

효력정지등신청

신청인 박 ○ ○

신청인의소송대리인 변호사 하 승 수

피신청인 보건복지부장관

의료보험진료수가및약제비산정기준중개정조항의 효력정지 등

신 청 취 지

주위적으로,

피신청인이 2000. 8. 31.자로 한 의료보험진료수가및약제비산정기준중개정 고시 처분에 대한 무효확인 등을 구하는 서울행정법원 2000구 호 본안에 관한 판결 선고시까지 별지기재의 의료보험진료수가및약제비산정기준중개정조항에 대한 효력을 정지한다.

예비적으로,

피신청인이 2000. 8. 31.자로 한 의료보험진료수가및약제비산정기준중개정 고시 처분에 대한 무효확인 등을 구하는 서울행정법원 2000구 호 본안에 관한 판결 선고시까지 별지 기재의 의료보험진료수가및약제비산정기준중개정조항에 대한 집행을 정지한다.

라는 재판을 구합니다.

신 청 원 인

1. 이 사건 처분에 대한 무효확인(예비적으로 취소청구)을 구하는 본안 소송의 제기

신청인은 현재 귀원에 신청취지 기재의 피신청인인 한 2000.8.31.자 의료보험진료수가및약제비산정기준중개정 고시처분에 대한 주위적으로 무효확인을, 예비적으로 취소를 구하는 본안청구 소송을 제기하였는 바, 본안 결정에 앞서서 이미 효력을 발생하여 시행중인 위 규정들에 대하여 주위적으로는 그 효력의 정지를, 예비적으로는 그 집행의 정지를 구하고자 이 사건 신청에 이르렀습니다.(소갑제11호증 소제기증명원)

2. 당사자의 지위

가. 신청인은 국민건강보험법 제6조 소정의 직장가입자로서 국민건강보험법 제 39조에서 정한 요양급여 및 기타 조항에서 정한 급여 및 비용 등 보험급여를 받을 권리가 있으며, 이에 반하여 법 제62조 이하에서 정한 바와 같은

보험료를 납부하여야 하고, 법제41조에 따라 제39조 제1항의 규정에 의한
요양급여를 받는 자로서 대통령령이 정하는 바에 의하여 그 비용의 일부
(이하 “본인부담금”이라 한다.)를 본인이 부담할 의무가 있는 건강보험가입
자입니다.(소갑제1호증 의료보험증)

나. 피신청인은 법 제2조에 따라 건강보험사업을 관장하는 기관으로 법 제42
조에서 정한 절차에 따라서 “요양급여비용”을 정하여 이를 고시,시행할 권
한이 있는 국가기관입니다.

다. 이 사건 처분의 경위

(1) 피신청인은 의료계가 2000. 6월 1차 집단폐업을 하였을 때 의약분업에 따
른 의료인들의 수입저하에 대한 보상 등을 통한 의료계의 불만을 잠재우기
위한 정책적 차원에서 2000. 6. 26.자로 보건복지부 고시 제2000-26호로 의
료수가를 1차로 인상하였습니다. 이로 인한 보험재정 부담은 정부 발표로는
9,262억원이고 민간의 분석자료에 의하면 1조5000억원의 발생하였습니다.
(소갑제2호증 고시문, 소갑제3호증 보도자료)

(2) 기존의 국민의료보험법이 폐지되고 대체입법인 1999.2.8. 법률제5854호로 제
정,공포된 국민건강보험법이 2000.7.1.자로 시행되고, 같은 날자로 의약분업
이 시행된 이후 의료계가 2000.7.말 2차 집단폐업에 들어갔습니다. 그러자
피신청인은 다시금 의료계의 불만을 불식시키고자 일방적으로 2000. 8. 31.
자로 별지기재와 같은 내용의 이 사건 처분인 의료보험진료수가및약제비산
정기준중개정(안)을 제정,고시하여 9.1.부터 시행에 들어갔습니다.(소갑제4호
증 고시문)

3. 본건 고시의 처분성

가. 관계법령의 검토

- (1) 국민건강보험법 제39조 제1항은 “가입자 및 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다.”고 규정하고 제1호의 진찰, 검사를 비롯하여 총 7개 항목의 요양급여를 정하고 있습니다. 이와 같은 요양급여에 소요되는 비용에 관하여는 법제42조 제1항에서 “공단의 이사장과 대통령령이 정하는 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.”라고 하여 이른바 “의료급여비용 계약제도”를 명시하고 있고, 같은 조 제2항에서는 “제1항의 규정에 의하여 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 각 요양기관간에 체결된 것으로 본다.”라고 하여 일종의 간주 조항을 두고 있으며, 제3항에서는 “제1항의 규정에 의한 계약은 계약기간의 만료일 전 3월 이내에 체결하여야 하며, 그 기간내에 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 심의조정위원회의 심의를 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.”라고 규정하여 국민건강보험공단 이사장과 의약계 대표자간에 계약기간 만료일 전 3월내에 요양급여비용에 관한 계약이 체결되지 못할 경우 보충적으로 피신청인이 직권발동을 하여 심의조정위원회의 심의를 거쳐 의료급여비용을 정할 수 있도록 하고 있습니다. 그러니까, 위와 같은 법률 요건(공단과 의약계대표자간의 계약의 결렬)이 충족되어야만 피신청인은 요양급여비용을 정하여 고시할 권한이 있는 것입니다.
- (2) 법 시행 당시 공단과 의약계대표자들간에 요양급여비용에 관한 계약이 된

바 없기 때문에 이를 보완하기 위하여 국민건강보험법 부칙 제11조에서는 “이 법 시행당시 종전의 의료보험법 및 국민의료보험법의 규정에 의하여 보건복지부장관이 정한 요양급여비용의 산정기준은 이 법 시행일부터 6월까지는 이 법 제42조 제1항의 규정에 의하여 공단의 이사장과 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한 것으로 본다.”라고 규정하였습니다. 이는 법 시행이전에 적용되던 “요양급여산정기준”을 법에서 정한 계약상의 요양급여비용으로 간주하되 그 적용 시한은 6개월로 못박고 이에 따라 새로운 요양급여비용을 산정하기 위하여 2000.10.1.부터 2000. 12. 31.까지 사이에 새로운 계약을 체결하도록 법상 예정한 것입니다.

- (3) 한편, 법 제41조에서 정한 “본인일부부담금”에 대하여 법시행령 제22조 제1항 별표2에서는 제1호 가목에 “입원진료비 및 만성신부전증환자 등 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우는 요양급여비용 총액의 100분의20”을, 제1호 나목에 “ 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 고가특수의료장비를 이용한 진료의 경우를 별도로 정하고 있습니다.(별첨 시행령 별표2 참조)
- (4) 또한 법 제4조에서는 법제42조제3항의 요양급여비용 등의 주요사항을 심의하기 위하여 “건강보험심의조정위원회”를 두도록 하고 있고, 위원은 보험자,가입자 및 사용자를 대표하는 위원 8인, 의약계를 대표하는 위원 6인, 공익을 대표하는 위원6인 등 20인의 위원을 뒤서 대통령령이 정하는 바에 따라 심의를 하도록 하고 있습니다. “의료급여비용”의 결정은 국민들의 권리,의무관계에 직접적인 영향을 미치는 것이기에 가입자 대표 및 공익 대표자등 관계자들이 과반수를 넘게 함으로써 “의료급여비용”이 의약계측에 일방적으로 유리하게 결정되지 않도록 법적으로 보장하고 있는 것입니다.

나. 본건 고시의 처분성

- (1) 따라서, 요양급여비용이 어떻게 정하여지는가는 바로 가입자 및 그 피부양자의 “본인일부부담금”의 금액 결정과 법률상 직결되는 것으로서 요양급여비용의 인상 결정은 가입자 및 피부양자(실질적으로는 전 국민에 해당) 전원에게 본인일부 부담금 인상이 되어 가입자들인 국민들에게 종전보다 많은 부담금이라는 법률상의 의무의 부담을 명하거나 이에 준하는 법률상의 효과를 발생하는 등 국민의 구체적인 권리의무에 직접적인 변동을 초래하는 것입니다. 따라서, 이는 가입자들 및 피부양자들에 대한 행정처분으로서의 성격을 갖는다고 하겠습니다.
- (2) 실제로 피신청인의 2000.8.10.자 의약분업관련 보건의료 발전대책(소갑제5호증)에 의하면 진찰료 중 재진료를 기존 금액보다 1000원 인상하고, 원외처방료(1일분) 기준으로 1,092원을 인상하며, 주사제 원외처방료로 1회당 920원을 인상하고, 내복약과 주사제를 동시처방시 내복약 처방료에 주사제 처방료의 50%를 가산하도록 되어 있습니다. 한편 8월31일 복지부 보도자료(소갑제6호증) 및 복지부 발표의 진찰료, 처방료 인상에 따른 본인부담 수준 변화표(소갑제7호증)에 의하면 이 사건 수가인상처분으로 인하여 건강보험 관련 요양급여비용이 평균 6.5%인상 효과가 발생하며, 총 소요 재정은 5,946억원으로 이중 보험자 부담이 4,162억원, 본인부담이 1,784억원이 추가 부담되며, 실질적으로 본인부담금이 어떻게 인상되는지를 개별적으로 명시하고 있습니다.
- (3) 결국 보건복지부의 발표대로 이와 같은 위법한 처분으로 인하여 의료기관 및 의료인들은 1일 환자 40인 기준으로 월수입이 최소한 168만원 인상되어 신청인과 같은 가입자 및 국민들은 영문도 모른채 부담이 가중되고, 집단폐

업을 일삼는 의료인들은 피신청인의 위법한 처분으로 법률에도 근거없이 막대한 이득을 얻게 되었습니다. [소갑제8호증 진료비 인상에 따른 의원 수입증가(복지부 작성)]

(4) 신청인의 경우

(가) 이와 같은 고시 처분으로 인하여 신청인은 실제로 9. 1. 이후의 진료와 관련한 본인일부부담금이 인상되는 불이익을 받고 있습니다.

(나) 신청인은 질환 치료차 2000. 9. 19. 1차 요양기관 2곳(이비인후과, 피부과)에서 초진 진료를 받았는데 피부과에서는 원외처방료가 1740원에서 2540원으로 인상되었으며, 이비인후과에서는 원외처방료가 2010원에서 4230원으로 인상되어 본인일부부담금이 각기 수백원에서 2000원 남짓까지 올랐습니다. 특히 본인일부 부담금의 경우는 의료급여비용 합계액이 12000원 미만인 경우는 기본 진료비가 2200원으로 되지만 이를 초과하는 경우에는 총 의료급여비용합계액의 30%를 본인 일부부담금으로 하는 관계로 당장 1400원이상이 추가 부담되도록 되어 있습니다.(이러한 관계로 신청인의 경우 이비인후과 진료 본인부담금이 상대적으로 크게 올랐던 것입니다.)

(5) 소 결 론

그렇다면, 위와 같은 피신청인의 2000. 8. 31.자 의료보험진료수가및약제비 산정기준중개정 고시처분은 신청인에 대한 관계에서도 명백하게 법률상의 의무부담을 강제하는 공권력행사로서 행정처분에 해당된다고 하겠습니다.

4. 이 사건 처분의 위법성

가. 주위적 주장 관련

(1) 피신청인은 국민건강보험법 제42조 제3항의 규정을 위반하여 아무런 권한없이 본건 8. 31.자 의료보험진료수가및약제비산정기준중개정 고시처분을 한 것임이 분명하므로 피신청인의 본건 처분은 중대하고 명백한 위법을 범한 것으로서 당연 무효라고 할 것입니다.

(가) 위에서 살펴 본 바와 같이 피신청인이 법 제42조 제3항에 따른 요양급여비용을 결정하려면 1) 먼저, 법 제42조 제1항 및 제3항 전단에 의하여 국민건강보험공단이사장과 의약계대표자간에 요양급여비용의 산정을 위한 계약이 체결되지 못하는 상황이 발생되어야 하며 2)그것도 계약체결을 못하는 시점이 최소한 2000. 12. 31.까지 지속되어야 하며(위 2.가.(2) 참조) 이때가 되어야 피신청인은 “의료급여비용”을 결정할 권한이 법상 발생하는 것이며 3) 그 경우에도 건강보험심의조정위원회의 심의를 거쳐서 결정하여야 합니다.

(나) 그러나, 본건 처분의 경우 위에서 본 어느 요건 하나 조차도 충족되지 않은 상태에서 아무런 권한이 없는 피신청인에 의하여 행하여진 것임이 분명합니다. 즉, 피신청인은 이미 소갑제5호증 기자회견 자료를 통하여 아무런 결정 권한이 없음에도 “의료급여비용 인상”을 발표하였으며 이에 따라 법상 자신의 권한이 발생되지 않았음에도 2000. 8.31.자로 이 사건 처분을 한 것임이 분명합니다.

(다) 정부의 행정입법 등 국민의 권리,의무를 정하는 각종 고시,처분은 최소한 그 권한이 있는 자가 법령상의 절차를 준수하여 발부하는 등 형식적인 적법성만은 갖추어야 할 것입니다. 법을 집행하는 피신청인이 아무리 의료계의 집단폐업을 해결하기 위한 부득이한 조치로서 의료보험수가(의료급여비용)를 인상하는 조치가 부득이하였다고 하더라도 이는 법률에 정한 절차에 따라서 그 처분을 하여야 함이 마땅합니다. 국가의 보건복지정책 및 행정의 총책임을 맡고 있는 수장인 피신청인이 1000여 만명의 보험가입자 및 그 피부양자들인 국민 전체(의료보호 환자등 제외)에 직접적인 부담을 증가시키는 국민의 권리의무관계에 직접 영향을 주는 이 사건 처분을 함에 있어서 적법절차를 거치지 않은 채 심지어 자신에게 권한이 없는 본건에서, 이와 같은 법률의 명문의 규정을 위반하여 법상 자신의 처분권한사항이 아닌 사항임에도 자신이 처분 권한이 있는 양 자의적으로 공권력을 행사한 것입니다.

(2) 소 결

이상과 같이 본건 처분은 처분권한 없는 자의 처분임이 명백하므로 당연무효라고 할 것이므로 신청인이 제기한 본안 사건의 주위적 청구는 인용될 것임이 분명합니다.

나. 예비적 주장 관련

가사 백보를 양보하여 피신청인의 이 사건 처분이 법률상 당연무효 사유에 해당되지 않는다고 하더라도 앞서 본 바와 같이 피신청인은 법률상 권

한이 없음에도 이 사건 처분을 하였고, 건강보험심의조정위원회의 심의도 거치지 않고 이 사건 처분을 한 것임이 분명하므로 이 점에 있어서도 이 사건 처분은 위법하므로 신청인이 제기한 본안청구는 의당 인용되고 본건 처분은 취소될 것임이 분명합니다.

5. 보전의 요급성

가. 이상과 같이 피신청인이 결정,고시한 별지기재의 의료보험진료수가및약제비산정기준중개정조항은 피신청인인 보건복지부장관이 국민건강보험법이나 기타 법률 어디에도 아무런 법적 권한없이 결정,고시한 위법한 행정처분임이 분명하고, 앞서 본 바와 같이 신청인을 비롯한 전 국민 모두가 이와 같은 당연무효 아니면 최소한 취소될 것임이 분명한 위와 같은 개정조항의 적용에 따라 법령에 근거도 없는 국민건강보험법상의 의료급여비용 중 본인일부 부담금을 부담하고 있습니다.

나. 이와 같은 상황이 방치될 경우 피신청인의 발표자료인 8월31일 복지부 보도자료(소갑제6호증) 및 복지부 발표의 진찰료, 처방료 인상에 따른 본인부담 수준 변화표(소갑제7호증)에 의하여도 신청인을 포함한 보험가입자 및 피부양자인 전국민들이 위와 같이 당연 무효 또는 취소되어야 할 이 사건 수가인상처분으로 인하여 건강보험 관련 요양급여비용을 평균 6.5%인상 추가 부담하며, 총 소요 재정은 5,946억원으로 이중 보험자 부담이 4,162억원(위 금액은 대부분 건강보험료 인상으로 직결되어 신청인 등 가입자의 부담몫으로 전가될 것입니다.), 국민들이 직접 부담하는 본인부담금이 1,784억원에 달하는 등 막대한 비용 부담이 법적으로 강제됩니다.

다. 결과적으로 피고의 위와 같은 법률에도 근거없는 불법적인 이 사건 처분으로 법상 아무런 의무도 없는 신청인 등 전 국민들이 법률상 근거도 없이 막대한 추가 부담을 지게 되며, 이와 같은 수천억원의 추가 부담금액은 불특정 다수의 의료기관의 수입으로 직결되어 소비될 것임이 분명하므로(수가인상분으로 전액 의료인들에게 집행될 것입니다.) 신청인이 본안 소송에 승소하더라도 위 처분이 효력이 유지되어 시행되는 이상 회복할 수 없는 손해가 발생할 것임이 너무나도 자명합니다.

더우기 이는 당장 현실적으로 야기되는 중대한 사안으로서 단지 신청인의 문제가 아니라 전 국민들에게 적용되는 사안으로서 공익의 목적을 실현하기 위한 차원에서라도 즉시 그 효력이 정지되어야 할 긴급한 필요가 있다고 하겠습니다.

6. 결 론

그렇다면, 피신청인의 이 사건 거부처분은 법률상 아무런 권한이 없는 국가기관에 의한 것임이 분명하므로 당연무효이거나 설령 당연무효가 아니더라도 법률상 아무런 근거없이 이루어진 중대하고 명백한 위법한 처분임이 분명하므로 의당 취소되어야 할 것이므로 신청인이 제기한 본안 소송은 승소가 확실하다고 사료됩니다.

따라서, 신청인은 위에서 본 본안 판결이 선고되기에 앞서서 불기피하게 주위적으로 이 사건 처분의 효력정지를 구하며, 만일 효력정지 결정이 어렵다고 하여도 예비적으로 최소한 위 규정들의 집행을 정지하고자 하는 결정을 받고자 행정소송법 제23조 제2항에 따라 이 사건 신청에 이르렀습니다.

소 명 방 법

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. 소갑제1호증 | 건강보험증 |
| 1. 소갑제2호증 | 고 시 문 |
| 1. 소갑제3호증 | 보건복지부 보도자료 |
| 1. 소갑제4호증 | 고 시 문 |
| 1. 소갑제5호증 | 2000.8.10.자 의약분업관련 보건 의료 발전대책 |
| 1. 소갑제6호증 | 보도 자료(2000.8.31.자 보건복지부) |
| 1. 소갑제7호증 | 진찰료, 처방료 인상에 따른 본인부담수준 변화
표 (복지부 작성) |
| 1. 소갑제8호증 | 진료비 인상에 따른 의원 수입증가(복지부 작성) |
| 1. 소갑제9호증의 1 | 외래진료비계산서 (피부과 진료 관련) |
| 1. " 2 | 처 방 전(") |
| 1. 소갑제10호증의1 | 영 수 증(이비인후과 관련) |
| 1. " 2 | 처 방 전(") |
| 1. 소갑제11호증 | 소제기증명원 |
| 1. 기타 증거들은 필요에 따라 수시로 제출하겠습니다. | |

참 고 자 료

1. 국민건강보험법시행령 제22조 제1항 별표2

첨 부 서 류

- | | | |
|-----------|---|----|
| 1. 위 소명방법 | 각 | 1통 |
| 1. 신청서 부분 | | 1통 |
| 1. 위 임 장 | | |

2000. 9. 22.

위 신청인소송대리인

변호사 하 승 수

서울행정법원 귀중.

별 지

의료보험진료수가및약제비산정기준중개정(안)

의료보험진료수가및약제비산정기준중 다음과 같이 개정한다.

제명 “의료보험진료수가및약제비산정기준”을 “건강보험진료수가및약제비산정기준”으로 한다.

제2부 진료수가(약제비)기준액표및산정지침 제1장 기본진료료 가-1 외래환자진찰료 중 나. 재진진찰료를 다음과 같이 한다.

분류번호	코 드	분 류	금액(원)
가 - 1		외래환자 진찰료	
		나. 재진진찰료	
	AA204	(1) 의과의원	5,300
	AA203	(2) 병원, 종합병원, 종합전문 요양기관	4,700
	AA200 (10200)	(3) 치과의원, 한의원, 치과병 원, 한방병원, 요양병원, 보 건의료원	3,700

제2부 진료수가(약제비)기준액표및산정지침 제4장 투약 및 처방·조제료 라-3 원

외처방료 중 주3을 삭제하고 가. 내복약(1회당)과 나. 외용약 또는 주사제를 다음과 같이 한다.

분류번호	코 드	분 류	금액(원)
라 - 3		원외처방료	
		가. 내복약[1회당]	
		(1) 15일분 이내 처방시	
	J3010	1일분	2,460
	J3020	2일분	2,960
	J3030	3일분	3,440
	J3040	4일분	3,660
	J3050	5일분	3,880
	J3060	6일분	4,100
	J3070	7일분	4,320
	J3080	8일분	4,540
	J3090	9일분	4,760
	J3100	10일분	4,980
	J3110	11일분	5,200
	J3120	12일분	5,420
	J3130	13일분	5,640
	J3140	14일분	5,860
	J3150	15일분	6,080
	J3160	(2) 16일분이상 30일분까지	8,390
	J3180	(3) 31일분이상 60일분까지	11,560
	J3190	(4) 61일분이상	14,730
	J3500	나. 외용약 또는 주사제[1회당]	2,540
	J3501	주 : 내복약과 동시에 처방한 경우에는 소정금액의 50%를 산정한다.	

제2부 진료수가(약제비)기준액표및산정지침 제10장 치과 처치·수술료 [산정지침]
(5)를 다음과 같이 한다.

- (5) 만8세 미만의 소아에 대하여 보통처치(차-1), 즉일충전처치(차-6), 즉일발수
근충(차-7), 치수절단(차-9), 발수(차-10), 근관세척(차-11), 근관확대(차-
11-1), 근관충전(차-12), 충전(차-13), 와동형성(차-13-1), 응급근관처치(차-
18)를 행한 경우에는 소정 금액의 30%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자
리에 3으로 기재)

제2부 진료수가(약제비)기준액표및산정지침 제15장 한방시술료 및 처치료 제1절
시술료 하-11 중요혈위침술 주 1. 중 “다음 혈에 대침 또는 장침으로 3cm 이상
심부자침을 시술한 경우”를 “다음 혈에 시술한 경우”로 한다.

제2부 요양급여비용행위목록상대가치점수표및산정지침 제16장 약국약제비 [산정
지침] 중 “(10) 및 (11)”을 다음과 같이 신설한다.

- (10) 평일 18시(토요일은 13시)~09시 또는 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한
공휴일에 조제투약하는 경우에는 기본조제기술료(약-2), 복약지도료(약-3)
및 조제료(약-4) 소정금액의 30%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에
야간은 1 공휴일은 5로 기재)
- (11) 만 6세미만의 소아에 대하여 조제투약하는 경우에는 200원을 기본조제기술료
(약-2)에 가산한다(산정코드 첫 번째 자리에 6으로 기재)

부 칙

이 고시는 고시한 날부터 시행하되 2000년 9월 1일부터 적용한다.