

건강보험정책심의위원회 가입자 단체의 의사결정 참여에 영향을 미치는 요인

한주성 · 김창엽

서울대학교 보건대학원

Factors Affecting the Insured Organizations Participation in Decision Making Process in Health Insurance Policy Committee

Joo-Sung Han, Chang-Yup Kim

Graduate School of Public Health, Seoul National University, Seoul, Korea

Background: Due to the asymmetry of information and knowledge and the power of bureaucrats and medical professionals, it is not easy for citizens to participate in health care policy making. This study analyzes the case of the insured organization participating in the Health Insurance Policy Committee (HIPC) and provides a basis for discussing methods and conditions for better public participation.

Methods: Qualitative analysis was conducted using the in-depth interviews with the participants and document data such as materials for HIPC meetings. Semi-structured interviews were conducted with purposively sampled six participants from organizations representing the insured in HIPC. The meanings related to the factors affecting participation were found and categorized into major categories.

Results: The main factors affecting participating in the decision making process were trust and cooperation among the participants, structure and procedure of governance, representation and expertise of participants, and contents of issues. Due to limited cooperation, participants lacked influence in important decisions. There was an imbalance in power due to unreasonable procedures and criteria for governance. As the materials for meetings were provided in inappropriate manner, it was difficult for participants to understand the contents and comments on the meeting. Due to weak accountability structure, opinions from external stakeholders have not been well received. The participation was made depending on the expertise of individual members. The degree of influence was different depending on the contents of the issues.

Conclusion: In order to meet the values of democracy and realize the participation that the insured can demonstrate influence, it is necessary to have a fair and reasonable procedure and a sufficient learning environment. More deliberative structure which reflects citizen's public perspective is required, rather than current negotiating structure of HIPC.

Keywords: Health Insurance Policy Committee; The insured; Public participation; Participation in policy making process; In-depth interview

서론

정책과정에서 시민의 참여는 더 많은 사람의 가치를 반영하고 결정의 권한을 시민에게 되돌려준다는 민주주의의 가치에 부합하며,

좋은 거버넌스의 핵심적 원칙을 이룬다[1]. 참여는 의사결정과정의 정당성을 부여하고 정책의 효과에 긍정적 영향을 미치는 기능을 갖지만, 거버넌스 구조와 개입의 수준, 결정과정의 맥락에 따라 그 효과가 다르게 나타난다. 민주화 이후 정부에서는 정책결정과정에

Correspondence to: Chang-Yup Kim
Graduate School of Public Health, Seoul National University, 1 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 08823, Korea
Tel: +82-2-880-2722, Fax: +82-2-880-2707, E-mail: cykim@snu.ac.kr
Received: August 12, 2017 / **Revised:** November 22, 2017 /
Accepted after revision: November 29, 2017

© Korean Academy of Health Policy and Management
© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서 여론조사와 공청회, 위원회와 같은 조직을 의무적으로 운영하고 있어 양적인 시민참여의 기회는 증가하였다. 그러나 여전히 이해당사자의 의견청취의 수준에 한정되는 경우가 많아 정책의 정당화를 위한 수단으로 이용된다는 인식이 강하다[2]. 따라서 어떤 구조와 과정으로 참여가 이루어지고 있는지를 검토하여 시민의 양적 참여뿐 아니라 의사결정에 더 큰 영향력을 미칠 수 있도록 하는 참여의 방법과 조건을 만들기 위한 논의가 필요하다[3].

보건의료는 정보와 지식의 불균형이 크고, 하향식 관료주의의 문화와 의료전문가의 권력 때문에 주요 정책은 관료와 전문가의 판단으로 결정되었다. 1970년대에 이르러 지역사회건강증진의 주요 전략으로 지역주민의 참여가 강조되기 시작하였고 이후 소비자 참여, 일반인 참여, 환자 참여, 시민 참여 등 다양한 형태로 비전문가의 참여가 강조되었다[3]. 참여의 중요성이 주목받으면서 보건의료정책의 결정과정에서도 시민 참여, 공공 참여에 대한 연구와 제도화 논의가 활발하게 이루어지고 있지만 이에 대한 지식은 아직 역사가 짧고 경험이 미흡하다[4]. 서로 다른 이해관계와 가치가 충돌하고 전문성이 높은 지식을 필요로 하는 경우가 많은 보건의료정책 환경에서 비전문가인 시민이 의사결정에 영향력을 나타내는 것은 쉽지 않다. 그러나 보건의료정책의 주체인 시민들의 다양한 관점을 정책에 반영하는 것은 그 자체로 민주주의를 강화하며, 환자 중심의 보건의료를 실현하기 위해 필수적이다.

국민건강보험은 국민 대부분을 포괄하는 사회보장제도로, 보건의료자원을 조직하고 서비스 제공의 다양한 측면을 결정하는 핵심적인 국가보건의료체계의 요소이다[5]. 건강보험정책 결정의 주요 조직인 건강보험정책심의위원회(이하, 건정심)는 의료공급자, 가입자, 정부 및 공익위원으로 구성된 3자 협의체로 보건의료 부분의 시민참여제도 중 가장 높은 수준의 정책결정에 관여하는 조직이지만 가입자 단체의 참여가 잘 이루어지지 않다는 평가를 받고 있다[7,8]. 본 연구에서는 건정심의 의사결정과정에서 가입자 대표 참여자들의 참여과정을 심층적으로 탐색함으로써, 이들의 참여에 영향을 미치는 요인을 도출하여 보건의료정책 결정에 일반 시민이 더 큰 영향력을 나타낼 수 있는 참여가 가능한 방법과 조건에 대한 논의의 근거를 제공하고자 한다.

이론적 배경

1. 참여의 의의와 영향요인

일반적으로 시민은 공공문제에 관심을 갖고 공론장에 참여하여 공적 가치를 발견할 수 있는 주체로 정의할 수 있으며[9], 정책과정의 참여는 그 결정에 의해 영향을 받는 시민들이 의사결정에 직접 개입하고 정보를 얻는 모든 과정으로 정의된다[10]. 정책참여는 방법에 따라 선거나 주민투표, 청원, 주요 정책현안에 대한 공청회, 의사결정이나 자문을 위한 위원회 등의 제도적 참여방법과 전문관료

와의 접촉, 집단행동과 같은 비제도적 참여방법으로 나누기도 하나[9], 시민 참여의 영향력이라는 관점에서 볼 때 참여의 수준에 따라 참여를 구별하는 것이 더 의미가 있다. 참여의 수준(level)은 참여자인 시민이 얼마나 의사결정에 영향을 미칠 수 있는가에 따라 정보제공과 견해 표현에 그치는 자문(consultation), 의사결정 권한을 공유하는 파트너십(partnership), 참여자에게 권력이 이전되는 시민통제(dominant)의 단계로 구분할 수 있다[11]. 이에 따르면 공청회와 청원 같은 참여방식은 견해 표현과 이에 대한 반영에 그치는 자문 수준의 참여이며, 위원회를 통한 참여는 파트너십 수준의 참여로, 주민소환제도 등은 시민통제에 가까운 참여방식이라 볼 수 있지만 각각의 제도가 어떻게 운영되는지에 따라 참여의 수준은 달라질 수 있다.

참여의 수준이 높아지는 것은 관료와 전문가에 의한 정책결정에서 점차 시민이 정책결정에 영향력을 나타낼 수 있는 권한이 강화되는 것(empowering)으로 이는 민주주의 심화 과정이라는 의미를 갖는다[3]. 기능적으로 시민의 정책과정 참여는 투표로 파악할 수 없는 다양한 선호의 강도와 변모의 양상까지 이해하게 하여 정교한 정책수립에 기여하고 정책 실행절차의 민주성, 책무성, 반응성을 높여 거버넌스의 질 향상에 기여하며 정책에 관한 사회적 관심을 불러일으켜 장기적으로 정책의 정당성 확보에 도움을 준다. 참여한 시민들에게는 지적이고 윤리적인 역량과 연대와 소통의 경험을 제공하며[4,12,13], 참여자의 지식과 역량이 향상되는 효과가 있다[14].

그러나 실증연구에서 시민의 정책과정 참여가 정책결과에 어떤 효과가 있는지에 대한 근거는 명확하지 않다. Mitton 등[15]은 참여의 편익에 대한 실증근거가 별로 없고 참여 결과 또는 효과에 대한 관심이 부족하다는 정도로 평가가 이루어지는 경우가 많다고 하였다. Bruni 등[16]은 보건의료정책의 우선순위 결정과정의 시민참여 사례 7개국을 비교하여 소개하였는데, 정책과정과 효과 간의 관계가 복잡하기 때문에 참여의 효과에 대한 근거를 만들기 어렵다고 하였다.

이에 따라 참여가 정책의 효과를 더 좋게 만드는가를 묻는 참여의 효과보다는 참여과정 자체에 관심을 갖고 얼마나 참여자들이 의사결정에 영향력을 나타낼 수 있는가와 같은 참여과정의 질과 수준을 높이려는 시도가 주로 이루어졌다. 참여과정에 영향을 미치는 요인으로 Weeks [17]는 숙의민주주의(deliberative democracy)의 성공요인으로 폭넓은 주민의 참여, 충분한 정보가 제공된 공중의 판단, 토론의 기회 확보와 결과의 신뢰를 제시하였다. Irvin과 Stansbury [18]는 참여가 긍정적인 결과를 가져오기 위해서는 시민들이 공익적 관점에서 사업에 흔쾌히 자원해야 하고, 공동체는 동질적이어서 대표하는 이해집단의 수가 적어야 하며, 토의주제는 복잡한 기술적 정보를 빠르게 습득해야 하는 등의 높은 지식을 요구하는 것이 아니어야 한다고 하였다. Eun 등[19]은 선행연구에서 제

시하는 요인들을 종합하여 환경적 요인, 제도적 요인, 행위자 요인으로 분류하여 이론 틀을 제시하였다. 환경적 요인은 참여자들의 인식이나 상황과 관련된 것으로 쟁점 파악을 위한 노력, 협력의 경험, 이해관계자 간의 신뢰, 협의기구에 대한 신뢰 등을 포함한다. 제도적 요인은 규정과 절차와 관련된 요인으로 협의기구 구성의 공정성, 정보공유 및 사실 확인, 토론의 충분성, 합의안의 공정성과 실현 가능성을 포함한다. 행위자 요인은 행위자들의 참여행태, 의지, 논의내용과 같은 요인으로 참여의 포괄성과 대표성, 자발적 참여, 대안 제시능력, 이슈와 대안의 단순성, 이견해소를 위한 노력 등을 그 요인으로 한다.

2. 보건의료정책 결정과정의 참여

보건의료정책 결정과정에서 시민은 전통적인 의사결정자인 정부관료나 의료전문가가 아닌 비전문가(lay citizen)를 의미하며, 보건의료에서 참여는 의사와 환자 간 치료의 영역부터 지역사회 건강사업, 보건의료정책 결정과정까지 포함한다. 보건의료정책 참여와

관련해서 영국의 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)는 모범적인 사례로 꼽힌다. 민감한 이해가 얽혀 절차적 정당성을 강조하는 의료기술평가의 특성과 정책결정과정에서 시민의 이해와 가치를 반영하고자 하는 정부의 일관되고 적극적인 추진 의지와 예산 및 인력 지원이 환자와 시민이 NICE에 적극적으로 참여할 수 있는 요인이 되었다[20]. 네덜란드는 개인 수준과 집단 수준의 보건의료정책 참여가 활성화되어 있는 국가로 평가받는데, 환자연합회와 같은 수많은 단체의 연합으로 조직된 강력한 시민단체와 이들을 뒷받침하는 전문가들이 있으며 정부는 공식적 상대인 시민단체를 지원한다[21]. 한국에서도 보건의료정책 결정과정에서 시민 참여를 활성화하기 위한 논의가 계속되고 있으나 시민과 의사결정 권한을 공유하는 수준에 이르는 제도는 많지 않다. 건강보험정책의 우선순위 결정과정에서 시민위원회의 역할을 탐구한 사례에서는 의료기술과 서비스에서 이해관계가 복잡하게 얽혀있기 때문에 절차적 정당성이 중요하며, 정보의 편향문제와 의사결정 결과에 대한 책무성 문제가 해결되어야 함을 강조하였다[13].

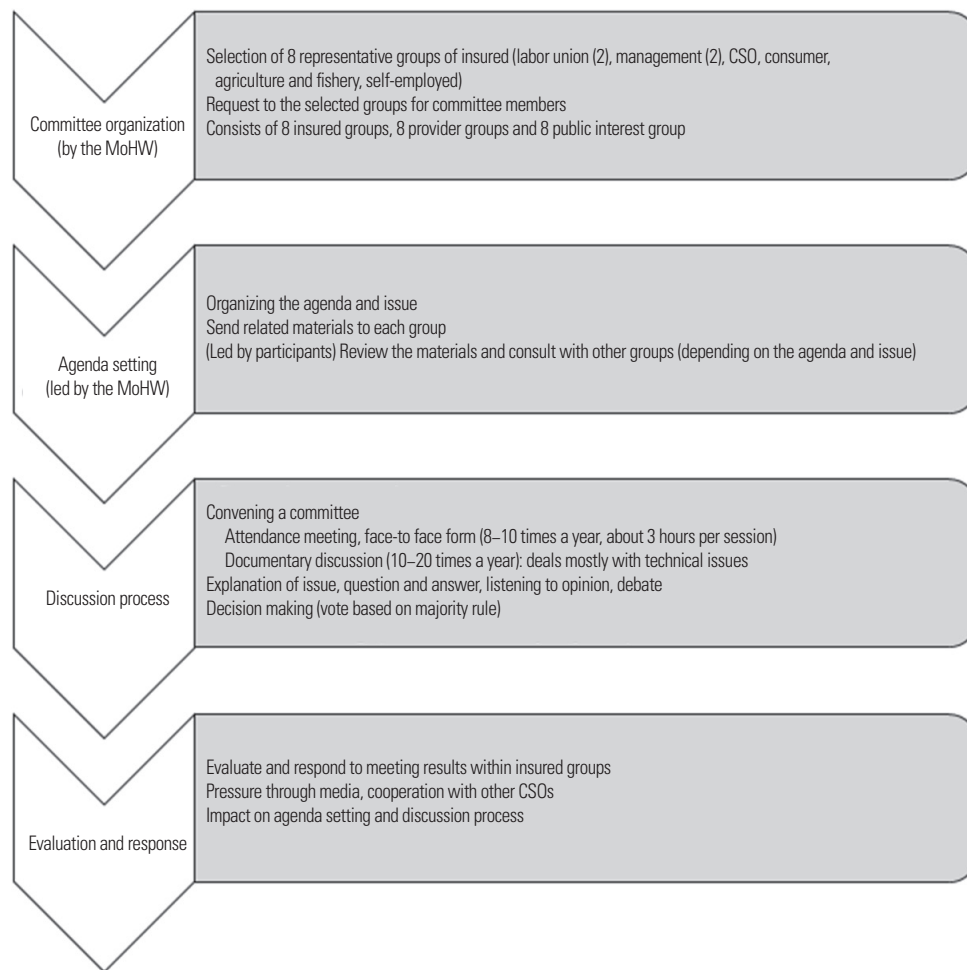


Figure 1. Participation process of insured group in Health Insurance Policy Committee. MoHW, Ministry of Health and Welfare; CSO, Civil Society Organization.

따라서 정책결정과정의 정당성 문제와 함께 보건의료정책과정에서 나타나는 전문가와 시민 간 정보의 비대칭문제 속에서 어떻게 시민이 영향력 있는 참여를 할 수 있는지에 대한 논의가 필요하다.

건정심은 건강보험 관련 제반 정책을 심의 및 의결하기 위한 의사결정기구로 요양급여 기준, 요양급여 비용, 직장가입자 및 지역가입자의 보험료 등 건강보험과 관련된 주요 사안을 관장한다[8]. 의료공급자 집단과 보험가입자 집단의 대표자들, 그리고 이를 중재할 정부 혹은 공익위원으로 구성되며 구성원 수는 가입자 대표 단체 8명, 공급자 단체 8명, 정부 및 공익위원 8명과 위원장(보건복지부 차관) 1명 총 25명이다. 가입자 단체의 참여과정은 위원회 구성, 의제설정, 논의과정, 평가 및 대응단계로 나누어 볼 수 있다(Figure 1). 건강보험정책의 주관부서인 보건복지부는 위원회에 참여할 대표단체를 선정하며, 선정된 단체에게 위원을 추천받아 건정심을 구성한다. 대부분의 안건은 보건복지부에서 상정된 후 각 단체에 관련 자료가 송부되고, 각 참여단체에서 사전검토가 이루어진다. 출석회의에서는 안건에 대한 설명, 질의응답, 의견청취, 토론이 진행되며, 다수결원칙에 의해 의사결정이 이루어진다. 이후 가입자 단체는 회의결과와 의제를 평가하여 언론을 이용해 자신들의 견해를 피력하거나 다른 시민사회단체와 협력하는 등의 방법으로 정책과정에서 영향력을 행사한다.

건정심 관련 선행연구와 논의는 주로 제도와 조직구조에 관련된 것으로, 특히 정부 중심의 위원회 운영에 대한 비판이 많았다. Choi [22]는 건정심의 수가결정과정에서 건정심의 의사결정은 정부의 의지가 주도적으로 작용하는 주도적-조정적 유형으로 보았으며, Lee [23]와 Kim [24]은 건정심의 정부 중심성에 대해 비판하면서 공익대표는 정부에서 선정하기 때문에 이들의 중립성에 문제가 있다고 보았다. 이들은 공급자와 가입자 단체는 정부보다 영향력이 부족하여 의사결정에서 불리하므로 공익대표를 정부가 일방적으로 선임하지 않아야 하고, 공급자와 가입자가 협의가 중심이 되는 위원회 구조가 되어야 한다고 주장하였다. Kwon 등 [25]은 정책과정에서 절차적 정당성을 확보하고 대중의 정책참여를 확대하기 위해서 조직되지 않은 시민의 참여를 보장하는 새로운 구조에 대해 논의하였다. 건정심의 구조가 다양한 방향의 전문성을 수렴하고 있지 못하며 이해당사자 간 입장을 잘 조정하지 못

하고 있으므로, 독립성 있는 전문위원회의 신설을 통해 전문성을 강화해야 한다는 주장도 있다[8,26].

건정심 회의는 비공개로 진행되며 이후 결정의 결과에 대한 보도 자료만 제공하고 있어 구체적인 논의과정을 알기 어렵고, 이로 인해 실증연구가 잘 이루어지지 않았다. 건정심에 대한 논의는 가입자의 직접적인 이해관계가 걸린 수가협상이나 보험료의 결정사안에 집중되어 있으며, 정부기관이나 공급자 단체의 입장의 논의가 많다. 상대적으로 가입자의 측면에서 이루어지는 논의는 거의 없고, 논의구조라는 제도적 영역에 치우쳐 시민역량의 강화라는 관점에서 논의되지 않았다는 한계가 있다. 본 연구는 건정심에서 시민을 대표한다고 여겨지는 가입자 단체의 참여과정을 탐색함으로써 보건의료정책과정에서 정부주도의 수직적 거버넌스의 한계를 넘어 일반 시민이 정책결정에 더 많이 참여할 뿐 아니라 의사결정결과에 더 큰 영향력을 미칠 수 있는 높은 수준의 참여를 위한 조건을 탐색하는 것을 목적으로 한다.

방 법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 건정심의 의사결정과정에서 가입자 단체의 참여수준과 그 영향요인을 탐색하고자 하는 질적 연구이다. 2013년 1월부터 2015년 12월까지 임기가 정해진 5기 건정심 가입자 대표 단체인 8개 단체의 참여자들을 대상으로 심층면담을 진행하였고, 관련 회의자료와 보도자료를 자료원으로 한 질적 분석방법을 사용하였다. 연구참여자의 모집은 8개 단체 소속이면서 건정심 참여과정을 잘 알고 있는 경우만을 포함하는 목적표집(purposive sampling) 방법으로 수행되었다. 연구참여자 모집은 먼저 관련 전문가로부터 추천을 받은 후 면담을 진행하면서 추가로 참여자를 추천받는 스노우볼 표집(snowball sampling)을 병행하였다. 면담을 진행하면서 서로 다른 입장을 가진 참여자들의 의견이 포화(saturation)되었다고 판단하여 연구참여자 모집을 중단하였다. 연구참여자는 8개 단체 중 6개 단체 소속 총 6명이었다(Table 1). 연구참여자 중에는 실무전담자(staff)도 포함하였는데, 이들은 모두 건정심 회의에 대표자와 함께 참석할 뿐 아니라 대표자 대신 대리참석하여 발언한 경험

Table 1. Interviewees' characteristics (by August 2015)

Interviewed personnel	Sex	Participants' status in Health Insurance Policy Committee	Organizational status	First year of engagement
A	Female	Committee member	Vice president	2009
B	Female	Committee member	Vice president	2008
C	Female	Deputy participant	Director	2008
D	Male	Deputy participant	Staff	2012
E	Male	Deputy participant	Staff	2012
F	Male	Committee member	Executive manager	2013

이 있었다. 실무자들은 정해진 임기 때문에 자주 바뀌는 대표자보다 건정심에 더 오래 관여하고 있어 풍부한 구술자료와 문서자료를 제공하기도 하였다. 위원의 임기는 3년이 보장되며, 연임이 가능하기 때문에 2013년 이전부터 위원으로 참석하거나 실무를 한 연구 참여자들도 있었다. 질문문항은 참여의 전반적 과정을 이해하기 위한 내용으로 사전준비와 소통과정, 회의의 의사결정과정, 결정의 평가와 대응과정을 포함하였으며 Eun 등[19]이 제시한 이론적 틀을 바탕으로 작성하였다(Appendix 1). 질문문항을 토대로 반구조화된(semi-structured) 면담이 이루어졌으며 준비한 질문문항 순서보다 상황에 따른 질문이나 추가질문을 하면서 자연스럽게 면담이 이루어졌다. 면담 1회당 소요시간은 약 1시간에서 1시간 30분이었으며 한 사람당 최대 2회의 면담이 이루어졌다. 인터뷰 내용은 사전동의를 구한 뒤 녹음하였고, 녹음내용은 전사(transcription)하여 텍스트 파일로 저장하였다.

문서자료로 사용된 회의자료는 2014년과 2015년 건정심 토의안건 자료이다. 토의안건 자료에는 회의의 일시와 장소, 회의 소요시간, 참석자 명단, 안건에 대한 배경설명과 세부내용, 참석자들의 주요 발언과 지난 회의의 결과, 회의에 필요한 참고자료 등 참여에 대한 객관적인 정보를 포함하고 있었다. 보도 자료와 신문기사는 상황의 이해를 위해 보조적으로 사용되었다. 본 연구는 면담자의 신상정보의 비밀보호가 필요한 질적 연구로, 연구의 내용과 진행과정에 대해 2015년 3월 연구윤리심의위원회(institutional review board)의 승인을 얻은 후 연구를 시작하였다.

2. 분석방법

자료분석을 위해 미리 설정한 이론적 관점이나 틀을 분석의 지침으로 이용하였는데, 여기에서 이론은 연구를 위한 청사진을 갖는 것으로 행동, 사건, 구조, 생각들이 왜 발생했는가에 대한 가설로 사용된다[27]. 본 연구에서는 참여에 영향을 미치는 요인을 환경적 요인, 제도적 요인, 행위자 요인으로 분류한 Eun 등[19]의 이론틀을 참고하여 참여과정에 영향을 미치는 요인을 제시하고자 하였다. 이 이론 틀은 선행연구에서 포함하는 참여수준에 영향을 미치는 요인들을 모두 포괄하여 제시하고 있으며, 참여의 영향요인을 참여자의 의지나 전문성과 같은 개인적 수준의 요인뿐 아니라 환경과 제도와 같은 구조적 요인까지 포함하는 다층적인 요인을 상정하고 있어 본 연구에 활용하기에 적절하다고 보았다.

심층면담과 같은 질적 자료의 분석은 전사, 코딩, 주제발견의 과정을 거치며 귀납적 방법을 통해 점차 큰 범위로 범주화하는 과정이다[28]. 모든 면담내용을 전사하고, 전사한 자료를 반복하여 읽으면서 자료 속에서 참여과정에 영향을 미친다고 생각되는 의미 있는 문장을 구분하였다. 구분된 문장은 개방코딩(open coding)을 사용하였는데, 개방코딩은 자료 속에 함축된 의미에 맞는 주제나 용어를 연구자가 직접 찾아내거나 만들어 내는 방법이다[28]. 구분된 문장에 의미를 부여하고, 문장의 위치를 기록하여 정리하였다. 정리된 자료를 보면서 유사한 의미를 모아 소범주를 만들었다. 유사한 소범주는 중간수준의 범주로 추상화하고, 중범주는 다시 가장 큰 범주인 대범주로 분류하였다.

연구의 신뢰성과 객관성 확보수단으로 Creswell [29]은 지속적

Table 2. Themes and subcategories

Themes	Mid category	Subcategory
Trust and cooperation among the participants	Lack of trust among participants	Not all participants gather to discuss Do not trust organization with different perspective
	Week cooperative relationship	Unlike provider organization, there is no regular consultative group No resources and leadership needed for cooperation There is week cohesion among members at meetings
Structure and procedure of governance	Disadvantage structure	Committee power structure is disadvantageous to the insured Public interest group is not neutral
	Unreasonable participants selection criteria	Participant selection criteria are not clear Participants are intentionally selected according to the direction of government policy
	Insufficient information provided	Meeting materials are late and difficult to review Insufficient time to feedback It is difficult to discuss enough due to massive materials
Representation and expertise of participants	Inadequate representation	It does not aggregate well because of member diversity Difficult communication between organizations The accountability structure for representatives is weak
	Low expertise	Only participants who have expertise and have been involved for a long time make comments It is hard to understand the contents of the discussion
Contents of issues	Aggressive negotiations	Interests are sharp but contents is not difficult Influence in matters of direct interest
	Negative consultation and review	Consultation and opinion debate is not active The agenda passed almost on the original bill Attendance varies by issues

관찰, 삼각화(triangulation), 동료검토(peer review), 외부자 감수(audit) 등을 제시하였다. 이에 따라 연구참여자의 진실성 여부와 진술 편향을 극복하기 위한 삼각화 방법으로 심층면담자료 이외에 회의자료와 보도자료 등의 문서자료를 활용하였고, 연구설계와 면담질문 작성과정에서 질적 연구전문가 1인의 감수를 받았으며, 분석과정에서 코딩결과에 대해 외부전문가 1인의 검토를 받았다. 전사자료를 반복하여 읽고, 새로 코딩하고 분석하는 과정을 여러 번 거치면서 연구의 신뢰성을 확보하고자 하였다. 모든 의미와 범주는 코딩북(coding book)을 작성하여 범주화 과정을 쉽게 볼 수 있도록 하였다.

결 과

연구결과 건정심 가입자 참여에 영향을 미치는 주요 요인은 참여자 간 신뢰와 협력, 거버넌스 구조와 절차, 참여자의 대표성과 전문성 및 이슈내용으로 나타났다(Table 2).

1. 참여자 간 신뢰와 협력

가입자 단체 간 신뢰가 있고 지속적인 협력관계가 있다면 건정심의 의사결정과정에서 더 큰 영향력을 나타낼 수 있다. 그러나 매년 워크숍을 개최하는 등 정기적인 협력관계를 가진 공급자 단체와 달리 가입자 단체는 상시적인 협의체가 따로 없었다[31]. 사안에 따라 비정기적으로 과거 건정심에 참여했던 시민단체와 함께 건강보험 가입자포럼(이하 ‘가입자포럼’)을 개최하며 의견이 같은 가입자 단체들과 함께 협의하는 과정이 있지만, 건정심 8개 단체 중 절반 정도만 참여하고 있었고 사안에 따라 참여단체가 바뀌기도 하였다. 가입자포럼을 같이 하지 않는 단체에 대한 신뢰는 높지 않았는데, 어떤 참여자는 가입자 포럼이 과거부터 지속해서 협의했던 단체들끼리만 하는 모임이라고 생각했으며, 각 단체의 각 단체의 기본적인 입장 차이(예를 들면, 가입자 단체 중 근로자 단체와 경영자 단체가 건강보험정책을 바라보는 관점의 차이) 때문에 서로 긴밀하게 협력하는 것은 불가능하다는 의견도 있었다.

“(가입자)포럼만 놓고 보면 기본적으로 신뢰는 있죠. 이 활동을 같이 해오고 같이 소송 걸고 같이 싸우고. 그런데 위원회(건정심)에 실제 들어오는 가입자 단체로 폭을 넓혀 버리면, (중략) 쉽지가 않죠.” (연구참여자 C)

가입자포럼을 함께 한 단체들은 비교적 사안에 대해 능동적으로 대처하고 의견을 조율하는 시간을 가질 수 있지만, 그렇지 않은 단체는 독자적인 입장을 갖고 회의에 참석하거나 회의에 불참하기도 하여 공급자 단체에 비해 가입자 단체의 의견은 영향력이 부족한 소수의견으로 남게 된다. 2014년 회의자료에 따르면 공급자 단

체 대표자는 회의에 불참하는 경우가 거의 없지만, 가입자 단체 대표자들은 수가와 보험료율 협상이 주요 안건인 경우를 제외하면 항상 불참자가 있는 것으로 나타났다. 사안에 따라 불필요하거나 중요하지 않는 경우 회의에 참석하지 않는 것으로 보이며, 이는 가입자 단체 간 특정 의견을 조율하고 합의하는 과정이 거의 이루어지지 않는 것으로 볼 수 있다.

참여자 간 협력이 부족한 것은 협력이 필요한 자원과 그것을 이끌 주체가 없기 때문이다. 건정심과 관련한 정보와 인적 네트워크를 구축하는데 조직적인 역량을 투입하는 공급자 단체와 비교하면 가입자 단체는 전문적으로 보건의료정책을 담당하는 전문가가 없고, 가입자 단체 간 의견을 조율하고 설득할 수 있는 리더십이 없었다.

“공급자 단체는 (중략) 실무자가 있어요. 그 실무자는 거의 그 일이 전담이잖아요. 그렇기 때문에 그 사람은 그 고민을 계속 집중적으로 하고 자기들 바운더리를 넓혀가고 네트워크를 형성하고 이렇게 가는데. 사실 시민단체는 조금 어렵죠. 워낙 다른 일도 많은 데다가. 그걸 또 (제대로) 하기에 한계가 좀 있으니까.” (연구참여자 C)

가입자 단체는 보건의료정책을 전담하는 조직이 아니며, 사안마다 조직 간 이해관계의 경중이 다르다. 건정심에 참여하는 단체의 위원은 다른 정부위원회에도 참여하는 경우가 많아 조직적 역량을 투입하기 어렵다. 이로 인해 공급자 단체보다 가입자 단체들은 결속력이 약하다고 평가되며, 제한적인 협력관계는 중요한 의결사항에서 가입자들의 영향력이 부족하게 되는 요인이 된다.

2. 거버넌스 구조와 절차

거버넌스 구조와 절차 같은 제도적 요인은 참여수준에 영향을 미치는 핵심적 요인으로 나타났다. 건정심 관련 논의에서 가장 큰 논쟁지점은 구성단체의 수와 배분, 선정기준과 같은 거버넌스 구조를 어떻게 개선할지에 대한 것이다. 가입자 단체 참여자들은 힘의 균형이 맞지 않다고 보는 경우가 많았다. 공익대표는 중립을 표방하지만 실제로는 정부가 제시하는 안에 찬성하는 경우가 많으므로 다수결 결정 시 가입자 단체들의 의견을 모아도 수적인 열세에 놓이는 경우가 많다고 생각하였다.

“(공익대표들은) 대부분 중립적인 상황이었던 것 같아요. 그래서 (찬성과 반대가) 이렇게 나뉘진다 하더라도 한번도 우리가 이겨 본 적이 없어요(웃음). 제가 표결을 해가지고 한번도 이겨 본 적이 없어요.” (연구참여자 C)

구조를 구성하는 기준과 절차의 불합리성에 대한 언급도 있었다. 현행법에서 공급자 단체 참여자는 그 대상이 비교적 명확한데 비해 공익 참여자와 가입자 단체 참여자의 자격기준에 대해서는

정부에 많은 재량을 부여하고 있다. 국민건강보험법 제4조 제4항에 따르면 가입자 대표는 근로자 단체 및 사용자 단체가 추천하는 각 2명, 시민 단체, 소비자 단체, 농어업인 단체 및 자영업자 단체에서 추천하는 각 1명이라는 기준 외에 별다른 기준을 정하지 않고 있다. 정부는 3년마다 위 기준을 충족하는 참여단체를 새로 뽑을 수 있다. 그러나 구체적 기준 없이 임의로 가입자 단체를 구성하는 경우 정부의 정책방향에 동의하거나 잘 모르는 단체 위주로 선정되는 불합리한 방식이 될 수 있다.

“어떤 기준으로 누가 추천을 할지도 사실은 굉장히 중요한데. 가입자 입장에서 보면 가입자도 복지부가 뽑고, 공익도 복지부가 뽑고. 그런데 공급자는 사실은 정해져 있잖아요.” (중략) 자기들 편하게 하려고 입맛에 맞는 사람을 뽑는 거죠. 잘 모르는 사람, 대체적으로 전문성이 없는 전문성을 가지기 어려운 구조의 단체들.” (연구참여자 C)

“(과거에 참여했던 특정 단체를 지목하며) 그 사람들이 너무 많이 따지니까 그랬는지 어쨌는지 그 한 단체는 그 복지부에서 장관이 이렇게 선정할 수가 있어요.” (연구참여자 B)

건정심의 운영 측면에서 불충분한 정보제공은 참여수준에 부정적인 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 자료를 사전에 검토하고 관련 의견을 수렴하기 힘들 정도로 늦게 회의자료가 제공되는 것에 대해 연구참여자 전원이 문제라고 지적하였다. 회의자료가 하루 이틀 전에 되고, 준비할 수 있는 시간이 부족한 것에 비해 많은 자료를 받기 때문에 사전에 검토하고 의견수렴을 할 수 있는 시간이 주어지지 않았다. 자료는 사전에 모두 제공되는 것이 아니었으며, 행정처리상의 이유나 대외비를 이유로 당일에만 따로 제공되었다가 수거하는 자료도 있었다.

“두 시간, 세 시간 회의하는데, 회의자료를 이만큼(손가락으로 표시하면서) 주니까. 안건을 이만큼을 주는 거예요. 뭐 발언할 게 없으면 모르겠는데. 의견 개진할 게 굉장히 많은데.” (연구참여자 C)

건정심에서는 토의안건마다 필요한 자료를 첨부하여 제공하고 있었는데, 제도개선의 배경과 취지, 예상되는 결과에 대한 근거, 협상에 필요한 근거자료 등이었다. 1회의 본 회의에서 평균 7-8개의 안건을 처리하고 있었으며 많은 경우 100페이지 이상의 자료가 제공되었다. 1회 약 3시간의 회의시간 내에 처리해야 할 안건이 적지 않아 참여자들이 의견을 제시하기 어렵고, 토론도 충분히 이루어지지 않을 가능성이 크다.

3. 참여자의 대표성과 전문성

많은 관계자들로부터 대표성을 확보하는 것과 참여자의 전문성도 참여수준에 영향을 미치는 요인이다. 이해관계자를 포괄하는 대표성이라는 측면에서 직장가입자 대표인 근로자 단체와 사용자 단체는 하위조직을 포괄하는 통합조직이 있으므로 사회적으로 대표성을 인정받지만 시민단체, 소비자 단체, 농어업인 단체, 자영업 단체로 구성된 지역가입자는 구성원이 다양하고 이들을 포괄하는 대표성 있는 단체를 선정하기 어렵다. 대표성 문제는 가입자 단체 구성과 관련한 주요 논란 지점으로, 대표성이 부족한 단체 소속의 참여자는 구성원과 의견수렴을 충분히 하고 의견을 개진하기 어렵다.

“자영업자 의견을 다 결집한다는 게, 자영업이라는 게 다양하잖아요. 업종도 다양하고. 그 의견을 이렇게 다 결집하는 단체도 사실 찾기가 어렵고.” (연구참여자 E)

가입자 단체는 대표성을 가지고 참여하기 때문에 조직 내 의견 및 외부 이해관계자의 의견수렴과정을 통해 조직된 이해관계를 대변해야 한다. 그러나 조직 내부와 외부 이해관계자와의 의견수렴은 원활히 이루어지지 않았고, 조직구성원들이 건정심의 안건에 대해 큰 관심을 갖고 있지 않기 때문에 의견을 구해도 별로 도움이 되지 않는다고 느끼는 대표자도 있었다. 따라서 가입자 단체는 회의안건에 대한 사전토의와 공식적인 입장을 정하지 않고도 대표자가 회의에서 의견을 개진하는 것에 상당한 자율성을 부여하고 있었다.

“그 사람(위원)의 성향일 수도 있는 거고. 근데 뭐 이게 딱 어느 단체에 뭐 입장을 대변해서 그런 것 보다는 그냥 의견이 조금씩 다른 건 있었던 것 같아요.” (연구참여자 D)

이처럼 조직 내 논의과정이 충분히 진행되지 않기 때문에 가입자 단체 참여의 영향력은 위원 개인의 참여경력과 전문성에 의존하게 된다. 오랜 참여경력과 전문성이 있는 위원은 영향력이 있지만 그렇지 못한 참여자들은 의사결정과정에 영향력을 나타내지 못하고 있었다. 보건의료정책에서 가입자 단체 참여자의 전문성은 공익위원이나 공급자 단체 위원에 비해 낮을 수밖에 없는데, 연구참여자 중 건정심 위원 참여 이전에 보건의료정책 관련 업무를 한 경험이 있는 사람은 1명밖에 없었다. 회의자료를 통해 가입자 단체 특정 몇 명의 위원들만 적극적으로 의견을 개진하거나 질문을 던지는 것을 확인할 수 있었다. 이들은 2013년 이전부터 건정심에 참여하고 실무를 하여 전문성을 높였기 때문에 의견을 표출하고 토론에도 적극적으로 참여할 수 있었다. 그렇지만 대다수의 참석자는 회의과정에서 침묵을 지키거나 의견을 개진하지 않기 때문에 특정 위원들의 소수의견이 최종적인 의사결정에 반영되는 경우는 거의 없었다.

4. 이슈내용

이슈와 대안이 모두에게 쉽게 인식될 수 있을 만큼 단순하고 명료하다면 비전문가의 참여가 원활히 일어날 수 있다[18]. 건강심에서는 수가와 보험료 인상률과 같은 협상 사안의 조정(intermediation)뿐 아니라 건강보험제도 개선에 대한 자문(consultation), 급여 평가위원회와 같은 전문위원회의 급여결정에 대한 심의(review) 기능도 하고 있다. 가입자 단체들은 안건의 성격에 따라 다른 참여양상을 나타내고 있었다. 수가와 보험료율을 결정하는 경우 대부분의 가입자 단체가 회의에 참석하며, 본 회의 전 소위원회에서 여러 번의 회의를 거쳐 조율하는 과정을 거친다. 그런데도 가입자와 공급자가 의견이 맞지 않는 경우 추가적인 회의를 필요로 한다.

조정과 협상이 필요한 수가와 보험료율의 결정이 안건이면 가입자 참여자들은 긴밀한 협력관계를 가지며 이견 조율과 적극적인 참여가 이루어졌다. 사회적으로 가장 중요하게 생각되는 문제이고 가입자 단체의 이해관계가 직접 드러나는 안건이기 때문에 적극적으로 참여한다. 매년 비슷한 방식으로 협상이 이루어졌기 때문에 참여자들 간 이해수준이 일치하며, 가입자 간 이해관계가 복잡하지 않기 때문에 가입자 참여자들은 공동행동을 통해 영향력을 나타낸다.

“이건 기본적으로 공단에서 한 달 하고, 그 다음에 넘어오면 한 달 내내 하고 이렇게 때문에 한 안건(수가, 보험료율 협상)을 오랜 기간 하다 보니까 대화를 많이 해서 그런 부분은 있는 거 같아요.” (연구참여자 A)

반면 정부가 주도하는 제도개선이나 급여 여부를 결정하는 사안인 경우 회의에 참석하지 않는 가입자 단체 위원도 있었고 참석해도 거의 의견을 내지 않는 경우가 많았다. 새로운 급여의 결정이나 정부가 제시하는 정책과 제도의 개선안, 새로운 정책에 대한 의견 수렴 안건은 건강심 위원들이 의견을 개진한 후 결정하는 형태로 이루어진다. 2014년 총 7차례의 본 회의에서 수가와 보험료율을 결정하는 1개 회의를 제외한 모든 회의는 정책개선과 급여결정에 관한 안건으로 진행되었다. 수가와 보험료의 협상에 비해 전문적인 내용이기 때문에 적극적으로 참여하기 어려운 경우도 있지만, 정책내용이 소속단체나 구성원에게 직접적 영향이 없는 경우 소극적으로 참여하기도 하였다. 이런 경우 특정 위원 몇 명 외에는 의견개진을 잘 하지 않았으며, 제도개선과 급여결과 관련된 의결안건은 대부분 정부가 제시한 원안대로 의결되었다.

“사실 공급자가 제일 활발해요. 당연히 자기들은 이게 다니니까. 이게 다니니까 당연히 활발하고. 자영업자 이쪽은 별로 영향이 없는 거예요. 사실은.” (연구참여자 E)

약제 및 치료재료의 급여 및 상한을 변경하는 심의안건은 매달 1회 가량 서면으로 내용을 각 위원에게 전달하고 찬반을 묻는 방식으로 이루어지며, 2014년에는 1건을 제외한 모든 서면심의 안건은 찬성으로 결정되었다. 참여자들은 심의내용이 기술적이고 전문적인 내용이고, 결정하는 위원회가 따로 존재하기 때문에 본인들이 크게 신경 쓸 필요가 없다고 생각하였으며 서면으로 심사하는 방식에 대해 별다른 문제를 느끼지 않았다.

고찰

연구결과 가입자 참여자들은 공급자 참여자들보다 협력을 위한 주제와 자원이 부족하다고 느끼고 있었으며 조직 간 이견이 통합되기 어렵다고 생각하였다. 공급자 단체보다 제한적인 협력관계 때문에 중요한 의결과정에서 수적으로 영향력이 부족하였다. 참여자들은 거버넌스 구조가 가입자에게 불리하다고 생각하였으며, 위원 구성절차와 기준이 명확하지 않았다. 자료가 늦게 제공되거나 충분하게 제공되지 않는 점은 참여자들이 내용을 이해하고 의견을 개진하기 어려운 요인이 되었다. 가입자 단체는 건강보험의 가입자인 국민을 대표하는 조직이지만, 내·외부 이해관계자와의 의견수렴이 원활하지 않았고 보건의료정책에 관련한 전문성을 갖추기 어려워 위원 개인의 전문성에 의존하는 형태로 나타났다. 건강심의 이슈내용에 따라 행위자들의 참여양상이 다르게 나타났는데, 조정과 협상이 필요한 사안에서는 협력과 공동행동이 이루어졌지만, 정부정책 개선과 방향이나 전문적인 내용인 경우 의견개진이 활발히 이루어지지 않았다. 가입자 단체 참여자들은 건강심의 의사결정과정에서 충분한 영향력을 나타내지 못하는 것으로 나타났다. 이러한 수준의 참여는 일반적으로 공동 결정(partnership)을 전제로 하는 위원회 조직의 참여수준에도 이르지 못하는 것으로, 건강심은 정책의 정당성을 부여하기 위한 형식적 참여로 귀결될 가능성이 높다.

본 연구에 대한 논의는 가입자 참여의 수준이 높지 않은 원인의 분석, 가입자 참여의 영향력 강화를 위한 정책적 제언, 연구의 한계 및 의의 순으로 기술하고자 한다.

가입자 참여의 수준이 충분하지 못한 원인으로 구조적 측면에서는 공급자와 정부보다 부족한 권력 및 자원과 미흡한 책무성 구조를, 절차적 측면에서는 충분하지 않은 자료제공과 논의시간의 부족 등을 들 수 있다.

건강심은 정부, 공급자, 가입자 세 축의 대표성을 가진 이해관계자가 참여하는 코포라티즘(corporatism) 구조를 갖는데, 의사결정은 이익집단 간의 상호협력을 통한 ‘이해의 조정’이나 ‘협상의 결과’로 나타난다[32]. 코포라티즘은 의사결정이 특정 참여자에게 일방적으로 유리하거나 불리하면 당사자의 반발 때문에 제도가 지속될 수 없다는 점에서 참여자 간 힘의 균형을 전제로 한다[33]. 그러나 건강심의 가입자 단체는 보건의료정책을 직접 실행하는 정부나 강

한 이해 동기를 갖는 공급자 단체보다 투입할 수 있는 지식과 자원이 부족하기 때문에 협상에서 영향력을 나타내기 어렵다. 또한 가입자 단체들은 정부와 공급자 단체보다 다양한 구성원을 대표하고 있기 때문에 관점과 동기, 이해관계가 다르고 복잡하다. 따라서 서로 신뢰관계를 형성하거나 협력의 전략을 세우기 어려운 환경에 놓여 있다. 가입자 단체 대표자의 책무성 구조도 참여에 영향을 미치는데, 협상 결과를 책임져야 하는 구조를 가진 공급자 단체 대표자보다 가입자 단체는 강력한 책임구조를 가지지 않기 때문에 대표자 개인의 역량과 의지에 따라 의사결정 참여의 적극성이 달라진다. 다양한 구성원을 이해관계를 대변하고, 수많은 분야의 정책에 관여하고 있는 가입자 단체 조직특성상 보건의료정책에 조직적 역량을 투입할 만큼 동기와 이해관계가 크지 않으며, 따라서 참여수준도 떨어질 수 있다.

절차적 문제도 가입자 단체 참여수준에 미치는 주요 영향요인이다. 보험료율의 결정은 국민 대다수 이해관계가 걸려있어 사회적인 관심이 크기 때문에 본 회의를 개최하기 전 소위원회를 여러 번 진행하여 이해관계자 간 협상이 가능하도록 충분한 시간이 주어진다. 그러나 정부 주도의 정책은 상대적으로 사회적 관심이 많지 않은 전문적인 내용으로 이루어져 있다. 회의는 한 번에 많은 안건을 처리하기 위해 평균적으로 3시간 이상 쉬지 않고 진행되는 경우가 많아 충분한 숙의(deliberation)의 과정이 이루어지지 못하고 서로의 견해를 확인하는 데 그치며, 새로운 대안이나 정책의 합당성에 대한 토론이 이루어지기 힘들다. 상대적으로 비전문가인 가입자 단체 위원은 전문적인 내용으로 이루어진 방대한 관련 자료를 검토하고 전문가나 조직구성원의 의견을 수렴할 수 있는 시간을 충분히 주지 않기 때문에 참여자가 내용을 이해하고 목소리를 내기 위한 역량을 갖추기 어렵다. 이러한 회의과정은 가입자뿐 아니라 상대적으로 지식자원이 많은 공급자 단체도 영향력을 행사하기 어려워 정보와 자원을 독점하고 있는 정부의 정책안이 거의 수정되지 않고 결정된다.

건정심의 참여에 영향을 미치는 요인들을 도출한 본 연구의 결과를 바탕으로 의사결정에서 영향력을 나타낼 수 있는 더 높은 수준의 참여를 실현하기 위해서는 다음과 같은 정책적 고려가 필요하다. 첫째, 공정하고 합리적인 절차가 확보되어야 한다. 참여자 구성의 절차와 기준을 명확히 하여 임의로 참여자가 선정되거나 배제되지 않아야 한다. 결정과정에서는 충분한 토론에 이은 결정이 이루어져 참여자들이 참여의 효능감을 느낄 수 있도록 해야 한다. 또한 결정의 결과만 공개하는 것이 아니라 논의과정을 보다 투명하게 한다면, 직접 참여하지 않는 시민들도 의견을 개진할 수 있고 가입자 대표자들은 외부 의견을 더 의식하여 공적인 관점을 갖고 책임감 있는 참여를 할 수 있을 것이다. 둘째, 참여자들이 충분히 학습할 수 있도록 정보가 적절한 수준으로 제공되고 사전에 검토하기 충분한 시간이 주어져야 한다. 지식과 정보의 비대칭이라는 보건의료정책의 특성

상 참여자들의 학습과 역량 강화에 대한 정책적 고려는 꼭 필요하다. 건정심 회의 전에 자료를 충분한 시간 전에 제공하는 것 이외에도 참여자들이 정책결정을 위해 충분히 학습하고 논의할 수 있는 워크숍이나 세미나와 같은 기회가 마련될 필요가 있다. 셋째, 사안에 따라 기존의 이해관계자 협상의 방식이 아닌 일반 시민의 관점을 반영할 수 있는 새로운 논의구조가 더 필요하다. 가입자는 상대적으로 지식과 정보가 부족하므로 현재의 협상방식에서 영향력을 행사할 역량이 부족하다. 만일 건강보험제도 개선과 정책방향에 대한 논의가 안전이라면, 다양한 가치를 가진 시민의 관점으로 충분한 숙의를 거쳐 결정되는 것이 더 바람직할 것이다. 건강보험정책은 보건의료체계 전반에 영향을 미치기 때문에 보험료 지불자의 권리뿐만 아니라 가입자 대표를 선정하여 이해관계를 따지는 것이 아니라 공적 판단과 토론을 할 수 있는 시민의 참여가 필요하다. 예를 들어, 수가와 보험료율의 협상은 현재의 건정심 구조로 하지만 새로운 정책이나 급여결정과 같은 사안은 영국의 시민위원회와 같은 조직이 토론하고 결정하는 방식으로 운영할 수 있을 것이다.

본 연구는 특정한 맥락의 사례를 대상으로 한 질적 연구로 연구결과를 일반화하려는 목적을 가진 것은 아니다. 그러나 연구진행과정에서 연구의 한계점으로 몇 가지 검토할 지점이 있다. 첫째, 연구대상자와 시기가 한정적이라 심층면담만으로는 참여과정과 관련된 요인을 충분히 밝히는 데 한계가 있다. 본 연구에서는 객관적 현상을 파악하기 위해 2년간의 회의자료를 열람하고 관련 보도자료 등을 이용하였다. 그러나 회의 녹취록은 비공개 문서이기 때문에 열람할 수 없었으며, 참여단체 소속이 아닌 경우 회의에 참관할 수 없어 참여관찰을 하기 어려웠다. 추후 후속연구에서 의사결정과정을 심층적으로 분석하기 위해서는 장기간의 참여관찰과 더 많은 간접적 참여자와의 면담이 필요할 것으로 생각한다. 둘째, 적극적으로 건정심에 참여하고 있는 참여자 몇 명의 면담내용이 그렇지 않은 참여자의 면담내용보다 더 많이 반영되어 실제 현상을 왜곡할 가능성이 있다. 적극적 참여자일수록 비교적 쉽게 면담할 수 있었고 자신의 고민과 생각을 자세하게 알려주었지만, 그렇지 않은 참여자의 경우 자신이 별로 할 말이 없다는 이유로 면담을 거절하거나 단답형에 그치는 답변을 하는 경우가 많았다. 따라서 일부 적극적 참여자의 의견이 분석과정에 더 반영되었을 수 있다. 그러나 본 연구에는 건정심 가입자 단체 8개 중 6개 단체의 참여자를 포함하고 있고, 단체별로 균일하게 표집하여 조사하였다. 또한 면담질문이 참가자의 가치판단을 묻기보다는 참여과정이라는 현상에 대한 설명을 요구하는 질문으로 이루어졌기 때문에 답변의 편향성이 크지 않다고 생각한다. 면담을 거절하는 것도 의미 있는 현상의 하나로 볼 수 있으며, 참가자의 적극성 수준이나 이들의 참여수준을 판단하는 근거가 되었다.

본 연구는 심층면담을 핵심자료로 이용하여 질적 분석을 통해 건정심의 가입자 참여수준에 영향을 미치는 요인을 도출하였다. 이

를 바탕으로 민주주의의 심화라는 관점으로 보건의료정책 결정과정에서 시민의 참여가 영향력을 나타내는 데 필요한 조건을 모색해 보았다는 의의가 있다.

REFERENCES

- Kim HS. Significance and application of participatory decision making. *Proceedings of forums on public conflict and participatory decision-making*; 2005.
- Chung HW. A study on the role and operation of National Pension Fund Management Committee: focusing on role and influence of the representative of pension contributor. *Soc Welf Policy* 2008;33:423-447.
- Kim CY. Participation and democracy in health policy: is it effective?: how will the effectiveness be secured? *Proceedings of conference on health and welfare alliance for criticism and alternatives*; 2012; Seoul, Korea.
- Abelson J, Forest PG, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin FP. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Soc Sci Med* 2003;57(2):239-251. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00343-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00343-x).
- Kim CY. *Theories of health security*. Paju: Hanul Academy; 2009.
- Kim CB. People are kicked out of the policy making process of National Health Insurance? *Mon Welf Trend* 2010;69-72.
- Choi HK. An analysis of the dynamic process of setting fees for medical services. *Health Soc Sci* 2007;22:67-95.
- Shin YS, Kim SU, EA K. A plan to re-organize the health insurance policy determination body. *Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs*; 2014.
- Sa JM. Citizen participation in policy process. *Korean Public Adm Policy* 2006;4(1):69-99.
- Rowe G, Frewer LJ. Evaluating public-participation exercises: a research agenda. *Sci Technol Hum Values* 2004;29(4):512-556.
- Charles C, DeMaio S. Lay participation in health care decision making: a conceptual framework. *J Health Polit Policy Law* 1993;18(4):881-904. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-18-4-881>.
- Pivik JR. *Practical strategies for facilitating meaningful citizen involvement in health planning*. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
- Kwon S, You M, Oh J, Kim S, Jeon B. Public participation in healthcare decision making: experience of citizen council for health insurance. *Health Policy Manag* 2012;22(4):467-496. DOI: <https://doi.org/10.4332/kjhpa.2012.22.4.467>.
- Abelson J; New Brunswick Health Research Foundation, Canadian Health Services Research Foundation. *Effective strategies for interactive public engagement in the development of healthcare policies and programs: a research project*. Ottawa (ON): Canadian Health Services Research Foundation; 2010.
- Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: a scoping review. *Health Policy* 2009;91(3): 219-228. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.01.005>.
- Bruni RA, Laupacis A, Martin DK; University of Toronto Priority Setting in Health Care Research Group. Public engagement in setting priorities in health care. *CMAJ* 2008;179(1):15-18. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.071656>.
- Weeks EC. The practice of deliberative democracy: results from four large-scale trials. *Public Adm Rev* 2000;60(4):360-372. DOI: <https://doi.org/10.1111/0033-3352.00098>.
- Irvin RA, Stansbury J. Citizen participation in decision making: is it worth the effort? *Public Adm Rev* 2004;64(1):55-65. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2004.00346.x>.
- Eun JH, Yang HM, Yoon JS, Park HY, Seo SA, Jung CJ. *Research on a conflict resolution using participatory decision-making techniques*. Seoul: The Korea Institute of Public Administration; 2008.
- Lee WY. Research for patient and public involvement in health care policy-making process: case studies of England NHS under new labor government (1998-2009). *Korea Soc Policy Rev* 2012;19(4):175-205. DOI: <https://doi.org/10.17000/kspr.19.4.201212.175>.
- Van de Bovenkamp HM, Trappenburg MJ, Grit KJ. Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. *Health Expect* 2010;13(1):73-85. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00567.x>.
- 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 Adm Rev* 2004;38(2):127-147.
- Lee PS. Problems and improvements of the decision-making structure of HIPC. *Health Policy Forum* 2012;10(3):57-61.
- Kim JH. Evaluation and improvement of national health insurance fee contract system. *Proceedings of discussion for evaluation and improvement of national health insurance fee contract system*; 2013.
- Kwon SM, Oh JH, MA K. *Principles and implementation of priority setting for the expansion of health insurance coverage*. Seoul: Seoul National University Graduate School of Public Health, National Health Insurance Service; 2010.
- Yoon HS. Problems of decision-making process related the health insurance as a result of the coverage expansion policy. *Sejong: Korea Development Institute*; 2007.
- Yin RK. *Case study research: design and methods*. Seoul: Hankyungsa; 2005.
- Kim YC. *Qualitative methodology*. Paju: Academy Press; 2012.
- Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks (CA): Sage; 2007.
- Wood DJ, Gray B. Toward a comprehensive theory of collaboration. *J Applied Behav Sci* 1991;27(2):139-162. DOI: <https://doi.org/10.1177/0021886391272001>.
- Yoon SH. "Does the provider group expand the financial pie?" They get together before fee negotiation. *MedicalTimes*. 2015 Mar 19.
- Schmitter PC. Modes of interest intermediation and models of societal change in Western Europe. *Comp Polit Stud* 1977;10(1):7-38. DOI: <https://doi.org/10.1177/001041407701000102>.
- Kim SH. Dynamics of corporatism decision making process: two level game theory approach. *Proceedings of the Summer Conference of KAPA; 2004: The Korean Association for Public Administration*. Seoul: The Korean Association for Public Administration; 2004.

Appendix 1. Interview questions

구분	주요 면담 질문 및 부연 질문
소통과 준비과정	가입자 단체 간 혹은 다른 참여단체와의 연대활동이 있는가? - 있다면 어떤 단체들과 연대하는가? - 어떤 사안에 연대하는가? 다른 참여단체를 얼마나 신뢰하는가? 간접적 참여단체가 있는가? - 있다면 그들의 의견은 어떻게 반영되는가? 참석 전에 보통 어떻게 준비를 하는가? 조직 내부적인 논의가 이루어지는가?
논변과정	필요한 자료와 정보는 어떻게 얻는가? 자료는 정확하고 충분하게 제공되는가? 자료를 검토할 시간은 충분한가? 토론은 만족할 만큼 충분히 이루어지는가? 결정방식은 적절하고 공정한 방법인가?
결정의 평가와 대응	결정내용은 공정한가? 결정내용에 대해 집단의 의견교환이 어떻게 이루어 지는가? - 그렇지 않으면 어떤 과정으로 동의를 이끌어내는가? 결정내용에 반대하는 경우 어떻게 대응하는가?