

공개토론회 자료

본 자료와 토론회에서 논의되었던 사항은
본 토론회 종료 3시간 이후부터 보도
하여 주시기 바랍니다.

2009~2013년 국가재정운용계획 - 사회복지 · 보건 분야 -

2009. 6. 22(월) 14:00 ~ 16:00

국가재정운용계획 사회복지 · 보건 분야 작업반

본 자료는 '09~'13년 국가재정운용계획 사회복지 · 보건 분야 작업반에서
준비한 자료로서 정부의 공식적인 입장은 아님을 유의하여 주시기 바랍니다.

프 로 그 램

13:30 ~ 14:00

등록 및 네트워킹

14:00 ~ 15:50

사회복지·보건 분야

- 사회복지·보건·노동 분야 정책방향
- 공적 의료보장체계의 정비 방안

사 회 : 김상균 (서울대학교 교수)

발 표 : 문형표 (KDI 경제정보센터 소장)

윤희숙 (KDI 연구위원)

토 론 : 박능후 (경기대학교 교수)

안종범 (성균관대학교 교수)

이원영 (참여연대 사회복지 실행위원)

권순만 (서울대학교 교수)

신영석 (보건사회연구원 연구위원)

박용현 (보건복지가족부 건강보험정책관)

김규옥 (기획재정부 사회예산심의관)

목 차

토론주제 1 : 사회복지·보건·노동 분야 정책방향

I. 현황과 전망	3
II. 주요 정책 이슈	9
III. 향후 정책 방향	20

토론주제 2 : 공적 의료보장체계의 정비 방안

1. 우리나라 공적의료보장체계의 현황	31
2. 건강보험 관련 결정의 책임성 확립	32
3. 의료급여와 건강보험의 통합	37
4. 건강보험 보장성 확대의 원칙 확립	43

토론주제 1

사회복지 · 보건 · 노동 분야 정책방향

2009~2013년 국가재정운용계획 - 복지 · 보건 · 노동 분야 -

2009. 6. 22

Contents

I. 현황과 전망

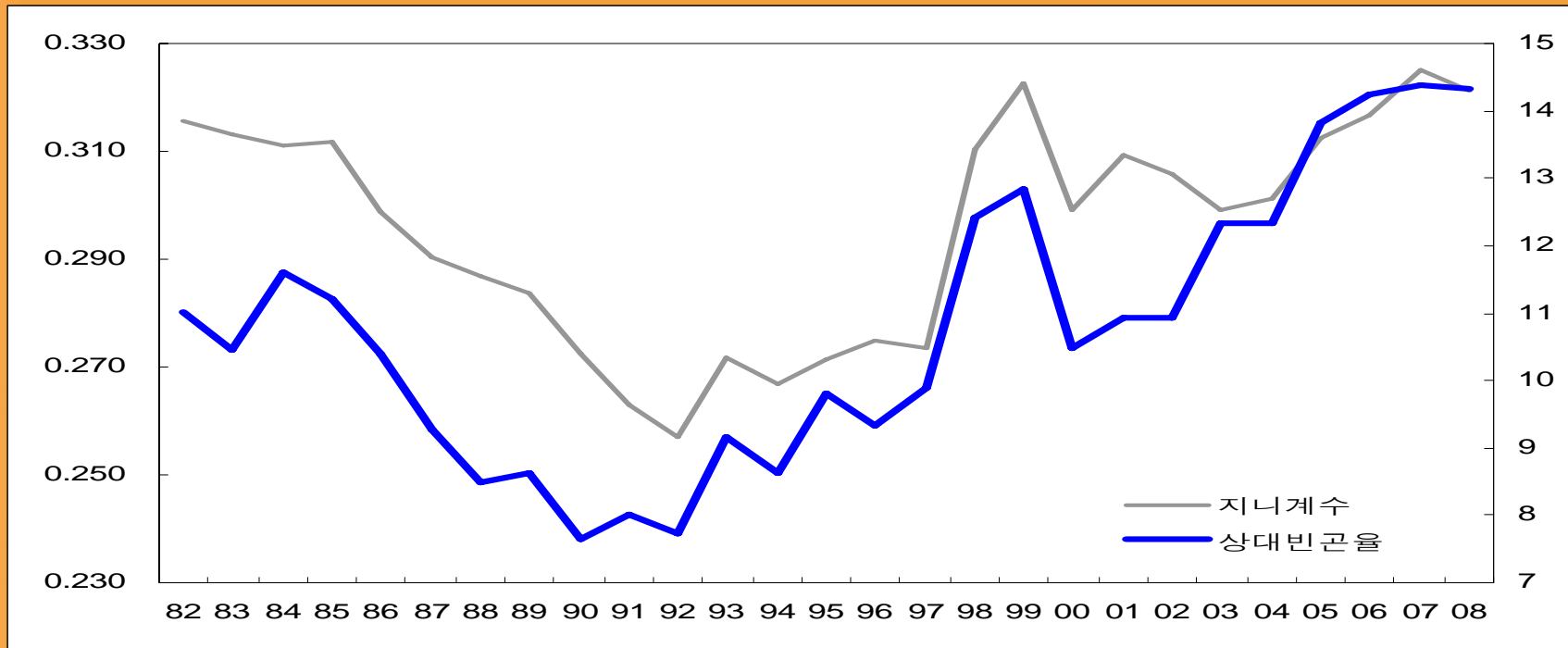
II. 주요 정책 이슈

III. 향후 정책 방향

I. 현황 및 전망: 소득분배의 추이

- ❖ 외환위기 이후 하락하던 소득불평등도는 '04년 이후 다시 악화되는 추세
- ❖ 상대적 빈곤율도 참여정부의 빠른 복지지출 증가에도 불구하고 '01년 이후 지속적 증가 추세

〈지니계수와 상대적 빈곤율의 변화 추이〉



주: 상대빈곤율은 중위소득의 50%미만 가구 비중

자료: 통계청, 도시가계조사 원자료(임금근로자, 자영업자, 무직자가구 포함).

I. 현황 및 전망: 중산층의 추이 (1)

❖ 상대적 빈곤의 증가에 따라 중산층의 비율이 빠르게 감소하고 있어 사회통합 기반이 약화

※ 중산층 비중: '96년 68.7% → '06년 58.5% → '08년 56.4%

〈중산층 규모 변화 추이〉

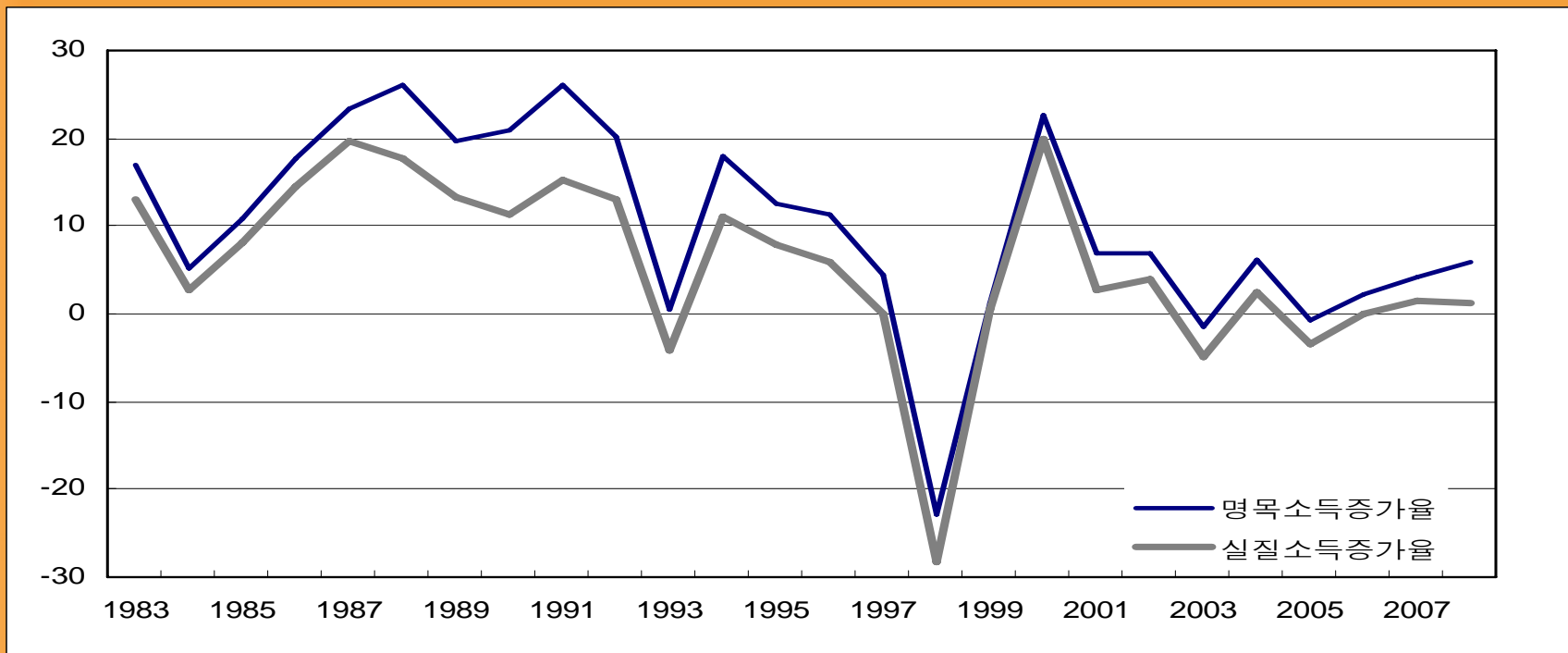
		1996			2000			2006			2008		
		시장	가처분	경상	시장	가처분	총소득	시장	가처분	총소득	시장	가처분	총소득
중위소득 대비 가구비중 (%)	빈곤층	11.76	11.25	11.19	17.39	15.74	15.48	21.23	17.94	17.40	22.20	18.97	18.48
	중산층	68.00	68.45	68.73	58.86	61.88	61.13	53.63	58.48	58.54	50.94	56.42	56.45
	상류층	20.24	20.30	20.08	23.75	22.38	23.39	25.14	23.59	24.06	26.86	24.61	25.06
	하위 20%	7.62	7.91	7.88	5.45	6.21	6.20	4.22	5.65	5.80	3.74	5.49	5.71
소득 점유율(%)	중위 60%	54.41	54.25	54.33	51.47	51.62	50.40	54.35	54.74	53.79	53.72	54.24	53.27
	상위 20%	37.97	37.84	37.79	43.08	42.17	43.40	41.43	39.61	40.40	42.55	40.27	41.03

자료: 통계청, 『가구소비실태조사』 원자료, 1996, 2000; 통계청, 『가계조사』 원자료, 2006.

I. 현황 및 전망: 중산층의 추이 [2]

- ❖ 중산층의 소득점유율은 '06년에 위기이전 수준을 회복한 후 안정적 추세를 유지
- 반면 빈곤층의 소득점유율은 지속적인 하락추세
- ❖ 하위 20% 빈곤층의 총 실질 소득 증가율은 외환위기 이후 거의 정체상태임.

〈 하위 20% 빈곤층 가구의 명목(실질)소득 증가율(가처분소득 기준) 〉

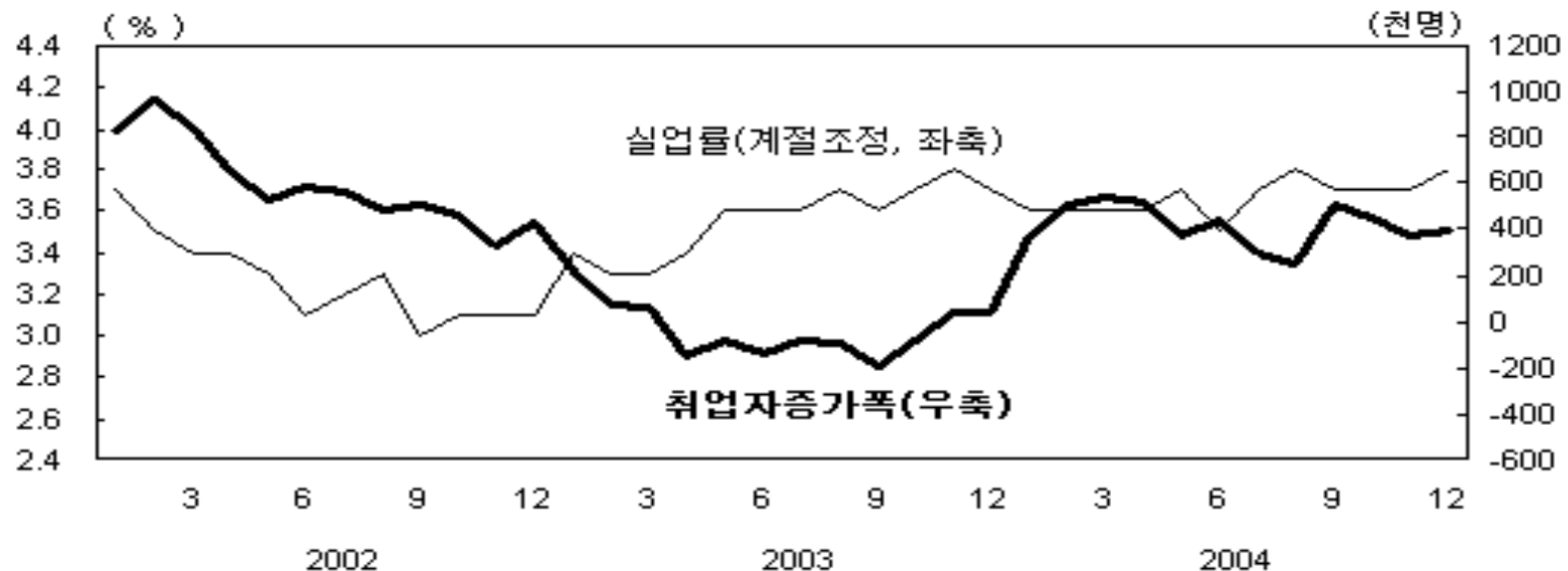


자료: 통계청, 도시가계조사 원자료(임금근로자, 자영업자, 무직자가구 포함).

I. 현황 및 전망: 고용동향 (1)

- ❖ 최근 고용침체상황은 외환위기보다는 '03년 신용카드 버블붕괴시기(이하 '카드대란')와 유사한 모습
 - 취업자수가 약20만명 감소하고 실업률이 4%에 근접
- ❖ 과거 취업자 증가율은 실물경기와 동행하는 데 비해 실업률은 다소 후행하는 모습을 보여왔음.
- ❖ 경기회복이 본격화되기 전까지는 실업자수가 높은 수준을 유지할 전망

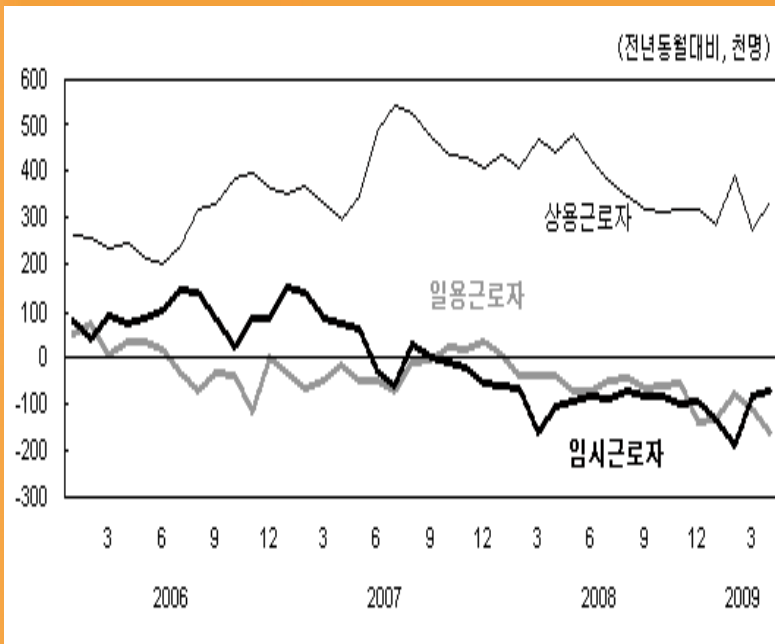
〈카드대란 시기(2002~2004년) 실업률 및 취업자 증가폭〉



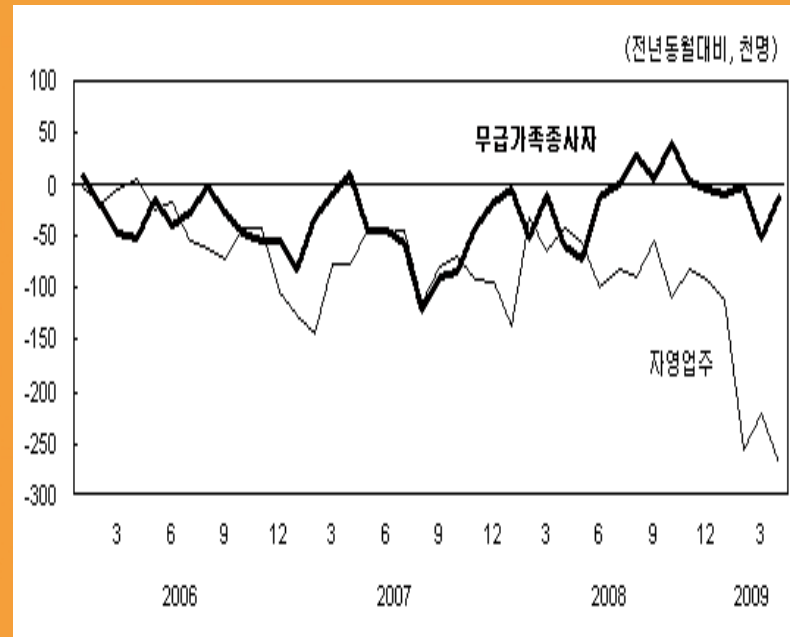
I. 현황 및 전망: 고용동향 [2]

- ❖ 노동시장의 충격이 일용·임시근로자와 영세자영업자 등에게 집중되고 있는 점도 카드대란 시기와 유사
 - 상용직은 증가세가 둔화되기는 하였지만 본격적인 고용조정이 일어나지 않은 상황
 - 도소매·음식숙박업 등 영세자영업의 위축이 취업자 중 가장 심각한 상태

〈임금근로자 증감〉



〈비임금근로자 증감〉



I. 현황 및 전망

- ❖ **과거 및 최근의 소득분배악화는 고용률(취업자수/15~64세 인구)의 감소와 밀접한 관계가 있음.**
 - 고용사정의 악화는 가구의 평균 취업자수를 감소시켜 분배구조 악화 및 빈곤가구 확산을 야기
 - 또한 취약근로자(비정규직, 영세자영업자)에 대한 미흡한 사회안전망 역시 위기시 분배구조 악화의 주요한 원인으로 작용
- ❖ **과거 경험으로 미루어 위기 후 1년 반 정도가 지나야 취업률과 실업률이 위기전 수준으로 회복되기 때문에 2010년 초부터나 고용수준 회복이 가능할 것으로 기대**
 - 이에 따라 올해에도 소득불평등도는 증가하고 중산층의 감소는 지속될 전망

II. 주요정책이슈 : 복지부문 (1)

- ❖ 단기간내에 선진형 복지제도의 기본틀을 확충하였으며, 이에 따라 최근 10년간 복지재정 지출은 빠른 속도(연 평균 13%)로 증가하는 추세
 - 4대 사회보험 및 보편적 공적부조(국민기초생활보장제 등)의 구축과 함께, 기초노령연금·노인장기요양보험·장애수당·공보육제도 등 부문별 복지제도 확립
 - 일을 통한 복지(Workfare) 실현을 위한 사회서비스 확충, 근로장려세제(EITC) 도입 등
- ❖ 이러한 양적인 빠른 증가에도 불구하고, 각종 제도의 질적 내실화 및 전달체계 확충 등이 뒷받침되지 못해 정책 효과성·체감도는 기대에 못 미치는 수준

(조원, %)

구 분	'98	'03	'08	'09(추)	연평균 증가율		
					'08	'09(추)	'99~'09
사회복지지출 ¹⁾ (A)	21.0	38.0	67.3	79.6	12.5	18.3	12.9
통합재정지출 ²⁾ (B)	115.4	164.3	235.8 (262.8)	275.9 (301.8)	12.4 (10.8)	17.0 (14.8)	8.2
A/B(%)	18.2	23.1	28.5	28.9			

1) 통합재정 기준(=총지출-용자회수액) 보건·복지, 사회보장, 주택 등 복지관련 지출 규모

2) ()은 총지출 규모

* 자료 : 기획재정부 자료

II. 주요정책이슈 : 복지부문 [2]

❖ 복지제도의 방향성 확립과 제도 간 정합성 확보

- 근로능력유무에 따른 복지대상자 대분류가 부재하고 근로능력자의 노동시장 재편입을 위한 동기부여가 취약하여 빈곤층 탈출을 증진시키려는 방향성 부재
 - 기초생활보장제도는 경제력이 취약한 모든 인구를 포괄
 - 보충급여 방식으로 인해 수급자의 노동시장 참여 유인 미약
 - ※ '08년 수급탈출율 : 14.1% (사망, 주거이전 누락 등 포함)
- 각종 공공부조제도와 사회서비스사업에서 다양한 기준이 난립하고 있어, 통합적 시각에서의 제도간 일관성 확보 필요
 - 기초생보, 장애수당 등은 최저생계비 대비 소득인정액 기준을, 일부 사회서비스사업은 평균소득 대비 소득액 기준을, 기초노령연금은 인구집단 내 소득서열을 기준으로 사용

II. 주요정책이슈 : 복지부문 (3)

❖ 대응방향

- 기초생보 대상자의 80% 이상을 차지하는 근로무능력자(노인, 아동, 장애인)만을 대상으로 한 별도의 공적부조를 설계할 필요
 - 세밀한 자산조사 결과에 의존할 필요 없이 근로무능력자에게 적정수준의 생계를 보장
 - 근로능력자는 Workfare 위주의 노동시장정책(ALMP)과 EITC에 흡수
- 최저생계비 등 공적으로 보장해야 하는 수준에 관한 개념을 정립한 후, 관련 제도의 기준선을 이에 맞춰 일관되게 종합 조정할 필요. 사회서비스 사업들의 다양한 기준들도 기준을 일원화, 단순화

II. 주요정책이슈 : 복지부문 (4)

❖ 사회보장의 사각지대 해소

- 4대 사회보험의 외형적 틀은 완성되었으나, 제도의 사각지대가 광범위하게 존재
 - 65세 이상 노인의 20%만이 국민연금을 받고 있고, 건강보험 지역가입자 25%가 체납세대, 비정규직 노동자는 고용보험과 산재보험의 적용사각지대에 놓여있음



사회복지 관련 소득파악 기능을 국세청 고유업무로 부여하여 소득파악기능을 제고, 가입자 관리를 강화, 생계형 체납자의 구제 제도를 탄력적으로 도입, 고용보험과 산재보험은 모든 취업자가 혜택을 받을 수 있도록 적용범위 확대

부 문	사회보험 사각지대 현황
국민연금	국민연금 납부예외자 5,107천명, 2년 이상 장기체납자 1,526천명('07) 공적연금간 미연계로 사각지대 발생
건강보험	건강보험체납자 213만 세대('06)
노인장기 요양보험	노인장기요양보험 수혜율 3.1%('08)
고용보험	실업급여 수혜율 34.8%('07), 비정규직 가입률 49%
산재보험	대부분의 비정규직 제외

II. 주요정책이슈: 복지부문 (5-1)

❖ 고령화에 대비한 노후소득보장체계의 개선

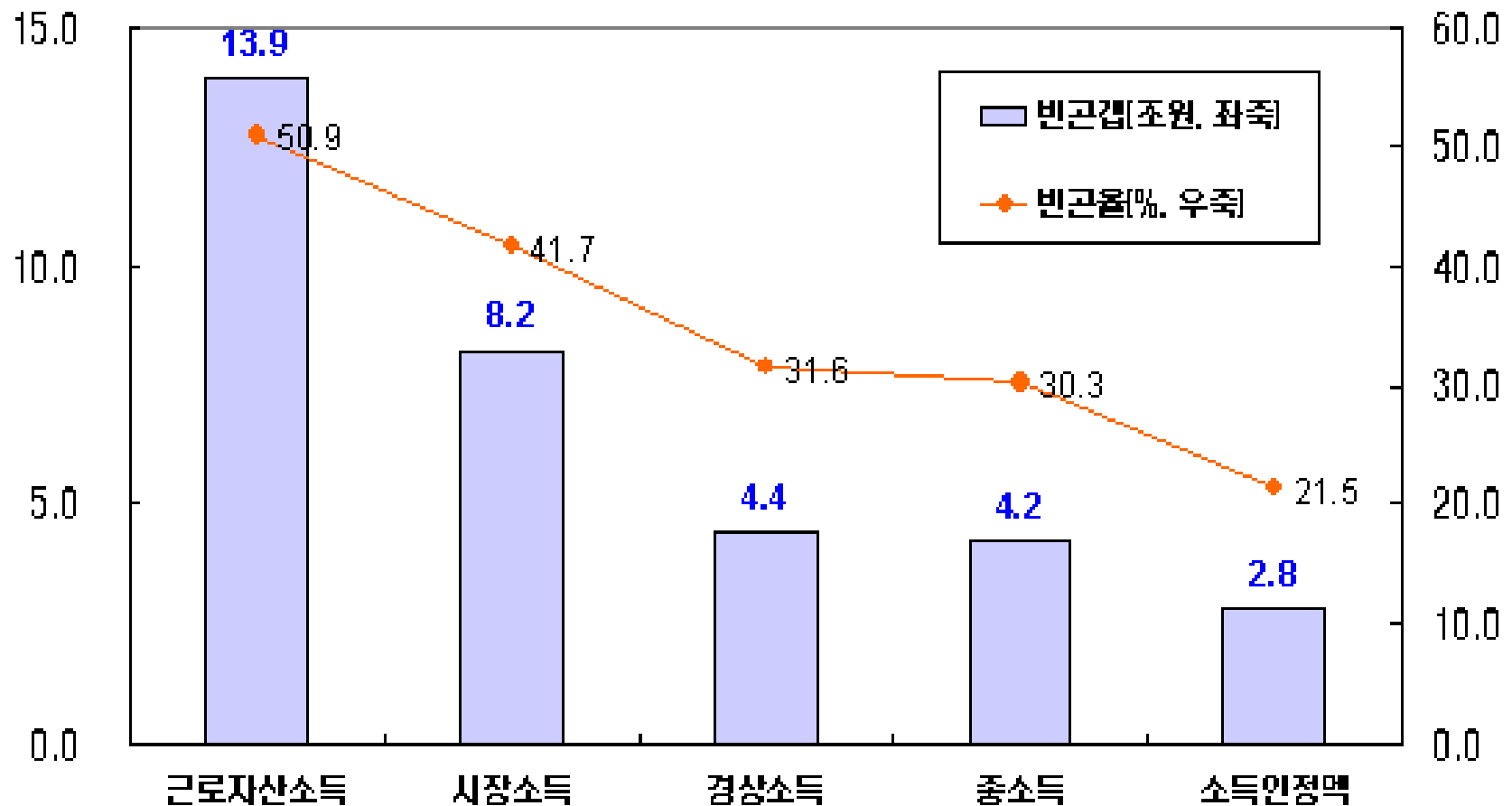
- 우리나라의 고령층은 빈곤위험에 강하게 노출된 대표적 취약계층이지만 아직도 이들을 위한 사회안전망은 미흡한 실정
 - 가구주가 60세 이상인 노인가구는 10가구 중 4가구가 빈곤가구로서 40대 가구주가구 빈곤율의 5배(2006년 도시가구 소득통계)



- 노인가구의 빈곤율은 경제위기 상황에서 높아지는 경향이 있으므로, 정부지원을 빈곤층에 대한 생계지원에 집중할 필요(기초노령연금의 수혜범위 및 급여수준의 재조정, 국민연금 사각지대 완화방안 강구 등)

II. 주요정책이슈: 복지부문 (5-2)

〈 기준소득에 따른 만 60세 이상 가구주 가구의 빈곤 현황 (2006년) 〉



자료: 국민노후보장패널조사(2007) 자료를 사용한 김희삼(2009, 미발간초고)에서 인용

II. 주요정책이슈 : 복지부문 [6]

❖ 사회복지 전달체계 개선

- 각종 사회서비스 사업들이 부처간/부처내에서 조정없이 확대됨으로써 유사한 사업이 난립하여 체계적 관리 불가능, 전달체계의 과부하, 예산의 중복적 지출, 재정지출 성과 파악곤란 등의 문제를 야기
- 현금급여 전달기능을 수행하던 읍면동 복지전달체계와 확대된 복지업무 비조응
- 일선 공무원의 복지업무 기피로 복지업무 과부하 발생



- 중앙정부의 사업기획 단계에서 유사중복 사업을 배제하기 위해 협의기구를 설치하고, 검토기능을 예산과정내에 포함하는 한편, 기존사업은 코드화하여 체계적으로 관리
- ※ 정부는 복지사업정비(249개→159개) 및 공공·민간 전달체계 개선(「개인별」 전산망 구축, 인력·조직관리 강화 등) 종합대책을 발표('09.6)
- 진행 중인 지방행정체계 개편을 고려하여 최일선 복지창구를 수혜자 위주로 재편
 - 참여정부 시기 중단됐던 사회복지사무소 시행 경험의 평가결과를 참조하여 one-stop 복지창구 설계
- 지자체 공무원들에게 인사고과 등 경력관리상의 동기를 복지업무에 부여

II. 주요정책이슈 : 보건의료부문 (1)

❖ 의료부문의 공적영역과 시장영역의 기능 정상화

(1) 공적의료보장의 질 개선

- 건강보험의 보장성은 64.6%에 불과하고 광범위한 비급여영역이 존재하여 1차안전망으로서의 역할 미흡
 - 급여영역 확대를 위한 원칙이나 기준이 정립되지 않은 상태에서 부분적인 보완책들이 사용되어 온 결과, 일관된 방향성 미흡
 - * 2009년 건강보험정책심의회 결정에 의하면, 치아홈메우기, 한방물리요법은 금년부터 보험급여에 포함되며, 노인의치, 치석제거 등이 2010년 이후부터 확대될 예정이나, 이들 항목의 시급성에 대해서는 사회적 공감대 형성되기 어려움
- 민간의료기관과 차별되는 공공의료기관의 기능이 부여되지 않아, 경제력이 낮은 인구집단이 마음놓고 이용할 수 있거나, 수익성이 낮은 공공적 서비스를 안정적으로 공급하는 공적 채널 취약



- 건강보험 급여항목 관리에 관련한 결정의 주체인 급여관리위원회를 설치하여, 급여확대의원칙과 기준을 정립하고, 전문적 연구를 조직하는 책임을 부여한 후, 일관된 청사진 하에서 보장성 확대 추진
- 공적으로 책임지는 의료서비스의 성격을 명시하여 이들 서비스를 제공하는 기관에 대한 보상기전을 마련
 - 비영리민간의료기관의 경우에는 현행 세제혜택 등의 적격요건으로 명시

II. 주요정책이슈 : 보건의료부문 [2]

❖ 의료부문의 공적영역과 시장영역의 기능 정상화

[2] 규제개선을 통한 시장기능 정상화

- 영리기관인 개인병원과 의료법인이 전체 병상수의 50%를 상회하는 상황에서 영리법인을 금지하는 것은 의료업에 투자할 권리를 의료인에게만 제한하는 독점권 보장 진입규제에 해당
- 진입제한으로 인해 자본과 전문성을 결합시킬 기회가 제한되는 동시에 외형적으로만 비영리기관인 의료기관들의 탈·편법적인 영리추구행태가 광범위하게 이루어지고 있음.



진입규제를 철폐하여 산업적 발전을 이루어야 하는 영역에서는 상법적 수단으로 건전한 수익추구의무를 부여하고, 비영리부문은 공공적 복지에 기여하도록 정책수단을 활용

	기관수	%	병상수	%
공공	150	9.0	49,592	17.5
민간	1,522	91.0	234,492	82.5
- 개인	898	53.7	88,555	31.2
- 의료법인	354	21.2	72,136	25.4
- 기타법인	270	16.1	73,801	26.0
계	1,672	100	284,084	100

II. 주요정책이슈 : 노동부문 (1)

- ❖ 향후 사회정책의 방향은 소득불평등도의 축소가 아니라, 빈곤예방
 - 빈곤탈출 등 절대빈곤의 감소에 집중할 필요
 - 중산층 탈락 방지를 위하여 사회안전망을 재정비하고, 빈곤층의 해소를 위하여 효율적인 근로연계 복지 모형을 정립할 시기
- ❖ 일자리의 제공이 가장 좋은 복지정책
 - 선진 외국의 경험에 따르면 일자리 창출은 부분적인 개혁이 아니라, ① 안정적인 거시정책, ② 상품시장의 경쟁제고, ③ 근로의욕 고취를 위한 조세제도의 개편, ④ 규제 제거를 통한 기업가 정신의 고양, ⑤ 고용법제의 개혁을 통한 노동시장 유연성, ⑥ 효과적인 직업훈련 등이 종합적으로 달성될 때 가능

II. 주요정책이슈 : 노동부문 (2)

- ❖ 경기침체의 타격에 크게 노출되어 있으나 사회안전망이 포괄하지 못하는 취약근로계층에 대해 정책적 지원을 집중할 필요
 - 고용보험에 가입되어 있지 않은 비정규직 및 영세자영업 실업자는 저소득층 취업패키지 지원사업 등을 확대하여 재취업을 돕는 것이 현실적인 대책
- ❖ 장기적으로 사각지대 해소를 위하여 고용보험 미가입 비정규직 및 영세자영업자에 대한 사회안전망을 마련할 필요
 - 비정규직의 경우 미가입 근로자와 사업주에 대한 당근(미가입분 면제를 통한 신규가입 촉진)과 채찍(행정처벌강화)을 지속적으로 사용할 필요
 - 자영업주의 경우 도덕적 해이와 역선택을 고려하여 별도의 보험체계를 설계

Ⅲ. 향후 정책 방향: 기본방향

- ❖ **일을 통한 능동적 복지에 집중, 경제·사회의 활력 제고**
 - 여성·노인 등 취약계층에 대한 취업기회 확대 및 자활·근로능력 확충
 - 사회변화에 맞는 일자리 대책을 통해 고용창출 역량 제고
- ❖ **국민건강 증진 등 예방적·사전적 투자 확충**
 - 노인 건강관리, 식품 안전관리, 공공의료시설 인프라 확충 등
 - 보건의료 R&D투자 확대 등을 통해 신성장동력으로서 보건의료 산업의 국제경쟁력 강화 지원
- ❖ **복지재정의 지속가능성과 전달체계 효율화에 중점**
 - 유사·중복 복지프로그램 통합·정비, 사회복지 통합전산망 구축, 바우처 적용대상 확대 등

III. 향후 정책 방향: '09~'13년 재정투자 중점(1)

❖ 저출산·고령화 시대에 적극 대응

- 건강한 모성과 차세대 출산·양육을 위한 여건 조성 지원

· 육아서비스 수혜율(%), 육아시설이용 영유아/전체 영유아

: ['09] 63.4 → ['11] 69.2 → ['13] 74.8

❖ 고령사회에 대비한 노후 소득 및 건강 보장 확충

· 기초노령연금 대상 노인수(만명): ['09] 363 → ['11] 388 → ['13] 477

· 장기요양서비스 수혜율(%), 수혜노인수/치매·중풍 노인수

: ['09] 27.5 → ['11] 37.0 → ['13] 39.8

❖ 일을 통한 복지를 위한 적극적 고용대책 추진

- 여성·고령자 노동시장 참여제고를 위한 고용지원서비스 강화

· 여성고용률(%): ['09] 53.2 → ['11] 54.0 → ['13] 55.0

· 고령자고용률(%): ['09] 60.6 → ['11] 61.5 → ['13] 63.0

- 고용가능성을 높이기 위한 직업능력개발 프로그램 확대

· 실업자 직업훈련 취업률(%): ['09] 60.0 → ['11] 62.0 → ['13] 64.0

· 중소기업 훈련 참여율(%): ['09] 24.0 → ['11] 28.0 → ['13] 32.0

- 실업급여의 사회안전망 기능 제고

· 실업급여 수혜율(%): ['09] 41.5 → ['11] 45.5 → ['13] 50.0

· 실업급여 수급자 재취업률(%): ['09] 28.0 → ['11] 30.0 → ['13] 32.0

III. 향후 정책 방향: '09~'13년 재정투자 중점(2)

- ❖ **공공의료서비스 인프라 확충 및 보건의료산업 국제경쟁력 강화**
 - 신약 및 고급 의료기술 개발을 위한 전략적 R&D 투자 확대
 - 첨단의료복합단지, 오송생명과학단지 조성을 차질없이 지원
 - 보건소의 취약계층에 대한 예방적 의료서비스, 지방 국립대병원의 주요질환 치료능력 확충
- ❖ **보금자리주택(분양·임대주택) 건설, 주택 구입·전세자금 지원 등으로 무주택 서민의 주거안정 도모**
 - '18년까지 총 150만호의 보금자리주택 공급
 - 분양주택(만호,누적) : ('09) 6 → ('11) 20 → ('13) 34
 - 임대주택(만호,누적) : ('09) 7 → ('11) 23 → ('13) 39
 - 저소득층 주거비 경감을 위해 주택 구입·전세자금 지속 지원
 - 주택구입자금(조원) : ('09) 3.0 → ('11) 1.6 → ('13) 1.6
 - 전세자금(조원) : ('09) 4.2 → ('11) 4.0 → ('13) 4.0
 - 장애인들이 자립할 수 있도록 일자리 마련 등 여건 조성

III. 향후 정책 방향: '09~'13년 재정투자 중점(3)

❖ 장애인 등 취약계층에 대한 맞춤형 지원 강화

- 장애인들이 자립할 수 있도록 일자리 마련 등 여건 조성
 - 장애인 의무고용율(%), 50인 이상 사업장의 장애인종사자/총종사자
: ('09) 1.82 → ('11) 2.17 → ('13) 2.51
- 다문화 가족에 대한 선제적 보호·지원 강화
- 저소득층 아동에 대한 통합형 서비스* 제공 확대
 - 다기화된 아동지원 프로그램의 효율적 통합·정비, 국가·지자체·민간단체 복지자원의 연계·활용 등

III. 향후 정책 방향: '09~'13년 재정투자 중점(4)

❖ 공적연금 및 건강보험의 재정건전성 제고노력 강화

- 4대 연금의 중장기 재정건전성을 유지하는 범위 내에서 급여수준 적정화, 사각지대 해소 추진
- 건보 급여지출 합리화를 전제로, 중증질환 중심으로 보장성 확대 추진

❖ 복지재정의 누수방지를 위해 효율적인 복지전달체계 구축

- 사회복지 통합전산망 조기 구축, 통합복지계좌 도입, 예산집행실명시스템 구축 등 부정수급 방지를 위한 인프라 확충
- 공급자 중심으로 다기화된 프로그램을 수혜자 중심으로 통합·단순화, 대국민 서비스 만족도 제고

III. 향후 정책 방향: 「휴먼뉴딜」의 정립

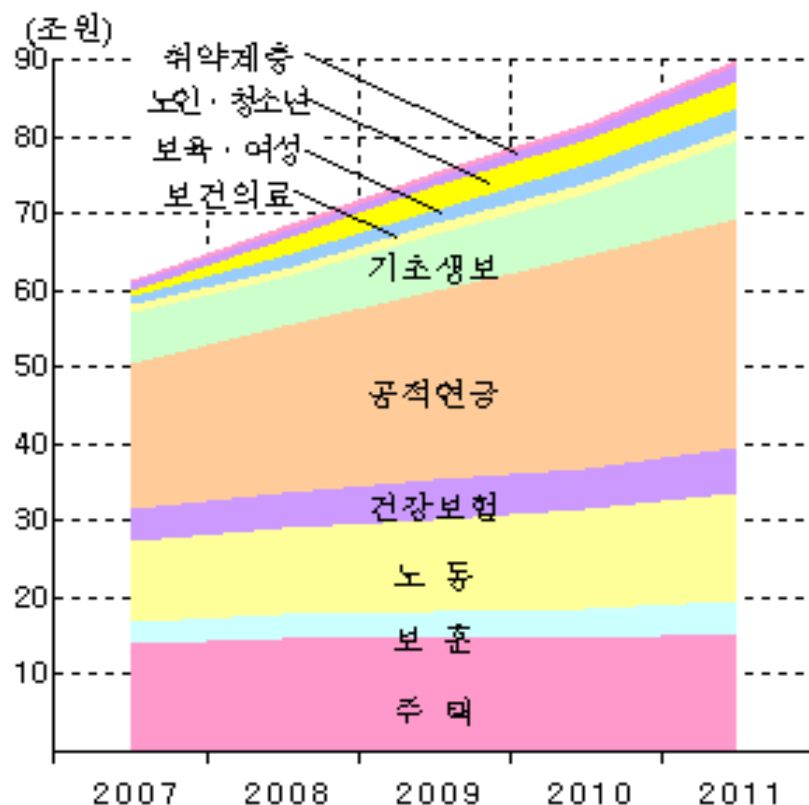
- ❖ 정부는 「휴먼뉴딜」의 표제하에 중산층 키우기 종합대책을 추진 ('09.3 대통령보고)
 - 대다수 국민을 빈곤위험으로부터 보호하고 중산층으로 육성하려는 적극적인 정책 목표
 - 정책고려범위: 수급자·차상위 가장 → 경제위기로 빈곤전략에 처한 서민 · 중산층 → 중산층지키기 및 중산층 복원 추진

< 「휴먼뉴딜」 3대 정책분야 핵심과제 >

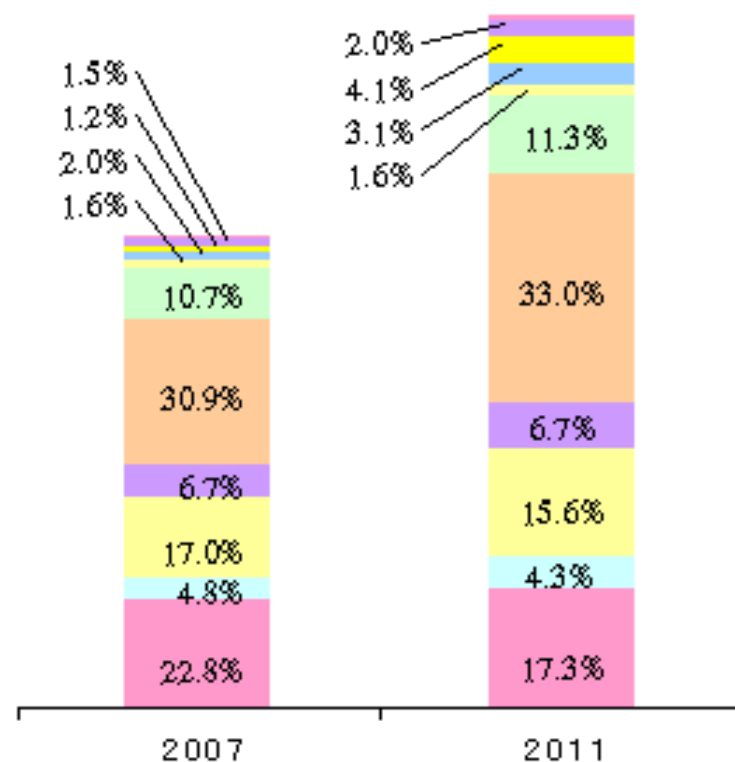
정책분야	중산층 탈락방지	중산층 진입 촉진	미래중산층 육성
기본방향	① 일자리 유지 노력 ② 가계부담 경감	① 개인역량 보전·강화 ② 일을 통한 빈곤탈출	① 가난 대물림 끊기 ② 인적역량강화
핵심과제	▪ 일자리 유지 및 창출 지원 ▪ 주거비·교육비·의료비 등 가계 부담 경감 ▪ 가구소득원 확대	▪ 미래지향적 직업교육·훈련 강화 ▪ 저소득층 탈빈곤을 위한 근로유인 강화 ▪ 창업마인드 확산을 통한 창업촉진 * 예: 1인 창조기업	▪ 공교육 경쟁력 제고 ▪ 아동·청소년 투자확대 ▪ 인적자본 투자강화

III. 향후 정책 방향: 자원배분계획

< 재정규모 추이 >



< 자원배분 구조 >



감사합니다.

토론주제 2

공적의료보장체계의 정비 방안

1. 우리나라 공적의료보장체계의 현황

- 우리나라 공적의료보장체계는 1977년 이후 지속적으로 확대되어 현재 사회보장제도의 근간으로 역할
 - 공적의료보장체계는 사회보험으로 운영되는 국민건강보험제도와 일반회계로 재원조달되는 저소득층 대상 의료급여제도로 구성
 - 1977년 의료보험 당연적용이 시작되고(500인 이상 사업장), 저소득층 보호를 위한 의료보호법이 제정되면서 공적의료보장이 체계화되기 시작
 - 현재 차상위 이상의 전국민이 건강보험 대상자로 당연적용받고 있으며, 의료급여 대상자는 1,852,955명(2009년 2월, 1종 1,028,588명, 2종 824,377명)으로 전국민의 3.7%
 - 공적의료보장체계는 전국민에게 일정수준의 기본적인 의료보장을 제공하고 있으며, 보장수준을 확대하는 노력을 지속적으로 투입하고 있음
 - ‘의료서비스 이용시 공적으로 부담하는 비용의 비율’을 의미하는 보장성은 64.6%로 추정(건강보험공단, 2008)
- 그러나 공적의료보장체계는 현재 보장수준이 제한적이라는 문제에 더해, 제도가 지양하는 바가 분명치 않고 의사결정구조가 불안정하다는 점 등 구조적 문제에 봉착하고 있어, 전반적 틀을 정비하지 않고서는 제도의 확대와 발전을 기대하기는 어려운 상황
 - 전국민 건강보험 당연적용(1989년) 이후 20년간 핵심적 의료보장 기능을 뿌리내리는 성과를 보였으나, 아직 적정수준의 의료보장

을 제공하지 못하고 있다는 평가

- 중증질환의 위험에 대해 공적시스템이 제공하는 보호 기능이 충분치 않아, 의료비 충격으로 인한 계층 하락의 위험이 상존
- 저소득층 대상 의료급여제도의 지속적 진료체계, 서비스 질 보장, 지출관리를 위한 제도적 틀이 마련되지 않아 저소득층 의료보호의 성과 여부와 예산 투입의 효과성 여부 불투명
- 제도의 내실화를 위해 필요한 주요 의사결정이 이루어지는 구조가 정립되지 않아 투명성(transparency), 책임성(accountability)의 문제가 지속적으로 제기될 뿐 아니라, 공적의료보장체계의 청사진을 도출하는 것이 불가능
- 보험료와 보장범위 결정 등 주요 의사결정과정에서 낭비적인 갈등이 반복적으로 발생할 뿐 아니라, 장기적인 계획에 기초한 일관된 의사결정이 아닌, 단기적 정치상황에 좌우되는 미봉책들이 난립하는 구조
- 고령화, 의료서비스의 기대수준 상승 등 제도의 확대가 요구되는 현 시점에서 지속적인 발전을 위한 틀을 정립하는 것이 시급

2. 건강보험 관련 결정의 책임성 확립

- 건강보험은 사회보험으로 운영되고 있으나, 보건복지가족부와 공단의 역할 분담이 불분명한 상태로 유지되어 보험 재정에 막대한 영향을 미치는 의사결정의 책임성 주체가 불분명하고, 제도 전반의 지속가능성을 유지하면서 혜택을 확대해가는 장기적 기획 부재
- 사회정책의 전반적 틀 속에서의 건강보험 방향 설정, 보장성 확

대와 관련한 의사결정, 재원조달, 지출관리 등의 기본적 기능이 필요

- 이 중 종합적 방향은 사회보장의 주무부처 역할이 주되게 요구되며, 재원조달, 구체적 보장성 확대 결정, 지출관리 등은 보험자가 판단을 내리고 1차적 역할을 수행하는 것이 사회보험의 기본적인 협의구조임.

○ 그러나 장기적 방향설정 기능은 부재한 상태에서, 급여확대와 관련한 결정은 주무부처가 담당하고, 재원조달과 자격관리는 건강보험 공단이, 지출관리는 심사평가원이 배타적으로 담당하는 구조가 유지되고 있음.

○ 건강보험 재정에 영향을 미치는 결정들이 체계적으로 이루어지지 못하는 문제가 상존하는 한편, 이러한 결정들에 대해 최종적인 책임을 지는 주체는 묘연.

□ 이러한 구조는 애초 사회보험으로 설계되었으나 결국 단일보험자 조직 통합으로 귀결된 우리나라 건강보험의 정착과정에서 연원을 찾을 수 있음.

○ 1977년 의료보험제도를 당연적용을 시작하는 시점에서 국가공영 방식(NHS)도 논의되었으나, 경제발전과제의 절대적 우위 속에서 정부의 재정투입을 최소화해야 할 필요, 의료공급의 공적인프라 취약 등을 고려하여 단일보험자체계를 회피하고 민간조합 설립을 통한 사회보험방식으로 결정

○ 그러나 본질적으로 국가주도적인 의료보장체계 구축 과정에서 개별 조합장들을 전직관리 등으로 임명하고, 운영에 국가가 깊이 개입하면서 사회보험방식의 자율성이나 반응성이 구현되기 어려웠고, 위험분산(risk pooling) 기능 역시 미흡

- 이러한 문제를 ‘개별조합을 적정단위로 통합하고, 위험조정장치 (risk adjustment mechanism)을 고안하는’ 통상적인 사회보험 정비 방식이 아니라, 전국의 개별보험을 모두 통합하여 단일보험자체계로 전환하는 결정으로 대처

- 1999년 국민의 정부 시기 국민건강보험법으로 142개의 직장조합, 공무원·교직원 조합, 227개 지역조합을 통합

□ 단일보험자체제가 확립됨에 따라, 국가와 보험자 간 거리가 근접하게 되는 것은 불가피한 현상이라 할 수 있으나, 주요 결정이 주무부처의 업무로 인식되면서 양자 간의 구분 자체가 모호해지는 결과가 초래

- 보험료 인상이나, 급여범위 결정의 문제는 전국가적인 이슈로 다루어지고 있고, 보험자의 역할은 미미

- 그러나 외양상 사회보험체제를 유지하고 있어, 결국 건강보험의 지속가능성, 재정건전성을 총체적으로 책임지는 주체는 부재

- 대표적으로, 주무부처가 급여확대안을 제안함에 있어, 추가적인 지출 추계와 필요 보험료 인상폭 등을 함께 고려하여 재정건전성을 유지하는 노력은 찾기 어려움.

- 국고지원분을 제외한 건강보험 당기수지가 지속적으로 적자를 보이고 있음에도 불구하고 이를 해결하기 위한 장기적 대책이 마련된 바 없음.

- 반면, 보험자는 스스로가 주요 결정의 주체가 아닌 상황에서 보험 재정에 책임질 의무를 느끼지 않고 있음.

- 이러한 불안정한 시스템 속에서 제도의 장기적인 지속가능성과 혜택 확대를 동시에 고려하는 기획 기능을 기대하기 어려움.

〈표 1〉 건강보험재정 추이

(단위: 억 원, %)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	연평균 증가율
수입	계	143,053	174,667	194,084	210,911	232,631	260,498	289,079	12.4
	(증가율)	19.9	22.1	11.1	8.7	10.3	12.0	11.0	
	보험료	109,277	137,409	155,788	169,277	188,106	217,287	248,300	14.7
	(증가율)	23.4	25.7	13.4	8.7	11.1	15.5	14.3	
	국고지원금	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	15.2
	담배부담금	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	
	기타	3,637	3,020	3,466	4,686	6,163	6,493		
지출	계	147,985	159,724	173,297	199,800	228,178	258,885	275,412	10.9
	(증가율)	4.9	7.9	8.5	15.3	14.2	13.5	6.4	
	보험급여비	138,237	148,935	162,645	183,936	215,880	245,601	264,948	
	관리운영비	5,982	6,341	6,930	7,589	7,785	7,196	10,464	
	기타	3,766	4,448	3,721	8,275	4,513	6,088		
	당기수지	-4,931	14,943	20,787	11,111	4,453	1,613	13,667	
	보험료 수입-지출	-38,708	-22,315	-17,509	-30,522	-40,072	-41,598	-27,112	

자료: 2002~2007년도는 「2007년 건강보험통계연보」, 2008년도는 「건강보험 재정현황」
의 12월말 수치

- 이러한 교착상태를 극복하고 공적의료보장체계를 한단계 발전시키기 위해서는 국가와 보험자간의 관계를 명확히 하고, 제도의 외양과 실제의 의사결정 주체를 일치시켜 책임성을 선명히 하는 것이 시급
 - 단일보험자체제가 이미 상당정도 정착했으며, 우리나라의 사회보험이 매우 특수한 경로로 발전하고 있다는 것을 감안하여 개선안을 논의해야 할 시점.
 - 외양상으로 분리되어 책임 회피 장치가 되고 있는 국가/보험자 관계를 재정립하여 사회보험 관련 주요의사결정과 책임의 주체를 분명히 할 필요
 - 이미 공공기관 평가대상(준공공기관)으로 분류되어 정부 산하 기관으로 역할하고 있는 건강보험공단과 심사평가원의 기획기능은 정부의 일부인 사회보험 주무기관(예를 들어, 5대 사회보험을 담당하는 사회보험청)을 설치하여 이관시키되, 전반적 사회정책의 주무부처인 보건복지가족부와 수평적 협의 관계를 부여
 - 건강보험 관련 집행업무는 건강보험공단과 심사평가원 양기관의 집행부서들을 한 기관으로 통합하여 사회보험 주무기관 산하의 준공공기관에서 담당케 함.

3. 의료급여와 건강보험의 통합

- 의료급여제도는 취약계층의 의료보장을 담당하는 제도로서, 2차 사회안전망의 핵심 부분이나, 양적·질적인 측면에서 장기적인 보완이 필요
 - 현재 전국민의 4% 미만을 대상으로 하고 있으나, 근로무능력자를 비롯한 취약계층의 규모를 감안할 때, 향후 사회안전망 확대와 함께 취약계층을 포괄하는 의료비지원대상을 늘려가야 할 필요(미국의 Medicaid 대상자는 전국민의 13%)
 - 대상자의 건강상태에 대한 지속적이고 통합적인 서비스가 제공되기 어려운 구조 속에서 낮은 수준의 의료서비스에 노출되거나 과잉이용을 지속할 가능성이 높음.
 - 취약계층, 고령자로 주로 이루어진 수급권자의 특성상 적절한 의료서비스를 선택할 능력을 보유하기 어려움.
 - 낮은 본인부담으로 의료이용자와 의료공급기관이 서비스 이용량을 절감할 유인이 취약하여 과잉서비스로 귀결될 가능성 높음.
 - 2007년 현재 의료급여 대상자 1인당 진료비는 건강보험의 3배, 급여비는 4배 수준(표 2, 표 3)

<본인부담 구조>

1종: 1차 의료기관 이용시 1000원, 2차 1,500원, 3차 2,000원

입원시 본인부담 없음(월 건강생활유지비 6000원 제공).

2종: 1차 1,000원, 2차/3차 급여비용의 15%, 입원시: 10%

1·2종 모두 본인부담 상한 매 6개월간 60만원

〈표 2〉 적용인구 1인당 연간 총진료비

(단위: 천원)

구분	2005	2006	2007
계	572	657	737
건강보험	525	599	677
의료급여	1,836	2,146	2,280

자료: 건강보험공단 분석자료

〈표 3〉 적용인구 1인당 연간 급여비

(단위: 천원)

구분	2005	2006	2007
계	431	503	565
건강보험	380	442	501
의료급여	1,803	2,107	2,230

자료: 건강보험 분석자료

- 의료급여대상자의 의료이용행태는 공적자금 지원액이라는 측면에서 차상위 건강보험 가입자와의 역전 현상을 보여, 제도간 통합성의 문제 표출
 - 2005년 당시 본인부담이 없었던 의료급여 1종의 1인당 진료비가 의료급여 2종의 3배 이상이고, 건강보험 최하분위와의 질환별 비교에서도 월등히 높게 나타나는 것은 (건강상태를 통제할 경우에도) 의료급여 대상자의 과잉이용 가능성과 이로 인한 계층간 정부지원 격차를 의미.
 - 의료급여 대상자의 범위를 확대하기 위해 필요한 사회적 동의를 얻기 위해서는 지출관리를 강화하여 예산지출 효율성과 계층간 형평성에 관련한 신뢰도를 높일 필요

〈표 4〉 의료급여 대상자 유형별 1인당 진료비 (2005년)

(단위: 만원)

구 분	의료급여			건강보험
	평균	1종	2종	
진 료 비	192	273	80	53
본인부담	3	0	6	14

자료: 보건복지가족부(2006)

〈표 5〉 건강보험(최하위 분위) 대비 주요질환별 진료실적 (2005년)

(단위: 천명, 천건, 천원)

구 분	정신질환			희귀난치성질환			만성질환		
	의료 급여(A)	건강 보험(B)	A/B	의료 급여(A)	건강 보험(B)	A/B	의료 급여(A)	건강 보험(B)	A/B
실진료인원	252	80	3.2	105	39	2.7	722	438	1.7
총진료비(억원)	5,310	362	14.7	5,586	820	6.8	14,639	2,282	6.4
진료건수	1,811	383	4.7	742	220	3.4	6,428	3,665	1.8
건당진료비	293	95	3.1	753	373	2.0	228	62	3.7

※ 건강보험 : 의료급여 대비 건강보험의 최하위 분위 성별·연령별 동일 176만 명 비교

자료: 보건복지가족부(2006)

□ 의료급여 대상자 의료서비스 이용에 대한 일면적이고 단기적인 접근으로 종합적 정책과 개선방안 미흡

○ 2006년 본인부담 부과와 선택병의원제를 실시했으나, 고령자나 만성질환자 등의 높은 비중 등 인구구조적 특성을 충분히 고려하지 않은 상태에서 도덕적 해이 방지에 치중한 문제점.

- 2009년 본인부담을 다시 낮추는 조치를 시행했으나, 당초 정책목표가 초과달성됐다고 판단해서인지, 정책목표의 중요성이 변화했기 때문인지는 표명된 바 없음.

○ 보다 근본적으로, 의료급여 수급권자가 이용하는 의료서비스 질, 이용행태에 대한 모니터링, 2006년 이후 본인부담 부과와 선택병의원제에 따른 접근성 제약 여부나 과잉이용억제 효과 평가 등이 미흡하고, 이에 근거한 장기적 대안이 설계되지 못하는 상황

○ 이는 의료급여 대상자의 의료이용과 건강상태, 공급자 행태를 총체적으로 점검하고, 개선시키려는 책임주체가 불확실하다는 문제에 기인.

□ 의료급여는 공적의료보장체계의 일부로 자리매김하여 건강보험과의 제도적 정합성, 효과성, 예산 효율성을 위한 구조 개선이 필요

○ 분절적 의료체계 속에서 이들 취약계층의 건강상태와 이용서비스 질을 지속적으로 모니터링하면서 높은 질의 서비스를 통합적으로 제공하기 위해서는 시스템 자체를 구축하는 노력이 필요

○ 의료급여를 건강보험 체계 내에 포함시켜 이들의 보험료부담을 국가가 지불하고 국고로 지급되던 의료급여 대상자 급여비용을 건강보험으로 이관하되, 의료서비스 이용을 관리하여 예산의 남용을 막는 지출관리 역할은 보험자가 담당하도록.

- 다른 계층과의 전체적인 조망 속에서 지출관리를 수행하여 공적자금 지원의 형평성을 구현해야.
- 이들의 건강상태를 파악하고, 의료서비스 질을 평가하여 의료급여 진료 계약 여부를 결정하여 질을 보장하는 등, 의료급여 대상자의 건강을 개선하기 위해 노력하는 것은 장기적 지출요인을 억제하는 보험자 고유의 업무
- 이는 현재 지출관리의 유인도 없고, 필요자원도 부족한 지자체에게 의료급여 대상자의 사례관리 책임이 부여되어 실효를 기대하기 어려운 상황을 개선하여 지출관리의 유인과 자원을 보유한 기관에 관련 업무를 담당시킨다는 것을 의미.

4. 건강보험 보장성 확대의 원칙 확립

□ 1차적 사회안전망으로서의 건강보험제도가 ‘의료비 충격으로부터의 경제적 보호’ 역할을 충분히 수행하지 못하고 있고, 지속적인 보장성 확대가 필요하다는 것이 사회적 공감대이나, 어떠한 원칙과 기준으로 확대할지에 대한 방향성 부재

- 현재 국가 간의 의료보장성을 비교하기 위한 일반적인 지표는 국민의료비 중 공공재원의 비율 <표 6>의 $A/(A+B+C+D+E)$ 에 해당하는 수치인데, OECD 자료(2006)에 의하면, 2004년 기준으로 OECD 국가 평균이 72.4%인데 비해 우리나라는 51.4%.

<표 6> 국민의료비의 지출구성과 재원조달

의료비 지출	A.건강보험 급여비	B.본인부담	C.비급여 (의료적)	D.비보험 (성형, 보약 등)	E.기타
재원	공공재원 (건강보험료, 조세)	민간재원 (본인부담금, 민간보험료, 기타)			

주: 1) 비급여는 의료적 비급여로서 임의 비급여 및 법정 비급여를 포함.

2) A~D는 의료기관 및 약국에서 지출된 의료비이며, E는 기타 의료비임.

3) 공공재원은 건강보험 이외에 지출되는 부분을 포함하고, 민간재원 역시 비의료적 성격의 서비스들을 포함하기 때문에 공공재원 비중은 건강보험 보장성과 정확하게 대응하지 않음.

- 2004년 통계청의 가계조사 자료를 사용하여 분석 결과에서 소득 하위 10분위의 경우 가구 소비지출에서 의료비 지출이 40% 이상인 ‘과부담 의료비 지출 가구’ 비율이 4.5%에 이르는 것으로 나타남(양봉민 외[2006]).

- 2004년 본인부담 상한제 실시와 이후의 상한제 확대로 과부담

의료비지출가구의 축소가 예측되나, 본질적으로 급여영역에 한정된 보호장치이기 때문에 비급여영역이 큰 상황에서 실효를 크게 기대하기 어려움.

- 이러한 수치들을 고려할 때, 건강보험이 사회안전망으로서 충분히 기능하기 위한 보장성 강화의 필요성에 이의를 제기하기는 어려움.
- 그러나 2002년 이후 핵심정책으로 추진되어온 보장성 확대과정에서는 급여확대안 간의 일관성이나 지향점이 모호하고, 논의과정의 투명성과 결정주체, 결정원칙이 선명하지 못하다는 문제점들이 누적됨.

□ 보장성 구성 요소별 현황

건강보험 보장성은 1) 급여영역의 본인부담율, 2) 본인부담 상한의 규모, 3) 전체 의료서비스 중 급여영역이 차지하는 비중 등으로 파악될 수 있음.

1) 요양급여비용의 본인부담¹⁾

- 입원진료 및 만성신부전증환자 등 보건복지가족부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우 요양급여비용총액의 20%와 식대의 50%
- 외래진료의 경우 및 보건복지가족부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우 요양급여비용총액의 30~50%(기관, 소재지, 환자에 따라 다름).
- 약국은 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우에 요양급여비용총액의 30%

1) 국민건강보험법 시행령 [별표 2]

- 암환자 등 중증환자, 6세 미만의 사람(신생아 및 영유아 제외)에 대한 입원진료의 경우 요양급여비용총액의 10%와 식대의 50%
- 6세 미만인 사람이 외래·약국 이용시 비용 부담률의 70%
- 희귀난치성질환(125종)의 입원과 외래 본인부담률은 10%(2009년 7월부터 적용)

2) 본인부담금 상한(2009년 1월부터 적용)

〈표 7〉 건강보험 본인부담금 상한액의 소득차등

개정전(6개월 기준)	개정후(1년 기준)		
200만원	하위층(50%)	중위층(30%)	상위층(20%)
	200만원	300만원	400만원

자료: 보건복지가족부, 「건강보험 보장성 확대계획 2단계 시행」, 2008. 12. 30.

3) 비급여²⁾

- 다음의 경우 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환
 - 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 진료
 - 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 예방진료
- 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우의 비용·행위·약제 및 치료재료
- 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

2) 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2]

- 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지가족부 장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여대상으로 승인받은 경우

□ 보장성 확대의 접근방식

- 질환별 접근은 몇 가지의 중증/고비용 질환과 관련된 의료비용을 급여화하는 방법으로서 혜택을 받는 특정 질환 환자들의 지지를 빠르게 획득할 수 있는 정치적 장점이 존재하는 반면, 고비용 질병 내에서도 저부담 환자들이 존재하며, 비용 부담이 동일하게 높은 질병인데도 혜택을 받지 못하는 문제가 있기 때문에 이론적 근거가 미약
- 비용접근은 일정 규모 이상의 비용 부담을 덜어주는 방식으로 상병의 종류나 의료 항목에 관계없이 고액의 재난성 의료비용을 방지하는 데 효과적. 현재 본인부담상한제가 시행 중이며, 올해부터는 의료비용 상한을 소득과 연계하는 방식을 도입.
- 항목별 접근은 비급여 항목을 급여에 포함시키거나, 기존 급여 항목의 제외항목을 결정할 때 주로 사용되는 방법. 질환 종류와 상관없이 모든 이에게 혜택이 제공될 수 있다는 장점 존재.
- 보장성 확대는 취약계층을 배려한 비용접근을 병행하되, 급여영역을 증대하는 항목별 접근을 주되게 활용하는 방식이 불가피

□ 건강보험 보장성 강화 추이와 계획

1) 2004년 이후의 보장성 강화 과정

〈표 8〉 건강보험 적용범위의 확대 과정

	내 용
2004. 1.	암환자, 62개 희귀질환자 외래진료비 산정특례
2004. 3.	감마나이트 수술
2004. 7.	진료비 본인부담액상한제 실시
2005. 1.	MRI 보험 적용, 분만시 본인부담 면제, 정신질환외래 본인부담 경감(30~50% → 20%)
2005. 3.	만성신부전환자 조혈제 건강보험 적용기준 완화
2005. 4.	장애인보장구(전동휠체어 등) 건강보험 적용 확대
2005. 6.	골다공증 치료제 건강보험 적용기간 연장(90일 → 180일)
2005. 9.	암 등 고액중증질환 보장성 강화(법정보인부담 인하 20% → 10%)
2006. 1.	만 6세미만 입원아동 본인부담금 면제, 장기이식수술 건강보험 적용 전환 (간, 심장, 폐, 췌장), 특정 암 건강검진 본인부담율 경감(위암, 유방암, 대장암, 간암 50% → 20%)
2006. 6.	PET, 식대 건강보험 적용
2007. 6.	희귀난치성환자 외래경감확대(15개 항목), 화상진료 및 전문재활치료 활성화, 장애인임산부 진료 활성화, 자연분만 및 모유수유 활성화
2007. 7.	진료비 본인부담상한제 확대(6개월 3백만원 → 6개월 2백만원)
2007. 8.	만6세미만 외래본인부담 경감(성인의 70%수준으로)
2007. 11.	영유아 건강검진 본인부담경감
2008. 6.	희귀난치성환자 외래경감확대(19개 항목)
2008. 12.	백혈병 골수이식 급여기준 확대, 출산전 진료비 지원

자료: 보건복지가족부, 「2007 보건복지가족백서」, 2008.

2) 향후 확대 계획

- 보건복지가족부는 암 환자의 본인부담률을 10%에서 5%로 인하하고, 고도비만 치료, 척추·관절질환 MRI, 초음파, 한방 물리치료, 노인 의치, 치석제거(스케일링), 충치치료(광중합형 복합 레진) 등에 대해 보험적용 추진 계획(복지부[2008]).³⁾

〈표 9〉 보장성 확대 대상 항목 및 재정소요 추계(안)

보장성 확대 항목		소요재정	보험료(% , 원)		비 고
			보험료율 인상율	추가 보험료	
기 본 항 목	암환자 본인부담 경감 (10% → 5%)	1,300억원	0.57	580	고액질환
	고도비만 치료	1,000억원	0.43	450	신규(예방)
선 택 항 목	MRI(척추질환 등)	2,600억원	1.13	1,160	확대
	초음파	6,600억원	2.87	2,940	신규
	한방 물리요법	300억원	0.13	130	신규
	노인 의치	1조원	4.35	4,460	신규
	치석제거(스케일링)	7,000억원	3.04	3,120	신규(예방)
	광중합형 복합 레진	5,300억원	2.30	2,360	신규
	불소도포	180억원	0.08	10	신규(예방)
	치아 홈메우기	1,300억원	0.57	580	신규(예방)

주: 세대당 월간 추가 보험료(보험료율 1% 인상 시 1,030원)

자료: 보건복지가족부, 「건강보험 보장성을 대폭 확대하여 진료비 부담을 크게 줄인다」, 2008. 10. 22.

3) 건강보험정책심의위원회 결정에 의하면, 치아홈메우기, 한방물리요법은 2009년부터 보험급여에 포함되며, MRI는 2010년에 우선적으로 급여 실시, 노인 의치, 치석제거는 2010년 이후부터 단계적으로 확대될 예정(2009년 건강보험료 및 보장성 확대 관련 제15차 건강보험정책심의위원회 의결사항).

□ 건강보험 보장성 확대 과정의 문제점

- 2004년 추진된 보장성 강화방안은 비의료적 영역인 식대, 차액 병실료 등을 우선적 보장 대상으로 제시함으로써, 보장성 70%라는 수치적 목표 달성만을 중시한 결과라는 비판에 직면.
 - 이는 국민의 의료비 부담을 줄인다는 포괄적 목표만을 제시한 채, 무엇부터 어떻게 줄인다는 것에 관해 합의가 이루어지지 않은 상황을 반영
- 정책결정의 참고자료로 사용되어 온 기존 연구들 역시 이 점에 있어 동일한 문제점을 보이고 있음. 즉, 보장성 확대의 우선적 목표와 기준, 순서에 대해 숙고하는 과정 없이, 구체적 항목을 병렬시키고 서베이를 통해 대상을 확정하는 시도들이 대부분.
- 최근 과거 급여확대 결정과정의 불투명성이 문제점으로 지적되면서 결정과정의 투명화와 일반국민의 참여 필요가 제기되고 있으나, 이것 역시 유사한 문제점을 초래할 가능성이 높음.
 - 공적인 정책결정과정을 보다 민주적이고 투명하게 개선한다는 측면에서 긍정적이나, 개인의 관심사와 이해관계의 단순함을 국민의 의사로 간주하거나 대중영합적인 정책의 우려
- 즉, 현재의 논의와 정책대안은
 - ①급여확대의 원칙과 기준에 관한 논의와 합의가 선행되지 않은 상태에서 평면적으로 제시된 항목들 간을 결정하는 문제점,
 - ②전문적 지식을 충분히 전달하고 토의할 기회(information and deliberation)가 충분히 제공되지 않은 상태에서 국민의 의사표현에 과도한 의미가 부여되고 있다는 점,
 - ③대중영합주의로 흐르지 않도록 공적 주체의 책임과 전문가의

역할을 명시할 필요성,

④원칙과 기준에 대한 합의를 거친 후, 이에 따른 급여확대방안 연구를 전문가 자산을 동원하여 치밀하게 수행해야 할 필요성,

⑤보험료 인상 등 추가재원확보를 고려하면서 보장성 확대정책을 발표할 필요성 등이 간과되고 있음.

□ 보장성 확대 관련 결정 과정의 개선 방향

1) 전반적인 논의 구조 정립 필요 필요

- 사회구성원 전체에게 영향을 미치는 중요한 의사결정에 대해 각계의 참여를 유도하는 노력의 중요성은 충분히 강조되어야 하나, 급여확대의 구체적 경로에 관해 특정한 서비스 항목을 제시한 후, 설문이나 인터뷰를 실시할 경우 참여자의 대표성, 개인적 이해관계의 부적절한 영향력, 전체 보건의료 정책결정에 대한 충분한 인지능력의 유무, 의학적 전문성의 부재 등의 문제가 지적될 필요가 있음. 이는 전문가를 대상으로 하는 조사의 경우에도 유사하게 지적
 - 충분한 정보와 논의 과정(information and deliberation)을 보장하지 않은 상태에서 평면적인 의견조사를 시행할 경우 전체 사회의 우선순위를 균형있게 반영하기는 매우 어려움.
 - 예를 들어, 2009년 보장성 확대 후보에 의치, 스케일링, 치아도포 등이 포함되어 있는 것은 우선순위 원칙에 관한 논란을 불러일으킬 가능성이 높음.
- 영국의 경우 바이아그라를 급여목록에 포함시킨 결정이 전반적 의사결정 구조의 정비노력을 촉발시켰고, 미국 오레곤주 1차 리스트가 직관적 중요성에 반하는 우선순위로 인해 대대적인 재검토를 거쳤다는 것은 우리나라에서도 전반적 논의구조에 관한 검토가 필요하다는 점을 함축.

2) 급여확대원칙을 우선적으로 명시할 필요.

- 각국 기준의 다양함은 사회의 가치구조에 따라 급여기준이 달라진다는 점을 의미하며, 우리나라 역시 공적인 주체가 이들 원칙을 명시할 필요가 있음. 시민사회의 의사표현이 필요하다면, 개별 서비스간의 선택단계보다 이들 원칙의 결정 과정에서 이루어져야 할 것임. 그리고 구체적인 서비스 항목의 포함여부는 원칙과 기준이 명시된 후, 이에 부합하는 방식으로 각계 전문성을 동원하여 결정해야 할 문제임.
- 영국 NICE는 임상적 효과성과 비용효과성을 기준으로 제시하고 있고,
- 스웨덴의 경우 (Swedish Health Care and Medical Priorities Commission)는 생명을 위협하거나 장애에 이를 수 있는 증상, 예방과 검진, 비급성기와 만성질환 진료, 기타의 순서를 제시.
- 노르웨이(Core Services Committee)는 효용, 돈의 가치, 공적 자금이용의 형평성, 정치적 과정이 지역사회 가치를 적절히 반영하는지 등을 기준으로 제시.
- 네델란드(Dunning Committee)는 필수성, 효과성, 효율성, 개인 책임성 등을 기준으로 명시

3) 책임주체와 전문가 그룹의 역할, 시민참여에 대한 원칙 필요

- 급여관련 결정에 시민 참여를 활발히 활용하고 있는 영국의 경우, 시민배심원의 의견은 합의에 이를 필요도 없으며, 구속력도 없음. 보건당국은 시민의 의견을 결정에 고려해야 할 의무나, 피드백을 제공해야 할 의무가 없으며, 단지 시민의 의견을 공개할 의무만을 짐.⁴⁾

- 또한 무엇에 관해 의견을 묻는지 역시 중요. 주로 시민의 참여는 ‘누가 급여의 우선순위를 설정하고, 어떤 기준에 의거해야 하는가’에 집중됨.
 - NICE가 소집한 시민배심원은 임상적 결정에서 NICE가 고려해야 할 사항, 자원배분에서 연령을 고려할 필요성, 희귀질환 치료제에 대한 급여 여부, 건강형평성을 위한 정책필요성 등.
 - 폴트모스에서 모집된 시민배심원은 급여우선순위설정의 기준에 대해 진료의 필수성, 돈의 가치, 삶의 질이라는 의견을 제시,
 - 노팅검에서는 비임상적 요소가 고려되어야 하는지에 대한 문제에 대해 항상 임상적 필요와 효과성이 우선적 기준이며, 선별적으로 비용과 가용성(availability)도 기준으로 활용될 수 있다는 의견에 도달(Lenaghan[1999]).
 - 독일의 신의료기술 급여채택 연방위원회에 환자대표를 참석시키긴 하되, 표결권을 부여하지 않는 것 역시 참고할만한 사례(건강보험공단[2006]).
- 즉, 논의의 과정에 시민사회를 참여시키고, 이들의 의견을 청취하되, 실제적인 결정의 책임은 공적 주체에게 남겨진다는 것을 의미. 그리고 의견을 청취할 필요성이 가장 큰 부분은 각 사회의 가치관을 적절히 파악하기 위한 부분, 즉 급여보장 우선순위의 원칙과 기준에 관한 부분임.

4) 영국의 시민배심원제는 소수의 대표성 있는 일반대중을 모집하여 4~5일간 같이 체류시키면서 우선순위 결정에 필요한 충분한 정보를 제공한 후, 이들 참석자가 상호간에 의사소통을 하면서 문제에 대한 심사숙고를 하여 의사결정을 하게 한 후 제안서를 지역보건당국이나 1차 의료트러스트(PCT)에 제출하는 방식이다.

4) 공적주체의 역할

- 급여우선순위에 대한 원칙과 기준을 결정하고, 결정하는 과정에서 국민의 의견을 청취하고, 결정된 원칙과 기준에 의거하여 각계 전문가들의 전문성을 동원하여 근거를 생성하거나 취합하는 등 총괄적인 책임은 공적주체(정부/보험자)에게 명확히 부여될 필요.
- 결정에 대한 책임성(accountability)과 투명성을 확보하기 위해서는 독립된 결정주체로서 급여관리위원회를 신설하여 관련 업무를 담당하게 하는 것이 바람직

5) 전문가 집단의 역할

- 최근 보건의료정책의 수립과정에서 일반 시민들이 소외되고 소수의 전문가들만이 의사결정과정을 독점하는 엘리트주의적 비민주성이 커졌다는 지적은 의사소통과 사회적 합의를 지향하는 큰 흐름 속에서 시의적절한 문제 제기.
- 그러나 애초에 보건의료의사결정과정에서 주로 지적되어 온 문제들이 의사결정과정의 불투명성, 책임성(accountability) 측면이라는 점을 고려하면, 의사결정과정에서의 전문가적 지식의 중요성을 폄하하는 것으로 이어지는 것 역시 적절하지 않을 것.
- 결국, 국민의 의견이 표출되는 통로를 창출하고, 이들 의견을 주의깊게 청취하면서 각계 전문성을 종합하여 의사결정의 책임을 지는 기구를 설립하는 것과 함께, 전문가가 의사결정의 근거를 제공하고 의사결정에 참여하는 것의 중요성이 모두 강조될 필요.
- 무엇보다 급여확대를 위해 필요한 주요 근거(hard evidence)들을 제공하는 것은 상당한 규모의 인적자원이 투입되어야 하는

작업임. 특히 개별 서비스의 필요, 효과, 비용효과, 진료과목별 의견의 종합 등은 고도의 임상적 지식과 보건의료체계에 대한 총괄적 지식이 필요한 영역.

- 이와 함께 각 서비스의 급여추가시 건강보험 재정이나 국고에 미칠 재정추계 자료 역시 의사 결정을 위한 필요한 주요 근거임.
- 이들 근거 생성을 위해서는 오레곤 급여리스트와 Health Care Financing Administration, NICE 등의 연구 결과들을 참고할 수 있을 것이나, 다른 나라의 연구 결과를 우리 실정에 맞게 해석하고, 우리 원칙에 부합하도록 필요한 정보를 재배열하고, 근거를 새로이 생성하기 위해서는 전문가 그룹의 노력이 상당 정도 투입되어야 하고, 이를 조직화할 공적주체의 제도화된 역할이 필요

□ 결국 급여 항목 확대의 원칙과 기준을 정립하는 과정에는 일반국민의 의사를 적극적이고 투명하게 파악하는 노력이 필요하고, 결정된 원칙에 의거하여 실제의 급여항목을 확대해가는 과정은 공적인 책임주체의 주도 하에 전문가 그룹을 지식을 충분히 활용해야 할 것이며, 이를 위한 상설 책임주체가 제도화될 필요