

Working Paper 04-04

---

# 보건의료·사회보험제도의 발전과정과 정책과제

최보율 권순만

권순원 이준영

권문일 김원식

**한국보건사회연구원**

*Korea Institute for Health and Social Affairs*



# 목 차

<b>제1부 전염병의 관리현황 및 국가관리방안</b>	5
최보율(한양대 의과대학 교수)	
<b>제2부 건강보험제도의 현황 및 발전방안</b>	43
권순만(서울대 보건대학원 교수)	
<b>제3부 선진국의 의료보장제도 현황 및 전망</b>	91
권순원(덕성여대 경제학과 교수)	
<b>제4부 건강보험제도의 평가와 정책과제</b>	147
이준영(서울시립대 사회복지학과 교수)	
<b>제5부 연금제도의 국가간 제도 및 개혁방안 비교</b>	209
권문일(덕성여대 사회복지학과 교수)	
<b>제6부 국민연금의 위기와 기회</b>	237
김원식(건국대 경제학과 교수)	



---

# 제1부 전염병의 관리현황 및 국가관리방안

최 보 율

한양대학교 의과대학 교수



# I. 전염병의 특성과 새로운 전염병의 등장

## 1. 전염병의 세계적인 추세

### 가. 새로운 전염병의 등장

19세기 중반부터 위생운동이 시작되고, 20세기 초반에는 백신이 개발되고, 1928년 플레밍이 페니실린을 발견한 후 많은 항생제들이 발견되면서 전염병은 급격하게 감소하였다. 1978년 세계보건기구가 천연두 박멸을 선언한 뒤, 많은 전염병이 박멸될 것으로 기대하였다. 세계보건기구가 말라리아 박멸사업을 1956년부터 역점을 두고 시작하였음에도 불구하고, 말라리아는 일부지역을 제외하고는 감소하지 않고 있으며, 오히려 근래에는 다시 증가하고 있고, 1960년대 초에 인도네시아지역에서 시작된 콜레라 유행은 점차 서쪽으로 전파되어 1990년대에는 남아메리카에 상륙하여 전 세계적인 범유행을 일으키고 많은 건강 혹은 경제적인 피해를 입혔다. 미국은 1977년부터 홍역 근절을 위한 노력을 하였으나, 아직 그 목표를 달성하지 못하였다.

[그림 1] 새로이 등장하는 전염병, 1996~2002



자료원: 세계보건기구(<http://www.who.int/infectious-disease-news/cds2002/chapter4.pdf>)

1990년대에도 전염성 질환에 의한 전 세계의 질병부담은 매우 크며, 몇몇 전염병에 대한 대책을 마련하기가 무섭게 새로운 질병들이 출현하여 이 새로운 적들과 힘겨운 싸움을 벌이고 있는 것이 현실이다. 이러한 상황을 두고 세계보건기구(WHO)에서는 “전 지구적인 위기(global crisis)”라고 표현하기까지 하였다. [그림 1]은 1990년대에 들어 문제가 된 전염성 질환들의 예를 보여주고 있다(그림 1 참조).

이와 같이 새로운 전염병이 보건 문제로 대두하게 된 배경으로는 여러 가지 요인들이 지적되고 있는데, 미국의 질병관리센터에서 제시한 요인들을 요약하면 다음과 같다(표 1 참조).

<표 1> 전염병 등장에 영향을 미치는 요인들

범 주	예 시
사회적 상황	경제적 빈곤, 전쟁/분쟁, 인구증가와 이주, 도시 슬럼화
보건의료기술 관련	새로운 의료장비, 조직/장기이식, 면역억제약물, 항생제 사용
식품 생산	식품공급의 전세계화, 식품가공과 포장의 변화
인간 생활습관	성행태, 약물남용, 여행, 식이 습관, 여가활동, 보육시설
환경 변화	삼림벌채/제조림, 수자원 생태계 변화, 홍수/가뭄/기근, 지구 온난화
공중보건 체계	예방사업의 감축/축소, 부적절한 전염병 감시체계, 전문요원의 부족
미생물 적응/변화	독성 변화, 약제 내성 출현, 만성질환 공동인자로서의 미생물 출현

자료: CDC(1994), *Addressing Emerging Infectious Disease Threats*.

### 나. 전염병의 국가간 전파 사례의 증가

역사적으로 전 세계에 걸친 감염성 질병의 이동 양상은 ‘인류’의 이주 혹은 이민, 교역과 연관되어 왔는데, 전염병의 전파가 사람의 이동에 의한 것이라는 많은 증거들이 발견되고 있다<sup>1)</sup>. 20세기에 들어서면서 여행과 교역의 증가로 인하여 전염병의 국가간 전파 가능성이 증가하였으며, 최근에는 더욱 많은 사례들이 보고되고 있다.

유럽의 광우병은 국가간 육류교역이 전염병 전파 경로가 되었던 대표적인 사례이다. 초기에는 유럽의 문제로만 인식되었으나, 광우병 예방을 위한 조치들은 전 세계의 문제로 등장하였으며, 2001년에는 일본에서도 광우병 환자가 발생하였다는 보고가 있었으며, 우리

1) Prothero R. M.(1977), *Disease and mobility: A neglected factor in epidemiology*, International Journal of Epidemiology, 6: 259~267.

나라도 환자 발생에 대한 논란이 일고 있다. 1998년 말레이시아에서 뇌염을 일으키는 새로운 Nipah 바이러스가 발견되었는데, 돼지와 접촉이 많은 사람들에서 많이 발생하면서<sup>2)</sup>, 말레이시아와 싱가포르간의 무역 마찰을 빚기도 하였다. 최근 동부 유럽에서는 West-Nile 뇌염이 다시 증가하였고<sup>3)</sup>, 1999년 8월 미국 뉴욕 주는 이 뇌염이 처음 발생한 이후<sup>4)</sup>, 2005년에는 워싱턴 주를 제외한 미국 전역에서 이 뇌염이 발생하고 있다. 이에, 미국은 대응 방안으로 1999년에는 생태계 감시망(ecological surveillance)과 발생환자 감시(surveillance for human cases)를 포함하는 종합적인 감시망을 개발하여 운영하고 있다<sup>5)</sup>. 1987년에 이어 2000년에는 사우디아라비아로 하지(haj) 순례여행을 다녀 온 유럽의 여행객들에서 수막구균 감염(meningococcal infection)이 발생하였고, 다른 지역의 여행객에서도 같은 감염이 발생하여 국가간 전염병 전파사례가 나타나기도 하였다<sup>6)</sup>. 아래의 <표 2>는 최근에 국가간 전염병 전파 사례들을 정리한 것이다(표 2 참조).

<표 2> 최근의 국가간 전염병 전파 사례

- 
1. 사우디아라비아 하지(haj)시기에 순례자에서 수막구균수막염 전파(1987년, 2000년)
  2. 과테말라 raspberry에 의한 미국에서의 cyclospora 유행
  3. 유럽의 광우병
  4. 말레이시아의 Nipah 뇌염
  5. 미국의 West-Nile 뇌염
  6. 유럽 여행자들의 아프리카에서의 Lassa fever 감염
  7. 말레이시아의 EcoChallenge 2000에서의 렙토스피라증 발생
  8. 항생제 내성 병원체의 국가간 전파
  9. 발틱해와 알라스카 유람선에서의 인플루엔자 유행
  10. 스페인 여행에서 돌아온 독일 여행객에서의 레저넬라 감염 사례
- 

2) WHO(15 April 1999), Disease outbreaks reported. Hendra-like virus (Nipah virus) in Malaysia - Update, [http://www.who.int/emc/outbreak\\_news/n1999/apr/n15apr1\\_999.html](http://www.who.int/emc/outbreak_news/n1999/apr/n15apr1_999.html).

3) Zdenek Hubalek and Jiri Halouzka(1999), *West Nile Fever-Reemerging Mosquito-Borne Viral Disease in Europe*, Emerg Inf Dis, 5: 643~ 650.

4) CDC(1999), "Outbreak of West Nile-Like Viral Encephalitis-New York", *MMWR*, 48; 845~ 849.

5) CDC(November 8~9, 1999), *Epidemic/Epizootic West Nile Virus in the United States: Guidelines for Surveillance, Prevention, and Control*, Fort Collins, Colorado.

6) Eurosurveillance Weekly(27 April 2000), *Meningococcal infection in pilgrims returning from the haj: update from Europe and beyond*, Issue 17.

국가간 전파사례 검토결과를 종합해 볼 때, 현대 사회에서 지구 한 구석에서의 전염병의 발생은 지구 어느 곳으로도 전파될 수 있게 되었으며, 우리나라는 국제간 여행객 및 화물수송의 크기로 볼 때 전염병의 유입 및 유출의 가능성이 더욱 높은 것으로 판단된다.

따라서 종합적이고 민감한 전염병 감시와 관리체계를 구축하고, 최신지식과 기술을 이용하는 과학적인 방법을 이용하는 전염병 관리체계를 구축하는 것이 필요하다. 특히, 야생동물, 가축 및 식물을 통한 국가간 전염병의 전파 사례들을 보면, 궁극적으로 여행객과 동식물 입국과 관련하여 검역을 효과적으로 시행하여야 함은 물론이고, 동시에 입국 후에 발생하는 사례들을 조기에 발견하여 관리하는 국내 전염병 감시체계와 대응 체계들이 적절하게 연계하여 가동되어야 한다.

#### 다. 생물테러의 위협 증대

20세기는 유례없는 과학기술의 발전이 이루어진 시기이었으며, 21세기는 과학기술의 발전 특히, 생물학 분야(Biotechnology)가 주목을 받고 있다. 생물학 분야의 첨단과학기술 발전은 인간이 질병과 맞서 싸우는데 유력한 무기로서 그 무엇보다도 비교할 수 없는 편익을 인류에게 제공하여 왔지만, 한편으로는 이러한 기술에 의해 가공되거나 변형된 생물체가 실험실 밖으로 유출됨으로서 야기될 수 있는 재난 등은 지금까지 인류가 경험해 왔던 것과는 질적으로 다른 차원의 문제를 경험할 가능성을 높이고 있다(Rifkin, 1998).

생물무기는 값싸게 제작되고 적은 양으로도 많은 인명을 살상할 수 있고, 운반이 쉽다는 장점으로 인해 과거부터 지속적으로 주목해 왔으며, 생물무기를 이용한 테러의 가능성에 대한 우려는 계속 증가하고 있다. 즉, 테러집단이 정치적 테러집단에서 종교적, 민족적, 인종적 차원의 복수를 목적으로 한 테러집단으로 다양화되고 있다. 대중의 지지획득을 목표로 하는 정치적 테러집단은 인명살상을 꺼려왔으나 최근에 등장하여 활동 중인 일부 테러집단은 대량의 인명살상을 통한 사회 혼란을 목적으로 한 경우가 있어 생물학적 무기에 의한 대량인명 살상에 대한 도덕적 금기는 허물어졌다는 점이 지적되고 있다.

구소련의 경우, 유전공학 등 첨단 과학기술을 이용한 생물무기를 개발해 왔다는 점이 폭로되고 러시아의 국내 정국의 불안이 가중되면서 이의 확산과 범죄 및 테러집단으로의 유출 가능성에 대한 우려가 증가되어 왔다. 2002년의 월드컵과 부산 아시안게임 등의 대규모 국제행사를 치룬 바 있으며, 국제사회에서의 우리나라의 역할이 중요해 짐에 따라

앞으로 더 많은 국제 행사들이 예상된다. 대규모 국제 행사의 경우 많은 사람들이 우리나라를 방문하게 되기 때문에, 외국에서의 전염병 유입의 가능성도 있으며, 또한 우리나라에 전염병이 유행하는 경우 다른 나라로의 유출 가능성이 높아진다. 또한, 우리나라에 심각한 전염병이 유행하는 경우에는 대규모 국제 행사가 최소한의 규모로 위축될 수 있고, 한편으로는 테러리스트들의 주목을 받을 가능성이 높아질 수 있다.

미국, 영국, 호주 등 선진국은 이에 대한 대책 마련을 서둘러 왔으며, 민간의 적극적 연구와 정부의 지원에 힘입어 생물무기 사용에 대비한 관리체계를 마련하고 있다. 우리나라도 여러 부처에서 생물 테러에 대한 대응책을 준비하고 있으나, 실제 생물테러가 있을 때를 대비한 대응체계가 완성되어 있지 않고, 보다 구체적이고 실천 가능한 대비와 대응 체계 구축이 시급히 요청되고 있다.

## II. 우리나라의 전염병 발생 양상

### 1. 수인성 및 식품 매개 전염병

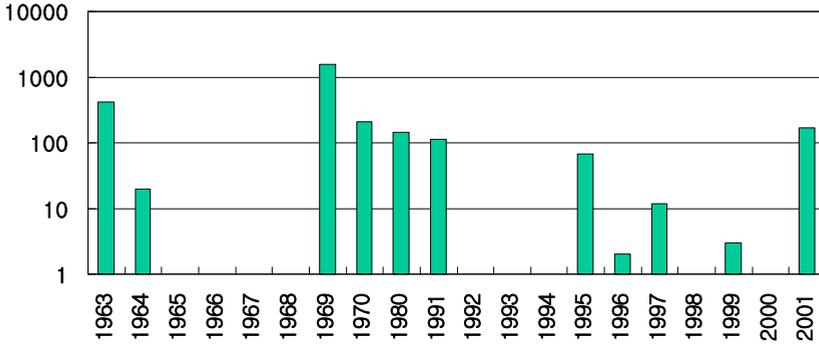
다음의 [그림 2]에서 부터 [그림 5]는 우리나라의 대표적 수인성 전염병인 콜레라, 세균성 이질, 장티푸스 및 파라티푸스의 연도별 발생을 보여주는 것이다.

#### 가. 콜레라

1990년대 들어오면서 콜레라의 발생이 매우 감소하였지만, 2001년도에는 약 200여명의 환자가 발생하였다. 콜레라는 오염 지역으로의 해외여행이 보편화되면서 국내 유입 가능성은 항상 존재하고 있으며, 엘니뇨 현상 등으로 인한 해수 환경의 변화는 언제든지 폭발적인 유행을 발생시킬 가능성을 갖는다(WHO, 1999<sup>7)</sup>(그림 2 참조). 2001년의 콜레라 유행은 이와 같은 현상을 반영하는 것으로 한편 우리나라 근해 해수에서도 콜레라균의 상존 가능성이 의심되고 있다.

7) WHO(1999), *Task Force on Climate and Health. El Nino and Health*, Geneva.

〔그림 2〕 콜레라의 발생 추이



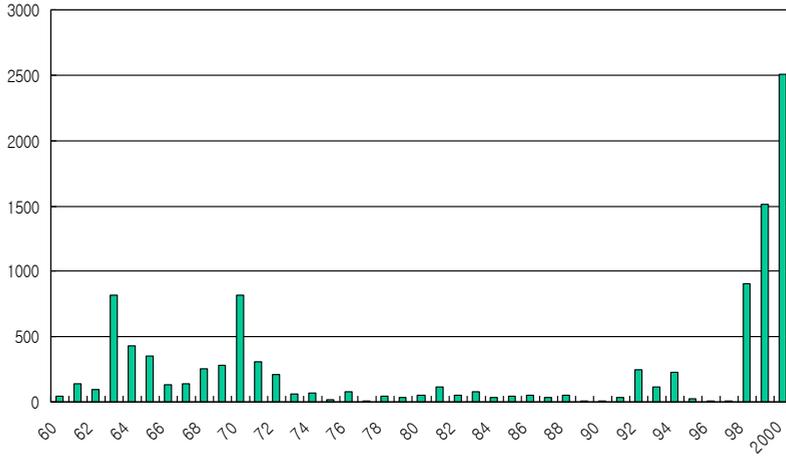
자료: 『보건복지 통계연보 2001』, 방역과 내부 자료.

#### 나. 세균성 이질

세균성 이질은 최근 큰 문제가 되고 있는 수인성 및 식품 매개 전염병이다. 1970년대 이후 감소했던 것이 1998년 전국에서 폭발적으로 유행하였고, 1999년에도 지속적으로 높은 발생을 보였으며, 2000년도에는 제주도를 중심으로 큰 유행이 있었다. 2001년도에는 전국적으로 큰 유행이 없었으나, 11월과 12월에 걸쳐 대규모 급식업체에서의 세균성 이질균 오염으로 인하여 전국적인 환자 발생 사례가 있었다. 세균성 이질이 이와 같이 증가한 이유로는, 병원성이 약한 균주로의 이행과 기온 상승으로 인한 병원체 생존조건의 최적화 등의 생태학적 요인, 보고와 신고율 증가 요인도 역할을 했으나, 수인성 및 식품매개 전염병의 경우 위생상 결함이 있으면, 언제나 큰 유행이 있을 수 있다는 것을 보여 준다.

2004년도 11월 말부터 12월까지 충북 충주 시에서 발생한 집단설사환자에 대한 역학조사 결과 광범위항생제내성이질균(ESBL-producing *Shigella sonnei*)이 확인되었다. 일반적인 이질은 쉽게 치료가 가능하지만 다른 세균으로 내성 유전자가 전이되면 치명적인 감염 유발이 가능하다. 우리나라에서 1999년 3월 부산에서 처음 발견된 이후 지금까지 부산, 경남, 경북, 제주, 서울, 경기 등에서 20건이 발견되었으나, 모두 산발적인 발생이었다. 충주의 경우는 학교에서 집단 발생한 사례이며, 이차 감염 사례가 다수 있어 향후 또 다른 사례 혹은 집단 발생이 있을 가능성이 있다(그림 3 참조).

[그림 3] 세균성 이질의 발생 추이

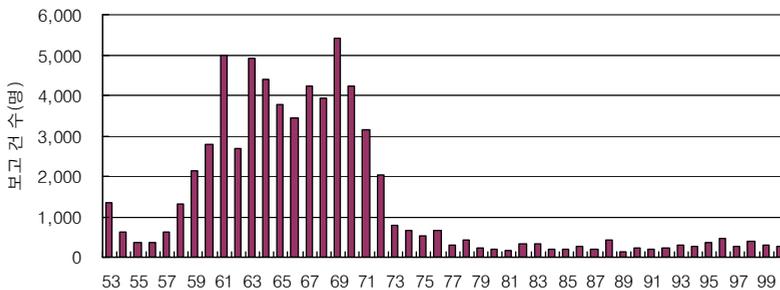


자료: 『보건복지 통계연보 2001』.

#### 다. 장티푸스

장티푸스는 우리나라에서 항상 문제가 되는 토착화 전염병인데, 1970년대 이후 그 발병이 감소하기는 하였지만 최근에도 연간 300여명이 발병하며, 질병 관리의 핵심인 보균자 관리가 어렵기 때문에 중요한 전염병이다(그림 4 참조).

[그림 4] 장티푸스의 발생 추이



자료: 『보건복지 통계연보 2001』.

라. 장출혈성대장균 감염증

장출혈성대장균 감염증은 2000년부터 법정전염병으로 집계되기 시작하였는데, 2000년도에는 1건이 신고된데 이어, 2001년과 2002년에는 각각 11건과 8건으로 신고 되었다. 2003년도에는 52건으로 빠른 증가를 보였으며, 앞으로도 집단 발병사례가 점차 증가할 것으로 예상되고 있다.

마. 기타 식중독

식중독은 1990년대 들어 유행 건수와 발병자 수가 꾸준히 증가하고 있고, 한번 유행했을 때 발병하는 환자 수도 증가하여 식중독의 규모가 커지고 있음을 보여준다. 특히, 식품산업의 대규모화와 집단급식의 확대에 의하여 식중독 및 식품을 매개로 한 전염병의 전파가 큰 문제로 대두하고 있는 실정이다(그림 5 참조).

<표 3> 연도별 식중독 환자 발생 현황

구 분	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
발생건수	54	104	55	81	94	119	174	104	93	78	135
환자 수	1,136	1,746	1,584	2,797	2,942	4,577	7,764	7,269	6,406	2,980	7,909
환자수/건	21.0	16.8	28.8	34.5	31.3	38.5	44.6	69.9	68.9	38.2	58.6

자료: 『보건복지 통계연보 1999』.

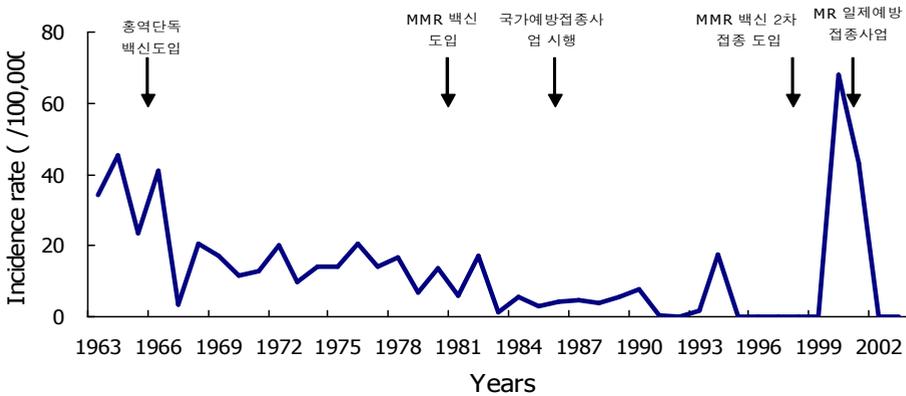
2. 예방집중 대상 전염병

가. 홍역

백신으로 예방 가능한 전염병에는 디프테리아, 백일해, 파상풍, 일본뇌염, 홍역, 볼거리, 풍진 등이 있는데, 최근에 문제가 되고 있는 홍역, 볼거리, 풍진의 발생 양상을 보면, 먼저 홍역은 1980년, 1990년, 1994년에 큰 유행이 있었는데, 1994년에 8,000명이 신고되었다. 2000년에는 상반기에 800명이 넘었고, 가을부터는 전국적인 유행이 있어 홍역백신일체접

중 사업으로 유행이 멈출 때까지 전국에서 약 5만명이 발생한 것으로 보고되었다. 우리나라에서 백신 접종이 본격화한 것이 1980년대이므로 1990년 이후의 질병 유행은 불충분한 예방 접종률, 일차 백신 실패 때문이라고 평가되었다(그림 5 참조).

[그림 5] 홍역 연도별 10만 명당



자료: 『전염병통계연보』.

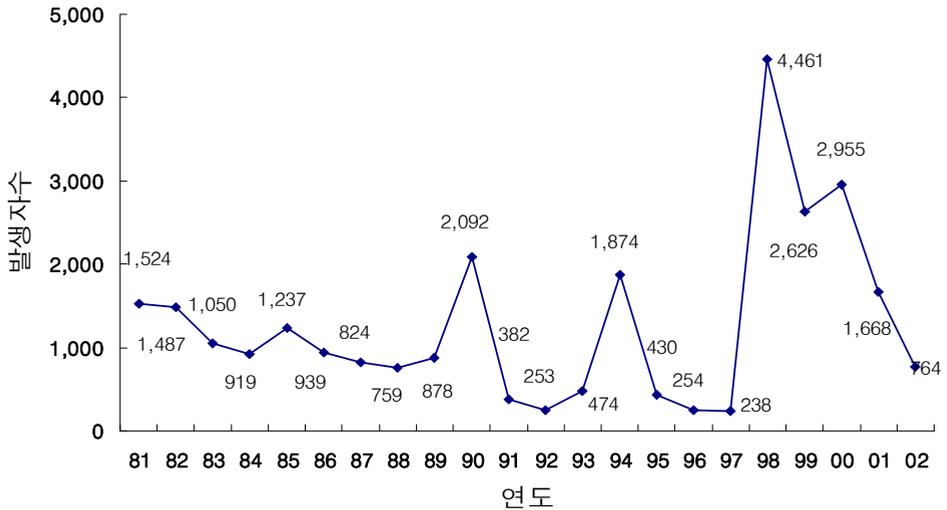
#### 나. 유행성이하선염

볼거리 발생도 홍역과 같이 1990년, 1994년, 1998년에 유행을 보였고, 1998년에는 4500명 정도의 큰 유행이었다. 1998년 이후 볼거리는 전국에서 지속적으로 비슷한 규모로 발생하고 있는 것이 특징이다(그림 6 참조).

#### 다. 풍진

풍진은 최근 2000년 2월까지의 법정전염병이 아니었으므로 발생 추이를 살펴볼 수는 없다. 최근의 유행 사례를 보면 1995년부터 일부 고등학교에서 산발적으로 유행하던 것이 1996년에도 이어져 1996년 3월부터 4월 초순에 걸쳐 전국적인 풍진 유행이 있었다. 2001년도 홍역 퇴치를 위한 MR 예방접종 이후 풍진 발생자 수는 크게 감소하여 최근 연간 10여명 수준으로 발생하고 있다.

[그림 6] 우리나라 유행성이하선염 발생 현황

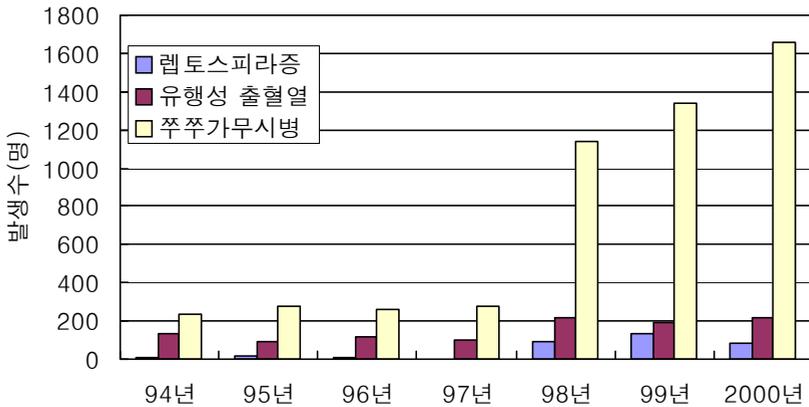


자료: 『전염병통계연보』.

### 3. 곤충매개 전염병 및 인수공통병

급성열성질환(acute febrile disease)은 유행성출혈열(신증후출혈열), 쭈쭈가무시병, 렙토스피라증을 말하는데, 처음에 증상이 모호하며, 특징적인 증상이 나타날 시기에는 이미 상당히 진행된 이후라 예후가 좋지 않고, 치명률이 높기 때문에 환자를 조기에 발견하고 치료하는 것이 중요하며, 호발지역에서는 강화된 감시체계를 갖추는 것이 필요하다. 1994년 이후 신고된 급성열성질환의 분포는 [그림 7]과 같다. 최근에 들어 쭈쭈가무시병이 모두 증가하는 양상을 보였다. 렙토스피라증의 경우 전국적으로 발병하는데 가을철 추수기에 늦장마가 있는 경우 유행하는 양상을 보이며, 유행성 출혈열의 경우 강원도와 경기 북부지방의 고위험군에서 많이 보고되고 있다(그림 7 참조).

[그림 7] 전국 급성열성 질환의 발생 추이



자료: 보건복지부, 『감염병 발생정보 1994~2000』.

2003년에 중국 남서부에서 시작된 SARS가 홍콩을 통하여 전 세계로 전파되고, 최근 세계적으로 조류독감이 발생하고 베트남과 태국 등의 나라에서 사람에서 감염된 사례가 발견됨에 따라 인수공통병에 의한 위협은 더욱 커졌다. 또한 1998년도 말레이시아의 Nipah 뇌염 유행과 1999년도부터 미국에서 발생한 West Nile 뇌염 등의 경우 돼지와 야생조류 등이 전파에 주요한 역할을 하는 등 인수공통병에 대한 대응과 대비가 필요하게 되었으며, 이에 따라 정부는 질병관리본부, 식품의약품안전청과 국립수의검역연구원 등 여러 부처가 참여하는 인수공통병대책위원회를 구성하여 종합대책을 수립하고 있다.

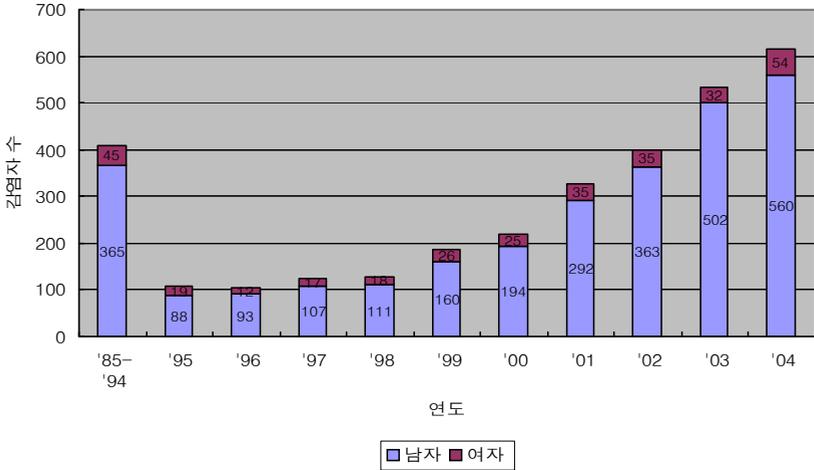
## 4. HIV/AIDS와 결핵

### 가. HIV/AIDS

1985년 첫 HIV감염자가 발견된 이후 연도별로 빠른 속도로 감염자가 늘어나고 있다. 새로운 HIV감염자 수가 1996년까지는 100명 이하이었으나, 2000년에는 200명을 넘어섰고, 2004년의 새로운 감염자는 614명이었다. 2004년도 말의 누적 감염자는 2,675명인데, 이는

2000년도의 누적 감염자에 두 배 이상 증가한 것이며, 실제의 감염자는 이보다 많을 것으로 추정하고 있다(그림 8 참조).

[그림 8] 연도별 새로이 발견된 HIV 감염자 수 추이



자료원: 국립보건원(2004).

우리나라는 세계적으로 비교하였을 때, HIV감염 수준이 매우 낮은 나라이나, 높은 혼외 성관계율, 낮은 콘돔 사용률, 주요 전파 경로가 성접촉이라는 우리나라의 역학적 특성을 고려할 때 향후 급격하게 감염률이 증가할 가능성이 있다. 이는 최근의 신규 감염자의 증가폭이 커지는 양상이 이와 같은 예측을 반영한다.

나. 결핵

우리나라는 결핵 문제의 크기와 추세를 파악하기 위하여 전국결핵실태조사를 1965년부터 1995년까지 5년 간격으로 7차례 실시하였다. 이 실태 조사에서 파악된 주요 결핵지표는 아래의 표와 같다. 이상의 조사결과로 추정된 2000년도 X-선상 활동성 결핵환자는 0.80%로 높은 유병률을 보이고 있다(표 4 참조).

〈표 4〉 전국결핵실태조사에 의한 주요결핵지표

연도별 구 분	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
연평균감염위험률(%)	5.3	3.9	2.3	1.8	1.2	1.1	0.5	0.33
엑스선상 활동성 유병률(%)	5.1	4.2	3.3	2.5	2.2	1.8	1.03	0.80
활동성환자수(천명)	1,240	1,118	1,014	852	798	728	429	395
균양성률(도말+배양)(%)	0.94	0.74	0.76	0.54	0.44	0.24	0.22	0.18
균양성환자수(천명)	226	197	235	186	164	95	91	79
도말양성률(%)	0.69	0.56	0.48	0.31	0.24	0.14	0.09	0.07
도말양성환자수(천명)	170	152	146	104	89	56	39	32

이와 같은 자료들을 종합해 볼 때, 결핵은 우리나라에서 발생하고 있는 전염병 중 신환 발생 및 사망자가 가장 많은 질환이며 세계보건기구(WHO)에서 결핵위험 고부담국가(High burden country)로 분류되고 있는 실정에 있어 이에 대한 대책마련이 시급한 실정이다<sup>8)</sup>.

## 5. B형 및 C형 바이러스성 간염

B형 간염은 1980년대까지 우리나라는 고유병률 지역에 속했으나, 1990년대 이후 중간 유병률 지역으로 이행하였다<sup>9)</sup>. 특히 아동에서의 HBsAg 양성률은 3% 이하로 떨어졌는데, 이는 그 동안의 B형 예방접종의 효과와 위생 개선으로 인한 것으로 평가되고 있다. 그러나 아직 우리나라의 간경화와 간암은 높은 수준의 발생률을 보이고 있으며, 이 중 많은 부분이 B형 간염에 의한 것으로 알려져 있다.

전 세계적으로 C형 간염으로 인한 건강 장애가 증가하고, 세계보건기구에서도 세계적으로 관심을 가져야 할 감염병으로 C형 간염을 지정하고 있으며, 미국에서도 만성혈액전파 감염병으로 그 중요성이 증대하고 있다<sup>10)</sup>. 현재 우리나라는 C형 간염 항체 보유율이 상대

8) 국립보건원·대한결핵협회(2001. 10), 『2001년도 국가결핵관리사업 평가회의』, pp.29~30.

9) Maynard J. E., Kane M. A., Hadler S. C.(1989), *Global control of hepatitis B through vaccination: role of hepatitis B vaccine in the Expanded Programme on Immunization*. Rev Infect Dis, 11: s574.

적으로 낮은 것으로 보고되고 있으나, 최근 만성간질환 중에 C형 간염에 의한 비율이 증가하는 것으로 나타나고 있다.

## 6. 신종 전염병과 생물테러

개정된 전염병예방법에 “신종 전염병 증후군”은 “병명을 정확하게 알 수 없으나 국내에서 새로이 발생한 증후군으로 역학조사와 방역대책 등의 일련의 조치가 필요한 질병”이라고 정의하고 있다.

개정된 전염병 예방법에서 제4군으로 신종전염병증후군을 새로이 규정하고 있는데, 향후 우리나라에서 발생하고 있으나, 아직 알려져 있지 않은 전염병과 우리나라로 유입하는 전염병을 조기에 발견하고 관리하여야 한다.

생물테러가 우리나라에서 사용된 사례는 알려진 바 없으나, 근래 생물테러의 위협이 증가하고 있으며, 2002년도에 예정되고 있는 월드컵과 부산아시안게임 실시 등을 앞두고 있는 상황에서 우리나라도 생물테러의 대상 국가가 될 수 있으므로 이에 대한 보다 적극적인 준비와 대응이 있어야 한다.

## Ⅲ. 전염병의 국가 관리의 중요성과 목표 설정

### 1. 전염병의 외부 효과

전염병은 다른 사람에게 전파시킬 수 있으므로 감염자들만의 문제가 아니고, 지역사회와 국가 전체의 건강을 위협하는 사회문제가 될 수 있고, 나아가 국가보안과 관계된 문제로 발전할 수 있으므로 이에 대한 국가의 철저한 준비와 대응이 필요하다.

---

10) CDC(1998), “Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease”, *MMWR*, 47(RR19): 1~39.

위와 같은 상황들을 많이 경험하였으며, 과거에 콜레라가 발생하면 지역의 수산물 관련 업종이 문을 닫는 경우가 나타나며, 관련이 없는 것으로 알려진 농산물 거래도 이루어지지 않아 지역 경제에 큰 타격을 주기도 하며, 나아가 수산물의 수출이 중단되기도 한다. 결국 이와 같은 상황은 전염병은 다른 사람에게 전파되는 외부 효과가 크기 때문에 나타나는 현상이며, 이는 전염병이 국가가 주도하여 관리하여야 하는 근거가 된다.

## 2. 전염병 관리의 효율성

전염병이 사회적으로 문제가 되는 질병임에 반하여, 대부분의 전염병의 경우 원인 병원체와 전파 경로가 파악되어 있고, 세균성 전염병을 비롯한 일부 전염병원은 치료제도 개발되어 있다. 따라서 사람들이 갖고 있는 과학 기술을 효과적으로 이용하여 전염병 관리 사업을 철저히 하는 경우 전염병을 예방하고 관리할 수 있다.

환경위생, 식품위생과 개인위생의 발전은 식수 및 식품매개 전염병을 최소한의 수준까지 낮출 수 있게 되었다. 예방접종 사업은 두창을 박멸하였으며, 효과적인 예방접종 사업을 수행한 경우 거의 퇴치 수준까지 달성하였으며, 예방접종 사업을 가장 효과적인 보건 사업으로 평가하고 있다.

전염병관리 사업을 체계적이고 과학적인 방법을 활용하게 충분하게 시행하면, 가시적인 사업의 효과를 기대할 수 있다. 2000년과 2001년에 전국적으로 유행하던 홍역이 홍역일제 예방접종 사업으로 발생을 막을 수 있었던 것은 대표적인 사례이다.

## 3. 전염병 관리의 목표

과거의 전염병 관리의 목표는 사회적으로 문제가 되지 않을 정도, 즉, 유행이 일어나지 않을 정도로 발생을 억제하는 것을 목표로 하였으나, 최근에는 정교한 감시체계와 철저한 방역 조치를 시행하여 전염병 발생을 최소한으로 하는 것을 목표로 한다. 전염병 관리의 목표는 전염병별로 차이가 있어 1) 퇴치와 박멸, 2) 발생의 최소화, 3) 발생 증가에 대한 대응과 대비 체계 강화 등으로 구분할 수 있다.

### 가. 전염병의 퇴치 혹은 박멸

전염병의 종류에 따라 관리 목표가 다른데, 퇴치 혹은 박멸이 전염병 관리의 목표가 되는 경우가 있는데, 이와 같은 예에는 폴리오, 홍역 등과 같은 예방접종대상전염병이 있다.

### 나. 전염병 발생의 최소화

일부 전염병의 경우 전파 경로를 잘 알려져 있어 예방이 가능하고, 좋은 치료법이 있어 환자 관리가 가능하여 발생을 최소한으로 억제할 수 있으나, 예방과 관리 방법이 완전하지 않아 퇴치 혹은 박멸은 불가능할 경우가 있다. 이와 같은 전염병에서 수인성 및 식품 매개 전염병, 일부 사람간 접촉에 의하여 전파되는 전염병 등이 있다.

### 다. 발생 증가에 대한 대응과 대비 체계 강화

일부 전염병의 경우는 환경여건의 변화, 병원체의 특성 등으로 인하여 계속 환자 발생 증가가 예상되는 질병 들이 있으며, 일부 전염병은 병원체의 특성, 전파경로와 예방, 치료 및 관리방법이 아직 정확하게 알려지지 않는 전염병도 있다. 이와 같은 전염병에 대해서는 지속적인 감시를 통하여 발생 변화 양상을 파악하고, 지속적인 연구를 통하여 예방과 관리 방법을 개발하고, 전염병 관리를 위한 방역체계를 강화하여야 한다. 이와 같은 전염병의 예로는 장출혈성대장균감염증과 HIV/AIDS, 많은 인수공통병, 그리고 모든 신종 전염병이 여기에 속한다고 할 수 있다.

## 4. 전염병 관리의 목표의 사례: 예방접종대상전염병

전염병 예방의 목적을 설정하고 구체적인 전략을 수립하기 위해서는 1) 정확한 질병 발생 양상 파악, 2) 전염병 예방과 관리를 위한 방역체계에 대한 평가가 우선되어야 한다. 우리나라의 경우 모든 전염병에 대한 목표가 설정되어 있지 않고, 현재 몇 가지 전염병에 대하여 종합 계획들이 수립되고 있다. 이 원고에서는 예방접종대상 전염병을 예로 장기, 중기 목표를 제시하였다.

예방접종사업의 최종 목적인 예방접종 질환의 퇴치와 박멸이라는 목적달성을 달성하기 위해서는 예방접종 전염병 발생수준과, 예방접종률을 포함하는 사업의 수행수준을 파악할 수 있는 감시와 정보체계를 구축하는 것이 무엇보다 선행되어야 한다. 우리나라의 경우 이와 같은 감시와 정보체계를 통하여 수집되는 국가 수준의 통계가 많이 개선되었으나, 아직 충분한 상황이 아니므로 이 원고에서 제안하는 예방접종 사업의 목적과 추진전략은 개괄적이며, 제한적일 수밖에 없다.

#### 가. 장기목표

2010년까지 전염병 관련 보건사업의 안정화를 통하여 모든 전염병이 감소하는 추세이고, 2개의 전염병(폴리오와 홍역)은 근절(elimination)을 달성하고, 다른 일부 전염병의 경우 근절(elimination) 수준까지 낮출 수 있는 가능성을 보인다. 새로이 발생하는 전염병이 없거나 있더라도 즉각 발견, 대처할 수 있는 시스템이 있으며 이러한 목표달성을 위한 충분한 전문가와 조직이 효율적으로 운영한다.

#### 나. 중기목표

2005년까지 전염병 관련 보건사업의 기반이 마련되어 모든 전염병 관련 유용한 통계자료가 수집되고 있으며, 대규모 전염병 유행이 없고, 모든 전염병에 대한 대처방안이 마련되어 있어 장기목표 달성을 위한 가능성을 보이고 있으며, 이러한 목표 달성을 위한 전문가 배출 시스템이 있고 이러한 전문가를 활용할 조직이 마련되어 있다. 새로운 전염병 발생이 감소하고 있으며 예방접종 관련법과 예산에 대한 문제가 해결한다.

## 5. 전염병 관리의 목표 설정의 과정

전염병 관리를 체계화하기 위해서는 목표를 설정하는 것이 무엇보다 선행되어야 하나, 이를 위해서는 좋은 통계자료가 있어야 한다. 이와 같은 점들을 고려하여 전염병 관리 사업의 목표설정제에 대한 향후작업을 제안하면 아래와 같다.

---

〈표 5〉 목표 설정의 과정

---

- 1) 현재 상황에서 모을 수 있는 모든 자료를 수집하여, 많은 전문가들의 의견을 종합하여 잠정적인 목표를 수립한다.
  - 2) 잠정적인 목표 수립 후 2~3년간 예방접종 관련 전염병 통계 자료 수집을 위한 체계를 확립하고 자료를 수집한다.
  - 3) 수집된 통계 자료를 기반으로 전염병 관리 사업목적에 검토하여 수정하고, 구체적인 목표와 목표 달성을 전략을 수립한다.
  - 4) 이와 같은 작업을 주기적으로 반복하여 전염병 관리의 목표를 수정·보완한다.
  - 5) 국가 전염병 관리의 전체적인 목표도 설정하여야 하나, 질병 군별 혹은 질병별 구체적인 목표와 전략을 수립한다.
- 

## IV. 우리나라 전염병 관리의 발전 방향

1990년대부터 미국이나 유럽 등의 선진국은 다른 나라보다 앞서서 새로이 등장하는 전염병(emerging infectious diseases)에 대한 대책 수립을 시작하였다. 이와 같은 새로이 등장하는 전염병에 대한 대응전략은 큰 틀에서 보면 비슷한데, 세계보건기구의 대응전략을 간략하게 요약하면, ① 전염병에 대한 감시체계를 구축하고 이를 통해 변화하는 상황을 신속히 파악하는 것이고, ② 전염병 발생에 효과적으로 대응할 수 있는 전문가들을 양성하고 공중보건체계 강화하는 것이다. 만성퇴행성질환이 문제되면서 전염병 관리를 담당할 조직은 축소되고, 전염병 담당 전문 인력도 감소하는 것이 전 세계적인 공통 현상이었는데, 다시 전염병이 등장하게 되자 전염병에 대응할 조직과 인력이 부족하게 되었다. ③ 전 세계적인 네트워크 구축과 정보교환에 중점을 두고, 전 세계에서 발생하는 전염병 발생 정보들을 모든 국가의 전염병 전문가들이 공유할 수 있도록 하고 있다. 특히, 최근의 인터넷의 발달은 신속하고 정확한 정보 교환과 공유에 큰 역할을 하고 있다.

세계에서 여행과 교역량이 가장 많은 나라로 언제든지 외국에서 발생하는 전염병이

유입될 수 있는 상황이며, 실제 우리나라에서도 1990년대 중반 이후 많은 전염병이 발생하고 있다. 따라서 우리나라도 새로이 등장하는 전염병에 대하여 철저한 대책을 수립하여야 한다.

## 1. 전염병 감시체계 강화

전염병 감시체계를 통하여 파악된 전염병 발생 규모는 전염병 관리를 위한 목표를 설정하고, 구체적인 방법을 개발하는 도구이며, 전염병 관리를 위한 방역사업을 수행한 뒤에 그 효과를 평가하는 수단이기도 하다. 따라서 우리나라 현실에 맞는 전염병 감시체계를 개발하는 것은 전염병 관리를 선진화하는 것은 물론 앞으로 새로이 발생할 수 있는 전염병, 외국으로부터 유입될 수 있는 전염병에 대하여 대비하는 것이다. 이를 위해서는 우리나라의 전염병 감시체계 개발의 목표 수준은 국제적으로 최고 수준으로 하여야 한다. 전염병 감시체계와 관련하여 구체적인 대안은 아래와 같다.

### 가. 우리나라 전염병 감시체계의 틀

전염병 신고와 보고를 근간으로 하며, 일부 전염병의 경우 표본감시체계를 운영하여야 한다. 표본감시체계에는 표본 의사, 표본병원 및 표본학교를 포함하며 필요에 따라 다른 보건 의료기관들이 포함될 수 있다. 신고와 보고, 표본 감시체계의 정확도 향상을 위하여 감시체계 평가 연구와 실험실의 검사 능력 배양과 검사 시료의 전달체계 구축이 필수적이다. 우리나라의 경우도 1990년대 말부터 전염병 신고와 보고제도를 강화하고, 특정 전염병의 발생양상을 파악하기 위한 표본 감시체계가 구축되었는데, 앞으로 이 감시체계들에 대하여 지속적으로 평가하고, 그 결과 개선하여 전염병 발생 양상을 정확하게 파악하여야 한다.

### 나. 새로운 전염병 감시 개념과 역학조사의 도입

다양한 감시체계들을 포괄하는 통합적 감시체계 개념을 도입하여야 하며, 이를 위한 조정 기능이 필요하며, 세계보건기구가 중심이 되어 운영하고 있는 세계적인 감시 네트워크(global surveillance network)에 적극 참여하여야 한다. 이를 위하여 정확한 전염병 감시체계를

통한 국제 수준의 전염병 통계 자료 생산이 필요하다.

감시체계를 통하여 전염병이 발견되었을 때 역학조사를 시행하게 되는데, 과거에는 전염병이 집단으로 발생하였을 때에만 유행조사(epidemic investigation)를 시행하였다. 그러나 전염병을 퇴치/박멸, 혹은 최소화하기 위해서는 산발적으로 발생한 전염병 의심 사례가 발생하였을 때에도 사례조사(case investigation)를 시행하여 전염병을 조기에 발견하고 관리하여야 한다.

#### 다. 전염병 진단 및 신고 기준

우리나라는 2000년도에 처음으로 전염병 진단 및 신고기준을 제정하였다. 전염병의 특성도 변화하고 있으며, 이에 따라 새로운 지식과 기술, 진단방법 등이 개발됨에 따라 전염병 진단과 신고기준은 주기적으로 개정하여야 한다. 이 기준은 일선의료기관의 의료인들에게 적극적으로 홍보 및 교육을 시행하여 모든 사람들이 활용할 수 있도록 하여야 한다.

#### 라. 신종 전염병 발견을 위한 감시체계

신종 전염병은 크게 외국에서 유입되는 전염병과 우리나라에서 새로이 발생하는 전염병으로 구분할 수 있다.

외국에서 유입되는 전염병은 공항과 항만에서 이루어지는 검역활동과 귀국 후에 발병하여 국내 보건의료기관을 통하여 발견되는 경우로 구분할 수 있다. 최근 여행과 교역량을 고려해 보면 기존의 검역방법으로는 이와 같은 전염병을 발견한다는 것이 거의 불가능하다. 따라서 보다 효율적인 검역이 이루어져야 한다. 이를 위해서는 여행자에 대한 전염병에 대한 홍보와 교육이 우선되어야 한다. 여기에는 외국여행을 위해 출국하는 사람을 대상으로 하는 예방에 필요한 상식(Traveler's health) 안내책자 혹은 팸플릿 개발과 제공과, 외국여행에 들어오는 사람을 대상으로 해당 지역에서 발생할 수 있는 전염병에 대하여 알려주며, 동시에 발병 시 조기발견, 치료 및 관리방법을 안내하여 환자를 찾아낼 수 있도록 하여야 한다. 또한 외국 유입 전염병 전문 의료기관, 연구소, 혹은 대학을 감시체계 지정 기관화하여 조기에 환자를 발견하는 방법 등이 있을 수 있다.

전염병을 진단하고 치료할 수 있는 의료기관을 강화하고, 전문 연구기관들의 연구 능력

을 높이는 것은 우리나라에서 새로이 발생하는 전염병을 예방하기 위한 기반이 된다. 증상 및 증후를 중심으로 하는 감시체계를 가동하여 환자들을 발견하고 확진을 하기 위한 체계를 구축하고 강화하여야 한다.

#### 마. 전염병 감시를 위한 보건 정보 체계 정비

전염병 감시체계에서 신고의 편리성 제고를 위하여 의료보험 청구를 위해 병·의원에서 사용하고 있는 전산 프로그램을 이용하여 신고하는 방법개발이 필요하다.

전염병의 경우 조기에 환자를 발견하는 것이 중요하므로 전염병 신고와 보고가 감시체계의 기본이다. 그러나 신고율이 낮다는 것은 모든 감시체계가 갖고 있는 공통의 문제이다. 이에 대한 보완 방법으로 보험청구자료, 사망 자료 등이 이용될 수 있는데, 전염병 감시체계 자료와 연계하여 종합적인 분석을 하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 보건 정보들의 표준화를 하는 것이 필요하다.

#### 바. 신고율 향상과 전염병 관리를 위한 국민과 보건의료인 대상 홍보와 교육

우리나라 신고율이 낮은 주요 이유 중에 하나는 국민들과 보건의료인들이 전염병을 부정적인 질병으로 인지하고 있는 것이다. 따라서 전염병은 완치가 가능하고, 관리를 잘 함으로써 전파를 예방할 수 있다는 점을 적극 홍보하여 부정적인 인식을 불식시키는 것이 필요하다. 이와 같은 국민대상 홍보와 교육은 신고율 향상뿐만 아니라 전염병 관리의 주요 수단이 될 수 있다. 전염병의 발생양상이 변화하고, 진단 및 신고 기준이 변화하고, 관리 방법이 개선됨에 따라 보건의료인에 대한 홍보와 교육은 지속적으로 이루어져야 한다.

#### 사. 향후과제

이 원고에서는 우리나라 감시체계의 전체적인 구도를 제시하고, 시급하게 실시가 필요한 감시체계에 대한 방안들을 제안하였는데, 향후 이를 더욱 발전시키고 실행할 수 있도록 지속적인 노력이 필요하다. 특히, 2005년에는 세계보건기구에서 국제보건규칙(International Health Regulation) 개정될 예정인데, 이는 세계적인 규약이므로 보다 치밀한 분석을 거쳐 우리나라 전염병 감시체계와 관리에 반영하여야 한다.

## 2. 전염병 관리 대책

### 가. 중앙정부 수준에서 부서간 협력체

질병관리본부와 보건복지부 질병관리과가 중심이 되어 전염병 관리 업무를 수행한다. 그러나 근래 전염병이 다시 등장하는 이유에는 여러 요인들이 관여한다는 점을 고려할 때, 전염병 관리는 보건분야 뿐만 아니라 여러부서가 유기적인 협력관계를 구축하고 공동의 노력을 경주할 때 유행을 최소화하고, 나아가 퇴치와 박멸의 목적을 달성할 수 있다. 아래 표는 전염병의 분류 별로 관여하여야 할 정부 부서를 요약한 표이다. 생물테러의 경우는 수사기관과 정보기관과의 긴밀한 협조가 필요하다(표 6 참조).

〈표 6〉 전염병 구분별 관련 정부 부서

전염병 구분	관련 정부 부서
식수와 식품 매개 전염병	보건복지부, 식품의약품안전청, 농림수산부, 환경부, 교육부, 노동부
예방접종 대상 전염병	보건복지부, 교육부, 식품의약품안전청, 과학기술처, 산업자원부
곤충 매개 및 인수공통전염병	보건복지부, 농림수산부, 환경부, 과학기술처, 산업자원부

### 나. 전염병 관리를 위한 중앙정부 조직; 질병관리본부 신설

2003년도에 기존의 국립보건원이 질병관리본부로 확대 개편되면서 국립보건연구원을 신설하고, 13개 검역소 통합하여 전염병 관리는 더욱 강화된 것으로 평가된다. 국립보건연구원에는 기존의 국립보건원의 세균부와 바이러스부이 있고, 질병관리본부 전염병관리부와 질병조사감시부에는 기존의 방역과와 역학조사과, 질병감시과 외에 예방접종관리과와 에이즈결핵관리과, 생물테러관리과, 검역관리과 등 4개과가 새로이 만들어져 보다 전문적인 전염병 관리 업무를 수행할 수 있게 되었다.

질병관리본부에는 전염병관리부와 질병조사감시부가 있는데, 전염병관리부의 4개과는 전염병 관리 업무만을 수행하고, 질병조사감시부의 역학조사과와 질병감시과는 전염병뿐

만 아니라 만성병에 대한 조사와 감시를 하여야 하는 것으로 되어 있다. 이와 같은 체계에서 각 부와 과의 업무를 조정하고, 보다 유기적인 연계 관계를 만드는 과제가 남아 있으며, 조직을 재조정하는 것이 필요하다는 의견들이 대두되고 있다.

#### 다. 전염병 관리를 위한 지방자치단체의 인프라 강화

지방자치단체의 전염병관리 조직에는 시·군·구 보건소와 시·도 보건(위생)과 그리고 시·도 보건환경연구원 등이 있다. 시·군·구 보건소와 시·도 보건(위생)과는 일선 지역사회에서 전염병 관리 업무를 시행하는 핵심 조직이다. 원활하게 국가전염병 관리를 하기 위해서는 지방자치단체의 인프라를 강화하여야 한다. 따라서 시·군·구 보건소와 시·도 보건(위생)과 방역업무를 강화하는 방안은 필수적이며 시급한 과제이다. 그러나 이 조직들의 업무 강화를 위해서는 중앙정부뿐만 아니라 지방자치단체들이 과제에 대한 중요성을 인지하고 과감하고 지속적인 투자를 하여야 한다. 강화방안과 관련된 주요사항들을 요약하면 아래와 같다.

- ① 전염병 관리에 전문성 부여
- ② 전염병 관리를 전담할 조직과 인력 개발
- ③ 예방접종 업무를 전담할 조직과 인력 개발
- ④ 신속하고 정확한 진단을 위한 검사실 기능 강화

보건소의 검사실과 시·도 보건환경연구원은 주로 전염병 진단을 위한 실험실 업무를 시행하는 곳으로 아래의 검사실과 실험실 강화방안에서 다시 기술하였다.

#### 라. 전염병 관리를 위한 전문 인력의 충원, 교육과 훈련

전염병 관리뿐만 아니라 모든 보건사업을 수행함에 있어 관련 담당자의 전문성을 제고하는 교육과 훈련은 기본적인 사항이다.

2000년부터 FETP 과정을 통하여 공중보건의로 구성된 역학조사관들을 교육하여 질병관리본부와 시·도에서 전염병 관리업무를 하고 있으며, 2003년부터는 FMTP 관리자(전문가)과정, FMTP 실무자 과정을 신설하여 시·군·구의 보건소장, 진료의사, 방역담당자를 교육

하고 있는데, 이 교육은 전염병 관리의 전문성 제고에 큰 기여를 한 것으로 평가받고 있다. 2004년에는 학교 보건교사 전염병 과정을 신설하여 학교에서 전염병 관리자로서의 전문성 제고를 위한 교육이 전국에서 이루어지고 있으며, 이 역시 학교에서 전염병 관리에 큰 기여를 할 것으로 기대한다.

향후 이와 같은 교육을 지속적으로 시행하여 아직 교육을 받지 못한 전염병 관리에 참여하는 인력에 대하여 신규교육을 시행하여야 하며, 또한 이미 교육 받은 사람들에 대하여 주기적인 보수교육이 필요할 것이다.

과거 국립보건원내의 연수부가 보건복지연수원으로 개편됨에 따라 과거 연수부에서 시행되던 전염병 교육에 대한 전면적인 재검토가 필요하다. 연수원 규모와 기능에 비하여 전염병 관리 관련 교육과 훈련을 받아야 할 수요를 비교하여, 구체적인 교육 주체, 교육 내용과 방법 등에 대하여 재검토를 하고 종합적인 교육 계획을 수립하여야 한다.

교육 받은 인력은 교육 받은 내용을 시행할 수 있는 업무에 배치하여야 한다. 이를 위해서는 보건소내의 순환보직제도를 지양하고, 전문적 교육을 받은 사람이 오랫동안 관련 업무를 수행하여 보다 전문적인 전염병관리를 할 수 있도록 하여야 한다. 2004년부터는 보건소의 관리의사들에 대한 FMTP 관리자(전문가) 교육이 시행되었는데, 이 교육은 받은 사람들이 전염병 관리 업무에 참여할 수 있는 제도적인 뒷받침이 있어야 한다.

시·도의 전염병 관리를 위한 인력과 관련하여 근래 공중보건의를 활용하는 역학조사관 제도가 시행되고 있으며 이들의 역할은 높은 것으로 평가되고 있으나, 이 역학조사관들이 3년간 공중보건의 의무기간 뒤에는 대부분 일반 임상 의사 업무로 돌아가기 때문에 전염병 관리와 관련된 지식과 기술 그리고 경험들이 축적되는 않는 문제가 있다. 전염병 예방법상의 방역관을 의무사무관으로 임명하고, 이 방역관의 책임 아래 역학조사관들이 활동할 수 있도록 하는 제도를 도입하는 것이 필요하다.

#### 마. 공공보건 부문의 검사실 및 실험실 기능 강화

감시체계를 강화하고, 전염병 관리를 적절하게 시행하기 위해서는 전염병이 의심되는 환자를 발견하여 편리하게 검사 의뢰를 시행하고, 검사 기관에서는 신속하고 정확하게 확진 검사를 하여 통보하여야 한다. 이를 위해서는 우선 공공부문의 실험실과 검사실을 강화하고, 감시체계를 강화하는 것이 필수적이다. 또한 공공부문과 민간부문의 검사실간의

연계 관계를 구축하여야 한다.

공중보건검사실/실험실을 강화를 위한 방안에 하나로 보건소와 검역소는 생물학적 안전도 1과 2의 검사실/실험실, 시·도의 보건환경연구원은 생물학적 안전도 2와 3의 실험실을 갖추어야 한다(표 7 참조).

〈표 7〉 공공부문 검사실과 실험실이 갖추어야 할 기능 수준

구분	실험실 수준	기능
보건소, 검역소	BL 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 최일선 실험실로 최소한의 생물안전 시설을 갖춘 곳</li> <li>· 가검물에 대한 기초 미생물 검사</li> </ul>
	BL 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의심되는 검체의 유의성 검사를 하고 균체를 분리</li> <li>· confirmatory testing을 하고 항생제 감수성 검사</li> </ul>
보건환경 연구원	BL 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의심되는 검체의 유의성 검사를 하고 균체를 분리</li> <li>· confirmatory testing을 하고 항생제 감수성 검사</li> </ul>
	BL 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 급속진단을 할 수 있는 고급 능력 실험실</li> <li>· 독성검사와 고급 진단기술을 보유 (PCR, DNA fingerprinting)</li> <li>· 새로운 검사법, 약제 평가 하급기관에 보급 여부 결정</li> </ul>
국립보건원	BL 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 급속진단을 할 수 있는 고급 능력 실험실</li> <li>· 독성검사와 고급 진단기술을 보유 (PCR, DNA fingerprinting)</li> <li>· 새로운 검사법, 약제 평가 하급기관에 보급 여부 결정</li> </ul>
	BL 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 희귀질환(예 두창, 탄저, Ebola 등)과 위험물질을 취급하는 실험실로 최고 밀폐 시설 확보</li> <li>· 새로운 진단법을 개발, 병원체를 보관/유지하는 종균 은행</li> <li>· 유전자 재조합 물질 검증 가능</li> </ul>

#### 바. 대국민 홍보와 교육

전염병 관리는 크게 병에 걸리지 않기 위한 예방 활동, 그리고 병에 이환된 경우에는 적절하게 치료하여 신속하게 회복시키고 또한 다른 감수성자에게 전파되지 않도록 하여야 한다. 이와 같이 전염병 관리의 구체적인 접근 방법에서 환경위생, 식품위생, 효과적인 백신 개발 등 국가와 사회, 그리고 관련 학자들의 노력이 중요하다. 또한 국민 각자가 전염

병의 예방과 관리방법을 숙지하고 실천하도록 하여야 한다.

이를 위하여 적절한 교육과 홍보내용과 방법을 개발하고, 효과적인 매체를 통하여 홍보할 수 있도록 하여야 한다. 그 동안 국민을 대상으로 하는 홍보의 중요성이 간과되어 이 분야에 대한 투자와 노력이 거의 이루어지지 않았으며, 경험도 축적되어 있지 않다. 또한, 최근에 건강증진 분야에서 영양, 운동 등 만성병 예방을 위한 교육 프로그램은 개발되고 있으나, 전염병에 대한 교육 프로그램은 거의 개발되고 있지 않으며 과거에 시행되었던 개인위생에 대한 교육도 거의 이루어지고 있지 않다. 이와 같은 상황에서 대국민 교육과 홍보와 관련하여 몇 가지 제안을 하면 아래와 같다.

- 
- ① 대국민 교육과 홍보의 중요성을 인지하고, 이 분야를 전문적으로 개발하여 시행하는 책임 부서가 있어야 한다.
  - ② 교육내용의 특성은 물론 대상자 특성에 따라 구체적인 교육과 홍보계획을 수립하고 시행하여야 한다.
  - ③ 학교 보건 교육에 전염병 예방과 관리를 위한 교육 내용이 보다 체계적으로 반영되어야 한다.
- 

#### 사. 취약계층의 전염병 관리를 위한 대책

다른 질병과 마찬가지로 전염병도 사회·경제적 수준이 낮은 집단에서 많이 발생하는 것으로 알려져 있다. 사회·경제적 수준이 낮은 집단은 전염병이 쉽게 발생할 수 있는 환경에서 생활하고 있으며, 전염병을 예방할 수 있는 개인의 역량이 낮음과 동시에 전염병에 감염되었을 때 적절하게 치료하고 관리하지 못하기 때문이다.

전염병은 외부 효과가 높기 때문에 국가 사회의 역할이 중요하다는 관점에서 다른 어떤 질병보다 취약계층에 대한 국가의 보호기능이 우선되어야 한다. 이를 위해서는 구체적으로 전염병에 많이 걸릴 수 있는 위험 집단을 파악하고, 이들의 수요와 필요한 보건사업 내용을 규명한 뒤, 구체적인 사업계획을 수립하고 시행하여야 한다.

## 아. 생물테러 관련 대응 방안

생물테러 관련 대응 방안은 1) 감시체계의 수립, 2) 국가차원의 비상관리체계 구축 방안 개발, 3) 생물테러 대응을 위한 자원 준비 등으로 구분할 수 있다<sup>11)</sup>.

### 1) 감시체계

감시체계와 관련하여 1) 생물테러를 조기에 발견하기 위한 평상시 감시체계 혹은 위협의 강도가 높아졌을 때의 감시체계 들을 보다 구체적으로 개발하여 실행할 수 있도록 하여야 하며, 2) 의심되는 사례에 대한 정확한 진단을 위하여 검사실과 실험실 역량을 강화하고, 3) 역학조사 능력을 강화하고 범죄수사 부서와의 협조체계를 구축하는 것이 필요하다.

### 2) 비상관리체계 구축 방안 개발

국가차원의 비상관리체계 구축방안을 위하여 보건분야, 재난방어 분야, 치안 및 수사 분야 등의 협력 관계를 구체화하여야 한다. 실제 상황이 발생하였을 때, 각 분야의 역할을 분명히 하고 각 분야의 지침을 개발하여 관련된 모든 사람들이 잘 이해하고 조직적으로 대응할 수 있도록 하여야 한다. 특히, 테러가 의심되거나 실제 발생하였을 경우에 국민들은 공황상태에 들어갈 위험이 높으므로 적극적인 교육과 홍보 체계를 준비하여야 하며, 특히 언론을 잘 활용하여야 한다.

이와 같은 대응을 합법적으로 시행하기 위하여 법적, 제도적 개선 방안을 도출하여 준비하여야 한다.

### 3) 자원의 준비

이와 같은 대응을 위한 자원 중 시설부분으로 의심되는 환자 혹은 확진자를 진료하고 치료하기 위한 의료기관을 확보하여야 한다. 실제, 전염병은 다른 사람에게 전파가 가능하다는 점에서 오염 제거를 위한 시설, 격리시설 등을 면밀하게 준비하여야 한다.

예방을 위한 백신을 개발하고 비축하는 것이 필요한데, 해당되는 전염병에는 탄저, 두창, 그리고 보툴리누스 항독소 등이 있는데, 현재 우리나라에는 확보가 되어 있지 않고 구

11) 국립보건원(2001), 『생물무기 또는 원인불명 전염병 발생대비 보건의료분야 대응책 마련을 위한 연구』.

입 계획만을 세우고 있는 것으로 알고 있다. 생물테러의 위험성이 전 세계적으로 인지된 사항에서 이와 같은 백신을 확보한다는 것이 쉽지 않은 것이나, 필요량을 정확하게 예측하고 구입 계획을 구체화하여야 할 것으로 생각한다. 또한 장기적으로는 우리나라에서 백신을 개발하여 준비하고, 나아가 외국에 수출하는 계획도 수립하여야 할 것으로 생각한다. 또한 생물테러가 가능한 전염병의 우선순위를 정하고, 각 질병별로 치료와 화학 예방을 위한 약제, 소모품 등에 대한 자세한 필요량을 산출하고 준비하는 것이 필요하다.

#### 자. 국제간 전염병 전파 관리를 위한 검역 기능과 국제 협력 강화

전 세계에서 새로운 전염병이 발견되고, 과거 사라졌던 전염병들이 다시 나타나며, 국가간의 전염병 전파가 늘어나고 있다는 점을 고려할 때, 국제간 전염병 전파관리를 위한 검역기능을 제고하고, 전염병 관리와 관련된 국가간 협력강화가 필요하다. 우리나라의 경우 전국에 13개 국립검역소에서 검역 업무는 시행하여 왔으나, 국제보건규칙에서 요구하는 최소한의 업무만을 시행하여 왔다. 2001년 발간된 ‘검역 기능 활성화를 위한 연구’ 결과에서 검역업무는 전체적으로 계속 축소되어 온 것으로 평가하면서, 국제간 전염병 전파를 방지하기 위한 보다 적극적인 검역활동을 위하여 검역대상 질환을 확대하고, 보다 효율적으로 검역업무를 발전시켜야 한다. 이를 위한 방안을 제시하면 아래와 같다<sup>12)</sup>(표 8 참조).

#### <표 8> 검역 기능 활성화를 위한 방안

- 
1. 검역 전염병 및 관리 대상 전염병의 확대
  2. 검역 전염병 의심자와 환자 발견과 역학조사 기능 강화
  3. 검역소 병원체 검사 기능 강화
  4. 검역소 전산화
  5. 검역 기능과 방역 기능간의 연계 강화
  6. 검역 조직의 개발
  7. 검역소 인력 개발
- 

12) 보건복지부(2001), 『국·내외 전염병 방지를 위한 검역기능 활성화방안 연구』.

### 3. 전염병별 관리 대책

#### 가. 수인성 및 식품매개 전염병

2001년도에 발간된 ‘최근 증가하고 있는 전염병의 관리대책 수립을 위한 연구’에서는 수인성 및 식품매개 전염병 관리를 위하여 아래와 같은 7가지 대책을 제안한 바 있는데, 효율적인 관리를 위해서는 전염병 관리의 주무부서인 질병관리본부가 중심이 되어 위와 같은 대책들을 지속적으로 시행하고 강화하여야 한다. 또한 수인성 및 식품매개 전염병의 특성상 ① 식품의약품안전청, ② 농림수산부, ③ 환경부, ④ 교육인적자원부는 물론, 지방자치단체들과의 유기적인 협력 관계 아래 보다 체계적인 관리를 하여야 한다(표 9 참조).

〈표 9〉 수인성 및 식품매개 전염병 관리 대책

- 
1. 효과적인 관리를 위해서 수인성 및 식품매개 전염병 감시체계 구축
  2. 수인성 및 식품매개 전염병 관리의 국가적 체계 확립
  3. 교육과 홍보를 위한 전략 수립
  4. 원인 불명 설사질환의 원인규명을 위한 방안 수립
  5. 역학 및 감염질환 전문 인력 양성
  6. 효과적인 관리를 위한 정보네트워크 구축
  7. 관리체계의 구체화를 위한 법적 근거 마련
- 

전염병 감시체계의 강화와 원인 불명 수인성 및 식품매개 전염병의 원인구명을 위해서는 시·군·구 보건소, 시·도 보건위생과와 보건환경연구원, 그리고 국립보건원의 역할들을 보다 명확히 하여야 하며, 원인구명을 위한 검사실과 실험실을 강화하는 것이 필수적이다.

최근의 콜레라 및 세균성이질 유행사례를 평가해 볼 때 취약지역의 환경위생, 국가 전반적인 식품위생 및 개인위생 수준을 높이기 위한 체계적이고 지속적인 조치가 필요하다. 이를 위해서는 시·군·구의 일선 지역사회에서 방역업무가 위생업무와 분리되어 있고, 특히 축소되어 있는 위생지도 및 관리업무를 강화할 방안이 수립되고 실시되어야 한다<sup>13)</sup>.

13) 보건복지부(2001), 『최근 증가하고 있는 전염병의 관리대책 수립을 위한 연구』.

나. 예방접종 대상 전염병 관리

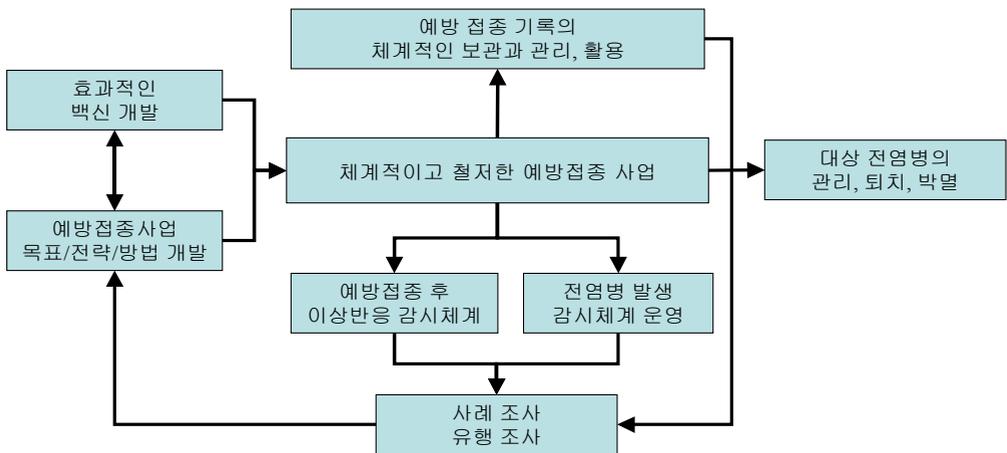
1) 목표 설정

과거 지역사회의 전염병 유행 억제 목표에서 좀더 나아가 우리나라 전체에서의 전염병의 퇴치 또 이를 발전하여 세계적인 박멸로 나아갈 수 있는 적극적인 목표를 설정하는 것이 필요하다. 특히, 2001년도에 홍역일제접종사업으로 홍역과 풍진을 퇴치할 수 있는 기반이 만들어졌으므로, 이 사업을 보다 적극적이고 체계적으로 추진하여 이 두 가지 전염병을 빠른 시간 내에 퇴치하여야 하며, 나아가 다른 예방접종 대상 전염병에도 적용하여 보다 많은 전염병을 퇴치할 수 있도록 하여야 한다.

2) 예방접종 사업의 접근 모형

예방접종 사업의 기본모형은 효능 있는 백신의 생산과 질 높은 예방접종의 시행을 통하여 대상 전염병의 발생을 최소화하고, 나아가 근절하는 것이다. 이와 같은 사업을 통하여 전염병 근절이라는 목적을 달성하기 위해서는 예방접종 사업이 적절하게 시행되고 있는지를 파악하는 각종 기록관리와 감시체계가 필요하다(그림 9 참조).

[그림 9] 예방접종 사업의 접근 모형



### 3) 예방접종률 극대화를 위한 전략 수립과 시행

홍역과 풍진의 경우 2001년도에 일제예방접종 사업으로 catch-up은 달성하였다. 이 사업 이후에 이 두 가지 전염병의 발생이 최근 거의 없어졌다. 하지만 질병 퇴치를 위해서는 앞으로 접종률을 극대화하기 위하여 12~15개월의 기본접종과 4~6세의 추가접종을 철저히 시행하는 keep-up프로그램을 실시하여야 하고, 예방접종률이 낮은 취약계층의 어린이를 파악하여 직접 가정방문을 통하여 예방접종을 실시하는 mopping-up 프로그램을 적극적으로 시행하여야 한다. 이와 같이 접종률 극대화를 통하여 두 가지 전염병을 퇴치하면, 이 모형을 다른 전염병에도 일반화하여 적용할 수 있을 것으로 기대한다<sup>14)15)</sup>.

### 4) 재정조달 방안

예방접종 사업은 가장 비용-효과적인 보건사업으로 확인되어 있으며, 건강보험화 혹은 국가예산으로 예방접종을 시행하는 것은 1) 전체 국민의 의료비를 감소시킬 수 있다는 점, 2) 경제적인 장애 요인을 줄여 예방접종률을 높일 수 있어 궁극적으로 전염병 관리와 나아가 대상 전염병 퇴치가 가능하다는 점에서 어느 사업보다 우선적으로 고려해 보아야 하는 문제이다.

2000년도부터 예방접종 재정조달 방안에 대한 대책으로 건강보험화하는 방안과 국가예산으로 시행하는 방안이 고려되고 있는데, 어떤 형태로든 재정조달 방안을 해결하여, 예방접종 대상 전염병의 퇴치라는 목표를 달성할 수 있도록 하여야 한다.

#### 다. 곤충매개 및 인수공통 전염병

곤충매개 및 인수공통전염병은 전염병 발생 과정에 곤충, 가축과 야생동물이 관련되어 있어 그 과정을 정확하게 이해할 수 없는 경우가 많으며, 따라서 관리도 매우 어렵다. 그만큼 전과과정을 이해하고 관리대책을 수립하는 데에 보다 과학적인 접근방법이 필요한 분야이다. 또한 보건과 의학 분야뿐만 아니라 다른 분야 - 즉, 환경 분야, 수의학을 포함하여 농수산 분야 등 - 과의 유기적인 협력 관계도 필수적이다.

14) 보건복지부(1999), 『국가예방접종사업의 목표 설정에 따른 예방접종사업의 효율성 향상을 위한 평가 연구』.

15) 한국보건사회연구원(2000), 『2010년 국민건강증진 목표설정과 전략 개발 연구 보고서』.

최근 들어 특정 지역에서 쯔쯔가무시병이 크게 증가하고 있는데 이 원인을 밝히기 위해서는 보건 혹은 의학분야의 전문가와 생태학 전문가들의 공동 연구가 필요하다. 또한 일부 지역에서는 광견병이 발생하고 있는데, 이를 위해서는 개를 포함하는 가축뿐만 아니라 야생동물에서의 감염수준과 분포에 대한 지식과 이에 대한 농수산 분야, 환경분야 그리고 보건분야의 종합적인 대책이 수립되고 시행되어야 한다.

2001년도에 발간된 ‘최근 증가하고 있는 전염병의 관리대책 수립을 위한 연구’에서 말라리아 관리대안을 요약하면 아래의 표와 같다<sup>16)</sup>. 아래의 표에 제시된 것 이외에 남북한 간의 말라리아 발생과 관련된 정보 교환과 공동 방역 대책의 수립과 시행이 필수적이다(표 10 참조).

〈표 10〉 말라리아 관리를 위한 대책

- 
1. 말라리아 퇴치사업단 운영 활성화와 각 구성 부문의 역할을 분명히 함.
  2. 보건복지부와 군대간의 협조관계 강화
  3. 전문가 양성을 위한 교육 훈련
  4. 구체적이고 명확한 지침의 개발
  5. 일선 지역사회의 역량 강화와 말라리아 감시체계 필요
  6. 역학적, 기초 연구 강화
- 

라. HIV/AIDS, 결핵, 만성 바이러스성 간염

1) HIV/AIDS

우리나라의 경우 HIV의 낮은 감염률로 보건학적 중요성이 간과되고 있다. 그러나 AIDS는 긴 잠복기를 갖고 있기 때문에 다수의 환자들이 발견되어 사회적으로 문제가 되는 시기가 되면 이미 사회에는 많은 감염자들이 있는 상태가 되고, 이미 높아진 감염률을 다시 낮추는 것은 매우 어려우며, 막대한 비용이 소요될 것이다. 이미 AIDS 관리가 불가능한 상태에 들어간 아프리카와 동남아시아의 몇몇 국가들의 경험들을 고려해 볼 때, 낮은 감염률 상태에서 적극적인 대책을 수립하고 시행함으로써 높은 감염수준으로 들어가지 않도록

---

16) 보건복지부(2001), 『최근 증가하고 있는 전염병의 관리대책 수립을 위한 연구』.

록 예방하는 것이 절대적으로 필요하다. 2001년도에 발간된 ‘최근 증가하고 있는 전염병의 관리대책 수립을 위한 연구’에서 AIDS 감염자와 환자에 대한 관리 대안을 요약하면 아래의 표와 같다<sup>17)</sup>(표 11 참조).

〈표 11〉 HIV/AIDS 관리를 위한 대책

- 
1. 환자 발견을 제고를 위한 감시체계 강화
  2. 실험실 감시체계 운영
  3. 고위험군에 대한 감시체계 운영 확대
  4. 검사에 대한 정도 관리
  5. 홍보와 교육, 고위험군 관리를 위한 담당 보건요원의 전문화
  6. 치료비 등의 각종 환자 관리 지원
  7. 연구 사업 활성화
- 

## 2) 결핵

결핵의 경우 과거에 비하여 절대적으로 감소한 것은 사실이지만, X-선상 활동성 결핵 유병률 0.8%는 다른 국가들과 비교하였을 때 높은 수준이며, 우리나라에서 발생하고 있는 전염병 중 새로운 환자 발생자와 사망자 수가 가장 많은 질환이다. 과거에 비하여 절대적으로 감소하였다는 점 때문에 현재 결핵관리가 다소 소홀하다는 평가를 받고 있다. 우리나라의 경우 대한결핵협회를 중심으로 결핵관리 사업에 대한 경험들이 풍부하다. 이에 보다 효과적이고 적극적인 결핵환자 발견과 관리사업을 수행하기 위한 지속적인 투자와 노력을 통하여 선진국 수준까지 저하시키고 유지시켜야 한다.

## 3) 바이러스성 간염

만성 바이러스 간염 중 B형 바이러스 간염은 국민건강에 가장 위해가 큰 감염병 중 하나이다. B형 간염의 경우 예방백신이 개발되어 있고, B형 간염은 어머니로부터 신생아에게 전파되는 수직 감염 예방 사업이 가장 효과적인 것으로 평가되고 있으며, 이미 우리나라에서도 국가 예방접종 사업으로 시행되고 있다. 우리나라의 위생수준을 보았을 때 B형

---

17) 보건복지부(2001), 『최근 증가하고 있는 전염병의 관리대책 수립을 위한 연구』.

간염이 주사를 통하여 전파될 가능성은 매우 낮다. 향후 수직전파 예방을 위한 사업을 장기적으로 시행하면 어린 연령층을 중심으로 점차 감소할 것으로 생각한다. 이미 감염되어 있는 만성 보균자에 대해서는 향후 생명공학 분야의 연구결과에 따라 만성간염, 간경화 및 간암 등의 치료방법의 개발 여부에 따라 그 대응방안을 세워야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 국립보건원·대한결핵협회(2001. 10.), 『2001년도 국가결핵관리사업 평가회의』, pp.29~30.
- 국립보건원(2001), 『생물무기 또는 원인불명 전염병 발생대비 보건의료분야 대응책 마련을 위한 연구』.
- 보건복지부(1999), 『국가예방접종사업의 목표 설정에 따른 예방접종사업의 효율성 향상을 위한 평가 연구』.
- \_\_\_\_\_ (2000), 『국가예방접종사업 안정화를 위한 실천전략 및 백신부작용 감시체계 개발 연구』.
- \_\_\_\_\_ (2001), 『국·내외 전염병 방지를 위한 검역기능 활성화방안 연구』.
- \_\_\_\_\_ (2001), 『최근 증가하고 있는 전염병의 관리대책 수립을 위한 연구』.
- \_\_\_\_\_ (Sep. 2000), <http://dis.mohw.go.kr/fetp/index.html>,
- 한국보건사회연구원(2000), 『2010년 국민건강증진 목표설정과 전략 개발 연구』.
- CDC(1994), Addressing Emerging Infectious Disease Threats.
- \_\_\_\_\_(1998), “Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease”, *MMWR*, 47(RR19): 1~39.
- \_\_\_\_\_(1999), “Outbreak of West Nile-Like Viral Encephalitis-New York”, *MMWR*, 48: 845~849.
- \_\_\_\_\_(November 8~9, 1999), *Epidemic/Epizootic West Nile Virus in the United States: Guidelines for Surveillance, Prevention, and Control*, Fort Collins, Colorado.
- Eurosurveillance Weekly(27 April 2000), *Meningococcal infection in pilgrims returning from the haj: update from Europe and beyond*, Issue 17.
- Maynard J. E., Kane M. A., Hadler S. C.(1989), *Global control of hepatitis B through vaccination: role of hepatitis B vaccine in the Expanded Programme on Immunization*. *Rev Infect Dis*, 11: s574.

- National Center for Health Statistics(1996). *Healthy People 2000 Review*, 1995~1996. Hyattsville, Maryland: Public Health Service.
- Prothero R. M.(1977), Disease and mobility: A neglected factor in epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 6: 259~267.
- Rifkin J. *The biotech century*(국역: 전영택, 전병기 역. 바이오테크 시대. 1999, 민음사, 서울).
- WHO(15 April 1999), Disease outbreaks reported. Hendra-like virus (Nipah virus) in Malaysia - Update, [http://www.who.int/emc/outbreak\\_news/n1999/apr/n15apr1999.html](http://www.who.int/emc/outbreak_news/n1999/apr/n15apr1999.html).
- \_\_\_\_\_(15 April 1999), Disease outbreaks reported. Hendra-like virus (Nipah virus) in Malaysia - Update, [http://www.who.int/emc/outbreak\\_news/n1999/apr/n15 apr 1999.html](http://www.who.int/emc/outbreak_news/n1999/apr/n15_apr_1999.html).
- \_\_\_\_\_(1998). *Emerging and other Communicable Diseases, Surveillance and Control*, EMC Annual Report 1997.
- \_\_\_\_\_(1999), *Task Force on Climate and Health*. El Nino and Health. Geneva.
- \_\_\_\_\_, <http://www.who.int/infectious-disease-news/cds2002/chapter4.pdf>
- Zdenek Hubalek and Jiri Halouzka(1999), *West Nile Fever-Reemerging Mosquito-Borne Viral Disease in Europe*, *Emerg Inf Dis*, 5: 643~650.

---

## 제2부 건강보험제도의 현황 및 발전방안

권 순 만

서울대학교 보건대학원 교수



## I. 들어가는 말

우리나라는 의료보험을 1970년대 말에 최초로 도입한 이후 12년이라는 매우 짧은 기간에 전 국민에게 의료보장을 제공하는 괄목할 만한 성과를 거두었다. 이러한 건강보험제도는 최근 의료보험조합 통합, 보험 재정 위기뿐 아니라 의약분업, 진료비지불제도 등 우리나라의 의료제도와 정책에 근본적인 변화를 야기하는 많은 변화를 겪어 왔다. 특히 통합일원화를 계기로 단일보험자로 새 출발하는 건강보험의 역할과 책임이 더욱 막중해지고 새로운 전기를 맞아 기존과는 다른 새로운 패러다임이 필요한 시점이다. 나아가 인구고령화, 소비자의 권리 의식 향상과 의료 욕구의 증가는 의료에 대한 수요를 증가시켜 향후 건강보험의 재정을 더욱 압박할 것이다. 건강보험제도가 당면한 정책과제로는 취약한 보장성으로 인해 질병으로 인한 경제적 어려움으로부터 가입자를 보호하기 어려운 점, 의료비 지출구조가 비효율적이고 안정적인 재원 확보가 어려워 재정 운영이 지속적으로 불안정한 점, 건강보험제도의 역할에 대한 사회적 합의가 미비하고 제도 운영이 비효율적인 점, 그리고 의료비용 및 소비자 만족에 큰 영향을 미치는 의료제공체계가 비효율적이라는 점 등을 들 수 있다.

본 장에서는 건강보험제도가 우리나라 보건의료부분의 가장 핵심적인 제도로서 건강보장을 위한 재원조달과 의료제공체계에 있어 중추적인 역할을 담당하기 위해서 필요한 정책과제를 논의하고자 한다. 건강보험의 보장성 강화를 위해서는 보험급여의 확충과 급여구조 개편, 의료보장의 사각지대 해소를 위한 정책이 필요하다. 재정 운영의 안정성을 제고하기 위해서는 진료비지불제도의 개편을 통한 의료비 지출의 효율성 제고, 약제비 절감, 보험료 인상과 안정적 재원 확보를 위한 노력 등이 필요하고 우리 사회에서 건강보험의 역할에 대한 논의를 활성화하여 사회적 합의를 이루려는 노력을 증대해야 하며, 통합된 보험제도로서 제도 운영의 효율화를 위해서는 관리/지배구조의 개선을 통한 경영 효율의 제고와 보험자의 역량 강화가 필수적이다. 그리고 의료공급체계를 효율화함으로써 의료비용을 절감하고 소비자 만족을 제고하기 위해서는 의료기관 강제지정제도의 재고, 소비자의 합리적인 의료이용과 건강 증진을 제고하기 위한 정보제공, 의료기관간 네트워크의 활성화 등이 시급하다. 즉 재원조달체계에 있어서는 공공부문과 건강보험의 기능을 강화하여 소득 재분배 기능을 유지하여야 하지만 의료공급체계에 있어서는 경쟁의 활성화를 통한 의료제공의 효율화가 필요하다.

## Ⅱ. 건강보험의 보장성 강화

### 1. 급여 확충

우리나라 건강보험은 급여수준이 제한적이어서 환자가 의료를 이용할 때 부담하는 비용이 너무 높다(표 1 참조). 우리나라는 2001년 현재 국민의료비에서 본인이 직접 부담하는 비율이 55%로서 네덜란드(37%), 독일(25%), 스웨덴(15%), 영국(19%), 이탈리아(27%), 일본(22%), 캐나다(29%), 프랑스(24%)에 비해 그 비중이 매우 높은 편이다(OECD, 2003).

역설적으로 우리나라에서 보건의료에 있어 공공재원의 역할은, 의료부문에서 민간부문의 역할이 가장 강하다고 인식되어지는 미국과 비슷한 수준에 머물고 있는 실정이다. 이러한 저보험료-저급여 구조는 대상 인구의 확대에 초점을 두어 왔던 초기 의료보험 정책의 역사적 산물로 볼 수 있다(Kwon, 2002). 즉, 단기간에 의료보험 대상인구를 확대하기 위해서는 저 보험료체계가 필요하였고 따라서 급여 역시 제한적인 체계가 유지되어 왔다. 따라서 건강보험이 질병으로 인한 경제적 재난으로부터 국민을 보호하는 제도로 이해되기 보다는 저렴한 가격으로 의료를 이용하는 제도로 이해되는 실정이지만 이제 급여확충은 건강보험제도의 역할 정립을 위해 반드시 해결해야 할 과제이다.

〈표 1〉 국민의료비 자원 비중

(단위: %)

	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000	2001
정부	8.4	7.9	8.1	9.7	10.5	11.6	11.1	10.9
사회보험	24.7	26.2	27.0	28.4	32.9	34.2	36.5	43.5
공공 합계	33.0	34.1	35.1	38.1	43.4	45.9	47.6	54.4
가계	58.3	57.7	55.7	52.2	47.4	44.6	43.0	37.3
민간보험	2.9	2.8	2.9	2.6	2.5	2.7	2.9	2.2
기타	5.7	5.4	6.3	7.1	6.6	6.8	6.5	6.1
민간 합계	67.0	65.9	64.9	61.9	56.6	54.1	52.4	45.6

자료: OECD, OECD Health Data 2004.

전 국민을 커버하는 의료보험임에도 불구하고 개인이 부담하는 의료비의 비중이 큰 것은 급여에 포함된 의료에 대한 본인일부부담금이 높다는 것과 함께 급여에 포함되지 않은 서비스가 많아서 환자의 경제적 부담이 높는데 기인한다(표 2 참조). 의료이용의 형평성에 대한 최근의 연구(권순만·양봉민 외, 2003)에 의하면 이러한 높은 환자 본인부담은 의료이용에 있어서 소득계층간 불형평을 야기하고 있었다. 소득이 높은 계층은 낮은 계층에 비하여 의료이용량에 있어서는 비교적 큰 차이를 보이지 않으나 의료비용의 총 지출이 훨씬 높아서 이용하는 의료의 질에 있어서 큰 차이가 있다는 것을 알 수 있었다. 최근 본인부담의 상한선 제도가 도입된 것은 큰 발전임에 틀림없으나 이것이 법정본인부담금에만 적용되어 비급여에 대한 본인부담은 고려되지 않으므로 그 효과가 제한적일 수밖에 없다.

〈표 2〉 환자본인부담 현황(2000, 2001)

(단위: %)

요양 기관별	구분	2000년				2001년			
		보험자 부담	본인부담률			보험자 부담	본인부담률		
			계	법정 부담	비급여		계	법정 부담	비급여
계	입원	61.0	39.0	16.8	22.2	65.6	34.4	18.7	15.7
	외래	30.4	69.6	23.5	46.2	35.3	64.7	30.9	33.8
종합전문 요양기관	입원	60.9	39.1	18.2	21.0	66.7	33.3	20.1	13.2
	외래	53.7	46.3	28.3	17.9	31.7	61.5	48.4	13.1
종합병원	입원	64.2	35.8	17.1	18.7	67.6	32.4	19.3	13.1
	외래	23.3	76.7	27.2	49.5	27.6	72.4	44.7	27.7
병원	입원	60.2	39.8	16.8	23.0	63.8	36.2	17.8	18.4
	외래	34.3	65.7	30.1	35.6	38.3	61.7	33.1	28.6
의원	입원	56.6	43.4	13.5	29.9	63.4	36.6	15.3	21.3
	외래	33.9	66.1	25.1	41.0	38.8	61.2	31.1	30.1

자료: 이진경(2002).

환자의 높은 경제적 부담은 건강보험이 추구하는 위험분산의 효율성과 비용부담의 형평성에 있어서 많은 문제를 야기한다. 건강보험은 질병의 발생으로 인한 과도한 비용의 지출에 의해 야기되는 경제적 위험을 효과적으로 분산할 수 있어야 한다. 하지만 현재의 우리나라 건강보험은 보험료를 조금 납부하는 대신, 높은 본인부담금으로 인해 막상 질병이

발생했을 때에는 경제적 지출이 과다하게 되어 위험분산이라는 보험의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있다. 나아가 보험료는 소득에 비례하지만 의료를 이용할 때 지불하는 본인부담은 소득과 상관없기 때문에 높은 본인부담금은 의료비부담의 형평성에 있어서도 많은 문제를 야기한다. 특히 건강 수준이 낮아서 많은 의료 이용을 필요로 하는 계층이나 경제적 취약 계층은 과도한 본인부담금으로 인한 경제적 부담이 더욱 클 것이다. 제한적인 급여는 단일보험자임에도 불구하고 보험자가 통제할 수 있는 의료비가 50%에 그치기 때문에 건강보험이 의료공급체계에 미치는 영향 역시 제한적일 수밖에 없는 결과를 낳는다. 따라서 건강보험으로부터 산출되는 자료 역시 제한적이며 건강보험제도가 의료공급이나 국민의 건강 후생에 미치는 영향 역시 제한적일 수밖에 없다.

많은 선진국의 경우 의료보험급여는 포괄적으로 결정되며 다만 의학적 그리고 비용-효과적인 기준에 의해 일부 의료서비스를 급여에서 제외하는 방식을 채택하고 있다. 그러나 우리나라에서는 의료보험의 궁극적 취지보다는 보험재정 안정에 우선순위를 두어 본인부담률을 결정해 왔다. 기존의 의료보험 급여 결정은 의학적 판단이나 의료의 비용-효과성에 근거한 우선순위와 사회적 합의에 의해서라기보다는 보험자의 재정적 상태에 의해 좌우되어 온 것이다. 의료보험 급여를 결정하는 방식도 포괄적인 급여를 원칙으로 하되 불필요한 의료를 급여에서 제외하는 방식보다는 급여에 포함되는 의료를 결정하는 방식에 의존하여 결과적으로 급여가 충분하지 못하게 되었다. 이와 관련하여 요양급여기준이 빠르게 변화하는 의료기술의 진보를 제대로 반영하지 못하고 있어 실제로 보편적으로 제공되는 의료행위나 사용되고 있는 진료재료들이 급여로 인정받지 못하고 불법적인 비급여로 방치되는 경우들이 존재한다.<sup>18)</sup>

따라서 건강보험이 제 역할을 수행할 수 있기 위해서는 보험료의 인상을 통해 급여를 확대함으로써 위험분산의 효율성과 의료비 부담의 형평성을 제고하는 것이 매우 시급한 과제이다. 보험료 인상에 대한 저항을 줄이기 위해서는 보험료의 인상을 통한 재원의 확보가 단순히 의료공급자에 대한 보상으로 사용되는 것이 아니라 급여의 확대를 통해 건강보험의 효율성과 형평성을 높이는 길임을 그래서 가입자에게 편익이 큼을 인식시켜야 한다. 가입자 입장에서는 보험료를 많이 내는 대신, 급여의 확대로 인하여, 아플 때 지불하

18) 이러한 규제는 보험자 입장에서 볼 때, 보험 급여되지 않는 서비스를 의료공급자가 소비자에게 권유할 수 있는 경로를 아예 차단함으로써 불필요하게 사치스러운 의료서비스의 공급을 억제하고 의료비를 절감하고자 하는 것이다. 그러나 한편으로는 임의 비급여 남용의 여지가 있다고 해서 고가의 의료를 받고자 하는 환자의 권리를 원천적으로 봉쇄하는 것은 불합리하다.

는 비용은 오히려 감소하게 되고, 따라서 의료분야에 대해 총 지불하는 금액의 기대액은 크게 증가하지 않을 것이고 과도한 의료비의 위험으로부터 보호받을 수 있는 효과적인 길임을 주지하여야 한다. 나아가 본인부담상한제에 있어서 총 의료비 지출의 상한은 의료비 지출액보다는 총소득 대비 지출 의료비의 비율로 정하는 것이 형평성을 높이는 길이다.

보험료 인상의 과정에서는 보험료 부과와 형평성에 대한 관심이 더욱 커질 것이고, 따라서 소득 파악이 더욱 중요해질 것이다. 나아가 건강보험 통합의 주된 가치는 형평성의 제고였으므로 통합된 건강보험제도가 원래 의도했던 형평성 제고라는 목표를 달성하기 위해서는 소득파악의 제고를 통한 형평적인 보험료 부과체계의 설계가 관건이다(Kwon, 2003a). 하지만 재정이 통합되었음에도 불구하고 직장가입자와 자영업자간 부과체계가 이원화되어 보험료 부과와 형평성이 여전히 많이 미비한 실정이다. 현실적으로 자영업자 소득파악은 건강보험제도만을 통해 이루기는 쉽지 않으므로 정부의 정책적 의지와 노력이 절실하게 요청된다. 보험료 부담의 형평성에 관한 최근의 연구 결과(양봉민·권순만 외, 2003)에 의하면 우리나라 의료보험료 부담은 소득에 매우 역진적인데 그 수준은 사회보험이 주 보건의료재원 조달 기전으로 사용되고 있는 다른 나라들(독일, 네덜란드, 프랑스)에 비해서 더 심각한 것으로 나타나 향후 보험료 부담의 형평성을 확보하는 것이 매우 시급한 정책과제임을 알 수 있다.

향후 보험급여는 소비자가 얻는 편익과 지불하는 비용을 체계적으로 비교 분석한 결과를 토대로 우선순위를 정하여 결정하여야 할 것이다. 즉 보험자의 재정능력, 의학적 필요, 소비자의 지불 용의도에 기초하여 급여범위가 결정되어야 하고 원칙적으로 임의 비급여는 사라져야 한다. 현행 비급여서비스의 상당부분을 급여로 포함시켜야 하고 이때 급여서비스에 대한 환자 본인부담률은 현재와 같이 일률적이지 않고 서비스의 특성에 따라 탄력적으로 결정되어야 한다. 즉 필수적이고 비용-효과적인 의료는 100% 급여하고, 여타 비용-효과성이 낮거나 상대적으로 선택적인 성격의 의료서비스에 대해서는 본인부담률을 높여 가격탄력성의 정도에 따라 환자의 의료이용 행태를 다르게 유도할 수 있다.

## 2. 급여구조 합리화

원래 보험은 재난적 성격(catastrophic)의 비용 지출에 대한 보장을 목표로 한다. 하지만 우리나라의 건강보험 급여는 중증의 질환 또는 고액진료비에 대한 급여가 경증의 질환에

대한 급여보다 미흡한 왜곡된 구조를 가지고 있다. 따라서 보험의 원리에 충실하려면 고비용이 요구되는 질병의 치료에 대한 보장을 높이고 대신 비용지출이 높지 않은 경미한 질환에 대한 보장은 낮출 수 있다. 고비용이 소요되는 중증 질환은 발생 빈도가 높지 않은 반면 비용 지출이 낮은 질환은 발생 빈도가 높으므로 고비용-중증 질환 중심으로 급여 구조를 개편하는 것은 보험료의 대폭적인 인상 없이도 시행할 수 있을 것이다. 다만 저비용-경미한 질병이더라도 의료이용이 많아 의료비 총액의 경제적 부담이 큰 계층을 위해서는 의료비(총액)본인부담금 상한제를 이용하여 상한선 이상의 지출에 대해서는 사후적으로 보상해주는 정책을 통해 급여구조의 개편이 형평성을 악화시킬 수 있는 가능성에 대비할 필요가 있을 것이다.

하지만 급여구조를 개편하여 중증질환에 대한 급여를 확대하고 경증질환에 대한 본인부담을 증가하는 것은 (중증질환보다는 경증질환을 경험하는 가입자가 훨씬 많으므로) 중증질환을 경험하는 소수의 가입자에게는 큰 편익을 주지만 다수의 가입자에게는 (비록 그 크기는 작더라도) 경제적 부담으로 귀결된다. 급여의 확대를 통한 보장성의 강화 역시 그 장점에도 불구하고 일반 국민들로부터 정치적인 수용성이 그리 높지 않다. 즉, 급여가 확대됨에 따라 의료 이용 시 본인부담금이 감소되는 것은 (의료 이용 시에만 혜택을 경험할 수 있으므로) 그 편익이 확정적으로 느껴지지 않는 반면, 보험료 인상은 (평상시에 가시적으로 지출이 증가하므로) 그 경제적 부담이 직접적으로 느껴지기 때문에 저항이 큰 것이다. 따라서 사회적 차원에서 위험을 분산하는 의미에서는 바람직함에도 불구하고 보험료 인상을 통한 급여 확대나 급여 구조의 개편은 정치적 저항을 가져오기 쉽다.

건강보험의 재원을 확보하는데 있어 여러 현실적 어려움을 극복하기 위한 대안으로서 제한된 범위 내에서 의료저축계정(Medical Saving Accounts)의 도입을 고려해 볼 수 있다. 의료저축계정은 강제 저축으로서 본인의 의료비 지출을 위해 사용할 수 있고 개인의 계좌이므로 가입자의 저항이 낮다. 또 의료비 지출이 낮을수록 본인에게 이익이 되므로 의료이용을 자제할 유인에 의해 환자의 도덕적 위해 현상이 경감될 수 있다. 하지만 이는 개인 차원의 저축과 위험분산(일종의 inter-temporal risk pooling)이어서 분산 가능한 위험의 크기에 한계가 있으므로 비교적 경미한 위험의 분산에 효과적이다. 중증의 질환이나 재난적 성격의 질병에 대한 의료비 지출은 그 크기가 커서 저축계정이 쉽게 소진될 수 있기 때문이다. 싱가포르의 경우 충분한 공공의료체계가 경제적 약자에 대한 사회적 안전망

역할을 충실히 수행하고 있고 또 개인저축인 Medisave와 함께 재난성보험인 Medishield (Medisave로부터 보험료 납부), 그리고 정부가 초기 기금을 마련하여 그 이자를 통해 가난한 사람의 의료비용을 보조하는 Medifund와 같은 복합적인 장치를 통해 개인 차원의 위험 분산이 갖는 한계를 보완하기 위해 의료저축계정의 시행이 가능함을 주지할 필요가 있다 (Phua and Prescott, 1998).<sup>19)</sup> 따라서 의료저축계정을 주된 재원조달의 수단으로 사용하기는 어렵다. 실제로 싱가포르에서 Medisave, Medishield, Medifund를 통한 의료비지출은 싱가포르 전체 국민의료비의 10%에 불과하고 (Lim, 2004), 나머지는 고용자가 제공하는 복리 후생(employer benefit)이 35%, 정부보조금이 25%, 본인부담 25%, 민간보험이 5%를 차지한다.

우리나라에서 급여구조의 개편을 위해 의료저축계정을 도입한다는 것은 현재의 급여체계를 중증질환 위주의 급여구조로 바꿀 때 소액진료비에 대한 본인부담금 증가에 따른 경제적 부담을 의료저축계정으로 충당하는 것을 의미한다. 중증질환에 대한 의료보장은 그 경제적 부담이 크므로 기존의 사회보험을 통해 제공되어야 한다. 다만 경미한 질환의 치료에 소요되는 의료비용은 도덕적 위해에 더욱 민감하므로 자신의 의료저축계정을 통해서 개개인이 지출에 책임질 경우 의료비 절약을 위한 노력이 더욱 증가할 것이다. 공공의료체계가 극히 미약하여 사회적 안전망이 부재한 우리나라의 실정에서 의료저축계정의 역할이 소액진료비에 대한 의료비 지출보다 더욱 확대되는 것은 위험하다. 다만 소액진료비 지출만을 위한 제한적인 의료저축계정은 우리나라의 의료보험 급여구조 개편을 위한 현실적인 전략으로 고려할 가치가 있다. 나아가 이러한 저축계정은 우리나라 의료재원의 다원화에 기여할 수 있을 것이다.

### 3. 빈곤(차상위)층에 대한 의료보장

최근 경제의 침체에 따라 보험료 체납자가 더욱 증가하여 2003년 말 장기체납자 세대가 전체 지역가입자 세대의 17.6%에 이르고 있다. 또 빈곤층을 위한 의료급여제도가 수혜 대상 인구 및 수혜(급여)의 폭에 있어 매우 제한적이어서 차상위 계층에 대한 의료보장 사각지대의 크기가 상당한 실정이다. 우선적으로 보험료 체납자의 실태에 대한 파악과 함께 이의 해

19) Medisave는 일반적인 입원비용 및 고가 외래의료비를 위한 계정이고, Medishield는 추가적인 비용 소요를 위한 보험적 성격의 계정이며, Medifund는 정부가 재원을 조달하여 저소득계층을 위해 진료비를 지불해 주는 계정이다.

결을 위한 정부 지원 그리고 건강보험제도와 의료급여제도 간의 유기적 연결에 대한 정책이 필요하다. 궁극적으로는 빈곤문제와 형평성에 대한 정부차원의 관심과 정책 그리고 이에 대한 우선순위 제고가 시급한 과제이다. 의료 이용시 환자 본인부담이 높은 현실에서 빈곤층이 질병에 노출되어 의료를 이용할 때 부담하는 비용은 매우 크고 이는 의료에 대한 접근도를 심각하게 제한할 것이다. 이러한 의료이용의 제한에 따라 빈곤층의 건강 수준은 더욱 악화되고 이는 그들의 노동참여와 같은 소득 기회를 감소시킴으로서 빈곤과 불건강의 악순환이 계속될 것인바, 건강보험이 그러한 악순환의 고리를 끊는데 기여할 수 있어야 한다.

#### 4. 민간의료보험의 역할 정립

현재 민간의료보험의 진입에 대한 정책적 장벽은 존재하지 않는다.<sup>20)</sup> 사회보험과 대체적인 성격의 민간보험, 즉 가입자가 사회보험과 민간보험을 선택하여 가입할 수 있는 민간보험의 도입은 기존 사회보험 체계의 틀을 흔들 수 있으므로 정책 대안이 되기 어렵다. 독일의 (고소득자와 자영자) 경우를 제외하면 사회보험과 민간보험이 직접적으로 경쟁을 하는 경우는 드물다. 미국의 경우에도 Medicare 가입자에게 사회보험 대신 민간보험의 선택이 주어지는 것은 아니다.<sup>21)</sup> 따라서 기존의 의료보험에 대해 보충적인 역할을 하는 민간보험의 역할을 정립할 필요가 있다. 현재에도 상당수의 사람들이 민간보험에 가입하고 있지만 이는 보험자가 의료공급자와 직접적인 상호 계약을 맺는 순수한 형태의 의료보험이라기보다는 여타의 보험과 연계되어 주로 보험자와 가입자의 관계로 규정 지워지는 경우가 대부분이다. 가입자에게 직접적으로 현금급여가 지급되는 형태의 민간보험은 가입자로 하여금 의료이용을 최적화할 경제적 유인을 주므로 현물급여 형태의 보험에 비해 도덕적 위해로 인한 사회후생의 손실이 오히려 적다. 따라서 이론적인 관점에서는 현금급여 형태의 민간보험이 활성화되는 것이 오히려 현물급여 형태의 민간보험 활성화보다 자원배분의 효율성 측면에서 더 긍정적인 측면도 존재한다.

민간의료보험이 의료공급자들에게 사회보험에 비해 더 높은 수가나 경제적 보상을 제공

20) 현실적으로 위험률 산정과 급여 설계의 어려움, 역선택(Adverse Selection)의 문제, 사업 전망의 불투명성 등이 민간보험회사들에게 진입 장벽으로 작용할 뿐이다.

21) 경우에 따라서 Medicare에서 민간보험에게 대상 인구(환자)의 관리 업무를 위주하는 경우는 있음(단 환자가 선택 가능).

한다면 의료공급자들이 민간보험환자들을 선호하게 되어 우리나라 의료체계가 이중 구조로 바뀌게 되고 사회(건강)보험가입자에 대한 차별이 생겨날 가능성도 있다. 만일 민간의료보험이 사회보험 하에서의 환자본인부담금을 (민간보험 급여의 일환으로) 보상해 준다면 민간보험 가입자의 사회보험 의료이용이 증가하여 사회보험 재정에 부정적인 영향을 미칠 것이다. 즉 사회보험과 민간보험의 재정은 상호 독립적이지 않고 오히려 민간보험 가입자가 사회보험의 재정 소요를 촉진시킴으로써, 사회보험에만 가입한 사람들이 사회보험과 민간보험에 모두 가입한 사람들을 교차보조(cross-subsidize)하는, 형평성에 역행하는 결과를 낳을 수 있다(Kwon, 2002). 그리고 단일 지불자(보험자)보다는 복수의 지불자의 상황에서는 의료공급자의 상대적인 교섭력이 증가할 수 있어서 국민 총 의료비용이 증가하고 재정 안정화가 더 어려운 것이 외국의 경험이다(Evans, 1997). 또 효율성의 관점에서 볼 때 (공적) 의료보험 진료비가 민간의료보험으로 전이된다면 (cost shifting) 설사 건강보험 재정은 안정화되더라도 국가의 전체 의료비용은 크게 증가할 수 있다.

하지만 공적 의료보험이 모든 유형의 위험에 대해 의료보장을 제공할 수는 없으므로 현실적으로는 사회보험과 민간의료보험 간의 역할 분담에 대한 논의가 필요하다. 그러나 앞서 언급한 효율성과 형평성의 관점에서 볼 때, 그리고 환자 본인부담금이 의료비의 50%에 이르는 현재의 상황을 고려하면 정책의 우선순위는 사회보험에 두어져야 하며, 사회보험의 보장성이 충분히 확충된 후 민간보험이 사회보험에서 급여하지 않는 나머지 부문에 대해 급여를 제공하는 것이 바람직할 것이다. 나아가 정부는 민간의료보험 시장에서 필연적으로 발생하는 보험자에 의한 건강한 가입자 선택(preferred risk selection 혹은 cream skimming) 등의 문제를 해결하기 위해 보험시장에 적절히 개입할 필요가 있다(Enthoven, 1988).

민간보험 보험료에 대한 조세 혜택과 같은 정부의 정책적 개입은 비효율적이고 비형평적이다. 우선 가입자에 대해서만 제공되는 세금 혜택은 일반적으로 민간보험가입자가 비가입자에 비해 상대적으로 부유층임을 고려할 때 비형평적이다. 민간보험은 사회보험과 대체적인 성격이 아닌 보완적인 성격이라 하더라도 앞서 언급한 바와 같이 필연적으로 사회보험과 밀접하게 관련되어 있다. 따라서 민간보험은 사회보험에서의 의료 이용에 영향을 미치게 되어 자원배분의 효율성에 영향을 미치므로, 민간보험 보험료에 대한 조세 혜택은 민간보험이 사회보험의 자원배분에 미치는 영향을 더욱 증폭시킬 것이다.

구체적인 보험의 형태는 시장에 의해 결정되겠지만 민간보험이 자원배분의 효율성에 역

기능을 하지 않기 위해서는 미국을 중심으로 크게 발전하고 있으며 유럽의 경우에도 수용성이 높아지고 있는 HMO(Health Maintenance Organization)로 대표되는 관리의료(managed care) 형태의 민간보험이 효과적일 것이다. 즉 보험자가 의료공급자의 의료제공 과정에 개입하여 이를 관리하는 체계이다. 예를 들어, 미국에서 관리의료가 활성화되기 이전에 전통적인 의료보험에서 보험자는 의료이용자에게 환자본인부담금을 통해 지나친 의료이용을 줄이려 할뿐 의료공급자에 대해 아무런 통제를 하지 않았다. 하지만 실제로는 의료공급자가 소비자에 비해 의료에 대해 훨씬 많은 정보와 지식을 가지고 있어서 의료이용에 미치는 영향이 매우 크므로 관리의료에서는 의료공급자에게 다양한 형태의 재정적 유인을 부여함으로써 의료공급자로 하여금 소비자가 효과적인 의료이용을 하도록 한다(Kwon, 1997; Melnick, et al., 1992). 이를 위해 관리의료는 가능한 한 비용-효과적인 의료제공 행태를 보이는 의료공급자들을 선택하여 계약을 체결(selective contracting)함으로써 공급자의 의료제공 행태를 관리하려 한다. 즉, 관리의료의 핵심은 보험자가 자체적인 의료공급자 네트워크를 조직화함으로써 관리를 용이하게 하는 것이다. 가입자들은 보험자가 계약을 체결하지 않은 의료공급자로부터 진료를 받은 경우에는 급여 혜택을 받지 못하거나 혹은 높은 본인부담금을 지불하여야 한다. 그러므로 시장점유율이 높은 보험자일수록 시장지배력을 이용하여 좀 더 보험자에게 유리한 계약을 의료공급자들과 체결할 수 있을 것이다. 향후 우리나라에서 민간의료보험의 역할이 커진다면 전통적인 형태의 의료보험보다는 보험자가 의료공급자들과 선택적으로 계약을 맺음으로서 비용 절감을 용이하게 할 수 있는 관리의료 형태가 더 바람직할 것이다.

### Ⅲ. 건강보험 재정 안정화와 제도관리의 합리화

#### 1. 재정 안정화의 중요성

얼마 전까지 우리나라는 국민(내)총생산 대비 의료비용이 5%를 약간 상회하는 수준에 머물렀다. 그러나 이는 의료비용이 빠르게 증가하지 않았기 때문이라기보다는 국민총생산

의 증가율이 높았기 때문이다. 1990년부터 2001년 사이 일인당 실질의료비 연간 증가율은 7.4%로서, 3~4%대인 다른 OECD 국가들에 비해 의료비증가율이 훨씬 높았다(OECD, 2003). 향후 과거와 같은 빠른 경제성장을 기대하기 어려운 현실에서 국민총생산의 증가가 비교적 정체될 것이므로 국민총생산 대비 의료비용의 비율은 빠르게 증가할 가능성이 매우 높다. 건강보험 재정 위기의 경험을 통해서도 알 수 있지만 최근 국민의료비가 국민총생산의 6%로 가파르게 증가한 사실을 통해서도 의료비 지출의 합리화는 시급한 정책 과제임을 알 수 있다. 현재 건강보험은 적자를 면했다고는 하지만 이는 정부의 보조금에 기인한바 크므로 재정안정화의 문제는 여전히 해결되지 못하고 있다고 볼 수 있다(표 3 참조).

〈표 3〉 건강보험의 재정 구조

(단위: 천만원)

구 분		1989	1990	1995	1997	1999	2000	2001	2002	2003
수입 Revenue	계	1,811,979	2,432,063	5,614,382	7,554,231	8,892,385	9,827,717	11,928,330	14,305,319	17,466,651
	보험료	1,458,896	1,883,528	3,600,700	4,878,728	6,305,553	7,228,817	8,856,158	10,927,688	13,740,851
	국고지원금	220,716	363,902	755,319	995,353	1,165,621	1,552,746	2,624,980	3,013,934	3,423,829
	- 보험재정국고지원금		246,263	561,908	760,157	985,566	1,380,967	2,466,560	2,444,840	2,642,880
	- 관리재정국고지원금		117,639	193,411	235,196	180,055	171,779	158,420	129,883	136,361
	- 담배부담금								439,211	644,588
	기타	132,367	184,633	1,258,363	1,680,150	1,421,211	1,046,155	447,192	363,696	301,972
	지출 Expenditure	계	1,585,109	2,164,039	5,076,432	7,795,112	9,610,122	10,744,194	14,105,819	14,798,463
	보험급여비	1,313,335	1,802,637	3,627,683	5,634,090	7,665,562	9,285,605	13,195,616	13,823,665	14,893,489
	보험급여비(실급여비)		(1,946,655)	(4,067,617)	(5,910,604)	(7,947,963)	(9,285,605)	(13,195,616)	(13,823,665)	(14,893,489)
	- 요양급여비		1,764,907	3,537,005	5,456,965	7,466,348	9,080,678	13,007,437	13,621,004	14,653,525
	- 요양급여비(실급여비)		(1,908,925)	(3,976,918)	(5,733,478)	(7,748,749)	(9,080,678)	(13,007,437)	(13,621,004)	(14,653,525)
	- 장제비		10,535	34,752	45,808	45,628	46,575	50,078	52,139	51,337
				(34,762)						
	- 본인부담액보상금		328	4,966	24,409	53,346	61,177	40,733	32,176	25,848
				(4,976)						
	- 건강진단비		26,867	50,961	106,908	100,241	97,175	97,368	118,346	162,779
				(50,961)						
관리운영비		192,392	384,684	663,770	596,757	695,621	628,807	598,231	634,117	
기타	271,774	169,010	1,064,064	1,497,252	1,347,803	762,969	281,396	376,568	444,773	

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도.

의료공급자가 소비자에 비해 훨씬 더 많은 지식과 정보를 가지고 있는 의료분야의 특성상 환자보다는 의료공급자가 의료비를 결정하는데 있어 더 중요한 역할을 하므로 의료공급자에 대한 진료비지불제도의 개혁은 건강보험 재정안정화를 위해 가장 정책 수단이 다.<sup>22)</sup>

건강보험 재정안정화는 우리가 경험하고 있는 급격한 노령화에 따라 그 중요성이 더욱 커지고 있다. 급격한 출산율의 저하와 기대 수명의 증가는 노령인구의 비중을 급격하게 증가시키고 이러한 노령화는 사회보험체계에 큰 재정부담을 야기한다. 특히 노인들은 건강상태가 젊은 층에 비해 취약하므로 의료에 대한 수요가 매우 높아서 노령화에 따라 전체의료비 중 노령인구에게 지출되는 의료비의 비중은 증가하게 된다. 우리나라의 경우에도 노인 인구의 증가와 함께 건강보험 진료(급여)비에서 노인의료비가 차지하는 비중이 계속 증가하고 있다. 예를 들어 1992년에 65세 이상 노인인구의 비중은 5.2%였으나 2002년에는 7.2%로 증가한 반면 건강보험 급여비에 있어서 노인의료비가 차지하는 비중은 같은 기간동안 9.9%에서 18.8%로 더 빠르게 증가하였다.<sup>23)</sup>

<표 4> 건강보험 급여비 중 노인인구 의료비용(보험급여비용)의 비중

(단위: %)

	1992년	1994년	1996년	1998년	2000년	2002년
노인인구 비중	5.2	5.5	5.8	6.3	6.6	7.2
건강보험급여비 중 65세 이상 피보험자의 의료비용 비중	9.9	11.2	12.8	14.8	17.0	18.8

자료: 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각 연도.

우리나라에서 노인들에 대한 건강보험 진료비가 급증하는 원인 중 하나는 적절한 노인 요양서비스가 부재하다는 것이다. 즉, 노인들에 대한 사회적 서비스로서 적절한 요양서비스가 없기 때문에 사회적 서비스가 의료화 되고 노인들이 급성의료기관에서 불필요하게

22) 따라서 진료비지불제도의 개혁은 뒤에 별도로 논의함.

23) 물론 동 기간에 건강보험의 급여 적용 일수가 크게 늘어난 것도 주로 만성질환이 많은 노인들에 대한 보험재정지출이 전반적으로 증가한 것에 기여했을 것이다.

장기 입원하게 되어 국민의료비가 증가하고 있는 것이다. 예를 들어 전국 11개 급성 병원을 대상으로 입원 적절성평가지침(Appropriateness Evaluation Protocol; AEP)을 적용한 결과 대상자인 총 재원환자 4,878명 중 13.58%가 재원부적절한 환자로 판명되었다. 재원이 부적절한 환자에게 장기요양서비스 평가도구를 활용하여 장기요양서비스 요구도를 평가한 결과, 61.7%만이 장기요양서비스가 필요하며, 나머지 38.3%는 불필요한 것으로 판명되었다. 이에 따르면 전체 급성기 입원환자 중 8.38%가 장기요양서비스가 필요한 대상자이고, 5.2%는 장기요양서비스도 불필요한 사회적 입원으로 간주할 수 있다(한국보건산업진흥원, 2001). 따라서 노인들의 장기요양을 위한 공급체계의 확립과 장기요양보험의 도입은 노령화에 따른 건강보험 재정의 압박을 감소시키는데 기여할 것이다.

## 2. 건강보험에 대한 사회적 합의 구조

사회보험의 급여가 미비하여 그 역할이 적을수록 사회보험에 대한 사회적 관심은 감소할 수밖에 없다. 장기적으로 보험료가 인상되고 급여가 확대되어 건강보험에 대한 사회적 관심을 높이기 위해서는 궁극적으로 우리 사회에서 사회보험이 어떤 역할을 해야 할 것인가에 대한 논의가 활성화되어야 한다. 우리의 경우 건강보험 체계와 관련하여 미시적인 분석은 많이 이루어지고 있으나 좀 더 거시적인 차원에서 건강보험의 역할에 대한 논의는 드문 편이다. 거시적인 차원에서의 논의를 통해 건강보험의 역할에 대한 합의가 형성되면 이를 토대로 보건의료에 있어서 공공과 민간의 역할 분담이 규정지어지고 따라서 민간의료보험의 역할에 대한 혼란도 자연스레 줄어들 것이다.

지금까지 보험료는 주로 재정 상황에 맞추어 조정되어 왔다. 하지만 향후 공공보험에서 제공해야 할 기본적인 급여의 수준이 어느 정도여야 하는가에 대한 논의를 활성화하고 이러한 급여수준을 가능하게 하는 보험료 수준이 결정되어야 한다. 재정 운영 역시 의료비용과 건강보험 지출에 따라 보험료가 결정되기 보다는 바람직한 급여 수준과 국민들의 지불 능력을 고려하여 보험료가 결정되면 그러한 건강보험 수입의 범위 내에서 공급자에 대한 보상과 의료비용 지출이 이루어지도록 정책의 패러다임이 바뀌어야 한다. 즉, 현재처럼 의료비용의 증가에 맞추어 보험료가 조정되기 보다는 지불능력과 보험료의 수준에 맞추어 의료비용이 적정화되어야 한다.

이러한 큰 변화는 건강보험에 대한 거버넌스(governance)의 변화를 통해 가능하다. 즉 가입자들을 설득해 합의를 도출하고 비용억제를 위한 새로운 패러다임에 반대하는 의료공급자들의 협조를 도출하기 위해서는 건강보험에 대한 주요 정책을 논의하고 결정하는 구조를 바꿀 필요가 있다. 경우에 따라서는 정책에 강력하게 반대하는 의료공급자에 비해 상대적인 협상력을 높이기 위해서 가입자(지불자)의 협상력을 증대시키기 위한 전략이 필요하다. 이를 위해 지금까지 정부와 의료공급자 중심의 건강보험 체계를 가입자, 고용자, 노동조합과 같은 지불자의 참여를 확대시키는 체계로 그 거버넌스 구조를 바꾸어야 한다.

### 3. 안정적 재원 확보

건강보험에 대한 국고 지원은 원래 자영자를 위한 지역의료보험에 대해 이루어져 왔다. 이는 근로자(피고용자)를 대상으로 시작된 의료보험이 전국민의료보험의 실시를 위해 자영자에게 확대되는 과정에서 의료보험료 납부에 대한 자영자들의 저항을 감소시켜 의료보험의 확대를 용이하게 하려는 목적에서 시작되었다(Kwon, 2002). 근로자에 대한 고용자의 보험료 부담이 궁극적으로는 임금과 같은 피고용자에 대한 경제적 보상의 감소로 상쇄됨에도 불구하고, 자영자들은 국가가 (고용자의 역할처럼) 자영자에 대한 보험료를 부담해야 한다고 주장하였고 정부는 이를 수용하였다. 그러나 자영자에 대한 의료보험이 도입되던 1988년에 수입의 44%수준이었던 국고 지원의 크기는 건강보험 통합 직전에는 26%수준까지 감소하였다(건강보험공단, 2000).

국고 지원도 결국은 국민의 조세 부담으로 귀결되므로 국민의 부담 증가라는 관점에서는 보험료 인상과 크게 다르지 않다. 하지만 국민들은 건강보험을 위해 직접 지출되는 보험료에 대해 더 큰 저항을 보이는 것이 사실이고, 조세가 보험료에 비해 더 누진적이라면 조세의 활용이 보험료에 비해 형평성의 향상에 기여할 수 있다. 나아가 단기간에 건강보험료를 큰 폭으로 인상하기 어려운 것이 현실인 만큼 건강보험에 대한 국고지원은 불가피하다. 하지만 지역가입자 급여비의 50% (40%는 국고 지원, 10%는 건강증진기금으로부터의 지원) 수준으로 지원되어 소득 수준을 고려하지 않은 현재 상태의 조세 지원은 정부지원의 이론적 근거에서 보나 또 형평성의 차원에서 보나 정당화하기 어려우므로 조속히 소득 수준에 근거한 지원체계로 전환해야 한다.

만일 건강보험에 대한 국고 지원이 기존의 정부 총 지출의 범위 내에서 이루어진다면 정부의 총지출에서 의료복지 분야에 대한 지출이 상대적으로 증가할 것이지만, 건강보험에 대한 국고지원이 추가적인 조세수입에 의해 충당된다면 이러한 국고 지원이 국민들의 경제적 부담의 형평성에 어떠한 영향을 미칠지 고려되어야 할 것이다. 나아가 지역보험에 대한 한시적인 국고지원이 끝나는 시점에 대비하여 보험료, 국고지원, 건강부담금 등의 각 재원을 균형적으로 그리고 안정적으로 확보하는 방안에 대한 조속한 합의가 필요하다. 현실적으로 담배부담금이 건강보험 재원 확충에 많은 기여를 하고 있기는 하나, 건강증진기금의 원래 목적을 고려할 때 이러한 방식으로 건강증진기금을 이용하는 것은 끊임없는 논란의 대상이 되는 바, 새로운 재원의 발굴과 함께, 보험료 인상과 급여 확대와 같이 건강보험 재원 확보를 위한 원칙적인 방향의 노력이 필요하다.

#### 4. 약제비의 절감

의료기술의 발전에 따라 질병의 치료에 있어서 의약품의 역할이 더욱 증대되고 있고 따라서 약제비의 압박 역시 커지고 있는데 인구노령화를 포함한 여러 요인들이 이러한 약제비의 증가에 기여하고 있다. 예를 들어, 반드시 의사의 처방전을 필요로 하는 전문의약품 비율의 확대 역시 보험 재정을 크게 압박하고 있다. 전문의약품에 대해서는 일반의약품에 비해 보험자와 소비자가 의사처방료와 약사조제료를 추가적으로 지불하여야 하므로 전문의약품의 비중 증가는 의료비 상승을 초래한다. 따라서 전문의약품과 일반의약품의 분류는 의학적 판단과 함께 경제적 부담에 대한 고려가 함께 이루어져야 한다.

일반적으로 상품명(*brand-name*) 의약품과 일반명(*generic*) 의약품의 가격 차이가 커서 일반명 의약품의 확대는 의료비용을 절감하는데 큰 역할을 하므로 선진국에서는 의약품의 가격을 규제하거나 혹은 일반명 의약품의 시장 점유를 증가시키기 위해 노력하고 있다 (Saltman and Figueras, 1997). 그리고 의약분업이 이미 시행되고 있는 이들 선진국에서도 최종적으로 상품명 혹은 일반명 의약품이 소비되는지는 의사에 의해 가장 크게 영향을 받고 또 의사들은 상품명 처방을 선호하는 경향이 있다(Hellerstein, 1998; Lundin, 2000). 따라서 의사의 상품명 처방을 원칙으로 하여 약사의 (동일효과 의약품으로의) 대체를 크게 제한하고 있는 우리나라의 의약분업제도에서는 의사가 상품명 의약품의 처방을 늘림에 따라 일반

명의약품의 역할이 크게 위축되고 의약품 비용이 증가할 가능성이 높다. 또한 의사에 의한 상품명 처방의 원칙에 따라 제약회사의 의사에 대한 로비 역시 줄어들지 않을 것이다.

의약품을 건강보험에서 어느 정도의 가격으로 보상하느냐 즉, 보험약가제도 역시 건강보험 재정에 직접적인 영향을 미친다. 의약품이 실제로 거래되는 가격만을 건강보험에서 의료공급자에게 지불한다는 의약품실거래가 보상제도는 실제 거래되는 가격을 파악하는 것이 매우 어려움을 고려하면 그 실효성이 그리 높지는 않고 또 이 제도 하에서도 의료기관과 의약품공급자 사이의 이면거래와 같은 불공정관행이 계속되는 것을 감시하기 어렵다. 나아가 실거래가 보상제도는 의료기관으로 하여금 값싸게 의약품을 구매할 경제적 유인을 제거함으로써 의약품 공급자가 의약품 가격을 인하하지 않고 또 의약품 공급자간 가격 담합이 훨씬 용이해지게 된다. 따라서 의약품 가격에는 여전히 상당한 수준의 거품이 존재하고 이것은 이제 의료공급자의 이익보다는 제약회사나 의약품유통업체의 초과 이윤으로 귀결될 것이다. 또 신약의 가격 결정시 사용되는 선진국들<sup>24)</sup>의 가격 비교는 현실적으로 우리나라의 부담능력을 고려하지 못한 채 우리보다 경제수준이 높은 선진국들의 약가를 인정하는 결과를 낳고 있다.

의약분업이 시행됨에 따라 의사들이 의약품 자체로부터 이익을 취할 수 없게 되므로 이제는 고가 의약품의 처방이 증가하게 된다. 우리나라의 경우 현실적으로 의사가 비용-효과적인 의약품을 선택할 경제적 유인이 없으므로 의약품 비용은 상승하기 쉽다. 실제로 외래 약품비 중 고가의약품의 비중이 의약분업 시행 전인 2000년 5월에는 43%였으나 2000년 11월에는 62%, 그리고 2000년 12월에는 59%로 나타났다(건강보험심사평가원, 2001). 고가의약품의 비중이 점차 커짐을 고려할 때, 경제성 평가를 통하여 비용-효과적인 의약품만을 급여에 포함시키는 약품 목록 (positive list)을 사용할 필요가 있다. 그리고 의사의 처방행위에 제한을 두거나 혹은 환자의 총의약품비용에 상한을 두어 상한을 초과할 경우 의사에게 경제적 패널티를 두는 등 (Busse and Horworth, 1996; Delnoij and Brenner, 2000) 의사의 처방 행위에 대한 경제적 유인을 도입하여 의약품 비용을 절감하여야 한다.

약제비를 억제하기 위해서는 의사의 (상품명이 아닌) 일반명 처방을 권장하며, 약사에 의한 동일효능 의약품으로의 대체 조제를 허용하여야 한다. 미국의 경우 약사에게 의사 처방의 대체를 허용하거나 의사에게 일반명 의약품 처방을 원칙으로 하는 제도를 도입하여 일반명의

24) A7 국가인 미국, 영국, 독일, 프랑스, 이태리, 스위스, 일본.

약품의 시장 점유를 크게 확대하고 의료비용을 절감시켰음을 유념해야 한다(Danzon, 1997). 여타 산업과 달리 의약품 시장은 제약회사들이 시장세분화 전략을 구사하여 일반명의약품이 시장에 진입하더라도 상품명의약품의 가격을 인하하지 않는 경향이 있다(Frank and Salkever, 1982; Grabowski and Vernon, 1992). 따라서 상품명의약품과 일반명의약품의 가격 차이가 지속되거나 커지므로 일반명의약품을 활성화하는 것이 비용절감을 위해 중요하다. 또 우리나라에서는 일반명의약품의 가격에 아직도 거품이 많아서 상품명의약품과 일반명의약품의 가격 차이가 크지 않은 점도 일반명의약품의 수요가 크지 않은데 기여하고 있으므로 지속적으로 일반명 의약품 가격의 거품을 제거하여 일반명 의약품에 대한 수요를 높여야 한다.

그와 동시에 의약품 가격을 건강보험에서 보상해 주는 방법과 수준을 개선하여야 한다. 보험약가제도의 개선을 위해서는 실거래가 보상제도를 폐지하고 기준가격 보상제도(Reference Pricing)의 도입을 검토할 필요가 있다. 기준가격 보상제도는 비슷한 치료효과를 가진 약물들을 묶어서 이들에 대해서는 동일한 가격만을 보험자가 지불하는 제도이다(GAO, 1994). 기준가격보다 높은 가격의 의약품에 대해서는 환자가 그 가격의 초과분을 본인부담금으로 지불한다. 즉 의약품에 대한 급여를 항목 기준이 아닌 가격(비용) 기준으로 정하여 소비자의 합리적 선택을 유도하는 것이다. 이를 위해서는 소비자가 합리적인 선택을 할 수 있도록 의료공급자는 소비자에게 보험에서 급여해 주는 비용 수준, 서로 다른 급여(보상) 수준을 가지는 의약품들의 질적 차이 등에 관한 충분한 정보를 제공하도록 의무화하여야 한다. 하지만 이 제도는 공급자가 기준가격의 적용을 받지 않는 의약품의 사용을 증가시킬 가능성이 있고 또 비슷한 치료효과별로 의약품을 분류하는 것이 매우 어렵다는 단점도 있으므로 (Giuliani, Selke and Garattini, 1998; Lopez-Casasnovas and Puig-Junoy, 2000) 도입 전에 타당성을 구체적으로 검토하여야 한다. 특히, 의료전달체계의 예에서 보듯이 우리나라의 환자들이 과연 경제적 유인구조에 얼마나 반응할 것인가 (더구나 의약품의 비용-효과성에 대해 무지한 상황에서) 그리고 이미 높은 수준에 있는 환자의 경제적 부담이 늘어날 경우 환자들의 저항을 고려해야 할 것이다.

## 5. 질 관리와 건강 생산 구조의 효율화

의료에 대한 수요는 궁극적으로 건강에 대한 수요에서 비롯된다. 즉, 의료서비스는 건강

을 생산하는데 있어서 중요한 투입 요소의 역할을 하는 것이므로 건강을 생산하는데 있어 의료서비스의 생산 효율을 높인다면 적은 혹은 저렴한 의료로 높은 건강 수준을 생산할 수 있을 것이다. 따라서 비용-효과적인 의료의 제공은 의료비 지출 구조를 효율화하여 의료비용을 절감하는데 있어 중요한 역할을 한다. 의료 질 관리의 패러다임 역시 최고 질의 의료 제공하는 것이 아니라 건강수준의 향상을 극대화하기 위한 최소 비용의 투입요소라는 관점에서, 가장 비용-효과적인 의료 제공하고 사후 관리를 철저히 하는 것으로 바뀌어야 한다. 그렇다면 비용 요소와 함께 의료의 과다 이용, 과소 이용, 오용의 문제 등을 모두 포괄하는 의료의 적정성을 평가할 수 있을 것이다.

비용-효과적인 의료의 제공을 위해서는 일차의료의 강화가 우선되어야 한다. 실제로 일차의료를 통해 많은 질병을 치료할 수 있음에도 불구하고 많은 환자들은 동네 의원을 마다하고 의료비가 상대적으로 높은 대형 병원을 선호한다. 이는 의료자원 배분의 왜곡을 가져와 병원의 대형화와 병원의 과다 공급을 유발하고 궁극적으로는 의료비용을 상승시킨다. 영국과 같은 나라에서는 일차의료를 활성화하여 건강 지표를 개선하면서도 국민의료비를 낮추고 있고 미국 역시 민간의료보험회사들이 일차진료의사로 하여금 가입자들의 의료 이용을 결정하도록 하고 있음을 주시할 필요가 있다. 따라서 우리나라도 홍보와 지원을 통해 장기적으로 일차의료의 역할을 강화함으로써 의료비용을 절감하고 궁극적으로 건강보험 재정을 건전화하는데 기여하여야 한다.

또한 세계의 많은 나라에서 의료비용을 상승시키는 공통적 요인으로서 의료기술의 발달이 지목되고 있다(Newhouse, 1992). 생산성을 향상시키거나 비용을 절감하는데 기여하는 다른 분야의 기술과는 달리 의료기술은 진단의 정확성을 높이고 생명을 연장하는데 효과적이지만 대신 그러한 기술의 사용에 따른 높은 비용을 치루어야 한다. 특히 고가 의료장비가 도입되면서 소비자 무지를 이용한 의료기술의 과다 사용은 의료비용의 급격한 상승을 야기하고 있다. 하지만 의료와 의료기술의 비용-효과성에 관한 한 의료공급자가 소비자에 비해 상대적으로 많은 지식과 정보를 가지고 있기는 하나 공급자 역시 지식의 부족이나 불확실성에 직면한 것이 사실이다(Phelps, 1992). 따라서 공공부문에서 의료기술의 경제성 평가 그리고 의료서비스의 비용-효과성에 대한 정보와 이를 기반으로 한 진료지침(practice guideline)들을 개발하고 이를 소비자와 공급자에게 알려줌으로써 장기적으로 의료비를 절감하고 보험 재정을 안정화하는데 기여하여야 한다.<sup>25)</sup>

## 6. 건강보험공단의 관리구조 개선과 역량 강화

통합된 건강보험제도에서 단일 보험자의 역할이 더욱 막중해졌다. 우선 보험자가 국민의 건강 향상을 위해 사회에서 기대되는 역할을 수행할 수 있는 역량을 갖추어야 되고 이를 위해 제도/정책적 뒷받침이 수반되어야 한다. 건강보험공단이 보험자로서의 역할을 제대로 수행할 수 있기 위해서는 지배 및 관리 구조의 개편이 필요하다. 현재 건강보험공단은 실질적인 운영과 경영의사결정에 있어서 정부로부터 강력한 통제를 받는다. 물론 건강보험이 가지는 막중한 사회적 역할에 비추어 볼 때 공단의 제반 의사결정과 운영에 있어서 책임성의 담보는 매우 중요하다. 문제는 어떠한 방법으로 그 막중한 사회적 책임성을 담보하느냐이다.

건강보험공단의 모든 의사결정에 정부가 간섭함으로써 공단의 사회적 책임성이 담보되지 않는다는. 오히려 공단의 내부 관리에 경직성을 초래하고 관료화를 유발할 가능성이 높다. 또 정부의 개입이 지나칠 때에는 건강보험과 관련된 여러 이슈들에 대한 책임의 소재에 있어서도 혼란이 야기된다. 따라서 책임경영제도를 도입하여 건강보험공단의 자율성을 상당 부분 보장해주고 경영성과의 평가에 따라 책임을 묻는 방식으로 지배/관리방식의 전환이 필요하다. 물론 많은 공공기관에서 그러하듯 건강보험공단의 성과를 무엇으로 정의하고 측정할 것인가에 대한 고민과 합의가 우선 필요할 것이다.

건강보험은 단일보험자로서 역량의 강화가 중요하며 이를 위해서는 유능한 인력의 확보뿐 아니라 인력의 교육 훈련을 통해 건강보험공단에 근무하는 인적자원의 자질을 지속적으로 향상시키기 위한 노력이 필요하다. 나아가 국민에 봉사하는 조직으로서 공단의 비전을 모든 구성원들이 공유하고 가입자의 만족의 제고를 위한 부단한 노력을 경주하여야 한다. 건강보험공단은 보험료징수기관에서 탈피하여 가입자를 위한 서비스조직 그리고 공급자 견제 조직으로 변화되어야 한다(정홍원, 2003).

나아가 보험자의 진료비 심사 및 보험 급여의 적정성 평가 기능을 강화하여야 하는데 이를 위해서는 건강보험공단과 독립된 체제로 운영되고 있는 심사평가원 조직을 건강보험공단과 유기적으로 협조할 수 있는 구조로 개편하여야 한다. 단일 보험자인 우리나라 의

25) 의료와 의료기술의 비용-효과성에 대한 정보는 공공재적 성격을 가지고 있어서 민간부문에서 자발적으로 생산하기는 어려우므로 공공부문에서 생산하는 것이 효과적이다.

료보험체계에서는 보험자가 급여와 진료 행위의 의학적 적정성보다는 재정적인 필요에 의해 진료비를 삭감한다고 주장해 온 의료계의 주장도 일리가 있을 수 있지만, 현재 우리나라 건강보험체계는 건강보험공단과 건강보험심사평가원의 독자적 운영으로 인하여 진료비의 심사, 부담/과잉 청구의 조사 등을 위한 보험자의 기능이 제대로 발휘되기 어려운 실정인 것이다. 보험자의 의료비 심사 기능의 강화는 단기적으로 낭비되는 의료비용 누수분만큼의 재정 절감 효과와 동시에 의료공급자에게 부담/허위 청구를 감소시키도록 유인을 줌으로서(예방효과: deterrence effect), 장기적인 재정안정화의 효과도 크리라 예상된다.

하지만 건강보험공단이 역량을 갖추었다고 해서 반드시 기능을 효과적으로 수행하는 것은 아니다. 단일보험자로서 경쟁이 없는 상황에서 소비자 만족을 위해 노력할 유인이 그리 크지는 않기 때문이다. 따라서 역량의 강화와 함께 관리체계의 효율화를 유도할 수 있는 제도적 장치 역시 중요하다. 경쟁의 부재는 그 조직의 관료화와 비효율화를 야기하고 궁극적으로 소비자 만족의 중요성을 간과하게 한다. 따라서 독점적 사업자인 공단 내부 조직의 효율적 관리를 어떻게 담보하느냐가 매우 중요한 과제이다. 예를 들어 건강보험공단 내부적으로 경쟁과 성과에 근거한 평가 체계를 도입하여 전체적 조직의 효율화를 도모할 필요가 있다.

## IV. 진료비지불제도 개혁

### 1. 진료비 지불제도 개혁의 의의

의료공급자가 의료 제공에 있어서 어떠한 경제적 유인을 가지느냐가 의료비용에 막중한 영향을 가지는데 공급자에게 주어지는 경제적 유인 구조의 가장 중요한 요소는 진료비지불제도이다. 따라서 진료비지불제도의 개편에 대한 전향적 고려없이 의료비 지출의 증가와 보험재정의 취약성은 지속될 것이다. 또 진료비지불제도의 개편은 약제비의 관리에도 크게 기여할 수 있다. 의약분업제도가 실시되었지만 의료공급자가 비용-효과적인 처방 행태를 보이도록 하는 경제적 유인이나 제도적 장치는 드물다. 포괄수가제나 총액계약제

와 같은 진료비지불제도의 도입을 통해 총진료비가 약가까지 포괄하게 될 때 약제비의 효율적 관리가 더욱 용이해질 것이다.

진료비지불제도의 개혁을 통해 공급자에게 비용분담(supply-side cost sharing)을 시키는 것은 소비자측 비용분담에 비해 더 효과적이다. 우선 의료공급자는 소비자에 비해 의료에 대한 지식과 정보를 더 많이 가지고 있으므로 더욱 효과적으로 의료비용을 최소화할 수 있다. 예를 들어 소비자는 환자본인부담금이 증가하면 불필요한 의료뿐 아니라 필요한 의료의 이용마저 감소시키는 반면 의료공급자는 선불제 형태의 진료비지불제도가 도입되면 우선적으로 불필요한 의료의 제공을 감소시킨다(Rice, 1998). 나아가 의료공급자는 환자에 비해 경제적 위험을 더 효과적으로 분산시킬 수 있다. 환자는 본인부담금을 지불할 경우 그 액수만큼의 의료비를 전부 부담하여야 하므로 본인부담금 지출에 따른 경제적 위험을 분산할 수 없다. 반면 의료공급자는 다양한 유형의 환자를 치료하므로 사전적으로 결정된 의료비용에 비해 더 많은 비용이 소요되는 환자가 있는 반면 보험자로부터 받을 의료비용보다 치료에 있어 실제로 적은 비용이 소요되는 환자도 있으므로 선불적 진료비지불제도가 주는 경제적 위험을 분산할 수 있다. 즉 공급자가 소비자에 비해 위험분산의 능력이 더 크다. 공급자는 다양한 중증도의 환자를 치료하므로 대수의 법칙(law of large numbers)에 의해 비용요소의 예측가능성이 높아서 비용분담에 따른 불확실성을 크게 감소시킬 수 있지만 소비자는 질병발생시 본인부담비용에 따른 위험(소득의 변이)을 분산시킬 수 없는 것이다. 의료공급자가 환자에 비해 위험 분산의 능력이 더 뛰어나므로 진료비지불제도와 같은 공급자측 비용분담제도가 환자본인부담과 같은 수요자측 비용분담에 비해 사회적인 위험을 더 효율적으로 분산할 수 있다.

이러한 진료비지불제도의 개편은 보험 급여의 확대와 함께 진행되어야 한다. 의료공급자에게 의료비용을 절감할 강한 유인을 제공하는 포괄수가제나 총액계약제와 같은 진료비지불제도에서는 이러한 진료비지불제도가 적용되지 않는 비급여부문의 서비스 제공이 증가할 가능성이 높아진다. 이럴 경우 보험진료비는 통제되어 보험재정이 안정되더라도 국민들의 총 의료비부담은 커질 수 있으므로 진료비지불제도의 개편은 보험급여의 확대와 함께 이루어져야 한다. 따라서 진료비지불제도의 개혁에 앞서 사회보험에서 제공해야 하는 적정 혹은 최소한의 보험급여 수준에 대한 사회적 공감대를 이루어야 할 것이다. 나아가 의료제도 진료비지불제도의 개편에 대한 전향적인 자세를 가질 필요가 있다. 예를 들

어 의료비 총액이 결정되면 이를 공급자단체가 개별 공급자에게 배분하는 총액계약제에서는 의료공급자의 자율성이 더 유지될 수 있다는 점을 주지할 필요가 있다.

## 2. 행위별 수가제

### 가. 행위별 수가제의 문제

행위별수가제와 의료수가의 규제는 청구 심사 절차의 복잡성으로 인한 비효율성이라는 단점 외에도 의료기관으로 하여금 수가 규제의 압박을 피하기 위해 오히려 사회적 효율을 감소시키는 행태를 보이도록 유도할 수 있다. 첫째, 가격의 억제에 따라 과도한 원가 절감의 압박은 주어진 의료서비스의 질을 감소시킬 수 있다. 의료서비스의 경우 소비자가 질을 평가하기가 다른 재화보다 훨씬 더 어려우므로 가격규제에 따른 질의 감소 가능성이 더욱 큰데 예를 들어 의사 방문당 환자 진료시간이 감소하거나 저품질 저가 의료재료가 사용될 수 있을 것이다. 현실적으로는 소비자가 비교적 판단하기 어려운 영역의 의료서비스 질(예, 환자 건강의 증진과 같은 치료의 결과, outcome)을 희생하더라도 소비자가 쉽게 판단할 수 있는 질의 영역(예, 친절, 부가적 서비스, 실내장식 등)을 개선하기 위한 경쟁은 증가할 것이다.

둘째, 정부규제로 인해 의료서비스의 가격이 억제되면 의료기관은 치료에 필요한 수준보다 많은 양의 의료서비스를 제공함으로써 수입을 보전할 수 있다. 불필요한 검사의 증가, 외래의 경우 방문 횟수의 증가 등을 그 예로 들 수 있다. 즉, 규제 가격이 의료서비스를 제공하는데 따른 한계비용보다 큰 이상 의료공급자는 의료서비스의 양을 증가함으로써 총 소득을 증가시킬 수 있는 것이다. 소비자가 가지는 정보와 지식의 불완전성 즉 의료서비스가 건강에 미치는 한계편익을 소비자가 제대로 파악하기 어렵기 때문에 의료공급자에 의한 이러한 유인수요(induced demand)가 가능한 것이다.

셋째, 의료수가 억제가 모든 의료서비스에 고르게 적용되지 않을 때 의료서비스 간에 대체가 생길 수 있다. 급여 항목의 의료서비스만이 수가 규제의 대상이 되므로 의료공급자가 수가규제의 영향을 회피하기 위해서 급여의 대상이 아닌 (비급여) 의료서비스를 더 많이 제공할 수 있는 것이다. 미국, 일본과 함께 인구당 고가의료장비의 수가 세계적인 수

준인 것도 고가의료장비가 가시적 의료의 질로서 소비자들에게 인식된다는 점과 함께 이러한 고가의료장비를 이용한 의료서비스들이 급여항목에 포함되지 않는다는 점과도 관련이 있다.

넷째, 의료수가 책정시 현실적으로 완벽한 원가 자료에 근거할 수 없으므로 각 의료서비스 사이에 원가 대비 수가의 비율(마진, margin)이 다르게 되고 따라서 의료공급자는 치료의 효과가 높은 의료서비스보다는 높은 마진을 보장하는 의료서비스를 제공할 경제적 유인을 가지게 된다. 결과적으로 치료의 효과를 극대화하기 위해 최적의 의료서비스들이 결합되지 않을 때 의료자원이 효율적으로 배분되지 않음으로써 사회적 후생의 손실이 발생한다. 의료서비스 간의 마진의 편차는 진료과목별 의사 수입에도 영향을 미치게 되어 의사들의 전문 과목 선택도 왜곡시킬 수 있다.

#### 나. 자원기준 상대가치 체계의 한계<sup>26)</sup>

우리나라에서는 미국에서 개발된 자원기준상대가치체계(RBRVS: Resource-Based Relative Value Scale)에 기초해 우리나라 진료행위의 자원기준상대가치체계를 조사함으로써 수가문제를 해결하려고 시도하고 있다.<sup>27)</sup> 상대가치체계는 의료서비스의 가치를 공급자가 생산에 사용한 투입요소에 근거하여 결정하였다. 시장에서 재화의 가치는 한계사회편익(수요)과 한계사회비용(공급)에 의해 결정되는데, 상대가치체계에서는 생산자가 생산에 투여한 자원의 가치만 (엄밀하게는 자원의 양만) 고려되었을 뿐 소비자가 의료서비스로부터 얻는 가치는 제외되었다. 동일한 수준의 자원이 투여되었더라도 소비자에게 더 높은 편익을 창출할 수 있는 서비스의 가치는 더 높게 결정되어야 하지 않을까? 물론 의료분야에서의 소비자무지에 의해 소비자가 편익을 제대로 평가하기 어려울 수 있으나, 정책적 목표를 위해서는 전문가의 의견이나 평가를 통하여 소비자의 편익을 결정할 수 있다. 의료수가는 의료공급자들의 이익과 행태에 영향을 미침으로써 의료서비스의 양과 질 그리고 장기적인 의료의 질

26) 자세한 것은 권순만(1998a) 참조.

27) 미국 정부는 Medicare 외래 비용의 지속적인 상승을 억제하고 서비스간 수가와 비용의 차이에 있어서의 불균형을 감소하기 위해 기존의 CPR(Customary-Prevailing-Reasonable) 체계 대신 수가표(fee schedule)를 도입하기로 결정하고 수가책정의 기본모형으로 자원을 기준으로 한 상대가치체계를 선택하였다 (Hadley, 1991). 상대가치의 개발은 Hsiao와 그의 동료들(1988, 1992)에 의해 주도되었는데 상대가치를 결정하는 과정에서 각 전문영역간의 제로섬게임(zero sum game)이 이루어져 외과 의사들의 수가가 대폭 감소된 반면 일차진료부문의 수가는 인상되었다.

근도에 큰 영향을 미친다. 따라서 의사가 투입한 자원에 대한 이익뿐만 아니라 소비자가 투입한 돈의 가치에 대해서도 관심을 가져야 할 것이다. 이를 위해 상대가치체계의 개발과정에 소비자의 편익을 고려하거나 이를 대신할 정부와 보험자의 역할이 필요하다.

미국에서는 상대가치체계가 주로 개원의사들을 위주로 개발되었으므로 의사업무량의 측정이 상대가치 개발 과정에서 가장 중요한 요소였고, 따라서 간접비용으로서 진료비용(practice cost)의 비중이 작았고 진료비용에 대한 비교적 정확한 전국적 조사 자료가 있었다. 반면 우리나라에서는 상대가치의 개발이 병원의 수가를 포괄하며 진료비용을 측정하기 위하여 대규모 병원의 자료를 이용하였는데, 대규모 병원에서는 의원과는 달리 간접비의 비중이 매우 크므로 간접비를 어떻게 배분하느냐에 따라 개별 의료서비스의 원가는 크게 달라진다. 나아가 일반적인 원가회계 분야에서 볼 수 있는 원가배분 혹은 간접비 배분에 있어서의 전략적 행동 역시 가능할 것이므로 측정되는 원가가 왜곡되기 쉽다. 나아가 의원과 병원간 그리고 병원 크기에 따라 병원간 진료행태가 다를 것이므로 각 서비스에 배분된 진료비용의 상대적 크기는 의원과 병원간 그리고 병원간에도 병원의 크기에 따라 다를 것이다. 따라서 어느 규모의 의료기관을 기준으로 자원을 측정하고 배분하느냐에 따라 결과는 크게 달라질 수 있다.

원가를 측정하는데 있어서 의료공급자가 보고하는 자료의 신뢰성 역시 큰 문제이다. 공급자는 가능하면 자신에게 유리한 형태의 자료를 제공하고자 하는 유인을 자연스럽게 가지고 있기 때문이다. 설사 개별 의료서비스의 원가를 완벽하게 파악할 수 있다 하더라도 그 수준이 정당한 것인지 즉 공급자가 비용절감을 위해 노력한 결과로서의 최소 생산비용인지 알 수 없다. 나아가 규제가격이 원가에 비례하여 결정된다면 공급자가 비용(생산원가)을 절감할 유인은 더욱 감소할 수밖에 없다.<sup>28)</sup> 그리고 연구에서 측정된 진료행태가 기존 의료시장의 불완전성에 의해 이미 왜곡되어 있다면, 의료서비스 생산에 투입된 자원을 기준으로 객관적인 가치를 결정하려는 상대가치 체계의 연구는 오히려 현재의 왜곡된 진료 행태를 고착화할 수 있다. 따라서 실제 원가를 측정하려는 시도보다는 오히려 표준적인 그리고 효율적인 형태의 의료기관 모형을 설정하고 이것을 기준으로 원가를 결정함으로써 의료공급자로 하여금 이러한 표준적인 진료행태를 이루기 위해 노력할 수 있도록 하는 것이 훨씬 효과적이다.

28) 가격이 단순히 생산비용에 비례해 책정된다면 생산비용이 증가할 경우 규제가격도 증가하고 공급자가 비용을 절감한다 해도 정부가 이에 비례해 규제가격을 하락시키므로 공급자는 생산비용을 절감할 경제적 유인을 상실한다.

미국에서는 상대가치체계가 궁극적으로는 행위별수가제이고 따라서 의료비 상승을 야기하기 때문에 이를 억제하기 위해 의료량 성과(통제)기준(Volume Performance Standard) 혹은 지속가능성장률(Sustainable Growth Rate)과 같은 목표의료비 정책을 도입하였다. 즉 목표 의료비를 정하고 실제 의료비가 목표의료비를 초과하면 수가의 인상률에 이를 반영하여 수가의 인상을 감소시키는 것으로서 의료비를 적정 수준으로 억제하려는 의도를 가지고 있다. 그러나 우리나라는 이러한 목표의료비 정책이 부재해서, 의료비 상승을 효과적으로 제어할 수 있는 기전이 없는 현실이다. 따라서 상대가치체계에 기반한 행위별수가제를 사용하는 동안에는 목표의료비제도의 도입이 필요하며 예를 들어 요양급여비용계약제를 통해 수가 수준을 결정할 때 이러한 목표의료비 제도가 고려되어야 한다(권순만, 2000).

### 3. 진료비 지불제도의 개혁과 총액예산제

현행 행위별수가제가 가지고 있는 많은 비효율성을 극복하여 보험제정을 안정화하고 이를 통해 장기적으로 보장성 또한 강화하기 위해서는 진단명(DRG: Diagnosis Related Group)기준-포괄수가제 그리고 의료비총액예산제도의 도입이 필요하다. 포괄수가제는 입원부문의 의료비를 절감하는데 효과적인 방법으로 세계적으로 이를 시행하는 국가의 수가 갈수록 증가하고 있다(권순만, 1998b). 수년간에 걸친 시범사업을 통해 의료비용을 절감하고 의료제공과정의 효율성을 높일 수 있는 가능성을 보이고 있으나(Kwon, 2003b), 의료공급자들의 반대에 부딪쳐 전국적 확대 정책이 여전히 표류하고 있는 아쉬운 실정이다.

독일과 캐나다에서 주로 사용하고 있는 총액예산제도는 해당 의료분야에 지출될 수 있는 총예산을 미리 결정하는 것이다.<sup>29)</sup> 예산제도를 통하여 미리 결정된 최적수준의 의료비용 총량만큼만 사회적 재원이 의료부문에 투입되게 조절함으로써 국가 전체 자원 중 의료부문에 투입될 수 있는 재정(자원)의 양을 조정할 수 있고 따라서 전체 의료비를 효과적으로 조절할 수 있다. 의료부문의 비용억제를 위해 전통적으로 사용되어 온 가격규제가 의료서비스의 가격만을 규제하고 의료서비스의 양을 통제하지 못하는데 비해 예산제도는 가격과 양을 동시에 통제하므로 의료비용의 증가 속도를 조절하는데 더 효과적이다. 그리고 진단명(DRG)에 기초한 포괄수가제도 역시 모든 의료 영역에 포괄적으로 적용되지 않

29) 총액예산제에 대한 자세한 논의는 권순만(1999a) 참조.

을 때, 적용되지 않는 영역으로의 비용전가나 진단분류의 변화 등에 의해 보건의료부문의 비용 상승을 조절하는데 어느 정도 한계가 노정되므로(권순만, 1998b) 총 의료자원의 소비량을 조절하는 데에는 의료비 총액예산제도가 더 효과적이다.

### 가. 총액예산제의 개념

총액예산제는 의료부문에 투입되는 재원을 거시적인 목표에 의해 결정함으로써 의료비용을 조절하는데 가장 효과적이며 보험자와 공급자의 협상과 계약에 의해 의료비 총액을 결정할 수 있으므로 의료비 총액을 일방적으로 보험자나 정부가 결정하는 것에 비해 공급자의 수용성을 높일 수 있다(권순만, 1999a). 만일 사회의 여타 다른 부문에 비해 의료부문이 필요로 하는 사회적 자원의 최적 양을 도출할 수만 있다면 총액계약제는 사회적 자원의 배분에 있어서 이른바 거시적 효율성을 달성할 수 있다. 나아가 의료비 총액의 결정이 계약을 통해서 공개 하에 이루어지므로 거시적 자원배분에 관한 의사결정에 있어서 투명성이 제고되고 의료부문에 지출 가능한 예산을 미리 정함으로써 예측 가능성을 높일 수 있다는 점 또한 예산제도의 장점이다. 우리나라에서는 공적 의료 재원의 흐름이 단일 보험자에 의한 단일한 경로를 통해 이루어지므로 다수의 보험자에 의해 재원이 조달되는 의료제도에 비해 총액예산제의 도입이 용이할 것이다.

일반적으로 총액예산제(Global Budgeting)는 의료비용의 총액에 제한을 두는 제도를 의미한다. 이는 다시 의료비 총액을 보험자나 정부가 일방적으로 결정하는 방법과 이를 보험자/정부와 공급자가 협상을 통하여 총액에 대한 계약을 체결하는 방법으로 나눌 수 있는데 후자의 경우를 총액계약제라 할 수 있다. 예산이라는 용어가 사용된 것은 지출총액을 미리 결정하는 예산방식이 일반적으로 공공부문에서 전형적으로 사용되고 있고 또 총액예산제도가 공공의료체계를 중심으로 하는 국가나 조세(일반재정수입)에 의해 의료재원이 조달되는 나라에서 시작되었다는 역사성을 의미하기도 하지만, 현재는 이러한 제도가 민간의료체계와 사회보험을 주축으로 하는 많은 나라들에서 도입되고 있음을 고려할 때 총액예산제를 반드시 공공부문과 연계하여 생각할 필요는 없다. 예를 들어 미국과 같이 다수의 민간보험자에 의해 재원이 조달되는 경우 예산제도의 도입은 주로 보험료의 증가에 상환을 두는 방법들이 제안되고 있다(Altman and Cohen, 1993; Bishop and Wallack, 1996).

총액예산제도는 총 의료비용을 보건의료의 각 부문별로 배정하는 방법(부문별 예산:

Sectoral Budget)과 이를 개별 공급자별로 배정하는 방법으로 나눌 수 있다. 일반적으로 의사와 의약품 비용은 모든 공급자를 포괄하여 부문별로 총 의료비용을 결정하는데 반해 병원부문은 각 개별 병원별로 총 의료비용이 결정된다. 이는 의원과는 달리 병원은 의료 기관별로 그 규모나 수행 기능에 있어 많은 차이가 존재하므로 모든 병원을 포괄하는 예산이 결정될 경우 의료비용을 개별 병원에게 배분하는 과정에 많은 어려움과 비형평성이 야기될 수 있기 때문이다. 또 병원은 의원보다는 진료하는 환자 수가 더 많아서 자원의 소모량이나 의료비용의 크기가 더 안정적이고 더 쉽게 예측할 수 있으므로 개별 병원별로 총의료비용을 배분하고 계약하기가 상대적으로 용이하다.

총 의료비에 제한을 두는 방법도 예산상한(Expenditure Cap, Hard Cap)과 예산목표(Expenditure Target, Soft Cap)로 나눌 수 있다 (Glaser, 1993). 예산상한은 총의료비에 대해 엄격한 제한을 두어 실제 의료비가 상한을 초과할 수 없는 것으로 실제의료비가 목표 의료비를 초과한 만큼 다음기의 의료비 예산을 삭감하는 것이다. 예산목표는 목표를 초과하는 의료비에 대해 보험자(혹은 정부)와 공급자가 책임을 분담하는 것으로서 실제의료비가 목표액을 초과하는 액수의 일부만큼만 다음기의 의료비 예산을 삭감하는 것이다. 이렇게 목표와 실제의료비용을 비교하여 그 차액만큼 공급자에게 주어지는 진료비를 조정하는 방식은 미국의 많은 HMO(Health Maintenance Organization)에서도 시행하고 있다. 이들은 의사에게 지급되어야 할 보수의 일부를 미리 떼어 놓았다가 (Holdback 혹은 Withhold) 매 기간 말에 목표를 초과하는 의료비용만큼을 이것으로부터 차감하여 공급자에게 지불하는 방법을 이용하고 있다.

#### 나. 의료비 총액의 결정과 배분

그러나 의료비 총액을 결정하는 과정이 반드시 효율적인 것만은 아니다. 보건의료 부문에 투여될 자원의 최적량을 누가 어떻게 결정할 것인지는 결코 쉬운 문제가 아니기 때문이다. 사회적 자원을 필요로 하는 서로 다른 분야(예: 교육, 보건, 주택, 복지 등)에 대한 투자의 경제성을 파악하기는 어려우므로 이러한 의사결정은 정치적 게임(game)의 대상이 될 가능성이 있고 이 경우 자원배분에 있어서 거시적 효율성을 기대하기 어렵다(Maarse, 1996). 나아가 설사 최적 의료비용을 산출하여 거시적 효율성을 달성하였다 하더라도 구체적인 미시적 수준의 효율성과 형평성을 달성할 수 있는지 고려하여야 한다. 총 의료비

를 의원, 병원, 치과, 한방, 의약품 등의 각 부문으로 어떻게 배분할 것인가, 각 부문 내에서도 진료의 수준별(예, 1차, 2차, 3차)로, 지역별로 혹은 대상인구별로 어떻게 의료비를 최적으로 배분할 것인가 등 여러 단계에서 시장기능에 의존하지 않거나 혹은 시장기능과 계획(정부)기능을 조합하여 의사결정을 내려야만 한다. 구체적으로 어떠한 자원 배분 기준을 사용하는지, 그 기준들이 과연 사회적으로 용납될 수 있는지에 대한 합의가 중요할 것이다.

다른 대안으로는 소비자를 대리한 보험자단체와 공급자들을 대표하는 공급자단체가 쌍방독점 (Bilateral Monopoly)적 협상에 의해 의료비 총액의 규모를 결정할 수 있다. 이를 통해 소비자와 공급자의 선호를 동시에 반영하고 따라서 현실적으로 의료공급자들이 의료비 총액을 더 쉽게 수용할 수 있다. 예산의 결정에 있어서는 정부나 보험자의 일방적인 결정과 지시보다는 보험자와 공급자간 토론과 타협을 통해 의료공급자에게 참여의 기회를 주는 것이 예산제도의 성공에 효과적일 것이다. 그렇지 않을 경우 의료공급자들이 자신들에게 중대한 영향을 미치는 의사결정과정에서 소외된다는 정서가 생기고 따라서 제도가 실패할 가능성이 크기 때문이다. 현실적으로 국가의 의료자원을 정부가 소유하여 공공의료체계가 의료공급의 근간을 이루지 않는 한 정부에 의한 일방적인 의료비 총액의 결정은 그 실현 가능성이 높지 않다.

예산제도의 성공적인 도입과 시행을 위해서는 예산의 결정뿐 아니라 이의 집행(배분)과정을 고려할 필요가 있는데 예산의 결정과 배분은 필연적으로 매우 복잡한 과정을 필요로 하므로 공급자들의 수용성과 자발적 참여를 높이기 위해 여러 가지 전략을 개발하여야 한다. 예산의 배분과 통제는 상대적으로 지식과 정보를 많이 가지고 있는 의료공급자단체가 더 효율적으로 수행할 수 있는데 현실적으로 의료공급자단체에게 예산배분과 통제의 역할을 부여하려면 예산 결정과정에도 그들을 참여시켜야 할 것이다. 즉, 의료공급자와 의료보험자의 협상에 의해 전체 예산의 총액을 결정하면 예산 총액을 개별 공급자에게 구체적으로 배분하고 의료비용을 심사하는 것은 필요한 정보와 지식을 가지고 있는 의료공급자 단체가 주도하는 것이 합리적이다. 공급자단체가 개별 의사들의 진료행위의 적정성을 심사, 통제하고 예산을 배분함으로써 진료비심사, 삭감 등과 관련된 공급자들의 불만이 감소하고 보험자의 부담이 덜어질 것이다. 보험자와 공급자 단체간의 협상에 의해 예산 총액이 결정되면 의사회가 예산을 개별 의사들에게 배분하고, 평균의 수준에서 크게 벗어난 의료이용도나 진료행태를 보이는 의사를 감시 혹은 제재할 수 있을 것이다.

#### 다. 총액예산제의 운영

의료비 총액예산제도에 의해 비용절감의 압박이 너무 클 때에는 의료공급자의 행태에 왜곡이 생길 수 있는데 예를 들어 의료공급자가 경증의 환자를 선택하거나 필요한 서비스를 제공하지 않는 것과 같이 의료의 접근성이 저해될 수 있다. 따라서 예산제도 하에서는 의료의 질 관리가 중요한 역할을 수행하여야 한다. 치료의 결과에 기준해 의료의 질을 관리할 경우, 예산제도는 의료서비스의 전달과정에 직접적으로 개입하지 않으면서 의료공급자에게 치료의 결과를 극대화할 수 있는 의료서비스들을 최적으로 결합할 경제적 유인을 제공한다. 주어진 예산계약 하에서 투입요소들의 최적 결합을 통하여 비용을 최소화하려는 공급자의 행태가 왜곡되지 않는 것이다. 이에 반해 행위별수가제에서는 규제자가 완전한 정보를 가지고 있지 않아서 모든 의료서비스의 가격을 정확히 비용과 비례하여 책정하는 것이 현실적으로 어렵다. 따라서 원가에 비해 상대적으로 높게 책정된 의료서비스는 과대 공급되고 원가에 비해 상대적으로 낮게 책정된 의료서비스는 과소 공급되는 등 의료서비스 제공의 왜곡과 비효율성을 야기된다.

예산을 어느 부문별로 책정할 것인지 역시 매우 중요한 결정이다. 대부분의 나라에서는 의원, 병원, 그리고 약제비 각각에 대해 예산을 책정하고 있다. 물론 외국의 경우 의원과 병원의 구분에 의해 외래서비스와 입원서비스로 자연스러운 구분이 가능한데 비해 우리나라의 의료체계는 그러한 분화가 불가능하다. 의원의료비와 병원의료비의 구분이 아닌 외래의료비와 입원의료비로 구분할 경우에는 외래의료비 예산도 의원과 병원 간에 배분해야 하고 입원의료비 예산도 의원과 병원 간에 배분해야 하는 어려움이 예상된다. 예산의 결정과 배분을 세분화할수록 비용통제의 효과는 크겠지만 예산결정과 배분이 복잡해짐에 따른 사회적 비용의 증가가 예상된다. 따라서 각 부문간 최적 비율을 어떻게 정하여 어떤 기준으로 예산을 배분할 것인가의 문제를 심각하게 고민해야 한다. 예산의 결정과 배분에 있어서 이를 전국 단위로 할 것인가 혹은 지역단위로 할 것인가 역시 고려하여야 한다. 일반적으로 지역 단위의 의사결정이 지역 상황의 고려에는 유리하나 협상이 늘어감에 따라 협상에 따른 사회적 비용이 증가하는 단점이 있다. 따라서 단일보험자인 우리나라의 경우에는 전국을 포괄하는 총 예산을 결정하는 것이 효과적일 것이며 만일 인구구성과 같이 중요한 특성이 지역별로 큰 차이를 보인다면 지역 상황을 고려한 예산배분이 필요할 것이다.

의료부문의 예산 총액을 결정하는데 있어서 시장 기능을 내부화하기 위해서는 수요와

공급에 관한 정보를 제공해 줄 수 있는 다양한 변수(지표)들을 고려하여야 한다. 예를 들어 예산을 GDP 성장률에 연계하여 결정한다면 어느 정도의 의료비를 국민들이 감당할 수 있는가를 반영하는 효과를 가질 것이며, 따라서 의료비지출이 GDP보다 빨리 증가한다면 보건의료가 아닌 다른 분야에 투여될 수 있는 자원이 희생되어 보건의료분야에 투여되어야 함을 의미한다(Ashby and Cohen, 1993). 물론 보건의료비용 지출과 GDP와의 관계가 통계적으로 유의하지 않을 수도 있는데 이는 필수재로서 수요의 변동이 적은 의료의 특성 혹은 불황이라 하더라도 실업의 증가에 따른 건강상태의 악화로 의료이용의 필요가 증가하는 현상 때문일 수 있다. GDP를 포함하여 임금인상, 물가상승, 인구증가 및 비율, 질병 추이, 의료공급자들의 수와 구조, 의료기술 등을 포함한 신뢰할 수 있는 예산 결정 모형이 개발되어 예산을 결정하는데 있어서 객관성이 보장되어야 할 것이다. 만일 각 요소들의 매년 변동 폭이 너무 크면 장기적인 추세를 모형에 반영하는 것이 효과적일 것이다.

총액예산제도가 성공하기 위해서는 명확하고 표준화된 규칙(게임의 룰)과 의사결정과정 이 확립되어야 한다. 이를 통해 예산의 적용 범위, 크기, 결정 방법, 보험자와 공급자간 이견의 조정 혹은 분쟁 해결 방법, 예산 초과시 다음기 예산조정 방법 등을 협상 주체인 보험자와 공급자가 충분히 이해하고 있어야 한다. 하지만 불확실한 미래의 모든 상황을 다 포괄하는 완벽한 제도와 계약은 현실적으로 불가능하므로 시행과정에서의 유연성에 어느 정도 의존할 수밖에 없고 따라서 보험자와 의료공급자 간에 신뢰와 파트너십을 구축하고 타협과 절충의 기술(문화)이 정착되어야 할 것이다. 예산제도가 정착되기까지는 특히 도입 초기에 많은 시행착오를 통한 학습의 과정을 거칠 수밖에 없을 것이다. 따라서 국공립 의료 부문부터 도입하는 것이 바람직하고 가능한 한 도입 첫해에는 예산의 압박이 너무 크지 않도록 예산의 크기를 결정할 필요가 있을 것이다. 또한 초기에는 예산상한(Expenditure Cap) 보다는 예산목표(Expenditure Target)를 도입하여 의료수요와 의료공급부문으로부터의 유용한 정보를 예산과정에 유연하게 반영할 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

총액예산제도의 성공에 있어 효과적인 정보체계의 역할 또한 중요할 것이다. 정보체계를 통해 의료비 지출수준의 모니터링, 예산을 초과하는 의료비지출 원인의 신속한 파악, 예산초과 시 대처 방안의 수립 등의 업무를 효과적으로 수행할 수 있기 때문이다. 나아가 의료이용도, 일인당 의료비용, 의원과 병원의 경영실태, 재무성과, 원가구조 등에 관한 객관적 자료를 토대로 의료서비스 공급 비용이 분석되어야 하며 특히 병원은 신뢰할 수 있

는 회계기준이 정립되어야 한다. 정보체계는 예산제도가 시행될 때 부작용으로 대두될 수 있는 의료의 질 관리 문제를 해결하는데도 큰 역할을 할 수 있을 것이다. 이를 통해 보험자는 진료의 결과에 근거하여 의료의 질을 평가하고 의료기관을 평가하며 그 결과를 공개함으로써 예산제도에 의해 의료의 질과 의료에의 접근도가 하락하는 것을 방지하여야 한다. 의료과실조정제도 역시 피해보상의 차원을 넘어 의료공급자에게 의료의 질을 향상시킬 유인을 제공함으로써 효과적으로 의료의 질을 관리하는데 중요한 역할을 할 것이다.

### V. 의료공급체계의 효율화

의료공급체계의 효율성은 의료비를 결정하며 따라서 건강보험의 재정에 직접적인 영향을 미친다. 나아가 건강보험의 제도적 특성은 의료공급체계의 효율성을 좌우하므로 의료공급체계와 건강보험체계는 상호 밀접하게 맞물려 있다. 민간의료기관이 총 병상의 90%를 점하고 있는 우리나라의 현실(표 5 참조)에서 경쟁 요소의 도입이 의료제공체계의 효율화를 높일 수 있을 것이다.

〈표 5〉 공공보건의료기관수

(2002. 12. 31.현재)

구분	공공보건기관			공공병원			공공의료기관 계	전체 (민간+공공)	공공/전체 (%)
	보건소	보건지소	보건진료소	국립 (국립대학병원 포함)	지방공사 의료원 (시도립병원 포함)	산재 등 특수법인			
기관수 (개소수)	242	1,268	1,891	45	62	22	3,530	46,339	7.62
병상수 (개)	473			22,552	14,103	7,879	45,007	296,296	15.19

자료: 보건복지부, 『보건복지 통계』.

## 1. 보건의료체계에서의 경쟁과 규제

그러나 전통적으로 보건의료 분야에서는 공급자의 영향력이 강했기 때문에 의료공급체에 대한 관점 역시 소비자의 후생이라는 관점보다는 기존 공급자의 이해에 의해 영향을 받은 측면이 있다. 우리나라에서 의료공급자는 자신의 이해에 저해되는 요인들로서 정부의 정책과 규제가 작용할 경우에는 규제의 철폐와 시장요소의 도입을 주장해 왔다. 하지만 본질적인 면에서 광범위한 경쟁을 도입하는 것에 대해서는 반대해오고 있는데 이는 이러한 변화가 기존 의료공급자들의 이해에 반하기 때문이다. 예를 들어 정부의 개입이 줄어들어야 한다고 하면서도 영리법인의 도입, 시장 개방과 같은 본질적인 측면에서의 시장의 역할 증대에는 반대하고 오히려 정부가 개입하여 산업을 보호해야 한다는 주장을 하고 있다.

첨단산업, 타 산업에의 연관효과가 큰 산업, 경제적으로 전략적 가치가 큰 산업 등은 국가 경쟁력에 직접적인 영향을 미치므로 정부의 정책이 중요하다. 특히 해당 산업의 경쟁력이 외국에 비해 상대적으로 취약한 산업의 초기 단계에서는 정부의 전략적 지원과 산업 정책이 해당 산업의 장기적 경쟁력에 큰 영향을 미친다. 보건의료 분야에서도 생명공학 분야 산업은 국가 차원의 전략적 지원과 육성이 필요한 분야로 볼 수 있다. 하지만 병원 산업은 국가경쟁력에 직접적인 영향을 미치는 전략적 산업은 아니며 이미 성숙기에 접어든 산업이라고 할 수 있으므로 의료산업도 정부가 보호하기보다는 경쟁을 도입함으로써 의료공급체계의 효율화를 도모할 필요가 있다.

종래 의료기관에 대한 비용후불제(cost-based reimbursement)에서는 보험자가 의료기관에서 환자를 치료하는데 소요된 비용을 사후적으로 보상해주므로 병원이 비용절감의 인센티브가 없었다. 따라서 병원들이 주로 고가의료장비와 첨단치료기법을 도입하는 방법으로 비용 절감보다는 의료의 질을 높이는 경쟁을 함으로써 병원경쟁이 오히려 사회적 비용을 증가시키는 비효율을 야기하였다(Luft et al., 1986; Noether, 1988; Robinson and Luft, 1985). 그러나 미국의 경우 진단명(DRG: Diagnosis Related Group)기준 포괄수가제가 도입되면서 실제 발생한 비용에 관계없이 보험자가 지불하는 금액이 미리 결정되게 되므로 병원은 비용을 절감해야 하는 강한 경제적 유인을 가지게 되었다. 또 관리의료와 같은 민간보험자가 의료기관에게 의료비용 감소의 강한 압력을 주게 되면서 이제 병원들이 비용과 가격을 인하하기 위해 치열하게 경쟁하게 되어(Dranove, Shanley and White, 1993;

Zwanziger and Melnick, 1988), 병원산업에서의 경쟁 강화가 의료비용의 절감과 사회적 효율의 증대로 귀결됨을 알 수 있다. 따라서 병원산업도 산업의 경쟁력 강화를 위해서는 진입장벽을 낮추는 등 병원 간 경쟁을 더욱 촉진하는 것이 매우 중요함을 인식하여야 한다. 나아가 병원 시장에서의 경쟁이 사회적 효율을 증가시킬 수 있기 위해서는 진료비 지불제도의 개선을 통해 의료공급자가 바람직한 경제적 유인을 갖도록 하는 것이 중요하다.

## 2. 요양기관 강제지정 제도 재검토

사회보험이 전 국민을 커버하는 수요독점자(monopsony)인 상황에서 모든 의료기관이 건강보험환자를 의무적으로 진료해야 한다면 수요독점자인 의료보험자가 시장지배력을 이용해 협상력을 남용하고 과도하게 공급자를 규제할 가능성이 존재한다. 의료공급자 입장에서 대체적인 가입자 풀(보험자)이 존재하지 않으므로 의료보험의 정책이 공급자에게 주는 제한적인 효과가 더 크게 그리고 부당하게 느껴질 수 있다. 물론 의료보험의 급여수준이 미흡하기 때문에 소비자가 의료 이용 시 직접 부담하는 금액이 상당하고 이는 곧 의료공급자의 관점에서는 수가규제의 대상이 아닌 비 보험 시장이 존재함을 의미한다. 하지만 이 역시 현실적으로는 비 규제시장이지만 규정상으로는 여전히 규제의 대상이 되므로 의료공급자의 입장에서는 규제를 받는다고 느낄 것이다.

의료공급자로 하여금 강제적으로 의료보험 환자를 진료하게 하는 현행 요양기관 강제지정제도를 완화시키면 공급자에게 선택의 기회를 부여함으로써 병원산업에 더욱 경쟁적인 요소를 도입하는데 도움을 줄 수 있을 것이다. 환자가 의료보험 요양기관이 아닌 의료기관을 선택하는 경우 의료보험 수가의 적용을 받지 않으므로 본인이 의료비용을 전액 부담하여야 할 것이다. 의료보험이 처음 도입되던 시점과는 달리 지금은 의료기관의 수가 부족하지 않으므로 요양기관 강제지정제도가 없어지더라도 소비자의 의료접근도에 큰 문제가 야기되지는 않으리라 예상된다. 하지만 의료보험 요양기관으로의 진입과 탈퇴 의사결정에 있어서 의료기관간 담합은 없어야 하며 이는 공정거래의 차원에서 정부가 규제하여야 한다. 의료보험 요양기관 강제지정제도의 완화는 선택과 경쟁의 활성화를 위한 것인데 의료기관간 담합은 경쟁의 근간을 흔드는 불법 행위이기 때문이다.

현실적으로 의료기관의 입장에서는 현재의 의료보험제도에서도 비급여 부분을 통해 정

부 규제를 피할 수 있으므로 굳이 의료보험 요양기관을 탈퇴할 유인이 크지는 않을 것이다. 하지만 향후 의료보험의 급여가 확대된다면 요양기관으로서 지정을 받을 것인가 하는 의사결정이 병원에 있어 더욱 중요한 사안이 될 것이다. 현재의 상황에서도 시장에서 높은 평판을 가지고 있는 일부 병원(예, 전문병원)은 요양기관 지정을 신청하지 않을 가능성도 있다. 하지만 이러한 일부 병원이 요양기관 계약을 맺지 않는다고 해서 의료이용 나아가 건강 수준에 있어 형평성의 문제를 야기하지는 않을 것이다. 모든 의료기관이 의료보험 환자를 의무적으로 진료한다고 해서 의료이용의 형평성이 향상되는 것도 아니며 궁극적으로 보건의료에 있어서의 형평성은 재원조달에서 공공재원이 차지하는 비중을 늘림으로서 제고하고자 노력해야 할 것이다. 보험자의 입장에서는 요양기관이 되고자 하는 기관과 탈퇴하고자 하는 기관의 추이를 분석함으로써 보험급여와 수가 등을 결정하는데 필요한 중요한 정보를 얻을 수도 있다.

요양기관 강제 지정제도의 철폐는 보험자가 의료기관의 질 관리를 효과적으로 하는데 도움을 줄 수 있다. 현행 요양기관 강제 지정제도는 모든 의료기관에게 의료보험 환자를 진료할 수 있도록 함으로서 보험자가 의료기관을 선택할 수 있는 여지를 원천적으로 봉쇄하고 있다. 요양기관 강제지정제도를 완화한다면, 보험자가 정한 일정 수준 이상의 의료를 제공하지 못한다고 생각되는 의료기관에 대해서는 요양기관 계약을 맺지 않음으로서 의료기관으로 하여금 제공되는 의료의 질을 향상시킬 유인을 제공할 수 있다. 보험자는 의료기관과 선택적인 계약을 할 때 의료의 질뿐만 아니라 의료비용도 함께 고려함으로써 의료비용의 적정화에도 긍정적인 영향을 줄 수 있다. 따라서 요양기관 강제지정 제도의 완화는 더 적극적인 보험자의 역할을 필요로 하므로 보험자의 역량강화가 이루어질 필요가 있다.

### 3. 시장의 활성화를 위한 정보 제공

소비자 무지에 의한 정보/지식의 실패는 보건의료 부문에 있어 시장(경쟁)의 실패를 야기하는 가장 중요한 요소이다. 따라서 소비자에게 필요한 정보를 제공함으로써 소비자가 합리적인 소비 의사결정을 하도록 만드는 것이 보건의료 분야에서의 시장 기능을 활성화 시킴으로서 효율성을 높이는 효과적인 방법이다(권순만, 1999b). 일반적으로 정보는 공공재적 성격을 지니므로 민간부문에서 막대한 비용을 들여서 소비자와 공급자에게 유용한

정보를 제공할 경제적 인센티브가 없고 따라서 공공부문이 의료 기술과 치료법에 관해 필요한 정보를 창출하여 공급하는 역할을 수행할 필요가 있다. 보험자는 건강과 의료에 대한 정보를 제공함으로써 소비자가 의료를 합리적으로 이용하고 자신의 건강문제에 효과적으로 대응할 수 있게 도와줄 필요가 있다. 국민들이 건강증진과 유지를 효과적으로 수행할 수 있게 해줌으로서 불필요한 의료이용을 줄여서 보험제정의 안정화는 물론 국민건강의 향상이라는 건강보험의 궁극적인 목표 달성에 이바지할 수 있을 것이다. 나아가 보험자가 의료공급자에 대한 정보도 제공하여 줌으로서 소비자로서 합리적으로 의료공급자를 선택하는데 도움을 주고 이는 다시 의료공급시장에서 경쟁의 순기능을 제고하는데 기여할 것이다.

올해부터 시행되는 의료기관 평가는 의료의 서비스측면과 관련이 깊은 소비자만족도나 혹은 시설, 인력 등과 같은 투입요소나 과정요소보다는 의료의 본질적 측면 즉 치료의 결과(outcome)로 생긴 환자의 건강상태의 증진에 초점이 더 맞추어져야 할 것이다. 하지만 비교적 소비자가 직접적으로 평가할 수 있는 차원의 의료서비스(즉 주로 탐색특성의 차원)와 소비자의 주관적인 만족도를 공공부문이 개입해 직접 평가하는 것은 의의가 크지 않다. 서비스에 대한 만족도는 소비자 스스로의 경험과 개인적 선호에 근거하여 판단할 수 있고 탐색특성 역시 소비자가 평가하는데 큰 어려움을 겪지 않는다. 이러한 탐색특성에 관한 소비자 평가의 결과는 공급자의 명성에 반영되어 시장에서의 구전(word-of-mouth)을 통해 궁극적으로 소비자들이 어떤 공급자를 선택하느냐에 영향을 미친다. 이익을 극대화 하려는 공급자는 효율적인 마케팅전략의 일환으로 소비자만족을 높이는 서비스를 제공하려 할 것이므로 정부의 개입을 정당화시킬만한 시장의 실패는 발생하지 않을 것이다. 만일 공급자가 소비자의 만족을 극대화하려는 노력이 부족하다면, 그것은 정보의 부족 때문이라기보다는 경쟁의 실패에 의한 것이다. 시장에서 초과수요가 존재할 때 공급자 입장에서는 소비자의 만족을 증진시킬 인센티브가 상대적으로 적으며, 이러한 상황에서 정부는 서비스 평가가 아니라 의료분야의 진입장벽을 낮추고 병원간의 담합을 금지하는 등의 경쟁촉진 정책을 이용하는 것이 더 바람직하다.

나아가 소비자 만족은 의료서비스의 객관적인 측면과 아울러 주관적인 측면에 의해서도 영향을 받는다. 즉 동일한 의료서비스에 대해서도 서로 다른 소비 자간에 상반된 평가를 할 수 있기 때문이다. 하지만 만일 환자가 개인의 선호를 표현하기 힘들거나 탐색능력의

한계를 가지고 있어서 일반적으로 평가가 용이한 차원의 의료서비스조차 제대로 평가할 수 없는 경우에는 정보의 실패가 발생하여 정부의 개입이 필요하다. 예를 들어 정신관련 질환 병원이나 고령의 노인들을 대상으로 하는 병원의 경우 환자의 제한된 탐색 및 평가 능력으로 인하여 정부의 개입에 의한 정보의 제공이 필요할 것이다. 따라서 정신질환병원이나 노인들을 위한 요양시설의 경우에는 공공부문의 주도에 의한 서비스 평가가 그 의미를 갖는다.

정보의 제공이 재화나 서비스의 중요한 측면을 포함하지 않을 때, 재화나 서비스의 여러 측면들 사이에 비효율적인 대체(substitution)가 발생한다(Dranove and Satterthwaite, 1992). 정보의 제공이 현행 서비스평가와 같이 평가가 용이한 차원의 의료서비스에만 치중될 때 의료공급자는 평가가 힘들고 더 본질적인 측면 즉 환자의 건강상태의 향상을 상대적으로 소홀히 함으로써 소비자 후생이 오히려 감소할 수도 있다. 의료공급자에 의해 의료서비스의 평가가 용이한 측면과 평가가 어려운 측면 사이에 대체가 생기더라도 소비자는 본질적인 차원의 의료의 질이 저하되는 것을 평가할 수 없는 것이다. 결과적으로 의료공급자 사이에 의료의 비본질적인 그리고 가시적인 측면에 편향된 낭비적인 서비스경쟁이 야기될 수 있다. 따라서 정부는 소비자가 평가하기 힘든 객관적인 차원의 의료의 질에 관한 정보를 수집하여 소비자에게 제공(공표)함으로써 소비자무지를 줄이고 소비자가 합리적으로 공급자를 선택할 수 있게 하여 공급자간에 가시적인 서비스경쟁보다는 환자의 치료효과를 극대화하기 위한 경쟁을 하도록 유도하여야 한다. 병원 간 환자의 중증도를 보정한 사망률을 조사하여 공표하는 것이 그 대표적인 예이다.

정보는 유용한 지표의 개발을 통하여 소비자들이 쉽게 이해할 수 있는 형태로 제공되어야 한다. 불가피하게 단순한 지표가 필요한 경우 여러 지표들의 상대적 중요성을 감안한 복합적인 지표를 개발하여야 하는데 지표가 단순할수록 비용이 감소하고 소비자가 쉽게 이해할 수 있다는 장점이 있지만 의료의 질에 관한 다양한 측면을 모두 포괄하기 어렵기 때문에 지표의 정확도가 감소할 것이다. 이러한 치료결과에 대한 정보의 제공에 있어서 병원마다 상이한 환자의 중증도를 어떻게 사망률 분석에 고려하여, 병원 간 분석된 사망률의 차이가 각 병원이 제공하는 의료 질의 차이만을 반영하게 할 것인가의 문제를 충분히 고려하여야 하고 이를 위해 환자 중증도 보정이 가장 중요한 과제가 될 것이다. 그리고 정보의 제공에 있어서 과연 정보의 창출과 수집이 소비자의 후생의 증진을 위한 방향

으로 객관적으로 이루어지느냐의 문제가 제기될 수 있다. 정부에 의한 정보의 창출과정과 창출되는 정보의 유형이 결정되는 과정에서 소비자보다는 공급자의 이해가 또는 특정 공급자 집단의 이해가 더 많이 반영될 수 있는 가능성을 배제할 수 없다(Overman and Cahill, 1994).

#### 4. 의료기관간 네트워크 활성화

우리나라의 의료체계는 지극히 분절된(fragmented) 상태의 비효율적인 체계이며 의료기관간 역할 분담이나 연계가 이루어지지 않고 대신 중복과 과잉 투자가 보편화되어 있다. 즉 입원과 외래, 의원과 병원, 일차진료 의사와 전문의, 급성기 의료기관과 장기요양기관 간 기능의 분화와 상호 연계가 전혀 이루어지지 않고 있다. 장기적으로 건강보험은 이러한 비효율적인 의료체계를 효율화하기 위해 다양한 경제적 유인과 규제를 제공할 필요가 있다.

예를 들어 의료기관간 전략적 제휴와 네트워크 활성화는 규모의 경제 효과와 같은 의료기관간 합병의 긍정적인 효과를 거두면서 그와 동시에 부정적인 효과를 최소화하는 역할을 할 것이다. 병원의 비용합수 연구에 의하면 미국의 경우 병원에서는 규모의 경제 효과가 크지 않은 것으로 알려져 있으나(Grannemann, Brown and Pauly, 1986; Vita 1990) 이는 병원 수준에서 병원의 비용에 영향을 미치는 많은 요인들(예, 환자중증도 등)을 제대로 통제할 수 없는 한계에 기인할 것일 수도 있다. 그러나 병원 합병의 분석단위를 병원의 특정서비스(예, 심장수술, 암치료 등)로 한정하였을 때 규모의 경제 효과가 상당히 큰 것(Lynk, 1995)을 보면 의료기관 간 네트워크를 통해 효율성을 제고할 수 있을 것이다.

의료기관간 네트워크는 전략적 제휴(strategic alliance)의 한 형태로 볼 수 있다. 전략적 제휴란 공통 목표를 달성하기 위해 여러 조직들이 자원을 공유, 교환, 통합하고 경영활동을 협조하는 것이다(Duncan, Ginter and Swayne, 1995). 이를 병원산업에 응용하면 경쟁 환경 하에서 비교적 조직의 철학과 목표가 유사한 병원들이 상호 가치를 창출하는 동맹관계를 맺어서 독립성을 유지하되 미리 합의된 분야에서 통제권을 공유하며 상호간에 지속적으로 공헌하는 것으로 볼 수 있다. 병원의 경우 많은 부문에서 전략적 제휴의 장점을 활용할 수 있다. 우선 1차, 2차, 3차 의료기관간에 환자후송체계를 확립하여 병의원간 기능분화를 통하여 1차기관은 3차 기관과의 정형화된 연계관계를 통해 (예, 위상과 명성 제고) 내원 환자 수

를 늘릴 수 있으며 3차 병원은 이를 통하여 안정적인 환자수요의 기반을 유지할 수 있다. 이러한 의료기관간 의료전달체계의 구축을 통해 우리나라 의료체계의 큰 문제점중 하나인 의료장비의 과잉 투자를 막기 위해 고가의료장비를 공동으로 이용할 수도 있겠다. 한 거점 병원에 고가의료장비를 설치하여 공동으로 이용하거나 혹은 이동 가능한 고가의료장비가 요일별로 병원을 방문할 수 있을 것이다. 또 전략적 제휴를 통하여 소모품과 의약품 그리고 의료과실보험과 중업원상해보험 등을 공동 구매하여 가격할인의 혜택을 누릴 수 있다.

이러한 전략적 제휴가 활성화된다면 개별 병원간의 경쟁이 아닌 병원을 중심으로 한 병원의료체계(health care system)간의 경쟁으로 의료시장에서의 경쟁양상이 변화할 것이다. 미국의 경우 관리의료라는 민간의료보험이 자체의 의료체계를 구성하면서 의료기관간 네트워크가 증가된 측면도 있고, 한편으로는 민간의료보험이 강력한 시장지배력을 이용하여 공급자들을 압박함에 따라 의료공급자들이 보험자에 대해 교섭력을 강화시키는 수단으로서 병원 간 네트워크가 활성화된 측면도 있었다. 우리의 경우 현재는 의료기관 차원에서 자발적으로 네트워크 조직이 활성화되고 있지는 않다. 향후 민간의료보험의 역할이 증대되면 특히 관리의료(managed care)적 성격의 민간보험이 시장에 진입하면 우선 자신의 의료기관 네트워크를 구성하려 할 것이므로 의료기간 네트워크가 증가될 수 있다. 건강보험도 만일 의료기관과 선택적 계약을 한다면 개별 의료기관보다는 이러한 경쟁력 있고 효율적인 의료체계와 계약을 함으로서 거래비용도 절감하고 사회적 후생을 증가시킬 수 있을 것이다. 이를 통해 외래, 입원, 재활, 요양에 이르는 통합적 의료체계(Integraetd Delivery System)들이 활성화되고 환자가 적재적소에서 치료를 받음으로써 건강의 극대화과 비용의 절감을 추구할 수 있을 것이다.

## VI. 맺는 말

건강보험제도가 국민의 건강을 보장하는 제도로 발전하기 위해서는 아직도 많은 당면과제를 안고 있고 또 많은 정책적 변화를 필요로 한다. 하지만 변화는 많은 어려움을 수반

하고 또 합리적 모형만으로는 설명하기 어려운 정치적 과정을 거쳐야 한다. 모든 제도에 는 역사성 혹은 소위 경로의존성(path dependence)이 존재하기 때문에 제도를 변화시키는 것 혹은 외국의 제도를 이식하는 데는 많은 제약들이 존재한다(Kwon and Reich, 2003d). 최근의 의료개혁 과정 그리고 포괄수가제 도입 연기 등의 과정에서 보듯이 보건의료 부문 에 있어서는 특히 이해 관련 당사자들의 영향력이 제반 정책의 변화 그리고 정책결정 과 정에서 매우 중요한 역할을 한다. 향후 건강보험 제도와 정책의 변화에 있어 이러한 정치 적 과정에 대한 고려가 수반되어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 국민건강보험공단(2004), 『건강보험백서』.
- 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』.
- 국민건강보험발전위원회(2004), 『국민건강보험 발전을 위한 정책 제안』.
- 권순만(1998a), 「의료서비스 가격 결정을 위한 자원기준상대가치체계의 비판적 고찰」, 『보건경제연구』, 제14권 1호, pp.56~68.
- 권순만(1998b), 「미국의 병원 정책」, 『병원경영학회지』, 제3권 1호, pp.239~260
- 권순만(1999a), 「의료비총액예산제도에관한시론」, 『보건경제연구』, 제5권, pp.155~165.
- 권순만(1999b), 「정보의 실패와 보건의료정책」, 『보건학논집』, 제36권 1호, pp.31~40.
- 권순만(1999c), 「의료산업과 가격규제: 효과와 개혁방안」, 『한국정책학회보』, 제8권 2호, pp.255~271.
- 권순만(2000), 「건강보험요양급여비용계약제 시행방안에 관한 고찰」, 『보건경제연구』 제6권 1호, pp.33~55.
- 권순만(2001), 「건강보험 재정위기의 원인과 정책 과제」, 『한국정책학회보』, 제10권 3호.
- 권순만·양봉민·이태진·오주환·이수형(2003), 「보건의료 이용의 형평성」, 『보건경제연구』 제9권 2호, pp.13~24.
- 양봉민·권순만·이태진·오주환·이수형(2003), 「보건의료 자원조달의 형평성」, 『보건경제연구』, 제9권 2호, 1~12.
- 이진경(2002), 「건강보험 본인부담 실태와 추이분석」, 『건강보험포럼』, 제1권 3호, pp.51~72.
- 정홍원(2003), 「건강보험제도의 운영자로서 국민건강보험공단의 역할과 위상」, 한국정책분석평가학회 하계학술대회(사회보험제도 평가) 연제집, pp.291~317.

- 최병호(2003), 「국민건강보험제도의 평가와 발전 방향」, 한국정책분석평가학회 하계학술대회(사회보험제도 평가) 연제집, pp.255~288.
- 한국보건산업진흥원(2001), 『장기요양병상 및 전문병상 적정 공급방안 연구』.
- Altman, S. and A. Cohen(1993), "The Need for a National Global Budget", *Health Affairs*, supplement.
- Ashby, J. and T. Greene(1993) "Implications of a Global Budget for Facility-Based Health Spending", *Inquiry* 30.
- Barer, M., J. Lomas and C. Sanmartin(1996), "Re-minding Our Ps and Qs: Medical Cost Controls in Canada", *Health Affairs*, 15(2): 216~234.
- Bishop, et al.(1994), "Evaluation of Global Budgeting Strategies", *HCFR Report*, Health Economics Research Inc.
- Bishop, C. and S. Wallack(1996), "National Health Expenditure Limits: The Case for a Global Budget Process", *Milbank Quarterly*, 74(3)
- Busse, R. and C. Horworth(1996), "Fixed Budgets in the Pharmaceutical Sector in Germany: Effects on Costs and Quality", in F. Schwartz, H. Glennerster and R. Saltman (ed.). *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*. Wiley, pp.109~127.
- Danzon, P.(Spring 1992), "Hidden Overhead Costs: Is Canada's System Really Less Expensive?" *Health Affairs*, pp.21~43.
- Danzon, P.(1997), *Pharmaceutical Price Regulation: National Policies versus Global Interests*, American Enterprise Institute.
- Delnoij, D. and G. Brenner(2000), "Importing Budget Systems from other Countries: What Can We Learn from the German Drug Budget and the British GP Fundholding", *Health Policy*, pp.157~169.
- Dranove, D. and M. Satterthwaite(1992), "Monopolistic Competition when Price and Quality are Imperfectly Observable", *Rand Journal of Economics*, 23(3): 508~534.

- Dranove, D., M. Shanley and W. White(1993), "Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch from Patient-Driven to Payer-Driven Competition", *Journal of Law and Economics*, 36: 179~204.
- Duncan, W., P. Ginter and L. Swayne(1995), *Strategic Management of Health Care Organizations*, 2nd edition, Blackwell.
- Enthoven, A.(1988), "Managed Competition of Alternative Delivery Systems", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13(2): 305~321.
- Evans, R.(1997), "Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-based Health Care Reform", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(2): 427~465.
- Frank, R. and D. Salkever(1992), "Pricing, Patent Loss and the Market for Pharmaceuticals", *Southern Economic Journal*, 59(2): 165~179.
- GAO(General Accounting Office)(1994), *Prescription Drugs: Spending Controls in Four European Countries*.
- Grabowski, H. and J. Vernon(1992), "Brand Loyalty, Entry, and Price Competition in Pharmaceuticals after the 1984 Drug Act." *Journal of Law and Economics*, 35: 331~350.
- Giuliani, G., G. Sleke and L. Garattini(1998), "The German Experience in Reference Pricing", *Health Policy*, 44: 73~85.
- Glaser, W.(1993), "How Expenditure Caps and Expenditure Targets Really Work," *Milbank Quarterly*, 71(1): 97~127.
- Grannemann, T., R. Brown and M. Pauly(1986), "Estimating Hospital Costs: A Multiple Output Analysis", *Journal of Health Economics*, 5: 107~127.
- Hadley, J.(1991), "Theoretical and Empirical Foundations of the Resource-Based Relative Value Scale", in H. Frech III ed., *Regulating Doctors' Fees: Competition, Benefits, and Controls under Medicare*, AEI Press, pp.97~125.
- Hellerstein, J.(1998), "The Importance of the Physician in the Generic versus Trade-name Prescription Decisions", *Rand Journal of Economics*, 29(1): 108~130.

- Henke, K., M. Murray and C. Ade, "Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States", *Health Affairs*, Fall 1994.
- Hsiao, W., et al.(1988), "Results, Potential Effects, and Implementation Issues of the Resource-Based Relative Value Scale", *JAMA*, 260(16): 2429 ~ 2438.
- Hsiao, W., et al.(1992), "An Overview of the Development and Refinement of the Resource-Based Relative Value Scale: The Foundation for Reform of U. S. Physician Payment", *Medical Care*, 30(11), Supplement NS1-NS12.
- Hurley, J., R. Card.(1996), "Global Physician Budgets as Common-Property Resources: Some Implications for Physicians and Medical Associations", *Canadian Medical Association Journal*, 154(8): 1161 ~ 1168.
- Kwon, S.(1996), "Structure of Financial Incentive Systems for Providers in Managed Care Plans", *Medical Care Research and Review*, 53(2): 149 ~ 161.
- Kwon, S.(1997), "Payment Systems for Providers in Health Insurance Markets", *Journal of Risk and Insurance*, 64(1): 155 ~ 173.
- Kwon, Soonman(2002), "Globalization and Health Policy on Korea", *Global Social Policy*, 2(3): 279 ~ 294.
- Kwon, Soonman(2002), *Achieving Health Insurance for All: Lessons from the Republic of Korea*, ESS (Extension of Social Security) Paper 1, ILO (International Labor Office), Geneva.
- Kwon, Soonman(2003a), "Health Care Financing Reform and the New Single Payer System in Korea: Social Solidarity or Efficiency?" *International Social Security Review*, 56(1): 75 ~ 94.
- Kwon, Soonman(2003b), "Payment System Reform for Health Care Providers in Korea", *Health Policy and Planning*, 18(1): 84 ~ 92.
- Kwon, Soonman(2003c), "Pharmaceutical Reform and Physician Strikes in Korea: Separation of Drug Prescribing and Dispensing", *Social Science and Medicine*, 57(3): 529 ~ 538.
- Kwon, Soonman and Michael Reich(2003d), "The Changing Process and Politics of Health Policy in Korea", Harvard Center for Population and Development, Working Paper, Vol.13, No.10.

- Lim, M.(2004), "Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore", *Health Policy*, 69: 83~92.
- Lopez-Casasnovas, G. and J. Puig-Junoy(2000), "Review of the Literature on Reference Pricing", *Health Policy*, 54: 87~123.
- Luft, H., J. Robinson, D. Garnick, et al.(1986), "The Role of Specialized Clinical Services in Competition among Hospitals", *Inquiry*, 23: 83~94.
- Lundin, D.(2000), "Moral Hazard in Physician Prescription Behavior", *Journal of Health Economics*, 19: 639~662.
- Maarse, H.(1996), "Fixed Budgets in the Inpatient Sector: The Case of the Netherlands," in F. Schwartz, H. Glennerster and R. Saltman, ed., *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, pp. 75~92.
- Melnick, G., J. Zwanziger, A. Baumezai and R. Pattison, "The Effects of Market Structure and Bargaining Position on Hospital Prices", *Journal of Health Economics*, 11: 217~233.
- Moore, W. and R. Newman(1993), "Drug Formulary Restrictions as a Cost-Containment Policy in Medicaid Programs", *Journal of Law and Economics*, 36: 71~98.
- Mossialos, E. and J. Le Grand(1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate.
- Noether, M.(1988), "Competition among Hospitals", *Journal of Health Economics*, 7: 259~284.
- Newhouse, J.(1992), "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *Journal of Economic Perspectives*, 6(3): 3~21.
- OECD(2003), *Statistics*.
- Overman, E. and A. Cahill(1994), "Information, Market Government, and Health Policy: A Study of Health Data Organizations in the States", *Journal of Policy Analysis and Management*, 13(3): 435~453.
- Phelps, C.(1992), "Diffusion of Information in Medical Care", *Journal of Economic Perspectives*, 6: 23~42.

- Phua, K.-H. and N. Prescott(1998), "Achieving Universal Coverage of Health Care Through Appropriate Use of Insurance and other Financing Methods", Proceedings of the International Seminar on Health Care Financing Reform, Tokyo, Japan.
- Rice, T.(1997), *The Economics of Health Reconsidered*, 1998, Health Administration Press.
- Saltman, R. and J. Firueras (ed.), *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. WHO.
- Schwartz, F. and R. Busse(1996), "Fixed Budgets in the Ambulatory Care Sector: the German Experience", in F. Schwartz, H. Glennerster and R. Saltman, ed., *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, pp.93~108.
- Wiley. M.(1992), "Hospital Financing Reform and Case-Mix Measurement: An International Review", *Health Care Financing Review*, 13(4): 119~133.
- Wolfe, P. and D. Moran(1993), "Global Budgeting in the OECD Countries", *Health Care Financing Review*, 14(3): 55~76.
- Zwanziger, J. and G. Melnick(1988), "The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California," *Journal of Health Economics*, 7: 301~320.



---

## 제3부 선진국의 의료보장제도 현황 및 전망

권 순 원

덕성여자대학교 경제학과 교수



## 머 리 말

최근 구미선진국을 중심으로 의료보장제도의 개혁이 추진되고 있다. 각국 모두 인구 고령화의 진전과 안정적인 경제성장하에서의 재정적 제약 등 의료보장제도를 둘러싸고 있는 사회경제환경의 변화에 대응하는 움직임을 보여 주고 있는 것이다. 다른 한편으로 우리나라에 있어서는 인구의 급속한 고령화, 경제성장의 부진지속, 의료에 대한 국민적 니드의 다양화, 의료기술의 고도화 등 보건의료여건의 변화에 발맞추어 효율적이고도 공평한 의료보장제도를 구축하는 것이 중요한 과제가 되고 있다.

의료보장은 노령보장과 더불어 사회보장의 2대 중심영역이라고 풀이되고 있다. 그런데 사회보장제도(그리고 의료보장제도)는 복지국가의 기본적인 축을 이루는 제도이다. 사회보장은 사회적으로 근심·걱정없는 상태를 실현하는 것이 목적이며 가능하다면 그러한 상황이 생기지 않도록 최선을 다하는 접근방법이 바람직하다고 볼 수 있다. 기본적으로 사회보장 제도는 18세기 후반이후 산업화 또는 공업화의 진전이라고 하는 경제시스템전체의 구조적 변화 그리고 이에 따른 가족구조, 취업구조의 변화에 대응하는 형태로 전개되었다.

복지국가의 현대적인 형태는 2차 세계대전 후의 산물이라고 볼 수 있다. 구체적으로 말하자면 세계 제2차대전 이후 영국의 복지국가 정책방향을 설정한 바 있었던 베버리지 보고서가 결정적인 계기를 제공하였다. 이후 구미 각국으로 확대 보급되기에 이르렀던 사회보장제도는 1970년대 중반 제1차 석유파동이 일어나기까지 경제의 성장과 더불어 외연적 확장과 내용의 충실을 아울러 실현함으로써 성장과 분배를 보완적으로 달성할 수 있다는 역사를 탄생시켰다.

그런데 산업화사회에 있어서 사회보장제도(특히 사회보험제도)는 공동체로부터 이탈해 나가는 계층, 즉 새로운 그러나 취약한 공동체로서 핵가족세대를 지원하는 시스템으로 생성·발전되었다. 이 경우 사회보장제도의 기본단위는 가족 또는 세대가 되었고 자연히 사회보험은 세대주를 가입자로 부인과 자녀들을 피부양자로 규정하게 되었다. 그러나 고령화(성숙화)사회가 되면 여성의 사회진출, 아버지를 중심으로 하는 핵가족 공동체의 응집력 완화 등으로 가족관계의 외부화/사회화가 이루어지고 따라서 사회보장의 단위도 개인으로 옮겨가게 되었다.

현대사회에 있어서 의료보장이 수행하는 역할의 중요성에 대해서 의문을 제기하는 사람은 아무도 없을 것이다. 대부분의 사람들에 있어서 의료보장은 안정되고 건강한 생활을 영위해 나감에 있어서 불가결의 요소로 간주되고 있기 때문이다. 국가의 중요한 정책영역의 하나로써 의료보장과 관련되는 예산은 우리나라를 포함하여 어느 나라에 있어서나 거의 예외없이 빠르게 불어나고 있다.

이러한 의료보장은 한편으로 현대사회를 특징짓는 사회제도로써 확고한 지위를 점하게 되었다고 볼 수 있으나, 다른 한편으로 아래에서 보는 바와 같이 여러가지 문제를 안고 있어 그 장래가 밝지만은 않다. 무엇보다도 경제의 저성장추세와 고령화 사회로의 이행에 따라 의료보장이 국가재정을 압박하는 주요 프로그램의 하나가 되고 있기 때문이다. 의료보장의 추진이 의심할 여지없이 사람들에게 긍정적으로 받아들여지고 있지만 의료비가 접하는 GDP대비 비율이 점점 높아지면서 크게 상황이 바뀌고 있는 것이다.

의료보장의 보급과 성숙과정에서 선도적인 역할을 수행한 바 있었던 국가들 역시 효율과 형평측면에서 갖가지 문제를 노정하고 있어 전파력을 잃고 있다. 이에 따라서 각국은 그 나라의 특수한 사정이나 전통을 배려하면서 스스로 적합한 시스템을 구축해 나가지 않으면 안 될 사명을 안게 되었다. 결국 의료보장에 대해서는 어느 나라에나 타당한 가장 우수한 모델이 존재하지 않기 때문에 의료보장은 국가별로 다양한 접근방법을 취하고 있음을 보게 된다.

이러한 의료보장의 일반적 동향과 자원조달형태별로 대표적인 국가들의 의료보장개요에 대해서 기본적인 인식을 전달함과 아울러 비교제도론의 입장에서 주요 각국의 의료보장제도를 역사, 현상, 그리고 장래 등으로 나누어 논설하는 것이 본서의 주된 집필목적이다. 부차적인 집필목적으로 한국의 입장에서 구미선진국과 아시아 주요국의 의료보장을 개관하여 우리나라 제도개선과 정책발전에 참고하려는 의도도 있음을 밝혀 두고자 한다.

본서의 구성은 ‘1장 주요각국의 의료보장: 개관’에 이어서 1부에서 독일, 네델란드, 프랑스 등 대표적인 사회보험국가의 의료보장, 2부에서 영국과 스웨덴 그리고 캐나다 등 조세에 의한 의료보장, 3부에서 시장경제에 기초를 두고 있는 미국의 의료보장 그리고 4부에서 일본, 대만, 싱가포르 등 아시아 주요국의 의료보장을 차례로 살펴 보기로 한다. 이상 10개국을 대상으로 각국 공히 의료보장의 역사적 전개, 제도의 개요, 제도의 특징과 전망 등으로 나누어 검토하면서 한국의료보장제도의 발전을 위해 유용한 자료로 삼고자 한다.

## I. 주요 각국의 의료보장: 개관

### 1. 의료보장의 개념과 제도

현대라는 위험사회에 있어서 각종 질병과 사고 등으로 경제적 곤란이 닥쳤을 때 개인과 시장(사적보험을 포함하여)으로는 대응하기 힘든 경우 사회적 또는 공적 제도로써 대응해야 할 것인바 이것이 바로 사회보장으로서 의료보장인 것이다. 그러나 의료보장제도의 국제적인 동향을 살펴보면 알 수 있지만 모든 국민적 필요를 국가가 충족시킬 수는 없으므로 적절한 公私의 역할분담이 요청되고 있음을 미리 지적해 두고자 한다.

사회적 위험 및 생활관련 위험에 대하여 적절한 대비를 할 수 있을 때 우리는 안심, 안정, 안전을 느낄 수 있을 것이나 문제는 이러한 위험이 시대의 발전과 함께 그 성격이 변모된다고 하는 점에 관심을 기울여야 할 필요가 있다. 따라서 적극적으로 여건과 시대변화에 적응할 수 있도록 비전과 대책이 마련되어야 할 것인 바 이를 토대로 의료보장을 재편해 나갈 것이 요청된다. 특히 자원이 한정되어 있다는 제약조건을 고려할 때 형평성뿐만 아니라 효율성 측면을 함께 고려하는 방향으로 현재와 미래에 걸쳐 고용형태의 변화, 인구의 고령화 속도, 여성의 사회진출 그리고 의료보장의 국제적 협력증진 필요성 등을 감안하는 적절한 정책개선이 요구된다고 EC(유럽연합) 등 국제기관들은 한결같이 강조하고 있다.

또한 인구고령화와 맞물려 국민의료비가 크게 증가하고 있음에 비추어 비용효과적인 재원조달이 의료보장의 주된 과제가 되고 있다. 이와 함께 경제사회개혁의 일환으로 보건의료와 복지니드에 대응하여 자원 절약적인 방식으로 의료보장의 개혁이 추구되는 것이 바람직하다. 요컨대 의료서비스에 대한 접근과 질적 수준을 높여 나가면서 의료비를 절감하는 정책이 요구되고 있는 것이다. 이와 관련하여 국민 개인의 책임 역시 강조되어야 할 것이다. 각자는 의료보장을 위해 사용되는 돈이 마치 자기 돈인 것처럼 생각하고 최선을 다해 절약하는 노력이 필요하며 더불어 스스로의 건강은 스스로 챙겨나간다는 자세를 확립해 나가는 것이 바람직하기 때문이다. 그러므로 어느 국가에 있어서건 지속가능한 의료

보장제도를 만들어 갈 수 있는 방안을 놓고 국민적 합의를 도출하는 노력이 중요하다고 하겠다.

주요 각국의 의료보험제도 개혁동향을 종합적으로 평가해 보면 다음과 같은 공통점과 특징을 발견할 수 있다. 이들 국가들은 무엇보다도 보건의료시장 기능의 활성화와 인센티브제도를 중시하고 있는 특색을 보여 주고 있다. 또 하나의 특징은 특히 사회보험국가에 있어서 국고지원정책의 변화로 요약될 수 있겠는데 독일, 일본 등은 이미 높은 보험료율로 인하여 국고지원을 늘려서 부족한 재원을 메워 나가려는 움직임이 공통적으로 관측되고 있다. 다시 말해서 각국은 경제적 유인시스템을 폭넓게 가동시켜 의료비 증가추세를 안정화시키려고 노력하고 있음을 본다. 이와 함께 지불제도의 개선을 통하여 의료비절감을 지속적으로 추진해 나가면서 모자라는 재원은 국고에서 지원한다는 방침을 실천해 나가고 있다.

다시 말하자면 이들 국가에 있어서 의료보장정책의 개혁을 기초로 행한 실증분석으로부터 얻을 수 있는 정책적 함의는 보험재정에서 접하는 국고지원의 역할이 상대적으로 커지고 있다는 점으로 집약된다. 이를테면 독일의 경우 국가경쟁력에 주는 부담을 완화하고 형평증진에 기여한다는 명분을 국고지원에 부여하고 있으며 프랑스에서는 중증의료에 대한 본인부담 경감의 중요성을 강조하면서 예외적인 급여를 위해 다양한 목적세의 세원을 발굴하고 있다. 일본의 경우 고령자 등 고위험계층의 의료비 부담경감을 통하여 사회적 외부효과를 증대시키는 한편, 다른 한편으로 거국적인 국민건강 증진사업을 추진하고 있다. 대만에서는 주로 장애인 및 저소득계층을 지원한다는 목표를 제시하면서 국고를 투입하고 있음을 알 수 있다.

사회보험방식의 의료보험제도를 지니고 있는 유럽의 선진국들이 보여 주고 있는 또 하나의 특징은 대부분 공적보험을 주축으로 민간의료보험이 이를 보충하는 형태를 취하고 있다는 점이다. 말하자면 사회보험은 주로 중·저소득층을 대상으로 기본적인 보건의료를 제공하는 재원조달기구의 역할을 수행하고 있는 반면, 임의보험방식의 민간보험은 고소득계층을 위한 위험분산장치로서 보충보험 또는 대체적인 보험으로서 역할을 담당하고 있다 (Mossialos and Le Grand, 1999).

다만 선진국 중에서도 일본은 예외적인 국가로서 민간보험의 역할이 매우 소극적이다. 일본은 대만, 한국과 더불어 추가적인 재원조달수단의 하나로 국고지원을 활용하여 전국

민의료보험(National Health Insurance, 줄여서 NIH)을 발전시키는데 주력하고 있어 민간보험의 역할이 그만큼 제한되고 있기 때문이다. 일본은 이미 국고지원이 중요한 보험재정수입 항목의 하나로 고착된 실정이므로 효율적인 국고보조금 활용을 위한 정책개선이 주요과제가 되고 있다고 하겠다.

## 2. 의료보장제도의 발전

### 가. 복지국가모델과 의료보장의 발전

의료보장제도의 발전을 논의하기에 앞서 어떻게 사회보장제도와 복지국가가 발전되어 왔는가를 살펴보기로 한다. 왜냐하면 의료보장은 소득보장과 함께 사회보장의 핵심부분을 형성하기 때문이다. 따라서 사회보장이라는 큰 테두리를 먼저 고찰한 다음 의료보장의 연혁을 검토해 보기로 한다.

복지국가의 핵심으로서 사회보장제도는 산업화의 진행과 함께 경제정책과 사회정책으로서 발전해 왔음을 알 수 있다. 산업혁명을 주도한 영국을 중심으로 하는 선발산업국은 시장주도를 위한 경제정책의 중요성이 강조되었고, 독일, 일본 등 후발산업국들은 산업정책에 주안점을 두면서 전기 산업화사회를 거치게 되었다. 이어서 후기 산업화사회에서는 케인즈의 유효수요이론을 배경으로 정부의 적극적인 재정확충정책과 맞물리면서 복지국가를 위한 사회보장제도의 발전이 도모되게 된다. 후기 산업화사회를 지나 성숙화 사회를 맞이하게 되면 핵가족화, 인구고령화, 여성의 사회진출에 힘입어 가족관계의 외부화가 진행되는 특징을 보여주게 된다. 경제발전이 성숙되게 되면 시장의 규칙확립과 기반강화를 위한 경제정책과 사회안전망으로서의 사회보장이 대표하는 사회정책간 균형과 조화의 추구가 중요한 정책과제가 된다.

### 나. 복지국가와 경제발전과의 상호 관련성

이상에서 간단히 설명한 바 있는 복지국가와 사회보장과 관련하여 이념적이고 정치적인 관점을 떠나 경제발전과의 상호관련성을 기초로 복지국가의 다양한 형태나 모델을 그 배후에 있는 경제사회시스템과 관련지어 분석, 평가할 필요가 있을 것이다.

<표 1>에서 보는 바와 같이 복지국가의 유형으로는 다음 3가지를 들 수 있다. 복지국가는 먼저 영국, 스웨덴 등 복구제국 그리고 캐나다 등이 취하고 있는 보편주의적 모델, 유럽대륙의 사회보험모델 그리고 미국 등의 시장중시모델로 크게 구분될 수 있다. 독일과 프랑스에서는 ‘보험’이라는 시장적인 원리를 기초로 사회보험제도를 구축하였으며 이들 국가에서는 공동체의 이념을 기초로 한 상호부조나 연대라고 하는 원리가 특히 중시되고 있다. 다른 한편으로 영국 등 보편주의모델에서는 조세수입으로 주된 재원을 구성하여 균일급여와 전 국민 가입이라는 특징을 지닌 보편적 제도를 보여 주고 있다.

<표 1> 복지국가의 분류

모델	보편주의	사회보험	시장중시
특징	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 조세중심</li> <li>· 전 주민대상</li> <li>· 평등지향(소득재분배)</li> <li>· 公共扶助(공공성)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사회보험중심</li> <li>· 직역(근로자)이 기초</li> <li>· 소득비례적 급여</li> <li>· 공동체의 이념을 기초로 연대</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 민간보험중심</li> <li>· 최소한의 국가개입</li> <li>· 自立自助</li> <li>· 자원봉사</li> </ul>
국가	영국(시장중시에 접근), 북구, 캐나다	독일, 프랑스, 네델란드	미국

자료: 권순원(2004).

그런데 한국의 사회보장제도(특히 의료보장제도)를 출발시키면서 많은 참고를 한 일본의 경우가 우리의 흥미를 끌고 있다. 즉, 우리와 비슷한 경제사회구조를 가지고 있는 일본은 기본적으로 사회보험모델을 기초로 사회보장제도를 시작한 후 보편주의적 모델의 요소를 가미하여 발전하는 양상을 보여 주고 있는 것이다. 한국 역시 일본의 경로를 쫓아가면서 전 국민건강보험, 전 국민연금제도의 달성 등을 추구하고 있다. 특히 국가개입과 소득재분배의 중요성을 강조하고 있는 김대중 정부와 참여정부의 평등화정책방향에 비추어 한국의 사회보장은 보편주의의 성격이 점차 강화되고 있다고 평가되고 있는데 이는 시장중시모델로부터 점점 멀어지고 있다는 경향을 의미한다.

일반적으로 보편주의모델에서 시장중시모델로 갈수록 사회보장의 규모나 수준은 작게 되는 경향이 있음을 보게 된다. 그러나 현실적으로는 반드시 그렇지는 않다고 평가된다. 예를 들면 영국은 사회보장의 고려방법이나 이념에 있어서는 분명히 보편주의모델에 속하

나 그 수준은 오히려 사회보험이나 시장중시 모델 쪽으로 접근하고 있음을 알 수 있기 때문이다.

그 결과 영국의 국민부담률은 독일보다도 낮고, 고령화율이 영국보다 낮은 프랑스의 국민부담률보다도 훨씬 낮게 나타나고 있다(표 2 참조). 사회보험국가들의 국민부담률이 보편주의 국가들의 그것보다 반드시 낮게 되지는 않는 하나의 이유는 사회보험모델국에서는 연금이 ‘소득비례형’이므로 이것이 전체적으로 국민부담률을 끌어올리기 때문이다(廣井良典, 2003).

<표 2> 각국의 국민부담률, 고령화율 및 의보재정의 비율

(단위: %)

	국민부담률	고령화율	사회보장재정에서 차지하는 비율		
			의료	연금	복지 등
스웨덴	70.4	17.6	18.7	37.6	43.6
프랑스	62.3	14.6	24.4	48.8	27.1
독 일	56.2	15.6	26.0	42.8	30.8
영 국	46.2	15.7	26.8	39.7	33.5
일 본	36.5	14.5	37.1	51.8	11.2
미 국	36.7	12.6	36.6	44.8	18.6

주: 국민부담률은 조세부담과 사회보장비용의 대 GDP비율로 1993년 수치임(일본은 1995년).

고령화율은 총인구 대비 65세이상 인구의 비중으로 1993년 수치임(일본은 1995년).

사회보장 전체에서 차지하는 연금의 비율은 1992년 수치임(일본은 1995년).

자료: 廣井良典, 2003.

이와 관련하여 <표 3>은 경제사회의 발전에 발맞추어 건강상태 또는 질병패턴의 변화를 단계별로 보여주고 있다. 감염증 중심의 질병패턴을 보이는 제1단계에서는 조세수입을 재원으로 하는 공중보건의 구식적인 대응시스템 역할을 수행할 것인 바 의료서비스 공급자는 보건소체계와 개업의가 된다. 다음으로 만성질환이 지배적인 제2단계에서는 사회보험으로서 의료보험을 통하여 대응하게 되며 이 단계에서 의료서비스공급은 병원이 중심이 된다. 마지막 단계에서는 노인퇴행성질환의 비중이 커지게 되며 고령자를 위한 의료와 복지가 중요성을 띠게 된다. 이 단계에서 서비스의 공급은 재택의료와 개호 그리고 복지시설에서의 의료 및 복지서비스가 큰 비중을 점하게 될 것이다.

다시 말하자면 제2단계는 앞에서 설명한 후기산업화사회 또는 소비사회와 연결이 되며 제3단계는 성숙화 사회 또는 고령화 사회의 특성을 띄게 된다. 이에 따라 사회적 보호의 단위 역시 제2단계에서는 사업장과 가구가 중심이 되나 제3단계에서는 개인으로 옮겨가게 됨을 알 수 있다.

<표 3> 건강상태의 전환단계와 대응시스템

건강상태의 전환단계	대응시스템	공급체제	보호의 단위
제1단계 감염증 ↓ 제2단계 만성질환 ↓ 제3단계 노인퇴행성질환	공중보건(稅)  의료보험제도  고령자의 의료·복지를 통합하는 별도 시스템	보건소 및 개업의 중심  병원 중심: 의료와 시설 ↓ 복지와 재택	사업장과 가구  개인

자료: 廣井良典(2003)을 적의 수정하여 전재.

#### 다. 의료보장제도의 개편과公私의 역할분담 필요성

일반적으로 사회보장(의료보장)은 <표 4>에서 보는 것처럼 ① 개인이 보험료를 각출하여 집단적으로 위험을 분산시키는 원리를 기본으로 하는 사회보험과 ② 조세를 재원으로 소득의 재분배를 기본으로 하는 복지(공공부조)로 구분될 수 있다. 먼저 소득재분배는 일정수준의 보건의료서비스를 모든 사람들에게 평등하게 보장하는 것이 기본적인 취지인 반면, 위험의 분산은 질병, 사고 등 불확실한 위험에 대하여 각자가 일정한 보험료를 각출한 ‘풀(pool)’을 가지고 집단적으로 대비하는 보험으로서 기능을 수행하게 되며 여기에는 사회보험(강제가입, 평균보험료방식)과 민간보험(임의가입, 급여·각출균등의 원칙)이 있다.

위험분산의 보험적 기능에 대해서는 사회보험인가 민간보험인가라는 선택을 놓고 역선택의 문제를 논의하게 된다. 역선택 방지를 위한 공적제도로서의 ‘사회보험’은 시장원리를 수정하는 공정성을 위한 제도로서, 그리고 역선택문제가 발생하기 어려운 사적제도로서의 ‘민간보험’은 시장의 기능을 보완하는 효율성을 위한 제도로서 각각 자리매김하게 된다.

그러므로 의료보장의 바람직한 발전방향이나公私의 역할분담을 논함에 있어서는 공정성뿐만 아니라 시장실패의 시정이라는 효율성을 위한 제도라는 측면을 무시해서는 안 될

것이다. 따라서 의료보장의 각 분야별로 각각의 제도가 거두고 있는 기능의 의미를 면밀하게 관찰하면서公私의 역할분담, 즉 ‘시장과 정부’의 최적조합을 디자인해야 할 것이다.

요컨대 장기적인 생활설계를 수립해 나감에 있어서 어디까지 공적인 보장을 제공하는 것이 좋고 그 이상은 개인 스스로가 책임을 져야 한다고 하는 큰 그림이 그려져야 할 필요가 있을 것이고 의료보장에 있어서도 공사의 역할 분담이 요청되고 있다. 이 경우 시장(개인이나 기업)과 정부, 효율성과 공평성이 논의의 두 가지 기준이 되어야 할 것이다.

〈표 4〉 의료보장의 구분

---



---

1. 소득의 재분배(소득이전):
· 소득이전을 통해 일정이상의 생활을 모든 사람에게 보장
· 일반재원(세)으로 노인 의료복지, 연금의 기초부분, 공공부조 등 서비스 제공
2. 위험의 분산(보험):
· 일어나는 위험에 대하여 공동으로 대비
· 시장실패(역선택)가 일어나기 쉬운 경우 시장의 실패 수정하여 공평성을 증진시키고자 <b>사회보험</b> 사례 비노인 계층의 의료: 강제가입, 평균 보험료 방식
· 시장실패(역선택)가 일어나기 어려운 경우 시장기능을 보완하여 효율성을 높이기 위해 <b>민간보험</b> 사례 연금의 소득비례 부분 : 임의가입, 위험비례 보험료

---

자료: 권순원(2004).

앞으로 의료보장제도의 개혁방향은 ① 시장을 기초로 하되 이를 보완, 수정하는 제도로서 시장의 실패시정과 소득재분배에 각각 대응하되 ② 개인을 기본적인 단위로 하면서 개인과 개인의 네트워크를 지원하는 제도로 발전하는데 두어져야 할 것이다. 다시 말해서 공동체 전체적인 이해관계에 비중을 두기보다는 어디까지나 개인을 기본적인 단위로 두고 발전방향을 논의해야 할 것이다. 이는 필요이상으로 국가차원에서의 연대도모를 강조할 필요가 없고 또한 국가적인 온정주의를 제도개혁의 근거로 삼지 말아야 할 것이라는 의미이다.

참고로 유럽연합(EC)이 1997년 제출한 금후의 사회보장에 관한 보고서에서는 현재의 사회보장을 둘러싸고 있는 주요한 상황변화로 ① 고용형태의 변화(시간제근무나 비정규직근로자의 증가, 직선적인 커리어 패턴의 유통화 등) ② 인구의 고령화 ③ 여성의 사회적 진

출증대와 권리의 개인화(사회보장을 세대단위가 아닌 개인단위로 바꾸어야 한다는 움직임)  
 ④ 국가차원에서 사회보장제도간 상호조정 필요성 등을 열거 한 바 있었다(World Bank, 2000).

특히 유럽의 사회보험국가들은 오랜 시기에 걸쳐서 소비자선택권의 보장, 공영 및 민영 보험의 조화 등을 통하여 국민들의 건강증진을 위해 힘써 왔다. 그러나 1970~80년대 들어 국민의료비 증가율이 GDP 성장률을 계속 웃돌면서 정책기조가 의료비절감대책에 두어지게 되었다. 이와 관련하여 각국은 국가마다 조금씩 차이는 있을지라도 공통적으로 진료비 지불제도를 변경하여 후불제로부터 선불제로 이행하였고, 보험급여의 삭감 등 일연의 의료비억제대책을 채용하게 되었다. 다시 말해서 의료비를 적정수준 내에서 억제할 목적으로 사회보험국가들은 일연의 의료보장제도의 구조개혁을 단행한 바 있었다.

선진국들은 의료보장제도 개혁의 중요한 요소로써 보험자, 의료서비스 제공자, 그리고 환자와 관련되는 인센티브 구조를 변경시키는 방안에 많은 관심을 표명하고 있다. 이로써 의료비를 증가시키지 않고도 더 나은 건강증진성과를 거둘 수 있을 것이기 때문이다. 이를테면 식생활개선, 적절한 운동의 권장, 건전한 생활패턴 정립 등 건강증진을 위한 보건교육으로 의료비를 절감할 수 있는 것이기 때문이다.

선진 각국은 또한 현재와 앞으로의 경제사정에 상응하는 의료보장제도의 정립을 강조하고 있음을 보게 되는데 이는 자원의 적재적소 배치로 투입자원량을 절약하여 효율을 높이는 노력이다. 세계적인 동향을 감안하건 데, 이를테면 약제비절감, 의료의 오남용방지 등 줄일 수 있는 분야에서는 줄여서 가능한 한 추가재원을 적게 사용하는 방향으로 개혁을 추진해 나간다는 자세의 정립이 바람직하다고 판단된다.

### 3. 의료보장제도의 유형

앞에서 살펴 본 바와 같이 의료보장의 형태는 주로 재원조달방식에 따라서 크게 조세방식과 사회보험방식으로 구분될 수 있다. 이를 더욱 세분할 경우 <표 5>에서와 같이 6가지로 구분된다. 본 서에서는 이와 같은 의료보장의 유형별로 나누어 주요선진국과 일본, 대만, 그리고 싱가포르 등 아시아 국가들의 의료보장동향을 개관함과 더불어 최근의 개혁동향을 설명하고자 한다.

---

〈표 5〉 의료보장의 유형

---

1. 조세에 의한 국민건강서비스(National Health Services, 줄여서 NHS): 영국, 스웨덴 등
  2. 조세에 의한 국가공급체계(National provision of health services): 캐나다 등
  3. 사회보험방식: 독일, 프랑스, 네델란드 등
  4. 전 국민의료보험(NIH)방식: 일본, 한국, 대만 등
  5. 민간의료보험방식: 미국 등
  6. 중앙준비기금(Central provident Fund, 줄여서 CPF): 싱가포르 등
- 

#### 4. 의료보장의 전망

오늘날 선진국을 필두로 많은 국가가 의료보장을 추진하고 있다. 선진 각국은 현재와 미래의 사회적 필요와 보유자원에 맞추어 의료보장제도를 효과적으로 발전시킴으로써 의료서비스를 효율적으로 전달할 수 있는 방법을 모색하고 있다. 단적으로 표현하건 데 선진국들은 의료서비스의 전달과 재원조달에 있어서 효율과 비용 효과성의 제고에 초점을 맞추고 있다고 하겠다. 구체적으로 OECD국가들은 지역간 의료서비스의 균등배분과 서비스이용에 있어서 형평성증가, 국민의료비 절감을 위한 對病院 총액예산제 실시와 더불어 일당제, 건당지불제 등 새로운 지불보상제도의 개발, 1차의료의 효율적 활용방안 및 서비스 질의 보장 등에 주력하고 있다.

특히 유럽의 사회보험국가들은 오랜 시기에 걸쳐서 소비자선택권의 보장, 공영 및 민영보험의 조화 등을 통하여 국민들의 건강증진을 위해 힘써 왔다. 그러나 1970~80년대 들어 국민의료비 증가율이 GDP 성장률을 계속 웃돌면서 정책기조가 의료비절감대책에 두어지게 되었다. 이와 관련하여 각국은 국가마다 조금씩 차이는 있을지라도 공통적으로 진료비지불제도를 변경하여 후불제로부터 선불제로 이행하였고, 보험급여의 삭감 등 일연의 의료비억제대책을 채용하게 되었다. 다시 말해서 의료비를 적정수준 내에서 억제할 목적으로 사회보험국가들은 일연의 의보제도 구조개혁을 단행한 바 있다.

선진국들은 의료보장제도 개혁의 중요한 요소로써 보험자, 의료서비스 제공자, 그리고 환자와 관련되는 인센티브 구조를 변경시키는 방안에 많은 관심을 표명하고 있다. 이로써 의료비를 증가시키지 않고도 더 나은 건강증진성 성과를 거둘 수 있을 것이기 때문이다. 이

를테면 식생활개선, 적절한 운동의 권장, 건전한 생활패턴 정립 등 건강증진을 위한 보건교육으로 의료비를 절감할 수 있는 것이다<sup>30)</sup>.

선진 각국은 또한 현재와 앞으로의 경제사정에 상응하는 의료보장제도의 정립을 강조하고 있음을 보게 된다. 이는 자원의 적재적소 배치로 투입 자원량도 절약하고 업무효율을 제고시키자는 전략적 노력이므로 우리나라의 경우에도 반드시 추구되어야 할 것이다. 그러나 우리나라의 보건당국은 의료보험 적용기간연장, 급여범위확대, 보건예방사업 등 급여개선을 위해 (특히 지역의료보험과 의료보호와 관련하여) 추가적인 국고지원을 지속적으로 요청하고 있다. 세계적인 동향을 감안하건 데, 줄일 수 있는 분야에서는 줄여서 가능한 한 추가재원을 적게 사용하는 방향으로 개혁을 추진해 나간다는 정책기조가 주류를 이루고 있다고 평가된다.

## II. 사회보험국가의 의료보장

### 1. 독일

#### 가. 의료보장의 역사적 전개

100년이 넘는 장구한 역사를 지닌 독일의 의료보험제도는 우리나라가 현대적 의료보험을 도입하면서 참고한 일본 의보제도의 모델이었다. 그러나 오늘날의 제도현황을 보건 데 독일의 의보와 일본이나 한국의 의보간에는 상당한 차이가 있음을 알 수 있다. 독일에서는 부분적으로 대체적이기도 하지만 민간의보가 공적의보를 보완하는 公私의 역할분담이 이루어지고 있으며 수지상등의 원칙이 지켜지고 있다(土田, 1999). 말하자면 보험료수입으로 급여를 충당하여 국고지원은 원칙적으로 행하여지지 않고 있다(廣井, 1997). 반면 일본에서나 한국의 경우 사회보험의 역할이 지배적이어서 민간의보의 역할이 지나치게 제한되고 있으며 상당한 금액의 국고지원에도 불구하고 보험재정의 적자가 누적되어 재정위기상태를 맞이하고 있는 실정이다.

30) OECD(1994a) 참조.

## 나. 의료보장제도의 개요

1999년 말 현재 전 국민의 약 88.5%가 사회보험인 질병금고에 강제 또는 임의 가입하고 있으며 11.3%가 민간보험에 가입하고 있다. 추가형 보험인 대체의료비 보험(GKV)의 가입자(전 국민의 약 9%)는 일반의 혹은 전문의를 스스로 선택할 수 있으나 병원은 긴급한 경우를 제외하면 외래개업의에 의한 소개장이 필요하다. GKV의 가입자가 입원을 요하는 경우 원칙적으로 가입하고 있는 질병금고의 지시와 유도에 따라서 절차를 밟도록 조치되고 있다(高智, 1999). 상급의사에 의한 치료, 입원 등을 대상으로 급여를 제공하는 보험에 7.4%가 가입하고 있다. 가입자는 일반의 혹은 전문의를 스스로 선택할 수 있으나 병원은 긴급한 경우를 제외하면 외래개업의에 의한 소개장이 필요하다.

먼저 독일의 의대졸업생 수는 매년 12천명(한국의 경우 약 3천 3백명)정도로 실제수요의 약 2배에 이르고 있으며 保險醫수는 1991년 91.6천명에서 5년 후인 1996년에는 115.0천명으로 늘어나 동기간 중 보험의의 평균소득은 205천 마르크에서 162천 마르크로 크게 하락하였다<sup>31)</sup>. 이러한 의사의 과잉공급 때문인지 몰라도 독일인의 연간 수진회수가 12.8회로 기록되어 핀란드의 3.3회, 스웨덴의 3.0회에 비하여 훨씬 높게 나타나고 있다. 병원은 설립 주체별로 ① 공립병원 ② 적십자재단 등과 카리타스, 디아코니 등 종교복지기관의 공익병원 ③ 민간병원의 3가지로 구분된다. 공립병원은 줄어들고 공익병원은 정체적이거나 민간병원은 점차 늘어나고 있다. 병원의 과잉병상이 문제가 되고 있으나 독일국민들의 의료서비스 만족도는 매우 높은 편이다. 독일은 또한 세계 최초로 의료비 억제법을 1977년 제정한 바 있다(전게서).

독일은 치료중시의 과거를 반성하고 현재는 질병의 조기발견, 예방 및 재활에 중점을 두는 시책을 도입하고 있다. 이를테면 정기적 건강검진과 성인들의 암검진의 중요성을 강조하고 있다. 여자는 만 19세, 남자는 44세가 되면 암의 조기발견검진에 대한 급여청구권을 제공한다. ‘예방이 최선의 치료이다’라는 말이 있듯이 정기건강진단도 중요한 역할을 하고 있어 고액입원진료비를 절감하고 있다. 이와 관련하여 일반국민의 균형있는 식생활의 장려에도 힘쓰고 있으며 특히 치료와 연계, 재활중시정책을 전개하여 온천요법이나 물요법이 권장되고 있다. 이는 결국 입원수요를 감소시키는 결과를 가져왔다(전게서).

31) 2000년 말 현재 우리나라의 의사수는 5만 4212명이나 치과외사와 한의사를 포함할 경우 7만 6922명에 달하고 있다. 이들 중 약 80% 정도가 현재 직업에 종사하고 있다.

독일은 1989년 의약품비를 경감시키고자 참조가격제를 도입하였고 경미한 질환의 약제 중 감기약, 설사제 등은 급여대상에서 제외되고 있다. 다른 한편으로 환자 본인부담을 완화하여 서비스이용자의 과중한 부담을 덜어주는 조치를 취하고 있다. 저소득자에 대해서는 전면적·부분적인 본인부담 면제를 규정하는 사회조항을 적용하는 한편, 1년 이상 동일 질환이 있는 만성질환자의 본인부담이 年收의 1%를 초과하는 경우 그 초과분을 상환받도록 하는 과중부담조항을 두고 있다.

보험의에 대한 진료보수는 총액청부방식으로 배분되는데 개별의사는 행위별수가제에 의해 진료비를 청구한다. 비용억제를 위해 질병금고, 보험의, 병원, 제약업계, 주정부, 노사단체 등이 모여 개최하는 각 주별 협조행동회의가 총액인상율의 상한을 권고하는데 통상 기본임금 증가율 범위 내에서 결정된다. 병원의 입원비지불에 있어서는 종래 實비용보전원칙을 적용하여 투자적 경비는 주정부의 보조금으로, 경상적 경비는 보험자지급으로 충당하는 2원적 접근을 행하였으나 1993년 후자로 합쳐지게 되었다. 또한 같은 해에 약제비의 총액예산제가 실시되었다.

다음으로 비용억제입법과 후속된 개혁입법을 간단히 살펴보기로 한다. 1970년대 전반 5년간에 걸쳐서 의료비의 연평균 증가율이 19.6%에 달하여 제1차 비용억제법이 제정되기에 이르렀다. 이후 1980년대에는 의료비의 연평균 증가율이 4%대로 떨어지게 되었다. 이어서 1989년에는 의료개혁법이 통과되어 의보제도의 근본적 개혁을 도모하려고 시도하였다. 1993년에는 병원을 중심으로 의료공급측면의 개혁이 시작되었고 의보조직에 대해서도 개혁에 착수하였다.

먼저 비용억제입법에 대해서 알아보기로 한다. 1970~75년의 기간 중 급여증가에 맞추어 평균 보험료율이 1970년의 8.2%에서 1976년 11.2%로 급상승했는데 1974년의 석유파동을 계기로 정책전환이 불가피하게 되었다. 1977년 의보비용억제법 및 기타 관련법률이 제정되었는데 여기서는 본인부담의 상향조정, 급여의 삭감 등 기본적으로 의료서비스의 수요측으로부터의 대책이 중심이 되었다. 결국 이들 법률은 인구구성의 고령화, 질병구조의 변화 등에 따라서 지출증가의 근간이 되었던 비효율적 의료공급구조에 손을 대지 못한 채 대증요법적 대응으로 끝나고 말았다. 그 결과 향후 10년 간 단기적 효과를 제외하면 비용억제의 성과는 나타나지 않았고 본인부담의 상승으로 귀결되었다(松本, 1999).

다음으로 의료보장개혁법을 약술해 보기로 한다. 제2차 비용억제법과 병원비용억제법

등의 경험을 토대로 1982년 포괄적인 구조조정을 단행하여 공적의료보험의 재건축을 도모하게 되었다. 특히 건강한 사람과 병자, 젊은이와 노인, 저소득자와 고소득자 간의 부담조정이 추진되었다. 1989년에 발효된 구조개혁의 기본방향은 의료공급자, 피보험자 및 보험자에 대한 경제성, 절약성 및 본인책임을 강화하는 효과적인 인센티브의 설정과 보험자와 의료공급자간의 관계 및 보험자 상호간의 관계에 있어서 경쟁 등 시장경제요소를 증대시키는 데 두어졌었다(전계서).

구조조정을 위해 전통적인 수단이 동원되었는데 보험급여의 인하와 본인부담의 상향조정 등에 초점이 모여졌었다. 특히 약제에 있어서 실제가격보다 낮은 수준의 정액급여를 도입하여 피보험자의 부담을 증가시켰고 종국적으로 제약회사가 약가를 인하하도록 유도하였다. 이러한 노력의 결과 의료보험 전체적으로 145억 마르크의 절감효과를 가져왔으며, 이 중 1/2은 보험료인하에 나머지 1/2은 중증환자를 위한 급여지급 등에 돌려지게 되었다. 특히 새로운 보건복지 니드에 대응하여 재택 개호대책과 예방급여를 증대시켰다는 특징을 들 수 있겠으나 여전히 수요측면에 치우친 비용억제책이라는 평가를 받고 있다.

의료보장구조법은 의료보험급여지출의 증가억제 및 중장기적 안정화를 도모할 목적으로 제정되었다. 여기서는 의료공급구조의 개혁에 중점이 두어졌었는데 1993~95년의 3년 간 보험료산정의 기초가 되었던 수입증가를 범위 이내로 입원, 외래 및 약제예산을 한정시켰다. 또한 입원에 대한 진료보수제도를 개혁하여 종래 1일당 정액을 지불하던 실비용 보전 원칙을 버리고 건당 포괄수가, 특별보수, 진료과별 요양비, 기초요양비 등 급여에 상응하는 보수체제로 전환하였다. 이와 함께 保險醫 수요계획과 정년제를 실시하여 보험의의 수를 제한하는 조치를 취했다. 또한 피보험자의 질병금고선택권을 확대하였으며 연령, 성, 가족, 소득수준 등을 감안하여 위험구조에 대한 조정을 행하게 되었다.

이러한 의료공급구조의 개혁에 주안점을 둔 정책추진으로 독일은 의보재정의 중장기적 안정화를 도모할 수 있었고 예산제 도입과 수가인하로 입원요양비제도의 근본적 개혁을 도모할 수 있었으며 보험의 수도 억제할 수 있었다. 1993년 초 시행에 들어간 의료공급구조의 개혁노력으로 바로 그 해에 목표로 삼았던 수입과 지출의 조화를 달성하였다. 그럼에도 불구하고 1996~97년 다시 보험재정의 적자가 발생하여 공급측면에서 지속적인 구조조정 필요성이 제기되었고 제3차 개혁이 추진되었다. 동 개혁의 목적은 높은 의료수준을 유지하되 비용절감을 유도하는 것이었다. 이를 위해 공적개입보다는 제도자체의 자율

적 통제를 가능하게 하는 기전의 도입, 즉 이해당사자의 자치를 우선으로 하여 당사자에게 맡기는 것을 목표로 하였다. 이와 관련하여 본인부담의 상향조정, 보험료와 본인부담률의 연동, 본인부담경감조치의 개선, 약제에 대한 예산제의 포기, 포괄수가와 특별보수지급 등 병원부문의 개혁이 추진되었다.

이러한 의보제도의 재편노력에서 구조개혁의 계속적 추진, 경쟁을 통한 의료의 효율성·경제성의 추구, 자율적인 통제 등이 강조되었으며 공적개입이나 단기적 지출억제책은 자리를 내주게 되었다. 요컨대 독일은 1970년대 중반 이후 일연의 입법과정을 통하여 의료비절감대책을 개선해 나가고 있다. 한 가지 특기할만한 것은 독일 정부는 총체적으로 규제완화를 일관성 있게 추진해 나가고 있지만 사회적 후생을 증진시킨다고 판단되는 경우에는 과감한 규제로 국민전체의 편익을 도모하는 정책을 펴나가고 있음을 보게 된다. 이를테면 지역별 전문의 분포지표를 개발하여 전국평균치를 일정비율 이상 상회하는 전문의 過多지역으로부터 그 반대되는 過疎지역으로 의사들이 이주하도록 권장하고 있다. 왜냐하면 이러한 권고는 지역주민들에게나 전문의들에게 모두 이익이 되기 때문이다(권순원, 2001b).

#### 다. 의료보장의 특징과 전망

독일정부는 범 사회개혁 프로그램인 ‘Agenda 2010’에서 주요분야의 하나로 의료보험개혁을 위한 의료보험 현대화법(2003)을 통과시켜 금년부터 시행하고 있는 데 이는 1989년의 의료개혁법부터 시작된 다섯 번째의 개혁조치이다<sup>32)</sup>. 이들 개혁입법의 공통적인 목표는 의학의 발전과 인구의 고령화에 따른 의료비 상승을 억제하는데 두어졌다. 이와 관련하여 독일은 세계 최초로 의료비 억제법을 1977년 제정한 바 있음을 상기할 필요가 있을 것이다(高智, 1999).

독일의 최근 개혁에서는 보험료 인상이 어렵다고 보고 급여의 일부(이를테면 장제비 및 출산수당)를 축소하고, 정부재정으로부터의 지원 가능성을 열어 주면서 의료비증가율의 억제를 강조하고 있다. 특히 의료보험제도의 개혁 목표를 가입자의 참여 확대, 의료서비스의 질적 향상 및 효율성의 제고에 두고, 의보가입자로 하여금 적절한 보험료를 지불하고 의료비를 적정하게 부담하도록 유도하면서 질 높은 의료서비스를 이용하도록 고취되는 것이 사회적으로 바람직하다고 전망하면서 이를 통하여 약 130~150억 유로(약 18~21조원)가

32) 이밖에도 1992년 의료구조법, 1997년 신질서법, 그리고 2000년 의료보험개혁법이 제정되었음.

절감될 것으로 추계하고 있다.

의료보험 현대화법에서는 무엇보다도 의료보험제도의 투명성을 높여 가입자들의 참여확대의 중요성을 강조하고 있다. 그 주요한 내용을 보면 ① 가입자의 참여확대: 진료영수증 발급, 전자식 보건증 발급(중복검사 방지 및 응급진료 위해), 보너스제도를 통한 질병예방 유도, 가입자의 의견반영 강화, 환자들의 고충처리기구 설치 ② 의료서비스의 질 향상: 주치의제도 의무화, 병원의 외래진료 허용, 합동진료(group practice) 고취, 의사들에 대한 정기교육과 자질검증, 의료의 질 및 경제성 확보 전담기구 설치 ③ 효율성 제고: 의약품에 대한 참조가격제 확대 적용, 약사들에 대한 새로운 보상제도 실시로 약제비 절감, 일반의약품에 대한 자유가격제도 도입, 약국 약품에 대한 우편판매 허용, 의료서비스의 오·남용 신고센터 설치 의무화, 관리운영비 상충억제 등 세 가지로 요약될 수 있다.

의료보험 개혁방안의 특징은 본인부담제도의 단순화 및 소폭 인상, 인센티브 제도의 강화(예방과 재택의료 장려, 비용 효과적인 진료프로그램에 참여한 경우 보너스 제공 등), 연금수급자(기타소득에 대해서)에 대한 보험료부과, 보충적 민간의보의 도입, 진료비 보상방식의 변경(예산방식에서 전문의사별 법정진료량 방식으로 변경 등) 등으로 정리될 수 있겠다. 상세한 내용에 대해서는 부록을 참고하기 바란다.

보험재정의 안정을 위한 정책을 보면 단기 및 장기방안 등 2단계로 나누어 실시하고 있음을 알 수 있다. 제1단계 단기방안에는 질병수당의 경우 가입자 단독부담으로 바꾸고, 예외적인 경우의 급여는 담배세로 재원을 조성하여 국고에서 지원(예를 들면 임신부 및 산모에 대한 급여의 경우)한다는 점과 특별규정 폐지 등으로 의료비를 절감하여 보험료율의 인하를 도모한다는 점이 강조되고 있다. 제2단계 장기방안에는 민간보험 뿐만 아니라 정부재정의 활용 등 재원전환을 통하여 보험재정의 적자 가능성을 축소하려는 계획 등이 포함되고 있다. 한 가지 특기할만한 사항은 2단계에서 지금까지 보험료 중심의 보험재정 운용에서 조세를 통한 국고지원의 비중을 증대시키는 재정전환을 적극적으로 모색할 예정이라는 점을 들 수 있다<sup>33)</sup>.

요컨대 독일의 의보제도는 경제적 능력을 중시하여 소득에 비례하는 보험료 부과를 원

33) 최근 국가간 무한 경쟁시대를 맞이하면서 특히 독일의 경우 의료 등 복지비용을 포함하는 노동비용의 상승이 국제경쟁력에 좋지 않은 영향을 주고 있기 때문에 사회보험과 관련하여 어떻게 노동비용을 줄여나갈 것인가가 중요한 정책적 관심사가 되고 있다. 결국 독일 정부는 최근 사회보험의 비용을 근로자와 사용자가 부담하는 지금까지의 방식에서 벗어나 국고지원을 증대시키는 대안을 모색하게 되었다.

칙으로 하면서 수지상등의 원칙을 강조하되, 사회적 형평증진을 위해 국고지원<sup>34)</sup>이나 소득이전제도를 활용하는 분명한 특징을 보여 주고 있다. 이와 함께 사회보험의 부담을 경감시키기 위해 민간보험을 적극적으로 활용함으로써 민간보험간 뿐만 아니라 민간보험과 공적보험과의 경쟁을 강화시켜 나가려고 시도하고 있음을 알 수 있다.

## 2. 네덜란드<sup>35)</sup>

### 가. 의료보장의 역사적 전개

네덜란드는 의료 및 간호제도를 단일제도로 묶고 있는 데 두 가지 특징적인 현상을 들 수 있다. 첫째 1968년에 시작된 특별의료비보험에서 간호서비스의 일부를 의보의 틀 속에서 취급하게 되었다는 점을 손꼽을 수 있다. 이는 고령자의 증가와 함께 의료 및 간호제도의 정비가 주요 정책과제로 등장했었다는 시대적 배경 하에서 수요증대에 따른 의료비양등에 비추어 여하히 효율적이고 공평한 의료 및 간호제도를 구축해 나갈 것인가에 대한 해답이었다. 따라서 간호보험을 상대적으로 일찍 도입했다는 점에서 네덜란드 제도는 주목을 끌고 있다. 둘째 1980년대 후반이후 텍커계획(Plan-Dekker)과 시몬즈계획(Plan-Simons)에서 경쟁원리를 도입하여 자원배분의 효율화를 시도했다는 점을 지적할 수 있다.

### 나. 의료보장제도의 개요

네덜란드의 의보제도에서는 커버하고 있는 서비스의 종류로 구분하여 장기의보와 단기 의보가 공존하고 있다. 먼저 장기의보는 독일이나 일본의 간호보험과 같은 성격으로 강제 가입이며 보험료는 가입자의 소득에 비례하고 국세청에서 징수한다. 피용근로자는 사용자가 보험료를 부담하는 한편 자영자는 자신이 전액 부담한다. 급여가 지급되는 서비스에는 1년 이상의 입원치료, 정신병원입원치료 뿐만 아니라 노인요양소나 장애인시설에서의 케

34) 독일 연방정부는 예외적 급여에 대해서 국고에서 보조금을 지급하도록 제도화하고 있으며 군복무자, 공익 근무자, 실업자 등을 위해 보험료를 대납해 주고 있다. 1996년 연방정부의 국고지원규모는 76.5억 마르크(약 4.5조원)에 달하였다. 그리고 지방정부는 사회부조 수급권자에 대한 의료보험 급여비를 부담하고 있다.

35) 大森(1998)을 주로 참고하였음.

어가 포함된다. 보험료와 정부의 보조금으로 보험기금을 조성하고 건강보험심의회가 중앙 지불청을 통하여 각 보험회사별로 급여를 지급한다.

한편 단기의보는 우리나라의 건강보험과 같은 것으로 가입자의 연소득과 신분에 따라 3 제도로 분류되고 있다. ① 공무원의보, ② 年收가 59,700길더 미만인 근로자를 대상으로 하는 의보인 질병금고 ③ 연수 59,700길더 이상인 근로자 및 자영자를 대상으로 하는 민간인의보가 그것들이다. 가입자가 필요로 하는 경우 추가적 분만서비스, 가족케어, 치열교정 등 부가적 서비스를 구입할 수도 있다. 보험료는 소득비례보험료와 정액보험료로 구성되는데 피용자지위를 상실하게 되면 전액 본인이 보험료를 부담한다. 이들 보험료는 강제보험일반기금으로 모아졌다가 질병보험회사별로 급여를 지급한다. 만약 소득비례보험료 수입이 급여비에 미치지 못할 경우 정부의 보조금과 정액보험료수입으로 보전하게 된다.

민간보험의 가입자는 전 인구의 34%에 이르고 있는데 장기외보나 단기의보에 가입하지 않고 있는 사람이 임의가입하게 된다. 그러나 전혀 보험에 가입하지 않고 있는 사람은 수적으로 희소하다.

각 보험회사는 GP(General Practitioner, 일반의) 및 병원 등 서비스제공자와 계약을 체결하여 서비스를 공급하게 된다. 건강보험심의회가 의료서비스공급자대표와 보험자대표의 의견을 들어 모델계약을 작성한 다음 의료요금법을 토대로 의료요금중앙심의회가 설정한 가격보다 낮은 가격을 책정해야 하는 가격상한(price cap)의 제약하에서 각 대표자의 교섭에 의해 계약의 과정이 진행된다. 다음으로 모델가격에 이 가격을 추가하여 계약서를 작성하게 되는 바 다시 건강보험심의회의 인가를 받아야 한다.

가입자는 병이 발생할 경우 처음 단계에서 GP를 방문하게 된다. GP의 소개장이 없으면 병원방문은 불가능하다. 이 경우에도 본인이 등록한 보험회사가 계약을 체결한 GP와 병원만 이용할 수 있다. GP는 계약에 의해 나이나 병환정도를 감안한 위험조정형 인두제(Risk-adjusted capitation payment)방식으로 각 보험회사로부터 서비스에 대한 대가를 지급받게 된다. 또한 개업비용의 상환은 보험회사로부터 각출된 기금에서 지급받게 된다. 전문의는 병원에 고용되거나 병원과 협력관계에 있게 되는데 어느 경우에도 행위별수가제에 의해 보상을 받게 된다. 병원은 예산제의 적용을 받고 있는데 1983년 총액예산제(global budgeting system)를 채택했다가 1988년 기능적 예산제(functional budgeting system)로 개량한 바 있다. 병원의 예산을 ① 환자 수에 비례하는 고정적 부분 ② 병원의 기능에 따른 준

가변적 부분 ③ 병원이 보험자와의 계약에 의해 자유롭게 구득할 수 있는 가변적 부분 등 3가지로 구분하고 수가와 시설예산은 의료요금중앙심의회와 교섭하여 인가를 받도록 조치하고 있다.

병원 등 의료기관의 건립에 대해서는 병원시설법에 의해 엄격하게 계획을 작성하도록 규제하고 있다. 병원시설위원회가 인구당 병상수, 전문분야별(일반병원, 정신병원 등과 의사는 전문과별)의료기관 수와 니드, 각 의료기관의 기능, 상호관계 등을 고려하고 각 지역별 특징을 감안하여 처음 가이드라인을 작성한 후 재검토를 거쳐 계획을 확정지은 다음 보건부장관의 인가를 받아야 한다. 말하자면 의료시설에 대해서 중앙정부의 엄격한 통제가 실시되고 있는 것이다.

#### 다. 의료보장의 특징과 전망

텍커계획과 시몬즈계획의 주요내용을 고찰함으로써 네델란드 의료보장의 특징과 전망을 간단히 살펴보기로 한다. 1980년대를 통하여 의료비가 비교적 안정세를 보였으나 제도개혁의 필요성 때문에 텍커위원회를 설치하여 1987년 ‘자발적인 변화(Willingness to Change)’라는 제목으로 보고서를 제출하였는데 정부는 이를 기초로 ‘변화의 확인(Change Assured)’을 마련하여 1988년 국회의 승인을 받았다. 텍커제안의 주요부분은 1990년에 마련된 시몬즈계획에 반영되었기 때문에 양자의 기본적 접근과 골격은 동일하였다. 그러나 의료서비스, 사회적 케어에 대한 지출 중 어느 정도를 보험에서 보전할 것인가 하는 점에서 차이가 있었다.

이들 두 계획에서는 종래 장기보험과 단기보험, 또한 단기보험 중 소득과 신분에 따라 분리되었던 의보제도를 일원화하여 포괄적인 서비스를 커버하는 기초보험을 만드는 것을 중요한 내용으로 삼았다. 이들이 담고 있는 의료제도개혁의 골자를 소개하면 두 가지 특징적인 점을 들 수 있다. 첫째 기초보험개선에 있어서 가장 중요한 점은 종래 단기보험, 장기보험이 커버하는 서비스가 달랐으나 이들 양자간의 벽을 허물고 의료서비스와 간호서비스를 포괄하는 형태로 의보제도를 통합하는 것이었다.

둘째 가입자의 소득이나 신분에 따라 분리되었던 의보제도 통합의 방향성이 열거된다. 기초보험의 보험료는 소득에 의존한 반면 보험료율은 중앙에서 규제되고 있어 가입자의 소속의료보험에 따라서 보험료부담이 달라지는 문제가 있었고 기초보험이 커버하고 있지 않은 서비스에 대해서는 추가적인 서비스이용을 위해 추가적인 보험에 가입해야 하는 불

편이 있었다. 이에 따라서 질병보험, 민간보험, 공무원보험의 각 회사는 종래 판매하는 보험의 종류, 영업권분담에서 탈피하여 전국을 대상으로 서로 경쟁하는 양상을 띠게 되었다. 결국 가입자간 소득, 신분에 따라 벽이 만들어진 보험제도간의 진입장벽을 허물어 보험회사간 경쟁을 촉진하게 되었다.

보건부장관에 보르스트가 취임하여 새로운 제도개혁의 계획을 제시하였던바 이것이 1995년 개혁이다. 의료 및 간호서비스를 <표 6>에서 보는 바와 같이 3가지로 구분하였는데 각각의 개혁내용을 요약하고자 한다. 먼저 장기케어와 정신의료는 특별의료비보험으로 구분되었고 주로 노인층이 이용하는 서비스이므로 경쟁원리를 도입하지 않았다. 종전 여기에 포함되었던 처방의약품, 의료용구, 재활은 1996년부터 기초치료케어로 분류되었고 재택진료와 정신장애자케어에 대해서는 현금급여와 현물급여 중 하나를 선택할 수 있게 되었다.

<표 6> 네델란드에 있어서 의료 및 간호서비스의 구분

의료 및 간호 서비스	보험구분	보험자	경쟁정도
1. 長期케어와 정신의료	특별의료비보험	지역단일보험자	정부의 가격·수량 규제
2. 기초치료케어	강제건보	] 질병보험회사와 민간보험회사	규제된 경쟁
3. 쾌적성과 低價치료	민간보험		자유경쟁

기초치료케어는 단기의보를 말하는데 여기에는 규제된 경쟁을 도입하였다. 보험회사에 대한 비용상환을 예산방식으로 변경하였고 비용상환과 관련하여 거주지역 및 장애의 정도를 추가하여 위험조정을 행하게 되었다. 그리고 1997년부터 질병보험가입자에 대하여 본인부담제가 도입되었는데 GP진료를 제외하고 입원의 경우 입원일수 1일당 정액의 본인부담과 전체서비스에 대하여 20%의 본인부담을 적용하게 되었다. 또한 정부는 질병보험과 민간의료보험의 통합을 시도하여 서비스범위를 동일하게 함과 동시에 의료공급자에 대한 진료보수상환을 같도록 조치하였다.

쾌적성관련 서비스(amenity)와 저가치료분야는 자유경쟁에 맡기게 되었다. 성인 치과서비스와 이학요법서비스의 일부 등 사람들이 이용하지 못할 정도로 고가는 아니나 의료적 필요성, 효과, 효율 등의 기준으로 보아 일정한 조건을 충족시키지 못하는 서비스는 완전히

자유로운 경쟁을 추구하는 민간보험에서 취급하도록 조치되었다. 또한 人體에 대한 의료 및 개호상의 위험이 크지 않고 긴급성이 없어 소득분배에 미치는 영향이 적은 서비스항목 역시 자유진료에 일임하고 있다.

### 3. 프랑스<sup>36)</sup>

#### 가. 역사적 전개

1970년대 초까지 프랑스의 사회보장제도는 발전을 거듭하면서 일반화 되었다. 다만 1974년을 전후하여 경제성장률의 둔화와 맞물려 사회보장제도간의 재정조정에 의해 분권적 통일을 시도하게 되었다. 그러나 두 차례에 걸친 석유파동의 여파로 프랑스의 복지국가가는 후퇴를 경험하게 되었다. 이러한 복지국가로부터의 후퇴라는 상황에 대한 비판으로서 1981년 집권하게 된 사회당정권은 복지정책의 강화와 공공지출의 확대에 의한 경제활동의 자극 등 적극적인 사회정책을 전개하였으나 결과적으로 그다지 효과적이지 못했다는 역사적 평가를 받고 있다.

한편으로 프랑스 경제의 정체에 의한 실업의 증대가 심각한 문제가 되었고 다른 한편으로 경제와 사회정책 공히 문제의 본격적인 치유수단이 되지 못하였다. 치유를 연기하였을 뿐만 아니라 오히려 공공지출의 확대로부터 억제로 전환되는 결과를 초래하였기 때문이다. 사회당정권은 경제사회개혁을 위한 실험을 전개하였으나 결국 보수정권의 정책과 구별될 수 없게끔 변질되어버린 정책으로 회귀하고 말았다. 그리하여 1980년대 이후의 경제사회적 변화는 복지지출의 억제와 더불어 지출구조의 조정과 복지시스템의 재구축으로 연결되기에 이르렀으며 현재는 보다 근본적인 개혁의 필요성이 높아지고 있다고 평가된다.

#### 나. 의료보장제도의 특징과 전망

의료는 질병구조의 변화와 경제·사회적 변화에 민감하게 영향을 받기 때문에 의료보험 역시 크게 변모되면서 개혁을 요청받고 있다. 프랑스는 일찍이 개업의와 의료보험간 전국

36) 藤井(1996)를 주로 참고하였음.

협약방식을 채용한 바 있었다. 의료서비스에서 접하는 병원의 비중이 점차 높아지면서 병원의료의 문제가 크로즈업되었고 몇 차례에 걸쳐 병원개혁이 추진되게 되었다. 1958년 단행된 제1차 병원개혁에서는 병원의 근대화와 재편에 주안점이 놓여지게 되었다. 1971년의 제2차 병원개혁에서는 의료자원의 효율적 이용을 위한 지역의료계획(보건地圖)의 책정에 역점이 두어지게 되었으며 이어서 1984년에는 공립병원의 의료비용 청구를 일액방식에서 총액방식으로 변경하였다.

1990년의 제3차 개혁으로 의료의 질적 개선과 더불어 그 확보가 긴급과제이었던 개호 및 간호요원의 처우개선 등이 도모되었다. 이와 함께 프랑스 정부는 보건지도의 유연한 적용과 의료비억제를 기하려고 노력하였다. 이와 관련하여 병원을 대상으로 총액예산제를 도입하였고 예산증가에 일정한 목표율을 적용하는 기전을 설정하게 되었다. 이러한 목표율은 개업의료, 공립의료 및 사립의료에도 같이 적용되게 되었는데 의료비총액을 묶는 독일과는 달리 개별병원이나 의사개인에 대해 적용되었다. 목표율을 적용하는 장치는 한편으로는 국가와 의료보험간의 계약에 의해, 다른 한편으로 의료보험과 의료공급자간의 계약에 의해 설정된다.

최근의 의료보험개혁은 발라뒤르수상과 쥐페수상에 의해 추진된 바 있었다. 1994년 발라뒤르수상은 재임 시 개혁시대의 상징으로 손꼽이는 『의료보험백서』를 발간하였다. 동 백서는 지금까지의 의보개혁에도 불구하고 의료비의 증가세는 정지하지 않았고 이에 따라 의보재정의 악화를 타개해 나간다는 목적을 지니고 있었다. 동 백서에서 프랑스 정부는 의보개혁이 경제적·재정적 관점에서 뿐만 아니라 양질의 의료시스템을 구축하기 위해서도 필요하다고 전제하고 개혁을 지연시키는 것은 국민들에게 보다 더한 고통을 안겨다 주는 비효율적인 것이라고 설파했다. 의보개혁의 요청은 단순히 의료비 상승 뿐만 아니라 의보적자가 복지지출 적자의 1/2를 접하면서 프랑스의 이자율을 좌우하는 형편에 이르렀다는 점에서 당연시되고 있다. 더욱이 지금까지 큰 문제가 되어 왔던 인구의 고령화가 의료비 증가의 주요요인으로 작용하였고 프랑스인의 건강수준이 의보지출의 증가와 상응하지 않고 있다는 문제의식에 기초를 두었다.

동 백서는 지금까지의 의보관련 문제점과 개혁안에 대해서 폭넓고 상세하게 기술하고 있다. 진료보수와 의료비억제대책 뿐만 아니라 의료보장시스템에 대해서도 관리주체의 자유도와 의료비억제수준 등 두 가지 축을 토대로 영국의 국가관리시스템, 네델란드의 경쟁

시스템, 미국의 클린턴 건강보험안까지 여러 가지 가능성을 타진하고 있다. 프랑스의 사회적 가치관에 근거를 둔 개혁은 결국 현 시스템의 기본골격을 유지하는 방향으로 모아지고 있다. 그러나 프랑스정부는 공평, 의료의 질, 안전 및 효율을 강조하면서 개혁을 추진하지 않을 수 없다고 보고 대화와 자발적 참여에 기초하여 개혁을 위한 실험을 진전시켜야 한다고 결론을 내리고 있다.

취폐수상은 시락대통령의 지시에 의해 부진한 경제의 재건을 위해 사회보장지출의 삭감은 불가피하다고 판단하고 1995년 말~1996년 초에 걸쳐 사회보장에 관한 일련의 법을 공포한 바 있다. 취폐는 공공성을 강화하면서 민영화를 확대하는 방향으로 정책개혁을 시도하였다.

프랑스의 경우 정부의 강력한 의료비 억제대책에 힘입어 의료비증가율이 점차 둔화되고 있음을 알 수 있다. 그간 프랑스는 보험료의 인상, 급여율의 하향조정 및 급여범위의 축소 뿐만 아니라 전 국민을 대상으로 하는 의무기록제도의 확대적용, IC카드제도의 도입, 병원 인증제도의 실시 등 의료공급체계의 효율증대를 유도하여 의료비와 약제비를 절감하였다.

프랑스 의료보험제도 역시 독일과 마찬가지로 자치원칙에 입각하여 노사각출 보험료에 의해서 필요한 재원을 조성하고 있으며 국고지원은 무시될 정도로 작은 편이다. 다만 예외적인 경우 재원을 보충해 주기 위해 다양한 방식(이를테면 알콜소비세, 담배소비세, 의약품 광고세, 자동차 보험세 등)으로 사회보장 목적세가 부과되고 있어 우리들의 관심을 모으게 하고 있다.

한편 적용서비스별 본인부담률은 상대적으로 높은 편이지만 중증의료의 본인부담이 면제 또는 경감되기 때문에 실효 본인부담률은 약 12% 정도로 집계되고 있다. 특히 정부가 지정하는 30종류의 장기·고액진료(파킨슨병, 정신병, 간경변 등)에 대하여 본인부담을 면제해 주고 있으며, 이 밖의 장기·고액진료의 경우에도 환자의 과중한 부담을 덜어 주기 위해 본인부담을 감면해 주는 규정을 적용하고 있어 우리나라에 있어서 앞으로 고액중증진료에 대한 본인부담률 조정에 있어서 참고가 될 것으로 판단된다.

### Ⅲ. 조세방식에 의한 의료보장

#### 1. 영국

##### 가. 의료보장제도의 개요

영국은 NHS제도를 창설, 사회적 의료전달체계를 통하여 의료서비스를 국민들에게 제공하고 있다. NHS는 정부가 일반재정에서의 조세수입으로 재원조달을 하고 운영하는 제도로서 거의 대부분의 의료인들이 정부에 의해 고용되고 있다. 각 시민은 GP에 등록되어 있고 GP는 문지기기사(gatekeeper)로서 1차의료를 담당하면서 전문의에게 의뢰하는 역할을 수행한다. 단 GP의 의뢰가 마음에 들지 않으면 추가적 민간의료보험을 가지고 있을 경우 이를 통해서, 그렇지 않다면 본인의 비용으로 다른 전문의나 병원을 방문할 수 있다.

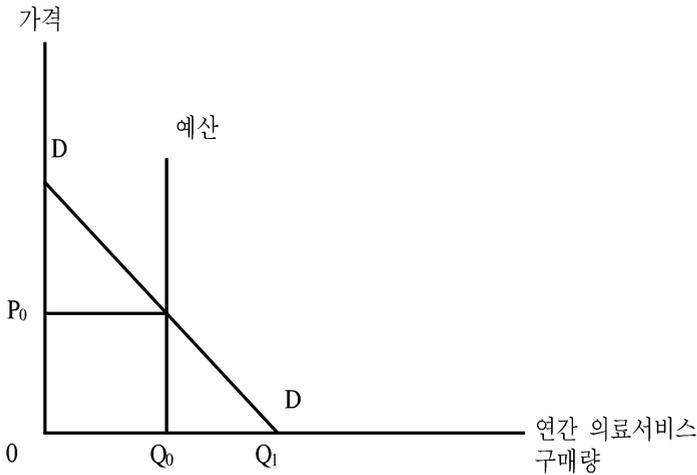
NHS는 환자의 지불능력이 서비스를 이용할 수 있는가 여부와 상관없이 특성이 있다. 그 때문에 의료에의 접근성은 대단히 높으나 통상 대기시간이 매우 긴 편이며 때로는 의료의 질이 문제가 되기도 한다. 따라서 부자들은 민간병원을 이용하거나 미국 등 외국으로 나가서 원하는 시간에 질 높은 서비스를 이용하기도 한다. 미국과 영국제도의 가장 중요한 차이를 보면 미국제도는 가격으로 서비스가 배분되는 반면 영국에서는 시간비용으로 서비스가 배분된다(그림 1 참조). NHS는 국가 전체적으로 OPo의 비용으로 OQo의 의료서비스를 제공하게 된다. 그런데 영국국민 개개인은 '0'의 가격으로(공짜로) 의료서비스를 이용할 수 있으므로 연간의료서비스 이용자는 OQ<sub>1</sub>으로 불어나 결국 이용자들의 대기시간이 길어지게 되는 현상을 빚게 된다(Sharp et al., 1998).

##### 나. 의료보장의 특징과 전망

1990년에 행하여진 NHS개혁은 상대적으로 다른 나라에 비하여 공적 색채가 강한 영국의 의료에 대처수상의 주도하에 대담한 시장원리의 도입을 시도했다는 점에서 특색을 찾을 수 있다. NHS자체는 국영사업으로서 유지하되 그 내부에 시장적인 요소를 도입하려고 했던 것이다. 예를 들면 각 병원은 병원 트러스트(Hospital NHS Trust)로서 지역의 의료당

국으로부터 독립된 기업이 되어 예산이나 인사에 관해서 독자적인 권한을 지닌다. 이로써 병원간의 경쟁이 고취되게 되었고 병원 트라스트는 민간기업과 제휴를 모색하도록 요청받게 되었다(廣井, 1997).

[그림 1] NHS의 의료 서비스 배분



NHS개혁의 기본 방향은 의료에 있어서 서비스의 구입자와 제공자(병원 트라스트)의 분리였다. 즉 지금까지 1원적으로 국영병원에서 공적 비용에 의해 의료서비스가 제공되었던 제도에서 벗어나 병원을 독립채산의 조직체로서 분리시켜 구입자(公的행정부문)가 이들 의료서비스의 제공자 중 특정의 제공자와 계약을 체결하여 의료서비스를 구입하는 제도로 전환하게 되었다. 결국 질과 가격 면에서 병원 트라스트간 상호경쟁을 유도함으로써 그 일부는 도태될 수밖에 없다는 것이 주요 개혁내용이 되었다. 이를 지탱하는 기본이념은 의료부문에 선택과 경쟁이라고 하는 시장메카니즘적 요소를 도입하는 것이었던 바 이로써 의료공급체계의 효율성을 제고할 수 있게 되었다. 이는 재원이 공공비용에 의해서 조달되고 병원이 전부 국립인 영국식 공적의료시스템의 입장에서 보면 매우 진보적인 180도의 정책전환이라고 풀이된다.

## 2. 미국

### 가. 의료보장제도의 개요

미국은 전형적으로 민간의료에 의존하고 있는 국가이다. 또한 미국의 일반 국민들은 대부분 민간의료보험을 이용하고 있다. 다만 미국정부는 65세 이상 노인층과 저소득층을 대상으로 Medicare와 Medicaid 등 공영의료보험을 설치·운영하고 있다. 그러나 최근 들어 이들 공공의보를 통하여 지출되는 의료비가 급증하면서 선불제에 의한 진료보수 정액제를 중심으로 하는 관리의료의 역할이 커지고 있는 실정이다. 미국은 관리医료를 통하여 과잉 진료의 유인을 줄이면서 전통적인 행위별 수가제도와 비교하여 개인부담을 경감시켜 비용 절감효과를 거두고 있음을 본다. 다른 한편으로 관리의료는 과소 서비스의 공급이나 의료 서비스 질의 하락을 단점으로 지적 받고 있어 적절한 의료서비스의 양과 질의 유지, 불필요한 서비스의 감축 등이 앞으로의 과제로 제시되고 있다.

관리의료는 ‘의료서비스의 접근성, 비용, 질을 효율적으로 관리하는 시스템에 있어서 의료의 재정과 공급의 통합체’라고 풀이된다. 관리의료의 의미는 다양하나 한마디로 말하여 ‘질 좋은 서비스를 가능한 한 효율 좋고 낮은 비용으로 제공받을 수 있는 의료시스템의 구축’을 목표로 삼고 있다. 이는 시장 지향적이며 자유로운 의료시스템을 추구하면서 적절한 통제를 통하여 의료비를 억제하고 있다. 이를 위해서는 의료기술의 평가수법이나 진료에 관한 정보데이터 베이스의 구비가 기초가 된다(廣井, 1997).

따라서 관리의료는 ① 의료에 있어서公私의 역할분담 ② 의료분야에 있어서 경쟁원리의 도입가능성 ③ 의료의 표준화 및 EBM(Evidence-Based Medicine<sup>37</sup>), 증거에 기초를 둔 의료)의 실천 ④ 진료가이드라인과 의료의 기술평가를 주요내용으로 한다. 그러므로 관리의료는 의사나 병원 등 의료공급자측에 편재된 의료에 관한 정보나 의료의 제공과 관련되는 권한의 일부를 보험자 측으로 이관, 의료비억제나 의료의 질 관리에 대하여 주도권을 보험자에 주려고 하는 특성을 지니고 있다고 볼 수 있다(廣井, 1999).

미국에 있어서 국민의료비의 재원 또는 자금의 원천 측면을 보면(1992년) 소비자 또는 환자 19%, 민간의료보험 31%, 그리고 정부 46% 등으로 구성되고 있다. 다른 한편으로 이

37) EBM은 개별환자의 진료에 대한 의사결정을 내림에 있어서 현재까지 나와 있는 대안 중 최고수준의 물증 또는 증거를 지닌 대안을 양심적이고도 명시적이며 현명하게 활용하는 것을 말한다.

를 용도면에서 보면(1995년) 연구 및 의료시설 등이 10%, 개인의료서비스 90%로 구분되고 그 중 특히 개인의료서비스의 40%와 19%를 각각 점하고 있는 병원서비스와 의사서비스가 큰 비중을 점하고 있다.

의료시장은 완전경쟁과 거리가 멀기 때문에 영국은 사회화된 의료를, 캐나다는 국유화된 의료제도라는 극단적인 양상을 보여주고 있으나 미국은 높은 질의 의료를 유지하면서 의료비를 가장 많이 지출하는 나라가 되고 있다. 미국은 환자가 그들이 제공받는 의료서비스에 대한 지불보상제도로써 행위별수가 및 의료전달시스템(fee-for-service payment and delivery system)을 채택하고 있다. 미국의 민간보험이 커버하는 내용은 포괄적이며 통상 일정액 공제제(deductible)와 본인부담제(co-insurance)를 채택하고 있다. 서비스제공에 대한 보수를 의미하는 의료수가는 한계비용을 반영한다고 간주된다(Sharp, et al., 1998).

미국은 의료비급등에 대한 대안으로 관리경쟁(managed competition)을 고취하고 있다. 관리의료는 보험자와 서비스제공자가 사전 협의하여 미리 정해진 수가표에 따라 의료비를 지불하는 제도로서 일정액 공제제와 본인부담제가 없는 것이 보통이다. 진료보수로 정액제를 실시하여 비용을 절감할 수 있다는 장점 때문에 근년에 올수록 관리의료를 실시하는 기관이 증가하고 있는 추세이다.

최근 관리의료의 성장세는 두드러지게 나타나고 있다. 특히 사용자가 의료보험을 제공할 경우 70% 이상이 HMO, PPOs(Preferred Provider Organizations, 특약의료기구), 의사연대(physician networks) 등의 형태로 관리의료를 실시하고 있는데 무엇보다도 의료서비스공급자에게 과잉공급 또는 불요불급한 서비스를 제공하도록 유인을 제공하지 않기 때문이다. 이를테면 HMO의 경우 문지기역사가 1차의료를 제공하고 필요한 경우 전문의에게 의뢰하게 되는데 통상 보험자가 지불하는 선불 정액수가 이외에 환자가 추가적으로 비용을 부담하는 경우는 거의 없다. 다른 한편으로 의료서비스제공자들이 서비스를 더 많이 제공한다고 해서 더 많은 금액을 보상해 주지 않으므로 불필요한 의료서비스를 제공할 유인이 없는 것이다. 요컨대 관리의료는 과잉진료의 유인은 없으나 과소 서비스제공이나 낮은 질의 서비스가 문제되기도 한다. 따라서 앞으로의 과제는 ‘어떻게 적절한 양과 질을 유지하면서 불필요한 서비스를 근절하느냐’로 요약된다(전계서).

미국의 주요 공공보건의료 프로그램으로는 1965년 창설된 Medicare(노인과 연금급여를 받는 장애자를 대상)와 Medicaid(사회부조를 받는 빈곤층을 대상)를 들 수 있다. 이들 공적

의료보험제도에 소요되는 비용은 해를 달리할수록 급속하게 증가하고 있어 심각한 문제가 되고 있는 바 Medicaid의 경우 1996년 HMO유형으로 의료보험형태를 변화시키면서 의료비의 증가율을 둔화시킬 수 있었다(Rosen, 1999).

먼저 Medicare는 제1부(강제적용의 병원보험)와 제2부(임의가입의 보충적 의료보험으로 의사 및 외래서비스를 대상)로 구성되어 있는데 재원은 1부의 경우 노사가 부담하는 임금세 2.9%이며, 2부는 매월 가입자가 46.5\$씩 불입하는 보험료와 일반재정으로부터의 보조금으로 구성된다. 1983년 개혁에서는 첫째 주어진 진료내용에 대하여 보험자가 미리 정해 놓은 수가를 적용하는 제도인 선불제도의 도입으로 비용이 감소되었다. 그러나 의료의 질도 하락하는 문제를 낳게 되었고 둘째 두 가지 관리의료형태 중 하나를 선택하도록 의무화되었다. Medicaid는 각州별로 운영하나 재원은 연방정부와 주정부가 부담한다. Medicare의 경우와 마찬가지로 의료비증가가 문제가 되고 있어 의료비억제를 위한 연방정부의 부정청구 적발노력강화, 관리의료로의 전환(비중이 33%로 높아짐) 등으로 의료비용의 증가율이 최근 둔화되고 있다.

#### 나. 의료보장제도의 특징과 전망

그런데 미국에서의 큰 이슈 중 하나는 바로 의료보험값인데 현재 4,000만명이 의료보험 없이 의료를 이용하고 있는 실정이다. 따라서 Clinton은 형평증진을 위해 1996년 의료보험값을 직접 겨냥하여 기존 有病者, 중소기업 근로자, 자영자 등 미가입자로 하여금 醫保에 가입하도록 조치하려는 대책을 담은 의료보험승계성 및 책임성에 대한 법(Health Insurance Portability and Accountability Act)을 제정한 바 있다. 클린턴 의료개혁에 있어서 기본적인 골격이 된 것은 관리경쟁의 발상과 더불어 선택, 경쟁, 의료의 질이라고 하는 이념을 실현시키기 위한 제도적 인센티브로서 구성된 시스템이다. 여기서 주안점은 보험자와 의료서비스공급기관이 일체가 된 HMO형의 조직(치료뿐만 아니라 예방 및 건강증진까지 패키지로 제공되는 선불정책제의 의료보험을 말함)을 장려하는데 두어지고 있다.

클린턴은 관리의료의 적용을 확대하여 전 국민의료보험가입과 비용절감이라는 두 가지 목적을 동시에 달성하고자 노력했으나 국민의 반대로 실패로 끝나게 되었다. 그 배경에는 ① 서비스의 질적 저하가능성 ② 정부의 보건의료산업에 대한 직접통제가능성 ③ 개인선택의 제한 ④ 사용자에게 그들의 피용자로 하여금 의료보험에 강제 가입시키도록 요구한 점 등이 반대의 이유로 제기되었으니 미국은 의료 면에서도 시장원리를 기초로 하는 국가라는 점을 재확인시켜 주었다고 하겠다.

#### Ⅳ. 동아시아 주요국에 있어서 의료보험

동아시아 국가들은 비교적 늦게 경제개발을 추진했기 때문에 의료보험의 역사 또한 대체로 짧은 편이다. 일본과 한국 그리고 대만은 전 국민을 대상으로 현대적 사회보험제도를 지니고 있으며 한편 싱가폴은 영국제도에다 MSA를 성공적으로 접목시켜 시장경제를 창달하는 방향으로 의료시스템을 운영해 나가고 있다.

<표 7>에서 보는 바와 같이 동아시아국가들의 국민의료비 비중은 유럽 국가들에 비하여 상대적으로 낮은 편이며 그중에서도 일본의 비율이 2002년 7.8%로 가장 높게 나타나고 있다. 한편 영국은 그보다 다소 낮은 7.3%를 기록하여 유럽국가들 중에서 가장 낮은 비율을 보여 주고 있다. 이는 우리나라의 최근 수치인 5.9% 보다 제법 높은 수준이다. 그런데 싱가포르와 홍콩 등의 경우 영국식 의료보장제도의 잔재가 남아 있어 아직도 정부의 공급자보조금이 상당수준에 달하고 있기 때문에 의료수가가 상대적으로 낮은 편이다. 따라서 1인당소득을 감안할 때 GDP에 대한 국민의료비의 비율이 다른 국가에 비하여 매우 낮게 계측되고 있다.

<표 7> 동아시아와 유럽 주요국의 국민의료비 비중(2000)

(단위: %)

	공공부문	민간부문	합계(1인당ppp달러)
일 본	6.0	1.8	2,908
한 국	2.6	3.4	584
대 만	1.4	4.0	1,207
싱가폴	1.2	2.3	814
영 국	5.9	1.4	1,747
스웨덴	6.5	1.9	2,179
독 일	8.0	2.6	2,422
프랑스	7.2	2.3	2,057

자료: World Bank(2004). World Development Report 2004.

## 1. 일본<sup>38)</sup>

### 가. 의료보장의 역사적 전개

상대적으로 뒤늦게 산업화를 추진하게된 후발국 일본은 예를 들면 비교적 늦은 시기까지 제1차 산업의 종사자비율이 높은 수준을 유지했으며 취업구조의 변화나 도시화의 진전, 출생률 저하 등의 속도가 극히 빨랐다는 점 등이 특징이라고 볼 수 있다. 이러한 점에서 일본은 한국과 더불어 구미선진국의 경험에는 볼 수 없는 독특한 접근방법을 지니게 된다고 분석된다.

경제시스템의 진화와 사회보장제도의 발전을 연결시켜 전체적으로 일본사회보험의 특징을 평가해 보면 다음과 같은 점으로 요약된다. ① 당초 일본은 독일형 사회보험시스템으로 출발하였으나, 차츰 영국식 보편주의적 방향으로 이동하고 있다. ② 의료보험이 먼저 정비된 다음 연금이 도입되었으나 앞으로 연금의 팽창속도가 상대적으로 빨랐다 ③ 가난한 사람들을 다수 포함하고 있는 자영업자그룹(농림수산업자, 자영업자)이 상대적으로 비대한 경제구조를 보여 주고 있어 경제·사회정책으로서 이들에 대한 효과적인 지원책으로서 사회보장정책이 실시된 측면이 강하다.

사회보장시스템이라고 하는 것은 비공식적인 부조관계(특히 가족)가 산업화의 진전에 따라 희박화 또는 해체되는 것을 공식(공적)제도에 의해서 대체 혹은 보완해 간다고 하는 기본적 기능을 지니고 있다. 이를테면 인구구조의 변화 등에 따른 니드의 크기변화를 하나의 변수로 하여 가족에 의한 대응이 곤란한 순서로 시스템정비의 요청이 일어나게 되므로 이는 의료보장, 고령자의 소득보장(연금), 그리고 고령자의 간호의 순으로 나타나게 되었다.

또한 경제사회시스템과의 관계측면에서 사회보장(또한 의료보장)정책의 특징을 설명하자면 ① 국민개보험시스템이 일종의 산업정책으로서 경제성장에 긍정적인 역할을 수행해 왔고, ② 한국적 경영이나 고용관행과 표리일체의 것으로서 사회보장시스템이 기능해 왔다고 간주(이를테면 종신고용, 낮은 실업률 등으로 실업급여의 비용이 적다는 특색을 포함하여)될 수 있으며, ③ 지금까지 고령화의 문제가 크게 부담이 되기 이전에 고도 경제성장을 지속할 수 있었다는 점을 들 수 있다.

일본의 사회보장(의료보장)은 지금까지 경제성장의 과정에서 점차적으로 제도를 정비해

38) 자세한 내용에 대해서는 [www.mhw.go.jp](http://www.mhw.go.jp)를 참조하기 바람.

왔으나 급속한 변화의 시대를 겪어온 만큼 반드시 일관된 이념이나 전체적인 비전을 가지고 정비되어 왔다고 할 수는 없다. 그 결과 현행제도는 여러 가지 측면에서 과부족이 있고 일관성이 결여되고 있다고 평가된다. 특히 고령화의 급속한 진전과 경제의 구조적인 저성장하에서 한정된 자원을 여하히 효율적으로 공평하게 배분해 나갈 것인가 하는 점에서 사회보장(의료보장)체제의 재편성이 추진될 필요가 있다는 것이 전문가들의 공통된 지적이다.

#### 나. 의료보장제도의 개요

우리나라가 의료제도 도입당시 많은 참고를 했던 일본은 우리와 비슷한 유형의 보험제정의 불안이라는 문제를 안고 있다. 일본은 과거 노인의료비의 본인부담률을 없애는 등 정책실패로 1990년대 중반부터 보험제정의 적자고착이라는 결정적인 전기를 맞이하였다. 그 이후로도 일본정부는 근본적인 해결책을 강구하지 아니한 채 국고지원을 증대시켜 의료보험제정의 적자를 보전하는 미봉책을 계속 사용하였기 때문에 보험제정이 악화일로를 걷고 있다(廣井, 1997). 다른 한편으로 일본 제1을 자랑하는 키메다병원의 부원장인 존 위커는 일본의료의 2대 취약점으로 의료의 질적 관리 부재와 환자의 알 권리에 대한 무신경(즉 informed consent의 미실행)을 지적하면서 거의 모든 일본의 병원들이 아마추어에 의해 운영되고 있으며 반드시 공개해야할 자료(정확한 재무제표와 사고기록 등)의 공개를 최대한 꺼리고 있다고 비판하고 있다.

그러나 오늘날의 키메다병원을 최고로 키워온 의사들의 혁신적인 사고는 높이 평가할 만하다. 최근 일본정부도 정부의 재정적자누적을 이유로 진료수가를 소폭 인하하는 용단을 내린 바 있다. 지금까지 정부의 의료정책을 좌지우지 해온 일본의사회(JMA)의 거센 항거에도 불구하고 일본 정부는 2002년 4월 2.7%의 수가인하를 단행하였다. 이에 일본 일류병원의 하나인 성누가병원에서는 주요대책으로 병상이용율의 제고, 보험외부문의 수입개발, 외주에 의한 비용절감 등을 제시하면서 관리와 효율측면에서의 쇄신을 강조하고 있다(남상요, 2002, 여러 회분).

일본에서 의료비상승은 국가적인 문제가 되고 있다. 경제·사회·인구적 요인뿐만 아니라 의료공급과 의료보험제도의 문제점으로 말미암아 의료비가 빠르게 상승하고 있고 이는 의료재정악화의 근본원인이 되고 있다. 일본에 있어서 국민의료비의 상승추세는 첫째, 저출생과 고령인구의 급격한 증대 그리고 의료기술의 꾸준한 진보에 기인한다고 분석된다. 이

와 함께 생활상 습성과 관련되는 만성성인병이 주종을 이루고 있는 반면 여성의 취업이 늘어나고 있어 전통적인 가정 내에서의 노인수발이 점차 시장에 맡겨지고 있는 실정이다.

둘째, 경제성장률의 둔화로 보험재정수입의 증가가 부진하여 보험재정을 악화시키고 있으며 의료비증가와 함께 노동비용의 상승으로 국제경쟁력을 떨어뜨리고 있다.

셋째 의보제도와 의료공급체계의 문제점이 열거된다. 우선 보험자가 정부에 가려 제 기능을 수행하지 못하고 있고 전국적으로 일률적인 보상규정이 적용되고 있어 의료공급자들은 불만이 많다. 다른 한편으로 의료공급자의 부당청구, 환자의 중복수진 등이 사회적 낭비를 낳고 있고 사회적 입원과 더불어 약가차익에 의존하는 의료기관 경영구조는 고가의 약품을 많이 사용하도록 잘못된 인센티브를 제공하고 있어 의료비 양등을 부채질 하고 있다. 또한 보험재정기반을 확대하기 위해 필요한 가입자(특히 자영자)소득과약, 보험료 중 사용자부담분의 귀착문제, 합리적인 국고지원방법 등에 대한 심도있는 논의가 진행되지 않고 있으며 의료기관 경영합리화를 위한 자조노력이 부족한 형편이다. 특히 국고지원에 지나치게 의존한 나머지 자치의식이 희박한 점이 심각한 문제점의 하나로 지적되고 있다. 이러한 문제가 누적되어 일본의 의보제도는 비능률과 불공평이 높아지게 되었으며 보험재정의 위기상황을 초래하기에 이르렀다.

우리의 지역의보에 해당하는 일본의 國保재정이 어떤 상황에 놓여 있는가? 일본의 건강보험은 국보를 필두로 세 가지 보험제도가 거의 매년 적자에 시달리고 있으며 엄청난 금액의 국고보조를 받아 겨우 지탱해 나가고 있는 실정이다<sup>39)</sup>. 이와 관련하여 일본의 일부 경제학자는 일본의 건강보험이 일본경제의 발목을 잡고 있다고 표현할 정도이다(西村, 1999). 물론 일본정부가 효과적인 노인의료대책 마련에 실패한 탓도 있겠지만 무엇보다도 國保의 재정불안문제에 잘못 대처, 계속적으로 국고지원을 확충하고 있음에도 불구하고 보험재정의 적자문제를 효과적으로 해결하지 못하여 곤혹스러운 형편에 처하게 되었다는 사실을 잊어서는 안 될 것이다.

일본의 전문가들은 일본의 의료보험제도를 합리화하여 보험료와 稅가 적절히 혼합된 재원조달형태를 지니고 있다고 설명한다. 사회보험에 대해 국고보조를 찬성하는 근거로는 다음 4가지가 열거된다. 첫째, 공적제도의 재원부족에 대한 지원은 정부의 책임에 속한다

39) 일본의 세 가지 건강보험제도는 1994~1997년 기간 중 적자가 대폭적으로 누적되는 위기상황에 직면하였다. 이에 일본정부는 1997년 긴급하게 건강보험법을 수정하여 국고보조금을 확대 제공함으로써 파탄을 모면한 바 있었다. 일본의 후생백서(1999년) 참조.

고 주장한다. 둘째, 사회보험의 대상인 사회적 위험에 대해서 개인이나 민간보험이 적절히 대응하지 못하기 때문에 정부의 재정지원이 필요하다는 점을 들고 있다. 셋째, 만일 다른 조건이 동일할 때 사회보험의 외부효과가 발생하여 사회적 위험이 줄어든다면 사회복지지는 증가하게 될 것이다. 따라서 이 점에서 국고보조는 타당성을 지니게 되며 특히 인구의 고령화, 가족규모의 축소, 고용의 남녀평등 등 가족구성요소의 변화에 대응하는 개호보험의 경우 정부지출은 정당화될 수 있다고 지적된다.

다시 말해서 고령자를 보다 건강하게 생활할 수 있도록 제도적으로 지원하여 이들에 대한 간병비용을 줄일 수 있다면 이는 사회적으로 고용의 증가, 경제적 여유발생, 인간관계의 촉진, 사회 전체적인 경제활동의 촉진 등으로 연결되어 사회적 편익을 증가시키게 될 것이다. 따라서 이러한 목적의 재정지출은 합당하다고 평가될 수 있는 것이다. 넷째, 소득 재분배차원에서 정부지원은 합리화될 수 있다. 전 국민의료보험제도하에서 부담은 능력에 따라 지워지고 급여는 니드에 따라 지급될 것이므로 보험재정이 적자를 보일 경우 형평증진을 위해 조세재원으로부터의 지원이 요청된다고 할 수 있다.

재분배기능과 관련하여 국고부담을 고려할 때 다음과 같은 이슈가 지적될 수 있다. 먼저 사회보험으로서 의료보험제도는 두 가지 기능을 지니고 있다. 그 하나는 위험분산을 의미하는 보험성이고 다른 하나는 건강한 사람으로부터 환자에게 재분배되는 기능인 사회성이다. 그런데 사회보험은 각출은 소득에 비례하고 급여는 니드에 비례하는 사전적 재분배기구이다. 그러나 비례세형태의 정율제 보험료 부과방식은 저소득자에게 불리할 수도 있기 때문에 재정정책을 통하여 재분배기능을 강화할 것이 요청된다.

둘째, 인구 고령화의 진행과 함께 현역세대에 부담이 과중해져 세대간 재분배가 문제가 되고 있으므로 이를 조정하기 위해 국고지원이 요청되고 있다. 그러나 국고지원의 증가는 그 만큼 세금부담을 늘려가야 한다는 의미가 되고 세금부담도 현재 활동하고 있는 세대가 더 많이 지게 될 것이다. 그러므로 고령자도 함께 부담하는 방향으로 세계개혁이 이루어져야 할 것이며 공공경비의 투입은 노인보전이나 간병 등에 한정할 필요가 있겠다. 왜냐하면 각자의 능력범위 내에서 최선을 다하는 것이 사회보험가입자의 기본적 임무이기 때문이다.

이와 관련하여 일단의 전문가들은 다음과 같은 국고지원의 문제점에 비추어 보험료와 稅 중에서 택일하여 재원조달의 성격을 분명히 하도록 요구한다. 첫째, 이들은 보험재정의

적자가 발생할 때마다 공공지출로 보전해 주게 되면 국고지원에 의존하려는 폐해가 발생할 것이라고 지적하고 이를 최대한 억제해 나가야 할 것이라고 주장한다. 조세수입에 의한 일반재원의 투입으로 사회보험에 있어서 부담과 급여의 관계가 불분명해질 경우 ‘급여의 개선은 환영하나 보험료인상은 반대한다’는 이기심이 팽배해 진다면 이는 공평성의 입장에서 보아도 바람직하지 않다. 왜냐하면 전 국민의료보험의 형평증진적인 성격에 비추어 보험료가 적절하게 인상되지 않아 보험재정이 악화된다는 것은 (이들테면 약제에 대한 급여삭감 등으로 인하여) 그 만큼 저소득층의 의료이용에 지장을 주는 결과를 낳을 것이기 때문이다.

둘째, 급여에 상응하는 부담이 뒤따르지 않을 경우 의보재원을 남의 돈으로 생각하는 경향이 강해질 것이고 따라서 도덕적 해이현상이 일어나 재원의 낭비가 누적될 것이다. 이는 결국 자원의 효율적 배분을 저해하게 된다. 셋째, 정부의 재정지원능력에는 한계가 분명히 있다. 한정된 자원을 놓고 여러 가지 목적이 경쟁을 벌리고 있는 상황에서 어느 특정분야만을 계속 지원하도록 고집할 수는 없을 것이다.

세대간의 불공평이 심각한 문제로 제기되고 있는 일본에서는 예를 들어 橘木교수 같은 전문가는 의료, 간호, 공적연금 모두 보험료방식에서 稅방식으로 전환할 것을 제의하고 있다(1998). 그는 稅源으로서 소비세(부가가치세와 함께) 또는 지출세(개인의 지출총액에 과세하는)를 선호하고 있다. 왜냐하면 간접세는 효율성측면에서 자원배분과 경제성장을 지원함에 있어서 가장 바람직한 성질을 지니고 있기 때문이다. 반면 소득세 등 직접세는 노동공급이나 저축률에 영향을 주기 때문에 바람직하지 못하다고 그는 주장한다. 또한 목적세는 수익과 부담의 관계가 분명하므로 공공재의 정의에 반하는 것일 뿐만 아니라 재정의 경직화를 초래하는 단점이 있다고 그는 지적한다. 橘木교수는 실천적인 대안으로 고액의 재화 혹은 서비스일수록 세율이 높아지는 누진소비세나 누진지출세를 도입하도록 권고하고 있다. 이는 장기적으로 납세자번호의 도입과 컴퓨터기술의 진보로 각 납세자의 총 소비액 또는 지출액을 파악할 수 있을 것이어서 간접세의 역진성문제를 해결할 수 있을 것이라는 전망에 근거를 두고 있다(전게서).

결국 보험료방식이나 稅방식이나의 선택은 보험원리와 공공재 중 택일하는 문제이다. 稅방식의 장점은 첫째, 의료서비스에 대한 급여를 통하여 전 국민을 대상으로 최저수준의 의료를 보장해 줄 경우 ‘국민 최저수준보장’이라는 사회보장의 목적이 달성될 수 있다는

점을 들 수 있다. 그 이상의 보장을 추구하는 사람들은 본인의 책임 하에서 서비스를 이용할 수 있을 것이다. 둘째, 사무행정이 간소화될 수 있다. 보험료와 세의 두 가지를 징수하는 업무가 세 하나로 간소화될 수 있어 징수비용을 절감할 수 있는 것이다. 셋째, 稅방식은 부담과 급여의 관계가 1:1이 아니기 때문에 이해득실과 관계되는 계산을 배제할 수 있으며 정부가 급여지급을 보증할 수 있다. 넷째, 보험료미납문제를 해결할 수 있다. 그러나 稅방식의 단점으로는 먼저 증세에 대한 조세저항을 들 수 있다. 그리고 세수는 경기변동의 영향을 받기 때문에 안정적인 재원으로서 부적당하다. 다섯째, 자유주의와 개인의 자립자조원칙에 비추어 세에 의한 강제징수는 개인의 자유를 박탈하는 것이 된다.

#### 다. 의료보장제도의 특징과 전망

최근 일본은 의료보험제도의 역할에 대해서 근본적인 재검토를 통하여 보험재정의 재구축에 힘쓰고 있음을 보게 된다. 현재 일본의사회, 경단련(우리나라의 전경연과 같은 단체), 건보련(우리나라의 건보공단에 해당), 후생성 그리고 학계 등에서 제시한 다섯 가지 개혁안을 놓고 열띤 토론을 전개하고 있다. 이들 안의 공통점을 보면 개혁과제를 일단 다음과 같이 세 가지로 요약해 볼 수 있다. 첫째, 경제와 조화를 이루는 의보제도의 구축과 보험재정의 재구축을 들고 있다. 둘째, 시장기능의 활성화와 규제완화이다. 소비자 스스로 최적의 의료기관을 선택하도록 유도하고 보험자와 의료공급자간에 진료보수계약을 할 수 있도록 보험자의 기능강화와 권한확대를 도모한다. 셋째, 양질의 의료를 안정적이고 효율적으로 제공하는 체계를 구축해 나간다.

특히 보험재정의 재구축을 위해 10가지 정책을 다음과 같이 열거하고 있다. ① 경증의료는 본인부담을 원칙으로 한다. ② 표준의료에 대해서 급여를 제공하고 선택의료는 급여대상에서 제외한다. ③ 일정기준을 넘는 의약품에 대해서는 급여를 제공하지 아니한다. ④ 보험자 기능을 제고한다. 이를테면 독일의 경우처럼 보험자가 의료기관과 진료보수에 대하여 개별교섭을 하거나 계약을 체결하는 방안을 모색한다. ⑤ 예방의료와 건강증진프로그램을 중시한다.

이와 함께 ⑥ 의료기관간 기능분담 및 연계기능을 강화한다. 이를 위해 의료비와 병상수의 적정화, 진료보수의 재검토, 의약품의 오남용을 막기 위한 약가기준제도의 개혁과 참조가격제의 실시, 의료의 질을 높이고 적정진료를 제공하기 위한 의료정보제공과 의로서

비스평가체계의 구축을 제시하고 있다. 특히 진료보수와 관련하여 포괄지불제도의 도입 등 진료보수체계의 확립, 정액제와 행위별수가제의 융합, 수가에 기술료와 투자적 비용의 반영, 수가의 지역별 차등적용 등을 주요목표로 열거하고 있다. 더불어 ⑦ 저소득자에 대한 보험료의 경감과 급여차등제의 실시를 제시하고 있음을 보게 된다.

이 밖에도 ⑧ 각 가입자의 능력 범위 내에서 최선을 다하는 것이 사회보험의 기본임무를 강조하고 중복수진이나 고가약품남용을 방지하기 위한 개인의 책임을 열거하고 있으며 ⑨ 환자에 대한 의료정보의 제공과 ⑩ 주치의, 가정의 제도를 실시하여 진료의 1차 단계에서 문지기의사의 역할을 담당케 함으로서 의료공급체계를 정비해 나가는 것을 목표로 열거하고 있다. 특히 의료비억제정책과 관련하여 약제비의 적정화, 지불제도의 개선 그리고 의료정보공개의 중요성을 강조하고 있다.

이와 관련하여 일본정부는 제1단계로 1997년 본인부담의 상향조정과 급여의 조정, 제2단계로 2000년에 포괄수가제와 주치의제도의 도입, 그리고 제3단계로 2005년까지 자율성 제고 등 보험자기능을 강화하고 총액계약제를 실시한다는 목표를 제시하고 있다.

일본의 후생노동성은 2001년 9월 少子高齡化사회에 대응하는 의료제도의 구축을 목표로 지속 가능한 안정적인 의료보험체계의 구축과 예방 및 의료공급체계에 관한 보건의료시스템의 개혁을 기본방침으로 하는 개혁방안<sup>40)</sup>을 발표한 바 있다. 특히, 일본 정부는 구조적인 적자에 직면하고 있는 의료보험체계의 균형을 도모하기 위해 소폭적인 국민의 부담증가와 의료비억제를 강조하고 있음을 알 수 있다. 그 배경에는 일본 국민들의 정서를 크게 해치지 않는 범위 내에서 정치적으로 돌파구를 열어보겠다는 의지가 엿보이나 동시에 이를테면 지난 10여 년 간 국민의료비에 대한 약제비의 비율을 30%대에서 20%대로 크게 경감시켰다는 점과 의료인력을 상대적으로 적게 사용하면서도 의료의 질과 평등성 등 종합적인 국제비교평가(2000년 WHO의 세계보건보고에서)에서 1위를 차지하였고, 또한 건강성

40) 개혁은 2008년까지 순차적으로 이루어질 것으로 계획되고 있는바 개혁의 기본방침을 검토함에 있어서 일본은 사회경제정세의 변화, 의료보험체정 및 중앙 및 지방정부의 재정상황의 추이 등을 충분히 감안함과 동시에 보험자, 의료관계자 등을 포함하여 광범하게 국민의 의견을 청취한 다음 구체적인 내용을 결정할 예정이다. 또한 의료보험체정의 개혁에 있어서는 연금제도, 개호보험제도 등 관련되는 사회보장체정의 개혁과 정부의 경제재정 운용방침과의 연계를 확보함과 동시에 그 실시에 있어서는 현행제도로부터 새로운 제도로의 원활한 이행이 가능하도록 충분히 배려하고 있다. 이와 관련하여 일본 정부는 의료 및 의료비용에 관한 정보의 수집, 분석 등 체정의 정비, 보험급여의 내용 및 범위의 조정 등 주요과제에 대해서도 계속적인 검토를 행하여 종합적으로 개혁을 추진할 계획으로 있다. 一橋大學의 岩本교수가 제공한 일본정부의 내부문서를 참조하였음.

과지표(health outcome indicator)측면에서 세계 최고라는 자부심도 작용하고 있는 것으로 해석된다.

국민들과 각계의 반응을 참작하고 2002~2003년에 결친 논의를 거쳐 최근 드러나고 있는 일본 의료보험제도의 개혁방향은 다음과 같이 요약될 수 있다.

- (1) 고령자 의료제도<sup>41)</sup>의 개선-노인의료비 증가율관리제도의 도입, 전기고령자(65~74세)와 후기고령자(+75)로 구분하여 후자그룹에 대한 국고보조 증액, 외래의 경우 월액상한제 폐지(저소득자 배려 차원에서), 70세 이상 노인 중 일정이상 소득자의 본인부담률을 인상하는 방안 등이 포함되어 있다.
- (2) 현역세대(3~69세)에 대해서는 7할 급여(즉 3할 본인부담)로 통일하고, 고액의료비에 대한 자기부담한도액 인상, 일반분의 외래약제비 별도부담금을 폐지하며 보험재정의 수지균형에 필요한 보험료율의 인상 등을 도모한다.
- (3) 진료보수의 개선<sup>42)</sup> 환자의 입장에서 기초적인 의료의 충실을 도모함과 더불어 의료기술이나 의료기관의 운영비용이 적절하게 반영되도록 체계적으로 개선해 나가는 한편, 다른 한편으로 약가기준의 개선을 추진한다. 앞으로의 과제로 ① 고령자의 심신의 특성에 따른 보수체계 등의 개선 ② 포괄지불제도의 확대 ③ 생활습관병에 대한 일상생활상의 지도(영양 및 생활지도, 重症化예방 등) 중시 ④ 진료정보의 제공 등이 열거되고 있다. 특히 난이도, 시간, 기술력을 중시하여 의료기술에 대한 적절한 평가, 질병의 특성과 의료기관의 기능에 대한 평가의 필요성을 강조하고 있다.

특히 일본은 전국적으로 '건강 만들기' 캠페인을 적극적으로 전개하면서 지역별, 회사별 프로그램에 대한 비용편익분석을 행하고 있음을 알 수 있다. 이를테면 생활습관병에 대한

41) 생애의료비의 비율을 보면 70세 이후의 의료비가 49%, 70세 이전의 의료비가 51%로 추계되고 있음. 구체적으로 1인당 의료비를 보면 노인 1인은 젊은이 1인 평균보다 5배(2000년), 그 중 입원의료비는 7.3배(외래의료비 4.3배)를 보여 주고 있음. 그리고 노인은 평균적으로 젊은 계층에 비하여 수진율 2.3배, 건강진료일수 1.7배, 일당진료비 1.3배, 입원 약제비율 1.1배, 외래 약제비율 1.3배, 평균 재원일수 2.2배를 기록하고 있음(土田교수가 작성하여 발표한 내부자료 참조).

42) 일본은 기본적으로 이를테면 외래의료의 경우 보건소, 중소병원, 대규모 병원을 막론하고 의사서비스에 대한 보상요인이 크다고 보고 의료기술을 적절하게 평가하여 행위별 수가를 적용하는 한편, 입원치료의 경우 예외적으로 수술 등에는 행위별 수가를 적용하나 급성기, 재활, 만성기의료는 병원서비스의 비중이 크므로 병원의 비용과 기능을 적절하게 반영하는 포괄수가를 적용하는 진료보수체계를 구상하고 있다. 특히 만성기 입원의료에 대해서는 病態, 일상생활동작능력(ADL), 간호의 필요도 등에 따라서 포괄평가를 추진함과 동시에 개호보험과의 분명한 역할분담을 시도하고 있음.

건강진단 성적과 7~8년 후의 의료비와의 상관관계를 조사한 한 연구의 결과, 비만, 고혈압, 고혈당, 高脂血症 등은 높은 상관관계를 보였다. 다른 연구에서도 흡연, 비만도, 운동습관은 의료비와 밀접한 관계를 보여 주었다. 특히 ‘건강일본 21’의 일환으로 보건사업(건강 만들기)에 의한 의료비적정화를 통하여 비용 효과성을 제고시키고 있는데 구체적인 사례를 몇 가지 소개하면 다음과 같다.

(예1) S촌의 주민 건강검진, 보건사의 호별방문 등에 의한 건강상담, 영양추진원에 의한 病態別식사의 소개·試食 등을 포함하는 건강증진 프로그램의 시행 결과 건강검진 수진율이 50%를 초과한 시점에서부터 일반, 노인 모두 비교지역에 비하여 의료이용이 상대적으로 감소하였다.

(예2) N사가 전 조합원을 상대로 한 매년 1회의 체력측정과 사후지도를 실시한 결과 운동습관이 증가하여 체력측정 3년 후부터 상병건수와 총 상병일수가 20~30% 감소하였고 의료비 역시 종전에 비해 상대적으로 감소하는 경향을 보임으로써 시산 결과 순 편익이 연간 1인당 약 5만원(회사 전체적으로는 약 4억원)에 달하였다.

(예3) M사의 경우 건강검진 후 사후지도를 통하여 식사 및 운동 등 건강상태의 개선을 시도하였고 특히 당뇨병예방을 위한 보건지도에 역점을 둔 결과 당뇨병에 의한 의료비가 3년 사이에 1/2이하로 줄어들게 되어 비용효과성이 입증되었다.

한편 의료공급체계 개혁의 주요과제로는 ① 환자의 선택 존중과 정보제공 ② 질 높은 효율적인 의료공급체계로의 이행 ③ 국민들을 안심시키기 위한 의료기반의 구축과 함께 EBM(Evidence-Based Medicine<sup>43</sup>), 근거에 기초를 둔 의료 등의 추진, 그리고 急性期의료의 효율화·중점화와 의료질의 향상 등이 제시되고 있다. 특히 일본은 보험제정의 재구축을 위한 10가지 정책을 다음과 같이 열거하고 있다. ① 경증의료는 본인부담을 원칙으로 한다. ② 표준의료에 대해서 급여를 제공하고 선택의료는 급여대상에서 제외한다. ③ 일정 기준을 넘는 의약품에 대해서는 급여를 제공하지 아니한다. ④ 보험자 기능을 제고하고 독일의 경우처럼 보험자가 의료기관과 진료보수에 대하여 개별교섭을 하거나 계약을 체결

43) EBM은 개별환자의 진료에 대한 의사결정을 내림에 있어서 현재까지 나와 있는 대안 중 최고수준의 물증 또는 증거를 지닌 대안을 양심적이고도 명시적이며 현명하게 활용하는 것을 말한다.

하는 방안을 모색한다. ⑤ 예방의료와 건강증진프로그램을 중시한다.

이와 함께 ⑥ 의료기관간 기능분담 및 연계기능을 강화한다. 이를 위해 의료비와 병상수의 적정화, 진료보수의 재검토, 의약품의 오남용을 막기 위한 약가 기준제도의 개혁과 참조가격제의 실시, 의료의 질을 높이고 적정진료를 제공하기 위한 의료정보제공과 의료서비스평가체계의 구축을 제시하고 있다. 특히 진료보수와 관련하여 포괄지불제도의 도입 등 진료보수체계의 확립, 정액제와 행위별수가제의 융합, 수가에 기술료와 투자적 비용의 반영, 수가의 지역별 차등적용 등을 주요목표로 열거하고 있다. 더불어 ⑦ 저소득자에 대한 보험료의 경감과 급여차등제의 실시를 제시하고 있다.

이 밖에도 ⑧ 각 가입자의 능력 범위 내에서 최선을 다하는 것이 사회보험의 기본임무를 강조하고 중복수진이나 고가약품남용을 방지하기 위한 개인의 책임을 열거하고 있으며 ⑨ 환자에 대한 의료정보의 제공과 ⑩ 주치의, 가정의 제도를 실시하여 진료의 1차 단계에서 문지기역사의 역할을 담당케 함으로서 의료공급체계를 정비해 나가는 것을 목표로 손꼽고 있다. 특히 의료비억제정책과 관련하여 약제비의 적정화, 지불제도의 개선 그리고 의료정보공개의 중요성을 강조하고 있다.

요컨대 일본은 해마다 늘어나고 있는 국고보조금 규모를 감축할 수도 없고, 보험료를 인상할 수도 없는 현실에서 환자의 부담을 약간 증가시키는 동시에 의료비를 효과적으로 절감하여 보험재정을 안정시키려고 계획하고 있다. 참고로 일본의 재원별 국민의료비를 보면 2000년 현재 公費 32.1%(국고부담 24.5% + 지방부담 7.6%), 보험료 53%, 그리고 환자 부담 등 14.9%로 구성되고 있다. 따라서 이와 같은 일본정부의 소극적인 방침을 통렬하게 비판하고 있는 일부 학자들(예, 川瀨교수)은 보험재정안정과 관련하여 재원확보를 위한 새로운 정책대안으로 단기적으로는 목적세로서 담배세, 중기적으로는 고령자의료와 개호보험의 융합(total care의 실현)과 미국식 DRG/PPS(의료비 선불제도)의 도입, 그리고 장기적으로는 MSA도입을 제시하고 있다.

## 2. 대만<sup>44)</sup>

### 가. 의료보장제도의 개요

대만은 일본이나 한국보다 뒤늦게 1995년 사회보험방식의 의료보험제도를 채택하였다. 그러나 시작과 함께 의료보험을 통합·운영하는 방안을 실천함으로써 한국의 의료보험통합 노력에 선례를 제공한 바 있었다. 아래에서 보는 것처럼 한국과 대만은 비교국제분석의 대상으로서 매우 훌륭한 점을 지니고 있으므로 양국의 비교분석을 통하여 대만제도를 개 관해 보기로 한다.

먼저 <표 8>에서 보는 바와 같이 경제·사회·인구·보건지표면에서 한국과 대만을 비교 할 때 대만이 전반적으로 조금 나은 수준을 시현하고 있다고 말할 수 있겠지만 양국은 매 우 비슷한 특징이 있다.

<표 8> 한국과 대만의 주요 경제, 사회, 보건의료지표, 2002

	한국	대만
1인당 GDP(미국 달러)	10,053(03)	12,725(03)
국토면적(천 제곱 마일)	36	14
인구(백만명)	47.6	22.5
인구밀도(제곱 킬로당)	483	622
노령인구구의 비중 (%)	7.2(00)	9.0
<b>GDP에 대한 국민의료비의 비율(%)</b>	<b>5.9(01)</b>	<b>6.0</b>
조출생률	11.6(01)	11.0
조사망률	5.1(01)	5.7
영아사망률	7.0	5.4
<b>평균수명</b>		
남자	71.8	73.2
여자	78.9	79.1

자료: Chang(2004), 통계청.

44) [www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw)와 [www.info.gov.hk/hwb](http://www.info.gov.hk/hwb)를 각각 참조하기 바람.

또한 양국간 보건의료환경을 <표 9>에서 보면 의료공급체계의 폐쇄성이나 의료전달체계의 미발달, 상대적으로 외래이용이 높은 비중을 점하고 있는 점 등은 비슷하나 대만의 의사와의 협조관계, 병원평가, 지불제도의 개선 등의 측면에서 일일지장이 있다는 느낌을 강하게 받게 된다. 무엇보다도 두드러진 양국의 차이점은 대만의 의료보험이 주도면밀하고 치밀한 사전계획과 일관성 있는 정책집행으로 적정부담-적정급여를 실천함으로써 국민들의 지지를 받고 있다는 점에 있다고 평가된다. 왜냐하면 대만은 전국민의료보험 시행초기부터 보험료수입을 확보하려는 노력의 일환으로 세대를 기준으로 하지 않고 개인단위로 보험료를 부과하여 보험재정수입을 건실하게 확보한 다음, 고위험계층(빈곤계층, 노인계층과 어린이를 포함하는)도 본인 부담없이 중증의료를 이용할 수 있는 제도를 만들었기 때문이다.

<표 9> 보건의료제도 및 환경의 유사점과 차이점: 한국과 대만의 비교

제도 및 환경	유사점	차이점
의료공급부문의 특징 병원의 對외부 의사 개방여부 환자의 공급자 선택여부	민간부문이 지배적 폐쇄적 자유	대만의 경우 의사와 협조관계 유지
의료전달체계 병원평가 병원의 외래환자비중	1차 문지기 의사 없음 상대적으로 높음	한국의 경우 형식적으로 존재 대만은 매 3년마다 실시
건보운영 주체 보험료 부과기준 급여율		한국은 공단, 대만은 정부 한국은 세대, 대만은 개인 한국 약 52%, 대만 90%수준
본인부담 지불제도 국고지원비중(건보재정중)		대만은 고위험계층 면제 대만은 총액예산제+행위별수가제 한국 약 20%, 대만 25% 이상
소비자만족도 IT연관성 의약품처방 급여와 보험료부담의 정도 의약분업		한국 약 37%, 대만 70% 대만의 경우 높음(e.g. smart card) 한국은 자유, 대만의 경우 성분명 한국 저-저, 대만 적정-적정 한국 실시, 대만 미실시

자료: Chang, 2004; 건강보험연구센터·국민건강보험공단, 2004.

요컨대 대만은 재원조달측면에서 적정보험료수입의 확보와 형평증진을 위한 과감한 국고지원시책에 힘입어 선진국수준의 급여패키지를 제공하고 있다고 볼 수 있다. 그 결과 상대적으로 저렴하고 양질의 의료서비스를 전 국민들이 이용할 수 있는 시스템을 구축할 수 있었음. 이로써 제도에 대한 국민들의 수용성이 매우 높으며 의료 이용자들의 만족도도 높게 나타나고 있다.

대만의 의료보험 당국은 이러한 성공의 중요한 요인으로 ① 통합운영체제 ② 성분명으로 처방하도록 유도하는 강력한 의약품유통상의 규제 ③ 상대적으로 저렴한 수가에서도 열심히 일하려는 의사들의 진료태도 ④ 스마트카드 등 IT관련요소의 활용 등을 들고 있다.

더욱이 대만정부는 의료보험의 가장 중요한 목표로서 건강증진을 들고 있으며 건강증진을 위해 요구되는 예방의료와 재활의료의 중요성을 강조하고 있다. 이와 함께 거대한 단일운영체제가 주는 신축성부재 등 비용효과성 저하의 가능성을 막기 위해 보충적 재원조달방안으로 개인별의료저축제도를 도입하겠다는 의지를 표명하고 있는 바 이는 정부와 시장기능의 조화를 통한 효율증진을 도모하려는 정책의지의 표현이라고 하겠다.

그 결과 대만은 <표 10>에서 보는 바와 같이 한국에 비하여 의사방문회수가 많고 따라서 1인당 의료비가 약 35% 정도 높게 추계되고 있다. 한편 1인당 병원비는 양국 수준이 비슷하지만 다른 한편으로 1인당 의약품비는 한국이 약 18% 높게 나타나고 있음을 보게 된다.

<표 10> 의료비 및 의료이용통계: 한국, 대만, 일본의 비교, 2000

	한국	대만	일본
1인당 의료비(ppp달러)	893	1,207	2,012
1인당 의약품비(ppp달러)	125	106	301
1인당 연간 의사방문회수	8.8	11.8	14.4
1인당 병원비(ppp달러)	251	250	675
일당 병원비		124	90

자료: Chang, 2004.

앞에서도 언급하였지만 대만의 보험료부과체계는 한국과 많은 차이를 보여주고 있다. 가장 큰 차이점은 피부양자를 3인까지 인정하되 피부양자도 피보험자와 비슷한 수준의 보

보험료를 납부하도록 제도화하고 있다는 것이다. 평균적으로 비교할 때 대만에서의 국고를 통한 보험료지원 비중이 한국보다 다소 높은 편이며 <표 11>에서 보는 것처럼 비사업장근로자의 경우 공무원과 같이 본인 30%, 사용자 60%, 그리고 정부 10%의 비율로 보험료를 부담하도록 조치되고 있어 가입자의 보험료부담을 경감시켜 주고 있는 특징이 있다. 또한 농어민과 소규모사업장을 제외한 일반자영자와 전문직업인은 보험료 전액을 본인이 부담하고 있다.

이와 함께 <표 12>에서 보는 것처럼 대만은 저소득층과 중증환자를 중심으로 본인부담을 면제해 주고 있으며 또한 대만은 한국의 그것과 비교할 때 의료이용자에게 다소 유리한 본인부담 상한제를 채택하고 있음을 알 수 있다.

<표11> 대만의 보험료 분담률

(단위: %)

구 분	피보험자	사용자	정부
I 분류: 공무원	30	70	0
교원	30	35	35
경영주	30	60	10
자영업자	100	0	0
전문직업인	100	0	0
II 분류: 직업협회회원 및 선원	60	0	40
III분류: 농어민	30	0	70
IV분류: 군인(가족)	0	0	100
V 분류: 저소득계층	0	0	100
VI분류: 퇴역군인	0	0	100
퇴역군인의 피부양자	30	0	70
(소규모)자영업자	60	0	40

자료: 건강보험연구센터·국민건강보험공단, 2004.

<표 12> 대만의 본인부담면제 및 상한제

본인부담 면제	중증질환(31개), 분만, 예방, 도서산간지역, 저소득자, 퇴역군인
본인부담 상한제	입원당 686US\$; 연간누적 1,143US\$ (급성 30일 이내, 만성 180일 이내)

자료: 건강보험연구센터·국민건강보험공단, 2004.

## 나. 의료보장제도의 특징과 전망

대만정부는 보건의료서비스의 이용증가보다는 국민들의 건강증진이 중요한 목표라고 전제하고 의료의 질적 향상, 효율성제고, 전 국민의료보험에 대한 뚜렷한 비전의 제시 등을 목표로 내걸고 의보의 내실화와 제공되는 서비스의 효율성제고를 도모하고 있다. 보건의료서비스의 질적 개선과 관련하여 질환의 초기에 환자의 고통을 경감, 완화하는 것이 중요하기 때문에 필요한 투자를 늘려나갈 것을 천명하고 있다. 또한 의료계, 약업계, 지역사회 및 보험자간 협력체계를 구축하는 과제와 중요성을 강조하고 있다. 더불어 의학의 발전과 관련하여 지식기반산업을 육성해 나갈 것임을 밝히고 있다.

대만의 경우에도 고령인구의 증가와 의료기술의 발전으로 의료이용이 급속히 늘어나면서 의료비가 양등하여 보험재정이 위기를 맞이하고 있다. 그러므로 이를 여하히 극복해나가 주요정책과제로 등장하고 있다. 통합 단일의료보험제도는 상대적으로 행정비용이 절약될 수 있겠으나 거대 독점기구가 지니는 신축성부족, 경쟁의 결여에 따른 유연성부족으로 재정위기에 쉽게 노출되는 약점이 있다는 점을 대만정부는 인식하고 의료비의 억제를 위해 총액지불제의 전면실시, 건당 지불제의 실시강화 등 의료비지불제도의 개선을 도모하고 있다. 이밖에도 대만정부는 여러 기능을 지닌 의료보험 IC카드를 도입할 계획임을 밝혔고, 제도의 지속가능성을 높이기 위해 개인별 의료저축계정(personal medical accounts)을 개설하여 가입자 스스로 돕도록 협력할 것임을 다짐하고 있다.

최근의 조사결과를 보면 대만의료보험에 대한 가입자의 만족도는 75%에 이르고 있다. 대만정부가 강조하고 있는 점은 첫째, 가입자의 경제적 부담완화, 둘째, 적절한 보건의료서비스의 제공, 셋째, 국민건강권 차원에서 의료서비스에 대한 가입자의 동일한 접근인바 나아가서 장애자계층을 필두로 의료서비스를 가장 필요로 하는 계층에 대한 서비스강화를 약속하고 있다. 특히 보험료지원기금을 설치하여 단기적으로 경제적 어려움을 겪는 의료저소득층을 위해 무이자대출을 제공할 방침이다.

한국에게 의료보험통합의 성공적인 사례를 제공한 대만정부는 보건의료서비스의 이용증가보다는 국민들의 건강증진이 중요한 목표라고 전제하고 의료의 질적 향상, 효율성 제고, 전 국민의료보험에 대한 뚜렷한 비전의 제시 등을 목표로 내걸고 의보의 내실화와 제공되는 서비스의 효율성제고를 도모하고 있다. 보건의료 서비스의 질적 개선과 관련하여 질환의 초기에 환자의 고통을 경감, 완화하는 것이 중요하기 때문에 필요한 투자를 늘려나갈

것을 천명하고 있다. 또한 의료계, 약업계, 지역사회 및 보험자간 협력체계를 구축하는 과제의 중요성을 강조하고 있다. 더불어 의학의 발전과 관련하여 지식기반산업을 육성해 나갈 것임을 밝히고 있다.

대만은 다각적인 연구·검토 등 충실한 준비과정과 담당 공무원들의 높은 자질과 장기적인 제도개선 방안의 마련 등으로 국민들의 압도적 다수가 만족하는 제도를 만들어가고 있어 우리들의 주목을 끌고 있다. 그 결과 대만은 한국에 비하여 상대적으로 ‘고부담-충실한 의료이용’의 선순환 메카니즘을 가동시키고 있다. 가입자는 소득의 약 8%에 해당하는 보험료를 각출하고 있으며, 국고지원의 비중은 한국과 비슷한 수준(총급여비의 약 20%)을 보여 주고 있다. 그러나 대만은 급여율이 상대적으로 높고 그 내용 역시 매우 알찬 편이다. 이를테면 암을 비롯한 고액중증의료의 경우 거의 본인 부담없이 가입자가 의료를 이용할 수 있는 환자 중심적인 의보제도의 모습을 보여주고 있다.

그러나 대만의 경우에도 고령인구의 증가와 의료기술의 발전으로 의료이용이 급속히 늘어나면서 의료비가 양등하여 보험재정이 위기를 맞이하고 있다. 그러므로 이를 여하히 극복하느냐가 주요정책과제로 등장하고 있다. 통합 단일의료보험제도는 상대적으로 행정비용이 절약될 수 있겠으나 거대 독점기구가 지니는 신축성 부재, 경쟁의 결여에 따른 유연성부족으로 재정위기에 쉽게 노출되는 약점이 있다는 점을 대만정부는 인식하고 의료비의 억제를 위해 총액지불제의 전면실시, 건당 지불제의 실시강화 등 의료비지불제도의 개선을 도모하고 있다. 이밖에도 대만정부는 여러 기능을 지닌 의료보험 IC카드를 도입하였고, 제도의 지속가능성을 높이기 위해 개인별 의료저축계정(personal medical accounts)을 개설하여 가입자 스스로 돕도록 협력할 것임을 다짐하고 있다.

대만정부가 특히 강조하고 있는 점은 첫째, 가입자의 경제적 부담완화, 둘째, 적절한 보건의료서비스의 제공, 셋째, 국민 건강권 차원에서 의료서비스에 대한 가입자의 동일한 접근 등이다. 나아가서 정부는 장애자계층을 필두로 의료서비스를 가장 필요로 하는 계층에 대한 서비스강화를 약속하고 있다. 특히 보험료지원기금을 설치하여 단기적으로 경제적 어려움을 겪는 의료저소득층을 위해 무이자대출을 제공할 방침이다.

### 3. 싱가포르

#### 가. 의료보장의 역사적 전개

싱가포르 정부는 일찍이 적절한 인센티브를 묶어 자국 내에서 큰 비중을 점하고 있는 공공의료부문을 개혁하였고 이를 계기로 보건의료부문의 효율이 높아지게 되었다. 결국 싱가폴은 사회보험이 주는 도덕적 해이를 회피하고 노인의료비를 중심으로 늘어나는 국민 의료비를 비용 효과적으로 조달하고자 본인의 저축에 의존하는 의료저축계정을 신설하여 개인의 책임과 시장원리를 강조하면서 효율이 높은 재원조달제도를 구축하는데 성공하였다(Hong and Teng, 1998).

먼저 싱가폴의 보건의료환경과 그 역사적 발전과정을 간단히 살펴보고 보건의료개혁정책의 기초를 논의해 보기로 한다. 싱가폴은 영국의 식민지배로부터 1965년 독립했기 때문에 그 당시부터 1984년 개혁시점까지는 공공부문이 의료서비스를 주로 제공하는 영국식 제도를 따랐다. 정부재정에 의해서 비용이 부담되므로 의료이용자들은 거의 자부담이 없거나 있더라도 명목적인 낮은 가격에서 의료 이용할 수 있었다. 비록 민간부문의 역할은 제한적이었지만 싱가폴은 1970년대를 통하여 급속한 의료비상승을 경험하였고 특히 공공병원의 비효율성이 주요 현안 문제로 부각된 바 있었다.

공공병원들은 부실경영에 따른 낮은 생산성, 주요한 意思결정과정에 있어서 醫師들의 독점적 지위행사, 그리고 극도의 관료적 행정 등 수요자편의를 도모하기 보다는 행정편의 주의가 만연된 가운데 매우 낮은 효율을 보여주고 있었다. 그리하여 싱가폴 정부는 1980년대초 보건의료제도의 개혁을 위하여 대안을 강구하기에 이르렀는데 그 결과 등장한 제도가 바로 Medisave이다. 이러한 재원조달제도의 변화와 함께 싱가폴 정부는公私병원간 경쟁유도와 공공병원의 투명성제고 등 두 가지 유인구조를 구축하여 효율적인 병원산업을 창출하게 되었다. 이로써 의료의 질이 개선되고 환자의 만족감이 증대되었으며 따라서 환자들은 의료이용시점에서 흔쾌히 종전보다 더 많은 비용을 부담하게 되었다.

이와 관련하여 ① 소비자의 자유로운 선택 ② 스스로의 행동에 대한 책임성과 신뢰성의 강조 ③ 가능한 범위까지 자유시장의 경쟁고취 그리고 ④ 저소득층에 대해서는 정부가 ‘수용할 수 있는 최저수준의 의료서비스’의 최종적 제공자가 되어야 한다는 4가지 기본 실행원칙이 제시되었다. 요컨대 이 원칙들은 주로 소비자와 의료기관 및 의료인력으로 하

여금 스스로 책임질 수 있고 신뢰받을 수 있도록 행동을 하도록 촉구하기 위한 것이었다 (Hsiao, 1995).

이러한 기본원칙들을 활용하여 1984년 싱가포르 정부는 새롭고 잘 기획된 일관성 있고 포괄적인 보건의료제도를 실천함으로써 보건의료의 재원조달방법 및 조직의 개혁을 단행하게 되었다. 새 제도를 시행한 결과 소비자선택 폭의 확대, 의료서비스의 소비시점에서 본인부담의 증가, 시장경제의 활성화에 의한 의료기관간 경쟁고양 그리고 모든 국민들로 하여금 적절한 수준의 보건의료서비스 이용보장 등 여러 가지 바람직한 현상들이 현실적으로 나타나게 되었다. 특히 의료기관에 대해서는 유인을 제공하여 비용 효과적인 진료를 제공할 수 있도록 유도함으로써 효율증진을 자극하였다. 그리하여 싱가폴은 도덕적 해이를 줄이면서 보건의료 서비스의 재원조달을 가능케 하는 새로운 제도를 지니게 되었다(전개서).

싱가폴에서는 일상적인 의료서비스에 대해서는 본인저축으로 해결하고 중증질환(catastrophic illness)에 대해서는 비교적 높은 공제액을 지불함과 동시에 본인부담으로 상당한 금액을 지불해야 하는 의료보험제도를 같이 적용함으로써 도덕적 해이와 재원조달문제를 동시에 해결하고자 MSA를 고안하게 되었다. 이를 배경으로 싱가포르 정부는 보건의료부문의 주요목적을 ‘첫째, 적극적으로 예방의료를 보급하고 건전한 생활양식을 권장함으로써 국민들을 건강하고 생산적이게끔 고취한다. 둘째, 의료비용의 비용효과성을 높여나간다’는데 두고 이를 위하여 개인의 책임을 강조하면서 특히 노령기에 대비하여 재원조달문제 해결에 주력한다는 기본전략을 수립한 바 있다(Hong and Teng, 1998). 이와 같이 싱가폴은 정부의 보조금, 중증의료보험 그리고 개인의 저축 등 3자의 보완적인 역할을 기본원리로 제시하고 있다. 정부, 개인 및 보험의 연대원리에 기초한 싱가폴의 국민건강증진전략은 ‘의료서비스를 값싼 구매품으로 생각하고 이를 거의 무제한적으로 이용하는 소비자·의료제공자의 도덕적 해이를 회피하자는데’ 주된 의도가 있다고 하겠다(Republic of Singapore, 1993).

싱가폴의 MSA는 일반적인 입원서비스를 중심으로 필요한 의료서비스를 이용하기 위한 개인저축제도인 Medisave(1984년 도입)와 低비용으로 중증질환에 걸린 사람들을 보호하기 위한 민영보험제도인 Medishield(1990년 도입), 그리고 저소득층의 의료이용을 돕기 위한 Medifund(1994년 도입)의 3부분으로 구성된다. 여기서 우리는 개인의 異時點간 위험분산제도인 MSA와 가입자간 위험분산제도인 사회보험의 특징을 간단히 비교해 보기로 한다. 사

회보험은 도덕적 해이에 따른 의료비의 양등으로 인하여 비판을 받으나 소득재분배기능을 발휘한다는 장점이 있다. 반면 MSA는 도덕적 해이가 全無하지만 소득재분배 기능도 없다. 또한 사회보험에서는 일본의 경우처럼 세대간 소득재분배 문제가 심각할 수 있으나 MSA는 이를 방지할 수 있다. 사회보험이 정부규제와 사회적 책임을 강조한다면 MSA는 시장 원리와 개인적 책임을 역설한다(Prescott 외, 1997, 참조).

#### 나. 의료보장제도의 개요

먼저 싱가포르의 의료보장제도를 살펴보기 위해서는 더 큰 제도적 환경과 테두리를 검토해 볼 필요가 있을 것이다. 간단히 말하자면 싱가포르에 있어서 경제정책의 중심은 세계수준의 시장경제의 창달에 놓여지고 있으며 반면에 사회 및 관련정책의 중점은 각종규제를 통하여 일사불란한 사회체제를 유지·발전시키는데 두어지고 있다. 이러한 사정을 반영하여 싱가포르의 복지제도는 중앙준비기금(Central Provident Fund, 이하 줄여서 CPF라 부른다) 체계로 통합되어 있다. 이는 사회보장업무를 총괄하는 정부기구로서 적립된 기금은 각 분야별로 국민복지를 향상시키기 위해 사용된다.

CPF에는 일반계정, 의료저축계정 및 특별계정 등 근로자들이 의무적으로 불입하는 3가지 계정을 두고 있다. 일반계정에 저축된 돈은 주택마련, 자녀교육 그리고 CPF보험 등에 쓰여지며 계속 여유가 있을 경우 인가된 금융기관을 통하여 개인적으로 투자도 할 수 있다. 의료저축계정은 물론 의료비를 충당하기 위해 개설되며, 특별계정에 적립된 자금은 노후생활을 위해 사용된다. 싱가포르의 근로자들은 CPF에 강제적으로 가입되나 자영자들은 의료저축계정인 Medisave에만 가입하도록 요구되고 있다. 그런데 CPF에 가입된 개인들은 저축한 돈을 본인이나 직계가족(배우자, 자녀, 부모 및 祖부모)을 위해 쓸 수 있다. 피용자들과 사용자들은 각각 근로자임금의 20%씩을 기금에 불입(근로자의 월최저불입한도는 S\$50, 사용자의 최저불입한도는 S\$200, 불입금의 상한선은 S\$6,000임)하는데 나이가 많아질수록 기여율이 할인되어 감소한다. CPF에 대한 기여금에 대해서는 소득세가 면제되며 소정의 CPF이자가 가산되어 적립된다(Jacobs, 1998: 22~23).

한편 의료비를 지불할 필요가 생긴 가입자는 자유롭게 본인의 Medisave계정으로부터 인출할 수 있으며 주로 일반적인 입원치료비용을 위해 사용된다. 꼭 필요한 경우에 한하여 입원하게 되면 일당 S\$300 한도와 별도로 정해진 수술비한도 내에서 필요경비를 인출하게

되지만 비용분담제(cost sharing)에 의하여 상당금액을 본인이 부담하게 된다. 물론 自負擔분도 본인의 Medisave계정에서 인출할 수 있다. 저축액이 비용에 못 미치는 경우 대월도 가능하며(추후 이자를 부쳐 상환하게 되겠지만) 경제력이 미치지 못할 때 Medifund를 통하여 의료비 지원신청도 할 수 있다.

Medishield는 ‘확률은 낮지만 高의료비용의 발생이라는 위험에 대하여 개인을 보호하기 위한 비용 효과적인 수단을 제공’하고 있는데 일반적으로 치료기간이 길고 따라서 비용이 많이 드는 만성병 또는 중증환자의 치료가 주된 목적이 된다. 전문가들은 Medisave가 일상적인 입원수요를 충족시키는데 적합하지만 高價의료나 장기입원치료의 경우에는 적합하지 않기 때문에 Medishield라는 강제저축에 의한 보험제도가 필요하다고 설명한다(Hong and Teng, 1995). 그런데 Medishield에의 가입은 半강제적이며 정부가 모든 국민의 가입을 권유하고 있으나(현재 88%의 Medisave가입자가 Medishield에 참여하고 있음) 본인이 싫으면 가입을 거부할 수도 있다. Medishield의 보험료는 Medisave로부터 자동 공제되어 불입된다.

Medifund는 진료비지불능력이 없는 저소득층환자를 대상으로 資力조사(means test)를 통하여 그 자격유무를 심사한 다음 지원하는 사회안전망의 일부이다. 싱가포르의 경우 경제적인 이유로 적절한 기본의료료를 이용할 수 없는 시민이 발생하지 않도록 MSA의 보완제도로써 정부가 출자하여 Medifund를 조성한 바 있다. 매년 동 기금에서 발생하는 이자수입으로 진료비지불능력이 없거나 모자라는 사람들을 지원한다. 이들은 각 공공병원에 설치된 Medifund 위원회에 지원신청을 하게 된다. 심사 후 적정판정이 날 경우 동 기금에서 지원을 받게 되는데 최근 실적을 보면 신청자의 약 99%가 지원을 받고 있음을 알 수 있다.

정부의 목표지원계층의 범위는 하위 1/3소득계층에 속하는 저소득자들이다. 개략적인 한 가지 기준은 어른 2인과 3자녀를 표준세대로 하여 월수입이 S\$1,400미만인 가구로 설정되고 있다. Medifund의 혜택을 받고 있는 환자 중 약 1/3이 외래서비스를 이용하고 있는데 현재 싱가포르 정부는 외래검사나 치료의 일부를 Medisave가 충당할 수 있는 가능성을 연구·검토하고 있다. 또한 환자들이 필요이상으로 많은 검사를 받지 않도록 보호장치를 강구 중인 것으로 알려지고 있다(Ministry of Trade and Industry, 1996).

MSA는 흔히 저소득층이나 고령자계층에게 큰 부담을 줄 수 있을 것으로 생각되나 정부의 공급자보조금이 전반적인 수가수준을 낮추어 줄 뿐만 아니라 저소득층에 유리한 차등가격제가 공공병원에 적용되기 때문에 당국에서 권고하고 있는 것처럼 낮은 등급인 C급

이나 B2급 병동의 병실을 이용할 경우 경제적 부담이 그다지 많지 않다고 전해지고 있다. 1995년에 실시된 한 조사결과를 보면 55세 이상 고령시민들의 다수가 그들의 의료비 조달과 관련하여 Medisave가 가장 중요한 역할을 했다고 보고하고 있다.

이러하면 외래의 경우 통상 보건소(clinic 또는 polyclinic)에서 서비스가 제공되고 있는데 정부보조금에 힘입어 일반외래서비스는 50%, 특수외래서비스는 65% 정도 각각 수가가 감액되며 고령자와 年少者에 대해서는 추가 감액의 혜택을 제공한다. 공공병원의 경우 앞서 언급한 것처럼 이용자의 경제적 부담을 고려하여 병동 등급별로 급여율에 현격한 차이를 두고 있을 뿐만 아니라 나아가서 과잉진료를 방지하기 위한 직접통제의 방법으로 병원의 일당 평균수가에 상한선을 두고 있다. 요컨대 MSA는 개인 저축에 의존하고 있으므로 가입자로 하여금 평소에 건강유지에 힘쓰도록 유인을 주고 있으며 또한 절대적으로 필요한 경우에 한하여 서비스를 이용하도록 인센티브를 제공하고 있다고 풀이된다.

기여금의 적립과 관련하여 싱가포르 정부는 적정수준의 저축액유지를 위해 힘쓰고 있다. 이를 지속적으로 관찰하여 필요한 조정을 행하려고 시도하고 있는 싱가포르의 비용검토위원회(Cost Review Committee)는 ‘기여율은 본인과 가족의 입원비용조달을 위해 충분한 기금을 축적할 수 있을 정도로 높아야 하나 반면 자신의 저축을 현명하게 사용하도록 고취할 수 있을 정도로 충분히 낮아야 한다’는 원칙을 내세우고 있다. 이를테면 동 위원회는 최고 등급인 A급병동의 병실에 입원한 환자의 24%가 월소득 S\$1,000이하였다고 밝히면서 이는 바람직하지 않은 현상이라고 규정한 다음 사회교육과 홍보를 통하여 ‘Medisave는 가입자 개인의 돈이며 따라서 일생동안 두고두고 꼭 필요한 경우에 쓸 수 있도록 원래의 목적에 맞추어 현명하게 사용해야 할 것이다’라고 권고하고 있다(Republic of Singapore, 1992). 참고로 재원조달 측면에서 MSA는 현재 싱가포르 국민의료비의 약 9%를 점하고 있다.

싱가폴 근로자들은 MSA외에도 사용자가 제공하는 의료혜택을 누리고 있다. 또한 제한적이긴 하나 고급병동의 병실을 이용하는 환자들을 대상으로 하는 민간의료보험도 있다. 무엇보다도 중요한 점은 대부분 국민들이 거의 추가적인 비용 부담없이 정부의 공공보건 사업에 의해 예방의료서비스, 보건교육 및 상담서비스 등의 혜택을 받고 있는 사실이다. 더욱이 최근에는 거의 전폭적으로 정부의 지원을 받는 동시에 自願복지기관의 협조를 받아 低비용으로 운영되는 지역사회의료와 재택의료가 장려되고 있다.

요약하건 데 싱가포르에서는 정부의 지원이 토대가 되고, MSA를 근간으로 하되 본인의

책임을 강조하는 무거운 自負擔제도 등 3자가 중심축이 되어 ‘모든 국민들이 필요한 양질의 의료를 필요한 시기에 받을 수 있도록 제도화 하고 있음’을 알 수 있다. 1980년대 초까지만 해도 정부가 거의 모든 의료비용을 재정에서 부담하는 舊제도의 영향에 힘입어 국민들로 하여금 사실상 공짜로 의료를 이용하도록 허용한 결과 의료비 양등이라는 문제를 초래하면서 싱가포르의 보건의료정책은 일대 전환을 모색하게 되었다. 이와 더불어 노인인구의 꾸준한 상승추세, 稅源확대의 어려움 그리고 복지비용의 증대경향 등을 감안하면서 제3자 지불제도가 초래하는 도덕적 해이와 의료비급증 가능성 등 단점을 회피하고자 대안을 강구하게 되었다.

그 결과 싱가폴은 의료의 이용자들이 비용을 의식하면서 의료서비스를 구매하도록 고취되는 MSA라는 새 제도를 고안하게 되었다. 앞으로도 싱가폴 정부는 지속적인 관찰과 연구·검토를 통하여 제도를 개선·발전시킨다는 정책의지를 개진한 바 있다. 이는 단적으로 표현하여 청렴하고 유능한 공무원들의 자질에 힘입어 건전한 정부가 추구하는 ‘멀리 내다 보는 정책수립 패러다임’의 산물로서 우리에게는 좋은 귀감이 되고 있다고 하겠다.

#### 다. 의료보장제도의 특징과 전망

CPF와 MSA제도는 싱가포르에서 가장 먼저 시작되었고 체계화되었을 뿐만 아니라 다른 나라가 참고한다면 가장 유용한 교훈을 도출할 수 나라가 싱가포르이라고 간주되고 있다. 싱가폴 정부는 보건의료정책의 주요목적으로 이 부문의 효율과 형평을 증진시키는데 두고 있으며 따라서 효율적인 자원조달방법을 강구하는 일에 매우 높은 중요성을 부여하고 있음을 알 수 있다. 그리하여 싱가폴 보건의료부문의 주된 문제는 어떠한 보건의료제도가 ‘국민들로 하여금 경제적으로 의료서비스를 이용하도록 고취하며, 국가 전체적으로 의료비용과 非效率의 정도 그리고 과다진료를 최소화할 수 있도록 의료인력을 고취하는가’로 요약될 수 있다. 이 문제를 자원조달과 결부시킬 경우 ‘어떠한 자원조달방식이 良質의 의료를 적절한 정도로만 이용하게끔 고취하는가’로 귀결된다.

## 참 고 문 헌

- 권순원(2003), 「의료보험제도의 개혁방안: 재정안정대책을 중심으로」, 『아산재단 연구총서』, 제143집.
- 김경하(2002), 「미국의 보건의료개혁」, 『건강보험포럼』, 봄호, 국민건강보험관리공단.
- 김재연 외(2003), 외국의 건강보장제도 동향조사, 국민건강보험공단.
- 김창보(2001), 「보건의료비 절감을 위한 프랑스 경험」, 『건강보험동향』, 제22호.
- 문성현(2002), 「일본의 국고보조금 배분방식」, 『건강보험포럼』, 제1권 제1호, 국민건강보험관리공단.
- 보건복지부(2002), 『OECD 사회정책 논의 동향』.
- 이준영(2001), 『독일 의료보험개혁의 동향과 쟁점』, 후리드리히 에베르트 주한 사무소.
- Colombo, F. and J. Hurst(2002), Review of the Korean health care system, OECD: Paris.
- Davis, Caren(1975), *National Health Insurance: Benefits, Costs, and Consequences*, The Brookings Institution.
- Fuchs, Victor R.(1996), "Introduction and Overview. in Victor R. Fuchs(ed.)" *Individual and Social Responsibility*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Hong, P. and Y. Teng(1998), "Old Age: Policy Issues and Implications in Singapore", *Asian Journal of Political Science* 6(1): 120~137.
- Hsiao, William C.(1995). "Medical Savings Accounts: Issues from Singapore", *Health Affairs* 14(2): 260~266.
- Imai, Yutaka, Stephan Jacobzone and Patrick Lenain(2000), *The change health system in France*, Economics Department Working Papers, OECD.
- Mossialos, Elias and Julian Le Grand(1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate Publishing Co., Brookfield, USA.

OECD(1992). *The Reform of Health Care Systems: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris

OECD(1994), *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris

OECD(2001), *Future health and long-term care cost*, Paris.

OECD(2003), *Health Data File*, Paris.

Prescott, N. and L. M. Nichols(1997), *International Comparison of Medical Savings Accounts*, World Bank, Mimeo.

Republic of Singapore(1993). *Affordable Health Care: A White Paper*, Singapore.

Rosen, H(2002), *Public Finance*. Boston: Irwin/Mcgraw-Hill.

Sharp, Ansel M. et al.(1998), *Economics of Social Issues*(12th ed.), Plano: Business Publications, Inc.

高智英太郎(1999). 第9章 医療制度. 古瀬 徹・塩野谷祐一 編, 『トイ ツ』, 東京大学出版會.

廣井良典(1994), 『医療の経済學』, 東京: 日本経済新聞社.

廣井良典(1997), 『医療保険改革の構想』, 東京: 日本経済新聞社.

廣井良典(1999), 『医療改革とマネジメント』, 東京: 東洋経済新報社.

廣井良典(2003), 『日本の社会保障』, 東京: 岩波新書.

橘木俊詔(1999), 「累進消費税」に財源轉換を, 『日本経済新聞』, 5(11): 31.

大森正博(1998), オランダの医療・介護制度改革, 『海外社会保障情報』, Autumn. No. 124: 28~44.

藤井良治(1996), 『現代フランスの社会保障』, 東京大学出版會.

松本勝明(1999), 第5章 医療保険改革, 古瀬 徹・野谷祐一 編, 『トイ ツ』, 東京: 東京大学出版會.

土田武史(1999), 第10章 医療保険, 古瀬 徹・野谷祐一 編, 『トイ ツ』, 東京: 東京大学出版會.

土田武史(2004), 社会保障研究會 發表 内部資料.

川渕孝一(2002), 『医療改革』, 東京: 東洋経済新報社.

---

## 제4부 건강보험제도의 평가와 정책과제

이 준 영

서울시립대학교 사회복지학과 교수



# I. 적용범위 및 급여 확대 과정

## 1. 적용 범위의 확대

가. 피용자를 대상으로 한 직장의료보험

### 1) 1963년 12월 16일 의료보험법 제정

1963년 12월 16일 의료보험법이 제정되어 500인 이상 사업장의 근로자와 농·어민이 임의적으로 가입할 수 있는 형태의 의료보험 제도가 그 다음해 6월부터 시행될 계획이었다. 그러나 정부는 제도의 성공적인 정착을 위한 제반 여건이 성숙될 때까지 의료보험제도의 전면적인 시행을 유보하였다.

### 2) 1965년 호남비료주식회사에서 임의가입형태로 실시

1965년 호남비료주식회사가 의료보험조합을 시범적으로 설립하였다. 이는 임의가입을 전제로 한 최초의 직장조합의 원형으로 한국의료보험의 효시가 되었다. 시범적인 임의보험은 급여수준이 낮았다는 점에도 불구하고 우리나라의 실정에 맞는 제도개발에 필요한 많은 지식과 경험을 주었다는 점에서 큰 의의가 있다. 의료보험에 대한 지각이 전혀 없었던 당시 한국사회의 주민들이 의료보험의 혜택을 받게 됨에 따라 의료보험의 필요성에 대한 인식이 사회 안에서 확대되기 시작하였고, 보험자는 조합운영의 경험을 쌓았으며, 정부는 보험운영기술과 정부지원의 폭에 대한 경험을 얻을 수 있었다.

### 3) 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험

공무원, 사립학교 교직원 등은 각각 재해보상과 단기급여를 규정하고 있는 연금법에 의하여 의료보험혜택을 받을 수 있도록 한다는 전제 아래 처음에는 의료보험의 적용대상에서 제외되었다. 그러나 공무원, 교원, 군인연금법의 주된 목적은 장기급여인 소득보장,

즉 연금수급에 있는데 비하여 의료보험은 단기급여로써 의료보장에 목적이 있다. 그러므로 의료보험이 연금법 내에서 확충될 경우 재원을 관리하는데 어려움이 발생하기 때문에 정부는 연금법의 적용을 받고 있는 공무원과 교직원을 대상으로 별도의 의료보험법을 도입하였다. 따라서 1977년 공무원및사립학교교직원의료보험법이 제정되었고, 1978년 7월 1일 시행령도 제정·공포되었다. 시행령이 공포됨에 따라 같은 해 8월 11일 의료보험관리공단이 설립되었다.

그 후 의료보험 제도의 확대실시로 1980년 군인가족과 사립학교경영기관 직원 및 그 부양가족 약 38만 명이 피보험대상자가 되었다. 그리고 1981년에는 공무원 연금법과 사립학교교직원 연금법에 의한 연금 수급자, 군인퇴역연금 수급자, 선거직 공무원 그리고 국외근무 공무원까지도 의료보험의 혜택을 받게 되었다. 공·교 의료보험의 적용범위 역시 지속적으로 확대되었는데, 1985년에는 퇴직 연금 일시금 수급자, 1986년에는 유족연금, 장애연금, 상이연금 수급자 등이 포함되었다. 그러나 농어촌에 거주하는 연금 수급자는 1988년부터 지역의료보험조합에, 도시지역 거주자는 그 다음 해인 1989년부터 지역의료보험조합에 편입되었다. 1994년에는 장기하사 이상의 현역군인에 대한 의료보험이 확대 실시되었다. 한편, 1995년 12월 공·교 의료보험법의 피보험자인 공무원 139만 명, 사립학교교직원 20만 명과 그 피부양자들을 합쳐 모두 482만명이 공·교 의료보험의 급여를 받고 있다.

#### 4) 직장의료보험의 확대 과정

당연가입규정이 적용되는 일반사업장에 있어서도 보험료의 부담능력, 관리운영능력 및 근로자의 임금수준 등을 감안하여 우선 1977년 7월 1일부터 500인 이상 고용사업장과 공업단지 내 사업장에 486개의 조합이 설립되었다. 그 이후 수혜 대상자의 폭을 넓히기 위하여 1981년부터 100인 이상 고용사업장의 근로자 116만 명이 추가로 편입되었으며, 1982년에는 5인 이상 고용사업장 중에서 원하는 사업장은 의료보험에 가입할 수 있도록 임의 적용이 허용되었다. 그리고 1983년에는 이러한 소규모 사업장의 의료보험가입을 권장하기 위하여 16인 이상의 고용사업장을 당연 적용시키도록 하여 의료보험의 적용범위가 확대되었다. 1988년부터는 5인 이상의 사업장도 당연 적용 사업장으로 포함되었다.

## 나. 자영자를 대상으로 한 지역의료보험

### 1) 1981년 7월 지역의료보험 시범실시

경제적, 사회적 여건을 고려하여 보험 가입이 가능한 근로자나 공무원 등을 우선 그 대상으로 하여 의료보험사업이 시행된 이후 1980년 말에는 인구의 약 27.9%가 의료보험의 혜택을 받는 양적인 발전을 이룩하였다. 그러나 의료보험이 전면 개정되기 이전까지는 농어촌 주민과 도시 자영자 중에서 의료보험 수혜대상자는 전 국민의 0.2%에 불과하여 이 계층에 대한 의료보험을 시급히 실시하는 것이 사회적 당면과제였다.

정부는 다양한 계층을 포괄할 수 있는 의료보험을 시행하기 위한 첫 단계로 “시범지역 의료보험사업”을 실시하였다. 제1차 시범사업은 1981년 7월 1일부터 강원도 홍천군, 전라북도 옥구군, 경상북도 군위군의 3개 군에서 실시되었다. 그리고 동년 9월부터, 비록 임의 분업형태였지만 3개 시범지역에 있는 20개의 약국을 요양기관으로 지정하여 급여를 제공하기 시작함에 따라 우리나라에서 최초로 의약급여를 실시하게 되었다.

### 2) 1982년 7월 지역의료보험 시범사업의 확대 실시

1982년에는 경기도 강화군, 충청북도 보은군, 전라남도 목포시가 제2차 의료보험 추가 시범사업지역으로 선정되었다. 정부는 위 6개 시범지역의 경험을 토대로 주민의 경제력과 조합관리 방식 그리고 1, 2차 의료전달체계 등을 고려하여 우리나라 지역실정에 적합한 의료보험 모형을 개발함으로써 전 국민 의료보험의 조기실현에 대비하였다. 그 후 요양기간 지정에서 제외되었던 한방의료기관에 대한 보험급여를 전국적으로 실시하기 위한 준비 단계로 충청북도 청주시와 청원군을 시범사업지역으로 선정하였다. 이 지역에 있는 한의원 24개소를 요양기관으로 지정하여 1984년 말부터 2년간 1백 9십만 명에 대하여 “한방의료보험시범사업”을 실시한 후 1987년 전체 의료보험에 확대적용 하였다.

한편, 임의설립에 의한 당면 적용의 방식을 채택한 직종의료보험은 전국 또는 시·도 단위로 그 적용을 허용하도록 하였다. 1981년 말 문화·예술인 의료보험조합의 설립을 시작으로 양곡상 의료보험조합 등 15개 직종의료보험조합이 설립되어 1989년까지 약 1백만 명이 직종의료보험의 보험 급여 혜택을 받았으나 전국민의료보험의 실시와 더불어 해체되었다.

### 3) 1988년 1월 농어촌 지역의료보험 실시

1981년에는 개정된 의료보험법은 농어촌지역 및 도시지역의 주민에 대한 의료보험의 실시시기를 대통령이 정하도록 하고 있기 때문에 대통령령에 따라 1988년 1월에 농어촌지역의 의료보험이 전면 실시되었다.

#### 다. 1989년 7월 전국 의료보험 실시: 도시지역 자영자에게 확대 적용

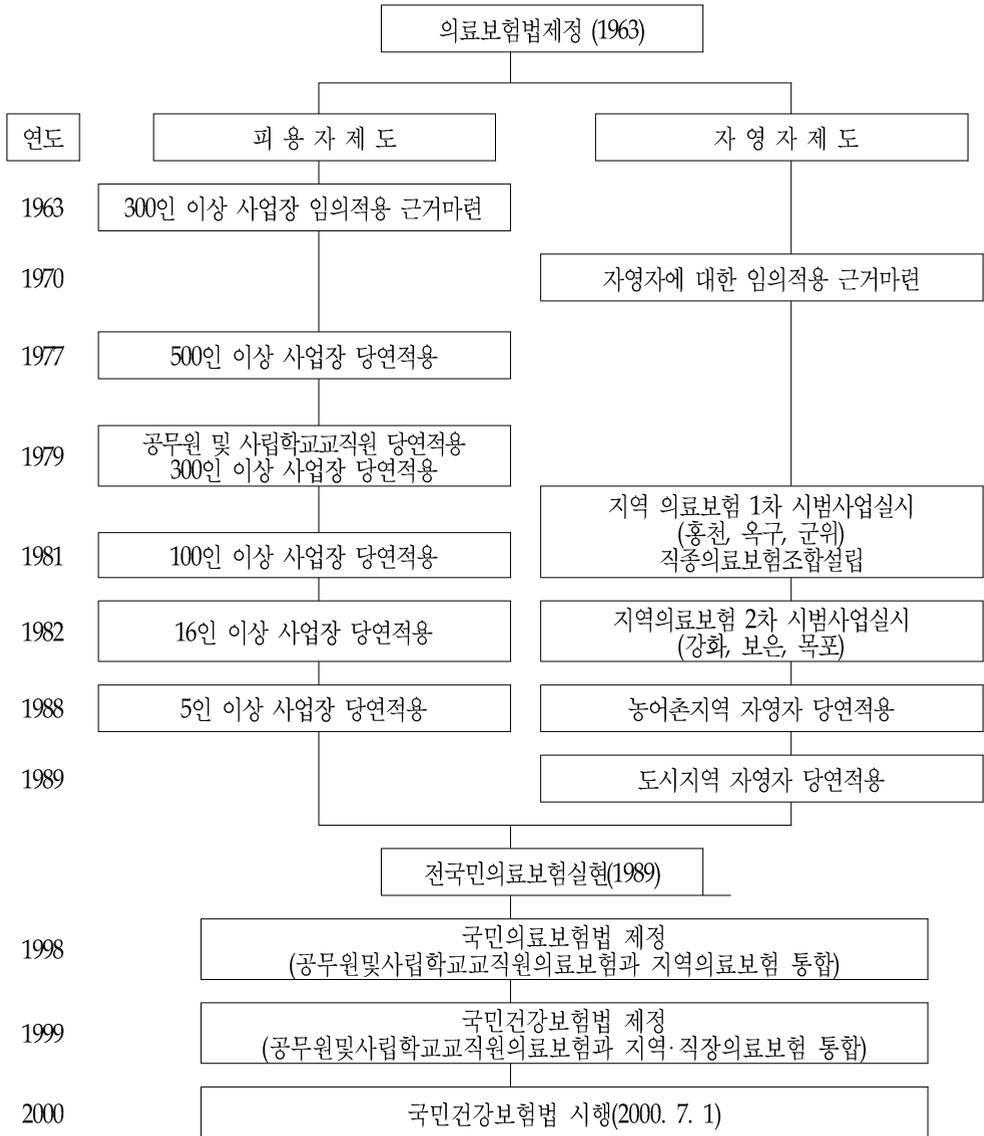
한편 정부는 전국민의료보험 확대 실시를 위해 우리 실정에 맞는 의료보험 모형을 개발하는 등 그 동안 나타난 문제점들을 연구, 검토하여 개선책을 마련하였다. 이를 토대로 직장 및 공·교 의료보험 피보험대상자와 의료보호대상자를 제외한 전 주민을 위해 1987년 전국 134개 군에 지역의료보험조합을 설립한 후, 1988년에 전 국민의 19.9%에 해당하는 8,260천명의 지역주민에게 보험급여를 실시했다.

도시지역 의료보험은 1989년 시·구 단위로 114개의 도시지역 의료보험조합을 설립하여 전 국민의 23.2%에 해당하는 도시지역 자영자에게 보험급여를 실시함으로써 사회보험방식으로 의료보험을 실시한지 12년 만에 명실상부한 전 국민을 포괄하는 의료보험 실현이라는 목표를 달성하였다.

#### 라. 1997년 국민의료보험법 제정 및 1999년 국민건강보험법 제정

짧은 기간 동안 전 국민으로의 적용확대로 괄목할 만한 성장과 발전을 이룩하였으나 저부담, 저급여 정책 및 조합간의 재정격차로 인해 급여확대의 한계를 가져와 공적제도로서의 역할이 다소 미흡하였다. 그 결과 국민의료비 증가와 의료이용자 및 공급자의 불만이 사회문제로 떠올랐고, 국민계층간, 지역간 보험료 부과의 형평성이 취약해졌을 뿐만 아니라 보험재정도 악화되었다. 또한 조합별 독립적인 재정 운영으로 위험분산기능이 소규모 조합 내로 한정되고 과도한 관리운영비가 소요되는 등 역기능이 노정되었다. 이에 따라 정부에서는 의료보험 관리체계와 급여정책의 문제점을 극복하기 위하여 통합을 서두르게 되었다. 우선 완전 통합에 앞서 지역의료보험조합과 공무원·교직원의료보험관리 공단을 통합하는 「국민의료보험법(1997. 12.)」을 제정하고 1998년 10월 1일부터 시행하기에 이르렀다.

<표 1> 건강보험제도 연혁<sup>1)</sup>



1) 출처: 건강보험공단교육자료(건강보험공단 홈페이지 연구자료실)

또한 1998년 「제1기 노사정위원회」의 합의와 “국민의 정부”에서 선정한 국정 100대 과제로 직장의료보험을 포함한 의료보험의 완전통합을 위한 「국민건강보험법」이 1999년 2월 8일 제정·공포되었다. 이 법은 다보험자 방식으로 운영되고 있는 의료보험 관리체계를 단일보험자가 통합하여 운영함으로써 운영의 효율성과 보험료 부담의 형평성을 높이고 질병의 치료 외에 예방·건강 증진 등을 포함하는 포괄적인 의료 서비스를 제공함으로써 국민건강의 향상을 도모하려는 목적에서 제정된 것이다. 국민건강보험법의 주요 내용은 건강보험의 가입대상자를 직장가입자 및 그 피부양자, 지역가입자로 구분하였고, 건강보험의 보험자는 「국민건강보험공단」으로 한다는 것이다. 한편, 요양급여의 질적 적정성을 평가하기 위하여 「건강보험심사평가원」을 국민건강보험공단과 별도로 설립하게 하였다.

그러나 당초 국민건강보험법은 소득단일기준의 보험료부과체계 미비를 비롯한 여러 가지 문제점으로 인하여 시행되기도 전에 개정되었다. 법 개정 취지는 지역가입자에 대한 보험료를 산정함에 있어 소득요소만을 고려하는 보험료부과체계를 개발하고, 한시적으로 지역가입자와 직장가입자의 재정 구분 계리기간인 2001년 6월 30일까지는 보험료의 급격한 변동을 방지하기 위해 국민건강보험법의 시행을 2000년 7월 1일까지 연기하여 의료보험 통합을 순조롭게 하자는 것이었다.<sup>2)</sup>

## 2. 급여의 확충과 본인부담제도의 변화

의료보험 급여의 확충은 급여기간의 연장, 급여항목의 증대 그리고 본인부담금의 완화 등을 통해 이루어질 수 있다. 의료보험 급여는 보험혜택 범위의 증대, 장애인 급여 설립 등 기본적인 의료보장성이 높아지고, 외형적인 본인부담 비율은 지속적으로 감소추세에 있다. 그러나 의료기술의 급속한 발달로 의료비가 빠른 속도로 증가하고 있는데 반해, 재정적 한계로 이를 급여체계에 흡수하지 못함에 따라 비공식적인 환자본인부담은 외국과 비교하여 여전히 높은 실정이다.<sup>3)</sup>

2) 문옥륜 외, 『의료보장론』, 신광출판사, pp.103~117 재정리.

3) 김선희(2002), 「급여체계의 개선방안」, 『21세기 한국 보건의료정책개혁방안』, 한국의학원.

### 가. 의료보험 급여기간의 연장

<표 2>에서 알 수 있듯이 요양급여기간은 1977년 의료보험 도입 이후 1994년까지 연간 180일로 제한되어 있었으나 1995년부터 매년 30일씩 증가하여 1996년 240일, 1997년 270일이 되었고, 2000년부터는 보험급여기간의 제한이 철폐됨에 따라 모든 의료보험 대상자들이 365일 급여를 받을 수 있게 되었다. 65세 이상의 노인과 장애인은 이미 1995년에 급여기간 제한이 철폐되었다.

<표 2> 의료보험의 적용기간 연장 변화<sup>4)</sup>

연도	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
급여일수	180일	180일*	210일	240일	270일	300일	330일	365일
일수 제한 없는 급여비	55만원	65만원*	120만원	120만원	150만원	150만원	150만원	제한폐지

### 나. 급여항목의 확대

의료보험 적용범위의 확대 이후 급여의 확충을 위한 노력이 이루어졌다. 질병의 조기발견과 조기치료를 통한 국민건강향상을 도모하기 위한 보건·예방사업을 확대 실시하였고, 이와 함께 노인의료비 부담을 줄이기 위해 1996년부터는 의원급 외래진료비 본인부담금이 의과(3000원)와 치과(3500)의 구분 없이 2000원으로 낮추어졌다. 이와 함께 오랫동안 보험급여에서 배제되어 있던 고가의료장비 CT가 1996년부터 보험급여에 포함됨으로써 국민들의 의료비부담이 대폭 경감되었을 뿐만 아니라 보험급여의 수준을 획기적으로 향상시킬 수 있는 계기가 되었다.

4) 최병호 등, 『의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개편방안』, 한국보건사회연구원, p.30.

〈표 3〉 연도별 주요 급여기준 조정내용<sup>5)</sup>

연도	내 용
1991	· 만성신부전,혈우병 외래진료시 본인부담률을 입원기준으로 적용 · 혈우병 환자의 진료권 폐지
1992	· 분만비 지급기준 상향(초산 54,000원 → 57,000원 → 53,000원) · 필수 이식의 보험급여적용
1993	· 보험료 납부자 입원 3일 이내 보험료 완납시 소급하여 보험급여 · 분만비 지급기준 상향: 초산 59,800원, 경산 55,600원 · 외용약 투약기준: 1회 4일분 → 1회 6일분으로 연장 · 복강내 내시경하 수술 보험 급여
1994	· 피부양자 분만급여 실시 · 장기하사 이상 현역군인 의료보험급여 실시 · 분만비지급 기준 상향: 초산 62,000원, 경산 58,000원 · 레이저 이용 수술
1995	· 자격상실후 요양급여기간: 3개월 → 6개월로 연장 · 분만비 지급기준 상향: 초산 62,000원, 경산 61,000원 · 내시경하 미세추간판 수술*
1996	· 분만비 지급기준 상향: 초산 70,000원, 경산 65,000원 · CT보험급여 실시 · 진단비용 본인부담금은 외래 본인부담률 적용 ※ 조영제 및 X-ray 필름은 별도 산정 · 3자녀 이상 분만급여제한 철폐 · 70세 이상 의원급 정액(12,000원 이하) 본인부담금 경감(3,200 → 2,100)
1997	· 장애인 보장구 급여실시 (지체장애인용지팡이, 시각장애인안경, 청각장애인 보청기, 인공후두)
1998	· 휠체어, 목발, 맹인용지팡이
1999	· 의수족, 보조기, 상하의지, 의안
2000	· 급여기간 제한 완전철폐(365일 가능)/65세 이상 본인부담금 경감
2001	· 희귀난치성 질환자에 대한 본인부담 경감 확대
2002	· 11개 만성질환을 보험예외적용으로 정함, 365일 급여일수 제한 해제

주: (\*) 고가장비 및 신기술로 분류

5) 최병호 등, 『국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화 방안』, 한국보건사회연구원.  
복지부(2002. 7), 『국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 개정안』.

1994년에는 피보험자에게만 주어지던 분만급여의 대상이 확대되어 피부양자도 분만급여를 받게 되었고, 1995년에는 본인일부부담금이 일정기간 내에 일정액 이상 초과되었을 경우에 그 중 일부 또는 전부를 보상하는 제도가 마련됨으로써 고액진료 및 장기입원으로 인한 피보험대상자의 의료비 부담을 완화시킬 수 있도록 하였으며, 보험료 중 학교법인부담금에 대하여 학교법인이 그 부담금의 전액을 부담할 수 없을 경우에는 그 부족액을 학교가 부담할 수 있게 되었다.

#### 다. 본인부담제의 도입과 발전

우리나라의 진료비 본인부담제는 이미 1977년 의료보험의 시작과 함께 시행되었다.<sup>6)</sup> 당시에는 입원과 외래 모두 정율제였다. 본인부담금의 범위는 입원의 경우 피보험자는 진료비의 30%이내, 피부양자는 진료비의 40%이내였고, 외래의 경우 피보험자는 40%이내, 피부양자는 50%이내에서 의료보험조합이 정관으로 정하도록 하였다.

1979년, 피보험자와 피부양자의 부담률 차등을 폐지하고 요율을 하향 조정하여 입원 20%, 외래 30%로 통일하였다. 1980년에는 병원급 이상의 요양취급기관에 대한 외래환자를 억제하기 위해 종합병원과 병원의 외래 본인부담률을 50%로 상향 조정하였다. 1986년 외래 환자에 대한 정액제가 도입되어 우리나라의 본인부담제는 정율제와 정액제가 혼합된 형태를 갖기 시작했다.

1988년 들어 외래의 정액 본인부담제가 크게 변하였다. 진료비 1만원을 기준으로 그 이상과 이하에 각각 다른 부담 원칙을 적용하도록 하였고, 군 지역의 부담과 시 지역의 부담도 차등화 하였다. 진료비가 1만원을 초과하면 군 지역 종합병원은 총 진료비의 55%, 군 지역 병원은 40%, 전국의 의원과 보건기관은 30%로 하고, 1만 원이하인 경우는 군 지역 종합병원은 초진 3,000원과 재진 2,000원, 전국의 의원은 초진 2,000원과 재진 1,500원, 전국의 한의원은 초진 2,200원과 재진 1,700원, 전국의 치과의원은 초진 2,500원과 재진 2,000원으로 정해졌다.

1989년에는 초·재진의 구별을 없애고 재진료를 초진료와 같이 인상하였다. 그리고 약사의 직접조제와 의사의 처방전에 의한 조제를 동시에 하는 약국 의료보험이 실시되어 그에

6) 김영모·원석조(1990), 「한국의 진료비 본인부담제와 그 문제점」, 『사회정책연구』, 한국사회복지정책연구소, 제12집, p.67.

따른 본인부담도 도입되었다.

현행 본인부담제도는 <표 4>에서와 같다.

<표 4> 본인부담의 범위)

구분		기 준
보험 급여	일 부 부 담	입원: 총 진료비의 20% 외래: 종합병원: 진찰료 + 55% 병원: 진찰료 + 40% 의원: 3,200(총 진료비가 12,000원 이하이고 70세 미만의 경우 2,100(총 진료비가 12,000원 이하이고 70세 이상의 경우) 30%(총 진료비가 12,000원 초과 시) 보건소: 일정액 + 30%
	전액 부담	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지정진료비</li> <li>· 급여기간 종료 이후 진료비용</li> <li>· 의료보험증 제시 의무기간을 초과한 날부터 제시일 전까지의 진료비 등</li> </ul>
비 급 여		<ul style="list-style-type: none"> <li>· 식대 상급병실료 차액</li> <li>· 단순피로 및 권태</li> <li>· 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 피부질환, 비뇨기 및 부인과 질환</li> <li>· 미용목적의 성형수술과 그 후유증, 부정교합치, 보철, 예방목적 치석제거</li> <li>· 마약중독, 향정신성 의약품 중독증</li> <li>· 예방접종, 임의 건강진단</li> <li>· 보조기, 보청기, 의수족, 의안, 콘택트렌즈(장애인의 보장구는 제외)</li> </ul>

라. 본인부담을 경감시키려는 노력

본인부담의 여러 형태를 모두 고려할 때 환자들이 실제로 부담하는 액수는 1997년 총 진료비의 약 40%에 달했다. 이와 같이 높은 본인부담률은 사회보험인 의료보험의 기본취지를 의심스럽게 했으며, 따라서 의료보험체계를 사회보험의 성격에 맞게 내실화하기 위해 본인부담을 줄이기 위한 조치가 필요하게 되었다.

7) 최병호 외(1997), 『의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개편 방안』, 한국보건사회연구원, p.28.

우선 앞에서 밝히 바와 같이 단계적으로 급여기간 제한을 연장함으로써 보장성을 제고 하였다. 1986년부터는 정율제 중심의 본인 부담제에 정액제 방식을 도입하여 본인부담을 개선하였으며 피부양자의 본인부담 비율을 피보험자 수준으로 완화시켰다. 2000년부터는 65세 이상 노인인구의 본인부담금이 경감되었고 난치성질환자들의 급여혜택이 늘어났다. 또한 의약분업 이후 의료기관과 약국의 이중방문에 따른 부담증가를 흡수하기 위해 외래 본인부담을 감소시켰다. 1996년에는 그동안 급여에 포함되지 못했던 고가장비인 CT의 이용을 급여항목에 포함함으로써 환자들의 본인부담이 줄게 되었다.

지속적인 보험급여 확대의 결과로써 <표 5>에서 알 수 있듯이 본인부담 수준은 꾸준히 감소하였다. 특히 1999년 의약분업 실시 후 본인부담 수준이 감소하기 시작했으며, 급여기간 제한이 철폐된 2000년부터 상당히 감소하고 있음을 알 수 있다.

<표 5> 외래진료의 보험자부담과 환자 법정본인부담 추이<sup>8)</sup>

(단위: 억원, %)

연도	진료비	보호자부담	본인부담	급여율	본인부담률
1995	37,872	20,824	17,048	55.0	45.0
1996	47,330	26,804	20,526	56.6	43.4
1997*	57,132	32,991	24,141	57.7	42.3
1998	64,589	38,029	26,561	58.9	41.1
1999	75,067	44,880	30,187	59.8	40.2
2000. 1.~6.	40,943	24,851	16,092	60.7	39.3
2000. 7.~12.	53,495	36,056	17,439	67.4	32.6
2000	94,438	60,907	33,531	64.5	35.5
2001. 1.~6.	67,273	48,114	19,159	71.5	28.5

주: (\*) 1997년 이후로는 진료비 발생기준의 자료를 사용하였고, 1995년과 1996년은 통계연보상의 심사기준의 자료임. 2001년 1~6월은 진료비 발생기준이며, 6월의 경우 일부 청구되지 않는 진료비는 제외되어 있음.

8) 자료: 최병호 등(2001), 『국민건강보험 재정위기 평가와 재정안정화 방안』, 한국보건사회연구원.

그러나 운영 측면에서는 급여 진료비 심사기준의 엄격한 적용으로 급여혜택의 정도(예: 재료나 약제의 이용횟수 제한, 급여항목의 횟수의 제한 등)를 제한하고 있어 실제 환자들의 부담은 다른 나라들에 비해 여전히 높아 보장성에 대한 논란이 지속적으로 제기되고 있다.

무엇보다 아직도 MRI나 초음파를 포함하여 기타 신약, 재료 등 신기술의 서비스 상당부분이 급여에서 제외되고 있으며, 비급여 진료비의 31.8%를 차지하고 있다. 비급여 항목들의 구성비는 병원급 이상의 요양기관에서 높은 편이다. 비급여 부분의 세부내역을 보면 병실료 차액(26.4%), 지정 진료(21.3%), 식대(15.0%) 등이 전체 법정비급여의 62.7%를 차지하고 있으며, 비급여 기타항목이 19.2%로서 역시 높은 비중을 차지하고 있고 그 외 MRI, 초음파 순서를 보이고 있다. 그리하여 실제 진료비 증가에 비례하여 급여혜택을 늘리지 못하므로 결과적으로 환자부담으로 전가되고 있는 실정이다.

또한 외형상으로는 보험혜택을 받는 것으로 되어 있지만 실제로는 보험자가 인정하지 않아 환자나 요양기관의 부담으로 전가되는 임의비급여도 문제다. 환자의 고통을 감소시켜 주거나 합병증을 줄일 수 있는 진료방법임에도 불구하고 보험급여가 인정되지 않는 재료가 사용되거나 보편적인 방법이 아니라는 이유 때문에 급여로 인정되지 않는 경우가 39.9%, 실제 급여범위이기는 하나 건강보험 진료수가기준을 복지부가 유권해석을 함에 있어 그 적용범위를 축소 해석하여 환자가 별도로 부담하는 경우가 43.7%에 이르고 있다. 이런 현상들은 결과적으로 의료소비자와 의료공급자간의 갈등을 야기 시키고, 나아가 건강보험체계에 대한 불신으로 이어지는 주요 요인이 되고 있다. 특히 임의 비급여 대상자 대부분이 중증의 질환과 고액진료비 부담이라는 이중의 고통을 받고 있음을 감안할 때 시급히 시정될 필요가 있다.

한편, 지나친 본인부담으로 인한 환자의 부담을 줄여주기 위한 이른바 본인부담상한제도의 도입을 위해 2004년 6월 건강보험법의 개정이 추진되었다. 그 개정안은 6개월을 기준으로 본인부담금은 최고 300만원을 넘지 못하며 초과되는 요양급여비용 전액을 건강보험공단이 사후에 보상하도록 한다는 내용을 담고 있다.

## II. 주요 쟁점에 대한 평가

### 1. 의료보험 통합논의

#### 가. 의료보험 통합논의의 배경

한국 의료보험 제도의 발전과정에서 가장 주된 논란이 되었던 것은 20년 동안의 논쟁 끝에 일단락 된 의료보험통합, 즉, 의료보험체계의 일원화 문제이다. 한국 의료보장제도의 역사 속에서 의료보험 통합의 관한 논의는 오랜 기간 동안 풀리지 않는 난제였으므로 이에 대한 지난한 과정을 살펴보는 것은 의료보험 제도의 발달 과정을 이해하는데 필수적이라고 생각된다. 통합 이전 의료보험제도는 가입대상을 신분 및 지역에 따라 분류하고, 그 분류에 따라 각각의 상이한 조합들이 보험가입자와 재정을 관리하는 분산관리방식을 유지하였다. 공무원 및 사립학교교원을 위한 의료보험관리공단은 1978년에 설립되었는데, 이 공단은 단일보험자로서 전국적으로 그들을 관리하였다. 설립 초기에는 11개 시·도 지부를 두었으나 1995년 말에는 15개로 늘어났다(보건복지부, 1996).

직장의료보험조합은 1977년 처음으로 500명 이상의 근로자를 가진 사업장에 적용되다가 점차 그 대상을 100명 이상의 사업장으로 넓혀졌다. 가입에 요구되는 사업장근로자 수를 낮춤에 따라 직장조합의 설립이 증가하여 당시 그 수는 603개에 달하였다. 그러나 재정이 취약한 소규모 사업장의 경우는 도산으로 인한 휴·폐업과 의료보험조합의 해산 등 문제를 노정시켰다. 그 후 소규모의 조합들에서는 운영상의 문제를 해소할 목적으로 일차로 3000명 미만의 조합들 그리고 이차로 6000명 미만의 소규모 조합들을 통·폐합 하여 공동조합을 설립하였다. 따라서 1977년 513개이던 (단독)직장조합이 1995년에는 82개의 단독조합과 63개의 공동조합으로 그 모습을 바꾸어 총 145개로 감소하였다.

지역의료보험의 경우, 1988년에 농어촌지역의료보험, 1989년에 도시지역의료보험이 실시된 이후 1995년에는 도시와 농촌의 행정구역 통·폐합으로 인하여 농촌조합은 92개로 줄고 도시조합은 92개로 늘었다. 아울러 농촌인구의 감소로 조합의 규모가 점차 작아지고 대수의 법칙에 근거한 위험분산기능이 제한되어 소규모조합들의 재정적자가 나타나게 되었다.

이미 1979년부터 소규모 직장조합의 통·폐합을 고려하면서 1980년부터 의료보험 관리운영체계의 통합일원화 논의가 시작되었다. 그러나 본격적인 통합논의는 지역조합과 직장조합간의 통합일원화에 관한 것이었다. 지역의료보험의 경우 가입자의 대부분이 자영자였기 때문에 소득과약이 어려워 직장가입자와는 다른 보험료부과체계를 적용하였는데 이로 인한 근로자와 자영자간의 보험료부담의 형평성에 관한 논의가 보험관리운영체계의 통합논의로 이어졌다.

〈표 6〉 의료보험 조합 및 적용인구<sup>9)</sup>

(단위: 명)

대 상	보 험 자			
	근로자(직장)		자영자(지역)	
조 합	공무원·교원공단	직장조합	시지역(도시)	군지역(농어촌)
조 합 수	1개	145개	130개	97개
피보험자수 (피부양자)	139만 342만	578만 1096만	602만(세대) 1,858만	120만(세대) 387만

#### 나. 의료보험 통합논의 제1단계

의료보험 통합논의 제1단계는 1980년에 시작되어 1983년 초까지 계속된다. 1980년 당시 보건사회부 장관이 의료보험의 통합일원화 구상을 밝히고 대통령이 보건사회부에 일원화 방안을 만들도록 지시함으로써 그 논의는 본격화되었다.

당시 의료보험 통합일원화 방안에는 여러 가지 내용이 있었지만<sup>10)</sup> 가장 관심을 끌었던 것은 의료보험 관리체계를 일원화하여 의료보험공사를 설립하고자 하는 안이었다.<sup>11)</sup> 일원적 통합관리의 주요 골자는 ①보험재정의 집중관리 ②보험요율의 통일 ③급여내용의 통일 ④소득재분배와 위험분산의 광역화 ⑤사회적 공동체의식의 심화 ⑥의료공급에 대한 대응세력의 육성 ⑦관리 운영상의 번잡상과 낭비의 제거 등이었다.<sup>12)</sup> 이 당시 보사회가

9) 보건복지부(1996), 『보건복지통계연보』.

10) 보건사회부(1980.12), 『의료보험 관리일원화 방안(내부문서)』, 재인용.

11) 보건사회부(1980.11), 『의료보험 관리일원화 방안(내부문서)』, 재인용.

통합의 필요성으로 내세운 주요 논점은 조합방식으로는 전 국민 의료보험으로의 확대가 어렵고, 만일 확대된다 하더라도 조합간의 재정격차로 적자조합이 발생하며, 조합 간에 의료혜택의 차등화를 초래할 우려가 있다는 점이었다.<sup>13)</sup>

이처럼 행정부 내에서 통합에 관한 의견조정을 하는 과정에 이 정책에 반대하는 다양한 의견이 제기되었다. 제일 먼저 공식적인 반대의견을 표시한 곳은 의료보험의 보험단체였다. 전국의료보험협의회가 내세운 반대논거는 다음과 같다.<sup>14)</sup>

첫째, 노사 자치 재정, 자치운영체로 추진되어온 현행 제도가 공사방식보다 합리적이다.

둘째, 일원화할 경우 정부부담의 가중과 향후 보험료 인상 등을 둘러싼 정부와 국민간의 대립을 초래할 우려가 있다.

셋째, 지역 간의 소득격차, 의료기관의 편중된 분포 등 현실적인 문제 때문에 일원화는 같은 보험 안에서 부담과 혜택의 형평을 상실하게 된다.

넷째, 의료보험을 통한 노사 간의 연대의식이 약화된다.

다섯째, ‘우리조합’, ‘알뜰한 재정관리’의 장점이 사라진다.

전국경제인연합회 등 경제 5단체도 의료보험의 통합일원화에 반대하는 의견을 공식 표명하였다. 이들이 내세운 반대근거는 조합방식이 자율적 운영의 장점을 살리고 노사관계의 안정에 기여할 수 있는데 반하여, 통합방식은 관료화와 비경제성을 초래하고 복지병을 유발하는 한편 소득재분배의 역진적 현상을 초래할 우려가 있다는 점이었다. 한국노동조합총연맹회도 의료보험의 일원화를 반대하는 의견을 표명하였다.

1981년 7월 1일부터 실시한 지역의료보험 시범 사업의 계획과 추진과정에서 농어촌지역의 보험료 부과·징수와 보험제정에 큰 어려움을 경험하면서 의료보험의 통합문제는 다시 표면 위로 떠올랐다. 1981년 말 의료보험의 통합일원화 결의안이 국회 본회의에서 가결되었고, 그 이듬해인 1982년부터 보사부는 의료보험의 일원화 방안을 재구성하였다. 그 내용은 1980년에 만들어진 통합방안과 거의 비슷한 것이었다.<sup>15)</sup>

한편 이 문제는 행정부를 넘어 입법부와 정당들 간의 문제로 비화되었는데, 집권당인

12) 보건사회부(1980. 12), 『의료보험 제도의 개선 방안』, 재인용.

13) 보건사회부 사회보험국(1980. 12), 『의료보험 관리위원회의 타당성 논거(내부문서)』.

14) 전국의료보험협의회, 『의료보험 관리체계 이원화의 성립배경과 이론(1980. 10, 1980. 10. 25, 보사부 장관에게 보낸 보고문서의 첨부자료)』.

15) 보건사회부(1982. 2), 『의료보험 제도 개선방안(내부문서)』.

민주당은 당정협의를 통해, 의료보험의 일원화를 위한 법률을 1982년 정기국회에서 마련하여 1983년 7월부터 일원화 체제를 출범시킨다는 방침을 확인하였다. 반면 행정부의 의견은 일치되지 못하였다. 우선 청와대 비서실에선 반대하였고 경제기획원에선 찬반의견이 엇갈리게 되었다. 이때에도 의료보험 조합을 비롯한 보험자와 보험자 단체의 반대 움직임은 계속되었다. 이와 같은 분위기 속에서 1982년 보사부 내에 설치된 의료보험 제도 연구자문위원회는 다음과 같이 제도개선안을 마련하였다.<sup>16)</sup>

- ① 의료보험관리공단과 의료보험조합연합회의 중앙기구는 통합
- ② 직장조합의 광역관리 체제로 개편
- ③ 지역조합 시범사업 종료 후 별도로 통합을 검토
- ④ 공·교 의료보험은 중앙통합기구에서 관리
- ⑤ 직장조합과 지역조합은 경과조치로 존속

이즈음 여러 차례 개최된 의료보험 관리운영 체제에 관한 세미나에서도 통합체제의 여러 대안에 대하여 의견의 차이가 있었을 뿐 의료보험의 통합방향에 대해 이의를 제기하는 사람은 거의 없었다. 이러한 분위기 속에서도 청와대 비서실의 담당 팀, 의료보험 조합과 보험자 단체는 의료보험 통합일원화를 반대하는 운동을 적극적으로 전개하였다. 그들이 내세운 반대이견의 주요 내용은 다음과 같았다.<sup>17)</sup>

- ① 우리나라 의료보험 제도는 사회보험 방식의 조합자치주의를 근간으로 한다.
- ② 의료보험을 통합일원화하면 정부 재정투입이 불가피하여 재정파탄을 가져온다.
- ③ 통합일원화를 추진하게 되면 기업의 부담을 가중시키고 근로자의 부담도 늘어나 이들 기업과 근로자가 반발하게 되고 노사 협조 분위기를 저해한다.
- ④ 통합일원화는 관리운영 체제의 경직화를 초래한다.
- ⑤ 의료에 대한 모든 책임이 정부로 직결되어 선진국형 복지병을 유발하고, 보험료 부담과 급여수준의 결정을 둘러싸고 정부가 국민간의 직접 대립을 초래하여 통치부담이 가중된다.
- ⑥ 따라서 의료보험의 일원화 논의는 불가하며 조합자치주의를 근간으로 하는 현행 관리운영 체제를 유지하여야 한다.

16) 보건사회부(1982. 9), “의료보험 일원화 방안 검토보고(내부문서); 보건사회부(1982. 9), 『의료보험의 현황과 과제』.

17) 청와대 비서실의 담당팀 작성자료, “의료보험 일원화 문제 검토,” 1982. 9

1982년 9월 정기국회를 앞두고 의료보험의 통합일원화 논의는 완전한 결론에 도달하지 못하였다. 국회와 여·야당은 모두 일원화를 찬성하고 정기국회에 일원화 법률을 제출할 것을 요구하고 있었으나 행정부의 의견은 완전일치를 보지 못하였다. 청와대 팀의 명백한 반대 에 부딪힌 상태에서 보사부는 의료보험의 통합일원화 정책을 더 이상 추진하기가 어려웠고, 결국 여·야간의 합의로 통합논의를 보류하는 수습방안을 마련하였다. 1982년 12월 정기 국회 종료로 그 동안 뜨겁게 전개되었던 의료보험 통합일원화 논의는 일단 잠잠해지게 되었다. 하지만 이 논의는 정책적 논의 차원에서 끝나지 않고 하나의 정치적 사건으로 비화되었다. 정기 국회가 끝난 후 1개월 반이 지난 1983년 2월 초에 보사부의 의료보험 업무 담당 공무원들이 모두 사직당국에 잡혀가서 조사를 받게 되었고 의료보험 관리공단과 의료보험 조합연합회의 간부직원 여러 명이 현직에서 쫓겨나는 사건이 발생하기도 했다. 그 이후 행정부 내에서는 물론 국회에서도 의료보험 통합일원화 주장이 나타나지 못하게 되었다.

#### 다. 의료보험 통합논의 제2단계

1986년 9월 1일 정부는 ‘국민복지증진 종합대책’을 발표하고 전 국민을 대상으로 한 의료보험 실시의 정책목표를 설정하였다. 1988년에 농어촌지역에서 의료보험을 실시하고, 1988년에는 도시지역에서도 의료보험을 실시한다는 내용이였다. 이 정책결정을 계기로 하여 제2단계 의료보험 통합논의가 일어나게 되었다. 이 논의의 결과로 의료보험 통합 일원화를 골자로 하는 국민의료보험법(1989)이 국회를 통과하여 정식으로 선정되었으며, 한편 이 법이 대통령 거부권 행사로 다시 국회에 회부되는 등의 우여곡절을 겪었다.

##### 1) 농어촌지역 의료보험의 실시와 관리운영방식 논의

1986년 중반부터 검토한 농어촌지역 의료보험 실시계획과 관련하여 관리운영방식에 관한 논의가 전개되었다. 정부는 이 당시 농어촌지역 의료보험의 확대에 따른 제도운영 방식을 다음과 같이 계획하고 있었다.

첫째, 의료보험 재원은 보험료로 조달하되 소득이 낮은 일부 주민의 부담경감을 위하여 보험료의 일부를 국가에서 지원하고, 조합의 관리운영도 전액 국고에서 지원한다.

둘째, 보험료의 산정은 기본 보험료와 능력비례보험료로 나눈 후 기본보험료는 세대 및

세대원 1인당 정액을 부과하고 능력비례 보험료는 소득과 재산에 비례하여 15등급으로 차등 부과하도록 한다.

셋째, 보험급여는 현행 직장, 공·교 의료보험과 동일하게 하여 진료권과 진료단계를 지역의 실정에 맞게 설정하고 의료자원이 효율적으로 활용될 수 있도록 1, 2, 3차 진료체계를 설정한다.

넷째, 관리운영 조직은 주민의 소득수준, 의료이용 성향, 의료기관의 분포 등에 따른 지역별 의료이용 수준의 격차 현상을 감안하여 시·도·구 단위로 주민이 자치적으로 운영하는 조합별 운영방식을 채택한다.

이와 같이 당시 정부는 의료보험의 관리운영체제를 현행 조합방식을 토대로 추진한다는 방침을 정하였다. 정부와 청와대 비서실 등의 관계기관의 협의를 통해 조합방식의 정부안에 대하여 대체로 의견의 일치를 보았다. 1987년 정부와 민정당 간에는 이 문제에 대하여 다음과 같이 합의하였다.

- ① 지역의료보험 조합은 시·군단위로 조직하는 현행 방식대로 추진하되 서울시·직할시는 시 단위 조합을 구성한다.
- ② 장기적으로 의료보험 관리운영 체제를 통합일원화 방식으로 발전시켜 나간다.

1987년 대통령은 대도시에도 구 단위로 조합을 구성하는 안을 선택하였고, 이렇게 하여 1988년 1월 1일부터 시작한 농어촌 지역의료보험은 결국 조합방식의 체제를 유지하면서 출범하게 되었다.

## 2) 의료보험 통합을 위한 농민운동

1988년, 농어촌 의료보험이 실시되면서 정부, 정당, 의료보험 관련 단체 그리고 학계를 중심으로 이루어져 온 논쟁이 의료보험 수혜자 문제와 관련 있는 농어민과 도시빈민조직 등의 재야조직으로까지 확대되었다. 의료보험조합 노동자까지 가세하여 의료보장제도 전반을 둘러싼 제2단계 논쟁이 본격화되기 시작하였다. 1988년 농어촌지역에서 의료보험이 실시되면서 과도한 보험료 부담 그리고 불편한 1, 2, 3차 진료체제 등에 대한 불만과 항의가 직접적 계기가 되어 농민들을 주축으로 ‘의료보험 시정운동’이 벌어지게 되었다. 통합 논의는 1989년경에 다시 일기 시작하였는데(문옥륜, 1997: 43), 그 당시 농촌지역에만 실시되던 의료보험이 도시지역의 자영자에게도 확대될 즈음 농어촌 의료보험가입자들의 의료

보험에 대한 불만과 항의가 직접적인 계기가 되었다. 농어민들의 의료보험에 대한 제도개혁의 요구는 자연발생적으로 시작하여 각 군 단위 농민회가 주축이 된 “의료보험증 반납 운동” 혹은 “보험료 납부 거부 운동”이 전국적으로 일어났다. 농민들의 공통된 초기 주장은 대체로 보험료 부담의 경감과 보험료 책정방식의 개선, 의료보험의 확대, 국고보조를 35%에서 50%로 확대, 의보조합의 민주적 운영, 농촌 의료시설의 확충, 농어촌에만 실시되는 의료전달 체계의 철폐 등이었다.

이러한 농민들의 의료보험 저항운동은 기존 농민 조직들과 YMCA 등의 사회단체 그리고 민주약사회, 인도주의실천의사협의회, 보건과 사회연구회 등의 보건의료 단체가 연대를 맺으면서 조직적인 의료보험 개혁운동을 펴나가게 되었으며 그 과정에서 80년대 초반 의료보험 통합을 주장했던 학자들은 이들을 이론적으로 지원하였다. 농민들의 의료보험 개혁운동은 그 동안 잠재되어 있던 의료보험통합 논쟁을 다시 불붙게 만들었고, 학계를 중심으로 제2단계 통합논쟁이 벌어지게 되었다. 통합론자와 조합론자들은 학술지, 신문 등 여러 곳을 통해 논쟁을 전개하였고, 소장학자들 사이에는 의료보험 통합논쟁을 새로운 각도에서 해석하려는 움직임이 나타나기 시작하였다. 이렇게 통합론과 조합론의 논쟁이 격화되기 시작하자 보건사회부에는 양측의 입장을 공개적으로 발표하여 여론을 수렴하는 공청회를 1988년 개최하기에 이르렀다. 그 후 1989년 2월 국회에서 다시 의료보험법 개정 문제를 둘러싸고 공청회를 개최하였다. 여기에서도 통합론을 주장하는 사회보장학자와 농어민 그리고 조합론을 주장하는 학자와 보건사회부의 의견이 팽팽하게 대립되었다. 이러한 과정에서 초기의 농민들은 통합일원화 의료보험 방식을 전면적인 의료보험의 대안으로 내세우게 되었다. 농민들은 여러 단체들과 연대하여 1989년 4월 ‘농어민 건강 확보를 위한 대토론회’를 개최하였는데 이 토론회에서 주장된 주요 내용은 관리기구의 통합일원화, 보험료는 소득에 따라 부과, 국고지원은 급여비의 50%로 확대, 의료보호의 확대실시 등으로 나타났다. 그 이후 농민들은 전국적인 단위의 ‘전국의료보험대책위원회’를 6월 달에 결성하고 보건의료 단체들의 연대활동을 통해서 자신들의 주장을 체계화시켜 「국민의료보장법안」을 만들었다. 이들은 이 법을 가지고 정당과 국회를 상대로 적극적인 입법투쟁을 벌였으며, 후에 국회에서 통과된 「국민의료보험법안」에 상당한 영향을 미쳤다.

### 3) 「국민의료보험법안」의 성립과 거부권 행사

의료보험을 둘러싼 논쟁의 핵심은 “의료보험관리운영체계를 통합할 것인가” 아니면 “조합방식을 계속 유지할 것인가”하는 문제였다. 이러한 입장 차이는 결국 국회에서 판가름 날 수밖에 없는 상황이었다. 당시 정당 중 평민당과 민주당은 전국민의료보험대책위원회와 사회보장학자들의 주장을 대폭 받아들여 이미 통합방식의 의료보험법 개정안을 내놓은 상태에 있었고, 반면 야당이었던 공화당과 여당인 민정당 일부의원은 광역화 방식을 지지하는 듯하였다. 이 광역화 방식은 현행 조합체제를 유지하되 시·도 등 광역지역 단위로 이를 통합하는 방안이었다. 이 당시 광역화 방식을 지지하던 공화당은 농민들에 의한 공화당사 점거·농성 이후 통합주의로 당론을 변경하게 되고, 통합법안인 「민의료보험법안」 국회 보건사회위원회를 거쳐 1989년 제145회 임시국회에서 여야 만장일치로 통과하게 되었다.

1989년 3월 제13대 국회 제145회 임시국회에서 관리운영 체계의 통합일원화와 보험료의 누진제를 핵심으로 하는 「국민의료보장법」이 여야 만장일치로 통과했으나 당시 대통령이 법률안거부권을 행사하였고 제13대 국회회기 동안 이 법안이 재의결 되지 않음으로써 제13대 국회의 해산과 더불어 자동으로 폐기되었다.<sup>18)</sup> 이 당시 거부권 행사의 주된 사유는 조합을 해산하고 신설될 국민의료보험관리공단에 승계 시킬 경우 기존 조합의 재산이 제3자의 의료비로 사용되므로 부담의 형평성이 어긋나게 되어 국민의 기본권인 재산권에 대한 헌법의 규정에 배치된다는 것이었다(문옥륜, 1997: 43).

1993년 3월 문민정부가 집권하자 또 다시 의료보험 통합 문제가 제기되었으며, 대통령 자문기구로 설립된 농어촌 발전위원회에서 의료보험 통합을 건의하였다. 1994년 보사부는 의료보장개혁위원회를 구성하여 개혁의 방향을 조합 방식의 유지·보완을 통한 제도 발전으로 결론을 내리고 이를 대통령에게 건의하였다. 그 후 국회에서 또다시 민주당에 의하여 통합 법안이 발의되었으나 수용되지 못하였다.

#### 라. 2000년 국민건강보험의 탄생

1996년 10월경 의료보험제도의 문제점들이 심각하게 드러나자 의료보험의 통합논의가 다

18) 이두호 외(1992), 『국민의료보장론』, 나남, pp.320~351.

시 일어나기 시작하였다. 의보재정과 관리운영을 일원화하여야 한다는 주장과 정치적인 요구가 다시 개진되었다. 1997년 10월 대통령이 신한국당을 탈당하여 정부로서는 여당이 없는 상황에서 신한국당의 황성균 의원 등에 의하여 지역 의료보험과 공교의료보험을 통합하는 1차 통합법안이 발의되었다. 그 배경은 다음과 같다.

첫째, 지역의료보험의 통합으로 관리 운영비를 대폭 절감시켜 국고절감과 함께 지역피보험자의 보험료를 경감시킬 수 있다는 것이다.<sup>19)</sup>

둘째, 지역의료보험의 종사인력 약 40%를 감축하여 이들을 국민연금으로 전환시키면 국민연금 실시를 위한 신규 예산지원 없이 도시연금의 확대가 가능하다는 점이다.

당시 야당인 국민회의는 이미 1996년 국회에 국민건강보험법안을 발의해 둔 상태였기 때문에 한나라당이 지역의보와 공교의보의 통합을 발의하자 지역의료보험과 공교의료보험을 통합(단, 재정은 분리)하는 법안이 1997년 12월 정기 국회를 통과하여 의료보험은 통합 단계로 접어들게 된다. 이에 국회는 일차적으로 공무원·교원 의료보험과 지역의료보험을 통합하여 관리·운영하고 장기적으로 직장의료보험과 완전히 통일한다는 내용의 「국민의료보험법안」을 제정하였다. 이 법안은 그 자체로 여러 가지 문제를 내포하고 있었으며 이미 여러 각도에서 비판과 반대가 있었다(동아일보, 1998).

1997년 대선에서 의료보험 통합을 공약한 김대중 후보가 당선됨에 따라 국민회의는 의료보험 전면통합을 위한 준비에 들어갔다. 그 후 IMF 구제금융사태 이후 구성된 노사정위원회는 1차 합의서(1998년)에 의료보험 통합을 포함시켰다. 그리하여 1999년 2월 「국민건강법」이 통과되었다. 그러나 2000년 1월 시행을 앞두고 학계나 언론에서 통합의 문제점이 제기되었다. 제기된 문제점들은 통합이 근로자의 부담증가로 연결될 가능성이 많다는 점과 통합은 하나의 사회적 실험으로 혼란을 야기할 가능성이 많다는 점이었다. 실제 통합을 위하여 근로자와 지역주민에게 단일하게 적용할 수 있는 보험 부과체계를 개발하고자 하였으나 지역 주민의 소득자료 부실로 인하여 부과체계 개발을 실패하였으며 이에 직장의료보험 중심의 한국노총 반발로 법개정 과정에서 조직통합은 2000년 7월까지, 재정통합은 2003년 7월로 연기되었다.

한편, 건강보험의 통합과 함께 의약분업의 추진은 건강보험의 재정에 심대한 위협을 주

19) 특히 정명채(1997)는 황성균의 이러한 주장을 뒷받침하여 지역의보통합으로 농어촌은 보험료가 약 24% 도시지역은 약 5%가 인하될 수 있다고 주장하였다.

어 2001년은 건강보험 재정문제가 최대의 사회적 이슈로 등장하였다. 2001년 한해만 하여도 통합하면 없앨 수 있었다던 국고지원이 오히려 늘고, 재정안정화 대책이라는 명분으로 여러 가지 규제를 강화했음에도 불구하고 재정적자 1조 8천억원을 금융기관에서 차입함으로써 겨우 의료기관에 대한 지불을 막았다. 이러한 재정위기로 인하여 지금까지 막연하게 주장되던 통합의 기대효과에 대한 의문이 제기되었다. 이로 인하여 통합의 마지막 단계인 재정통합이 2002년 1월로 예정되어 있었으나 국회는 2003년 6월까지 1년 6개월 간 재정통합을 유예시키기로 결론을 내렸다.<sup>20)</sup>

#### 마. 의료보험 통합에 대한 평가

최근 국민건강보험법의 제정으로 그 동안 지속되었던 의료보험 통합논란은 일단락되었고 통합의 목표 중 하나인 보험자조직의 효율적 관리를 위한 기초가 마련되었다고 기대할 수 있다. 그러나 의료보험제도가 통합된 이후에도 여전히 해결되지 않는 여러 가지 문제들이 존재한다(이준영, 1997: 352). 우선 의료비의 지나친 상승은 가입자들에게 보험료 인상이라는 재정적 부담을 주고, 보험재정적자를 국가보조로 충당함으로써 국민들의 조세부담은 가중된다. 또한 의료보험급여에서 제외된 진료는 환자들이 부담하게 되는데 이 비용은 통제되지 않는다. 그리고 우리나라 의료보험의 또 다른 문제는 의료전달체계에 관한 것이다. 환자들이 종합병원으로 몰리고 있어 간단한 진료를 받기 위해 장시간 대기해야 하며 일부 개원한 의사들은 도산한다. 아울러 의료기관의 70% 이상이 도시지역에 집중되어 있어 환자들은 의료혜택을 받는데 제약을 받고 있다.

종합해 보면 의료보험 통합논의에서 정치적이고 정서적인 요인들이 많이 작용하였기 때문에 앞에서 제시한 실질적인 문제들을 해결하는 데 소홀하였다. 통합을 주장한 야당이나 조합방식을 주장한 여당이나 정치적인 계산에 기초하고 있었으며, 시민단체나 농민들이 통합을 주장한 배경에는 차별적인 의료와 보험료 부과체계에 대한 불만이 있다. 실제로 통합 이후 보험료부과체계가 단일화 되지 못하고 있기 때문에 형평성이 크게 제고되었다고 보기 어렵다. 직장근로자와 자영자간의 소득유형이 매우 다르고 자영자의 소득과약이 30%정도 밖에 되지 않는 상황에서 단일한 보험료 부과체계를 적용하는 것이 무리였다.

20) 이규식(2002. 9), 『선진의료의를 위한 건강보험 정상화 방안』 .

## 2. 의약분업

### 가. 의약분업의 필요성과 목표

약의 오·남용은 국민건강에 심각한 영향을 줄 수 있다. 이미 여러 선진국에서는 약의 잘못된 소비로 인한 피해를 억제하기 위해 의사와 약사 간의 역할을 분리했다. 의약분업의 목표는 의료보험 약가 인하와 과잉투약 및 의약품 오·남용을 억제하는 것이다. 현재 의료보험 약가는 실거래 평균가격의 11.4%이상 비싸다. 또한 1996년 보험급여비 중 약제비 비중이 약 31%로 <표 7>에서 알 수 있듯이 의약분업을 실시하는 미국의 11.3%에 비하면 3배 이상이다.

<표 7> 국가별 약제비 비율<sup>21)</sup>

약제비항목	의약분업 실시(%)		의약분업 미실시(%)	
	미국	영국	일본	한국
총 의료비 중 약제비 비율	11.3	16.4	29.1	31.1(39.8)
입원 약제비 비율	3.9	1.6	7.8	10.4(12.9)
의래 약제비 비율	7.4	14.8	21.3	20.7(26.9)

우리나라에서도 의료보험 제도 도입 이후 의약분업에 대한 논의가 있어 왔으나, 분업의 구체적 시행방안과 제도도입에 필요한 여건의 성숙 여부에 관한 견해차이로 완전한 의약분업의 실시는 여러 차례 연기되었다. 그리하여 의사의 처방전에 의한 조제와 약사의 임의조제를 병행하는 과도기적 조치로서 먼저 약국 의료보험이 실시되었고(이재완, 1995: 190), 마침내 2000년 7월 1일부터 의약분업이 시행되었다(보건복지부, 1999).

21) 의료보험연합회 내부자료

- ① 영국은 1992년, 미국과 일본은 1993년 기준임.
- ② 우리나라는 의료보험 진료비를 기초로 계산(한방 병·의원, 보건소, 약국 제외)
- ③ 우리나라의 경우 팔호 안의 숫자는 수기료(처방료, 조제료, 주사료 등)를 포함한 비율임.

## 나. 약국 의료보험의 도입

우리나라에서 의약분업에 관한 논의는 1963년의 약사법 개정에서 약사의 조제권 및 의약분업을 규정한 이후부터 시작되었다. 당초 약사법(1963)에는 의약분업 관련 규정이 없다가 12월 전문 개정된 약사법<sup>22)</sup>에 약사의 조제권 부여 및 의약분업 시행의 의지가 비로소 반영되었다. 그러나 의약분업 실시의 기반은 전혀 마련되지 않았고, 약사의 임의조제나 약사의 조제행위가 모두 불법이라는 시비가 대두되었다. 결국 약사법 제21조는 유명무실하게 되었고 의사의 조제권이 관행대로 법률상 허용되었으며,<sup>23)</sup> 한편 약사들도 약사법에 근거하여 조제권을 주장하였다.

1963년 의료보험법에서는 약국이 보험환자를 취급할 수 있도록 지정하지 않았으나 다만 약국을 이용할 경우 요양비의 지급이 가능하도록 규정하였다. 1976년 약국을 요양취급기관으로 지정할 수 있도록 의료보험법을 개정하였으나, 1977년 500인 이상의 사업장과 공업단지 입주 사업장만을 대상으로 의료보험을 적용하였기 때문에 그 대상은 전 국민의 8.8% 수준에 불과하였다. 약국경영에 미치는 영향이 거의 없는 상태여서 약국에 대한 보험참여문제가 대두되지 않았다.

그 당시에는 직장의료보험조합이 개별적으로 의사의 처방전에 의한 약국조제가 요양급여에 포함될 수 있도록 하였으나 의사의 처방전 발행이 임의적으로 되어있어 그 실적이 거의 없었다. 1979년부터 진료비심사업무와 함께 요양취급기관 지정업무도 의료보험연합회가 위임받게 되었다. 이때 대한약사회에서는 약국들을 의료보험 요양취급약국으로 지정해 주도록 요청했으나 받아들여지지 않았다. 그렇지만 약국으로서는 이로 인한 불이익이 없었기 때문에 그 요청이 그다지 적극적이지 않았다.

1981년 대한약사회가 제1차 지역의료보험으로 지역의 전 주민이 의료보험을 강제 적용받아 약국경영이 안 될 것이므로 의약분업을 실시하여야 한다는 문제를 제기하여 모든 약

22) 약사법(1963. 12. 법률 제1491호) 제21조(조제)

① 약사가 아니면 의약품을 조제할 수 없다.

② 약사가 의약품을 조제할 때에는 약국에서 행하여야 한다. 다만 서울특별시, 부산광역시 또는 도시사의 승인을 얻은 경우에는 예외로 한다.

③ 약사는 의사, 치과의사 또는 수의사의 처방전에 의하여 의약품을 조제하여야 한다.

23) 약사법(1996.4. 3. 법률 제1694호) 부칙 제 3조(경과조치)

의사, 치과의사, 한의사 또는 수의사는 치료용을 사용하는 마약품에 한하여 자신이 직접조제 할 경우에는 제21조의 규정에 불구하고 이를 조제할 수 있다.

국을 요양취급기관으로 지정하였다. 그러나 의사의 처방전 발행을 의무화하지 않아 제대로 된 의약분업이 될 수 없었다. 다만, 당초 예상했던 것보다 약국경영이 악화되지는 않았다.

1982년 지역의료보험 제2차 시범사업을 실시하면서 약국이 의료기관보다 많은 목포시에 서는 의사의 처방전 발행을 의무화하지 않으면 약국에 대한 요양취급기관 지정을 거부하겠다는 반발이 있었다. 정부에서는 의사의 처방을 유도하기 위하여 처방전 발행료를 조제료 보다 2배나 높게 고시하였다. 그러나 대한의학협회는 처방전발행을 임의규정으로 받아들였다.

우여곡절 끝에 1984년 5월부터 목포 시내의 의사, 약사 간 상호계약에 의한 계약제 의약분업을 시도하게 되었다. 계약제 의약분업은 계약 당사자인 의사들의 거부로 1985년에는 8월까지 계약방식에 의한 강제분업 형태를 임의분업으로 환원하였다가 10월에 보사부는 의약분업 시범사업을 중지하였다.

전국민의료보험을 바로 앞두고 1988년에는 의사협회와 약사회 간에 단계별 의약분업 실시 방안을 합의했다. 그러나 약사회 측이 보험내 분업과 조제료의 대폭인상을 요구하고 의학협회도 완전의약분업의 즉각 실시를 촉구함으로써 결국 의약분업의 실시는 백지화되고 말았다.

1989년에는 보사부와 의사협회 그리고 약사회간 3자 최종협상에서 의약분업을 무기한 연기할 것과 약국의 의료보험 참여를 결정했으나 의협이 이를 반대하여 논의 자체가 무산되었다. 이에 잠정적인 대안으로 1989년 10월 1일부터 약국의료보험을 본격 실시할 것이 제안되었고 결국 이를 실시하게 된 것이다.

## 다. 의약분업의 실시 과정

### 1) 한·약분쟁과 분업의 논의

1993년 보사부에서 약국의 재래식 한약장 설치와 관련된 약사법 시행규칙을 삭제하면서 약사와 한의사간의 대립이 심화되었다. 이에 따라 보사부는 1993년 6차에 걸쳐 위원회와 공청회를 개최하여 약사법 개정안을 확정하였다. 1994년 약사법개정을 통해 '이 법 시행 후 3~5년의 범위 내에서 의약분업을 시행'하도록 명시함으로써 의약분업 현실화의 계기가 다시 한 번 마련되었다.

그 당시 규정된 의약분업의 기본골격은 다음과 같다.

첫째, 의약분업의 당사자를 의사와 약사로 하여 이들 간의 직능분업으로 하며,  
둘째, 의약분업 대상 의약품은 기본적으로 전문의약품과 일반 의약품의 2분류체계  
로 한다.

셋째, 의약분업의 예외조항으로 약국이 없는 지역, 재해지역 등 7개 조항에 있어서는 의  
사의 직접 조제를 인정하고 의료기관이 없는 지역 등 3개 조항에 대해서는 약사의 비처방  
조제를 인정한다.

넷째, 원외처방전 발급대상 의료기관은 약사가 종사하지 않는 의료기관으로 하며,  
다섯째, 처방전 기재방법 및 대체 투약 시는 의사의 동의를 받아야 하는 것으로 하였다.

## 2) 의약분업추진 전반기

의약분업은 1994년 한약분쟁 후 개정된 약사법에 의해 1999년 7월 실시가 명시되게 되  
었다. 이에 따라 의료개혁위원회는 1997년 의약분업방안과 의약품분류안을 마련해 놓고  
있었다. 이 방안은 약사가 없는 의료기관에서 1) 항생제, 스테로이드, 습관성의약품, 2) 주  
사제 제외 전문의약품 3) 주사제 포함 전문의약품으로 3단계에 걸쳐 3년 간격으로 추진하  
는 것이었다. 의약품분류는 전문과 일반이 49대 51로 나누어지고 항생제의 일부는 일반의  
약품에 포함되었다. 또한, 의사가 대체불가 표시를 하면 약사는 대체조제를 할 수 없도록  
하였다.

정권 출발 초기에 보건복지부가 주도한 합의안은 의원급 의료기관에서 주사제를 제외한  
전문의약품을 단번에 실시하는 것이었다. 그 해 말 새로이 마련된 의약품 분류안은 전문  
과 일반이 51대 49로 역전되었고, 연고제를 포함한 모든 항생제는 전문의약품으로 넘겨지  
게 되었다. 의약분업 실시가 가시화되자, 병원은 제외되고, 전문의약품이 적으며, 약사들이  
대체가능 범위가 넓어졌다는 점 등을 들어 1998년 의원급에서 반발이 있었다.

새정치국민회가 새로이 수립한 의약분업 방안에서는, 1998년 모든 보건의료기관, 모든  
전문의약품(주사제 포함)으로 확대하되(약 5% 정도), 소분판매 금지, 대체조제를 허용하되  
약효동등성 확보, 기타 임의조제를 억제하기 위한 방안 추가 도입이 포함되었다. 그러나  
의료계의 거부로 무산되었다.

그런 가운데 9월 6일 의료계와 제약업계, 시민단체 사이에 그 동안 첨예하게 논란을 빚었  
던 의약품의 분업대상품목과 제외품목 구분에 대하여 다음과 같은 합의가 이루어졌다.<sup>24)</sup>

〈표 8〉 합의 내용

의약분업대상 의약품	주사제를 포함한 전문의약품
의약분업제외 의약품	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 일반의약품·희귀의약품·마약·임상실험용 의약품</li> <li>• 방사성의약품·신장 투석액</li> <li>• 이식정 등 투약시 기계·장치를 이용하거나 시술이 필요한 의약품</li> <li>• 진단용 및 예방접종용 의약품</li> <li>• 주사제중 항암제·운반·보관에 안전 요하는 주사제</li> <li>• 검사·수술·치치용 주사제</li> </ul>

이에 정부와 여당은 의약계가 시민사회단체와 실시시기를 2000년 7월로 1년 연기한다는 약사법을 1999년에 개정하였다(1차 개정). 그리고 12월 국민의 정부에서 의약분업의 실시를 확정짓게 되었다. 그 후 약사법은 2000년 1월과 7월 두 번에 걸쳐 개정되었다(2, 3차 개정)

### 3) 의약분업추진 후반기

의협은 5월 발표 이후 의료계는 반발하였는데, 의약분업 모형의 수정 및 수가인상을 요구하였다. 동시에 그 동안의 정부 정책에 대한 반발(예를 들어, 수가항목설정, 진료비 심사 기준 및 심사절차 등), 국민과 언론의 의료계에 대한 적대적 태도 등에 대한 분노가 겹쳐지면서 2000년 11월 말까지 1년간에 걸쳐 수차례의 휴·폐업을 반복하여 ‘의료대란’이 일어나게 되었다.

의료대란을 수습하는 과정에서 의약분업 관련 수가가 조정되고, 의약분업모형이 수정되었다. 정부는 의원급 수지의 보전의 위해 초·재진료를 인상하였다. 그리고 2000년 재진료와 원외처방료를 추가 인상하고, 주사제와 내복약을 동시에 원외처방 할 경우 주사제 원외처방료의 50%까지 수가로 인정하였다. 이러한 방식의 수가 인상의 결과 의약분업을 실시하기 위해서 의약분업의 효과를 반감시키는 역설 현상이 발생했다.

그 해 9월 초부터 11월 중순까지 진행된 의·약·정 협상의 결과는 결국 대체 조제의 전면 금지, 지역별 상용의약품 목록 제정의 폐기, 소분판매의 전면 금지, 의약품 분류 현상유지

24) 9월 10일. 2차 의약분업 실행위원회의 최종안 확정절차만 남김.

등으로 귀결되었다. 이러한 협상의 결과와 정부측의 주장을 반영하여 주사제를 예외로 하는 약사법개정이 2001년 7월에 이루어졌다(4차 개정).

대체조제의 금지와 지역별 상용의약품목록 제정의 폐기는 처방권 확보를 위해서 의사회가 주장한 것이다. 그러나 그 결과 약국에서 보유할 의약품 수가 크게 늘어났고, 더구나 처방약이 자주 변경되는 현상 때문에 약사들은 약품수의 확보와 불용약제의 재고 증가를 감당하기 어렵게 되었다. 2001년 의약품목록 제정이 사문화 하는 것으로 판명되자 처방의 임의변경 사례가 크게 증가하게 되었다. 그리하여 전문의약품의 불법판매, 부수적인 의약품의 ‘끼워팔기’ 등 다른 위법도 증가할 수밖에 없다.

약가 인하의 미흡, 실거래가 제도, 그리고 상품 선정권이 의사들에게 집중되는 방식으로 의약분업 모형 변경은 필연적으로 다양한 형태의 의약품 리베이트를 부활시켰다. 또한 의·약간 담합행위를 더욱 광범위하게 만드는 부정적 요인으로 작용하고 있다. 문전약국과 동네약국의 격차발생, 의약품 사용량이 크게 줄지 않고 있는 현상 등에는 이런 배경이 있다.

의·약·정 합의로 의약분업 모형에 대한 논의는 일단락되었다. 의료대란 중 거론되기 시작한 선택분업이 의협의 공식 입장이 되어있다. 건강보험 재정위기 발생 이후, 부당허위청구를 방지하기 위한 처벌조항을 강화하려는 취지에서 의료법 및 약사법은 2001년 2월 동시에 개정되었다.<sup>25)</sup>

## 라. 의약분업의 평가

의사들은 의약분업 시행의 연기를 요구하면서 이를 관철시키기 위하여 각계의 비난에도 불구하고 전국적인 규모의 파업을 강행하였다. 이로 인하여 국민들은 심한 불편을 겪었다. 의사들의 파업에 대한 대응과정에서 정부는 당초 계획하였던 의약분업의 내용을 상당부분 수정하였고, 의료보험의 수가를 여러 차례 인상하였다.

우리나라에서는 오랜 동안의 논란 끝에 마침내 2000년 7월부터 의약분업이 시행되었으나 시행 전에 비해 약의 오·남용 억제라는 효과는 아직 크게 나타나고 있지 않은 반면 국민들의 불편이 가중되고 환자들의 경제적 부담도 늘었다. 그리하여 의약분업을 철회하자는 목소리도 높았었다.

의약분업의 시행결과 약의 오·남용 억제라는 본래 의도한 의약분업의 효과는 아직 크게

25) 김용익(2002), 『DJ정부 보건 개혁의 성과와 과제』.

나타나고 있지 않은 반면 국민들의 불편이 가중되고 반복된 수가인상과 추가적인 본인부담으로 환자들의 부담도 늘었다. 이에 대한 국민들의 불만은 심각하였는데, 심지어 최근 한 여론 조사결과에서 응답자 중 63.7%가 의약분업의 철회에 찬성할 정도였다(중앙일보 2001.3.23일자).

이와 같은 상황은 우리나라 의약분업 제도의 안정적 발전을 위해서 해결되어야 할 과제가 적지 않다는 것을 짐작하게 한다. 현재, 한국 의약분업에서 논란이 되는 문제들을 정리하여 보면 다음과 같은 3가지로 구분될 수 있다.

첫째, 의약분업의 기술적인 문제가 아직도 해결되지 않고 있다. 국민의 건강에 중대한 영향을 줄 수 있는 의약품의 안전성 확보를 위한 의약품의 분류와 그에 관한 정보를 어떻게 관리할 것인가에 관한 충분한 논의가 미흡하다.

둘째, 의약품 가격에 대한 통제가 제대로 이루어지지 못하고 있다. 정부가 의료보험 약가를 고시할 때 실거래가 보다 높은 가격이 설정되고 있으며, 의료기관에 약을 납품할 때 주는 리베이트도 관행처럼 되어 있어 그로 인한 약품 가격의 왜곡이 심각하다.

셋째, 분업 실시 이후 의료보험 약제비 증가현상이 현저하다. 건강보험심사평가원의 의약분업전후 처방약제비 등 추이분석 자료에 따르면 의약분업을 시행한 이후 약제비가 50%이상 증가하였다고 하였다.

### 3. 건강보험의 재정 위기

#### 가. 문제의 제기

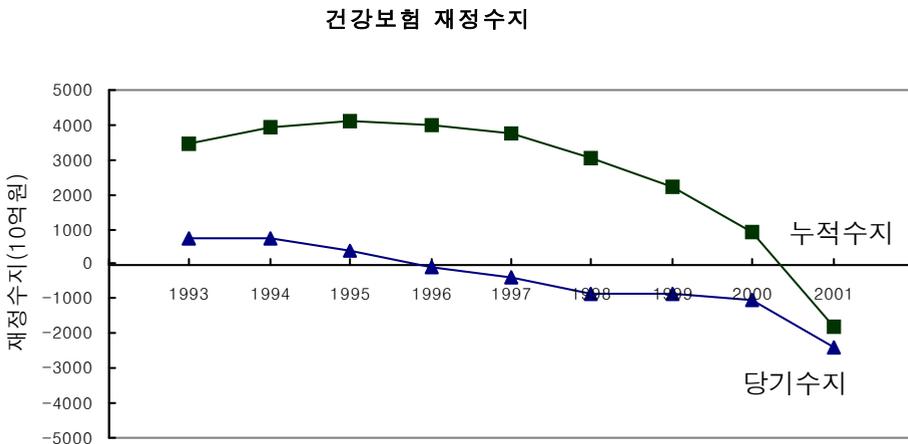
의약분업의 시행을 계기로 건강보험의 재정수지가 급격히 악화되어 2000년도에 약 3조 원의 누적적자가 발생하면서부터 우리사회에는 건강보험의 재정 파탄에 대한 위기의식이 고조되었다. 그 이전에도 건강보험의 재정 상태는 그렇게 좋은 편은 아니었으나 누적적자가 발생한 적은 한 번도 없었다. 2002년 역시 2조 7천억 원의 누적적자가 발생되었다. 이 같은 재정적자에 대한 원인으로는 수년간 누적된 적자구조(노인의료비 증가, 수진율 증가), 의약분업의 시행, 의료수가의 인상, 약국조제료의 인상 등 다양한 요인들이 있었다.

나. 건강보험 재정 적자

건강보험의 통합과 함께 의약분업의 추진은 건강보험의 재정에 심대한 위협을 주어 2001년에는 건강보험 재정문제가 우리사회 최대의 사회적인 이슈로 등장하였다. 2001년 한 해 동안 통합이후 줄여가겠다던 국고지원을 오히려 늘리고, 재정안정화 대책이라는 명분으로 여러 가지 규제를 강화시켰음에도 불구하고 재정적자 1조 8천억원을 금융기관에서 차입함으로써 겨우 의료기관에 대한 지불이 가능했다. 이와 같은 긴급 상황에 대처하기 위하여 국민건강보험법은 1년 치 보험진료비의 반을 진료비 지불준비금으로 적립토록 하고 있으므로, 이 규정에 따르면 2001년 기준으로 대략 6조 5천억원이 적립되어 있어야 마땅하지만, 이 금액마저 마련되어 있지 못하니 재정위기 상황은 우리가 느끼는 것보다 훨씬 심각하다. 2002년도에도 적어도 1조 원가량의 재정 차입을 통해서만 진료비 지불이 가능했을 정도로 보험재정 문제가 심각했다.

최근 수년간의 건강보험 재정상태는 의약분업 실시 이전인 1995년부터 재정수지가 악화되기 시작하였고, 1996년 처음 당기수지 적자를 기록한 이후 폭이 확대되어 2000년에 적자는 1조원에 이르렀다. 2001년에는 그 동안 누적되어왔던 적립금이 모두 소진됨으로써 전체 보험재정이 누적수지적자를 기록하게 되었다.

[그림 1] 건강보험의 재정수지 추이



## 다. 재정적자의 원인

### 1) 인구·사회 환경적 요인

인구·사회 환경적 변화를 고려할 때 건강보험 재정위기는 이미 오래전에 예견된 것이었으며, 단지 의약분업의 시행으로 재정위기의 시기가 앞당겨진 것이라고도 볼 수 있다. 보험재정 지출에 영향을 미치는 인구·사회 환경적 요인은 크게 수요측 요인과 공급측 요인으로 구분되는데, 대표적인 수요측 요인으로는 소득증가와 노인인구 증가를 들 수 있으며, 공급측 요인으로는 고급의료기술 확산과 의료인력 및 병상수 증가를 꼽을 수 있다. 지난 10년간 보험진료비 증가를 초래한 여러 가지 인구·사회 환경적 요인들의 변화를 보여주는 주요 지표를 살펴보면 다음과 같다.

〈표 9〉 건강보험 진료비 증가 요인 (약국 제외)<sup>26)</sup>

	1991	1995	2001
급여일수(일)	180	210	365
수진율	3.35	4.46	7.10
내원율	7.88	9.50	13.16
내원일당 진료비	9,973	14,454	21,821
65세 이상 인구 비중(%)	5.1	5.6	6.9
65세 이상 수진율	3.52	5.88	15.41
의사수(명)	38,928 <sup>3)</sup>	56,166	80,989 <sup>4)</sup>

주: 1) 1인당 연간 진료건수, 2) 1인당 연간 내원일수, 3) 1990년 기준, 4) 2000년 기준

### 가) 소득 증가

지난 10여 년간 국민소득의 증가와 함께 의료이용량이 꾸준히 증가하여 왔다. 1인당 연간 의료이용량의 지표인 수진율이 3.35건에서 7.10건으로 2배 이상 증가했고, 내원율 역시 7.88일에서 13.16일으로 1.67배 증가하였다. 보험급여일수는 180일에서 365일로 확대되었고, 1996년에 CT 보험급여, 1997년 이후 장애인 보장구 급여 확대 등 여러 가지 서비스들이나 약제, 재료 등이 보험급여의 범위에 포함되었다.

26) 자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각 년도. 통계청, 장래인구추계, 1996.

## 나) 노인인구 증가

고령화에 따른 노인의료비 증가 역시 보험재정지출 증가의 한 원인이다. 10년 동안 65세 이상 인구비중이 5.1%에서 6.9%로 증가하였으며 같은 기간 동안 65세 이상 노인인구의 수진율은 3.52에서 15.41로 4배가 넘는 비약적인 증가를 나타냈다. 65세 미만의 수진율이 연평균 7.17% 증가한 반면 65세 이상의 수진율은 14.39% 증가하였다. 우리나라의 65세 이상 노인 인구비는 2000년 현재 6.58%임에 반하여 이 연령층의 진료비가 전체 진료비에서 차지하는 비중은 인구비의 3배에 가까운 17.7%에 이르고 있다. 수요요인과 공급요인에 큰 변화가 없고 노인인구가 예상된 속도대로 증가한다면 한국의 보험재정은 노인인구 단일 요인에 의하여 2010년이면 재정과탄에 이를 것으로 전망한 사람도 있다.

## 다) 공급측 요인

행위별 수가체계 하에서 적절하게 공급량을 통제할 방안이 없는 상황에서 의료인력과 의료기관 수의 증가 및 새로운 고급기술 도입으로 수요를 창출하는 요인 또한 보험재정지출 증가의 중요한 원인이 되었다. 수진율이 수요 측 요인에 의해 많은 영향을 받는다면, 내원일당 진료비는 공급 측 요인에 의해 많은 영향을 받는 지표이다. 지난 10년간 내원일당 진료비는 9,973원에서 21,821원으로 2배 이상 상승하였으며, 수진율의 증가와 함께 건강보험재정에 상당한 압박요인으로 작용하고 있다. 내원일당 진료비의 상승은 주로 진료수가의 상승과 진료강도의 증가에 기인한다. 진료강도의 증가는 다시 고급의료기술의 확산 혹은 의료인력 및 의료기관 수의 증가에 기초하고 있다. 우리나라에서는 고가의료장비가 규제 없이 설치되어 의료자원의 낭비 및 의료비 지출 증가를 초래한다. 2001년 현재 MRI 약 420대, 초음파 약 12,000대, CT 약 1,350대로 인구대비 고가의료장비가 세계 최고 수준이다. 필요성에 대한 검증도 없이 도입된 고가의료장비들은 투자된 자본의 회수를 위해 오·남용되게 마련이다. 이러한 실정에서 행위별 수가제는 의료기관의 무분별한 고가의료장비 도입과 과도한 이용을 조장한다.

이상과 같은 인구·사회적 요인의 변화는 필연적으로 재정 지출의 증가를 가져온다. 그러나 이런 요인들은 정책적 요인과 달리 직접 통제하는 데 어려움이 있다. 재정위기를 초래한 원인을 규명하는 과정에서 주로 정책적 요인이 희생양으로 쉽게 거론되지만 인구가

회적 요인 역시 결코 간과할 수 없는 중요한 원인이다. 사실 이러한 인구사회적 요인의 변화에 의해 이미 오래 전부터 건강보험 재정위기가 예견되어 왔다.<sup>27)</sup>

## 2) 정책적 요인

### 가) 의료보험통합의 지연

건강보험의 관리운영체계를 하나로 통합해야 하는가 아니면 지역과 직장으로 분리 운영해야 하는가라는 문제는 건강보험 재정적자와는 별개의 문제이다. 그런데 노무현 정부 출범이후 2년 만에 걸친 통합과정에서 많은 소요와 갈등이 있었고, 이에 따라 보험료 징수 노력이 해이해졌음은 물론 보험료를 인상하기보다는 적립금을 소진시키는 현상이 나타났다. 즉, 정부가 건강보험조합의 통합을 한 번에 하지 않고 단계적으로 진행시키겠다고 예고했었기 때문에 오히려 통합시점까지는 조합단위에서의 도덕적 해이가 지나치게 나타나게 되었는데, 이것이 재정과탄을 심화시켰다고 보여 진다.<sup>28)</sup> 그러나 이것은 장기적인 상황이 아닌 일시적 현상에 지나지 않았다.

### 나) 의약분업의 시행과 수가 인상

의약분업은 의료이용 행태의 변화, 의료제공 행태의 변화 등을 초래함으로써 그 영향이 비교적 오래 지속될 것으로 예상된다. 그러나 의약분업 관련 요인은 과도한 진료수가 인상, 약국조제료의 과다 책정, 기존 약국환자의 의료기관 이용 증가, 고가약 처방 증가, 본인부담률 하향 조정 등 그 종류가 다양하다.

의약분업이 시행되면서 처방료와 조제료의 인상을 비롯한 각종 수가 항목들이 추가되거나 여러 차례 인상되었는데, 그 결과가 그대로 보험급여비 증가로 이어졌다. 의약분업 시행을 전후하여 의료기관의 진료수가는 1999년 11월부터 2001년 1월까지 총 5회에 걸쳐서 총 57.9%정도 인상되었다

의약분업으로 처방과 조제가 분리되어 의료기관과 약국을 동시에 방문하게 되었는데,

27) 『건강보험의 재정위기와 정책대안』, 본 논문은 양봉민·김진현·이태진의 연구결과(미발표, 2002)에 근거한 것임.

28) 당시 의료보험법시행령 제46조(준비금)에 "조합은 매 회계연도의 결산상 잉여금 중에서 그 연도로부터 이전 3년도에 있어서의 보험급여에 소요된 비용의 평균 연액의 5/100 이상에 상당하는 액을 평균연액에 이를 때까지 준비금으로 적립하여야 한다"는 조항이 있었으나 대부분의 조합은 이를 지키지 않았다.

이는 의료 이용량의 증가라기보다는 엄밀한 의미에서 서비스 가격의 상승을 의미한다. 즉, 약제사용에 대해 처방료와 조제료를 각각 지불해야 하는데, 의약분업 과정에서 발생한 과다한 처방료 및 조제료 책정은 서비스 가격의 상승을 초래하여 보험진료비 지출 증가로 이어진다.

#### 다) 약국의 조제료 및 의료기관의 처방료·진찰료 인상

2000년 7월부터 의약분업이 시작되면서 건강보험재정에 미친 가장 큰 변화의 하나는 투약이 종전의 의료기관에서 약국으로 이전되면서 동일한 투약에 대한 조제료가 증가한 것이다. 예를 들면, 3일분의 약을 조제할 경우, 이전에는 보험급여에서 지불되는 항목이 의료기관의약품보관료(150원)에 불과했으나, 의약분업 이후에는 약국관리료, 기본조제기술료, 복약지도료, 조제료, 의약품관리료 등 5개 항목으로 많아졌고, 금액은 28배(4,325원)나 늘어났다. 여기에 야간 및 공휴일 조제시 그 금액에 30%가 가산되고, 6세 미만 소아 조제시에는 방문당 213원이 가산되기 때문에 실제 조제료 인상효과는 훨씬 더 커지게 된다.

의료기관이 받는 처방료 또한 조제료에 버금가는 큰 증가폭을 기록하고 있다. 2000년 7월부터 의약분업이 시작되면서 동일한 처방에 대한 처방료가 평균 180원에서 2,827원으로 약 1,470% 증가한 것이다. 진찰료 또한 크게 인상되었으며 진찰료와 처방료를 합산한 의료기관 몫은 의약분업 이후 평균 58.6%가 인상되는 대규모 증가폭을 기록하고 있다.

#### 라) 본인부담률 인하

의약분업 시행 전후의 수가 인상과 함께 처방료 및 조제료의 과다한 책정으로 인해 의약분업 이후 환자의 본인부담이 급증함에 따라 환자부담 증가를 일시적으로 완화시켜 제도정착을 유도하려는 목적으로, 정책적으로 본인부담률을 인하시킨 것이 보험급여비 증가의 한 원인으로 작용하였다.

실제로 보험진료비에서 급여비가 차지하는 비중을 살펴보면, 의약분업 시행 3~4년 전의 보험급여율은 약 66% 정도였는데, 의약분업이 시행된 2000년 이후에는 72%를 상회하는 수준까지 증가하였다. 급여율의 상승은 환자가 받는 혜택의 증가로 간주될 수 있기 때문에 사회적 형평성 제고라는 긍정적인 측면도 지닌다.

2000년 상반기와 11월 이후의 보험급여비 실적을 비교해 보면, 이 기간 동안 총 급여비

가 52% 증가한 것을 알 수 있고, 이를 세부내역별로 보면 입원진료비는 9% 증가한 반면 외래진료비는 71.8% 증가하여 재정악화가 주로 외래부문에서 발생하였음을 보여주고 있다. 외래진료비의 급증은 약의 처방과 조제를 분리한 의약분업이 기폭제 역할을 한 것임을 시사하고 있다.

〈표 10〉 진료비 추이(심사결정액 기준)

(단위: 억원)

구 분	의약분업전			의약분업후					
	2000. 1~6	7	8	9	10	11	12	2001. 1	
총진료비	9,943	10,847	12,032	8,265	10,029	14,993	15,588	14,677	
보험자부담금	6,641	7,295	8,026	5,548	7,039	10,705	11,108	10,521	
본인부담금	3,302	3,552	4,006	2,717	2,990	4,288	4,480	4,156	
총진료비	입원	3,187	3,454	4,267	2,931	2,875	3,440	3,611	3,378
	외래	6,756	7,393	7,765	5,334	7,154	11,553	11,977	11,299

#### 마) 고가약 처방 빈도와 처방일 수의 증가

의료공급자 측면에서 볼 때, 의약분업이 시행되면 처방과 조제의 분리로 처방약에 대한 정보가 공개될 뿐 아니라 저가 의약품을 처방할 유인이 사라짐에 따라 고가약을 처방하는 경향이 나타난다. 의약분업에 따른 처방과 조제의 분리로 고가약을 처방하더라도 약제비는 약국에서 지불되므로 의료기관에서 환자가 내는 본인부담은 별로 증가하지 않기 때문에 고가약 처방이 용이해졌으며, 결과적으로 건강보험에서 지출되는 약제비 증가를 초래하였다.

또한 장기 처방일수록 처방료가 높아지는 구조 때문에 처방일수의 장기화 경향도 나타났다. 2000년 5월 고가약품비의 비중이 36.24%에서 2001년 하반기에는 평균 약 53% 수준까지 증가하였으며, 처방일수의 경우 2000년 5월 3.06일에서 2001년 11월에는 3.91일까지 증가하였다.

#### 바) 의료이용 증가

의약분업 이전에는 약국에서 전문의약품을 임의조제 혹은 자가 투약하던 환자들이 의약

분업 이후에는 전문약 처방을 받기 위해 의료기관 외래를 이용하게 됨에 따라 의료이용환자가 증가하는 현상이 나타났다. 의약분업 이전에는 기관당 월 793명에 불과하던 약국방문환자가 분업직후 2,142명으로 270% 증가한 것은 기존 의료기관 조제환자의 전환과 함께 약국진료비의 보험재정 편입에 기인한다.

이상의 정책적 요인들은 분명 정책결정자가 통제할 수 있는 요인이다. 올바른 정책방향 설정과 정책집행과정을 통해 재정적자의 상당부분은 사전에 감소시킬 수 있었다. 예컨대, 의약분업에 대한 철저한 준비와 원칙중심의 정책집행이 이루어졌더라면 처방료나 조제료의 과도한 인상 등은 막을 수 있었을 것이다. 현실적으로 일부 정책적 요인들의 부정적 영향에 의해 재정적자가 발생한 것은 부인할 수 없는 사실이다. 그렇다 하더라도 이런 정책실패에 의한 충격을 흡수할 수 있는 올바른 제도적 장치를 갖추고 있었다면 지금과 같은 건강보험 재정과탄은 예방할 수 있었을 것이다.

#### 라. 재정 안정화대책

재정의 위기는 가깝게는 의약분업에 따른 과도한 보험수가 인상과 의료보험통합을 통한 도덕적 해이로 시작되었다. 1999년 5월 이후 2000년 12월까지 1년 7개월 간 보험료를 단 한 차례도 올리지 않는 지역의료보험의 경우는 총선과 통합의 와중에서 인상의 시기를 놓쳤기 때문이다. 또한 직장과 지역의 통합은 직장 및 지역의 재정안정화 노력을 게을리 하게 하여 적립급에 의존하는 재정운영 형태를 야기했다. 재정불안은 1990년대 후반부터 장기적 추세였다. 따라서 보험유형을 막론하고 재정안정을 위해 보험료 조정이라는 능동적 대응이 요구되는 시기였으나 정치적 혹은 통합 요인에 의해 적기를 놓친 결과가 오늘의 재정과탄위기인 것이다.<sup>29)</sup>

정부는 재정위기에 대한 원인분석을 통해 2003년도까지 수지균형을 이루고, 2006년까지 차입금 상환완료를 목표로 다각적인 재정안정대책을 수립하게 되었다(보건복지부, 2002). 그런데 정부의 이러한 재정계획은 매년 9%의 건강보험료 인상, 3%의 진료수가 인상 등 몇 가지 가정을 전제로 하였는데 이러한 정정의 타당성에 대한 검증과정이 필요하다. 또한 정부의 재정안정대책은 현재 상황에서 시행할 수 있는 모든 대책들을 망라하고 있지만, 개별 대책들의 효과에 대해서 충분한 검증이 이루어지지 않았을 뿐만 아니라, 일부 대

29) 김한중 외(2001), 『국민건강보험의 평가와 발전방향』, 한국의학원, pp.112~113

책은 이해 당사자 사이의 이견으로 아직 제대로 시행되지 않고 있는 상황이다. 특히 지금까지 시행된 정부의 재정안정대책은 주로 건강보험의 보장성을 약화시키면서 소비자의 부담을 증가시키는 방향으로 진행되고 있어서, 재정위기를 가져온 직접적인 원인에 대한 근본적 대책과는 거리가 멀다고 할 수 있다.

건강보험 급여비청구, 지급 및 재정수지 현황<sup>30)</sup>

○ 급여비 청구 및 지급현황

(단위: 억원)

구 분		'04년도 계	'04. 5월	'04. 6월	'04. 7월	'04. 8월
급여비 청구액	접수시점	107,516	13,582	13,594	14,063	13,303
	확정분(1~7월)	93,816	13,595	13,507	14,011	-
급여비지급액		105,790	14,144	14,308	12,685	14,439

○ 재정수지 현황

(단위: 억원)

구 분		'04년도 계	'04. 5월	'04. 6월	'04. 7월	'04. 8월
수입	수입 계	132,497	18,726	17,990	14,479	16,249
	보험료 등	101,651	16,974	14,462	11,847	12,344
	국 고	26,183	1,202	3,000	1,900	3,000
	담배부담금	4,663	550	528	733	905
지출	지출 계	111,383	14,668	14,942	13,336	15,192
	급여비	105,790	14,144	14,308	12,685	14,439
	관리운영비	5,240	513	633	647	611
	기 타	353	11	1	5	142
당 기 수 지		21,113	4,058	3,048	1,143	1,057

재정수지	전년도말	금년수지	누적수지
	-14,922억원	21,113억원	6,191억원

주) 금년재정수지 흑자는 국고 조기수납액 7,139억원이 포함됨.

30) 출처: 보건복지부 건강보험재정 현황(2004. 8)

## 4. 진료비 지불제도 개편

1980년 중반까지만 해도 의료자원의 절대부족과 경제적 부담에 기인한 의료서비스의 접근성 제한이 가장 중요한 의료정책 이슈였던 우리나라도 의료비 억제라는 새로운 의료정책과제에 직면하게 되었다.<sup>31)</sup> 의사 인력의 증가 및 의료 시설의 확충과 함께 1989년 전국민 의료보험 적용으로 의료서비스에 대한 접근성이 상당히 제고된 반면 의료비 상승 억제라는 새로운 과제를 안게 된 것이다.<sup>32)</sup>

과도한 의료급여비의 증가를 억제하기 위하여 여러 대책들이 실시되었다. 수가인상억제, 진료비청구심사제도, 진료비 사후관리를 위한 진료비부담내역 통지 강화를 통한 투명성 제고, 부당청구의 억제 그리고 DRG(진단명기준환자군) 등을 통한 진료비 지불방식의 개선이 그것이다. 그 외에도 본인부담제 실시구간 조정, 의료전달체계 강화 그리고 예방사업 및 건강 증진의 강화 등이 검토되고 있다. 그러나 이러한 대책들이 과연 의료급여비 억제 효과를 가져올 것인가는 분명하지 않다.

### 가. 현행 진료비 지불제도

#### 1) 행위별 수가제 중심

그 동안 우리나라에서는 진료비 지불방식은 행위별 수가제에 의해 이루어졌다. 이는 서비스 행위 하나 하나에 대해 항목별로 미리 정해진 일정액의 진료비를 지불하는 방법으로서 각 항목마다 점수를 책정하는 점수제와 금액을 책정하는 금액제로 나뉜다. 점수를 책정할 때는 각 단위점수 당 환산 금액이 존재하며 이를 통해 해당 항목의 진료비를 산출한다. 수가는 각 항목 당 정해진 가격 또는 가격의 상한 및 하한을 나타낼 수도 있다. 이런 제도 하에서 그간 의료보험수가의 진료항목 간, 진료과목간의 수가가 불균형하게 되어 있어 의원급은 수술기피, 입원실 폐쇄 등의 진료 왜곡현상이 발생하였다.

수가구조 측면에서도 3차 의료기관에 높은 수가를 지급하여 의료공급의 독점을 심화시키고 의료기관간의 기능분담에 역행하고 있다. 또한 의료기관 종류별로 모든 의료기관에

31) 김한중·남정모, 「DRG 도입이 메디케어 의료비 증가 억제에 미친 효과」, 『예방의학회지』.

32) 나상욱(2000), 『의료재정정책의 발전방향』, p.2 재인용.

동등한 가산율을 적용하고 있는데, 특히 3차 의료기관의 경우 기능, 투자규모의 차이를 무시하고 동등하게 30%씩 적용하고 있다.

의료보험 수가체계의 합리적인 개편의 일환으로 1995년 산출된 상대가치를 토대로 수가 구조 개편작업을 실시하였다. 1997년부터 이른바 자원기준상대가치수가체계(Resource Based Value Scale: RBRVS)의 개발을 시도하였다(권순만, 1998: 56).

양질의 의료서비스를 제공하고 대형종합병원들의 영업이익 확보를 위해 소정수가의 50%~100%를 가산할 수 있도록 하는 지정진료제도를 도입하였다. 원칙적으로 의사경력 10년 이상의 전문의 중 지정진료의사로 선정된 자의 진료행위에만 적용하도록 하였으나 현실적으로는 각종 검사와 간호사의 서비스도 지정 진료비와 같이 적용되고 있어 진료비 상승의 원인이 되고 있다.

진료비의 후불제도도 또 다른 문제가 되고 있다. 의료기관에서 진료비를 청구하게 되면 보험자가 즉시 지불하지 않고 심사종료 후 지불하도록 되어 있어 재정규모가 작은 의료기관들에게 많은 부담이 되고 있다. IMF이후 1998년부터 개산지불제도(90%선불)를 실시하였으나 최근 다시 후불방식으로 전환한다는 계획이다.

## 2) 행위별 수가제로 인한 문제점

지난 20년 간 의료보험에서 사용되어 온 행위별 수가제 하에서는 다음과 같은 주요 문제점들이 지적되었다.

첫째, 수가관리에 관한 것으로 개별 행위를 지불단위로 하고 있기 때문에 약 4만 5천여 개에 달하는 품목별 수가기준 및 항목별 수가 인상률을 결정하여야 하는 어려움이 있다.

둘째, 의료비 상승의 가속화이다. 의료기관들은 낮은 수가로 인한 경영수지의 어려움을 비용절감보다는 진료량을 증가시켜 극복해왔기 때문에 행위별 수가는 의료비 상승의 주요한 원인이 되었다. 행위별 수가제에서는 발생하는 행위에 따라 보상이 이루어지기 때문에 더 많은 서비스를 제공하고 더 많은 환자를 진료할수록 의사는 높은 의료 수익을 창출할 수 있다. 따라서 과다한 진료량에 따른 질적 저하와 비용 상승을 불러온다는 단점을 갖고 있다.<sup>33)</sup> 지금 까지 낮게 책정된 의료수가에 매년 인상률이 억제되어 왔음에도 불구하고 전체 진료비는 빠른 속도로 증가하고 있다.

33) 허호영 외(2003), 전계서, p.189.

셋째, 의료서비스 공급 행태의 왜곡 문제이다. 서비스 항목간 수가 수준의 불균형으로 인해 상대적으로 수익성이 높은 서비스항목이나 비급여 분야에 투자가 집중되고 있다.

넷째, 양질의 의료서비스 제공에 대한 보상이 미흡하다. 현재와 같이 단편적으로 분류된 서비스 단위에 대해 동일한 수가를 지불하는 행위별수가제에서 의료기관들은 신기술을 이용한 양질의 진료 제공을 위해 투자할 유인을 갖지 못하고 있다.

다섯째, 우리나라 행위별 수가제에서는 원칙적으로 “negative list” 관리 방식, 즉 비급여로 명시되지 않은 항목은 모두 급여 대상으로 포함시키는 방식을 취하고 있다. 그러나 지속적으로 새로이 개발되는 의료서비스들을 정부나 보험자의 행정처리 절차에 따라 적시에 급여화하는 과정을 완료한다는 것이 현실적으로 가능하지 않으며, 결국 이들 임의 비급여 형태로 환자에게 부담 지워지게 된다. 이것은 우리나라 의료보험에 대한 환자들 불만의 주요 원인이 되고 있으며 의료기관과 보험자, 의료기관과 환자, 그리고 환자와 보험자간 갈등의 원인이 되고 있다.

여섯째, 진료비 청구·심사 시 업무가 복잡하고 업무량이 과중하다. 의료기관은 약 3,000여 세부항목의 행위, 약 12,000 항목의 약품사용, 약 30,000여종의 재료사용에 대해 일일이 처방전을 분류해서 확인 청구하여야 하며, 지불자는 진료비 청구명세서상의 행위, 투약, 재료 사용 등을 일일이 대조 심사한 후 진료비를 지급하고 있다. 따라서 의료 기관과 지불자 모두 청구·심사·지불 과정에 많은 인력과 비용을 투입하고 있고 심사지불기간도 1개월 이상 소요된다. 진료의 적정성, 타당성 등 의료서비스의 질에 대한 심사는 불가능하며 의료인들의 불만이 제기되고 있다. 이러한 문제들의 해결을 위해 「건강보험심사평가원」이 설립되었으나 의료인과 보험자간의 마찰·갈등요인이 상존하고 개별 행위를 대상으로 임상고유영역의 심사가 이루어지기 때문에 의학적 전문성과 진료의 자율성에 대한 시비가 끊이지 않고 있다.

## 나. 포괄수가제

### 1) DRG 지불제도의 도입

현행 행위별 수가방식의 여러 가지 문제점을 해소하기 위하여 포괄수가제 도입에 관한 검토가 이루어졌다. 원래 포괄수가제는 환자 한 사람당 일정액을 지불하는 인두제 방식이

나 일정한 질병에 대해 정해진 진료비를 지불하는 방식 등이 있을 수 있다. 우리나라에서는 입원환자에 대하여 질병 군 별로 일정액을 지급하는 이른바 DRG(Diagnosis Related Group)수가제도가 채택되어 1997년부터 시범사업의 형태로 시작되었다. 그리하여 정상분만, 제왕절개분만, 수정체 수술, 편도·아데노이드 수술, 충수절제술 등 5개 질병군과 중증도, 연령에 따라 구분한 26개 DRG의 적용이 희망의료기관을 중심으로 실시되었다.

포괄수가제의 일종인 DRG 수가제란 이러한 진단명 분류체계를 기초로 한 것이고 그 중에서도 진단명 분류에 DRG라는 분류체계를 사용하는 제도이다. 진단명기준 환자군이라고 번역되는 DRG는 병원경영개선 목적으로 미국의 예일 대학 팀에 의해 1960년 말부터 개발된 입원환자 분류체계이다. DRG 분류체계에서 모든 입원환자들이 주 진단명 및 부상병명, 수술명, 연령, 성별, 진료결과 등에 따라 진료내용이 유사한 질병군으로 분류되는데 이 때 하나의 질병군을 DRG라고 부른다. 예를 들면, 맹장염 혹은 백내장수술 등 일반적으로 보편화된 질병군에 대해 입원일수, 주사 및 검사의 종류 및 회수 등과 같은 진료내용과 관계없이 일정액의 진료비를 지급하는 것이다.

## 2) DRG 지불제도의 효과

DRG수가제도는 여러 가지 장점들이 있을 수 있다. DRG 환자들에 대해서 미리 정해진 일정한 금액을 지불하는 DRG 지불제도는 의료기관의 의료서비스 제공에 대해 행위별수가제와는 정반대의 유인 구조를 가지고 있다. 행위별 수가제 하에서는 의료기관이 서비스 제공량을 늘리면 늘릴수록 이익이 되기 때문에 서비스 과다 제공의 유인이 존재하지만 DRG 지불제도 하에서는 서비스 제공량을 늘리면 늘릴수록 의료기관이 손해를 보기 때문에 의료의 질을 보장하며 의료서비스 제공을 적정 수준에서 최소화해야 하는 유인이 존재한다.<sup>34)</sup>

정부나 보험자의 입장에서 포괄수가제의 가장 강력한 장점은 의료비의 과도한 증가를 억제할 수 있다는 점이다. DRG에 의한 포괄수가제에서는 진료량의 증가에 의한 경제적인 이익이 보장되지 않을 뿐더러 진료량이 늘어날수록 순수입의 감소를 초래하기 때문에 불필요한 진료서비스는 감소하게 된다. 또한 지불단위가 하나하나의 행위에서 여러 행위들의 묶음으로 포괄됨에 따라 진료비 청구·심사·지불절차가 간단해진다는 것은 확실한 장

34) 나상욱(2001), 『의료재정정책의 발전방향』, p.8.

점이다. 우선, 심사업무량이 대폭 감소하여 관련 행정 업무량이 줄게 된다. 그리고 수천 가지의 진료행위, 약제 및 진료재료 코드의 관리가 불필요하다. 해당 환자에 대한 퇴원요약지 청구만으로 충분하다. 전 과정의 전산화가 용이하여 청구 및 심사 과정의 수작업이 대폭 감소하게 됨에 따라 심사 지급기간도 단축된다. 의료인과 보험자간의 마찰도 줄게 된다. 결과적으로 이 제도는 의료자원의 최적배분과 의료비 절감, 의료기관 경영합리화 그리고 심사건수의 감소로 인한 보험관리비용 절감 등의 효과를 얻을 수 있다.

다른 한편으로는 여러 가지 단점들도 있을 수 있는데, 진료서비스를 하나의 묶음 단위로 관리하므로 개별 진료가 규격화되거나 의료의 다양성이 저해될 수 있으며, 의료기관들의 과도한 영리추구로 의료서비스의 제공량이 최소화될 경우 의료서비스 제공자가 필수적인 검사, 투약 및 진료행위를 회피하여 의료의 질을 저하시킬 수 있다. 특히 DRG별 수가 가 적정 원가를 보상하지 못하는 수준에서 책정될 경우 경영압박을 받은 의료기관들이 질 저하를 통한 원가절감을 모색하게 될 가능성이 있다.

또한 서비스 제공을 최소화하려는 경향이 있어 환자와의 마찰도 예상되며, 최상의 비용 효율을 가진 진료가 아니면 타기관에 이송하는 행태를 보일 수도 있다. 진료서비스 규격화가 우려되며 신기술 도입에 대한 반응이 적절하지 못할 경우 새로운 기술의 개발이나 임상연구 분야의 발전에 장애가 예상된다.<sup>35)</sup> 고가의 진단명을 선택하는 경향을 보이게 되고, 입원비의 감소가 외래진료비 증가로 대체될 수도 있다.

### 3) DRG 지불제도 시범사업

행위별 수가제의 문제점을 극복하기 위한 DRG 지불제도 도입은 1994년 「의료보장개혁위원회」가 현행 행위별 수가제도의 한계점을 극복하기 위한 방안으로 DRG 지불제도의 단계적 도입 방안을 정부에 건의하면서 시작되었다. 정부는 이 건의를 받아들여 1997년부터 1999년까지 3차에 걸쳐 시범사업을 추진하였다. DRG 지불제도 시범사업의 적용대상 의료기관은 시범사업 참여를 희망하는 의료기관을 대상으로 실시되었다. 제1차 시범사업에는 참여기관수가 54개 기관에 불과했으나 제2차 시범사업에는 132개 기관으로 증가하였으며 2001년 12월은 1645개 기관이 시범사업에 참여하였다.

DRG 시범사업의 대상 질병군은 시범사업 초기에는 5개 질병군의 29개가 DRG였으나

35) 김창엽(2000 3, 4월호), 「DRG란 무엇인가」, 『병원협회지』.

제3차 시범사업 중에는 단순폐렴과 소화기내과계 질환을 시범사업에 포함시켜 내과계 질병군에 대한 DRG 지불제도를 적용하여 17개 질병군의 71개 DRG까지 확대되었다.

하지만 내과와 소아과의 DRG 적용에 대한 문제점 등을 고려하여 2000년 7월부터는 8개 질병군의 63개 DRG로 축소되었으며 2003년 9월부터는 7개 질병군 51개의 DRG가 실시 중이다. 입원환자 등 DRG 환자의 비율은 1·2차 시범사업에 약 19%였으며 3차 시범사업에는 DRG 질병군의 범위에 따라 약 24~37%였다. 현재 적용되고 있는 7개 질병군 51개의 DRG의 경우는 전체 입원환자 중 약 17%를 차지하고 있다.

DRG 지불제도 시범사업에서 DRG 수가는 행위별 수가제와 달리 5개 항목(병실료 차액, 지정진료비, 식대, 초음파, MRI)을 제외한 나머지 항목의 진료비를 모두 포함하여 DRG 수가를 산정하였기 때문에 행위별 수가제에서는 비급여로 처리되던 일부 항목의 진료비가 DRG 수가에 포함되어 있고, 비보험(임의비급여) 진료비의 일부도 DRG 수가에 포함되어 있다. 그 결과 DRG 수가는 행위별 수가제와 비교하여 상대적으로 높게 설정되었다. 하지만 2001년 행위별 수가가 자원기준 상대가치체계로 개편되면서 이러한 차이가 줄어들어 2001년부터는 건강보험 급여범위 내에서 DRG 지불제도의 수가는 행위별 수가의 진료비와 비교하여 14.5% 높은 수준이다.

#### 4) DRG 지불제도 시범사업의 평가

1997년 2월부터 2001년 12월까지 시범사업이 실시되었던 입원진료에 대한 DRG 제도로 보험급여는 연평균 36만 3544건에 약 2,698.2억원이 지불되었다. DRG 지불제도의 도입 효과에 대한 평가는 ‘의료서비스 제공량 변화’와 ‘진료행태 개선’의 관점에서 분석할 수 있다. 의료서비스 제공량의 변화는 또 금액으로 환산한 진료 행위량의 변화에서 분석할 수 있다. 3차례에 걸친 DRG 지불제도 시범사업의 결과 DRG 지불제도가 적용되는 입원진료의 진료비 청구는 행위별 수가가 적용되는 것과 비교할 경우 약 31.6%~10.26% 감소하는 것으로 나타났다. 의료서비스 제공량의 변화는 DRG 지불제도 시범사업의 결과 DRG 지불제도가 적용되는 입원환자의 입원일수는 행위별 수가가 적용되는 것과 비교할 때 약 4.3%~9.3% 정도 감소한 것으로 나타났다. 즉, 1차 시범사업의 경우 평균 6.15일이었던 DRG 적용 입원환자의 1인당 평균 입원일수가 3차 시범사업에서는 5.05일로 감소하였다.

입원진료에 대한 DRG 지불제도 도입의 두 번째 효과인 진료행태 개선은 여러 측면서

분석할 수 있으나 ‘1인당 항생제 사용액 변화’를 기준으로 분석할 수 있다. 입원환자 즉, 1차 시범사업의 경우 13만 6892원이었던 DRG 적용 입원환자의 1인당 항생제 사용액이 3차 시범사업에는 76,627원으로 감소하였다.

#### 5) DRG 지불제도의 본격 도입 실패

약 5년간의 시범사업 실시이후 DRG 지불제도는 2002년 1월 1일부터 “질병군별 (DRG) 포괄수가제도 본 사업”으로 실시될 예정이었으나 의료계의 반발에 직면하여 제목은 “본 사업”이지만 내용은 기존의 시범사업의 성격을 유지하였다.

참여정부가 2003년 11월 DRG 적용이 가능한 모든 의료기관에 4개 진료과 8개 질병군 63개 DRG를 당면 적용하겠다고 발표하자, 대한의사협회는 기본적으로 병원관리료와 의사의 행위료에 대한 구분이 선행되고, DRG분류 체계와 중증도 및 새로운 의료기술에 대한 적절한 원가보상 기전이 마련되어야 하기 때문에, 민간 의료기관에 대해서는 현재와 같이 선택적으로 DRG 지불제도를 적용하고, 국·공립병원에 한정된 DRG 지불제도의 당면 적용을 주장하였다(대한의사협회 2003. 9. 9).

대한병원협회는 의사협회와 조금 다른 목소리를 냈다. 즉, 병원협회는 종합전문요양기관의 경우 희망하는 병원에 대하여 선택적용을 요구하였다. 정부는 이 의견을 기초로 4개 진료과 7개 질병군 51개 DRG를 모든 DRG 적용대상 의료기관에 당면 적용시키고, 종합전문요양기관의 경우 6개월간의 수가 재평가 등 보완과정을 거친 후 2004년 5월 1일부터 당면 적용을 하겠다는 것이었다. 하지만 지난 2003년 9월 9일에 개최된 DRG 지불제도 공청회에서 DRG지불제도 당면 적용에 대한 의사들의 강력한 반발과 2003년 9월22일에 개최되었던 보건복지부 국정감사에서 보건복지부장관은 “모든 의료기관에 DRG 적용은 잘못된 것”이라고 표명하면서 DRG 지불제도의 당면적용을 철회하는 발언을 하였다. 그리고 지난 2003년 10월에 개최된 건강보험정책심의위원회에서 보건복지부는 DRG 도입에 대한 당초 계획을 공식적으로 철회하였다. 이에 따라 DRG 지불제도는 국·공립 의료기관에 대한 DRG 확대·적용 계획으로 변질되었고 시범사업의 형태를 벗어나지 못하고 있다.

#### 6) DRG 지불제도의 문제점

지난 1997년 2월 1일부터 시범실시 되고 있는 DRG 지불제도 시범사업의 문제점은 크게

참여 의료기관 문제, 질병군의 적용범위 문제 및 DRG 지불제도 도입으로 발생하는 의료의 질에 대한 대처문제 등으로 구분할 수 있다.

2002년 1월 1일부터 시작된 명칭만 “본 사업” 인체 시범사업의 연속선상에 있는 DRG 지불제도의 적용 의료기관은 종합전문요양기관이 2개 기관, 종합병원이 24개 기관, 병원이 167개 기관, 의원이 1,569개 기관이다. 대학병원이라고 불리는 종합전문요양기관 중 의미 있는 큰 병원들인 속칭 서울에 소재한 ‘Big 6’은 시범사업 초기부터 DRG 지불제도를 거부하고 있다. 더구나 2002년 1월 1일자로 실시될 예정이었던 “본 사업”이 연장된 시범사업으로 전락하면서 그나마 시범사업에 참여하였던 지방 소재 국립대학교 병원들도 DRG 지불제도를 거부하고 있다. 우리의 현실에서 서울에 소재한 Big 6또는 8개의 주요 국립대학 병원들이 참여하지 않는 진료비 지불제도의 개혁은 의미가 없다고 밖에 할 수 없다.

진료비 지불제도를 개혁하는 차원에서 국가가 입원진료에 대하여 도입하고자 하는 DRG의 적용범위는 너무 협소할 뿐만 아니라 의학적 난이도의 관점에서 너무 평이한 질병군들이다. DRG에 의한 진료가 행위별 수가를 기반으로 하는 건강보험에서 지급하는 진료건수와 진료비 중 얼마나 차지하는가는 전체 건강보험료의 입원진료 중 DRG 3차 시범사업 규모로 파악할 수 있다. DRG에 의한 진료는 진료건수로는 치과, 한방, 보건기관을 제외한 순수 의과 요양기관의 월평균 입원진료건수의 11.15%, 진료비는 월평균의 9.21%였다. 또한 DRG에 의한 요양기관별 및 질병군별 진료비 지급에 관한 분석을 보면 종합병원과 의원이 가장 많은 DRG에 의한 진료를 제공하였다. 또한 실시되었던 DRG 질병군 안에서는 수정체 수술, 질식분만, 제왕절개분만 및 항문과 항문주위 수술과 같이 의원에서 큰 어려움 없이 실시할 수 있는 상대적으로 난이도가 낮은 질병군이 전체의 75.88%를 차지하였다. 이에 따라 입원진료에 대한 진료비 지불제도의 진정한 개혁 차원에서는 DRG가 적용되는 진료과목과 질병군의 확대가 반드시 필요하다.

2003년 DRG 지불제도의 당연 적용을 앞두고 개최되었던 공청회에서 의사협회는 의료의 질을 저하시킬 것이라고 주장하였는데, 이는 자세한 내용을 모르는 사람들에게는 타당할 수도 있는 반대의 논리이다. 이 문제는 DRG 지불제도 시범사업에 대한 모니터링 결과만으로 증명되거나 해결 될 수 있는 것이 아니다.<sup>36)</sup> 이와 관련해서 앞으로 더 많은 검토와 연구를 통해 의료 서비스의 질에 대한 논의를 진전시켜야 할 것이다.

36) 이용갑(2003.12), 「포괄수가제 도입과 보건의료개혁」, 『사회복지정책학회』, pp.239~249.

## 다. 총액예산제의 효과와 도입 가능성

### 1) 총액예산제의 개요

총액예산제는 보험환자의 진료에 대한 진료비의 총액을 보험자단체와 의료공급자 단체가 보통 한 회계연도를 단위로 미리 협상을 통하여 계약하는 방식을 말한다. 계약에 의하여 진료비총액이 결정되고 의료인들은 별도의 기준에 따라 각자의 몫을 분배받게 된다. 진료비총액을 산정하는 방식으로는 행위별 수가방식, 포괄수가방식, 인두제, 정액제 등이 적용된다. 이러한 총액계약에 의한 진료비 지불방식의 도입은 주로 보험료의 인상을 억제하는 것이 목적이므로 지불될 진료비의 총액은 진료량의 변화보다는 보험료 수입의 변화에 중점을 두고 산정된다.

독일은 1998년에 「의료보험연대강화법」<sup>37)</sup>을 제정하였는데 총액예산(Global Budget)제도의 도입이 이 법의 핵심을 이루고 있다(이준영, 1999: 15). 네덜란드의 경우에도 인두제나 연간 정액제를 기초로 한 예산제를 실시하고 있으며, 스웨덴, 스페인 및 이탈리아 등 국가 의료서비스(NHS) 제도를 실시하고 있는 대부분의 국가에서도 총액예산제를 도입하고 있다. 최근 의료보험의 통합을 추진하고 있는 대만의 경우도 일부 항목에 대하여 총액예산제를 도입하고 있다(최병호, 1998: 49~56).

우리나라에서도 1997년 의료개혁위원회는 수가통제 중심의 정책에서 진료비총액관리정책으로 전환할 것을 정부에 제안하였고, 장기적으로는 진료비 총액예산제(Global Budget)를 추진하도록 권고하였다.

### 2) 총액예산제의 기대효과

총액예산제는 현행 행위별 수가제로 인해 나타나는 현행 건강보험이 지니고 있는 여러 가지 폐단을 극복할 수 있을 거라고 예상된다. 우선 진료비를 억제하는 데 효과적이라고 할 수 있다. 총액계약제는 진료비 총액에 대한 통제를 하게 되므로 행위별 수가제에서 보이는 개별 의사들의 도덕적 해이로 인한 문제를 미연에 방지할 수 있다. 개별 의사들은 각자가 진료한 양에 근거하여 이 총액을 배분하는 형태로 보수를 받게 된다. 이를 위하여 의료공급자단체별로 의사들의 진료량을 측정하는 기준, 즉 진료행위 점수표를 만들게 된

37) GKV-Soliaritätsstärkungsgesetz

다. 개별 의사들이 진료를 많이 하면 진료량이 전체적으로 늘어나지만 의사집단이 받을 총액이 미리 결정되어 있다면 각 진료행위 당 배분되는 금액은 감소하게 된다 (Herder-Domeich, Ph, 1980: 63).

두 번째로 심사에 따른 부작용을 방지할 수 있다. 보험자는 총액만을 통제하고 의료인에 대한 감독이 필요치 않게 된다. 따라서 과잉·고급 진료, 부당 및 허위청구 등에 대한 감독과 통제는 의료공급자들간의 내부분제가 된다. 만약 어떤 의사가 상대적으로 많은 진료를 하게 되면 진료비총액 중에서 상대적으로 다른 의사의 몫이 줄어들기 때문에 의료공급자들은 다른 공급자의 진료량에 대하여 세심한 주의를 기울이게 되고, 그 과정에서 진료의 적절성과 경제성이 의료인 집단 내부에서 자발적으로 감시될 것이다. 따라서 의료인이 아닌 제3자에 의하여 비전문적으로 이루어지던 기존의 심사방식과 관련된 의료인들의 불만도 줄게 된다. 아울러, 현재의 심사제도는 청구하고 심사하는데 시간이 많이 걸리고, 심사 후 진료비가 후불로 지급되기 때문에 병원의 경영수지악화에 한 원인이 되고 있다. 따라서 만약 총액예산제가 도입되고 진료비가 선불로 지급된다면, 무엇보다 소규모 병원들의 경영수지 개선에 도움이 될 것이다.

세 번째, 의료공급구조를 조정하는데 기여할 수 있다. IMF를 전후하여 많은 병원들이 휴·폐업을 하였다. 이들 의료기관의 경영수지 악화는 진료비후불제도에 기인하기도 하지만 더 심각한 문제는 전달체계의 왜곡이라고 할 수 있다(조재국, 1997: 132). 즉, 환자들이 종합병원에만 집중되는 현상과 함께 보건소에서의 일반진료 허용은 이들 의료기관으로 하여금 환자의 수를 줄게 하였다. 그 동안 종합병원으로의 환자 집중을 억제하기 위하여 수가구조와 본인부담률을 차등화하고 있으나 그다지 큰 효과가 나타나지 않고 있다. 또한 의료행위간 상대적인 원가와 수익간의 구조가 무시되고 있어 의료인들이 원가대비 수익률이 높은 진료에 더 치중함으로써 의료공급체계가 왜곡되고 있는 것이다(최병호 1998: 42). 따라서 진료비총액 계약과 수가구조에 대한 계약을 연계한다면, 기존의 수가구조의 조정을 통하여 왜곡된 의료공급 형태를 변화시킬 수 있다. 예를 들면 국가적으로 필요한 예방사업 등에 상대적인 가치를 부여함으로써 유인책을 제공할 수 있다. 또한 지역간 의료시설의 불균등 문제도 해결될 수 있을 것으로 본다. 현재 도시지역에 전체 의료시설의 70% 정도가 밀집되어 있는데, 협약을 통하여 의료시설 밀집 지역과 비밀집 지역간에 진료의 가치를 다르게 적용하면 의료공급의 지역간 균등화도 이룰 수 있을 것이다. 특히, 총

액예산제에 대한 동의의 대가로서 의료인들에게 의료수급계획을 주도적으로 수립할 수 있도록 하여 지역별 의료공급격차를 자체적으로 조절하도록 유도할 수도 있다.

네 번째는 비급여항목을 대폭 줄여 본인부담제의 최소화를 도모할 수 있다는 것이다. 현재 우리나라에서 환자가 직접 부담하는 비용은 진료비의 40%를 초과하고 있는데, 이는 의료보험제도를 실시하고 있는 다른 나라들에 비해 상당히 높아 사회보험으로서 의료보험의 본질을 의심하게 한다. 건강보험의 보장성을 강화하기 위해 원칙적으로 현재의 저부담·저급여 구조가 변화되어야 하며 모든 진료는 원칙적으로 무료로 제공되어야 한다. 한편, 본인부담을 완전히 철폐할 할 경우 의료보험조합은 현재보다 상당히 많은 진료비를 지불해야 하는데 그 많은 재원을 조달하기 위해서는 어느 정도의 보험료 인상이 불가피할 것이다. 그러나 총액예산제는 진료비총액을 효과적으로 통제할 수 있어 보험료 인상압력을 어느 정도 완화할 수 있다. 결론적으로 총액예산제는 진료비용 상승을 억제하여 적절한 의료비부담을 달성하고, 그것을 통해 의료의 보장성을 강화하는 동시에 의료서비스의 질을 저해하지 않을 수 있는 방안이 될 수 있다.

### 3) 총액예산제 도입에 있어서의 문제

위에서 살펴본 바와 같이 의료급여의 총체적 관리 방식은 우리나라의 의료보험에서 여러 가지 긍정적인 효과를 기대하게 한다. 그러나 우리나라의 여건이 독일과는 상당한 차이가 있으므로 이 제도를 도입하기 전에 검토해야 할 문제들이 많이 있다.

#### 가) 단체협상 및 계약의 당사자 선정문제

총액계약제도의 도입과 관련된 중요한 문제는 총액계약이 적용될 분야를 결정하는 것이다. 이 문제는 총액계약의 주체, 즉 계약당사자를 결정하는 것과도 관련된다. 우선 계약분야에 관한 것인데, 개인 의원을 개원한 의사에 의한 외래진료, 의약품, 병원진료 그리고 보조기구 등의 분야로 구분할 수 있을 것이다. 개원한 의사들을 다시 일반의사와 분야별 전문의로 구분할 것인가의 여부 그리고 병원은 개별 병원 단위로 협상할 것인가 또는 병원협회와 협상할 것인가를 결정해야 한다. 그 분야를 구분한 후의 문제는 각 분야의 대표자를 어떻게 구성하느냐 하는 것이 될 것이다. 규제완화의 일환으로 각 법정단체가 임의조직화 되면 단체협상의 일종인 총액예산제가 실효성을 갖기 어렵다. 예를 들어 대한의사

협회와 같은 단체가 계약의 당사자로 계약체결에 합의하더라도 합의결과를 회원인 의사들에게 강제하는 데는 한계가 있다.

#### 나) 의료인들의 반대

진료비총액에 대한 예산제의 도입에는 현실적으로 의료인들의 반발이 가장 큰 장애가 될 것이다. 왜냐하면 총액예산에서는 노령인구의 증가, 급여수준의 향상, 의사수의 증가, 고급 의료기술의 발전 그리고 의료시설 운영비의 상승 등에 따르는 위험을 결국 의료인들이 부담하게 되어 그들의 입장에서는 불리하기 때문이다. 만약 개별 의사들이 자신의 몫을 늘리기 위하여 진료량을 증가시킨다 해도, 다른 의사들이 따라서 늘리게 되면 진료비총액이 이미 정해져 있으므로 각자의 몫은 크게 증가하지 않을 것이다. 결과적으로 공공재(collective goods)적 특성을 갖는(Olson, 1965) 그러한 ‘분배투쟁’이 각자에게 추가적인 수익을 보장하지 않게 될 것이므로 의료인들은 그 제도의 도입에 반대할 가능성이 높다. 만약 이를 강제적으로 시행하려 한다면 의료인들이 집단휴진 등의 강경 대응을 하게 되고 이는 환자들의 불편을 초래하게 된다. 결국, 총액예산제의 도입은 의료인들의 동의가 있어야만 가능하기 때문에 문제는 어떠한 방법으로 그들의 동의를 얻어낼 수 있는가이다.

#### 다) 의료에 관한 불투명성

진료비총액을 무엇을 기초로 산정할지에 대한 문제가 발생한다. 도입초기에는 총액 산정에 반영할 변수를 결정해야 하고, 한 번 총액이 결정되어 계약이 체결되고 나면 진료비총액의 전년도 대비 증가율을 결정해야 한다. 총액의 크기와 증가율은 의료보험 관련자들의 첨예한 이해관계가 얽혀 있어 매우 민감한 문제이며, 현재 환자의 진료건수 및 강도에 관한 기초자료가 없다는 것과 병원의 경영상태에 대한 투명성이 확보되지 못한 어려움이 있다.

#### 라) 사회적 합의의 경험 부족과 여건 미성숙

1997년 의료개혁위원회는 수가통제 중심의 정책에서 진료비총액관리정책으로 전환할 것을 제안하였고 장기적으로 진료비총액예산제(Global Budget)를 추진하도록 권고하였다. 국민건강보험법 개정안(1999) 제42조는 요양급여비계약제도의 도입에 대하여 규정하였다. 계약의 범위는 현행 요양급여 구성비용 중 약제, 진료를 제외한 모든 진료행위이다. 그러나

계약의 대상을 진료행위별 분류항목에 대한 단가 결정에 국한하여 진료행위별 분류항목(가격구조 및 체계)은 계약의 대상이 아니다. 그러므로 건강보험상의 계약은 총액예산에 대한 계약과는 거리가 멀다고 할 수 있다.

총액예산제를 모든 분야에 걸쳐 전반적으로 도입할 것인가 아니면 부분적·단계적으로 도입할 것인가 하는 것도 문제다. 우리나라는 독일에 비해 사회적 합의의 경험이 부족하며 다른 여건들도 성숙되지 못한 상태이기 때문에 도입초기에 준비 부족으로 나타날 여러 가지 시행착오를 생각하면 이 제도를 단계적으로 도입하는 것이 유리하다고 여겨진다.

#### 4) 총액예산제의 도입방안

##### 가) 총액예산제에 대한 사회적 합의 유도

총액예산제에 대한 의사들의 반대를 완전히 제거할 수는 없을 것이다. 그러나 총액예산제 및 그와 관련된 협상제도의 도입으로 현행 제도에 대한 의료인들의 불만이 어느 정도 해소된다면 그 제도에 대한 저항이 약해질 수는 있다. 특히, 보험환자 진료지정, 수가구조 및 진료비심사 등에서 의료인들의 권한을 강화하는 것을 총액예산제의 도입과 연계함으로써 의료인들의 동의를 얻어내기 위한 협상에 활용해야 할 것이다. 그 동안 보험자가 수행하던 보험환자 진료지정에 대한 권한과 심사 업무를 의료계에 이양함으로써 “의료인의 직업 활동의 자유를 인정 한다”는 취지를 부각시켜야 한다. 아울러 진료비를 사전에 미리 지급하도록 하여 의료기관의 경영수지개선에 도움이 되도록 해야 한다.

한편, 한 해에 지불될 진료비의 총액은 국민경제가 부담할 수 있는 수준에서 결정되어야 하지만, 동시에 의료인들의 생존을 보장할 수 있어야 할 것이다. 따라서 총액의 적정 수준에 관하여 의료인단체들과 보험자단체와의 단체협상을 통한 사회적 합의가 이루어져야 한다. 이를 위하여 선진국에서 국민의료비지출이 국내총생산(GDP) 또는 국가예산에서 차지하는 비중 등에 대한 조사도 필요할 것이다.

아울러 총액예산제의 긍정적 효과를 홍보하여 국민여론을 조성함으로써 의료인의 동의를 얻어내는데 상당한 효과를 거둘 수 있다. 특히 현재 행위별 수가제는 진료비의 억제에 도움이 되지 못하며, 그 대안으로 제시되는 총액예산제가 자원의 효율적 사용을 가능하게 한다는 점을 강조해야 할 것이다.

## 나) 의료공급자와의 협력체제 구축

현재 우리나라의 의료보험제도는 의료비의 지나친 상승뿐만 아니라 왜곡된 의료구조 및 비효율적인 전달체제로 인한 문제를 안고 있다. 그러므로 의료인들과의 긴밀한 협력 및 그들의 협조가 없이는 진료비의 총액예산제는 물론이고 의료구조에 대한 조정이 불가능하다. 따라서 의료보험의 문제 해결에 의료인들이 적극적으로 참여하고 의견을 반영할 수 있는 단체협상제도가 마련되고, 적극 활용되어야 할 것이다. 지금까지는 주로 관료적 통제가 이루어졌지만 향후에는 의료보험의 진료비는 총액예산제도를 중심으로 통제하고, 의료부분의 개혁은 기본적으로 의료인들을 주축으로 이루어지도록 해야 할 것이다.

독일의 의료전달체계에서는 개원한 보험의사가 의료보험의 환자진료에 핵심적인 역할을 담당하고 있다. 병원의 진료가 필요한 환자에게 개원의사가 일차 진료를 한 후 병원진료 의뢰서를 발급한다. 즉, 병원은 원칙적으로 입원진료만을 하도록 하고 응급환자나 병원의 대형의료기기에 의한 진료 등은 불가피한 경우에만 예외적으로 개원의사의 의뢰서 없이도 병원에서의 외래진료가 가능하다. 이러한 기능분리의 원칙이 잘 지켜지고 있는 독일의 경우 보험자단체들과 보험의사협회가 협상을 통하여 의료행위별 상대가치(EBM: Einheitliche Bewertungsmaßstab) 등에 관하여 연방단위의 기본계약(Rahmenvertrag)을 체결하고 진료비 총액에 대하여서는 주별로 보험자단체와 보험의사협회가 총괄계약(Gesamtvertrag)을 체결한다(이준영, 1999b). 이러한 계약들은 의료인들이 중심이 되어 수립한 의료의 공급구조 및 지역별 수급계획 등에 대하여 질병금고연합회가 협상을 통하여 합의하는 방식으로 이루어진다.

우리나라에서도 여러 의료인단체들이 참여하는 일종의 기본계약을 체결할 수 있는데 여기에서는 RBRVS와 같은 상대가치수가체계 등에 관한 내용을 포함시킬 수 있다. 이것을 통하여 예방 또는 응급의료의 강화, 1차 진료 강화 및 의료전달체계의 연계성을 추구할 수도 있을 것이다. 또한 지역간 의료공급 격차를 개선할 수도 있을 것이다.

## 다) 보험료의 인상과 비급여 항목의 폐지

총액예산제가 도입되면 의료인들의 입장에서는 총액계약에 포함되지 않는 비급여 항목을 개발하고 그 항목의 진료를 증가시키려 할 것이다. 그로 인하여 환자들의 본인부담은 늘게 되고 전체 국민의료비의 증가는 억제되지 못한다. 우리나라의 본인부담률이 다른 나

라에 비해 높지만 보험료부담률은 평균적으로 약 12%에 달해 독일이나 다른 나라에 비하면 낮은 편이다. 따라서 원칙적으로는 비급여항목은 폐지하고 모든 급여 항목이 총액예산제에 포함되어야 한다.

그러나 이 경우 보험료의 상당한 인상은 불가피하며 이에 대한 가입자들의 반대가 예상된다. 본인부담제의 폐지에 따른 보험료의 인상수준을 파악하기 위해서는 정확한 계산이 필요하겠지만, 현재 40%에 달하는 본인부담을 보험료로 전환하고 총액예산제를 통하여 진료비의 과도한 상승을 억제시키면 보험료인상에 대한 저항을 상당히 줄일 수 있다고 본다. 결국 보험료의 인상이 어느 정도는 불가피하겠지만, 가입자의 입장에서는 모든 의료서비스의 무상화가 이루어진다면 보험료인상에 대한 불만이 줄어들 것이다.

#### 라) 단계적 시행

총액예산제도는 처음으로 시도되는 만큼 도입초기에 예상하지 못하였던 적지 않은 문제점들을 발생시킬 소지가 있다. 그러므로 개원의, 병원, 치과, 약품 그리고 보조기구 중 어느 한 분야에서 시범적으로 실시한 후 여건에 따라서 단계적으로 확대 적용하는 것이 바람직하다. 그러나 부분적인 총액계약제에서는 의료인들이 총액이 적용되는 분야에서는 진료를 줄이겠지만, 총액이 적용되지 않는 다른 분야의 진료를 늘릴 수 있으므로 이에 대한 별도의 대비가 있어야 할 것이다. 예를 들면, 우선 개원한 보험회사들을 중심으로 약제비에 대한 총액예산제도를 실시하되 개원의사들이 하는 모든 진료를 포함시켜야 할 것이다.

분야별 시범사업 외에도 지역별로 시범사업을 실시하면 총액예산제로 나타날 효과나 문제점을 파악하는데 도움이 될 것이다. 특히 제주도와 같이 지리적으로 어느 정도 독립된 지역이 적절할 것이다. 다만, 해당 지역으로 의료공급자들을 유치하기 위해 현행 행위별수가제에서 획득할 수 있는 정도 이상의 많은 수입이 가능하도록 해야 할 것이다.

#### 마) 진료비총액예산제에 대한 평가

최근 진료비 총액계약에 대한 관심이 고조되고 있다. 진료비 총액계약제는 여러 가지 긍정적 효과를 기대할 수 있다. 현행 행위별수가제와 비교하면 의료비상승억제에 효과적이며 심사제도와 관련된 비효율과 의료인들의 불만을 해소할 수 있다. 더 나아가 의료진 달체계의 문제를 개선하는 데 기여할 수도 있으며 본인부담을 대폭 축소하는 것도 가능할

것이다. 또한 단체협상을 통해 국민경제가 부담할 수 있는 진료비의 적정 수준에 관한 사회적 합의가 도출될 수 있다. 의료인들은 진료비 총액 및 증가율(예산제)에 대하여 동의하고 사회는 의료행위에 있어서 의료인들의 자율성을 인정하는 것이다. 총액예산제의 도입에 대한 의사들의 거부감을 줄이기 위해서는 향후 의료분야와 관련된 문제, 특히 진료비 심사, 의료수가상대가치의 개발 그리고 의료전달체계와 관련된 문제는 의료인들이 주도적으로 해결하도록 한다는 원칙 하에 의료인들의 자율과 책임을 강조하는 관점에서 다루어져야 할 것이다.

한편, 총액계약제가 한국 의료보험의 모든 문제들을 해결해 줄 수 있는 것은 아니다. 보험료 부담의 형평성 및 재정적자 등과 같은 수요자 관리 측면의 문제는 이 제도가 직접적인 해결책을 제시할 수 없으므로 그러한 문제들은 별도의 방안을 통하여 보완되어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 국민의료보험관리공단 설립위원회(1998), 『의료보험 통합과 정책과제』.
- 국민건강보험공단(2000), 『보험재정 및 대책』, 2000.10.
- 권순만(1999. 5), 「의료서비스 가격결정을 위한 자원기준 상대가치체계(RBRVS)의 비판적 고찰」, 『보건경제연구』, 제5권, 한국보건경제학회, pp.56~68.
- \_\_\_\_\_ (1999. 5), 「의료비총액예산제도에 관한 시론」, 『보건경제연구』, 제5권, 한국보건경제학회, pp.155~165.
- 권순원(1999), 「의료저축계정(Medical Savings Accounts)의 도입 가능성에 대한 소고」, 『보건경제연구』, 제5권, 한국보건경제학회, pp.39~40.
- 김대식 외(1992), 『현대경제학원론』, 박영사.
- 김연명(1999), 「사회복지 정치의 변화: 배제의 정치의 종언」, 『'99 춘계대회 발표논문집』, 한국사회복지학회, p.431~438.
- \_\_\_\_\_ (2000), 「의료보험통합의 성과, 쟁점 그리고 미래」, 『한국사회복지의 현황과 쟁점』, 인간과 복지, pp.119~120.
- 김영모·원석조(1990), 「한국의 진료비본인부담제와 그 문제점」, 『사회정책연구』, 제12집, 한국사회복지정책연구소
- 김영모(1999), 『현대사회보장론』, 한국사회복지정책연구소 출판부.
- 김원식 외(2002), 『21C 한국보건의료정책 개혁방안』, 한국의학원.
- 김종면(2000), 『의료비 지출의 장기예측』, 한국조세연구원.
- 김창엽(2000), 「건강보험의 과제: 보장성강화」, 『복지동향』, 제23호. pp.27~30.
- \_\_\_\_\_ (2001), 「민간의료보험의 역할: 그 한계와 영향」, 『건강보험동향』, 국민건강보험공단, pp.39~48.

- 김태성(2000), 『사회보장론』, 청목출판사.
- 김한중 외(2001), 『국민건강보험의 평가와 발전방향』, 한국의학원.
- 대한의사협회(2003), 『건강보험 포괄수가제에 대한 대국민 공청회』.
- 문옥륜(2001), 『의료보장론』, 신광출판사.
- 박정영 외(2000), 「지역사회중심 가정간호사업의 비용편익 분석」, 『보건경제연구』, 제6권 제2호, 한국보건경제학회, pp.203~245.
- 박순일 외(1987), 『적정의약분업방안에 관한 연구』, 한국인구보건원.
- \_\_\_\_\_ (1988), 『의약품분류방안에 관한 연구』.
- 박원민(1996), 『의약분업 모형개발에 관한 연구』, 연세대학교 관리과학대학원.
- 배은영(2000.2), 「의약품 시장점유율 결정 요인에 대한 연구」, 『보건경제연구』, 제6권 제2호, 한국보건경제학회, pp.1~30.
- 변재환, 「신구 의료보험 약가제도에 대한 이해」, 『한국보건경제학회 2000년 춘계학술대회』, pp.69~100.
- \_\_\_\_\_ (1997), 『의약분업 또 하나의 분쟁의 불씨(상) 여의도 정책논단』, 재단법인 여의도연구소.
- 보건복지부(1999.10), 「의약분업 시행방안 확정」, 『복지동향』, 제13호, pp.51~54.
- \_\_\_\_\_ (1995), 『의료보험요양급여기준 및 진료수가 기준』.
- \_\_\_\_\_ (1999), 『보건복지백서』.
- 사회보장심의위원회, 『의약분업의 효율적 시행방안』, 1985.
- 사공진(1999. 5), 「국민의료비 결정요인 및 그 효과에 대한 연구」, 『보건경제연구』, 제5권, 한국보건경제학회, pp.1~23.
- 서창진 외(2000. 6), 「DRG 지불제도 제2차 시범사업의 평가결과와 향후 전망」, 『보건경제연구』, 제6권 제1호, 한국보건경제학회, pp.135~162.
- 신섭중(1996), 『사회보장정책론』, 대학출판사.

- 신영석(1998. 7), 「지역의료보험 통합보험료부과 체계」, 『보건복지포럼』, 제22호, pp.14~23.
- 신종각(1998.12), 「우리나라 의료기관별 의료비 추계와 분석」, 『사회보장연구』, 제18집, pp.63~96.
- 안효안(1999.12), 「의약분업의 추진방향」, 『보건과 복지』, 제2집, pp.354~363.
- 양봉민 외(1999), 「재원조달 방식으로서의 MSA(Medical Savings Accounts)에 대한 고찰」, 『보건경제연구』, 제5권, 한국보건경제학회, pp.58~59.
- 양봉민(1999.11), 「국민의료비의 증가와 1차 의료의 역할」, 『사회정책논총』, 제11집 제2권, pp.7~26.
- 양재열, 「의료보험제도의 문제점과 그 영향: 과다투약과 의료납품비리 예방책을 중심으로」, 『보건경제학회 99년 추계학술발표』, pp.33~48.
- 윤숙경(1994), 「독일의 약사제도와 약국」, 『대한약사회지』, 제5권 제2호, pp.25~28.
- 의료개혁위원회(1997b), 『의약분업의 도입방안』, 공청회 자료,
- 유인왕(1996), 「한국 의료보험 논쟁사 재조명」, 『한국사회복지정책학회 논문집 사회복지정책연구』, 제3집.
- 의료개혁위원회(1997.12). 『의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제』.
- 의료보장개혁위원회(1994. 6), 『의료보장 개혁과제와 정책방향』.
- 「의약분업제도의 주요 내용」, 『의보동향』, 제8호, 1999.12 pp.14~21.
- 이두호 외(1992), 『국민의료보장론』, 나남.
- 이의경 외(1997), 『의약품 분류(전문·일반)기준 개선방안』, 한국보건사회연구원.
- 이재완(1995), 「약국의료보험과 의약분업」, 『한국사회복지의 이해』, 한국사회과학연구소, pp.190~205.
- 이종찬(2000), 『한국의료대논쟁』, 소나무.
- \_\_\_\_\_(1997), 「통합 의료보험의 발전을 위한 과제」, 한국사회정책학회, 제4집 제2호.
- \_\_\_\_\_(1999.10), 「독일 의료보험 진료비 지불제도(I)」, 『의료보험』, 국민의료보험관리공단.

- \_\_\_\_\_ (1999.11), 「독일 의료보험의 진료비 지불제도(II)」, 『의료보험』, 국민의료보험관리공단, 1999.11.
- \_\_\_\_\_ (2000. 9), 「독일 의약분업제도 운영에 관한 연구」, 『한국사회복지학』, 제46호, pp. 349~376
- \_\_\_\_\_ (2000), 「한국의료보험의 새로운 운영방식」, 한국사회복지학회 2000년 춘계학술발표, pp.921~933.
- \_\_\_\_\_ (2000), 「한국의료보험제도 운영방식의 전환」, 『의료복지서비스와 의료정책』, 신라 대학사회과학연구소 사회과학 논총, pp.289~313.
- 이평수(2000), 「의약분업이 요양기관의 수지에 미치는 영향」, 한국보건경제학회 2000 춘계 학술발표, pp.103~115.
- 장기원 외(1998), 『지역단위 공공보건의료기관 기능 개편방안』, 한국보건사회연구원.
- 장동민(1999), 「민간의료보험제도의 도입 방안 연구」, 『보건경제연구』, 제5권, 한국보건경제학회, pp.83~90.
- 정영호 외(2000), 『국민의료비 산출모형 개발 및 추계』, 한국보건사회연구원·보건복지부.
- \_\_\_\_\_ (2000), 「OECD 보건계정 및 국민의료비 지출 동향」, 한국보건경제학회 2000년 추계 학술 발표, pp.61~105.
- 정우진(1999), 「의약분업의 효과적 시행을 위한 정책과제」, 보건경제학회 1999 추계학술발표, pp.80~104.
- 조재국(1995), 『의약분업제도 도입방안』, 한국보건사회연구원.
- \_\_\_\_\_ (1997), 『의료기관의 경영실태와 정책과제』, 한국보건사회연구원.
- 최경구(1993), 『조합주의 복지국가』, 한나래.
- 최병호 외(1997), 『의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개편 방안』, 한국보건사회연구원.
- \_\_\_\_\_ 외(1998), 『의료보험 통합에 따른 진료비 지불체계 개편 연구』, 한국보건사회연구원.
- \_\_\_\_\_ (1995). 『지역의료보험 국고지원방식의 평가와 개선방안』, 한국보건사회연구원.
- \_\_\_\_\_ (1999. 5), 「DRG 지불제도에 대한 미국의 운영 경험과 우리나라 시범사업 평가」,

- 『보건경제연구』, 제5권, 한국보건경제학회, pp.133~154.
- \_\_\_\_\_ (2000), 『국민건강보험과 민간의료보험의 보완적 발전방안 연구』, 한국보건사회연구원.
- 한국생산성본부(1998), 『의약분업제도 도입에 따른 약국 적정수가산정 연구』, 1988.
- 황나미(1997), 『병원중심가정간호 시범사업 평가 II』, 한국보건사회연구원.
- Adalbert, R.(1992. 4), "Nützlichkeit und Inhalt einer Arzneimittel-Information für niedergelassene Ärzte", *Sozialer Fortschritt*, pp.97 ~ 100.
- AOK-Bundesverband: Dokumentation Pharma-Marketing, Bonn 1984.
- Blum, K.(1994. 7/8), "Arzneimittel-Festbetrag-Eine positive Zwischenbilanz", in *Sozialer Fortschritt*, pp.178 ~ 185.
- Galle-Hoffmann, U./ Schleert, N.(2000, 3/4), "Budgetüberschreitungen-Schicksal oder Steuerungsaufgabe?", *Arbeit und Sozialpolitik*, S.20 ~ 25.
- Glaeske, G.(2000. 7/8), "Das Arzneimittel-Informations-Netzwerk", *Arbeit und Sozialpolitik*, S.10 ~ 17.
- Gertham, U. G. et al.(1992), "An econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-section Study of the OECD Countries", *Journal of Health Economics*, Vol.11, pp.63 ~ 84.
- Herder-Dorneich, Ph., *Gesundheitsökonomik*, Stuttgart 1980.
- \_\_\_\_\_, *Systemdynamik*, Baden-Baden 1998.
- \_\_\_\_\_(1980), *Gesundheitsökonomik-Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*, Stuttgart 1980.
- \_\_\_\_\_(1982), "Funktionsfähigkeit und ordnungspolitische Einordnung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen", in *Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung*, Köln-Lövenich, pp.375 ~ 414.
- Haitiris, T. et al.(1992.11), "The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries", *Journal of Health Economics*, pp.173 ~ 181.

- Kaesbach, W. et al.(1999. 9/10), "Arzneimittelversorgung: Positiveliste, Arzneimittelrichtlinien und Festbeträge", *Arbeit und Sozialpolitik*, pp.30 ~ 38.
- Kaesbach, W. et al.(2000, 9/10), "Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland", *Arbeit und Sozialpolitik*, S.34 ~ 39.
- Kiewel, A.(1992. 2), "Zuzahlungsregelungen für Arzneimittel im EG-Binnenraum", in *Sozialer Fortschritt*, pp.46 ~ 49.
- \_\_\_\_\_ (1992. 10), "Steuerung der Arzneimittelversorgung: Die Ansätze von GRG und GSG", in *Sozialer Fortschritt*. pp.241 ~ 243.
- \_\_\_\_\_ (1995. 4), "Wieviel Arzneimittel braucht der Mensch", *Sozialer Fortschritt*, pp.96 ~ 98.
- Newhouse, J. P.(1977), "Medical Care Expenditure: A Cross-national Survey", *Journal of Human Resource*, Vol.12, pp.115 ~ 125.
- Offermanns, M.(1994. 7/8), "Der Rechnungsabschluss auf Arzneimittel auf dem Markt für durchblutungsfördernde Mittel in Ostdeutschland", *Sozialer Fortschritt*, pp.185 ~ 191.
- Olson, M.(1965), *The Logic of collective Action-Public Goods and The Theory Groups*, Harvard Univ. Press 1965.
- Parkin, D.(1989), "Comparing Health Service Efficiency Across Countries", *Oxford Review of Economic Policy*, Vol.5, pp.75 ~ 88.
- Pätzold, J. (1987) *Stabilisierungspolitik*, UTB 1553. Bern.
- Reher, R./ Reichelt, H.(1991. 5), "Gesundheitsreformgesetz und Arzneimittelversorgung: eine Zwischenbilanz", in *Sozialer Fortschritt*, pp.114 ~ 120.
- Reichelt, H., *Die aktuelle Ausgaben dynamik bei Arzneimittel*, Hrsg. von *WidO*, Bonn 1
- Schulenburg, B./ Waldeck, J.(1990), "Richtgrößen für Arzneimittel. Ein Steuerungsinstrument zur Qualitätsverbesserung", in *Die Betriebskrankenkasse*, pp.308 ~ 315.
- Staffeldt, Th.(1999. 11/12) "Arzneimittelbenchmark bleibt aktuell und notwendig", *Arbeit und Sozialpolitik*, pp.30 ~ 38.

WHO(1997), "Improving the performance of health centers in district Health Systems", WHO technical report series869.

WHO, "World Health Report 2000".

WHO(2000), "Improving the performance of health centers in district Health Systems", WHO technical report series869.

WHO(2000), "World Health Report 2000."

---

# 제5부 연금제도의 국가간 제도 및 개혁방안 비교

권 문 일

덕성여자대학교 사회복지학과 교수



## I. 서론

제2차 세계대전 직후부터 제1차 석유파동이 일어났던 1970년대 초반까지 서구 각국의 사회경제적 환경은 사회복지프로그램의 확충과 사회복지지출의 확대에 우호적인 방향으로 조성되고 전개되었다. 사회복지 확대에 대한 사회적 합의가 국민들 간에 구축되었고, 높은 경제성장과 낮은 실업률이 이어지면서 사회복지지출의 확대에 필요한 재원을 공급할 수 있는 국가의 재정적 여력은 높아졌다. 또한 정당간 선거경쟁에서 국민들로부터 지지를 얻어 승리하기 위해서 좌파정당은 물론 우파정당까지도 사회복지의 확충에 노력을 기울였었다.

이러한 사회복지 확대에 우호적인 사회경제적 환경 하에서 공적연금제도 또한 적용대상을 확대하고 급여수준을 인상하며 수급자격을 완화하는 방향으로 발전하였다. 그 결과 서구 산업 국가들에서 공적연금은 노후소득의 주원천으로 자리매김할 수 있었고 노후빈곤율을 떨어뜨리는데 결정적인 역할을 하게 되었다. 그러나 2차 대전 이후 순조로운 발달을 거듭해 오던 공적연금제도는 1970년대 초반 석유파동을 계기로 하여 장기간 경기침체가 이어지고 경제성장의 둔화 내지 정체가 서구 각국에 만연하면서 재정적인 어려움에 직면하기 시작하였다.

공적연금의 재정 문제는 1980년대에 들어와서도 해결될 전망이 보이지 않았다. 오히려 시간이 흐르면서 연금재정 문제는 심화되어 갔다. 결국 1980년대 초중반 이후 일부 복지 국가들을 중심으로 공적연금 개혁이 진행되기 시작하였고, 1990년대에 들어오면서 공적연금 개혁은 거역할 수 없는 역사의 흐름인양 거의 대부분의 복지국가로 붓물 터지듯 확산되어졌던 것이다.

1980년대 이후 대부분의 복지국가들에서 공적연금제도 개혁이 단행된 계기는 연금재정 문제이지만 그것만이 연금개혁을 초래했다고는 할 수 없다. 그렇다면 과연 재정적 문제 외에 제도 내적인 문제는 어떤 문제들이 있었는가? 이러한 문제들을 야기시키고 문제 해결 방안을 도출하는데 영향을 미칠 외생적 요인으로서 사회경제적 요인들에는 어떤 것들이 있는가? 각국은 공적연금제도가 안고 있는 문제들을 해결하기 위해서 어떤 다양한 전략들을 채택했는가? 그들 전략들은 어떤 기능과 효과를 가지고 있으며 그에 따라 유형화

가 가능할 것인가? 본 연구는 바로 이러한 질문들에 대해 탐색적 차원에서 해답을 모색하는 방향으로 연구를 진행하는데 목적을 두고 있다.

## II. 공적연금 개혁의 배경

### 1. 노후소득원으로서의 공적연금의 역할

1889년 독일에서 처음으로 실시된 이후 20세기 초반 유럽 국가들에 도입되고 2차 대전 이후 전 세계 국가로 확산된 공적연금은 ‘퇴직 후 소득의 급격한 감소 방지’ 및 ‘저소득으로부터 노인들의 보호’라는 두 가지 기본 목적을 충족하는데 대단히 성공적이었던 평가 받고 있다. 첫 번째 목적을 달성하는데 공적연금이 얼마나 성공적이었던가를 간접적으로 제시해 주고 있는 것이 <표 1>이다. 규범적 퇴직연령이라고 할 수 있는 65세부터 그 후 10년 기간에 해당하는 노인인구층(65~75세)의 가처분 소득을 51~64세의 장년인구층(51~64세)과 41~50세의 중장년인구층(41~50세)과 비교하였을 때, 노인인구층은 80년대 중반과 90년대 중반 두 시점을 기준으로 할 때 평균적으로 다른 두 연령계층 가처분 소득의 80%에 근접하고 있는 것으로 나타났다.

<표 2>는 국제비교적 관점에서 노후소득원들 중에서 공적연금이 차지하는 비중을 보여 주고 있다. 이 표에서 알 수 있듯이 공적연금이 노후소득에서 차지하는 비중은 국가에 따라 상당한 차이를 보이는데 일본, 캐나다, 영국, 미국 등과 같이 전체 노후소득의 50%가 되지 않는 국가들이 있는가 하면 핀란드, 독일, 이탈리아, 네덜란드 등과 같이 50%를 훨씬 상회하는 국가들도 있다. 9개 국가간 공적연금의 평균비중은 대략 65%로 나타났는데, 이것은 공적연금이 다양한 노후 소득원들중 가장 결정적인 소득원임을 단적으로 보여주고 있다고 할 수 있을 것이다.

〈표 1〉 노인들의 소득대체율

(단위: %)

	소득대체율(51~64세 인구 대비)			소득대체율(41~50세 인구 대비)		
	70년대 중반	80년대 중반	90년대 중반	70년대 중반	80년대 중반	90년대 중반
캐나다	69.1	82.4	86.9	51.1	78.2	86.6
핀란드	79.9	77.6	75.5	67.5	69.2	71.6
독일	-	78.1	84.4	-	75.5	78.2
이탈리아	-	76.4	78.7	-	77.8	78.1
일본	-	82.3	79.6	-	84.8	81.8
스웨덴	71.0	76.1	76.1	64.9	73.6	80.3
영국	66.9	70.4	74.1	61.5	59.9	65.0
미국	75.6	82.2	79.9	77.0	84.3	83.6

자료: OECD(2001a), p.22.

〈표 2〉 노후소득원천에 대한 국제비교

(단위: %)

	캐나다	핀란드	독일	이태리	일본	네덜란드	스웨덴	영국	미국	평균
근로소득	20.6	14.7	12.4	20.7	67.4	8.2	7.5	15.2	29.4	21.8
공공부조	1.4	1.8	0.5	0.5	0.3	1.0	4.3	6.0	1.2	1.9
실업급여	0.9	0.8	0.2	0.1	0.1	0.4	0.4	0.1	0.2	0.3
공적연금	48.9	100.8	82.8	65.0	65.0	67.1	86.9	45.6	44.9	64.6
사적연금	23.3	0.0	3.3	2.5	2.5	39.0	20.7	29.6	20.7	15.6
기타공적이전	3.0	6.2	0.1	2.9	2.9	0.1	4.5	1.6	1.3	2.2
기타사적이전	16.5	5.4	5.4	9.0	9.0	11.9	9.8	17.1	19.1	11.4
직접세/기여금	-14.6	-29.8	-4.8	0.0	0.0	-27.8	-34.0	-15.1	-16.5	-17.7
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: OECD 한국보고서, p.67

한편 저소득으로부터의 노인들의 보호라는 두 번째 목적의 성공적 달성 정도를 나타내 주고 있는 것이 <표 3>이다. 서구국가들에서조차 노인들은 빈곤집단을 나타내는 가장 대표적인 인구집단이었다고 할 수 있다. 그러나 2차 세계대전 이후 지속된 경제성장에 힘입어 연금의 수급대상이 확대되고 급여수준이 관대화 되는 등 일련의 제도개선이 진행된 결과 노후의 주소득원으로 공적연금이 확고하게 자리 잡으면서 노인인구 곧 빈곤인구라는 등식은 적어도 상당수의 서구국가들에서는 시대착오적 관념이 되었다고 할 수 있다. EU 15개 국가의 노인빈곤율은 평균적으로 9%에 이르고 있는데, 이러한 수치는 비노인계층의 빈곤율 10%보다 낮은 상황에 있음을 아래 표를 통해 확인할 수 있다.

<표 3> 노인들의 상대적 빈곤율

국가	상대적 빈곤율(중위소득의 50% 미만 비율)			
	남성	여성	전체	0~64세 인구
벨 기 에	11	12	12	6
덴 마 크	10	14	12	5
독 일	5	6	6	6
그 리 스	24	25	25	12
스 페 인	7	7	7	14
프 랑 스	8	12	10	8
아 일 랜 드	7	19	14	10
이 탈 리 아	7	9	8	13
룩셈부르크	3	4	4	6
네 델 란 드	4	5	4	6
오스트리아	8	12	10	6
포 르 투 갈	18	25	22	12
핀 란 드	1	8	6	5
스 웨 덴	2	3	3	5
영 국	7	13	11	12
EU 15개국 평균	7	10	9	10

자료: Council of the European Union(2003), p.28

## 2. 연금개혁의 사회경제적 배경

앞서 보았듯이 퇴직 이후 소득의 급격한 감소를 방지하고 저소득에 따른 노후빈곤을 완화 하는데 비교적 성공적인 역할을 수행해 왔던 공적연금제도가 최근 그것의 장기적 지속가능성을 둘러싸고 회의적인 시각들이 전사회적으로 확산되면서 제도를 구성하는 요소들의 부분적인 개선에서부터 구조 개혁에 이르기까지 다양한 변화를 시도하고 있거나 모색 중에 있다.

이처럼 공적연금제도가 지속가능성을 둘러싸고 거대한 변화의 소용돌이에 휘말리게 된 데에는 연금재정의 불안정이 중심에 자리 잡고 있다고 할 수 있다. OECD 회원국들의 공적연금지출 규모 추이를 GDP 대비 비율로 측정하여 비교한 결과가 <표 4>이다. 이 표에 따르면 2000년 현재 이미 공적연금지출은 GDP의 10%를 약간 상회하고 있으며 그 이후 점차 높아져 2050년에 이르게 되면 13.3%까지 이를 전망이다.

<표 4> 공적연금지출에 대한 국제비교(GDP 대비 연금지출 비율)

국가	2000	2010	2020	2030	2040	2050	최대변화
벨기에	10.0	9.9	11.4	13.3	13.7	13.3	3.7
덴마크	10.5	12.5	13.8	14.5	14.0	13.3	4.1
독일	11.8	11.2	12.6	15.5	16.6	16.9	5.0
그리스	12.6	12.6	15.4	19.6	23.8	24.8	12.2
스페인	9.4	8.9	9.9	12.6	16.0	17.3	7.9
프랑스	12.1	13.1	15.0	16.0	15.8		4.0
아일랜드	4.6	5.0	6.7	7.6	8.3	9.0	4.4
이탈리아	13.8	13.9	14.8	15.7	15.7	14.1	2.1
룩셈부르크	7.4	7.5	8.2	9.2	9.5	9.3	2.2
네덜란드	7.9	9.1	11.1	13.1	14.1	13.6	6.2
오스트리아	14.5	14.9	16.0	18.1	18.3	17.0	4.2
포르투갈	9.8	11.8	13.1	13.6	13.8	13.2	4.1
핀란드	11.3	11.6	12.9	14.9	16.0	15.9	4.7
스웨덴	9.0	9.6	10.7	11.4	11.4	10.7	2.6
영국	5.5	5.1	4.9	5.2	5.0	4.4	-1.1
EU 15개국	10.4	10.4	11.5	13.0	13.6	13.3	3.2

자료: Council of the European Union(2003), p.89.

그런데 이러한 막대한 규모의 공적연금지출 수준을 지탱하기 위해서는 각국은 보험료 수준을 대폭 올리거나 조세인상을 통해 일반재정으로부터 이전수입을 크게 증가시켜야만 할 것이다. 하지만 국가간 경쟁이 날로 치열해져 가고 있는 상황에서 기여율의 인상은 노동비용을 증가시킴으로써 국가경쟁력을 떨어뜨릴 수 있을 뿐만 아니라 노동의욕과 저축 및 투자에 미칠 부정적인 효과들을 고려할 때 실행하는데 상당 정도 한계에 부딪힐 수밖에 없다. 조세 인상이란 재정수단의 동원 또한 간단하지 않다. 2001년 현재 유럽연합 15개 회원국들의 경우 총국가부채가 평균적으로 국내총생산의 63%에 이르고 있는 실정이며 벨기에, 그리스, 이탈리아 등 일부 국가의 경우에는 총국가부채가 국내총생산(GDP)을 상회할 정도로 재정문제가 심각하기 때문이다. 역설적으로 최근 많은 유럽연합 회원국들은 연금 지출 증가에 대처할 수 있는 여력을 지닐 수 있는 전략의 핵심으로서 국가재정적자 및 그에 따른 지불이자액의 축소를 강구 중에 있다(Council of the European Union, 2003: 70).

이와 같이 연금급여지출은 날로 증가하는데 비해 그에 필요한 연금급여재원의 확보는 한계에 부딪힐 수밖에 없을 것이라는 우려 섞인 전망들이 학계나 정치계의 주목을 끌게 된 결과, 거의 예외를 찾기 어려울 정도로 복지국가들에서 공적연금 개혁이 단행되고 있거나 조만간 단행될 예정이다. 이미 개혁을 실시했던 국가일지라도 연금재정 문제를 해결하기에는 부족하다는 시각에서 새로운 개혁을 준비하고 있는 실정이다. 그렇다면 도대체 20세기가 만들어낸 가장 독창적이며 성공적인 성과물로 평가받아왔던 공적연금제도가 무엇 때문에 재정적 지속가능성 문제에 직면하고 있거나 조만간 직면할 것으로 전망되고 있는가?

공적연금과 관련하여 최근 그것의 재정문제가 거론되는 직접적인 이유는 무엇보다도 제 2차 세계 대전 이후 지속적인 경제성장과 낮은 실업률, 상대적으로 노인인구가 많지 않은 사회경제적, 인구학적 맥락에서 수급자격요건의 완화, 급여수준 인상 등과 같은 급여 관대화 조치가 연이어 시행되고 시간경과에 따른 제도의 성숙화 효과가 동시 발생하게 되면서 연금급여지출이 폭발적으로 증가해 왔고 이러한 추세가 장차 더욱 가속화 되리라는 전망에서 찾을 수 있을 것이다. 거의 모든 복지국가들에서 공적연금지출의 증가를 가능하게 만들었던 20세기 중후반의 사회경제적, 인구학적 환경은 이제는 어느 복지국가에서도 찾아보기 어렵게 되었으며 앞으로 더 그럴 것으로 보인다. 경제성장은 둔화 내지 정체되었고, 실업률은 현저하게 높아졌으며 노인인구가 전체인구에서 차지하는 비율이 크게 증가하였다. 또한 WTO 협정 체결 이후 세계 시장이 통합화 되어가는 추세 속에서 국가가

경쟁이 치열해짐으로써 국가가 사회정책을 통해 시장이나 사회에 영향을 미칠 수 있는 재량의 여지도 줄어들었다.

연금재정 문제와 관련된 사회경제적 요인들만큼 일반적이고 공통적인 영향력은 미치지 않을지라도 국가에 따라서는 공적연금 개혁을 압박하는 주요한 요인들이 있다. 노동시장에서의 비정규직 증대, 이혼 증가, 가족구조의 변화, 이혼증가, 여성의 경제활동참가 증대 등과 같은 사회경제적 환경의 변화로 인해 전통적인 남성가계부양자 모델에 기초한 공적 연금이 노후생활안정이란 고유 기능을 수행하는데 한계가 크기 때문에 변화된 사회경제적 환경 변화를 반영하는 방향으로 재구조화 되어야 한다는 것이다.

### 가. 인구 고령화

인구 고령화는 베이비붐 세대의 노령화에 따른 일시적 노인인구의 증가, 1960년대 이후 저출산, 2차대전 이후 영양개선 및 의학기술 발전에 따른 기대수명의 증대 등에 따른 결과라고 할 수 있는데 이러한 추세는 선진국뿐만 아니라 개발도상국에서도 진행되고 있는 현상으로서 향후 수십년에 걸쳐 보다 심화될 것으로 전망된다(Devereux, 1998).

현재 선진국들에서 실시되고 있는 공적연금제도들은 재정방식을 근로인구가 노인인구의 연금급여지출에 필요한 재원을 부담하는 부과방식에 의존하고 있는 경우가 대부분이다. 따라서 공적연금 재원을 담당하는 근로인구 및 급여를 받는 노인인구의 상대적 규모는 연금재정에 지대한 영향을 미친다고 할 수 있다.

노인부양비의 증가는 공적연금의 재원에 기여하는 인구수는 상대적으로 줄어드는 반면, 공적연금 급여를 받는 인구수는 늘어남을 의미하는 것이기 때문에 연금재정에 지대한 영향을 미치는데, <표 5>는 OECD 국가들을 대상으로 하여 2000년부터 2050년까지 근로인구 대비 노인인구의 비율, 곧 노인부양비를 전망하고 있다. 우리나라를 제외할 경우 2000년에 노인부양비 평균이 27.6%인데 이는 3.6명의 근로자가 1명의 노인을 부양하는 구조로 되어 있음을 의미한다. 하지만 2050년에 가면 노인부양비는 55.13%로서 1.8명의 근로자가 1명의 노인을 부양하는 구조로 바뀔 것으로 추정되고 있다. 우리나라는 2000년 현재 8.7명의 근로자가 1명의 노인을 부양하는 상대적으로 젊은 인구구조로부터 2050년에는 1.5명의 근로자가 1명의 노인을 부양해야 하는 인구구조로 전환될 것으로 전망된다. 이는 이탈리아나 스페인을 제외하고는 근로자의 노인부양에 따른 부담이 가장 크게 됨을 의미한다.

〈표 5〉 OECD 국가들의 노년부양비(65+인구/20-64세 인구) 전망

국가	2000	2010	2020	2030	2040	2050
덴마크	25.5	29.6	35.7	42.0	47.0	43.7
독일	28.0	34.1	38.6	50.3	57.0	56.1
스페인	28.7	30.7	35.2	44.7	59.8	68.7
프랑스	28.5	29.5	38.1	46.4	52.1	53.2
이탈리아	30.7	35.5	42.1	52.9	67.8	69.7
네덜란드	23.1	26.2	34.7	44.2	50.1	46.9
오스트리아	26.3	30.1	34.5	47.0	57.0	57.7
포르투갈	26.7	28.5	32.2	37.2	46.3	50.9
스웨덴	30.9	33.8	39.8	45.4	48.9	48.5
영국	27.8	28.5	33.9	43.1	49.1	55.9
한국	11.4	14.7	23.1	38.5	55.7	67.5

#### 나. 노동기간과 퇴직기간의 불균형

인구노령화 현상이 자동적으로 연금재정 문제를 발생시키는 것은 아니다. 왜냐하면 물리적 연령 측면에서의 인구노령화가 진해된다고 하더라도 경제활동에 참가하는 고령근로자들이 많다면 연금수급연령의 연장, 연금급여삭감, 기여금 부과대상 확대 등의 수단들을 강구할 수 있기 때문이다. 즉, 연금재정 기반은 강화하는 반면 연금급여지출은 억제하는 전략들을 가동할 수 있음으로써 연금재정의 안정을 꾀할 수 있는 것이다. 그러나 지금까지의 추세는 65세 이상 인구는 물론 55세 이상 인구에게서조차 경제활동참가율이 1960년대 이래로 계속해서 떨어져 왔다.

연금재정의 지속가능성을 확보하는데 있어서 고령인구의 고용참가율 증대는 사회적으로 수용성이 높은 대안일 뿐만 아니라 대단히 효과적인 전략임을 고려할 때 최근까지의 고용추세는 이에 역행되는 우려할만한 상황이라고 하지 않을 수 없다. 연금수급연령에 이르기 전에 조기퇴직현상이 대량으로 발생하는 반면 노인들의 영양상태 개선 및 의학기술의 발달은 이들의 기대여명을 늘리는 방향으로 작용함으로써 생애동안 노동하는 기간은 짧아

지는 반면 퇴직 이후 보내는 기간은 반대로 증가하는 노동기간과 퇴직기간의 불균형 현상을 심화시켜 왔고 이로 인해 연금재정이 보다 압박을 받게 되었던 것이다.

<표 6>을 보면 벨기에, 이탈리아, 룩셈부르크, 오스트리아의 경우 55~59세 인구조차 경제활동참가율이 50%에 못 미칠 정도로 낮은 경향을 보이고 있으며 EU 15개국 전체 평균조차 52.9%로 매우 낮은 수준을 보이고 있다. 그 결과 실제 평균퇴직연령은 대체로 규범퇴직연령이라고 할 수 있는 65세에 턱없이 미치지 못할 정도로 낮은 59.9세로 나타나고 있다.

<표 6> 55세 이상 고령자의 경제활동참가율 및 평균퇴직연령

국가	55~59	60~64	65~69	퇴직연령(세)
벨기에	38.1	12.1	3.0	57.0
덴마크	73.5	33.7	11.6	61.9
독일	57.7	20.8	5.3	60.7
그리스	47.7	29.7	10.6	59.6
스페인	47.3	29.5	3.9	60.6
프랑스	49.3	9.9	2.1	58.1
아일랜드	54.4	37.1	14.9	63.1
이탈리아	36.2	18.0	6.2	59.4
룩셈부르크	39.3	8.9	-	56.8
네덜란드	56.9	18.5	6.0	60.9
오스트리아	43.8	14.0	7.2	59.6
포르투갈	56.7	44.8	28.2	62.0
핀란드	62.4	25.2	5.7	61.6
스웨덴	77.9	50.2	13.3	62.0
영국	64.7	37.6	10.7	62.1
EU 15개국	52.9	23.4	6.7	59.9

자료: Council of the European Union. 2003. p. 89.

다. 노동시장구조의 변화

대부분의 공적연금제도는 기여식 연금체계로서 수급요건이 과거 고용이나 또는 소득수준과 밀접한 관련성을 지니고 있다. 서구국가들에서 연금수급자의 대부분은 연금수급직전까지 수십 년간 전일노동(full-time work)으로 근무하다가 퇴직하는 경우가 전형이라고 할 수 있다. 하지만 이러한 퇴직인구 층의 전형적인 생애노동활동 특성은 미래에는 상당 정도 약화될 것으로 전망된다.

서구산업국가의 노동시장조건은 1960년대와 비견할 수 없을 만큼 많이 변모하였다. 실업률이 높고, 장기실업 및 청년실업이 증가하고 있다. <표 7>은 일부 유럽 국가들의 실업률 추이를 보여주고 있는데 1960년대 초에서 1970년대 초반까지만 하더라도 평균 실업률은 1~2%에 불과할 정도로 낮았던 반면, 1990년대로 들어오게 되면 국가간 실업률에 있어서 상당한 편차가 존재하며 수준면에서 7~12%에 이를 정도로 매우 높게 나타남을 알 수 있다.

<표 7> 실업률 추이에 대한 국제비교

	실업률				
	1963~1972	1973~1982	1990	1995	1997
스웨덴	1.9	2.2	1.6	7.6	7.9
독 일	1.1	3.8	5.6	8.1	9.8
프랑스	1.9	5.1	9.2	11.6	12.3
영 국	2.0	5.4	6.8	8.6	7.1
이탈리아	-	-	11.4	12.3	12.5
미 국	4.7	6.0	5.6	5.6	4.9

자료: ILO(2000), pp.282~284.

최근 높은 실업률과 함께 사회적 주목을 받고 있는 현상 중의 하나는 노동유연성의 증대란 명목 하에 시간제·계절 근로자 등 비정규직 근로자들이 증가하고 있다는 것이다. 이런 현상은 특히 영국이나 미국에서 두드러진다고 할 수 있는 이들 비정규직 근로자들에게는 기여를 전제로 한 사회보험방식의 공적연금은 노후빈곤을 방지할 수 있는 효과적인 제도라고 보기 어렵다(Webb, 1994). 왜냐하면 비정규직 근로자들은 고용이 불안정하고 소득이 일정하지 않고, 저소득이며, 행정적으로도 이들을 관리하는 데는 상당한 규모의 사회적

비용과 곤란이 수반되기 때문이다. 더욱이 비정규직 근로자들은 일반 근로자에 비해 실업에 처할 확률이 상대적으로 높으며 생애동안 실업을 빈번하게 경험할 가능성이 높은 집단이다. 그런데 잦은 실업 내지 실업의 장기화는 기여를 조건부로 하는 연금수급권의 축적을 어렵게 할 뿐 아니라 노후를 대비한 저축 여력을 실업기간의 긴급한 소비요구를 충족하는데 사용하게 만들며, 나아가 기업으로부터의 사적연금수급권의 획득 또한 어렵게 만들므로써 공적연금, 사적연금, 개인저축이 모두 취약한 상황에 직면할 수 있음을 의미한다<sup>38)</sup>.

라. 가족구조의 변화

상당수의 선진국들에서 가족구조 및 혼인형태는 지난 40년 동안 급격히 변화하였다. <표 8>에서 볼 수 있듯이 이혼율 및 미혼모 출산은 1960년대에 비해 거의 6배 이상 증가하였다. 또한 편부모 가정은 영국과 미국에서는 2배 이상 증가하였으며 다른 국가에서도 상당히 증가하였다.

<표 8> 가족구조 변화 국제비교

	이혼율 <sup>1)</sup>		미혼모출산 <sup>2)</sup>		편부모 <sup>3)</sup>	
	1960	1990	1960	1990	1960	1995
캐나다	2	12	4	24	9	15
덴마크	6	13	8	46	17	20
프랑스	3	8	6	30	9	12
독 일	4	8	6	11	8	14
이탈리아	1	2	2	6	-	-
네덜란드	2	8	1	11	9	15
스웨덴	5	12	11	47	9	13
영 국	2	12	5	28	6	13
미 국	9	21	5	28	9	23

주: 1) 여성 1000명당 이혼수

2) 모든 출산아중 미혼여성에게서 태어난 출산아의 비율

3) 모든 가정중 편부모가정의 비율

자료: McLanahan and Casper(1995).

38) 미국의 경우 전일근로자는 약 58.5%가 기업연금의 적용을 받는 반면, 시간제 근로자는 불과 18.3%만이 적용을 받고 있다(ILO, 2000: 46).

사회보장제도는 19세 후반 독일에서 탄생된 이래 대부분의 국가에서 남성-부양자, 여성-피부양자라는 전통적인 성역할모델에 기초한 가족보호 형태로 발전되어 왔다고 할 수 있다. 그런데 위에서 살펴본 바와 같은 가족구조의 급격한 변화는 남편과 아내로 구성된 가족보호라는 가정들의 유효성이 상당 정도 훼손되었음을 의미한다. 전통적인 가족 하에서 여성들은 남성의 사회보장급여 내지 남성들의 소득기록에 근거해 제공되는 배우자급여 또는 유족급여를 지급받아 생활을 영위해 나갈 수 있었지만 독신여성·이혼여성·편모 가정 등 새로운 가족구조 하의 여성들은 그러한 급여들을 이용할 수 없는 것이다. 최근 선진국가들에서 사회보장 수급권 형태와 관련하여 개별수급권이 강조되는 이유도 가족구조의 변화와 밀접한 관련성이 있다고 할 수 있다.

### Ⅲ. 공적연금 개혁 전략의 유형

대부분의 서구국가들에서 공적연금제도는 그것의 존립을 위협하고 있거나 위협할 것으로 예상되는 새로운 사회경제적 환경에 노출되면서 강력한 변화의 압력을 요구받고 있다. 이에 각국 정부는 다양한 개혁전략들을 마련하여 실시해 왔고 이를 추진하려는 중에 있다. 공적연금을 개혁하기 위한 전략들은 헤아릴 수 없을 만큼 많다. 따라서 이러한 전략들이 무슨 동기에서 채택되었는지, 어떤 재정적, 분배적 효과를 갖고 있는지 등을 기준으로 정리·유형지을 수 있다면 연금개혁을 추진 중에 있거나 기획 중에 있는 국가들의 정책결정자 또는 이해 관련자들에게는 유용한 함의를 제공해 줄 수 있을 것이다.

#### 1. 기존의 개혁전략 유형 구분

버그만(Berghman, 1991)은 고령화가 공적연금재정에 미치는 부정적 효과에 주목해서 그것을 완화하는데 초점을 두고 개혁 전략을 크게 두 가지 범주로 구분하였다. 하나는 실업 축소, 여성 및 고령근로자의 경제활동참여 증대 등과 같이 공적연금의 경제적 기반을 강

화하는 전략이며 다른 하나는 연금급여자의 수 축소, 급여수준 하향조정, 재정방식 변화, 공·사연금의 역할 조정 등을 통한 공적연금의 총지출을 억제 내지 축소하는 전략이다.

그런데 버그만의 분류에는 사회보장의 영역을 넘어서는 대안들이 포함되어 있고 공적연금 적용대상의 확대 또는 제도 관리운영의 기반 강화 등을 주요 과제로 삼고 있는 개발도상국들의 연금개혁전략을 포괄하지 못하는 문제가 있다. 권문일(1998)은 이러한 버그만의 분류가 지닌 단점을 보완하여, 연금개혁 전략들을 재정기반 강화 전략, 연금 총지출 억제 또는 축소 전략, 노후보장 기능의 확충 전략, 공·사 연금의 혼합 전략 등 네 가지로 구분하고 있다.

첫째, 연금의 재정기반 강화 전략은 기본적으로 수입을 강화하는 전략을 의미한다. 여기에는 퇴직 또는 조기퇴직의 억제를 통한 기여자 수의 증대, 보험료율 인상, 기여 부과대상 소득의 범위 확대, 적립기금의 확보 내지 확대, 지역별 공적연금의 통합, 연금급여에 대한 과세 등을 통한 연금재정 확충 등의 전략들이 포함된다.

둘째, 공적연금 총지출 억제 전략이다. 이것은 다시 연금급여수준을 축소하는 전략과 연금급여기간을 축소하는 전략으로 구분할 수 있다. 먼저 연금급여수준을 축소하는 전략에는 연금급여산정공식의 변화를 통한 급여수준 자체의 감액, 급여산정시 기초가 되는 소득산정기간의 연장, 연금연동방식의 변화, 연금급여에 대한 소득(자산)조사 도입 및 강화 등이 포함될 수 있다. 연금급여기간을 축소하는 전략에는 연금수급연령의 증가, 연금수급요건에 필요한 기여기간 및 최저기여기간의 연장 등이 포함된다.

셋째, 노후보장기능을 확충하는 전략이다. 여기에는 적용대상의 확대, 급여의 적절성 확보, 여성의 연금수급권 확충 등이 포함된다. 이중 적용대상의 확대와 관련된 조치들은 주로 공적연금의 역사가 일천한 아·태평양이나 아프리카 국가들에서 채택 되어진다. 급여의 적절성 확보 전략은 일시금에서 연금으로의 급여형태 전환, 공적연금을 보충하기 위한 강제 내지 준 강제 형태의 직업연금 도입 등이 포함된다. 전자는 아·태평양이나 아프리카 국가 등에서 채택되는 반면, 후자는 공적연금의 급여수준이 낮은 일부 서구 국가들에서 채택되고 있는 전략이라고 할 수 있다. 여성의 연금수급권 확충 전략은 여성의 경제활동 참가율이 높고 이혼율이 높은 선진산업국들에서 주로 논의되고 있거나 실제 채택되고 있는 전략이라고 할 수 있는데 출산·육아·간병 기간에 대해 마치 기여를 한 것으로 간주해주는 크레딧 부여, 이혼 또는 신청에 의한 연금수급권 분할 등을 대표적으로 꼽을 수 있

을 것이다.

넷째, 사적연금의 확대 전략이다. 이 전략은 현재 및 장래의 공적연금에 대한 수요를 감소시키기 위한 노력의 일환으로서 노후소득에 대한 책임의 전부 또는 일부를 민간부문에 전가시키는 경향이 있다. 이러한 공적부문으로부터 사적부문으로의 책임이동은 통상 정부 관리의 부과방식에 기초한 확정급여 연금체계에 민간 관리의 사전적립식 확정기여방식을 추가하는 형태를 취한다(Devereux, 1998).

## 2. 분배효과에 따른 유형화

대부분의 서구국가들에서 연금개혁을 추동시키는데 가장 결정적으로 기여한 동인을 꼽는다면 연금재정 불균형에 대한 관심일 것이다. 그것은 연금 지출을 곤란하게 함으로써 즉각적이고 직접적인 위협으로 작용할 뿐 아니라 중장기인 관점에서도 바람직하지 않은 발달을 초래할 수 있기 때문일 것이다(Tamburi, 1999). 그래서 연금재정에서 수입과 지출의 균형을 무엇보다도 중요하다고 하겠다.

연금재정의 균형을 달성하는 데는 앞 절에서 보았듯이 수많은 전략들이 있지만 크게 구분하면 대략 두 가지 범주로 나뉘어 질 수 있다. 하나는 연금재정의 수입 기반을 강화하는 전략이고 다른 하나는 직접적으로 연금재정지출을 축소하기 위한 전략이다. 그런데 이 중 전자에 속하는 전략들의 대부분은 인구고령화 가속화, 고령자 고용의 기피, 세계경제의 통합에 따른 경쟁 증대 등으로 인해 정책적으로 채택하는 데 상당한 어려움이 따르고 있다. 그래서 대체로 많은 국가들에서 채택·실시되는 연금개혁전략들은 직접적 또는 간접적 연금재정지출의 축소 또는 억제와 관련된 정책이다.

연금재정지출 축소는 크게 두 가지 방법을 통해 이루어질 수 있다. 하나는, 재정균형을 달성하기 위해 불가피하게 공적연금 지출을 축소하되, 공적연금 급여를 거의 유일한 또는 주 소득원으로 하는 저소득계층이 생활불안정에 직면하지 않도록 대상효율성의 강화를 뜻하는 타겟팅(targeting), 즉 저소득계층에게 경제적 자원을 집중적으로 할당하는 방법을 통해 연금지출을 절약하는 방법이다. 타겟팅의 기본 아이디어는 저성장, 높은 실업, 부양비 악화 등으로 인해 동원 가능한 재정적 자원은 한정된 반면, 연금급여에 대한 요구는 높은 상황 하에서 연금급여지출을 욕구가 낮은 자로부터 욕구가 가장 많은 자로 돌리는 방향으

로 대상효율성을 증진하는 것이 연금제도의 효과성을 유지하면서 연금급여비용을 통제하는 유효한 시도일 수 있다는 것이다(Bolderson, H. and D. Mabbett, 1996)

다른 하나는 전반적으로 연금급여지출을 축소하되 그 방법은 기여(또는 소득)와 급여와의 연계를 강화하는 것이다. 이러한 전략이 채택되면 기여 또는 소득이 높을수록, 기여(소득)기간이 길수록 급여액 또한 이에 비례하여 커진다. 그 결과 저소득층이나 기여기간이 짧은 자는 급여 분배 면에서 불리한 위치에 서게 된다. 이 방법에 속하는 대표적 전략중의 하나는 급여산정공식을 변화시킴으로써 연금지출을 절약하는 것이다.

일반적으로 연금액을 결정하는 세 가지 주요 변수는 기준소득, 수급자격 기한, 급여승률 등이라고 할 수 있다(Bonoli, G., 2000). 예컨대 최근의 연금개혁에서 대부분의 국가들은 기준소득의 산정기간을 확대하는 경향이 있는데 일부 국가에서 전 근로 기간으로 확대하기도 한다. 한편 수급자격기한은 연금 수급에 필요한 기여기간을 얼마로 하느냐와 관련되어 있는데, 오스트리아나 스위스의 경우와 같이 완전노령연금수급에 필요한 기여기간을 45년으로 매우 길게 설정한 국가들도 있지만 대체로 대부분의 국가에서 40년으로 채택하는 추세이다. 급여승률은 기여(가입)연수당 연금의 소득대체비율이라고 할 수 있는데 대체로 1이상 2이하로 설정되는 것이 일반적인데 연금지출에 있어서 절약을 꾀할 목적으로 축소를 하는 경향이 있다.

위에서 언급한 기여와 급여와의 연계방안은 주로 확정급여방식의 공적연금에서 주로 사용하는 방법이다. 그렇지만 확정급여방식은 기본적 특성상, 즉 기여에 관계없이 급여를 먼저 확정해 놓는 방식이기 때문에 기여와 급여와의 관계를 완전하게 연계하기는 곤란하다고 할 수 있다. 기여와 급여를 완전하게 연계하기 위해서는 기여를 먼저 확정해 놓고 기여의 크기에 따라 급여를 결정하는 확정기여방식을 채택하는 것이다. 스웨덴이나 이탈리아 등은 각기 1998년과 1995년에 확정급여방식의 공적연금을 확정기여방식의 공적연금으로 개혁을 단행한 바 있다.

공적연금 개혁 자체를 추동하는데 연금재정 문제만큼은 아닐지라도 적어도 연금개혁의 내용을 결정하는데 있어서는 커다란 영향을 미쳤던 문제는 사회적 욕구와 그것을 충족시켜주는 제도와의 불일치성 증대일 것이다.

최근까지도 복지국가는 과거의 사회질서를 다루고 있었다. 보편주의와 평등이란 복지국가의 이념은 비교적 동질적이었던 산업노동계급을 전제로 하여 형성된 것이었지만 후기산

업사회로 들어오면서 직업 및 생애 주기 상에 분화가 심해짐에 따라 욕구와 기대와의 이질성 또한 심화되어 갔다. 생애직업에 있어서 불확실성이 커지고, 유연성에 대한 요구가 높아지며, 경제활동에 참가하는 여성들이 점차 많아지고, 가족제도가 변화함으로써 시민들은 보다 다양한 위험에 노출되게 된 것이다. 또한 복지국가가 전제했던 표준가족은 모델은 더 이상 지배적이지는 않다. 맞벌이 가구가 증가하고 있는가 하면 이혼, 독신, 편부모 가구 또한 증가하였다. 맞벌이 가구는 때론 다른 가구에 비해 경제적 유리할 수 있으나 부인의 노동활동은 저소득가구가 빈곤을 탈피하거나 현재의 생활수준을 유지하는 유일한 수단이란 점도 분명한 사실이다. 급격히 증가하고 있는 고 위험 빈곤집단을 형성하고 있는 집단이 이러한 비전형적인 가족인 것이다(Esping-Andersen, 1996).

이러한 제도와 사회적 요구간의 불일치를 완화 또는 제거하고자 하는 것이 바로 현대화(modernization) 전략이다. 이것은 변화된 사회적 요구에 맞게 제도를 재설계하는 것으로서 직업 유연성의 증대에 대한 사회적 요구에 따라 증가하고 있는 시간제근로, 재택근로, 자영근로자 등 비정규 근로자에 대한 연금수급권 보호 증진을 위한 방안, 전통적인 남성중심의 가족모델의 약화에 따라 빈곤위험에 놓일 가능성이 높아진 이혼여성, 독신여성, 편모 가구에 대한 연금수급권 확보 내지 확충 방안들을 대표적인 예로 들 수 있을 것이다.

## IV. 개혁전략의 유형별 국가사례 분석

### 1. 대상효율성 강화 유형: Targeting

최근의 공적연금 개혁에 있어서 대상효율성의 강화를 가장 큰 특징으로 하는 연금개혁을 단행한 대표적 국가를 든다면 영국, 스웨덴, 캐나다 등을 들 수 있다.

영국은 1998년에 기존의 공적연금제도는 물론 그것과 관련된 제도를 대대적으로 개편하였다. 이러한 변화를 피하게 된 문제의식은 기존의 공적연금체계는 스스로 노후를 대비할 수 있는 여력이 부족한 사람들에게 적절한 보장을 제공해 주지 못하는 한편 스스로 노후를 대비할 수 있는 여력을 가진 사람들에게조차 신뢰감을 주고 있지 못하다는 것이었다

(Department of Social Security, 1998). 이에 영국은 노후소득보장체계 전반을 재구조화하는 틀 하에서 공적연금제도를 대대적으로 개혁하였다.

영국 정부는 우선 저소득 노인계층의 최저생계문제를 해결하기 위해 기존의 소득지원제도(income support)를 최저소득보장(minimum income guarantee)과 연금크레딧(pension credit)이란 새로운 제도로 개편하여 수혜대상과 급여액을 증가하는 조치를 취하였다. 최저소득보장은 1999년에 도입된 제도로서 자산조사를 거치는 공공부조 형태의 사회보장제도로서 그 이전의 소득지원제도에 비해 급여액이 대폭 증가되었으며 사회전반적인 소득향상을 반영하기 위하여 물가에서 소득성장률로 연동방식이 변화되었다. 2백만 명의 연금수급자들이 이 제도로부터 급여를 받게 되었다.

영국 정부는 2003년 10월에 연금 크레딧(pension credit)을 도입하여 최저소득보장을 대체하였다. 이것은 저축과 임금 소득이 있는 경우 급여액이 그에 비례해서 감액됨으로써 저축 내지 노동 유인을 떨어뜨리는 최저소득보장의 단점을 해소하기 할 목적으로 도입된 제도이다. 연금 크레딧은 2003년도를 기준으로 주당 135파운드 미만인 독신 연금수급자와, 주당 201파운드 미만의 부부 연금수급자들에게 추가적인 비과세 현금급여를 지급하도록 했다. 그러므로 연금 크레딧이 지급하는 실제 급여액은 위의 소득구간에 놓인 연금수급자의 경우 기초연금 혹은 최저소득보장급여 외의 모든 소득의 60%에 해당하는 수준이다.

한편 노동당 정부는 2002년에 기존의 소득비례연금(State Earnings Related Pension Scheme, SERPS)을 대체하는 제2국가연금(State Second Pension Scheme, S2P)을 도입하였는데 이는 SERPS보다 저소득층에게 보다 관대한 급여를 지급하기 위한 것이었다. SERPS는 전적으로 소득에 연금급여액이 비례하도록 설계되어 있었기 때문에 저소득층은 적은 금액의 연금수급권을 확보하는 경향이 있고, 가족 보호, 질병이나 장애로 인해 소득활동을 할 수 없는 자들은 그 기간에는 연금수급권을 축적할 수 없었다. 이러한 문제들을 해결하고자 S2P는 저소득층, 가족 보호자 혹은 장기질환자 등 노동경력이 단절된 자들에게 추가적인 지원을 집중한다. 예를 들면 보험료부과대상 하한선 소득(2002~3년 3,900파운드)보다는 높지만 108,00 파운드보다는 적은 소득을 벌어들인 자에 대해서 마치 그 해에 10,800파운드의 소득을 올린 것처럼 급여 산정시에 인정해 주는 것이다. 이는 최소한 SERPS로부터 받았을 연금액보다 최저 2배 이상 연금액을 증가시키는 효과가 있다(United Kingdom Government, 2003). 반면 10,800~24,600파운드의 중간소득계층은 SERPS에서보다 약간 높

은 급여를 받지만 소득이 높을수록 추가이익이 줄어들도록 함으로써 한편 24,600파운드 이상을 버는 계층은 SERPS와 거의 유사한 급여를 받도록 하였다.

스웨덴은 1998년에 거주기간을 충족한 65세 이상의 노인들 누구에게나 정액의 급여를 지급하는 이른 바 시민권에 기초한 기초연금을 소득비례연금제도로부터 받는 급여액이 일정 기준 미만인 수급자를 대상으로 하여 최저수준을 보장해 주는 이른 바 최저보증연금을 도입하였다. 이 제도는 65세 이상의 자에게 이른바 연금조사(pension test), 즉, 소득비례연금액을 조사하여 그 금액이 일정액 미만인 자들에게 최저보증수준까지 소득비례연금을 보충하여 채워주는 형태로 급여를 제공한다. 완전보증연금을 획득하기 위해서는 40년간 스웨덴에 거주해야 하며 만일 거주기간이 40년에 미치지 못하면 급여는 1년간 1/40씩 줄어든다. 한편 기존의 소득비례연금제도(ATT)는 소득에 비례하지 않고 기여에 급여를 비례하게 하는 명목확정기여연금제도(Notional Defined Contribution)로 대체되었다.

스웨덴의 최저보증연금은 그 이전의 보편적인 기초연금, 자산조사에 의한 연금보충, 연금소득자에 대한 특별기초소득공제 등으로 구성된 기초연금제도를 대체한 것이라고 할 수 있다. 최저보증연금 이전의 기초연금은 비록 개인당 지급되는 급여액은 낮을 경향이 있을 지라도 수급대상의 보편성으로 인해 총 연금지출액은 일반적으로 매우 클 수밖에 없다. 그런데 저성장, 조기퇴직현상, 높은 실업률 등으로 인해 기초연금 지출에 필요한 막대한 재원을 동원하는데 한계가 있기 때문에 욕구가 상대적으로 적은 계층, 즉 중상소득계층에 대해서는 급여지급을 정지하거나 감액하는 반면 욕구가 큰 계층에 대해서는 오히려 기존 제도에서보다 급여를 증액하는 형태를 취하였다. 스웨덴의 최저보증연금제도 또한 영국의 그것과 유사하게 저축이나 노동에 대한 부정적 유인효과를 방지하기 위해서 소득비례연금액 전액을 최저보장연금액에서 공제하기보다는 소득비례연금액의 일정비율만을 감액하는 방법을 채택하고 있다.

캐나다의 공적연금 제도는 조세를 재원으로 하여 65세 이상의 노인들에게나 정액의 급여를 제공하는 보편적 기초연금인 노령보장제도(Old Age Security)와 기여를 수급조건으로 하는 사회보험방식의 소득비례연금인 캐나다연금(Canada Pension Plan) 제도로 구성된 이층체계 형태이다. 이중 기초연금인 OAS는 기본적으로 65세 이상으로서 18세 이후 적어도 10년 이상 캐나다에 거주한 모든 국민들에 대해 정액연금급여를 제공하는 보편적 프로그램이었다.

그러나 OAS제도는 1989년 이후부터 보편주의적 성격이 부분적으로 약화되어 준 보편주의적 제도로서의 성격을 띠게 되었다. 왜냐하면 1989년부터 고소득자들의 경우에는 급여의 일부를 다음 해 봄 소득세를 신고할 때에 반납하도록(clawback of OAS benefits) 개정하였기 때문이다. 1996년 7월 이후에는 연방정부가 급여 지급시 이 반납분을 미리 제하고 급여를 지급하게 되었다. 1998년에는 \$53,215 이상의 순소득을 가진 노인들은 그 초과소득 \$1당 15센트의 OAS 급여를 상실하였고 순소득이 \$85,893 이상인 사람은 OAS 급여를 받을 수 없게 되었다. 그래서 엄격한 의미에서 OAS제도는 완전한 보편적 제도라기보다는 준보편주의적 제도로 되었다고 할 수 있다.

## 2. 기여와 급여간의 연계 강화 유형

이 유형에 속하는 대표적인 전략으로는 기준소득·수급 자격기한·급여승률을 구성 요소로 하는 급여산정공식의 변화와 확정기여 형태의 연금제도로의 전환을 들 수 있음을 앞서 고찰한 바 있다. 그렇다면 급여산정공식의 변화와 관련하여 구체적으로 어떤 국가들이 그러한 전략들을 선택했는지를 살펴보자.

급여산정시 기준이 되는 소득을 산출하는 방법은 연금급여지출에 지대한 영향을 미친다. 그런데 기준소득 산출방법은 국가별로 각기 상이한데 대체로 가장 최근 몇 년간의 소득활동기간, 소득이 가장 좋았던 일정기간, 생애소득기간 등으로 구분할 수 있다. 이와 관련한 각국의 개혁추세는 생애소득기간에 보다 비중을 두는 것 같다. 일반적으로 최근의 소득평균액이나 소득이 높았던 일정기간동안의 평균소득은 생애평균소득보다 높기 때문에 생애평균소득의 활용은 연금급여지출을 감소시킨다. 영국은 1986년의 연금개혁에서 소득산정기간을 소득이 가장 좋았던 20년에서 생애평균소득으로, 이태리는 1988년 이후 연금수급 이전 최종 5년간에서 최고 40년까지로 확대하였다. 또한 스페인은 8년에서 15년으로, 프랑스는 10년에서 25년으로 확대하였으며 스웨덴은 1998년 연금개혁을 통하여 소득이 가장 좋았던 15년에서 생애소득으로 전환하였다. .

급여산정공식의 변화를 통해 연금급여지출을 축소하는 또 다른 방안은 노령연금수급에 필요한 가입 또는 기여기간을 연장하는 것이다. 프랑스는 1994년에 완전노령연금수급에 필요한 기간을 2003년까지 37.5년에서 40년으로, 그리스는 1990년에 최저기여기간을 13.5년

에서 15년으로, 포르투갈은 1994년에 10년에서 15년으로 연장하였다. 아일랜드는 최저기여 기간은 현재 156주에서 2002년까지는 260주로 2012년부터는 520주로 바꿀 예정이다. (Reynaud and Hege, 1996).

급여승률 변화도 급여산정공식 변화의 대표적인 전략이다. 영국은 1986년 연금개혁을 통해 국가소득비례연금의 소득대체율을 25%에서 20%로 단계적으로 축소하는 방안을 채택하였으며(HMSO, 1995) 독일은 1992년의 연금개혁을 통해 가입기간 1년에 대한 약 1.5%의 급여승률을 대략 1% 수준으로 낮추었다(OECD, 1988: Federal Ministry of Labour and Social Affairs, 1994를 참고). 일본은 1986년 연금개혁을 통해 소득비례연금의 급여승률을 1.0%에서 0.75%로 낮추었다.

기여와 급여간 연계 강화 전략에 해당하는 또 다른 세부전략으로 확정급여방식의 공적 연금제도를 확정기여형태로 전환한 국가들의 사례를 살펴보도록 하자. 이탈리아와 스웨덴은 각각 1995년과 1998년에 기존의 확정급여형태의 소득비례연금을 명목적 확정기여연금(Notional Defined Contribution)<sup>39)</sup>으로 전환하는 개혁을 단행하였다.

이탈리아가 1995년에 공적연금을 개혁하게 된 가장 결정적인 배경요인은 공적연금의 재정 위기에서 찾을 수 있다. 구 공적연금제도는 과거소득 및 가입연수에 기초하여 연금급여를 계산하는 확정급여방식의 소득비례연금체계로 되어있었는데 피용자연금의 경우 40년 가입자는 지난 5년간 평균소득의 약 80%를 지급받을 수 있었다. 급여수준이 매우 높은 상황에서 인구노령화로 인해 연금수급자가 증가하면서 공적연금의 재정지출은 급격히 팽창하는 일로에 있었고 그에 따라 연금재정의 수지적자가 커져만 갔다. 1993년 연간 총 보험료수입은 68조리라에 그친 반면 연간 총 급여지출액은 120조 리라에 달함으로써 보험료수입이 전체 급여액의 불과 절반을 약간 상회하는 수준에 불과했다. 그래서 부족재원은 다른 사회보험의 잉여금 내지 정부재정지출로부터 충당되어야만 했었다.

심각한 연금재정 위기에 직면하여 이탈리아 정부는 연금재정지출을 억제할 수 있는 부분적 개선안을 찾는 대신 근본적으로 혁신적인 연금체계를 도입하기로 결정하고 노동조합과 다각도로 협의를 한 결과 1995년 3월에 연금개혁에 대해 합의안을 내놓았다. 이 때의 합의안에 포함되었던 대부분의 사항들이 1995년 8월에 의회를 통과한 연금개혁법에 거의

39) 확정기여연금은 일반적으로 기여금을 적립되는데 비해, 명목확정기여연금은 장부상으로만 기여금이 누적될 뿐 실제로는 부과방식으로 운영되어 기여금이 누적되지는 않는다.

수정없이 반영되었는데 주요 내용을 다음과 같다.

첫째, 신 연금체하에서의 연금급여액은 근로기간동안 개별 근로자가 지불한 기여금의 총누적액에 기초하여 산정된다. 기여금은 피용인의 경우에는 소득의 33%, 자영자의 경우에는 20%에 해당되는 금액으로서 개인계정별로 기록 관리된다. 지불된 기여금은 물가수준 상승에 따른 가치하락을 방지하고 국민경제의 실질 성장분을 반영하기 위하여 차 년도에 재평가되어 누적된다. 이 때 재평가율은 과거 5년 동안의 명목국민총생산의 편차이다. 기여금은 매년 재평가되고 누적된다.

둘째, 총 기여금을 퇴직시점에서 연금으로 환산하기 위하여 총 기여금액에 전환계수를 곱해준다. 전환계수는 예상연금수급기간 및 할인율을 반영한 보험 수리적 조정계수라고 할 수 있는데 일찍 퇴직할수록 작고 늦게 퇴직할수록 크다. 일단 연금을 수급하게 된 후부터의 연금액은 물가수준에 연동 된다

셋째, 연금수급연령은 57-65세 범위에서 개인은 자신의 노동능력 및 재정적 욕구를 고려하여 연금수급연령을 자유롭게 선택할 수 있다. 다만 보험 수리적 원칙에 따라 연금수급연령이 낮을수록 전환계수는 작아진다<sup>40)</sup>.

스웨덴은 1998년에 소득비례연금제도인 ATP를 명목확정기여연금과 개인연금계정(premium pension reserve)체제로 개편하였다. 명목확정기여연금은 매년도 지불한 기여금과 기여금 수익을 개인계정에 장부상으로만 기록하고 향후 연금수급시점에서 장부상의 기여금과 수익의 총 누적액을 기대여명을 고려한 연금전환계수로 나누어 도출한 금액을 연금으로 지급하는 제도이다. 한편 개인연금계정은 소득비례보험료 18.5%중에서 2.5%를 자신의 개인계정에 별도로 적립한 후 자신의 선택에 따라 민간보험회사, 은행, 투자회사 등의 연금펀드를 지정·투자하는 개인연금 형태이다.

명목확정기여연금이나 개인연금계정은 기여에 정비례하는 급여를 취하기 때문에 저소득 계층이나 가족 간호, 질병이나 장애 등으로 소득활동을 중단한 자에게는 수급권 획득 및 축적이 어려울 수 있다. 스웨덴은 이들 계층에 대한 보호를 명목확정기여연금에서 직접적으로 책임지기보다는 최저보증연금에서 담당하는 것으로 제도를 구성하였다. 한편 명목확정기여연금과 개인연금계정은 인구노령화에 의해 야기될 수 있는 재정적 압력을 자동적으로 조절할 수 있다는 매우 호소력 있는 장점을 가지고 있다.

40) 이와 같이 연금수급연령을 선택할 수 있는 것을 두고 흔히 연금수급연령의 유연화라고 표현한다.

### 3. 환경변화에의 반응성 증대: 현대화

공적연금제도는 사회나 노동시장에서의 변화를 잘 반영하는 방향으로 발전될 필요가 있다. 공적연금이 있어서 규칙이나 규정들은 상이한 사회적 맥락에서 상이한 욕구나 열망을 반영하여 만들어진다. 따라서 공적연금의 규정들이 가족이나 고용형태에 대해 시대에 뒤 떨어진 가정에 기초하고 있다면 그것들은 보다 많은 사람들에게 필요한 급여를 제공하지 못하고 바람직하지 못한 유인책을 제공할 위험성도 큰 것이다.

전통적인 공적연금제도는 장기간 동일 고용주에게 전일노동으로 고용된 자에 잘 맞추어져 있다. 그런데 그것은 현대노동시장의 요구조건이나 수많은 개인들의 열망을 제대로 반영하지 못한다. 연금제도는 유연고용이나 직업이동을 저해하는 작용을 해서는 안 된다.

대부분의 공적연금제도는 표준적인 고용형태, 즉 전일근로-평생직업 형태를 잘 다루고 있지만 비정규근로자, 고용단절을 가진 자에 대해서는 그렇지 못하다. 공적연금은 이러한 유연 고용형태를 적절히 반영할 필요가 있다. 이탈리아는 1996년에 비정규직근로자를 위한 강제연금을 법적 사회보험제도 내에 설치하였는데 이로 인해 약 200백만 명의 근로자가 적용대상으로 포함되어졌다. 스페인은 자영근로자에게는 매년 정부예산에 의해 정해지는 최저액과 최고액 사이에서 자유롭게 기여대상소득을 선택하도록 하고 있다. 이것은 자영근로자들이 자신의 실제소득을 파악하는데 따른 어려움을 반영한 조치라고 할 수 있다 (Council of the European Union, 2003: 86~89).

여성들은 65세 이상 노인들의 60%, 75세 이상 노인의 약 66%를 차지할 정도로 노인들의 다수를 차지하고 있다. 하지만 연금제도는 여성들의 변화된 욕구에 맞추어져 있지 않다. 대부분의 연금제도는 전통적인 전일 노동에 종사하고 가계부양자로서 직업단절이 없는 남성들에 맞추어져 있다. 여성들의 욕구는 남편의 소득을 통해서 충족되었고, 남편들의 사후에는 과부연금과 자녀수당으로 보충되었다. 이러한 접근은 아직도 많은 공적연금의 원칙에 남아 있다(Council of the European Union, 2003:89-95).

선진국뿐만 아니라 높은 경제성장을 경험하고 있는 개발도상국에서 여성의 경제활동 참가율은 계속 높아지고 있다 그 결과 이에 수반하여 경제적으로 독립할 수 있는 능력을 지닌 여성의 수가 증가하고 있는 실정이다. 이러한 추세와 함께 기존의 가족에 대한 가치관의 변화가 상호작용하면서 나타난 현상이 이혼율의 급증인데 이는 특히 여성배우자의 생활 곤란을 야기 시키기 쉽다. 비록 여성의 경제활동 참가율이 증대되고는 있지만 여성들

의 취업은 선진국이든 개발도상국이든 주로 임시직·파트타임·고용불안정 직종에 집중되는 경향이 있고 출산·양육·가족보호 등으로 인해 노동시장 밖에 있는 기간이 많기 때문에 남성에 비해 총생애고용기간은 상대적으로 길지 않다. 또한 사회경제적 환경의 변화에도 불구하고 가사노동에 전시간을 투입하는 전업주부로서 생애 대부분을 보낸 여성들이 여전히 많이 있다.

따라서 남성배우자와의 이혼은 자신의 노후를 대비하여 자산을 거의 축적하지 못했거나 전혀 하지 못한 여성배우자들에게 노후 빈곤을 초래할 가능성이 높다. 이와 같은 이혼에 따른 배우자의 생활 곤란을 방지할 뿐만 아니라 여성의 가사노동에 대한 가치를 적극적으로 반영하려는 차원에서 선진 산업 국가들은 연금적용확대, 연금수급권분할제도, 출산·양육·가족보호기간에 대한 가입기간 인정 등을 채택하여 왔다. 캐나다는 양 배우자중 어느 일방이 요구하면 결혼기간에 비례하여 연금권을 균등하게 분할할 수 있는 연금분할권 제도를 운영하고 있다(Office of the Superintendent of Financial Institutions, 1993). 스위스는 1997년부터 자녀 및 친척에 대한 보호기간에 대해서는 연금기여금을 낸 것으로 간주하고 결혼기간동안 축적한 연금수급권에 대해서는 각자에게 반분하여 지급하는 연금분할권을 도입하였으며, 리첸스타인도 스위스와 같은 시기에 연금분할권을 도입하였다(Brocas and Zaidman, 1998). 벨기에는 증가하는 이혼을 반영하여 과거배우자 소득의 37.5%에서 자신이 획득한 연금액을 공제한 액을 이혼배우자에게 지급하고 있다(Kalisch and Aman, 1997).

## 참 고 문 헌

권문일(1998), 「공적연금개혁의 추세 및 유형화」, 『사회보장연구』, 제14권 제2호.

Berghman, Jos.(1991), *Ageing and Social Security Financing*. Report at the request of the Secretary of the Secretary General of the Council of Europe.

Bolderson, Helen and Deborah Nabbett.(1996), "Cost containment in complex social security systems: the Limitations of targeting". *International Social Security Review*. Vol. 49.

Bonoli, Giuliano.(2000), *The Politics of Pension Reform: Institutions and Policy Change in Western Europe*. Cambridge University Press.

Brocas, A. & C. Zaidman.(1998), "Social security's responses to changes in family structures." International Social Security Association 26th General Assembly. Marrakech.

Council of The European Union.(2003), *Adequate and sustainable pension*. in <http://europa.eu.int>

Devereux, Susan.(1998), "Pension system reforms in response to the growth in retired populations." International Social Security Association 26th General Assembly. Marrakech.

ILO(2000), World Labour Report 2000. International Labour Organization.

Kalisch, D. and T. Aman.(1997), "Retirement Income Systems : The Reform Process Across OECD Countries." Joint ILO-OECD Workshop:Development Reform of Pension Scheme. DEELSA/ILO(97)4.

McLanahan, S. and L. Casper.(1995), "Growing diversity and inequality in the American family". in R. Fanley (ed.) *State of the Union: America in the 1990s*. Part2. New York: Russell Sage Foundation.

OECD(2001a), *Aging and Income: Financial Resources and Retirement in 9 OECD Countries*, Social Issues

OECD(2001b), *Economic Surveys: Korea. Country Review*

Office of the Superintendent of Financial Institutions(1993), *Canada Pension Plans*, 15th Actuarial Report.

Reynaud, E. and A. Hege(1996), "Italy : A fundamental transformation of the pension system." in *International Social Security Review*, Vol. 49 3/96: 65~74.

Tamburi, Giovanni(1999), "Motivation, purpose and process in pension reform", in *International Social Security Review*, Vol. 52 3/99: 15~44.

United Kingdom Government(2000), "National strategy report on the future of pension systems. in <http://europa.eu.int>

Webb, S.(1994), "Social insurance and poverty alleviation: An empirical ananalysis". in S. Baldwin and J. Falkingham (eds). 1994. *Social security and social change: New challenges to the Beveridge model*. Hemel Hempstead. Harvester Wheatsheaf.



---

## 제6부 국민연금의 위기와 기회

김 원 식

건국대학교 경제학과 교수



## I. 서론

1988년 국민연금제도가 도입된 이후 수많은 제도의 개선이 모색되어 왔다. 그 축은 주로 보건복지부를 중심으로 한 제도의 확대를 도모하기 위한 방향과 한편으로는 전문가를 중심으로 한 제도개선위원회 등을 통한 제도의 근본적인 개선을 위한 방향이었다. 이 과정에서 제도의 질적 개선 및 불만해소의 문제는 사실상 무시되어왔던 것이 사실이다. 이는 사회적 통합과정으로 합리화되었다.

이에 따라 1995년 농어민연금제도가 도입되었고, 1998년 도시자영자들에 대하여 국민연금제도 적용이 확대되었다. 그리고 이 과정에서 직장근로자의 적용확대도 점진적으로 이루어져서 2004년 현재는 사실상 국민연금 개보험시대라고 해도 부인할 수 없다.

최근 국민연금에 대한 불만은 과거와 성격이 다르다. 과거는 주로 재정불안정, 가입자의 소득과약, 기금운영의 정부간섭 등이었으나 현재는 급여의 문제가 불만의 요인으로 급속히 확산되고 있다. 급여에 대한 불만은 사실상 국민연금의 의미를 부정하는 결과로 나타나게 되었다.

국민연금에 대한 문제점 혹은 불만은 첫째, 생활이 가장 힘든 계층인 저소득 자영자계층에 대한 문제에서 나온다. 보험료의 산출기준, 보험료의 체납에 따른 강제 차압, 자영자가 있는 연금수급자 가구의 급여제한 등의 문제이다.

둘째, 불만군은 보험재정의 불균형에 따른 보험료의 인상과 급여의 인하에 따른 문제이다. 이는 국민전체적인 부담의 가중에 의한 것으로 제도 구성상의 문제 뿐 아니라 사회적 변화에 따른 문제의 하나이다. 이에 따라 연금 지급을 억제하는 세심한 조정역할이 우선 되어야 하나, 단순히 전체 국민을 대상으로 한 제도의 개선에 집중하여 국민전체의 불신을 낳았다. 이는 국민연금 정책상의 실패다.

셋째, 불만군은 연금기금의 운용에 관한 것이다. 2030년대 중반에 연금재정이 적자로 전환하고 2040년대 중반에 기금이 고갈되는 된다는 것이 국민연금계정의 공식적 재정추계다.<sup>41)</sup> 일반국민들의 국민연금에 대한 오해는 연금기금의 투자수익이 충분히 연금재정을

---

41) 2003년 기준 추계에 따르면 2036년도에 적자로 전환하고 2047년도에 기금이 고갈됨.

충당할 수 있으며 마치 연금기금의 투자실패가 기금적자를 낳을 것이라는 것이다. 그러나 연금기금의 비판받을 만한 투자실패는 없었으며 수익률의 극대화가 2-3년 정도의 연금재정적자를 지연시킬 뿐이다. 그럼에도 국민들이 납득할 만한 국민연금의 운용에 대한 정부의 정책방향이 설정되어있지 않다.

넷째, 불만균은 고령화에 대한 정부정책의 부재에 대한 불안이다. 평균수명의 연장으로 퇴직기간이 길어지고, 조기퇴직 및 명예퇴직이 이어지고 있으며, 고령화의 만성질환에 대한 대비도 없다. 높은 사교육비, 주거생활비, 성장자녀의 미취업과 생계지원 등은 고령화에 대한 대비를 거의 불가능하게 했다. 즉, 고령화에 대한 위기의식은 가지고 있으면서 고령화에 대한 대비가 되어있지 않다.

게다가 빈곤의 심화가 계속되고 있다. 정부의 빈곤층 박멸 (eradication) 노력이 과거 어느 정권 때보다 강도 높게 진행되고 있음에도 소득재분배 상태가 IMF 이후 계속 악화되고 있다.<sup>42)</sup> 경기의 양극화로 성장은 계속되고 있으나 빈곤으로 고통받는 계층이 늘어나고 있다. 사실상 경기 사이클이 실종된 현재에서 빈곤층은 더욱 심리적 공황에 있다고 보아도 된다. 즉, 일반 국민들은 고령화에 대비해야 하나 하고 싶어도 소득의 하락으로 준비할 자원이 없다.

이상의 문제를 해결하기 위하여는 이미 국민연금제도를 비롯한 전체 고령화 정책에 대하여 개선의 시점은 지났고 개혁의 시점이 도래한 것으로 본다. 이에 대비하기 위하여는 사회제도적 정비가 필요하며 저소득층을 사회보험에 적용하여 빈곤의 문제를 해결하는 현재의 방식은 오히려 심각한 사회적 분열을 낳을 것이다. 그리고 일반 중고소득층의 사회복지비까지 재정에서 부담해야 하는 결과를 낳을 수 있다.

이상의 문제는 국민전체를 대상으로 한 개혁의 필요성을 의미하고, 여기에는 국민연금에 대한 국민의식 개혁까지도 포함되어야 한다. 본 논문은 최근 국민연금에 대한 불만에서 나타나는 다양한 문제점을 검토하고 앞으로의 국민연금 개혁의 방향을 설정하고자 한다.

고령화 사회의 부담을 정부 뿐 아니라 기업 개인 등 사회각층에 분담시키고, 지출 중심이 아닌 시스템 효율적 제도로 변화시키지 않으면 경제성장의 연속성을 이어갈 수 없다. 그리고 노령, 질병, 실업, 산재 등 보편적인 사회적 위험에 기인하는 사회적 불안이 야기되어 사회 경제적 혼란이 가속화할 것이다.

42) 지니계수는 97년 0.283으로 최저였다가 2000년 0.358로 급격한 상승 추세를 보이고 있음.

연구내용은 서론에 이어서 제2장에서 국민연금의 위기의 본질을 최근 국민연금에 대한 불신을 중심으로 점검한다. 제3장에서는 국민연금의 방향을 설정한다. 여기에서는 국민연금의 제도적 문제점을 중점적으로 점검한다. 제4장에서는 고령화 사회에서의 국민연금의 진로를 설정한다. 여기에서는 전체 연금 시스템의 개혁에 관하여 논한다. 전체 연금체계의 개편 방향 없이는 현재 국민연금의 문제는 해결할 수 없다. 현재의 국민연금체계에서는 정부가 더 이상 그 부담을 떠맡을 수 없다. 현재의 분배 중심의 복지체계로는 막대한 고령화비용을 충당할 수 없다. 따라서 민간의 유인체계를 기초로 한 분배적 국민연금 시스템이 구축되어야 한다.

## II. 국민연금 위기: 불만과 불신, 그리고 태만

1988년 가입대상이 된 직장가입자들은 2008년이 되면 국민연금의 정식 수혜자가 된다. 그리고 이후 수급자들은 급격히 증가한다. 반면, 가장 늦게 국민연금 각출을 시작한 도시자영자들은 지금까지 계속 2005년 7월까지 보험료율이 9%로 인상된다. 그리고 이들이 본격적으로 연금을 수급 받게 되는 연도는 20년 각출기준으로 2018년으로 매우 멀다. 사실 국민연금의 가입자군 가운데 가장 큰 부담이 되는 계층이다.<sup>43)</sup> 따라서 국민연금의 가장 큰 불만은 이들에게서 나온다. 제도에 새로 적용되어 부담을 계속 늘어나는데 연금수급에 대한 확신이 없는 것이다.

국민연금에 대한 불만 폭증 가능성은 이미 예견된 잠복된 사안의 하나다. 가장 큰 우려는 1999년 자영자들에 대한 가입자 확대 때부터 있었다. 자영자의 소득과약이 안된 상태에서 사회적 통합, 혹은 공평한 사회라는 명분으로 적용을 확대한 것이다.

사회보험은 보험료를 납부할 수 있는 계층을 대상으로 하여 퇴직시의 생활급여를 보장하기 위한 제도이다. 따라서 보험료를 납부할 수 없는 계층이나 소득 과약이 불가능한 계층은 강제적 적용대상이 되어서는 안 된다. 이들은 국민연금이 아닌 기초생활보장제도로

43) 도시자영자와 다르게 농어민연금가입자들은 농어촌진흥기금의 지원을 받아서 상대적으로 큰 부담은 없음.

보호해야 한다.

현재 연금제도에 대한 불만은 경기침체와도 직접적인 연관이 있다. 불만은 급변한 사회 경제적 변화에 따른 제도의 경직성, 소득과약 부진, 높은 자영자 비중 등 우리의 현실을 무시한 무리한 법 적용과 가입자의 이해 부족에 따른 것이다. 우선은 불만의 원인을 찾아서 처방을 하고 장기적인 국민연금의 개선방향을 찾는 것이 필요하다.

국민의 불만은 크게 세 가지로 구분된다. 첫째, 급여에 대한 불만, 둘째, 징수에 대한 불만, 셋째, 연금기금의 운용 등이다.<sup>44)</sup>

급여에 대한 불만에는 다음을 들 수 있다.

첫째, 성차별에 따른 불만의 예로서

- 1) 여성은 남편 사망 후 바로 유족연금을 받을 수 있고, 남성은 60세 이상 되어야 연금을 받을 수 있다(국민연금법 제63조 1항의 1).
- 2) 결혼상태에 대한 불만으로서 이혼하면 분할연금과 본인의 연금을 함께 받을 수 있고 (법57조 3의 1항), 유족은 유족연금과 본인의 연금을 함께 받을 수 없다(법 제52조(병급의 조정)), 혹은 재혼하면 유족연금이 없다(제65조 1항의 2).

이상 두 유형의 사례들은 사실 연금 수급권을 가족단위로 운영함에 따른 문제이다. 문제의 시비를 떠나서 개인별 수급권 관리가 이루어진다면 발생되지 않을 소지도 있는 것들이다. 즉, 한 가구가 보험료를 납부하더라도 부부가 별도의 계정을 가질 경우 이러한 결혼 문제에 따른 차별은 생기지 않는다.

- 3) 국민연금의 장애연금은 산재보험의 장애연금과 함께 지급되지 않는다. 이 경우 양자 중 하나를 선택하고 나머지는 50%만 지급된다(국민연금법제93조). 이는 하나의 보험사고에 대하여 두 가지의 혜택이 주어지는 것으로 노령연금의 수급권자가 되면 장애연금은 노령연금으로 전환된다. 반면, 산재의 장애연금은 생애기간동안 지급된다. 산재연금은 소득의 손실에 대한 보전이라는 점에서 국민연금의 장애연금과 다르다. 따라서 양자를 함께 지급하는 것이 바람직하다.

그러나 정부가 예산을 지원하는 사회보험의 입장에서 중복급여를 보장하는 것은 중고

44) 정부는 개선책으로 채납, 압류 처분의 완화, 연체금 감면, 장기채납 납부제외자로의 변환 등을 제시하고 있으나 불만의 근본적인 해결은 아님.

소득층에 대한 지원이 된다. 중복급여는 일정 소득이상의 개인이나 가구에는 제한하는 것이 바람직하다. 이는 저소득층들의 소득안정차원에서 바람직하며 이들의 자발적 참여를 낳는다.

- 4) 재직자연금에 대한 불만으로서 연금수급자가 월 42만원 이상의 소득이 있을 경우 연금 급여가 삭감된다(제56조 3항). 이는 연금수급자들의 근로를 제한하는 경우로 바람직하지 않다는 견해가 외국에서도 나오고 있다. 고령자층들이 노동시장에 참여하는 것은 매우 긍정적이며 이들의 가득노력은 결국 이들의 노후를 보장한다는 국민연금과 같은 목적을 갖는다. 따라서 이 제도는 앞으로 많은 논란의 대상이 될 것이다. 우선은 소득 기준을 대폭 상향 조정하는 것이 바람직하다.

이러한 문제점들은 다음에서 언급될 연금각출 상한과 같이 물가 상승에 따른 금액 조정이 이루어지지 않았기 때문이다. 따라서 현재 발생하는 급여의 문제는 제도를 경직적이고 소득적으로 운영한데 따른 결과다.

- 5) 징수에 대한 불만에는 소득이 없어서 보험료를 내지 못하는 자영자에 대한 재산 차압이 있다.  
6) 자영자들은 과거 소득에 기초하여 보험료가 과대하게 부과된다.

앞의 두 사례는 국민연금의 강제 적용에서 나온 문제이다. 보험료의 미납에 대한 부담은 본인에게 연금의 감액이라는 불이익을 받는다. 따라서 체납을 비롯한 강제적 징수는 바람직하지 않다. 그리고 이들이 사실상 저소득층이라면 기초생활보장법의 생계급여 대상자일 수도 있다. 오히려 잘 못된 사회보장제도의 적용을 받고 있는 것이다.

과거 소득에 기초한 보험료 부과에 대한 불만은 일단 부과를 하여 납부하도록 한 후 소득이 없다는 증거가 있으면 본인의 요청에 의하여 환불하는 장치가 있으면 해결될 것으로 본다.

- 7) 360만원 이상의 근로자들은 모두 똑 같은 보험료를 내는 것 등이 있다.<sup>45)</sup>

360만원 이상의 소득자에게 같은 보험료가 부과되는 것은 역진적이라는 점에서 가입자의 불만대상이 될 수 있다. 그러나 이 제도의 목적이 소득재분배가 아니라는 점에서 단순 불만으로 남을 수 있다. 문제는 이 기준이 물가상승에 따라 실질가치가 점차 낮아짐에 따라 저소득층의 상대적 부담이 증가한다는 것이다. 보험료 부과 상하한을 매년 물가상승률

45) 45등급 이상인 108.8백만명(사업장 101.8만명, 지역 7만명)은 모두 같은 보험료를 냄. 1등급가입자는 5,500명으로 사업장 3,401명, 지역 2,104명임.

만큼 인상했어야 한다.

보험료 부과 상한은 매년 물가상승률에 따라 인상되었어야 하는 또 다른 이유는 연금급여가 물가에 따라 인상되기 때문이다. 물가가 100% 상승하면 급여도 100%상승하는데 보험료 징수 상한의 인상이 없이는 급여의 조달이 불가능하다. 당연히 보험료 징수 상한도 100% 인상해야 한다.

하한도 물가에 연동되어 인상된다면 상당수의 근로자들이 연금각출을 하지 않아도 된다. 이 경우 연금수급권에 문제가 생기므로 하한을 조정하는 것은 바람직하지 않다고 본다. 그러나 이들에 대하여는 정부가 보험료를 지원해 주는 방안도 고려될 수 있다. 이 경우 사실상 정부가 임금보조를 하는 것이 되므로 근로가 가능한 차상위계층의 지원제도가 되는 긍정적 효과가 있다.

징수에 대한 불만들이 최근 더욱 커지게 되는 이유는 경제생활이 더 어려워지고, 고령화 사회에 대한 미래가 더 불안해 지기 때문이다. 또한 국민연금법의 개정으로 어떤 형태로든 연금급여의 인하와 보험료의 인상이 이어질 예정이다. 게다가 그동안 연금기금을 위험한 주식시장의 안정 등 정부의 째지 돈 쓰듯 사용한다는 것도 불만의 단초가 된다. 따라서 국민연금기금의 합리적인 운용을 포함하여 국민들이 이해할 수 있는 연금제도의 개선이 지속적으로 이루어지지 않으면 안 된다.

#### 8) 보험료의 체납에 대한 강제 체납 및 압류이다.

보험료의 체납은 본인에게 연금의 감액이라는 결과가 나온다는 점에서 차압의 실행은 바람직하지 않다. 가능하면 소득에 대한 차압을 전제로 하고, 금융전산망을 통하여 금융기관 이용에 대한 불이익 등을 부과하는 것이 바람직하다.

이상의 문제들은 합리적 판단근거로 해결이 가능함에도 이에 대한 관료적 행태로 대응이 부족했다. 아울러 사회적 변화에 대한 적응도 부족했다고 본다.

불만의 상당부분은 사실상 소규모기업의 직장가입자층(2003년 7월 이전의 자영자)과 자영자층에서 발생하고 있다. 이들의 문제는 그 층이 매우 다양하고, 제도에서 차지하는 비중이 매우 높으며, 소득기준이 없다는 것이다. 게다가 적용자체가 임의적이다. 최근의 복지부 조치에서도 1년 이상 장기체납자를 납부예외자로 적극 변환하는 조치 등이 이에 해당한다. 소득기준이 없다면 보험을 부과할 수 없다. 따라서 자영자연금은 직장연금과 근본적으로 다른 구조를 가지고 있다고 가정하고 정책이 이루어져야 한다.

〈표 1〉 자영자 납부예외율

(단위: 천명, %)

	지역가입자계 (A)	소득신고자 (B)	납부예외자 (C)	소득신고율 (B/A)	납부예외율 (C/A)
1998.12	2,129	1,583	546	74.4	25.6
2000.12	10,419	5,973	4,446	57.3	42.7
2002.12	10,005	5,754	4,250	57.5	42.5
2004.04	10,051	5,811	4,239	57.8	44.1

자료: 국민연금관리공단(2003), 내부자료; 국민연금발전위원회(2003. 6), 『2003 국민연금 재정계산 및 제도 개선방안』,

전문직을 제외한 자영자층은 상당수가 기초생활수급자일 가능성과 그 차상위계층일 가능성이 높다. 생계급여는 실질적으로 고령자 저소득층에 대한 무각출연금이다. 따라서 이러한 보장이 있는데 국민연금의 적용을 받는다는 것이 무의미하다.

그리고 이들의 소득에는 자산소득 혹은 기회비용으로서 이자소득이 포함되고 있다. 따라서 이들에 대하여는 자산소득과 근로소득에 모두 보험료를 부과하는 것이 된다. 이 경우 자영자의 자산소득에 대하여 부과할지에 대한 여부를 결정해야 한다. 만일 모두 부과한다면 근로자의 자산소득에 대하여도 부과해야 한다. 자산은 어차피 노후의 소비재원이 된다. 따라서 자산을 보유하도록 유도하는 것이 더 바람직하다. 단, 급여의 지급과정에서 자산과대 보유자의 경우 급여를 제한하는 것이 더 바람직하다.

직장가입자와 자영자간의 불공평성이 문제가 제기되어 왔다. 그러나 연금과 같이 생애에 적용되는 제도에 있어서는 큰 문제가 되지 않는다. 왜냐하면 국민연금이 생애에 걸쳐서 가입해야 하는 제도이므로 언젠가는 자영자가 근로자로, 근로자가 자영자로, 고소득자가 저소득자로, 저소득자가 고소득자로 바뀌기 때문이다. 모두가 불공평한 혜택을 받을 기회는 많다는 점에서 불공평한 것은 없다. 문제는 이들이 보험료 납부를 기피하기 위하여 도덕적 해이를 일으키기 때문이다.

이상의 문제는 사실 전혀 예견되지 않은 것이 아니다. 1998년 일부 연금관련 전문가들은 국민연금의 자영자 확대에 관하여 심각한 우려를 표명하였다. 보험료 부과기준이 설정되지 않은 상태에서 또, 자영자의 비중이 전체 가입자의 반이 넘는 상태에서 적용의 확대

는 많은 부작용을 낳을 것이라고 보았기 때문이다. 따라서 이들을 별도로 관리하는 제도를 제안했으나 “사회적 통합”이라는 국민의 정부이념에 따라 강제 통합운영된 것이다. 그러나 이러한 정책이 결국 자영업자와 직장 가입자간의 갈등으로 점화되어 사회적 갈등의 원인이 되고 있다. 사회통합이 사회분열을 조장한 형태가 되었다. 마치 상당수의 복지제도가 결과적으로 빈곤층보다는 부유층에게 더 많은 혜택을 주는 경우와 같다.

제도의 확대의 과정에서 건강보험은 단기보험으로서 보험료의 납부하면 언제든지 의료수혜를 받을 수 있어서 강제 납부성향에 대한 불만의 강도가 크지 않았다. 반면 국민연금은 장기보험으로 수혜 시점이 많게는 30~40년 이후에 나타나게 된다. 따라서 국민연금의 보험료 납부가 당장의 시급한 사한이 아니다. 오히려 생활비, 높은 사교육비, 주거비, 의료비 마련 등이 더 긴급한 지출이다. 따라서 보험적용에 대한 강제성은 가입자의 강한 저항으로 나타날 수밖에 없다.

연금보험료 부담의 대폭적인 증가와 경기 침체에 따른 체감 보험료 부담의 증가가 있다. 아무리 제도에 문제가 많아도 국회에 상정된 국민연금개정안에서 보험료를 15%로 인상하고, 보험급여를 40년 기준 60%에서 50%로 축소한다는 것은 국민의 입장에서 쉽게 이해할 수 없다. 게다가 경기침체로 소득이 줄고 언제 실직 당할지 모르는 마당에 한 푼의 보험료도 아까울 수밖에 없다.

이상의 불만은 국민들의 제도에 대한 것이었다. 그러나 보다 근본적인 원인은 사회경제적 환경의 변화에 있다고 본다. 여기에는 첫째, 고령화에 대한 위기와 둘째, 이미 국민들의 부담능력에 한계가 있다는 것이다.

통계청의 발표에 따르면 우리나라의 인구는 2000년도에 남자는 72.06세에서 2050년에 79.95년으로, 여자는 79.50세에서 86.24세로 급속히 증가할 것으로 나타나고 있다. 이는 현재의 퇴직시점인 60세가 그대로 있다면 남자는 2000년도에는 12.06년에서 19.95년으로 65.4%가 늘어나게 되고, 여성은 19.56년에서 26.24년으로 34.2%가 증가하게 됨을 의미한다. 합리적인 개인이라면 60세까지 일하여 노후저축을 마련한 개인이 불의의 생명연장으로 정상적인 생을 마감하기를 원한다면 그의 소비를 남자는 60.0%, 여성은 74.6%로 감소시켜야 한다. 따라서 고령화 자체는 개인에게는 큰 축복일 수 있으나 경제적으로 보면 매우 큰 부담이 된다.

최근 OECD (2003)의 보고서에 따르면 남성근로자가 경제활동을 계속해야 하는 나이가 우리나라는 68세까지인 것으로 추정하였다. 이는 OECD 국가 중 멕시코(74세), 일본과 아

이슬랜드(70세)에 이어서 네 번째로 높은 것으로 나타나고 있다. 우리나라의 경우 이러한 상황은 사회보장이 허술해서 퇴직 후에 단순직이나 일용직에서 계속 일을 해야 생계를 꾸려나갈 수 있기 때문으로 본다.<sup>46)</sup>

### 〈표 2〉 평균수명 추세

(단위: 세, %)

연도	평균수명		인구구성비			전체인구	노령부양비 (2)/(1)
	남자	여자	18미만	18~64(1)	65이상(2)		
2000	72.06	79.50	25.7	67.1	7.2	47,008	10.8
2010	75.50	82.22	21.5	67.8	10.7	49,594	15.8
2020	77.54	84.08	17.0	67.8	15.1	50,650	22.3
2030	78.38	84.83	15.1	61.9	23.1	50,296	37.3
2040	79.21	85.54	14.0	55.8	30.1	48,204	54.0
2050	79.95	86.24	12.9	52.7	34.4	44,337	65.4

자료: 2000~2050 자료는 통계청(2001. 11), 『장래인구추계 결과』.

문제는 평균 수명의 증가에도 불구하고 조기퇴직 등으로 정상적인 퇴직연령이 더 감소하고 있다는 것이다. 이는 단순히 연령에 기초하여 노령인구 수에 의하여 나타난 고령화 사회의 실상보다 더욱 우려되는 상황이다. 사회적으로 인정되는 고령자가 아님에도 불구하고 우리사회가 부양해야 되는 인구가 생각지도 못했던 자연적 생명연장의 요인 이외로 증가하고 있다. 이는 뜻하지 않게 고령사회의 부담을 가중시키는 결과가 된다.

선진국에 있어서도 공적연금의 수급연령에 노동인구가 조기퇴직으로 대량으로 빠져나가는 현상이 지난 30년간 지속되어 왔다. 그리고 더 낮은 연령에 경제적 활동을 접는 인구 수도 상당히 증가해 왔다. 예를 들면 영국에서는 50세부터 연금수급연령 사이의 노인인구 중 3분의 1이 일을 하지 않고 있다. 이러한 고령자의 경제활동 감소는 이 기간 동안의 수명의 증가와 동시에 진행되어 왔다. 따라서 65세였던 평균수명은 과거 15년 동안 현재 80세가 되었고 불구가 없는 평균수명도 79세에 이르고 있다.

우리가 고령자임에도 퇴직을 하지 않고 노동시장에 머무를 수 있도록 한다면 의외로 고령화 사회의 부담은 쉽게 경감시킬 수 있다. 이러한 점에서 앞으로의 복지정책에서 고령

46) OECD(2003), 『고령노동자』; 『중앙일보』, 2003.10.31.

자의 고용정책은 함께 병행되어야 하는 중요한 과제이다. 특히 근로능력의 기준이라고 할 수 있는 국민의 건강수명연장은 고령자의 고용정책의 제정립 필요성이 더욱 절실함을 보인다.<sup>47)</sup> 사회 경제적 요인에 따른 불만의 또 다른 요인으로 국민의 부담이 있다.

우리나라는 2000년 현재 조세부담률이 21.8%, 사회보험부담률이 4.4%, 국민부담률은 26.1%로 나타나고 있다. 물론 현재는 OECD 회원국 평균보다 낮은 수준(거의 최하위 수준)을 보이고 있으나, 향후 선진국보다 빠른 속도로 진행될 인구고령화 등으로 인해 특히 연금 및 의료비 부분에서 부담증가요인이 발생하여 국민부담률(조세부담률 + 사회보험부담률)이 급속히 증가할 것으로 예상된다. 문제는 사회보험의 인프라가 비효율적으로 운영되어 같은 수준의 부담이 되어도 국민의 서비스 만족도에 많은 차이가 있을 것으로 본다. 이를 위하여는 정부가 조세로 사회보장 하드웨어나 소프트웨어 인프라를 서둘러 구축하지 않으면 안 된다.

〈표 3〉 주요 OECD 회원국의 국민부담률(2000년)

(단위: GDP 대비, %)

국 가 명	사회보장부담률	조세부담률 <sup>1)</sup>	국민부담률·
스웨덴	15.2	39.0	54.2
프랑스	16.4	29.0	45.3
이태리	11.9	30.0	42.0
네덜란드	16.1	25.3	41.4
독일	14.8	23.1	37.9
영국	6.1	31.2	37.4
캐나다	5.1	30.7	35.8
스위스	12.0	23.7	35.7
스페인	12.4	22.8	35.2
미국	6.9	22.7	29.6
일본	9.9	17.2	27.1
한국	4.4	21.8	26.1
OECD 회원국 평균	9.5	27.9	37.4

주: 1) 조세부담률 = 조세(국세 + 지방세) / GDP

2) 국민부담률 = (조세 + 사회보험기여금) / GDP. 이때 사회보험기여금은 국민연금 및 3대 특수지역연금, 고용 및 산재보험, 보훈기금, 건강보험의 보험료수입의 합계임.

자료: 재정경제부 조세정책과, 「2000년 OECD 회원국 조세부담율」, 2002.

47) 세계보건기구(WHO)가 발표한 2001년 기준 우리나라의 건강수명은 65세(남자 62.3세, 여자 67.7세)였음. 일본은 74.5세, 호주 73.2세, 프랑스 73.1세, 스웨덴 73.0세 등임.

국민연금을 비롯한 사회보험의 수입과 지출이 국가경제에 어떤 영향을 미쳤는가를 분석하기 위하여는 소득분배계정의 분석이 필요하다.

국민소득 분배계정에 따르면 1989년 경우 국민 전체적으로 볼 때, 개인의 피용자보수에 대한 사회보장부담금은 4.3%이었으나 1994년의 경우 5.18%, 1998년은 7.85%이었다. 2001년에는 10.23%였다. 1989년도에는 국민연금의 보험료율이 노사 각각 1.5%이었고, 1994년도에는 노사 각각 2%의 보험료율을 부담하였으며, 퇴직금에서 2%가 전환되도록 하였다. 1998년에는 근로자와 사용자가 각각 3%의 보험료율을 부담하여 9%의 보험료가 징수되었다. 사회보험료에 있어서 1989년의 경우 의료보험료, 산재보험료가 포함되고 이들의 비중이 높았다. 그리고 이후는 이들의 인상은 적었던 반면, 국민연금보험료의 인상과 적용대상의 확대는 지속적으로 이루어져 1989년 이후의 사회보험부담금의 증가는 국민연금보험료의 인상에 기인하는바 컸다. 이는 바로 국민연금에 대한 불만으로 이어졌다.

우리나라의 사회보장수준을 나타낼 것으로 보는 사회수혜금의 피용자 보수에 대한 비율은 꾸준히 증가하고 있다. 1989년 4.12%에서 2001년 12.68%로 꾸준히 증가하고 있다. 이는 우리나라의 복지분야가 급속히 팽창하고 있음을 보인다. 특히 1998년부터 2001년까지 사회보장수혜금은 57.6%나 상승하였다. 이는 DJ정부의 빈곤층대책과 기초생활보장제도의 실시, 사회보험의 급여확대 등에 기인하는바 크다고 본다. 이는 빈곤층을 위한 제도의 개선은 지속적으로 이루어지고 있음을 보인다. 따라서 국민연금이 빈곤 대책으로서의 부담이나 책임을 크게 가질 필요는 없다.

〈표 4〉 사회수혜금의 구성 추이

(단위: 십억원, %)

	1989		1994		1998		2001	
	금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비
사회수혜금	1843.5	100.0	11010.0	100.0	22093.2	100.0	31916.7	100.0
사회보장수혜금	1843.5	70.97	5352.6	48.62	11076.7	50.14	17547.1	54.98
민간사회보험수혜금	-	0.00	3647.8	33.13	8083.5	36.59	6888.5	21.58
사회부조수혜금	754.2	29.03	2009.8	18.25	2933.0	13.28	7481.1	23.44
사회수혜금/피용자보수		4.12		7.28		10.96		12.68

〈표 5〉 사회보험 부담금의 구성 추이

(단위: 십억원, %)

	1989		1994		1998		2001	
	금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비
사회부담금	2748.6	100.00 (4.36)	12417.0	100.00 (8.21)	24261.9	100.00 (12.03)	34008.1	100.00 (13.51)
사회보장부담금	2748.6	100.00	7842.0	63.16	15817.7	65.20	25762.5	75.75
민간사회보험부담금	-	0.00	4575.0	36.84	8444.2	34.80	8245.6	24.25
직접세	5045.0	-	13866.9	-	22860.2	-	23903.0	-
사회부담금 +직접세	7793.6	(12.35)	26283.9	(17.38)	47122.1	(23.37)	57911.1	(23.01)
피용자보수	63087.6	-	151271.1	-	201604.0	-	251633.5	

주: ( )는 피용자 보수에 대한 비율임.

정부정책의 문제는 이러한 국민들의 불만을 이해시킬 만한 조치가 거의 없었다. 첫째, 다층 구조의 연금제도가 필요함이 계속 제기되고 있음에도 불구하고 국민연금에 대한 의존도를 높이도록 하고 대체적 수단을 만들지 않았다. 기업연금제도를 도입하여 국민연금을 보완하거나 대체적으로 선택하도록 한다면 고령화에 대한 막연한 불안과 현재와 같은 국민연금에 대한 불만은 없을 것이다.

둘째, 연금보험료에 대한 실질적이고 체감적인 부담 증가는 당연하고 이에 대한 국민들의 이해를 구했어야 했다. 근로자들은 실질 개인소득세로 3~4%를 납부하는데 국민연금은 무려 9%를 납부하고 있다. 세금보다 적어도 두세 배 이상의 부담을 하고 있는 것이다. 또한, 각종의 세제혜택으로 납세자는 전체 근로자의 50%가 비과세나 세액공제 등의 세제혜택으로 세금을 내지 않는데 국민연금은 매달 꼬박꼬박 보험료를 징수하고 있다. 게다가 최근의 개정 국민연금법안은 조만간 보험료를 15%까지 인상할 예정이다. 기존의 제도에 대한 문제를 그대로 가져가면서 보험료를 대폭 인상하는 조치를 환영할리 만무하다.

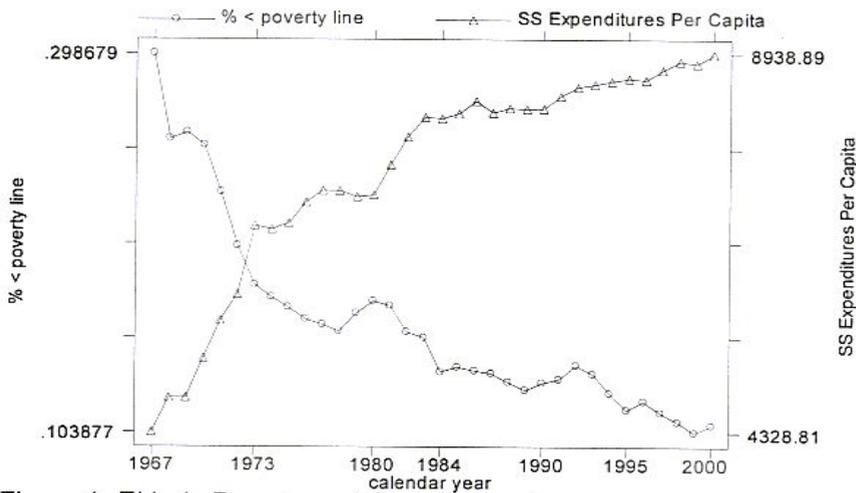
이점에 대하여는 정부가 국민연금에 대하여 지나치게 수세적이었다. 국민연금은 세금과 다르다. 납부한 보험료가 그대로 국민에게 연금화되는 가장 투명한 정부회계제도를 가지고 있다. 일부 손해를 보는 계층도 있겠으나 한편으로는 더 많은 계층이 연금의 혜택을 본다. 오히려 국민연금의 문제를 더 뚜렷이 드러내고 국민적 합의를 도출했어야 했다.

셋째, 제도의 개선 과정에서 정부의 많은 고민이 있었겠으나 거두절미한 제도 개선에 대한 국민적 합의도출의 노력이 부족했다. 연금제도는 일반 제도와 달리 정권의 목표가 될 수 있는 단기적 승부가 아니다. 연금제도의 개선을 위한 독립적 위원회를 꾸준히 운영해야 하며 그 내용도 항상 투명하게 공개해야 한다. 국민연금 정책에 대하여 국민들이 적극 참여하고 관심을 갖도록 해야 국민들의 이해를 도모할 수 있다.

### Ⅲ. 국민연금의 기회: 도전과 사회적 적응

고령화 사회에서 국민연금의 중요성은 아무리 강조해도 부족하지 않다. [그림 1]은 우리와 가장 유사한 연금제도를 유지하고 있는 미국의 경우 국민연금이 고령자의 빈곤억제에 결정적인 역할을 하고 있음을 보이고 있다.

[그림 1] 고령자 빈곤층과 연금수령액과의 관계

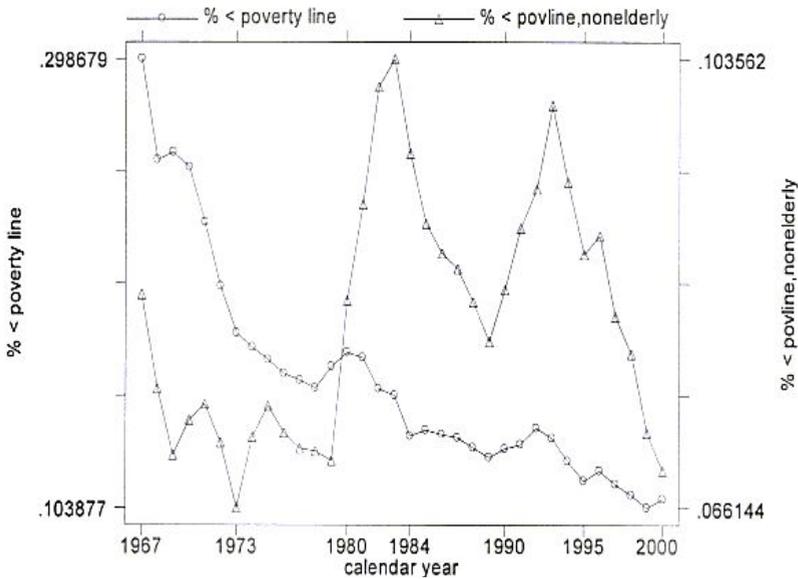


출처: Engelhardt and Gruber(2004).

[그림 2]는 연금 부담의 증가가 근로자층의 빈곤과는 관계가 없음을 보인다. 따라서 비록 현재의 근로계층이 가계의 어려움 등으로 연금각출이 부담이 되겠으나 이것이 바로 비고령자계층의 빈곤 원인이 되지 않음을 의미한다. 이 논리에 따르면 아무리 근로자가 많은 부담이 된다고 해도, 근로자는 연금각출로 부담이 된 것은 없다는 것이다. 즉, 연금의 부족은 추가 근로나 소비의 감소 등으로 해결되었다고 본다.

이러한 측면에서 볼 때 이 두 그림은 국민연금의 존재가 고령자의 안정된 생활에 필수적임을 보이면서 어떤 부담이 되어도 연금각출이 있을 필요가 있다는 것을 보인다.

[그림 2] 고령층과 비고령층의 빈곤 추이



출처: Engelhardt and Gruber(2004).

국민연금을 둘러싼 2000년대의 사회환경은 다음과 같이 변화할 것이다. 따라서 이러한 변화는 국민연금제도의 개선에 충분히 반영되어야 한다. 그렇지 않으면, 공공선택의 논리에서 영구히 운영될 수밖에 없는 국민연금의 부담은 고스란히 정부의 부담이 될 것이다.

첫째, 우리사회는 이미 고령화 사회에 접어들고 2015년에는 고령사회에 진입하게 된다. 이에 따라 Baby-boomer의 노령화에 대비한 노인요양시설, 노인이동설비 등 노후 생활 인프라가 절대적으로 부족하다.

둘째, 노후생활을 위한 생계자금원은 제한적인 반면, 자녀들에 대한 경제적 의존도는 급속히 떨어지게 된다. 그러나 고령자의 자금수요는 급속히 증가하게 된다. 일반 생계자금 뿐 아니라 간병비용의 부담이 증가하고 고령화에 따른 인프라의 부족은 고령자 대상 서비스 가격, 혹은 노후 생활단가의 인상으로 이어져서 고령자 생활의 구매력이 급속히 떨어지고 이에 따라 저소득층화한다.

셋째, 능력급에 따른 연봉제, 주 5일 근무제의 보편화, 경쟁시장의 활성화 및 임금상승률 저하에 따른 맞벌이의 증가, 2개 이상의 직업을 가진 근로자 수의 증가, IT화에 따른 유연 파트타임의 증가 등의 고용행태의 변화가 나타나게 된다. 연봉제는 노후 생계를 위한 자금의 마련에 대한 불확실성을 의미하며, 5일 근무제, 맞벌이 등의 확산은 노동시장의 유연성을 높여서 노후 자산이 확보되지 않으면 퇴직시한을 늦추어서라도 고달픈 파트타임 등의 직업을 계속 유지해야 한다.

넷째, 노동시장이 국제화하면서 사회보험제도의 국제화도 함께 진행되게 된다. 이에 따라 노동시장 및 사회보험의 국제간 기준 요구가 노동계를 중심으로 형성될 가능성이 높다. 우리 경제 사회적 사정에 따른 우리나라만의 독자적인 사회보험시스템을 유지하기가 힘들어 질 것이다.

다섯째, 근로자 보수에서 사회보험료의 비중 증가로 사회보험료의 준임금화가 진행될 것이다. 국민연금의 보험료를 상승이 피할 수 없다고 본다면 사회보험을 근로자들을 위한 복지제도로 인정하기보다 임금으로 전가하여 고용을 줄이면서 취약계층을 중심으로 일자리를 위협하게 된다. 이는 과거 비정규직의 증가로 이어졌으나 최근 비정규직에 대한 차별금지는 오히려 기업에서 고용의 신축성을 떨어뜨리는 결과로 나타날 것으로 본다. 기업의 복지제도는 생산성제고와 직접적으로 연결되어야 하는데 사회보험은 획일적 적용으로 이 효과가 미미하여 기업의 비용요인만을 발생시킨다.

여섯째, 국민연금의 급여구조는 가정을 기초단위로 하고 있다. 이는 배우자 연금, 혹은 유족연금 등이 있기 때문이다. 그러나 여성 경제활동 참가율이 높아지고, 여성 근로자 수가 증가함에 따라 여성이나 자녀들도 연금계정을 보유하게 되어 굳이 배우자나 유족연금

을 운용할 필요가 없다.

여섯째, 무한 경쟁적 시장은 국민연금과 같은 강제제도보다 우리사주제도, 스톡옵션 등의 기업복지제도를 근로자의 생산성 제고에 활용할 것이다.

이상의 변화가 국민연금제도의 개선에 반영되어야 한다.

## 1. 전체 연금제도의 정책 방향<sup>48)</sup>

국민연금이 있어서 저소득층과 고소득층간의 갈등은 장기적으로 크지 않을 것으로 본다. 30~40년의 연금각출기간동안 저소득층이 저소득층으로, 고소득층이 고소득층으로 남을 확률은 그다지 크지 않다. 그러나 이 확률은 사회의 기회 균등화 정도에 따라 달라질 것이다. 그럼에도 불구하고 제도의 개선과정에서 가입자간의 참여한 논란은 소득계층을 이분화시켜서 계층간 갈등을 유발하고 있다. 따라서 이해집단을 내세운 연금제도의 개선보다 전문가 중심의 합리적 개선을 도모하는 것이 바람직하다고 본다.

국민연금의 성격은 복지제도 이전에 보험이라는 상품에 기초한 정책으로 보아야 한다. 따라서 이 상품이 시장에서 사라지지 않도록 합리성이 전제되어야 하고, 도입에 따른 경제적 귀착 문제에 대한 철저한 검증이 필요하다. 이를 만족시키지 않으면 경제성장의 발목을 잡는 사회부조제도에 지나지 않으며 사회적 예산 및 재정의 낭비를 초래할 뿐이다.

국민연금을 민간연금과 대비시켜서 볼 때 공공의 제도로서 흑자를 위한 것은 아니다. 이것은 항상 이익을 추구하는 민간연금과 구별되어야 하는 요소이다. 그렇다고 정부의 재정부담의 범위를 넘어서서 부담이 되어서는 안 된다. 국민의 지나친 국민연금의존도는 제도의 운영에 부담이 될 수밖에 없다. 국민연금이 최소한의 보장이 되도록 하는 것이 필요하다. 그리고 국민에게도 이것이 자산의 축적을 위한 저축 수단이 아님을 인식시켜야 한다.

공적연금에 대한 의존도는 공사연금제도의 특성에 따른 개인의 선택이 가능하도록 하여 낮추어야 한다. 기본적으로는 국민연금제도를 금융상품으로 인식하는 것이 필요하다. 따라서 상품적 유인에 따라 적극적으로 국민연금에 참여하도록 유도해야 한다.

공적연금의 이점은 첫째, 안정적 연금기관으로서 정부가 참여하여 연금수급권을 보장하고 둘째, 구매력유지를 위하여 소비자 물가상승률이 보전되며, 셋째, 저소득층은 다른 소

48) 김원식(2003)에 기초하여 보완함.

득층보다 상대적으로 높은 수익률을 보장받는다는 것이다.

사적연금의 이점은 상대적으로 연금기관의 안정성은 낮으나 유연한 자금운용으로 수익률을 높일 수 있다는 점이다.

국민연금에 대한 합리적 정책방향은 노령화사회에 대한 대비이며, 이를 위한 대안으로 연금제도가 가장 합당한 사회적 대응방안이기 때문에 전 국민을 대상으로 한 국민연금 뿐 아니라 사적연금제도도 포함한 전체적 공사연금제도의 확립에 초점이 맞추어져야 한다.

국민연금제도의 도입 이후 고용보험제도의 도입, 기초생활보장법의 실시 등으로 국민연금제도에 대한 직간접적인 보완적 정책수단이 많이 생겼다. 따라서 기존에 국민연금으로만 해결하려던 사회안정 수단을 다른 부문과 분담하는 것이 필요하다.

연금제도의 개편에 있어서 연금은 보험제도이기 때문에 연금제도의 경로수당 성격의 사회부조적 요소(저소득층에서 지나치게 높은 소득대체율, 짧은 최소가입기간)를 억제하고 가급적 수지상등의 개념에 입각한 연금제도가 되도록 노력해야 한다.

저소득 연금가입자는 도덕적 해이를 발생시켜서 기초생활보장법의 생계급여 수급자로 이전가능성이 높다. 한편, 고소득 가입자는 고소득자를 우대하는 기업연금, 개인연금을 선호할 수 있다.

연금제도의 개선을 실행하기 위한 기본원칙은 다음과 같아야 한다고 본다.

첫째, 재정운영방식을 수정적립방식이 아닌 적립방식으로 전환해야 한다. 적립방식을 통하여 노후자금을 소비가 아닌 투자로 유도하고 국민경제에 이바지 하도록 한다.

둘째, 가계가 부담할 수 있고, 노후 생계의 기초보장이 가능한 수준의 사회적 적정 연금 수준하에서 전체 공사연금의 구성을 결정한다.

셋째, 연금급여수준의 인하와 연금보험료의 인상은 불가피하며 이로써 상당히 높이 책정되어 있는 실질 내부수익률을 낮추어야 한다.

넷째, 사회보험의 목적에 부합하는 최소한의 사회보장적 급여를 보장하여야 한다. 아울러 연금급여의 기초보장 부분에 대한 적정성이 검토되어야 한다. 국민연금이 자산형성을 위한 저축수단이 되어서는 안 된다.

다섯째, 사회적 형평성의 개념은 소득재분배의 측면에서 뿐 아니라 위협의 공동분산 측면에서도 보아야 하며, 소득의 불안정에 대하여 전체국민이 이에 대처할 수단을 갖도록 하는 것도 국민연금이 소득계층간 사회적 형평성을 제고하는 역할이라고 본다.

여섯째, 저소득층의 생활안정은 소득재분배의 목적은 일반세수로 조달되는 사회부조(기초생활보장제도)로 해결하여 사회보험과의 역할을 분담하도록 한다.

## 2. 전체 연금시스템의 기본 틀

정부가 취하여야 하는 국민연금 정책 방향의 목적은 국민연금을 통하여만 가입자의 노후소득을 보장하는 것이 아니라. 공적직역연금, 개인연금, 기업연금, 퇴직금의 개선 등 조화적인 방법을 통하여 국민연금이 노후소득보장의 기초를 유지하도록 하기 위한 것이 되어야 한다. 따라서 국민연금제도의 개선은 다른 제도와의 관계설정을 전제되지 않으면 안 된다. 이러한 전제하에 전체 연금시스템의 틀은 다음과 같이 개선되어야 한다.

첫째, 국민연금 개선의 기본방향은 연금급여를 기초부분과 소득비례부분으로 나누면서 기초부분은 부과방식으로 소득비례부분은 적립방식으로 운영한다.

기초부분은 직역간 통합운영하고, 부과방식 및 확정급여제도로 운영한다. 정액 각출, 혹은 정액과 정율각출을 병행한다. 기존 노인, 저소득장애인 등은 기초연금액에 기초한 무각출연금(보험료의 정부부담)으로 운영한다. 소득비례연금은 직역별로 운영하며, 적립방식과 확정각출제도로 운영한다. 각출액은 소득에 비례하는 정율로 한다. 소득비례부분은 장기적으로 기업연금을 정착시켜서 적용 제외시키는 것이 고려되어야 한다.

둘째, 소득과약에 있어서는 고소득자영자, 및 소득과약이 가능한 집단(협회를 조직하고 있는 자영자 등)은 표준소득을 제시하고, 저소득자영자는 소득 과약없이 정액 부과한다. 정부는 이들에 대한 보험료를 일부 부담한다. 이는 이들의 자발적 참여를 유도하면서 차상위계층에 대한 지원과 같은 효과이다.

셋째, 퇴직금제도의 임의화에 따른 기업연금은 노사협상의 주요 대상이므로 근로자가 가능하면 기업연금을 확보하도록 지원하며 향후 발생할지모를 국민연금보험료 인상분은 퇴직금으로 임의화된 기업연금으로 적용제외를 허용한다. 퇴직일시금은 근로소득으로 과세하고 연금계정에 적립시 세제혜택을 부여한다.

넷째, 기금형 복지제도(우리사주제도, 종업원지주제도, 근로복지기금, 스톡옵션 등)을 기업연금화 할 경우 세제혜택을 부여한다.

이상의 제도 개선이 아무리 합리적이라고 해도 실행에 있어서의 가장 큰 부담은 가입자

의 동의를 얻는 것이다. 국민연금의 개선을 단순히 이념적인 문제로 접근하는 것은 전국민적인 시행착오를 낳을 뿐 아니라 제도의 존폐에도 관련되는 문제가 된다. 연금제도 개선은 전 국민을 대상으로 하는 것이어서 제도의 개선은 매우 섬세하게 하여 시행착오를 절대적으로 줄임으로써 이들의 저항을 최소화하는 것이 되지 않으면 안 된다.

직접적 보험료 및 급여의 조정보다는 전환기간을 충분히 주고, 간접적 방법으로 다양한 측면에서 이해당사자의 저항을 줄이는 것이 필요하다. 이를 위하여는 첫째, 연금급여가 노후소득에 따라 제한되도록 한다. 둘째, 민간부문과의 연계를 통하여 안정적 노후생계수단으로서 적정연금소득을 확보하도록 한다. 셋째, 고령자 취업촉진을 강구한다.

첫째, 소득조사 및 자산조사 등을 통하여 연금의 급여를 제한한다. 소득조사를 받을 수 있는 계층은 노후생계의 불안이라는 사회적 위험을 극복한 계층으로서 보험의 보장 측면에서 볼 때 이미 사회적 혜택을 받은 것이다. 현재는 소득이 있는 경우 일정비율의 연금을 감소시키나 소득의 크기에 따라 급여가 조정되도록 하는 것이 원칙이 되어야 한다.

둘째, 민간부문과의 연계를 통하여 합리적 수준의 연금급여를 보장한다. 정부의 역할에서 공적연금의 궁극적인 목적은 모든 국민이 안정적인 노후를 도모하도록 유도하는 것이다. 국민연금의 재정안정화에 필요한 추가적 보험료 부담에 대하여 사적보험에 대한 적용제외를 허용한다. 민간부문에 대한 적용제외를 통하여 연금권이 확보될 수 있다면 국민연금에서 재정적자의 규모를 절대액에서 감소시키는 것이 된다.

셋째, 고령자의 취업을 촉진하면서 연금수혜기간을 줄이고, 연금의 각출연령을 근로기간 전 기간에 확대하는 것도 고려해야 한다. 고령자는 정년퇴직 후 일순간에 근로를 포기하는 것이 아니다. 근로기간과 퇴직기간 간에 연계직업을 보유하게 된다. 따라서 이들에 대한 직업알선이 필요하다.

### 3. 관련 정책수단의 방향

본 소절에서는 국민연금제도의 초기부터 현재까지 잠재되어 온 국민연금의 문제를 점검하면서 대안을 제시한다.

## 가. 도시자영자의 소득과약

도시자영자의 소득과약의 어려움으로 인하여 가입자간 형평성의 문제가 제기된다. 소득과약을 국세청자료를 활용하는 방안이 있으나 국세청의 자영자에 대한 소득과약은 추가적인 비용을 유발할 수 있다.

전체 취업자 가운데 상용근로자의 비율이 30%대에 불과하므로 자영자들의 소득과약이 어려울 뿐 아니라 소득과약이 가능한 집단과 그렇지 않은 집단간의 형평성의 문제가 있다. 따라서 우선은 상용근로자의 비율이 선진국의 수준에 이를 때까지 도시자영자의 소득과약은 점진적으로 제고하는 것이 바람직하다.

도시자영자의 소득과소신고는 전체 근로자의 임금수준을 하향시킴으로써 당해연도에 퇴직하는 근로자의 연금급여를 낮춘다. 이러한 점에서 자영자연금과 근로자연금으로 계층간 연금제도를 분리하는 방안 (제도간 연계의 문제는 있으나 지수화, 점수화로 해결 가능함)과 기초연금을 중심으로 도시 자영자를 가입시키는 방안이 고려되어야 한다.

자영업자의 소득은 기본적으로 지역의료보험의 소득자료를 기초로 연계할 수 있다. 지역의료보험료 부과방식을 개선하면서 자영업자의 보험료 부과방식을 일치시켜야 한다.

자영자 계층의 폭 넓은 소득 분포 상황을 가정할 때, 국민연금 적용의 정책적 목표 설정을 명확히 할 필요가 있다. 즉, 저소득 자영자층을 위하여는 기초생활보장의 의미가 크나 고소득 자영자층은 국민연금을 통한 사회 정책적 대상이 될 필요는 없다. 예를 들면 각출 측면만 고려할 때 고소득층은 실효보험료율이 낮아서 역진적 제도이다.

이들을 통합하여 관리하게 되면 연금제도의 의사결정이 지연될 수 있다. 따라서 고소득 자영자층의 연금제도 적용에 대한 보완 조치가 필요하며 이들이 스스로 연금제도를 확보할 수 있도록 개인연금을 활성화해야 한다.

고소득 자영자층에 대하여 일정 연령 이전까지 자력조사를 실시하여 연금급여를 줄여야 한다. 이것은 고소득자의 근로의욕은 감소시킬 수 있으나 자산에도 연금급여가 연동되도록 함으로써 국민연금이 고소득층에 대한 지원이 되지 않도록 한다.

도시자영자의 적용과정에서 농어민연금에서와 같은 도시 영세민에 대한 정부지원이 요구될 수 있다. 이는 국민연금과 무각출 경로연금, 기초생활보장법의 생계급여와 관계의 정립으로 해결해야 한다.

2000년 10월부터 도입된 기초생활보장법의 생계급여는 연령에 관계없이 최저생계비를

보장하고 있다. 최근의 조사에 따르면 생계급여의 기준액은 일용직근로자의 평균임금보다 높은 것으로 조사되고 있다. 이에 따라 저소득 자영자, 혹은 저소득 근로자의 경우 근로의 욕의 저하 뿐 아니라 연금보험료를 납부할 유인조차 감소하고 있는 것으로 본다. 이들이 생계급여 수급시 연금급여가 공제되거나 이것은 오히려 연금각출에 대한 기피를 늘이는 부정적 효과가 있다. 따라서 생계급여의 현금급여를 축소하고 이를 현물급여로 전환하는 것이 고려될 필요가 있다.

#### 나. 보험료와 연금급여의 연계성

농어촌 및 도시자영자 등의 적용에 있어서 대상자가 자신의 각출이 급여와 밀접히 관련됨을 인식한다면 소득을 정확히 신고하려는 성향이 증가할 것이다. 따라서 급여와 각출간의 remoteness를 줄여서 소득 파악의 문제는 어느 정도 감소시킬 수 있다.

사회적 취약계층인 저소득 자영업자들의 성실한 소득신고 등 국민연금제도의 자발적 참여를 유도하기 위하여 세후 시장순이익율 이상의 연금제도 내부순이익율이 항상 보장되도록 해야 한다. 이를 위하여는 자영자 보험료 지원제도가 필요하다. 이는 차후에 발생할 적자를 어차피 정부가 지원하는 것보다 우월한 제도이다.

#### 다. 연금수급연령의 조정과 정년연장

수명의 연장에 따른 건강한 노인의 증가는 연금재정의 적자와 맞물려서 연금 수급을 늦출 수밖에 없다. 연금수급연령의 조정은 기본적으로 정년의 연장 혹은 폐지와 관련이 있으며 노인이 취업할 수 있는 여건으로서 노인이 능력에 따라 대접받는 풍토의 조성이 필요하다. 이는 또한 제도의 유연성을 제고할 수 있도록 한다.

연금수급연령의 상향조정은 가입자 전체적으로 연금수급기간을 줄여서 연금재정을 개선시킬 수 있다. 그리고 이 방법은 어떤 다른 방법보다 재정안정에 가장 효율적이다. 이를 위하여는 노인들이 65세 이상에서도 일할 수 있는 사회적 환경을 조성하고, 연금수급연령을 70세로 상향 조정해야 한다. 연금수급연령은 전체 수명의 일정률로 결정하는 것을 원칙으로 한다.

이는 welfare뿐 아니라 workfare의 증진을 통한 국민연금의 문제를 해결하려는 것이다. 노인들을 위한 요양시설이나 레저시설의 마련에 주력함과 아울러 이들이 일할 수 있는 근

로환경, 작업환경을 만들어 주고 이들의 취업을 다른 부처보다 국민연금관리공단이 오히려 더 적극적으로 추진해야 한다는 논리가 성립된다.

#### 라. 개인별 관리

현재의 가구별 관리에서 1인 1국민연금제도로의 개인별 관리로의 전환이 필요하다. 여성의 사회진출로 맞벌이 부부가 증가함에 따라 연금권리 수급권자가 증가하고, 배우자로부터의 유족연금 등의 필요성이 감소한다. 따라서 분할연금보다는 오히려 부부의 경우 각 출적립을 별도로 하는 것이 더 바람직하다. 개인별연금관리체계는 앞서 언급된 중복수혜의 문제도 줄어든다. 각각에 대하여 자녀에 대한 유족연금수급권을 인정한다면 자녀에게 더 많은 혜택을 줄 수도 있다.

#### 마. 연금기금의 운용

현재 우리나라 연금제도의 가장 큰 문제는 2003년 12월말기준 약 120조원에 달하는 적립기금의 운용 및 활용에 대한 것이다. 물론 적립기금의 운용에 관한 문제는 별도의 기금운용위원회에서 담당하고 있으나 기금 운용전략은 그 성격상 높은 전문성이 매우 요구된다. 그러나 기금운용위원회는 주로 시민단체 등 비전문적 기관의 참여 등으로 비효율적으로 운영되고 있다.

기금운용의 효율화를 위하여는 우선 자본시장에 있어서 장기금융시장의 확대가 요구된다. 장기성자금을 단기금융시장에서 운용함은 안정성 및 수익률의 보장이 어렵기 때문에 효율적이지 못하다.

장기자금의 수요는 특히 국민경제에 큰 영향을 미치는 주택, 기간산업 및 사회간접자본에 대한 자원 자원조달이 주를 이루고 있다. 따라서 이들 사업에 대하여 안정적인 재원을 조달할 수 있음은 바로 국민 생활의 안정과 그들의 후생을 증대시킬 수 있는 가장 좋은 방법이기도 하다.

이와 같은 장기자본 시장의 육성을 위해서는 주택저당시장(mortgage market), 지수화채권(indexed bond)시장 등의 육성 및 이에 대한 연금기금투자가 필요하다. 저당시장은 주택공급을 위한 목적을 갖고 있으면서도, 상환이 20년에서 30년 가까운 자금의 대출에 주력함

으로써 자본시장을 쉽게 장단기시장으로 분리시킬 수 있는 이점을 가지고 있다. 이는 국민들의 주거생활을 안정시키는데 기여함으로써 국민연금의 친밀도를 높인다. 이 시장은 주식보다 더 안정적 금융시장이다.

그리고 지수화채권은 채권의 실질수익률을 보장함으로써 장기자금의 인플레이 위험을 해지하여 준다. 주요 사회간접자본에 대한 투자는 정부예산의 확보가 점차 어려워지는 현실에 있어서 주요 운영대상이 된다.

국민연금을 금융자산으로만 간주하여 수익률을 제고하는 형태의 자산운용만을 고집하는 것은 문제가 있다. 공공투자의 사회적 실효 수익률은 일반 투자수익률보다 더 높을 수 있다. 현대의 정부는 점차 세원의 고갈, 세수의 저항 등으로 인하여 더 이상 대규모 사회간접자본 투자를 할 수 없는 상태에 있다. 이러한 시점에서 국민연금기금의 효율적 활용은 경제성장의 변곡점이 될 수도 있음을 인식할 필요가 있다.

#### 바. 공적직역연금과 국민연금과의 관계

공적직역연금의 재정부실화에 따른 정부의 부담은 공적직역연금의 지속가능성에 대한 의문과 함께 통합 혹은 연계의 필요성을 제기하고 있다. 이들간의 연계에 관한 직접적인 필요성은 모두 정부의 재정부담을 필요로 하고 법적 강제적 제도라는 점이다.

공무원연금제도와 군인연금제도, 사립학교교직원연금 등은 공적연금이나 공무원과 군인이라는 특수계층을 적용대상으로 하고 있으며 노후생계보장은 물론 근로기간 중의 은급 및 임금보전의 성격이 강한 특수직역연금이다. 따라서 일반 국민의 노후 생계를 위한 저축으로서의 국민연금과 성격이 다르다.

공공직역연금의 국민연금 통합은 바람직하지 않다. 통합보다는 연금간의 이동에 대한 논의가 필요하며 현재 진행 중에 있다. 가장 문제는 연금수급권을 사실상 확대함으로써 연금제정을 악화시킨다는데 있다. 따라서 연금급여를 재원조달 가능범위로 조정하는 것을 전제로 연계논의가 이루어져야 한다.

#### 사. 퇴직금제도와의 관계

1998년부터는 국민연금제도의 보험료가 임금의 9%가 각출되기 시작하면서 퇴직금전환

금제도가 폐지되었다. 그러나 이 제도의 폐지는 법정제도이면서 자율적 제도로 운영되는 모호한 성격을 갖는 퇴직금제도의 자연스러운 정비가 가능하면서 국민연금제도의 확산 및 안정화에 충분히 기여할 수 있는 기회를 상실시키는 결과를 낳았다.

앞으로 국민연금의 재정을 안정화시키기 위하여 필요한 보험료 인상이 가계에 부담이 될 것이므로 임의로라도 퇴직금을 연금으로 전환시키는 장치가 필요할 것이다. 과거의 퇴직금전환금제도의 부활은 제도를 혼란시키고 경직되게 할 수 있다. 따라서 자발적으로 제도를 전환하도록 하는 장치가 필요하다.<sup>49)</sup>

퇴직금은 정년퇴직후의 생계를 일정부분 보조하기 위하여 혹은 중도퇴직의 경우는 실직기간동안의 생계를 보호하기 위하여 마련된 제도이나 현재는 국민연금제도와 고용보험제도의 도입으로서 사실상 그 기능이 상실되어 어떤 형태로든 제도의 개선이 필요한 실정이다.

1996년의 퇴직금제도 개선에서 퇴직금중간정산제도는 퇴직금제도를 목돈마련을 위한 제도로 전락시켰다. 임금채권보장기금은 퇴직금의 수급을 부분적으로 보장은 하나 보장 범위가 제한적이어서 퇴직금의 보장기능을 강화할 필요가 있다. 그리고 점차적으로 기업연금으로 유도해야 한다. 궁극적으로 법정 강제제도로서의 퇴직금을 좀 더 공적연금과 연계된 민간부문의 연금으로 전환시키는 방안이 모색되어야 한다. 퇴직금제도의 임의화와 기업연금제도의 도입으로 국민연금 각출금 및 급여의 조정과 함께 공사보험의 적용제외 등도 충분히 고려되어야 하는 시점에 왔다고 본다.

특히 국민연금의 급여인하의 필요성에 따른 가입자의 저항이 매우 클 것이다. 따라서 국민연금의 급여인하를 전제로 하여 기업연금에 대한 세제혜택을 부여하는 것은 기업연금의 활성화와 함께 국민연금제도의 개선에 따른 가입자의 손실감 및 저항을 최소화하는 방법이 될 것이다.

#### 아. 개인연금제도의 도입과 적용제외의 문제

기존의 개인연금 각출을 기업이 부담하는 기업이 많은 현실을 감안하여 기업부담 개인연금을 공적연금과 연계시키는 것을 고려해야 한다. 기업부담 개인연금 각출을 통하여 정부는 법인세의 감면 혜택을 받고 이를 통한 개인연금의 원금과 이자는 개인의 소득세 과세대상에서 제외한다 (이연과세). 정부는 이러한 공사연금의 연계과정에서 세금혜택에 대

49) “근로자퇴직급여보장법(안)”으로 퇴직연금제도가 마련되어 2004년 정기 국회에 상정 예정임.

하여 세금지출(tax expenditure)을 하고 있으므로 정부재정 손실 및 소득재분배 효과를 감안한 정책이 결정되어야 한다. 이는 국민연금의 급여를 낮추는 것에 대한 정책적 부담을 줄인다는 점에서 매우 중요하다.

#### 자. 복지부문과의 관계

제도의 개선에 있어서의 장애물은 일반 국민이 국민연금을 소득재분배의 수단이나 사회 복지제도로 본다는 것이다. 그러나 국민연금은 사회적 변동으로 노후 생계를 마련할 기회나 의지가 없는 가입자에게 노후생계를 보장받을 수 있는 기회를 법적 강제로 제공하는 것이다.

소득재분배적 지출정책은 사회부조 중심의 지출정책으로 달성되는 것이 정부정책의 예측가능성, 예산의 명확성 측면에서 바람직하며, 국민연금은 노인수당과 달리 각출과 급여가 서로 밀접히 관련되도록 함으로써 제도의 개편에 가입자의 동의를 얻고 제도를 환경에 따라 유연하게 움직일 공간을 마련할 수 있다.

따라서 각출이 불가능하고 생애에 일정금액을 각출하지 못할 저소득계층은 정부의 사회 부조로 보호하도록 하는 것이 국민연금을 더 효율적으로 운영하는 것이라고 본다.

#### 차. 통일 후의 연금제도

통일 후에 대비하여 국민연금에 대한 구상이 필요하다. 통일 후 생계가 어려운 북한 근로자의 노후 생계를 현재와 같은 국민연금제도로 보호하려 한다면 기존가입자의 저항은 물론 연금재정이 대단한 혼란에 빠질 것은 명확 관화하다. 따라서 본 연구가 제시하고 있는 국민연금을 2분화하여 기초연금제도를 통일 후 바로 도입하여 북한주민에 대하여 정액 각출, 정액급여의 제도를 적용해야 한다.

#### IV. 국민연금의 진로: 다층화를 통한 연금시스템의 개혁<sup>50)</sup>

노후는 정부만 책임질 수 없다. 국민연금 중심의 연금체제를 기업이 중심이 되는 퇴직연금과 개인연금으로 다층 체계화시키는 것이 필요하다. 퇴직기간 중에 필요한 전체 연금액을 설정하고 이를 세 개의 연금으로 분산시키는 전략을 설정해야 한다. 이것은 국민연금을 맡고 있는 보건복지부, 퇴직연금의 노동부, 개인연금과 연금상품 관리자로서의 재정부 등 관련 부처간의 긴밀한 협조가 전제된다.

국민연금은 복지제도이자 본질적으로는 노후를 위한 금융상품이다. 금융상품의 판매를 제고하기 위하여는 우선 상품의 수익성도 높아야겠지만 서비스를 개선하는 것이 우선이다. 국민연금도 이에 해당한다. 제도를 사회 경제적 변화에 유연하게 능동적으로 적용하고 운영상의 문제점들을 가입자의 입장에서 개선해나가는 노력이 필요하다.

2002년 정부는 국민연금발전위원회를 구성하여 연금제도 개편안을 제시하였다. 이에 따라 정부는 다음과 같은 연금개선안을 제시하였다.

- 제1안: 소득대체율 60%－보험료율 19.85%
- 제2안: 소득대체율 50%－보험료율 15.85%
- 제3안: 소득대체율 40%－보험료율 11.85%

이러한 안들에서 제1안은 현재의 급여수준을 유지하나 보험료율의 부담이 너무 크다. 제2안은 절충안이나 역시 보험료율을 현재의 70% 이상을 인상하는 것이 되어 역시 부담이 적지 않다. 특히 국민연금에서 근로자연금이 5인 미만과 비정규직으로 확대되면 기업의 부담이 급격히 늘어나서 당사자들이 이 부담을 감당할 수 없다. 따라서 가장 부담이 적은 3안은 우선 기업의 부담을 최소화한다는 점에서 보장성이 떨어진다. 이 안에서 고려되어야 할 점은 특히 최근 논의되는 법정 퇴직금의 기업연금화 과정에 퇴직금의 연금화시 각출료율이 12-3%임을 가정하면 사실상의 강제적 공적연금은 30%가까이 되는 것이다. 이에 따라 근로자층은 보장성이 뛰어난 1안을 선호하고 사용자층은 부담이 적은 3안을 선호하게 된다. 정부는 1안과 3안의 절충안으로서 2안을 현재 국회에 개정안을 상정하고 있다.

국민연금제도의 개혁에 대한 또 다른 고려사항은 국민의 사회보험 부담이 앞으로 상당

50) 김원식·노인철(2002)에 기초하여 보완한 것임.

히 높아질 것이라는 것이다. 현재 국민연금 9%, 건강보험 3.4%, 고용보험 1.5%, 산재보험 약 1%, 퇴직금부담 적어도 8.3% (현재의 퇴직금을 조달하기 위하여 각출해야 하는 요율은 12~13%)이다. 이 경우 기업의 법정부담은 약 23%가 된다. 그런데 건강보험의 보험료율도 앞으로 2배 인상해야 할 것으로 보이며, 산재나 고용보험도 사실 보이지 않는 적자요인이 많다. 따라서 보험료율은 적어도 40%까지 육박할 수 있다.

이러한 부담은 상당 부분 결국 기업의 비용부담으로 전가되기 된다. 따라서 우선은 국민연금의 보험료율을 제3안으로 해서 보험료율 부담을 최소화하고 만일 앞으로 발생하는 적자는 정부가 세금으로 부담하는 것이 바람직하다. 혹은 다른 대안으로서 2안과 3안의 보험료율 차이는 별도로 적립을 해서 확정각출제도로 운영한다. 이 경우 자연스럽게 국민연금의 기초부분과 소득비례부분간의 분리가 이루어지게 된다. 그리고 이 차이는 퇴직금 제도에서 전환이 가능하도록 한다.

고령화에 따라 전체적인 연금의 지출은 급증할 수밖에 없다. 더욱이 연금의 도입시기에 예상하지 못했던 건강의 개선에 따른 자연적 평균수명의 연장과 BT의 발전으로 인한 생명연장 등은 연금 제정의 악화를 낳을 수밖에 없으며 이에 따라 보험료의 인상이 더욱 급속히 이루어져야 할 것이다.

앞으로의 과제는 국민연금과 퇴직연금을 어떻게 연계시킬 것인가에 대한 모델이 필요하다.

기업연금제도는 근로자의 노후를 보장한다는 측면이외에 기업의 생산성을 제고하기 위한 수단으로 이용될 수 있다. 반면 개인연금제도는 개인의 선택에만 의존하므로 세계 이외에는 정책적 수단이 제한적이다. 따라서 효율적이고 생산적인 연금체계의 구성에 있어서 기업연금은 필요 불가결한 존재이다. 이에 따라 외국에서도 기업연금제도는 매우 다양하게 운영되고 있으며 기업마다 다른 형태를 갖는다.

이상의 논의에 따르면 개인연금 수요를 기업연금 수요로 전환시키고, 기업연금과 국민연금의 관계를 정립하여 연금체계를 구성하는 것이 연금제도의 확립에 효율적이라고 본다. 이는 기업연금의 도입에 따른 추가 부담을 최소화시킬 수 있다.

이러한 국민연금의 3층 구조는 일반적으로 국가, 기업, 개인을 중심으로 한 사회보장임에도 불구하고 우리나라의 경우는 아직 기업중심주의의 사회보험, 즉 기업연금체계가 형성되어 있지 않다는 문제가 있다.

이에 따라 국민연금 급여 이상의 연금을 필요로 하는 개인은 개인연금을 통한 연금보장

만을 받고 있다. 이러한 연금상품은 개인을 중심으로 운영되므로 단체의 경우보다 상품의 프리미엄이 상대적으로 높다.

이들을 기업중심으로 관리할 경우 관리비용을 절감할 수 있다. 이것은 급여 혜택의 증가나 보험료의 인하로 이어질 수 있다. 현재 일부 기업이 개인연금을 기업이 대납하는 경우가 있는데 이 경우 보험료는 이미 개인별로 결정되는 것이어서 비용의 낭비가 있다. 따라서 개별적으로 가입한 개인연금보다 기업이 단체로 기업연금을 구성할 경우 근로자에게 혜택이 가게 된다.

기업연금의 도입은 사실상 국민연금, 퇴직금, 더 나아가 개인연금과의 중복관계가 설정되기 때문에 이들 제도간 조정이 필요하다. 노후 생계를 위하여 필요한 전체 연금 가운데 퇴직금에서 전환된 기업연금과 혹은 자발적으로 형성된 기업연금, 국민연금 등의 규모를 어떻게 조정하는 것이 합리적인지 논의가 있어야 한다.

국민연금은 현재 급여·부담 구조상 보험료율을 20%로 인상하던가 혹은 급여수준을 반으로 줄여야 한다. 기업연금이 제도화되지 않은 현재의 상태에서 급여를 반으로 줄이는 것은 노후 생계를 보장하는데 한계가 있다. 따라서 보험료율의 인상과 급여의 하향조정이 동시에 이루어져야 한다. 또한, 현 제도의 급진적 개선에 따른 부담을 덜기 위하여 현재의 국민연금을 기초부분과 소득비례로 구분하는 것이 필요하다.

기초부분은 자연적 적립은 하되 수지가 적자시 부과방식으로 하고, 확정급여형으로 운영한다. 소득비례부분은 적립방식으로 하고, 확정기여방식으로 운영하는 원칙이 있어야 한다고 본다. 그리고 퇴직금은 기업연금화하면서 어떤 형태로든 개선된 국민연금과 관계를 설정해야 한다. 그리고 기업은 기업연금을 통하여 가장 합리적인 기업연금체계를 지원해야 한다.

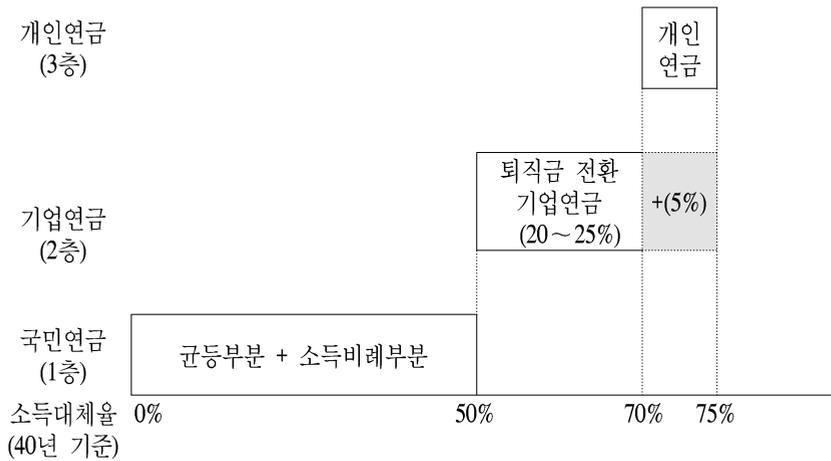
본 연구에서 기업연금과 국민연금의 연계 방법은 크게 세 가지로 구분한다.

#### 방안 1: 순수연동방식.

노후소득보장체계는 노후보장 최저 수준(National minimum)을 토대로 한 국민연금을 1층으로 하고, 기업의 근로자 보호에 대한 사회적임에 따른 기업연금을 2층으로, 그리고 개인 책임에 의한 개인연금을 3층으로 하는 다층체제로 구축되도록 한다. 현재 40년 가입기준 60%의 소득대체율은 50%수준으로 낮추고 이에 필요한 추가적 보험료는 점진적으로 인상한다.

은퇴 직전의 생활수준을 유지하는 데 필요한 20~25%의 소득대체율<sup>51)</sup>은 퇴직금에서 소득의 5.3%를 기업연금화하여 보충한다. 나머지 퇴직금의 3%는 노사합의에 따라 국민연금으로 전환하거나 혹은 퇴직적립계정에 적립하여 몫돈으로 찾을 수 있도록 한다.

[그림 3] 연금체계: 1안



방안 2: 적용제외방식.

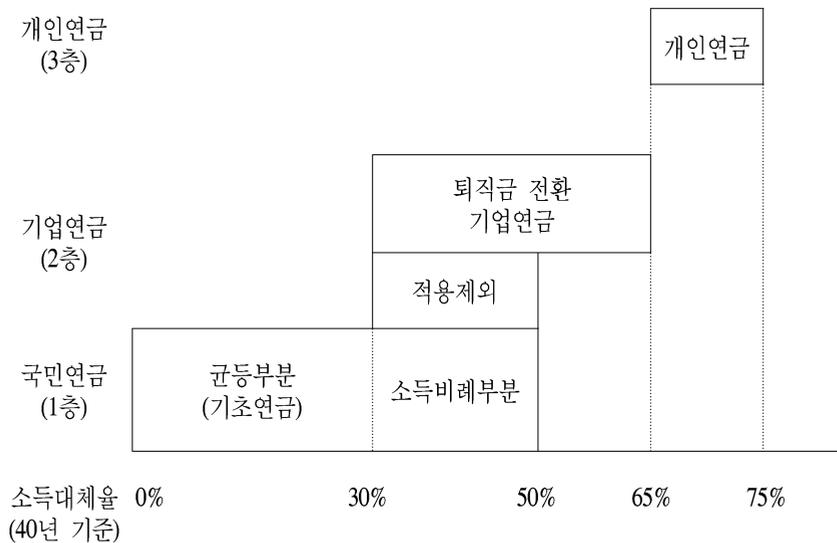
40년 가입기준 30%의 소득대체율로 기초연금을 보장하는 확정급여방식의 제도를 운영한다. 이 제도의 운영에서 발생할지도 모르는 재정적자는 정부예산으로 부담한다.

소득비례부분을 위한 연금급여는 40년 가입기준 20%로 한다. 기업연금은 기업이 독자적으로 도입할 수도 있고, 혹은 퇴직일시금에서 전환할 수도 있다. 소득비례연금에 대한 각출은 기업연금으로 대체가 가능하도록 허용한다. 소득비례 급여는 적립방식으로 운영되며 물가에 연동되도록 한다. 물가연동 금융상품은 민간부문에서는 제공할 수 없다. 따라서 적용제외 참여자는 이점을 고려하여 공적보험과 민간연금보험 상품을 선택할 것이다.

51) 퇴직전 소득의 75%가 노후 적정소비수준으로 봄. 따라서 퇴직전 소득의 50%를 국민연금의 보장목표로 하고, 나머지는 민간연금으로 대체함.

퇴직금의 나머지 부분은 퇴직일시금으로 받든가 기업연금으로 받을 수 있다. 그러나 퇴직일시금에 대하여는 과세혜택이 없도록 한다면 기업연금으로 전환이 가능할 것으로 본다.

[[그림 4] 연금체계: 2안



### 방안 3: 퇴직기간 조정방식

일반적으로 국민연금은 60세부터 수급이 가능하다. 그러나 앞으로 연금구조의 적자성향, 조기퇴직, 평균수명의 연장에 따라 연금수급연령의 조정 필요성이 대두될 가능성이 높다. 연금 재정 운영방법에 관계없이 50세에 조기 퇴직하는 퇴직자를 유지할 수 있는 국가는 거의 없다. 특히 평균수명의 연장에 따라 많은 고령자들은 곧 퇴직기간 동안의 소득이 충분하지 않다는 것을 발견할 것이다. 따라서 정부는 이들이 경제활동에 참여할 수 있도록 하는 유인을 제공해야 한다. 이것들에는 연금연령을 상향조정하고, 연령차별을 억제하는 것 등이 포함되어야 한다.

현재의 노인들이 가지고 있는 자세나 경험을 미래의 세대도 같을 것이라고 보지는 않는

다. 젊은이들은 다른 노동시장과 건강상태를 가지고 있을 것이다. 그들은 이미 덜 경직된 노동시장에 적응되어 갈 것이며 또한 그렇게 하도록 유도해야 한다. 즉, 파트타임이나 유연한 노동패턴, 그리고 지속적인 신기술 습득, 재훈련 등이 필요하다. 이러한 개인들은 노년기에 현재의 고령자와 다른 욕구들을 가질 것이며 재정적인 유인과 경제적 고용에 대한 비유인은 당연히 변화할 것으로 본다.

이에 따라 앞으로 연금수급연령은 70세 혹은 그 이후까지 상승해야 한다. 그러나 개인의 근로기간은 사실상 55세 빠르게는 그 이전에 조기퇴직으로 끝날 수 있다. 이 이후는 근로가 가능함에도 불구하고 상용근로자가 아닌 임시직이나 파트타임 근로자로 전환하면서 점진적으로 소득이 감소하게 된다. 그리고 점진적 퇴직이 선진국에서는 집중하는 추세에 있다.

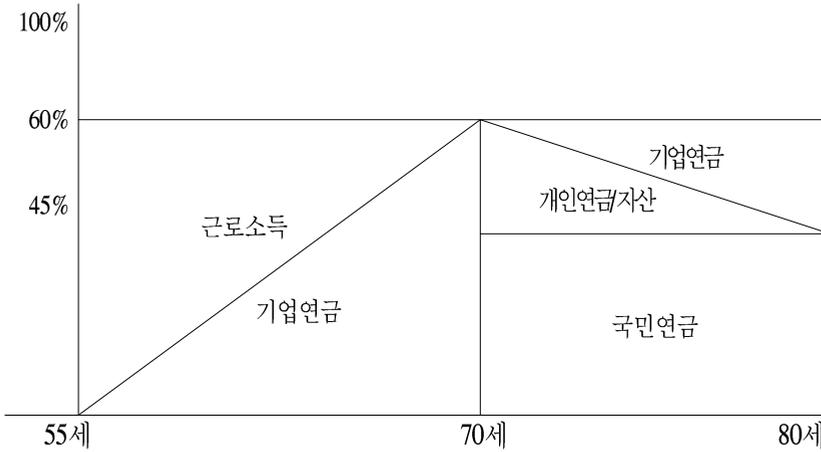
이에 따라 국민연금 수급연령 도달 이전에 생계자금이 필요하게 되는데 국민연금의 수급연령상승은 사실상 고령자의 생계를 매우 어렵게 하게 된다. 따라서 퇴직기간과 국민연금수급 개시시점 간에 생계비를 조달하는 수단으로 기업연금이 필요하게 된다.

즉, 기업연금은 개인이 정년퇴직하는 시점부터 지급되나 국민연금은 60세라는 일정시점에 지급되기 시작한다. 이 기간동안 기업연금은 노후생계유지에 절대적인 재원이 된다. 특히 민간연금으로서 기업연금은 지수화연금이나 종신연금을 보장할 수 없으므로 퇴직시점에서 연금수급시점까지 노후 생계비를 보장하는 효율적인 수단이 된다. 이것은 연금공급자에게 있어서도 관리 측면에서 매우 유리하다고 본다.

이상의 논의에 따르면 기업연금의 1차적인 역할은 퇴직시점부터 국민연금의 수급개시연령까지의 노후 소득을 보전하는 것이 되어야 한다. 이 기간 동안 부족한 노후 생계비는 비정규직 근로소득으로 메워야 한다. 그리고 국민연금의 수급이 개시되면 기업연금은 국민연금에 역할을 넘기면서 보완적 기능을 하게 된다.

이러한 시나리오가 성립하기 위하여 국민연금은 소득대체율이 50~55% 정도가 되도록 하고, 기업연금은 55세부터 65세에 집중적으로 지급되는 상품이 구성되게 된다. 이 경우 퇴직금은 퇴직시점에서 급여가 결정되어 바로 지급이 개시될 가능성이 높아서 국민연금으로의 이전에 따른 수급불안은 떨어버릴 수 있다.

〔그림 5〕 연금체계: 3안



위에서 언급된 국민연금과 기업연금의 연계방안은 사실상 국민연금이 기초부분과 소득 비례부분으로 구분되어 운영된다는 가정에 따른다. 그러나 이러한 변화는 사실 국민연금의 급여구조 속에 내포되어 있다는 점에서 혁신적인 것은 아니다. 단지 재정적자가 예상되는 시점에서 재정적자의 조달을 위하여 기본적인 원칙을 설정할 필요가 있는데 이 경우 적어도 기초부분 혹은 소득재분배 부분만을 정부가 보장하자는 것이다. 그리고 이를 원만히 실행하기 위하여 연금구조식의 소득재분배부분은 부과방식과 확정급여 방식으로 운영하는 것이 제도의 혼란을 최소화할 수 있다는 것이다.

위에서 제시된 연계 방식 가운데 2의 방식은 1의 방식에 비하여 선택의 폭을 넓게 설정하는 모형으로 비교적 국민연금 보험료 인상의 저항을 최소화할 수 있다는 측면이 있다. 그러나 국민연금에 대한 국민의 불안이 해소된다면 가입자들은 오히려 기업연금보다는 국민연금을 선택할 것이므로 결과는 같게 된다. 따라서 우선 정부가 국민연금에 대한 신뢰를 구축할 수 있는 운영구조를 확립하는 것이 필요하다.

제3의 방식은 1과 2의 방식에 비교하여 고령화시대를 위한 미래 지향적 모델이라고 본다. 평균수명의 연장 등으로 연금재정의 적자가 증가할 수밖에 없는 현실에서 국민연금을 받을 수 있는 최초 연령기준은 늦춰질 수밖에 없다. 이에 따라 퇴직금을 기업연금화하여

퇴직 후 국민연금 수급개시 전까지 기업연금을 받아서 생계를 유지하도록 하는 것이다. 따라서 이 경우 국민연금은 연금수급기간이 짧아지는 대신 소득대체율은 높일 수 있는 이점이 있다. 특히 70세 이후 자산을 통한 연금화는 최근 도입된 reverse mortgage를 연금체계에 편입함으로써 점진적 퇴직과 함께 앞으로 우리의 연금재원을 어떻게 확충할 것인가에 대한 대안을 제시한다는 점에서 앞으로 더 연구되어야 한다.

이상의 조정방법은 앞으로 퇴직금제도의 개선 및 기업연금제도의 도입과정에서 충분히 논의되어야 한다. 따라서 앞으로 이에 대한 연구가 지속적으로 이루어질 필요가 있다. 이 과정에서 기업연금의 적용을 용이하게 하기 위하여 연금과 현금성 급여 (fringe benefit)의 통합과정이 필요하다. 이를 통하여 개인의 선호에 따라 본인의 복지혜택을 선호할 수 있도록 해야 한다.

그리고 정부는 기업이 피크 임금제와 생산성임금제를 도입하도록 유도함으로써 노동시장의 유연성을 높여서 고령자 고용에 따른 임금의 부담을 줄이는 것이 필요하다. 이는 임금에 비례하는 사회보장기여금의 부담을 줄여주기 때문에 고령자의 고용을 촉진하는 효과가 있다. 이 경우 고령근로자들이 원하는 복지혜택의 범위는 젊은 근로자이 원하는 복지혜택보다 적을 수밖에 없지 때문에 고용에 따른 부담은 크지 않을 것으로 본다.

## V. 결 론

국민연금은 노후의 기초보장이 아니다. 오히려 최후의 보장이다. 기초보장은 본인이 직접 일구어 만든 노후 자산이다. 그리고 그것이 모자라면 기업 재직 시 마련된 퇴직연금으로, 그것으로도 안 되면 국민연금으로 노후를 보장받는 것이다. 다층체계의 확립이 없이는 국민연금에 대한 과잉기대에 따른 국민들의 불만은 끊임없이 이어질 것이다. 그리고 불만의 내용이 사회적 변화에 따라 계속 달라질 것이다. 따라서 연금제도의 내용은 지속적으로 개선되지 않으면 안 된다. 특히 제도 개선과정에서 지나친 수급권의 보장은 되돌릴 수 없다. 수급자들이 이미 고령이 되어서 수급권의 감소에 적응력을 이미 상실했기 때문이다.

국민연금제도의 개선에 있어서 이미 이해당사자간의 이해관계가 형성되어 있어서 서로 간의 양보를 받아내기가 힘들다. 정부의 결단이 있어도 직접적인 제도의 개혁은 그 지속성 유지가 매우 힘들다. 따라서 제도 개선에는 가입자들이 스스로 순응할 수 있는 경제적 유인방안을 최대한 활용하면서 주변제도를 변화시킴으로써 국민연금제도의 운영에 긍정적인 효과 있도록 유도해야 한다.

예를 들면, 노인의 취업 연장과 연금수급연령의 연장은 연금의 수급의 긴박성을 줄이면서 국민연금의 급여지출을 줄여서 재정에 긍정적인 역할을 한다. 또한, 기업연금의 활성화 혹은 국민연금과의 연계는 국민연금에 대한 의존도를 줄여서 제도의 개혁이 비교적 용이하게 한다.

국민연금제도가 사회경제적 변화에 따라 앞으로 많은 문제점을 낳게 될 것은 다른 나라의 경험으로 미루어도 예측가능하다. 따라서 일정의 기본원칙 하에 사회경제적 변화에 따라 제도를 개선하는 유연한 시스템을 구성하는 것이 가장 시급한 과제로 본다. 지금까지의 논의에 따른 국민연금제도의 주요 개선방향은 다음과 같다. 첫째, 연금구조를 기초부분과 소득비례부분으로 나누고, 소득비례부분은 기업연금으로 적용제외가 가능하게 한다. 기초부분은 부과방식으로, 소득비례부분은 적립방식으로 운영한다.

개인의 수명에 대한 분산이 매우 줄어들고 있다. 이는 전체 모집단의 평균 수명에서 벗어나 생존할 확률이나 단명할 사망위험이 점차 감소한다는 것을 의미한다. 이에 따라 연금의 성격이 보험에서 저축의 개념으로 부분적으로 이전할 필요성이 있다. 이는 국민연금이 기초부분이 갖는 보험성과 소득비례부분이 갖는 저축성을 함께 유지해야 하는 것을 의미한다.

둘째, 연금수급에 있어서 일정 연령까지 소득조사를 하여 연금을 감액한다. 고령자의 취업을 촉진하면서 연금수급연령을 70세로 인상한다.

셋째, 보험료 부과 소득의 상한(현재 월 360만원)을 물가 상승률에 따라 자동 인상한다.

넷째, 자영업자의 소득과약은 지역의료보험의 소득추정 방법의 조정과 함께 일치시킨다.

다섯째, 기업연금제를 도입하여 개인연금제도와 함께 국민연금과 노후생계보장의 역할을 분담하고 국민연금, 생계급여, 경로연금과의 관계를 설정한다.

여섯째, 경제사회의 변화에 대응하여 국민연금제도를 개선하고 전체 연금제도의 제도적 조정을 담당하는 「연금협의기구」를 설립한다. 재정수지에 집착한 안정적인 제도가 그 노후보장 기능의 효율적 수행을 보장하지는 않는다고 본다. 제도의 목적과 국민경제의 효율

성을 제고하는 제도를 위하여는 급변하는 시대마다 정당, 피용자, 및 사용자 간의 일체감이 있어야 하며, 사회경제적 변화에 따른 제도적 보완이 따라야 한다.

독일, 영국, 미국 등 어떤 국가에서도, 정권이나 전쟁수행 중에서도, 제도의 부분적인 변화는 있었을 지언정, 그 골격의 변화는 거의 이루어지지 않았다는 점에서 국민연금은 매우 경직적으로 운영될 여지가 많다. 따라서 제도의 확대나 성숙이전에 합리적인 제도로의 개선은 사후의 국민연금 뿐 아니라 연금제도 전체의 경제 사회적 공헌을 극대화시킬 수 있는 최선의 대안이다.

현재 선진국가들의 복지정책방향은 welfarism에서 탈피하여 workfarism으로 변화하고 있다. 그리고 고령화사회(Aging Society)에 대한 대비에서 수명연장사회(Long-life Society)로의 대비로 국민연금에 대한 패러다임이 바뀌어야 한다. 안정적 연금체계의 확립과 함께 근로복지를 확충함으로써 근로기간을 연장시켜서 노후 복지문제가 해결될 수 있도록 하는 것이 고령화시대에 최선의 전략이다.

## 참 고 문 헌

- 강문수(2002), 「연금기금 운용관리체계 개선방안」, 『2002년도 국가예산과 정책목표』, 한국개발연구원 .
- 경제기획원, 『경제활동 통계연보』.
- 국민연금관리공단, 『국민의료보험 통계연보』.
- 국민연금발전위원회(2003. 6), 『2003년 국민연금 재정계산 및 제도개선방안』,
- 국민연금제도개선기획단(1997), 『전국민 연금확대에 대비한 국민연금제도 개선』.
- 국민연금제도개선기획단(1997. 12), 『전국민 연금확대에 대비한 국민연금제도 개선: 자료집』.
- 김원식(1991), 「기업연금의 재원과 기금운용」, 『기업연금제도의 도입과 과제』, 한국사회보장학회.
- \_\_\_\_\_ (1993. 3) 「한국 국민연금제도의 후생비용 측정연구」, 『재정논집』, 제7집.
- \_\_\_\_\_ (1993. 8), 「자금순환에 따른 국민연금기금 운영방안」, 『경제학연구』, 한국경제학회, 제41집 1호, pp.77~93.
- \_\_\_\_\_ (1995. 3), 「퇴직금제도의 국민연금전환 방식에 관한 연구: 새로운 접근의 시도」, 『재정논집』, 제9집, pp.171~190.
- \_\_\_\_\_ (1996), 『개인연금제도의 정착을 위한 정책방안연구』, 한국금융연구원.
- \_\_\_\_\_ (1996), 「퇴직금제도의 문제점과 개선방안」, 『상장협』, 추계호, pp.70~85.
- \_\_\_\_\_ (1997), 「전환기의 우리나라 국민연금의 발전방향」, 『한국사회정책』, 제4집 2호, pp.11~41.
- \_\_\_\_\_ (1997.12), 「국민연금제도 역할정립」, 『전국민연금 확대적용에 대비한 국민연금제도 개선: 자료집』, pp.81~118.
- \_\_\_\_\_ (1997.12), 「적립방식 소득비례연금: 제3안」, 『전국민연금 확대적용에 대비한 국민연

- 금제도 개선: 자료집』, pp.358 ~ 379.
- \_\_\_\_\_ (2001. 6), 「국민연금의 제도적 변화와 재정」, 『21세기 한국사회보장의 재정과 개혁』, 한국사회보장학회.
- \_\_\_\_\_ (2001.11.30), 「21세기 국민경제속의 국민연금의 역할과 과제: 전략적 투자를 중심으로」, 『한국재정학회, 한국공공경제학회 공동학술대회 발표자료』, 한국재정학회/한국공공경제학회,
- \_\_\_\_\_ (2003.12), 「성장과 분배: 지속성장을 위한 복지패러다임의 모색」, 『성장과 분배의 조화: 사회복지정책의 과제』, 한국사회복지정책학회 논문집.
- \_\_\_\_\_ (2003 봄), 「국민연금의 현황과 개선과제」, 『임금연구』, 제11-1권,
- \_\_\_\_\_ (2002), 노인철, 『기업연금의 도입과 국민연금과의 관계설정』, 국민연금관리공단.
- \_\_\_\_\_ (1990.11), 민재성, 『한국의 퇴직금제도와 기업연금제도 도입방안』, 한국개발연구원,
- \_\_\_\_\_ (2001). 방하남·김호경·이호영·신기철, 『기업연금제도 도입방안 연구』, 한국노동연구원. 노동부, 『노동통계연감』.
- 문형표(2002), 「공무원연금의 재정운영방식에 대한 연구」, 『2002년도 국가예산과 정책목표』, 한국개발연구원.
- 방하남(1997. 5), 「미국의 기업연금제도」, 한국노동연구원,
- \_\_\_\_\_ (1998. 6), 『한국기업의 퇴직금제도 연구』, 한국노동연구원.
- 보건복지부(1998.12), 『4대 사회보험통합을 위한 자료집 II』.
- 신기철(2001. 8. 3), 「국민연금과 법정퇴직금제도를 고려한 기업연금제도의 설계 관련 토론 자료」,
- 윤병식 외(1998. 10), 『사회보험 통합관리체계 연구』, 한국보건사회연구원.
- 이용하·김진수(1998), 『국민연금 민영화론의 허상』, 국민연금관리공단연구센터.
- 한국보건사회연구원(1998.12), 『전국노인생활실태 및 복지욕구조사』.
- 한국증권연구원(2001. 8), 『확정각출형 기업연금도입에 관한 연구』.

- 山崎 清(1988), 『日本の 退職金制度』, 日本労働協會.
- 村上 清, 五島淺男(1992), 『新世代の 退職金, 年金制度』, 일본생산성본부.
- Atkinson, A. B. and Martin Rein(eds.)1993, *Age, Work and Social Security*, St. Martin's Press.
- Beach Charles M. and Frederic S. Balfour(Feb. 1983), "Estimated Payroll Tax Incidence and Aggregate Demand for Labor in the United Kingdom," *Economica*, Vol.50, pp.35~48.
- Gramlich, Edward M(May 1989), "Economist's View of the Welfare System," *American Economic Review*, pp.191~196.
- Ippolito, Richard A.(1986), *Pensions, Economics and Public Policy*, Dow Jones - Irwin: Illinois.
- ISSA(1987), *Conjugating Public and Private: The Case of Pension*.
- Kim, Wonshik(Summer 1990), "The Welfare Cost of Social Security due to Changes in Private Saving: the Case of Capital Income Taxation," *Korean Economic Review*, Vol.6, No.1, pp. 121~137.
- "New Partnership for Care in Old Age," A Consultation Paper presented to U.K parliament, 1996. 5. 7.
- Poterba, J. M. et al, "Do 401(K) Contributions Crowd out Other Personal Saving?" *Journal of Public Economics*, Vol.58, pp.1~32.
- Rejda, G. E.(1984), *Social Insurance and Economic Security*, 2nd ed., Prentice-Hall, Inc.
- World Bank(1994), *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, New York, Oxford University Press.