

## 건강보험보장성 정책결정과정의 평가와 재설계

윤희숙<sup>\*†</sup>, 권순만<sup>\*\*</sup>, 권용진<sup>\*\*</sup>  
한국개발연구원<sup>\*</sup>, 서울대학교<sup>\*\*</sup>

### <Abstract>

### Improving Priority-setting procedures for NHI benefit package

Heesuk Yun<sup>\*†</sup>, Soonman Kwon<sup>\*\*</sup>, Yong Jin Kwon<sup>\*\*</sup>  
*Korea Development Institute<sup>\*</sup>, Seoul National University<sup>\*\*</sup>*

In health care, the process of resource allocation becomes a controversial process of rationing, as scarce resources are allocated between the numerous health care interventions. Especially for the last few years, decisions to define and expand the benefit package of National Health Insurance have always become the object of fierce criticism. It is partly because we have not reached a collective agreement as to what the most important criteria for spending priorities are.

This paper considers the procedures and the principles which could be used to determine rationing in health care, and emphasizes the need to have explicit principles which determine patient access to care and to have an evidence base to inform rationing decisions. Also, the need to set up a public committee is suggested to take rationing decisions on behalf of government and NHS and to present them as evidence-based decisions.

*Key word : NHI Benefit Package, Priority-setting procedure and principle, fair deliberative process*

---

\* 접수 : 2009년 5월 7일, 수정 : 2010년 5월 28일, 심사완료 : 2010년 6월 1일

† 교신저자 : 윤희숙 (연락처: 02-958-4689, heesuk@kdi.re.kr) 서울시 동대문구 회기로 49 KDI 재정·사회정책연구부, 팩스 02-958-4090

## I. 서 론

2002년 국고보조 제도화로 건강보험 재정위기에 대한 우려가 상당부분 감소하면서, 건강보험의 보장성 부족의 문제를 해결하기 위한 정책적 노력이 본격적으로 시작되었다. 그러나 필수적 지출을 보장하는 기능이 아직 미약하여, 의료비 부담으로 경제적 계층에서 추락하거나 사회적 상황이동성이 제약되는 현상은 관찰되고 있다. 이는 1차 안전망으로서의 건강보험의 역할이 미흡하다는 것을 의미하기 때문에 향후 지속적인 재원 투입이 이루어질 것으로 예측된다. 그런데 그간의 추진과정에서는 건강보험이 무엇을 우선적으로 보장해야 하는지에 대해 숙고하기보다 단기적인 정치적 상황에 좌우되어 중요 결정들이 이루어진 결과 투입재원의 효율적 사용에 대한 신뢰가 낮은 상태이다. 이는 관련 논의와 결정이 이루어지는 절차가 적절히 마련되지 못하여, 결정에 대해 설명하고 책임지는 주체가 모호하기 때문이다.

이는 논의과정의 구조적인 문제에도 상당부분 기인한다. 담당부처가 안을 마련하여 건강보험정책심의위원회(건정심)를 통과하게 되어 있으나, 이해그룹의 대표들이 다수 포함된 건정심에서 심도 깊은 논의가 이루어지기는 어려운 상황이다. 따라서 실제로 안을 마련하는 담당부처의 의견이 거의 그대로 관철되고 있으나, 건정심의 의결을 거쳐야 하는 절차로 인해, 실질적인 결정에 대해 설명하는 책임은 아무도 지지 않고 있는 구조이다. 일례로 2004년 이후 활발히 진행된 보장성 확대정책의 장기적 방향과 단기적 결정들이 지향하는 목표 등에 대해 일관된 설명이 제공된 사례를 찾기는 어렵다.

향후 관련 지출의 확대가 예상되는 상황에서 불필요한 사회적 비용과 재원 이용의 비효율성을 초래하지 않기 위해서는 보장성 확대의 원칙에 따라 구체적 확대내용을 결정하는 것이 필요하다. 그러나 한정된 자원을 분배해야 하는 문제의 특성상, 관련 결정들이 정당성(legitimacy)을 확보하기 위해서는 원칙에 대해 논의하고 동의하는 과정의 중요성이 크다. 현재까지 진행된 보장성 강화정책은 주로 정책이 결정된 근거와 원칙이 부재하다는 점, 폐쇄적 기술관료그룹의 결정이 일방적으로 하달된다는 점, 결정에 대해 설명할 의무(accountability)를 질 주체가 누구인지 모호하다는 점 등 논의과정에 대한 문제점이 더 크다. 따라서 건강보험 급여 결정의 합리성을 장기적으로 제고하기 위해서는 무엇을 보장할 것인지의 문제보다 무엇을 보장할 것인지, 즉 논의방식과 주체에 대한 논의가 더 시급하다.

이를 위해서는 논의과정을 투명화하고 국민 참여를 시도하여 결정의 수용성을 제고하는 동시에, 이러한 시도가 공적주체의 책임을 희석하고 전문가 그룹의 역할을 축소시키는 부작용을 초래하지 않도록 역할범위를 구분하는 노력이 필요하다. 이는 폭넓은 참여와 공개된 과정을 통해 원칙과 기준이 마련되는 단계와 전문가 자원을 이용하여 구체적 급여목록의 확대방향을 결정하는 단계로 구성될 것이다.

## II. 건강보험 보장성 강화 정책의 개요

### 1. 보장성 강화를 위한 접근방식

#### 1) 항목별 접근

항목별 접근은 비급여 항목을 급여에 포함시키거나, 기존 급여항목의 제외항목을 결정할 때 주로 사용되는 방법이다. 급여화 되어야 할 필수적 의료의 모든 항목을 구체적으로 열거하고 우선순위 도출에 합의하는 과정이 매우 어렵다는 단점이 있으나, 질환 종류와 상관없이 모든 이에게 혜택이 제공될 수 있다는 장점이 있다.

#### 2) 질환별 접근

몇 가지의 중증/고비용 질환과 관련된 의료비용을 우선적으로 급여화하는 방법으로서 혜택을 받는 특정 질환 환자들을 빠르게 지지자로 만들 수 있고, 보장성 강화의 효과를 가시적으로 보일 수 있다는 정치적 장점이 있다. 그러나 고비용 질병 내에서도 저부담 환자들이 존재하며, 비용 부담이 동일하게 높은 질병인데도 혜택을 받지 못하는 문제가 있기 때문에 이론적 근거가 크지 않다. 다만, 프랑스 등에서 활용되고 있으며, 2004년부터 추진된 보장성 확대 방안에서 주된 방식으로 사용되었다.

#### 3) 비용 접근

일정 규모 이상의 비용 부담을 덜어주는 방식으로 상병의 종류나 의료 항목에 관계없이 고액의 재난성 의료비용을 방지하는 데 효과적이다. 현재 본인부담상한제가 시행 중이며, 올해부터는 의료비용 상한을 소득과 연계하는 방식을 도입했다. '경제적 능력에 따른 부담과 필요에 따른 이용'이라는 사회보험 원칙과의 마찰가능성, 소득과약의 부정확성 등의 문제점이 존재하나, 소득 수준에 따라 의료비의 실제적 부담이 다르다는 점을 고려할 수 있는 장점이 있다.

### 2. 보장성 현황과 정책 추이

#### 1) 건강보험 보장성의 대략적 수준

현재 건강보험은 입원진료와 외래진료 등의 요양급여의 일정률을 보조하는 한편, 본인부담금 상한을 통해 총액이 일정수준을 넘지 않도록 보완하는 이원적 방식을 활용하고 있다. 건강보험의 보장성에 대한 명확한 정의는 존재하지 않으나, '의료서비스 이용시 공적으로 부담하는 비용의 비율'이 정책적 관심사이다. 관행적으로는 건강보험공단의 추정치가 이용되고 있으며, 대략 64.6% 수준으로 파악된다(김정희 등, 2008). 그러나 이는 건강진단이나, 성형, 보철 등 비급여진료를 목적으로 의료기관을 이용한 환자를 제외한 후, 본인부담을 추정하는 방식이기 때문에 분모로 사용되는 진료비 설정에 자의성이 개입된다. 의료적 목적으로 의료기관을 방문

했다 하더라도 이들 서비스를 병행하여 이용하기 때문에 개념 정의 자체의 일관성도 논란의 소지를 가진다고 할 수 있다. 또한 다른 나라에서는 이러한 지표를 생산하지 않고 있기 때문에 건강보험 보장성의 국가별 비교는 불가능한 상황이다.

현재 국가 간의 의료보장성을 비교하기 위한 일반적인 지표는 국민의료비 중 공공재원의 비율이다. <표 1>의 A/(A+B+C+D+E)에 해당하는 수치인데, OECD(2009)에 의하면, 2007년 기준으로 OECD 국가 평균이 71.9%인데 비해 우리나라는 54.9%이다. 물론 정의상의 차이로 인해, 이 수치가 건강보험의 보장성을 정확히 반영한다고 간주하기는 어려우나, 우리나라 건강보험의 보장성이 다른 나라에 비해 상당히 낮은 수준이라는 것을 대략적으로 판단하기에는 무리가 없을 것이다.

건강보험의 제한적인 보장성은 우리나라 가구의 소비지출 중 의료비 비중이 높은 것으로도 알 수 있다. 기본적으로 의료비 지출 비중이 높다는 것은 지출에 관한 선호를 반영하는 현상일 것이나, 과도한 보건의료비 지출이 계층 하락을 초래할 수 있다는 점으로 인해 사회정책의 주요 대상이다. 가구의 소비지출에서 의료비 지출이 40% 이상일 때 '과부담 의료비 지출'로 간주되는데, 2004년 통계청의 가계조사 자료를 사용하여 분석한 결과에서는 조사 가구의 2.18%가 과부담 의료비 지출을 경험했고, 소득 하위 10분위의 경우 이 비율은 4.5%에 이르는 것으로 나타났다(양봉민 등, 2006).

이러한 수치들을 고려할 때, 건강보험이 사회안전망으로서 충분히 기능하기 위한 보장성 강화의 필요성에 이의를 제기하기는 어렵다. 단, 서구 국가들이 공적의료보장 확대과정을 거친 후 현재는 급여제외(delisting)에 노력을 쏟고 있다는 점, 그리고 최근 몇 년간의 재원투입 효과성에 관한 국내의 논란을 고려하면, 시행착오를 줄이면서 후발자의 이득을 최대화하기 위해 보장성 확대의 방향성을 분명히 할 필요가 클 것이다.

표 1. 국민의료비의 지출구성과 재원조달

의료비 지출	A. 건강보험 급여비	B. 본인부담	C. 비급여 (의료적)	D. 비보험 (성형, 보약 등)	E. 기타
재원	공공재원 (건강보험료, 조세)	민간재원 (본인부담금, 민간보험료, 기타)			

- 주 : 1) 비급여는 의료적 비급여로서 임의 비급여 및 법정 비급여를 포함.  
 2) A~D는 의료기관 및 약국에서 지출된 의료비이며, E는 기타 의료비임.  
 3) 공공재원은 건강보험 이외에 지출되는 부분을 포함하고, 민간재원 역시 비의료적 성격의 서비스들을 포함하기 때문에 공공재원 비중은 건강보험 보장성과 정확하게 대응하지 않음.

## 2) 건강보험 보장성 강화 추이

2004년 이후의 보장성 강화 내용은 주로 암 등 고액중증질환 본인부담 인하, 본인부담액 상한제 실시, MRI 보험 적용 확대, 6세 미만 아동의 본인부담 인하, PET, 식대 보험 적용, 희귀난치성 환자 본인부담 경감 등을 포함한다. 가장 최근 연도인 2009년에는 암환자 본인부담이 10%에서 5%로 추가적으로 경감됐으며, 치아홈메우기, 한방물리요법이 급여영역에 새로이 추가되었다. 2010년 이후에는 척추 및 관절질환에 대한 MRI 보험적용, 장애인보장구 적용, 심장질환, 뇌혈관질환 본인부담 경감, 중증화상 본인부담률 경감, 항암제, 희귀난치 치료제, 출산진료비 지원 등과 함께, 노인틀니 보험적용, 초음파 검사, 초음파검사, 치석제거 등이 예정되어 있다(보건복지가족부, 2009).

위에서 서술한 그간의 보장성 확대과정에서 일관된 원칙을 유추하기는 용이하지 않다. 담당부처 역시 매시기 각각의 항목이 포함된 이유나 전반적인 방향을 명시적으로 밝힌 예를 찾기 어렵다. 오히려 눈에 띄는 점은 장기적인 원칙을 천명하고 이를 일관성있게 추구하기보다 단기적 정치적 목표에 종속되는 경우들이 빈번히 나타났다는 점이다.

대표적인 예로, 2004년에는 비의료적 영역에서의 선택사항인 식대, 차액병실료 등을 우선적 보장 대상으로 제시함으로써, 필수적인 진료가 보장되지 않아 의료비부담이 과도한 계층을 구제한다는 목표와 괴리를 보였다. 이는 대통령 선거 당시 제시되었던 수치적 목표인 보장성 70% 목표를 쉽게 달성하기 위한 조치라는 비판에 직면한 바 있다. 더구나 시행 이후의 재정적 효과와 각계로부터의 반대에 직면하여 식대 보장률을 2008년 다시 낮추는 등 단기적인 정치적 상황에 따라 정책이 표류하고 있다는 비판을 피하기 어려운 상황이 이어진 바 있다.

이는 근본적으로는 국민의 의료비 부담 중 무엇부터 어떻게 줄여야 하는 것인지에 대한 논의나 합의가 이루어지지 않은 상태에서 이러한 노력을 진지하게 시작하기보다, 어떻게 해서든 수치적인 목표를 달성하는 것이 중요하다는 분위기가 정책그룹에서 형성되었기 때문인 것으로 판단된다.

최근의 보장성 확대 내용은 수치목표에 집착하기보다는 중증질환 고액부담자를 배려하려는 노력이 주종을 이루고 있다는 점에서 과거보다 일관성이 제고되었다고 평가된다. 그러나 치과, 한방 등의 내용이 다수 포함되어 있어, 요양기관 유형에 따른 정치적 안배일 가능성이 높다. 공개된 절차와 원칙 없이 특정부처의 특정부서가 건강보험 급여내용을 폐쇄적으로 결정짓는 구조에서 이해그룹의 주장들을 부분적으로라도 반영하지 않는 것이 쉽지 않을 것이라는 점은 추측되나, 이는 결과적으로 정책결정과정의 정당성에 대한 문제제기로 이어지고 있다. 건강보험 재정의 효율적 운영과 제도의 수용성이라는 측면 모두에서 이러한 현상은 시급히 개선될 필요가 있다.

### Ⅲ. 건강보험 보장성 확대를 위한 고려점

그간의 보장성 확대 과정을 점검하고 향후의 방향을 논의하기 위해서는 우선 보장성 확대의 큰 영역을 구분하는 것이 필요하다. 예기치 않은 과도한 의료비 부담을 보장하는 근본적 기능에 비추었을 때, 진료영역과 비진료영역의 비용은 각기 다른 고려가 필요하기 때문이다.

#### 1. 비진료영역의 보장성 강화와 구조 개선적 접근

사회보험제도는 경제적 능력에 따라 진료의 내용이 달라져 건강에 차등적인 결과가 초래되는 것을 최대한 방지하는 것을 목표로 한다. 다시 말해서, 경제력이 취약하다는 이유로 치료효과가 우수한 진료에서 배제되는 것을 가능한 막아야 한다는 목표이다. 이는 인적자원의 분배와 미래의 경제적 능력에 큰 영향을 미치는 의료부문의 특성 때문이다. 의료부문은 기회의 균등을 좌우하는 성격이 강하여 다른 재화보다 평등적인 요소가 인정되어야 한다는 점이 폭넓게 받아들여지고 있기 때문이다(Rawls, 2001). 공공선택이론적 관점에서도 의료분야는 특수한 평등주의(specific egalitarianism)가 관철된다고 인정된다. 즉, 일반적인 불평등에 대해서 용인할 수 있는 정도가 상당히 높다고 하더라도, 개인의 경제적 능력에 직접 영향을 미치는 의료 분야에 있어서의 불평등을 용인하는 정도는 사회적으로 낮을 수 있다는 것이다. 따라서 이 부문의 조건을 개선시키는 것에 사회전체 구성원의 공감대가 형성되는 것이 용이하다는 것이다(Tobin, 1970).

이를 바꿔서 말하자면, 건강에 직접적으로 영향을 미치는 진료서비스가 아닌, 쾌적함이나 안락함을 위한 선택적 서비스라면 평등지향성에 대한 동의 정도가 유사하게 높을 것이라 기대하기 어렵다는 점이다. 필수적 서비스와 선택적 서비스를 구분한 후, 의료적으로 필수적인 서비스에 대한 건강보험 접근성을 제고하는 데 역량을 집중해야 한다는 정책목표는 이러한 보편적 정서를 반영하고 있다.

그러나 비용 부담이 큰 영역을 우선 보장하여 보장성 수치를 올리는 것을 목표로하거나, 일반 국민의 욕구를 평면적으로 조사할 경우, 통상적으로 지출 비중이 큰 차액병실료와 선택진료비가 우선적 대상으로 제시되어 왔다. 그러나 이는 필수적인 영역을 보장하는 것이 공적의료보험의 우선적인 기능이어야 한다는 원칙과 상충되는 요소를 갖기 때문에 보험대상의 원칙과 부합하는지에 대한 고려가 우선되어야 한다. 선택적 고급서비스를 여타의 진료 서비스와 동일선상에서 건강보험 보장 대상으로 고려하는 것은 공보험의 기능에 비취 적절하지 않기 때문이다.

그럼에도, 상급병실료나 선택진료비가 사실상의 강제적 지출이 되고 있다는 점은 정책적인 이슈로 진지하게 검토되어야 하는 문제임이 분명하다. 예를 들어 환자가 기본병실(6인실)에 입원하기를 원한다고 해도 병실이 충분치 않기 때문에 울며 겨자 먹기로 상급병실에 입원할 수밖에 없는 경우가 빈번히 발생하고 있으며, 이것이 예기치 못한 비용부담의 주원인이기 때문이다.

그러나 정책적으로 이를 해결하는 방식이 보험급여 적용이라고 판단하기는 어렵다. 기준 병실이 아닌 고급병실 이용을 건강보험으로 보장하는 것은 '선택적이어야 하는 항목을 실제로 선택사항으로 만드는' 원칙적인 해결방식을 회피하고, '실제로 선택의 여지가 없는 선택적 항목들을 급여에 포함시킴으로써 아예 필수적 지출로 인정해버리는' 방식이라 할 수 있다. 이들 항목을 건강보험 급여에 포함시키는 것은 여타의 필수적 의료서비스와의 상대적 우선순위 문제도 발생시키지만, 필수성에서 우선순위를 인정받기 어려운 선택적인 서비스를 공적자금으로 조달한다는 문제를 갖기 때문에 바람직하다고 판단하기 어렵다.

반면, 현실적으로 선택이 가능하도록 제도를 개선하는 것은 원칙적인 해결방식인 한편으로 수가체계 전반에 대한 검토가 수반되어야 한다는 문제를 갖는다. 이 문제를 수도권 소재 ○○대학병원의 경우에서 살펴보면 다음과 같다. 기준병실의 경우 병실료를 하루 13,600원(68,000원 × 본인부담률 20%)만을 지불하는 것과 달리, 병실을 찾을 수 없어 1인실 최하등급을 이용할 경우, 하루 199,600원(기준병실 본인부담 13,600원 + 차액 181,000원)을 지불해야 한다. 이 경우 아무리 급여영역에서 6개월간 본인부담 상한이 200만원으로 설정되어 있다 해도, 6개월의 장기입원시 비급여영역인 차액병실료만으로 3,600만원을 지출해야 하는 셈이다. 이는 고급 진료를 강제로 소비할 수밖에 없는 상황이 발생하고, 비급여 영역이기 때문에 개인이 경제적 보호를 받지 못한다는 것을 의미한다. 현재 건강보험의 보장성이 충분치 못한 문제점의 상당부분은 이렇게 사실상 강제적인 '선택적 서비스' 영역이 차지하고 있다.

차액병실료의 경우, 이를 부담할 의사가 없는 환자 비율만큼의 기준병실이 확보되어야 하는 것이 해결책일 것이다<sup>1)</sup>. 그런데 이 문제가 해결되지 않는 이유는 '기준병실료만으로 비용보전이 되지 않을 정도로 가격체계가 왜곡되어 있고, 이로 인해 교차보조수단으로서 상급병실 확보가 불가피하다'는 주장에 정부가 별다른 대응을 하지 않음으로써 암묵적으로 수궁해왔기 때문이다.

의료기관 측의 논거는 이러한 상황이 유지되는 것이 병원 운영을 위해 불가피하다는 것이다. ○○병원의 경우 차액병실료와 선택진료비가 입원수익의 17%로 상당한 비중을 차지하고 있는데도 불구하고(표 2), 결산자료에 의하면 의료수익이 비용을 따라잡지 못하는 추세가 계속되고 있다(표 3). 이는 상대적으로 표준적 진료를 수행하고 있다는 평가를 받고 있는 ○○병원의 경우에도, 건강보험 외의 추가적 수입원이 상당규모 존재함에도 불구하고 비용보전이 되지 않고 있으며, 건강보험 상환영역만에서는 비용초과가 더 클 것이라는 점을 보여준다.

물론 ○○병원의 경영상태가 수가수준이 낮아서 생긴 문제인지를 확인하기 위해서는 인건비 등 비용구조가 얼마나 효율적인지, 경영능력이 정상적인지 등을 검토되어야 하기 때문에 공급자 주장의 진위에 대해 판단할 근거는 확보되어 있지 않다.

1) ○○병원 보험심사팀장과의 인터뷰과정에서 기준병실을 원하는 환자가 비율이 80~90%라는 의견을 청취한 바 있다. 반면 의료기관들은 기준병실의 의무비율 50%를 준수하는 데 그치고 있다.

그러나 보다 중요한 점은 가격수준 때문에 환자들이 실제로 선택할 수 있도록 공보험 상환 영역을 넓힐 수 없다는 의료기관의 주장에 대해 적절한 대응이 이루어지지 않고 있다는 점이다. 예를 들어 의료기관이 준수해야 할 기준병실 비중이 실제 수요에 크게 못 미치는 수준인데도, 필요한 만큼의 기준병실을 제도적으로 강제하지 못해왔기 때문에, 경제력이 취약한 개인들도 이러한 경제적 충격에 무방비하게 노출되는 것이 제도적으로 방치되고 있는 셈이다.

이는 원칙적으로 선택적이어서 할 서비스 영역을 소비자가 선택에 의해 이용할 수 있도록 제도적 뒷받침이나 법집행이 이루어지지 않았다는 것을 의미한다. 즉 공적보험이 의료서비스에 대해 지불하는 가격체계가 실제 투입되는 자원의 규모를 보상할 정도에 이르지 못한다는 공급자 주장의 진위에 대한 판단이 이루어지지 않은 채, 의료기관의 다양한 수익보전 편법이 교차보조라는 명목으로 묵인되어 온 셈이다.

원칙적으로는, 현재 수가 수준을 엄밀히 검토한 후, 적절하다고 판단할 경우에는 기준 병실 비중을 수요에 맞도록 증가시키고 선택진료제를 개선해야 할 것이고, 수가수준이 부적절하게 낮다면, 실제로 선택의 여지가 존재하도록 환경을 조성하고 이것이 지속가능하도록 가격체계를 조정하는 것이 필요하다. 만약 기준병실 비중을 필요한 만큼 증가시키기 위해 수가상승이 불가피하다 하더라도, 이 경우 소득수준에 따라 보험료를 추가적으로 부담하게 되기 때문에, 소득과 상관없이 상급병실료 부담 위험을 저야 하는 현재보다는 사회안전망의 기능이 개선되는 것이라 하겠다.

따라서 이들 서비스의 지출비중이 크다는 문제에 대해 본질적 대응을 회피하면서 이들 서비스를 건강보험 급여체계에 포함시키는 것이 아니라, 현재 수가체계에 대한 신중한 검토와 원칙적인 대응이 바람직할 것이다.

표 2. ○○병원의 의료수익구조 (단위: 백만원, %)

	급여		법정비급여		전액본인부담		상급병실료		선택진료료	
	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율
입원	16,733	62	3,803	14	1,709	6	2,273	8	2,417	9
외래	10,275	76	1,400	7	1,197	9	-	-	6,349	5
합계	27,008	67	5,202	13	2,906	7	2,273	6	3,052	8

주: 2007년 11월 진료분



표 3. ○○병원 본원 수익/비용 (단위: 백만원)

		2003년	2004년	2005년	2006년
수익	의료수익	369,245	387,825	431,928	494,172
	입원수익	224,459	222,776	255,072	280,925
	외래수익	136,064	144,268	147,522	177,485
	기타의료수익	8,722	20,581	29,055	35,410
	본지점수익		200	279	352
	의료외수익	24,081	35,140	40,211	40,279
	특별이익	2,266	886	1,538	940
	계	395,592	423,851	473,677	535,391
비용	의료비용	379,226	423,926	452,407	513,814
	의료외비용	17,282	19,873	21,748	20,443
	특별손실	138	2	3	7
	계	396,646	443,801	474,158	534,264
<b>비용-수익</b>		1,054	19,950	481	-1,127
<b>의료비용-의료수익</b>		9,981	36,101	20,479	19,642

자료: ○○병원 결산서

## 2. 진료영역의 급여확대

### 1) 급여결정과정의 중요성에 관한 기존 논의

급여항목을 결정하는 문제는 모든 의료수요를 만족시킬 수 없는 상황에서 어떻게 형평성을 최대한 확보하면서 필요한 결정을 내릴 수 있는지의 문제로서 본질적으로 윤리적인 고려를 동반할 수밖에 없다. 심하게 아픈 사람을 먼저 배려해야 하는지, 큰 편익은 아니지만 많은 사람에게 고루 혜택이 돌아가게끔 해야 하는지, 연령계층과 상관없이 동일한 기준을 적용해야 하는지 등의 문제가 급여결정에 전제되기 때문이다.

의료서비스 분배에 있어 분명한 기준이 존재하지 않는다는 점도 이를 어렵게 하는 원인이다. 예를 들어 1980년대 후반 작성된 오래된 급여 목록은 상대적 비용효과성을 유일한 기준으로 사용한 결과, 직관적 중요성과 상충된다는 이유로 거센 반대에 직면하여 방향을 수정한 바 있다. 이는 비용효과성 기준의 바탕에 깔린 전제, 즉, 사회 내 건강의 총량을 최대화한다는 목표가 그다지 보편적인 동의를 얻지 못한다는 것을 의미한다. Dolan 등(2005)은 경험연구를 통해, 대상이 누구인지와 상관없이 사회 내 건강의 총량을 최대화하는 목표에 대한 일반적인 동의 정도가 낮다는 결과를 제시한 바 있다.

반대로 가장 심각한 증상을 가진 사람을 최우선으로 배려해야 한다는 입장 역시 폭넓은 동의를 얻고 있지 못하다. 오히려 중간적 입장, 즉, 가장 심각한 증상의 사람을 우선적으로 고려해야 하나, 이를 위해 포기해야 하는 다른 사람의 편익이 너무 크지 않아야 한다는 것이 흔히

관찰되는 입장이다. 그러나 어느 정도의 우선적 고려가 필요한지, 어느 정도의 편익을 포기할 용의가 있는지를 측정하거나 기준을 설정하는 것 역시 용이하지 않다.

이는 뚜렷한 정답이 존재하지 않는 상황에서 많은 사람에게 영향을 주는 결정을 내려야 하고, 이러한 결정들이 윤리적 고려를 필요로 한다는 것을 의미한다. 즉, 의료이용의 우선순위 결정은 이득보는 사람과 손해보는 사람을 만들어내고 도덕적인 차원의 반대가 제기될 가능성이 높으며, 결정의 정당성을 확보하는 것이 최우선적인 문제가 된다. 결국 이러한 상황에서는 무엇을 급여할 것인지의 문제보다 어떻게 과정에서의 공정함(fair process)과 책무성(accountability)을 보장할 것인지의 중요성이 증가하게 되는 것이다.

Daniels(2008)는 이런 이유로 공정한 과정이 무엇보다 중요하다는 점을 강조하는 한편, 서베이를 통해 단순선호(unconsidered preference)를 반영하는 방식의 문제점을 지적한 바 있다. 질문을 어떻게 표현하는지에 따라 다른 응답이 도출되는 것은 빈번히 관찰되기 때문에 단순조사 결과에 의존해 정책을 결정해서는 안된다는 것이다. 오히려 윤리적 이슈를 포함하는 이러한 문제들에 대해서는 각각의 의견을 진지하게 고려한 후 스스로의 의견을 피력하고, 스스로의 의견이 다른 이들에게 진지하게 고려되었다는 것을 확신하게 하는 과정이 중요하며, 이를 통해 자원배분의 정당성(legitimacy)이 보장될 수 있다는 것이다.

이는 정치적 권위에만 의존한 소수 관료의 결정이 다수에게 강요되는 방식으로는 의료이용이라는 복잡한 윤리적 문제에 대한 정당성을 확보하기 어려워지는 추세를 반영한다. 정보가 제공되고, 숙고되는 과정에서 일반국민의 입장이 형성되며, 정책결정자인 관료는 이 과정을 통해 국민이 원하는 바를 파악할 수 있기 때문에, 이 과정 자체가 자원배분 결정자의 정당성을 확보해 준다는 것이다. 그런 만큼, 이 과정에 대해 공개하고 설명하는 작업의 중요성(accountability) 역시 정당성을 확보하는 주된 메커니즘으로서 강조될 필요가 있다.

## 2) 진료영역 보장성 확대 과정의 평가

진료영역에서는 최근 암에 의한 진료비 지출을 줄이려는 노력이 강조되었으며, 한방이나 치과 영역을 건강보험으로 보장하려는 노력도 새로이 강조되고 있다. 그러나 이러한 정책방향에 대해서는 다양한 이견이 존재할 수 있다. 예를 들어, 암이 일반국민들이 가장 염려하는 질환임은 분명하지만, 인지도가 낮더라도 비용이 크게 소용되는 수많은 질병들도 암보다 덜 배려될 근거는 찾기 어렵다. 또한 한방 물리요법이나 치석제거 등이 의료비 충격으로 인한 고통을 경감하는 데 우선적인 중요성을 갖는다고 인정하기도 용이하지 않은 것이 사실이다. 이는 급여항목을 결정하는 문제가 항상 관점의 차이를 동반하며, 이득을 보는 계층과 손해를 보는 계층을 창출하는 분배적 함의를 갖는다는 것을 뚜렷이 보여주는 사례이다.

보장성 확대 결정들은 주로 담당부처 발주의 연구용역에 기반했는데, 이들 연구들은 앞에서 서술한 단순선호 파악에 의존하는 문제점을 공통적으로 갖는다. 이들 연구의 경우 주로 델파이 기법이나, AHP 등 조사기법을 사용하여 급여확대목록을 제시하고 있다. 예를 들어, 김용익 등

(2000)은 보험 및 보건정책 분야 전문가 15인을 대상으로 델파이법을, 성인남녀 1,000명을 대상으로 전화설문을 수행하여 우선 적용해야 하는 것 한 가지를 고르도록 했다. 박종연 등(2003)은 대상자에게 보험급여 확대 대상 사항 2가지를 선택하도록 했고, 정형선 등(2004)은 3차에 걸쳐 전문가 집단을 대상으로 델파이 조사를, 조정숙(2005)은 전문가 및 학계, 공급자단체, 정부, 시민단체를 대상으로 우선순위 선정기준을 도출하고 급여 확대 우선 항목을 선정하였다. 건강보험공단의 『보장성 강화 활동 TF 보고서』에서는 선행연구와 일산병원의 비급여목록 및 민원사항 등을 참조로 확대대상 검토 리스트를 선정한 후, 이에 대해 전문가와 건강보험모니터단 291명을 대상으로 설문조사를 실시했다.

즉, 연구용역은 보장성 확대의 우선적 목표와 기준, 순서에 대해 숙고하는 과정 없이, 구체적인 항목을 병렬시키고 서베이를 통해 대상을 확정하는 시도들이고, 정책결정은 이들 연구들이 열거한 항목들을 급여항목에 포함시키는 과정으로 진행되어 왔다.

표 4. 건강보험 확대 항목 우선순위 관련 선행 연구 및 공단 조사결과

김용익 등(2000)	박종연 등(2003)	정형선 등(2004)	조정숙(2005)	공단 조사(2006)
1. 예방접종	1. MRI	1. 심장질환에	1. 안면화상수술	1. 의치
2. 초음파	2. 초음파검사	대한 진단검사	2. 선천성대사이상	2. MRI
3. 가정간호	3. 치과보철	2. 예방접종	검사	3. 산소발생기
4. 회수나 기간이	4. 예방접종	3. 부정맥치료법	3. 소이·무이증	4. 초음파
제한되어 있는	5. 노인의치	4. 초음파영상	재건술	5. 예방접종
약제 및 재료	6. 지정진료비	5. 만성간염환자에	3. 예방접종	6. 호스피스
5. 65세 이상 노인	(선택진료비)	대한 b-DNA 유	5. 호스피스	7. 무료 산전진찰
의치	6. 치아홈메우기	전자신호증폭	5. 노인틀니	8. 체내, 체외인공
6. MRI	8. 건강상담	측정법에의한	7. 언어치료	수정
7. 건강상담	9. 호스피스	HBV-DNA 정량	7. 장애인보장구	9. 언어치료
8. 불소도포	(임종간호)	검사	9. 산전검사	10. 광중합형 복합
9. 치아홈메우기	10.한방첩약	6. 감마나이프	10. 광중합복합레진	레진
(치면열구전색)	10.식대	7. MRI	11. 치과보철	11. 치석제거
10. 보험적용 한약	12.방문(가정)간호	8. 건강검진	12. 악안면교정술	12. 치아홈메우기
제제 확대	13.불소도포	9. 유전적질환 및	13. 라식수술	13. 선택진료료
11. 병실식대	14.병실료차액	태아기형	14. 치석제거	14. 불소도포
12. 한방물리치료	15.한약제제	10.치아우식증	14. 건강검진	15. 한방물리요법
13. 첩약	16.한방물리치료	11.광중합복합레진	16. 인공수정	16. 한약제제
14. 분만수당			17. 불소도포	
15. 상병수당			17. 교정치료	
16. 지정진료비			19. 한방물리요법	
17. 병실차액료			20. 한방첩약	

### 3) 국민참여의 역할과 전문성 활용

최근 일련의 연구들(권순만, 2007 ; 허순임 등, 2007)은 보장성 확대와 관련하여 일반시민의 참여 통로를 강조하고 있다. 이는 건강보험정책심의위원회의 의사결정 과정이 각계의 의견을 조정하여 합의에 이르고 있지 못하고 급여확대 결정에 국민이 소외되어 있다는 인식에 기초하여, 보통의 시민들도 적극적으로 우선순위 결정에 참여할 수 있는 시민참여 모델을 제안하고 있다.

실제로 국민건강보험공단(2006a)이 건강보험모니터단을 활용한 우선순위조사결과를 제시하고, 권순만(2007)은 자발적 참여자를 대상으로 시민위원회를 개최하여 우선순위를 조사한 결과를 제시한 바 있다.

물론 사회구성원 전체에게 영향을 미치는 중요한 의사결정에 대해 각계의 참여를 유도하는 노력의 중요성은 충분히 강조될 필요가 있을 것이다. 그러나 급여확대의 구체적 경로에 관해 특정한 서비스 항목을 제시한 후, 설문이나 인터뷰를 실시할 경우 참여자의 대표성, 개인적 이해관계의 부적절한 영향력, 전체 보건의료 정책결정에 대한 충분한 인지능력의 유무, 의학적 전문성의 부재 등의 문제가 지적될 필요가 있다.

논의의 저변을 확대하기 위해 필수적인 조건인 충분한 정보와 논의 과정(information and deliberation)을 보장하지 않은 상태에서 평면적인 의견조사를 시행할 경우 전체 사회의 우선순위를 균형있게 반영하기는 매우 어렵기 때문에(Jordan 등, 1998), 설문에 의존하여 정책을 결정해온 최근 경향과 유사한 문제가 초래될 가능성이 높다.

국민적 참여 과정을 통해서 급여확대원칙이 무엇인지에 대한 합의를 이루는 역할이 부여되어야 할 것이다. 영국 NICE는 임상적 효과성과 비용효과성을 기준으로 제시하고 있고, 스웨덴의 경우(Swedish Health Care and Medical Priorities Commission)는 생명을 위협하거나 장애에 이를 수 있는 증상, 예방과 검진, 비급성기와 만성질환 진료, 기타의 순서를 제시하고 있다. 노르웨이(Core Services Committee)는 효용, 돈의 가치, 공적자금이용의 형평성, 정치적 과정이 지역사회 가치를 적절히 반영하는지 등을 기준으로 제시하고 있다. 반면, 네덜란드(Dunning Committee)는 필수성, 효과성, 효율성, 개인책임성 등을 기준으로 명시하고 있다(Maynard, Bloor, 1998).

이들 기준의 다양함은 사회의 가치구조에 따라 급여기준이 달라진다는 점을 나타낸다. 우리나라 역시 공적인 주체가 이들 원칙을 명시할 필요가 있으며, 시민사회의 의사표현이 필요하다면, 개별 서비스간의 선택단계보다 이들 원칙의 결정 과정에서 이루어져야 할 것이다. 그리고 구체적인 서비스 항목의 포함여부는 원칙과 기준이 명시된 후, 이에 부합하는 방식으로 각계 전문성을 동원하여 결정해야 할 문제일 것이다.

#### 4) 책임주체와 전문가 그룹의 역할, 시민참여에 대한 원칙 필요

##### (1) 시민참여의 역할 범위

국민들이 의사를 표현하게 하고 숙고하는 과정의 중요성에도 불구하고, 공적주체와 전문가 그룹의 책임과 역할을 불분명하게 만드는 부작용이 발생할 가능성 역시 유의할 필요가 있다. 이는 시민참여제도가 보건의료재원을 배분해야 하는 어려운 결정의 책임을 회색시키는 측면(Hunter, 2002)을 갖는다는 점과도 일맥상통한다.

특히 관련 논의가 국내에 수입되는 과정에서 시민참여의 역할 범위와 활용방안에 관한 논의가 간과되고 있는 것은 기존 국내 연구에서 델파이나 설문조사에 과도한 역할을 부여해온 것과 유사한 문제점을 초래할 수 있다.

시민배심원제를 활발히 활용하고 있는 영국의 경우, 시민배심원의 의견은 합의에 이를 필요도 없으며, 구속력도 없다. 보건당국은 시민의 의견을 결정에 고려해야 할 의무나, 피드백을 제공해야 할 의무가 없으며, 단지 시민의 의견을 공개할 의무만을 진다<sup>2)</sup>.

또한 무엇에 관해 의견을 묻는지 역시 중요하다. 주로 시민배심원의 참여는 '누가 급여의 우선순위를 설정하고, 어떤 기준에 의거해야 하는가'에 집중된다. NICE가 소집한 시민배심원은 임상적 결정에서 NICE가 고려해야 할 사항, 자원배분에서 연령을 고려할 필요성, 희귀질환 치료제에 대한 급여 여부, 건강형평성을 위한 정책필요성 등이었다. 포트모스에서 모집된 시민배심원은 급여우선순위설정의 기준에 대해 진료의 필수성, 돈의 가치, 삶의 질이라는 의견을 제시했고, 노팅검에서는 비임상적 요소가 고려되어야 하는지에 대한 문제에 대해 항상 임상적 필요와 효과성이 우선적 기준이며, 선별적으로 비용과 가용성(availability)도 기준으로 활용될 수 있다는 의견에 도달했다(Lenaghan, 1999).

독일의 신의료기술 급여채택 연방위원회에 환자대표를 참석시키긴 하되, 표결권을 부여하지 않는 것 역시 참고할만한 사례이다(국민건강보험공단, 2006b).

이러한 예는 논의의 과정에 시민사회를 참여시키고, 이들의 의견을 청취하되, 실제적인 결정의 책임은 공적 주체에게 남겨진다는 것을 의미한다. 그리고 이들의 의견을 청취할 필요성이 가장 큰 부분은 각 사회의 가치관을 적절히 파악하기 위한 부분, 즉 급여보장 우선순위의 원칙과 기준에 관한 부분이라는 점 역시 중요하다.

##### (2) 공적주체의 역할

급여우선순위에 대한 원칙과 기준을 결정하고, 결정하는 과정에서 국민의 의견을 청취하고, 결정된 원칙과 기준에 의거하여 각계 전문가들의 전문성을 동원하여 근거를 생성하거나 취합

---

2) 영국의 시민배심원제는 소수의 대표성 있는 일반대중을 모집하여 4~5일간 같이 체류시키면서 우선순위 결정에 필요한 충분한 정보를 제공한 후, 이들 참석자가 상호간에 의사소통을 하면서 문제에 대한 심사 숙고를 하여 의사결정을 하게 한 후 제안서를 지역보건당국이나 1차 의료트러스트(PCT)에 제출하는 방식이다.

하는 등 총괄적인 책임은 공적주체에게 명확히 부여되어야 할 것이다. 우리나라의 경우 보건당국의 역할을 담당하는 보건복지가족부와 사회보험자인 국민건강보험공단이 이 책임을 공유하고 있는데, 결정에 대한 책임성(accountability)과 투명성을 확보하기 위해서는 독립된 결정주체로서 급여관리위원회를 신설하여 관련 업무를 담당하게 하는 것이 바람직할 것이다.

### (3) 전문가 집단의 역할

최근 보건의료정책의 수립과정에서 일반 시민들이 소외되고 소수의 전문가들만이 의사결정 과정을 독점하는 엘리트주의적 비민주성이 커졌다는 지적(권순만, 2007)은 의사소통과 사회적 합의를 지향하는 큰 흐름 속에서 시의적절한 문제 제기이다. 그러나 애초에 보건의료의사결정과정에서 주로 지적되어 온 문제들이 의사결정과정의 불투명성, 책임성(accountability) 측면이라는 점을 고려하면, 의사결정과정에서의 전문가적 지식의 중요성을 폄훼하는 것으로 이어지는 것 역시 적절하지 않을 것이다.

이러한 점들을 종합하면, 국민의 의견이 표출되는 통로를 창출하고, 이들 의견을 주의깊게 청취하면서 각계 전문성을 종합하여 의사결정의 책임을 지는 기구를 설립하는 것과 함께, 전문가가 의사결정의 근거를 제공하고 의사결정에 참여하는 것의 중요성이 모두 강조되어야 할 것이다. 결국 이는 폭넓은 참여와 공개된 과정을 통해 원칙과 기준이 마련되는 첫 단계와 전문가 자원을 이용하여 구체적 급여목표의 확대방향을 결정하는 단계로 구성될 것이다.

두 번째 단계의 급여확대 결정을 위해 주요 근거(hard evidence)들을 제공하는 것은 상당한 규모의 인적자원이 투입되어야 하는 작업이다. 특히 개별 서비스의 필요, 효과, 비용효과, 진료과목별 의견의 종합 등은 고도의 임상적 지식과 보건의료체계에 대한 총괄적 지식이 필요한 영역이다. 이와 함께 각 서비스의 급여추가 시 건강보험 재정이나 국고에 미칠 재정추계 자료 역시 의사 결정을 위한 필요한 주요 근거이다.

이들 근거 생성을 위해서는 오래곤 급여리스트와 Health Care Financing Administration, NICE 등이 급여항목 결정을 위해 누적해온 연구 결과들을 참고할 수 있을 것이나, 다른 나라의 연구 결과를 우리 실정에 맞게 해석하고, 급여원칙에 부합하도록 필요한 정보를 재배열하고, 미비한 근거를 새로이 생성하기 위해서는 전문가 그룹의 노력이 상당정도 투입되어야 하고, 이러한 노력을 조직화할 공적주체의 제도화된 역할이 필요하다.

이러한 논의절차와 결정을 위해서는 상설적인 급여관리 자문위원회를 상설하여 ①급여확대 원칙과 기준에 대한 논의를 조직하여 파악하는 역할, ②전문가 분과를 통해 근거를 생산하고 앞서 결정된 원칙에 맞추어 구체적 급여확대 우선순위를 설계하는 역할을 담당하게 한 후, 정책 결정자에게 제안하게 하는 것이 바람직할 것이다. 정책담당자는 이들의 권고를 그대로 반영할 것인지, 그렇지 않을 경우 어떤 이유에 의해서인지를 국회에 보고하고 일반에게도 공개하도록 함으로써 책무성(accountability)을 보장하고 정책결정의 정당성(legitimacy)을 제고하는 것이 필요하다.

## IV. 결 론

우리나라의 건강보험 급여범위의 확대는 사회전체의 동의에 기반한 장기적 계획에 의거했다 기보다 각 시기의 정치적 분위기나 대중적 정서에 좌우된 성격이 강했다. 이는 무엇보다 건강 보험제도의 안정적 발전을 도모하기 시작한 역사가 아직 일천함에 기인할 것이다.

그러나 의사결정과정의 불투명성, 급여범위에 관한 원칙과 기준의 부재, 대상자별 형평의 문제, 급여포함항목의 비일관성과 직관적 중요성과의 마찰 등의 문제는 이제 근본적인 해결을 모색해야 하는 시점이라 하겠다. 이를 위해서는 다양한 시도와 실패를 경험한 다른 나라의 사례를 참고하여 후발자의 이득을 최대한 활용하면서도 우리사회의 가치구조를 충실히 반영한 독자적 제도를 설계하는 것이 필요하다.

본 논문은 윤리적 문제를 다수 포함하는 것이 불가피한 급여확대 결정에서 논의 과정과 책무성, 공개성이 갖는 중요성에 관한 논의를 소개하고, 이에 비추어 기존의 보장성확대방안을 평가했다. 그리고 그간의 급여항목 결정 과정이 기준에 대한 숙고 없이 설문조사에 의존하여 정책결정자의 책임을 희석해온 점을 지적한 후, 개선방안을 모색하였다.

선택진료나 차액병실료 등 선택적 성격을 주로 하는 영역은 실제로도 선택영역이 될 수 있도록 전체 가격체계 등을 검토하여 현실과 원칙이 괴리되지 않도록 정책을 집행하는 것이 중요하다. 반면, 항목별 접근을 통해 급여범위를 결정하는 것은 전문가의 역량과 국민의 동의를 복합적으로 수렴해야 하는 영역이며, 본 논문의 주된 관심사이다. 급여 항목 확대의 원칙과 기준을 정립하는 과정에는 일반국민의 의사를 적극적으로 파악하는 절차가 필요하다. 그리고 결정된 원칙에 의거하여 실제의 급여항목을 확대해가는 과정은 공적인 책임주체의 주도 하에 전문가 그룹의 지식을 충분히 활용해야 할 것이며, 이를 위한 상설 책임주체가 제도화될 필요가 크다.

## 참 고 문 헌

- 국민건강보험공단. 보장성 강화 TF 활동 보고서. 2006a.
- 국민건강보험공단. 독일출장보고서 - 수가계약을 중심으로. 2006b.
- 권순만. 건강보험 보장성 수준 및 달성 전략. 서울대학교 보건대학원. 2007.
- 김정희, 이호용, 정현진. 2007년 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단 건강보험연구원. 2008.
- 김용익, 이평수, 조홍준, 김창엽, 김선민, 김윤 등. 건강보험 재정설계 연구. 국민의료보험관리공단-서울대학교 의과대학. 2000.

- 박종연, 한만호, 김재연, 서남규. 건강보험제도 발전을 위한 국민 인식도 조사연구. 국민건강보험공단 건강보험연구센터 2003.
- 보건복지가족부. 건강보험 암 및 치과분야의 보장성 확대 추진. 보도자료. 2009. 6. 17.
- 양봉민, 김진현, 이태진, 김윤희, 김정희, 최숙자. 건강보험의 목표보장률 설정 및 실현방안에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원. 2006.
- 정형선, 이규식, 신의철, 김주경, 최원숙, 백재현 등. 국민건강보험 내실화를 위한 기본급여영역에 관한 연구. 국민건강보험공단·연세대학교보건행정학과. 2004.
- 조정숙. 보험급여 확대 항목 선정을 위한 우선 순위 설정 : AHP기법 적용[석사학위논문]. 서울 : 연세대학교 대학원 ; 2005. 12.
- 허순임, 신호성, 강민아, 김태일, 김창보. 건강보험 적정 보장성 확보방안. 한국보건사회연구원. 2007.
- Daniels N. Just Health : Meeting Health Needs Fairly. Cambridge University Press ; 2008.
- Dolan P, Shaw R, Tsuchiya A, Willams A. QALY maximization and people's preference : A methodological review of the literature. Health Economics 2005;14(2) : 197-208.
- Hunter D J. The practice of rationing health care in the United Kingdom. In : Breyer F et al.(eds.) Rationing medicine. Berlin : Springer ; 2002.
- Jordon J, Dowswell T, Harrison S, Lilford R J, Mort M. Health needs assessment. Whose priorities? Listening to users and the public. BMJ 1998 ; 316(7145) : 1668-70.
- Lenaghan J. Involving the public in rationing decisions : The experience of citizens juries. Health Policy 1999 ; 49(1-2):45-61.
- Maynard A, Bloor K. Our certain fate : rationing in health care. London : Office of Health Economics ; 1998.
- OECD. OECD Health Data 2009. 2009.11.9. Available from: URL: [http : // www. sourceoecd.org](http://www.sourceoecd.org)
- Rawls J. Justice as Fairness : A Restatement. Harvard University Press ; 2001.
- Tobin J. On Limiting the Domain of Inequality. Journal of Law and Economics 1970 ; 13(2) : 263-277.