

토론회

의료 보장성 강화를 위한 건강보험정책심의위원회 민주적 개편 방안은?

일시 | 2016년 7월 14일(목) 오전9시30분

장소 | 국회의원회관 제9간담회실

주최 | 국회의원 남인순, 참여연대, 국민건강보험노동조합

프로그램

9:30	사회	김연명 중앙대학교 사회복지학과 교수
	인사말	남인순 국회의원
9:40	발표1	건강보험정책심의위원회의 민주적 지배구조를 위한 제언 제갈현숙 전국민주노동조합총연맹 정책연구원장
10:00	발표2	국민건강보험법상 건강보험정책심의위원회의 민주적 개편과 보장성 강화를 위한 법적 대안 이찬진 변호사, 전 참여연대 사회복지위원회 위원장
10:20	토론	이문희 국민건강보험노동조합 정책위원장 변혜진 건강권실현을위한보건의료단체연합 기획실장 남은경 경실련 사회정책팀장 보건복지부 보험정책과
10:50	질의응답	

목차

발제1	건강보험정책심의위원회의 민주적 지배구조를 위한 제언 / 제갈현숙	04
발제2	국민건강보험법상 건강보험정책심의위원회의 민주적 개편과 보장성 강화를 위한 법적 대안 / 이찬진	25
토론1	토론문 / 이문희	45
토론2	토론문 / 변혜진	49
토론3	토론문 / 남은경	55
토론4	토론문 / 보건복지부	60

건강보험정책심의위원회의 민주적 지배구조를 위한 제언 -건강보험정책 지배구조의 민주성과 공공성 제고 방안-

제갈현숙 / 전국민주노동조합총연맹 정책연구원장

I. 서론¹⁾

국민건강보험제도는 가입자들이 납부하는 보험료를 재원으로 전 국민의 강제가입이 전제되는 사회보험 방식으로 운영되고 있다. 사회보험법은 본질적으로 다양한 요구의 대립(사용자 대 노동자, 고소득자 대 저소득자, 보험자 대 수급자, 입법자 대 집행자 등)의 조정을 통한 제도의 존속을 가능하게 하는 재정적 수입과 재정의 분배라는 기능의 균형을 도모함으로써 입법목적을 달성한다. 이 과정에서 헌법에서 평등하게 보장되는 기본권적 고찰을 요구하고, 이러한 고찰시 사회보험법 원리와 사회정의 실현 원칙에 대한 고려가 전제됨은 필연적이다.²⁾

사회보험과 사보험이 보험원리에 입각해서 운영된다는 점은 공통적이지만 사회보험은 공적보험으로서 기본권적 고찰이나 사회정의를 실현한다는 점에서 사보험과 분명한 차이점을 갖는다. 그러므로 건강보험 운영에 있어 재정안정성 이상으로 중요하게 다뤄져야 할 대상이 바로 공적보험으로서 실현시켜야할 사회정의에 대한 지속가능성이다. 그런데 어느 순간부터 한국 사회보험의 핵심적인 논쟁과 의제는 모두 재정안정

1) 이 발제문은 『한국병원자본의 성립·축적과 의료영리화』(민주노동정책연구원, 2015) 중 “건강보험의 제도적 한계(p.203~238)”의 일부 내용을 기본으로 재구성되었음을 밝힙니다.

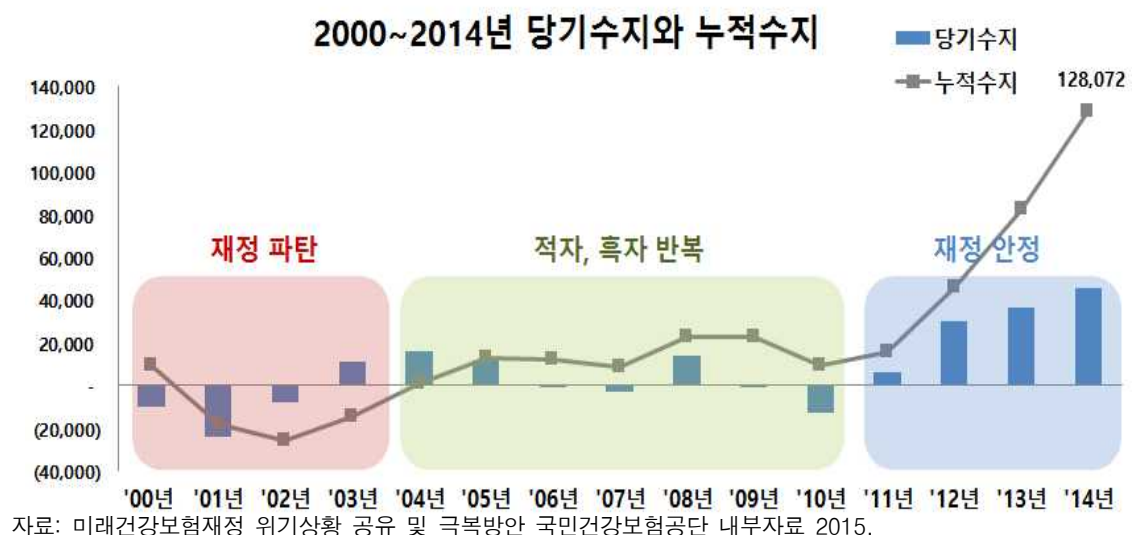
2) 김희성·홍은경(2011). “건강보험법에서 사회보험법의 원리(칙)와 그 특징 및 구조에 관한 연구”. 노동법논총 제21.p.304.

화와 영리화로만 집약되고 있다. 심지어 박근혜 정부는 올해 3월 ‘7대 사회보험 재정 건전화 추진방안’을 발표하면서 사회보험에 대한 기본적인 철학과 가치 모두를 부정하였다. 이는 사회보험 재정주체인 가입자들은 모두 배제한 채, 국가가 국민연금기금을 넘어서 사회보험 전체 재정으로 합법적인 돈 놀이를 할 수 있는 방안을 만드는 것이나 다름없다.

이러한 점을 볼 때, 국가가 사회보험을 운영하는 최우선의 목표가 국민의 안녕을 위한 것인지, 이와는 다른 어떤 목표가 있는 것인지 의문이 생긴다. 또한 정부의 이러한 계획이 가감 없이 진행될 수 있는 근본적인 원인 중 하나는 사회보험의 지배구조에서 가입자의 이해가 매우 형식적으로만 설계되어있기 때문이다. 재정의 원칙에서는 가입자의 보험료 책임을 최우선적으로 강조하지만 사회보험정책 의사결정구조에서 가입자의 이해는 형해화 되었다. 건강보험의 경우도 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)과 재정운영위원회에 가입자 대표가 참여하고 있지만 위원회 구성 및 운영방식 등을 볼 때, 직장가입자와 지역가입자로 대변되는 국민의 이해관계가 옹호되고 보장되기 어려운 구조이다.

국민건강보험의 책임주체는 국가이지만 도입단계에서부터 국가는 재정투입을 최소화하는 것을 정책목표로 하면서 가입자들의 재정부담을 증대시키는 구조로 건강보험은 발전되어 왔다. 최근 건강보험 재정의 대규모 흑자 국면에서조차도 정부는 가입자들의 부담을 줄이거나 건강보험의 보장성을 획기적으로 강화하는 정책적 방향을 제시하는 대신, 국고지원을 축소하려는 움직임마저 보이고 있다.

<그림 1-1> 건강보험 연도별 재정수지



또한 의료보험의 도입단계에서부터 자본과 의료계 이해관계자가 건강보험 정책에 구분 없이 개입 가능하도록 되면서, 공적인 보건의료체계가 구축되기보다는 의료영리화가 중단 없이 진행되고 있다. 건강보험제도의 발전과 더불어 병원자본의 형성은 동시에 진행되었고, 가입자의 건강보험료 부담은 늘어나지만 건강보험 급여의 보장성은 비례하지 않고 오히려 하락하는 기현상이 발생되기도 했다. 이는 건강보험이 적용되지 않는 비급여 부분의 끊임없는 확대가 주요 원인으로 자리하고 공적보험이 존재함에도 불구하고 국민의 의료비는 계속 증가되고 있다. 정부는 국민의 반대에도 불구하고 끊임없이 의료영리화 정책을 추진하고 있으며 공적으로 기능해야 할 의료기관은 자본화 논리에 매몰되고 있다.

이처럼 정부는 국민 보편의 이해보다는 의료산업의 영리성과 국가 재정지출축소에 관심을 기울여 왔고, 보험자인 공단은 가입자를 대표하기보다는 정부의 지배로부터 자유로울 수 없는 구조에 놓여있다. 의료계 이해관계자들은 다양하게 그들의 이해관계를 정책결정과정에 영향을 미치고 있지만 가입자인 대다수 국민의 이해는 정책결정과정에 매우 형식적인 수준에서 머물고 있다.

이에 국민건강보험의 보장성 강화와 한국사회의 보건의료 체계의 공공성 강화를 위해서는 우선적으로 건정심 지배구조의 전면적인 개혁이 필요하다. 가입자 중심의 건강보험정책 의사결정 구조로의 전환과 의결과정의 투명한 공개가 절대적으로 필요하다. 이 글은 건정심 지배구조의 문제점을 살펴봄으로써 건정심 전면 개혁의 필요성을 제시하고 건강보험정책의 대안적 지배구조 방안을 모색하는 것을 목적으로 한다.

II. 국민건강보험의 주요 정책결정 주체

1. 정부(보건복지부)의 기능과 역할

보건복지부의 건강보험정책 결정 기능은 국민건강보험법 제2조에서 건강보험사업은 보건복지부장관이 맡아 주관한다고 규정하면서 건강보험정책 결정과 관련한 모든 권한과 의무를 보건복지부가 주관하도록 법적인 권한과 책임을 부여하고 있다. 보건복지부 업무분장표상의 보건의료정책·건강보험정책 결정기능은 크게 24가지로 규정하고 있다.

1. 보건의료정책에 관한 종합계획의 수립 및 조정
2. 보건의료·건강보험·한의학 정책 상호 간, 정책조정 및 추진전략 수립
3. 보건의료재정의 조달 및 지속가능성에 관한 연구
4. 보건의료재정에 관한 공공 및 민간의 적정 분담에 관한 사항
5. 의료 관련 법령의 제정 및 개정 등에 관한 사항
6. 한국보건의료연구원의 육성 및 지원
7. 외국 보건의료정책 동향 분석 및 국제협력
8. 보건의료정책심의위원회의 운영
9. 보건의료기본법령 개정 및 운영
10. 의과·한 의과·치과의 협진제도에 관한 사항
11. 의료전달체계 개선
12. 개방병원 및 전문병원 제도에 관한 사항
13. 경제자유구역 내 외국의료기관의 설립 및 운영 등 의료시장 개방에 관한 사항
14. 보건의료분야의 재한 외국인 관련 업무 총괄
15. 건강보험제도의 육성·발전 및 재정안정화를 종합계획의 수립 및 조정
16. 건강보험 가입자 관리 및 보험료 부과·징수 정책의 수립·조정
17. 건강보험급여에 관한 종합계획 수립
18. 건강보험요양급여비용 지불제도 및 계약에 관한 사항
19. 건강보험요양급여비용 및 적용기준·방법에 관한 사항
20. 약제의 건강보험요양급여에 관한 종합계획의 수립

21. 약제에 대한 건강보험요양급여비용, 적용기준, 방법 및 적정사용에 관한 사항
22. 건강보험요양기관 현지조사 및 행정처분 업무
23. 건강보험요양급여의 적정성 평가 업무
24. 건강보험 관련 권리구제 및 급여제한 업무

이 중 건강보험제도와 직접적으로 관련된 기능은 15항부터 24항까지로, 전체 역할의 42%를 차지하고, 나머지 역할도 건강보험과 간접적으로 영향을 미치는 정책기능이다. 무엇보다 사회보험제도를 유지하면서도 보험자인 국민건강보험공단의 독립적인 기능보다는 제도의 중요 정책결정과 계획 및 건강보험공단 이사장의 인사권이 정부에 귀속됨으로써 보험자의 독립성은 기대하기 어려운 구조이다. 그러나 보험자의 독립적 기능은 가입자를 위해 절대적이고 필수적으로 요구된다.

이러한 측면에서 한국의 건강보험제도는 재정적 측면은 사회보험적 요소를 갖지만 주요 정책의 결정권을 정부가 독점함으로써 정권의 이해로부터 자유롭기 어려운 한계를 갖는 딜레마를 안고 있다.

2. 보험자인 국민건강보험공단의 기능과 역할

국민건강보험법에서 건강보험의 보험자는 국민건강보험공단으로 명시(제13조)하면서 보험자의 주체를 규정하고 있다. 보험자는 가입자들을 대리하여 건강보험의 수입·지출과 관련되는 주요 의사결정을 해야 하므로 국민건강보험공단은 이에 해당하는 역할을 수행하도록 법률에서 책임과 권한을 부여받았다. 즉 의료서비스의 구매 대리자, 가입자 및 재정의 선량한 보호자, 그리고 가입자에 대한 서비스 제공자로서의 역할이 주어져 있다.

국민건강보험공단의 기능 및 역할은 다음과 같다. 1. 가입자 및 피보험자 자격관리, 2. 건강보험료와 그 밖에 이 법에 따른 징수금의 부과·징수, 3. 건강보험 급여의 관리에 관한 사항, 4. 가입자 및 피부양자의 건강 유지와 증진을 위하여 필요한 예방사업, 5. 보험급여 비용의 지급, 6. 자산의 관리·운영 및 증식사업, 7. 의료시설의 운영, 8. 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보, 9. 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력, 10. 기타 위탁업무 등이다.

국민건강보험은 요양급여비용의 산정과 관련하여 의약계를 대표하는 사람들과의 계

약과 보험료 등의 결손처분에 관련된 사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 재정운영 위원회를 둔다. 그 구성은 직장가입자를 대표하는 위원 10명과 지역가입자를 대표하는 위원 10명, 공익을 대표하는 위원 10명 등 30명으로 구성된다. 위원장은 공익을 대표하는 위원 중에서 호선한다. 직장가입자를 대표하는 위원은 노동조합과 사용자단체에서 추천하는 각 5인으로 구성되며 지역가입자를 대표하는 위원은 농어업인 단체 및 도시자영업자단체에서 추천하는 각각 3인씩 추천, 시민단체에서 추천하는 4인으로 구성된다. 공익을 대표하는 위원은 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 8인과 기획재정부장관 및 보건복지부장관이 해당기관 소속의 4급 이상 공무원 또는 고위공무원단의 일반직 공무원 중에서 각각 1명씩 지명한다.

<표 1-1> 8기 재정운영위원회 명단(임기: 2015. 1. 1 ~ 2016. 12. 31)

구분		소속	직위	비고
직장 가입자대표	노동조합 (5인)	한국노동조합총연맹	사무총장	소위원회
		전국의료산업노동조합	수석부위원장	
		전국공공노동조합	부위원장	
		전국민주노동조합총연맹	부위원장	소위원회
		전국민주노동공공운수연맹	사무처장	
	사용자 단체 (5인)	전국경제인연합회	상무	
		한국경영자총협회	상무	소위원회
		중소기업중앙회	인력지원본부장	
		대한상공회의소	기업환경조사본부장	
		인사혁신처	성과복지국장	
지역 가입자대표	농어업인단체 (3인)	한국농촌지도자중앙회	사무총장	소위원회
		한국여성농업인중앙회	회장	
		수산업협동조합중앙회	지도경제상임이사	
	도시자영업자단체 (3인)	한국외식업중앙회	부회장	
		한국예술통화단체총연합회	사무총장	
		한국학원총연합회	총무부장	
	시민단체 (4인)	늘푸른희망연대	사무총장	
		한국여성소비자연합	부회장	
		녹색소비자연대	공동대표	소위원회
		한국소비생활연구원	부원장	소위원회
공익 대표	관계공무원(2인)	보건복지부	건강보험정책국장	소위원회
		기획재정부	사회예산심의관	
	건강보험에 관한학식과 경험이 풍부한자 (8인)	국민건강보험공단	기획상임이사	소위원회
		건강보험심사평가원	개발상임이사	
		한국보건산업진흥원	보건산업정책본부장	
		홍익대학교 법과대	교수	
		서울대학교건강사회정책실	교수	
		동양대학교보건의료행정학과	교수	위원장
		한국보건사회연구원	부원장	
		한국개발연구원	연구위원	

3. 건강보험심사평가원 기능 및 의사결정 권한

국민건강보험법에서 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위하여 건강보험심사평가원을 설립한다고 하여 요양급여비용 심사와 요양급여의 적정성 평가가 건강보험심사평가원의 역할임을 분명히 하고 있다(제62조).

심사평가원이 관장하는 업무를 다음과 같이 구체적으로 명시하고 있다(제63조). 1. 요양급여비용의 심사, 2. 요양급여의 적정성 평가, 3. 심사기준 및 평가기준의 개발, 4. 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력, 5. 다른 법률에 따라 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁 받은 업무, 6. 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무, 7. 그 밖에 보험급여 비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령으로 정하는 업무이다.

대통령령으로 위임한 업무에 대하여 다음과 같이 구체화하고 있다(시행령 제28조). 1. 법 제27조에 따른 요양급여비용의 심사청구와 관련된 소프트웨어의 개발·공급·검사 등 전산관리, 2. 법 제49조 제1항에 따라 지급되는 요양비 중 보건복지부령으로 정하는 기관에서 받은 요양비에 대한 심사, 3. 법 제63조 제1항 제2호에 따른 요양급여의 적정성 평가 결과의 공개, 4. 법 제63조 제1항 제1호부터 제6호까지 및 이항 제1호부터 제3호까지의 업무를 수행하기 위한 환자 분류체계의 개발·관리, 5. 법 제63조 제1항 제1호부터 제6호까지 및 이항 제1호부터 제4호까지의 업무와 관련된 교육·홍보한다. 이렇게 볼 때, 건강보험심사평가원의 기능과 역할은 크게 심사, 평가로 구분된다.³⁾

우선 병원, 약국 등에서 환자를 진료하고 그 진료비를 건강보험법에 인정하는 기준으로 올바르게 청구하였는지를 확인(심사)함으로써 의료 보장 취지에 합당한 적정진료 보장하고 부적절한 진료비용의 발생 방지하기 위해 심사기능을 둔다. 그리고 의학·의학 면과 비용효과적인 면에서 진료의 적정하게 이루어 졌는지를 평가하여 의료기관에 그 결과를 알려줌으로써 의료서비스의 질을 향상하고, 부적절한 진료의 최소화 및 진료의 오·남용 예방, 효과대비 경제적인 진료 권장한다. 가입자들은 의료기관 이용 후 본인이 부담한 진료비가 건강보험법에서 정한 기준에 맞게 책정되었는지를 확인하기 위해서 진료비확인신청을 할 수 있다. 또한 교통사고 등 응급상황에서 보호자가 없거나 경제적인 이유로 적기에 진료를 받지 못할 경우를 대비하여 응급의료비 대불 제도를 운영하고 있다.

정부는 진료비의 허위·부당청구를 차단하여 건강보험재정을 보호하고 국민 불신을 해결하기 위한 요양기관 현지조사 업무를 지원하고, 또한 신의료행위, 약제·치료재료의 건강보험적용여부 및 금액에 대한 경제성과 적용여부의 적정성을 검토하고 보건복지부에서 최종 확정한다.

3) 건강보험심사평가원 홈페이지 www.hira.or.kr

Ⅲ. 건강보험정책심의위원회(이하 건정심) 개괄

1. 의료 공급자중심 건정심 구조의 역사적 영향

1977년 7월 1일 500인 이상 사업장을 대상으로 의료보험을 당연적용하면서 ‘의료보험법’을 개정하면서 보건사회부장관의 자문기구인 ‘의료보험심의위원회’⁴⁾의 구성과 기능을 법정화하면서 자문기구로서의 역할을 부여하였다. 의료보험심의위원회의 위원은 총 13명으로 구성하되 노동자·사용자·의약계 대표가 각각 동수(3:3:3)고, 공익대표가 4명, 보사부차관이 위원장을 맡는다. 의료보험심의위원회의 기능은 의료보험제도 전반 즉, 보험급여, 보험료와 기타 장관이 부의하는 사항 등에 대하여 자문하는 것이다. 다만 보험료율은 각 보험자(의료보험조합)가 결정하되, 장관이 승인하도록 하였다. 또한, 보험급여 및 의료수가는 동 위원회의 자문을 거쳐 장관이 결정했다.

1999년 12월 31일 ‘국민건강보험법’이 제정·시행되어 종전의 다보험자가 국민건강보험공단으로 단일보험자로 통합되면서 ‘건강보험심의조정위원회’로 명칭이 변경되었으며, 계속 자문기구의 성격을 유지하였다. 그 구성을 살펴보면 위원의 총수는 20명으로 확대되었으며, 보험자·가입자·사용자를 대표하는 위원 8명, 의약계를 대표하는 위원 6명, 공익을 대표하는 위원 6명 등이었다. 건강보험심의조정위원회의 기능은 요양급여의 기준과 요양급여비용, 기타 건강보험에 관한 주요사항 전반을 심의하도록 하였다. 이때 공단에 ‘재정운영위원회’를 신설하여 보험료율을 결정토록 하였다. 이러한 조치는 의료보험조합의 운영위원회의 역할을 대신하는 성격으로 해석할 수 있을 것이다.

건강보험의 수입은 공단의 재정운영위원회에서 결정하고, 지출은 건강보험심의조정위원회에서 결정토록 하는 이원화 구조였다. 이어서 2001년부터 건강보험 재정파탄으로 2002년 1월 19일 국민건강보험재정건전화특별법이 시행되었고, 이 법에 의거하여 처음으로 보건복지부에 건강보험정책심의위원회가 신설되면서 그동안 자문기구의 역할에 그쳤던 건강보험심의조정위원회의 기능에 비하여 심의의결기구로 격상되었다.

건강보험정책심의위원회의 구성은 기존의 건강보험심의조정위원회와는 비교된다. 위원의 총수가 20명에서 25명으로 확대되었으며, 보험자의 참여는 제한되었고 대신에 의약계의 참여가 두드러졌다. 보험자인 국민건강보험공단의 몫이 건강보험심의조정위원회에서는 의약계의 6명보다 많은 8명이 참여하였으나, 건강보험정책심의위원회에서

4) 국민건강보험법 제42조 법률 제5854호에 의거하여 설치되었다.

는 공익을 대표하는 위원 중에서 1명이 참여하는 것으로 대폭 축소되었다. 반대로 의약계는 6명에서 8명으로 추가되었고, 공익을 대표하는 위원 중에서 전문가에서도 추가로 참여가 가능한 구조로 바뀌었다. 즉 건강보험의 중요 정책을 심의하고 의결하는 기구에서 의약계의 참여가 대폭 확대되었다. 이러한 건강보험의 중요 정책은 요양급여의 기준, 요양급여 비용, 기타 건강보험에 관한 주요사항 등 심의·의결하는 것을 말하며, 심지어는 재정운영위원회의 보험료를 결정 권한도 가져와서 현재에 이르게 되었다.

2. 건정심 설립의 직접적인 배경과 문제점

2000년 2월 27일 의료계의 1차 파업이 진행하게 되는데, 이 과정에서 정부는 보험수가 인상을 약속하였지만 파업은 예정대로 진행되었다. 이어서 3월 24일 정부는 건강보험 수가조정 및 급여확대 방침을 발표하고, 4월 1일부터 건강보험수가를 의원 9%, 약국 8.1% 등 평균 6% 인상하겠다고 발표⁵⁾하였고, 김대중 대통령과 의료계 대표의 면담을 진행했지만, 3월 30일부터 시작된 의료계 휴진은 4월 4일부터 4월 6일까지 전국적인 의원 파업으로 이어졌다. 이 과정에서 대한약사회에서는 무능한 정부를 강도 높게 비판하였고, 시민사회단체들은 정부와 의료계의 각성을 강력하게 촉구하였다. 6월 16일 보건복지부는 건강보험수가를 9.2% 인상하기로 결정하였으나, 내부 선거 과정을 통하여 강경파들이 득세한 의료계는 6월 20일 3차 파업에 돌입하게 된다. 이러한 의료계의 반발에도 불구하고 2000년 7월 1일부터 한 달간 계도기간을 거쳐 8월 1일부터 의약분업은 본격 시행되었다. 의약분업의 집행과정에서 정부는 1999년 말부터 2001년 초까지 약 1년 동안 건강보험수가는 다음과 같이 5차례 인상하여 의료계를 달래고자 하였다.

5) 보건복지부(2000). 「의약분업 관련 주요일지」. p.25.

<표 1-2> 의료대란 기간 중 건강보험수가 인상

인상 시기	수가 인상률
1999.11.15.	12.8%
2000.4.1.	6.0%
2000.7.1.	9.2%
2000.9.1	6.5%
2001.1.1	7.1%

자료: 차흥봉, 2006. 「의약분업 정책과정」, p376.

이러한 무분별한 의료수가 인상은 필연적으로 건강보험 재정위기를 불러일으켰다. 1999년 11월에 시작된 의료수가의 인상이 직접적으로 영향을 미친 2000년도부터 건강보험 당기수지의 적자가 불어나기 시작하여, 2001년에는 2조 4천억 원이 넘는 당기적자를 기록하는 등 건강보험재정의 위기상황이 도래하였고, 이러한 재정위기 상황은 높은 수준의 보험료 인상과 국고지원금의 급증으로 이어져 고스란히 국민의 부담으로 전가되었다.

<표 1-3> 의약분업 이후 건강보험재정 변화 (단위: 억 원)

연도		1999	2000	2001	2002	2003	2004
재정변화	수입(A)	86,923	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722
	보험료 등	75,267	79,767	90,173	108,764	133,993	150,892
	국고지원금	11,656	15,527	26,250	25,747	27,792	28,567
	건강증진기금	0	0	0	4,392	6,446	6,263
	지출(B)	95,614	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043
	·보험급여비	78,406	90,321	132,447	138,993	149,522	161,311
	·관리운영비	17,208	15,063	8,064	7,517	7,915	8,732
	당기수지(A-B)	△8,691	△10,090	△24,088	△7,607	10,794	15,679
	누적수지(적립금)	22,425	9,189	△18,109	△25,716	△14,922	757
정책변화	수가 인상	12.80%	21.70%	7.08%	-2.90%	2.97%	2.65%
	보험료 인상	14.68%	3.47%	20.00%	6.70%	8.50%	6.75%
	정부지원율	12.19%	14.73%	18.68%	20.57%	21.75%	20.48%

※ 정부지원율: 건강보험 총지출액 대비 정부지원액(국고+건강증진기금)

자료: 보건복지부, 2005.8. 연금보험국 내부자료

의약분업의 정책결정 과정을 살펴보면, 방향성을 놓고 의사와 약사집단이 권위와 경제적 이해관계 때문에 국민의 기본권을 담보로 하여 실행행사를 하였고, 정부는 이에 효율적으로 대처하지 못했다. 1997년 약사법에 규정된 의약분업은 사전에 이해당사자인 의사와 약사집단이 5·10합의에서 합의되었던 정책이다. 그럼에도 수차례에 걸친 의료대란은 원만한 정책집행 과정과는 거리가 멀다. 의료계의 탐욕과 정부의 무

능이 단지 의약분업의 시행에서만 멈추지 않았다. 의약분업으로 인하여 의료수가 결정구조에 확실한 지분 참여를 담보 받은 의료계는 이후의 건강보험 정책결정 구조에 상당한 영향력을 행사할 수 있게 되었고 자본과 결합한 의료계는 병원자본의 형성이 라는 보다 견고하고 확실한 수입 구조를 가지게 된다.

의약분업 이후 건강보험 재정위기가 발생하였고, 2002년 ‘국민건강보험재정건전화특별법’이 시행되면서 건정심이 신설되었다. 2006년도 말 5년간 한시법이었던 국민건강보험재정건전화특별법이 만료·폐지됨에 따라 특별법에 규정되었던 건정심 관련 조항이 국민건강보험법에 그대로 옮겨져 오늘에까지 이르게 된다.

국민건강보험재정건전화특별법이 만료·폐지되었으나 종전의 국민건강보험공단 재정은 영위원회의 보험료를 결정권이 특별한 이유 없이 건정심의 의결사항으로 그대로 존속된다는 것은 문제가 있다. 이유는 다음과 같은 의사결정구조의 문제 때문이다. 보험료율의 결정은 건정심에서 의결하되 대통령령으로 정하는 것으로 규정하고 있고, 의료수가의 중요한 구성요소인 상대가치점수는 건정심이 심사평가원서 제출하는 상대가치운영기획단⁶⁾ 안을 심의·의결하고 장관이 고시하도록 하고 있다. 또 하나의 주요한 의료수가의 구성요소인 환산지수, 즉 점수 당 단가는 공단이 의료계 대표와 협상으로 계약으로 정하고, 장관이 고시한다. 공단과 의료계 대표와의 협상이 결렬되는 경우에도 건정심이 결정한다. 보험급여의 적용은 심사평가원의 전문평가위원회의 검토를 거쳐 건정심이 심의·의결하고 장관이 고시하도록 규정하고 있다.

그러므로 의료수가와 보험료의 결정에 공급자가 참여하는 현행의 건정심 구조 개선은 필수적으로 제기된다. 건강보험의 수입과 지출의 결정을 가입자를 대리하는 보험자가 결정하지 못하는 것도 심각한 문제이고, 계약의 상대방인 공급자가 건정심의 구성원으로 참여하는 것은 그 자체로 기이한 상태라고 볼 수 있다. 건강보험의 수입과 지출을 건강보험의 사회보험적 성격에 맞게 보험자 스스로가 결정하고 대등한 협상의 당사자로서 공급자와의 관계를 정립되어야만 공적보험으로서의 공공성 담보가 가능해 질 것이다.

6) 상대가치운영기획단: 진료과목 간 불균형 해소와 수가 가산제도 정비를 위해 건정심 산하에 상대가치운영기획단을 운영하고 있다. 그 구성을 살펴보면 의사협회, 약사회 등 의약공급자단체 6명, 가입자 대표 3명, 공익대표 4명, 건강보험공단, 건강보험심사평가원 각 1명 등 모두 15명으로 구성된다. 상대가치운영기획단은 상대가치점수의 가치변동 반영과 함께 주요 개선방안으로 다음의 3가지 과제를 중점과제로 제시한다. 1. 의사비용과 진료비용의 분리: 의사의 행위보상비용과 병원의 보조인력, 시설, 장비, 재료 등의 보상비용의 분리, 2. 치료재료 비용의 분리: 행위에 포괄적으로 반영되어 있는 치료재료가 기술발달 등으로 고도화되어 발생하는 문제 해소 (*'97년 상대가치점수 개발 시 계산된 비용보다 치료재료 가격이 상승하여 환자에게 치료재료를 사오게 하거나 임의비급여 등 의료왜곡 심화), 3. 진료 위험도의 반영: 의료사고, 소송 등의 위험비용이 반영되어 있지 않은 점을 개선하기 위해 위험도를 점수에 반영한다.

3. 의료공급자 중심의 건정심 지배구조와 문제점

의료수가는 건정심을 통해서 최종 결정되는데 의료공급자가 이 기구에 직접 참여하는 기형적인 형태를 띠고 있다. 국민건강보험법 제45조1항에 따르면, 의료수가는 보험자와 의약계(공급자) 대표와의 매년 협상에 의한 계약으로 정하도록 하고 있다. 그러나 이것은 의료수가의 일부분인 점수당단가(환산지수)에만 해당되며, 의료수가의 대다수를 차지하는 '상대가치점수'는 건정심에서 정하도록 하고 있다. 그러나 점수당단가 또한 협상이 결렬되면 건정심이 결정하도록 하고 있으며 보험료의 수입과 의료수가 결정의 대부분의 권한이 건정심에서 결정하도록 하고 있어 보험자로서의 국민건강보험공단의 역할은 매우 제한적이고, 건정심의 권한은 절대적이다.

의료수가에 대한 건정심 중심의 결정구조에 대해, 행위별 수가의 전문적인 의료수가 결정 과정에서 전문성을 보유하고 있는 의료공급자 중심의 의사결정 구조라는 비판이 끊임없이 제기되고 있다.

국민건강보험법에서 건강보험정책심의위원회에 대하여 다음과 같이 규정하고 있다(제4조).

- ① 건강보험정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 건강보험정책심의위원회(이하 '심의위원회'라 한다)를 둔다.⁷⁾
- ② 심의위원회는 위원장 1명과 부위원장 1명을 포함하여 25명의 위원으로 구성한다.
- ③ 심의위원회의 위원장은 보건복지부장관이 되고, 부위원장은 제4항 제4호의 위원 중에서 위원장이 지명하는 사람이 된다.
- ④ 심의위원회의 위원은 다음 각 호에 해당하는 사람을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다. 1. 노동자단체 및 사용자단체가 추천하는 각 2명, 2. 시민단체(비영리민간단체지원법 제2조에 따른 비영리민간단체를 말한다. 이하 같다), 소비자단체, 농어업인단체 및 자영업자단체가 추천하는 각 1명, 3. 의료계를 대표하는 단체 및 약업계를 대표하는 단체가 추천하는 8명, 4. 다음 각 목에 해당하는 8명, 가. 대통령령으로 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 2명, 나. 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 추천하는 각 1명, 다. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 4명
- ⑤ 심의위원회 위원(제4항 제4호 가목에 따른 위원은 제외한다)의 임기는 3년으로

7) 1. 제41조 제2항에 따른 요양급여의 기준, 2. 제45조 제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항, 3. 제73조 제1항에 따른 직장가입자의 보험료율, 4. 제73조 제3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액, 5. 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항.

한다. 다만, 위원의 사임 등으로 새로 위촉된 위원의 임기는 전임위원 임기의 남은 기간으로 한다.

⑥ 심의위원회의 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

총 25명의 위원 중에서 의약계와 약업계의 이익을 대표하는 위원이 8명이 포진되어 있으며, 이는 표면적으로는 가입자를 대표하는 위원이 8명인 점과 균형을 이루고 있다고 할 수 있으나 건강보험의 수입과 지출의 중요한 모든 결정을 건정심에서 담당하고 있으며 특히 의료수가의 결정은 보험자와 의약계(공급자) 대표와의 매년 협상에 의한 계약으로 정하는 것을 감안하면 공급자의 관점에서는 이중의 안전장치라고 할 수 있다. 특히 의료계와 약업계의 배타적인 전문성을 고려하면 건정심 내에서의 공급자가 차지하는 권력은 대등한 수치 이상으로 봐야한다.

<표 1-4> 제1기~6기 건정심 위원배정 (2002.01.28.~2006.12.30)

구분		소속				
		1기~2기 '02.01.28~'06.12.30	3기 '07년~'09년	4기 '10년~'12년	5기 '13년~'15년	6기 '16년~'18년
가입자 대표 (8명)	근로자단체	민주노총	민주노총	민주노총	민주노총	전국보건의료산업 노동조합
		한국노총	한국노총	한국노총	한국노총	전국의료산업노동 조합연맹
	사용자단체	한국경영자총협회 중소기업협동조합 중앙회	한국경영자총협회 중소기업협동조합 중앙회	한국경영자총협회 중소기업중앙회	한국경영자총협회 중소기업중앙회	한국경영자총협회 중소기업중앙회
	시민단체	경실련	경실련	바른사회시민회의	바른사회시민회의	바른사회시민회의
	소비자단체	한국소비자단체협의회	한국소비자단체협의회	한국소비자단체협의회	한국소비자단체협의회	한국한자단체연합회
	농어업인단체	전국농민단체협의회	전국농민단체협의회	한국농업경영인 중앙연합회	한국농업경영인 중앙연합회	한국농업경영인 중앙연합회
	자영자관련단체	한국외식업중앙회	한국음식업중앙회	한국음식업중앙회	한국외식업중앙회	한국외식업중앙회
의약계 대표 (8명)	의료계	대한의사협회	대한의사협회 (2명)	대한의사협회 (2명)	대한의사협회 (2명)	대한의사협회 (2명)
		대한병원협회	대한병원협회	대한병원협회	대한병원협회	대한병원협회
		대한치과의사협회	대한치과의사협회	대한치과의사협회	대한치과의사협회	대한치과의사협회
		대한한의원사협회	대한한의원사협회	대한한의원사협회	대한한의원사협회	대한한의원사협회
		대한간호협회	대한간호협회	대한간호협회	대한간호협회	대한간호협회
	약업계	대한약사회	대한약사회	대한약사회	대한약사회	대한약사회
		한국제약협회	한국제약협회	한국제약협회	한국제약협회	한국제약협회
공익 대표 (8명)	공무원	보건복지부	보건복지가족부	보건복지가족부	보건복지부	보건복지부
		재정경제부	기획재정부	기획재정부	기획재정부	기획재정부
	보험자	국민건강보험공단	국민건강보험공단	국민건강보험공단	국민건강보험공단	국민건강보험공단
		건강보험심사평가원	건강보험심사평가원	건강보험심사평가원	건강보험심사평가원	건강보험심사평가원
	전문가	전문가대표	한국보건사회연구원	한국보건사회연구원	한국보건사회연구원	한국보건사회연구원
			한국보건산업진흥원	한국보건산업진흥원	서울대보건대학원	한국조세재정연구원
			경북대학교	한양대학교	고려대예방의학과	연세대보건과학대학
			연세대학교	연세대학교	한양대학교경제학부	서울대의과대학

건정심의 기능이 실제로 가입자들의 이해를 대표할 수 있는 구조로 대폭 개혁되지 못한다면 축소하거나 심의·의결기구에서 자문기구로 그 기능을 변경되는 것이 적당하다. 이 경우 보험자인 공단에게 그 기능을 행사할 수 있도록 법령 정비가 필요하다. 특히 보험료율의 결정은 공단의 재정운영위원회의 권한으로 이관하는 것이 의료계의 이해를 축소시킬 수 있는 현실적인 방법일수도 있다. 아울러 보험재정의 수입과 지출의 실질적인 권한은 보험자인 공단에서 행사할 수 있어야 보험재정에 대한 책임성이 보다 강화될 수 있다.

한국보건사회연구원에서도 건정심의 권한의 과도한 집중, 책임 구조의 결여, 위원 구성의 독립성 부족, 위원회의 전문성 결여 등에 대해 문제점으로 지적해왔다⁸⁾. 또한 운영상의 문제점으로 정부편향적 위원의 구성, 부결된 안건의 재상정, 의사결정의 절차적 불공정성 등이 계속 지적되었으나 시정되지 않고 있다. 건강보험의 중요 정책의 결정에서 공급자가 참여하는 구조는 해외 사례를 통하여도 찾아보기 힘들다. 그러므로 건정심이 가입자 중심 구조로 전면 개혁시키거나 혹은 권한을 축소하고 기능을 제한하는 방향으로도 고려할 수 있겠다.

8) 한국보건사회연구원(2014). 『건강보험 의사결정기구의 개편 방안』

IV. 공적의료보험 의사결정 구조 해외사례

1. 일본

일본의 건강보험제도는 1922년부터 시작되었는데 직장건강보험이 먼저 창설되었고, 1938년에 지역가입자들을 대상으로 하는 국민건강보험법이 시작되었다. 일본의 건강보험제도 한국과 마찬가지로 강제가입을 전제로 하는 사회보험방식을 채택하고 있다. 그러나 한국과는 달리 다보험자제도이며 보험자 유형별로 가입자격이 상이하며 동일제도 내에 복수의 보험자가 존재한다는 면에서 한국과는 다른 방식을 채택하고 있다. 의료전달체계를 살펴보면 민간 중심의 의료공급체계 내에서 자유롭게 의료를 이용할 수 있으나 혼합진료⁹⁾를 금지하고 있다.

재정은 가입자가 부담하는 보험료와 국고보조금에 의해 조달되며 보험료율과 보험료액은 보험자별 자치회, 운영위원회 등에서 보험자 자율적으로 결정한다. 보험급여는 각 보험자마다 달리 규정하고 있으며 본인일부부담금은 연령, 소득 등에 따라 상이하며 상병수당과 출산수당은 각 보험자마다 달리 운영하고 있다. 진료비 심사의 경우 직장건강보험은 특수민간법인인 ‘사회보험진료보수지불기금’에서, 지역건강보험은 공법인이자 지역보험자단체인 ‘국민건강보험단체연합회’에 선택적으로 진료비 심사를 위탁하는 형태로 운영되고 있다. 또한 국민건강보험조합(직종조합)은 양 심사기관을 선택해서 진료비 심사를 위탁하고 있다. 그러나 보험자는 직접 심사¹⁰⁾를 하거나 위 심사기구가 아닌 제3의 기관에 위탁하는 경우도 있다.

이러한 기본 구조 하에 건강보험의 수입은 보험자 스스로가 결정하고 있으며 지출의 경우 한국의 건정심에 해당하는 ‘중앙사회보험의료협의회’(이하 중의협)의 자문을 통하여 후생노동성장관이 결정한다. 이러한 중의협의 구성은 가입자·사용자 대표 7명과 의약계대표 7명, 공익을 대표하는 위원 6명 등 20명이다. 공익 대표는 국회의 승인을 받아 후생노동성장관이 임명하며 위원장은 공익대표 중에서 호선하여 선출한다. 이러한 중의협의 역할은 수가 및 약가, 급여대상 등의 결정을 후생노동성장관이 할 수 있도록 자문하는 것이며 외부조직인 약가산정조직, 보험의료재료전문조직, 선진의료전문가회의, 진료수가조사전문조직 등과 내부조직인 약가전문부회, 보험의료전문부

9) 급여와 비급여를 동시에 제공하는 방식

10) 도쿄약업건강보험조합의 경우는 진료비 심사를 직접 수행하고 있으며, 조제심의의 경우는 대부분의 직장건강보험조합에서 직접 수행하고 있다.

회, 진료수가개정결과검증부회, 조사실시소위원회, 진료수사기본문제소위원회 등의 전문 기술적 과제 검토 보고를 토대로 중의협 총회에서 결정한다.

2. 독일

독일의 건강보험은 사회보험방식을 채택하고 있으며 독일 내에 거주하고 있는 모든 사람은 공적보험 가입이 의무화되어 있다. 지역과 직역, 직종에 따라 조합 형태의 건강보험조합을 설립하는 다보험자 방식을 채택하고 있다. 국민은 보험자를 자유롭게 선택할 수 있다. 1996년 1,200개 이상이었던 건강보험조합의 수는 2002년 955개, 2014년 약 130개 정도로 줄어들었다. 민간건강보험은 공적 건강보험을 대체하는 형태의 민간건강보험과 공적 건강보험의 급여를 보충하는 민간건강보험으로 구분된다.

2009년에 도입된 건강기금은 건강보험 지출을 예측하고 재정 안정을 도모하며 지출에 따라 건강보험의 보험료율을 확정하는 것으로 보험료로 충당하지 못하는 부분에 대해 연방정부의 재정(조세)으로 보조받고 각 건강보험조합은 재정은용에 따라 보험가입자에게 추가보험료를 부과하고 있다. 기본보험료율은 의회에서 법으로 정하며 추가보험료는 각 보험자가 결정하는 구조이다. 포괄적 급여에 대하여는 법률에서 정하고 있으며 연방보건부 내 연방공동위원회(G-BA)¹¹⁾에서 급여 세부 사항과 신의료기술의 급여 등을 결정한다. 수가의 경우 의원급은 총액계약제에 의하여 1차로 연방보험자연합회와 연방보험의사협회가 상대가치 등 전체 지침을 협상을 통해 정하고 2차로 주단위의 보험자연합회와 보험의사협회간의 협상으로 주별 총액을 결정한다. 또한 3차로는 주보험의사협회가 주의 총액 범위 내에서 개별 보험의사들에게 행위별수가로 지불한다. 진료비 심사의 경우 총액계약제를 적용하기 때문에 개원의사의 진료비용에 대한 정산심사를 공급자 스스로에게 맡기는 형태로 운영되고 있다.

독일의 건강보험제도의 수입인 보험료의 정책 결정구조를 살펴보면 기본보험료는 의회에서 법으로 정하고 각 보험자의 재정 상황에 따라 운영되는 추가보험료는 보험자가 자율적으로 결정하는 구조이다. 지출인 보험급여의 결정도 역시 법률로써 정하고 있다. 진료비 심사의 경우 병원이 보험자(질병금고)에게 진료비를 청구하고 보험자가 이를 심사하고 그에 따른 급여비용을 지급한다. 세부 심사가 필요한 경우 건강보험심

11) 총 13명으로 구성되며, 위원은 연방보험자연합회대표(5명)와 공급자대표(5명: 의협2, 병협2, 치협1), 중립위원(3명) 등임. 위원장은 연방보건부장관이 중립위원 중에서 임명하며, 별도로 환자단체대표(5명)는 조언은 할 수 있으나 의결권은 없다.

사평가단(MDK)¹²⁾에 심사를 의뢰하여 처리한다. 건강보험심사평가단(MDK)은 진료 비용의 적정성 및 서비스의 질은 평가하나 급여 적용 여부나 수가 결정에 관여하지는 않는다.

3. 대만

1995년에 노동자보험, 농민보험, 공무원보험 등 13개로 운영되던 체계를 통합하여 출범한全民건강보험제도를 기반으로 하고 있다.全民건강보험은 전 국민을 대상으로 하며 정부가 제도 운영의 최종 권한과 책임을 지고 위생복지부 산하 건강보험서가 단일보험자로 기능한다. 보험자는 가입자로부터 보험료를 걷고 공급자에 대하여는 의료서비스 제공 비용을 심사 지급하며 요양기관계약제를 통해 계약관계를 형성하고 있다. 대만은 총액계약제를 운영하고 있기 때문에 협상을 통하여 다음 년도 총액 규모가 결정되면 1개월 이내에 보험자는全民건강보험회에 보험료 심의를 요청해야 한다.全民건강보험회는 심의 후에 그 결과를 위생복지부에 보고하고 행정원이 승인하고 위생복지부가 공포함으로써 보험료율은 결정된다. 그러나 위생복지부의 외청급 부서인 중앙건강보험서가 보험자로서 실제 보험료, 수가, 보험적용 등 위생복지부의 안을 작성하는 등 업무를 전담하고 있다. 급여의 적용은 위생복지부장관이 중앙건강보험서의 안을 바탕으로全民건강보험회의 자문을 거쳐 결정하는 구조이다. 의료수가의 경우는 매년 행정원이 정한 진료비총액 증가율의 범위 내에서 위생복지부 내에 설치된全民건강보험회¹³⁾에서 부문별 진료비총액을 합의하고 위생복지부장관이 이를 승인하여 시행한다. 이 경우 합의가 안 될 시에는 위생복지부장관이 결정토록 하고 있다. 보험자인 중앙건강보험서 내의 의심급약재조부가 진료비 심사를 주관하고 있다.

대만의 건강보험제도의 수입인 보험료의 정책 결정구조는 정부인 위생복지부 장관이 결정하여 공포하는 형태를 취하고 있으며 지출인 보험급여의 결정 역시 정부가 결정한다. 진료비 심사의 경우 보험자가 주관하는 구조이다.

12) MDK는 공적건강보험의 의료분야 전문검토 단체로 각 주의 모든 공적건강보험서비스에 대한 의료분야 조인을 하고 있다. 16개 주와 중앙에 1개 등 총 17개 조직이 있으며, 의사, 간병요원, 간병 보조인력 등이 근무하고 있다.

13) 건강보험과 관련된 정책자문과 수입·지출의 중요사안에 대하여 정책결정을 심의하는 것을 주요 기능으로 하는 위생복지부장관의 자문기구이다. 그 구성은 총 35명으로 구성되며, 위원은 보험료부담자대표(18명)와 공급자대표(10명), 공익대표(5명), 정부대표(2명)이다. 위원장은 정부가 추천한 공익대표 중 위생복지부장관이 지명한다. 반드시 보험료부담자대표가 1/2이상, 가입자대표가 1/3 이상이 되어야 한다.

4. 해외 사례의 시사점

이상에서 살펴볼 때, 대체로 건강보험 정책결정에 있어 다음과 같은 경향을 확인할 수 있다. 첫째, 건강보험의 수입과 지출과 관련된 주요한 의사결정에 가입자를 대리하는 보험자의 역할이 합리적으로 작동되고 있다. 둘째, 한국의 경우처럼 의료공급자가 건강보험 정책결정 과정에 참여하는 것(건정심)은 예를 찾아보기 힘들다. 셋째, 수가는 주로 보험자대표와 공급단체 간 협상을 통하여 합의(대만, 독일, 프랑스)하고 있으며 일본의 경우는 관련 위원회의 자문을 거쳐 주무장관이 결정하고 있다. 넷째, 보험료는 보험자가 결정하거나(일본, 독일의 추가보험료) 보험자가 정한 것을 정부가 승인(대만)하거나 보험자의 안을 바탕으로 의회에서 법으로 정(독일 기본보험료, 프랑스)하고 있다. 다섯째, 보험급여의 적용은 대부분의 국가가 법률로 규정하고 있다. 여섯째, 건강보험과 관련된 이해관계를 조율하기 위하여 설립된 위원회는 자문기구로 운영하고 있으며 정부가 최종 결정하는 것이 일반적이다.

V. 결론

건강보험은 공적재원(보험료와 정부지원)이 투입되는 영역으로서 공적자산 운영(재원 조달 및 재정배분)에 있어 민주성과 공정성이 철저하게 담보되어야 한다. 건강보험 운영 구조는 보건복지부 즉, 지나치게 정부 중심으로 권한이 집중되어있는 반면, 보험자 및 국회 견제 권한이 매우 미비하다. 그 결과 건강보험 가입자의 개입 여지나 의사결정 구조의 영향력이 매우 제한적이다.

건정심의 경우 주요 결정사항 대부분을 일개 위원회 중심으로 의사결정이 진행되고 의료공급자의 권한이 과도하게 편입되어 있다. 이것은 사회보험형 의료보장제도를 운영하는 해외 사례와 비교 해봐도 매우 이례적인 현상이라는 것을 알 수 있었다. 해외 사례에서 살펴보았듯이 공적의료보험의 의사결정 구조의 주요특성으로 의사결정의 편향성을 배제하고 상호견제와 균등한 권한이 배분될 수 있도록 구조화 되었다. 이를 위해 공적의료보험 의사결정 관련 위원회 및 기관들의 권한이 실질적으로는 상당히 제한적이다. 또한 정부위원회는 대부분이 권고나 기술적인 검토를 중심으로 하고 정부위원회 운영에 있어 공익위원의 지위와 중립성이 강조된다(일본의 중앙사회보험의료협의회의 의장은 공익대표 중에서 맡으며 공익대표들의 임명은 국회에서 심의함, 독일은 연방공동위원회에 추천된 공익위원들의 경우 연방의회가 청문을 실시하며 임명 동의, 거부권 행사 가능함). 그리고 가장 중요한 요소로서 공적의료보험 의사결정에서 이익집단을 배제하고 있다.

이에 건강보험의 공공성을 강화하기 위해서는 정부, 보험자, 국회 역할 중심으로 의사결정의 지배구조를 개편하는 것이 바람직하다. 건정심의 경우, 건강보험의 장단기 발전 계획 등 제도운영의 방향성 제시를 위한 사회적 협의체로서 기능을 전환할 필요가 있다. 즉 기존 건강보험 주요사안에 대한 실질적인 심의의결 권한을 배제하는 것이 바람직하다. 또한 공익위원의 중립성 제고와 이익집단 배제를 위해 의료공급주체의 위원회 박탈, 이를 통한 가입자의 실질적인 권한 강화가 필요하다.

더불어 보험자로서 건강보험공단의 실질적인 권한 강화가 필요하다. 재정운영위원회를 실질적으로 주관하면서 건강보험 재정운영에 대한 계획을 마련하는 책임을 강화시켜야 한다. 재정운영위원회는 명칭부터 가입자위원회로 변경할 필요성이 있고 위원회 구성도 가입자 중심으로 전환되어야 한다. 보험료, 보장성, 급여가격(수가협상 포함)에 대해 심의 또는 의결 사항으로 변경하는 것이 바람직하다. 더불어 전문평가위원회는 급여결정 여부에 의약학적 타당성 중심으로 검토 및 권고(전문가 검토 중심)

하는 것이 바람직하다. 비용효과성을 고려한 최종 의사결정은 재정운영위원회 권한으로 배치하는 것이 적절하다.

국민건강보험법상 건강보험정책심의위원회의 민주적 개편과 보장성 강화를 위한 법적 대안

이찬진 / 변호사, 전 참여연대 사회복지위원회 위원장

I. 국민건강보험 지배구조의 반민주성

건강보험제도는 우리 국민들의 일상의 삶 속에 가장 친숙하면서도 가장 큰 영향을 미치고 있는 사회보장제도이다. 국민들은 사업장가입자이든 지역가입자든 간에 매월 부과된 건강보험료를 내고 본인이나 가족들이 병·의원을 이용할 때 치료비 중 전부 또는 일부를 본인부담금 명목으로 부담한다.

그러나 정작 주인인 국민들 입장에서 보험료율은 어떻게 결정되고, 건강보험이 보장하여주는 질병 및 치료행위와 치료비용은 어떻게 결정되는지 잘 알지 못한다. 그리고 국민들은 사회보험인 건강보험으로 전체 의료비의 얼마만큼을 보장받을 수 있는지, 이와 관련하여 보험료율은 얼마나 책정할 것인지에 대해서도 모른다. 국민의 건강권과 경제적 부담에 관한 사항의 의사 결정에 대해 직·간접적으로 참여할 방법 또한 마땅치 않다.

도대체 어떠한 이유로 어떠한 질병과 약제가 건강보험의 적용을 받지 못하게 되는 것인지와 입원 및 통원 치료 시 질병별로 본인부담금률은 어떠한 기준으로 책정되는지 등의 결정 과정에 국민들은 참여할 수도 없고 심지어 방청할 수도 없으며 어떠한 논의가 되어서 그와 같은 결정이 되었는지에 대한 정보공개조차 제공되지 않는다. 그리고 국민들의 대의기구인 국회 역시도 이와 같은 의사결정 구조에 참여하지 못한다.

철저히 주인들과 주인의 대의기관의 참여가 배제된 상황에서 ‘건강보험정책심의위원회’(이하 건정심)라는 특이한 기구가 정부와 공단, 의료계와 가입자단체가 추천한 일부 인사들 및 일부 전문가들이 모여서 국민 모두에게 중대한 영향을 미치는 보험료와 수가, 약제 및 약제비, 요양급여기준 등 급여적용 여부의 주요사항을 결정하고 여기에 정부가 일방적으로 결정하는 본인일부부담금의 부담률 및 부담액이 결정·고시되면 국민들은 영문도 모른 채 비용만 부담하는 셈이다.

건강보험과 관련하여 국회 역할을 하는 것이 바로 ‘건정심’이다. 그리고 이와 같은 모든 중대한 사항들의 논의 과정이나 논의 내용들에 대하여 건정심과 정부는 전혀 공개하지 않고 단지 그 결과만 집행하고 있다. 왜 국민들의 일상생활에 직결되는 위와 같이 중요한 모든 사항들의 의사결정과정을 공개하지 않는가?

건정심 구조에 참여하고 있는 정부 당국과 의료계, 일부 전문가들은 이해관계자들의 압력을 배제하고 공익적이고 중립적인 의사결정을 위해서라는 변명을 할 수 있을 것이다. 과연 그러한가? 여기서 주인인 국민들이 이해관계인으로서 의사결정과정에서 의견을 개진하는 것, 심지어 속기록을 통하여 구체적으로 어떠한 논의들이 이루어졌고 쟁점은 무엇이었는가를 사후에 확인하는 것이 잘못된 것인가? 정부는 과연 주인인 국민들의 이해관계를 대변하고 있는가?(이 점은 다음 장에서 후술함) 주인을 이해관계인이라면서 배제한다고 하니 그 발상은 참으로 황당한 것으로 ‘민주의식’이라고는 보이지 않는다. 의료계를 대표하는 위원들이나 공익을 대표하는 정부 지명 위원들 역시도 무슨 압력을 받는다는 것인가? 그들 스스로 양심 또는 자기가 속한 직역의 이익을 대표하여 활동하면 되는 것 아닌가?

국민들 모두에게 적용되는 건강보험에 관한 주요사항들은 국민들의 부담을 수반하는 사항들로 국회의 입법으로 비교하면 조세법률 제정과 마찬가지로 중대한 사항에 해당한다. 이렇게 중요한 사항들에 대하여 과연 국민들의 중지가 반영되기 어려운 인적 구성을 가진 ‘사회적 합의 기구’ 형식의 ‘건정심’에서 결정하는 것이 과연 정당할 수 있을까? 국민들이 이와 같은 중요한 의사결정과정에서 배제되는 제도의 운영은 그 자체로 헌법적 정당성과 민주적 대표성을 가질 수 없다.

이제 ‘건정심’으로 대표되는 건강보험제도의 지배구조는 전면적으로 개편되어야 한다. 마찬가지로 정부가 국민들의 의견을 수렴하지도 않은 채 정권의 입맛에 맞도록 일방적으로 본인부담금을 및 부담액 결정고시함으로써 건강보험의 보장성을 10년간 막고 있는 반민주적 운영방식은 더 이상 유지할 정당성을 상실하였다.

II. 왜곡된 건강보험의 지배구조와 건강보험 보장성 정체 및 실손형 민간의료보험의 범람으로 인한 국민 부담 악화

한국보건사회연구원(2016)이 발표한 ‘의료이용 합리화를 위한 실태분석과 개선방안’에 따르면 우리나라 국민들은 건강보험료의 부담에도 불구하고 제도에 대하여 46.6%가 만족(매우 만족8%, 만족38.6%)이라고 답하였는데 대체적으로 건강보험제도에 대한 만족도가 높은 것으로 나타났다. 반면 민간의료보험 만족도는 27%로 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 다만 건강보험료 부담을 늘려서라도 보장성을 강화하여야 한다는 입장은 24.6%로 나타났고, 64%는 건강보험의 보장을 강화하고 민간의료보험의 역할을 줄여야 한다고 요구하였다(헤럴드경제 2016.5.26.자).

건강보험에 대한 국민들의 신뢰와 보장성 강화를 원하는 국민들의 요구는 꾸준한데 실제로 제도에 반영된 효과는 미미하다. 그 이유는 무엇일까? 역대 정부가 건강보험 제도의 지배구조에서 주인인 국민을 사실상 배제하고 건강보험 보장성을 위한 비영리 공공영역 확대, 국민의 건강권은 뒷전에 두고 영리 서비스 산업 육성 정책의 영역(구체적으로는 선진보건산업육성정책과 금융산업 정책)으로 치환하였기 때문으로 볼 수밖에 없다. 참여정부를 표방한 노무현 정부마저 의료산업화 정책을 밀어부치면서 2005. 9월 실손형 민간의료보험을 인가하여 건강보험이 감당하여야 할 보장성 부분인 본인부담금을 민간 보험의 영역으로 전가하였다. 이와 같은 민간보험제도를 정부가 허용한 것은 고액진료비가 발생하는 암 등 중증질환에 따르는 본인부담금 때문에 경제적 파탄이 발생하는 가구들은 건강보험이 그 부담을 완화해 주기 어려워니 개인책임으로 알아서 준비하라는 압력을 준 것이나 다름없는 것이다.

그 결과 2015년 상반기 기준 우리 국민 5명 가운데 3명꼴인 약 3150만 명이 실손형 보험에 가입했고 실손형 보험을 비롯해 민간의료보험에 가입한 가구 비율은 2012년 기준 약 80%에 이르며 가구당 4.64개를 가입해 월평균 약 34만 원의 보험료를 내고 있다고 한다. 2014년 기준 가구당 월평균 건강보험료가 91,000원 대비 민간의료보험에 3.8배의 돈을 내는 셈이다(병원비 불안 없는 나라/김양중, 한겨레신문 16. 4. 19. 자).

노무현 정부 당시 건강보험의 보장성이 2005년 61%에 달했으나 지난 10년 남짓의 기간 동안 2014년 기준 63% 정도로 확대된 건강보험의 보장성은 거의 개선되지 않고 있다. 다만 2015년도 특정 중증질환 본인부담상한제 및 차액병실료 보장 등 일부

분야를 중심으로 일부 개선이 되고 있는 정도가 현실이다. OECD(2014)에 따르면 국민의료비 가운데 공공부문 지출 비율은 OECD 평균이 72%이고, 우리나라는 55% 수준이다. OECD 회원국 가운데 우리보다 낮은 나라는 미국과 칠레뿐이다. 공공지출이 높은 비율에 속하는 덴마크나 노르웨이는 85% 이상인데 이 나라에서 태어났으면 아파도 병원비 걱정 없이 살 수 있는 것이다(김양중, 위의 기사 참조). 지금 우리 국민들이 민간의료보험에 지급하는 보험료의 절반 이하만 건강보험료로 부담하면 OECD 평균 이상의 건강보험 보장을 받을 수 있고 고액진료비로 인한 가계 파탄을 막을 수 있다.

그런데 누가 국민들에게 공포를 조성하여 건강보험의 재정으로 들어가면 보장성이 강화될 국민의 피같은 돈을 금융보험회사들의 돈벌이 수단인 민간의료보험료지불로 바꾸어 왔는가? 결국 역대 정권과 이에 들러리를 서 온 건강보험의 지배구조가 건강보험의 보장성 강화를 가로 막아 왔던 것 아닌가? 따라서 건강보장과 관련한 정책을 국민들의 공익이라는 관점에서 바로 잡고 지속적으로 국민의 건강권 확대를 위한 길로 매진하게 하려면 건강보험제도를 영리 보건산업정책, 금융산업정책 논리로 훼손하는 권력집단의 영향력을 배제, 축소하고 국민의 건강권 확대를 관철할 수 있도록 법률을 개정하여야 한다. 이를 위하여 국민들의 이익을 대변하는 위원들이 다수로 구성된 건강보험의 의사 결정기구가 될 수 있도록 전면적인 개편을 할 필요가 있다.

Ⅲ. 건강보험정책심의위원회 및 재정운영위원회의 현황

1. 연혁 및 현황

1999.2.8.국민건강보험법이 제정, 2000.1.1.자로 시행되면서 건강보험제도의 주요사항을 결정하는 2개의 사회적 합의기구인 재정운영위원회와 건강보험정책심의조정위원회가 제도화되었다.

재정운영위원회는 보험료의 조정 및 보험재정과 관련한 주요사항을 심의·의결하는 공급자가 참가하지 아니하는 공단 내의 설치된 기구로 가입자대표 20명(직장 10 지역 10)와 공익대표 10명으로 구성되었다(구법 제31조). 건강보험정책심의조정위원회는 요양급여의 기준 및 요양급여비용 그 밖에 건강보험에 관한 주요사항을 심의하는 공급자가 참여하는 사회적 합의기구로 보건복지부장관소속 하의 보험자(2)가입자(지역/직장 각2),사용자(2) 및 의약계 6인 공익 6인 합계20인으로 건강보험심의조정위원회(구 법 제4조)가 출범되었다.

그런데 99년부터 2000년에 이르는 기간 동안 의약분업에 반발하는 의료계의 집단 폐·파업을 달래기 위하여 실시된 4차례의 수가(요양급여비용) 인상으로 건강보험재정 위기가 발생하였고 이에 대한 대책으로 정부는 2002.1.19.자로 2006.12.31.까지의 한시법인 건강보험재정건전화특별법을 제정·시행하였다. 국민건강보험법상의 건강보험심의조정위원회의 권한인 요양급여기준, 요양급여비용 및 재정운영위원회의 직장보험료율 및 지역 세대의 월별 보험료액을 심의·의결하는 권한을 신설되는 건강보험정책심의위원회에 부여하고 위원장은 복지부차관으로 하여 가입자대표 8명, 의약계대표 8명, 공익대표 8명으로 구성하여 이를 운영하였던 것이다. 그리고 이와 같은 특별법 규정에 따라 건강보험법상 건보심의조정위원회의 기능을 정지시키고 재정운영위원회도 사실상 정지시켰다. 이로써 공급자 측이 가입자 및 보험자가 결정할 사항에 속한 보험료율의 결정 사항까지 참여하는 기형적인 기구가 건강보험재정을 안정화시킨다는 명분하에 한시적으로 운용된 것이다. 그리고 건강보험재정 위기가 해소되고 한시법인 위 특별법은 일몰로 폐지되는 상황이 되었다.

그런데 노무현 정부는 어찌된 영문인지 건강보험재정위기가 해소되었는데도 시민사회계에서 보험료 결정권한은 건강보험 보장성 확대 기초 하에 가입자들과 보험자 간의 사회적 합의기구에서 결정하여야 하고 공급자들이 참여하는 기구에서 정해서는

안된다는 취지의 강력한 반대에도 불구하고 국민건강보험법상의 재정운영위원회의 권한을 회복시키지 않고 보험료결정에도 공급자들이 참가하는 특별법상의 ‘건정심’을 단일한 의사결정기구로 존치하는 내용의 건강보험법 개정법률안을 제정·시행하였다.

이로써 보험료율 및 요양급여기준(보장성), 요양급여비용(수가)을 결정하는 특별법에 의한 ‘건정심’은 2006.12.30.자 국민건강보험법 개정법률(특별법 일몰에 따른 개정임)에 따라 기존의 사문화된 건강보험심의조정위원회를 대체하여 현행법 체계로 그대로 승계·시행된 것이다(다만, 지역가입자의 세대 보험료액은 보험료부과점수로만 문구 변경).

결국 ‘건정심’은 재정위기 기간 중의 한시적인 특별기구로 입법되었다가 아예 건강보험제도의 지배구조를 담당하는 사회적 합의기구가 되어 민간의료기관 중심으로 의료서비스가 구축된 우리나라에서 건강보험이 적용되는 범위와 수가, 보험료를 심의하여 결정하는 최고의 의사결정기관이 된 것이다.¹⁾

2. 문제점

1) 입법구조 관점

‘건정심’은 형식상 위원장 외에 가입자 대표 8명, 공급자 대표 8명, 공익대표 8명으로 되어 있으나 정작 가입자대표 역할을 하는 근로자단체가 추천하는 위원은 2명(나머지는 사용자단체 2, 시민단체, 소비자단체, 농어업인단체 및 자영업자 단체가 각각

1) 법 제4조(건강보험정책심의위원회 1. 제41조제2항에 따른 요양급여의 기준

2. 제45조제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항

3. 제73조제1항에 따른 직장가입자의 보험료율

4. 제73조제3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액

5. 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

법제4조 제1항 제5호 관련 법시행령 제3조

1. 제21조제2항에 따른 요양급여 각 항목에 대한 상대가치점수

2. 제22조에 따른 약제·치료재료별 요양급여비용의 상한

3. 그 밖에 제23조에 따른 부가급여에 관한 사항 등 법 제5조제1항에 따른 건강보험에 관한 주요사항으로서 법 제4조에 따른 건강보험정책심의위원회(이하 "심의위원회"라 한다)의 위원장이 회의에 부치는 사항

추천하는 1인)으로 되어 있어서 국민 일반의 가입자들의 입장과 권익이 구조적으로 대변되기 어렵게 입법된 조직이다.

2) 제도운영실태상의 문제점

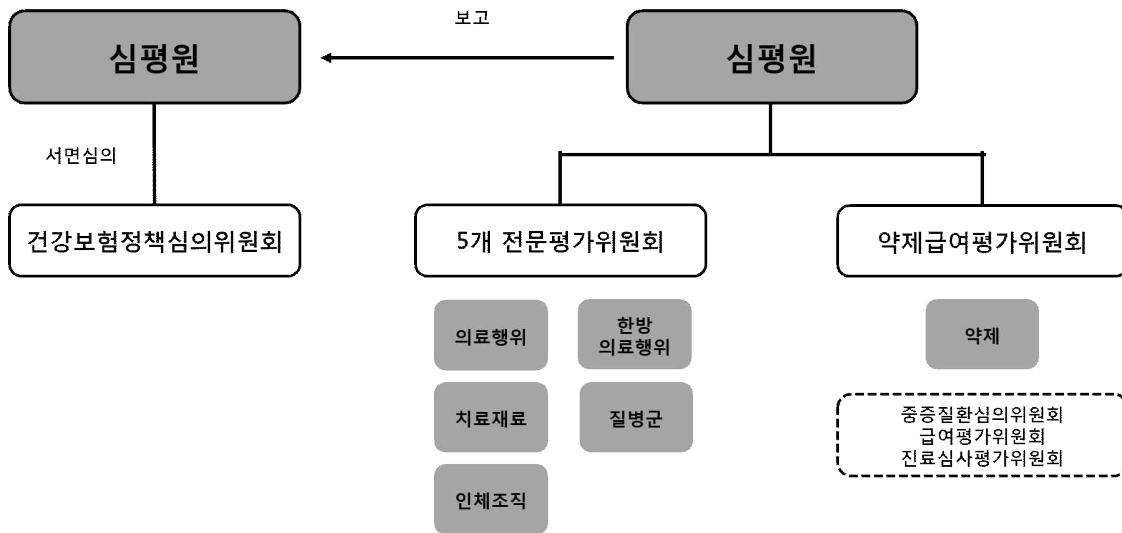
제도의 운영실태를 보면 문제는 더욱 심각하다. 현행 건강보험 급여는 먼저 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(이하 ‘기준 규칙’)에서 구체적으로 정하여 고시되고 있는데 일반원칙으로 기준규칙 별표1로 ‘요양급여의 적용기준 및 방법’이라는 일반 원칙이 고시되어 있고 동 규칙 별표2에서 ‘비급여대상’을 고시하면서 일상생활에 지장이 없는 질병에 대한 항목들을 예시하고 이에 대한 진료행위, 약제, 치료재료(1호), 신체의 필수기능개선 목적이 아닌 진료 관련 행위, 약제, 치료재료(2호), 질병·부상의 치료를 직접목적으로 하지 않는 예방진료 관련 행위, 약제, 치료재료(3호), 정책상 요양급여를 하기 어려운 경우 및 보험급여원리에 맞지 않는 비용, 행위, 약제, 치료재료(4호)를 정한다. 그리고 이와 같은 비급여대상 항목으로 고시되지 않은 사항들과 관련하여 기준규칙 제8조에 따라 별도의 행위·약제·치료재료별 급여목록표를 작성, 고시하는데 이것이 종국적으로는 급여대상이 되는 구조이다.

이와 같은 급여목록표에 없는 사항들은 장관 산하의 신의료기술평가위원회 심의 대상인 신의료기술, 약제, 기자재, 기기와 관련하여 ‘심평원’ 산하 5개 전문평가위원회와 약제급여 평가위원회 별로 요양급여 대상 여부를 심사하여 요양급여대상 여부를 판단하며 이와 동시에 법시행령 제21조 제2항에 따라 요양급여비용(수가)을 결정하는 기준요소인 상대가치점수를 기준규칙 제8조 제4항에 따라 정하여 고시하도록 되어 있다.

이와 별도로 요양기관, 의약관련 단체, 약제·치료재료의 제조업자·위탁제조판매업자, 수입자 또는 가입자등은 상대가치점수, 상한금액, 요양급여대상, 비급여대상의 조정을 장관에게 신청할 수 있다(기준규칙 제12조).

이와 같은 사항들 역시 위와 같은 심평원 산하의 전문평가위원회의 검토하여 요양급여기준과 복지부에서 임시로 운용하는 상대가치점수 기획단을 거쳐 점수안이 마련되면, 이것을 기초로 하여 보건복지부에서 관련 고시안들을 건정심 안건으로 상정하는 것이다.

<그림 2-1> 체계도



이와 같이 보건복지부에 의하여 미리 준비된 변경고시안들(비급여대상, 급여목록표, 상대가치점수)을 복지부가 ‘건정심’에 안건으로 상정하면, 월 1회 가량 진행되는 ‘건정심’ 논의에서 어떠한 배경으로 어떠한 항목들에 대하여 어떠한 근거에 따라 급여 또는 비급여로 정하여졌는지 상대가치점수는 어떻게 증액변경된 것인지 신의료기술과 관련해서는 어떠한 기준으로 급여비용이 책정되었는지 등에 관하여 심층 검토할 기회조차 없이 원안대로 통과되는 것이 상례이다. 예외적인 경우라고 해도 기껏해야 특정 분야에 관심이 있던 위원이 자신이 관계되는 단체가 상대가치점수 등의 조정신청을 한 사안 등과 관련하여 평소 계속 추적하고 있던 사안에 대하여 해당 항목에 대한 심의가 유보되는 선에서 통과되는 수준으로 그야말로 ‘건정심’이 허울 좋은 사회적 합의기구로 전락되어 있는 것이다.

결국 ‘건정심’은 그 자체로 법률이나 다름없이 국민일반을 구속하는 건강보험료와 요양급여기준과 요양급여비용을 결정하는 사회적 합의기구로 되어 있지만 실제로는 이와 같은 법률에서 정한 의결사항에 관하여 그 어느 것 하나라도 제대로 된 일관성 있는 기초 하에 급여와 비급여 기준, 상대가치점수 결정과 관련하여 책임감 있는 결정을 하지 못하는 구조적인 심각한 장애를 갖고 있는 것으로서 위와 같이 법률상 부여된 막중한 권한과 책임을 행사할 수 없는 상황이다.

그나마 근로자단체 추천 대표 2인 정도를 제외하고 사용자 및 시민·소비자단체·농어업인·자영업자단체 대표 추천 위원들은 일반적으로 전문성이 확보되지 않은 인사들로 추천되는 것으로 알려져 공급자 대표들의 전문성에 밀릴 뿐 아니라 실제로 보건의료

관련 노조 출신 인사 2-3명 정도만 시민들의 입장을 일정 부분 대변하면서 적절한 보험료와 의료보장을 위하여 고군분투하고 있는 실정이다.

3) 회의 소집과 발의권 관련

더욱이 건정심은 형식적이거나 차관인 위원장 외에 지배구조상 공급자대표와 가입자대표, 정부 및 보험자와 공익대표 집단들이 8:8:8로 구성되어 있어서(법 제4조 제2,3,4항) 가입자 측이나 공급자측 모두 기존에 형성된 힘의 균형을 깨뜨리는 어떠한 변화도 주도하기 어려운 구조이며 회의 소집권은 위원장인 차관에게 있고 예외적으로 재적 위원 3분의 1 이상이 요구할 때에도 소집되는데(법시행령 제6조 제1,2항) 재적위원이 25명인 상황에서 특정 집단이 일치하여 회의 소집을 요구하여도 정부가 적극 동의를 하지 않는 한 회의 소집도 안되고 그나마 의사정족수가 재적위원 과반수로 되어 있어서 독자적인 회의조차 할 수 없는 구조이다(법시행령 제6조 제3항).²⁾ 위원들의 안전 발의권은 규정되어 있지 않고 위원장이 안전을 상정하는 구조로 되어 있다(법시행령 제3조 제 3호).

4) 건정심의 투명성과 공개성에 대한 평가

‘건정심’의 회의나 요양급여기준, 상대가치점수를 포함한 요양급여비용을 평가하는 위와 같은 심평원 산하 5개의 전문위원회와 약제급여평가위원회, 장관 산하의 급여평가위원회 등 모두는 회의 자체가 공개되지 아니하고 있다. 뿐만 아니라 회의 이후 사후에 실제 회의 내용을 충분히 알 수 있는 정도의 회의록조차 공개되지 않고 있다. 이렇게 비민주적으로 투명하지 않게 운영되고 있는 행정기관 소속 위원회는 찾아보기 어려울 정도이다. 이들이 국민들의 보험료 부담, 급여대상 여부, 수가를 평가하고 심의·의결하는 위원회와 사회적 합의기구라는 점에서 볼 때 주인인 국민들에 대한 헌법적 법률적 책임을 저버리는 것이자 ‘국민을 주인’으로 섬기는 인식조차 없는 반민주적 제도 운영임이 분명하다.

2) 참고로 현 정부 들어서서 2015년에는 정부와 민주노총 간의 갈등으로 현 정부 방침에 따라 정부 각종 위원회에서 민주노총 추천 대표들을 사회적 합의기구에서 배제시키는 과정에서 근로자단체가 추천하는 인사 2명의 추천권을 행사하던 민주노총을 배제하고 산하 보건 의료 근로자 단체에게 추천권을 주는 전횡까지 벌이는 등 가입자 대표성마저 훼손하는 것을 서슴지 않고 있는 실정이다.

5) 현상변경이 불가능한 정부 주도하의 지배구조

사정이 위와 같기에 1)공급자단체들의 입장에서는 기득권이 침해되지 않는 범위에서 현상을 유지하면서 수가 인상을 지속적으로 시도하고, 수가 인상에서 필요한 범위에서의 보험료 인상에서 관심을 두되 비급여를 급여로 확대하는 국민들의 건강권을 확대하는 분야에 대하여는 관심을 기대하기 어렵고 2) 가입자 대표들의 입장은 정부 친화적인 단체 추천인사들이 상당수가 존재한 상태에서 노동계 출신 일부 위원들만 보장성 강화에 대한 주장을 하지만 신규 안건 발의권조차 없는 상황에서 초기 단계부터 상대가치점수변경, 요양급여기준 변경 등 개별사안을 장관에게 조정 신청하여 법령상의 절차를 거치는 것을 기대하는 것은 사실상 불가능한 상황이고 그러한 절차를 거쳤다고 하여도 정부의 방침 상 거부된 경우에는 ‘건정심’의 안건으로조차 상정되지 않아 논의될 수 없는 구조이다. 결과적으로 수가 인상을 저지하여 보험료 인상을 저지하는 선에서의 활동이 주된 영역이 되는 것이 현실이다.

더욱이 현재의 건정심이 건강보험의 적용대상인지와 수가 및 보험료를 결정하는 사회적 합의기구라고 한다면 국민들의 입장에서 각자 부담하는 보험료에 상응하는 보험급부인 보험자의 요양급여비용 부담분을 결정하는 본인부담금에 관한 사항은 법 제44조 및 법 시행령 제19조 제1항 별표2에 따라 정부가 어떠한 사회적 합의도 없이 일방적으로 정하여 고시하는 ‘요양급여 비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액’ 규정에 따라 국민들에게 그대로 적용된다.

결국 이러한 괴이한 대치적 구조 하에서 정부는 법률상 자신의 독자적인 권한으로 보유한 본인부담금을 결정권한을 적극적으로 행사하지 아니하고 있으며 이에 대하여 가입자 등 국민들의 입장에서는 보장성을 강화시킬 수 있는 법률적 장치를 전혀 갖지 못하여 역대 정부는 국민의 건강권보장 확대를 위한 보장성 강화는 정치 구호에 불과할 뿐이다. 실제로는 본인부담금률을 인하하여 보장성을 강화하지 않고, 그 몫에 해당하는 재원을 영리적인 보건의료산업 및 금융산업정책 차원에서 실손형 의료보험을 포함한 민간의료보험 시장의 돈벌이 수단으로 제공하였다. 한마디로 국민의 건강증진책임을 방기하고 국민들의 주머니를 털어서 금융재벌들의 잇속을 챙기게 한 것이다.

그 결과 건강보험의 보장성은 지난 10년간의 기간 동안 사실상 확대되지 아니한 채 재정흑자 기조를 의도적으로 유지하면서 이를 국고지원부담을 면하는 방향으로 악용하고 있다. 건강보험재정이 흑자기조를 유지하여 적립금이 2015년 연말 17조 원에 달하는 상황이 되었는데도 그 재정을 보장성 강화에 투입하지 못하고 있는 것은 바

로 보장성 강화에 의지가 없는 정부와 이를 뒷받침하는 허수아비같은 ‘건정심’ 및 현행 건강보험법상의 입법상이 미비사항들이 있기 때문이다.

IV. 입법 개선방향

1. ‘건정심’ 을 분리하여 재정운영위원회와 ‘건정심’ 으로 이원화

먼저 현재와 같이 가입자들의 보험료를 공급자와 함께 결정하는 구조는 모순이며, 국민들의 건강권 보장이라는 관점에서 특별조치법 및 2006. 12. 법률개정 이전의 최초 국민건강보험법 제정, 시행 시기와 마찬가지로 재정운영위원회와 ‘건정심’으로 이원화하여 운영하는 것이 필요하다. 나아가 국가의 헌법상의 책무인 국민건강증진책임을 이행하는 차원에서라도 본인부담금 부담률 및 부담액에 관한 사항은 정부의 결정권을 가입자들을 중심으로 구성되는 ‘재정운영위원회’로 이관하여 보험료율과 함께 결정하도록 하는 것이 건강보험의 보장성을 지속적으로 확대하고 이를 발전시키는데 매우 중요한 사항이라고 할 수 있다. 그리고 재정운영위원회가 보험료율을 조정함과 아울러 본인부담금률에 관한사항도 심의·의결하는 기구로 격상된다는 점을 감안하면 동 위원회는 보건복지부장관을 위원장으로 하는 사회적 합의기구 형식의 행정위원회로 재편될 필요가 있다.

2. 건정심 개편

1) 건정심의 심의 의결 사항 중 현행 제4조 제1항 제3호(직장가입자의 보험료율), 제4호(지역가입자의 보험료부과점수 당 금액) 사항을 삭제하고 건보재정건전화특별법 시행 이전의 재정운영위원회의 권한으로 환원함(안 제4조 제1항 관련)

건정심의 추천 위원들에 대한 건보가입자의 민주적 대표성을 강화하기 위하여 건정심의 위원 구성과 관련하여 추천단체를 근로자를 대표하는 연합단체로 분명히 하여(참고로 한국노총과 민주노총이 국민연금기금운용위원회 추천권을 갖도록 국민연금법상 명문화되어 있음) 민주적 대표성을 강화하고 추천 위원을 2인 늘리되 보건복지부장관이 위촉하는 법 제4조 제4항 제4호 다목의 인원을 2인으로 감축하는 등 인적 구

성을 개편하여 민주적 대표성을 강화할 필요가 있다(안 제4조 제4항 제1,2,4호 관련).

2) 위원들의 회의 소집권한 및 안건 발의권 신설

위원들의 회의소집요건을 재적위원 5분의 1로 완화하고 2인 이상의 위원들이 신청할 경우 회의 전 안건을 발의할 권한을 부여하여 위원회가 정부의 일방적 주도하에 형식적으로 운영되는 것을 방지한다(제4조 제6항, 제8항; 7항은 시행령에서 법률 조항으로 올려서 신설함).

3) 위원들의 관계기관 출석권 및 자료제출요구권 및 관계자 출석요구권 신설

정부와 국민건강보험공단 및 건강보험 심사평가원은 요양급여기준 및 요양급여비용과 관련한 사항을 평가 또는 심의하는 각 그 소속 및 산하 각종 평가위원회의 회의 안건 및 회의일자 및 장소를 회의 개최 1주일 이전에 위원들에게 통지하고 관련 회의 자료를 제공하도록 하고 위원들이 해당 위원회의 회의에 참석할 권한을 보장한다. 아울러 건정심 회의 시 필요한 사항에 대하여 정부 등에게 관련 자료의 제출을 요구할 수 있고, 관계자의 출석을 요구할 권한을 부여한다(안 제4조 제9,10항).

4) 회의록 작성 및 공개의무를 명시하여 투명성을 강화하고자 다음 조항을 신설하며, 요양급여기준 및 요양급여비용에 관한 평가 및 검토를 진행하는 보건복지부장관 산하 평가위원회와 심평원 산하 전문평가위원회들로 하여금 속기록 기준의 회의록을 작성하고, 비치 공개를 의무화(안 제4조 제11항, 제12항)

3. 재정운영위원회

재정운영위원회에 보험료 조정 등 원래의 권한을 환원하고 법 제44조 및 시행령 제19조 제1항에 따른 본인일부부담금의 부담률 및 부담액에 관한 심의·의결권한을 신

설하여 공급자 대표들이 포함된 건정심에서 보험자 및 가입자들이 결정하여야 할 몫인 보험료율을 결정하는 현행 건정심의 모순을 시정함과 아울러 건강보험의 보장성 강화를 통한 국민 건강권 증진을 도모하고 위원회는 장관을 위원장으로 한 행정위원회로 격상한다(안 제33조 제1항, 제2항).

재정운영위원회의 구성은 2001년 당시 직장가입자(피부양자 포함)대 지역가입자의 비율이 50:50에서 2015년 현재 72:28로 크게 변화되었다. 따라서 재정운영위원회의 구성도 직장가입자를 대표하는 위원 14명, 지역가입자를 대표하는 위원 6명, 공익을 대표하는 위원 10명으로 변경할 필요가 있다(법 제34조 제1항 제1,2호 개정사항).

<표 2-1> 건강보험 가입자 비율(단위 : 명, %)

구 분		2001	2011	2013	2015
건강보험		46,379(100.0)	49,299(100.0)	49,990(100)	50,490
직장가입자	소계	23,167(50.0)	33,257(67.5)	35,006(70)	36,225(71.7)
	가입자	7,885	13,397	14,606	15,760
	피부양자	15,281	19,860	20,400	20,465
	부양률	1.94	1.48	1.40	1.30
지역가입자	가입자	23,213(50.0)	16,043(32.5)	14,984(30)	14,265(28.3)
	세대수	8,564	7,902	7,709	7,653
	부양률	1.71	1.03	0.94	0.86

자료: 건강보험공단 주요통계 및 건강보험공단 통계연보 정리

재정운영위원회가 보험료율을 결정하는 중요한 기능을 회복하고 본인일부부담금의 비율 및 부담액을 결정함에 따라 공익을 대표하는 위원 10명 중 당연직인 공무원들을 제외하고 나머지 위원들은 국회 보건복지위원회에서 추천하는 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람으로 위촉하는 것으로 변경할 필요가 있다(법 제34조 제2항 제3호).

‘건정심’ 개정안과 같은 수준으로 일정 수 이하의 위원들의 회의소집권, 안건제출권을 신설하고, 관련 회의자료 제출요구 및 관계자 출석요구권을 신설하여 위원회의 기능을 활성화해야 한다(안 제34조 제6,7항). 그리고 회의록 작성 및 공개의무를 명문화하는 조항 또한 신설해야 한다(안 제34조 제4,5항).

신·구조문대비표

현 행	개 정 안
제4조 (건강보험정책심의위원회) ① 건강보험정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 건강보험정책심의위원회(이하 “심의위원회”라 한다)를 둔다.	제4조 (건강보험정책심의위원회) ① - ----- ----- ----- -----.
1. 제41조제2항에 따른 요양급여의 기준	<u>1. 제41조제2항에 따른 요양급여의 기준</u>
2. 제45조제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항	<u>2. 제45조제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항</u>
3. (삭제)	<u>3. 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항</u>
4. (삭제)	
5. 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항	
② 심의위원회는 위원장 1명과 부위원장 1명을 포함하여 25명의 위원으로 구성한다.	② (현행과 같음)
③ 심의위원회의 위원장은 보건복지부 차관이 되고, 부위원장은 제4항제4호의 위원 중에서 위원장이 지명하는 사람이 된다.	③ (현행과 같음)
④ 심의위원회의 위원은 다음 각 호에 해당하는 사람을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다.	④ ----- ----- -----
1. 근로자단체 및 사용자단체가 추천하는 각 2명	<u>1. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 자로서 근로자를 대표하는 연합단체가 추천하는 4인 및 사용자단체가</u>

2. 시민단체(「비영리민간단체지원법」 제2조에 따른 비영리민간단체를 말한다. 이하 같다), 소비자단체, 농어업인단체 및 자영업자단체가 추천하는 각 <u>1명</u> 3. 의료계를 대표하는 단체 및 약업계를 대표하는 단체가 추천하는 <u>8명</u> 4. 다음 각 목에 해당하는 <u>8명</u> 가. 대통령령으로 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 <u>2명</u> 나. 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 추천하는 각 <u>1명</u> 다. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 <u>4명</u> ⑤ 심의위원회 위원(제4항제4호가목에 따른 위원은 제외한다)의 임기는 3년으로 한다. 다만, 위원의 사임 등으로 새로 위촉된 위원의 임기는 전임위원 임기의 남은 기간으로 한다. ⑥ 심의위원회의 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <u><신 설></u>	<u>추천하는 2인</u> 2. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 자로서 시민단체(「비영리민간단체지원법」 제2조에 따른 비영리민간단체를 말한다. 이하 같다), 소비자단체, 농어업인단체 및 자영업자단체가 <u>추천하는 각 1명</u> 3. (현행과 같음) 4. 다음 각 목에 해당하는 <u>6명</u> 가. (현행과 같음) 나. (현행과 같음) 다. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 <u>2명</u> ⑤ (현행과 같음) ⑥ 심의위원회는 재적위원 5분의 1 이상이 요구할 때 또는 위원장이 필요하다고 인정할 때 1주일 이상의 기간을 정하여 위원장이 회의를 소집하고, 그 의장이 된다. ⑦ 심의위원회의 회의는 재적위원 과
---	---

반수의 출석으로 개의(開議)하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. 위원장은 제3항에 따른 의결에 참여하지 아니한다. 다만, 가부동수(可否同數)일 때에는 위원장이 정한다.

⑧ 2인 이상의 위원은 회의 전까지 안건을 발의할 수 있다.

⑨ 보건복지부장관 또는 건강보험심사평가원 등의 장(이하 ‘정부 등’ 이라 한다.)은 각자에게 속한 법령에서 정한 각종 위원회에서 요양급여기준 및 요양급여비용과 관련한 사항을 평가 또는 심의하는 경우 관련 회의 안건, 회의일시 및 장소를 회의 개최 1주일 이전에 위원들에게 통지하고 관련 회의 자료를 사전에 제공하여야 한다. 이 경우 위원들은 해당 위원회의 회의에 참석할 수 있다.

⑩ 위원들은 각자 정부 등에게 관련 자료의 제출을 요구할 수 있고, 관계자의 출석을 요구할 수 있으며, 관계자들은 이를 거부할 수 없다.

⑪ 위원장은 회의의 일시, 장소, 토의내용, 의결사항 및 각 참석자의 발언내용이 전부 기록된 회의록(이하 “회의록” 이라 한다)을 작성하여 보관하고, 이를 회의개최일로부터 1개월 이내에 공개하여야 한다.

제33조(재정운영위원회) ① 제45조제1항에 따른 요양급여비용의 계약 및 제84조에 따른 결손처분 등 보험재정에 관련된 사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 재정운영위원회를 둔다.

⑫ 정부 등'은 각자에게 속한 법령에서 정한 각종 위원회에서 요양급여기준 및 요양급여비용과 관련한 사항을 평가 또는 심의하는 경우 제11항에서 정한 바에 따라 회의록을 작성, 공개하여야 한다.

⑬ 심의위원회의 운영에 필요한 그 밖에 사항은 대통령령으로 정한다.

제33조(재정운영위원회) ① 건강보험 정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 건강보험 재정운영위원회(이하 '재정운영위원회'라 한다.)를 둔다.

1. 제73조 제1항에 따른 직장가입자의 보험료율
2. 제73조 제3항에 따른 지역가입자의 보험료부과점수당 금액
3. 제44조에 따른 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액
4. 제45조제1항에 따른 요양급여비용의 계약 및 제84조에 따른 결손처분 등 보험재정에 관련된 사항

② 재정운영위원회는 보건복지부장관이 위원장이 되고 부위원장은 부위원장은 제34조 제1항 제3호의 위원 중에서 위원들이 호선한 사람이 된다.

제34조(재정운영위원회의 구성 등) ①
재정운영위원회는 다음 각 호의 위
원으로 구성한다.

1. 직장가입자를 대표하는 위원 10명
2. 지역가입자를 대표하는 위원 10명
3. 공익을 대표하는 위원 10명

② 제1항에 따른 위원은 다음 각 호의
사람을 보건복지부장관이 임명하거
나 위촉한다.

1. 제1항제1호의 위원은 노동조합과
사용자단체에서 추천하는 각 5명
2. 제1항제2호의 위원은 대통령령으로
정하는 바에 따라 농어업인 단체 ·
도시자영업자단체 및 시민단체에서
추천하는 사람
3. 제1항제3호의 위원은 대통령령으로
정하는 관계 공무원 및 건강보험에
관한 학식과 경험이 풍부한 사람

<신 설>

제34조(재정운영위원회의 구성 및 운
영 등) ① 재정운영위원회는 다음
각 호의 위원으로 구성한다.

1. 직장가입자를 대표하는 위원 14명
2. 지역가입자를 대표하는 위원 6명
3. 공익을 대표하는 위원 10명

②-----

-.

1. 제1항제1호의 위원은 근로자를 대
표하는 연합단체에서 추천하는 8명
과 사용자 단체에서 추천하는 6명
2. 제1항제2호의 위원은 시민단체, 농
어업인단체, 도시자영업자단체에서
추천하는 자 중에서 국회 보건복지
위원회에서 지명한 사람
3. 제1항제3호의 위원은 대통령령으로
정하는 2명의 관계 공무원을 제외
한 건강보험에 관한 학식과 경험이
풍부한 사람 중에서 국회 보건복지
위원회에서 지명한 8명

④ 위원장은 회의의 일시, 장소, 토의
내용, 의결사항 및 각 참석자의
발언내용이 전부 기록된 회의록
(이하 “회의록”이라 한다)을 작
성하여 보관하고, 회의록의 주요
내용을 요약하여 즉시 공개하여
야 한다.

	⑤ <u>위원장은 회의의 개최일로부터 1개월 이내에 회의록을 공개하여야 한다.</u> ⑥ 제4조 제6항 내지 제8항은 재정운영위원회의 운영과 관련하여 이를 준용한다. ⑦ 위원들은 각자 제4조 제9항에서 정한 바에 따라 정부 등에게 관련 자료의 제출을 요구할 수 있고, 안전과 관련하여 관계자의 출석을 요구할 수 있으며, 관계자들은 이를 거부할 수 없다. ⑧ 재정운영위원회의 운영에 필요한 그 밖에 사항은 대통령령으로 정한다.
--	---

토론문

이문희 / 국민건강보험노동조합 정책위원장

논의 배경

- 건강보험 운영흐름은 가입자로부터 보험료를 받아서 요양급여비로 지출하는 구조로 되어 있음
- 최근까지 건강보험과 관련된 논의는 국고지원과 부과체계 등 수입측면을 중심으로 이루어져 왔음
- 건강보험은 가입자·보험자·공급자와 정부로 구성되는 거버넌스 체계로 이루어져 있음에도 보험재정의 80% 이상을 부담하는 가입자의 참여와 개입의 주체적 역할은 소홀이 다루어져 왔으며, 실질적으로 징수대상자의 위치에서 벗어나지 못하고 있었음
- 특히 보험재정의 지출측면에서 가입자에 의한 민주적 개입과 통제는 원천적으로 차단되어 있다고 볼 수 있음
- 건강보험의 지속가능성을 위해서는 지출 측면에서 가입자의 참여와 개입이 보장되는 실질적인 거버넌스의 회복이 필요함

건강보험의 거버넌스

- 건강보험은 가입자와 의료공급자·보험자의 ‘상생과 견제’ 그리고 정부의 정책제시와 조정으로 이루어지는 민관 협치의 구조로 되어 있음
- 가입자는 보험재정의 대부분을 부담하면서 공급자에게 의료서비스를 요구하며, 공급자는 이에 대응하여 의료서비스를 제공하고 그 비용을 보험자에게 청구함. 보험자는 건강보험제도 전반의 관리운영 주체로서 가입자와 공급자를 연결하여 제도가 원활하게 운영되도록 해야 함. 또한 정부는 건강보험의 관장자로서 주요정책을 결정하되 삼자간 자율과 협치를 조장하고 확대해야 함
- 그러나 건강보험의 통합과정에서 이러한 거버넌스의 구도가 훼손됨. 수입결정에 있어서는 2002년 이전에 공단 내 재정운영위원회에서 가입자를 중심으로 논의되었던 체계가 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)로 기능이 이전되고 지출관리 기능의 핵심이라 할 수 있는 심사와 평가는 건강보험심사평가원(이하 심평원)에 그 기능이 부여 됨
- 심평원은 가입자로서부터 중립적인 복지부업무 지원기관임에도 불구하고 복지부의 위탁으로 심사-평가 이외의 기능이 지속적으로 확대 강화되어 왔으며 이는 가입자의 개입장벽을 공고히 하는데 기여함

사회적 합의기구로서 건정심의 문제점

- 지출구조에서 가입자가 건강보험 거버넌스에 참여할 수 있는 통로는 건정심이 유일함. 그러나 건정심은 그 결정구조상 공급자 편향성을 가지고 있으며, 실무상으로는 심평원에 영향을 받으며, 심평원의 전문위원회는 공급자 편향의 구성원이 절대 다수임
- 급여비에 직접적인 영향을 미치는 각종 급여결정에 있어 가입자와 보험자가 사실상 배제된 반면, 심평원은 실무지원과 관련위원회를 운영함에 있어 건강보험의 재정상황과 가입자의 부담능력에 대한 고려보다는 의학적 판단 위주의 결정에 치

우칠 위험에 노출되어 있음에도 건정심의 결정은 이에 의존하지 않을 수 없음.
또한 심평원의 역할이 심사-평가 이외의 영역인 지출부문으로 확대되면서 보험
자인 공단은 ‘가입자의 대리자’, ‘지출관리자’의 역할로부터 계속 배제됨

○ 이에 따라 가입자의 지출에 대한 개입과 통제 또한 원천적으로 봉쇄되는 결과를
가져옴

○ 이와 관련된 감사원의 지적과 권고는 다음과 같음

[2004년 감사원 감사 지적사항]

건강보험 재정을 보험자인 공단이 관리하도록 규정하면서, 지출 측면인 보험급여
(법위와 내용) 등 보험급여비용 결정을 복지부가 하도록 규정함으로써 건강보험의
수입과 지출이 서로 연계되지 못하여, 보험재정이 효율적으로 관리되지 못하여 건
강보험 재정악화의 원인으로 작용하는 결과가 초래됨

- ▶ (감사원권고) 보건복지부 장관은 장기적으로 보험정책은 보건복지부가, 보험운
영은 공단이 주체가 될 수 있도록 국민건강보험법에 서로간의 역할을 명확히
규정하여 국민건강보험을 운영해야함
- ▶ (복지부답변) 재정불안으로 인한 정부지원 등의 원인으로 보험자 역할이 제한되
어 왔으나, 건강보험공단의 역량강화 등 여건이 조성되면서 중장기적으로 검토
해야할 과제 임

건강보험의 제자리 찾기는 ‘가입자의 권리 찾기’ 로부터

○ 건강보험에 있어서 가입자는 비용의 부담자이면서 최종의 수혜자로서 권리를 가
짐. 따라서 가입자는 1) 수입결정에 참여할 권리 2) 지출의 결정에 참여할 권리
3) 적정한 보장성을 향유할 권리 4) 재정지출과 본인의 급여내역에 신속하게 접
근할 권리를 가짐

○ 그러나 현재 수입결정에서 지출에 대한 사후관리까지는 <표 3-1>과 같은 구조로
되어 있음

<표 3-1> 건강보험 결정구조

자원관리	수입관리	지출분야						
가입자관리	부과 및 징수 결손관리	구매	청구	심사	진료비 지급	평가 요양급여 적정성	급여사후 관리	
		급여여부 가격결정	진료비 접수	진료비 확인				
자격관리 : 공단 보험료결정 : 건정심 결손관리 : 재정운영 위원회		건정심(심평원)			공단	심평원		공단

- 가입자는 수입관리에서 재정운영위원회를 통해 결손관리에만 개입할 수 있으며, 지출관리는 대부분 건정심과 심평원의 권한과 업무로 되어 있음. 따라서 가입자의 네 가지 권리찾기는 건정심의 개편과 심평원의 업무조정과 직결되어 있음

건정심의 권한을 가입자위원회(가칭)로

- 건정심은 건강보험의 장기적 전망과 종합계획의 제시 등 사회적 합의체로서 자문 기관으로 존재해야 하며 거버넌스의 기능이 제대로 작동하기 위해서는 가입자위원회(가칭)에 건정심의 권한을 이관하여 가입자가 수입과 지출구조에 참여할 수 있는 구조를 구축해야 함
- 가입자의 권리 찾기는 보험자의 역할 정립과 직접적인 관련이 있으므로 자원관리에서부터 사후관리까지의 과정에서 진료비의 청구 구매결정 사후관리의 권한을 공단에 이관해야함

토론문

변혜진 / 건강권실현을위한보건의료단체연합 기획실장

총평

- 큰 틀에서 두 발제가가 제안한 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)을 건강보험 가입자 중심으로 재편해야 한다는 내용에 동의함. 전국민건강보험의 민주적 운영을 위한 가장 큰 심의의결 기구인 건정심 회의내용에 대한 정보공개 원칙의 법제화 등도 필요한 조치임. 또한 재정운영위원회의 역할을 복원, 보험료 결정과 수가 및 지출 구조의 변화가 있어야 한다는 지적에도 공감함
- 건정심은 노동·시민사회의 오랜 투쟁을 통해 성취한 2000년 의료보험통합 운동의 결과물이자 이러한 가치를 기반으로 한 보건의료 내 가장 큰 거버넌스 구조임. 1994년부터 본격적으로 추진된 의료보험통합운동은 2000년 단일보험자 기구인 국민건강보험공단을 설립, 건강보험심사평가원의 설립과 더불어 국민건강보험법의 제정, 전국민의 보편적 의료보장의 길을 열어두는 성과를 가져옴. 역사적으로 이러한 아래로부터의 운동을 통한 법제도 개혁의 성과물이라는 점을 다시 상기하면 현재 건정심의 구조는 이러한 역사와 가치를 담보하지 못하는 기구로 전략한 측면이 있음
- 무엇보다도 의약분업이 의료계의 반대로 왜곡되는 과정과 2001년 의사 폐·파업 과정에서 이루어진 5차례의 부당 수가인상이 가져온 건강보험 재정파탄의 책임이

재정건정화특별법이라는 이름으로 가입자들에게 전가된 것. 당시뿐만 아니라 그 책임 전가가 특별법 종료 이후에도 고착화되어 제도적으로 건정심에서 가입자의 권한 축소와 전문가주의가 강조되고 의료업계가 건강보험에 많은 영향력과 결정을 할 수 있는 구조로 개편된 것은 시급히 개혁해야 할 과제임

- 또한 건보심에서 건정심으로 변화되는 과정에서 공급자 대표가 6인에서 8인으로 추가되었고 이 과정에서 제약업계가 건강보험 결정 기구에 포함된 것은 옳바르지 못한 조치였음. 당시 의료기관에 제공되었던 약가마진을 없애고, 제약회사와 의사, 약사간의 ‘블랙마켓’을 없애고 항생제 오남용과 같은 비의학적 처치를 줄이기 위해 제안된 의약분업이 의료계의 강력한 반대로 왜곡되면서 이에 대한 제약업계 달래기로 이루어진 조치라고 판단. 건강보험 관련 논의에 있어 산업계 대표 위원 참여는 배제되어야 함
- 건강보험의 운영 구조로 현재의 건정심은 가입자와 공급자 간의 갈등을 유발해 결국 정부 권한 강화의 구조로 이루어져 있음. 따라서 건강보험의 결정 기구에 있어 국회의 권한을 강화하는 방안이 필요함. 국회 권한 강화는 건정심 위원 선정 및 관련 내용의 심의 의결 과정과 결과의 회의록 공개 법제화 등을 통해 진행되어야 함

제안

원래대로 재정운영위원회와 건정심 이원화 추진

- 1999년 국민건강보험법 제정 시기에 정리된 재정운영위원회와 건강보험심의조정 위원회의 기능 분리에 해당됨. 재정운영위원회에서 보험료 및 본인부담금에 관한 심의 의결권을 가짐 발제에 제안된 행정위원회로의 격상도 고려해 볼 필요가 있음. 현재 45%가 넘는 건강보험 보장성 예외 영역은 시장에서 결정되는 가격정책으로 혼합진료 금지제도가 없는 국내 의료제도의 상업화와 영리화의 근거가 되고 있음. 이에 대한 환자 및 보호자의 부담을 완화는 방안을 간구하는 방법이 필요
- 관련해 건강보험 재정과 관련해 법정본인부담금을 제한하는 논의를 국회를 통해

결정할 수 있는 구조를 고민해 볼 필요가 있음

<표 4-1> 건강보험정책심의위원회 변천 과정

명칭	건강보험심의조정위원회	건강보험정책심의위원회	건강보험정책심의위원회
시기	1999년 2월	2002년 1월	2007년 1월
기반법률	국민건강보험법 제4조	재정건전화특별법 제3조 (2002년 1월 19일 제정되어 공포일로부터 시행되어 시작 하여 2006년 12월 31일까지 를 시한으로 정한 한시법)	국민건강보험법 제4조 (재정건전화특별법의 시효가 만료된 후, 기존의 국민건강 보험법을 개정하여 특별법 취지 중 중요한 사항을 승계 하도록 함)
운영목적	보험제도 관련 정책 심의 (심의○, 의결×)	보험제도 관련 정책 심의 및 의결	보험제도 관련 정책 심의 및 의결
심의·의결 사항	-요양급여의 기준 -요양급여 비용 -건강보험에 관련 주요사항	-요양급여의 기준 -요양급여 비용 -건강보험에 관련 주요사항 -지역가입자와 직장가입자의 보험료	-요양급여의 기준 -요양급여 비용 -건강보험에 관련 주요사항 -지역가입자와 직장가입자의 보험료
위원구성	-위원장 : 보건복지부 차관 -가입자 대표 8인 -공급자 대표 8인 -공익 대표 6인 -총 21명	-위원장 : 보건복지부 차관 -가입자 대표 8인 -공급자 대표 8인 -공익 대표 8인 -총 25명	-위원장 : 보건복지부 차관 -가입자 대표 8인 -공급자 대표 8인 -공익 대표 6인 -총 21명
비고	-요양급여 기준과 요양급여 비용은 건강보험심의조정위 원회가 심의 -직장가입자 보험료 : 건강보 험공단 재정운영위원회의 의결사항을 참작하여 대통 령이 결정함 -지역가입자 보험료 : 건강보 험공단 재정운영위원회의 의결을 거쳐 건강보험공단 장이 결정함	-보험재정을 효율적으로 운영하기 위해 위원회의 일원화 : 직장 및 지역가입자의 보험료는 동일하게 건강보험정책심 의위원회 심의를 거쳐 대통령이 정함	

자료 : 한국보건사회연구원(2014), 건강보험 의사결정기구 개편방안

건강심 위원 구성 변화

- 가입자(8인) : 공급자(8인) : 정부(8인) 의 현행 위원회 구성의 변화를 시도해야 함. 가입자의 경우 건강보험에서 직장가입자와 지역가입자의 비율이 7.5 : 2.5 정도의 비율에 이루고 있는 상황을 고려할 때, 직장가입자의 대표성이 더 커질 필요가 있음. 따라서 가입자 위원 중 직장가입자를 대표하는 양대 노총의 대표성의

2인 추가가 필요함. 시민단체와 소비자단체 추천 가입자 위원의 경우 현재 공익 대표 8인으로 이관. 공익성의 대표성을 담보하기 위해서는 전문가 추천 4인이 아닌 시민사회단체의 공익대표 추천권이 최소 2인으로 확보될 필요가 있음

- 공급자의 경우 보건의료기본법에서 정의한 ‘보건의료’와 관련된 ‘보건의료서비스’와 ‘보건의료인’에 해당하는 기관으로 한정해야 함. 따라서 현행 약업계 추천으로 포함된 한국제약협회는 국민건강보험법상 보건의료인이 아니므로 위원회에서 배제되어야 함

<보건의료기본법> 제 3조 정의

"보건의료"란 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 국가·지방자치단체·보건의료기관 또는 보건의료인 등이 행하는 모든 활동을 말한다.

2. "보건의료서비스"란 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동을 말한다.

3. "보건의료인"이란 보건의료 관계 법령에서 정하는 바에 따라 자격·면허 등을 취득하거나 보건의료서비스에 종사하는 것이 허용된 자를 말한다.

4. "보건의료기관"이란 보건의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 보건의료서비스를 행하는 보건기관, 의료기관, 약국, 그 밖에 대통령령으로 정하는 기관을 말한다.

5. "공공보건의료기관"이란 국가·지방자치단체, 그 밖의 공공단체가 설립·운영하는 보건의료기관을 말한다.

- 또한 병원협회의 경우 현재 보건의료서비스를 제공하는 전문가들의 대표성이 중복될 수 있으므로 의사협회, 치과의사협회, 한의사협회, 간호사협회, 약사협회로 직능중심 협회 대표성으로 한정할 필요가 있음

- 공익위원의 경우 현재 전문가 추천으로 이루어지는 4인의 경우 위에서 설명한대로 시민사회단체 추천 2인 그리고 국회에서 추천하는 2인으로 구성. 국회에서 건강보험 보장성 강화를 위한 이해를 대변하는 역할을 할 수 있도록 구성할 필요가 있음

- 이러한 원칙 적용은 최소한의 근거에 기반한 것으로 건정심이 절차적 정당성을

갖기 위한 최소한의 원칙에 해당됨. 현재처럼 행정부 권한으로 정부 정책을 지지하는 시민단체와 소비자단체를 선정하거나 배제하는 행태는 건강보험 결정 기구의 절차적 정당성을 갖기 어려움

건강보험 정책 결정의 민주성과 통합성 확보

- 발제문에서 지적되었듯이 보건복지부에 의해 미리 준비된 변경고시안들을 월 1회의 회의를 통해 급여, 비급여 결정과 상대가치점수 증액변경, 신의료기술 평가 등의 기준 등이 심층 검토할 시간도 없이 진행되는 상황. 정부 정책 거수기 노릇을 할 수 밖에 없다는 비판이 쇄도하는 이유이자 전문성이 강조되면서 의료행위 및 의료기술의 사회적 가치기반에 근거한 평가는 배제되는 근거로 작동
- 정부가 건강보험을 튼실하게 하고 보장성을 강화하고자 하는 진정성이 있다면 건강보험과 관련된 재정과 운영 등을 논의하는 각종 기구들에 대한 투명성과 정보공개 그리고 참여를 원칙으로 해야 함. 그래야 건강보험료를 내는 국민의 지지를 얻을 수 있으며 실제로 건강보험의 강화를 가져올 수 있음
- 식약처와 심평원 그리고 의료기술평가 전담기구인 한국보건의료연구원 등의 각종 심의위원회 체계에서부터의 민주성과 정보공개와 시민참여가 보장되어야 함. 신의료기술 및 의약품의 안정성과 유효성 평가에 의한 사용 허가를 맡고 있는 식약처와 의료행위 및 치료재료 등의 안정성과 유효성을 평가하는 전문평가위원회와 약제급여평가위원회의 경우 관련 업계와 전문가들 중심으로 ‘기술평가’로만 한정되는 경우가 허다함
- 이러한 기술평가의 경우조차 그 정보가 공개되지 않고 있는 점도 지적되어야 하지만 관련 기술과 행위가 꼭 필요하며 그 필요성에 대한 국민건강증진과 국민부담 등이 함께 논의되는 사회적 가치판단에 기초한 의료기술평가는 전무한 상황. 따라서 여러나라의 의료기술평가 과정에서 이루어지고 있는 협의의 차원에서의 기술평가만이 아니라 광의의 차원에서 과학적인 판단과 그에 기초한 사회적인 가치판단까지를 포함하는 평가등이 제도적으로 도입될 필요가 있음. 보편적인 사회적 가치에 기초한 기술평가 즉, ‘가치기반 의료기술평가’가 이루어질 때 관련 내용을 가지고 건정심에서 충분한 논의를 할 수 있는 기반이 형성됨

- 또한 이를 위해서는 영국의 국립보건임상연구원(National Institute for Clinical Excellence, NICE)처럼 객관성과 투명성을 확보를 통해 국민적 신뢰도를 높이는 방법이 필요하고 구조적으로 이러한 가치판단의 절차와 내용을 웹사이트에서 확인할 수 있도록 누구나에게 공개하는 법제도가 필요함. NICE의 경우 공식적인 위원회나 자문단의 구성원에 일반 대중을 포함함으로써, NHS 권고안 발급을 위한 의견이나 근거 제시의 제도적 통로를 확보하고 있음. NICE의 의료기술평가 과정이 오늘날 가장 객관적인 장치라고 평가 받고 있는 배경은 이러한 일반 대중의 참여에 있다는 점. 그리고 이러한 대중의 참여를 정부 정책을 통해 실질적으로 유도한다는 점에 있음
- 건정심의 경우 일반인의 참관이 보장되어 있지 않다는 점도 개선되어야 함. 사전에 등록제를 통해 일반인의 참관과 언론인의 참석을 허용함으로써 회의 내용을 투명하게 공개해야 하고, 위원회가 ‘대표성’을 가지는 만큼 그 대표성의 책임을 감시하도록 하는 법제도 보완이 필요함

토론문

남은경 / 경실련 사회정책팀장

필요성

매년 보험료 인상에도 건강보험 보장성은 하락

- 국민들이 부담하는 보험료율은 매년 증가하여 '03~'13년간 연평균 증가율이 4.1%에 이릅니다. 이 수치는 같은 기간 가구소득 증가율 1.5%에 비해 약 2.7배 높은 수준입니다. 소득 증가율과 연동해서 볼 때 보험료 증가율은 적정수준을 넘어 상대적으로 고부담을 강제하는 상황입니다.

<표 5-1> 건강보험료 증가율 추이 (단위 : %)

구 분	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	연평균 증가율
보험료율	3.94	4.21	4.31	4.48	4.77	5.08	5.08	5.33	5.64	5.80	5.89	-
보험료 증가율	8.5	6.7	2.4	3.9	6.5	6.5	0.0	4.9	5.9	2.8	1.6	4.1
가구소득 증가율 ¹⁾	1.1	2.1	0.9	2.5	2.7	1.5	-3.3	2.8	2.0	3.7	0.5	1.5
보험료 수입 증가율	22.1	11.1	8.7	10.3	12.0	14.3	5.8	7.8	14.2	9.6	11.1	10.5

주1) 통계청, 가구당 월평균 가계수지(도시, 2인 이상); 가구소득은 근로, 사업, 재산, 이전소득과 비경상소득을 포함

○ 건강보험 재정 지출 연평균 증가율(2003~2013년) : 11%

○ 건강보험 보장률은 지난 2010년 63.6%에서 지난 2014년 63.2%로 정체됨. 매년 소득증가율을 상회하는 보험료 인상에도 불구하고 보장성이 정체되는 원인은 정부의 보장성 강화정책 부재, 늘어나는 비급여, 불합리한 지불제도(행위별수가제)가 주요 원인임. 현재 일시적 재정흑자 상황이지만 향후 노인의료비 증가 등 늘어나는 의료수요로 인한 보험재정 지출을 합리적으로 관리하지 못하면 보험료의 인상 요구가 지속될 것임. 중장기 과제로 지불제도와 불합리한 수가결정 시스템에 대한 개편 논의 필요함

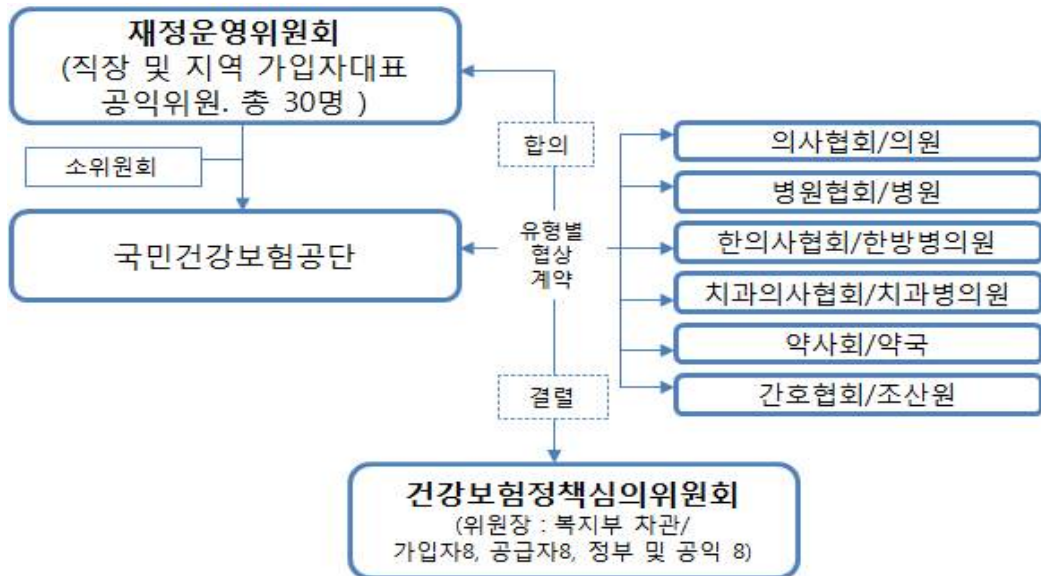
현행 건강보험정책 가격결정 제도의 문제점

공급자 참여 정책결정 거버넌스의 한계

○ ‘셀프’ 수가결정의 불공정성

- 건강보험 보험 수가결정은 가입자단체로 구성된 ‘재정운영위원회’의 권한이나 협상 결렬 시 당사자가 위원으로 참여하는 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)에서 결정함
- 공급자단체는 계약과정에서 불리한 조건이라고 판단되면 협상을 결렬시킴
- 2008년 이후, 의원(5회)과 병원(3회), 치과(1회)는 결렬 후 건정심에서 수가 결정

<그림 5-1> 건강보험 수가결정 구조



* 보건기관 포함 총 7개 단체와 유형별 수가협상 진행

- 공급자단체가 보험료를 결정에 참여하는 것은 과도한 권한 부여
 - 수가인상을 위한 재정확보를 위해 보험료 인상을 요구할 수밖에 없음. 합리적 결정이 이루어질 수 없음

정부 주도 정책결정 거버넌스의 한계

- 차등수가제¹⁾ 폐지 과정에서 보여준 정부의 월권행위
 - 지난해 차등수가제 폐지 추진과정에서 정부의 과도한 권한 행사 이루어짐
 - 차등수가제 폐지 시 3분 진료 남발 등 부작용에 대한 정부 대책 미비로 건정심 첫 번째 안건 논의에서 부결됐으나, 3개월 만에 정부가 위원들과 사전 논의 없이 안건 상정 후 통과시킴
 - 동일 안건 상정일 경우, 회의결정의 안정성 확보 측면에서 의결정족수를 강화하거나 신규 안건으로 상정 시에는 전문심사위원회의 사전심의를 거쳐야하나 모두 충족하지 못함. 정부 주도 정책결정의 극단적 사례임

1) 차등수가제 : 하루에 의사가 정상적으로 진료할 수 있는 환자 수를 75인으로 보고 그 이상 초과할 경우 진료비를 일부 삭감해 적정진료를 유도하는 제도임. 의료계(의사협회)는 지속적으로 폐지 주장을 해왔음

- 가입자단체 및 공익위원(전문가) 선정과정에서 정부의 과도한 개입
 - 가입자단체 및 공익위원(전문가) 선정은 정부가 모든 권한 독점
 - 이명박 정부부터 정부 입장에 비판적이라고 생각되는 가입자단체는 배제시키고, 보건의료 관련 활동이 전무하거나 친정부·친의료계 인사로 교체
 - 공익위원 가운데 학계 및 전문가 역시 정부가 추천·위촉해 독립적이기 어렵고, 특히 정부 관료 출신 전문가 지속적으로 위촉
 - 근로자 대표 선정과정에서 민주노총과 한국노총을 배제하고, 산하 보건의료노조에 추천권 부여. 소비자단체 대표도 직접 이해관계인인 환자단체로 교체

<사례>

- 2008년 건강보험재정운영위원회 : 건강세상네트워크 --> 한반도 선진화재단
- 2010년 건강보험정책심의위원회 : 경실련 --> 바른사회시민회의
- 2010년 건강보험재정운영위원회 : 경실련, 참여연대, 소비자연맹 배제
- 2015년 건강보험정책심의위원회 : 민주노총 --> 보건의료산업노조
한국노총 --> 보건의료산업연맹
소비자단체협의회 --> 환자단체연합

가입자중심의 건강보험 정책결정구조 개편

가입자와 보험자의 권한 강화

- 건강보험재정운영위원회 강화
 - 건강보험료 결정은 재정운영위원회 심의·의결로 이관. 보험자 및 가입자단체의 권한과 책임성을 높이도록 개선함
 - 약품과 치료재료비의 요양급여비용계약 대상에 포함
- 건정심 구성 개편 방향
 - 건강보험 주요 제도개선 및 중장기 개혁과제에 대한 사회적 논의기구로서 기능 부여
 - 공익위원의 중립성 확보 : 정부의 일방적인 추천방식에서 가입자단체 및 공급자

단체에 동수 추천권한 부여하여 정부의 권한 집중 해소

- 일부 공급자단체의 권한집중 해소 : 의협(2인-->1인, 축소 검토)
- 가입자 대표성 강화 : 위원선임에 대한 객관적 근거규정 및 민주적 선임과정 마련해 정부의 권한 집중을 해소하고 가입자 책임성 강화

○ 건정심 운영 개선

- 회의 안건 사전 발송 명시 : 위원들의 충분한 검토 및 의견수렴 보장
- 속기록 기준의 회의록 작성 및 공개 : 막대한 권한이 부여된 만큼 책임성 강화

토론 4

토론문

보건복지부 보험정책과

의료 보장성 강화를 위한 건강보험정책심의위원회 민주적 개편 방안은?

발행일 2016. 07. 13

발행처 국회의원 남인순, 참여연대, 국민건강보험노동조합

담 당 이경민 간사 02-723-5056 welfare@pspd.org

자료집 제목 책 등 두께는 전체 페이지 수 ÷ 2 mm