

건강보험정책심의위원회의
참여정의 구현방안에 관한 연구

연세대학교 대학원
의료법윤리학협동과정
보건학전공
강 현 희

건강보험정책심의위원회의
참여정의 구현방안에 관한 연구

지도 손 명 세 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2004년 6월 일

연세대학교 대학원
의료법윤리학협동과정
보건학전공
강 현 희

강현희의 석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 대학원

2004년 6월 일

감사의 글

따스한 노을빛이 있어 저녁 하늘이 아름답듯 씨앗이 자라 열매를 맺을 수 있도록 사랑으로 온전히 품어 주시는 하나님으로 인해 제가 존재하고 있음을 고백해 봅니다. 참된 사랑의 가치와 의미를 가르쳐 주시려고 애써 사랑의 모습으로만 대하시는 아버지의 모습을 통해 그 사랑을 하나하나 배워 갑니다. 이번 논문학기 동안에도 하나님과 이웃들이 도와주고 이끌어 주어서 사랑을 많이 배울 수 있는 기회가 되었습니다. 힘겨움과 초조함이 아닌 넉넉함과 든든함으로 걸어 나갈 수 있도록 지속적으로 사랑을 공급해 주었던 많은 분들에게 지면을 통해 감사의 마음을 전합니다.

솔로몬처럼 번쩍이는 지혜와 그 미소만큼이나 순수한 마음으로 넉넉한 아버지의 모습처럼 삶을 하나하나 이끌어 주신 손명세 교수님, 힘겨울 땐 어머니의 모습으로, 외로울 땐 친구로, 어떤 상황이라도 기꺼이 눈높이를 낮추어 가장 좋은 모습으로 풍성하게 채워주시는 김인숙 교수님, 논문의 주제를 정하는 것부터 마무리까지 꼼꼼하게 챙겨주고 학과에 대한 사랑을 다시 한번 새롭게 품게 해준 보건복지부 김소윤 선생님께 먼저 사랑의 마음을 담아 감사를 올립니다.

꼼꼼함과 명철한 판단으로 시각을 늘 새롭게 갖을 수 있도록 해주신 유승흠 교수님과 김한중 교수님, 산책로에서 소박한 삶의 지혜를 보여주셨던 이경환 교수님, 섬김을 받아야 했음에도 불구하고 오히려 챙겨주고 이것저것 사소한 것까지 배려해 주셨던 유호종 선생님, 먼 곳에 있을지라도, 어느 곳에 있든지 언제든 달려와 도움의 손길을 내밀어 주시는 정금례 선생님, 그리고 내면의 부드러움처럼 문제해결을 부드럽게 처리해 나가시는 간호대 김소야자 학장님, 학문의 바른길 걷기를 몸소 보여 주시는 오가실 교수님, 자상하면서도 명쾌하게 모든 것을 풀어가는 리더십을 몸소 보여 주시는 김의숙 교수님, 부드러운 눈빛과 미소만큼 늘 자상한 모습으로 목표를 재점검해서 나아갈 수 있도록 해주신 강대룡 선생님께도 감사의 말씀을 드립니다. 그리고 늘 따뜻한 격려의 말씀과 시선으로 용기를 주고 세상을 따스하게 바라보도록 해 주신 최중언 선생님, 허승곤 선생님, 이환모 선생님, 박영우 선생님, 김경애 선생님, 주영미 선생님, 정수경 선생님, 강복희 선생님,

김순희 선생님, 오정숙 선생님, 김용순 선생님, 양봉옥 선생님께 또한 감사의 마음을 전합니다.

밤낮으로 울고 웃으며 함께 했던 의료법윤리학협동과정 선배, 동기, 후배들, 보건학과 선생님들에게도 고마움을 전하고 싶습니다. 그리고 하나님의 사랑 앞으로 더 나아갈 수 있도록 항상 기도해 주고 힘을 북돋아 주고 있는 귀한 동역자 인선, 현희, 미선, 윤미, 윤정, 은희, 미숙, 현천 그리고 늘 정감있는 목소리로 마음을 강건하게 해주시는 김경옥 목사님, 기꺼이 저의 멘토가 되어주신 맏언니 같은 남금조 전도사님과 손정숙 선생님, 그리고 유아부·유치부 선생님들께 행통의 은혜가 넘치기를 바라는 마음으로 감사함을 대신합니다.

또한, 환하게 웃는 모습과 순수한 마음으로 항상 반겨주시는 이희우과장님, 부족한 동생으로 인해 늘 마음 졸이시며, 방법을 모색해 주시는 사랑하는 신선미 선생님, 상큼하고 이쁜짓으로 늘 사랑을 일깨워 주고 나에게 축복의 통로가 되어 주고 있는 이 민 선생님, 기쁨·슬픔·행복·힘겨움까지 모두 나눠 갖기를 원하면서 아낌없이 사랑을 주는 사랑하는 선애, 하운, 동미, 바쁜 가운데도 도움을 주시겠다고 선뜻 승낙해 주신 법대 박사과정 김경태 선생님, 자신의 일 인양 논문 자료를 구하러 여기저기 뛰어 다니며 많은 고생을 한 박주현 선생님께 당신들이 품어주신 사랑에 비하면 아주 작지만 죄송스런 마음과 감사의 마음을 담아 인생이라는 바다를 행복으로 향해갈 수 있도록 기도합니다.

그리고 사랑이라는 울타리 안에서 당신이 할 수 있는 모든 정성을 다해 앞으로 나아갈 수 있도록 품어주시며, 걱정과 기도로 한시도 편안한 잠을 주무실 수 없었던 아버지와 어머니, 편안한 삶을 놔두고 힘겹게 돌아서만 간다고 걱정하며 아주 작은 도움이라도 주고 싶어 애쓰는 오빠, 언니, 동생을 비롯한 모든 가족에게 죄송하다는 말씀과 감사의 마음을 함께 전합니다.

하나의 작은 결과물이지만 나오기까지 많은 분들의 손길이 있었기에 그 가치가 더 큰 듯합니다. 아름다운 무지개 빛으로 따스한 사랑을 전해준 많은 분들과 무지개 약속을 주시고 그것을 잊지 않고 이루어 나가고 계신 하나님께 다시 한번 감사를 드립니다.

강 현희 올림

차 례

국문요약	i
제1장 서론	1
1.1 연구의 배경	1
1.2 연구의 목적	3
1.3 연구의 방법 및 연구의 틀	4
제2장 참여정의의 이론적 배경	6
2.1 참여정의의 개념	6
2.2 보건정책에 있어서의 정의의 패러다임	7
2.3 보건정책과 참여정의	10
2.4 보건정책과 참여정의의 형평성 평가 방법	13
2.5 형평성 기준 및 지표로서의 참여정의	15
2.6 참여정의의 형평성과 관련된 증거	17
2.7 참여정의의 유용성 및 한계	17
제3장 참여정의 실현 수단으로서의 위원회의 일반적 검토	20
3.1 위원회의 의의	21
3.2 위원회의 설치 목적	24
3.3 위원회의 성립 요건	26
3.4 위원회의 참여자	27
3.5 위원회의 유형	30
3.6 참여정의 구현을 위한 위원회 유형	34

제4장 건강보험정책심의위원회 개관	37
4.1 건강보험정책심의위원회의 설치	37
4.1.1 건강보험정책심의위원회의 설치 배경 및 목적	37
4.1.2 건강보험정책심의위원회의 통합 이전 위원회	41
4.1.2.1 건강보험심의조정위원회	41
4.1.2.2 재정운영위원회	46
4.1.3 건강보험정책심의위원회의 법적 근거	47
4.2 건강보험정책심의위원회의 기능	50
4.3 건강보험정책심의위원회의 구조	51
4.4 건강보험정책심의위원회의 절차	52
제5장 건강보험정책심의위원회 문제점 분석 및 입법정책적 제언	5
5.1 건강보험정책심의위원회의 기능적 측면	56
5.2 건강보험정책심의위원회의 구조적 측면	57
5.3 건강보험정책심의위원회의 절차적 측면	62
5.4 건강보험정책심의위원회에 관한 입법정책적 제언	68
5.4.1 기능적 측면	69
5.4.2 구조적 측면	69
5.4.3 절차적 측면	71
제6장 고찰	76
참고문헌	81
ABSTRACT	86

표 차 례

표1. 정의의 패러다임 비교	8
표2. 위원회 유형별 참여정의 구현정도	36
표3. 국민건강보험재정건전화특별법(안)과 특별법의 위원회 구성 비교	40
표4. 건강보험심사조정위원회의 위원구성의 변천 과정	48
표5. 위원회별 설치근거 및 설치목적	49
표6. 건강보험심사조정위원회, 공단 재정운영위원회, 건강보험정책심의위원회의 구성 비교	58
표7. 프랑스의 부문별 의사결정 시의 참여자	72

그림 차 례

그림1. 연구의 틀	5
그림2. 확장된 형평성의 개념 틀	12
그림3. 요양급여비용 체결 및 결정과정	55
그림4. 위원회의 4자 협의체제	71
그림5. 1차 협의과정	73

국 문 요 약

이 연구는 분배정의와 사회정의의 갈등을 다루기 위해 정책이 공식화되고 이행되는 제도와 절차에 초점을 두는 참여정의(deliberative justice)의 구현방안에 관한 것이다. 참여정의는 국민에게 참여기회를 확대하는 것만으로 참여정의 구현이라는 과제를 달성할 수 없으며, 참여의 확대와 더불어 이성애 의해 지지되는 주장을 함으로서 문제를 제기하고 의견의 불일치를 해결하며, 갈등을 극복할 수 있는 안정된 논의의 장을 마련하는 것이 중요하다. 따라서 이 연구에서는 참여정의의 실현 수단으로서의 위원회 제도의 검토를 통해 참여정의의 구현 방안을 모색하고자 하였다.

위원회 제도의 사례분석은 2006년까지 한시적으로 운영되는 건강보험정책심의위원회를 대상으로 하였으며, 위원회의 기능 및 구조적 측면과 절차적 측면으로 구분하여 분석한 결과는 다음과 같다.

1. 건강보험정책심의위원회는 기능적 측면에서 심의·의결기능이 중심이나, 조정 및 중재 기능이 미흡하였다. 조정 기능 및 중재 기능의 문제는 구조적, 절차적 문제로 이어지게 되므로 위원회의 기능에 조정 및 중재의 기능을 부과하여 위원회를 활성화하도록 해야 한다.

2. 구조적 측면에서 위원회 구성은 심의·의결을 위한 동수의 이해 당사자와 중립적 공익위원으로 되어 있다. 그러나, 공익위원의 수가 많아서 공익위원들 내에서의 의견조율이 힘들 수 있고, 공익위원의 추천권이 정부에 있어 정부의 의견대로 결정되고 있다는 비판이 있다. 또한 공익위원 구성에 이해 당사자가 되는 보험자 대표인 공단이 위원으로 구성되어 있어 중립적인 역할을 이행할 수 없다는 지적이 있다. 따라서 독일의 경우처럼 공익위원을 양 이해당사자의 추천과 각각의 동의에 의해 위원을 구성하여 이해 당사자간의 이해조정을 중립적인 위치에서 중재할 수 있도록 가입자와 의약계의 동의를 받고 위촉하는 절차와 규정을 마련해야 할 것이다.

3. 절차적 측면에서 위원회는 조정 및 중재 보다는 의결기구의 성격을 갖기 때문에 이해당사자의 의견을 제시하고, 이를 서로 충분히 논의할 수 있는 절차상의 참여가 생략되어 있다. 또한 공급자와 가입자 양 당사자 내에서도 서로 입장을 달리하는 위원들로 구성되어 있어 각각의 입장을 충분히 반영할 수 있는 절차상의 참여를 보장하지 못하고 있다. 따라서 절차상의 참여를 보장하기 위해 조정 및 중재 기능의 강화뿐만 아니라 각 단체의 의사를 고루 반영하기 위해 각각의 참여 집단과 이해 당사자인 공단이 협상안을 놓고 협의과정을 거칠 수 있도록 절차적 측면의 참여방안을 구체화할 필요가 있다.

4. 위원회 운영 기간과 관련하여, 국민건강보험재정건전화특별법상 요양급여비용계약 체결 시한이 11월 15일로 규정되어 있어서 충분한 논의를 통해 협의에 이를 수 있는 기간이 되고 있지 않다. 충분한 논의를 통해 조정과 중재가 이루어지기 위해서는 당사자간의 협의기간으로 2개월 내지 3개월, 위원회에 회부되어 결정되기까지의 기간으로 2개월 내지 3개월의 기간이 필요하다. 따라서 현재 11월 15일까지 계약을 만료하도록 한 규정의 개정이 필요하다.

5. 건강보험정책심의위원회는 2006년까지 한시적으로 운영되는 위원회로 태생적인 결함을 갖고 있다. 이로 인해 목적 달성 여부와 상관없이 2006년 이후에는 국민건강보험법상 수입부문과 지출부문이 이원화된 체계인 재정운영위원회와 건강보험심의조정위원회가 부활하게 된다. 그러므로 장기적으로 재정적자 문제를 해결해 나가기 위해 현재 위원회의 일원화된 체계를 보완·유지할 수 있는 방안을 모색해야 하며, 위원회의 운용경험을 새로이 제정되는 국민건강보험법에 이를 반영하여야 한다.

핵심되는 말 : 참여정의, 건강보험정책심의위원회, 건강보험심의조정위원회,
재정운영위원회, 국민건강보험재정건전화특별법

제1장 서론

1.1 연구의 배경

2001년 3월초 건강보험재정이 파산상태에 빠져있다는 사실이 알려진 후, 파산의 원인과 재정문제 해결방식을 둘러싸고 계급계층간에 첨예한 대립갈등이 나타났다. 당시 국민건강보험 재정의 당기적자는 2000년 1조 90원, 2001년 3월 추계치는 4조 1,978원이었으며, 재정적자 규모가 급증한 원인을 수년간 누적된 적자 구조와 의약분업 시행, 수가 인상 등이 복합적으로 작용한 것으로 보아 이에 대한 종합대책 마련이 시급했다. 이러한 상황에서 정부와 여당이 건강보험재정문제를 해결할 방안으로 2001년 재정부족분을 허위·부당청구 근절, 불합리한 급여기준 개선 등의 조치와 정부지원 확대 및 일시차입으로 충당하고 보험료를 2002년 1월부터 연차적으로 조정하여 2006년까지 5년 내에 전체 보험재정적자 해소와 건전재정기조의 회복을 기본 방향으로 하는 종합대책안을 내 놓았다.

전체 보험재정적자 해소와 건전재정기조 회복은 건강보험과 관련된 정부·보험자·의약계·가입자를 축으로 한 4자간 공동노력을 통해 이를 해결하고자 하였다. 이에 따라 건강보험재정을 근본적으로 안정화시킬 수 있는 제도개선¹⁾ 등 중장기 대책의 병행 추진과 재정안정대책을 강력하고 효과적으로 추진해 나갈 수 있는 근거규정 마련을 위해 2006년까지 한시적으로 시행하는 국민건강보험재정건전화 특별법이 제정되었다.

국민건강보험의 재정적자문제는 단순히 국가 재정문제로 국한되는 것이 아니라 국민 개개인의 재정적 부담증가로 이어지기 때문에, 정부의 일방적인 해결 논의가 아니라, 정부뿐만 아니라 학계, 시민단체, 노동조합, 일반시민 등 모두가 관심을 갖고 참여해야 하는 사안이 됨을 뜻한다.

1) 건강보험 첨단 정보관리 시스템 구축, 합리적인 인력·시설 장비 규제를 통한 의료공급 적정화, 진료비 지불 방식 개선 등 비용절약적 의료이용 유도, 고령화 사회 도래에 따른 노인의료비 대책, 공공보건의료기관의 기능 확충 등이 있다.

이렇듯 과거와 달리 무관심함에서 벗어나 현재의 정책에 관한 결정과정이나 결정안이 정부, 학계, 시민단체, 노동조합, 일반시민의 주요 관심사가 되고, 과거 정부가 정책현안에 대해 결정하는 방식에서 탈피하여 행정관료의 결정권이 점차 약해지고 관련 단체나 국민의 참여와 공정한 절차를 통해 심층적으로 각 계층의 의사를 반영하여 공론을 형성하는 분위기로의 전환은 자유주의적 방식과 사회주의적 방식의 패러다임의 약점을 보완하는 참여민주주의로의 이행을 뜻한다고 볼 수 있다.

그러나 최근의 정책들 대부분이 정치적 평등만을 추구하고 참여를 통한 토의를 희생하고 있다. 이러한 것들로 인해 이익집단은 자신들의 권익확보를 위해 극단적인 집단행동으로까지 이어지는 갈등해결양상을 보이고, 제도를 통한 갈등 해결과정이 자기 이익을 양보하고 공권력이 특정 일방의 이익을 옹호한다는 불신감을 안고 있다.

따라서 갈등요인들을 파악하고 영향을 받는 그룹과 개인들을 대상으로 논의를 통해 이를 해결하려고 시도하는 참여정의(deliberative justice) 패러다임을 통한 협의의 과정과 절차의 공정성에 대한 기초마련이 필요하다.

보건정책에 있어서 참여정의는 분배정의와 사회정의의 갈등을 다루기 위한 것으로 정책이 공식화되고 이행되는 제도와 절차에 초점을 둔다. 보건정책의 목표는 개인과 지역의 보건과 안녕을 증진함에 있으며 거시적 수준과 미시적 수준에서 보건정책에 따라 영향을 받는 사람들을 확신시키는 것이 보건정책의 시행을 성공적으로 이끌 수 있는 주요 수단이 된다.

보건정책에서의 소비자의 자율적인 결정능력 향상과 반응성 제고, 그리고 정책 결정과정에서의 참여기회의 확대를 통해 보건정책 수행의 성공적인 평가를 이끌 수 있는 유용한 제도적 장치는 위원회 제도라 할 수 있다.

위원회제도의 기본전제는 민주사회의 주민은 자기에게 영향을 미치는 일들을 자기가 결정한다는 자기결정의 원리에서 출발한다. 우리나라에 위원회제도가 맨 처음 도입된 것은 1948년 7월 17일 법률 제1호로 제정된 정부조직법에 위원회의 설치를 법률로써 규정한 이후부터이며 각계각층의 국가기관이나 공공단체 또는 사기업 등에서까지 운영되고 있다.

의료부문에서도 정책결정시 공청회 등을 통해 의견을 수렴한 경우가 2000년 이전에는 거의 전무한 형편이었으나, 2001년부터는 법개정 등 정책변화 시 의사회, 학계 등을 중심으로 공청회, 세미나 등을 개최하는 사례가 늘어나는 추세로, 사회 각계에서 정책결정에 대한 의견개진과 참여욕구가 증가하고 있음(박윤형, 2003)을 볼 때 위원회제도는 참여정의를 구현하기 위한 바람직한 대안이 아닐 수 없다.

그러나 위원회제도의 많은 장점이 있음에도 불구하고 건강보험정책심의위원회는 설치되기 이전부터 위원회의 구성문제, 회의진행상의 문제 등이 제기되면서 위원회의 설치뿐만 아니라 국민건강보험재정건전화특별법의 철회를 위한 결의대회가 열렸다. 또한 위원회 운영 과정상 위원들이 위원회에 제기된 안건에 대한 의견이 조율되지 않은 경우 회의도중 회의장을 나가거나, 제기된 안건이 관철되지 않은 경우 위원직을 탈퇴하는 등 파행으로 운영되고 있어 많은 논란이 일고 있다.

현시점에서 국민건강보험 재정적자문제는 정부뿐만 아니라 의약계, 보험자, 피보험자 모두가 관심을 갖고 참여해야 하는 중요 사안이다. 그러므로 과거 단일 인이 결정하던 방식에서 벗어나 관련 단체나 여러 사람들이 참여하여 집단적인 결정에 의하여 운영되도록 적극적이고 실질적인 참여를 유도하여 문제점들을 해결하고 국민적 합의를 이끌어 낼 정책 수행의 성공적인 평가를 위해 참여정의를 구현을 위한 위원회제도의 정립이 요청된다.

1.2 연구의 목적

이 연구의 목적은 참여정의를 개념과 필요성 등을 고찰해 보고 이를 구체화시켜 현재 운영중인 건강보험정책심의위원회의 사례를 통해 위원회의 구성, 운영, 절차 등의 정당성에 대해 분석하고, 이를 바탕으로 참여정의를 구현방안을 제시하며, 향후 국민건강보험법 개정시 이를 반영할 수 있도록 하기 위함이다.

이러한 목적을 달성하기 위한 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

1. 참여정의 구현을 위한 건강보험정책심의위원회의 적정한 기능을 확인한다.

2. 건강보험정책심의위원회의 적정 기능을 위한 위원회의 구조를 도출한다.
3. 절차상의 참여를 보장하기 위한 건강보험정책심의위원회의 의사결정과정을 확인한다.

1.3 연구의 방법 및 연구의 틀

연구의 방법은 먼저 이론적 기초로서 참여정의의 개념을 검토하고, 위원회의 일반적 기능을 검토한 후 참여정의 구현을 위한 위원회의 유형을 도출한다.

연구의 두 번째 단계에서는 참여정의 구현을 위한 위원회의 유형을 통해 2006년까지 한시적으로 운영되는 건강보험정책심의위원회를 대상으로 하여 위원회의 문제점을 분석한다. 위원회의 문제점은 기능적 측면, 구조적 측면, 절차적 측면으로 구분하여 분석한다.

위원회의 기능 분석은 위원회의 기능에 대한 이론적 검토를 통해 도출한 참여정의 실현을 위한 위원회의 적정 기능을 바탕으로 하여, 건강보험정책심의위원회의 현재의 기능을 분석한 후 향후 위원회의 적정 기능 확립을 위한 기능이 무엇인지 밝힌다.

위원회의 구조적 측면에서의 분석은 위원회의 기능 분석 결과를 바탕으로 하여 적정 기능을 유지하기 위한 구조가 무엇인지 확인한다. 이를 위해 현재의 위원회의 구조를 파악하고, 외국의 독일 사례와 비교 분석하고 향후 적정 기능을 위한 위원회의 구조를 도출한다.

위원회의 절차적 측면에서의 분석은 현재 위원회의 운영과 의사결정과정을 분석하고, 수가결정과정의 예시를 통해 적정한 기능을 위한 합리적 의사결정과정을 도출한다.

위와 같은 내용을 바탕으로 하여 참여정의를 구현하기 위한 위원회의 적정 기능과 이를 구체적으로 이행하기 위한 구조적, 절차적 측면에서의 방안을 모색하고 2006년 이후 새로이 개정되는 국민건강보험법에 이를 반영할 수 있도록 입법정책적 제언을 한다.

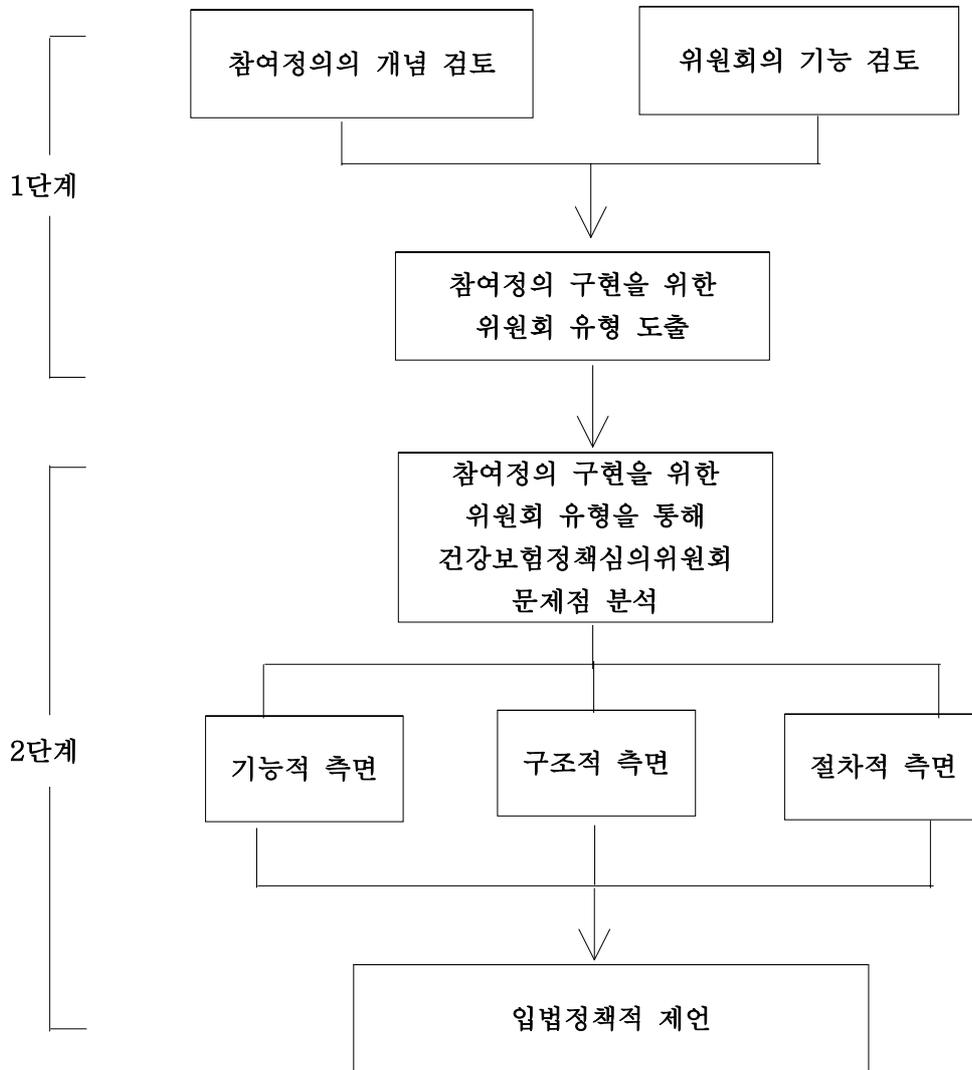


그림1. 연구의 틀

제2장 참여정의의 이론적 배경

2.1 참여정의의 개념

민주주의가 정당성을 갖기 위해서는 정치적 평등을 실현시키고, 다수의 독재를 방지할 수 있어야 하며, 정책결정이 토의에 바탕을 두고 결정되어야 한다(Fishkin, 2003). 그러나 최근의 정책들 대부분이 정치적 평등만을 추구하고 참여를 통한 토의를 희생하고 있다. 이로 인해 이익집단의 갈등해결 방안이 자신들의 권익확보를 위한 극단적인 집단행동으로까지 이어지게 되고, 제도를 통한 갈등해결 과정이 자기이익을 양보하고 공권력이 특정 일방의 이익을 옹호한다는 불신감을 안게 되었다.

이것은 대의제의 전형적인 모습을 보여주는 것으로 대의제가 안고 있는 문제라 할 수 있다. 그렇다면 대의제의 문제가 무엇인지 살펴봄으로써 이를 보완할 수 있는 참여정의의 필요성과 의의를 확인할 수 있을 것이다.

대의제는 선거라는 수단을 통해 시민들의 집단적 의사를 확인하고 집단적 의사를 시민들의 대표를 통해서 실현하는 간접적인 제도라고 할 수 있다. 그리고 평등한 시민들의 자유로운 집단적 선택의 결과가 바로 국민의 의사이며 이러한 집단적 선택이 정치적 공동체의 복지를 극대화한다는 점과 일치할 때 정당화된다. 따라서 대의제에 의해 국민의 의사가 실현되기 위해서는 첫째, 국민의 대표가 국민의 완벽한 대리인이어야 하며, 둘째, 대표를 통해서 표출되는 국민의 의사가 집단적인 국민의 합리적 선택이어야 한다. 이러한 목표를 충족시킬 수 있는 조건은 시민들이 완벽한 정보를 갖고 있고 시민들에게 선택의 자유가 보장되는 경우로, 그 결과 시민들의 집단적 복지를 극대화하는 점으로 수렴이 된다. 그러나 대의제가 사회적 선택에 의한 국민의 의사가 표출될 수 있는가 하는 것과, 대표에게 권력을 위임하고 권력을 위임받은 대표들로 하여금 주인인 국민들의 복지를 극대화하도록 책임지게 한다는 원리에 기초를 둔 대의제에 있어 국민과 대표간의 주인과 대리인의 문제가 해결이 되지 않고 있다는 것, 그리고 대의제의 주인인 시민과 대리인인 대표간의

거리가 좁혀지지 않고 점점 확장되는 경향이 있음을 문제점으로 지적할 수 있다. 또한 대의제에서는 강력하게 조직되고 발언권이 강한 특수 이익집단이 민주적 토론과정을 지배할 가능성이 크고, 의사결정과정 또한 일반적으로 다수결주의에 의거하여 집단의 의사가 결정되며, 모든 시민들이 합의할 수 있는 공동선을 발견하려는 과정이 아니라 서로 상충되는 선호를 가진 개인들이 갈등을 해결하기 위해서 흥정, 협상을 통해서 최적의 타협을 모색하는 과정을 보인다(임혁백, 2000).

이에 비해 참여정의(deliberative justice)는 현대사회의 다원성과 복잡성이 낳는 다양한 갈등과 대립의 문제들에 적절하게 대응하고 해결하기에 한계가 있는 현재의 대의제와 공공정책 결정과정에 대한 문제제기라고 볼 수 있다. 또한 인간의 이성(reasoning)과 공적토론(public discussion), 합리성(rationality)에 대한 신뢰를 바탕으로 자유롭고 평등한 시민들 사이에서의 참여와 토론에 의한 의사결정이 정당성을 획득할 수 있다는 것을 핵심으로 한다.

따라서 참여정의(deliberative justice)는 공공사안들에 관한 토론과정에 시민들의 자유롭고 평등하고 열린 참여를 실현시킴으로써 민주주의의 수준을 진전시키려는 커뮤니케이션 프로젝트라고 할 수 있다. 또한, 쟁점으로 떠오르는 공공의제에 관한 토론과정에 공중의 자유롭고 평등한 참여를 실현함으로써 고품질의 여론을 형성하고 그들의 의사결정 과정을 질적으로 보다 성숙·심화시킬 수 있으며, 그럼으로써 자유민주주의의 기초를 강화해줄 수 있다. 그리고 공중은 참여를 통해 특정 사안에 관한 광범위하고 다양한 대안적 관점들을 접함으로써 그들의 합리적 추론 능력을 능동적으로 활용할 수 있으며 그 결과 보다 정교화된 의견을 형성할 수 있게 된다.

2.2 보건정책에 있어서의 정의의 패러다임²⁾

보건정책을 분석하고 형평성을 평가하기 위한 다양한 접근 방법들이 발전되고

2) L.A.Aday, Evaluating the Health Care System, Chicago: Health Administration Press, 1998, p.173-205.

적용되어 왔으나 이들 평가에 대한 접근 방법들은 대부분 의료에 접근하기 위해 잠재적이거나 드러난 장벽(barriers)³⁾에 주로 초점을 두고 있다. 이러한 관습적인 개념화로 건강증진을 위한 다른 분야와 관련된 의료의 역할은 제한되었고, 인구 집단의 공동 이익과 보건에의 관심에 대한 경험에 비중을 두는데 실패하였다. 또한 형평성을 판단하는 기초로서 분배정의와 관련된 개인 권리 틀에 대한 비난 증가와 함께 공공과 개인 자원 배분에 대한 정책 논쟁에서의 협의의 과정과 절차의 공정성에 대한 증가하는 비난을 인정하거나 이를 조정하는데 실패하였다.

따라서 이 절에서는 정의를 판단하는 철학적 방식인 분배정의와 사회정의 패러다임에서 제기되는 문제점 해결을 위해 참여정의의 패러다임이 어떻게 작용하는지 살펴본다.

정의를 판단함에 있어 개인, 기관, 지역사회에 초점을 맞추는 세 가지 근본적인 철학적 방식은 공중보건과 보건의료에서 형평성에 대한 관련 지표를 조명하기 위해 사용되곤 한다(Daly, 1994; Harbermas, 1996; Mulhall and Swift, 1992). 패러다임 비교는 표1과 같다.

표1. 정의의 패러다임 비교⁴⁾

패러다임	분배정의	참여정의	사회정의
형평성에 관한 질문	내가 청구할 수 있는 것이 무엇인가?	누가 어떻게 결정하는가?	우리 모두를 위한 선은 무엇인가?
초점	개인	기관	사회
이론	자유주의	신중한 민주주의	공산주의
	개인의 안녕 개인의 자유	공공통치 인기있는 주권자	공동선 사회연대감
정책	최소한의 통치	민감한 통치	책임있는 통치
	개인의 권리	시민참여	공공 복지

3) 수요(need)와 관련하여 의료서비스를 이용함에 있어 하위 그룹의 다양한 정도와 형평성을 보장하기 위해 요구되는 분배정의와 이와 관련된 개인의 권리 등에 관한 것들을 들 수 있다.

4) L.A.Aday, Evaluating the Health Care System, Chicago: Health Administration Press, 1998, p.175 재정리.

개인과 공동체 관점의 차이는 대부분 자유주의적 가치와 사회주의적 가치간의 논쟁에 있다. 자유주의적 정치방식은 개인의 안녕과 자유에 중심을 둔다. 이러한 방식에서 정책은 개인의 권리와 이것의 근간을 이루는 분배정의 패러다임을 보호하고 보장하는데 관심을 가져왔다. 권리는 개인이 주장할 권리가 있는 이익들을 말하며 이는 수혜와 부담이 공평하게 분배가 되도록 부과하는 것을 기초로 한다. 이러한 관점에서 나타나는 형평성에 관한 질문은 내가 무엇을 정당하게 주장할 수 있는가? 이다. 이에 대한 대답은 '나'의 속성과 행동에 더욱 날카롭게 중점을 두게 된다.

사회주의 경향은 공동의 이익, 사회적 연대 그리고 공공복지 보호의 규칙에 바탕을 두고 있다. 이러한 관점을 바탕으로 하는 정의의 개념은 불평등한 사회적, 경제적, 환경적인 지지대와 연관된다. 이러한 패러다임은 개인의 긍정적 혹은 부정적인 권리나 이익을 제공하거나 보증하는데 초점을 두는 것이라기보다 하나의 집단이나 지역사회를 향상시키기 위해 요구되는 공중 보건과 사회적, 경제적 중재를 더욱 폭넓게 고려하는 것이다. 이 관점에서 제기되는 정의에 대한 중요한 물음은 우리에게 무엇이 좋은가? 하는 것이다. 사회정의 패러다임은 전통적인 공중보건정책과 수행에 적용되는데 인구집단의 건강을 보호하기 위한 공중보건 규제, 검사, 검역과 같은 경찰권(*medical police power*)의 사용과 공공복지를 강조한다. 그러나 사회정의 패러다임에 대한 비평으로 공중보건 수립과 실행에 있어 지역사회가 무엇이 그들에게 좋다고 보는지에 대해서는 귀 기울이지 않고 행정당국이나 행정상 모은 데이터나 필요성 평가(*needs-assessment*) 활동을 근거로 해서 공중보건 전문가들이 그 지역사회에 무엇이 필요한지 판단하는데 더 초점을 맞추고 있다는 것이다.

의료에 적용된 분배정의의 패러다임과 공중보건의 근간을 이루는 사회정의에 대한 비판은 자유주의와 사회주의 이론에 대한 비판을 반영해 왔다(Daly, 1994;

Harbermas, 1996; Munhall and Swift, 1992). 정책 형성에 있어서의 자유주의의 지배적 영향으로 상호간의 정중함과 상호이익과 같은 공동 개념을 약화시켜서 개인의 흥미를 충족시키기 위한 공공 이익의 희생적 고려, 자기중심주의의 확대, 사회나 타인에 의해 만들어진 상황으로 인해 비판당하는 희생양이 생겼다. 반대로 사회주의는 공공 기관의 관료화 증가와 이러한 기관에 의한 개인의 의존적인 사용자 역할로의 부수적인 이동을 증가시킴으로 해서, 개인적인 자율성이나 이성적이고 지식을 근거로 선택을 할 수 있는 대중의 능력을 약화시키는 역할을 하였다.

하버마스(Harbermas, 1996)는 자유주의와 사회주의 방식의 약점을 심의(deliberative) 민주주의를 바탕으로 공정성에 대한 새로운 합성을 통해서 지적하였다. 이러한 관점에 맞추어진 정책들은 시민참여(civic participation) 규범이 의사결정에 있어서 시민들이 어느 정도 참여하는가 하는 범위로 언급한다. 이 시점에서 제기되는 문제는 누가 그리고 어떻게 결정하느냐? 이다. 참여정의론을 확장시키기 위한 기초는 시민단체나 이익집단의 활동범위, 사회적 움직임, 그리고 기존의 정책 결정과정에 영향을 주기 위한 사회적이고 정치적인 포럼들의 성장과 향상이다. 참여정의(deliberative justice) 패러다임은 다른 지배적인, 공정성에 대한 패러다임들에 뿌리를 두고 있는 갈등 요인들을 깨닫고, 영향을 받는 그룹과 개인들을 대상으로 논의를 통해서 이를 해결하려고 시도한다. 이러한 논의는 근본적으로 공통적인 이해를 위한 것이다. 하버마스는 이해당사자들(stakeholder)이 정책이 형성되는 어떤 과정에서 정책에 관해 듣고 기대되는 시점을 제공하거나 가질 기회를 갖지 않는 경우, 초기의 거시적 수준 또는 미시적 수준에서의 결정권자의 전략적이거나 기술적-이성적인 목표들이 잘 배합되거나 성취되지 못했다고 주장하였다.

2.3 보건정책과 참여정의

그림2는 보건서비스 연구와 정책분석을 이끄는 개념적 구조 틀이 어떻게 참여, 분배, 사회정의 패러다임을 반영하고 통합하는지를 보여준다. 음영이 없고 빗금

없는 박스(box)는 의료에 접근하기 위한 형평성의 개념적 모델을 나타낸다. 이 방법은 분배정의 패러다임 안에서 뿌리내린다. 음영이 있는 박스(box)들은 광범위한 사회정의의 패러다임을 반영하는 요소들이며, 취약한 인구집단의 보건과 보건의료 수요에 영향을 주는 사회구조적인 요소에 근거한다. 음영 없이 빗금으로 표시된 형평성, 효과성, 효율성의 부가는 개인과 지역 공동체의 보건에 궁극적으로 영향을 미치는 이들 요소들의 중요성뿐만 아니라 상호 관련을 나타낸다.

원래 평성에 대한 접근 구조 틀은 보건전달 체계와 인구학적 특성에 영향을 주는 보건 정책 역할로 시작되었다. 그러나 여기에서 더 확장된 새로운 방향의 모델은 공식화되고 이행되는 그 제도와 절차에 초점을 둔, 보건 정책의 참여정의(deliberative justice)이다. 확장된 구조 틀(그림2)에서 보건정책 위에 참여정의(deliberative justice)를 통제하는 규범을 둔 것은, 본질적으로 다른 분배정의와 사회정의의 갈등을 다루기 위한 것으로, 이 두 개념이 개인과 지역의 보건과 안녕을 증진시키기 위해 각각 효과적으로 위치해야 하는 의료와 공중보건 정책을 이끌어왔다. 거시적 수준과 미시적 수준에서 보건정책에 따라 영향을 받는 사람들을 확신시키는 것은 정책을 효과적으로 시행하기 위한 주요 수단이 된다. 참여정의(deliberative justice) 패러다임은 보건 정책의 형평성에 대한 기초로서 명확히 연구되지 못하였으나 미국과 다른 나라에서 개인의 건강과 공중보건 프로그램의 설계와 실행에 있어서 소비자 참여와 지역 참여에 중점을 두고 행해지고 있다 (Green, 1986; Wallerstein, 1992; Wallerstein and Bernstein, 1994).

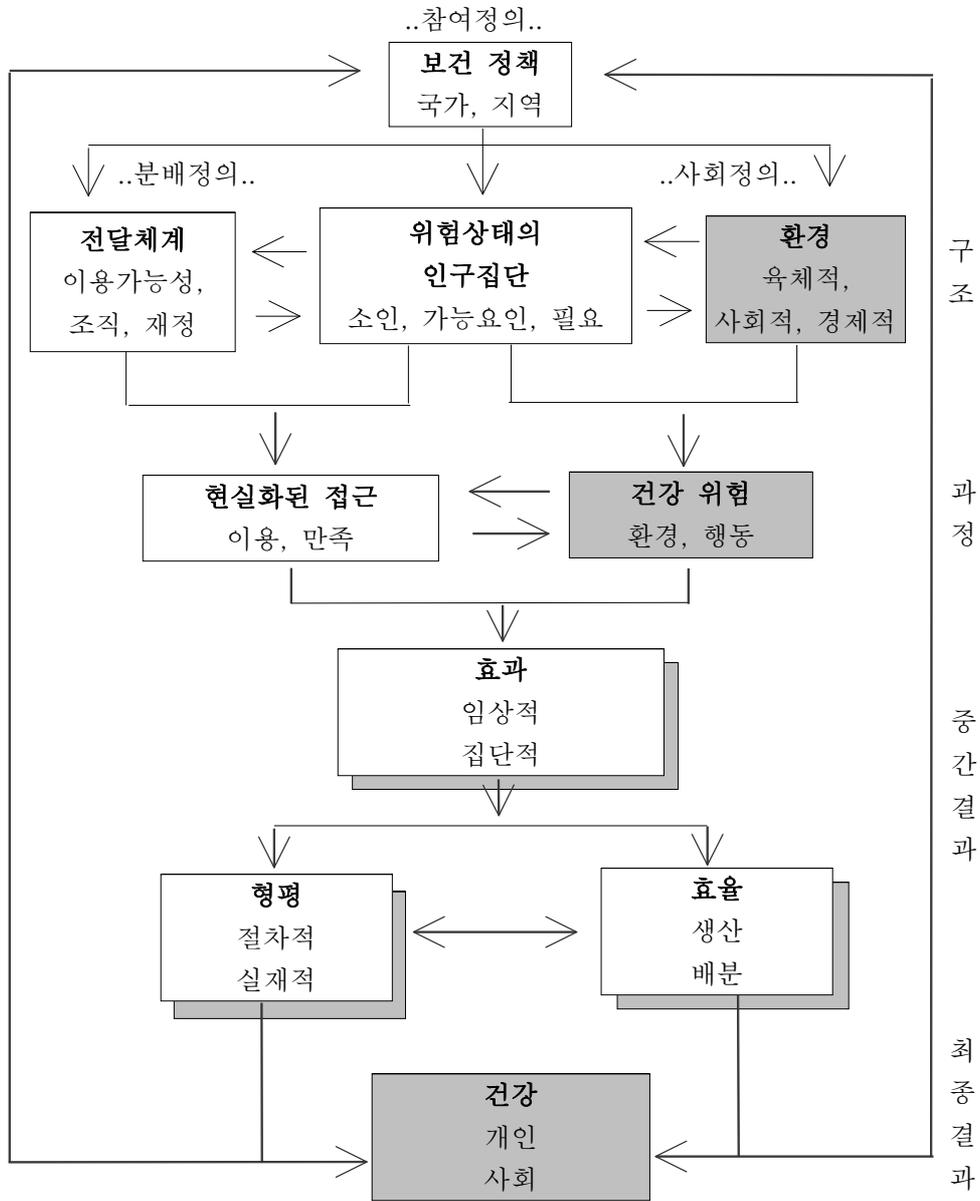


그림2. 확장된 형평성의 개념 틀⁵⁾

5) L.A.Aday, Evaluating the Health Care System, Chicago: Health Administration Press, 1998, p.179 인용.

확장된 형평성 틀에서 나타난 것처럼 보건정책의 목적은 개인과 지역사회의 보건을 향상시키는데 있다. 사회정의 관점에서의 보건 정책 형평성에 관한 궁극적 조사는 인구집단의 하부 구조 사이에서 불균형과 비형평성이 최소화되는 정도에 관한 것이다(Wallerstein, 1992). 실질적인 형평성은 보건의 하위그룹의 불균형에서 주로 나타난다. 이러한 불균형을 감소시키려고 하는 구조, 과정 또는 절차의 범위를 언급하는 절차상의 형평성은 참여, 분배의 사회정의의 기준에 근거하여 공정하게 판단될 수 있다. 실질적인 형평성의 이러한 절차상의 요인들 중 규범적인 중요성은 경험적으로 이런 요인들이 집단과 지역사회간의 보건 불균형을 예견하는 범위에서 판단될 수 있다. 그리고 확장된 형평성의 개념 틀은 실질적이고 절차상의 공정성을 평가하기 위한 규범적이고 경험적인 지침을 제공한다. 틀에서 보여지는 실질적이고, 절차적인 공정성에 기초한 형평성에 대한 물음에 대해 형평성은 형평성을 표현하기 위한 절차상의 불균형과 공정성 그리고 그 효과와 관련된다고 답할 수 있다.

보건에서 의료적이고 비의료적인 투자의 효과성은 경험적인 질문이 근본이 되며, 효과적이기 위한 수단의 공정함이 규범적인 것이 된다. 그렇게 하기 위한 수단의 공정성은 규범적인 것이다. 정책결과가 궁극적으로 보건을 증진시키고, 보건 불균형을 최소화하는데 기여한다면, 보건정책 제정이 반드시 분배정의와 사회정의의 규범을 고려해야만 하고, 이와 대립되는 규범에 근거한 영향력 있는 제3자들 사이의 갈등을 반드시 참여적인 대화를 통해서 해결해야 한다는 것을 의미한다.

2.4 보건정책과 참여정의의 형평성 평가 방법

분배정의에 기초한 구조는 직접적으로 돌보는 환자들을 위한 보건의료 시스템의 공정성을 평가하면서, 주로 내면적인 측면에 집중한다. 사회정의 측면의 구조는 지역사회 내에 거주하는 인구집단의 보건과 건강위험요인에서의 형평성을 평가하면서 지역사회의 외적인 측면에 집중한다. 참여정의에 의해 영향 받는 형평성

에 대한 개념적인 접근은 좀더 정책을 효율적으로 발전시키기 위해서, 보건 정책을 제정하는 사람들과 보건 정책에 따라 영향을 받는 사람들 사이의 대화를 강화하려고 시도한다.

지역사회의 참여와 능력부여가 표면적으로 사회나 보건정책 프로그램 제정에서 중심적인 구성요소이나 개인이 보건정책 프로그램 제정에 전적으로 관여해야 한다는 것은 사실상 적게 인식되어 오고 있다. 예를 들어, 공중보건정책가들(Rissel, 1994; Wallerstein and Bernstein, 1994)은 영향 받는 집단과 개인의 욕구(wants)에 대한 요구와 충분한 이해 없이 선택된 공동체와 인구 집단에 대해 필요하다고 생각되는 중재(interventions)를 종종 부과한다고 지적하고 있다. 사실상 영향 받는 집단이 거의 참여하지 못하거나 단지 상징적으로만 참여할 때에도 보건정책 프로그램 개발자들은 공동체가 프로그램 중재(interventions)를 제정하는데 관여했다고 주장할 수 있다.

하버마스의 이론은 이러한 변화의 본질을 조사하고 그것들에 관련된 지도적이고 개인적인 활동가들의 목적과 행동을 조사하는 모형을 제공한다. 하버마스에게 영향 받는 집단들 사이에서의 공통의 이해에 대한 대화는 집단간의 잠재적인 관점의 차이에도 불구하고 공통적인 문제를 해결하는데 필요한 믿음과 협력의 기초를 가장 잘 이룩할 수 있도록 한다(Harbermas, 1995; 1996). 참여의 형식과 질을 분석하는 기회는 환자-의사 관계의 작은 세계에서부터 수요자 중심의 보건 프로그램과 이웃 혹은 지역사회 범위의 필요성 평가와 프로그램 개발 노력, 개인과 공동체의 보건에 중요한 영향을 끼치는 더 넓은 사회 변화 운동에 이르기까지 널리 분포되어 있다. 보건정책 프로그램과 정책의 공정성은 관련된 집단이 정책을 형성하고 집행하는데 참여한 정도로 판단되고, 핵심적인 주요 보고자가 참여하는 질적인 인터뷰와 좀더 구조적인 양적인 척도를 통해 평가될 수 있을 것이다.

2.5 형평성 기준 및 지표로서의 참여정의

2.5.1 형평성 기준 : 참여(participation)

하버마스의 대화 이론은 정책을 형성함에 있어 정책 결정에 따라 영향을 받는 사람들의 참여 정도와 직접적으로 관련된다(Harbermas, 1996). 하버마스의 이론을 규정하는 규범적인 토대는 그의 대화 원리인 “단지 규범은 영향 받는 모든 사람들이 합리적인 대화에 참여자로서 동의할 수 있을 때 유효하다”에 근거한다. 이 경우 합리적인 대화는 도구적인⁶⁾ 목적을 향한 엄격한 극단의 의사소통이라기보다 상호 이해를 지향하는 의사소통을 언급한다. 하버마스의 대화 이론은 기초적인 민주주의 이념에 근거하고, 설명적인 시스템과 공공적인 정치 분위기와 관련되고, 자유선거에도 불구하고 통치하는 힘이 궁극적으로 사람들에게 부여되고 직접적이거나 간접적으로 그들에 의해서 시행되나, 대화이론은 정책의 결과에 의해서 가장 영향 받기 쉬운 제3자 측에서, 문제의 정의에 대해서 합리적인 합의와 그것을 표현하는 가능성 있는 최선의 방법을 얻기 위한 정책과 발전 행동을 특성화시킨다. 제3자 사이의 상호 존중에 근거한 의사소통은 미시적 혹은 거시적 수준에서 공식화하고 이 원리를 확실하게 인식시키는 것이 필수적이다. 하버마스에게 좀더 전략적인 목적의 달성은 요구되는 신뢰와 협력의 기초로 하여 이상적인 대화를 통한 의사소통으로 이룩된다. 참여정의의 이러한 규범은 기관 수준에서 문화적으로 민감한 서비스 규정을 형성하고, 제도와 보건 정책과 프로그램 형성에 관련된 인구 집단의 완전한 참여를 확실히 하면서, 미시적 수준에서 효과적인 환자-의사 관계를 만드는데 적용된다.

브라질의 사회 행동가 Paulo Freire(1970)의 평행적인 참여 행동조사 의제(agenda)와 프로그램에 대한 철학적인 혹평은, 연구자와 정책제정자들이 참여자들에게 충분히 귀를 기울이고, 배우도록 하고 있다. 프로그램의 제정과 수행에 있어서 영향 받는 집단의 의사소통과 참여는 필수적이므로 그들 자신의 문장론과 의

6) 또는 기술적-합리적, 전략적 목적.

미론에 관련된 음성(voices)을 줌으로써, 영향 받는 집단이 자신들의 관심을 얼마나 잘 표현하는지를 강조한다. 이러한 관점은 지역사회에 근거한 보건교육과 건강증진 정책의 공식화와 실행에 있어서 명백하다(Wallerstein, 1992; Wallerstein and Bernstein, 1992)

Norman Daniels(1996)는 참여(deliberative) 민주주의의 규범의 구체화를 주장해왔는데 이것으로 인해 제한된 자원 내에서 주어진 인구의 정상적 기능 보호에 관한 결정을 내릴 때 영향 받는 집단 측의 참여가 보장되어야 한다고 하였다. 이를 위해 새로운 기술에 대해 결정할 때 이론을 명확히 하고, 이 이론에 대해 대중토론을 가질 기회를 제공하며, 환자의 불만요인을 감소시키고 해결 방안을 모색하기 위해 대화라는 절차를 사용하도록 하고 있다.

2.5.2 형평성 지표 : 참여(participation)

참여정의의 경험적인 지표는 정책과 프로그램을 공식화하고 실행하는데 있어서 관련 있는 집단의 참여의 형태와 범위를 나타낸다. Arnstein(1969)은 시민 참여의 방법을 개념화했고, 각각의 관점은 시민의 힘과 증가된 수준의 통제와, 비참여에서부터 명목상 참여에 이르기까지의 변화 범위를 나타낸다. Charles와 DeMaio(1993)는 참여자와 정책 제정자의 관점을 통합하여 반영하려 시도하였고 평가를 위한 구조 틀을 만드는데 있어서 개인적인 치료, 전체적인 서비스 규정, 거대 정책 공식화 같은 보건정책 제정에 이용되고 있다. 미국, 캐나다, 그리고 다른 나라에서의 보건 교육과 건강증진 활동에서 참여와 참여를 통한 능력을 부여하는 것은 특별한 초점이 되고 있다. 정당성과 관련된 지표는 의사소통의 자연스러움과 질에 초점을 두고, “참여적 민주주의”의 규범이 조직화된 정책과 절차의 발달을 어느 정도 인도했는가와, 보건의료 소비자들이 공급자와 조직에 대해 갖는 신뢰의 크기에 초점을 맞춘다.

2.6 참여정의의 형평성과 관련된 증거

분배정의, 사회정의, 참여정의 패러다임에 근거하여 보건의료 공급의 형평성을 강조할 때 세 가지 주요 정책목적은 첫째, 의료에 대한 접근성 향상, 둘째, 건강의 불균형 감소, 셋째, 정책과 프로그램 계획에 신중한 정당의 참여보장이다. 보건정책에 있어서 참여정의의 패러다임은 보건 정책에 의하여 영향을 받는 단체들로 하여금 프로그램을 만드는 것에 참여하도록 한다. 이는 거시적 차원에서 일반 국민뿐 아니라 이해 당사자의 이익을 보장하는 기전으로 옮겨지고 정책형성과정에 반영된다. 그리고 미시적 차원에서도 환자와 그 가족들이 건강결과에 영향을 주는 임상적 결정에 참여하도록 한다. 따라서 참여정의는 직접적으로 관련된 사람들이 직접적으로 참여하는 정도에 의하여 결정되게 된다. 결국, 분배정의, 사회정의, 참여정의의 패러다임의 확장된 형평성의 틀을 적용할 때, 보건정책의 궁극적 목적인 개인과 지역사회의 건강을 향상시키는 것은 참여정의의 기준이 정책 형성과정에 영향을 주지 못한다면 달성될 수 없다.

보건의료 체계의 형평성과 관련된 평가는 사회정의 패러다임에 의하여 직접적으로 정의되며, 불평등을 반영하는 실제적인 정의의 크기와 연관성에 대한 증거는 먼저, 이러한 궁극적이고 정의적인 형평성의 문제가 어느 정도 달성되었는지를 평가하는 것에서 시작된다. 그리고 보건서비스 공급에 있어서 분배의 형평성에 대한 증거들은 건강의 불균형을 더 확대하고 있는지 또는 감소시키고 있는지에 중점을 두고 검토된다. 참여정의에 대한 것은 정책의제가 중심이 되며, 일차적으로 절차적 형평성에 관한 요인들을 중심으로 한다. 실제적인 형평성을 위한 이러한 요인들의 중요성은 건강의 불평등을 최소화하는데 공헌한 정도를 반영하는 것이다.

2.7 참여정의의 유용성 및 한계

참여정의의 항목에서 참여에는 사회적으로 책임이 있는 정부 또는 가입자, 시스템이 작용하고 있는 지역사회 대표, 사업자와 근로자 부문, 공중보건과 사회사업

전문가, 학교와 같은 지역사회의 주요 기관 같은 기타 조직들의 다양한 부문에서 주장하는 많은 관점들을 포함한다. Oregon 프로그램이 메디케이드 가입자들에게 서비스를 제공하기 위한 접근방법으로 할당(rationing)이라는 방법을 적용한 것으로 인해 비판을 받지만, 환자와 제공자, 그리고 다른 이해당사자들을 설문, 지역사회포럼, 그리고 이러한 접근을 발달시키기 위한 청문 등의 방법을 사용하여 가입자들을 모으고 의견을 수렴하고 이해시키는 과정을 통해 성공적인 평가를 받고 있다.

또한 정책 결정에 대한 참여, 만족도와 결과, 그리고 성과 등에 대한 자료를 공유함으로써 가입자에게 좀 더 완벽한 그림을 제공할 수 있다. 그리고 참여를 증진시킴으로써 사회적 책임을 증가시켜 사회 전체의 공동선을 증가시키기 위한 노력을 도출할 수 있다. 결국 공급자나 다른 부문의 사람들과의 협력관계를 통해 사회 전체의 공동선을 증가시키기 위한 사회적 합의를 도출할 수 있다.

그러나 개인과 지역사회의 권한과 참여라는 측면에서 참여정의는 보건정책의 착수에 있어서 매우 중요한 요소가 되지만, 사실상 참여정의라는 중요한 차원을 측정하기 위한 표준이나 포괄적으로 사용하는 지표 또는 단위가 없다. 단지, 유권자의 투표율이나 공공 기관에 영향을 줄 수 있는 능력 등에 따라 신뢰를 받은 수준 또는 시민 참여의 크기와 거시적 차원에서의 증거들을 제공해 주는 투표 결과로 공공의 의견이 나타날 뿐이다. 또한 그러나 투표결과가 정책 수행의 성공을 보장하는 것은 아니며, 그 결과가 항상 효과적인 것은 아니다. 실례로, Clinton의 보건의료개혁 실패의 원인은 완전한 개혁에 대한 대중의 뜻이 모아지지 않은 상태에서 정책 형성의 기술-명분을 갖고 있는 전문가가 일을 주도해 나간 것이 주요 원인이라고 볼 수 있다(Hacker, 1996; Skocpol, 1996).

또한, 지역사회 또는 이용자의 참여가 보건정책 설계에서 명백한 요소이지만, 특별히 공중보건과 관련된 지역사회의 참여는 실제로 언제나 효과적인 것은 아니다. 그리고 참여가 보건정책과 프로그램 설계의 정당성에 대한 기준으로 고려되고 발전되어 오지는 않았다. 따라서 이 영역에 대한 앞으로의 연구는 참여정의의 지표의 개념적 방법론적 발달에 관한 것이 되어야 하며, 이것들을 사용하여 국가, 지역사회, 체계, 기관, 환자 수준에서의 정책 및 프로그램의 수행 정도를 평가

할 수 있을 것이다. 그리고 서비스를 제공받는 개인이나 지역사회의 건강에 대한 긍정적인 영향을 검사할 수 있을 것이다.

보건정책이나 프로그램에 영향을 준 정당에 대한 참여가 매우 중요하다는 증거가 나타나고 있기는 하지만, 참여정의의 패러다임은 정책 형성과 적용과정에 정당한 구성요소로서 사실상 광범위하게 검토되고 있지는 않다. 공중보건과 정책 연구에 대한 도전은 참여 정의를 얼마나 빨리 개념화하고, 측정 가능한 것으로 만들 수 있느냐 하는 것이다. 따라서 정당성에 대한 기준의 존재와 영향을 더 정확하게 측정할 수 있어야 할 것이다.

제3장 참여정의 실현 수단으로서의 위원회의 일반적 검토

참여정의(deliberative justice)는 공공사안들에 관한 토론과정에 시민들의 자유롭고 평등하고 열린 참여를 실현시킴으로써 민주주의의 수준을 진전시키려는 커뮤니티 프로젝트이다. 또한 참여정의는 쟁점으로 떠오르는 공공의제에 관한 토론과정에 공중의 자유롭고 평등한 참여를 실현함으로써 고품질의 여론을 형성하고 의사결정 과정을 질적으로 보다 성숙·심화시킬 수 있으며, 그럼으로써 자유민주주의의 기초를 강화해줄 수 있다.

보건정책에 있어서 참여정의의 패러다임은 보건 정책에 따라 영향을 받는 단체들로 하여금 프로그램을 만드는 것에 참여하도록 하도록 하며, 정의는 직접적으로 관련된 자들이 직접적으로 참여하는 정도에 따라 결정되게 된다. 결국, 분배정의, 사회정의, 참여정의의 패러다임으로 확장된 형평성의 틀을 적용할 때, 보건정책의 궁극적 목적인 개인과 지역사회의 건강을 향상시키는 것은 참여정의의 기준이 정책 형성과정에 영향을 주지 못한다면 달성될 수 없다.

따라서 참여정의의 패러다임을 구현하기 위해 정부의 정책결정과정의 시작부터 정책의 수립·시행에 이르는 모든 과정에 정부와 이익집단 그리고 이해당사자가 동등한 위치로 참여하여 사안에 대해 논의할 수 있는 장으로서의 제도적인 장치가 필요하다. 정책결정과정에서 모든 이해 당사자가 동일한 힘과 위치를 가지고 논의할 수 있는 제도적 장치의 확보는 그 사회의 민주화 정도를 평가할 수 있는 중요한 잣대가 되고, 나아가 이러한 제도적으로 보장된 논의의 장은 시민사회의 유능한 인력을 제도권으로 편입시킬 수 있는 합리적이고 정당한 기제로서의 역할을 담당하게 될 것이다. 이렇듯 제도적으로 보장된 논의의 장이라 할 수 있고 정책과정에 제도적인 뒷받침을 통해 참여함으로써 침해한 갈등 대립을 방지하거나 정책에 대한 공감을 형성할 수 있는 장을 마련하는 통로로서의 기능을 하고 있다고 볼 수 있는 제도적 장치는 협의체인 위원회 제도라 할 수 있다.

위원회제도의 기본전제는 민주사회의 주민은 자기에게 영향을 미치는 일들을 자기가 결정한다는 자기결정의 원리에서 출발한다. 위원회제도 운영의 범위는 매우 다양하지만 일반적으로 경제적인 측면에서 합리적 배분, 사회적 측면에서 형평과 사회복지, 정치적인 측면에서 자유와 참정권이라 할 수 있다.

세계 각 국에서는 정책의 공정성 확보와 여론의 반영, 효과적인 행정규제, 그리고 행정기관 독립제의 보완을 위하여 각종 위원회 제도가 광범위하게 운영되고 있고, 또한 우리나라의 경우에도 1948년 7월 17일 법률 제1호로써 제정된 정부조직법에서 위원회의 설치를 법률로써 규정한 이후부터 각계각층의 국가기관이나 공공단체 또는 사기업 등에서까지 운영되고 있다.

의료에 있어서도 정책결정시 공청회 등을 통해 의견을 수렴한 경우가 2000년 이전에는 거의 전무한 형편이었으나, 2001년부터는 법개정 등 정책변화 시 의사회, 학계 등을 중심으로 공청회, 세미나 등을 개최하는 사례가 늘어나는 추세로, 사회각계에서 정책결정에 대한 의견개진과 참여욕구가 증가하고 있음을 볼 때 위원회 제도는 참여정의의 구현하기 위한 바람직한 대안이 아닐 수 없다.

따라서 이 장에서는 참여정의의 구현을 위해 이를 제도적으로 뒷받침하는 협의체인 위원회 제도의 일반적인 논의를 살펴보고 참여정의의 구현을 위한 위원회 유형을 도출한다.

3.1 위원회의 의의

3.1.1 위원회의 개념

위원회(committee)라는 것은 단독제의 개인에 의한 행위결정과는 구별되는 것으로서, 집단(groups of people)을 통한 행위결정을 하며 자문하고 조사하는 조직체를 말한다(Wheare, 1955).

위원회란 라틴어의 *committo*(to unite, connect, assemble)에서 유래한 말로서 토론이나 회의를 통하여 조언을 하기 위한 사람들의 모임을 말하며, 복수의 자연

인에 의하여 구성되는 합의제(合議制) 기관을 말한다.

이렇게 볼 때 넓은 의미에서 위원회를 행정위원회라 할 수 있는데 넓은 의미의 행정위원회는 집행기관이나 의결기관의 성격을 가진 행정위원회에 한정되지 않고 자문기관·조사연구기관이나 특정문제에 관한 심의, 조정, 건의의 성격을 가진 모든 것을 포괄적으로 지칭한다고 할 수 있다.

따라서 위원회는 단독제에 대응되는 개념으로서 법제상 정책의 결정을 단일 인이 하는 것이 아니고 조직을 구성하여 복수 인이 참여하는 것이라고 정의 내릴 수 있다.

현재의 정책들은 신속성·능률성과 책임성의 확보를 위하여 단독제를 채택하는 것이 일반적인 방식이나 예외적으로 계층제의 경직성을 완화하고 다수인의 참여를 통하여 여러 이해관계를 유기적으로 대표하며, 전문가의 참여로 정책결정의 전문성을 높이는 동시에 위원들 간의 신중한 토의를 거쳐 합리적인 결정에 도달하기 위하여 합의제의 형식을 취하는 경우가 있으며, 이것이 바로 위원회제도이다. 즉 위원회란 복수의 자연인으로 구성되어 어떠한 특정의 문제에 대한 다른 견해를 조정하고 사실 또는 목적에 대한 집단적 판단을 하는 합의제 기관으로써 법제상 결정을 단일 인이 하는 단독제와는 대조되는 개념이다(김운태, 1980).

일반적으로 행정기관이 피라미드형의 구조를 가지면서 조직의 최고결정권은 그 기관장에게 있게 된다. 그러나 위원회는 그 결정이 위원회의 위원 개인으로서 판단하는 것이 아니라 위원회를 구성하고 있는 위원의 합의에 의하여 결정되는 것으로서 위원회는 그 종류가 어떠한지 위원 각자의 자유로운 의사 반영을 통해 어느 정도의 조정을 목적으로 하여 모이는 조직이라고 할 수 있다.

그리고 위원회는 자유민주주의체제에서 널리 활용되고 있는 다양한 시민참여 장치 중에서 공청회와는 달리 특정분야의 전문가나 정부정책에 의하여 직접적으로 영향을 받는 사람들이 대표를 통하여 참여하는 제도이다.

또한 위원회는 국가의 기능이 단순히 치안유지 또는 국방, 외교의 영역이라는 소극적인 영역에서 국가발전 및 사회복지의 실현이라는 적극적인 성격으로 전환됨에 따라 사회적 경제적 제 문제를 해결하기 위한 사회적 요청에 의해 발달된 특수한 행정조직이라고 할 수 있다(박연호, 2001).

이러한 위원회 제도가 20세기에 들어와 발달하게 된 요인으로서는

1) 행정국가의 출현에 의한 권력재분배화의 요청(전통적인 3권 분립이 수정되어 행정부의 지도성이 강화됨)

2) 대립된 이해의 조정요청(노사간 조정)

3) 행정에의 전문지식 및 기술 활용의 요청(전문가의 의견청취)

4) 행정의 정치적 중립 확보의 요청(여·야간의 조정)

5) 국민주의의 반영 및 국민권리보호의 요청(국민대표의 참여)

등을 들 수 있다(최창호, 1983).

따라서 위원회제도는 상설조직 또는 임시조직인지의 여부에 상관없이 시민의 정부 의사결정과정에서의 참여기회 제공, 시민과 공무원간의 상호 의사전달 증진, 다양한 기능적 분야에서 시민의 전문지식 활용이라는 3가지 기능을 수행하고 있다고 할 수 있다(Zimmerman, 1986).

3.1.2 위원회의 본질 및 특징

위원회는 어떤 행정업무를 일반적으로 수행하기 위하여 특별히 지명된 여러 사람의 집단으로 구성된다. 따라서 위원회는 집단으로서 그 본연의 기능을 수행하며 구성원들의 자유로운 상호 의견교환을 필요로 한다.

위원회는 자신들에게 부여된 특별한 임무가 완료되자마자 곧 해체되는 임시위원회(temporary committee)와 계속적인 임무와 책임을 수행하는 상설위원회(standing committee)의 두 가지로 크게 나눌 수 있다(Newman, 1963).

위원회제도의 목적은 다양한데 일반적으로 정책결정을 하는데 있어서 단안(斷案)을 내리기 어려운 결정을 할 때나 혹은 어떤 업무가 자연스럽게 잘 진행되지 않을 때 위원회에 회부하는 것이 일반적인 견해이다.

위원회제도의 특징은 네 가지로 나눌 수 있다. 이를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 단독제조직과 합의제조직을 들 수 있다. 단독제 조직은 조직의 최고정책 결정권이 한 사람의 장에게 집중되어 있는 조직으로서 거의 대부분 이러한 형태

를 취하고 있다 그러나 합의제조직은 복수의 사람의 합의에 의하여 최고 정책결정을 행하는 조직으로 위원회제가 다수지배형인 합의제조직이라 할 수 있다.

둘째, 계층제의 완화와 분권화를 들 수 있다. 일반적으로 행정조직은 상급기관과 하급기관 사이에 순차적으로 계층적인 상하관계가 형성되어 전체로서 계층제를 이루고 있으며 이로써 행정의 통일성이 확보된다. 그러나 위원회제도는 이러한 계층제의 지나친 경직성을 완화시킨다.

오늘날 모든 국가의 행정 계층제 내외에 합의제적 기관이 증설되는 분권화 현상이 나타나고 있는데 위원회제도는 이러한 분권화(decentralization)와 밀접하게 연관된다.

셋째, 민주적 성격을 띠고 있다. 위원회제도는 국민의 의견을 널리 반영시키고 국민의 국정에 대한 참여 의식을 높일 수 있으며, 한 사람이 아니라 여러 사람이 토의를 거쳐 신중한 정책결정에 도달할 수 있다는 점에서 그 민주적 성격이 지적된다.

넷째, 행정국가의 대두와 국가기능의 변동으로 인하여 위원회제도가 절실히 요청되었다.

3.2 위원회의 설치 목적

위원회를 설치하는 이유는 행정기능의 확대 및 본질 변화, 즉 행정이 입법부에서 제정한 세밀한 법률을 기술적으로 집행하는 것이 아니고 스스로 일정한 범위 내의 준입법적인 것 및 준사법적인 것까지 담당하게 되었기 때문이다.

이를 구체적으로 보면 첫째, 행정기능의 확대로 인해 위원회를 설치하고 있다. 이것은 단독제만으로는 늘어나는 행정기능에 대처하기에 불충분하기 때문이다.

둘째, 행정기능의 질적인 변화를 들 수 있다. 오늘날의 행정부는 준입법적·준사법적 기능까지 담당해야 하며, 또한 행정에의 전문지식의 활용이 요구되는 등 행정기능의 질적인 변화로 인해 위원회의 설치가 요청된다.

셋째, 경제사회의 변동이 급격하여 전통적인 입법·사법·행정이라는 테두리 안

에서는 행정문제의 원만한 해결이 불가능하여졌기 때문이다.

넷째, 합의제가 단독제보다는 유리하다는 신념으로 인해 합의제 기구인 위원회를 설치하고 있다.

이렇게 경제, 사회의 변동이 급변하고 전문화됨에 따라 위원회의 설치가 요구되었고 이뿐만 아니라 정책의 공정성 확보와 여론의 반영, 효과적인 행정규제, 그리고 행정기관 독립제의 보완을 위하여 세계 각국에서도 각종 위원회 제도를 광범위하게 운영하고 있으며, 우리나라의 경우에도 각계각층의 국가기관이나 공공단체 또는 사기업 등에서까지 많은 위원회가 설치·운영되고 있다.

민주사회의 주민은 자기에 영향 미치는 일들을 자기가 결정한다는 자기결정원리에 기본전체를 갖고 출발하는 위원회의 설치목적⁷⁾은 무엇인가? 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 한사람에게 너무 많은 권한을 줌으로서 발생하는 권한 남용을 방지하기 위한 것이다. 이는 정부가 3권 분립에 의하여 이루어짐으로서 상호간의 권력을 견제하는 원리와 유사하다. 위원회를 구성함으로써 계층제상의 최고 정점자에게 집중되는 지나친 권한의 독점과 남용을 방지할 수 있게 된다.

둘째, 정책·기획등과 관련하여 해당부서와 그 외 부서간의 상호조정과 협력을 구하기 위해서이다. 하나의 부서를 넘어서는 정책을 결정하거나 집행하는 경우에는 담당부서와 타부서간의 협력이 필요하다. 그리고 부서사이의 의견 충돌을 사전에 방지하고 조정하는 장치로서 위원회가 등장하게 된 것이다.

셋째, 정책과 관련되는 이해당사자들의 의견을 개진할 수 있는 기회를 주기 위한 것이다. 정책이 내부적으로만 영향을 가지는 것이 아니라, 환경과의 상호작용을 가지는 경우에 정책과 관련되는 이해당사자들의 의견을 사전에 인지해야 할 필요가 있다. 이는 정책결정과 집행 과정이 정부의 의지나 단순한 결정만으로는 효과적으로 정책의 목표를 달성하기 어렵기 때문이다. 동시에 정책의 결과가 명확하지 않은 경우에는 절차상에 있어서 관련 당사자를 참여시킴으로서 정책에 대한 정당화를 유도할 수 있다.

7) 김종백, 정부부처 산하 위원회 제도의 운영에 관한 연구, 1998, 고려대학교 석사학위논문, p.12~13.

그러나 이러한 목적으로 설치되는 위원회는 잘못 운영되는 경우 다음과 같은 문제점을 지니게 된다.

첫째, 비용이 든다. 위원회를 운영하기 위해서는 예산과 인력이 필요하나 위원회의 설치와 운영에 드는 비용이 위원회를 운영함으로써 얻는 효용을 지나치게 초과하는 경우에 위원회는 불필요한 낭비를 초래하는 것으로 보인다.

둘째, 결정을 내리지 못하는 상황에 직면할 수 있다. 위원회의 경우 상정되는 문제에 대하여 합의를 강조하다 보면, 정책결정을 내려야 하는 시기를 놓칠 수 있게 된다. 예를 들면 지나치게 합의를 강조하는 경우 소수자의 방해나 횡포에 의해서 결정이 지연될 수 있다.

셋째, 책임회피의 수단으로 사용될 수 있다. 이는 위원회가 참여하는 구성원들에게 권한이 분산되어 있어서 결정을 주도한 사람이나 부서를 알아내는 것이 곤란한 경우가 있다. 이러한 경우에 결정에 대한 책임을 회피하는 수단으로서 위원회에 그 책임을 부담시킬 수 있다.

3.3 위원회의 성립요건

위원회는 다음 사항을 성립요건으로 한다(유종해, 2000).

첫째, 위원회는 일정한 과제를 가지고 있어야 한다.

둘째, 위원회는 어떠한 종류의 것이든 반드시 문제의 조정을 목적으로 하여서 구성되는 것이다. 따라서 항상 의사의 일치만 있는 것이 아니다. 조정이 잘 되기 위해서 위원들 각자가 자유롭게 자기의 의사를 표시할 수 있는 분위기가 조성되어야 한다.

셋째, 위원회는 임시적인 것이 아니다. 일정기간 존속하는 것이어야 한다. 따라서 아무런 사전의 준비 없이 임시로 모이는 회의는 위원회가 아니다.

3.4 위원회의 참여자

보건정책에 윤리나 인간의 권리를 적용할 때 보건정책 실행에 정부, 민간부문, 지역사회 단체 등 누가 개입될 것인가를 결정하는 것은 중요하다. 또한 이를 위해 보건정책을 결정하고 실행하는 참여자들의 원칙적인 방법이나 기술이 무엇인가를 찾는 것 또한 중요하다. 그러나 이런 기본적인 것에 대한 방안을 찾는 것은 크게 절충되어야 하고 대립되기 때문에 쉽지 않다.

보건정책은 어느 한 개인이기보다 인구집단을 대상으로 하고 소수에게 가능한 보건정책이라기 보다 공동체를 통해 높은 수준의 건강수준에 도달하는 것을 목표로 하기 때문에 사회적 안녕이라는 공통 가치에 의해 지지되는 모두 받아들이는 기획(all-embracing enterprise)이라고 볼 수 있다. 따라서 보건정책에 있어서의 문제점은 대중성을 얻는 것이라고 할 수 있다. 보건정책분야가 정책적 지지로부터 너무나 멀리 떨어져 있다면 객관성을 잃을 것이기 때문이다.

그렇다면 보건정책에 대해 정부, 민간부문, 아카데미, 지역사회 조직 중 누가 개입되어야 하는가?

3.4.1 전문가

전문가는 어떤 특정분야의 고도의 전문성을 지닌 행정부 외의 사람을 의미하며 이들이 정책결정에 참여하게 되는 이유는 행정부 내의 공무원이 갖는 전문성의 부족으로 인한 것과 다른 하나는 다분히 정치적인 이유인 국민의 정치적 지원을 보다 많이 받고자 할 때이며 더구나 식민지 통치의 경험으로 민이 관에 대하여 갖는 불신감이 강한 곳에서는 똑같은 일이라도 관이 하면 회의적이지만 관으로부터 독립적인 민 또는 연구기관, 대학에서 하면 믿으며 따라서 보다 적극적으로 지원을 할 가능성이 많기 때문이다.

외부전문가의 참여 정도는 우리나라의 경우 학자를 높이 평가하는 유교의 전통에 따라 우리나라의 발전도에 비하면 상대적으로 많은 참여의 기회가 부여되었다.

행정의 전문화에 따라 불가피하게 전문가의 참여가 커져 가고 있는 것은 대부분의 위원회에 있어 공통적인 현상인데 이들이 참여하는 경우 공무원에 비해 관료이익이나 기득권에 상대적으로 사로잡히지 않고 객관적으로 생각할 수 있으며, 공사간의 이해·의사전달에 유익하며, 연구기관 소속위원이 아닌 전문인의 경우 일시적으로 참여하므로 상용할 필요가 없어 예산절약이 된다는 점을 장점으로 들 수 있다. 반면, 단점으로는 위원들의 자율성이 보장되지 않는 경우가 있으며, 외부인이므로 현실적합성보다 합리성만 추구하려는 경향을 지니기 쉬우며, 행정인이 아니어서 결정에 대한 책임을 지는 위치에 있지 않으므로 결정의 결과에 대한 신중한 배려가 적을 가능성이 많다.

따라서 이들을 참여할 때는 사전에 신중한 필요의 인식 및 전문가의 위촉에 특히 유의하고 경우에 따라 행정인과의 혼성팀을 구성하는 것이 보다 바람직하다. 왜냐하면 이와 같이 하는 경우 보다 적실성이 있으며 또한 채택 가능성이 많아 흔히 듣게 되는 형식적인 참여자라는 불평도 감소될 수 있기 때문이다.

3.4.2 이익단체

정책결정은 언제나 국민들에게 가치배분상의 득실이라는 영향을 주므로 이에 관련된 자는 큰 관심을 갖게 되고, 이익단체의 구성원으로서 정책결정에 참여하고자 하게 된다. 여기에서 이익단체란 특정문제에 관하여 직접적·간접적인 이해관계 및 관심을 공유하고 있는 사람들의 집단을 의미한다.

이익단체의 참여는 이익단체 대표자가 자신들의 의견을 제시함으로써 정책결정자가 자신의 입장에서 보다 정확하게 실정을 파악·조정할 수 있으며, 따라서 보다 적용가능성이 있는 합리적인 정책을 수립할 가능성이 있게 된다.

이익단체의 의견이 반영됨으로써 정부에 대한 보다 강한 지지와 일체감을 가질 수 있게 되어 보다 명랑하고 활기 있으며 책임 있는 정치사회를 만들 수 있다. 즉, 민의나 민익에 충실한 대응성을 지니는 정부를 갖게 된다. 그러나 이들의 참여방법에는 바람직한 현상만 있는 것이 아니다. 여러 이익단체가 경합을 벌이는 경우 보다 균형 있는 조정 및 결정을 할 수 있는 이점이 있음에도 불구하고, 전문인의 참

여는 쉽게 시키면서 이해관계인의 참여는 기피하거나 불공평하게 대하는 것을 자주 볼 수 있는데 이는 그들의 사익만 극한적으로 주장하므로 공익성이 저하된다는 것을 그 이유로 들 수 있다. 왜냐하면 그들이 주장하는 사익이 국가 전체의 이익에 상반된다고 하는 것을 알면서도 그들 구성원의 특수이익을 극대화하기 위하여 엄청난 압력을 동원하여 무리하게 추진하는 경우가 있게 된다. 이러한 경우 정부는 이것이 잘못되었다는 것을 알면서도 굴하지 않을 수 없게 되기 때문이다.

3.4.3 시민단체

시민단체는 국정외 공개, 투명성 및 공익성이나 책임성을 향상시키기 위해 정책 결정과정에 참여한다. 시민단체의 기능은 권력에 대한 견제와 협조, 복지보완, 갈등해결이라 할 수 있다. 시민단체의 영향력의 근원은 이들 구성원의 도덕성, 공익성 추구 및 전문성에 있다.

시민단체의 수는 정치권의 후진성과 제 언론기관의 여론반영이 부진하고 시민의 고학력화와 중산층의 급팽창으로 인해 급속히 증가하고 영향력 또한 급속히 증가하고 있다. 그러나 시민단체의 수는 많으나 몇 개를 제외하고는 규모나 재정이 영세하고 소수의 전문인 위주이고 일반시민의 참여가 적은 취약성을 지니고 있다.

3.4.4 공무원

공무원은 사회가 발전함에 따라 입법활동의 기술적 복잡성 제고, 정책의 주도자로서의 행정 수반의 역할 증대, 법률이 제정된 다음에도 법률규정의 모호성·비정밀성으로 인하여 집행과정에서 정책결정권이 부여됨에 따라 정책형성에 참여하고 있다. 즉 정책형성에 필요한 자료를 제공하나 직접 정책형성에 참여하지 않던 방식에서 탈피하여 정책집행·평가과정뿐만 아니라 정책형성과정에도 참여하고 있다.

공무원의 정책참여시의 문제점은 계층구조로 인해 어느 정도 정책의 일관성을 기할 수 있고, 정책과정의 정체를 방지할 수 있으나 자유로운 의견교환을 어렵게 하며, 쇄신적 정책의 결정을 저해할 수 있다. 또한 국민이 선출하지 않고 임명에

의하여 취임하는 공무원인 경우, 잘못 결정한 정책에 대해서는 다음 선거에서 유권자의 심판을 받을 수 있으나 공무원인 경우 민주적 통제라는 관점에서 볼때 문제가 된다.

3.4.5 정무관

정무관은 광의로 대통령까지 포함되나 여기서는 장·차관만을 대상으로 한다. 정무관은 고급공무원에 비해 전문성에서 떨어지나 정치적 판단력이 우수하여 정책적인 문제가 되는 것의 인식을 보다 정확하게 할 수 있다고 판단되어 대체적으로 정책의 최종적인 결정권을 갖고 있으며 이에 대해 책임을 지도록 하고 있다. 그러므로 정무관들은 정책적인 문제가 되는 것을 스스로 제시하거나 부하들로부터 제시를 받아 이들에 대한 해결책 강구를 부하들에게 지시하게 된다. 이에 따라 행정관이 주동이 되어 여러 분야의 참여를 통하여 여러 가지 대안이 제시된 경우 정무관이 이 중에서 최종적으로 하나의 대안을 선택하는 역할을 하게 된다.

행정관에 비교해 볼 때 행정관이 전문적인 지식, 기술이 필요한 반면, 정무관의 경우는 보다 정치적인 감각, 판단력, 직관력이 요청된다. 이것을 구체적으로 보면, 첫째 사회의 복잡한 상황을 분석·정리하고 이를 개념화·체계화 할 수 있는 능력, 둘째 불확실한 미래를 다루고 예측할 수 있는 능력, 셋째 가능성에 대한 직관력과 통찰력, 넷째 타인의 말을 경청할 줄 아는 태도, 그리고 다섯째 창의성, 정력, 성실성, 책임성의 소유 등을 들 수 있다.

3.5 위원회의 유형

위원회의 유형은 관점이나 기준에 따라 여러 가지로 분류가 가능하며 학자들의 견해도 약간씩 차이가 있다⁸⁾. 여기에서는 일반적으로 구분하여 논의하고 있는

8) 정부조직관리 실무상 위원회 조직은 ① 행정기능과 준입법권·준사법권을 갖는 합의제 행정기관인 '행정위원회'(행정기관의조직과정원에관한통칙 제21조)와 ② 행정기관에 소속하여 자문·심의 등을 행하는 '자문위원회'로 구분하여 관리되고 있다.

자문위원회, 조정위원회, 행정위원회, 독립규제위원회로 구분하여 일반적인 위원회의 개념 및 성격 등을 살펴본다.

3.5.1 자문위원회(Advisory Board, Advisory Committee)

자문위원회란 합의제 원리를 채택하고 있는 행정기관 중 가장 초보적인 형태라고 할 수 있는 것으로 특정의 개인 또는 조직 전체의 자문에 대응하게 할 목적으로 설치된 조직의 성격을 가진 위원회이다. 자문위원회의 설치목적은 단독제인 행정기관의 의사결정에 합의제 형식으로 의견을 자문하기 위한 것이 대부분이며, 이러한 위원회의 결정은 실제적인 경력을 갖는 경우를 제외하고는 법적 구속력을 가지지 못하는 경우가 많으며, 위원의 수나 임기에 대한 규정조차도 없는 경우가 많다.

자문위원회는 ① 특정한 행정부문의 활동에 관하여 자문에 응하며 조언을 하는 것, ② 행정기관의 사업계획에 대한 일반의 지지를 얻기 위한 수단으로서 활용되는 경우, ③ 행정기관에 대하여 압력단체의 역할 수행, ④ 다양한 집단의 의견과 동향을 행정기관에 전달하는 역할, ⑤ 서로 이해가 대립되는 견해를 조정하여 합의에 이르게 하는 역할 등을 수행한다.

자문위원회의 규모는 일정하지 않으나 위원의 수가 지나치게 많은 경우에는 비능률적이므로 일반적으로는 3명 내지 15명으로 구성 된다(백완기, 1985).

위원은 일반적으로 당연직을 제외하고는 대부분 행정기관에 의해 지명 또는 위촉되는데 사회적 지명도를 기준으로 유력인사를 위촉하기보다는 전문성이나 대표성을 고려하는 것이 바람직하다.

위원의 임기는 1~3년이 보통이며 임기 만료 후 연임하는 경우가 많다.

3.5.2 조정위원회(Coordinative Board)

조정위원회란 각 기관 또는 개인의 상이한 이견을 조정, 합의할 목적으로 설치된 위원회를 말한다. 우리나라에서 흔히 발견되는 것으로서 정부 내의 동일한 계

층수준에서의 상이한 정부기관의 업무를 조정하기 위한 행정 각 부처간의 각종 위원회 또는 행정기관과 이익단체간의 의견을 조정하기 위해 관련기관, 단체대표자로서 위원회를 구성하는 경우 등이다. 조정위원회중에는 건의할 수 있는 권한만 지니고 있는 것이 있는가 하면 의결권을 지니고 있는 것도 있다(유문, 1991).

우리나라의 경우 조정위원회의 기능을 갖는 위원회의 예로 노사정위원회를 들 수 있으며, 노사정위원회는 이해당사자가 각각 동수로 구성되며, 이들간의 이견을 조정하기 위해 중립적인 위원이 중립적인 위치에서 이들간에 합의에 이르도록 중재 역할을 이행한다.

3.5.3 행정위원회(Administrative Board)

행정위원회는 자문위원회와는 달리 관청으로서의 성격을 가진 합의제 행정기관이며, 이의 결정은 법적 구속력을 가짐과 동시에 많은 경우 하부에 보좌기구를 갖게 된다. 이 행정위원회는 주민의 참여가 강력하게 요청되는 영미의 지방자치단체에 설치되기 시작했고 많은 경우 집행까지 합의제가 적용되었으나 점차 이것이 지니는 단점 때문에 집행은 위원장이 단독으로 책임지게 함과 동시에 그 수도 감소 경향에 있다(박동서, 2001).

행정위원회의 성격은 각 위원회별로 다르지만 일반적으로 직무의 독립성, 기능의 통합성, 합의제행정관청이라는 세 가지로 규정할 수 있고, 주요 기능은 집단적인 의사결정과 집행, 준입법·준사법적 기능, 중립성과 계속성 확보로 요약할 수 있다(이상규, 1991).

3.5.4 독립규제위원회(Independent Regulatory Commission)

독립규제위원회는 행정수반을 정점으로 하는 행정기관의 계층제에서 독립하여 준입법적·준사법적 기능을 수행하며 위원의 신분이 보장된 합의제 기관이다. 독립규제위원회는 주로 경제문제의 해결을 위해 설치되어 고도의 전문성이 필요하고 대립적 이해관계의 조정을 목적으로 하므로 독립성, 합의성을 필요로 하는 외

에 준입법적, 준사법적 기능을 수행함으로써 다른 위원회와는 구별되는 특성을 가진다.

이와 같이 독립성과 합의성을 지닌 위원회의 기본적인 성격을 구체적으로 검토하며 다음과 같다.

독립성은 시초에는 자주 바뀌고 정실이 심한 정치세력의 영향을 받는 행정수반 및 국회로부터의 독립을 의미한다. 그리하여 국민생활에 지대한 영향을 미치는 의사결정 과정에서의 정치적인 영향력을 배제하고 행정부의 자의적인 권력남용을 견제하기 위함이다. 또한 이와 같이 하는 것이 경제가 요구하는 안정성·지속성뿐만 아니라, 공익을 증진하는 길이라고 생각하였으나, 점차 이 외에 심한 갈등을 일으키는 이익단체로부터의 독립을 중요한 것으로서 확대 해석하게 되었다.

독립성을 확보하는 방법으로는 첫째, 위원의 임명에 있어서 국회의 동의를 요구하고, 이에 따라 초당적이거나 양당제적인 임명을 통하여 정치적인 중립성을 확보하는 것과 둘째, 일단 임명된 후에는 단순한 정책에 관한 의견의 차이로 해임하지 못하도록 위원들의 신분을 보장하여 부당한 압력을 배제하며, 셋째, 위원회의 결정에 대한 최종적인 효력을 부여함으로써 외부 특히 행정수반으로부터의 영향을 배제하는데 세심한 주의를 기울이도록 함이 필요하다.

합의성을 위해 위원의 숫자를 홀수로 하여 보통 5인에서 7인으로 구성한다. 위원은 기능에 따라 정치적인 성격에 의한 임명, 전문성에 의한 임명, 분야별 이익대변자로서의 임명등의 변수들을 고려하여야 한다. 의사결정의 일관성과 안정성을 보장하기 위하여 위원들을 동시에 교체하지 않고 부분 교체하여 안정과 균형, 조정과 신중, 공평을 기하도록 하고 있다.

준입법 및 준사법적인 기능의 부여는 그 위원회 조직의 설치 목적상 필요한 것인 경우가 대부분이다. 즉 태생적으로 독립규제위원회는 입법부와 행정부 및 사법부에 속하지 않지만 3부의 권한을 제한적이거나 부분적으로 보유함으로써 그 기능을 수행할 수 있는 조직인 것이다. 이러한 권한은 소관사항에 대한 최종적인 결정권을 가지는 관계로 인하여 커다란 영향력과 권한을 가지게 되며, 자칫 잘못 행사될 경우에 커다란 해악을 가져오기 때문에 이에 대한 대책도 중요한 문제로 대두되고 있다.

3.6 참여정의 구현을 위한 위원회 유형

참여정의의 패러다임은 갈등요인을 깨닫고, 영향을 받는 그룹과 개인들을 대상으로 논의를 통해 이를 해결하려고 시도하는 것으로, 이해당사자들이 정책이 형성되는 과정에서 정책에 관해 듣고, 기대되는 시점을 제공하거나 가질 기회를 갖지 않는 경우, 초기의 거시적 수준 또는 미시적 수준에서의 결정권자의 기술적이거나 전략적인 목표들이 달성되지 않기 때문에 관련 당사자들의 공통적인 이해를 이끌어 내어 영향받는 사람들을 확신시키고 정책을 효과적으로 시행하는데 초점을 둔다.

또한 정책에 의해 영향을 받는 단체들로 하여금 정책 형성에 참여하도록 하는 것은 이해 당사자의 이익을 보장하는 기전으로 옮겨지고 정책 형성에 반영된다. 그리고 Clinton의 보건의료개혁의 실패원인이 대중의 뜻을 모으지 않고 기술-명분을 갖고 있는 전문가가 일을 주도해 나간 것에 있음을 볼 때, 참여기회의 확대뿐만 아니라 공급자나 다른 부문의 사람들과의 협력관계를 통해 사회 전체의 공동선을 증가시키기 위한 사회적 합의를 이끌어 내는 것이 중요하다.

참여정의의 패러다임을 통해 볼 때 참여정의는 직접적으로 관련된 사람들이 직접적으로 참여하는 정도에 따라 결정된다. 참여정도에 대한 구체적인 기준이나 지표가 없지만 정책 형성시 의사결정에 시민들이 어느 정도 참여하는가로 나타낼 수 있다. 그리고 참여시점에서 누가 어떻게 결정하는가에 의해 평가할 수 있다.

위원회를 정부부처 간 정책의 조정 및 심의 기능, 정부부처에서 상정된 정책에 대한 의결 기능, 정부부처의 장관의 정책에 대한 자문 기능, 정부와 관련 이익집단 또는 이익집단간의 이익갈등의 조정 및 중재 기능으로 분류해 볼 때, 위원회의 기능을 크게 자문, 심의·의결, 조정 기능으로 분류할 수 있고, 의사결정에 이해당사자들이 어느 정도 참여하고 있는지를 통해 위원회 유형별 참여정의의 구현 정도를 확인해 볼 수 있다.

참여정의의 구현정도는 앞에서 논의에서 보았듯이 참여정의를 측정할 수 있는 구체적인 기준이나 지표가 없어 이 연구에는 위원회의 기능인 자문, 심의·의결,

조정 위원회로 분류하고, 이해당사자 참여여부, 위원회 의사결정과정에서 위원들의 의견제시 가능성, 위원회의 의사결정과정에서 최종 의사결정에 대한 영향력 정도 등으로 구분하여 위원회의 유형에 따라 그 정도를 표시하고, 이를 바탕으로 하여 최종적으로 참여정의의 구현정도를 도출하기로 하기로 한다. 위원회 유형별 참여정의의 구현정도는 다음과 같다(표2).

이해당사자의 참여여부는 자문기능을 주로 하는 자문위원회인 경우 특정 사안에 관해 전문적인 조언을 목적으로 하여 설치되었기 때문에 이해당사자들의 참여보다 전문가들의 참여가 주로 이루어지고 있다고 할 수 있다. 심의·의결기구인 경우에도 정책결정을 주된 목적으로 하여 설치되었기 때문에 이해당사자들의 의견을 수렴하여 합리적인 정책을 도출하기에는 어려움이 있고, 대부분 정부부처 위원들로 구성되어 위원회의 의결이 이루어지고 있어 이해당사자들의 참여는 상대적으로 적은 편이라고 할 수 있다. 반면, 조정위원회는 이해당사자들의 이익갈등을 조정 및 중재함으로써 이들의 의사를 정책에 반영함을 주된 목적으로 하므로 이해당사자들의 참여가 직접적인 형태이든, 대표를 통한 형태이든 이해당사자들의 참여가 이루어지고 있다. 따라서 이해당사자의 참여여부는 자문, 심의·의결기구 는 보통, 조정기구는 높다고 표시하였다.

위원회의 의사결정 과정에서 위원들의 의견제시 가능성은 자문기능에서는 전문가의 의견을 들어 정책형성에 반영하기 위해 설치되었기 때문에 이해당사자들의 의견제시라기보다 전문가들의 의견이 제시된다. 그러나 심의·의결 위원회에서는 위원들의 의견제시보다 정부에서 정책 결정을 위한 안이 상정되고 이를 결정하기 위한 의견제시는 어느정도 이루어지고 있으나 대부분 의결에 중점을 두고 있다고 할 수 있다. 조정위원회인 경우, 자신들의 이익을 놓고 의견개진과 이를 중재하기 위한 협상과정을 거치므로 위원의 의견제시 가능성은 심의·의결 위원회보다 상대적으로 높다고 볼 수 있다. 따라서 위원회 의사결정 시의 위원의 의견제시 가능성은 자문, 심의·의결기구는 보통으로, 조정기구는 높다고 표시하였다.

최종 의사결정에 대한 영향력 정도를 보면 자문위원회와 심의·의결위원회는 위원회에서 결정된 사안이 정책형성에 참고하거나 반영되는 정도가 조정위원회에 비해 적다고 할 수 있다. 조정위원회인 경우 조정 및 중재를 목적으로 하기 때문

에 이해 당사자들 간의 이견이 있다고 해도 당사자들간의 합의가 이루어진 최종 결정안으로 반영되기 때문에 조정위원회의 경우 최종 의사결정에 대한 영향력 정도는 자문, 심의·의결위원회보다 높다. 따라서 최종 의사결정에 대한 영향력 정도는 자문기구는 보통, 심의·의결, 조정 기구는 높다고 표시하였다.

표2. 위원회 유형별 참여정의 구현정도

위원회 유형	자문	심의·의결	조정
이해당사자 참여여부	△	△	○
위원회 의사결정 과정시 위원의 의견제시 가능성	△	△	○
최종 의사결정에 대한 영향력	△	○	○
참여정의 구현정도	△	△	○

주; △: 보통 ○: 높다

위원회의 유형에 따라 이해당사자 참여여부, 위원회 의사결정 과정 시 위원의 의견제시 가능성, 최종 의사결정에 대한 영향력 정도를 놓고 비교해 볼 때 표2에서 보는 것처럼 자문, 심의·의결, 조정 기능에 따라 그 정도가 다르다. 이 세가지의 결과를 종합하여 참여정의의 구현 정도를 보면, 자문, 심의·의결 기능보다 조정 기능이 참여정의의 구현하는 정도가 높은 것으로 볼 수 있다. 이 결과를 바탕으로 하여 이 논문에서는 조정 기능이 자문, 심의·의결위원회보다 참여정의의 구현정도가 높다고 상정하고 연구의 대상인 건강보험정책심의위원회를 분석한다.

제4장 건강보험정책심의위원회 개관

4.1 건강보험정책심의위원회의 설치

4.1.1 건강보험정책심의위원회의 설치 배경 및 목적

2001년 3월초 건강보험재정이 파산상태에 빠져있다는 사실이 알려진 후, 파산의 원인과 재정문제 해결방식⁹⁾을 둘러싸고 계급계층간에 첨예한 대립갈등¹⁰⁾이 나타났다. 당시 국민건강보험 재정의 당기적자는 2000년 1조 90원, 2001년 3월 추계치는 4조 1,978원이었으며, 재정적자 규모가 급증한 원인을 수년간 누적된 적자 구조와 의약분업 시행, 수가 인상 등이 복합적으로 작용한 것으로 보아 이에 대한 종합대책 마련이 시급했다. 이러한 상황에서 정부와 여당은 건강보험재정문제를 해결할 방안으로 2001년 재정부족분을 허위·부당청구 근절, 불합리한 급여기준 개선 등의 조치와 정부지원 확대 및 일시차입으로 충당하고 보험료를 2002년 1월부터 연차적으로 조정하기로 하여 2006년까지 5년 내에 전체 보험재정적자 해소와 건전재정기조의 회복을 종합대책의 기본방향으로 설정하였다.

이의 시행을 위해 건강보험재정을 근본적으로 안정화시킬 수 있는 제도개선¹¹⁾

- 9) 복지부와 민주당, 의료계, 약계는 주로 소비자 부담을 전제로 하는 수입증대책에 치중하는 반면 시민단체들은 부당한 수가인상 철회, 의료수가와 약국 조제료의 대폭인하 등 주로 지출을 삭감하면서 국민의 건강보험료 인상을 최소화하는데 초점을 두고 있었다.
- 10) 시민단체는 재정파산의 원인을 2000년도에 이루어진 과도한 건강보험 수가인상으로 보고 수가제 조정이 필요하다고 보았다. 건강보험 수가인상을 요약하면 다음과 같다.

수가인상 시기	수가인상률	재정 부담 증가액
1999년 11월 15일	9.0%	3,956억원
2000년 4월 1일	6.0%	2,246억원
2000년 7월 1일	9.2%	9,262억원
2000년 9월 1일	6.5%	4,257억원
2001년 1월 1일	7.08%	4,700억원
계	43.9%(복리)	24,421억원

- 11) 건강보험 첨단 정보관리 시스템 구축, 합리적인 인력·시설 장비 규제를 통한 의료공급 적정화, 진료비 지불 방식 개선 등 비용절약적 의료이용 유도, 고령화 사회 도래에 따른 노인의료비 대책, 공공보건의료기관의 기능 확충 등이 있다.

등 중장기 대책의 병행 추진과 재정안정대책을 강력하고 효과적으로 추진해 나갈 수 있는 근거규정 마련을 위해 2006년까지 한시적으로 운영하는 국민건강보험재정건전화특별법을 제정하기로 방침을 내렸다.

건강보험재정위기를 해결하기 위한 대책으로 2001년 당시 보건복지부 김원길 장관은 2006년까지 5년동안 전체 보험재정 적자를 정부·보험자·의약계 및 가입자의 4자간 공동 노력¹²⁾으로 해결하기 위해 건강보험정책심의위원회를 신설하여 건강보험에 관한 4자간 합의기구로 활용하려 하였다. 이를 위해 재정안정대책을 강력하고 효과적으로 추진해 나갈 수 있는 근거규정 마련을 위한 국민건강보험재정건전화특별법은 처음 2001년 6월 '국민건강보험재정건전화특별법(안)'으로 이상수 의원과 10명의 발의자, 그리고 103명의 찬성으로 국회에 상정되었다.

제안 이유는 현재 시행되는 국민건강보험재정건전화특별법의 목적¹³⁾에 명시된 것처럼 국민건강보험의 재정적자를 조기에 해소하고 재정수지의 균형을 이루도록 함으로써 보험재정을 건전화하는데 필요한 사항을 규정하기 위해 국민건강보험법 등에 대한 특례를 정하기 위함이었다.

이 법안의 주요골자 중 건강보험정책심의위원회와 관련된 내용을 보면 다음과 같다.

첫째, 보험료와 보험수가를 동일한 기구에서의 심의·조정하도록 하기 위하여 건강보험심의조정위원회와 재정운영위원회의 보험료 조정 기능을 통합한 건강보험정책심의위원회를 보건복지부장관 소속하에 설치하도록 하는 내용을 담고 있다.

둘째, 현행 보험료의 조정절차가 직장가입자의 보험료율은 재정운영위원회의 의결내용을 참작하여 대통령령으로 정하고 지역가입자의 보험료액은 재정운영위원회의 의결을 거쳐 국민건강보험공단의 정관으로 정하도록 하고 있으나, 이를 건강

12) 정 부 : 지역보험에 대한 50% 정부 지원

보험자 : 보험료 징수강화 등 수입확보와 구조조정 등 경영혁신 추진

의약계 : 과잉진료, 허위·부당청구 일소, 급여기준 합리화 및 의료의 질 개선

가입자 : 급여에 상응한 적정부담 원칙

13) 국민건강보험재정건전화특별법 제1조 (목적) 이 법은 건강보험의 재정적자를 조기에 해소하고 재정수지의 균형을 이루도록 함으로써 건강보험제도의 발전과 국민건강 증진 도모를 그 목적으로 한다.

보험정책심의위원회의 심의를 거쳐 국민건강보험법시행령으로 정하도록 그 절차를 일원화하도록 하고 있다.

셋째, 다음 연도에 적용할 요양급여비용의 계약은 11월 15일까지 체결하도록 하고 그 기한내에 계약이 체결되지 않은 경우 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회의 심의·의결을 거쳐 정하도록 하는 내용을 담고 있다.

2001년 10월 5일 이상수의원이 대표 발의한 국민건강보험재정건전화특별법(안)은 2002년 1월 8일 최종 의결되어 현행 국민건강보험재정건전화특별법으로 제정·공포되었다. 법안 의결과정을 보면 2001년 10월 5일 법안이 발의되어 2001년 10월 8일에 보건복지위원회에 회부되었다. 보건복지위원회에 회부된 국민건강보험재정건전화특별법안은 제25회 정기국회 제5차 보건복지위원회 및 제6차 보건복지위원회에 상정되어 제안 설명과 검토보고를 듣고 대체토론을 거쳐 법안심사소위원회에 회부되어 심사·보고 되었다. 법안심사소위원회의 심사를 거친 후, 제226회 임시국회 제5차 본회의에서 원안 중 위원회의 수정을 요하는 조항의 수정을 조건으로 하고 2002년 1월 8일 최종 의결되어 2002년 1월 9일 법률 제06620호로 제정·공포 시행되었다.

2001년 6월 처음 이상수 의원이 대표 발의한 특별법안과 2001년 10월 재 발의하고 2002년 1월 8일 최종 의결되는 과정에서 현행 특별법과 비교하여 보았을 때 위원회 설치 규정과 관련하여 살펴보면 지금도 논란이 일고 있는 위원회 구성 규정이 수정되었다.

법안에서의 위원회 구성은 보건복지부 장관, 가입자 대표 8인, 의약계 대표 8인, 공익 대표 6인으로 구성되어 있었으나, 위원회 구성에 관한 각계의 기자회견과 성명서 발표 등으로 반발이 거세어지자 보건복지위원회의 회의 등을 거치면서 현재의 형태인 보건복지부 차관, 가입자 대표 8인, 의약계 대표 8인, 공익대표 8인으로 구성이 바뀌었다(표3). 이를 자세히 살펴보면 위원회의 위원장은 보건복지부 장관에서 보건복지부 차관으로 바뀌었다. 그리고 재정경제부 장관, 복지부장관, 기획예산처 장관이 소속 1급이상 공무원중 지명하는 자 3인과 건강보험공단 이사장 추천 1인, 건강보험심사평가원 원장 추천 1인, 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 1인으로 구성된 공익대표 6인이¹⁴⁾ 2급이상 공무원중에서 지명하는 자 2인,

공단 이사장 추천 1인, 심사평가원 원장 추천 1인, 건강보험 관련 전문가 4인 등 총 8명으로 증가하였다.

표3. 국민건강보험재정건전화특별법(안)과 특별법의 위원회 구성 비교

구분	특별법(안)			특별법		
	인원	구성	인원	구성	인원	
위원장	1인	보건복지부 장관	1인	보건복지부 차관		
가입자 대표	8인	근로자 단체	2인	8인	근로자 단체	2인
		사용자 단체	2인		사용자 단체	2인
		시민·소비자 단체	2인		시민·소비자 단체	2인
		농어업인 단체	1인		농어업인 단체	1인
		자영자관련 단체	1인		자영자관련 단체	1인
의약계 대표	8인	대한의사협회	2인	8인	대한의사협회	2인
		대한병원협회	1인		대한병원협회	1인
		대한치과의사협회	1인		대한치과의사협회	1인
		대한한의사협회	1인		대한한의사협회	1인
		대한간호협회	1인		대한간호협회	1인
		대한약사회	1인		대한약사회	1인
공익대표	6인	재정경제부 1급	1인	8인	재정경제부 2급	1인
		보건복지부 1급	1인		보건복지부 2급	1인
		기획예산처 1급	1인			
		국민건강보험공단	1인		국민건강보험공단	1인
		건강보험심사평가원	1인		건강보험심사평가원	1인
		전문가	1인		전문가	4인
위원장 포함 총 23명			위원장 포함 총 25명			

건강보험정책심의위원회의 회의규정과 관련하여 변경된 조항을 보면 특별법안에 위원회 회의에 참석할 수 없는 경우 위원을 대리하여 참석할 수 없도록 규정하고 있었으며 공무원인 위원의 경우 부득이한 사유가 있는 경우 대리인 참석이 가능하도록 규정하고 있었다¹⁵⁾. 이 조항은 위원회 참석 시 위원들의 대리참석 규

14) 당시 노동·시민·보건의료단체 공동농성단이 기자회견에서 가입자 대표 8인, 의약계 대표 8인, 공익대표 6인으로 구성되어 있는 위원회 구성중 공익대표 6명중 5명이 모두 정부와 보험자단체 몫으로 할당되어 있고 이는 무늬만 공익인 정부 및 보험자와 의약계가 서로 합의를 하면, 가입자 대표의 의사와는 무관하게 보험료 인상이나 보험급여 축소를 언제든지 할 수 있도록 제도화한 것이라고 밝혔다. 2001년 6월 22일 기자회견문.

15) 국민건강보험재정건전화특별법(안) 제8조 4항 단서, “심의위원회에는 위원을 대리하여 참석할 수 없다. 다만, 공무원인 위원이 부득이한 사유가 있는 때에는 그러하지 아니하다.”

정 가능성을 공무원인 위원에게만 개방한다는 점은 위원회의 자격이 공무원인 위원이나 민간인인 위원이 모두 같은 지위에서 위원회에 참석하는 것으로 민간인인 위원의 대리참석을 배제하고 공무원인 위원에게만 인정하는 것은 평등에 반하는 것이며, 회의절차의 하자를 야기하여 결과에도 영향을 미친다는 점 등 법안의 문제점으로 지적되었다. 이에 따라 현행 국민건강보험재정건전화특별법에서는 대리인 참석여부에 관한 내용이 삭제되어 있다.

4.1.2 건강보험정책심의위원회의 통합 이전 위원회

4.1.2.1 건강보험심의조정위원회

건강보험심의조정위원회는 현재 국민건강보험법 법률 제106981호 제4조 규정에 의해 요양급여 기준과 요양급여 비용, 기타 건강보험에 관한 주요사항을 심의하기 위해 보건복지부 장관 소속하에 그 소관업무를 수행하도록 설치된 위원회로 심의 기구이다. 건강보험심의조정위원회의 위원 구성은 보험자·가입자·사용자, 의약계, 공익으로 구성되는 3자 협의 체제를 이루고 있으며 각각의 구성원 수는 위원장인 보건복지부차관과 보험자·가입자 및 사용자 대표 위원 8인, 의약계 대표 6인, 공익 대표 6인(위원장 포함)으로 구성되어 있다. 건강보험정책심의위원회와 비교해 볼 때 위원 구성 중 공익 대표에 속하는 보험자와 건강보험심사평가원장 추천 위원이 보험자·가입자·사용자 대표에 포함되어 있다.

위원회의 회의는 년 2회 이상 개최하도록 법률로 이를 규정하고 있으며, 위원의 임기는 2년으로 규정하여 전문성 제고 및 위원회 운영에 있어 잦은 변동으로 인한 차질을 방지하도록 하고 있다. 또한 위원의 수당은 국민건강보험법시행령 제8조의 규정에 의해 예산의 범위 안에서 수당·여비 기타 필요한 경비를 지급할 수 있도록 하고 있으며, 공무원의 경우 소관업무와 직접 관련하여 출석하는 경우 그러하지 않도록 단서 조항이 명시되어 있다.

위원회의 소집은 보건복지부장관의 요구가 있는 경우, 재적위원 3분의 1 이상의 요구가 있을 때, 또는 위원장이 필요하다고 인정하는 경우 소집하도록 하고 있다.

회의 의결은 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

요양급여의 범위, 요양급여비용에 관한 계약이 체결되지 아니한 경우의 요양급여비용의 조정, 요양급여의 상대가치점수, 기타 심의조정위원회가 필요하다고 인정하는 특정한 안건을 심의하기 위해 위원회 산하에 소위원회를 두도록 시행령 제9조에 심의조정위원회의 소위원회에 관한 사항을 규정하고 있다.

이 위원회의 처음 설치는 1963년 12월 16일 법률 제1623호로 제정된 의료보험법¹⁶⁾ 제27조의 규정에 의하여 1964년 5월 28일 대통령령 제1827호로 제정된 '의료보험심의위원회규정'¹⁷⁾이다. 현행 국민건강보험법상의 위원회와 다른 것은 재정운영위원회의 기능인 보험료에 관한 사항을 위원회의 기능¹⁷⁾으로 규정하고 있으며, 아직까지도 지속적인 논란이 되고 있는 위원회 구성에 관한 사항이 가장 큰 차이점을 보인다. 의료보험심의위원회의 위원회 구성은 위원장인 보건사회부차관을 포함하여 15인 이내로 의료보험제도에 관한 학식과 경험이 있는 자나 교수 4인 이내, 의학계 인사(의사·치과의사) 4인 이내, 사업주 대표 1인, 근로자 대표 1인, 공무원 4인 이내로 구성되었다. 1969년 의료보험심의위원회규정 대통령령 제1827호(11.28)에서 위원장이 보건사회부차관에서 보건사회부장관으로 바뀌었으나 그 후 위원회의 위원장은 특별법안 발의시를 제외하고 지속하여 보건복지부 차관이 당연직으로 위원장직을 역임하도록 하고 있다.

의료보험심의위원회규정에 의한 위원회 규정은 의료보험법의 역사적 변천 과정

16) 1962년 3월 20일 각령 제469호로 정부에 사회보장제도 도입을 위해 사회보장제도심의위원회가 설치되었으며 당시 양재모, 백장석, 손정준, 육지수, 하상락, 김치선등이 위촉되어 전문위원들이 매월 1회 이상 심의회의를 개최하여 정책의제 형성을 위해 노력하는 합의 기구였다. 그러나 이 위원회에 대해 전문가들에 의한 합의만 있었을 뿐 일반국민이나 이해당사자로 상정할 수 있는 이해관계 집단(기업가집단이나 의료인집단)과의 사전협의를 배제되었다는 비판이 있다. 이후 사회보장심의위원회에서 작성한 안이 보사부의 정책안으로 결정되고 이 내용이 법제처의 심의를 거쳐 각의의 의결 후 정부원안으로 확정된 후 이안이 다시 최고회의 문사위원회에 회부되어 1963년 12월 11일 본회의를 통과함으로써 법률 제1623호로 의료보험법이 제정되었다.

17) 의료보험심의위원회규정 제2조 (기능) 위원회는 보건사회부장관의 자문에 응하여 의료보험사업에 관한 다음의 사항을 심의한다. 1. 의료보험제도에 관한 사항, 2. 보험급여에 관한 사항, 3. 보험의료기관에 관한 사항, 4. 진료보수에 관한 사항, 5. 보험료에 관한 사항, 6. 의료보험사업의 확장에 관한 사항, 7. 기타 의료보험에 관하여 보건사회부장관이 부의하는 사항.

에 따라 위원회의 구성 또한 지속적으로 바뀌었다(표4).

1963년 처음 제정된 의료보험법이 1967년 집권공화당이 의료보험실시를 선거공약으로 내세우면서 의원입법 형태로 의료보험법 개정안이 발의되어, 심의를 거쳐 1970년 국회본회의를 통과하고 8월 7일 법률 제2228호로 공포되었으나 시행령, 시행규칙이 제정되지 못하여 1976년까지 별다른 구실을 하지 못하고 있었다. 이러한 상황에서 1975년 12월 19일 신현확 보사부 장관이 부임되면서 의료보험법의 전면 개정 작업이 본격화되었다. 이 당시에 보험재정의 상당 부분을 담당하게 되는 기업의 대변자인 전국경제인연합회가 1976년 5월 이사회를 열어서 의료보험에 따른 문제점을 토의하는 등 여러 차례의 토론회를 거쳐서 의료보험에 대해서 깊은 관심을 갖고 실시방안을 검토하였다. 의료보험실시로 인하여 진료비용 통제를 받게 될 의료계의 대변자로서 대한의학협회를 중심으로 한 의료계는 의료보험의 실시를 긍정적으로 받아들였지만 보험수가 등 제반 급여수준과 의료계의 참여방식과 절차 등에 깊은 관심을 기울였다.

표4. 건강보험심의조정위원회의 위원구성의 변천 과정

설치일	설치법률		위원 구성	위원장
1964.5.28	의료보험심의 위원회규정	대통령령 제1827호	의학계 4인 사업주 1인 근로자 1인 공무원 4인 교수 4인	보건복지부 차관
1969.11.28	의료보험심의 위원회규정	대통령령 제1827호	의학계 4인 사업주 1인 근로자 1인 공무원 4인 교수 4인	보건복지부 장관
1977.3.14	의료보험법 시행령	대통령령 제8487호	근로자 3인 사용자 3인 의료계 3인 공익 4인	보건복지부 차관
1980.5.10	의료보험법 시행령	대통령령 제9866호	근로자 4인 사용자 4인 의료계 4인 공익 5인	차관

1988.7.22	의료보험법 시행령	대통령령 제12491호	근로자 3인 사용자 3인 지역주민 3인 의약계 7인 공익 7인	차관
1989.9.29	의료보험법 시행령	대통령령 제12810호	근로자 2인 사용자 2인 지역주민 2인 의약계 8인 공익 5인	차관
1994.8.1	의료보험법 시행령	대통령령 제14350호	보험자 2인 피보험자 4인 사용자 2인 의약계 8인 공익 5인	차관
1999.2.8	국민건강보험법	법률 제5854호	사용자 2인 가입자 2인 노동조합 2인 보험자·심평원 각각 1인 의약계 6인 공익 6인	차관

유신이 선포된 이후 긴급조치가 발령된 사회분위기에서 정부의 안은 국회의 심의를 거친 끝에 1976년 11월 30일 국회본회의를 통과하고 같은 해 12월 20일 법률 제2942호로 공포되었다. 이에 따라 의료보험심의위원회규정이 폐지(제8487호 1977.3.14)되고 의료보험법 제4조의 규정에 의해 의료보험심의위원회가 근로자, 사용자, 의료계 각 동수의 위원과 공익대표로 구성되는 위원으로 구성되어 보건사회부내에 설치되었다(의료보험법시행령 제8487호 1977.3.14). 이 당시의 위원은 근로자, 사용자, 의료계 각 3인과 공익대표 4인으로 구성되었다. 또한 의료보험법 제34조에 보건사회부 장관이 의료보험심의위원회의 심의를 거쳐 정한 산정기준에 의하여 심사한 후 지급한다는 요양급여의 비용에 관한 사항을 규정하고 있었다.

의료보험법 시행규칙에는 법에서 위임한 내용인 업무수행 절차에 대한 내용이 규정되었으며, 이 때의 가장 중요한 현안 중의 하나는 1977년 6월 8일 보건사회부 고시 제16호와 제17호로 고시된 진료수가기준과 요양급여기준의 제정이었다. 지금까지도 가장 커다란 쟁점이 되고 있는 이 두 고시는 의료인을 포함한 모든 국민의 권리와 의무에 직접적인 영향을 미치게 되므로 충분한 입안예고 절차를 거쳐

고 청문회를 개최하는 것이 합법성을 확보할 수 있는 정도였으나 법 제35조에서 의료보험심의위원회의 심의를 거쳐 정한 산정기준에 의하여 산정하도록 하였으며, 시행을 1개월 앞둔 1976년 6월 1일 신현확 장관 주재로 의료보험심의위원회가 개최되었으나 통과가 보류되었다.

그 후 2차례에 걸쳐 위원회가 개최되었으나 어려움에 처한 보건사회부가 제3차 심의위원회에서 심사위원들의 회의비 영수서명을 붙여 통과시켰다. 이 부분에 대해 손명세(1989; 1998)¹⁸⁾는 현재의 노·사·정 위원회에서 끝까지 합의를 도출해 내려는 노력과 비교가 되며 이 고시의 결정과정과 내용이 현재의 의료보험의 운영을 어렵게 하고 정부와 의료계의 갈등을 만들어 내고 의료보험제도에 대한 의사업단의 불만을 키우는 핵심적인 역할을 한 것으로 보았다. 또한 이러한 방법으로 통과시킨 보건사회부 고시인 진료수가기준과 요양급여기준의 심의가 의료보험 실시 20년 동안 의료보험심의위원회를 계속 서면결의의 형태로 운영하는 보건복지부의 관행으로 굳어졌고 또한 입안예고도 없이 타당하지 않은 법을 집행하는 보건행정의 단초를 제공했다고 판단하였다.

이 당시 진료수가의 파행적 심의와 강제고시를 통하여 토라진 의료계와 마찰이 있을 수밖에 없었으며, 이 때문에 시행 6개월 후인 1977년 말까지 병원급 의료기관의 14%, 의원급 의료기관의 31%가 단 하나의 조합과도 지정계약을 체결하지 않은 제도 불참 상태였다. 이것에 대한 근본원인은 의료계를 설득시키고 이해를 구하는 노력이 충분하지 못하였다는 것을 그 이유로 들 수 있다.

그 후 심의위원회는 1980년 5월 10일 제정된 의료보험법 시행령 제986호에서 근로자, 사용자, 의료계 각 4인과 공익대표 5인으로 구성하도록 하였고, 1988년 7월 22일에는 근로자 3인, 사용자 3인, 지역주민 3인, 의약계 7인, 공익 7인으로 바뀌었다. 이 구성은 1989년 9월 29일 제정된 시행령에서는 근로자 2인, 사용자 2인, 지역주민 2인, 의약계 8인, 공익 5인으로 다시 바뀌었다. 이 위원회의 구성은 의료계의 각종 제언이나 보도활동, 정부와의 긴밀한 협조체제를 통해 의견개진을 한 결과라고 볼 수 있다.

18) 손명세, 한국의료보험 정책 결정과정의 연결망 분석, 연세대학교 박사학위논문, 1989. 한동관, 손명세, 의료보험법 분석, 동림사, 1998.

이 위원회의 구성은 다시 1994년 8월 1일 제14350호로 제정된 시행령에서 보험자 2인, 피보험자 4인, 사용자 2인, 의약계 8인, 공익 5인으로 구성되었고, 1999년 국민건강보험법이 제정되면서 건강보험심의조정위원회로 명칭이 바뀌고 이에 관한 사항들이 법령에 규정되었다. 이 법에 의한 위원회의 구성은 보험자·가입자·사용자 대표 8인, 의약계 대표 6인, 공익대표 6인으로 구성되어 지금까지 이어지고 있으며, 요양급여비용과 건강보험에 관한 주요사항을 심의하고 있다.

4.1.2.2 재정운영위원회

국민건강보험법 제31조 재정운영위원회에 관한 규정에 의해 이사회 외에 보험료의 조정 기타 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결하기 위해 국민건강보험공단에 재정운영위원회를 두고 있다. 재정운영위원회는 건강보험심의조정위원회가 보험기준, 보험수가 등의 지출에 관한 사항을 결정한 경우 그 수입을 통제하는 역할을 한다.

재정운영위원회의 위원회 구성은 가입자와 공익의 구도를 띄고 있으며 구성원수는 가입자 측에 직장가입자를 대표하는 위원 10인, 지역가입자를 대표하는 위원 10인으로, 총 20명이 가입자 대표로 구성되어 있으며 공익을 대표하는 위원은 10인으로 구성되어 보험료에 관한 사항을 가입자와 공익 위원이 협의를 통해 심의·의결하는 기구로서의 역할을 하고 있다. 재정운영위원회의 경우 보험료에 관한 사항을 의결하는 기구로서 의료계는 참여하고 있지 않다.

그 구체적인 구성에 있어서 직장가입자의 경우 노동조합 및 사용자 단체가 각각 5인씩 추천하며, 지역가입자의 경우 농어업인단체·도시자영업자단체 및 시민단체가 각각 추천한다¹⁹⁾. 그리고 공익을 대표하는 위원은 대통령령이 정하는 관계 공무원²⁰⁾ 및 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 중에서 보건복지부장관이

19) 국민건강보험법 시행령 제17조 농어업인단체 및 도시자영업자단체가 추천하는 자 각 3인, 시민단체가 추천하는 자 4인을 말함.

20) 재정경제부장관·보건복지부장관 및 기획예산처장관이 소속 4급 이상 공무원 중에서 지명하는 자 각 1인을 말함.

임명·위촉한다.

재정운영위원회의 임기는 2년으로 하고 있으며 공무원인 경우 그 재임기간, 복원된 자의 경우 그 잔임기간으로 하도록 하고 있다²¹⁾. 그리고 재정운영위원회의 운영에 관해서는 이사회의 운영과 같고 정기회의는 년 1회 소집한다²²⁾.

재정운영위원회는 보험급여비용의 변동 등으로 보험재정에 중대한 변화가 발생한 경우 이를 반영하여 가입자의 보험료율이나 보험료의 조정 등에 관한 사항을 심의·의결하여야 하고, 이에 관한 사항이 심의·의결된 경우 재정위원회의 위원장은 그 내용을 공단의 이사장에게 즉시 통보하도록 하고 있다²³⁾. 다만, 현재는 국민건강보험재정건전화특별법에 따라 한시적으로 건강보험정책심의위원회에서 재정운영위원회의 기능 중 보험료 조정에 관한 기능을 담당하고 있다. 재정운영위원회의 회의는 정기회의와 임시회의로 구분되어 소집되며, 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고 출석위원 과반수의 찬성으로 의결된다.

요양급여비용은 공단 이사장과 의약계를 대표하는 자가 계약으로 정하게 되는데 재정운영위원회가 계약 체결 시 계약에 관해 심의·의결을 하고 있다. 또한 국민건강보험법 제42조에 의해 계약이 체결되지 아니하는 경우에는 보건복지부 장관이 건강보험심의조정위원회의 심의를 거쳐 정하는 금액이 요양급여비용이 된다.

4.1.3 건강보험정책심의위원회의 법적 근거

건강보험정책심의위원회는 정부조직법과 행정기관의조직과정원에관한통칙, 국민건강보험재정건전화특별법에 의해 위원회의 설치 근거를 찾을 수 있다.

현행 정부조직법은 행정위원회를 합의제행정기관과 행정기관의 부속기관 중 하나인 자문기관으로서의 자문위원회로 구분하여 규정하고 있다. 행정위원회는 행정기관의 소관사무의 일부를 독립하여 수행할 필요가 있을 때 행정기관과 아울러 규칙을 제정할 수 있는 준입법적 기능 및 의의 결정 등 재결을 행할 수 있는 준

21) 국민건강보험법 제32조.

22) 국민건강보험법 시행령 제18조.

23) 국민건강보험법 시행령 제16조.

사법적 기능을 가지는 합의제 행정기관이다²⁴⁾. 자문위원회는 정부조직법과 통칙 규정에 의해 그 부속기관 중 행정기관의 자문에 응하여 행정기관에 전문적인 의견을 제공하거나 자문을 구하는 사항에 관하여 심의·조정·협의하는 등 행정기관의 의사결정에 도움을 주는 자문기관이다.

정부조직법에 의해 위원회를 행정위원회와 자문위원회로 구분해 볼 때, 건강보험정책심의위원회는 정부조직법 제4조 및 행정기관의조직과정원에관한통칙 제19조와 제20²⁵⁾조에 의해 행정기관의 자문에 응하여 전문적인 의견을 제공하거나 각 기관 또는 개인의 의견을 심의·의결하기 위해 설치된 합의제 행정기관이다.

행정기관의조직과정원에관한통칙 제20조 자문기관의 설치에 관한 규정 중 업무의 내용이 전문적인 지식이나 경험이 있는 자의 의견을 들어 결정할 필요가 있어야 하며, 업무의 내용이 다수기관에 관련되어 기관간의 의견을 조정하여야 할 필요가 있고, 업무의 성질상 특히 신중한 절차를 거쳐 처리할 필요가 있어야 한다는 자문기관의 설치 요건을 볼 때 건강보험정책심의위원회는 건강보험의 재정적자를 조기에 해소하고 빠른 재정건전화 목표달성을 위해 정부, 가입자, 의약계가 모두 참여한 상황에서 협의와 조정절차를 거쳐 합의에 이를 필요성이 있음을 볼 때 통

24) 정부조직법 제5조 (합의제행정기관의 설치) 행정기관에는 그 소관사무의 일부를 독립하여 수행할 필요가 있는 때에는 법률이 정하는 바에 의하여 행정위원회 등 합의제행정기관을 둘 수 있다.

행정기관의조직과정원에관한통칙 제21조 (합의제행정기관의 설치) 정부조직법 제5조의 규정에 의하여 행정기관에 그 소관사무의 일부를 독립하여 수행할 필요가 있을 때에는 법률이 정하는 바에 의하여 행정기능과 아울러 규칙을 제정할 수 있는 준입법적 기능 및 의의 결정 등 재결을 행할 수 있는 준사법적 기능을 가지는 행정위원회 등 합의제행정기관을 둘 수 있다.

25) 정부조직법 제4조(부속기관의 설치) 행정기관에는 그 소관사무의 범위안에서 필요한 때에는 대통령령이 정하는 바에 의하여 시험연구기관·교육훈련기관·문화기관·의료기관·제조기관 및 자문기관 등을 둘 수 있다.

행정기관의조직과정원에관한통칙 제19조 (부속기관과 그 하부조직의 설치) 제1항 정부조직법 제4조의 규정에 의하여 행정기관에 그 기관에 부속하여 이를 지원하는 부속기관을 둘 수 있다.

행정기관의조직과정원에관한통칙 제20조 (자문기관의 설치) 제1항 제19조제1항의 규정에 의하여 행정기관의 부속기관으로 위원회 또는 심의회 등의 자문기관을 두는 경우에는 다음 각호의 요건을 갖추어야 하며, 위원회를 설치한 경우에는 이를 지체없이 행정자치부장관에게 통보하여야 한다.

1. 업무의 내용이 전문적인 지식이나 경험이 있는 자의 의견을 들어 결정할 필요가 있을 것
2. 업무의 내용이 다수기관에 관련되어 기관간의 의견을 조정하여야 할 필요가 있을 것
3. 업무의 성질상 특히 신중한 절차를 거쳐 처리할 필요가 있을 것

칙 규정에 부합하는 위원회의 설치 근거를 찾을 수 있다.

또한 국민건강보험재정건전화특별법 제3조에 보험료 조정을 해오던 재정운영위원회와 수가조정 등 국민건강보험 관련 사항들을 심의해 온 건강보험심의조정위원회를 통합하여 건강보험정책심의위원회로 일원화되도록 그 설치 근거를 명시하고 있다.

따라서 건강보험정책심의위원회는 정부조직법, 행정기관의 조직과정원에 관한 통칙 및 국민건강보험재정건전화특별법에 의해 설치근거가 마련된 위원회로 기존 위원회와의 기능 중복이나 설치 필요성, 시급성 등에 있어서 법적 근거가 제시된 부처에 소속된 위원회로 의사결정권이 있는 심의·의결기관이라고 할 수 있다.

표5. 위원회별 설치근거 및 설치목적

위원회명	설치근거	설치목적	설치일	위원구성		위원장
				계	위 원	
건강보험 심의조정 위원회	국민건강 보험법 제4조	요양급여기준, 요양급여 비용, 기타 건강보험에 관한 주요사항 심의	1999.2.8	20 명	1. 보험자, 가입자, 사용자 대표 8인 2. 의약계 대표 6인 3. 공익 대표 6인	보건 복지부 차관
공단 재정운영 위원회	국민건강 보험법 제31조 ²⁶⁾	보험료의 조정 기타 보 험재정과 관련된 주요 사항 심의·의결	2000.7.1	30 명	1. 직장가입자 대표 10인 2. 지역가입자 대표 10인 3. 공익 대표 10인	공익 대표
건강보험 정책심의 위원회	국민건강보험 재정건전화특 별법 제3조	요양급여기준, 요양급여 비용, 보험료율, 기타 건 강보험에 관한 주요사항 심의·의결	2002.1.19	24 명	1. 건강보험 가입자 대표 8인 2. 의약계 대표 8인 3. 공익 대표 8인	보건 복지부 차관

26) 국민건강보험공단 정관 제4장 제34조 내지 제40조에 재정운영위원회에 관한 사항이 규정되어 있다.

4.2 건강보험정책심의위원회의 기능

건강보험정책심의위원회는 보험료와 수가를 별도의 기구에서 심의·결정함에 따라 보험재정의 수지균형에 대한 고려가 미흡하여 보험재정의 수입부문과 지출부문을 상호 밀접한 연계성을 가지고 운용·결정되도록 심의·결정기구를 일원화할 필요성에 따라 설치된 기구로서 건강보험재정에 관하여 전문성·정치적 중립성과 참여정의의 패러다임을 구현하기 위한 국민건강보험제도의 핵심적인 기관이다. 또한 건강보험 유지운영에 국민적 대표를 포괄적으로 합의체의 형식으로 참여시켜 모든 사회구성원이 책임의식을 갖고 주체적으로 참여할 수 있도록 한 합의체 기관이라 할 수 있다.

건강보험정책심의위원회는 보험료, 보험수가 등 건강보험에 관한 주요사항을 심의·의결하기 위한 위원회로 국민건강보험재정건전화특별법 제3조에 보험료에 관한 사항, 요양급여에 관한 사항, 요양급여 비용에 관한 사항, 기타 건강보험에 관한 주요 사항 등 심의·의결 사항이 명시되어 있다. 국민건강보험재정건전화특별법상 규정되어 있는 위원회의 심의·의결하고 있는 사항을 구체적으로 보면 보험료조정소위원회와 수가조정소위원회에 관한 운영규정안, 보험료 조정에 관한 안건, 담배부담금 배분방안, 수가조정관련 진행사항, 상대가치운영기획단 운영안, 초진진찰료 산정기준 개선방안, 희귀·난치성질환자 외래본인일부부담금 경감대상 확대, 보험급여중인 의약품의 상한금액 조정안 등 건강보험에 관련된 정책사항들이 논의된다. 이 외에 신의료기술 등의 결정 및 조정기준에 관한 사항도 전문평가위원회의 평가를 거친 후 위원회가 심의를 거쳐 최종 결정하고 있다.

위원회의 기능이 정부 부처간 정책의 조정 및 심의 기능, 정부부처에서 상정된 정책에 대한 의결 기능, 정부부처 장관의 정책에 대한 자문 기능, 정부와 관련 이익집단간의 이익갈등을 조정하고 중재하는 기능으로 나누어 볼 때 건강보험정책심의위원회는 심의·의결 기능뿐만 아니라 자문위원회의 역할인 특정한 행정부문의 활동에 관하여 자문에 응하며 조언을 하는 것과 서로 이해가 대립되는 견해를

조정하여 합의에 이르게 하는 자문위원회의 기능을 어느 정도 갖는다. 그러나 보험료와 건강보험수가에 관해 조정과 중재의 과정을 거쳐 협상에 이르도록 하는 조정기능은 없다고 볼 수 있다.

4.3 건강보험정책심의위원회의 구조

위원회의 위원 구성은 위원회의 성격과 기능 등에 맞게 실질적인 토의가 이루어 질 수 있도록 해당분야의 실무 책임자 등 전문가를 포함하여 구성하는 것이 바람직하다.

건강보험정책심의위원회의 경우 위원 구성은 국민건강보험재정건전화특별법 제 4조 심의위원회의 규정에 의해 구성된다. 가입자 대표, 의약계 대표, 공익 대표와 위원장으로 구성되는 이러한 구조는 위원회가 가입자, 의약계, 공익 등 3자가 협의를 통하여 주요 건강보험관련 정책을 결정하는 소위 3자 협의체제(tripartite structure)임을 보여준다. 위원회 구성원의 구성비율은 각각 8인의 동수로 구성되어 있으며, 위원은 각 소속 단체의 추천을 통해 보건복지부장관이 위촉한다. 위원장인 보건복지부차관은 당연직이며, 나머지 위원들은 위촉직으로 구분된다.

구성된 위원회의 각 대표를 보면, 공익대표는 공무원 2명, 보험자 2명, 전문가 4명, 의약계대표는 대한의사협회 등 의료계에서 6명, 약업계 대표 2명으로 구성되어 있다. 그리고 가입자 대표는 근로자 단체 2명과, 사용자 단체 2명, 시민단체 1명, 소비자 단체 1명, 농어업인 단체 1명, 자영자관련 단체 1명으로 구성되어 있다. 건강보험정책심의위원회의 이러한 위원 구성은 각각의 사안에 관해 관련된 소수의 결정자들에게 권한이 집중되어 결정되는 방식이 아닌, 관련된 당사자들이 모두 참여하는 방식을 따르고 있다. 그리고 보건의료체계의 주요 참여자들이 환자와 보험공단, 의사협회, 병원협회등의 의료인, 제약부문, 동양의학, 복지부 등의 정부 그리고 관련 연구소들임을 볼 때 이러한 각계의 다양한 집단의 균등한 참여는 참여정의의 형식적 측면의 요건을 충족시키고 있다고 볼 수 있다.

과거 전문인이 위원회의 다수를 차지하고 있는 상황이나 현재 복지부 산하의

위원회중 의결을 주로 하는 위원회인 경우 공무원의 비중이 높고, 자문 위원회인 경우 교수나 전문가의 비중이 높다. 이는 위원회의 기능을 반영하여 위원들을 구성하고 있음을 보여준다. 그러나 현대사회가 복잡적이고 다원적인 사회로 발전해감에 따라 구성원의 선호와 견해, 신념들도 더욱 복잡해지고 다양해지고 있을 뿐만 아니라 국민건강보험 재정적자 문제가 정부뿐만 아니라 의약계, 보험자, 피보험자 모두가 관심을 갖고 참여해야 하는 중요 사안이므로 관련자들의 실질적인 참여를 통해 문제점을 해결하고 국민적 합의를 이끌어 내는 것이 중요하다. 이러한 측면에서 건강보험정책심의위원회는, 대표자²⁷⁾들로 구성되는 형식으로 정부, 학계, 시민단체, 노동조합, 일반시민 등 국민건강보험과 관련된 당사자들이 모두 참여하고 있어 기존의 위원회와는 구별되는 시민들의 동등하고 자유로운 참여라는 정치적 평등을 충족시키는 바람직한 모습을 띠고 있다고 볼 수 있다.

4.4 건강보험정책심의위원회의 절차

4.4.1 건강보험정책심의위원회의 운영

위원회의 회의는 국민건강보험재정건전화특별법 제7조의 규정에 의해 위원장이 필요하다고 인정할 때나 재적위원 3분의 1이상의 요구가 있는 때에 이를 소집하며, 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. 의결과정에서 위원장은 의결 결과가 가부 동수일 때를 제외하고는 의결에 참여하지 못하도록 되어 있다.

국민건강보험재정건전화특별법 제7조 제5항에는 안건을 검토하기 위한 소위원

27) 베셋은 공공정책에 대해 구성원들 모두의 참여보다 대표자들을 통한 참여가 더 바람직하다고 보는 이유를 첫째, 대표자들이 공적 사안에 있어서 더욱 지식이 있고 경험이 풍부하고, 둘째, 공동의 관심사에 대한 집단적 이성을 증진시킬 수 있는 제도적 메카니즘 내에서 기능하지만 구성원들은 그럴 수 있는 환경과 시간, 성향들이 결여되어 있기 때문으로 보았다. Joseph Bessette, *Deliberative Democracy: the Majority Principle in Republican Government*, Washington D.C: American Enterprise Institute, 1980, p.104.

회를 둘 수 있도록 규정하고 있으며, 이에 따라 위원회는 보험료조정소위원회, 수
가조정소위원회, 약가제도개선소위원회, 약제전문평가위원회, 치료재료전문평가위
원회, 의료행위전문평가위원회, 한방의료행위전문평가위원회, 질병군전문평가위원
회 등을 두어 건강보험에 관한 사항들에 대해 심도 있는 전문적 검토 과정을 거
치고 있다. 소위원회의 운영에 관한 사항은 건강보험정책심의위원회의 의결을 거
쳐 정해진다.

독일의 의사·질병금고 연방위원회도 원활한 업무의 수행에 필요한 자문을 구
하기 위해 가족계획위원회, 의약품소위원회 등 분야별로 10여 개의 소위원회를 두
고 의료행위 평가기준의 제정 및 변경을 의결하도록 하고 있다. 평가소위원회에서
의료급여에 대한 모든 사항도 결정한다. 이 평가소위원회에는 보험의료계와 질병
금고에서 각 7명이 참여하며, 의장은 보험의료계와 질병금고가 순번제로 담당하고
있다. 평가소위원회에서 특정사항에 대해 찬반동수가 되어 결의되지 못하는 경우
평가소위원회확대회의를 소집하여 결의한다. 평가소위원회확대회의는 2명 이상의
요구가 있을 때 평가소위원회에 1명의 중립적인 위원장과 4명의 중립적인 위원을
선출하는데 보험의료계와 질병금고 연합회에서 2명을 추천하도록 하고 있다.

건강보험정책심의위원회의 경우에도 위원회 내에 약가제도개선소위원회, 보험료
조정소위원회, 수가조정소위원회 등 전문소위원회를 구성하여 운영하고 있다. 보
험료조정소위원회의 경우 가입자 5인, 의약계 2인, 공익 4인으로 구성되며, 수가조
정소위원회는 가입자 2인, 의약계 5인, 공익 4인으로 구성되어 운영되며 소위원회
위원장은 공익을 대표하는 위원중에서, 소위원회 위원은 위원중에서 위원회가 호
선하는 것으로 위원회 운영규정을 정하고 있다.

4.4.2 건강보험정책심의위원회의 의사결정과정

건강보험정책심의위원회의 의사결정과정의 흐름을 보면 의약계 대표가 제시하
는 주장과 가입자 대표가 제시하는 주장을 실무검토를 거쳐 건강보험정책심의위
원회의 소위원회의 전문평가위원회의 평가를 필한 후 건강보험정책심의위원회의
심의를 거치게 되며, 최종 의결된 안에 대해 보건복지부 장관이 이를 고시하는 절

차를 취한다. 이 과정에서 기존의 재정운영위원회의 조정기능과 건강보험심의조정위원회의 다소나마 존재하던 조정기능이 없고 심의·의결기능만이 있을 뿐이다. 그러나 건강보험정책심의위원회의 심의·의결기구로서의 법적 성격상으로는 현재의 의사결정과정에는 문제점이 존재하지 않는다.

건강보험관련 안건의 의사결정과정을 위원회에서 주로 논의되고 많은 논란이 되고 있는 보험료와 건강보험 수가결정 중 요양급여비용 계약과정을 통해 의사결정과정(그림3)을 자세히 살펴보면 다음과 같다.

수가계약제가 도입되기 전 건강보험수가는 보건복지부장관이 재정경제부장관의 사전 협의와 건강보험심의위원회의 심의를 거쳐 수가 인상여부 및 수준을 결정하였다. 수가계약제의 도입으로 보험자와 요양급여비용협의회 대표가 계약을 통해서 건강보험수가를 결정하고 있다. 이 과정을 구체적으로 살펴보면 계약을 위해 의약계가 요양급여비용협의회를 구성하여 그해 수가를 계약하기 위한 협의 과정을 거친 후, 국민건강보험공단의 이사장(보험자)과 요양급여비용협회의 위원장이 계약을 위한 협상과정에 들어가게 된다. 계약이 체결되지 않는 경우 전문평가위원회로 구성된 수가조정소위원회의 평가를 거친 후 건강보험정책심의위원회의 심의·의결과정을 거치게 된다. 협의가 되지 않는 경우, 정부안이 마련되고 위원회의 표결과정을 거쳐 출석위원 과반수의 찬성으로 결정된 요양급여비용이 고시된다.

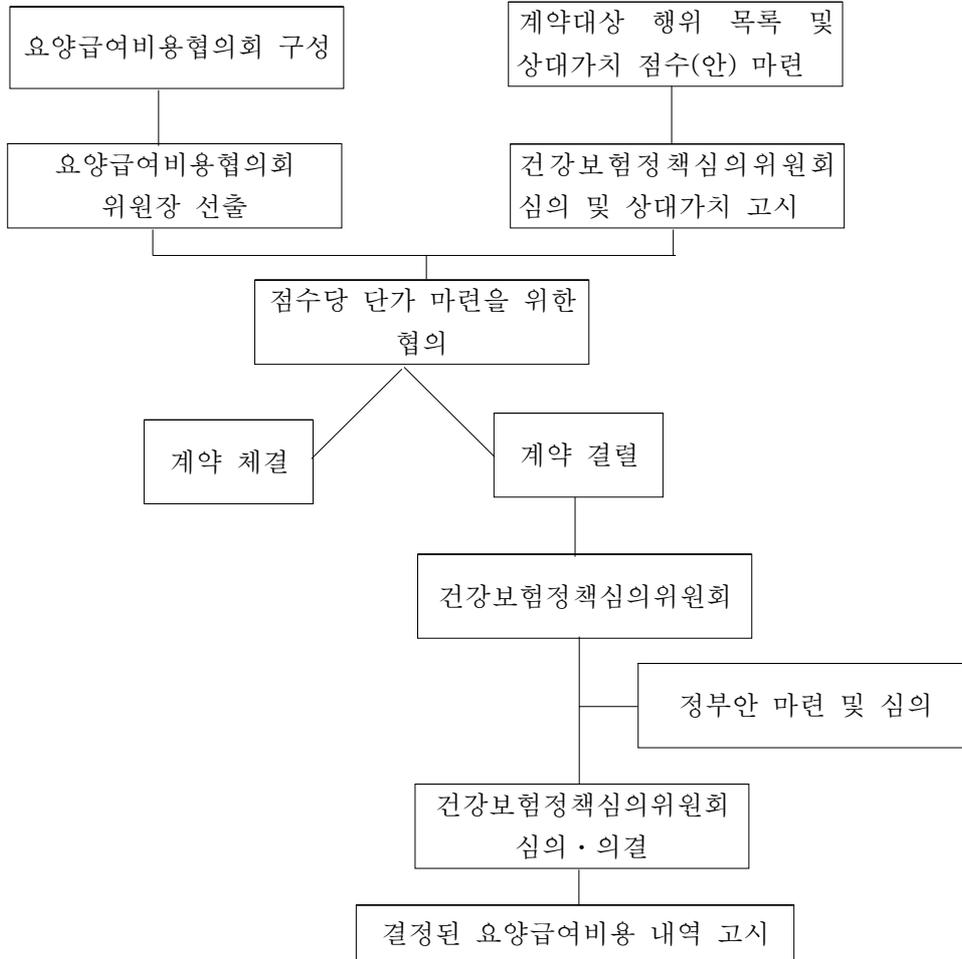


그림3. 요양급여비용 체결 및 결정 과정

제5장 건강보험정책심의위원회의 문제점 분석 및 입법정책적 제언

5.1 건강보험정책심의위원회의 기능적 측면

위원회의 기능은 크게 정부부처 간 정책의 조정 및 심의 기능, 정부부처에서 상정된 정책에 대한 의결 기능, 정부부처의 장관의 정책에 대한 자문 기능, 정부와 관련 이익집단간의 이익갈등의 조정 및 중재의 기능으로 분류할 수 있다.

건강보험정책심의위원회의 기능은 특별법 제3조에 의해 건강보험에 관한 사항을 심의·의결하는 기구로서의 성격이 강하다. 심의·의결 기능에 중점을 두고 있는 특성으로 인해 이해 당사자들간의 이익갈등을 조정 및 중재를 통해 협의에 이르도록 하는 기능은 미흡하다. 위원회의 이러한 기능적 결함은 위원회가 사실상 보험료와 보험수가의 계약을 체결하기 위한 이해 당사자들이 의약계와 가입자간이 아니라, 건강보험법상 의약계와 보험자(공단), 보험자간 협의를 필요로 하는 구조로 이루어져 있어 필연적으로 갈등이 따르는 상황임에도 불구하고 심의·의결 기능에 중점을 두고 있어 이들 간의 갈등 문제를 근본적으로 해결해 주기 위한 제도적 장치가 되고 있지는 않다. 또한 심의·의결 기능에 중점을 둔 위원회로의 통합전환은 논의를 통해 사안을 해결하는 것이 아니라 건강보험관련 사안을 결정하는데 중점을 두고 위원회가 운영되기 때문에 건강보험과 관련된 정부·보험자·의약계·가입자를 축으로 하여 공동노력으로 재정문제를 해결하고자 한 국민건강보험재정건전화특별법의 입법취지에도 반한다고 할 수 있다. 이렇듯 건강보험정책심의위원회의 현재의 기능은 건강보험관련 당사자들이 모두 참여하고 있어 참여정의의 형식적 요건을 충족시키고 있으나 실질적인 이해 당사자가 되는 공단과 의약계 등의 본질적인 갈등구조와 그 해결방식을 외면하고 있어 참여의 의미를 퇴색시킬 뿐만 아니라, 위원회가 단지 보건복지부의 전심기관이라는 오명과 불신을 낳게끔하는 요인이 된다. 이로인해 위원회의 운영은 위원회를 통해 자신들의

안을 제시하고 조정 및 중재과정을 거쳐 현안을 해결하려던 위원들의 기대에 미치지 못하게 되고, 위원들은 제도적 장치인 위원회의 직접적인 참여를 통해 정책과정에서 적극적인 역할을 담당하기보다 주요정책과정에서 보조적인 역할을 담당하는 기능밖에 수행하지 못하게 된다.

위원회의 조정 및 중재기능이 미흡하고 심의·의결에 중점을 두고 위원회가 운영되는 것으로 인해 결국, 참여정의 구현에 있어서 참여정도를 저하시키게 되고, 이러한 문제점들은 기능적인 측면뿐만 아니라 위원구성의 구조적인 문제로 이어지게 된다. 그리고 조정절차없이 심의·의결만을 이행함으로써 인해 보험료율이나 보험수가 계약과정을 제약하는 결과를 초래하게 되어 절차상의 문제점도 야기하게 된다.

현재의 위원회가 조정 및 중재기능의 결합으로 의사결정과정에서 발생하는 갈등을 해결할 수 있도록 현행 위원회의 조정 및 중재 기능을 강화하는 방안이나 새로이 조정 및 중재 역할을 할 수 있는 위원회의 설치를 필요로 한다. 그러나 새로운 위원회의 설치는 또 다른 재정 낭비를 불러일으키게 되므로 현재의 건강보험정책심의위원회의 기능을 강화하는 방안으로 위원회의 기능에 조정 및 중재의 기능을 포함하도록 하여, 심의·의결 기능뿐만 아니라 조정 및 중재 역할까지 이행할 수 있도록 하여 많은 갈등과 논란을 야기하고 있는 보험료와 보험수가계약상 발생하고 있는 문제점을 근본적으로 해결할 수 있도록 하여야 한다.

5.2 건강보험정책심의위원회의 구조적 측면

위원회의 위원 구성은 앞에서 살펴본 건강보험정책심의위원회의 역사적 변천과정과 건강보험정책심의위원회의 구성되기 이전의 상황들을 살펴보았을 때 많은 논란이 있었던 만큼 구성원의 조정이 가장 크고 민감하게 변화되었다.

국민건강보험재정건전화특별법에서는 위원들을 대표자들로 구성하도록 제한하고 있으며 이러한 대표자들이 위원회의 의사결정 사안에 대해 심의·의결하는 주체가 된다. 이 법에 규정된 위원회의 구도는 크게 가입자, 의약계 그리고 공익으

로 구성되어 있으며 각 대표가 동수로 구성되어 있다. 이 구도는 건강보험심의조정위원회의 위원회 구성과는 차이가 없고, 위원회 구성원에 있어서 실질적인 인원배정만이 차이가 있을 뿐이다. 즉 가입자 대표와 의약계 대표가 각각 2인씩 늘었고, 공익대표에 공단과 심평원의 추천인사가 포함되었으며, 이로 인해 많은 논란이 일고 있다(표6).

표6. 건강보험심의조정위원회, 공단 재정운영위원회와 건강보험정책심의위원회의 구성 비교

	건강보험심의조정위원회	공단 재정운영위원회	건강보험정책심의위원회
기능	요양급여의 기준, 요양급여비용(계약미체결시)의 심의	지역, 직장가입자의 보험료액 또는 보험요율의 심의, 의결	두 위원회의 기능 통합
구성	1. 가입자 및 사용자 대표 8인 - 노동조합, 사용자단체, 지역가입자 대표 각 2인 - 공단 이사장 추천 1인 - 심평원 원장 추천 1인 2. 의약계 대표 6인 3. 공익 대표 6인	1. 가입자 대표 10인 사용자 대표 10인 - 근로자대표 5인 - 사용자대표 5인 - 농어민, 자영자, 시민단체 추천자 10인 2. 관계 공무원 및 공익 대표 10인	1. 가입자 대표 8인 - 근로자 단체 2인 - 사용자 단체 2인 - 시민 단체 1인 - 소비자 단체 1인 - 농어업인 단체 1인 - 도시자영자 단체 1인 2. 의약계 대표 8인 3. 공익 대표 8인 - 공무원 2인 - 공단 1인 - 심평원 1인 - 전문가 4인

재정운영위원회와 비교해 볼 때 재정운영위원회는 전체 위원의 2/3가 가입자 대표로 구성되었으나 건강보험정책심의위원회는 전체 위원의 1/3이 가입자 대표로 구성되어 가입자의 권한이 대폭 약화되었음을 볼 수 있다. 이렇듯 재정운영위원회는 보험료의 결정에 있어 가입자와 공익대표로 구성되어 운영되었지만 건강보험정책심의위원회는 수가의 결정뿐만 아니라 보험료의 결정까지도 의약계 대표의 참여가 가입자 대표와 동등하게 보장되어 있다. 즉, 가입자의 보험료 결정에 있어서의 권한이 대폭 축소되고 수가인상과 보험료 결정에 대한 의약계의 권한이

대폭 확대된 상황이라고 볼 수 있다. 또한 현재의 건강보험정책심의위원회의 위원 구성이 기존의 공단 재정운영위원회의 구성과 차이를 보이는 상황에서 위원회의 구성과 운영에 있어 공익대표의 역할은 대단히 중요하다고 할 수 있다.

그러나 위원구성의 이러한 비교는 단지 종전의 위원회와 구성비만을 놓고 비교한 것이고, 심의·의결기구로서의 위원회의 구조적 측면의 위원구성은 가입자, 의약계, 공익위원들이 모두 동수로 구성되어 있어 의결 시 의결이 되지 않아 안전이 처리되지 않는 문제가 발생하지 않도록 가입자와 의약계측 어느 한쪽으로도 기울지 않도록 구성되어 있음을 볼 수 있다. 여기에는 공익위원들이 가입자와 의약계 어느 측도 선호하지 않고 객관적인 입장을 취해야 한다는 조건이 따른다. 이렇듯 위원회가 심의·의결기구로서의 성격을 갖을 때 현재의 위원회는 위원 구성에 있어 각각의 참여자가 동수로 구성되어 있어 형식적 측면에서는 정당성이 확보된다.

그러나 심의·의결기구로서의 위원회의 구도가 가입자, 의약계, 공익으로 이루어져 있지만 앞에서 보았듯이 사실상 국민건강보험법상 이해 당사자는 의약계와 보험자(공단), 가입자와 보험자(공단)로 이들 당사자간의 협의의 과정을 통해 의견을 조율해야 하는 구도이므로, 현재의 위원회의 기능적 측면에서의 조정 기능의 결함은 위원회의 구조적인 문제점으로까지 이어지게 된다. 위원회의 조정기능의 결함이라는 기능적 측면의 문제점을 바탕으로 하여 현재의 위원구성을 분석해 보면 다음과 같다.

건강보험정책심의위원회에 조정기능을 첨가하여 그 기능을 강화하는 경우 현재의 위원회의 구조를 재구성할 필요성이 제기된다. 왜냐하면, 의약계와 가입자간의 갈등을 공익위원이 이를 중재하는 방식이 아니라 갈등의 주체가 되는 보험자와 의약계, 보험자와 가입자간의 이해관계를 공익위원이 중재하는 방식이어야 하기 때문이다.

우리나라 위원회의 대부분이 정부, 민간 이해 당사자, 그리고 중립적인 입장을 취하는 측으로 위원들이 구성되어 정부와 이해 당사자간의 화해를 목적으로 위원회가 운영되고 있으며 이를 위해 공익위원이 중립적인 역할을 담당하고 있다. 그러나 기존의 위원회와는 달리 건강보험정책심의위원회인 경우 의약계, 가입자, 공

익으로 구분되어 위원회가 운영되고 있으며, 이 구도만을 보았을 때는 의약계와 가입자간의 이익갈등을 놓고 공익위원이 중립적인 역할을 하는 것으로 비쳐질 수 있다. 그러나 건강보험정책심의위원회는 정부가 운영하고 있는 위원회와는 달리 건강보험에 관해 입장차이²⁸⁾를 보이는 사람들로 구성되어 있고, 국민건강보험법상 현행 국민건강보험체계가 국민건강보험공단과 의약계, 국민건강보험공단과 가입자가 협상을 통해 보험료와 보험수가에 관해 합의를 이끌어 내야 하는 구도이므로, 의약계와 가입자간 갈등을 공익위원의 중재역할을 통해 해결하는 것이 아니라 공단과 의약계간의 수가계약시의 갈등을 공익위원이 이를 중재하고 절충안을 모색할 수 있는 구조로 재편성되어야 한다. 현재의 구조상으로는 갈등 해결을 위한 중재역할을 수행하기보다 의결기능에 더 중점을 둔 구조로 이루어져 있기 때문이다.

건강보험정책심의위원회와 독일의 의사·질병금고연방위원회를 비교해 볼 때 의사·질병금고연방위원회는 심의·의결기능뿐만 아니라 조정기능을 주된 목적으로 하여 설치되었다. 따라서 이 위원회는 기본적으로 심의·의결기능을 수행할 뿐만 아니라 조정기능을 위해 총 21명의 위원으로 구성되어 있으며, 3명의 중립적인 위원과 보험의료계 대표 9명, 질병금고 대표 9명으로 구성되어 있다. 가입자, 의약계, 공익위원으로 구성되어 있는 건강보험정책심의위원회의 구도와는 달리 독일의 의사·질병금고 연방위원회가 보험의료계와 질병금고, 그리고 이들 간의 이견을 다루기 위한 구조로 이루어져 있음을 볼 때, 공익위원의 구도는 두 위원회의 조정 및 중재 기능의 유무에 따른 기능적 측면의 차이점을 보여주며 조정 및 중재 기능을 강화하는 경우 위원회가 갖추어야 할 위원구성의 구도를 보여준다.

독일의 의사·질병금고 연방위원회의 위원장을 포함한 3명의 중립적인 위원은 보험의료계와 질병금고가 각각 추천을 하고 이들의 동의에 의해 임명되는 방식을 취하고 있으며 위원장은 전직 차관이 맡고 있고, 나머지 두 위원은 모두 법학자이다. 보험의료계와 질병금고 대표가 동수로 구성되고, 중립위원을 임명시 보험의료계의 추천 인사를 질병금고가, 질병금고의 추천인사를 보험의료계가 동의하는 방

28) 보건복지부와 민주당, 의료계, 약계는 주로 소비자 부담을 전제로 하는 수입증대에 치중하는 반면 시민단체들은 부당한 수가인상 철회, 의료수가와 약국 조제료의 대폭인하 등 주로 지출을 삭감하면서 국민의 의료보험료 인상을 최소화하는데 초점을 둔다.

식으로 위원을 임명하는 것은 위원회가 단순히 건강보험에 관한 사항에 대해 심의·의결 기능만을 갖고 있는 것이 아니라 조정기능까지 갖고 있기 때문이다. 조정기능을 이행하기 위해 각 대표가 동수로 구성되어야 하고 최종 의사결정시에도 각 대표간의 불만을 최소화하기 위해 중립위원으로 구성되는 위원들 또한 각 대표의 추천을 통해 임명되기 때문에 찬반동수가 되어 위원회의 결정이 어느 한 측의 이익만을 보장할 수 없으며, 결국 조정과 중재의 과정을 거치고 당사자들의 합의가 이루어진 하나의 안으로 결정될 수 밖에 없는 구조를 보여준다. 이것은 당사자들의 의견제시 및 반영정도가 높아 참여정의의 구현정도를 높일 수 있는 방안이 된다. 그리고 어느 한 측의 위원이 위원회에 참석하지 못하는 경우 다른 측의 위원도 동일하게 같은 수의 위원이 참석하도록 하여 어느 한측에서 제시된 의견으로 결정안이 기울지 않도록 하고 있으며, 이것은 또한 절차적 측면에서 표결에 대한 정당성까지 확보해 주는 지표가 된다. 또한 중립적인 위원에 속하는 위원장에 전직 차관을 임명하기 때문에 정부의 영향력으로부터 벗어나 당사자들 간의 이견에 대해 객관적인 입장에서 조정 및 중재의 역할을 이행하게 된다.

이와는 달리 중립적인 역할을 하는 현재의 국민건강보험정책심의위원회의 공익위원은 갈등 당사자가 되는 공단이나 정부 측 인사들로 구성되어 있어 조정 및 중재의 기능을 수행하기가 어렵다. 건강보험정책심의위원회의 공익위원은 8명의 위원중 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원이 추천하는 위원인 보험자 2명, 보건복지부와 재정경제부 공무원 2명 모두 공익대표로 구성되어 있어 당사자들 간의 직접적인 협상이 용이하지 않고, 오히려 어느 한 측의 이익을 옹호한다는 비난을 면키 어려운 구조적인 문제점을 안고 있다. 또한 전문가 4인중 2인이 한국보건산업진흥원, 보건사회연구원에 소속된 위원으로 이들 기관은 정부 산하 기관으로 이들 또한 정부의 영향력으로부터 자유로울 수 없는 입장에 있다고 볼 수 있다. 그리고 질병금고와 보험의료계의 추천을 통해 중립적인 위원을 임명하는 독일과는 달리 건강보험정책심의위원회는 보건복지부장관이 공무원의 추천들을 통해 위원을 위촉하는 형태여서 정부의 의견대로 결정되고 있다는 비판이 있으므로, 공익위원의 추천 및 임명에 대한 절차와 규정위원회에 대한 고려가 있어야 한다. 그리

고 위원회가 조정 및 중재 기능을 강화하는 경우 현재 8명으로 구성된 공익위원 수는 조정 기능을 이행하기에는 수가 많아 공익위원들 내에서도 의견조율이 힘들 수 있다.

5.3 건강보험정책심의위원회의 절차적 측면

5.3.1 건강보험정책심의위원회의 의사결정과정

위원회의 의사결정과정은 참여정의를 구현하는 가장 핵심적인 부분이라 할 수 있다. 위원회가 설치근거, 운영, 구성 등에 있어서의 형식적 요건들을 대체적으로 충족시키고 있으나 절차적 측면의 실질적인 절차상의 참여를 보장하기 위한 공정성은 확보되지 않고 있다고 할 수 있다. 실질적으로 공정성을 확보할 수 있는 가장 중요한 과정은 위원회의 의사결정과정이라고 볼 수 있는데 의사결정과정에서의 결정 안은 불공정한 결정이나 비중립적인 결정이 이기적인 태도나 의사결정자의 불공정함 때문만이 아니라 타인의 이해, 선호, 이익에 대한 이해의 부족으로부터도 나올 수 있어 이러한 문제점은 지속적인 토론을 통해 해소될 수 있다. 그리고 상대방이 자신의 주장을 받아들일 수 있도록 자신의 주장을 계속 개선, 수정해 나가면서 공정성을 확보하게 된다. 즉 특정이익보다 보편적 이익에 입각한 주장으로 교정이 가능하게 된다. 또한 참여 과정이 사람들을 공정하게 행동하도록 교육시키는 효과를 갖게 하여 참여자들이 의견을 바꾸는 참여과정이 상대방의 주장을 경청하게 하며, 결국 사람들이 사회 속에서 다른 사람들과 살아갈 능력을 증진시키는데 기여하게 된다. 따라서 의사결정과정에서의 논의는 회의가 개최되기 이전과 안건을 해결하기 위해 진행되는 요양급여비용계약에 관한 의사결정과정(그림3)을 볼 때 건강보험정책심의위원회는 심의·의결기구로서 의사결정과정상의 형식적인 절차를 모두 거치고 있어 의결기구로서 현재의 위원회는 절차상의 문제점은 없으나 앞에서 논의하였듯이 심의·의결기구로서의 기능뿐만 아니라 조정 및 중재기구로서의 기능을 강화하는 경우 실질적인 절차상의 참여를 보장하는 방안이

필요하다. 왜냐하면 참여정의는 국민에게 참여기회를 확대하는 것만으로 참여정의의 구현이라는 과제를 달성할 수 없고 이성애 의해 지지되는 주장을 함으로써 문제를 제기하고 의견의 불일치를 해결하며, 갈등을 극복할 수 있는 안정된 논의의 장을 마련하여 실질적인 참여를 보장할 수 있어야 하는데, 건강보험정책심의위원회는 현재 위원회 기능이 심의·의결기구의 성격을 갖지 때문에 이해 당사자들이 의견을 제시하고 이를 서로 충분히 논의할 수 있는 절차상의 참여가 제한되는 구조를 띠고 있기 때문이다. 따라서 이 연구에서는 현재 위원회에서 과정에 중점을 두고 논의하기 보다 의결에 중점을 두고 있는 절차적 측면에서, 참여를 보장하기 위한 방안을 요양급여비용 계약과정의 실례를 통해 확인하고 요양급여비용 계약과정상 구체적으로 절차상의 참여를 반영할 수 있는 방안을 모색한다.

요양급여비용의 산정은 계약으로 정해지며, 보험자인 공단의 이사장과 의약계를 대표하는 자가 협의를 통해 계약을 체결하게 된다. 그러나 앞에서 보았듯이 건강보험수가에 관한 의사결정과정에서 건강보험정책심의위원회의 기능상 조정 및 중재기능이 없어 보험자와 의약계 대표자(요양급여비용협의회)간 보험수가 계약이 결렬될 경우 곧바로 위원회에 회부되어 정부의 안을 놓고 의결과정을 거치게 된다. 이 과정에서 참여를 통한 논의의 과정은 생략되고 단지 의결과정만을 거치기 때문에 엄밀한 의미에서 참여정의의 절차적 요건을 충족시키고 있지 않다. 계약을 위해 요양급여비용협의회를 구성하고 다음해에 적용할 수가를 계약하기 위해 보험자인 국민건강보험공단 이사장과 요양급여비용협의회의 위원장이 계약을 위한 협상과정에 들어가게 되는데 협상이 결렬될 경우, 위원회로 회부되어 위원회에서 결정하게 되는데 현재의 건강보험정책심의위원회는 심의·의결 기능만을 갖고 있어 위원회의 형식상 구성되어 참여하고 있는 위원들이 표결과정을 거쳐 안을 결정한다. 따라서 협상이 결렬된 경우 위원회에서 이를 조정하거나 중재할 수 있는 기능이 없어, 사실상 계약이 결렬된 경우, 조정 및 중재과정을 거치지 않고 위원회의 의결을 따른다는 것을 의미하므로, 요양급여비용의 계약을 제한하는 결과를 가져온다. 그러므로 참여가 생략되어 있는 현재의 위원회 기능 강화 방안뿐만 아니라 실질적인 공정성을 확보할 수 있도록 의사결정과정을 통해 각각의 참여자의

의견을 반영할 수 있는 절차적 참여 방안과 요양급여비용 계약과정뿐만 아니라 요양급여비용 계약이 결렬된 후 위원회에서 요양급여 비용을 확정하기까지 관련된 당사자들의 이익을 각각 반영할 수 있는 방안을 모색해야 한다.

위원회의 조정 및 중재의 기능을 강화함은 물론 절차적 참여를 확대할 수 있는 방안으로 현재 대표자간 이루어지는 계약방식을 같은 이해관계로 이루어진 집단의 대표자들로 협의를 통해 계약을 정하는 방식으로의 전환이 이루어져야 한다고 본다. 위원회의 기능적 측면에서 조정기능의 결함으로 인해 절차상의 참여를 반영하지 못하는 것뿐만 아니라 현재의 위원회의 대표측 구성이 이해관계를 달리하는 집단들이 하나의 대표 측으로 구성되어 있어 대표측을 구성하는 위원들 간 사전 의견조율이 어렵기 때문이다. 예를 들어, 의약계측으로 구성되어 있는 단체들은 단적인 예로 의약분업 등을 통해서도 볼 수 있듯이 의료계와 약사회 간에도 입장 차이를 보이며, 또한 의료계 내에서도 의사와 치과의사, 간호사들이 추구하는 바가 다르며 병원 협회인 경우에도 협회의 회원으로 등록된 병원들의 이익을 보장하기 위해 실질적인 노력을 강구해야 하는데 사실상 병원은 다양한 직종들이 한 자리에 모여 있는 체계로 되어 있어 의료인 개인의 이익을 보장하는 측면보다 구성원 모두의 이익을 보장하기를 원한다. 이와같은 면들을 통해볼 때 결국, 의약계라는 하나의 대표체계를 구성하고 있는 각각의 구성원들은 각각 추구하는 바가 다른, 상호협정을 필요로 하면서도 상호배타적인 관계임을 알 수 있다.

그러나 현재의 위원구성은 이해관계를 달리함에도 불구하고 행정 편의상 들어와 있는 것으로 환산지수가 하나로 되어 있는 수가체계의 구조적 측면을 반영하여 요양급여비용협의회 대표²⁹⁾를 통해 협상을 하고 위원회에서 그 사안이 결정되도록 구조화되어 있다고 볼 수 있다. 이러한 구조는 결국 위원회의 기능적 결함과 구조적 문제는 물론, 절차적 참여까지도 제한하게 된다.

29) 요양급여비용협의회; 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한간호협회, 대한약사회, 한국제약협회 등으로 구성되어 있으며 현재 치과의사협회 대표가 회장이다.

5.3.2 건강보험정책심의위원회의 의사결정 기간

조정 및 중재기구의 구축과 함께 절차적 참여를 반영하기 위해서는 충분한 논의를 통해 합의에 이를 수 있도록 충분한 시간을 필요로 한다. 그러나 국민건강보험재정건전화특별법 제9조에 현재 당사자간 요양급여비용계약 체결 시한을 11월 15일까지 계약이 체결되도록 규정하고 있으며, 이 규정으로 볼 때 이 때까지 계약이 체결되지 않은 경우 고시하기까지의 기간 등을 제하고 나면 건강보험정책심의위원회에 안이 상정되고 결정되기까지의 기간은 15일 정도밖에 없어 1차적인 조정 및 중재과정과, 위원회에서 2차적인 중재과정을 거칠 수 있는 기간은 충분하지 않다. 즉, 11월 31일까지는 결정이 되어야 하므로 충분한 논의를 할 수 있는 시간적인 여유가 없어 사실상 계약결렬은 조정·중재기간 없이 위원회의 의결을 따른다는 것을 의미한다. 따라서 현재 11월 15일까지 계약을 체결하도록 하고 있는 국민건강보험재정건전화특별법의 계약체결 시한³⁰⁾에 대한 조정이 필요하다. 11월 15일까지 보험자와 요양급여비용협의회 대표 간 계약을 체결하도록 한 국민건강보험재정건전화특별법의 규정은 충분한 논의를 통해 합의에 이르도록 하는 절차적 참여를 제한시키고 있기 때문이다. 국민건강보험재정건전화특별법에 제정되기 이전 국민건강보험법 제42조 제3항의 공단과 요양급여비용협의회 위원장간에 요양급여비용의 체결은 계약기간만료일 전 3개월 이내에 체결하도록 하고, 이후 체결되지 않은 경우 건강보험심의조정위원회의 심의를 거쳐 정하도록 한 규정을 볼 때 국민건강보험재정건전화특별법은 이러한 내용이 반영되어 있지 않고, 당사자들 간의 협의기간이 더 연장되어 11월 15일까지 체결하도록 규정하고 있고, 위원회에서 의결기간은 15일정도로 단축되어 있어 이에 대한 재규정이 필요하다.

30) 국민건강보험재정건전화특별법 제9조 요양급여비용의 산정절차에 관한 특례) 요양급여비용의 계약은 국민건강보험법 제42조 제3항의 전단의 규정에 불구하고 그 계약의 효력발생일의 전년도 11월 15일까지 체결하여야 하며, 그 기간까지 계약이 체결되지 아니한 경우에는 보건복지부장관이 심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다.

5.3.3 건강보험정책심의위원회의 표결과정

위원회가 심의·의결기능만을 하는 경우 현재 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다는 국민건강보험재정건전화특별법 제7조 위원회의 회의 규정과 입법취지 등을 감안할 때 표결과정을 거친 위원회의 의결내용은 수정을 가할 수 없고 그대로 시행령에 반영되는 법적 근거가 된다. 따라서 표결에 따라 상정안이 채택되고 시행되므로 표결에 대한 해석은 매우 중요하다고 볼 수 있다. 일례로 2002년 의사협회가 보건복지부 장관을 상대로 낸 고시 무효확인 청구소송에서 표결과정에 참석자 22명중 10명만이 찬성, 과반수가 안돼 무효라고 주장했으나 이에 대해 3명이 불참의사를 밝힌 만큼 표결인원은 19명으로 보는 것이 타당하다는 법원의 결정이 있었다.

표결장소에서 불참의사를 밝힌 경우 출석 하지 않은 것으로 본다는 법원의 결정은 다수결을 어떻게 보는가에 따라 분류할 수 있는 다수결의 유형에서와 같이 기권투표를 투표가 아닌 것으로 간주되지 않는 경우³¹⁾와 기권투표를 포기로 간주하는 경우 등 여러 가지로 볼 수 있기 때문에 이에 대한 명확한 규정이 필요하다.

민주주의에 있어서 갈등 해결의 방법이 주로 협상이나 조정을 통해 이루어지고 이를 위한 방법이 주로 다수결을 통해 이루어질 때 결정되지 않은 사안에 대해 재적위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결하는 과정은 합법적인 민주적 절차라고 할 수 있다. 그러나 위원회의 기능에 조정 및 중재의 기능까지 포함되는 경우 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다는 법적 측면에서의 정당성이나 단순히 결정의 합리성이라는 측면에서의 관점이 아닌 민주적 가치측면에서의 정당성에서 그 문제점이 드러난다.

2004년도 보험료조정안의 경우를 살펴볼 때 출석위원 과반수의 찬성으로 의결되는 과정에서 정당성 여부에 관한 문제를 도출할 수 있다.

2004년도 보험료 조정은 위원회에 회부되어 2003년 11월 18일부터 5차례에 걸

31) 프랑스의 경우 투표자 절대다수를 채택하고 있는데, 투표자 절대다수는 기권투표가 투표가 아닌 것으로 간주되지 않으며, 2개 이상의 대안이 입후보할 때 의미가 있게 된다. 즉 100명의 투표자 중 10명이 기권인 경우 절대다수는 51명이지만 46명이 아니다.

쳐 논의되었고, 11월 28일 보험료조정안이 의결되었다. 이 과정에서 한국노총과 민주노총이 위원회의 결정이 정부의 일방적인 논리에 따라 이루어지기 때문에 가입자단체의 참가가 무의미하다고 판단하고 11월 28일 보험료조정안이 의결되기 전, 11월 25일 위원회의 탈퇴를 선언³²⁾하고 의결과정에 아예 불참하였다. 또한 공 급자 대표 가운데 의사, 한의사, 치과 의사, 약사, 병원협회 대표 등 6명이 회의도 중 표결에 반발하여 회의장을 박차고 나갔고, 2003년 12월 2일 위원회의 수가결정 과정이 비민주적이라며 위원회 탈퇴를 선언하였다.

결과적으로 2003년 11월 28일 2004년도 보험료조정안에 대한 위원회의 의결은 24명의 구성원 중 가입자 단체 2명, 의약계 대표 6명이 불참한 가운데 16명만이 참석하여 14표를 얻은 안이 의결되었다.

위원회 참여자의 구도가 가입자, 의약계, 공익의 3자 협의체인 의결기구인 경우 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 결정되는 것은 합법적이나 중재기능이 강화된 경우 투표참석자중 어느 한 측의 참여비율이 현저히 떨어진 상황에서 결정되는 사안은 단지 절차상 표결과정을 거친 것으로 볼 수 있고, 다수라는 논리에 의해 참석하지 않은 소수가 피해를 볼 수밖에 없는 구도를 띄게 된다. 이로 인해 의결과정이 민주적이고 합법적임에도 불구하고 비민주적이라는 비난을 받을 수밖에 없다. 그러므로 어느 한측에서 한 위원이 참석하지 못하는 경우 각 측의 위원을 다시 동수로 조정하여 각각의 이익이 동등하게 반영될 수 있도록 규정하고 있는 독일의 경우처럼 최소한 갈등 주체가 되고 있는 당사자들이 각각 참석률이 일정 수준을 필하고 각각 동수로 참석한 상태에서 조정 및 중재의 과정을 거치고 마지막으로 표결과정을 통해 결정될 수 있도록 하여 표결결과를 수용할 수 있도록 해야 한다.

이상의 논의에서 건강보험정책심의위원회의 의결 과정은 토론에 의한 의견수렴보다 투표에 의한 의결에 더 중점을 두고 있다고 볼 수 있다. 위원회에 상정된 정책안에 대해 이견이 표출된 경우 제안자의 제안 설명과 위원들의 질문과 답변이

32) 한국일보, 2003년 11월 26일자 8면. 한국노총과 민주노총의 위원회의 탈퇴 및 불참에 대한 공식선언은 2003년에도 지속되었으나 사실상 2003년도 위원회 회의에 한번도 참석하지 않고 있다.

이루어지는 의견조율 과정을 거쳐 대안이 만들어지고 의견 조율이 되지 않은 경우 표결에 의해 대안을 선택하게 되나 건강보험정책심의위원회의 건강보험수거와 보험료를 결정과정을 볼 때 형식상의 절차는 거치고 있으나 회의의 진행과정은 이러한 조율과정을 생략하고 있으며, 토론을 통한 합의가 아니라 투표를 통한 결정이 이루어지고 있음을 볼 수 있다.

건강보험정책심의위원회는 가입자, 의약계, 공익으로 이루어진 3자 협의체제이지만, 각각을 구성하고 있는 위원들은 다양한 목소리를 내는 계층으로 이루어져 있어 정책안을 결정하기까지의 과정이 무엇보다 중요하다. 또한 자신들이 제시한 정책안이 채택되지 않아도 결정 안이 받아들일 수 있게 만드는 근거는 이유가 충분히 제시되고, 이를 통해 타협이 아닌 합리적인 합의에 이르도록 함이 중요하다. 이를 위해 단순 투표를 통한 결정이 아니라 토론을 통한 합의에 이르는 것이 가장 바람직하다고 볼 수 있다.

5.4 건강보험정책심의위원회에 관한 입법정책적 제언

건강보험정책심의위원회를 분석한 결과 위원회의 기능 중 조정기능의 미흡 및 구조적 측면과 절차적 측면에서 문제점이 있는 것으로 밝혀졌다. 조정기능의 미흡은 구조적 측면에서 공익위원의 구성과 밀접한 연관이 있고, 절차적인 측면에서 위원회의 구성이 행정편의상 편성되어 있어 참여를 통한 전문적인 토론이 아니라 피상적인 토론이 되어 절차상의 참여를 반영하지 못하고 있다. 이로 인해 단순히 행정부처에서 하달된 정책의 자문이나 심의·의결 기능만을 형식적으로 수행하는 역할을 하게 되어 위원회의 형식적인 운영을 조장하여 위원들이 회의 참여를 기피하거나 참석거부로 인해 위원회가 파행으로 치달을 수 있다. 따라서 건강보험정책심의위원회의 문제점들이 단지 하나의 문제로 지적되는 것이 아니라 각각의 문제점들이 서로 영향을 주고받는 관계에 있으므로 이들 문제점들을 해결하기 위한 방안을 제시하고 이들 방안을 정책에 반영하기 위한 법규정의 정비가 필요하다. 그러므로 위원회의 문제점들을 중심으로 다음과 같이 입법정책적 제언을 하고자 한다.

5.4.1 기능적 측면

위원회의 기능적 측면에서의 문제점은 위원회의 기능인 조정 기능이 미약한 것으로 나타났다. 보험료와 보험수가 등 건강보험관련 사안에 관해 심의·의결하는 기구로서 그 기능에 문제점은 없다. 그러나 국민건강보험법상 보험료와 보험수가의 결정주체는 가입자와 보험자, 의약계와 보험자로서 이들 간에 협상과정을 통해 협의에 이르도록 해야 하는 구조로 필연적으로 갈등이 따른다. 또한 위원회의 조정 및 중재 기능의 미약은 구조적인 문제뿐만 아니라 절차상의 문제점으로까지 이어지게 된다. 그리고 위원회가 가장 중요한 사안인 보험료와 보험수를 결정함에 있어 참여주체가 되고 있는 가입자, 의약계, 보험자를 형식상의 참여 주체로만 기능을 하도록 위원회의 기능이 부과되어 있어 위원회의 설치목적과도 부합되지 않고 있으며 파행으로 운영되는 주된 요인이 되고 있다. 따라서 조정기능의 미비로 인해 위원회의 형식적 운영을 조장하거나 파행으로 운영되고 있는 주된 요인이 되므로, 이에 대한 해결방안을 모색하는 것이 위원들의 참여기회 확대뿐만 아니라 참여주체들의 의견을 수렴하여 현안을 해결해 나가고, 이로써 참여자들의 폭넓은 지지를 받을 수 있는 정책 방안이 형성·실행될 것이다. 그러므로 현재 위원회가 의결하고 있는 사항 중 많은 논란이 되고 있는 보험료와 보험수가의 결정과정을 조정 및 중재를 통해 해결할 수 있도록 위원회의 기능에 조정 및 중재의 기능을 부과하여 파행으로 운영되고 있는 위원회를 활성화하도록 해야 한다.

5.4.2 구조적 측면

구조적 측면에서는 조정 및 중재기능의 결함을 안고 있는 기능적 측면의 근본적인 문제점을 바탕으로 하여 위원회 위원 구성이 의결기구로서의 형태가 아닌 의결뿐만 아니라 조정 및 중재 기능을 함께 할 수 있도록 위원구성을 개편해야 할 필요성이 제기되었다.

현재의 위원구성은 심의·의결기능을 이행하기 위한 구조를 취하고 있으나 조정 및 중재 기능을 이행하기 위해서는 이해당사자들을 동수로 구성하고 이해당사

자들 간의 이견을 중재하는 공익위원들을 중립적인 역할을 할 수 있는 위원들로 구성해야 한다. 그러나 현재 운영되고 있는 위원회의 위원구성은 조정 및 중재 기능을 이행하기 위한 구도가 아니며, 공익위원으로 구성된 위원에 이해당사자인 보험자 대표가 들어가 있으며, 또한 정부소속 위원, 정부 산하기관에 소속된 위원들로 이루어져 있어서 중립적인 역할을 이행할 수 없는 구조를 띠고 있다. 즉, 조정 및 중재 기능을 함께 이행하기 위한 구도에서 공익대표에 보험자 대표, 보건복지부와 재정경제부 공무원, 한국보건산업진흥원, 보건사회연구원 등 정부소속 위원이나 정부 산하기관에 소속된 위원들로 이를 위촉하는 것은 사실상의 조정 및 중재 역할을 이행할 수 없도록 한다.

현재의 공익위원의 역할은 중립적인 의사결정 당사자이나 위원회에서의 중재 역할을 부여하기 위해서는 더욱 공정하게 구성할 필요성이 있다. 또한 중재자는 공식적이건, 비공식적이건 간에 중재를 할 수 있는 공동체적 합의가 있어야 하며 갈등 당사자들이 중재자의 중재 결과를 받아들일 수 있는 권위가 필요하다. 중재자는 당사자들 간의 직접적인 협상을 용이하게 해주는 촉매적·보충적 역할뿐만 아니라 갈등당사자들로 하여금 특정한 결과나 해결책을 받아들이도록 하는 행동 전략까지 포함하고 있어야 한다. 그러므로 위원회의 갈등 조정의 기능을 강화하기 위해 현재의 공익대표로 구성되어 있는 위원들을 실질적으로 어느 한 쪽에 치우치지 않고 공정한 역할을 수행하고, 독립적이고 객관적인 의사표현과 의사결정을 할 수 있는 인사로 위촉되어야 한다³³⁾.

따라서 건강보험정책심의위원회의 공익위원 구성에 이해 당사자인 보험자를 공익 위원으로 편성하는 것이 아니라, 보험자는 이해 당사자로 구성하며, 공익위원은 양 이해 당사자를 중재할 수 있는 인사로 이해 당사자의 추천과 동의에 의해 임명되는 위원으로 구성하고, 정부소속 위원들이 배제될 수 없으므로 공익위원으로서가 아니라 3자 협의체제에 좀 더 객관적으로 정부측 입장을 제시하고 이를 반영하여 다시 협의를 통해 결정할 수 있도록 정부소속위원이 추가되는 4자 협의체제의 형태로 구성하는 것이 바람직 할 것이다(그림4).

33) 공익위원의 구성에 대해 시민, 노동, 농민단체는 공익대표를 정부 관련인사를 제외하고 사회의 공공적 이익을 대변하는 인물로 위촉되어야 하며, 비영리·비정부 단체로서 공공의 이익을 대표하는 단체들로부터 전문가를 추천받아 구성하는 것이 가장 바람직하다고 제안하였다.

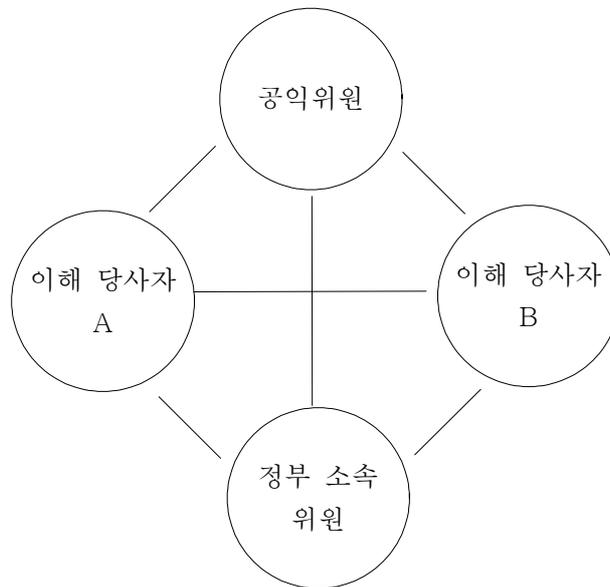


그림4. 위원회의 4자 협의체제

또한, 독일의 경우 2명의 중립적인 위원을 법학자로 구성하고 있는데 이들은 조정과 중재 역할을 함에 있어 법적 측면에서의 문제점을 제고하기 위해 임명된 것으로, 법적 측면의 문제점을 고려하기 위한 위원들 또한 구성원으로 포함시키는 것이 바람직하다. 그리고 공익위원의 임명 시 가입자와 의료계의 동의를 받고 이들을 위촉하는 절차와 규정 마련이 필요하다.

5.4.3 절차적 측면

절차적 측면에서의 문제점은 위원회가 의결기구의 성격을 갖기 때문에 절차상의 참여가 사실상 생략되었다는 것을 들 수 있다. 따라서 조정 및 중재 기능의 강화뿐만 아니라 각 단체의 이익을 고루 반영할 수 있도록 절차상의 참여를 마련할 수 있는 제도적 뒷받침이 필요하다.

현재 요양급여비용 계약과정에서 각 대표측간의 협의를 통해 결정된 사안을 갖고 공단 대표와 요양급여비용협의회 대표와의 협의를 통해 계약이 이루어지도록

하고 있으나 각 대표 측, 특히 의약계측은 각각 입장을 달리하는 위원들로 구성되어 있어 자체적인 협의가 사실상 힘들다. 이로 인해 대표측간의 협의가 이루어지지 않은 채 계약과정을 거치게 되므로 계약체결이 이루어질 수 없는 구조적인 문제점을 안게된다. 따라서 대표측간의 합의를 전제로 하는 현재의 방식이 아닌 의사협회, 병원협회, 약사협회 등 각각의 단체가 협상안을 놓고 공단과 협의과정을 거쳐 참여집단의 이익이 최대한 반영되도록 협의과정을 구체화할 필요성이 있다.

프랑스의 경우에도 연방정부가 재정적인 책임, 보험급여범위 결정, 본인부담수준의 결정 등 제한적인 범위에서 책임을 지고, 나머지 분야는 다수의 의사결정자가 참여하여 각각의 사안에 대해 논의하고 결정하도록 하고 있다. 예를 들어 보험급여 결정은 보건부, 질병금고와 의사가 협의체를 구성하여 결정하며, 보험료율에 관한 결정은 보건부, 질병금고, 재정부담당자인 근로자와 사용자가 함께 이를 결정하고 있다(표7).

따라서 의사협회, 병원협회, 약사협회 등 의약계를 구성하는 자들이 각 집단별 공단과의 사전 협의과정을 거쳐 결정할 수 있도록 이해 당사자들과 중재자로 구성하여 각 집단의 이익을 반영할 수 있도록 1차협의기구를 구축하고 이를 활용하여 각각의 이익을 반영하는 하나의 방안을 제시하고자 한다.

표7. 프랑스의 부문별 의사결정 시의 참여자

의사결정 영역 \ 참여자	보건부	질병금고	재정부담자 (근로자와 사용자)	의사
공공재정	○	○		
총지출규모 결정	○	○		
급여결정	○	○		○
보험료율결정	○	○	○	
상환수준	○	○		○
본인부담	○	○		

1차협의기구에서 의사협회와 보험자, 치과의사협회와 보험자 등 갈등 당사자들

이 협의(그림5)를 거친 후 조정 및 중재 기능이 강화된 건강보험정책심의위원회에 회부하여 2차적으로 갈등 당사자와 중재자, 그리고 정부 측 인사가 참여하는 4자 협의체제의 형태(그림4)로 다시 한번 각각의 이익이 반영된 안을 놓고 실질적인 논의가 될 수 있도록 하여야 한다.

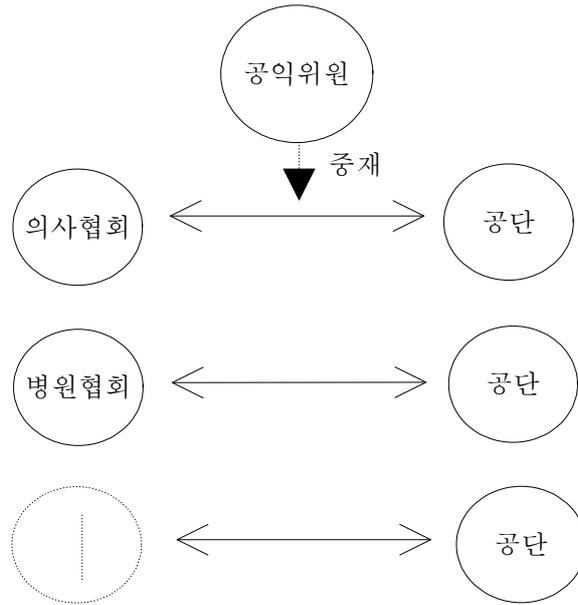


그림5. 1차 협의과정

위원회에 상정된 안건에 대해 제시된 안건을 모두 채택한다는 것은 불가능하고, 하나의 대안 선택이 선택하지 않은 대안에 대한 기회손실을 항상 발생시키기 때문에 항상 충돌과 비판의 소리가 있기 마련이므로 보다 나은 선택을 하는 결정이나 좋은 결정을 하기 보다는 논의를 통해 서로가 합의할 수 있고, 이해당사자들을 확신시킬 수 있는 정책안을 결정하는 것이 바람직하다. 그리고 위원회에 상정된 안건이 짧은 기간동안 심의를 거쳐 정책안이 결정되고 수행되어야 하는 상황이므로 사전에 충분한 의견조율이 되지 않은 경우, 대표자 간의 의견불일치뿐만 아니라, 대표자를 통해 자신들의 의견을 반영하길 기대하는 집단 구성원의 신뢰에 치명적인 손상을 줄 수 있다. 그러므로 집단구성원의 의견을 충분히 반영할 수 있는

1차협의기구의 구축은 절차적 참여를 보장할 수 있는 방안이 된다. 1차협의기구에서 당사자들 간의 충분한 논의를 통해, 각각의 의견들을 충분히 반영한 후 하나의 합의안을 만든 후 위원회에 상정됨으로써 자신들의 입장 표명뿐만 아니라, 자신들이 원하는 목표를 어느 정도 달성하게 되어, 충돌이나 마찰 없이, 소속집단의 구성원들을 납득시킬 수 있을 것이다.

절차적 측면의 또 다른 문제점으로 지적된 것은 국민건강보험재정건전화특별법상 계약기간의 체결 시한이 11월 15일까지 이루어지도록 하고, 고시 등을 위한 기간을 제하고 나면 사실상 위원회에서의 심의·조정기간은 15일 정도밖에 주어지지 않는다는 점이다. 따라서 충분한 논의를 할 수 있는 시간적인 여유가 없어 계약결렬은 사실상 조정·중재기간 없이 위원회의 의결을 따른다는 것을 의미한다. 따라서 현재 11월 15일까지 계약을 체결하도록 하고 있는 국민건강보험재정건전화특별법의 계약체결 시한³⁴⁾에 대한 조정이 필요하다. 11월 15일까지 보험자와 요양급여비용협의회 대표간 계약을 체결하도록 한 국민건강보험재정건전화특별법의 규정은 충분한 논의를 통해 합의에 이르도록 하는 절차적인 참여를 제한시키고 있기 때문이다. 그러므로 조정 및 중재기구를 통한 당사자간의 협의 기간은 최소한 2개월 내지 3개월간 행해져야 하고, 또한 이들을 중재할 수 있도록 위원회에 회부되어 결정되기까지의 기간을 2개월 내지 3개월로 본다면, 조정 및 중재를 위한 기간이 최소 4개월에서 6개월의 기간이 필요함을 알 수 있다.

결국 11월 15일까지의 계약 체결이 아니라 6월 30일 이후 1차 중재과정을 거친 후 2개월 내지 3개월 후 위원회에서 2차 중재과정을 거칠 수 있도록 해야 한다는 결론이 나온다. 물론 협상기간을 많이 두고 진행한다면, 시간과 노력이 많이 들게 되어 사회적 비용이 증가될 수 있다. 그러나 많은 사회적 파장을 불러일으키며 위원회가 파행으로 운영되고 있는 현시점에서 지속적으로 위원회를 통해 현안을 해결해 나가야 하고 2006년 이후 국민건강보험법에도 현재의 위원회의 경험을 반영

34) 국민건강보험재정건전화특별법 제9조 요양급여비용의 산정절차에 관한 특례) 요양급여비용의 계약은 국민건강보험법 제42조 제3항의 전단의 규정에 불구하고 그 계약의 효력발생일의 전년도 11월 15일까지 체결하여야 하며, 그 기간까지 계약이 체결되지 아니한 경우에는 보건복지부장관이 심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다.

해야 한다면 국민적 합의를 이끌어 낼 수 있는 충분한 시간과 각계의 의견을 반영할 수 있는 절차적 참여의 강구는 단순히 요양급여비용계약이라는 과제의 달성이기 보다 장기적으로 위원회라는 제도적 장치를 통해 갈등 해결과 집단의 의견을 개진 할 수 있는 통로로서의 역할을 할 수 있다. 또한 좋은 정책결정이 아니고 하여도 최선의 정책결정을 하였다는 국민적인 이해를 도출 할 수 있을 것이다. 결국, 충분한 시간을 두고 입장을 달리하는 집단의 이익을 모두 반영할 수 있는 방안을 함께 모색하는 것은 각 집단의 참여라는 형식적 측면뿐만 아니라 실질적인 참여를 유도하는 방안이 될 수 있다.

따라서 국민건강보험재정건전화특별법 제9조에 규정되어 있는 요양급여계약 체결 기간을 11월 15일이 아닌 적어도 2개월 내지 3개월 전인 8월 30일이나, 9월 31일까지 체결하도록 그 기한을 재규정해야 하며, 나머지 2개월 내지 3개월 동안 위원회에서 조정 및 중재과정을 거쳐 결정될 수 있도록 해야 할 것이다.

제6장 고찰

이 연구는 분배정의와 사회정의의 갈등을 다루기 위해 정책이 공식화되고 이행되는 제도와 절차에 초점을 두는 참여정의(deliberative justice)의 구현방안에 관한 것이다. 참여정의는 국민에게 참여기회를 확대하는 것만으로 참여정의 구현이라는 과제를 달성할 수 없으며, 참여의 확대와 더불어 이성애 의해 지지되는 주장을 함으로써 문제를 제기하고 의견의 불일치를 해결하며, 갈등을 극복할 수 있는 안정된 논의의 장을 마련하는 것이 중요하다. 따라서 이 연구에서는 참여정의의 실현 수단으로서의 위원회 제도의 검토를 통해 참여정의의 구현 방안을 모색하고자 하였다.

위원회 제도의 사례분석은 2006년까지 한시적으로 운영되는 건강보험정책심의위원회를 대상으로 하였으며, 위원회의 기능 및 구조적 측면과 절차적 측면으로 구분하여 분석하였다.

건강보험정책심의위원회의 기능에 대한 분석은 일반적인 기능에 대한 분석은 시도되지 않았다. 위원회의 기능을 분석함에 있어 건강보험정책심의위원회는 심의·의결기능을 행하는 기구로서 기능상의 문제점은 없고, 단지 파행으로 운영되고 있는 요인들을 중심으로 하여 문제점이 무엇인지를 파악하고, 참여정의를 구현하기 위한 방안을 모색하고자 하였다. 파행으로 운영되고 있는 요인으로 국민건강보험과 관련된 사안들 중 보험료와 보험수가 결정에 대한 부문이 가장 크게 작용하고 있는 것으로 보고 이를 해결하기 위한 방안을 모색하는 과정에서 조정 및 중재기능이 없는 것으로 판단하여 위원회 기능에 대한 분석이 이루어졌다. 또한 조정 및 중재기능의 미비를 주된 요인으로 보고 위원회의 위원구성을 중심으로 한 구조적 측면과 요양급여비용 체결에 관한 문제점과 이를 해결하기 위한 방안을 중심으로 한 절차적 측면에 관해 논의하였다. 따라서 건강보험정책심의위원회의 기능에 관한 논의에 있어서 이견이 있을 수 있다.

절차적 참여를 확대시키기 위한 방안으로 각각의 집단별 협의과정을 통해 현안

을 해결해 나갈 것을 제시하고 있으나, 현재 대표자를 통해 협의의 과정을 거치는 일련의 과정과 각 집단별 협의과정을 거쳐 위원회에서 다시 한번 협의의 과정을 거치는 것 중 어느 것이 더 바람직한지에 대한 분석은 시도되지 않았다. 따라서 추후연구에서는 이들간의 구체적인 운영 경험들을 비교분석해 보고 실질적인 참여를 보장하는 방향으로 절차적 참여를 확대시킬 수 있는 방안을 모색하였으면 한다.

위와 같은 사항들을 기본전제로 하여 건강보험정책심의위원회를 분석한 결과를 보면 다음과 같다.

1. 건강보험정책심의위원회는 위원회 분류상 어느 측면에서는 심의·의결기구이나 어느 측면에서는 자문위원회의 성격을 기능을 갖는다. 그러나 건강보험에 관한 안전을 해결하기 위한 조정기능이 미약하다.

2. 현재까지는 위원회가 파행으로 운영되고 있어 구조상의 문제점과 절차상의 문제점이 있는 것으로 밝혀졌다.

3. 구조상의 문제점은 현행 국민건강보험법상 보험료와 보험수가 계약당사자가 공단-의약계, 공단-가입자인 구조로 되어 공익위원이 이들간의 갈등을 조정하고 해결하는 방식을 취해야 하나 현재의 건강보험정책심의위원회는 이해 당사자인 공단이 공익대표로 들어와 있어 문제점으로 지적된다.

4. 절차상의 문제점은 심의·의결기구로서의 문제점은 없으나 조정 및 중재의 기능을 갖을 때 현재의 위원회의 운영은 절차상의 참여를 반영하지 못하고 있다.

위와 같은 문제점들은 참여정의를 구현할 수 있는 방안을 모색하기 위한 측면에서 건강보험정책심의위원회를 분석한 결과 도출된 것이다. 이들 문제점에 따른 각각의 입법정책적 제언들은 현재 운영되고 있는 위원회를 보완하고 좀 더 활성화할 수 있으나, 건강보험정책심의위원회의 태생적인 결함을 갖고 있어 이에 대한 치유가 먼저 선행되어야 한다.

건강보험정책심의위원회는 건강보험의 재정적자를 조기에 해소하고 재정건전화를 이룬 시일 내에 달성하기 위해 특례를 규정하고 2006년까지 한시적으로 운영하도록 규정하고 있는 특별법과, 한시적 운영이 가능한 위원회는 필요한 최소한의

기간을 정하여 설치하도록 하는 행정기관의조직과정원에관한통칙 제20조제4항 규정에는 어느 정도 부합하고 있다. 또한 위원회의 불가피성, 시급성 등을 고려하여 설치할 수 있도록 규정한 통칙 제20조 제1항의 규정³⁵⁾에 의해 기존에 운영되고 있는 위원회만으로 도저히 목적을 달성할 수 없는 경우에 위원회를 설치하도록 한 규정의 취지에도 어느 정도 부합하고 있다. 재정운영위원회와 건강보험심의조정위원회에서 각각 보험료와 보험수가를 결정하는 체계에서는 보험료나 보험수가 중 어느 한쪽만을 통제한다고 해서 적자상태에 놓여있는 재정문제가 해결되지 않으므로, 건강보험 재정의 수입과 지출을 효율적으로 관리할 수 없어 보험료와 보험수가를 하나의 관리체계 내에 두어 동시에 이를 관리할 수 있도록 의사결정기구를 통합해야만 하는 불가피성이 존재하기 때문이다.

그러나 위원회의 통합으로 인해 재정적자를 해결하기 위해 하나의 기구에서 수입과 지출을 조절할 수 있는 기구로 전환되었지만, 특별법에 의해 2006년까지 한시적으로 위원회가 운영되기 때문에 2006년 이후에는 또 다시 통합이전의 기구인 국민건강보험법상 규정되어 있는 재정운영위원회와 건강보험심의조정위원회가 부활하게 되어 각각의 위원회가 기존의 보험료와 보험수가를 각각 결정하는 이원화된 체계로 다시 돌아가게 된다. 결국, 현재의 위원회가 통합으로 인해 단기적으로 재정적자 문제를 해결하고 있다고 해도 현행 국민건강보험재정건전화특별법상 2006년까지만 유효하므로 현재의 위원회 운영에 한계가 생기며, 따라서 국민건강보험재정건전화특별법이 폐지되는 2006년 이후에도 통합으로 건강보험의 수입과 지출체계를 단일화하는 현재의 위원회 형태가 반영되어야 한다는 필연성이 생긴다. 왜냐하면, 재정적자 문제를 해결하기 위해 현재의 위원회가 설치된 것이 주된 목적이며, 기존의 이원화된 체계로 돌아가는 것은 위원회가 단기적으로 재정적자를 해결하기 위한 방안이었음을 입증하는 것이 되기 때문이다.

한국조세연구원의 장기재정에 대한 건강보험의 잠재부담 분석³⁶⁾을 시도한 연구에 의하면 건강보험의 재정문제는 매년 보험료율을 8~9% 인상함으로써 누적적자

35) 통칙 제20조 제1항과 제2항, 정부조직관리지침과 위원회 정비계획에 따르면 위원회는 그 설치의 불가피성과 시급성 등을 고려하여 설치하도록 하고 있다.

36) 김종면, 장기재정에 대한 건강보험의 잠재부담 분석, 한국조세연구원, 2002.

를 해소하고 수지균형을 회복하여도 국가재정에 대한 상당한 부담은 있을 것이며, 2006년 이후에도 건강보험 수지균형 유지를 위하여 지속적으로 연평균 3% 이상 보험료율이 인상되어야 할 것으로 보고 있다. 또한 보건·의료부문의 지출은 경제 전체와 공공부문 지출에서 차지하는 비중이 증가하고 있고 이에 따라 재정수지 관리에 직접적인 압박요인으로 작용하게 되며, 이것은 재정적자나 부채관리라는 거시적인 문제가 됨은 물론 부문간 자원배분의 문제로 곧바로 이어지게 된다고 보았다. 보건의료 이외의 중장기 재정현안에서 향후 20~30년에 걸친 장기간의 분석과 계획이 거론되고 있음을 감안할 때, 건강보험이 국가재정에 주는 부담에 대해서도 타부문에 상응하는, 보다 장기간에 걸친 분석과 장기적인 전망이 필요하다고 보고 있다.

이러한 전망들을 통해 볼 때 건강보험정책심의위원회는 종합적인 분석에 의한 것이 아닌 단기적인 안목으로 현안을 해결하기 위해 기존에 운영되고 있던 위원회를 중단하고 한시적으로 위원회를 설치하여 정책현안을 해결하려 하였음을 볼 수 있다. 이러한 측면에서는 입법목적과 부합하여 설치근거의 정당성이 획득되지만 기존의 두 위원회로의 부활은 수입부문과 지출부문을 하나의 기구에서 일원화 하도록 한 현재의 입법취지와 이를 달성하기 위한 노력들이 무산될 수 있으므로 특별법의 제정과 위원회의 신설 등으로 국가 재정을 낭비하게 되는 요인이 될 수 있다.

따라서 건강보험재정 문제는 단기적이 아니라 장기적으로 해결해야 되는 사안임을 볼 때 현시점에서 재정적자 문제는 여러 가지 것들이 복합적으로 작용하여 지속적으로 나타나는 문제가 될 것이며, 재정적자를 해소할 수 있는 다른 방법들과 함께 일원화된 체계를 유지하면서 현재 위원회의 운영상 발생하고 있는 문제점을 해소할 수 있는 방안을 모색하는 것이 필요하다. 또한 2006년 이후 국민건강보험재정건전화특별법의 폐지로 인해 현재의 국민건강보험법이 개편되어야 하므로 2006년까지 한시적으로 운영되는 건강보험정책심의위원회의 운영경험과 운영상 나타난 제반문제들을 해결하기 위한 방안들을 새로이 제정되는 국민건강보험법에 이를 반영할 수 있어야 한다.

마지막으로 이 연구는 사실상 위원회에 참여하여 위원회에 상정된 안을 의결해 나가고 있는 실질적인 참여자들인 위원들을 심층적으로 면접하여 위원들의 의견을 반영해야 했으나 그러하지 못했다는 점에서 아쉬움이 남는다. 따라서 앞으로의 연구에 위원회에 참여하고 있는 위원들을 심층적으로 면접하고 이를 반영할 수 있도록 델파이기법을 이용한 연구가 계속되어 실질적으로 참여정의를 구현하기 위한 기준이나 지표의 준거틀이 마련되었으면 한다.

참 고 문 헌

국내문헌

단행본

- 감사원, 「2002회계연도 주요감사결과Ⅱ」, 2003.
- 국민건강보험공단, 「국민건강보험법령집」, 2003. 11.
- 국민건강보험공단, 「외국의 건강보험제도 비교조사」, 2001.
- 김원식, 「이성의 힘」, 동과서, 2000, Arie Brand, 「The Force of Reason」.
- 김원용역, 「민주주의와 공론조사」, 서울여자대학교출판부, 2003, James S. Fishkin, 「Democracy and Deliberation」.
- 박동서, 「한국행정론」, 법문사, 2001.
- 박동서/조석준/인명진/남궁근, 「시민과 정부개혁」, 한울아카데미, 2002.
- 백완기, 「행정학」, 박영사, 1985.
- 유종해, 「현대조직관리」, 박영사, 2000.
- 유 훈, 「행정학원론」, 법문사, 1991.
- 윤건수/소영진/김동환/이종범, 「딜레마와 행정」, 나남출판, 2000.
- 이상돈, 「의료체계와 법」, 고려대학교 출판부, 2000.
- 이종범/안문석/염재호/박통희, 「딜레마 이론」, 나남출판사, 1994.
- 임혁백, 「세계화시대의 민주주의」, 나남출판사, 2000.
- 최상용, 「일본·일본학」, 오름, 1994.
- 한국법제연구원, 「입법과정의 이론과 실제」, 1994.
- 한동관, 「일본 건강보험법」, 동림사, 1998.
- 한동관/손명세, 「의료보험법 분석」, 동림사, 1998.
- 허영식, 「사회윤리·이데올로기·의사소통」, 평민사, 1997.

논문

- 건강·복지사회를 여는 모임, "선진의료를 위한 건강보험 정상화 방안", 2002. 9.
- 김삼근, "의료보험통합일원화의 정책결정과정의 연구", 연세대학교 석사학위논문, 1998.
- 김석영, "외환위기이후 노동시장 및 빈곤의 변화가 의료보험 재정에 미친 영향에 관한 연구", 연세대학교 석사학위논문, 2000.
- 김종면, "장기재정에 대한 건강보험의 잠재부담 분석", 한국조세연구원, 2002.
- 김중백, "의료보험제도와 의사·환자 관계의 변동", 연세대학교 석사학위논문, 2001.
- 김태수, "형평성의 개념과 측정에 관한 연구", 서울대학교 석사학위논문, 1987.
- 길종백, "정부부처 산하 위원회 제도의 운영에 관한 연구", 고려대학교 석사학위논문, 1998.
- 박은철, "요양비용계약제의 내용적 검토", 한국의료법학회 학술대회 연제집, 한국의료법학회, 2000.
- 박은철/남상요/김경혜/강희정/이민, "한국과 일본의 의료보험수가 체계에 관한 비교연구", 연세대학교보건정책 및 관리연구소, 2003.8.
- 백승호, "의료보험 통합일원화 정책결정과정 분석-민주노총의 역할을 중심으로", 서울대학교 석사학위논문, 2000.
- 백태승, "요양급여비용 계약제의 법적 성격과 입법방향", 한국의료법학회 학술대회 연제집, 한국의료법학회, 2000.
- 손명세, "한국의료보험 정책 결정과정의 연결망 분석", 연세대학교 박사학위논문, 1989.
- 손영현, "건강보험의 재정안정화 방안에 관한 연구", 연세대학교 석사학위논문, 2000.
- 안성윤, "심의민주주의(deliberative democracy)에 관한 연구", 연세대학교 석사학위논문, 1999.
- 이기원, "우리나라 건강보험제도의 문제점과 발전방안-국민의료보장 도입을 중

- 심으로”, 연세대학교 석사학위논문, 2003.
- 이상규, “행정위원회의 기능과 문제점”, 월간감사, 1991. 26.
- 이송호, “정책형성과정에 관한 연구-Allison 이로의 적용을 중심으로”, 서울대학교 석사학위논문, 1998.
- 이은정, “의료정책결정과정에서 이익집단의 역할-대한의사협회와 대한병원 협회를 중심으로”, 연세대학교 석사학위논문, 2002.
- 이충정, “의약분업정책에서의 딜레마와 정책의 비일관적 대응에 관한 연구”, 고려대학교 석사학위논문, 2001.
- 임금자, “독일의 보건의료분야 공동협의회”, 의료정책포럼, 2003.1(2).
- 전병율, “수가계약제 등 바뀌는 의료보험제도”, 한국의료법학회 학술대회 연제 집, 한국의료법학회, 2000.
- 정금례, “국민건강보험법 개정방안”, 의료정책연구소, 2003.4.
- 주선미, “공론장과 지방정치-고양시 러브호텔 건립저지 사례를 중심으로”, 이화여자대학교 박사학위논문, 2002.
- 한길석, “법과 민주주의의 담론이론적 정당화-하버마스의 사실성과 타당성을 중심으로”, 한양대학교 석사학위논문, 2001.
- 황재준, “공론장과 심의 민주주의에 대한 사회학적 연구-위르겐 하버마스의 사회이론을 중심으로-”, 연세대학교 석사학위논문, 2002.

기타

- 노동·시민·보건의료단체 공동농성단 기자회견문, 2001.6.21/2001. 6.22.
- 독일의 법정 의료보험: 사회법전 제5권, 한국의료법학회지, 한국의료법학회, 2000.7(1).
- 경향신문, 2002.02.21/2003.01.27/04.24/10.21.
- 국민일보, 2001.05.31/2002.01.24/01.30/11.07/11.30.
- 데일리팜, 2003.12.16/12.21/2004.01.11.
- 동아일보, 2001.07.05/2002.01.31/07.22.

문화일보, 2002.01.30.
서울신문, 2002.01.24/11.06/11.22.
세계일보, 2002.11.30/2003.09.25/10.22.
조선일보, 2002.01.21/03.01/11.26/2003.10.02.
한겨레, 2003.08.07.
한국일보, 2001.06.01/2002.01.08/02.05/02.14/2003.11.06/11.26.
www.moleg.go.kr

외국문헌

- Charles, C., and S. DeMaio, "Lay Participation in Health Care Decision Making: A Conceptual Framework", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1993.
- Daniels, N, 「Just Health Care」, Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
_____, "Justice, Fair Procedures, and the Goals of Medicine", *Hastings Center Report*, 1985:26(6).
- Green, L.W., "The Theory of Participation: A Qualitative Analysis of Its Expression in National and International Health Policies", In *Advances in Health Education and Promotion*, 1986.
- Harbermas, J., 「Moral Consciousness and Communicative Action」, Cambridge: The MIT Press, 1995.
_____, 「Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse Theory of Law and Democracy」, Cambridge: The MIT Press, 1996.
- K.C.Wheare, 「Government by Committee」, London: Oxford University press, 1955.
- L.A.Aday, 「Evaluating the Health Care System」, Chicago: Health Administration Press, 1998.
- Lawrence O. Gostine, 「Public Health Law and Ethics」, London: California

University Press, 2002.

Wallerstein, N., "Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs.", *American Journal of Health promotion*, 1992(6), p.197-205.

Wallerstein, N., and E. Bernstein, "Introduction to Community Empowerment, Participatory Education, and Health", *Health Education Quarterly*, 1994.

W.H.Newman, 「Administrative Action」, New York: Prentice-Hall, Inc., 1963, p.238.

Zimmerman, Joseph F., 「Participatory Democracy: Populism Revived」, New York: Praeger, 1986, p.9.

ABSTRACT

Research on Deliberative Justice Implementation of a National Health Insurance Policy Deliberation Committee

KANG Hyun Hee

Dept. of Medical Law and Ethics

The Graduate School

Yonsei University

In order to address inevitable conflicts between the justice of distribution and the social justice, this study refers to some reasonable methods to implement so called *deliberative justice* that focuses on the system and procedures of formulating and implementing corresponding policies. As long as the deliberative justice is concerned, only extension of deliberative opportunities into whole nation cannot assure the achievement of a critical nationwide assignment titled 'the implementation of deliberative justice.' In addition to nationwide extension of such opportunities, it is also important to build up a stable ground for discussion in which we may pose some question, resolve any inconsistent opinions and overcome resulting conflicts by unrolling arguments supported with rationality. Thus, this study intended to seek some reasonable methods to implement deliberative justice through reviewing the legitimate committee system as a mean to realize the deliberative justice in terms of national health insurance policies.

In this study, a case analysis about committee system was applied to National Health Insurance Policy Deliberation Committee(hereinafter called NHIPDC) that

is supposed to sustain its administration temporarily till Year 2006.

This study analyzed the functions of the said committee in the aspect of structure and procedure respectively:

1. From a functional angle, NHIPDC focuses on deliberation and resolution on policies relevant to national health insurance, but lacks conciliation and intervention side. Naturally, the functional issues of conciliation and intervention lead to the structural and procedural questions. That is why we need to add the complementary function of conciliation and intervention to existing functions of said committee for the sake of its better functional performance.

2. From a structural standpoint, NHIPDC comprises the parties concerned and other neutral public delegates respectively in the same number for deliberation and resolution. However, there are some criticisms about the following points, i.e. difficulty in tuning up various opinions from lots of public delegates and government-driven appointment of public delegates with regard to the right of recommendation. Besides, it is also often pointed out that National Health Insurance Corporation(NHIC) as the representative of insurers and one of parties concerned with the organization of public delegates may fail to play their inherent neutral roles in terms of national health insurance policies, because it comprise the committee membership of NHIPDC. Hence, as proven in the counterpart case of Germany, it is required to prepare the relevant procedures and regulations for commissioning public delegates according to the mutual consent between insurants and medical organizations, so that the delegates may be organized by the recommendation and mutual consent of said both parties concerned in order to coordinate and intermediate the different interests among the parties concerned from their own neutral standpoint.

3. In the procedural aspect, NHIPDC has a critical disadvantage of omitting any course of procedural deliberation in which each of parties concerned may propose different opinions and discuss them with each other in more depth,

because the said committee is typically characterized by a resolution body rather than coordinator or intermediate.

Moreover, the said committee comprises the members with different standpoints even within both parties concerned(i.e. insurers and insureds). That is why the committee fails to assure any procedural deliberation that may successfully reflect the diverse viewpoints of parties concerned. Therefore, it is essential that NHIPDC should have more complemented function of intervention and coordination to assure any procedural deliberation, while formulating the reasonable ways to promote such procedural deliberation so that each of deliberation groups and NHIC as a party concerned may discuss any policies for negotiation in order to fully reflect the opinions from each interested party in unbiased manner.

4. With regard to the duration of committee administration, the valid term of concluding the Agreement about Medical Care Allowances is specified till November 15, 2004 in accordance with the Special Act for Steady Financial Conditions of National Health Insurance. This duration doesn't comply with the realistic requirement for coming to further deliberation through full discussion. For the sake of coordination and intervention through full discussion, it presumably takes about 2 or 3 months only to discuss among parties concerned, and also takes additional 2 or 3 months from committal reference to final resolution. Thus, it is inevitable to revise the current compulsory provision about the valid termination of said agreement dated on November 15, 2004.

5. NHIPDC has its own inherent disadvantage as a temporary committee under administration till Year 2006. Accordingly, whether it succeeds in accomplishing original goals or not, former Committee on Finance and Administration and National Health Insurance Deliberation & Conciliation Committee will be possibly revived after Year 2006, which is characterized by dualized system involving revenue and expenditure respectively in accordance

with the Act of National Health Insurance.

Hence, in order to solve the questions of financial deficit from a long-term standpoint, it is important to seek any promising way to complement and maintain current unified committee system in terms of national health insurance, and reflect the committee's expertise in policy administration proactively on an incoming new legislation named 'the Act of National Health Insurance.'

Key word : Deliberative Justice, National Health Insurance Policy Deliberation Committee, National Health Insurance Deliberation & Conciliation Committee, Committee on Finance and Administration, Special Act for Steady Financial Conditions of National Health Insurance.