

보건의료재정 지속가능성 OECD 협동네트워크 3차 회의 참석보고

The 3rd Meeting of the Joint Network
on Fiscal Sustainability of Health Systems



김교현 주임연구원
건강보험심사평가원 심사연구팀

1. 보건의료재정 지속가능성 OECD 협동네트워크 회의 소개¹⁾

가. 회의 배경 및 목적

1980년에 설립된 SBO(OECD working party of senior budget officials)는 OECD 재정분야 고위공무원으로 구성된 회의체로서 OECD 회원국들의 예산관련 이슈 및 정책대안을 논의하는 역할을 담당하고 있다. 본 회의체는 2011년에는 보건의료재정의 지속가능성(fiscal sustainability of health systems)을 논의하기 위하여 OECD 회원국의 재정부 공무원과 보건부 공무원으로 구성된 협동네트워크(joint network)를 신설하고 2014년까지 3년간 운영하기로 하였다.²⁾

SBO가 전체 재정 가운데 특별히 보건의료재정에 관심을 가진 배경에는 ①보건의료분야의 지출이 전체 정부지출 규모의 두 번째를 차지하고³⁾, ②보건의료지출이 전체 경제성장률

1) 본 원고는 제3차 협동네트워크 회의에 함께 참석한 보건복지부 백진주 사무관, 건강보험정책연구원 현경래 팀장, 한국조세재정연구원 윤성주 부연구위원, OECD SBO 사무국 정정진 선생님의 도움으로 작성되었다.

제 3차 협동네트워크 회의에서 발표된 자료는 OECD 웹페이지에 공개되어 있다.

<http://www.oecd.org/governance/budgeting/3rdmeetingofelsagovnetworkfiscalsustainabilityofhealthsystems2014.htm>

2) <http://www.oecd.org/gov/budgeting/33rdannualmeetingofoecdseniorbudgetofficialssbo.htm>

3) Government at a glance(OECD, 2013) 따르면, OECD 회원국의 가장 많은 정부지출은 사회복지지출(social protection, 퇴직연금, 실업급여, 장애급여 등)로 전체 정부지출의 35.6%를 차지하였고, 보건의료지출은 14.5%로 두 번째, 교육지출이 12.5%로 세 번째였다. 한국의 경우, 경제관련지출이 20.1%, 교육지출이 15.8%, 보건지출이 15.2% 순으로 나타났다.

보다 빠른 증가율을 보이고 있으며, ③반복적이고 의무적인 성격을 갖는 보건의료지출이 지속적으로 정부재정을 압박할 것이라는 우려 등이 작용했기 때문이다(OECD, 2014). 따라서 SBO는 보건의료의 접근성과 질을 유지하면서 동시에 재정건전성을 달성하기 위해 보건부와 재정부의 긴밀한 협력을 유도할 수 있는 협동네트워크를 출범시켰다(OECD, 2014).

협동네트워크의 구체적인 목적은 재정부와 보건부의 대화채널을 만들고, 각 부처의 역할을 분명히 하며, 관련 지식과 목표를 공유함으로써 보건의료재정의 지속가능성 제고를 위한 예산 관리 방안을 확인 및 확산시키는 것이다(OECD, 2014). 협동네트워크의 1차 회의와 2차 회의는 각각 2011년 11월과 2013년 3월에 OECD 본부에서 진행되었으며, 재정 확대 방안, 재정 관련 정부기구의 역할 및 책임, 보건의료체계의 효율성 제고 방안 등의 주제가 논의되었다.⁴⁾

나. 협동네트워크 3차 회의 소개

2014년 4월 24일과 25일에는 협동네트워크의 마지막 연례회의인 3차 회의가 개최되었다. 본 회의에는 OECD 사무국, 정책전문가, 회원국의 보건부 및 재정부 공무원 등 90여명이 참석하였으며, 주요 안건은 아래와 같다.

보건의료재정 지속가능성 OECD 협동네트워크 3차 회의 안건 목록

첫째 날	둘째 날
세션 1 : 보건의료재정의 지속가능성 의미	세션 5 : 보건의료재정 관련 지방정부와 중앙정부의 역할분담
세션 2 : OECD 회원국의 경제성현황	세션 6 : 보건의료재정 효율화를 위한 본인부담의 유용성과 위험성
세션 3 : 보건의료재정 관련 보건부와 재정부 협력 현황	세션 7 : 전국민의료보장을 위한 보건부 및 재정부 협력 사례
세션 4 : 보건의료개혁 사례(이스라엘, 아일랜드)	세션 8 : 보건의료정책에서 정부공개자료의 활용 현황

본 회의에서는 지난 3년간의 주요 논의사항을 정리함과 동시에, 회원국의 보건의료체계 관련 다양한 조사결과를 바탕으로 이미 살펴보았던 일부 주제들이 심도 있게 논의되었다. 아울러, 협동네트워크의 지속여부와 관련하여 회원국들과 전문가들의 의견을 수렴하였고, 향후 안건을 모색하였다.

보건복지부는 건강보험심사평가원(이하 심평원)과 국민건강보험공단(이하 공단)이 본 회의에 참석할 수 있도록 지원하였다. 보건의료재정의 지속가능성에 있어 공단은 재원 확보 관련 업무를, 심평원은 재원의 효율적 사용 관련 업무를 담당하고 있으므로, 양 기관의 참

4) <http://www.oecd.org/gov/budgeting/sbnetworkonhealthexpenditures.htm>

석은 향후 관련 정책을 설계하는데 도움이 될 것으로 기대된다. 심평원에서는 심사평가연구소에서 회의에 참석하였으며, 본 지면을 통하여 협동네트워크 3차 회의의 주요 내용을 소개하고자 한다.

2. 협동네트워크 3차 회의 주요 내용

가. 보건의료재정 지속가능성의 의미 검토

1) 논의의 배경

보건의료지출⁵⁾의 재정 지속가능성은 빈번하게 논쟁 되는 이슈이다. 지속적으로 증가하는 보건의료예산은 정부예산에 부담이 되기 때문에 재정의 지속가능성을 위협할 것이라는 부정적 견해와 더불어, 국민들의 지불용의 또는 사회적 선호와 연관되어 있으므로 세금 증가 또는 다른 정책영역의 지출 감소를 수용할 경우, 문제가 되지 않을 것이라는 견해도 존재한다. 따라서 재정의 지속가능성을 예산증가의 속도와 규모의 측면에서 살펴볼 것인지, 아니면 사회적 선호 또는 우선순위 측면에서 살펴볼 것인지에 따라 지속가능성 판단과 대응방안이 달라진다. OECD 사무국은 3차 회의 첫 번째 세션에서 재정의 지속가능성의 의미 관련 검토결과를 공유하고, 회원국과 정책전문가들의 의견 수렴 및 쟁점사항을 확인하였다.

2) 발표 내용

OECD 사무국의 Ankit Kumar는 보건의료예산의 지속적인 증가는 정부예산에 부담이 될 것으로 예상되지만, 이러한 상황을 반드시 부정적으로 평가할 필요는 없다는 의견을 제시하였다. 경제활동과 관련한 각종 통계지표에 따르면, 보건의료는 고용창출, 건강한 노동력 유지, 경제성장에 기여하고 있기 때문에 정부의 보건의료지출 증가가 나쁜 것만은 아니므로, 장기적인 관점에서 정부지출로서의 보건의료와 전체 경제활동으로서의 보건의료를 구분해서 생각할 필요가 있다고 주장하였다.⁶⁾ 또한 재정건전성 제고를 위한 방안으로 본인

5) SBO 논의에서는 보건의료지출(health care expenditure, health care spending)과 보건의료예산(health care budget)을 구분해서 이해하는 것이 필요하다. 전자는 공공지출과 사적지출을 포함한 전체 보건의료지출을 의미하며, 후자는 공공지출(정부예산 또는 사회보험기금)만을 의미한다. 재정관련 고위공무원 협의체인 SBO는 전체 보건의료지출보다는 공공지출, 특히 정부예산의 지출을 관리하는데 관심이 있으므로, 재정의 지속가능성은 정부예산과 관련한 보건의료지출의 지속가능성을 의미한다. SBO는 상기 Joint Network를 통하여 보건의료지출의 전반적인 특성을 이해하고 정부의 보건의료지출을 관리하는 방안을 찾고자 한다.

6) 발제자료의 원문은 다음과 같다. "We may need to de-link the correlation between health as a share of budgets and health as a share of the economy"

부담금을 높이기보다는 경제성평가 등을 통하여 필수 서비스만 보험급여로 결정하는 등 보건의료체계의 효율성을 높이는 것이 중요하다고 하였다. 덧붙여 민간보험의 확대가 의료비용의 감소에 반드시 도움이 되는 것은 아니라고 하였다.



그림 1. Ankit Kumar의 발표 자료(What is the 'fiscal sustainability' of health?) 중 일부

세계보건기구의 보건의료재정 전문가 Tamas Evetovits는 다른 분야의 예산이 증가하지 않고, 보건의료지출이 효율적으로 이루어지며, 국민들이 더 많은 보건의료지출을 선호한다면, 보건의료예산의 증가는 문제될 것이 없다고 주장하였다. 그리고 각종 통계를 통해 실제로 많은 사람들이 보건의료의 우선순위를 가장 높이 평가하고 있다는 것과 보건의료지출이 다른 공공지출보다 더 빠르게 증가하고 있지 않다는 것을 근거로 제시함으로써 GDP 성장률보다 높은 보건의료지출 증가율이 정당화 될 수 있다고 하였다. 또한 재정의 지속가능성 그 자체는 정책목표가 아니라는 점도 피력하였다. 만약 정책목표가 보건의료재정의 지속가능성이라면 단순히 예산을 축소하면 되지만, 이 경우 공공정책의 목표인 형평의 가치가 희생되기 때문에 재정의 지속가능성 자체가 정책목표가 될 수 없다고 하였다. 따라서 보건의료체계의 재정의 지속가능성을 단순히 회계측면에서 이해할 것인지, 아니면 정책의 우선순위 및 의료보장 측면에서 이해할 것인지에 대한 결정이 필요하다는 의견을 피력하였다.

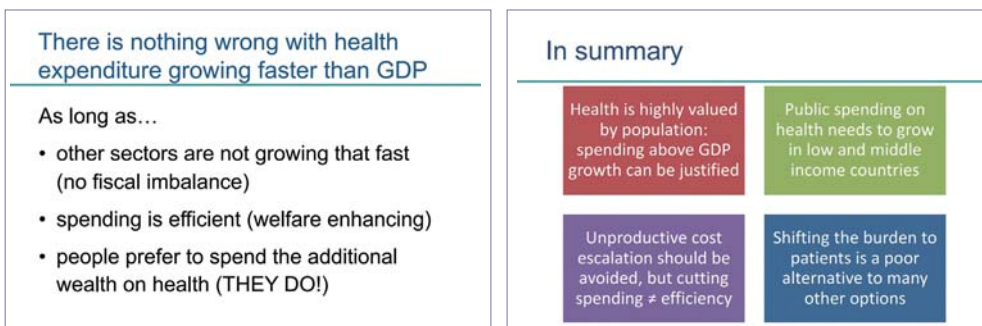


그림 2. Tamas Evetovits의 발표 자료(Fiscal sustainability and sustainable public financing for health) 중 일부

3) 참석자 논의

증가하는 보건의료 예산은 경제적인 이점을 가지고 있고, 사회적 선택 또는 우선순위의 문제이기 때문에 그 자체는 문제가 아니라는 두 연자의 발표에 대해 다양한 의견이 개진되었다. 보건의료재정의 지속가능성을 판단하려면 정치인, 윤리학자, 철학자, 주요 의사결정자 등 다양한 사람들이 모여 더 높은 수준의 논의가 필요하다는 의견도 있었고, 보건의료재정을 사회적 합의의 문제 또는 정치적인 문제로만 규정하고 정부재정의 측면에서 자세히 살펴볼지 않는 것은 당장 보건의료지출로 인한 재정압박 해결에 큰 도움이 되지 않을뿐더러 미래를 지나치게 낙관적으로 전망하고 있는 것처럼 보인다는 의견도 있었다.

또한 보건의료재정의 지속가능성을 단순히 재정수지 또는 회계 차원의 문제로 살펴보기 보다는 사회적 합의의 문제로 접근해야 한다는 의견을 지지하는 전문가들도 있었다. 이들은 재정의 지속가능성이란 보건의료재정에 대한 국민들의 지불용의 또는 세금에 대한 수용성을 의미하는 반면, ‘부자들이 가난한 사람들의 의료이용을 얼마나 지원할 것인가’라는 부의 재분배와 관련한 사회의 선택도 포함하고 있다는 의견을 제시하였다. 한편, Ankit Kumar 이 제안한 ‘정부지출로서의 보건의료와 전체 경제활동으로서의 보건의료를 구분한 개념(de-link)’⁷⁾은 비교적 새로운 개념이고 아직 구체적인 내용이 없으므로, 추가적인 검토가 필요하다고 논의되었다.

나. 보건의료예산 관리현황 및 재정부와 보건부의 협력현황 검토

1) 논의 배경

세계경제위기를 겪으면서 재정건전성과 효율적인 재정지출(value for money)이 강조되는 가운데 보건의료예산의 절감방안을 찾기 위한 노력이 지속되고 있다. 특히, 건강보장체계의 목표를 유지하면서 보건의료예산을 절감하는 것은 쉽지 않다. 보건의료지출의 복잡한 특성은 예산 관리를 더욱 어렵게 하기 때문에, 적절한 예산 관리를 위해서 재정부와 보건부의 협력이 필요하다. 그러나 양 부처간 협력은 쉽지 않고, 국가별로 보건의료체계 유형에 따라 그 협력방식이 다르다. 이에 OECD는 회원국의 보건의료예산 관리 현황을 확인하기 위하여 각국의 보건의료예산의 배분 및 관리, 재정부와 보건부 협력현황을 조사하였다. 그리고 본 회의에서 조사결과를 공유하였으며, 결과를 중심으로 회원국과 전문가들의 의견 수렴 및 주요 이슈를 논의하였다.

7) 이러한 개념 구분은 지속가능성을 재정의 지속가능성(fiscal sustainability)과 경제적 지속가능성(economic sustainability)으로 구분한 이전의 논의(Thomson, Sarah, 2009)와 맞닿아 있다고 생각된다.

2) 발표 내용

OECD 사무국의 Camila Vammalle는 OECD 회원국 대상 조사결과에 근거하여 정부예산 중에서 보건의료 예산을 다루는 방식을 ①중앙정부 통합 방식의 국가공영체계(National Health Systems), ②별도예산 방식의 사회보험체계, ③지방정부 관리 방식의 분권화체제로 크게 세 가지로 구분하였다. 그러나 세 가지 유형에 따른 예산관리 정책 또는 보건부와 재정부의 협력방식에 대한 차이는 확인되지 않았다고 하였다.

보건의료예산 관리와 관련하여 국가별로 다양한 접근이 시도되고 있었다. 보건의료 분야에 할당된 예산에 어떤 형태로든 상한을 정하고 있는 회원국은 87%, 보건의료재정 상황과 관련한 조기경보시스템을 구축한 회원국은 62%였다. 예산지출에 따라 보건의료예산의 일부영역이 자동적으로 삭감되는 기전을 갖춘 회원국은 28%였으며, 보건의료지출을 자세하게 검토하여 예산을 삭감하는 회원국은 44%로 조사되었다.

보건의료 예산에 대한 재정부의 권한도 회원국간 차이가 큰 것으로 나타났다. 한국과 이탈리아의 경우 보건의료예산 전체가 의무적 지출(mandatory spending)이었고, 뉴질랜드, 일본, 체코의 경우에는 보건의료예산 전체가 재량적 지출(discretionary spending)이었다. 평균적으로 보았을 때, OECD 회원국의 전체 보건의료예산 가운데 절반 정도는 의무적 지출, 나머지 절반은 재량적 지출인 것으로 나타났다.

보건의료예산 배분 및 관리와 관련하여 재정부와 보건부의 협력방법으로는 전달기구 설치(6개 회원국), 정기적인 비공식적인 회의(8개 회원국), 필요에 따라 임시기구 설치(1개 회원국), 예산편성 시에만 협의(8개 회원국) 등이 있었고, 협력 관계가 없는 경우(4개 회원국)도 있었다. 양 부처간 협력과 관련하여 정보공유, 협력인센티브, 공식적 대화채널 측면에서 특별한 과제는 확인되지 않은 것으로 나타났다. 한편, 보건의료지출 관리와 관련하여 회원국의 69%는 다른 영역보다 보건의료 영역이 예산 절감이 어렵다고 응답하였으며, 77%는 보건의료예산을 성공적으로 관리하고 있다고 응답한 것으로 조사되었다.

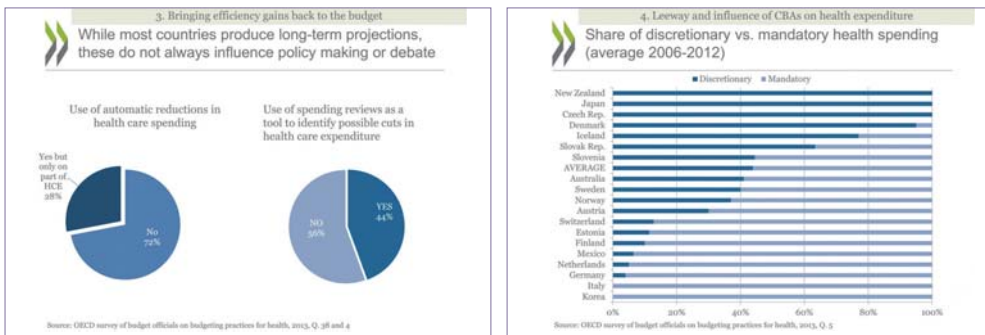


그림 3. Camila Vammalle의 발표 자료(Budgeting practices for health) 중 일부

3) 참석자 논의 내용

건강보장체계의 유형에 따른 보건의료예산 배분 및 관리정책의 차이가 확인되지 않았다⁸⁾는 조사결과에 대해서는 계속적인 검토가 필요하다는 의견이 있었다. 또한 이러한 조사결과는 특정 개인의 설문조사 응답에 기초하고 있기 때문에 누가 조사에 응하였느냐에 따라 해당 국가의 조사결과도 달라질 수 있으므로, 자료의 해석 시 주의를 기울일 필요가 있다는 논의가 있었다. 특히, 단면적인 조사는 조사 방법의 한계를 고려하여 자료해석 시 주의해야 하므로, 단면적인 설문조사보다는 과거부터 현재까지의 제도변화를 검토하면서 현재 체계를 갖추게 된 역사적이고 정치적인 배경을 확인하는 작업이 더 큰 교훈을 도출할 수 있는 방법이라는 의견이 제시되었다.

한편, 예산배분 및 관리 방법에 따라 보건의료지출 증가 및 보건의료의 질에 차이가 있는지에 대한 분석은 향후 과제로 남겨졌다.

다. 본인일부부담금을 통한 보건의료재정의 지속가능성 제고 방안 검토

1) 논의 배경

의료비용의 일부를 환자가 직접 부담하는 본인일부부담제도(cost-sharing)는 의료이용 시점에 환자가 스스로 비용을 의식하게 함으로써 의료수요를 관리하는 유용한 도구로 알려져 있다. 보건의료재정의 지속가능성 제고를 위한 방안으로 본인일부부담제도의 도입 또는 확대가 논의되고 있는 가운데, 이 제도는 의료이용의 형평성에 부정적인 영향을 미친다는 점에서 시행에 신중을 기해야 한다는 의견도 있다. OECD는 회원국의 본인일부부담제도 현황을 조사하였고 관련 보고서를 작성 중에 있다. 회의를 통하여 조사결과를 공유하고 보건의료재정의 지속가능성 제고 전략으로 본인일부부담제도의 유용성과 한계를 논의하였다.

2) 발표 내용

OECD 사무국의 Valerie Paris는 OECD 회원국들은 급성기 입원진료에 대한 본인일부부담제도를 거의 도입하지 않고 있거나 매우 적은 금액의 정액제(co-payment) 형태로 존재하고, 외래진료와 의약품에 대해서는 다양한 형태의 본인일부부담제도가 시행되고 있다는 조사 결과를 발표하였다. 특히, 프랑스, 일본, 한국의 경우에는 급성기 입원진료와 관련하여 예외적인 본인부담금제도를 도입하고 있었고, 호주와 이탈리아의 경우에는 공공병원의 본

8) 이러한 조사결과는 전통적인 건강보장체계 유형만으로는 현재의 보건의료체계를 이해하는 것이 충분치 않다는 것을 의미한다고 볼 수도 있다.

인일부부담금은 없으나 민간병원에서는 본인일부부담금이 적용되고 있는 것으로 확인되었다. 거의 모든 회원국이 본인부담제도의 부작용을 최소화하기 위하여 취약계층(만성질환자, 장애인, 저소득자, 노인, 어린이, 산모 등)을 대상으로 본인부담금 경감 또는 면제제도 및 본인부담 상한제도를 운영하고 있는 것으로 확인되었다.

그리고 Valerie Paris는 본인부담제도가 잠재적으로 보건의료재정의 확대 및 불필요한 의료수요 감소를 통해 보건의료지출을 감소시킬 수 있는 장점도 있지만, 필수적인 의료서비스의 수요 감소, 장기적인 비용절감 효과 미미, 형평성 저해 등의 단점도 있으므로, 본인부담제도를 도입하려면 신중해야 한다는 의견을 제시하였다. 다만, 대부분의 의료이용이 의료 필요도가 높은 특정 집단(노인, 영유아, 만성질환자, 장애인 등)에서 일어난다는 점을 감안해 볼 때, 이들이 지불하는 본인부담금으로 확보할 수 있는 보건의료재정의 규모는 제한적이고 제도의 운영과 관련한 행정비용의 발생가능성도 있으므로, 본인부담제도가 단순히 보건의료재정의 확대에 기여할 것이라는 주장에 대해서는 회의적인 입장을 보였다.



 Arguments against copayments	 If you really want to keep or introduce cost-sharing
<ul style="list-style-type: none"> • Copayments target patients while more than 4/5 of spending is generated by physicians' prescriptions. Do we think patients are better placed to make clinical decisions? Do we want these decisions to be influenced by ability to pay? • Copayments are inequitable <ul style="list-style-type: none"> - "Tax on the ill seeking care" - They disproportionately affect low-income population • Copayments generate administration costs • Copayments are politically difficult to introduce, relatively easy to increase • Copayments are limited in their capacity to raise resources because of concentration of spending 	<ul style="list-style-type: none"> • Make sure they are based on value and provide appropriate incentives <ul style="list-style-type: none"> - Incentives to use cheaper alternatives where available (Reference prices for medicines, Differentiated copayments) - Remove copayments from cost-effective treatments you want people to take and comply with - Use them to encourage virtuous patient's pathways, use of medical records (France, Belgium) - Present lower copayments as a bonus rather than higher copayments as a penalty • Protect low-income groups against copayments • Do not neglect alternative measures such as HTA-based updating of the benefit package, promotion of self-care (including access to OTC medicines).

그림 4. Valerie Paris의 발표 자료(User fees and cost-sharing in OECD countries) 중 일부

3) 참석자 논의 내용

이상의 발표내용은 본인부담제도의 부정적인 측면이 강조되었는데 반하여, 논의 참석자들은 본인부담제도의 유용한 측면에 대한 의견을 활발하게 개진하였다. 본인부담제도를 옹호하는 대표적인 의견으로는 보험급여의 다양성을 유지하는데 있어 본인부담제도가 불가피하다는 것이다. 국민들에게 본인부담금이 없는 필수 의료만 보험으로 급여할 경우 다양한 의료서비스를 요구하는 국민들의 선호를 보건의료체계가 수용하기 어려운데 반하여, 본인부담금의 부과는 다양한 급여항목을 책정 가능하게 하므로 국민들의 만족도도 증가할 수 있다는 논리였다. 이 논리의 기저에는 본인부담금을 없애고 모든 국민의 의료서비스에 대한 선택권을 제한할 것이냐, 아니면 본인부담금을 유지하면서(즉, 소수의 국민들은 재정위험에 노출시키면서) 대다수 국민들의 선택권을 보장할 것이냐를 선택해야하는 정치적인 문제가 내재되어 있다고 논의되었다.

세계보건기구의 전문가는 본인부담금이 저소득 국가의 보건의료체계 설계시 유용하게 사용될 수 있다는 의견을 제시하였다. 정부예산이 절대적으로 부족한 나라에서는 환자들이 의료 이용시 지불하는 본인부담금이 의료기관 운영(인건비 지급, 의약품 구입 등)에 필요한 유일한 자원인 경우도 있다고 설명하였다.

또한 본인부담금 정책을 설계하거나 평가할 때에는 의료서비스의 종류, 본인부담의 방식, 의료제공자에 대한 상환방식, 의료비의 절대적 크기, 환자의 선택권, 취약계층에 대한 본인부담금 면제 정책, 해당국가의 재정능력을 고려해야 한다는 점이 확인되었다. 이러한 측면에서 급성기 입원진료는 환자가 선택할 수 있는 여지가 적고, 대개 필수적인 의료서비스이기 때문에 본인부담금이 없는 것이 바람직하다는 의견에 많은 회원국들과 전문가들이 공감하였다. 외래진료에 대한 본인부담금이 필요하다는 의견에 대해서 본인부담제도는 필수적인 외래진료의 이용을 낮추기 때문에 이에 따른 입원 및 응급실 진료비용이 증가할 수 있다는 반론도 제기되었다.

한편, 세계보건기구의 보건의료재정 전문가 Joseph Kutzin은 한국의 사례를 제시하면서 입원진료에 대한 정률제(co-insurance) 형식의 본인부담제도는 환자의 의사와 상관없이 환자를 항상 재정위험에 노출시킬 수 있는 본인부담방식이라고 지적하였다. 프랑스 등 일부 OECD 회원국에서는 보험급여의 본인부담금을 인상하고, 인상된 본인부담금을 민간보험에서 지불하는 경우도 있으므로, 이와 관련하여 사회보험과 민간보험의 역할에 대한 검토가 필요하다는 의견도 있었다.

3. 나가며

가. 협동네트워크 3차 회의 내용 종합

OECD 협동네트워크 3차 회의는 보건의료재정의 지속가능성이 단순히 회계 또는 재정수지의 문제가 아니라, 사회적 선호와 정치적인 문제임을 제시하였다. 따라서 지속가능성 제고와 관련하여 재정책대를 위한 보험료 또는 세금 인상, 효율성 증가를 위한 본인부담금 도입 또는 확대 정책의 기저에는 모두 정치적인 이슈가 있다는 것을 확인하였다. 이러한 논의 내용은 재정의 지속가능성이 장기재정 전망으로부터 주어지는 것이 아닌 사회적 합의에 의하여 개발되고 개선될 수 있다는 것을 의미한다고 해석할 수 있다.


우리나라에서도 보건의료재정의 지속가능성에 관한 이슈는 건강보험과 관련하여 항상 논의되는 주제이다(신영석, 2011; 신현웅, 2014; 이규식, 2010). 또한 2013년 출범한 정부의 국정과제에도 “의료 보장성 강화 및 지속가능성 제고”가 포함되어 있다. 그러나 보건의료재정의 지

속가능성이 갖는 의미나 정치적인 이슈를 살펴본 논의는 많지 않았던 것으로 보여, 협동네트워크의 회의 내용은 앞으로 국내 지속가능성 논의를 보다 풍성하게 할 수 있는 것으로 생각된다.

나. 향후 전망

보건의료재정 지속가능성 프로젝트는 2014년 말에 종료될 예정이다. 3차 회의 참석자 대부분이 이 프로젝트의 유용성을 인정하고 계속할 필요가 있다는 의견을 표명하였으나, 프로젝트의 연장에 대해서는 아직 불투명한 상황이다. 연장 또는 종료와 상관없이 보건의료지출은 계속 증가할 것으로 예측되기 때문에 재정의 지속가능성에 관한 논의는 계속 될 것으로 판단된다. 이 주제는 재정당국이 직면하고 있는 현실 과제인 동시에 정치적인 이슈가 존재하고, 그 위에 다양한 정책대안이 가능한 주제이기 때문에 실무측면과 연구측면에서 모두 흥미로운 주제가 될 것이다.

우리나라 역시 보건의료지출이 증가하고 있어, 보건의료재정의 지속가능성 문제가 지속적으로 제기될 것으로 예상된다. 지금까지 논의 중인 재정부처의 역할 강화의 필요성이 대두될 것이며(이은경, 2013), 국회의 모니터링 및 감독 필요성도 제기될 것이다.

보건복지부는 재정의 지속가능성 논의를 주도함으로써 재정부처와 국회의 역할을 보건의료재정을 단순히 축소하는 방향이 아닌 의료의 보장성, 접근성, 질, 형평성을 높이는 방향으로 이끌어 낼 필요가 있다. 보건의료재정의 특성에 대한 공통된 이해 및 문제의식의 공유는 재정부처와 국회를 건강보장의 파트너로 만들 수 있는 기회를 제공할 것이다. OECD 협동네트워크 3차 회의 내용은 향후 지속가능성이 회계 차원이 아닌 건강보장 차원에서 논의될 수 있도록 길잡이 역할을 할 것으로 기대된다. 

참고 문헌

-
- 신영석, 사공진, 정형선. 건강보험 지속가능성 제고 방안 연구. 보건사회연구원. 2011.
 신현웅, 여지영. 건강보장정책의 현황과 과제. 보건복지포럼 2014;207:5-16.
 이규식. 건강보험의 지속을 위한 개혁과제. 병원경영학회지 2010;4:1-26.
 이은경. 건강보험재정의 지속가능성 제고를 위한 재정당국의 역할. 재정포럼 2013;205:20-34.
 OECD. Government at a Glance 2013, OECD Publishing.
 OECD. OECD Joint Network on fiscal Sustainability of health systems(Brochure);Paris:OECD;2014.
 Thomson, Sarah, Thomas Foubister, and Elias Mossialos. Financing health care in the European Union:challenges and policy responses. World Health Organization, 2009.
 Saltman, Richard, Vaida Bankauskaite, and Karsten Vrangbaek. Decentralization in health care:strategies and outcomes. McGraw-Hill International, 2006.