

건강보험 보장성 확대정책의 집행분석: Winter의 정책집행모형의 적용

유수연¹ · 강민아² · 권순만³

¹이화여자대학교 대학원 행정학과, ²이화여자대학교 사회과학대학 행정학과, ³서울대학교 보건대학원

An Implementation Analysis of the National Health Insurance Coverage Expansion Policy in Korea: Application of the Winter Implementation Model

Sooyeon You¹, Minah Kang², Soonman Kwon³

¹Department of Public Administration, Ewha Womans University Graduate School; ²Department of Public Administration, Ewha Womans University College of Social Sciences; ³Graduate School of Public Health, Seoul National University, Seoul, Korea

Background: Most studies on the national health insurance benefit expansion policy have focused on policy tools or decision-making process. Hence there was not enough understanding on how policies are actually implemented within the specific policy context in Korea which has a national mandatory health insurance system with a dominant proportion of private providers. The main objectives of this study is to understand the implementation process of the benefit coverage expansion policy. Unlike other implementation studies, we tried to examine both the process of implementation and decision making and how they interact with each other.

Methods: Interviews were conducted with the ex-members of the Health Insurance Policy Review Committee. Medical doctors who implement the policy at the 'street-level' were also interviewed. To figure out major variables and the degree of their influences, the data were analyzed with Winter's Policy Implementation Model which integrates the decision making and implementation phases.

Results: As predicted by the Winter model, problems in the decision making phase, such as conflicts among the members of committee, lack of applicable causal theories application of highly symbolic activities, and limited attention of citizen to the issue are key variables that cause the 'implementation failure'. In the implementation phase, hospitals' own financial interests and practitioners' dependence on the hospitals' guidance were barriers to meeting the policy goals of providing a better coverage for patients. Patients, the target group, tend to prefer physicians who prescribe more treatment and medicine. To note, 'fixers' who can link and fill the gap between the decision-makers and implementers were not present.

Conclusion: For achieving the policy goal of providing a better and more coverage to patients, the critical roles of medical providers as street-level implementers should be noted. Also decision making process of benefit package expansion policy should incorporate its influence on the implementation phase.

Keywords: Implementation; National Health Insurance; Benefit expansion policy; Winter's Policy Implementation Model; Fixer; Street-level bureaucrat

서론

12년이라는 길지 않은 기간 내에 전 국민을 대상으로 건강보험을 설립하였다는 놀라운 성과에도 불구하고 한국의 건강보험제도는

과도한 의료비로 인한 경제적 위협으로부터 국민을 보호하는 기능을 제대로 수행하고 있지 못함을 지적받아왔다[1-3]. 이에 2007년부터 의료보장을 선진국 수준¹⁾까지 단계적으로 확대해 가는 것을 목표로, 2005년부터 다양한 보장성 확대정책(중증질환 본인부담 상

Correspondence to: Minah Kang
Department of Public Administration, Ewha Womans University College of Social Sciences,
52 Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 120-750, Korea
Tel: +82-2-3277-4100, Fax: +82-2-3277-4100, E-mail: minahkang@ewha.ac.kr
Received: April 30, 2014 / Accepted after revision: July 1, 2014

© Korean Academy of Health Policy and Management
© It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permit unrestricted non-commercial use,
distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

한제, 아동 입원·외래 부담 경감 등)을 수립하여 시행하였다[4].

그러나 보장성 확대정책 추진의 결과는 아직까지 만족스럽지 못한 수준이며 여전히 정책목표인 '선진국 수준 보장성'에 도달하기에는 요원한 상태로 평가받고 있다[2-6]. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)에서 발표하는 건강 관련 통계²⁾에서도 전체 보건 의료 지출 중 공공에서 차지하는 비율은 2005년 53.3%에서 2012년 54.4% (2011년 55.3%)로 보장성 강화 정책을 시행한 이후에도 여전히 OECD 국가들 중에서 칠레(2011년 46.9%)와 미국(2011년 47.8%)³⁾ 다음으로 낮은 보장률을 보이고 있는 상황이다[7]. 이에 보장성 강화를 위한 많은 연구들이 수행되어 왔으나 그동안의 연구들은 주로 어떠한 정책수단을 사용하여야 할 것인가와 정책결정에 있어서 어떠한 원칙(우선순위)을 적용할 것인지에 대한 연구 등 '정책형성에 관한 연구'와 보장성 확대정책 실행 결과에 대한 '정책성과 평가연구'에 초점이 맞추어져 왔다.

일련의 정책목표를 달성하기 위해서는 적절한 정책수단을 선택하는 것이 매우 중요하다. 그러나 최선의 정책수단을 선택하였다 하더라도 실제 정책집행의 구조나 과정이 적절하게 설계되지 못한 경우에는 정책의 성공을 장담하기가 어렵다. 이는 1960년대 말 대중들의 기대와 관심을 끌었던 미국의 위대한 사회(Great Society) 프로젝트가 오클랜드 지역에서 실패한 이후 정책집행에 대한 연구가 활발히 이루어진 이유이기도 하다. 정책집행에 관한 대표적인 학자인 Pressman과 Wildavsky [8]가 저술한 'Implementation'에서 계획된 정책 프로그램이 지극히 초라한 결과를 산출하며 실패하게 된 이유를 집행과정 분석을 통해 자세히 밝혔으며 이 연구를 시작으로 정책집행에 대한 관심과 연구가 활발해졌다. '위대한 사회' 프로젝트의 실패에 대한 경험은 좋은 정책이 만들어지기만 하면 정책목표가 달성되리라는 기대의 단순함을 경험적으로 깨닫게 하면서 정책결정자와 연구자들이 정책집행에 주목하도록 한 것이다[9].

수단과 성과에 대한 연구가 대부분을 차지하고 있는 현재의 보장

성 정책연구의 접근방식은 이러한 집행연구의 중요성을 간과하고 있는 것으로 볼 수 있다. 건강보험 보장성 확대정책에 있어 정책집행에 관한 연구는 해당 정책의 정책환경 때문에 특히 더 중요하다. 우리나라 의료체계의 특성상 건강보험서비스를 제공하는 대부분의 집행자가 공무원이 아닌 사적 의료서비스 제공자⁴⁾이며, 특히 보장성 확대정책의 효과가 제한적인 이유를 꼽을 때 빠지지 않는 비급여서비스 제공에 대한 최종 결정도 이 단계에서 이루어진다. 따라서 보장성 확대정책의 집행을 파악하는 것은 사적 집행자인 의사와 집행조직(병원)에 대한 이해 없이는 불가능하다. 이러한 집행환경에도 불구하고 현재 보장성 정책과 관련된 연구들은 '정책결정'과 '성과'에 집중하고 있어서 둘 사이의 고리인 집행과정에 대한 설명이 부족한 상황이다. 이에 본 연구에서는 한국에서의 건강보험 보장성 정책이 실제 어떠한 집행현상을 보이고 있는지 살펴보고자 한다.

1. 보장성 확대정책 관련 연구동향 및 집행연구의 필요성

그동안 건강보험 보장성 확대정책에 대한 연구들은 크게 적절한 정책수단을 선택하는 문제와 시행한 정책의 성과를 평가하는 내용으로 나눌 수 있다. 전자의 예로는 급여의 우선순위 결정에 대한 연구,⁵⁾ 비급여정책에 관한 연구⁶⁾ 등을 들 수 있으며, 후자의 예로는 보장성 정책집행결과에 관한 연구⁷⁾를 들 수 있다. 두 가지 관점을 공통적으로 포괄하면서 보장성 정책의 기초자료가 되는 연구로는 보장성 관련 건강보험구조에 관한 연구와 보장수준지표에 관한 연구⁸⁾를 들 수 있다.

그러나 앞서 설명한 바와 같이 정책결정과과정에서 적절하고 합리적인 수단이 선택되면 집행은 기계적으로 진행되어 정책목표가 자동적으로 달성될 것이라는 기대는 고전행정학의 관점에서만 유효하다. 정책결과와 결과의 차이를 설명해 주는 고리인 정책집행에 관한 연구들의 중요성에 대해 Hargrove와 Erwin [10]은 정책결과와 결과평가 사이의 '잃어버린 고리(missing link) [11]'에 대한 우려를

1) 당초에는 2008년까지 70% 보장성 확보라는 구체적인 계획을 세웠으나 2008년도 계획에 해당되는 부분을 수정하였다.

2) <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>

3) 각 국가별 최근 제출자료 기준

4) Lipsky는 일선관료를 다음과 같이 정의하였다. '일선관료(street-level bureaucrats)는 자신의 직업으로 시민들과 직접적인 상호작용을 하는 공공서비스 노동자(public service workers)이며, 업무를 수행함에 있어서 상당한 재량을 행사한다. (중략) 전형적인 일선관료로는 교사, 경찰, (경찰 이외의) 법집행 공무원, 사회복지사, 판사, 공공 법률가, 그리고 법원 사무원, 의료 종사자(health workers), 그리고 정부의 정책에 접근할 수 있으며, 그 안에서 서비스를 제공하는 다른 수많은 공적 고용인들이 있다[30].'

5) 급여의 우선순위 선정에 관한 연구 예

김주경 (2004) 건강보험급여확대의 우선순위 선정에 관한 연구.

최숙자 등 (2006) 계층화분석법(AHP)을 이용한 건강보험 급여확대 상병 우선순위 결정.

이상이 등 (2006) 사회적 합의에 기반한 의료자원 우선순위에 관한 연구.

송현종 등 (2007) 주요 국가의 보건 의료 우선순위와 정책적 함의.

권순만 등 (2010) 건강보험 보장성 우선순위 원칙 및 적용방안.

오주환 (2011) 건강보험 보장성 확대의 쟁점.

6) 비급여정책에 관한 연구 예

최정규 (2008) 건강보험 요양급여체계의 문제점과 개선방안: 임의 비급여를 중심으로.

안기중 (2008) 보건복지부 임의 비급여 개선안의 내용 및 문제점.

배광학 등 (2010) 초점집단연구와 비급여점유율 실증분석에 근거한 민간보험 도입 검토.

7) 보장성 정책집행 결과에 관한 연구 예

최기춘 등 (2010) 건강보험 보장성 정책(2005년~2007년) 평가 및 확대 대상 검토.

배지영 (2010) 건강보험 보장성 확대가 의료이용 및 건강수준에 미치는 영향.

최정규 등 (2011) 보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담의료비 발생에 미친 영향.

표명하면서 정책집행연구의 필요성을 역설하였다.

2. Winter 집행이론의 의의 및 구성

정책집행에 관한 연구는 다른 정책학 학문분야에 비해 비교적 그 역사가 짧은 편이다[12]. 과거 주류를 이루고 있던 고전행정학에서는 정치-행정 이론론(Wilson)에 따른 정책결정과 집행이 분리된 인식, 과학적 관리론(F. Taylor)에 따른 집행에 대한 기계적 인식, 관료제론(Weber)에 따른 상명하달식 분업화 등의 특징으로 인해 정책집행의 중요성은 그다지 존중되지 않았다[13]. 이렇듯 소외되어 있던 정책집행에 대한 관심이 커진 시발점은 1960년대 말 미국 연방정부의 '위대한 사회' 건설사업의 일환으로 오클랜드 지역에서 이루어진 일련의 정책들이 실패한 원인을 분석한 Pressman과 Wildavsky의 'Implementation' [8]에 있다. 이 연구는 많은 대중들의 기대와 관심을 끌었던 사업이 지극히 초라한 결과를 산출하여 결국 실패하게 된 이유를 집행과정분석을 통해 자세히 밝혔다.

이후 정책집행연구의 큰 줄기는 정책집행을 '주어진 정책목표의 달성을 위한 수단적 행위'로 파악하는 하향적 접근방법과 '다수의 참여자들 사이에서 발생하는 상호작용'으로 이해하는 상향적 접근방법으로 이루어졌다. 그러나 이 접근법들은 각각의 장점에도 불구하고 정책집행 전반에 대한 파악이 어렵다는 한계점을 지적받았다[12-15]. 이에 Sabatier [16]는 "Top-down and bottom-up approaches to implementation research"⁹⁾를 통하여 통합모형을 제시하였으나 이 모형 역시 하나의 연구에서 파악하기 어려운 정도의 데이터를 요구하거나 각 모형의 변수들이 집행결과를 적절히 설명하지 못하는 한계점을 가진다[15]. 보다 근본적으로 이 통합모형은 결정 이후 단계인 집행과정에만 논의를 국한시키고 있으며 결정과 집행에 대한 유기적인 연계성에 대한 논의가 부족하다는 점을 지적받았다[12].

이에, 본 연구는 Winter [15]의 통합모형을 사용하여 건강보험 보장성 정책집행 상황 및 그 성패에 영향을 미치는 요소들을 파악하고자 하였다. Winter는 앞서 살펴본 상-하향식 모형이나 Sabatier 통합모형의 한계점들을 지적하면서 일반적인 정책집행이론에 반드

시 포함되어야 할 주요 변수들을 추려내어 하나의 모형으로 통합하였다. 또한 집행상황만을 단독으로 고려하지 않고 의사결정과정에서 나타나는 집행에 영향을 미칠 수 있는 변수들을 고려하여 정책결정-집행 간의 연계관계를 밝히고자 시도하였다[15,17-19]. 특히 Winter모형의 목적은 중요한 정책집행변수들을 식별하고 통합하며 나아가 집행과정을 종합적으로 이해하면서 집행이론의 개발을 자극하려는 목적¹⁰⁾으로 만들어졌다[15,20]. Winter모형에서는 정책의 집행결과에 영향을 미치는 요소로서 우선 정책결정과정과 조직 내/조직 간 집행행태, 일선관료행태, (정책)대상 집단의 행태 등 집행단계와 관련된 세 가지 요소들을 제시한다. 각 요소가 집행결과에 어떠한 영향을 미치는가를 자세히 살펴보면 다음과 같다.

1) 정책결정과정

Winter는 정책결정과정의 네 가지 특징, 갈등의 정도, 타당한 인과이론의 존재, 상징적인 행위, 그리고 정책옹호자의 관심정도가 집행결과에 영향을 주게 됨을 제시하였다(Figure 1).

우선 Winter의 모형에 의하면 정책결정과정에서 갈등의 정도가 높을수록 성공적인 정책집행에는 부정적인 영향을 미치게 된다[15,21]. 갈등의 정도가 높은 정책결정과정은 각기 다른 이해관계와 목적을 가진 행위자들 간의 분쟁양상으로 나타나며[15,22], 이러한 상황에서 결정한 정책은 명확한 정책목표를 갖지 못하고 타협을 정당화하기 위한 형식적인 목표를 담고 있을 가능성이 높다. 설령 명확한 목표가 세워졌다 해도 이를 달성하기 위한 최선의 정책수단이나 집행구조가 결정되기보다는 갈등상황을 해결하기 위한 협상과 타협의 결과물로서의 정책수단이 산출되는 경우가 많다.

둘째로, 정책과 그 성과에 대한 타당한 인과이론이 존재하는가는 정책의 성공적인 집행에 중요한 요인으로 제시된다. 여기서 타당한 인과이론이란 '정책으로 이루고자 하는 바람직한 상태인 정책 목표와 이를 달성하기 위한 정책 수단, 그리고 정책수단 실행의 결과로 나타나는 정책산출 간 인과관계[23]의 긴밀함'을 의미하며, Sabatier와 Mazmanian [23]은 인과이론이 '기술적 타당성(techni-

8) 보장성 관련 건강보험구조에 관한 연구.

노인철 등 (1989) 건강보험본인부담제에 관한 연구.

최병호 등 (1997) 건강보험 본인부담 실태와 급여체계 개편방안.

김용익 등 (2000) 건강보험 재정설계 연구.

김정희 등 (2006) 2005년도 건강보험환자의 본인부담진료비실태조사.

김창엽 (2001) 건강보험 재정진화 방안 모색.

김정희 등 (2004) 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사.

양봉민 등 (2006) 건강보험의 목표보장률 및 실현방안.

허순업 (2007) 건강보험 적정 보장성 확보 방안.

권순만 (2011) 지속가능한 건강보험 보장성의 적정구조 보장수준 및 지표에 관한 연구.

이규식 (1985) 의료수요의 가격 및 소득탄력도 -직장 및 공교 건강보험 적용자의 외래수요에 관하여.

이태진 등 (2003) 보건의료 비용 지출의 형평성.

김정희 등 (2005) 본인부담상한제 소요재정 추계 및 개선 방안 연구.

정형선 등 (2006) 건강보험급여율의 경시적 변화와 의료보장성의 국가 간 차이.

정형선 (2007, 2008, 2009) 각년도 국민의료비 및 국민보건계정.

9) 정책집행의 성공을 위한 6가지 필요충분조건을 제시하며 하향적, 상향적 접근을 통합한 이론을 제시하였다.

10) 이러한 이유로 Winter는 자신의 모형을 예비적인 모형(preliminary model)으로 명명하기도 하였다[20].

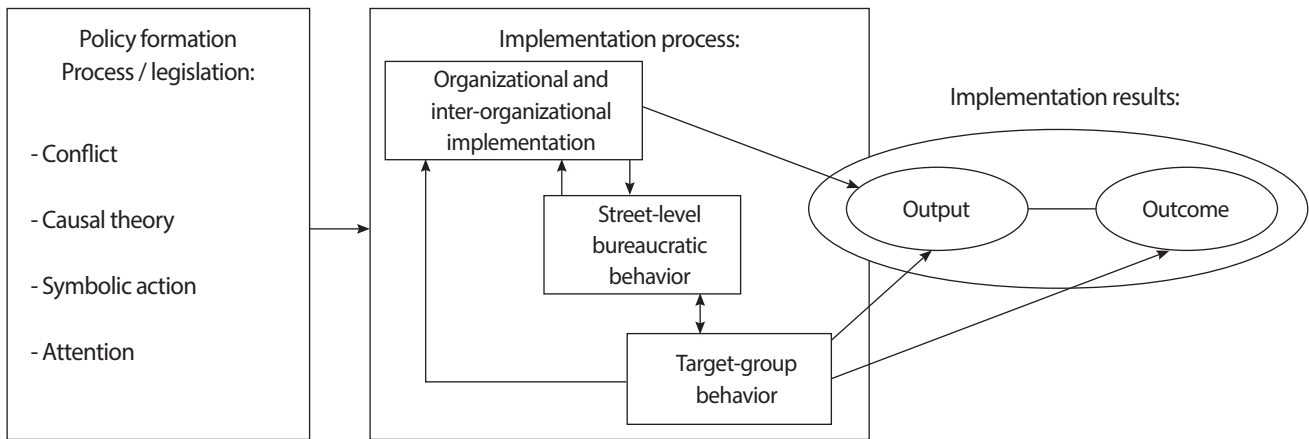


Figure 1. Winter's integrating model. Reprinted from Winer S. Integrating implementation research. In: Palumbo DJ, Calista DJ, editors. Implementation and the policy process: opening up the black box. New York: Greenwood Press; 1990. pp. 20, with permission of Greenwood Press [15].

cal validity)'과 '집행효과성(implementation effectiveness)'으로 구성된다고 설명하였다. 정책결정과정에서 인과이론에 근거한다는 것은 정책과 목표로 하는 성과 간에 인과관계에 대한 타당한 이론이 존재하며 참여자들이 정책결정의 결과를 분석하는 데 있어서 이러한 인과이론을 적용한다는 것을 의미한다[15]. 즉 의사결정과정의 참여자들이 정책수단에 대한 정보, 그리고 효과적인 집행방안 및 예상되는 성과에 대한 적절한 지식을 가지고 있어야 하며 이를 정책결정에서 활용할 수 있어야 한다는 것이다[15,23].

현대 복지국가의 많은 문제들은 '그 문제의 정의를 내리기도 다루기도 힘든 난제(wicked problem)'인 경우가 많다[15,24]. 이러한 문제들은 그 원인과 결과를 파악하기도 어려우므로 위의 인과이론에 근거하여 정책수단을 찾아가기가 쉽지 않다. 이에 정책결정자들은 문제해결방안을 모색하기보다 대중이 원하는 행동을 보여주는 것에 더 치중하는 '상징적 행위'를 하게 된다[15]. 이렇듯 정책결정이 구체성 없는 상징적인 이유로 결정되었을 경우 성공적인 정책집행이 이루어지기 어렵다.

네 번째로, 성공적인 정책집행은 정책결정과정에서 정책지지자들의 관심 수준과도 관계가 있다[15]. 정책에 대한 관심이 제한적인 상황에서는 참여자와 가치기준, 문제상황, 선택의 기회, 해결책 간의 결합이 '쓰레기통 모형'에서처럼 우발적으로 일어나기 쉬우며 [25], 그 결과로 정책구조, 정책목표, 설계, 집행 간에 내적 일관성을 유지하기가 어려운 정책결정이 이뤄지게 된다[15]. 따라서 집행성공의 가능성이 높은 정책이 결정되기 위해서는 정책옹호자들의 지속적이고 일관성 있는 관심이 필요하다.

2) 조직 내/조직 간 집행행태

대부분의 집행연구는 조직의 이해관계와 갈등을 정책산출(outcome)과 성과(output)에 영향을 주는 주요변수로 보고 있으며 [15,26,27], 이들 연구결과에서는 조직 고유의 이해관계를 가지고

정책목표에 반하는 행위를 할 유인이 큰 조직이 집행구조에 포함되어 있을 경우 정책실패가 일어날 가능성이 큰 것으로 보고하고 있다. 이에 Winter는 조직 고유의 이해관계와 정책목표에 반하는 행위에 대한 유인요소를 주요 측정요소로 제시하였다.

또한 Sabatier와 Mazmanian [23]이 정책집행구조의 형성과정에서 조직 내 혹은 조직 간 공식적 의사결정구조에 대한 계층적 통합(hierarchical integration)이 매우 중요함을 강조하였는데, Winter는 이들의 주장에서 거부점(veto/clearance point)의 수가 매우 중요하다는 함의를 이끌어내었다. 집행조직의 구조가 공식적인 의사결정 내용에 따르는 통일된 구조가 아닌 재량권을 가진 의사결정점(point)이 많은 특성을 가진다면 거부점의 수 또한 많아질 수 있고 이는 집행의 성공 여부에 영향을 미치게 된다는 것이다.

이러한 거부점의 부정적인 영향을 줄이고 정책집행을 성공적으로 이끄는 역할을 하는 사람이 바로 Bardach [28]가 제시한 개념인 '조정자(fixer)'이다. 여기서 조정자는 특정 정책의 성과를 가까이서 지켜보는 영향력 있는 사람이나 조직을 의미하며 기관 혹은 단체로서 거부점이나 다른 문제들이 발생하였을 때 지속적인 관심과 지원으로 정책실패를 방지한다[13,28,29].

3) 일선관료행태

(1) 일선관료의 범위

Winter모형에서 일선관료의 개념은 Lipsky [30]의 일선관료제(street-level bureaucrats) 연구에 기반하고 있으며, 앞서 Lipsky의 일선관료에 관한 정의를 소개한 바 있는 데(각주4 참조) 본 연구에서는 이러한 광범위한 정의에 의거하여 의료서비스 제공자인 의사를 보장성 정책의 최종 집행자(공공부문에서는 일선관료)로 정의하였다. 우리나라의 의사들은 영국의 의사들처럼 공식적으로 고용되어 있는 신분적인 '관료'는 아니지만 정책대상자(건강보험 가입자인 환자)와 상호작용을 하며, 그 과정에서 상당한 재량권을 가지고

있다는 점에서 Lipsky가 정의한 일선관료의 특징을 지니고 있다. 국내에서는 Yang [31]의 연구에서 민간기관에 의해 사회복지서비스가 제공되기 시작하고 정부의 적극적인 개입은 최근에서야 이루어지기 시작한 한국 사회복지정책의 역사적인 특징을 들어, '사회서비스 일선집행자 범위에 일선에서 서비스를 제공하는 민간기관을 제외할 수 없다'고 지적한 바 있다. 또한 그들이 제공하는 의료서비스에 대한 대가를 건강보험 재정이라는 공적인 자원에서 제공받고 있으며 그러한 집행의 적절성에 대해 심사를 받는다는 점도 Lipsky가 정의한 일선관료의 범위에 해당된다.

(2) 적응전략

집행이론에 의하면 일선관료들은 정책집행과정에서 복잡한 문제와 불확실한 상황에 직면했을 때, 의식적·무의식적으로 정책목표에 반(反)하는 적응전략(coping strategy)을 사용하여 집행의 성공 여부에 영향을 미치게 되는데[15,30], 대표적인 대응행태는 다음과 같다.

첫째로, 자신이 가진 재량권을 이용하여 정책 대상자를 혼란시키는 것이다. 예를 들어, 정책(혹은 제공서비스)에 대한 정보를 제한하고, 대상자를 기다리게 만들거나 서비스에 대한 접근을 어렵게 만드는 행위 또는 대상자가 다른 여러 가지 심적 부담이나 비용을 느끼도록 만드는 것이다[15].

둘째로, 'creaming(혹은 skim off the top)'행위가 이루어질 수 있다. 이는 일선관료가 정책대상자를 취사선택하는 것을 의미한다. 예를 들어 직업상담을 하는 일선관료가 가장 취업 가능성이 높은 사람에게 일자리를 먼저 소개하는 것도 일종의 취사선택행위로 볼 수 있다[30]. 직업상담과 일선정책의 근본적인 정책목표는 스스로 취업할 능력이 부족한 사람들이 취업할 수 있도록 돕는 것이지만, 상담원의 입장에서는 반대의 대상자(즉, 정책적인 노력이 없어도 취업할 확률이 높은 사람)를 선별하여 수량적인 목표를 달성하는 적응전략을 사용하는 것이다. 그 외의 적응전략으로는 업무를 정형화(routinization)함으로써 업무 과부하를 줄이고 단순화시키는 방법이 있다[15].

(3) 적응전략의 원천

집행에 있어서 일선관료의 적응전략이 어떻게 형성되는 것인지에 대한 설명이 부족하며, 따라서 어떻게 적응전략의 부작용을 줄일 수 있는지에 대한 논의도 아직 부족하다[15]. Jeong 등[13]은 불충분한 자원, 권위에 대한 위협과 도전, 모호하고 대립되는 기대가 존재하는 집행상황에서 일선관료의 적응전략이 발생하는 것으로 설명하고 있다. 그러나 업무의 정형화에 대한 집착이나 정책변화에 대한 저항이 업무환경에서 오는 압력에 기인한 것인지 아니면 일선집행자가 속한 조직문화의 영향[32]과 같은 요소에서 기인한 것인지는 여전히 불분명하며, 이는 적절한 업무환경이나 자원이 제공

될 경우 모든 정책은 원활히 집행될 수 있다는 논리로 이어질 위험이 있다. 이에 일선 집행자의 적응전략에 대한 파악뿐 아니라 그러한 적응전략이 발생하는 이유가 무엇인지에 대한 분석이 필요하다.

4) 정책대상 집단의 행태

Winter 통합모형의 마지막 변수는 정책대상 집단의 반응이다. 정책집행 연구에서 대상 집단의 행태에 대한 관심이나 체계적인 연구는 많지 않은 편이다[15]. 즉 정책대상 집단은 일련의 정책과정에서 초기(의사결정)의 관심대상이 될 뿐 집행연구의 대상으로 고려되는 경우가 많지 않다[15,33]. 사회서비스정책이나 규제정책의 성과는 대상 집단이 그러한 정책을 어떻게 수용하는가에 따라 달라지므로 대상 집단의 행태는 집행연구에서 꼭 고려해야 할 사항이다.

방 법

본 연구에서는 보장성 정책의 집행 및 집행에 영향을 미치는 정책결정과정 참여자에 대한 심층인터뷰를 통하여 자료를 수집한 후 이를 분석하여 보장성 정책집행현상과 영향요인을 파악하였고 이는 질적 연구의 범주에 속한다. 질적 연구를 수행하는 이유는 여러 가지가 있을 수 있으나 일반적으로 알려진 것이 많지 않은 현실분야를 탐색하는 연구이거나 새롭게 발견해 낼 지식들이 많은 분야에 대한 연구에 적합하다[34,35].

보장성 정책에 관한 기존의 국내연구에서 정책집행에 관한 논의는 전무한 상황이기 때문에 사전에 축적된 관련 변수는 거의 존재하지 않는다. 이러한 상황에서 보장성 강화 정책의 집행이 어떻게(how) 이루어지고 있는지, 어떤 요소(what)에 영향을 받는지, 왜(why) 그런 현상이 나타나는지를 알아보기 위해서 정책의 집행과 관련이 있는 이해관계자들과의 심층인터뷰를 통하여 관련 변수들을 찾아나가는 방식을 사용하였다. 인터뷰 대상자인 보장성 정책 관련 주요 정보원(key informant)은 목적표집법을 통하여 섭외한 후 인터뷰를 진행하고 이들에게 추천을 받아 다음 인터뷰 대상자를 표집하는 눈덩이(snowball)기법을 병행하여 선정하였다.

본 연구의 인터뷰 대상은 크게 정책결정자 그룹(정책결정자 건강보험의 보장성 정책과 관련된 의사결정을 하는 건강보험정책심의위원회[이하 건정심]) 참여위원과 집행자 그룹(보장성 정책집행의 일선집행자로 볼 수 있는 의료공급자), 그리고 전문가(학계와 연구기관)와 조정자(복지부 공무원, 심사평가위원[이하 심평원]과 국민건강보험공단[이하 공단] 관련자)이다. 건정심은 국민건강보험법 제4조에 근거하여 설립된 조직으로서 건강보험과 관련된 최고 의사결정기구이다. 건강보험의 보장성 확대와 관련한 급여항목과 범위에 관한 최종 정책결정은 건정심에서 이루어진다.¹¹⁾ 본 연구에서는

11) 심의위원회는 위원장(보건복지부 차관) 1인과 부위원장(위원장 지명) 1인을 포함한 25인의 위원으로 구성되며, 위원장을 제외한 위원의 사용자 대표 8인, 제공자 대표 8인, 보험자 대표 및 공익 대표 8인으로 이루어진다.

현재 시행되고 있거나 과거 시행되었다가 폐지 혹은 수정된 보장성 확대정책의 결정과정에 참여한 적이 있는 건정심의 전(前) 위원들을 인터뷰하였다. 이때 건정심 위원 중에서 정책집행자이기도 한 공급자 대표들에게는 집행조직(병원) 및 집행자(의사)에 관한 내용을, 집행대상자(건강보험 사용자, 환자)이기도 한 사용자 대표들에게는 집행대상자 행태에 관한 내용을, 보장성 정책에 관한 전문가인 공익 대표에게는 전반적인 집행현황과 영향요인에 관한 내용을 함께 인터뷰하였다.

비급여 관리정책의 실제적인 일선집행자라고 할 수 있는 의사의 경우 현재 시행되고 있거나 과거 시행되었다 폐지 혹은 수정된 보장성 확대정책(급여항목)을 처방 혹은 청구해 본 경험이 있는 의사로서 대형병원 봉직의(pay-doctor)와 개원의를 선정하였다. 구체적으로 살펴보면 건강보험 급여항목에 포함된 처방이 많은 진료과(내과, 가정의학과, 산부인과 등)는 집행조직 내/조직 간 갈등 및 상호작용에 대하여 분석하기 위하여 상대적으로 조직의 이해관계에 영향을 받기 쉬운 봉직의를 선별하였고, 급여항목이 상대적으로 적은 치과의 경우 개원의를 인터뷰하였다. 정책결정자와 집행자를 포함한 전체 인터뷰 대상 및 구분은 다음 Table 1과 같다.

결 과

1. 보장성정책 결정과정

건강보험 보장성 정책에 관한 의사결정이 이루어지는 건정심은

사용자 대표(시민단체와 노조), 제공자 대표(의사협회, 병원협회 등), 보험자 대표(공무원)와 전문가 등 각자 다른 이해관계를 가진 집단을 대표하는 위원들로 구성되어 있으며, 기본적으로 갈등의 수준이 높게 나타남을 볼 수 있었다.

1) 갈등의 정도

인터뷰 결과에 의하면 보장성 정책결정을 둘러싼 갈등은 두 가지 양상으로 나타났다. 첫째는 건정심 위원의 구성에 대한 불만이 존재한다는 것이고, 둘째는 각자의 이해관계가 강하기 때문에 합의의 노력이 이루어지지 않는다는 것이다.

(1) 위원구성의 문제

건정심의 위원은 사용자 대표와 제공자 대표, 공익 대표가 각각 8인씩으로 구성되어 의사결정에서 건강보험과 관련된 관계자들을 고르게 대변하고 서로 견제 및 조율을 할 수 있도록 구성되어 있다. 그러나 실제로 이러한 구성이 각계의 의견을 대표하고 사용자와 제공자, 보험자 간 견제와 균형을 실현하고 있는지에 대해서는 대부분의 인터뷰 대상자가 회의적인 의견을 보이고 있다.

건정심 위원구성에 있어서 주로 문제가 제기되는 부분은 가입자 대표로 참여할 조직과 공익 대표 중 전문가의 선정이었다. 약역계 대표의 경우 거의 고정된 단체에 속해 있거나 추천을 받은 보험담당 이사들이 건정심에 참여하고 있으나, 가입자 대표와 공익 대표는 3년의 재임기간이 지나면 보건복지부 장관이 선정하도록 되어있

Table 1. Types of interviewees

No.	Policy phase	Role	Group (example)	Code
1	Decision making	Providers representative	Medical doctors' associations	A-s-1
2				A-s-2
3				A-s-3
4				A-s-4
5		Users (patients)	Employer's federation, labor union, non-government organizations	A-c-1
6				A-c-2
7				A-c-3
8		Academics	Professors, researchers	A-e-1
9				A-e-2
10				A-e-3
11	Implementing	Mediators	Government (MOH), National Health Insurance Corporation, Health Insurance Review & Assessment Services	A-p-1
12				A-p-2
13				A-p-3
14				A-p-4
15				A-p-5
16				Providers
17	B-2			
18	B-3			
19	B-4			
20	B-5			
21	B-6			

다. 이 과정에서 특히 가입자 대표로 참여하는 시민단체의 경우 정부의 성향이나 정책방향에 맞춰 의사결정을 할 수 있는 집단 혹은 위원이 선정되는 경향이 높다는 의견이 많다는 의견이 제시되었다.

공급자 대표는 공급자 측에서 선택권을 가지고 있어서 위원선정에 보건복지부가 관여하기 어려운데, 가입자와 공익 대표는 복지부가 추천하니까 지금(2011년 현 건정심)처럼 친(親)공급자적 이거나 친정부적인 성향을 띠는 경우가 발생한다(A-c-1:3). 가입자 중에서...(중략)...시민단체들의 대표성을 뭘 보고 선정을 할 거냐에서...(중략)...이 객관성을 담보하지 않는 한 계속 교체될 때마다 문제가 되고 그 문제는 결국 건정심의 신뢰문제 하고도 관련이 되잖아요(A-e-3:20).

실제로 이러한 경향이 문제가 되어 2010년 건정심에서 배제된 경실련(경제정의실천시민연합)이나 참여연대의 경우 복지부가 자신들보다 보수적인 성향을 지닌 바른사회시민회의나 건강보험과 관련한 전문성 혹은 참여 경험이 없는 한국음식업중앙회 등을 건정심 위원으로 위촉한 것에 대한 처분 취소의 행정소송을 제기한 바 있다.¹²⁾ 이는 정치적인 이슈를 떠나 건정심 위원들의 대표성과 건정심 자체의 신뢰도 문제와도 연관이 되며, 이러한 문제는 공급자(s), 사용자(c), 전문가(e)가 고르게 지적하고 있었다.

(2) 의사결정의 공정성

두 번째로 나타나는 갈등의 양상은 의사결정 단계에서 위원들 간 합의의 어려움이었다. 보장성 정책을 둘러싼 사용자와 제공사, 보험자 혹은 전문가 등 서로 대립되는 다양한 이해관계자들로 구성된 건정심에서 의사결정에서는 다른 정책결정과정과 마찬가지로 어느 정도의 입장 차이가 존재할 수밖에 없다. 여기서 주목할 점은 입장 차이의 존재가 아니라 사용자 대표나 제공사 대표 모두가 정책결정이 결국은 정부(보건복지부)가 제시한 의견대로 흘러간다고 보고 있으며, 그러한 정부의 제안은 대개 자신들의 이익과는 반대의 방향으로 결정된다고 믿고 있다는 점이다. 무엇보다도 인터뷰 대상자인 건정심 위원들은 정부의 입장이 큰 원칙에 기반하고 있다는 믿음을 가지고 있지 않고 적절한 근거에 따른다기보다는 정략적인 판단이 우선한다고 보고 있다는 점이다.

가입자와 공급자가 한 목소리를 내는 경우는 거의 없으니까 거의 정부 입장대로 갈 수밖에 없죠(A-s-3:3). 보장성, 보험료 이런 부분들 할 때도 물론 저희가 참여를 하지만, 대다수 이슈에 관해서는 정부나 의료계 쪽에서 주도하는 경우가 상당히 많습니다(A-c-2:6).

정권이 바뀌었음에도 불구하고 기초가 크게 바뀌지 않은 건, 보장성 정책에 큰 원칙이 있어서가 아니라 원칙이 없으니까요. 정부가 바뀌긴 했지만 사회적으로 관심 받는 것은 크게 바뀌지 않았으니까(A-s-3:1).

2) 인과이론의 부재

인과이론에 기반을 둔 정책결정, 즉 보장성 확대정책의 목표와 이를 달성하기 위한 정책수단과 그 결과물인 정책산출 간의 인과관계가 긴밀하도록 정책을 결정하기 위해서는 의사결정과정의 참여자들이 현재의 의료와 건강보험의 상황 및 보장성 확대정책에 대한 충분한 지식을 가지고 있어야 한다[15,23]. 또한 새로이 알게 된 지식이나 환경변화에 대한 자료가 참여자들 간에 충분히 공유되고 학습되어야 한다. 특히나 보장성 확대정책은 의료적인 측면, 복지적인 측면과 재정적인 측면이 맞물려 있는 정책이기 때문에 정책결정 이전에 정책의 내용과 수단, 효과 등에 대한 자료의 공유가 필수적이다. 그러나 인터뷰 결과, 전문성이 낮은 점에 대한 우려와 함께 자료공유가 충분히 이루어지지 않는 상황임을 알 수 있었다.

지금 돌아가는 상황에서 문제는 그 근거라든지 원칙이 없다는 거 하고, 또 문제는 건정심 위원들의 전문성이예요. 건정심 위원들이 건강보험제도라든지 보장성 이런 거에 대해서 자료를 reading하고 판단할 능력이 있느냐, 이게 중요한 문제지. 거기서 이익을 제기해야 하는데, 아니면 새로 의견을 제안할 능력이 없어. 그러니까 판단이 안서는 거지. 그러니까 지금처럼 제안한 사람이 그 사안에 대해서 제안하는 대로 의사결정은 해야겠고, 그러니까 반대를 하려고 해도 반대할 명분은 없고 뭘지 모르겠으니까 그냥 뒤따라가는 거지(A-e-2:9).

더욱이 자료의 준비와 공유는 전적으로 정부에 의존하고 있으며, 이에 의사결정방향에 정부의 영향권에서 크게 벗어나지 못한다는 인식도 매우 높다.

사전에 자료가 잘 공유되지 않아요. 전날 올 때가 많고. 보장성 같은 경우에는 2013년까지 로드맵이 있으니까 큰 틀이 거의 정해져 있는데, 그 사이사이 들어가는 세부항목들은 당일 날 보는 것도 많아요. 그걸 어떻게 토를 달겠습니까(A-s-3:2).

가장 큰 문제는 의사결정 주체들이 정부의 입장이 큰 원칙에 기반하고 있다는 믿음을 가지고 있지 않고, 적절한 근거에 따른다기보다는 정략적인 판단이 우선한다고 보고 있다는 점이다.¹³⁾

12) 경실련 성명서 '건강보험정책심의위원회 위원 위촉절차를 취소하라'(2010년 1월 21일). <http://www.ccej.or.kr>

13) 실제로 그러한 현상이 벌어지고 있는 점은 다음 변수에서 자세히 다루기로 한다.

(정권이 바뀌었음에도 불구하고 기초가 크게 바뀌지 않은 건, 보장성 정책에 큰 원칙이 있어서가 아니라) 원칙이 없었으니까요. 정부가 바뀌긴 했지만 사회적으로 관심받는 것은 크게 바뀌지 않았으니까(A-s-3:1).

3) 상징적 행위로의 귀결

정책결정의 구성원들의 전문성이 부족하고 정책목표 달성을 위한 적절한 근거이론도 부족한 상태에서 정책결정은 대중에게 보여주기 위한 상징적인 행위로 귀결되기 쉽다[15]. 응답자들은 그 대표적인 결정으로 입원환자 식대의 보험급여화(2006년 6월)와, 만 6세 미만 입원 아동의 본인부담 면제(2006년 1월)를 지적하였다. 두 정책이 보장성 확대라는 정책목표의 달성에 있어서 가장 적절한 수단이거나 시급한 사안이어서 결정된 것이 아니라 적용범위가 넓고 가시성이 높기 때문에 결정된 것으로 보고 있는 것이다.

치료도 원활하게 하지 못하게 하면서 식대 급여하면, 사회적으로 보면 이게 안 되던 것이 급여를 하니깐 굉장히 큰 것처럼 보이잖아요. 그렇지만 약의 급여를 확대하는 것은 급여기준을 개선하는 것이기 때문에 아무런 임팩트가 있어 보이지 않는단 말이에요. 그러니까 전시행정 차원에서 가장 대표적인 정책인거예요 (A-s-2:7).

더 심각한 희귀병 등에 주력하기보다는 암과 심뇌혈관질환에 주력한 것도 같은 지적을 받고 있다. 물론 암이나 심뇌혈관질환을 앓고 있는 환자가 많고 두 질환 모두 높은 의료비를 부담해야 하는 것은 사실이다. 따라서 보장성 확대정책에서 주요하게 다룬 것이 잘못되었다고 볼 수는 없으나, 그에 대한 합리적인 근거를 정부 이외의 정책결정자들이 공유하지 못한 채 의사결정이 일방적이었다는 느낌을 준 것이 문제로 지적되었다. 흥미롭게도 응답자 중에서 식대 급여의 확대결정에 대해서 사용자, 제공자, 전문가 중 어느 누구도 찬성을 했다는 의견은 존재하지 않았다. 대신 당시 복지부가 강력하게 밀어 붙였기 때문에 표면적으로 반대하지 못한 상태에서 정책이 결정되었다는 것이다.

4) 정책옹호자의 지속적인 관심 부재

집행성공의 가능성이 높은 정책이 결정되기 위해서는 지속적이고 일관성 있는 관심이 필요하다. 건강보험과 관련된 정책결정의 영향(부담이나 혜택)이 전 국민에게 미치게 됨에도 불구하고, 보장성 확대정책 또한 다른 정책과 마찬가지로 직접적인 수혜대상이 되는 집단이나 관련 단체, 그리고 논의되는 급여와 관련된 의료계 중

사자 등 일부의 집단만 관심을 가지는 현상을 보인다. 즉 우리나라의 취약한 보장성을 높이기 위한 최선의 방안이 선택되는 것이 아니라 자신의 이해관계가 명확해서 관심을 보이는 집단에 대한 고려가 우선이 된다. 이러한 현상은 관련 법안을 제출하거나 보건복지부에 영향을 행사하는 방식으로 보장성 확대정책의 의사결정에 참여하게 되는 국회에서도 나타나고 있다. 다수의 국민이 일반적으로 혜택을 누리게 되는 정책보다는 사용자 중에서는 노인이나 유아동(의 부모), 제공자 중에서는 지역의 중소병원협회 등과 같이 혜택 집단과 범위가 뚜렷하여 향후 선거에 영향을 줄 수 있는 정책에 대한 선호가 높은 것이다.

타깃이 명확한 집단 있잖아요. 나중에 충분히 정치적으로 도움을 받을 수 있으니까. 항목의 우선순위보다는 타깃집단을 가지고 하는 경우도(A-p-1:2).

지속적인 관심을 보이는 특정 집단을 목표로 한 정책이 결정되더라도 해당 집단이 적절한 혜택을 받고 그 결과 보장성을 높이고자 하는 정책의 목표가 달성되었으면 잘못된 정책결정이라고 볼 수는 없다. 그러나 인터뷰 결과로 볼 때 이러한 관심이 정책결정 단계에서 잠시 영향을 미칠 뿐 집행과 그 결과에까지 지속적으로 이어지지는 않고 있는 상황으로 보인다. 내가 혹은 나를 지지하는 집단이 받을 혜택의 항목이 늘었다는 것에만 집중할 뿐 집행단계에서의 문제로 인해 정책이 실패로 돌아가거나 부작용(건강보험 재정적자 등)을 낳게 되는 상황까지 지속적으로 관심을 두는 옹호집단이 없는 것이다. 이는 뒤에서 살펴 볼 조정자의 존재 여부와도 관련이 있다.

2. 집행조직 내/조직 간 집행행태

1) 조직의 이익

본 연구에서 '집행조직'으로 여기는 단위의 기준은 개별 집행자(의사)가 속해 있는 집행조직인 병원이다. 즉 수많은 의사가 속한 종합병원도 개인 의사가 소수의 간호사나 행정인력을 채용하여 운영하는 의원도 동일한 하나의 단위로 보는 것이다.¹⁴⁾ 이때 병원에 속한 봉직의(pay-doctor)로서나 본인이 직접 운영하는 병원의 경영인의 입장에서는 자신이 속한 이익을 극대화하는 것이 우선적인 이해관계가 될 수 있다.¹⁵⁾

이러한 현상은 앞서 보장성 정책을 고찰하면서 지적한 우리나라 의료서비스 공급체계의 특성에 기인한다. 의료서비스를 공적 공급자가 제공하거나 공/사가 혼합되어 제공하는 다른 국가의 경우 의사의 급여나 수익은 행위빈도나 병원의 수익과 관계없이 정해져 있지만, 사적인 의료서비스 공급자가 대부분인 우리나라는 병원의 수

14) 앞서 연구 분석틀의 소개에서 관련 집행조직과 행위자를 가려내는 하향식과 상향식 접근방식의 차이와 이를 조합하여 문제를 해결하려는 Winter의 시도를 소개한 바 있다. 인터뷰과정을 통하여 보장성 확대정책에 대한 집행조직의 행태에 병원급 간의 차이(상급 종합병원-개인의원)는 없는 것으로 파악되었으므로 병원 단위를 집행조직으로 본다. 병원급 간의 차이는 없으나 병원 형태(암센터와 같은 공공 의료기관)에 따라서는 차이를 보이며, 이는 분석의 대상으로 삼았다.

15) 조직의 이익과는 별개로 '전문인으로서의 의사'는 개별 집행자의 행태에서 다루고 있다.

익이 자신의 수익이나 급여에 영향을 미치는 구조이기 때문에 조직의 이익에 따라 비용-유발적인 진료행위를 하게 된다는 것이다.

대체적으로 보장성 확대되는 것에 대해서는 개별적 의사들이 크게 반발할 것 같지는 않아 보여요. 하지만 경영자 입장에서는 달라지는 거죠(B-2:12).

우리나라 의사들은 대부분 성과급제도 받아요. 대학교수들까지도 성과급제로 바뀌어 버렸기 때문에. 예를 들어서 내가 외래환자를 하루에 30명을 봤을 때 단순한 진찰하고 약만 주면 진찰료 수입밖에 없잖아요...(중략)...한 명 computed tomography (CT)를 찍으면, 혹은 보험 안 되는 magnetic resonance imaging (MRI)를 찍으면 그걸로 다 커버가 되는 거죠. 그런 식으로 되다 보니까 실제 현장에서 의사들이 많은 검사에 의지를 하도록 하는 행태가 아예 그냥 인턴부터 레지던트 때부터 몸에 배어 있어요(B-2:2).

특히 건강보험의 급여항목이 늘어날 경우 수가가 매우 낮고 인상이 되는 경우가 드물고 통제를 받는다는 인식이 강하기 때문에 비급여서비스의 제공에 치중하는 현상을 보이게 된다.

지금까지 관례상 비급여에서 급여가 되면 가격이 대폭 낮아지면서 통제를 받지 않습니까? 비급여는 임의대로 아무렇게나 자기들이 받아도 상관없는데, 급여는 딱 통제가 되니까(A-e-1:8).

이는 다음에 살펴 볼 사항인 정책목표에 반(反)할 유인과도 연결이 된다.

2) 정책목표에 반할 유인

일선집행자로서 의료공급자들은 병원조직의 이익추구 이외에도 보장성 강화라는 정책목표와 반대되는 행위의 원인들을 다음과 같이 제시하였다. 우선 공급자(건정심 위원 중 공급자 측 대표와 일선집행자로서의 의사 개인)를 인터뷰하는 과정에서 공통적으로 많이 나온 표현은 ‘급여항목과 수가에 대한 결정이 일방적이고 비합리적’이라는 것이다. 사적 제공자로서 병원이나 의사의 입장에서는 보장성 확대에 대한 의사결정이나 집행과정에서 자신들의 의견들이 충분히 고려되지 않고 있으면 이로 인해 의사들의 정책에 대한 이해와 순응이 낮다는 주장이 제기되었다.

그런 의사결정이 근거에 의해서냐. 그러니까 근거 중심의 정책결정이 이루어지는가? 사실 그런 게 지금 의사결정에 전혀 반영이 안 되고 있는 거죠(B-4:5).

이는 공단이나 심평원에 대한 불신과 불만으로 이어지고 있었

다. 급여항목과 수가를 기준으로 심사와 삭감이 이루어지는 체계에 대한 불만과 불신이 높고, 이를 전문 의료서비스에 대한 간섭과 통제로 받아들이고 있는 것이다.

(병원이나 의사들이) 공단과 대면했을 때의 기억도 좋은 것보다는 나쁜 게 더 많으니까요(A-s-3:5).

심평원 사람들도 왜 깎는지 잘 모르죠. 그건 모순이에요. 자기를 이 말 알아서? 책에 있는 거 몇 줄 보고 (삭감 여부를) 결정할 수 있느냐 이거죠. 의사들의 의견을 수렴해줘야 한다는 것이죠(B-3:10).

3) 거부점의 수

특정 정책에 대한 거부점(veto/clearance-point)의 수는 집행조직이 재량권을 가진 의사결정점이 많은 구조를 가질수록 비례해서 많아지며, 이러한 경우 대부분 집행의 성공 여부에 부정적인 영향을 미치게 된다[15]. 이는 실질적으로 병원조직이 비급여 처방 독려 등의 수단을 통해 자체적으로 집행자에게 영향을 미칠 수 있는 거부점이 많은 상황이 될 수 있기 때문이다. 이러한 조직적인 차원에서의 거부점 이외에도 추가적인 형태의 거부점이 있을 수 있다. 우선 의료행위 시의 거부점이 있다. 의료현장에서 환자에게 어떠한 의료서비스를 제공할 것인가에 대한 판단은 의사 개인의 몫이다. 병원의 이익문제나 환자의 경제적 능력 등이 고려의 대상이 되기는 하지만 결정을 내리는 데 있어서 강제성을 띠는 것은 아니다.

또 다른 유형의 거부점은 병원이 공단과 심평원에 급여항목을 청구하는 행정절차에서 나타난다. 급여가 낮은 항목에 대해서는 다른 항목으로 변경하여 청구하는 행태는 보장성 확대정책의 성공에도 부정적인 영향을 미칠 뿐 아니라 실제 보장성 수준을 왜곡시키는 문제점을 낳는다. 그러나 이에 대한 파악과 단속이 어렵기 때문에 이러한 거부점에 대한 관리는 거의 불가능하다.

4) 조정자의 존재

집행에 관한 연구에 의하면 집행조직이 고유의 이해관계를 갖고 있으며 정책의 집행과정에서 다양한 유형의 거부점이 존재하더라도 보장성 확대정책을 가까이서 지켜보고 여러 집행문제들이 발생하였을 때 이를 해결하기 위해 꾸준히 노력하여 정책목표를 달성시키는 조정자가 존재한다면 정책집행의 성공 가능성이 높아질 수 있다[23]. 그러나 본 연구의 인터뷰 응답자들은 보장성 강화정책의 집행에 있어서 조정자 혹은 집단의 존재에 대해서는 부정적인 견해를 보였다.

우선 의사결정과정에서 특정 항목의 급여화를 강력히 주장하던 시민단체나 특정 집단도 일단 급여항목으로 채택된 이후에 적절한 관리가 이루어지고 있는지에 대해서는 지속적으로 관심을 가지지 않는다. 또한 정책의 결정과 집행 단계 사이에서 정부기관과 병원 사이에서 조율을 할 수 있는 공식적인 조직이나 인력이 없어서 집

행에 대한 평가 모니터링이 어려운 상황이다. 순환보직제도로 인해 보건복지부 보험과의 담당자가 바뀌는 것도 지속적인 관리와 모니터링을 어렵게 하는 요인이 된다.

문제는 평가 모니터링 체계 아니에요? 의사결정했던 게 그대로 돌아갔는가, 돌아가고 있는가. 안된다면 왜 안 되는지 그런 것들 누군가가 평가하고 모니터링을 해야 하는데, 그런 기능들이 전혀 없잖아. 그렇다고 위원들이 할 수 있는 건 아니잖아(A-e-2:7). 정부 의사결정 라인이 전부 바뀌었어요. 과장, 부장...다 바뀌었는데, 그 사람들은 뭐, 자기 전임자들 때 결정된 거 아니냐, 자기들이 그걸 변경할 정도의 의지나 확신이 없는 상태에서 바꾸기가 부담스러운 거예요. 자기가 그걸 바꿨을 때에 파급효과를 자기가 결국 다 감당해야 하는 상황이 닥치니까, 그거를 선포시킨드릴 수 없다고 보는 거 같아요(A-c-2:3-4).

3. 일선집행자의 태도

1) 적응전략(대응태도)

일선집행자로서 의사들은 진료과정에서 불필요한 검사를 추가하여 환자가 과도한 의료비를 부담하게 한다거나 비급여항목에 대한 충분한 설명을 하지 않은 채 비급여를 포함하여 청구하는 행위 등을 통해 정책대상자를 혼란시킬 수 있다.

(의사들이 보통 MRI가 보험급여에 해당이 되도록) 잘 안 해주죠. 의사들은 삭감에 대한 피해의식이 많기 때문에 그 피해를 받을 바에야 환자한테 비급여를 해버린다 이런 게 있는 거예요(B-2:21).

한편 정책대상자를 취사선택하는 creaming 행태는 다음 몇 가지의 유형으로 나타날 수 있다. 첫째는 지역에 따라 집행행태를 구분하는 것으로 부유층이 주로 사는 지역에서는 비급여항목에 대한 처방이 쉽고 사후에 삭감될 여지가 적으므로 이러한 지역에 병원이 집중적으로 들어서게 된다. 둘째는 수가가 낮은 급여항목의 시술을 회피하는 것이다. 셋째로는 환자에 따라 급여/비급여 적용 여부를 구분하는 것이다. 대형병원의 경우 자동으로 환자의 삭감 상황 등을 알려주어 이러한 creaming 행위를 유도하기도 한다.

전자차트에 보면 뜨거든요. '이 환자에 대해서 삭감이 4분기 동안 0원 됐습니다.' 이렇게 병원차원의 행정적 시스템으로 강제적으로 하는 경우가 있죠(B-5:5).

또한 의사들이 보이는 가장 빈번한 대응행태는 업무수행의 정형화이다. 즉 보장성 확대정책의 내용에 관계없이 본인의 진료스타일을 유지하는 것이다.

(진료현장에서 어떤 의료서비스를 쓸지 결정할 때) 가장 중요한 게 효과겠죠. 비용은 두 번째로 고려하죠. 예를 들어 진통제 중에 옥시코돈이 모르핀에 비해 3배 정도 더 비싼 약이죠. 그런데도 불구하고 옥시코돈이 부작용이 덜하고 효과가 있을 거라고 생각하니까. 머릿속에 그렇게 되어 있으니까(B-4:1).

2) 대응행태에 영향을 미치는 요소(원천)

이상의 대응행태들, 특히 정책대상자를 혼란시키거나 차별하여 선택(creaming)하는 행위[15]는 앞서 조직의 행태에서 살펴본 것처럼 조직의 이익이 가장 큰 원인이라고 볼 수 있다. 그러나 단순히 이익의 문제만이 영향을 미치는 것은 아니다. 또 하나 의사들의 대응행태를 불러오는 원인은 정책 자체에 대한 무관심이었다. 자신의 의료행위는 환자를 진료하는 전문적인 행위라고 인식할 뿐 국민의료비의 문제나 보장성의 문제와 같은 부분까지 의사들이 관심을 가지고 있지는 않기 때문에 정책이 변하더라도 의사들의 진료행태나 처방에 큰 변화를 미치지 못하는 것이다.

일단은, 모르죠. 이번에 건강보험료 올렸다는 것조차 기사보고 아니까. 의사들이 수가 외에 보장성 변화에 대해서는 별로 관심이 없어요. 들어도 제도 자체를 이해하려는 노력이 별로 없어요(B-2:1, 20).

한편, 정형화된 의료행위의 원천은 무엇일까? 이에 대하여 의사들은 수련의 과정에서 습득하고 교과서에서 배운 내용에 따른다는 응답을 하였다. 일단 의과에서 배운 수련기간 동안 몸에 밴 의료행태가 정책으로 인해 변화한다는 의견은 존재하지 않았다.

진료방법 결정, 치료결정 이런 거는 뭐 레지던트 하면서 하던 거니까 자연스럽게 하는데...(환자들 상태를) 보면서 순간순간 배운 대로 결정하는 거죠(A-s-4:1).

또 다른 원천은 전문가로서의 소견이다. 급여나 비급여, 신의료기술 등과 관련이 깊은 중증질환의 경우 조직의 이익이나 삭감 등의 문제에 대하여 고려하기보다는 전문 의료인으로서 선택을 내린다. 또한 정부가 결정한 정책이 의사로서의 소견과 일치하지 않을 경우에도 자신의 의료제공 패턴을 바꾸지 않을 가능성이 높아지게 된다.

(암이나 백혈병) 경제적인 것은 많이 따지지 않습니다. 만약 1차, 2차, 3차 검사를 거쳐서 백혈병이라는 진단을 받고 오면 당장 죽을 수도 있는 병이기에 경제적으로 고려는 하지 않습니다. (중략)...다 그런 것은 아니지만 모든 방법을 동원해서 최선의 방법을 선택했을 때 일반수가 즉, 비급여항목이 많아집니다. (중

략)…(계속해서 좋은 최선의 방법이 개발되면 그것이 비급여라 하더라도 그 방법을) 의사는 권유해야만 합니다(B-3:2).

4. 정책대상 집단의 행태

의사들이 보장성 확대정책에 따라 행태를 바꾸기 어려운 외부적인 요인 중에 하나는 대상 집단인 환자의 요구이다. 병원과 의사가 이익 극대화를 위해 과잉검사나 비급여항목을 확대하려고 해도 환자가 동의하지 않는다면(그것이 일련의 의료행위에 포함된 것이라 환자가 인지하기 어려운 것이 아닐 경우) 일반적으로 의료비 부담을 확대시키는 것은 힘든 일이다. 인터뷰 대상자들도 대부분 이 점을 지적하였다. 즉 환자들이 한 가지 증상에 대해서도 여러 병원을 쇼핑하듯 하는 행위나 빨리 낫기 위해 적정 처방수준보다 약제 등을 더 요구하는 행위가 빈번히 일어나며, CT나 MRI 등 비용부담이 큰 기기도 환자들이 요구하는 경우가 적지 않다는 것이다.

소비자 없이 생산만 과잉으로 일어나지가 않거든요. 어느 서비스든지 간에…(중략)…예를 들어 우리가 CT 처음 들여왔을 때 한 100명 정도 하면 되겠다. 이렇게 생각했는데 나중에 보니까 몇 천 명이 하는 거예요. MRI는 그 비싼 장비에 대한 수요가 비급여에도 정말 없어서 못 찍을 정도로 사람들의 요구가 엄청나게 많거든요(A-s-2:6).

게다가 인터넷 등 정보기술의 발달로 환자들이 접하는 정보가 많아지게 되면서 환자들은 의사들보다는 인터넷상의 부정확한 정보들을 더 신뢰하기도 한다.

인터넷 같은 곳에서 접하는 정보 때문에 환자에 의해서 결정되는 게 훨씬 더 많아요. 그러니까 그 의사결정이 많이 왜곡되게 환자에게로 넘어가고 있어요. 동네병원은 한마디로 가게로 볼 수 있는데, 인터넷에서 온갖 정보를 습득하고 이미 결정을 내리고 온 환자가 요구하면 가게주인인 의사는 들어줄 수밖에 없어요. 잘못된 의료정보에 노출된 환자들을 대상으로 교육을 실시해야 해요. 화려한 인터리어와 기구가 있는 병원이 좋은 병원이 아니라는 걸 교육해야 해요(A-s-3:4).

고 찰

본 연구에서는 건강보험의 보장성 관련 연구에서 그동안 ‘잃어버린 고리’[10]로 남아 있던 보장성 확대정책의 집행에 대하여 고찰하였다. 보장성 강화를 위한 정책적 노력이 실제로 어떻게 집행되고 있는지, 정책집행의 성패에 영향을 미치는 변수들이 무엇인지 알아보기 위하여 관련자 인터뷰를 진행하고 이를 분석하는 질적 연구 방식을 사용하였다. 보장성 강화정책을 비롯한 보건의료 정책분야에서는 그 정책의 계량적인 성과를 측정하는 만큼이나 이와 같은 질적 연구를 통하여 정책이 결정되고 시행되는 과정이 중요하다.

그러나 이러한 방법을 적용한 국내연구가 아직 소수여서[36-38] 향후 이러한 시도가 더욱 제고되어야 할 것이다.

이 연구에서는 단순히 집행과정상의 문제 뿐 아니라 정책결정과정에 발생하는 집행방해요소들까지 포괄적으로 파악하고자 Winter의 통합모형을 사용하였다. Winter의 모형은 집행연구 초기 접근인 top-down방식과 Bottom-up방식을 통합하려는 노력에서 나온 것으로, ‘주어진 정책목표의 달성을 위한 수단적 행위’로 파악하는 top-down 접근방법과, ‘다수의 참여자들 사이에서 발생하는 상호작용’으로 이해하는 bottom-up 접근방법의 장점을 최대한 살리면서 정책집행 전반에 대한 파악을 시도할 수 있다는 장점이 있다[12,14,15]. 즉 정책결정-집행 간의 연계관계까지 고려하여 집행현상 전체에 대한 이해를 넓힐 수 있고, 집행 관련 변수들과 그 영향을 파악할 수 있는 Winter의 통합이론은 정책의 결정과 집행조직이 다르고, 관여하는 이해관계자 간에 서로의 이해관계가 첨예하게 대립되는 양상을 보이는 보장성 강화정책의 집행을 고찰하는데 유용한 모델이다.

분석결과, Winter모형에서 집행에 부정적인 영향을 미치는 요소로 분류되는 내용들이 보장성 확대정책의 정책결정과정에 집행과정에서 모두 첨예하게 나타나고 있음을 알 수 있었다. 인터뷰 대상자들은 우선 정책결정 단계에서는 보장성 강화에 관한 정책결정이 합리적인 근거나 원칙이 없는 방식으로 이루어지고 있음을 지적하였으며, 건정심 위원의 구성에 대한 불만 등을 포함하여 정책결정자들 간에 높은 수준의 갈등이 나타나고 있었다. 이러한 갈등 속에서도 합리적인 의사결정을 하려면 적절한 인과이론이 존재해야 하는데[23], 해당 정책에 대한 위원들의 전문성도 낮을 뿐 아니라 적절한 자료도 제공되고 있지 않기 때문에 실질적인 정책효과를 추구하기보다는 상징적인 의사결정, 즉 가시적이고 정치적인 내용으로 결정되기 쉬운 상황이었다. 더불어 비용부담이 전 국민임에도 불구하고 정책으로 수혜를 입는 일부 집단만 보장성 정책에 지속적으로 관심을 보여 해당 집단의 요구대로 정책이 결정되는 현상도 나타났다.

집행과정에서도 Winter모형에서 제시한 여러 가지 집행장애요소들이 첨예하게 나타났다. 우선 집행조직 내/조직 간 행태를 살펴보면, 보장성 확대정책의 집행이 일어나는 조직으로 볼 수 있는 병원 경우 수익창출이라는 조직의 이해관계가 분명한 상황에서 비급여항목을 증가시키는 등 공익을 추구하는 원래의 정책의 목표와는 반대되는 행태를 보이고 있었다. 비단 조직의 이익 뿐 아니라 정책결정에서 소외된다는 반감이나, 심사와 삭감행위를 전문 의료행위에 대한 간섭으로 여기는 점도 보장성 확대정책의 집행에 부정적인 영향을 미치는 요소로 작용하였다.

특히 주목할 만한 사항으로는 이 연구에서 소위 ‘일선집행자(street bureaucrat)’로 정의하고 있는 의사들의 행태이다. 의사들은 자신이 운영하거나 속해 있는 병원의 수익창출을 위해 환자에게 정

보를 제공하는 것에 적극적이지 않거나, 비급여 처방이 가능한 환자를 구분하는 등의 대응전략을 사용할 수 있었다. 반드시 개인의 이익을 추구하는 것이 아니더라도 정책에 대한 무관심이나 수련과정의 영향, 전문가로서의 소견 등 정형화된 진료나 처방 스타일이 보장성 확대정책 집행에 어려움을 주는 것으로 나타났다. 이러한 행태는 행정학 분야문헌에서 공적분야의 정책집행자인 관료들에게서 나타나는 양상[15]으로서 사적인 영역에서의 집행자인 의사들에게서 이러한 행태가 나타나는 것은 향후 보장성 정책의 집행에 있어서 일선에서의 정책집행자로서 이들의 역할에 주목해야 함을 시사한다. 최근 정책의 집행연구[39-43]에서는 이러한 일선집행자의 적극적인 역할과 비중에 대한 관심이 제고되고 있으며 그들의 정책에 대한 해석, 집행의지 및 실제 수행성과가 원래의 정책의도와 다르게 나타나는 현상에 대해 주목하고 이러한 차이(street-level divergence)의 의미, 원인과 대책에 대한 논의가 활발하다. 향후 보장성 강화정책을 비롯한 보건의료정책의 집행에 있어서도 이와 같은 일선집행자의 역할과 인식에 대해 주목하는 것이 중요할 것이다.

마지막으로, 정책결정에서 집행에 이르기까지의 과정에 있어서 문제점도 드러났다. 우선 보장성 결정에서부터 의료행위 시 그리고 급여항목을 청구하는 단계에 걸쳐 보장성 강화정책의 성공적인 집행에 대한 '거부점(veto point)의 수'나 거부권을 가진 행위자가 많다는 것도 중요한 요인이었다. 진료상황에서는 의사 개개인이 재량권을 가지고 정책과는 별개로 의사결정을 할 수 있는 거부점이 존재하고, 급여를 청구하는 행정절차에서도 변형 청구가 가능한 거부점이 존재하기 때문에 더욱 성공적인 집행을 어렵게 만들고 있다. 게다가 집행조직이 고유의 이해관계를 갖고, 많은 거부점이 존재하더라도 보장성 확대정책을 가까워서 지켜보고, 여러 집행문제들이 발생하였을 때 이를 해결하기 위해 노력하여 정책목표를 달성시키는 소위 조정자가 존재하지 않거나 그 역할을 충실히 하지 못하는 것도 알 수 있었다. 특히 정부에 대한 신뢰의 부족, 순환보직제도로 인한 전문성 결여 및 지속적인 관리나 모니터링의 어려움 등이 집행에 있어서 조정자의 역할을 약화하는 것으로 나타났다.

이상의 결과는 보장성 확대정책의 집행성공을 위하여 다음과 같은 향후 과제를 제시한다. 첫째로, 정책결정과정은 의사결정단계로 그치는 것이 아니라 향후 집행단계에 영향을 미치는 첫 단계로서 의사결정 집단의 구성단계부터 다양한 유형의 집행자와 정책대상자들의 의견을 반영하여 갈등을 최소화하고, 보다 정확한 정보를 전달하여 상징적 행위가 아닌 타당한 인과이론에 의한 정책결정이 이루어지도록 노력해야 함을 시사한다.

둘째로, 정책이 성공적으로 그 의도와 목적을 달성하기 위해서는 단지 정책결정단계에서의 합리성만이 중요한 것이 아니라 그러한 정책을 실제로 수행하는 집행자와 그러한 정책의 수혜자인 정책대상자의 역할을 간과해서는 안 된다는 점이다. 따라서 이들 정책집행자와 정책대상자를 정책수행의 과정에 보다 밀접하게 참여하

는 방안들이 모색되어야 할 것이다. 정책의 성공적인 집행에 있어서 투명성(transparency) 및 정보공개성의 중요성은 집행에 관한 기존의 연구에서 이미 강조되어온 바이기도 하다[40]. 온 국민을 정책대상으로 하는 결정인 만큼 건정심의 안전과 논의과정, 결정내용을 보다 적극적으로 국민들에게 알리려는 노력을 통하여 특정 집단만 관심을 가지고 자신들의 유·불리에 의한 의사결정을 하는 일이 없도록 시민위원회 등의 조직을 통해 정책결정단계를 개방해야 할 것이다. 이는 건강보험료를 납부하는 국민(시민)들과 그리고 보장성 강화정책을 집행하는 현장의 의료인들이 건강보험 정책결정과정에서 그들의 가치관과 인식 및 의견을 제공할 수 있는 방안으로서 이러한 절차를 통해 정책결정이 보다 높은 정당성을 가지고, 나아가 건강보험 정책의 수용성을 높이는 데에 기여할 수 있기 때문이다.

한편 정책결정이나 집행단계의 모니터링에서 시민사회의 참여는 전문적인 정보에 대한 접근의 제약으로 인해 그 전문성이 높지 않다는 문제가 제기될 수 있다. 그러나 시민참여의 주요 기능은 가치(value)판단에 관한 것으로서 가치판단에 필요한 전문적인 지식과 근거(evidence)는 전문가들이 제공하고 시민들은 사안과 관련된 가치판단을 하는 것으로 그 역할을 분담할 수 있다. 나아가 보다 적극적으로는 시민사회가 과잉진료를 포함한 정책집행의 현황을 모니터링 하는 체계를 구축하는 방안을 고민해 볼 수도 있다. 또한 정책집행자인 의사 스스로 보장성 확대정책의 의의를 공감할 수 있도록 꾸준히 논의의 자리를 마련하는 방법과, 적극적으로 정책목표 달성에 동참할 경우 인센티브를 지급하는 것도 '제도로서의 조정자'를 마련하는 방안이 될 것이다.

마찬가지로 집행과정에서 조정자 역할을 할 수 있는 집단이나 정책적 도구의 마련, 혹은 공단이나 심평원, 복지부 관계자나 기타 전문가들이 조정자로서 역할을 강화할 수 있는 방안을 고민해야 한다. 조정자는 특정 정책의 성과를 가까워서 지켜보며 거부점이나 다른 문제들이 발생하였을 때 지속적인 관심과 지원으로 정책실패를 방지[28,29]하는 역할을 한다.

예를 들어, 미국의 1977 Youth Employment Demonstration Project Act 사례에 대한 연구[44]에서는 조정자의 역할을 시장에서 보이지 않는 손(invisible hand)이라는 비유를 들어 "집행과정에서의 정치적 손(political hand in the implementation process)"이라는 용어를 활용하여 강조하였다. 이 사례에서는 9개 프로그램의 대표들이 지속적으로 조정자 역할을 수행하면서 해당 프로그램의 집행에서 발생하는 이해관계 차이로 인한 저항과 불완전한 합의와 같은 문제들의 해결에 있어서 핵심적인 역할을 수행하였다. 이들 대표들은 계속적으로 집행과정에서 사용되는 정책도구들을 수정하면서 이러한 프로그램을 지원하고 보호하기 위한 연합(coalition)을 형성하였고 이러한 연합을 활용하여 이해관계의 차이와 불신을 극복한 성공적인 사례를 보여주었다. 때로 이들은 연계고리(bridging agents)로서의 역할을 수행하면서 다양한 이해관계자들

간의 연결고리 역할을 하기도 하였다.

본 연구에서는 보장성 확대정책의 집행현황에 대한 기존 연구가 없는 상황에서, 본 연구는 관련자와의 심층인터뷰를 통하여 각 변수들을 식별해내고 현황을 파악하고자 하였다. 이는 연구의 초기 단계에 적합한 방법이지만 제한된 응답자의 편견이 존재할 수 있다는 점이 본 연구의 방법론적 한계가 된다. 또한 현상의 설명을 위해 Winter모형이라는 분석틀을 차용하였으나, 본 모형이 담고 있는 변수 이외에 보장성 확대정책과 관련이 있는 요인들을 놓칠 수도 있다는 점도 한계점으로 볼 수 있다. 그러나 향후 본 연구에서 파악한 정책집행에 영향을 미치는 변수들을 이용하여 영향의 여부와 정도 등을 보다 객관적으로 측정할 수 있는 대규모 양적 연구로 발전을 시키거나, Winter모형의 분석틀로 밝혀내지 못한 다른 영향요인들을 찾아내는 등 향후 보장성 확대정책의 집행연구의 기초적인 자료로서 활용될 수 있을 것이라는 점에 의의를 둘 수 있다. 이러한 연구는 그동안 수단적 접근에 치우쳐 전체적인 현상파악에 소홀했던 보장성 정책의 실제 집행현상을 파악하고 집행에 영향을 미치는 주요 변수들을 식별하여 향후 보장성 정책 관련 연구자들이 좀 더 집행 성공 가능성이 높은 수단을 개발하거나 집행구조를 설계하는 데 도움을 줄 수 있을 것이다.

REFERENCES

- Huh SI. Policy issues on the limited coverage of the national health insurance. *Health Welfare Forum* 2008;140:22-38.
- Huh SI. Evaluation of benefit extension strategies of the Korea National Health Insurance. *Health Policy Manag* 2009;19(3):142-165.
- Choi JK. The problem and the solution of NHI benefit package: focus on arbitrary uninsured benefits. *Health Policy Forum* 2008;6(4):91-97.
- Choi KC, Lee HY. Evaluation of NHI benefits policy (2005-2007) and review for subjects of expansion. *Health Insurance Policy* 2010;9(2):66-79.
- Huh SI, Shin HS, Kang MA, Kim TL, Kim CB. Plan for securing optimum level of NHI benefit. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2007.
- Kwon SM, Oh JH, Kang MA. The principle of NHI benefit priority-setting and application plan. Seoul: National Health Insurance Service; 2010.
- Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development [cited 2014 Apr 29]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health/data>.
- Pressman JL, Wildavsky AB. Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland or why it's amazing that federal programs work at all. 2nd ed. Berkeley: University of California Press; 1979.
- Van Meter DS, van Horn CE. The policy implementation process a conceptual framework. *Adm Soc* 1975;6(4):445-488.
- Hargrove, Erwin C. The missing link: the study of the implementation of social policy. Washington (DC): Urban Institute; 1975.
- DeLeon P. The missing link revisited: contemporary implementation research. *Rev Policy Res* 1999;16(3-4):311-338.
- Choi JW. A critical review on the theoretical framework of policy implementation study. *Korean Assoc Policy Stud* 1998;7(1):173-206.
- Jeong JK, Choi JW, Lee S, Jeong JK. The principle of policy studies. Seoul: Daemyoung; 2008.
- Noh HJ. The principle of policy studies. Seoul: Parkyoungsa; 2009.
- Winter S. Integrating implementation research. In: Palumbo DJ, Calista DJ, editors. Implementation and the policy process: opening up the black box. New York: Greenwood Press; 1990.
- Sabatier PA. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. *J Public Policy* 1986; 6(1):21-48.
- Winter S. How policy-making affects implementation: the decentralization of the Danish disablement pension administration. *Scan Polit Stud* 1986;9(4):361-385.
- Winer S. Explaining street-level bureaucratic behavior. Paper presented at: The XIII Research Conference of the Nordic Political Science Association; 2002 Aug 15-17; Aalborg, Denmark.
- Winer S. Political control, street-level bureaucrats and information asymmetry in regulatory and social policies. Paper presented at: The Annual Research Meeting of the Association for Public Policy Analysis and Management; 2003 Nov 6-8; Washington (DC), USA.
- Han SE. A study on the linkage between policy-making and implementation: focusing on the case study of information policy [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 1998.
- Calista DJ. (1986). Linking policy intention and policy implementation the role of the organization in the integration of human services. *Admin Soc* 1986;18(2):263-286.
- Lindblom CE. (1959). The science of "muddling through". *Public Admin Rev* 1959;19(2):79-88.
- Sabatier P, Mazmanian D. The implementation of public policy: a framework of analysis. *Policy Stud J* 1980;8(4):538-560.
- Hoppe R, van de Graaf H, van Dijk A. Implementation research and policy design: problem tractability, policy theory, and feasibility testing. *Int Rev Admin Sci* 1987;53(4):581-604.
- Kingdon JW. Agendas, alternatives, and public policies. Boston: Little, Brown; 1984.
- Williams W, Elmore RF. Social program implementation. New York: Academic Press; 1976.
- Palumbo DJ, Weiss CH, Chelimsky E, Patton MQ, Browne A, Wildavsky AB, et al. The politics of program evaluation. Newbury Park: Sage; 1987.
- Bardach E. The implementation game: what happens after a bill becomes a law. Cambridge (MA): MIT Press; 1977.
- Thompson FJ. Health policy and the bureaucracy: politics and implementation. Cambridge (MA): MIT Press; 1981.
- Lipsky M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
- Yang NJ. A policy implementation analysis on the care voucher for the aged: focusing on choice and competition. *Korean J Soc Welf* 2009;61(3): 77-101.
- Elmore RF. Backward mapping: implementation research and policy decisions. *Polit Sci Q* 1979;94(4):601-616.
- Elmore RF. Reform and retrenchment: the politics of California school finance reform. Rand Educational Policy Study. Cambridge (MA): Ballinger; 1982.
- Strauss AL, Corbin JM. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publication; 1998.
- Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publication; 1994.
- Choi HK. An analysis on the process of setting fees for medical and pharmaceutical services in the national health insurance and the role of the government in the process. *Korean Public Admin Rev* 2004;38(2): 127-147.

37. Bae KH, Ha JE, Jin JH. Feedback on private enterprise insurance from focus group interviews and the proportion of uninsured benefits. *J Korean Acad Oral Health* 2010;34(2):291-301.
38. Shon CW, Kwon SM, You MS. Policy elites' perception of health policy governance: findings from in-depth interviews of Korean New Diagnosis Related Group payment. *Health Policy Manag* 2013;23(4):326-343. DOI: <http://dx.doi.org/10.4332/kjhpa.2013.23.4.326>
39. Brodtkin EZ. Policy work: street-level organizations under new managerialism. *J Public Admin Res Theory* 2011;21(suppl 2):i253-i277. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jopart/muq093>
40. Gofen A. Mind the gap: dimensions and influence of street-level divergence. *J Public Admin Res Theory* 2014;24(2):473-493. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jopart/mut037>
41. May PJ, Winter SC. Politicians, managers, and street-level bureaucrats: influences on policy implementation. *J Public Admin Res Theory* 2009; 19(3): 453-476. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jopart/mum030>
42. Meyers MK, Vorsanger S. Street-level bureaucrats and the implementation of public policy. In: Peters BG, Pierre J, editors. *Handbook of public administration*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2003. pp. 245-255.
43. Park SB, Lee JY. *The lecture on policy studies*. Seoul: Parkyoungsa; 2005.
44. Levin M, Fennan B. The political hand: policy implementation and youth employment programs. *J Policy Anal Manag* 1986;5(2):311-325.