

## 2012년 첩약 건강보험 급여화 시범사업 정책 결정에 관한 연구

홍민정<sup>1)</sup> · 임병목<sup>2)</sup>\*

<sup>1)</sup> 서울대학교 행정대학원 석사

<sup>2)</sup> 부산대학교 한의학전문대학원 인문사회학부

## A Study on the policy decision-making for the pilot project of herbal decoctions coverage in the National Health Insurance in 2012

Minjung Hong<sup>1)</sup>, Byungmook Lim<sup>2)</sup>\*

<sup>1)</sup> Master of Public Administration, Graduate School of Public Administration, Seoul National University

<sup>2)</sup> Professor, Division of Humanities and Social Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University

### Abstract

**Backgrounds** : To reduce the patients' economic burden of herbal decoctions use, in 2012, Korean government decided to implement the pilot project of herbal decoctions coverage in the National Health Insurance.

**Objectives** : This study aimed to analyze the policy decision-making process for the pilot insurance project in 2012.

**Methods** : Official documents, research papers, statistical reports, and news articles, etc. on the coverage of herbal decoctions were searched and collected. We used the Kingdon's Policy Stream Model to analyze how the policy of pilot project of herbal decoctions coverage was decided, and who were the main activists for the decision-making process.

**Results** : Components to be included in the 'Problem stream' were the decline in the profits of Korean Medicine institutions, the contraction of the herbal decoctions use, and the fiscal surplus of National Health Insurance. In the 'Policy stream', there were several model studies for herbal decoctions coverage, and examples of herbal benefits in other social insurances. In the 'Political stream', there were the legislative initiatives by member of the National Assembly and the promotion of insurance coverage by the Association of Korean Medicine(AKOM), etc. Policy window for herbal decoctions coverage was opened by the combination of these three streams with the efforts of policy activists, such as the executives of AKOM, and policy researchers.

**Conclusions** : The policy decision process for health insurance coverage of herbal decoctions was analyzed using Kingdon's model, and the analysis shows that the combination of political streams and entrepreneurs' competencies can be an important driving force in policy decision making.

**Key words** : Health insurance, Korean Medicine, Herbal decoction, Kingdon's Model, Policy decision

• 접수 : 2020년 8월 3일    • 수정접수 : 2020년 8월 17일    • 채택 : 2020년 8월 22일

\* 교신저자 : 임병목, 경남 양산시 부산대로 49 부산대학교 한의학전문대학원 316호

전화 : 051-510-8453, 팩스 : 051-510-8446, 전자우편 : limb@pusan.ac.kr

\* 이 논문은 홍민정의 서울대학교 행정대학원 석사학위 논문 '첩약 의료보험의 결정 요인에 관한 연구(2019)'를 발췌, 수정한 것임

## I. 서론

첩약은 한의 치료기술의 핵심적 요소로서, 1984년 한방 의료보험 시범사업에도 포함된 바 있었으나, 1987년 도입된 한방 의료보험에서 배제된 이후 30년이 넘도록 급여에 포함되고 있지 못했다. 첩약의 건강보험 급여화에 대한 대중의 요구도는 높은 편으로서, 한의 의료기관을 이용한 경험이 있는 환자들 대상 조사들에서 한의 비급여 행위 중 국민들이 가장 급여화를 원하는 항목이었으며<sup>1-5)</sup>, 대한한의사협회에서도 지속적으로 정부에 요청해 온 사항이다<sup>6,7)</sup>.

이에 비용부담을 낮춤으로써 환자들이 한약에 쉽게 접근하고 환자들의 선택권을 확대하고자 하는 취지로 2012년 30차 건강보험정책심의위원회에서 10월부터 노인, 여성 대상 대표 상병에 대해 치료용 첩약 시범사업을 한시적(3년간)으로 실시하기로 결정<sup>8)</sup>하였지만, 한의계 내의 치열한 갈등으로 인해 정부와 이해집단 간의 합의와 바람직한 대안 도출에 이르지 못하고 무산<sup>9)</sup>되고 말았다.

1990년대 중반 이후, 2008년의 한방물리요법 일부 행위들에 대한 건강보험 적용 사례 외에 주요한 한의 의료행위에 대한 급여화가 미진했던 시기에, 정책 아젠다로 한의 첩약에 대한 건강보험 시범사업 도입이 제기되었던 것은, 한의사나 정부, 소비자의 측면에서도 예상 가능성이 높지 않은 것이었다.

보건의료분야는 각 단체의 이해관계가 첨예하게 대립되는 경우가 많아 정책결정이 이루어지기까지 다양한 요인의 영향을 받는 경우가 많은데, 특히 한의학 관련 정책결정과 제도의 변동이 어떠한 요소들에 의하여 진행되는지에 대한 고찰 연구는 부족한 실정이다.

이에 본 연구는 한방건강보험 도입 이후 30년간 추진되지 못했던 첩약 급여화 정책이 2012년 상황에서 어떤 이유들로 인해 사회적 아젠다로 부상하고, 관련 이해 집단들의 반대에도 불구하고 정부 정책으로 결정되었는지의 과정을 분석하고자 한다.

## II. 연구방법

### 1. 연구모형

Kingdon의 정책흐름모형은 정책결정이 우연히 이루

어진다는 코헨(Michael D. Cohen)의 쓰레기통 모형을 보다 확장한 모델이다. 정책의제설정이 예측불가능하게 이루어진다는 것을 문제의 흐름(problem stream), 정치의 흐름(political stream), 정책대안의 세 가지 흐름(policy stream), 그리고 정책의 창이라는 개념을 통해 제시하는 모형으로,<sup>10)</sup> 이 세 가지 흐름이 독자적으로 흐르다가 어느 순간 기회가 맞으면 이 흐름들이 상호작용하여 ‘정책의 창(policy window)’이 열리게 되고 정책이 결정된다는 정책 추진 과정에 대한 모형이다<sup>11)</sup>.

정책결정과정을 분석하는 도구로서 합리주의모형이나 점증주의모형 등이 있음에도 본 연구에서 Kingdon의 정책흐름모형을 분석에 사용한 이유는 다음과 같다.

첫째, 당시 첩약 급여화 시범사업 정책결정과정이 합리주의 모형이 적용될 수 있는 합리적인 대안 탐색 및 결과 평가 등을 통해 목표 달성의 극대화를 가져올 수 있는 최적의 대안을 선택하는 이상적 과정이라고 보기 힘들다는 점이다.

둘째, 한의의 보장성 강화를 위해 꼭 집행되어야 하는 정책임에도 불구하고 가치 선호<sup>12)</sup>의 문제가 있었다는 점이다. 실제 정부가 건강보험정책심의위원회에 내놓은 보장성 강화 우선순위 평가결과에 따르면, 한방 복합제제 급여화, 한방 물리요법 급여화는 각각 18위와 19위였고, 전문가들이 평가한 첩약 급여화의 우선순위 평가 결과는 2.51점으로 전체 31개 항목 가운데 23번째에 속했다<sup>13)</sup>. 대한의사협회는 “과학적 입증도 안 된 한약에 보험재정을 투입하는 것이 B형 간염 환자 치료보다, 발달 장애어린이 치료보다 중요한가”라고 주장하였으며, 실제 B형 간염 환자 치료제 병용투여는 4위, 발달장애에 어린이 언어 치료는 6위였는데도 보험급여에서 제외된 상황이었다<sup>14)</sup>.

셋째, 복합한약제제에 대한 건강보험 급여화를 우선적으로 검토하고 있었던 당시 상황<sup>15)</sup>과 “한약을 급여화 하더라도 첩약보다는 한약제제 급여를 확대하는 것이 일반적인 순서”라고 밝힌 보건복지부 관계자의 말<sup>16)</sup>을 고려하더라도, 정책 결정이 기존 정책을 토대로 소폭의 변화만을 추구하며 그보다 향상된 대안을 추구하는 점증적인 방식으로 이루어졌다면, 첩약보다 복합한약제제에 대한 건강보험 급여화가 우선적으로 시행되었을 텐데, 당시 첩약 급여화 시범사업 정책 결정이 우선적으로 이루어진 것으로 보아 점증모형 등의 정책결정이론으로는 정책 결정 과정을 충분히 설명할 수 없다고 판단하였다.

마지막으로, 청약 급여화 시범사업 실시 결정 과정의 유연성과 정치의 흐름 및 정책활동가의 중요성에 주목하여 Kingdon의 정책흐름모형을 통한 분석을 시도하였다.

## 2. 자료조사방법

본 연구는 청약 급여화 시범사업 정책 결정 과정을 Kingdon의 정책흐름모형으로 분석한 사례연구(case study)이다. 분석을 위해 Kingdon의 정책의 창 모형 이론과 선행연구 그리고 2012년 청약 건강보험 시범사업 정책 결정 과정 관련 자료들을 검토하여 연구모형을 설정하였다. 국내외에 발표된 도서와 정기간행물, 논문, 연구보고서, 대한한 의사협회 내부자료, 관련부처(보건복지부) 정책 자료 및 보도 자료, 기타 관련 법규 및 통계자료, 언론보도 등을 종합적으로 수집하고 분석하였다.

## III. 연구결과

### 1. 문제의 흐름

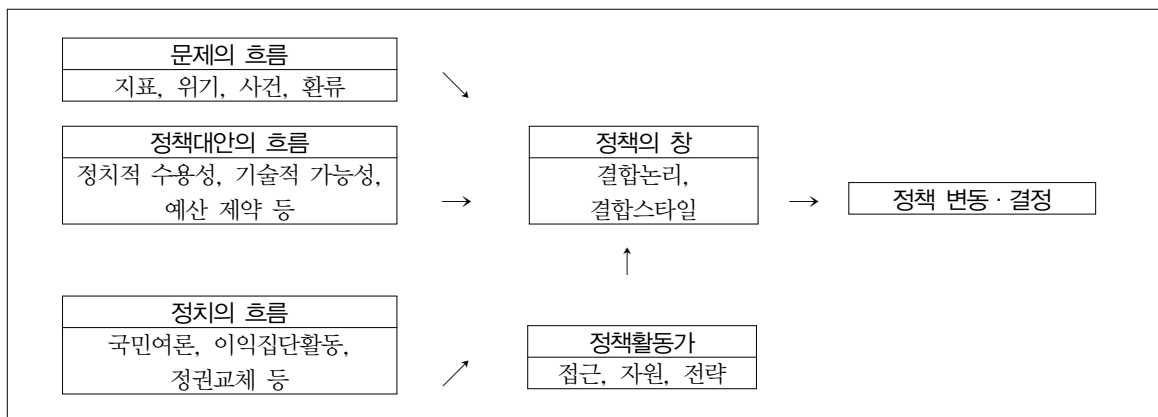
#### 1) 한의원 경영 악화

통계청이 발표한 2010년 사회조사 보고서에 따르면 한의원과 한방병원 등 한방의료기관의 의료서비스에 대한 만족도는 양방의 병·의원과 치과 병·의원을 제치고 5회 연속 1위를 차지한 것으로 나타났다<sup>17)</sup>. 그럼

에도 불구하고 한의계는 한방건강보험의 제한적인 급여범위 및 한의의료 신기술 도입 어려움 등의 내부적인 요인과 건강기능식품소비 증가 등과 같은 외부적인 요인에 의해 어려움을 겪고 있다.

20년간(1987년~2007년) 한의원 경영수지의 경향을 분석한 연구(2012)<sup>18)</sup>에 따르면, 한의원의 보험수입은 1987년 23%에서 2007년 56%로 증가하였고, ‘비보험 투약(청약, 비보험 환 · 산제 등)’의 구성비는 1996년 41%에서 2007년 31.6%로 감소하였다. 이는 보험 수입 의존도가 큰 폭으로 증가하였음을 보여주는 결과로, 한의원의 수익모델이 ‘비보험 투약’ 행위로부터 ‘시술·처치, 한방요법 및 기타’ 행위로 이동해가고 있음을 보여준다. 하지만 ‘시술·처치, 한방요법 및 기타’의 세전진료이익률이 2007년, -38.6%의 적자를 보임으로써, 관련 진료행위에 대한 수가 체계 개선 없이는 해가 거듭할수록 한의원의 경영수지가 더욱 악화될 것으로 분석되었다.

2004년 대한한 의사협회와 한방산업벤처협회 공동 설문조사 결과에서<sup>19)</sup> 한의사의 77.6%가 ‘한의원 경영이 너무 어렵다’고 답했으며, 2011년에는 건강보험이 적용되지 않는데다가 건강 보조식품의 등장으로 한약에 대한 수요가 줄어 한의원을 찾는 환자가 줄면서 폐업하는 한의원이 속출한다는 보도들이 지상파 방송 뉴스로 나왔다<sup>20,21)</sup>. 한의원의 경영악화는 이들 지표 및 사건 등을 통해 드러나고 있었고, 그 당시 한의계가 처한 어려운 현실은 공공연하게 인정되는 분위기였다. 이러한 한의원의 경영악화는 청약 건강보험 적용 등의 한방건강보험 급여제도의 개선에 대한 촉구로 이어지게 되었다.



\*출처 : Zahariadis(2007) 수정 및 이진만 외(2009) 인용

그림 1. Kingdon의 정책흐름모형(Policy Streams Framework : PSF)의 주요 요소

## 2) 첩약의 가격장벽 및 첩약시장의 축소

한의학의료의 치료영역에서 많은 부분을 차지하고 있는 첩약(한약)이 건강보험 급여에서 제외되어 있었기 때문에, 환자들이 이용할 수 있는 가격 장벽이 높았을 뿐만 아니라 국민들의 한의학의료 이용도 어려운 실정이었다.

이전에 발표된 여러 조사에서 이런 결과들이 나타나고 있는데, 1999년 조사에서 침·뜸·부항 등의 한의학적 시술이 보험급여가 이루어지고 있음에도 불구하고 한의학의료 이용을 제약하는 요건으로 '높은 한방 의료비'가 많은 응답을 보였다(1999)<sup>1)</sup>. 2008년 발표된 한방의료에 대한 일반인식 조사<sup>2)</sup>에서도 한의학의 단점으로 '치료비가 많이 든다'가 가장 높게 나타났으며, 이러한 비용부담으로 인해 한의학의료의 개선점으로 '의료보험화(39.2%)'라는 응답이 가장 높게 나타났<sup>2)</sup>. 2011년 조사에서는 '한약·탕약(59.6%)', '물리요법(23.6%)', '한약제제(9.8%)' 순<sup>3)</sup>으로 건강보험 한방급여 확대가 필요하다고 응답했다.

한약에 대한 이용의사에서 한약의 본인부담 수준을 양약 수준으로 할 경우 '한약을 더 이용하겠다'는 응답(66.5%)이 '평소대로 하겠다'는 응답(27.9%)보다 높게 나타났으며, 선호도를 조사한 결과 한약(40%)이 양약(34%)보다 선호도는 더 높은 것으로 나타나<sup>2)</sup> 한약에 대한 선호가 높음에도 불구하고 환자들이 첩약 이용에 제약을 둘 수밖에 없는 현황임도 확인할 수 있었다.

이러한 첩약의 높은 가격장벽은 환자의 한의학의료기관 이용제한과 함께 첩약 시장의 축소를 불러왔다. 한의원 경영수지의 경향을 분석한 연구<sup>18)</sup>에 따르면, '비보험 투약'의 비율이 감소함에 따라 재료비의 비율이 1996년 23.6%에서 2007년 13.0%로 10%이상 넘게 감소하였다. 이는 '비보험 투약'에 속하며 재료비의 비중이 상대적으로 높은 첩약의 매출감소에 기인한 것이었다. 한약재의 2006년 매월 구입액이 1999년 대비 9.4% 감소한 것과도 일치하는 결과<sup>23)</sup>로 한의원의 경영 상황이 악화되면서 첩약 시장의 축소도 일어나고 있음을 보이고 있었다.

## 3) 공공보험의 보장성 확보를 위한 지속적 급여 확대 제안

보건복지부는 매년 건강보험 보장성 확대 계획을 수

립하여 국민의 건강보험 보장범위를 확대하고 있다. 이에 대한한의사협회에서도 한방건강보험의 보장범위 확대를 위해 치료용 첩약 보험급여 실시 등에 대해 의견을 제출한다<sup>6)</sup>.

한의학의 진료형태는 건강보험 제도가 결정적인 역할을 하는데, 기존의 침·뜸·부항 중심의 보장성 확대는 한의학의 치료 영역이 근골격계 중심으로 재편되는 효과를 낳았다. 한의학의료기관 건강보험의 50% 이상은 근골격계 질환으로, 근골격계 질환이 진료비, 급여비에서 차지하는 비율이 50%를 상회할 뿐만 아니라 2005년부터 2012년까지 한방보험 상위 10대 질환을 보면 근골격계 질환으로 분류되는 상병명에 집중되어 있다. 90년대~2000년대 초반 침·뜸·부항 위주의 보장성 확대는 근골격계 위주의 치료 관행을 만들었고, 첩약이 빠진 건강보험제도는 한의계를 침치료 위주의 근골격계 한의원으로 고착화시켜 이를 넘어서지 못하게 만들고 있었다<sup>24)</sup>. 근골격계 위주의 치료관행 및 한약보장성의 퇴보는 치료영역의 축소라는 심각한 문제를 일으키고 있었고, 한약보험의 개선 및 이를 통한 치료영역의 확대가 필요한 상황이었다.

이러한 상황 속에서 대한한의사협회는 국민의 건강 증진 및 한방건강보험의 보장성 확대의 일환으로 치료용 첩약 보험급여를 지속적으로 정부(보건복지부)측에 건의했고 정책토론회 및 회의 등을 통해 대·내외적으로 치료용 첩약에 대한 보험급여의 필요성 및 실시를 지속적으로 건의해 왔다<sup>25)</sup>.

## 4) 건강보험 재정흑자

건강보험 당기수지가 2010년 1조 2,994억 원 적자에서 2011년 6,008억 원 흑자로 전환된 이후, 2012년에는 3조 157억 원의 최대흑자를 기록한다. 국민건강보험공단의 2012년 2분기 건강보험 재정현황에 따르면, 2012년 1~6월 건강보험재정은 2조 5,549억 원의 당기 흑자를 기록하고 있었으며, 상반기를 마감하는 상황에서 건강보험 재정이 2조원을 넘는 흑자액을 기록하는 자료 확인이 가능한 2005년 이후 처음이었다<sup>26)</sup>. 이렇듯 건강보험 재정이 사상최고를 기록했지만 수가 인상에 대한 논의만 있지 건강보험 보장성 논의는 이뤄지지 않자, 시민단체들은 건보 재정 흑자 속에서 챙겨야 할 것은 수가 인상이 아니라 건강보험 보장성 확대라는 주장을 하게 된다<sup>27)</sup>.

보건복지부는 매년 건강보험 보장성 확대 계획을 수립하여 국민의 건강보험 보장범위를 확대하는데, 건강보험 재정 흑자의 흐름과 맞물려, 보장성 강화방안 중의 하나로 2013년 최대 2,000억 원의 추가 재정을 투입해 청약 급여 시범사업을 실시하는 방안을 검토하게 된다. 정부는 10월 19일 열린 건강보험정책심의위원회 전체회의에서 건강보험 재정흑자분을 고려해 내년 보장성 강화정책에 1조 2,000억 원 ~ 1조 6,000억 원의 재정을 투입하겠다고 밝혔고, 이 같은 내용을 포함하는 보장성 강화에 대한 두 가지 안을 마련해 보고했다<sup>28)</sup>. 복지부가 제시한 1안은 기존 보장성 확대 계획(2009~2013년)대로 초음파 검사와 치석제거, 소아 선천성질환 등을 급여화하는 방안이었고 2안은 1안보다 건강보험 재정 3,810억 원이 추가로 더 소요되며 보장 대상을 더 확대한 방안으로, 그 대표적인 예가 한방 급여 시범사업 정책이었다.

근골격계 질환과 수족냉증 등 노인과 여성·아동 등을 대상으로 하는 대표 상병 중심으로 한방 보험급여를 한시적으로 시행하자는 계획을 내놓으면서 최대 2,000억 원 한도 내에서 2013년부터 시범사업을 시행하자는 안을 낸 것이다. 이때 임신 출산 진료비 지원 사업에 쓰이는 고온담 카드의 이용기관을 확대해 500억 원의 추가재정도 예상됐는데, 양 방안이 모두 확정될 경우 2013년부터 한방 의료기관에 최대 2,500억 원의 건강보험 재정치가 추가로 투입될 예정이었다. 이는 정부가 제안한 신규 보장성 확대 항목에 투입되는 3,810억 원의 총 예산 중에서 2,500억 원 가량이 한의의료기관의 몫이 되는 셈이었기 때문에 대한의사협회와 정부 간 갈등이 한방에 편중된 보장성 강화정책으로 이어진 것이 아니냐는 비판도 나오게 된다<sup>29)</sup>.

2012년 건강보험 사상 최대 흑자는 건강보험 보장성 확대에 대한 논의 및 한방 급여 시범사업에 대한 검토로 이어지게 되고, 건강보험정책심의위원회는 10월 22일~24일 소위원회를 잇달아 열어 2013년도 보장성 강화방안에 대해 집중적으로 논의한 뒤 25일 전체회의를 열어 그 내용을 확정하게 된다.

## 2. 정책대안의 흐름

정책 대안의 흐름은 주로 연구자와 같은 전문가 집단 및 전문성을 지니는 직업 관료, 오랜 기간 정책을 다루어온 의회 보좌관 등에 의하여 형성되며, 정책대안

의 흐름에서 가장 영향을 미치는 사람들은 전문가들로<sup>10)</sup>, 정책 대안은 공청회나 논문, 보고서 등을 통해 나타난다. 정책대안의 흐름을 넓은 범주에서 청약과 경합하는 대안들의 흐름과, 좁은 범주에서 청약의 급여화 방안 내에서의 대안들의 흐름으로 나누어 살펴 본다.

당시 청약 급여와 경합하는 정책대안들로는 추나요법, 한약 ‘복합제제’ 등을 들 수 있다. 먼저 추나요법은 한의사와 의료소비자들 사이에서 대중적으로 이용이 확산되고 있었고 대한한의사협회도 급여화 의견을 정부에 제시했던 요법이었다. 그러나 추나학회는 시술의 질적 하락과 시술 수가의 저평가를 우려하여 추나요법 급여화에 미온적 입장이었다. 2012년 6월, 추나학회 내부적으로 추나의 급여화를 추진하기로 방향 전환이 이루어졌으나 이는 임상적 근거의 수집 등 보다 중장기적 추진을 결정한 것으로 즉각적인 급여화 요구는 아니었다.<sup>30)</sup>

한약 ‘복합제제’의 경우, 한약 ‘혼합제제’만이 1987년부터 제한적으로 급여되던 상황에서 1990년대들어 보험한약제제 사용량이 급감하면서 대한한의사협회가 보건복지부 장관에 대한 건의(2004년), 건강보험정책심의위원회 건의(2006년) 등 지속적으로 급여확대를 요구했던 항목이다. 보건복지부도 2007년 ‘한방제도 및 건강보험개선 합동 TF’, 2011년 ‘한약제제 급여 합리화 TF’ 등을 주관했으나, 매 논의 때 마다 대한약사회가 한약제제 의약분업을 급여 확대의 전제 조건으로 고수하면서 ‘복합제제’ 급여확대는 정책 수위에서 밀릴 수밖에 없었다.<sup>31)</sup>

청약 급여화 세부 방안에 대한 대안들을 다룬 연구들과 기존 적용 사례를 살펴보면, 우선, 이기남<sup>32)</sup>, 이은경<sup>33)</sup>의 연구에서, 대한한의사협회 전산망에 이메일이 등록된 한의사를 대상으로 비급여 한약의 보험급여 방안을 제시하고 그 선호를 파악한 결과, 현행 56종 처방을 포함한 특정 처방에 대하여 먼저 실시하자는 의견과 일당정액제로 하되 특정질환, 연령 등에 대해 먼저 실시하자는 의견이 많았다. ‘일당 정액제’는 1일 또는 처방 한약가의 정액을 기준고시하여 정산하는 방법으로 일정한 일당(처당) 약제비를 정하여 지불하는 방식이다<sup>32)</sup>.

황충연<sup>34)</sup>의 연구에서는 ‘연령제한방식’은 65세 이상의 노인들과 9세 이하의 유소아에게 우선 적용하는 방안을 고려하였는데, 우리나라의 경우, 세계에서 가장 빠르게 인구고령화와 저출산이 진행되는 부분을 감안해서였다. 또한 ‘포괄적 일당 정액제’ 방식을 제안했는

데, 이는 약재비와 방제기술료를 나누지 않고 포괄하여 급여하는 방식으로 현재 자동차보험에서도 부분적으로 이 방식을 시행하고 있다.

현재 협약이 급여되고 있는 보험은 배상보험인 자동차보험과 공무상요양급여이다. 자동차보험이 이미 시행되고 있었기 때문에 협약 급여화의 모델로 검토되기도 했는데, 자동차보험에서는 협약과 협약을 조제할 때 발생하는 탕전료를 보장하며, 협약 및 탕전료 수가는 2003년 2월부터 협약 1첩당 4,870원, 탕전료 1첩당 670원으로 적용되고 있다가 2013년 1월 인상되어 협약 1첩당 6,690원, 탕전료 1첩당 670원이 적용될 예정이었다<sup>35)</sup>. 첩당 총액고정형으로 탕전행위를 구분해서 탕전료를 인정하고 있으며, 이는 총액을 기준으로 조제 및 혼합비용이 첩제가격에 포함되고 탕전행위를 따로 구분한 방식이다.

이러한 다양한 대안들 중에서 건강보험정책심의위원회는 노인·여성 등을 대상으로 한 대표상병에 급여 시범사업을 3년간 추진하기로 결정하였으며, 재정을 산출하기 위해 자동차보험 한방 협약 인상수가(자동차보험 협약인상결정수가 : 1제(20첩 기준) 133,800원)를 참고하여 추정하고, 협약가격은 적정가격 설정연구를 통해 향후 설정할 예정임을 공표하였다<sup>25)</sup>.

### 3. 정치의 흐름

#### 1) 국회의원 입법발의

2012년 8월 30일 민주통합당 양승조 의원을 대표로 한 10인의 국회의원에 의해, ‘공단은 65세 이상의 노인 가입자 또는 피부양자에게 한약(협약)에 관하여 보험급여를 실시하도록 하는 국민건강보험법 일부개정법률안이 발의된다. 개정안은 제46조2의 신설로 “국민건강보험 공단은 65세 이상의 노인 건강보험 가입자 또는 피부양자에게 한약(협약) 보험급여를 실시하며 한약(협약)에 관한 보험급여의 범위·방법·절차, 그 밖의 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.”는 내용을 담고 있다<sup>36)</sup>. 제안 이유를 살펴보면, 우리나라의 빠른 고령화 속도 및 급증하는 노인인구와 함께, 만성질환에 취약한 노인들의 면역력을 높이고, 만성질환 관리의 계기를 마련할 필요성이 증대되고 있다는 것이었다<sup>37)</sup>.

특정 약의 건강보험 급여 여부를 결정하는 것은 보건복지부 산하 건강보험정책심의위원회로서, 산하 행위

전문평가위원회가 근거들을 중심으로 급여여부를 결정하면, 건강보험정책심의위원회에서 보건복지부가 이를 고시한다. 이번 협약 급여화 입법발의는 보건복지부 고시보다 상위법인 건강보험법에서 급여여부를 결정할 일반적이지 않은 상황이기도 했지만<sup>16)</sup>, 건강보험 보장성 확대 및 의료비 절감, 노인 건강 증진을 위하여 협약 급여화가 필요하다는 것을 입증하는 계기로 작용하였으며, 여론 및 정부 부처 관계자들의 협약 급여화에 대한 관심을 이끌어내게 된다<sup>25)</sup>.

실제 보건복지부는 협약 급여에 대해 관심이 적었고, 협약 조제 진찰료 및 검사료 인정에 대해서는 부정적인 입장이었다<sup>15)</sup>. ‘협약 가격은 오랜 기간 형성된 관행수가로 이미 진찰료와 조제로·탕전료·검사료 등이 포함된 것으로 모두 비급여 대상’이라고 못 박고 있었으며, 협약에 대한 급여화는 검토하지 않고 있다는 입장을 밝히고 있었다.

하지만 협약 급여화 입법발의로 인해, 보건복지부는 대한한의사협회와 보건복지부간의 정책토론회를 통해 협약 보험급여에 대한 관심을 보이게 되며<sup>25)</sup>, 그 당시 한방 물리요법 보험급여 확대, 보험급여 한약제제 개선 등 한방건강보험 관련 여러 사항들의 주제가 있었으나, 특히 입법 발의된 협약 보험급여에 대한 관심을 갖고 이에 대한 실무적인 논의가 진행되게 된다.

#### 2) 대한한의사협회장의 공약 및 활동

당시 김정곤 대한한의사협회장은 ‘양방에 비해 불합리한 한방건강보험수가의 현실화를 통한 보장성 확대, 보험약제의 질적 개선 및 처방 확대, 65세 이상 노인과 다빈도 질환에 대한 협약건강보험 도입 등을 공약으로 내세워 제40대 대한한의사협회장으로 당선된다. 특히 협약건강보험 도입에 관심을 두었는데, ‘협약의 건강보험화’는 단계적 접근과 적용이 필요하다고 밝혀 왔으며<sup>38)</sup>, ‘아픈 국민이 본인의 병에 대해서 진료를 선택할 수 있는 것이 기본적인 진료선택권인데, 한방의 건강보험이 확대되지 않는 이상 국민은 양방을 선택할 수밖에 없고, 이것은 국민의 진료선택권을 정부가 침해하는 꼴이다’라고 주장해 왔다<sup>39)</sup>.

아울러, 고령 환자의 면역력을 증가시키는 협약에 건강보험을 적용하게 되면 면역감소로 인해 생기는 다양한 질환에 대해 발생빈도가 낮아져 전체적인 의료비 절감효과를 볼 수 있음을 강조해 왔다. 국민건강보험공단

정형근 이사장과의 면담자리에서도 한방 의료의 건강보험 보장성 강화와 65세 이상 어르신들의 협약 보험 및 복합과립제의 보험급여 등을 제안하였고<sup>40,41)</sup>, ‘한방 건강보험 보장성 강화를 위한 국회 토론회’에서도 보험급여 한약제제 개선·확대 및 65세 이상 협약 보험 적용 등을 주장함으로써<sup>42)</sup>, 협약 급여화에 대한 관심을 꾸준히 불러 일으켰다.

### 3) 대한의사협회의 건강보험정책심의위원회 탈퇴

건강보험정책심의위원회는 건강보험 정책을 심의·의결하는 정부 산하 위원회로 의료공급자 단체의 대표 8명, 민노총을 포함한 가입자 국민의 대표 8명, 정부 공무원과 관련 전문가를 포함한 공익 대표 8명인 3차 협의체제로 이루어진 위원회이다. 요양급여 기준, 요양급여 비용, 직장가입자 및 지역가입자의 보험료 등 건강보험 관련 주요 사안을 모두 관장하며<sup>43)</sup> 건강보험재정에 영향을 미치는 보험정책의 도입여부를 정하는 것도 최종적으로 건강보험정책심의위원회가 판단한다.

2012년 5월 24일 대한의사협회는 7개 질병군 포괄수가 재조정안을 논의하는 과정에서 정부가 의료계의 의견을 수렴하지 않고 일방적으로 안건을 처리하자, 건강보험정책심의위원회 탈퇴를 공식적으로 선언하고,<sup>44)</sup> 8개월간 복귀하지 않았다. 그 당시 의협은 건강보험정책심의위원회에 참여하지 않으면서 건강보험정책심의위원회 구성이 불합리하며, 현 건강보험정책심의위원회 구조가 개편되지 않으면 복귀하지 않겠다고 주장하고 있었다<sup>45)</sup>. 이러한 공백으로 의협은 협약 건강보험 시범사업 결정에 대한 반대 목소리를 내지 못하게 되다가, 10월 25일 제30차 건강보험정책심의위원회 회의에서 대표상병 선정, 용어 등 정비 관련 이해관계자간 사전 협의 운영을 전제로 ‘치료용 협약 한시적 사업’ 실시가 결정되자, 즉각적으로 이에 대해 반대 성명서를 발표한다<sup>46)</sup>. 의협이 건강보험정책심의위원회를 탈퇴하지 않고 건강보험정책심의위원회 회의에 참석하였더라면 시범사업 실시 결정이 이루어지기 전에 사업에 대한 반대를 더욱 적극적으로 표명하면서 결정을 막아내기 위해 총력을 기울였을 텐데, 의협의 부재는 반대 이익집단의 압력활동을 줄이고 건강보험정책심의위원회 내에 한의계에 우호적인 분위기를 조성함으로써, 건강보험정책심의위원회의 협약 급여화 결정이 상대적으로 쉽게 이루어지게 만드는 흐름으로 작용하였다.

### 4) 대통령 선거 국면

2010년에는 건강보험보장성 강화가 복지 분야 화두로 급부상한다. 민주당은 “향후 5년간 건강보험보장성을 현행 62%에서 90%까지 높이는 정책을 추진하겠다”고 밝혔는데, 민주당 정책위원회가 밝힌 건강보험 보장성 강화 방안은 2015년까지 향후 5년간 건강보험부담률을 90%까지 획기적으로 높여 OECD 평균 수준을 달성하겠다는 것이었다. 민주당 정책위원회는 ‘건강보험 보장성 강화’의 구체적 실현방안으로 건강보험이 적용되지 않는 비급여 영역을 전면 급여화한다는 계획을 발표했다는데, 이 계획에는 한방의 협약도 급여범위 확대 대상에 포함되어 있었다<sup>47,48)</sup>. 민주당의 이러한 정책방향은 실제로 2012년 문재인 대선 후보의 주요 공약으로도 이어지는데, 당시 문재인 후보의 공약에는 건강보험 보장성이 취약한 한방진료의 보장성을 강화하기 위하여 협약·복합 한약 제제의 건강보험 적용 확대에 대한 내용이 포함되어 있었다<sup>49)</sup>.

## 4. 정책의 창 및 정책 활동가

### 1) 정책의 창

협약 급여화 시범사업 결정과정에서 정책의 창이 열린 것은 양승조 국회의원의 입법발의인 것으로 분석된다. 양승조 의원의 입법발의가 여론 및 정부 관계자들의 협약 급여화에 대한 관심을 이끌어 냈으며<sup>50)</sup>, 특히 보건복지부 관계자들의 협약 보험에 대한 관심을 높여 준다. 이후의 정책토론회에서 한방건강보험 관련 여러 사항들에 대한 논의가 있었지만, 입법발의 이후 특히 협약 보험급여에 대해 관심이 높아지고, 이에 대해 보건복지부와 협회 간의 간담회 및 논의가 진행된다<sup>25)</sup>.

보건복지부는 2013년도 보장성 확대 계획을 수립하는 과정에서, 대한한의사협회에서 요구하는 복합제제 급여 전환은 약사가, 한방물리 요법 급여 확대(ICT, TENS 등)는 의사와 물리치료사가 반발하자, 정책 결정에 난감을 표명한다. 결국 대한한의사협회는 협약 보험급여를 추진할 예정으로 우선 시범사업에 예산 배정을 요구하게 된다<sup>51)</sup>. 양승조 의원의 입법발의로 보건복지부에서도 협약 급여화에 대한 관심이 높아진 터라, 보건복지부는 2013년도 건강보험 보장성 확대 계획에 ‘치료용 협약 한시적 시범사업 실시’항목을 포함시키게 된다.

대한한의사협회는 건강보험정책심의위원회 소위원회에서 비의료인인 한약사와 한약조제약사의 동시 급여는 불가하다는 것을 강조하면서 한의사만의 제약 보험급여를 일관되게 요구하였으나, 대표상병에 해당하는 일부 100처방 선별급여가 거론되었고, 이런 과정 속에서 본 회의에 회부되어, 제30차 건강보험정책심의위원회(12.10.25개최)에서 이해관계자간의 협의를 전제 조건으로 명시하여 제약 급여화에 대한 의결이 이루어진다<sup>51)</sup>.

제약 보험은 복지부가 노인 바우처 제도, 전 국민 대상 특정질환, 특정계층 보험 방안 등 여러 가지를 검토 하던 중, 결국 65세 이상 노인 및 여성 특정 상병(근골격계, 수족냉증 등)에 예산 2,000억 원을 배정하기로 결정된 사안이다. 이 과정에서 약사회가 약사(한약조제약사)도 제약 사용 주체라고 주장하기 시작하였으며, 대한한의사협회는 처방을 위해서는 진단이 필요한데, 진단할 수 없는 약사에게 건강보험을 허용하는 것은 절대 불가하다고 입장표명을 해 왔다<sup>52)</sup>. 그러나 상기의 문제는 복지부 산하 와이즈맨 커미티(직능간 충돌조정 위원회)에서 논의될 예정이었으며, 이해관계자간 협의가 사업 추진의 전제조건으로 붙게 된다.

이렇게 제약 건강보험 보장성 계획(안)은 보건복지부의 건강보험정책심의위원회에서 보장항목과 대략적인 급여 방안, 재정규모만 확정하고, 급여방법, 대상, 수가 등 세부적인 방안은 복지부의 와이즈맨 커미티의 논의를 거쳐 건강보험을 총괄하는 복지부 보험급여과에서 협회와 협의·논의하면서 최종 방안이 확정될 예정이었다.

## 2) 이해관계자간 협의 전제

건강보험정책심의위원회에서 이해관계자간 협의를 전제로 하였는데, 여기서 이해당사자는 한의사와 한약조제약사, 한약사였다. 한약조제약사란 한의계와 약계의 한약분쟁 당시 기존의 한약을 취급했던 약사들의 기득권을 인정해 주기 위해 만든 것으로, 한약조제 자격 시험을 통하여 한약조제자격을 취득한 기존의 약사다. 이에 비해, 한약사는 한약사제도의 도입으로 전국 3개 한약학과 등에서 4년간 한약사 면허관련 전공수업을 이수하고 한약사 면허 국가고시를 치러 합격한 자이자, 약사법상(2조2항) 한약 및 한약제제에 대한 약사의 업무를 담당하는 면허권자이다. 한약사는 한약 및 한약제제의 제조·조제·감정·보관·수입·판매 등의 일을 하며, 한약조제는 한의사의 처방전이나 한약조제지침

서에 의한다. 한약조제약사의 경우, 한약 조제시만 한약사와 같이 임의조제가 가능하며, 조제를 제외한 한약의 제조·감정·보관·수입·판매 등은 한약조제약사의 업무범위에 해당하지 않는다<sup>53)</sup>.

이해관계자 협의는 보건복지부 산하 와이즈맨 커미티(직능간 충돌조정위원회)에서 추후 논의될 예정이었다. 한의사협회는 의약분업이 되지 않은 상황이므로, 일단은 한의원 내 처방, 조제로 제도를 도입하되 추가적인 정책개발을 통해 점진적으로 한의사가 처방전을 발행하고, 한약사와 한약조제약사가 조제할 수 있도록 해달라고 주장해 왔다<sup>54)</sup>. 즉, 처방과 조제를 각각 한의사와 한약사 및 한약조제약사로 그 역할을 구분해 달라고 주장해 왔지만 세부사항에 대한 합의 없이 이해관계자간 협의가 사업 추진의 전제조건으로 붙으며 정책결정이 이루어진다. 하지만 진단권이 없는 한약사 및 한조시약사의 참여 여부 때문에 이후 제약 시범사업은 결국 난항을 겪게 된다<sup>54)</sup>.

## 3) 정책활동가

정책의 창이 열릴 때 정책활동가의 역할은 무엇보다 중요하다. 창이 열리는 기간은 잠깐이기 때문에 정책활동가가 이러한 기회를 얼마나 잘 활용하느냐에 따라 정책변동이 이루어질 수도 있고 그렇지 않을 수도 있다. 정책의 창을 열고 정책의 창을 유지하는 과정, 정책의 창이 열렸을 때 선호하는 대안을 정책결정자에게 제안하고 정책의제로 대두될 수 있도록 하는데도 정책활동가의 역할은 중요하다<sup>10)</sup>.

대한한의사협회는 보건복지부가 발표한 ‘한방의료 이용 및 한약소비 실태조사 결과’<sup>53)</sup>와 관련하여, 한방의료기관 이용률 6%에 대해 정부의 책임을 촉구하였다<sup>55)</sup>. 한방의료기관을 이용하는 환자들이 높은 만족도를 보이고 있음에도 전체 이용률이 낮은 것은 정부의 정책적 지원이 미비했기 때문이며, 복지부 조사결과에서 환자 68.3%, 일반 국민 59.6%가 한방 건강보험 급여 적용을 꼽은 것처럼 한약항목에 우선적 급여 적용이 시급하다는 점을 강조하였다. 실제 2009년부터 2012년도 정부 건강보험 보장성 확대 계획에 한의의료 관련 보장성 확대 항목이 없는 실정이었다.

2012년 상반기에 2013년 건강보험 보장성 확대계획을 수립하고자, 건강보험공단과 보건복지부가 관련 기관으로부터 의견수렴을 실시하게 되고, 이에 관련 기관



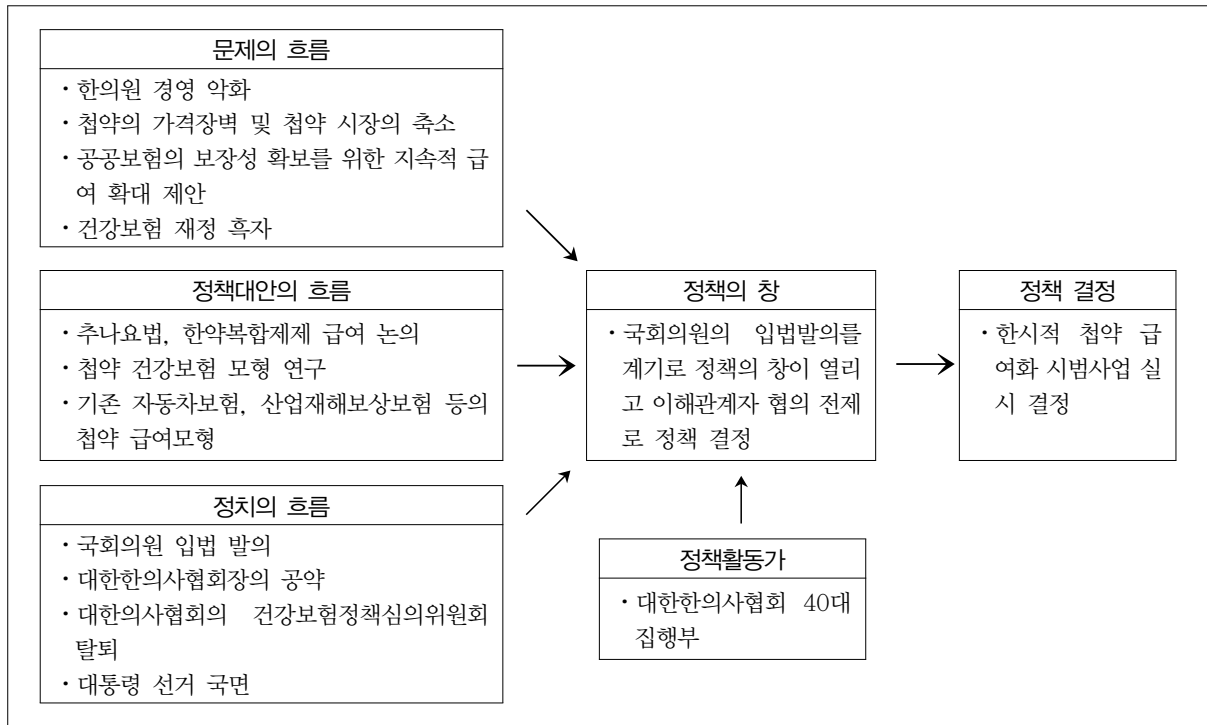


그림 2. 첩약 급여화 시범사업 정책결정의 정책흐름모형에의 적용

인 대한한의사협회와 대한한의학회는 약침, 물리치료, 복합제제, 첩약에 대한 자료를 제출한다<sup>56)</sup>. 특히 한의 의료기관의 주된 치료 약제이면서 국민의 선호도가 높고 치료효과가 우수한 한약(첩약)이 건강보험 급여에 제외되어 환자의 부담이 가중되고 의료선택권이 제한되는 문제점이 있으므로 급여적용에 대한 필요성을 제기하였고, 65세 이상 어르신을 대상으로 감기, 요통, 관절통 등 다빈도 상병에 대한 적용을 주장한다.

이에 더해 2012년 8월 30일, 민주통합당 양승조의원이 주도한 국민건강보험법 개정법률안 입법발의를 계기로 보건복지부가 첩약 보험급여에 대해 관심을 갖게 되자, 대한한의사협회는 당해 9월 6일, 보건복지부와 정책토론회를 개최하고 우선적으로 첩약 급여화를 위한 재정 확보를 요구하였다. 9월 10일 이후 65세 이상 어르신 첩약 실시 목적, 필요성 및 각종 통계자료, 관련 논문 등의 자료를 양승조 의원실에 3회 제공하였으며, 9월 19일에는 건강보험정책관, 보험급여과, 한의약정책과 간담회에 참석하여 첩약 보험급여 실시 관련 논의를 한다. 9월 21일에는 복지부 한의약정책과에 급여 필요성 및 급여 대상군별 방안 자료를 포함한 첩약 급여화 방안을 제출하였으며, 9월 26일에는 복지부 보험급여과에 첩약 보험급여 실시 관련 대상군별, 질환별, 처방명 등의 검토 자료(재정 추계 포함)를 제출한다<sup>25)</sup>.

첩약 건강보험 입법 발의로 첩약 급여화에 대한 가능성이 증가하자, 첩약 건강보험의 불확실한 영향을 우려한 대한한의사협회 대의원들은, 9월 2일 임시대의원 총회를 통해 대한한의사협회의 첩약 건강보험 추진은 대의원 총회의 의결을 거쳐 추진하도록 결정하였다. 하지만 김정곤 대한한의사협회장은 대의원총회 의결 없이 보건복지부와 급여화를 본격 추진하였는데<sup>57)</sup>, 이는 정책의 창이 열려 있는 짧은 시간 안에 첩약 건강보험 정책 결정을 성공시키고자 한 것으로 보인다. 마침내 건강보험정책심의위원회에서 이해단체 간 협의를 전제로 첩약 건강보험을 통과시킴으로서 최종적으로 정책 결정이 이루어지게 된다.

정책의 창이 열리기 전뿐만 아니라, 입법발의로 정책의 창이 열린 이후에도, 대한한의사협회의 집행부와 정책 연구자들은 정책토론회 및 회의 등을 통해 대·내외적으로 치료용 첩약에 대한 보험급여의 필요성 및 실시를 지속적으로 건의하였고, 이러한 과정은 첩약 급여화라는 정부외제가 결정외제가 되어 정책결정이 되는데 기여하였다.

#### IV. 고찰 및 결론

본 연구는 1990년대 이후 첩약 급여화에 대한 많은

연구와 논의가 있어 왔음에도 불구하고<sup>58)</sup> 왜 2012년에 ‘첩약 급여화 시범사업 실시 결정’이 이루어질 수 있었는지에 대한 질문에서 출발하였다. 이 때, 첩약 급여화 시범사업 실시 결정 과정의 우연성과 정치의 흐름 및 정책활동가의 중요성에 주목하여 분석 모형을 설정하였고, 분석 결과, 첩약 급여화 시범사업에 대한 정책결정은 문제·대안·정치의 세 가지 흐름이 양승조 국회의원의 입법발의에 의해 정책의 창이 열렸을 때 결합되어 일어났다고 분석하였다.

즉, 한의원 경영 악화, 첩약의 가격장벽 및 첩약시장의 축소, 공공보험의 보장성 확보를 위한 지속적 급여 확대 제안, 건강보험 재정흑자라는 문제의 흐름이 있었고, 정책 대안으로 추나요법과 한약복합제제에 대한 급여 논의가 있었고, 기존 자동차보험, 산업재해보상보험, 공무상 요양급여의 모형이 있었으며, 첩약 건강보험 모형에 관한 연구가 있었다. 각각의 흐름 속에서 국회의원 입법발의, 대한한 의사협회장의 공약, 대한의사협회의 건강보험정책심의위원회 탈퇴, 대통령 선거 국면 등의 정치 환경이 조성되자, 이 세 가지 흐름이 정치적 흐름을 계기로 결합되어 정책의 창이 열리고, 정책활동가의 노력으로 정책이 결정된 것이다.

정책흐름 모형 분석을 통해 확인한 이 사례의 특징은 다음과 같다.

첫째, 첩약 급여화 시범사업은 한방 건강보험의 적용을 위한 시범실시 기간 중에는 시행되었던 첩약 급여가 전국 확대 실시에서 제외되자, 1990년대부터 시행에 대한 필요성이 제기되어 왔음에도 불구하고<sup>59)</sup>, 관심을 받지 못하다가 정치적 흐름의 변화로 정책의 창이 열림과 함께, 정책활동가의 꾸준한 노력 및 정책결정이 이루어질 수 있는 환경이 조성됨으로써 정책 산출로 이어지게 된다. 정책결정에 대한 예측 가능성이 높지 않던 상황에서 이루어진 첩약 급여화 시범사업은 정책흐름 모형을 통해 다각적 측면에서 분석될 수 있었다.

둘째, 정책흐름모형에서 정치적 흐름의 중요성이다. 국민건강보험법 개정 입법발의로 인한 정치적 흐름의 변화는 정책의제에 영향을 줌으로써 정책의 창이 열리는데 기여하였다. 이는 한국에서의 정책의제설정 및 정책결정 과정은 정치의 흐름이 가장 중요한 요소로 부각되고 있다는 연구<sup>10)</sup>와 동일한 결론이며, 보건의료분야에서의 정책결정과정에서도 정치적 흐름의 중요성을 확인할 수 있었다.

셋째, 정책 결정에 있어 정책활동가의 중요성이다. 정

책활동가의 가장 큰 역할은 정책 결정이 이루어지게 만드는 것으로, 정책이 결정되기 위해서는 유관 기관과의 교섭과 그것을 실행하기 위한 추진력 등이 필수적이다. 정책활동가의 전문성, 교섭력, 추진력 등은 정책을 추진함에 있어 아주 중요한 요소이며, 정치흐름과 정책활동가 역량의 조합이 정책 결정에 중요한 동력이 될 수 있음을 본 연구를 통해 확인할 수 있었다. 이 사례에서 대한한의사협회 40대 집행부는 정책의 창을 열기 위한 노력을 기울였고, 정책의 창이 열려 있는 동안, 그 기회의 창에서 협상을 통해 그들의 대안이 결정될 수 있도록 노력함으로써, 첩약 급여화 시범사업 결정이라는 최종적인 정책결정이 이루어질 수 있었다. 다만, 천연물신약을 둘러싼 한의계 내의 갈등이 고조된 상황에서, 약사의 시범사업의 참여가 촉발한 한의사들의 강력한 저항으로 첩약 급여화 시범사업은 무산되고 말았다.

본 연구는 다음과 같은 한계점을 가진다. 첫째, 확보 가능한 분석 자료가 제한적이었다. 본 연구는 보건복지부 산하 건강보장정책심의위원회에서 이루어진 정책결정을 다루는 것이었기 때문에 내부 회의자료나 구성원들 간의 정치게임, 그리고 그러한 결정이 이루어진 과정 등에 대한 후향적 접근이 어려웠고, 양승조 의원의 입법발의로 정책의 창이 열렸지만 입법발의의 배경에 대한 자료를 찾아 볼 수 없어 분석에 한계가 있었다는 점이다. 둘째, 정책분석 연구의 특성 상, 각 모형의 단위에 급여화 과정과 관련한 정보를 배치하는데 있어 연구자의 주관적 판단을 배제할 수 없었다는 점이다. 그럼에도 이 연구는 한의학과 관련한 건강보험 정책의 수립, 결정과정을 사회과학적 모형을 대입하여 분석한 최초의 사례로서 의의를 가질 수 있다.

결론적으로, 킹턴의 정책흐름모형은 다양한 이해당사자가 개입되고 정치적, 정책적 여러 요인이 개입된 첩약 급여화의 정책결정과정을 분석하는데 유용하게 활용될 수 있었다. 정책결정과정 분석을 통해 볼 때, 첩약 급여를 둘러싼 정치적 흐름에 정책활동가의 활동이 결합된 것이 급여화 정책 결정에 중요한 동력으로 작용한 것으로 여겨진다.

## 참고문헌

1. 한국한의학연구원. 한방의료이용실태 및 개선방안에 관한 연구. 1999.

2. 한국한의학연구원. 2008년 한방 의료 이용 실태 조사. 2009.
3. 한국보건사회연구원. 우리나라 국민의 한방의료 이용실태와 인식도. 2012.
4. 한국보건산업진흥원. 한방의료이용 및 한약소비 실태조사. 2014.
5. 보건복지부. 2017년 한방의료이용실태조사 기초보고서. 2018.
6. 대한한의사협회. 국가 신성장동력 확보를 위한 2010년도 한의계 정책건의. 2010.
7. 국회의원 윤석용. 건강보험! 한방 보장성 이대로 좋은가? - 한방건강보험 보장성 강화를 위한 국회 토론회. 2011. 3. 9.
8. 약업신문. 치료용 협약 건강보험 적용 “시범사업 진행한다”. 2012.10.30.
9. 연합뉴스. “한의사 집안싸움에 한약 건보적용 폐기 될 판”. 2013.8.23.
10. 최성락, 박민정. Kingdon 정책흐름모형 적용의 적실성에 대한 연구. 한국정책연구. 2012:12:119-137.
11. 이진만, 전영상. Kingdon의 정책의 창(Policy Window) 모형을 적용한 한국콘텐츠진흥원 설립과정. 정책분석평가학회보. 2009:19:283-305.
12. 의협신문. “중증 환자 치료보다 한약 급여화가 중요하다”. 2012.10.26.
13. 의협신문. “타당성 논란에 처방권 다툼... 협약 급여 ‘척척산중’”. 2012.10.31.
14. 의협신문. “중증 환자 치료보다 한약 급여화가 중요하다”. 2012.10.26.
15. 의협신문. “보건복지부, 한약 복합제제 급여화 검토”. 2012.08.06.
16. 의협신문. “한약(협약) 급여화 발의에 전문가들 ‘가우뚱’”. 2012.8.31.
17. 내일신문. “한방 건강보험 적용, 양방의 0.4% 불과”. 2011.3.10.
18. 김대훈, 임병목. 20년간(1987~2007년) 한의원 경영수지의 경향 연구. 대한예방한의학회지. 2012:16:41-52.
19. 브레이크 뉴스. “한의사 77.6% ‘한의원 경영 너무 어렵다’”. 2004.10.27.
20. KBS. “위기의 한의원. 폐업 속출”. 2011.2.3.
21. MBC. “위기의 한의사 ‘폐업 속출’. 고수익은 옛말”. 2011.2.6.
22. 한국보건사회연구원. 한방급여시 의료시장 변화분석에 관한 연구. 2003.
23. 황대선, 이경구, 신현규. 한의원 환경 및 경영 현황 변화에 대한 연구 : 한의원 시설 및 인력, 환자, 매출액을 중심으로. 대한한의학회지. 2008:29:110-112.
24. 이은경. 한방건강보험의 역사와 현재. 한의정책(2). 한국한의학연구원. 2014.
25. 대한한의사협회. 치료용 협약 보험급여 시범사업. 2012.
26. 의협신문. “상반기 건보재정 2조 5529억 원 흑자 ‘역대 최고’”. 2012.9.11.
27. 내일신문. “의료수가 올리고 보장성 논의는 뒷전”. 2012.10.22.
28. 청년의사. “정, 초음파 급여화 단계적 확대. 한방 급여 확대 검토”. 2012.10.22.
29. 의협신문. “한방급여 2000억원 투입 검토. 수가 13% 인상 효과”. 2012.10.22.
30. 척추신경추추나학회. 추나요법의 건강보험 급여화 백서. 2020.
31. 장보형 외. 국내외 한약제제 제도 조사를 통한 관련 산업 활성화 방안 도출. 한국한의학연구원 발주 보고서. 2015.
32. 이기남. 비급여한약 실태조사 및 제도개선연구. 원광대학교. 2008.
33. 이은경, 정명수, 이기남. 비급여 한약의 보험급여에 대한 한의사의 인식도 조사. 대한예방한의학회지. 2009:13:113-126.
34. 황충연, 김남권, 박민철 외. 한방건강보험개선방안 연구. 원광대학교 산학협력단. 2007.
35. 송운아, 이소양. 자동차보험 한방진료 현황과 개선 방안. KIRI 보험연구원. 2017.
36. 양승조 등 10인. 국민건강보험법 일부개정법률안. 2012.8.30. 국회의안정보시스템 ([https://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC\\_P1P2F0E8N3POLIJ5C2D5T4H8X7K7U5](https://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_P1P2F0E8N3POLIJ5C2D5T4H8X7K7U5))
37. 메디팜뉴스. “양승조 의원, 65세 이상 협약 보험급여”. 2012.09.03.
38. 한의신문. “한의계의 미래, 누가 밝힐 것인가?”. 2010.3.15.
39. 뉴스한국. “한방 의료보험, 국민의 진료선택권 문제.. 꼭 해결할 터”. 2010.3.31.

40. 메디파나뉴스. “한의협 김정곤 회장, 정형근 건보공단 이사장 면담-한방의료 보장성 강화-65세 이상 어르신 청약급여 제안”. 2010.4.20.
41. 메디컬투데이. “한의협, ‘65세 이상 어르신 청약 급여’ 제안”. 2010.4.20.
42. 아주경제. “한방건보 보장성 강화 토론회 개최”. 2011.3.2.
43. 한주성. 건강보험정책심의위원회의 가입자 참여와 의사 결정 과정에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문. 2015.
44. 의협신문. “2:22 비민주적 건강보험정책심의위원회 구조 바꿔야”. 2018.6.4.
45. 청년의사. ‘의협, 강력투쟁 예고...“건정심 구조개선 없인 참여 안 해”. 2012.10.26.
46. 코메디닷컴. “청약 건강보험 적용 놓고 약사, 한의사, 의사단체 갈등”. 2012.11.5.
47. 내일신문. “‘건보 보장성 강화’ 복지분야 화두로”. 2010.1.10.
48. 메디파나 뉴스. “민주당, 2015년까지 비급여 전면 급여화 추진”. 2010.9.16.
49. 의협신문. “보건의료 이렇게 바꾸겠습니다”. 2012. 11.19.
50. 메디컬타임즈. “양승조 의원 ‘노인 한약 급여화’ 재차 주장”. 2012.10.5.
51. 대한한 의사협회. 치료용 청약 보험급여 시범사업의 진실. 2012.
52. 데일리팜. ‘한의협 “약사는 진단 못하니까 청약 급여 불가능”’. 2012.10.31.
53. 대한한약사회 홈페이지
54. 민족의학신문. “엔터리 한조시약사에게 한약 처방권 부여 안 될 일”. 2012.11.01.
55. 메디파나 뉴스. “왜 국민 6%만이 한방의료를 이용하는가?”. 2012.1.14.
56. 대한한 의사협회. 청약 보험급여 시범사업 경과 자료. 2013.
57. 데일리메디. ‘한 의사 비대위 “청약 건보사업 즉각 중단”’. 2012.10.28.
58. 장보형. 한약청약의 건강보험 급여화에 대한 한의사의 인식 및 수용의사가격 연구 : 65세 이상의 감기치료를 중심으로. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문. 2006
59. 김동수. 청약 건강보험 모델과 급여 시범사업 결정까지의 과정. 한국한의학동향브리프. 한국한 의약진흥원. 2019.