - 가. 대통령령으로 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 2명

2. 최근 발의된 국민건강보험법 개정안의 주요내용

(1) 박인숙 의원안

| 현 행 | 박인숙의원안 |
|--|--|
| 제41조(요양급여) ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다. 1. 2. (생 략) 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료 4. ~ 7. (생 략) ②·③ (생 략) | 제41조(요양급여) ① ----- ----- ----- ----- 1. 2. (현행과 같음) 3. 처치·수술(재건을 목적으로 하는 수술을 포함한다)----- 4. ~ 7. (현행과 같음) ②·③ (현행과 같음) |

(2) 정우택 의원안

| 현 행 | 정우택의원안 |
|---------------------------------------|---|
| 제51조(장애인에 대한 특례) ① (생 략) <신 설> | 제51조(장애인 등에 대한 특례) ① (현행과 같음) ② 공단은 70세 이상의 가입자 및 피부양자에게 틀니 및 보청기에 대하여 보험급여를 하여야 한다. |

- 나. 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 추천하는 각 1명
 다. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 4명
 ⑤ 심의위원회 위원(제4항 제4호 가목에 따른 위원은 제외한다)의 임기는 3년으로 한다. 다만, 위원의 사임 등으로 새로 위촉된 위원의 임기는 전임위원 임기의 남은 기간으로 한다.

제 3 절 국민건강보험의 보장성 강화를 위한 법제도적 개선방안 모색

| 현 행 | 정우택의원안 |
|--|---|
| ② 제1항에 따른 보장구에 대한 보험급여의 범위·방법·절차와 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. | ③ 제1항 및 제2항에 따른 보장구, 틀니 및 보청기에 대한----- ----- -----. |

(3) 김재윤 의원안

1) 보청기(의안번호 2395)

| 현 행 | 개 정 안 |
|-------|---|
| <신 설> | 제51조의2(노인에 대한 특례) ① 공단은 만 65세 이상의 가입자 및 피부양자에게 보청기에 대하여 보험급여를 하여야 한다. ② 제1항에 따른 보청기에 대한 보험급여의 범위·방법·절차와 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. |

2) 임플란트(의안번호 3166)

| 현 행 | 개 정 안 |
|-------|--|
| <신 설> | 제51조의2(노인에 대한 특례) ① 공단은 만 65세 이상의 가입자 및 피부양자에게 임플란트에 대하여 보험급여를 하여야 한다. ② 제1항에 따른 임플란트에 대한 보험급여의 범위·방법·절차와 그 |

| 현 행 | 개 정 안 |
|---|--|
| <p data-bbox="327 472 464 506"><신 설></p> <p data-bbox="296 741 767 779">제44조(비용의 일부부담) (생 략)</p> <p data-bbox="327 862 464 896"><신 설></p> | <p data-bbox="874 405 1161 439">그러하지 아니하다.</p> <p data-bbox="874 472 1358 712">④ 제2항에도 불구하고 <u>암·심장질환·뇌혈관질환·희귀난치성질환 등의 영양급여는 범위·상한 등의 기준에 제한을 두지 아니한다.</u></p> <p data-bbox="842 741 1358 831">제44조(비용의 일부부담) ① (현행 제목 외의 부분과 같음)</p> <p data-bbox="874 862 1358 1155">② 제1항에도 불구하고 <u>암·심장질환·뇌혈관질환·희귀난치성질환 등에 따른 영양급여를 받는 자는 본인일부부담금을 부담하지 아니한다.</u> 이 경우 본인 일부부담금은 공단이 부담한다.</p> |

3. 국민건강보험법 개정안에 대한 평가

(1) 영양급여와 관련된 위임입법

이와 같이 최근 건강보험의 보장성을 강화하기 위한 국민건강보험법 일부개정법률안(의원입법)이 다양하게 발의되고 있다. 법률우위의 원칙상 개정안과 같이 법에서 개별적인 항목에 대하여 국민건강보험의 영양급여대상을 확대하는 것이 불가능한 것은 아니지만, 이러한 개정법률이 기존의 법체계와 조화를 이룰 수 있는지를 고려할 필요가 있을 것으로 보인다.

현행 법체계 하에서 건강보험급여의 확대는 「국민건강보험법」 제4조 제1항에 의거하여 보건복지부장관 소속의 건강보험정책심의위원회에

서 급여대상 및 시행시기 등을 결정하면, 보건복지부령인 「국민건강보험요양급여기준에 관한 규칙」의 개정을 통하여 이루어지고 있다. 요양급여의 범위는 비급여사항(국민건강보험 요양급여기준에 관한 규칙 제9조)을 제외한 일체의 사항으로 하지만, 보건복지부 장관이 고시한 급여목록표에 등재된 요양급여행위 및 약제치료재료에 한한다. 따라서 실질적 의미를 갖는 요양급여는 요양급여의 범위에 포함되는 항목을 의미하게 된다.⁸¹⁾

요양급여는 의료행위와 직결되는데, 환자의 상태에 적합한 치료방법을 선택하여야 하는 의료행위의 특성상 요양급여의 범위와 한계를 사전에 법으로 규정하는 것은 한계가 있기 때문에, 국민건강보험법 제41조 제2항과 제47조 등에 의하면 ‘요양급여의 기준’과 ‘요양급여비용의 청구·심사·지급 등의 방법과 절차’에 대하여 보건복지부령으로 정하도록 위임하고 있고, 이에 의하여 2000년 6월 30일 보건복지부령 제 158호로 “국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙”이 제정되었던 것이다.⁸²⁾ 이는 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한 및 비급여대상 등을 규정하고 있는데, 해당 내용들은 수시로 변경될 가능성이 있고 특수한 분야이므로 효율적으로 관리하기 위하여 시행규칙에 규정하지 않고 별도의 부령으로 규정한 것으로 이해된다.⁸³⁾

81) 국민건강보험법은 제41조에서 건강보험의 요양급여에 대하여 네거티브 방식으로 규정하여 대부분의 의료서비스를 보험급여 대상으로 규정하고 있으나, 실제 실무에서는 약제와 치료재료 등에 대하여 포지티브 방식으로 규율하고 있으며 보험재정의 건전성 확보 및 적정진료를 통한 의료의 질을 제고하기 위한 목적으로 건강보험심사평가원의 심사를 통하여 급여항목 인정여부가 결정되고 있는 실정이다.

82) 현행 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙은 2013년 5월 6일 일부개정되어 보건복지부령 제196호로 개정된 것이고, 개정이유는 “요양급여대상에 포함되는 치면열구전색(치아홈메우기)의 대상 연령을 14세 이하에서 18세 이하로 확대하여 충치 예방을 강화하고, 만 75세 이상 어르신의 부분틀니를 건강보험급여 대상에 포함시키는 등, 현행 제도의 운영상 나타난 미비점을 개선·보완하려는 것”이다.

83) 이에 대하여는 정흥기·조정찬, 『국민건강보험법』, 한국법제연구원, 2005, 270쪽 참조.

이러한 규정체계 및 운영현실을 고려할 때 보험급여의 대상 내지 항목을 확대하는 문제는 고도의 전문성을 요하고 이해관계자가 많으며 유연한 정책결정을 요하는 것이다.⁸⁴⁾ 그리고 이는 시행규칙을 통하여 구체화되는데, 하위 법령(고시, 지침 등)을 정하기에 앞서 국민건강보험의 주요정책에 대하여는 가입자와 공급자 대표가 함께 참여하는 “건강보험정책심의위원회”의 결정을 거치도록 하여 사회적 합의 내지 공감대를 형성하여 민주적 정당성을 확보하도록 하고 있다.⁸⁵⁾

84) “국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙” 하위에는 요양급여의 지급, 심사, 평가기준이 되는 ‘건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수’ 그리고 ‘약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준’ 등이 고시되고 있다. 또한 규칙 제5조 제2항을 구체화하기 위하여 ‘요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항’이 고시되어 있고, 그 밖에 명확하지 않은 사항에 대하여는 보건복지부의 유권해석을 통해 구체화된다. 그리고 요양급여의 세부항목의 적정성 평가를 위한 심사기준은 건강보험심사평가원에서 내부지침으로 수립·시행·적용하고 있는데, 공급자(의약업계)가 행한 의료행위는 동 지침에 의해 심사평가원의 심사를 거친 후 진료비를 지급받는 구조로 운영되고 있다. 요양급여의 관리, 심사, 지급 등에 관한 법규와 기준체계에 대하여는 이평수, 『건강보험 급여 기준집』, KMA 의료정책연구소, 2013. 4, 389쪽 이하 참조.

85) 헌법재판소 2012. 5. 31. 2009헌마299(국민건강보험법 제33조 제2항 등 위헌확인) 결정에 따르면, 건강보험정책심의위원회의 역할 및 기능을 강조하고 있음을 알 수 있다. “직장가입자와 지역가입자의 소득과약율에 어느 정도의 격차가 있음을 부인할 수는 없지만, 직장가입자와 지역가입자 사이의 보험료 부담의 집단적 형평을 보장할 수 있는 제도적 장치가 존재한다면, 사회연대의 원리에 비추어 볼 때 보험료 부담의 평등원칙에 위배된다고 보기 어렵다. 예를 들어, 피보험자의 대의기관에서 직장가입자와 지역가입자 사이의 보험급여비 구성비율 등과 같은 객관적인 기준에 따라 직장가입자와 지역가입자 사이의 적정분담비율을 정함으로써 보험료를 분담토록 한다면, 부담의 형평성이 보장될 수 있다(헌재 2000. 6. 29. 99헌마289, 판례집 12-1, 913, 960-961 참조). 그런데 건강보험정책심의위원회(법 제4조)는 동수의 직장가입자 대표와 지역가입자 대표를 그 주요한 구성원으로 하는 피보험자의 대의기관으로, 직장가입자의 보험료율과 지역가입자의 보험료부과점수당금액을 의결함에 있어서 직장가입자와 지역가입자 사이에 보험료 부담의 집단적 형평이 이루어지도록 노력하고 있다. 이와 같이, 직장가입자와 지역가입자의 소득과약율의 격차가 점차 좁혀지고 있다는 점, 지역가입자의 보험료 산정방식을 합리적으로 개선하기 위한 노력이 계속되고 있다는 점, 건강보험정책심의위원회를 통하여 가입자간 보험료 부담의 집단적 형평이 확보될 수 있다는 점 등을 종합하여 볼 때, 법 제62조 제4항 및 제5항, 제63조 제1항, 제64조 제1항, 제65조 제3항은 직장가입자와 지역가입자의 본질적 차이를 고려하여 각자의 경제적 능력에 상응하게 보험료를 산정하도록 하는 것으로서, 청구인들의 평등권과 재산권을 침해한다고 보기 어렵다 할 것이다”라고

(2) 요양급여에 대한 규율과 법률유보원칙

이와 같이 의료행위 및 건강보험의 특수성으로 인하여 위임입법이 허용된다고 하더라도 그 핵심적이고 본질적 사항으로서 건강보험의 보장성과 밀접한 관계를 맺고 있는 요양급여의 종류, 범위, 수준 및 가입자의 재산권과 관련 있는 보험료와 본인부담금, 보호의 인적대상과 관련 있는 피부양자의 범위 등에 대하여는 법률로 규정될 것을 요한다. 이는 헌법상 법률유보원칙과 포괄위임금지원칙 등에 의거하여 요청되는 것이다. 국민건강보험법상 위임규정은 범위가 한정되어 있지 않은 경우가 많고, 특히 법 제41조 제2항에서 ‘요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준’은 보건복지부령으로 정하도록 규정하여 보건복지부 장관에게 지나치게 광범위한 재량권을 인정하는 포괄위임이 아닌가에 대한 의심이 날카롭게 제기되고 있다.

그리고 이 위임에 의하여 제정된 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’은 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한 및 제외대상 등 요양급여기준에 관한 필요한 사항들을 규정하고 있으나, 동 규칙도 충분히 상세하게 구체화하고 있지 못하고 있다는 점이 지적되고 있다.

동 규칙 제5조 제1항과 관련된 별표 1은 ‘요양급여의 일반원칙’을 제시하면서 “요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법과 경제적으로 비용효과적인 방법으로 제공되어야 한다”는 것만을 밝히고 있다. 그러나 이는 구체적인 적용지침이라기보다는 추상적인 목표와 원칙을 제시하는 내용으로서 ‘시행규칙’의 <별표>에 규정되기에는 적합하지 않고 법률의 차원에서 규율되는 것이 적절할 것이다. 즉, 요양급여의 수준을 구체화하기 위해 마련된 시행규칙조차 추상적인 목표 내지 원칙규정을 두고 있는 것은 법단계별로 제고되는 구체

하여 합헌결정을 내리고 있다.

화 정도를 고려해 보면 적절하지 않고, 이로 말미암아 행정부의 자의적 결정권한을 확대하여 환자의 건강보험수급권과 공급자(의약업계)의 의료권을 침해할 위험성이 있는 것이다.⁸⁶⁾

그리고 동 규칙은 요양급여비용 산정의 기초가 되는 상대가치점수, 약제상한금액, 요양급여대상과 비급여대상 등의 결정 및 조정에 필요

86) 이와 관련하여 서울행정법원 2007. 9. 13. 선고 2005구합27925 판결과 서울고등법원(제3행정부) 2008. 10. 9. 선고 2007누26805 판결 등에 대한 법리를 분석해 보면 매우 흥미로운 점을 발견할 수 있다. 원래 대법원은 2005. 10. 28. 선고 2003두13434판결에서 “요양기관이 진료행위에 대한 비용과 별도로 산정할 수 없는 치료재료비용을 환자에게 별도로 지급받는 행위는 환자측의 동의 여부를 불문하고 건강보험법 제52조 제1항의 규정에 의한 ‘사위 기타 부당한 방법’에 의하여 요양급여비용을 받는 경우에 해당하여 정당하다고 할 수 없다”고 판시하여 환자가 비급여 진료행위에 동의한 경우에도 의료보험적용여부가 결정될 때까지 비급여비용을 환자 측에게 청구할 수 없다는 취지로 판시하였으나, 위의 판례에서는 그 예외를 인정하고 있다. 즉, 서울대학교 병원에서 신생아를 치료하면서 11차례 입원과 102차례의 수술비용으로 진료비 8천여만원을 청구하였고, 유가족이 이를 납부한 후 건강보험심사평가원에 요양급여대상여부 확인신청을 하였고, 건강보험심사평가원에서는 서울대병원 측에 5천여만원을 환불하도록 통보하자, 이에 대하여 원고(서울대병원) 측에서 피고(건강보험심사평가원)를 상대로 하여 진료비삭감처분 등 취소소송을 제기한 사안이었다. 서울행정법원은 대법원의 판례를 인정하면서도 이를 “모든 경우에 일체의 예외 없이 적용되어야 한다고는 할 수 없고, 통상적인 질병의 치료범위를 넘어서는 아주 특별한 사정이 인정되는 경우에는 진료행위와 관련하여 합리적인 범위 내에서 지출한 특수한 비용은 환자 측의 사전동의를 받았거나, 사전동의를 받지 못했더라도 환자 측에게 사전에 동의 여부를 문의하였다면 동의를 하였을 것으로 보이는 경우에는 비급여대상으로서 별도로 산정할 수 있다”고 판시하였다. 이는 치료가 어려운 희귀병 환자나 고비용의 신기술을 사용해야 되는 환자가 새로운 치료기술에 동의하거나 동의할 것으로 사후에 추단할 수 있는 경우에는 비급여치료비를 환자에게 청구할 수 있도록 대법원 판례의 예외를 인정한 것으로서 향후 대법원에서 이를 인정할 것인지 귀추가 주목되고 있다. 다만 “환자에게 행한 각 시술이 정확한 진단자료를 토대로 최적의 방법에 의하여 경제적이고 비용 효과적으로 행하여진 적절한 진료였을 뿐만 아니라 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙이나 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항에서 정하는 인정기준에 해당하는 사실을 증명할 책임은 의료기관이 진다”고 하여 그 입증부담을 의료기관에게 지우고 있다. 이에 대하여는 서울고등법원 2007. 11. 8. 선고 2006누16382 판결 참조. 그러나 문제의 핵심은 요양급여의 적정성에 대한 건강보험심사평가원의 재량적 판단과 보건복지부의 관료적 통제가 충돌하고 그 한계로 말미암아 임의비급여가 나타나게 된다는 점을 부인할 수 없는 상황에 이르렀다는 것이다. 즉, 요양급여대상 여부를 확인하는 문제와 적정성에 대한 평가는 분리될 수 없는 것이고, 심사평가원의 확인작업에서 재량적 판단을 인정할 수밖에 없게 된 것이다.

한 세부사항, 신약과 약제의 급여대상여부, 신의료기술 등 요양급여의 본질적이고 중요한 사항에 대하여 동 규칙은 보건복지부 장관이 결정하도록 규정하고 있다.⁸⁷⁾

이와 같이 행정부의 재량적 판단권이 법령에 의하여 보장되고 있는 것은 자칫 요양급여에 대한 보건복지부의 자의적 판단 내지 관료적 통제권의 행사를 가능케 할 수 있는데, 한편으로는 건강보험심사평가원의 재량과 충돌할 수 있고⁸⁸⁾, 다른 한편으로는 지나치게 의존하여 다양하게 전개되는 일선의 의료현장을 올바르게 반영하거나 제대로 규율하지 못할 수도 있다.⁸⁹⁾

(3) 건강보험법 개정안의 적정성에 대한 평가

의료현장 일선에서 이뤄지는 진료행위는 환자의 상태에 따라서 달리 이뤄질 수밖에 없고, 최선의 의료수준에 부합하는 진료행위라 하더라도 획일화하는 데에는 일정한 한계가 존재한다. 특히 의사들은 환자의 진료업무만으로도 매우 힘든 상태인데, 자주 변하는 요양급여 기준들을 정확하게 인지하고 대처하는 것도 사실상 한계가 있다.

87) 건강보험제도 운영의 메카니즘을 살펴보면 건강보험심사평가원에 소속된 각종 위원회(신의료기술위원회, 진료심사위원회, 전문위원회 등)에서 심사·평가를 하여 급여인정여부 등에 대한 검토를 하게 되어 있지만, 이에 대한 최종적이고 공식적인 결정은 보건복지부 장관의 권한으로 되어 있다.

88) 의사의 진료행위에 대한 비용(보험급여)청구의 적정성에 대한 심사지침은 원칙적으로 건강보험심사평가원의 심사지침이 적용되고 있는데, 이는 실질적으로 보건복지부의 고시 수준에서 규정되어야 할 요양급여인정기준을 구체화하는 경우가 많으므로 관련 기준들(고시, 규칙, 지침 등)에 대한 체계적인 평가가 필요하다.

89) 이와 관련하여 조류 인플루엔자가 확산되는 시점에 보건복지부는 타미플루의 급여기준을 개정하여 고시하였다. 이에 따르면 타미플루는 인플루엔자 주의보가 발표된 이후 또는 검사상 인플루엔자 바이러스 감염이 확인된 경우, 고위험군에게 2개 이상의 증상 및 고열이 발생한지 48시간 이내 투여할 경우에 급여로 인정한다고 명시하였다. 그러나 해당 고시는 유행성이 강력한 인플루엔자의 특성을 무시하고 있고, 유행주의보 발령 후 투약한 경우에만 급여대상으로 인정하는 등 투약의 적기나 실효성을 무시한 급여기준이라는 비판이 강력하게 제기되었다. 그리고 골다공증과 관련된 치료제에 대하여 보험급여를 확대하면서 약제투여기준에 ‘사례별 검토’라는 모호한 단서를 달아 의료현장에 불필요한 혼란만 가중시켰다.

특히, 요양급여기준은 환자에게도 급여 여부를 결정하는 - 진료비의 본인부담분이 달라지게 되어 치료를 받을지 여부까지도 결정할 수 있는 - 매우 중요한 문제이므로, 이를 자주 변경하게 되면 의료인과 환자의 관계에 악영향을 미칠 수 있다. 따라서 요양급여의 기준과 관련된 중요한 사항은 법률에 명확하게 규정하여 예측가능성과 법적 안정성을 확보하는 것이 법률유보 원칙에 부합할 것이다.⁹⁰⁾

그럼에도 불구하고 일부 질환에 대하여만 보험급여를 - 건강보험의 보장성을 인정하기 위해 (보건복지부 장관이 발령하는) 규칙을 개정하는 기존 방식 또는 규율체계와 달리 - 법률로써 직접 규정하는 것은 현행 법체계에 부합하지 않고, 평등원칙에 위배될 소지가 있다. 즉, 각각의 규율대상 및 내용들은 체계적으로 균형을 이루는 것이 바람직하므로 특정 질병만을 법률로서 규정하는 방식이 타당한지는 법체계상 신중한 검토가 필요할 것이다.

그리고 암·심장질환·뇌혈관질환·희귀난치성질환 등 이른바 4대 중증질환은 의료비 부담이 크고, 선택진료비·상급병실료·간병비 등 비급여 비중이 높는데, 이에 대해서 해당 질병에 따른 의료비를 전액 건강보험 급여로 보장하여 의료비 부담을 줄이고 국민건강 증진에 이바지하려는 개정안의 취지는 중증질환 의료비 부담 완화 측면에서

90) 이와 관련하여 분만급여와 관련된 의료보험법 제31조 제2항에 대한 헌법재판소 1997. 12. 24. 선고 95헌마390결정에 따르면 “분만급여의 범위, 상한기준을 보건복지부 장관이 정하도록 위임하고 있는 법조항은 위헌이라고 할 수 없다. 왜냐하면 급부행정에서는 기본권 침해영역보다는 구체성의 요구가 약화될 수 있다는 점, 사실관계가 수시로 변화될 것이 예상될 때에는 위임의 명확성이 완화될 수 있다는 점, 법률의 전반적인 체계와 관련 규정에 비추어 위임의 한계나 범위를 확정할 수 있다는 점, 요양급여관련 세부사항들을 미리 법률로 상세하게 규정하는 것이 입법 기술상 어렵기 때문이다”라고 하여 근거를 제시한 바 있다. 그러나 오늘날 사회권을 실현하기 위한 급부법 영역에 있어서도 포괄위임이 아니라 법률유보원칙을 준수하여야 한다는 결정이 다수 등장하고 있고, 국민의 기본권 보호 및 실현을 위하여 국회가 법률로 가능한 한 명확하게 구체적으로 규율하여야 한다는 논의가 설득력 있게 제기되고 있다.

일응 타당하다고 생각된다. 앞에서 살펴본 바와 같이 보건복지부의 보장성 강화도 이에 중점을 두고 있다.

그러나 위의 개정안과 같이 4대 중증질환에 대해서 비급여를 전혀 인정하지 않고, 의료비 전부를 요양급여로 건강보험에서 보장하려는 것은 급여범위 및 상한을 제한하지 않으므로 도덕적 해이(moral hazard)와 맞물려 과잉진료가 발생할 소지가 있고, 만성질환 등 재난적 의료비 발생이 높은 타 질병과의 형평성이 문제될 수 있으므로⁹¹⁾ 건강보험의 재정부담을 고려하여 단계적으로 지원을 확대하는 것이 합리적일 것이다. 그리고 앞에서 살펴본 바와 같이 본인의 선택으로 보다 좋은 병실을 이용하는 상급병실료, 선택진료비 등의 경우에는 보험급여를 인정하는 범위와 한계를 정함에 있어서 신중히 판단할 필요가 있다.

91) 한국보건사회연구원은 4대 중증질환에 대하여 비급여 포함 재정소요를 4년간 21조 8,000억원으로 추계하고 있다.

제 5 장 소득 중심의 보험료부과체계 단일화

제 1 절 재정수입의 기초 및 법적 근거

1. 국민건강보험료의 의의 및 성격

사회보험료는 피보험자 또는 그 사용자가 보험자의 보험급여를 위한 재정을 충당할 목적으로 법률에 근거하여 납부하는 공과금이다. 사회보험의 주된 재원은 보험료이며, 세금에 의한 국가의 지원은 단지 보충적으로 사회보험재정의 보조적인 역할을 수행한다. 즉, 현행 우리나라 제도 하에서 사회보험료는 기존의 공과금체계에 편입시킬 수 없는 독자적 성격을 가진 공과금이다.⁹²⁾

보험료는 특정의 반대급부 없이 금전납부의무를 부담하는 세금과는 달리, 반대급부인 보험급여를 제공하는 것을 전제하고 있다. 그리고 특정한 이익이나 특정 시설의 사용가능성에 대한 금전적 급부인 수익자부담금과는 달리, 급여혜택을 받지 않는 제3자(사용자)에게도 납부의무가 부과된다는 점에서 부담금과는 달리 파악되어야 한다.⁹³⁾

92) 이는 독일의 비스마르크 방식과 영국의 비버리지 방식의 사회보장제도의 전통과 특수성에 기인하여 달리 파악되는 사회보험제도에 대한 이해와 맞닿아 있다. 그러나 우리나라의 현행 국민건강보험제도 역시 특수한 고유성이 있으므로 이를 고려하여 파악할 필요가 있다. 대부분의 OECD 국가들은 재원확보의 원천과 서비스를 제공하는 주체는 공공이 압도적이거나 공공과 민간의 혼합형태를 취하고 있다. 그러나 우리나라는 재원조달의 측면에서 민간이 주도적이고 국고지원은 부수적이며, 서비스 제공은 민간의료기관의 비중이 압도적이다. 따라서 우리나라의 보건의료체계는 재원부담의 주체는 혼합형, 서비스 제공주체는 민간이 담당하는 예외적인 제도운명을 하고 있는 것이다. 그리고 보험운영방식도 사회보험방식이라고는 하지만, 조세방식을 취하고 있는 국가들과 유사하게 전 국민을 하나의 집단으로 묶어서 단일한 조직(국민건강보험공단)이 관리하고 있다. 즉, 재원의 조달과 보험제도의 운영을 단일한 보험자가 담당하고 있는데, 이는 실제로 조세로 운영하는 경우와 유사한 측면이 있다. 이에 대하여는 강민아·김태일·허순임, “건강보험제도 정책수립과정의 재설계에 대한 모색”, 『보건행정학회지』 제18권 제2호, 한국보건행정학회, 2008. 6. 107~129(108~113)쪽 참조.

93) 이에 대하여는 헌법재판소 2000. 6. 29. 선고 99헌마289 결정 참조.

사회보험료를 형성하는 2가지 중요한 원리는 ‘보험의 원리’와 ‘사회연대의 원리’이다. ‘보험의 원리’는 소위 등가성의 원칙이라고도 하는데, 이는 보험료와 보험급여간의 적정한 등가관계가 성립되어야 한다는 원칙을 말한다. 이는 국가재정에 있어서 양출제입의 원칙에 따라서 지출이 예상되는 범위에서 적정한 세입을 거두어야 한다는 것과 유사하게 가입자의 보험료를 적정하게 관리·운영하는 기본원리이다.

물론, 사회보험에서는 사보험에서와 달리 각 피보험자에 대한 개별 등가원칙이 적용되는 것은 아니지만, 사회보험 또한 보험료를 주된 재원으로 하는 보험의 성격을 가지고 있기 때문에, 보험자의 전체적 재정과 관련하여 보험자의 수입이 보험급여를 포함한 전체 지출을 충당할 수 있도록 개인의 보험료가 산정되어야 한다.⁹⁴⁾

한편 사회보험은 사회국가원리를 실현하기 위한 중요한 수단이라는 점에서, ‘사회연대의 원리’는 국민들에게 최소한의 인간다운 생활을 보장해야 할 국가의 의무를 부과하는 사회국가원리에 기초한다. 보험료의 형성에 있어서 사회연대의 원칙은 보험료와 보험급여 사이의 개별적 등가성의 원칙에 수정을 가하는 원리일 뿐만 아니라, 사회보험 체계 내에서의 소득의 재분배를 정당화하는 근거이며, 보험의 급여수혜자가 아닌 제3자인 사용자의 보험료 납부의무(소위 ‘이질부담’)를 정당화하는 근거이기도 하다. 또한 사회연대의 원칙은 사회보험에의 강제가입의무를 정당화하며, 재정구조가 취약한 보험자와 재정구조가 건전한 보험자 사이의 재정조정을 가능하게 한다.

94) 상법 제4편(보험) 제638조(의의)에 따르면 “보험계약은 당사자 일방이 약정한 보험료를 지급하고 상대방이 재산 또는 생명이나 신체에 관하여 불확정한 사고가 생길 경우에 일정한 보험금액 기타의 급여를 지급할 것을 약정함으로써 효력이 생긴다”고 규정하고 있다. 그러나 사회보험을 이와 같은 사법적 규율의 체계와 통합하여 이해하는 것이 적절한지 혹은 강제가입 등 공법적 제도로서의 독자성과 특수성을 인정하여야 할지에 대하여는 논란이 있다. 그러나 가입자 상호간의 연대와 상호부조를 실현하고자 하는 ‘보험의 원리’는 마찬가지로 적용된다고 할 수 있다.

2. 보험료 부과체계의 변천과정

이와 같이 사회연대의 원리에 기반한 국민건강보험제도를 지속하기 위하여 재정건전성을 확보하여야 하고, 이를 위해 안정적인 재원조달 기반을 구축하는 것이 매우 중요하다. 그러나 최근 저출산고령화가 진행되면서 보험급여비의 연평균증가율이 높아지고 있고, 현행 근로소득 중심의 보험료부과체계는 고용율과 경제성장에 부정적 영향력을 미치고 있다는 지적이 있다.⁹⁵⁾ 따라서 현재의 재원조달체계로는 향후에 늘어날 보험급여비를 감당할 수 있을지, 보장성 강화정책의 수행에 한계가 나타날 수 있다는 우려에 대비하여 보험료부과체계를 개선해야 한다는 논의가 진행되고 있다. 이를 위해 우선 과거 보험료부과체계의 변화의 흐름을 되짚어볼 필요가 있을 것이다.

직장가입자에 대한 보험료부과기준이 되는 근로소득은 파악하기가 상대적으로 쉽고, 사업주에 의한 보험료의 원천징수가 이뤄져 원활한 보험료 수입확보가 가능하였으나, 지역가입자의 보험료는 소득파악이 곤란한 농어민, 자영업자, 영세사업장 근로자 등을 대상으로 하였다. 이는 직장가입자와 지역가입자의 갈등을 야기하는 원인이 되었다.

우선, 직장가입자의 보험료부과체계는 2000년 6월 통합이전에는 표준보수월액(근로소득)을 기준으로 각 조합별 정관으로 정한 보험율을 적용하여 부과하였으나, 통합 이후에는 건강보험정책심의위원회 심의·의결 후 국민건강보험법 시행령으로 규정된 보험료율을 적용하여 부과하여 ‘동일소득이면 동일보험료’ 원칙이 실현되었다.⁹⁶⁾

95) 현재 보험료 수입의 78%는 직장가입자의 근로소득에 대하여 부과되고 있고, 그 중에서 기업이 절반을 부담하고 있다. 2009년도 OECD 연구결과, 보험료 수입을 근로소득에만 의존할 경우에는 정규고용률 8~10%, 전체고용률 5~6% 가량 감소시키는 것으로 나타나고 있다. 이에 대하여는 전용배, “소득중심의 보험료부과체계 단일화 방안”, 『지속가능한 건강보험 발전을 위한 대토론회(자료집)』, 한국보건사회연구원, 2012. 8, 9~108(11)쪽 참조.

96) 그럼에도 불구하고 이는 근로소득에만 부과함에 따라, 근로소득 외의 다른 소득

그리고 지역가입자의 보험료 부과체계는 수차례 변화를 거쳐서 현재에 이르게 되었다. 우선, 제1차 시범사업(1981년 7월 ~ 1987년 12월)은 강원도 홍천군 등 3개 지역에서 실시되었는데, 이는 3등급 인두정액제로 세대별 보험료는 등급별 정액에 피보험자수를 곱하여 부과하였다.⁹⁷⁾ 그리고 제2차 시범사업(1982년 7월 ~ 1987년 12월)은 전남 목포시 등 3개 지역에서 실시되었는데, 이는 세대별로 기본보험료(응의할) 50%와 능력비례보험료(응능할) 50%를 합산하는 방식으로 산정되었고,⁹⁸⁾ 전국민 의료보험시대(1988년 1월~1998년 9월)에도 그 부과방식을 유지하였다.⁹⁹⁾ 그리고 1998년 10월 이후 통합관리하게 되면서 세대별 보험료는 연간소득 500만원을 초과하는 세대는 소득, 재산, 자동차 등 재산을 기준으로 추정소득을 점수화하여 보험료를 부과하고, 500만원 이하세대는 생활수준 및 경제활동참가율, 재산, 자동차를 기준으로 부과하는 방식으로 부과체계를 이원화하였다.¹⁰⁰⁾

을 보유하고 있는 직장가입자와의 불평등 및 지역가입자와의 부담의 불공정성 논란이 계속되고 있다.

97) 이에 따르면 1등급(400원), 2등급(600원), 3등급(800원)별로 정액이 산정되어 부과모형이 단순하여 적용하기에 용이하고, 모든 세대에 동일한 등급을 적용하고 가구원수에 비례하는 보험료 부과방식으로서 수용성이 높았으나, 리·동 단위로 등급구분이 이뤄짐에 따라 소득 및 생활수준이 동일함에도 서로 다른 등급이 적용되어 형평성 문제가 제기되었다.

98) ‘기본보험료’는 세대균등할 15%(정액)과 피보험자균등할 35%(정액*피보험자수)를 합산하여 산정하였고, ‘능력비례보험료’는 소득세할(7등급), 농지세할(7등급), 토지분(7등급), 건물분(7등급)을 합산하였다. 이는 보험료부과의 객관적 기준을 마련하고, 기본보험료와 능력비례보험료의 합리적 구분 그리고 등급세분화에 따른 차등부과 실현으로 소득재분배 효과를 갖는다는 장점이 있었으나, 기본보험료의 부담비중이 능력비례보험료의 부담보다 훨씬 높고 지역간 불평등 내지 형평성 위배의 문제가 여전히 제기되었다.

99) 기본구조는 제2차 시범사업과 유사하였다. 그러나 기본보험료를 정액으로 계산함에 있어서 지역조합별로 그 기준이 상이하였고, 능력비례보험료는 소득비례보험료(30등급), 재산비례보험료(30등급), 자동차(5등급)를 합산하여 정하도록 세분화하였다. 그럼에도 불구하고 기본보험료의 부담비율이 높아짐에 따라 저소득층의 부담이 과중하게 되었고, 조합별 보험료부담이 상이하였으며, 조합간 재정격차가 심화되는 문제 등이 나타났다.

100) 이는 과세기준을 보다 세분화하였고, 소득, 재산, 자동차의 부과기준을 명확하게

이와 같은 국민건강보험제도의 변화과정을 살펴보면 현행 제도가 형성된 배경을 알 수 있다. 이미 앞에서 살펴본 바와 같이 2000년 7월 국민건강보험제도는 직장가입자와 지역가입자의 조직 및 재정을 통합하였으나, 보험료부과체계는 과거와 같은 방식을 유지하고 있다. 즉, 직장가입자는 보수월액에 ‘보험료율’을 곱하는 방식으로 산정하고, 지역가입자는 연간소득 500만원을 기준으로 500만원 초과세대는 소득(75등급), 재산(50등급), 자동차(7등급)에 따라서 부과점수를 도출하고 이에 ‘보험료 부과점수당 금액’을 곱하여 산정하며, 500만원 이하세대는 생활수준 및 경제활동참가율(30등급), 재산(50등급), 자동차(7등급)에 따라서 부과점수를 도출하고 이에 ‘보험료 부과점수당 금액’을 곱하여 산정하는 방식으로 3원화되어 있는 것이다.¹⁰¹⁾

그리고 이와 더불어 우리나라에 특유한 피부양자제도를 살펴볼 필요가 있다. 이는 우리나라에 의료보험제도가 최초로 도입된 1977년부터 인정된 제도로써 정책적 변화에 따라서 그 인정기준이 변화하였다. 피부양자는 보수 또는 소득이 없어 부양능력이 있는 직장가입자에 의하여 주로 생계가 유지되는 자를 의미한다. 2000년 건강보험통합 이전까지 직장가입자의 피부양자는 제도권 밖의 국민에 대하여 가급적 많은 혜택을 부여하기 위하여 인정범위를 점차 확대하였다. 그러나 통합 이후에는 피부양자 인정요건을 강화하여 보험료부담의 형평성을 도모하고자 하였으나, 이는 여전히 직장가입자에게만 인정되고 있고, 고액의 연금소득 등으로 부담능력이 있는 자라 하더라도 피부양자로 등재되면 보험료를 내지 않으므로 형평성에 위배된다는 문제가 날카롭게 제기되고 있다.

규정하였으나, 과거 부과체계의 틀을 벗어나지 못하여 기존의 문제들이 여전히 남아 있는 것으로 평가된다.

101) 보험료를 결정하는 요소인 ‘보험료율’과 ‘보험료부과점수당금액’은 건강보험정책심의위원회에서 심의·의결하고 국민건강보험법 시행령으로 매년 개정하고 있다.

3. 국민건강보험료에 대한 법적 규율체계

보험료는 조세와는 근본적으로 성격을 달리하는 공과금으로서 이에 대하여는 조세법률주의가 적용되지 아니하고, 법률의 명확성원칙이나 헌법 제75조의 포괄적 위임입법의 금지원칙과 같은 일반적인 헌법적 기준이 적용된다. 국민건강보험법을 검토해 보면 법 제70조에서 직장가입자의 보수월액 그리고 제71조에서 직장가입자의 소득월액을 규정하고, 이에 근거하여 법 제69조 제4항과 제5항에서 직장·지역가입자의 월별 보험료액을 각각 정하는 방식을 규정하고 있다.

법 제72조는 지역가입자의 보험료부과점수를 정하는 방법을 대통령령에 위임하고 있고, 법 제73조 직장가입자의 보험료율도 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 대통령령으로 정하도록 위임하고 있다.

이에 따라 매년 국민건강보험법 시행령(대통령령)이 개정되고 있는데, 2013년 1월 1일 기준으로 시행령 제42조는 법 제72조의 위임을 받은 사항을 구체적으로 규정하고 있다. 이에 따르면 지역가입자의 보험료부과점수의 산정방법(별표4), 소득 및 재산의 범위 그리고 보험료 부과점수의 하한(20점)과 상한(12,680점) 등을 규정하고 있으며, 이에 필요한 세부사항은 국민건강보험공단의 정관으로 정하도록 하고 있다. 그리고 시행령 제44조는 법 제73조의 위임을 받아 직장가입자의 보험료율을 5.89%로 명시하고, 지역가입자의 보험료부과점수당 금액을 172월 70전으로 규정하고 있다.¹⁰²⁾

102) 이와 같이 행정부에 입법을 위임하는 수권법률의 명확성에 대한 요구는 규율대상의 특수성에 따라 달라질 수 있으며, 규율대상이 지극히 다양하거나 수시로 변화하는 성질의 것일 때에는 위임의 구체성과 명확성의 요건이 완화된다. 따라서 매년 달라지는 보험급여비에 상응하는 보험료를 징수하기 위해서는 매 회계년도마다 등급구분과 등급별 금액의 새로운 조정이 예상되므로, 규율대상이 상황에 따라 자주 변화하리라고 예상된다는 사실관계의 특성에 비추어 보험료율 또는 등급구분·등급별금액의 규율을 대통령령과 공단의 정관에 위임하는 것은 위임입법의 한계를 넘는 것이 아니고 불가피한 것이다.

2014년도 국민건강보험의 보험료율은 2013년 6월 18일 보건복지부 산하 국민건강보험정책심의위원회에서 심의·의결되었다. 이에 따르면 내년도 직장가입자의 건강보험료율은 현행 월 보수액(소득 중 보험료 부과 기준)의 5.89%에서 5.99%로 인상된다. 지역가입자의 보험료 부과 점수당 금액은 현행 172.7원에서 175.6원으로 오르게 될 예정이다. 보험료율 조정에 따라 직장가입자당 월 평균 보험료는 올해 9만2570원에서 9만4140원으로 1570원 늘어나며, 지역세대당 월 평균 보험료는 8만1130원에서 8만2490원으로 1360원 증가할 전망이다. 이 같은 보험료율 인상은 시행령 개정으로 내년 1월부터 적용될 것이다.

과거에는 보험료율을 결정하는 시기는 매년 10월경이었다. 그러나 2013년도부터 6월 말로 앞당겨 결정하게 된 이유는 내년도 건강보험 국고지원 규모(보험료 예상수입의 14%)를 보다 정확히 예측하기 위한 것이다.¹⁰³⁾ 국회의 예산심의일정 및 정부의 예산편성시한을 고려하여 국고지원이 원활하고 적정하게 이뤄지려면 기획재정부의 예산편성시한 이전에 내년도 재정소요추계에 반영하여야 하기 때문이다.¹⁰⁴⁾

103) 국민건강보험법 제108조(보험재정에 대한 정부지원)

① 국가는 매년 예산의 범위에서 해당 연도 보험료 예상 수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원한다.

② 공단은 「국민건강증진법」에서 정하는 바에 따라 같은 법에 따른 국민건강증진기금에서 자금을 지원받을 수 있다.

③ 공단은 제1항에 따라 지원된 재원을 다음 각 호의 사업에 사용한다.

1. 가입자 및 피부양자에 대한 보험급여

2. 건강보험사업에 대한 운영비

3. 제75조 및 제110조제4항에 따른 보험료 경감에 대한 지원

④ 공단은 제2항에 따라 지원된 재원을 다음 각 호의 사업에 사용한다.

1. 건강검진 등 건강증진에 관한 사업

2. 가입자와 피부양자의 흡연으로 인한 질병에 대한 보험급여

3. 가입자와 피부양자 중 65세 이상 노인에게 대한 보험급여

[[2016.12.31까지 유효, 2011.12.31 제11141호 부칙 제2조]]

104) 국고지원의 과소지원 문제는 법령에 의거하여 매년 발생한 문제였다. 실제로 일반예산에서 건강보험재정에 지원되는 국고지원금은 정부예산편성액과 건강보험공단 예산서에 포함된 정부지원금과는 상이하다. 국민건강보험공단이 추정하는 지원금액보다 정부에서 편성·지원하는 금액이 적은 이유는 정부와 건강보험공단의 당해

4. 보험료부과체계의 현황 및 문제점

앞에서 살펴본 바와 같이 국민건강보험법제상의 보험료부과체계는 3원화되어 있고, 이는 매우 복잡한 구조와 산식으로 구성되어 있다. 이는 제도 도입 이후 수차례 개정되어 좀 더 합리적이고 형평에 맞는 보험료부과체제로 개선하고자 하였음에도 불구하고, 여전히 많은 혼란과 민원을 야기하고 있다는 점에 주목할 필요가 있을 것이다.

이와 관련하여 가장 많이 문제가 제기되는 사항은 직장가입자였다가 실직·은퇴하여 수입(소득)이 없어졌음에도 불구하고, 지역가입자로 전환가입하여 재산 등을 기준으로 보험료를 산정하게 되면서 오히려 더 많은 보험료를 부담하게 되는 경우를 들 수 있다. 즉, 보험료부과체계가 3원화되고 세분화되었음에도 불구하고 자격변동시 부담능력을 적정하게 반영하지 못하여 보험료차이가 크게 발생하는 등 부담의 형평성과 공정성에 대한 논란이 지속되고 있는 것이다.¹⁰⁵⁾

그리고 지역가입자에 대한 보험료부과체계는 동일한 지역가입자임에도 불구하고 연간소득 500만원을 기준으로 산정기준(지표) 자체가 달리 설정되어 있는 합리적 이유를 찾기 어렵고, 재산 및 자동차의 비중이 과다하며, 생활수준 및 경제활동참가율의 평가에 따른 보험료 부과기준이 복잡하여 민원인의 설득이 어렵고 국민들의 수용성이 낮

연도 보험료 예상수입액이 서로 상이하기 때문이다. 즉, 이는 기획재정부와 보건복지부가 보험료 수입을 추계하는 시기와 방법이 다르기 때문이고 기획재정부는 차년도 예산편성시 상당히 보수적인 기준에서 보험료 예상수입을 산정하므로 실제 보험료 수입은 그보다 많이 발생하기 때문이다. 이는 이은경, “건강보험에 대한 국고지원방안”, 『재정포럼』 제187호, 한국조세연구원, 2012. 1, 29~49(47)쪽 참조.

105) 이러한 허점을 이용하여 소득이 많은 연예인 또는 운동선수 등이 지역가입자로 가입할 경우에 고액의 보험료를 납부하여야 하는 문제를 피하기 위하여 직장가입자 자격을 취득하여 상대적으로 적은 보험료를 납부하는 사례가 다수 적발되었다. 2010년도에는 직장가입자 자격 허위취득을 1,103건 적발하였고, 약 49억원은 보험료를 환수하였다.

으며, 재산과 자동차에 대한 이중부과 논란과 소득 역진적인 설계 등이 재산을 기초로 한 소득추정의 문제와 연계되어 나타나고 있다.¹⁰⁶⁾

그리고 직장가입자에 대한 보험료부과체계에 대하여는 다양한 - 일견 모순되어 보이는 - 주장이 제기되고 있다. 한편으로 직장가입자의 소득과약률이 지역가입자의 그것에 비해 높기 때문에 상대적으로 불리하다는 주장이 있고¹⁰⁷⁾, 다른 한편으로 피부양자 제도는 지역가입자에게는 인정되지 않으므로 직장가입자가 지역가입자에 비해 유리하다는 주장도 제기되고 있는 것이다.¹⁰⁸⁾

이외에도 직장가입자의 보험료 산정은 근로소득만을 기초로 삼고 근로소득 외에 다른 소득과 재산은 고려하지 않고 있으므로 근로소득

106) 소득역진적 구조라는 의심을 받는 이유는 소득금액이 적을수록 등급간격이 적어 보험료 변동폭이 크고, 소득금액이 클수록 등급간격이 커서 변동폭이 작으며, 과세기준 소득액 대비 보험료액의 비율은 소득이 낮은 계층에서 높게 나타나고, 소득이 높은 계층에서는 낮은 것으로 나타나고 있기 때문이다. 그러나 헌법재판소는 2000. 6. 29. 선고 99헌마289 결정에서 “현행법상의 보험료부과체계는 형식적으로는 소득을 단일기준으로 하는 부과체임에도 불구하고, 실질적으로는 직장가입자의 경우에는 파악된 실소득에 대하여, 지역가입자의 경우에는 추정소득에 대하여 보험료를 부과하는 이원적인 부과체계이다. 이는 국민건강보험법상 지역가입자와 직장가입자의 차이를 고려하여 그에 상응하게 달리 규정한 것으로서 그 자체로는 평등원칙의 관점에서 문제가 없다”고 판시하여 기본적으로 국민건강보험제도의 보험료 부과체계를 평등원칙에 위배되지 않는 것으로 보고 있다.

107) 이와 관련하여 고소득 자영업자(지역가입자)의 종합소득세 소득탈루율은 평균적으로 30%에 이른다는 국세청 자료가 있고, 이로 말미암아 직장가입자의 보험료 부담이 높아 평등권과 재산권을 침해당하고 있다고 지속적으로 문제가 제기되고 있다. 이에 대하여는 “고소득 전문직 소득탈루율, 여전히 30% 넘어”(노컷뉴스, CBS 김학일 기자) (<http://www.nocutnews.co.kr/show.asp?id=1476755> 참조, 최종방문 : 2013년 8월 27일)

108) 고액의 연금소득 내지 기타소득 등을 보유한 피부양자 문제는 지속적으로 제기되고 있고, 피부양자 수가 건강보험 적용인구의 40% 이상으로 지나치게 과다하며 이를 실질적 부양관계보다는 보험재정 형편에 따라 편의적으로 운영한다는 비판을 받고 있다. 재정통합 이후 피부양자의 적용범위는 점차 엄격하게 제한되고 있으며, 최근 2013년 6월 28일 개정된 국민건강보험법 시행규칙에 따르면 지금까지 보건복지부장관의 고시에 규정되어 있던 국민건강보험의 피부양자 자격인정기준 중 소득요건을 이 규칙으로 상향하여 규정하는 한편, “연금소득의 100분의 50에 해당하는 금액이 2천만원을 넘는 자”는 직장가입자의 피부양자가 될 수 없도록 함으로써 지역가입자와의 형평성을 제고하고 부담능력 있는 자의 무임승차를 방지하는 등 현행 제도의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선·보완하고자 하였다.

이외에 다른 소득을 가지고 있는 직장가입자와의 보험료 부담의 불평등이 존재한다.¹⁰⁹⁾ 그 외에도 직장가입자는 매년 4월 보험료를 정산하여 연말정산액을 추가부담하게 되는 것으로 인식하여 불만이 있고, 공무원 복지포인트를 보수로 산입할 것인지 여부, 여러 사업장에 중복으로 가입한 자의 보험료 상·하한선의 문제 등도 제기되고 있다.

제 2 절 부담평등의 원칙과 실현방안

1. 사회보험료 부과에 있어서의 부담평등원칙

사회보험법상의 보험료부과에 있어서의 평등원칙의 요청은 경제적 능력, 즉 소득에 따른 부담의 원칙으로 구체화된다. 입법자는 원래의 재정통합의 취지를 살리기 위하여 소득을 기준으로 직장가입자와 지역가입자에 대한 부과기준을 단일화하는 ‘소득비례 단일부과체계’가 소득·재산 등을 부과기준으로 하는 ‘국민의료보험법상의 부과체계’에 비하여 보험료부과기준의 차이에서 야기되는 구조적 불형평성을 해소하고 전국민을 대상으로 동일한 기준을 적용함으로써 형평성을 확보할 수 있다고 판단하였던 것이다.

조세를 비롯한 공과금의 부과에서의 평등원칙은, 공과금 납부의무자가 법률에 의하여 법적 및 사실적으로 평등하게 부담을 받을 것을 요청한다. 즉 납부의무자의 균등부담의 원칙은, 공과금 납부의무의 규범적 평등과 공과금의 징수를 통한 납부의무의 관철에 있어서의 평등이라는 두 가지 요소로 이루어진다. 만일 입법자가 규범적으로만 국민에게 균등한 부담을 부과하는 것에 그치고, 납부의무의 관철에 있어서 국민들 상호간에 현저한 차이가 발생하도록 방치한다면, 납부의무자

109) 근로소득 이외에 사업소득, 이자소득, 배당소득, 연금소득, 기타소득 등이 존재하므로 이에 대한 적절한 고려가 필요하다. 근로소득 이외의 소득으로 보험료수입 기반을 확대하고 소비세에 대하여도 일정비율을 사회보험료로 전환할 경우에 부담평등원칙과 보험료부담의 형평성을 제고하는 데 기여하게 될 것이다. 이에 대하여는 『제5장 제2절 3. 부담평등원칙에 부합하는 보험료부과체계의 개선방안』 참조.

간의 균등부담의 원칙, 즉 공과금부과에서의 평등은 실현될 수 없다. 따라서 납부의무를 부과하는 실체적 법률은 ‘사실적 결과에 있어서도 부담의 평등’을 원칙적으로 보장할 수 있는 절차적 규범이나 제도적 조치와 결합되어서 납부의무자간의 균등부담을 보장해야 한다.

지역가입자에 대한 소득추정이 합리적이고 신뢰할 만한 기준에 근거하고 있지 않다면, 추정소득에 대한 보험료부과는 보험가입자 사이의 부담의 평등을 제대로 실현할 수 없다. 직장가입자와 지역가입자 사이의 ‘보험료 납부의무의 관철’에 있어서의 본질적인 차이가 현존하는 상황에서 직장·지역가입자의 재정을 통합하여 보험료를 부담시키는 경우에는 가입자간의 보험료부담의 형평이 이루어지지 않고, 지역가입자가 부담해야 할 보험료의 일부분을 직장가입자가 부담해야 할 가능성이 있다. 따라서 직장가입자와 지역가입자간의 보험료부담의 평등이 보장되지 않는 한, 의료보험의 재정통합은 헌법적으로 허용되지 아니한다.

보험료부담의 평등이 보장되지 않는 상황에서의 재정통합은 사회보험의 중요한 형성원칙인 사회연대의 원칙에 의해서도 정당화하기 어렵다. 사회연대의 원리에 따라 소득에 비례하여 보험료를 산정함으로써, 소득이 많은 자가 소득이 적은 자에 비하여 보다 많은 보험료를 부담해야 하는 것은 사회보험의 성격상 당연하고, 이에 대하여 아무도 이의를 제기하지 않는다. 오히려 문제의 핵심은 소득이 있는 자가 단지 소득과약이 제대로 되지 않는다는 이유로 마땅히 내야 할 보험료를 내지 않는다는 것인데, 이는 사회연대의 원리에 의하여 정당화되지 않음은 물론이고, 오히려 소득재분배의 정신에도 반한다고 할 수 있다.

2. 가입자대표의 참여를 통한 평등의 실현

소득과 연관되어 부과되는 모든 유형의 공과금에 있어서, 소득과약은 납부의무자간의 부담의 평등을 보장하기 위하여 전제되어야 하는

중요한 현실적 기반이다. 보험료의 부과에 있어서도 부담의 평등이 이루어지기 위해서는, 직장가입자와 지역가입자의 재정통합에 앞서 규범적용의 평등을 보장할 수 있는 소득과약이란 현실적 기반이 마련되어야 한다. 따라서 자영자의 소득과약이 제대로 이루어지고 있지 않는 상황에서 본질적으로 이질적인 두 집단을 하나로 묶고자 하는 의료보험통합의 가장 큰 난제는 재정통합의 문제이고, 재정통합 이후 보험료를 어떻게 형평에 맞게 직장가입자와 지역가입자에게 나누어 부담시킬 것인가의 문제라고 할 수 있다.

입법자 스스로도 이러한 문제를 깊게 인식하여 2001. 12. 31.까지는 직장가입자와 지역가입자의 재정을 분리하여 계리하도록 규정하였다(법 부칙 제10조 제1항). 그리고 재정이 통합될 때까지 1년 반의 경과기간을 두고 있다.¹¹⁰⁾

또한, 제정 당시의 국민건강보험법은 직장가입자, 지역가입자, 공익을 대표하는 각 10인의 위원으로 구성된 **재정운영위원회**로 하여금 보험재정에 관한 주요사항을 심의·의결하도록 규정하고 있다. 재정운영위원회는 피보험자의 대의기관에 해당하는 것으로서 민주적 의사결정절차에 따라 건강보험사업의 재정운영 전반에 관하여 결정할 수 있는 의결기구이다. 보험료 납부의무의 관철에 있어서 현저한 차이나는 양 집단을 단일보험자의 관리 하에 통합하는 경우에 지역가입자에 대한 소득과약이나 또는 합리적이고 신뢰할 만한 기준에 의한 객관적인 소득추정이 이루어질 때까지, 보험료부담의 형평성은 직장가입자 및 지역가입자의 양 집단에 대하여 전체보험료를 형평에 맞게 배분하여 분담시킴으로써 실현될 수 있을 것이다. 즉, 자영자의 소득과약시까지 또는 객관적인 소득추정이 가능할 때까지 재정운영위원회의

110) 이는 재정통합시까지의 경과기간 동안 자영자에 대한 소득과약의 가능성을 확대하고, 적어도 정확한 소득과약이 안 되는 자영자에 대하여는 합리적이고 납득할 수 있는 방안을 통하여 소득을 객관적으로 추정하려고 함으로써 재정통합을 규정하는 법 제33조 제2항을 합헌적으로 운용하려는 입법자의 의지를 표현한 것이다.

결정을 통하여 직장가입자와 지역가입자 사이의 보험급여비 구성비율 등과 같은 객관적인 기준에 따라 직장가입자와 지역가입자 사이의 적정분담비율을 정함으로써 보험료를 분담토록 한다면, 부담의 형평성이 보장될 수 있다.

그렇다면 재정통합 이후에도 직장가입자와 지역가입자 모두의 이익을 함께 적절하게 고려하는 재정운영위원회의 민주적 운영을 통하여 직장·지역가입자 사이의 보험료 분담율을 조정할 수 있고, 이로써 보험료를 직장가입자에게 불리하지 않도록 정할 수 있으므로 국민건강보험법은 헌법에 위반되지 않는다고 할 수 있다. 그러나 재정통합을 반대하는 입장에서는 이와 같은 결정내용에 대하여 ‘정책적인 고려에 의한 사정판결’이라고 비판하고 있다. 111)

이와 같이 보험료 결정에 있어서 부담평등의 원칙을 실현함으로써 국민건강보험제도가 헌법에 위반되지 않도록 중요한 기능을 수행하도록 만들어진 재정운영위원회는 가입자 및 공익대표를 중심으로 하여 국민건강보험공단 내에 설치된 위원회이다. 이는 보험료 조정 등 보험재정에 관한 주요사항을 심의, 의결토록 함으로써 건강보험 재정관련 사항을 결정하는 과정에서 합리성과 민주성을 제고하고 재정상황 변동에 능동적으로 대처하기 위하여 설치되었고, 정관에 기재해야 할 사항으로 유일하게 명기된 위원회이다. 이는 2000년 7월 1일 건강보험 통합과 아울러 수가결정이 계약제로 전환되면서 설치되었다.

그러나 2002년 재정통합을 하고자 했던 국민건강보험법이 안착하기 이전에 의약분업 등으로 막대한 재정적자를 초래하게 되자 이를 신속히 해결하고 재정건전화를 조기에 달성하기 위하여 보험료 및 보험수가 산정에 대하여 재정운영위원회의 심의·의결사항인 보험료 조정관련 사항을 보건복지부 산하의 건강보험정책심의위원회(법 제4조)에서

111) 이에 대하여는 윤기중, “국민건강보험법상 급여제한에 관한 연구 - 행정심판 사례 분석을 중심으로 -”, 고려대학교 박사학위논문, 2012. 6. 46~49쪽 참조.

보험재정의 수입과 지출부분을 함께 심의하도록¹¹²⁾ “국민건강보험재정건전화특별법”이 한시법으로 2002년 1월 19일 제정·시행되었다. 결국 2006년 12월 30일 개정된 건강보험법에 따르면 재정운영위원회는 보험수가 결정업무에 치중하고, 보험료와 보험급여에 대한 심의·결정은 건강정책심의위원회에서 전담하는 것으로 기능을 조정함으로써 본래 의도했던 재정운영위원회 기능은 대폭 축소된 것으로 평가된다.¹¹³⁾

그럼에도 불구하고 건강보험정책심의위원회의 심의사항 이외의 보험재정에 관한 사항은 재정운영위원회의 심의·의결사항이므로, 가입자의 의사를 대변하는 민주적인 대의기구로서 공단의 업무집행기관인 이사장과 이사회에 대한 견제기구로서 역할은 계속하고 있다고 볼 수 있다.¹¹⁴⁾

마지막으로 이와 더불어 보험료부담의 사실적 평등을 보장할 수 있는 현실적 기반인 소득과약이 확보되지 않은 상태에서 법이 시행되고 있는 점에 비추어, 국가는 건강보험재정심의위원회(또는 재정운영위원회)에서의 조정가능성에 만족해서는 안 된다. 그 동안 보건복지부와

112) 건강보험정책심의위원회에서는 재정수입으로서 직장가입자의 보험료율, 지역가입자의 보험료부과점수당 금액에 관한 사항을, 재정지출은 요양급여의 기준, 요양급여비용에 관한 사항 등을 심의·의결하며, 그 의결에 따라 보건복지부는 이에 기속된다. 이는 국민건강보험공단, 『국민건강보험법 해설』, 2011, 120~123쪽 참조.

113) 결국 헌법재판소 2012. 5. 31. 선고 2009헌마299 결정에 의하면 “재정운영위원회”를 대신하여 “건강보험정책심의위원회는 동수의 직장가입자 대표와 지역가입자 대표를 그 주요한 구성원으로 하는 피보험자의 대의기관으로, 직장가입자와 지역가입자 사이에 보험료 부담의 집단적 형평이 이루어지도록 노력하고 있다. 직장가입자와 지역가입자 사이의 소득과약을 격차가 점차 좁혀지고 있다는 점, 지역가입자의 보험료 산정방식을 합리적으로 개선하기 위한 노력이 계속되고 있다는 점, 건강보험정책심의위원회를 통하여 가입자간 보험료 부담의 집단적 형평이 확보될 수 있다는 점을 종합하여 볼 때, 보험료 산정조항은 직장가입자와 지역가입자의 본질적 차이를 고려하여 각자의 경제적 능력에 상응하게 보험료를 산정하도록 한 것”이라고 판시하였다 ; 이에 기초하여 실제로 건강보험정책심의위원회에서 가입자와 공급자 대표 그리고 공익대표 상호간의 관계 내지는 역동적인 심의과정에서 나타나는 협상력 등을 분석한 문헌으로는 최희경, “건강보험수가 결정과정의 정치경제학”, 『보건과 사회과학』 제22집, 한국보건사회학회, 2007. 12, 67~95(81 이하)쪽 참조.

114) 이에 대하여는 국민건강보험공단, 『국민건강보험법 해설』, 2011, 324~330쪽 참조.

국민건강보험공단에서는 지속적으로 국민건강보험법과 관련 법령, 고시, 지침, 국민건강보험공단의 정관 등을 개정하여 불합리하고 형평에 맞지 않는 건강보험재정체계를 개선하기 위해 노력해 왔다. 그러나 국민건강보험공단의 각종 민원사례들을 검토해 보면 여전히 불합리하고 형평에 맞지 않는 보험료 체계와 보험급여와 관련된 부정사례 등이 나타나고 있다. 즉, 불합리한 부과체계를 개선하고 보완하려고 도입한 대책은 또 다른 문제점을 야기하는 등 건강보험재정시스템은 구조적 한계에 다다랐고, 수시로 내놓은 땀질식 대책 탓에 새로운 민원이 급증하고 있는 것이다.

이제는 이를 근본적으로 해결하기 위한 방안이 필요한 시점이 되었고, 보건복지부와 국회 그리고 사회적으로 근로소득뿐만 아니라 모든 소득에 기초하여 보험료를 부과하는 제도로 개정하여야 한다는 공감대가 형성되고 있는 것으로 보인다.¹¹⁵⁾ 이를 위하여 입법자는 보험료 부담의 평등과 나아가 공과금 부과에서의 평등을 근본적으로 보장할 수 있도록 자영업자의 소득과악율을 높이기 위한 모든 절차법적, 제도적 방안을 강구해야 하며, 이에 병행하여 소득과악율이 저조한 지역가입자에 대하여는 객관적이고 합리적인 방법에 의한 소득추정이 가능하도록 부단한 노력을 기울여야 할 것이다.

3. 부담평등의 원칙에 부합하는 보험료부과체계의 개선방안 : 소득중심의 보험료부과체계 단일화

이와 같이 국민건강보험제도는 사회연대의 원리에 기반하여 날로 증가하는 현대사회의 위험을 분산하고 대비하기 위한 제도로서 가입

115) 현행 건강보험료 부과대상은 근로소득에 한정되므로, 금융소득 등에 대하여 보험료가 부과되지 않고 있다. 이를 위해 국세청의 모든 과세자료를 국민건강보험공단에 제공하도록 관련법 개정안이 입법예고될 예정이다. 이에 대하여는 2013년 8월 26일 이뉴스투데이(e-Newstoday) 기사 “건강보험료 부과기준, 소득으로 단일화” (http://www.eneustoday.co.kr/sub_read.html?uid=296555, 최종방문일 2013. 8. 27) 참조.

자인 국민들에게 보험료를 부과하는 경우에도 부담평등의 원칙에 따라서 합리적이고 공정한 보험료 부과체계에 따라 설계되고 운영되어야 한다. 그러나 현행 보험료 부과체계는 - 과거에 비해 많이 개선되고 구체화되었지만 - 여전히 적지 않은 문제를 노출시키고 있다.

이를 개선하기 위해 많은 연구가 진행·축적되었고¹¹⁶⁾, 현재 3원화되어 있는 보험료 부과체계를 소득 중심으로 일원화하고, 직장가입자와 지역가입자를 구별하지 않고 모든 소득에 비례하여 정률의 보험료를 적용하는 방식으로 전환하여야 한다는 논의가 진행되고 있다. 즉, 지역가입자의 소득과약율이 떨어진다는 이유로 ‘재산’에 기초하여 보험료를 부과하던 체계를 폐지하고, 가입자의 ‘소득’과 ‘소비’에 기초하여 부담능력을 중심으로 보험료를 부과하여야 한다는 것이다.¹¹⁷⁾

과거 재산에 기초하여 보험료부과점수를 산정하는 등급구간별 점수제는 소득자료에 대한 전산체계가 완비되지 않았을 때 행정적 편의를 위해 도입한 제도로서 실질적인 부담능력에 비례한 보험료 부과를 저해하는 부작용이 있고, 특히 상위등급의 경우에는 등급구간의 폭이 넓어 하위등급에 비해 적게 내게 되는 소득역진성 논란이 빚어지고

116) 이에 대한 기존의 연구는 매우 오랫동안 이뤄져 왔고, 대표적으로는 다음의 문헌을 들 수 있다. 차홍봉 등 5명, 『지역의료보험 통합보험료 부과체계』, 한림대 사회과학연구소, 1998 ; 노인철 등 5명, 『소득기준 단일보험료 부과체계 개발에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1999 ; 최병호 등 8명, 『국민건강보험의 지역가입자 보험료 부과체계에 관한 연구』, 한국보건사회연구원·한국농촌경제연구원·한국조세연구원, 2001 ; 김진수 등 2명, 『형평부과 관련 보험료부과체계 개선방안』, 국민건강보험연구원, 2002 ; 차홍봉 등 6명, 『건강보험 재정통합 이후 새로운 보험료 부과체계 설계방안』, 한림대 사회과학연구소·한국보건사회연구원, 2004 ; 이용갑 등 6명, 『국민건강보험의 보험료형평부과체계 연구』, 국민건강보험연구원, 2006 ; 신영석 등 8명, 『건강보험료 부과체계 개선 및 재원확보방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2007 ; 신형준 등 5명, 『건강보험 보험료 부과형평성 개선방안 연구』, 국민건강보험연구원, 2008 ; 김진수 등 7명, 『보험료 부과체계 단순화 및 일원화 방안』, 서울대학교 산학협력단, 2010 등 참조.

117) 최근 우리나라에서도 ‘평생직장’의 개념이 사라지고 직장가입자와 지역가입자의 자격변동이 빈번하게 일어나고 있는 현상은 이러한 논의의 필요성을 가속화시킨 현실적 원인으로 보인다.

있기 때문에 정률제 방식으로 전환하여 부과요소의 변동에 따른 보험료 부담의 증감을 정확하게 파악할 수 있을 것으로 기대된다.

그리고 현 제도상 지역가입자에 대하여 정확한 소득파악이 어렵다는 이유로 ‘재산’에 기초하여 보험료를 산정하고 있으나, 이는 가처분 소득일 뿐 매매 등을 통하여 화폐소득으로 전환되기 전까지는 소득으로 볼 수 없어서 보험료 부과요소로 적절하지 못하다는 논란이 있고, 퇴직·폐업 등으로 인하여 소득이 사라진 상태에서 지역가입자로 자격을 변동하는 경우에 재산이 있다는 이유로 과도한 보험료를 납부하게 되는 경우에 보험료납부능력이 없다는 민원이 매우 많다는 점은 일반 국민에 대한 제도의 수용성이 낮다는 점을 반증하고 있는 것이다.

비교법적으로 보더라도 프랑스, 독일, 대만 등 사회보험의 방식으로 건강보험제도를 운영하는 주요 국가에서는 재산(자동차 포함)에 보험료를 부과하는 사례는 거의 없다.¹¹⁸⁾ 최근 “재산은 보험료 부담능력과 직접적인 관련이 없다”는 연구결과도 발표되고 있고¹¹⁹⁾, 보유중인 재산에 대하여 종합부동산세·재산세 등의 부담이 적지 않고, 재산으로 인해 발생하는 임대소득, 양도소득, 상속·증여소득에 보험료를 부과하기 때문에 재산을 부과요소에서 제외하여도 문제되지 않을 것이다.

또한, 근로소득 중심의 재원조달은 국가경제의 성장 및 고용정책 등에 부정적인 영향을 미치는 것으로 평가되고 있으므로 근로소득에 한정하지 않고, 사업소득, 금융소득(이자소득, 배당소득, 연금소득), 기타 소득 등으로 부과대상을 확대하는 것이 바람직하다. 그리고 가입자 부담을 완화하기 위하여 보험료율을 하향조정할 수 있을 것이다.¹²⁰⁾

118) 다만, 일본의 지역가입자의 경우에 재산에 대하여 보험료를 부과하고 있다. 일본의 의료보험료는 소득, 균등, 공평, 자산기준에 의해 산출하고, 있는데, 재산은 예외적으로 소득파악율이 낮은 조합에 대하여만 부과하고 있고, 그 규모도 10% 이내이며 점차 줄여나가고 있는 추세이다. 우리나라는 재산보험료의 비중이 지역가입자의 보험료 중 약 61%(재산 48%, 자동차 13%)로서 비중이 매우 크다.

119) 이에 대하여는 신영석·이준영·윤장호, 『건강보험 보험료 부담의 공정성 제고 방안』, 한국보건사회연구원, 2011. 12, 170쪽 참조.

120) 예컨대 프랑스의 경우 1998년 모든 개인에게 일반사회보장분담금(CSG)을 부과

이와 더불어 소득 수준을 반영하는 소비를 기준으로 하여 건강보험 재원을 일부 마련하는 방안¹²¹⁾을 함께 추진할 경우에 보험료율은 정책결정에 따라 더욱 탄력적으로 적용될 수 있을 것으로 기대된다. 소비세를 통하여 건강보험재원을 확보하는 논거는 소득과 소비의 연관성이 높기 때문에 소득과악의 불완전함을 보완하는 수단이 될 수 있고¹²²⁾, 주요 외국의 사례를 보더라도 소비세(부가가치세)를 통하여 건강보험 재원을 조달하고 있기 때문이다.¹²³⁾

(근로소득 등 재산을 제외한 일반소득은 7.5%, 임대소득과 부동산투자소득 및 양도소득 등 재산소득은 8.2%, 도박 등 유흥소비는 9.5%로 그 세율을 차등적용)하면서 임금소득에 부과하는 근로자의 보험료율을 5.5%에서 0.75%로 대폭 낮춘 사례가 있다. 그리고 대만의 경우 2003년부터 근로소득을 기준으로 하는 기본보험료 이외에 사업·이자·배당·임대 등 모든 소득에 2%의 추가보험료를 부과하면서 기본 보험료율을 5.17%에서 4.91%로 0.26% 인하하였다.

121) 이는 부가가치세, 개별소비세, 주세 등의 과세표준에 일정 비율을 적용하여 국세청에서 국민건강보험료를 원천징수하여 공단에 이관하는 방안을 의미한다. 이와 관련하여 보험료를 부과하는 고지하는 방법으로 1) 개인단위로 산정하여 사업장 단위로 부과·고지하는 방안, 2) 세대단위 산정·부과·고지하는 방안, 3) 공단에서 독자적으로 부과·납부통지·징수하는 방안, 4) 국세청에서 원천징수하여 공단으로 이관하는 방안 등이 검토되고 있는데, 소비기준 건강보험재원은 국세청에서 원천징수하여 공단에 이관하는 방안이 가장 합리적일 것이다. 그리고 보험료 부과·징수 기능의 효율성을 확보하기 위하여 양도·상속·증여소득에 대하여도 국세청에서 원천징수하는 방안이 병행하여 검토되고 있다.

122) OECD는 2012년 4월 발간한 한국경제보고서를 통하여 “소비는 실질소득(Real Income)을 나타내는 가장 타당한 수단으로서 소비행위를 통하여 진실한 소득이 드러난다고 할 수 있으므로 소비에 기초하여 노출되지 않은 소득에 대하여 건강보험 재원을 확보하는 것이 타당하다”고 지적한 바 있다. 이에 대하여는 OECD 한국경제보고서(<http://www.oecd.org/eco/50191424.pdf>), 12쪽 참조.

123) 일본, 벨기에, 프랑스 등은 소비세(부가가치세)를 통하여 건강보험 재원을 조달하고 있고, 우리나라의 부가가치세율은 10%로서 OECD 평균 18%에 비하여 인상할 수 있는 여지가 아직 많이 남아 있는 것으로 판단된다. 일본은 2014년 4월까지 소비세를 8% 수준으로 인상한 뒤, 2015년 10월까지 10%로 올리는 ‘2단계 인상안’을 추진하고 있는데, 소비세는 직접세보다 탈세가 어려우며 경제적 효율성과 경제성장 그리고 고용을 촉진한다는 측면에서 조세저항을 최소화하여 효율적으로 재정을 마련할 수 있다는 장점이 있다. 다만, 이는 간접세로서 소득역진성에 대한 논란이 제기되고 있으므로, 기초생활품 등에 대한 면세를 확대하는 방식으로 반드시 저소득층에 피해가 가지 않도록 배려하여야 할 것이다.

이와 같이 소득 중심의 단일한 보험료부과체제로 개편하게 되면 보험료부과기준이 단순화·정률화되어 직장·지역가입자의 구별이 사라지고, 피부양자 제도는 폐지하며 의료급여수급자를 보험가입자에 포함시켜 통합관리하면, 보험료 부과·고지·징수 및 자격관리업무가 효율화되고 상당수의 민원이 줄어들 것으로 전망된다. 즉, 기존 직원의 업무를 조정하여 보험료의 적정부과를 위한 사업장 관리를 강화하고, 치료중심에서 예방과 건강증진으로 패러다임이 바뀌게 되면서 이에 대응하여 효율적 인력운영을 도모할 수 있을 것으로 기대된다.

이를 위해 국민건강보험공단은 가입자인 국민들의 각종 소득을 파악하기 위하여 국세청의 모든 소득과세자료를 제공받을 수 있는 방안을 우선적으로 추진하고 있으며, 이에 의하면 공단은 가입자의 각종 소득을 95% 이상 파악할 수 있게 될 것이다.¹²⁴⁾ 현재 국세청 통계자료에 기초하면 2012년도 금융소득과 양도·상속·증여소득 등은 243조원에 달하는 것으로 추정되는데, 이에 대하여 보험료를 부과하면 연간 6~7조 원을 더 걷을 수 있을 것으로 추정된다(현행 보험료율 5.8% 기준). 이를 통하여 현행 제도상 소득 외 재산, 자동차 등에 대하여 부과하던 국민건강보험료를 폐지하더라도, 보장성 강화정책에 소요되는 재원을 마련할 수 있을 것으로 예측된다.¹²⁵⁾

제 3 절 의사결정구조의 개선방안

그럼에도 불구하고 소득 중심으로 보험료 부과체계를 단일화하는 것은 잠정적인 개선방안일 뿐이라는 점을 솔직하게 인정하여야 할 것

124) 그러나 이로 인하여 국민건강보험공단에 개인정보(금융정보와 의료정보 등)가 집중되고, 이에 대한 보호와 보안유지 방안 등을 함께 강구하여야 할 것이다.

125) 이와 같이 보험료수입을 늘리는 것과 더불어, 이를 어떻게 잘 활용할 것인지에 대한 고민이 함께 이뤄져야 하고, 재정법적 관점에서는 향후 확대하고자 하는 보험급여의 범위와 보험료 수입을 연계하여 심사하는 재정균형 메커니즘을 구축하는 것이 필요하다. 그리고 정부의 재정책임을 강화하기 위해 정부의 국고지원율의 적정 수준에 대한 논의에 대하여도 향후 심도 있는 연구가 필요할 것이다.

이다. 과거의 경험에 비추어 볼 때 이는 또 다른 문제를 야기하게 될 것이다. 따라서 ‘잠정적’인 의미는 평등원칙이 갖는 특성상 (새롭게 나타나는) 불평등 상황에 대처할 것을 요청하게 될 것이고, 이로 인하여 또 다시 (부담)평등원칙에 부합하는 방향으로 보험료 부과체계를 합리적으로 개선하여야 한다는 요청에 직면하게 될 것이라는 점을 전제하면서 건강보험의 현안을 해결하기 위한 이해관계자들이 논의와 협상과정에 임해야 할 것이다.

따라서 법제연구의 방향은 국민건강보험료율을 몇 퍼센트로 정하는 것이 합리적인지에 대하여 연구하고 그 정확한 수치를 제시하는 것이라기보다는, 보험료율을 어떻게 정하는 것이 정당하고 가입자인 국민들이 납득하고 수긍할 수 있는지, 즉 민주적이고 합리적인 의사결정구조의 메카니즘을 법제도적 틀 내에서 구현하고 실현하는 방안을 모색하는 것이 중요하다.

이를 위하여 국민건강보험의 본질과 기능을 고려하면서 법제도상 규정된 각종 위원회의 현황 및 문제점을 분석하고, 재정수입을 확보하기 위하여 보험료율을 결정하는 절차와 재정지출을 합리화하기 위하여 의료수가계약을 체결·승인하는 과정을 개선하는 방안을 모색할 것이다. 이는 국민의 보건권을 실현하기 위한 의료서비스의 원활한 제공과 관련된 중요한 사회보험제도이기 때문에 국민의 신뢰에 기초하여 민주적 정당성이 확보되어야 하고, 공공성과 효율성에 기초하여 건강보험제도의 지속가능성을 유지하기 위한 합리적 의사결정구조의 체계적 운영이 필수적이기 때문이다.

1. 국민건강보험재정의 운영체계 및 기금화 논란

2012년 대한민국 국민이 조세나 사회보장기여금으로 부담한 금액은 총 319조 7,800억원으로 국민부담률은 국내총생산(GDP) 대비 25.9% 수준으로 집계된다. 그 중에서 조세수입이 244조원으로 76.4%, 사회보장

기여금이 75조원으로 23.6%를 차지하는데, 그 구성비율을 보면 점차 사회보장기여금의 비중이 높아지고 있다. 그리고 사회보장기여금 중에서 건강보험료는 31조 1,308억원, 노인장기요양보험료는 2조 256억원으로서 이를 합하면 33조 1,564억원 규모인데, 이는 전체 국민부담의 10.4%를 차지한다.

그런데 이와 같이 막대한 규모의 건강보험료 부담의 부과되는 근거 및 절차를 살펴보면 매우 흥미로운 점이 발견된다. 우선 가입자인 국민들이 부담하는 보험료는 직장가입자의 경우 ‘보험료율’ 그리고 지역가입자의 경우 ‘보험료부과점수당 금액’에 의하여 결정되는데, 이는 국민의 대표인 국회가 아니라 매년 보건복지부 장관 소속하에 있는 건강보험정책심의위원회에서 결정된다. 즉, 보험료율 또는 보험료부과점수당 금액은 건강보험법 제73조에 규정된 상한의 범위 내에서 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐서 대통령령으로 정하도록 되어 있다. 즉, 국민이 국가에 부담하는 재원의 10분의 1은 국민의 대표기관인 의회의 동의 내지 승인을 거치지 않고 보건복지부 장관 소속 하의 건강보험정책심의위원회의 의결에 따르도록 되어 있는 것이다.¹²⁶⁾

그리고 이를 건강보험이 아닌 다른 사회보험제도에서 보험료율을 결정하는 체계와 비교해 보면 큰 차이가 있다. 우선 국민건강보험은

126) 이는 2001년 건강보험 재정위기에 대처하기 위해 2002년에 제정된 ‘국민건강보험재정건전화특별법’에 의거하여 설치되었다. 그리고 이 법이 2006년 12월 말에 폐지된 이후에는 국민건강보험법 제4조에 편입되어 지속·운영되고 있다. 이와 같이 국민건강보험제도 외에 다른 사회보험제도 역시 보건복지부 장관의 관장사항이지만, 산하 위원회에서는 대체로 심의기능만을 수행한다. 즉, 국민연금은 국민연금심의위원회(국민연금법 제5조), 고용보험은 고용보험위원회(고용보험법 제7조) 그리고 산재보험은 산업재해보상보험 및 예방심의위원회(산업재해보상보험법 제8조) 등을 통하여 주요사항을 심의하도록 하고 있을 뿐이다. 단, 국민연금의 기금운용에 관한 사항을 심의·의결하기 위하여 별도의 기금운용위원회(국민연금법 제103조)가 설치·운영되고 있다. 특히, 기금운영위원회는 국민연금의 막대한 자산을 운용방향을 결정하는 기능 및 성격 그리고 국민경제질서에 대한 막대한 파급효 등에 대한 논란이 있으므로 기금운용본부의 자율성, 독립성 그리고 책임성이 특히 문제되고 있다. 이에 대하여는 장우영, “국민연금제도의 성과와 법적 과제”, 『법과 정책』 제17집 제2호, 제주대학교 법과정책연구소, 2011. 8, 367~388쪽 참조.

거의 매년 보험료율을 인상하였지만, 국민연금 등 4대 공적연금은 보험료율을 법률에 명시하고 있고 1988년에 도입된 이래 단 두 차례만 보험료율을 인상하였다. 그리고 단기보험의 성격을 갖는 고용보험의 경우에도 보험료율은 대통령령으로 정하도록 위임되어 있지만, 이는 실질적으로 국무회의에서 심의·의결되는 것이고, 건강보험료율은 건정심에서 의결된 사항을 대통령령에 규정한다는 차이가 있다.

그리고 국민건강보험과 노인장기요양보험을 제외한 나머지 사회보험은 ‘기금’으로 설치·운영되어 기금운용계획안을 국회에 제출하고 상임위의 예비심사, 예산결산특별위원회 및 본회의 심의·의결 등을 거치게 되지만, 국민건강보험과 노인장기요양보험은 국회에 제출하는 사항이 없다. 2010년 5월 국가재정법이 개정되어 국민연금과 사회보험급여 등에 대하여 ‘중장기 기금재정관리계획’을 수립하여 재정위험을 체계적으로 관리하도록 관련 제도가 정비되었지만 예산과 기금 외로 운영되는 건강보험은 그 적용에서도 배제되어 있다.

이러한 점을 종합적으로 고려하여 국민건강보험 역시 기금의 형태로 관리하여 국민이 선출한 대표인 국회의 관여와 통제가 필요하다는 견해가 유력하게 제기되고 있다.¹²⁷⁾ 기금화에 찬성하는 견해의 논거는 건강보험정책심의위원회의 대표성이 없고, 정부(보건복지부 장관)의 소관 하에서 국민의료보건의 중요사항이 결정되는 것은 바람직하지 않다고 본다. 즉, 국민건강보험이 갖는 사회적 의미와 비중 그리고 파급효 등을 고려할 때 사회보장제도의 중요한 기본제도인 건강보험의 핵심적 결정은 국회가 관여하여 책임성(accountability)을 실현하여야만 제도의 정당성 내지 지속가능성을 확보할 수 있다는 것이다.¹²⁸⁾

127) 이에 대하여는 새누리당 소속 김현숙 의원이 2013년 7월 29일 국민건강보험재정화를 위하여 발의한 법안 2건, 즉 국민건강보험법 일부개정법률안(의안번호 1906171), 국가재정법 일부개정법률안(의안번호 1906172)을 참조할 만 하다. 이에 대하여는 국회 의안정보시스템(<http://likms.assembly.go.kr/bill/jsp/main.jsp>) 참고.

128) 이와 관련하여 2008년 이래 정부가 차상위계층의 의료급여 수급권자를 다시 건강보험 대상자로 전환시켜 급여비를 국민건강보험공단에서 부담하도록 한 것은 건

이와 같이 실질적인 국민의 부담률이 높은 국민건강보험재정의 확보와 운영은 국민의 대표기관이 심의·확정해야 한다는 재정민주주의의 기본정신과 민주적 의사결정구조에 부합하지 않고, 국회가 관여하여 정부의 재정운영을 통제하여 국민의 부담을 최소화하는 것이 바람직하다는 주장이 강력하게 제기되고 있다. 즉, 국민건강보험재정의 기금화를 통해 관리·운영주체의 책임성 강화, 재정운용의 투명성 및 예측가능성 제고, 타 사회보험과 형평성 있는 재정체계 확립, 국회의 재정통제를 통해 부담 가능한 건강보험 재출과 안정적 재원조달 도모 등의 효과를 기대할 수 있다는 것이다.¹²⁹⁾

그러나 다른 한편으로는 국민건강보험재정을 기금화하여 국회가 관여 내지 통제하는 것이 과연 바람직한 것인지 의문을 제기하는 반론도 설득력 있게 제기되고 있다. 이에 따르면 건강보험재정의 기금화로 말미암아 보장성 확대 차질, 재정운용 과정에서의 민주성 침해, 건강보험 재정 운용에 대한 정치적 입김 작용, 국회 통제로 인한 전문성 결여, 국고축소 등으로 인한 보험료 인상 불가피 등 각종 문제가

강보험제도의 의사결정체계의 합리성이 담보되지 못하고 있는 대표적 사례로 지적되고 있다. 즉, “부담능력이 없는 빈곤층의 보험료와 본인부담금은 정부가 지원하면서 건강보험제도를 이용하게 한 것은 공적 의료급여체계 내에서 해결하여야 할 일을 국민건강보험에 떠넘긴 것으로서 공공부조 원리의 훼손이고, 정부의 도덕적 해이”라는 지적이다. 실제로 2008~2010년간 국민건강보험으로 전환된 차상위계층의 진료비는 총 1조 5,039억원이었고 그 중 75%에 해당하는 1조 1,310억원은 국민건강보험공단이 부담하였고, 나머지 25% 가량만 국가가 부담하였다. 즉, 국가가 의료급여(공공부조)를 통하여 완전히 책임져야 하는 상황에서 국민건강보험공단(보험자)의 부담으로 전가시키고, 이는 결국 보험가입자인 일반 국민들의 부담으로 분산되었다. 그리고 이와 같은 정책을 보건복지부 산하 건강보험정책심의위원회에서 의결하더라도 정부는 이에 대해 해명하거나 책임질 필요가 없고 국회나 법원 등이 제동을 걸 수 있는 방법은 제약되어 있다. 따라서 건강보험재정을 국가재정 외로 운용하는 것은 바람직하지 않고, 국고지원과 기금화를 연계하여 재정책임성과 투명성을 강화하여야 한다는 주장이 강력하게 제기되고 있는 것이다. 이에 대하여는 박인화·문지은, “국민건강보험 재정위협과 입법과제”, 『2010 회계연도 결산 중점분석 III (결산분석시리즈 10)』, 국회 예산정책처, 2011. 7, 134~161(156)쪽 참조.

129) 이에 대하여는 2012년 6월 13일 개최된 “제19대 국회 보건복지 쟁점과 과제” 토론회 자료(국회 보건복지위원회 자료실) 중 “건강보험재정 기금화 논의” 참조.

발생할 가능성이 높다고 한다. 즉, 재정을 기금화할 경우 건강보험정책심의위원회는 재정당국이 제출하는 기금운용계획안을 심의하는 하부기구로 전락할 가능성이 높아 제도운영의 민주성이 저해되고, 재정당국이 국고지원과 보험급여지출을 줄이고 보험료 인상을 주장하면 보장성을 강화·확대하기가 더욱 어려워질 수도 있다는 주장이다.¹³⁰⁾

특히 국회에서 기금으로 심사할 경우에는, 건강보험정책심의위원회의 의결사항을 번복하여 재정운용의 경직성이 나타날 우려가 있고, 의료시장에 대해 무지한 재정당국에 의한 기금예산 심의로 인하여 문제가 발생할 가능성도 높다.¹³¹⁾ 따라서 보험자의 자율운영 원칙과 국가의 책임운영에 대한 개입의 범위와 한계에 대한 사회적 합의가 반드시 필요하다. 이외에도 국민건강보험 보장성 확대를 위해 소요되는 적정 수준의 보험료를 탄력적으로 인상하기 곤란할 수 있고, 자율적 합의와 책임구조가 약화될 경우에는 적정한 수입확충과 지출관리가 어려워져 재정건전성을 악화시킬 우려도 있으므로 신중한 검토가 필요하다라는 주장이 설득력 있게 제기되고 있다.¹³²⁾

2. 국민건강보험 통합 당시의 정책결정 메카니즘

2000년 7월 1일 직장의료보험과 지역의료보험이 통합하여 단일 보험자 체계로 재편하여 국민건강보험이 정식 출범하였다. 1999년 2월 8일 제정된 국민건강보험에 따르면 건강보험과 관련된 주요한 정책결정의 메카니즘을 이원적으로 구성하여 기존의 의료보험체계의 긍정적

130) 이에 대하여는 최병호, 『건강보험제도 발전과 기금화의 상관관계 연구』, 국민건강보험공단, 2005. 3, 7쪽 이하 참조.

131) 예를 들어 가입자와 공급자(의약업계)의 대립과 갈등 그리고 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원 그리고 보건복지부 등 다양한 이해관계자들이 입장을 조율하고 조정하여 의결한 사항을 국회에서 정치적 이해관계에 따라 기금에 대한 심의·의결 및 결산을 통하여 변경하는 것이 바람직한지에 대하여 검토가 필요하다.

132) 이에 대하여는 2013년 3월 5일 진영 보건복지부 장관의 인사청문회 서면질의 답변자료 참조.

측면을 살리고자 하였다. 즉, ‘건강보험심의조정위원회’는 과거 ‘의료보험심의위원회’의 위상과 역할, 구성방식 등을 거의 그대로 차용하였다.¹³³⁾ 다만, 보험료에 관한 사항은 가입자가 주축이 되는 ‘재정운영위원회’의 관할사항으로 하였던 것이다.¹³⁴⁾

‘재정운영위원회’는 과거 의료보험제도 하에서는 각 의료보험조합의 정관에 의거하여 설치·운영되었던 ‘운영위원회’를 계승한 위원회이다. 재정운영위원회는 제정 당시의 국민건강보험법 제31조에 의하면 보험료 조정을 비롯한 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결하고, 보험재정의 변화에 대응할 수 있는 권한이 부여되었다. 그리고 제32조는 재정운영위원회의 구성원을 직장가입자 대표 10명, 지역가입자 대표 10명 그리고 공익대표 10명으로 구성되도록 규정하고 있다. 즉, 이는 공급자(의약업계)를 배제하고, 건강보험재정의 대부분을 부담하는 가입자인 국민들이 건강보험제도의 주인임을 분명히 하고 통합된 건강보험 역시 ‘조합’의 원리에 기초하고 있음을 인정하는 것이라고 할 수 있다.

그러나 재정통합 직후인 2001년부터 건강보험 재정위기 현상이 나타나게 된다. 건강보험 통합과정에서 흑자조합은 의도적으로 흑자를

133) 국민건강보험법(시행 2000. 1. 1, 제정 1999. 2. 8)

제 4 조(건강보험심의조정위원회) ① 제39조 제2항의 요양급여의 기준과 제42조 제3항의 규정에 의한 요양급여비용 등 기타 건강보험에 관한 주요사항을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 건강보험심의조정위원회를 둔다.

② 심의조정위원회는 다음 각호의 위원으로 구성한다.

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

134) 국민건강보험법(시행 2000. 1. 1, 제정 1999. 2. 8)

제31조(재정운영위원회) ① 보험료의 조정 기타 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 재정운영위원회를 둔다.

② 재정운영위원회는 제1항의 규정에 의한 보험료를 조정함에 있어 보험급여비용의 변동 등으로 보험재정에 중대한 변화가 발생한 때에는 대통령령이 정하는 바에 의하여 이를 반영하여야 한다.

③ 재정운영위원회의 위원장은 제32조 제1항 제3호의 규정에 의한 위원(공익대표위원) 중에서 위원회가 호선한다.

줄었고, 의약분업 시행으로 인하여 지출증가와 더불어 의료계를 달래기 위해 혜택을 부여하였으며 2001년 상대가치수가제를 본격 도입함으로써 발생한 수가인상효과 등이 결합되어 건강보험의 재정적자가 엄청난 규모로 나타난 것이었다. 결국 재정적자를 해결하기 위하여 2002년 1월 국민건강보험재정건전화특별법이 2006년 12월 31일까지 효력을 갖는 한시법으로서 제정·시행되면서 국민건강보험제도의 운영정책 등을 결정하는 구조는 국가중심적인 체계로 바뀌게 되었다. 즉, 이는 특별법 제정이유에서도 잘 드러난 바와 같이 “국민건강보험법에서 요양급여의 기준 및 비용에 관한 사항은 건강보험정책심의위원회의 심의를 받고, 보험료의 조정에 관한 사항은 재정운영위원회의 심의를 받도록 하고 있으나, 앞으로는 동 사항에 대하여 건강보험정책심의위원회의 심의를 받도록 함으로써 보험재정의 수입과 지출을 동일한 기구에서 심의되도록 한다”는 취지에 따라서 ‘건강보험정책심의위원회’를 신설하도록 한 것이다.

이와 같이 보험재정의 수입과 지출에 관한 결정권을 보건복지부 장관 소속 하의 건강보험정책심의위원회로 일원화함에 따라서 다음과 같은 변화가 나타나게 되었다. 첫째, 보험가입자인 국민이 건강보험의 주인으로서 보험료 결정권한을 행사하던 것을 조직개편과 함께 변경하였다. 즉, 특별법은 ‘재정운영위원회’의 보험료 결정권한을 ‘건강보험정책심의위원회’로 이전함으로써 건강보험료에 대한 가입자의 결정권한 내지 영향력을 축소시키고 정부(보건복지부)가 개입할 여지를 확대시킨 것이다.¹³⁵⁾

135) 지난 18대 국회에서는 2010년 4월 당시 한나라당 손숙미 의원이 발의한 건강보험법 개정안에 따르면 가입자 중심의 건강보험재정운영위원회가 건강보험수가협상 결과를 ‘인준’하는 권한마저 ‘자문’할 수 있는 권한으로 축소하고자 하였다. 즉, 이 취지는 보험료 결정 및 수가협상은 건강보험정책심의위원회에서 알아서 할 테니 가입자(국민)는 정해진 보험료만 잘 내라는 것이었다. 비록 이러한 시도는 성공하지 못하였으나, 건강보험재정운영위원회로부터 보험료를 결정할 수 있는 권한을 박탈한 것에 그치지 않고, 건강보험 수가 결정과정에서 국민건강보험공단에게 수가협

둘째, 국민건강보험공단(보험자)의 위상을 건강보험 가입자와 같은 지위에 있던 것에서 정부 측으로 변경시켜 사실상 관리·운영의 책임을 부담하게 하였다. 과거 의료보험심의위원회에서도 보험자(의료보험공단)은 피보험자(가입자)와 같은 입장으로 분류되었고, ‘공급자(의약계)’나 ‘공익대표’와 달리 취급되었고, 국민건강보험법 제정 당시에도 제4조 제1항 제1호에서 ‘보험자, 가입자 및 사용자를 대표하는 위원 8인’으로 같은 입장에 놓여 있는 것으로 보았다. 그러나 특별법에서부터 국민건강보험공단(보험자)은 정부와 함께 ‘공익대표’로 분류되어 현재에 이르고 있다. 즉, 보험자는 이제 가입자인 국민을 대변하는 역할을 하는 입장이 아니라, 정부의 대리인으로서 국민건강보험제도의 운영자 내지 관리자로서의 역할이 강조되게 되었다.¹³⁶⁾

셋째, 국민건강보험과 관련된 각종 정책적 의사결정의 과정을 분석해 보면, 의사결정에서 공급자인 의약계 대표와 공익대표의 영향력이 확장되는 것을 용인했다는 것을 알 수 있다. 특별법 제정 이전의 건강보험법에서는 건강보험심의조정위원회의 인적 구성은 보험자 및 가입자 대표가 8인, 의약계 대표 6인, 정부 및 공익대표 6인으로 이뤄졌으나, 특별법에서는 의약계 대표와 정부 및 공익대표를 각각 8인으로 확대하였다. 이는 외형상 형식적으로 판단할 때 8:8:8로서 매우 균등하고 동등한 비율인 것처럼 보이지만 실제로는 상대적으로 건강보험 가입자의 영향력을 축소시킨 것이고, 실제로 가입자와 의료공급자 사

상의 가이드라인을 제시하고 협상결과를 심의·의결하는 권한마저도 축소하여야 한다는 주장이 지속적으로 제기되고 있다.

136) 국민건강보험공단은 실질적으로 보험자로서의 역할, 즉 보험가입자의 이익을 대변하는 역할을 하여야 한다. 그러나 공단은 공익대표로 분류되어 보험자로서의 지위가 부정되고 있고, 보험료 및 수가결정시 25분의 1에 해당하는 지분만 행사하게 되어 그 지위가 매우 약화되었다. 과거 공단은 보험료를 결정할 때에는 가입자와 계약당사자가 되었고, 의료수가를 결정할 때에는 공급자와 계약당사자가 되어 보험자로서의 역할이 기대되었다. 그러나 현행 건강보험정책심의위원회 내에서 공단은 보험자로서의 위상은 물론 가입자의 대리인 역할 역시 실종되어 있다. 즉, 국민건강보험공단은 보건복지부의 산하기관으로서의 입지를 벗어나기 힘든 상황이다.

이의 갈등이 빚어질 때 정부 및 공익대표가 결정권을 행사하게 되는 구조로 변질되었다.¹³⁷⁾

간단히 요약하면, 건강보험 통합 직후인 2001년도 재정위기가 발생하면서 건강보험재정을 건전화하기 위한 특별법은 재정관리 문제에 그치지 않고 건강보험과 관련된 각종 정책의 심의·의결을 둘러싼 의사결정구조 및 체계 전반을 국가주도적인 것으로 바꾸었고, 가입자의 권한과 영향력은 상대적으로 축소되었다. 그리고 2006년 말 특별법이 한시법으로서 기한이 만료되어 그 효력이 폐지되었음에도 불구하고 국민건강보험법 개정을 통하여 건강보험정책심의위원회로 일원화된 건강보험정책의 심의·의결시스템이 그대로 유지되면서 법 제정 당시의 취지와 문제의식은 사라지게 되었다.

3. 재정운영위원회의 역할 및 위상

국민건강보험법 제31조에 의하면 재정운영위원회는 여전히 “제42조 제5항의 규정에 따른 요양급여비용의 계약 및 제72조의 규정에 따른 보험료의 결손처분 등 보험재정과 관련된 사항을 심의·의결하기 위하여” 국민건강보험공단 내에 존재하고 있다. 그러나 과거와 달리 “요양급여의 기준 및 비용뿐만 아니라 보험료율과 보험료부과점수당 금액”을 모두 건강보험정책심의위원회에서 정하도록 하고 있기 때문에 “요양급여비용의 계약 및 보험료의 결손처분”이라는 한정된 사항에

137) 이는 소위 ‘중위수의 법칙’이라고 불리우는 현상으로도 설명할 수 있다. 현재 건강정책심의위원회의 구성비율을 보면 가입자 대표와 공급자 대표들이 (보험료와 수가의) 인상을 놓고 대립할 때 당연히 공익대표가 중재하는 구도로 가게 된다. 즉, 공익대표는 가입자와 공급자 대표들이 주장하는 내용의 절충안을 제시하게 되고, 이 절충안이 자신들에게 이익이라고 생각하는 대표들의 동의 내지 찬성을 통하여 결론적으로 공익대표들의 절충안이 통과되는 과정이 반복되는 것이다. 결국 정책결정의 주도권은 정부측 위원들로 구성된 공익대표들이 행사하게 된다. 이와 같은 의사형성과정이 오류에 빠질 수 있는 위험성에 대하여는 박찬주, “의사결정의 집중”, 『법제』, 2003. 2, 4~20쪽 ; 박찬주, “불완전한 의사결정”, 『법제』, 법제처, 2003. 5, 4~31쪽 등 참조.

대하여 심의·의결권을 갖는 가입자 중심의 재정운영위원회의 위상은 매우 약화된 것으로 평가할 수밖에 없다.

첫째, 국민건강보험법 제45조에 의하여 요양급여비용계약이 5월 31일 까지 체결되지 않을 경우에는 보건복지부 장관이 건정심의 의결을 거쳐 정하도록 되어 있기 때문에 의료수가에 대한 공급자(의약업계)와 국민건강보험공단 사이의 의료수가계약체결의 협상력이 약화될 수밖에 없다. 건강보험법 제정 이전의 정부고시제를 폐지하고 2000년부터 매해 수가를 계약(협의)에 의하여 결정하도록 변경하였으나, 양자의 협상에 의해 계약이 타결된 경우는 2006년 수가협상 단 한 차례뿐이었다, 건강보험정책심의위원회에서 최종적으로 절충할 수 있는 여지가 있는 상황에서 사전에 수가협상(타결)을 위해 양보하지 않으려 할 것이기 때문이다. 즉, 수가결정과정에서도 가입자 중심의 재정운영위원회보다 공급자도 함께 참여하는 건강보험정책심의위원회가 실질적인 영향력을 행사하게 된 것이다. 둘째 보험료의 결손이 발생할 경우에는 국고지원을 요구하거나 차입(신용수입)을 통하여 해결하는 수밖에 없는데, 이 역시 국민건강보험공단과 보건복지부의 관리 및 운영 절차의 한 부분에 지나지 않는다.

이와 같이 현재 가입자가 중심이 된 건강보험재정운영위원회가 완전히 사라진 것은 아니지만, 건강보험정책심의위원회와의 관계에서 그 위상과 기능이 많이 약화되어 있기 때문에, 가입자 대표로 이뤄진 건강보험재정운영위원회에서 건강보험의 보장수준과 보험료를 연계하여 결정할 수 있는 권한을 부여하는 것이 바람직할 것이다. 그 재정운영위원회라는 명칭을 유지하거나 재정운영위원회를 가입자위원회로 개편할지 여부는 부차적인 문제이지만, 이를 통하여 건강보험제도 및 정책 전반에서 가입자인 국민들의 민주적 정당성을 갖는 대표가 선임되어 스스로 책임지는 결정을 내릴 수 있는 대의제적 의사결정구조의 민주적 정당성을 실현하는 것이 무엇보다도 중요하다.

4. 건강보험정책심의위원회 등의 대표성 문제

앞에서 언급한 바와 같이 건강보험정책심의위원회의 인적 구성비율은 외형상 형식적으로 판단할 때 8:8:8로서 매우 균등하고 동등한 비율인 것처럼 보이지만 이는 과거에 비하여 건강보험 가입자의 영향력을 축소시킨 것이었다. 가입자와 공급자 그리고 공익대표를 8:8:8의 비율로 구성한 것은 형식적으로 보면 어느 쪽으로도 치우침이 없는 황금비율인 것처럼 보이지만 실질적으로 기능수행에 적합하지 않은 구성방식으로 짜여진 모순이 내포되어 있다.¹³⁸⁾ 즉, 의료수가는 가입자 (또는 가입자의 대리인 역할을 담당하는 보험자)와 공급자가 계약 당사자이고, 보험료는 국민건강보험공단(보험자)와 가입자(피보험자)가 당사자가 되는 것이 그 본질에 합치하는데 이와 같은 보험의 원리 내지 조합의 원리에 기초한 기본적인 법률관계를 무시한 채 형식적인 균등비율만을 갖추고 있는 건강보험정책심의위원회에서 건강보험과 관련된 거의 모든 정책적 결정을 내리도록 일원화한 것이다. 결국 가입자의 영향력은 축소되고 공급자의 영향력이 확대되었다. 그리고 건강보험정책심의위원회와 재정운영위원회 등이 실질적으로 국민의 의사와 이익을 올바르게 반영하는 대표성을 담보하고 건강보험제도의 공공성과 효율성을 실현할 수 있는지에 대한 우려가 심각하게 제기되고 있다.

우선, 2008년 8월 제4기 건강보험재정운영위원회의 임기가 만료되고 제5기 재정운영위원회의 위원으로 새로운 대표자를 구성하는 과정에

138) 우리나라 헌법재판소 재판관의 구성방식이 국회, 대통령, 대법원장 추천으로 3:3:3의 비율로 선출되어 삼권분립의 정신에 합치되도록 적정하고 대등한 비율인 것처럼 보이지만, 실질적으로 권력분립원칙에 위배된다는 비판이 지속적으로 제기되고 있는 것은 이와 유사한 맥락이라고 할 수 있다. 이에 대하여는 최희수, “헌법재판소 구성·임명 등과 관련한 개정방향”, 『헌법학 연구』 제17권 제2호, 2011. 6, 161~197쪽 참조.

서 시민단체(NGO)의 자격으로 참여하던 ‘건강세상네트워크’가 아무런 해명 없이 제외되었다. 건강세상네트워크는 우리나라의 시민단체 중에서 보건의료 분야에 대한 전문성과 경험이 가장 풍부한 단체이고, 건강보험재정운영위원회에 성실히 참여하여 가입자 대표로서의 역할을 충실히 해 왔기 때문에 이들을 교체한다는 것은 매우 놀라운 일이었다. 그리고 더욱 놀라운 점은 이들을 대신하여 재정운영위원회의 위원 자격을 획득한 단체는 ‘한반도선진화재단’으로서 이들은 통일, 안보, 정치, 국가전략 분야의 시민단체일 뿐 보건의료분야에 대한 활동은 거의 전무하다는 것이었다. 당시 정부에서는 이미 진보적 시민단체들이 건강보험재정운영위원회에 참여하고 있으므로 보수단체의 참여도 인정하여 균형을 이루어야 한다는 해명을 하였으나, 건강보험정책을 심의·의결하는 위원회에서 “경험과 전문성”, “가입자의 의사를 올바르게 수렴하고 전달하는 능력” 등을 보기보다는 “진보와 보수의 정치이념”을 고려하는 것이 과연 적절한가에 대한 비판이 날카롭게 제기된 바 있다.

그리고 2010년 제3기 건강보험정책심의위원회 위원 임기만료로 인하여 제4기 위원회를 구성하는 과정에서도 이와 유사한 논란이 빚어졌다. ‘경제정의실천시민연합’ 소속 위원을 임명하던 자리를 아무런 해명 없이 ‘바른사회시민회의’라는 보수적 성격의 단체에게 넘긴 것이었다. 이 과정에서 보건복지부는 건강보험정책심의위원회 위원의 위촉은 보건복지부 장관의 권한이고, 경실련이 건강보험정책심의위원회 위원을 오래 해 와서 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, 건정심 위원을 구성할 때 재정운영위원회의 의견을 구하는 청문절차를 준수하지 않았으며, ‘바른사회시민회의’는 법인도 아니고, ‘비

영리민간단체'로 등록된 단체도 아니었기 때문에 법적 규율 내지 검증 받을 수 없는 임의단체에 불과하였으며 보건의료나 건강보험에 대한 활동 내지 전문성을 입증할 수 있는 근거가 없었기 때문이었다.

이러한 문제의 근본적 원인은 가입자 대표나 공익대표의 구성권이 보건복지부 장관에게 주어져 있기 때문이다. 가입자는 그 대상이 비교적 명확하여 의약업계 종사자들의 이익을 대변할 수 있는 인물로 추천되고 구성되는 것이 일반적이다. 즉, 공급자 단체는 소속 회원의 영업실적이 수가협상과 직결되기 때문에 매우 명확한 미션과 나름대로의 전문성을 기반으로 적극적인 참여의지를 갖고 있다. 그러나, 가입자의 범위는 모든 국민이기 때문에 이를 대표할 수 있는 인물을 선정하는 객관적이고 공정한 기준과 절차가 없다면 자의적 선발이 될 수밖에 없고, 공익이라는 표현도 애매모호한 개념이어서 결국 현행 제도 하에서는 대부분 공무원 및 정부산하기관이라고 할 수 있는 공단, 건강보험심사평가원 및 국책연구기관 등의 인사로 채워지고 있는 실정이다. 실제로 심의·의결이 이뤄지는 과정을 분석해보면 공익대표들이 불편부당한 중립적 전문가로서의 역할을 한 것인지 아니면 정부의 입장에서 의결권을 행사한 것인지 의문이 제기되고 있다.

제 6 장 결론 : 민주적 재정운영을 통한 국민건강보험의 발전

건강보험 재정수지는 재정위기가 발생한 2001년을 최대 고비로 하여 점차 회복세를 보였지만, 보장성 확대정책 시행으로 인하여 2006년 당기 적자로 선회하였고, 이후에도 적자와 흑자가 반복되고 있다. 그러나 이와 같은 재정운영은 매년 약 5조원에 이르는 국고지원이 있었기에 가능했음에도 불구하고, 중장기적인 관점에서 건강보험 재정운영의 방향과 흐름을 합리적으로 관리하지 못하고 있다는 의심이 지속적으로 제기되는 이유는 민주적 의사결정의 구조와 체계가 확립되어 있지 못하기 때문이다.

건강보험 재정 역시 기본적으로 양출제입(量出制入)의 원리에 따라 운영되고 있으나, 이는 다른 사회보험들이 기금의 형태로서 국가재정법의 적용을 받아 국회의 의결을 통하여 그 수입과 지출이 확정되는 것과 달리 보건복지부 장관의 승인을 받으면 확정된다. 그러나 그 실상은 단년도의 양출제입조차 균형을 이루기 어려운 상태에 놓여 있는데, 그 수입이 지출의 증가속도를 따라가지 못하고 있기 때문이다.¹³⁹⁾ 특히 우리나라는 급속한 고령화 및 한계성장에 진입하여 OECD 국가들 중 국민의료비의 지출비중이 가장 빠르게 늘어날 국가로 주목받고 있다.¹⁴⁰⁾

2011년 한 해 동안 건강보험 가입자의 93%가 의료기관을 이용하였고, 하루 평균 1,800만건의 보험급여가 제공되었다.¹⁴¹⁾ 이와 같이 엄청난

139) 2005~2010년 동안 보험료 등의 수입은 연평균 11.4%씩 증가하지만, 급여비 등 지출은 연평균 12.7%씩 증가하였다. 이에 대하여는 박인화 외, “국민건강보험 재정 위험과 입법과제”, 『2010 회계연도 결산 중점분석(결산분석시리즈 10)』, 국회 예산정책처, 2011, 134~161쪽 참조.

140) 이에 대하여는 R. Merola & D. Sutherland, “Fiscal Consolidation : Part 3 Long-Run Projections and Fiscal Gap Calculations”, 『OECD Economic Department Working Papers(No. 934)』, OECD, 2012. 1. 10, pp. 12~13 참조.

141) 국민건강보험공단, 2012년 건강보험 주요통계(www.nhic.or.kr/portal) 참조.

난 규모의 국민건강보험, 의료급여 그리고 노인요양사업 등을 수행하기 위하여 가입자인 국민들로부터 받은 보험료와 기여금은 약 31조원에 이르고, 국고지원금 등을 합하면 재정규모는 약 40조원을 상회하게 된다. 즉, 2011년도 결산을 통하여 4대 사회보험제도의 재정운영실태를 분석하여 보면 그 중에서 건강보험의 비중이 제일 크다는 것을 알 수 있다.¹⁴²⁾

4대 사회보험의 재정운영체계를 검토해 보면, 국민건강보험을 제외한 국민연금, 고용보험 그리고 산재보험은 각각 개별법에 의하여 ‘국민연금기금’, ‘고용보험기금’ 그리고 ‘산업재해보상보험 및 예방기금’의 형태로 재정을 운영하면서, 기금운용계획안과 결산에 대하여 국회의 심의·의결을 거치고 있다.¹⁴³⁾ 그러나 2000년 7월 완전한 조직통합이 이루어지기까지 360여개 이상의 직장 및 지역조합으로 분산관리되어 온 건강보험재정은 양출제입에 의한 단기수지 균형원칙 등에 따라서 다른 사회보험재정과 달리 보건복지부 장관의 승인 하에 국민건강보험공단의 일반회계로 운영되어 오고 있다.¹⁴⁴⁾

이러한 점을 종합적으로 고려하여 국민건강보험의 재정운영 규모, 재정적자의 심각성 그리고 국고지원액 등을 검토해 보면 국민건강보험제도는 다른 사회보험제도보다 재정운영에 대한 체계적 관리시스템

142) 국민연금의 경우에는 아직 지출보다 수입이 더 많은 상태이고, 약 410조원 규모의 연금기금을 적립·운영하고 있으며, 연간 약 15조(수익률 4% 가량)의 수익을 올리고 있다. 그러나 연금보험료 수입은 2012년 기준으로 연간 30조원 가량 되었고, 지출은 11조원 가량을 지출하여, 아직까지 국민연금의 재정수지는 국민건강보험의 그것에 비하여 작다고 할 수 있다. 이에 대하여는 국민연금공단의 공단소개 > 기금운용본부 > 기금공시 > 기금운용현황 > 수입·지출현황 참조.

143) 2001년 12월 ‘기금관리기본법’이 개정되면서 국회의 기금결산에 대한 심의는 2002년부터 그리고 기금운용계획안에 대한 심의는 2003년부터 시작되었다. 결국 2006년 예산회계법과 기금관리기본법이 국가재정법으로 통합되어 국가재정에 대한 기본법으로 제정되면서 예산과 기금에 대한 법적 규율이 통일성 있게 이뤄지게 되었다.

144) 물론 국민건강보험공단에 대한 국고지원과 담배에 부과되는 국민건강증진부담금을 통하여 조성된 국민건강증진기금에 대한 국회의 재정통제는 이뤄지고 있다고 할 것이다.

을 마련하는 것이 매우 중요하다. 그러나 현행법상의 재정제도 하에서 국민건강보험제도에 대한 국회의 심의 및 통제기능은 1) 보건복지부 소관의 예산·결산을 심의할 때 국민건강보험에 대한 국고지원금과 2) 기금운용계획안 및 결산을 심의할 때 국민건강증진기금의 건강보험지원금에 대하여만 인정되고 있다. 즉, 국회가 부분적으로 심의하는 국고지원금과 기금상의 지원금 등은 건강보험재정의 약 20%에 불과하고, 건강보험가입자인 일반 국민들이 낸 보험료 수입 등이 어떻게 확보되고 운용되는지에 대하여 사실상 국회의 심의는 제한되어 있다. 그리고 이러한 문제로 인하여 국가재정운용계획에서 예산사업과 기금사업비를 포함하여 정부총지출 규모를 산정할 뿐, 건강보험 사업비 지출은 정부 총 지출에 포함되지 않고 있으므로 건강보험재정은 국가통합재정에서도 누락되고 있다.

이러한 재정현실이 법적으로 과연 바람직한 것인가에 대한 논란이 지속되고 있다.¹⁴⁵⁾ 국민건강보험이 2000~2002년 조직통합에 이어 재정통합까지 이루고 난 이후에 건강보험재정을 기금화하여 국가재정법의 체계 내에서 규율하는 것이 합리적이라는 견해가 설득력 있게 제기되고 있는 것이다. 급속하게 진행되는 고령화 시대를 맞이하여 의료비는 급증하고, 보험료 부과기반은 약화되고 있다. 따라서 국민건강보험재정의 효율성과 책임성이 조화를 이룰 수 있는 재정규율체계를 마련하고 시행하는 것은 더 이상 늦출 수 없는 과제이다.

국민건강보험제도가 국민의 신뢰를 바탕으로 하여 공공성과 효율성에 기반한 지속가능한 제도로서 운영되기 위하여 무엇보다 중요한 것은 보험가입자인 국민들이 건강보험제도의 주인이라는 이념과 원리에 기초하여 조직과 절차 등 국민건강보험제도 전반에서 가입자의 대표

145) 이에 대하여는 국회예산정책처, “국민건강보험과 재정통제의 강화”, 『2003년도 세입·세출 결산분석』, 대한민국 국회, 2004. 8, 385~395쪽 ; 기획예산처 기금운용평가단, 『기금준치평가보고서』, 2004. 8, 257~262쪽 ; 한국개발연구원, 『고령화에 대비한 경제정책방향』, 국민경제자문회의 보고자료, 2003. 10, 1~12쪽 등 참조.

성과 민주적 정당성이 확보되고 실현되어야 한다. 건강보험재정의 운영수지가 흑자 내지 적자로 나타난 것에 대한 평가 내지 가치판단은 정치적 성향과 이념에 따라서 달리 판단되거나 부분이익을 극대화하기 위한 상황논리로 악용되어서는 안 된다.¹⁴⁶⁾ 가입자(대표)가 스스로 건강보험과 관련된 주요 정책사항을 결정하고 그에 대한 객관적이고 전문적인 판단과 평가를 내리고 스스로 시정할 수 있는 기회를 갖는 메카니즘이 필요하다.

이와 같이 건강보험제도와 관련된 중요한 정책들을 결정하는 건강보험정책심의위원회가 실질적으로 사회적 합의기구로서 민관협력의 새로운 의사결정구조(governance)를 담당하여야 한다는 거시적인 제도의 이념 내지 원리를 구체화하면, 미시적 차원에서는 국민의 참여를 확대하기 위한 위원회의 민주적 운영에 대한 요청, 위원선정기준과 절차의 객관성과 공정성, 위원회 상호간의 적절한 권한배분과 이에 기초한 견제와 균형의 관계설정 등 다양한 개선방안이 가능하고 필요한 시점이 되었다고 할 것이다. 정부와 관료의 전문성과 책임성이 실패할 경우의 폐해는 돌이키기 어려울 만큼 큰 사회적 논란과 갈등을 야기하게 될 것이고, 이는 폐쇄적이고 배타적·독점적인 의사결정구조를 유지하거나 형식적인 합의 도출에 그치는 통과의례의 장에 머무르는 것을 더 이상 용납하기 어려운 상황에 이르게 되었다고 할 것이다.

특히 국민건강보험법 제정 당시의 초심으로 되돌아가 수입과 지출 분야를 모두 ‘건강보험정책심의위원회’에서 획일적으로 규율하기보다

146) 건강보험재정이 흑자를 기록한 것이 건강보험의 보장성을 약화시키고 국민이 부담하는 보험료를 불요불급하게 대폭 인상한 것에서 기인한다면 바람직한 정책이었다고 평가하기 어려울 것이다. 이와 반대로 보험재정이 적자를 기록하였다 하더라도 국민의료보전 차원에서 반드시 필요한 보장성을 대폭 강화하는 과정에서 불가피하게 발생한 것이었다면, 그리고 이에 대응하기 위한 국고지원의 적정규모 내지 보험료 인상의 적정수준을 산정하고 그 필요성에 대하여 국민들이 납득하고 공감대를 마련할 수 있는 계기로서 작용하였다면 그 적자수지가 반드시 바람직하지 않았다고 판단하기도 어려울 것이다.

는 가입자가 중심이 되는 건강보험 ‘재정운영위원회’를 ‘가입자위원회’로 전환하여 이들에게 보험재정과 보험급여 수준을 연계하여 보험료를 결정할 수 있는 권한을 주고 국민건강보험공단을 대리인으로 하여 ‘공급자’인 의약업계와 수가협상 등을 할 수 있는 권한을 실질화하는 것이 필요하다. 그리고 정부는 (상대적 의미의) 자율성 내지 독립성에 기초하여 제3자적 입장에서 양자간의 대립과 갈등을 조정하는 역할을 수행하는 것이 바람직할 것이다.

현행 건강보험제도 내지 체계에 따르면 보건복지부 장관 소속 하에 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원이 매우 밀접하게 연계되어 있고, 이들은 한편으로는 정부(보건복지부)의 산하단체로서의 역할을 수행하고 있고, 다른 한편으로는 의료보건분야의 전문성으로 말미암아 피규제기관인 공급자(의약업계)의 의사와 이익을 반영하여 구체적인 (보험급여) 심사기준 내지 지침을 제정·시행하는 통로로서 작용하고 있다. 이들의 관계 역시 이른바 ‘보험자 역할론’에 따라 국민건강보험공단으로 일원화하는 것이 맞는지 아니면 건강보험심사평가원을 분리·독립하여 심사기능의 전문성을 통하여 의료의 질을 제고하고자 했던 취지를 살릴 수 있는 방안을 모색하는 것이 옳은지에 대한 판단은 더욱 면밀한 검토를 요한다.

그러나 기관을 일원화하든 이원화하든 무엇보다 중요한 핵심적인 문제는 보험(의료)급여의 심사기준과 절차를 객관적이고 공정하게 마련하여 실제 적용하여야 한다는 점이고, 이러한 기능을 수행하는 조직(기관 내지 부서)은 독립성이 확보되어야 한다는 것이다. 이는 원론적 관점에서 보면 국민건강보험제도 운영의 틀은 국민의 의사와 이익을 합리적으로 반영하고 관철할 수 있는 체계로 구성·운영되어야 하고, 건강보험재정운영과 연계된 각종 정책을 결정할 때 대표성을 갖고 책임을 지는 대의제적 의사결정구조가 바람직하다고 할 수 있는 것이다. 그리고 구체적으로 대표성과 책임성이 결부된 조직을 구성하

고 운영하기 위하여는 1) 인사권자가 누구인지, 2) 위원들의 임기는 얼마나 보장되는지, 3) 해임사유는 어떻게 구성되는지 등 구체적으로 검토하여야 할 쟁점들이 적지 않다. 다만 현 단계에서 국민건강보험 제도에 대하여 사회적 법치국가원리에 기초하여 제시할 수 있는 헌법적 요청은 한편으로는 국민건강보험제도는 정부(보건복지부)의 일방적 권한범위 내에서 결정되고 운영되는 것은 바람직하지 않다는 것이고, 다른 한편으로는 건강보험재정운영의 구체적 방향을 결정하는 과정에 국회의 정치적 영향력이 개입되는 것이 반드시 바람직하지 않을 수도 있다는 점이다.¹⁴⁷⁾

결국 문제의 해법은 건강보험제도를 독립적으로 운영할 수 있는 행정기관 모델에 입각하여 국민건강보험공단의 역할 내지 기능을 제고하여 실질적으로 독립적이고 전문성을 갖춘 가입자 중심의 국민건강보험제도로서 발전시키는 방안을 마련하는 것에서 찾을 수 있을 것이다. 건강보험제도의 본질 내지 속성상 이를 민간기구로서 구성하는 것은 가능하지 않을 것이다. 국민의 보건권을 실현 내지 보장하고 큰 부담 없이 의료서비스에 접근할 수 있도록 하는 등 매우 중요한 공적 과제를 수행하는 기관을 국가가 책임지고 설치·운영하는 것은 당연한 헌법적 과제라고 할 것이다. 그리고 이는 기능상 입법 내지 사법 기능이 아니라기보다는 집행기능을 담당하는 행정부가 수행하기에 적합하고, 성격상 보건복지부가 책임져야 할 관할사항이라는 것은 이론의 여지가 없을 것이다.

그러나 현행과 같이 보건복지부 장관이 모든 사항을 결정하는 전권을 행사하는 구조로서 운영하는 것은 제도의 지속가능성을 뒷받침하는 국민의 신뢰 확보에 큰 문제를 일으킬 수 있다. 즉, 이는 집행 또는 행정기능의 일부라고 할 수 있으나, 다음과 같은 이유에서 국회 또는 정부의 영향력으로부터 상대적 의미에서의 자율성과 독립성에

147) 이는 『제5장 제3절 1. 국민건강보험재정의 운영체계 및 기금화 논란』 참조.

기초하여 국민의 삶에 큰 영향을 미칠 수 있는 사회보험제도 영역에 대한 합리적인 규율이 이뤄져야 할 것이다.

첫째, 사회보험의 속성상 재정수입을 이루고 있는 가입자의 보험료 등 기여금이 국고지원보다 훨씬 높은 비중을 차지하고 있다.

둘째, 재정지출은 주로 공급자인 의약업계 종사자들을 대상으로 이뤄지게 되는데, 이는 자금(보험급여)을 집행하는 외관을 띄게 되지만 의료수가 등이 결정되면 의약업계의 수익구조에 큰 영향을 끼치게 된다는 점에서 규제행정의 속성을 동시에 지니게 된다. 따라서 의약업계 종사자들은 피규제기관으로서 자신들의 정치적·경제적 이해관계를 건강보험정책 내지 제도 전반에 반영하기 위해 매우 많은 노력을 기울이고 있다.¹⁴⁸⁾

셋째, 오늘날 민주주의 국가에서 주기적으로 이뤄지는 선거에 의하여 대통령(정권)이 교체되면 보건복지부 장관 역시 임명직으로서 대통령과 정치적 뜻을 함께 하고 국정철학을 실현할 수 있는 사람으로 구성되기 때문에 주기적으로 이뤄지는 정권의 교체과정에도 불구하고 의료보건정책의 지속성과 일관성이 확보되어야 한다는 요청에 반할 수 있고, 의료보건정책의 실패에 대한 책임을 지지 않으려 하면서 이를 정쟁의 수단으로 악용하게 될 수도 있다.

이와 같이 국민건강보험제도의 주인은 가입자인 국민이라는 재정민주주의의 이념에 비추어 보고, 가입자인 국민과 공급자계의 관계 등을 고려하여 보면 국민건강보험제도를 운영하는 조직은 독립행정기관

148) 이를 위해 대한의사협회, 약사협회와 같은 직능단체에서는 의료정책포럼을 운영하고 의료보건정책과 보험정책 등에 대한 연구를 통하여 자신들의 이해관계를 담은 보고서 등을 발간하고 있다. 이는 의료정책연구소(<http://webzine.rihp.re.kr>), 치과 의료정책연구소(<http://www.ridp.or.kr/>), 대한한 의사협회(<http://www.akom.org>) 그리고 대한 약사회에서 운영하는 의약품정책연구소(<http://www.e-kippa.org>) 등을 통하여 이뤄지고 있으며, 각 단체별로 의사·약사 출신 정치인들과의 네트워크를 통하여 조직적으로 자신들의 입장 내지 이해관계를 전달하고 관철하기 위하여 적극적으로 활동하고 있는 것으로 알려져 있다. 기사 “의사·약사들 벌써 대선? “바쁘다, 바빠 (<http://media.daum.net/society/welfare/newsview?newsid=20070828083708659>)” 참조.

의 모델을 따르는 것이 바람직할 것으로 판단된다.¹⁴⁹⁾ 이는 정권의 교체에도 불구하고 자율성과 독립성에 기초하여 지속적이고 일관된 의료보건의정책을 수립·시행하고 전문성에 기반하여 의약업계에 대한 적절한 규제를 행사하여 보험가입자인 국민의 의사와 이익을 올바르게 반영하고 실현하여야 한다는 요청에 부합할 수 있을 것으로 기대된다.

149) 미국, 영국, 독일, 프랑스 등의 독립행정기관(내지 독립규제위원회)의 모델을 검토해 보면, 위원의 구성방식(선임절차)의 독립성이 매우 중요하다. 이에 따르면 가입자 대표와 공익 대표와 같은 위원을 선임하는 경우에 정부(대통령, 국무총리 또는 현행과 같은 보건복지부 장관)가 위원의 임명권을 보유하더라도 이는 형식화하고, 실질적인 추천권은 국회 해당 상임위원회(보건복지위원회)에서 여당과 야당이 서로 협의하여 행사하도록 하는 것이 바람직하다. 그리고 임명되고 난 이후에도 적절한 임기 내지 신분보장을 하여 정치적 영향을 차단하고 전문성과 독립성에 기초하여 국민의 신뢰를 얻을 수 있는 업무수행(기능)의 자율성을 보장하는 것이 필요하다. 이외에도 각 대표들의 구성비율을 적절하게 조정하여 특정 계층에 유리하지 않도록 재조정하는 작업이 반드시 우선적으로 해결되어야 할 것이다. 이에 대하여는 서보국·이상경·윤혜선·한동훈·홍중현, 『독립행정기관의 설치·관리에 관한 연구(현안분석 2012-13)』, 한국법제연구원, 2012. 12, 145쪽 이하 참조.

참 고 문 헌

1. 단행본

- 국민건강보험공단, 『국민건강보험법해설』, 2011.
- 국민건강보험채신위원회, 『실천적 건강복지플랜 : 제1편 건강복지플랜의 개요』, 국민건강보험공단, 2012. 7.
- 국민건강보험채신위원회, 『실천적 건강복지플랜 : 제2편 제1장 지속가능한 보장성 강화방안』, 국민건강보험공단, 2012. 7.
- 국민건강보험채신위원회, 『실천적 건강복지플랜 : 제2편 제2장 소득 중심의 보험료 부과체계 단일화 방안』, 국민건강보험공단, 2012. 7.
- 권영성, 『헌법학원론』, 법문사, 2010.
- 기획예산처 기금운용평가단, 『기금준치평가보고서』, 2004. 8.
- 김성수, 『미국 오바마 행정부의 건강보험 개혁에 관한 복지정치학적 연구』, 제주대학교 박사학위논문, 2011.
- 김진수 등 2명, 『형평부과 관련 보험료부과체계 개선방안』, 국민건강보험연구원, 2002.
- 김진수 등 7명, 『보험료 부과체계 단순화 및 일원화 방안』, 서울대학교 산학협력단, 2010.
- 김철수, 『헌법학신론』, 박영사, 2013.
- 김춘순 등, 『2012 재정관련법률 개선과제(예산정책보고서 제15호)』, 국회 예산정책처, 2012. 5.
- 노인철 등 5명, 『소득기준 단일보험료 부과체계 개발에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1999.

참고문헌

- 서보국 · 이상경 · 윤혜선 · 한동훈 · 홍종현, 『독립행정기관의 설치 · 관리에 관한 연구(현안분석 2012-13)』, 한국법제연구원, 2012. 12.
- 신영석 등 8명, 『건강보험료 부과체계 개선 및 재원확보방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2007.
- 신영석 · 이준영 · 윤장호, 『건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안』, 한국보건사회연구원, 2011. 12.
- 신영석 · 황도경 · 남궁은하 · 민인순 · 윤석준 · 정형선, 『간병서비스 제도화방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2010. 12.
- 신형준 등 5명, 『건강보험 보험료 부과형평성 개선방안 연구』, 국민건강보험연구원, 2008.
- 윤기종, 『국민건강보험법상 급여제한에 관한 연구 - 행정심판 사례분석을 중심으로 -』, 고려대학교 박사학위논문, 2012. 6.
- 이용갑 등 6명, 『국민건강보험의 보험료형평부과체계 연구』, 국민건강보험연구원, 2006.
- 이평수, 『건강보험 급여 기준집』, KMA 의료정책연구소, 2013. 4.
- 장영수, 『헌법학(제7판)』, 홍문사, 2013.
- 정홍기 · 조정찬, 『국민건강보험법』, 한국법제연구원, 2005.
- 차홍봉 등 5명, 『지역의료보험 통합보험료 부과체계』, 한림대 사회과학연구소, 1998.
- 차홍봉 등 6명, 『건강보험 재정통합 이후 새로운 보험료 부과체계 설계방안』, 한림대 사회과학연구소 · 한국보건사회연구원, 2004.
- 최병호 등 8명, 『국민건강보험의 지역가입자 보험료 부과체계에 관한 연구』, 한국보건사회연구원 · 한국농촌경제연구원 · 한국조세연구원, 2001.

최병호, 『건강보험제도 발전과 기금화의 상관관계 연구』, 국민건강보험공단, 2005. 3.

한국개발연구원, 『고령화에 대비한 경제정책방향』, 국민경제자문회의 보고자료, 2003. 10.

허 영, 『한국헌법론(제9판)』, 박영사, 2013.

황나미, 『의료기관 간병인 실태와 운영방안』, 한국보건사회연구원, 2006. 7.

2. 논 문

김석수, “국가, 시민사회 그리고 공공영역으로서의 복지 : 복지와 국가의 관계에서 본 우리사회”, 『사회와 철학』 제10호, 사회와 철학 연구회, 2005. 10, 37~64쪽.

최희경, “건강보험수가 결정과정의 정치경제학”, 『보건과 사회과학』 제22집, 한국보건사회학회, 2007. 12, 67~95쪽.

김성수, “국민건강보험재정 안정화를 위한 법적 과제”, 『21세기 재정법의 과제와 전망(한국법제연구원 국제학술대회)』, 2005. 6. 17, 171~206쪽.

정영철, “건강보험재정 안정화를 위한 행정법적 과제와 입법정책적 제언”, 『행정법 연구』 제32호, 행정법이론실무학회, 2012. 4, 249~273쪽.

신영전, “사회권으로서의 건강권 : 지표개발 및 적용가능성을 중심으로”, 『상황과 복지』 제32호, 비판과 대안을 위한 사회복지학회, 2011, 181~222쪽.

정인환, “오바마의 건강보험 도박 가까스로 이겼지만… : 건강보험 의무가입, 보수적 로버츠 대법원장 변심에 합헌 결정 나와 오바마 정치적 승리…”, 『한겨레 21』 919호, 한겨레신문사, 2012. 7. 16, 57쪽.

참고문헌

- 안형식, “입원서비스 실태와 개선방안”, 『간호·간병서비스 제도화 (공청회 자료집)』, 2013. 1. 30, 3~35쪽.
- 이기효, “지속가능한 보장성 강화방안”, 『지속가능한 건강보험 발전을 위한 대토론회(자료집)』, 한국보건사회연구원, 2012. 8. 9, 152~181쪽.
- 정형선·신정우, “보장성 논의와 보장률의 국제비교”, 『HIRA 정책동향』 제5권 2호, 건강보험심사평가원, 2011. 3, 17~27쪽.
- 신현웅, “의료보장 사각지대 현황 및 해소방안”, 『보건복지포럼』 제155호, 한국보건사회연구원, 2009. 9, 5~16쪽.
- 신영석, “건강보험 정책현황과 과제”, 『보건복지포럼』 제189호, 한국보건사회연구원, 2012. 7, 75~82쪽.
- 김혜련·여지영, “우리나라 건강수준과 보건의료성과의 OECD 국가들과의 비교”, 『보건복지포럼』 제196호, 한국보건사회연구원, 2013. 2, 89~102쪽.
- 강민아·김태일·허순임, “건강보험제도 정책수립과정의 재설계에 대한 모색”, 『보건행정학회지』 제18권 제2호, 한국보건행정학회, 2008. 6, 107~129쪽.
- 전용배, “소득중심의 보험료부과체계 단일화 방안”, 『지속가능한 건강보험 발전을 위한 대토론회(자료집)』, 한국보건사회연구원, 2012. 8, 9~108쪽.
- 이은경, “건강보험에 대한 국고지원방안”, 『재정포럼』 제187호, 한국조세연구원, 2012. 1, 29~49쪽.
- 장우영, “국민연금제도의 성과와 법적 과제”, 『법과 정책』 제17집 제2호, 제주대학교 법과정책연구소, 2011. 8, 367~388쪽.

- 박인화·문지은, “국민건강보험 재정위험과 입법과제”, 『2010 회계연도 결산 중점분석 III (결산분석시리즈 10)』, 국회 예산정책처, 2011. 7, 134~161쪽.
- 최희수, “헌법재판소 구성·임명 등과 관련한 개정방향”, 『헌법학 연구』 제17권 제2호, 2011. 6, 161~197쪽.
- 국회 예산정책처, “국민건강보험과 재정통제의 강화”, 『2003년도 세입·세출 결산분석』, 대한민국 국회, 2004. 8, 385~395쪽.
- Ernst Forsthoff, “Begriff und Wesen des sozialen Rechtsstaates”, 『VVDStRL』 Heft 12, 1954, S. 8~36.
- Merola, Rossana & Sutherland, Douglas, “Fiscal Consolidation : Part 3 Long-Run Projections and Fiscal Gap Calculations”, 『OECD Economic Department Working Papers(No. 934)』, OECD, 2012. 1. 10, pp. 1~41.

3. 판례

- 헌법재판소 1997. 12. 24. 선고 95헌마390 결정.
- 헌법재판소 2000. 6. 29. 99헌마289 결정.
- 헌법재판소 2012. 5. 31. 2009헌마299 결정.
- 대법원 2005. 10. 28. 선고 2003두13434 판결.
- 서울고등법원 2007. 11. 8. 선고 2006누16382 판결.
- 서울고등법원 2008. 10. 9. 선고 2007누26805 판결.
- 서울행정법원 2007. 9. 13. 선고 2005구합27925 판결.
- 서울행정법원 2012. 10. 25. 선고 2011구합355 판결.

4. 언론기사 및 기타 인터넷 상 자료

<http://media.daum.net/society/welfare/newsview?newsid=20070828083708659>

(2013. 8. 27. 최종방문)

[http://www.medipana.com/news/news_viewer.asp?NewsNum=89319&MainKind=A
&NewsKind=5&vCount=12&vKind=1](http://www.medipana.com/news/news_viewer.asp?NewsNum=89319&MainKind=A&NewsKind=5&vCount=12&vKind=1) (2013. 8. 27. 최종방문)

http://www.eneustoday.co.kr/sub_read.html?uid=296555 (2013. 8. 27. 최종방문)

<http://www.nocutnews.co.kr/show.asp?idx=1476755> (2013. 8. 27. 최종방문)

2012년 4월 OECD 한국경제보고서(<http://www.oecd.org/eco/50191424.pdf>)

2012년 6월 13일 개최된 “제19대 국회 보건복지 쟁점과 과제” 토론회 자료
中 “건강보험재정 기금화 논의”

http://health.na.go.kr/site?siteId=site000003643&pageId=page000003790&bd_mode=read&bd_pageNumber=1&bd_searchTerm=&bd_searchKeyword=&bd_recordId=2012060030827