
건강보장 정책결정구조의
미래지향적 발전방안
-국민참여를 중심으로-

김진수
황라일
최인덕
문성웅
서수라
사공진



국민건강보험공단
National Health Insurance Corporation

머 리 말

경제 발전으로 인한 소득증가의 영향으로 정부 정책결정에 참여하고자 하는 국민의 의식수준이 수동적인 자세에서 능동적인 자세로 변화하고 있다. 특히 삶의 질 향상에 대한 관심 증대로 보건의료분야 관련 정책결정과정은 더 많은 투명성과 합리성을 요구하고 있으며 이러한 영향으로 건강보장 정책결정과 관련된 분야에서는 국민참여에 대한 관심이 더욱 높아지고 있다.

정책결정에 대한 국민참여와 관련해서는 장·단점이 있을 수 있으나 일반적으로 정책결정의 질을 향상시키고, 국민과의 상호작용 증진을 강화할 수 있으며, 정책결정과정에서 고려되기를 바라는 국민의 기대에 부응할 수 있고, 투명성 강화와 정부정책에 대한 국민의 제고를 신뢰 할 수 있는 점에서 국민참여가 강화되고 있다.

건강보험 도입 30주년과 관련해서 발간된 “건강보장 미래전략”에서도 건강보장관련 우리나라에서 중·장기적으로 고민해야 할 6대 건강보장제도의 가치와 운영을 제시한 바 있는데 여기서도 건강보장 정책관련 국민참여의 중요성을 강조하고 있다. 그 내용을 살펴보면 첫 번째로 건강보장관련 의사결정의 합리화방안으로 민주성이 확보되어야 하며 이를 위해서는 건강보장과 관련된 가입자, 공급자 등 이해 당사자들이 건강보장관련 정책 의사결정 과정에 적극적으로 참여할 수 있도록 건강보장제도가 변화를 추구해야 하는 점을 강조하고 있다.

건강보장 정책결정과정관련 국민참여가 필요하다라는 일련의 주장과 더불어

어 국민의 의식도 점점 가입자인 국민의 정책결정과정 참여를 기정사실로 보고 있으며 4대 보험 징수 통합 등 향후 건강보장 관련 조직의 변화를 감안하면 건강보장 정책결정시 가입자 참여의 확대 요구는 점차 증가할 것으로 보인다.

그러나 이러한 관심에 비해 우리나라 건강보장 정책결정에서 국민참여가 어떻게 이루어지고 있고 향후 어떠한 방향으로 발전해야하는지 많은 논의가 전개되지 못하고 있다.

이러한 점을 인식하여 본 연구에서는 건강보장 정책관련 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 건강보험 심사평가원에서 운영되고 있는 위원회를 중심으로 가입자인 국민참여 현황 및 문제점을 분석하고 우리나라의 건강보장 관련 위원회가 어떠한 모습으로 바뀌어야 하는지를 살펴보고자 하였다

본고를 세심히 읽고 완성하는 데에 귀중한 조언을 해주신 한국고용정보연구원 신종각 박사, 한국보건인력개발원 김운목 교수에게 사의를 표한다.

아울러 본 보고서는 연구자들의 개인적인 의견으로 국민건강보험공단의 공식적인 견해와 일치하지 않을 수 있음을 밝혀 둔다.

2008年 10月

國民健康保險公團 理事長 鄭亨根

健康保險研究院 院長 姜岩求

목 차

요 약	1
I. 서 론	35
1. 연구필요성 및 목적	37
2. 연구내용 및 방법	38
II. 국민참여방식에 대한 이론적 고찰	41
1. 국민참여방식의 이론적 태동	43
2. 국민참여 방식의 유형	47
3 국민참여의 필요성 및 효과	49
III. 우리나라의 건강보장 관련 정책결정 구조	55
1. 인력구성 현황 및 평가	57
2. 운영 현황 및 평가	80
IV. 건강보장의 미래지향적 역할 정립과 조직의 변화	87
1. 건강보험 보장성 강화	90
2. 건강보험 재정안정의 지속성	93
3. 건강보장 관련 조직의 변화	95
V. 주요 외국의 의사결정 구조 고찰	99
1. 대만	101

2. 독일	109
VI. 결론 및 정책제언	119
참고문헌	127
별첨 1: 설문조사표	131
별첨 2: 설문분석 결과	157

- 표 목차 -

<표 II-1> 국민참여 방식의 단계별 정의	46
<표 II-2> 국민참여 방식의 장·단점	52
<표 II-3> 국민참여와 사회적 목표 활용도	53
<표 II-4> 정책결정 참여주체별 효과비교	54
<표 III-1> 건강보험 정책심의위원회의 구성(2008년 6월 현재)	60
<표 III-2> 건강보험 분쟁조정 위원회(2008년 6월 현재)	61
<표 III-3> 국민건강보험공단 이사회(2008년 6월 현재)	62
<표 III-4> 건강보험 재정운영위원회(2008년 6월 현재)	64
<표 III-5> 국민건강보험공단 이의신청위원회(2008년 6월 현재)	66
<표 III-6> 건강보험심사평가원 이사회(2008년 6월 현재)	67
<표 III-7> 건강보험심사평가원 이의신청위원회(2008년 6월 현재)	68
<표 III-8> 의료행위 전문평가위원회(2008년 6월 현재)	69
<표 III-9> 치료재료 전문평가위원회(2008년 6월 현재)	70
<표 III-10> 약제 전문평가위원회(2008년 6월 현재)	70
<표 III-11> 상대가치운영기획단(2008년 6월 현재)	71
<표 IV-1> 연도별 건강보험 급여(보장성) 확대 현황	91
<표 IV-2> 연도별 건강보험 재정현황	93
<표 IV-3> 연도별 건강보험 중·장기 재정전망	94
<표 V-1> 전민 건강보험 감리위원회(2008년 8월 현재)	104
<표 V-2> 전민 건강보험 감리위원회(2008년 8월 현재)	107

- 그림 목차 -

<그림 Ⅰ-1> 연구수행도	40
<그림 Ⅱ-1> 의료 환경 변화와 동인	45
<그림 Ⅱ-2> 건강보장을 둘러싼 환경과 건강보장의 도전과제	50
<그림 Ⅱ-3> 가입자 참여와 정책결정의 선순환 구조	51
<그림 Ⅲ-1> 건강보험관련 주요기관별 업무흐름도	58
<그림 Ⅲ-2> 건강보험 정책심의위원회 단체별 구성비	72
<그림 Ⅲ-3> 건강보험 분쟁조정 위원회 단체별 구성비	73
<그림 Ⅲ-4> 국민건강보험공단 이사회 단체별 구성비	74
<그림 Ⅲ-5> 국민건강보험공단 재정운영 위원회 단체별 구성비	75
<그림 Ⅲ-6> 국민건강보험공단 이의신청위원회 단체별 구성비	75
<그림 Ⅲ-7> 건강보험심사평가원 이사회 단체별 구성비	76
<그림 Ⅲ-8> 건강보험심사평가원 이의신청위원회 단체별 구성비	77
<그림 Ⅲ-9> 의료행위 전문 평가위원회 단체별 구성비	77
<그림 Ⅲ-10> 치료재료 전문 평가위원회 단체별 구성비	78
<그림 Ⅲ-11> 약제 전문 평가위원회 단체별 구성비	78
<그림 Ⅲ-12> 상대가치기획단 단체별 구성비	79
<그림 Ⅲ-13> 건강보장관련 주요 기관의 업무흐름도 및 위원회의 기능	81
<그림 Ⅲ-14> 보험료 및 수가결정체계의 변환 내용	83
<그림 Ⅳ-1> 건강보장관련 조직의 변화(1안)	97
<그림 Ⅳ-2> 건강보장관련 조직의 변화(2안)	97
<그림 Ⅳ-3> 4대보험 징수 통합과 업무량의 예상	98
<그림 Ⅴ-1> 대만의 건강보장관련 조직 및 관련 위원회	102
<그림 Ⅴ-2> 전민 건강보험 쟁의 심의위원회 구성	105
<그림 Ⅴ-3> 의료보험조합(AOK) 운영위원회와 이사회 선출 절차	111

<그림 V-4> G-BA의 구조	112
<그림 V-5> G-BA의 업무 진행 과정	113
<그림 V-6> G-BA 분과별 위원회	115
<그림 V-7> G-BA 최종의결기구 모습	116

후
약

건강보장 정책결정구조의 미래지향적 발전방안

- 국민참여를 중심으로 -

- 요약 -

1. 서론

□ 연구의 목적 및 필요성

- 이론적으로 보건의료 제도에 영향을 주는 기본적인 외부요인은 크게 세 가지, 수요측면, 공급측면 그리고 제도적 측면 요소로 구분
 - 수요측면 요인은 보건의료 서비스 소비자가 주도하는 영향으로 주로 경제성장으로 인한 국민의 소득증가 등에 따라 보건의료서비스에 대한 욕구(needs)가 점차 증대하고 있는 데에서 찾을 수 있음
 - 두 번째는 보건의료서비스 공급자에 의해 파생되는 요인으로 보건의료기술의 발달, 보건의료관련 인력변화 등에 의해 주도되는 요인임
 - 세 번째는 보장성강화 등 보건의료 제도 변화에 따른 영향을 요인을 들 수 있음
- 위에서 제기된 세 가지 요인 이외에 현재 우리나라의 보건의료제도 발전에 많은 영향을 주고 있는 새로운 변화요인으로 사회경제적 변화에 따른 보건의료에 대한 국민의 인식변화를 들 수 있음
 - 건강권을 국민의 기본권으로 받아들이는 국민인식의 변화로 인해 건강보장 관련 정책 결정과정에 대한 국민의 관심이 지속적으로 증대하고 있고 이러한 인식변화로 인해 국가 보건의료정책에 미치는 국민(가입자)의 목소리가 점차 커져가고 있음
 - 국민의 이러한 욕구증대에 비해 우리나라의 경우 보건의료 정책결정과정에 있어 국민의 참여가 어떻게 이루어지고 있는지 구체적 분석이 미비하고 향후 어떠한 방식으로 국민참여가 이루어져야 하는지에 대한 논의도 충분히 이루어 지

지 않고 있음

- 본 연구에서는 과거부터 보건의료정책에 영향을 주는 세 가지 기본적 요인 이외에 세계화, 민주화 등의 영향으로 점차 보건의료 정책결정에 영향력을 확대해가고 있는 국민의 건강보장 정책결정 참여방식을 살펴보고 향후 우리나라의 건강보장 관련 정책결정시 국민의 참여가 어떠한 방식으로 이루어지는 것이 바람직한가를 고찰하는데 목적이 있음

□ 연구의 내용 및 방법

- 연구에서 다루고자하는 주요 내용은 먼저 국가 정책결정에 있어, 특히 보건의료정책, 국민참여에 대한 이론적 배경을 검토하고 우리나라에서 건강보장 관련 정책결정시 가입자인 국민의 참여가 어떻게 이루어지고 있는지 건강보험 관련 위원회를 중심으로 현황을 살펴보고 문제점을 도출
- 다음으로 우리나라 건강보장제도가 지향하는 궁극적인 비전이 무엇인지를 설정해 보고 우리나라의 건강보장제도가 지향하는 궁극적인 비전에 걸맞도록 건강보장 정책 관련 국민참여방식을 개선하는데 참고자료로 활용하고자 선진외국에서는 국민참여가 어떠한 방식으로 진행되고 있는지 분석
- 이와 관련해서 선진외국에서는 국민참여방식이 어떻게 태동했으며, 어떠한 방식으로 변모를 해왔고, 현재는 건강보장관련 정책 결정시 국민참여가 어떻게 추진되고 있는지, 그리고 국가별 국민참여 관련 문제점은 무엇이고 국가별 중·장기적인 개선방안을 검토
- 마지막으로 우리나라의 건강보장관련 정책결정시 가입자인 국민의 참여가 어떻게 이루어지는 것이 타당한지 의사결정구조를 재설정하고 국민참여와 관련하여 정책대안을 제시하는 것을 연구의 주요내용으로 하고 있음
- 연구 수행방법은 문헌분석과 주요 외국의 의사결정방식 분석을 기초자료로 활용하고자 하며 또한, 건강보장 정책관련 의사결정 참여자와 보건의료관련 전

문가그룹, 보건복지가족부, 기획재정부 등 관련부처 공무원 등을 통한 설문조사를 통해 정책적 함의를 도출하고자 함

II. 국민참여에 대한 이론적 고찰

□ 국민참여의 이론적 태동

- 정부정책에 국민이 참여하는 과정의 초기단계는 정부정책에 대한 국민의 반응이 그리 높지 않고 국민이 정부의 정책결정과정에 개입하기가 어려웠으며 설령 관심이 있더라도 의견을 피력하는 것이 매우 어려웠던 시기로 대부분의 정책결정이 국가 주도로 이루어짐
- 다음으로 국민이 정부의 정책결정에 개입하는 것이 현실적으로는 어렵지만 국민이 정부정책에 접근할 수 있도록 보장해주고 국민들은 자신들의 의견을 사후적으로 제시하는 형태로 일부분이지만 국민이 정부 정책결정에 참여하던 시기로 구분할 수 있음
- 첫 번째, 두 번째 시기를 정부의 보건의로 정책결정과 관련시켜보면 이 두 시기는 다음과 같은 점에서 그 한계점을 내포하고 있음
 - 먼저 첫 번째로 정책목표가 보다 많은 다양한 가입자 계층으로부터 정당성을 확보해야 함에도 불구하고 취약성을 드러내왔고, 두 번째는 보건의료정책은 주로 시장실패의 영역에 존재하는 건강, 생명의 문제와 직결되어 있고 이에 따라 최대 수혜자인 가입자의 의사 표현이 존중되어야 함에도 불구하고 의사결정체계가 가입자를 대표하기에는 한계가 존재
- 이러한 문제점의 인식하에 늦었지만 지난 참여 정부에서는 정책 결정과정에서 국민의 참여를 중요한 국정과제로 추진하였는데 그 필요성으로 사회가 점차 다양화되고 이로 인해 정부가 혼자 해결하기에 힘든 사회문제의 증가, 국민의

참여부제로 인한 신뢰저하와 사회비용 증가, 그리고 마지막으로 정책결정과정에서 국민참여를 통해 정부와 국민이 공동으로 책임을 지는 책임성 확보를 들고 있음

- 보건의료분야에서도 2000년대 초 정책 결정과정에서 국민참여의 중요성이 부각된 바 있으며 보건의료 정책관련 국민의 의식과 욕구의 변화와 관련해서 이태수 외(2004)는 다음의 두 가지 측면에서 기술하고 있음
 - 첫 번째는 과거의 의료서비스 수요자가 보험제도에 수동적인 가입자였다면 많은 지식과 정보로 무장한 현재의 보험가입자는 지위와 권리를 요구하는 능동적인 자세로 변화하고 있다는 점
 - 두 번째는 생활수준 향상으로 인한 보건의료 관련 국민욕구의 증대에서 그 이유를 찾고 있음
- 건강보장미래전략위원회(2007)에서는 여러 변화요인 중 국민의 기대수준 상승으로 인한 의식수준 변화는 새로운 보건의료 환경변화를 주도하고 있으며 향후 보건의료 정책결정 과정에서의 국민참여 확대가 우리나라의 보건의료 정책 중·장기적 방향설정에 중요한 역할을 담당할 것임을 예상
- 국민이 정부정책결정에 왜 참여하려는가와 관련해서 좀 더 구체적인 이론적 배경을 살펴 볼 필요가 있는데 현대 소비자 권익주장과 관련된 대체적인 이론은 다음의 세 가지 관점에서 요약 됨
 - 첫 번째로 소비자는 일반적으로 생산자에 비해 정보 보유량이 적을 수밖에 없고 이에 따라 소비자가 정확한 정보를 수집하고 합리적인 선택을 할 수 있는 기회제공이 필요하다는 주장
 - 두 번째로, 소비자는 생산자와의 관계에서 이익과 관련된 정책을 결정하는 과정에서 배제되기가 쉬워 재화의 가격결정 등에서 항상 약자가 되기 쉽다는 점
 - 마지막으로 정부의 역할이 축소되고 전문화되어가고 있는 상황에서 소비자의 정책결정 참여는 경쟁적인 구조와 효율적인 경제활동을 배가시켜 국제경쟁력

강화에도 기여를 할 수 있다는 논리임

□ 국민참여의 유형

- 일반적으로 국민참여 유형은 크게 대표자를 통한 간접의지 표현과 정책 결정 과정에 직접적으로 참여(선거 등)하는 두 가지 유형의 구분이 가능함
 - Zimmerman(1986)은 국민참여의 유형을 크게 소극적 참여와 능동적 참여로 구분하고 있으며 소극적 참여로는 정보제공 및 여론조사 등을, 능동적 참여는 공청회 및 자문위원회 참여 등을 예로 들고 있음
 - Okot(2001)은 정보에 대한 접근과 공공서비스의 이용 등을 소극적인 참여로 그리고 국민들이 행정과 적극적으로 상호작용을 하면서 자신들의 의사를 관철시키는 것을 적극적인 참여로 보고있음
- 또 다른 국민참여 유형은 OECD(2001)에서 제시한 유형으로 정보제공, 협의 그리고 능동적 참여로 유형화하여 구분하고 있음
 - 정보제공(information provision)은 정부가 국민에게 정보를 제공하거나 국민이 정부에게 정보를 제공하는 유형으로 소극적 참여로 볼 수 있음
 - 다음으로 협의(consultation)의 유형으로 정보 제공보다는 강화된 방식의 국민참여 유형인데 이 방식은 정부가 먼저 주제를 설정하고 이에 대해 국민이 의견을 개진하는 방식임. 초기 단계의 적극적 참여방식이며 현재 건강보장을 둘러싸고 있는 대부분의 위원회 정책 결정 방식을 그 예로 들 수 있음
 - 마지막으로 능동적 참여(active participation)는 정책의제의 설정, 정책 대안의 제안이나 정책논의의 전개에 있어 국민이 능동적으로 참여할 수 있는 기반이 구축되어있고 정부와의 협력관계(partnership)가 견고한 유형으로 정의됨
- 위에서 제기된 일반적 이론을 보건의료부문에 적용시킬 경우 의료서비스와 관련하여 다음의 두 가지 소비자 참여 유형구분이 가능 할 것으로 판단됨
 - 첫 번째는 미시적인 접근방법으로 일반적으로 신문이나 방송매체 등을 통해 자

주 접하는 정보제공이나 고발 등과 관련된 소비자 참여방법으로 비대칭형 속성이 다른 일반 서비스 산업 보다 강한 보건의료서비스에 있어 정보제공이나 고발 등을 통해 의료서비스 공급자와 구매자 시장에서 소비자의 권익을 강화하는 방안임

- 그러나 이러한 참여방식은 Peters(1996)가 지적한 바와 같이 복잡하고 다양화되어가고 있는 현대사회에서 정책결정과정에서 더 많은 직접적인 참여를 원하는 국민의 요구를 반영하는데 한계를 지니고 있음
- 즉 위에서 제기된 정보소유나 고발 등을 통한 방법으로는 소비자의 권익을 완전히 보호하기가 어렵다고 보고 거시적인 측면에서 정부와 의료소비자의 파트너십, 즉 거버넌스(Governance) 개선을 통해 소비자인 국민을 보호하려는 접근방법이 활성화되고 있음
- 이러한 접근방법으로는 보건의료제도 정책을 설정하는데 소비자인 국민이 직접 참여해서 제도 자체를 소비자인 국민위주로 개선하려는 노력을 시도하는 데에서 찾을 수 있을 것임

□ 국민참여의 필요성 및 효과

- 정부정책결정과정에서 국민참여가 활성화되어서 얻을 수 있는 것이 무엇인가와 관련해서는 다양한 논의가 전개되고 있는데 이를 요약하면 다음과 같음
 - 장점으로 언급될 수 있는 정부 정책결정과정에서의 국민참여의 필요성으로는 반응성(responsiveness)을 들 수 있는데 국민참여를 통해 국민이 무엇을 원하는 것을 가장 효과적으로 달성할 수 있다는 점을 들 수 있음
 - 두 번째로는 정부와 국민간의 요구가 표출되고 합의를 거치는 과정에서 가장 신뢰성(credibility)을 담보할 수 있는 효과적인 방법으로 국민참여가 고려되고 있음
 - 마지막으로 투명성(transparency)에 관한 문제로 의사결정과정과 결정 및 집행

그리고 평가에 대한 공개(openness)를 통해 정부정책에 대한 부패를 근절시키는 데 기여 할 수 있다는 논리임(Welch & Wong; 송희준 외, 2002)

- OECD(2001)보고서 역시 정책 결정과정에서 국민을 파트너로 인식해야한다고 주장하고 있으며, 정책 결정과정에서의 보다 광범위한 국민참여를 촉진하고자 노력하고 있음
 - 이와 관련해서 좀 더 구체적인 내용을 살펴보면 OECD(2001)에서는 국민을 위한 좋은 정부(good governance)는 정책 결정과정에 좀 더 많은 국민을 참여시켜야 한다고 주장하고 있으며 이를 통해 다음의 5가지를 취할 수 있다고 보고 있음
 - 첫 번째는 정책결정의 질을 향상시키고, 두 번째는 국민과의 상호작용 증진을 강화하고, 세 번째는 정책결정과정에서 고려되기를 바라는 국민의 기대에 부응하고, 네 번째는 투명성을 확보하고, 마지막으로 정부에 대한 국민의 신뢰를 제고 할 수 있다고 기술하고 있음
- 건강보장정책 관련 국민참여 방식의 필요성을 부각시킨 또 다른 연구보고서인 건강보장 미래전략(건강보장 미래전략위원회, 2007)에서는 우리나라 건강보장과 관련된 문제점을 인구고령화, 정부의 재정여건 등으로 기술하면서 우리나라에서 중·장기적으로 고민해야 할 6대 건강보장제도의 가치와 운영을 제시한 바 있음
 - 6대 과제 중 건강보장 정책관련 국민참여 중요성을 부각시킨 내용을 살펴보면 첫 번째로 건강보장관련 의사결정의 합리화방안으로 민주성이 확보되어야 하며 이를 위해서는 건강보장과 관련된 가입자, 공급자 등 이해 당사자들이 건강보장관련 정책 의사결정 과정에 적극적으로 참여할 수 있도록 건강보장제도가 변화를 추구해야하는 점을 강조하고 있음
 - 두 번째는 건강보장 정책과 관련해서 투명성이 필요함을 강조하고 있는데 이를 위해 건강보장제도에 관한 의사결정 과정이 국민에게 투명하게 공개되어야 함

을 우리나라의 건강보장제도가 지향해야할 가치로 평가하고 있음

- 그러나 정부 정책결정과정에 국민의 참여가 필요하지만 지나친 확대는 또 다른 부정적 영향을 초래할 것이라는 연구결과도 제시되고 있어 정부정책 결정 시 무조건적인 국민참여 확대는 지양되어야 할 것으로 보임
- Irvin & Stansbury(2004)는 정부 정책결정 과정 시 국민참여에 따른 정부와 국민의 입장에서 본 장·단점을 다음과 같이 기술하고 있음

구분		결정과정	결과
정부	장점	실득 및 신뢰구축 정당성 확보	교착상태해결 및 결과도출 양질의 정책대안산출
	단점	시간소모 비용 정부에 대한 적대감 고취, 반발초래	의사결정에 대한 통제력 상실 정치적으로 무시하기 곤란한 나쁜 결정을 내릴 가능성 추진 예산 삭감
국민	장점	정부에 대한 실득과 계몽 국민의 역량증진	교착상태 해결 및 결과도출 정책과정에 대한 상당한 통제획득 양질의 정책대안 산출
	단점	시간소모 결정이 무시될 경우 효과 없음	반대하는 이익집단에 의해 과도한 영향을 받는 경우 정책결정의 결 저하

- 우리나라에서는 이영희(2000)가 참여 주체별 각 사업의 효과성을 분석하였는데 전체적으로 간접참여 방식인 공청회나 여론조사 등에서는 이해관계가 있는 일반 시민이나 이해관계 없는 공익대변자가 주체가 되는 경우 민주주의의 함의는 매우 높으나 참여의 효과는 상대적으로 매우 낮은 것으로 분석
- 이와는 반대로 합의회의 등 직접참여의 경우 이해관계가 없는 일반 시민이 정책결정과정에 참여하는 것이 이해관계가 있는 일반시민 이나 이해관계 없는 공익대변자가 참여하는 경우보다 참여의 효과나 민주주의 함의에서 그 효과성이 높은 것으로 분석

Ⅲ. 우리나라의 건강보장 관련 정책결정구조

□ 인력구성 현황 및 평가

- 보건복지가족부가 운영하는 주요 위원회는 건강보험정책심의위원회와 건강보험 분쟁조정위원회를 들 수 있는데 건강보험정책심의위원회의 경우 현행 규정상 보험료를 결정하고 국민건강보험공단과 공급자 단체와의 유형별 수가계약이 제때에 이루어지지 못할 경우 수가협상을 위한 기구로서 각 단체별로 인력구성원이 적정하게 배분된 것으로 판단됨
- 건강보험 분쟁조정위원회의 경우 전체 위원회 위원이 15명이고 위원장을 제외할 경우 공익을 표방하는 위원이 6명, 공급자를 표방하는 위원이 5명인데 반하여 가입자를 표방하는 위원이 단 3명으로 되어있어 가입자의 권익이 최우선으로 보호되어야하는 위원회의 특성상 단체별 인력구성비가 적정하지 않은 것으로 보임
- 국민건강보험공단의 경우 이사회는 공익대표가 9명 그리고 가입자 대표가 5명으로 되어있는데 국민건강보험공단이 가입자를 대표하는 기능에 목적이 있는 점을 감안할 때 이사회의 경우 가입자를 대표하는 인력의 충원이 필요한 것으로 분석됨
 - 또한 공익을 대표하는 위원이 공무원과 국민 건강보험공단을 대표하는 위원으로만 구성되어 있어 이사회의 투명성을 확보하기 위한 방안으로 일부 건강보험 관련 전문가를 활용하는 방안에 대한 검토가 필요한 것으로 보임
- 건강보험 재정운영위원회의 경우 가입자를 대표하는 위원이 20명, 공익을 대표하는 위원이 10명으로 인력구성원 면에서는 비교적 적절한 것으로 보임
 - 그러나 인력구성원 선출이 어떠한 방식으로 이루어지는지 진정으로 인력구성원 면면이 가입자를 대표하는지 등에 대한 폭넓은 논의가 필요
- 국민건강보험공단에서 운영하고 있는 이의신청운영위원회의 경우 공익대표 5

명, 가입자 대표 17명 그리고 공급자 대표 2명으로 구성되었는데 국민건강보험 공단에서 운영하는 이의신청위원회가 공단의 고유 업무인 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료 등, 보험급여 및 보험급여비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자가 공단에 이의신청을 할 경우 이를 심의·의결하기 위한 기구임을 감안할 경우 공급자단체를 대표하는 위원을 포함시키기 보다는 관련 규정에 충실하면서 가입자를 대변할 수 있는 변호사 등으로 인력구성을 보완하는 것이 바람직한 대안으로 판단됨

- 건강보험 심사평가원의 경우 이사회는 공익대표 5명, 공급자 대표 5명 그리고 가입자 대표 4명으로 구성되어 있는데 건강보험 심사평가원의 업무 역시 가입자를 대표하는 업무가 기본 업무임을 감안하면 전체적으로 가입자를 대표하는 위원의 구성이 미비한 것으로 나타남
- 이의신청위원회의 경우 물론 위원회의 특성상 요양급여의 적정성 등과 관련된 이의신청이 많은 점을 고려 가입자를 대표하는 위원이 5명인데 반하여 공급자를 대표하는 위원을 14명이나 배치한 점은 이해가 되나 요양급여적정성에 대한 이의신청이 너무 공급자의 판단에 치우치기 보다는 감시기능으로서의 가입자 대표의 역할을 수행하기 위한 적절한 인력 재배치가 요구됨
- 의료행위 전문 평가위원회, 치료재료 전문평가위원회, 약제전문 평가위원회, 상대가치기획단의 경우 각 위원회의 정책결정이 가입자인 소비자에게 직접적인 영향을 줄 수 있는 기구임에도 불구하고 각 위원회별 공통으로 가입자 대표의 참여가 형식적으로 2명, 2명, 1명 그리고 3명으로 되어 있어 개선이 요구됨
 - 또한 기능상 거의 동일업무를 수행하는 위원회 임에도 불구하고 각 단체별 구성비에서는 많은 차이를 보이고 있는데 이는 위원회의 구성이 어느 정도 인위적으로 운영되고 있음을 보여주는 결과라 볼 수 있음
- 인력구성원별 전문성을 보면 공익을 대표하는 단체와 공급자를 대표하는 단체의 경우는 위원회의 기능과 위원의 전문성이 어느 정도 부합되는 것으로 판단됨

- 그러나 가입자 단체를 대표하는 경우는 다른 단체와 비교할 때 업무의 전문성 면에서 상대적으로 취약성을 드러내고 있으며 이러한 점과 관련해서는 보완이 요구됨
- 가입자의 권익을 보호한다는 본래의 취지에 적합하게 가입자의 대표성을 단체를 대표하는 인원에서 찾을 것이 아니라 건강보장관련 전문성을 확보한 가입자 단체에서 위원회에 참여할 수 있도록 개선책을 마련하는 것도 하나의 대안으로 검토될 수 있음

□ 운영 현황 및 평가

- 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원을 중심으로 가입자(국민), 의료 공급자, 보건복지가족부의 관계가 어떻게 설정되어야 하는지 위원회의 기능에 맞추어 분석하면 보험료와 급여 관련 정책은 국민건강보험공단과 가입자인 국민이 결정해야하는 업무로 의료공급자와는 별개의 업무로 판단됨
- 또한 국민건강보험공단은 가입자인 국민을 대신해서 의·약계와 수가협상을 하도록 위임받고 있으며 수가협상에 대한 심의·의결권은 국민건강보험공단의 재정운영위원회에 부여하고 있음
- 현행 보험료 및 수가결정방식을 보면 아래와 같은 문제점을 내포하고 있음을 알 수 있음
 - 수가 결정구조를 보면 1차로 국민건강보험공단과 개별 공급자 단체의 합의를 통해 합의를 도출하는 것을 원칙으로 하지만 계약이 이루어 지지 않을 경우 보건복지가족부의 건강보험 정책심의위원회를 통해 결정하도록 설계되어있음
 - 이러한 구조상의 문제로 인해 건강보장 미래전략 위원회(2007) 보고서에서도 수가계약 시 보험자와 의료공급자 당사자들이 최선을 다할 유인이 높지 않고 수가계약을 다른 정책과 연결시켜 전략적으로 이용하려는 문제점을 지적한바 있음

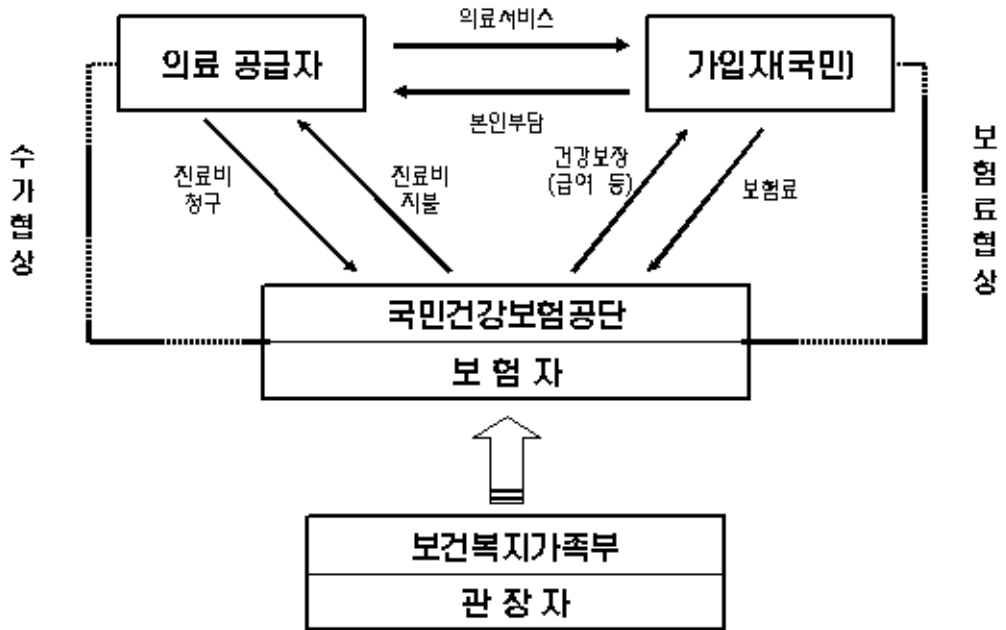
- 다음으로 보험료 결정관련 의사결정은 보건복지가족부의 건강보험정책위원회에서 이루어지고 있는데 보험료 결정은 사실상 가입자인 국민을 대변하는 보험자와 여기에 보건복지가족부가 관장자로서 보험료 결정에 참여를 하는 것이 정상적인 업무 흐름도라고 판단됨
- 그러나 현재의 건강보험정책심의위원회는 가입자를 대표하는 8인, 공익을 대표하는 8인 그리고 공급자를 대표하는 8인으로 구성되어있고 이러한 위원회 구성은 업무흐름도상의 보험료 결정구조와는 많은 차이를 보이고 있음
- 물론 건강보험정책심의위원회에서 보험료 결정업무 만을 추진하는 것은 아니지만 이러한 문제점과 관련해서는 좀 더 심도 깊은 논의가 필요한 것으로 보임
- 또한 현행과 같이 보험자인 국민건강보험공단과 공급자 단체 간에 수가계약이 제대로 이루어 질수 없는 구조에서는 거의 대부분의 수가결정이 보험료결정과 연동해서 건강보험정책심의위원회에서 이루어지고 있는데 이러한 문제점과 관련해서도 수가와 보험료를 연동해서 결정하지 않고 개별적으로 결정하는 시스템에 대한 논의가 필요하고 보험료를 현행과 같이 공급자 대표가 8명이나 포함된 건강보험정책심의위원회서 다루어야 하는지에 대한 재검토가 필요한 것으로 판단됨
- 공급자 단체가 보건의료정책과 관련해서 관여할 수 있는 사항은 건강보험심사평가원에 행해지는 의료행위, 치료재료 그리고 약제관련 전문위원회 등으로 보험료에 관한 결정은 가입자를 대표하는 구성원과 보건복지가족부의 협의에 의해 결정하는 것이 바람직한 방안으로 보임
- 따라서 현행과 같은 인력구성원으로 건강보험정책심의위원회를 운영할 경우 수가를 제외한 기타 건강보험관련 정책결정은 가입자와 공익을 대표하는 별도의 기구에서 논의하는 것이 바람직한 대안으로 고려됨

IV. 국민건강보장의 미래지향적 역할정립과 조직의 변화

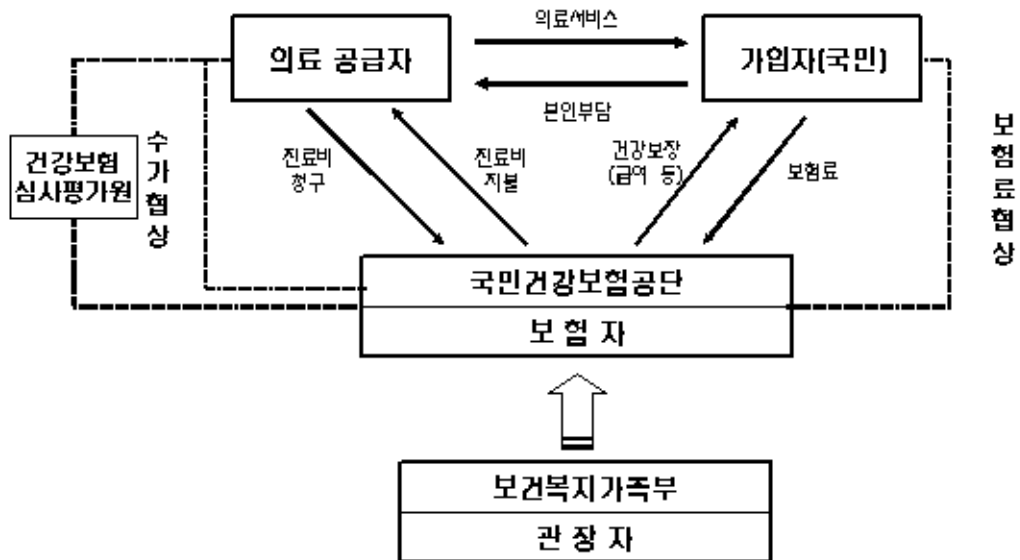
- 우리나라의 국민건강보장에 영향을 줄 수 있는 주요 요인을 찾아보면 크게 세 가지로 요약할 수 있음
 - 첫 번째는 국민의식 수준이 높아지고 건강보장에 대한 관심이 증가하면서 기본적인 필수적인 의료 수요를 건강보험이 충분히 제공할 수 있도록 급여범위를 지속적으로 확대시켜 나가야 하는 점
 - 두 번째는 건강보험의 재정안정 문제로서 향후 건강보험 재정 불안정 문제가 지속될 경우 제기될 수 있는 여러 정책변화를 들 수 있음
 - 세 번째는 노인장기요양보험 도입, 4대 보험 징수통합공단과 관련된 국민건강보험공단의 조직변화를 들 수 있음
- 보장성 강화와 재정안정성과 관련된 정책변화가 국민건강보장과 관련된 조직에 어떠한 영향을 줄 수 있는가를 분석해 보면 먼저 가장 큰 요인으로 작용할 수 있는 변화는 진료비 지불제도의 개편을 들 수 있으며 특히 지불 제도를 총액계약 개념의 지불제도로 변경할 경우는 더욱 많은 변화를 예상 할 수 있음
 - 우리나라는 현재 총액계약제의 전 단계라 할 수 있는 유형별 수가계약을 체결하고 있음. 따라서 향후 수가계약방식을 총액계약제 개념으로 전환하는 경우 김진수 외(2007)에서 주장하는 바와 같이 현재 독일과 대만에서처럼 각각의 공급자 단체가 보험자협의회를 구성하고 각 단체가 자율적으로 심사와 평가를 통해서 총액을 배분할 수 있는 권한을 부여하는 방안과 관련해서 논의가 필요한 것으로 보임
 - 이럴 경우 건강보험심사평가원이 공급자 단체의 보험자 협의회에 흡수 통합되는 것을 가정할 수 있으며 그렇지 않을 경우 건강보험 심사평가원의 기능은 평가기능만을 전담하는 기관으로서의 역할을 담당하게 될 것으로 판단됨
 - 이와 더불어 4대 사회보험료 징수를 국민건강보험공단에서 담당하도록 하는 정

- 부 방침에 따라 국민건강보험공단의 기능이 확대될 것으로 보이며 2008년 7월 1일부터 도입된 노인장기요양보험제도의 주체적 역할을 담당함으로써 국민건강보험공단의 기능과 조직의 변화가 이루어질 것으로 예상된다
- 위에서 제기된 설명 자료를 근거로 국민건강보장을 둘러싼 관련 조직의 업무 흐름도를 재 구성하면 먼저 1안은 건강보험 심사평가원의 업무가 독일에서처럼 공급자단체의 보험자 협의회로 이관되는 것을 전제로 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 의료공급자 그리고 가입자인 국민과의 업무 흐름도를 설정할 수 있음
 - 이와 같은 설정 하에서는 국민건강보험공단이 현재 건강보험심사평가원에서 운영하는 위원회(이사회 제외)를 통폐합하여 운영함으로써 실질적 의미의 가입자를 대표하는 기관의 성격을 띠게 된다고 할 수 있으며 반면에 공급자 단체는 현재 건강보험 심사평가원에서 수행중인 심사 및 평가업무를 인수하여 진료비 관련 심사 및 평가를 제 3자에 위탁하여 운영하는 현행제도 보다 심사와 평가에 있어 훨씬 자율적이면서도 책임성을 부여받게 되는 구조로 전환됨(1안)
 - 다음으로 생각할 수 있는 대안은 건강보험 심사평가원의 주요업무인 심사 및 평가기능 중 건강보험심사평가원은 평가만을 전담하는 기관으로 탈바꿈하는 것으로 이럴 경우 심사업무는 대만에서처럼 보험자에 두거나 아니면 공급자 단체에 두는 방안을 모두 고려 할 수 있을 것으로 보임(2안)
 - 우리나라의 건강보장관련 미래지향적 모형을 현재 모형과 비교하면 1안이나 2안 모두 가입자인 국민을 대변하는 역할이 훨씬 강화되어야 한다는 것을 단적으로 보여주고 있음. 현실적으로는 1안이 더 미래지향적으로 설정된 모습이라 판단됨

건강보장관련 조직의 변화(1안)



건강보장관련 조직의 변화(2안)



V. 주요외국의 의사결정구조 고찰

□ 대만

- 대만의 건강보험관련 일반적인 조직체계를 보면 1995년 전 국민을 대상으로 하는 국민건강보험(National Health Insurance:全民 건강보험)이 실시되었으며 대만의全民건강보험 관리운영체계는全民건강보험법 제 3조에 따라 행정원 위생서가 주관 부처이며, 보험자는 중앙건강보험국으로 되어있음
- 행정원 산하의 위생서(Department of Health)는全民 건강보험 운영의 권한을 가지고 있으며全民 건강보험의 기획, 정책 수립 및 집행,全民 건강보험 구성 체계 설립,全民 건강보험의 실행을 포함한全民건강보험사업 전반의 주관부서임
- 현재 행정원 위생서 산하에서 운영하고 있는 건강보험 관련 위원회를 보면 크게全民 건강보험 감리위원회(운영감독),全民 건강보험 쟁의 심의위원회 그리고全民건강보험 의료비용협정위원회로 구분할 수 있음
- 중앙건강보험국의 조직운영형태를 보면 중앙본부는 하위 조직의 계획 및 감독, 연구와 운영시스템의 개발, 인력의 훈련, 정보관리, 감사 등을 담당하고 있으며 대부분의 집행업무는 각 지역본부 중심으로 운영되고 있음
 - 중앙 건강보험국에서 운영하고 있는 건강보장 정책관련 주요 위원회를 보면 의료복무 심의 위원회, 보험안전 준비관리 위원회, 의료서비스 심사위원회 등을 들 수 있음
- 1995년全民 건강보험이 실시되면서 설치·운영되고 있는全民 건강보험 감리 위원회의 주요기능을 보면 중앙건강 보험국의 활동을 감독하고 중앙 건강보험 국의 연차계획, 활동보고, 회계심의, 의료보험에 대한 정책 제안, 중앙건강보험 국의 관리 및 보험재정 감사, 법정급여에 대한 제안 및 심의를 담당하고 있으며, 우리나라의 보건복지가족부에서 운영하고 있는 건강보험정책 심의 위원회

- 와 그 기능 및 역할이 유사하다고 볼 수 있음
- 위원회의 구성을 보면 정부대표 1인 위원장을 포함 전체 위원은 총 29명이며 가입자인 국민을 대표하는 구성원은 피보험자단체 6명, 사용자 대표 5명으로 총 11명이며, 공익대표의 경우 정부를 대표하는 8명 그리고 의약 의료보험 전문가 5명을 포함하는 총 12명 그리고 공익 대표를 표방하는 의약계 대표 5명으로 구성되어있음
 - 이와 같은 구성원의 단면만을 보면 가입자 대표, 공익대표 그리고 공급자 대표를 동수로 하여 위원회의 구성원을 안배하는 우리나라와 비교할 때 정부 즉 공익을 대표하는 위원수가 다른 단체를 대표하는 구성원 수 보다 많은 특징을 보임. 이와 같은 인력구성원의 특징은 정책결정시 공익의 입장을 우선 대변하고자 하는 정부의 정책적 의지가 담겨져 있다고 볼 수 있음
 - 그러나 가입자를 대표하는 인력구성원의 경우도 공익을 대표하는 구성인력과 거의 동수로 되어있어 한편 으로는 정부정책결정시 가입자인 국민의 의사결정권을 매우 중요시함을 보여주고 있음
 - 공급자 단체의 경우는 대만에서 현재 실시되고 있는 총액계약제의 특성을 반영하여 각 계약주체를 반영하는 5명으로 구성되어있으며, 우리나라에서처럼 어느 특정 단체에서 인력구성원에 있어 비교적 우위를 차지하고 있는 경우는 찾아볼 수 없음
 - 위원회별 특성에 맞는 전문성을 보유하고 있는지 여부와 관련해서는 방문조사 결과 대만의 경우도 우리나라에서와 같이 가입자를 대표하는 단체의 경우 직능단체에서의 전문성 문제가 자주 거론되고 있으나 위원회의 특성상 직능단체에 위원의 권한을 부여하고 있어 해결하기 어려운 문제로 지적되고 있음을 알 수 있음
- 다음으로 우리나라의 보건복지가족부에서 운영하고 있는 건강보험 분쟁 조정 위원회의 기능 및 역할을 담당하고 있는 전민 건강보험 쟁의 심의위원회의 주

- 요 기능을 보면 우리나라에서와 같이 보험자·보험 가입단위·계약요양기관 등이 제기한 분쟁을 해결하기 위해 설치되었으며 주요업무는 피보험자의 자격 기준, 부과기준, 보수에 대한 분쟁 심의, 보험료, 보험료 체납 관련 벌금, 보험 급여에 관련된 분쟁 심의를 주요업무로 담당하고 있음
- 또 다른 주요 업무로는 우리나라에서와 같이 공단과 심평원의 기능이 업무가 분리되어 있지 않고 통합되어 있는 대만 건강보험의 특성을 반영하여 의료기관 관리(무면허 등), 진료비 지불(의료과오, 부당청구 등), 법적 권리 및 권한에 관한 분쟁 심의를 담당하고 있음
 - 위원회 구성을 보면 위생서 장관이 의약전문가 중에서 임명한 고위전문가가 위원장을 맡도록 되어있으며 위원장을 포함 총 15명으로 구성되어 있음. 위원의 구성 현황을 보면 위생서 대표 2명, 보험전문가 2명, 법률전문가 3명, 의약전문가 7명으로 전체적으로 우리나라에서 보건복지가족부에서 운영하고 있는 건강보험 분쟁조정 위원회와는 다르게 공급자 단체를 대표하는 구성인력이 많게 나타나고 있음. 또한 가입자를 대표하는 인력보다는 공익을 대표하는 인력 구성이 많은 것으로 나타나고 있으며 공익을 대표하는 인력도 주로 관련 법률 전문가로 구성되어 있음
 - 이와 같은 현상은 대만의 경우 우리나라와는 다르게 보험자인 중앙건강보험국 기능에 우리나라에서는 분리되어 있는 건강보험심사평가원의 심사기능이 포함되어있어 중앙건강보험국의 주요 분쟁사항인 의료기관 관리(무면허 등), 진료비 지불(의료과오, 부당청구 등), 법적 권리 및 권한에 관한 분쟁 심의가 많은 비중을 차지하고 있는 데에서 기인하는 것으로 밝혀짐
 - 또한 대만은 우리나라와 같이 보험료 부과체계가 직장 및 지역으로 이원화 되어있지 않고 보험료 부과요소의 차이에 의한 민원발생 소지가 적어 상대적으로 보험료 부과 및 적용에 관한 분쟁은 적게 나타나는 데에서 그 이유를 찾아 볼 수 있음

- 분쟁 및 이의신청과 관련해서는 가입자 대표보다는 분쟁 및 이의신청과 관련해서 관련 전문지식을 보유한 공익대표 및 공급자 대표가 인력구성 구성비에서 우위를 점하고 있는 점을 특징으로 들 수 있으며 이러한 점은 시사 하는 바가 큼
 - 또한 우리나라에서와 같이 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원에 이의신청 위원회를 두고 이들 이의신청위원회의 결정에 이의가 있을시 보건복지가족부 건강보험 분쟁조정위원회에서 재심을 요청하는 현행 결정 방식과 대만에서처럼 이의신청관련 위원회가 위생서에만 설치되어있어 절차를 간소화 한 것에 대해서는 많은 논의가 필요 한 것으로 판단됨
 - 현행 우리나라의 이의신청 운영방안을 그대로 유지한다 하여도 대만의 경우를 고려하면 건강보험심사평가원의 이의신청 위원회와 같은 지나친 공급자 대표의 편중은 개선이 요구됨
 - 또한 이의신청을 해결하는 것이 위원회의 주요기능인 점을 감안 할 때 관련 공익이나 공익대표 위주로 관련 전문가들이 위원회의 주요 인력으로 배치되어 있는 점은 우리나라의 이의신청 관련 위원회 운영에 의미하는 바가 크다고 할 수 있음
- 전민건강보험의료비용협정위원회는 1996년 11월에 조직된 기구로서 대만에서 실시하고 있는 총액계약제하에서 진료비를 협정하고 배분하는 역할을 담당하고 있으며 주요 업무 내용을 살펴보면 행정원이 승인한 전체 진료비 예산범위 내에서 6개 보험지역별 외래 및 입원 진료비의 배분비율을 협정하고 의사·한 의사·치과의사의 외래진료비를 협상하며 또한 약사의 약제비와 조제비율의 협상을 주도하고 있음
- 위원회 구성은 총 27인으로 구성되며 의료공급자를 대표하는 9인, 피보험자대표 및 전문가 9인, 정부대표 9인으로 운영되고 있으며 이와 같은 구성원은 우리나라에서 수가협상 관련 위원회를 별도로 구성할 경우 참고할 수 있을 것으

로 보임

- 중앙건강보험국에서는 현재 우리나라 국민건강보험 공단에서 운영 중인 재정 운영위원회의 일부 역할 및 기능을 담당하는 보험안전 준비관리위원회를 운영하고 있음
 - 보험안전 준비관리 위원회의 기능은 준비금의 1년 예산과 최종 재정상태 심사, 총 보험료 수입의 연간 준비금율(annual provision rate)을 감독하고 평가하는 역할을 담당하고 있으며 위원회의 구성은 중앙건강보험국 총경리가 맡게 되어 있는 위원장을 포함 금융보험 혹은 재무관리 전문가 6인으로 구성
 - 임기는 2년이고, 1회에 한하여 연임이 가능하며 위원은 중앙건강보험국 총경리가 지명하도록 규정되어 있으며 현 의원의 직책을 보면 정치대학교 회계학과 교수, 사회복지학과 원장, 재무회계 주임, 중부 국세청 부주임, 사회학과 교수 그리고 재무회계학과 교수로 구성
 - 대만의 진료비 지불계약을 담당하고 있는全民건강보험의료비용협정위원회와 보험안전 준비관리위원회 운영을 통해 얻을 수 있는 시사점은 국민건강보험공단에서 운영하고 있는 재정운영위원회를 수가계약과 재정만을 관리하기 위한 두 종류의 위원회로 분리하는 운영하는 방안임
 - 이를 통해 재정 운영 위원회는 순수 재정전문가 및 가입자를 대표하는 전문가 집단으로 구성하여 공익 대표와 함께 보험료를 결정하고 재정문제를 논의하는 기구로 개편하여 운영하는 것을 고려해볼 필요 있음
 - 다음으로 대만과 같이 가입자, 공급자, 공익 동수로 구성된 수가협상 위원회를 별도로 공단 내에 구성하여 계약하는 방식에 대한 고려 역시 가치 있는 대안으로 여겨짐
- 다음으로 진료비 심사와 관련된 위원회로 의료서비스 심사위원회(전문동료심사위원회; Professional Peer Review Committee and Claim Review System)를 들 수 있으며 건강보험심사평가원에서 운영 중인 상근심사 위원회와 유사한

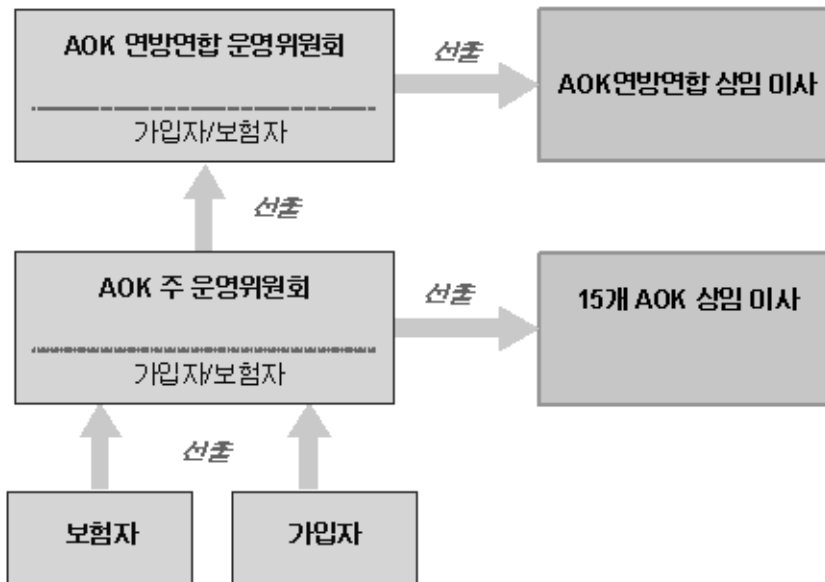
역할을 담당하는 위원회로 볼 수 있음

- 위원회의 주요기능을 보면 동료 심사의 안내와 계약서를 작성하고, 동료 심사 업무의 감독 그리고 동료 심사 의사의 평가를 주요업무로 하고 있으며 위원은 교육 및 임상경험이 있는 의·약전문가 26인 내지 31명으로 구성되고 임기는 2년이고, 1회에 한하여 연임이 가능하도록 되어있음

□ 독일

- 독일은 가입자의 권리를 강화하고, 의사결정의 투명성 확보를 통하여 건강보험 제도에 불만을 최소화하기 위한 목적으로 다양한 방법의 국민참여를 유도하고 있으며 독일의 가입자 참여는 사회법전(Social Code Book V)에 의해 법적으로 명문화되어 가입자의 주요한 권리로써 인정
- 또한 연방 정부 차원에서는 가입자 권리 강화 관련 업무를 전담할 자를 임명하고, 이들이 업무 수행을 하는데 필요한 인적, 물적 자원을 제공하며, 연방 기관 내 타부서들로부터 긴밀한 협조 체계를 유지하기 위한 노력을 하고 있음
- 먼저 주 또는 연방단위별로 운영위원회 및 이사회를 두고 있는데 위원회에서는 의료보험조합 운영 전반에 관한 의결 및 집행을 하고 있음
 - 운영위원회의 기능을 보면 정관 및 기타 자치 법규의 의결, 이사회에 감시 및 감독, 의료보험조합에게 중요한 모든 결정, 예산결정, 이사회에 해임, 이사회 및 구성원에 대한 의료보험조합의 대리, 토지의 구입, 양도 또는 담보, 건물의 건축, 의료보험조합의 해산 또는 통합에 관한 결정을 담당하고 있어 최고 의사결정기능을 행사하고 있음을 알 수 있음
 - 독일의 운영위원회는 보험료를 결정에 관한 업무, 급여종류 및 범위결정에 관한 업무를 수행하고 있어 건강보험정책심의위원회의 기능과 유사한 업무를 수행하고 있음
 - 운영위원회의 구성원을 보면 가입자와 보험자 단체가 선출한 대표자가 1:1로

- 구성되며, 최고 30명까지 운영위원을 들 수 있어 철저하게 가입자위주로 운영
- 운영위원들은 명예직이며 위원장은 가입자 대표 의장과 보험자 대표 의장이 일 년 단위로 교대로 수행하도록 되어있음. 또한 운영위원회는 임무수행을 위한 분야별 전문 소위원회를 조직해서 운영하고 있음
- 다음으로 이사회의 운영과 위원관련 현황을 살펴보면 이사회(hauptamtlicher)는 의료보험조합을 대표하고, 운영위원회에서 결정된 정책과 목표를 직접 실행하는 역할을 하는 것으로 규정되어 있음, 이사는 운영위원회에서 매 6년 마다 선출하고 이사회는 가입자와 보험자 단체가 선출한 대표자로 구성되며 이사회의 이사는 상근직이며 최고 3인으로 구성



- 독일의 연방기구(Federal Joint Committee: G-BA)는 보험급여에 관련된 조치들을 필요성, 유용성, 경제성 측면에서 평가하는 전문 기구를 두고 있으며 대표적인 기구로 전문 분과별 위원회 및 최종 의결기구를 들 수 있음
- 이는 우리나라의 경우 건강보험심사평가원에서 운영하고 있는 의료행위 전문

평가위원회, 치료재료 전문 평가위원회 그리고 약제 전문 평가위원회의 역할 및 기능에 상응하는 위원회로 볼 수 있음

- G-BA에는 보험의사연방협회, 독일병원협회, 의료보험조합연방연합회 등이 포함되어 있으며, 보험급여 지침을 결정하는 최종의결기구와 전문분과별위원회에 가입자가 참여하고 있음
 - G-BA에 가입자 대표로 참여하기 위해서는 연방 보건부에서 인정한 4개 단체 즉, 독일장애인평의회(Deutsche Behindertenrat DBR), 환우회 단체 (BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen: BAGP), 사단법인 사업 단체 연맹(Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.), 사단법인 소비자센터 연방협회(der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.) 회원이어야 하며 4개의 단체 외에도 요건을 갖춘 다른 단체는 G-BA가 추천하면 보건부가 추가 승인할 수 있음
 - G-BA의 보험급여 결정은 비의료인에게는 매우 전문적 분야이므로 이들 가입자 단체를 지원할 수 있도록 법률가, 경제학자, 행정직 3인이 베를린에 상시기구를 만들어 운영하고 있는데 이러한 지원 방식은 우리나라에서 위원회별 위원의 전문성 여부와 관련해서 제기되고 있는 문제점 해결을 위한 대안으로 활용가치가 있는 것으로 판단됨
- 전문분과별 위원회(Die Unterausschuesse)의 기능 및 역할을 보면 총회 개최 이전에 급여 지침의 경제성, 필요성, 효과성 등을 심의하기 위한 위원회로 8개 전문분과별 위원회가 있으며 위원은 의료보험조합 대표 5인, 의료공급자 대표 5인, 가입자 대표 5인으로 구성
 - 가입자 대표를 지원하기 위한 전문가 집단이 G-BA 내에 100여명 정도로 구성 되어있으며 전문 분야별 의사결정과정에서 가입자 단체를 대표하는 역할을 담당하고 있는데 우리나라에서도 가입자 단체의 전문성 확보를 위한 대안으로 적극적 고려가 필요한 것으로 판단됨

- 최종의결기구(Das Plenum)는 연방위원회의 급여 지침을 의결하기 위한 기구로서 위원은 위원장 1인, G-BA 직원 2인, 의료보험조합 대표 5인, 의료제공자 대표 5인등 총 13인으로 구성
 - 공급자 단체는 보험의사연방협회, 독일병원협회, 보험치과연방협회에서 의료보험조합측 대표자는 의료보험조합연합회에서 선임한 자로 구성되며 위원장은 G-BA 회장(법률가)이 맡고 있음
 - 가입자 대표 5인은 회의에 참석하여 의견을 발표할 수 있는 권한은 있지만 투표권은 없음. 또한 매회 인터넷 공모를 통해 모집한 일반 국민 50명이 총회에 참석하여 의사결정과정을 참관하고 있을 정도로 국민참여를 통한 정책결정이 활성화 되고 있음
 - 의장, G-BA 직원인 중립 위원, 위원들 간 의견이 불일치하는 경우 보건부가 조정하도록 되어있음
- 건강보장 정책관련 독일에서 진행되고 있는 의사결정방식 및 가입자인 국민의 의사결정 참여는 우리나라에서 가입자인 국민이 건강보장 정책결정에 어떻게 다양한 방식으로 참여할 수 있는가를 보여 주는 좋은 보기가 될 것으로 판단 됨
- 또한 현재 우리나라에서 건강보험심사평가원을 중심으로 운영되고 있는 의료 행위 전문 평가위원회, 치료재료 전문 평가위원회 그리고 약제 전문 평가위원회가 가입자 참여가 아주 미미한 상태에서 운영되는 것이 국민건강보장을 위한 측면에서 매우 바람직하지 못함을 보여주는 단편적인 결과라 할 수 있어 시사하는 바가 큼
- 총액계약제를 도입하고 있는 독일은 진료보수계약과 관련된 위원회 및 결렬 시의 중재 위원회를 운영하고 있는데 계약의 결렬 범위에 따라 연방 또는 주 수준의 중재위원회를 구성하고, 연방 또는 주정부의 감독을 받고 있음
 - 의료보험조합주연합회와 보험의사협회, 병원협회는 가입자의 외래 및 입원서비

스를 보장하는 목적의 계약을 체결하며 계약의 전부 또는 일부가 이루어지지 않을 때 주 중재기구가 중재기구의 구성원 수, 직무 수행, 실비 보상, 비용의 분배에 관한 세부사항을 정할 권한이 있음

- 중재 위원회의 주요 기능은 보험자와 의료제공자의 계약 결렬에 대한 중재이며 위원은 1인의 중립의장을 포함 2인의 중립위원, 의료보험조합의 대표자 및 병원 대표자 동수로 구성하도록 되어있음. 의장 및 중립구성원들은 관련된 조직들이 공동으로 선임하며 위원회 구성원은 명예직이며 임기는 1년임. 중재기구에 가입자는 포함되지 않음
- 중재 기구의 운영방식이 우리나라의 수가계약과 관련하여 주는 시사점은 대만의 진료비 계약 및 재정관리 운영을 위한全民건강보험 의료비용협정위원회와 보험안전 준비관리위원회 분석에서도 언급하였듯이 수가계약을 위한 위원회를 독자적으로 구성하여 공단에서 운영하는 방안임. 우리나라에서와 같이 수가계약 결렬시 바로 가입자, 공급자, 공익대표 동수로 구성된 건강보험정책심의 위원회로 이관돼 또 다른 논쟁과 더불어 시간을 소비하는 과정에서 가입자와 공급자 단체 사이에 많은 불신을 야기 시키기보다는 이러한 중재 위원회 제도 도입을 적극적으로 검토해 보는 것도 향후 바람직한 대안으로 고려해 볼 수 있음
- 우리나라의 건강보험심사평가원의 진료비 심사와 같은 역할을 담당하는 진료비 심사위원회는 계약의사서비스의 경제성 및 질을 감독하며 이 위원회는 독일에서 행해지고 있는 진료비 지불제도의 특성을 반영하여 공급자 단체 내에 협의회를 구성하여 각 공급자 단체별로 심사업무를 수행하고 있음
- 우리나라에서처럼 별도의 조직인 건강보험심사평가원에서 심사업무를 수행하는 것과는 매우 다른 형태로 볼 수 있으며 공급자가 공급자를 스스로 심사한다는 점에서 상당히 자율적인 면이 있지만 한편으로는 동료인 전문가가 심사한 결과에 대해 이의를 제기할 수 있는 소지가 매우 적은 장점을 지니고 있다고 볼 수 있음

- 위원회의 위원구성은 1인의 중립의장과 보험회사협회의 대표자와 의료보험조합 대표자 동수로 구성되며 가입자 대표는 포함되어 있지 않음

VI. 결론 및 정책제언

- 연구결과를 보면 각 단체별 인력구성에 있어서는 보건복지가족부가 운영하는 건강보험정책심의위원회의 경우 큰 문제가 없는 것으로 보임. 그러나 건강보험 분쟁조정위원회의 경우 가입자의 권익이 최우선으로 보호되어야하는 위원회의 특성을 고려할 때 단체별 인력구성비가 적정하지 않은 것으로 판단됨
- 국민건강보험공단에서 운영하는 위원회의 경우 이사회는 국민건강보험공단이 가입자를 대표하는 기능에 목적이 있는 점을 감안할 때 가입자를 대표하는 인력의 충원이 더 필요한 것으로 분석됨
 - 또한 공익을 대표하는 위원이 공무원과 국민 건강보험공단을 대표하는 위원으로만 구성되어 있어 이사회의 투명성을 확보하기 위한 방안으로 일부 건강보험 관련 전문가의 활용 방안에 대한 검토가 필요함
- 건강보험 재정운영위원회의 경우도 가입자를 대표하는 위원이 인력구성원 측면에서는 적절한 것으로 보임
 - 그러나 인력구성원 선출이 어떠한 방식으로 이루어지는지 진정으로 인력구성원 면면이 가입자를 대표하는지 등에 대한 폭넓은 논의가 필요한 것으로 판단됨
- 이의신청운영위원회의 경우 공단의 고유 업무인 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료 등, 보험급여 및 보험급여비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자가 공단에 이의신청을 할 경우 이를 심의·의결하기 위한 기구임을 감안할 경우 공급자단체를 대표하는 위원을 포함시키기 보다는 관련 규정에 충실하면서 가입자를 대변할 수 있는 변호사 등으로 인력구성을 보완하는 것이 바람직한 대

안으로 고려됨

- 건강보험심사평가원의 경우를 보면 이사회와 업무가 국민건강보험공단의 이사회와 마찬가지로 가입자를 대표하는 업무가 기본임을 감안할 때 전체적으로 가입자를 대표하는 위원의 구성이 미비한 것으로 나타남
- 이의신청위원회의 경우 물론 위원회의 특성상 요양급여의 적정성 등과 관련된 이의신청이 많은 점을 고려하여 가입자를 대표하는 위원 보다는 공급자를 대표하는 위원을 비교적 많이 배치한 점은 이해가 되나 요양급여적정성에 대한 이의신청이 너무 공급자의 판단에 치우치기 보다는 감시기능으로서의 가입자 대표의 역할을 수행하기 위한 적절한 인력 재배치가 요구됨
- 의료행위 전문 평가위원회, 치료재료 전문평가위원회, 약제전문 평가위원회, 상대가치기획단의 경우 각 위원회의 정책결정이 가입자인 소비자에게 직접적인 영향을 줄 수 있는 기구임에도 불구하고 각 위원회별 공통으로 가입자 대표의 참여가 너무 미비한 점을 고려 개선이 필요함
 - 또한 기능상 거의 동일업무를 수행하는 위원회 임에도 불구하고 각 단체별 구성비에서 많은 차이를 보이고 있는데 이는 위원회의 구성이 어느 정도 인위적으로 운영되고 있음을 보여주는 단편적인 결과라 할 수 있음
- 인력구성원별 전문성을 보면 공익을 대표하는 단체와 공급자를 대표하는 단체의 경우는 위원회의 기능과 위원의 전문성이 어느 정도 부합됨
 - 그러나 가입자 단체를 대표하는 경우는 다른 단체와 비교할 때 업무의 전문성 면에서 상대적으로 취약성을 드러내고 있으며 이러한 점과 관련해서는 보완이 필요함
- 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원을 중심으로 가입자(국민), 의료 공급자, 보건복지가족부의 관계가 어떻게 설정되어야 하는지 위원회의 기능에 맞추어 분석하면 보험료와 급여 관련 정책은 국민건강보험공단과 가입자인 국민이 결정해야하는 업무로 의료공급자와는 별개의 업무로 판단됨

- 보험료 결정관련 의사결정은 보건복지가족부의 건강보험정책위원회에서 이루어지고 있는데 보험료 결정은 사실상 가입자인 국민을 대변하는 보험자와 여기에 보건복지가족부가 관장자로서 보험료 결정에 참여를 하는 것이 정상적인 업무흐름도로 보임
- 건강보험정책심의위원회가 보험료 결정업무 만을 추진하는 것은 아니지만 업무흐름도상의 보험료 결정구조와는 많은 차이를 보이고 있어 이러한 문제점과 관련해서는 좀 더 심도깊은 논의가 필요
- 수가 계약과 관련해서는 현행과 같이 보험자인 국민건강보험공단과 공급자 단체 간에 수가계약이 제대로 이루어질 수 없는 구조에서는 거의 대부분의 수가결정이 보험료결정과 연동해서 건강보험정책심의위원회에서 이루어지고 있는데, 이러한 문제점과 관련해서도 수가와 보험료를 연동해서 결정하지 않고 개별적으로 결정하는 시스템에 대한 논의가 필요하고 보험료를 현행과 같이 공급자 대표가 8명이나 포함된 건강보험정책심의위원회서 다루어야 하는지에 대한 재검토가 필요한 것으로 판단됨
- 의약계 단체가 보건의료정책과 관련해서 관여할 수 있는 사항은 건강보험심사평가원에 행해지는 의료행위, 치료재료 그리고 약제관련 전문위원회 등으로 보험료에 관한 결정은 가입자를 대표하는 구성원과 보건복지가족부의 협의에 의해 결정하는 것이 바람직한 방안으로 보임
- 따라서 현행과 같은 인력구성원으로 건강보험정책심의위원회를 운영할 경우 수가를 제외한 기타 건강보험관련 정책결정은 가입자와 공익을 대표하는 별도의 기구에서 논의하는 것이 바람직한 대안으로 보임
- 우리나라의 국민건강보장과 관련해서 영향을 줄 수 있는 주요 요인은 진료비 지불제도의 개편을 들 수 있으며, 특히 지불 제도를 총액계약 개념의 지불제도로 변경할 경우는 더욱 많은 변화를 예상할 수 있음
- 향후 수가계약방식을 총액계약제 개념으로 전환하는 경우 김진수 외(2007)에서

주장하는 바와 같이 현재 독일과 대만에서처럼 각각의 공급자 단체가 보험자협의회를 구성하고 각 단체가 자율적으로 심사와 평가를 통해서 총액을 배분할 수 있는 권한을 부여하는 방안과 관련해서 논의가 필요

- 건강보험심사평가원의 업무가 독일에서처럼 공급자단체의 보험자 협의회로 이관되는 것을 전제로 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 의료공급자 그리고 가입자인 국민과의 업무 흐름도를 설정할 경우 국민건강보험공단이 현재 건강보험심사평가원에서 운영하는 위원회(이사회 제외)를 통폐합하여 운영함으로써 실질적 의미의 가입자를 대표하는 기관의 성격을 띠게 된다고 할 수 있음
- 반면에 공급자 단체는 현재 건강보험 심사평가원에서 수행중인 심사 및 평가 업무를 인수하여 진료비 관련 심사 및 평가를 제 3자에 위탁하여 운영하는 현행제도 보다 심사와 평가에 있어 훨씬 자율적이면서도 책임성을 부여받게 되는 구조로 전환 될 수 있을 것으로 보임
 - 이렇게 예상되는 조직개편안은 향후 가입자인 국민을 대변하는 역할이 훨씬 강화되어야 한다는 것을 단적으로 보여주는 결과라 할 수 있음
- 외국의 의사결정체계가 우리나라에 주는 시사점을 보면 대만의 경우 각 단체별 인력구성에 있어서는 정부 즉 공익을 대표하는 위원수가 다른 단체를 대표하는 구성원 수보다 많은 특징을 보이고 있는 것으로 분석됨
 - 이와 같은 인력구성원의 특징은 정책결정시 공익의 입장을 우선 대변하고자 하는 정부의 정책적 의지가 담겨져 있다고 볼 수 있음. 그러나 가입자를 대표하는 인력구성원의 경우도 공익을 대표하는 구성인력과 거의 동수로 되어있어 한편으로는 정부정책결정시 가입자인 국민의 의사결정권을 매우 중요시함을 보여주고 있음
 - 공급자 단체의 경우는 대만에서 현재 실시되고 있는 총액계약제의 특성을 반영하여 각 계약주체를 반영하는 5명으로 구성되어 있으며 우리나라에서처럼 어느 특정 단체에서 인력구성원에 있어 비교적 우위를 차지하고 있는 경우는 찾아

볼 수 없음

- 대만의 진료비 지불계약을 담당하고 있는全民건강보험 의료비용협정위원회와 보험안전 준비관리위원회 운영을 통해 얻을 수 있는 시사점은 국민건강보험공단에서 운영하고 있는 재정운영위원회를 수가계약과 재정만을 관리하기 위한 두 종류의 위원회로 분리하여 운영하며 재정 운영 위원회는 순수 재정전문가 및 가입자를 대표하는 전문가 집단으로 구성하여 공익 대표와 함께 보험료를 결정하고 재정문제를 논의하는 기구로 개편하여 운영하는 것을 고려해볼 필요가 있음
 - 동시에 대만과 같이 가입자, 공급자, 공익 동수로 구성된 수가를 협상하기 위한 수가협상 위원회를 별도로 공단 내에 구성하여 계약하는 방식에 대한 고려 역시 가치 있는 대안으로 여겨짐
- 독일의 경우는 가입자의 권리를 강화하고, 의사결정의 투명성 확보를 통하여 건강보험제도에 불만을 최소화하기 위한 목적으로 다양한 방법의 국민참여를 유도하고 있는 것으로 조사됨
 - 특히 가입자 단체로 정책결정에 참여하기 위해서는 연방 보건부에서 인정한 4개 단체 즉, 독일장애인평의회(Deutsche Behindertenrat:DBR), 환우회 단체(BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen: BAGP), 사단법인 사업단체 연맹(Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.), 사단법인소비자센터 연방협회(der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.) 회원이어야 하며, 4개의 단체 외에도 요건을 갖춘 다른 단체는 G-BA에서 추천하여 보건부가 추가 승인할 수 있게 한 제도는 우리나라에서도 검토해볼 만한 가치있는 제도로 생각됨
 - 또한 가입자 단체의 전문성을 지원하기 위해 가입자 단체를 자문하고 지원할 수 있도록 법률가, 경제학자 등이 운영하고 있는 기구와 가입자 대표를 지원하기 위한 전문가 집단을 별도로 구성하여 전문 분야별 의사결정과정에서 가입자

단체를 대표하는 역할을 담당하고 있는 제도는 우리나라에서도 가입자 단체의 전문성 확보를 위한 대안으로 고려해볼 만한 가치가 있다고 판단됨

- 건강보장 정책관련 독일에서 진행되고 있는 의사결정방식 및 가입자인 국민의 의사결정 참여는 우리나라에서 가입자인 국민이 건강보장 정책결정에 어떻게 다양한 방식으로 참여할 수 있는가를 보여 주는 좋은 사례로 판단됨
 - 특히 현재 우리나라에서 건강보험심사평가원을 중심으로 운영되고 있는 의료행위 전문 평가위원회, 치료재료 전문 평가위원회 그리고 약제 전문 평가위원회가 가입자 참여가 아주 미미한 상태에서 운영되는 것이 국민건강보장을 위한 측면에서 매우 바람직하지 못함을 보여주는 단편적인 결과라 할 수 있어 시사하는 바가 큼
- 마지막으로 독일에서 운영하고 있는 중재 기구가 우리나라의 수가계약과 관련하여 주는 시사점은 대만의 진료비 계약 및 재정관리 운영을 위한全民건강보험 의료비용협정위원회와 보험안전 준비관리위원회 분석에서도 언급하였듯이 수가계약을 위한 위원회를 독자적으로 구성하여 공단에서 운영하는 방안에 대한 적극적 검토가 필요함
- 그리고 우리나라에서 수가계약 결렬시 바로 가입자, 공급자, 공익대표로 동수로 구성된 건강보험정책심의 위원회로 이관돼 또 다른 논쟁과 더불어 시간을 소비하는 과정에서 가입자와 공급자 단체 사이에 많은 불신을 야기하기보다는 이러한 중재 위원회 제도 도입을 적극적으로 검토해 보는 것도 우리나라에서 가입자 참여확대를 위한 바람직한 대안으로 논의해볼 만한 가치가 있다고 생각함
- 끝으로 본 연구가 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 위원회에 국한하여 가입자 참여를 논한 것에 대한 한계점이 있지만 건강보장정책관련 가입자 참여방안 논의 시 의미있는 기초자료로 활용되기를 기대함. 향후 우리나라 전체 의료보장정책과 관련된 좀 더 포괄적인 의미에서 후속 연구가 수행되었으면 함

I. 서론

I. 서론

1. 연구 필요성 및 목적

우리나라의 국민건강보험은 1977년 500인 이상 직장가입자를 대상으로 처음 시작되었으며 이후 대상자를 빠르게 확대하여 12년 만인 1989년부터는 전 국민을 대상으로 건강보험을 실시하고 있다. 조합 형태로 처음 출발한 국민건강보험의 관리운영 조직도 2002년 7월부터는 국민건강보험공단(NHIC, National Health Insurance Corporation)이라는 단일보험자 형태로 운영되고 있다. 짧은 기간에 세계에서 유례를 찾아볼 수 없을 만큼 획기적인 성장을 추구해온 국민건강보험이다. 그러나 지금까지의 건강보험제도 발전은 양적 위주의 성장으로 아직도 국민건강을 둘러싼 보건 의료의 환경변화는 우리에게 더 많은 질적 욕구를 수용할 것을 지속적으로 요구하고 있다.

이론적으로 보건의료 제도에 영향을 주는 기본적인 외부요인은 크게 세 가지, 수요 측면, 공급 측면 그리고 제도적 측면 요소로 구분할 수 있다. 첫 번째로 수요 측면 요인은 보건의료 서비스 소비자가 주도하는 영향으로 주로 경제성장으로 인한 국민의 소득증가 등에 따라 보건의료서비스에 대한 욕구(needs)가 점차 증대하고 있는 데에서 찾을 수 있다. 두 번째는 보건의료서비스 공급자에 의해 파생되는 요인으로 보건의료기술의 발달, 보건의료관련 인력변화 등에 의해 주도되는 공급요인이다. 마지막으로 세 번째는 보장성강화 등 보건의료 제도 변화에 따른 영향을 요인으로 들 수 있다. 기술된 세 가지 요인은 국민건강보험제도가 도입된 초기부터 현재까지 지속적으로 적게 혹은 많게 우리나라의 건강보험제도 발전에 많은 영향을 주고 있다.

위에서 제기된 세 가지 요인 이외에 현재 우리나라의 보건의료제도 발전에 많은

영향을 주고 있는 새로운 변화요인을 찾는다면 아마 사회경제적 변화에 따른 보건 의료에 대한 국민의 인식변화를 들 수 있을 것이다. 건강권을 국민의 기본권으로 받아들이는 국민인식의 변화로 인해 건강보장 관련 정책 결정과정에 대한 국민의 관심이 지속적으로 증대하고 있는 것이다. 이러한 인식변화로 인해 국가보건의료정책에 미치는 국민(가입자)의 목소리가 점차 커져가고 있다. 그러나 현재 국민의 이러한 욕구증대에 비해 우리나라의 경우 보건의료 정책결정과정에 있어 국민의 참여가 어떻게 이루어지고 있는지 구체적 분석이 미비하고 향후 어떠한 방식으로 국민참여가 이루어져야 하는지에 대한 논의도 충분히 이루어지지 않고 있다.

본 연구에서는 과거부터 보건의료정책에 영향을 주는 세 가지 기본적 요인 이외에 세계화, 민주화 등의 영향으로 점차 보건의료 정책결정에 영향력을 확대해가고 있는 국민의 건강보장 정책결정 참여방식을 살펴보고, 향후 우리나라의 건강보장 관련 정책결정시 국민의 참여가 어떠한 방식으로 이루어지는 것이 바람직한가를 고찰해 보고자 한다.

2. 연구내용 및 방법

보건의료정책 결정 관련 국민참여방법은 거시적인 측면과 미시적인 측면에서 살펴볼 수 있을 것이다. 먼저 거시적인 측면에서는 보건의료정책결정에 있어서 왜 국민(가입자)의 참여가 필요하고 국민참여를 통해 얻을 수 있는 효과는 무엇인가? 라는 문제에 대한 이론적 고찰이 필요할 것으로 판단된다. 미시적인 측면에서는 국민이 보건의료 정책 결정 과정에 참여한다면 과연 어느 정도 범위까지 참여하는 것이 적정한가? 하는 문제와 관련하여 선진외국에서는 가입자의 참여가 어떻게 이루어지고 있는지에 대한 충분한 검토가 선결되어야 할 것이다.

이러한 관점에서 본 연구에서 다루고자하는 주요 내용은 다음과 같다. 먼저 두 번

제 장에서는 국가 정책결정에 있어, 특히 보건의료정책, 국민참여 대한 이론적 배경을 검토해보고자 한다. 다음으로 세 번째 장에서는 우리나라에서 건강보장 관련 정책결정시 가입자인 국민의 참여가 어떻게 이루어지고 있는지 위원회를 중심으로 현황을 살펴보고 문제점을 도출하고자한다. 넷째 장에서는 우리나라 건강보장제도가 지향하는 궁극적인 비전이 무엇인지를 설정해 보고자 한다. 다음으로 다섯 번째 장에서는 우리나라의 건강보장제도가 지향하는 궁극적인 비전에 걸맞도록 건강보장 정책 관련 국민참여를 개선하는데 참고자료로 활용하고자 선진외국에서는 국민참여가 어떠한 방식으로 진행되고 있는지 분석하고자 한다. 이와 관련해서 선진외국에서는 국민참여방식이 어떻게 태동했으며, 어떠한 방식으로 변모를 해왔고, 현재는 건강보장관련 정책 결정시 국민참여가 어떻게 추진되고 있는지, 그리고 국가별 국민참여 관련 문제점은 무엇이고 향후 중·장기적인 개선방안은 무엇인지를 검토해 보고자 한다.

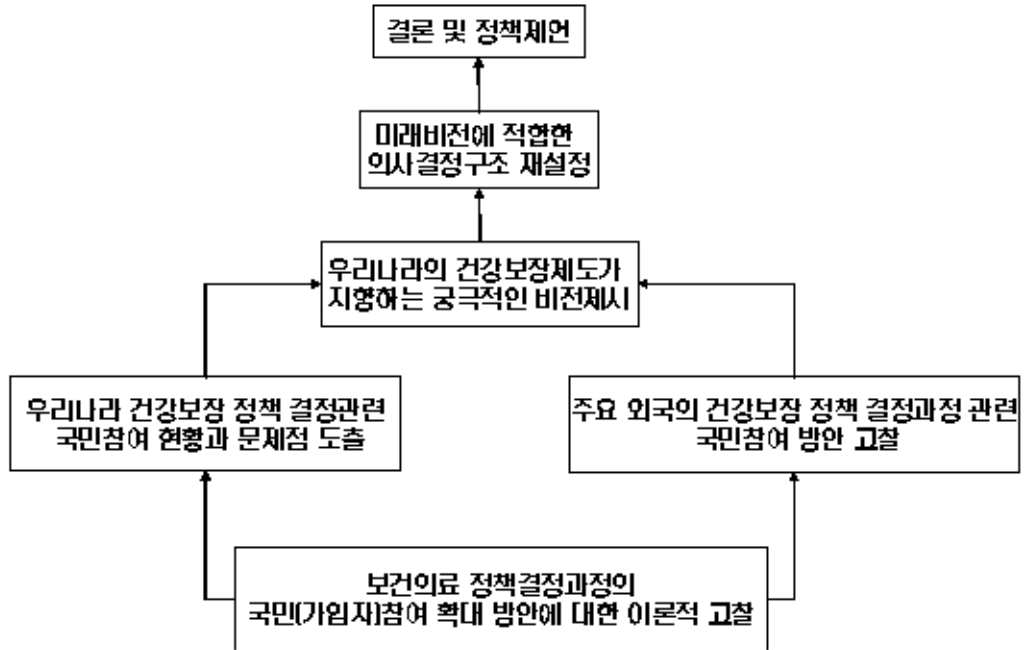
다음으로 위에서 검토된 연구내용을 바탕으로 우리나라의 건강보장관련 정책결정시 가입자인 국민의 참여가 어떻게 이루어지는 것이 타당한지 의사결정구조를 재설정하고 마지막장에서는 국민참여방식과 관련하여 정책대안을 제시하는 것을 연구의 주요내용으로 하고 있다.¹⁾

연구 수행방법은 문헌분석과 주요 외국의 의사결정방식 분석을 기초자료로 활용하고자 한다. 또한, 건강보장 정책관련 의사결정 참여자와 보건의료관련 전문가그룹, 보건복지가족부, 기획재정부등 관련부처 공무원 등을 통한 설문조사를 통해 정책적 함의를 도출하고자 한다. 본 연구의 구체적 설계도는 아래 <그림 1-1>과 같다.

다음 장에서는 선행연구를 통해 정부정책관련 국민참여가 어떻게 이루어져 왔는지를 살펴보고, 정부정책 결정의 국민참여와 관련된 일반적 이론, 국민참여 방식의 유형 그리고 정부정책 결정과정에서의 국민참여와 관련된 장·단점을 고찰해보고자 한다.

1) 본 연구에서 살펴볼 주요 내용은 보건의료정책 중 건강보험과 관련된 의사결정구조에 초점을 맞추어 연구를 진행하고자함.

<그림 I-1> 연구수행도



II . 국민참여방식에 대한 이론적 고찰

II. 국민참여방식에 대한 이론적 고찰

1. 국민참여 방식의 이론적 태동

국가의 모든 정책결정은 대상에 따라 적게 혹은 많이 직·간접적으로 국민인 소비자에게 영향을 준다(정정길 외, 2003). 그리고 이러한 영향으로 인한 파장의 대소 정도에 따라 국민의 반응 역시 다양한 모습으로 분출되고 있다. 따라서 정부 정책결정에 의해 영향을 받는 국민들은 어떠한 방식으로든지 개개인 혹은 전체의 이익을 위해 정부 정책 결정과정에 참여하고자 한다.

과거의 경우 정부정책에 대한 국민의 반응이 그리 높지 않았고 이러한 반응에 대한 정부 정책담당자들의 대응 역시 소극적으로 이루어져 왔던 것은 주지의 사실이다. 이러한 시기는 국민이 정부의 정책결정과정에 개입하기가 어려웠고 설령 관심이 있더라도 의견을 피력하는 것이 매우 어려웠던 시기로 대부분의 정책결정이 국가 주도로 이루어졌다.

다음으로는 국민이 정부의 정책결정에 개입하는 것이 현실적으로는 어렵지만 국민이 정부정책에 접근할 수 있도록 보장해주고 국민들은 자신들의 의견을 사후적으로 제시하는 형태로 일부분이지만 국민이 정부 정책결정에 참여하던 시기이다. 이러한 정부정책 결정은 하향식 결정으로 정보에 대한 이용자들의 접근성과 이에 대한 정부정책의 반응으로 집약할 수 있다(백재준 외, 2004).

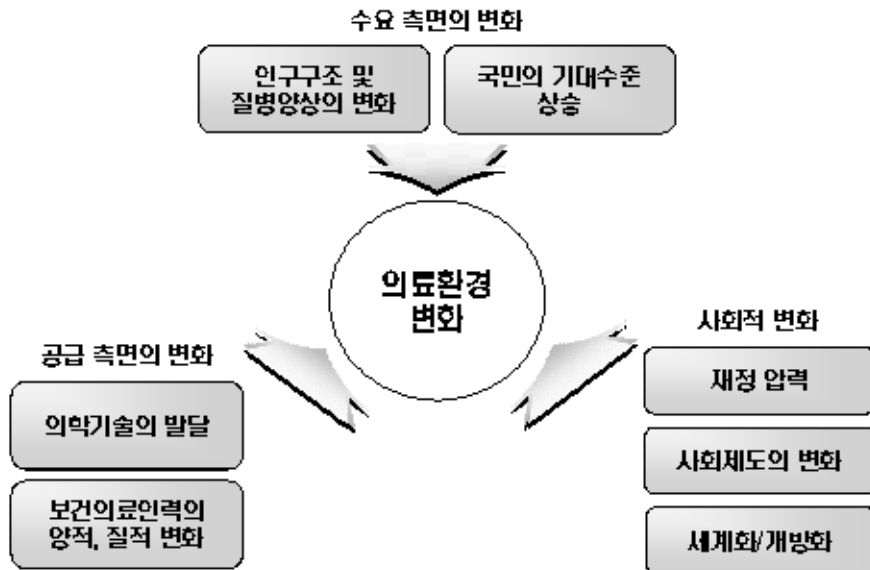
첫 번째, 두 번째 시기를 정부의 보건의로 정책결정과 관련시켜보면 이 두 시기는 다음과 같은 점에서 그 한계점을 내포하고 있다. 먼저 첫 번째로 정책목표가 보다는 많은 다양한 가입자 계층으로부터 정당성을 확보해야 함에도 불구하고 취약성을 드러내왔다. 두 번째는 보건의료정책은 주로 시장실패의 영역에 존재하는 건강, 생명의 문제와 직결되어 있고 이에 따라 최대 수혜자인 가입자의 의사 표현이 존중되어야 함에도 불구하고 의사결정체계가 가입자를 대표하기에는 한계가 존재했다.

이러한 문제점의 인식하에 늦었지만 지난 참여 정부에서는 정책 결정과정에서 국민의 참여를 중요한 국정과제로 추진하였는데 그 필요성으로 첫째는 사회가 점차 다양화되고 이로 인해 정부가 혼자 해결하기에 힘든 사회문제의 증가, 국민의 참여 부재로 인한 신뢰저하와 사회비용 증가 그리고 마지막으로 정책결정과정에서 국민 참여를 통해 정부와 국민이 공동으로 책임을 지는 책임성 확보를 들고 있다(행정자치부, 2004).

보건의료분야에서도 2000년대 초 정책 결정과정에서 국민참여의 중요성이 부각된 바 있으며 보건의료 정책관련 국민의 의식과 욕구의 변화와 관련해서 이태수 외(2004)는 다음의 두 가지 측면에서 기술하고 있다. 첫 번째는 과거의 의료서비스 수요자가 보험제도에 수동적인 가입자였다면 많은 지식과 정보로 무장한 현재의 보험가입자는 지위와 권리를 요구하는 능동적인 자세로 변화하고 있다는 점이다. 두 번째는 생활수준 향상으로 인한 보건의료 관련 국민욕구의 증대에서 그 이유를 찾고 있다. 이를 부연 설명하면 의료서비스 소비자들은 소득 수준의 향상에 따라 물질적 풍요로움만을 추구하던 사고방식에서 벗어나 삶의 질 향상을 중요한 과제로 생각하고 있으며 이에 따라 개인의 삶의 질 향상과 긴밀하게 관련된 보건의료 문제에 지대한 관심을 표출하고 있다는 것이다.

이후 건강보장미래전략위원회(2007)에서는 전장에서 기술하였듯이 여러 변화요인 중 국민의 기대수준 상승으로 인한 의식수준 변화는 새로운 보건의료 환경변화를 주도하고 있으며 향후 보건의료 정책결정 과정에서의 국민참여 확대가 우리나라의 보건의료 정책 중·장기적 방향설정에 중요한 역할을 담당할 것임을 예상한 바 있다(그림 II-1 참조).

〈그림 II-1〉 의료 환경 변화의 동인



자료: 건강보장이미래전략, 건강보장 미래전략위원회, 2007.

그렇다면 먼저 왜 국민이 정부정책결정에 왜 참여하려는가와 관련해서 좀 더 구체적인 이론적 배경을 살펴 볼 필요가 있는데 현대 소비자 권익주장과 관련된 대체적인 이론은 다음의 세 가지 관점에서 요약된다. 첫 번째로 소비자는 일반적으로 생산자에 비해 정보 보유량이 적을 수밖에 없고 이에 따라 소비자가 정확한 정보를 수집하고 합리적인 선택을 할 수 있는 기회제공이 필요하다는 주장이다. 두 번째로, 소비자는 생산자와의 관계에서 이익과 관련된 정책을 결정하는 과정에서 배제되기 쉬워 재화의 가격결정 등에서 항상 약자가 되기 쉽다는 점이다. 마지막으로 정부의 역할이 축소되고 전문화되어가고 있는 상황에서 소비자의 정책결정 참여는 경쟁적인 구조와 효율적인 경제활동을 배가시켜 국제경쟁력 강화에도 기여를 할 수 있다는 논리이다(문정숙 외, 2003).

보건의료정책의 국민참여 활성화와 관련해서 김성숙(2002)은 가계비지출에서 차지

하는 의료비 소비지출, 의료서비스 시장의 특성, 의료의 신뢰제적 특성(credence good), 정보의 비대칭성, 의료소비자의 비합리적인 행동 그리고 의료 소비자 문제의 증가 등에서 국민참여 관련 이론적 배경을 찾고 있다.

이와 같은 관점에서 볼 때 우리가 일반적으로 이야기하는 정부정책결정의 국민참여는 사회구성원인 국민이 정부 정책결정에 영향을 미치거나 영향을 주는 행동(Nagel, 1987)이나, 국민 개개인의 선호와 가치를 정부정책에 반영하는 것에서 찾아 볼 수 있을 것이다(Zimmerman, 1986). Walters et al.(2000)은 정책 결정과정에서의 국민참여 역할을 다음과 같이 단계별로 정의 하고 있다.

<표 II-1> 국민참여 방식의 단계별 정의

단계	참여 이유
1. 문제 정의	발견역할: 문제를 정의하는데 활용
2. 결정기준 마련	발견역할: 기본원칙을 정의하는데 활용
3. 정책 대안 개발	발견역할: 정책대안 모색에 활용 교육역할: 정보습득, 문제 논의, 대안을 제시 정당화: 대안 개발 시 수용성 확대
4. 정책 대안 평가	교육역할: 제시된 대안에 대한 토론 평가역할: 대안에 대한 국민의 선호도 평가 정당화: 대안 평가사 수용성 확대
5. 정책 대안 채택	교육역할: 제시된 대안에 대한 토론 평가역할: 채택된 대안을 국민이 수용하도록 설득 정당화: 대안 채택시 수용성 확대

자료: 김삼목 외, 중앙정부 정책과정과 시민참여, 2004에서 재인용

Walters et al., Putting More Public in Policy Analysis, Public Administration Review, 60(4), pp. 349-359, 2000.

2. 국민참여 방식의 유형

현재까지는 정부 정책결정 과정에서 국민참여가 어떻게 태동했는지를 중심으로 고찰해 보았는데 다음은 국민참여 방식의 유형에 대해 살펴보고자 한다. 일반적으로 국민참여의 유형은 크게 대표자를 통한 간접의지 표현과 정책 결정과정에 직접적으로 참여(선거 등)하는 두 가지 유형의 구분이 가능하다. Zimmerman(1986)은 국민참여의 유형을 크게 소극적 참여와 능동적 참여로 구분하고 있으며 소극적 참여로는 정보제공 및 여론조사 등을, 능동적 참여는 공청회 및 자문위원회 참여 등을 예로 들고 있다. Okot(2001)은 정보에 대한 접근과 공공서비스의 이용 등을 소극적인 참여로 그리고 국민들이 행정과 적극적으로 상호작용을 하면서 자신들의 의사를 관철시키는 것을 적극적인 참여로 보고 있다.

또 다른 국민참여 유형은 OECD(2001)에서 제시한 유형으로 정보제공, 협의 그리고 능동적 참여로 유형화하여 구분하고 있다. 정보제공(information provision)은 정부가 국민에게 정보를 제공하거나 국민이 정부에게 정보를 제공하는 유형으로 소극적 참여로 볼 수 있다. 다음으로 협의(consultation)의 유형으로 정보 제공보다는 강화된 방식의 국민참여 유형인데 이 방식은 정부가 먼저 주제를 설정하고 이에 대해 국민이 의견을 개진하는 방식으로 초기단계의 적극적 참여방식이며 현재 건강보장을 둘러싸고 있는 대부분의 위원회식 정책 결정 방식을 그 예로 들 수 있다. 마지막으로 능동적 참여(active participation)는 정책의제의 설정, 정책 대안의 제안이나 정책논의의 전개에 있어 국민이 능동적으로 참여할 수 있는 기반이 구축되어있고 정부와의 협력관계(partnership)가 견고한 유형으로 정의된다(김상목 외, 2004). 우리나라에서도 OECD(2001)의 권고를 기반으로 지난 참여정부부터 정책 결정과정에서의 국민참여 유형을 정보제공, 의견수렴 및 협의 그리고 적극적 참여로 크게 3가지로 구분하여 국민참여를 강화하려는 노력을 기울여 오고 있다(행정자치부, 2004).

위에서 제기된 일반적 이론을 보건의료부문에 적용시킬 경우 의료서비스와 관련

해서 다음의 두 가지 소비자 참여 유형구분이 가능할 것으로 판단된다. 첫 번째는 미시적인 접근방법으로 일반적으로 신문이나 방송매체 등을 통해 자주 접하는 정보 제공이나 고발 등과 관련된 소비자 참여방법이다. 즉, 비대칭형 속성이 다른 일반 서비스 산업 보다 강한 보건의료서비스에 있어 정보제공이나 고발 등을 통해 의료 서비스 공급자와 구매자 시장에서 소비자의 권익을 강화하는 방안이다.²⁾

그러나 이러한 참여방식은 Peters(1996)에서 지적한 바와 같이 복잡하고 다양화 되어가고 있는 현대사회에서 정책결정과정에서 더 많은 직접적인 참여를 원하는 국민의 요구를 반영하는데 한계를 지니고 있다. 즉 위에서 제기된 정보소유나 고발 등을 통한 방법으로는 소비자의 권익을 완전히 보호하기가 어렵다고 보고 거시적인 측면에서 정부와 의료소비자의 파트너십, 즉 거버넌스(Governance) 개선을 통해 소비자인 국민을 보호하려는 접근 방법이 활성화되고 있다. 이러한 접근방법으로는 보건의료 제도 정책을 설정하는데 소비자인 국민이 직접 참여해서 제도 자체를 소비자인 국민위주로 개선하려는 노력을 시도하는 데에서 찾을 수 있을 것이다. 김한중 외(2003)에서 제시된바와 같이 보건의료자원을 효율적으로 사용하고 또한 소비자들인 국민이 공감할 수 있는 정책수립을 위해 소비자의 욕구를 정확히 파악하여 정책에 반영함과 동시에 효율적 경영을 위한 파트너십으로서의 보건의료관련 국민참여가 활성화 되어야 한다고 보는 것이다.

2) 김성숙(2002)의 연구에 의하면 외국의 의료소비자 운동은 주로 정보제공형, 의료사고에 대한 상담과 대책활동, 의료회사, 제약 산업, 연방정부의 건강관련 기관들에 대한 감시활동, 환자들의 모임 또는 환자들을 돕기 위한 지지모임으로 구체적으로 세분화되어 추진되고 있으나, 우리나라의 경우는 소비자 중심의 의료소비자운동(의료사고 피해상담 및 피해구제 등), 의료전문인중심의 의료소비자운동(인도주 의실천의사협의회 등), 소비자와 의료전문인이 공동으로 하는 의료소비자운동(의료생활협동조합), 시민단체의 연대활동, 보건의료를 전문으로 하는 운동단체 등이 중심을 이루고 있음.

3. 국민참여의 필요성 및 효과

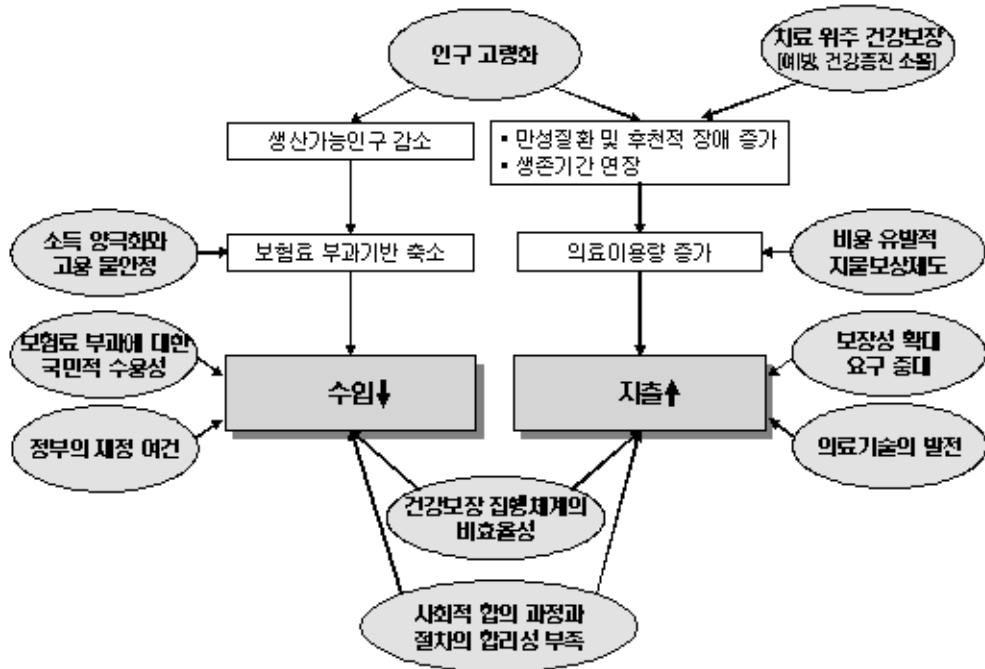
마지막으로 정부정책결정과정에서 국민참여가 활성화되어서 얻을 수 있는 것이 무엇인가와 관련해서는 다양한 논의가 전개되고 있는데 이를 요약하면 다음과 같다. 먼저 장점으로 언급될 수 있는 정부 정책결정과정에서의 국민참여의 필요성으로는 반응성(responsiveness)을 들 수 있는데 국민참여를 통해 국민이 무엇을 원하는 것을 가장 효과적으로 달성할 수 있다는 점이다(윤주명, 2000). 두 번째로는 정부와 국민 간의 요구가 표출되고 합의를 거치는 과정에서 가장 신뢰성(credittness)을 담보할 수 있는 효과적인 방법으로 국민참여가 고려되고 있다(백재준 외, 2004). 마지막으로 투명성(transparency)에 관한 문제로 의사결정과정과 결정 및 집행 그리고 평가에 대한 공개(openness)를 통해 정부정책에 대한 부패를 근절시키는데 기여할 수 있다는 논리에서 그 이유를 찾고 있다(Welch & Wong; 송희준 외, 2002).

OECD(2001)보고서 역시 정책 결정과정에서 국민을 파트너로 인식해야 한다고 주장하고 있으며 정책 결정과정에서의 보다 광범위한 국민참여를 촉진하고자 노력하고 있다. 이와 관련해서 좀 더 구체적인 내용을 살펴보면 OECD(2001)에서는 국민을 위한 좋은 정부(good governance)는 정책 결정과정에 좀 더 많은 국민을 참여시켜야 한다고 주장하고 있으며 이를 통해 다음의 5가지를 달성할 수 있다고 보고있다. 첫 번째는 정책결정의 질을 향상시키고 두 번째는 국민과의 상호작용 증진을 강화하고 세 번째는 정책결정과정에서 고려되기를 바라는 국민의 기대에 부응하고 네 번째는 투명성을 확보하고 마지막으로 정부에 대한 국민 신뢰를 제고할 수 있다고 기술하고 있다.(김상목 외, 2004)

건강보장정책 관련 국민참여 방식의 필요성을 부각시킨 또 다른 연구보고서인 건강보장 미래전략(건강보장 미래전략위원회, 2007)에서는 우리나라 건강보장과 관련된 문제점을 아래 <그림 II-2>에서와 같이 인구고령화, 정부의 재정여건 등으로 기술하면서 우리나라에서 중·장기적으로 고민해야 할 6대 건강보장제도의 가치와 운영을

제시한 바 있다.

<그림 II-2> 건강보장을 둘러싼 환경과 건강보장의 도전과제



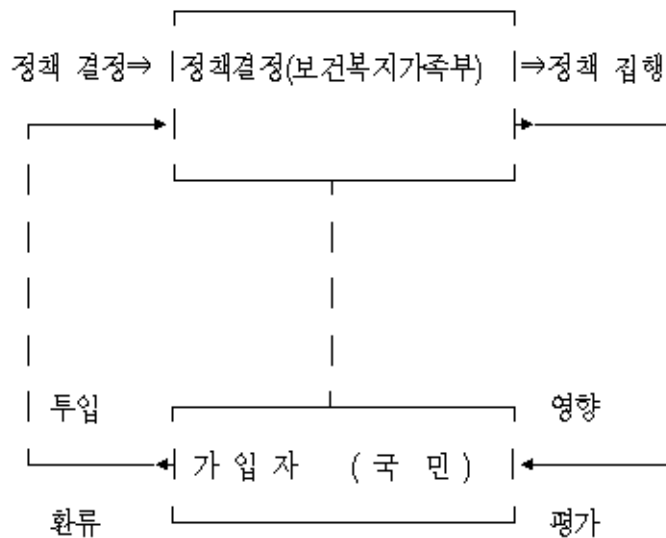
자료: 건강보장미래전략, 건강보장 미래전략위원회, 2007.

6대 과제 중 건강보장 정책관련 국민참여의 중요성을 부각시킨 내용을 살펴보면 첫 번째로 건강보장관련 의사결정의 합리화방안으로 민주성이 확보되어야 하며 이를 위해서는 건강보장과 관련된 가입자, 공급자 등 이해 당사자들이 건강보장관련 정책 의사결정 과정에 적극적으로 참여할 수 있도록 건강보장제도가 변화를 추구해야 하는 점을 강조하고 있다. 두 번째는 건강보장 정책과 관련해서 투명성이 필요함을 강조하고 있는데 이를 위해 건강보장제도에 관한 의사결정 과정이 국민에게 투명하게 공개되어야 함을 우리나라의 건강보장제도가 지향해야 할 가치로 평가하고 있다. 이러한 연구결과는 향후 우리나라에서도 건강보장관련 정책결정시 국민의 참

여가 더욱 확대되어야하는 논리를 뒷받침한다고 볼 수 있다.³⁾

다른 국가정책 결정구조도 마찬가지로지만 보건 의료부분에서 가입자인 국민참여가 바람직하게 이루어질 경우 국민참여 확대를 통해 가정되어지는 정책결정의 선순환 구조를 간략하게 그림으로 표시하면 아래 <그림 II-3>과 같다.

<그림 II-3> 가입자 참여와 정책결정의 선순환 구조



그러나 정부 정책결정과정에서 국민의 참여가 필요하지만 지나친 확대는 또 다른 부정적 영향을 초래할 것이라는 연구결과도 제시되고 있어 정부정책 결정시 무조건적인 국민참여 확대는 지양되어야 할 것으로 보인다. Irvin & Stansbury(2004)는 정부 정책결정 과정 시 국민참여에 따른 정부와 국민의 입장에서본 장·단점을 다음과 같이 기술하고 있다.

3) 건강보장 미래전략(2007, 건강보장 미래전략위원회)에서는 향후 우리나라에서 건강 건강보장제도가 지속가능하기 위해서 준수해야할 6대 원칙을 강조하였는데 첫 번째 원칙은 "보편성", 두 번째 원칙은 "형평성", 세 번째 원칙은 "효율성", 네 번째 원칙은 "재정의 건전성과 지속가능성", 다섯 번째 원칙은 "민주성", 그리고 여섯 번째 원칙은 "투명성"을 강조함.

<표 II-2> 국민참여 방식의 장·단점

구분		결정과정	결과
정부	장점	실득 및 신뢰구축 정당성 확보	교착상태해결 및 결과도출 양질의 정책대안산출
	단점	시간소모 비용 정부에 대한 적대감 고취, 반발초래	의사결정에 대한 통제력 상실 정치적으로 무시하기 곤란한 나쁜 결정을 내릴 가능성 추진 예산 삭감
국민	장점	정부에 대한 실득과 계몽 국민의 역량증진	교착상태 해결 및 결과도출 정책과정에 대한 상당한 통제획득 양질의 정책대안 산출
	단점	시간소모 결정이 무시될 경우 효과 없음	반대하는 이익집단에 의해 과도한 영향을 받는 경우 정책결정의 질 저하

자료: 김삼목 외, 중앙정부 정책과정과 시민참여, 한국행정논집, 16(4), pp. 861-885, 2004에서 재인용

Irvin, R. A. & Stansbury, J., Citizen Participation in Decision making: Is it Worth the Effort? *Public Administration Review*, 64(1), pp. 55-65, 2004.

이와 같이 국민이 정부 정책결정과정에 참여하는 과정에서 발생하는 단점을 최소화하기 위해 Beierle(1998)는 민간인 국민참여를 통해 달성하고자하는 6가지의 사회적 목표를 제시하고 어떤 방식의 참여가 단점을 최소화하고 목표달성을 위한 활용도를 높일 수 있는지 측정하였으며 그 결과는 아래 <표 II-3>과 같다.⁴⁾ 아래 <표 II-3>에 제시된 결과를 보면 합의회의의 경우 국민참여로 인해 교육, 의사결정시 국민의견 반영, 정책안의 질제고 그리고 비용-효과 측면에서는 그 활용도가 높다고 볼 수 있으나 상대적으로 신뢰성 제고에서는 활용도가 다른 목표에 비해 낮음을 알 수 있다.

4) 6가지 목표는 국민에 대한 교육 및 정보제공, 국민의 의사를 정책결정에 반영, 정책의 질 제고, 정부에 대한 신뢰 제고, 갈등축소 그리고 비용-효과성제고를 들고 있음.

<표 II-3> 국민참여와 사회적 목표 활용도

구분	교육,정보		의사결 정반영	결 제고	신뢰성 제고	갈등 축소	비용- 효과
	교육	정보					
여론조사	C	C	A	A	C	C	A
포커스 그룹	C	C	A	A	C	C	A
입법예고	C	C	A	A	C	C	A
정보제공	B	A	C	C	A	C	A
공시	C	B	C	C	B	C	A
국민교육	A	B	C	C	A	C	A
공청회	C	A	A	A	B	B	A
시민자문 위원회	A	B	A	A	A	A	A
시민 배심원/패널	A	B	A	A	B	B	A
합의회의	A	B	A	A	C	B	A
중재	C	C	A	A	B	A	A
규제협상	C	C	B	A	B	A	A

주: A는 활용가능을, B는 어느 정도 활용가능 그리고 C는 활용 불가능을 의미함.

자료: 김상목 외, 중앙정부 정책과정과 민간참여 유형, pp. 486-506, 2004에서 재인용

Beierle, T.C., Public Participation in Environmental Decisions: An Evaluation Framework Using Social Goals. Discussion paper, pp.99-06, 1998.

우리나라에서는 이영희(2000)가 참여 주체별 각 사업의 효과성을 분석하였는데 전체적으로 간접참여 방식인 공청회나 여론조사 등에서는 이해관계가 있는 일반 시민이나 이해관계 없는 공익대변자가 주체가 되는 경우 민주주의의 함의는 매우 높으나 참여의 효과는 상대적으로 매우 낮은 것으로 나타났다. 이와는 반대로 합의회의 등 직접참여의 경우 이해관계가 없는 일반 시민이 정책결정과정에 참여하는 것이 이해관계가 있는 일반시민이나 이해관계가 없는 공익대변자가 참여하는 경우보다 참여의 효과나 민주주의 함의에서 그 효과성이 높은 것으로 분석하고 있다(김상목 외, 2004)

<표 II-4> 정책 결정 참여주체별 효과비교

구분	형태	참여주체	참여 효과	민주주의 함의
간접 참여	공청회	A, C	낮다	크다
	정보	A, C	낮다	크다
	자문기구	C	낮다	크다
	사법수단	A, C	매우 높다	크다
	여론조사	A, B, C	낮다	크다
직접 참여	시민조사 위원회/시민패시원제	B	높다	매우 크다
	합의회의	B	높다	매우 크다
	국민(주민)투표	A, B, C	매우 높다	매우 크다

주: A는 이해관계 있는 일반시민, B는 이해관계 없는 일반시민 그리고 C는 이해관계 없는 공익대변자를 의미함.

자료: 김상목 외, 중앙정부 정책과정과 민간참여 유형, 2001에서 재인용

이영희, 과학기술과 시민참여: 근거·형태·비교, 유네스코 한국위원회 주최 합의회의 국내정착을 위한 워크숍, pp. 24-25, 2000.

다음 장에서는 우리나라의 건강보장관련 정책결정과정에서의 국민참여 현황과 운영방안에 대해 보건복지가족부(MHWFA; Ministry for Health, Welfare and Family Affairs), 국민건강보험공단(NHIC; National Health Insurance Corporation) 그리고 건강보험심사평가원(HIRA; Health Insurance Review & Assessment Service)에서 운영 중인 위원회를 중심으로 분석해 보고자 한다.

III. 우리나라의 건강보장 관련 정책결정 구조

Ⅲ. 우리나라의 건강보장 관련 정책결정 구조

1. 인력구성 현황 및 평가

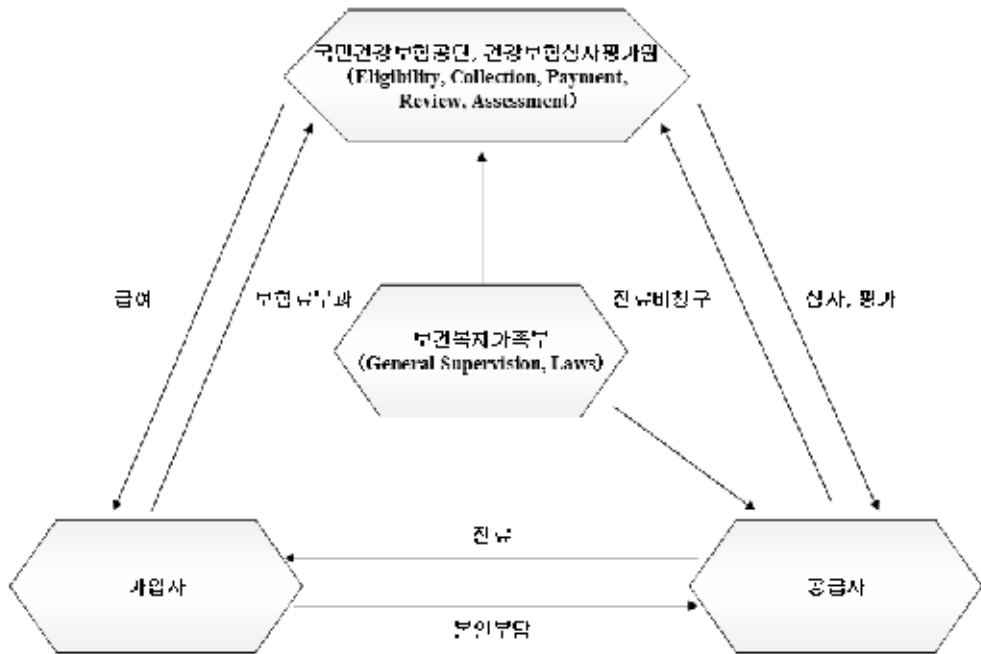
건강보장 정책관련 주요 의사결정 기구는 현재 건강보험을 둘러싼 주요 기관별 상호 행위에서 찾아 볼 수 있는데 아래 <그림 Ⅲ-1>에서와 같이 국민건강보험법 상 국가를 대신하여 건강보장 사업을 수행하는 3개의 주요기관은 보건복지가족부, 국민건강보험공단 그리고 건강보험심사평가원을 들 수 있다. 3개 주요기관의 업무내용을 보면 건강보험 운영에 있어 제도운영 전반에 관한 관리·감독은 보건복지가족부가 맡고 있으며 보건복지가족부의 건강보험관련 주요 제심·의결기구는 건강보험정책심의회, 건강보험분쟁조정위원회가 있다. 또한 보건복지가족부 홈페이지 국민정책참여마당, 국민 제안마당을 통해 보건복지가족부 관련 정책에 국민참여를 활성화 하고 있다.

국민건강보험공단은 자격관리, 보험료 부과·징수, 가입자의 건강증진업무, 의료서비스 가격을 요양기관과 계약으로 정하는 수가계약 업무 등을 포함한 건강보험 보험재정 관리, 그리고 약가의 협상권 등을 주요 업무로 하고 있으며 사업의 범위를 넓혀가고 있는 중이다. 또한 2008년 7월 1일 도입된 노인장기요양보험 및 4대 보험 징수통합과 관련하여 실질적 집행기관으로서 역할을 수행하고 있다. 국민건강보험공단은 건강보험정책관련 건강보험 재정운영위원회와 이의신청 위원회를 운영하고 있다.

다음으로 건강보험심사평가원의 주요 업무를 보면 의료공급자들이 제공한 의료서비스와 서비스비용의 적정성을 객관적이고 공정하게 심사·평가하여 국민건강보험공단으로 통보하고 이를 바탕으로 국민건강보험공단이 공급자에게 진료비를 지급할 수 있도록 진료비 비용을 확정하는 역할을 하고 있다. 현재 진료비의 부정 청구에 대한 실사권은 보건복지가족부가 갖고 있지만 건강보험심사평가원에서 그 업무에

대한 역할을 대행하고 있다. 또한 보건복지가족부의 건강보험정책심의위원회 산하에 의료행위전문위원회, 약제전문위원회, 치료재료전문위원회, 상대가치기획단을 두고 있으며 최근에는 신약의 등재여부를 심사하는 약제급여위원회를 건강보험심사평가원에서 운영하고 있다. 또한, 국민건강보험공단에서와 같이 이의신청 운영위원회와 이사회를 운영하고 있다. 마지막으로 요양기관은 가입자에 대한 의료서비스를 제공하고, 서비스 비용은 공단으로부터 지급받고 있다(그림 Ⅲ-1 참조).

〈그림 Ⅲ-1〉 건강보험관련 주요기관별 업무흐름도



먼저 현재까지 거론된 주요 위원회 관련하여 보건복지가족부에 설치된 건강보험정책심의위원회 및 건강보험 분쟁 조정위원회의 기능 및 구성원을 살펴보고자 한다. 국민건강보험법 제4조에 근거하여 설치된 건강보험정책심의위원회는 요양급여의 기준, 요양급여비용, 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액, 직장가입자의 보험료를

및 대통령령이 정하는 건강보험에 관한 주요 사항을 심의·의결하는 기능을 수행하고 있다.

심의위원회는 위원장 1인과 부위원장 1인을 포함한 25인의 위원으로 구성하도록 되어있다. 위원회의 위원장은 보건복지가족부 차관이 되고, 심의위원회 위원은 근로자 단체 및 사용자 단체가 각각 2인씩, 시민단체, 소비자 단체, 농어업인 단체 및 자영업자가 각각 1인씩 추천하는 8인, 의료계를 대표하는 단체 및 의·약계를 대표하는 단체가 추천하는 8인, 그리고 대통령이 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 2인, 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원 원장이 각각 1인씩 추천하는 2인, 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 4인등 공익을 대표하는 위원 8인으로 구성되며 임기는 3년으로 되어있다. 회의는 재적위원 3분의 1 이상의 요구가 있는 때 또는 위원장이 필요하다고 인정하는 때에 소집할 수 있도록 되어있다(표 III-1참조) (법령집, 2007).

<표 III-1> 건강보험 정책심의위원회의 구성(2008년 6월 현재)

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장(1)	보건복지가족부 차관	보건복지가족부	1
가입자대표(8)	근로자 단체	한국노동조합 총연맹	1
		민주노동조합 총연맹	1
	사용자 단체	한국경영자 총협회	1
		중소기업중앙회	1
	시민단체	경제정의실천시민연합	1
	소비자 단체	한국소비자 단체협의회	1
	농어업인 단체	전국농민단체협의회	1
	자영업자 단체	한국음식업 중앙협의회	1
공급자대표(8)	의료계 및 약업계 단체	대한의사협회	2
		대한병원협회	1
		대한 치과 의사협회	1
		대한 한의사 협회	1
		대한 약사회	1
		대한간호 협회	1
		한국 제약협회	1
공익대표(8)	중앙행정기관소속공무원	보건복지가족부	1
		기획재정부	1
	국민건강보험공단 이사장 및 건강보험심사평가원 원장 추천	국민건강보험공단	1
		건강보험심사평가원	1
	건강보험관련 전문가	한국보건사회연구원	1
		한국보건산업진흥원	1
		교수(보건대학원)	1
교수(보건대학원)		1	
계			25

다음으로 건강보험 분쟁조정위원회에 관한 내용을 살펴보고자 한다. 현재 우리나라에서는 건강보험가입자 및 피부양자의 자격, 보험료, 보험급여 및 보험급여비용에 관한 국민건강보험공단의 처분에 이의가 있는 자 혹은 의료급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 건강보험심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관, 기타의 자는 각각 공단 및 심사평가원에 이의를 신청할 수 있도록 되어있다. 그러나 이의신청에 대한 결정에 불복이 있는 자는 건강보험 분쟁조정위원회를 통해 심사청구를 할 수 있다.

건강보험분쟁조정위원회는 국민건강보험법 제77조에 그 설치 근거를 두고 있고, 건강보험 분쟁에 관한 행정심판기구로 보건복지가족부 장관 소속 하에 운영되고 있다. 위원회는 건강보험정책관이 맡도록 되어있는 위원장을 포함하여 4급 이상 공무원 또는 고위공무원단에 속하는 일반직 공무원, 판사, 검사 또는 변호사의 자격이 있는 자, 사회보험 또는 의료에 관한 학식과 경험이 있는 자 등 15인으로 구성된다 (법령집, 2007).

<표 III-2> 건강보험 분쟁조정 위원회(2008년 6월 현재)

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장(1)	건강보험 정책관	보건복지가족부	1
공의 대표(6)	4급 이상 공무원 또는 고위공무원단 소속 공무원	보건복지가족부	1
		행정안전부	1
		국민건강보험공단	1
	사회보험전문가	건강보험심사평가원	1
		한국보건사회연구원	1
		관사, 변호사, 검사	대한변호사 협회
공급자 대표(5)	의료에 관한 학식이 있는 자	대한의사협회	1
		대한병원협회	1
		대한치과 의사협회	1
		대한약사회	1
		한국여자의사회	1
가입자 대표(3)	사회보험전문가	한국사회복지 협의회	1
		건강세상네트워크	1
		인도주의실천 의사협의회	1
계			15

지금까지는 보건복지가족부 관련 위원회의 주요기능 및 구성원과 관련된 내용을 살펴보았는데 다음으로 국민건강보험공단 업무 관련 위원회의 구성원 및 기능을 중심으로 특성을 분석하고자 한다. 국민건강보험공단의 건강보험정책관련 주요 위원회는 이사회, 건강보험 재정운영위원회, 그리고 이의신청위원회를 들 수 있다. 먼저 이사회의 주요업무는 공단사업계획 및 예산(안) 등 공단운영의 주요 사항을 심의·의결하도록 되어있으며 이사회는 이사장, 상임이사 5인, 비상임 이사 12인등 총 17인으로 구성된다. 이사장은 보건복지가족부장관의 제청에 의하여 대통령이 임명하며, 노동조합·사용자단체·농어업인 단체·소비자단체에서 추천한 각 2인씩 총 8명, 공단의 이사장이 추천한 자 5인, 보건복지부장관이 임명한 공무원 4인으로 구성된다. 이사회는 매년 2월과 10월 두 차례 정기회를 그리고 이사장 또는 재적이사 1/3 이상 요구 시 별도로 회의를 개최할 수 있도록 되어있다.

<표 III-3> 국민건강보험공단 이사회(2008년 6월 현재)

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장(1)	국민건강보험공단 이사장	국민건강보험공단	1
공의 대표(9)	국민건강보험공단 상임이사	기획상임이사	1
		총무상임이사	1
		업무상임이사	1
		급여 상임이사	1
		장기요양 상임이사	1
	공무원	교육과학 기술부	1
		행정안전부	1
		보건복지가족부	1
		기획재정부	1
가입자대표(5)	노동조합	민주노동조합 총연맹	1
	사용자단체	한국경영자 총협회	1
	농·어업인 단체	전국농민단체 협의회	1
	소비자 단체	경제정의실천 시민연합	1
		한국소비자 단체 협의회	1
계			15

재정운영위원회 관련 주요업무를 보면 요양급여비용의 계약, 보험료의 결손처분, 그리고 보험재정과 관련된 업무를 심의·의결들이 있다. 구성원은 공익을 대표하는 자 중에서 선출되는 위원장을 포함 국민건강보험법 제31조에 의해 직장가입자를 대표하는 위원 10인, 지역가입자를 대표하는 위원 10인 및 공익을 대표하는 위원 10인 등 전체 30인으로 보건복지가족부 장관이 임명 또는 위촉하도록 되어 있다. 매년 1회 정기회를 포함 국민건강보험공단 이사장의 요구가 있을 때, 재정운영 위원장이 필요하다고 인정할 때, 그리고 재적위원 3분의 1 이상의 요구가 있을 때 비정기적으로 위원장이 소집할 수 있다.

<표 III-4> 건강보험 재정운영위원회(2008년 6월 현재)

구 분	관련 규정	소속	인원(명)	
위원장	공익대표 중 1인	교수	1	
가입자대표 (20)	직장가입자대표	노동조합	한국노동조합총연맹	1
			전국공공노동조합연맹	1
			전국금융산업노동조합	1
			전국민주노동조합총연맹	1
			전국공공운수노동조합연맹	1
	사용자 단체	전국경제인연합회	1	
		한국경영자총협회	1	
		중소기업중앙회	1	
		대한상공회의소	1	
		중앙인사위원회	1	
	지역가입자대표	농·어업인 단체	전국농민단체협의회	1
			한국여성농업인중앙연합회	1
			수산업협동조합중앙회	1
		자영업자 단체	한국민족예술인총연합	1
			전국개인택시운송사업조합연합회	1
		소비자 및 시민단체	한국음식업중앙회	1
			건강세상네트워크	1
			한국소비자연맹	1
	공익대표 (10)	관계 공무원	보건복지가족부	1
			기획재정부(재정경제부)	1
기획재정부(기획예산처)			1	
건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한자		한국보건사회연구원	1	
		한국조세연구원	1	
		한국보건산업진흥원	1	
		교수(사회복지)	1	
		교수(의과대학)	1	
		건강보험심사평가원	1	
		국민건강보험공단	1	
계			30	

국민건강보험공단과 관련하여 운영되고 있는 또 다른 위원회는 이의신청위원회로 주요업무는 국민건강보험법 제 76조에 의해 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료 등, 보험급여 및 보험급여비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자가 공단에 이의신청을 할 경우 이를 심의·의결하기 위한 기구이다. 이의신청위원회는 위원장 1명을 포함한 25명의 위원으로 구성된다.

위원장은 공단의 이사장이 되고 위원장은 다음의 규정에 따라 공단의 1급 이상의 임직원 중에서 이사장이 임명하는 1명, 사용자단체가 추천하는 위원은 한국경영자총협회, 중소기업중앙회가 각각 2명씩 추천하는 4명, 근로자단체가 추천하는 위원은 한국노동조합총연맹, 전국민주노동조합총연맹이 각각 2명씩 추천하는 4명, 시민단체가 추천하는 위원은 경제정의실천시민연합, 건강세상네트워크가 각각 1명씩 추천하는 2명, 소비자단체가 추천하는 위원은 한국소비자단체협의회가 추천하는 2명, 농업인단체가 추천하는 위원은 농업협동조합중앙회, 수협중앙회가 각각 1명씩 추천하는 2명, 자영업자단체가 추천하는 위원은 한국음식업중앙회, 전국 개인택시 운송사업 조합연합회가 각각 1명씩 추천하는 2명, 변호사, 사회보험 및 의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자에 해당하는 위원은 대한변호사협회, 보건복지부장관, 행정자치부장관, 건강보험심사평가원, 한국소비자원, 대한의사협회, 대한병원협회가 각각 1명씩 추천하는 7명을 임명 또는 위촉할 수 있다.

<표 III-5> 국민건강보험공단 이의신청위원회(2008년 6월 현재)

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장(1)	국민건강보험공단 이사장	국민건강보험공단	1
공익대표(5)	국민건강보험공단의 1급 이상 직원 변호사, 사회보험 및 의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자	국민건강보험공단	1
		건강보험심사평가원	1
		보건복지가족부	1
		행정자치부	1
		대한변호사 협회	1
가입자대표(17)	사용자 단체	한국경영자 총협회	2
		중소기업중앙회	2
	근로자 단체	한국노동조합총연맹	2
		전국민주노동조합총연맹	2
	시민단체	경제정의실천시민연합	1
		건강세상네트웍	1
	소비자 단체	한국소비자 단체협의회	2
	농·어업인 단체	농업협동조합중앙회	1
		수협중앙회	1
	자영업자 단체	한국음식업중앙회	1
		전국개인택시운송사업조합 연합회	1
사회보험 및 의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자	한국소비자원	1	
	대한의사협회	1	
공급자대표(2)	변호사, 사회보험 및 의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자	대한의사협회	1
		대한병원협회	1
계			25

다음으로 건강보험심사평가원과 관련된 위원회를 살펴보면 보건복지가족부의 건강보험정책심의위원회 산하에 의료행위전문 평가위원회, 약제전문평가위원회, 치료재료전문위원회, 상대가치기획단, 한방의료전문 평가위원회, 약제급여평가위원회, 중증질환심의위원회, 진료심사평가위원회, 질병군 전문평가위원회를 두고 있으며 국민

건강보험공단에서와 같이 이사회 및 이의신청 운영위원회를 운영하고 있다. 관련 위원회 중 본 연구에서는 정책측면에서 상대적으로 중요하다고 판단되는 이사회, 이의신청 위원회, 의료행위 전문평가위원회, 치료재료 전문 평가위원회, 약제전문 평가위원회, 상대가치 운영 기획단을 중심으로 위원회별 역할 및 구성원을 중심으로 분석해 보았다.

먼저 이사회관련 내용을 살펴보면 이사회의 주요업무는 건강보험심사평가원 사업계획 및 예산(안) 등 건강보험 심사평가원 운영의 주요 사항을 심의·의결하도록 되어 있다. 건강보험심사평가원 정관(2008)에는 심사평가원의 이사는 원장 1명, 이사 14명, 감사 1명으로 되어있으며 원장과 이사 3명 및 감사는 상임이다. 이사회는 위원장인 원장을 비롯하여 원장이 추천하는 3인 그리고 비상임이사인(당연직이사는 제외) 의약단체가 추천한 사람 5명, 국민건강보험공단이 추천한 사람 1명, 노동조합·사용자단체·농·어업인단체 및 소비자단체가 각각 1명씩 추천한 사람 4명, 그리고 당연직 이사인 보건복지가족부 건강보험정책관으로 구성된다.

<표 III-6> 건강보험심사평가원 이사회(2008년 6월 현재)

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장(1)	건강보험심사평가원 원장	건강보험심사평가원	1
공의 대표(5)	위원장	관리상임이사	1
	추천(건강보험심사평가원 상임이사)	업무상임이사	1
		개발상임이사	1
	보건복지가족부 건강보험정책관	보건복지가족부	1
	국민건강보험공단 추천	국민건강보험공단 상임이사	1
공급자대표(5)	의약단체가 추천한 5인	대한의사협회	1
		대한병원협회	1
		대한치과 의사협회	1
		대한 한의사회	1
		대한 약사회	1
가입자대표(4)	노동조합·사용자단체·농어업인단체 및 소비자단체가 각각 1명씩 추천한 사람 4명	전국 민주노동조합 총연맹	1
		한국경영자 총협회	1
		한국농업경영인 중앙연합회	1
		녹색소비자 연대	1
계			15

다음으로 요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 건강보험심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단·요양기관, 기타의 자는 건강보험심사평가원에 이의신청을 할 수 있도록 국민건강보험법 제 76조에는 국민건강보험공단과 마찬가지로 이의신청위원회를 운영하도록 되어있다. 이의신청위원회의 구성은 건강보험심사평가원장이 맡도록 되어있는 위원장과 심사평가원 원장이 임명 또는 위촉할 수 있는 심사평가원의 임직원 1명, 가입자를 대표하는 단체(시민단체 포함)가 추천하는 5명, 변호사 및 사회보험에 관한 학식과 경험이 있는 자 각 4명, 의약관련 단체가 추천하는 자 14명으로 구성된다.

<표 III-7> 건강보험심사평가원 이의신청위원회(2008년 6월 현재)

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장(1)	건강보험심사평가원장	건강보험심사평가원	1
공익대표(5)	건강보험심사평가원 임직원 변호사 및 사회보험에 관한 학식과 경험이 있는 자	건강보험심사평가원	1
		보건복지가족부	1
		교수(내과과장)	1
		대한변호사 협회	2
공급자대표(14)	의약관련 단체가 추천하는 자	대한의사협회	4
		대한병원협회	4
		대한치과의사협회	2
		대한한 의사 협회	2
		대한 약사회	2
가입자대표(5)	가입자를 대표하는 단체 (시민단체 포함)가 추천하는 자	한국노동조합총연맹	1
		전국주부교실중앙회	1
		한국경영자 총협회	1
		경제정의실천 시민연합	1
		건강세상네트워크	1
계			25

마지막으로 신의료기술 등의 결정 및 조정기준을 위해 설치된 의료행위전문평가위원회, 치료재료 전문 평가위원회, 약제전문평가위원회 구성인력은 아래 <표 III-8, 9, 10>과 같다.

<표 III-8> 의료행위 전문평가위원회(2008년 6월 현재)

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장(1)		건강보험심사평가원	1
공익대표(6)		보건복지가족부	1
		국민건강보험공단	2
		건강보험심사평가원	1
		교수(의대)	1
		교수(의대)	1
공급자대표(9)		대한의사협회	2
		대한병원협회	2
		대한치과 의사협회	1
		대한치과병원협회	1
		대한한 의사 협회	1
		대한간호협회	1
		대한 약사회	1
가입자대표(2)		한국소비자원	1
		소비자 보호단체 협의회	1
계			18

<표 III-9> 치료재료 전문평가위원회(2008년 6월 현재)

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장(1)		건강보험심사평가원	1
공익대표(6)		보건복지가족부	1
		식품의약품 안전청	1
		국민건강보험공단	2
		교수(과장)	1
		교수(부원장)	1
공급자대표(5)		대한의사협회	1
		대한병원협회	1
		대한치과 의사협회	1
		대한치과기계 협회	1
		한국의료기기 산업협회	1
가입자대표(2)		한국소비자단체 협의회	2
계			14

<표 III-10> 약제 전문평가위원회(2008년 6월 현재)

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장(1)		한국소비자단체 협의회	1
공익대표(5)		건강보험심사평가원	2
		식품의약품 안전청	1
		한국보건경제 학회	1
		한국보건의료기술 평가학회	1
		대한의사협회	5
공급자대표(11)		대한병원협회	1
		대한약사회	4
		대한병원약사회	1
		대한약사협회	1
가입자 대표(1)		한국소비자단체 협의회	1
계			18

<표 III-11> 상대가치운영기획단(2008년 6월 현재)

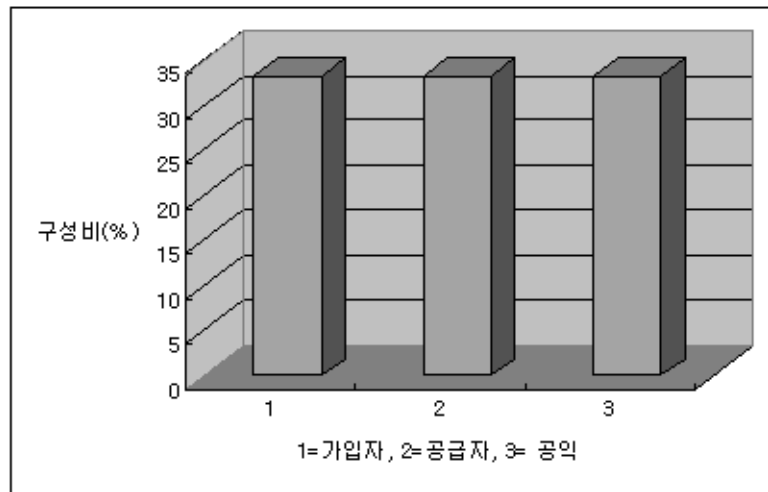
구분	관련 규정	소속	인원(명)
단장(1)		보건복지가족부	1
공익 대표(6)		보건복지가족부	1
		국민건강보험공단	1
		건강보험심사평가원	1
		교수(경영)	1
		한국보건사회연구원	1
		교수(의대)	1
공급자 대표(6)		대한의사협회	1
		대한병원협회	1
		대한치과 의사협회	1
		대한한 의사협회	1
		대한약사회	1
		대한간호협회	1
가입자 대표(3)		경제정의실천 시민연합	1
		교수(의대)	1
		건강세상네트워크	1
계			16

현재까지 건강보장정책 결정관련 가입자 참여현황을 보건복지가족부, 국민건강보험공단 그리고 건강보험심사평가원을 중심으로 위원회별로 인력구성원을 살펴보았다. 이러한 인력구성과 관련하여 지금부터는 각 단체를 대표하는 위원의 구성이 위원회의 특성에 맞게 적정한지, 위원회의 기능에 맞게 전문성을 확보하고 있는지를 살펴보고자 한다.

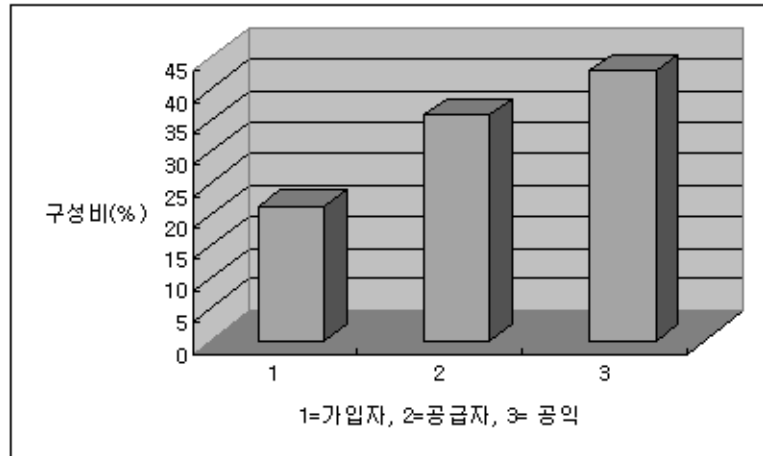
먼저 위원회별 인력구성원과 관련하여 각 단체를 대표하는 위원의 구성이 위원회의 특성에 맞게 적절하게 배분되었는지 검토해 보고자 한다. 보건복지가족부가 운영하는 주요 위원회는 건강보험정책심의위원회와 건강보험 분쟁조정위원회를 들 수 있는데 건강보험정책심의위원회의 경우 현행 규정상 보험료를 결정하고 국민건강보

협공단과 공급자 단체와의 유형별 수가계약이 제때에 이루어지지 못할 경우 수가협상을 위한 기구로서 각 단체별로 인력구성원이 적정하게 배분된 것으로 판단된다. 그러나 건강보험 분쟁조정위원회의 경우 전체 위원회 위원이 15명이고 위원장을 제외할 경우 공익을 표방하는 위원이 6명, 공급자를 표방하는 위원이 5명인데 반하여 가입자를 표방하는 위원이 단 3명으로 되어있어 가입자의 권익이 최우선으로 보호되어야 하는 위원회의 특성상 단체별 인력구성비가 적정하지 않은 것으로 보인다(그림 III-2, 3 참조).

<그림 III-2> 건강보험 정책심의위원회 단체별 구성비⁵⁾



5) 위원장을 제외한 구성비임.

<그림 III-3> 건강보험 분쟁조정 위원회 단체별 구성비⁶⁾

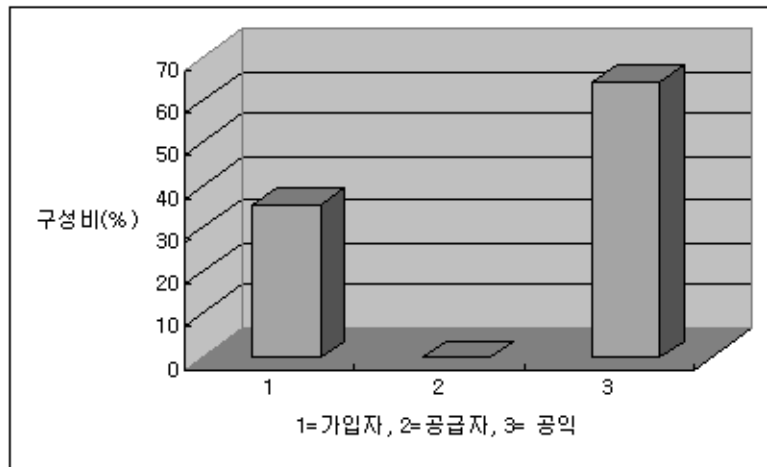
국민건강보험공단의 경우 이사회는 공익대표가 9명 그리고 가입자 대표가 5명으로 되어있는데 국민건강보험공단이 가입자를 대표하는 기능에 목적이 있는 점을 감안할 때 이사회의 경우 가입자를 대표하는 인력의 충원이 필요한 것으로 분석된다. 또한 공익을 대표하는 위원이 공무원과 국민 건강보험공단을 대표하는 위원으로만 구성되어 있어 이사회의 투명성을 확보하기 위한 방안으로 일부 건강보험관련 전문가를 활용하는 방안에 대한 검토가 필요한 것으로 보인다. 다음으로 건강보험 재정 운영위원회의 경우 가입자를 대표하는 위원이 20명이고 공익을 대표하는 위원이 10명으로 인력구성원 면에서는 적절한 것으로 보인다. 그러나 인력구성원 선출이 어떠한 방식으로 이루어지는지 진정으로 인력구성원 면면이 가입자를 대표하는지 등에 대한 폭넓은 논의가 필요한 것으로 보인다.

다음으로 국민건강보험공단에서 운영하고 있는 이의신청운영위원회의 경우 공익 대표 5명, 가입자 대표 17명 그리고 공급자 대표 2명으로 구성되었는데 국민건강보험공단에서 운영하는 이의신청위원회가 공단의 고유 업무인 가입자 및 피부양자의

6) 위원장을 제외한 구성비임.

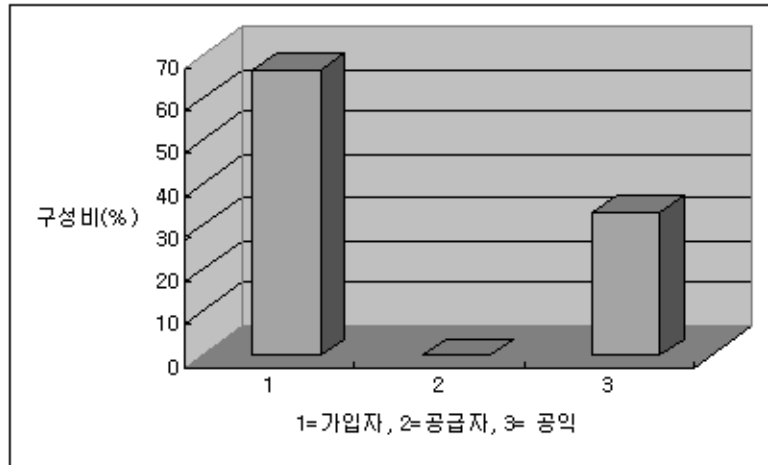
자격, 보험료 등, 보험급여 및 보험급여비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자가 공단에 이의신청을 할 경우 이를 심의·의결하기 위한 기구임을 감안할 경우 공급자단체를 대표하는 위원을 포함시키기 보다는 관련 규정에 충실하면서 가입자를 대변할 수 있는 변호사 등으로 인력구성을 보완하는 것이 바람직한 대안으로 판단된다(그림 Ⅲ-4, 5, 6 참조).

<그림 Ⅲ-4> 국민건강보험공단 이사회 단체별 구성비⁷⁾

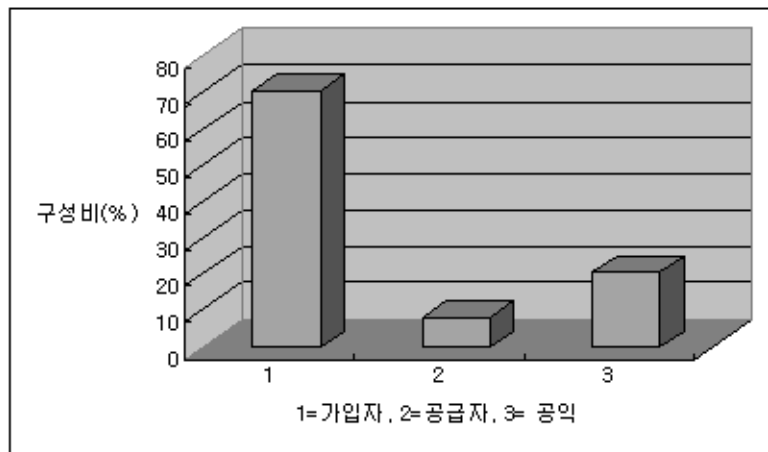


7) 위원장을 제외한 구성비임.

<그림 III-5> 국민건강보험공단 재정운영 위원회 단체별 구성비⁸⁾



<그림 III-6> 국민건강보험공단 이의신청위원회 단체별 구성비⁹⁾



다음으로 건강보험심사평가원의 경우 이사회는 공익 대표 5명, 공급자 대표 5명 그리고 가입자 대표 4명으로 구성되어 있는데 건강보험 심사평가원의 업무역시 가

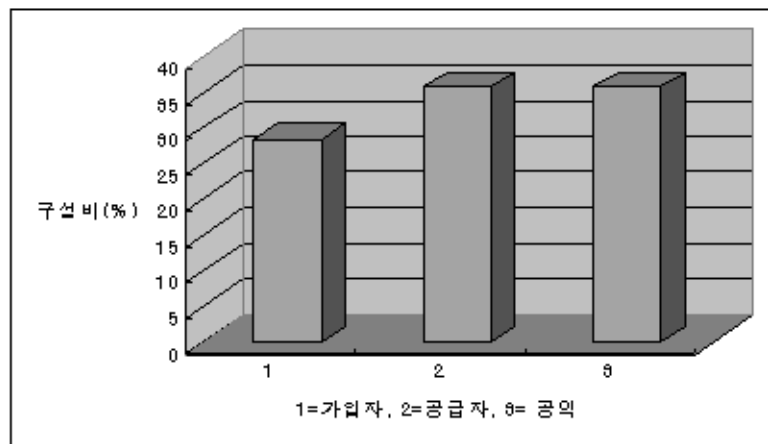
8) 위원장을 제외한 구성비임.

9) 위원장을 제외한 구성비임.

입자를 대표하는 업무가 기본 업무임을 감안하면 전체적으로 가입자를 대표하는 위원회의 구성이 미비한 것으로 나타난다. 이의신청위원회의 경우 물론 위원회의 특성상 요양급의 적정성 등과 관련된 이의신청이 많은 점을 고려할 때 가입자를 대표하는 위원이 5명인데 반하여 공급자를 대표하는 위원을 14명이나 배치한 점은 이해가 되나 요양급여적정성에 대한 이의신청이 너무 공급자의 판단에 치우치기 보다는 감시 기능으로서의 가입자 대표의 역할을 수행하기 위한 적절한 인력 재배치가 요구된다고 할 수 있다.

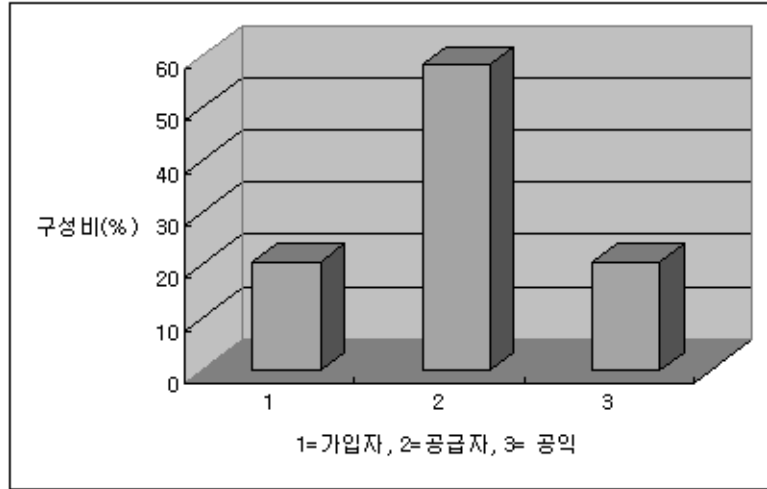
의료행위 전문 평가위원회, 치료재료 전문평가위원회, 약제전문 평가위원회, 상대가치기획단의 경우 각 위원회의 정책결정이 가입자인 소비자에게 직접적인 영향을 줄 수 있는 기구임에도 불구하고 각 위원회별 공통으로 가입자 대표의 참여가 형식적으로 2명, 2명, 1명 그리고 3명으로 되어 있어 개선이 요구된다. 또한 기능상 거의 동일업무를 수행하는 위원회 임에도 불구하고 각 단체별 구성비에서는 많은 차이를 보이고 있는데 이는 위원회의 구성이 어느 정도 인위적으로 운영되고 있음을 보여주는 결과라 할 수 있다.

<그림 III-7> 건강보험심사평가원 이사회 단체별 구성비¹⁰⁾

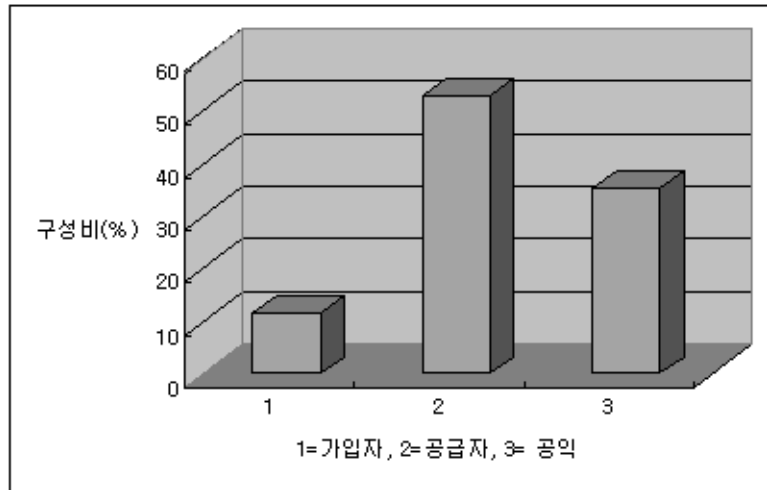


10) 위원장을 제외한 구성비임.

<그림 III-8> 건강보험심사평가원 이의신청위원회 단체별 구성비¹¹⁾



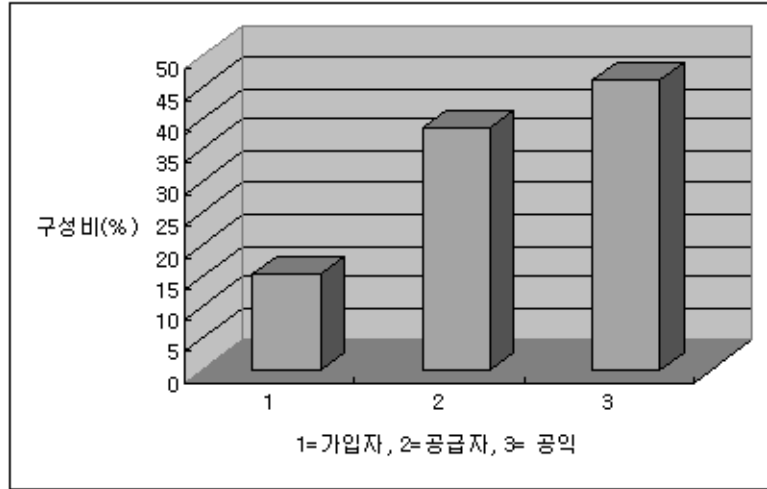
<그림 III-9> 의료행위 전문 평가위원회 단체별 구성비¹²⁾



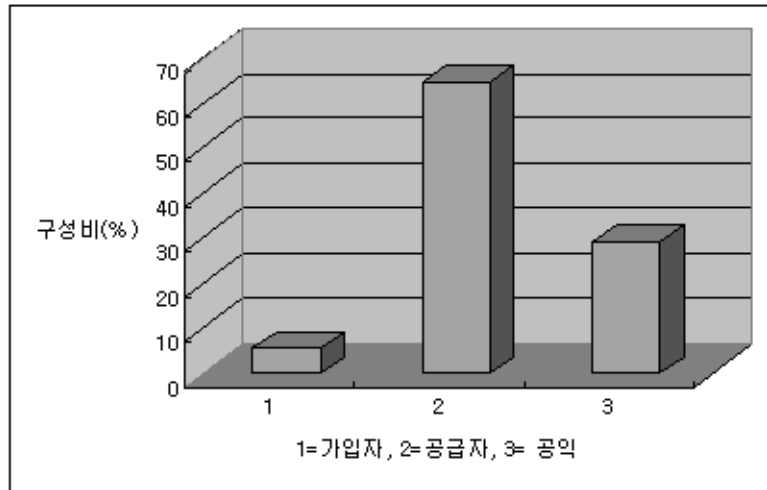
11) 위원장을 제외한 구성비임.

12) 위원장을 제외한 구성비임.

<그림 III-10> 치료재료 전문 평가위원회 단체별 구성비¹³⁾



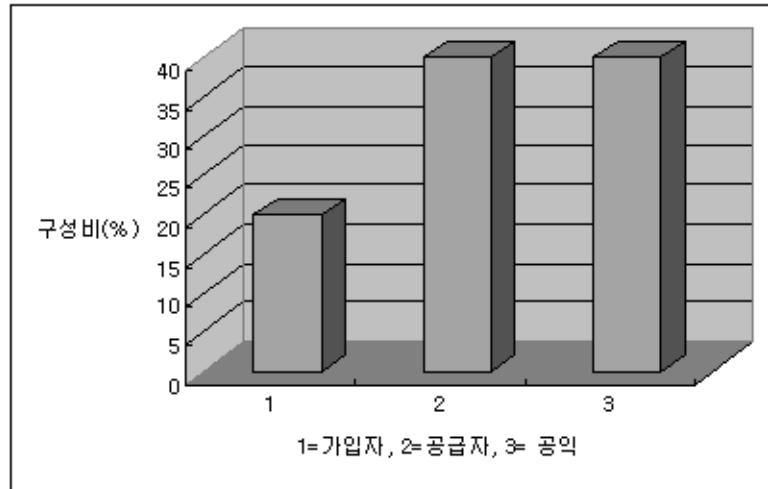
<그림 III-11> 약제 전문 평가위원회 단체별 구성비¹⁴⁾



13) 위원장을 제외한 구성비임.

14) 위원장을 제외한 구성비임.

<그림 III-12> 상대가치운영기획단 단체별 구성비



위원회별 인력구성과 관련해서 다음으로 거론될 수 있는 문제는 각 위원회별로 위원회의 기능에 알맞게 인력구성원이 전문성을 띄고 있는나 하는 점이다. 대체적으로 위의 <그림 III-1~12>까지의 인력구성원별 전문성을 보면 공익을 대표하는 단체와 공급자를 대표하는 단체의 경우는 위원회의 기능과 위원의 전문성이 어느 정도 부합된다고 볼 수 있다. 그러나 가입자 단체를 대표하는 경우는 다른 단체와 비교할 때 업무의 전문성 면에서 상대적으로 취약성을 드러내고 있으며 이러한 점과 관련해서는 보완이 요구된다. 따라서 가입자의 권익을 보호한다는 본래의 취지에 적합하게 가입자를 대표하는 인원에서 찾을 것이 아니라 건강보장관련 전문성을 확보한 가입자 단체에서 위원회에 참여할 수 있도록 개선책을 마련하는 것도 하나의 대안으로 검토될 수 있지 않을까 판단된다.

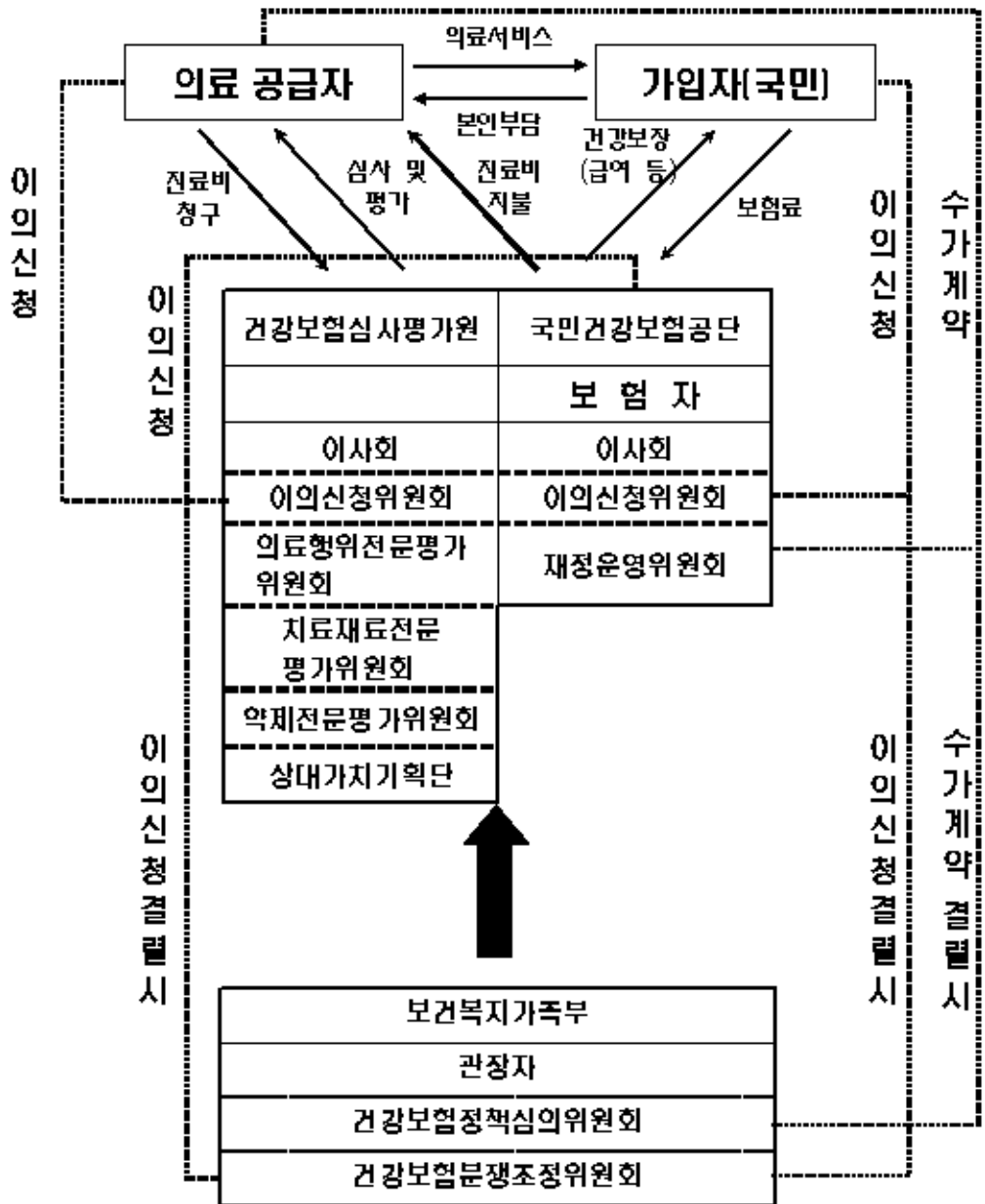
다음 절에서는 각 위원회별 운영이 적정하게 기능에 맞게 이루어지고 있는지 현황 파악과 평가를 통해 위원회별로 국민참여를 강화할 수 있는 가능성을 도출해 보고자 한다.

2. 운영현황 및 평가

전절에서는 건강보장정책관련 보건복지가족부, 국민건강보험공단 그리고 건강보험심사평가원에서 운영 중인 위원회별로 각 단체를 대표하고 있는 위원의 구성비가 적정한지, 그리고 위원회의 기능에 맞게 참여위원이 전문성을 확보하고 있는지 등을 살펴보았다. 본 절에서는 각 위원회가 본래의 기능에 적합하게 적정하게 운영되고 있는지 그 현황을 살펴보고 평가를 통해 개선방안을 모색하고자 한다.

먼저 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원을 중심으로 가입자(국민), 의료 공급자, 보건복지가족부의 관계가 어떻게 설정되어야 하는지 위원회의 기능에 맞추어 분석해보고자 한다(그림 III-13 참조).

<그림 III-13> 건강보장관련 주요 기관의 업무흐름도 및 위원회의 기능

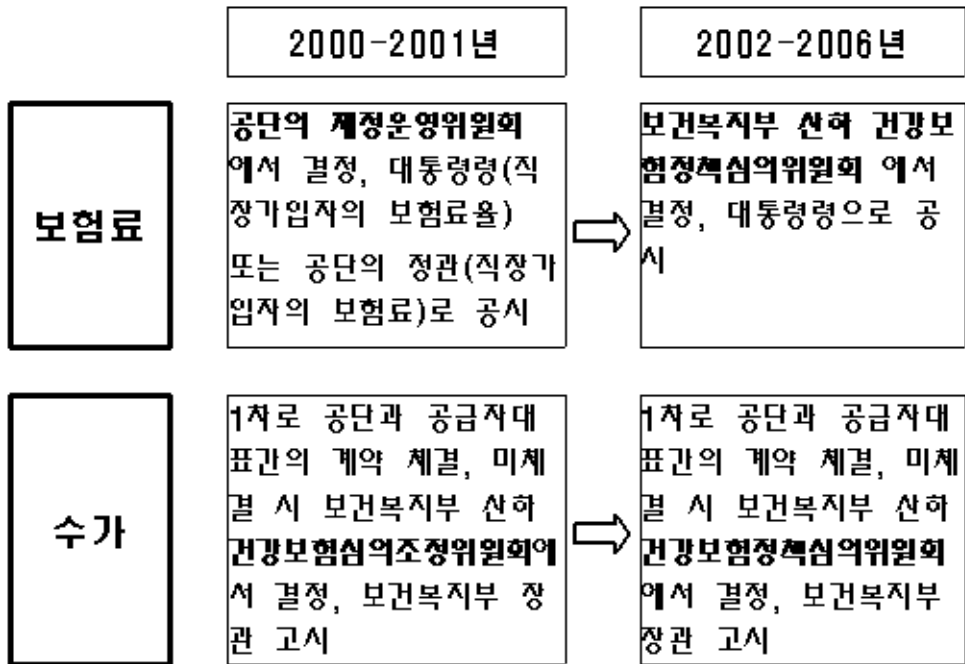


위 <그림 III-13>을 통해 주요 기관별 업무흐름의 특징을 살펴보면 보험료와 급여 관련 정책은 국민건강보험공단과 가입자인 국민이 결정해야하는 업무로 의료공급자와는 별개의 업무로 판단된다. 또한 국민건강보험공단은 가입자인 국민을 대신해서 의·약계와 수가협상을 하도록 위임 받고 있으며 수가협상에 대한 심의·의결권은 국민건강보험공단의 재정운영위원회에 부여하고 있다.¹⁵⁾

그렇다면 현재 보험료와 수가관련 결정이 과연 어떻게 이루어지고 있는지 구체적으로 분석해볼 필요가 있는데 먼저 우리나라의 보험료와 수가결정구조를 보면 과거에는 국민건강보험에 근거하여 수가는 건강보험심의 조정위원회에서, 보험료는 건강보험 재정건전화 특별법(2006년 12월 만료)에 의해 건강보험정책심의위원회에서 결정되는 방식으로 운영되었다.

15) 2006년부터 수가계약방법을 요양기관종별로 구분해야한다는 논의가 진행되었고 2008년도부터 의원, 병원, 치과의원, 한의원, 약국, 보건기관, 조산원을 구분하여 요양기관 유형별로 수가계약을 체결하고 있음.

<그림 III-14> 보험료 및 수가결정체계의 변환 내용



자료: 이태수 외, 보험자 역할 재정립 방안 연구, 2004.

이러한 과거의 보험료 및 수가결정방식이 크게 변경되지는 않았지만 현행 보험료 및 수가결정방식을 보면 아래와 같은 문제점을 내포하고 있음을 알 수 있다. 먼저 현행 수가 결정구조를 보면 1차로 국민건강보험공단과 개별 공급자 단체의 합의를 통해 합의를 도출하는 것을 원칙으로 하지만 계약이 이루어지지 않을 경우 보건복지가족부의 건강보험 정책심의위원회를 통해 결정하도록 설계되어 있다. 이러한 구조상의 문제로 인해 건강보장 미래전략 위원회(2007) 보고서에서도 수가계약 시 보험자와 의료공급자 당사자들이 최선을 다할 유인이 높지 않고 수가계약을 다른 정책과 연결시켜 전략적으로 이용하려는 문제점을 지적한바 있다. 이 때문에 2006년도 수가계약을 제외하고는 계약이 성공적으로 이루어진 적이 없었다.¹⁶⁾

16) 2001년부터 2008년까지의 환산지수 협의결과를 보면 2006년을 제외하고는 자율적인 계약이 이루어지지 않고 건강보험 정책심의위원회를 통해 수가 결정됨.

다음으로 보험료 결정관련 의사결정은 보건복지가족부의 건강보험정책위원회에서 이루어지고 있는데 <그림 III-13>에서 보여주듯이 보험료 결정은 사실상 가입자인 국민을 대변하는 보험자와 여기에 보건복지가족부가 관장자로서 보험료 결정에 참여를 하는 것이 정상적인 업무 흐름도라고 판단된다. 그러나 현재의 건강보험정책심의위원회는 가입자를 대표하는 8인, 공익을 대표하는 8인 그리고 공급자를 대표하는 8인으로 구성되어있고 이러한 위원회 구성은 업무흐름도상의 보험료 결정구조와는 많은 차이를 보이고 있음을 알 수 있다. 물론 건강보험정책심의위원회에서 보험료 결정업무 만을 추진하는 것은 아니지만 이러한 문제점과 관련해서는 좀 더 심도 깊은 논의가 필요한 것으로 보인다.

또한 현행과 같이 보험자인 국민건강보험공단과 공급자 단체 간에 수가계약이 제대로 이루어질 수 없는 구조에서는 거의 대부분의 수가결정이 보험료결정과 연동해서 건강보험정책심의위원회에서 이루어지고 있는데 이러한 문제점과 관련해서도 수가와 보험료를 연동해서 결정하지 않고 개별적으로 결정하는 시스템에 대한 논의가 필요하고 보험료를 현행과 같이 공급자 대표가 8명이나 포함된 건강보험정책심의위원회서 다루어야 하는지에 대한 재검토가 필요한 것으로 판단된다.

즉, 위 <그림 III-13>에서와 같이 공급자 단체가 보건의료정책과 관련해서 관여할 수 있는 사항은 건강보험심사평가원에 행해지는 의료행위, 치료재료 그리고 약제관련 전문위원회 등으로 보험료에 관한 결정은 가입자를 대표하는 구성원과 보건복지가족부와의 협의에 의해 결정하는 것이 바람직한 방안으로 보인다. 따라서 현행과 같은 인력구성원으로 건강보험정책심의위원회를 운영할 경우 수가를 제외한 기타 건강보험관련 정책결정은 가입자와 공익을 대표하는 별도의 기구에서 논의하는 것이 바람직한 대안으로 고려된다.¹⁷⁾

17) 기타 건강보장 정책결정과정에서의 투명성, 신뢰성, 민주성, 책임성 문제 등을 국민참여와 관련시켜 검토해볼 수 있으나 저자의 개인적인 사견으로 비취될 수 있고 객관성을 확보하기 위해 이 문제는 별도로 설문조사를 통해 분석할 예정임(별첨 1참조).

다음 장에서는 향후 우리나라 건강보장제도에 영향을 줄 수 있는 관련 요인들을 중심으로 국민건강보장에 어떤 영향을 줄 수 있고 우리나라의 건강보장 관련 기관들의 역할이 어떤 방향으로 재설정되는 것이 바람직한가를 분석해 보고자 한다.

IV. 건강보장의 미래지향적 역할정립과 조직의 변화

IV. 건강보장의 미래지향적 역할 정립과 조직의 변화

현재까지는 우리나라 국민건강보장을 둘러싸고 있는 주요기관, 보건복지가족부, 국민건강보험공단 그리고 건강보험 심사평가원을 중심으로 건강보장 관련 정책결정시 가입자인 국민의 참여가 어떻게 이루어지고 있는지 그 현황을 파악하고 문제점을 도출하고자 하였다. 본 장에서는 향후 우리나라의 건강보장관련 정책결정시 국민 참여가 어떻게 이루어져야 하는지 방안을 모색하기 위해 우리나라 미래의 건강보장은 어떤 방향으로 설정되는 것이 바람직한지 국민건강보장을 둘러싼 주요기관의 변화된 모습을 살펴보고자 한다.

향후 우리나라의 국민건강보장에 영향을 줄 수 있는 주요 요인을 찾아보면 크게 세 가지로 요약할 수 있는데 첫 번째는 국민의식 수준이 높아지고 건강보장에 대한 관심이 증가하면서 기본적으로 필수적인 의료 수요를 건강보험이 충분히 제공할 수 있도록 급여범위를 지속적으로 확대시켜 나가야 하는 점이다. 두 번째는 건강보험의 재정안정 문제로서 향후 건강보험 재정 불안정 문제가 지속될 경우 제기될 수 있는 여러 정책변화를 들 수 있을 것이다. 세 번째는 노인장기요양보험 도입, 4대보험 징수통합공단과 관련된 국민건강보험공단의 조직변화를 들 수 있다.

먼저 서로 관련성이 매우 높은 보장성 강화와 재정문제를 살펴보고 이 두 요인이 국민건강보장에 미치는 영향을 살펴보겠다. 다음으로 두 문제와 관련하여 제기될 수 있는 향후 국민건강보장관련 주요조직의 변화를 분석해보고자 한다. 이와 병행하여 4대보험 징수통합이 건강보장 정책결정과정에서 가입자 참여에 미칠 수 있는 영향을 살펴보고자 한다.

1. 건강보험 보장성 강화

먼저 중·장기적으로 우리나라의 국민건강보장관련 영향을 줄 수 있는 주요 요인 중 하나로 건강보험의 보장성 확대 문제를 거론하지 않을 수 없다. 우리나라의 경우 건강보험 중증환자가 진료비 부담으로 인한 가계 부담이 매우 높은 것으로 나타나고 있는데 2005년의 경우 1년간 건강보험 진료비 500만원을 초과한 고액진료환자는 480,719명으로 전체대상자의 약 1% 수준이며 이들이 사용한 총 진료비는 약 99억원으로 전체진료비의 20.5% 수준으로 나타나 개인의 진료비 부담이 매우 높음을 간접적으로 파악 할 수 있다(건강보험 통계연보, 2006).

간암, 혈액암, 위암 등 10대 암의 하루 평균 총 진료비 약 49만원이며, 이중 환자의 본인부담액 약 19만원 수준으로 환자가 부담하는 금액이 거의 38.7%나 되는 것으로 일간지는 보도하고 있다(동아일보, 2007.03.08). 또한 이들 암환자 관련 진료항목 중 건강보험에서 보장을 받지 못하는 항목이(비급여 항목) 81.1%로 매우 높아 가계 부담이 높을 수밖에 없는 구조적 취약성을 보여주고 있다.

이와 같이 구조적으로 취약한 보장성과 관련하여 우리나라에서는 지난 2005년부터 지속적으로 보장성 확대를 추진하여왔다(표 IV-1참조). 향후 급여확대는 건강보장 미래전략(2007)에서 기술된 바와 같이 국민건강보장제도가 추구하는 궁극적인 목표로서 지속적으로 요구될 것이 자명하다.¹⁸⁾

그러나 보장성 확대는 곧바로 건강보험 재정 문제와 연결되어 보장성 확대에 따른 재정지출 증가 문제를 고려하지 않을 수 없다. 그렇지만 재정지출 증가문제 때문에 보장성 강화를 지연시킬 수는 없는 양면성을 띄고 있어 보장성 강화와 재정지출을 효율적으로 관리할 수 있는 정책적 대안마련이 필수적으로 요구된다.

18) 대만의 경우 31개 질병군 200여개 중대 상병에 대해서는 본인부담을 면제하고 있으며 입원전당 본인 부담이 1인당 국민소득의 6%를, 연간본인부담은 1인당 국민소득의 10%를 넘지 못하도록 하여 중대 상병이나 고액진료환자에 대한 건강보험에서의 보장성 강화가 철저하게 이루어지고 있음.

<표 IV-1> 연도별 건강보험 급여(보장성) 확대 현황

시행시기	보 험 급 여 확 대 항 목
1988. 7. 1	· 만성 알코올중독중 치료
1989.10. 1	· 약국의료보험 도입
1992. 5. 1	· 장기공여자에게 행한 공여적합성 검사는 급여
1992.10. 1	· 골수이식
1993. 3. 1	· 백내장수술시 인공수정체
1996. 1. 1	· CT
1996. 8. 1	· 3자녀 이상 분만 급여제한 철폐
1997. 1. 1	· 골수이식 급여대상 확대(급여대상 연령 40세에서 50세로, 급성골수성 백혈병 재발 시에는 성인까지 확대 등) · 장애인 보장구 - 적용대상 상한액 범위 내에서 구입비용의 80% 지원 - 지체장애인용 지팡이, 청각장애인용 보청기 등
1997. 9. 1	· 단일광자전산화단층촬영법 검사
1998. 4. 1	· 자가조혈모세포이식술
1999. 1. 1	· 고서질환자의 효소대치법 외래진료비 산정특례에 추가
1999.10.10	· 장애인보장구 보험급여품목 확대(의지, 보조기, 콘택트렌즈, 의안)
1999.11.15	· 의약품관리로 신설 · 검사실 정도관리를 위한 '임상병리검사종합검종료' 신설
2000. 7. 1	· 산전진찰 · 퇴장방지의약품사용장려비 신설
2001. 1. 1	· 가정간호
2002. 1. 1	· 만성질환관리로 신설
2004. 1. 1	· 암환자, 62개 희귀질환자 외래진료비 산정특례
2004. 3. 1	· 감마나이프 수술
2004. 4.30	· 혈액병 등 병역의무자 건강보험 적용
2004. 7. 1	· 진료비 본인부담금상한제 실시
2005. 1	· MRI(자기공명영상) · 자연분만 본인부담면제 · 정신질환 외래 본인부담 경감(30~50% → 20%) · 미숙아지원(본인부담면제) · 인공와우 급여
2005. 4	· 장애인보장구(전동휠체어 등) 급여확대
2005. 5	· 골다공증 치료제 급여기간연장(90일 → 180일)
2005. 8	· 100/100 전액부담행위, 치료재료 등 483항목 본인일부부담으로 전환
2005. 9	· 암 등 고액중증질환 보장성 강화 - 법정본인부담 인하(20% → 10%) - 의료적 비급여의 급여전환

(계속)

<표 IV-1> 연도별 건강보험 급여(보장성) 확대 현황 (계속)

시행시기	보 험 급 여 확 대 항 목
2005.12	· 제픽스, 헵세라 기준완화
2006. 1	· 만6세미만 입원아동 본인부담금 면제 · 장기이식수술 급여전환(간, 심장, 폐, 췌장) · 특정 암 건강검진 본인부담율 경감(위암, 유방암, 대장암, 간암 50% → 20%, 자궁경부암 면제) · 교도소수용자(급여정지 → 급여인정)
2006. 6	· 중증질환(암, 심장, 뇌질환) PET(양전자단층촬영) 건강보험 적용
2006.11	· 만성폐쇄성폐질환 환자 재가 산소치료 건강보험 적용 · 영양기관외 출산 영양비(현금급여) 인상 (7만원 → 25만원)
2007. 6 1	· 중증환자 부담경감(회귀난치성질환자 지원, 화상진료 및 전문재활치료 활성화) · 화상진료 및 전문재활치료 활성화(수가조정 중) · 장애인임산부 진료활성화(진료수가 상향 조정 등) · 정신질환에 의한 자살시도 및 본인 경과실 교통사고 환자 건강보험적용
2007. 6 1	· 6세미만 아동의 외래 진료 부담 경감 등 본인부담액 제도변경
2007. 7 1	· 본인부담액상한선 인하 300만원 → 200만원 조정
2008. 1. 1	· 6세미만 아동의 입원 본인부담율 10%로 조정(단, 신생아는 본인부담면제) · 입원환자 식대 본인부담율 50%로 조정(일반, 중증질환, 6세미만, 자연분만 등 포함) · 장제비 폐지(현행 제25조 삭제)

2. 건강보험 재정안정의 지속성

건강보험 재정현황을 보면 1997년부터 2002년까지는 지속적으로 적자상태로 운영되어 왔고 이후 2003년부터 2005년까지는 정책당국에서 실시한 재정안정화 대책의 일환으로 일시적인 흑자 기조로 전환되었으나 소득 증가, 의·약 인력의 증가 그리고 보장성강화 등의 영향으로 2006년부터는 다시 적자로 운영되고 있다. 재정적자 규모를 보면 2006년 747억원 적자, 2007년 2,847억원 적자 그리고 2008년의 경우 재정적자를 감안하여 보장성확대를 거의 추진하지 않고 있음에도 불구하고 약 1,433억원 규모의 적자가 예상되고 있다.

<표 IV-2> 연도별 건강보험 재정현황

(단위: 억원)

구분	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
수입	73,004	78,508	86,923	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722	208,325	223,876	252,697
지출	76,823	87,157	95,614	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544
수지	-3,819	-8,649	-8,691	-10,090	-24,088	-7,607	10,794	15,679	11,788	-747	-2,847

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 국민건강보험공단, 2008.

그렇다면 문제는 과연 우리나라의 건강보험 재정 수지는 미래에 어떤 모습으로 변할까 하는 문제인데 관련 연구를 보면 재정수지 측면에서 많은 불안요인을 안고 있는 것이 분명하다. 물론 여러 제도 변화에 따라 수지 규모가 달라지겠지만 현재와 같은 정책기조를 유지한다고 가정할 때 김진수 외(2007) 연구결과는 우리나라의 재정 전망을 상당히 비관적으로 제시하고 있다. 연구내용을 보면 2010년에는 약 3조 6천억원, 2020년에는 14조 9천억원, 그리고 2030년에는 27조 4천억원의 재정적자를 예

측하고 있어 향후 건강보험 제정은 안정적 운용이 거의 어려울 것으로 보고 있다(표 IV-3참조).¹⁹⁾

<표 IV-3> 연도별 건강보험 중·장기 재정전망

(단위: 억원)

구분	2009	2010	2015	2020	2025	2030
수입	287,570	299,900	379,026	480,279	598,736	745,570
지출	309,755	336,821	476,831	630,244	807,259	1,020,540
수지	-22,174	-36,921	-97,805	-149,965	-208,522	-274,970

자료: 김진수 외, 건강보험 중장기 재정전망과 정책과제, 국민건강보험공단, 건강보험연구원, 2007.

위에서 제시된 바와 같이 향후 건강보험 제정의 안정적 운용이 어렵다면 이와 관련해서 과연 미래에는 어떤 정책적 변화를 기대할 수 있을까하는 문제를 고찰해볼 필요성이 제기된다. 재정운영의 불안정과 관련해서 먼저 재정적자의 원인과 관련된 요인을 살펴보면 물론 여러 요인이 제기 될 수 있지만 국민의 소득증가, 노인인구의 증가 등에 따른 수요측면의 원인, 의사인력의 증가, 병상 수 증가, 신 의료기술의 발달 등에 의한 공급요인 그리고 2005년부터 확대되기 시작한 보장성 강화를 주요 원인으로 들 수 있을 것이다.

이러한 재정증가 요인과 관련해서는 이미 보건복지가족부, 국민건강보험공단 그리고 건강보험심사평가원을 중심으로 현재도 많은 대책을 집행하고 있는데 주로 단기적인 정책으로 그 실효성은 미미하게 나타나고 있다. 기존의 단기적인 정책 이외에 중·장기적인 시각에서 건강보장 재정 운영의 안정적 지속가능성을 제고하기 위해

19) 기타 건강보험 재정전망과 관련된 연구를 보면 사회보장 지출규모를 추정하는 과정의 일환으로 주로 수입보다는 지출 규모를 추계하는데에 초점이 맞추어져 있거나 GDP대비 지출 규모를 추정하는 방식으로 이루어져 있어 추계결과를 단순 비교하기에는 무리가 있음. 단지 지출규모만을 추정한 국회예산정책처(김성은, 2007)연구결과를 보면 2010년 지출규모를 338,600억원으로 추정하고 있어 본 연구결과와는 큰 차이가 없는 것으로 나타남.

서는 건강보장제정 지출을 효율적으로 관리하기 위한 제도 변화가 필요한데 이러한 방안으로 진료비 지불보상체계의 개편이 예상된다. 그리고 일부 학자 등에 의해 거론되고 있는 또 다른 건강보험 재정 안정화 방안으로 건강보험과 개인보험의 경쟁 도입 그리고 요양기관계약제 도입 문제 등을 미래 국민건강보장에 영향을 줄 수 있는 중요 요인으로 들 수 있을 것이다.

3. 건강보장 관련 조직의 변화

지금까지 보장성강화와 재정안정성과 관련된 정책변화를 살펴보았는데 위에서 제기된 정책변화가 국민건강보장과 관련된 조직에 어떠한 영향을 줄 수 있는가를 분석해 보고자 한다. 먼저 가장 큰 요인으로 작용할 수 있는 진료비 지불체도의 개편은 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 역할설정에 적지 않은 영향을 줄 것으로 예상되는데 특히 지불 제도를 총액계약 개념의 지불체도로 변경할 경우는 더욱 많은 변화를 예상할 수 있다.²⁰⁾

우리나라는 현재 총액계약제의 전 단계라 할 수 있는 유형별 수가계약을 체결하고 있다. 따라서 향후 수가계약방식을 총액계약제 개념으로 전환하는 경우 김진수 외(2007)에서 주장하는 바와 같이 현재 독일과 대만에서처럼 각각의 공급자 단체가 보험자협의회를 구성하고 각 단체가 자율적으로 심사와 평가를 통해서 총액을 배분할 수 있는 권한을 부여하는 방안과 관련해서 논의가 필요한 것으로 보인다. 이럴 경우 건강보험심사평가원이 공급자 단체의 보험자 협의회에 흡수 통합되는 것을 가정할 수 있다. 그렇지 않을 경우 건강보험심사평가원의 기능은 평가기능만을 전담하는 기관으로서의 역할을 담당하게 될 것으로 판단된다.²¹⁾

20) 물론 요양기관계약제 문제나 개인보험의 영향을 고려한 조직의 변화를 좀 더 큰 틀에서 고려할 수 있으나 총액계약제로의 전환문제가 요양기관계약제 및 개인보험문제를 내포한다고 볼 수 있어 이 문제를 제외한 상태에서 조직의 변화를 고려함.

21) 김진수 외(2007)에서 언급된바와 같이 기존과 같이 요양기관종별 구분 없이 단일 수가계약을 체결할 경우 전문종합병원인 수지가 개선되고 중소병원 및 의원인 수지는 악화되어 또 다른 빈익빈, 부익부

이와 더불어 4대 사회보험료 징수를 국민건강보험공단에서 담당하도록 하는 정부 방침에 따라 국민건강보험공단의 기능이 확대될 것으로 보이며 2008년 7월 1일부터 도입된 노인장기요양보험제도의 주체적 역할을 담당함으로써 국민건강보험공단의 기능과 조직의 변화가 이루어질 것으로 예상된다.

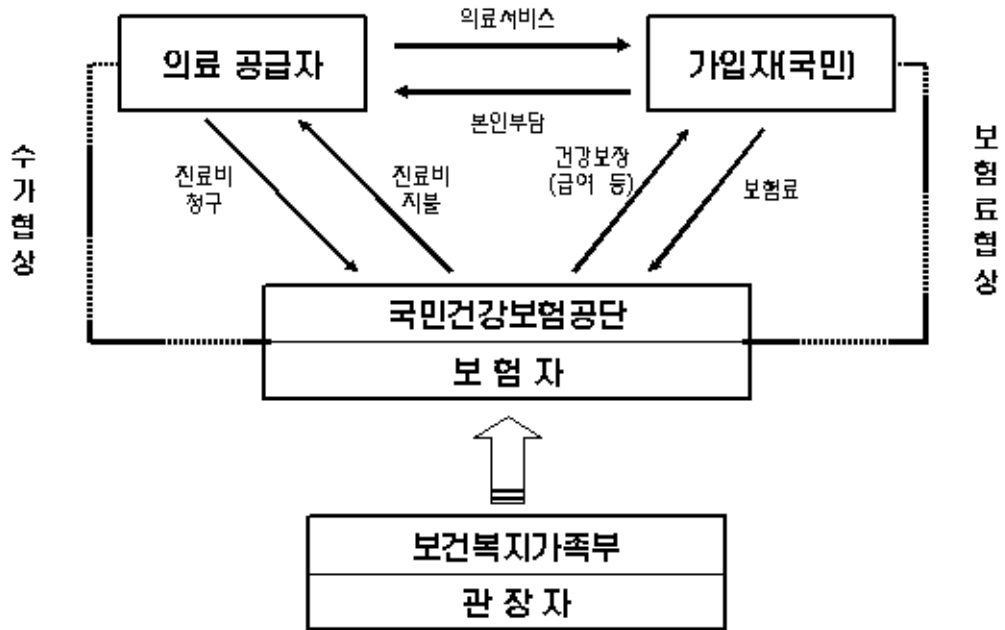
위에서 제기된 설명 자료를 근거로 국민건강보장을 둘러싼 관련 조직의 업무 흐름도를 재구성하면 아래 <그림 IV-1, 2>와 같다. 먼저 1안은 건강보험심사평가원의 업무가 독일에서처럼 공급자단체의 보험자 협의회로 이관되는 것을 전제로 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 의료공급자 그리고 가입자인인 국민과의 업무 흐름도를 설정한 것이다. 이와 같은 설정 하에서는 국민건강보험공단이 현재 건강보험심사평가원에서 운영하는 위원회(이사회 제외)를 통폐합하여 운영함으로써 실질적 의미의 가입자를 대표하는 기관의 성격을 띠게 된다고 할 수 있다. 반면에 공급자 단체는 현재 건강보험 심사평가원에서 수행중인 심사 및 평가업무를 인수하여 진료비 관련 심사 및 평가를 제 3자에 위탁하여 운영하는 현행제도 보다 심사와 평가에 있어 훨씬 자율적이면서도 책임성을 부여받게 된다(그림 IV-1 참조).

다음으로 생각할 수 있는 대안은 <그림 IV-2>와 같은 방안으로 이는 건강보험 심사평가원의 주요업무인 심사 및 평가기능 중 건강보험심사평가원은 평가만을 전담하는 기관으로 탈바꿈하는 것이다. 이럴 경우 심사업무는 대만에서처럼 보험자에 두거나 아니면 공급자 단체에 두는 방안을 모두 고려할 수 있을 것으로 보인다.

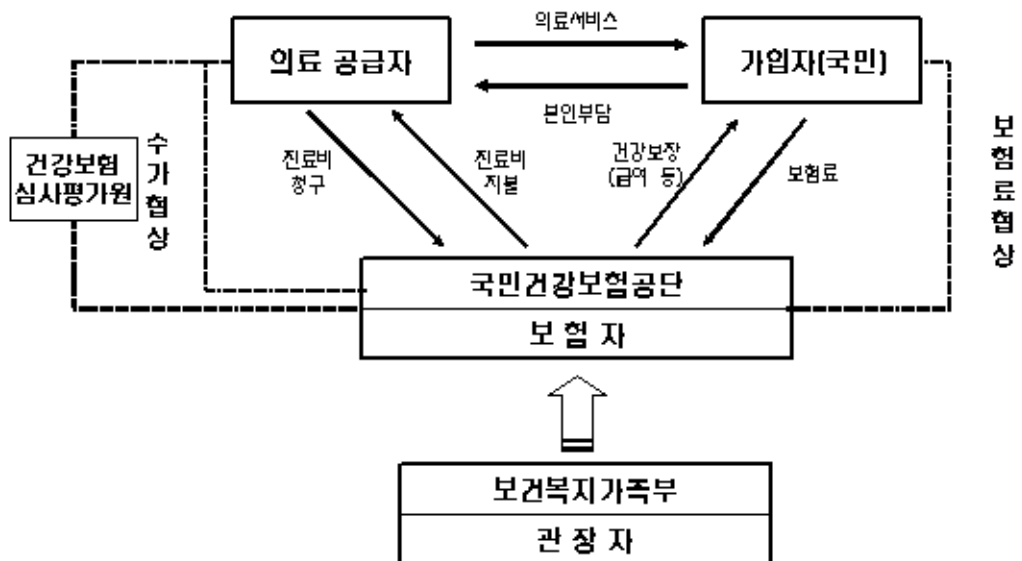
우리나라의 건강보장관련 미래지향적 모형을 현재 모형과 비교하면 1안이나 2안 모두 가입자인 국민을 대변하는 역할이 훨씬 강화되어야 한다는 것을 단적으로 보여주고 있다. 그러나 현실적으로는 1안이 더 미래지향적으로 설정된 모습이라 판단된다.

문제가 제기될 수 있는 소지가 발생할 수 있었으며 이러한 문제점을 개선하기 위해 2006년부터 수가 계약방법을 요양기관종별로 구분해야 한다는 논의가 진행되었고 2008년도부터 의원, 병원, 치과의원, 한의원, 약국, 보건기관 그리고 조산원을 구분하여 요양기관 유형별로 수가계약을 체결하고 있음.

<그림 IV-1> 건강보장관련 조직의 변화(1안)



<그림 IV-2> 건강보장관련 조직의 변화(2안)



4대보험 징수통합이 건강보장 정책결정시 가입자 참여에 어떠한 영향을 미칠 수 있는가에 대해서는 징수 업무의 통합으로 국민건강보험공단의 경우 신규인력의 편입으로 업무가 늘어나게 되는 과정을 겪게 될 것으로 보이며 이로 인해 가입자 참여의 필요성과 관련된 더 많은 요구가 있을 것으로 보인다.²²⁾

<그림 IV-3> 4대 보험 징수 통합과 업무량의 예상

건강보험	국민연금	근로복지	건강보험	국민연금	근로복지
급여	급여	급여	급여	급여	급여
부과	부과	부과	부과	부과	부과
징수	징수	징수	징수	신규사업	신규사업

자료: 김진현, 4대 사회보험의 징수업무 통합과 거버넌스 개편방안, 한국정책학회, 2008.

다음 장에서는 단일 보험자형태로 우리나라와 유사한 건강보장 체계를 운영하고 있는 대만과 조합방식의 대표 국가로서 현재 많은 개혁을 추진하고 있는 독일의 건강보장 위원회 운영과 가입자 참여방식을 고찰해보고자 한다.

22) 4대보험 징수통합관련 논의전개과정을 보면 1995년에 우리나라에 고용보험이 도입되었고 이후 사회보험통합논의가 지속되었으나 1997년 IMF사태와 함께 중단됨. 이후 2006년 관리 운영효율화 문제가 다시 제기되면서 국민조정실 주관 하에 국세청 산하에 "사회보험 징수공단"을 설립하는 방안이 검토되었으나 참여정부 마지막해인 2007년 국회 처리과정에서 무산됨. 새 정부 출범과 함께 2008년 4월부터 건강보험공단에 위탁하는 방안과 관련해서 논의하다가 8월 공기업 선진화 방안의 일환으로 국민건강보험공단에서 징수통합업무를 추진하기로 결정함.

V. 주요 외국의 의사결정구조 고찰

V. 주요 외국의 의사결정구조 고찰

지금까지는 우리나라의 건강보장 정책결정 관련 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 건강보험 심사평가원을 중심으로 어떠한 위원회가 운영되고 있고 위원회별로 인력구성원이 각 단체를 대표 할 수 있도록 적절하게 구성되어있는지 그리고 위원회별로 위원회의 특성에 맞게 위원들이 전문성을 보유하고 있는지 등을 살펴보았다. 본장에서는 우리나라의 건강보장 시스템과 매우 유사하게 단일보험자 형태로 운영되고 있는 대만과 조합방식의 대표 국가로서 2006년부터 점진적인 개혁을 단행하고 있는 독일을 중심으로 건강보장 정책관련 위원회가 어떻게 운영되고 있는지 살펴보려고 한다. 다음으로 관련 위원회별로 각 단체를 대표하는 인력구성원이나 전문성 여부 등과 관련해서 국가별로 특성을 분석하고 우리나라에 주는 함의를 도출해보고자 한다.

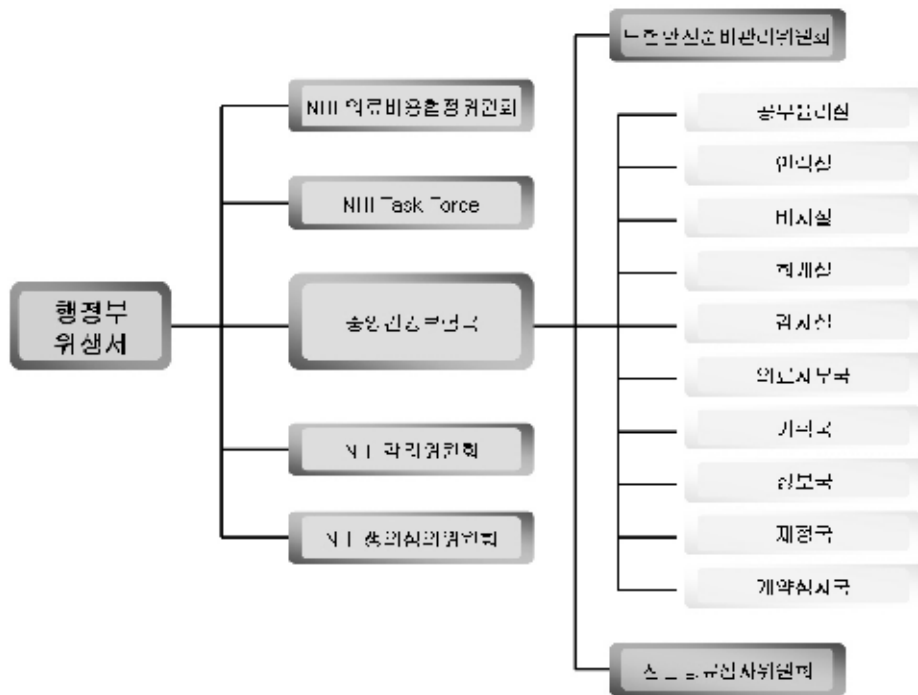
1. 대만

대만의 건강보험관련 일반적인 조직체계를 보면 1995년 전 국민을 대상으로 하는 국민건강보험(National Health Insurance: 전민 건강보험)이 실시되었으며 대만의 전민건강보험 관리운영체계는 전민건강보험법 제 3조에 따라 행정원 위생서가 주관부처이며, 보험자는 중앙건강보험국으로 되어있다. 행정원 산하의 위생서(Department of Health)는 전민건강보험 운영의 권한을 가지고 있으며 전민 건강보험의 기획, 정책 수립 및 집행, 전민건강보험 구성 체계 설립, 전민 건강보험의 실행을 포함한 전민 건강보험사업 전반의 주관부처이다. 현재 행정원 위생서 산하에서 운영하고 있는 건강보험 관련 위원회를 보면 크게 전민 건강보험 감리위원회(운영감독), 전민 건강보험 재정의 심의위원회 그리고 전민 건강보험 의료비용협정위원회로 구분할 수 있다.

다음으로 중앙건강보험국의 조직운영형태를 보면 중앙본부는 하위 조직의 계획 및 감독, 연구와 운영시스템의 개발, 인력의 훈련, 정보관리, 감사 등을 담당하고 있

으며 대부분의 집행업무는 각 지역본부 중심으로 운영되고 있다. 지역본부의 기능은 피보험자의 가입, 보험료 부과·징수, 계약관계에 있는 의료기관의 관리, 진료비 심사·지불 등 대부분을 포괄하고 있으며 본부(중앙건강보험국) 외 6개 지부가 있다. 중앙 건강보험국에서 운영하고 있는 건강보장 정책관련 주요 위원회를 보면 의료복무심의 위원회, 보험안전 준비관리 위원회, 의료서비스 심사위원회 등을 들 수 있다.

<그림 V-1> 대만의 건강보장관련 조직 및 관련 위원회



자료: 국외출장보고서, 국민건강보험공단, 2008.

가. 위생서

위생서에서 운영하고 있는 위원회를 보면 전민 건강보험 감리위원회(National

Health Insurance Supervisory Committee), 전민 건강보험 쟁의심의위원회(National Health Insurance Dispute Consideration Committee), 전민 건강보험 의료비용협정 위원회(National Health Insurance Medical Expense Arbitration)로 구분할 수 있다. 먼저 1995년 전민 건강보험이 실시되면서 설치·운영되고 있는 전민 건강보험 감리 위원회²³⁾의 주요기능은 크게 업무 감리와 재정 감리이다. 즉, 중앙건강 보험국의 연차계획, 활동보고 등을 감독하고 의료보험에 대한 정책 제안, 법규에 대한 자문을 담당하며, 중앙건강보험국의 보험재정 감사, 법정급여에 대한 제안 및 심의하는 기능을 담당하고 있다. 이는 우리나라의 보건복지가족부에서 운영하고 있는 건강보험 정책 심의 위원회와 그 기능 및 역할이 유사하다고 볼 수 있다.

위원회는 정부대표 1인의 위원장을 포함 총 29명이며, 가입자인 국민을 대표하는 구성원은 피보험자단체 6명, 사용자 대표 5명으로 총 11명이며 공익대표의 경우 정부를 대표하는 8명 그리고 의약 의료보험 전문가 5명을 포함하는 13명 그리고 공급자 대표를 표방하는 의약계 대표 5명으로 구성되어 있다(표 V-1 참조). 이와 같이 위원회 구성원 분포 측면에서는 가입자 대표, 공익 대표 그리고 공급자 대표를 동수로 안배하는 우리나라와 비교할 때 정부 즉 공익을 대표하는 위원수가 다른 단체를 대표하는 구성원 수보다 많은 특징을 보이고 있다. 이러한 인력구성원의 특징은 정책 결정시 공익의 입장을 우선 대변하고자 하는 정부의 정책적 의지가 담겨져 있다고 볼 수 있다. 그러나 가입자를 대표하는 인력구성원의 경우도 공익을 대표하는 구성 인력과 거의 동수로 되어 있어 정부정책결정시 가입자인 국민의 의사결정권을 매우 중요시함을 보여주고 있다. 공급자 단체의 경우는 대만에서 현재 실시되고 있는 총액계약제의 특성을 반영하여 각 계약주체를 반영하는 5명으로 구성되어 있으며 우리나라에서처럼 어느 특정 단체에서 인력구성원에 있어 비교적 우위를 차지하고 있는 경우는 찾아 볼 수 없다.

위원회별 특성에 맞는 전문성을 보유하고 있는지 여부와 관련해서는 방문조사 결

23) 전민건강건강법 제 4조 근거

과 대만의 경우도 우리나라에서와 마찬가지로 가입자를 대표하는 단체의 경우 직능 단체에서의 전문성 문제가 자주 거론되고 있으나 위원회의 특성상 직능단체에 위원의 권한을 부여하고 있어 전문성 문제가 주요하게 지적되고 있음을 알 수 있었다.

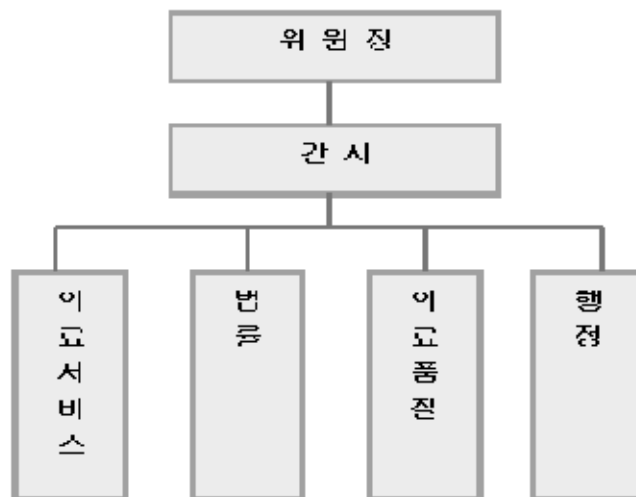
<표 V-1> 전민 건강보험 감리위원회(2008년 8월 현재)

		소속	직위
위원장		아주대학건강학원 의무관리학계	교수
가입자 대표 (11)	피보험자 대표 (6)	중화민국 전국직업총공회	이사장
		중화민국 전국총공회	상무이사
		태만 성어회	총간사
		태만 성농회	이사장
		중화민국 소비자문교기금회	대리동사장
	강부 지우연맹	비서장	
	사용자 대표 (5)	중화민국 전국공업총회	이사장
		중화민국 전국상업총회	상무감사
		중화민국 공상협진회	회원대표
		중화민국 중소기업협회	부이사장
중화민국 공업협진회		이사장	
공급자 대표 (5)	중화민국 의사 공회전련회	이사장	
	중화민국 치의사 공회전련회	이사장	
	중화민국 중의사 공회전련회	명예이사장	
	중화민국 약사 공회전련회	상무리사	
	태만 의원협회	이사장	
공익 대표 (12)	정부대표 (7)	행정원 위생서	참사겸 건보소조부소집인
		전서부	퇴무사사장
		내정부	감사
		행정원 경제건설위원회	감사
		행정원 노공위원회	처장
		행정원 주계처	제일국간임편심
		재정부	국고서주임비서
	의약·의료 보험 전문가 (5)	충성국제법률사무소	교수
		정치대학 재정학계	주지를사
		장경대학 의무관리학계기	교수
		의무관리연구소	교수
		태북의학대학	교수
태북의학대학 의무관리학계	교수		

자료: 국외출장보고서, 국민건강보험공단, 2008.

다음으로 전민 건강보험 쟁의 심의위원회²⁴⁾는 우리나라의 보건복지가족부에서 운영하고 있는 건강보험 분쟁 조정위원회와 같이 보험자·보험 가입단위·계약요양기관 등이 제기한 분쟁을 해결하기 위해 설치되었다. 주요업무는 피보험자의 자격기준, 부과기준, 보수에 대한 분쟁 심의, 보험료, 보험료 체납 관련 벌금, 보험급여에 관련된 분쟁 심의 등이 있다. 그리고 또 다른 주요 업무로는 우리나라에서와 같이 공단과 심평원의 기능이 업무가 분리되어있지 않고 통합되어있는 대만 건강보험의 특성을 반영하여 의료기관 관리(무면허 등), 진료비 지불(의료과오, 부당청구 등), 법적 권리 및 권한에 관한 분쟁 심의를 담당하고 있다. 이러한 건강보험 쟁의 심의 위원회는 의료, 법률, 의료품질, 행정 4개 분야로 분류되어 업무 심의를 담당하고 있다. 우선 의료 부분(Medical Group)은 의료 서비스와 관련된 의료 보험 비용에 대한 분쟁, 법률 부분은 보험 자격, 보험료, 연체 수수료와 벌금, 의료 보험 특별 서비스 관리, 보험 피보험자의 권리와 이익 등에 대한 분쟁을 관리한다. 의료품질부분은 의료 서비스 질에 관련된 분쟁, 행정 부분은 기타 일반 서비스 관련 분쟁을 관리한다<그림 참조>.

<그림 V-2> 전민 건강보험 쟁의 심의위원회 구성



24) 전민건강보험법 제 5조 근거

위원회는 위생서 장관이 의약전문가 중에서 임명한 위원장을 포함 위생서 대표 2명, 보험전문가 2명, 법률전문가 3명, 의약전문가 7명 총 15명으로 구성되어 있다. 이는 우리나라에서 건강보험 분쟁조정 위원회와는 다르게 공급자 단체를 대표하는 구성인력이 많으며 가입자를 대표하는 인력보다는 공익을 대표하는 인력 구성이 높은 것으로 나타나고 있다. 한편 공익을 대표하는 인력은 주로 법률 전문가로 구성되어 있음을 알 수 있다. 이와 같은 현상은 대만의 경우 우리나라와는 다르게 보험자인 중앙건강보험국 기능에 우리나라에서는 분리되어 있는 건강보험심사평가원의 심사기능이 포함되어있어 중앙건강보험국의 주요 분쟁사항인 의료기관 관리(무면허 등), 진료비 지불(의료과오, 부당청구 등), 법적 권리 및 권한에 관한 분쟁 심의가 많은 비중을 차지하고 있는데에서 기인하는 것으로 설명할 수 있다. 또한 대만은 우리나라와 같이 보험료 부과체계가 직장 및 지역으로 이원화 되어있지 않고 보험료 부과요소의 차이에 의한 민원발생 소지가 적어 상대적으로 보험료 부과 및 적용에 관한 분쟁은 적게 나타나는데에서 그 이유를 찾아 볼 수 있다. 분쟁 및 이의신청 위원회 인력 구성은 가입자 대표보다는 분쟁 및 이의신청 관련 전문지식을 보유한 공익 대표 및 공급자 대표가 상당 부문 우위를 점하고 있는 점을 특징으로 들 수 있다.

또한 우리나라에서와 같이 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원에 이의신청 위원회를 두고 이들 이의신청위원회의 결정에 이의가 있을시 보건복지가족부 건강보험 분쟁조정위원회에서 재심을 요청하는 현행 결정 방식과 대만에서처럼 이의신청관련 위원회가 위생서에만 설치되어있어 절차를 간소화 한 것에 대해서는 많은 논의가 필요한 것으로 판단된다. 그러나 현행 우리나라의 이의신청 운영방안을 그대로 유지한다 하여도 대만의 경우를 고려하면 건강보험심사평가원의 이의신청 위원회와 같은 경우 지나친 공급자 대표의 구성비 편중은 개선이 요구된다. 또한 이의신청을 해결하는 것이 위원회의 주요기능인 점을 감안할 때 관련 공익이나 공익대표 위주로 관련 전문가들이 위원회의 주요 인력을 배치하고 있다는 점은 우리나라의 이의신청 관련 위원회 운영에 시사하는 바가 크다고 할 수 있다(표 V-2 참조).

<표 V-2> 전민 건강보험 쟁의심의위원회(2008년 8월 현재)

	소속	직위	담당
위원장	아주대학	부교수	보험, 의료법규
의약전문가	태대의학원	교수	내과, 일반의학과
	마해의원	부원장	소아과
	태대의학원	명예교수, 겸임교수	치과, 구강악면외과
	중화민국 기생충방치회	동사장	의약위생
	태대의학원	명예교수	안과
	대북의학대학	교장	신경외과
	고흥의학대학	교수	약학
보험전문가	중앙연구원	연구원	의료경제
	태만대학	교수	건강보험
법률전문가	태만대학	교수	전리법, 상표법, 민법물권
	태만대학	교수	행정법
	양명대학	부교수	의사법규
위생서대표	위생서(기획처)	기획처처장	건강보험
	위생서	감사	건강보험

자료: 국외출장보고서, 국민건강보험공단, 2008.

전민건강보험 의료비용협정위원회²⁵⁾는 1996년 11월에 조직된 기구로서 대만에서 실시하고 있는 총액계약제하에서 진료비를 협정하고 배분하는 역할을 담당하고 있다. 주요 업무 내용을 살펴보면 행정원이 승인한 전체 진료비 예산범위 내에서 6개 보험지역별 외래 및 입원 진료비의 배분비율을 협정하고 의사·한의사·치과의사의 외래진료비를 협상하며 또한 약사의 약제비와 조제비율의 협상을 주도하고 있다.

위원회 구성은 총 27인으로 의료공급자를 대표하는 9인, 피보험자대표 및 전문가 9인, 제정부 등 정부대표 9인으로 구성되어 있다. 위원은 위생서장이 임명하며, 임기는 2년이다. 이와 같은 위원회의 구성은 향후 우리나라에서 수가협상 관련 위원회를

25) 전민건강보험법 제 48조 근거

별도로 구성할 경우 참고할 수 있을 것으로 보인다. 한편 위원회의 회의는 매달 1회 이루어지며 본 위원회의 회의록은 인터넷에 게시하여 모든 사람들이 열람할 수 있도록 하였다.

나. 중앙건강보험국

중앙건강보험국에서는 현재 우리나라 국민건강보험공단에서 운영 중인 재정운영 위원회의 일부 역할 및 기능을 담당하는 보험안전 준비관리위원회를 운영하고 있다. 26) 보험안전 준비관리 위원회의 기능은 준비금의 1년 예산과 최종 재정상태 심사, 총 보험료 수입의 연간 준비금율(annual provision rate)을 감독하고 평가하는 역할을 담당하고 있다. 본 위원회는 중앙건강보험국 총경리가 맡게 되어있는 위원장을 포함하여 금융보험 혹은 재무관리 전문가 6인으로 구성된다. 각 위원은 중앙건강보험국 총경리가 지명하도록 규정되어 있으며, 임기는 2년이고, 1회에 한하여 연임이 가능하도록 정해져 있다. 현 의원의 직책을 보면 정치대학교 회계학과 교수, 사회복지학과 원장, 재무회계 주임, 중부 국제청 부주임, 사회학과 교수 그리고 재무회계학과 교수로 구성되어 있다.²⁷⁾

이렇듯 대만의 진료비 지불계약을 담당하고 있는全民건강보험 의료비용협정위원회와 보험안전 준비관리위원회 운영이 우리나라에 시사하는 점은 현행 국민건강보험공단에서 운영하고 있는 재정운영위원회를 수가계약과 재정 각각 두 종류의 위원회로 분리하여 운영하는 방안의 모색이라고 볼 수 있다. 즉, 재정 운영 위원회는 순수 재정전문가 및 가입자를 대표하는 전문가 집단으로 구성하여 공익 대표와 함께 보험료를 결정하고, 재정문제를 논의하는 기구로 개편하는 것을 고려해볼 필요가 있다. 또한 대만과 같이 가입자, 공급자, 공익 동수로 구성된 수가를 협상하기 위한 수

26)全民건강보험법 법규 68조,全民건강보험법 법규 11조 2항

27) 준비금의 운용은全民건강보험법 법규 66조에 규정되어 있으며 공채, 국고채, 회사채의 투자, - 금융회 은행, 금융기관에 예치, 특정 의원의 수리, 확정에 대출, 보험과 관련된 투자에 이용됨.

가협상 위원회를 별도로 공단 내에 구성하여 계약하는 방식에 대한 고려 역시 가치 있는 대안으로 여겨진다.

마지막으로 진료비 심사와 관련된 위원회로 의료서비스 심사위원회(전문동료심사위원회; Professional Peer Review Committee and Claim Review System)를 들 수 있으며 이는 건강보험심사평가원에서 운영 중인 상근심사 위원회와 유사한 역할을 담당하는 위원회로 볼 수 있다.²⁸⁾ 본 위원회는 동료 심사 계약서를 작성하고, 동료 심사 업무의 감독 및 동료 심사 의사의 평가를 주요업무로 하고 있다.

위원회는 교육 및 임상경험이 있는 의·약전문가 26인 내지 31명으로 구성되며, 임기는 2년이고, 1회에 한하여 연임이 가능하도록 되어있다. 업무 특성을 고려 할 때 우리나라와 같이 전적으로 의약 전문가로 구성되어있는 특징을 보이고 있음을 알 수 있다.

이상과 같이 대만의 건강보험정책 관련 위원회에서 가입자의 참여는 제한적으로 이루어지고 있는 것으로 나타났다. 그렇지만 출장 조사 결과 국민의 대표인 국회의원, 시민단체 활동, 다양한 언론매체 등을 활용하여 국민의 뜻이 건강보험정책에 반영될 수 있는 방안을 모색하고 있는 것으로 나타났다.

2. 독일

독일은 의사결정과정의 투명성 확보를 통한 가입자의 불만을 최소화하기 위한 목적 뿐 아니라 가입자의 권리를 강화하는 차원의 일환으로 국민참여를 유도하고 있다. 이러한 건강보험 정책 결정 시 가입자 참여는 사회법전(Social Code Book V)에 의해 법적으로 명문화되어 가입자의 주요한 권리로써 인정하고 있다. 또한 연방 정부 차원에서는 가입자 권리 강화 관련 업무를 전담할 자를 임명하고, 이들이 업무 수행을 하는데 필요한 인적, 물적 자원을 제공하며, 연방 기관 내 타부서들로부터

28) 국가건강보험법 법규 52조 참조

긴밀한 협조 체계를 유지하기 위한 노력을 하고 있다. 연방 또는 주정부 차원, 의료보험연합회, 보험의사협회 등에서도 가입자 참여를 유도할 다양한 방법을 모색하고 있으며 그 일환으로 여러 종류의 위원회를 구성하고 있다.

독일의 건강보험 관련 위원회는 건강보험제도 운영 전반 사항을 의결 또는 심의 기구로서 만들어져 있으며, 전문분과별 위원회가 활성화되어 있다. 가입자는 해당 위원회에서 비록 의결권이 없더라도 의결 사항을 제안하거나 자문하는 역할을 수행하면서 건강보험 관련 사항에 깊이 관여하고 있다. 독일의 건강보험제도 관련 위원회를 좀 더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

가. 지역의료보험조합(AOK) 운영위원회 및 이사회(주, 연방)

먼저 주 또는 연방단위별로 운영위원회 및 이사회를 두고 있는데 위원회에서는 의료보험조합 운영 전반에 관한 의결 및 집행을 하고 있다.²⁹⁾ 운영위원회의 기능을 보면 정관 및 기타 자치 법규의 의결, 이사회의 감시 및 감독, 의료보험조합에게 중요한 모든 결정, 예산결정, 이사회의 해임, 이사회 및 구성원에 대한 의료보험조합의 대리, 토지의 구입, 양도 또는 담보, 건물의 건축, 의료보험조합의 해산 또는 통합에 관한 결정을 담당하고 있어 최고 의사결정기능을 행사하고 있음을 알 수 있다.³⁰⁾ 독일의 운영위원회는 보험료를 결정에 관한 업무, 급여종류 및 범위결정에 관한 업무를 수행하고 있어 우리나라의 건강보험정책심의위원회 기능과 유사한 업무를 수행하고 있다고 볼 수 있다.

운영 위원회의 구성원을 보면 가입자와 보험자 단체가 선출한 대표자가 1:1로 구성되며, 최고 30명까지 운영위원을 둘 수 있어 철저하게 가입자위주로 운영됨을 알

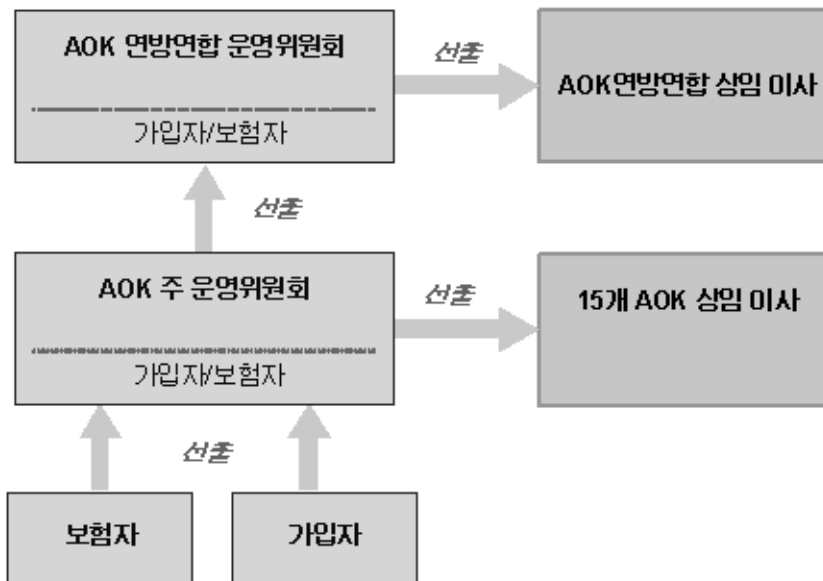
29) 법적 근거: 사회보험법전 197조, 209조, 209조a

30) 참고로 의료보험조합의 정관은 다음 사항을 규정하고 있음. 1. 의료보험조합의 이름 및 소재지 2. 의료보험조합의 구역 및 가입자의 범위, 3. 보험급여의 종류 및 범위, 4. 보험료율, 5. 기구의 구성원 수, 6. 기구의 권리 및 의무, 7. 운영위원회의 의결 종류, 8. 기구 구성원에 대한 보상의 산정, 9. 연도별 운영 및 회계의 감사 그리고 연말 결산의 감사, 10. 항의 기관의 구성 및 소재지, 11. 공고 종류

수 있다. 운영위원들은 명예직이며 위원장은 가입자 대표 의장과 보험자 대표 의장이 일 년 단위로 교대로 수행하도록 되어있다. 또한 운영위원회는 임무수행을 위한 분야별 전문 소위원회를 조직해서 운영하도록 되어있다.

다음으로 이사회의 운영과 위원 관련 현황을 살펴보면 우선, 이사회(hauptamtlicher)의 기능은 의료보험조합을 대표하고 운영위원회에서 결정된 정책과 목표를 실행하는데 있다. 이사는 운영위원회에서 매 6년 마다 선출하도록 되어 있으며 이사회는 가입자와 보험자 단체가 선출한 대표자로 구성되며 이사회의 이사는 상근직이며 최고 3인으로 구성된다.

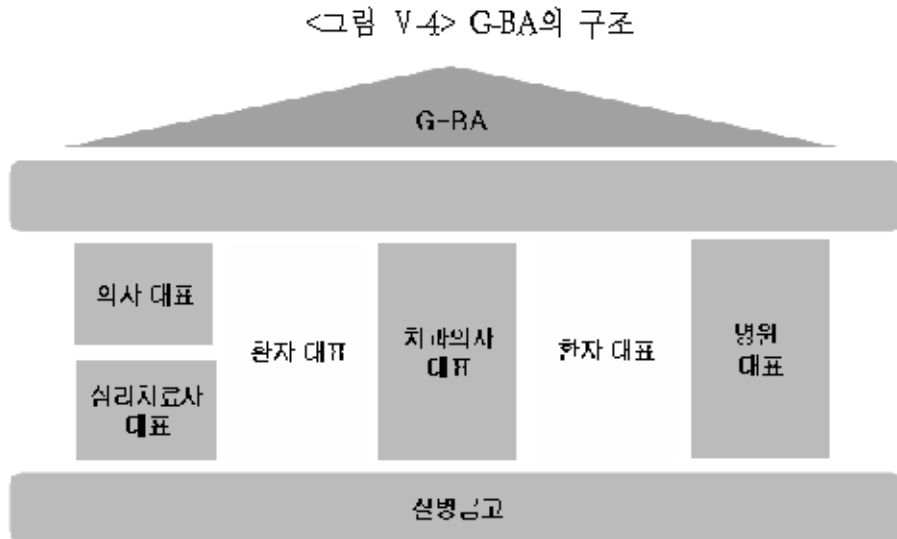
<그림 V-3> 의료보험조합(AOK) 운영위원회와 이사회 선출 절차



자료: 국의출장보고서, 국민건강보험공단, 2008.

나. 연방 보험급여 결정 기구

독일의 연방 급여 결정 기구(Federal Joint Committee: G-BA)는 법적 건강보험급여에 관련된 조치들을 필요성, 유용성, 경제성 측면에서 총괄 평가하는 기관이다. 이 기구는 보건부와 독립적 기관이며, 의사, 치과의사, 병원, 질병금고 및 환자 대표로 구성된다<그림 V-4>.



자료: 국외출장보고서, 국민건강보험공단, 2008.

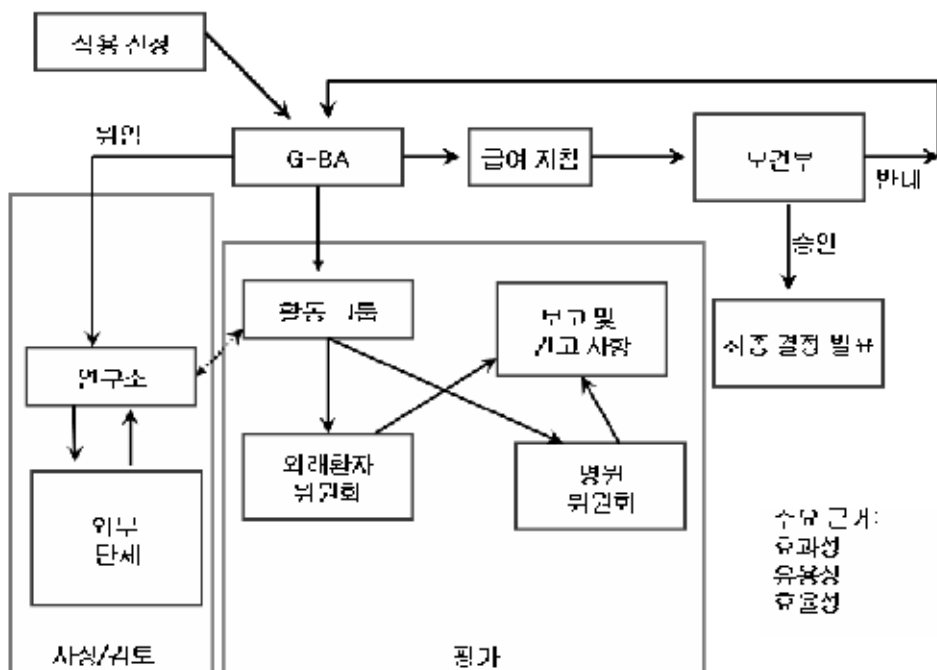
G-BA는 다음에 관련된 보험급여를 결정하며, 여기서 결정된 지침은 공보험 전체에 강제 적용된다.

1. 의사 진료
2. 의사 처치를 포함한 치과의사진료 및 구강정형외과진료
3. 질병의 조기발견을 위한 조치
4. 새로운 검사 및 진료 방식의 도입
5. 임산부 및 산모에 대한 의사진료

6. 의약품, 봉대, 보조치료, 보장구, 입원치료, 제가요양 및 사회치료의 처방
7. 근로능력상실의 판정
8. 의료재활의 처방, 의료재활진료 및 재활을 위한 보충진료에 관한 자문
9. 임신 유도를 위한 의료 조치
10. 환자 이송의 처방

한편 G-BA에서 보험급여를 결정하는 과정은 <그림 V-5>와 같다.

<그림 V-5> G-BA의 업무 진행 과정



자료: 국외출장보고서, 국민건강보험공단, 2008.

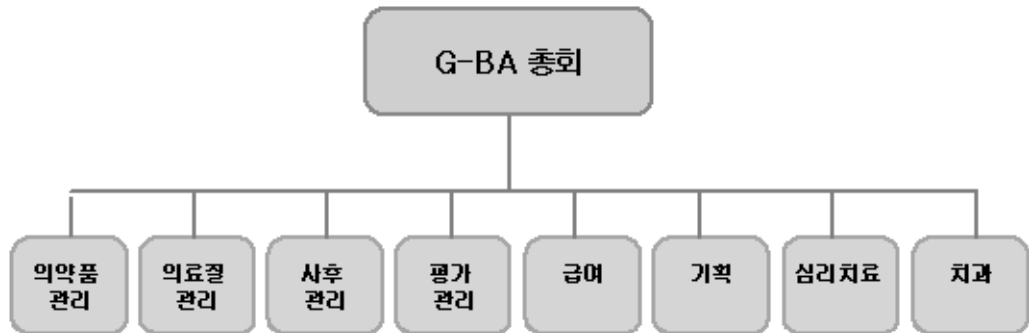
G-BA에는 보험의사연방협회, 독일병원협회, 의료보험조합연방연합회 등이 포함되어 있으며, 보험급여 지침을 결정하는 최종의결기구(Das Plenum)와 전문분과별위원회(Die Unterausschuesse)에 가입자가 참여하고 있다. 이는 우리나라의 경우 건강보험심사평가원에서 운영하고 있는 의료행위 전문 평가위원회, 치료재료 전문 평가위원회 그리고 약제 전문 평가위원회의 역할 및 기능에 상응하는 위원회로 볼 수 있다.

G-BA에 가입자 대표로 참여하기 위해서는 연방 보건부에서 인정한 4개 단체 즉, 독일장애인평의회(Deutsche Behindertenrat:DBR), 환우회 단체(BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen: BAGP), 사단법인 사업단체 연맹(Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.), 사단법인소비자센터 연방협회(der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.) 회원이어야 한다. 이상의 4개의 단체 외에 요건을 갖춘 기타 단체에 대해서는 G-BA가 추천하면, 보건부가 추가로 승인할 수 있다.

G-BA의 보험급여 결정은 비의료인에게는 매우 전문적 분야이므로 이들 가입자 단체를 지원할 수 있도록 법률가, 의료경제학자, 행정직 3인이 베를린에 상시기구를 만들어 운영하고 있는데 이러한 지원 방식은 우리나라에서 위원회별 위원의 전문성 여부와 관련해서 제기되고 있는 문제점 해결을 위한 대안으로 활용가치가 있는 것으로 판단된다.

전문분과별 위원회(Die Unterausschuesse)의 기능 및 역할을 보면 총회 개최 이전에 급여 지침의 경제성, 필요성, 효과성 등을 심의하기 위한 위원회로 8개 전문분과별 위원회가 있으며 위원은 의료보험조합 대표 5인, 의료공급자 대표 5인, 가입자 대표 5인으로 구성되어있다. 가입자 대표를 지원하기 위한 전문가 집단이 G-BA 내에 100여명 정도로 구성되어있으며 전문 분야별 의사결정과정에서 가입자 단체를 대표하는 역할을 담당하고 있는데 우리나라에서도 가입자 단체의 전문성 확보를 위한 대안으로 적극적 고려가 필요한 것으로 판단된다<그림 V-6>.

<그림 V-6> G-BA 분과별 위원회



자료: 국외출장보고서, 국민건강보험공단, 2008.

최종의결기구(Das Plenum)는 연방위원회의 급여 지침을 의결하기 위한 기구로서 위원은 위원장 1인, G-BA 직원 2인, 의료보험조합 대표 5인, 의료제공자 대표 5인 등 총 13인으로 구성되어 있다. 공급자 단체는 보험의사연방협회, 독일병원협회, 보험치과연방협회에서 의료보험조합측 대표자는 의료보험조합연합회에서 선임한 자로 구성되며 위원장은 G-BA 회장(법률가)이 맡고 있다. 가입자 대표 5인은 회의에 참석하여 의견을 발표할 수 있는 권한은 있지만 투표권은 없다. 또한 매회 인터넷 공모를 통해 모집한 일반 국민 50명이 총회에 참석하여 의사결정과정을 참관하고 있을 정도로 국민참여를 통한 정책결정이 활성화 되고 있다<그림 V-7>. 의장, G-BA 직원인 중립 위원, 위원들 간 의견이 불일치하는 경우 보건부가 조정하도록 되어 있다.³¹⁾

건강보장 정책 관련 독일에서 진행되고 있는 의사결정방식 및 가입자인 국민의 의사결정 참여는 우리나라에서 가입자인 국민이 건강보장 정책결정에 어떻게 다양한 방식으로 참여할 수 있는가를 보여 주는 좋은 보기가 될 것으로 판단된다. 또한 현재 우리나라에서 건강보험심사평가원을 중심으로 운영되고 있는 의료행위 전문 평가위원회, 치료재료 전문 평가위원회 그리고 약제 전문 평가위원회가 가입자 참여가 아주 미미한 상태에서 운영되는 것이 국민건강보장을 위한 측면에서 매우 바람

31) 사회법전 91조, 140조f

직하지 못함을 보여주는 단편적인 결과라 할 수 있어 시사하는 바가 크다.

◁림 V-7> G-BA 최종의결기구 모습



자료: 국외출장보고서, 국민건강보험공단, 2008.

다. 진료보수계약과 관련된 중재 위원회

통액계약제를 도입하고 있는 독일은 진료보수계약과 관련된 위원회 및 결렬 시의 중재 위원회를 운영하고 있는데 계약의 결렬 범위에 따라 연방 또는 주 수준의 중재위원회를 구성하고, 연방 또는 주정부의 감독을 받고 있다. 의료보험조합주연합회와 보험회사협회, 병원협회는 가입자의 외래 및 입원서비스를 보장하는 목적의 계약을 체결하며 계약의 전부 또는 일부가 이루어지지 않을 때 주 중재기구가 중재기구

의 구성원 수, 직무 수행, 실비 보상, 비용의 분배에 관한 세부사항을 정할 권한이 있다.³²⁾

중재 위원회의 주요 기능은 보험자와 의료제공자의 계약 결렬에 대한 중재이며 위원은 1인의 중립의장을 포함 2인의 중립위원, 의료보험조합의 대표자 및 병원 대표자 동수로 구성하도록 되어있다. 의장 및 중립구성원들은 관련된 조직들이 공동으로 선임하며 위원회 구성원은 명예직이며 임기는 1년이다. 중재기구에 가입자는 포함되지 않는다.

이와 같은 중재 기구의 운영방식이 우리나라의 수가계약과 관련하여 시사하는 점은 대만의 진료비 계약 및 재정관리 운영을 위한全民건강보험 의료비용협정위원회와 보험안전 준비관리위원회 분석에서도 언급하였듯이 수가계약을 위한 위원회를 독자적으로 공단에서 운영하는 방안이다. 이를 통해 우리나라에서도 수가계약 결렬 시 바로 가입자, 공급자, 공익 대표 동수로 구성된 건강보험정책심의 위원회로 이관돼 또 다른 논쟁과 더불어 시간을 소비하는 과정에서 가입자와 공급자 단체 사이에 많은 불신을 야기시키기보다는 이러한 중재 위원회 제도 도입을 적극적으로 검토해 보는 것도 향후 바람직한 대안으로 고려해 볼 필요가 있지 않나 생각된다.

라. 진료비 심사위원회

우리나라의 건강보험심사평가원의 진료비 심사와 같은 역할을 담당하는 진료비 심사위원회는 계약의사서비스의 경제성 및 질을 감독한다. 이 위원회는 독일에서 행해지고 있는 진료비 지불제도의 특성을 반영하여 공급자 단체내에 협의회를 구성하여 각 공급자 단체별로 심사업무를 수행하고 있다. 우리나라에서 처럼 별도의 조직인 건강보험심사평가원에서 심사업무를 수행하는 것과는 다른 형태로 볼 수 있다. 공급자가 공급자를 스스로 심사한다는 점에서 상당히 자율적인 면이 있지만 한편으

32) 제 114조 참조

로는 동료인 전문가가 심사한 결과에 대해 이의를 제기할 수 있는 소지 매우 적은 장점을 지니고 있다고 볼 수 있다.³³⁾ 주요 기능은 아래와 같다.

- 의료서비스의 경제성에 대한 자문
- 의료서비스의 경제성 및 질에 대한 심사
- 경제성 위반 여부 및 이에 상응한 조치 결정
- 의료보험조합에 지불할 금액 확정

위원회의 위원구성은 1인의 중립의장과 보험의사협회의 대표자와 의료보험조합 대표자 동수로 구성되며 가입자 대표는 포함되어 있지 않다.

33) 법적 근거: 제 106조

VI. 결론 및 정책제언

VI. 결론 및 정책제언

국민의 의식수준이 높아지면서 국가의 정책 결정 시 국민참여 확대 방안에 대한 인식이 세계 여러 나라에서 공히 증가하고 있다. 이러한 현상은 빠른 경제성장을 이룩한 우리나라에서도 마찬가지로 나타나고 있는데 특히 보건 의료 분야에서는 건강권을 국민의 기본권으로 받아들이는 국민인식의 변화로 인해 건강보장 관련 정책 결정과정에 참여하고자 하는 국민의 관심이 지속적으로 증대하고 있다.

그러나 우리나라의 경우 국민의 이러한 욕구증대에 비해 보건 의료 정책결정과정에 있어 국민의 참여가 어떻게 이루어지고 있는지 구체적 분석이 미비하고 향후 어떠한 방식으로 국민참여가 이루어져야 하는지에 대한 논의도 충분히 이루어지지 않고 있었다. 이러한 인식하에 본 연구에서는 세계화, 민주화 등의 영향으로 점차 보건 의료 정책결정에 영향력을 확대해가고 있는 국민의 건강보장 정책결정 참여방식을 살펴보고 향후 우리나라의 건강보장 관련 정책결정시 국민의 참여가 어떠한 방식으로 이루어지는 것이 바람직한가를 고찰하고자 하였다.

연구결과를 보면 각 단체별 인력구성에 있어서는 보건복지가족부가 운영하는 건강보험정책심의위원회와 건강보험 분쟁조정위원회의 경우 위원회 구성에서는 큰 문제가 없는 것으로 보인다. 그러나 건강보험 분쟁조정위원회의 경우 가입자의 권익이 최우선으로 보호되어야 하는 위원회의 특성을 고려할 때 단체별 인력구성비가 적정하지 않은 것으로 판단된다.

국민건강보험공단에서 운영하는 위원회의 경우 이사회는 국민건강보험공단이 가입자를 대표하는 기능에 목적이 있는 점을 감안할 때 가입자를 대표하는 인력의 충원이 더 필요한 것으로 분석된다. 또한 공익을 대표하는 위원이 공무원과 국민건강보험공단을 대표하는 위원으로만 구성되어 있어 이사회의 투명성을 확보하기 위한 방안으로 일부 건강보험관련 전문가의 활용 방안에 대한 검토가 필요한 것으로 생각된다. 건강보험 재정운영위원회의 경우 가입자를 대표하는 위원이 인력구성원 측

면에서는 적절한 것으로 보인다. 그러나 인력구성원 선출이 어떠한 방식으로 이루어지는지 진정으로 인력구성원 면면이 가입자를 대표하는지 등에 대한 폭넓은 논의가 필요한 것으로 판단된다. 이의신청운영위원회의 경우 공단의 고유 업무인 가입자 및 피부양자의 자격, 보험료 등, 보험급여 및 보험급여비용에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자가 공단에 이의신청을 할 경우 이를 심의·의결하기 위한 기구임을 감안할 경우 공급자단체를 대표하는 위원을 포함시키기 보다는 관련 규정에 충실하면서 가입자를 대변할 수 있는 변호사 등으로 인력구성을 보완하는 것이 바람직한 대안으로 고려된다.

건강보험심사평가원의 경우를 보면 이사회와 업무가 국민건강보험공단의 이사회와 마찬가지로 가입자를 대표하는 업무가 기본임을 감안할 때 전체적으로 가입자를 대표하는 위원의 구성이 미비한 것으로 나타난다. 이의신청위원회의 경우 물론 위원회의 특성상 요양급여 적정성 등과 관련된 이의신청이 많은 점을 고려하여 가입자를 대표하는 위원 보다는 공급자를 대표하는 위원을 비교적 많이 배치한 점은 이해가 되나 요양급여적정성에 대한 이의신청이 너무 공급자의 판단에 치우치기 보다는 감시 기능으로서의 가입자 대표의 역할을 수행하기 위한 적절한 인력 재배치가 요구된다.

의료행위 전문 평가위원회, 치료재료 전문평가위원회, 약제전문 평가위원회, 상대가치기획단의 경우 각 위원회의 정책결정이 가입자인 소비자에게 직접적인 영향을 줄 수 있는 기구임에도 불구하고 각 위원회별 공통으로 가입자 대표의 참여가 너무 미비한 점을 고려 개선이 필요하다고 생각된다. 또한 기능상 거의 동일업무를 수행하는 위원회 임에도 불구하고 각 단체별 구성비에서 많은 차이를 보이고 있는데 이는 위원회의 구성이 어느 정도 인위적으로 운영되고 있음을 보여주는 단편적인 결과라 할 수 있다.

인력구성원별 전문성을 보면 공익을 대표하는 단체와 공급자를 대표하는 단체의 경우는 위원회의 기능과 위원의 전문성이 어느 정도 부합된다. 그러나 가입자 단체

를 대표하는 경우는 다른 단체와 비교할 때 업무의 전문성 면에서 상대적으로 취약성을 드러내고 있으며 이러한 점과 관련해서는 보완이 필요하지 않나 생각된다.

국민건강보험공단과 건강보험심사평가원을 중심으로 가입자(국민), 의료 공급자, 보건복지가족부의 관계가 어떻게 설정되어야 하는지 위원회의 기능에 맞추어 분석하면 보험료와 급여 관련 정책은 국민건강보험공단과 가입자인 국민이 결정해야 하는 업무로 의료공급자와는 별개의 업무로 판단된다. 보험료 결정관련 의사결정은 보건복지가족부의 건강보험정책위원회에서 이루어지고 있는데 보험료 결정은 사실상 가입자인 국민을 대변하는 보험자와 여기에 보건복지가족부가 관장자로서 보험료 결정에 참여를 하는 것이 정상적인 업무 흐름도로 보인다. 건강보험정책심의위원회가 보험료 결정업무만을 추진하는 것은 아니지만 업무흐름도상의 보험료 결정구조와는 많은 차이를 보이고 있어 이러한 문제점과 관련해서는 좀 더 심도 깊은 논의가 필요한 것으로 보인다.

수가 계약과 관련해서는 현행과 같이 보험자인 국민건강보험공단과 공급자 단체 간에 수가계약이 제대로 이루어질 수 없는 구조에서는 거의 대부분의 수가결정이 보험료결정과 연동해서 건강보험정책심의위원회에서 이루어지고 있는데 이러한 문제점과 관련해서도 수가와 보험료를 연동해서 결정하지 않고 개별적으로 결정하는 시스템에 대한 논의가 필요하고 보험료를 현행과 같이 공급자 대표가 8명이나 포함된 건강보험정책심의위원회서 다루어야 하는지에 대한 재검토가 필요한 것으로 판단된다.

의약계 단체가 보건의료정책과 관련해서 관여할 수 있는 사항은 건강보험심사평가원에 행해지는 의료행위, 치료재료 그리고 약제관련 전문위원회 등으로 보험료에 관한 결정은 가입자를 대표하는 구성원과 보건복지가족부와 협의에 의해 결정하는 것이 바람직한 방안으로 보인다. 따라서 현행과 같은 인력구성원으로 건강보험정책심의위원회를 운영할 경우 수가를 제외한 기타 건강보험관련 정책결정은 가입자와 공익을 대표하는 별도의 기구에서 논의하는 것이 바람직한 대안으로 고려된다.

우리나라의 국민건강보장과 관련해서 영향을 줄 수 있는 주요 요인은 진료비 지불제도의 개편을 들 수 있으며 특히 현행 지불 제도를 총액계약 개념의 지불제도로 변경할 경우는 더욱 많은 변화를 예상할 수 있다. 향후 수가계약방식을 총액계약제 개념으로 전환하는 경우 김진수 외(2007)에서 주장하는 바와 같이 현재 독일과 대만에 서처럼 각각의 공급자 단체가 보험자협의회를 구성하고 각 단체가 자율적으로 심사와 평가를 통해서 총액을 배분할 수 있는 권한을 부여하는 방안과 관련해서 논의가 필요한 것으로 보인다.

건강보험심사평가원의 업무가 독일에 서처럼 공급자단체의 보험자 협의회로 이관되는 것을 전제로 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 의료공급자 그리고 가입자인 국민과의 업무 흐름도를 설정할 경우 국민건강보험공단이 현재 건강보험심사평가원에서 운영하는 위원회(이사회 제외)를 통폐합하여 운영함으로써 실질적 의미의 가입자를 대표하는 기관의 성격을 띠게 된다고 할 수 있으며 반면에 공급자 단체는 현재 건강보험 심사평가원에서 수행중인 심사 및 평가업무를 인수하여 진료비 관련 심사 및 평가를 제 3자에 위탁하여 운영하는 현행제도 보다 심사와 평가에 있어 훨씬 자율적이면서도 책임성을 부여받게 되는 구조로 전환될 수 있을 것으로 보인다. 이렇게 예상되는 조직개편안은 향후 가입자인 국민을 대변하는 역할이 훨씬 강화되어야 한다는 것을 단적으로 보여주는 결과라 할 수 있다.

외국의 의사결정체계가 우리나라에 주는 시사점을 보면 대만의 경우 각 단체별 인력구성에 있어서는 정부 즉 공익을 대표하는 위원수가 다른 단체를 대표하는 구성원 수보다 많은 특징을 보이고 있는 것으로 분석된다. 이와 같은 인력구성원의 특징은 정책결정시 공익의 입장을 우선 대변하고자 하는 정부의 정책적 의지가 담겨져 있다고 볼 수 있다. 그러나 가입자를 대표하는 인력구성원의 경우도 공익을 대표하는 구성인력과 거의 동수로 되어있어 한편으로는 정부정책결정시 가입자인 국민의 의사결정권을 매우 중요시함을 보여주고 있다. 공급자 단체의 경우는 대만에서 현재 실시되고 있는 총액계약제의 특성을 반영하여 각 계약주체를 반영하는 5명으

로 구성되어 있으며 우리나라에서처럼 어느 특정 단체에서 인력구성원에 있어 비교적 우위를 차지하고 있는 경우는 찾아 볼 수 없다.

대만의 진료비 지불계약을 담당하고 있는全民건강보험 의료비용협정위원회와 보험안전 준비관리위원회 운영을 통해 얻을 수 있는 시사점은 국민건강보험공단에서 운영하고 있는 재정운영위원회를 수가계약과 재정만을 관리하기 위한 두 종류의 위원회로 분리하여 운영하며 재정 운영 위원회는 순수 재정전문가 및 가입자를 대표하는 전문가 집단으로 구성하여 공익 대표와 함께 보험료를 결정하고 재정문제를 논의하는 기구로 개편하여 운영하는 것을 고려해볼 필요가 있지 않나 생각한다. 동시에 대만과 같이 가입자, 공급자, 공익 동수로 구성된 수가협상 위원회를 별도로 공단 내에 구성하여 계약하는 방식에 대한 고려 역시 가치 있는 대안으로 여겨진다.

독일의 경우는 가입자의 권리를 강화하고, 의사결정의 투명성 확보를 통하여 건강보험제도에 불만을 최소화하기 위한 목적으로 다양한 방법의 국민참여를 유도하고 있는 것으로 조사되었다. 특히 가입자 단체로 정책결정에 참여하기 위해서는 연방보건부에서 인정한 4개 단체 즉, 독일장애인평의회(Deutsche Behindertenrat:DBR), 환우회 단체(BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen: BAGP), 사단법인 사업단체 연맹(Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.), 사단법인 소비자센터 연방협회(der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.) 회원이어야 하며 4개의 단체 외에도 요건을 갖춘 다른 단체는 G-BA에서 추천하여 보건부가 추가 승인할 수 있게 한 제도는 우리나라에서도 검토해볼 만한 가치있는 제도로 생각된다.

또한 가입자 단체의 전문성을 지원하기 위해 가입자 단체를 자문하고 지원할 수 있도록 법률가, 경제학자 등이 운영하고 있는 기구와 가입자 대표를 지원하기 위한 전문가 집단을 별도로 구성하여 전문 분야별 의사결정과정에서 가입자 단체를 대표하는 역할을 담당하고 있는 제도는 우리나라에서도 가입자 단체의 전문성 확보를 위한 대안으로 적극적 고려가 필요 한 것으로 생각된다.

건강보장 정책관련 독일에서 진행되고 있는 의사결정방식 및 가입자인 국민의 의

사결정 참여는 우리나라에서 가입자인 국민이 건강보장 정책결정에 어떻게 다양한 방식으로 참여할 수 있는가를 보여주는 좋은 사례로 판단된다. 특히 현재 우리나라에서 건강보험 심사평가원을 중심으로 운영되고 있는 의료행위 전문 평가위원회, 치료재료 전문 평가위원회 그리고 약제 전문 평가위원회가 가입자 참여가 아주 미미한 상태에서 운영되는 것이 국민건강보장을 위한 측면에서 매우 바람직하지 못함을 보여주는 단편적인 결과라 할 수 있어 시사하는 바가 크다.

마지막으로 독일에서 운영하고 있는 중재 기구가 우리나라의 수가계약과 관련해서 주는 시사점은 대만의 진료비 계약 및 재정관리 운영을 위한全民건강보험의료비용협정위원회와 보험안전 준비관리위원회 분석에서도 언급하였듯이 수가계약을 위한 위원회를 독자적으로 구성하여 공단에서 운영하는 방안에 대한 적극적 검토가 필요하다고 보인다. 그리고 우리나라에서 수가계약 결렬시 바로 가입자, 공급자, 공익대표로 동수로 구성된 건강보험정책심의 위원회로 이관돼 또 다른 논쟁과 더불어 시간을 소비하는 과정에서 가입자와 공급자 단체 사이에 많은 불신을 야기하기보다는 이러한 중재 위원회 제도 도입을 적극적으로 검토해 보는 것도 우리나라에서 가입자 참여확대를 위한 바람직한 대안으로 논의해볼 만한 가치가 있다고 생각한다.

끝으로 본 연구가 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 위원회에 국한하여 가입자 참여를 논한 것에 대한 한계점이 있지만 건강보장 정책결정 관련 가입자 참여 방안 논의 시 의미있는 기초자료로 활용되기를 기대해본다. 향후 우리나라 전체 의료보장정책과 관련된 좀 더 포괄적인 의미에서 후속 연구가 수행되었으면 한다.

참고문헌

참고 문헌

- 건강보장 미래전략위원회, 건강보장 미래전략, 2007.
- 건강보험심사평가원, 건강보험 심사평가원 운영규정집, 2008.6.
- 건강보험통계연보, 국민건강보험공단, 2006.
- 국민건강보험공단, 법령집, 2007.
- 김상목외, 중앙정부 정책과 시민참여, 한국행정논집, 16(4), pp. 861-885, 2004.
- 김성숙, 의약분업 정착을 위한 소비자 운동의 의의, <http://www.reportnet.co.kr>, 2002.
- 김진수 외, 건강보험 수가계약의 발전과정과 유형별 수가계약의 의미, 건강보험 포럼, 6(4) pp. 2-8, 2007.
- 김진현, 4대 사회보험의 징수업무 통합과 거버넌스 개편방안, 한국정책학회, 2008.
- 김한중 외, 건강보험 장기발전모델에 관한 연구, 국회보건복지위원회, 2003.
- 문정숙 외, 소비자 권익 향상을 위한 민관협력체계 강화방안 연구, 재정경제부, 한국소비자 단체 협의회, 2003.
- 백재준외, 정책과정에서의 국민참여 활성화 방안-중앙부처의 온라인 행정참여 실태 분석을 중심으로-, <http://www.kdaq.empas.com>, 2004.
- 손명세 외, 의료소비자 운동의 법률적 분석, 한국의료법 학회지, 6(1), pp. 41-66., 1999.
- 송희준 외, 전자정부사업의 투명성 제고효과, 대통령자문 정부혁신 지방분권 위원회 전자정부 전문위원회, 2003.
- 윤주명, 시민참여와 행정의 대응성: 인터넷 시민참여에 대한 도시정부의 반응을 중심으로, 한국지방자치학회보, 13(2), pp. 143-163, 2001.
- 이승중,
- 이영희, 과학기술과 시민참여: 근거·형태·비교, 유네스코 한국위원회 주최 합의회의의 국내정착을 위한 워크숍, pp. 24-25, 2000.
- 이태수 외, 보험자 역할 재정립 방안연구, 국민건강보험공단, 꽃동네 현도사회복지 대학교, 2004.

- 원혜일, 우리나라 국민의 의료 소비자 의식에 관한 연구, 서울대 보건 대학원 석사학위논문, 1994.
- 정정길 외, 정책학원론, 대명출판사, 2003.
- 최순애, 보건의료소비자시민운동의 전개와 전망, 서울대 보건대학원 석사 학위논문, 2000.
- 행정자치부, Policy Process 참여모델 시범적용 계획, 2004.
- Bejerle, T.C., Public Participation in Environmental Decisions: An Evaluation Framework Using Social Goals. Discussion paper. pp.99-06, 1998.
- Irvin, R. A. & Stansbury, J., Citizen Participation in Decision making; Is it Worth the Effort? Public Administration Review, 64(1), pp. 55-65, 2004.
- Nagel,
- OECD, Citizens and Partners: Information, consultation and public participation in policy-making, 2001.
- Okot-Uma, R., Electronic governance and electronic democracy: living and working in the wired world, London, Commonwealth Secretariat, 2000.
- Peters, B. G., The Future of Governing: Four Emerging Models, Lawrence, KS: University Press of Kansas, 1996.
- Walters etc., Putting More Public in Policy Analysis, Public Administration Review, 60(4), pp.349-359, 2000.
- Welch, C. B., NGOs and Human Rights: Promise and Performance, University of Pennsylvania, 2001.
- Zimmerman, J. F., Participatory democracy: populism revived, New York, Praeger, 1986.

별첨 1

이 조사표에 기재된 내용은 통계법
제13조에 의하여 비밀이보장됩니다.

작성기관: 국민건강보험공단
건강보험연구원

건강보장 정책결정구조의 미래지향적
발전방안
-국민참여를 중심으로-
- 설문 조사표 -

2008.09



국민건강보험공단
National Health Insurance Corporation

건강보험연구원

건강보험 정책결정의 국민참여 실태조사

안녕하십니까?

본 조사는 국민건강보험공단 건강보험연구원에서 실시하는 “건강보장 정책결정 구조의 미래지향적 발전방안-국민참여를 중심으로-”연구와 관련 국민참여가 어떤 방식으로 변화해야 하는지 정책적 대안을 마련하고자 조사를 실시하고 있습니다. 이를 통해 건강보장 정책결정관련 위원회 구성과 참여방식 변화를 마련하고 국민의 다양한 욕구를 정책 형성과 집행에 반영하고자 합니다.

본 조사는 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원에서 운영 중인 건강보험제도 관련 위원회에 대하여 여러분의 진솔한 입장을 듣고자 마련된 것으로, 여러분의 성실한 답변은 향후 건강보험 제도 발전에 큰 도움이 될 것입니다. 아울러, 설문조사에 대한 여러분의 의견과 개인정보는 연구의 목적으로만 사용할 것이며, 통계법(제 13조) 규정에 의거 철저히 관리하도록 하겠습니다.

여러분의 소중한 의견이 건강보험 제도와 정책 발전에 기여함을 상기하시어 성실한 답변을 부탁드립니다.

2008년 10월
건강보험연구원
원장 강암구

(121-749) 서울특별시 마포구 염리동 168-9 국민건강보험공단 건강보험연구원(8층)

건강보험연구원 제도분석부

전화: 02) 3270-9841, 3270-9842, 3270-9843

국민건강보험공단 건강보험연구원

I 일반사항

㉔ 다음은 설문조사 대상자의 일반사항에 관한 질문입니다.

1 귀하는 어떤 직업에 종사하십니까? (주 직종만 기입하여 주십시오)

- ① 교수 ② 연구원 ③ 공무원
 ④ 시민단체활동가 ⑤ 의사 ⑥ 약사
 ⑦ 간호사 ⑧ 직능단체 종사자 ⑨ 기타
 (구체적으로:) (구체적으로:)

2 현재 시민단체에서 활동을 하고 계십니까?

- ① 그렇다(2-1번으로) ② 아니다(2-2번으로)

2-1 어느 단체에서 활동하고 계신가요?

- ①
 ②

2-2 과거에 시민단체에서 활동하신 경험이 있으신지요?

- ① 있다(2-2-1번으로) ② 없다

2-2-1 어느 단체에서 활동하신 경험이 있으신지요?

- ①
 ②

3 귀하는 아래 위원회 중 위원으로 활동하고 계신 곳이 있으십니까?

- ① 있다(3-1번으로) ② 없다

보건복지가족부	: 건강보험정책 심의위원회, 건강보험 분쟁조정위원회
국민건강보험공단	: 이사회, 이의신청 위원회, 재정운영 위원회
건강보험심사평가원	: 이사회, 이의신청위원회, 의료행위 전문평가위원회, 치료재료 전문평가위원회, 약제전문 평가위원회, 상대가치 기획단

3-1 있으시다면, 참석하시는 **위원회**를 각각 표기해 주십시오.

보건복지가족부 : 건강보험정책 심의위원회(), 건강보험 분쟁조정위원회()
국민건강보험공단 : 이사회(), 이의신청 위원회(), 재정운영 위원회()
건강보험심사평가원 : 이사회(), 이의신청위원회(), 의료행위 전문평가위원회(),
 치료재료 전문 평가위원회(), 약제전문 평가위원회(),
 상대가치 기획단()

4 귀하는 국민건강보험공단, 건강보험 심사평가원, 의약계, 보건복지가족부 중 한곳이라도 **자문위원**으로 일정 기간(6개월 이상) 활동하고 계시거나 활동하신 경험이 있으십니까?

① 있다(4-1번으로)

② 없다

4-1 어느 기관인지 각각 표기해 주십시오.

국민건강보험공단 (), 건강보험심사평가원 (), 의·약계 (), 보건복지가족부 ()

2 가입자(국민)를 대표하는 구성원을 시민단체나 직능단체보다는 **일반 국민으로** 구성하는 것이 효율적이란 주장도 제기되고 있습니다. 이러한 의견에 대한 귀하의 생각은 어떠하십니까?

① 그렇다

② 아니다

이유: _____

이유: _____

Ⅲ 전문성

㉔ 다음은 건강보장 정책관련 위원회별로 인력구성원이 위원회의 특성에 맞게 전문성을 갖추고 있는지와 관련된 질문입니다. (별첨 1, 2 3 참조)

1 귀하께서는 각 위원회별로 위원들이 위원회의 특성에 맞게 전문적인 지식을 가지고 있다고 생각하십니까? 만일, 그렇지 않다고 판단하시면, 가입자, 공급자, 공익 대표 중 어느 단체의 전문성 강화가 필요한지 아래 표에 각각 기입하여 주십시오.

구분	위원회	위원회의 특성에 맞는 전문지식 보유여부		상대적으로 전문지식을 보유하지 않고 있다고 생각되는 단체에 표기해 주십시오.		
		보유	미보유	가입자 (국민)	공급자	공익
보건 복지 가족부	건강보험정책심의위원회					
	건강보험분쟁조정위원회					
국민 건강 보험 공단	이사회					
	이의신청 위원회					
	재정운영 위원회					
건강 보험 심사 평가원	이사회					
	이의신청 위원회					
	의료행위 전문평가위원회					
	치료재료 전문평가위원회					
	약제전문 평가위원회					
	상대가치 기획단					

IV 투명성

- ㉔ 건강보장 정책관련 위원회가 건강보장 관련 정책결정과정에서 관련 자료 및 정보를 투명하게 공개하고 있다고 생각하십니까? 만약, 매우 그렇지 않다, 혹은 그렇지 않다고 응답한 경우에는 귀하의 의견을 기입하여 주시기 바랍니다.

구분	위원회	위원회 운영의 투명성 정도					개선방안
		매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	모름	
보건 복지 가족부	건강보험정책 심의위원회						
	건강보험 분쟁조정 위원회						
국민 건강 보험 공단	이사회						
	이의신청 위원회						
	재정운영 위원회						
건강 보험 심사 평가원	이사회						
	이의신청 위원회						
	의료행위 전문평가위원회						
	치료재료 전문평가위원회						
	약제전문 평가위원회						
	상대가치 기획단						

Ⅴ 신뢰성

- ㉔ 건강보장 정책관련 위원회가 건강보장 정책결정과정에서 일관되고 국민에게 정책에 대한 안정과 신뢰성을 주고 있다고 생각하십니까? 만약, 매우 그렇지 않다, 혹은 그렇지 않다고 응답한 경우에는 귀하의 의견을 기입하여 주시기 바랍니다.

구분	위원회	위원회 운영의 투명성 정도					개선방안
		매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	모름	
보건 복지 가족부	건강보험정책 심의위원회						
	건강보험 분쟁조정 위원회						
국민 건강 보험 공단	이사회						
	이 의신청 위원회						
	재정운영 위원회						
건강 보험 심사 평가원	이사회						
	이 의신청 위원회						
	의료행위 전문평가위원회						
	치료재료 전문평가위원회						
	약제전문 평가위원회						
	상대가치 기획단						

VI 민주성

- ㉔ 건강보장 정책관련 위원회의 정책결정 과정이 합리적이고 민주적으로 이루어지고 있다고 생각하십니까? 만약, 매우 그렇지 않다, 혹은 그렇지 않다고 응답한 경우에는 귀하의 의견을 기입하여 주시기 바랍니다.

구분	위원회	위원회 운영의 민주성 정도					개선방안
		매우 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	모름	
보건 복지 가족부	건강보험정책 심의위원회						
	건강보험 분쟁조정 위원회						
국민 건강 보험 공단	이사회						
	이의신청 위원회						
	재정운영 위원회						
건강 보험 심사 평가원	이사회						
	이의신청 위원회						
	의료행위 전문평가위원회						
	치료재료 전문평가위원회						
	약제전문 평가위원회						
	상대가치 기획단						

VII 국민참여 및 개선방안

☺ 지금까지 건강보장 정책관련 위원회의 적정성, 전문성, 신뢰성, 투명성, 책임성, 민주성에 대한 귀하의 의견을 고려할 때 향후 건강보장 정책결정과정에서 국민참여를 강화 및 개선할 수 있는 상황에 대하여 묻고자 합니다.

1 건강보장분야관련 위원회에서 국민참여가 확대되는 것이 바람직하다고 보십니까?

- ① 매우 필요하지 않다 ② 필요하지 않다 ③ 필요하다 ④ 매우 필요하다 ⑤ 모름

1-1 국민참여 확대가 필요 또는 매우 필요하다고 선택하였다면 그 이유를 기술하여 주시기 바랍니다.

- ①
②
③

1-2 국민참여 확대가 필요하지 않다 또는 매우 필요하지 않다고 선택하였다면 그 이유를 기술하여 주시기 바랍니다.

- ①
②
③

2 건강보장 정책결정의 효율성을 증대하기 위해 관련 위원회별로 소위원회를 활성화하고 있는 것에 대한 귀하의 생각은 무엇입니까?

- ① 매우 필요하지 않다 ② 필요하지 않다 ③ 필요하다 ④ 매우 필요하다 ⑤ 모름

3 건강보장분야관련 정책결정에서 국민참여를 확대할 수 있는 방안에 대하여 귀하의 의견을 제시하여 주시기 바랍니다.

- ①
②
③

[별첨] 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 관련위원회

별첨 1: 보건복지가족부

▶ **건강보험 정책심의위원회 (2008년 6월 현재)**

○ 건강보험 정책심의위원회의 구성

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장 (1)	보건복지가족부 차관	보건복지가족부	1
가입자대표 (8)	근로자 단체	한국노동조합 총연맹	1
		민주노동조합 총연맹	1
	사용자 단체	한국경영자 총협회	1
		중소기업중앙회	1
	시민단체	경제정의실천시민연합	1
	소비자 단체	한국소비자 단체협의회	1
	농어업인 단체	전국농민단체협의회	1
자영업자 단체	한국음식업 중앙협의회	1	
공급자대표 (8)	의료계 및 약업계 단체	대한의사협회	2
		대한병원협회	1
		대한 치과의사협회	1
		대한 한의사 협회	1
		대한 약사회	1
		대한간호 협회	1
공익대표 (8)	중앙행정기관소속공무원	보건복지가족부	1
		기획재정부	1
	국민건강보험공단 이사장 및 건강보험심사평가원원장 추천	국민건강보험공단	1
		건강보험심사평가원	1
	건강보험관련 전문가	한국보건사회연구원	1
		한국보건산업진흥원	1
		교수(보건대학원)	1
계		교수(보건대학원)	1
			25

▶ **건강보험 분쟁조정위원회** (2008년 6월 현재)

○ 건강보험 분쟁조정위원회의 구성

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장 (1)	건강보험정책관	보건복지가족부	1
공익대표 (6)	4급 이상 공무원 또는 고위공무원단 소속 공무원	보건복지가족부	1
		행정안전부	1
	사회보험전문가	국민건강보험공단	1
		건강보험심사평가원	1
		한국보건사회연구원	1
판사, 변호사, 검사	대한변호사 협회	1	
공급자대표 (5)	의료에 관한 학식이 있는 자	대한의사협회	1
		대한병원협회	1
		대한치과의사협회	1
		대한약사회	1
		한국여자의사회	1
가입자대표 (3)	사회보험전문가	한국사회복지 협의회	1
		건강제상네트워크	1
		인도주의실천 의사협의회	1
계			15

별첨 2: 국민건강보험공단

▶ 국민건강보험공단 이사회 (2008년 6월 현재)

○ 국민건강보험공단 이사회의 구성

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장 (1)	국민건강보험공단 이사장	국민건강보험공단	1
공익대표 (9)	국민건강보험공단 상임이사	기획상임이사	1
		총무상임이사	1
		업무상임이사	1
		급여 상임이사	1
		장기요양 상임이사	1
	공무원	교육과학 기술부	1
		행정안전부	1
		보건복지가족부	1
		기획재정부	1
가입자대표 (5)	노동조합	민주노동조합 총연맹	1
	사용자단체	한국경영자 총협회	1
	농어업인 단체	전국농민단체 협의회	1
	소비자 단체	경제정의실천 시민연합	1
		한국소비자 단체 협의회	1
계			15

▶ 건강보험 재정운영위원회 (2008년 6월 현재)

○ 건강보험 재정운영위원회의 구성

구 분	관련 규정	소속	인원(명)	
위원장	공익대표 중 1인	교수	1	
가입자대표 (20)	직장가입자대표	노동조합	한국노동조합총연맹	1
			전국공공노동조합연맹	1
			전국금융산업노동조합	1
			전국민주노동조합총연맹	1
			전국공공운수노동조합연맹	1
		사용자 단체	전국경제인연합회	1
			한국경영자총협회	1
			중소기업중앙회	1
			대한상공회의소	1
			중앙인사위원회	1
	지역가입자대표	농어업인 단체	전국농민단체협의회	1
			한국여성농업인중앙연합회	1
			수산업협동조합중앙회	1
		자영업자 단체	한국민족예술인총연합	1
			전국개인택시운송사업조합연 협회	1
			한국음식업중앙회	1
		소비자 및 시민단체	건강세상네트워크	1
			한국소비자연맹	1
			경제정의실천시민연합	1
			참여연대	1
공익대표 (10)	관계 공무원	보건복지가족부	1	
		기획재정부(재정경제부)	1	
		기획재정부(기획예산처)	1	
	건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한자	한국보건사회연구원	1	
		한국조세연구원	1	
		한국보건산업진흥원	1	
		교수(사회복지)	1	
		교수(의과대학)	1	
		건강보험심사평가원	1	
		국민건강보험공단	1	
계			30	

▶ 국민건강보험공단 이의신청위원회 (2008년 6월 현재)

○ 국민건강보험공단 이의신청위원회의 구성

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장 (1)	국민건강보험공단 이사장	국민건강보험공단	1
공익대표 (5)	국민건강보험공단의 1급 이상 직원 변호사, 사회보험 및 의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자	국민건강보험공단	1
		건강보험심사평가원	1
		보건복지가족부	1
		행정자치부	1
가입자대표 (17)	사용자 단체	대한변호사 협회	1
		한국경영자 총협회	2
	근로자 단체	중소기업중앙회	2
		한국노동조합총연맹	2
	시민단체	전국민추노동조합총연맹	2
		경제정의실천시민연합	1
	소비자 단체	건강세상네트워크	1
		한국소비자 단체협의회	2
	농어업인 단체	농업협동조합중앙회	1
		수협중앙회	1
자영업자 단체	한국음식업중앙회	1	
	전국개인택시운송사업조합연합회	1	
사회보험 및 의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자	한국소비자원	1	
	대한의사협회	1	
공급자 대표 (2)	변호사, 사회보험 및 의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자	대한병원협회	1
		대한의사협회	1
계			25

별첨 3: 건강보험심사평가원

▶ 건강보험심사평가원 이사회 (2008년 6월 현재)

○ 건강보험심사평가원 이사회의 구성

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장 (1)	건강보험심사평가원 원장	건강보험심사평가원	1
공익대표 (5)	위원장 추천 (건강보험심사평가원 상임이사)	관리상임이사	1
		업무상임이사	1
		개발상임이사	1
	보건복지가족부 건강보험정책관	보건복지가족부	1
	국민건강보험공단 추천	국민건강보험공단 상임이사	1
공급자대표 (5)	의약단체가 추천한 5인	대한의사협회	1
		대한병원협회	1
		대한치과의사협회	1
		대한 한의사회	1
		대한 약사회	1
가입자대표 (4)	노동조합 사용자단체 농어 업인단체 및 소비자단체가 각각 1명씩 추천한 사람 4명	전국민주노동조합 총연맹	1
		한국경영자 총협회	1
		한국농업경영인 중앙연합회	1
		녹색소비자 연대	1
계			15

▶ 건강보험심사평가원 이의신청위원회 (2008년 6월 현재)

○ 건강보험심사평가원 이의신청위원회의 구성

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장 (1)	건강보험심사평가원장	건강보험심사평가원	1
공익대표 (5)	변호사 및 사회보험에 관한 학식과 경험이 있는 자	건강보험심사평가원 임직원	1
		보건복지가족부	1
		교수(내과과장)	1
		대한변호사 협회	2
공급자대표 (14)	의약관련 단체가 추천하는 자	대한의사협회	4
		대한병원협회	4
		대한치과의사협회	2
		대한한 의사 협회	2
		대한 약사회	2
가입자대표 (5)	가입자를 대표하는 단체(시민단체 포함)가 추천하는 자	한국노동조합총연맹	1
		전국주부교실중앙회	1
		한국경영자 총협회	1
		경제정의실천 시민연합	1
		건강제상네트워크	1
계			25

▶ 의료행위 전문평가위원회 (2008년 6월 현재)

○ 의료행위 전문평가위원회의 구성

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장(1)		건강보험심사평가원	1
공익대표(6)		보건복지가족부	1
		국민건강보험공단	2
		건강보험심사평가원	1
		교수(의대)	1
		교수(의대)	1
공급자대표(9)		대한의사협회	2
		대한병원협회	2
		대한치과의사협회	1
		대한치과병원협회	1
		대한한 의사협회	1
		대한간호협회	1
		대한 약사회	1
가입자대표(2)		한국소비자원	1
		소비자 보호단체 협의회	1
계			18

▶ **치료재료 전문평가위원회** (2008년 6월 현재)

○ 치료재료 전문평가위원회의 구성

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장 (1)		건강보험심사평가원	1
공익대표 (6)		보건복지가족부	1
		식품의약품 안전청	1
		국민건강보험공단	2
		교수(과장)	1
		교수(부원장)	1
공급자대표 (5)		대한의사협회	1
		대한병원협회	1
		대한치과 의사협회	1
		대한치과기재 협회	1
		한국의료기기 산업협회	1
가입자대표 (2)		한국소비자단체 협의회	2
계			14

▶ 약제 전문평가위원회(2008년 6월 현재)

○ 약제 전문평가위원회의 구성

구분	관련 규정	소속	인원(명)
위원장 (1)		한국소비자단체협의회	1
공익대표 (5)		건강보험심사평가원	2
		식품의약품 안전청	1
		한국보건경제학회	1
		한국보건의료기술 평가학회	1
공급자대표 (11)		대한의사협회	5
		대한병원협회	1
		대한약사회	4
		대한병원약사회	1
가입자대표 (1)		한국소비자단체 협의회	1
계			18

▶ 상대가치운영기획단(2008년 6월 현재)

○ 상대가치운영기획단의 구성

구분	관련 규정	소속	인원(명)
단장 (1)		보건복지가족부	1
공익대표 (6)		보건복지가족부	1
		국민건강보험공단	1
		건강보험심사평가원	1
		교수(경영)	1
		한국보건사회연구원	1
		교수(의대)	1
공급자대표 (6)		대한의사협회	1
		대한병원협회	1
		대한치과의사협회	1
		대한한의사협회	1
		대한약사회	1
		대한간호협회	1
가입자대표 (3)		경제정의실천 시민연합	1
		교수(의대)	1
		건강세상네트웍	1
계			16

별첨 2

설문 분석³⁴⁾³⁵⁾

□ 인력구성의 적정성

가입자 대표 설문조사 결과 인력구성원의 축소가 필요한 위원회별 3순위

순위(빈도)

구분	위원회	가입자 응답 결과			공급자 응답 결과			공익측 응답 결과		
		가입자	공급자	공익	가입자	공급자	공익	가입자	공급자	공익
보건 복지 가족부	건강보험정책 심의위원회	-	-	2(8)	-	-	1(9)	3(3)	-	-
	건강보험 분쟁조정 위원회	-	-	-	-	1(5)	2(4)	-	3(5)	2(4)
국민 건강 보험 공단	이사회	-	-	3(4)	3(4)	-	-	-	-	1(5)
	이의신청 위원회	-	-	-	2(9)	2(2)	-	1(7)	-	-
	재정운영 위원회	1(2)	-	1(9)	1(13)	-	-	2(6)	-	-
건강 보험 심사 평가원	이사회	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	이의신청 위원회	1(2)	3(10)	-	-	-	-	-	1(7)	-
	의료행위 전문평가위원회	-	2(11)	-	-	-	-	-	-	-
	치료재료 전문평가위원회	-	-	-	-	-	2(4)	-	-	-
	약제전문 평가위원회	-	1(13)	-	-	2(2)	-	-	2(6)	-
	상대가치 기획단	-	-	-	-	-	-	-	-	3(3)

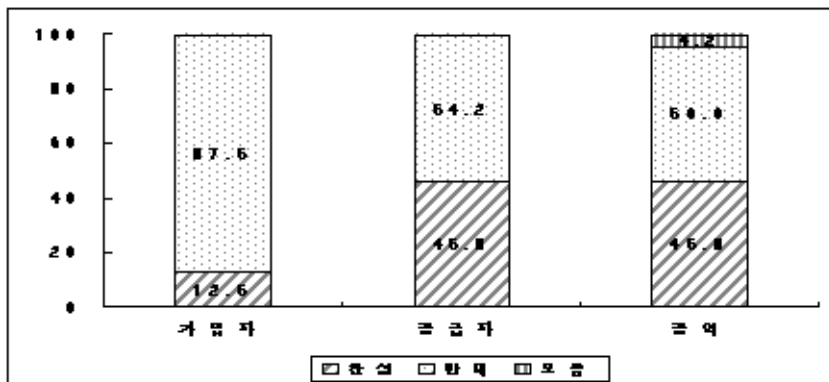
34) 가입자 단체 24명, 공익단체 24명, 공급자 단체 24명을 기준으로 분석
35) ()는 응답자수를 의미하며 1명이 응답한 경우는 제외

가입자 대표 설문조사 결과 인력구성원의 확대가 필요한 위원회별 3순위

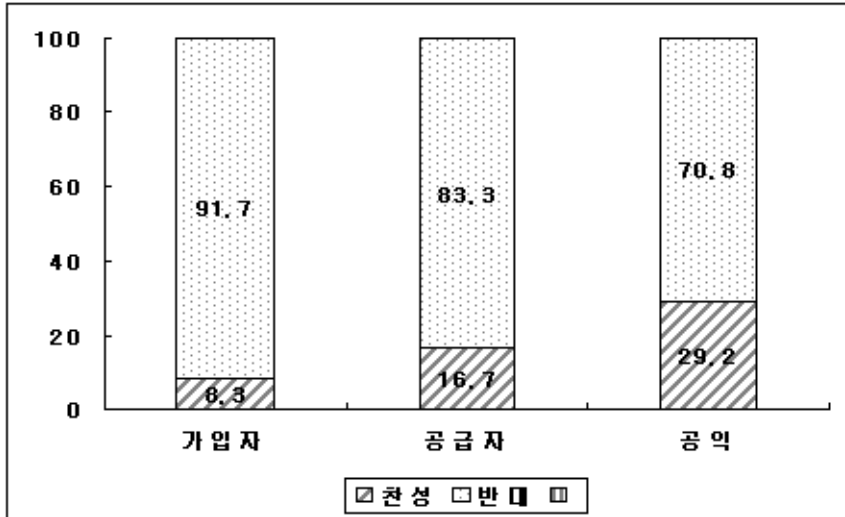
순위(빈도)

구분	위원회	가입자 응답 결과			공급자 응답 결과			공익측 응답 결과		
		가입자	공급자	공익	가입자	공급자	공익	가입자	공급자	공익
보건 복지 가족부	건강보험정책 심의위원회	-	-	-	-	-	1(2)	-	-	-
	건강보험 분쟁조정 위원회	-	-	-	-	-	1(2)	1(5)	-	-
	이사회	-	-	-	-	3(12)	-	-	2(4)	-
국민 건강 보험 공단	이의신청 위원회	-	2(2)	-	-	2(14)	-	-	1(5)	-
	재정운영 위원회	-	-	-	-	1(15)	-	-	-	-
	이사회	-	-	-	-	-	-	-	-	-
건강 보험 심사 평가원	이의신청 위원회	-	-	1(4)	-	-	-	1(5)	3(3)	3(3)
	의료행위 전문평가위원회	3(17)	-	2(3)	3(2)	-	-	-	-	1(4)
	치료재료 전문평가위원회	2(19)	1(24)	-	-	-	-	-	-	-
	약제전문 평가위원회	1(20)	-	-	1(4)	-	-	2(4)	-	1(4)
	상대가치 기획단	-	-	2(3)	2(3)	-	-	-	-	-
	이사회	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	의사	-	-	-	-	-	-	-	-	-

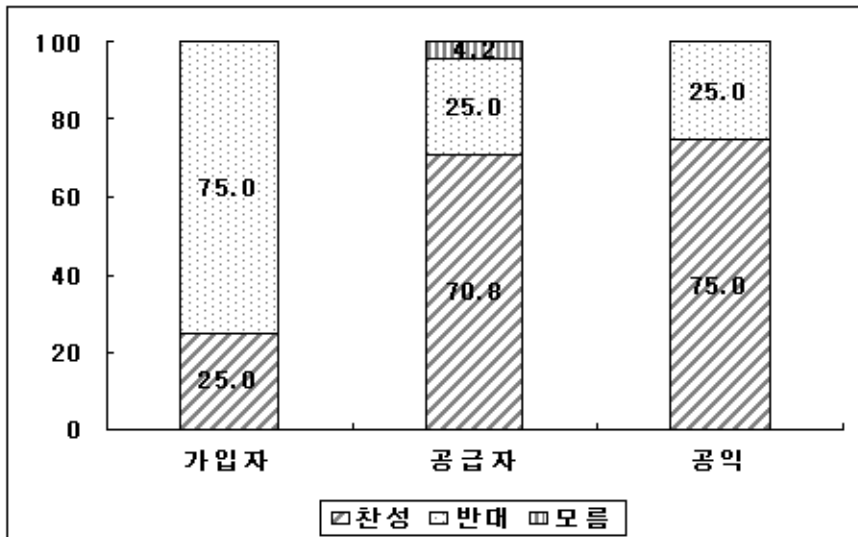
가입자 대표를 시민단체나 직능단체보다는 일반국민으로 구성하는 의견에 대한 응답



가입자 대표의 전문성 확보를 위해 직능단체에서 1명씩 추천하기보다는 전문성을 갖춘 직능단체에서 여러 명을 추천하자는 의견



가입자 대표의 전문성 확보를 위해 직능단체에서 1명씩 추천하기보다는 직능단체에서 추천하는 일반전문가(학자, 연구자)로 하자는 의견에 대한 응답



□ 투명성

단체별 투명성이 부족(매우 그렇지 않다)하다고 응답한 위원회 별 3순위

구분	위원회	가입자 응답 결과	공급자 응답 결과	공익측 응답 결과
보건 복지 가족부	건강보험정책심의위원회	-	-	-
	건강보험 분쟁조정 위원회	-	-	-
국민 건강 보험 공단	이사회	-	2(3)	-
	이의신청 위원회	-	-	-
	재정운영 위원회	-	1(5)	-
건강 보험 심사 평가원	이사회	1(5)	-	-
	이의신청 위원회	2(4)	-	-
	의료행위 전문평가위원회	2(4)	-	-
	치료재료 전문평가위원회	-	-	-
	약제전문 평가위원회	-	-	-
	상대가치 기획단	-	-	-

□ 신뢰성

단체별 신뢰성이 부족(매우 그렇지 않다고 대답)하다고 응답한 위원회 별 3순위

구분	위원회	가입자 응답 결과	공급자 응답 결과	공익측 응답 결과
보건 복지 가족부	건강보험정책심의위원회	-	2(3)	-
	건강보험 분쟁조정 위원회	-	-	-
국민 건강 보험 공단	이사회	-	-	-
	이의신청 위원회	-	-	-
	재정운영 위원회	-	1(4)	-
건강 보험 심사 평가원	이사회	-	-	-
	이의신청 위원회	-	-	-
	의료행위 전문평가위원회	2(4)	-	-
	치료재료 전문평가위원회	2(4)	-	-
	약제전문 평가위원회	1(5)	-	-
	상대가치 기획단	-	-	-

□ 민주성

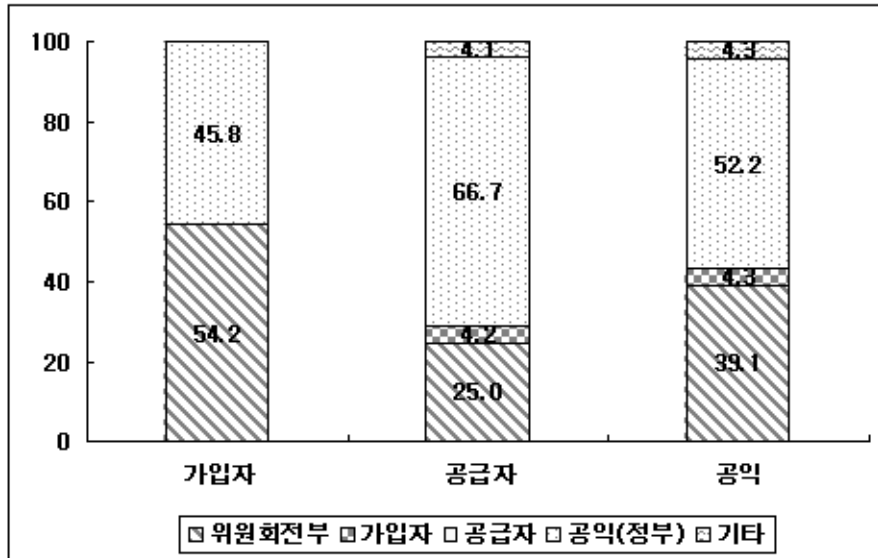
단체별 민주성이 부족(매우 그렇지 않다고 대답)하다고 응답한 위원회 별 3순위

구분	위원회	가입자 응답 결과	공급자 응답 결과	공익측 응답 결과
보건 복지 가족부	건강보험정책심의위원회	-	1(7)	-
	건강보험 분쟁조정 위원회	-	-	-
국민 건강 보험 공단	이사회	-	-	-
	이의신청 위원회	-	-	-
	재정운영 위원회	-	-	-
건강 보험 심사 평가원	이사회	-	-	-
	이의신청 위원회	-	-	-
	의료행위 전문평가위원회	2(3)	-	-
	치료재료 전문평가위원회	2(3)	-	-
	약제전문 평가위원회	1(4)	-	-
	상대가치 기획단	-	-	-

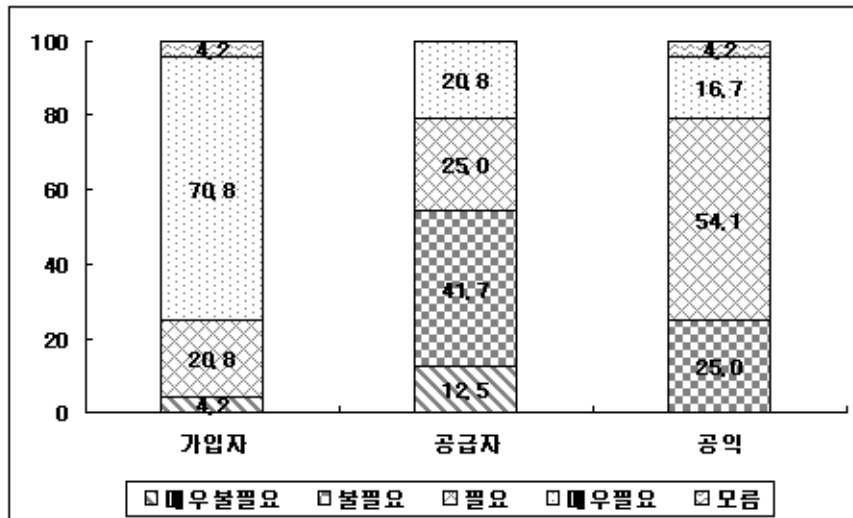
단체별 책임성이 부족(매우 그렇지 않다고 대답)하다고 응답한 위원회 별 3순위

구분	위원회	가입자 응답 결과	공급자 응답 결과	공익측 응답 결과
보건 복지 가족부	건강보험정책심의위원회	-	2(3)	-
	건강보험 분쟁조정 위원회	-	-	-
국민 건강 보험 공단	이사회	-	-	-
	이의신청 위원회	-	-	-
	재정운영 위원회	-	1(4)	-
건강 보험 심사 평가원	이사회	-	-	-
	이의신청 위원회	-	-	-
	의료행위 전문평가위원회	2(4)	-	-
	치료재료 전문평가위원회	2(4)	-	-
	약제전문 평가위원회	1(5)	-	-
	상대가치 기획단	-	-	-

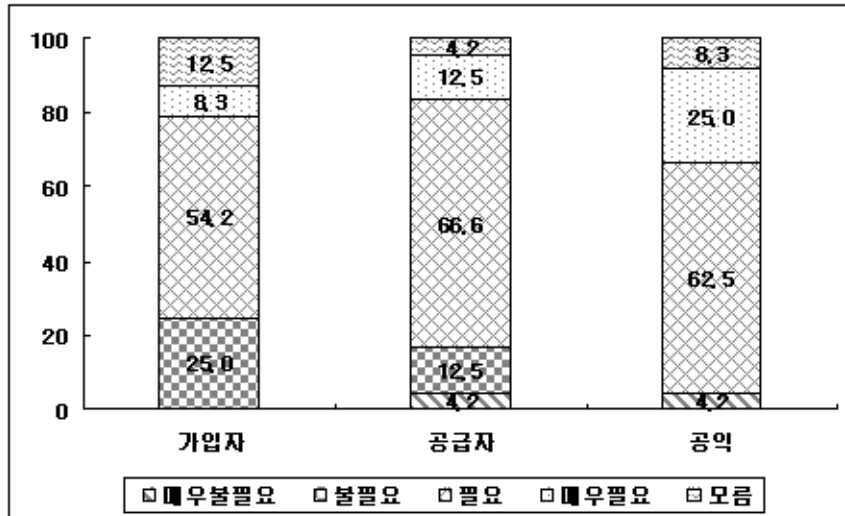
□ 건강보장 정책관련 최종책임은 누구에게 있는지와 관련된 응답



□ 건강보장관련위원회에서 국민참여가 확대 필요성에 대한 응답



□ 건강보장관련 위원회에서 소위원회를 활성화하는 방안과 관련한 응답



연구보고서 2008-09

건강보장정책결정구조의 미래지향적 발전방안 -국민참여를 중심으로-

발행일 : 2008. 10. 31

발행인 : 정형근

편집인 : 강압구

발행처 : 국민건강보험공단 건강보험연구원

서울특별시 마포구 독막길 24(염리동 168-9)

대표전화 : 1577-1000 / FAX : 02)3270-9840

홈페이지 : www.nhic.or.kr

인쇄처 : 에덴복지재단 ☎ 031) 946-3131

가 격 : 5,000원

I S B N : 978-89-91793-81-1

불법복사는 지적재산을 훔치는 범죄행위입니다.

저작권법 제97조의 5(권리의 침해죄)에 따라 위반자는 5년이하의 징역
또는 5천만원 이하의 벌금에 처하거나 이를 병과할 수 있습니다.