

새천년민주당의 보건의료정책 방향

새천년민주당 정책선거특별본부
국회의원 김 성 순

1. 「국민의 정부」 사회정책의 성과와 한계

1.1. DJ 정부의 사회정책

국민의 정부의 사회정책은 한마디로 국민복지의 ‘압축성장’으로 표현할 수 있을 것입니다. 그동안 성장과 경제개발 중심의 정책으로 인해 상대적으로 소외 받고, 우선순위가 떨어졌던 사회보장 분야가 IMF의 위기상황과 맞물려 급속하게 확장된 것입니다. 즉, ① 기초생활보장제도 도입, ② 국민연금 확대, ③ 의료보험 통합, ④ 고용보험 확대, ⑤ 의약분업 도입, ⑥ 자활정책 추진, ⑦ 적극적 실업정책 추진 등 사회보장의 주요제도와 정책이 다수 도입되고 확대되었습니다. 이로 인해 1998년부터 4년 동안 2.8조원에서 7.7조원으로 보건복지 예산이 3배 가까이 증가하고, 복지정책이 국가 정책과 사회적 이슈에서 중심적인 과제로 부상한 것은 국민의 정부의 가장 큰 성과의 하나로 기록될 것입니다.

국민의 정부의 사회정책의 역사적 의미와 성격은 개발독재와 경제성장의 과정에서 ‘지체된’ 복지체계를 정상화시킨 것과 기초생활보장, 의약분업 등 사회정책 및 제도의 근대성을 회복한 것으로 정리될 수 있을 것입니다.

1.2. 국민의 정부 사회정책의 한계

국민의 정부의 사회복지 정책의 문제점은 사회보장의 ‘체계’만 구축되었을 뿐, 실효성을 높일 수 있는 재정투입과 사각지대 해소 노력이 수반되지 않아 실효성이 부족한, 사회정책 분야 내부의 ‘불균등 성장’으로 요약될 수 있습니다. 사회복지요원의 부족으로 기초생보, 국민연금, 자활지원사업 등의 현장 관리가 불가능하다는 것과, 공공보건의료의 방기로 질병예방이 취약하여 중증질환이 필연적으로 발생할 수밖에 없는 구조와 이로 인한 고액진료비 환자가 다수 발생하는 등, 같은 종류의 제도 내부에서도 ‘균형’이 깨어졌습니다. 의료보험은 통합되었으나 급여확대에는 실패하였고, 국민연금도 확대되었으나 제도 거부자가 증가하였습니다. 또한, 주택, 교통, 보육, 노동복지 등 중요 사회정책 분야를 복지의 관점에서 보는 시각이 부족하여 경제적인 시각으로만 재단 한 것들도 많은 문제점들을 초래하였습니다.

자민련과의 연합과 신자유주의적 내부 성향 등 국민의 정부 자체가 가진 한계성으로 인해 사회정책에 대한 확고한 이념과 방향이 부족하며, 국가의 국정관리능력 부족(governance problem)도 가장 큰 문제점으로 지적될 수 있습니다. 당·정 전반에 걸친 합의와 주체 형성이 미흡하여 내부적 혼란과 갈등이 극심했고, 이는 기득권 세력의 저항에 부딪힐 때, 국정관리능력의 취약성이 그대로 드러나는 결과를 초래하였습니다. 예를 들어 의약분업 추진 시, 의약분업 제도에 대한 내부의 정책 방향 혼선으로 제도의 조기정착이 좌절되고, 원칙이 훼손되어 결국 건강보험의 재정문제로 연결되게 되었던 것입니다. 또한, 중앙부처 간, 동일 부처 안에서도 정책 방향이 대립하여, 기초생보 운영은 복지부, 재경부, 행자부가 대립하였고, 보육정책은 복지부와 교육부, 그리고 여성부의 입장이 각각 달랐으며, 보건복지부 내에서도 연금보험국과 보건정책국 간의 건강보험과 의약분업에 대한 의견이 다른 등 통합적 사고 부족이 곳곳에서 드러났습니다. 이는 근본적으로 공무원의 인력부족과 복지부동 및 전문성 부족으로 인해 생긴 문제이며 지방 공무원의 경우는 위의 문제가 특히 극심하였습니다.

자영자 소득 과약 미비, 리베이트 비의 원천이 되는 제약회사의 비자금 문제, 병·의원 의 경영자료 공개 거부, 사회복지 시설의 예산 집행 불투명 등 부정부패와 경제운영의 투명성 부족도 문제로 지적되어야 할 것입니다.

보건복지 예산의 대부분이 건강보험, 의료급여, 기초생보에 쓰이고, 타 분야는 소폭 증가에 그치는 등 사회정책 분야 재원 조달의 부족도 국민의 정부의 중요한 한계였습니다. 경제 및 국가재정의 운영과 사회정책의 연계성 부족도 주요한 문제점으로 지적되어야 할 것입니다. ‘적극적’ 복지국가로의 이행이라기보다는, 경제정책을 보완하는 응급대책 마련에 불과했다는 비판이 있습니다. 경제위기와 대량실업에 대한 응급 조치적 성격으로 진행하였기에 그 한계가 명백히 있는 것입니다.

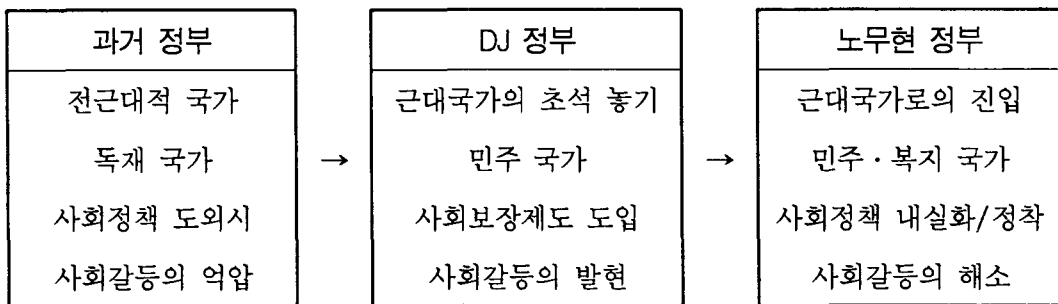
복지제도 자체에 대한 저항과 왜곡도 국민의 정부의 부담이었습니다.

우리나라 국민들이 오랜 기간의 경제발전, 반공의식, ‘천박한 자본’주의 논리 등으로 교육되어 있어, 복지제도확충에 대한 사회적 공감감이 부족하다는 것도 중요한 문제였습니다. DJ정부는 과거 정권의 “쓰레기 처리”에 급급할 수 밖에 없었던 것은 DJ의 불행이자 공로(功勞)입니다. 특히, 반대세력의 발호로 각종 제도가 도입과정에서 왜곡 경우가 많았습니다. 이것은 차기 정부가 수정 보완해야 할 부담입니다. 의보통합에서 직장의보노조, 의약분업에서 의사, 국민연금과 기초생보에서 보수언론 등 집단적인 반대는 ‘합리적 반대’가 아닌 기득권 옹호와 제도저항의 수준이었습니다. ‘비이성적’ 요구는 합의보다는 극복의 과제였으며, 진정한 합의는 차기정부에서나 가능할 것입니다.

2. 차기 정부의 사회정책의 역할과 임무

김대중 대통령은 과거 정부로부터 '전(前)근대성'을 물려받았으나, 차기 정부는 국민의 정부에서 사회보장제도의 초기적 형태를 물려받을 것입니다. 국민의 정부가 제도 도입에 치중해야 할 상황이었다면, 차기 정부는 재정투입으로 인프라를 구축하고 서비스를 확대하여 피부에 와 닿는 정책을 추진해야 할 것입니다. 따라서, 향후 10-20년의 사회변동과 사회정책 요구를 정확히 파악하여, 국민의 정부의 사회정책의 '불균등 성장'을 '균형 발전'으로 수정보완하고, 정착 및 내실화해야 하고, 시스템 있는 처방을 5년 임기 동안 일관성 있게 추진해야 합니다. 노무현 정부 사회정책의 필수적인 과제는 다음과 같이 생각합니다.

- ① 충실하게 준비된 확고한 정책 방향과 대안
- ② 범정부적, 범사회적 합의의 유도
- ③ 사회정책 추진 재원의 마련
- ④ 국정관리 능력의 제고



3. 노무현 정부가 해결해야 할 사회변동과 향후 추이

3.1. 인구구조 및 가족관계 변화로 「부양 부담」이 급증

고령화의 급속한 진전으로 엄청난 의료비와 가족부양의 부담 증가가 예상됩니다. 노인인구가 2,000년 337만 명으로 전체인구의 7.1%에서 2010년에는 503만 명으로 10.0%가 될 것이며, 2020년에는 690만 명으로 전체인구의 13.2%를 차지하면서 현재의 서구 수준에 이르는 급속한 고령화가 진행될 것입니다. 이에 대한 범 국가적인 대비가 없으면 치매, 간병 등의 노인 부양의 부담은 전체 경제성장의 저하를 초래할 만큼 커다란 사회적 부담으로 자리잡을 것입니다.

〈표 1〉 노인인구의 증가 추이

(단위: 천명)

연 도	2000 (고령화 사회)	2002	2019 (고령사회)	2026 (초고령사회)
전체 인구수	47,008	47,640	50,619	50,610
65세 이상 인구수	3,395	3,772	7,314	10,113
(구성비 %)	(7.2%)	(7.9%)	(14.4%)	(20.0%)
노년부양비	10.1	11.1	20.2	29.7
노령화지수	34.3	38.5	102.3	155.9

주: 1) 노년부양비=(65세 이상인구/15~64세인구)×100
 2) 노령화지수=(65세 이상인구/0~14세인구)×100
 3) UN에서는 인구의 고령화 기준을 14%로 하고 있음
 자료: 통계청, 『장래인구추계 결과』, 2001.11.

취업 여성수가 '81년 535만 명에서 '91년 756만 명으로, 그리고 2001년에는 890만 명으로 증가하여 여성경제활동인구가 47.3%에 이르는 등 여성의 사회참여의 급속한 확대가 이루어지고 있고 여성인력에 대한 요구는 더욱 급속히 높아지고 있습니다. '90년 4만6천건(1.1%)에서 '00년 13만5천건(2.8%)으로 늘어나는 이혼율의 급증으로 아동 보육의 부담이 커졌습니다. 이에 대한 적절한 사회의 투자가 없이는 여성의 경제활동 참여를 기대할 수 없으며, 경제성장도 불가능해 질 것입니다.

〈표 2〉 노인인구의 증가 추이

연도	남자			여자		
	15세 이상 생산가능 인구	취업자	취업률(%)	15세 이상 생산가능 인구	취업자	취업률(%)
1981	12,142	8,679	71.5	12,958	5,345	41.2
1991	15,233	11,116	73.0	16,306	7,561	46.4
2001	17,678	12,467	70.5	18,806	8,895	47.3

* 생산가능인구에는 현역군인, 공익근무요원, 전투경찰, 교도소 수감자 등 제외.

또한, 만성 질환자, 신체 및 정신 장애인 증가로 장기 간병 및 보호의 부담이 늘어나는 등 가족관계 변화에 따라 전통적 가족서비스의 사회화가 시급할 것입니다.

3.2. 경제 위기와 극복 과정에서 분배구조 악화

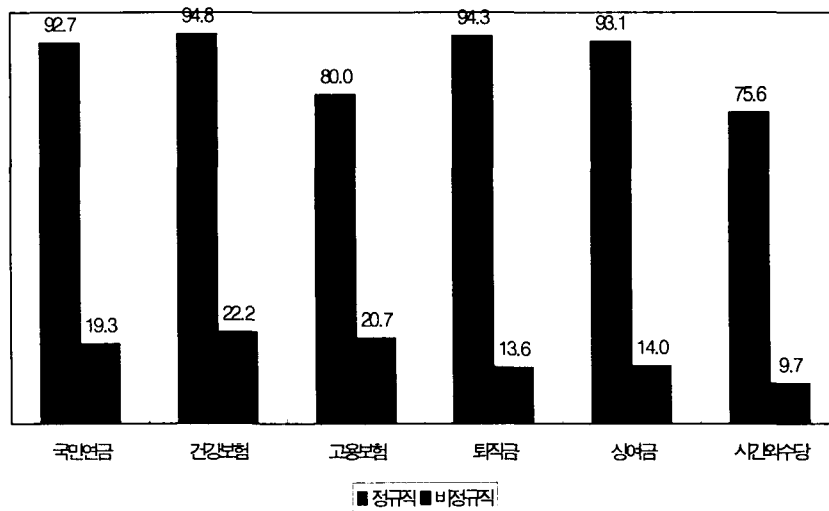
IMF를 거치면서 지니계수가 '96년 0.29에서 '00년 0.35로 높아져 소득 불평등 정도가 4년 동안 21% 가량 악화되었습니다. 상위 20%의 소득/하위 20%의 소득의 비를 보는 소득 5분위 배율 역시 '96년 4.74에서 '00년 6.75로 확대되는 등 빈부격차가 더 커졌습니다.

최저생계비의 100~120%수준의 잠재적 빈곤층은 250만명으로 전인구의 5.3%이며, 기초보장 비수급 빈곤층은 4.0%인 189만명으로 추정되어, 총 약 430만 명이 차상위 계층으로 추산됩니다. 이 숫자는 기초생활보장 수급자의 약 3배에 이르는 규모로 국민의 9.3%에 해당합니다.

3.3. 노동시장의 변화와 사회적 안전망 미비로 소외 집단의 증가

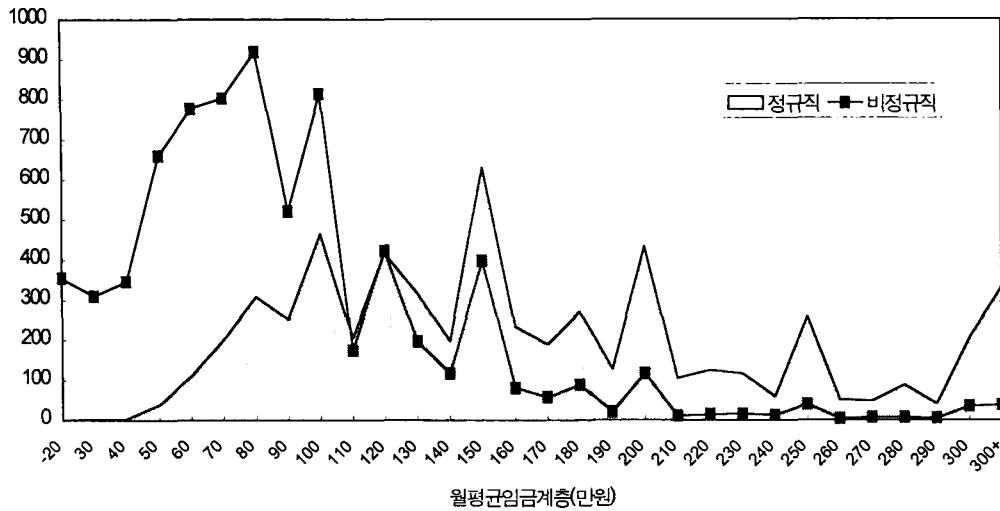
'00년 8월 현재 임금노동자 중 정규직 노동자는 539만명으로 41.6%에 불과하며, 비정규직 노동자는 758만명으로 58.4%로서, 비정규직이 비정상적으로 증가한 사태입니다. 사회보험 가입률은 정규직이 80-95%인 반면, 비정규직은 19-22%에 불과하며, 퇴직금·상여금·시간외수당 적용률은 정규직 76-94%인데, 비정규직은 10-14%입니다.

[그림 1] 고용형태별 사회보험 및 노동조건 적용률(단위:%)



OECD 기준 저임금계층은 689만명으로 전체 노동자의 52.1%이고, 이들 중 정규직은 139만 명인데 비하여 비정규직은 550만 명으로 4명중 3명이나 저임금계층입니다.

[그림 2] 고용형태별 월임금총액 분포(단위:천명)



일용·임시직 등 비정규직 근로자가 늘어나고, 금융·정보산업 등 소수 고액 연봉자가 등장해 소득 불평등 상황이 더욱 심화될 우려가 있으며, 중국 교포 및 외국인 노동자의 증가도 한국 사회의 도덕성 문제를 야기하고 있는 불안 요일들입니다.

3.4. 사회보장 전반에 걸쳐 제2의 건보재정 위기 발생 우려

차기 정부에서 조직적이고 계획적인 세밀한 준비가 없을 경우 국민연금, 기초생보 등 사회보장 전반에서 거당보험 재정 같은 형태의 위기가 발생할 우려가 있습니다. 노인 및 빈곤층 인구의 증가는 건강보험, 국민연금, 기초생보, 고용보험 등 사회보장 전반에 막대한 비용 부담을 야기할 것입니다. 사회보장 요구의 증가에 대한 전반적인 대비와 각 분야별 조율이 차기정부에서 담당해야 할 주요한 시대적 과제입니다.

4. 노무현 정부에서 사회정책의 중요성

따라서 차기 정부에서 인구구조 및 가족 제도의 변화, 빈부격차 증폭 등 사회변동에 대한 대응 마련은 더 이상 미룰 수 없는 과제이며, 비용-효율적인 보건·복지 인프라 구축이 필수적이고 시급합니다. 특히 막대한 증가가 예상되는 보건의료부분에서는 예방적 질병 관리 체계 구축과 공공의료 강화로 만성질환 발생을 예방하고, 증가한 빈부격차와 빈곤층에 대하여는 직업 교육, 적극적 고용 알선, 사회적 일자리 창출, 자활사업 등을 더욱 적극

적으로 시행하여야 합니다.

비용-효율적 보건복지 인프라 구축으로 복지비용 지출의 효율화를 기하고, 사회정책 분야에서 비용-효율적 인프라 구축은 경제분야에서 사회간접자본 형성과 같은 개념으로 이해해야 할 것입니다.

“차기 대통령이 해결해야 할 과제는 무엇인가? 의 여론 조사 결과에서도 부정부패 척결, 선진경제 건설, 빈부격차 해소에 대한 요구가 각각 1/3씩이며, 이를 더 잘 할 사람은 누구인가라는 질문에는 노 후보는 부정부패, 빈부격차 문제 해결에 이회창 후보보다 10% 더 신뢰를 받고 있었습니다. 과거 이런 조사에서 ‘경제발전, 물가 안정’이 압도적이었던 것과는 큰 차이를 보이고 있는 것을 볼 수 있으며, “빈부격차 해소”라는 형태로 사회정책에 대한 요구가 매우 커져 있음을 알 수 있습니다.

산자부는 '01년 노사분규로 인해 2조 1,269억원의 생산 차질과, 7조 6,700억원의 수출 차질이 발생한 것으로 추정하는 등 지난 5년간 노사분규로 인한 사회적 손실을 10조원 이상으로 추계하고 있습니다. 즉, 복지는 노사분규, 고액진료비 부담 등의 기회비용을 상쇄하며, 현 상태에서 경제와 복지는 상호 보완적으로 볼 수 있으며, 노무현은 사회보장 없이는 더 이상의 경제 발전이 불가능하다고 생각합니다.

5. 노무현 정부의 보건의료정책

지난 기간 고도성장기의 보건복지정책의 중심은 노동력의 재생산과 상대적으로 위축된 보건복지서비스를 양적으로 확충하는 데 있었다면, 성장의 안정단계로 들어선 이제는 서비스 규모 못지 않게 질적 향상에도 힘을 기울여야 할 때입니다. 그동안 국민의 정부의 보건의료 정책은 의약분업과 건강보험 통합 등에서 보듯이 수 십 년 간 왜곡되어 정착된 잘못된 보건의료제도와 관행을 고치고, 의료계의 음성적 수익구조를 양성화하는 데에도 기여하였습니다. 하지만 이런 정책들은 그 당위성과 필요성 및 효과에도 불구하고 이해관계가 대립되는 관련 단체의 반발들을 초래하였고, 국민들에게도 익숙하지만 잘못된 관행을 바꾸도록 요구하는 제도이므로 불편함과 불평이 뒤따랐습니다. 정책의 추진과정에서의 여러 가지 준비부족으로 인해서도 의료개혁은 난항을 겪었고 국민들이 겪지 않아도 좋을 불편함도 감내하여야 했습니다.

이제, 차기 정부의 의료정책은 “지속가능한 사회보장으로서의 의료정책의 확립과 장기적인 의료의 질적 향상”에 중심이 주어질 것입니다.

공공의료는 국민의 기초건강을 책임지게 될 것입니다. 개인의 능력으로 살수도 못 살수도 있는 상품으로서의 의료가 아니라, 국민의 기본권으로서 보장되는 의료, 공공의료의 대폭확충으로 소외되는 계층이 없도록 제공되는 예방 의학적 의료, 1차와 2차, 2차와 3차 병원이 상호 경쟁하지 않고 상호 보완되는 의료전달체계, 양방과 한방, 급성병상과 장기요양병상이 조화를 이루는 보건정책 등으로 국민의 삶의 질의 향상이 피부로 느껴지도록 하는 제도의 개선이 있을 것입니다.

민간의료는 경영의 자율성이 보장되고 상호 경쟁을 통한 서비스의 질적 향상이 가능하도록, 각종 지원책을 중심으로 건전하게 육성되어질 것입니다. 고급의료를 사기 위해 해마다 수조원씩 외화를 낭비하지 않고서도 국내에서 충분히 편안하게 높은 수준의 의료서비스를 받을 수 있도록 할 것입니다.

국민의 건강을 보장하지 못하는 국가는 국가도 아닙니다.

이미 OECD회원국이며, 선진국을 내다보는 우리나라에서 의료보장은 국방, 외교와 같은 국가의 주요 역할의 하나가 되어야 하며, 의료제도는 도로, 항만, 전기, 수도와 같은 국가적인 인프라의 하나로서 건설되어야 합니다.

동시에 의료는 최첨단 미래산업의 하나입니다.

세계적인 경쟁력이 있는 신약개발, 새로운 수요를 창출하는 서비스의 개발, 국경을 넘나드는 보건의료신기술의 개발 등은 국가적인 건강한 의료제도의 뒷받침이 없으면 불가능합니다.

의약분업, 건강보험 통합으로 국민들과 의료인들이 겪어야하였던 고통은 건강한 국민을 만들기 위한 기초제도로서의 의미뿐만 아니라, 건강한 보건의료제도를 위한 의료비용 지출 토대의 구축으로서의 의미도 있습니다. 나아가, 선진조국으로 나아가기 위한 기회비용, 미래산업인 보건의료 산업을 육성시키기 위한 투자라고 생각할 수도 있습니다. 이런 기조에서 새천년민주당이 준비하고 있는 보건의료 공약을 소개하겠습니다.

1) 전 국민의 의료보장을 위한 “국민건강보장제도”를 시행하여 각종 전염병과 주요 질병을 국가가 관리하고, 취약계층의 건강은 정부가 책임지겠습니다.

우리나라는 결핵(환자 42만9천명, 연간 15천명 발생), 홍역('00-'01년 5만 명), 말라리아('93년 이후 13,900명, '00년 2,800명), 장티푸스(약 300명), 이질(약 2,000명), B형 간염(전 인구의 10% 감염) 등 전염성 질환으로 대표되는 후진국형의 질병과 고혈압(640만명), 당뇨병(250만명), 치매(24만명), 직업병, 각종 암 등 만성질환과 청소년과 장·노년층 모두에

서 흡연(성인남자의 68%), 음주(성인남자의 84%), 마약, 사고(교통사고 및 산재사고) 등 건강증진 관련 문제도 심각해져 가면서 선진국형의 질병 양상이 혼합되어 국가의 책임과 역할이 크게 요구되고 있습니다. 뿐만 아니라 AIDS는 '85년 이후 1,350명이 발병하였고, 인간 광우병 등 신종 전염병도 최근 들어 크게 문제가 되고 있으며, 노인인구의 급속한 증가로 보건의료문제에 대한 국가의 책임은 갈수록 더 커지고 있습니다. 우리 당은 국가 지정 필수 예방 접종의 무상 실시를 단계적으로 시행하고, 국가 전염병 관리시스템을 도입하여 각종 전염병과 신종, 재출현 전염병을 예방하겠습니다. 임신부에 대한 산전·산후 관리 및 임부와 영유아의 무료건강진단을 실시하겠습니다. 40대 이상의 고위험자에 대하여 고혈압, 당뇨병 등 만성질환을 관리하고, 정기 검진을 실시하겠습니다. 학교 영양교육의 실시와 사업장의 근로자를 대상으로 한 영양사업 활성화, 보육정보센타를 통한 보육 아동에 대한 영양관리 지원, 보건소의 영양개선사업 실시 등 전 국민을 대상으로 한 영양개선 및 교육 사업을 실시하겠습니다. 산업안전 및 보건 설비 지원, 산업장 보건관리자 확대배치, 직장의 보건시설과 직장생활체육시설 확대 등 산업보건사업을 강화하겠습니다. 각종 운동 및 건강 프로그램의 보급, 학교 및 보건소를 통한 운동지도 등 적극적인 건강증진사업을 실시하겠습니다. 위암, 간암, 자궁경부암, 유방암, 대장암 등 5대 암에 대한 정기 검진 서비스를 전국민에게 제공하고, 의료 급여 대상자 및 저소득계층과 취약계층에 대한 치료서비스를 제공함으로써 주요 5대 암을 국가 책임 하에 완전하게 관리하겠습니다. 치매, 중풍과 노인성 만성질환의 치료 및 재활에 필요한 요양병원을 전국적으로 골고루 설치하고, 가정방문 서비스를 확대하는 등 노인에게 필요한 요양서비스를 제공하겠습니다. 노인인구의 급속한 증가로 인한 국민의료비 급증에 대해 근본적이고도 장기적인 대책을 수립하겠습니다. 6,000여 명의 학교 보건교사에게 정신보건전문과정을 이수하게 하여 전문 상담교사의 역할을 하도록 하여, 청소년 흡연, 학교폭력, 성 문제, 입시 스트레스 등에 대응하겠습니다. 초·중·고등학교에 보건교육을 실시하는 등 적극적인 학교보건사업을 시행하겠습니다. 학교구강보건실의 확대설치와 전체 아동을 대상으로 한 충치 예방사업, 그리고 국가지원 및 의료보험급여확대로 전체 노인들을 대상으로 의치·보철 사업 실시 등 적극적인 구강보건 사업을 시행하겠습니다.

‘국민기초건강보장제도’를 실시하여, 질병으로 인해 발생하는 막대한 규모의 국민의료비(1999년 37조원, GDP의 약 7.6%)와 그 증가 추세(1985년부터 1998년까지 13년 간 국민의료비는 연평균 10.42%씩 증가하였으나, 이 기간 동안의 실질 GDP 증가율이 연평균 6.8% 임)를 둔화시키고, “건강수명”을 현재의 평균 65세에서 OECD 평균인 70.2세로 연장하겠습니다.

2) 현재 10% 수준에 불과한 공공의료의 비중을 30% 이상으로 확대하여 각종 전염병과 주요 질환을 관리하고, 전 국민에게 예방보건서비스를 제공할 것입니다.

민간의료는 이윤추구의 속성으로 인해 예방보건사업을 수행하기가 어렵습니다. 그러나, 우리나라의 공공보건의료기관은 양적 부족, 시설 낙후, 인력 부족, 예산 부족 등으로 인해 국민보건사업을 수행할 행정수단이 절대 부족합니다. 공공병원의 비율은 유럽 국가 대부분이 70% 이상이며, OECD 국가 중 공공의료비중이 가장 낮은 미국과 일본도 각각 33%와 36%이나, 한국은 15%로 세계 최하의 수준입니다. 전국의 보건소는 시·군·구 당 1개소가 있고, 최근에는 서비스 개선으로 호평을 받고 있으나, 인력부족이 극심합니다. 농촌지역은 읍·면 당 보건지소가 1개소씩 있지만 시설과 장비가 낙후되어 있고, 도시지역은 보건소 당 인구가 과다(주민 수십만에 1개소)하며, 보건지소도 없는 형편입니다. 우리 당은 공공의료를 강화함으로써 전염병 관리, 각종 만성 퇴행성 질환의 관리 등 기본적인 보건부문에서 국가의 책임과 역할을 제고하고, 각종 재난 및 의료계 파업 등의 비상사태에도 대응이 가능하도록 하겠습니다.

우선, 보건소의 시설 및 장비를 개선하여 보건소의 기능과 역할을 지역사회의 중심 공공보건기관으로 확대, 전환하여 국가보건정책의 원활한 수행체계를 확보하겠습니다. 도시지역에 「지역보건센터」형 보건지소를 확충하여 거동불편 노인, 정신-신체 장애인, 임산부, 영유아 등에 대한 포괄적이며 지속적인 보건의료서비스를 제공할 것입니다. 농촌지역의 읍·면의 기존 보건소와 보건지소, 보건진료소의 시설과 인력을 획기적으로 개선하고 농촌지역의 중심의료기관이 될 거점병원과 보건의료원의 시설과 장비를 대폭 확충하겠습니다. 국립의료원을 국가중앙병원으로, 각 지방 국립대학병원을 지역을 대표하는 현대식 3차 병원으로 발전시키겠습니다. 지방공사의료원에 대한 지원 및 관리체계를 일원화하고, 시·구 당 1개의 지역거점 공공병원을 설립하여 공공병원을 미국·일본 수준으로 확대 개선하겠습니다. 공공의료를 확충하여 의료이용의 지역간·소득계층간 불평등을 최소화하고, 국가적 재난이나 위기상황 시에 의료부문의 정부 대처 능력을 확보하겠습니다. 노인성 치매, 중풍, 중증 장애인과 장기 질환자 등을 위해 재활병원, 요양병원, 중간요양시설(nursing home)을 신설하여 요양병상을 확충하겠습니다. 공공의료 네트워크 구축 및 공공의료 기관간의 행정체계 정비 등으로 각 부처, 각 지자체가 설립한 각종 공공병원이 상호 협조할 수 있도록 하겠습니다.

3) 낭비·누수가 없도록 현재의 건강보험제도를 개선하고 국민건강보험의 재정과 경영을 건전화하겠습니다.

건강보험의 재정 상황은 보건복지부가 발표한 예측보다 심각하다고 생각합니다. 건보재정 악화의 주요 원인은 수가 및 약가의 과다책정, 과잉진료 등으로 인한 누수현상이며, 의약분업 이전의 누수요인이 지속되는 상태에서 의료대란 시 대폭적인 수가인상이 건보재정의 위기를 초래한 것입니다. 따라서 건강보험 재정부담 증가 요인이 상존하고 있습니다. 민간 병·의원의 이윤동기와 행위별 수가제로 과잉진료를 유발하고, 3차 병원 위주의 진료 형태와 공공보건 의료 취약으로 환자들은 고비용을 부담하게 되어 있습니다. 질병 예방의 소홀로 고액진료비 환자가 다수 발생하는 구조입니다.

또한, 건강보험의 보장률은 입원 기준으로 약 50%에 불과합니다. 본인부담금 상한선이 없어 가계파탄 방지도 불가능 한 우리나라의 건강보험은 「의료보장」이 아닌 「진료비 할인 제도」라는 오명을 가지고 있습니다.

급여 확대에는 항상 보험료의 인상이 동반되어야 하나, 누수요인이 많아 급여확대와 연계된 보험료 인상의 논리가 수용되기 어려운 실정이므로 현재로서는 장기적인 개선의 전망도 보이지 않습니다.

우리 당은 허위 청구, 과잉 진료, 무분별한 의료기관 장보기 등의 건강보험 누수현상을 철저히 제거하여 건강보험에 대한 국민적 신뢰를 회복하고, 의료의 질 관리를 강화하여 양질의 의료서비스를 필요한 국민 모두에게 제공하도록 하겠습니다. 의료수가 및 약가를 공정하게 설정하고, 병·의원에 대한 공인회계준칙과 회계감사제도의 도입, 제약회사 영업비 인정비율의 조정 등으로 공급주체의 경영투명성을 확보하며, 비용절감형의 진료비 및 약가지불제도를 도입하여 국민들의 의료비 부담을 경감하겠습니다. 보건소, 요양병원, 현대적 공공병원을 확충하고, 민간부문 동네의원을 1차 진료의 중심으로 올바르게 개편하며, 주요 질병에 대한 적극적 예방 관리로 고액진료비 발생을 사전에 근본적으로 방지하겠습니다.

임기 내에 건보재정을 완전히 정상화하고 비용절감형 제도개선을 바탕으로 국민적 동의를 확보하여 건강보험의 보장성을 현행 50%에서 실질적으로 보험의 역할을 할 수 있도록 선진국 수준인 80% 이상으로 높이겠습니다. 비정규직 등 건강보험에서 소외되어 있는 분들을 모두 가입시키도록 하겠습니다. 최저 소득계층에 대한 의료급여의 대상과 급여항목을 확대하여, 차상위 계층에 대하여는 선택할 수 있는 부분급여로 의료급여를 시행하겠습니다. 통합 일원화된 관리체계와 재정통합 등 건강보험의 기본 틀을 유지·보완해 나가며, 건강보험의 주요 정책에 대한 가입자의 참여를 보장하고, 의료기관 실사권, 재정운영권, 약가와 수가 계약권 등 관련 제도를 정비하여 건강보험 공단의 자율성과 가입자 보호기능을

강화하겠습니다. 회피성 직장보험가입을 색출하고 초고소득의 직장의료보험 대상자의 보험료 상한선을 높이고, 누진적 보험요율을 도입하고, 자영자 소득 인프라 구축위원회를 통하여 소득 파악을 지속적으로 개선하는 등 보험료를 공평하게 부과하기 위한 적극적인 방안을 시행하겠습니다.

4) 진료비 할인제도에 불과한 현재의 건강보험을 보완하여 위험분산이라는 실질적인 보험의 역할을 하도록 진료비 본인부담 상한제를 도입하겠습니다.

외래진료에는 정액제로 부담을 낮추어주고 있으나, 국민들의 부담이 되는 고액진료비에 대해서는 체계적인 지원제도가 없는 등 현재 우리나라의 건강보험은 보장성이 너무 낮습니다. 신장질환으로 인한 혈액투석 환자, 백혈병 등 소아암 환자, 장기이식 등의 큰 수술이 필요한 중증 질환의 환자, 뇌졸중이나 교통사고로 인한 장기 입원환자들의 경우 수 천만원에 이르는 본인부담금 때문에 가계가 파탄나고, 위장이혼을 하여 가족이 해체되는 등 진료비 부담으로 인한 문제가 매우 심각합니다. 특히, 고액의 민간보험에 가입하지 못하는 저소득층의 경우, 병의 진단만 받고 치료를 못 받는 경우가 다수 발생하는 등 빈부에 따른 소외와 계층 간의 갈등을 유발하고 있습니다. 우리 당은 진료비 할인제에 불과한 보험을 실질적인 보장성을 가진 보험으로 개편하여, 진단만 하고 돈이 없어 치료를 못 받는 일이 없어지도록 하여야 장기적으로 국민들의 보험에 대한 신뢰성을 확보하고 보험료 납부 비율 증가를 유도할 수 있다고 생각합니다.

우선 '진료비 부담의 위험 크기에 따른 본인부담의 차별화'에 따라 본인부담금 제도를 재구성하여 필수 서비스와 긴급한 급여는 본인 부담율을 낮추도록 조정하겠습니다. 연간 총 본인부담금이 일반 국민의 1개월 분 가계수입을 상회할 때, 그 이상의 부담금에 대해서는 현재의 진료비의 20%를 부담하는 정률제가 아닌 별도의 본인부담률을 적용하여, 총 금액의 증가에 따라 체감하거나 질환의 중증도에 따라 차등화 하는 진료비 본인부담의 총액 상한제도를 도입하여 과도한 본인부담금이 누진적으로 감소되도록 하겠습니다.

5) 의료전달체계를 수요자 중심으로 개선하여 국민의료비를 절감하며, 중복진료와 국민불편을 일소하겠습니다.

현재는 1차, 2차, 3차 의료기관이 무차별적으로 상호 경쟁하는 체계입니다. 중소 병원들은 외래환자는 의원과 경쟁하고, 입원환자는 대학병원과 경쟁하고 있습니다. 이로 인해 국민들은 중복의료비용의 부담을 지고 있으며, 적절한 진료를 받지 못하고 있는 실정입니다. 우리 당은 1, 2, 3차 의료기관 상호간의 기능분화와 상호협력, 1차 및 2차 의료기관의 기능

강화를 통해 비용절감형의 의료체계를 만들겠습니다.

구체적으로 말씀드리면, 급성기 일반병상에 입원되어 있는 장기요양환자를 보다 저렴하고, 편안한 요양병원으로 이동하도록 유도하고 병원과 요양병원, 거주시설 및 지역사회와의 연계체계를 구축하여 환자의 부담을 낮추고 편의성을 높ی겠습니다. 의료법 등 관련 법률을 개정하여 의료전달체계를 구축함으로써 의료이용에 대한 환자의 만족도를 향상시키고, 국민의료비를 절감하겠습니다. 양방과 한방, 의사와 약사, 의사와 간호사 등 각자의 영역이 존중되어 각 직능간에 상호 보완적이고 협력적인 관계가 형성되도록 하겠습니다. 의료관련 기사 등 모든 보건의료 관련자들의 전문성과 자율성을 높여 환자들에게 양질의 진료 제공되도록 하겠습니다.

6) 수해, 테러 및 대량재난 사고에 대비하여 전국민을 대상으로 하는 응급의료체계를 완비하겠습니다.

대형사고, 지진, 홍수 등 자연재해와 대형사고의 발생이 해마다 증가하고 있습니다. 사회가 고도화, 과학화되고 대도시로 인구가 집중됨에 따라 동시에 대형 재난의 가능성이 커지고 있습니다. 세계적 수준의 산업재해, OECD 국가 1위에서 겨우 탈피한 교통사고 사망률 등으로 전체 사망률 중 가장 생산이 활발할 20, 30대의 사망률이 높아 사회적 손실이 큽니다. 이 사회의 중추가 되는 40대의 사망률은 세계 1위입니다. 그러나 응급의료의 취약성으로 인해 불필요한 사망이 많고, 응급의료체계의 미비가 국가적으로 장애인 발생의 주요 원인이 되고 있습니다.

우리 당은 중앙응급의료센터를 확대 설치하고, 권역별 응급의료센터와 지역응급의료센터 등에 대한 인력과 장비의 지원을 강화함으로써 응급환자의 치료에 대해서는 국가가 책임지도록 하겠습니다. 사고 현장에서의 응급관리 및 이송, 응급실 체계와의 연결 시스템을 확충하고, 적십자의 혈액관리체계와도 연계하겠습니다. 응급헬기를 활용하여, 전국을 15분 내에 연결하는 환자이송체계를 확보하고, 수직접합 전문병원, 장기이식 전문병원, 화상센터 등 전문진료기관에서 제시간에 적절한 진료를 받을 수 있도록 하겠습니다. 응급의료기금을 확충하여, 응급환자는 치료비 걱정 없이 우선 진료를 받을 수 있도록 하겠습니다. 어린이 교통교육강화, 학교 부근 신호등과 과속방지턱 설치 등 어린이 교통사고 사망자 수를 획기적으로 감소시키는데 예산을 최우선적으로 투입하겠습니다. 성폭력 응급의료 지원센터를 전국에 확대 설치하고, 소아정신과 의사 및 사회복지사, 심리치료사 등으로 구성된 “소아 폭력센터”를 광역시마다 신설하여 피해자 상담과 치료, 가해자 재교육 등의 다양한 서비스를 제공하는 등 여성과 어린이에 대한 포괄적인 응급의료서비스를 제공할 것입니다.

7) 의료분쟁조정법 등 관련제도와 법률을 조속히 정비하여 증가하는 각종 의료사고와 의료분쟁으로부터 환자와 의료인을 보호하고 환자의 알권리를 확대하겠습니다.

환자를 보호하기 위한 조정전치제도의 도입, 합리적 구성의 의료분쟁조정위원회 구성, 의료배상공제조합의 내실화와 의료배상책임보험제도의 도입, 의료의 특성이 고려된 형사처벌 특례조항이 포함된 의료분쟁 조정법을 조속히 제정하겠습니다. 선보상 후책임 규명 등 의료사고에 대한 실질적인 피해구제가 가능하도록 국가와 보험자, 의료인이 출연하여 의료사고에 대한 보상제도를 확립하겠습니다.

제왕절개 분만을, 원내 감염 발생을 등 병원의 진료성적 공개와 병원에 대한 평가제도를 강화하는 등 환자의 알권리를 보장하는 각종 입법 및 제도를 정비하여 환자고충처리제도를 보완하겠습니다.

8) 민간의료기관이 자율경영을 건전하게 수행할 수 있도록 보장하고, 공공부분과 적절한 조화를 이루도록 지원하겠습니다.

민간의료기관의 자율경영은 비영리로 규제되어 있으면서도 이에 따르는 혜택은 받지 못하고 있습니다. 해외로 의료이용을 하러 나가는 인구가 증가하는 등 의료 관련 국부가 유출되고, 양질의 의료에 대한 국민적 요구가 증가하고 있습니다. 보건관련 산업의 시장이 급속하게 커지고 있고, 다국적 제약기업의 국내시장 잠식과 선진국의 보건 관련 신기술의 발전은 빠르게 진행되고 있으나, 국내 관련 산업과 전략 기술개발에 대한 지원은 아직도 매우 열악합니다. 의료시장 개방 압력 등 세계화 추세에 부응하여 보건의료 관련 분야의 세계시장에서의 경쟁력을 확보할 필요성이 제기되고 있습니다.

우리 새천년 민주당은 민간병원의 자율성을 강화하고, 경쟁력을 향상하도록 하며, 경영의 효율성을 제고하고, 서비스를 개선할 수 있도록 관련 세제와 제도를 개선하며, 전문 병원화·개방 병원화·의료정보화 등에 대한 지원을 강화하여 환자들이 양질의 의료 이용 할 수 있도록 하겠습니다.

고급의료장비의 공동 활용 및 지역에 따른 병상 공급 조절과 취약지 병원에 대한 국가 지원을 병행하는 등 공공의료와 민간의료가 조화를 이루게 하며, 비영리 병원은 설립 목적에 맞게 국민을 위한 공공성을 강화할 수 있도록 지원하겠습니다.

신약개발, 새로운 치료기술의 개발, 원격진단 및 치료기술의 개발, 한방치료기술의 과학화, 생명공학기술의 개발 등 보건의료 분야의 각종 신기술의 개발을 지원하고, 관광특구 내에 외국인 진료병원과 고급휴양병원의 설립을 지원하는 등 보건관광산업을 지원하여 보건의료 산업을 국가적인 전략산업으로 육성하겠습니다.

9) 국민들이 안심하고 먹을 수 있도록 식품에 대한 관리체계를 구축하겠습니다.

최근 몇 년 동안 수입 납 꽃게 파동, 유전자 조작식품 파동, 농약 콩나물 소동, 방사선조사식품 문제, 구제역 위험과 광우병 우려 등 식품의 안전성을 둘러싼 논란이 그치지 않고 있습니다. 그러나 현재 우리나라의 식품관리체계는 다원화되어 있어 정부의 안전관리의 책임소재가 불분명 함. 문제가 발생하여도 책임지는 사람이 없습니다. 예를 들면 식육 및 가공품은 농림부(축산물가공처리법)가, 수산물 검사는 해양수산부(수산물품질관리법)가 담당하고 있으며, 식품안전의 종합관리 권한과 관리 대상업종의 99.9%에 대한 관리담당은 시·군·구 등 지자체입니다. 학교급식은 교육부가, 먹는 물은 환경부가, 천일염은 산자부가, 주류에 대한 관리는 국세청이 담당합니다. 그리고, 위에 언급한 것 외의 타 부처소관 이외의 식품은 식품의약품안전청(식품위생법)의 소관입니다. 주문 관청인 식약청은 식품허가·신고수리권, 일반적 감시권, 행정처분권은 없으며 시도·단속 및 감시업무 활동인력이 절대 부족하여 담당기관의 식품안전관리 통제수단이 미비한 실정입니다.

우리 당은 민·관 합동의 「정부조직 진단위원회」를 설치·운영하여 다원화되어 있는 식품관리체계를 일원화하고 권한과 책임성을 부여하는 등 식품의 안전성을 확보하여 먹거리에 대한 국민들의 불안이 없도록 하겠습니다. 위해 요소 중점관리(HACCP)제도를 확대 적용하며, 우선 도입 업체에 대한 각종 인센티브를 부여하겠습니다. 모든 식품의 생산, 유통, 보관, 저장, 조리, 판매, 소비의 전 과정에 대한 위생적인 관리체계를 구축하여 집중 위생관리를 실시하겠습니다. 중앙과 지자체의 식품 단속 담당자의 권한을 강화하고, 거점신고 감시(Sentinel monitoring) 체제를 도입하여 중앙과 지방의 감시기능이 서로 교차하는 상호 감시하는 감독체계 구축하겠습니다. 유전자 조작식품과 방사선 조사 식품 등에 대한 관리를 강화하고, 해외의 수입식품에 대하여는 현지에 “과건 검역관 제도”를 확대하여 수입 전 단계부터 위생을 관리하고, 통관, 검역 및 유통 담당자의 실명제로 책임성을 부여하겠습니다.

10) 노령인구의 증가와 이에 따른 노인인의 증가에 맞추어 간병서비스를 포함한 노인 개호보험을 도입하고 노인성 질환의 종류와 상태에 맞게 다양한 보건의료서비스가 제공될 수 있도록 하며, 치매, 뇌졸중 등의 중증 노인질환은 국가에서 책임지고 돌보도록 하겠습니다.

2002년 우리나라의 노인인구 비율 7.9%로 370만 명, 차기 정권의 임기말에는 9% 까지 상승하는 등 노인인구의 급속한 증가는 이미 진행되어 고령화 사회를 지나 고령사회로 나아가고 있습니다. 또한, 노인은 대부분 만성질환자이므로 2001년 20%의 노인 수진자에게

40%의 건강보험의 재정이 지출되는 등 노인의료비는 이미 급등하고 있습니다. 입원가료를 요하는 노인 인구는 60만 명이며, 시급하게 입원을 요하는 중증 질환자도 20만 명이나 현재 요양병원은 2만 병상에 불과하며, 장기요양 대상의 만성노인환자도 대부분 급성기 병상에 입원하고 있어 의료비의 낭비가 크고, 환자들도 안정적이고 편안한 서비스 제공이 안되고 있습니다. 그러나 우리나라의 특성인 가족 내에서 간병과 부양이 되는 한국 사회의 전통에 맞는 친 가족적 요양시설이 부족합니다. 무엇보다도 노인부양으로 인해 가족해체가 되지 않도록 지원하는 노인 요양시스템이 시급합니다.

우리 당은 전국 보건소 및 도시형 보건지소에 방문간호센터를 설치하여 모든 재가와상 환자에게 적절한 방문간호 및 방문진료서비스를 제공할 것입니다. 공공근로사업의 일환으로 젊고 건강한 노인에게 간병인 교육을 실시하여, 6만 명의 간병요원이 중증 노인에게 무료로 간병서비스를 제공하도록 하겠습니다. 노인성 치매, 중풍, 중증 장애인과 장기 질환자를 위해 필요한 요양병상을 확보하겠습니다. 아침, 저녁으로 가족들이 방문할 수 있도록 주택가에 (30병상 이하의) 소규모 nursing home 개설과 주말에 가족들이 방문할 수 있는 도시근교의 전원형 nursing home 개설 등을 지원하여 가족친화형 요양병상을 확보하겠습니다. 노인병 전문의 신설 및 종합병원의 노인병전문 진료과목 개설. 중소병원의 급성병상을 장기요양병상으로 전환할 경우 시설자금 지원 및 입원수가 합리화. 국공립 병원에 노인 병상 확보 의무화. 노인병원 개설자에게 국민연금에서 저금리 대출 지원 등 노인들을 위한 진료 및 요양 시설을 확충하겠습니다. 가족의 간병부담을 덜고, 노인의 의료비 부담을 완화하며, 장기적인 노인의료비 증가에 대비하기 위한 노인개호 보험을 도입하겠습니다. 방문보건서비스와 간병서비스, 이동목욕서비스, 사회복지 서비스를 연결하는 종합적인 관리시스템을 구축하는 등 치매, 뇌졸중 등으로 인한 중증 와상노인은 지역의 보건소에서 책임지고 관리하겠으며, 노인부양부담으로 인한 가족과피와 현대판 고려장을 일소하겠습니다. 노인을 부양하는 가족에게 세금감면제도 등 지원책을 확대 실시하여, 어르신들이 사회에서 소외되지 않고 우리의 고유한 가족관계를 유지할 수 있도록 하겠습니다.

11) 전국의 보건소에서 노인과 만성퇴행성질환자들을 대상으로 한 한방 예방보건사업을 대대적으로 전개하고, 한방치료기술개발, 한약의 과학화 및 현대화를 국가적으로 지원하여 한의학이 국민을 위한 주요 의료체계의 하나로 자리잡도록 하겠습니다.

한방과학기술연구를 지원하고 연구기반을 강화하여 만성·난치성질환을 치료하는 한방치료기술을 적극적으로 개발하겠습니다. 한약 제제의 실용화, 제품화를 통하여 한방치료분야의 기술발전을 촉진하고 한의약산업을 세계적인 제약산업으로 육성하겠습니다.

국립의료원의 한방진료부를 국립한방병원으로 확대 개편하고, 국립보건원과 식품의약품 안전청의 한방관련 업무를 확대하여 한방이 국민보건의료체계의 주요부분으로 자리잡도록 지원·육성하겠습니다. 전국의 보건소와 필요한 보건지소에 배치된 한방공중보건의사를 통한 적극적인 한방예방보건사업을 실시하겠습니다.

국립대학 내에 의대, 치대, 약대, 자연과학대 등 관련학과 졸업생들이 진학 할 수 있는 한의학 협동 전문대학원 과정을 설치하여 한방연구와 교육 기능을 강화하겠습니다.

12) 장애인의 범주를 넓히고, 장애인의 등록을 확대하며, 장애관련 보건의료 자원의 균형배치와 육성을 유도하고, 장애로 인한 추가비용을 보전하는 등 적극적으로 장애인 보건정책을 시행하겠습니다.

장애인에 대한 조사를 정기적인 지역조사(survey)외에 각 보건의료기관, 사회복지기관, 보건소 등에서도 실시하고 등록되지 않은 장애인의 적극적인 발굴, 장려하겠습니다.

건강보험 및 의료급여에서 장애재활 서비스, 보장구, 보청기, 특수안경 등 장애인 관련 급여항목을 확대하고, 민간병원의 서비스 확대를 위한 장애인 관련 수가를 적정화하며, 필요한 투자 재원을 국가가 지원하는 등 민간병원도 장애인 사업을 포함한 보건활동에 참여하도록 유도하겠습니다.

전국의 광역자치단체에는 산재, 교통, 가정 일반 사고 등의 재활을 모두 포괄할 수 있도록 2-3개 정도의 재활 전문 병원을 설립하고, 시, 군, 구에는 중소규모의 요양병원을 점차 확대하여, 반신불수 등의 만성적 기능 장애 관리와 신체 및 정신 장애인들에게 필요한 다양한 서비스를 제공할 것입니다.

장애관련 전문의(재활의학, 안과, 이비인후과, 정형외과, 신경외과 등)의 적정 배치를 유도하고, 장애관련 전문간호사 육성과 각종 의료기사의 종류를 확대하며, 장애인을 위한 필수 의약품과 장애관련 보장구 등의 다양한 품종 생산 및 품질 개선을 위한 생산 및 연구 지원을 하겠습니다.

장애인의 추가 비용 부담에 대한 국가지원을 확대하고 보건의료시설에서 장애인을 위한 이동수단을 제공하며, 건강보험과 의료급여에서 장애인 이동 비용의 현금급여를 점차 확대하는 등 장애인의 보건의료 이용에 따른 차별이 없도록 하겠습니다.

그 외에 자주 질문 받는 보건의료부분의 현안에 대해서도 말씀드리겠습니다.

1) 의약분업은 안전벨트를 매는 것과 같은 것입니다.

의약분업은 처음엔 불편하고 귀찮지만 국민의 건강과 안전을 위해 꼭 시행해야할 정책

이며, 조금만 지나면 불편함은 없어질 것입니다. 의약분업은 도입과정에서 정책 그 자체로 인해 국민들이 고통을 겪고 있는 것이 아니라, 관련 이해 집단의 이기주의를 잘 조절하지 못하였기 때문에 국민들이 불필요한 불편함을 겪는 것입니다. 우리는 정책시행 방법에서 미숙함이나 준비 부족 등이 일부 있었음을 인정합니다. 그러나, 최근에 나온 OECD의 보고서에 실린 우리나라의 의약분업에 대한 내용은 긍정적인 것이었습니다. '그동안 관습적으로 약국에서 약을 복용하던 환자들이 병원에 가서 의사의 정확한 진단을 받고 질병을 초기에 발견해서 치료하게 되었고, 처방전이 공개되어 의사는 처방에 보다 신중하게 되었으며, 의사의 처방내용 중 의약품의 배합 및 상호작용 등을 약사가 한번 더 확인하게 되므로 약화사고를 예방할 수 있는 체계가 갖추어졌으며, 자신이 복용하는 약에 대한 정보획득이 가능하므로 환자의 알권리가 신장되었다'라고 선진국의 저명한 학자들이 분석하였습니다. 또한 한국보건사회연구원의 발표자료에 의하면 항생제·주사제·스테로이드제의 사용량이 감소하는 등 계량적인 효과가 있다고 평가합니다. 의약분업 1년이 지난 지금 '항생제의 청구건 당 항생제 품목수는 분업 전에 비해 23.3% 감소'하였고, '원외처방전을 받은 환자중 주사제를 처방받은 환자의 수는 47.25% 감소'하였으며, '첫 번째 약국에서의 조제율이 97%로 증가'하는 등 객관적인 자료들이 나타나기 시작하였고, 일부 의사들을 제외한 학계에서도 긍정적으로 평가하고 있습니다.

한나라당의 싱크탱크인 국가혁신위 보고서에서도 의약분업을 조기 정착시켜야 한다고 하였고 공약에서도 의약분업의 지속적 진행을 약속하였습니다. 그러면, 전면 재검토하자는 이회창 후보는 의약분업을 하지 말자는 것입니까?

의약분업 시행이 2년이 지난 현시점에서 전면재검토나 임의분업을 하는 것은 모두 엄청난 국민부담과 혼란을 야기할 것입니다. 수권정당임을 자임하는 한나라당이 관련 전문가나 통계가 없어 구체적인 정책방안을 세우지 못한다는 것은 말이 안됩니다.

한나라당의 구체적인 의약분업의 개성방안은 무엇인가 묻고 싶습니다. 의사협회에 가서 이야기한 대로 임의분업인가? 아니면 참여연대 토론회에서 약속한 대로 "성분명 처방과 대체조제"입니까?

의약분업은 의약품 사용의 잘못된 관행을 고쳐 국민의 건강을 증진하기 위한 것입니다. 다소 불편하더라도 우리와 후손들을 위해서 우리 시대에 꼭 시행하여야 하는 제도입니다. 또한, 리베이트 같은 불법 거래의 근절 등 의료제도를 선진화하는데 꼭 필요한 제도라고 생각합니다.

우리 당은 앞으로도 현재의 의약분업의 기본 틀을 유지하면서 제도 운영상의 문제점을 계속 보완하여 국민이 분업의 효과를 체감할 수 있도록 제도를 안착시켜 나갈 것입니다.

또한, 일부 의료계에서 거론하고 있는 임의분업이나 포괄적인 민간보험 도입은 문제 해결 방안이 아닙니다. 일반약과 전문의약품의 분류재정비 등이 필요하며, 성분명 처방 확대, 대체조제 활성화 등 환자의 편의기반도 확충되어야 할 것입니다. 장기적으로는 치료나 약값으로 부당한 수익을 얻지 않게 수가와 약가의 체계개편하고 부당한 진료비 청구 엄벌하는 등의 문제점을 개선하면서 약계와 의료계가 환자의 편리를 위해 서로 협조해야 의약분업이 진정으로 국민을 위한 정책으로 정착 될 수 있을 것입니다.

2) 건강보험의 재정문제에 대해 말씀드리겠습니다.

의약분업 시행으로 인해 보험재정 파탄위기 초래했다는 것은, 일부분만 맞는 말이라고 생각합니다. 한국보건사회연구원의 분석에 의하면, 2001년의 재정 증가분 4조 5천억원 중 수가인상으로 인한 증가가 3조 7,245억원(82%)인데 비해, 의약분업으로 인한 내원 일수 증가 효과는 8,153억원(18%)에 불과한 것으로 나타나고 있기 때문입니다.

우리는 의약분업을 통해, 향후 의약관련 비리를 없앨 수 있는 투명화의 기초를 마련하는데 사회적 비용을 지불하였습니다. 이제 의약분업을 통해 의료기관 경영의 많은 부분이 투명화되었습니다.

건강보험의 수가는 병의원 경영투명화에 기초한 경영평가에 근거하여 단순한 인상이나 인하가 아닌 “적정화”가 되어야 할 것입니다. 예를 들면, 현재 1차 의원과 2차 병원의 수가가 불균등하여 의료전달체계를 왜곡하고 있으며, 2단계에 이르는 의원 내에서도 과별 불균형이 존재하여 불만의 요소가 되고 있습니다. 또한, 병원은 의사들이 개원하러 나가버려 진료를 못하고 있으며, 중소병원의 병상은 텅텅 비어있는데 대학병원에 입원하기 위해서는 줄을 서야하는 의료수요의 왜곡현상이 나타나고 있습니다. 수가정책을 통해 이런 부분을 점차 개선하여야 합니다.

이미 국회에서 '국민건강보험재정건전화특별법'을 제정함으로써 보험재정을 안정적으로 운영할 수 있는 기반을 마련하였습니다. 고가 의약품에 대한 심사기준을 강화하고 불필요한 과잉 진료와 중복진료 등의 누수요인을 줄여나감으로써 보험은 안정화될 것입니다. 전국민의료보험 실시 이후 국민들의 병원 이용이 늘고, 노인인구도 늘고, 의료급여 일수도 늘어나는 등 진료비를 팽창시키는 요인이 다발적으로 나타났습니다. 1995년 이후 의료보험 지출은 18.5%가 증가한데 비해, 수입은 14.4% 씩 늘어나는 등 불균형이 있었습니다. 보험료의 평균 부담률이 선진국은 약 20%이고, 대부분 국가가 10% 이상인데 비해 우리나라는 3.6%에 불과합니다. 이로 인해 1996년부터 보험재정적자가 누적되는 등 보험의 구조적인

부분에 원인이 있었습니다.

이제는 적절한 보험료를 내고 제대로 된 혜택을 받을 때입니다.

보험재정 적자의 근본적인 해결방안은, 적정 수가와 의료기관의 경영투명성이 전제된 이후, 국민들을 설득하여 보험급여가 확대되는 만큼 보험료를 인상하는 것입니다.

의료보험 관련 우리당의 정책은, 지금까지의 “저보험료 - 저수가 - 저급여 체계”에서 벗어나 “적정 보험료 - 적정수가 - 적정급여”의 선진국형으로 전환되어야 한다고 명기하고 있습니다.

한나라당은 공약에서 건강보험 재정을 안정시키겠다고 약속을 하면서 “건강보험 재정 안정 특별위원회” 구성 전반적인 개혁안 작성, 상대가치 수가체계 조정, 포괄수가제 확대, 약가제도 개선, 보충성 민간보험 도입, 의료남용 및 진료비 부당 청구 방지를 위한 진료비 심사 강화, 발병을 높은 질환에 대한 예방 및 건강검진 강화 등을 이번에 처음으로 제시하고 있습니다.

그동안 한나라당은 “의약분업으로 인해 건강보험 재정이 파탄났다”고 계속 선전하면서 건강보험 분리 이외에는 한번도 구체적인 건강보험 재정 건전화 방안을 제시한 적이 없습니다. 의사협회 주최 토론회에 가서는 포괄수가제 확대, 의료남용 및 진료비 부당 청구 방지를 위한 진료비 심사 강화 등은 제외하고 발언하고, 대한약사회의 서면질의에서는 의약분업을 조기정착 시키겠다고 하는 등 자리마다 정책의 내용이 달라졌습니다. 한나라당은 그동안 건보재정 악화의 원인을 의보통합으로 인한 ‘주인의식 부족’, 의약분업으로 인한 비용 증가로 매도하고 의료계와의 마찰을 피하고 있었습니다. 최근의 수가 조정과 관련한 이회창 후보의 입장은 무엇입니까?

현행 우리나라의 의료 및 건보체계는 민간 병의원의 이윤동기와 행위별 수가제로 과잉 진료 유발하는 부분, 3차 병원 위주의 의료와 공공보건의료 취약으로 국민들이 고비용을 부담해야 하는 부분, 질병 예방 소홀로 고액진료비 환자 다수 발생하는 부분 등 구조적으로 건강보험 재정부담 증가 요인이 상존하고 있으나, 한나라당은 위의 사항은 언급 회피하고 있습니다. 건강보험의 비급여 부분을 중심으로 보충성 민간보험 도입하여 건보재정 안정 및 의료 선택권 확대를 하겠다는 것은 건보재정 안정 대책이 아니라, 건보재정에 대한 책임 회피 대책입니다. 보장성이 50%에 불과한 상태에서 민간의보는 급격한 형평성 악화시켜, 저소득층의 의료보장을 악화시키게 될 것입니다. 그런데도, 민간보험을 도입하겠다는 동시에 저소득층에 대한 의료지원을 약속하는 것은 모순입니다. 현재 상태로는 민간의료보험은 가진자들 만을 위한 “부자보험”이 될 수밖에 없는데, 일반국민의 의료비용 부담

에 대한 한나라당의 대안은 무엇인지 묻고 싶습니다.

한나라 당은 저소득층의 의료 보장을 위해 의료급여 대상자를 확대하고, 저소득층 자녀의 희귀·난치성질환에 대한 치료비를 확대하는 등 기초생보 대상에서 제외된 저소득층에 단계적 의료 지원확대를 약속하고 있으나, 전국민에 대한 건강 대책이 없는 저소득층 위주의 부분적 대책이 아닌 지 묻고 싶습니다. 저소득층의 규정이 없어 대상자가 일부로 한정될 우려가 있고, 그들 자녀의 희귀질환자(국민 100만 명중에 1명 정도)이므로 대상이 극히 제한될 것입니다.

3) 민간의료보험은 공보험이 안정된 이후에 도입하는 것이 바람직합니다.

민간보험은 공보험을 보완하는 형태(보완형 민간의보)와 공보험을 대체하는 형태(대체형 민간의보)가 있습니다. 공보험을 보완하는 민간의료보험은 지금도 우리나라에서 많이 팔리고 있으며(예, 암보험, 건강보험 등) 긍정적인 면이 있습니다. 그러나 현실적으로 공보험을 대체하는 형태의 민간의료보험을 도입하는 것은 많은 문제를 야기할 것입니다. 공보험을 없애거나 혹은 공보험의 보험혜택을 최소한으로 한정할 경우, 서민들은 비싼 사보험 가입 외에 선택의 여지가 없게 되고 의료혜택을 받지 못하는 의료의 빈익빈, 부익부 현상이 나타날 것입니다. 예를 들어 사적 의료보험이 공보험을 대체하고 있는 미국의 경우, 전 인구의 1/5에 달하는 4천 5백만명이 의료보험이 없어 의료혜택을 받지 못하고 있습니다. 또한 사적 의료보험은 보험판매자(회사나 보험아줌마 등)에 대한 인건비가 많이 지출되며, 관리운영비가 너무 많이 드는 등, 기본적으로 영리를 목적으로 하므로 보험료가 공보험보다 훨씬 비싸게 됩니다. 현재 우리나라의 실정에서 대체형 민간의료보험은 잘사는 사람들만 혜택을 보는 제도이며, 서민층은 혜택에서 제외될 가능성이 매우 높습니다.

시장경제의 장점인 경쟁원리를 도입하고 고급의료를 충족시키기 위해 민간보험 도입의 필요성은 인정하나 공보험이 일정 정도 자리잡고 난 이후에 점진적으로 확대하는 것이 바람직할 것입니다.

4) 건강보험 재정통합은 예정대로 진행되어야 합니다.

2003년 6월로 연기된 재정 통합은 원칙대로 시행되어야 합니다. 노사정위원회의 동의와 여·야가 합의로 법안을 통과시켰고, 국회에서의 1년 6개월 연기 합의는 '통합을 전제'로 준비를 철저히 하기 위한 것이었습니다. 가입자간의 의료혜택 격차를 해소하고, 전체적으로 의료혜택을 늘리기 위해 건강보험은 통합되어야 합니다. 사회적 연대성을 확보하기 위해서도 반드시 필요합니다.

건강보험의 재정통합을 되돌려 분리할 경우 큰 혼란이 초래됩니다.

추진 중인 건강보험 재정건전화 정책의 전면 재조정 등의 혼란뿐만 아니라 재정을 분리하면 50%를 국고지원 받는 지역보험은 문제가 없지만 그렇지 못한 직장보험은 대규모 적자가 발생합니다. 그러면, 직장보험만 보험료를 올리거나 의료혜택을 줄여야 하는 데 국가지원과 의료혜택, 가입자 부담의 불형평이라는 면에서 사회문제화 될 것입니다. 직장보험과 지역보험간의 이동시 의료혜택·보험료가 달라져서는 안되며, 동일한 혜택이 유지되어야 할 것입니다. 문제는 자영업자의 소득과약입니다. 우리는 신용카드 사용 확산과 세무당국의 소득관리 강화로 소득과약 개선하면서 통합을 진행할 것입니다.

5) 의료인력 양성은 장기적인 관점에서 계획되어야 합니다.

의료인력 중 그동안 문제가 많았던 의사인력에 대하여 말씀드리겠습니다. 의과대학 정원은 이제 조정되어야 합니다. 국민들의 입장에서 의사가 필요한 곳에 적절하게 배치되지 않고 있기에 일부에서는 아직도 모자란다는 주장이 있지만 현재의 수준에서 지역별, 과목별, 직능별로 적정 배치를 한다면 모자라지 않습니다. 또한 해마다 3,300명씩 대량 배출하는 시대로 이미 진입하였기 때문에 이제 줄여 나가야 하고, 축소정책의 효과는 지금 시작하더라도 10여 년 후에나 나타날 것입니다.

숫자만 줄이는 것이 아니고 내용적인 재조정을 해야 합니다.

의사들 위주로 구성된 “의료제도 발전 특별위원회”는 공익성을 갖춘 대표들과 소비자 대표들이 충분한 비율로 참가할 수 있도록 개편을 하여야 하며, 정원 축소도 교육부 등 관련 부서와 협의하여 합법적으로 추진되어야 합니다. 또한 단순 정원 축소가 아니라 교육 시설과 인력에 대한 평가와 지원, 부실의과대학의 퇴출, 의과대학의 질적 수준 제고 등이 동시에 진행되어야 합니다.

의료인력 양성 체계도 인기과목에 편중되고 비인기 필수 과목은 미달되는 사태가 없도록 수가체계 개선을 포함한 종합적인 대책이 마련되도록 하고 배출된 전문인력도 필요한 곳에 충분히 배치될 수 있도록 공공기관의 의사에 대한 처우 개선, 취약지역 근무자에 대한 장려제도 등 다양하게 내용 개선이 되어야 할 것입니다.

6) 의료제도 발전특별위원회는 보완·확대 할 것입니다.

의발특위는 의약정 함의로 만들어진 주요기구입니다. 비록 한시 기구이긴 하지만 대통령 직속으로 보건의료 문제를 논의하는 기관이 있다는 것은 매우 중요한 의의가 있습니다. 그러나 일부 의료인들만을 중심으로 한 현재의 구성은 국민들의 공감을 얻기에는 무리가 있습니다. 의료부분에서의 전문성은 인정하지만 국민들에게 설득력을 가지기 위해서는 공급

자와 소비자가 동수가 되어야 하고 중립성과 전문성을 가진 공익대표도 보완되어야 합니다. 노태우, 김영삼 등 여러 역대정권에서 다양한 이름으로 유사한 기구가 있었지만, 그 이전의 이런 기구들은 두꺼운 보고서를 내는 것으로 생명을 다하였습니다. 수 십 년간 왜곡된 보건의료 문제를 제대로 풀어내기 시작한 것은 국민의 정부 시기였습니다. 하지만, 지금의 기구도 시민단체 대표가 불참을 선언하고, 정부가 수용할 수 없는 여러 가지 결론들을 내면서 이전의 기구들과 비슷한 길을 가고 있습니다. 비록 의료계에서 마음에 차지 않는 부분이 있겠지만 소비자로서, 환자로서 국민을 충분히 존중하고 이들의 발언권을 제도적으로 보장한다면, 여러 가지 내용을 설득하고 만들어 낼 수 있을 것입니다. 구성에서의 합리성만 양해가 되면 제가 강화하고자 하는 “노·사·정협의회” 정도의 의결권 수준의 강력한 권한을 부여할 수도 있습니다. 이 기구를 통해 국민적 합의를 반영한 정책들에 대한 동의를 이끌어 낸다면 저는 적극적으로 제시된 결론들을 수용할 것입니다.

의료계 내에서도 합의를 이끌어내지 못하는 다양한 일들을 조정하는 장으로 활용할 수도 있습니다. 역대 정권에서 무분별하게 설립한 의과대학과 의료인력 과잉생산의 문제도 여기서 다룰 수 있을 것입니다. 의과대학 학장 협의회를 이 기구의 전문위원회로 위촉하여 의과대학의 질적 수준에 대한 동의를 하시고 일정한 시간을 주어서 그 수준을 만족하지 못하는 의대는 통폐합이나 퇴출을 시키는 것을 결의하고, 의료계 스스로 심사하여 그것을 결정하여 주시면 교육부와 보건복지부가 수용하도록 할 것입니다. 관련 각 부처 장관이 망라되어 있는 의발특위는 유용한 기구가 될 수 있습니다. 4대를 국회를 거치며 16년 째 유산되어온 “의료분쟁 조정법”도 다시 이 기구에서 생산적인 합의안을 만들어 주시면 저는 적극적으로 시행하겠습니다. 또한, 이 기구는 의료인의 입장을 일반국민들에게 홍보하고 교육하는 기회로도 활용될 수 있을 것입니다. 실추된 의권을 회복하는 그야말로 유용한 틀이 될 수 있을 것입니다.

추가로 이번 후보 단일화 토론에서 나왔던 부분에 대해 말씀드리겠습니다.

7) 총액예산제 질문에 대하여

우리 당은 총액 예산제를 공약으로 채택한 적이 없습니다. 지방공약에서도 총액예산제는 없었습니다. 다만, 경향신문 및 참여연대 주최 토론회에서 건강보험의 지출억제책 정책에 대한 방안으로 이 질문이 나와 “원칙적으로 찬성”, 현실적으로 신중 검토로 답을 한 적은 있습니다.

우리는 총액예산제 보다는 총액계약제가 바람직하다고 생각합니다. 또한, 총액예산제(Global Budgeting)라는 말은 사용하지 않는 것이 좋다는 생각입니다. 기본적으로 총액예

산은 병원에 연간예산을 주는 것인데, 이는 공공병원에서나 가능한 것입니다(캐나다는 병원부문에 총액예산을 지급하고 있음). 그리고 우리현실에는 부합하지 않습니다. 가령, 연세대학교 부속병원의 지난해 건강보험 청구금액이 500억 원이었다면, 내년에는 510억원을 총액예산의 형태로 미리 설정하는 것이 우리 현실에서 가능하겠습니까? 아마 병원은 돈을 받고 진료량은 줄이겠죠. 엄청난 사회적 문제가 발생할 것입니다. 대신, 총액계약제(Global Contract)를 중장기적으로 고려하여야 한다고 생각합니다. 현재 우리나라 건강보험법은 보험자인 국민건강보험공단과 의료공급자를 대표하는 자 사이에 의료수가(요양급여 비용)를 매년 계약하도록 하고 있습니다. 자본주의사회는 기본적으로 계약을 중심으로 하는 사회구조입니다. 이에 부합하는 것으로, 매년 '의료행위별(행위별수가제)로 상대가치점수당 수가'를 계약할 것이 아니라 '연간 보험 의료비 총액' 양자간에 계약하자는 것입니다. 이 경우에 의료공급자 전체는 자체적으로 심사평가기구를 운영(현재의 건강보험심사평가원은 폐지되는 것이며, 유사한 심사평가기구를 공급자 단체가 독자적으로 설립하여 운영함)하여 자율성을 확보할 수 있고, 의료계가 보험자나 심사평가원과 충돌할 이유도 없으므로 사회적 갈등비용도 줄어들게 됩니다. 그리고 민주적입니다. 사회 전체적으로는 '연간 보험 의료비 규모'가 매년 미리 정해지게 되므로 국민의료비의 급속한 증가를 방지하고 의료자원의 불필요한 낭비(현행 행위별수가제에 근거한 과잉진료, 유인수요 등)를 막아 서민생활의 안정을 기할 수 있습니다.

“병상은 만들면 채워진다”는 등 의료가 가지는 특성상 “공급자 유인수요”가 있습니다. 우리 당은 원칙적 찬성, 현실적으로 단계적 시행의 의견을 가지고 있습니다. 우리나라의 경우 진료비 총액계약을 할 수 있는 병원경영의 투명성과 수입, 지출에 대한 자료가 없어 당장 전면적으로 시행하는 것은 현실적으로 불가능합니다만, 현재의 의료비와 급증하는 증가 추세로 볼 때 장기적인 방안으로 총액계약제는 긍정적으로 도입이 검토되어야 할 것입니다. 저소득 국민들이 불이익을 받지 않도록, 건강보험 급여율이 70% 이상 증가된 시점에서 시행을 검토해야 하며, 적정 총액규모와 평가방법을 개발하는 등 세밀한 준비가 필요합니다.

8) 참조가격제 질문에 대하여

참조가격제는 의료보험 재정건전화 종합대책 결정과정에서 보건복지부와 참조가격제도 도입의 타당성에 대해 논의하였으나, 당시 복지부의 안은, 비용절감의 효과가 낮고, 국민부담 증가, 저소득 계층에 대한 대책 부족 등으로 도입반대 입장을 표시하였습니다.

그러나, 의약분업 실시 후 약품비가 꾸준히 증가하여 보험재정에 부담요인으로 작용하고

있기에 도입의 필요성은 있습니다. 의약분업 이후 처방 공개 등에 따라 2000년 상반기 1조 699억원이던 약제비가 2001년 상반기에는 84% 증가하여 1조 9,709억원으로 또, 2002년 상반기에는 21%증가하여 2조 3,796억원으로 늘었습니다. 약제비 증가는 대부분 고가약 처방 비중의 단시간 내에 급증한 것이 주된 원인이며, 비싼 약과 많이 먹어야 좋다는 그릇된 의 약관행이 약품비 증가를 가속화시키고 있습니다.

우리 당은 원칙적 찬성, 현실적으로 단계적 시행을 생각하고 있습니다. 시민사회 단체들의 지적대로, 저소득층에 대한 부담 완화방안, 만성질환자 및 희귀질환자에 대한 문제해소 방안 등에 대한 준비와 외국사례의 조사를 반영하여 보다 세밀한 시행방안을 수립하여 시행하는 것이 바람직할 것입니다.

정 몽준 후보가 가난한 사람이 질 떨어진 약을 먹을 우려가 있다고 지적한 부분은 다음과 같은 두 가지 문제 때문일 것입니다. 우선, 약효동등성이 확보되지 않아 저가약이 저질의 약이 될 가능성이 있습니다. 또한, 고가 약은 제돈 내고 사먹으라는 것이 사실상 외래진료의 본인부담금 인상을 의한다는 것입니다. 건보재정절감 대책으로 이미 외래 본인부담금을 여러 방식으로 높이고 있는 상태에서는 참조가격제가 환영받을 수 없을 것입니다. 따라서 참조가격제가 정당화되려면 두 가지 조건이 갖추어져야 할 것입니다.

우선, 식약청의 의약품 관리를 혁신하여 약효동등성을 확보해야 합니다. 즉, 저가약이나 고가약이나 약효는 똑 같아야 고가약을 본인이 부담하라는 말이 성립됩니다. 이미 공약에서 밝힌 대로 약효동등성 확보 후, 성분명 처방 제도가 실시되면 참조가격제는 동시 도입이 정당화될 것입니다. 또한, 외래진료의 본인부담금이 충분히 낮은 상태라야 합니다. 그런 상태라야 고가약 본인부담이 환자의 외래진료에 재정적 장애요인이 되지 않으면서, 단순한 선택의 문제로 될 수가 있을 것입니다. 즉, 참조가격제는 약효동등성의 확보와 외래진료의 보장성 확보 등의 조건이 갖추어진 이후 도입되어야 할 것입니다.

9) 위의 각종 공약과 정책들을 추진하기 위한 재원조달 방안에 대해 말씀드리겠습니다.

전체 사회복지 예산을 현재의 10%에서 다음 정부의 임기 내에 최소한 GDP의 13.5% 선까지 확충하여야 합니다. 특히 보건의료 예산은 2002년 보건복지부 예산 8조 639억원 중 3천 7천억원에 불과하였습니다.

보건복지 등에 추가 투입될 예산의 확보를 위해, 우선, 탈루소득에 대한 조세를 강화하여야 합니다. 탈세를 일삼는 일부 고소득자영자, 세금 불성실 신고자 등에 대한 조세행정을 지속적으로 강화하여야 합니다. 지난 '98, '99년 국세청의 세정개혁으로 '99년 91조1067억에서 2000년 214조 3324억으로 136% 증가하는 등 신용카드 매출액이 급증하고, 추가 세

수가 매년 몇 조 원씩 늘어나고 있습니다. 이를 활용해 복지 등의 재정에 추가 세입 부문을 투입할 수 있습니다.

둘째, 무질서한 조세감면제도를 정비하여야 합니다.

2001년 기준으로 조세감면의 규모는 연간 8조 5천억원이나 됩니다. 중산층이나 서민이 아닌 일부 집단이나 기업에 과도한 특혜를 주는 제도를 정비하여 보건복지의 재원으로 활용할 수 있을 것입니다.

셋째, 예산의 구조를 근본적으로 개선하여야 합니다.

양적 성장정책에서 질적 발전정책으로 시대가 바뀌고 있고, 이에 따라 우리의 예산구조도 바뀌어야 합니다. 이미 SOC가 일정 정도 확보되었으므로 이 부분에 과다하게 책정된 예산과, 경제개발에 치우친 예산지출 우선순위를 조정하여 정부예산의 5%p는 이동시킬 수 있을 것입니다. 이를 통해 적정 보건복지재정의 규모를 확보해야 합니다.

새천년민주당의 노무현은 7%의 경제성장과 동북아 중심국으로 도약하는 부강한 대한민국 건설을 통해 관련 재원을 충분히 확보할 수 있습니다.

10) 마지막으로 보건복지에 대한 노무현의 철학을 말씀드리겠습니다.

“복지는 목적이요 시장은 수단”입니다.

분배는 성장의 適이 아닙니다. 복지와 성장이 조화될 때 시장도 살아난다는 것이 세계적 인 추세입니다. 분배와 복지가 없는 성장은 의미가 없다고 생각합니다. 복지로 소득을 분배하고, 분배로 건강한 소비를 늘리고, 복지로 일자리를 창출하는 것이 생산적 복지입니다. 우리 당은 국민의 정부의 저소득 취약계층을 대상으로 한 제한적 복지에서 전국민을 대상으로 하는 보편적 복지로 확대하겠습니다. 현 정부에서 IMF를 극복하기 위한 구조조정에 필요한 최소한의 기본적인 사회복지 정책을 펼쳤다면, 다음 정부에서는 선진국사회로 진입하기 위해 국민들의 피부에 와 닿는 실질적인 복지정책을 시행하고 예산을 투자하여야 할 것입니다. 보건은 복지에서 빠질 수 없는 중요한 부분입니다.