

요양기관 강제지정제도에 대한
의식조사 및 개선방안

연세대학교 보건대학원
보건의료법윤리학과
김 기 성

요양기관 강제지정제도에 대한
의식조사 및 개선방안

지도 손 명 세 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2002 년 6 월 일

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

김 기 성

김기성의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 보건대학원

2002년 6월 일

감사의 글

무의미하게 흘러 보내온 시간들을 학업에 대한 열정으로 채워보고자 시작했던 대학원 생활을 이제 마감하려 합니다. 학문과 지식보다 사람됨의 의미와 더불어 살아가는 세상의 소중함을 느낄 수 있었던 지난 2년 반이라는 시간을 영원히 잊지 못할 것입니다.

작은 결실을 맺기까지 주변의 가르침과 도움이 너무나 컸습니다. 이 모든 분들께 진심으로 감사의 말씀을 올립니다. 저에게 깊은 관심과 배려로 본 논문이 완성되기까지 이끌어주신 손명세 교수님, 논문의 주제 선정과정에서 심사까지 기꺼이 허락해주신 김방철 대한의사협회 부회장님, 부실한 논문을 성심껏 조언해주신 이승우 교수님께 진심으로 머리 숙여 감사드립니다.

대한의사협회에 입사한 이후 대학원에 다닐 수 있도록 배려해주시고 격려해주신 박효길 심사평가원 심사위원장님과 전철수 전 의사협회 보험이사님께도 감사의 말씀을 드립니다. 또한 직장생활을 하며 부담없이 학업을 하도록 적극적으로 지원해주신 신성철, 진한석, 정진택 국장님들께 감사드리며, 자칫 딱딱한 직장생활을 훈훈하고 따뜻한 정으로 서로를 배려하며 지내는 보험국 식구인 강희정 선배님과 친구같은 후배주남, 용석, 미희의 아름다운 마음과 의사협회 직원들의 호의는 잊지 못할 것입니다.

그리고 대학원생활은 물론 회사업무와도 관계가 되어 같이 뛰고 함께 했던 장옥선 생님과 보건의료법윤리학과 사무실의 조교분들이 계셔서 대학원 생활이 즐거웠습니다.

헌법소원 준비와 설문조사 과정에 도움을 주신 황덕남 변호사님과 한동관 교수님, 이인영 교수님, 박상우 병원협회 보험부장님께도 감사드리며, 자료분석의 미흡함에 자신의 일과 같이 안타까워하며 바로잡아 주신 한국의학원 민혜영 선배님과 본 논문의 진행 과정 중 알게되어 기꺼이 자료제공과 조언의 말씀을 주신 건강보험 연구센터의 신수희 연구원님, 항상 철없는 동생을 지켜보듯 관심과 격려를 해주신 김혜숙 누님께 감사의 말씀을 전합니다.

그리고 무심한 친구를 묵묵히 지켜보며 곁에 있어준 성호와 소중한 친구들에게 미안한 마음과 함께 고마운 마음을 전합니다.

마지막으로 항상 넘치는 사랑으로 부족한 자식을 지켜주시는 아버님, 어머님과 사랑하는 가족들에게 감사한 마음을 전하고 싶습니다.

2002년 6월
김기성 올림

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구의 배경	1
제2절 연구의 목적	3
제3절 연구의 방법	4
1. 연구의 틀	4
2. 설문조사 방법	5
제4절 연구의 범위	6
제2장 요양기관 강제지정제도의 이론적 고찰	7
제1절 요양기관 강제지정제도의 도입배경 및 경과	7
가. 제정 의료보험법(1963.12.16. 제정)	8
나. 의료보험법 제1차 개정(1970.8.7. 개정)	8
다. 의료보험법 제2차 개정(1976.12.22.)	9
라. 의료보험법 제3차 개정(1979.4.17.)	9
마. 의료보험법 제4차 개정(1981.4.4.)	10
바. 의료보험법 제5차 개정(1984.12.31.) 및 제6차 개정(1994.1.7.)	10
사. 국민건강보험법(1999.2.8. 제정, 2000.7.1. 시행)	11
제2절 요양기관 강제지정제 헌법소원 변론자료 검토	12
1. 국민건강보험법 제40조1항에 대한 위헌소송 경위	12
2. 헌법소원 심판청구서 및 병합심리 변론자료	14
가. 헌법소원 심판청구서 주요내용	14
나. 제1차 헌법소원 병합심리시 소송관련자 변론 요약	17
다. 제2차 헌법소원 병합심리시 청구인 변론 요약	21
3. 소송관계자 쟁점사항 검토	23
가. 외국의 사례 및 공공의료기관	23
나. 의료서비스의 제한	24

다. 현 건강보험체계의 붕괴 위험성	26
제3절 요양기관 강제지정제의 영향	28
1. 저수가 정책으로 인한 의료체계 왜곡현상	28
가. 특정과에 대한 전공의 지원 기피 현상	29
나. 3시간 대기 3분진료 현상	30
2. 건강보험재정 위기 초래	31
3. 국민의 의료서비스 욕구 증대	32
4. 의료비용의 해외유출	33
5. 민간보험 역할 증대의 필요성 제기	35
제4절 외국의 요양기관 지정제도	36
1. 외국의 계약제 운영현황	36
가. 독 일	36
나. 프 랑 스	37
다. 일 본	38
라. 대 만	39
마. 미 국	40
바. 영 국	40
2. 시사점	41
제3장 요양기관강제지정제도에 관한 실제적 고찰	43
제1절 연구방법	43
1. 설문대상 및 자료수집 방법	43
2. 분석방법 및 조사내용	44
제2절 조사결과	45
1. 의사대상	45
가. 응답자의 사회·인구학적 특성	45
나. 응답자의 직업적 특성	47
다. 강제지정제도에 대한 거부감의 정도	48

라. 강제지정제 폐지시 진료 환자의 유형	51
마. 요양기관 지정방법에 대한 견해	53
바. 일반환자 진료시 적정수가	54
2. 국민대상	55
가. 응답자의 사회·인구학적 특성	55
나. 의료서비스 제한에 대한 인지도	57
다. 의료서비스 선택권리에 대한 견해	59
라. 의료서비스 선택제 도입시 이용 의향	61
마. 의료서비스 선택제 이용시 추가진료비 부담 수준	62
제3절 설문조사 고찰	63
제4장 요양기관 지정제도의 개선방안	69
1. 서	69
2. 계약에 의한 요양기관 지정제도	71
가. 자유계약제	73
나. 단체계약제	75
다. 자유계약제와 단체계약제의 절충형제도	76
3. 선결사항	78
가. 의료체계의 재설계	78
나. 공공의료기관의 확충	80
다. 계약제의 여건조성	81
제5장 결 론	82
참고문헌	84
부 록	87
ABSTRACT	93

<표차례>

표 1. 조사대상 및 설계	5
표 2. 건강보험의 연도별 재정 수지율	31
표 3. 외국의 의료보험제도 비교	42
표 4. 응답자의 사회인구학적 특성	46
표 5. 응답자의 직업적 특성	47
표 6. 응답자 특성별 강제지정제도에 대한 거부감	50
표 7. 강제지정제 폐지시 진료 환자 유형	52
표 8. 요양기관 지정방법에 대한 견해	53
표 9. 일반환자 진료시 적정수가	54
표 10. 응답자의 사회인구학적 특성	56
표 11. 의료서비스 제한에 대한 인지도	58
표 12. 의료서비스 선택권리에 대한 견해	60
표 13. 의료서비스 선택제 도입시 이용의향	61
표 14. 자유계약제와 단체계약제의 장·단점	77

<그림차례>

그림 1. 연구의 틀	4
그림 2. 우리나라 공공의료기관의 연도별 현황	23
그림 3. 의료법과 의료보험법의 적용	24
그림 4. 건강보험 적용범위 평가	33
그림 5. 외국에서의 진단 치료에 대한 생각	34
그림 6. 외국에서의 진단치료의 장애요인	34
그림 7. 의료서비스 선택제 이용시 추가진료비 부담수준	62
그림 8. 강제지정제도에 대한 거부감의 정도와 선택제 도입시 진료환자 유형 ..	64
그림 9. 건강보험 선택제 도입시 요양기관 지정방법에 대한 견해	65
그림 10. 의료서비스 제한에 대한 인지도 및 선택권리에 대한 견해	66
그림 11. 의료서비스 선택제 도입시 이용의향	67
그림 12. 현재 건강보험체제의 틀	72
그림 13. 요양기관 당연지정제 폐지후 건강보험체제의 틀	72
그림 14. 의료보장 체계의 모형	79
그림 15. 각국의 공공의료기관 비율	80

국문 요약

요양기관 강제지정제도에 대한 의식조사 및 개선방안

우리나라에 의료보험이 도입된 이후 현재까지 운영되어온 요양기관 강제 지정제도는 단기간내에 의료보험의 양적확대를 이루는 성과가 있었던 반면 그 부작용과 역기능이 나타났다. 보험가입자를 전 국민으로 확대하여 가는 과정중 불가피하게 시작된 저보험료와 저수가정책 및 강제지정제도는 결국 우리나라 의료수준의 하향평준화로 이어졌고, 의사 고유의 진료권과 국민의 의료서비스에 대한 욕구마저 제한하는 지경에까지 이르렀다.

본 논문에서는 요양기관 강제지정제도를 규정하고 있는 국민건강보험법 제40조제1항에 대한 위헌소송이 진행중인 시점에서 강제지정제도에 대한 의사와 국민의 의식 및 견해를 조사하고, 외국의 지정제도 현황을 상호 비교함으로써 새로운 형태의 지정제도에 대한 대안을 제시하고자 하였다.

외국의 경우 의료소비자나 의료공급자 모두에게 진료의 수준이나 범위에 대한 선택권을 전면적으로 봉쇄하고 있는 나라는 우리 나라를 제외하고 전혀 발견할 수가 없었으며, 국가보건서비스 방식을 채택하고 있는 영국이나 사회주의 국가인 중국에서조차 일부 의료기관의 사적체계 활동을 가능토록 예외를 두고 있었다.

의사를 대상으로 한 설문조사 결과 의사들은 강제지정제도의 폐지를 통하여 보험환자가 아닌 일반환자만을 진료하기를 원하는 것은 아니며, 계약제가 도입되더라도 대부분의 의료기관이 요양기관으로 계약을 체결할 것임이 예

상되었다. 결국 의사들은 지정방식을 강제하고 있는 현행의 강제지정제도 자체에 대하여 근본적으로 부정적인 견해를 갖고 있으며, 이를 규정하고 있는 관련법령상의 하자를 지적하고 있는 것으로 보여졌다. 국민을 대상으로 한 설문조사 과정에서 우리나라 건강보험체제와 의료제도에 대한 전반적인 인식이 크게 부족한 것으로 나타났는데 의료선진국가의 실현을 위하여는 조속히 국가, 보험자, 의료기관차원에서 대국민 홍보를 강화할 필요성이 있다고 판단되었다. 또한 국민의 선택진료 이용 실태와 추가진료비 부담을 감안할 때 보험환자를 진료하지 않는 일반진료기관을 이용할 가능성은 크지 않은 것으로 조사된 만큼 요양기관강제지정제도의 폐지로 인하여 전국민의료보험제도인 우리나라 보험체제에 혼란과 붕괴를 초래할 가능성은 크지 않음을 알 수 있었다.

최근 WTO를 통한 의료시장개방을 위한 세부협상과 민간의료보험의 확대 도입, 의료제도발전특별위원회의 의료체계개선을 위한 논의등이 진행되고 있는 시점에서 우리나라 의료정책의 변화와 제도개선의 필요성은 누구나 공감하고 있다.

따라서 요양기관 강제지정제를 규정하고 있는 국민건강보험법 제40조는 국민과 의사의 기본권과 자율성 확보를 위하여 그 위헌성이 조속히 판명되어야 할 것이며, 위헌여부는 별개로 하더라도 의료환경의 변화와 의료문화의 발전을 통한 선진 복지국가의 실현을 위해 강제지정제도의 폐지를 시작으로 우리나라 의료체계의 전반적인 재설계와 개혁작업이 진행되어야 할 것이다.

핵심되는 말 : 강제지정제, 국민건강보험, 계약, 의료체계, 기본권

제1장 서론

제1절 연구의 배경

우리나라 의료보험제도는 1977년 도입·시행된 이후 12년만인 1989년 7월 전국민의료보험을 실시하여 외형적으로는 짧은 시일 내에 의료보장의 혜택이 전국민에게 미치는 성과를 이루었다(박효길, 2000). 그러나 이러한 성공적인 의료보험 성장의 이면에는 당시 유신헌정권체제하에서 의료보험 요양기관으로의 강제지정제로 출발하여 보험재정 절감을 위한 각종 심사지침과 급여기준등으로 의료행위를 제한하고 통제하여온 국가시책이 있었다. 물론 당시 우리나라의 정치적·경제적 상황에서 의료보험제도를 정착·확대해 나가기 위하여는, 의료기관 및 국민을 대상으로 할 때 정책적 강제성과 통제가 많은 부분에서 허용되고 불가피하였다고 할 것이다.

이처럼 의료보험의 외형적 성장을 목표로 짧은 기간에 전국민의료보험을 실현하기 위해 저보험료 정책을 통한 보험가입자의 강제적용과 이로 인한 낮은 급여수준 및 의료수가체계는 전국민 의료보험실현 이후에도 지속되어 왔으며, 이는 결국 의료서비스의 질저하와 의료공급의 왜곡현상을 초래하게 되었다(김방철, 2001).

의료기관이 의료보험 요양기관으로 강제지정됨에 따라 의료공급자의 기본권인 의료행위에 대한 가격과 의사의 고유권한인 진료권을 제한받고 있으며, 일반 국민은 각종 심사기준 및 지침등에 의한 의료의 규격화로 인하여 의료서비스에 대한 선택권을 제한받게 되어 결국 의료공급자와 국민 모두가 의

료보험제도에 불만을 갖는 현상으로 나타났다.

현재 우리나라의 의료보험제도는 국민건강보험법이 시행된 이후 보험재정 파탄사태에 직면함에 따라 의료제도 전반에 걸친 개혁과 개정작업이 추진중이다. 의료계에서는 건강보험 요양기관 강제지정제도에 대한 위헌소송을 제기하여 의료제도의 문제점과 부작용을 해결키 위한 근본적인 문제제기와 의사의 진료권 및 자율성이 보장되는 의권향상을 추진하고 있으며, 시민단체는 국민의 권리의식과 알권리 강화를 위하여 의료정책의 많은 부분에 적극적으로 참여하고 있다. 이러한 상황에서 정부는 민간보험의 도입과 관련하여 그 방안을 조심스럽게 논의하며 추진하고 있는 만큼 현재 건강보험제도하에서의 의료기관 강제지정제도와 의료서비스의 제한은 그 부작용이 여실히 드러난 것이라 하겠다.

특히, 2000년 8월 의료계에서 제기한 요양기관 강제지정제¹⁾ 위헌소송²⁾이 진행중인 시점에서 요양기관 강제지정제도 및 국민의 의료서비스 제한에 대한 의사와 국민의 인지도를 조사하고 현행의 강제지정제도를 대신할 수 있는 대안을 제시하고자 본 연구를 수행하였다.

1) 국민건강보험법상 요양기관을 강제로 지정하는 직접적인 조항은 명시되어 있지 않으나 의료기관의 경우 건강보험 요양급여를 당연히 행하도록 규정하고 있으며, 이를 위반시 벌칙조항을 규정하고 있어 실질적인 강제지정제로 운영되고 있는바, 본 논문에서는 당연지정제도 대신 강제지정제도라는 용어를 사용하였다.

2) 2000헌마505 국민건강보험법 제40조제1항 위헌확인 소
청구인 : 김방철, 노만희, 이송, 한동관 이상4인

제2절 연구의 목적

본 연구는 현재 우리나라 의료제도중 건강보험 요양기관 강제지정제도에 대하여 현재 헌법재판소에서 진행중인 헌법소원 과정중 소송관계인 양측에서 제시한 변론자료를 검토하고, 외국의 요양기관 지정제도를 조사 비교함으로써 요양기관 강제지정제를 규정하고 있는 국민건강보험법 제40조제1항의 위헌여부에 대한 이론적 검토를 목적으로 하였다.

설문조사를 통하여 강제지정제도에 대한 의사의 견해를 조사함으로써 강제지정제가 폐지될 시 보험제도권 내의 가입여부와 강제지정이 아닌 새로운 형태의 지정제도에 대한 의사들의 선호도를 조사하고, 현재의 건강보험체계 내에서 제한되는 의료서비스에 대한 국민의 인지도와 의식조사를 통해 현 강제지정제도의 문제점을 파악하기 위함이었다. 아울러 설문조사 과정에서 제시된 새로운 요양기관 지정제도인 단체계약제와 자유계약제에 대하여 각각의 장단점과 제도도입을 위한 구체적인 세부방안 및 선결조건 등을 알아보고자 하였다.

즉, 국민건강보험법 제40조제1항의 위헌성 여부와 강제지정제도 및 의료서비스 제한에 대한 의사와 국민을 대상으로 한 인지도 조사를 통하여 새로운 형태의 요양기관 지정제도에 대한 대안을 제시함으로써 향후 우리나라 의료정책에 참고자료를 제시하는데 본 연구의 목적을 두었다.

제3절 연구의 방법

1. 연구의 틀

본 연구는 크게 두가지 방법으로 진행하였다. 첫째는 요양기관 강제지정제 및 의료서비스를 제한하는 건강보험제도의 이론적 검토를 위해 헌법소원 자료를 통한 국민건강보험법의 위헌 여부와 외국의 제도등을 비교·조사하였고, 둘째로는 강제지정제도와 의료서비스제한에 대한 설문조사를 통해 국민과 의사의 인식도를 알아보고 새로운 형태의 지정제도에 견해를 알아보고자 <그림 1>과 같은 모형을 구성하였다.

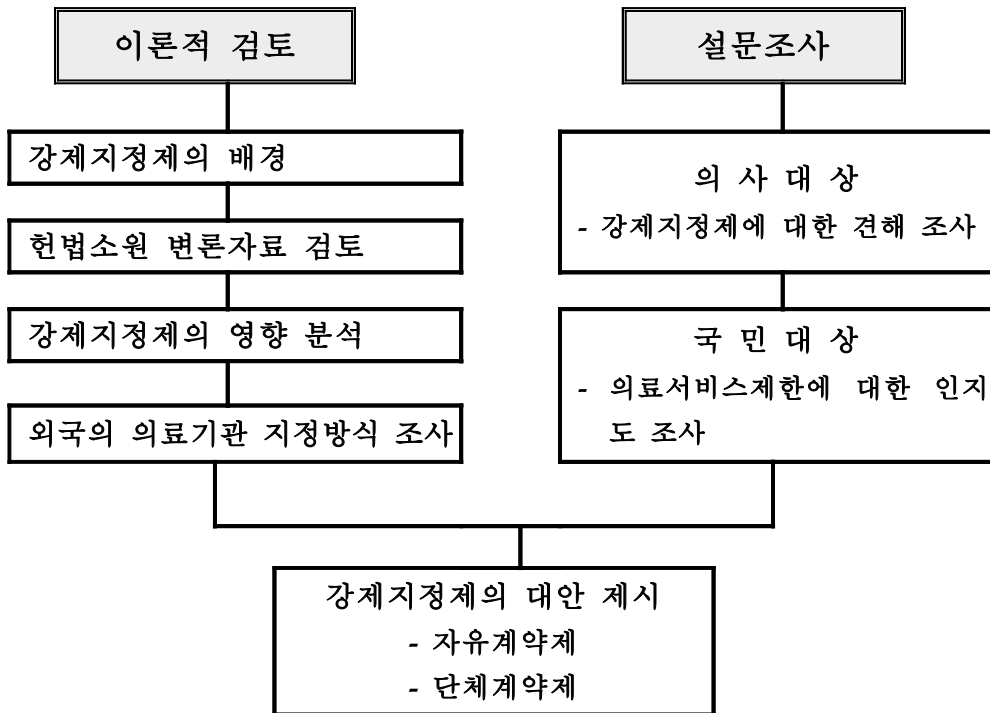


그림 1. 연구의 틀

2. 설문조사 방법

가. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구는 2001년 5월 전화면접을 통한 방법으로 조사된 자료를 이용하였으며 구체적인 표본설계는 다음의 표와 같다.

표 1. 조사대상 및 설계

구 분	A. 일반인 조사	B. 의사 조사
조사 대상	만 18세이상 남·녀	의 사
조사 지역	전	국
표 본 크 기	1,068명	1,060명
표 본 오 차	±3.0% (95% 신뢰수준)	
표본추출방법	지역별 인구수비례 무작위 추출법	지역별/ 진료과목을 고려한 유의할당 추출
자료수집도구	구조화된 질문지(Structured questionnaire)	
조사 내용	<ul style="list-style-type: none"> ● 의료기관 강제지정제가 폐지될시 제도권내로의 가입여부 ● 강제지정제를 대신할 수 있는 제도 유형 ● 의료서비스 제한에 대한 국민의 인지도 ● 의료서비스 제한이 없는 새로운 제도도입시 이용의향 	

나. 분석방법 및 내용

전화조사를 통해 수집된 자료를 SAS(Statistical Analysis System)를 이용하여 통계처리를 하였으며, 세부적인 분석방법과 내용은 제3장에서 구체적으로 기술하였다.

제4절 연구의 범위

본 연구는 이론적 검토와 설문조사를 분석하는 방법으로 진행됨에 따라 이론적 검토는 요양기관 강제지정제를 규정하고 있는 국민건강보험법제40조 제1항의 위헌성검토, 강제지정제도의 배경 및 영향분석, 외국의 지정제도를 조사하는 것으로 연구의 범위를 설정하였다. 설문조사과정에 있어 의사를 대상으로 실시한 조사에서는 강제지정제도가 폐지될 경우 제도권내로의 가입의향과 강제지정이 아닌 새로운 형태의 지정방식에 대한 선호도를 파악하고, 국민을 대상으로 현 건강보험제도 내에서의 의료서비스 제한에 대한 인식도 조사와 새로운 보험제도의 도입시 가입여부등을 조사하는 것으로 설문 조사의 범위를 한정하였다. 구체적인 연구의 범위와 과정은 다음과 같다.

제2장에서 요양기관 강제지정제도의 도입배경 및 경과를 살펴보고 현행 동 강제지정제를 규정하고 있는 국민건강보험법 제40조1항의 위헌성 여부에 대하여 청구인측과 피청구인측에서 헌법재판소에 제출한 변론자료를 참고하여 이론적 검토를 한다.

제3절에서 의료기관 강제지정제가 우리나라 의료제도에 미치는 영향을 분석한다.

제4절에서 외국의 요양기관 지정제도 및 운영현황을 알아본다.

제3장 요양기관강제지정제도에 관한 실제적 고찰을 통하여 의사와 국민을 대상으로 한 설문조사결과를 통해 의료기관 강제지정제도 및 국민의 의료서비스 제한에 대한 인지도 및 견해를 파악한다.

제4장에서 외국의 의료보험제도와 설문결과를 통한 의사 및 국민의 견해를 바탕으로 현재의 건강보험제도를 대신할 수 있는 개선방안을 제시한다.

제2장 요양기관 강제지정제도의 이론적 고찰

제1절 요양기관 강제지정제도의 도입배경 및 경과

우리나라의 의료보험법은 1963년 12월에 처음으로 제정되었으나, 국민의 보험료 부담능력, 보험관리체계의 미비등 제반여건이 갖추어지지 않았다는 이유로 1977년에서야 시행하게 되었다. 처음 의료보험제도가 실시될 때는 근로자 500인이상 사업장에 한하여 의료보험이 실시되었으므로 보험조합도 소수이고, 요양기관도 소수여서 상호 개별계약제로 운영되었다. 그러나, 1979년 공·교의료보험이 실시되면서부터 다수의 보험자와 요양기관이 계약하게 되어 진료비 지급과 심사업무가 복잡해지고, 의료보험수가가 관행수가의 50%선에서 결정됨에 따라 의료기관의 입장에서는 굳이 원가에도 미치지 못하는 낮은 수가의 의료보험을 계약할 이유가 없어짐에 따라 의료보험계약을 기피하는 상황이 되었다.

더구나 대부분의 조합에서는 일부 대형병원만을 선호하여 계약을 원하다 보니 의료보험 계약이 원만하게 진행될 수 없었다. 이처럼 보험자와 의료기관간의 계약제도가 지장을 초래하자 정부는 기존의 의료기관을 모두 의료보험 요양기관으로 지정하고 향후 신설되는 의료기관도 개설과 동시에 지정되는 요양기관 강제지정제도를 도입하였다(김방철, 2001).

한편, 이러한 요양기관 강제지정제도를 규정하고 있는 의료보험법 관련조항의 변화 과정을 살펴보면 다음과 같다.

가. 제정 의료보험법(1963.12.16. 제정)

제정 의료보험법 제39조 1항은 “피보험자 또는 그 부양가족에 대한 요양급여는 대통령령이 정하는 바에 의하여 보험의료기관에서 행한다” 라고 규정하고 있고, 제39조 제2항은 “전항의 보험의료기관은 의료법 제8조에 규정된 의료기관 중에서 대통령령이 정하는 바에 의하여 보험자의 신청에 의하여 보건사회부장관이 지정한다.” 라고 규정하여 보험자의 요양기관 지정신청권을 인정하고 세부지정절차는 대통령령으로 정하도록 위임규정을 둠으로써 요양기관으로부터 신청을 받아 지정하는 방식으로 운영하였다.

나. 의료보험법 제1차 개정(1970.8.7. 개정)

1970년 8월 개정된 의료보험법은 제42조에서 제정 의료보험법 제39조 제2항의 ‘보험자의 신청에 의하여’ 라는 자구를 삭제하고, “전항의 규정에 의한 보건의료기관은 의료법 제8조의 규정에의 의료기관 중에서 대통령령이 정하는 바에 의하여 보건사회부장관이 지정한다.” 라고만 규정하여 제정 의료보험법과 달리 보험자의 신청권한을 삭제하고 의료보험 요양기관 지정을 대통령령이 정하는 바에 따라 보건사회부장관이 지정하도록 규정하여 의료기관이 요양기관 지정을 신청하는 신청주의를 채택하였다. 그리고 제3항에서 “보건사회부장관은 정부가 관장하는 의료보험의 피보험자 및 그 부양가족의 요양을 위하여 필요한 때에는 보건소 및 보건지소를 보험의료기관으로 지정할 수 있다.” 라고 규정하였다.

다. 의료보험법 제2차 개정(1976.12.22.)

제2차 개정의 핵심사항은 요양취급기관의 강제지정과 약국을 요양기관에 포함시킨 것인 바, 제29조 제2항은 “제1항 제1호 내지 제4호의 규정에 의한 요양급여는 부득이한 경우를 제외하고는 다음 각호의 의료기관 또는 약국(이하, “요양취급기관” 이라 한다)에서 행한다” 라고 규정하여 약국을 요양기관에서 포함시키는 근거를 신설하는 한편, 제32조에서 “제29조 제2항 제1호의 요양취급기관은 보건사회부령이 정하는 바에 의하여 보험자가 보건사회부장관의 승인을 얻어 이를 지정한다.” 라고 규정하고 제1차 개정시까지 존재하던 요양기관의 지정취소 신청제도를 폐지함으로써 전면적인 강제지정제도를 도입하였다.

라. 의료보험법 제3차 개정(1979.4.17.)

의료보험법제32조 제1항에서 “제29조 제2항 제1호의 요양취급기관은 보건사회부령이 정하는 바에 의하여 보험자 또는 보험자로 구성된 단체(이하 “보험자단체”라 한다)가 보건사회부장관의 승인을 얻어 이를 지정한다. 지정을 취소하고자 할 때에도 또한 같다.” 라고 규정하여 요양기관 지정권자에 보험자단체를 포함시켰으며 제2항은 “보험자 또는 보험자단체는 제1항 또는 제4항의 규정에 의한 지정을 함에 있어서 필요한 때에는 의사회·치과의사회·약사회 또는 기타 의약관계단체(이하 “의약관계단체”라 한다)와 협의하여 지정하고 그 지정통보를 의약관계단체에 의뢰할 수 있다.” 라고 규정하여 요양취급기관의 지정시 필요적 협의 조항을 삽입하였다. 그리고 제3항은 “의약관계단체는 제2항의 지정통보의뢰를 받은 때에는 지체없이 그 사실을 해당 의료기관 및 약국에 통보하여야 한다” 라고 규정하고 있고 제4항은 “보건사

회부장관은 필요하다고 인정할 때에는 보험자 또는 보험자단체에 대하여 요양취급기관을 지정하게 할 수 있다.” 라고 규정하여 보건사회부장관의 임의적 요양기관 지정권을 신설하였다. 마지막으로 제5항에서 “제1항 또는 제4항의 규정에 의하여 지정을 받은 의료기관 및 약국은 정당한 이유없이 이를 거부하지 못한다.” 라고 규정하였다.

마. 의료보험법 제4차 개정(1981.4.4.)

의료보험법제32조 제1항에서 “제29조 제2항 제1호의 요양취급기관은 보건사회부령이 정하는 바에 의하여 보험자 또는 보험자로 구성된 단체(이하 “보험자단체”라 한다)가 이를 지정한다.” 라고 규정하여 보건사회부장관의 승인이 필요 없게 하였다. 제2항은 “보험자는 제1항의 규정에 의한 요양취급기관지정 권한을 보험자단체에 위임할 수 있다.” 라고 개정하고 제3항에서는 “보험자 또는 보험자단체는 제1항의 규정에 의한 요양취급기관의 지정을 함에 있어서 필요한 때에는 제1차진료기관과 제2차진료기관으로 구분하여 지정할 수 있다. 이 경우 제1차진료기관은 통원에 의한 가료를 행하는 진료기관으로서 의원급 의료기관·보건소·보건지소 또는 보건진료소 중에서, 제2차진료기관은 입원 또는 특수진료에 의한 가료를 행하는 진료기관으로서 병원 또는 종합병원급 의료기관 중에서 지정하여야 한다.” 라고 규정하였다.

바. 의료보험법 제5차 개정(1984.12.31.) 및 제6차 개정(1994.1.7.)

강제지정제도에 관한 별다른 제도상의 변화없이 관련조항의 문구수정에 그쳤다.

사. 국민건강보험법(1999.2.8. 제정, 2000.7.1. 시행)

국민건강보험법은 구 의료보험법의 규정을 그대로 따라 요양기관의 지정에 관한 규정을 별도로 두지 않고 제40조 제1항에서 요양기관의 종류와 요양기관 제외대상만 규정하고 동조 제4항에서 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못하도록 함으로써 당연지정제의 형식으로 요양기관을 지정하고 있다.

이와같이 요양기관 지정제도를 규정하고 있는 관련법령의 변천과정을 살펴볼 때, 제정 의료보험법에서는 보험자의 요양기관 지정신청권을 인정하여 요양기관 강제지정제와는 동떨어진 형태로 보험자와 보험자와 요양기관의 자율성을 상당 부분 보장하였으며, 요양기관 지정취소제도를 두어 이를 뒷받침하였다.

그런데 제1차 개정 의료보험법에서는 보험자의 신청권한을 삭제하고 의료기관이 요양기관 지정을 신청하는 신청주의를 채택하여 자율권에 제한을 가하였고 제2차 개정 의료보험법은 요양기관의 지정취소 신청제도를 폐지함으로써 전면적인 강제지정제도를 도입하였다. 이에 요양기관의 지정취소 신청제도를 폐지하고 보험자의 일방적인 취소권한만을 인정하여 보조를 맞추고 있다.

이후 헌법재판소의 의료보험법 제33조 제1항에 대한 위헌 결정³⁾으로 요양기관 지정 취소에 관한 규정은 삭제되었고, 제7차 개정 의료보험법에서 기존의 방식과 달리 당연지정제의 형식으로 요양기관을 지정한 후 이것이 국민건강보험법에 그대로 존치되게 되었다(황덕남, 2002).

3) 憲裁決 1998. 5. 28. 96헌가1

제2절 요양기관 강제지정제 헌법소원 변론자료 검토

1. 국민건강보험법 제40조1항에 대한 위헌소송 경위

의료보험재정통합과 의약분업등 우리나라 의료보험제도의 전반적인 개편을 위한 국민건강보험법이 제정⁴⁾된 이후 종전의 의료보험에서 건강보험으로의 개념전환과 함께 제도적으로도 많은 변화가 있었다. 특히 의료보험법에서 요양기관을 강제로 지정했던 조항은 직장과 공·교조합이 통합됨으로써 제정된 국민의료보험법에 요양기관 '지정' 혹은 '취소'등의 용어 자체가 없어진 것을 바탕으로 하여 국민건강보험법에서 제40조 제1항에 모든 의료기관과 약국에서 요양급여를 행하도록 명시하고, 이를 위반할 경우 500만원이하의 벌금에 처한다는 벌칙조항을 두었다.

이처럼 의료보험법에 의한 강제지정제도가 국민건강보험법에 의하여 당연지정제도로 전환되었다고는 하나 벌칙조항을 별도로 규정함으로써 강제지정에서 당연지정으로 용어만 바뀌었을 뿐 실질적으로는 종전의 강제지정제 형태를 계속 유지하였다.

한편, 우리나라에 의료보험이 도입·시행된 이후 요양기관강제지정제도의 직접적인 영향을 받아 온 의료계는 의료보험 도입당시만 해도 우리나라가 유신정권이라는 강력한 통치력을 행사하는 정부하에 오로지 국가발전에 매진할 때이므로 의료계 입장에서는 반대의견을 감히 낼 수 없는 정치적·사회적 환경이었고, 전체 인구 중 일부만이 의료보험을 시행하고 있기 때문에 쉽게 적응할 수 있었다. 그러나 의료보험제도 도입 후 12년만에 전국민의료보험으로 확대 실시된 반면 원가이하의 낮은 수가와 규제일변도의 정책으로

4) 1999. 2. 8. 법률 제5,854호

인하여 의료계의 전반적인 여건이 점차 어려워지자 정부 규제의 대표적인 강제지정제도의 불합리한 점을 논의하게 되었고 위헌적 요소가 다분한 것으로 판단됨에 따라 헌법소원을 고려하기에 이르렀다.

또한, 법조계에서도 강제지정조항은 국가가 공익을 위해 일부의 자유를 규제하는 것이 허용되어야 마땅하다는 견해를 보였으나 일부에서는 아무리 공익이 우선한다고 해도 의료계를 위한 국가의 열악한 역할을 감안할 때 위헌소지가 많다는 의견이 우세하여 한층 고무되었던 적도 있었다. 그러나 의료계에서는 위헌소송을 제기하여 패소할 경우 의료보험법 개정해 정부와 협상할 수 있는 여지를 상실하게 되는 결과를 초래할 수 있다고 판단하여 위헌소송을 신중하게 고려하여왔다(김방철, 2001).

그러던 중 국민건강보험법이 제정되면서 고시에 의한 수가제도가 개선되어 아직은 완벽하지는 않으나 보험자와 의료공급자간의 계약절차를 규정한 수가계약제로 변경되었고, 또한 의료계가 주장해온 제3의 독립심사기구로서 건강보험심사평가원이 설립되어 역할을 정립해가고 있는데 반해 지정제도에 관한 법 조항은 없어졌으나 별칙조항에 의료기관이 건강보험의 요양급여를 하지 않으면 벌금을 부과토록 하는 “강제지정제”를 고수하였다.

따라서 법률에 대한 위헌소송은 법률이 시행된 날로부터 180일 이내에 청구해야하는 규정에 따라 의료계에서는 마침내 각 종별 의료기관 대표자 4인이 공동으로 국민건강보험법 제40조 제1항의 강제지정제도에 대한 위헌소송을 제기하였고, 사전심사 결과 위헌여부를 가릴 필요성을 인정받아 본 소송이 총 두차례의 병합심리를 거쳐 현재 최종 판결만이 남아있다.

2. 헌법소원 심판청구서 및 병합심리 변론자료

2000년 8월 의료계는 각 종별 의료기관의 대표자를 청구인으로 하여 건강보험요양기관 강제지정제를 규정하고 있는 국민건강보험법 제40조1항에 대하여 헌법소원을 제기하였으며, 2002년 2월 21일 제1차 병합심리를 거쳤다. 한편, 요양기관 강제지정제 위헌소송에 대하여 헌법재판소에서는 헌법소원이 대부분 서면자료를 통하여 진행되어온 종전의 관례에서 벗어나 이례적으로 변호사의 구술변론 기회를 부여한 한 첫 공판 이후 2002년 4월에는 양측의 참고인이 진술토록 한 제2차 병합심리가 열렸다.

본 장에서는 청구인측인 의료계에서 제출한 헌법소원 심판청구서와 제1차, 2차 병합심리 시 소송관련자 양측의 변론자료를 비교·조사하였다.

가. 헌법소원 심판청구서 주요내용

건강보험 요양기관 강제지정제를 규정하고 있는 국민건강보험법 제40조 제1항은 다음 사항에 대하여 위헌적 요소가 있음을 주요 내용으로 하고 있다.

1) 헌법 제11조 평등권(헌법 제10조의 행복추구권)

국민건강보험법상에 정해져 있는 요양급여는 그 방법·절차·범위·상한 등의 기준이 보건복지부령으로 정하게 되어있어서 결국은 요양기관으로 지정된 의료기관은 국가가 정하는 기준에 따라 일률적으로 동일한 의료서비스를 제공하고, 동일한 대우를 받게 되어 있다. 합리적 차별이라는 관점에서 각각의 다양성에 따라 달리 취급받을 수 있도록 선택의 기회를 보장해주는 것이 필요하며 “같지 않은 것은 같지 않게” 처리하여 실현하는 것이 보장되

어야 한다. 따라서 의료법에 의해서 개설된 의료기관 중에서도 자율적인 의사에 따라 국민건강보험법상의 요양기관으로 지정받아서 요양급여를 행할지 여부에 대한 선택의 기회를 제공받도록 처리하는 것이 필요하다.

모든 의료기관이 의료서비스를 제공한다는 공통점을 제외하면, 의료기관마다 그에 종사하는 전문인력의 수에 있어서나 시설규모 및 진료내용, 수준 등에서 현저한 차이가 있다. 그런데, 이러한 차이를 무시하고 모든 의료기관을 동일하게 취급하는 것은 평등권을 침해하는 것이다. 따라서 의료법에 의해 개설된 의료기관들은 시설, 규모, 수준의 면에서 다양함에도 자율적인 의사에 따라 국민건강보험법의 요양기관으로 지정받아 요양급여를 행할지 여부에 대한 선택의 기회를 부여하지 않고 요양기관의 당연지정제를 정하고 있는 것은 헌법 제11조의 평등권을 침해한 것이다.

따라서 국민건강보험법 제40조에 따른 일률적 취급에 의하여 파생되는 이러한 선택의 기회 상실은 헌법 제11조의 평등권에 위반되는 것이며 또한, 이는 의료소비자의 측면에서 본다면 헌법 제10조의 행복추구권을 침해하는 규정인 것이다.

2) 헌법 제15조 직업의 자유(헌법 제119조 제1항 기본적 경제질서)

공무원이 아닌 의료인들에게 국민건강보험법상의 요양기관으로서 의료업을 수행할 것인지에 대한 선택의 기회를 주지 않고 모든 의료인들을 사회보험인 '의료보험'에 강제로 동원하여 의료보험제도하에서만 직업을 수행할 수 있도록 하고, 자신의 능력이나 노력에 관계없이 요양급여기준의 범위내에서만 직업을 수행할 수 있도록 국가에서 통제하는 것은 직업의 자유의 가장 핵심적인 내용인 개성신장을 추구할 수 있게 하는 기회를 박탈하는 것으로 의료인들의 직업수행의 자유를 심각하게 침해하는 결과로써 의료인들에 대하여 헌법 제15조에 보장된 직업선택의 자유를 침해하고 헌법 제119조에서

선언하고 있는 경제질서에 위반하고 있다.

3) 헌법 제22조 학문의 자유 위반에 대하여

국민건강보험의 체계안에서만 의료활동을 하도록 강제함으로 인하여 의료인들은 정해진 범위안에서, 동일한 수준의 의료행위만을 제공하면서 동일한 저가의 보수만을 수령하게 되어 결국 의료인의 능력이 생명을 위한 과학의 발전에 대한 기여도나 기여 가능성보다는 진료하는 환자의 수에 따라 좌우되는 결과를 초래하게 되었다. 또한, 의료인들의 의료활동이 의료법에 의하여 인정되는 범위에 속한다고 하더라도 국민건강보험법에 의하여 인정되지 아니하는 한 정당한 의료활동으로 인정받지 못하고 형사상 처벌대상이 되는 등 의료법에 의하여 허용되는 의료의 범위가 국민건강보험법에 의하여 위축되어 의료발전, 즉 학문의 발전을 저해하고 있다.

4) 헌법 제23조 재산권의 침해에 대하여

민간의료기관은 자신들의 고유한 자본과 노력으로 의료재를 생산함에도 불구하고, 사회보험의 확충이라는 공익적 요구에 의해 요양기관으로 편입되어 불가피한 희생을 감수하고 있다고는 하나, 우리 헌법 제23조 제3항에서 재산권에 부과된 특별한 손실에 대한 정당한 보상을 지급하여야 한다고 규정하고 있음을 감안할 때, 요양기관의 편입으로 인한 손실을 제대로 보상받지 못하고 있다.

나. 제1차 헌법소원 병합심리시 소송관련자 변론 요약

1) 청구인측 주요 변론 내용

① 법규정의 변천과정

의료보험법 제정당시에는 의료기관에게 지정신청권, 요양기관으로 지정된 경우 지정취소신청권을 인정하여 의료기관의 자율성을 보장하였던 적이 있었으나, 의료보험 가입대상자의 확충과 의료보험취급의료기관의 확보를 위하여 여러차례의 법개정을 통해 법률상 모든 의료기관을 요양기관으로 정하는 당연지정제를 채택하였음.

② 다른 나라의 제도 비교

요양기관 당연지정제도가 불가피한 정책의 선택인지 여부를 판단하기에 앞서 일본, 대만, 프랑스, 독일, 영국, 미국에서의 보험 요양기관 지정제도를 살펴 본 결과 대부분 전국민보험을 실시하고 있음에도 모든 의료기관을 그 의사여부와 관계없이 보험요양기관으로 강제하는 제도를 채택하고 있는 나라는 없었음.

의사의 사적 자치를 거의 허용하지 않는 것으로 이해하고 있는 영국에서 마저 의사는 국가 의료보장 체계의 내부에서 활동할 수도 있고 국가 의료보장 체계의 외부에서 활동할 수도 있었음. 따라서, 환자 역시 자신의 지불능력에 따라 국가 의료보장 체계가 아니라 일반 계약법에 따라 의료서비스를 구입할 수 있는 권리를 가지고 있었음.

③ 구체적인 침해의 정도

첫째, 의료공급자와 소비자 모두에게 건강보험체제 내에서 허용하는 의료 서비스로 제한함에 따라 양질의 의료에 대한 선택권을 박탈하고 있으며,

둘째, 우리 나라의 경우 공공의료기관과 민간 의료기관의 차이는 그 설치·운영비용의 부담자가 누구이냐의 차이일 뿐, 운영과정이나 대가에 대하여서는 동일한 원리가 적용되고 있어 사유재산권의 과도한 침해라 볼 수 있음.

④ 당연지정제의 부작용

첫째, 소변배액용기, 자동봉합기 및 내시경재 trocar 등의 사례를 통한 선택권이 제한되는 의료서비스

둘째, 진료비의 해외유출

셋째, 의학전공자들의 특정진료과 기피현상, 투자의욕의 상실

⑤ 국민건강보험이 와해될 것이라는 우려에 대하여

당연지정제가 폐지된다면 국민건강보험체제가 와해될 것이라는 우려에 대하여 설문조사 결과 일반환자만을 취급하겠다는 비율은 11% 정도에 불과하였으며, 일반인들이 현행 건강보험하에서 그나마 인정되는 소위 특진이라고 하는 선택진료를 활용하는 비율은 22.7%에 불과하였음.

⑥ 당연지정제의 대안 제시

국가 또는 지방자치단체 등 공공의료기관을 확충이 기본적으로 전제되어야 하며, 의료기관 중 지역별로 일정한 비율에 대하여 보험취급 요양기관으로서 진료를 하도록 하는 등 당연지정제도를 대신하는 여러 대안이 가능함.

2) 청구인 변론에 대한 피청구인측의 반박내용

① 외국의 요양기관 지정제도 사례 관련

외국의 경우는 우리의 현실과 매우 상이하므로 단순비교 할 수 없다는 것을 이해해야 하며, 선진국의 경우 공공의료기관이 국민전체에 대한 의료공급을 50% 내지 70% 이상을 차지하고 있음.

특히 영국의 경우 90%이며, 미국의 경우에도 공공의료기관이 차지하는 비중이 40%에 달하는 것을 감안해야 함.

② 공공의료기관의 비율

우리나라 공공의료기관수는 전체기관 중 9%, 병상수는 13%에 그치고 있으며 지역적으로 고르게 분포되지 못하고 있음.

민간의료기관이 90% 이상인 가운데 의료계 폐·파업 시 실질적으로 국민들의 피해정도가 컸으며, 이처럼 공공의료기관이 충분히 확보되지 않은 현실에서 현행 당연지정제의 본질을 훼손하게 될 경우 국민 건강권 보장이라는 책무를 방기하는 것임.

③ 당연지정제도하에서는 의료발전을 기대할 수 없다는 주장과 관련

청구인측은 현 체제하에서는 동일한 수준의 의료행위만을 제공해야 하기 때문에 의료발전이 어렵다는 주장을 하고 있으나 현행 당연지정제하에서도 신의료기술로 즉시 시술할 수 있으며, 더욱이 수가계약을 통해 보험자와 의료계가 대등하게 이를 정하게 돼 문제가 없음. 따라서 의료발전을 수용할 수 있는 적극적인 장치가 마련되어 있으므로 당연지정제로 인한 부작용은 없는 것임.

④ 현 건강보험체제가 붕괴된다는 우려에 대해

요양기관 계약제 도입 시 현 건강보험체제의 유지는 사실상 불가능한 것이며, 의료기관 이해관계에 따라 의료서비스의 공급이 불안정하게 되어 건강보험제도 자체의 시행이 어렵게 되고, 검증되지 않은 의료서비스의 남발로 의료비용의 폭증이 유발될 것임.

⑤ 영업의 자유침해, 공급자 및 환자 선택권 제한

의료기관은 일반환자, 자동차보험, 산재보험, 의료보호 등 건강보험이 아닌 환자들을 자유롭게 진료할 수 있고, 건강보험환자라 하더라도 건강보험에서 제외되는 진료부문이 있기 때문에 건강보험 요양기관으로서 당연지정이 다른 영역의 환자들에 대한 진료를 금지하는 것은 아님.

따라서 당연지정제라고 하여 마치 의료기관이 건강보험진료 외에는 다른 진료는 전혀 할 수 없다는 등 극도로 영업의 자유를 제한 받고 있는 듯한 청구인의 주장은 사실과는 다른 것임

⑥ 당연지정제 폐지의 당위성과 합헌 이유

현행 건강보험법에서는 각종 비급여로 인해 사실상 건강보험급여와는 관계없이 40%에 이르는 진료행위가 이루어지고 있고, 수가계약제를 통한 적정수가가 보장되고, 신의료기술에 대한 급여결정에서도 의료계 의견을 100% 반영시키고 있음. 또한 제도권내로의 진입여부에 대한 선택권이 주어질 경우 대부분의 의료기관이 기존 제도를 탈퇴할 시 건강보험의 붕괴를 초래할 위험이 큼.

따라서 공공의료기관의 확충이 이루어지지 않고, 선진국 수준의 보험급여가 보장되는 시기까지는 많은 시간이 걸리므로 성급한 제도변화는 오히려 사회적 혼란만 초래할 것이며, 최소한의 제한은 입법 목적 및 수단에 있어서 적절하므로 합헌이라 할 것임.

다. 제2차 헌법소원 병합심리시 청구인 변론 요약

1) 중국의 의료제도 예시

의료소비자나 의료공급자 모두에게 진료의 수준이나 내용에 대한 선택권을 전면적으로 봉쇄하고 있는 나라는 우리 나라를 제외하고 전혀 발견할 수가 없었으며, 심지어는 사회주의 국가로 알려져 있는 중국마저도 최근에 운영하기 시작한 민간의료기관에 대하여서는 가격이나 진료내용에 대하여 국가기관의 간섭이 없이 운영되고 있음.

2) 국민들의 정서문제에 관하여

현행 당연지정제의 유지를 주장하는 입장에서는 당연지정제가 폐지됨으로써 국민들 사이에 위화감이 조성되고, 의료선택권이 차별화되면 의료기관 간에도 계층이 형성되어 대형의료기관의 독과점 이익을 극대화하게 된다는 우려가 있음.

통일벼만을 재배하던 시절에는 아끼바리라고 하는 일본쌀을 몰래 들여다 먹는 사람들을 위화감을 조성한다고 하여 비난하기도 하였지만, 수확량이 늘어나면서 질적으로 우수한 벼를 재배하고자 하는 농민이 있고, 보다 맛있는 쌀을 원하는 소비자들의 욕구와 구매능력이 증가되자 다양한 품종을 재배할 수 밖에 없게 되었음.

또한, 1994년 생수시판 허용을 앞둔 시점에서 생수시판으로 국민들 사이에 위화감이 조성되리라는 반대 목소리가 적지 아니하였으나, 당시 보건복지부 장관은 재빨리 생수 시판을 허용하되 수질개선부담금만은 반드시 부과하여야 한다는 대안을 제시함으로써 수질개선을 위한 새로운 자금을 확보하는 매우 현명한 성과를 이룬 사례가 있음.

이처럼 국민들의 위화감이라는 정서적 접근은 의료제도에서 처음 비롯된 것이 아니며, 현실적으로 수요자의 능력의 차이, 공급자의 능력의 차이에 따른 서비스의 차이가 이미 존재하고 있음.

또한, 의료기관이 독과점을 행사하게 되는 것을 막기 위하여 의료공급자나 의료소비자 모두의 헌법상의 기본권을 침해하는 제도를 시행할 수 밖에 없다면, 독과점을 규제하기 위한 법률이나 기관(공정거래위원회 등)은 왜 존재하여야 하는 것인지 의미가 없어지는 것임.

3) 병원장들에 대한 사기사건

현대 의학의 발전과 함께 더 나은 시술로써 여러 가지 의료기술과 치료용 도구를 사용하여 환자가 원하는 경우 가장 우수한 치료방법을 적용하여 온 사립대학교병원장 등 종합병원장 13인이 사기죄로 형사고소⁵⁾되었고, 서울지방법원으로부터 유죄판결을 선고받아 항소심에서 다시 재판을 받고 있음.

현행 제도에 의하면, 진료비는 고정되어 있기 때문에 아무리 더 나은 시술을 하고 더 좋은 재료를 사용하더라도 정해진 이상의 진료비를 환자로부터 징수하는 것은 환자나 그 보호자에게 추가 비용을 부담시키는 것으로 사기라는 것이며 보험자가 인정하는 진료비로 시술할 수 있는 이상의 진료를 시술하고도 그 차액을 수령하면 사기범이 되는 것임.

4) 건강보험제도의 개선방향

국가시책으로 공공의료기관의 확충에 강화를 두어 공적·사적체계가 병존 하되, 각각 그 운용원리를 달리하여 공적체계에서는 보편성을, 사적체계에서는 수월성을 추구하도록 하는 정책을 도입해야 할 것임.

5) 사건 98고합 224외 12건

3. 소송관계자 쟁점사항 검토

가. 외국의 사례 및 공공의료기관

청구인측은 외국의 요양기관지정제도를 예시함으로써 우리나라처럼 모든 의료기관을 국가에서 강제로 지정하는 방식을 채택하는 나라는 없으며, 심지어 사회보험방식으로 운영되고 있는 영국과 사회주의 국가인 중국에서조차 일정비율의 예외를 두고 있음을 강조하고 있다. 반면, 피청구인측은 우리나라의 현실과 상이한 외국의 경우를 단순비교하는 것은 무리가 있으며, 이는 무엇보다 공공의료기관의 비율에서 차이가 나고 있음을 지적하였다.

한편, 우리 나라의 경우 공공의료기관이 운영하는 병상은 1975년에는 전체 병상수의 약 45.1%를 차지하고 있었으나, 1999년에는 전체 병상수의 약 11.3%로 감소되고 있는 추세로써 이는 정부에서 전국민보험제도를 실시하면서도, 공적의료기관을 확충하는 방법보다는 사적의료기관을 공익목적에 일괄적으로 동원하는 행정편의적인 방법을 선택하고 있음을 보여주고 있다.

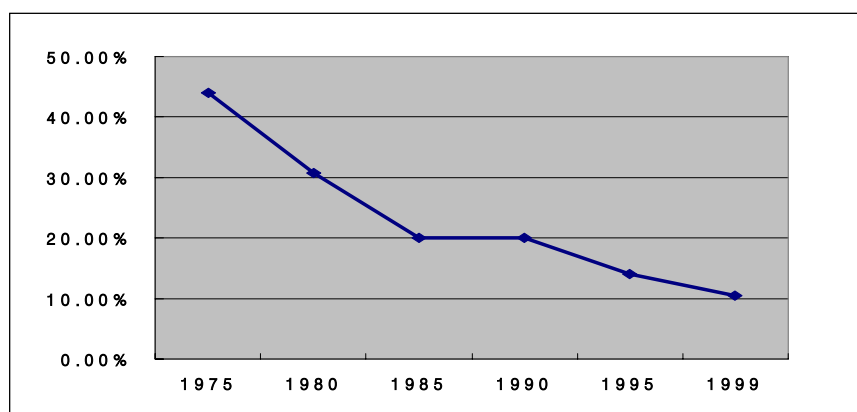


그림 2. 우리나라 공공의료기관의 연도별 현황

그러나, 이제는 공공의료기관을 설치하려고 하여도 정부에 예산이 없다는 이유와 함께 공공의료기관이 확보되기까지는 현행 제도를 유지할 수 밖에 없다는 논리로 당연지정제의 당위성을 주장하고 있다.

그 동안 강제지정제도의 개선을 위해 의료계는 오랜 시간을 참고 기다려 왔으며, 소비자들 역시 많은 시간을 인내하여 왔음에도 예산이 없다는 이유로 다시 공공의료기관이 확보되기까지 기다리라고 하는 것은 '원칙은 그러하지만 현실 때문에 원칙을 도외시하는 일'로써 강제지정제도의 위헌성에 대해 피청구인측도 스스로 인정을 하고 있는 것이다.

나. 의료서비스의 제한

건강보험 요양기관당연지정제의 위헌소송은 헌법상 평등권과 행복추구권, 직업의 자유, 학문의 자유를 침해하고 있다는 것이 주된 청구취지였다. 나날이 발전하는 의료기술과 새로운 치료재료가 개발되고 있음에도 현행의 보험제도는 이를 제한하고 인정하지 않음으로 인하여 의료인에게는 선진 의학을 바탕으로 한 의료를 행하지 못하도록 하는 등 학문의 자유와 직업의 자유를 침해하고 있으며, 국민에게는 양질의 의료서비스를 받을 권리를 제한함으로써 행복추구권을 침해하고 있음을 주장하고 있다.

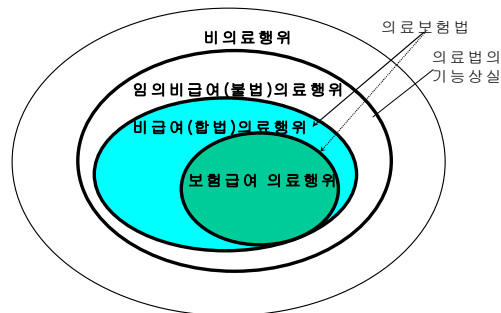


그림 3. 의료법과 의료보험법의 적용 (박형욱, 2000)

반면, 피청구인측에서는 신의료기술의 경우 심사평가원에 설치된 행위·약제·치료재료 각각의 전문위원회에서 이를 심의·인정하고 있으므로 신의료기술을 즉시 시행할 수 있다는 반론을 제기하고 있으나, 현재 심사평가원의 전문위원회에 신청된 신의료기술 항목중 1%정도만이 결정되었으며 결정기간 또한 기준에서 규정한 150일이 지켜지지 않고 있어 실질적으로 그 기능을 다하지 못하고 있는 실정이다.

또한, 피청구인측은 의료기관이 일반환자, 자동차보험, 산재보험, 의료보호 등 건강보험이 아닌 환자들을 자유롭게 진료할 수 있고, 건강보험환자라 하더라도 건강보험에서 제외되는 진료부분이 있기 때문에 건강보험 요양기관으로서 당연지정이 다른 영역의 환자들에 대한 진료를 금지하는 것은 아니며, 따라서 당연지정제라고 하여 마치 의료기관이 건강보험진료 외에는 다른 진료는 전혀 할 수 없다는 등 극도로 영업의 자유를 제한 받고 있는 듯한 청구인의 주장은 사실과는 다른 것으로 반론을 제기하고 있다. 그러나, 현재 건강보험을 제외한 자동차보험, 산재보험, 의료보호 제도는 극히 일부사항을 제외하고는 거의 대부분을 건강보험제도에 준하여 적용하고 있다. 수가를 비롯하여 세부적인 인정기준과 심지어 심사기준까지 건강보험을 인용하고 있는 상황에서 자동차보험, 산재보험등이 건강보험과 별개의 문제로 볼 수 없다.

청구인측은 심판청구서 및 헌법소원 1·2차 공판시 구술변론을 통해 의료서비스의 제한부분에 특히 중점을 두었는 바, 이는 곧 피청구인측으로 하여금 현재의 건강보험재정 위기상황 및 보험료 부담수준에서 제한은 불가피한 것이지만, 만약 신의료기술등을 모두 보험급여로 인정하게 되면 요양기관 강

제지정제도 하에서도 모든 문제가 해결되는 것이 아니냐라는 빌미를 주었다.

한편, 본 소송을 제기한 청구인은 각각 종별의료기관(의원, 병원, 종합병원, 종합전문요양기관)을 대표하는 자로 구성된 만큼 의료기관 규모에 따라 이해를 달리 하는 부분이 있다. 가령 의료서비스의 제한으로 인한 국민의 선택권 확보를 주장할 시 신의료기술과 치료재료의 선택 뿐만 아니라 의료기관에 대한 선택권까지를 포함하게 되면 현재의 의료전달체계는 흔들리게 되며, 상대적으로 1차의료를 담당하는 의원과 중소병원은 큰 타격을 받게 된다.

국민건강보험법제40조1항에 대한 헌법소원이 요양기관을 강제적으로 지정하는 국민건강보험법상의 위헌성을 지적하고 있는 만큼, 신의료기술과 치료재료 사용의 불인정등 의료서비스의 제한은 부수적인 실례이었음에도 마치 본 소송의 주가 되는 것 처럼 부각시킴으로써 최종 판결에 영향을 줄 우려가 있다.

다. 현 건강보험체계의 붕괴 위험성

청구인측은 요양기관 강제지정제를 폐지하여 의료기관이 보험제도권 내로 가입여부에 대한 선택권을 확보하는 것이 결코 전국민 건강보험체계를 부정하거나 해체를 의미하는 것이 아님을 주장하고 있다. 현행의 전국민 건강보험체계는 계속적으로 유지하되, 보험제도권에서 인정하는 진료이상의 부분에 대해서는 자율적으로 선택하여 의료서비스를 받을 수 있도록 함으로써 국민에게는 양질의 의료서비스를 받을 권리를 보장하고, 의사에게는 신기술과 의학지식을 최대한 활용할 수 있도록 충족여건을 만들자는 것이다.

피청구인측은 이에 대해 일부 상류층 국민에게만 혜택을 줄 수 있어 국민

의 위화감조성과 유명 의료기관에서 편중현상으로 빈익빈 부익부 현상을 초래한다고 지적하고 있다.

국민들의 위화감이라는 정서적 접근과 관련하여 한 때 전국의 논에서는 통일벼만을 재배하던 시절 소위 아끼바리라고 하는 일본쌀을 몰래 들여다 먹는 사람들을 위화감을 조성한다고 하여 비난하기도 하였으나, 수확량이 늘어나면서 질적으로 우수한 벼를 재배하고자 하는 농민이 있고, 보다 맛있는 쌀을 원하는 소비자들의 욕구와 구매능력이 증가되자 다양한 품종을 재배할 수 밖에 없게 된 점 과 1994년 생수시판 허용을 앞둔 시점에서 생수시판으로 국민들 사이에 위화감이 조성되리라는 반대에도 당시 보건복지부 장관은 재빨리 생수 시판을 허용하되 수질개선부담금만은 반드시 부과하여야 한다는 대안을 제시함으로써 수질개선을 위한 새로운 자금을 확보하는 매우 현명한 성과를 이루었으며, 생수의 시판 이후 지금까지 국민들 사이에 이로 인한 위화감이 조성되지 않고 있다는 사례를 들고 있다.

비록 생수의 경우를 인간의 가장 중요한 건강과 직결되는 의료부분과 비교하는 것은 무리가 있으나, 현실적으로 수요자의 능력의 차이, 공급자의 능력의 차이에 따라 고가의 건강검진 등 의료서비스의 차이가 존재하고 있으며, 선진의료로 가기 위하여 해외로 나가는 국민들의 수와 해외로 의료비가 지출되고 있는 실정을 감안하여야 할 것이다. 또한, 강제지정제의 폐지로 인한 의료기관의 독과점 행사 등에 대해서는 현재 독과점을 규제하기 위한 법률이나 공정거래위원등을 통하여 그 효과를 기대해 보는 것도 한 방안이라 할 수 있을 것이다(황덕남, 2002).

제3절 요양기관 강제지정제의 영향

1. 저수가 정책으로 인한 의료체계 왜곡현상

의료보험의 도입 당시 정책적으로 저수가체제와 저보험료를 통하여 보험 가입 대상자를 확대하였으나, 전국민의료보험이 실현된 이후에도 의료보험수가는 적정하게 산정되지 못하고 계속적으로 정부의 통제를 받으면서 한편으로는 물가관리 항목으로 재정경제부의 통제를 받는 이중관리 형태로 관리되어 왔다.

지난 1977년 의료보험 시행 후 의료보험수가는 최근 들어 다소 개선은 되었지만 현재까지도 의료보험수가 수준에 대한 적정성 여부가 현재까지도 계속적인 논란거리가 되고 있다.

즉, 그 동안 지속적으로 수가 인상이 있어 왔지만 적정 수가에는 미치지 못하였고, 그 결과 의료기관의 영세화와 의료 왜곡현상은 날로 확대되어 결과적으로 오늘날 우리나라의 의료는 정상적인 발전을 이루지 못하였을 뿐만 아니라 건전한 발전을 이루는데 있어 걸림돌이 되고 있다는 지적을 받아 왔다. 꼭 필요한 의료부분은 정당한 수가를 받지 못하여 위축되었으며, 유사 의료와 비보험 부분만이 확대되는 기현상이 일어나는 등 많은 문제가 적정하지 못한 의료보험수가로부터 비롯되었다는 것이다.

반면, 요양기관 강제지정제도는 모든 국민이 의료의 혜택에서 소외받지 않도록 하기 위한 목적 하에 부족한 재원으로 모든 국민의 의료에 대한 욕구를 만족시키기 위한 방법으로 채택된 것이다. 이와 같이 우리나라의 의료

보험은 처음부터 저수가체제로 시작⁶⁾되었으며, 요양기관 강제지정제도는 이 저수가체제를 관철시키기 위해 도입되었으며, 저수가체제는 다음과 같은 극심한 의료체계의 왜곡현상⁷⁾을 초래하였다.

가. 특정과에 대한 전공의 지원 기피 현상

2002년도 전공의 지원현황⁸⁾을 보면 전공의 지망자들이 선호하는 과목들은 비교적 비보험 진료료가 많아 개업이 쉽고 돈을 많이 벌 수 있는 피부과·성형외과·안과 등으로 나타났으며, 반면 의대교수로 남을 확률이 높지만 단독 개업이 어려운 예방의학·해부병리·임상병리·핵의학 등에 대한 의사들의 관심은 갈수록 떨어지는 것으로 나타났다. 과목별 경쟁률을 보면, 피부과(2.1대1), 성형외과(2.0대1), 안과(1.7대1), 이비인후과(1.4대1), 정형외과(1.4대1), 비뇨기과(1.3대1) 등이 높았으며, 해부병리과(0.2대1), 임상병리과(0.3대1), 예방의학과(0.3대1), 핵의학과(0.3대1) 등 기초 임상과 지원자들은 모집 정원의 20~30%에 불과했다. 최근 4~5년 전부터 지원율이 감소하고 있는 흉부외과(0.4대1), 일반외과(0.8대1), 응급의학과(0.6대1) 등 이른바 '3D과' 지원자도 모집정원에 크게 못미쳤다. 외과를 제외한 내과 소아과 산부인과 등 '메이저(major) 과'는 1.2~1.3대1의 경쟁률을 보였다. 방사선과의 경우, 해당과의 전문성을 인정하지 않는 낮은 수가로 인하여 전공의 지원자가 전무하게 되

6) 연세의대예방의학교실에서 실시한 상대가치 제1차 연구결과에 따르면 우리나라의 의료보험수가는 1997년 10월 현재 원가의 64%수준으로 밝혀졌으며, 이를 기초로 하여 정부도 2000년 9월 시점에서 우리나라의 의료보험수가는 원가의 80%수준밖에 되지 않은 것을 인정하여 2001년 1월 1일 수가조정 시 원가의 90%수준까지 수가를 인상조정 한바 있다.

7) 대한의사협회, "2002 의료발전을 위한 정책제안서, 2002. 4"중 일부인용

8) 조선일보, 2001. 12. 5. 사회면

어 과의 존폐위기가 현실로 다가왔다.⁹⁾

현재의 의료수가체제에서는, 흉부외과처럼 중요하지만 어려운 과는 위축되게 되어있으며, 전공의들도 힘들고 수가가 적은 과에는 지원을 기피하고 있다.

나. 3시간 대기 3분진료 현상 초래

현행 저수가로 인하여 병의원은 원가보전을 위한 방안의 하나로, 짧은 시간에 가능하면 더 많은 환자들을 보게 되었다. 질보다는 양의 의료가 된 것이다. 결과적으로는 의료서비스의 수요자인 환자들이 3시간을 대기하고서 단지 3분 동안의 진료를 받는 현상이 나타나게 되었다.

이러한 상황에서 교과서적인 진료, 양심적인 소신 진료하고 하는 것은 불가능하며 이 모든 의료의 왜곡은 너무도 낮게 책정된 진료비에 그 원인이 있다. 그 동안 국민에게 보다 많은 의료혜택을 받게 하는 데는 낮은 의료수가가 큰 역할을 하였다고 보지만, 한편으로는 위와같이 저수가체제로 인한 의료 왜곡현상의 부작용이 심화됨에 따라 오히려 적정 수가를 이루는 것이 건전한 의료발전과 의료왜곡현상을 막아 결과적으로 국민건강에 더 유리하다는 점을 인식시켜야 할 시점에 이르게 되었다.

9) 2001년 11월 29일에 마감한 2002년도 레지던트 모집결과 모집 결과, 일부 병원의 진단방사선과에 지원자가 사실상 전무하였다. 고대와 경희대 모두 지원자가 없었고, 가톨릭대는 6명 모집에 겨우 1명이 지원했다. 서울중앙병원과 삼성의료원도 8명과 4명 모집에 7명, 3명이 지원해 각각 1명씩 부족한 것으로 확인되는등 진단방사선과는 83명 정원에 17명지원, 치료방사선과는 정원8명에 2명이 지원하여 심각한 미달사태가 나타났다. 데일리메디, 11월 29일자, 12월 4일자. 대한병원협회자료.

2. 건강보험재정 위기 초래

2000년 7월 국민건강보험법의 시행으로 정부는 건강보험 급여범위를 확대 하면서 건강보험의 재정적자는 빠르게 증가하여 98년도 8,601억원의 대규모 적자를 기록하였다. 이는 보험료 수입의 증가폭에 비해서 급여비가 급속하게 증가하는데서 비롯된 것으로 향후 적정보험료 적정급여로의 정책방향 전환을 어렵게 하고 있다. 특히 노인인구의 증가와 고가의료장비의 확산으로 인해서 급여비의 증가를 통제하기 어려운 상황에서 의료보험 통합으로 인한 조합간 재정 보전효과는 상당히 단기적인 것으로 예상된다.

표 2. 건강보험의 연도별 재정 수지율

(단위: 억원)

구분	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01
수입(A)	46,083	54,354	63,255	72,967	78,491	86,923	95,294	116,423
지출(B)	38,693	50,537	64,132	76,787	87,092	95,614	105,384	140,511
당기수지(A-B)	7,390	3,817	△877	△3,820	△8,601	△8,691	△10,090	△24,088
수지율(B/A)	84.0	93.0	101.4	105.2	110.9	110.0	110.6	120.7

출 처 : 위기의 건강보험재정, 국민건강보험공단, 2001.4.23

의약분업 및 건강보험 재정안정대책 추진성과, 보건복지부

우리 나라의 경우 근래에 보험급여를 끊임없이 확대해 오면서도 보험료는 인상되지 않았다. 그 결과 급여확대란 보험료 인상이 없이도 당연히 이루어

지는 것이라는 것이 국민들의 인식이 자리잡게 되었다. 우리 나라의 경우 그와 같은 것이 가능했던 것은 70-80년대를 거쳐오면서 빠른 경제성장 때문에 보험료율을 상향조정함이 없이도 급여확대가 가능했었다. 다시 말해서 90년대에는 이미 수 조원 적립금이 쌓여 있었기 때문에 보험료율의 인상을 피해온 셈이다. 그러나 이러한 관행은 대다수의 피보험자들이 「보험료를 인상해서라도 보험급여의 수준과 범위를 확대하기를 바라는 방향으로 유도 되기」 보다는 「보험료 인상 없이 보험급여를 확대하는 것」을 바라는 방향으로 유도되었다(문옥륜, 2001).

3. 국민의 의료서비스 욕구 증대

의료서비스는 무엇보다도 이를 제공하는 의료인의 능력, 의료시설의 정도에 따라 다양한 수준 차이와 명백한 질적 차이가 있음에도 불구하고 그 다양성이 전혀 반영되지 않음으로 인하여 결국 전체적인 의료서비스의 하향평준화로 이어졌고, 이는 의료서비스 수준에 대한 국민의 불만족 현상으로 나타났다. 또한, 보험재정상의 한계로 인하여 급여범위를 최소화함으로써 질적수준은 물론 양적인 측면에서도 국민의 욕구에 부응하지 못하는 결과를 초래하였다. 예컨대 한 조사에 따르면, 일반인 응답자의 44.5%가 보험적용 범위가 너무 작다고 응답한 바 있으며¹⁰⁾ 최근 시민단체에서도 급여범위의 확대를 주장하고 있다.

10) 김용익 외, <건강보험 재정설계 연구>, 국민건강보험공단, 2000년 2월.

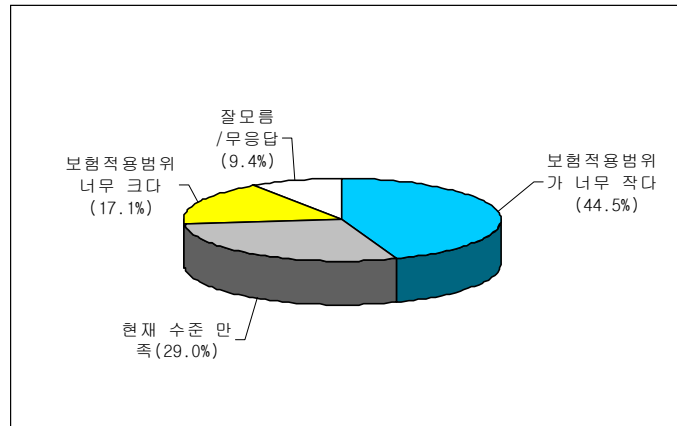


그림 4. 건강보험 적용범위 평가

이처럼, 의료서비스제한으로 인한 국민의 욕구 증대와 불만족 현상은 향후 우리나라 보험제도의 개혁에 우선적으로 고려되어야 할 것이다.

4. 의료비용의 해외유출

우리나라의 의료서비스는 하향 평준화 되어있다. 국내 의료시스템이 저가 (低價) 건강보험에 바탕을 두고 있어 고급 진료를 받고 싶어도 받을 수 없는 현실이다. 따라서, 고급 진료를 원하는 중상류층 환자들은 외국으로 나가고 있다.¹¹⁾

한국갤럽이 2001년 6월 5~17일 서울 강남, 서초, 송파구의 40평형 이상 아파트에 사는 34~59세 남녀 273명을 개별면접 조사한 결과 가족이나 친척이 병이 있었던 경우의 4.8%가 외국에서 진료받은 적이 있다고 대답했다.

11) 동아일보, 2000.8.4일자

응답자의 68.5%는 병이 나면 외국에서 진료받겠다고 대답했고 이런 경향은 30대 후반(82.2%)과 대학원졸 이상의 고학력자(81.3%)에게서 두드러졌다.

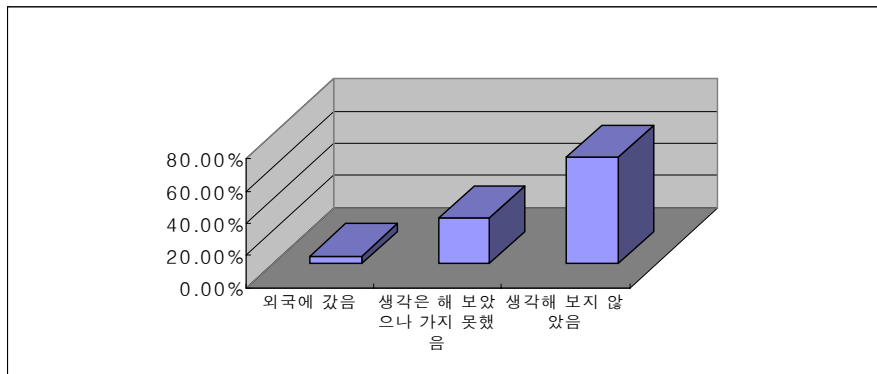


그림 5. 외국에서의 진단 치료에 대한 생각

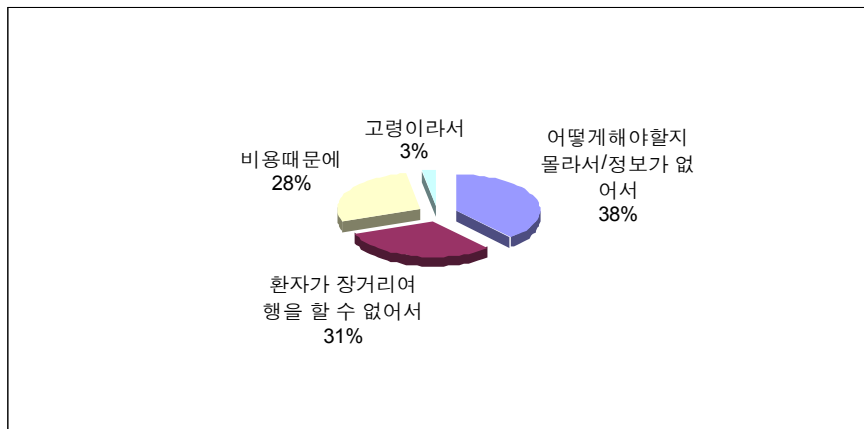


그림 6. 외국에서의 진단치료의 장애요인

실제로 1999년 한해동안만 미국으로 흘러간 의료비가 약 1조원이 된다는 추정이 있음¹²⁾을 감안한다면, 우리의 의료서비스 수준을 향상시키는 것은 물

12) 이규식, 의보파탄 어떻게 막을것인가, 2000

론이고, 획일적인 저수준의 보험적용을 개선하는 것이 시급한 과제를 알 수 있다.

5. 민간보험 역할 증대의 필요성 제기

저수가체제로 인한 의료서비스의 질저하, 국민의 의료서비스 욕구 증대, 건강보험재정 위기 등 건강보험제도 하에서의 문제점이 부각됨에 따라 민간보험 도입에 관한 필요성과 확대 방안에 관한 논의가 제기되었다.

지난 1989년 전국민보험이 실현되면서 공보험이 보장하지 못하는 진료부문에 대한 급여범위를 확대시키려는 논의가 의료보험통합 논의와 함께 강하게 대두되어 왔으나, 동시에 민간보험의 역할 강화에 대해서도 상대적으로 적은 비중이었지만 논의가 진행되어 왔다. 1994년 1월에 발족한 의료보장개혁위원회는 공보험의 보충을 위한 민간보험의 도입을 건의하였고, 1996년 11월에 발족한 의료개혁위원회도 공보험급여에서 제외되고 있는 의료서비스에 대하여 보충적인 민간보험을 확충할 것을 건의하였다(최병호, 2001). 또한 2000년 5월 국무총리실 산하 규제개혁위원회는 민간의료보험의 도입문제를 재론하여 도입방안 연구를 지시함으로써 민간의료보험의 본격적인 시장활성화를 위한 계기가 되었다고 볼 수 있다.

복지사회를 건설함에 있어서 민간도 한 몫을 해야 함은 이미 세계적인 추세인 것이다.

제4절 외국의 요양기관 지정제도

1. 외국의 계약제 운영현황¹³⁾

가. 독일

독일의 보건의료체계에서 병원은 공공병원, 비영리 민간병원 및 영리 민간병원으로 구분된다. 공공병원과 비영리 민간병원은 소속된 의료보험의 종류와 의료보험의 가입여부와 상관없이 환자를 진료한다. 그리고 민간 영리 병원은 대부분의 경우, 민간의료보험환자와 의료보험에 상관없이 자신이 진료비를 100%지불하는 환자를 진료한다(황덕남, 2002).

일반적으로 공립병원 및 공익병원은 종합병원이 많고, 사립병원은 단과병원이 많다. 공립병원 중에는 주립병원으로서 대학병원도 있어서 의사의 실질적인 수련기관이 되고 있다. 병원은 질병금고와 개별계약 함으로써 보험 의료기관으로의 기능도 하지만 대학병원 및 주(州)의 병원계획에 포함되는 병원(계획병원)은 자동적으로 계약병원이 된다.¹⁴⁾

13) 이 장은 건강보험연구센터 신수희 연구원의 「국민건강보험법상 요양기관 지정 제에 관한 논의 (2002. 5)」 중 일부를 발췌하여 정리한 것으로 일부 내용은 추가하였다.

14) 국민건강보험공단, 외국의 건강보험제도 비교조사, 2000.

계약지정제¹⁵⁾의 운영에 있어 보험자는 비효율적인 의료기관과는 재계약을 하지 않거나 계약해지의 방법으로 비효율적인 의료제공자를 제거하는 수단으로 활용하고 있다. 병원이 의사수를 과다운영할 경우, 과잉의료행위를 할 경우, 1차 의료기관에 대하여 청구건의 2%를 표본으로 색출하여 청구 및 의료행위 적정성 등에 감사를 실시하여 압력을 행사하거나 비효율적인 병원을 폐쇄할 수 있다. 또한 독일에서는 의사의 연령이 65세를 넘으면 보험계약의 가 되지 못하도록 규제한다. 민간보험가입자가 전체국민의 10%에 달하고 있지만 보험자에 의해 계약기관으로 체결되지 않을 경우 수입이 급감하므로 대부분이 의료기관이 되고자 한다.

나. 프랑스

전국의료보험과 의료인(private practice health care professionals)간의 관계는 협약(convention) 또는 직업단체들의 대표와 협상하여 정부에 의해 승인된 서면동의서(written agreement)로 규정되며, 이 협약은 사립병원과 통원치료기관의 의료서비스의 대가와 지불방법을 규정하고 있다. 의료기관과 금고간에 체결된 협약내용은 보사부 장관이 고시를 하는데 현실적으로 협약체결까지 당사자측에서 정부의 의향을 타진하고 정부의 쌍방에 대한 설득 등이 이루어지며 협약이 성립되지 않는 경우 장관이 직권으로 개입할 수 있다.¹⁶⁾

15) 독일은 공보험을 전국민에 강제적용하지 않고 部分的으로 公保險의 任意加入이 許容되어 있다. 또한 獨逸의 民間保險은 全國民을 대상으로 하는 것이 아니고 일정 이상의 고소득자를 대상으로 하는 점을 보면 민간보험 역시 공익을 위하여 제한을 받음을 알 수 있다. 민간보험 중에는 환자에게 의료기관 및 의사를 선정할 수 있는 자유권을 부여하는 상품도 있다고 한다. : 도기완, 「대한병원협회지」, “우리나라 민간보험의 현황”, 2001.9, 56~57면 참조.

질병보험과 의사조합의 협약에 의하여 진료보수 단가가 정해지며, 일반협정을 주무장관이 고시한다. 일반협정은 본 협정이 정한 기간 내에 협정가입 신고를 한 해당의사 전원에게 적용되며, 가입여부는 개개의 의사의 자유이지만 1997년 기준으로 전체의사 113,530명 중 비협약의는 543명(0.5%)에 불과한 것으로 나타났다. 따라서 대부분 의료가 협약에 의하여 제공되고 있음을 알 수 있다. 일반협정 부재시에는 이 규정이 정한기간 내에 초급질병금고에 규정가입을 신고한 해당의사 전원에게 최소협정규정이 적용되며, 이전에 발효중인 일반협정에 가입한 의사에게는 최소협정규정에 가입거부의사를 초급질병금고에 전달하지 않는 한 본 규정에 자동가입한 것으로 간주된다. 최소협정규정에는 수당초과 허용사례 외에 피보험자가 의사에게 지불해야 할 수당, 보수, 부수비용의 요율 및 보상에 관한 사항을 규정하고 특히 목표초과시 의사가 반납액을 정하는 조건을 정하고 있다. 일반협정이 적용되지 않는 경우 본협약요금보다 현저히 낮은 수준의 금액이 정해져 있어 이를 바탕으로 보수가 정해지므로 대부분의 의사가 가입하고 있다고 한다. 국민의 99%가 공보험에 가입하고 있으나, 공적의료보험의 급여율이 낮아 환자본인부담액 부분에 대한 민간보험이 성행하고 있다. 그러나 공보험의 존재의의가 상실되지 않도록 환자부담전액을 급여하는 것을 법으로 금지하고, 공보험의 급여가 실시된 후에야 민간보험의 급여가 제공되는 것으로 되어있다.

다. 일본

보험의료기관의 진정은 의료기관 개설자의 신청이 있을 때 도도부현지사가 이를 행한다. 그러나 법에 정한 일정한 결격사유가 있거나 지정이 현저히 부적당하다고 인정할 때는 도도부현지사는 그 지정을 거부할 수 있다.

16) 주요국가의 의료보장동향, 의료보험관리공단, 1992, 296면 참조

이때는 지방사회보험의료협회의 의결이 있어야 한다. 지정의 유효기간은 6년이며, 지정의 효력을 상실하는 날의 6개월 전부터 3개월 전까지의 사이에 별다른 의사표시가 없을 때에는 지정의 신청이 있었던 것으로 간주한다.¹⁷⁾ 대부분의 의료기관이 보험의료기관의 신청을 하여 지정을 받고 있고, 의사들도 대부분 보험의로서 보험의료기관에서 활동하고 있다. 반면 보험의료기관의 지정을 받지 않은 소수의 예외적 의료기관은 사회적 특수계층이나 특별한 진료를 원하는 환자와의 자유계약에 따라 진료가 이루어지고 있다. 전국 218개의 국립의료기관을 보유하고 있어 보험자는 의료기관지정에 신축적으로 대처할 수 있으며, 일정한 요건에 따라 언제든지 지정취소를 할 수 있도록 규정하고, 의료기관도 보험자의 일방적인 지정에 대하여 거부권이 있다. 공적의료피보험자의 본인부담액 부분이 민간보험의 시장이 되고 있다.

라. 대 만

대만은 정부의 강력한 국가주도형의 건강보험제도를 시행하면서도, 우리의 경우와는 달리 의료기관의 보험참여방식은 민주적으로 개별계약제를 채택하고 있으며, 전체의료기관의 93.68%가 참여하고 있다.¹⁸⁾ 다만, 비급여가 많은 성형외과등은 주로 보험계약을 맺지 않고 있다. 요양기관의 계약지정 및 관리규정은 주무기관에서 정하며(전민건강보험법 제55조), 의료비용지불 표준 및 약가기준은 보험자와 요양기관에서 공동으로 인정하고 주무기관에 보고하여 확정한다(동법 제51조). 보험자는 계약에 따라 의료기관을 적절히 통제하고 있는데, 의료기관의 보험급여부당청구에 대한 계약해지는 통제수단

17) 일본 건강보험법 제43조의 3

18) 의료기관 종류별 계약율(1998년1월)은 병원급94%, 의원급90%, 치과의원97%, 한방의료기관 85%, 약국 41%이다

으로 간접적인 효과가 큰 것으로 알려져 있으며, 그밖에 자격정지나 벌금 등으로 의료기관을 적절히 통제하고 있다.

마. 미 국

미국의 의료보험은 크게 민간보험과 정부주관 의료보장제도로 구분할 수 있다. 우선 정부 주도하에 운영되는 의료보험제도는 매우 제한적이며, 건강 유지기구(HMOs) 등과 같은 민간의료보험사가 미국 의료보험시장을 주도적으로 이끌어 가고 있다. 한편 정부주관 의료보장은 크게 Medicare와 Medicaid로 구분된다. Medicare는 가입대상이 65세 이상인 노인의료보험으로서 가입자수는 3,800만명(전 인구의 약 15%)이다. Medicaid는 저소득자를 대상으로 운영되는 의료부조제도로써 연방정부와 주정부가 공조하여 운영하는데 연방은 주정부의 운영상황을 감사하고 공급자의 자격을 관리하고 주정부는 각 주마다 자치적으로 급여를 조정하며 주마다 보험급여가 상이하므로 연방의 부담금도 주에 따라 다르다.

이처럼, 미국은 전국민을 대상으로 한 공적의료보장제도를 도입하고 있지 않고, 국민이 민간보험에 가입하여 시장을 통한 자유경쟁원리에 의하여 운영되고 있다. 즉, 미국의 보건의료제도는 기본적으로 강제가입에 의한 위협분산을 피하는 사회보험방식이 아니고 시장을 통한 자유경쟁원리를 기초로 하고 있다.

바. 영 국

영국의 의료보장은 예방에서 재활을 포함한 포괄적인 보건의료서비스를

조세에 의한 일반 재원을 기초로 전국민을 대상으로 하여, 원칙적으로 무료로 제공되는 국가보건서비스 방식을 취하고 있어 NHS(National Health Service) 제도로 불리고 있다. 이러한 국가보건서비스 방식은 독일이나 프랑스 등의 유럽 대륙과 일본이 채용하고 있는 사회보험 방식과는 명확히 구분되는 구조로 스웨덴 등의 북유럽 각국 등에서 채용되고 있는 제도이다.

그러나 NHS가 영국의 의료체계의 전부가 아니며 병원급 의료기관 중에서도 NHS와 무관한 민간병원은 종전에는 사비진료만을 대상으로 하였으나, 1991년 개혁 이후 개별적으로 보건당국이나 일차진료그룹과 계약을 맺어 병원서비스를 제공할 수 있게 되었다. 의사는 국가 의료보장 체계의 내부에 존재할 수도 있으며 국가 의료보장 체계의 외부에 존재할 수도 있다.¹⁹⁾ 병원 전문의는 자신의 의사에 따라서 NHS에의 참여 여부를 결정할 수 있으며, 일반의도 자신의 의사에 따라 NHS에의 참여 여부를 결정할 수 있는 것으로 판단된다. 즉 결론적으로 영국의 의료체계는 NHS로 대변되는 공적 의료체계와 사적 의료체계가 병존해 있는 의료체계라고 할 수 있다.

2. 시사점

살펴본 바와 같이 의료소비자나 의료공급자 모두에게 진료의 수준이나 내용에 대한 선택권을 전면적으로 봉쇄하고 있는 나라는 우리 나라를 제외하고 전혀 발견할 수가 없었으며, 국가보건서비스 방식을 채택하고 있는 영국에서조차 일부 의료기관의 사적체계 활동을 가능토록 예외를 두고 있었다.

19) 박형욱, 前揭論文, 72면.

표 3. 외국의 의료보험제도 비교

구 분	사회보험 적용여부	요양기관 선정방식
독 일	국민의 85%가입 (고소득층 가입선택권 부여)	보험의 편입계약제
프랑스	전국민보험	보험의 편입계약제
일 본	전국민보험	의료기관의 자율적 신청
대 만	전국민보험	요양기관지정계약제
미 국	시장경제방식 (제한적 사회보험)	의료인(기관)자유계약
영 국	국가보건서비스 방식 (전국민대상)	의료인(기관) 사적체계내 활동가능

심지어는 사회주의 국가로 알려져 있는 중국마저도 최근에 운영하기 시작한 민간의료기관에 대하여서는 가격이나 진료내용에 대하여 국가기관의 간섭이 없이 운영되고 있다고 한다.

반면, 의료기관과 상호계약의 방식을 취하는 나라에서 중앙정부가 규제할 수 있는 여러 보완장치, 즉 계약기간의 탄력적 운영²⁰⁾으로 재계약을 거부하는 방법, 요양기관의 철회, 취소, 계약해지, 법령규제와는 별개의 의료인에 대한 자율적 규제로서 의사직업윤리강령의 채택(프랑스), 정당한 이유없이 요양급여를 거부하는 경우 자격정지, 벌금부과 등의 방법을 통하여 어느정도 국가의 통제와 개입이 있었는데 이는 향후 우리나라의 강제지정제도가 폐지되어 새로운 제도가 도입될 시 발생하게 되는 문제에 한 방안으로도 제시될 수 있음을 보여준다.

20) 독일·프랑스 : 1년, 미국·일본 : 3년

제3장 영양기관강제지정제도에 관한 실제적 고찰

- 설문조사 결과를 중심으로 -

제1절 연구방법

1. 설문대상 및 자료수집 방법

설문조사는 크게 의사대상과 국민대상의 두그룹으로 나누어 진행하였다. 본 논문의 주제에 따라 강제지정제도와 관련한 사항은 의사를 대상으로 조사하였고, 일반 국민을 대상으로는 현 건강보험 강제지정제도하에서 의료서비스가 제한되는 것과 관련한 사항을 중심으로 질문지(부록)를 작성하여 조사하였다. 의사는 2000년 현재 대한의사협회의 회원명부를 통하여 전국 의사를 대상으로 지역별/진료과목을 고려한 유의할당 추출방법으로 선정된 1,060명을 대상으로 하였으며, 국민은 전국 만 18세이상의 남녀를 대상으로 지역별 인구수 비례 무작위 추출법으로 1,068명을 선정하였다.

본 조사는 3일간(2001년 5월2일부터 5월4일까지) 진행하였으며, 의사와 국민을 대상으로 하여 별도로 작성된 질문지를 한국갤럽의 면접원을 통해 전화조사를 실시하였다.

2. 분석방법 및 조사내용

이 연구에서는 요양기관 강제지정제 및 의료서비스 제한에 대한 우리나라 의사 및 국민들의 전체적인 의식조사에 초점을 맞추었기에, 독립변수와 기타 변수에 의한 영향분석은 응답자의 일반적특성 등 기본적인 요인으로 한정하였다. 의료기관을 의원급과 병원급이상으로 구분하여 각각의 의료기관에 종사하는 의사들이 요양기관 강제지정제에 대한 인지도(거부감의 정도)를 알아보고, 강제지정제도가 폐지될 경우 진료하기를 희망하는 환자유형(보험환자, 일반환자)을 조사하였다. 의료서비스 제한에 대한 인식도와 관련하여 조사대상 국민의 소득수준, 교육수준, 직업과 연령등 일반적 특성에 따라 응답결과를 분석하였다.

구체적인 조사내용은 의사대상과 국민대상으로 하여 다음 사항에 중점을 두어 본 설문조사를 실시하였다.

1) 의사 대상

- 건강보험 강제지정제 폐지시 요양기관 탈퇴여부
- 건강보험 선택제 도입시 진료 희망 환자의 형태
- 건강보험 요양기관 지정방법에 대한 견해
- 건강보험 요양기관 탈퇴시 적정 진료 수가

2) 국민 대상

- 건강보험체제에서의 의료서비스 제한 사실 인지 여부
- 규정된 의료서비스이외의 의료서비스 선택권에 견해
- 선택권이 인정되는 의료서비스제도 도입시 이용의향
- 선택권이 인정되는 의료서비스 이용시 추가 비용 부담 수준

제2절 조사결과

1. 의사대상

가. 응답자의 사회·인구학적 특성

조사에 응한 의사들의 사회인구학적 특성은 조사대상자들의 전체 응답자 중 남자 947명(89.4%), 여자 113명(10.8%)으로 남자와 여자의 성비분포에 차이가 있었으나, 이는 2000년 현재 대한의사협회 전국회원실태조사보고서의 회원 성별현황(남 42,292명, 여 8,333명)에도 남자회원이 많이 분포하고 있었다. 연령별로는 40-49세가 416명(39.2%)로 가장 많았고, 그 다음으로 25-39세가 236명(22.3%), 50-59세가 228명(21.5%), 60세 이상이 180명(17.0%)으로 비교적 고르게 분포하였다.

응답자의 지역별 분포는 서울이 373명(35.2%)으로 가장 많았으며, 그 다음으로 인천/경기 지역이 180명(17.0%)명으로 많았다. 이외에도 부산/경남 157명(14.8%), 광주/전라 111명(10.5%), 대구/경북 106명(10.0%), 강원 31명(2.9%), 제주지 9명(0.8%)으로 나타났는데 이는 우리나라 전체 인구밀도와 비슷한 분포를 보였다. 이를 우리나라의 지역크기별로 분류하였을 때 대도시는 675명(63.7%)이었고, 중소도시가 339명(32.0%)있으며, 읍·면 단위가 46명으로 전체의 4.3%를 차지하였다.

표 4. 응답자의 사회인구학적 특성

(단위 : 명, %)

변수 및 응답범주	사례수	비율
<u>성 별</u>		
남 자	947	89.4
여 자	113	10.6
<u>연 령 별</u>		
25~39세	236	22.3
40~49세	416	39.2
50~59세	228	21.5
60세 이상	180	17.0
<u>지 역 별</u>		
서 울	373	35.2
인천/경기	180	17.0
강 원	31	2.9
대전/충청	93	8.8
광주/전라	111	10.5
대구/경북	106	10.0
부산/경남	157	14.8
제 주	9	0.8
<u>지역크기별</u>		
대 도시	675	63.7
중/소도시	339	32.0
읍 / 면	46	4.3

나. 응답자의 직업적 특성

조사에 응한 의사들중 의원에 근무하는 의사는 928명(87.6%)이었으며, 병원에 근무하는 의사는 121명(11.4%), 기타 11명(1.1%)으로 나타났다. 이중 병원에 근무하는 의사를 다시 병원 규모에 따라 구분하여 조사한 결과 종합 병원에 근무하는 의사가 81명(67.1%), 병원 28명(22.8%), 3차병원 12명(10.0%)의 분포를 보였다.

진료과목별로는 내과가 180명(17.0%)으로 가장 많았고, 그 다음으로 소아과가 125명(11.8%)으로 많았으며, 마취과, 성형외과, 임상병리과가 각각 9명(0.8%)으로 가장 적은 분포를 보였다. 진료과목은 소위 major과로 불리는 내과, 외과, 산부인과, 소아과와 비교적 비급여항목이 많이 있는 피부과, 성형외과, 그외의 과인 세그룹으로 분류한 후 각 문항별로 분석하였다.

표 5. 응답자의 직업적 특성

(단위 : 명, %)

변수 및 응답범주	사 례 수	비 율
<u>병/의원별</u>		
의 원	947	89.4
병 원	113	10.6
<u>병원규모별</u>		
의 원	236	22.3
병 원	416	39.2
종합병원	228	21.5
3차병원	180	17.0

<계 속>

진료과목별			
메이저과	내 과	180	17.0
	산부인과	90	8.5
	일반외과	86	8.1
	소 아 과	125	11.8
비급여과	피 부 과	60	5.7
	성형외과	9	0.8
기타과	정형외과	56	5.3
	가정의학과	73	6.9
	이비인후과	54	5.1
	마 취 과	8	0.8
	안 과	66	6.2
	진단방사선과	29	2.8
	신경외과	16	1.5
	비뇨기과	42	4.0
	정 신 과	45	4.3
	흉부외과	10	0.9
	임상병리과	9	0.8
	신 경 과	16	1.5
	해부병리과	10	1.0
	예방의학과	10	0.9
	일 반 과	49	4.6
	기 타	16	1.5

다. 강제지정제도에 대한 거부감의 정도

건강보험 강제지정제가 폐지될 시 현재의 건강보험 요양기관의 탈퇴여부를 조사하기에 앞서 전국민의료보험체제 하에서 건강보험 요양기관을 탈퇴

할 경우에는 보험환자를 볼 수 없다는 사전 설명이 필요하였으나, 이를 생략함으로써 의사들이 건강보험 강제지정제도 자체에 대한 거부감의 정도를 알아보고자 하였다. 반면, 강제지정제가 폐지될 경우 어떤 형태의 환자를 진료하기를 희망하는지를 다음 문항에서 물어봄으로써 의사들의 보험제도권 탈퇴여부를 파악하였다.

조사결과 '건강보험 요양기관으로 남겠다'고 응답한 의사가 총 454명으로 전체의 42.8%가 강제지정제도에 거부감을 갖고 있는 것으로 나타났다.

전문과목에 따른 응답범주를 보면, 메이저과로 분류되는 내과, 외과, 산부인과, 소아과의 경우 184명(38.3%)이 건강보험요양기관에서 탈퇴하겠다는 응답을 하였으며, 나머지 과에서는 209명(40.9%)이 탈퇴하겠다고 응답하였다. 또한, 비교적 건강보험 급여에서 제외되는 비급여항목을 많이 진료하는 피부과와 성형외과의 경우에도 42.0%가 요양기관에서 탈퇴하겠다는 응답을 함으로써 강제지정제도에 거부감을 표시하였다.

연령에 따른 요양기관 탈퇴 여부는 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.05$). 연령별 탈퇴여부 조사결과 40대에서 탈퇴하겠다는 응답이 179명(43.0%)으로 가장 많이 조사되었고, 50대의 경우 120명(52.6%)인 과반수 이상이 요양기관으로 남겠다고 응답하여 다른 연령에 비해 상대적으로 강제지정제에 대한 거부감의 정도가 약한 것으로 나타났다.

근무기관별로는 의원급 의료기관에서 종사하는 의사의 경우 탈퇴여부에 대해 비슷한 응답률을 보인 반면, 병원급 이상의 의료기관에 종사하는 의사 중 61명(50.4%)인 과반수 이상이 탈퇴하겠다고 응답하여 의원급 의료기관에 종사하는 의사보다 강제지정제에 대한 거부감이 많은 것으로 조사되었다. 또한 보건소 등 기타 기관에 근무하는 의사는 탈퇴여부에 대해 동일한 응답

를(가입 45.5%, 탈퇴 45.5%)을 보였다.

반면, 요양기관 탈퇴여부에 대한 물음에 전체의 17.5%인 185명이 '모름/무응답'으로 조사되어 현재의 건강보험 요양기관 강제지정제도에 대한 인식을 하지 않고 있는 것으로 나타났다.

표6. 응답자 특성별 강제지정제도에 대한 거부감

(단위:명,%)

변수 및 응답범주	요양기관으로 남겠다	요양기관에서 탈퇴하겠다	모름 / 무응답	Total	χ^2 (p값)
전 체	454(42.8)	422(39.8)	184(17.4)	1060(100)	
<u>진료과목별</u>					
major과 (내,외,산,소아과)	211(43.9)	184(38.3)	86(17.9)	481(100)	2.435 (0.656)
비급여과 (피부,성형외과)	25(36.2)	29(42.0)	15(21.7)	69(100)	
기타과	218(42.7)	209(40.9)	84(16.4)	511(100)	
<u>연령별</u>					
25 - 39	93(39.4)	101(42.8)	42(17.8)	236(100)	13.578 (0.035)
40 대	166(39.9)	179(43.0)	71(17.1)	416(100)	
50 대	120(52.6)	69(30.3)	39(17.1)	228(100)	
60세이상	75(41.7)	73(40.6)	32(17.8)	180(100)	
<u>근무기관별</u>					
의 원 급	409(44.1)	356(38.4)	163(17.6)	928(100)	7.973 (0.093)
병원급이상	39(32.2)	61(50.4)	21(17.4)	121(100)	
기 타	5(45.5)	5(45.5)	1(9.1)	11(100)	

라. 강제지정제 폐지시 진료 환자의 유형

건강보험 강제지정제가 폐지될 시 어떤 형태의 환자를 진료하기를 원하는지를 조사함으로써 건강보험요양기관 탈퇴여부를 파악코자 하였다. 즉, '보험환자와 일반환자' 모두를 진료하겠다는 응답과 '보험환자'만을 진료하겠다고 응답한 의사는 현재의 건강보험요양기관을 유지하겠다는 것이고, '일반환자'만을 진료하겠다고 응답하는 의사는 향후 건강보험요양기관에서 탈퇴하겠다는 것을 의미하였다.

조사결과, '보험환자와 일반환자'를 모두 진료하기를 원하는 의사가 86.4%로 10명중 8명이상으로 많았고, 그 다음으로 '일반환자만 진료하겠다'는 의사는 11.0%이었으며, 2.5%만이 보험환자만 진료한다고 응답하였다.

진료과목별로는 메이저과의 경우 57명(11.9%)만이 일반환자만 진료하겠다고 응답하여 현재의 건강보험 요양기관에서 탈퇴하려는 의사를 보였고, 메이저과와 비급여과(성형외과, 피부과)를 제외한 기타 과중 일반환자만 진료하겠다는 응답자는 51명(10.0%)으로 조사되어 건강보험 요양기관에서 탈퇴하려는 비율은 메이저과와 비슷한 수준으로 나타났다. 반면, 비급여과(성형외과, 피부과)중 보험환자와 일반환자를 모두 진료하겠다는 응답률이 85.5%로 나타나 비급여항목이 많은 과임에도 건강보험 요양기관을 유지하려는 경향을 보였으며, 보험환자만 진료하겠다는 응답자는 한명도 없었다.

연령별로는 60대 이상의 응답자중 34명(18.9%)이 일반환자만 진료하겠다고 응답하여 다른 연령대에 비해 건강보험 요양기관에서 탈퇴하려는 비율이 많은 것으로 조사되었으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.05$).

근무기관에 따른 응답범주를 보면 의원급 의료기관에 종사하는 의사 중

57명(11.9%)만이 일반환자만 진료하겠다고 응답하여 요양기관을 탈퇴할 의향을 보였고, 병원급이상 의료기관중 3차병원에 종사하는 의사는 8.3%만이 일반환자만 진료하겠다고 응답하였다.

표7. 강제지정제 폐지시 진료 환자 유형

(단위:명,%)

변수 및 응답범주	보험환자와 일반환자 모두진료	보험환자만 진료	일반환자만 진료	Total	χ^2 (p값)
전 체	916(86.4)	27(2.5)	117(11.0)	1060(100)	
<u>진료과목별</u>					
major과 (내,외,산,소아과)	408(84.8)	16(3.3)	57(11.9)	481(100)	5.506 (0.239)
비급여과 (피부,성형외과)	59(36.2)	·	10(14.5)	69(100)	
기타과	449(88.0)	10(38.5)	51(43.2)	510(100)	
<u>연령별</u>					
25 - 39	211(89.4)	4(1.7)	21(8.9)	236(100)	18.812 (0.004)
40 대	365(88.0)	8(1.9)	42(10.1)	415(100)	
50 대	202(88.6)	6(2.6)	20(8.8)	228(100)	
60세이상	138(76.7)	8(4.4)	34(18.9)	180(100)	
<u>근무기관별</u>					
의원급	802(86.4)	24(2.6)	102(11.0)	928(100)	2.086 (0.720)
병원급이상	104(86.7)	2(1.7)	14(11.7)	120(100)	
기 타	10(83.3)	1(8.3)	1(8.3)	12(100)	

마. 요양기관 지정방법에 대한 견해

건강보험 요양기관이 선택제로 전환될 경우 '의사와 보험자(공단) 쌍방에 선택권을 부여하는 완전 자유계약제'가 적당하다고 생각하는 의사는 442명(41.7%), '각 의료기관이 의료단체에 개별 신청한 후 의료단체에서 보험자와 일괄 계약하는 형태의 신청에 의한 단체계약제'가 적당하다는 응답이 525명(49.5%)으로 '단체계약제' 선호자가 '자유계약제' 선호자보다 7.8%p 많은 것으로 나타났다.

이를 근무기관의 형태별로 보면 의원에서 근무하는 의사의 경우 단체계약제에는 468명(50.4%)이 응답하였으며, 병원급 이상의 의료기관에서 근무하는 의사의 경우 자유계약제는 55명(45.5%), 단체계약제는 52명(43.0%)이 응답하였다. 반면, 요양기관 탈퇴여부에 따라 선호하는 요양기관 지정방식을 조사한 결과 요양기관을 유지하겠다는 의사의 경우 470명(49.8%)이 단체계약제를 선호하였으며, 탈퇴하겠다는 의사의 경우 자유계약제와 단체계약제에 각각 54명(46.2%)으로 동일한 응답률을 보였다.

표 8. 요양기관 지정방법에 대한 견해

(단위:명,%)

구	분	자유계약제	단체계약제	모름/무응답	Total	χ^2 (p값)
전	체	916(86.4)	27(2.5)	117(11.0)	1060(100)	
<u>병/의원별</u>						
의	원	382(41.2)	468(50.4)	78(8.4)	928(100)	3.871
병원급	이상	55(45.5)	52(43.0)	14(11.6)	121(100)	(0.424)
<u>요양기관 탈퇴 의향별</u>						
유지	(보험환자 진료)	388(41.1)	470(49.8)	85(9.0)	943(100)	1.117
탈퇴	(일반환자 진료)	54(46.2)	54(46.2)	9(7.7)	117(100)	(9.572)

바. 일반환자 진료시 적정수가

건강보험 제도밖에서 일반환자를 진료할 경우 진료수가는 보험수가의 몇%가 적당하다고 생각하는지를 알아보았다. 즉, 현재 건강보험에서 규정하고 있는 보험수가가 아닌 일반수가를 적용할 경우 보험수와 어느정도의 차이가 있는가를 조사하였는데, 험수가를 기준으로 하여 200%미만, 200-299%, 300%이상으로 구분하여 응답자의 특성별로 분석하였다. 조사결과 전체 대상자의 절반이상인 504명(51.7%)이 200-299% 구간을 응답함으로써 일반수가는 현재 보험수가의 2배에서 3배미만의 범위가 적당하다고 생각하는 것으로 나타났다. 이는 진료과목이나 근무기관별로도 동일한 분포를 보였는데 비급여항목이 많은 피부과와 성형외과의 경우 300%이상에 응답한 비율이 32.8%였고, 근무기관별로는 의원급의 경우 195명(22.7%), 병원급 이상의 의료기관의 경우는 41명(38.3%)가 일반수가는 보험수가의 3배 이상이 적당하다고 생각하는 것으로 나타났다.

표 9. 일반환자 진료시 적정수가

(단위 : 명, %)

변수 및 응답범주	200%미만	200-299%	300%이상	Total	χ^2 (p값)
전 체	230(23.6)	504(51.7)	240(24.6)	974(100)	
<u>진료과목별</u>					
내,외,산,소아과	111(25.6)	223(51.4)	100(23.0)	434(100)	4.773 (0.311)
피부,성형외과	10(23.6)	33(51.6)	21(32.8)	64(100)	
기 타 과	109(22.9)	248(52.1)	119(25.0)	476(100)	
<u>근무기관별</u>					
의 원 급	206(24.0)	457(53.3)	195(22.7)	858(100)	14.924 (0.005)
병원급이상	23(21.5)	43(40.2)	41(38.3)	107(100)	

2. 국민대상

가. 응답자의 사회·인구학적 특성

조사에 응한 일반 국민의 사회인구학적 특성은 조사대상자들의 전체 응답자 중 남자 528명(49.4%), 여자 540명(50.6%)으로 비교적 고른 분포를 보이고 있으며, 연령별로는 18-29세가 271명(28.9%)으로 가장 많았고 그 다음으로 30-39세가 271명(25.4%)으로 많았다. 교육정도는 대재 이상이 419명(39.2%)으로 가장 많았으며, 고졸이 368명(34.4%), 중졸이하가 282명(26.4%)으로 나타났다.

직업에 따른 분포를 살펴보면 가정주부가 326명(30.6%)으로 가장 많았고, 농/임/어업에 종사하는 사람이 68명(6.3%)으로 가장 적은 분포를 보였으며, 그외에도 자영업, 블루칼라, 화이트칼라, 학생, 무직이 포함되어 있었다. 직업중 가정주부, 학생, 무직을 기타의 변수로 일괄 분류하여 조사문항에 따른 응답범주를 조사하였다.

지역별로는 서울이 246명(23.0%), 인천/경기가 253명(23.6%)으로 응답자의 대부분이 서울, 경인지역에 거주하였고, 제주가 12명(1.1%)으로 가장 적었다.

응답자의 소득 수준별 분포는 101만원-200만원이 394명(36.9%)으로 가장 많았고 100만원 이하가 282명(26.4%), 201만원-300만원이 182명(17.1%), 301만원 이상이 143명(13.4%)으로 나타났다. 소득 수준 조사시 '모른다'와 응답을 하지 않은 67명(6.2%)의 경우 조사문항별 응답범주 조사시 missing처리를 하였다.

표 10. 응답자의 사회인구학적 특성

(단위:명,%)

구	분	사례수	%
전 체		1,068	100.0
<u>성 별</u>			
남	자	528	49.4
여	자	540	50.6
<u>연 령 별</u>			
25 ~ 39세		309	28.9
40 대		271	25.4
50 대		205	19.2
60세 이상		283	26.5
<u>교육수준별</u>			
중졸이하		282	26.4
고 졸		368	34.4
대재이상		419	39.2
<u>직 업 별</u>			
농/임/어업		68	6.3
자 영 업		118	11.0
블루 칼라		146	13.7
화이트칼라		155	14.5
기	타 가정주부	326	30.6
	학 생	109	10.2
	무 직	146	13.7
<u>지역크기별</u>			
대 도 시		534	50.0
중/소 도시		397	37.1
읍 / 면		137	12.8

		<계 속>	
<u>지 역 별</u>			
서 울	246	23.0	
인천 / 경기	253	23.6	
강 원	32	3.0	
대전 / 충청	103	9.6	
광주 / 전라	127	11.9	
대구 / 경북	121	11.3	
부산 / 경남	175	16.4	
계 주	12	1.1	
<u>소득수준별</u>			
100 만원 이하	282	26.4	
101~200 만원	394	36.9	
201~300 만원	182	17.1	
301 만원 이상	143	13.4	
모름 / 무응답	67	6.2	

나. 의료서비스 제한에 대한 인지도

건강보험에 규정된 진료비 이외에는 돈을 더 많이 내도 건강보험에서 인정하는 수준이상의 더 좋은 의료서비스를 받을 수 없다는 사실을 알고 있는 사람은 30.7%로 10명중 3명 정도인 것으로 조사되어, 현재 건강보험에서는 허용된 의료서비스 이외의 부분을 제한하고 있다는 것을 인식하고 있는 사람이 많지 않은 것으로 나타났다.

연령별, 교육수준별, 직업별, 소득수준별로 응답자의 특성에 따른 의료서비스제한에 대한 인지도 여부는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 의료서비스 제한을 인지하고 있는 사람은 주로 40대(38.5%), 대재이상의 고학력(38.3%), 화이트칼라(47.1%)층에서 타계층에 비해 상대적으로 많은 것으로 나타났다. 반면, 301만원 이상의 고소득층에서는 의료서비스 제한을 모르고 있는 사람이 82명(57.3%)으로 인지하고 있는 사람인 61명(42.7%)보다 많은

것으로 조사되었다.

반면, 동 질문에 전체의 29명(2.7%)이 응답을 하지 않은 것으로 조사되었는데 이는 조사대상자가 의료서비스 제한이라는 것에 대한 전반적인 인식과 이해를 하지 못하고 있음을 알 수 있었다.

표 11. 의료서비스 제한에 대한 인지도

(단위:명,%)

변수 및 응답범주	알고 있었다	모르고 있었다	무응답	Total	χ^2 (p값)
전 체	328(30.7)	711(66.6)	29(2.7)	1,068(100)	
<u>연 령 별</u>					
18~29세	71(23.1)	233(75.6)	4(1.5)	308(100)	27.643 (0.000)
30 대	91(33.8)	175(64.8)	4(1.5)	270(100)	
40 대	79(38.5)	120(58.5)	6(2.9)	205(100)	
50세이상	87(30.6)	182(64.1)	15(5.3)	284(100)	
<u>교육수준별</u>					
중졸 이하	63(22.4)	200(71.2)	18(6.4)	281(100)	37.875 (0.000)
고 졸	105(28.5)	256(69.6)	7(1.9)	368(100)	
대재 이상	160(38.3)	254(60.8)	4(1.0)	418(100)	
<u>직 업 별</u>					
농/임/어업	18(26.9)	44(65.7)	5(7.7)	67(100)	30.066 (0.000)
자 영 업	34(28.6)	81(68.1)	4(3.0)	119(100)	
블루 칼라	40(27.6)	102(70.3)	3(2.3)	145(100)	
화이트칼라	73(47.1)	81(52.3)	1(.7)	155(100)	
기 타	163(28.0)	403(69.2)	16(2.7)	582(100)	
<u>소득수준별</u>					
100만원 이하	77(27.3)	187(66.3)	18(6.4)	282(100)	32.682 (0.000)
101~200만원	110(27.8)	278(70.4)	7(1.8)	395(100)	
201~300만원	66(36.1)	114(62.3)	3(1.6)	183(100)	
301만원 이상	61(42.7)	82(57.3)	.	143(100)	

다. 의료서비스 선택권리에 대한 견해

본인이 원하는 경우라면 건강보험에 규정된 진료비 이외에 돈을 더 많이 내고 건강보험에 규정된 수준 이상의 의료서비스를 받을 수 있는 '권리가 있다고 생각하는 사람'은 653명인 61.1%로 10명 중 6명 정도였으며, '권리가 없다고 생각하는 사람'은 174명으로 전체의 16.3%에 불과하였다. 반면, 동 질문에도 전체의 241명인 22.6%가 응답하지 않음으로써 건강보험 체제와 의료서비스의 제한에 대하여 이해하지 못하고 있는 것으로 나타났다.

연령별로는 저연령층일수록 상대적으로 권리의식이 높은 것으로 나타났는데 18-29세중 228명(73.8%)이 의료서비스에 대한 권리가 있음을 주장하였고, 다음으로 30대는 176명(42.6%), 40대는 119명(58.0%), 50세이상의 연령층에서는 130명(45.9%)가 권리가 있다는 응답을 하였다.

교육수준별로는 고학력자일수록 권리의식이 높게 나타났으며, 대재이상의 응답자중 296명(70.6%)이 의료서비스 선택권리를 주장하였고 응답하지 않은 사람도 51명(12.2%)에 불과해 전반적으로 건강보험제도를 이해하고 있었다. 반면 중졸이하의 응답자중 권리가 있다고 생각하는 사람은 120명(42.6%)으로 조사되었는데 응답하지 않은 사람도 이와 동일한 120명(42.6%)으로 나타났다.

전반적으로 의료서비스 선택에 대한 권리주장자는 전계층에서 권리 비주장자보다 많은 가운데, 직업별로는 화이트칼라층 중 108명인 69.7%가 권리가 있다는 응답을 하였고, 소득수준별로는 201-300만원대인 비교적 소득이 많은 층에서 권리주장자가 125명(68.7%)으로 높은 분포를 보였다. 동 질문에 응답을 하지 않은 사람은 농/임/어업에 종사하는 사람이 27명(39.7%), 100만원

이하의 저소득층에서 105명(37.25)으로써 건강보험제도에 대한 인식이 부족한 것으로 나타났다.

표 12. 의료서비스 선택권리에 대한 견해

(단위:명,%)

변수 및 응답범주	있다고 생각한다	없다고 생각한다	무응답	Total	χ^2 (p값)
전 체	653(61.1)	174(16.3)	241(22.6)	1,068(100)	
<u>연 령 별</u>					
18~29세	228(73.8)	42(13.6)	39(12.6)	309(100)	60.064 (0.000)
30 대	176(64.9)	43(15.9)	52(19.2)	271(100)	
40 대	119(58.0)	38(18.5)	48(23.4)	205(100)	
50세이상	130(45.9)	51(18.0)	102(36.0)	283(100)	
<u>교 육 수 준 별</u>					
중졸 이하	120(42.6)	42(14.9)	120(42.6)	282(100)	96.044 (0.000)
고 졸	238(64.9)	60(16.3)	69(18.8)	367(100)	
대재 이상	296(70.6)	72(17.2)	51(12.2)	419(100)	
<u>직 업 별</u>					
농/임/어업	32(47.1)	9(13.2)	27(39.7)	68(100)	20.188 (0.010)
자 영 업	75(64.1)	17(14.5)	25(21.4)	117(100)	
블루 칼라	85(58.6)	30(20.7)	30(20.7)	145(100)	
화이트칼라	108(69.7)	24(15.5)	23(14.8)	155(100)	
기 타	353(60.7)	94(16.2)	135(23.2)	582(100)	
<u>소 득 수 준 별</u>					
100만원 이하	128(45.4)	49(17.4)	105(37.2)	282(100)	70.618 (0.000)
101~200만원	262(66.3)	55(13.9)	78(19.7)	395(100)	
201~300만원	125(68.7)	28(15.4)	29(15.9)	182(100)	
301만원 이상	98(69.0)	34(23.9)	10(7.0)	142(100)	

라. 의료서비스 선택제 도입시 이용 의향

우리나라 의료기관이 모두 건강보험 요양기관으로 강제지정되어 제한된 의료서비스만을 제공토록 하는 제도가 폐지되고 의료서비스를 선택할 수 있는 새로운 제도가 도입될 경우 국민의 이용 의향을 알아보았다. 조사결과 '이용의향자'는 전체 응답자중 394명(37.0%)으로 3명중 1명정도가 이용의사를 밝힌 반면, 비이용의향자는 524명으로 전체의 49.1%로 나타났다.

건강보험 선택제 이용의향자는 18~29세가 162명(52.4%), 대재이상에서 196명(46.8%), 301만원이상에서 70명(48.8%)이 응답함으로써 타계층의 비이용의향자보다 많은 것으로 조사되었으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다 (p<0.05).

표 13. 의료서비스 선택제 도입시 이용의향

(단위:명,%)

변수 및 응답범주	있다	없다	모름/무응답	Total	χ^2 (p값)
전 체	394(37.0)	524(49.1)	149(14.0)	1,068(100)	
<u>연 령 별</u>					
18~29세	162(52.4)	120(38.8)	27(8.7)	309(100)	90.291 (0.000)
30 대	99(36.4)	138(51.1)	34(12.5)	272(100)	
40 대	75(36.4)	102(49.5)	29(14.1)	206(100)	
50세이상	59(20.8)	164(58.1)	60(21.1)	284(100)	
<u>교육수준별</u>					
중졸 이하	58(20.6)	155(55.2)	68(24.2)	281(100)	84.218 (0.000)
고 졸	140(38.4)	180(48.9)	47(12.8)	368(100)	
대재 이상	196(46.8)	189(45.1)	34(8.1)	419(100)	
<u>소득수준별</u>					
100만원 이하	60(21.5)	155(54.8)	67(23.7)	283(100)	77.656 (0.000)
101~200만원	156(39.5)	191(48.5)	47(11.9)	384(100)	
201~300만원	84(45.9)	83(45.3)	16(8.7)	183(100)	
301만원 이상	70(37.0)	65(49.3)	8(5.7)	141(100)	

마. 의료서비스 선택제 이용시 추가진료비 부담 수준

의료서비스 선택제가 도입될 경우 이용하겠다는 응답자 394명을 대상으로 선택제 이용시 추가 진료비에 대한 수준을 알아본 결과, 현재 보험수가의 10%-19%를 추가로 지불하겠다는 응답이 24.3%로 가장 많았으며, 그 외 진료비 부담범위별로는 각각 10%대 이하로 적은 분포를 보였다. 현재보험수가의 50%이상 더 낼수 있다고 응답한 사람은 10.2%에 불과하였으며, 50%미만 지불의향자는 64.7%로 나타났다. 반면, 의료서비스 선택제가 도입될 경우 이용의향을 표시한 사람 중 비용부담 수준의 질문에 응답하지 않은 사람은 99명(25.2%)으로 조사되어 비용에 대한 의식이 결여되어 있는 것으로 나타났다.

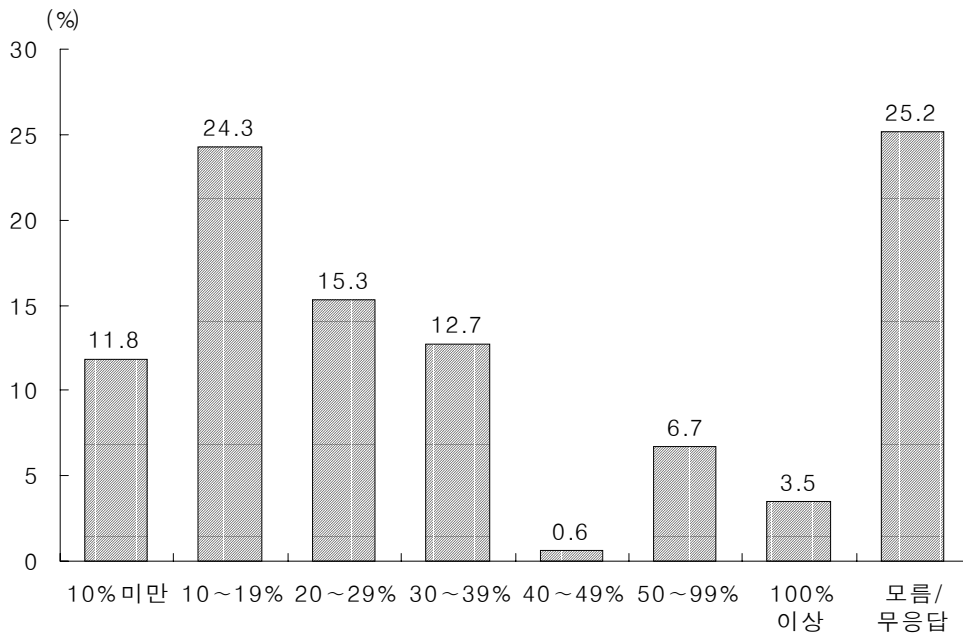


그림 7. 의료서비스 선택제 이용시 추가진료비 부담수준

제3절 설문조사 고찰

본 설문은 건강보험 요양기관 강제지정제도에 대한 의사의 견해를 알아보고, 요양기관에서 건강보험이 인정하는 범위 이상의 의료서비스를 행하지 못함에 따라 환자들이 다양한 의료서비스를 제공받고 선택할 수 있는 권리가 제한되고 있는 것에 대한 국민의 인지도를 파악하기 위함이었다.

또한, 헌법소원 과정 중 정부에서 주장하는 강제지정제도가 폐지되면 우리나라의 보험체제가 붕괴된다는 우려에 대하여 설문조사를 통해 어떤 형태의 결과를 예측할 수 있는지 알아보고자 하였다.

건강보험 강제지정제도가 폐지될 경우 현재의 요양기관에서 탈퇴할 것인지를 질문함으로써 의사들의 강제지정제도에 대한 거부감의 정도를 알아보고자 하였으며, 조사결과 설문에 응한 의사 중 39.7%가 탈퇴한다고 응답함으로써 현 강제지정제도에 대하여 부정적으로 생각하고 있었다. 그러나, 건강보험 요양기관에서 탈퇴하게 되면 건강보험환자를 진료하지 못하는 것을 사전에 인지하고 있는 의사의 경우 요양기관 강제지정제도의 부당성은 공감하고 있으나, 전국민보험체제의 현실을 감안하여 요양기관을 탈퇴하지는 않겠다고 응답을 하였을 가능성이 많아 실제로 더 많은 의사가 부정적인 견해를 갖고 있는 것으로 분석되었다.

반면, 요양기관 선택제가 도입될 경우 어떤 형태의 환자를 진료하기를 원하는지 물어봄으로써 일반화자만을 진료하겠다는 응답을 한 의사는 현재의 건강보험요양기관에서 탈퇴의향이 있는 것으로 구분하였다. 조사결과 보험환자를 포함하여 모두 진료하겠다는 의사가 전체의 86.4%로 조사되었고, 일반화자만 진료하겠다는 응답은 11.0%에 불과하였다.

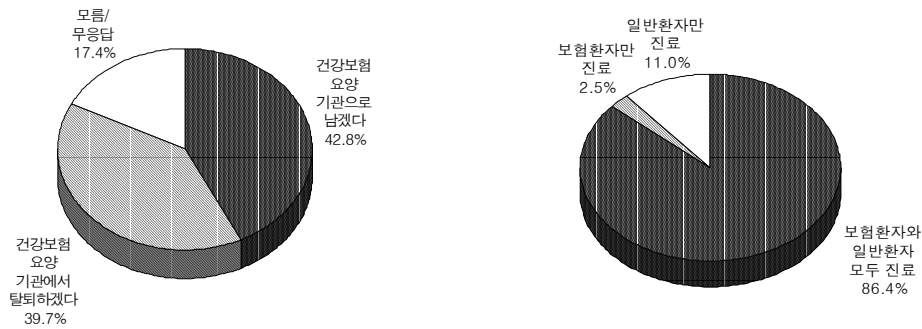


그림 8. 강제지정제도에 대한 거부감의 정도와 선택제 도입시 진료환자 유형

이를 바탕으로 강제지정제도가 폐지되고 계약제도가 도입될 경우 요양기관 계약정도를 예측해 보면, 요양기관으로 남겠다는 응답자 42.8%와 탈퇴하겠다는 응답자 48.1%중 모든 형태의 환자를 진료하겠다는 응답률 76.4%를 적용해보면 설문에 응한 의사 88.6%가 계약을 할 것으로 나타났다.²¹⁾

또한, 진료하기를 원하는 환자의 유형을 조사한 결과를 바탕으로 하여 의료기관에서 보험환자와 일반환자를 모두 진료하게 한다면, 보험환자만 진료하겠다는 2.5%와 보험환자와 일반환자 모두를 진료하겠다고 응답한 86.4%를 합한 88.9%의 의사가 계약을 할 것으로 조사되었다.

결국, 요양기관 강제지정제도가 폐지되고 계약제도가 도입되더라도 전국 민의료보험체제의 상황에서 대부분의 의사가 계약을 할 것으로 나타났으며, 이는 헌법소원 공판시 제기된 강제지정제가 폐지되면 많은 의사가 탈퇴를

21) 요양기관 유지 : 51.9%(A)

요양기관 탈퇴 : 48.1%(B)

모든 환자진료 : 76.4%(C)

→ 요양기관 계약 = A+B×C = 88.6%

함으로써 우리나라의 보험체제가 붕괴된다는 주장과는 상반된 결과를 보였다.

강제지정제도가 아닌 새로운 형태의 지정방식에 대한 의사의 선호도를 조사한 결과 설문에 응한 전체 의사중 자유계약제와 단체계약제에 응답한 비율이 각각 41.7%와 49.5%로 나타났으며, 의료기관별로 분석한 결과 의원급은 단체계약제를 선호하고, 병원급 이상인 경우는 자유계약제를 선호하는 경향을 보였다. 개원의의 경우 개별적으로 보험자와 계약을 하는 것에 대한 부담감과 효율성을 감안할 때 의사협회등을 통한 단체계약이 유리하다고 판단하는 것을 알 수 있었다. 반면, 병원급 이상의 의료기관은 개별계약을 선호하는 경향을 보였는데 이러한 경우에는 보험자와 국가적인 차원에서 대형병원이나 특히 3차의료기관과의 일정비율 이상을 건강보험요양기관으로 확보해야 하는 어려움과 이에 대한 보완장치를 마련하지 않을 경우 문제발생의 가능성이 있었다.

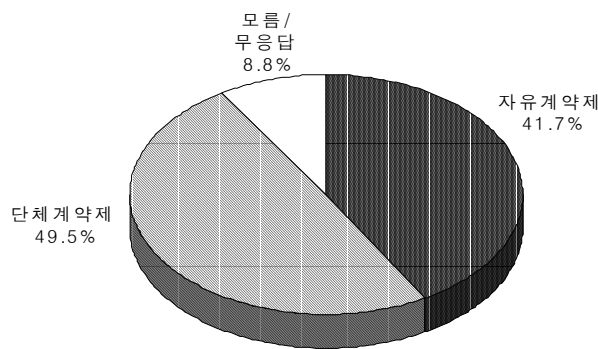
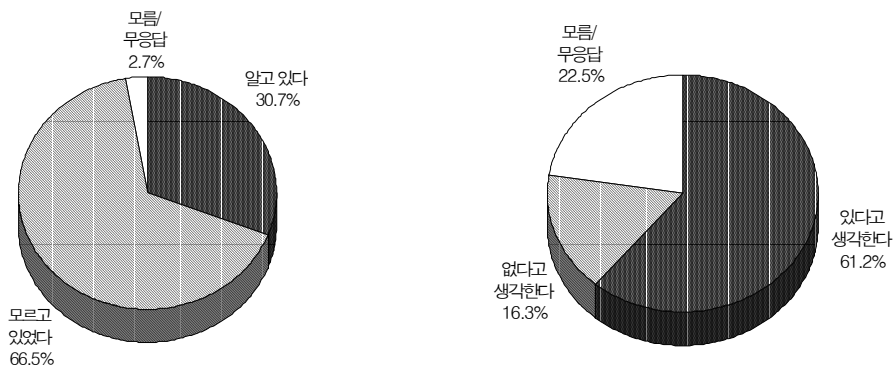


그림 9. 건강보험 선택제 도입시 요양기관 지정방법에 대한 견해

일반국민을 대상으로 조사한 결과 강제지정제도하에서 요양기관은 건강보험이 인정하는 의료서비스만을 제공하게 되므로 상대적으로 국민들이 다양한 의료서비스를 받지 못하는 사실을 인지하고 있는 사람은 30.7%로써 의료서비스 제한에 대해 인식하고 있는 사람이 많지 않았다.

또한 다양한 의료서비스에 대한 선택권 여부 조사에서도 전체 응답자의 241명인 22.6%가 응답을 하지 않음으로써 건강보험 체제와 의료서비스의 제한에 대한 전반적인 이해가 부족한 것으로 나타났다. 응답자의 특성별로 보면 저연령대, 화이트칼라, 고소득, 고학력층에서 타계층에 비해 의료서비스의 제한 사실을 많은 사람이 인지하고 있었으며, 의료서비스에 대한 선택권리의 식도 높은 것을 알 수 있었다.



「의료서비스 제한 인지도」

「의료서비스 선택권리에 대한 견해」

그림 10. 의료서비스 제한에 대한 인지도 및 선택권리에 대한 견해

우리나라 의료기관이 모두 건강보험 요양기관으로 강제지정되어 제한된 의료서비스만을 제공토록 하는 제도가 폐지되고 의료서비스를 선택할 수 있는 새로운 의료제도가 도입될 경우 국민의 이용 의향을 알아본 결과 '이용의향자'는 37.0%에 불과하였다.

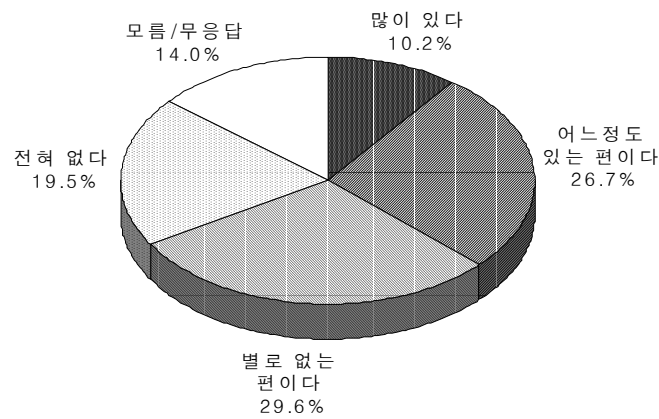


그림 11. 의료서비스 선택제 도입시 이용의향

이는 요양기관 강제지정제가 폐지된다고 해도 우리나라 국민 대부분이 보험환자를 진료하지 않는 일반진료기관을 선호하게 될 가능성이 그리 높지 않음을 보여주는 것이며, 현행 건강보험하에서 그나마 인정되는 소위 특진이라고 하는 선택진료를 경험 조사에서도 전체 응답자의 239명인 22%만이 선택진료를 이용한 경험이 있다고 응답하였다.

건강보험 체제하에서 인정되는 한정된 진료가 아닌 일반진료에 대한 진료수가는 의사와 국민이 생각하는 수준에 큰 차이를 보였다.

의사가 생각하고 있는 일반수가는 건강보험 수가를 기준으로 2배에서 3배 사이의 범위가 적당하다고 응답한 반면 국민의 경우는 현재 보험수가의 10% 정도의 추가부담 의향이 있는 것으로 조사되었으며 50%이상 더 지불할 의향이 있는 사람은 10.2%에 불과하여 의료서비스 선택 권리 의식은 있음에도 정작 비용에 대한 의식은 결여되어 있음을 알 수 있었다.

설문조사 결과 의사들은 강제지정제도의 폐지를 통하여 보험환자가 아닌 일반환자만을 진료하기를 원하는 것은 아니며, 계약제가 도입되더라도 대부분의 의료기관이 요양기관으로 계약을 체결할 것임이 예상되었다. 결국 의사들은 지정방식을 강제하고 있는 현행의 강제지정제도 자체에 대하여 근본적으로 부정적인 견해가 자리잡고 있으며, 이를 규정하고 있는 관련법령상의 하자를 지적하고 있는 것으로 보여졌다.

국민의 경우 설문조사 과정에서 우리나라 건강보험체제와 의료제도에 대한 전반적인 인식이 크게 부족한 것으로 나타났는데 의료선진국가의 실현을 위하여는 조속히 국가, 보험자, 의료기관차원에서 대국민 홍보를 강화할 필요성이 있다고 판단되었다. 또한 국민의 선택진료 이용 실태와 추가진료비 부담수준을 볼 때 보험환자를 진료하지 않는 일반진료기관을 이용할 가능성은 크지 않은 것으로 조사된 만큼 요양기관강제지정제도의 폐지로 인하여 전국민의료보험제도인 우리나라 보험체제에 혼란과 붕괴를 초래할 가능성은 크지 않음을 알 수 있었다.

제4장 요양기관 지정제도의 개선방안

1. 서

의료는 공익적 성질과 의료소비자와 의료공급자간의 정보의 불균형으로 인한 시장실패의 가능성이 높다는 이유로 국민들의 의료보장은 공적 체계를 통해 형성하는 것이 선진국의 일반적인 사회보장정책이다. 그러나 공적 의료체계는 재정적 기술적 한계를 갖고 있거나 경쟁을 통한 의료서비스의 발전을 기대하기 어려운 점이 있기 때문에 공적 의료보장체계와 더불어 사적인 의료체계를 병행하거나 보충적으로 인정하고 있다 (황덕남, 2002).

사적 의료체계를 공적 의료체계와는 다른 보험의 형태, 의료기관, 의료서비스, 재원등을 시장경제의 원리에 의한 상호경쟁을 완전히 허용하는 것이라 할 때, 국민의 입장에서서는 전국민의 의료보험 의무가입방식인 공공의료보험 이외에 선택형이나 보충형태의 민간보험을 생각할 수 있으며, 의료공급자인 의사의 입장에서서는 먼저 의료기관이 건강보험 요양기관으로 당연히 지정토록 되어 있는 현재의 강제지정제를 벗어나 영리기관으로써 진료환자 또한 건강보험환자가 아닌 일반환자를 보게 되는 경우를 들 수 있다. 이때 의료서비스의 범위는 공적 의료체계에서 제한적으로 허용하는 수준 이상을 의료기관에서는 제공할 수 있으며, 국민은 다양한 의료서비스 중 부담할 수 있는 수준의 의료서비스를 선택할 수 있게 됨을 의미한다.

앞장에서 살펴본 바와 같이 외국의 경우 대부분의 나라에서 의료기관 지정을 상호 계약에 의한 지정제도를 채택함으로써 의료기관의 자율성을 허용

하고 있으며, 국민의 경우에도 공보험 체제 이외에 사보험으로 대체할 수 있는 여지를 두어 선택권을 제공하는 등 상당 부분에서 공적 의료체제와 사적 의료체제를 병행하고 있다.

그럼에도 불구하고 우리나라는 의료보험 초창기부터 요양기관 지정을 강제하여 사적 의료체제를 원천적으로 봉쇄함으로써 공적 의료체제가 가지는 재정적 한계와 급여범위의 제한 등을 해소할 수 있는 여지를 완전히 차단하여 왔다.

이처럼 비합리적이고 민주국가에서는 그 유례를 찾아 볼 수 없는 강제지정제도와 같은 강압적인 의료정책으로 인하여 마침내 건강보험 재정과탄이라는 커다란 위기를 맞게 되었고, 우리나라 의료제도에 대한 근본적인 재조명과 개혁의 필요성이 대두됨에 따라 민간보험의 확대 도입과 요양기관 강제지정제도의 폐지 등 사적 의료체제의 형성을 위한 기본 조건들이 조심스럽게 논의되고 있다. 또한, 최근 WTO로부터 의료시장 개방의 요구와 압력을 받고 있는 시점에서 민간보험의 확대 도입과 새로운 요양기관 지정제도의 개발은 시급한 과제가 되었다.

그러면 요양기관 강제지정제도가 폐지될 경우 국가 사회보장 제도의 이상을 실현하면서 의료공급자인 의사와 국민에게 최상의 의료서비스를 제공하고 선택할 수 있는 권리가 보장되는 요양기관 지정제도를 검토하여 볼 필요가 있다. 외국의 요양기관 지정제도가 계약을 통해 이루어지는 것과 우리나라의 사회·경제적인 특수성을 고려하여 다음과 같은 형태의 요양기관 지정제도를 생각해 볼 수 있다.

2. 계약에 의한 요양기관 지정제도

현재까지 의료계약은 의사와 환자간에 이루어지는 진료계약을 중심으로 다루어져 왔으며 그것도 오늘날 자유민주주의 국가에서 대부분 채택하고 있는 사회보험제도와 관련하여 계약상의 권리 및 의무를 다루는데는 미흡했다(장욱, 2002). 또한 우리나라는 2000년 7월 1일부터 국민건강보험법으로 통합 실시되면서 요양급여비용(과거 의료보험수가)이 정부의 일방적 고시의 형태에 벗어나서 의료공급자와 정부와의 협의에 의해 결정되는 소위 수가계약제가 새로이 도입되었으나, 실질적인 계약제도로써 운영되지 못한 채 그 기능을 다하지 못하고 있다.

의료와 관련한 국가정책이나 제도는 사회보험제도의 일환으로 공공기능에 비중을 둠으로써 다른 분야에 비해 사적 자율성과 권리의 제한을 많이 허용하고 있으나, 이는 불가피한 경우 최소한의 범위내에서 적용하는 것을 원칙으로 하고 있다. 그러나 우리나라의 의료정책과 관련제도는 외국의 경우에 비해 훨씬 많은 부분에서 제한을 두고 있으며, 의료의 직접적인 대상자인 국민과 의사의 최소한의 권리마저 국가정책이라는 이유로 간과되었다.

현재 우리나라의 건강보험체제 하에서는 의료급여 대상자를 제외한 전국민이 건강보험 대상자로 당연가입하게 되어 있으며, 모든 의료기관은 건강보험 요양기관으로 당연지정됨에 따라 보험대상자인 국민들은 모든 의료기관에서 보험진료를 받을 수 있도록 되어있다 (그림 12).

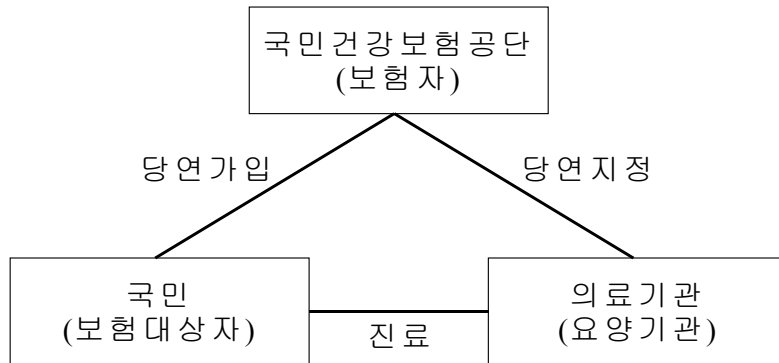


그림 12. 현재 건강보험체제의 틀²²⁾

그러나 이러한 건강보험체제 현재의 틀은 요양기관 당연지정제도가 폐지된다면 건강보험의 대상자인 국민은 당연가입으로 변동이 없는 반면, 의료기관은 계약의 형식으로 요양기관이 될 것이며, 요양기관으로 계약하지 않는 의료기관도 있을 것으로 국민들은 요양 의료기관에서 보험체계 하에서 진료 받는 경우와 요양기관으로 계약되지 않은 일반 의료기관에서 진료를 받는 경우가 발생한다 (그림 13).

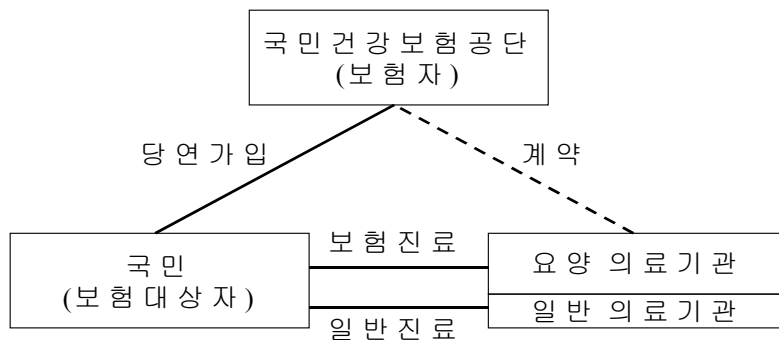


그림 13. 요양기관 당연지정제 폐지후 건강보험체제의 틀

22) 박은철, “건강보험요양기관 당연지정제도의 위험성과 향후 한국의료체계의 조 명”(2002.3.16).

이때 보험자인 건강보험공단과 계약할 대상을 의료기관과 의사 중 어느 하나만으로 한정하거나 또는 의료기관과 의사 모두를 포함하여 각각 계약의 당사자로 할 경우를 가정할 수 있으며, 계약주체의 형태에 있어서도 개별 대상으로 할 것인가 또는 이들의 연합체로 할 것인가에 따라 자유계약제와 단체계약제로 구분할 수 있게 된다.

가. 자유계약제

자유계약제는 의료단체가 아닌 계약의 주체가 되는 당사자가 각각 보험자와 개별 계약을 하는 방식으로 보험자와 의료기관²³⁾ 쌍방에 선택권을 부여하는 것이다. 즉 의료기관은 자유의사에 따라 보험제도권으로의 진입여부를 선택할 수 있으며, 반대로 보험자의 경우에도 요양기관 지정을 희망하는 의료기관에 대하여 계약 자체를 거부할 수 있는 선택권을 가지게 된다.

자유계약제는 의료기관의 측면에서 볼 때, 요양기관으로의 지정여부를 전적으로 의료기관의 판단하에 자율적인 선택권을 보장한다는 측면에서 현행의 강제지정제도와 그 성격을 달리한다. 개별 의료기관은 요양기관 지정여부를 판단함에 있어 보험수가 수준과 인정되는 급여범위 및 관련 행정제도 등을 고려하여 선택할 수 있는 장점이 있다.

보험자의 측면에서는 앞서 언급한 것 처럼 보험자에게도 선택권이 주어지는 것이므로 의료기관을 선별하여 계약을 할 수 있게된다. 보험자는 해당 의료기관의 진료비 청구수준과 진료경향 및 행정처분 내역등을 감안하여 계약여부를 결정할 수 있게 된다.

이때 보험자나 의료기관에서의 역선택 현상이 심화될 경우 상대적으로 요

23) 본 논문에서는 의료기관과 의사를 특별히 구분할 경우를 제외하고는 의료기관과 의사를 동일시하여 편의상 보험자와 의료기관이 계약의 주체가 되는 것으로 표현하였다.

양기관 계약률이 저조할 수 있으며, 특히 의원급 의료기관은 보험자와 대등한 입장이 될 수 없어 불이익과 피해의 가능성이 높아진다. 비급여항목이 많은 과와 유명한 의사의 경우는 요양기관 지정으로의 유인요소가 상대적으로 미약하여 계약을 기피하거나, 계약을 하게 될 경우에도 미온적인 태도를 보일 수 있다. 또한, 의료기관간의 빈익빈 부익부현상이 더욱 심화될 수 있는데 이는 현재의 특정과목에 대한 전공의 기피현상을 악화시켜 결국 전문과목간의 불균형으로 인한 우리나라 의료체계의 전반적인 왜곡을 초래할 가능성이 크다

반면, 보험자의 입장에서는 개별 의료기관을 대상으로 계약을 할 경우 해당 의료기관의 진료비 청구 경향과 건당 진료비 수준등을 고려하여 선별계약을 할 가능성이 발생하는데 건강보험 요양기관으로 지정을 필히 받아야만 하는 의료기관의 경우에는 보험자가 의료비 절감과 제한된 수준의 진료범위등을 제시하며 조건부 계약을 요구할 때 이를 거부할 수 없게 되며 계약기간동안에도 보험자의 규제와 간섭을 받을 수 있다.

자유계약제는 계약대상자인 의료기관과 보험자에게 선택권을 부여하여 자율성을 최대한 보장하는 제도라 할 수 있으나, 위와 같은 문제점과 부작용을 방지할 수 있는 제도적 장치가 필수적으로 보완되어야 한다.

국가적 차원에서 국민의 건강권 보장을 위한 일정수준 이상의 건강보험 요양기관이 확보될 수 있도록 하기 위하여 보험자나 의료기관에서 정당한 이유없이 계약을 일방적으로 기피하는 경우가 발생하지 않도록 이를 금지하는 관련법령상의 제제조항을 마련하고, 보험자와 의료기관간의 계약률이 극히 저조할 경우 적극 중재하는 전문 중재기구의 설치와 의료기관간의 빈익빈 부익부 현상에 대한 대책방안이 필요하다.

나. 단체계약제

단체계약제는 요양기관으로의 지정을 원하는 개별 의료기관이 의료단체에 의뢰를 하면 의료단체의 대표자가 신청한 의료기관을 대표하여 보험자와 계약을 하는 형태이다. 자유계약제의 경우 수많은 의료기관이 보험자와 일일이 계약을 함으로써 계약기간이 장기화되고 일률성이 없어지는 반면, 단체계약제는 의료기관을 대표하는 의료단체의 장과 보험자가 계약을 체결함으로써 계약의 효율성과 일정수준 이상의 요양기관 계약률을 확보할 수 있게되는 장점이 있다.

의료단체의 대표자가 보험자 대표와 계약을 체결하는 것은 현재 건강보험법상 명시된 수가계약과 유사한 형태가 될 수 있는데 수가계약제는 국민건강보험법의 제정으로 시행된 이후 두차례에 걸쳐 시도되었으나 모두 계약을 체결하지 못하였다. 이는 관련제도가 충분히 갖추어지지 않았고, 이해관계의 구조적인 모순으로 인한 결과라 할 수 있다.

계약의 대상자인 공단의 대표자는 재정운영위원회의 의결을 통해 의사결정을 할 수 있도록 되어 있으며, 의료기관의 대표자인 요양급여비용협의회장은 직능별 단체의 특수성을 반영하지 못하는 상황에서 그 대표성마저 논란이 되는 혼란을 초래하였다.

이러한 사례를 비추어 볼 때, 단체계약제를 시행할 경우 명목뿐인 수가계약제와 같은 절차를 되풀이하지 않기 위하여 무엇보다 관련 제반사항의 체계적인 정비가 이루어져야 한다. 계약 대상자의 의사결정권을 충분히 보장하되, 의료기관은 직능별로 구분하여 각 단체의 대표자가 계약을 하도록 해야 한다.

단체계약제는 의료기관의 측면에서 자유계약제의 경우 발생될 수 있는 의료기관의 일방적인 피해를 최소화할 수 있으며, 현재의 수가계약을 포함하여 진료와 관련된 사항을 부수적으로 계약의 조건에 포함시킴으로써 의료여건의 향상을 도모할 수 있는 장점이 있다.

보험자의 경우에도 의료기관별로 일일이 계약을 체결함에 따른 시간적, 행정적 낭비를 최소화하고, 일정수준 이상의 의료기관을 건강보험요양기관으로 확보할 수 있는 장점이 있는 반면, 요양기관의 집단이탈과 각 의료단체에서 집단 이기주의적 행동을 보일 경우 적절한 대응이 어렵게 된다.

이는 사회적으로도 심각한 문제가 발생할 수 있는데 이에 대한 제도상의 안정장치가 필수적으로 마련되어야 한다. 실제로 독일의 경우에는 사회법전에 보험의허가에 대한 집단적 포기에 관한 규정²⁴⁾을 두어 의사들이 서로 합의하여 단체로 보험의로의 허가를 포기하지 못하도록 하고 이를 위반시 엄격한 제재를 가하고 있다.

다. 자유계약제와 단체계약제의 절충형제도

자유계약제와 단체계약제는 강제적으로 요양기관을 지정하는 것과는 달리 보험자와 의료기관으로 하여금 상호 계약에 의해 체결토록 함으로써 선택의 자유를 보장하는 제도라 할 수 있다. 그러나 앞서 살펴본 바와 같이 두가지 형태의 계약제는 이를 보완할 수 있는 제도적인 장치가 필수적이며 어느 한 가지 형태의 계약제를 적용하는 것은 오히려 우리나라 의료체계에 악영향을 줄 수 있다.

24) 독일 사회법전 제5편 제95b조

표 14. 자유계약제와 단체계약제의 장·단점

구 분	자유계약제	단체계약제
장 점	<ul style="list-style-type: none"> • 의료기관과 보험자 모두에게 선택권을 부여함으로써 자율성을 최대한 확보 	<ul style="list-style-type: none"> • 의료단체의 대표자가 일괄 계약함으로써 계약의 효율성증대 및 일정 수준의 계약률 확보 • 소규모 의료기관의 권익 보호
단 점	<ul style="list-style-type: none"> • 계약기간의 장기화 • 계약 대상자의 역선택 • 대등한 조건이 아닐 경우 어느 한쪽에 불리하게 작용 	<ul style="list-style-type: none"> • 특정 의료단체의 영향력 행사시 사회적 혼란 야기 • 의료단체를 단일화 할 경우 각 직능단체의 특수성 배제
보완장치	<ul style="list-style-type: none"> • 일방적 계약 기피 금지 제도 	<ul style="list-style-type: none"> • 집단적 행동 견제 제도

따라서 우리나라의 의료여건과 특성을 감안할 때 자유계약제와 단체계약제를 의료기관 규모별로 구분하여 적용하는 절충형 제도가 각각의 단점과 부작용을 최소화할 수 있다. 즉, 직능단체별로 각각 계약을 체결하되 의료기관의 규모에 따라 의원급은 의료단체를 통한 단체계약을 하도록 하고, 병원급 이상의 의료기관은 의료기관별 자유계약제를 적용하는 것이다. 실제로 본 연구의 설문조사에서도 의원급 의료기관에 종사하는 의사는 단체계약제를 선호하고, 병원급 이상의 의사는 자유계약제를 선호하는 경향을 보였다.

자유계약제와 단체계약제의 절충형 제도를 적용시 각 제도의 보완장치도 같이 고려되어야 하며 무엇보다 계약제에 의한 새로운 형태의 요양기관 지정제도가 의료제도의 변화를 의미하는 만큼 우리나라 의료체계에 대한 전반적인 재설계와 관련제도의 정비가 선행되어야 한다.

3. 선결사항

가. 의료체계의 재설계

사회보장제도는 한 나라의 복지수준에 대한 평가와 함께 선진국에의 기준을 가늠할 때 절대적인 영향을 주는 국가의 중요한 시책이며, 이에 대한 중요성과 비중은 전 세계적으로 커져가고 있는 추세이다. 그러나 사회보장은 국가마다 다른 역사·문화적 배경과 경제·사회적 여건변화에 따라 발전되어 왔으므로, 사회보장의 개념은 국가 혹은 국제기구에 따라 차이를 보이고 있어 통일된 기준으로 비교하기에는 어려움이 있다.

우리나라는 1960년대 초반 극히 미비한 수준의 사회보장을 운영하였으나, 1970년대 말까지 지속된 성장기 동안에 주로 경제개발과 산업화 촉진에 중점을 둔 나머지 사회복지를 증진시키는데는 우선 순위를 크게 두지 않았으며 1970년대 말에 가서야 500인 인상 근로자를 가진 사업장을 대상으로 한 의료보험제도를 도입함으로써 사회보장제도가 시작되었다고 볼 수 있다.

우리나라 사회보장제도의 개념은 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 빈곤을 해소함으로써 국민이 건강하고 경제적으로 인간다운 생활을 영위할 수 있도록 최저생활의 보장을 의미한다. 여기에는 4대보험이 모두 포함된 포괄적인 개념을 의미하지만, 위에서 살펴본 바와 같이 우리나라는 의료보험제도의 도입을 시작으로 사회보장제도가 시행되었다고 할 때, 의료체계가 곧 우리나라 사회보장제도의 골격이 되는 것이며 새로운 형태의 요양기관지정제도를 정착시키기 위해서는 의료보장의 차원에서 전반적인 의료체

계의 틀을 새롭게 재구성할 필요가 있다 (그림 14).

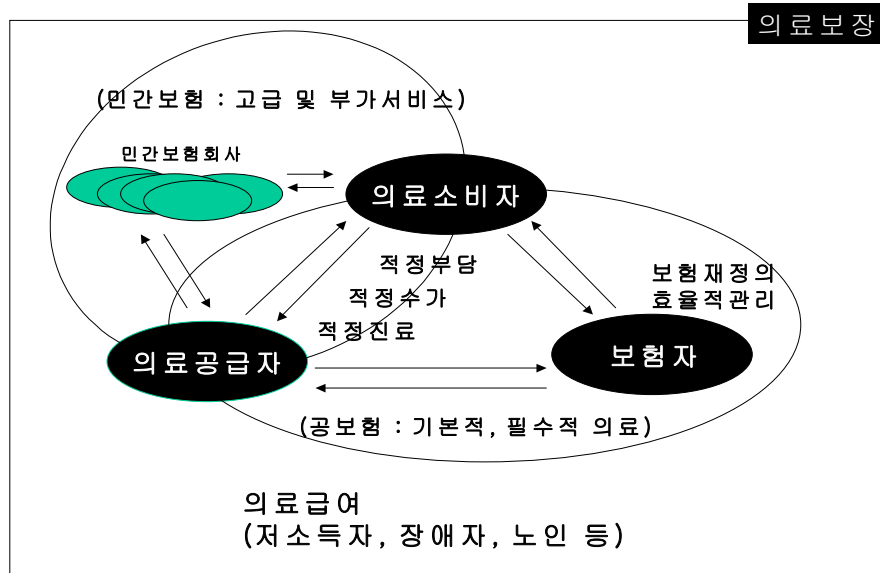


그림 14. 의료보장 체계의 모형

즉, 저소득층을 대상으로 하는 현재의 의료급여대상에 노인을 포함하여 공적부조체계를 확대하고, 공보험은 기본적, 필수적인 의료제공과 예방과 건강증진의 역할에 그 기능을 두되, 공적보험의 영역을 벗어나는 고급 및 부가 서비스는 민간보험에서 담당토록 의료보장체계를 구성하는 것이다.

이때, 의료급여의 확대와 공보험의 적정화를 위하여는 적정 보험료 부과 및 국고지원의 확대 등이 필수적이며 무엇보다 국가의 역할이 중요하다 할 것이다.

이처럼 의료보장체계를 세분야로 구분하고 각각의 기능을 다하도록 역할 정립과 병행 발전을 통하여 의료 위험의 보장성을 강화할 수 있는 전반적인 의료체계의 재설계가 필요하다.

나. 공공의료기관의 확충

공공의료기관의 부족은 건강보험 요양기관 강제지정제도의 위헌소송과정에서도 강제지정제도를 유지할 수 밖에 없는 절대적 이유로 주요 쟁점사항이 되고 있으며, 우리나라 의료제도의 문제점을 지적할 때 항상 거론되는 만큼 우리나라 공공의료기관의 확충은 시급한 문제이다.

실제로 외국의 경우와 비교할 때 우리나라는 공공의료기관이 취약한 실정이며 앞장에서 살펴본 계약제를 운영하고 있는 나라 모두가 우리나라에 비해 공공의료기관의 비율이 월등히 높았다.

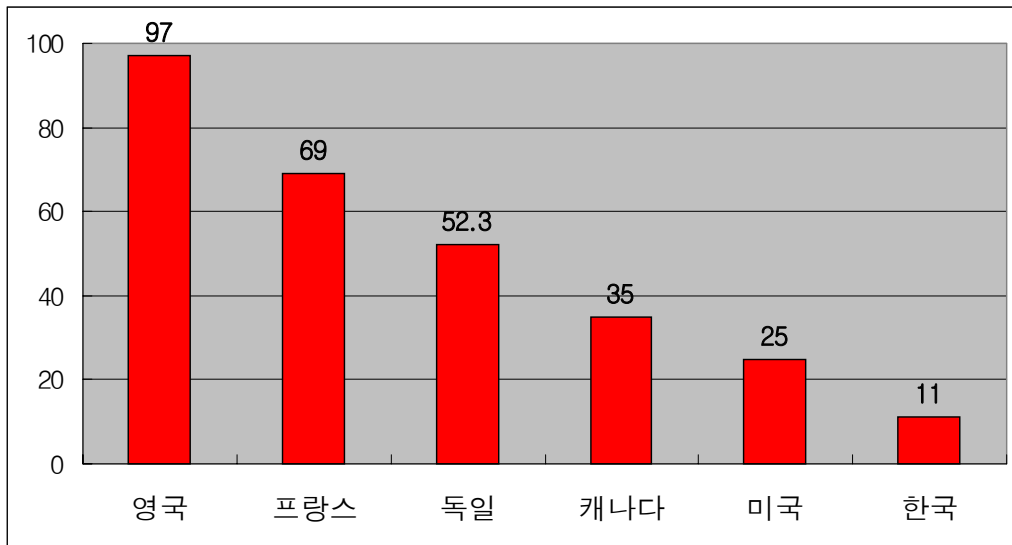


그림 15 . 각국의 공공의료기관 비율

강제지정이 아닌 계약에 의한 요양기관 지정제도로 변환될 경우 국민의 의료기관에 대한 접근도 확보를 위하여는 충분한 공공의료기관이 확충되어야 하며, 이는 의료선진국과 같은 복지국가의 실현을 위해서도 필수적인 사항이라 할 것이다.

다. 계약제의 여건조성

계약에 의한 지정제도의 도입과 제도정착을 위하여 공공의료기관이외에도 의료기관의 일정수준 이상을 건강보험 요양기관으로 확보될 수 있도록 하여 우리나라 건강보험체제가 안정적으로 유지될 수 있는 기본적인 여건조성을 마련하여야 한다.

보험참여 의료기관에 대한 조세 혜택과 의료시설 지원등을 통한 유인요소를 제공하여야 하며, 무엇보다 적정수가를 보장하여 건강보험 요양기관으로의 자발적인 참여를 유도해야 한다. 제도적으로는 주치의제도를 보험의와 연계하는 방안과 의료전달체계를 정비하여 종별 의료기관이 각각의 기능에 맞는 의료를 제공토록 해야 한다.

또한, 보험의료서비스와 일반의료서비스간에 필연적으로 격차가 발생할 수 있는데 이러한 격차의 해소를 위하여 일반의료기관에 대한 부담금을 부과 또는 예치토록 하고 그 차액을 의료환경 개선을 위한 비용이나 공공의료기관 확보를 위한 재원으로 활용하는 방안²⁵⁾도 함께 고려되어야 할 것이다.

무엇보다 계약제에 의한 지정제도에 있어서 가장 중요한 것은 계약이 체결되지 않을 경우 적극적으로 중재를 담당하는 조정기구의 설립과 조정절차과정의 정립이 필수적으로 선행되어야 한다.

25) 황덕남, 요양기관당연지정제도에 관한 헌법적 고찰, 2002, 96-98면

제5장 결 론

우리나라에 의료보험이 도입된 이후 현재까지 운영되어온 의료기관 강제 지정제도는 단기간내에 의료보험의 양적확대를 이루는 성과가 있었던 반면 그 부작용과 역기능이 나타났다. 보험가입자와 의료보험 요양기관을 전 국민과 모든 의료기관으로 확대하여 가는 과정에서 불가피하게 시작된 저보험료와 저수가정책은 결국 의료공급자와 수요자 모두에게 심각한 문제를 초래하였다.

즉, 의료공급자인 의료기관은 원가에도 못미치는 저수가체제하에서 양질의 의료서비스 향상 및 개발에 대한 동기부여가 없어지고, 한정된 재원으로 극히 기본적인 범위내에서 제공된 의료급여는 의료수요자인 국민의 기대수준에 미치지 못하여 결국 국민의 의료서비스에 대한 불만족과 의료정책에 대한 불신으로 이어졌다. 또한, 보험체계내에서 요양급여의 범위, 기준등 세부사항을 정하여 범위를 벗어나는 의료서비스를 제한함에 따라 모든 의료인은 보험제도안에서만 의료활동을 할 수밖에 없고 모든 국민은 의료보험제도내의 의료서비스를 받을 수 밖에 없게 되었다.

이처럼 의사들의 기본 진료권을 제한하고 의료서비스에 대한 욕구를 제한해온 강제지정제는 실질적인 국민의 기본권 보장에 역행하는 결과를 초래하였을 뿐만 아니라 의료문화의 하향평준화, 고액의 의료비용의 해외유출, 고급 의료인력의 해외 정착 등 부작용을 유발하였을 뿐만 아니라 의료발전을 저해하고, 급기야 의료인의 자율권마저 통제하기에 이르렀다.

이러한 강제지정제도의 폐단과 문제점은 결국 동제도를 명시하고 있는 국

민건강보험법 조항에 대한 위헌소송으로 이어졌고, 강제적으로 요양기관을 지정하는 방식이 아닌 새로운 형태의 계약에 의한 요양기관 지정제도의 도입이 거론되고 있다.

실제로 외국의 경우 대부분의 나라에서 근래 보편적 의료보장을 유지하면서 의료부분의 효율성을 제고하기 위해 사적 의료체계를 허용하고 있으며, 심지어 사회주의 국가인 중국에서조차 일정비율의 예외를 두고 있었다.

제3장에서는 요양기관 강제지정제도에 관한 실제적 고찰로써 국민과 의사를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 조사결과 강제지정제도에 대한 거부감과 국민의 의료서비스에 대한 권리의식이 형성되어 있고, 강제지정제도의 폐지와 새로운 형태의 지정제도 도입이 요구되고 있음을 알 수 있었다.

제4장에서는 강제지정제도가 아닌 계약에 의한 지정제도의 형태와 도입방안을 제시하였는데 이에 앞서 모든 국민이 의료서비스를 제공받는데 불편이 없도록 의료접근성을 확보하는 여건조성이 필수적으로 선행되어야 하며 이를 위하여 무엇보다 국가의 역할을 필요로 하였다. 국가는 의료혜택에서 소외되는 계층이 발생되지 않도록 공공의료기관을 확대·증설하고 기본적 사회보장제도에 소홀함이 없도록 의료정책에 만전을 기해야 할 것이다.

최근 WTO를 통한 의료시장개방을 위한 세부협상과 민간의료보험의 확대 도입, 의료제도발전특별위원회의 의료체계개선을 위한 논의등이 진행되고 있음을 볼 때에도 우리나라 의료정책의 변화와 제도개선의 필요성은 누구나 공감하고 있다.

특히, 강제지정이 아닌 계약에 의한 지정제도로 전환되어 의료기관에서 일반진료가 가능하게 되고, 의료시장이 개방되어 외국의 의료기관과 보험사

가 우리나라에 도입될 경우를 대비하기 위하여도 민간보험의 기능 재설정 및 정부의 정책방향이 조속히 정립되어야 하며 이에 대한 체계적인 연구가 필요하다.

따라서 요양기관 강제지정제를 규정하고 있는 국민건강보험법 제40조는 국민과 의사의 기본권과 자율성 확보를 위하여 그 위헌성이 조속히 판명되어야 할 것이며, 위헌여부는 별개로 하더라도 앞서 언급한 의료환경의 변화와 의료문화의 발전을 통한 선진 복지국가의 실현을 위해 강제지정제도의 폐지를 시작으로 우리나라 의료체계의 전반적인 재설계와 개혁작업이 진행되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 단행본

- 강대룡/한동관, 프랑스 의료보험법, 동림사, 1998
- 강복수, 보건의료법학, 동림사, 2002
- 권순원, 양봉민, 의료보험제도의 개선을 위한 정책방안, 한국개발연구원, 1990
- 김도영, 한국의 의료보험, 삼연사, 1982
- 김억헌, 보험의 이론과 실제, 대학문화, 1999
- 문옥륜, 의료보장정책연구, 신광출판사, 1992
- , 현대의료경제론, 신광출판사, 1992
- , 한국의료보험론, 신광출판사, 1996
- 손명세/이용갑/박종연, 통일독일의 보건의료체계 변화, AIKUHC, 1999년,
- 양봉민, 보건경제학원론, 수문사, 1989
- 이상돈, 의료체계와 법, 고려대학교출판부, 2000
- 이용홍/김기경/박설, 일본의료법, 동림사, 1999
- 전광석, 사회보장법학, 한림대학교출판부, 1993
- , 독일사회보장법론, 법문사, 1994
- 한동관/손명세/박형욱/박민, 의료보험법 분석, 동림사, 1998
- 한동관, 일본 건강보험법, 동림사, 1998

2. 논문

- 강남진, 의료계약 당사자의 법률관계에 관한 연구, 전남대박사학위논문, 1992
- 강성훈, 국민의료보험 제도분석과 운영개선에 관한 연구, 전주대학교박사학위논문, 1997
- 김민중, 의료계약, 사법행정, 1991
- 류덕현, 한국 의료보험제도의 발전방향에 관한 연구, 대전대학교박사학위논문, 2000
- 박광서, 한국 의료보험제도에 관한 연구, 단국대학교석사학위논문, 1999

박종식, 의료보험 요양기관의 지도감독에 관한 연구, 단국대학교석사학위논문, 1995

박형욱, 한국 의료법체계의 성격과 역사적 변천, 연세대학교박사학위논문, 2000

박효길, 한국 의료보험제도 운영원칙 설정연구, 대한의사협회, 2000

 , 대만의 건강보험제도, 대한의사협회, 1998

백태승, 요양급여비용계약제의 법적 성격과 입법방향, 한국의료법학회 연제집, 2000

손명세, 보건의료법제의 변천-그평가와 전망-, 법제, 2000/7

손명세, 헌법이념에 기초한 의료보험법의 개정방향, 대한병원협회, 1998

오영호/한지숙/오진주, 요양병원의 수급현황과 정책과제, 한국보건사회연구원, 1999

우득현, 우리나라 의료보험제도의 문제점과 개선방향에 관 연구, 부산대학교석사학
위논문, 1999

유주경, 한국 의료보험제도의 형평성에 관한 분석, 이화여자대학교석사학위논문,
1998

원정수, 우리나라 사회보험제도에 관한 연구, 숭실대학교석사학위논문, 1996

의료보험연합회 기획부, 대만의 전국민건강보험제도, 의료보장, 1998.6

이규식, 대만 의료보장개혁과 교훈, 보건행정학회지, 1998.6

이상득, 우리나라 의료보험제도의 문제점 및 개선방안에 관한 연구, 충북대학교석사
학위논문, 1998

이찬표, 우리나라의 의료보험제도에 관한 연구, 경기대학교석사학위논문, 1998.

장동민, 민간의료보험제도의 도입 방안 연구, 보건경제연구제5권, 1999

장 욱, 보험의료계약의 법적 성질, 연세대학교석사학위논문, 2001

정병기, 기본권의 본질적 내용 침해금지에 관한 연구, 연세대학교석사학위논문, 2000

지석재, 한국 헌법의 사회적 시장경제질서, 서울대학교석사학위논문, 1999

최경환, 한국 의료보험의 공정성과 효율성에 관한 연구, 건국대학교박사학위논문,
1997

최병호, 대만의 통합 의료보험제도 운영현황과 새로운 개혁논의, 보건복지포럼,
1998.6

황덕남, 요양기관당연지정제도에 관한 헌법적 고찰, 2002

- , 업무보고, 보건사회부, 1989
- , 보건사회백서, 보건사회부, 1990
- , 보건복지백서, 보건복지부, 2000
- , 외국의 건강보험제도 비교조사, 국민건강보험공단, 2000
- , 사회보험의 통합적·효율적 관리운영을 위한 법제개선, 한국법제연구원
- , 새천년 보건복지정보 선진화를 위한 보건복지정보 관련 법률연구(II), 연세
대 보건정책 및 관리연구소, 2000
- , 의료보험 피보험자 편익증진을 위한 보험자의 역할에 관한 연구, 의료보험
관리공단 한국보건사회연구원, 1996
- , 국민건강증진을 위한 전략 및 입법안, 한국보건사회연구원, 1994
- , 국민건강보험의 평가와 발전방향, 한국의학원, 2001
- , 2002 의료발전을 위한 정책제안서, 대한의사협회, 2002
- , 제1기 의료정책연수과정 강의자료집, 대한의사협회, 2002

3. 외국문헌

, 國民衛生の 動向, 厚生統計協會, 2000

A. V. Alstyne, "Tenure System at the University of Utah," in, S. Bardwell and associates, ed., The Tenure Debate (San Francisco : Jossey-Bass Incorporated Publisher, 1973)

Jean Mchale & Marie Fox with John Murphy, Health Care Law, Sweet E Maxwell, 1997

부 부

【 건강보험에 대한 여론조사 - 의사 】

안녕하십니까? 여기는 한국갤럽조사연구소입니다. 저희는 지금 건강보험과 관련하여 의사선생님들의 의견을 알아보고 있으니 잠시만 협조해 주시면 감사하겠습니다.

SQ1) ○○님께서 현재 진료를 보시는 과목은 무엇입니까?

1. 내과 2. 산부인과 3. 일반외과 4. 소아과 5. 정형외과 6. 가정의학과
 7. 이비인후과 8. 마취과 9. 안과 10. 진단방사선과 11. 신경외과
 12. 비뇨기과 13. 정신과 14. 피부과 15. 성형외과 16. 흉부외과
 17. 임상병리과 18. 신경과 19. 해부병리과 20. 예방의학과 21. 일반과

SQ2) ○○님께서 현재 병원이나 의원중 어디에 근무하고 계십니까?

1. 의원 → **문1)로 갈 것**
 ┌ 2. 병원
 │ 3. 기타 (적을 것 : _____) → **문1)로 갈 것**
 ↓

SQ3) 그럼, ○○님께서 근무하시는 병원은 병원, 종합병원, 3차병원중 어느 병원에 속하십니까?

1. 병원 2. 종합병원 3. 3차병원

문 1) ○○님께서 의사와 환자 모두에게 적절한 진료가 되기 위해서는 의사 1명당 1일 평균 환자 수는 몇 명 정도가 적당하다고 생각하십니까?

_____ 명
 999. 모름/무응답

문 2) 현재 건강보험 수가 등을 고려해 볼 때 병원운영을 위해 필요한 의사 1명당 1일 평균 환자 수는 몇 명 정도가 되어야 한다고 생각하십니까?

_____ 명
 999. 모름/무응답

문 3) 우리나라는 2000년 7월 13일부터 특진제, 즉 지정진료제가 폐지되고, 선택진료제가 실시되고 있습니다. ○○님께서서는 선택진료제가 잘 운영되고 있다고 생각하십니까? 잘 운영되지 못하고 있다고 생각하십니까?

1. 잘 운영되고 있다→ **문5)로 갈 것**

└─ 2. 잘 운영되지 못하고 있다

| 3. 모름/무응답

↓

문 4) 그럼 현재의 선택진료제가 적절하게 운영되지 못하는 가장 큰 이유는 무엇이라고 생각하십니까? 무엇이든 좋으니 구체적으로 한가지만 말씀해 주십시오.

문 5) 우리나라는 소수의 의료보호 환자를 제외한 전국민이 건강보험 환자입니다. 이러한 상황에서 건강보험 요양기관 강제지정제가 폐지되고 선택제가 도입된다면, ○○님께서서는 건강보험 요양기관으로 남으시겠습니까? 아니면 건강보험 요양기관에서 탈퇴하시겠습니까?

병원을 운영하지 않는 분께서는 병원을 운영할 경우를 생각해서 말씀해 주십시오

1. 건강보험 요양기관으로 남겠다

2. 건강보험 요양기관에서 탈퇴하겠다

3. 모름/무응답

문 6) 만약, 건강보험 요양기관 강제지정제가 폐지된다면 다음중 어떤 형태로 환자를 진료하시기를 원하십니까? (면접원 : 1, 2, 3을 읽어 줄 것)

1. 보험환자와 일반환자 모두 진료

2. 보험환자만 진료

3. 일반환자만 진료

문 7) 건강보험 요양기관 지정이 선택제로 전환되었을 때 의료기관과 보험자의 계약은 다음중 어느 방식이 적당하다고 생각하십니까? (면접원 : 1,2를 읽어 줄 것)

1. 의사와 보험자(공단) 쌍방에 선택권을 부여하는 완전 자유계약제
2. 각 의료기관이 의료단체에 개별 신청한 후 의료단체에서 보험자와 일괄 계약하는 형태의 신청에 의한 단체계약제
3. 기타(적을 것 : _____)
4. 모름/무응답

문 8) 만일, 건강보험 제도밖에서 일반환자를 진료할 경우, 진료수가는 보험수가의 몇%가 적당하다고 생각하십니까?

_____ %

자료분류용 질문

■ **지 역** : 1. 서울 2. 부산 3. 대구 4. 인천 5. 광주 6. 대전
7. 울산 8. 경기 9. 강원 10. 충북 11. 충남 12. 전북
13. 전남 14. 경북 15. 경남 16. 제주

■ **지역크기** : 1. 대도시 2. 중소도시 3. 읍/면

■ 실례지만, ○○님의 연세는 올해 **만**으로 어떻게 되십니까?

만 _____ 세

■ **성 별** : 1. 남자 2. 여자

대단히 감사합니다

【 건강보험에 대한 여론조사 - 일반인 】

안녕하십니까? 여기는 한국갤럽조사연구소입니다. 저희는 지금 건강보험과 관련하여 국민여러분의 의견을 알아보고 있으니 잠시만 협조해 주시면 감사하겠습니다.

SQ1) 실례지만, ○○님의 연세는 올해 **만으로** 어떻게 되십니까?

만 _____ 세 → **만18세 미만 조사중단**

SQ2) **성 별** : 1. 남자 2. 여자

문 1) ○○님께서 지금까지 선택진료, 즉 특진을 받은 적이 있으십니까?

1. 있다
2. 없다

문 2) 현재 우리나라는 건강보험에 규정된 진료비를 일괄적으로내고 누구나 같은 의료서비스를 받도록 되어 있습니다. 즉, 건강보험에 규정된 진료비 이외에 돈을 더 많이 내도 건강보험에 규정된 수준이상의 더 좋은 의료서비스를 받을 수 없도록 되어 있습니다. ○○님께서 이러한 사실을 알고 계셨습니까? 혹은 모르고 계셨습니까?

1. 알고 있었다
2. 모르고 있었다
3. 무응답

문 3) ○○님께서 본인 원할 경우, 건강보험에 규정된 진료비 이외에 돈을 더 많이 내고 건강보험에 규정된 수준 이상의 의료서비스를 받을 수 있는 권리가 있다고 생각하십니까? 혹은 없다고 생각하십니까?

1. 있다고 생각한다
2. 없다고 생각한다
3. 모름/무응답

문 4) 그럼, ○○님께서 건강보험에 규정된 진료비 외에 추가로 비용을 부담하고 건강보험에 규정된 수준이상의 의료서비스를 받을수 있는 제도가 도입된다면 이 제도를 이용할 의향이 얼마나 있습니까? 혹은 없습니까?

- ┌ 1. 많이 있다
- ├ 2. 어느정도 있는 편이다
- | 3. 별로 없는 편이다
- | 4. 전혀 없다
- | 5. 모름/무응답

문5) 만약 앞에서 말씀드린 의료서비스를 ○○님께서 이용하신다면 진료비를 현재보험수가의 몇%까지 더내실 의향이 있으십니까?

_____ %

자료분류용 질문

■ 지역 : 1. 서울 2. 부산 3. 대구 4. 인천 5. 광주 6. 대전
7. 울산 8. 경기 9. 강원 10. 충북 11. 충남 12. 전북
13. 전남 14. 경북 15. 경남 16. 제주

■ 지역크기 : 1. 대도시 2. 중소도시 3. 읍/면

■ ○○님의 직업은 무엇입니까?

- 1. 농/임/ 어업 2. 자 영 업 3. 블루 칼라 (판매/서비스직, 기능/숙련공, 일반작업직)
- 4. 화이트칼라 (사무/기술직, 경영/관리직, 전문/자유직) 5. 가정 주부 6. 학 생
- 7. 무 직 8. 기 타 (적을 것 : _____)

■ ○○님께서 학교를 어디까지 마치셨습니까? (중퇴는 졸업에 포함되지 않음)

- 1. 초등졸이하 2. 중 졸 3. 고 졸 4. 대재 이상

■ ○○님댁의 한달 평균소득은 얼마정도입니까? 가족 모두의 월평균 총소득을 말씀해 주십시오.

- 1. 100만원 이하 2. 101~150만원 3. 151~200만원 4. 201~250만원
- 5. 251~300만원 6. 301~400만원 7. 401~500만원 8. 501만원 이상

대단히 감사합니다

= ABSTRACT =

Attitude survey about the Obligatory Authorization System of
Treatment Institution and Alternative Measure

Kee Sung Kim
Department of
Medical Law and Ethics
The Graduate School
Yonsei University

While there was result that accomplish quantitative extension of medical insurance during short period with the Obligatory Authorization System of Treatment Institution applied so far with introduction of medical insurance in South Korea, the side effect and dysfunction appeared. Low premium and low medical fee, the Obligatory Authorization System of Treatment Institution made Korean medical treatment level low finally, and limited desire about doctor unique medical examination and treatment right and people's medical treatment service.

This paper did alternative preparation about the Obligatory Authorization System of Treatment Institution of form that litigation about national health insurance law article that is prescribing the Obligatory Authorization System of Treatment Institution investigates idea and people's opinion about the Obligatory Authorization System of Treatment Institution, and compare foreign appointment system present condition and is new in afoot situation by purpose.

In foreign case the country that is not recognizing right of selection for level of medical examination and treatment and contents generally to medical treatment consumer or medical treatment caterer was the Korea uniquely. Also,

permitted private system activity of some medical institution even in China that is the Britain or socialist country which is selecting NHS.

As survey investigation result, doctors do not emphasize the Obligatory Authorization System of Treatment Institution disuse for treating only general patient who is not insurance patient, and were expected that most medical institution concludes contract to medical treatment institution even if contract system introduce.

In the case of people, general cognition about Korean health insurance order and medical treatment system was lacking greatly. Therefore, there was necessity to solidify public information in the country, insurer, medical institution fast for realization of the medical treatment advanced country.

Recently WTO negotiation for mortification medical treatment opening markets and induction of common people medical insurance, discussion for medical treatment system development Special Committee's medical treatment system improvement go, and change of Korea medical treatment policy and necessity of system improvement are sympathizing with anyone.

Therefore, must discontinue the Obligatory Authorization System of Treatment Institution for realization of the welfare state and begin general reestablishment of South Korea medical treatment system and innovation work.

Key World : the Obligatory Authorization System of Treatment Institution,
national health insurance, medical contract,
medical treatment system, basis right