

건강보험제도 정책수립과정의 재설계에 대한 모색

강민아[†], 김태일*, 허순임**

이화여자대학교 사회과학대학 행정학과, 고려대학교 정경대학 행정학과*
한국보건사회연구원**

<Abstract>

Restructuring the Decision Making Process for the Korea National Health Insurance System

Min Ah Kang[†], Tae Il Kim*, Soon Im Huh**

Ewha Womans University, Department of Public Administration

*Korea University, Department of Public Administration**

*Korea Institute for Health and Social Affairs***

The purpose of this paper is to critically examine Korean government's efforts in policy making and implementation regarding the Korea National Health Insurance System in the past and suggest a new paradigm for future policy changes. The structural and political characteristics of the Korea National Health Insurance, where health care services are provided almost exclusively by the private providers and funding for health comes equally from public and private sources, imply persistent difficulties in the operation of the system. This may partially explain why the Korean system has continually experienced conflicts among stakeholders whenever there was an attempt to change policy. In this paper, we discuss four cases to illustrate such difficulties and barriers. We propose that in order to address these challenges and reduce policy errors as well as unintended results, it is necessary to restructure policy making process from being oriented toward 'quantitative expansion' to 'qualitative maturity', from a 'linear

* 접수 : 2007년 12월 26일, 심사완료 : 2008년 5월 27일

† 교신저자 : 강민아, 이화여자대학교 사회과학대학 행정학(02-3277-4100, minahkang@ewha.ac.kr)

thinking' to a 'system thinking', from taking a 'top-down' to a 'governance and participatory' decision making process.

Key Words : System approach, New governance, Policy decision making process

I. 서론

우리나라의 건강보험제도는 1977년에 도입된 이래 건강보험 적용범위의 확대, 건강보험관리운영체계 및 재정의 통합, 의약분업의 실시 등의 일련의 제도 확충과 변화를 통하여 전 국민의 의료서비스에 대한 접근성을 향상시켜 왔으며 국민건강의 향상과 질병으로 인해 발생할 수 있는 경제적 위험분산의 기능을 수행해 왔다. 한편, 짧은 역사 동안 건강보험제도가 이룩한 놀라운 성과에도 불구하고 아직까지 국민들은 이 제도의 운영에 대해 높은 신뢰감을 형성하지 못하고 있으며, 이 제도의 목적과 역할, 운영범위에 대해서 이해당사자간에 공감대가 형성되지 않고 있다. 게다가, 최근의 대내외적 정책 환경의 변화들은 건강보험제도에 대한 새로운 도전들을 제시한다. 고령화와 만성질병의 증가 및 신 의료기술의 발전 등은 의료서비스에 대한 양적인 수요뿐만 아니라 다양하고 수준 높은 서비스에 대한 질적인 요구를 증대시키고 있다. 동시에 이러한 의료 서비스에 대한 양적·질적 수요 증가는 의료비 지출의 급격한 상승을 가져오고 있으며 건강 보험 재정에 대한 압박을 초래하여 향후 이 제도의 지속성에 대한 우려가 가중되고 있다.

이러한 시점에서 과연 건강보험제도의 합리적, 또는 성공적인 운영은 어떻게 이루어져야 하는가? 변화하는 정책 환경은 이에 걸맞는 새로운 접근방식을 요구하지는 않는가? 이 연구의 목적은 이와 같은 질문들로 시작하여 건강보험제도와 관련된 대표적인 정책사례들을 들어 과거 건강보험제도의 정책수립 과정을 검토하고 향후 건강보험제도에 관련된 정책수립 및 집행의 기반이 되는 새로운 패러다임을 제시하는 데 있다.

우리나라 건강보험제도의 구조적 특성과 정치적 상황은 건강보험정책 결정 및 집행에 있어 사회적 합의의 형성을 어렵게 하며 일단 정책이 결정된 후에도 순탄하게 실행되지 못하게 하는 장애요인으로 작용한다. 우선, 상당 부분의 재원부담과 거의 모든 의료서비스 제공을 민간에 의존하면서도 단일 보험자 운영 방식을 택하고 있는 우리나라 건강보험제도의 독특한 구조는 건강보험정책에 대한 사회적 합의를 어렵게 한다. 또한, 건강보험제도의 상세한 운영내역과 방침 등은 전문적이고 복잡한 내용들로서 일반인들이 이해하기 쉽고 않고 불신이나 오해를 불러일으키게 될 소지가 많다. 동시에, 건강보험 제도의 정책결정에는 보건의료서비스의 제공 및 이용과 관련된 다양한 집단의 정치적·경제적인 이해관계가 깊숙히 개입되

어 있다. 이러한 특성들로 인하여 대부분의 건강보험제도의 정책결정에 있어서 이해집단 간의 심각한 갈등 관계를 형성하게 되고, 일부 집단들의 저항을 불러오는 경우도 적지 않았다. 정책이 실행되기 전 이미 정책 형성 단계에서 사회적 합의에 도달하지 못하게 되거나, 설사 정책이 결정되어 실행된다고 할지라도 예측하지 못했던 결과(unintended effects)가 발생하게 되는 정책오차와 부작용을 낳는 경우도 발생되었다.

이 글에서는 건강보험제도의 운영에서 이와 같이 반복되어 나타나는 정책오차에 대해 비판적 평가와 분석을 제시하고자 한다. 그동안 건강보험제도에 관한 논의들이 건강보험제도에 관한 과거의 성공사례나 실패사례들을 결론론적으로 나열하고 이에 대한 개별적인 해결책을 제시하는 데에 그친 것에서 나아가, 보다 근본적인 정책 패러다임의 변화로서 건강보험제도의 정책형성과 실행의 절차와 방법에 초점을 맞추어 문제점들을 분석하고 이에 대한 개선방안을 제시하는 방식으로 전개된다. 이러한 문제의식 하에, 이하에서는 우선 기존 건강보험제도 정책의 목표와 운영 방식을 종합적으로 고찰한다. 다음으로 건강보험제도의 정책형성 및 집행노력을 둘러싼 환경적 특성과 제도적 특성을 논의한 후 건강보험제도의 대표적인 사례를 선정하여 각각의 사례에서 나타난 정책형성과 집행과정에 있어서 문제점과 개선점을 논의한다. 끝으로 전체의 논의를 마무리하고 결론을 제시한다.

II. 본 론

1. 건강보험제도 목표와 운영방식에 대한 비판적 평가

이 글에서는 크게 다음 3가지 관점에서 과거 건강보험제도의 정책수립과 실행에 대한 논의를 전개한다. 첫째, 과거 건강보험제도의 정책적 노력이 대체로 보험제도의 외양적 정립과 양적 팽창에 집중되어 있었음을 지적하고 향후 건강보험제도 목표 설정과 운영에서 지향해야 할 방향은 질적 수준의 내실화임을 강조한다. 사회보장제도로서의 의료보험이 전 국민을 포괄하는 보험체제로 성장하기까지의 지난 시기와 달리 제도의 외형적 기반이 어느 정도 정착된 이후 향후 건강보험이 추구해야 할 중요한 비전과 목표는 서비스의 질적 수준 향상을 비롯한 건강보험 제도의 내실화이다. 여기서 제도의 내실화란 보장성을 충분한 수준으로 강화하는 것뿐만 아니라 의료 서비스의 제공에 있어서 임상적 효과와 비용 대비 효율성을 향상시키고, 의료과오 감소를 통한 환자안전 및 환자 만족도를 제고하는 노력을 포함하는 포괄적인 개념을 의미한다.

다음으로 과거 건강보험제도의 주요 정책수단들이 대부분 단선적인 사고에 기반한 정책결정이었다고 평가한다. 여기서 '단선적인 사고'란 제도를 기계와 같은 것으로 간주하고 의도나

계획에 맞추어 조작할 수 있는 것으로 가정하는 것을 의미 한다¹⁾(Bar-Yam, 1997; 김창욱과 김동환, 2006; Bar-Yam, 2006). 이는, 특정 정책문제가 발생한 경우 그 문제의 배후 구조나 시스템은 파악하지 못한 채, 이러한 문제의 원인을 처리하기 위한 가장 효율적이고 합리적 정책수단을 발동하여 실행을 하게 되면 의도한 목표를 무난히 달성할 수 있을 것이라는 결정적(deterministic)인 사고방식(예: 정책 A를 실행하면 B의 정책효과가 나타날 것이다)을 의미한다. 이와 같은 접근방식은 종종 의도했던 정책효과를 나타내지 못할 뿐만 아니라 오히려 장기적인 또는 전체적인 수준에서의 정책문제를 악화시키기도 한다.

과거 우리나라 건강보험제도의 성공적 수행의 이면에는, 비효율적임에도 불구하고 개선하지 못한 채 지속되거나, 일단 실시되었지만 의도했던 정책의 효과와는 달리 예측하지 못했던 결과(unintended effects)가 나타난 정책부작용과 정책오차들이 존재한다. 예를 들어, 의약품의 오남용을 예방하고 약제비를 절감하며 환자의 알권리와 의약서비스의 수준 향상, 나아가 의약품 유통구조의 정상화 등 다양한 목표를 가지고 실시되었던 의약분업 정책이 의료계의 총파업이라는 정책저항(policy resistance)을 불러일으키고 의료보험 재정악화와 국민 의료비 상승을 가져오게 된 경험은 예측하지 못한 부수 효과의 대표적인 사례로서 거론되고 있다. 시화호 매립이나 새만금 간척사업 등은 환경정책분야에서 단선적인 사고에 기인한 대표적인 정책실패 사례로 제시되곤 한다.

‘단선적인 사고’와 대비되는 개념의 ‘시스템적 접근’에서는, 건강보험제도를 독립적이고 폐쇄된 제도가 아닌, 환경 및 주변 정책 구성요소들과 상호 작용하는 시스템으로 본다(Bar-Yam, 1997; 김창욱과 김동환, 2006; Bar-Yam, 2006). 의료 서비스의 생산과 배분 과정에는 다양한 이해 관계자들 뿐만 아니라, 보다 광범위한 범위에서의 기타 복지제도 및 의료서비스와 재화창출에 관련된 미시적·거시적 경제시스템 등 다양한 것들이 연계되어 있다. 이러한 시스템적 관점에서는, 반직관적인 행태(counter-intuitive behavior)나 정책저항 등의 정책오차나 예측하지 못한 결과들이 발생하는 것을 최소화하기 위한 방안으로, 건강보험제도가 운영되고 있는 거시적 정책시스템 속에서 건강보험제도의 다양한 미시적 정책수단들이 주변의 다른 정책 시스템들과 어떻게 상호작용하여 정책성과를 발휘하거나 또는 예측하지 못한 결과(unintended effect)를 가져오게 되는 지에 대한 주의 깊은 예측에 기반하여 정책결정이 이루어져야 함을 강조한다.²⁾

1) 이와 같은 단선적 사고는, 인간에 대해 합리적인 존재로서 보편적 진리를 파악할 수 있다고 전제하고 안정, 질서, 선형적, 환원주의적 인과관계 등을 강조하는 뉴턴적 패러다임에 기반하고 있다(김기형, 2008).

2) 이러한 시스템적 사고는 과거 뉴턴적 패러다임과 달리 아인슈타인의 상대성이론이나 하이젠버그의 불확실성의 원리에 근거한다. 이는 최근 정책현상의 복잡성, 무질서, 불확실성, 비선형성 등의 특징을 설명하는 복잡성 이론(complexity theory)이나 혼돈(chaos)이론 등으로 제시되기도 한다(김영평, 1991; 정명호·장승권, 1998; 최창현, 1999; 사득환 2002, 2003).

셋째, 과거 건강보험제도의 정책결정은 대부분 기술 관료적이고 폐쇄적인 방식에 의해 이루어져 왔으며 때로 협의와 타협의 장이 마련된 경우라 할지라도 원활한 의사소통에 의한 성숙한 의미의 논의가 이루어지지 못하였다. 최근 뉴거버넌스(New Governance)에 관한 일련의 연구들은 계층제적 관료제의 실패를 지적하고 정부역할이나 책임의 범위, 그리고 바람직한 정책결정 방법에 대한 인식의 변화가 필요함을 강조한다(Clark, 2004; Newman, 2004). 여기서 뉴거버넌스는 정책결정방식에 있어서 통치(governing)에서 협치(governance)로의 전환을 의미한다. 즉, 소수에 의해서 이루어진 결정이 정치적 권위에 의해 다수에게 강요되는 상명하달(top-down)식으로 순응하는 기존의 계층적인 방식이 아닌, 정책결정과정에 직/간접적으로 관련되어 있는 다양한 이해관계자의 입장과 이해관계를 인식하고 이들 간의 대화, 협상, 조정을 통한 타협이나 동의의 의사소통 방식으로 정책결정방식이 변화하고 있다고 보는 것이다. 건강보험제도에 관한 다수의 정책결정에 있어서 과거 정부는 타협이나 협의의 관리자와 중재자로서의 역할을 수행하기보다는, 정책결정에 중요한 정보를 독점하고 기술적이나 행정적인 편의, 또는 정치적인 이유에 의거하여 일방적인 의사결정을 내리며 정책결정에 대한 의지를 관철해온 것으로 평가할 수 있다(최희경, 2004).

2. 건강보험제도의 환경과 구조적 특성

1) 건강보험제도의 환경적 특성

건강보험제도를 둘러싼 환경 특성은 크게 대외적인 것과 대내적인 것으로 구분할 수 있다. 대외적인 것은 일반적인 사회 현상으로서 건강보험제도의 변화에 영향을 주는 특성을 의미하며, 대내적인 것은 건강보험제도에 고유한 환경 특성을 의미한다. 대외적인 환경 특성으로서 중요한 것은 ①고령화와 “신 사회적 위험(New social risk)의 출현과 ②참여 거버넌스를 강조하는 행정조류를 들 수 있다. 그리고 대내적 환경 특성으로는 ③사회보험 부과 징수 체계의 통합과 ④장기요양보험제도의 도입이 중요하다.

고령화 사회에서는 노인 부양이 중요한 이슈가 되는데 이는 구체적으로 노령연금재정 위기, 의료비 증가, 노인수발부담의 문제를 갖는다. 한편 여성의 취업 증가, 독신 및 이혼의 증가 등으로 남성이 일하고 여성이 집에서 가사를 담당하는 전통적인 가족 내 역할 분담은 빠르게 해체되고 있다. 이러한 가족의 역할 분담 해체는 전통적으로 가족 내에서 해결했던 자녀 양육과 노인수발을 더 이상 가족이 담당하기 어렵게 한다. 이는 사회복지 측면에서 이전에는 없었던 ‘신 사회적 위험’의 출현을 의미한다(Taylor-Gooby, 2004).

한편, 시대의 변화에 따른 최근의 정부운영방식의 특징은 참여형 거버넌스의 강조이다. 이

는 우리나라만의 고유한 현상은 아니며 전 세계적인 일반적 조류로서 정부운영에서 일반국민, 시민단체, 이익집단 등 다양한 계층의 참여를 강조하는 것은 세계화, 정보화, 민주화 등의 시대조류를 반영한 것이며 (적어도) 상당 기간 계속될 것이다.

한편, 재정지출의 효율성을 높이기 위한 정책의 하나로서 정부에서는 사회보험 부과징수체계의 통합을 예정하고 있다. 과거 보험료의 부과징수는 건강보험공단의 가장 중요한 업무였으며 따라서 건강보험공단의 업무 구조와 내용에 대폭적인 변경이 필요함을 의미한다. 고령화와 신 사회적 위험의 출현에 따라 정부에서는 장기요양보험제도 시행을 추진하고 있다. 건강보험공단 입장에서는 새로운 업무가 부과될 것이며, 이는 의료와 복지가 통합적으로 제공되어야 하는 노인장기요양의 특성상 업무의 구조와 내용의 변화가 필요함을 의미한다.

2) 건강보험제도의 구조적 특성

한 국가의 의료체계 유형을 분류하는 여러 기준들 중, 이 연구에서는 의료체계를 「재원(투입)의 원천 → 재원의 조달과 전달 → 서비스 제공(산출)」로 이어지는 '의료 서비스' 공급과정의 세 단계의 특성에 따라 구분하고자 하였다. 우선, 재원의 원천과 서비스 제공 주체를 공공과 민간으로 구분한 결과는 <표 1>에 제시되어 있다.

<표 1> 재원 부담 및 서비스 제공 주체에 따른 OECD 국가의 의료체계 유형 분류

		서비스 제공주체		
		공공	혼합	민간
재원부담 주체	공공	아일랜드, 스페인, 덴마크, 핀란드, 포르투갈, 노르웨이, 스웨덴, 이탈리아, 영국	벨기에, 프랑스, 독일, 오스트리아, 룩셈부르크, 일본, 뉴질랜드	
	혼합		미국, 캐나다, 네덜란드, 그리스	한국

주 : 부록 1과 부록 2에는 OECD 국가들에 대하여 각각 재원부담과 서비스 제공에서의 공공과 민간의 비율이 제시되어 있으며, 이 자료에 근거하여 유형분류를 한 결과는 <표 1>에 제시되어 있다. 공공과 민간 어느 한 쪽의 비중이 70% 이상이면 그 쪽에 해당하는 것으로 분류했으며, 어느 한 쪽도 70%를 넘지 못하면(즉 양 쪽이 모두 30% 이상이면) 혼합인 것으로 분류하였다. 서비스 제공에서의 공공과 민간의 비율을 구하기 위한 지표는 병상 수를 사용하였다. 재원부담 주체는 공공과 혼합의 두 유형, 서비스 제공 주체는 공공, 혼합, 민간의 세 유형이 존재하고, 이 두 기준을 조합하면 2×3=6개의 유형이 존재할 수 있다.

OECD 국가들의 경우 대부분 재원의 원천과 서비스 제공 주체는 공공이 압도적이거나 혹은 공공과 민간 어느 한 쪽도 압도적이지 못한 채 공공/민간이 혼합된 형태이다. 서비스 제공의 경우 대부분 '공공 위주' 혹은 '공공과 민간의 혼합'으로 이루어지고 있다. 한편, 우리나라는 국민의료비 중 공공재원의 비중이 51.4%(2004년 기준)로서 재원 조달에서 공공과 민간이 대략 절반 정도씩을 부담하고 있으며, 서비스 제공에 있어서는 민간의료기관의 비중이 90% 이상으로 압도적이다. 따라서 재원 부담 주체는 혼합형, 서비스 제공 주체는 민간에 해당하며 이는 매우 예외적인 상황에 해당됨을 볼 수 있다.

한편 보험 운영 방식에서도 우리나라는 독특한 특징을 갖고 있다. 재원조달이 민간에서 이루어지는 경우의 주된 운영 방식은 물론 민간 보험이며, 공공에서 이루어지는 경우의 운영 방식은 조세와 사회보험이 있다. 조세 방식의 경우는 재원 조달과 지출에서 전 국민을 하나의 집단으로 묶어서 관리와 운영이 이루어진다. 하지만 보험 방식의 경우는 민영보험은 물론이고, 사회보험을 실시하는 국가의 대부분이 전 국민을 복수의 집단으로 구분하여 운영한다. 전 국민을 하나의 집단으로 설정하는 경우와 복수의 집단으로 분리하는 경우는 보험정책의 운영에서 많은 차이를 가져올 수 있다. OECD 국가들 중에서 보험 방식을 택하는 나라들은 모두 전 국민을 다양한 집단으로 구분하여 복수의 조직이 운영하지만, 이의 예외가 우리나라이다. 우리나라는 사회보험 방식을 택하고 있지만, 조세 방식을 택하는 국가들과 마찬가지로 전 국민을 하나의 집단으로 묶어서 단일 조직에 의한 관리와 운영이 이루어지고 있다. 즉 형식은 보험이지만 실제 운영상의 특징은 조세(목적세)로 운영되는 경우와 유사하다. 이상에서 논의한 우리나라 의료체계의 특징을 정리하면 다음과 같다.

- ① 재원부담에서 민간 비중이 높다.
- ② 서비스 제공에서 민간 비중이 압도적이다.
- ③ 재원의 조달과 제도운영을 단일 보험자가 담당하고 있다.

이러한 세 가지 특징들은 우리나라 의료체계를 다른 국가들과는 매우 다른 유형의 독특한 것으로 만들고 있다. 이러한 특징은 현재의 의료 여건 및 건강보험제도의 운영을 규정하는 기본 조건이며 앞으로의 발전 방향을 논할 때 반드시 고려해야 할 사항이 된다. 예를 들면 전 국민을 포괄하는 단일 보험 방식을 취하고 있기 때문에 보험자 입장에서 공공성 확보를 위한 규제 정책을 수립하기는 용이하다. 하지만 공급자는 대부분 민간이며 공급자 수입의 상당 부분이 민간 재원에 의하여 조달되므로 수립된 규제에 대한 공급자의 순응을 확보하기는 매우 어렵다.

3) 건강보험제도의 대표적 정책사례

이하에서는 건강보험제도의 구조적이나 환경적 제약을 가장 잘 드러내는 대표적인 정책사례

를 소개하고 이에 대한 분석을 통해 향후 정책결정에의 시사점들을 제시하고자 한다. 논의의 단순화와 논점의 명료화를 감안하여 이 글에서는 네 개의 대표적인 정책사례를 선정하였다.

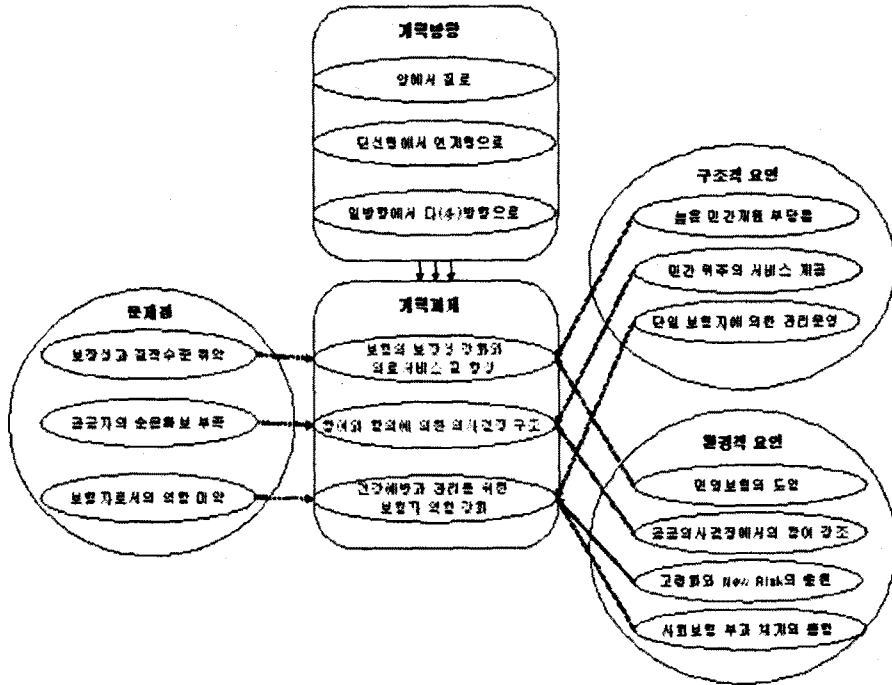


그림 1. 연구의 틀

이들 사례는 각각 건강보험제도의 목적, 건강보험정책의 수립, 건강보험정책의 집행의 측면에서 도출되었다. 먼저 ‘목적’과 관련해서는 보장성 강화와 의료서비스 질 향상을, ‘정책 수립’과 관련해서는 참여와 합의에 의한 의사결정구조를 제시하였다. 그리고 ‘정책 집행’에 관해서는 장기요양보험에서의 건강보험역할 재정립을 통해 보험자 역할 변화의 방향을 제시하고자 하였다. 그림 2는 이와 같은 네 가지 정책사례, 정책사례의 배경이 되는 현황의 문제점과 환경 및 구조적 특징들 간의 관계를 보여 주고 있다.

3. 건강보험제도의 정책 노력에 대한 분석

1) 정책사례 1: 건강보험의 보장성 향상 노력

전술하였듯이 건강보험제도는 1977년 대기업 근로자를 대상으로 처음 도입된 이후 전 국

민을 포괄하는 단일 보험체제로 성립하기까지 주로 가입자 대상의 확대에 치중하여 왔기 때문에 의료보험의 본연의 목적인 질병으로 인한 경제적 위험으로부터의 보호라는 취지에는 충분히 부합하지 못하였다. 이에 따라 1989년 전 국민을 대상으로 가입자 범위가 확대되고 2000년 건강보험통합과 의약분업 등을 겪으면서 발생한 재정위기가 어느 정도 해결된 뒤인 2003년부터는 건강보험 보장성 강화를 위한 논의가 본격화 되었으며 보장성 강화를 위한 다양한 정책들이 시행되었다.

한편, 건강보험 보장성의 강화는 이를 뒷받침할 수 있는 재정적인 여건이 동반되어야 지속 가능하며, 이는 곧 보험료 부담 계획과 연계되어 있다. 또한, 경제적 위험의 경감이라는 보장성 강화의 목적 달성을 위해서는 급여 항목에 대한 본인 부담을 경감시키는 조치들 외에도 비급여 항목에 대한 본인 부담을 완화하는 방안이 매우 중요하다. 그런데, 보험료의 적정 부담 체계 확립 및 비급여 서비스에 대한 체계적인 관리는 역사적 제도주의(historical institutionalism)에서 얘기하는 경로의존성(path dependency)의 관점에서 볼 때 상당한 정치적인 부담을 안고 있는 사안들이다. 경로의존성은 일단 제도의 발전경로가 설정되면 네트워크 효과와 학습효과로 인해 그러한 경로가 강화되고 이 제도에 대해 고착(lock-in)하는 행위자가 형성되어 결국 장기적인 경로를 형성하며 지속되는 성향을 강화하게 되어, 비효율적인 제도라 할지라도 계속적으로 존속하게 되는 경향을 일컫는다(North, 1990). 즉, 이미 형성된 과거의 정책과 제도는 향후 정책의 변화에 대한 제한요인으로 작용하여 제도의 배태성과 지속성을 강화한다(Hall, 1986; Ikenberry, 1988; March and Olsen, 1989; Hall and Taylor, 1996). 일단 형성된 제도는 스스로를 방어하는 자기강화기제로 작용하며 기저의 환경조건들이 달라져도 잘 변화되지 않고 그대로 지속하려는 경향을 지니게 된다(Krasner, 1984; Ikenberry, 1988). 따라서 제도에 대한 급격한 수정이나 변화는 매우 큰 정치적인 위험을 수반하게 되어 현실적인 실현이 쉽지 않으며 설사 실현이 된다고 할지라도 의도한 바와 다른 왜곡된 결과를 가져올 수 있다(Pierson, 1996).

저부담-저급여의 재정관리 체계나 비급여 구조, 행위별 수가 진료지불체계 등은 이와 같은 경로의존적인 제도의 대표적인 사례이다. 예컨대, 제도의 도입 시기에 국민의 수용성을 높이기 위해 저부담-저급여 및 비급여의 과대 비중이라는 구조로 시작된 건강보험제도는 이미 '역사적 산물'이자 주요 '발전 경로'로서 자리잡게 되어, 이미 그러한 제도에 익숙한 가입자와 공급자에게 변화의 필요성을 이제 와서 설득하기란 쉽지 않은 일이 되었다. 예를 들어, 높은 본인부담금을 감당해야 하는 국민들의 재정적 부담을 경감하기 위해 보험료를 적정한 수준으로 상향하는 것이 해결책으로 제시되지만, 적정수준의 급여, 철저한 급여 관리, 재정 낭비요인의 제거 등에 대한 국민적인 신뢰가 저조한 상황에서 이러한 정책변화는 쉽사리 지지를 받을 수 없는 것이 정치적 현실이다.³⁾

마찬가지로 현행의 비급여 제도는 이미 의료공급자에게 익숙한 제도가 되었으며 이러한 제도에 맞추어 의료공급자들의 행위전략이나 방향이 형성되었을 터이고 이와 같이 한번 형성된 행동방향은 좀처럼 변화하기 힘들다.⁴⁾ 비급여 부문은 다양한 신 의료기술의 발전과 더불어 앞으로도 계속 늘어날 가능성이 크기 때문에 이에 대한 정책수립은 건강보험 보장성 개선 및 의료비 지출에 대한 적절한 관리에 있어 매우 중요하다(김정희 등, 2004;2006). 비급여서비스에 대한 해결책으로 항목별 급여 전환(예, MRI, 식대 급여)이 실시되었으나 진단, 처치·수술, 약제·치료재료, 입원, 간호 등 의료서비스 각 요소별로 존재하는 비급여서비스를 어떤 원칙과 기준에 의해 급여로 전환할 것인지 결정하기 어려운 점이 있다. 한편, 유효성과 안전성이 입증된 비급여 서비스를 급여 항목으로 설정하되 100% 본인부담을 적용하는 안이 제시되기도 하였다. 이 방안은 현재 합리적인 시장가격에 대한 논의가 불가능한 비급여 서비스에 대해 동일한 가격을 적용할 수 있다는 점에서 의미를 가지고 있으며, 전액 본인부담이긴 하지만 급여 영역에 들어옴으로써 본인부담상한제의 적용대상으로 포함된다는 점에서 보장성 개선에 기여할 수 있다. 그러나 지속적으로 개발되는 신 의료 기술의 비용효과성을 입증하여 급여항목에 모두 포함시키는 것은 현실적으로 불가능하며, 무엇보다도 비급여 부문에 의존적인 형태의 현 공급체계를 고려할 때 이러한 정책변화는 매우 거센 저항을 받게 될 것으로 예상할 수 있다.

비급여서비스 중 환자부담의 상당부분을 차지하는 항목은 선택진료비, 상급병실료, 임의 비급여 중 신의료기술이다.⁵⁾ 각 항목의 성격과 문제가 다르기 때문에 일괄적인 방안으로 이 문제를 해결하기는 어려울 것으로 보이나, 해결방안을 크게 각 항목의 비용을 합리화하는 것과 건강보험 급여영역으로 흡수하는 것으로 나누어 생각할 수 있다. 전자는 급여 전환과 상관없이 추진되어야 하는 부분이며, 후자는 급여전환의 타당성과 급여전환에 따른 재정부담 등을 고려하여 결정하여야 할 것이다. 비급여서비스 문제를 효과적으로 개선하기 위해서는 장기적으로 행위보상방식의 급여체계를 바꾸는 정책과 연계하여야 할 것이다.

한편, 비급여서비스에 대한 환자부담을 덜어주는 방안으로 민간의료보험을 통한 재원조달을 생각해 볼 수 있다. 최근 몇 년 동안 민간의료서비스 활성화에 대한 논의가 활발히 전

3) 건강보험제도에 대한 국민인식만족도 조사에 의하면 생활수준에 대비할 때 보험료가 적당하다고 응답한 사람은 10%에 머물렀으며, 지난 1년 동안 납부한 건강보험료가 가계에 부담이 된다고 응답한 사람은 36.4%에 이르렀다. 국민건강보험이 나에게 필요한 제도라는 응답은 66.5%에 이르렀으나, 본인이 납부한 보험료가 국민건강을 위해 제대로 사용되고 있다고 응답한 사람은 겨우 13.1%에 그쳤다(서남규 등, 2005).

4) 한편, 이와 같이 제도가 개인의 행위를 일방향적으로 결정한다고 봄으로써 개인의 의도적인 행위나 의도성에 의한 정책변화에 대해서는 설명하지 못하는 것이 역사적 제도주의의 가장 큰 한계로서 지적되기도 한다(하연섭, 2002).

5) 비급여서비스에 대한 내용과 문제에 대한 자세한 논의는 허순임 등(2007)을 참고할 것.

개되었고, 2006년 10월 의료산업선진화위원회에서는 민간의료보험은 건강보험의 비급여서비스를 중심으로 급여하도록 원칙을 정하여, 현재의 건강보험제도를 보완하는 것으로 민간의료보험의 역할을 설정하였다. 이를 위해서는 건강보험이 급여할 범위에 대한 장기적인 정책방향을 설정하는 것이 필요하다. 민간의료보험의 상품 개발은 건강보험의 역할 설정을 바탕으로 결정하는 것이 바람직할 것이며, 비급여서비스 각 항목의 특성을 고려하여 개발되는 것이 필요하다. 급여수준과 관련해서는 공제액(deductible)과 정률(co-insurance) 또는 정액부담(copayment) 각각의 수준과 조합에 대해 통일된 몇 가지 방식으로 정하여 판매하도록 하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 경로의존 가설의 관점에서 볼 때, 민간의료보험의 역할 설정과 상품의 내용을 결정하는 것이 합리적으로 정착되어야 비급여서비스에 대한 환자의 부담을 해결하는 데 도움이 될 수 있고, 향후 정책방향을 바꾸는 문제로 인한 정치적 저항을 줄일 수 있을 것이다.

2) 정책사례 2: 의료 서비스의 질적 수준 향상

보장성 강화와 함께 향후 건강보험이 추구해야 할 중요한 과제는 의료 서비스의 질적 수준 향상이다. 전체 국민이 필요한 의료서비스에 접근할 수 있는 기회를 제공한 것에서 한 걸음 더 나아가 양질의 의료서비스를 제공하는 것은 건강보험제도의 세 주체(즉, 의료제공자, 가입자, 보험자)의 공통적인 추구사항이다. 첫째, 의료제공자는 의료서비스에 대해 높은 전문성과 자율성(autonomy)을 가지므로, 그 속성상 스스로 질 높은 의료를 추구하게 된다. 또한, 의료기술의 발전과 함께 의료제공자 사이의 경쟁이 이를 더욱 촉진하게 된다. 둘째, 환자(가입자)는 전문성이 높은 의료의 특성으로 인한 정보의 불균형 때문에 일방적으로 서비스를 받던 수동적인 입장에서 벗어나 정보에 대한 접근성이 높아지고 환자로서의 자기결정권이 강화되면서 자신들이 구매하는 의료서비스의 질적 수준에 대한 관심이 높아지고 있다. 셋째, 보험자에게는 의료서비스에 대한 지불자로서 단순히 보험료를 걷고 진료비를 지불하는 역할 뿐만 아니라 환자에게 제공되는 의료서비스의 내용에 대한 책임이 요구되고 있다. 이를 주인-대리인 이론에 입각하여 설명하면, 보험가입자인 국민(즉, 주인)을 대신하여 의료공급자에게 지불하는 주체(즉, 대리인)이기 때문에 주인인 국민의 이익을 위해 최선을 다해야 한다는 의미로 해석할 수 있다. 또한, 의료의 질 향상은 결과적으로 보험재정을 절감할 수 있다는 점에서도 중요하다.

이와 같이 의료서비스 질 향상의 중요성에 대해서는 보험자, 의료제공자, 환자(소비자)의 입장은 공통적이나, 이러한 문제의 해결방식에 있어서는 다른 입장이 가능하다. 우선, 의료제공자의 입장에서는 스스로의 자발적인 노력에 맡기고 질 높은 의료를 제공하는 기관을 환자가 선택할 수 있도록 하는 것이 바람직하다. 한편, 보험자나 환자의 입장에서는 평가를 시행

하는 주체가 가져야 하는 중립성, 통합적인 평가시스템 구축, 평가과정과 결과의 공개에 대한 책임 등을 고려하여 볼 때, 의료제공자의 자발적인 노력은 한계가 있다. 이러한 관점의 차이로 인해 세 주체가 공통의 목표를 추구함에도 불구하고 상당한 마찰이 있을 수 있다. 따라서 평가 주체와 평가를 받는 의료기관 간에 공감대를 형성하는 노력이 필요하고 특히 평가대상 선정과 평가지표 결정에 있어서 폭넓은 의견수렴이 필요하다.

의료서비스의 질 향상을 위한 구체적인 정책제안 중 건강 보험 제도를 통해 실행될 수 있는 방안으로 재정적 인센티브를 제공하는 안이 제시되고 있다. 이는 의료서비스의 질에 따라 진료비 급여에 차등을 두는 ‘성과에 따른 보상 - pay for performance(이하 P4P라 함)’ 방식으로서, 의료서비스의 질과 진료비 지불을 연계하는 것이다. 이 정책은 의료서비스의 비용에 대한 가치판단이 반영됨으로써 현재 진료비 지불 방식이 ‘양’에 대한 급여에 그치는 문제를 보완하는 의미가 있다.

우리나라에서는 현재 의약품 사용과 제왕절개 분만에 대한 적정성 평가결과를 공개하고 있으며⁶⁾ 현재 P4P에 대한 구체적인 실행안을 마련하고 시범사업을 준비하고 있다. P4P 설계에 있어서 주요 고려사항은 질 평가 하위군의 질 향상 유도, 모든 의료기관의 지속적 질 향상 유도, 질 향상을 유도할 수 있는 인센티브 수준 보장, 적절한 성과지표 선정 및 개발, 병원과 의료인 모두에게 동기 부여, 예상 가능한 부작용을 모니터링하고 이를 최소화 하는 노력 등이 필요하다(Rosenthal and Dudley, 2007). 더하여, 이러한 인센티브를 현실화할 수 있는 구체적인 재정지원의 방안이 모색되어야 할 것이다.⁷⁾

의료서비스의 질적 수준은 사실상 의료인들이 자신들의 전문성에 근거한 고유한 영역으로 간주하는 것으로서 이에 대한 통제는 그 유용성에도 불구하고 많은 논란을 가져올 것으로 예상할 수 있다. 그러나 의료서비스의 질적 수준 향상에 대한 시대적인 요구의 증가 속에서 이미 의료기관평가제도는 정착되어 가고 있으며 이러한 제도적 기반은 P4P 와 같은 새로운 정책의 도입을 보다 용이하게 해줄 수 있다. 게다가 P4P는 비록 통제의 수단이라는 하지만, 강제적인 제재가 아닌 경제적 보상이라는 인센티브를 통해 이루어지는 정책수단으로서 다른 통제의 수단보다 비교적 용이하게 자리잡을 수 있다. 앞으로 이 제도가 추구하는 목표인 의

6) 의약품 사용에 대해서는 항생제 및 주사제 처방률, 처방 당 의약품 수, 제왕절개 분만에 대해서는 제왕절개 분만율과 Vaginal birth after cesarean (VBAC) rate을 공개하고 있다.

7) 이와 관련하여 건강보험심사평가원에서는 「의료의 질 향상을 위한 요양급여비용 가감지급 시범사업(안) 공청회」(2007. 5. 22)를 개최하였는데 여기서는 P4P를 통한 인센티브 부여를 위해 추가적인 재원을 확보하는 방안 외에도, 질개선을 위한 재정절감을 사용하는 방안, 기존 재원을 사용하는 방안, 및 인센티브와 디스인센티브를 병행하여 재정중립을 유지하는 방법 등이 제시되었다. 예를 들어, 미국 Medicare의 경우 Medicare Health Insurance Trust Fund(Part A)에서 재원을 조달하여 각 병원에게 보너스 형태로 지불하고 있다. The Leapfrog Hospital Rewards Program에서는 질 향상으로 인한 재정절감의 50%를 인센티브로 지급한다.

료의 질 향상을 효과적으로 달성하기 위해선 규제수단의 기제로서 작동하기 보다는 의료계 공자와의 합의 속에서 공동의 목표를 달성하는 수단으로 자리잡는 것이 관건이다.

3) 정책사례 3: 건강보험제도의 효과적인 거버넌스 구축

전술하였듯이 우리나라 의료체계의 구조적 특징은 일단 수립된 정책의 집행 과정에서 공급자의 순응 확보나 정책수혜자인 국민들의 공감대 형성을 어렵게 한다. 의약분업 과정에서 나타난 파업·시위나 최근의 의료법 개정을 둘러싼 갈등은 좋은 예이다. 이는 곧 정책이 실효성을 가지려면 공급자나 국민 등 이해관계 당사자들과의 적극적인 의사소통을 통해 사전적인 합의에 이르는 것이 필수적임을 의미한다. 이러한 참여와 합의에 의한 의사결정구조의 설계는 의사결정에서 참여적 거버넌스를 강조하는 최근의 행정 추세와도 부합한다.

건강보험제도는 다양한 집단과의 이해관계가 얽혀있는 정책형성의 장이다. 건강보험제도는 짧은 역사에도 불구하고 적지 않은 횟수의 정책변화를 겪어왔으며 그 중 일부 정책결정은 그야말로 범국가적인 진통의 과정을 겪으며 실행되어왔다. 정책결정과정에 대한 담론 분석적(Discourse Analysis) 접근방법은 이와 같은 갈등의 사안들을 협의와 타협의 과정을 통해 해결하고자 하는 뉴거버넌스적 정책결정과정의 관점에서 이해하는 데 유용하다(하연섭 등, 2006; Schön and Rein, 1994; Schmidt, 2001; Schmidt, 2002; Fischer, 2003; Hajer and Wagenaar, 2003; Schmidt and Radaelli, 2004) 정책결정과정에 대한 기존의 연구들이 제도나 이익집단의 이해관계, 또는 규범이나 문화와 같은 요인들이 정책을 결정한다고 보는 단선적인 사고방식에서 정책변화를 이해하고자 했다면, 담론분석은 정책형성의 장에 참여한 행위자들이 정책의 필요성과 의미를 정의하는 가치관과 이념, 더하여 의사소통과 합의의 과정을 거쳐서 정책합의에 이르게 되는 상호작용의 측면에 주목하여 갈등적 사안에 대해 합의에 이르는 과정을 분석하는 방법이다(강민아와 장지호, 2007).

그 중, 정책결정과정에서 나타나는 상호작용을 조정적 단계(coordination stage)와 소통적 단계(communicative stage)의 두 단계로 구분하여 분석하는 Schmidt의 접근방법은 주목할 만하다(Schmidt, 2001; Schmidt, 2002; Schmidt and Radaelli, 2004). 여기서 조정적 단계는 정책결정과정에 참여하는 주요 행위자들이 협력 또는 타협의 과정을 거쳐 정책의 목적과 필요성에 합의하고 이에 따라 정책의 기본 내용을 결정하는 단계이고, 소통적 단계는 토의와 숙의(deliberation)의 과정을 거쳐 해당 정책 프로그램의 내용을 일반국민에게 전달하고 설득하는 단계로서, 이러한 과정은 해당 정책의 대국민 정치적 정당성을 확보하는 데 매우 중요한 의미를 지닌다.

이러한 맥락에서 과거 건강보험제도의 정책결정형성 과정을 살펴보면 조정적 단계에서나 소통적 단계에서의 상호작용이 원활하지 못했음을 알 수 있다. 최근 건강보험제도와 관련된

일련의 의사결정에서 보여졌던 강력한 국가주도형 거버넌스에서 수평적인 거버넌스 형태로의 일련의 변화(S. Kwon and Reich, 2005; H. Kwon, 2007; S. Kwon, 2007)에도 불구하고 현재의 건강보험제도의 운영 및 정책변화에 관한 의사결정 구조 및 방식은 이전과 크게 달라지지 않고 있다.

건강보험정책심의회(이하 '건정심')⁸⁾의 비효율적성이나 비합리성에 대한 비판은 조정적 소통단계에서의 이러한 문제와 닮아있다. 표면적으로는 의료공급자, 의료보험 가입자 및 정부 측 대표 등 중요한 이해관계자의 참여가 제도적으로 보장되어 있으나 합리적인 타협과 협상 대신 매번 심각한 대립양상을 보이며 난항을 겪고 있어서 실제로 건정심이 갈등 조정 장치로서의 역할을 제대로 수행하고 있는 지에 대해서는 많은 비난과 의문이 제기되고 있다(예. 경향신문, 2003년 1월 27일; 병원신문, 2006년 11월 20일; 데일리 팜, 2006년 12월 4일).⁹⁾ 한편, 소통적 단계에서의 의사소통도 여전히 활성화되지 못하고 있다. 사실상, 건강보험수가, 비급여나 급여범위의 변화, 보장률의 강화 등에 관련된 정책논의는 보험가입자인 국민들의 복지나 건강, 그리고 경제적인 상태에 지대한 영향을 미치는 데에도 불구하고 그러한 사안들은 대부분의 결정들이 정책관료들의 선에서 결정되고 공지되며 가장 실제적인 대상자인 국민의 의견은 거의 반영되지 않는 양상을 반복하고 있다.

그렇다면, 향후 건강보험정책에 관한 거버넌스는 어떠한 방향으로 개선되어야 하는가? 우선, 성공적인 조정적 단계에서는 참여자들이 비록 서로 다른 입장과 의견을 가지고 있다고 할지라도 다른 정책 행위자들과의 의견조율과 협상을 시도하며, 그 결과로서 공동의 가치를 창출하고 적절한 합의점에 도달하여 정책안을 마련할 수 있어야 한다. 원활한 의사소통에 기반한 성공적인 합의가 이루어지기 위해서는 이러한 합의의 장을 마련하는 제도적 기구의 정비가 우선 이루어져야 하며 복지부 산하의 건정심보다 강력하고 합리적인 결정기구로서 대통령 직속 또는 국회 산하로 사회정책조정위원회를 설립하고 여기에서 중요한 정책 사안을 결정하도록 하는 방안이 제시되기도 한다.

문제는 이러한 위원회의 제도적 설치만으로는 부족하다는 점이다. 이러한 조정적 기구는 정치인과 보건복지부나 기타 부처의 정부 관료, 건강보험정책에 이해관계를 가지고 있는 주요 이익단체의 대표, 시민단체의 대표 및 민간 전문가뿐만 아니라 국민이나 환자 대표 등의 참여를 보장해야 할 것이다. 또한, 정책결정의 조정적 단계에서 절차의 공정성 또는 합리성을 제고하기 위해서는 가능한 한 많은 사람들의 지식과 경험, 이해를 동원할 수 있는 결정절

8) 건강보험제도의 핵심적 정책 사안이라고 할 수 있는 요양급여의 기준, 요양급여비용, 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료 액, 직장가입자의 보험료율과 수가결정 등에 관한 심의, 의결은 현재 건정심에서 이루어지고 있다. 건정심은 위원장을 보건복지부 차관이 맡고 있으며, 건강보험의 가입자를 대표하는 위원 8인, 의약을 대표하는 위원 8인, 공익을 대표하는 위원 8인으로 구성되어 있다

9) 실제로 다수의 건정심 회의에서 양측대표들이 회의도중 퇴장하거나 불참하는 사태들이 발생하였다.

차나 규칙을 채용하는 것이 필요하다. 이러한 절차의 합리화를 위해서는 부적절한 추론을 지적하고 잘못된 선택을 배제할 수 있도록 하는 '비판의 제도화', 특정인의 의도대로 토론이 진행되지 않고 이성적으로 균형있게 진행될 수 있도록 하는 '절차의 공개성', 참여자들의 의견 개진 기회가 균형있게 제공될 수 있는 '절차의 공평성', 정책오차를 확인하는 데 유리하도록 하는 '절차의 적절성' 등의 전제 조건이 보장되어야 한다(김영평, 1991).

또한, 이러한 위원회가 조정적 의사소통의 기능을 제대로 발휘하기 위해서는 구성원들이 책무성과 전문성을 겸비하고 대표성을 확보할 수 있어야 한다. 전문성을 갖춘 소위원회를 상설화해서 정책결정에 필요한 정보와 과학적 전문지식에 대한 지원을 제공하는 것도 방안이 될 수 있다. 한편, 정책행위자들 모두가 공감하고 신뢰할 수 있는 정확한 정보와 객관적 자료를 축적하는 노력도 매우 중요하다. 예를 들어, 보험수가와 보험료율의 결정을 위해서는 정확한 의료비지출과 보험재정의 추계 등에 대한 객관적이고 정확한 자료가 제시되고 이에 근거하여 대안이 개발되어야 하는 데, 실제로 지금까지는 참여자간에 서로 다른 기준에 의한 상이한 결과들이 제시되고 있어서 오히려 갈등을 증폭시키는 역할을 하고 있다(최희경, 2004). 이런 점에서 2006년에 공급자와 가입자 공동으로 수가인상에 대한 연구를 실시하고 그 결과에 근거하여 수가결정에 대한 합의에 이를 수 있었던 경험은 주목할 만하다.

한편, 국민과의 의사소통 통로를 원활히 하는 소통적 노력도 중요한 과제이다. 정책형성의 초기단계에서부터 국민을 포함한 다양한 이해관계자들의 의견을 정기적이고 적극적으로 수렴하고 반영할 수 있는 소통적 의사소통의 통로가 확보되어야 할 것이다. 지금까지의 건강보험정책의 의사결정과정을 돌이켜 보면 건강보험정책의 가장 중요한 이해당사자인 국민에 대한 의사소통이 대부분 간과되어 왔고 이러한 관행은 결과적으로 사회보험에 대한 국민들의 이해와 사회적 합의의 부재라는 현상을 가져왔다. 정부 관료나 전문가의 독점적인 정책결정 방식이 과거 묵인될 수 있었던 것은 그 동안 경제개발성공으로 인해 고조된 정부에 대한 국민의 신뢰, 그리고 사회보장보다는 급속한 경제성장에 대한 사회적 관심 집중 때문이다(H. Kwon, 1999). 그러나 다양한 정책참여자의 다양화와 정보의 공개화, 복지에 대한 수요와 관심의 증가 등의 추세를 보건대 이에 대한 국민의 정책적인 관심과 참여의 요구는 계속 증가하게 될 것이다. 정책의 수혜자인 국민들에게 민감한 영향을 미치는 정책인 건강보험정책의 실효성을 증가시키고 불필요한 사회적 논쟁을 감소시키기 위해서는 소통적 단계에 관심을 가지고, 일반국민에 대한 적극적인 정보공개, 참여의 기회 확장 및 의사소통의 기회를 대폭 다양화할 필요가 있다.

최근 선진국에서 성공적으로 시행되어왔고 우리나라에서도 제한된 범위 내에서, 정책 결정 과정에서의 주민 참여와 의사소통의 활성화 방안으로 공청회, 시민합의, 포커스 그룹 등 다양한 방법이 정책형성의 초기단계에서부터 시도되고 있다. 정책의 최종적인 결정을 위해서는

주민투표나 여론조사 등과 같이 개인의 의견이나 행동의도에 대해서 명확한 찬성과 반대의 결정을 끌어낼 수 있는 조사 방식이 보다 효율적일 수 있다(Morgan 1994: 137). 그러나, 집합적 의사결정(collective decision-making)이 내려져야 하는 순간에서도 이러한 결정을 정당화하는 과정과 근거로서 다양한 의견을 수렴하고 참여자간에 정보를 제공하고 논의할 수 있도록 하는 의견 교환의 과정이 필요하다(하연섭 등 2006). 이러한 의미에서 시민합의나 공청회, 포커스 그룹 인터뷰 등의 다양한 유형의 제도적 장치들은 정책 형성을 위한 의견수렴 및 의사소통의 중요한 방법 중의 하나로서 작동할 수 있다(강민아 등 2007).

4) 정책사례 4: 장기요양보험제도에서의 보험자 역할 재정립

그 동안 건강보험공단의 운영에서 가장 많은 인력과 시간이 투입된 업무는 건강보험료의 부과·징수와 자격 관리였다.¹⁰⁾ 그런데 사회 보험료의 통합 징수 계획에 따라 건강보험공단의 업무량이 대폭 감소할 것으로 예측할 수 있다. 부과·징수업무의 이관은 공단 본부와 지사 중에서 특히 지사의 업무를 크게 경감하게 될 것이며 향후 보험자에게 기대되는 역할 중에서 건강보험 지사가 수행할 수 있는 추가적인 역할에 대해 고려해볼 필요가 있다. 단일 보험자에게 기대되는 새로운 역할의 핵심은 공급자와의 관계에서 수요자의 대리인으로서의 역할과 가입자(즉 국민전체)의 건강예방과 증진을 위한 역할이다(이태수 등, 2004; 양봉민, 2005).

특히, 장기요양보험제도에서 건강보험자의 이러한 역할은 매우 중요한 사안이다. 고령화 사회의 도래와 신 위험(New Risk)의 출현에 대한 대처로서 정부에서는 2008년부터 장기요양보험을 시행하고 있으며, 이의 관리운영주체는 건강보험공단이다. 장기요양보험제도의 바람직한 운영형태는 노인의 건강 상태와 생활 여건에 따라 적절한 의료, 요양, 또는 복지서비스를 제공하는 것이다. 즉 대상 노인이 서비스를 신청하면 이를 심사하여 건강상태에 따라 등급을 정하고 필요 서비스를 확인한 후 수요자와 서비스 공급 기관을 연계하여 수요자가 적절한 서비스를 받도록 하는 것이다.

그런데 장기요양보험은 기존의 건강보험과는 성격이 다르기 때문에 관리운영에서 요구되는 역할도 다르다. 장기요양보험은 필요에 따라 적절한 의료, 요양, 또는 복지서비스를 제공한다는 의미에서 의료와 복지가 결합된 형태로서, 대상자에 대한 케어와 제공되는 서비스의 질 관리가 매우 중요하다. 기존에는 의료는 건강보험제도와 의료급여 틀 속에서 의료기관(보건소 포함)을 중심으로 서비스 제공이 이루어졌으며, 복지는 사회복지서비스 틀 속에서 지자체와 복지관 중심으로 서비스가 이루어졌다. 물론 그 동안 의료와 복지 서비스 연계를 위한

10) 이태수 등(2004)의 연구에 따르면, 공단 전체 인력 1만 1천여 명 중 50%-60%에 이르는 인력이 보험료 부과/징수 업무를 담당하고 있으며, 특히 가입자와 직접적인 접촉이 이루어지는 있는 지사의 경우는 보험료 부과/징수 관련업무가 업무의 대부분을 차지한다고 한다.

시도로서 보건복지사무소, 지역복지협의체, 사회복지사무소사업 등이 수차례 시도되었으나 성공적이지 못한 것으로 평가되고 있다.

‘의료와 복지의 통합 케어 제공’이 효과적으로 이루어지기 위하여 우선 필요한 것은 수요자의 욕구(needs)를 정확하게 파악하고 그에 맞는 적절한 서비스 공급자에게 연결시켜주는 조정 연계 기능이다.¹¹⁾ 다음으로 요구되는 것은 대상 노인들에 대한 사례관리(case management)이다. 노인들의 건강 상태는 시간의 경과에 따라 급속하게 변화할 수 있으며, 그에 맞추어 필요한 서비스 내용과 수준도 바뀌게 된다. 따라서 장기 요양 서비스 수급 노인들을 주기적으로 체크하고 필요한 조치를 취하는 사례관리가 요구된다. 마지막으로 필요한 것은 제공되는 서비스의 내용과 수준에 대한 평가관리 기능이다. 장기요양보험 제도에서 제공되는 서비스는 대부분 민간에서 제공될 것이며 재가 서비스의 비중이 높을 것이다. 이러한 서비스 공급의 주체와 내용 특성 상, 그리고 대상자가 노인이며 비용 의식이 약하다는 점으로 인하여 제3자의 감시 기능이 없다면 서비스의 질 관리가 제대로 이루어지기 어렵다. 따라서 제공되는 서비스에 대한 주기적인 점검, 서비스 만족도에 모니터링 등을 통하여 서비스의 질을 평가 관리할 필요가 있다.

이와 같이 서비스 대상자와 제공자 간의 ‘연계’, 대상자에 대한 ‘관리’, 서비스 내용과 질에 대한 ‘평가’의 세 가지 기능은 장기요양보험제도의 목적 달성을 위하여 필수적인 기능들이다. 이때 서비스 대상자와 제공자를 연계시킨 다음, 대상자에게 제공되는 서비스를 평가하고, 대상자의 건강 상태를 관리하는 것은 각 기능에서 이루어지는 정보가 공유되지 않고는 제대로 이루어지기 어려우며, 각 기능들이 동시에 쌍방향적으로 수행되는 것이 효과적인 경우도 많다.

건강보험공단은 수급자를 선정하기 위해서 방문조사 등을 통하여 수급자에 대한 정보를 수집한다. 그리고 건강보험공단은 이들에 대한 의료 이용 정보를 갖고 있으며 이러한 정보는 ‘연계’ 기능과 ‘관리’ 기능을 위하여 반드시 필요하다. 따라서 누가 ‘연계’와 ‘관리’를 담당하더라도 이러한 정보는 지속적으로 축적되고 관리되어야만 한다. 한편 건강보험공단은 급여를 제공하는 주체이므로 다른 기관들에 비하여 비용 의식이 강하다. 즉 제공되는 서비스의 VEM(Value for Money)에 대한 관심이 가장 많은데, 이는 서비스의 질을 공정하게 평가하기 위한 효과적인 기제가 될 수 있다. 그리고 건강보험공단은 각 지역에 분포되어 있으며, 이러한 업무를 위한 인력도 보유하고 있다. 따라서 건강보험공단과의 정보 공유 및 인적 교류(또는 지원)를 통해 이러한 업무가 보다 효과적·효율적으로 이루어질 수 있을 것이다.

11) 특히 장기요양보험제도가 도입되더라도 이 제도 내에서 담당하지 않는 기존의 사회복지서비스와 재가복지 서비스는 계속 유지되므로, 노인들의 상태에 맞는 적절한 서비스 제공을 위해서는 이들 간의 연계가 잘 이루어지도록 하는 것도 필요하다(박종연 등, 2006)

III. 결 론

건강보험제도는 아직 해결되지 못한 정책오차와 부작용, 정치적 교착상태로 인한 비효율적 제도의 지속 등 해결해야 할 많은 숙제들을 안고 있다. 이러한 시행착오는 비단 이 제도에만 국한된 현상이라기보다는 시간의 흐름에 따라 끊임없이 변화하는 복잡하고 혼돈스러운 정책 환경에서 제한된 인간의 합리성과 과학적 사고에 근거하여 이루어져야 하는 정책결정과정의 본질적인 속성이라고 할 수 있다.

건강보험제도는, 대부분의 제도와 마찬가지로, 독립된 개체라기보다는 주변의 다양한 요인과 상호작용하는 복잡한 시스템이다. 정책 환경의 변화는 건강보험제도의 역할에 대한 요구와 기대를 증대시키고 있으며 보건과 복지서비스의 연계를 통한 보다 통합적이고 질적 수준이 높은 서비스를 제공해줄 것을 요구한다. 건강보험제도의 복잡성이나 다양한 주변요인들을 고려할 때 향후 정책수단의 선택은 정치적으로 여전히 어려울 것이며, 일단 형성된 정책은 그 성과나 유용성과 상관없이 고착되어 지속되고자 할 것이며, 예상하지 못한 정책오차나 부작용들은 일면 불가피하게 발생하게 될 것이다.

그렇다면, 이러한 제약에도 불구하고 미래의 지속성과 발전을 위해 해결되어야 하는 가장 중요한 과제는 무엇인가? 본 연구진은 지속적으로 당면하게 되는 수없이 많은 각각의 문제에 대해 가장 효율적이고 즉각적인 대응 수단을 찾는 것에 우선하여, 정책수립과정 자체의 새로운 패러다임을 모색하는 것이 필요하다고 본다. 이는 우선, 정책실행에 대한 단선적인 사고에서 벗어나 정책결정과정에 필연적으로 동반되는 복잡성과 불확실성을 인정하는 것에서 시작된다. 이는 복잡한 환경에서의 정책설계를 실험적(experimental)이며 계속적(continuous)인 과정으로 정의하고 정책에 내재된 모순을 계속적으로 관리하고 이를 근거로 하여 정책을 수정, 형성해나가는 과정을 제도화하는 것을 의미한다. 보다 구체적으로는 정책효과에 대한 지속적인 모니터링 평가, 소규모 시범사업의 실행 등을 통해 경험적 자료와 지식을 축적하고 이에 근거한 끊임없는 자기반성에 근거한 '지속적인 피드백'과 '학습의 제도화'를 통해 과거의 정책오차를 수정하고 새로운 정책 환경에 적응해나간다는 '동태적 전략결정'(dynamic strategy making)을 의미한다.¹²⁾

동시에, 적극적인 의사소통의 기제를 확립하여 건강보험제도의 역할과 범위에 대한 다양한

12) 김영평(1991)은 이와 같이 시행착오와 경험의 학습을 통해 지식을 확장시키면서 정책의 합리성을 개선하고자 하는 노력을 '내용적 합리성'이나 '절차적 합리성'과 구분하여 '진화적 합리성'으로 정의한다. 이는 정책의 복잡성과 인간의 제한된 합리성을 인정하고 정책의 국지적인 실험(예: 시범사업)이나 앞서 제시한 의사결정 절차의 공개성, 공평성, 비판의 제도화 등의 조건을 충족시키는 노력 등을 필요로 한다.

의견을 수렴하는 것이 필요하며 이를 위해서는 서로의 입장과 이해관계의 차이에도 불구하고 타협과 조정을 통하여 합리적이고 효율적인 합의점을 찾아갈 수 있는 사회적 기제와 문화를 마련하는 것이 필요하다. 이는 다른 입장을 가진 사람들의 비판에 대해 수용적인 환경을 조성하는 노력을 전제로 한다. 과학적인 지식이나 훈련된 전문성을 기반으로 소수의 정부 관료나 전문가들이 독점적으로 결정하는 기술 관료주의는 이미 그 한계점을 드러내고 있다. 다양성과 복잡성으로 특징지어지는 현대의 정책 환경에서, 시민의 의사표현을 투표의 합계로 정의하는 과거의 보편적인 의사결정 방식인 합산적 결정방식(Aggregative democracy)¹³⁾인 대의민주주의도 더 이상 적절한 대안이 아니다. 여론조사나 투표 등은 상대적으로 손쉬운 과정을 통해 쟁점 사안에 대해 확실한 결론을 도출해 낼 수 있다는 장점이 있으나 자칫 순간적이고 표면적인 의견만을 조사하게 되어 정책 결정에 관련된 다양한 갈등 요인들을 의사 결정에 충분히 반영되지 못하는 한계를 지적받고 있다.

한편, 정책의 초기 형성 단계에서부터 "이해관계자들이 이성애 기초한 주장을 펼칠 수 있는 공정한 절차"(Knight and Johnson, 1994)를 통해 해결책을 찾아내고자 하는 심의민주주의는, 다분히 유토피아적인 성격을 내포하고 있다는 지적에도 불구하고, 서구 선진국의 환경 정책이나 보건정책의 분야의 정책결정에서 이미 다양한 형태로 시도되고 있으며 어느 정도 실효를 거두고 있다(Fung and Wright, 2001; Gutmann and Thompson, 2004). 비록 오랜 기간에 걸친 점진적인 과정이 될지라도 이와 같이 조정적, 소통적 의사소통의 기제를 만들고 이를 적극적으로 활용하는 것이 합의에 기반한 정책을 형성하고 차후 발생 가능한 정책부작용과 오차를 최소화함으로써 궁극적으로는 보다 합리적인 제도로써 정착하는 방안이 되리라고 기대한다.

건강보험제도의 운영에서 반복적으로 발생하는 정책오차와 부작용은 감소될 수 있는가? 이 글에서 제시된 '동태적 전략결정'과 '조정적·소통적 상호작용'의 활성화는 이러한 노력의 중요한 일환이지만 그 논의는 아직 이론적 수준에 머물러 있다. 향후 연구에서는 이러한 이론적인 제안을 현실화할 수 있는 정책수단과 방안을 보다 구체적이고 실증적으로 검토해보는 것이 필요할 것이다.

13) 합산민주주의는 선거나 투표와 같이 상대적으로 손쉬운 과정을 통해 쟁점사안에 대해 확실한 결론을 도출해 낼 수 있다는 장점이 있으나(Gutmann & Thompson, 2004: 13) 정책결정에 관련된 다양한 갈등 요인들이 의사결정과정에 반영되지 못하는 문제를 지니고 있다. 또한, Bachrach와 Baratz가 제시한 무의사결정(non-decision-making)이나 3차원적인 권력 개념 모두 대의제 민주주의에 내포되어 있는 근본적인 한계를 지적하는 개념이다. 이러한 합산민주주의는 진입의 장벽이나 보유자원의 차이 등에 의해 나타나는 참여의 불균형의 양상이 시장경쟁의 메커니즘과 유사하다는 지적을 받는다(하연섭 등, 2006)

참 고 문 헌

- 강민아, 장지호. 정책의사결정에서의 프레이밍에 대한 담론분석. 한국행정학회보 2007;41(2): 23-45.
- 강민아, 손주연, 김희정. 통합 연구 방법 적용 가능성에 대한 탐색 연구- 지역 보건 정책 결정을 위한 주민 의견 조사에 설문 조사와 포커스 그룹 방법의 통합적 적용. 한국행정학회보 2007;41(4):415-437.
- 김기형. 복잡성, 혼돈 그리고 정책의 진화적 합리성: 의약분업 정책을 중심으로. 정부학연구. 2008;14(1):139-79.
- 김영평. 불확실성과 정책의 정당성. 서울:고려대 출판부; 1991.
- 김완배, 정은주. 수가, 보험료, 건정심 소위서 시한부 논의. 병원신문 2006년 11월 20일자.
- 김정희, 정종찬, 김성욱. 건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울: 국민건강보험공단; 2004.
- 김정희, 정종찬, 이호용, 최숙자, 이진경. 2005년도 건강보험 환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울: 국민건강보험공단; 2006.
- 김창욱, 김동환. 정책부작용의 원인과 유형 - 시스템 사고에 입각한 분석; 2006.
- 박종연, 강임욱, 김경하. 한국형 노인건강 수발관리체계를 위한 서비스 연계방안 연구. 건강보험공단 연구 보고서; 2006.
- 사득환. 정책연구의 패러다임 전환과 적응모형. 한국행정논집. 2002;14(1): 85-102.
- 사득환. 불확실성, 혼돈 그리고 환경정책. 한국정책학회보. 2003;(12)1: 223-248.
- 서남규, 박종연, 이해경. 2005년 건강보험제도 국민만족도 조사. 서울: 건강보험공단연구센터; 2005.
- 양봉민. 미래지향적 건강보험체계 구축제언과 보험자로서의 국민건강보험공단의 역할. 건강보험포럼 2005;4(2):2-15.
- 윤희숙. 보장성 확대정책으로 살펴본 건강보험 관련 의사결정과정의 문제점. KDI 정책포럼 2007;178.
- 이상이, 이용갑, 전창배, 서남규, 최인덕. 국민건강보험체계의 개념정립과 발전모델에 관한 연구 국민건강보험공단 건강보험연구원, 연구보고서; 2006.
- 정명호, 장승권. 복잡성 이론과 조직학습 : 자기조직적 질서와 발현적 학습의 모색. 인사·조직 연구. 1998;6(2):37-80.
- 이태수, 김태일, 양재진, 이상이, 정홍원. 보험자역할 재정립 방안 연구. 국민건강보험공단;2004.
- 조운찬. 무용론 제기되는 '건정심' - '정책결정 둘러리 전략'비난. 경향신문 2003년 1월 27일자.

- 최은택. 보험료 인상 위해 수가 0.25% 선물. 데일리 팜 2006년 12월 4일자.
- 최창현. 복잡성 이론의 조직관리적 적용가능성 탐색. 한국행정학보. 1999;33(4): 19-38.
- 최희경. 의료보험수가 결정과정과 정부의 역할. 한국행정학보 2004;38(2):127-147.
- 하연섭. 신제도주의의 최근 경향: 이론적 자기혁신과 수렴. 한국행정학. 2002;36(4):339-359.
- 하연섭, 주재현, 강민아, 나태준, 장지호. 사회의사결정구조개선방안 대통령자문정책기획자문위원회 보고서; 2006.
- 허순임, 신호성, 강민아, 김태일, 김창보. 건강보험 적정 보장성 확보방안. 한국보건사회연구원; 2007.
- Bar-Yam Y. Dynamics of Complex Systems. Cambridge, Mass: Perseus Press;1997.
- Bar-Yam Y. Improving the Effectiveness of Health Care and Public Health: A Multi-Scale Complex Systems Analysis. American Journal of Public Health 2006;96(3):459-466.
- Clark J. Governing the welfare: Systems, subjects and states. In: Clark J, editor. Changing welfare changing states: New directions in social policy. London: Sage Publications 2004.
- Fischer F. Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices. New York: Oxford University Press;2003.
- Fung A, Wright EO. Deepening Democracy: Innovations in Empowered Participatory Governance. Politics & Society 2001;29(1).
- Gutmann A, Thompson. D. Why Deliberative Democracy? Princeton: Princeton University Press;2004.
- Hajer M, Wagenaar H. Deliberative Policy Analysis: Understanding Governance in the Network Society, London: Cambridge University Press;2003.
- Hall PA. Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France. New York: Oxford University Press;1986.
- Hall PA, Taylor RCR. Political Science and the Three New Institutionalism.. 44: 936-957. Political Studies 1996;44:936-957.
- Ikenberry GJ. Conclusion: an Institutional Approach to American Foreign Economic Policy In: G. John Ikenberry, Lake DA, Mastanduno M, editors. The State and American Foreign Economic Policy. Ithaca: Cornell University Press 1988.
- Knight J, Johnson J. Aggregation and Deliberation: On the Possibility of Democratic Legitimacy. Political Theory 1994;22(2).
- Krasner SD. Approach to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics.

- Comparative Politics 1984;16(2):223-246.
- Kwon HJ. Inadequate policy or operational failure? The potential crisis of the Korean National Pension Programme. Social Policy & Administration 1999;41(2):20-38.
- Kwon HJ. Advocacy coalition and health politics in Korea. Social Policy & Administration 2007;41(2):148-161.
- Kwon S. The Fiscal Crisis of National Health Insurance in the Republic of Korea: In Search of a New Paradigm. Social Policy & Administration 2007;41(2):162-178.
- Kwon S, Reich M. The changing process and politics of health policy in Korea, Journal of Health Politics, Policy and Law 2005;30(6):1003-1026.
- March JG, Olsen HP. Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics. New York: FreePress;1989.
- Newman J. Modernizing the State: A new style of governance? In: Lewis J, Surender R, editors. Welfare State Change: Towards a Third Way? London: Oxford University Press 2004.
- North DC. Institutions, Institutional Change and Economic Performance. Cambridge: Cambridge University Press;1990.
- Pierson P. The New Politics of the Welfare State. World Politics 1996;48(2):143-179.
- Rosenthal M, Dudley R. Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care? JAMA 2007;297(7):740-4.
- Schmidt VA, editor. Discourse and the Legitimization of Economic and Social Policy Change in Europe. New York: Columbia University Press 2001.
- Schmidt VA. The Futures of European Capitalism. New York: Oxford University Press; 2002.
- Schmidt VA, Radaelli CM. Policy Change and Discourse in Europe: Conceptual and Methodological Issues. West European Politics 2004;27(2).
- Schon D, Rein M. Frame Reflection: Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies. New York: Basic Books;1994.
- Taylor-Gooby P. New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State. Oxford: Oxford University Press;2004.

< 부 록 >

국민의료비에서 공공부문지출 비중

	2004		2004
룩셈부르크	90.4	포르투갈	73.2
체 코	89.2	터 키	72.1
슬로바키아	88.3(2003)	헝 가 리	71.9
영 국	86.3	벨 기 에	71.1(2003)
스 웨 덴	84.9	스 페 인	70.9
노르웨이	83.5	오스트리아	70.7
아일랜드	83.4	캐 나 다	69.8
덴 마 크	82.9(2002)	폴 란 드	68.6
일 본	81.5(2003)	호 주	67.5
아일랜드	79.5	네덜란드	62.3
프 랑 스	78.4	스 위 스	58.4
뉴질랜드	77.4	그 리 스	52.8
독 일	76.9	한 국	51.4
핀 란 드	76.6	멕 시 코	46.4
이탈리아	75.1	미 국	44.7

자료 : OECD Health Data, 2006

전체 병상 중 공공 비중

	1998		1998
폴 란 드	99.8	오스트리아	69.2
핀 란 드	96.6	프 랑 스	64.8
영 국	95.7	뉴질랜드	60.4
터 키	93.9	일 본	35.8
체 코	90.6	미 국	33.2
포르투갈	78.2	한 국	9
멕 시 코	73.5		

출처: 김성순(2000), 공공보건의료 인프라 확충 방안, 2000년 정기국회 국정감사 정책제안