

# 건강보험 의사결정기구의 개편 방안

A plan to re-organize the health insurance policy  
determination body

신영석·김소운·김은아

# KIHASA



현안보고서 2014-02

**건강보험 의사결정기구의 개편 방안**  
**A plan to re-organize the health insurance**  
**policy determination body**

발행일 2014년 12월  
저자 신영석·김소운·김은아  
발행인 최병호  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 (339-007)세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F  
전화 대표전화: 044)287-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)  
인쇄처 한디자인 02)2269-9917  
가격 비매품

© 한국보건사회연구원 2014

ISBN 978-89-6827-220-2 93330

<b>요약</b> .....	<b>1</b>
<b>제1장 건강보험 의사결정기구의 역사 및 현황</b> .....	<b>3</b>
제1절 건강보험 의결 관련 법 및 의사결정기구의 변천 .....	3
제2절 건강보험 의사결정기구의 기능 및 구성 .....	6
<b>제2장 건강보험 의사결정기구의 문제점 및 외부시각</b> .....	<b>10</b>
제1절 건강보험정책심의위원회의 성과 및 한계 .....	10
제2절 건강보험정책심의위원회관련 외부 시각 .....	12
제3절 건강보험정책심의위원회 개편관련 논의 .....	16
<b>제3장 국외 건강보험관련 의사결정기구의 특성</b> .....	<b>25</b>
제1절 일본의 건강보험 관련 의사결정기구 .....	25
제2절 독일의 건강보험 관련 의사결정기구 .....	28
제3절 대만의 건강보험 관련 의사결정기구 .....	30
제4절 그 외 국가의 건강보험 관련 의사결정기구 .....	33
제5절 소결 및 시사점 .....	35
<b>제4장 건강보험 의사결정기구의 개편원칙 및 개편안</b> .....	<b>37</b>
제1절 개편원칙 .....	37
제2절 개편안 .....	38
<b>참고문헌</b> .....	<b>41</b>



## Executive Summary ...

---

본 연구에서는 우리나라 건강보험 의사결정 기구인 건강보험정책심의위원회의 현황 및 문제점을 분석하고 국외 건강보험관련 의사결정 기구의 특성을 살펴봄으로써 건강보험 의사결정 기구 개편을 위한 원칙과 방안을 제시하였다.

건강보험 의결과 관련된 법의 변화에 따라 건강보험 의사결정기구의 명칭, 심의 사항과 위원구성의 변화가 존재하였다. 현재 우리나라의 건강보험 의사결정 기구는 국민건강보험법 제 4조에 의거하여 건강보험정책에 관한 중요사항을 심의 및 의결하기 위하여 보건복지부 장관하에 설치된 건강보험정책심의위원회로 요양급여의 기준, 요양급여 비용, 지역가입자와 직장 가입자의 보험료, 건강보험과 관련된 주요 사항을 의결하는 기능을 수행하고 있다. 이러한 건강보험정책심의위원회에 관해서 권한의 과도한 집중, 책임구조의 결여, 위원구성의 중립성의 부족, 위원회의 전문성 결여 등 많은 문제점이 논의되었다. 또한 위원회의 위상이나 권능만큼 위원 구성, 위원회 운영방법, 논의 내용 등에 대한 논란이 지속되고 있으며 정부편향적 위원구성, 의사결정의 절차적 불공정함 등에 대한 지적이 제기된 바 있다.

주요 국가의 의사결정 기구 특성을 살펴 본 결과, 국가마다 건강보험 운영방식과 보험급여 및 수가 설정 방식이 상이하여 건강보험 관련 의사결정 기구의 구성과 역할의 범위가 국가마다 다양한 특성을 보였다. 하지만 공통적으로 정부가 최종적인 결정권을 갖고 있거나 위원회 등에서 결정된 사항에 대해 거부권을 행사할 수 있도록 제도화함으로써 제도운영의 책임성을 높이고 있다.

책임성, 중립성 및 객관성, 전문성의 개편원칙을 토대로 2가지의 개편방안이 모색되었다. 현행 체계에 정부의 책임성을 강화하면서 조정과 중재의 역할을 실질화할 수 있도록 공익대표의 선정과정을 투명하게 하는 1안과 향후 건강보험 운영의 지향을 포함하여 전문성을 강화하는 방향의 2안이 제시되었다.



## 제1장 건강보험 의사결정기구의 역사 및 현황

### 제1절 건강보험 의결 관련 법 및 의사결정기구의 변천

1977년에 500인 이상 사업장을 대상으로 시작된 건강보험은 1989년에 전 국민으로 확대되었다. 그 동안 직장과 지역으로 나뉘어 개별 조합별로 운영되던 건강보험은 1998년에 1차로 지역조합이 통합되었고 2000년 7월에 하나의 보험자로 통합되어 오늘에 이르고 있다. 개별조합체계에서는 조합별로 보험료수준 등에 관한 자체적 의사결정이 이루어졌지만 전 국민 단일보험형태에서는 별도의 의사결정기구가 필요하게 되었다. 통합 건강보험의 첫 번째 의사결정기구는 건강보험심의조정위원회 및 재정운영위원회이다.

1999년 2월 8일 제정되어 2000년 7월 1일부터 시행된 국민건강보험법에 의거하여 건강보험심의조정위원회<sup>1)</sup>에서는 건강보험 수가, 급여 관련 사항 등을 결정하였고, 재정운영위원회에서는 보험료 등 재정관련 사항을 결정하였다. 수가와 요양급여 기준 및 비용을 심의하는 기구인 건강보험심의위원회는 보건복지부 산하 조직으로 보험제도 관련 정책을 심의하는 역할을 수행하였다. 수가는 1차적으로 건강보험공단과 공급자 대표 간의 계약을 체결하는 것을 원칙으로 하되, 1차 합의가 이루어지지 않으면 건강보험심의조정위원회에서 논의하여 보건복지부 장관이 고시하도록 하였다. 보험료는 건강보험공단 산하의 재정운영위원회에서 결정하여 직장가입자의 보험료율은 대통령령으로 결정하고 지역가입자 보험료율은 건강보험공단 이사장이 결정하였다.

보험료 결정과 관련된 재정운영위원회는 1999년 2월에 개정된 국민건강보험법에 의해 보험재정 관련 사항을 심의 및 의결하기 위해 건강보험공단에 설치된 기구로, 보험수가 결정이 재정경제부와 보건복지부의 협의를 거쳐서 확정되는 종전의 수가결정 방식에서 계약제로 전환된 것을 주요 배경으로 설립되었다.

1) 국민건강보험법 제42조 법률 제 5854호에 의거하여 설치됨

2001년 건강보험의 대규모 적자로 인해 건강보험 재정 악화가 초래되면서 2002년 1월 19일 건강보험재정건전화특별법<sup>2)</sup>이 제정되었다. 이 때 재정관련 제반 정책이 통합되어 논의되어야 한다는 주장이 설득력을 가지면서 건강보험관련 제반 정책을 심의 및 의결하기 위한 의사결정기구가 새롭게 모색되었다. 기존의 건강보험심의조정위원회와 재정운영위의 통합형태가 건강보험정책심의위원회로 나타났다. 물론 기존의 재정운영위원회가 보험료 결정기능을 건강보험정책심의위원회에 넘긴 채 유지되고 있지만 건강보험 관련 거의 모든 중요 사안에 대한 결정권이 건강보험정책심의위원회로 단일화되었다. 즉 건강보험 재정 건전화를 위해 건강보험 수입과 지출을 일원적으로 다루는 것이 바람직한 의견에 따라, 심의 권한만 존재하던 건강보험심의조정위원회에 의결 권한을 부여하여 건강보험정책심의위원회로 명칭을 변경하고 보험료, 수가, 약가관련 결정을 건강보험정책심의위원회에서 모두 심의 및 의결하도록 하였다. 이에 따라 건강보험정책심의위원회는 요양급여 기준, 요양급여 비용, 직장가입자 및 지역가입자의 보험료 등 건강보험 관련 주요 사안을 모두 관장하게 되었다.

건강보험재정건전화특별법이 2006년 12월 31일 종료됨에 따라 2006년 12월 30일 기존의 국민건강보험법을 개정하여 특별법의 사항 중 중요한 부분은 승계하였고 건강보험정책심의위원회를 상시기구화 하였다. 개정 이전의 국민건강보험법에 명시되어있던 건강보험심의위원회와 관련된 내용은 건강보험정책심의위원회 규정으로 대체되었다. 건강보험정책심의위원회의 구체적인 변천과정은 <표1>과 같다. 건강보험법이 개정됨에 따라 기존의 재정운영위원회는 보험 수가 결정 업무(1차 수가 결정)에 집중하고 보험료와 급여와 관련된 영역은 건강보험정책심의위원회에서 수행하는 것으로 재정운영위원회의 기능이 축소되었다. 2002년에서 2006년까지 의료공급자 단체(대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과 의사협회, 대한한 의사협회, 대한약사회, 재한간호협회 등)로 구성된 요양급여비용협의회가 재정운영위원회와 함께 운영되었으나, 2007년부터 수가계약이 종별 계약방식으로 변경됨에 따라 요양급여비용협의회가 없어지고 의료공급자 단체가 개별 협상을 통해 수가를 계약하게 되었다.

2) 2002년 1월 19일 제정되어 공포일부터 시행되기 시작하여 2006년 12월 31일까지를 시한으로 정한 한시법



〈표1〉 건강보험정책심의위원회 변천과정

명칭	건강보험심사조정위원회	건강보험정책심의위원회	건강보험정책심의위원회
시기	1999년 2월	2002년 1월	2007년 1월
기반법률	국민건강보험법 제4조	재정건전화특별법 제3조 (2002년 1월 19일 제정되어 공포일부터 시행되기 시작하여 2006년 12월 31일까지를 시한으로 정한 한시법)	국민건강보험법 제4조(재정건전화특별법의 시효가 만료된 후 기존의 국민건강보험법을 개정하여 특별법 취지 중 중요한 사항을 승계하도록 함)
운영목적	보험제도 관련 정책 심의(심의하는 기구임, 의결기구는 아님)	보험제도 관련 정책 심의 및 의결	보험제도 관련 정책 심의 및 의결
심의·의결 사항	<ul style="list-style-type: none"> <li>요양급여의 기준</li> <li>요양급여비용</li> <li>건강보험에 관련된 주요사항</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>요양급여의 기준</li> <li>요양급여비용</li> <li>건강보험에 관련된 주요사항</li> <li>지역가입자와 직장가입자의 보험료</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>요양급여의 기준</li> <li>요양급여비용</li> <li>건강보험에 관련된 주요사항</li> <li>지역가입자와 직장가입자의 보험료</li> </ul>
위원구성	<ul style="list-style-type: none"> <li>위원장: 보건복지부 차관</li> <li>가입자 대표 8인</li> <li>공급자 대표 6인</li> <li>공익대표 6인</li> <li>총 21명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>위원장: 보건복지부 차관</li> <li>가입자 대표 8인</li> <li>공급자 대표 8인</li> <li>공익대표 8인</li> <li>총 25명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>위원장: 보건복지부 차관</li> <li>가입자 대표 8인</li> <li>공급자 대표 8인</li> <li>공익대표 8인</li> <li>총 25명</li> </ul>
비고	<ul style="list-style-type: none"> <li>요양급여 기준과 요양급여비용은 건강보험심사조정위원회가 심의</li> <li>직장가입자 보험료: 건강보험공단 재정운영위원회의 의결사항을 참작하여 대통령이 결정함</li> <li>지역가입자 보험료: 건강보험공단 재정운영위원회의 의결을 거쳐 건강보험공단장이 결정함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>보험재정을 효율적으로 운영하기 위해 위원회의 일원화 : 직장 및 지역가입자의 보험료는 동일하게 건강보험정책심위원회 심의를 거쳐 대통령이 정함</li> </ul>	

## 제2절 건강보험 의사결정기구의 기능 및 구성

### 1. 건강보험정책심의위원회

국민건강보험법 제 4조에 의거하여 건강보험정책에 관한 중요사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부 장관하에 설치된 건강보험정책심의위원회의 기능은 건강보험정책심의위원회 운영규정에 명시되어 있다.

□ 건강보험정책심의위원회 운영규정 제 2조 : 위원회는 국민건강보험법 제 4조에 따라 요양급여의 기준, 요양급여 비용, 직장가입자의 보험료율, 지역가입자의 보험부과점수당 금액, 그 밖에 국민건강보험법 시행령이 정하는 건강보험에 관한 주요 사항을 심의 및 의결한다.

□ 국민건강보험법 제4조<sup>3)</sup> 제1 항: 건강보험정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 건강보험정책심의위원회(이하 "심의위원회"라 한다)를 둔다.

1. 제41조제2항에 따른 요양급여의 기준
2. 제45조제3항 및 제46조에 따른 요양급여비용에 관한 사항
3. 제73조제1항에 따른 직장가입자의 보험료율
4. 제73조제3항에 따른 지역가입자의 보험료 부과 점수당 금액
5. 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

건강보험정책심의위원회는 요양급여의 기준, 요양급여 비용, 지역가입자와 직장 가입자의 보험료, 건강보험과 관련된 주요 사항을 의결하는 기능을 수행하고 있다. 수가계약과 관련하여 건강보험정책심의위원회의 기능에 관해 많은 논의가 존재하는데 수가계약(공단과 공급자간 1차 계약) 결렬 시 수가를 심의 및 의결하는 것은 건강보험정책심의위원회의 일부 기능에 불과하다. 2002년 1월 19일 건강보험재정건전화특별법에 의해 중재 및 조정에 관한 기능이 중요한 기능으로 부각되었으나 운영규정에는 언급되어 있지 않다. 보험료 조정, 수가조정, 요양급여 등의 건강보험 제도 개선사항과 위원장이 지정한 안건을 검토하기 위해서 심의·의결 사항에 따른 별도의 소위원회를 구성하여 운영하고 있다. 재적위원 1/3 이상이 위원회 소집을 요구할 때 혹은 위원장이 소집이 필요로 하다고 인정할 때에 회의를 개최할 수 있으며, 회의 성립을 위해서 재적위원 과반수 이상의 출석이 요구되고 출석위원 과반수 이상의 찬성으로 의결하도록 규정되어 있다. 건강보험 재무 흐름에 따른 수가 건강보험정책심의위원회의 역할을 보면 [그림1]과 같다.

3) 법률 제 12615호, 2014년 5월 20일 일부개정, 2014년 9월 2일 시행

[그림 1] 국민 건강보험 재무 흐름도



자료 : 국민건강보험공단

건강보험정책심의위원회는 정부와 건강보험관리공단(보험자)을 중심으로 가입자, 의료공급자, 공익대표로 구성된다. 건강보험정책에 관한 중요사항을 심의 및 의결하는 구조로 위원장 1명, 부위원장 1명을 포함하여 총 25명의 위원으로 구성되어 있다.

- 국민건강보험법 제4조 (건강보험정책심의위원회)
- 제 2항 : 심의위원회는 위원장 1명과 부위원장 1명을 포함하여 25명의 위원으로 구성한다.
- 제 3항 : 심의위원회의 위원장은 보건복지부장관이 되고, 부위원장은 제4항제4호의 위원 중에서 위원장이 지명하는 사람이 된다.
- 제 4항 : 심의위원회의 위원은 다음 각 호에 해당하는 사람을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다.
1. 근로자단체 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
- 제 5항 : 심의위원회 위원(제4항 제4호 가목에 따른 위원은 제외한다)의 임기는 3년으로 한다. 다만, 위원의 사임 등으로 새로 위촉된 위원의 임기는 전임위원 임기의 남은 기간으로 한다.

국민건강보험법 제4조 제3항의 규정에 따라 위원장(보건복지부 차관), 가입자 대표 8명, 의약계 대표 8명, 공익대표 8명으로 구성되어 있고 위원의 임기는 3년이며, 공무원은 재임 기간을 기준으로 임기가 결정된다. 국민건강보험법 제4조 제4항의 규정에 위원자격이 명시되어 있다. 가입자 대표는 근로자 단체 및 사용자 단체가 각각 2인씩, 시민단체, 소비자 단체, 농어업인 단체, 자영업자가 각각 1인씩 추천하는 8인(현재 구성 : 한국노동조합, 전국민주노동조합, 한국경영자총협회, 중소기업중앙회, 바른사회시민회, 한국소비자단체, 한국농업경영인중앙연합회, 한국외식업중앙회 등)으로 구성되며 의료공급자 대표는 의료계 및 약업계를 대표하는 단체가 추천하는 8인(현재 구성 : 대한의사협회 2인, 대한병원협회 1인, 대한치과의사협회 1인, 대한한 의사협회 1인, 대한간호협회 1인, 대한약사회 1인, 한국제약협회 1인)이다. 또한 공익대표로 중앙행정기관 소속 공무원 2인(보건복지부, 기획재정부 등), 국민건강보험공단 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 각각 1인씩 추천하는 2인 (국민건강보험공단, 건강보험심사평가원), 건강보험에 관한 연구 경험 및 학식이 풍부한 4인(한국보건사회연구원, 학계 등)이 포함된다.

## 2. 재정운영위원회

국민건강보험공단 재정운영위원회는 건강보험재정과 관련된 주요사항을 심의 및 의결하기 위한 목적으로 국민건강보험공단에 설치된 위원회로 국민건강보험법 제33조에 명시된 건강보험수가에 대한 공단의 의견을 결정하는 위원회이다.

### □ 국민건강보험법 제33조(재정운영위원회)

제 1항 : 제45조제1항에 따른 요양급여비용의 계약 및 제84조에 따른 결손처분 등 보험재정에 관련된 사항을 심의·의결하기 위하여 공단에 재정운영위원회를 둔다.

제 2항 : 재정운영위원회의 위원장은 제34조 제1항 제3호에 따른 위원 중에서 호선(互選)한다.

### □ 국민건강보험법 제34조(재정운영위원회의 구성 등)

제 1항 : 재정운영위원회는 다음 각 호의 위원으로 구성한다.

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

제 2항 : 제1항에 따른 위원은 다음 각 호의 사람을 보건복지부장관이 임명하거나 위촉한다.

1. 제1항 제1호의 위원은 노동조합과 사용자단체에서 추천하는 각 5명

2. 제1항 제2호의 위원은 대통령령으로 정하는 바에 따라 농어업인 단체·도시자영업자단체 및 시민단

체에서 추천하는 사람

3. 제1항 제3호의 위원은 대통령령으로 정하는 관계 공무원 및 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람

제 3항 : 재정운영위원회 위원(공무원인 위원은 제외한다)의 임기는 2년으로 한다. 다만, 위원의 사임 등으로 새로 위촉된 위원의 임기는 전임위원 임기의 남은 기간으로 한다.

제 4항 : 재정운영위원회의 운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

국민건강보험법 제34조에 의거하여 직장가입자 대표 10인, 지역가입자 대표 10인, 공익대표 10인을 포함하여 총 30명의 위원으로 구성되어 있으며 위원의 임기는 2년이며, 공무원은 재임기간을 기준으로 임기가 결정된다. 직장가입자 대표 10인은 노동조합 5인(현재 구성 : 한국노동조합총연맹, 전국의료산업노동조합연맹, 전국공공노동조합연맹, 전국민주노동조합총연맹, 전국민주노동조합총연맹 공공운수연맹 등)와 사용자 단체 5인( 현재 구성 : 전국경제인연합회, 한국경영자총협회, 중소기업중앙회, 대한상공회의소, 행정안전부 등)으로 구성되어 있고 지역가입자 대표 10인은 농어업인 단체 3인( 현재 구성 : 전국농민단체협의/한국농촌지도자중앙연합회, 한국여성농업인중앙연합회, 수협중앙회 등), 도시자영업자 단체 3인( 현재 구성 : 대한변호사협회, 한국공인회계사회, 한국외식업중앙회, 한국공인중개사협회, 한국학원총연합회, 전국개인택시운송사업조합연합회 등), 소비자 및 시민단체 4인( 현재 구성 : 한국소비자연맹, 한국여성단체협의회, 바른사회시민회<sup>4)</sup>, 참여연대, 대한주부클럽연합회, 한반도선진화재단 등)로 구성되어 있다. 또한 공익대표 10인으로 관계 공무원 2인(보건복지부, 재정경제부)과 건강보험에 관한 연구 경험 및 학식이 풍부한 8인이 포함된다.

4) 구. 경제정의실천시민연합

## 제2장 건강보험 의사결정기구의 문제점 및 외부시각

### 제1절 건강보험정책심의위원회의 성과 및 한계

건강보험은 1977년 도입 이래 획기적 성과를 거두어왔다. 1977년 64.7세 이던 건강수명이 2011년 81.1세로 늘어났다. 영아사망율은 1970년에 1,000명당 45명이 사망하였으나 2011년에는 3.0명으로 감소하였다. 캐나다 컨퍼런스 보오드에서 2012년에 발표한 국가별 건강성과 비교지표에서 우리나라는 조사대상국 중 3위를 기록하고 있다. 이러한 성과는 물론 건강보험 보장성이 확대되고 의료공급의 증가로 국민의 의료접근성이 획기적으로 개선된 결과이다. 이러한 성과의 이면에는 의사결정이 비교적 합리적, 효율적으로 진행되어 왔다는 사실과 맥을 같이 하므로 의사결정기구인 건강보험정책심의위원회의 성과를 간과하기 어렵다. 그 동안 건강보험정책심의위원회의 성과는 크게 2가지로 정리 할 수 있다.

첫째, 위원구성을 동수의 가입자, 공급자, 공익 위원으로 구성하여 명실공히 건강보험 사회적 합의기구로써 역할을 수행할 수 있는 구조를 갖추었다는 것이다. 가입자와 공급자는 대부분의 사안에서 입장이 갈릴 수밖에 없는 상황에서 이를 조정하고 협의하는 중간자 역할이 공익위원에게 주어져 왔다. 그 동안의 과정에 대해 논란은 있으나 공익위원들의 중재에 의해 또는 과반 이상의 투표에 의해 주요 결정이 이루어져 왔다. 즉 사회의 각계 각층을 대표하는 사람들이 모여 의견을 나누고 결정을 해왔다는 측면에서 그 의미가 작지 않다. 더욱이 이러한 과정을 통해 건강보험이 짧은 시간에 발전할 수 있었다는 점은 평가받을 만하다.

두 번째로 수가 및 보장성, 보험료, 기타 건강보험 관련 제반 제도 개선 관련 최종 의결기구로써 우리나라 의료보장 체계를 선도하는 역할을 수행한다는 것이다. 건강보험정책심의위원회에서 2004년 이후 매 5년마다 보장성 강화계획을 수립하여 진행 중이고 매년 차년도 환산지수 및 보험료 결정하고 있다. 또한 신의료기술, 신약 등 급여항목의 진입 및 퇴출 결정하며 약가 인하, 의료기기 가격 조정, 상대가치 조정 등 주요 제도 개선사항 등 결정하는 역할을 수행한다.

건강보험정책심의위원회는 성과와 함께 여러 가지 한계점이 드러나고 있다.

첫째, 건강보험정책심의위원회는 건강보험 관련 거의 모든 사항에 대해 의결권을 보유함으로써 권한이 과도하게 집중되고 있다는 비판에 직면하고 있다. 1년에 약 47조 원(2013년 기준)을 다루는 건강보험의 의사 결정 권한이 건강보험정책심의위원회로 집중되어 있어 자칫 위원회의 결정이 제도 자체를 오토할 수도 있다는 비판이 존재한다. 한편으로는 재정 관련 별도의 위원회인 국민건강보험공단 산하의 재정운영위원회가 존재하여 정책의 일원화를 꾀하기가 어렵다는 지적도 존재한다.

둘째 결정사항에 대한 책임구조가 결여되어 있다는 지적이다. 주요결정 사항에 대해 그 누구도 책임지지 않는 구조로 되어 있어 책임성이 결여되어 있으며 특히 주요정책에 대한 사후 모니터링 기전이 제도화되어 있지 않아 결정사항에 대한 검증할 수 있는 방안이 마련되어 있지 않다.

셋째 건강보험정책심의위원회의 증재 역할이 제대로 이루어지지 않아 가입자와 공급자 간 이해가 엇갈리는 사안에 대해 조정기전이 미흡하다는 지적이 존재한다. 건강보험과 관련된 수가조정 및 상대가치 조정 등 대부분의 사안은 가입자와 공급자의 입장이 상이할 수 밖에 없으므로 가입자와 공급자의 입장이 다른 상황에서 건강보험정책심의위원회가 이를 증재 및 조정할 능력을 갖추지 못하고 있다는 지적도 있다.

네째, 건강보험정책심의위원회 위원 구성의 중립성 및 절차성에 대해 이의가 제기되고 있다. 공익대표를 정부가 임명함으로써 정부의 의도대로 모든 사안을 결정하려는 의도가 존재한다는 비판에 직면하고 있으며 일부 가입자 대표를 친정부적 단체로 지정하고 있다는 비판도 존재한다. 즉, 정부가 위원의 임명권을 행사함으로써 사회적 합의기구로서의 위상을 스스로 떨어뜨리고 있다는 지적이다.

다섯째, 위원회의 전문성이 결여되어 있다는 문제점도 제기되고 있다. 특히 가입자 대표로 참석하고 있는 위원의 경우 전문성을 요하는 대부분의 사안에 대해 이해가 떨어지고 있다는 지적을 받고 있다. 또한 전문성이 보완될 수 있는 전문위원회와 같은 제도적 기전도 마련되어 있지 않다. 공급자 대표들도 집행부가 교체될 때마다 위원회에 참석하는 위원이 바뀌어 연속성 관점에서 제한적이고 전문성 또한 부족할 수밖에 없다.



## 제2절 건강보험정책심의위원회관련 외부 시각

재정규모, 권한 등을 고려할 때 건강보험정책심의위원회에 관심이 가는 것은 당연하다. 특히 공급자나 가입자들은 본인들의 뜻과 다르게 의사가 결정되면 원인을 분석하고 그 책임을 외부에서 찾을 수밖에 없다. 그 중심에 건강보험정책심의위원회의 위원 구성 및 운영 방법 등이 오르내리고 있다. 지금까지 많은 논의, 논란이 있었다. 본 절에서는 건강보험정책심의위원회관련 외부의 시각과 의견을 발행된 보고서 및 자료, 토론회 등을 기반으로 정리하였다.

2004년 12월에 발행된 감사원 보고서에서 건강보험정책심의위원회의 구성과 독립성, 운영의 부적정성이 지적되었다. 공익대표의 8인 중 6인은 공무원, 정부관리 기관, 정부출연 기관의 직원으로 공익대표의 편향성이 존재하므로 독립적이고 객관적인 공익대표의 구성과 역할이 필요하다는 의견을 제시하고 수가 및 보험료 결정과 관련된 표결에서 불참 혹은 퇴장이 빈번한 문제를 제기하였다.

2008년 12월 22일 이해훈 의원 외 10인이 국민연금과 고용보험 등 사회보험은 기금형태로 재정이 운용되며 결산에 대해 국회의 심의를 받도록 되어있으나 재정지출 규모가 가장 큰 국민건강보험의 경우 국회의 재정통제권을 행사할 수 없어 보험재정이 방만하게 운영되고 있으므로 건강보험정책심의위원회의 심의사항으로 국민건강보험제도 및 국민건강보험기금에 관한 사항을 추가할 필요가 있다는 의안을 발의하였다.

2009년 2월 손숙미의원이 개최한 정책토론회에서 중앙대 이상돈 교수는 2002년 재정건전화특별법에 의해 건강보험 수지균형을 목적으로 효율적 관리를 위한 조절센터로 건강보험정책심의위원회를 설립하였으나 의료체계 개선이나 개혁에 대한 노력은 존재하지 않는다고 문제를 제기하였다. 또한 건강보험정책심의위원회는 수가협상에서 발생하는 갈등을 중재하는 기능이 미미하며, 정부의 정책 정당화를 위한 절차적 기제로 작용되고 있다고 주장하였으며 건강보험정책심의위원회의 재구성 혹은 독립된 중재기구로서의 기능이 필요하다고 강조하였다.

2010년 2월 참여연대 이태수위원장은 현재 건강보험정책심의위원회는 가입자와 공급자간의 첨예한 의견대립 시 이를 공익이 중재하는 구도이므로 공익이 과도한 결정력을 가진다고 주장하였으며 공익 구성이 대부분 정부인사 및 정부 산하기관으로 이루어져있어 그 독립성이 모호한 문제점을 제시하였다. 또한 가입자 및 공익 대표의 위촉 및 선임이 정부



에 의해 결정되며 전문성이나 관심도 등이 고려되지 않는 점을 문제점을 제시하며 가입자와 공익의 추천권을 국회에서 행사하도록 하여 정부의 단체 선임권에 대한 전횡을 막아야 할 필요가 있다고 주장하였다.

2011년 9월 대한의사협회에서 수가협상이 결렬될 때 관행적으로 의약계에 책임을 전가하고 패널티를 부여하는 구조를 비판하며 계약 당사자의 자율성을 보장하고, 수가결정 과정의 공정성을 담보할 수 있는 중재기구의 부재를 문제점으로 지적하였다.

2012년 한국병원경영연구원의 정석훈 책임연구원은 건강보험정책심의위원회의 역할은 상이한 이해관계자의 의견을 조정 및 중재하는 것이지만 현재 중재의 역할보다는 심의 및 의결의 기능에 치중되어 있는 문제점을 제기하였다. 공익대표의 구성이 정부의 입장을 지지하고 관철시키는 구조로 되어있으므로, 이를 바로잡기 위해서 공익대표는 의료공급자와 정부에서 추천하는 각 4인으로 선임하는 것이 바람직하다고 주장하였다.

2012년 5월 24일 대한의사협회는 성명서를 통해 현재 건강보험정책심의위원회는 공익대표로 의료비를 억제하고자 하는 보험자 혹은 정부 측 인사가 다수 포함되어 있으므로 공익대표의 중립성이 문제시 된다고 발표하였다. 또한 건강보험정책심의위원회의 공급자 위원 25인 중 의사대표가 3인으로 소수이므로, 전문가 단체의 의견 반영이 미흡하고 묵살되는 구조라고 주장하였으며, 반대 혹은 이의제기에도 불구하고 표결에 의해 일방적으로 의사가 결정되고 있는 문제점을 제기하였다.

2012년 8월 청년의사 신문에서 건강보험정책심의위원회의 가입자단체는 의료서비스를 직접 이용하거나 의료비를 주로 쓰는 사람들이 아닌 건강한 사람들을 대표하고 있어 보험료 인상을 통한 보장성 강화보다는 보험료 인상 반대 혹은 보험료 인하에 더 관심을 갖기 쉬운 구조임을 지적하였다. 또한 의료계 대표는 요양급여의 기준, 비용에 직접 관련이 없는 단체가 더 많으며 현 공익위원 구성은 가입자나 의료계의 의견보다 정부의 의견이 지나치게 반영되는 구조임을 지적하였다.

2012년 8월 KDI 경제동향에서 윤희숙 연구위원은 국가의 책임 사항이 건강보험정책심의위원회에 의해 결정됨에 따라 결정에 대한 책임 주체가 명확하지 않은 문제점을 제기하였다. 건강보험정책심의위원회의 구조는 정부의 정책안을 관철시키기 유리하고 과도한 재량범위로 인해 정치적으로 쉽게 이용될 수 있으므로 정부가 책임의 주체로서 결정된 사항과 보험자와 공급자의 협상에 의해 결정될 사항을 구분할 필요가 있다고 주장하였다.

2012년 12월 박인숙의원이 개최한 정책토론회에서 나춘균 대한병원협회 보험위원장은 건강보험정책심의위원회는 외형적으로 가입자, 공급자, 공익이 8:8:8 동수로 구성되어 있

으나 공익대표의 대부분이 정부의 정책방향에 힘을 실어주는 인사로 구성되어 있으므로 현 구성으로는 공정한 정책결정이 어렵다는 의견을 제시하였다. 공익대표의 중립성을 확보하기 위해서 국민건강보험공단은 보험자로서 공익위원에서 제외되는 것이 바람직하며 공익대표는 위원장인 공직자 1명, 가입자가 추천하는 3명, 공급자가 추천하는 3명 총 7명으로 구성하되 위원장인 공직자에게는 의결권을 부여하지 않는 방향으로 위원회를 개편하는 것이 적절하다고 주장하였다.

2012년 12월 박인숙의원이 개최한 정책토론회에서 김영훈 바른사회시민회의 경제실장은 건강보험정책심의위원회는 중재하는 역할을 넘어서 정부가 원하는 방향으로 합의를 도출하도록 유도하는 구조로 되어있으므로 보험료의 영향을 받는 다양한 가입자 단체를 확보하고 현재 가입자로 되어있는 시민단체는 사실상 공익대표에 포함시키는 것이 합리적이라고 주장하였다. 그리고 건강보험정책심의위원회는 재정투입의 우선순위를 결정하는 기구이므로 예측가능한 정책을 제안하고 실시하는 것이 필요하며 정책결정 이후 평가하는 과정을 통해 정책결정에 대한 책임을 건강보험정책심의위원회에 부여해야 한다고 주장하였다.

2012년 12월 박인숙의원이 개최한 정책토론회에서 경희대 김양균 교수는 건강보험정책심의위원회의 구성 방식을 변경하여 전문가의 의견을 포함한 다양한 의견을 함께 반영할 수 있는 구조로 위원 구성을 변경할 필요가 있으며 전문성을 강화하기 위해 건강보험정책심의위원회 위원을 분과별로 구성하는 것이 적절하다고 주장하였다.

2012년 12월 박인숙의원이 개최한 정책토론회에서 윤창겸 대한의사협회 부회장은 건강보험정책심의위원회의 중립성 강화를 위해 의료공급자와 정부 및 가입자가 1:1 협의체로 운영되는 것이 필요하다고 하였다.

2012년 12월 31일 박인숙 의원 외 30인은 건강보험정책심의위원회의 위원 구성에 있어서 정부 및 가입자 측 위원과 공급자 측 위원을 각각 5명씩 동수로 구성하고 정부 및 가입자가 추천한 위원 1명과 공급자가 추천한 위원 1명을 공익위원으로 하며 이와 별도로 정부 및 가입자와 공급자가 합의하여 추천하는 전문가를 위원장으로 하는 구조로 개편할 필요가 있다는 의안을 발의하였다.

2013년 7월 29일 김현숙 의원 외 11인은 건강보험정책심의위원회의 심의사항으로 국민건강보험제도의 재정 계산 및 국민건강보험 기금에 관한 사항을 추가하고자 한다는 의안을 발의하였다.

2014년 3월 19일 민주노총 이슈페이퍼에서 전국민주노동조합총연맹은 건강보험정책심의위원회의 공익대표는 보건복지부가 추천 및 위촉 권한을 갖고 있어서 정부입장으로부터

자유롭지 못하며 대부분의 공익대표는 정부입장을 대변하는 역할을 수행한다고 주장하였다. 또한 의사협회는 최근에 건강보험정책심의위원회 개편을 공급자 단체에 유리한 방향으로 개편해야 한다고 주장하고 있으며, 의사협회의 요구에 수렴해 2012년 12월 발의한 박인숙 의원의 의안은 공급자단체 중심으로 건강보험정책심의위원회를 재편하는 내용을 담고 있다는 의견을 발표하였다.

2014년 3월 참여연대 이찬진위원장은 2차 의·정 협의(공급자가 건강보험정책심의위원회 위원의 과반수)는 건강보험정책심의위원회 구조를 공급자에게 유리한 구조로 제도화할 수 있는 계기가 되었다고 주장하였다.

2014년 3월 20일 전병왕 보건복지부 보험정책과장과 손영래 보건복지부 보험급여과장의 인터뷰 기사에서 건강보험정책심의위원회 공익대표 동수 추천에 관한 2차 합의 결과, 가입자와 공급자가 공익대표를 동수 추천한다고 발표하였으나 동수추천에 대한 보건복지부와 대한의사협회의 해석에 있어 차이점이 존재한다고 주장하였다. 보건복지부는 8명의 공익대표에 포함된 4명의 전문가를 가입자와 공급자가 동수로 추천하는 것으로 해석하고 있으나, 대한의사협회는 가입자와 공급자가 각각 공익대표 8명의 절반씩을 추천하는 것으로 해석하고 있다.

2014년 3월 29일 박인숙 의원은 서울시의사회 총회에 참석하여 가입자와 공급자, 공익대표를 5:5:3의 방식으로 변경한다는 건강보험정책심의위원회 관련 법안에 대해서 의료계가 야당과 시민단체를 설득해달라고 당부하였다.

### 제3절 건강보험정책심의위원회 개편관련 논의

건강보험관련 의사결정 기구(건강보험정책심의위원회)는 가입자 및 공급자간에 함께 논의해야 하는 사회적 인프라의 문제이므로 의견조율이 중요하다. 이에 건강보험정책심의위원회 및 건강보험에 대한 전문가의 폭넓은 의견 교환의 자리를 마련하고 건강보험 거버넌스 및 건강보험정책심의위원회의 역사성과 방향성에 대한 논의를 위해 전문가 그룹, 가입자 그룹, 공급자 그룹을 대상으로 3회에 걸쳐 간담회를 실시하였다.

#### 1. 전문가 그룹 의견

전문가의 의견 중에 건강보험정책심의위원회의 위원구성에 대한 의견이 존재하였으며 위원 구성의 중립성에 대한 이의도 제기되었다. 또한 위원구성을 바꾸는 것만으로는 건강보험관련 거버넌스 구조개선에 영향을 주지 않을 것이라는 의견도 존재하였다.

*“공익위원의 숫자 뿐 만아니라 가입자 및 공급자의 숫자까지 아울러서 전반적인 구성안을 고려해야하며 특히 중재역할을 할 수 있는 집단이 중요하다” (전문가 B)*

*“건강보험정책심의위원회 위원 구성의 비율을 바꾸는 것만으로는 큰 효과 없을 것이다” (전문가 A)*

건강보험정책심의위원회 위원 구성의 대표성 및 전문성, 선정에 대한 이의가 제기되고 있으며 공익대표를 정부가 임명함으로써 공익대표가 중립적인 역할을 충분히 수행하지 못하고 있다는 의견이 존재한다. 따라서 건강보험정책심의위원회를 사회합의기구로 당위성을 높이기 위해서 공익대표를 국회에서 임명하는 것이 바람직하다는 의견도 제시되었다.

*“공급자 8명의 의견이 서로 달라 단결이 되지 않으며, 가입자의 경우에는 농어촌 등에 대한 대표성 문제가 있으므로 공익위원 뿐만 아니라 공급자와 가입자 구성 모두에 대해 총체적인 고민이 필요하다.” (전문가 D)*

*“의료계 및 약업계 대표 8인이 공급자를 모두 대표할 수 있는 것은 아니며 8명 내에서도 수가결정 및 이해관계가 첨예한 상황에 대해서 상반된 주장으로 갈등이 발생할 수 있는데, 그 중재역할을 공익위원에서 담당해 왔고 앞으로도 공익의 완충역할은 매우 중요할 것으로*

생각한다.” (전문가 B)

“ 정부 측에서 어떤 단체를 건강보험정책심의위원회에 포함할지에 대한 합의를 도출하기는 어려우므로 국회가 논의의 틀을 공유해줄 필요가 있다. 국회가 위원을 위촉, 승인해주는 절차가 있거나, 공급자나 가입자의 대표성을 고려하여 건강보험정책심의위원회가 구성된다면, 사회적합의기구라는 당위성이 생기며 국민적 합의를 이끌 수 있을 것이다” (전문가 D)

건강보험정책심의위원회는 공급자 중심의 성격이 강하고 정부가 공급자를 지지해 주는 경향이 존재하므로 가입자와 공급자가 동등한 영향력을 가지고 있다고 볼 수 없다는 의견도 제기되었다.

“공급자는 수입과 직결되는 사안에 대해 단결이 쉽지만, 가입자는 의견의 합일이 어려워 표 대결에서 비교적 영향력이 약하므로 현행 8:8:8 체제에서도 공급자의 힘이 약하다고 볼 수 있다” (전문가 A)

“파업에 대한 협상은 불가피하더라도 한 측을 담당하는 환자의 의견을 배제한 채 의정협상을 이끌어 가고, 그 결정안에 대해 사후적으로 논의하는 것은 타당하지 않다” (전문가 F)

“구조개혁 등의 문제에 대해 정부가 원칙을 가지고 소신껏 진행해야 하며 현재까지의 많은 논의에서 공급자측면을 강조하고 있어서 우려가 된다.” (전문가 A)

건강보험정책심의위원회의 중재 역할이 미흡하여 조정기전 역할을 제대로 수행하지 못하는 등 많은 기능적인 문제를 가지고 있다는 의견이 제시되었다. 특히 동일한 위원회에서 합의의 성격을 가지는 정책심의와 협상의 성격을 가지는 수가계약을 동시에 진행한다는 것이 문제점으로 지적되었다.

“건강보험정책심의위원회의 구성을 몇 명으로 할 것인가가 주요 쟁점이 아니라, 기능적인 면에서 전권을 가진 위원회를 계속 유지할 것인지 논의해하는 것이 필요하다.” (전문가 C)

“공익대표의 공익성확보는 일부의 문제일 뿐, 어떻게 하면 사회적 합의기구인 건강보험정책심의위원회의 고유속성을 살려나갈 수 있을지를 고려해야 한다.” (전문가 D)

“건강보험정책심의위원회의 구조에 대해 논하는 것은 의미 없으며, 현행구조의 변화를

거쳐도 여전히 갈등은 존재할 것이므로 건강보험정책심의위원회의 기능의 문제에 관해 논의하는 것이 바람직하다.”(전문가 E)

“정책심의와 수가계약 의사결정방식이 전혀 상이한데 한 단체에 소속되어 있는 것이 근본적인 문제이므로 사회적 합의기구로서의 건강보험정책심의위원회는 계약위원회와 같은 구조 틀 안에서 논의하는 것은 바람직하지 않다.”(전문가 F)

건강보험정책심의위원회는 건강보험 관련된 대부분에 사항에 대한 의사결정권을 가지고 있으므로 과도하게 권한이 집중되어 있다는 의견이 존재하였다. 이와 관련하여 권한의 분산 또는 전문화가 필요하다는 의견이 제시되었다.

“건강보험정책심의위원회의 현행 기능 밀집형 구조가 깨져야 하는 것은 확실하며 하나의 위원회가 너무 많은 일을 담당하고 있으므로, 각 핵심기능에 따라 구분되어야 할 필요성 있다”(전문가 C)

“건강보험정책심의위원회 의사결정 사고의 틀이 너무나 다양한 문제를 포함하고 있으므로 논의의 우선순위가 명확하지 않은 상태에서 의사결정이 진행되기도 하는데, 사회적 합의를 통해 중요한 사안을 구별해야 한다.”(전문가 G)

보험자로서 건강보험공단과 건강보험심사평가원의 역할에 대한 이의도 제기되었다. 현재 보험자인 건강보험공단이 보험자로서 감시 기능을 제대로 수행하지 못하고 있으며 건강보험정책심의위원회 내에서도 보험자의 역할이 미미하다는 의견이 제시되었다.

“현 사안에 대해 가입자는 보험자를 감시하고, 보험자는 가입자를 대표해 공급자를 감시하는 역할을 담당해야 하지만 현재 보험자는 제 기능을 하지 않고 다만 가입자에게 공급자의 일을 알려주는 역할만을 하고 있다. 건강보험정책심의위원회 내에서도 보험자의 역할이 미미하다.”(전문가 D)

“초창기 심평원의 위치는 정보생산 기구로서 모두에게 득이 되는 중립적 기관을 지향했으나 점차 변질되어 국민 입장에서 또 다른 보험자로 느끼게 되었다. 따라서 보험자 위치에서의 거버넌스 조정이 우선시 되어야 한다.”(전문가 F)

보험자로서 정부의 모호한 위치에 대한 문제점도 제기되었다. 정부는 실질적인 보험자이



나 보험자의 권한을 건강보험공단에 위임하여 보험자로서 역할을 회피하고 있다는 의견이 존재하였다.

“현행법 상 정부는 분명한 보험자이나 계약은 공단을 내세워 진행하는 등 그 위치가 모호하므로 계약당사자로서 정부의 적극적인 역할 및 명확한 위치상정이 중요하다.” (전문가 F)

보험자의 역할에 대해서 많은 당사자가 논의에 참여하여 대대적으로 진행하는 것이 필요하다는 의견도 제시되었다.

“보험자의 역할(정부-보험공단-심평원)에 대해서는 많은 당사자가 논의에 참여하여 대대적으로 진행되었으면 좋겠다.” (전문가 B)

많은 전문가들이 건강보험정책심의위원회의 책무성을 지적하였다. 현재 건강보험정책심의위원회의 결정에 대해 그 누구도 책임지지 않는 구조이므로 정부(보건복지부)가 부담되는 상황에 대해 책임을 미룰 수 있는 기전으로 작용할 수 있다는 의견이 존재하였다.

“어떤 위원회가 수가를 결정하든, 최종결정은 정부가 담당해야 해야 한다” (전문가 C)

“복지부는 상당히 많은 사안을 건강보험정책심의위원회 심의에 부치고 그 심의결과를 외부에 발표하고 있는데, 이는 복지부가 결정하기 부담되는 사안들에 대해 건강보험정책심의위원회에 책임을 전가하는 양상이다.” (전문가 D)

“수가는 가격협상의 문제이며, 보험료는 가입자의 지불가능성을 기반으로 국회에서 결정해하는 것이 바람직하다. 주요 선진국의 경우 정부가 전적으로 책임을 지고 있으므로 현재 국내처럼 건강보험정책심의위원회에서 모든 것을 결정하는 것은 문제가 있다.” (전문가 I)

일부 전문가는 건강보험정책심의위원회의 대대적인 개편이 필요하다고 주장하였으며, 논의사항에 따라 참여 위원을 유연하게 조절하자는 개편안이 제안되었다.

“건강보험의 패러다임의 전환이 필요할 때이며, 건강보험정책심의위원회의 ‘공급자-보

험자-가입자' 삼자관계와 정부의 역할에 관해 대대적인 변형이 필요한 시점이다.” (전문가 F)

“약 10년간 유지된 건강보험정책심의위원회의 기능 및 구조를 유지하는 것이 옳은지, 적합성에 대해 검토할 필요가 있으며 기능 리뷰 및 기능추가 삭제 분할에 대한 논의가 필요하다.” (전문가 H)

“건강보험정책심의위원회에서 논의사안의 범주에 따라 대상자 참여의 범위를 상이하게 할 수 있다. 따라서 보험료를 결정하는 데에 공급자 대표가 참여할 필요성은 적으므로 가입자 및 공익대표만 참석하는 등, 논의 참여자를 유연하게 조절하는 방안이 있다.” (전문가 E)

## 2. 가입자 그룹 의견

가입자의 의견 중에 건강보험정책심의위원회의 공익대표 중립성에 문제가 있어 이러한 관점에서 구조개편이 필요하다는 의견이 있었다.

“감사원에서도 건강보험정책심의위원회의 구조개편이 필요하다는 지적이 있었고, 특히 공익대표의 구성원은 위원들의 신분을 생각해보면 다소 문제가 있어 구조개편이 필요하다.” (가입자 D)

위원들의 전문성에 대해 이의를 제기하며 위원들의 전문성을 높이기 위해 교육을 시행하거나 전문위원회 구성이 필요하다는 의견이 존재하였다.

“정부 위원회의 경우 전문성을 요하는 안건들의 경우 위원들이 이해하고 의견을 제시함에 있어 문제점이 있다. 따라서 위원들에 대한 정기적인 교육과정을 운영하거나 별도의 분과위원회 운영 등으로 전문성에 대한 보완이 필요하다.” (가입자 B)

현재 건강보험정책심의위원회의 위원 구성 형태에 대해 긍정적인 시각을 가지고 있는 가입자도 있었다.

“현재 건강보험정책심의위원회의 경우 가입자와 공급자가 동수로 위원을 구성해서 사



*회적 합의사항을 도출해 나가는 것은 상당히 긍정적인 역할이며 외국의 모범사례가 될 수 있다고 생각한다.” (가입자 A)*

바람직한 건강보험정책심의위원회의 구조 개편을 위해 가입자와 공급자의 충분한 논의를 거친 후 점진적으로 진행하는 것이 바람직하다는 의견이 존재하였다.

가입자들은 논의 구조 및 과정의 불투명함에 대한 이의를 제기하면서 상대적으로 적극적인 의견을 제시하지 못하였다. 2014년초에 마련된 의정합의서에 기내용이 포함되어 있어 이의 연장선상에서 의견을 제시하는 것은 적절하지 않다고 주장하였다.

### 3. 공급자 그룹 의견

공급자들은 대부분이 건강보험정책심의위원회의 중립성에 대한 이의를 제기 하였다.

*“지금의 기능을 고수하려면 건강보험정책심의위원회는 보다 중립적이고 투명하게 운영되어야 하고 구조에 대한 논의를 먼저 해야 기능을 논할 수 있다.” (공급자 B)*

*“보건의료 분야는 정보의 비대칭성을 지닌 특수한 분야이므로 전문가의 판단이 불가피하게 필요한데, 전문가 추천에 대한 권한을 정부가 일방적으로 갖는 것은 문제이다.” (공급자 C)*

중립성이 확보되기 위해서 정부가 위원을 추천하는 방식이 개선되어야 한다는 의견이 개진되었으며, 무엇보다 공익대표의 중립성을 확보하는 것이 가장 중요한 사항이라는 의견이 제기되었다.

건강보험정책심의위원회에서 중재의 역할을 하는 공익대표의 중요성을 강조하였으며 이와 함께 공익대표의 구성 및 대표성에 대한 이의가 제기되었다. 공익대표를 정부에서 임명하므로 공익으로써 적절한 역할을 수행하지 못하고 있으므로 공급자와 가입자가 추천하는 사람을 동수로 구성하는 것이 바람직하다는 의견도 제기되었다. 또한 공익대표에 건강보험공단이 포함되는 것에 대해 이의를 제기하기도 하였다.

“가입자와 공급자는 갈등이 존재할 수 밖에 없으므로 공익의 역할이 중요하다.” (공급자 D)

“전문가로 주로 구성된 공급자 단체와 비전문가가 포함된 가입자 단체는 항상 갈등이 생길 수밖에 없는데, 이를 조율하는 것이 공익의 중요한 역할이다. 따라서 현재처럼 공단이 공익에 들어가 있으면 안 된다고 생각한다.” (공급자 B)

“최소한의 공급자 수와 현 구성비를 유지해야 한다고 생각하며 건강보험정책심의위원회 위원구성의 문제는 그 비율이 아닌, 공익이 제 역할을 하지 못한다는 점이다.” (공급자 E)

“가입자와 공급자는 갈등이 존재할 수 밖에 없으므로 공익의 역할이 중요하다.” (공급자 D)

“공익은 가입자가 추천한 사람과 공급자가 추천한 사람이 반드시 동수로 구성되어야 한다.” (공급자 B)

“공익대표를 공급자와 가입자가 모두 동의하는 사람을 추천하는 등 선출 방식을 포함하여 공익 추천에 대해 깊게 고민해야 할 필요가 있다.” (공급자 F)

현재 건강보험정책심의위원회의 위원구성에 대한 의견도 존재하였다. 가입자 위원 중 소외된 사람을 대표하는 위원이 없고 특히 질병을 가지고 있는 사람들을 대표할 수 있는 사람이 존재하지 않는 것이 문제점으로 지적되었다. 또한 현 위원구성은 정부 측에 유리한 구조이므로 정부에서 문제의식을 가지고 위원구성을 개편해야 한다는 의견이 존재하였다. 반면에 위원구성 변화에 대해 회의적인 의견도 제기되었다.

“가입자 단체 위원 중 의료사각지대에 놓인 사람들과 소외된 사람들을 대표하는 위원은 없고 정책 방향이 너무 건강한 사람위주로 맞춰져 있으므로 가입자위원 혹은 공익위원 구성 시, 소외된 사람들을 대변할 수 있는 자리를 마련해야 한다.” (공급자 F)

“사실 8:8:8구조에 가장 큰 혜택을 얻는 쪽은 정부이므로 정부는 가장 큰 책임 및 문제의식을 갖고 건강보험정책심의위원회의 위원구성을 개편해야 한다.” (공급자 D)

“현 위원구성이 문제가 있다는 의견이 있으나, 한 두명의 구성이 바뀐다고 해도 효율적인 변화는 어렵다고 생각한다.” (공급자 E)

공급자 중 대부분이 건강보험정책심의위원회의 권력이 과도하게 크고 권한이 집중되는

것에 대해 문제 제기를 하였다. 수가계약과 같이 참여한 갈등과 협상이 필요한 상황을 건강보험정책심의위원회의 기능에서 분리하여 전문위원회를 두어 결정하도록 하여 권력을 분산하는 것이 필요하다는 의견이 제시되었다.

“건강보험정책심의위원회는 국내 최고의 의결기구로서 권력이 매우 크고 수가협상 및 보건의료정책에 대한 내용을 모두 다루고 있으므로 수가협상이나 참여하게 대립하고 결정의 어려움이 따르는 문제들을 건강보험정책심의위원회로부터 하나씩 분리하여 다루었으면 좋겠다.” (공급자 A)

“건강보험정책심의위원회 기능에서 수가결정을 제외하는 것은 매우 중대한 사안이라 실현가능성이 있을지는 모르겠으나, 그 방향성은 옳다고 생각한다. 수가결정을 제외하기 힘들다면 건강보험정책심의위원회와 공급자 사이에 하나의 단체를 만들어서 그 단체에 권력을 부여함으로써 건강보험정책심의위원회의 권력을 분산시키는 것이 필요하다고 생각한다.” (공급자 F)

“진료수가 및 상대수가, 약제 등의 세부적인 것은 더 전문적인 하위 기구에 주고, 건강보험정책심의위원회에서는 중대한 절차적 문제 및 국민적 합의를 이룰 커다란 사항에 대해서만 논의하는 것이 적절하다.” (공급자 C)

위원들의 전문성이 부족하다는 의견과 함께 전문성이 보완될 수 있는 전문위원회와 같은 하위 조직이 필요하다는 의견이 제시되었다.

“건강보험정책심의위원회는 보험료 보장성 등 넓은 정책을 다룰 때는 괜찮지만, 전문적인 부분에 대해서는 해당 전문가가 한 두명밖에 없다.” (공급자 D)

“각 전문위원회는 가입자 추천 절반, 공급자 추천을 절반으로 하여 사실에 입각하여 세 부사항들을 논의를 하도록 해야 한다.” (공급자 C)

공급자 측에서 수가협상 방법과 수가협상 결렬시 패널티 부과 문제에 대한 의견도 제시되었다. 공급자에게만 패널티를 부여하는 것은 불합리하다는 의견이 존재하였고 협상결렬시 조정할 수 있는 소위원회의 필요성이 제기되었다.

“수가결렬시 재정소위원회를 통해 공급자에게 패널티를 부과하는 방식은 불합리하며 공

급자만이 아닌 보험자도 함께 노력해야한다.” (공급자 A)

“중립적인 소위원회를 통해 패널티를 주지 않고 한 번 더 조정한 후 건강보험정책심의위원회에 올리는 구조가 필요하므로 공단과 수가계약이 결렬되는 경우 이를 중재할 수 있는 소위원회가 필요하다.” (공급자 B)

“협상결렬의 근거가 충분하였고 협상에도 충실히 임하였으나 해당 단체에 패널티를 부과하는 경우가 존재하였으므로 이 같은 부당한 제재들은 건강보험정책심의위원회에서 소급하여 개선해 나가야한다.” (공급자 C)

건강보험정책심의위원회의 의사결정 방식, 특히 투표방식에 대한 문제점이 제기되었다. 비밀투표가 아닌 공개투표로 이루어지고 있으며 공급자와 가입자는 명확하게 의견이 나누어지는 상황이 많으므로 실질적으로 공익대표의 의견에 따라 결정되는 것이 문제점으로 제기되었다.

“공급자와 가입자는 확연하게 의견이 나뉘고 공익이 어느 쪽을 지지하느냐에 따라서 결정되므로 토의는 요식 행위 일 뿐이다. 또한 공익 안에서도 의견이 나뉠 시 투표를 하는데, 거수를 해야 하므로 누가 반대의견을 내는지 서로 확인이 가능하다.” (공급자 G)

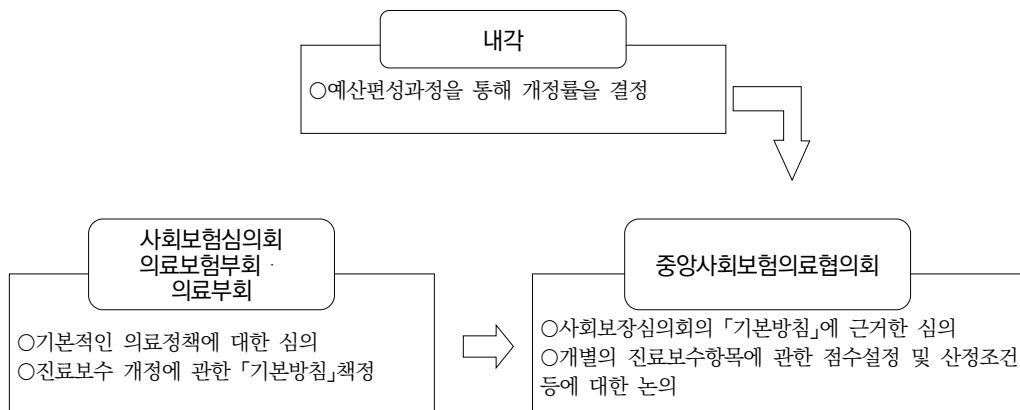
“건강보험정책심의위원회 위원들이 단체를 대표해 왔으니 공개 투표를 해야 한다는 주장은 운영규정에 없는 것이므로 운영규정을 개선하여 비밀투표를 할 수 있도록 해야 한다.” (공급자 C)

## 제3장 국외 건강보험관련 의사결정 기구의 특성

### 제1절 일본의 건강보험 관련 의사결정기구

진료보수사회보장심의회, 의료보험부회 및 의료부회에서 책정한 기본방침에 근거하여, 중앙사회보험의료협의회에서 구체적인 진료보수점수의 설정 등에 관한 심의를 통해 이루어진다. 현재 사회보장심의회 및 중앙사회보험의료협의회는 모두 후생성에서 관할하고 있다. 직장보험의 경우 각 조합별로 보험료를 결정하고 지역보험의 경우 보험료율과 몇 가지 보험료 산정 방식인 소득할, 균등할, 자산할 등의 구성 등에 따라 3가지 방식으로 부과중 하나를 선택하여 결정하며 보험급여 및 수가는 중앙사회보험의료보험협의회의 자문을 거쳐 후생노동성이 결정한다.

[그림2] 일본의 건강보험관련 의사결정 기구 및 기능



#### 1. 중앙사회보험의료협의회 역사

1927년 건강보험법 시행 당시, 진료보수는 지불측과 진료측에 의한 계약을 통해 수가가 결정되었고 1943년부터 지불측 및 진료측인 일본사회의 의견을 청취하여 노동대신이 수가를 결정하는 구조로 전환되었다. 1944년 노동대신이 진료보수를 결정함에 있어서, 의

견을 청취하기 위한 조직으로서 의견청취를 목적으로 공익전문가인 사회보험진료보수산정 협의회가 설치되었고 이는 현재의 중의협의 원형이 되었다. 1950년 사회보험진료협의회가 통합되면서 중앙사회보험의료보험협의회(중의협)이 출범하였다.

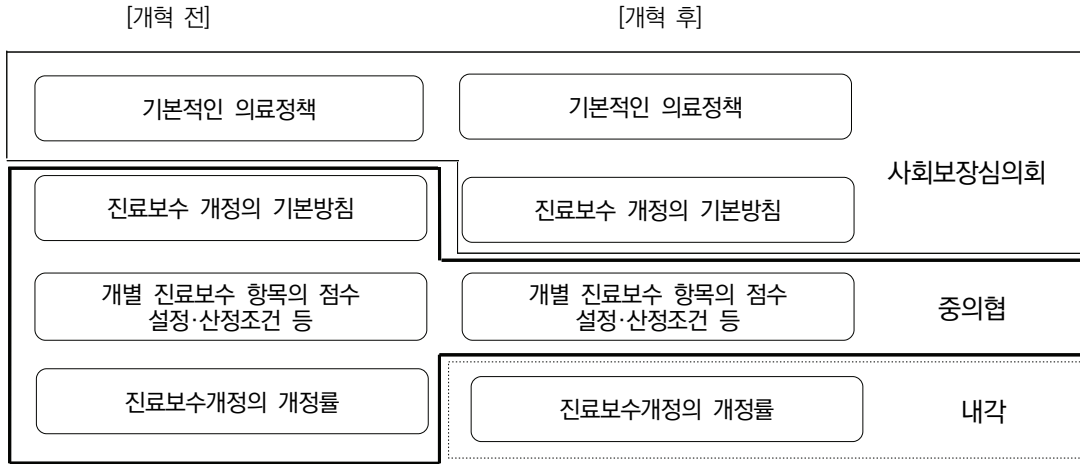
2004년, “중의협 뇌물사건” 발생<sup>5)</sup>으로, 진료측과 지불측은 각 1명이 축소되고, 공익이 2명 증가되는 형태로 위원 구성이 개편되고 기존에 일본의사회에서 진료측 의사 5명 추천하는 형태에서 일본의사회에서 3명, 병원단체에서 2명을 추천하는 형태로 개편되어 2007년 2월부터 시행되었다. 2008년 5월 자민당의 마스조에 요이치 대신의 “중의협의 진료보수배분의 결정에 투명성이 없다”라는 발언으로 중의협의 개혁 필요성 다시 제기되었다. 2009년 9월, 중의원 총선에 승리한 민주당 정부가 중의협 2차 개혁<sup>6)</sup>이 시행되면서 일본의사회 추천 의사는 없어지고 지방의사회에서 2명, 병원단체에서 3명을 추천하는 형태로 개편되었다.

〈표2〉 중앙사회보험의료심의회 개편 내용

	초기	개편 I (2007.2-2009.9)	개편 II (2009.9-현재)
구 성	20명 -진료8 (의사5, 치과2,약제사1) -지불8, -공익4	20명 -진료7 (의사5, 치과1,약제사1) -지불7, -공익6	20명 -진료7 (의사5, 치과1,약제사1) -지불7, -공익6
진료측 추천권	- 치과의사2명, 약제사1명 : 각 단체 추천 - 의사 5명 : 일본의사회(5) 추천	- 치과의사, 약제사 : 변동 없음 - 의사 5명 : 병원단체(2), 일본의사회(3) 추천	- 치과의사, 약제사 : 변동 없음 - 의사 5명 : 병원단체(3), 지방의사회(2) 추천
	※ 병원의 목소리가 제대로 반영 안 된다는 비판	※ 의사2명을 병원단체가 추천하게 되었지만, 여전히 의사 3명은 일본 의사회가 추천함으로 인해 개업의를 우선한다는 비판은 계속 존재	※ 의사3명 : 병원단체 추천 ※ 의사 2명 : 지방의사회 추천 (이바라키현, 도쿄부) ⇒결과적으로 일본의사회 추천의사 0명

- 5) 진료수가에 관련하여 치과의사의 연맹의 뇌물사건과 치과의사연맹의 회장선거에 관련하여 정계에 부정 정치 자금 제공 사건이 발각  
→ 일본치과연맹회장을 비롯한 간부 6명과, 중의협 위원 2명, 자민당 국회의원 2명, 자민당 파벌회계책임자, 지방의회 5명 등 전부 16명 기소되어 전원 유죄판결이 확정
- 6) 2009년 임기 완료에 따르는 위원 선임에서 일본의사회 집행부의 3명은 재임되지 않았고, 대신 이바라키현 의사회의 이사와 도쿄부 의사회의 부회장, 야마가타 대학의 의학부장(병원단체 추천)이 선임되어, 일본의사회의 추천이 제로가 된 것임 (추천권에 대한 별도 규정이 없으므로 국회 동의를 받을 수 있다는 전제로 추천권은 바뀔 수 있음) 이바라키현 의사회와 도쿄 의사회는 일본의사회 회원이지만, 의사회는 각 현(우리의 도)단위로 결속력이 강하고 여러 면에서 독립적 (실례로, 2009년 8월 총선에서 일본의사회는 자민당, 이바라키현 의사회는 민주당을 지지. 이에 따라 일본의사회의 중의협 위원이 제외되고 이바라키현 의사회 위원이 임명은 누가 봐도 정치적 보복이라는 시각이 있음)

[그림3] 중앙사회보험의료심의회 개혁 전후 비교



## 2. 중앙사회보험의료심의회 기능

중앙사회보험의료심의회는 후생노동성 설치법과 사회보험의료협의회법에 의해 후생노동성에 설치된 법적 심의기구로 건강보험제도나 진료수가의 개정 등을 심의하는 기능을 한다. 중앙사회보험의료심의회는 심의기능을 수행하는 기구로 최종적인 결정은 후생노동성에서 이루어지나, 진료보수점수의 개정 등에 대하여 후생노동대신의 자문에 따른 심의 및 답신을 수행하고 직접 후생노동대신에게 건의를 할 수 있다.

위원구성은 지불측 위원과 진료측 위원이 보험계약의 양당사자로서 협의하여, 공익위원이 그 양자를 조정하는 형태로, 삼자구성을 취하고 있으며 지불측 위원과 진료측 위원은 단체 추천을 받아 후생성에서 임명하고 공익대표는 국회의 동의를 거쳐 임명하고 있다. 각 관련 기관으로부터 추천과 사전 조율을 통해 임명해야 국회 동의를 받을 수 있으며 총 20 명이고 2년 임기이다.

<표3> 중앙사회보험의료심의회 위원구성

구분	위원 구성
지불측 위원	건강보험, 선원보험 및 국민건강보험의 보험자 및 피보험자, 사업자 및 선박 소유자를 대표하는 위원 7명
진료측 위원	의사 대표(5명), 치과 의사 대표(1명), 약제사 대표(1명)
공익대표 (국회 동의 인사)	공익을 대표하는 의원 6명



## 제2절 독일의 건강보험 관련 의사결정기구

독일의 건강보험은 질병금고를 보험자로 하는 다보험자 체계로 연방정부, 주정부, 시민사회가 의사결정을 공유하는 구조이다. 사회보험의 자율성이 높은 대표적 국가로 예산 상한과 급여원칙, 보험료 수준은 연방공동위원회(Federal Joint Committee:G-BA)의 결정 사항이 아니라 국가 차원에서 결정한다. 즉 보험료를 결정을 연방정부가 결정하고, 정해진 예산범위내에서 지출하는 총액계약제를 시행하는 구조이다.

독일 건강보험은 직장근로자를 위한 노사협상으로 시작되어 다보험 조합주의적 성격이 강하고 의사결정구조도 조합대표(다보험자들의 대표)와 공급자단체가 동수로 구성된 협의체에서 수가와 급여기준 등 급여 정책을 결정한다. 즉, 조합주의(Corporatism)에 기반한 독일은 협약 당사자만으로 해결할 수 없는 사안에 대해서만 국가가 개입하는 ‘보충성의 원칙’을 준수하는 대표적 국가이다.

대표적인 연방기관으로 보건부와 연방공동위원회(G-BA), 입원보상위원회, 외래보상위원회 등이 있다.

### 1. 연방공동위원회 (G-BA)

연방공동위원회는 독일 전체인구의 약 85%(7천만명)가 가입된 법정 건강보험의 급여패키지를 결정하며 결정된 사항은 공보험에 강제 적용하는 기능을 수행한다. 2008년 7월부터 입원, 외래환자 모두의 의료와 관련된 모든 주요 결정이 연방공동위원회에 의해 결정하고 있다.

연방공동위원회의 주요 업무는 진료의 내용을 결정하고 어떤 진료항목이 질병보험에서 보상되는 것인지를 진료지침에 포함시키는 것이다. 「질병보험구조법」으로 공동위원회의 구조가 좀 더 발전하여 공익대표들의 중립성과 독립성을 더욱 강화하기 위해 추천된 위원 후보자에 대한 연방의회의 보건위원회 청문과 중립성과 독립성이 의심되는 경우에 임명동의 거부권을 행사할 수 있도록 하였다.

급여 결정절차는 연방공동위원회에 급여 등재 신청하면 의료평가연구소(IQWiG)에서 의료기술평가와 보험등재 여부에 대한 유기적인 평가하고 보건부에서 최종 결정하는 구조이다. 사회보험연방위원회의 결정은 IQWiG(Institute for Quality and Efficiency in Health Care)가 생산한 과학적 근거에 입각해야 하며, 정부는 위원회 결정의 거부권, 근거



자료 요구권을 가진다.

사회보장법(SGB) 제5권 91조에 의거하여 연방공동위원회는 총 13인의 위원으로 법적 위원회를 구성하고 있다. 위원구성은 공익 위원 3인, 가입자 대표 5, 질병금고, 의협, 치의협, 병협, 심리치료사협회 각 1인이다. 2004년 이후 환자 대표 최대 5인을 포함시켜서 의견을 개진하고 있으나 의결권을 부여하지 않고 있다. 중립자의 역할을 하는 공익대표는 공급자와 조합단체가 모두 찬성하는 자로 임명가능하며 2004년 이후 공익위원들의 중립성과 독립성을 더욱 강화하기 위해 추천된 위원후보자에 대한 연방의회의 보건위원회 청문이 실시되고, 중립성과 독립성이 의심되는 경우에 임명동의 거부권을 행사할 수 있도록 한다.

연방공동위원회는 의약품 위원회 등 영역별로 8개 전문위원회를 두어 의사결정을 위한 자료 수집하며 각 전문위원회에 의료계와 보험조합대표가 동수로 참여하며 연방공동위원회의 중립대표는 모든 회의에 참석할 수 있다. 총 100여명의 패널로 구성되어 있는 환자대표는 모든 회의에 총 5명까지 참석 가능하다.

〈표4〉 연방공동위원회 위원구성

의결권이 있는 위원 13인		
공익 위원 3인	의료계 대표 5인	의료보험 조합대표 5인
의장1 독립적인 위원 2인	병원대표 2인 보험의사대표 2인 치과의사대표 1인	질병금고, 의협, 치의협, 병협, 심리치료사협회 각 1인
환자대표 최대 5인 (의결권 없음, 단, 제안 및 자문은 가능)		

## 2. 주 단위 위원회

사회보장법(SGB)에 의거하여 각 주에서 의사대표와 의료보험 조합대표로 구성된 위원회와 치과의사 대표와 의료보험 조합대표로 구성된 위원회 각 1개씩, 2개의 위원회 운영한다. 위원회 운영과 세부적인 사항은 주별로 결정하고 있으며 공급자 대표 9명, 의료보험 조합대표 9인, 공위위원(중립자) 3인 총 21명으로 구성되어 있다.

### 제3절 대만의 건강보험 관련 의사결정기구

대만의 건강보험 운영과 관련된 위원회는 건강보험감리위원회, 건강보험쟁의심의위원회와 의료비용협정위원회가 있다. 건강보험감리위원회는全民건강보험의 운영을 감독하고 보험정책과 법규에 관한 연구 및 건의하기 위한 목적으로 설치되었으며, 의료비용협정위원회는 진료비를 협정하고 배분하는 역할이 주요 목적으로 하고 있다.

대만의 제도는 2011년 6월 29일 법 개정을 통해 2013년 이전과 이후로 나눌 수 있다.

#### 1. 2013년 개혁 이전

全民건강보험국(BNHI)<sup>7)</sup> 검토 후 주관기관(위생서)이 보험료율 재조정안을 검토해서 우리나라 총리실에 해당하는 행정원에 요청하면 행정원이 최종 결정하는 구조이다. 대만全民건강보험법에서 주관기관이 보험료율 재조정안을 발의할 수 있는 경우를 규정하고 있어서 보험료 인상이 어려운 구조이다. 급여비용 등에 관한 사항은 의료비용협정위원회에서 결정한다. 감리위원회, 의료비용협정위원회, 쟁의심의위원회는 건강보험운영의 위해 각각의 기능을 수행한다.

건강보험감리위원회는全民건강보험의 운영을 감독하고 보험정책과 법규에 관한 연구 및 건의하는 위한 목적으로 설치된 위원회로, 위생서 차관이 위원장을 맡고 있다. 위원회의 구성은 공익대표인 의학 및 보험전문가 6인, 정부대표 7인, 피보험자 대표 6인, 사용자 대표 5인, 공급자 대표 5인, 총 29인으로 구성되어 있다.

의료비용협정위원회는 1996년 11월 8일 설립되어 진료비를 협정하고 배분하는 역할이 주요 목적으로 하고 있으며 의사 및 치과의사의 외래진료비, 약사의 약제비 및 약품비 배분율, 의약분업제도 등 협의한다. 외래 약제비 지출액이 책정된 약제비 지출 총액을 초과할 경우, 당해 연도 외래 진료비 총액예산에서 공제되어야 할 초과금액 협정하는 역할도 수행한다. 정부대표 9인, 의료기관 대표자로 구성된 의료공급자 9인, 피보험자 및 전문가 또는 학자 9인, 총 27명의 위원으로 구성되어 있다.

쟁의심의위원회는 보험료, 가입자 자격, 보험급여 및 진료비 지불 등 건강보험 관련 분

7) 중앙건강보험국(BNHI: The Bureau of National Health Insurance) : 위생서에 의해 설립된 단일보험자로서 건강보험의 제반업무를 관장함. 운영상의 효율성을 높이기 위해 지방분권적 관리운영방식을 채택하고 있음. 1개의 본부는 업무를 총괄하며 전국에 6개 지부가 각 행정구역별 운영을 담당하고, 그 산하에 22개 출장소가 별도로 설치되어 있음

쟁조정하는 역할을 수행한다. 위생서 대표 2인, 보험 전문가 2인, 법률 전문가 3인, 의약 전문가 7인, 총 15인으로 구성되어 있으며 위원장은 위생서 장관이 의약전문가 중에서 임명하도록 되어 있다.

〈표5〉 대만의 각 위원회의 기능 및 위원구성

	감리위원회	의료비용협정위원회	쟁의심의위원회
기능	- 건강보험 주무부처인 위생서(중앙건강보험국) 관리 감독 - 의료보험에 대한 정책 제안, 법정급여에 대한 제안 및 심의 등	- 행정원이 승인한 의료비 총예산범위 내에서 급여비 총액 및 배분방식 협정 - 의사·중의·치과 의사의 외래진료비, 약사의 약제비 및 약품비 배분율, 의약 분업제도 등 협정 - 외래 약제비 지출액이 책정된 약제비 지출 총액을 초과할 경우 공제되어야 할 초과금액 협정	- 보험료, 가입자 자격, 보험급여 및 진료비 지불 등 건강보험 관련 분쟁조정
구성	〈총 29명〉 -공익대표 13명 : * 정부(7명), * 전문가(6명) -피보험자단체(6명) -의료공급자(5명) -사용자단체(5명)	〈총 27명〉 - 정부대표(9인) - 의료공급자(9인) - 피보험자대표 및 전문가(9인)	〈총 15명〉 -위생서 대표(2명) -보험전문가(2명) -법률전문가(3명) -의약전문가(7명)

## 2. 2013년 개혁 (2세대 건강보험개혁법안 시행 이후)

2011년 6월 29일 법 개정을 통해 지출과 연동된 보험료 결정구조로 개혁 추진하였으며 2013년 1월 1일부터 시행되었다. 가장 큰 변화는 기존 2개의 위원회인 감리위원회와 의료비용협정위원회를 통합하여 예산운용권한을 총체적으로 관리할 수 있는 새로운 감리위원회(NHI Supervisory Board)를 설립하였고 쟁의심의위원회는 기대로 유지하였다. 2013년 개혁이후 보험료 심의와 급여 심의를 하나의 위원회(통합된 감리위원회)가 모두 담당하게 되었다.

〈표6〉 건강보험 관련 위원회 개혁 내용

2013년 이전	2세대 건강보험개혁법안 시행 (2013년 1월 1일) 이후
전민건강보험국(BNHI) 검토 후 위생서(DoH)에 보고 ↓ 위생서에서 보험료를 결정 ↓ 행정원(Executive Yuan)에서 승인	NHI Supervisory Board에서 검토·심의 후 위생서(DoH)에 제안 ↓ 위생서에서 보험료를 결정 ↓ 행정원(Executive Yuan)에서 승인

기존의 감리위원회와 의료비용협정위원회를 통합한 건강보험 감리위원회는 가입자 대표 12인, 고용주 대표 5인, 공급자 대표 10인, 전문가 또는 학자 5인, 관련 공무원 3인, 총 35인으로 구성되어 있다.

〈표7〉 2013년 전후 건강보험 위원회의 기능 및 구성 비교

2013년 이전	2세대 건강보험개혁법안 시행 (2013년 1월 1일) 이후
<p>■감리위원회 (NHI Supervisory Committee)</p> <p>〈주요 기능〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•중앙건강보험국의 활동을 감독</li> <li>•중앙건강보험국의 연차계획, 활동보고, 회계 심의</li> <li>•의료보험에 대한 정책 제안</li> <li>•중앙건강보험국의 관리 및 보험재정 감사</li> <li>•법정급여에 대한 제안 및 심의</li> </ul> <p>〈구성: 총 29명〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•가입자 대표(11) : 피보험자(6명), 사용자(5명)</li> <li>•공급자 대표(5)</li> <li>•공익 대표(13) : 정부(7명), 의약의료보험 전문가(6명)</li> </ul> <p>※ 위원장은 공익대표 1인이 담당</p>	<p>■새로운 건강보험 감리위원회 (NHI Supervisory Board)</p> <p>〈주요 기능〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Review of premiums * 보험료 심의기능은 기존 2개 위원회에서 수행하지 않았던 기능임</li> <li>•Review of the scope of benefits</li> <li>•Coordination of drafting and allocation of medical benefit payments</li> <li>•Study and interpretation of insurance laws and policies</li> <li>•Other supervisory functions pertaining to the insurance matters</li> </ul> <p>〈위원회 구성 : 총 35명〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•가입자 대표 : 12명 (각 단체가 추천)</li> <li>•고용주 대표 : 5명 (각 단체가 추천)</li> <li>•공급자 대표 : 10명 (각 단체가 추천)</li> <li>•전문가 또는 학자: 5명 (정부에서 지정)</li> <li>•관련 공무원 : 3명</li> </ul>
<p>■의료비용협정위원회 (NHI Medical Expenditure Negotiation Committee)</p> <p>〈주요 기능〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•행정원이 승인한 의료비 총예산범위 내에서 의료급여비 총액 및 배분방식 협정 등</li> </ul> <p>〈구성 : 총 27명〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•정부대표(9인),</li> <li>•의료공급자(9인),</li> <li>•피보험자대표 및 전문가(9인)로 구성됨</li> </ul>	<p>유지</p>
<p>■쟁의심의위원회 (NHI Disputes Mediation Committee)</p>	<p>유지</p>

## 제4절 그 외 국가의 건강보험 관련 의사결정기구

### 1. 네덜란드<sup>8)</sup>

네덜란드 보건의료체계에서의 의사결정은 정부와 이해관계 집단간의 자문, 합의로 이루어지게 되는데, 자문단이 이러한 과정 속에 중요한 역할을 담당한다. Health Council(Gezondheidsraad)은 보건복지부 등을 포함한 정부의 자문기관으로, 의학, 보건의료, 공공보건, 환경보건 등의 과학적 영역에 대해 자문을 제공한다. 이 자문단은 보건의료 전문가 200여명으로 구성되며, 40개의 임시조직과 7개의 상시조직으로 운영되고, 정부가 100% 재원을 제공하고 있다.

Council for Public Health and Health Care(RVZ)는 보건복지부에 의해 설치되지만 독립적인 정부 자문기관으로 전공분야가 다양한 9명의 위원으로 구성되며, 정치적 의사결정 이전에 특정 사안에 대한 자문이 요청될 경우 장단점, 장단기 기대효과를 검토한다.

Health Care Insurance Board(CVZ)는 의료보험법과 특별의료비제도에 관한 재정을 관리하고 급여 관련 규제에 관한 자문을 관할한다. 의사, 약사, 교수, 전문가 등 15명 정도로 구성되는 자문단의 조언을 바탕으로 관련 제도를 결정하는 방식을 취하고 있다.

### 2. 벨기에<sup>9)</sup>

건강보험위원회와 예산조정위원회는 보건의료부 및 질병·장애보험기구(INAMI) 산하 위원회의 역할을 한다. 보건의료부(Health Care Department)는 건강보험의 운영 및 재정관리를 총괄하는 부서로 급여기준 관리, 예산 확정 및 모니터링, 공급자와 연락, 급여의 질 차이 관리를 관리하여 내부의 건강보험위원회의 관리를 받는다.

건강보험위원회(Committee for Health Care Insurance)는 총회에 보고하는 하부위원회로 질병금고의 대표와 의료 공급자에서 각각 동일한 숫자의 위원을 추천하여 구성되어 있다. 가입자의 대표 및 정부 대표는 본 위원회에서는 조언만을 담당하고 총회에서 논의될 연간 총액 예산안을 작성하는 것이 주된 역할을 수행한다. 총회(General Council)는 정부, 가입자 그리고 질병금고의 대표자로 구성된 의사 결정기구로, 공급자대표는 단순한 조

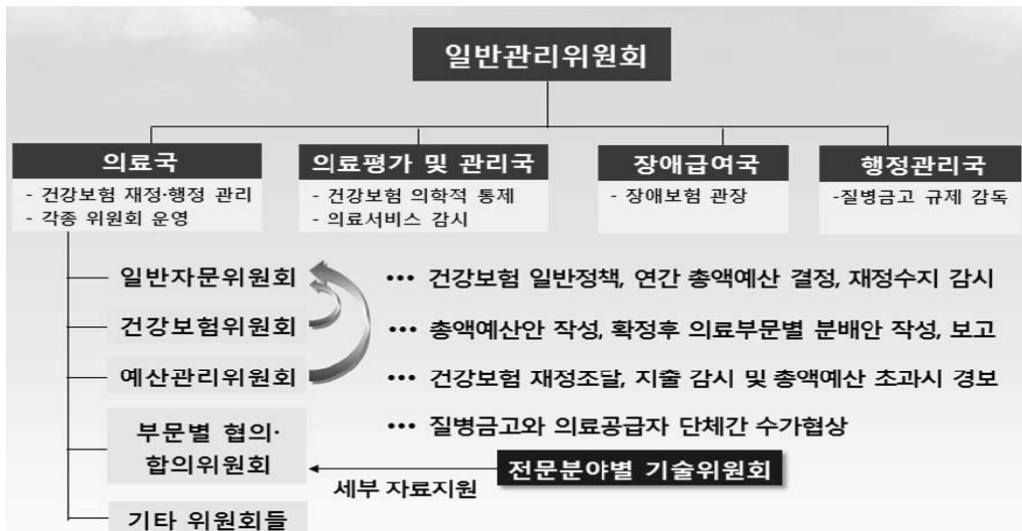
8) 자료 : 김진수 외, 2011. 「독일, 네덜란드, 독일 출장보고서」한국보건사회연구원.

9) 자료 : 정현진 외(2011). 주요국 진료비 총액관리제도 고찰 및 시사점, 건강보험정책연구원.

언의 역할만 담당할 뿐 의사결정권을 가지고 있지 않다. 총회에서 건강보험, 건강보험위원회로부터 제안된 연간 급여비 총액의 승인, 영역간의 총액 배분 등 주요한 사항을 결정하고 있으나 정부는 총회의 결정에 대하여 거부권을 가지고 있다.

예산조정위원회(Commission for Budgetary Control)는 기금과 지출을 모니터링하고 지출이 예산을 초과시 총회에 이를 통보하고 예산을 준수할 수 있는 수단들을 제시하고 있다. 질병금고와 공급자 그리고 가입자 및 정부 대표로 구성되어 있다.

[그림4] 벨기에 질병·장애보험기구(INAMI) 산하 위원회의 역할 및 기능



자료 : 정현진 외(2011). 주요국 진료비 총액관리제도 고찰 및 시사점, 건강보험정책연구원.

### 3. 프랑스

프랑스의 건강보험 급여 의사결정은 최고보건청(HAS)에 결정 신청을 하면 산하의 의료 행위평가 위원회에서 급여 적정성 평가 한 후 건강보험기금연합(보험자 연합)에서 최종 결정을 하는 구조이다.

최고보건청(HAS)은 보건의료기술평가 및 질향상을 위해 정부가 설립한 독립기관으로 7개의 전문위원회와 실무부서로 구성되어 있다. 의료행위평가위원회는 총 13명의 위원으로 구성되어 있으며 대표이사회 임원, 방법론, 평가 또는 공중보건 영역 전문가, 다양한 의학 분야의 의료전문가(기등재 목록에 대한 평가)들이 의료행위평가위원회에서 정기적으로 급여목록 평가한다.

#### 4. 호주

호주의 건강보험은 단일 국가보험(메디케어) 체계로 운영되고 있다. 급여 결정절차는 의료기술평가위원회(MSAC)에 급여등재 신청을 하여 안전성 및 유효성, 비용효과성에 대한 평가를 실시하고 복지부장관(보험자)이 최종 결정하는 구조이다.

의료기술평가위원회(MSAC)는 신의료기술 평가 및 급여여부를 평가하는 국가기관으로 공급자, 소비자, 보건경제학자, 보건기획자, 역학자 등 총 22명으로 구성되어 있다.

#### 제5절 소결 및 시사점

주요 국가의 보험급여 및 수가 결정 형태와 건강보험 의사결정 기구의 종류 및 위원구성, 특징을 정리한 표는 아래와 같다. 각 국가마다 국가의 건강보험 운영방식과 보험급여 및 수가 설정 방식이 상이하여 건강보험 관련 의사결정 기구의 구성과 역할의 범위가 국가마다 다르다. 살펴본 주요 국가(일본, 독일, 대만, 네덜란드, 벨기에, 프랑스, 호주)에서 정부가 최종적인 결정권을 갖고 있거나 위원회 등에서 결정된 사항에 대해 정부가 거부권을 행사 가능하였다. 일본과 대만에서는 최근 개혁이 방향이 단일 위원회를 운영하는 방향으로 이루어졌으나 단일위원회에서 심의한 내용을 정부에서 최종 의사 결정하는 구조를 유지하고 있다. 즉, 가입자, 공급자, 공익, 환자 등 여러 의견을 통합하여 의사결정을 하되 책임성 확보를 위해 정부가 최종결정권 보유하고 있는 구조이다. 그리고 특징적으로 독일, 네덜란드, 벨기에, 프랑스 유럽권 국가에서는 소위원회나 영역별 별도의 전문위원회를 두어 전문성 확보하고 있었다.



〈표8〉 국외 건강보험 관련 의결 기구 정리

	보함료	보함급여 및 수가	의결(심의, 자문) 기구	위원 구성	기타
일본	개별조합	중의협의 자문을 거쳐 후생성 결정	-중앙사회보험의료보합협의회의(중의협): 심의, 정부(후생성): 의결 -연방공동위원회 :의결	-지불측(7인), 진료측(7인), 공익(6인)	-위원은 국회의 동의를 받아 후생노동성 대신이 임명 -예산상한, 급여원칙, 보험료 수준은 국가 결정 -정부는 위원회의 결정에 거부권 및 근거자료 요구권을 가짐 -의사결정을 위한 자료수집을 위해 의약품위원회 등 영역별로 8개의 소위원회 운영 -위원후보에 대한 연방의회의 청문 실시하며 거부권 행사 가능
독일	정부	연방공동위원회 (Federal Joint Committee: G-Ba)		-조합대표(5인), 의료계 대표(5인), 공익(의장 포함 3인), 환자대표 5인은 의결권은 없지만 제안 및 자문 가능	감리위원회의 심의 가능 -보험료 -급여 범위 -지불 분배 -법과 정책에 대한 연구 및 해석 -기타 건강보험 관련 사안
대만	건강보험	감리위원회의 심의를 거쳐 정부(위생서)에서 결정	-건강보험 감리위원회(NHI Supervisory Board, 2013년 통합된 위원회) : 심의	-가입자 대표(12명), 고용주 대표(5명), 공급자 대표(10명), 정부에서 지정하는 전문가(5인), 공무원(3인)	
네델란드	정부		-Health Council(자문) : 의학, 환경, 보건 등 과학적 영역 자문, -Council for Public Health and Care(RVZ) (자문) : 특별 사안 -Health Care Insurance Board(CVZ)(자문): 재정을 관리하고 급여 관련 자문	-Health Council : 보건의료 전문가 200여명으로 구성, 40개의 임시조직 및 7개의 상시조직 -RVZ: 전공분야가 다양한 9명 -CVZ : 의사, 약사, 교수, 전문가 등 15명	
벨기에	총회(General Council)가 결정 하나 정부는 거부권 행사 가능		-총회(General Council)	-정부, 가입자, 질병금고 대표자로 구성, 단 공급자 대표는 단순한 조인만 담당하고 의사결정권은 없음	-건강보험위원회는 총회의 하부기구로 동수의 질병금고 대표와 공급자 대표로 구성(가입자 대표와 정부는 조인만 담당) : 총회에서 논의될 총액 예산안 작성 -예산조정위원회는 질병금고, 공급자, 가입자, 정부대표로 구성: 기금과 지출을 모니터링하고 예산을 준수할 수 있는 수단 제시
프랑스	보험자 연합회에서 최종 결정		-의료행위평가 위원회 : 자문, 심의	-대표이사회 임원, 방법론, 평가 또는 공중 보건 영역 전문가, 다양한 의학 분야의 의료진 전문가 등 13인	-의료행위평가 위원회는 최고보건청(HIAS) 산하에 있음
호주	정부(복지부 장관)이 최종 결정		-의료기술평가위원회(MSAC): 자문, 심의	-공급자, 소비자, 보건경제학자, 보건기획자, 역학등 22인	



## 제4장 건강보험 의사결정기구의 개편 원칙 및 개편안

### 제1절 개편원칙

앞 장에서 논의 되었다시피 건강보험정책심의위원회는 다른 정부 운영 위원회에 비해 역할과 기능측면에서 중요성이 절대적으로 크다. 보장성, 수가, 보험료 등 대부분의 주요정책이 건강보험정책심의위원회에서 논의되어 결정되고 있다. 1년에 약 48조 원(2013년 기준)의 쓰임새가 건강보험정책심의위원회에서 결정되고 있는 것이다. 위원회의 위상이나 권능만큼 위원 구성, 위원회 운영방법, 논의 내용 등에 대한 논란이 지속되고 있다. 정부편향적 위원구성, 의사결정의 절차적 불공정함 등에 대한 지적이 제기된 바 있다. 이러한 현실을 토대로 향후 건강보험 의사결정기구의 개편원칙 및 방향에 대해 논하고자 한다.

첫째, 책임성이 담보되어야 한다. 즉, 위원들의 의견을 수렴하여 의사결정이 이루어질 수 있는 체계를 마련하되, 의사 결정기구의 모든 결정에 대해 최종적인 책임은 정부가 질 수 있는 구조로 개편되어야 한다. 제도 운영의 기반은 재정의 안정성이다. 현재 보험 재정의 16.6%를 국고로 충당하고 있다. 향후 고령화, 저성장 등 건강보험 환경은 결코 녹록치 않다. 또한 건강보험은 사회보험이기 때문에 공적인 성격을 갖을 수밖에 없다. 국민의 건강 수준 제고는 제도운영의 궁극적인 목적이다. 건강보험의 이러한 특성을 반영한다면 당연히 제도운영의 궁극적 책임은 정부에게 귀결되어야 한다. 정부의 책임하에 모든 사안이 결정될 수 있는 운영체계가 필요하다. 다만 구성원의 의견을 반영한 절차적 기제로써 의사결정기구는 반드시 필요하다.

둘째, 중립성 및 객관성이 확보되어야 한다. 건강보험정책심의위원회의 구성에 있어 숫자상의 균형은 이루고 있으나 위원구성에 있어서 중립성이 확보될 수 있는 절차적인 기제가 부족하다. 정부가 가입자나 공익 대표를 구성할 수 있는 권한을 가지고 있어, 특히 공익대표를 정부가 임명함으로써 정부의 정책의지를 관철시키려는 의도가 존재한다는 비판이 존재한다. 즉, 위원구성 및 정부의 위원 임명권에 대한 재검토가 필요하다. 특히 공익위원에 대한 구성 및 임명권이 의사결정기구의 객관성을 유지하는데 손상되지 않도록 제도적 개편

이 필요하다.

셋째, 전문성이 제고되어야 한다. 의사결정기구인 건강보험정책심의위원회는 보장성, 수가, 보험료 외에도 행위, 약제, 기기 등 전문적 식견이 필요한 내용을 다룬다. 당연히 이러한 의제를 심의하고 의결하기 위해서는 이에 걸맞게 위원의 전문성이 담보되어야 한다. 각각의 위원들이 모든 분야에 전문성을 갖추기는 쉽지 않지만 최소한의 수준은 유지되어야 할 것이다. 가입자나 공급자대표들 중 전문성이 부족하다면 기관의 추천으로 제3의 전문가가 참여할 수 있는 통로가 필요할 것으로 보인다. 즉 기관에 위원 추천을 의뢰하되 전문성을 보유한 사람들에게 위임 가능하도록 하는 기전이 확보되고 전문성 제고를 위해 최고의 사결정기구 산하에 분야별 별도의 전문위원회를 구성하는 것도 검토할 필요가 있다.

## 제2절 개편안

향후 건강보험 의사결정기구가 지향해야 할 개편 원칙을 토대로 건강보험정책심의위원회의 개편(안)을 모색해보고자 한다. 현행 구도를 일부 개편하는 1안과 전문위원회 등 신설하여 확대 개편하는 2안을 제시한다.

### 〈1안〉

1안은 현행 구도 일부를 개편하는 것이다. 건강보험정책심의위원회에 현행처럼 건강보험과 관련된 주요 정책인 보험료, 수가, 보장성 등에 대해 심의 및 의결할 수 있는 권한을 부여하되 결정된 사안에 대해 정부에게 거부권 및 재심의 요청권을 행사할 수 있도록 하는 것이다. 또한 재심의 결과에 대해서도 정부가 만족하지 못하면 최종적으로 정부가 결정하도록 하여 최종적인 결정 사항에 대해 정부가 책임 질 수 있는 구조로 개편한다. 위원회는 위원장 1인과 동수의 가입자, 공급자, 공익으로 구성한다. 가입자 대표는 ‘가입자 협의회(가칭)’를 구성하여 추천토록 하고 가입자 협의회는 정부에서 담당하도록 하며 가입자 대표의 전문성 제고를 위해 대표로 선정된 단체가 전문가를 위촉하여 대리 역할을 수행할 수 있도록 허용하는 것이 바람직하다. 또한 공급자 대표의 경우 가입자 대표와 동일한 형식으로 ‘공급자 협의회(가칭)’를 구성하여 추천토록 하되 공급자 협의회는 정부에

서 담당한다. 공익 대표는 정부가 3배수를 추천하되 가입자와 공급자대표 모두 동의하는 사람으로 구성하며 공무원 1인은 자동으로 공익대표로 포함되고 나머지 공익 중 위원장을 선출하도록 한다. 가입자와 공급자가 각각 공익대표를 추천하는 것이 아니라 정부가 추천한 3배수 중 비밀투표에 의해 동의 순서를 제시하고 이를 토대로 양쪽에서 거부감이 없는 순서에 의해 공익대표를 결정하는 방식이다.

1안은 현행 제도를 일부 개편한 것으로 정부의 책임성을 강조하였으며, 기관의 대표가 전문성이 결여되어있다면 전문적 식견을 갖춘 대리인을 활용할 수 있도록하여 위원들의 전문성도 높이도록 하였다. 조정과 중재의 역할을 담당할 공익의 중요성을 감안하여 공익대표는 정부가 최종결정하는 것이 아니라 추천에 의해 양지역의 동의 절차를 갖추으로써 중립성과 객관성을 확보하는 데 초점을 두고 있다.

#### 〈2안〉

2안은 전문위원회 등을 신설하여 확대 개편하는 것이다. 책임성 확보를 위해 보건복지부가 최종적인 의사결정권을 가지도록 하며 정부에 거부권 및 재심의 요청권을 부여한다. 또한 재심의 결과에 대해서도 정부가 만족하지 못하면 정부가 최종적인 결정을 하도록 한다. 구조적으로는 ‘중앙위원회(가칭)’ 산하에 ‘전문위원회(가칭)’를 구성하는 형태로 개편한다. 심의 및 의결위원회의 성격을 가지는 중앙위원회를 구성하여 중앙위원회에서 현행 건강보험정책심의위원회 기능인 요양급여의 기준과 요양급여 비용, 보험료 등 건강보험정책에 관한 중요사항들을 심의 및 의결하도록 한다. 다만 중앙위원회 산하에 전문위원회를 두어 전문성을 한층 강화하고자 하였다. 중앙위원회는 가입자, 공급자, 공익 각각 동수로 구성되며 공익대표 중 공무원 1인이 포함되고 위원장은 공무원을 제외한 공익대표 중 1인이 담당하도록 한다. 각 위원의 선출은 1안과 동일하게 가입자 대표는 정부가 구성한 ‘가입자 협의회(가칭)’에서 추천하도록 하고 가입자 대표의 전문성 제고를 위해 대표로 선정된 단체가 전문가를 위촉하여 대리 역할을 수행할 수 있도록 허용한다. 또한 공급자 대표도 정부에서 구성한 ‘공급자 협의회(가칭)’에서 추천하며 공익 대표는 정부가 3배수를 추천하되 가입자와 공급자대표 모두 동의하는 사람으로 구성한다. 여기까지는 1안과 같다. 다만 2안에서는 중앙위원회 산하에 6개의 전문위원회(재정관리<sup>10</sup>), 상대가치 조정 등 급여관리<sup>11</sup>), 의약품 및 치료재료, 의료의 질 관리, 평가<sup>12</sup>), 기획조정<sup>13</sup>) 등을 운영하며 전문위원회 위원장은 중앙

10) 현행 공단산하의 재정운영위원회 통합하되 보장성까지 검토

11) 현행 심평원 산하의 행위전문위원회를 확대 개편

위원회 공익대표가 담당하되 중앙위원회 위원장이 기획조정 전문위원회 위원장을 겸임하도록 한다. 전문위원회는 전문성 중심으로 위원회 성격에 부합되도록 정부가 구성하고 기획조정위원회에서 수가, 보험료 그리고 전문위원회간 조정이 필요한 사항을 검토하도록 한다.

2안은 1안에 전문성을 한층 강화한 (안)이다. 모든 사안에 대해 충분한 검토, 준비, 시범 사업 등을 위해 전문위원회를 두는 것으로 제안되었다. 미국의 이노베이션센터<sup>14)</sup>의 기능까지 전문위원회에서 담당할 수 있기를 희망한다.

---

12) 적정성 평가, 의료기관 평가 등 현재 진행되고 있는 모든 평가를 통합 관리하고 위원회 결정사항을 모니터링하는 기능도 담당

13) 수가, 보험료 그 외 기타 사항

14) 미국 보건복지부 산하에 이노베이션센터를 설립하여 기금을 할당하고 이를 토대로 새로운 사업을 시행하기 전에 다양한 실험을 시도하고 있음

## ... 참고문헌

---

- 김진수 외 (2011). 독일, 네델란드, 독일 출장보고서. 한국보건사회연구원.
- 유승모 (2012). 건강보험정책심의위원회의 문제점 및 개선방안. 의료정책포럼,10(2).
- 윤희숙 (2012). 건강보험 보장성 확대과정을 통해 본 건강보험 성과지표와 의사결정의 책무성 문제, KDI 현안분석(2012.7.31.).
- 이태수 (2010). 건강보험정책심의위원회, 이대로 둘 것인가?-복지부의 민관협치정신 파기, 금도를 넘었다. 복지동향 (2010.3).
- 정식훈 (2012). 건강보험 수가계약제의 문제점과 건강보험정책심의위원회 구성 개선 방안. 한국병원경영연구원 KIHM ISSUE PAPER 15호.
- 정현진 외 (2011). 주요국 진료비 총액관리제도 고찰 및 시사점, 건강보험정책연구원.
- 최희경 (2004). 의료보험수가 결정 과정과 정부의역할. 한국행정학보, 38(2).