

보건의료 자원할당의 우선순위 선정에서 사회적 합의 모델에 관한 연구

이용갑* · 서남규** · 문성웅***

(2009.5.9. 접수 / 2009.5.29. 1차수정 / 2009.6.4. 게재확정)

— 요약 —

2009년 건강보험 보험료율은 지난해와 같은 5.08%로 동결되는 등 재원확충은 점차 어려워지고 있지만, 의료서비스 공급자들에게 지불하는 진료수가는 평균 2.2% 인상되었고, 건강보험 보장성강화정책은 지속되고 있다. 재원확충이 뒷받침되지 않은 상황에서 지출규모를 증가시키는 방향으로 정책이 집행되고 있는 현재 국민건강보험의 지속가능성과 연계된 급여범위 설정을 위한 보건의료 자원할당에 관한 우선순위 논의는 사회적으로 공론화되지 못하고 있다.

이에 본 연구는 보건의료정책의 정당성을 확보하기 위한 사회적 합의에 기초한 보건의료 자원할당 우선순위 선정의 제도적인 틀을 어떠한 형태로 구축할 수 있는가를 분석하였다. 국민들의 직접 참여 또는 국민을 대표할 수 있는 집단들이 사회적으로 합

* 서강대학교 공공정책대학원 강사(lankwitzer@empal.com)

** 연세대학교 사회발전연구소 연구원

*** 성균관대학교 박사과정

의한 건강보험 재원 할당의 우선순위 원칙에 기초하여 보험자, 의료서비스 공급자와 전문가가 합의한 우선순위 선정의 세부 기준을 수립하고, 그 기준에 따른 급여 항목과 대상의 결정 및 이를 위한 재원확보를 뒷받침할 수 있는 기전의 확립이 국민건강보험 재원할당의 우선순위 선정의 체계의 핵심이라고 할 수 있다. 즉, 지속가능하고 보다 공정한 보건의료 자원할당이 가능하려면 국민들의 참여를 보장하고 참여한 국민의 대표에게 정보를 지속적으로 제공하여 대표성, 투명성, 공정성을 담보할 수 있게 함으로써 국민으로부터 형식적일뿐만 아니라 실질적인 정당성을 획득할 수 있는 의사결정기구로 구조화될 필요가 있다. 2007년 ‘차세대 건강보장 혁신위원회’ 산하의 건강보장미래전략위원회가 제시한 ‘가입자위원회’가 하나의 사례가 될 수 있다.

주제어 : 우선순위 선정, 사회적 합의, 정당성, 국민건강보험

1. 서론

대부분의 OECD 국가들에서는 노인인구의 증가, 만성질환의 일반화, 고가의 신 의료기술 확산, 소득수준의 향상에 따른 질 높은 보건의료 서비스에 대한 욕구 증가 등으로 보건의료비 지출이 계속적으로 증가하고 있다. 이러한 상황에서 이들 국가들은 재원 확보, 진료비 지출 억제, 자원의 효율적이고 효과적인 배분 등을 동시에 달성하여 공적 의료보장제도의 지속가능성을 보장하기 위하여 노력하고 있다. 이에 따라 국가는 재정적 지속가능성을 고려하면서 다양한 보건의료 서비스들 중에서 어떤 기준에 근거하여 어떤 보건의료 서비스의 항목을 국민들에게 먼저 제공해야 하는가 하는 보건의료 자원할당의 우선순위 선정을 고민하게 되었다.

우리나라의 경우 2006년부터 국민건강보험의 급여 확대를 통한 보장성강화가 본격적으로 시작됨에 따라 보장성강화의 우선순위 선정과 이에 필요한 재원의 지속적 확보가 새로운 과제로 등장하였다. 특히, 지난해부터 시작된 세계적 경제침체로 인해 2009년 건강보험 보험료율은 전년과 같은 5.08%로 동결되는 등 재원확충은 점차 어려워지고 있는 상황이다. 하지만, 의료서비스 공급자들에게 지불하는 진료수가는 평균 2.2% 인상되었고, 소득계층별 본인부담금 상한제 도입 및 희귀난치성 질환자와 암환자에 대한 본인부담금 인하 등으로 지출증가는 가속화되고 있다. 그럼에도 불구하고 국민건강보험의 지속가능성과 연계된 급여범위 설정을 위한 보건의료 자원할당에 관한 우선순위 논의는 사회적으로 공론화되지 못하고 있는 실정이다. 또한 건강보험을 둘러싸고 논의되고 있는 의료서비스산업 선진화 논의인 국내 자본에 의한 영리법인 의료기관 개설 허용, 실손 보상형 민간 의료보험 활성화, 건강보험제도하에서의 요양기관 당연지정제 폐지뿐만 아니라 해외환자 유치, 건강관리서비스 시장 형성 및 영리법인 의료

기관과 직·간접적으로 연결되는 병원경영지원회사(MSO)의 활성화, 의료기관의 자본조달 다양화를 위한 의료채권 등도 보건의료 자원할당에 큰 영향을 미칠 수 있기 때문에 이에 대한 사회적 논의와 합의가 필요한 상황이다.

이에 본 연구는 건강보험에서 재정적 지속가능성 확보와 보장성 강화라는 서로 충돌할 수도 있는 상황을 극복하기 위한 자원배분 방식에 대해 국민들의 정당성을 획득하는 방안을 모색하고자 한다. 즉, 본 연구는 국민적 정당성을 획득할 수 있는 사회적 합의에 기초한 국민건강보험 재원의 확보와 지출에 관한 우선순위 선정 모형을 제시하고자 한다. 이를 위하여 본 연구는 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정에 관한 이론적 논의를 바탕으로 우리나라의 보건의료 자원할당의 현실을 분석하고, 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정에 관한 국민의식조사를 분석하고자 한다.

2. 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정에 관한 이론적 논의

1) 우선순위 선정의 대상, 차원 및 기전

‘우선순위 선정(priority setting)’이라는 개념은 ‘자원할당(rationing)’이나 ‘자원배분(resource allocation)’이라는 용어와 동의어로 사용하기도 하고, 구분하여 사용하기도 한다(김주경, 2004)¹⁾. Ham(2003), Coulter(2000), Klein(1998) 및 영국 Priority Setting Working Group(1997)은 우선순위 선정과 자원할당 또는 자원배분을 동의어로 사용한다. 반면에 Haddorn/Brook(1991)과 Bethwaite/McCaw(2000)은 국가 또는 지역사

1) 본 연구는 우선순위 선정, 자원할당 또는 자원배분을 동의어로 사용하고자 한다.

회 단위에서는 ‘자원할당’, 서비스 프로그램 단계에서는 ‘우선순위 선정’, 개별 환자 수준에서는 ‘자원배분’이 실시되는 것으로 세 가지 용어를 구분하면서 자원할당을 우선순위 선정의 하위 개념으로 파악한다. Redwood(2000)는 우선순위 선정을 자원할당의 한 형태로 이해한다.

보건의료 자원할당의 우선순위 선정을 위한 의사결정은 결국 ‘어디에서’, ‘어떤 기준과 기전’에 따라 ‘누구에게’, ‘어떤 보건의료 자원’을 할당할 것인가에 대한 논의이다. Klein(1995)에 의하면 보건의료 자원할당은 서로 연결되는 거시, 중범위 및 미시 차원에서 발생한다. 거시차원에서의 보건의료 자원할당은 정치가들이 지역별로 얼마나 많은 보건의료 서비스를 제공할 것인가에 대한 결정 또는 예산배분인 정치적 차원에서의 의사결정이다. 중범위차원에서의 자원할당은 공적 의료보험자와 지역 보건당국 및 기타 진료비 지불자 등이 특정 보건의료 서비스에 대한 급여로서의 제공여부를 결정하는 제도적 차원에서의 의사결정이다. 미시차원에서의 보건의료 자원할당은 진료상황에서 실제 진료를 담당하는 의사가 경험과 판단에 기초하여 개별 환자에게 특정 보건의료 서비스를 제공할 것인가를 결정하는 개인적 차원에서의 의사결정이다. Klein(1998)에 의하면 다음과 같은 다섯 가지 종류의 보건의료 자원이 세 차원에서 할당된다: 첫째, 보건의료 서비스에 할당되는 총 재원의 조달; 둘째, 지역과 보건의료 서비스를 기준으로 한 예산의 분배; 셋째, 특정 진료 형태에 대한 자원할당; 넷째, 어떤 환자들이 진료를 받아야만 하는가에 대한 선택; 다섯째, 개별 환자들에게 비용을 얼마나 지출해야 하는가에 대한 결정. Klein이 분류한 보건의료 자원 중 첫 번째와 두 번째는 거시차원에서, 세 번째는 중범위차원에서, 그리고 네 번째와 다섯 번째는 미시차원에서 할당이 결정된다고 할 수 있다. 우리나라 국민건강보험 보장성 확대의 경우는 주로 두 번째인 중범위 차원과 직접적으로 관련이 있다고 할 수

있다. 그러나 국민건강보험의 보장성 확대는 거시차원 및 미시차원과도 상호 연관되어 영향을 미친다. 거시차원과 관련할 경우 보건의료 부문 또는 국민건강보험의 총재정이 얼마나 더 증가할 것인가 또는 감소할 것인가에 따라서 중범위차원에서 발생할 수 있는 우선순위의 범위가 결정된다고 할 수 있다. 중범위차원의 결정이 실제 보건의료 서비스 제공에서 얼마나 제대로 적용될 것인가 하는 미시차원의 경우는 ‘병상에서의 결정’에 따라 달라진다. 이러한 미시차원의 결정이 경우에 따라서는 중범위, 더 나아가 거시차원의 결정에까지 영향을 미치게 된다.

국가, 지역, 또는 병원이나 실제 진료상황에서 보건의료 자원은 다음과 같은 여섯 가지 기전에 의해 할당된다. 첫째, 배제(denial)는 특정 서비스들, 개인들 및 집단들이 조세, 공공 보험 등과 같은 집합적 재정에서 제외되는 것을 의미한다. 둘째, 선택(selection)은 일반적으로 질병들, 서비스들, 기술들 또는 환자들에 대한 선택 및 이들에 대한 순서 매김 이다. 셋째, 억제(deterrence)는 보건의료 자원의 이용을 제대로 하지 못하게 하는 기전으로 본인부담금제도가 대표적이다. 넷째, 지연(delay)은 특정한 시간에 요구하는 모든 사람들에게 요구하는 서비스를 제공할 수 없는 상황을 해결하기 위한 기전으로 대기목록이 대표적이다. 다섯째, 편향(deflection)은 진료수준의 자기 선택에 대한 관리적 장애를 만들거나 방지하는 기전이다. 여섯째, 희석(dilution)은 서비스의 질을 저하시키는 기전으로 공급자가 어떤 환자에게 시간을 덜 사용하거나, 특정한 진단을 하지 않는 것이다. 이상의 여섯 가지 기전 중 우리나라에서 주로 사용되고 있는 기전은 선택과 억제이며, 암묵적으로 배제가 사용되고 있다고 할 수 있다. 그동안 우리나라에서 드물게 진행된 우선순위에 대한 논의는 주로 두 번째인 ‘선택’에 한정된 경향이 있다²⁾.

2) 우리나라 국민건강보험에서 자원할당은 법정 급여, 법정 비급여, 본인부담

2) 우선순위 선정 논의의 주요 흐름

(1) 우선순위 선정의 기술적 접근과 제도적 접근

우선순위 선정 과정은 상이한 선택과 결정이 결합되는 과정을 포함한다(Liss, 2002). 이에 따라 어떤 사람들이 어느 단계에서 선택해야 하는 의사결정과 선택된 의사결정이 포함된 현실세계에서의 우선순위 선정과정에 대한 분석은 의사결정의 기초가 되는 원칙과 기준, 과정의 참여자, 고려 사항, 사용되어야 할 범주, 의사결정을 지원하는 정보 및 적용되어야 할 순서 등을 대상으로 한다. 보건의료 자원할당 우선순위 선정에 관한 최근의 국제적 논의에서는 가치와 원칙, 기술적인 접근과 제도적인 접근의 대조, 특정 보건의료서비스를 급여에서 제외하고자 하는 논의, 근거중심 의학(EBM)의 성장 및 우선순위 결정에서 의사·환자·공중 등 이해관계자의 참여 등이 주요 쟁점이다³⁾. 본 연구는 이 쟁점들 중 우선순위 선정의 기술적 접근과 제도적 접근 및 우선순위 선정과정에서 이해관계자들의 참여를 분석하고자 한다.

우선순위 선정에 관한 기술적 접근과 제도적 접근에 대한 논의는 먼저 암묵적, 명시적 우선순위에 대한 구분에서 출발할 수 있다. 공공재정의 분배와 관련한 보건의료체계의 우선순위 선정에서는 암묵적 접근이 지배적이었지만, 1980년대 후반부터 신 의료기술의 발전, 보건의료 재정의 지속가능성 문제 등으로 명시적인 우선순위 선정에 대한 관심이 국제적으로 증가하였다⁴⁾. 명시적으로 우선순위를 선정할

(100/100), 한시적 비급여로 구분하여 급여범위를 선택적으로 확대하여 왔다. 급여의 선택적 확대에서도 보험재정에 상당한 부담을 초래하는 경우, 대체가능하고 비용효과적인 측면에서 상대적으로 고가인 경우 및 대체가능하고 보편적이지 않은 경우는 급여에서 배제하고 있다. 또한 급여의 이용 억제 수단으로 외래진료 30%, 입원진료 20%라는 법정 본인부담금을 설정하고 있다. 연도별 급여 확대의 내용은 이상이 외(2005)를 참조하라.

3) 개별 국가들에서 진행된 구체적 사례는 정형선 외(2004) 및 이상이 외(2006)를 참조하라.

경우 먼저 객관적인 우선순위 선정 체계를 개발하고자 하는 ‘기술적(technological) 접근’이 존재한다. 기술적 접근은 합리주의에 기초한 지식·정책·의사결정에 근거하여, 우선순위를 결정할 수 있는 올바른 정보와 규칙의 묶음을 개발하고자 하는 입장이다. 결국, 기술적 접근은 각각의 결정들이 갖는 상대적인 중요성을 포함하여 보건의료 부문 의사결정의 모든 상대적인 측면들을 정확하게 측정하고 설명할 수 있는 공식을 개발하고자 한다고 할 수 있다. 이에 따라 기술적 접근의 성공여부는 대상에 대한 명확성, 비용과 결과에 대한 정보, 성과측정에 의존한다. 기술적인 접근은 우선순위 의사결정자들에게 명확성을 제공할 수는 있지만, ‘우선순위 선정에 있어 가치와 원칙들이 어디에 위치해있는가’라는 근본적인 문제를 무시하고 있다는 점에서는 그 효용성은 낮을 수밖에 없다고 할 수 있다⁵⁾.

명시적인 우선순위 선정에 대한 ‘제도적(institutional) 접근’은 북

-
- 4) 우선순위 선정과 관련된 구체적이며 현실적 논의는 사회보험체계 국가인 네덜란드가 먼저 시작하였다. 하지만, 1980년대 말부터 활성화된 논의는 NHS 국가인 스웨덴, 노르웨이, 뉴질랜드, 영국 등과 미국 오레곤 주(Medicaid)가 주도하고 있다. 뉴질랜드, 미국의 오레곤 주, 스칸디나비아 국가들, 영국, 네덜란드, The Council of Europe, 이스라엘, 캐나다 등에서 우선순위 선정에 대한 프로젝트를 진행하였고, 호주와 아이슬란드 등은 우선순위 관련 개념들을 검토하였다(National Health Committee of New Zealand, 2004).
 - 5) 우선순위 선정에서 가치와 관련하여 기술적 접근은 치료가 어려운 질병에 대한 고통을 경감하는 치료와 생명을 위협하는 상태에 있는 이들에 대한 진료 중 하나를 선택해야하는 경우 대담을 제시할 수 없다는 것이 가장 큰 문제이다. 가치와 관련한 기술적 접근의 두 번째 문제는 사회적 형평성과 인권 개념이 보건의료재정 투입을 결정하는데 어떠한 역할을 해야 하는가에 대하여 해답도 제시할 수 없을 뿐만 아니라 고민도 하지 못한다. 가치와 관련하여 기술적 접근은 또한 연령이나 장애가 보건의료 자원할당 우선순위 선정에서 어떤 역할을 해야 하는가의 문제, 즉 QALYs, DALY, HYE 등과 같은 기술적 분석 도구들을 이용하지만, 이 도구들의 사회적 효용성문제에 대해서는 아무런 해답을 줄 수 없다는 것이 문제이다. 기술적 접근이 사회적 가치를 무시한 결과는 미국 오레곤 주가 실시한 Medicaid의 자원할당 우선순위 선정을 위한 첫 번째 시도에서 잘 나타나고 있다. 미국 오레곤 주에서는 즉각적인 치치가 필요한 충수절제술보다 비용대비 효과가 더 크다는 점에서 치관(tooth-capping)이 더 높은 우선순위에 선정되었다(정형선 외, 2004 참조).

유럽 국가의 보건의료자원 우선순위 선정 활동이 1990년대 말에 합리적인 ‘우선순위 선정 체계(priority setting system)’ 구축이라는 제1단계에서 투명성과 책임성을 강조하는 올바른 ‘우선순위 선정 과정(priority setting process)’이라는 제2단계로 전환하고 있다고 분석한 Holm(1998)의 연구에서 본격적으로 제기된다. Holm은 우선순위 선정의 제1단계는 우선순위 선정 체계의 규칙을 따르는 것에 의해 결정의 정당성을 획득할 수 있었고, 규칙이 합리적이라면, 결정 역시 당연히 합리적이게 된다는 개념에 근거하고 있었다고 지적한다. 이에 반해 제2단계는 이러한 방식으로 우선순위를 결정하는 것이 합리적인 방식으로 자원할당을 지속적으로 결정할 수 있을 것인가에 대한 문제를 다음과 같이 제기하면서 대두되었다(Holm, 1998): 첫째, 우선순위 선정 체계를 지탱하는 정보의 양과 질 및 의사결정자가 계속 공평할 수 있을 것인가?; 둘째, 국가 건강수준의 최대화, 또는 질병치료, 또는 보건의료 서비스에 대한 필요 충족 등 공공 보건의료체계의 목적에 대한 합리적 의사결정체계는 무엇인가? Holm은 우선순위 선정 논의가 진행됨에 따라 공공 보건의료체계의 목적은 국민에 대한 의료보장 개념의 유지와 같은 추상적이며 기본적인 목적을 포함하여 그 밖의 많은 목적들이 복합적으로 내포되어 있기 때문에 제1단계에서 제2단계로 전환하는 것은 어느 정도 필연적인 과정이라고 설명한다. 공공 보건의료체계의 목적이 다양할 수밖에 없다는 현실을 고려한다면 하나의 목적이 모든 상황에서 가장 중요하다는 주장이 일반화되기 어렵기 때문에 우선순위 선정을 위한 기초로서 단일한 목적 또는 여러 목적들의 균형을 맞추어 원칙을 설정하는 것은 불가능해지고 있다. 이에 따라 Holm(1998)은 제2단계에서는 의사결정의 정당성이 특정한 우선순위 선정 규칙의 사용만으로는 확보되기 어렵다면, 우선순위 선정과정에 주어진 “메타규칙(meta-rules)”의 집합들을 만들어 정당성을 획득할 수 있다고 주장한다.

보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정에서 기술적 접근과 제도적 접근간의 근본적 차이는 결국 우선순위 선정 과정이 무엇과 관련 되는가에 대한 개념의 차이라고 할 수 있다. 기술적 접근은 ‘어떻게’ 우선순위를 선정해야 하는가라는 질문에 대하여 명확하고 단일한 해답을 제시하기 위해서 정보를 향상시켜야 한다는 입장이다. 반면에, 제도적 접근은 우선순위 선정은 하나의 해답을 요구하는 수수께끼가 아니라 대다수가 공감하는 해답을 찾는 지속적인 과정, 즉 근본적으로 서로 다른 이해관계자들의 교섭을 포함하는 사회적, 정치적인 과정으로 이해한다. 제도적 관점에서는 결국 우선순위 선정과정에서 보건의료 재원을 직·간접적으로 부담하는 국민들에게 정당성을 확보하는 것이 가장 중요하다.

(2) 우선순위 선정과정에서 이해관계자들의 참여

보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정과 관련한 또 다른 국제적 논의의 주제는 우선순위 선정과정에 이해관계자들의 참여이다. 이 논의는 기술적인 접근이 정책결정자들의 관점만을 중시하고, 이해관계자들을 참여시키는데 무관심했기 때문에 결국 국민들로부터 정당성을 확보하는데 문제가 있다고 판단한 결과이다. 중범위 또는 미시차원에서 우선순위 선정과 관련한 이해관계자들은 의사, 환자 및 일반 대중이라는 세 집단으로 구분할 수 있으며, 이들이 우선순위 선정과정에서 중요한 행위자로 참여해야 한다는 주장은 다음과 같은 세 가지로 요약될 수 있다. 첫째, 일반 대중은 보건의료체계의 재원을 부담하고 있기 때문에 일반 대중이 이러한 자원들이 어떻게 할당될 것인가를 결정하는 과정에 참여할 수 있는 어느 정도의 권리를 가진다는 윤리적 주장이다. 둘째, 보건의료 서비스가 제공되는 실제 현장에서는 정책당국, 보험자, 서비스 공급자, 환자, 지역 주민 등 다양한 행위자들이 갖고 있는 서로 다른 문화적 관점이나 특정한 지역적 상황

과 같은 요인들이 의사결정에 포함되어야 한다는 다양성 주장이다. 셋째, 우선순위 선정과정에 이해관계자들의 광범위한 참여는 이해관계자들이 결정을 수용할 수 있어야 정당하다는 주장이다.

우선순위 선정과정에 이해관계자들을 참여시키는 방법은 크게 두 가지이다. 첫 번째 방법은 이해관계자들에게 우선순위 선정과정에 대한 정보를 제공하는 것이다. 정보제공은 통상적으로 우선순위 선정을 지지하는 가치와 원칙들을 결정한 후 제안된 과정들에 대한 피드백을 제공하는데 이용되는 경우가 많다. 이는 우선순위 선정과정의 개발 초기뿐만 아니라, 정책결정과정체계의 작동에 대한 피드백을 얻는데 사용될 수 있으며, 그 대표적 사례는 미국의 오레곤 주의 경험이라고 할 수 있다(정형선 외, 2004 참고). 주립 오레곤 보건의료 의사결정기구(State-Operated Oregon Health Decisions)는 2년에 한 번씩 오레곤 주 주민들의 의견을 조사한다. 일반 대중들이 의사결정에 참여하는 방식은 자문, 전화나 설문문을 이용한 사회조사 또는 정책결정자들과 이해당사자들 사이의 양방향 의사소통을 위한 포럼으로서 주민회의와 공청회 등이 이용된다. 네덜란드 정부는 Dunning위원회 보고서에 대한 일반 국민들의 피드백을 높이기 위해 대중적인 캠페인을 벌였다. 또 다른 방법으로는 일반 대중들의 모임에서 쉽게 발생하는 ‘자기선택 오류’를 피하기 위하여 소수 심층면접이나 ‘시민배심원(Citizen Juries)’ 제도가 도입되기도 한다.

두 번째 방법은 이해관계자들에게 의사결정과정에 직접 참여하게 하는 것이다⁶⁾. 일반 대중 또는 환자대표가 우선순위 선정과정에 참여

6) 우선순위 선정과정에 참여하는 집단들의 유형에 대한 제한과 확대는 여전히 논란거리이다. 효과적인 우선순위 선정을 위해서는 보건의료에 관한 전문지식을 요구하기 때문에 보건의료 전문가들이 과정에 참여해야만 할지라도 다른 집단들은 그러한 지식이 없기 때문에 배제되는 것이 정당하다는 주장이 있다. 반면에 일반 대중의 참여는 보통 사람들의 가치와 선호가 의사결정에 통합되고, 그러므로써 우선순위 결과에 대한 정당성을 강화할 수 있기 때문에 일반 대중과 환자의 대표들이 우선순위과정에 직접 참여해야 한다고 주장도 있다. 이는 공

하는 대표적 사례는 진료지침 개발과 보건의료 기술평가를 담당하는 영국 NICE(National Institute for Clinical Excellence)의 경우이다. 영국은 합리적이고 과학적인 근거에 기초하는 것이 정당성 획득이라고 인식하여, 과학적인 근거에 기초한 진료지침의 개발에 주력하였으나, 2000년대에 들어서 정보의 불확실성에 대한 보완형식으로 정의(Justice)의 문제를 고민하게 되면서 대중들의 참여를 중요한 요소로 수용하였다(NICE, 2002). 이에 따라 NICE는 진료지침 개발에서 '시민 위원회(Citizens' Council)'를 상설로 운영할 뿐만 아니라 지속적인 여론 조사를 통해 대중들의 가치를 반영하기 위해 노력하고 있다(이상이 외 2006 참조). 비용효과적인 측면을 강조하던 미국 오레곤 주도 일반 대중의 가치를 전문가들이 우선순위를 선정하는데 참고사항 정도로 고려하여 일정한 공식에 의해 항목들을 이동시키는 방식으로 진행해 왔지만, 최근에는 국민들의 가치와 여론을 반영하여 인위적으로 조정하는 절차를 두게 되었다(정형선 외, 2004 참조). 호주의 경우 WTP(Willing To Pay)의 방식으로 대중들의 의견을 조사하는 방식을 선택하기도 하였다(Olson et al., 1998).

이 밖에도 일반 대중들의 의견을 파악하는 방법은 전화조사, 대중 모임, 신문 광고, 특정 대상 집단을 구성한 심층면접, 조사의 범위를 줄여서 조사하는 소규모 조사 등 매우 다양하다(Local Government Management Board, 1996 참조). 일반 대중의 의견을 정책에 반영하기

중 대표의 활동이 “감시자(watchdog)” 역할을 수행할 수 있다는 것을 포함하고 있으며, 적절한 과정들을 따르고 다른 이해관계자들의 이해들에 의해 침식되지 않을 것이라는 확신을 포함한다. 우리나라의 경우 보건의료자원의 할당을 위한 의사결정은 보건의료가 전문 지식의 영역이라는 패러다임 하에서 대체로 관료들이나 소수 전문가집단에서 이루어져왔지만, 2000년 국민건강보험법의 제정으로 논의구조가 부분적으로 변화하였다. 현재 국민건강보험의 보험료 수준과 보험급여의 범위를 결정하는 ‘건강보험정책심의위원회’에 정부부처 대표뿐만 아니라 보건의료 서비스 공급자 대표, 일반 대중의 대표라고 할 수 있는 가입자 대표 및 공정한 입장을 견지한다고 가정하는 공익 대표가 각각 동수로 참여하고 있다.

위한 다양한 방법들은 대부분의 경우 가치와 선호를 찾아내는 것이다. 이 경우 가치를 이끌어내는 방법들이 서로 상이하고, 조사된 응답자들의 가치를 종합하는 방법들이 상이하기 때문에, 어떠한 방법을 사용하느냐에 따라 다른 결과가 나올 수 있기 때문에 적절한 적용을 위한 최적의 방법론을 선택하는 것이 가장 중요하다(Mullen, 2000 참고).

3. 보건의료 자원할당을 위한 우리나라의 우선순위 선정 현황과 국민 인식

1) 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정의 현황

우리나라에서 보건의료 자원할당의 우선순위 결정은 Klein(1995)의 구분과 같이 거시, 중범위 및 미시 차원에서 분석할 수 있다. 거시차원에서는 국가 전체의 보건의료 재정, 시설, 인력, 연구개발 등에 대한 자원할당이 결정된다. 하지만, 시설과 인력 수급에 대한 다양한 법령이 제정되었지만, 이 법령들은 자원관리에 대한 구체적 수단을 제시하지 못함으로써 실제 자원관리의 효과는 미흡한 것으로 평가되고 있는 실정이다(오영호 외, 2006). 이에 따라 우리나라의 경우 거시차원에서는 주로 보건의료 재정의 분배가 결정되고 있다. 약 4조원을 투자하여 10%대에 불과한 공공 의료시설을 30%까지 증가시키겠다는 정부의 2005년 12월의 “공공보건의료 확충 종합대책안” 수립과정을 분석하면 거시차원에서 결정되는 보건의료 자원할당의 몇 가지 특징을 찾을 수 있다. 첫째, 의사결정에서 중앙정부의 역할이 거의 절대적이다. “공공보건의료 확충 종합대책안”은 대통령선거 공약사항에서 시작되었고, 그 과정에서 관련 전문가 및 정부 관료들로 구성된 대통령 자문기구인 ‘고령화 및 미래사회위원회’의 논의내용이 중요한 역

할을 하였다. 둘째, 의사결정의 공식적 참여자는 아니지만, 시민사회 단체의 의견이 의사결정에 중요한 고려사항이었다고 할 수 있다. 당시는 경제자유구역 내에 영리법인 외국병원의 설립 허용과 이들 기관에 대한 내국인 진료 허용을 둘러싸고 정부와 시민사회단체간의 갈등이 공공연한 시기였다. 이러한 상황에서 ‘경제자유구역 내 외국병원 개설과 그에 따른 내국인 진료허용’과 함께 결정된 공공보건의료 확충 종합대책안은 결과적으로는 보건의료 자원할당에 관한 의사결정 과정의 투명성, 정책적 연관성, 정당성, 공정성 등뿐만 아니라 의사결정에의 비공식적 참여자에 대한 의문도 제기되고 있다.

중범위차원에서의 의사결정은 공적 의료보장제도의 중심축인 국민건강보험 요양급여의 범위, 기준, 절차 등과 같이 국민건강보험제도의 급여와 비급여 항목의 결정이다. 국회가 제·개정하는 ‘국민건강보험법 제39조’와 보건복지가족부장관이 고시하는 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’은 의료행위, 의약품, 치료재료 및 신의료기술 등 국민건강보험의 요양급여대상과 비급여대상 등의 급여범위를 규정함으로써 간접적인 본인부담의 범위를 설정하고 있다. 건강보험의 급여여부에 관한 구체적 사항은 보건의료 서비스의 공급자인 의약계, 보험자인 국민건강보험공단 및 건강보험 진료비의 심사와 제공된 의료서비스의 적정성을 평가하는 건강보험심사평가원의 의견을 청취하게 되어 있다. 중범위차원에서 결정되는 보건의료 자원할당의 우선순위 선정은 전문가들이 1차적으로 심의하고, 정부대표와 보건의료 서비스 공급자·가입자·공익 대표가 참여하는 의사결정기구인 보건복지가족부 산하의 ‘건강보험정책심의위원회’가 최종적으로 결정하는 구조이다.

미시적 수준의 의사결정은 임상 진료지침 개발 등과 같은 실제 보건의료서비스 제공 현장에서 발생한다. 임상 진료지침과 관련된 우리나라의 현실은 진료지침을 소개하거나 진료지침을 개발해본 경험을

발표한 사례 정도에 불과하며 진료지침 개발이 그리 활발하지 않은 편이라고 할 수 있다⁷⁾. 또한 우리나라에서 현재 진행되고 있는 임상 진료지침 개발은 미시적 수준에서 보건의료 자원할당의 우선순위 선정과 관련한 논의와 함께 전개되고 있지 못하고 있는 것이 현실이다.

거시, 중범위 및 미시 차원에서 이루어지는 우리나라의 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정은 결국 다음과 같은 문제점이 있다고 할 수 있다. 첫째, 우리나라의 보건의료 자원할당과 관련된 의사결정은 중앙정부에 집중화된 상태이다. 지방 자치단체가 보건의료 자원할당에 대하여 부분적으로는 의사결정을 하지만, 지방 자치단체에서 독자적으로 의료자원을 할당하기에는 자원의 총량이 너무나도 적은 규모일 뿐만 아니라 구체적인 법적, 제도적 장치도 부족한 상황이다. 둘째, 보건의료 자원할당에 대한 우선순위 선정과정은 아직까지 제도적으로 정착되지 않은 상황이어서, 동일한 형식과 절차로 의사결정이 지속되거나 반복되지 않고 있다. 셋째, 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정을 위한 명시적인 기준이 부재하다. 명시적 기준에 의해서 자원을 할당할 것인지에 대한 논의가 생략된다면, 보건의료에서 공공부문보다는 민간부문이 절대적으로 우월한 위치를 점하고 있는 우리나라 보건의료 현실에서 시장에 대한 일종의 조정 역할을 하고 있는 보건의료 자원의 할당에 대한 정당성을 획득하기 어려울 수 있다. 넷째, 보건의료 자원할당 우선순위 선정을 위한 기준과 과정이 마

7) 우리나라에서 가장 오래된 임상 진료지침은 ‘소아예방접종 지침’이다. 2003년 조사에 의하면 국내 임상학회의 진료지침 개발 현황은 다음과 같다: 2003년까지 약 13개 학회가 17종의 임상 진료지침을 개발하였으며, 개발 그룹의 규모는 최소 9명에서 최대 61명까지로 범위가 다양하였으며, 대부분 경우 단일 전문 과목 의사만 참여하였고, 문헌검색 전략 혹은 객관적 평가도구를 사용한 경우는 소수였으며, 대부분이 비공식적 합의를 사용하여 권고안을 도출하였다(김남순 등, 2003). 우리나라에서 진료지침 개발이 활발하지 못한 이유는 임상 진료지침 개발 집단들이 다학제적이지 못하며, 체계적인 검토를 하지 못했고, 비공식적인 합의를 통해서 권고안을 도출하고 있어, 양질의 진료지침개발을 위한 조건을 충족하지 못하고 있다고 평가되고 있다(이상일 외, 2004).

련된다고 하더라도 이를 근거하는 정보가 어떠한 방식으로든 충분히 제공되어야 하지만, 정보기반이 제대로 구축되지 않은 상태이다. 다섯째, 보건의료가 전문지식의 영역이라고 일반 국민들에게는 다양한 방식으로 충분한 양질의 정보를 제공하지 않고 있을 뿐만 아니라, 일반 대중의 대표가 의사결정에 참여하는 주체와 범위가 제한적이다. 즉, 국민건강보험의 틀에서만 일반 대중의 대표가 형식적이거나 제한적으로 참여하고 있는 상황이다. 여섯째, 보건의료체계의 목표가 무엇인가에 대한 사회적 합의를 도출하는 공개적 노력이 여전히 부족하다. 지난 몇 년간 우리나라 보건의료에 관한 사회적 논란의 주제인 공공 의료 확충, 건강보험 보장성 강화 및 의료서비스산업화의 맥락에서 제기되는 실손 보상형 민간 의료보험 활성화, 영리법인 의료기관 개설 허용, 건강보험 요양기관 당연지정제 폐지, 의료채권 활성화, 병원경영지원회사(MSO) 허용, 건강관리서비스 시장 육성 등 보건의료체계의 목적과 관련된 정책적 논점에 대한 사회적 합의를 도출하고자 하는 정책당국의 시도는 여전히 부족한 상황이다.

우리나라의 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정에서 이러한 문제점들이 발생할 수밖에 없는 이유는 기본적으로 우리나라에서는 명시적이고 공식적인 자원할당에 관련된 의사결정 과정 자체가 존재하지 않기 때문이다. 사실상 이러한 문제는 비단 보건의료분야에만 국한된 것은 아니다. 하지만, 보건의료부문은 여러 가지 의미에서 명시적이고 공식적인 의사결정과정에서 가능할 수 있는 여건을 갖추었고, 또한 전 국민의 전 생애를 대상으로 하기 때문에 다른 어떤 부문보다도 자원할당과 관련된 의사결정과정에서 선도적인 역할을 수행할 수 있는 여지가 상대적으로 크다고 할 수 있다.

2) 우리나라의 보건의료 자원할당에 대한 국민들의 인식

(1) 재원확충과 사용에 대한 전반적인 인식

보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정을 어떻게 해야 할 것인지를 결정하는데 있어서 가장 중요한 고려사항은 사회적 합의의 필요성과 절차에 대한 인식의 기초가 필요하다는 것이다(Holm, 1998). 사회적 합의에 기초하여 보건의료 자원할당 우선순위 선정의 과정과 기준을 확립하기 위해서는 무엇보다도 재원의 부담자인 국민들의 의사를 파악해야 할 필요가 있다. 국민건강보험공단은 2005년과 2006년에 전국의 국민건강보험 가입자 2,000명을 대상으로 방문면접 조사를 실시하여 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정에 관한 국민인식을 조사하였다⁸⁾.

공적 의료보장체계의 재정적 지속가능성에 대한 논의가 지속되는 상황에서 보건의료 자원할당에 대한 우선순위 선정에서 가장 먼저 확인이 필요한 것은 ‘재원조달 문제를 어떻게 해결할 것인가에 대한 동의’와 ‘보건의료 자원의 사용에 대한 동의’이다. 보건의료 재원의 확충과 관련하여 일반 국민들이 가장 선호하는 방안은 2005년에는 조사 대상자의 45.7%, 2006년의 경우 45.6%가 응답한 ‘다른 부문에 사용되는 재원을 보건의료부문으로의 이전’이다(<표 1> 참조). 그 밖에 보

8) 2004년부터 매년 실시되고 있는 ‘국민건강보험제도 국민만족도조사’는 국민들이 생각하고 있는 국민건강보험의 모습이 무엇인지, 그리고 앞으로 어떤 방향으로 나아가야 하는가를 조사한다(서남규 외 2005, 2006 참조). 본 연구가 분석하는 우리나라의 보건의료 자원할당에 관한 국민인식은 전국의 일반 국민 2,000명을 대상으로 한 2005년과 2006년의 국민건강보험제도 국민만족도조사와 병행하여 조사한 결과를 비교분석한 것이다(이상이 외, 2006 참조). 2005년의 경우에는 일반 국민이외에도 의사·치과의사·한의사·간호사·약사 1,500명 및 각각 100명씩의 국민건강보험공단 직원과 건강보험심사평가원 직원에 대해서도 보건의료 자원할당에 관한 의식을 조사하였다(이상이 외, 2005 참조).

협료를 인상 방안에 대한 찬성이 2005년 8.3%, 2006년 8.4%였으며, 의료보장제 신설 등 국민들이 공공재원으로 납부해야 할 부담이 늘어나는 방안에 대한 응답비율이 각각 3.2%, 6.3%였다. 보장성을 확대하면서 우선순위를 선정하는데 있어서 추가적인 재원을 마련하는 가장 큰 요소가 보험료와 조세라고 할 경우, 국민들의 이러한 인식을 넘어서기 위해서는 무엇보다 국민들이 납득할만한 근거와 정당성을 확보하는 것이 무엇보다 필요하다고 할 수 있다.

<표 1> 추가적 의료비용 조달을 위해 가장 선호하는 방안

	2006년		2005년 1순위
	1순위	2순위	
병의원을 이용하는 환자들 각자가 직접 부담해야 한다.	481 (24.1%)	323 (16.2%)	231 (11.6%)
국민 각자가 민간 의료보험 상품에 가입하여 대비해야 한다.	160 (8.0%)	499 (25.0%)	223 (11.2%)
담배 피우는 사람들에게 부과된 건강증진 부담금을 인상해야 한다.	130 (6.5%)	184 (9.2%)	332 (16.6%)
술(마시는 사람들)에 대해서도 건강증진 부담금을 부과해야 한다.	24 (1.2%)	149 (7.5%)	71 (3.6%)
보험료를 인상하여, 국민 모두가 공동으로 대비해야 한다.	168 (8.4%)	251 (12.6%)	166 (8.3%)
보건의료부문에 대한 국가지원 비중을 확대하여 조달해야 한다.	911 (45.6%)	376 (18.8%)	914 (45.7%)
의료 보장제 신설 등을 통해, 국민들의 조세부담을 확대해야 한다.	126 (6.3%)	217 (10.9%)	63 (3.2%)
전체	2,000 (100.0%)	1,999 (100.0)	2,000 (100.0%)

보건의료 자원할당 또는 보장성 확대 등에 필요한 추가적인 재원을 마련하는 방안은 다음과 같은 두 가지로 구분될 수 있다: 첫째, 필요한 의료서비스를 최대한 지원해준다는 원칙하에 필요한 재원을 최

대한 확대하는 방안; 둘째, 우선적으로 필요한 치료 항목에 대한 우선 순위를 선정하고 그에 맞춰서 재원도 필요한 만큼만 조달하는 방안. 2006년 조사에 의하면 두 가지 방안 중 일반 국민들 중 52.4%는 첫 번째 방안을, 44.2%는 두 번째 방안을 선택하였다(<표 2>참조).

<표 2> 추가적인 재원확충과 사용에 대한 국민들의 의견

	사례 수	비율(%)
필요한 치료 항목 의료 서비스 지원목표 재원을 최대한 확대	1,047	52.4
치료항목 우선순위 선정, 재원도 필요만큼 조달	883	44.2
모르겠다.	70	3.5
전체	2,000	100.0

이러한 조사결과는 국민의 과반수가 재원이 다소 많이 필요하게 되더라도 필요한 보건의료 서비스를 충분히 제공 받을 수 있는 방안을 선호하고 있음을 보여주고 있다. 또한 이러한 조사결과는 향후 국민들이 국민건강보험의 보장성 확대 등을 통해 국가의 의료보장정책의 혜택을 보다 많이 받게 되면, 재원확충에 충분히 동의할 수 있다는 가능성을 보여준다고 할 수 있다.

<표 3> 취약계층에 집중 지원하는 방식과 포괄적인 지원방식에 대한 국민들의 의견

방안	사례 수	비율(%)
취약계층에 집중적 재원 사용	831	41.6
끌고루 혜택을 나누어 받을 수 있는 방안모색	1,118	55.9
모르겠다.	51	2.6
전체	2,000	100.0

보건의료 재원의 할당 대상을 기준으로 저소득계층, 장애인, 노인 등 취약계층에 집중적으로 재원을 사용하는 방안과 전체 국민들이 골고루 혜택을 볼 수 있는 방안으로 구분할 수 있다. 2006년 조사에 의하면, 국민의 41.6%는 취약계층에 집중적으로 재원을 사용해야 한다는 입장인 반면에, 55.9%는 전체 국민들이 골고루 혜택을 받아야 한다는 입장이다(<표 3> 참조).

(2) 우선순위 선정 과정의 참여자 및 우선순위 원칙

보건의료 자원할당에서 우선순위 선정과정의 참여자는 누구이어야 하는가에 대한 질문은 단순히 의사결정과정에서 누가 참여할 것인가에 대한 질문이상으로 절차의 공정성이 어떻게 이루어질 수 있을지를 확인할 수 있는 질문이다. 일반 국민은 2005년의 경우 62.1%, 2006년에는 42.5%가 ‘건강보험료를 납부하는 국민들이 직접 결정해야 한다’고 판단하고 있다(<표 4> 참조). 이러한 조사결과는 일반 국민들의 의견일 뿐만 아니라 2005년 조사결과인 국민건강보험공단 직원이나 건강보험심사평가원 직원에서도 가장 큰 비율이었다⁹⁾. 국민건강보험의 급여확대 우선순위 결정할 두 번째로 중요한 집단은 정부로 2005년의 경우는 13.8%, 2006년의 경우는 30.6%였다. 국민건강보험의 급여확대 우선순위를 결정할 가장 중요한 집단이 국민이라는 조사결과와 비교할 경우 가장 특이한 조사결과는 의사를 지지한 비율이 2005년 8.8%, 2006년의 경우는 9.8%에 불과하다는 것이다.

9) 이러한 조사결과는 2005년에 실시한 의료공급자 1,500명을 대상으로 한 조사결과와도 부분적으로 일치한다고 할 수 있다. 즉, 조사대상 의사의 경우 54.0%는 의사, 27.4%는 일반 국민을, 치과 의사의 경우 38.6%가 의사, 31.0%가 일반 국민을, 한의사는 21.3%가 의사, 44.0%가 일반 국민, 간호사는 15.8%가 의사, 52.1%가 일반 국민, 약사의 경우 8.2%가 의사, 36.7%가 일반 국민, 36.1%가 정부를 우선순위 결정에서 가장 중요한 참여자로 선정하였다(이상이 외, 2005 참조).

<표 4> 국민건강보험의 급여확대 우선순위 결정할 가장 중요한 집단

	2006년		2005년					
	국민		국민		공단 직원		심평원 직원	
	빈도	비율 (%)	빈도	비율 (%)	빈도	비율 (%)	빈도	비율 (%)
국민건강보험의 보험료를 지불하는 일반 국민	849	42.5	1,242	62.1	57	47.5	55	55.6
공익을 대변하는 시민사회단체	140	7.0	151	7.6	2	1.7	13	13.1
환자들의 치료를 책임지고 있는 의사	195	9.8	169	8.5	3	2.5	4	4.0
환자 치료에 참여하고 있는 간호사	3	0.2	24	1.2	0	0.0	1	1.0
국민의료 전반을 주관하는 정부	612	30.6	276	13.8	8	6.7	23	23.2
건강보험을 관리하는 국민건강보험공단	189	9.5	102	5.1	44	36.7	2	2.0
국민 전체를 대표하는 국회의원	10	0.5	29	1.5	5	4.2	1	1.0
지역을 대표하는 지방의회 의원	2	0.1	7	0.4	1	0.8	0	0.0
전체	2,000	100.0	2,000	100.0	120	100.0	99	100.0

우선순위 결정에서 가장 중요한 참여자에 대한 우리나라의 조사결과는 1998년 유럽연합 7개 국가들을 대상으로 한 조사와는 상당한 차이를 보이고 있다(<표 5> 참조). 조사대상 7개 국가 모두에서 보건의료 자원할당의 우선순위 선정에서 의사들이 결정해야 한다는 의견이 국가별로 53.3%~81.0%까지 과반수이상으로 절대적이었다. 두 번째는 정부나 보험자와 같은 의료서비스 관리자라고 응답한 결과가 많은

국가가 동독, 프랑스, 이탈리아였으며, 일반 국민이라고 대답한 국가는 서독, 네덜란드, 영국이었다.

<표 5> 위와 동일한 질문에 대한 서유럽 7개국의 국민들의 응답*, **

	서독	동독	프랑스	이탈리아	네덜란드	스웨덴	영국
일반 국민	26.8%	24.7%	25.0%	27.1%	27.0%	17.3%	24.1%
의사	63.0%	72.8%	68.2%	53.3%	78.6%	81.0%	75.1%
간호사	6.3%	6.8%	14.5%	2.8%	18.4%	26.1%	19.7%
의료서비스 관리자	25.1%	26.0%	45.5%	43.1%	12.8%	23.1%	21.5%
정치인	16.1%	16.2%	13.3%	15.8%	21.4%	28.4%	11.9%
모름/무응답	16.3%	11.7%	8.1%	11.7%	4.0%	5.2%	5.6%
전체	153.6%	158.2%	174.6%	153.8%	162.2%	181.1%	157.9%

* 질문내용은 “우선적으로 지원할 치료항목의 숫자가 한정 되어 있을 경우, 그 결정은 누가 해야 하는가?” (여러 개 선택하는 것이 허용됨)

**원자료는 1998년 Eurobarometer이며 표본수는 각 국가별로 1,000명정도임.

자료: Mossialos E. & King, D. 1999. "Citizen and rationing : analysis of a European survey", 《Health Policy》 49: 75-135

유럽연합 7개 국가들에서의 조사결과는 우리나라에서 우선순위 선정을 위한 의사결정과정 설계에서는 고려할 사항이 많다는 시사점을 제공하고 있다. 국민건강보험의 급여확대 우선순위를 결정할 가장 중요한 집단순위에서 의사가 2005년의 경우 일반 국민, 정부 다음의 세 번째 순위, 2006년의 경우는 일반 국민, 정부, 국민건강보험공단 다음의 네 번째 순위라는 것은 의료인들에 대한 국민들의 불신을 반영하는 결과라고 할 수 있다. 즉, 우선순위 선정과정에서 중요한 판단의 기준이 되는 중요한 정보를 어떠한 것으로 보아야 하는가 하는 질문과 관련해서 이 문제를 해석할 수 있다. 우리나라에서는 전문직인 보건의료인에 대한 국민들의 불신이 제기되고 있는 상황에서 이들 집단

이 공정할 것이라는 기대감도 적은 것으로 해석할 경우, 국민들의 정당성을 획득하기 위해서는 정보제공, 의사결정과정의 공개, 의사결정 근거를 투명하게 국민들에게 알릴 필요가 있다.

<표 6> 우선순위 선정원칙에 대한 국민들의 의견

항 목	1순위	2순위
(1) 모든 국민들이 비슷한 건강수준을 유지할 수 있도록, 건강상태가 가장 나쁜 사람부터 보장해 주어야 한다.	268 (13.4%)	276 (13.8%)
(2) 비용이 많이 들고 생존 확률이 낮더라도, 생명의 위협을 받고 있는 사람부터 보장해 주어야 한다.	455 (22.8%)	348 (17.4%)
(3) 국가 전체적인 건강상태를 최대화하기 위해, 치료를 통해 더 건강한 삶을 살아갈 수 있는 사람들부터 보장해 주어야 한다.	136 (6.8%)	179 (9.0%)
(4) 국민들의 삶의 기회를 보다 공평하게 갖도록 하기 위해, 삶의 기회를 많이 부여받지 못한 사람들부터 보장해 주어야 한다.(아이들 또는 생활에 지장이 있는 장애인, 질병 등).	322 (16.1%)	373 (18.7%)
(5) 개인이나 가족의 부담을 줄이기 위해, 개인 스스로나 가족이 감당하기 어려운 상태에 처해 있는 사람들부터 보장해 주어야 한다.(치매 노인, 뇌성마비 등)	383 (19.2%)	416 (20.8%)
(6) 국민들의 삶의 질을 높이기 위해서, 생명에 큰 지장이 없더라도 심리적, 육체적 고통이 심한 사람들부터 보장해야 한다. (안면화상환자, 우울증 등)	105 (5.3%)	132 (6.6%)
(7) 국민들의 경제적 부담을 줄이기 위해, 상태나 질병에 상관없이 진료비가 많이 나오는 진료부터 보장해야 한다.	203 (10.2%)	220 (11.0%)
(8) 모든 국민들이 의료를 이용할 기회를 공평하게 가질 수 있도록, 질병이나 상태에 상관없이 의료비 부담을 일률적으로 줄이도록 해야 한다.	128 (6.4%)	56 (2.8%)
전체	2,000 (100.0%)	2,000 (100.0%)

2006년 조사에서는 우선순위 선정 원칙을 예시와 함께 제시하고 이에 대해 국민들의 의견을 확인한 결과 ‘생명의 위협을 받고 있는 사람부터 보장’에 대한 응답이 22.8%로 가장 많았다(<표 6> 참조). 두 번

째는 ‘개인이나 가족이 감당하기 어려운 상태’에 있는 이들부터 보장해야 한다는 의견이 19.2%였으며, 세 번째는 ‘삶의 기회를 많이 부여받지 못한 사람들부터 보장’이 16.1%였고, 네 번째는 ‘건강상태가 가장 나쁜 사람들부터 보장’이 13.4%였다. 우선순위 선정 원칙과 관련하여 우리나라 국민들은 생명의 위협, 개인과 가족의 부담, 삶의 기회 등이 가장 중요한 원칙으로 생각하고 있는 것을 알 수 있다. 반면에, 우리나라 국민들은 비용효율적인 우선순위 선정 원칙이라고 할 수 있는 ‘치료를 통해 더 건강한 삶을 살아갈 수 있는 사람들부터 보장’(6.8%)이나, ‘질병이나 상태에 상관없이 의료비 부담을 일률적으로 줄이는 방안’(6.4%)은 상대적으로 낮게 평가하고 있다.

<표 7> 국가가 국민들에게 우선적으로 지원해야 할 가장 중요한 항목

	국민		공단 직원		심평원 직원		전체	
	빈도	비율 (%)	빈도	비율 (%)	빈도	비율 (%)	빈도	비율 (%)
지역별로 공공 의료 인력과 시설을 확대하여, 개별 가족들의 부담을 줄여주는 방안	1,060	53.0	75	62.5	61	61.6	1,196	53.9
의료혜택을 받지 못하는 사람들에게 건강검진 실시하는 방안	344	17.2	7	5.8	9	9.1	360	16.2
위급한 환자들의 생명을 살리는데 필요한 모든 의료조치를 국가가 책임지고 제공하는 방안	202	10.1	10	8.3	14	14.1	226	10.2
국민들의 의료비 부담을 일괄적으로 줄이는 방안	289	14.5	20	16.7	11	11.1	320	14.4
치료 효과가 큰 질병부터 우선적으로 지원하는 방안	105	5.3	8	6.7	4	4.0	117	5.3
전체	2,000	100.0	120	100.0	99	100.0	2,219	100.0

우선순위 선정원칙에 대한 조사결과는 설문내용이 조금 다르지만

기본적 내용은 우선적으로 지원해야 할 가장 중요한 항목에 대한 조사결과와 거의 같다고 할 수 있다(<표 7> 참조). 2005년 조사에 의하면 국가가 국민들에게 우선적으로 지원해야 할 가장 중요한 항목에 대한 조사결과 ‘지역공동체의 활성화를 통해 개별 가족의 부담을 줄여주는 방안’이 53.0%로 1순위였으며, 두 번째가 17.2%인 ‘소외된 계층에 대한 건강검진 등 의료서비스 제공’이었으며, ‘국민의 의료비를 일괄적으로 줄이는 방안’이 14.5%로 3순위였으며, 네 번째가 10.1%인 ‘위급한 환자의 생명을 살리는 방안’이었다. 반면에 ‘치료효과성’을 강조하는 대답은 5.3%에 불과하였다.

4. 사회적 합의에 기초한 보건의료 자원할당 우선 순위 선정 모델 설계

1) 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정 모형 설계의 고려 사항

국민건강보험의 재정적 지속가능성 확보와 급여범위 확대를 통한 보장성 강화의 필요성이라는 다소 모순적인 상황에서 사회적 합의에 기초한 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정 모형을 설계하는 것은 결국 국민들로부터 정당성을 획득하는 하나의 제도적 과정을 확립하는 것을 의미한다. 이러한 우선순위 선정 모형 설계 작업은 다음과 같은 몇 가지 우리나라 현실에 대한 고려를 필요로 한다. 첫째, ‘우선순위 모형 설계’에서 국민건강보험의 보장성 강화 또는 급여 확대가 우선순위 선정과 관련한 의미를 확인할 필요가 있다. 2006년부터 실시되고 있는 국민건강보험의 보장성강화는 어떤 원칙을 근거로 어떤 방식을 거쳐 무엇을 대상으로 전개되는가에 대한 논의가 필요하다. 우선순위 선정의 원칙은 국민건강보험제도 또는 공적 의료보장제도가 지향하는 윤리 또는 가치를 함의하는 것으로, 국민들이 동의하는

제도의 목표를 설정하는 원칙이다(<표 8> 참조). 절대 다수의 국민들이 동의하는 가치와 윤리를 기초로 제도를 설계할 경우 그 제도는 정당성을 획득하게 되며, 이러한 윤리적인 기준들은 재원확충 방안에 관한 논의에 묵시적 또는 명시적으로 함께 제시될 수 있다¹⁰⁾.

<표 8> 건강보험 급여선정 우선순위 원칙

우선순위 원칙(윤리적 기준)	선정방식	질병/항목 /대상 사례
필요에 따른 할당 (의료 필요에 따른 할당)	모든 항목	
평등주의(건강상태의 평등) (건강상태 가장 나쁜 사람부터 보장)	질병별(중증도)	
위급성 (생명위협 받고 있는 사람부터 보장)	질병별(중증도) /항목별	응급환자, 중증질환
효과성 (치료 통해 더 건강한 삶 살 수 있는 사람부터 보장)	비용효과/질병 (상대적으로 경증우선)	
삶의 기회(삶의 기회를 많이 부여 받지 못한 사람부터 보장)	연령/장애 /소득수준	어린이, 장애인, 저소득층
공공부조(개인/ 가족이 감당하기 어려운 상태인 사람부터 보장)	질병/장애 /소득수준	치매, 고관절
삶의 질(심리적/육체적 고통이 심한 사람부터 보장)	질병별	안면화상
질병에 따른 경제부담(진료비 많이 나오는 진료부터 보장)	질병별/항목별	고액질환
일괄적인 경제부담(질병이나 상태에 상관 없이 의료비 부담 일률적으로 줄이도록)	(소득수준에 따른 차등)	본인부담금 상한제

자료: 이상이 외, 2006. 사회적 합의에 기반한 의료자원 우선순위에 관한 연구, 국민건강보험공단

10) 예를 들어 필요(need)에 따른 보건의료 자원할당의 경우 어떠한 국민들의 보건 의료 서비스 필요에 대해서도 국민건강보험체도가 급여를 충분히 제공해야 한다는 것을 의미하는 것이기 때문에 필요에 대해 충분한 재원이 충당되어야 한다는 사실을 함의하고 있는 기준이라고 할 수 있다.

둘째, 우리나라 국민건강보험은 다른 사회보험국가들과는 달리 국가의 직접적이며 중앙집권적인 의사결정이라는 특성이 있다는 점을 이해할 필요가 있다(Lee et al., 2008 참조). 국민건강보험이 중심축인 우리나라의 보건의료체계는 유럽의 사회보험체계(SHI), 조세에 의한 국가보건의료체계(NHS) 및 미국식 자유주의체계와 근본적으로 다른 국민건강보험체계(NHI)이다(<표 9> 참조). 국민건강보험체계(NHI)인 우리나라 보건의료체계의 우선순위 선정 의사결정 기전은 오히려 사회보험체계보다는 NHS와 유사하다고 할 수 있다. 즉, 우선순위 선정을 포함한 우리나라 보건의료체계에서 의사결정은 NHS체계와 같이 국가의 직접적이고 중앙집권적인 개입이 법제화된 구조에서 발생한다.

<표 9> 보건의료체계 유형

	국가 보건의료서비스 (NHS model)	사회보험 (SHI model)	국민건강보험 (NHI model)	자유주의 (Liberal model)
기본 원칙	보편주의	조합주의	보편주의	자유주의
대상	국민/시민	가입자	국민/시민	취약계층
사회연대성의 범위	전국	개별 가입자 집단	전국	취약계층과 기타 인구집단간
의료공급의 공공성	매우 높음	높음	낮음	낮음
국가의 공급자 통제 정도	광범위, 강력함, 세부적	중간	광범위, 강력함, 세부적	제한적
재원	조세	사회보험료 (제한적 조세)	사회보험료 및 조세	사회보장세, 민간의료보험료
국가개입의 성격	제공자	규제자·감독자	정책 입안 · 실시자 및 규제자·감독자	낮은 수준의 규제자·감독자

자료: Lee et al., 2008. "The National Health Insurance system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan", 《Health Policy》 85: 105-113

셋째, 국민건강보험체계(NHI)에 적합한 우선순위 항목 선정 방식의 변화가 필요하다. 국가의 직접적이며 중앙집권적 의사결정이 구조화된 우리나라 보건의료체계에서 의료서비스, 의약품, 신 의료기술 등에 의사결정은 각각 다른 기전으로 이루어질 뿐만 아니라 이에 따라 전체적으로 조정되지도 못한 상태에서 개별적으로 이루어진다. 하지만, 국민건강보험체계의 특성인 전 국민 단일 사회보험과 의사결정의 중앙집권화의 장점을 극대화하려면 급여항목 도입에 있어 이러한 방식은 변화가 필요하다. 즉, 국민들에게 제공되는 여러 가지 보건의료 서비스는 의약품, 진단, 치료재료, 처치 등은 한 묶음으로 이루어져 있기 때문에 포괄적으로 우선순위가 결정되는 것이 정당성의 획득과 전체 급여체계의 조정 및 치료효과를 제고할 수 있다.

<표 10> 포괄적인 우선순위 결정방식과 부문별 우선순위 결정방식

구분	내용
포괄적인 우선순위 결정	우선순위 기준(질병별/항목별/계층별 등)에 따라 의약품 /치료항목/신 의료기술/의료기기(건강검진 포함)를 포괄적으로 함께 급여
부문별 결정	의약품 우선순위 결정방식, 치료항목, 신 의료기술 등에 대해 각각 별도의 의사결정 방식을 통해 결정

우리나라 현실을 고려한 두 가지 보장성강화 실시 방안 중 어느 방식을 선택할 것인가는 우선순위 선정과정을 통해 집중적으로 논의할 수 있다(<표 10> 참조). 또한 어떠한 우선순위 방식을 선택하는가 하는 문제는 어떠한 기구가 의사결정을 담당할 것인가 하는 문제와 직결된다. 즉, 정부가 의사결정의 주체로서 활동하고 있으며, 건강보험 심사평가원이 기술적인 측면에서 정부를 지원하는 상황에서 포괄적

으로 급여항목을 건강보험에 포함시킬 것인가 또는 각각의 항목에 대해서 별도의 의사결정을 가져갈 것인가 하는 문제는 국민건강보험을 운영하는 관련 당사자들간의 관계정립과 직결되어 있다.

<표 11> 우리나라 국민건강보험의 보장성 확대 방식

대안	내용
1안	기존에 국민건강보험제도에 포함되어 있던 특정 치료항목, 약제 등에 대한 본인부담금을 줄이는 방식
2안	기존 보험급여목록(처치, 약제, 치료재료, 진단 등)에 포함되어 있지 않은 항목들을 포함하는 방식
3안	1안과 2안을 동시에 진행하는 방식: 질병별/소득계층별에 1안과 2안의 항목 모두를 포함하는 방식

우리나라 국민건강보험의 보장성을 확대하는 방안은 다음과 같은 세 가지라고 할 수 있다: 첫째, 기존의 특정 항목에 대한 보장비율을 증가시키는 방안; 둘째, 기존에는 포함되지 않았지만, 새로운 의료기술이나 질병의 발생에 따라 새롭게 추가해야 할 항목들을 포함시키는 방안; 셋째, 이 두 가지 방식을 동시에 진행할 수 있는 방안(<표 11> 참조). 이 세 가지 방식은 상황에 따라 각각 다르게 적용할 수 있다.

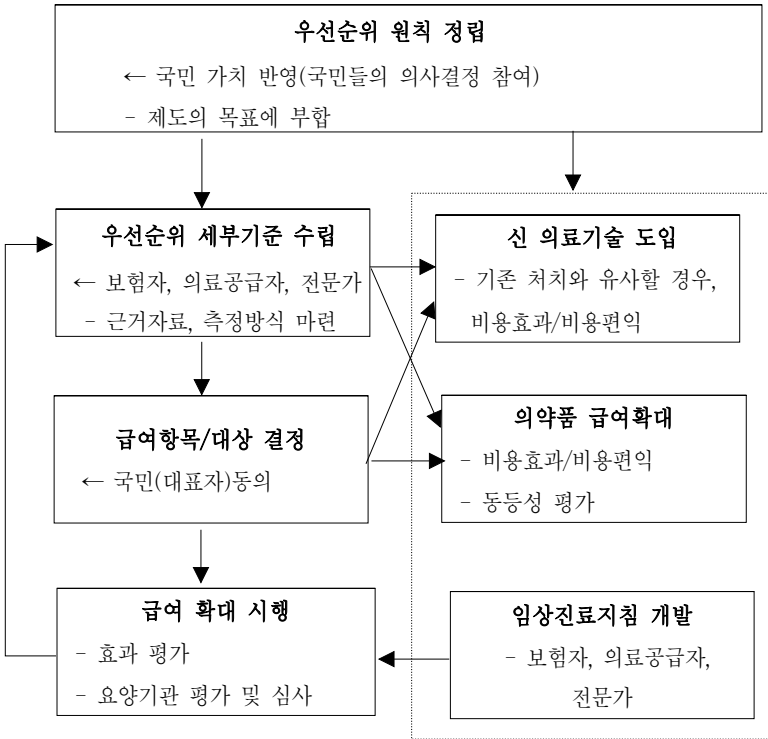
국민건강보험의 보장성강화는 공공 보건의료 자원 확보와 동시에 어떠한 방식으로 누구에게 무엇을 수단으로 보장성을 확대할 것인가를 동시에 해결해야 하는 과제이다. 이러한 의미에서 보장성강화의 핵심 열쇠는 “정당성 확보”이다. 앞선 여러 가지 고려사항들을 해결하는 근본적이면서도 불가피한 사항은 국민적, 사회적 정당성을 획득하는 문제이다. 보건의료 자원할당의 우선순위 결정과정에서 정당성을 얻는다는 것은 “국민들이 자신들 스스로 필요한 의료서비스(또는 항목들)를 선정하고, 그에 필요한 재원확충에 동의하는 것”을 의미한

다. 즉, 재원의 확보와 재원의 사용 두 가지를 동시에 이루어내는 방안이라고 할 수 있다. 물론, 이 경우 “정당성”은 국민들의 직접적인 참여를 통해 획득될 수도 있고, 분명한 가치기준에 대한 동의에 의해서 획득될 수도 있으며, 과학적이고 객관적인 근거에 의해 정당성의 획득될 수도 있는 사안이다. 물론 이 세 가지를 혼합하는 방식으로 정당성을 획득할 수도 있다.

2) 보건의료 자원할당 우선순위 선정 모형

가치, 제도 및 방식의 문제이외에도 2005년과 2006년의 국민의식조사 결과를 고려하여 보건의료 자원할당을 위한 우선순위 선정 모형을 설계하는 것은 결국 우선순위 선정 모형을 설계에서 ‘정당성 확보’ 기전이 확립되었다고 할 수 있다. 보건의료 자원할당의 우선순위 선정에서 ‘정당성’을 확보한다는 것은 “국민들이 자신에게 필요한 보건의료 서비스를 스스로 선정하고, 그에 필요한 재원확충에 동의하는 것”을 의미한다. 즉, 재원의 확보와 재원의 사용 두 가지에 대하여 사회적 합의를 동시에 이끌어내는 것이라고 할 수 있다. ‘정당성’은 국민들의 직접 참여를 통해 획득될 수도 있고, 분명한 가치기준에 대한 동의에 의해서 획득될 수도 있으며, 과학적이고 객관적인 근거에 의해 정당성이 획득될 수도 있는 사안이다. 물론 이 세 가지를 혼합하는 방식으로 정당성을 획득할 수도 있다.

<그림 1> 국민건강보험 재원 할당 우선순위 선정 절차(중범위 수준)



중범위차원에서의 보건의료 자원할당 우선순위 선정이라고 할 수 있는 국민건강보험 재원 할당에 관한 우선순위 선정 모형은 결국 국민들로부터 정당성을 획득할 수 있는 기전을 확립하는 것이다. 사회적 합의에 기초한 우선순위 선정 모형 설계는 결국 의사결정의 각 부문에서 누가 의사결정에 참여할 것인가에 대한 논의라고 할 수 있다 (<그림 1> 참조). 우선순위 선정 모형을 설계할 경우 가장 중요한 것은 정당성의 원천인 우선순위 원칙에 대한 사회적 합의를 도출하는 것이다. 사회적 합의는 국민들의 직접적인 참여 또는 전 국민을 대표

할 수 있는 집단들을 통해 정당성을 확보할 수 있는 구조에서 전체적으로 결정되어야 한다. 사회적 합의에 기초하여 결정된 우선순위 원칙의 정립은 국민들의 가치를 제대로 반영할 뿐만 아니라 그 자체가 국민건강보험제도 또는 공적 의료보장제도가 나아가야 할 방향을 제시하는 것이다.

우선순위에 대한 세부적인 기준은 사회적 합의에 기초하여 정립된 우선순위 원칙에 근거하여 전문 영역에서 근거자료를 기초로 한 합의를 통해 수립이 가능하다. 이 과정의 참여자는 보건의료 전문 인력뿐만 아니라 국민을 대리하여 재정의 확충과 집행에 대한 책임을 지고 있는 국민건강보험공단의 대표자도 함께 참여해야 한다.

사회적 합의에 기초하여 정립된 우선순위 원칙을 근거로 전문영역에서 확립된 세부기준에 맞춰 우선순위 항목들을 결정하는 과정에는 국민의 동의가 필요하다. 이 과정에서 국민 동의를 위해서는 가장 먼저 시작되었던 사회적 합의를 기초로 확립된 우선순위 원칙에 합당하게 진행과정이 투명하고 공정하게 진행되었는가가 핵심 쟁점이 된다. 즉, 절차적 정당성을 확보하는 것이 관건이 된다. 이 과정은 보험료나 국고지원과 관련한 재정확충에 대한 국민 동의를 동시에 얻는 과정이라고 할 수 있다. 사회적 합의에 의한 원칙 확립, 전문가와 보험자에 의한 세부기준 확립, 국민동의를 확보한 급여항목과 재원확보라는 우선순위 선정과정을 거쳐 건강보험 급여가 국민들에 제공되는 일련의 과정은 보험급여가 실제 제공된 결과에 따라서 다시 우선순위 결정에 영향을 미치는 순환과정을 겪게 될 수 있다. 이러한 순환 과정에는 국민 개개인의 불만을 반영할 수 있는 이의신청과정도 포함되어야 한다.

신 의료기술, 의약품, 임상 진료지침 개발 등과 관련한 의사결정은 각각 별도의 체계로 진행해야 할 것인가 또는 통합하여 진행해야 할 것인가에 대한 논란이 있을 수 있다. 즉, 이에 대한 우선순위 선정관

런 의사결정과정을 누가, 어떠한 장(場) 또는 어떤 기구에서 결정해야 할 것인가에 대한 사회적 논의가 필요하다. 이제까지 진행되었던 건강보험 보장성확대 또는 보장성과 관련된 우선순위 결정은 재정지출에만 상당히 치우쳐져 있어서 비용효과성, 효율성 및 기술적인 평가에 대한 의존도가 높은 편이다¹¹⁾. 보건의료자원 우선순위 할당과 관련된 세계적인 흐름은 기술적인 측면에서 근거에 기반한 보건의료 서비스를 도입한다고 하더라도 그 이유는 “정당성”을 확보하기 위한 것임을 시사하고 있다(정형선 외 2004, 이상이 외 2006 참조). 즉, 우리나라의 경우 신 의료기술, 의약품, 임상 진료지침 개발 등과 관련한 보건의료자원 우선순위를 결정하는데 있어 국민참여가 미미한 수준이기 때문에 국민들로부터 정당성을 확보할 수 있는 의사결정구조의 구축이 필요하다.

국민건강보험의 지속가능성에 대한 사회적 논의가 지속되는 상황을 극복하기 위해서는 그 내용이 대단히 전문적이며, 국민들과의 의사소통이 쉽지 않다는 기술적 이유로 전문기관이 전문가들만을 소집하여 우선순위 선정을 위한 의사결정 또는 의사결정에 소요되는 근거들을 독점하는 상황에서 벗어나 국민적 “정당성” 확보 또는 사회적 합의를 위한 변화가 필요하다고 할 수 있다. 이에 따라 국민의 대표성을 담보한 기구 또는 위원회가 필요하다. 이 기구 또는 위원회는 국민건강보험의 보장성강화 및 재원 확충과 관련된 우선순위 선정과정에서 국민적 정당성을 확보할 수 있도록 국민건강보험체계에서 국민들의 대표자로서의 국민건강보험공단의 보험자역할을 강화할 수 있도록 가입자가 참여하는 기존 위원회의 내실화 또는 별도 기구의 신설이 논의될 수 있다.

11) 그 대표적 사례가 6세미만 아동의 입원진료와 입원환자 식대의 완전 보험급여화였다. 사회적 공감대를 확보할 수 있는 건강보험 보장성강화 내용이었으나, 예상하지 못한 규모의 재정 지출 증가와 의료기관과의 갈등 등이 원인이 되어 시행 1년 만에 부분급여화로 전환되었다.

별도의 기구를 신설하는 방안 중 하나는 가입자 대표들이 참여하는 현재의 ‘재정운영위원회’의 기능을 보다 강화한 가칭 “가입자위원회”의 설립이다(이태수 외, 2004). “가입자 위원회”안은 2007년 국민건강보험 도입 30주년과 관련하여 제시된 국민건강보험의 미래전략 설계에서도 강조되었다(건강보장미래전략위원회, 2007). 보건복지부장관 자문위원회인 “차세대 건강보장혁신위원회” 산하의 ‘건강보장 미래전략위원회’가 제시한 가입자위원회는 전 국민이 가입대상인 국민건강보험의 가입자의 대표성을 한층 강화하기 위하여 가입자위원회의 위원은 보험료를 불입하는 각 계층의 대표들, 예를 들면 근로자, 사용자, 영세 자영업자, 농어민, 공무원, 공기업, 교직원 및 각 직종을 대표하는 자들로 구성하는 것을 제시하고 있다. 가입자위원회의 구성과 선임에 대한 내용을 국민건강보험법에 명시할 것을 제안하는 건강보장 미래전략위원회는 근로자를 대표하는 노동조합과 사용자단체들은 위원의 대표성에 큰 문제가 없으나, 소규모 영세기업과 자영업자들의 경우에는 자신의 이익을 대변할만한 대표단체를 구성하기가 쉽지 않을 것으로 판단하여 상대적으로 간과될 수 있는 계층의 이해관계를 정당하게 표출할 수 있는 장치를 마련할 필요가 있다고 강조한다.

미시적인 수준에서의 진료지침의 개발과 활용 역시 보건의료 서비스 공급자와의 협의를 통해 보험자, 일반 국민 및 가입자단체들이 참여하여 보다 합리적이고 비용효과적인 방식을 통해 이루어질 필요가 있다. 이러한 의사결정이 국민건강보험공단 이외의 별도의 장소에서 이루어진다면 비효율과 혼란을 초래할 가능성이 높다. 이는 건강보험제도의 보장성 확대 우선순위 선정이라는 것이 결국 건강보험제도의 목표를 어떻게 가져갈 것이며, 이에 대한 재원확충을 어떻게 할 것인가 하는 문제로 귀결되므로, 국민건강보험제도를 어떻게 운영할 것인가 하는 문제와 직결된다.

5. 결론 및 시사점

본 연구는 보건의료정책의 정당성을 확보하기 위한 사회적 합의에 기초한 보건의료 자원할당 우선순위 선정의 제도적인 틀을 어떠한 형태로 구축할 수 있는가를 분석하였다. 우리나라 보건의료체계가 국민건강보험을 중심으로 구조화되어 있기 때문에 우리나라에서 보건의료 자원할당의 우선순위 선정에 관한 논의는 결국 국민건강보험의 재정적 지속가능성과 보장성강화에 관한 의사결정과 직접적으로 관련되어 있다. 이에 따라 보건의료 자원할당의 우선순위 선정을 위한 의사결정의 과정 또는 체계를 확립하기 위한 핵심은 국민건강보험의 가입자인 국민들로부터 사회적 합의에 의한 정당성을 확보할 수 있는 기전을 구축하는 것이라고 할 수 있다.

국민적 정당성을 획득하기 위해서는 국민들의 직접 참여 또는 국민을 대표할 수 있는 집단들을 통한 건강보험 재원 할당의 우선순위 원칙에 대한 사회적 합의가 필요하다. 사회적 합의에 의해 정당성을 획득한 우선순위 원칙에 기초하여 보험자, 의료서비스 공급자와 전문가가 합의한 우선순위 선정의 세부 기준을 수립하고, 그 기준에 따른 급여 항목과 대상의 결정 및 이를 위한 재원확보를 뒷받침할 수 있는 국민의 동의 획득이 바로 국민건강보험 재원할당의 우선순위 선정의 체계와 과정의 확립이라고 할 수 있다.

사회적 합의에 기초한 우선순위 선정 체계와 과정의 확립을 위해서는 현행 국민건강보험의 의사결정기전은 국민으로부터의 정당성을 보다 명시적으로 확보할 수 있도록 재구조화가 필요하다. 즉, 현재 국민건강보험의 의사결정기구인 국민건강보험공단의 재정운영위원회 및 보건복지가족부 산하의 건강보험정책심의위원회는 국민들의 참여를 보장하고 참여한 국민의 대표에게 정보를 지속적으로 제공하여 대표성, 투명성, 공정성을 담보할 수 있게 함으로써 국민으로부터 형식

적일뿐만 아니라 실질적인 정당성을 획득할 수 있는 의사결정기구로 구조화될 필요가 있다. 즉, 두 위원회에 참여하는 가입자 대표와 공익 대표를 단체의 대표나 정부부처가 임명하는 방식이 아닌 진정한 대표성이 보장될 수 있는 투명한 기전이 필요하다. 이에 대한 대안 중 하나가 법제화된 ‘가입자위원회’라고 할 수 있다. 이와 같이 국민들이 직접 자신들이 부담해야 할 재원의 사용출처를 선택하도록 하고, 그에 맞는 재원을 마련하는 의사결정과정에서 국민들의 실질적 참여를 제도화하는 것이 사회적 합의에 기초한 보건의료 자원할당의 우선순위 선정이라고 할 수 있다.

재원확보와 보장성강화에 대한 국민으로부터의 정당성을 확보할 수 있는 의사결정 기구와 절차가 확립된다면, 현재 건강보험을 둘러싼 다양한 의료서비스산업 선진화에 관한 쟁점들에 대한 논의도 사회적으로 공론화될 수 있을 것이다. 즉, 전 국민 의료보장에서 국민건강보험의 역할뿐만 아니라 재원확충과 보장성 강화를 위한 우선순위 선정에 영향을 줄 수밖에 없는 영리법인 의료기관 개설 허용, 실손보상형 민간 의료보험 활성화, 요양기관 당연지정제 폐지뿐만 아니라 해외환자 유치, 건강관리서비스 시장 형성, 병원경영지원회사인 MSO 활성화, 의료채권 등에 관한 논의도 사회적 공론화를 거쳐 사회적 합의에 의해 국민들로부터 정당성을 확보할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 건강보장 미래전략위원회, 2007, 『건강보장 미래전략』 .
- 건강보험발전위원회, 2003, 『건강보험발전을 위한 정책제언』, 건강보험
발전위원회 · 국민건강보험공단.
- 김정희 외, 2006, 『2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조
사』, 국민건강보험공단.
- 김주경, 2004, “건강보험급여확대의 우선순위 선정에 관한 연구”, 박사학
위 논문, 연세대학교.
- 오영호 외, 2005, 『의료공급의 중장기 추계』, 한국보건사회연구원.
- 서남규 외, 2005, 『2005년도 국민건강보험제도 국민만족도 조사』, 국민
건강보험공단.
- 서남규 외, 2006, 『2006년도 국민건강보험제도 국민만족도 조사』, 국민
건강보험공단.
- 이상이 외, 2005, 『적정 의료자원할당을 위한 사회적 합의모델에 관한 연
구』, 국민건강보험공단.
- 이상이 외, 2006, 『사회적 합의에 기반한 의료자원 우선순위에 관한 연
구』, 국민건강보험공단.
- 이상일 외, 2004, 『우리나라에서의 진료지침 발전 방안 - 건강보험발전을
위한 논의과제 II』, 건강보험발전위원회 · 국민건강보험공단.
- 이태수 외, 2004, 『보험자 역할 재정립 방안 연구』, 꽃동네현도사회복지
대학교 · 국민건강보험공단.
- 정석국, 2003, “캐나다 보건의료보장제도의 개혁과 공중의 판단”, 『사회
보장연구』 23(1).
- 정형선 외, 2004, 『국민건강보험 내실화를 위한 기본급여 영역에 관한 연
구』, 연세대학교 · 국민건강보험공단.
- “의료서비스산업 선진화 방안 무엇을 담았나?”, 『메디포스』, 2009. 5. 11.
- Bäckman K., Andersson, A., Carlsson P., 2004, *Open Priorities in Östergötland*, The
National Centre for Priority Setting in Health Care(Sweden).

- Carolyn M. C., Danis M., 2000, *Setting Priorities: 'American Style' The Global Challenge of Health Care Rationing*, in: Coulter & Ham(ed.).
- Commission on Future of Health Care in Canada, 2002, *Building on Value: the Future of Health Care in Canada - Final Report*.
- Cookson R. et al., 2000, "Principles of justice in health care rationing", *J. Med. Ethics* 226, pp.323-329.
- Coulter A., Ham Ch .(eds), 2000, *The Global Challenge of Health Care Rationing*, Open University Press.
- Doran P., Cookson R., Ferguson B., 1999, "Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study", *BMJ* 318, pp.916-919.
- Garpenby, P., 2003, *The Priority setting process - A Macro Perspective*, The National Centre for Priorit Setting in Health Care(Sweden).
- Gibis B., Koch-Wulkan P. W., Bultman J., 2004, *shifting criteria for benefit decisions in social health insurance systems*, in: Saltman et al.(ed.). 2004. Social health insurance systems in western Europe. Open University Press.
- Ham C., 1995, "Health care rationing", *BMJ* 310, pp.1483-1484.
- Ham C., 2003, *Reasonable Rationing*, McGraw-Hill/Open University Press.
- Ham C, Locock L., 2000, *International Approaches to Priority Setting in Health Care*.
- Hauck K. Smith P. C., Goddard M., 2004, *The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review*, The World Bank.
- Holm S., 1998, "Goodbye to the simple solutions : The second phase of priority setting in health care", *BMJ* 317, pp.1000-1012.
- Holm S., 2000, "*Developments in The Nordic countries - Goodbye to the Simple Solutions*", in: Coulter & Ham (eds).
- Klein R., 1995, "Priorities and rationing: Pragmatism or principles?", *BMJ* 311, pp.761-762.
- Klein R., 1998, "Puzzling out priorities: why we must acknowledge that rationing is a political process", *BMJ* 317, pp.959-960.
- Lee S.Y., Chun C.B., Lee Y.G., Seo N.K., 2008, "The National Health Insurance

- system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan", *Health Policy* 85, pp.105-113.
- Liss PE., 2002, Fördelning, prioritering och ransonering - en begreppsanalys. Rapport 2002:4. Linköping: Prioriterings Centrum. Allocation, priority setting, and rationing - concept analysis. Report from PrioriteringsCentrum
- Local Government Management Board, 1996, *Involving The Public*, London
- Mossialos E., King D., 1999, "Citizen and rationing : analysis of a European survey", *Health Policy* 49, pp.75-135.
- Mullen PM., 2000, "Public involvement in health care priority settings: an overview of method for eliciting values", *Health Expectations* 2, pp. 222-234.
- Roberts MJ., Hsiao W., Berman P., Reich MR., 2004, *Getting Health Reform Right : A Guide to Improving Performance and Equity*, Oxford University Press.
- National Health Committee(New Zealand), 2004, *Prioritising Health Services - A background paper for the National Health Committee*.
- National Health Committee(New Zealand), 2006, *District Health Board decision-making about new health intervention: A background paper*.
- NICE, 2005, *Social Value Judgements: Guidelines for The Institute and Its Advisory Bodies*.
- OECD, 2006, *Health Data 2006*, Paris.
- Olsen, J. A., Richardson, J., Mortimer, D., 1998, *Priority Setting in the Public Health Service: Results of an Australian Survey*, Centre for Health Program Evaluation(Australia).
- Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995, *Priorities in health care: Ethics, Economy, Implementation(Vårdens svåra val)*, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm.
- Swedish Health Care and Medical Priorities Commission, 1993, *No Easy Choices: The Difficult Priorities of Health Care (Vårdens svåra val)*, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm.

<Abstract>

Priority Setting and Social Consensus Model in Health Care

Lee, YongGab* · Seo, NamKyu** · Moon, SungWoong***

The priority setting based on social consensus related to the financial substantiality and benefits range of the National Health Insurance is social not discussed as before. This Study dealt with a Korean model of the priority setting based on social consensus in health care. Related to the NHI, this study focused on the objects, levels and mechanism of the priority setting in health care as well as the recent international discussions on this theme.

The particular criteria after the principle based on the social consensus can acquire the legitimation for the decision of the expanding benefit catalogue of the NHI. The establishment of the priority setting based on social consensus leads the restructuralization of the present decision-making framework of the NHI for the purpose of the national participation.

key words : priority setting, social consensus, legitimation,
National Health Insurance(NHI)

* Lecturer, Graduate School of Public Policy, Sogang University (lankwitzer@empal.com)

** Research Fellow, Institute for Social Development Studies, Yonsei University

*** Graduate Student, Sungkyunkwan University