

소득차등적 건강보험 보장성 강화의 정치과정 분석: 본인부담상한제를 중심으로*

손연우** · 최선영***

요약

본 논문은 본인부담상한제 도입과 변화의 정치과정을 노무현, 이명박, 박근혜 정부를 대상으로 분석했다. 노 정부는 시민사회가 건강보험 보장성 강화안으로 주장해 온 본인부담상한제를 도입했지만 급여항목만을 대상으로 하면서 시민사회의 정책 압력과 비판에 직면했다. 노정부는 본인부담상한제를 소득과 관계없이 동일한 상한액을 적용하는 방식으로 그전에 운영해 온 본인부담보상제와 혼용하다가 임기 말에 상한제로 일원화했다. 시민사회와 정책 거버넌스를 형성한 노정부와는 달리 이명박·박근혜 정부는 주요 선거들을 계기로 야당과 함께 범진보연대를 형성한 시민사회와 대결하고 갈등했다. 이러한 정치 환경에서 두 정부는 소득을 각각 3단계, 7단계로 구분하여 본인부담상한제에 소득차등원리를 적용하여 조정했다. 반면, 범진보연대는 보수정권에 대한 정책 선명성을 드러내는 데 집중하면서 비급여 포함 본인부담 100만 원 상한제와 무상의료와 같은 장기 정책지향을 제시했지만 정부 결정에 대해 구체적인 대안으로 대응하기 어려웠다.

주요어: 본인부담상한제, 건강보험, 건강보험 보장성, 소득차등

* 이 논문은 2020학년도 연세대학교 교내 박사후연구원 지원사업의 지원에 의하여 작성된 것임(과제번호: 2020-12-0019).

** 연세대 사회과학연구소 전문연구원(yeonu@yonsei.ac.kr)

*** 연세대 사회복지전문대학원 석사과정(young19@yonsei.ac.kr)

1. 들어가며

건강보험은 우리나라 사회보험 중 가입률이 가장 높은 대표적인 보편적 사회안전망으로 자리잡았다. 국민 대부분이 건강보험에 가입되어 있어 다른 사회보험에 비해 노동시장 외부자에 대한 배제성이 낮다. 그렇지만 건강보험은 ‘저부담-저급여’ 체계로 설계되어 있어 보장성 강화를 위한 다양한 정책을 모색해 오고 있다. 건강보험 보장성은 질병으로 인해 발생하는 경제적 부담을 건강보험이 보장해 주는 정도를 말한다. 국민건강보험공단(2018) 자료를 보면 건강보험 통합 이후 각 정부에서 여러 정책을 시도했음에도 불구하고 전체 건강보험 보장성은 약 62~65% 범위에서 소폭의 등락을 거듭할 뿐 크게 개선되지 않았다. 그만큼 건강보험 보장성을 높이는 것은 쉽지 않다.

건강보험 보장은 진료비용에 대한 보장과 소득감소에 대한 보장으로 구분된다. 상병수당 등이 후자에 속하는데 우리나라에서는 관련 논의가 본격화되지 않았고, 진료비용에 대한 본인부담 완화를 중심으로 한 정책이 주를 이뤄왔다(권순만, 2019: 6-9; 김계현, 2018: 73). 진료비용에 대한 건강보험 보장성을 높이는 방안으로는 질환 선별, 대상 선별, 진료비 감액 등이 있다(허순임·김창보, 2009: 152-156). 순서대로 보면 진료비 부담이 큰 질환을 더 많이 선별하거나, 더 많은 의료서비스를 건강보험 급여 대상에 포함시키거나 또는 의료비 지출이 일정 금액을 넘어서면 이를 상환해 줄 수 있는데 여기에 속하는 대표적인 방식이 본인부담상한제이다.

현재 우리나라에서 실행 중인 본인부담상한제는 의료비 가운데 본인이 부담하는 연간 총액이 소득 구간별로 정해진 개인별 상한액을 넘으면 이 초과액을 건강보험공단에서 부담해 주되 급여항목만을 대상으로 한다. 제도 도입 초기에는 소득과 무관하게 일률 적용하다가 점차 소득 단계를 세분화하여 본인부담상한액에 차이를 두는 방향으로 변화해 왔다. 보수진영의 복지제도 원리에 부합하는 표적화된 제도변화였다. 보수정권 하에서 진보진영은 선거 승리를 목표로 보건의료분야에서 급진적 정책 지향을 밝힘으로써 이념적 선명성을 드러내는 데 집중했다. 그런데 본인부담상한제에 소득차등적 요소를 적용하고 나니 소득분위를 어느 수준까지 구분하고 상한액을 조정해야 실질적인 보장성 개선이 이뤄질 것인지, 정책적 효과를 어떻게 측정할 것인지, 특별히 재난적 진료비의 고통과 과중한 진료비로 인한 빈곤에서 벗어나는 데 분명한 효과가 있는 정책인지에 대한 고민을 안게 되었다.

그러므로 본 논문은 건강보험제도가 소득차등적으로 보장성을 강화하는 방향으로 심화되고 있다는 점을 보여주는 본인부담상한제 변화의 정치과정을 살펴보고자 한다. 본인부담상한제는 소득 계층을 구분하지 않고 적용되다가 소득별 차등적용 원리로 전환된 제도라는 점에서 무상 의료나 보건의료의 보편성보다 건강보험 보장성이 소득차등적으로 강화되는 정치적 환경을 관

찰해 볼 수 있는 주제이기도 하다. 논문은 다음과 같이 구성된다. 먼저 2장에서는 본인부담상한제에 관한 기존연구를 검토하여 논문의 기여지점을 밝히고, 3장에서는 점진적 제도변화의 관점에서 본인부담상한제 변화의 정치과정을 분석하는 틀을 제시한다. 4장에서는 노무현, 이명박, 박근혜 정부에서의 본인부담상한제를 둘러싼 정치과정을 분석하고, 5장에서는 결론과 함의를 제시한다.

2. 기존연구 검토

본인부담상한제에 대한 연구는 제도 효과 분석 및 개선 방안을 제시하는 연구가 주를 이루었다. 비급여의 급여화를 통한 건강보험 보장성 강화 방안을 모색하거나 또는 저소득층 및 중증질환자에 대한 본인부담 경감 필요성을 전제한 연구들이다. 먼저, 비급여의 급여화 필요성과 함께 정책의 추진 방향을 제언하는 연구가 있다(김계현·김한나, 2018; 장인숙, 2018). 비급여 항목은 계속 증가해 오고 있고 비급여 규모를 파악하기도 쉽지 않지만 급여화 우선순위를 정해야 한다고 주장한다. 더불어 의학적 비급여의 예비 급여 운영을 통해 제도의 우선 개선 지점을 확인해 볼 수 있다고 보았다.

다른 연구 흐름은 본인부담상한제가 저소득 계층의 건강보장성을 개선하고 있는가를 실증 분석하고 있다(유혜림·김진수, 2016: 135-164; 박재용 외, 2004; 김태일·허순임, 2008: 25). 소득분위별로 상한 금액을 차등 적용했음에도 불구하고 여전히 본인부담 상한액이 높아 의료혜택을 받는 사람이 적다는 점을 지적하며 저소득층에 대한 본인부담 상한선을 획기적으로 낮추어야 한다고 주장한다. 건강보험 보장성에 있어서 문제가 되는 것은 고소득층은 아니므로 저소득층이 지출하는 의료비를 낮추는 방향으로 정책이 추진되어야 한다고 본다.

건강보험 보장성 강화를 목적으로 한 비급여의 급여화가 확대될 경우 발생할 수 있는 도덕적 해이 현상에 대한 우려와 건강보험 가입자들 간 형평성 문제를 분석하기도 한다(신영석 외, 2010; 김학주, 2004; 최재우 외, 2015). 이들 연구는 급여확대가 의료서비스 제공자나 이용자 양측에서 불필요한 진료나 장기입원 등에 대한 공감대를 만들 가능성이 있다는 점을 지적하면서 본인부담을 완화하지 못하는 제도를 개선하지 않는 것은 사회적 연대를 통한 경제적 약자를 보호하는 사회보험 원래 취지와는 다른 결과를 낳을 수 있다고 보았다.

반면, 본인부담상한제를 둘러싼 정치지형과 정치행위자에 관한 연구는 드물다. 주로 전체 건강보험 정책 결정의 행위자 네트워크와 시민참여를 통한 정책 거버넌스 구성 및 기능을 살펴본 연구들이 있다. 손명세(1989)는 한국 의료보험(현 건강보험) 정책결정 과정의 연결망을 분석

함으로써 건강보험 제도변화의 정치적 측면에 주목한 초기 연구를 남겼다. 이후 김미·민현정(2004)과 김순양(2006)은 의료시민단체를 포함한 시민사회의 보건의료정책에서의 역할을 중심으로 정책형성의 동태성을 보여주었다. 그리고 신영석·김소운·김은아(2014)는 건강보험 의사 결정기구인 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)의 위원 구성과 의사 결정 과정을 분석함으로써 사회적 합의 기구 내의 이해관계 역학을 연구했다. 최근에는 김창보(2020)가 박정희 정부의 의료보험심의위원회에서 현재 건정심에 이르기까지 국민건강보험제도 거버넌스 변천 과정을 분석했다.

상기 정치과정 분석 논문들은 건강보험 정책결정 과정에 참여하는 행위자 확대와 거버넌스 변천을 중심으로 분석하고 있다. 그렇지만 이 분석들이 행위자 변동이 가져온 건강보험제도의 변화 방향을 짚어내기는 쉽지 않다. 특히 건강보험의 보장성을 강화하는 다양한 방안 중에서 시민사회가 주장한 본인부담상한제가 채택되고 정부별로 변화하는 정치과정을 살펴본 논문은 찾기 어렵다. 또한, 건강보험제도 전체를 둘러싼 정치지형과 행위자를 분석할 경우 제도적 이해관계가 중첩적이고 다루어야 할 이슈가 지나치게 많다. 건강보험 보장성 강화, 보험료 부과체계와 재정 개선, 보험수가 결정과 논의 구조, 의료서비스 공급체계 등이 그것이다. 그러므로 건강보험 보장성을 강화하는 주요 제도인 본인부담상한제 변화의 정치과정에 집중한 분석이 용이할 수 있다.

본 논문은 본인부담상한제를 도입한 노무현 정부부터 소득별 차등적용 방식으로 변경한 이명박 정부와 이를 심화시킨 박근혜 정부를 대상으로 살펴본다. 검토한 자료는 행정부, 국회, 정당, 노동·시민사회단체가 생산한 정책자료, 브리핑자료 등과 선거공약집, 대통령인수위원회 자료, 그리고 관련 언론 보도 등이다.

3. 본인부담상한제 변화와 분석의 틀

본인부담상한제는 과도한 의료비 발생으로 경제적 부담이 커지는 상황을 막기 위한 제도로 본인부담 보상제에서 상한제로 변해왔다(표 1). 초기 운영된 본인부담보상제는 일부 직장조합을 중심으로 1979년에 도입되어 1999년 김대중 정부 시기에 전면 시행되었다. 본인부담 총액이 일정 금액을 초과하면 초과액에 대한 정률을 환급하는 방식으로 운영했는데 2002년에 이르러서는 매 30일간 120만 원을 초과하는 금액에 대해서 50%를 환급해 주었다. 반면, 본인부담상한제는 본인부담의 상한액을 정하고 이를 초과하면 전액을 건강보험에서 부담하는 제도이다. 2004년 건강보험 재정이 안정되면서 노무현 정부에서 도입했고 앞서 있던 본인부담보상제

와 혼용했다. 매 6개월간 120만 원을 초과하고 300만 원 이하 금액에 대해 50%를 이전과 같이 환급해 주고, 매 6개월간 300만 원을 초과하는 경우 상한제를 적용하는 방식이었다. 당시 본인 부담상한제는 소득수준과 관계없이 동일한 상한액을 적용했고 노 정부 말인 2007년 7월 본인 부담보상제를 폐지하면서 상한제로 일원화했다.

2009년 이명박 정부에서 소득수준을 3단계로 구분하여 상한액을 차등화했는데 소득 1~5분 위인 하위 50%는 200만 원, 소득 6~8분위인 중위 30%는 300만 원, 그리고 소득 9~10분위인 상위 20%는 400만 원을 본인부담 상한액으로 정했다. 뒤이은 박근혜 정부에서는 소득을 7단계로 더 세분화하고 소득 1분위 120만 원, 2~3분위 150만 원, 4~5분위 200만 원, 6~7분위 250만 원, 8분위 300만 원, 9분위 400만 원, 10분위 500만 원으로 변경하면서 이전보다 저소득층 상한액은 더 낮추고 고소득층 상한액은 더 높였다.

[표 1] 본인부담 보상제에서 상한제로의 변화

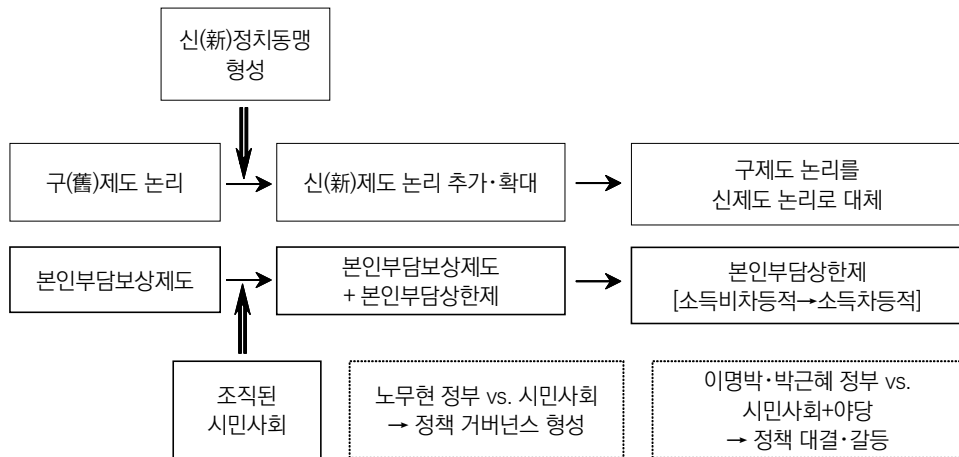
연도	제도 내용	정부
1979~2004	본인부담보상제	박정희 정부~김대중 정부
2004.7.1~2007.6.30	본인부담보상제 유지 + 본인부담상한제 도입(제도 혼용)	노무현 정부
2007.7.1~2008.12.31	본인부담상한제	
2009.1.1~2013.12.31.	본인부담상한제 (3단계 소득수준별 실시)	이명박 정부
2014.1.1~현재	본인부담상한제 (7단계 소득수준별 실시)	박근혜·문재인 정부

자료: 성상철 외(2017), 93쪽 재구성.

제도의 점진적 변화를 연구한 마호니, 쉴렌, 슈트렉(Hall and Taylor, 1996; Streeck and Thelen, 2005; Mahoney and Thelen, 2010) 등은 새로 추가된 제도가 예전 제도의 논리에 대한 지지를 약화시키고 새로운 제도 논리에 대한 지지를 강화시키게 되는 제도변화를 층화적(layering)이라고 유형화했다(Koreh et al., 2019: 605-620.; Streeck & Thelen, 2005; Mahoney & Thelen, 2010: 1-37). 건강보험 본인부담 관련 제도의 변화는 구(舊)제도 논리에 신(新)제도 논리가 추가 운영되다가 신제도만 남는 점진적 제도변화의 흐름이 보인다(그림 1). 즉 본인부담보상제는 본인부담 상한액 기준이 없어서 건강보험의 의료비 보전 기능을 수행하기에는 한계가 있었다(김대환, 2015: 88). 이를 보완하기 위해 본인부담상한제를 도입해 혼용했는데, 보상제와 상한제가 적용되는 기한, 조건 차이에서 보상액이 불합리하게 달라지는 상황들이 발생하자 상한제로 일원화하는 점진적 변화를 겪는다. 그리고 상한액 기준을 소득 일률적으로 적용하다가 이후에는 소득을 3단계로, 그 다음에는 7단계로 구분하여 상한액을 차등 적용하게 되었다.

정치적 격변에 기인한 급진적 제도변화가 아닌 점진적 제도변화는 제도를 둘러싼 주요 정치 행위자들 간에 지속적 협상을 통한 조정(adjustment)의 결과이다(Mahoney and Thelen, 2010: 1-37). 이 경우 새로 형성된 정치동맹이 기존 제도 논리에 문제를 제기하며 새로운 조정을 시도한다. 본인부담 관련 제도변화를 가져온 중요 원동력은 시민사회가 ‘저부담-저급여’ 체계의 건강보험 보장성 문제를 정치이슈화 하고 보장의 형평성에 대해 문제를 제기한 것이었다. 의료보험 통합을 입법운동 주제로 삼았던 이들 단체들은 의료보험 통합과 재정 안정 이후의 보건의료 운동주제를 건강보험 보장성 강화 문제로 옮겨왔다.

[그림 1] 본인부담상한제의 층화적(layering) 변화



본 논문은 노무현, 이명박, 박근혜 정부에서의 본인부담상한제를 둘러싼 정치와 제도변화를 분석한다. 정부별 분석이 용이한 것은 사회보험 운영 주체가 정부이며 본인부담 관련 제도변화는 보건복지부 주도의 건정심 합의를 중심으로 국무회의 의결을 통해 <국민건강보험법 시행령>을 개정하는 방식을 취하기 때문이다. 그렇지만 동시에 민주화 이후 국가와 사회세력의 관계에 변화가 발생했다는 점에도 주목한다(이연호, 2018: 98; Held, 1987; Huber et al., 1997: 323-342; Pateman, 1970). 권위주의 정부에서는 국가가 사회세력에 대해 절대 우위를 점한 가운데 정책과정이 운영되었으나 민주화 이후 점차 조직된 시민사회가 정책 결정 과정에 전략적으로 개입 또는 압력을 가하게 되었다(장훈·이승주, 2018: 81-82, 141-142).

서구 복지국가의 형성에서 노동조합이 주요 역할을 담당했다면 우리나라는 주창형 시민단체(advocacy groups)가 노동단체와 복지연대를 구성하여 정부에 정책적 영향력을 행사해 왔다(Kim, 2004: 146-175). 이 정책적 영향력은 정부의 성격에 따라 다르게 나타났는데 노무현 정부는 시민사회를 포함한 정책 거버넌스를 만들고자 했다. 이와는 달리 이명박·박근혜 정부는

야당과 범진보연대를 형성한 시민사회와 정책 대결 및 갈등의 양상을 보였다(그림 1).

4. 본인부담상한제의 정치과정

1) 노무현 정부: 본인부담상한제 도입·확대의 정치

노무현 정부(2003.2~2008.2)는 시민사회와의 인적·정책적 연결에서 오는 갈등과 정책 수용, 대통령 탄핵 정국의 정치적 혼란, 17대 총선 결과 국회의 여대야소 구도와 민주노동당의 국회 진출이라는 정치적 맥락을 가진다. 김대중 정부는 ‘생산적 복지’를 기치로 IMF 외환위기 이후 경제 체질 개선 과정에서 발생한 노동자와 사회적 약자에 대한 복지를 확충한 반면(최영준·곽숙영, 2012: 265), 노무현 정부는 앞선 정부의 복지정책 흐름을 이어나가되 ‘참여복지’를 내걸고 정책과정에서 시민사회와 협력해 나갈 의지를 밝혔다(최병호, 2007).

1999~2000년 의료보험 통합과 의약분업 과정에서 관련 직능단체와 보건의료단체, 정책입법단체, 노동조합 등은 첨예한 이해관계를 조정하는 진통을 겪었다. 이 과정에서 시민사회단체는 개별적으로 조직화되고 조직간 연대도 활성화되었다. 노무현 정부를 전후로 비영리 민간단체 수는 2000년 2,524개 단체에서 2008년 8,175개로 급증했다(표 2). 경제정의실천시민연합(이하 경실련)과 참여연대와 같은 주창단체들 및 한국노동조합총연맹과 전국민주노동조합총연맹(이하 민주노총)의 양대 노동조합에서 건강보험 보장성 강화 이슈를 다루었다. 그리고 건강세상네트워크와 같은 건강권 시민운동단체 및 건강사회를위한약사회와 건강사회를위한치과 의사회와 같은 의료 직능별 단체들, 그리고 건강권실현을위한보건의료단체연합(이하 보건의료단체연합)과 같은 연대조직과 가난한이들의건강권확보를위한연대회의와 같은 민중운동단체들도 본인부담상한제를 비롯한 건강보험 제도개선을 두고 운동을 진행했다.

[표 2] 비영리민간단체등록 수(2000-2008)

〈단위: 개〉

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
등록누계 (개)	2,524	3,451	3,972	4,588	5,232	5,953	6,699	7,241	8,175
전년 대비 증감 단체 수	2,524	927	521	616	644	721	746	542	934

자료: 행정안전부 e-나라지표.

노무현 대통령은 후보 시절 본인부담 완화 방안을 다양하게 내놓았다(표 3). 연 진료비 총 본인부담액이 일반 국민 1개월 가계 수입을 넘으면 그 이상의 부담액에 대해서는 별도 본인부담률을 적용하거나 진료비 증가에 따라 누진차감제도를 도입하고 질환중증도에 따라 본인부담 총액 상한제를 다르게 운영하겠다는 공약들이었다. 그런데 정부는 출범 초기부터 건강보험 보장성 강화 의지 여부를 두고 시민사회로부터 비판을 받았다. 정부 정책과제였던 건강보험 보장성 70% 달성은 대선 시 공언한 80% 확대 목표를 이미 하향 조정한 것이었고 병원협회 등의 반발로 이전 정부에서부터 논의되어 온 포괄수가제 시행을 유보했다. 초대 보건복지부 수장으로 임명된 김화중 장관은 취임사에도 구체적인 정책은 제시하지 않고 “의료의 보장성을 확대”하겠다고만 밝혀 시민사회의 비판을 받았고 퇴진운동에 직면하기도 했다.

노대통령 취임 첫 해인 2003년 시민사회는 다양한 방법으로 본인부담상한제 도입을 포함한 보건복지 개혁을 주장하며 정부에 정책 의견을 전달 또는 비판을 가하고 여론에 정책지지를 호소한다. 대통령에게 공개서한과 질의서를 연속 발송하면서 성명서를 발표하고 기자회견을 여는 등 다양한 방식으로 해당 이슈에 정책적 역량을 집중할 것을 요구했다(참여연대, 2003). 시민사회는 건강보험이 부담하는 의료비가 전체 의료비용의 절반에도 미치지 못한다면 본인부담상한제 도입을 주장했다(임준, 2003; 보건의료단체연합, 2003). 비급여를 포함한 세대 기준 본인부담상한제를 도입하여 건강보험 보장성을 높이자는 것이었다.

[표 3] 제16대 대선 건강보험 본인부담 관련 정책

	정책 내용
시민사회 정책 요구	비급여 포함 본인부담상한제 도입
노무현 후보 대선 공약	본인부담금 축소
정부 추진과제	건강보험 보장성 70% 수준 확보

자료: 보건의료단체연합(2003), 대통령기록관(2002), 대통령자문 정책기획위원회(2008) 자료 재구성.

건강보험 재정이 흑자로 전환된 2004년을 기점으로 시민사회의 강한 압박 속에 정부는 건강보험 보장성 강화정책을 내놓기 시작한다. 보건복지부는 본인부담상한제 도입방안을 발표하고(보건복지부, 2004.2.12) 다음 해에는 ‘보장성 강화 로드맵’을 제시하면서 ‘제2차 사회보장 장기발전 방향(2004~2008년)’을 5개년 계획으로 발표했다. 이 계획의 4대 추진과제에는 ‘재정 건실성을 유지하면서 보장성 강화를 통한 의료 안전망 구축’을 포함했고 그 1단계(2004~2005년)에서 본인부담상한제를 시행할 계획임을 밝혔다.

집권 2년 차에는 대통령 탄핵 정국 속에 정치세력간 극심한 대립으로 정책 논의가 실종되다시피 했다. 보건복지부의 본인부담상한제 도입 발표 후 노무현 대통령 탄핵이 결정된 2004년 3

월부터 헌법재판소에서 탄핵 심판을 기각한 5월까지 정치적 혼란기를 지난다. 이때를 전후해서 보건의료단체연합, 민주노총, 참여연대 등은 일제히 성명서와 논평을 내고 급여 진료비에 한정한 본인부담상한제가 실효성 없는 제도라고 비판하면서 급여 확대를 주장했다(보건의료단체연합 2004; 전국민주노동조합총연맹 2004a). 참여연대와 경실련은 한 걸음 더 나아가 「국민건강보험법시행령 및 동법 시행규칙 중 개정령안」에 관한 의견을 내고 본인부담상한제에서 비급여 항목을 제외하는 데 대한 반대와 보완 의견을 밝힘으로써 정책적 압박을 가했지만 해당 논의를 적극적으로 전개할 수 있는 정치 상황이 아니었다(참여연대, 2004; 경제정의실천시민연합, 2004).

탄핵 정국에 치러진 2004년 총선에서 열린우리당이 승리하면서 제17대 국회는 여대야소 구조로 조정됐고 청와대 국정 운영은 다시 힘을 얻게 되었다. 이런 정치지형 속에 2004년 6월 22일 국무회의에서 본인부담상한제 실시를 위한 국민건강보험법시행령 개정령을 의결하고 7월 1일부터 시행했다. 시민사회는 이 결정을 환영하면서도 실질적 진료비 경감책으로는 미비하다고 판단했다. 정부가 비급여 항목을 상한액에서 제외한 데 대해 시민사회는 건강보험 보장성 개선 기회를 상실했다면서 비판했다(전국민주노동조합총연맹, 2004b).

2004년 말부터 시민사회는 중증·고액환자에 대한 본인부담보상제를 폐지하여 본인부담상한제로 단일화하고 한시적 비급여 품목의 급여화 논의를 본격적으로 시작했다. 이에 복지부는 보상제보다 상한제가 국민에게 더 큰 혜택이 돌아가는 제도이므로 “궁극적으로 지향해야 할 목표”이지만 시기상조라고 하면서 우선은 두 제도를 동시에 운영하다가 상한제 범위를 넓히는 방안을 검토하고 있다고 밝혔다(의약뉴스, 2004.11.11).

2004년, 2005년 개각으로 시민사회와의 정책적, 인적 네트워크가 많은 김근태, 유시민 두 의원이 연이어 보건복지부 장관으로 임명되었다. 특히 유시민 장관은 의원 시절 보건복지부 대상 국정감사에서 본인부담총액상한제 도입을 요구하고, 건강세상네트워크와 ‘본인부담상한제 시행방안 토론회’(2003.12.22)를 공동주최하는 등 제도적 관심을 나타냈다. 유 장관은 ‘의료급여 혁신 대국민보고서’를 내놓을 만큼 건강보험제도 개선 의지를 적극적으로 밝히면서 본인부담 보상제를 폐지하고 상한제로 통합하는 방안을 논의하기 시작했다(보건복지부, 2006).

노정부 후반에 이르자 시민사회는 정부가 내건 건강보험 보장성 강화 약속을 지킬 것을 압박했다. 시민사회가 정부의 보건의료정책, 특히 본인부담상한제 도입에 대해 내놓은 평가는 박했다. 진료비가 3천만 원 가량 발생한 이후에야 받을 수 있는 혜택으로 중산층과 서민에게 도움이 되기 어려운 제도라는 것이다(경제정의실천시민연합 2006). 이 즈음에는 정부도 국정브리핑을 통해 ‘일부 시민단체가 조직적으로 비판하고 있다’면서 시민단체와 각을 세웠다(보건의료단체연합, 2007.1.16).

정부는 2007년 본인부담보상제를 폐지하고 본인부담상한제로 일원화했고 상한액을 매 6개월간 300만 원에서 200만 원으로 하향 조정했다(2007.7.1). 주된 요인은 환자 간 입원 기간과 법정 본인부담액이 어떤 제도 적용을 받느냐에 따라 혜택의 차이가 발생하면서 형평성 논란이 일었다는 데 있다. 그리고 상한제와 비교할 때 보상제는 본인부담 상한액이 없어 제도적 효과가 미비하다는 점이 드러났기 때문이기도 했다.

노무현 정부는 시민사회와 다양한 커뮤니케이션 통로를 가지고 건강보험 보장성 강화를 위한 정책 논의를 이어갔다. 시민사회는 보장성 강화 방안으로 본인부담상한제 도입을 강하게 주장했고 정부는 본인부담 보상제와 상한제를 혼용하는 방식으로 제도를 운영하기 시작했다. 그렇지만 정부는 상한제에 비급여 항목을 포함하지 않은 데 대해 시민사회로부터 강한 비판을 받았다. 본인부담 완화를 목적으로 한 두 제도가 혼용되자 정률 기반 보상제보다 상한제가 보험가입자 간 형평성에 더 부합한다는 주장이 커짐에 따라 보상제를 폐지하고 상한제로 일원화했다.

2) 이명박 정부: 소득차등적 본인부담상한제 변화의 정치

2007년 대선을 앞두고 시민사회는 ‘의료의 공공성과 건강보험 보장성 강화를 위한 연대회의’를 구성하고 <2007 대선 공동대응 의료연대회의>(이하 의료연대회의)를 결성했다. 의료연대회의는 보건의료 정책대응 활동을 위한 연대체로 보건의료노조, 건강세상네트워크, 참여연대 등이 참여했다. 이들은 각 대선후보에게 ‘10대 핵심과제 50대 세부과제’를 선정해 정책안을 전달하고 교육과 의료를 대선 최대 쟁점으로 만들기 위한 대중운동을 전개했다(참여연대, 2007a; 2007b).

이명박 후보는 대선과정에서 중증질환자와 임산부 등을 대상으로 건강보험 보장성을 강화하는 정책 방향을 밝혔다. 기실 당선 가능성이 높았던 이명박 후보의 보건의료정책에 대해 시민사회가 가장 우려했던 점은 시장원리의 강화에 있었기 때문에 상대적으로 본인부담 완화정책은 대선 국면에서는 중요하게 부각되지 못했다. 그렇지만 의료연대회의는 연간진료비 최고 부담액을 100만 원 이하로 제한하는 정책을 주장했고 이 정책안은 이명박 정부 시기 범진보진영의 공통정책으로 받아들여진다(표 4).

이명박 정부는 ‘생산적 복지’ 또는 ‘능동적 복지’라는 이름을 걸고 건강보험 보장성의 보편적 확충보다는 저소득층 건강보험료 감면정책과 영리의료법인 도입 및 민간의료보험 활성화 등에 주력하자 시민사회의 대정부 비판은 의료민영화 정책에 집중되었다. 대개 보수정부에서는 경제부처와 복지부처의 긴장이 높아지기 쉬운데 이 시기에는 보건의료산업 발전방안을 중심으로 경제정책 운용에 더 무게를 두었다.

[표 4] 제17대 대선 건강보험 본인부담 관련 정책

	정책 내용
시민사회 정책 요구	연간진료비 최고부담 100만 원 이하 제한
이명박 후보 대선 공약	암·중증질환 급여 범위 확대와 본인부담 경감
정부 추진과제	입산부·암·중증질환 보장 확대

자료: 한나라당(2007), 제17대 대통령직인수위원회(2008), 참여연대(2007) 자료 재구성.

2008년 총선 결과 새누리당은 원내 1당이 되었고 보건복지위원회 상임위원장도 보수당인 자유선진당 의원이었다. 이 정부는 시민사회와의 정책적 소통창구가 협소한 탓에 범진보연대를 구성한 민주통합당과 통합진보당을 통해 비제도권 세력의 정책적 요구에 대응했다. 시민사회는 2조 이상 흑자를 낸 건강보험의 급여 확대와 본인부담상한제에 비급여 항목을 포함시킬 것을 요구했다. 3대 비급여로 알려진 상급병실비, 간병비, 선택진료비의 급여화 여부는 정부와 시민사회 간 지속적인 논쟁거리였고 급여 확대 속도보다 비급여 항목 증가 속도가 빨라 급여만 대상으로 하는 기존 본인부담상한제를 통한 건강보험 보장성 개선 효과를 나타내기 어려웠다.

이런 상황에서 2009년 정부는 본인부담상한제를 일부 개정한다. 노무현 정부에서 해당 제도를 도입하면서 줄곧 소득과 무관하게 적용해 온 본인부담 상한액 기준을 소득 차등적으로 변경했다. 소득수준을 3단계로 구분하고 단계별 상한액을 달리함으로써 본인부담상한제는 세분화된 소득분위 조정을 통해 제도효과를 개선하려는 보수진영과 본인부담상한액을 일률적으로 100만 원 이하로 조정하려는 범진보진영의 정책 흐름으로 갈라진다. 후자는 대선과정에서 시민사회를 중심으로 한 주장이었는데 거대 야당이 이들과 범진보연대를 꾸리면서 수용한 내용이었다.

범진보연대는 이명박 정부 시기 지방선거(2010)와 총선(2012)를 거치면서 보수정권에 대한 선거 승리를 위해 결집하면서 만들어졌다. 국회 내 민주통합당, 민주노동당과 통합진보당과 국회 밖 여러 소수정당들 그리고 노동·시민사회단체들이 참여했다. 이 연단체 구성 과정에서 거대 야당인 민주통합당의 보건의료정책은 진보적 변화를 꾀는다. 결과적으로 민주통합당은 정책의원총회를 열고 ‘건강보험 보장성 강화 방안’으로 향후 5년간 입원진료비와 외래 본인 치료비에서의 본인부담률을 낮춰가는 방안을 승인하고 실질적 무상의료를 당론으로 확정했다(민주통합당, 2011.1.6). 진보진영에서는 민주통합당의 이 결정에 대해 정치적 의미가 크다는 점을 강조하며 의료정책상의 역사적 사건이라고 평가했지만 여당과 보수 매체들은 포퓰리즘이라고 비판했다.

정권 말에 치러진 2012년 제19대 총선에서 여당인 새누리당은 건강보험 재정안정과 노인 대상 정책에, 민주통합당과 통합진보당은 건강보험 보장성 강화에 중점을 둔 공약을 내놓았다

(경제정의실천시민연합, 2012.4.9). 새누리당은 이명박 정부에서 추진 중이거나 계획 중인 정책을 중심으로 보건의료정책을 내놓았는데 본인부담상한제의 상한액 하향 조정을, 민주통합당과 통합진보당 및 시민사회는 비급여 항목을 포함한 본인부담 100만 원 상한제 도입을 위한 건강보험 개혁 필요성을 주장했다(경향신문, 2012.4.4).

본인부담상한제를 소득차등적으로 적용하기 시작한 이명박 정부의 결정은 보수적인 복지제도 운영에 부합한 제도개정이었다. 시민사회는 본인부담상한제를 도입한 노무현 정부에서 건강보험 보장성 강화를 위한 주요한 방안이 상한제에 비급여 항목을 포함하는 것이라고 주장하면서 비판의 수위를 높였던 반면, 이명박 정부에서는 총선과 지방선거를 배경으로 형성한 범진보연대를 통해 상한액을 과감하게 완화한 본인부담상한제와 무상의료라는 정책적 지향을 밝히는 데 더 집중했다.

3) 박근혜 정부: 소득차등적 본인부담상한제 심화의 정치

복지정책 대결이 뜨거웠던 2012년 대선에서는 어느 선거에서보다 건강보험 보장성 강화가 중요 이슈로 떠올랐다. 주요 대선후보들은 건강보험 보장성 강화라는 방향성에는 일치했지만 목표하는 보장성 수준과 실현 방안에서는 차이를 보였다. 양강 구도의 박근혜 후보와 문재인 후보는 건강보험 보장성 강화 방안과 개혁 목표에 대해 다른 입장을 내놓았다. 박후보는 암 등 4대 중증질환 보장과 빈곤층 대상 혜택 증진을, 문후보는 비보험 급여화와 의료비 100만 원 본인부담상한제를 제시했다(새누리당, 2012; 민주통합당, 2012).

2012년 대선을 전후로 전국 402개 노동·민중·시민단체는 <복지국가 실현 연석회의>를 출범시켰다. 여기에는 민주노총, 한국노총, 보건의료단체연합, 주거 연합, 한국여성단체연합, 참여연대 등이 참여했다. 이들 단체들은 복지국가 7대 원칙과 15대 의제를 대선 쟁점으로 발표하면서 “모든 진료에 건강보험 적용과 연간 의료비 100만 원 본인부담상한제 실현”을 포함시키고, 각 정당 후보들의 보건의료공약에 해당 정책을 포함하도록 압박했다(보건의료단체연합, 2011).

박근혜 후보는 비급여를 포함한 4대 중증질환 진료비 전액을 국가에서 책임지고 본인부담상한제의 소득분위를 3단계에서 10단계로 구분하여 상한액을 조정하겠다고 공약했다(표 5). 그런데 박대통령은 당선 직후 대선 공약에서 후퇴한 정책 실행안을 내놓으면서 강한 정치적 비판에 직면했다. 대통령 인수위원회는 건강보험제도 개선책이었던 본인부담상한제 관련 공약의 소득단계 세분화 정도를 축소 조정하고 상한액 기준을 변경한 국정과제를 발표했다.

[표 5] 제18대 대선 건강보험 본인부담 관련 정책

	정책 내용
시민사회 정책 요구	-모든 진료에 건강보험 적용과 연간 의료비 100만 원 본인부담 상한제 실현 -무상의료 실현
박근혜 후보 대선 공약	-4대 중증질환 비급여 포함 보장률 100% -본인부담상한제 소득분위 10단계 세분화 및 소득별 상한액 증감 조정
정부 추진과제	-4대 중증질환 필수서비스 건강보험 적용 -본인부담상한제 소득분위 7단계 세분화 및 소득별 상한액 증감 조정

자료: 새누리당(2012), 제18대 대통령직인수위원회(2013), 보건의료단체연합(2011), 무상의료운동본부(2012) 자료 재구성.

구체적으로 보면 정부는 2014년 소득분위를 3단계에서 7단계로 세분화하면서 저소득층 상한액은 더 낮추고 고소득층 상한액은 더 높였다. 정부는 소득수준 세분화로 소득 차등효과를 크게 함으로써 저소득 계층에 돌아가는 혜택이 더 커질 것이라고 예상했다. 그렇지만 시민사회는 비급여를 포함하지 않은 본인부담상한제로는 소득분위를 조정한다고 해서 제도의 취지를 달성하지 못한다는 점을 지적했다(프레시안, 2014.1.29). 또한, 정부는 보건복지 핵심공약이었던 4대 질환 전액 국가보장 공약에서 3대 비급여를 제외했다. 시민사회는 ‘구호만 남은’ 의료복지라며 강하게 비판했고 한 시민단체가 박대통령과 진영 보건복지부 장관을 검찰에 고발하기도 했다(연합뉴스, 2013.2.21).

박정부와 제19대 국회 3년 동안 여당인 새누리당이 국회 다수당이었으며 보건복지위원회 상임위원장도 여당 소속 의원이었다. 그리고 2014년 12월 통합진보당이 해산되면서 국회 안팎에서 노동자정당이 혼란과 재정렬되는 상황이었기 때문에 청와대와 강하게 대립거나 진보적 정책을 적극적으로 제시하는 정당이 약화되었다. 그리고 민주통합당은 본인부담 상한액을 급진적으로 낮추고 무상의료 실현을 목표로 한다고 선언했지만 이것은 바로 현실화할 수 있는 정책목표가 아니었다(프레시안, 2012.4.29). 뿐만 아니라 원내 거대 양당인 새누리당과 민주통합당은 소수정당들보다는 점진적 제도변화를 선호했다.

제18대 대선은 어느 때보다 보수·진보 양 진영의 복지정책 경쟁이 도드라진 선거였음에도 불구하고 박대통령 집권 동안 관련 논의와 정책개선 노력은 활발하지 못했다. 정부는 3대 비급여를 제외한 채 4대 중증질환에 대한 본인부담 경감대책을 실행했고 본인부담상한제의 소득단계를 세분화하는 데 그쳤다. 범진보진영은 비급여 포함 본인부담 진료비의 일괄 완화 및 무상의료로의 지향을 확고히 하고자 한 반면 구체적인 정책에는 적절히 대응하지 못했다.

5. 결론과 함의

본 논문은 건강보험 본인부담상한제가 소득차등적으로 변화해 온 정치과정을 노무현, 이명박, 박근혜 세 정부를 중심으로 분석했다. 노무현 정부에서는 시민사회가 정부와 정책 거버넌스를 형성하여 정부에 대한 압력과 비판을 가했던 반면, 이명박·박근혜 정부에서는 선거를 기점으로 시민사회와 야당이 범진보연대를 구성하여 정부와 대립하고 갈등했다. 시민사회는 의료보험 통합 이후 보장성 강화안으로 본인부담상한제 도입을 주장했고 노무현 정부는 급여항목에 대한 본인부담 상한제를 도입하되 소득과 관계없이 동일한 상한액을 적용했다. 두 보수정권에서 범진보연대는 보수정권과의 정책 차별성을 드러내어 선거 승리에 무게를 두면서 구체적인 정책대안을 제시하기보다 정책의 지향점을 드러내는 데 집중했다. 결과적으로 범진보연대는 본인부담 100만 원 상한제와 무상의료를 주장하면서도 소득단계를 점차 세분화하고 상한액의 소득 차등성을 강화하는 정부 결정에는 적절한 대안으로 대응하지 못했다.

본인부담상한제를 둘러싼 최근 논의를 살펴봄으로써 소득차등적 본인부담상한제 개정의 의미를 되짚어 볼 수 있다(유혜림·김진수, 2016: 155; 김대환·이상우, 2013: 6-12). 소득분위별로 의료혜택을 차등 적용함으로써 의료비 부담 감소를 기대할 수 있지만 현재 상한액은 소득분위가 낮은 계층에게 여전히 높은 기준선일 수 있다. 실상 저소득 계층은 2, 3차 의료기관을 이용하기에는 상대적으로 부담이 따르기 때문에 주로 1차 의료기관을 이용한 결과 상한액에 이르기까지 진료비를 쓰지 않아 상한제를 통해 환급받는 대상이 적을 수 있기 때문이다. 본인부담상한제가 소득분위를 세분화한다고 해도 상위 소득분위를 더 세분화하지 않는다면 상대적으로 소득 역진적 혜택을 낳는 제도로 기능할 가능성이 커질 수 있다. 그렇다면 비급여를 포함하지 않는 현 본인부담상한제에서는 저소득 계층에 적용되는 상한액을 획기적으로 낮추고 상위 소득분위를 더 세분화하지 않는 한 소득차등적 제도개정이 효과를 나타내기 쉽지 않을 수 있다.

최근 우리나라는 코로나 사태를 지나면서 전 국민을 포괄하는 건강보험제도의 힘을 경험했다. 보험 자격 획득에 있어 보편적이라는 점이 광범위한 검사와 안정적 치료를 가능하게 했다. 건강보험제도의 문제는 여타 다른 사회보험이 가진 보험 가입 자격 배제에서 오는 역진적 선별성(윤홍식, 2018)의 문제가 아니다. 오히려 중증환자나 의료적 약자에 대한 건강보험의 보장성 강화 노력에도 불구하고 개선효과가 명확히 감지되지 않는 데 있다. 더 많은 수혜대상을 선별하는 방향으로 제도를 개선해야 할지, 보편성의 원리를 과감하게 적용시켜 나가야 할지를 고민해야 한다.

본인부담상한제는 건강보험제도의 성격과 제도효과를 규정하는 주요 하부제도 중 하나이고 건강보험제도는 여타 다른 제도보다 수혜자 범위가 넓어 정치적 이해관계가 다층적으로 얽혀

있다. 이 점에서 건강보험의 다양한 하부 제도들의 정치적 지형과 제도화 압력을 살펴보는 것이 유의미하다. 건강보험의 제도적 개선은 기존 제도의 논리와 차별적인 새로운 제도 논리를 한 겹씩 추가해 가는 층화적 제도변화를 피하는 것이 제도변화에 대한 저항을 낮추는 방식이라는 점을 생각할 때 주요 하부제도를 다루는 연구가 더 필요하다고 여겨진다.

■ 참고문헌 ■

- 국민건강보험공단 (2018). 2017년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험공단 정책보고서.
- 권순만 (2019). 건강보험 보장성의 정책 과제. 보건복지포럼 272, 5-14.
- 김계현 (2018). 정부 건강보험 보장성 확대방안의 현황과 과제. 의료정책포럼. 16(2), 66-74.
- 김계현, 김한나 (2018). 정부 건강보험 보장성 확대방안의 쟁점과 과제. 법과 정책. 24(2), 10-11.
- 김대환 (2015). 건강보험의 질병 간 비용부담의 형평성 제고 방안. 보험금융연구. 26(2), 85-107.
- 김대환, 이상우 (2013). 새정부의 보험산업정책(II): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가. 보험연구원 CEO Report. 2013-01.
- 김미, 민현정 (2004). 한국 보건의료 시민단체의 역할과 성격에 관한 경험적 분석. 한국거버넌스학회. 11(2), 257-281.
- 김순양 (2006). 보건의료 정책형성 과정의 동태성: 옹호연합모형(ACF)을 통한 의료보험 통합일원화 논쟁의 해석. 한국정책학회보. 15(3), 1-33.
- 김창보 (2020). 국민건강보험제도 수가 결정 구조. 월간 복지동향. 206, 5-11.
- 김태일, 허순임(2008). 소득 계층별 의료비 부담의 추이와 정책과제. 보건행정학회지. 18(4), 25.
- 김학주 (2004). 계층간 진료비 본인부담의 형평성에 관한 연구. 한국사회복지학. 56(3), 113-133.
- 대통령기록관 (2002). 16대 대선공약-보건분야. http://knowhow.pa.go.kr/roh/vision_1/policy/view.asp?bid=3&pid=187&cp=1&num=18 (2002.12.20).
- 대통령자문 정책기획위원회. (2008). 건강보험 개혁: 건강보험 재정안정화 및 보장성 강화. 참여정부 정책 보고서 2-24.
- 무상의료운동본부 (2012). 대선 후보 보건의료 정책 공약에 대한 입장. 보도자료 (2012.12.17).
- 민주통합당 (2011). 민주당 당론으로 '실질적 무상의료' 확정 <http://www.dttoday.com/news/articleView.html?idxno=51320>. (2011.1.6).
- _____ (2012). 제18대 대통령선거 민주통합당 공약집.
- 박재용, 최병호, 정기택, 김윤수 (2004). 건강보험의 관리체계 개선방향. 경제인문사회연구회 한국행정연구원. 기본연구과제 2004-18.
- 보건복지부 (2004). [보도자료] 건강보험 적용 진료비 본인부담상한제 실시. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=769&CONT_SEQ=28018. (2004.2.12).
- _____ (2006). 유시민 장관, '의료급여 혁신 대국민보고서' 발표. <https://eiec.kdi.re.kr/policy/materialView.do?num=83513>. (2006.10.9).
- 보건의료단체연합 (2003). 노무현 정부는 보건의료 개혁의 청사진을 제시하라. <http://kfhr.org/?p=32934> (2003.4.17)
- _____ (2004). [성명] 보건복지부는 이름뿐인 '진료비 본인부담상한제' 로는 가계파탄을 막을 수 없다. <http://kfhr.org/?p=32998>. (2004.2.12).
- _____ (2007). [성명] 1.12 의료급여 관련 복지부 국정브리핑에 대한 시민사회단체 반론. <http://kfhr.org/?p=33464>. (2007.1.16).

- _____ (2011). 402개 시민사회단체 '복지국가 실현 연석회의' 출범: 복지국가 7개 기본원칙과 이를 실현하기 위한 15대 의제 발표. <http://kfhr.org/?p=27775>. (2011.7.20).
- 새누리당 (2012). 제18대 대통령선거 새누리당 공약집.
- 성상철, 김승택, 문창진, 사공진, 강정화, 정규형, 노홍인, 김필권, 황의동, 이홍균, 현재룡, 최기춘, 이정면, 김재윤, 임현아, 안학준, 이소영, 장욱, 김정립 (2017). 전국민 건강보장 확대를 위해 걸어온 길, 국민건강보험 40년사 부문사편. 원주: 국민건강보험공단: 건강보험심사평가원.
- 손명세 (1989). 한국 의료보험정책 결정과정의 연결망 분석. 연세대학교 박사학위논문.
- 신영석, 김소운, 김은아 (2014). 건강보험 의사결정기구의 개편 방안. 한국보건사회연구원 현안보고서. 2014-2
- 유혜림, 김진수 (2016). 건강보험 본인부담상한제의 효과성에 관한 연구. 한국사회보장학회. 32(2). 135-164.
- 윤홍식 (2018). 역진적 선별성의 지속과 확장성의 제약, 2008~2016: 이명박·박근혜 정부시기 한국복지제도의 특성. 한국사회정책학회 한국사회정책. 25(4). 163-198.
- 이연호 (2018). 발전론(제4판). 서울: 연세대학교 대학출판문화원.
- 임준 (2003). 본인부담총액상한제의 필요성과 구상. 참여연대사회복지위원회 월간 복지동향. 53. 20-23.
- 장인숙 (2018). 비급여 보장성 강화정책의 이행전략. 건강보험심사평가원 정책동향. 12(1). 19-27.
- 장훈, 이승주 (2018). 한국형 발전국가의 정치경제사. 고양: 인간사랑.
- 전국민주노동조합총연맹 (2004a). [성명] 기만적인 건강보험 본인부담상한제 규탄. <http://nodong.org/statement/98462>. (2004.2.12).
- _____ (2004b). [성명] 환자들이 실제 혜택을 받을 수 있는 본인부담금 상한제를 도입하라. <http://nodong.org/statement/98589>. (2004.6.1).
- 제17대 대통령직인수위원회 (2007). 제17대 대통령직인수위원회 백서: 성공 그리고 나눔.
- 제18대 대통령직인수위원회 (2013). 제18대 대통령직인수위원회 제안: 박근혜정부 국정과제. 보도 참고자료 2.
- 참여연대 (2003). 본인부담총액상한제의 필요성과 구상. <http://www.peoplepower21.org/Welfare/651017>. (2003.1.23).
- _____ (2004). [의견서] 국민건강보험법시행령및 동법 시행규칙중개정령안. <http://www.peoplepower21.org/Petition/37256>. (2004.3.26).
- _____ (2007a). 치료비 걱정 없는 건강한 사회 실현을 위한 2007 대선 보건의료 정책 발표. http://www.peoplepower21.org/index.php?mid=Welfare&category=160577&page=25&listStyle=list&document_srl=662037. (2007.10.17.).
- _____ (2007b). 국민 3명 중 1명, "병원 진료비 부담으로 경제적 어려움을 느낀 적 있다". http://www.peoplepower21.org/index.php?mid=Welfare&category=160577&page=25&listStyle=list&document_srl=662088. (2007.10.26).
- 최영준, 광숙영 (2012). 한국 복지국가 형성에서 정책이전의 역할: 이론과 실제. 서울대학교 국제문제연구소 세계정치. 17. 249-290.
- 최병호 (2007). 외환위기 10년, 보건의료 정책의 변화. 재정학회 학술대회 발제문 (2007.10.5).
- 최재우, 정재욱, 김재현, 김정립, 박은철 (2015). 우리나라 국민건강보험제도의 보험료 부담 형평성에 관한 연구. 보건사회연구. 35(3). 199-221.
- 통계청 e-나라지표 (2019). 비영리민간단체 등록

- 허순임, 김창보 (2009). 우리나라 건강보험 보장성 개선 정책에 대한 평가. 보건행정학회지. 19(3). 142-165.
- “[경향신문·경실련 총선 공약 검증](4) 보건 의료”. http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?art_id=201204042221415. 경향신문. (2012.4.4).
- “박근혜정부, 환자 가계 파탄 막을 수 없다: [복지국가SOCIETY] 건보료 올리고 보장성 높아져.” 프레시안. <https://www.pressian.com/pages/articles/113502?no=113502> (2014.1.29).
- “‘세금 폭탄’ 무섭기로서니 ‘가계파탄’ 폭탄만 할까”. <http://www.pressian.com>. <https://www.pressian.com/pages/articles/38657>. 프레시안. (2012.4.29).
- “‘수가인상’만큼 ‘급여확대’ 주장”. <http://www.newsp.com/news/articleView.html?idxno=13740>. 의학뉴스. (2004.11.11).
- “2016년까지 4대 중증질환 필수의료 모두 건보 적용”. <https://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=001&aid=0006107401>. 연합뉴스. (2013.2.21.).
- Hall, P. A. & Taylor, R. C. R. (1996). Political science and the three new institutional experiences. *Political Studies*. 44. 936-957.
- Held, D. (1987). *Models of democracy*. Oxford: Polity Press.
- Huber, E., Rueschemeyer, D., & Stephens, J. D. (1997). The paradox of contemporary democracy: formal, participatory & social dimensions. *Comparative Politics*. 29(3). 323-342.
- Kim, J. S. (2004). Formation and development of the welfare state in the Republic of Korea: process of reform of the public assistance system. *The Developing Economics*. 42(2). 146-175.
- Koreh, M., Mandelkern, R., & Shpaizman, I. (2019). A dynamic theoretical framework of gradual institutional changes. *Public Administration*. 97(3). 605-620.
- Mahoney, J. & Kathleen T. (2010). A theory of gradual institutional change. in *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*, edited by James Mahoney and Kathleen Thelen, 1-37. New York: Cambridge University Press.
- Pateman, C. (1970). *Participation and democratic theory*. Cambridge: Cambridge University.
- Streeck, W. & Kathleen T. (2005). Institutional changes in advanced political economies. in *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies*, edited by W. Streeck and K. Thelen. 1-39. Oxford: Oxford University Press.

Abstract

Analysis on the Political Process of Enhancing the NHI Income Differential Coverage: Focusing on the Out-of-Pocket Maximum

Yeonu Son* · Sunyoung Choi**

This paper analyzes the political process of the introduction and the changes of the out-of-pocket maximum in the Roh Moo-hyun, the Lee Myung-bak, and the Park Geun-hye government. It changed from universal application regardless of income levels to enhancement of income differential coverages. The Roh government accepted civic groups as members of policy governance; the out-of-pocket maximum, a long-standing policy demand from the civil society, was introduced and around the end of Roh's presidency, the existing compensation system became discarded. During the Lee and the Park administrations, the pan progressive camp strategically insisted on free medical care and a cap of 1 million won out-of-pocket maximum for policy clarity, while the two governments subdivided the income ranges into three and seven. The conservative governments and the civil society did not properly have communication networks, which led to not policy cooperation but political conflicts.

Keywords: out-of-pocket maximum, the National Health Insurance, NHI coverage, income differential system

◆ 2020. 10. 31. 접수 / 2020. 12. 11. 수정 / 2020. 12. 15. 게재확정

* Researcher, Social Science Institute, Yonsei Univ(yeonu@yonsei.ac.kr)

** MA student, Graduate School of Social Welfare, Yonsei Univ(young19@yonsei.ac.kr)