

우리나라 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가

허순임¹⁾, 김창보²⁾

1) 서울시립대학교 행정학과; 2) 시민건강증진연구소

<Abstract>

An evaluation of benefit extension strategies of the Korea National Health Insurance

Soonim Huh, MPH, Ph.D.¹⁾, Changbo Kim, MPH, Ph.D.²⁾

1) *Department of Public Administration, University of Seoul*

2) *Peoples' Health Promotion Research Center*

Although providing universal coverage for health care through the National Health Insurance(NHI) is a remarkable achievement, the issue of limited benefit coverage of the NHI has been at the core of national debate over how to improve its coverage.

This study aims to evaluate benefit extension strategies and implemented policies with regard to the NHI since 1989 using 'policy window theory' proposed by John W. Kingdon. Understanding problem stream, policy stream, political stream, and coupling streams regarding the NHI, in particular benefit extension, would contribute to broaden policy debates and to develop more effective strategies for the future.

Historically, political stream had opened policy window in the past two decades and policy streams can be characterized by three waves. Three streams have been

* 접수: 2009년 7월 16일, 수정: 2009년 8월 12일, 심사완료 : 2009년 9월 21일

† 교신저자:허순임, 서울시립대(02-2210-5783, soonim@uos.ac.kr)

coupled since 2003 and the government had a strong will to fulfill better performance of NHI coverage.

Study findings indicate that identification of problem structure regarding NHI benefit was not connected with policy stream tightly. In addition, there has been limited discussion on policy goal and principles for extension coverage of the NHI. Policy strategies to improve coverage of the NHI should be linked to characteristics of problem and sought solutions under the principle which is expected to be sustainable through consensus in the society.

I. 서 론

국민의 건강문제에 대한 사회적 책임을 실현하는 방안으로서 의료보장제도의 중요성이 강조되어 왔으며, 얼마나 포괄적인 급여를 제공하느냐는 제도의 핵심적인 내용이다. 급여의 포괄성은 보장성이라고도 표현되며, 급여의 대상범위와 급여수준으로 나누어 판단하게 된다. 우리나라 건강보험은 전 국민을 대상으로¹⁾ 급여를 제공함으로써 대상에 대한 포괄성은 확보되었으나 급여수준에 있어서는 부족함이 지적되어 왔다. 따라서 국내 건강보험 보장성 문제는 급여수준에 대한 문제를 의미하며, 급여정책에 대한 표현이 보장성 정책으로 통용되므로 본 논문에서는 보장성으로 표현하기로 한다.

건강보험의 보장성 개선은 최근 몇 년 동안 건강보험과 관련하여 가장 중요한 정책과제의 하나로 거론되어 왔다. 30년의 역사를 가진 건강보험제도는 적용대상의 확대와 관리운영체계 통합 등 괄목할 만한 성과에도 불구하고, 취약한 보장성으로 인하여 질병으로 인한 경제적 위험으로부터 보호하는 역할이 부족하다는 점이 제도 도입 시기부터 지적되어 왔다. 보장성을 개선하기 위한 여러 가지 정책이 논의되고 시행되었지만 아직 부족하다고 보는 것이 지금까지의 대체적인 평가이며, 앞으로 지속적으로 이 부분에 대한 정책적 접근이 필요하다는 공감대가 형성되어 있다. 이런 점에서 건강보험의 보장성이 충분한가에 대한 평가보다 지금까지 논의되고 실시된 보장성 정책의 내용과 정책 형성과정에 대해 평가하는 것은 앞으로 실효성 있는 정책대안을 만드는 데 유용한 시사점을 제공할 것이다.

지금까지 건강보험제도와 정책에 대해서는 30년 동안의 제도 발전에 대한 큰 틀에서의 평가(Kwon & Reich, 2007; Kwon, 2007; 양재진, 2007), 정책수립 과정에 대한 전반적인 평가(강민아 등, 2008) 및 구체적인 정책에 관한 결정과정에 대한 평가(최희경 2004, 2007; 윤희숙, 2007)가 있다. 건강보험 보장성 관련 정책 평가는 의사결정의 문제점을 짚

1) 일부 빈곤층에 대해 제공되는 의료급여 대상자가 약 3.8%(2007년 기준) 있으나 나머지는 모두 단일보험인 건강보험의 혜택을 받으므로 전 국민을 대상으로 한다고 본다.

어본 윤희숙의 연구(2007)와 건강보험을 둘러싼 정치적 특성과 환경의 변화 및 사회적 합의에 대해 검토한 연구(권순만 등, 2007)가 있다. 기존 연구들이 중요한 합의를 제공하지만, 보장성 개선 정책의 내용과 논의가 진행된 환경을 고려하여 정책결정에 대해 종합적으로 검토한 연구는 없었다.

본 연구는 건강보험 보장성 개선정책에 대해 전반적으로 평가하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해서는 정책논의에 대한 흐름과 내용을 종합적으로 파악하는 것이 필요하며, John W. Kingdon(1995)의 ‘정책의 창(policy window) 이론’은 이러한 시도에 적합한 분석의 틀을 제공한다. 본 연구에서 보장성 정책에 대해 평가하는 시기는 1989년부터 2007년까지이며, 2007년 이후 의미 있는 정책변화에 대해서는 내용에 반영하였다.

II. 이론적 틀

정책에 대한 평가는 주로 정책이 추구하는 목표와 목적이 어느 정도 달성되었고, 구체적으로 누가, 무엇을 얼마나 얻었고 잃었는가에 대한 측면과 정책이 어떻게 개발되고 집행되었으며 변화되었는가를 포함하는 과정에 대해 이루어질 수 있다.

건강보험 보장성 정책의 목표는 국민의 건강을 향상하는 것이며, 정책의 대상이 전체 국민이라는 점에서 규범적 성격이 뚜렷하기 때문에 보장성을 개선해야 할 당위적인 필요에 대해서는 폭 넓은 공감대가 형성되어 있다. 따라서 규범적 기준에 의한 평가보다는 국가가 당연히 추구해야 할 방향 속에서 무엇을 어떤 방식으로 이루어나갈 것인가에 대한 고민이 필요하고, 이를 가능하게 하는 여러 요인이 어떻게 작용하는지 정책결정 과정에 대해 파악하는 것이 중요하다. Kingdon(1984)의 정책의 창 모형은 정책의 대상이 되는 문제와 대안 및 정치상황에 대해 통합적으로 평가할 수 있는 장점을 가진다.

Kingdon(1984)에 의하면 보통 정책과정에는 문제흐름(problem stream), 정치흐름(political stream), 정책흐름(policy stream)이 존재하며, 세 줄기가 합류(coupling) 되었을 때 정책의 창이 열린다고 본다. 공간에서 창은 무엇인가를 내보내는 기회를 뜻한다. 정책의 장에서 창이 열린다는 것은 어떤 조치(action)를 할 기회를 가짐을 의미하며, 어떤 문제에 대한 적절한 정책대안이 마련되고 그 대안이 정치적 상황과 부합될 때 정책의 창이 열리게 된다. 그리고 정책의 창이 열린다는 것은 정책의제의 설정에서부터 최종 정책결정까지 전 과정에 있어서 특정한 대안이 선택되는데 필요한 여러 여건들이 충분히 성숙되어 있음을 뜻한다.

정책의 창이 열릴 때 정책기업가(policy entrepreneurs)가 흐름을 합하는데 주된 역할을 하게 되는데, 정책기업가의 주요 역할은 대안을 문제에 결부시키는 것과 반대에 부딪혔을 때 다시 제안하여 반대를 극복하는 것이다. 정책의 창은 정책주창자들의 관심 대상인 정책문제

에 대해 주의를 집중시키고, 그들이 선호하는 대안을 관찰하기 위해 열리는 기회이다. 정책 주창자들은 그들이 선호하는 정책대안을 준비해 놓고, 그들의 주 관심대상인 정책문제가 부상하고 그들에게 유리한 정치적 분위기가 조성되기를 기다린다. 정책의 창이 열린다는 것은 특정 정책의제가 광범위한 정부의제(government agenda)에서 의사결정의제(decision agenda)로 지위가 변경되었음을 뜻한다.

정책의 창 이론을 적용하기에 앞서, 3절에서는 건강보험 보장성 정책에 대한 논의와 환경 변화에서 그 동안 제기되었던 보장성 문제, 논의과정과 환경변화, 정책대안의 내용에 대해 정리하였다. 4절에서는 정책의 창 이론을 적용하여 문제흐름에서는 보장성 문제의 특성과 그 동안의 논의에서 부족했던 점을 살펴보고, 정책흐름에서는 그 동안의 보장성 개선정책의 제한점을 짚어보았다. 또한 보장성 정책을 추진하는 과정에서 정치흐름의 특성과, 흐름이 연결되는데 누가 주도적인 역할을 하였고, 어떤 한계를 안고 있는 지 종합적으로 이해하고자 하였으며 이후의 과제들을 정리하였다.

III. 건강보험 보장성 정책에 대한 논의와 환경변화

1. 건강보험 보장성 문제에 대한 이해

보건의료를 비롯한 많은 공공정책에 대한 문제제기는 주요 지표를 통해 이루어진다. 문제를 인식하는 데 있어서 어떤 지표를 사용하느냐와 지표에 대한 해석이 중요하며, 해석은 가치판단이 연계되는 부분이라 할 수 있다.

건강보험의 급여수준(즉, 보장성)이 충분하지 못한 문제는 제도가 출발할 당시부터 지적되었으나, 이에 대한 관심이 구체적인 지표를 통해 표출된 것은 2000년 이후의 일이다. 적절한 보장성 수준에 대한 판단기준이 명확하지는 않으나, 일반적으로 포괄적인 의료보장을 제공하고 있는 국가들과의 비교를 통해 판단된다.

현재 국내에서 건강보험 보장성을 평가하는 데 활용되는 통계는 두 가지이다. 하나는 OECD에서 발표하는 자료로, 보건계정체계(System of Health Account, SHA)의 개념²⁾에 기초하여 산정된 의료비 대비 공공재원 지출 비중이다. 다른 하나는 건강보험 환자의 의료비에 대한 건강보험의 급여비율 개념으로 산출되는 건강보험 보장률로, 2004년부터 매년 건강보험공단에서 실시하고 있는 ‘건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사’를 통해 발표하고 있다.³⁾ 두 지표의 개념과 산출하는 방법이 다르지만,⁴⁾ 공통적으로 중요한 점은 건강보험의

2) OECD에서 국민의료비의 국가간 비교를 위해 사용하는 SHA 방식은 한 국가가 보건의료와 관련하여 지출하는 모든 내용을 파악하는 것을 목적으로 하며 재원별로 자세하게 파악하고 있다. SHA 의료비 항목 중 건강보험 보장성과 관련된 지출은 HC1HC2(치료 및 재활), 일부의 HC3(장기요양서비스), 각종 검사와 진단을 포함하는 HC4(보조서비스), 외래환자에 대한 의약품과 의료용품이 해당된다.

보장 대상인 의료비의 범위와 항목을 명확히 하는 것이다.⁵⁾ 환자가 부담하는 의료비를 [그림 1]과 같이 설명할 수 있고 ‘건강보험 보장률’은 다음 식과 같이 표현될 수 있다.

$$\text{건강보험보장률} = \frac{a}{a + b + c + d} = 1 - \frac{b + c + d}{a + b + c + d}$$

<건강보험 급여> (a)	법정 비급여 (c)	임의 비급여 (d)
(건강보험 법정본인부담(b))		

그림 1. 건강보험 환자의 의료비 구성

[그림 1]에 나타나는 바와 같이 환자가 부담하는 비용은 건강보험 법정본인부담(b)⁶⁾, 법정비급여(c), 임의비급여(d)⁷⁾이다. 건강보험의 보장률을 산출할 때, 중요한 것은 항목 c와 d, 즉 건강보험 비급여 진료비의 규모를 올바르게 파악하는 것이다. 급여서비스에 대한 비용(즉 건강보험 급여비(a)와 환자부담금(b))은 건강보험 급여 자료로부터 거의 완벽하게 측정할 수 있으나, c와 d 항목에 대한 대표성 있는 자료를 구하기는 어렵다.

아직까지 건강보험 보장성을 단일 지표로 나타내는 것에 대한 동의가 이루어지지 않는 것은, 위에 언급한 두 지표 모두 우리나라 의료보장 수준이 주요 OECD 국가에 비해 낮다는 것을 보여준다.⁸⁾ ‘다른 나라에 비해 낮은 보장성이 문제인가?’와, ‘어느 정도의 보장 수준

3) 이 조사에서는 건강보험 급여서비스가 전혀 포함되지 않는 의료서비스를 이용한 경우는 분석에서 제외되므로 치과나 한방서비스 이용이 상당 부분 배제되어 있을 가능성이 높다. 결과적으로 보장률이 실제보다 높게 산출될 가능성이 있다.

4) 이에 대해서는 허순임 등의 ‘건강보험 적정 보장성 확보 방안’(2007)에 자세히 설명되어 있다.

5) 건강보험이 현재 급여하고 있지 않더라도, 규범적 의미에서 급여 범위에 포함할 수 있는 의료비에 해당한다. 전체 국민 의료비에는 미용성형, 한방 요약 등이 포함될 수 있으나, 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환에 사용되는 의료서비스와 재화는 건강보험 급여대상에서 제외될 수 있다.

6) 건강보험 법정본인부담에 대해서는 국민건강보험법 시행령에 “요양급여비용중 본인이 부담할 비용의 부담률과 부담액”을 규정하고 있으며, 최근 보장성 개선 정책의 시행으로 일부 질환 또는 집단에 대해서는 일반 규정과 다르게 본인부담이 적용되고 있다.

7) 임의비급여는 급여 또는 비급여서비스 목록에 속하지 않는 검사처치수술기타의 치료 또는 치료재료는 불법적인 것으로 간주되는 임의비급여로 분류하며, 심사삭감이나 급여기준 또는 허가사항 초과 사용도 포함된다.

8) OECD SHA 기준의 의료비 대비 공공지출 비중은 53.1%(2005년 기준)로 OECD 평균 72.9%와 차이가 있으며, 국

이 타당한 목표인가?’에 대해서는 다양한 의견이 있을 수 있다. 국민의 건강을 개선하기 위해서는 높은 수준의 보장을 제공하는 것을 당연한 목표로 상정해야 한다고 볼 수도 있지만, 실제로 국가가 부담할 수 있는지의 문제가 논의에 포함되면 이는 단순하게 판단하기 어려운 면이 있다.

2. 건강보험 보장성 정책에 대한 논의과정과 환경변화

1) 건강보험 보장성 정책 논의와 환경변화

1977년 건강보험제도가 시행된 후 1989년까지는 가입 대상을 전체 국민으로 확대하는 것에 치중하였기 때문에 보장성 정책에 대한 논의는 1989년부터 의미가 있다. 본 연구에서는 1989년부터 세 시기로 구분하여 건강보험 보장성 개선에 대한 내용과 논의의 배경을 정리하였다.

첫 번째 시기는 1989년부터 1999년까지이다. 이 시기에는 전국적으로 수백 개에 이르는 보험자⁹⁾로 나뉘어져 건강보험이 관리·운영되고 있었기 때문에 재정상태가 달랐고, 조합 간 재정의 불균형은 보험급여를 확대하는데 실질적인 걸림돌로 작용할 수밖에 없었다. 즉 재정이 가장 어려운 조합이 감당할 수 있는 범위 안에서 급여확대가 추진될 수밖에 없는 한계가 있었다. 한편, 당시의 주요 정책과제는 건강보험의 관리운영방식에 대해 ‘단일보험자 방식’과 ‘다보험자 방식’의 대립과 갈등을 해결하는 것이었기 때문에 건강보험 보장성 개선이 국가의 주요 정책의제로 채택되지 못하게 되었던 환경적 요인도 있었다.

두 번째 시기는 2000년부터 2003년까지이다. 오랜 기간의 논의 끝에 2000년 단일보험자로 통합한 이후 건강보험 보장성 개선에 대한 논의가 곧바로 활발하게 진행될 수 없었던 이유는 통합 직후 건강보험 재정적자가 발생하였기 때문이다. 당시 건강보험 재정적자의 원인에 대한 논란의 진위를 불문하더라도, 재정적자를 극복해야 한다는 사회적 심리는 건강보험 보장성 개선에 대한 논의가 위축되게 만들었다. 건강보험 재정이 적자라고 해서 ‘보장성 개선’ 논의가 불가능한 것은 아니지만, 당시 상황에서는 건강보험 재정적자가 구조적 원인에서 출발하며 자칫 만성적 적자가 발생할 수도 있다는 우려(김창엽, 2001)와 이전 20년 가까운 논쟁의 결과로 통합된 단일보험자가 출범부터 위기를 맞이한 불안감 때문에 보장성 개선에 대한 논의는 활발하게 이루어지지 못하였다.

이러한 분위기가 바뀌기 시작한 것은 2003년부터 건강보험 당기수지가 흑자로 전환되고 2004년 말 건강보험 누적수지마저 흑자로 전환되어 마침내 건강보험 재정적자가 해소된 시

민건강보험공단에서 산출한 건강보험 본인부담률은 63.4%(2006년 기준)로 약간 높지만 여전히 부족하다.

9) 전국민의료보험이 실시된 직후인 1990년에는 409개의 조합으로 나뉘어져 있었으나 본격적인 통합이 이루어지기 직전인 1997년 연말에는 공교공단 1개, 직장조합 145개, 지역조합 227개로 총 373의 조합이 있었다.

점부터였다. 시민사회단체들은 건강보험 재정 흑자가 국민들이 낸 보험료로 이루어진 것인 만큼, 급여확대로 국민들에게 되돌려주어야 한다는 입장을 내세웠고,¹⁰⁾ 정부는 2002년 대선 당시 공약이었던 건강보험 보장성 80%를 달성하기 위한 구체적 논의를 진전시킬 필요를 가지고 있었다.¹¹⁾ 그 결과 2004년부터 2007년에 이르기까지 건강보험 보장성 개선과 관련된 논의는 건강보험 30년 역사상 가장 활발하게 이루어졌다.

〈표 1〉 우리나라 건강보험 보장성 개선 논의의 시기적 구분

시기 구분	시대적 배경과 특징
1989 ~ 1999년	관리방식 논쟁이 보장성 개선 논의를 압도하던 시기 - 1989년 7월 전국민의료보험 실시 - 진료일수 확대, CT 등 일부 보험급여 확대 추진
2000 ~ 2003년	건강보험 ‘재정적자’로 보장성 개선 논의가 이루어지지 못한 시기 - 2000년 의약분업 도입, 국민건강보험 출범 - 2001년 건강보험 재정위기 - 2001년 건강보험 재정건전화 계획 수립, 특별법 제정 - 스켈링 등 일부 보험급여 축소 - 2003년부터 건강보험 재정 당기수지 흑자
2004 ~ 2007	재정 흑자를 배경으로 활발한 보장성 개선 논의가 되는 시기 - 2004년 12월 건강보험정책심의위원회에서 2005년 1조 5천억원 규모의 급여확대 추진하기로 결정 - 건강보험 보장성 관련 지표의 정립과 측정 - 보장성 개선을 위한 다양한 접근방식 논의

2) 시기별 건강보험 보장성 정책 내용

시기에 따라 차이가 있지만 건강보험 급여확대는 지속적으로 이루어졌으며, 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 1989년부터 1999년까지의 시기이다. 1989년 전 국민 의료보험이 실시된 이후 통합 관리방식 도입을 둘러싼 논쟁이 치열하게 전개되는 과정에서 1987년 한방의료보험 도입, 1989년 약국의료보험 도입이 이루어졌고, 1992년 골수이식, 1993년 백내장수술시 인공수정체, 1996년 CT, 1998년 자가조혈모세포이식술 등에 대한 보험급여가 추가되었으며, 장애인 보장구에 대해서도 보험급여가 시작되는 등 지속적인 노력이 있었다. 하지만 당시 보장

10) 건강세상네트워크, 민주노총 등 건강보험 자를 대표할 여러 시민사회단체들은 2004년말 건강보험정책심의위원회를 앞두고 건강보험 급여확대를 요구하는 성명서를 발표하였다.

11) 그 결과 2004년 12월 6일 건강보험정책심의위원회에서는 2005년 건강보험 수가 및 보험료율 결정과 더불어 2005년에 1조 5천억원 상당의 보험급여 확대를 추진하기로 결정했다.

성 개선의 가장 중요한 정책의제는 ‘연간 요양급여일수 제한’을 확대하는 것이었다. 의료보험 출범 이후 1981년 동일한 상병에 대하여 평생 동안 180일 이상 진료를 받을 수 없게 제한했던 것을 1984년 상병에 대한 구분 없이 연간 180일 이상의 진료를 받을 수 없도록 제한하는 조치로 개선되었으나 요양급여일수 제한은 2000년까지 존속되었다.

〈표 2〉 2000년 이전 의료보험 급여 개선 내용

시기	급여 개선 내용
1981. 4. 4.	- 요양급여기간을 동일한 상병에 대하여 180일(평생 개념) 적용
1983. 10. 1.	- 자궁내장치, 불임수술 급여
1984. 12. 31.	- 상병구분 없이 연간 180일 진료일수 제한 (폐결핵은 제외)
1987. 2. 1.	- 한방의료보험 도입
1988. 2. 15.	- 요양급여일수 제한 연장 규정 신설 (연간 180일 초과해도 요양급여비용 30만원까지 허용)
1989. 7. 1.	- 만성신부전증 환자 요양급여기간 산정 특례
1989. 10. 1.	- 약국의료보험 도입
1991. 7. 1.	- 연간 요양급여일수 제한 보험자부담 비용 상한 45만원으로 조정
1992. 10. 1.	- 골수이식 보험급여
1993. 3. 1.	- 연간 요양급여일수 제한 보험자부담 비용 상한 55만원으로 조정 - 백내장 수술시 인공수정체 보험급여
1994. 8. 1.	- 연간 요양급여일수 제한 보험자부담 비용 상한 조정 65세 미만 피보험자 65만원, 65세 이상 피보험자 80만원, 장애인 150만원
1995. 4. 1.	- 연간 요양급여일수 제한 보험자부담 비용 상한 90만원으로 조정 장애인과 국가유공자 160만원으로 조정
1995. 6. 30.	- 연간 요양급여일수 180일에서 210일로 연장
1996. 1. 1.	- 연간 요양급여일수 210일에서 240일로 연장 - 연간 요양급여일수 제한 보험자부담 비용 상한 120만원으로 조정 - 65세 이상, 장애인, 국가유공자, 폐결핵환자 등 요양급여일수 제한 폐지 - CT 보험급여 실시
1997. 1. 1.	- 연간 요양급여일수 240일에서 270일로 연장 - 골수이식 급여대상 확대 - 장애인보장구(상한액 범위 구입비 80% 지원, 지팡이, 보청기 등)
1997. 9. 1.	- 단일광자전산화단층촬영법 검사 보험급여
1998. 1. 1.	- 연간 요양급여일수 270일에서 300일로 연장
1998. 4. 1.	- 자가조혈모세포이식술 보험급여
1999. 1. 1.	- 연간 요양급여일수 300일에서 330일로 연장
1999. 10. 10.	- 장애인보장구 보험급여 품목 확대(의지, 보조기, 콘택트렌즈, 의안 등)
2000. 1. 1.	- 연간 요양급여일수 300일에서 365일로 연장
2000. 7. 1.	- 연간 요양급여일수 제한 폐지 - 산전진찰 보험급여

당시 건강보험 보장성과 관련된 논의는 제한된 범위에서 진행되었으며, 연간 요양급여일 수 제한의 기간과 대상자, 상한액 등과 관련하여 오랜 시간에 걸쳐 점진적인 방식으로 개선되어 온 특징을 볼 수 있다. 이는 무엇보다도 당시 의료보험이 여러 조합으로 나뉘어 분산 관리되고 있었던 것에 기인한다. 각 조합마다 재정상황이 달라 가장 열악한 조합의 수준에서 감당할만한 보장성 개선 정책으로 추진할 수밖에 없었고, 이 점은 당시 의료보험의 통합에 대한 근거로 제기되었다. 이 시기에 격렬했던 의료보험 통합에 대한 논쟁 속에서 보장성 개선을 위한 접근방법과 계획이 구체적으로 논의되지는 못하였다.

둘째, 2000년부터 2003년까지의 시기이다. 2000년 7월 통합 건강보험이 출범한 후 2001년에 맞게 된 보험재정 위기에 대한 대처가 급선무였던 탓에 정부의 대책에는 건강보험 보장성 부분이 후퇴한 내용이 포함되어 있었다. 예컨대, 치석제거술은 2000년 통합 건강보험 출범과 함께 급여 확대된 서비스였으나 건강보험 재정위기를 맞이하면서 ‘치주질환 전 단계 시술’에만 보험급여를 인정하는 것으로 축소되었다.¹²⁾ 또한 일부 희귀난치질환에 대한 외래 본인부담을 낮추어주는 했지만, 전반적인 외래 본인부담은 증가하여 건강보험 보장성을 악화시키는 요인이 되었다.¹³⁾

하지만 이 시기에 건강보험 보장성 개선을 위한 준비가 진행되어 보장성 개선을 위한 우선과제를 선정한 것은 이후 보장성 정책이 본격적으로 논의되는데 중요한 기초자료를 제공하였다. 김용익 등은(2000) 전문가를 대상으로 한 델파이 조사와 국민을 대상으로 한 설문 조사를 통하여 급여확대 우선순위와 이에 따른 소요재원을 추계하여 제시하였다. 또한 건강보험 본인부담상한제에 대한 세부방안과 이에 따른 소요액을 추계하여 제시함으로써 2004년 7월 건강보험 본인부담상한제 시행의 발판을 마련하기도 하였다.

〈표 3〉 2001년 건강보험 재정안정대책에 포함된 보장성 관련 내용

분 야	세 부 내 용
급여서비스 축소	- 치석제거(스케일링)는 치주질환 수술의 전단계로만 한정 - 신경차단술, 물리치료, 한방관절강내침술 보험기준 강화
외래 본인부담 인상	- 의원급 : 진료비 15,000원 이하 2,200원 → 3,000원 약 국 : 약제비 10,000원 이하 1,000원 → 1,500원
본인부담 경감	- 백혈병 등 소아암, 만성신부전증, 혈우병, 고셔병, 근육병, 장기이식환자 외래 본인부담 20%로 경감

자료 : 보건복지부(2001)에서 재구성

12) 이와 관련하여 치과의사협회와 건강사회를위한치과의사회 등은 치석제거의 보험급여 축소가 오히려 장기적으로는 보험지출을 증가시킬 것을 주장하며 이와 같은 조치를 반대했다.

13) 보건복지부는 이와 같은 외래 본인부담 변경으로 연간 4,229억원의 재정절감 효과를 기대했다. 그만큼의 부담은 국민들에게 전가된 것이다.

셋째 2004년부터 2007년까지의 시기이다. 2004년 정부는 ‘참여복지 5개년 계획’을 발표하면서 건강보험 보장성 개선을 위한 정책수립에 적극적인 의지를 표명하였고, 2008년까지 70%의 보장성 확보라는 목표를 제시하고 구체적인 실행방안을 모색하였으며 이 중 일부는 제도로 시행되었다(<표 4> 참조).¹⁴⁾

<표 4> 2004~2006년 건강보험 급여확대 내용

시행일자	급여확대 항목
2004. 7. 1.	건강보험 본인부담상한제 시행
2004. 8. 9.	항암제 투여기간 확대(6차 → 9차) 선천성 면역결핍질환의 주사제 급여 확대 만성 B형 간염환자 약제 투여 기준 확대
2005. 1. 1.	MRI 보험 급여 자연분만시 본인부담 면제 정신질환 외래 본인부담 경감 (30~50% → 20%) 미숙아 지원(본인부담 면제) 연골무형성증 급여기준 확대 인도사이아닌그린 검사 보험급여 희귀난치성 질환 외래 본인부담 경감
2005. 1. 15.	두개강내 신경자극기 미주신경자극기 인공와우 보험급여 조혈모세포수집용 키트 보험급여
2005. 2.	성장호르몬 주사제 급여확대
2005. 4. 22.	장애인보장구(전동휠체어 등) 급여확대
2005. 5. 10.	만성신부전환자 조혈제 급여기준 완화 골다공증 치료제 급여기간 연장 (90일 → 180일)
2005. 9. 1.	의약품업 예외경감(장애인 등) 암 보장성 강화
2005. 7. 1.	1차 급여기준 개선(치료재료, 약제)
2005. 9. 15.	2차 급여기준 확대(행위, 치료재료)
2005. 10. 17.	희귀난치성질환 약제 급여 확대
2005. 11. 1.	중증류마티스관절염 엔브렐주사제 급여확대
2005. 12. 15.	만성 B형 간염치료제 급여기준 확대
2006. 1. 1.	특정암 검사 본인부담 경감 간장, 췌장, 폐 등 장기이식시 적출술 희귀난치질환 확대(9종) 소이, 무이 보험급여 만 6세 미만 입원아동 본인부담 면제
2005. 9. 1.	뇌혈관, 심장질환자 본인부담경감 (1차)
2006. 1. 1.	뇌혈관, 심장질환자 본인부담경감 (2차)
2005. 8. 1.	100/100 보험급여 (1차)
2006. 1. 1.	100/100 보험급여 (2차)
2006. 6. 1.	입원환자 식대 보험급여 PET 검사 내시경 수술 치료재료
2006. 11.	가정에서 산소치료 보험급여 출산요양비 인상 (7.1만원 → 25만원)

자료: 건강보험정책심의회 2003~2006 회의자료, 보건복지부 보도자료, 국회제출 자료 등

14) 보건복지부는 2005년부터 2007년까지 보장성 확대본이 연간 1조 9천억원 규모에 달하여 전체 현물급여비 24조원(2007년 기준)의 약 8% 규모라고 밝히고 있어, 최근 수년간 보험급여 확대가 집중적으로 이루어졌음을 알 수 있다. (2007년 제13차 건강보험정책심의회 회의자료, 2007. 10. 23)

이처럼 건강보험 보장성 개선정책이 활발히 추진될 수 있었던 것은 건강보험 재정이 흑자로 전환되었기 때문이다. 건강보험 재정은 2003년 1조원이 넘는 흑자를 냈고, 2004년에는 1조 5천억원 흑자로 사상 최고를 기록하여 2004년말 건강보험 재정은 누적수지 적자까지 모두 해소하게 되었다. 이는 진료비 심사 강화, 약제비 절감, 본인부담 인상 등 건강보험 재정지출을 억제하는 한편, 보험료 인상을 매년 7~9%씩 인상하고 소득 있는 피부양자에 대해 보험료를 부과하는 등 수입을 확대한 결과였다.

3. 건강보험 보장성 개선방안에 대한 정리

건강보험 보장성을 개선하기 위한 방안은 다양한 접근이 가능하며, 이는 보장성 문제가 여러 가지 요인이 포함되어 있음을 의미한다. 따라서 보장성 문제에 대한 깊이 있는 이해를 바탕으로 정책대안이 긴밀하게 연계될 때 효과적인 것이다. 그러나 그 동안 제시된 정책대안들은 분명한 원칙을 제시하면서 보장성과 관련된 구조적인 문제에 연계되는 구체적인 방안을 모색한 것이 아니라, 정부가 공식 발표한 수치상의 목표를 달성하기 위해 노력한 면이 두드러진다.

1) 서비스 항목별 접근

서비스 항목별 접근법은 비급여서비스 항목을 보험급여로 포괄하거나, 급여서비스의 경우 급여대상을 확대하거나 급여수준을 높이는 것이다. 이 방식은 무엇을 우선적으로 급여 확대할 것인가에 대한 고민이 주가 되며 지금까지 가장 많이 사용되었던 방식이다.

이러한 방식은 건강보험 관리방식이 통합되는 시점을 전후로 논의되기 시작했다. 이 방식에 대한 최초의 논의(김용익 등, 2000)에서는 전문가와 일반인을 대상으로 급여 확대 항목에 대한 우선순위를 조사하였지만, 우선순위를 결정하는 원칙과 기준에 대해 심도 있는 검토를 하지 않았기 때문에 대체로 '시급성'과 '중요성'을 기준으로 평가되었다는 한계를 지니고 있다.

이후, 2004년 말 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)에서 2005년 건강보험 급여확대 항목과 우선순위를 결정하는 과정에서 '서비스 항목별 접근법'은 다시 등장하였다. 당시 복지부는 의협 등 공급자단체의 의견과 가입자단체의 의견을 조사¹⁵⁾하였는데 그 결과는 상당한 차이를 보였다.¹⁶⁾

15) 2004년말 건정심에서 공급자단체와 가입자단체의 의견을 조사했으나 공급자단체의 경우 의사협회와 약사회만 의견을 제시하였고 병원협회, 치과의사협회는 의견을 제출하지 않았다. 반면 가입자단체의 경우 민주노총, 경실련, 참여연대, 건강세상네트워크, 의료연대회의 등 시민사회단체들의 의견을 조율하여 단일한 의견을 제출한 바 있다.

16) 당시 의사협회는 저출산 대책, 항암제 등 약제급여 확대 등을 우선적인 급여확대 항목으로 선택하였으나 MRI 급여적용에 있어서는 우선순위에서 최하위로 평가했던 반면, 가입자단체들은 본인부담상한제 개선, 100/100급여 개선, MRI 등을 우선적인 급여확대 항목으로 선택하였다(〈표 8〉 참조). 이와 같은 차이는

한편, 시민단체를 중심으로 많은 환자에게 보편적으로 적용되며 부담이 큰 비급여항목에 대한 급여전환이 제기되었는데(김창보, 2005), 전체 환자부담액중 40% 이상을 차지하고 있는 ‘3대 비급여(식대, 상급병실료 차액, 선택진료비)’에 대한 해결을 우선적인 보장성 개선 과제로 제시하였다. 환자들이 직접 부담하는 의료비의 구성을 살펴보면 암 환자의 경우 법정 본인부담금이 24%, 비급여가 76%인데, 이중 선택진료비, 식대, 병실료차액은 전체 환자 부담액의 39%를 차지하고 있었다(<표 6>참조). 정부는 시민단체의 주장을 받아들여 입원환자 식대는 2006년 6월부터, 상급병실료 차액은 2007년부터 보험급여화하겠다는 입장을 밝혔고, 입원환자 식대는 계획대로 급여로 전환되었으나 상급병실료는 아직까지 비급여서비스로 남아 있다.17)

<표 5> 서비스 항목별 접근법의 급여확대 사례

급여 서비스 항목의 대상·용량 확대	비급여서비스 항목의 급여화
- 기존 급여서비스 항목 대상 - 약제, 주사제 대상	- 기존 비급여 서비스 항목 대상 - 진단·검사장비 및 치료재료 등 대상
2004. 8. - 항암제 투여용량 확대(6차 → 9차) - 선천성 면역결핍질환 주사제 급여 확대 - 만성B형 간염환자 약제 투여기준 확대	2005. 1. - MRI 보험 급여 - 인도사이아닌그린검사 보험급여 - 인공와우, 조혈모세포수집용키트 등 급여
2005. 5. - 만성신부전환자 조혈제 급여기준 완화 - 골다공증 치료제 급여기간 연장	2006. 6. - PET 검사 급여화 - 내시경 수술 치료재료 급여화
2005. 11. - 류마티스관절염 엔브렐주사 급여확대	

<표 6> 암 환자의 환자부담금의 구성

법정 본인 부담	비급여					계
	소계	직접적 진료와 관련된 부분 (약, 검사 등)	직접적 진료와 관련없는 부분			
			선택진료비	식대	병실료차액	
24%	76%	(37%)	(15%)	(5%)	(19%)	100%

자료: 보건복지부(2005)

각자의 입장에서 우선순위를 판단하는 기준으로 ‘정책목표’를 두었으나 그 판단이 서로 달랐기 때문이다. 의 사회의 경우 저출산 대책, 약제급여 확대, 100/100급여 폐지 등을 정책목표로 두었으나 가입자단체의 입장에서는 중증 고액환자에 대한 보장성 강화와 저소득층, 노인, 장애인 등에 대한 보장성 개선을 주요하게 판단했기 때문에 해석할 수 있다.

17) 식대가 먼저 급여로 전환된 이유는 재정부담의 크기가 가장 작다는 점을 포함하여 정부의 입장에서 3대 비급여 중에서 가장 접근이 쉬운 것으로 판단했기 때문이다. ‘선택진료비’는 보험급여화 계획에서 제외되었는데 의료전달체계 등 여타의 의료정책과 관련성 때문에 접근이 쉽지 않다는 판단에 따른 것이었다.

지금까지 서비스 항목별 접근이 여러 차례 시도되었으나 다음과 같은 제한점을 가지 때문에 효과적인 해결책으로서 부족함이 있다. 첫째, 급여항목 각각에 대한 급여조건과 수가를 결정하는 과정에서 상당한 시간과 비용이 소요된다는 점이다. 예를 들어, 2004년 말 건강보험정책심의위원회에서 MRI의 보험급여 범위와 수가를 결정하는데 있어서 보건복지부와 공급자, 가입자 간의 논란이 치열하게 전개되었는데, 이는 서비스 항목별 급여확대 방식에 대한 회의가 커지는 계기가 되었다.

둘째, 항목별 급여확대 접근법에서 ‘우선순위’에 대한 결정이 불가피하며, 가입자와 공급자 간의 우선순위 결정 기준을 합의하기 어려울 뿐만 아니라 조정도 쉽지 않다는 문제가 있다. 이와 같이 항목별 급여확대는 급여기준 및 수가뿐만 아니라 우선순위에 대한 합의의 문제도 풀어야만 하는 복잡한 성격을 가지고 있어서 의사결정에 드는 시간비용이 크고 결과에 대해 만족하지 않을 가능성이 있다.

2) 주요 질병에 대한 급여확대

개별 서비스 항목이 아니라 질병단위로 급여를 개선하는 방식은 서비스 항목에 상관없이 해당 질병을 치료하는데 드는 비용을 급여하므로 환자에게 실질적인 부담의 경감을 제공할 수 있다. 또한 질병의 특성이 반영된 급여기준을 설정할 수 있는 장점을 가진다.

2005년 9월부터 암, 심혈관, 뇌혈관 질환에 대한 법정본인부담금을 낮추고, 2006년 1월부터 폐·심장 등 장기이식수술에 대하여 건강보험을 적용하기로 하는 조치로 이어졌다. 2005년 6월 보건복지부가 발표한 건강보험 보장성 강화 로드맵에서는 집중 지원해야 할 중증질환을 2005년에는 3개 질환, 2006년에는 4개, 2007년에는 7~8개, 2008년에는 9~10개로 확대하겠다고 밝혔다. 보장수준을 개선할 질병을 우선적으로 선정하기 위한 방법으로 2005년 건강보험공단은 계층분석적방법(AHP; Analytic Hierarchy Process)을 사용하였는데, 평가기준으로 본인부담금의 크기, 위급성, 치료효과성, 국민적 수용성, 비용효과성, 해당상병의 환자수가 포함되었다(최숙자와 김정희, 2005)(<표 7> 참조).

<표 7> 급여확대 우선상병 순위

순위	질병군	순위	질병군
1	여성생식기계 악성신생물	13	결핵
2	소화기관의 악성신생물	14	만성신부전
3	백혈병	15	전립선의 악성신생물
4	호흡기계 악성신생물	16	속발성 악성신생물
5	비호치킨림프종	17	정신병
6	간, 췌장, 담도계의 악성신생물	18	기타 무형성 빈혈
7	순환기계 선천성 기형	19	방광의 악성신생물
8	기타 부위의 악성 신생물	20	선천성 응고인자 이상
9	주요심장질환	21	주요 혈관질환
10	신생아 관련 질환	22	수두증 및 뇌의 장애
11	뇌혈관질환	23	선천성 대사이상병증
12	갑상선의 악성신생물	24	화상

자료 : 최숙자와 김정희(2005)

하지만 질병별 접근방법을 통한 보장성 개선 정책은 다음과 같은 한계를 드러냈다. 2005년에 암, 심혈관질환, 뇌혈관질환에 대한 본인부담 경감조치 이후 후속 질병군을 결정하는 것이 쉽지 않았다. <표 7>에서 알 수 있듯이, 그 다음 순위는 결핵, 정신질환 등인데 이러한 질병에 대해 본인부담금을 낮추는 것이 사회적 공감대를 형성할 수 있는가의 문제가 있었다.¹⁸⁾ 질병의 위급성이나 환자부담 정도를 고려하여 우선순위를 정하게 되지만, 모든 사람이 인정할 수 있는 질병 선정 기준을 만들기 어렵고 다른 질병과의 형평성 문제가 제기되기 때문이다(김진현, 2007). 또한, 질병의 양상과 치료방법이 시대에 따라 달라질 수 있어 이를 시의적절하게 반영하는 데는 한계를 가진다.

3) 일부 계층에 대한 보장성 확대

건강보험 가입자 중 특정 대상에 대한 보장성을 개선하는 접근방식으로, 취약계층을 대상으로 하거나 특정 대상에 대해 추구하는 정책목표가 있을 때 도입된다. 정신질환자의 외래 본인부담률을 20%로 경감(2005년 1월)하고, 6세 미만 아동의 입원 본인부담금을 면제(2006년 1월)한 사례와 인구의 고령화 및 저출산 문제에 대한 대책의 일환으로 자연분만 시 본인부담금을 면제한 조치를 들 수 있다. 이러한 방식은 정책의 대상이 분명하여 가시적 효과를 얻는데 유리하지만, 대상 선정에 관한 형평성 문제가 제기될 수 있고, 전체적인 보장 수준 기여에 미흡하다는 한계를 가질 수 있다.

한편, 2006년 1월부터 6세 미만 아동의 입원 본인부담금을 면제했던 것을 2008년 1월부터 10% 본인부담을 부과하기로 변경하였다. 이러한 결정을 하게 된 것은 예상보다 지출규모가 크고¹⁹⁾ 외래 치료가 가능한 아동에 대해 입원을 유도하는 등 도덕적 해이가 발생한다는 점이 지적되었기 때문이다. 이러한 정책 변화는 특정 대상에 대한 보장성 개선이 지속적으로 적용할 수 있는 합의된 원칙에 의해 실시된 것이 아니며, 건강보험 재정상황에 따라 좌우되는 문제를 안고 있음을 보여준다.

4) 전체적인 환자부담 비용에 대한 개선

질병과 서비스 항목 종류에 상관없이 환자가 부담하는 전체 비용의 크기를 기준으로 급여하는 보편성이 강조되는 방식이 있다. 본인부담상한제가 이에 해당되며, 2004년 도입 당시에는 6개월 동안의 본인부담액이 300만원을 초과할 경우 초과분에 대한 본인부담이 면제되

18) 또한 희귀난치질환의 경우 이미 본인부담금 산정특례의 대상이 되고 있다는 점에서 후속 질병군을 결정하는데 제외될 수밖에 없었다. 결국 추가로 선정할 질병군을 찾지 못하는 한계에 부딪혔다. 산정특례는 보건복지부 고시 제2007-140호(2007.12.28)에 따라, 만성신부전증환자 중 인공신장투석 실시 당일, 신이식술후 조직이식 거부반응 억제제를 투여받은 당일, 혈우병 환자가 항응고인자동결집전체제 등의 약제 및 기타 혈우병치료를 받은 당일, 등록된 암환자가 5년간 진료받은 경우 등에 대해 본인부담금을 20% 혹은 10%만 부담하도록 하는 것이다. 이 조치는 2009년 다시 희귀질환자 본인부담 10%, 암환자 5%로 급여가 확대되었다.

19) 그러나 2005년말 보건복지부는 2006년 1월 1일부터 6세 미만 아동의 입원 본인부담금을 면제할 경우 2006년에 1,100억원의 지출을 예상했지만, 실제로는 540억원의 지출이 발생했다(건강보험정책심의위원회 회의자료, 2007년 10월 23일)

던 것을 2007년에 6개월 간 200만원으로 적용기준을 낮추어 급여 혜택을 확대하였다.

본인부담상한제가 환자의 고액 의료비 부담을 경감하는 데 기여할 수 있지만, 단일한 상한금액 적용이 소득수준에 따른 부담능력의 차이를 고려하지 못하는 단점에 대한 비판이 제기되었다(권순만 등, 2007; 김태일과 허순임, 2008). 정부는 이 점을 개선하기 위해 2009년 1월부터 소득수준에 따라 상한금액수준을 차등 적용하고 있다(연간 법정본인부담 기준으로 하위 소득계층 50% 200만원, 중위 30% 300만원, 상위 20% 400만원). 이는 단일 상한선 적용에 비해 개선되었다고 할 수 있으나, 소득계층을 보다 세분화하여 특히 빈곤층에 대한 상한금액수준을 더욱 낮추는 노력이 필요할 것이다.

본인부담상한제는 법정본인부담금에 대해서만 적용되므로 비급여서비스에 대한 비용은 적용 대상에서 제외되는 한계를 가진다. 비급여서비스 비용이 전체 환자부담액의 40% 내외를 차지하고 있기 때문에 환자의 실제 경제적 부담을 낮추는 데는 제한적일 수밖에 없다.

〈표 8〉 건강보험 보장성 개선 접근방식의 정리

접근 방법	내 용	사 례
서비스 항목별 접근	<ul style="list-style-type: none"> - 비급여 서비스 항목중 급여서비스로 전환 - 상급병실료, 식대, 선택진료비 등 실제 환자 의료비에 큰 부담이 되고 있는 비급여항목 - 우선순위 고려 - 개별항목마다 급여조건 및 수가 결정해야 함. - 공급자의 반발 	<ul style="list-style-type: none"> - 항암제 투여기간 6차에서 9차로 급여확대(2004) - MRI 급여 전환 등(2005) - 식대 급여전환(2006)
질병별 접근	<ul style="list-style-type: none"> - 중대질병에 대한 본인부담률 인하 - 우선순위 고려 - 개별 서비스 항목이 아니라 질병단위로 서비스 항목 package로 접근되는 장점 있음. - 질병 특성이 반영된 급여 기준 설정 가능 - 비적용 질병군 환자들의 반발 가능성 - 암, 심혈관, 뇌혈관질환 이후 추가적으로 적용할 질병군을 찾지 못하고 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> - 희귀난치질환 본인부담 산정특례 - 암, 심혈관, 뇌혈관 질환군에 대한 보장성 개선 등(2005)
특정 대상에 대한 본인부담 경감	<ul style="list-style-type: none"> - 특정 대상에게 본인부담률 인하 또는 면제 - 대상 선정에 관한 형평성 문제 - 비급여 관리방안이 병행되어야 효과적 	<ul style="list-style-type: none"> - 자연분만에 대한 본인부담 경감 - 6세 미만 아동 입원 본인부담 면제(2006)
‘환자의 부담비용의 크기’를 기준으로 한 접근	<ul style="list-style-type: none"> - 모든 환자에 일반적이라는 ‘보편성’과 ‘비용의 크기’를 기준으로 한 접근 - 환자부담의 실질적 경감에 효과적 - 비급여항목에 대한 부담은 포함되지 않음 	<ul style="list-style-type: none"> - 본인부담상한제(2004)

IV. 건강보험 보장성 정책에 대한 평가

1. 정책의 창 모형을 통한 평가

1) 문제흐름(problem stream)

건강보험 보장성 문제는 어떤 특성을 가지는가? 국민 건강 향상을 위한 당위적인 차원에서 보장수준을 개선할 필요성에 대한 공감대를 충분히 가질 수 있으나, 구체적인 목표 수치를 제시하기는 어렵다. 적정 보장수준은 각 국가가 의료서비스에 대한 국민의 권리에 대한 인식, 의료비에 대한 부담능력, 재원조달방식 및 보건의료체계의 특성이 복합적으로 작용하여 결정되기 때문이다.

건강보험 보장수준에 대한 가시적인 목표가 공식적으로 제기된 것은 2002년 대선이었다. 당시 노무현 후보는 건강보험 보장성을 80% 수준까지 높이겠다는 공약을 내걸었고, 이는 의료보장이 잘 되어 있는 주요 OECD 국가들의 수준을 고려하여 제시한 것이었다. 이러한 '목표를 제시하는 것이 타당한가?', 'OECD 국가들의 의료보장 수준이 참고해야 할 가장 중요한 잣대인가?'에 대해 아직까지 동의된 바는 없다. 다만, 이를 정치세력이 문제로 인식하였고, 이를 계기로 보장성에 대한 개념 정의와 지표에 대한 정리, 그리고 지표를 측정하기 위한 방법에 대한 논의가 활발하게 이루어졌다는 점은 의미가 크다. 정형선(2004)은 의료보장성 지표를 국민의료비 대비 공공지출의 비율, 국민의료비에서의 보장성, 4대 의료보장제도의 실효급여율, 건강보험 실효급여율의 4가지로 구분하여 제시하였으며, 양봉민 등(2006)은 '건강보험 급여율'과 '건강보험 보장률'을 구분할 것을 제안하였다. 이러한 분위기 속에서 보험자인 건강보험공단이 2004년부터 매년 자체 조사를 통해 건강보험 보장률을 산출하게 되어 구체적인 현황을 파악하고 대안을 검토하게 된 점은 의미 있는 일이다.

문제흐름의 출발이라고 할 수 있는 목표보장률 제시는 건강보험의 보장수준에 대한 목표를 분명히 하고 구체적 방안까지 제시하는 긍정적인 의미 외에도 정책실행을 위해 불가피한 보험료 인상에 대한 국민적 동의를 끌어내는 데도 유용하였으나, 책임과 일관성이 유지되면서 국민을 설득해야 할 '목표보장률' 이상황에 따라 수정·변경되었다.²⁰⁾ 수치상의 목표는 구체적 경험과 평가를 통해 수정될 수 있지만 목표보장률을 수립한 구체적 근거와 실행 가능한 접근방법을 평가하면서 설득력 있게 제시되어야 했다. 잦은 목표보장률의 변경은 '목표보장률'이 정치적 구호일 뿐, 정책적 목표가 아니라는 인식이 확대되어 불신을 가져왔다. 설득할 근거를 갖추지 못하고 정부의 의지로 뒷받침되지 못하는 목표보장률이 위험하다는 것을

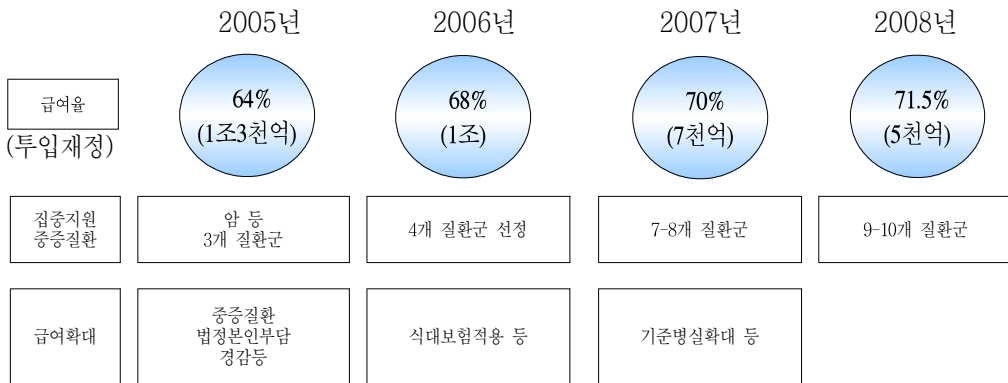
20) 2002년 대선에서 공약으로 제시된 보장률 80%는 대통령 인수위원회에서 70%로 조정되었다. 그리고 이는 2005년 6월 '건강보험 보장성 강화 방안'을 통해 2008년까지 71.5%를 목표로 제시하는 것으로 구체화되었다. 그러나 1년 뒤인 2006년 8월 정부보고서인 '비전2030'에서 건강보험 보장률은 2017년까지 72%, 2030년까지 85%를 목표로 다시 변경되었다.

경험하게 되었고, 이는 향후 건강보험 보장성 개선을 위해 극복되어야 할 문제이다.

실효성 있는 정책대안 마련은 문제에 대한 인식과 연계될 수밖에 없으며, 이런 점에서 보장성 문제의 구조와 성격을 파악하는 것이 중요하다. 우리나라 건강보험의 경우처럼 저부담-저급여로 출발한 문제를 가지고 있는 경우, 가입자의 부담(즉, 기여)을 높이면 자동적으로 급여의 수준이 높아질까? 보험료 부담의 증가가 보장의 증가로 이어지려면 둘 사이에 튼튼한 연계 고리를 갖추고 있어야 하는데, 국내 의료공급의 특성으로 비급여서비스가 많고 의료공급자가 서비스 내용과 양을 결정하는 행위보상방식 하에서는 보험료증가가 환자의 부담을 실질적으로 크게 줄이지 못할 가능성이 있다. 이런 관점에서 볼 때, 그 동안의 문제제기는 정치적인 지지를 얻기 위한 수치로 나타내는 가시적인 목표제시에 치우쳤고, 문제의 구조와 특성을 파악하여 정책대안을 마련하는 시도는 부족하였다

2) 정책흐름(policy stream)

그 동안 제시된 다양한 정책적 접근을(<표 8 참조>) 포함한 단계적 실행방안([그림 2])은 치밀함이 떨어지는 것으로 평가된다. 2004년 이후 매해 급여 확대할 서비스 목록과 집중적인 급여수준 개선 대상 질병을 선정하는 계획을 제시하였으나 다음 몇 가지 면에서 한계를 가진다.



자료: 보건복지부 (2005)

그림 2. 2008년까지의 건강보험 보장성 강화전략

첫째, 보장성 개선정책의 원칙과 기준이 부족한 점을 들 수 있다. 다른 나라의 예를 보면, 스웨덴의 경우 인간존엄성, 의료적 필요, 사회적 연대, 비용효과성을 명시하고 있고, 네덜란드와 영국은 형평성을 주요 원칙으로 내세우고 있다(송현중 등, 2007). 이러한 원칙은 사회의 가치관을 반영하는 것으로서 전체적인 정책의 방향을 정하는데 중요하며, 구체적인 정책 결정에 있어서 정책의 시행으로 예측되는 결과가 제시된 원칙을 얼마나 충실히 반영할 수

있느냐에 따라 영향을 미치게 된다.

건강보험 보장성 개선정책과 관련하여 이러한 원칙에 대한 논의가 충분하지 않았고 아직까지는 합의된 명시적인 원칙이 없다. 보장성 논의가 본격적으로 촉발된 계기와 정책의 결정 과정을 보면 보험재정 상황이 큰 영향을 미쳤음을 볼 때, 장기적인 제도발전을 위해서는 원칙과 방향을 세워놓고 재정상황을 반영하거나 추가 재원 확보 방안을 마련하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

둘째, 단기간에 여러 방식의 급여확대 방안이 제안되고 실행되었는데, 각 방식이 가져올 급여확대 효과와 상호간의 보완적 효과를 파악하여 정책적 접근 방식에 대한 우선순위를 정할 필요가 있다. 즉, 본인부담상한제의 경우 환자부담이 발생한 서비스의 내용이나 질병의 종류에 상관없이 환자의 전체적인 부담을 줄여준다는 면에서 보편적인 접근으로서의 의의를 가지지만 단기간에 상한금액을 충분히 낮추기 힘들기 때문에 중대 질병에 대한 급여확대의 필요성이 제기된다. 또한 본인부담상한제는 급여서비스에 국한되므로 환자에게 부담이 되는 비급여서비스 항목의 급여전환이 필요하다는 면에서 보완할 부분이 있다. 이와 같이 다양한 방식들이 가지는 급여개선 효과를 미리 예측하고 어떤 면에서 서로 보완이 가능하며 중복되는 부분은 없는 지 살펴보고 시급성 등을 고려하여 각 방식을 조화시키는 방안을 모색하여야 한다.

3) 정치흐름(political stream)

건강보험제도의 도입과 발전과정에는 정부가 주도적인 역할을 하였기 때문에, 집권 정부의 성격과 정치적 상황에 따라 정책의 방향과 내용이 달라졌다. 역사 제도주의(historical institutionalism) 관점에서 지적하듯이(Hacker, 1998), 건강보험제도는 권력관계의 변화, 시대정신과 여론, 제도의 경로의존성 등이 복합적으로 작용하여 형성되었다(양재진, 2007). 1987년 정치적 민주화를 이루어내기 전까지 일반대중은 보건정책 의제보다는 정치와 민주주의 및 경제발전에 관심을 가졌고(Kwon and Reich, 2007), 건강보험제도는 집권정부가 정치적 갈등을 무마하기 위한 수단으로서 제공된 성격을 가지고 있다(Kwon, 2007; 양재진, 2007). 이후로도 정부가 시혜적 차원에서 제공한 제도의 성격이 유지되는 가운데, 정부 주도적인 성격 때문에 정치흐름에 따라 건강보험정책의 방향이 바뀌어 왔다.²¹⁾

정치적 흐름이 정책결정에 주된 역할을 하여 왔기 때문에, 보장성정책에 대해서도 정부의 의지가 보장성 강화에 있느냐 또는 의료비 절감 또는 보험재정의 안정적 유지에 있느냐에 따라 정책의 방향과 내용이 달라진다. 건강보험 보장성 개선과 관련하여 정부의 의지가 확고하게 나타난 것은 참여정부 때이며, 당시 정부는 ‘목표보장률’과 ‘단계적 실현방안(로드맵)’을 제시([그림 2] 참조)하며 적극적인 의지를 보였다. 이는 건강보험 보장성 80%를 대

21) 이를 단적으로 보여주는 예가 건강보험 통합과정이다. 1989년 단일 보험 관리운영방식으로 바꾸는 것이 국회에서 통과되었으나 노태우 대통령이 거부하였고, 김영삼 정부에서는 계속 논쟁이 지속되다가 김대중 정부에서 매듭이 지어졌다.

선 공약으로 제시한 노무현 후보가 집권세력으로 등장한 것이 결정적인 정치줄기로 작용하였다. 2000년 건강보험 통합을 이루어낸 전문가집단과 정치세력이 노무현 정부까지 연속적으로 이어다는 점도 집권초기부터 보장성 정책을 적극적으로 추진하는데 안정적인 기반을 제공하였다.

한편, 건강보험 보장성을 포함한 대부분의 정책결정이 정부 주도 하에 관료적이고 폐쇄적인 방식으로 이루어졌으며, 사회적 합의와 타협의 장이 충분히 마련되지 못하였다는 평가를 받고 있다(강민아 등, 2008). 과거 정부가 타협이나 협의를 위한 관리자 및 중재자로서의 역할을 수행하기보다는, 정책결정에 중요한 정보를 독점하고 행정적인 편의나 정치적인 이유에서 일방적으로 의사결정을 내려 바람직한 논의구조가 미흡한 상태이다(최희경, 2004). 2000년 건강보험 통합 이후 주요 건강보험 정책 결정에는 정부, 보험자, 의료공급자, 가입자 대표로 구성된 건정심이 의결기구로서 역할을 하지만, 정책에 대한 의제 설정, 정책대안 마련 및 집행은 정부가 하고 있어 여전히 정부 주도의 성격을 가지고 있다.

4) 흐름의 연결(coupling)

각 흐름의 연결은 정책의 창을 여는 데 결정적일뿐만 아니라, 연결이 어느 정도 긴밀하냐에 따라 정책의 일관성과 지속성이 좌우될 수 있다. 지금까지 건강보험 보장성 정책은 정치흐름(political stream)이 주도하였다고 평가할 수 있으며, 합의체 형식의 정책결정 방식이 도입된 2003년 이후에도 정치흐름이 주도하였으나 미약하나마 문제흐름, 정책흐름, 정치흐름이 연결되었다고 볼 수 있다. 이 과정에서 정책의 창을 여는 데 결정적인 역할을 하는 정책기업가는 정부였고, 특히 2003년 이후의 보장성 확대 논의의 계기는 2002년 대선공약이 있음을 상기할 때 정치 주도권 세력의 가치관이 직접적으로 반영됨을 알 수 있다. 건강보험 보장성에 대한 문제제기를 수혜자인 가입자가 지속적으로 제기하거나 사회적 관심을 불러 일으킬만한 특정 사건을 계기로 정치세력이 의제로 채택하였다기보다, 전문가 그룹을 중심으로 문제가 논의되었고 문제를 제기한 전문가 그룹과 공감대를 가지는 정치세력이 주도권을 잡으면서 정책의제로 채택된 특성이 있다.

정치흐름이 정책의 창이 열리는 데 결정적인 역할을 한 경우에는 정치흐름이 바뀌면 정책의 창이 닫히기 쉽다. 건강보험 보장성 개선과 같이 일관성과 지속성이 요구되는 분야는 정책의 창이 계속 열려 있어야 하며 정치흐름에 좌우되는 문제를 극복해야 할 필요가 있다. 30년의 건강보험 역사를 통해 정치세력의 변화에도 불구하고 보장성을 확대하는 것이 전반적인 흐름이었다는 것은 긍정적으로 평가할 수 있다. 이는 건강보험제도가 저부담-저급여 체계로 출발하였기 때문에 당연한 결과이기도 하고, 집권세력에게는 국민의 지지를 얻을 수 있는 정책이기 때문이기도 하다. 그러나 보장성에 대해 부여하는 가치와 이를 구현에서는 방법에 있어서 차이가 있다면 정책의 창을 통해 표출되는 모습은 다르게 나타난다. 이런 점에서 영국의 예와 같이 국민의 건강을 향상하기 위한 의료보장정책의 목표 하에, 보수당과 노동당이 큰 원칙에 동의하고 정책의 방향을 계승한 사례는 의미 있는 시사점을 제공한다.

2. 향후 과제

1) 보장성 문제의 구조화

건강보험 보장성 문제에 대한 출발점은 현재의 보장수준이 적정한가에 대한 판단이 될 것이다. 적정 보장수준에 대한 절대적인 기준을 가지기는 어려우나, 포괄적 의료보장제도를 제공하는 국가들과 비교하거나 다른 판단 기준을 가지고 목표수준을 정하고 이를 실현할 수 있는 정책방안을 찾을 수 있다. 따라서 보장성 문제를 규정짓는 데 있어서 어떤 보장수준이 적정한가에 대한 논의는 필수적이다. 건강보험의 보장수준이 높지 않다는 점에 대해 문제의식이 공유된다면, 수치상의 성과로 문제를 파악하는 것도 필요하지만 이와 함께 문제를 결정하는 구조와 기전이 무엇인가에 대해 검토하는 것이 필요하다.

다음으로 왜 낮은 보장성을 나타내는가에 대한 문제의 구조를 파악하는 것이 필요하다. 건강보험의 구조적 문제로 저부담-저급여 체계와 환자부담 중 비급여서비스의 비중을 들 수 있다. 이는 급여를 높이기 위해서는 보험료 부담을 높일 수밖에 없지만, 부담을 높이더라도 보장성 개선효과가 기대만큼 크지 않을 수 있는 문제를 내포하고 있음을 보여준다. 더구나 행위보상방식의 급여제도로 인하여 의료서비스 양에 대한 통제가 어렵기 때문에 보장수준의 확대에 의한 국민의료비 증가가 불가피할 것으로 예상되며, 이는 다시 가입자의 부담으로 돌아오게 된다.

마지막으로, 의료비에 대한 건강보험의 전체적인 보장수준을 파악하는 문제도 중요하지만, 이를 부담능력과 연계하여 파악해야 한다. 40%의 환자부담이 고소득계층에게 주는 부담의 정도와 저소득계층에 대한 부담의 정도는 다를 것이기 때문이다. 즉, 사회구성원에게 문제의 크기가 동일하지 않을 수 있다는 점을 받아들인다면 분배적 정의에 기초하여 문제를 해결하려는 시도가 개선방안에 포함되어야 할 것이다. 이는 전체적인 보장수준을 개선하는 것의 중요성 못지않게 사회연대의 원리에 기초하는 사회보험이 추구해야 할 방향으로 생각된다.

2) 보장성 정책의 원칙과 접근방식의 조화

건강보험 보장수준을 개선하기 위해서는 다양한 방식의 접근이 가능하다. 2003년 이후 정부의 적극적인 정책추진에도 불구하고 전체적인 보장수준이 크게 개선되지 않은 것은 보장성 개선정책이 뚜렷한 목표 하에 일관된 흐름으로 추진되지 못한 점을 들 수 있다. 특히, 지금까지의 논의가 보험재정현황에 귀속되는 면이 강한 점은 앞으로 개선되어야 할 부분이다. 건강보험이 보험료를 재정기반으로 하고 있고 통합 이후 경험한 재정위기로 인해 보험재정이 주요 고려사항임에 틀림없지만 보장성 정책을 결정하는 데 있어서는 보다 상위 개념의 원칙과 접근방식의 조화에 초점을 두어야 할 것이다. 식대에 대한 급여수준 축소와 6세 미만 아동 입원 부담 면제 철회 등 보험재정 때문에 급여 확대를 곧바로 축소하는 정책결정은

정책에 대한 신뢰를 떨어뜨려, 정부가 보장성 개선을 위한 보험료 부담 증가에 대한 동의를 구할 때 부정적으로 작용하게 될 것이다. 안정적인 보험재정운용을 위해서는 보장성 정책을 연계시키기 보다는 직접적으로 영향을 미치는 수가결정과 급여방식의 문제를 개선하는 노력이 우선적으로 요구된다.

또한, 보장성에 대한 연도별 목표치와 방안을 제시하는 것보다, 각각의 접근방식이 보장성 문제의 어떤 측면을 개선시킬 수 있는가에 대한 면밀한 검토와 함께 각 방식이 보완, 상승, 또는 중복효과를 초래할 가능성에 대해서도 살펴보아야 한다. 이런저런 방식의 실험적 접근보다 명시한 원칙 하에서 일관되게 추진할 수 있는 흐름의 체계를 잡아나가는 것이 중요한 과제라고 판단된다.

3) 중앙집권적 의사결정과 주요 행위자의 이해관계

제도 도입시기부터 건강보험 정책 전반에 걸쳐 정부가 주도적으로 의사결정을 해 왔으며, 보장성 정책도 이러한 기조에 바탕을 두고 있다. 그 동안 보장성 개선정책을 만들고 추진하는 과정을 살펴본 결과 이해 당사자들의 입장에 대한 고려가 부족하였다.

첫째, 보험가입자의 동의가 필요하다. 건강보험 보장성 개선을 위해서는 재원조달이 확보되어야 하므로 가입자의 부담 증가를 필요조건으로 가진다. 보장성 개선을 위한 재원조달 방안으로 국고지원을 늘릴 수도 있겠으나, 보험료 부담으로 재원을 충당하는 비율이 약 80%(2007년 기준)임을 감안할 때 보험료가 주요 재원이 될 것으로 보인다. 그렇다면 보험료를 부담하는 가입자의 동의를 얻는 것이 필수적이므로, 정책대안을 제시할 때 가입자에게 급여확대에 대한 계획을 제시하는 것뿐만 아니라 부담에 대한 예측도 포함되어야 한다.

둘째, 의료공급자의 동의와 협조가 필요하다. 항목별 급여확대 방식에서는 특히 비급여서비스의 급여전환과 관련하여 의료공급자의 동의를 얻기 쉽지 않은데, 의료공급자들은 비급여서비스의 급여전환을 정부의 통제로 받아들이는 경향이 있기 때문이다. 의료공급자들은 오랫동안 의료서비스 가격을 결정하는 수가시스템에 많은 불만을 가지고 있었기 때문에(최희경, 2004) 급여서비스 범위가 확대되어 수가결정시스템의 영향이 커지는 것을 반대할 가능성이 높다. 따라서 의사결정 과정에서 합의를 이루어내기 쉽지 않고, 상호간에 만족하기 힘든 합의결과를 도출할 가능성도 배제할 수 없다. 건강보험제도의 도입과 시행 이후 정책결정에서 국가가 주도적인 역할을 하여 왔고, 민간이 우위를 점하는 국내 의료공급의 특성을 감안할 때 갈등의 요소는 항상 존재한다고 볼 수 있다. 따라서 건강보험 보장성 정책결정 과정에서 갈등 관계에 있는 이해관계자의 동의와 협조를 구하는 것은 정책의 성패에 중요한 요소이므로, 정치적 흐름이 주도하는 정책결정은 장기적으로는 한계를 가진다.

V. 결 론

건강보험의 취약한 보장성을 개선해야 할 당위적 필요는 건강보험이 추구하는 목적에서 확인된다.²²⁾ 국민의 건강 향상을 위해서는 의료에 대한 접근성을 높이는 것이 필요조건이기 때문이다. 정책 개입의 필요성에 동의한다면 무엇을 어떻게 구현할 것인지에 대한 과제가 남는다. 보장성 문제에 대한 구체적인 인식과 이에 대응하는 정책대안의 마련, 정책을 실현할 수 있는 정치적 상황이 연결되어야 정책결정이 이루어지며, 이러한 측면을 평가하는 데는 Kingdon(1995)의 ‘정책의 창’ 이론이 유용하다. 본 연구는 1989-2007년 사이의 건강보험 보장성 개선 정책에 대해 Kingdon의 ‘정책의 창’ 이론을 적용하여 평가하였다. 역사적으로 건강보험 보장성 개선은 정부 주도 하에 지속적으로 추진되어 정치적 흐름이 중요한 역할을 하였으며, 2003년 이전에는 세 가지 흐름이 뚜렷하게 구분되지 않는 반면, 이후에는 문제흐름, 정책흐름, 정치흐름이 연결되어 정책결정이 이루어졌다고 평가된다.

문제흐름은 보장성의 문제를 어떻게 바라보고 있는냐를 말하며, 아직까지 보장성을 어떻게 정의하고 측정할 것인가에 대한 동의가 충분히 이루어지지 않았고 평가기준(절대적 또는 상대적)에 대한 동의도 이루어지지 않았다. 보장성 문제에 대해 설득할 근거를 갖추지 못하고 제시된 ‘목표보장률’은 실효성이 약하고 정책에 대한 신뢰를 떨어뜨리므로 향후 건강보험 보장성 개선을 위해 극복되어야 할 점이다. 또한 건강보험 보장성이 취약한 원인과 구조에 대한 구체적인 분석이 부족하였기 때문에 문제에 대응하는 해결책을 제시하는데 한계를 보였다.

정책흐름을 보면, 보장성 개선을 위한 다양한 접근방법이 검토되고 적용되어 정책흐름이 조성되었으나 보장성 개선을 위한 정책대안이 오랜 기간에 걸쳐 심도 있게 준비된 것이 아니라 정책의 창이 열리기 전 짧은 기간 동안 검토된 점과 사회적 합의에 기초하여 결정되지 못한 한계가 있었다. 즉, 심도 있는 연구와 대안에 대한 검토가 축적되어 있었던 것이 아니라 정부의 정책 추진을 뒷받침하기 위한 성격을 가지고 있었다. 따라서 문제흐름과 정책흐름의 대응이 밀접하게 연계되지 못하였고, 뚜렷한 원칙이 없었기 때문에 정책흐름의 일관성이 부족한 점을 지적할 수 있다.

보장성 개선정책의 창이 열리는 데는 정치흐름이 가장 큰 역할을 하였으며, 특히 1999-2007년 사이에는 안정적인 정치기반을 바탕으로 문제제기와 정책대안 제시가 정치세력을 중심으로 이루어졌다. 정치흐름이 큰 역할을 하게 되면, 집권세력이 바뀔 경우 정책의 방향과 구체적 내용이 지속되지 못하는 위험이 있을 수 있다. 이는 어느 정도 불가피한 면이 있으나, 사회보장의 핵심 영역이라 할 수 있는 건강보험정책은 일관된 방향을 가지고

22) 국민건강보험법 제 1조에 “이 법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민건강을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다”고 목적을 밝히고 있다.

지속적으로 추진하는 것이 중요하므로 정치적 입장에 크게 영향을 받지 않는 공감대 형성이 중요할 것으로 보인다. 이를 위해서는 문제와 정책대안에 대한 검토가 폭 넓게 이루어지고, 보장성 개선을 위한 원칙이 확립되어야 할 것이다.

그 동안 여러 가지 정책을 도입하여 목표를 달성하고자 노력하였음에도 불구하고 기대했던 수준의 건강보험 보장성 개선에는 미치지 못하였다. 여기에는 여러 가지 원인이 있겠지만, 우선 보장성 문제를 파악하고 개선정책을 수립하는 데 있어서 치밀한 준비가 부족하였고, 수치상의 정책 목표는 제시되었으나 보장성 개선을 위한 원칙과 기준에 대한 충분한 논의와 합의를 이루어내지 못하였기 때문에 정책을 추진하는 데 있어서 일관성과 지속성을 확보하지 못한 점을 들 수 있다.

건강보험 보장성 개선 정책을 통해서 기대하는 것은 질병에 대한 경제적 부담을 덜어 사회를 더욱 건강하게 만드는 것이며, 이를 위해서는 문제를 구체적이고 종합적으로 파악하여 정책대안을 연계시키고, 명시적인 원칙하에 지속적으로 추진할 수 있는 실천방안을 모색하는 것이 필요하다. 또한, 그 동안 주로 정부 주도하에 이루어진 정책결정 과정에 이해당사자들과 합의하는 절차를 통해 정책의 실효성이 커질 수 있도록 노력해야 한다.

참 고 문 헌

강민아, 김태일, 허순임. 건강보험제도 정책수립과정의 재설계에 대한 모색. 보건행정학회지 2007;18(2):107-129.

건강보험정책심의위원회 회의자료. 2003 ~ 2006년

건강사회를 위한 보건의료인 연대회의. 건강사회를 위한 보건의료. 서울:실천문화사;1992.

권순만, 김진현, 김정희, 오주환, 주은선 등. 건강보험 보장성 수준 및 달성 전략. 서울:서울대학교 보건대학원;2007.

김용익 등. 건강보험 재정설계 연구. 서울:서울대학교 의과대학;2000.

김진현. 건강보장의 과제: 보장성 강화, 건강보험포럼 2007;6(2):37-59.

김태일, 허순임. 소득계층별 의료비 부담의 추이와 정책과제. 보건행정학회지 2008;18(4):23-48.

김창보. 우리나라 건강보험 보장성 강화방안, 건강보험보장성 강화 어떻게 할 것인가 - 의료연대회의 정책토론회 자료집. 2005. 1.

김창업. 건강보험 재정건전화 방안 모색, 국회 사회보장복지위원회 토론회 발표문. 2001. 12. 보건복지부. 건강보험 미래전략 토론회 자료집. 서울:보건복지부;2007.

- 보건복지부. 건강보험 보장성 강화 계획. 서울:보건복지부;2005. 4.
- 보건복지부, 보도자료(2006년 5월 10일, 4월 11일, 2005년 12월 6일).
- 보건복지부. 국민건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책, 2001. 5.
- 송현중 등. 주요 국가의 보건의료 우선순위와 정책적 함의. 서울: 건강보험심사평가원;2007.
- 양봉민, 김진현, 이태진, 김윤희 등. 건강보험의 목표보장률 및 실현방안. 서울:서울대학교 보건대학원;2006.
- 양재진. 한국건강보험 30년의 역사, 의의 그리고 전망. 한국건강보장 30주년 기념 국제심포지엄. 2007.
- 윤희숙. 보장성 확대정책으로 살펴본 건강보험 관련 의사결정과정의 문제점. KDI 정책포럼 2005;178:1-14.
- 정형선. 의료보장성 및 의료보장의 실효급여율에 관한 연구, 보건경제연구 2004;10(1):
- 최숙자, 김정희, AHP 기법을 활용한 급여확대 우선상병 순위 설정, 건강보험포럼 2005;4(2):112-129.
- 최희경. 의료보험수가 결정과정과 정부의 역할. 한국행정학보 2004;38(2):127-147.
- _____ 건강보험수가 결정과정의 정치경제학. 한국건강보험 30주년 기념 특별심포지움. 2007.
- 허순임, 신호성, 김태일, 강민아, 김창보. 건강보험 적정 보장성 확보 방안. 서울:한국보건사회연구원;2007.
- Hacker J.S. The historical logic of National Health Insurance: structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy. Studies in American Political Development 12. Cambridge University Press. 1998.
- Kingdon, John W. Agendas, alternatives, and public policies. Boston: Little, Brown and Company. 1984.
- _____ Agendas, alternatives, and public policies. 2nd ed. New York: Harper Collins. 1995.
- Kwon H. Advocacy coalitions and health politics in Korea. Social Policy & Administration 2007;41(2):148-161.
- Kwon S, Reich M.R. The changing process and politics of health policy in Korea. J. of Health Politics, Policy and Law 2007;30(6):1003-1025.