



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2015년 8월  
석사학위 논문

# 의료급여정책 변동 과정 분석

- 킥돈모형의 적용 -

조선대학교 대학원

사회복지학과

문 만 속

# 의료급여정책 변동 과정 분석

- 킹돈모형의 적용 -

An Analysis on the Medical Aid Cost Policy Change  
: Applying Kingdon Model

2015년 8월 25일

조선대학교 대학원

사회복지학과

문 만 속

# 의료급여정책 변동 과정 분석

- 킥돈모형의 적용 -

지도교수 이 민 창

이 논문을 사회복지학 석사학위신청 논문으로 제출함

2015년 4월

조선대학교 대학원

사회복지학과

문 만 속

## 문만숙의 석사학위논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 박희서 (인)

위원 조선대학교 교수 김용섭 (인)

위원 조선대학교 교수 이민창 (인)

2015년 5월

조선대학교 대학원

## 【 목 차 】

### ABSTRACT

<b>제1장 서론</b> .....	1
제1절 연구목적 .....	1
제2절 연구범위 및 방법 .....	4
<b>제2장 이론적 배경</b> .....	5
제1절 정책의 특성 .....	5
1. 정책의 개념 및 유형.....	5
1) 정책의 개념 .....	5
2) 정책의 유형 .....	5
2. 정책과정의 참여자 .....	7
1) 의회 .....	8
2) 정부부처 .....	8
3) 대통령 .....	8
4) 정당 .....	9
5) 이익집단 .....	9
6) 시민, 전문가 .....	10
7) 언론 .....	10
3. 정책변동의 원인 .....	10
1) 정책 문제의 변화 .....	11
2) 자원의 변화 .....	12
3) 정책의 일관성 상실 .....	12
제2절 Kingdon의 정책결정 모형 .....	14
1. 문제의 흐름 .....	14

2. 정치의 흐름 .....	15
3. 정책대안의 흐름 .....	15
4. 정책의 창 .....	16
5. 정책 활동가 .....	16
제3절 선행연구의 고찰 .....	18
제4절 본 연구의 분석틀 .....	21

### 제3장 의료급여제도 .....23

제1절 의료급여제도의 개관 .....	23
1. 의료급여제도의 의의 .....	23
1) 의료보장제도의 취지 .....	23
2) 의료보장제도의 법적근거 .....	24
3) 의료급여제도의 관리운영체계 .....	26
2. 의료급여제도의 현황 .....	27
1) 의료급여제도의 연혁 .....	27
2) 의료급여와 건강보험의 비교 .....	29
3) 의료급여 관리 .....	30
4) 의료급여 소요재정 .....	31
5) 의료급여 수급권자 .....	34
3. 의료급여제도변화의 배경 .....	36
1) 정치적 환경변화 .....	36
2) 재정 압박 요인 .....	37
3) 의료수요 변화 .....	38
제2절 의료급여정책의 추진 과정 .....	39
1. 제1기(2006.4~2006.10): 재원배분회의 부터 국민보고서 발표시점 .....	39
1) 도덕적 해이 .....	39
2) 의료급여비 재정증가 .....	41
2. 제2기(2006.10~2006.12): 국민보고서 발표 이후부터 정부 입법예고 시점 까지 .....	47

1) 의료급여제도 개정의 정책방향 .....	47
2) 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안 입법예고 .....	48
3. 제3기(2006.12~2007.10): 정부 입법예고 시점부터 새 의료급여법 발효와 관련 단체 등 의료급여 시행반대 의견 표명까지 .....	55
1) 의료급여법 발효 .....	56
2) 관련 단체 등 새 의료급여 시행반대 의견 표명.....	56
<b>제4장 의료급여정책 변동 과정 분석 .....</b>	<b>60</b>
제1절 문제의 흐름 .....	60
1. 국민보고서 발표 .....	60
2. 의료급여제정의 변화 .....	61
3. 수급권자의 도덕적 해이 .....	62
제2절 정치의 흐름 .....	64
1. 참여정부의 정책기조 .....	64
2. 보건복지부 장관의 의료급여법 개정 의지 .....	64
3. 시민단체, 여론과 국민적 관심 .....	65
4. 수급권자, 복지단체 활동 .....	66
5. 국가인권위 의견표명 .....	67
6. 시민단체 헌법소원 제기, 대한의사협회 성명서 발표 등 .....	69
제3절 정책대안의 흐름 .....	71
1. 의료급여법 입법예고안 .....	71
2. 의료급여법 개정안 .....	74
제4절 정책의 창 및 정책 활동가 .....	77
<b>제5장 결론 .....</b>	<b>79</b>
제1절 연구결과의 요약 .....	79
제2절 연구결과의 정책적 함의 .....	84



참고문헌 .....85

## 【표 목 차】

〈표 2-1〉 킥톤에 관한 선행연구 .....	19
〈표 3-1〉 국민기초생활 보장법상 재산의 소득환산율 .....	25
〈표 3-2〉 의료급여 연혁 .....	28
〈표 3-3〉 의료급여와 건강보험비교 .....	30
〈표 3-4〉 연도별 의료급여 총 진료비 지급추이 .....	31
〈표 3-5〉 연도별 의료급여 예산 및 미지급액 추이 .....	32
〈표 3-6〉 의료급여기금의 국고보조금 및 지방비출연금 .....	33
〈표 3-7〉 연도별 종별 의료급여 진료실적 .....	33
〈표 3-8〉 의료급여 국고보조금 예산전망 .....	34
〈표 3-9〉 연도별 의료급여 수급권자 유형별 현황 .....	34
〈표 3-10〉 연도별 의료급여 수급권자 현황 .....	35
〈표 3-11〉 부처별 자원배분회의 주요 쟁점 .....	39
〈표 3-12〉 의료급여 진료비 증가원인 분석(의료급여 1종 중심) .....	40
〈표 3-13〉 의료급여 총진료비 증가요인별 기여율 .....	42
〈표 3-14〉 의료급여 자격종별, 진료유형별 진료비 증가요인별 기여율 .....	42
〈표 3-15〉 건강보험 총진료비 증가요인별 기여율 .....	43
〈표 3-16〉 65세 이상 수급권자 수 및 진료비 현황 .....	45
〈표 3-17〉 급여일수별 진료인원 비교(2005년) .....	46
〈표 3-18〉 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교 .....	49
〈표 3-19〉 건강생활유지비 지급 시 소요예산 추정 .....	50
〈표 3-20〉 선택병의원 선정 기준일람표 .....	51
〈표 3-21〉 선택병의원제 대상자 현황(2007년) .....	52
〈표 3-22〉 파스사용량(2005년) .....	53
〈표 3-23〉 의료급여법 시행령, 시행규칙 주요개정 내용 .....	54
〈표 3-24〉 정책과정 반대 참여자 분류 .....	59
〈표 4-1〉 의료급여법 개정 문제의 흐름 .....	63
〈표 4-2〉 의료급여법 개정에 대한 정책대안 .....	72
〈표 4-3〉 의료급여법 입법예고안 .....	74

<표 4-4> 의료급여법 개정안(입법예고안, 수정안) 비교 .....75

## 【그림 목 차】

〈그림 2-1〉 분석틀 .....	22
〈그림 3-1〉 의료급여 관리운영 체계 .....	27
〈그림 4-1〉 의료급여법 개정 .....	78

# ABSTRACT

## An Analysis on the Medical Aid Cost Policy Change : Applying Kingdon Model

Moon, Man-Sook

Adviser : Prof. Lee, Min-Chang Ph. D.

Department of Social Welfare

Graduate School, Chosun University

The object of this study is to analysis cause for policy change in new revision of medical care act's promotion process. Medical Care Act is designed to solve medical problem of the proverty in December 31,1961. After 1977 the health care business was started as part of the welfare medical care law was amended in 2001 to front. The name changed after a medical aid law from 1 July 2007. This policy is changed into innovative medical care.. Medical aid cost law a revision that the purpose of introduction bear a portion of the cost system , hospital selection system to attract using optimal medical of recipient and Financial Stabilization of increased medical aid cost, enforced July 1, 2007.

This study July 1. 2007, We study for policy problem's stream, politics's stream, policy-related personnel's activity get in on any interaction to be problem and Why enforcement regulation and enforcement ordinance of medical aid cost policy was changed found policy direction through consider about medical aid cost policy

revision. This study builds on kingdon's model. This study appear when independent problem's stream, politics's stream and policy alternative's stream are combination, politics are change. Although a policy decision is irrational, undemocratic in policy change process by activist, a participant's activity that civic group, profitable group, the media and so on in policy process affect policy direction. This study want to show that politics can change with politics activist intention.

Meeting was held under of the Roh Moo-hyun President in April, 2006. Each division budget and spending limit, was decided in this important meeting. Ministry of Health and Welfare might not receive resources because by meeting result that yearly increase of financial enter medical aid cost. Taking this opportunity, the then Ministry of Health and Welfare You si-min was establish policy direction for reduce financial. Cause of a financial problem was searching in medical aid cost system . At this time, begin a discussion about medical aid cost law revision. You si-min minister's thinking about medical aid cost are beginning inform through the public report. November, 2006. Public report recognize problem's stream that cause of the rapid increase is medical abuse of qualified recipient and moral hazard. Politics may start by this problem's stream. Participatory state have a strong mind about medical aid cost law revision and public opinion and the national interest was imperceptible. social service agency have to amazingly active but did not to pronounce an opinion and favoured qualified recipient's opinion were ignored. Civic group expression of opinion as bailout application and civic group filed a petition with the court but goverment's revision will was very strong. They could not completely opposed because feel the necessity improvement about problem of medical use of qualified recipient as weak person. We realized that policy activist already had alternative through politics alternative's stream. problem's stream is feeling awareness of crisis when meet policy window. policy activist have alternative to be solution. solution about reduce financial is that Ministry of Health and Welfare prepared revised bill as the government bill. the policy activist will could not change about medical aid cost law revision as that revised bill be published , go through slight modifications. We analyzed policy was decided as

problem and policy's stream and policy alternative when open policy window by policy change point adopt to kingdon model.

This study appear when policy window open during dependently following tree stream, policy are established. This analysis appear such policy decision process is irrational and undemocratic but policy are established as goverment's will. Alternative to reduce medical expenses is aim of medical aid cost policy revision in situation that other welfare work have to unavoidably reduce by chronic finances gap of medical aid cost and non-payment. Original aim of medical aid cost policy that reduce financial aspect. Recently announced report result were a littel reduce outpatient using but come off blue about reduce financial as government had intended because increase hospitalization. This study's policy undertone was an irrational policy decision without qualified recipient's opinion and so on. In the policy decision, We can check policy activist role and also patiences's activity is important in policy decision process. There is high probability of policy decision by accidentally policy window opening and policy activist will than prime alternative. Such policy alternative can be easily decided by policy executor because of patience's slight activity. We have to consider policy decision that did not gather many people's onion is likely lead to failure of policy. What policy of rational process suggest that lead to reduce probability of failure than policy situation.

Keyword : Medical aid cost policy, Kingdon model, Policy change.

# 제1장 서론

## 제1절 연구목적

우리나라 헌법 제34조에는 “모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가지며 국가는 사회보장, 사회복지 증진에 노력해야 하며 사회권적 기본권에 대하여 국가는 자력으로 인간다운 생활을 유지할 수 없는 사람들에게는 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받도록 규정”하고 있다. 그러나 자신의 건강과 관련된 문제를 스스로 해결하지 못하는 사람들을 위한 보호, 제도에 포함되지 못하거나, 의료보호제도와 관련된 다양한 집단의 이해관계에 의해서 저소득층 관련 의료보장법이 개정되는 경우가 있다. 의료보호법은 1961년 12월 31일 생활보호법에 근거하여 빈곤계층에 의료문제를 해결하기 위하여 제정되었다. 1977년 생활보호의 일부분으로 의료보호사업이 시작된 후 의료급여 제도는 양적으로 질적으로 급속히 팽창하였다. 의료급여 정부예산은 2004년 24,631억 원에서 2007년 46,753억 원으로 2004년 대비 190%정도 증가하였으며, 의료급여 수급자 수는 해마다 증가하여 2007년 7월까지 184만 명으로 집계되고 있다(보건복지부, 2008).

본인 부담이 없는 1종 수급권자는 104만 명으로 전체 수급자의 56.6%를 차지하고 있다. 의료급여비용의 증가는 불필요한 외래진료와 장기입원 및 중복진료현상에도 원인이 있지만, 고령화에 따른 노인수급자수의 증가도 중요한 요인 중 하나로 나타나고 있다. 의료수급자들은 대부분 고령인구가 많고 만성질환을 가지고 있어서 일상생활 하는데 장애가 있다. 이로 인하여 약물 오남용으로 인해 건강악화나 약물 부작용의 가능성이 정상인보다 높다. 이런 이유로 수급자들이 병원을 자주 이용함에도 불구하고 효율적인 건강관리가 되지 않아 1종 의료급여 수급자 1인당 진료일수가 증가하게 되며, 이것이 총진료비가 증가하는 원인이 될 수 있다. 그러나 보건복지부는 수급자들이 왜 병원을 자주 가는지 등 기본적인 의료이용실태 조차 파악하지 못하고 있으면서 의료수급자들에게 2007년 예산을 4조원이나 되는 돈을 쏟아 붓는다고 재정누수에 대한 책임을 수급자들에게 돌리고 있다. 이에 따라 정부는 2007년 7월 1일부터 급증하는 의료급여 재정 안정화와 의료급여 수급자의 적정의료이용을 유도하기 위해 본인일부부담제,



선택병의원제를 도입하는 것을 골자로 하는 의료급여법 개정을 시행한다. 본인일부부담제, 선택병의원제를 도입하게 된 배경을 보면, 의료급여 수급권자의 총진료비 예산이 2006년 대비 2007년 35%로 증가하여 국고 2조7천억 원에서 3조6천억 원으로 지속적으로 증가하고 있는 상황에서 차상위계층에 대한 의료급여 확대실시는 고사하고 다른 복지사업까지 축소가 불가피한 실정이라고 한다. 이러한 제도개선은 의료급여 대상자 확대, 보장성 강화 등을 위한 기반을 마련하기 위한 조치이고, 1종 수급권자의 외래진료에 대한 불필요한 과다·중복 이용을 지양하여 합리적 의료이용을 유도하고 건강상 위해가 되는 진료를 억제하기 위한 조치라고 한다. 무료의료를 받는 1종 외래 분야에 한하여 의료급여 제도개선을 추진하는 것이다. 보건복지부의 의료급여법 개정에 대한 계획을 당시 유시민 보건복지부장관이 국민보고서를 통해 전 국민에게 발표한다. 의료급여 재정이 계속 급증하고 있고 이로 인한 의료급여비에 대한 미지급 사태가 계속 누적되고 있는 상황이었다. 이러한 원인을 수급권자의 무료의료에 대한 도덕적 해이 현상이라고 지적한다. 그러나 재정을 절감하기 위해 내놓은 개정안은 정책변동과정에서 비합리적, 비민주적인 방법으로 어떠한 합의적 절차도 거치지 않고 시행하였다. 수급권자들의 건강권을 전혀 고려하지 않고 본인부담을 지워서 의료서비스 접근성을 제약하고 있다.

본 연구는 이러한 문제인식을 토대로 킹돈의 정책결정이론을 적용하여 의료급여제도에 대해 정책이 변동하는 과정을 분석해 볼 것이다. 킹돈은 문제의 흐름(problem stream), 정치의 흐름(political stream), 정책의 흐름(policy stream)인 세 가지 흐름이 각각 독자적으로 흘러 다니다가 어느 순간 기회를 맞아서 상호작용하여 정책이 결정된다고 한다.

문제의 흐름(problem stream)은 흘러 다니는 어떤 문제가 정책결정자의 관심을 끌게 되는가에 초점을 두고 있으며 어떤 사건이나 위기 등이 영향을 미친다고 본다. 정치의 흐름(political stream)은 정치인들은 여론에 민감하므로 여론에 부합하는 문제는 쉽게 정치적 관심의 대상이 된다고 본다. 정책결정은 여론의 변화, 정권의 교체, 국회 의석수의 변화, 이익집단의 압력 등에 영향을 받으며 이러한 것들로 인하여 정책의제의 우선순위를 변화시키고 새로운 의제를 등장시키며 또한 정책문제의 채택에 있어서도 유리한 쪽으로 정책을 결정시킨다. 정책대안의 흐름(policy stream)은 정책공동체<sup>1)</sup>의 존

1) 정책공동체는 정책을 둘러싼 정책문제, 정책대안, 추진되는 정책의 내용, 정책의 결과 등에 대하여 관심을 가지고 있는 사람들로 구성되어 눈에 보이지 않지만 지속적인 활동을 하는 일종의 공동체라고 할 수 있다(정정길, 2014).

재 및 분화정도, 이익집단의 개입, 정책 활동가<sup>2)</sup>의 활동 등이 영향을 미친다. 많은 정책대안들이 정책공동체내에서 논의 되고 제시되지만 극히 일부만 고려 대상이 되고 대부분 채택이 되지 못한다. 이때 정책 활동가와 이익집단들은 자신들이 선호하는 정책대안이 채택될 수 있도록 적극적으로 활동하며 정책대안의 흐름에 영향을 미친다. 이 정책결정은 합리적으로 이루어 진다기 보다는 기회를 맞아서 의사결정이 이루어진다(정정길, 2011). 많은 사람들이 위기상황이 정책변동을 초래한다고 주장을 하고 정책변동의 연구자들 중에는 위기와 정책변동을 연관 짓는 사람들이 있다. 킹돈은 위기를 관심 집중적 사건으로 파악하여 위기와 정책변동의 관련성을 고찰했다.

또한 정책변동론의 입장을 보면 정책평가의 결과, 새로운 문제나 사태의 등장, 환경의 변화, 정책결과의 영향 등으로 인하여 문제의 성격이 변화하거나 정책목표가 변화하게 되어 정책변동이 일어난다고 한다(정정길, 1997: 786).

의료급여에 대한 제도가 혁신적으로 바뀐 2007년 7월 이후 선행연구들을 보면, 의료급여제도가 개정된 이후 1종 수급권자의 외래이용 실태나 의료급여제도의 문제점 및 개선방안(최정순, 2008), 의료이용 효과성 분석(김기중, 2011), 의료급여 수급권자의 의료이용에 미치는 영향(김민정, 2014) 등과 같은 바뀐 정책에 대한 문제점과 정책변동의 결과를 중심으로 된 연구들이 주를 이루고 있다. 정책이 변동된 요인과 정책이 변동되기까지 정책관계자들의 활동을 분석한 연구는 없다. 따라서 본 연구의 목적은 정책이 변동된 요인을 분석하기 위하여 킹돈의 세가지 정책흐름모형을 도입해서 정책이 결정되기까지의 2007년 7월 1일 시행된 의료급여법 개정에 대한 정책추진과정에서 정책이 변동된 요인이 무엇인지에 대해서 연구를 하는 것에 목적이 있다.

---

2) 킹돈은 정책 활동가를 '선호하는 미래의 정책을 위하여 그들의 자원을 투자하기를 원하는 자'로 정의한다(Kingdon, 2003). 킹돈모형으로 분석한 선행연구를 보면 정책 활동가를 정책 선도자, 정책 주도자 등 여러 가지 용어로 표현하고 있다. 본 연구에서는 정책 활동가로 표현하고 정책을 자신이 원하는 방향으로 이끌어 가는 결정자, 매개자, 주창자가 되어 정책변동을 이루어 내는 사람으로 정의하고자 한다.

## 제2절 연구범위 및 방법

본 연구는 의료급여법 개정의 추진과정에서 정책변동이 왜 일어났는지에 대한 정책변동의 요인을 분석하고자 한다. 1977년 의료보호법제정 이후 2001년 의료급여법으로 전면 개정 되고 명칭이 바뀐 뒤로 2007년 7월 1일부터 의료급여정책이 혁신적으로 바뀌게 되었다. 2007년 7월부터 의료급여정책의 시행령 및 시행규칙이 변화하게 된 배경과 문제점을 정책변동과정에서의 정책문제의 변화, 정치의 흐름, 정책관계자들이 활동이 어떤 상호작용을 거쳐 정책변동으로 귀결되는지를 연구하고자 한다.

본 논문의 연구방법은 문헌연구이다. 본 연구를 위한 이론적 체계로서는 의료급여정책변동 과정에 있어서의 선행연구 및 단행본, 각종 자료집과 시민사회단체의 성명서 및 공청회자료집, 한겨레, 한국일보, 조선일보, 중앙일보, 경향신문, 데일리메디 등의 의료급여제도혁신에 대한 관련 기사들, 국가인권위원회의 의견표명자료 등을 분석 자료로 활용할 것이다.

## 제2장 이론적 배경

### 제1절 정책의 특성

#### 1. 정책의 개념과 유형

##### 1) 정책의 개념

정책이란 “사회에서 일어나는 문제를 해결하고 바람직한 사회 상태나 우리가 원하는 바를 달성할 수 있게 해주는 수단”이라고 흔히 말하고 있다. 정책의 개념은 연구하는 학자가 정책의 어떠한 측면을 강조하는가에 따라 매우 다양하게 정의될 수 있다(이민창, 2001). 정책은 정부가 해결하고자 하는 사회문제를 의도적으로 문제화시켜 활동하는 것을 의미하기도 한다. 또한 정책은 “바람직한 사회상태를 이룩하려는 정책목표와 이를 달성하기 위해 필요한 정책수단에 대하여 권위 있는 정부기관이 공식적으로 결정한 기본방침”이라고도 한다(정정길, 1997). 그리고 정책수단만 강조<sup>3)</sup>하거나 정책이 국가사회에서 담당하는 역할이나 기능 일부만을 강조<sup>4)</sup>하여 개념을 정의하는 경우도 있다.

본 연구에서는 의료급여정책 변동과정을 분석하는데 있어 정책이란 어떠한 구체적인 결정보다는 일련의 관련된 활동과 그것과 관련된 문제를 다루는 행위자 또는 행위자들에 의해 행해지는 목적이 있는 행동의 과정(Anderson, 1975)이라고 정의하고자 한다.

##### 2) 정책의 유형

---

3) David Braybrooke, Charles E. Lindblom. A Strategy of Decision(New York: The Free Press, 1970)(이상일, 2000, p.7 재인용).

4) David Easton, The Political System(New York: Alfred A. Knopf Inc, p.129, 1953)(이상일, 2000, p.7 재인용).

## (1) Lowi의 정책유형

Lowi의 정책유형 분류는 정책유형에 따라 이익집단의 형성과 대응이 어떻게 달라지는지에 정치적 동태를 파악하기 위해 유형을 분류했다. Lowi의 연구가 정책유형에서는 대표적인 연구이다. Lowi는 정부가 강제력을 행사한다는 점에 착안하여 강제력의 행사방법과 강제력의 적용대상을 기준으로 정책을 네 가지 유형인 배분정책, 규제정책, 재배분정책, 구성정책으로 분류하였다.

배분정책은 국민들이 필요로 하는 재화나 공공서비스를 정부가 제공하는 정책으로, 정책내용이 세부단위로 쉽게 구분되고 각 단위는 다른 단위와는 별개로 처리될 수도 있다. 배분정책은 강제성의 가능성이 간접적인 영역이므로 참여자들 사이에 정면대결보다는 갈라 먹기식 결정이 이루어진다. 또한 정책과정이 개방적이어서 이익집단의 저항을 거의 받지 않는다.

규제정책은 바람직한 경제사회질서의 구현을 위하여 개인이나 기업의 행위를 제한하는 것이 필요하다고 인정될 때에 정부가 개입하는 것을 내용으로 하는 정책이다(최병선, 1992). 규제정책에서는 개인이나 집단의 행위를 통제하기 위하여 강제력이 직접 동원되는 것이 특징이다. 규제정책은 피규제자(피해자)와 수혜자가 명백하게 구분되며 피규제자와 수혜자간의 이해관계가 정면으로 배치되기 때문에 이들 집단 사이의 갈등수준이 상당히 높다. 그러므로 이해관계 집단 사이 협상을 통하여 정책이 결정된다. 또한 개인이나 일부집단에 대해 재산권 행사나 행동의 자유를 구속하거나 억제하며 다른 사람들을 보호하려는 목적을 지닌 정책으로 본 연구의 대상이 되는 의료급여정책이 그 예가 될 수 있다.

재분배정책은 고소득층으로부터 저소득층으로 소득이전을 목적으로 하는 정책이다. 강제력이 행위의 환경에 적용되는 재분배정책은 집권화 되고, 체계수준에서 정책결정이 이루어진다. 이 정책은 논쟁의 대상이 되어 지지와 반대를 하는 강한 이익집단들의 활동을 야기하기도 한다.

구성정책은 현정수행에 필요한 운영규칙에 관련된 정책으로 주로 정부기구의 조정과 관련된 정책이다.

## (2) Ripley와 Franklin의 정책유형 분류

Ripley와 Franklin은 정책유형을 분배정책과 재분배정책, 규제정책으로 나누고 규제정책을 보호적 규제정책과 경쟁적 규제정책으로 나누었다. 분배정책과 재분배정책은 Lowi의 것과 내용이 유사하다. 두 가지로 나눈 규제정책을 보면 보호적 규제정책은 국민을 보호하기 위한 목적으로 민간 활동에 조건을 설정하는 정책이다. 대부분의 규제정책이 여기에 속한다고 할 수 있다. 경쟁적 규제정책은 특정 재화나 서비스를 소수의 지명된 업자에게만 공급을 제한하는 정책이다.

### (3) Almond와 Powell의 정책유형

Almond와 Powell은 체제이론에 입각하여 규제정책, 분배정책, 수출정책, 산출정책으로 정책을 분류하고 있다. 규제정책과 분배정책은 Lowi의 정책분류와 의미가 같다. 수출정책은 국내적, 국제적 환경에서 물적, 인적 자원을 추출하는 것과 관련된 정책이다. 상징정책은 정책체제의 정당성에 대한 신뢰감을 증진시키는 산출활동으로 국가나 정권에 대한 국민이 정치체제에 순응하고 충성심을 유발하게 하는 목적을 가진 정부활동이다.

## 2. 정책과정의 참여자

정책과정에서 참여의 문제가 중요한 이유는 정책과정이 논리적이고 합리적인 과정이지만 실제적으로는 여러 이해 관계자의 복합적 상호작용이 존재하는 정치적 과정이기 때문이다(안해균, 1998). 정책과정의 정치성을 이해하기 위해서는 정부정책의 결정이 이루어지는 무대의 구성원(행위자)은 누구이고, 이들 행위자 사이의 상호관계는 어떠하며, 이들이 전체적인 정책과정에 어떤 방식으로 조화되고 있는가를 살펴보는 것이 중요하다.

## 1) 의회

입법권을 지닌 국민의 대표기관으로 정책을 결정할 권한을 지닌다. 이런 입법권을 통하여 의회는 정책결정에서 강한 영향력을 행사할 수 있다. 미국은 대통령중심제여도 의회의 정책결정 권한이 강한 반면에 우리나라는 입법과정에서 의회보다 행정부의 영향력이 더 커서 제대로 된 정책을 수행하지 못하고 있다. 왜냐하면 행정부에 비하여 입법부는 우선 조직규모가 작고 전문요원이 부족하며, 의원들이 평생직이 아닌 선거직이기 때문에 그들에게서 전문성을 기대하는 것은 실제적으로 어려운 일이라고 본다(김선정, 2011).

## 2) 정부부처

정부는 국회에서 제정한 법률에 따라 나라의 살림살이를 하고, 국민의 생명과 재산을 보호하는 일을 한다. 또한 경제발전과 민주복지 사회를 만들기 위해 노력하는 기관이기도 하다.

행정조직의 고유권한은 의회와 대통령이 결정한 주요 정책을 집행하는 일이다. 그러나 국가의 활동이 입법부에서 행정부로 넘어오면서 행정부의 권한이 점차 강해지고 있다. 정책형성단계에서부터 행정조직이 주도적 역할을 하는데, 우리나라와 같이 국회의 권한이 약하고 이익집단의 자율성이 제대로 확립되어 있지 않은 경우에는 대통령과 행정부의 관료조직이 의제설정에 미치는 영향은 매우 크다(채경석, 1985).

## 3) 대통령

대통령중심제의 정치체제에서는 대통령이 국가 원수로서의 지위와 행정부 수반으로서의 지위를 동시에 지니고 있다. 내각책임제하에서는 행정수반으로서의 지위는 수상에 속하고 국가원수로서의 지위는 대통령 또는 국왕에 있다. 우리나라의 경우 대통령은 국가원수로서의 지위와 행정부 수반으로서의 지위가 모두 부여되어 있으며, 전형적

인 대통령제하에서는 볼 수 없는 입법부 및 사법부에 대한 대통령의 우월성이 인정되고 있다. 이러한 권한을 가진 대통령은 정책결정과정에서 최고결정권을 가지고 수많은 정책을 결정하고 행정기관에 대한 지위감독과 정책의제의 형성과정에서도 중요한 역할을 수행한다. 대통령이 정책과정을 지배하게 되면 일관성이 있고 정책을 강력하게 집행할 수 있겠으나 정책과정에서 비타협적이거나 비민주적인 정책결정이 나올 수 있는 단점이 있다.

#### 4) 정당

일반적 의미의 정당은 국민들의 각종 요구를 정책대안으로 전환시키는 기능을 수행함으로써 정책형성과정에 참여한다. 즉 일반적 의미의 정당을 비공식적 참여자라고 할 수 있지만, 그 중에서 집권여당의 경우는 당정조정협의 등의 과정을 통해서 정책과정에 공식적으로 참여하기도 한다. 이렇듯 당정조정협의의 상례화로 여당의 역할이 정책과정에 점점 증대되고 있다.

#### 5) 이익집단

이익집단(interest group)은 집단구성원 공통의 이익을 증진하는 것을 목적으로 한다. 이익집단은 자신들의 목적을 달성하기 위하여 공직자에게 영향력을 행사하려 하지만 정당처럼 정권을 장악하려 하거나 공직을 담당하기 위하여 활동하지 않는 것이 정당과는 구별된다.

Truman(1960)은 정치적 이익집단을 정부의 정책 결정자에게 공식 또는 비공식적인 경로를 통해 다양한 방법을 병행하여 자신들에게 유리한 결정이 이루어지도록 압력을 행사하기 때문에 압력 단체(pressure group)로 불리기도 한다.

류지성(2007)은 “동일한 목표를 가지고 있거나 공동의 목표를 추구하는 개인들의 집합체가 곧 이익집단”이라고 하면서 개개인 보다는 집단을 만들어 그들의 이해관계를 추구하는 것이 훨씬 효과적이라고 한다.



## 6) 시민, 전문가

민주정치체계에서는 시민은 정부의 주인이면서 국민과 거의 같은 뜻으로 사용한다. 민주주의 국가에서 국민의 정책참여는 보장되지만 정책과정에서 국민이 영향력을 행사하기는 미미하고 간접적인 방식인 여론 등으로 정치참여에 영향을 미칠 수 있다.

정책에 대한 대안을 제시하거나 정책의 영향 및 정책의 내용 등에 대해 평가함으로써 국민들과는 달리 전문가와 학자들은 정책과정에 개입한다.

## 7) 언론

언론을 대중매체를 통해 사회에서 발생하는 주요 사건들을 구성원에게 알려주고 사회 구성원들 간의 의사전달을 돕는 역할을 한다.

언론기관은 정책과정의 모든 단계에 미치는 영향력이라는 면에서 볼 때 다른 어떤 참여주체보다도 중립적이고 객관적인 면에서 가장 강력한 작용을 하는 비공식 참여자이다. 그 이유는 사회문제의 제기과 발견을 비롯해서 정책의 형성, 결정은 물론 집행 등의 모든 단계에 있어서 참여 단위들 간의 역학관계를 보도하고 감시함으로써 여론을 조성하는 등 정책과정이 합법적인 동시에 민주적이며 공정하게 이루어지게 하는 기능을 수행하기 때문이다(안해균, 1998). 특히 시간과 능력이 부족하고 정보의 홍수 속에서 시달리는 정책결정자들은 믿을 만한 언론기관이 보도하는 정책대안들과 이들의 비교와 평가 내용을 보고 주의해서 검토하게 된다(Kingdon, 1984). 언론은 이슈를 통해 대중적 관심을 모으는데 중요한 역할을 한다. 언론보도로 인해 어떠한 문제에 대한 계속적인 국민의 불만을 제기 한다면 정책변동을 유발할 수 있다. 결국 자유민주주의 체제하의 언론의 중립성과 자율성에 의해 정책과정의 영향력은 크다고 본다.

## 3. 정책변동의 원인

정책결정모형에서 정책이 변동되는 원인을 찾아 볼 수 있다. 본 연구에서 분석틀로

사용하고 있는 킹돈의 정책결정모형은 정책이 결정되는 과정을 세가지 흐름으로 분석하고 각각의 흐름에서 참여자의 역할에 따라 정책결과에 영향을 줄 수 있음을 보여주고 있다. 여기서 보면, 참여자에서는 정책이 결정되는 과정에서 얼마나 합리적, 민주적으로 참여자의 의견을 수렴하고 반영했는가에 따라 정책집행방식과 정책결과에 까지 영향을 미칠 수 있다. 정책을 결정하는 과정에서는 어떠한 변화에 의하여 정책이 변동되는가에 따라 정책을 집행하는 방식에 영향을 줄 수 있다.

정책이 변동되는 원인으로는 원래 의도했던 처음 목표가 바뀌었거나, 계획했던 목적을 이루기 위한 방법이 바뀐 경우, 그리고 정책이 결정되고 나서 처음 의도했던 목표를 달성하지 못했을 경우 등을 들 수 있다. 처음의도 했던 정책목표가 바뀐 경우는 사회문제나 사회적인 이슈등과 같은 정책문제가 변한경우를 들 수 있고 또한 계획했던 정책을 집행하다가 사회경제적인 변화나 국가의 재정 사정 등 자원에 변화가 생긴 경우 처음 목적대로 시행하지 못하고 정책이 변동될 수 있다. 그리고 정책의 환경이 변화하면 기존에 결정된 정책에 영향을 줄 수 있다. 정책을 시행할 때는 장기적인 관점에서 추진되어야지 처음 의도한 대로 정책결과가 나오지 않는다고 정책을 일관성 없이 바꾸게 되는 경우에도 정책이 변동되는 원인이라고 볼 수 있다. 이를 좀 더 자세히 설명하면 다음과 같다.

## 1) 정책문제의 변화

정책형성과정은 정책문제가 존재하는 것을 전제로 이를 해결하기 위하여 만들어진 정책과정이다. 정책결정자들이 문제해결을 전제로 토론하게 되는 정책문제를 정책의제(agenda)라고 부르고 또한 정책의제란 의회, 행정부를 포함하여 공식적인 권한을 가진 정부당국에서 정책적 해결을 의도하여 선택한 정책문제를 말한다(남궁근, 2014). 어떤 사회문제나 사회적 이슈들이 정책의제로 채택되어 정부가 이 문제를 해결하고자 하는 것이 정책결정과정에서 매우 중요하다.

정책이 결정되는 과정에서 정책집행방식은 중요하다. 정책결정과정에서 참여자의 의견을 충분히 수렴해서 합리적이고 민주적인 방식으로 집행된 정책은 어떠한 계기로 정책이 변동되어도 변동과정이 합법적일 수 있다. 그러나 정책결정 과정이 비합리적, 비민주적인 정책집행방식은 정책이 쉽게 변동 될 수 있으나 변동 된 결과가 실패 할 확률

이 높다. 정책집행이 성공하기 위해선 변동된 정책이 현실에 맞게 수정되어야 한다. 현실에 맞지 못하거나 제대로 된 기능을 못하는 정책은 종식되거나 중지되어야 한다. 이렇게 정책이 수정되고 종결되는 과정을 정책변동이라고 한다.

## 2) 자원의 변화

국가가 재정에 의존하여 정책을 확장하거나 축소할 경우는 자원의 효율적인 배분이 중요하다. 우리나라의 급속한 고령화와 저출산 현상으로 인해 부양비가 증가하는 현실에 부딪히게 된다. 노동에 참여할 수 있는 인구는 적고 가족수발을 받아야할 인구는 증가하는 것이다. 국가가 재정 부담을 져야하는데 결국 조세로 건강을 보장할 수밖에 없는 것이다. 이런 사회경제적 변화로 인해 비효율적인 자원현상이 발생하게 된다.

국가의 경제사정이 좋아져서 국민소득 수준이 향상되고 조세납부가 증가하면 정책을 원래 계획한 방향으로 추진할 수 있거나 자원을 확보할 수 있어 새로운 정책을 추진할 수 있게 된다. 그러나 반대로 경제사정이 악화되어 조세납부가 감소되면 정부예산이 축소되거나 잘못된 정책에 대해 불필요한 예산이 낭비되는 경우 기존에 필요한 부분의 정책이 변동되거나 일부 정책의 축소 또는 폐지 될 수 있다.

사회복지에 관한 정책을 실행하기 위해 조세를 통해 재정을 확립해서 정책을 수행하는 게 용이할 수 있으나 인구의 고령화는 심화되어 가고 있고 의료를 요구하는 수요에 비해 재정 공급이 부족한 실정이다. 재정이 부족하게 되면 기존 정책의 지지기반이 약해져서 원래 시행하고자 했던 정책이 축소되거나 정책이 변동되는 것은 불가피하리라 본다. 장기적으로는 재원조달을 다양화해서 재정안정을 유지하는 게 중요하다.

## 3) 정책의 일관성 상실

정책의 과정은 정책문제로부터 발생한다. 이런 정책문제를 해결하는 과정에는 정책환경의 영향이 중요하다. 정책 환경이란 정치체계에 필요한 인적, 물적 자원과 사회상태, 재정상태 등 여러 가지가 정책에 영향을 미칠 수 있는 요인을 말한다. 정책 환경이 변화하면 기존 정책에 대한 투입이 변화하게 되어 기존에 투입에 의하여 결정된 정책

을 변동 시키게 된다. 어떠한 정책을 시행하기에 있어서 거시적 고려나 장기적 관점에서 추진되지 못하고 그때그때의 상황에 따라 정책변동이 생길 경우 정부정책에 대한 실효성과 국민의 불신이 커지게 된다.

정책이 일관성을 상실하면 모순·충동되는 정책이 동시에 추진됨으로써 사회적인 낭비를 초래할 뿐만 아니라 정책과 관련된 이해당사자들은 물론이고 국민들 사이에 혼란을 초래한다. 이를 정책혼란이라고 부른다. 정책이 시간의 흐름에 따라 변화하는 환경에 대응한다는 면에서 바람직하지 않다는 것은 아니지만 정책이 단시간 내에 급속하게 변동되는 것은 옳지 않다(정정길, 2014).

정부의 일관성이 없는 정책에 대한 예로 토지거래허가제의 정책(송준성, 2014)을 보면, 우리나라 토지거래허가제는 1970년대 말에 입법화되고 1985년 최초로 시행된 이후로 규제의 강화와 완화라는 정책에 대한 필요에 의해서 일관성을 유지하지 못하고 정부수립 이후 여러 번의 부동산 정책변화가 있었다. 1973년 지방세법을 개정하고 1974년에는 사치성 부동산 및 법인의 비업무용 토지에 재산세를 중과하기도 했으나 효과를 거두지 못하자 1975년에 부동산 거래에 따른 양도차액에 대하여 중과하여 양도소득세를 신설하게 되었다. 1978년 부동산 종합대책을 발표하게 된다. 부동산 경기 안정책은 본래의 목적 달성을 하지 못하고 부동산 가격급등과 투기 현상 등 토지문제가 심각한 사회문제로 발생한다. 우리나라처럼 좁은 국토의 토지거래에 대한 어느 정도의 규제는 필요하리라 본다. 그러나 정책에 대한 역효과가 발생하고 국민이 불신하는 정책은 정부의 책임이 크다.

## 제2절 킹돈의 정책결정 모형

킹돈(Kingdon)의 정책흐름모형은 문제들이 어떻게 이슈화되고, 어떻게 정책결정자들의 주목을 받게 되며, 어떻게 의제가 설정되는지를 연구함으로써 왜 특정 정책 아이디어가 ‘그들의 시간’을 갖게 되는지에 관심을 갖는다(Kingdon, 2003).

킹돈은 쓰레기통 모형<sup>5)</sup>을 기반으로 하여 정책과정은 몇 가지의 흐름으로 구성되고, 정책결정은 협상이나 타협과 같은 방법을 통해 이루어지는 것이 아니라 조직화된 혼란 상태 속에서 정책의 흐름들이 우연히 합쳐질 때 이루어진다고 주장한다. 킹돈은 정책결정을 참여자와 과정이라는 두 가지 범주로 나누고 있다. 참여자는 가시적 참여자<sup>6)</sup>와 비가시적 참여자<sup>7)</sup>로 나눌 수 있다. 정책결정과정은 각각 독자적으로 형성된 문제의 흐름(problems stream), 정책(대안)의 흐름(policy stream), 정치의 흐름(political stream)으로 구성되고, 각 흐름에 정책행위자로 참여하는 주요 참여자들은 서로 다르다고 본다. 또한 세가지 흐름이 떠다니다가 우연한 기회에 정책의 창을 만나 정책 활동가에 의해 정책이 결정된다고 본다. 정책결정과정의 세가지 흐름과 정책의 창, 정책 활동가를 설명하면 다음과 같다.

### 1. 문제의 흐름

문제의 흐름은 상황의 악화를 나타내는 지표나 관심을 집중시키는 사건이나 위기, 환류 등을 통해 나타나며 사회문제의 당사자인 문제 집단에 의해 주도된다. 지표는 문제의 상태를 계량화해서 보여주는 것이고 사건은 집단시위, 청원이나 진정, 재난이나 사고를 말한다. 위기는 정부관료 및 정책결정자들의 정책 산출과 관련한 심리적 상태를 말하고, 환류는 정책집행과 관련하여 나타나는 문제점에 대한 의견수렴과정을 말한다

5) 쓰레기통모형은 조직화된 무정부적 상태(anarchist nature)에서 상당히 독립적인 네 가지 흐름이 우연히 결합될 때 의사결정이 이루어진다는 것이다. 이 네 가지 흐름은 문제(problem)의 흐름, 해결책(solution)의 흐름, 참여자(participant)의 흐름, 선택(choice)의 흐름이다. 이런 네 가지 흐름이 아무런 관련성 없이 독자적으로 다니다가 우연히 합쳐져야 의사결정이 이루어진다고 한다(정정길, 2011).

6) 가시적 참여자: 대통령, 고위직공무원, 의회의 중요인사, 미디어, 정당.

7) 비가시적 참여자: 학자, 연구자, 전문 관료.

다.

문제의 특정 측면이 주요 관심의 대상이 되고 공식의제로 설정되어 정책결정의 기회를 얻게 되는 것은 이들 주요 행위자들의 상황인식과 문제정의 방식에 의해 좌우되기 때문이다(이영환, 1995).

이러한 문제의 흐름은 객관적인 사건보다는 주요 행위자들이 상황을 어떻게 인식하고, 문제를 어떻게 정의하느냐가 중요하다. 모든 상황이 문제의 상태가 되는 게 아니라 정책결정자가 그 상황을 심각하게 고려해야 된다. 또한 문제가 이슈화가 되기 위해서는 국민적 관심도 필요하다. 정책결정자는 국민여론에 민감하기 때문이다.

## 2. 정치의 흐름

정치의 흐름에는 국가적 분위기와 여론, 사회운동, 선거결과, 새로운 정파나 이데올로기의 분포, 이익집단의 압력 등의 요소가 중요하다. 정치인이나 참여자들은 이러한 요소를 인지하게 되고 정부의제에 영향을 미친다. 국민여론에 관심을 받지 못하거나 행정부나 정권의 교체시 국회의석수의 변화 또한 정부의제의 우선순위를 바꾸거나 새로운 의제가 나타나기도 한다.

정치흐름과정에서는 참여자들이 문제를 인식하거나 정책대안을 관철시키기 위해 설득에 의존하기도 하지만 주로 협상에 의한 타협을 하기도 한다(박윤영, 2010).

의제설정은 국익에 의하기 보다는 국민여론이나 선거에 의해 영향을 받는다. 국민여론에 부합하는 사안은 받아들여지고 국민의 관심을 얻지 못하는 것은 관심 밖으로 밀려나게 된다.

## 3. 정책대안의 흐름

정책의 흐름은 대안의 구체화에 작용하게 되는데, 이 흐름에는 학자, 연구자, 경력관료, 의회의 참모진, 이익집단의 분석가 등 비가시적 참여자들이 주로 활동하게 된다.

많은 대안들은 정책공동체내에서 여러 가지 정책 아이디어와 만나 결합하는 과정을 거치게 된다. 여러 가지 정책 아이디어나 정책대안은 기술적 가능성, 사회성원의 가치와의 일치, 예산상의 장애, 공공의 인정, 정치인의 수용 등의 기준에 따라 탈락하기도 하고, 생존하기도 하며, 정치적 지지와 반대 그리고 논리적 혹은 분석적 기준에 의하여 평가 받는다(박윤영, 2010).

정책대안은 세 가지 흐름이 결합하여 정책의 창이 열렸을 때 정책행위자가 어떠한 참여 활동하느냐에 따라 가지고 있던 대안이 관철되기도 하고 없어지기도 한다.

## 4. 정책의 창

킹돈에 의하면 정책문제, 정치, 정책대안이 서로 아무런 관련 없이 떠다니다가 어느 순간 특정 사건의 발생으로 인하여 세 개의 흐름이 결합하는 현상을 정책의 창이라고 표현한다. 정책의 창은 문제의 흐름에서 사건이나 위기 또는 정치의 흐름에 의해 열린다. 정치의 흐름에서 국민적 분위기가 정권의 교체, 이익집단의 압력 등이 정책대안을 표현할 기회를 만들기도 한다.

정책의 창은 열렸다가 놓치면 다음 번 창이 열릴 때까지 기다려야 한다. 정책의 창은 예측 가능한 상황에서 열리기도 하고 예측 불가능한 상황에서 열리기도 한다. 예측 가능한 경우는 국회에서의 예산심의, 법안 심사 등이고 예측 불가능한 경우는 정책결정자의 교체나 화재나 붕괴처럼 어떠한 큰 사건으로 열리기도 한다.

정책의 창이 열렸을 때 정책 활동가의 활동이 중요하다. 정책의 창문은 열렸다 금방 닫히기 때문에 문제의 흐름, 정치의 흐름, 정책대안의 흐름이 떠다니다가 정책의 창문이 열렸을 때, 정책 활동가의 적극적인 활동으로 원하는 방향으로 정책을 집행할 수 있다. 이런 기회는 흔하지 않기 때문에 기회가 왔을 때 정책 활동가가 어떠한 역할을 하느냐에 따라 정책이 변동 될 수도 있고, 정책이 표류될 수도 있다.

## 5. 정책 활동가

정책의 창문은 기회가 왔을 때 정책의 창이 열린지 아닌지 여부는 정책 활동가에 의

해 판단된다. 또한 정책의 창문이 열렸을 때 정책 활동가의 역할이 중요하다. 정책의 창이 열려있는 시간이 길지 않으므로 정책 활동가가 이 기회를 어떻게 이용하느냐에 따라 정책변동이 이루어지기도 하고 그냥 흘러가 버릴 수도 있다.

정책의 창이 열렸을 때 정책의 흐름 속에서 정책 활동가는 가지고 있던 대안을 실현 시키기 위해 정치적으로 강력한 지지를 얻기 위해 활동한다.

정책 활동가가 어떤 문제에 대해 해결책이 필요하다고 생각할 때 가지고 있던 대안을 통해 새로운 정책이 생길 수 있다. 그러나 법안심의나 예산, 여론 등으로 제약을 받으면 정책은 선택되지 못할 수도 있다.



### 제 3절 선행연구의 고찰

킹돈의 정책흐름이론은 정책결정에서 참여자와 과정이라는 두 요인을 포괄적으로 고찰할 수 있는 모형이다. 킹돈의 정책흐름모형을 이용한 기존연구로는 이순남(2004)은 국군간호사관학교 사례를 중심으로 국군간호사관학교의 존폐를 둘러싼 정책변동을 구조조정 단계, 부활 단계, 장군보직 단계로 구분하여 각 단계별로 킹돈의 정책흐름모형을 적용한 정책변동을 설명하였다. 김창오(2010)는 정책결정과정에서 소규모의 NGO의 역할을 북한이탈주민 정신건강지원 정책결정과정을 분석하였다. 작은 규모의 NGO 단체가 이슈 유발 장치, 창의적 대안 생산자로서 중요한 역할을 수행해 정책결정과정에 작용하였다고 분석하였다. 모창환(2005)은 쓰레기통모형을 적용하여 한국철도 산업 구조개혁의 정책결정과정은 구조개혁 정책결정 연구를 적용한 쓰레기통 모형이 우리나라 철도개혁 정책결정에도 적합성이 있는가를 분석한 연구이다.

우리나라의 사회복지학계에서 킹돈의 이론적 틀로 사회복지정책의 형성과정을 분석한 연구로는 이영환(1995)의 영구임대주택정책결정과정 분석, 박윤영(2002)의 국민기초생활보장법 제정에 관한 연구로 법 제정과정에서 나타난 시민단체의 영향력에 대해서 분석하였다. 김선희(2007)는 성매매방지법에 대한 대통령과 여성부, 법무부, 여성의원과 여성단체들의 다양한 활동으로 제정에 영향을 미쳤다고 성매매방지정책의 변동에 관한 연구를 하였다. 유아마 아쓰시(2009)는 국민기초생활보장법의 구축과정분석을 이진숙·안대영(2005)은 건강가정기본법 제정과정에서 합리성이 아닌 가정학과 보수정당의 가장 정치적 힘을 많이 가진 정책참여자의 대안이 정책으로 결정되는 과정을 다루었다. 민상기(2008)는 민영건강보험관련 정책결정 분석에 대한 연구에서 비급여 보장을 중심으로 한 ‘부가급여 보충형’ 민영건강보험 도입이 정책결정에서 대통령의 의지가 있었음을 분석했다. 이진숙·조은영(2012)의 노인장기요양보험법의 법제정과 제도시행에 이르기 까지 정부가 중심이 되어 초기 정부안대로 정책이 결정되었음을 연구하였다. 김가람(2014)은 다중흐름모형을 적용한 반값등록금 정책변동과정을 분석하며 황우여 원내대표의 ‘반값등록금’ 발언이 촉발기제로 인해 정당과 정부의 결정적 역할로 정책이 변동되었다고 분석했다. 김주경·현재은(2014)은 킹돈의 다중흐름모형을 적용한 영유아 무상보육정책을 선거에서 표심을 얻기 위한 정책 활동가에 의해 법률적 근거도 없이 시행 2개월 전에 갑자기 결정된 정책이라고 분석하였다.

의료급여제도에 대한 연구로는 의료급여제도혁신대책을 둘러싼 담론을 분석한 나영

회(2010)의 연구가 있고, 의료급여제도의 문제점과 발전방안에 관한 연구로는 장동민(2001), 의료급여제도의 개선방안 연구(최정순, 2008), 이준영(2002)은 의료급여와 건강보험과의 통합을 남기동(2004)은 의료급여 1,2종 구분 폐지를 유원섭(2006)은 합리적 의료이용 및 제고 유도를 제시하였다. 의료급여 수급권자의 차별경험에 관한 연구로는 손정인(2008)이 있고, 의료급여1종 외래환자 의료이용 변화분석을 중심으로 의료이용 효과성을 분석한 김기중(2011)이 있고, 의료급여 수급권자의 의료이용에 미치는 영향을 분석한 연구(김민정, 2014)가 있다. 본인부담 면제의 문제점을 다룬 연구로는 곽숙영(2008)이 있고, 전경수(2007) 등에서는 본인부담 면제 후 중증질환의 경우보다는 경증질환인 감기 등에 입원일수 등이 급격히 증가하고, 가벼운 질환에서는 평균재원기간이 증가한 것으로 나타났다고 제시하였다.

의료급여정책변동에 관해서 살펴본 바와 같이 새 의료급여제도<sup>8)</sup>가 시행되고 수많은 선행연구들이 수행되어져 왔다. 그러나 정책과정에서 제기된 정책적 쟁점들이 제도의 내용과 제도의 개정에 각 행위자간 어떤 역할을 하였는지 정책내용과 관련한 이슈가 어떻게 반영되고 귀결되는지에 대한 역동성을 파악할 수 있는 연구는 부족한 실정이다.

**<표 2-1> 킥돈에 관한 선행연구**

연구자	연구 주제	결과
박윤영(2002)	국민기초생활보장법 제정과정	법 제정과정에서 나타난 시민단체의 영향력이 컸다
이순남(2004)	국군간호사관학교의 존폐를 둘러싼 정책변동 과정	국군간호사관학교의 존폐를 둘러싼 정책변동을 구조조정 단계, 부활단계, 장군보직 단계로 구분하여 각 단계별로 설명하였다.

8) 본 연구에서는 제도와 정책을 혼용해서 사용하고 있다. 제도와 정책을 비교해보면, 제도는 행위자의 사회적 상호작용을 제약하는 게임의 규칙이고 불확실성을 제거하며 질서를 창조한다. 제도는 행위규칙의 재형성이라는 측면이 강하다. 정책은 정부기관이 공익의 실현을 위하여 결정한 목표와 이를 달성하기 위한 수단을 결정한 지침이며 집행대상자의 순응이 필요하다. 정책결정자의 결정에 의해 변화하며 환경, 상황에 따라 목표와 수단도 변화한다. 목표의 달성여부, 효과성 등의 평가로 집행과 형성요인으로 다시 환류 된다(이민창, 2001, p26). 이민창(2001)의 논문에서는 최초의 정책의도를 달성하지 못하게 되는 상황을 정책실패로 정의하고, 그 이유를 제도론적 관점에서 다시 검토하였다. 그러나 여기서는 변동된 정책의 평가는 다루지 않고, 기존의 제도가 어떠한 배경적요인과 참여적요인으로 변동되어 새 제도가 개정되는지를 분석하고 있다.

모창환(2005)	한국철도산업 구조개혁의 정책결정과정 분석-쓰레기통모형의 적용과 이론적 시사점	구조개혁 정책결정 연구를 적용한 쓰레기통 모형이 우리나라 철도개혁 정책결정에도 적합성이 있는가를 분석한 연구이다
이진숙·안대영 (2005)	건강가정기본법 제정과정	제정과정에서 합리성이 아닌 가정학계와 보수정당의 가장 정치적 힘을 많이 가진 정책참여자의 대안이 정책으로 결정되었다
김선희(2007)	성매매방지정책의 변동에 관한 연구	성매매방지법에 대한 대통령과 여성부, 법무부, 여성의원과 여성단체들의 다양한 활동으로 제정에 영향을 미쳤다
민상기(2008)	민영건강보험관련 정책결정분석	비급여 보장을 중심으로 한 ‘부가급여 보충형’ 민영건강보험 도입의 정책결정에 대한 대통령의 의지가 있었다
김창오(2010)	정책결정과정에서의 소규모 NGO의 역할을 북한이탈주민 정신건강지원 정책결정과정을 분석	북한이탈주민 정신건강지원 정책결정 과정에서 작은 규모의 NGO 단체가 이슈 유발 장치, 창의적 대안 생산자로서 중요한 역할을 수행해 정책결정과정에 작용하였다.
이진숙·조은영 (2012)	노인장기요양보험법의 정책결정과정 분석	법제정과 제도시행에 이르기 까지 정부가 중심이 되어 초기 정부안대로 정책이 결정되었다
김가람(2014)	다중흐름모형을 적용한 반값등록금 정책변동과정 분석	황우여 원내대표의 ‘반값등록금’ 발언이 촉발기제로 인해 정당과 정부의 결정적 역할로 정책이 변동하게 되었다
김주경·현재은 (2014)	킹돈의 다중흐름모형을 적용한 영유아 무상보육정책 분석	선거에서 표심을 얻기 위한 정책 활동가에 의해 법률적 근거도 없이 시행 2개월 전에 갑자기 결정된 정책이다

## 제4절 본 연구의 분석틀

킹돈(Kingdon)은 합리모형(rationality model)<sup>9)</sup>이나 점증모형(incremental model)<sup>10)</sup>이 주장하는 것처럼 어떤 급격한 사회변동에 의해서 사회문제가 등장하여 의사결정기회가 만들어져 정책이 결정되는 것이 아니라고 한다. 킹돈은 문제의 흐름, 정치의 흐름, 정책대안의 흐름인 이 세 가지가 독자적 흐름으로 흘러다니다가 우연한 기회에 한곳으로 연결되면 정책이 결정된다고 한다. 이런 세 개의 흐름이 모두 결합되는 완전결합과 세 개중 두 개의 흐름이 결합되는 부분결합으로 구분하고, 결정의제가 되기 위해서는 완전결합이 되어야 한다고 말한다.

사회문제가 정책문제로 제기 되어서 이슈화되는 경우 국민들의 관심을 불러일으키게 된다. 결국 정책결정자들은 이슈화되는 정책문제에 대해서 논의 하게 된다. 이런 정책결정이 이루어지기 이전의 단계에서 정책문제가 정책의제로 성립되고 논의되는 과정을 아젠다 형성과정이라고 한다.

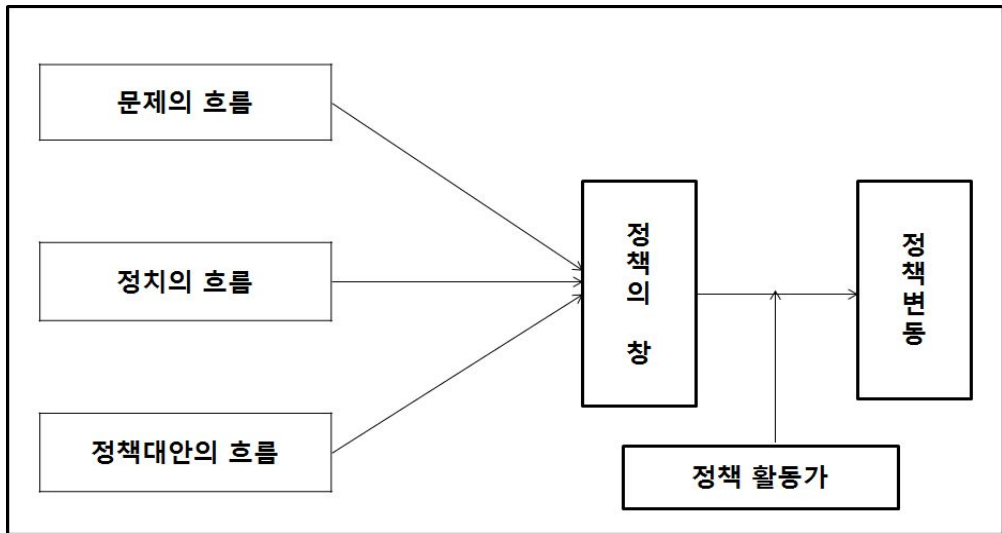
킹돈의 모형은 정책결정과정을 중심으로 다양한 영향 요인들과 참여자들의 역할을 포괄적으로 분석하는 모형으로 평가되고 있다. 이 모형은 의사결정이 합리적으로 이루어지기보다는 우연한 기회를 맞아서 이루어진다고 생각 한다.

본 연구에서는 의료급여정책이 2007년 혁신적으로 변화하게 된 배경과 정책결정과정의 흐름을 설명하기 위한 분석틀로 킹돈모형을 활용하고자 한다.

정책변동에 대한 연구는 정책이 변동되는 요인과 이 요인에 영향을 받아 정책이 결정되는 과정을 보여주는 것이 중요하다. 정책변동의 요인을 설명하는 대표적인 이론으로 킹돈의 모형이 적합하다. 킹돈의 모형을 적용하여 문제의 흐름, 정치의 흐름, 정책대안의 흐름이 흘러 다니다가 어떠한 기회에 정책의 창이 열리면서 정책 활동가에 의해 정책변동에 까지 이루게 되었는지를 분석하는 것이 이 논문의 목적이라 하겠다.

이상의 논의를 근거로 의료급여정책 변동 과정을 분석하기 위한 본 연구의 분석틀을 도식화 하면 다음과 같다.

- 
- 9) 인간은 이성과 합리성에 근거하여 결정하고 행동한다는 이론이다. 이 모형은 의사결정에 있어서 모든 정보를 동원할 수 있고 모든 대안을 고려 비교·평가 할 수 있다고 하지만 그러기엔 인간의 능력에 한계가 있다. 선택되는 대안의 결과는 불확실하며 완전하게 예측하기 힘들고 항상 불완전하기 마련이다.
- 10) 정책결정에 있어서 정부의 기본적인 정책목표를 항상 신중히 생각하고 이것보다 약간 향상된 정책에 만족하는 이론이다. 이것은 혁신적인 정책결정이 이루어지거나 기존 행정과 다른 것은 정치적으로 채택될 가능성이 적다.



<그림 2-1> 분석틀

## 제3장 의료급여제도

### 제1절 의료급여제도의 개관

#### 1. 의료급여제도의 의의

##### 1) 의료보장제도의 취지

의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 정부가 국민조세를 토대로 의료서비스를 제공하는 공공부조제도이다. 저소득층의 의료보장을 통한 건강증진과 복지향상을 목적으로 하는 사회보장제도중의 하나이다.

의료급여의 내용으로는 진찰과 검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치가 있다. 1977년부터 의료보호라는 이름으로 시작된 의료급여제도는 어려운 국가재정에도 불구하고 대상자 및 급여범위를 지속적으로 확대하는 등 저소득층을 위한 의료보장제도로서 많은 발전을 거듭해 오고 있다. 2000년에 생활보호법이 국민기초생활보장법으로 개정됨에 따라 시혜적 성격의 보호에서 권리적 개념의 수급권이 도입되었고, 2001년 10월에는 ‘의료보호법’으로 전문을 개정하고 제도 명을 ‘의료급여제도’로 개정하였다.

의료급여제도는 경제적 부담능력과 사회적 취약계층을 대상으로 필요한 의료를 보장해줌으로써 수급권자의 규모 및 급여확대 등 지속적인 성장과 변화를 거쳐 왔다.

우리나라의 의료보장은 사회보험 방식을 기본으로 하면서 보험료 부담능력이 없는 계층에 대해서는 공적부조제도를 적용하고 있다. 저소득층(약 3%)은 의료급여 대상, 공적부조이므로 보험료가 없고, 의료기관 이용시 본인부담금이 없거나 낮은 본인부담금을 내게 된다. 재원은 국고부담으로 중앙정부와 지방정부가 공동부담 한다.

저소득층 3%를 제외한 전 국민은 국민건강보험을 적용하고 부담능력에 따라 보험료를 내고 있다. 이러한 사회보험 방식을 기본으로 하며 의료급여제도를 두고 있는 것은 보험료 부담능력이 없는 계층을 별도로 고려하여 전 국민에 대한 의료보장을 하기 위한 것인데, 실제로는 보험료 부담능력이 없는 계층을 모두 의료급여제도의 대상으로

하고 있지 못하고 있다. 최저생계비 120%이하 인구수는 전체 인구의 10% 내외이고 6개월 이상 보험료 체납세대는 전체 지역세대의 20%에 해당한다. 이에 따라 의료급여제도에서 제외된 저소득계층은 의료사각지대에 놓이게 되어 필요시 의료를 보장받지 못하게 되는 문제점이 발생한다. 제도적으로는 전 국민 의료보장이 되고 있으나 실제로는 사각지대에 있는 국민이 많아 의료접근성에 제약을 받고 있다(의료급여제도 공청회, 2013).

이러한 의료급여제도의 사각지대를 해소하기 위하여 정부지원이 필요함에도 불구하고 정부는 수급권자의 의료 오·남용과 도덕적 해이 등으로 2006년 초부터 제도개선에 대한 문제를 인식하며 그해 7월에 의료급여종합대책 및 세부추진계획안을 세워 의료급여의 문제를 재정절감이라는 측면에 문제의 초점을 맞추어 2007년 7월 1일부터 외래진료시 본인일부담제와 선택병의원제, 건강생활유지비 지원 등으로 제도를 개정하여 시행하게 된다.

## 2) 의료보장제도의 법적근거

### (1) 최저생계비 결정 요인

최저생계비란 국민기초생활보장법에 따라 저소득층인 기초수급자, 차상위계층, 차차상위계층을 보호하기 위한 제도이다. 최저생계비는 국민기초생활보장수급권자 선정을 위한 소득기준과 급여기준으로 사용된다. 또한 부양능력 판별기준의 근거로 사용되어 부양의무자 가구의 소득이 최저생계비의 120%를 넘으면 부양능력이 있는 것으로 인정하여 수급자로 선정이 안된다. 매 3년마다 계속년도로 하여 국가기관인 중앙생활보장위원회에서 소득, 지출, 생활형편, 물가상승율 등을 검토하여 수정하고 있다.

최저생계비는 현금급여와 현물급여로 나누어 지급된다. 현금급여는 생계급여와 주거급여의 합계이고 현물급여에는 의료급여, 교육급여 등이 지급된다.

의료급여에서 수급자의 경우 상당부분 본인 부담금을 지원받고 있으나 전체 진찰료 중에 비급여가 차지하는 부분이 많고 이것으로 인해 의료비 부담이 수급자들에게는 크다. 이러한 이유로 기초보장수급자가 되더라도 의료서비스를 적절히 받을 수가 없고, 만성질환자나 중증질환자인 경우는 의료비 지출이 매우 크고 의료접근성도 제약받는

다.

(2) 급여대상자 선정

실질적인 저소득임에도 불구하고 낮게 책정된 최저생계비로 기준을 정하기 때문에 급여대상자로 선정되지 못하는 경우가 발생한다. 급여대상자로 신청시 최저생계비가 기준에 맞아야 되고 이와 더불어 부양의무자와 부양비 산정, 재산의 소득환산액이 기준에 충족되어야 한다.

국민기초생활보장법 제2조 제5호에는 부양의무자의 범위를 수급권자의 1촌 직계혈족 및 그 배우자와 생계를 같이 하는 2촌 이내의 혈족으로 규정하고 있고, 의료급여법 제2조 제3호에서는 부양의무자는 수급권자의 직계혈족 및 그 배우자와 생계를 같이 하는 2촌 이내의 혈족이라고 규정하고 있다.

부양비 산정의 기준은 부양의무자의 부양능력 있음과 부양능력 미약, 부양능력 없음으로 3단계의 판정기준이 있다.

국민기초생활보장법상 재산의 소득환산을 위한 환산율은 표와 같이 주거용 재산, 일반재산, 금융재산, 승용차로 차등 적용한다.

**<표 3-1> 국민기초생활 보장법상 재산의 소득환산율**

구 분	주거용 재산	일반재산(주거용 재산제외)	금융재산	승용차
수급권자	월 1.04%	월 4.17%	월 6.26%	월 100%
부양의무자	월 1.04%	월 4.17%		

출처: 보건복지부, 2012.

(3) 본인부담·비급여 요인

본인부담이나 비급여 부분은 건강보험 적용을 받는 의료서비스 중 보험적용이 안되는 일부치료에 대해 수급권자가 본인부담을 내는 것이다. 자기부담능력이 있는 가입자에게는 진료남용에 대한 억제 효과가 있겠지만, 자기부담능력이 어려운 수급권자에게



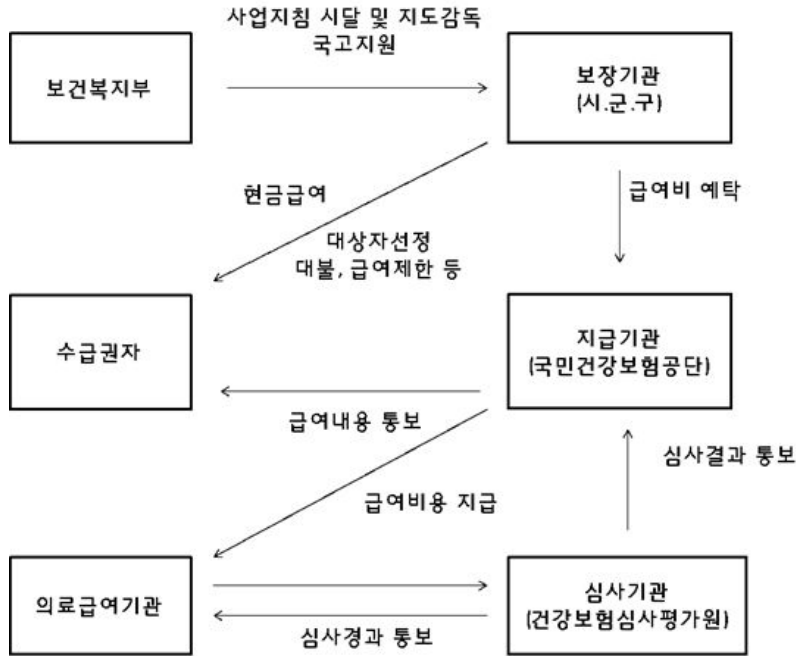
는 적절한 의료서비스를 받는 것이 제한적일 수밖에 없다.

정부에서 수급권자들의 본인부담금으로 인한 의료비 완화 목적으로 건강생활유지비를 지원 실시하고 있다. 의료이용시 1종수급권자에게 매달 월 6천원씩 건강생활유지비를 지원하고 외래진료시 일부 본인부담제, 본인부담 상한제를 도입해서 시행을 하고 있다. 매 달 30일간 2만원 초과시 50%, 5만원 초과시 100% 환급을 해주는 제도를 시행하고 있으나, 저소득층의 경우 본인부담금이 발생하면 의료접근을 쉽게 포기해 버리는 경우가 많이 있다. 의료급여의 진료비 증가율을 보면 만성질환과 중증질환이 차지하는 비율이 많아 현재의 보건의료체제에서는 본인부담금에 대한 비용지불의 어려움 때문에 초기에 의료기관에 접근하기가 어려울 수 있다.

### 3) 의료급여제도의 관리운영체계

의료급여의 운영체계는 의료급여 사업기관인 보건복지부와 지방자치단체, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원으로 나누어 의료급여 수급권자가 원활한 의료급여를 받을 수 있도록 각각의 역할을 부여하고 있다.

보건복지부는 의료급여 주요 정책 개발·결정 및 의료급여사업의 총괄적인 조정 및 지도감독 업무를 수행하고, 시·도는 의료급여기관 관리·운영 및 보장기관에 대한 지도 감독 업무를 담당하고 있다. 보장기관인 시·군·구는 수급권자의 자격선정과 관리업무를 수행한다. 건강보험심사평가원은 진료비 심사 및 급여 적정성 평가를 국민건강보험공단은 진료비 지급업무, 수급권자 자격 및 급여내역의 전산관리 등을 각각 위탁받아 업무를 수행하고 있다(보건복지백서, 2009).



출처: 보건복지부, 2009.

〈그림 3-1〉 의료급여 관리운영 체계

## 2. 의료급여제도의 현황

### 1) 의료급여제도의 연혁

1961년 생활보호법이 제정되었으나 시행령 미비로 실시되지 못하였고, 1977년 의료보호법이 제정되었다. 1994년에는 전 국민 의료보험 실시로 의료부조제도가 폐지되었다. 2000년에는 국민기초생활보장법이 제정되었고 2001년에는 의료보호법이 폐지되고 의료급여법으로 개정되었다. 또한 의료급여일수를 365로 제한을 하였다. 2004년 이후부터 차상위 희귀난치성 질환자, 만성질환자, 만 18세 미만 아동 등 점차 의료급여로 적용을 시켰다. 2007년에는 의료급여법이 개정되어 1종 수급권자 외래이용시 본인일부부담제, 선택병의원제, 건강생활유지비 지원 등이 실시되었다. 2009년에는 차상위 의료

특례 2종 만성질환자, 만 18세 미만 아동을 건강보험으로 편입시켰으며, 2011년에는 의료급여 보장기관을 시·군·구에서 시·도로 확대 실시 하였다.

<표 3-2> 의료급여 연혁

연도	내 용
1961	·생활보호법 제정(시행령 미비로 미 실시)
1977	·의료보호법 제정
1989	·전 국민 의료보험 시대 개막
1990	·의료보호 수가를 의료보험 수가와 일치
1991	·의료보호 기간을 180일로 제한
1993	·한방 의료보호 실시
1994	·의료부조제도 폐지 ·의료보호 2종 1차 진료 본인일부부담금 도입
1997	·장애인 보장구 급여화
1999	·국민기초생활보장법 제정 ·의료보호 진료지구제 폐지 ·제 1차 및 제 2차 진료기관 지정제도 폐지
2000	·의약분업시행 ·국민기초생활보장법 제정 ·의료보호기간을 365일로 확대
2001	·의료급여법으로 개정 ·의료급여수급기간 폐지 ·의료급여일수 365일로 제한 ·급여일수 연정승인제 도입
2003	·본인부담금 보상금제도 도입 ·의료급여관리사 배치
2004	·차상위 희귀난치성 질환자 및 만성질환자 의료급여 적용 ·본인부담상환제 도입
2005	·차상위 12세 미만 아동 의료급여 적용

2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>·6세 미만 아동 입원 치료시 본인일부부담금 면제</li> <li>·차상위 18세 미만 아동 의료급여 적용</li> <li>·의료급여제도 혁신종합대책 수립.</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>·의료급여 텔레케어 시범사업 실시.</li> <li>·의약품 선별등재방식 도입</li> <li>·의료급여 1종 외래 본인일부부담제도 도입</li> <li>·건강생활유지비 지원</li> <li>·선택병의원제 실시</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>·입양아동 본인에 한해 의료급여 실시</li> <li>·차상위 의료특례 1종 희귀질환자 건강보험 편입.</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>·차상위 의료특례 2종 만성질환자</li> <li>·18세 미만 아동을 건강보험에 편입</li> <li>·본인부담상한제 변화</li> <li>·선택병의원 대상자에 대해 급여일수 연장승인 심사제 도입.</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>·수급권자가 둘 이상의 의료급여기관을 방문하여 동일상병으로 동일 성분 의약품을 6개월 동안 215일 이상 처방·조제 받을 수 없도록 제한.</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>·보장기관을 시·군·구에서 시·도까지 확대</li> <li>·사례관리사업 근거 마련.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>·노숙인 의료급여 1종부여(시행 6.8)</li> </ul>

출처: 2013년 의료급여사업안내 제정리 PP483-492.

## 2) 의료급여와 건강보험의 비교

의료급여와 건강보험제도는 급여범위나 급여절차, 보장기관에서는 비슷한 부분이 있다. 그러나 재원조달과 본인부담 측면에서는 두 제도가 큰 차이를 보이고 있다. 의료급여제도는 재원조달을 국고에서 하고 있고 건강보험은 사회 보험료로 재원조달을 하고 있다. 본인부담 측면에서는 의료급여 1종 수급권자는 입원치료는 본인부담금이 없다. 그러나 외래진료시 1차의료기관은 1,000원, 2차의료기관은 1,500원, 3차의료기관은 2,000, 약국은 500원의 본인일부부담금을 지불해야한다. 건강보험은 진료비용의 일부를

본인이 부담하여야 하며 입원의 경우는 진료비 총액의 20%내야하고, 외래의 경우에는 요양기관의 종별에 따라 30-60%로 차등 적용 하고 있다.

〈표 3-3〉 의료급여와 건강보험비교

	의료급여	건강보험
대상자 자격	·소득인정액 기준 최저생계비 이하의 계층 중 부양의무자 기준을 만족하는 가구	·의료급여 수급자를 제외한 전 국민 (행불자, 주민등록말소자 등 자격누락자가 약 3만 여명)
재원조달	·중앙정부 일반회계(77%), 지방자치단체(23%)	·보험료(83.3%), 국고지원(16.6%-건강증진기금포함)
급여범위	·건강보험에 준용	
본인부담	·1종 수급권자 2007년 도입 -1차: 1,000원, 2차: 1,500원, 3차: 2,000원, 약국: 500원 -CT, MRI 등: 급여비용의 5% -입원: 본인부담없음 ·2종 수급권자 -1차: 1,000원, 약국: 500원 -2차, 3차, CT, MRI 등 -입원: 급여비용의 10%, 외래: 급여비용의 15%	·입원: 20% ·외래 -의원급 이하: 30% -병원급: 30~40% -종합병원급: 30~50% -상급종합병원: 60% ·약국: 30%
급여절차	·3단계(1차기관: 의원 → 2차기관: 병원/종합병원 → 3차기관: 상급종합병원)	·2단계(의원, 병원, 종합병원 → 상급종합병원)
보장기관	·복지부-시·도-시·군·구(전국232개 지방자치단체) -지급: 건강보험공단 -심사: 심사평가원	·보건복지부: 건강보험공단(보험자)

출처: 보건복지백서, 2009, PP 84-113, PP 406-449 재정리.

### 3) 의료급여 관리

의료급여수급자들의 의료접근성을 최소화 하면서 의료이용의 오남용을 억제하기 위해 각계 전문가로 구성된 의료급여 제도개선 T/F를 실시하고 있다. 불필요한 장기입원환자에 대한 관리, 약물 오남용 방지를 위한 동일 성분 의약품 중복 투약관리 등도 강화하여 실시하고 있다. 또한 2006년 10월에 보건복지부에서 발표한 국민보고서에 대한 내용에서 의료급여제도의 문제점 중 의료급여 관리에 대해 지적하는 부분이 있다. 의료급여 수급자들이 누가, 언제, 어떤 이유로 의료기관을 방문하고 얼마나 많은 의료비를 지출하는지 조차 파악하지 못하고 있다고 한다. 엄정하지 못한 공급자 관리로 부당청구가 많고 의료비에 대한 비용의식이 없으므로 수요자 관리에 대한 도덕적 해이 현상이 나타나 의료급여비에 대한 재정급증이 나타난다고 한다. 이러한 이유로 의료급여 수급자를 관리하기 위해 의료급여 관리사를 추가로 충원하였으며 의료급여 수급자에 대한 관리로 의료급여사례관리사업을 2003년 5월부터 시범사업으로 실시하고 있다. 2006년 3월에는 전국적으로 확대배치 되었고, 2007년 5월에는 보건복지부 내 의료급여 사례관리 사업지원단이 설립되었다. 의료급여 사례관리 대상자 확대와 더불어 사례관리사도 계속 추가 배치하여 2006년에는 234명에서 2012년에는 570명의 관리사들이 업무를 수행하고 있다.

#### 4) 의료급여 소요재정

의료급여진료비가 국가예산의 증액에도 불구하고 2003년 총 진료비가 2조2,149억 원이었으나 2006년에는 3조9,251억 원으로 2배 이상 진료비가 증가하였다. 2007년에는 의료급여로 4조원이 넘는 예산이 투입되었다. 이처럼 의료급여진료비가 계속 증가함에 따라 그에 따른 미지급금도 매년 누적되는 상황이 되었다. 이러한 예산규모의 증가는 매년 누적되는 미지급금을 해결하기 위한 부분을 포함하고 있다. 2007년도 보건복지 일반회계 예산 증액분 1만 8,229억 원 중 약 50%에 해당되는 9,148억 원을 의료급여예산 증가액이었다(보건복지백서, 2012).

〈표 3-4〉 연도별 의료급여 총 진료비 지급추이

(단위: 억 원, %)

구분	2003		2004		2005		2006		2007	
	금액	증가율	금액	증가율	금액	증가율	금액	증가율	금액	증가율
총진료비	22,149	9.0	26,111	17.9	32,337	23.8	39,251	21.4	42,238	7.6
1종	18,059	11.5	21,556	19.4	26,219	21.6	31,180	18.9	33,510	7.5
2종	4,089	-0.7	4,556	11.4	6,117	34.3	8,071	31.9	8,728	8.1

출처: 보건복지부, 2008: 108.

**〈표 3-5〉 연도별 의료급여 예산 및 미지급액 추이**

(단위: 억 원, %)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007
예산액	22,119	23,073	24,631	29,057	34,885	46,753
국비	16,901	17,612	18,807	22,145	26,621	35,927
지방비	5,218	5,461	5,824	6,912	8,264	11,234
미지급액 (국고)	902 (722)	239 (166)	1,069 (823)	4,255 (3,277)	8,570 (6,599)	3,738 (2,878)

출처: 보건복지가족부, 2008: 109.

의료급여비용은 시·도에 일반회계와 구분하여 의료급여기금을 설치하고 있다. 의료급여기금은 국고보조금과 지방자치단체 출연금, 대불상환금, 부당이득금, 과징금, 기금의 결산상 잉여금 및 그 외의 수입금으로 조성된다.

국고보조금의 비율은 보조금의 예산 및 관리에 관한 법령에 따라 서울은 50%, 기타 80%를 적용하고 「지방재정시행령」 제26조제1항의 규정에 의한 지방자치단체 경비부담의 기준 등에 관한 규칙 중 별표에 따라 특별시 및 광역시의 자치구는 부담비율이 없고 시는 6%, 군은 4%를 부담하고 있다(보건복지백서, 2009).

〈표 3-6〉 의료급여기금의 국고보조금 및 지방비출연금

구분	서울		광역시		도		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%
국비	50%		80%		80%		
합계	100%		100%		100%		

출처: 보건복지백서, 2009.

의료급여기금에서 가장 많이 소요되는 진료비는 약 98%가 보장기관인 시·도에서 지급하고 있는 기관부담금이다.

의료급여진료비가 예산중액에도 불구하고 계속 미지급사태로 이어지고 있으며 해마다 기관부담금이 늘어나고 있다. 이렇듯 미지급 사태를 해결하기 위해서는 의료급여예산액을 증가시킬 수밖에 없다. 의료급여 국고보조금 예산전망을 국회예산 정책처에서 2014년에는 5조7천억 원으로 연평균 12%정도 증가할 것으로 전망했다.

〈표 3-7〉 연도별 종별 의료급여 진료실적

(단위: 건, 천원)

구분	계			요양급여	분만급여
	진료건수	총진료비	기관부담금	진료비	진료비
2005년	48,479,966	3,233,676,032	3,176,479,761	3,230,241,217	3,434,815
2006년	56,600,139	3,925,103,056	3,853,483,327	3,921,367,554	3,735,502
2007년	65,912,738	4,223,834,242	4,132,120,663	4,219,605,446	4,228,795
2008년	78,174,558	4,478,922,528	4,357,826,182	4,474,273,195	4,649,333
2009년	78,016,285	4,754,800,829	4,645,201,601	4,750,138,401	4,662,428
2010년	75,462,270	4,958,225,607	4,865,621,387	4,952,577,862	5,647,745
2011년	74,316,915	5,142,305,807	5,054,190,114	5,136,942,833	5,362,974
2012년	77,925,313	5,194,913,867	5,111,780,483	5,189,821,490	5,092,377
2013년	74,067,617	5,303,689,296	5,221,295,707	5,299,402,329	4,286,968

출처: 통계연보자료, 2013.



**<표 3-8> 의료급여 국고보조금 예산전망**

(단위: 억 원)

연도	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
금액	34,995	40,841	45,726	51,044	56,997

출처: 국회예산정책처, 2010.

### 5) 의료급여 수급권자

수급권자란 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말한다. 수급권자는 법 제 3조제2항의 규정에 의하여 1종 수급권자와 2종 수급권자로 구분한다. 1종 수급권자는 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 없는자(근로무능력자, 희귀난치성 질환자, 시설수급권자 등), 국민기초생활보장법 이외의 타법에 의한 수급권자(이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 국내 입양된 18세 미만 아동, 국가유공자 및 그 유가족, 중요무형문화재 보유자 및 그 가족, 새터민과 그 가족, 5·18민주화운동 관련자 및 그 유가족, 노숙인 등)이다. 2종 수급권자는 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 있는 수급자(18세 이상 65세 미만)이다.

<표 3-9>은 연도별 의료급여 수급권자 유형별 현황을 나타낸 것으로 1종 수급권자 2011년 1,087천명이다. 1종 차상위 수급권자 중 희귀난치성질환자는 2008년도에, 2종 차상위(만성질환자, 18세 미만아동)수급권자는 2009년도에, 각각 건강보험으로 전환되었다.

**<표 3-9> 연도별 의료급여 수급권자 유형별 현황**

(단위: 명)

유형별 구분	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
전체 대상자 수	1,828,627	1,852,714	1,841,339	1,677,237	1,674,396	1,609,481
1종	1종 소계	1,028,536	1,062,263	1,024,848	1,036,291	1,071,686
	기초생활보장 수급권자	822,484	850,760	827,106	834,384	858,920
						861,180

	사회복지시설 수급권자	85,118	86,655	85,929	85,814	91,622	89,389
	국가유공자	85,214	84,332	85,110	86,810	85,366	83,495
	북한 이탈주민	6,335	7,933	9,035	10,377	12,691	15,039
	중요무형 문화재 보유자	317	312	244	233	224	172
	5·18민주화 운동 관련자	9,281	9,249	10,520	10,358	10,360	10,310
	이재민						13,378
	의사상자	732	791	811	866	887	918
	입양아동	1,223	2,241	3,448	4,536	5,600	6,819
	군입대자		1,988	2,645	2,913	4,160	5,161
	차상위 (희귀난치성)	17,773	17,989				
	행려자					1,856	1,407
2 종	2종 소계	800,091	790,451	816,491	640,946	602,710	522,213
	기초생활보장 수급권자	617,016	596,391	603,489	632,754	591,224	510,719
	차상위 (만성질환)	70,063	73,182	82,486			
	차상위 (18세 미만 아동)	113,012	116,866	124,185			
	군입대자		4,012	6,331	8,192	11,486	11,494

출처: 국민건강보험공단, 의료급여통계, 각 년도.

전체 의료급여 수급권자 수는 2002년 말에는 1,421천명이며 2012년에는 1,508명이다. 1종 수급권자 수는 전체 수급권자 중에서 2010년 말에는 1,072천명으로 증가추세를 보이다가, 2012년도에는 1,508천명으로 감소하고 있다. 전체 수급자수가 2007년도 까지 계속 증가추세로 가다가 2008년부터는 수급자 수가 계속 감소하는 경향을 보이고 있다.

### <표 3-10> 연도별 의료급여 수급권자 현황

(단위: 명)

연도	실제상(연도말)					
	총계	증감	1종	증감	2종	증감

2002	1,420,539	-5.5	828,922	-0.4	591,617	-11.8
2003	1,453,786	2.3	867,305	4.6	586,481	-0.9
2004	1,528,843	5.2	919,181	6.0	609,662	4.0
2005	1,761,565	15.2	996,449	8.4	765,116	25.5
2006	1,828,627	3.8	1,028,536	3.2	800,091	4.6
2007	1,852,714	1.3	1,062,263	3.3	790,451	1.2
2008	1,841,339	-0.6	1,024,848	-3.5	816,491	3.2
2009	1,677,237	-8.9	1,036,291	1.1	640,946	-21.4
2010	1,674,396	-0.1	1,071,686	3.4	602,710	-5.9
2011	1,609,481	-3.9	1,087,268	1.5	522,213	-13.4
2012	1,507,044	-3.3	1,058,223	-2.7	448,821	-14.1

출처: 의료급여통계, 2013.

### 3. 의료급여제도변화의 배경

#### 1) 정치적 환경변화

참여정부의 후반 정책우선순위와 예산 배정방향 등을 정하는 당시 노무현대통령 주재 ‘재원배분회의’가 2006년도 4월 22-23일 열렸다. 이 토론결과에 따라 국가재정운용 계획 시안이 마련되고 내년 각 부처별 예산과 지출한도까지 결정되는 회의였다. 이 회의의 주요의제는 노무현대통령이 연초부터 화두를 던진 양극화 해소방안, 저출산·고령화 탈출전략, 국가적 성장전략 수립 등이다. 보건복지부는 매년 일반회계 재정증가분의 상당부분이 의료급여비로 투입되게 됨에 따라 다른 보건 복지사업에 대한 재원배분을 받지 못할 수도 있다는 압박감을 받고 있었다. 당시 유시민 보건복지부장관은 이번 회의에 대비해 건강보험의 특별법 만료시한을 앞둔 향후 정책방향과 의료급여 조정에 관한 문제 등에 대한 논리계발로 골몰하고 있었다(한국일보, 2006.4.21).

보건복지부 장관은 ‘의료급여제도혁신에 관한 국민보고서’를 2006년 10월 9일 전 국민을 대상으로 발표를 한다. 이 보고서에 들어있는 새로운 의료급여제도에 대한 내용은 2007년 7월 1일부터 시행하게 될 의료급여수급권자의 본인일부담금제 신설, 선택병의원 진료제, 플라스틱 의료급여증 도입과 파스 품목의 비급여화이다. 보건복지부 장관이 발표한 보고서가 나오게 된 배경에는 2006년 4월 재원배분회의를 통해 의료급여에

대한 막대한 재정이 들어가며 이것으로 인해 다른 복지사업에 계속된 미지급 사태에 대한 심각성을 고려해서 이다. 또한 2006년 8월에 발표된 ‘의료급여제도 혁신 추진계획안’(이하 ‘추진 계획안’)이 있다. 이 계획안에는 저 소득층의 진료비가 계속 급증<sup>11)</sup>함에도 불구하고 의료공급자 및 수급권자의 체계적·효율적 관리와 의료급여특성에 맞는 제도정비 등 질적 내실화가 미흡하다는 것이다. 이러한 인식 때문에 계획안을 마련하게 되었다. 이와 더불어 만성적인 진료비 미지급<sup>12)</sup> 등 의료급여제정의 불안도 우려됨에 따라, 의료서비스의 질적 관리 및 적정성 제고를 위하여 진료비 증가에 따른 효율적인 관리체계를 구축하고, 수요자 및 공급자의 자율적인 적정의료를 유도하는 방향으로 제도를 혁신하고, 이를 통해 중장기적으로 재정안정을 도모할 필요가 있다는 것이었다. 그러나 이러한 ‘추진 계획안’은 일부 언론에서만 보도되고, 시민계의 대응도 극히 소수여서 별로 국민들이 눈길을 끌지 못하였다(나영희, 2009).

의료급여제도가 국민의 관심을 끌게 된 계기가 2006년도 추석을 전후하여 발표한 당시 보건복지부장관인 유시민장관의 의료급여 제도혁신에 대한 국민보고서 이다. 보고서에서 약 1백만명의 1종 의료급여수급자들은 무상의료의 혜택을 누리며 비용에 대한 인식자체가 없으며, 고맙게도 나라에서 해주는 것이라는 생각은 있어도, 이것이 동시대를 살아가는 다른 국민의 땀 흘려 번 돈 가운데 일부를 세금으로 가져다 쓰는 것이 라는 생각은 없다고 한다. 의료급여 수급권자의 이러한 행동을 도덕적 해이 현상으로 몰아가며 이것이 재정증가의 원인이라고 지적하고 있다. 국가의 막대한 재정지급에도 불구하고 재정누수의 주된 원인제공자를 의료급여 수급권자에게 떠넘기고 있는 것이다. 의료급여 수급권자를 도덕적 해이로 몰아가면서 국민과 수급권자를 분리시키며 의료급여제도 개정을 추진할 것을 계획하게 된다.

## 2) 재정압박 요인

유시민 보건복지부장관은 취임 초기부터 의료급여의 진료비가 급격히 증가하는 것에 대한 대책을 마련하였다. ‘의료급여혁신위원회’, ‘의료급여 재정혁신 희망기동대’를 만들

11) 2002년도 19,824억 원에서 2005년도 31,765억 원으로 증가되는 등 이 기간 동안 60.2%의 비용증가가 이루어 졌다(국민건강보험공단, 2008).

12) 2005년도 기준으로 4,256억 원이 부족하고, 48일동안 체불이 있었다고 한다(국민건강보험공단, 2008).

어 의료급여 진료비 절감에 집중하였다. 유시민장관이 2006년에 ‘국민보고서’를 발표하면서 의료급여제도 운영의 책임을 제대로 못한 것에 대한 반성인 것처럼 발표를 한다.

이 보고서에서 2007년 한해에 국비와 지방비를 합쳐 의료급여 총지급액이 무려 4조 원이 들어가는 사업인데도 불구하고 해마다 늘어난 일반회계 예산의 태반이 의료급여에 계속 투입됨으로써 보건복지부가 노인과 장애인, 아동에 대한 복지 사업이나 공공보건의료 사업을 추진해 가기가 어렵다고 말한다. 2006년 4월 재원배분회의에서 부처별 재원배분회의 주요쟁점을 보면 보건복지부의 주요안건은 건강보험 특별법 만료이후 전략수립, 의료급여 조정에 관한 것이다. 이것에 따라 내년 재원확보의 목표를 예산 10조 4,000억 원에서 14조 원 으로 확보하는 것이다. 그러기 위해서는 장관으로써 사활을 걸고 부처에 대한 입장을 대변해야 되었다.

### 3) 의료수요 변화

당시 노무현대통령 공약의 주요 내용을 보면 현 10% 수준에 불과한 공공의료를 30% 이상으로 확대실시하고, 취약계층에 대한 지속적인 보건의료서비스를 제공한다는 것이었다. 또한 취임 2주년 국회 국정연설에서 사회안전망을 더욱 확충해서 최소한 돈이 없어 병원에 못가는 일이 없도록 하겠다고 발표하였다(보건복지부, 2005). 2004년부터 차상위계층의 희귀난치성질환자와 만성질환자, 12세 미만 아동을 의료급여 수급자로 확대하였고, 건강보험료 체납자중에서 최저생계 이하의 가구를 수급권자로 확대 실시 하였다. 의료급여대상자를 점차 확대하고자 하는 것이다. 그런데 국민보고서에서 재정수요급증에 원인을 의료수급권자의 외래진료 과다이용이라고 문제 삼고 있다. 그러나 이런 부분도 원인이 될 수 있지만 의료급여 대상자는 건강보험에 비해 노인과 장애인, 중증질환을 갖고 있어서 수급권자가 되는 경우가 많이 있다. 의료의 공공성을 확대한다면서, 이들이 병원을 이용하는 것을 의료과다이용이라 하고 의료급여 수급자를 재정급증의 원인으로 몰아가고 있는 것이다.

## 제2절 의료급여정책의 추진경과

### 1. 제1기(2006.4~2006.10): 재원배분회의 부터 국민보고서 발표시점

#### 1) 도덕적 해이

국민보고서는 현재의 의료급여법에 대한 개정이 필요하며 이에 대한 원인으로 무료 의료를 받고 있는 의료수급권자들이 비용의식이 전혀 없어 의료오남용이 심각하다며 수급권자를 도덕적 해이자로 보는데서 출발한다. 의료급여제도에 대한 문제점을 인식하게 된 배경을 보면, 2006년 4월에 열린 당시 노무현대통령 주재 재원배분회의에서 부터이다. 이 재원배분회의에서 각 부처별 내년 예산을 보다 많이 확보하기 위해 사활을 걸고 있었다. 당시 유시민보건복지부장관은 의료급여에 매년 막대한 재정이 들어가고 있어 의료급여문제로 고민하고 있었다. 부처별 재원배분회의 주요 쟁점에서 보건복지부의 주요안건은 건강보험 특별법 만료이후 전략수립과 의료급여 조정 건 이었다. 이에 대한 복지부의 목표는 예산을 10조 4,000억 원에서 14조 원으로 확보하는 것이다.

〈표 3-11〉 부처별 재원배분회의 주요 쟁점

부처	주요 안건	목표
재정경제부	양극화, 저출산, 고령화, 성장전략	
보건복지부	건강보험 특별법 만료이후 전략수립 의료급여 조정	예산 10조 4,000억 원 → 14조원 확보
산업자원부	중소기업 정책자금 제도 개선 연구개발(R&D) 투자 효율성 제고	현행대로 유지 산업부문에 대한 비중 확대
농림부	한·미 FTA관련 농민 구제대책	
노동부	고용서비스 선진화	기금사업 8조5,800억 원 → 10조600억 원 확보

출처: 한국일보(2006.4.21.15면)

의료급여에 대한 유시민장관의 정책적 방안은 ‘국민보고서’를 통해 알리기 시작하였다. 이 보고서의 문제인식은 의료급여제도의 재정 건전성이라는 문제인식으로 이어졌고, 재정 건전성을 확보하기 위해 보건복지부는 2006년 7월과 8월 사이에 의료급여혁신대책을 마련하여 의료급여제도 개선을 추진하기 시작한다(국민건강보험공단, 2008: 49).

보고서에서 약 1백만 명의 1종 의료급여 수급자들은 무상의료의 혜택을 누리고 있고, 이들은 원할 때 원하는 병원에 가서 원하는 모든 서비스를 공짜로 받을 수 있다. 이들의 입장에서 보면 조금만 몸이 불편하면 곧장 병원에 가는 것이 합리적인 행동이다. 그러나 이러한 행동이 바로 도덕적 해이 현상이라고 지적한다. 의료급여제도의 총체적인 문제점을 의료수급권자의 도덕성에 문제가 있다고 보는 대목이다.

2007년 보건복지부장관이 시행령을 개정하면서 의료급여수급권자를 도덕적 해이자로 낙인찍기를 하였다. 의료급여수급자들은 의료쇼핑을 마구잡이로 하면서 도덕성은 전혀 없이 소득 없는 사람이 소득 있는 사람을 잡아먹는다고 공격한다.

보건복지부(2006)에서 보도한 입법예고자료를 살펴보면, <표 3-12>과 같이 의료급여의 재정증가의 가장 큰 원인을 환자요인에서 도덕적 해이라고 통계를 내고 있다.

**<표 3-12> 의료급여 진료비 증가원인 분석(의료급여 1종 중심)**

구분		증가원인		총진료비 증가분 중 기여율
적용대상자 증가	필요 증가	대상자 확대		37.9%
		인구노령화		0.8%
제도적 측면	필요 증가	수가인상		17.4%
		급여범위 확대		13.6%
1인당 내원일수 (방문일수) 증가	필요 증가	질병의 난이도 증가		
	불필요 증가	환경적 요인	장기요양서비스 요구의 부적절한 이용 등(대체서비스 부족)	
		공급자 요인	공급자 과잉/부당청구	28.3%
	환자	도덕적 해이		
				1.96 %

		요인			
내원일당 진료비 증가	필요 증가	질병구성의 변화/질병의 난이도 증가			
	불필요 증가	공급자 요인	공급자 과잉/부당청구		
		환자 요인	도덕적 해이		

출처: 보건복지부, 2006.

국민보고서의 내용에 대한 보수언론은 의료급여 수급자들의 도덕성에 문제가 있다며 기사를 내놓았다. “매일 50여장 처방전.... 1년간 파스 6000장 받아내... 탈 많은 의료급여제 확 고친다”(조선일보,2006.10.10.). 며 기사화하였다.

수급권자는 국민기초생활보장법상 의료보호 혜택을 받은 수 있는 자이다. 몸이 아파 병원에서 적정진료를 받아도 무료로 병원을 이용한다는 이유로 도덕적 해이자로 몰아가고 있다. 물론 일부 병원을 과다이용 하는 수급자가 있을 수 있지만 전체 의료보호 수급자를 도덕성에 문제가 있는 것처럼 국민 앞에 보도를 한다. 사회적 약자인 수급자들의 의견을 수렴해주는 곳이 없으며, 정부에서 원하는 방식으로 법이 개정되어도 그대로 따라야 할 수밖에 없는 것이다.

복지부가 의료급여수급권자를 도덕적 해이의 주범자로 몰고 가는 것은 보호받아야 될 사회적 약자인 수급자에 대한 의료이용을 규제하는 것이 재정절감하기 위한 의료급여제도 개선의 목적이기 때문이다.

## 2) 의료급여비 재정증가

### (1) 의료급여 증가 요인

유시민장관은 의원시절부터 보건의료에 관심이 많고 의료법 개정의지 또한 강하였다. 의료급여수급권자의 약물 오남용과 의료쇼핑을 방지하기 위한 의료급여제도 개선 방안도 마찬가지이다.

보건복지부장관으로써 의료급여제도에 대해 특별히 관심을 가지게 된 것은 투입되는



예산규모가 매우 클 뿐만 아니라, 그 증가속도가 보건복지부 일반회계 예산보다 몇 배나 빠르기 때문이다. 2006년도 의료급여 총지급액을 국비와 지방비를 합쳐 4조원이 초과할 것으로 전망된다고 밝히고 있다.

2003년부터 2005년까지 3년간 의료급여 총진료비 증가 요인에 대한 심평원의 분석결과를 보고서에서 제시하고 있다. 건강보험이 보장성 취약 등으로 의료비 부담이 높은 희귀난치성질환자, 만성질환자 및 18세 미만 아동 등 18만 명이 의료급여 수급자로 전환되어 의료급여 수급자수가 늘었다. 정부가 병원이 제공하는 의료서비스와 재료비 등의 수가를 인상하고 의료급여의 보장범위도 확대하여 의료급여 총진료비가 지난 3년간 연평균 21%나 증가한 것으로 분석된다.

〈표 3-13〉 의료급여 총진료비 증가요인별 기여율

구분	2003	2004	2005	평균증가율 <sup>1)</sup>		
총진료비(백만원) (증가율)	2,212,081	2,616,105 (18.3%)	3,237,172 (23.7%)	(21.0%)		
요인별 증가율(기여율)						
총진료비 증가	적용인구수 증가	인구구조 변동	적용인구1인당 내원일수 <sup>2)</sup>	내원일당 진료비 <sup>3)</sup>	수가인상	급여확대
0.21 (100.0%)	0.0758 (46.6%)	-0.0063 (-4.0%)	0.0167 (10.5%)	0.0246 (15.5%)	0.0287 (18.0%)	0.0218 (13.7%)

주: 1) 2003~2005년 평균 증가율

2) 적용인구1인당 내원일수는 인구구조 변동을 보정함

3) 내원일당 진료비는 인구구조 변동, 수가인상을, 급여확대율을 보정함

자료: 건강보험심사통계연보, 각 연도 자료재구성

출처: 국민보고서, 2006.

〈표 3-14〉 의료급여 자격종별, 진료유형별 진료비 증가요인별 기여율

구분	총진 료비	적용인구수 증가	인구구조 변동	적용인구 1인당	내원일당 진료비	수가인상	급여확대
----	----------	-------------	------------	-------------	-------------	------	------

					입·내원일수			
1종		100.0%	37.9%	0.8%	18.3%	12.0%	17.4%	13.6%
1종	입원	100.0%	35.0%	2.9%	26.3%	6.5%	16.1%	13.3%
	외래	100.0%	48.2%	-0.1%	18.2%	-2.7%	22.2%	13.7%
	약국	100.0%	32.0%	-3.4%	13.2%	29.4%	14.7%	14.0%
2종		100.0%	65.8%	-0.5%	-16.9%	15.5%	20.4%	14.5%
2종	입원	100.0%	50.4%	-4.0%	46.1%	-20.6%	15.7%	13.0%
	외래	100.0%	117.3%	0.5%	-43.6%	-28.5%	36.4%	17.1%
	약국	100.0%	48.9%	3.6%	-21.4%	37.0%	15.2%	14.7%

출처: 국민보고서, 2006.

건강보험 수가인상과 급여확대로 인한 의료급여 총진료비 증가와 희귀난치성 질환자들을 의료급여제도에 받아들이고 수급자 수가 늘어난 것에 대해서는 제도개선에 대한 불가피한 현상이다. 그러나 1종급여 수급자 1인당 내원일수와 입원일수의 증가, 내원일당 진료비 증가인 이 두 가지가 총진료비 증가에 미친 영향이 26%나 된다면서 문제가 여기에 있다고 추정한다. 정부는 국민보고서에서 밝힌 것처럼 의료급여의 재정증가를 언급하면서 건강보험의 재정증가에 대한 요인분석은 언급조차하지 않았다. <표 3-13> 과 <표 3-14> 에서와 같이 의료급여비 증가요인으로 수급권자 증가로 인한 부분이 46.6%, 수가인상 및 급여확대로 인한 부분이 31.7%이고 의료급여재정 증가에 핵심요인으로 분석하고 있는 1인당 내원 일수와 내원일당 진료비가 26%이며 의료오남용에 문제가 있다고 지적하고 있다. 유원섭(2008) 자료에서 보면 건강보험의 경우에는 적용인구수 증가가 6.0%, 수가인상 및 급여확대가 54.7%이다. 또한 건강보험의 경우 1인당 내원일수와 내원일당 진료비 증가가 건강보험 진료비 상승에 미친 영향은 28.6%라는 분석을 내놓았으며, 이것은 의료급여에 비해 2.6% 포인트가 더 높게 나타난다. 정부에서는 건강보험에 대한 언급조차 하지 않으면서 의료급여수급권자의 무분별한 의료오남용으로 인한 도덕적 해이를 언급하면서 의료급여비로 막대한 재정이 들어간다고 본다

<표 3-15> 건강보험 총진료비 증가요인별 기여율

구분	2003	2004	2005	평균증가율 <sup>1)</sup>
총진료비(백만원) (증가율)	20,533,558	22,355,887 (8.9%)	24,796,775 (10.9%)	(9.9%)
요인별 증가율(기여율)				

총진료비 증가	적용인구수 증가	인구구조 변동	적용인구1인 당내원일수 <sup>2)</sup>	내원일당 진료비 <sup>3)</sup>	수가인상	급여확대
0.099 (100.0%)	0.00553 (6.0%)	0.0097 (11.0%)	0.0145 (16.4%)	0.0107 (12.2%)	0.0287 (32.2%)	0.0199 (22.5%)

주: 1) 2003~2005년 평균 증가율

2) 적용인구1인당 내원일수는 인구구조 변동을 보정함

3) 내원일당 진료비는 인구구조 변동, 수가인상율, 급여확대율을 보정함

자료: 건강보험심사통계연보, 각 연도 자료재구성

출처: 유원섭, 2008.

수가인상에 대한 부분도 <표 3-13>, <표 3-14>에서 보듯이 의료급여비에 상당부분 차지한다. 의료급여수가는 보건복지부에서 결정하고, 지불은 <표 3-6>에서처럼 국고와 지방비를 나눠서 분담한다. 의료급여수가에서 일반 환자는 행위별 수가제를 적용하고, 정신질환자나 외래투석환자는 정액제를 적용하고 있다. 의료급여비 증가의 원인 중 수가인상에 대한 불가피한 부분도 있다. 이런 여러 가지 이유로 의료급여에 대한 만성적인 적자 현상이 나타나 의료기관에 대한 진료비 체불현상이 나타나고 있다. 이것으로 인해 의료기관에서 제때에 진료비를 받을 수 없게 되면 무료의료를 이용하는 수급권자가 피해보는 일이 생길 수 있다.

## (2) 노인 진료비 현황

의료급여수급권자는 만성질환과 복합질환을 가진 노인 등의 비중이 높아 여러 의료기관을 이용하는 경우가 많다. 보건복지부가 내놓은 자료에서 2003년 총 진료비가 2조 2,149억 원이었는데 2006년에는 2배 이상 증가한 3조9,251억 원으로 진료비가 증가하였고, 2007년에는 4조원이 넘는 예산이 투입됐다. <표 3-16>에서와 같이 2004년-2006년 평균 약 21%에 달하던 진료비 증가율이 2007년에는 7.6%, 2008년도 6.0%로 둔화되었고, 총 진료비는 4조4,789억 원이었다(보건복지백서, 2009). 이러한 수급권자들이 무료이용에 대한 비용의식 없는 도덕적 해이 현상으로 의료기관을 아무 때나 다니므로 의료비가 급증한다고 한다. 그래서 도입한 것이 1종수급자에 대한 본인일부부담

제와 선택병의원제도이다. 그러나 제도가 도입되고 나서 2008년 이후부터 계속 진료비 증가 추이를 보면 2009년도 4조7,548억 원(6.2%), 2010년도 4조9,582억 원(4.3%), 2011년도 5조1,423억 원(3.7%), 2012년도 5조1,949억 원(10.%)로 증가율이 둔화되고는 있으나 총진료비가 5조원이 넘는다. 통계에서 보여 주듯이 만성질환과 복합성 질환을 갖고 있는 65세 이상 노인인구의 비중이 높은 것을 감안하면 의료비는 지속적으로 증가할 것으로 보인다.

〈표 3-16〉 65세 이상 수급권자 수 및 진료비 현황

(단위: 명, 억 원)

구분	2004	2005	2006	2008	2009
전체수급자수	1,528,843	1,761,565	1,828,627	1,841,339	1,677,237
65세이상수급자수 (비중)	415,346 (27.2%)	452,480 (25.7%)	469,152 (25.7%)	486,633 (26.43%)	459,943 (27.42%)
총진료비	26,111	32,337	39,251	44,789	47,548
65세이상 총진료비 (비중)	9,943 (38.1%)	12,427 (38.4%)	15,255 (38.9%)	18,631 (41.60%)	19,663 (41.35%)

출처: 국민건강보험공단, 「2009 의료급여통계연보」.

### (3) 급여일수 기준

정부는 진료일수가 365일로 규정되어 있음에도 불구하고 많은 의료급여 수급자가 이 기준을 초과하여 의료기관을 이용하고 있으며, 이러한 의료쇼핑이 의료오남용으로 이어지고 진료비 증가에 영향을 미친다고 본다. 법적으로는 연간 365일을 초과해서 급여를 받으려면 당국의 사전 심사와 승인을 받아야 하지만 이 사전 승인제를 운영하는데 필요한 정보시스템을 만들지 않았기 때문에 사실상 아무통제를 가할 수 없어서 정부의 정보시스템 결여의 문제라고 보고서에서 지적하고 있다. 정부가 관리 못한 책임이 있다면서 의료급여재정의 책임을 병원과 약국의 불법행위와 수급자들의 의료쇼핑이라고 한다. 이러한 도덕적 해이로 의료급여 재정이 계속 증가한다고 보는 것이다.

이러한 급여일수를 제한하는 것은 수급자의 특성을 전혀 고려하지 않은 것이다. 급여일수 제한에 대하여 정부는 1991년에는 의료보호 기간을 180일로 제한했다가 2000년에는 365일로 확대, 2001년 5월 의료급여법으로 개정하면서 의료급여수급기간을 폐지하였다. 그러나 다시 그해 12월에 의료급여일수를 365일로 다시 제한하는 대신 급여일수를 연장신청하면 급여일수를 연장해주는 ‘연장승인제’를 도입하였다. 급여일수상한제<sup>13)</sup>의 도입과 변화과정은 복지부가 정책수립과정에서 의료급여수급자들의 건강증진보다는 의료급여의 재정부담을 감소하는데 역점을 두고 있는 것이다.

365일 급여일수를 초과하는 것은 의료급여 수급권자뿐만 아니라 건강보험 적용인구에서도 발생한다. 2005년도 건강보험 및 의료급여 청구 자료를 이용하여 동일한 급여일수 산정기준을 적용하여 분석한 자료에 의하면 급여일수 365일 초과자는 건강보험<sup>14)</sup>의 경우 3,340,848명(건강보험 적용인구의 7.8%), 의료급여의 경우는 398,594명(의료급여 수급권자의 22.9%)이며 급여일수 365일 초과자의 진료비는 각각 건강보험 진료비의 32.3%, 의료급여 진료비의 52.9%를 차지한다. 그러나 의료급여 수급권자 중 급여일수 365일 초과자의 비율이 건강보험에 비해 높기는 하지만 수급권자 선정기준에 의해 의료급여 1종 수급권자의 경우 질병, 노령 등으로 경제활동 능력을 상실한 이들이 많다는 것을 감안한다면 의료급여의 경우 인구학적특성만으로도 건강보험에 비해 급여일수 365일 초과자의 비율이 높을 것이라고 예상할 수 있다. 또한 건강보험 가입자들에게는 급여일수 제한을 두지 않는 것과 비교하면 의료급여 수급권자를 차별적으로 대하는 것이다.

〈표 3-17〉 급여일수별 진료인원 비교(2005년)

총급여일수	건강보험(A)		의료급여(B)	
	진료인원(명)	진료비(억원)	진료인원(명)	진료비(억원)
전체	42,640,686	25,031,662,173	1,737,841	3,313,503,435
	100	100	100	100

13) 의료급여 상한일수(의료급여법 시행규칙 제8조의3)

수급권자가 의료급여 기금의 부담으로 의료급여를 받을 수 있는 일수(상한일수)는 각호와 같음.

-보건복지부장관이 고시하는 107개 희귀난치성질환 각 질환별 연간 365일.

-11개 만성고시질환 각 질환별 연간 365일.

-107개 희귀난치성질환 및 11개 만성질환에 해당하지 않은 질환에 대해서는 모두 합산하여 연간 365일.

14) 국민건강보험의 경우 급여일수 상한제는 2006년 1월 15일부터 폐지되었다.

365일 이하		39,299,838	16,954,928,000	1,339.247	1,560,831,600
		92.2	67.7	77.1	47.1
365 일 초과	소계	3,340,848	8,076,734,173	398,594	1,752,671,835
		7.8	32.3	22.9	52.9
	366일-499일	2,230,146	4,222,904,900	213,497	825,603,452
		5.2	16.9	12.3	24.9
	500일-999일	1,051,449	3,490,237,200	168,353	809,436,453
		2.5	13.9	9.7	24.4
	1,000일-1,499일	54,773	301,464,547	14,689	98,147,566
		0.1	1.2	0.8	3.0
	1,500일-1,999일	3,941	51,357,408	1,634	13,945,162
		0.009	0.205	0.094	0.421
	2,000일-2,499일	418	9,323,103	263	2,891,940
		0.001	0.037	0.015	0.087
	2,500일-2,999일	69	1,020,378	83	1,091,364
		0.000	0.004	0.005	0.033
	3,000일 이상	25	426,637	75	1,555,898
		0.000	0.002	0.004	0.047

자료: 건강보험심사평가원 내부자료(2006), 유원섭 등(2007).

## 2. 제2기(2006.10~2006.12): 국민보고서 발표 이후부터 정부입법예고 시점 까지

### 1) 의료급여제도의 개정의 정책방향

현 제도가 어떤 문제점을 우선순위에 두느냐에 따라 정책 방향이 달라지게 된다. 의료급여제도에 대한 문제점은 복지부와 시민단체의 뚜렷한 이념적 차별성을 지니고 있다. ‘국민보고서’에서 의료급여제도의 가장 큰 문제점을 수급권자의 도덕적 해이로 보고 있고, 시민단체에서는 의료급여 관리체계의 문제점을 가장 큰 원인으로 보고 있다. 결국 수요 관리적 측면과 공급 관리적 측면에서 어느 쪽을 문제의 지점으로 보느냐가 정책의 방향이 달라질 수밖에 없다. 복지부는 의료급여수급자라는 수요 관리측면에서 도덕적 해이로 인한 문제점으로 보고, 반대측면에서는 정부의 공급관리체계의 문제점으로 보고 있다. 국민보고서에서 언급한 것처럼 보건복지부가 적극 검토하고 있는 근

본적인 제도혁신 방안을 몇 가지 내놓았다. 처음에 내놓은 개정안에 대한 정책은 주치의 제도와 지정병원 제도, 본인부담금제 도입, 희귀난치질환 전문치료센터, 지방자치단체의 책임성 강화이며 이것은 법령의 개정이 필요하며 철학적, 이론적, 정치적 논란이 일어날 가능성 있으나 근본적인 제도 혁신이 필요하다는 것이다. 그러나 이러한 처음 개정안이 2006년 12월 19일 의료급여법 시행령개정안과 동년 12월 29일 의료급여법 시행규칙입법예고에서는 외래이용시 본인일부부담제와 선택병의원제, 건강생활유지비 지원으로 정책의 방향이 바뀌게 된다.

## 2) 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안 입법예고

복지부의 지배적인 영향력이 계속 될 수 있었던 것은 의료급여수급권자들의 조직적 동원능력의 취약함에서 비롯되었다. 취약계층을 정책형성과 결정과정에서 확실하게 낙인화 시킴으로써 가뜩이나 정치적 동원능력이 없는 취약계층을 더욱 고립시켜 정부가 주도하는 정책방향을 성공적으로 이끌어갈 수 있는 주도권을 형성하게 된다. 입법예고된 개정안은 의료급여제도 개선을 위해 2006년 6월 구성된 민간전문가와 관계부처가 참여하는 민관합동 의료급여제도혁신위원회(위원장 문옥륜 서울대교수)의 논의를 거쳐 마련되었다. 복지부에서 개정안을 입법예고하면서 밝히기를 개정안은 민관합동 의료급여제도 혁신위원회<sup>15)</sup>의 논의를 거쳐서 마련됐고, 내년 상반기에는 의료급여보장성 개선방안 등 나머지 제도개선방안을 집중 검토할 계획이라고 말하였다. 그러나 민관합동 의료급여제도 혁신위원회에서는 정책형성단계에서부터 시민사회단체나 의료급여수급권자의 실질적인 참여는 이루어지지 않았다. 다음은 의료급여법 시행령 및 시행규칙의 개정안 입법예고의 주요 내용이다.

### (1) 1종수급권자 본인부담제 도입

지금까지 본인부담금 없이 의료기관의 외래진료를 이용하였던 1종 수급권자에 대해

15) 혁신위원회는 학계 및 연구기관 등 외부전문가, 보건복지부, 건강보험공단, 심사평가원, 관련 부처 등 20인 이내로 이루어지고 있는 자문기구이다.

서 의원급(1차 의료급여기관)에서는 방문당 1,000원, 병원·종합병원(2차 의료급여기관)에서는 1,500원, 대학병원 등 (3차 의료기관)에서는 2,000원, 약국은 처방건당 500원을 부과하도록 하였다. 다만 입원 진료시에는 현행대로 본인부담을 면제하고 있다.

1종수급권자에 대한 외래진료시 소액 본인부담제 도입은 최근 의료급여 비용의 급증은 주로 수급자 확대, 급여범위 확대 등에 기인하고 있으나, 수급자 또는 공급자의 비용의식 부재에 따른 불필요한 누수요인도 적지 않다. 그러므로 1종수급권자에 대해 외래 진료시 최소한의 본인부담 부과를 통해 비용의식을 제고하여 적정의료이용을 유도하고자 한다.

외래진료시 소액 본인부담제 도입은 1종수급권자의 1인당 진료비가 성, 연령, 중증도가 유사한 건강보험가입자에 비해 3.3배나 높다는 점에서 수급권자들에게 최소한의 비용의식을 갖게 하여 적정의료이용을 유도하기 위한 것이다. 1종 수급자의 1인당 외래 진료비(129만원)은 건강보험(39만원)의 3.3배, 일당진료비(37천원)는 건강보험(25천원)의 1.4배 수준이다(보건복지부, 2006).

〈표 3-18〉 의료급여 및 건강보험 의료이용 비교

(단위: 천원, 일)

구분	1인당진료비			일당진료비			입내원일수		
	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종	건강보험	1종	2종
입원	1,967	4,988	2,838	118	60	66	2	23	5
	1.0	2.5	1.4	1.0	0.5	0.6	1.0	11.5	2.5
외래	385	1,290	470	25	37	27	15	34	17
	1.0	3.3	1.2	1.0	1.4	1.1	1.0	2.3	1.1

건강보험 자료: 주민번호 단위로 약 5% 추출(2,058,346명)하여 해당 사람의 2005년 전체 입원, 외래 의료이용 자료를 성별, 연령(5세구간), 질병군(RDRG)을 보정함.

출처: 보건복지부, 2006.

## (2) 건강생활유지비 지원

본인부담제 도입에 따른 의료비 부담을 완화하기 위하여 건강생활유지비를 선지급한다. 건강생활유지비의 수준은 2005년의 의료기관 이용행태를 기준으로 1종수급권자 대다수인 80% 정도가 혜택을 볼 수 있는 1인당 월6천원(년72,000원)을 지급하는 제도이다. 또한 본인부담금이 매월 2만원이 넘는 경우 그 초과금액의 50%를 5만원이 넘는



경우에는 그 초과금액 전부를 정부에서 지원한다(보건복지부, 2006).

건강생활유지비 지원(의료급여법 시행규칙 제19조)에 대한 정책은 1종수급권자에 대해 외래진료시 소액 본인부담제를 도입함에 따라 일정금액을 건강생활유지비 명목으로 선지급하여 본인부담금을 감당 할 수 있도록 하여 자발적으로 건강관리를 할 수 있는 유인을 제공하여 건강증진에 기여할 목적이다. 의료급여법 개정안을 입법예고하면서 건강생활유지비를 지급 시 <표 3-18>에서처럼 연간 예산이 소요될 거라고 추정하고 있다.

**<표 3-19> 건강생활유지비 지급 시 소요예산 추정**

	1인당 월지급액	대상자	월소요 예산 (백만원)	연소요 예산 (백만원)
평균본인부담	4,000원	703,088명	2,812	33,748
80%수준	6,000원	703,088명	4,219	50,622
추가소요예산			1,406	16,874

출처: 보건복지부, 2006.

### (3) 의료급여기관 선택제 도입

의료급여법 시행규칙 개정안에는 의료급여 상한일수인 365일을 초과한 자 중 중복투약 가능성이 높아 건강상 위해 발생가능성이 높은 수급권자를 대상으로 선택병의원제를 실시하고자 한다. 의료급여기관 선택제 도입(규칙 제8조의5 신설)은 2006년 1-3월에 의약품 중복처방 및 병용금지 의약품 투여 현황을 조사한 결과 중복처방비율이 18.55%로 나타나며, 병용금지 의약품 처방도 건강보험의 경우 수진자 비율이 1.50%인 반면, 의료급여는 8.13%로 나타나고 있다. 의료급여 수급권자들이 약화사고, 심각한 부작용 발생 등의 위험에 훨씬 노출되어 있다는 점에서 대책마련이 시급하다. 그리하여 의료기관 선택제 도입으로 중복투약으로 인하여 위해 발생 가능성이 높은 수급권자의 경우 선택병원 이용을 통해 집중관리가 가능해져서 약물사고 예방 등 건강관리가 잘 될 것이라고 본다.

〈표 3-20〉 선택병의원 선정 기준일람표

적 용 대 상 자		급여상한일수 초과자, 자발적 참여자			
구 분		제1선택 의료기관 * 심의불필요	제2선택 의료기관 * 심의불필요 (희귀난치성환 자는 불필요)	제3선택 의료기관 * 심의불필요	제4선택 의료기관 * 심의불필요
일 반		1차	6개월 이상 진료 필요자 1-2차	한의원- 제1·제2선택 의료급여기관 을 한의원으로 지정하지 않은 경우 * 본인부담있 음	치과의원- 제1·제2선택의 료급여기관을 치과의원으로 지정하지 않은 경우 * 본인부담있 음
진료 절차 예외자	희귀난치성 질환자	1-3차	1-2차		
	2-3차 병원근무자	2-3차 (본인근무지)	6개월 이상 진료 필요자 1-2차		
	한센병환자· 등록장애인· 도서벽지지역 거주자, 국가유공자 중 상이등급자	1-2차	6개월 이상 진료 필요자 1-2차		

1)급여상한일수 초과자: 제2선택의료급여기관 지정시 심의 필요(단, 제1선택의료급여기관은 연장승인심의를 거쳐 선지정하고, 희귀난치성질환자가 제2선택기간 지정시에는 심의 불필요)

2)선택의료급여 기관별 본인부담금 여부

- 1종 수급권자는 제1, 2선택의료급여기관 이용시 본인부담 없으나, 제3, 4선택의료급여기관 이용시 본인부담 있음.
- 2종 수급권자는 선택의료급여기관 이용시 본인부담 있음.
- 선택의료급여기관에서 진료 의뢰받아 진료시 본인부담 있음. 의뢰서 없이 다른 병의원 이용시 전액본인부담.

3)복합질환으로 6개월 이상 진료가 필요한 자(진단서 등 확인)

자료: 보건복지부(2011) 「2011의료급여사업안내」, P. 132.

의료급여기관 선택제 도입의 적용대상자는 5만7천명 규모로 추정을 하고 있다. 희귀난치성(107개), 만성질환(고시질환 11개), 정신질환 중 1개 질환으로 연간 진료일수가 상한일수 + 90일을 초과한 자. 희귀난치성, 만성질환, 정신질환이 아닌 질환으로 연간 진료일수가 상한일수 + 180일을 초과하는 자, 수급권자 중 참여하기를 원하는 자가 적용대상이다. 의료급여기관 선택제와 본인부담제와의 연계성을 보면, 1종수급권자가 선택병의원 이용시 본인부담을 면제하나, 2종 수급권자는 본인부담을 유지한다. 선택병의원 외의 타 의료기관 이용 시에는 소액 본인부담금을 부과한다. 또한 희귀난치성 질환자 등 본인부담면제자도 선택병의원 외의 다른 의료기관 이용시 소액 본인부담금을 부과한다(보건복지부, 2006)

〈표 3-21〉 선택병의원제 대상자 현황(2007년)

(단위: 명)

구분	수급권자 (A)	선택병의원제 대상(B)			B/A(%)		
		당연 적용자	자발적 참여자	계	당연 적용자	자발적 참여자	계
1종	1,062,263	25,667 (46.1%)	30,057 (56.9%)	55,724 (100%)	2.4%	2.8%	5.2%
2종	790,451	6,072 (81.4%)	1,390 (18.6%)	7,462 (100%)	0.8%	0.2%	0.9%
계	1,852,714	31,739 (50.2%)	31,447 (49.8%)	63,186 (100%)	1.7%	1.7%	3.4%

자료: 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 2007. 의료급여통계, 2008.

#### (4) 파스류 비급여 대상 추진

치료보조제인 파스류는 오남용 가능성이 높아 비급여 대상으로 전환을 추진한다. 비급여 대상 근거신설(규칙 제9조 개정)을 하게 된 배경을 보면, 진통, 소염 등을 위한 치료보조제인 파스류는 의료급여비 전체 약국약제비(6,594억)의 4.03%(266억 원)를 차지한다.

의료급여법 개정안 입법예고에서 복지부는 파스사용에 대해 2005년 연평균 수급자수

는 165만명에서 23%인 38만명이 파스류를 처방·조제 받았고, 이중 500매를 초과하여 사용한 자가 27,133명에 이르고 이들이 총사용량의 37%를 소비하였다고 한다. 진통, 소염 등을 위한 치료보조제인 파스류는 단순치료보조제에 불과하나 중복처방 등 오남용 가능성이 높다고 보고 있다. 파스류를 파스사용이 불가피한 경우를 제외하고 비급여 대상으로 전환함에 따라 재정집행의 건전성이 제고될 것으로 보는 것이다.

〈표 3-22〉 파스사용량(2005년)

사용량	인원수	금액(원)	총사용량(매)
0 ~ 500	351,683	16,964,123,873	37,861,789
501 ~ 1,000	21,938	6,308,279,053	14,654,773
1,001 ~ 5,000	5,173	3,264,953,403	7,575,112
5,001 ~ 10,000	21	69,258,484	15,640
10,001 이상	1	12,112,526	13,699
계	378,816	26,618,727,339	60,241,013

출처: 보건복지부, 2006.

#### (5) 의료급여증 개선

의료급여증 개선(규칙 제12조 내지 제14조 개정)은 소액 본인부담제, 선택병의원제 도입에 따라 진료 전 자격확인, 건강생활유지비 지원 등을 위하여 의료급여증을 현행 세대별 종이에서 개인별 플라스틱 카드로 전환하여 투명한 의료급여 이용 여건을 마련하고자 한다. 의료급여증이 개인별 카드로 대체됨에 따라 1종수급권자에 대한 본인부담제, 의료기관 선택제가 조기에 정착할 수 있다.

#### (6) 가정에서 산소치료에 대한 요양비 적용

호흡기 장애인이 가정에서 산소치료를 받는 경우 의료급여를 적용하여 요양비를 지급한다. 가정에서 산소치료에 대한 요양비 적용(규칙 제24조 개정)은 호흡기장애인 등

만성폐쇄성 폐질환환자에게 가정에서 산소치료를 받는 경우 의료급여 수급권자의 부담을 경감시키고, 상시적인 치료기회를 제공함으로써 환자의 치료환경을 개선할 수 있다.

(7) 장애인 보장구의 급여절차 개선

장애인 보장구의 급여절차 개선(규칙 제25조 개정)은 수급권자는 보장기관의 사전 승인절차 없이 의사의 처방전만으로 제작·판매자로부터 보장구를 지급받을 수 있음에 따라 보장기관의 역할은 급여지급에 불과하여 오남용 사례가 발생하였다. 수급권자가 보장구 제작·판매자로부터 급여를 지급받기 전에 보장기관에서 지급기준 충족여부 등 급여확인을 받도록 하여 오남용 사례를 줄이고자 한다.

이상과 같이 의료급여법 시행령, 시행규칙 개정내용을 정리하면 <표 3-23> 과 같다.

**<표 3-23> 의료급여법 시행령, 시행규칙 주요개정 내용**

구분	현행	개정안	기대효과
·1종수급권자 본인부담제 도입	·외래 진료시 본인부담금 없음.	·외래진료시 본인부담이 없는 1종 수급권자에게 본인부담제 도입 ·의원급(1차 의료급여기관):1,000원, 병원·종합병원(2차의료기관):1,500원, 3차 대학병원(3차 의료기관):2,000원, 약국은 500원. MRI,CT시 급여비용의 10% 부담 ·입원진료시 현행대로 무료.	·1종수급권자에게 비용의식을 제고하여 적정의료이용을 유도하기 위함.
·건강생활유지비 지원		·1종수급권자에게 한달에 6천원씩 선지급함. ·본인부담금이 매월 2만원 초과시 초과금액의 50%를, 5만원이 넘는 경우 초과금액의 전부를 정부에서 지원함.	·본인부담금을 감당할 수 있도록 건강생활유지비를 선지급하여 건강관리 하도록 유인하여 건강증진에 기여하기 위함.
·의료급여		·적용대상자는 57천 명 정도	·선택병의원 이용을 통해 중

기관 선택 제 도입		<p>로 희귀나치성질환자, 만성질환자, 정신질환자 등 진료일수가 상한일수+90일을 초과하는 자</p> <p>·희귀난치성질환자, 만성질환자, 정신질환자가 아닌자로 상한일수+180일을 초과하는 자</p> <p>·수급권자 중 참여하기를 원하는 자</p>	<p>복투약 등 약물사고 예방, 건강관리 제고하기 위함.</p>
· 파스류 비급여 대 상 추진	·파스류 급여됨.	·일반의약품으로 분류되는 파스류를 파스사용이 불가피한 경우를 제외하고는 비급여 대상으로 분류함	·단순치료보조제인 파스류의 오남용이 높아 비급여대상으로 전환함에 따라 재정집행의 건전성이 제고 될 것임.
·의료급여 증 개선	·의료급여증(세대별 종이로 분류)	·의료급여증을 현행 세대별 종이에서 개인별 플라스틱 카드로 전환.	·의료급여증이 개인별 카드로 대체됨에 따라 1종수급권자에 대한 본인부담제, 의료기관선택제의 조지정착에 기여할 것임.
·가정에서 산소치료 에 대한 요양비 적용		·산소치료가 필요한 환자에게 의사처방전에 의하여 가정에서 산소치료를 받는 경우 요양비 지급.	·산소치료가 필요한 의료급여 수급권자의 부담을 경감하여 환자의 치료환경을 개선하기 위함.
·장애인보 장구의 급 여절차 개 선	·의사의 처방전만으로 보장구를 지급받음.	·수급권자가 보장구 제작·판매자로 부터 급여를 지급받기 전에 보장기관에서 지급기준 충족여부 등 급여확인을 받도록함.	·장애인 보장구 지급절차에서 보장기관의 역할이 강화되어 부적격자에 대한 오남용 사례가 감소될 것임.

### 3. 제3기(2006.12~2007.10): 정부 입법예고 시점부터 새 의료급여법 발효와 관련 단체 등 의료급여시행반대 의견 표명까지

## 1) 의료급여법 발효

정책을 결정하는 과정은 국회의 의결에서 최종적으로 결정 된다. 국회는 여러 가지 의견을 수렴하여 입법권을 행사하는 결정기관이다. 의료급여법 개정안은 의원의 관여 없이 주무부서인 보건복지부가 낸 정부안을 약간의 수정만 거치고 그대로 수정안 이 개정안이 되어서 입법안이 통과된다. 의료급여수급권자의 약물 오남용과 의료쇼핑을 방지한다는 이유로 저소득층의 의료접근을 막고, 오히려 책임이 더 크다고 할 수 있는 의원과 요양기관, 약국에 대한 책임은 묻지 않고 있다,

의약분업의 정책결정과정에서는 우리나라 보건의료정책에 미치는 영향이 크기 때문에 정책결정과정에서 활발한 논의가 이루어 졌다. 또한 의약분업정책이 국민적 이슈가 되었고, 시민단체, 이익단체, 언론 등 사회집단이 활발하게 참여하였고, 의료계가 위원회에서 차지하는 비중과 발언권이 매우 컸다.

막대한 재정이 의료급여비로 계속 들어감에 따라 의료급여제도에 대한 문제점을 개선하고자 정책대안을 정부안으로 내놓는다. 보건복지부의 의료급여법의 개정의지가 강하고 의료혜택을 받는 수급권자들은 의견조차 내지 못하였다. 의료급여법은 국민과 사회복지계의 관심이 적었고, 시민단체와 의료단체, 언론 등 다양한 집단의 활동이 적었다. 가장 중요한 점은 복지 혜택을 받는 수급권자가 참여할 수 있는 기회조차 없었다는 것이다. 사회적 약자이긴 하지만 의료급여환자의 의료이용 행태에 대해서 문제점이 많음을 인식하고, 이를 개선해야 된다는 점에 대해서 크게 반대하는 단체가 없었다. 그래서 사회적으로 쟁점이 되지 못하였고, 의료급여법 개정 과정에서 재정절감이라는 이유로 저소득층의 의료접근성을 제약하고 있는 것이다.

## 2) 관련 단체 등 새 의료급여법 시행반대 의견 표명

가난한 이들을 위한 건강권확보를 위한 연대회의는 2006년 10월 17일자로, 의료연대회의는 2006년 10월19일자로 의료급여비의 증가원인은 수급권자의 도덕적 해이가 아니라 건강보험환자에게도 나타나는 현상이라며 국민보고서 내용에 대한 반대 입장을 표명한다.

복지부의 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안이 발표된 이후 개정안이 의료급여 수급권자의 의료서비스 이용을 억제하는 인권 침해적 요소를 담고 있다며 시민단체는 2006년 12월 27일자로 국가인권위에 긴급구제신청<sup>16)</sup>을 한다.

노동·농민·인권·종교·의료·법률·시민사회단체가 참석한 가운데 의료양극화 심화, 빈자들의 생존권 박탈에 대한 의료급여제도 개악안 입법강행안을 반대한다며 의료급여제도 개악안을 철회하라고 2007년 1월 11일 기자회견을 한다. 의료급여 정책의 내용은 수급권자들의 정당한 치료권을 박탈하는 반인권적 정책이며 정책결정과정에서 직접적인 이행당사자인 수급권자들의 의견수렴 절차는 아예 고려조차 하지 않았다. 복지부가 내놓은 의료급여제도 개선안을 개악안이므로 백지화하지 않을 경우 정부와 국회를 상대로 투쟁하며 헌법소원까지 제출하겠다는 의사를 밝혔다.

2007년 2월 15일 인권위는 시민단체의 긴급구제신청을 받아 들여 의료급여법 시행령 개정안 및 의료급여법 시행규칙 개정안에 대한 공식의견을 표명한다.

인권위의 의견을 종합해 보면, 정부의 의료급여 보장성 강화 정책에 따라 의료급여 재정이 대폭 증가해온 사정을 감안 할 때 국가 재정과 불필요한 오·남용에 대한 정부의 정책을 필요하다고 판단된다. 생계능력이 취약한 빈곤층에 대한 생계급여, 주거급여, 의료급여 등 공공부조제도에 대한 체계적 관리와 효과적인 개선 방안이 필요하다. 그러나 사회적 약자인 의료급여 수급권자들의 대부분이 기초생활수급권자, 사회복지시설생활인, 희귀난치성질환자, 정신질환자, 빈곤노인층으로 재정 효율성 위주의 수급자 대책은 수급권자들의 건강권 등의 보호를 침해할 가능성이 있다. 의료급여의 재정 급증을 수급권자들의 도덕적 해이에서 비롯된다고 말하지만 이들의 경제적, 사회적 상황과 빈곤노인층의 비율과 질환에 대한 중증도별 등을 충분히 고려하지 않은 대책이다.

이러한 인권위의 의견표명이 언론에 의해 기사화되었다. “유시민 장관, 정말 파스가 문제인가?”(한겨레, 2007.1.15), “의료급여 재정절감 논란- 복지부는 모르쇠”(한겨레, 2007. 2. 17), “인권 없는 복지가 가능 한가”(한겨레, 2007. 2. 23), “인권위, 의료급여 개

16) 긴급구제요청의 이유: 주요 대책별 인권침해 및 차별행위.

- 1) 1종 의료급여 수급권자에 대한 외래 본인부담금 부과는 경제적 생활능력이 없는 취약계층에게 추가적인 본인부담을 강제하는 조치이며, 건강권과 생명권을 직접적으로 침해하는 조치이다.
- 2) 1종 의료급여 수급권자에 대한 외래 본인부담 부과에 따른 건강생활 유지비 지급은 건강관리 책임을 전적으로 개인의 책임으로 떠넘기는 무책임한 조치이자 몸이 아파도 병원을 가지 않도록 유인하는 인권침해 조치이다.
- 3) 의료급여 상한일수 365일 초과자에 대한 선택병의원제 적용은 제도시행의 배경으로 제시한 의약품 오·남용 방지와는 관계가 없는 수급권자에 대한 또 다른 의료 이용 제한 조치에 불과하다.
- 4) 의료급여증 플라스틱카드화는 의료급여수급권자를 건강보험환자와 의도적 구분하여 별도 관리하겠다는 취지에서 도입된 제도로 수급권자 인권침해의 또 다른 유형이다.



정안 건강·생존권 침해”(국민일보, 2007.2.16.), “본말이 전도된 의료급여정책”(경향신문, 2006.12.21), “플라스틱 의료급여증 논란, 빈곤층, 난치병 환자 대상-시민단체 인권침해, 진료차별 우려”, (경향신문, 2007.1.10), “가난한 이들을 옴아 매는 의료급여제”, (경향신문, 2007.1.17).

복지부는 이러한 인권위의 의견표명에 대해 “국가인권위의 의견표명은 너무 과도한 우려이며, 이미 복지부가 충분히 검토한 것”이라며 수용거부의사를 밝혔다(한겨레, 2007. 2 .17). 예상한 대로 복지부는 2006년 말 의료급여법 시행령 등 개정안을 통과 시킨다.

대한의사협회는 새 의료급여제도에 대해서 지금까지 입장표명을 하지 않다가 2007년 6월 29일 대한의사협회 성명서에서 7월 1일부터 시행될 새 의료급여제도인 의료기관공인인증제가 빈곤층의 의료이용을 막고 의사와 환자관계를 악화시킬 수 있다며 이 제도를 거부하겠다고 밝혔다.

대한한의사협회도 성명서에서 본인부담금제와 선택병의원제는 의료급여 환자들의 진료남수진을 막는다는 취지보다는 오히려 의료서비스가 가장 필요한 가난한 사람들에게 의료이용을 막는 제도임을 밝히고, 의료급여 자격관리시스템 구축과 시행에 따른 준비부족이 의료급여 환자의 의료기관 이용을 제한하지 않을까 크게 우려된다고 밝히며, 의료급여제도 변경을 무기한 연기를 촉구했다(연합뉴스, 2007. 7. 2).

또한 의료급여개혁을 위한 공동행동 단체는 2007년 7월 2일 헌법소원을 낸다. 헌법소원에 대한 내용을 보면 새 제도는 그동안 외래진료를 받을 때 본인부담을 내지 않았던 이들에게 1,500-2,000원의 부담을 지우고, 만성질환이 있어 병원을 자주 가야하는 사람은 의원 한곳만 이용할 수 있도록 제한하였다. 이는 빈부와 상관없이 대한민국 국민이라면 누구나 누려야 할 의료이용에 대한 헌법적 권리를 침해한 것이라고 밝혔다.

복지부에서는 새로운 제도 도입으로 노인층이나 빈곤층이 스스로 진료를 포기하는 일이 없도록 부작용이 없는지 적극 검토하고 의료수급권자들의 의견을 수렴하겠다고 언급했다. 그러나 새 의료급여제도는 사회적 취약계층에 대한 의료에 대한 접근을 제한하고 기본적인 권리마저 부정하는 것이다.

<표 3-24> 정책과정 반대 참여자 분류

참여자	구 성	내 용	
학계	·사회복지계	의견표명 없음	
	·의료계	대한의사협회	성명서를 통해 빈곤층의 의료이용을 막고 의사·환자 관계를 악화시킬 수 있다며 새 제도 거부 의사 밝힘
		대한한의사협회	성명서를 통해 의료급여 환자들이 진료남수진을 막기보다는 의료이용을 막는 제도이므로 의료급여제도 변경을 무기한 연기를 촉구함
이익단체	의료보호단체	의견표명 없음	
시민단체	·가난한 이들의 건강권 확보를 위한 연대회의	의료급여제도의 원칙을 훼손하고 차별을 가하는 제도로 도입반대	
	·건강세상네트워크 외 9개 단체	진정서를 통해 정부의 의료급여법 개정안 내용에 따른 수급권자 차별 조치에 관한 인권위에 긴급구제 요청	
	·노동, 농민, 종교, 법률 등 100여개의 시민단체	절차적 정당성과 정책적 근거도 갖추지 못한 의료급여제도 개악안 입법강행을 철회하라 촉구	
	·국가인권위	시민단체의 긴급구제신청을 받아들여 의료급여법 개정안에 대한 수급권자들의 건강권 등의 보호를 침해할 가능성이 있다는 내용의 공식의견을 표명	
	·의료급여 개혁을 위한 공동행동	헌법소원 청구	
언론	·한겨레	“유시민 장관, 정말 파스가 문제인가?” “의료급여 재정절감 논란-복지부는 모르쇠” “인권없는 복지가 가능한가”	
	·경향신문	“본말이 전도된 의료급여정책” “플라스틱 급여증 논란....인권침해, 진료차별 우려” “가난한 이들을 울아 매는 의료급여제”	
	·국민일보	“인권위, 의료급여 개정안 건강·생존권 침해”	

## 제4장 의료급여정책 변동 과정 분석

### 제1절 문제의 흐름

#### 1. 국민보고서 발표

사회문제가 정책문제로 제기 되서 이슈화가 되기 위해서는 국민적 관심을 불러 일으켜야만 된다. 2006년 10월 9일 ‘국민보고서’라는 이름으로 유시민보건복지부장관이 국민 앞에 공개적인 반성문 형식으로 발표를 하였다. 이 반성문은 의료급여제도의 운영을 제대로 하지 못한 점을 반성한다고 시작한다.

의료급여제도의 현황과 문제점을 정부의 의료급여제도의 목표설정의 오류, 정보시스템의 부재, 도덕적 해이 제어장치 부재, 엄정하지 못한 공급자 관리 등 의료공급자들이 건전한 의료행위를 하도록 유도하지 못했다고 제시하고 있다. 보건복지부는 몇 가지 응급처치라며 공급자 대책, 수급자 대책, 정보인프라 강화를 내놓았다. 또한 보건복지부가 검토하고 있는 근본적인 제도혁신은 주치의제도와 지정병원제도, 본인부담금제 도입, 희귀난치질환 전문치료센터, 지방자치단체의 책임성 강화 등 정책대안을 발표한다.

보고서에서는 의료급여 진료비의 급증의 원인을 수급권자들의 공짜 의료를 남용하기 때문이라며 재정절감을 위해 수급권자의 의료이용을 제한하겠다는 것이다. 의료수급권자들을 도덕적 해이로 낙인찍으며 수급자를 의료쇼핑을 마구잡이로 하고 국민이 낸 세금을 고맙다고는 인식해도 동시대를 살아가는 국민이 낸 세금이라는 인식은 없다고 한다. 의료급여에 들어가는 총지급액이 2006년도 국비와 지방비를 합쳐 무려 4조원이 초과하는 이유를 수급자들의 도덕적 해이에서 찾고 있다. 의료급여비의 증가원인을 통계수치를 제시하며 1종 급여수급자 1인당 내원일수와 입원일수의 증가, 내원일당진료비의 증가에 있다고 분석하고 있다. 그러면서 만약 똑같은 돈을 들여서 수급자의 건강수준을 올리는 방법이 있었다면 현재의 건강수준을 유지하게 하면서 더 적은 돈을 투입하는 방법을 찾았을 것이다. 보건복지부는 여기서 절약한 예산으로 부모 잃은 아이들이 사회에 대한 믿음과 미래에 대한 희망을 가지도록 국민이 낸 세금으로 좋은 일을 더 많이 할 수 있었을 것이다(국민보고서, 2006)라는 것이다.

## 2. 의료급여재정의 변화

보건복지부가 내놓은 자료에서 2003년 총 진료비가 2조2,149억 원이었는데 2006년에는 2배 이상 증가한 3조9,251억 원으로 진료비가 증가 하였고, 2007년에는 4조원이 넘는 예산이 투입됐다. 2007년 이후부터는 진료비 증가율이 감소하고 있지만, 2012년에는 5조원이 넘는 예산이 투입됐다.

의료급여의 재정이 증가하는 원인은 여러 가지가 있다. 건강보험이 보장성 취약 등으로 의료비 부담이 높은 희귀난치성질환자, 만성질환자 및 18세 미만 아동 등 18만 명이 의료급여 수급자로 전환되어 의료급여 수급자수가 늘었다. 정부가 의료급여수가를 인상하고 의료급여의 보장범위도 확대하여 의료급여 총진료비가 증가하였다. 또한 만성질환과 복합성 질환을 갖고 있는 65세 이상 노인인구의 비중이 건강보험에 의료급여환자에게서 높은 것을 감안하면 의료비는 지속적으로 증가할 것으로 보인다. 진료일수 중 365일 급여일수를 초과하는 것은 의료급여 수급권자뿐만 아니라 건강보험 적용 인구에서도 발생하는 현상이다. 2005년도 건강보험 및 의료급여 청구 자료를 이용하여 동일한 급여일수 산정기준을 적용하여 분석한 자료에 의하면 급여일수 365일 초과자는 건강보험적용인구의 7.8%, 의료급여의 경우는 의료급여 수급권자의 22.9%이며 급여일수 365일 초과자의 진료비는 각각 건강보험 진료비의 32.3%, 의료급여 진료비의 52.9%를 차지한다. 의료급여 수급권자 중 급여일수 365일 초과자의 비율이 건강보험에 비해 높기는 하지만 수급권자 선정기준에 의해 의료급여 1종 수급권자의 경우 노인인구가 많아 만성질환과 복합질환을 가지고 있는 수급자가 많으므로 의료기관을 이용하는 횟수가 많을 수밖에 없다.

이렇듯 여러 가지 이유로 의료급여진료비가 계속 증가함에 따라 미지급금도 매년 누적되는 상황이 되었다. 매년 누적되는 미지급금을 해결하기 위해 보건복지부는 2007년도 일반회계 예산 증액분으로 의료급여예산 증가액을 충당하고 있다.

병의원 등 요양기관 의료급여비 미지급액이 당시 2007년 1월 15일 기준으로 1조395억 원에 달했었다. 다음날인 16일 공단의 '2007년 의료급여비용 예탁 및 지급현황'에 따르면 올해 15일 현재 요양기관의 의료급여 지급예정액 1조596억 원 가운데 200억 원만이 지급돼 미지급액이 1조395억 원에 육박하고 있다고 확인됐다. 지역별로는 요양기관이 밀집한 서울·경기 지역의 미지급액이 전국에서 가장 높은 수준을 기록해 경기 1502억 원, 서울 1490억 원인 것으로 집계됐다. 지역적 편차에도 불구하고 4개월 정도

의 의료급여비가 미지급된 원인은 지자체의 예탁금 부족 보다는 지급액의 80%를 지원 하는 국고 보조금이 예산부족 등의 이유로 제대로 지원되지 못한다에 따른 것이다. 이처럼 수개월 분의 의료급여비가 미지급되면서 요양기관에서는 경영압박 등을 호소하며 은행 대출을 받거나 심지어 사채를 끌어서 사용하는 경우까지 발생하는 등 의료계의 상당한 불만을 사고 있는 실정이다(데일리메디, 2007.1.17.).

### 3. 수급권자의 도덕적 해이

의료급여제도는 국가가 의료비를 지불해주는 제도이다. 제도의 특성상 공급자자와 수요자 측면에서 의료이용에 있어서 오남용이 발생할 수 있다. 도덕적 해이 현상이 발생할 수 있는 것이다. 그러나 1종급여 수급자 1인당 내원일수와 입원일수의 증가, 내원일당 진료비 증가인 이 두 가지가 총진료비 증가에 미친 영향이 26%나 된다. 문제가 여기에 있다면서 수급권자들의 도덕적 해이현상이라고 한다. 내원일수는 수급자가 외래를 방문한 횟수여서 과다한 부분이 있을 수 있고, 입원일수의 증가와 내원일당 진료비의 경우는 공급자인 의사의 진단과 처방이 들어감으로 이것을 수급자들의 도덕적 해이 때문이라고 하는 것은 억지로 보인다.

무료 진료로 인해 과다하게 의료서비스를 이용하는 일부 수급권자들도 있다, 그러나 365일 미만의 의료이용자는 의료급여 환자의 80%이다. 의료급여대상자 중 65세 이상 노인이 전체의 25%를 차지한다. 이들의 진료비 증가는 어쩔 수 없는 부분이다. 의료급여 수급자들의 도덕적 해이를 문제 삼아 무분별한 의료쇼핑으로 인해 의료급여의 급격한 증가로 이어졌다는 것이다. 이러한 이유로 만성적인 진료비 미지급으로 인해 다른 복지사업의 위축을 가져오게 되었다고 보는데서 문제점을 제기하고 있다.

국민보고서에 도덕적 해이 제어장치의 부재로 파스사용량을 예로 들어 설명하고 있다. 단순치료보조제인 파스류는 의료급여비 전체 약국약제비(6,594억)의 4.03%(266억원)를 차지한다. 2005년 연평균 수급자수는 165만 명에서 23%인 38만 명이 파스류를 처방·조제 받았고, 이중 500매를 초과하여 사용한 자가 27,133명에 이르고 이들이 총사용량의 37%를 소비하였다. 조선일보(2006.10.10.)는 “매일 50여장 처방전... 1년간 파스 6000장 받아내... 탈 많은 의료급여제 확 고친다”라는 제목으로 기사를 실었다. 수급자

들은 무상의료혜택을 누리고 있기 때문에 비용에 대한 인식자체가 없으며, 그 대표적인 사례로 파스 오남용을 보고서에서 발표한다. 문제의 흐름별로 정리하면 다음과 같다.

**<표 4-1> 의료급여법 개정 문제의 흐름**

문제의 흐름	내 용
국민보고서 발표	‘의료급여제도혁신에 관한 국민보고서’ 유시민보건복지부장관이 2006년 10월 9일 전국민을 대상으로 발표함. 의료급여재정의 진료비 증가의 원인을 무상의료를 받는 수급자들이 도덕적 해이 현상이라고 봄.
의료급여재정의 급속한 증가	·저소득층의 진료비 급증으로 인해 2006년 의료급여에 들어가는 돈이 국비와 지방비를 합쳐 4조원이 넘는 돈이 투입되고 2012년도는 증가율이 감소하고 있지만 5조원이 넘는 돈이 들어감 ·재정의 증가 원인은 수급자수 증가, 의료수가 인상, 노인 인구 비율 높고 이로 인한 급여일수 초과자가 건강보험에 비해 높음.
수급권자의 도덕적 해이	‘공짜의료’ 무상의료혜택으로 인한 비용에 대한 인식 자체가 없다고 판단함.

## 제2절 정치의 흐름

### 1. 참여정부의 정책기조

당시 노무현 정부의 공약은 취약계층에 대한 포괄적이고 지속적인 보건의료서비스를 확대해서 최소한 돈이 없어 병원에 못가는 일이 없도록 한다는 것이었다. 이로 인해 의료수급권자를 지속적으로 확대 실시하였다. 2004년부터 차상위계층의 희귀난치성질환자와 만성질환자, 12세 미만 아동을 의료급여 수급자로 확대하였고, 건강보험료 체납자에 대해 일제 조사를 실시하여 최저생계 이하의 가구를 수급권자로 확대해 왔다. 건강보험에 비해 노인과 장애인이 많은 의료급여대상자는 건강보험에 속하였다가 의료급여 수급권자가 되는 경우가 많이 있다. 그러나 만성적인 진료비의 미지급으로 인한 복지부의 재정절감을 해야 한다는 문제인식이 드러나게 된다.

참여정부 후반의 정책우선순위와 예산 배정방향 등을 정할 노무현대통령 주재로 열린 재원배분회의가 2006년도 4월 22-23일 열렸다. 이 토론 결과에 따라서 2007년도 각 부처별 예산과 지출한도가 결정되는 것이다. 장관들은 사활을 걸고 개별부처의 입장을 대변해야 하는 상황이었다. 이것이 계기가 되어 보건복지부에서 장관의 개인의견까지 담은 국민보고서를 발표하여 복지부의 공식입장을 표명하게 된다.

### 2. 보건복지부 장관의 의료급여법 개정의지

2006년 4월 노무현대통령 주재로 열린 재원배분회에서 보건복지부가 내놓은 안건 중에 의료급여 조정에 대한 부분이 있다. 안건을 내면서 내년 부처 목표액을 현재 예산 10조 4,000억 원에서 14조원으로 확보하는 것이었다. 여기서 문제의식을 느끼게 된 것이 의료급여비 재정의 급속한 증가이다.

유시민장관은 의원시절부터 의료법 개정에 대한 의지가 강하였다. 유장관은 2006년 2월 취임하면서 제일 먼저 추진한 것이 약제비 적정화 방안이었다. 그 해 4월 건강보험법 개정안 입법예고하였다. 또한 취임당시 “이익단체에 흔들리지 않겠다”며 자신의 입장을 확실히 관철시켰다.

의료급여 문제로 정부가 바쁜 이유를 유시민보건복지부 장관이 취임하자마자 받은 숙제가 최근 급격히 증가하고 있는 의료급여 진료비에 대한 대책을 마련하는 것이라고 한겨레(2006.4.30.) 사설에서 “의료급여와 정부의 마녀사냥”이란 제목으로 보도하고 있다. 내용을 보면 재정절감을 위해 유장관은 ‘의료급여 재정혁신 희망기동대’까지 만들어서 급격한 진료비 증가에 대한 심사조정강화, 수급자 신고보상제, 수진자 내역조회, 약국의 허위부당 청구발굴이라는 대책을 내놓는다. 부정수급자를 잡아내고 의료급여 대상자들의 부정 의료서비스를 줄이겠다는 것이다. 여기에 동원되는 것이 이른바 수급권자의 도덕적 해이 논리이다. 이 사태의 원인을 수급권자의 의료남용 때문이라는 것이며 이것이 전형적인 마녀사냥이라고 보도하고 있다.

재원배분회의를 계기로 재정절감의 필요성을 느낀 당시 유시민 보건복지부 장관은 의료급여법에 대한 재정절감 방안과 정책대안을 구상한다. 이 정책대안이 포함된 내용과 함께 수급권자의 의료오남용과 도덕적 해이 현상으로 의료급여비가 급속하게 증가한다는 내용을 2006년 10월에 전 국민에게 발표한 것이 국민보고서이다. 계속 급증하고 있는 의료급여비의 절감을 위한 유시민보건복지부 장관의 의료급여법 개정의지가 강하였다. 2007년 5월에는 의료법 전면 개정안을 국회에 제출하는 등 보건의료시민단체들로부터 비판을 받아왔다. 2007년 7월에는 의료수급권자의 약물 오남용과 의료쇼핑을 방지하고, 의료비 재정절감이라는 이유로 의료급여법 개정안을 통과시켰다.

### 3. 시민단체, 여론과 국민적 관심

의료급여비에 막대한 재정이 들어가는 원인을 수급자들의 도덕적 해이 현상을 가장 큰 문제로 부각시키며 복지부에서 발표한 국민보고서의 내용을 보수언론에서 주로 언급하고 있다. 의료급여수급권자들이 사회적 낙인으로 인한 인권침해나 비급여 항목들에 의해 중증상병 질환을 갖고 있는 수급권자들의 의료에의 접근성의 문제 등에 대한 언급은 없었다.

국민보고서에서 발표한 정책대안이 약간의 수정을 거친 후 정부에서 2006년 12월 의료급여법 개정 입법예고를 하였다.

입법예고에서 나타난 의료급여에 대한 정책방향에 반대 입장인 시민단체 등에서는



차상위 계층을 의료급여대상자 범위로 확대하고 의료급여보장수준역시 확대해야 하며, 특히 의료급여 관리제도의 허점을 보완하기 위해서는 공급자 관리, 수급자 사례관리와 정보시스템구축 등에 노력을 기울여야 함을 강조한다. 또한 정부가 추진하려는 본인부담금제 도입과 지정병원제도는 의료급여제도의 원칙을 훼손하고 차별을 가하는 정책이라는 점에서 도입반대 입장을 명백히 하였다(가난한 이들을 위한 건강권확보를 위한 연대회의 성명서, 2006.10.17; 의료연대회의 성명서, 2006.10.19.). 이러한 의료급여법 개정 입법예고에 대해 언론에서는 한겨레신문에서만 비판적 기사를 보도하고 시민단체에 대한 보수신문에서는 별로 보도되지 않았다.

2006년 12월까지의 보수언론에게 주목을 받지 못한 상태로 2006년 12월 19일 의료급여법 시행령 및 2006년 12월 29일자로 시행규칙 개정안이 입법예고 되었다.

입법예고 된 후 보수언론에서는 기사를 내기 시작한다. “기초생활보호자도 진료비 내야”(조선일보, 2006.12.20), “무료진료 받던 서민들도 돈 낸다.”(중앙일보, 2006.12.20.). 라며 이런 입법예고에 대해 보수언론들은 입법예고에 대한 정당성을 뒷받침할 수 있는 기사를 내보내며 입법예고를 확정적으로 받아들인다.

국민보고서에서 발표했듯이 수급권자들은 국민이 낸 세금으로 무료의료를 받는다는 것에 대해 고맙다는 생각은 있어도 국민이 땀 흘려 번 돈을 아무 죄의식 없이 갖다 쓰고 있다면서 철저히 국민과 수급권자들을 분리시켜 놓는다. 그러면서 의료오남용과 도덕적 해이로 막대한 국민의 세금이 들어간다고 한다. 언론과 국민들은 의료급여제도에 대한 문제점이 있다는 생각에 크게 반대 입장을 내지 못하고 있었다.

#### 4. 수급권자, 복지단체 활동

입법예고하면서 주무부처의 입장을 최종적인 상태로 내놓으며 국민의 의견수렴 절차를 마련해 놓았으나 사회적으로 논쟁의 대상이 되지 못하고 의료급여수급권자들의 목소리는 전혀 반영되지 않았다.

사회적 약자인 빈곤층에 대한 의료급여제도의 무료의료를 받는 수급권자들에게 본인부담을 지게 하는 복지부의 이런 결정을 행정부는 단독으로 결정하였다. 정부는 의료급여법 개정에 대해 다양한 의견이 오고갈 수 있는 국회에서 논의해서 개정안을 제출

하는 것이 올바른 정책방향일 수도 있다.

의료급여법 개정과정에서 사회복지학계에서는 어떠한 역할이나 의견을 내놓지 않았다.

## 5. 국가인권위 의견표명

복지부의 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안이 발표된 이후 개정안이 의료급여 수급권자의 의료서비스 이용을 억제하는 인권 침해적 요소를 담고 있다며 시민단체는 2006년 12월 27일자로 국가인권위에 긴급구제신청을 한다.

의료급여제도 개악 입법강행중단 촉구하는 기자회견을 노동·농민·인권·종교·의료·법률·시민사회단체가 참석한 가운데 의료양극화 심화, 빈자들의 생존권 박탈에 대한 의료급여제도 개악안 입법강행을 반대한다며 철차적 정당성과 정책적 근거도 갖추지 못한 의료급여제도 개악안을 철회하라고 회견을 한다(노동·농민·인권·종교·의료·법률·시민사회단체, 2007.1.11). 회견내용을 보면, 의료급여 정책의 내용은 수급권자들의 정당한 치료권을 박탈하는 반인권적 정책이며 정책결정과정에서 직접적인 이행당사자인 수급권자들의 의견수렴 절차는 아예 고려조차 하지 않았다. 또한 제도시행을 위한 보건복지부 산하의 의결단위인 중앙의료급여심의위원회 위원들의 반대의견들을 묵살하고 제도 개악을 강행 처리하였다. 복지부의 이런 개정안은 정책결정 과정에서 상식적으로 납득할 만한 최소한의 절차적 합의 과정도 거치지 않았으며, 그 내용과 관련해 어떠한 사회적 합의절차도 없었다. 복지부가 내놓은 의료급여제도 개선안을 개악안 으로 결론 짓고 백지화하지 않을 경우 정부와 국회를 상대로 투쟁하는 것은 물론 헌법소원까지 제출하겠다고 경고 하였다. 그러면서 누가 사회적 범죄자이고 누가 도덕적 해이를 저지르고 있는가? 치료권을 박탈하고 반인권적 정책을 강행하는 복지부가 사회적 범죄자이고 도덕적 해이를 저지르고 있다는 것이라며 입법강행을 중단할 것을 촉구한다.

의료, 종교, 인권 등 100여개 시민단체가 기자회견을 열고 공식적인 자리에서 복지부를 맹공격하자 복지부의 사회복지정책 본부장은 다음날인 2007년 1월 12일 국정브리핑을 통해 시민단체들의 조직적인 반대행동을 이유 없는 발목잡기 행태로 정의했다.

2007년 1월 12일 긴급하게 이루어진 면담에서 유시민장관은 “한정된 재원을 절약해 보다 필요한 곳에 쓰는 것이 국가의 당연한 책무“ 라면서 ”시민사회단체가 반대하더라

도 이는 철학의 차이일 뿐“ 이라고 말해 개정안을 강행할 것임을 분명히 했다.

시민단체들은 즉각 논평을 내고 “유장관은 반인권적인 철학을 가진 자로 복지부 수장이 될 자격이 없다”, “유장관은 사회적 약자(수급권자)에게 비용을 부담시켜 재정을 절감시키겠다는 반인권적인 발상과 판단을 하는 등 그 철학이 복지부 장관직에는 마땅치 않다”며 사실상 퇴진을 요구했다.(데일리메디, 2007.1.12).

국가인권위는 시민단체의 긴급구제신청을 받아 들여 2007년 2월 15일 의료급여법 시행령 개정안 및 의료급여법 시행규칙 개정안에 대한 공식의견을 표명한다.

국가인권위가 보건복지부장관에게 주문한 의견표명 내용을 보면, 이번 개정안은 의료급여 수급권자들의 건강권·의료권 및 생존권, 개인정보 보호 등에 대한 침해의 가능성도 존재하며, 국가의 최저 생활보장 의무 및 공공부조의 원리에 비추어 위반되는 측면도 있다고 보이므로, 위와 같은 문제점을 해소 할 수 있는 방안을 마련하고, 정확한 실태조사를 통한 통계자료를 근거로 의료급여 수급권자 및 관련 전문가 등과 충분한 사회적 토론 및 의견수렴 과정을 거쳐 신중히 추진하는 것이 바람직하다(국가인권위원회, 2007)고 의견을 표명한다. 복지의 주체는 당연히 국가라는 것을 국가인권위는 강조하며, 공공부조제도야 말로 경제·사회·문화적 권리에 관한 국제인권규약(사회권규약)의 비준 당사국이 최소한도내에서 이행해야 할 국가적 의무사항임을 가장 강조한 것이 국가인권위원회의 입장이었다. 또한 의료급여 수급권자들의 권리를 강조 하며 본인부담금제 도입은 저소득층에 대한 차별조치이며 수급자들의 기본권 침해라고 한다. 그러나 의료급여 수급자들의 건강권 확보와 의료급여 사각지대 해소를 위해 국가의 노력이 필요하다는 점을 강조하면서 적정수준의 의료급여재정에 대한 의견을 제시하거나 공급자에 대한 규제 방안은 없었다.

복지부의 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정안은 입법예고를 통해 국민의견을 수렴한 후 규제개혁심사, 법제처 심사를 거쳐 국무회의에서 처리하게 된다. 시민단체에서는 인권위에 긴급구제신청을 하고 인권위는 이것을 받아들여 의료급여법 시행령 및 시행규칙에 대한 개정안에 대한 공식의견을 표명한다. 인권위의 의견표명은 주로 한겨레에 의해서 기사화되었다. 그러나 복지부는 인권위의 의견표명은 너무 과도한 우려이며, 의견 표명한 내용에 대해선 복지부가 이미 충분히 검토한 것이라며 수용거부의사를 밝혔다.

의료법 개정안 등이 국회에 넘어가 있는 상태에서 갑자기 2007년 5월 21일 유시민 보건복지부 장관은 기자간담회를 열고 사퇴의사를 밝힌다. 당시 유장관은 국민연금 개혁과 관련 “매일 800억 원씩 잠재부채가 쌓여가고 있는데 국가의 미래를 책임지겠다는

사람들조차 아무런 의견표명도 하지 않고 있는 것은 무책임한 일”이라며 “복지부 장관 직을 계속 맡고 있는 것이 중요한 정책을 발전시켜 나가는데 도움이 될 것 같지 않아 사의를 결심하게 됐다”고 사의 배경을 설명했다. 당시 국민연금을 제외한 의료법 개정안 등이 국회에 넘어가 있는 상태에 있었다. 2006년 2월 10일 장관직에 취임한지 1년 3개월여 만에 사의하게 됐다.

## 6. 시민단체 헌법소원 제기, 대한의사협회 성명서 발표 등

의료급여법 개정에 대해 한겨레(2007.6.28.)에서는 “극빈층 의료혜택 끝내 줄이는 , 한심한 정부”라는 사설을 내놓는다.

대한의사협회는 새 의료급여제도에 대해서 지금까지 입장표명을 하지 않다가 2007년 6월 29일 대한의사협회 성명서에서 7월 1일부터 시행될 새 의료급여제도인 의료기관공인인증제가 빈곤층의 의료이용을 막고 의사와 환자관계를 악화시킬 수 있다며 이 제도를 거부하겠다고 밝혔다. 당시 대한의사협회 박경철 대변인은 “취약계층의 건강을 더 챙겨야 할 정부가 재정절감을 이유로 이들의 건강권을 위축시키는 것은 잘못되었다며 앞으로 위헌소송과 함께 제도의 부당성을 알려나가겠다”고 밝히면서 새 의료급여제도에 수용거부를 나타냈다(한겨레, 2007.6.30.). 당시 대한의사협회 주수호 회장은 “이 선택병의원제는 사실상 의사들의 진료에 대한 사전승인제이기 때문에 동의 할 수가 없었다”고 선택병의원제가 의사들의 진료권을 제한 할 수 있다는 우려가 작용한 것이라고 한다(나영희, 주수호 회장과의 인터뷰내용, 2010, 재인용).

대한한의사협회도 성명서에서 본인부담금제와 선택병의원제는 의료서비스가 가장 필요한 가난한 사람들에게 의료이용을 막는 제도임을 밝히고, 의료급여 자격관리시스템 구축과 시행에 따른 준비부족이 의료급여 환자의 의료기관 이용을 제한하지 않을까 크게 우려된다고 밝히며, 의료급여제도 변경을 무기한 연기를 촉구했다(연합뉴스, 2007. 7. 2).

2007년 7월 2일 의료급여개혁을 위한 공공행동은 헌법소원을 낸다. 빈부와 상관없이 국민이라면 누구나 누려야 할 의료이용에 대한 헌법적 권리를 침해한 것이라는 내용을 담고 있다.

의료급여법 개정에 대해 국가인권위원회까지 문제를 지적했으나 소용이 없었고, 정부는 반대 목소리에 아랑곳하지 않았다. 빈민들의 건강을 위협해가며 재정급증의 원인을 무료혜택을 받는 수급자들에게 돌리며 재정절감을 위한 방안으로 예산을 아끼는 쪽을 선택했다. 게다가 다른 정부부처도 아니고 사회안전망을 더욱 확충해서 최소한 돈이 없어 병원에 못가는 일이 없도록 하겠다던 정부이다. 이것이 취약계층에 대해 ‘복지’를 내세우던 부처가 주도해 벌인 일인 것이다.

## 제3절 정책대안의 흐름

### 1. 의료급여법 입법예고안

재원배분회의에서 보건복지부의 안건 중에 의료급여 조정에 대한 부분이 있다. 이것을 계기로 의료급여법에 대한 개정방안 추진 계획을 세운다. 보건복지부는 2006년 8월 30일 『보건복지분야 비전 2030』 추진실적 및 계획아래 의료급여 제도개편 등 6개 과제를 발표한다. 의료급여제도 개편내용을 보면, 의료급여 수급자의 건강수준 제고 및 중장기적인 의료급여 지출의 적정수준 유도를 위하여 근본적인 제도 혁신방안 추진할 계획이며 의료급여 지정의료기관제 도입, 의료급여 본인부담제 도입, 특별시·광역시 자치구 의료급여 재정분담 도입을 추진한다는 내용을 발표한다. 이러한 내용을 좀 더 보완하여 의료급여법 개정에 대한 정책대안으로 국민보고서에 포함시킨다.

2006년 10월 의료급여제도의 운영의 책임을 제대로 하지 못한 점을 반성하며 유시민 장관은 국민보고서를 발표한다. 그러면서 의료급여 진료비 낭비의 원인을 ‘내원일수와 입원일수 증가, 내원일당 진료비 증가’에 있으며 이는 수급권자의 도덕적 해이 때문이라고 진단하였다. 보건복지부는 몇 가지 응급처치라며 공급자 대책, 수급자 대책, 정보 인프라 강화를 내놓았다. 공급자 대책을 보면 의료기관 특별실사 대책반을 만들어 허위청구와 부당청구 혐의가 있는 의료기관에 대한 기획 실사를 시작했고 장기입원환자, 특히 정신병 입원환자들에 대한 진료적정성 심사를 강화하고 약물 중복처방에 대한 감시도 강화했다. 수급자 대책은 연간 급여일수 365일이 넘는 38만 명을 대상으로 전면적 실태조사에 착수하며 집중적인 건강 상담과 밀착관리가 필요한 2만 7천 명에 대해서는 시군구 의료급여 관리사 1인당 120명씩 할당하여 특별 사례관리에 들어갔다. 만성질환자의 건강관리를 보건소 방문보건사업에서 할 수 있도록 방문보건사업 요원과 사례관리를 위해 의료급여 관리사를 충원하도록 조치하였다. 또한 건강보험공단과 심평원의 원활한 정보교류와 업무협조를 하도록 해서 365일 초과 진료자에 대해서는 예전보다 엄격한 사전심사제를 실시토록 하였다.

보건복지부가 적극 검토하고 있는 근본적인 제도혁신 방안이라며 주치의제도와 지정병원제도, 본인부담금제 도입, 희귀난치질환 전문치료센터, 지방자치단체의 책임성 강화 등을 법령에 대한 개정이 필요하다고 하며, 보고서 발표와 함께 정책대안도 같이 발표를 한다.

의료급여법 개정에 따른 정책대안을 살펴보면, 주치의 제도와 지정병원 제도는 무상 의료서비스 오남용을 막기 위해서 의료급여 수급자중 연간 급여일수가 365일 초과자, 만성질환자, 난치질환을 가진 수급자에 대해 주치의나 병원을 지정해주는 것이다. 주치의 지정하거나 국공립 또는 민간병원을 지정하여 진료 받게 하는 방안을 검토하고 있다.

본인부담금제 도입은 무상의료의 부작용을 줄이기 위해 수급권자에게 본인부담금을 내게 하는 것이다. 본인부담금제도를 적용하는 방안을 검토하고 있다. 진료비에 대한 본인부담금 납부능력을 높이기 위해 수급자들에게 일정액을 현금으로 지급하거나, 개인별 진료비 계좌를 만들어 국가가 일정액을 불입해 주는 것이다. 여기서 남는 돈은 현금으로 찾아 쓸 수 있게 하는 것이다.

희귀난치성질환에 대한 전문치료센터 건립은 진료비를 가장 많이 쓴 수급자 100명의 대부분이 혈우병을 비롯한 희귀난치성 질환자들이다. 희귀난치성 질환 전문치료센터를 지어서 국가가 직접 이들을 치료해 주는 것이다. 이렇게 함으로써 사후 진료 적정성 평가를 해서 재정누수에 대한 잘못된 점을 발견하기에 효과적이라고 한다.

지방자치단체의 책임성 강화를 위한 대안으로는 현재 의료급여 관리는 기초생활보장 수급자와 의료급여 수급자 발굴, 선정, 관리 업무는 모두 시군구에서 이루어진다. 의료급여 재정비 분담은 특별시와 광역시, 시군구만 정부와 지방비를 낸다. 특별시와 광역시의 자치구는 재정부담을 하지 않는다. 특별시와 광역시의 자치구도 지방비를 분담하게 해서 지방자치단체의 책임성을 강화하겠다는 것이다.

**<표 4-2> 의료급여법 개정에 대한 정책대안**

구분	보건복지부 정책대안 내용
주치의 제도와 지정병원제도	급여일수가 연간365일 초과자, 만성질환자, 난치성질환을 가진 수급자에 대해 주치의를 지정하거나 국공립 또는 특정한 민간병원 지정하여 진료 받게 한다
본인부담금제 도입	·만성질환자 등 주치의와 지정병원 제도 적용을 받지 않는 수급자에 대해 본인부담금을 적용 한다 ·일정액을 현금지급하거나, 개인별 진료비 계좌를 만들어 국가가 일정액 불입해주고, 남는 돈은 현금으로 찾아 쓰게 하는 제도 적용한다

희귀난치질환 전문치료 센터	희귀난치성 질환자는 국공립 병원이나 민간병원에서 치료하지 않고 국가가 희귀난치성 전문치료센터를 세워 진료받게 하는 것이다
지방자치단체의 책임성 강화	특별시와 광역시의 자치구도 의료급여 지방비를 분담하게 해서 지방자치단체의 책임성을 강화하고자 한다

이와 같이 국민보고서에서 발표한 정책대안은 <표4-3>의 내용을 검토하고 있었다. 그러나 2006년 12월 20일 복지부에서 발표한 의료급여법 입법예고안의 내용은 정책방향이 약간 바뀌어서 발표를 한다. 외래 진료시 소액 본인부담제 도입은 1종수급권자의 1인당 진료비가 성, 연령, 중증도가 유사한 건강보험가입자에 비해 3.3배나 높다는 점에서 수급권자들에게 최소한의 비용의식을 갖게 하여 적정의료이용을 유도하기 위한 것이라며 2006년 12월 20일 입법예고에서 발표한다. 그러나 시민사회단체들은 의료급여제도개선의 논거로 제시한 통계인 의료급여환자의 진료비가 건강보험 환자보다 3.3배가 많다는 통계는 허구라며 복지부의 잘못된 진단을 비판한다. 진료비에 가장 큰 영향을 미치는 나이와 질병의 경중 등을 고려하지 않음으로써 수치가 부풀려졌다는 것이다. 2006년 12월 31일자 한겨레에 보도를 보면, “빈곤층 무료진료비 건보가입자의 3.3배 발표했다가 노인·중환자 비율 감안 안해 뒤늦게 1.48배로 고쳐 발표, 본인부담금 재검토해야”한다며 지적하고 있다. 빈곤층의 도덕적 해이 현상으로 건강보험보다 진료비를 3.3배 더 쓴다는 정부의 발표에 중대한 잘못이 있는 것으로 드러났다. 이 자료를 근거로 빈곤층의 무료의료를 제한하는 본인부담제 등 대책을 내놓은 것이다. 정부의 발표 자료는 진료비에 대한 영향을 크게 미치는 성별, 나이, 중증질환 비율 등 주요변수들을 반영하지 않은 잘못된 통계로 드러났다. 2005년 건강보험 통계연보에서 의료급여 대상자의 경우 진료비가 많이 드는 노인 비율이 25.6%로 건강보험의 8.3%보다 세배이상 높았는데 복지부 자료에는 반영되지 않았다. 중증질환자의 비율이 의료급여 대상자들의 건강보험 가입자보다 훨씬 높은데도 이력 변수들은 복지부는 통계에 포함시키지 않았다. 이렇듯 정부에서 발표하는 자료는 수급자들의 주요변수를 고려하지 않고 내놓은 대안들이다.

보건복지부는 입법예고 후 10일 뒤인 2006년 12월 31일 연령과 중증질환 수 등을 보정해 계산했더니, 의료급여 대상자의 평균 진료비가 건강보험 가입자 보다 1.48배 수준이라는 수정통계를 다시 내게 된다. 잘못된 통계로 인해 복지부는 이것을 근거로 본인



부담금제 등 대책을 내놓았으므로 다시 “보정된 통계에 맞춰 본인부담제 등 의료급여 대책을 검토해야 한다”고 신영전 한양대의대교수가 말했다. 이에 대해 이상석 복지부 사회복지정책본부장은 “연령, 중증도 등을 보정하지 않은, 잘못된 자료를 발표한 점은 죄송하다”고 밝혔으나 “의료급여 수급권자가 적절하게 병·의원을 이용하도록 본인부담제, 선택병의원제 도입은 필요하다”고 주장했다(한겨레, 2006.12.31.).

의료급여법 입법예고안을 정리하면 다음과 같다.

**<표 4-3> 의료급여법 입법예고안**

구분	입법예고안 내용
1종수급권자 외래진료시 본인부담금제	무료진료에서 외래진료시 본인일부담금 있음
건강생활유지비 지원	일정금액 매월 현금으로 지급
의료급여기관 선택제 도입	의원급 의료기관 1곳만 선택해서 진료
비급여 대상 근거 신설	파스류 비급여 전환
의료급여증 개선	종이 의료급여증에서 플라스틱 카드로 전환
가정에서 산소치료에 요양비 적용	산소필요시 가정에서 의료급여 적용하여 사용
장애인 보장구의 급여절차 개선	보장기관을 승인을 거치고 판매·제작하도록 함

## 2. 의료급여법 개정안

정책주도자들은 정책대안(policy solution)을 준비해 놓고 그들의 주 관심대상인 정책문제가 사회적 이슈로 부상되고 그들에게 유리한 정치적 분위기가 조성되기를 기다린다.

당시 유시민 보건복지부 장관은 추석전후로 해서 국민보고서를 반성문 형식으로 발표하면서 장관으로서 의료급여제도의 운영의 책임을 제대로 하지 못한 점을 반성하며, 의료급여 재정낭비의 책임을 수급자에게 돌리고 있다. 의료급여 진료비 낭비의 원인을 ‘내원일수와 입원일수 증가, 내원일당 진료비 증가’에 있으며 이는 수급권자의 도덕적 해이 때문이라고 진단하였다. 그러면서 보건복지부의 몇 가지 응급처치라며 공급자 대

책, 수급자 대책, 정보인프라 강화를 내놓았다. 보건복지부에서 내놓은 잘못된 통계와 정책대안에 대해서 시민사회단체와 언론에서 개정안에 대해서 문제제기하였다. 보건복지부는 개정안에 대해서 다시 일부 수정해서 발표하게 된다. 수정안의 내용은 의료급여환자들이 자기공명영상(MRI), 컴퓨터 촬영(CT) 등을 찍을 때 내야 하는 본인부담금을 전체비용의 10%에서 5%로 줄였고, 사용을 제한했던 파스도 위장장애 등으로 약을 먹을 수 없을 때는 처방을 받을 수 있도록 변경했다. 또한 만성질환에 시달리는 의료급여 환자들에 대해 1-2군데의 의원만 다니도록 했던 내용을 장애인 종합병원도 다닐 수 있도록 진료권을 넓혔으며, 건강생활유지비(월6천원)도 현금으로 지급하지 않고 해당 액수만큼 의료비로 쓸 수 있도록 하였다. 건강생활유지비는 현금으로 지급하면 의료비가 아닌 생활비로 쓰게 된다는 시민사회단체의 지적을 수용해 수정한 것이다.

이러한 검토 안이 2006년 12월 19일자 의료급여법 시행령개정안과 동년 12월 29일 의료급여법 시행규칙입법예고하면서 외래 이용시 본인일부 부담제와 건강생활유지비 지원, 선택병의원제 등으로 정책의 방향이 바뀌게 된다. 입법예고하면서 주무부처의 입장을 최종적인 상태로 내놓으며 국민의 의견수렴 절차를 마련해 놓았으나 사회적으로 논쟁의 대상이 되지 못하고 의료급여수급권자들의 목소리는 전혀 반영되지 않았다. 국민보고서에서 발표한 개선안에서 약간의 변동은 있을지라도 복지부가 원하는 방향으로 정책이 변동되었다. 이상과 같이 의료급여법 입법예고안과 수정안을 비교하면 <표 4-4> 와 같다.

**<표 4-4> 의료급여법 개정안(입법예고안, 수정안) 비교**

분류	입법예고안	수정안
1종수급권자 외래진료시 본인부담금제	·외래진료시 일부 본인부담, 입원은 부담금 없음 ·MRI,CT 촬영시 본인부담금 10%	MRI,CT 촬영시 본인부담금 10% → 5%로 줄임
건강생활유지비 지원	일정금액을 현금으로 선지급함	건강생활비 6천원을 현금으로 지급하지 않고 해당 액수만큼 의료비로 사용하도록함
의료급여기관 선택제 도입	수급자 본인이 의원급 의료기관 1곳만 선택해서 진료받	만성질환 등 의원급 1-2군데만 다니도록 했던 시행규

	을 수 있음	칙을 장애인은 종합병원도 다닐 수 있도록 수정
비급여 대상 근거 신설	보험적용 되던 파스류를 비급여 품목으로 분류함	비급여 파스류를 위장장애로 약을 복용하지 못할 경우 보험적용가능
의료급여증 개선	의료급여증을 종이에서 플라스틱 카드로 전환	
가정에서 산소치료에 요양비 적용	가정에서 산소치료시 의료급여 적용함	
장애인 보장구의 급여절차 개선	보장기관의 승인 없이 받던 것을 지급기준 충족여부확인	

## 제4절 정책의 창 및 정책 활동가

2006년 4월 노무현대통령 주재로 “재원배분회의”가 열리면서 내년 각 부처별 예산과 지출한도가 결정되는 회의였다. 보건복지부는 매년 재정증가분이 의료급여비로 투입됨에 따라 재원배분을 받지 못할 수도 있다는 압박을 받고 있었다. 당시 보건복지부장관은 이것으로 인해 재정절감을 위한 정책방향을 세우게 되는 계기가 되었다. 문제의 흐름은 여기에서 시작되어 재정의 누수의 원인을 의료급여제도의 문제점에서 찾고 있었다. 이때 의료급여법 개정에 대한 논의의 창이 열렸다고 할 수 있다. 재원배분회의에서 부처별 주요쟁점에서 보건복지부에서 내놓은 안건 중에는 의료급여 조정 건이 있다. 의료급여비에 많은 재정이 들어감에 의료급여비 재정절감에 대한 정책이 필요한 상황이었다. 재원배분회의를 통해 의료급여에 대한 문제인식을 갖고 있다가 정책의 창이 열렸다고 볼 수 있다.

이러한 의료급여에 대한 유시민장관의 생각을 국민보고서를 통해 세상에 알리기 시작한다. 국민보고서에서 의료급여재정의 급속한 증가의 원인으로 수급권자의 도덕적 해이라고 지적하고 있다. 의료급여의 급속한 재정증가로 인해 문제의 흐름이 존재하다가 재원배분회의를 통해 정책의 창이 열렸다.

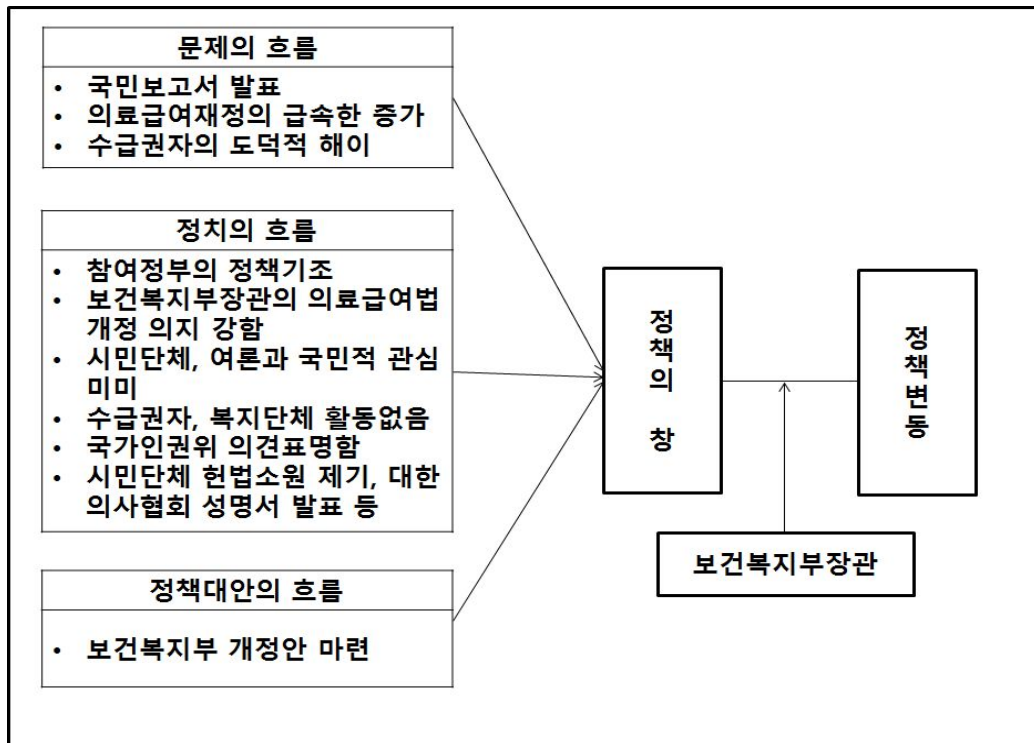
참여정부의 의료복지에 관련된 법 개정의지가 강하고 재정절감에 대한 해결책으로 의료급여법 개정을 정부안으로 보건복지부에서 개정안을 마련하였다. 여론과 국민적 관심은 미미하였고 가장 활발히 활동해야 할 사회복지단체는 어떠한 의견 표명도 하지 않았다. 또한 직접 혜택을 받는 수급권자의 의견은 반영 되지 못하였다.

시민단체에서 인권위에 긴급구제신청을 해서 인권위에서 의견표명을 하였다. 또한 시민단체에서 헌법소원을 제기하였으나 정부의 의료급여법 개정 의지가 강하였다. 사회적 약자인 수급권자의 의료이용 문제점에 대한 개선이 필요하다는 생각으로 반대여지는 보여도 적극적으로 반대활동은 하지 못하였다. 문제의 흐름이 흘러 다닐 때 이미 복지부에서는 정책대안을 가지고 있었다. 복지부의 정책대안이 약간의 수정만 거친 후 개정안이 그대로 정책변동으로 이어지게 되면서 정책 활동가인 유시민장관의 의료급여법 개정에 대한 의지를 바꾸지는 못하였다.

정책을 변동하게 된 결정적인 이유가 재정절감이라는 측면이 크다. 의료급여 수급권자의 의료접근을 막고 의료서비스에 대한 제약을 가하면서 까지 시행한 제도이다. 의료급여법이 개정 된지 7년이 지나고 있지만 처음의도대로 1종수급권자의 외래 이용시

무료로 진료 받던 것을 본인부담제를 지우고 의료오남용을 막자는 취지였다. 그러나 본인부담금이 있는 외래진료가 줄고 그 대신 입원진료가 더 늘어난 상황이다(노선순, 2013). 입원치료에 대한 본인부담금이 없기 때문이다. 재정절감 면에서는 큰 차이가 없다. 정부가 의도한 재정절감 측면을 보자면 정책변동이 의도한 대로 되지 않고 수급권자의 건강권과 의료서비스이용에 불편만 주는 결과를 가져오게 되었다. 이런 정책결정 과정이 비합리적이고 비민주적이라도 정부의 의지대로 정책이 결정되는 측면을 분석에서 보여주고 있다.

저소득층인 수급권자의 수는 계속 늘어날 것이고 의료급여 혜택을 받는 사람도 더 늘어날 것이다. 특히 만성질환자, 노인빈곤층이 많기 때문에 의료수요는 늘어날 수밖에 없다. 재정절감을 의료급여에서 찾기 보다는 다른 쪽으로 방향을 돌리는 것이 정책변동에 대한 실패를 줄이는 길인 것 같다.



<그림 4-1 > 의료급여법 개정

## 제5장 결론

### 제1절 연구결과의 요약

정책은 국민을 통제할 수 있는 대상으로 본다. 다수가 공감하는 공동의 이념과 가치가 전제되지 않는 상황에서 만들어지는 정책은 구성원들의 가치와 이념을 더욱 분열시키고 이념적 갈등을 오히려 악화시킬 위험을 내재하고 있다(사공영호, 2004). 또한 정책 결정이후의 많은 논쟁에서 벗어나기 위해 정책연구 과정에서 정책 수혜 집단의 요구는 아예 배제시키고 있다. 이러한 문제는 정책 분석가들이 정책 수혜자들의 요구, 결핍 등을 잘못 이해하고 문제 해결에만 치중함으로써 발생하게 된다. 정책 대상 집단의 요구가 배제된 채 진행된 정책 전문가 집단에 의한 의사결정은 현실과 괴리된 채 정책이 결정되었다는 빌미를 제공하게 된다(류지성, 2007). 이러한 정책의 혼선은 일반 국민들에게 오히려 정보의 비대칭성의 가중되어 결국 정부 정책에 대한 불신으로 나타날 수 있다(박상신, 2000).

정부가 의료급여제도 개선을 위해 가장먼저 문제점으로 지적한 것은 의료급여 수급자의 도덕적 해이와 의료오남용이었다. 저소득층에게 도덕성은 결여되고 복지에만 의존하는 도덕적 낙인자로 취급하면서 의료급여 수급자에게 책임의식을 부여하고 의료급여 재정절감이라는 이유로 의료급여제도를 개정하게 된다. 이것이 본인부담금제, 선택병의원제, 파스폼목 비급여 항목 전환 등의 정책변동이 된 것이다. 국가의 재정부담 책임과 의료공급자에 대한 규제보다는 수급자를 규제하여 국가의 재정부담을 완화하는 것이 의료급여제도의 목적이었다. 이 제도가 수급권자들의 도덕적 해이로 인한 사회적 낙인과 취약계층에 대한 기본적인 의료에 대한 권리와 인간다운 최저생활은 전혀 보호해주지 못하고 있다.

본 연구에서는 의료급여법의 개정과정을 킹돈의 정책흐름이론을 적용하여 분석하였다. 킹돈의 모형에서는 문제의 흐름과 정치의 흐름이 각각에 의하거나 이 둘의 결합에 의하여 정책아젠다가 형성되고 이러 정책아젠다가 형성되면 이것에 대한 해결책으로 정책대안을 찾게 되는데 이때 정책의 흐름 속에 떠다니다가 정책아젠다와 정책대안이 연결되는 경우 정책의 창이 열리며 정책결정의 기회를 맞게 된다. 이러한 킹돈모형을 적용한 의료급여정책 변동 과정 요인을 분석한 결과는 다음과 같다.

의료급여제도에 대한 문제의식을 느끼게 된 문제의 흐름을 보면 2006년 재원배분회에서 의료급여 문제 등으로 당시 유시민보건복지부 장관이 골몰하고 있었다. 의료급여비로 막대한 예산이 들어가고 이것으로 인해 매년 미지급사태로 이어지고 있었다. 이러한 이유로 새로운 복지정책에 대한 요구가 절실하게 필요함을 느끼며, 유시민보건복지부 장관이 의료급여 제도혁신에 대한 국민보고서를 2006년 10월에 전 국민에게 발표한다. 보고서의 내용은 의료급여의 재정이 계속 급증하고 있고 만성적인 미지급사태가 발생하여 이러한 급증현상을 수급권자의 무료의료에 대한 도덕적 해이서 찾고 있었다.

정치의 흐름에서는 당시 참여정부는 인수위 시절부터 의료복지에 대한 관련법의 개정의지가 강하였고, 유시민장관도 의원시절부터 과잉처방약제비 환수법안을 계속 추진하는 등 의료법 개정안에 대한 의지가 강하였다. 이러한 의료급여제도에 대한 문제점을 지적하여 의료급여법 개정을 추진한다. 정부안으로 의료급여법 시행령과 시행규칙을 입법예고를 한다. 이러한 의료급여법 개정안은 개악안 이라며 입법강행중단을 촉구하며, 시민단체에서는 긴급구제 요청을 하여 국가인권위에서 의견표명을 한다. 또한 시민단체에서 헌법소원까지 제기하였으나 사회적으로 공론화시키기에는 부족했다. 처음에 발표한 국민보고서는 언론에 큰 관심을 받지 못하였다. 보수언론은 개정안에 찬성하는 입장이고 한겨레에서만 주로 의료급여수급권자의 새 의료급여제도에 대한 문제점을 기사화 할 뿐이었다. 사회복지단체는 어떠한 의견표명도 하지 않았고 수혜를 받는 수급권자의 의견은 반영조차 되지 않았다. 이런 각 계의 정치적 역할이 크게 작용하지 못하고 문제의 흐름부터 정치적 역할까지 정부가 중심이 되어 보건복지부내에 정책 아젠다가 형성되게 했으리라 생각할 수 있다.

정책의 흐름에서는 보건복지부는 정책참여자 이면서 정책대안을 형성하였고, 사회복지계는 정치적 역할과 정책대안 형성에 어떠한 역할도 하지 않았고 학계와 시민사회단체 등은 정책대안 형성에 약한 정도의 역할을 하였다. 대한의사협회와 대한한의사협회는 법 개정의 추진과정에서는 역할을 하지 않다가 개정이 이루어지고 나서 입장표명을 내놓는다. 결과적으로 개정안이 약간 수정되었을 뿐 의료급여법 개정안이 통과되었다. 각각의 흐름에서 정부가 주도적 역할을 하여 의료급여법이 개정되게 되었다. 의료급여의 재정 누수에 대해 수급권자의 도덕적 해이에서 원인을 찾으며 저소득층의 건강권·생명권과 사회적·경제적 상황과 질병에 대한 특성을 전혀 고려하지 않은 새 의료급여 제도는 결국 복지부의 기초대로 시행되게 되었다.

정책의 창은 문제의 흐름이나 정치의 흐름에 의하여 창이 열린다. 이중에서도 어떤

흐름이 더 주도적인 역할을 했는가에 따라서 정책대안이 다르게 나올 수 가 있다. 문제의 흐름은 사건이나 위기, 특정 문제가 발생할 때 열리고, 정치의 흐름은 선거, 정권 교체, 이데올로기 변화나 정치적 상황이나 분위기에 따라 창이 열릴 수 있다. 그러나 문제의 흐름과 정책대안은 항상 연결이 되어 있어서 가장 효과적인 정책대안이 채택 되더라도 의회나 행정부의 정치적 지지를 받지 못하면 정책대안으로 채택이 되지 못할 수도 있다. 의료급여제도에 대한 문제의 흐름을 정부에서 문제제기를 하면서 정책적 대안도 함께 내놓았다. 기존 의료급여제도의 대해 문제가 있다는 것은 인식하고 있었다. 행정부의 기존 제도에 대한 개정의지는 너무 강하고 보수언론에서는 정부의 입장을 찬성하고, 시민단체나 이익집단 활동이 미약하고 국민적 관심도 많지 않은 상황 이어서 정부의지 대로 정책이 결정되게 된 것으로 분석된다.

정책의 창을 보면, 2006년 4월 노무현대통령 주재로 재원배분회의가 열렸으며 이 회의의 결과에 따라 자원배분이 이루어지는 중요한 회의였다. 재원배분회의라는 정책의 창이 열렸을 때 재정절감의 필요성을 느낀 당시 보건복지부장관이 국민보고서를 전 국민에 발표한다. 문제의식을 느끼게 된 것은 의료비 재정의 급속한 증가의 원인이고 정책대안은 의료비를 절감하기 위한 방안으로 본인일부부담제, 선택병의원제를 도입하는 것이다. 정치적 환경은 계속 급증하고 있는 의료급여비의 절감을 위한 보건복지부장관의 의료급여법 개정의지가 강하였다. 유시민 장관이 2006년 2월 취임하면서 제일 먼저 추진한 것이 약제비 적정화 방안이었다. 그 해 4월 건강보험법 개정안 입법예고하였다. 또한 취임당시 “이익단체에 흔들리지 않겠다”며 자신의 입장을 확실히 관철시켰다. 2007년 5월에는 의료법 전면 개정안을 국회에 제출하는 등 보건의료시민단체들로부터 비판을 받아왔다. 2007년 7월에는 의료수급권자의 약물 오남용과 의료쇼핑을 방지하고, 의료비 재정절감이라는 이유로 의료급여법 개정안을 통과시켰다. 보건복지부장관의 의료급여법 개정의지가 강하였고 시민단체와 여론 등 반대의지가 약하고 수급권자는 의사를 표현할 기회조차 할 수 없었다. 수급권자의 도덕적 해이로 인한 재정절감 측면에서는 법 개정이 필요하다는 인식하에 크게 반대하는 단체가 없었다. 재원배분회의로 인해 정책의 창이 열리면서 문제의 흐름이 정책의 창과 만나 정책 활동가인 보건복지부장관의 개정의지가 강하였고 의료급여법 관련 단체들에 대한 반대의지가 약하여 정책이 변동되어 의료급여법 개정이 시행된 것으로 분석된다. 이와 같이 우연히 세가지 흐름이 독립적으로 흐르다가 정책이 창이 열리면 정책이 이루어진다는 것을 보여주었다. 이런 정책결정과정은 비합리적이고 비민주적이지만 정부의 의지대로 정책이 결정되는 측면을 분석에서 보여주고 있다. 정책결정에 있어서 정책 활동가의 역할이 정책



이 변동되는 과정에 중요한 영향을 미친다. 참여자들이 정책과정에서 어떠한 활동을 하는지에 대해 정책변동 과정에서 중요하다는 것을 확인할 수 있었다. 참여자들의 활동이 미미할수록 정책 활동가의 정책대안이 합리적인 방안이 아니더라도 그대로 정책이 채택될 수 있다.

의료급여의 만성적인 재정적자와 진료비 미지급으로 인해서 다른 복지사업에 대한 축소가 불가피한 상황에서 의료비 절감을 위해 내놓은 대안이 의료급여제도의 개정의 목적이다. 의료급여제도의 본래 목적인 재정절감 측면을 보자면 최근의 연구에서도 보고되듯이 이 제도로 의해 의료기관수, 총 급여일수, 외래일수, 투약일수는 유의하게 감소되었지만 이용 가능한 의료기관 외래이용이 제한됨에 따라 입원일수가 다소 늘어나 의료비 절감에는 큰 영향을 끼치지 못하였다(노선순, 2013). 또한 선택의료급여기관 제도를 도입하여 의료과다이용을 예방하기 위해 만성질환자에게 제도를 시행한 결과 외래일수는 감소하였다. 그러나 입원일수와 진료비는 선택병원 지정 후에 대부분 증가하였다(김민정, 2014). 이렇듯이 정책변동과정에서 여러 단체의 의견을 수렴하지 못하고 채택된 정책은 정책이 실패할 확률이 높다.

의료급여제도의 지속적인 발전과 고령화, 건강에 대한 관심 증가, 신 의료기술의 발달 같은 외부환경의 변화로 인해 의료급여재정이 급속하게 증가하여 왔다. 의료급여수급권자는 만성질환, 복합질환을 가진 노인 등의 비중이 높아 여러 의료기관을 이용하는 경우가 많다. 주거환경이 안 좋고 영양상태가 나쁘기 때문에 가난할수록 병이 많이 생기고 똑같은 치료를 해도 잘 낫지 않는다. 잘못된 의료정책으로 사람의 목숨도 위협받을 수 있다. 의료급여 진료비의 증가는 수급권자의 의료납용이 아니더라도 수급권자의 대부분이 노인비율이 높을 뿐만 아니라 수급권자수를 줄인다 해도 여전히 의료급여수급 대기자들이 기다리고 있다. 진료비의 낭비는 행위별수가제 아래서 적절하게 관리되지 못하고 있는 공급체계의 문제점도 있다. 의료급여 제도의 혁신적인 개혁은 재정절감만을 위한 정책이 아니라 견고한 건강안전망의 구축과 지속가능한 효율적 재정운영을 위한 보건의료체계의 구조개혁이 이루어 져야 할 것이라고 본다. 저소득층인 수급자들은 낮은 보장성과 각종 차별에 시달리고 있으며 날로 심화되는 사회양극화 속에서 가장 기본이 되는 건강권이 위협받고 있다.

정부는 정책을 결정하는데 있어서 정책의 효과성에만 집착하지 말고 제기된 문제를 해결할 수 있도록 제도 개선을 위해 구체적인 방안과 체계적인 노력을 지속적으로 점검해 나가는 것이 필요하다. 의료보장형태의 종류와 상관없이 의료서비스를 받은 수 있는 진입이 모든 사람에게 동일한 조건으로 접근할 수 있어야 한다. 의료급여를 받는

수급권자는 사회적으로 약자이고 가장 정부로부터 보살핌을 받아야 될 복지 취약계층이다. 정부는 힘 안들이고 가장 쉬운 방법으로 부족한 국고를 메우기 위해 세금을 더 걷어 들이고 어느 한곳에 예산이 많이 들어가면 그 쪽 예산을 도덕적 해이나 복지혜택을 받는 사람의 잘못으로 돌리고 있다. 정부는 사회취약 계층의 생명과도 같은 건강권을 해치지 않는 범위 내에서 좀 더 근본적인 방법으로 더 나은 복지정책을 강구해야 할 것이다.

## 제2절 연구결과의 정책적 함의

본 연구는 정책이 변동된 시점을 킹돈모형을 적용하여 정책의 창이 열리면서 문제와 정치의 흐름과 정책대안으로 인해 정책이 결정되었음을 분석했다. 이와 같이 우연히 세가지 흐름이 독립적으로 흐르다가 정책의 창이 열리면 정책이 이루어진다는 것을 보여주었다. 이런 정책결정과정은 비합리적이고 비민주적이어서도 정부의 의지대로 정책이 결정되는 측면을 분석에서 보여주고 있다.

의료급여는 수급권자들의 삶의 질, 건강과 생명에 직접적인 영향을 미친다는 점에서 사회적 관심과 배려가 중요하다. 의료보호에서 의료급여로 명칭이 바뀌어 수급권이라는 개념이 도입되어 많은 제도변화가 시행되고 있지만 아직도 개선해야 할 문제점들이 많이 있다. 제도시행에 있어 가장 먼저 고려되어야 할 부분은 제도에 대한 목적과 가치, 법의 직접적인 대상이 되는 수급권자들의 의견 등에 대한 고려 없이 비합리적으로 정책을 결정하는 것은 개선되어야 한다.

정책결정에 있어서 직접적인 대상이 되는 수급권자들의 의견 등에 대한 고려 없이 정책변동에 있어서 비합리적으로 정책이 결정된 것이다. 정책결정에 있어서 정책활동가의 역할이 정책결정 방향에 어떠한 영향을 미치며 참여자들이 정책과정에서의 활동 또한 정책변동 과정에서 중요하다는 것을 확인할 수 있었다. 문제에 대한 가장 적합한 대안 보다는 문제에 대한 해결책으로 우연히 정책의 창이 열리게 되고 정책활동가의 의지에 의해 정책이 결정될 가능성이 높다. 이러한 정책대안은 참여자의 활동이 미미하여 정책대안이 정책을 집행하는 사람에 의해 쉽게 결정이 될 수 있다. 여러 사람의 의견을 수렴하지 못한 정책결정은 정책실패로 될 확률이 크다는 것을 고려해야 된다.

정책결정시 수급권자들의 의견을 수렴하여 법을 유지, 발전 시켜 나가기 위해 직접 수혜를 받는 대상자를 앞으로 법개정에 있어서 참여를 시켜 현실에 맞는 법이 필요하리라 본다. 정치적 환경보다는 합리적인 과정을 거친 정책이 제시되어야 할 것이다. 또한 의료급여제도를 현실에 맞게 개선하고 발견된 문제점에 대해선 수급권자들의 건강을 침해하지 않는 것에 우선순위와 가치를 두어야 한다.

선행연구에서 의료급여정책 변동 과정을 분석한 연구가 없다는 점에서 본 연구의 의의를 갖는다. 앞으로 의료급여제도의 발전을 위해서는 제도의 과정을 분석한 연구들이 많이 나와 정책결정 과정시 나타나는 문제점을 지속적으로 개선해 나가는 자세가 필요하리라 본다.

## 【참 고 문 헌】

### I. 국내문헌

#### 1. 단행본

- 김선정(2011) 『정책학의 이해』, 한국학술정보.  
 남궁근(2014) 『정책학』, 법문사.  
 류지성(2007) 『정책학』, 대영문화사.  
 송근원·김태성(2008), 『사회복지정책론』, 나남출판사.  
 안해균(1998) 『정책학원론』, 다산출판사.  
 \_\_\_\_\_(2005) 『정책학원론』, 다산출판사.  
 정정길(2014) 『정책학원론』, 대명출판사.  
 최병선(1992) 『규제정책론』, 법문사.  
 한국정책학회(2014) 『정책사례연구』, 대영문화사.

#### 2. 논문

- 권문일(1989) “한국 사회보험 입법의 형성에 관한 연구: 산업재해보장제도와 의료 보험을 중심으로”, 서울대학교 석사학위논문.  
 김가람(2014) “다중흐름모형을 적용한 반값등록금 정책변동과정 분석”, 중앙대학교 석사학위논문.  
 김기중(2012) “의료급여제도변화에 따른 의료이용 효과성 분석: 의료급여 1종 외래환자 의료이용 변화분석을 중심으로”, 단국대학교 석사학위논문.

- 김대순(2011) “정책결정에 있어서 이익집단의 포획에 관한 연구: 복지 관련 법안 개정 사례를 중심으로”, 단국대학교 박사학위논문.
- 김민정(2014) “선택의료급여기관 제도가 만성질환을 가진 의료급여 수급권자의 의료이용에 미치는 영향”, 인제대학교 석사학위논문.
- 김상봉·이명혁(2011) “Kingdon의 정책 창 모형에 의한 비축임대주택 정책의 갈등관계 분석 및 평가”, 『한국정책과학학회보』, 제15권 제3호.
- 김선희(2007) “성매매방지정책의 변동에 관한 연구”, 계명대학교 박사학위논문.
- 김영옥(2008) “의료급여1종 수급권자에 대한 외래 본인부담제 도입이 의료이용 및 진료에 미치는 영향”, 연세대학교 석사학위논문.
- 김주경·현재은(2014) “Kingdon의 다중흐름을 적용한 영유아 무상보육정책 분석: 누구를 위한 무상보육인가?”, 『한국정책학회보』, 제23권 제4호.
- 김창오(2010) “정책결정과정에서 소규모 NGO의 역할: 북한이탈주민 정신건강지원 정책결정과정의 사례분석”, 성공회대학교 석사학위논문.
- 나영희(2009). “의료급여법 시행령과 시행규칙 개정과정을 둘러싼 담론에 관한 연구”. 『사회복지정책』, 제36권 제1호.
- \_\_\_\_\_ (2010) “국가인권위원회의 사회권 담론 성격에 관한 연구: 의료급여 제도 혁신대책과 특수 고용노동자 보호정책을 중심으로”, 중앙대학교 박사학위논문.
- 남기동(2004) “의료급여정책의 운영평가와 개선방안”, 『복지행정연구』. 제20집.
- 노선순(2013) “의료급여수급자의 선택의료급여기관제도에 따른 의료이용의 변화”, 전남대학교 석사학위논문.
- 모창환(2005) “한국철도산업 구조개혁의 정책결정분석: 쓰레기통모형의 적용과 이론적 시사점”, 『한국정책학회보』, 제14권 제3호.
- 민상기(2008) “Garbage Can Model을 이용한 민영건강보험 관련 정책결정과정 분석: Kingdon의 정책흐름모형을 중심으로”, 경희대학교 석사학위논문.
- 박상신(2000) “정책결정과정상 공익 단체의 영향력 제고를 위한 연구”, 연세대학교 석사학위논문.
- 박윤영(2002) “국민기초생활보장법 제정과정에 관한 연구”. 『한국사회복지학』, 제49권 제49호.
- \_\_\_\_\_ (2010) “노인장기요양보험법의 제정과정”. 『대한케어복지학』, 제13호, 29-47
- 사공영호(1998) “가부장적 행정문화와 규제관료의 포획에 관한 연구”, 서울대학

교 박사학위논문.

손정인(2008) “의료급여 수급권자의 보건의료 관련 차별경험에 대한 현상학적 연구”  
서울대학교 석사학위논문.

송준성(2014) “토지거래허가제의 실효성에 관한 고찰”, 단국대학교 석사학위논문.

유야마 아쓰시(2009) “국민기초생활보장법의 구축과정분석” 서강대학교 석사학위논문.

유원섭(2008) “최근 의료급여제도 변화의 문제점과 개선방안”, 『월간복지동향』  
제 120호.

유은주(2008) “노인장기요양보험의 정책과정에 관한 연구: Kingdon의 정책흐름  
모형을 적용하여”, 한국정책과학학회 동계학술대회.

이민창(2001) “정책변동의 제도론적 분석: 그린벨트와 영월댐 사례를 중심으로”,  
서울대학교 박사학위논문.

이상일(2000) “의약분업 정책결정과정에 관한 연구” 경희대학교 박사학위논문.

이준영(2002) “의료급여제도의 문제점과 개선방안” 사회복지정책 제14집.

이진숙·안대영(2005) “건강가정기본법의 정책결정과정 분석: 킹돈의 이론을 중심  
으로”, 『사회복지정책』, 제23권.

이진숙·조은영(2012) “노인장기요양보험법의 정책결정과정 분석”, 『사회과학연구』, 제  
23권 제1호.

장동민(2001) “의료급여제도의 평가 및 발전방안”, 한국보건사회학회, 제10집.

주정희(2013) “의료급여사례관리를 통한 진료비 절감 방안 연구: 전라북도를 중심으  
로”, 전북대학교 석사학위논문.

채경석(1985) “국가의 정책결정과 국민참여”, 『현대사회』, 통권 18호.

최성락·박민정(2012) “Kingdon 정책흐름모형 적용의 적실성에 대한 연구”, 『한국정책  
연구』, 제12권 제1호.

최정순(2008), “의료급여제도의 개선방안에 관한 연구”, 석사학위논문.

### 3. 기타자료

- 가난한 이들의 건강권 확보를 위한 연대회의 성명서. 2006.10.17.
- 건강세상네트워크 외 9개 단체. 진정서. 2006. “정부의 의료급여법 시행령 및 시행규칙 개정(안) 내용에 따른 수급권자 차별 조치에 관한 긴급구제 요청 건”.
- 국가인권위원회. 2007. “의료급여법 시행령 개정안 및 의료급여법 시행규칙 개정안”에 대한 의견 표명.
- 국민일보. 2007.2.16. “인권위, 의료급여 개정안 건강·생존권 침해”.
- 노동·농민·인권·종교·의료·법률·시민사회단체. 2007.1.11. “절차적 정당성과 정책적 근거도 갖추지 못한 의료급여제도 개악안을 철회하라”.
- 대한의사협회 성명서. 2006.6.29.
- 데일리메디. 2007.1.12. 시민단체-정부, 격해지는 ‘의료급여제도’.
- 데일리메디. 2007.1.17. “미지급 의료급여비 1조395억원”
- 보건복지부, 2005. “공공보건의료 확충 종합대책”.
- 보건복지부. 2006. “의료급여 제도혁신 추진계획안”.
- 보건복지부. 2006.12.20. “1종수급권자 건강생활유지비 지원을 통한 소액본인부담제 도입” 입법예고
- 보건복지부. 의료급여사업안내, 2008.
- 보건복지부. 의료급여사업안내, 2011.
- 보건복지부. 2008. 『2007 보건복지가족백서』 .
- 보건복지부. 2009. 『2009 보건복지백서』 .
- 보건복지부. 2012. 『2012 보건복지백서』 .
- 보건복지부. 2013. 『2013 보건복지통계연보』 .
- 연합뉴스. 2007.7.2. 한의협, ‘의료급여제도 변경’ 무기한 연기 촉구.
- 유시민. 2006.10.9. “의료급여 제도혁신에 대한 국민보고서”.
- 의료급여개선을 위한 국회 토론회, 2009.4.28. “경제위기 시대, 의료급여제도 어떻게 개혁할 것인가”.
- 의료급여개혁을 위한 공동행동. 2007. “헌법소원 청구서”. 미간행.
- 의료급여제도 중장기 발전방안 공청회/ 국회의원 신경림 주최. 2013.5.10.
- 의료연대회의 성명서. 2006.10.19.
- 조선일보. 2006.10.11. “매일 50여장 처방전... 1년간 파스 6000장 받아내... 탈많은 의료급여제 확 고친다”.

중앙일보. 2006.12.20. “무료진료 받던 서민들도 돈 낸다.”  
한겨레. 2006.4.30. “의료급여와 마녀사냥”.  
한겨레, 2006.12.21. 복지부 통계 알고 보니 ‘영터리’  
한겨레, 2007.1.15. “유시민 장관, 정말 파스가 문제인가”.  
한겨레. 2007.2.17. “의료급여 재정절감- 복지부는 모르쇠”.  
한겨레, 2007.2.23. “인권 없는 복지가 가능 한가”.  
한겨레. 2007.6.28. “극빈층 의료혜택 끝내 줄이는, 한심한 정부”.  
한겨레, 2007.6.30. “의료계, 새 의료급여제 수용거부”.  
한국일보. 2006.4.21. “주말 밤샘토론 장관들 격돌”.



## II. 국외 문헌

Anderson J. (1975), Public Policy Making(London: Nelson.

Cobb, Roger W. and Charles P. Elder(1983), Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-Building(2nd ed). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

David Braybrooke. (1970), Charles E. Lindblom. A Strategy of Decision(New York: The Free Press.

David Easton, (1953). The Political System(New York: Alfred A Knopf Inc)..

Kingdon, John W. (1984). Agendas. Alternatives and public Policies(Boston: Little Brown and Co.

\_\_\_\_\_, John W. (1991). Government and Pressure Groups in Britain, Clarendon.

\_\_\_\_\_, John W. (1995). Agendas, Alternatives, and Public Policies. 2nd ed(1st ed. 1984) NY: Addison Wesley Longman, Inc.

\_\_\_\_\_, John W. (2003). Agendas, Alternatives, and Public Policies. Longman.

Lowi, Theodore J. (1964). American Business, Public Policy, Case Studies, and Political Theory. World Politics. 16(4): 687-91.

Truman, David B.(1960) The Governmental Process(New York; Alfred A.Knopt).