

건강보험 통합 이후 보장성확대정책의 의제설정과 정책결정과정*에 대한 분석*

허순임**

요약

이 연구의 목적은 건강보험 통합 이후 보장성확대정책의 과정을 의제설정과 정책결정을 중심으로 분석하는 것이다. 의제설정은 어떤 맥락에서 누가 주도하였으며, 정책결정과정은 어떤 구조에서 이루어지고 누가 주도적 행위자인지, 행위자는 어떻게 영향을 미치는 지를 중심으로 논의하였다. 이 연구를 통해 보장성확대정책의 의제설정은 집합적 단위에서 요구되는 것인데 반해, 주요 정책수단에 대한 결정은 비급여 항목의 급여 전환을 중심으로 이루어짐으로써 이를 규제의 확대로 받아들이는 의료계와 이익갈등의 성격을 띠고 있음을 확인하였다. 의료계는 정책결정을 위한 의사결정구조에서 우위를 가질 수 있고 정책집행단계에서 자율성을 발휘할 수 있는 여지를 가지고 있어 정책효과의 불확실성을 초래할 수 있다. 결론적으로 이 연구의 결과는 보장성확대정책의 의제설정과 정책결정과정은 행위자들의 영향력이 발휘되는 정치적 과정이며, 정책효과의 불확실성을 낮추는 노력이 필요하고, 정책결정에 있어서 집행요소를 고려할 필요가 있음을 시사한다.

주요어: 건강보험, 건강보험 보장성, 의제설정, 정책결정, 정책행위자

* 이 논문은 2021년도 서울시립대학교 연구년 교수 연구비 지원을 받아 수행한 연구입니다. 논문에 유익한 의견을 주신 익명의 심사위원들께 감사드립니다.

** 서울시립대 행정학과 교수(soonim@uos.ac.kr)

1. 서론

건강보험이 단일보험으로 통합된 2000년 이후 현재까지 가장 중요한 정책의제는 보장성강화이다. 2001년에 발생한 건강보험 재정위기를 극복한 이후 2005년부터 정부가 주기적으로 보장성 목표와 세부 실행방안을 수립하고 약 15년 동안 10조원에 가까운 재정을 투입하였음에도 불구하고 건강보험 보장률은 2005년 61.8%에서 2018년 63.8%로 약간 개선된 정도에 그치고 있다. 지금까지 보장성확대정책¹⁾은 문제 해결 중심의 정책모델을 상정하였으며, 환자비용부담의 상당 부분이 비급여서비스에서 비롯된다고 진단하고 비급여서비스의 급여 전환을 주요 해결방안으로 설정하였다. 정부는 보장률이 담보상태에 있는 이유를 신의료기술의 발전에 따른 비급여서비스의 증가 속도를 급여확대가 따라 잡지 못하기 때문으로 보고 있다. 현실적으로 보험료 부담을 획기적으로 늘려 대부분의 비급여서비스를 급여로 전환하기는 어렵다는 점을 고려하면 지금까지와 유사한 문제 진단과 정책수단의 반복으로는 보장률 개선이 쉽지 않을 것이라는 전망을 하게 된다. 이러한 불투명한 전망은 지금까지 추진되어온 보장성확대정책에 대해 조금 다른 관점에서 검토할 필요를 제기한다. 즉, 보장성정책 문제의 특성을 이해하고, 단선적인 문제해결 중심의 접근에 바탕을 둔 정책수단은 어느 정도 정책목표달성에 기여할 수 있는지, 정책효과에 불확실성을 초래하는 요소가 존재하는지 살펴볼 필요가 있다.

이 연구에서는 건강보험 보장성확대정책을 정부가 일방적으로 정책대안을 실행하는 과정이 아니라 주요 행위자들이 영향을 미치는 정책과정으로 이해하고자 한다. 그 이유는 건강보험정책의 내용상의 특성과 관련된다. 우선, 보장성확대정책은 배분정책과 규제정책의 성격을 함께 가지고 있어 정책대상자의 입장을 동일하게 전제할 수 없고 갈등의 요소가 존재하다는 특성이 있다. 가령, 건강보험 보장 수준을 높이기 위해 비급여서비스를 급여로 전환하는 것은 환자의 부담을 덜어주므로 수혜자는 환영하지만, 의료공급자는 급여전환에 따른 의료수가체계로의 편입을 규제의 확대로 받아들인다.

다음으로, 건강보험정책은 의료서비스를 제공하는 것으로 실행되는데 정책의 집행을 정부당국이 직접 하는 것이 아니라 의료계에 위임하는 특성을 가지고 있다. 따라서 정책목표와 정책수단에 대한 의료계의 합의는 집행의 성공에 중요한 요소이며, 정책집행 당사자인 의료계가 정책결정에 참여하기 때문에 정책수단을 결정할 때 집행요소가 영향을 미칠 가능성을 고려해야 한다. 이러한 특성을 고려할 때, 보장성확대정책의 과정은 정책문제와 정책수단에 대한 인식이 서로 다른 행위자들이 영향을 미치는 정치적 과정으로 이해할 필요가 있다는 문제의식은

1) 정부의 발표자료에는 보장성강화정책이라는 표현이 많이 사용되는데, 이 논문에서는 항목별 급여확대에 주목하고 있어 같은 의미로 보장성확대정책이라는 표현을 혼용한다.

유효할 것이다. 이러한 문제의식 하에, 이 연구에서는 건강보험 통합 이후 추진된 보장성확대 정책에 대해 분석하고자 하며 정책의제설정과 정책결정과정을 구분하고 누가 의제화를 주도하였으며 어떤 맥락에서 전개되었는지 논의한다. 정책결정과정은 공식의제로 채택된 정책의제에 대한 구체적인 정책목표를 설정하고 정책대안을 채택하는 과정(Anderson, 2010)이며, 관련 이해집단 간에 갈등이 발생할 수 있는 정치적 과정으로 보는(Hudson & Lowe, 2004) 관점을 취하고 있다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 보장성확대정책의 의제설정과 정책결정에 대한 주요 행위자를 파악하고자 한다. 보장성확대라는 정책문제의 특성을 확인하고 누가 어떤 사안에 민감하게 반응하고 이것이 정책과정과 어떤 연관성을 가지는 지 구체적으로 확인할 것이다.

둘째, 보장성확대정책의 목표설정 및 정책수단을 고찰하고 정책효과의 불확실성을 초래할 수 있는 요인에 대해 탐색한다.

셋째, 보장성확대정책의 결정과정에서 의료공급자의 영향은 어떻게 발휘될 수 있는지 정책결정 구조를 중심으로 분석하고자 한다. 건강보험 정책결정이 공식적으로는 관련 이해관계자들이 참여하는 형식을 띠고 있음에도 불구하고, 실질적으로는 정부와 의료계 중심의 의사결정이 이루어지는 구조라면 ‘책임 있는 의사결정’이 어떻게 가능할지 또는 어떤 가능성을 생각할 수 있을지 논의가 필요하기 때문이다.

본 논문은 다음과 같이 구성된다. 2장에서는 보장성 확대정책에 대한 기존 연구를 검토하고 이 연구의 주요 고려사항을 논의하며 기여 지점을 밝힌다. 3장에서는 보장성 확대정책의 정책문제의 특성과 정책의제설정을 살펴본다. 4장에서는 정책목표를 고찰하고 정책효과의 불확실성에 대해 탐색하며, 5장에서는 정책결정과정을 분석한다. 6장에서는 결론과 함의를 제시한다.

2. 기존 연구 검토와 분석틀의 설정

1) 기존 연구 검토

그동안 건강보험 보장성확대에 대한 연구들은 크게 정책수단을 선택하는 문제를 다룬 연구, 정책의 효과분석과 개선방안을 제시하는 연구가 주를 이루었다. 전자는 급여의 우선순위 결정에 대한 조사연구로서, 급여확대 항목 우선순위 결정에 대해 전문가나 학계 대상(김용익 외, 2000; 정형선 외, 2004; 최숙자·김정희, 2005), 가입자 대상(박종연 외, 2003) 또는 전문가와 시민단체를 모두 포함(조정숙, 2005)하는 다양한 연구들이 있으며 주로 보장성확대정책이 논의

되던 초기에 수행되었다. 이러한 연구들을 비판적으로 검토하면서 보장성확대정책의 결정과 관련하여 보장성 원칙에 대한 논의의 필요성을 제기하고 우선순위 원칙과 적용방안에 대해 논의한 연구들도 있다(권순만 외, 2007; 송현중 외, 2007; 윤희숙 외, 2010).

보장성정책의 성과를 평가한 연구는 주로 보장성 확대가 의료이용 및 의료비 부담에 미친 영향을 분석하였다(김학주, 2004; 김태일·허순임, 2008; 최정규 외, 2011; 박주호·정기택, 2019).

한편, 건강보험 정책의 정책결정과정과 정책행위자에 대한 연구는 소수이며, 거시적 차원에서 중대한 정책 전환에 해당하는 의료보험법 개정(김순양, 1995)과 의약분업 정책결정(김순양, 2007)과 관련한 행위자에 대한 분석이 있고, 건강보험정책의 공식적인 의사결정기구인 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)의 구성과 의사결정 과정을 분석한 연구(최희경, 2004; 최희경, 2007)가 있다. 건강보험 보장성정책에 대한 정책과정을 분석한 연구 역시 소수이다. 1989-2007년의 보장성정책의 내용을 분석하고 Kingdon(1995)의 '정책의 창' 이론을 적용한 연구(허순임·김창보, 2009)는 건강보험 통합 이후 시기는 짧게 다루고 있고, 보장성정책의 정치적 과정을 분석한 최근 연구(손연우·최선영, 2020)에서는 분석대상을 본인부담상한제에 국한하고 있어 보장성확대정책 전반에 대한 의제형성이나 정책결정과정에 대한 내용을 파악하는 데는 한계가 있다.

2) 분석틀의 설정: 분석의 주요 고려사항

이 연구에서는 보장성이라는 정책문제의 특성이 건강보험 정책의 속성에 기인하며, 이러한 특성은 정책과정에서 나타나는 행위자의 영향과 연관되어 있다는 점에 착안하고 있다. 아래에서는 먼저 보장성확대정책의 정책문제의 특성을 파악하고 분석에서 중요하게 고려하는 사항을 제시한다.

(1) 보장성확대정책의 정책문제의 특성

보장성이라는 정책문제의 특성은 건강보험정책의 성격에 기인하고 있으므로 이에 관하여 살펴보자. Lowi(1969)가 제시한 고전적인 정책의 구분에 따르면 건강보험정책은 배분정책과 규제정책의 속성을 가진다. 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

건강보험은 국민의 건강권을 실현하기 위한 제도로서 국민이 필요로 하는 의료서비스를 제공하는 것을 내용으로 하는 배분정책의 성격을 가진다. 전 국민을 적용대상으로 하므로 원칙적으로 수혜와 비용부담이 전체에게 배분되지만, 치료가 필요한 수혜자들이 정부를 상대로 배분

을 요구하는 경우가 많다. 이와 같이 기본적으로 배분적 정책의 속성을 가지고 있는 건강보험이 보편적 의료보장을 위해 갖추어야 할 중요한 요소에 대해 WHO(2010)는 수혜대상, 적용범위, 비용보장을 제시하고 있다. 보장성확대정책은 이 중 비용보장에 해당하는 문제이다.²⁾

다른 한편, 건강보험에서 보장하는 급여서비스에 대해 의료수가체계 내에서 통제받는 영역으로 받아들이는 의료서비스 공급자 입장에서는 규제정책의 성격을 가진다. 그런데 건강보험 정책은 의료서비스 제공을 통해 집행되는 위임형 정책의 속성도 가지고 있다.

이와 같이 건강보험보장성정책의 배분정책의 속성은 수혜자와 관련되고 규제정책의 속성은 의료공급자와 관련되는 특성을 가지고 있다. 따라서 보장성확대정책의 의제설정과 정책결정은 서로 다른 이해관계가 반영되는 정치적 과정으로 볼 수 있다.

(2) 분석의 주요 고려사항

앞서 살펴본 대로, 보장성확대정책은 정책의 성격과 관련되는 행위자가 다르므로 이들의 참여와 영향이 정책과정 중 의제설정단계와 정책결정단계에서 다르게 나타날 것이다. 그 이유는 각 행위자가 민감하게 반응하는 부분이 서로 다르기 때문이다. 이 연구에서는 행위자의 문제인식의 차이 외에도 정책과정에서 논의되는 문제제기, 목표설정, 정책수단과 관련된 논의의 수준(level)도 중요하게 고려할 것이다. 왜냐하면 주요 논의가 서로 다른 단위에서 이루어지고 있다면 그들 간에 연계가 긴밀하게 이루어지지 않을 경우 정책효과를 기대하는데 한계가 있을 수 있기 때문이다.

아래의 [표 1]은 보장성확대정책의 정책과정이 어떤 정책 성격에 해당되고 어떤 행위자와 관련이 있는 지, 그리고 정책과정에서 서로 다른 수준에서 논의가 이루어질 수 있음을 보여준다. 건강보험의 취약한 보장성은 전 국민에 해당되는 문제로 간주되는 배분정책의 성격과 연관되며 주로 국가단위의 보장률을 OECD 국가와 비교하는 경우가 많고 질병군별 보장률이 논의되기도 한다. 시민사회는 수혜자로서 이러한 내용에 대해 민감하게 반응하고 적극적인 문제제기를 통해 정책의제 형성에 영향을 줄 수 있다.

2) 보장성 확대는 비급여의 급여화를 통해 항목확대와 개인부담 완화(급여전환에 따른 급여율 적용)의 성격을 동시에 가진다. 따라서 적용범위 확대도 포함하지만 주요하게는 비용보장에 해당한다고 볼 수 있다.

[표 1] 보장성확대정책과정의 논의 수준, 정책의 성격, 관련 행위자

구분		논의 수준(level)	정책 성격	관련 행위자
문제 제기, 의제형성	문제의 중요성	국가, 질병군 (보장률, OECD 국가 비교)	배분정책 (보편적 의료보장)	시민사회
	향유집단	전 국민에 해당		정부
의제설정과 정책결정	목표설정	국가, 질병군	(문제해결 중심)	정부
	문제분석과 대안탐색	집합적 단위의 비용요소 (전체 환자부담 중 비급여 비중 등)		정부
	정책수단 (실행방안)	항목단위 (급여전환 세부항목 설정 항목별 급여기준 및 수가)	규제정책	의료공급자

정부가 보장성확대정책을 정책의제로 결정하면 이후 정책결정은 목표설정과 문제해결을 위한 정책수단 결정을 포함한다. 지금까지 보장성확대정책의 목표설정은 주로 국가단위에서 이루어지고 문제분석과 재원투입을 통한 기대효과는 집합적 단위에서 논의되었다. 정책대안으로는 비용 중심의 보장정책(예, 본인부담상한제), 안전망 정책(예, 취약계층 부담 완화), ‘항목단위 급여화 정책’이 혼용되었으며, 이 중 **비급여 항목의 급여 전환이 주요 정책수단으로 활용되었다**. 따라서 구체적인 실행방안에는 급여전환 세부항목 설정과 항목별 급여기준 및 수가결정이 포함되고, 이와 관련하여 이해관계를 가지고 있는 의료공급자는 민감하게 반응하고 적극적으로 영향력을 행사할 여지가 있다.

이 연구에서는 건강보험 보장성확대정책의 과정을 의제설정과정과 정책결정과정으로 구분하여 분석하며, 구체적으로는 2005년부터 최근까지의 보장성확대정책을 대상으로 한다. 주로 관련 문헌을 분석하였으며, 정부의 중기보장성강화정책(1기~4기), 건강보험종합계획, 보도자료 등을 활용하였고, 건정심을 비롯한 정책결정구조에 대해서는 관련 홈페이지에서 제공하는 자료를 활용하였다.

3. 정책문제의 중요성과 정책의제 설정

1) 보장성확대정책의 정책문제의 중요성

건강보험보장성정책은 정책문제로서 다음과 같은 중요성을 가진다. 첫째, 건강보험의 보장성 문제는 WHO가 보편적 의료보장을 위한 주요 요소로 포함하는 수혜대상, 적용범위, 비용보장(WHO, 2010) 중 비용보장과 관련된다. 건강보험은 전 국민을 포괄하고 입원, 외래, 의약품

등 의료영역 전반에 적용되고 있지만 보장성은 아직 취약하기 때문에 보편적 의료보장의 확립에 있어서 부족한 점을 드러내고 있다. 건강보험의 취약한 보장성은 구체적인 수치로 확인되는데, 그 동안의 노력에도 불구하고 보장률이 65% 미만에 머물고 있어 OECD 국가 평균 80%(2019 OECD Health Data)와 차이가 크고 OECD 국가 중 최하위권 속한다는 점에서 문제가 심각함을 알 수 있다.

둘째, 건강보험의 취약한 보장성은 저부담-저급여 방식의 초기 제도 설계에서 비롯된 구조적인 문제로 획기적인 개선이 어렵기 때문에 장기간 지속될 것이라는 점이다.

이와 같이 보장성문제는 보편적 의료보장이라는 차원에서 **중요할 뿐만 아니라** 근본적이고 장기적인 문제라는 점에서 그 중요성을 알 수 있다.

2) 보장성확대정책의 의제설정

(1) 정책의제설정과 맥락

이 절에서는 건강보험 보장성확대정책의 정책형성과정과 관련하여 의제설정 측면에서 누가 의제화를 주도했고, 동기는 무엇인지 살펴보고 어떤 맥락에서 전개되었는지 논의한다.

건강보험통합 이후 건강보험 보장성확대는 진보적 시민단체가 주도하여 정치적 기회구조로 연결된 맥락을 가진다. 2001년과 2004년 사이 시민단체 활동에서 나타난 두드러진 특징은 보건의료 관련 연대조직 출범 및 입법운동단체(경실련과 참여연대)와 노동조합운동에서 건강보험 보장성 강화를 사업목표로 활동력을 집중했다는 점이다(손연우·최선영, 2020). 이러한 맥락은 보장성확대정책이 건강보험 통합과 의약분업이라는 개혁과제를 추진했던 진보적 전문가단체와 시민단체의 연대활동의 연장선에 있음을 나타낸다.

시민사회의 요구는 두 가지 측면에서 정당성을 확보하였다. 첫째, 시민사회는 건강보험의 취약한 보장성 문제가 과거 권위주의 정부 하에서 설계된 저부담-저급여의 구조적 제약에 기인한다고 파악하였기 때문에 이 문제를 개선할 책임은 정부에게 있다고 보았고, 보장성강화를 '건강권 실현'이라는 보편적 권리 차원에서 요구하였다. 둘째, OECD 국가 간 비교를 통해 수치로 확인된 건강보험의 취약한 보장성은 정부를 압박할 수 있는 구체적인 근거로 제시되었다.³⁾ 즉, OECD 국가와의 비교를 통해 확인된 취약한 보장성(2004년 기준 한국 61.3% 대비 OECD 평균 72%)⁴⁾은 정책의제설정의 필요성을 구체적으로 뒷받침하였다.

건강보험과 같은 사회정책과 관련한 정치적 맥락은 주로 선거 등의 정치적 기회구조를 통해

3) 이는 여전히 담보 상태인 보장성 문제를 제기할 때 사용되는 수치이기도 하다.

4) 보건복지부(2005) 건강보험보장성강화 로드맵 참조.

사회정책에 대한 수요를 수용하는 기능을 제공하며, 정치적 의지는 정책의제 형성을 가능하게 하는 요인으로 작용할 수 있다(김순양, 2012). 수혜 대상이 전 국민으로 확대된 이후 건강보험 제도에 대한 관심은 급여 수준에 집중되었으므로, 보장성에 대한 사회적 요구와 정치적 기회구조는 정책의제형성과 밀접하게 연결된다. 한편, 보장성확대정책은 건강보험 도입이나 단일보험으로의 통합과 같이 중대한 전환에 해당하는 것이 아니라, 재정범위 내에서 추진되는 점진적인 제도 변화로 이해할 수 있고 이를 추진할 수 있는 재정적 능력이 뒷받침되어야 하므로 경제적 맥락 역시 중요하다. 2002년 대선 당시에는 건강보험 재정위기 국면이었으므로 재정능력이 정책형성을 제약하는 상황이었지만, 2004년 건강보험 재정이 흑자로 전환되면서 정부는 재정 투입 계획을 포함한 구체적인 로드맵과 실행계획을 작성하였다. 이후 건강보험 재정상황은 2008년 세계적 경제위기에도 불구하고 비교적 안정된 상태로 유지되어 집행 가능성을 높였다. 이러한 맥락에서 재정 흑자분을 보장성 확대에 사용하라는 시민사회의 압력도 지속적으로 나타났다(정형준, 2010; 참여연대, 2015).

(2) 정책의제설정의 주요 행위자

서구 복지국가와 달리 한국의 노동조합은 복지국가에 대해 무관심하거나 소극적인 태도를 견지해왔던 반면, 한국 복지국가 발전에서는 시민단체가 정책형성에 크게 기여하였다(김영순, 2021, 89-99). 특히 전 국민 의료보험 시대가 개막된 직후인 1990년대 초반부터 지역의료보험 노조의 활동가들이 전문가단체 및 시민사회운동과 연대하여 2000년 건강보험 통합의 견인차가 되었고(이철승, 2019, 184-216), 이후에도 적극적인 활동을 전개하였다.⁵⁾

건강보험 통합 이후 보장성확대에 대한 시민사회의 요구는 시민단체 활동의 연합체였던 건강연대가 2000년에 발표했던 ‘건강보험 재정안정화와 건강권 확보’라는 슬로건에서 드러나듯이, 시민단체는 건강보험 재정 안정이라는 조건이 충족되면 보장성강화에 대한 정책을 추진할 것을 요구하였다.⁶⁾ 2004년에는 각자 목소리를 내던 보건의료단체연합, 민주노총, 참여연대와 경실련 등이 참여한 ‘의료공공성과 건강보험 보장성 강화를 위한 의료연대회의’를 출범시키고 ‘암부터 무상의료’를 슬로건으로 채택하면서 구체적인 정책방향을 제시하였다. 이와 같이 노무현 정부의 지지기반이었던 시민단체가 주도한 보장성확대운동은 2002년 대선과 2004년 총선

5) 1990년대에 추진된 건강보험 통합운동에는 민주노총이 연대하였는데 이러한 활동과 성과는 특별한 사례로 간주될 정도로 복지개혁 과정에서 노동계는 정책적 역량이나 동원역량을 발휘하지 못하였다.

6) 이러한 정책지향은 2001년 출범한 대표적인 보건의료 연대조직인 ‘건강권실현을 위한 보건의료단체연합’에서 계승하였다. 그리고 2000년대 초반 백혈병환자단체의 글리백 투쟁과 2003년에 창립된 건강세상네트워크가 건강보험 보장성강화운동 추진 등 보장성확대와 관련하여 시민사회 내에서 상호의존적인 정책공동체가 형성되어 정부를 압박하였다.

국면에서 정치적 압박이 되었고, 노무현정부는 이를 수용하여 ‘참여복지 5개년계획’의 4대 추진과제 중 하나로 포함하였다.⁷⁾ 2005년 정부가 발표한 보장성강화 로드맵을 보면 시민단체가 주장했던 ‘암을 포함한 중증질환 보장성 강화’ 등이 반영되었음을 알 수 있다.

이와 같이, 보장성정책의 의제설정은 시민사회가 중심이 되어 외부주도형으로 시작되었으며 2002년 대선부터 2012년 대선에서 주요 공약에 포함되었다. 2007년 대선에서 이명박 후보는 ‘암·중증질환 급여범위 확대와 본인부담 경감’을 공약에 포함하였고, 2012년 대선에서 박근혜 후보는 ‘4대중증질환 비급여 포함 100% 보장’을 공약하였다.⁸⁾ 2010년 무상급식 이슈가 지방선거의 핵심 쟁점이 되면서 정치권 내에서는 ‘복지전쟁’이라 할 만큼 격한 복지논쟁 속에서 보장성확대에 대한 높은 사회적 관심과 정책수요는 지속되었다.⁹⁾

이와 같이, 보장성확대에 대한 사회적 압력은¹⁰⁾ 정치적 기회구조와 연결되면서 주요 선거에서 경쟁하는 정책의제로 부상하여 정부를 압박하였다. 문재인정부도 출범 직후인 2017년 8월 대통령이 직접 보장성강화방안을 발표함으로써, 노무현정부부터 문재인정부까지 정권의 성격과 상관 없이 정치지도자의 관심을 바탕으로 정책의제가 형성되었다는 점에서 동원형의 성격도 일부 가지고 있다.¹¹⁾

건강보험 통합 이후 2005년부터 본격적으로 정책의제로 설정된 보장성확대정책은 기존의 보장성정책과 다음과 같은 차이를 보인다.¹²⁾ 첫째, 2002년 대선공약에 처음으로 포함되었던 보장성확대 의제는 대선공약 이행을 위한 정책로드맵으로 구체화되었고, 이후에도 대선공약에 포함되거나 주요 국정과제로 채택되어 정부가 구체적인 실행방안을 마련하였다. 즉, 2005년 ‘건강보험 보장성 강화 로드맵’이 발표된 이후 4~5년 주기로 보장성 현황을 진단하고 정책수단을 제시하는 종합계획(중기보장성강화정책)으로 이어졌다.

둘째, 보장성강화의 근거로 제시되는 건강보험 보장률이 건강보험제도의 성과와 과제를 보여주는 지표로 활용되었다. 보장률은 총 진료비 중 건강보험 부담액의 비율로 산출되는 집합적 단위의 지표이며, 시민사회가 건강권 실현이라는 공익적 의미를 부여하는 근거이기도 하다.

7) 노무현정부에서는 건강보험통합과정에서 의료개혁의 중심에 있었던 전문가들이 청와대비서실과 건강보험공단에서 활동하면서 보장성강화정책을 실질적으로 추진하는 데 중요한 역할을 하였다.

8) 당시 박근혜후보 대선 공약에는 ‘본인부담상한제 소득분위 세분화 및 소득별 상한액 증감 조정’도 포함되었다.

9) 2012년 대선과 총선을 앞두고 민주당은 건강보험보장성강화추진기획단을 꾸리고 무상의료를 당론으로 채택하였다. 보수언론과 한나라당은 이에 대해 복지 포퓰리즘이라고 공격하였지만 박근혜후보도 ‘생애주기 복지’ ‘4대중증질환 보장성강화’를 제시하였다.

10) 시민사회의 압력과 관련한 내용은 손연우·최선영(2020)을 참조하기 바란다(p94-95, p97-98).

11) 앞서 살펴본 대로 보장성확대정책은 시민사회의 요구에 의해 정책의제로 형성되기 시작했기 때문에 대중의 지지를 받기 위한 정부의 PR이 필요하지 않다는 점에서 전형적인 동원형이라 보기는 어렵다.

12) 제도 초기부터 1990년대에 걸쳐 보장범위가 확대된 정책은 급여일수 제한을 점진적으로 줄여 2000년 마침내 제한을 없애 365일로 적용한 것이다.

셋째, 보장성확대정책에 대한 결정은 건강보험 통합 이후부터 **최종** 의사결정기구인 건정심에서 이루어지게 되었다. 건강보험 통합 이전에는 주무 부처인 복지부와 경제부처 간에 재정상황에 대한 협의와 조정 하에 정책이 결정되었던 방식과 달리, 건강보험 관련 이해집단이 참여하는 건정심에서 결정하게 된 것이다. 정책결정과정에 대한 분석은 5장에서 자세히 다루기로 하고, 이에 앞서 보장성정책의 목표설정에 대해 살펴보기로 하자.

4. 보장성확대정책의 목표설정

1) 중기보장성강화정책(1기 ~ 4기)의 목표와 기본방향

노무현정부부터 현재까지 보장성확대정책은 대선공약이나 국정과제 선정 등을 통해 지향하는 정책목표와 기본방향에서 집중적으로 개선할 영역(예: 중증질환자 진료비 부담 경감, 비급여 해소, 생애주기별 보장성강화 등)을 제시하였다. 이러한 방향성 하에 목표보장률을 설정하고 구체적인 정책수단을 포함하는 실행방안을 제시하는 것이 중기보장성강화정책이다. 2005년 보장성확대정책의 로드맵을 발표한 이후 정부는 4~5년 주기로 중기보장성강화정책을 발표하고 있으며, 정권의 성격에 상관없이 주요 정책수단에 있어서 연속성을 확인할 수 있다. 즉, 1기 보장성강화정책은 단계별 방안으로 1단계('04~'05) '중증질환 보장강화 등 재정중립적인 보장성 강화', 2단계('06~'07) '필수진료의 범위 정립과 단계적인 급여 확대', 3단계('08) '필수진료에 대한 의료안전망 확보'를 제시하였으며, 이 내용은 이후 중기보장성강화정책의 기본방향 또는 세부방안에 이어지고 있다. 즉, 중증질환 보장 강화는 2기('09~'13) 보장성강화정책의 기본방향 중 '중증질환자, 고액질환자 등 진료비 부담 경감'에 해당되며 필수진료에 대한 급여 확대는 '진료비 부담 크고 대상 많은 비급여의 급여 전환', 필수진료에 대한 의료안전망확보는 '저소득·취약계층 진료비 부담 완화'와 연결된다. 임신출산진료비 지원이나 아동입원 본인부담경감, 선천성질환 급여 확대 등 임신·출산, 신생아 관련 급여확대는 3기 보장성강화정책('14~'18)의 생애주기별 핵심 건강문제에 대한 필수의료보장으로 이어졌고, 의료안전망 확보는 저소득·취약계층, 사회적 약자 등으로 세분화되었다. 3기 정책에서는 '생애주기별 핵심 건강문제에 대한 필수 의료 보장강화'를 기본 방향으로 내세우면서 임신·출산부터 노년과 죽음에 이르기까지의 보장강화를 제시하고 있는데, 핵심적인 건강문제에 대한 필수의료라는 차원에서 고액중증질환 보장성강화와 고액 비급여의 적극적 해소를 중점적인 정책수단으로 포함하고 있다. 한편, 2017년 문재인 정부는 집권 초기에 '병원비 걱정 없는 든든한 나라'를 목표로 가장 포괄적인 보장성강화

계획을 발표하였다. 보장성 확대를 위한 기본 방향으로 모든 의학적 비급여 해소와 발생 차단을 제시함으로써 급여 항목확대라는 기존의 정책방향을 이어가면서 그 범위를 전격적으로 확대하였음을 보여준다.

보장성정책의 목표에서 눈에 띄는 변화는 포괄적 목표에서 구체적인 목표로 바뀐 점이다. 즉, 1기의 ‘의료안전망 확보’나 2기의 ‘질병의 위협으로부터 보호’라는 포괄적인 목표에서 3기(‘14~’18)와 4기(‘19~’23)에서는 의료비 또는 병원비 부담 완화라는 구체적인 목표로 제시되고 있다. 2017년 8월에 발표한 4기정책(문재인케어)에서는 ‘병원비 걱정 없는’으로 더욱 적극적인 정책목표를 제시하고 있다.

요약하면, 2005년부터 4~5년 주기로 발표된 중기보장성강화정책에서 중증질환 보장 강화, 필수진료에 대한 급여 확대, 취약계층 진료비 부담 완화 등의 기본 방향이 유지되는 가운데 정책내용이 구체화되거나 정책대상이 세분화되었고, 주로 환자의 비용부담이 큰 중대질환의 보장강화를 강조하였으며 비용부담을 유발하는 요인인 비급여서비스의 해소(즉, 급여 전환)가 정책수단으로써 중요하게 다루어졌음을 알 수 있다.

[표 2] 시기별 건강보험 중기보장성강화정책의 비교

	‘05~’08 (1기)	‘09~’13 (2기)	‘14~’18 (3기)	‘19~’23 (4기)
목표	재정 건실성 유지와 보장성강화를 통한 의료안전망 구축	질병의 위협으로부터 국민을 보호하는 건강보험	모든 국민의 형평적 건강보장을 위한 의료비 부담 완화 및 건강수준 향상	‘병원비 걱정 없는 든든한 나라’
기본 방향	1. 중증질환 보장강화 등 재정중립적인 보장성 강화 2. 필수진료의 범위 정립과 단계적 급여 확대 3. 필수진료에 대한 의료안전망 확보	1. 중증질환자, 고액질환자 등 진료비 부담 경감 2. 진료비부담 크고 대상 많은 비급여의 급여전환 3. 저소득·취약계층 진료비 부담 완화 4. 저출산 등 사회환경 변화에 적극 대응	1. 생애주기별 핵심적인 건강문제에 대한 필수의료 보장 강화 2. 고액 비급여의 적극적 해소와 증가 억제를 위한 관리체계 3. 취약계층과 사회적 약자에 대한 의료지원 강화	1. 비급여 해소 및 발생 차단 2. 개인 의료비 부담 상한액 적정 관리
세부 방안 도출 원칙	- 의료비부담 완화가 달성되도록 고액의료비가 발생하는 구조적 원인 분석 - 의료비 부담뿐만 아니라, 필수적 치료 대하여 보장성 과제와 함께 검토 - 건강보험 이외 건강정책, 의료정책과 유기적 협력 과제 도출 (3기 정책에서 강조)			- 비급여 점진적 축소 → 비급여 완전 해소 - 4대중증질환보장 → 질환 구분 없이 보장 - 의료 사회안전망 강화

자료: 중기보장성강화계획 1기~4기 (보건복지부)

중기보장성강화계획에서 확인되는 바와 같이, 정부는 보장성확대를 위한 세부방안의 도출 원칙으로 고액의료비가 발생하는 원인을 중심으로 분석하고 있으며 이와 같은 분석을 바탕으로 도출한 대안은 비급여항목의 급여전환 또는 급여조건의 완화에 초점이 맞추어져 있다. 보장성확대정책의 목표로서 구체적인 보장률도 제시되었는데 이는 주로 OECD 평균을 준거로 삼은

것이다. [표 3]을 보면 시기별로 차이가 있지만 약 70~80% 수준에서 구체적인 목표보장률과 그에 따른 재정투입을 설정하였다. 정부의 실행방안은 환자 비용부담의 주요 원인으로 분석된 비급여 항목의 급여전환으로 보장률을 개선할 수 있다는 인과관계를 상정한 기술적 합리성에 바탕을 둔 결정으로 볼 수 있다.

이와 같이 보장성확대를 정책의제로 결정한 후 정부는 정책목표와 정책수단을 포함한 체계적인 실행방안을 준비하고 약 15년에 걸쳐 상당한 규모의 재원을 투입하였지만 보장률은 약간 개선된 정도이며([표 3] 참조) 여전히 OECD 평균에 미치지 못하고 있다. 그렇다면 그 이유는 무엇일까? 정부는 건강보험 보장성이 담보상태에 있는 이유를 신의료기술 발전에 따른 비급여서비스의 증가 속도가 급여확대보다 빠르기 때문이라고 보고 있다. 이러한 진단에 상당부분 동의하지만, 정책효과의 불확실성이 어디서 기인하는지, 지금까지의 정책문제분석과 대안이 가지고 있는 전제가 충족되는지 탐색하는 것은 유용한 시사점을 제공할 것이다.

[표 3] 건강보험보장률, 보장성강화정책의 목표와 재정 규모 비교

연도	보장률	중기보장성강화대책		
		목표	재원 투입 규모	
2005	61.8%	1기	3조3천억원	
2006	64.3%			64%
2007	64.6%			68%
2008	62.6%			70%
2009	64.0%	2기	3조 1,692억원 (4대중증 2조 6661억원)	
2010	63.6%			전체 보장률 80% 암: '07 71.5% → '13 80% 고액질환: '07 67.6% → '13 85%
2011	63.0%			
2012	62.5%			
2013	62.0%			
2014	63.2%			
2015	63.4%	3기	3조 6200억원~3조8400억원	
2016	62.6%			'18년 68% 진입 전망 고액 의료비 발생 구조적 원인 분석과 완결적 해법 모색
2017	62.7%			
2018	63.8%			

자료: 중기보장성강화계획(1기, 2기, 3기), 1차 국민건강보험종합계획 (보건복지부)

2) 정책효과의 불확실성에 대한 검토

이 절에서는 보장성확대정책의 기대 효과가 나타나지 않는 것을 정책효과의 불확실성이라는 관점에서 살펴볼 필요가 있다고 보고 보장성확대정책의 불확실성이 어디에서 비롯될 수 있

는 지 그 가능성에 대해 탐색해보고자 한다.

첫째, 보장성확대정책의 목표설정은 집합단위에서 이루어지지만 항목별 급여확대라는 정책수단은 개별 서비스단위에 해당된다. 따라서 정책목표가 정책수단의 단위에 연계되기 어려운 구조를 가지고 있다. 이러한 측면에서 정부가 가정하는 문제원인(비급여서비스)에 대한 재정투입(급여전환)을 통해 목표달성이 가능할 것이라는 전제가 타당한가에 대한 의문을 제기할 수 있다.

둘째, 지속적인 기술변화를 고려할 때 의료서비스와 관련된 조건이 변화하는 동태성 역시 정책결과의 불확실성을 초래한다. 이런 점에서 그 동안의 단선적 모델에서 상정한 합리성은 한계를 가질 수 있다.

셋째, 보장성확대정책으로 달성하고자 하는 목표와 정책수단에 대해 관련 행위자들의 합의가 충분한가에 대한 의문이다. 비급여 항목의 급여 전환에 대해 환자는 수혜자의 입장에서 배분정책으로 받아들이는 반면, 의료서비스 공급자는 규제정책으로 받아들일 가능성이 높다. 따라서 의료수가체계에 포함되는 것을 통제라고 보는 의료계가 비급여 항목의 급여전환이라는 주요 정책수단에 대해 충분히 이해하고 동의하는 지 불확실하다.

건강보험정책의 결정은 관련 행위자들이 참여하는 공식적 의사결정기구인 건정심에서 이루어지는데 정책수단에 충분히 동의하지 않는 의료공급자가 어떤 영향을 미칠 수 있는지 살펴볼 필요가 있다.

5. 보장성확대정책의 정책결정: 정책수단 결정을 중심으로

1) 정책결정구조와 행위자

(1) 보장성확대정책의 정책결정구조

노무현정부부터 현재까지 보장성확대정책의 정책목표와 정책수단에 대한 큰 방향(예: 비급여의 급여전환, 생애주기별 보장성강화)결정은 대선공약이나 국정과제 선정 등을 통해 대통령이 관여하였고, 보건복지부(이하 복지부)는 구체적인 정책목표와 실행방안을 마련하는 방식으로 진행되어 정부주도적 결정과정(허순임·김창보, 2009)임을 알 수 있다. 그렇다면 건강보험정책의 최종 의사결정기구인 건정심은 보장성확대정책에서 어떤 것을 결정하는가? 복지부의 중기보장성강화방안 등에서 제시하는 실행방안은 고액증증질환, 고가검사, 3대비급여 해소 등 중점적으로 보장성확대를 추진할 영역(또는 항목)을 정하고 관련 세부항목(예, 고액증증질환보

장을 위한 4대중증질환 필수의료 보장 강화, 척추 및 관절질환 보장강화, 장기이식 및 중증화상 보장강화)이 설정되며, 4대중증질환 필수의료보장강화에는 고가 항암제 등 신의료기술에 대한 보장이 포함된다. 이와 같이 정책수단의 결정이 세분화되는 것은 현재 건강보험이 항목별로 급여하는 행위별수가제를 채택하고 있기 때문이다. 건정심에서는 보장성확대에 대한 중장기계획뿐만 아니라 세부 정책수단에 이르기까지 의결하지만, 찬반 의견을 다수결로 정하는 것은 항목별 급여기준과 수가 결정이 주를 이루게 된다. 따라서 비급여 항목의 급여확대라는 정책수단의 결정이 중심이 되며 논의도 여기에 집중된다고 볼 수 있다.

아래에서는 건정심의 구성과 참여 행위자의 특성을 파악하고, 행위자의 영향이 건정심 내 의사결정구조에서 어떻게 나타날 수 있는지 살펴보고자 한다.

(2) 건정심의 구성과 참여 행위자의 특성

건강보험정책의 의사결정은 건정심에서 이루어지며, 요양급여 기준 및 요양급여비용과 보험료에 관한 사항까지 포괄하여 심의·의결하도록 하여 건강보험정책 전반을 포함한다.¹³⁾ 건정심은 2001년에 발생한 건강보험 재정위기를 해결하기 위해 제정된 국민건강보험재정건전화특별법(이하 특별법)의 시행을 계기로 만들어진 기구로, 건정심에 의결권을 강화한 배경은 건강보험재정 악화의 원인을 수입과 지출을 포괄적으로 심의하지 않아서 발생하였다고 보고 재정위기를 조기에 해소하기 위한 목적으로 단일한 의사결정체계를 통해 의사결정의 효율성을 높이기 위한 것이었다. 특별법 만료 후에도 이 방식이 유지되고 있다는 것은 정부가 여전히 효율적인 의사결정이라는 목적을 지향하면서 건정심을 운영하고 있음을 시사한다.

가입자, 공급자, 정부를 포함한 공익대표 각 8인이 참여하는 건정심은 다수결의 원칙으로 의사결정을 하고 있어 민주적인 운영구조를 가지고 있지만, 가입자대표와 의료공급자 대표는 정부를 포함한 공익대표가 원하는 방향으로 사실상 정책이 결정된다고 비판하고 있으며 이와 같은 비판은 의료보험수가결정 과정에서 첨예하게 드러나고 있다(최희경, 2007). 이 연구에서는 기존의 비판과 좀 다른 시각에서 건정심에 참여하는 이해관계자들의 특성에 대해 대표성과 응집성 등 정책행위자로서 보유하고 있는 권력자원을 중심으로 가입자단체와 의료공급자단체를

13) 당초 건정심은 1999. 2. 8 국민건강보험법이 제정되면서 단일보험으로 통합되면서 건강보험심의조정위원회라는 이름으로 설치되었고(건강보험법 제4조), 동 위원회는 요양급여의 기준과 요양급여비용 기타 건강보험에 관한 주요사항을 심의하는 기구였으며 의결기구는 아니었다. 2001년 건강보험 재정적자가 발생하여 정부는 건강보험재정건전화특별법을 제정하여 2002. 1. 19. 시행된 동 법은 2006. 12. 31.까지를 시한으로 한 한시법이었다. 동법 제3조는 심의 의결기구로서 건정심 설치를 규정하고 요양급여의 기준, 요양급여비용, 보험료와 관련되는 사항을 관장하도록 하였다. 특별법의 시효가 2006. 12. 31.에 만료됨에 따라 기존의 건강보험법을 개정하여 특별법의 취지와 내용 가운데 중요한 부분을 승계토록 하였는데, 특별법 이전의 건강보험심의조정위원회를 건정심으로 대체하여 현재까지 심의의결기구로서 기능하고 있다.

비교한다.

먼저, 가입자단체에 대해서는 두 가지 특성을 확인할 수 있다. 첫 번째는 가입자단체의 대표성이 미흡하다는 점이다. 1기부터 7기까지 가입자 대표는 근로자대표 2인, 사용자대표 2인, 농어업인단체 1인, 자영업자관련단체 1인, 시민단체 1인, 소비자단체 1인으로 구성되어 있다. 사회보험의 원리를 가지고 있는 건강보험이 직장가입자와 지역가입자의 자격으로 구분되는 점을 고려하면, 직장가입자의 대표자는 노동계대표와 경영계이고, 지역가입자의 경우는 자영업과 농어업인을 대표하는 단체가 해당된다. 임금노동자의 경우 노동계의 노조 가입률이 낮은 점, 늘어나고 있는 비정규직을 대표할 수 있는 조직이 없다는 점을 고려할 때 대표성이 부족하며, 지역가입자 중 높은 비중을 차지하는 자영업자의 경우 전통적인 자영업에서부터 특수고용직이나 플랫폼노동자 등 다양한 형태로 존재하는 현실을 감안하면 음식업이나 외식업중앙회로 대표될 수 있을지 의문이다.

두 번째 특성은 이질성이다. 근로자대표와 사용자대표, 지역가입자 대표 사이에 이질성이 존재하며, 가입자대표에 포함되어 있는 시민단체와 소비자단체의 정체성은 이들과는 또 다른 성격을 가진다. 시민단체와 소비자단체의 활동은 공익적 활동에서부터 소비자로서의 정체성이 부각되는 이익집단으로서의 활동 또는 보수적인 활동 등 다양한 성격을 가지고 있다. 또 하나 지적할 부분은 1기부터 7기까지 참여하였던 시민단체와 소비자단체를 보면, 일관성 없이 집권 정부의 성격에 따라 진보적 단체와 보수적 단체가 선택되었다는 점이다. 김대중정부와 노무현 정부에 걸친 1기부터 3기까지는 진보적 시민단체인 경실련이 활동한 반면, 이명박정부와 박근혜 정부 시기에 해당하는 4기부터 6기까지는 보수적인 시민단체인 ‘바른사회시민회의’가 활동하였다. 이는 건강보험정책에 대한 이해수준이나 관심 정도에 따라 시민단체가 포함되는 것이 아니라 정부의 성향에 따라 선택되었음을 보여준다. 한편, 1기부터 5기까지 참여하였던 소비자단체협의회가 6기(2016-2018년)부터 환자단체연합회로 바뀌어 현재까지 이어지고 있다. 이러한 변화는 중증질환 중심의 보장성강화정책이 지속되는 가운데 직접적인 수혜자로서 환자단체가 급여확대를 주장하는 주요 정책행위자로 부상하였다는 점(허순임, 2021)을 시사한다.

이와 같이, 가입자대표는 미흡한 대표성, 이질적인 정체성, 정부 주도의 시민단체 선정에 따른 독립성의 결여와 비일관성 등의 특징을 가지고 있어 권력자원으로서 응집성과 동원력이 높지 않다.

다음으로 의료공급자대표의 성격을 살펴보자. 의약계대표는 전문가자격증을 가진 동질적인 구성원을 대표하므로 응집성이 높고, 구성원의 수가 상대적으로 적어 대표기구와 구성원의 간의 정보 공유와 의견 전달에 유리하다. 또한 전문지식을 바탕으로 건강보험정책에 대한 이해도가 높아 건정심 논의에서 비중이 높은 요양급여기준과 급여금액에 대한 내용을 심의하고 의결

하는 데 있어서 우위를 가진다. 이와 같이 의약계는 이해관계의 동질성, 대표성의 확보, 정책에 대한 높은 이해수준, 긴밀한 소통구조 등 정책행위자로서 유리한 자원을 확보하고 있다.

위에서 살펴본 가입자대표와 의약계대표의 특성을 고려할 때, 두 집단이 동수로 건정심에 참여하는 구조에서는 항목별 급여전환이라는 정책수단 결정에 있어서 정책행위자로서 유리한 자원을 확보하고 있는 의료공급자가 실질적인 정부의 논의대상이 될 수 있다. 이러한 논의 구도는 다음에 살펴볼 다층적 의사결정구조 속에서 강화될 수 있다.

[표 4] 건강보험정책심의위원회(건정심)의 구성 변화

구분		1기~2기(2002-2006) ¹⁴⁾ ~ 7기(2019-2021)
가입자 대표 (8명)	근로자 단체	1기~5기 민주노총 → 6기 전국보건의료산업노조 → 7기 민주노총
		1기~5기 한국노총 → 6기 전국의료산업노조연맹 → 7기 한국노총
	사용자 단체	1기~7기 한국경영자총협회
		1기~3기 중소기업협동조합중앙회 → 4기~7기 중소기업중앙회
	시민단체	1기~3기 경실련 → 4기~6기 바른시민회의 → 한국 YWCA 연합회
	소비자 단체	1기~5기 한국소비자단체협의회 → 6기~7기 한국환자단체연합회
	농어업인 단체	1기~3기 전국농민단체협의회 → 4기~7기 한국농업경영인중앙연합회
자영업자 관련단체	1기~2기 한국외식업중앙회 → 3기~4기 한국음식업중앙회 → 5기~7기 한국외식업중앙회	
의약계 대표 (8명)	의료계	1기~7기 대한의사협회(2명) ¹⁵⁾
		대한병원협회
		대한치과의사협회
		대한한 의사협회
	약업계	대한간호협회
		대한약사회 한국바이오제약협회 ¹⁶⁾
공익 대표 (8명)	공무원	보건복지부
		기획재정부
	보험자	국민건강보험공단
		건강보험심사평가원
전문가	한국보건사회연구원, 한국보건산업진흥원/조세재정연구원 보건정책전문교수 2명	

자료: 시기별 건강보험정책심의위원회

14) 2002년 시행된 특별법이 2006년에 만료됨에 따라 2기는 통상적인 3년 주기가 아닌 2년 동안 운영되었다.

15) 의사협회는 3기부터 2명이 참여한다.

16) 2017년 한국제약협회에서 한국제약바이오협회로 명칭이 변경되었다.

2) 정책수단의 실행을 위한 결정

건강보험제도의 지불방식은 행위별수가제로서, 의료서비스 항목별로 지불이 이루어지고 있기 때문에 보장성확대정책의 주요 정책수단으로 활용되고 있는 비급여 항목의 급여전환 과정에서 요양급여기준과 급여수준(즉, 수가) 결정은 정책수단의 실행을 위한 결정의 핵심적인 내용이다. 이에 대한 최종 결정은 건정심에서 이루어지지만, 내용의 전문성이 높고 복잡하기 때문에 전문평가위원회¹⁷⁾에서 실무적인 검토를 거친 후에 건정심에 상정하는 의사결정구조를 통해 이루어진다. [표 5]에서 알 수 있듯이 보장성강화정책이 추진되는 과정에서 보험적용서비스의 수가 크게 늘어난 것도 전문평가위원회의 기능을 강화한 요인이기도 하다. 2007년부터 2017년 사이에 건강보험 급여 항목 수는 크게 늘어났으며, 최종 의결기구인 건정심에서 이렇게 많은 항목에 대해 세부적인 심의가 이루어지기는 어려우므로 전문평가위원회에서 검토한 결과를 건정심에 상정하는 것이 효율적이기 때문이다. 이와 같이 전문평가위원회를 활용한 의사결정 방식은 항목별로 급여여부를 결정해야 하는 현 제도 하에서 의사결정의 효율성을 높이는 데는 긍정적이지만, 전문성이 높은 세부사항을 다루게 되는 전문평가위원회에서 다수를 차지하는 의료전문가들이 결정을 주도할 가능성이 높아지게 된다.

[표 5] 건강보험 급여항목수의 변화, 2007년과 2017년 비교

	2007년	2017년
의료행위	5,900	8,800
의약품	15,200	22,400
치료재료	13,000	28,400

자료: 1차 국민건강보험종합계획(보건복지부, 2019).

전문평가위원회에는 의약계 등 관련 협회, 학회, 소비자단체, 전문기관, 정부 및 공공기관 등이 참여하며, 각 단체에서 추천하는 '전문가'로 구성된다([표 6] 참조). 소비자단체를 제외하면 모두 의료 전문성을 가진 위원들이라고 볼 수 있는데, 소비자단체도 소비자 관련 전문가 또는 의료전문가를 추천할 수 있어 위원회는 기본적으로 전문가 중심이라고 볼 수 있다.

17) 단일 보험으로 통합된 이후 2001년 12월 31일 요양급여 기준에 관한 규칙 제11조 개정으로 전문평가위원회를 설치하는 근거를 마련하였고, 2002년 9월 27일 관련 고시 제정과 위원 위촉을 거쳐 4개 분과를 구성하였다. 즉, 신의료기술 등의 결정 및 조정기준을 검토하는 4개 분과는 의료행위, 질병군, 치료재료, 한방을 포함하며, 2008년부터는 인체조직전문평가위원회를 신설하였다. 또한, 의약품급여 결정과 관련한 전문평가위원회로서 의약품급여평가위원회를 운영하고 있어 실제 운영되는 전문평가위원회는 6개 분과이다.

[표 6] 영역별 전문평가위원회별 위원 구성

구분		Pool	행위	질병군	치료 재료	인체 조직	한방
학회	임상전문가 Pool	204명	5명	4명	5명	5명	5명
협회 및 단체	고정	29명	6명	6명	5명	5명	6명
학계·전문기관	전문가 Pool	26명	4명	4명	4명	4명	4명
소비자단체	고정	10명	3명	3명	3명	3명	3명
공단·심평원	고정	10명	2명	2명	2명	2명	2명
공무원(복지부·식약처)	고정	3명	2명	2명	2명	2명	2명
합계		276명	22명	21명	21명	21명	22명

자료: 영역별 전문평가위원회(7기) (건강보험심사평가원)

전문평가위원회의 구성은 제6기부터 인력pool제를 도입하여 추천된 300명 이상의 전문가 중 회의별 20명 내외로 무작위로 구성하는 방식으로 바뀌었고, 제7기부터는 pool제와 고정제를 혼합하여 사용하고 있다. 고정위원으로는 의협과 병협 등 협회, 소비자단체, 정부 및 공공기관(건강보험공단, 심평원)이며, 전문학회 및 학계·전문기관에 대해서는 pool제를 운영한다. 고정위원의 구성은 의사협회 등 장관이 인정하는 협회 5-6명, 소비자단체 3명¹⁸⁾, 건강보험공단·심평원 2명, 복지부·식약처 2명이며, pool제로 구성되는 위원은 학회 추천 임상전문가가 4-5명, 학계·전문기관 4명이다.

전문평가위원회의 운영구조에서 의료계는 내용적 전문성과 함께 수적 우위를 가진다는 것을 확인할 수 있다. 즉, 신의료기술의 보험적용 여부와 급여금액에 대해 논의하는 21-22명의 전문평가위원회 위원의 절반 정도가 의료계에 해당된다. 고정 위원에 해당하는 협회 및 단체 6명은 의사협회와 병원협회, 약사회, 치과 의사협회, 의료기기산업협회, 인체조직기증지원본부 등 의약계대표와 공급자단체로 구성되며, 학회 추천 임상전문가 5명 역시 의약계에 해당된다. 이러한 구조에서는 학계·전문기관 추천 전문가가 중립적 또는 반대 입장을 취하더라도 4명에 그치므로 의사결정에 큰 영향을 미치기 어렵고, 소비자단체와 학계·전문기관 위원이 같은 입장이라 하더라도 7명이므로 의약계의 입장이 우세하다. 게다가 소비자단체는 의료소비자의 정체성을 가지고 있으므로 신의료기술에 대해 긍정적인 전문가를 추천할 가능성이 있다. 한편, 정부는 2012년부터 모든 수가 조정사안에 대해 의료행위전문평가위원회를 거치도록 함으로써, 위원회의 기능이 더욱 커졌다는 점에서 의료계 우위의 결정이 확대되었다고 볼 수 있다. 따라서 의료계는 비급여의 급여 전환을 위한 실질적인 정책수단결정이 이루어지는 전문평가위원회에서 전문성과 수적 우위를 바탕으로 최대한 자신에게 유리한 결정을 하도록 영향력을 행사

18) 고정위원인 소비자단체는 2명이었다가 제7기부터 3명으로 늘어났다.

할 수 있다.

급여 항목에 대해 전문평가위원회에서 검토를 마친 후 건정심에 상정된 안건은 의결될 가능성이 매우 높다. 2014년부터 2020년까지 건정심 의결자료를 확인해본 결과 다수결로 표결한 91번의 회의에서 통과되지 않은 안건은 1건이었으며, 평균 72.9%-87.5%의 높은 동의율로 대부분의 안건이 통과되었다.¹⁹⁾ 이와 같이 높은 동의 속에 이루어진 정책(수단)결정에도 불구하고 보장성지표가 담보상태인 이유는 무엇일까? 여기서 정책집행요소가 고려될 필요가 있다.

3) 정책결정에서 집행요소를 고려해야 하는 이유

정책학에서는 정책집행이 실질적으로 정책의 내용을 확정하기 때문에 정책결정과 마찬가지로 기능을 수행하는 것으로 보고 있다(정정길 외 2010, p516). 의료서비스 제공과 같이 전문가를 통해 실행되는 위임형 집행의 경우 정책결정자가 직접 집행하지 못하기 때문에 정책집행단계에서의 전문가의 의사결정이 중요하며 이는 정책결정과 마찬가지로 기능이라고도 볼 수 있다.

이러한 관점에서 위임형 집행에서 가정하는 전제조건이 충족되는지 살펴볼 필요가 있다. 첫째, 정책결정자가 결정한 정책목표에 동의하는가이다. 실질적인 정책집행자인 의료공급자는 보장성확대의 필요성에 대해서는 원론적으로 동의할 것이지만 목표달성을 위한 정책수단에 대한 이들의 동의가 담보되기 어렵다는 문제가 있다. 둘째, 정책집행자가 정책수단에 동의하지 않는다면, 정책집행자는 정책결정자와 협상을 할 여지가 있으며 집행현장에서 불응 또는 불집행을 통하여 영향력을 행사할 수 있다. 특히 집행자의 권한이 크다면 정책은 제대로 집행되지 않거나 본래 의도와는 상이한 형태로 집행될 것이다.

이와 같이 집행주체가 참여하는 공식적인 의사결정기구에서 구체적인 정책수단을 결정함에도 불구하고 집행을 담당하는 의료공급자의 충분한 동의가 전제되기 어렵고, 정책수단에 대한 갈등을 내포하고 있으며, 상대적으로 강한 자율성을 가지고 있기 때문에 보장성확대정책의 정책목표에 대한 실질적인 합의가 이루어지지 못한 채 집행과정이 전개될 수 있다.

의료서비스가 제공되는 단계를 보장성확대정책의 집행이라고 할 때, 집행구조는 다음과 특성을 가진다. 첫째, 의료서비스 제공자와 수혜자인 환자 사이에는 끊임없는 상호작용이 일어날 수 있으며, 장기간의 치료를 받게 되는 중증질환자의 경우에는 지속적으로 상호작용이 일어날 수 있다. 둘째, 의료서비스 제공자는 신의료기술 등 외부환경에 영향을 받을 수 있어 불확실하고 통제가 어려운 환경에서 집행이 이루어지게 된다. 셋째, 보장성확대 정책의 목표(예, 70% 보

19) 각 연도별 동의율(동의자수/참여자수*100)은 2014년 82.1%(11건), 2015년 80.3%(13건), 2016년 87.5%(12건), 2017년 84.8%(14건), 2018년 82.3%(12건), 2019년 72.9%(12건), 2020년 73.6%(17건)로 나타났으며, 통과되지 않은 안건은 1건이었다.

장률 달성)는 집합적 단위의 목표이며 집행단위에서 적용할 수 있는 세부적인 목표는 부여되지 않고 있다. 가령, 암 환자 유형별 목표나 진료과목별 목표가 부여되지 않고 있어 집행과정에서 의료제공자는 정책목표와 정책수단에 대한 해석과 자율성을 발휘할 여지가 있다. 이러한 집행구조의 특성은 보장성확대정책의 정책목표가 효과적으로 달성되지 못한 것에 대해 부분적인 설명을 제공한다.

앞서 살펴본 대로, 의료계는 전문평가위원회 중심의 정책수단결정 단계에서 집행에 순응할 수 있는 수준의 결정을 원할 것이고, 급여 전환에 따른 의료수가에 불만이 있다면 의료서비스를 제공하는 과정에서 다른 비급여서비스를 선택할 수 있다. 되도록 높은 수준의 수가를 원하는 의료계가 수용하는 수가결정이 이루어지면 예상보다 재정 부담이 커질 것이고, 의료계가 수용하지 못하는 수준이면 서비스를 제공하는 과정에서 다른 비급여서비스로 대체하여 제공할 가능성이 존재하는 것이다. 건강보험 재정 부담에 대한 책임을 지지 않는 의료계가 정책집행 단계에서 급여 및 비급여서비스 선택에 대한 자율성을 발휘할 수 있고 이는 결국 보장성확대정책의 목표 달성을 좌우할 수 있을 정도의 영향력을 발휘할 수 있다. 이와 같이 보장성확대정책은 정책의제 결정 이후 정책목표 및 정책수단 결정, 급여 항목 결정과 수가 결정 등 일련의 과정이 정부 주도적으로 진행되지만(허순임·김창보, 2009), 의료서비스 제공이라는 형태로 정책이 실행된다는 점에서 정책집행구조의 특성을 고려할 필요가 있다. 그리고 정책결정 과정에 참여하는 의료계가 자신에게 유리한 집행요소를 감안하여 의사결정에 영향을 미칠 가능성도 유의할 필요가 있다.

6. 결론과 함의

1) 논의의 종합

건강보험 보장성확대정책은 저부담-저급여의 구조적 제약, 재정의 허용범위 내에서 추진할 수 있다는 점, 그리고 정책 행위자들의 영향력이 발휘되는 정책과정 등으로 인해 중대한 전환보다는 점진적인 정책변화의 양상을 가지게 된다. 이 연구에서는 보장성확대정책의 의제설정과 정책결정과정을 분석하고, 각 단계에서 행위자가 어떻게 영향을 미치는지 보장성확대를 위한 정책과정의 동학을 파악하고자 하였다.

건강보험 보장성 문제는 보편적 의료보장의 확립을 위해 중요한 요소로 간주되며 전 국민이 수혜자이므로 시민사회가 적극적 행위자로서 문제를 제기한다. 건강보험 통합 이후 보장성에

대한 문제는 주로 시민사회가 제기하고 정부를 압박하여 대선공약이나 주요 국정과제로 채택되면서 정책의제가 형성되었다. 보장성에 대한 국가 간 비교는 건강보험제도의 미흡한 성과를 확인하는 동시에 국제적인 수준의 목표를 설정하는 데 활용되었다. 정부는 보장성확대에 대한 시민사회의 요구를 수용하여 정책의제로 설정하였으며, 2005년부터 4~5년 주기로 증기보장성확대정책을 발표하면서 구체적인 목표와 실행방안을 설정하였다. 지금까지 보장성 문제의 진단은 환자부담을 유발하는 요소인 비급여서비스 문제에 집중되어 왔고 정부는 증기보장성확대정책에서 비급여서비스의 급여전환을 주요 정책수단으로 포함하여 정책의 연속성을 확보하고 있다. 그럼에도 불구하고 보장성확대정책은 몇 가지 점에서 정책효과의 불확실성을 가지고 있다. 첫째, 국가 단위나 질병군 단위의 집합적 단위에서 정책목표가 설정되는 반면 항목별 급여 확대라는 정책수단을 제시함으로써 정책목표가 정책수단의 단위에 연계되기 어렵다. 둘째, 지속적인 기술변화를 고려할 때 의료서비스와 관련된 조건의 동태성 역시 정책결과의 불확실성을 초래할 수 있다. 셋째, 정책목표와 정책수단에 대해 관련 행위자들의 합의가 충분하기에 대한 불확실성이 있다.

정부가 주요 정책수단으로 활용한 비급여서비스의 급여 전환에 대한 정책결정은 단선적인 의사결정이 아니라 수가체계의 편입에 따른 의료계와의 갈등구도를 형성한다는 점에서 의료계가 정책결정과정에서 어느 정도의 영향력을 행사할 수 있는지는 매우 중요한 고려사항이다. 정책실행을 위한 정책결정은 비급여 항목의 급여전환에 따른 항목별 급여기준과 급여금액을 결정하는 것이고 이에 대한 실무적인 검토는 건강심 아래에 있는 운영되는 전문평가위원회에서 이루어진다. 항목별로 전문적인 내용을 검토하는 전문평가위원회는 구성에 있어서나 내용 면에서 의료계가 우위를 가지고 있어 결정과정에서 의료계가 논의를 주도할 수 있음을 시사한다.

한편, 보장성확대정책은 의료서비스 제공으로 실행되며 이는 의료공급자에게 위임하게 된다. 그런데 의료공급자는 비급여 항목의 급여 전환에 따른 수가 체계로의 편입을 규제 확대에 받아들이기 때문에 정책수단의 집행에 대한 의료계의 동의가 불투명하다. 이러한 구도에서 의료계는 최대한 유리한 수가 결정을 위해 노력할 것이라는 점과 의료서비스 제공에 있어서 자율권을 가진 의료계가 급여 전환된 서비스를 다른 비급여서비스로 대체할 가능성 등을 고려할 때 정책 집행의 실현가능성도 담보하기 어렵다. 정부가 이와 같은 불확실성을 제거할 수 없다는 점에서 의료계는 정책결정의 주요 행위자로서 정부와의 협의에서 자신에게 유리한 지점을 활용할 것으로 생각된다.

2) 합의

이 연구를 통해 보장성확대정책의 의제설정이 시민의 권리적 차원이나 건강보험제도의 미흡한 성과 차원에서 집합적 단위의 지표 개선을 중심으로 요구된 것인데 반해, 실행단계의 정책수단에 대한 결정은 항목단위에서 수가체제로의 편입을 둘러싼 의료계와 정부의 이익 갈등의 성격을 띠고 있음을 확인하였다. 공식적인 의사결정기구인 건정심에서 가입자와 의료공급자가 수적 균형을 맞추고 있다고 하더라도 의료계는 대표성과 응집성, 정책에 대한 높은 이해 수준 등 정책행위자로서 유리한 자원을 확보하고 있으며, 급여 전환과 관련된 구체적인 급여범위와 수가를 검토하는 전문평가위원회의 의사결정구조는 전문성이 높은 의료계가 수적 우위를 가지고 있어 논의를 주도할 수 있다. 이와 같이 정책집행단계에서 자율성을 발휘할 수 있는 의료계가 정책결정과정에서 주도적인 역할을 할 수 있는 구조는 정책효과의 불확실성을 초래할 수 있음을 시사한다. 이는 Hall(2010)의 지적대로 제도를 통해 이득을 얻는 의료계의 부당한 권력행사의 결과라고도 할 수 있다.

시민사회의 보장성확대 요구는 보편적 의료보장이라는 규범적 성격을 띠는 집합단위의 요구이지만 보장성확대를 위한 정책수단에 대해 의료계는 자신들의 이익을 침해할 가능성의 차원에서 보고 있다는 점은 기대하는 정책효과를 얻기 어렵게 하는 요소이다. 이런 관점의 차이는 보장성확대를 위한 구체적인 정책수단에 대한 결정과정에서 의료계의 이익 추구 또는 이익 침해 최소화의 추구로 나타나며, 전문적인 내용을 중심으로 논의되는 정책결정과정은 전문성이 부족한 가입자대표나 시민단체가 형식적인 참여자에 그치게 할 가능성이 있다. 따라서 급여 확대 중심의 보장성확대정책에 있어서 건정심의 민주적인 의사결정기구로서의 역할은 제한되고 정부와 의료계의 협상의 영역이 되는 구조에 가깝다. 정부는 정책목표달성의 압박을 받는데 반해, 집행과정에서 자율성을 발휘할 요소를 가지고 있는 의료계는 정책결정과정에서 유리한 지점을 확보할 가능성이 있다. 결론적으로 이 연구의 결과는 보장성확대정책의 정책의제설정과 정책결정과정은 행위자들의 영향력이 발휘되는 정치적 과정이며, 정책효과의 불확실성을 낮추는 노력이 필요하고, 정책결정에 있어서 집행요소를 고려할 필요가 있음을 시사한다.

■ 참고문헌 ■

- 권순만, 김진현, 김정희, 오주환, 주은성 등 (2007). 건강보험 보장성 수준 및 달성 전략. 서울대학교 보건대학원.
- 김순양 (1995). 의료보험 정책과정에서의 참여자의 특성 변화에 관한 연구. 한국행정학보. 29(2), 415-434.
- (2007). 정책과정 및 정책 네트워크의 동태성 분석: 의약분업 논쟁 사례의 적용. 지방정부연구. 11(3), 243-269.
- (2012). 5.16 군사정부 하의 사회정책형성의 동태성: 사회보험의 입법과정을 중심으로. 사회복지연구. 43(4), 151-193.
- 김영순 (2021). 한국 복지국가는 어떻게 만들어졌나? 민주화 이후 복지정치와 복지정책. 서울: 학교재.
- 김용익, 이평수, 조홍준, 김창엽, 김선민, 김윤 등 (2000). 건강보험 재정설계 연구. 국민의료보험관리공단·서울대학교 의과대학.
- 김태일, 허순임 (2008). 소득 계층별 의료비 부담의 추이와 정책과제. 보건행정학회지. 18(4), 23-48.
- 김학주 (2004). 계층간 진료비 본인부담의 형평성에 관한 연구. 한국사회복지학. 56(3), 113-133.
- 박주연, 한만호, 김재연, 서남규 (2003). 건강보험제도 발전을 위한 국민인식도 조사연구. 국민건강보험공단.
- 박주호, 정기택 (2019). 4대중증 보장성강화정책 이후 중증질환자의 의료이용 변화에 관한 분석. 의료경영학연구 13(3), 9-23.
- 보건복지부 (2005). 건강보험보장성강화 로드맵
- (2009). 중기보장성강화정책 (2009-2013)
- (2014). 중기보장성강화정책 (2014-2018)
- (2019). 1차 국민건강종합계획.
- 손연우, 최선영 (2020). 소득차등적 건강보험 보장성 강화의 정치과정 분석: 본인부담상한제를 중심으로. 한국사회정책. 27(4), 87-105.
- 송현중 외 (2007). 주요 국가의 보건의료 우선순위와 정책적 함의. 국민건강보험심사평가원.
- 윤희숙, 권순만, 권용진 (2010). 건강보험보장성 정책결정과정의 평가와 재설계. 보건행정학회지. 20(2), 53-68.
- 이철승 (2019). 노동-시민연대는 언제 작동하는가: 배태된 응집성과 복지국가의 정치사회학. 서울: 후마니타스.
- 정정길, 최종원, 이시원, 정준금, 정광호 (2010). 정책학원론. 서울: 대명출판사.
- 정형선, 이규식, 신의철, 김주경 등 (2004). 건강보험 내실화를 위한 기본급여영역에 관한 연구. 국민건강보험공단·연세대학교보건행정학과.
- 정형준 (2010). 건강보험 보장성 강화, 어떻게 이를 것인가? 마르크스 21, 59-97
- 조정숙 (2005). 보험급여 확대 항목 선정을 위한 우선 순위 설정: AHP 기법 적용. 석사학위논문. 연세대학교 대학원.
- 참여연대 (2015). 건강보험 보험료율 인상 전에 보장성 강화가 먼저다. 참여연대 논평, 87-88.
- 최숙자, 김정희 (2005). AHP 기법을 활용한 급여확대 우선 상병 순위 설정. 건강보험포럼. 4(2), 112-129.

- 최정규, 정형선, 신정우 (2011). 보장성강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담의료비 발생에 미친 영향. 보건행정학회지 21(2), 159-178.
- 최희경 (2004). 의료보험수가 결정 과정과 정부의 역할: 건강보험정책심의위원회 결정 과정을 중심으로. 한국행정학보. 38(2), 127-147.
- (2007). 건강보험수가 결정과정의 정치경제학. 보건과 사회과학. 22집, 67-95.
- 허순임, 김창보 (2009). 우리나라 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가. 보건행정학회지. 19(3), 142-165.
- 허순임 (2021). 의약품급여정책에 대한 행위자 중심 제도주의 분석 - 선별등재제도와 위험분담제를 중심으로 . 보건경제와 정책연구. 27(1), 33-66.
- Anderson JE (2010). *Public Policymaking*. Boston, MA: Wadsworth.
- Hall P (2010). Historical Institutionalism in Rationalist and Sociological Perspective. in Mahoney and Thelen (eds.) *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. New York: Cambridge University Press.
- Hudson J and S Lowe (2004). *Understanding the Policy Process*. Bristol, UK: The Policy Press.
- Kingdon JW (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2nd ed. New York: Harper Collins.
- Lowi T (1969). *The End of Liberalism*. New York: W. W. Norton
- WHO (2010). *Health System Financing. The Path to Universal Coverage*.

◀ Abstract ▶

Analysis of the National Health Insurance Coverage Expansion Policy after Single-payer System

Soonim Huh*

The purpose of this study is to analyze the dynamics of policy formation process of the National Health Insurance(NHI) coverage expansion after single-payer system. The process of policy agenda-setting mainly explored who were the key initiators and what are their motivations to do under political and social context. With regard to the policy-making process, this study investigated decision making governance in terms of the structure, leading actors, and interaction of policy elements. Study findings present that agenda setting for enhancing the NHI coverage was initiated by the citizens. Whereas the government's proposal include policy goals and solutions, medical professionals who have autonomy in the implementation phase appeared to be lead decision making process of benefit package expansion policy. In conclusion, study findings suggest the dynamics of policy formation process of the NHI coverage expansion and uncertainty of policy effects.

Keywords: national health insurance, benefit expansion policy, policy agenda-setting, policy decision, policy actors

◆ 2021. 10. 31. 접수 / 2021. 12. 2. 1차수정 / 2021. 12. 21. 게재확정

* Ph.D. Professor, Department of Public Administration, University of Seoul(soonim@uos.ac.kr)