



4대 중증질환 보장성 강화정책의 평가

김 윤 | 서울대학교 의과대학 의료관리학교실

Towards universal coverage: an evaluation of the benefit enhancement plan for four major conditions in Korean National Health Insurance

Yoon Kim, MD

Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

Owing to low contributions and a limited benefits design, the Korean National Health Insurance (NHI) took only 12 years from its establishment to achieve universal population coverage. However, the NHI has been facing critical challenges like high out-of-pocket payment rates and catastrophic health expenditures because of low contributions and a limited benefits design. In response to these challenges, in 2013, as a major move towards universal coverage, the Korean government declared a plan to radically enhance the benefit coverage for four major conditions, including cancers, cardiovascular and cerebrovascular diseases, and rare diseases. This study aimed to evaluate the benefit enhancement plan for these four major conditions and identify key success factors. Four major strategies were adopted to enhance benefit coverage: 1) covering almost all previously non-covered medical services either as essential or discretionary benefits, except for definite non-essential services such as cosmetic surgery; 2) improving conditions for benefit coverage corresponding to current scientific knowledge; 3) reducing high out-of-pocket payments considering income level; 4) reducing the financial burden from three major non-covered services including physician surcharges, private room charges, and private charges for custodial care. Despite impaired equity in financial protection across conditions, the plan is expected to reduce out-of-pocket payments by 10% in four major conditions. The actual impact of the plan should be evaluated after implementation. For the successful implementation of the plan, we need to strengthen the NHI's strategic purchasing by establishing a new benefit management system, improving claims review processes, and providing financial incentives rewarding quality and efficiency of care.

Key Words: National Health Insurance; Universal coverage; Benefit coverage; Program evaluation; Korea

Received: February 5, 2014 Accepted: February 19, 2014

Corresponding author: Yoon Kim

E-mail: yonkim@snu.ac.kr

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서론

건강은 모든 사람이 기본적으로 누려야 할 복지인 동시에 지속적인 경제사회발전의 동력이기도 하다[1]. 사람들의 건강을 보호하고 증진하는 가장 중요한 방법 중 하나는 필요한

때에 의료서비스를 이용할 수 있도록 보장하는 것이다. 이를 위해서는 모든 국민이 건강보장의 혜택을 받을 수 있어야 하며, 급여범위가 포괄적이어야 하며, 본인부담률이 낮아야 한다[2]. 즉, 필요한 때에 과중한 재정적 부담 없이 의료서비스를 이용할 수 있도록 보장하는 보편적 건강보장(universal health coverage)을 달성해야 하는 것이다.

1977년 시작된 우리나라 건강보험은 12년 만에 ‘전 국민 건강보험’을 달성했다. 전 세계적으로 유례를 찾기 어려운 놀라운 성과다. 이는 건강보험료를 적게 걷는 대신 본인부담률을 높게 설정하고 급여범위를 제한하는 소위 ‘저부담-저급여 전략’을 선택했기에 가능했다[3]. 하지만 그로 인해 건강보험은 중증질환으로 인한 의료비 부담으로부터 국민을 제대로 보호하기 어려웠다. 건강보험 보장률이 가장 높은 산정특례 중증질환에서 법정 본인부담률은 5%에 불과하지만, 비급여 진료비를 포함한 실제 본인부담률은 24%로 매우 높다[4]. 그 결과 가구소득에 비해 의료비 부담이 과중한 ‘재난적 의료비 경험 가구’의 비율이 전체 가구의 약 1/5을 넘는다[5]. 결론적으로 우리나라 건강보험은 과중한 진료비 부담으로 인해 국민을 제대로 보호하지 못해왔던 것이다.

건강보험의 재정적 보호기능을 강화하기 위하여 정부는 2004년부터 건강보험 보장성 강화를 지속적으로 추진해왔다. 중증질환자의 진료비 본인부담률을 점진적으로 낮추고, 중증질환의 범위를 암, 심뇌혈관질환, 희귀난치성 질환으로 점차 확대하고, 자기공명영상과 양전자 단층촬영과 같은 비급여를 점진적으로 급여로 전환해왔다. 이를 위해 매년 적게는 수천 억에서 많게는 1조 원 이상을 추가로 건강보험재정에 투입하였다. 하지만 건강보험의 보장률은 2006년 이후 정체되어 왔다. 건강보험의 급여가 확대된 것만큼 비급여 진료비가 빠르게 늘어나는 풍선효과가 나타났기 때문이다. 2007~2011년 사이에 비급여 진료비 증가율은 25%로 이 기간 급여 진료비 증가율 13%에 비해 약 2배 가량 높았다.

이러한 과거 정부의 건강보험 보장성 강화정책의 한계를 배경으로 현 정부의 4대 중증질환의 보장성 강화정책은 탄생했다. 따라서 비급여 진료비 증가로 인한 풍선효과를 근원적으로 차단하기 위해 건강보험의 급여범위를 대폭 확대하고, 소위 3대 비급여라고 불리는 선택진료비, 상급병실료, 간병

비로 인한 국민 부담을 완화하는 것까지 포함하는 획기적인 대책이 마련 되었다. 현 정부의 4대 중증질환 보장성 강화정책은 우리나라 건강보험이 출범 당시 채택했던 저부담-저급여 체계에 대한 역사적 경로의존성(path dependency)로부터 벗어나 적정 부담-적정 급여 체계로 전환하는 출발점이 될 것으로 예상된다. 이 글에서는 정부가 내놓은 4대 중증질환 보장성 강화대책을 분석 및 평가하고, 정책 성공을 위한 과제에 대해 기술하고자 한다.

분석: 정부의 4대 중증질환 보장성 강화대책

정부의 4대 중증질환 보장성 강화대책은 크게 네 가지이다[6]. 첫째, 건강보험 급여범위를 확대하여 미용, 성형을 제외한 거의 모든 비급여를 건강보험의 급여범위에 포괄하는 것이다. 둘째, 임의비급여나 전액본인부담을 대폭 축소함으로써 건강보험의 급여범위를 실질적으로 확대하는 것이다. 셋째, 재난적 의료비 부담을 완화하기 위해 본인부담금 상한선을 낮추고 소득계층별 상한선을 조정하는 것이다. 넷째, 3대 비급여라고 불리는 선택진료비, 상급병실료, 간병제도를 개선하여 환자의 의료비 부담을 줄이는 것이다. 이 중 앞의 두 가지는 4대 중증질환만을 대상으로 하며, 뒤의 두 가지는 4대 중증질환뿐만 아니라 모든 건강보험 환자를 대상으로 한다. 이 글에서는 앞의 두 가지에 대해서만 검토하며 이를 ‘의학적 급여범위 확대’라고 부르하고자 한다.

먼저 정부는 4대중증질환에 대한 건강보험 급여범위를 확대하기 위해 필수의료의 범위를 확대하고 선별급여라는 새로운 제도를 도입하였다. 기존 비급여 의료서비스 중 의학적 효과와 경제성이 좋은 것은 필수의료로 분류하여 기존과 같은 낮은 본인부담률(5~10%)을 적용하는 반면, 경제성이 낮거나 불분명한 것은 선별급여로 분류하여 높은 본인부담률(50~80%)을 적용하기로 하였다. 예를 들어 심장질환에 대한 자기공명영상 검사는 의학적 효과와 경제성이 좋지만, 건강보험급여에 포함시킬 경우 재정지출규모가 커서 비급여로 분류되어 있던 것에 해당한다. 경제성이 떨어짐에도 불구하고 선별급여에 포함되는 것들은 위급성, 중증도가 높은 질환

Table 1. Effect of benefit enhancement plan for four major conditions on NHI coverage rate (%)

	2011 ^{a)} (A)	2017 (B)	Change (B-A)
OOP for covered services (C)	6.6	6.6	-
OOP for non-covered services (subtotal) (D)	17.3	7.2	-10.1
Medical service	9.3	3.4 ^{b)}	-6.0
Private room charge	3.1	2.1 ^{b)}	-1.0
Physician surcharge	4.9	1.8 ^{b)}	-3.1
OOP total (C+D)	23.9	13.8	-10.1
NHI coverage rate [100-(C+D)]	76.1	86.2	10.1

NHI, National Health Insurance; OOP, out-of-pocket payment.

^{a)}Modified from National Health Insurance Corporation. Survey on the benefit coverage rate of National Health Insurance (2011). Seoul: National Health Insurance Corporation; 2013 [4].^{b)}Based on the benefit enhancement plan for four major conditions of Korean Ministry of Health and Welfare, the expected reduction rates in OOP for each service category was used to estimate the overall expected coverage rate of NHI. According to the plan, the expected OOP reduction rate was 64% for medical services, 33% for private room charge, 64% for physician surcharge.

을 대상으로 하여 사회적 요구가 크거나 환자와 의료인의 편의성을 높일 수 있는 의료서비스이다. 의료인 시술의 편의성을 높이는 선별급여의 예로는 초음파 절삭기를, 환자의 편의성을 높일 수 있는 것의 예로는 수면내시경이나 의학적 효과가 입증되지 않은 로봇수술을 들 수 있다.

이러한 선별급여에 대해 높은 본인부담률을 적용하고 본인부담금 상한제 적용대상에서 제외함으로써 경제성이 낮거나 불분명한 의료서비스가 남용되지 않도록 하였다. 경제성이 불분명한 선별급여는 향후 3년 동안 평가를 통해 필수 급여 또는 비급여로 재분류할 예정이다. 또한 지나치게 낮은 수가가 책정되어 의료 발전에 저해되지 않도록 참조가격제, 수가상한제와 같은 새로운 수가를 도입할 예정이다. 수가상한제는 건강보험에서 단일 가격만을 인정하는 기존 방식과 달리 상한가격을 정하고 상한가격 이내에서 의료기관이 자율적으로 가격을 설정할 수 있도록 하는 방식을 말한다. 향후 신의료기술에 대해서도 동일한 원칙으로 관리함으로써 비급여가 다시 늘어나지 않도록 할 예정이다.

4대 중증질환 보장성 강화방안의 또 다른 핵심은 소위 임의비급여가 발생하지 않도록 하고 전액본인부담을 대폭 축소함으로써 건강보험의 급여범위를 사실상 확대하는 것이다. 이를 위해 기존 건강보험 급여기준 중 적응증, 수량, 횟수를 제한하는 규제적 급여기준을 의학적 근거에 부합하게 개선함과 동시에 이들 기준을 진료비 심사과정에서 탄력적으로 적용할 예정이다.

이러한 정책은 2013년 6월에 발표된 4대 중증질환 보장성 강화계획에 따라 추진될 예정이다. 2013년 10월부터 초음파검사에 대해 보험을 적용하였고, 2014년 일부 희귀난치성 치료제에 대한 보험급여를 확대하였으며, 앞으로 항암제, 희귀난치질환 치료제 등에 대한 보험급여를 확대할 예정이다. 2015년에는 고가의 수술, 방사선치료 등에 적용되는 의료행위, 수술재료의 보험 확대 추진하고, 2016년에는 유전자 검사, 암환자 등의 교육상담 등에 대해 급여할

예정이다. 4대 중증질환 보장성 강화에 2013-2017년까지 의학적 비급여에 약 9조 원, 3대 비급여 개선에 4.5조 원을 투입할 계획이다. 건강보험 누적적립금을 활용하여 재원을 조달하되 필요시 건강보험료를 약 1% 정도 인상할 계획이라고 한다.

이처럼 4대 중증질환에서 건강보험 급여범위가 확대되면 4대 중증질환에서 건강보험 보장률은 약 10.1% 증가하여 86.2% 수준에 달할 것으로 추정된다(Table 1). 기존 환자의 진료비 본인부담률 중 의학적 비급여에 대한 보장성 강화로 인한 본인부담률 감소가 6.0%로 가장 컸고, 다음으로 선택 진료비 3.1%, 상급병실료 1.0% 순이었다.

평가

1. 성과: 선별급여 도입을 통한 비급여 진료비의

풍선효과 차단

4대 중증질환 보장성 강화정책의 가장 큰 성과는 선별급여를 도입함으로써 향후 비급여 진료비가 빠르게 늘어나는 풍선효과를 근원적으로 차단했다는 데 있다. 선별급여를 도입함으로써 성형수술처럼 명백한 비필수 의료를 제외한 모든 의학적 비급여를 전면적으로 급여화하는 것이 가능해졌기 때문이다. 따라서 과거 보장성 강화정책과 달리 건강보험 보장률 정체현상이 재발되지 않을 것으로 예상된다. 선

별급여는 기존 비급여 서비스를 향후 필수 의료와 비필수 의료로 구분하기 위한 한시적인 범주이다. 동시에 이는 가치 기반 보험급여설계(value-based benefit design)의 개념을 기반으로 의료서비스의 경제성에 따라 본인부담금을 차등하는 새로운 보험급여의 범주이기도 하다.

선별급여라는 새로운 범주를 만들어진 이유는 기존 항목별 급여범위 확대전략이 풍선효과로 인해 건강보험 보장률을 높이는 데 효과적이지 못했기 때문이었다[7]. 이러한 풍선효과가 나타난 이유는 비급여 진료에 대해서는 의료기관이 높은 가격을 설정할 수 있어서 초과이익을 얻을 수 있었던 반면, 비급여 진료에 대한 규제가 엄격하지 않았기 때문이었다. 하지만, 의학적 비급여 중에는 치료에 필수적인 의료와 비필수적 의료가 혼재하고 있고, 이들을 필수 의료와 비필수 의료를 구분하는 것은 쉽지 않다. 많은 수의 의학적 비급여 항목에 대해 효과성과 경제성, 사회적 가치를 고려한 보험급여 여부를 결정하는 데 많은 시간과 노력이 요구되기 때문이다. 또한 비급여 의료서비스에 익숙해진 의료제공자의 진료행태나 환자의 이용행태에 대한 규제를 통해 예외적인 경우에만 비급여 진료가 이루어지도록 하기 어렵기 때문이다.

2. 한계: 질환별 보장성 강화전략

4대 중증질환 보장성 강화정책은 질환별 보장성 강화전략이 갖는 한계를 안고 있다[8]. 먼저 4대 중증질환과 다른 질환간의 건강보험 보장률의 불형평성을 더욱 확대할 것이다. 2012년 기준으로 전체 환자에서 건강보험 보장률(62.5%)과 4대 중증질환에서의 보장률(77.8%)은 이미 약 15.3% 차이가 난다. 하지만, 4대 중증질환 보장성 강화정책이 완료되는 2017년 말에는 보장률 차이가 약 22% 이상이 될 것으로 예상된다. 선택진료비와 상급병실료 개선 대책이 시행되면 전체 질환에서 보장률은 약 3% 높아질 것으로 예상되는 반면 4대 중증질환 보장성 강화정책이 시행되면 4대 중증질환의 보장률은 약 10% 높아질 것이기 때문이다.

보장성 강화의 중요한 목적은 과중한 의료비 부담으로부터 국민을 보호하는 것이다. 하지만, 질환별 접근은 이러한 목적을 달성하는 데 효과적이지 않다. 전체 재난적 의료비

경험가구 중 4대 중증질환으로 인한 경우는 약 1/3에 불과하다. 따라서 4대 중증질환에 해당하지 않는 재난적 의료비 경험가구의 약 2/3는 보장성 강화의 혜택을 받지 못하게 된다. 의료비 부담이 적은 일부 4대 중증질환자가 의료비 부담이 많은 다른 질환자에 비해 더 많은 혜택을 받게 되는 역설적인 상황이 벌어질 수 있다.

4대 중증질환 중심의 보장성 강화정책은 소득계층간 보험급여의 형평성을 개선하는 효과가 미미할 것으로 예상된다. 우리나라에서 재난적 의료비 경험률은 저소득층에서 높다. 저소득 가구의 재난적 의료비 발생률은 나머지 소득계층 가구에서의 발생률에 비해 2배 이상 높다(32.2% 대비 14.2%) [9]. 또한 소득분위 10등급을 기준으로 할 경우 소득분위 1계층(저소득층)의 재난적 의료비 발생률은 전국민 평균 발생률의 4-6배에 달한다[10]. 하지만, 4대 중증질환에 한정된 급여범위 확대는 다른 질환으로 인해 재난적 의료비를 경험하는 저소득층의 의료비 부담을 줄여주지 못한다. 따라서 이는 보험급여의 소득계층간 형평성을 개선하는 효과는 크지 않을 가능성이 높다. 선별급여의 높은 본인부담률도 저소득층에서 선별급여 이용을 억제하는 효과를 낼 것이며, 결국 보험급여의 소득계층간 형평성에 부정적인 영향을 미칠 가능성이 높다.

과제

1. 급여결정체계 개선

건강보험 급여결정의 원칙과 기준이 개편되어야 한다. 선별급여라는 새로운 유형의 급여가 도입되고, 본인부담률이 다양해지며, 급여결정의 근거인 경제성 평가의 임계값(threshold)이 변화할 수 밖에 없기 때문이다. 건강보험에서는 삶의 질 보정 생존년수 1년을 연장하는 데 드는 신의료기술의 비용이 약 2-3천 만 원 이하인 경우 건강보험급여로 결정하였다. 하지만 향후 필수급여에 포함될 표적항암제의 경우 이 임계값은 약 1억 원 내외가 될 것으로 예상된다. 따라서 새로운 원칙과 기준을 근거로 필수급여-선별급여-비급여 항목을 체계적으로 구분할 수 있어야 한다. 급여결정과

정에서 사회적 요구를 고려한다는 것이 무원칙한 급여결정을 정당화하는 것이어서는 안되기 때문이다. 예를 들어 정부가 필수급여에 포함시키기로 한 고가의 항암제를 보험급여에 포함시킬 수 있는 새로운 기준이 정립되어야 하며, 이는 기존 급여결정기준과 상충되지 않아야 한다. 이와 함께 급여결정 과정의 절차적 정당성을 강화해야 한다. 다양한 이해당사자의 참여 보장, 투명한 의사결정 절차 마련, 시민위원회 도입과 같은 다양한 개선책이 마련되어야 한다.

2. 선별급여 관리체계 구축

새로 도입된 선별급여를 관리하기 위해서는 새로운 제도와 조직이 필요하다. 경제성에 대한 근거한 필요한 선별급여에 대해서는 이를 평가할 주체와 절차, 판단기준이 마련되어야 한다. 선별급여 중 난이도가 높은 신의료기술에 대해서는 안전하고 효과적으로 시행될 수 있도록 하는 시술기관 승인제, 고가의 서비스가 의학적으로 꼭 필요한 환자에서만 시행되도록 하는 사전승인제도를 도입할 필요가 있다. 이와 함께 필수급여보다 선별급여에 더 많은 건강보험재원이 투입되지 않도록 본인부담률을 설정해야 한다. 예를 들어 내시경수술을 대체할 수 있는 로봇수술에 대한 건강보험 부담 진료비는 (로봇수술이 더 효과적이거나 경제적이지 않다면) 내시경수술에 대한 건강보험 부담 진료비에 비해 크지 않아야 한다. 그렇지 않으면 경제적인 내시경수술보다 로봇수술이 남용될 가능성이 높기 때문이다.

3. 급여기준의 개선 및 합리적 적용

임의비급여가 발생하지 않도록 규제적 급여기준을 의학적 근거에 부합하게 개선하고 적용하는 것도 중요한 과제이다. 하지만, 의학적 근거가 부족하여 합리적인 급여기준을 만들기 어려울 수도 있고, 급여기준이 명시적이지 않아 진료의 적정성(appropriateness)을 판단하기 어려울 수도 있다. 한편으로 우선순위가 높은 것들부터 의학적 근거를 마련해나가고, 다른 한편으로 급여기준을 유연하게 적용하기 위한 새로운 진료비 심사체계도 필요하다. 진료의 적정성이 낮은 의사나 병원의 진료비에 대해 보다 집중적인 심사를 하는 방안도 도입할 필요가 있다.

4. 건강보험의 보장성 강화와 지속가능성의 양립

4대 중증질환 보장성 강화는 낭비적 의료비 지출을 증가시킴으로써 건강보험의 지속가능성을 위협할 가능성이 있다. 건강보험의 보장성과 지속가능성을 동시에 높이는 가장 중요한 방법은 의료서비스의 질과 효율성을 향상시키는 것이다[11]. 의료서비스의 질과 효율성이 좋아지면 낭비적 지출은 줄어들고, 국민은 더 건강해지며, 건강보험에 대한 정치적 지지도가 올라가 더 많은 재정을 동원할 수 있기 때문이다. 이를 위해서는 위해서는 건강보험이 병원과 의사에게 진료비용을 단순히 보상하는 것을 넘어서서 전략적 구매자(strategic purchaser)로서의 역할을 강화해야 한다. 이는 의료의 질과 효율성을 향상시키기 위해서 1) 보다 효과적이고 경제적인 의료서비스에 대해서만 건강보험을 적용하고(급여관리), 2) 의학적으로 효과적인 서비스가 필요한 환자에게 제공되도록 하며(심사와 평가), 3) 의료 질과 효율성이 높은 병원 및 의사와 계약하고 더 많이 보상하는(계약 및 성과지불) 것을 말한다. 건강보험이 전략적 구매자의 역할을 성공적으로 수행할 수 있도록 각종 규정과 조직체계, 인력, 업무절차를 개편해야 한다.

기존 선택진료비 중 일부는 병원 평가에 따른 진료비 가산(의료 질향상 분담금)으로 전환될 예정이다. 의료의 질과 효율성을 병원 평가의 중요한 요소로 자리매김함으로써 새로운 진료비 가산제도는 건강보험의 지속가능성을 높이는 중요한 수단이 될 수 있다. 요양기관 종별가산율은 시설, 장비와 같은 투입에 대한 보상으로 규정하고, 병원 진료비 가산은 의료 질과 효율성에 대한 보상으로 규정함으로써 두 가지 가산제도의 성격을 구분해야 할 것이다.

결론

4대 중증질환의 보장성 강화는 우리나라 건강보험이 저부담-저급여 체계에서 적정부담-적정급여 체계로 한 단계 도약하는 역사적 전기이다. 4대 중증질환 보장성 강화정책의 성공과 건강보험의 지속가능성을 양립시키기 위해서는 건강보험의 전략적 구매자로서의 역할이 강화되어야 한다.

이는 구체적으로 효과적이고 경제적인 의료서비스에 대해서 급여하고, 환자에게 의학적으로 꼭 필요한 진료가 제공되도록 하며, 의료 질이 좋고 효율적인 병원과 의사에 더 많이 보상할 수 있는 건강보험체계를 말한다. 이러한 새로운 건강보험제도가 성공적으로 정착하기 위해서는 의료전문가의 적극 참여가 있어야 한다. 새로운 급여결정기준, 심사기준을 만들고, 질과 효율성에 대해 보상하는 체계를 만들어나가는 데 의료전문가의 역할이 어느 때보다 중요하다.

찾아보기말: 국민건강보험; 보편적 의료보장; 급여 범위; 정책 평가; 한국

ORCID

Yoon Kim

<http://orcid.org/0000-0001-7257-1679>

REFERENCES

1. World Health Organization. The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
2. World Health Organization. The world health report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Ministry of Health and Welfare, National Health Insurance Corporation. Proceedings 30 years of Korea National Health Insurance: celebrating past achievements, planning for the future. Seoul: The 30th Anniversary Symposium of National Health Insurance in Korea; 2007.
4. National Health Insurance Corporation. Survey on the benefit coverage rate of National Health Insurance (2007-2011). Seoul: National Health Insurance Corporation; 2009-2013.
5. Xu K, Jeong HS, Saksena P, Shin JW, Mathauer I, Evans D. Equity and financial risk protection of National Health Insurance in Republic of Korea: 1995-2007. Geneva: World Health Organization; 2010.
6. Ministry of Health and Welfare. The National Health Insurance can solve your financial burden in four major conditions [Internet]. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2013 [cited 2013 Jun 26]. Available from: http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=287897.
7. Kim Y. Strategy for National Health Insurance reform in Korea. Seoul: Committee for Enhancing Universal Health Coverage of Democratic Party; 2010.
8. Kwon SM. Strategy for enhancing benefit coverage in Korean National Health Insurance. In: Korea Society of Public Administration. Proceedings of 2007 annual conference of Korea Society of Public Administration. Seoul: Korea Society of Public Administration; 2007. p. 1-15.
9. Sohn SI, Shin YJ, Kim CY. Factors influencing household catastrophic health expenditure of the poor. Health Soc Welf Rev 2010;30:92-110.
10. Kim TI, Huh SI. Changes in financial burden of health expenditures by income level. Korean J Health Policy Adm 2008; 18:23-48.
11. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance. Maidenhead: Open University Press; 2005.