

대한민국 國民健康保險制度의 과거, 현재 그리고 미래

전 현 희*

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| I. 서론 | 1. 보험급여범위의 문제점 |
| II. 우리나라 의료보험제도의 개관 | 2. 요양급여기준 法定制 문제 |
| 1. 보험급여 | 3. 요양기관 당연지정제의 문제점 |
| 2. 건강보험 관련 당사자 | 4. 요양급여비용계약제의 문제 |
| 3. 보험료와 보험재정 | 5. 심사평가의 문제점 |
| 4. 요양급여비용 | IV. 결 어 |
| III. 국민건강보험법의 문제점 및 개선
방향 | |

I. 서론

우리나라 의료보장의 틀은 국가의 일반재정이 아닌 가입자의 보험료에 의해 재원을 조달하는 사회보험¹⁾인 국민건강보험과 자력으로 생계를 영위할 수 없는 저소득층에게 국가재정으로 지원되는 의료급여의 2개 요소로 구성되어 있다. 이중 국민건강보험은 전 국민의 약 97%를 대상으로 의료보장서비스를 제공하고 있는 바, 우리나라 의료보장에 있어서 가장 중요한 제도라고 할 수 있다.

*辯護士

1) 공적의료보장제도는 재원조달방식에 따라 사회보험방식(National Health Insurance, NHI)과 국민보건서비스방식(National Health Services, NHS)으로 나눌 수 있다. 우리나라는 이중 사회보험방식으로 1차적으로는 국민의 보험료에 의해 재원을 조달하고 국가는 2차적 지원과 후견적 지도기능을 수행, 관리하는 방식으로 민간자율기구 중심의 자치적 운영 방식을 채택하고 있다.

국민건강보험법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 2000. 7. 1.부터 시행된 법률²⁾로서 국민건강보험제도의 기본법이다. 동 법률은 종래 의료보험과 관련된 법률들의 문제점을 해결하기 위하여 새로이 제정된 것으로, 기존 의료보험법과는 달리 급여의 범위가 치료중심에서 벗어나 예방·재활을 포함하는 발전 지향적 성격³⁾을 지니고 있다.

그런데 일각에서는 '동 법률의 입법목적에 걸맞은 양질의 의료서비스가 제공되어야 함에도 불구하고 국민건강보험이 아직 의료보험에 의하여 전 국민에게 낮은 수준의 의료서비스 제공에 머물고 있다', '요양급여에서 배제되는 부분이 많고 본인부담금이 많아 건강보험이 진료비할인제도에 불과하다'는 비판이 제기되고 있는 실정이다⁴⁾.

이하에서는 먼저 우리나라 의료보험제도를 개괄적으로 살펴 본 후, 현행 국민건강보험법 및 동법 시행령에 나타난 문제점들을 ① 보험급여 수준의 문제점, ② 요양급여기준 법정제의 문제점, ③ 요양기관 당연지정제의 문제점, ④ 요양급여비용계약제의 문제점, ⑤ 심사평가과정의 문제점 등으로 나누어 살펴보고 그 개선 방향을 제시해 보고자 한다.

2) 1999. 2. 8. 법률 제5854호로 제정되어 1999. 12. 31. 법률 제6073호로 개정, 1999. 12.31. 법률 제6093호로, 2000. 1. 12. 법률 제6124호로, 2002. 1. 19. 법률 제6618호로, 2002. 12. 18. 법률 제6799호로 각 개정되었다.

3) 2000. 7. 1 의료보험법이 폐지되고 국민건강보험법이 시행됨에 따라 연중 제한 없이 보험급여를 받을 수 있게 되었다. 또한 산전 진찰 등 예방적 진료에 보험급여가 가능하게 되었다. 다만, 초음파 검사 또는 유전성질환 등 태아의 이상 유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사(양수 검사) 등 아직 보험급여가 되지 않는 의료 행위에 대해서는 현행과 마찬가지로 일반 수가로 산정한 진료비를 전액 본인이 부담하여야 한다. 그 밖에 본인부담금 경감 대상 확대, 장애인 보장구 보험급여 대상 확대, 의료기관 이용 절차 개선, 신의료기술에 대한 보험급여 절차를 개선하였다는 자체 평가가 있다.

4) 문옥륜 교수의 연구 자료에 의하면 1992년의 본인부담수준(요양급여중 본인일부부담금과 비급여대상 진료비 합산 액의 비율)이 약 52%(본인일부부담금이 12.4%, 비급여대상 39.6%)으로 보고되고 있는 바, 2001년을 기준으로 약 54.5%에 이른다.

II. 우리나라 의료보험제도의 개관

1. 보험급여

(1) 보험급여의 범위

가입자 및 피부양자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 법령이 정하는 바에 따라 국민건강보험공단이 현물 또는 현금 형태로 제공 된다⁵⁾. 급여의 종류는 크게 현물급여(요양급여, 건강검진), 현금급여(요양비, 장제비, 본인부담보상금, 장애인보장구급여비)로 나눌 수 있다.

(2) 현물급여원칙

우리나라 국민건강보험법은 현물급여원칙을 채택하여 보험급여는 보험자가 아니라 제3자인 요양기관에서 직접 제공된다. 즉, 가입자는 요양기관으로부터 직접 보험급여를 받고, 보험자는 사후에 요양기관에 요양급여비용을 지급하게 된다. 이와 같은 현물급여원칙을 채택하는 중요한 이유는 가입자가 요양기관에게 진료비용을 먼저 지불할 의무로부터 면제됨으로서 가입자로서는 진료 접근성이 향상될 수 있다는 점과 가입자가 진료비 보상의무를 보험자가 부담하게 됨에 따라 요양기관에 대한 통제업무를 가입자가 아닌 보험자가 담당할 수 있다는 점이다.

따라서 현물급여의 원칙을 통하여 위의 효과를 달성하기 위하여 필연적으로 요양기관인 민간의료기관이 공법인 국민건강보험법의 체계에 포섭되어야 하며, 요양기관에서 제공하는 보험급여의료서비스 종류 및 내용에 대한 규제를 위한 법제화가 요청된다. 결국 보험급여의 보상관계 뿐만 아니라 구체적 진료행위도 국민건강보험법의 중요한 규율대상이 되고 만다.

(3) 요양급여의 범위

요양급여는 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대한 진찰·

5) 국민건강보험법 제5조, 제6조.

검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송행위⁶⁾를 말하는 것으로 현재 보험급여의 대부분을 차지하는 중요한 부분이다. 그런데 당대에 이뤄지는 모든 진찰행위 등이 요양급여의 대상이 되는 것은 아니다. 국민건강보험법은 보건복지부장관이 가입자의 부담수준 및 국가의 재정지원수준 등 여러 가지 측면을 고려하여 요양급여의 범위, 상한기준을 정하도록 규정하고 있다⁷⁾. 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙은 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한 및 비급여대상 등을 규정하고 있는데, 이러한 사항은 수시로 변경될 가능성이 있고 특수한 분야이므로 별도의 보건복지부령으로 정하고 있는 것이다. 그런데 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙에서는 또다시 구체적인 내용을 고시에서 정할 수 있도록 보건복지부장관에게 위임하고 있는 상황이다.

요양급여가 사회보장적 속성을 가지고 있기 때문에 사회보장행정의 주체인 국가가 그 내용을 정하는 의사결정과정에서 참여할 필요성이 인정된다. 또한 당대의 진료수준에 의거한 보험급여의 적절한 범위를 정하는 데 있어서 요양기관의 참여 역시 필요하다고 할 수 있다. 그러나 현행 국민건강보험법은 요양기관의 참여를 보장하지 않고 보건복지부장관이 일방적으로 요양급여의 범위를 정하고 있는 상황이다.

(4) 비급여대상

치료나 예방과 관련이 없는 질환, 일상생활에 지장이 없는 단순 미용목적 등을 위한 진료에 대하여 보험급여를 제공하는 것은 부당하다고 할 것이어서 이러한 영역을 비급여대상으로 정하고 보험급여를 제한하는 것은 보험재정 및 사회보험원리와 밀접히 관련이 있다고 할 수 있다. 그러나 비급여대상은 실질적으로는 가입자의 수급권을 제한하는 것이므로 법률에 제한근거가 있어야 한다. 국민건강보험법 제39조 제3항은 비급여대상을 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙에서 정할 수 있도록 하고 규정하고 있다. 비급여대상은 건강보험급여 대상이 아니므로 요양급여비용계약의 대상이 아니므로 수진자와 의료기관의 계약에 따라 의료서비스

6) 국민건강보험법 제39조 제1항.

7) 국민건강보험법 제39조 제2항, 제3항.

의 가격이 정해지고 이를 환자 본인이 전액 부담하게 된다.

(5) 신의료기술

신의료기술이라 함은 요양급여대상이 아니면서 그렇다고 비급여대상도 아닌 의료행위·약제 및 치료재료를 말한다⁸⁾. 종래 약제 및 치료재료는 약사법에 의거하여 식품의약품안전청(KFDA)으로부터 안전성·유효성 평가절차를 거쳐 허가를 받아 공급되고 있으나, 의료행위는 그 특성상 안전성·유효성 평가절차가 없으므로 새로운 의료행위에 대하여 비급여처리 되어왔던 문제점을 해결하기 위하여 요양급여대상 및 비급여대상이 아닌 중간 형태의 의료행위에 대한 신청절차 및 적용방법에 관한 규정을 신설하였다.

2. 건강보험 관련 당사자

(1) 가입자 및 피부양자

국민건강보험법에 의하여 보험급여가 제공되는 대상은 직장가입자 및 그 피부양자와 지역가입자로 나눌 수 있다⁹⁾.

(2) 요양기관

가입자 및 피부양자(이하 가입자 등이라 한다)에게 요양급여를 제공하는 기관이다. 국민건강보험법에 의하여 의료법상의 의료기관, 약사법상의 약국, 지역보건법상의 보건소·보건의료원 및 보건지소 및 농어촌등보건 의료를위한특별조치법에 의하여 설치된 보건진료소는 특별한 사정이 없는 한 요양기관으로 지정된다¹⁰⁾.

(3) 국민건강보험공단¹¹⁾(보험자), 건강보험심사평가원¹²⁾(심사기구)

8) 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제10조.

9) 국민건강보험법 제6조.

10) 국민건강보험법 제40조.

11) 2000. 7. 1. 제정된 국민건강보험법 제12조에 의하여 설립된 건강보험의 보험자. 종래 다수의 조합을 통합하여 현재의 국민건강보험관리공단이 단일한 보험자가 되었다.

12) 국민건강보험법 제55조, 제57조.

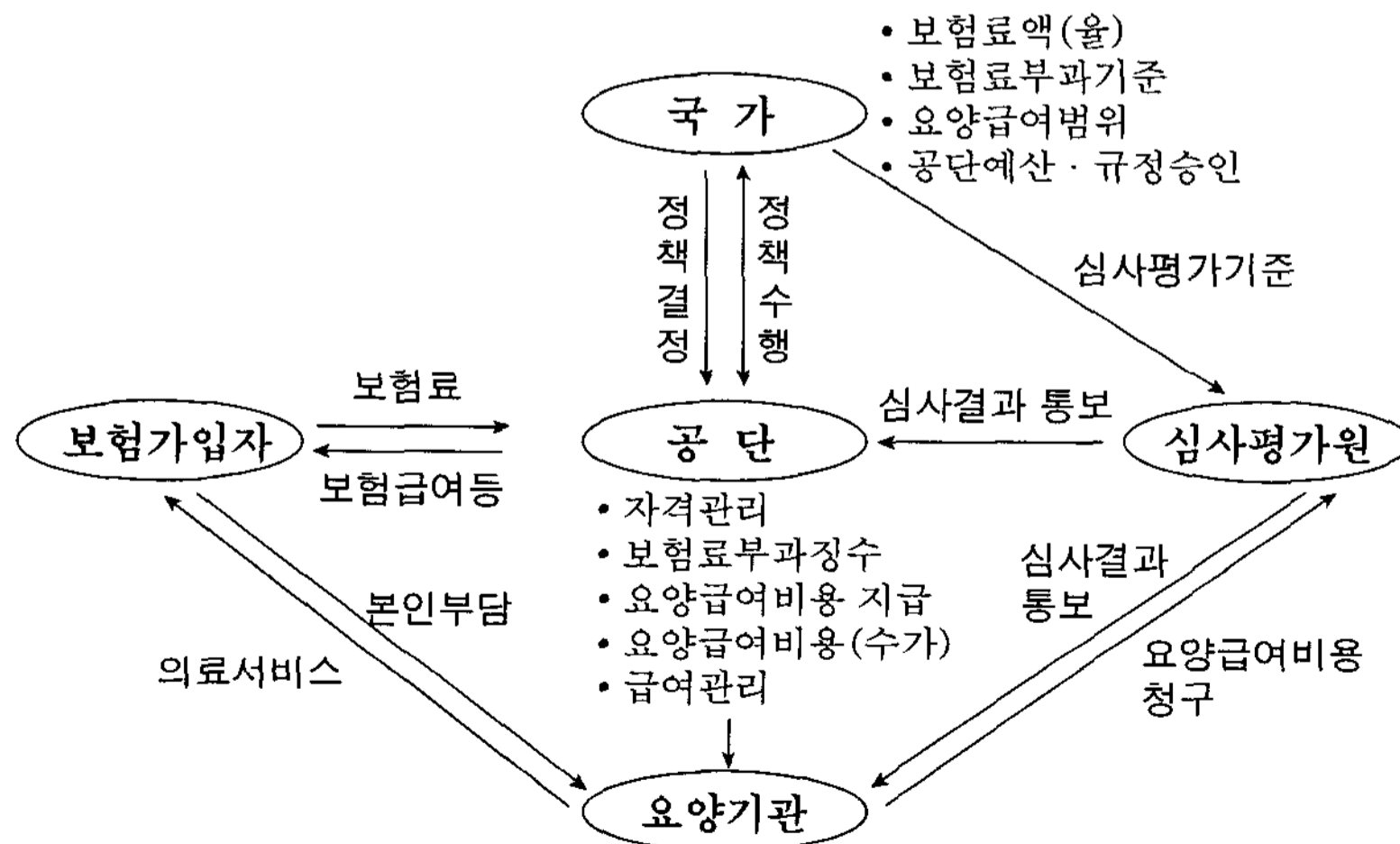
국민건강보험공단은 가입자 등의 자격관리, 보험료 부과·징수, 가입자의 건강증진업무 추진, 요양급여비용의 지급, 의료서비스 가격을 요양기관과 계약으로 정하는 등 보험재정 관리업무를 수행하는 공법인(영조물법인)이다.

건강보험심사평가원은 요양기관이 제공한 의료서비스와 서비스비용의 적정성을 객관적으로 공정하게 심사·평가하는 업무를 수행하는 공법인(영조물법인)이다.

국민건강보험관리공단은 건강보험심사평가원의 심사·평가에 의거하여 요양기관에 지급할 요양급여비용을 확정하게 되는 바, 심사기구의 독립은 심사의 공정성, 객관성 및 전문성을 확보하여 심사과정에 대하여 공급자(요양기관)과 수요자(보험자 및 가입자)로부터 신뢰를 얻는데 그 목적이 있다 할 것이다.

(4) 국가

헌법상 국가는 개인을 질병으로부터 보호하여야 할 기본권보호의무가 있다. 이러한 헌법상 의무가 구체화된 것이 국민건강보험법이라고 할 수 있는 바, 국가는 국민건강보험 정책결정을 담당하고, 국민건강보험공단은 구체적인 보험 업무를 국가로부터 위임받아 수행하고 있다.



3. 보험료와 보험재정

(1) 보험료

직장가입자, 지역가입자인지 여부에 따라 보험료율, 부담주체, 징수방법 등에 차이가 있으나, 기본적으로 소득을 기준으로 보험료율을 산정하고 있다. 또한 농어촌지역 거주자 및 저소득 취약계층은 보험료를 일부 경감시켜 주고 있다.

(2) 보험재정

국민건강보험은 납부의무자인 가입자 또는 사용자로부터 징수하는 보험료를 주된 재원으로 한다. 또한 국가가 지역가입자의 보험료 일부를 부담할 수 있도록 하고 있는 바, 특히 2006. 12. 31.까지 한시적으로 시행중인 국민건강보험재정건전화특별법 제15조(보험재정에 대한 정부지원)의 규정에 따라 지역가입자에 대한 보험급여비용과 지역가입자의 건강보험 사업에 대한 운영비의 100분의 40에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원하고 있다. 이외에도 지역가입자에 대한 보험급여비용과 지역가입자의 건강보험사업에 대한 운영비의 100분의 10에 상당하는 금액을 국민건강증진법에 의하여 국민건강증진기금에서 공단에 지원(65세 이상 노인에게 대한 보험급여비용에 사용)하고 있다.

4. 요양급여비용

(1) 요양급여비용 결정절차

요양급여비용¹³⁾은 매년 공단 이사장과 의약계를 대표하는 자와의 요양급여에 대하여 보건복지부장관이 고시로 정한 항목별 상대가치점수의 '점수당 단가'를 계약으로 정한다¹⁴⁾. 계약 미체결 시 복지부장관이 건강

13) 현물급여원칙에 따라 요양기관이 요양급여를 제공하는 대가로 보험자에게 받는 비용

14) 요양급여비용은 상대가치수가라고도 하는 바, 아래의 공식으로 산출된다.

상대가치수가 = 상대가치점수 × 점수당 단가

또한 상대가치점수는 요양급여에 소요되는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등

보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 정한다¹⁵⁾.

(2) 우리나라의 요양급여비용 지불방식

행위별 수가제¹⁶⁾, 포괄 수가제¹⁷⁾, 일당¹⁸⁾, 방문당 수가제¹⁹⁾가 있다. 국민건강보험은 기본적으로 요양급여비용 지불방식으로 행위별 수가제(fee for service)를 채택하였는바, 아래에서 보는 바와 같이 요양급여비용의 심사 과정이 중요하게 대두되게 된다.

(3) 요양급여비용의 심사

심사는 국민건강보험법 제39조에 따른 요양급여의 기준, 제42조에 따른 요양급여비용의 내역 및 사실관계, 보건복지부장관의 행정해석과 심사평가원장이 정한 심사지침에 따라 요양기관으로부터 청구된 요양급여비용이 실제 요양기관이 행한 사실에 근거하였는지, 비용·효과적으로 행하였는지, 건강보험법령이 정한 요양급여비용의 산정기준에 따라 요양급여비용이 산정되었는지 및 요양급여행위가 의료법·약사법 등 관련법령에 위배되지는 않았는지를 대조·확인하여 요양기관에 지급할 금액을 확정하는 행위를 말한다.

종래 보험자가 자체적으로 요양급여비용청구에 대하여 심사하였으나, 보험자가 자체적으로 실시하는 심사의 공정성·객관성 및 전문성이 결여

자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 간에 상대적 점수로 나타낸 것으로, 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 고시로 정한다. 점수당 단가는요양급여비용계약에서 보건복지부장관에 의해 고시된 요양급여비용의 상대가치점수를 기준으로 상대가치점수당 단가를 계약한다.

15) 국민건강보험법 제42조 제3항.

16) 진료에 소요되는 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고, 의료인이 제공한 진료행위 하나하나마다 일정한 값을 정하여 의료비를 지급하는 제도로 우리나라의 주된 보수지불 방식.

17) 환자가 어떤 질병의 진료를 위하여 입원했었는가에 따라 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급.

18) 의료급여환자의 정신과 입원진료비에 대해 일당 일정액 지급.

19) 보건소, 보건지소 등의 보건기관의 진료수가는 구체적인 행위 여하를 불문하고 미리 산정된 수가를 지급.

되었다는 주장과 심사가 의학적 타당성 보다는 과잉진료억제 위주의 보험재정 안정에 치중하여 요양기관의 보험급여의 수준을 저하시킨다는 비판이 제기됨에 따라, 보험자와는 별도의 공법인으로서 국민건강보험심사평가원이 설립되어 심사업무를 담당하고 있다.

Ⅲ. 국민건강보험법의 문제점 및 개선방향

1. 보험급여범위의 문제점

(1) 경증환자 위주의 저보장성

서울대학교 문옥륜 교수의 연구에 의하면 2001. 고비용 상병별 본인부담율은 30.3%(뇌출혈)~79.7%(순환기 장애)에 이르고, 전체 평균본인부담율은 약 54.5%인 것으로 나타났다. 따라서 고액 치료비가 소요되는 중증질환자는 개인파산에 이르거나 아예 의료서비스를 받을 기회조차 봉쇄되는 사례가 발생하고 있어 심각한 사회문제로 대두되고 있다.

요컨대 감기와 같은 호흡기질환에 걸린 환자에게는 급여가 후한 편이지만, 암과 같은 중증질환자에게는 본인부담금이 많아서 급여가 미미한 수준에 머물고 있는 바, 이런 경증 환자 위주의 저보장성 국민건강보험제도를 두고 진료비 할인제도에 불과하다는 주장이 있다.

(2) 광범위한 비급여대상

현행 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙에 의하면 비급여대상은 다음과 같다²⁰. ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, ② 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, ③ 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접 목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, ④ 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우에

20) 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제9조 제1항, 별표 2.

실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료, ⑤ 한시적 비급여대상²¹⁾, ⑥ 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 등 추상적 수준에서 비급여대상의 범주를 설정하고 구체적인 비급여대상의 상당수를 보건복지부 고시로서 정하고 있다.

보건복지부 고시로 정한 비급여대상이 지나치게 광범위하고, 대체가능한 새로운 의료행위는 대부분 비급여대상으로 규정되어 있어 이미 일반화된 의료행위에 대해서도 비급여대상에 포섭되어 있는 사례가 많아서 가입자의 입장에서 보험급여의 범위가 협소하다고 판단하고 있는 상황이다. 또한 보건복지부장관이 고시로서 정한 비급여대상의 의미가 명확하지 않아, 요양기관이 급여대상으로 판단하고 청구한 것에 대하여 구체적인 심사과정에서 비급여대상을 판단되는 사례가 빈발하고 있다²²⁾.

(3) 개선방안

중증환자에 대한 과도한 본인부담수준을 떨어뜨리기 위하여 최근 도입 논의 중인 본인부담금 상한제가 신속하게 도입되어야 할 것이다. 또한 비급여대상의 범위를 축소하고 급여대상을 확대하기 위하여 비급여대상의 일몰제 도입을 검토할 수 있을 것이다.

2. 요양급여기준 法定制 문제

(1) 요양급여 내용의 법정화

의료법에 의하여 개설된 의료기관들은 보건복지부 장관이 정한 제외기관에 해당하지 않는 한, 당연히 요양기관에 해당하여 당연히 요양급여를 실시하여야 한다²³⁾. 보건복지부 장관은 요양급여의 범위와 기준을 정하고 있는데, 이 과정에서 요양기관의 의사를 반영하지 않은 채 일방적으로 정

21) 한시적 비급여는 ① 보험재정에 상당한 부담을 초래하는 경우, ② 대체가능하고 비용 효과적 측면에서 상대적 고가인 경우, ③ 대체가능하고 보편적이지 아니한 검사, 처치, 수술 및 약제로 규정되어 있다.

22) 치과 스케일링, 피부과 여드름 치료의 상당수는 급여대상으로 청구하였음에도 불구하고 비급여대상으로 판단하여 요양급여비용이 지급되지 않는 사례가 빈발하고 있다.

23) 국민건강보험법 제40조 제4항.

하고 있다²⁴⁾. 또한 요양급여비용은 공단의 이사장과 의료계의 대표자가 정한 계약이나 혹은 보건복지부장관이 정하는 금액으로 받게 된다²⁵⁾.

(2) 문제점 - 특정 의료행위의 강제화

요양기관은 아래에서 보는 이유로 인하여 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙에서 정한 요양급여 범위 내에서만 진료할 수밖에 없어, 특정 의료행위만을 하도록 사실상 강제되고 있다.

즉, 환자가 요양급여 범위 내의 의료행위를 선택할 경우에 대하여 요양급여가 이루어짐에도 불구하고 굳이 의료수가의 전부를 부담하여야 하는 비급여대상 의료행위를 받아야 할 아무런 이유가 없을 것이다. 결국 환자들은 요양급여가 가능한 의료행위를 선택하게 되고 이 경우 그에 따른 의료인의 의료행위는 요양급여가 되고, 의료인은 보험금을 받기 위하여 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙이 정한 바에 따른 요양급여를 하여야 할 것이다. 또한 요양기관이 정당한 이유 없이 요양급여를 거부할 경우에 요양기관의 장은 형사 처벌된다²⁶⁾. 의료지식이 충분하지 못한 환자와 요양기관이 합의 하에 비급여대상 의료행위를 한 경우, 환자가 합의의 존재를 부인할 경우 국민건강보험법에 의하여 형사 처벌될 가능성이 있다고 할 것이다.

비급여대상도 요양급여대상도 아닌 신의료기술, 약제, 치료재료의 경우도 마찬가지다. 즉, 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙에 의하면 의약품, 치료재료는 최초로 시술하거나 식품의약품안전청장의 제조(수입)허가를 받은 날부터 30일 이내에 보건복지부장관에게 보험급여 또는 비급여 결정 신청을 반드시 하여야 하고, 보건복지부장관은 정당한 사유가 없는 한 90일 이내에 보험급여 또는 비급여에 대한 결정을 하여야 하며, 이러한 결정은 최초로 시술하거나 제조(수입)허가를 받은 날부터 소급하여 적용하게 된다²⁷⁾. 따라서 요양기관이 보험급여 또는 비급여 결정이

24) 국민건강보험법 제39조 제2항, 제3항.

25) 국민건강보험법 제42조.

26) 국민건강보험법 제40조 제4항, 제96조.

27) 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제10조, 제11조.

내려지지 않은 신의료기술, 약제, 치료재료를 시술할 때에는 가입자에게 위의 사항을 설명하고 우선적으로 진료비를 가입자에게 전액 징수하되, 건강보험관리공단이 보험급여로 결정하면 소급하여 정산한 뒤에 요양급여비용을 국민건강보험관리공단에 청구하여야 한다. 만약, 보험급여 대상인 신의료기술에 대해서 결정 신청 절차를 거치지 않고 진료비를 가입자에게 전액 징수한 경우가 확인되는 경우에는 업무 정지 또는 과징금 처분을 하도록 하였다²⁸⁾.

즉, 의료인과 환자의 합의에 의하여 신의료기술에 속하는 사항에 관한 의료계약을 체결하고 진료비를 환자로부터 전액 납부 받았다 하더라도, 이후 보험급여로 결정이 되면 소급하여 정산한 뒤에 보험자 부담금에 대해서는 국민건강보험공단에 신청하도록 되어 있어, 요양급여비용이 환자와의 합의된 수가보다 낮게 책정되는 경우 그 차액 부분은 의사가 부담할 수밖에 없다. 결국 요양기관은 환자에게 도움이 되는 신의료기술이라 하더라도 보건복지부 장관의 결정에 따라 재산적 손실발생 가능성이 큰 신의료기술을 선택하기는 어렵다. 결국 비록 신의료기술에 관한 요양급여 제도하의 탈출이 법적으로는 가능하더라도 그 선택의 기로에 있는 평균적인 의료인은 재산적 득실을 확실히 측정할 수 있는 현재의 요양급여만을 시행하게 될 가능성이 큰 것이다.

이러한 상황에서 요양기관은 요양급여 범위 내로 의료행위를 축소하여 시행하게 됨으로서 환자는 다양한 의료행위를 접하지 못하게 된다. 의료행위가 끊임없이 발전함에도 불구하고 요양기관의 의료행위가 요양급여 대상인 특정 의료행위로 사실상 강제화 됨으로서 요양기관에 의하여 현실로 이루어지는 의료행위의 범위가 협소해지는 것은 국민 건강의 측면에서 바람직하다고 할 수 없을 것이다.

(3) 헌법상 직업수행의 자유의 침해가능성과 개선방향

요양기관이 의료기관과 일치하는 상황에서, 요양기관이 시행할 수 있는 요양급여의 내용을 규정하는 것은 결국 보건복지부 장관이 의료기관이

28) 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제10조 제3항.

시행할 의료행위의 내용을 규정하는 결과가 되는 것이다. 국민보건의 향상 및 사회보장의 증진이라는 국민건강보험법의 목적달성을 위하여 위와 같은 요양급여의 실시가 필수적인 것이라고 할지라도, 위와 같은 방식의 요양급여제도는 요양급여의 제공자인 의료인의 기본권을 비례의 원칙에 반하여 과도하게 침해할 소지가 있다. 즉 의료인은 의료행위의 시행을 요양급여에 관하여 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙에 따라 할 수밖에 없는 상황에 있고 이렇듯 의료인에게 재량의 여지가 전혀 없고 언제나 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙상 요양급여기준에 따른 의료행위만을 강요하는 국민건강기본법 제39조 제2항은 헌법이 보장하고 있는 직업수행의 자유에 대한 과도한 침해의 소지가 있는 것이다.

따라서 요양기관이 자율적인 의사에 따라 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙에 따른 요양급여를 행할지 여부에 대한 선택의 기회 제공 및 당사자의 합의에 의한 보험급여 배제가 허용되어야 한다.

3. 요양기관 당연지정제의 문제점

(1) 문제점

특별한 사유가 없는 한 의료기관은 당연히 요양기관으로 지정되고 있는 바²⁹⁾. 이러한 요양기관 당연지정제라고 한다³⁰⁾. 그런데 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부할 수 없고, 이에 위반하는 경우에는 형사 처벌된다.

그러나 일본의 의료보험법에서는 의사는 본인의 자유의사에 따라 요양기관 지정을 거부할 수 있고 국민의 조세를 바탕으로 하는 National Health Services제도를 운영하고 있는 영국에서도 의사는 자신이 원하는 경우에는 이러한 틀 밖에서 민간의료기관을 자율적으로 운영할 수 있는 자유를 가지고 있다. 이러한 입법례를 보아도 우리나라의 건강보험제도에서와 같이 보험급여 공급자를 강제적으로 보험제도의 틀에 참여하게 하는 것은 유례

29) 그리하여 현재 우리나라 대부분의 의료기관은 요양기관이라고 할 수 있다.

30) 국민건강보험법 제40조.

를 찾기 어렵다. 우리나라 건강보험제도가 민간의료기관이 공적체계에 편입되는데 있어서 여하한 선택의 가능성도 부여하지 않고 있는 것이다.

(2) 직업 수행의 자유의 침해가능성과 개선방향

의료라는 공공적인 측면을 강조한다고 하더라도 의료기관은 영업활동과 관련하여 기본적으로 거래의 상대방, 가격, 거래조건 등에 관해 자유로운 의사결정을 할 수 있어야 한다. 그럼에도 불구하고 공무원이 아닌 의료인들에게 국민건강보험법상의 요양기관으로서 의료업을 수행할 것인지에 대한 선택의 기회를 주지 않고 모든 의사들이 사회보험인 '국민건강보험'에 강제로 동원하여 국민건강보험제도 하에서만 직업을 수행할 수 있도록 한다면 이는 자신의 능력이나 노력에 관계없이 국민건강보험 요양급여의기준에관한규칙에서 정한 요양급여기준에 의해서만 직업을 수행할 수 있도록 국가에서 통제하는 것으로 헌법상 보장된 의료인들의 직업수행의 자유를 심각하게 침해하는 결과가 될 수 있다.

따라서 의료기관이 자율적인 의사에 따라 국민건강보험법상의 요양기관이 될 것인지, 아니면 요양기관이 되는 것을 포기할 것인지 선택할 기회를 제공하기 위하여 요양기관계약제를 도입하도록 개선할 필요가 있다.

4. 요양급여비용계약제의 문제

(1) 문제점

국민건강보험법은 요양급여비용을 요양기관과 보험자간 계약으로 정할 것을 규정하고 있다. 국민건강보험의 이해당사자는 결국 보험자와 요양기관이고 보건복지부를 포함한 그 외의 기관은 제3자의 입장에 있는 점을 선언하고 있는 셈이다. 그러나 명문의 규정으로 "계약"이라고 하고 있지만 대립하는 두 당사자 간의 의사의 합치를 전제로 하는 일반적인 계약의 법리와는 다른 독특한 형태의 계약으로서 다음과 같은 문제점들을 가지고 있다.

1) 요양급여비용계약제의 법적 의제

국민건강보험법에 의하면 요양급여비용은 공단의 이사장과 의약계의

대표자와의 계약으로 정하거나, 계약 미체결시 보건복지부장관이 정한다고 규정되어 있다³¹⁾. 또한 국민건강보험법에 의하면 '계약이 체결된 경우, 그 계약은 공단과 각 요양기관간에 체결된 것으로 본다' 혹은 '보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다'고 각각 규정하여 개개의 요양기관에 대한 계약의 성립을 의제하는 태도를 취하고 있다.

2) 요양급여비용계약자 지위의 탈퇴가능성의 배제

의료기관은 당연히 요양기관이 되고, 공단의 이사장과 의약계의 대표자가 체결한 요양비용계약에 구속되게 되며, 이 계약이 체결되지 않았을 경우에는 보건복지부장관이 일방적으로 정한 금액을 그대로 요양급여비용으로 수용해야 된다.

만일, 요양기관이 이러한 요양급여비용계약의 체결을 거절할 수 있다면, 요양급여계약에 관한 자유의 본질적 내용은 침해되지 않았다고 할 수 있다. 그러나 현행 국민건강보험법은, 구 의료보험법 제32조 제4항이 요양기관의 지정거부를 허용하고 있는 것과는 달리, 의료기관이 요양기관의 지정으로부터 벗어날 가능성 배제하는 '당연지정' 제도를 취하고 있다. 이에 따라 당연히 요양기관이 된 의료기관은 자신의 의사와는 전혀 무관하게 요양급여비용계약을 체결한 것으로 의제되어, 자신의 의사와 관계없이 요양급여비용계약 체결을 강제 당하게 된다.

즉, 개별 요양기관이 강제로 요양급여비용계약에 가입하게 되었다고 하더라도, 동 계약으로부터 탈퇴할 수 있거나 동 계약의 당부를 다룰 수 있는 여지가 있다면, 계약자유 본질적 내용을 침해하지 않았다고 볼 수도 있을 것이나 현행 국민건강보험법에 따른 요양급여체계는 개별 요양기관이 위와 같은 가능성을 인정하고 있지 않는 문제점이 있다.

3) 요양급여비용계약의 불복절차의 부재

다음으로 국민건강보험법은 요양기관이 요양급여비용계약에 대하여 불

31) 실제로 한번도 공단의 이사장과 의약계를 대표하는 자 사이에 계약이 체결된 전례가 없고, 보건복지부 장관이 일방적으로 요양급여비용을 정하는 관례가 정착되고 있다.

만이 있는 경우 이를 다룰 수 있는 방법을 마련하고 있지 않다. 국민건강보험법은 보험급여비용에 이의가 있는 자의 불복절차³²⁾를 규정하고 있으나, 그 대상은 위 비용에 관한 공단의 '처분' 이므로, 공단의 이사장과 의약계의 대표자가 체결한 공법상 계약인 요양급여비용계약의 경우에는 위 처분의 개념에 포섭되지 않는다. 결국 보건복지부 장관이 정한 요양급여비용의 경우, '처분'에 해당될 여지는 있으나, 위 계약은 '공단'의 처분이 아닌 이상 위 조항들에 의한 불복절차의 대상이 되지 않는 것이다.

나아가, 요양기관이 사위 기타 부당한 방법으로 보험자·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 (일부라도) 부담하게 한 때 업무정지 혹은 과징금의 제재를 받게 된다³³⁾. 따라서 요양급여비용 이외의 청구는 부당한 청구로 인정될 위험이 있으므로 요양기관으로서는 자신의 의사와는 관계없이 요양급여비용을 그대로 받아들일 수밖에 없다.

(2) 헌법상 기본권인 계약의 자유의 침해가능성

국민건강보험법상의 모든 요양기관을 강제적으로 계약관계에 편입시키는 것은 각 요양기관의 기본권 특히 계약의 자유를 과도하게 침해할 가능성이 있다. 헌법상 보장되는 계약자유 원칙이란 ① 계약을 체결할 것인가의 여부, ② 계약을 체결한다면 어떠한 내용의 계약을 체결할 것인지, ③ 어떠한 상대방과 계약을 체결할 것인지, ④ 어떠한 방식으로 계약을 체결하는지 등을 당사자 자신이 자기의사로 결정하는 자유를 말하며, '계약의 체결을 원하지 않을 경우 계약을 체결하지 않을 자유'도 계약자유 원칙에 포함된다.

그러나 계약의 자유도 헌법 제37조가 규정하고 있는 기본권제한의 일반 원리에 따른 제한이 가능하므로 요양급여비용계약체결의 법적 의제는 국민보건의 향상 및 사회보장의 증진이라는 공공복리를 위하여 국민건강보험법이라는 '법률'의 형식으로 계약체결을 강제하고 있는 만큼 형식적으로는 헌법에 위배되지 않는다고도 볼 수 있다. 그러나 기본권 제한의 일반원리(특히 과잉금지의 원칙)에 반하여 계약의 자유를 과도하게 침해하거나 계약

32) 국민건강보험법 제74조, 제75조, 제76조.

33) 국민건강보험법 제85조 제1항, 제2항.

자유와 본질적 내용을 침해하는 입법은 헌법이 보장하는 기본권인 위 행복 추구권 혹은 직업의 자유를 침해하는 것으로서 헌법에 반한다고 할 것이다.

그런데 계약자유와 내용 중 계약을 체결할지 여부에 관한 자유, 특히 계약의 체결을 원하지 않을 경우 계약을 체결하지 않을 자유는 계약의 자유의 본질적인 내용이라고 보아야 할 것이다. 물론 계약체결이 강제되는 경우에도 그에 대한 탈퇴나 불복절차가 마련되는 한, 계약자유에 대한 과도한 침해이거나 본질적 내용을 침해한다고 할 수는 없겠지만, 반대로 적절한 탈퇴나 불복절차가 존재하지 않는 상황 하에서의 계약강제는 계약자유를 과도하게 침해하거나 계약자유와 본질적인 내용을 침해하는 것이라고 해야 한다.

요양급여비용은 자신의 의사와는 전혀 관계없이 공단의 이사장과 의약계의 대표자가 정한 금액 혹은 보건복지부 장관이 정한 금액으로 받게 된다. 그리고 동법상의 요양기관 당연지정제에 의하여 이러한 요양급여비용 계약에의 미가입이나 탈퇴는 인정되고 있지 않으며, 개별 요양기관이 위 요양급여비용계약을 다룰 수 있는 방법이 전혀 마련되어 있지 않는 바, 요양기관은 요양급여비용계약에 관한 한 아무런 권한도 행사할 수 없다.

(3) 개선방향

1) 요양급여비용계약 당사자의 변경

현행 국민건강보험법 제42조 제1항에 의하면, 요양급여비용계약의 의료기관측 주체는 의약계를 대표하는 자이다. 그러나 이와 같이 의약계의 대표자 1인이 요양급여비용계약을 체결하도록 하는 방안은 동 계약에 있어서 의사협회, 치과의사협회, 약사협회 등으로 구성된 이질적이고 다양한 의약계의 의사를 반영하기에는 부적절하다. 따라서 요양급여비용계약의 협상주체를 각 의료계단체의 대표가 참여하는 요양급여비용위원회로 하여, 다양한 의료계의 입장을 요양급여비용계약 체결시 반영토록 하는 것이 바람직할 것이다.

2) 요양급여비용위원회의 규정 및 다수결 원칙의 도입

요양급여비용계약의 주체를 의료계를 대표하는 자 1인으로부터 요양급

여비용위원회로 변경할 경우 각급 의료단체의 이해가 엇갈릴 경우 이의 조율을 위한 시간이 요구된다. 만약 요양급여비용계약의 체결에 관하여 동 위원회의 만장일치를 요구한다면, 동 위원회 내의 각급 의료기관의 입장대립으로 인하여 계약의 체결이 지체되어 미체결될 경우 보건복지부장관에 의하여 일방적으로 요양급여비용이 결정될 가능성이 높아져, 요양급여비용위원회를 요양급여비용계약체결의 주체로 인정한 취지가 몰각될 위험이 있다.

따라서 요양급여비용계약의 체결에 있어서도 만장일치보다는 다수결의 원칙을 도입하는 것이 바람직하며, 단순다수결보다는 가중된 다수결(3/4의 찬성을 요하는 등)을 요구하는 것이 다양한 의료계의 이해를 폭넓게 반영할 수 있다는 측면에서 고려할 만하다.

3) 계약체결이 지체될 경우 임시규정³⁴⁾

현행 국민건강보험법은 요양급여비용계약이 계약기간만료일 전 3개월 이내에 체결되어야 하며, 동 기한 내에 요양급여비용계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부 장관이 건강보험정책심의위원회의 심의를 거쳐 요양급여비용을 정하도록 하고 있다³⁵⁾. 그러나 이와 같은 방식으로 요양급여비용을 결정하게 되면 요양급여비용계약제가 사실상 사문화하게 되는 문제점이 있다³⁶⁾.

따라서 이러한 일방결정 규정을 삭제하고 계약 미체결시의 경과처리 규정으로서 위 개정안과 같이 계약 미체결시 전년도 계약을 일단 적용하고 후일 계약이 체결된 후 그 차액을 정산하여 처리하도록 하는 것이 바

34) 독일과 프랑스는 수가를 포함한 요양급여에 관하여 의료보험조합과 보험의연합회 간에 계약에 의하고 계약불성립의 경우에는 중재기구의 결정에 의하나 당사자들이 충분한 사전준비와 빈번한 협의를 통하여 계약을 성립시키므로 계약불성립의 경우를 거의 상정할 수 없도록 운용되고 있음은 시사 하는 바가 크다.

35) 독일은 수가를 포함하여 의료행위전반에 관하여 보험의연합회와 의료보험금고간에 총괄계약(Gesamtverträge)을 체결하는데 계약불성립의 경우 중재청(Schiedsamt)의 다수결 판단에 의한다. 중재청은 보험의연합회 및 보험금고의 대리인이 각각 同數로 참가하고 3인의 공익대표로 구성되어 있다. 다만 중재청의 결정이 있을 때까지 종전의 계약내용이 잠정적으로 효력을 유지한다.

36) 위 각주 28)참조.

람직하다고 할 것이다.

5. 심사평가의 문제점

현행 국민건강보험법은 건강보험심사평가원에 대하여 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하는 업무를 부여하고 있는 바³⁷⁾, 국민건강보험공단은 건강보험심사평가원의 심사결과에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급하도록 되어 있다.

나아가 건강보험심사평가원의 심사는 최종적인 것으로 공단을 구속하며, 이에 불복할 경우에는 이의신청 및 소송으로서만 다룰 수 있는 바, 건강보험심사평가원에 의한 심사행위는 사법적 행위로서의 성격이 있다 할 것이다.

(1) 문제점

1) 건강보험관리공단으로부터 독립의 미비

요양급여비용은 요양급여의 수요자와 공급자의 이해에 직결되므로, 그 심사 및 결정은 객관적인 위치에 있는 기관에 의하여 공정하게 수행되어야 한다. 더욱이 상기한 바와 같이 사법적 행위로서의 성격을 가지고 있으므로 이해관계자인 보험자와 요양기관으로부터 독립된 기관에서 수행하여야 할 것이다. 그러나 현행 국민건강보험법에 의하면, 건강보험심사평가원은 국민건강보험공단과 재정적³⁸⁾, 행정적³⁹⁾ 지원을 받는 등 밀접한 관계를 유지하고 있는 바, 국민건강보험공단의 재정 등의 이유로 동 평가원의 요양급여비용의 심사 및 결정이 영향을 받을 위험이 있게 된다.

37) 국민건강보험법 제43조 제2항, 제3항.

38) 국민건강보험법 제60조 제1항.

39) 보험자인 국민건강보험공단의 요청 시에는 건강보험심사평가원이 자료를 제공하도록 되어 있고 의약계가 요청할 때에는 자료를 제공하지 않는다. 따라서 건강보험심사평가원은 의약계를 대표하는 자인 요양급여비용협의회의 위원장이 비용계약과 관련하여 자료를 요청한 경우 성실히 응하여야 할 것이다.

2) 전문성의 미비

한편 건강보험심사평가원의 업무가 요양급여의 적정성을 평가하는 것이라면, 의료부분의 전문지식이 필수적으로 요구된다. 심사기준의 합리성을 제고하기 위하여 증거중심(evidence-based approach)의 심사기준이 확립되어야 하고, 그러한 기준은 증거자료와 함께 제시되어야 할 것이다. 또한 기존의 심사기준을 당대의 의학수준에 걸맞게 지속적으로 수정 보완되어야 할 것이다. 그러나 심사기준을 아예 제시하지 않거나, 심사기준의 합리성을 두고 요양기관 측과 논란을 벌이면서도 구체적인 증거자료를 제시하지 못하거나, 당대의 의료수준에 뒤쳐진 심사기준을 제시하는 사례가 발생하고 있다.

그런데 이러한 문제점은 전문성이 부족한 일반 심사직원에 의하여 대부분의 심사가 수행되고 있고 전문 심사위원 혹은 심사위원회에 의한 심사가 미미함으로 인하여 발생하는 것이다.

(2) 개선방안

1) 독립성 확보

건강보험심사평가원이 그 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 심사평가기관으로서의 업무의 독립성이 선행되어야 하고, 그 전제로서 조직상의 독립성이 선행되어야 할 것이므로 일단 그러한 원칙을 선언하는 의미에서 동 조문에서 공단에서 독립한 기관임을 선언할 필요가 있다. 나아가 국민건강보험공단으로부터 재정적 지원을 배제하고 독자적인 재원을 확보하도록 하여야 한다. 또한 건강보험심사평가원은 요양기관 측으로부터 자료요청을 받을 경우 국민건강보험공단에 응하는 정도와 동일한 정도로 자료요청에 협조하여야 할 것이다.

2) 전문성 확보

심사기준의 의학적 적정성 및 심사의 수용성(compliance)을 담보할 수 있도록 의료전문가가 심사기준 개발과정부터 추후보완과정에 이르기까지 참여할 수 있는 기회를 제도적으로 보장하여야 할 것이다. 또한 건강보험심사평가원은 전문 심사직원을 다수 확보하고, 심사위원회를 활성화시켜

증거중심(evidence-based approach)의 심사기준이 정착할 수 있는 인적, 제도적 토대를 마련하여야 할 것이다.

IV. 결 어

사회보장기본법에 의하면 사회보장이라 함은 질병·장애·노령·실업·사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 빈곤을 해소하며 국민생활의 질을 향상시키기 위하여 제공되는 사회보험·공공부조·사회복지서비스 및 관련 복지제도를 말한다. 국민건강보험법은 사회보장기본법상의 사회보험의 일종이다. 그간 국민건강보험법은 전 국민에 대한 보험급여 실시 및 점진적인 보험급여 범위의 확대일로로 나아가고 있다. 그러나 이러한 보험제도의 확산 과정에서 여러 가지 문제점이 노출된 것도 사실이다. 특히 상기한 바와 같은 문제점으로 지적되면서 과연 국민건강보험이 복지국가 혹은 사회국가의 한계를 넘은 것이라는 비판이 제기되고 있는 것이다.

사회보장 혹은 사회보험은 20세기 들어 자본주의적 시장경제질서의 폐해로 말미암아 헌법상의 원리로 등장하게 된 복지국가 혹은 사회국가 이념에 따라 인정된 국가의 사회복지증진의무의 일내용이라고 할 수 있다. 헌법 제34조 제2항도 ‘국가는 사회보장·사회복지의 증진을 위하여 노력할 의무를 진다’고 규정하여 이와 같은 사회국가이념을 정면으로 도입하고 있다. 그러나 이러한 사회국가의 실현에는 일정한 한계가 있다.

즉, ① 사회국가는 사회주의국가와는 엄격히 구분되는 개념이므로 사회국가적 목표를 실현함에 있어서 사회 개량적 방법을 벗어날 수 없고 (개념본질상의 한계), ② 사회국가도 또 다른 헌법 원리인 법치국가의 원리를 이탈할 수는 없기 때문에 법치국가적 절차를 무시한 사회국가화는 허용될 수 없으며 (법치국가원리에 의한 한계), ③ 사회국가는 비록 그 목적 달성을 위하여 자유권적 기본권 등을 제한할 수는 있다고 하더라도 자유와 권리의 본질적 내용은 침해할 수 없고 (기본권제한상의 한계), ④ 사회국가의 실현에 소요되는 방대한 사회 정책적 투자를 위한 재원의 확보는 국가의 재정능력과 경제력에 의존할 수밖에 없으며 (재정·경제력

에 의한 한계). ⑤ 사회국가라고 하여 국가가 일방적으로 국민생활의 평준화·일원화를 강요할 수는 없는 것이고, 경제적·사회적 문제의 해결은 1차적으로는 개인적 차원에서 이루어지도록 하고 개인적 차원에서의 해결이 불가능한 경우에 비로소 국가가 개입해야 한다는 것 (보충성의 원리에 의한 한계) 등이 그 한계라고 할 것이다.

만일 의료보험제도가 의료비용의 공평한 부담 차원을 넘어서, 의료행위의 기준까지 정하게 된다면 이는 의료분야에 있어서 일종의 사회화를 의미하는 것이라고 할 수 있다. 특히 요양급여비용을 보건복지부 장관이 정하는 경우, 결국 의료행위 전반이 국가의 통제 하에 들어가게 된다고 할 수 있을 것이다.⁴⁰⁾ 이와 같이 국민건강보험법의 제규정들이 의료제도에 대한 전면적 사회화를 도입할 위험성을 내포하고 있는 이상, 이는 헌법의 사회국가원리에 의하여 정당화된다고 할 수 없으며 결국 헌법 제119조 제1항이 규정하고 있는 개인의 자유와 창의를 존중하는 경제 질서에 반할 소지가 있다고 할 것이고 이의 개선이 필요한 것이다.

[참고문헌]

- 권순원, 건강보험의 개혁방안-최근의 보험재정 위기를 중심으로, 의료법학 제2권 제1호
- 김창엽, 보건의료제도 측면에서 본 건강보험, 의료법학 제2권 제1호
- 문옥륜, 건강보험의 급여범위와 수준, 건강보험체계개편을 위한 방안 연구보고서
- 박은철, 요양급여비용계약제의 내용적 검토, 2000. 한국의료법학회 연제집
- 백태승, 요양급여비용계약제의 법적 성격과 입법방향, 2000. 한국의료법학회 연제집
- 백태승, 요양급여비용계약제 도입의 배경, 2000. 한국의료법학회 연제집
- 양봉민, 건강보험의 중장기 발전전략, 2003. 7. 송춘포럼 발표자료
- 이규식, 건강보험체계 개편을 위한 방안 연구, 건강보험체계개편을 위한 방안

40) 위 백태승 교수는 위 전계논문에서 “사회보장급여에서 국가의 의무만 중시한 나머지 의료공급자의 희생만 강요해서는 안 될 뿐만 아니라 다른 한편으로는 시장논리에 따라 국가의 최소한의 개입도 포기하여서는 안 될 것이다.”라고 하고 있다.

연구보고서

이선희, 건강보험심사평가원의 문제점과 개선방안, 건강보험체계개편을 위한
방안 연구보고서

이진경, 건강보험 본인부담 실태와 추이분석, 건강보험포럼 2002 가을호

이종찬, 외국의 의료보장정책과 제도에 관한 주체적 인식-영국의 NHS를 중심으
로.

전광석, 건강보험의 법률관계, 의료법학 제2권 제1호

전현희, 국민건강보험법의 문제점 및 개선방안, 의료법학 제2권 제1호

정홍기 외 1, 국민건강보험법, 한국법제연구원