

■ 연구총서 ■

2003-3

보건의료 시스템의 국제비교연구

한국노총 중앙연구원

발 간 사

우리의 보건의료 시스템은 대단히 기형적이다. 우리의 의료 시스템은 사회보장에 따른 의료보험제도를 근간으로 하고 있으면서도 민간비중이 대단히 큰 비중을 차지한다. 그리고 국가의 역할이 지나치게 작다. 어느 나라든 의료의 최소한의 공공성은 국가의 역할로 되어 있지만, 우리의 경우 국가의 역할은 최소한에 머무르고 있는 것이다.

지나친 민간 위주의 의료체계와 이에 조응하지 않는 사회보장 장치, 국가의 최소한의 역할로 요약되는 한국 의료시스템의 특성으로 인하여, 우리의 의료 시스템은 그 한계를 명확하게 드러내기 시작했다. 바로 그 때문에 90년대 이후 지속적으로 의료시스템의 개혁이 논의되어 왔다. 이러한 노력들은 한국의 의료시스템이 갖고 있는 보건의료 문제를 드러내고 사회적인 논의의 대상으로 끌어올렸다는 점에서 가치를 갖고 있으나, 활동의 성과는 거의 없는 것으로 평가되어 왔다. 그 때문에 여전히 한국의 보건의료 시스템의 개혁을 둘러싼 논의는 계속되고 있으며, 특히 보건의료의 형평성, 보건의료문제의 해결을 위한 국가 역할의 강화 등의 문제는 지속적으로 제기되고 있다.

한국의 보건의료에 대한 문제제기가 계속되고 있는 이러한 상황에서 보건의료 개혁 이후에도 국가의 공적인 역할이 유지되고 있는 OECD 국가를 대상으로 하여 보건의료의 공적인 성격의 변동을 분석하는 것은 의료의 공공성 제고를 과제로 안고 있는 우리나라의 현실을 올바르게 파악하고 전망하는 데에도 도움이 될 것이다.

이 연구보고서가 나오는 데 수고해 준 정승국 연구위원과 신희균씨에게 감사드리며, 보고서의 내용은 연구자의 개인적 견해일 뿐, 조직의 입장과 다를 수 있음을 밝힌다.

2003. 12

한국노동조합총연맹
이 남 순 위 원 장

보건의료 시스템의 국제비교연구

정 승 국

한국노총 중앙연구원 연구위원

/ 목 / 차 /

제1장 서론	1
제1절 문제제기	1
제2절 연구과제	4
제3절 논문의 구성	5
제2장 이론적 배경	7
제1절 기존연구의 검토	7
제2절 이론적 배경	14
1. 세계화론	14
2. 권력자원론	19
3. 신제도주의	24
4. 사회경제적 배경	27
제3장 연구방법 및 자료	32
제1절 분석변수의 구성 및 측정	32
1. 종속변수의 측정	32
2. 독립변수의 측정	33
제2절 연구대상 및 자료	36
1. 연구대상 및 기간	36
2. 자료	37
제3절 분석방법	39
1. 양적 비교분석	39
2. 질적 분석	41

제4장 보건의료 축소의 경과	42
제1절 공적지출 비율 추이	42
1. 공적지출 비율 추이와 복지체제	42
2. 공적지출 비율의 축소 정도와 복지체제	49
제2절 공적제공 비율 추이	53
제3절 민간 건강보험의 추이	55
제5장 결합회귀분석	57
제1절 독립변수들에 대한 기술적 분석	57
제2절 결합회귀분석 결과	58
1. 공적지출의 비율	58
2. 공적제공의 비율	70
제6장 보건의료 개혁의 역사제도적 분석	76
제1절 사회민주주의 복지체제	76
1. 스웨덴	76
(1) 보건의료 시스템	76
(2) 보건의료 개혁	78
2. 핀란드	83
(1) 보건의료 시스템	83
(2) 보건의료 개혁	84
3. 덴마크	86
(1) 보건의료 시스템	86
(2) 보건의료 개혁	87
제2절 보수주의적-조합주의적 복지체제	89
1. 독일	89

(1) 보건의료 시스템	89
(2) 보건의료 개혁	92
2. 프랑스	99
(1) 보건의료 시스템	99
(2) 보건의료 개혁	100
3. 네덜란드	103
(1) 보건의료 시스템	103
(2) 보건의료 개혁	104
제3절 자유주의 복지체제	110
1. 미국	110
(1) 보건의료 시스템	110
(2) 보건의료 개혁	113
2. 영국	115
(1) 보건의료 시스템	115
(2) 보건의료 개혁	117
3. 뉴질랜드	120
(1) 보건의료 시스템	120
(2) 보건의료 개혁	121
제7장 결론	125
참고문헌	129
부록 I : 각국 보건의료지출의 공적 비율 추이	137
부록 II : GDP 대비 공적지출 비율	144

/ 표 / 목 / 차 /

<표 3-1> 서구국가의 헌법구조지수	35
<표 3-2> 변수명과 변수측정방법	36
<표 4-1> 전체 보건의료 지출의 공적 비율(%)	42
<표 4-2> 국가별 축소의 정도	51
<표 4-3> 전체 보건의료 공적제공의 비율	53
<표 4-4> 보건의료총지출 중 민간 건강보험의 비율	55
<표 5-1> 독립변수들에 대한 기술적 분석	57
<표 5-2> 연구자들이 설정한 복지국가 축소의 시점	59
<표 5-3> 보건의료 공적지출 비율의 효과 추정	60
<표 5-4> 유럽 각국의 복지국가 축소 기점	63
<표 5-5> 보건의료 공적지출의 효과 추정(연도더미×실업률)	64
<표 5-6> 보건의료 공적지출의 효과 추정(연도더미×노령인구비율)	65
<표 5-7> 보건의료 공적지출의 효과 추정(연도더미×국가구조지수)	65
<표 5-8> 복지국가 유형별 보건의료 공적지출의 효과	66
<표 5-9> 보건의료 공적제공의 효과 추정	71
<표 5-10> 보건의료 공적제공의 효과 추정(연도더미)	71
<표 5-11> 보건의료 공적제공의 효과 추정(연도 더미×노령인구비율)	72
<표 5-12> 보건의료 공적제공의 효과 추정(연도 더미×기독교 민주주의 정당 내각점유율)	73
<표 5-13> 복지국가 유형별 보건의료 공적제공의 효과	73
<표 6-1> 스웨덴 의료보장제도의 주요 개혁	81
<표 6-2> 데카시몬즈 개혁 전후의 의료 시스템의 비교	108

/ 그 / 립 / 목 / 차 /

<그림 4-1> 복지국가 유형별 보건의료 공적지출 비율 추이	47
<그림 I-1> 스웨덴 보건의료 공적지출의 비율 추이	137
<그림 I-2> 스웨덴 보건의료 공적제공의 비율 추이	137
<그림 I-3> 핀란드 보건의료 공적제공의 비율 추이	138
<그림 I-4> 덴마크 보건의료 공적지출의 비율 추이	138
<그림 I-5> 독일 보건의료 공적지출의 비율 추이	139
<그림 I-6> 독일 보건의료 공적제공의 비율 추이	139
<그림 I-7> 프랑스 보건의료 공적지출 비율의 추이	140
<그림 I-8> 프랑스 보건의료 공적제공의 비율	140
<그림 I-9> 네덜란드 보건의료 공적지출의 비율 추이	141
<그림 I-10> 미국 보건의료 공적지출의 비율 추이	141
<그림 I-11> 미국 보건의료 공적제공의 비율 추이	142
<그림 I-12> 영국 보건의료 공적지출의 비율 추이	142
<그림 I-13> 영국 보건의료 공적제공의 비율 추이	143
<그림 I-14> 뉴질랜드 보건의료 공적지출의 추이	143
<그림 II-1> 스웨덴	144
<그림 II-2> 핀란드	144
<그림 II-3> 독일	145
<그림 II-4> 프랑스	145
<그림 II-5> 네덜란드	146
<그림 II-6> 미국	146
<그림 II-7> 영국	147

제1장 서론

제1절 문제제기

서구 선진자본주의 국가에서 80년대 이후 복지국가의 삭감이 지속적으로 이루어져 왔다는 사실은 경험적 연구를 통해 사실로 확인되고 있다(Huber and Stephens, 2001). 복지국가의 축소는 복지국가를 구성하는 다양한 영역에서 이루어지고 있으나, 그 가운데서도 보건의료는 ‘복지개혁의 시험대’(Freeman and Moran, 2000)로 간주되어 왔다. 몸이 아플 때, 의사에게 갈 수 있다는 것은 대부분의 선진자본주의 국가에서 시민권의 지표로 간주되었으므로 보건의료 프로그램은 일반적으로 복지국가에서 최대의 프로그램 중의 하나로 되어 있다.¹⁾ 따라서 복지국가를 재구조화하려는 노력은 필연적으로 ‘보건의료 국가’(health care state)(Moran, 1995)를 재구성하려는 시도를 포함할 수밖에 없다. 보건의료는 근대 복지국가에 대한 재정적 압력과 긴밀하게 연결되어 있는 것이다.

서구에서 보건의료의 지출은 복지국가 지출의 궤적을 그대로 밟아 왔다. 전후부터 시작하여 1970년대 중반에 이르는 복지국가의 황금기에 보건의료 지출은 크게 증가했으며 보건의료를 받을 수 있는 수급자격(entitlements) 역시 크게 확대되었다.²⁾ 그러나 1970년대 후반 이후 보건의료에 필요한 이러한 높은 지출은 경제에 부담으로 작용하기 시

1) 선진자본주의국에 속하는 대부분의 나라는 GDP의 6~14%를 보건의료에 지출하고 있다.

2) Pierson(2001b)에 따르면 보건의료는 연금과 함께 복지국가 확장기 정부지출의 증가를 가져온 가장 중요한 구성요소이다.

작하였으며 1980년대 내내 보건의료 비용의 역제는 복지 개혁의 주요한 항목이 되었다. 1990년대 계속된 경기침체로 인하여 이러한 사정은 더욱 악화되었다(Freeman and Moran, 2000). 정부는 보건의료정책의 개혁을 미래를 위한 경제전략에 필수적인 것이라고 판단하였다. 각국에서 전개된 개혁 전략은 세 가지 유형으로 구분할 수 있다(Saltman & Figueras, 1997; Saltman, Figueras and Sakellarides, 1998).

첫째 보건의료 부문에서 국가가 전통적으로 중심적인 행위자였던 나라에서 보건의료 활동의 거의 모든 차원에 개입하는 국가의 역할은 재평가되었다. 보건의료의 제공 및 재정과 관련하여 시장의 역할이 강화되었으며 의료시스템의 여러 영역에 시장 메카니즘이 침투하기 시작했다. 시장의 인센티브가 의료인(성과급)과 소비자(환자의 선택 증가, 코스트 분담)에게 다 같이 도입되었다. 보건의료 시스템에서 민간기관이 더 많은 역할을 수행할 수 있는 기회가 확장되었으며, 공공부문과 민간부문 사이의 경쟁이 확대되었다.

둘째 보건의료 시스템의 재조직이 추진되었다. 분권화는 유럽의 많은 나라에서 보건의료 개혁의 중심 교의가 되었으며 서비스 전달체계의 개선을 촉진하는 효과적인 수단으로 간주되었다. 그리고 필요에 따라 자원을 배분하고 우선권에 관한 결정에서 공동체를 참여시키고 보건의료 불평등을 줄이기 위한 수단으로서 분권화가 추진되었다.

셋째 여러 개혁전략에서 시민과 환자의 역할이 강화되었다. 보건의료 서비스와 관련하여 환자의 권리에 대한 인식이 증가하였으며, 의료진과 의료설비에 대한 환자의 선택폭이 확대되었다. 분권화가 추진된 지역에서는 지역의 의사결정과정에서 이들이 참여하도록 요청받았다.

본 논문에서는 이처럼 보건의료의 재편이 추진되고 있는 과정에서,

OECD의 각 국가는 보건의료의 영역에서 어느 정도만큼 축소를 경험하고 있는가? 보건의료의 재정조달과 제공에서 공적 지출과 공적 제공이 차지하는 비율의 양상은 어떠한가? 이것에 영향을 미치는 요인은 무엇인가? 에 중점을 두고 분석하고자 한다.

주로 선진자본주의국가의 보건의료를 대상으로 한 이러한 분석은 현재 의료개혁의 압력에 직면해 있는 한국의 상황을 이해하는 데에도 도움이 될 것이다. 지난 몇 년 동안 우리 나라에서도 보건의료의 개혁을 둘러싼 논의가 치열하게 전개되어 왔다.

잘 알려져 있듯이, 우리나라의 의료 시스템은 대단히 기형적이다. 우리나라의 의료 시스템은 사회보장에 따른 건강보험제도를 근간으로 하고 있으면서도 민간비중이 대단히 큰 비중을 차지한다. 한국의 의료를 규정하는 가장 중요한 특성은 사적 성격과 시장과잉인 것이다(김창엽, 2000). 의료시설의 양을 나타내는 대표적 지표인 병원 병상수를 보면, 전체의 약 85%를 민간이 차지하고 있어서 민간 우위의 정도가 전세계적으로 가장 높은 수준에 속한다. 그리고 국가의 역할이 지나치게 작다. 어느 나라든 의료의 최소한의 공공성은 국가의 역할로 되어 있지만, 우리나라의 경우 국가의 역할은 최소한에 머무르고 있는 것이다.

지나친 민간 위주의 의료체계와 이에 조응하지 않는 사회보장 장치, 국가의 최소한의 역할로 요약되는 한국 의료시스템의 특성으로 인하여, 우리나라의 의료시스템은 그 한계를 드러내기 시작했다(김창엽, 1999). 민간부문의 확장으로 인하여 90년대 들어 양적인 서비스는 확대되었으나, 지역·계층간 격차는 크게 줄지 않았다. 보건의료의 비용은 급증하는 반면, 서비스의 질적 수준과 편의는 동일하게 증가하지 않음으로써 보건의료에 대한 국민들의 불만이 증가하였다. 보건의료에 대한 사회

적 불만으로 인하여 90년대 이후 지속적으로 의료시스템의 개혁이 논의되어 왔다. 정부가 주도한 1994년의 의료보장개혁위원회와 1996 ~ 1997년의 의료개혁위원회의 활동은 그 대표적인 사례라고 할 수 있을 것이다. 이러한 노력들은 한국의 의료시스템이 갖고 있는 보건의료 문제를 드러내고 사회적인 논의의 대상으로 끌어올렸다는 점에서 가치를 갖고 있으나, 활동의 성과는 거의 없는 것으로 평가되어 왔다(김창엽, 1999). 여전히 한국의 보건의료 시스템의 개혁을 둘러싼 논의는 계속되고 있으며, 특히 보건의료의 형평성, 보건의료문제의 해결을 위한 국가 역할의 강화 등의 문제는 지속적으로 제기되고 있다.

한국의 보건의료에 대한 문제제기가 계속되고 있는 이러한 상황에서 보건의료 개혁 이후에도 국가의 공적인 역할이 유지되고 있는 OECD 국가를 대상으로 하여 보건의료의 공적인 성격의 변동을 분석하는 것은 의료의 공공성 제고를 과제로 안고 있는 우리나라의 현실을 올바르게 파악하고 전망하는 데에도 도움이 될 것이다.

제2절 연구과제

본 연구는 1979년 이후 1999년까지 서구 OECD 국가들을 대상으로 보건의료의 축소와 그것에 영향을 미친 요인들의 분석을 대상으로 한다. 본 연구에서 보건의료의 축소를 보여주는 변수로서는 보건의료의 공적 지출 비율과 공적 제공의 비율을 사용한다.

본 연구의 연구 과제는 아래의 네 가지로 간추릴 수 있다.

첫째는 보건의료 공적 지출 비율의 추이와 그것에 영향을 미친 요인들에 대한 분석이다. 둘째 보건의료 공적 지출 비율의 축소 정도와 세

가지 복지체제의 연관성에 관한 분석도 우리의 분석과제이다. 셋째는 보건의료 공적 제공 비율의 추이와 그것에 영향을 미친 요인들에 대한 분석이다. 넷째는 보건의료 공적 지출과 제공의 비율에 대한 각 변수들의 통계적인 유의미성과 영향력을 각 복지체제별로 달리 분석하는 것도 우리의 주요한 연구대상이 된다.

제3절 논문의 구성

본 논문은 모두 일곱 개의 장으로 구성된다. 제1장 서론에서는 연구의 문제의식을 소개한다. 이어 제2장에서는 본 연구를 위한 예비적 작업으로서 기존 연구의 검토와 이론적 배경이 소개된다. 선행연구의 검토는 주로 복지국가 축소 및 보건의료 개혁과 관련된 여러 연구성과들을 본 연구와의 관련성 속에서 살펴 볼 것이다. 본 연구의 이론적 논의는 복지국가의 축소 현상을 설명하고자 하는 여러 이론들 즉 세계화론, 권력자원론, 신제도주의, 사회경제적 관점들을 검토할 것이다. 사회경제적 관점들 속에 포함되는 변수들은 1인당 실질 GDP, 실업률, 재정적자비율, 65세 이상 노령인구비율 등이 될 것이다. 이어서 본 연구의 연구가설이 제시된다. 제3장에서는 분석변수의 구성, 연구대상 및 자료, 분석방법을 제시한다. 결합회귀분석을 이용한 양적 분석과 질적 분석이 본 연구의 연구방법으로서 소개될 것이다.

제4장에서는 우선 보건의료 공적 지출 비율의 추이가 시기별로, 그리고 세 가지 복지체제와의 연관 속에서 분석될 것이다. 시기적으로는 1960~73, 1974~79, 1980~89, 1990~1997년의 네 시기로 구분했다. 시기별 구분의 주요 기준은 1974년의 제1차 오일쇼크와 1979년의

제2차 오일쇼크, 그리고 1990년부터 시작되는 유럽경제의 새로운 사이클이다. 그리고 이 장에서는 보건의료 공적 지출 비율의 축소 정도와 베버리지 모형과 비스마르크 모형이라는 보건의료의 두 제도와의 연관성, 세 가지 복지체제의 연관성에 관한 분석도 제시될 것이다.

아울러 보건의료 공적 제공의 비율 추이도 함께 4장 속에서 분석된다. 보건의료의 축소는 민간건강보험의 비율 증가로 귀결되는데, 이것이 전체 보건의료지출에서 차지하는 비중에 대한 분석도 4장의 마지막에 제시될 것이다.

제5장에서는 결합회귀분석을 이용한 양적인 분석을 통해서 종속변수에 대한 독립변수의 효과가 검증될 것이다. 본 논문에서 설정하고 있는 종속변수는 보건의료 공적 지출의 비율과 보건의료 공적 제공의 비율이다. 독립변수는 1인당 실질 GDP, 실업률, 재정적자비율, 개방도, 노령인구비율, 국가구조, 좌파정당 내각점유율, 기독교민주주의 정당 내각점유율이다. 15개국을 대상으로 21년 동안의 시계열 자료들을 통해서 종속변수들에 대한 독립변수들의 효과를 분석한다. 그리고 사회민주주의 복지체제와 보수주의적 복지체제, 그리고 자유주의 복지체제별로 독립변수의 효과들이 차이가 있는지를 검토할 것이다.

제6장은 비교역사분석으로서 사회민주주의 복지체제에 속하는 스웨덴, 핀란드, 덴마크, 조합주의 복지체제에 속하는 독일, 프랑스, 네덜란드, 자유주의 복지체제에 속하는 미국, 영국, 뉴질랜드를 대상으로 보건의료국가의 축소와 개혁현상을 사례연구를 통해서 분석해 볼 것이다.

제7장은 본 논문의 결론으로서 앞의 논의와 연구결과를 요약한 다음이 글의 한계를 지적하기로 한다.

제2장 이론적 배경

제1절 기존연구의 검토

복지국가 축소에 관한 피어슨(Pierson, 1994, 1996)의 저작이 출간된 이후 축소를 둘러싼 학문적 논의가 무성하게 출현하고 있다. 이들 논의들은 다양한 형태를 띠고 있지만 대체로 네 가지 정도로 정리할 수 있다 (Green-Pedersen, 2000). 첫째는 복지국가 축소의 국가별 차이를 설명하는 데 경제적·제도적·정치적 요인의 중요성을 어떻게 평가할 것인가의 문제이다. 둘째는 복지국가 축소에 직면해 있는 각각의 사회보장 제도들이 보여주는 취약성의 차이를 둘러싼 논쟁이고, 셋째는 복지국가의 지속성을 둘러싼 논의이다. 넷째는 이른바 ‘중속변수의 문제’로서 복지국가의 어떤 변화를 축소로 해석할 것이며, 축소를 경험적으로 연구하는 데 어떤 자료가 가장 적절할 것인가에 관련된 문제이다.

복지국가의 축소를 측정하는 양적인 연구는 바로 네 번째 질문과 직접 연결되어 있다. 지난 수년 동안 출간된 복지국가의 변동에 관한 양적인 연구들은 네 번째 질문과 관련하여 다양한 태도를 취하고 있다. 대처 집권기의 영국과 레이건 집권기 미국의 복지국가 축소 경험을 검토한 후 복지국가의 축소가 제한적이었다고 결론을 내린 피어슨(Pierson, 1994)을 기준으로 파악한다면 피어슨의 좌우에 여러 연구자들을 배열할 수 있을 것이다.

클레이튼과 폰투스온(Clayton & Pontusson, 1998)은 극단적인 원편은 아니지만 왼쪽에 위치시킬 수 있는 논문이라고 할 수 있을 것이다. 이들은 ‘복지국가의 새로운 정치’라는 피어슨의 논지를 정면으로 검토하고

있다. 이들은 복지의 축소와 개혁이 엄격하게 제한적이었다는 피어슨의 주장에 대해 복지국가의 축소를 사회적 불평등과 불안정의 증가라는 맥락 속에서 파악할 경우 상당한 정도로 축소가 진행되고 있다고 지적한다. 따라서 누적적 적응인가 아니면 급진적 변동인가 하는 이분법적으로 문제를 제기하는 것은 비생산적이라는 것이다. 그리고 이들은 GDP의 비율로서의 사회적 지출의 측면에서 복지국가의 크기를 측정하는 것은 사회복지 수요의 변동을 고려하지 못하는 문제점을 가지고 있다고 지적한다. 그 대신 이들은 공공부문 노동력의 절대적 크기의 측면에서 복지국가를 측정하자고 제안하고, 그럴 경우 90년대 이후 뚜렷하게 복지국가가 축소한 사례를 발견할 수 있다는 것이다. 클레이톤과 폰투손의 이러한 주장에 대해서는, 무엇보다 복지국가의 축소 그 자체와 그것의 효과로서의 불평등 문제는 분리해서 파악해야 한다는 비판을 제기할 수 있다(Green-Pedersen, 2000).

후버(Evelyne Huber)와 스티븐스(John D., Stephens)도 서구 선진 자본주의국가에서 1980년대 이후 일어난 복지국가의 축소현상을 폭넓게 인정한다는 점에서 피어슨의 왼쪽에 배열할 수 있는 연구자들이다. 스티븐스, 후버, 레이(Stephens, Huber and Ray, 1999)는 지난 20년 동안 복지국가 수급자격의 축소가 어느 정도 진행되었으며, 자본주의의 황금기를 특징지은, 사회정책에 대한 정당 사이의 차이는 복지국가의 축소기에 어느 정도 줄어들었는가? 라는 질문을 제기하고 있는 논문이다. 이들은 지출, 수입, 소비, 급여, 이전(transfer), 연금, 보건의료, 공공 고용 등 다양한 측정치에 관한 국가간 자료를 기초로 자료를 세 시기(1958~1971, 1972~1979, 1980~1988)로 구분한 후 결합회귀분석을 통해 70년대의 경제적 위기 이후 서구자본주의 국가들이 경험한 사회

정책의 동학을 구체적으로 분석하고 있다.

이들의 결론을 정리하면 다음과 같다. 첫째는 지출의 일반적인 패턴의 측면에서 이들이 구분한 세 시기는 분명한 차이가 있다는 것이다. 거의 모든 지출 측정치에서 평균적인 연도별 증가율은 ‘황금기’에 비해 70년대에 더 높았으며, 80년대에 가장 낮았다. 둘째 지출과 수입의 자료에 대한 양적 분석의 결과 약간의(moderate) 축소만 이루어졌다. 그러나 이들은 연금급여의 성숙으로 인한 지출의 증가를 고려하여야 하며, 조기퇴직으로 인한 연금지출액의 상승요인을 고려해야 한다고 지적하고 있다. 셋째 위기에 대한 정부의 초기 대응은 경기침체와 실업에 대응하고 그들의 사회적 결과를 완화하기 위해 지출을 증가시키는 케인즈주의적인 공식을 따른 것이었다. 그러나 서구의 전통적인 이 정책이 실패로 돌아가자 80년대에 들어선 정부들은 지출의 억제와 수입의 증가라는 새로운 정책을 구사하기 시작했다는 것이다.

넷째 보건의료 지출의 공적 비율, 공적 고용의 경우에는 1975~1985년 사이에 상당한 정도의 축소가 진행되었다. 이러한 사실에 미루어 1980년대 사회정책의 정치는 수급자격을 확장하는 정치가 아니라 그것을 옹호하고 삭감하는 정치가 되었다 라는 것이다.

다섯째 황금기, 1970년대, 1980년대는 사회정책에 미치는 정당의 효과 측면에서 상이하다는 것이다. 황금기를 특징짓는 강한 정당효과는 70년대에 둔화되었으며, 80년대에는 현저하게 약화되었다는 것이다. 정당간 차이의 쇠락은 사회민주당보다는 기독교민주당에서 더욱 크게 나타났다.

후버와 스티븐스(Huber and Stephens, 2001)는 스티븐스, 후버, 레이(Stephens, Huber and Ray, 1999)에 토대를 두면서 발전시킨 연구인데,

1973년 이후 사회정책의 정치를 사회 지출과 공공 고용의 통계적 분석을 통해 검토하고 있다. 그들은 18개 선진자본주의 국가의 시계열자료를 네 시기(1958~72, 1973~79, 1980~90, 1991~96)로 구분하고 네 시기 동안 복지국가 변동의 차이를 검토하고 있다. 그들은 분석을 통해 다음과 같은 결론을 내리고 있다. 먼저 복지국가의 팽창기는 70년대까지였으며 80년대는 긴축의 시기였다는 것이다. 그리고 가장 먼저 실업률의 증가를 보였던 나라들이 70년대 후반에 이미 삭감을 시도한 나라들이며 80년대에 크게 삭감했다는 것이다.

이들에 따르면 복지국가의 축소는 무엇보다 실업과 관련되어 있다. 실업으로 인하여 복지국가 프로그램의 부담이 증가하고, 그리고 이들 프로그램들에 대해 경제활동인구의 기여(contribution)가 감소하는 것에 대한 실용적인 대응이 곧 복지국가의 축소라는 것이다. 예외는 영국과 미국인데 이들 나라의 삭감은 이데올로기적인 이유에서 추진되었다. 정당 효과는 70년대 쇠퇴하기 시작했다가 80년대 거의 완전히 사라졌다는 것도 이들의 주요한 발견물이다. 80년대 강한 정당 효과를 보여주는 유일한 변수는 공공부문 고용인데 사회민주주의 집권과 강한 정의 관계를 가지고 있다고 그들은 주장한다.

후버와 스티븐스(Huber and Stephens, 2001)는 역사적 비교연구와 양적인 연구를 통해 서구 복지국가의 축소현상을 가장 치밀하고 정치(精緻)하게 분석한 연구성과라고 평가할 수 있을 것이다. 이들의 연구는 다음의 특성을 가지고 있다. 첫째는 장단기적인 정당 효과를 분석하기 위해 1년 단위가 아니라 비교적 긴 기간 동안에 걸친 변동을 검토하고 있다. 이러한 분석전략을 취한 이유는 1년 단위의 변동률을 종속변수로 선택하였을 경우 복지국가의 성과에 미친 정당의 효과를 크게 과

소평가하기 때문이다. 이처럼 종속변수를 중위의 기간에 걸친 변동으로서 조작화함으로써 경제 사이클의 효과를 통제할 수 있었다고 그들은 밝히고 있다. 둘째는 역사적 비교연구의 바탕 위에서 양적 연구를 수행함으로써 복지지출의 수치가 갖는 의미를 정확하게 파악할 수 있었다는 점이다.

그러나 후버와 스티븐스의 논문은 정당효과에 일차적인 관심을 두고 있기 때문에 중위의 기간에 걸친 변동을 검토한 결과 각 변수들이 종속변수에 미친 효과를 분석하기 위한 회귀분석을 실행하지는 못하고 있다.

카스텔(Castles, 2001)는 지난 20여 년 동안 서구에서 일어난 복지국가의 축소 현상을 인정하지 않는다는 점에서 피어선의 오른쪽에 위치시킬 수 있는 연구자이다. 1984년에서부터 1997년까지 이루어진, 19개 OECD 국가들의 공적인 지출변동을 분석해 본 논문이다. 카스텔스는 이 자료 분석을 통해 몇 가지 결론을 내리고 있다. 첫째 국가의 일반적인 다운사이징은 없었으며 복지국가 지출의 모든 측면에서 ‘바닥을 향한 경주’(race to the bottom)는 없었다. 그러나 비(非) 사회적 지출의 측면에서는 지출 축소의 일관된 경향이 확인되었다. 둘째 지출 패턴에 영향을 미치는 요인은 세계화가 아니라 실업, 경제성장, ‘이전(以前)의 지출 수준으로 인해 다른 국가들을 따라잡으려는 노력’ 등이라고 분석하고 있다. 그러나 카스텔스의 연구는 드러난 수치를 액면 그대로 해석함으로써 지출 삭감의 정도를 과소평가하는 오류를 범하고 있다. 예컨대 80년대 유럽의 여러 나라에서 공적 연금의 삭감이 시작되는데, 연금 제도가 성숙할 경우에는 법적인 변동 없이도 자동적으로 지출이 증가하게 되므로, 공적지출의 크기를 그대로 해석할 경우 실제 각국에서 진행된 공적 연금의 개혁을 고려하지 못하는 잘못을 범하게 된다. 또한

조직퇴직자 연금은 65세 이상 노인 1인당 연금지출 수치를 증가시키는데, 이러한 사실을 고려하지 못할 경우 실제 진행된 삭감의 정도를 과소평가하게 되는 것이다.³⁾

이러한 오류에 대해서는 이미 피어슨(Pierson, 1994)이 뛰어나게 지적한 바 있다. 피어슨에 따르면, 사회지출의 변화추세는 측정치로서는 부적당하다. 이런 수치들은 단기적인 지출 패턴만을 보여줄 뿐, 장기적인 삭감을 초래하는 프로그램의 변화와 프로그램 구조에서 일어난 변화를 무시하게 된다. 그리고 사회지출의 변화추세는 복지국가의 발전에 중대한 영향을 미칠 수 있는 일반적인 정책변화에 대해서는 전혀 말해주지 않는다.

국내에서도 강철화·김교성·김영범(2000)이 OECD 12개 국가를 대상으로 사회복지지출을 총지출, 소득보장지출, 사회복지서비스 지출로 구분한 후 이들에 대한 결정요인을 시계열 자료를 통해서 분석하고 있다. 복지지출의 후퇴현상은 발견되지 않고 있으며, 소득보장지출을 제외하고 자유주의, 보수주의, 사민주의 사이에서 복지지출의 수렴현상은 발견되지 않았다는 것, 그리고 복지국가의 지출변화는 복지체제의

3) 에스핑-안데르센은 이미 1990년에 지출에 초점을 맞추는 것에 경계를 표시하고 있다. (Esping-Andersen, 1990: 19)

지출에 초점을 맞추는 것은 잘못된 길일 수 있다. 지출은 복지국가의 이론적 실체에 대해 부수현상이다. 더욱이 단선적인 접근(더 많거나 더 적은 권력, 민주주의, 지출)은 권력과 민주주의, 복지가 관계적이며 구조적 현상이라는 사회학적 관념과 모순되는 것이다. 복지국가를 지출로 점수 매김으로써 우리는 모든 지출이 균등하다는 가정을 하게 된다. 예를 들면, 오스트리아와 같은 복지국가는 특권화된 공무원들에게 제공하는 급여에 지출의 큰 비중을 두고 있다. 이것을 두고 우리는 사회적 시 민권과 연대라고 부르지 않는다. 또 다른 복지국가들은 자산조사를 통한 사회 부조에 더 많이 지출한다. 빈민구제의 전통을 개혁한 것을 가지고 복지국가의 자격을 갖추었다고 하는 현대의 분석가들은 거의 없다.

유형에 따라 상이하게 나타나고 있다는 점 등이 이들이 내린 연구결론이다. 이들도 카스텔스가 범한 오류를 그대로 되풀이하고 있다.

복지국가 축소의 정도 문제가 아니라, 복지국가 축소를 어떠한 통계적 방법론에 의해 분석할 것인가의 측면에서 성찰의 계기를 제공해주는 연구자는 히크스와 조른(A. Hicks and Christopher Zorn)이다. 히크스와 조른(Hicks and Zorn, 2002)은 18개 서구국가를 대상으로 하여 사건사 분석을 통하여 복지국가의 축소에 관한 설명을 시도하고 있다. 이 논문에서 복지국가의 축소는 지출 수준이나 변동률이 아니라, 이전에 팽창하고 있던 복지국가의 궤적을 역전시킨 사건으로 간주되고 있다. 이 연구에서 히크스와 조른은 높은 수준의 사회적 지출과 실업률이 복지국가의 축소라는 사건을 앞당기는 핵심 요인이라는 결론을 내리고 있다. 그리고 복지국가 축소의 정도(程度)를 측정할 후 자유주의적 복지체제가 가장 높은 수준의 축소 경향을, 그리고 보수주의적 복지체제가 가장 낮은 축소 경향을 보여주고 있다는 주장을 하고 있다.

그리고 히크스와 조른(Hicks and Zorn, 2003)은 실업률 및 노령인구비율과 복지국가 축소의 관계를 집중적으로 검토하고 있는 논문이다. 여기에서도 축소는 팽창을 향한 복지국가의 궤적을 역전시킨 사건으로 간주되고 있다. 이들은 사건사 분석을 통해 각 독립변수들이 복지축소라는 사건을 앞당기는 요인인지의 여부를 밝히고 있는데, 실업률과 노령인구비율은 축소라는 사건의 도래를 가속화하는 요인으로 검증되고 있다. 이들의 논문은 복지국가 축소 현상을 양적으로 분석할 때 어떠한 통계방법을 사용할 것인가와 관련하여 중요한 문제제기를 하고 있는 논문이다.

이상에서 살펴본 것처럼 복지국가의 변동을 분석하는 여러 양적 연

구들은 복지국가의 축소 현상이 존재하는지, 존재한다면 어느 정도 존재하는지, 그것을 어떻게 측정할 것인가 하는 이른바, 복지국가 축소 연구의 종속변수 문제에 대해 각각 상이한 입장을 보여 주고 있다. 그리고 어떠한 통계방법을 통해서 축소 연구를 할 것인가를 둘러싼 논쟁도 계속되고 있다. 이러한 연구 상황에서 본 논문은 보건의료를 대상으로 하여 축소의 정도와 추이, 그것에 영향을 미친 요인들을 분석할 것이다. 보건의료를 분석대상으로 선택한 이유는 그것이 서구의 공적지출 가운데 가장 큰 비중을 차지하는 항목 중의 하나이며, 보건의료만을 분석 대상으로 하여 축소현상을 양적으로 분석한 연구가 부재하기 때문이다.

제2절 이론적 배경

이른바 ‘복지국가의 새로운 정치’ 즉 복지국가 축소의 정치는 복지국가 확장의 정치와는 차이가 있다(Pierson, 1996). 보건의료 축소를 설명하기 위해, 복지국가의 축소를 설명한 몇 가지 이론들로부터 본 논문이 필요로 하는 몇 가지 요소를 추출하기로 하자.

1. 세계화론

세계화와 복지국가 변동의 관계는 최근 가장 많이 논의되고 있는 주제 중의 하나이다(Rohdes, 1998; Sykes, Palier and Prior, 2001; Swank, 2002). 세계화의 의미는 여러 가지로 쓰이지만, 여기에서는 경제적 의미의 세계화를 가리킨다. 즉 경제적 교환과 생산의 국제화, 금융의 흐름과 교역에 대한 규제의 폐기, 자본, 상품과 서비스, 노동의 이동

의 증가 등을 의미한다. 현재 세계화와 복지의 관계에 관해 세 개의 관점이 제시되어 있는 상태이다.

첫째의 관점은 세계화는 경제의 지배를 가속화시킴으로써 복지국가에 중대한 영향력을 행사한다고 주장한다. 이 관점에서는 세계경제의 국제화는 국민국가 자율성의 소멸과 국민국가 정부의 정책 선택가능성의 축소, 노동운동의 위축을 의미한다고 본다. 세계화로 인하여 국민국가는 전통적인 수요 사이드의 정책을 추구할 수 없으며 세계시장에서 경쟁하기 위해 조세와 지출 프로그램을 줄이지 않을 수 없다는 것이다. 세계화로 인하여 전통적인 복지국가의 기초가 근본적으로 약화되었으며 복지국가는 치열한 경쟁을 보여주고 있는 세계경제 내에서 존립할 수 없다는 것이다.

미쉬라(Mishra, Ramesh)가 이러한 관점을 보여주는 대표적인 주장자이다. 미쉬라는 그의 저서 『세계화와 복지국가』에서 세계화와 복지국가의 관계에 관한 7개의 테제를 제출하고 있다(Mishra, 2002).

- 1) 세계화는 리플레이션 정책을 통해 완전고용과 경제성장이라는 목표를 추구할 수 있는 국민국가 정부들의 능력을 허물어뜨린다. ‘일국 케인즈주의’는 이제 더 이상 활용가능한 선택이 되지 못한다.
- 2) 세계화는 노동시장 유연성, 분절된 ‘포스트 포드주의적 노동력’, 그리고 단체교섭의 분권화를 통해서 임금과 노동조건의 불평등을 증대시킨다. 지구적인 경쟁과 자본의 지구적인 이동은 ‘사회적 덩핑’과 임금 및 노동조건의 악화를 초래한다.
- 3) 세계화는 재정적자 및 국가채무의 감축과 조세인하를 국가정책의 핵심 목표로 설정하도록 함으로써 사회적 보호체제와 사회지출에 대해 하향 압박을 행사한다.

- 4) 세계화는 국민적 연대를 허물어뜨리고 보상의 불평등을 정당화함으로써 사회적 보호의 이데올로기적 기둥, 특히 국민기초생활보장이라는 이데올로기적 기둥을 약화시킨다.
- 5) 세계화는 권력의 균형추를 노동과 국가로부터 자본으로 이전시킴으로써 사회적 협력관계와 삼자협력주의의 토대를 약화시킨다.
- 6) 세계화는 중도좌파적 접근을 사실상 배제시킴으로써 국민국가의 정책선택을 제한한다. 이런 의미에서 세계화는 복지국가 정책에 관한 한, ‘이데올로기의 종언’을 의미한다.
- 7) 세계화의 논리는 국가공동체 및 민주주의 정치의 논리와 갈등을 일으킨다. 사회정책은 지구적 자본주의와 민주적 국민국가 사이의 주요 투쟁의 장으로 등장한다.

에스핑-안데르센(Esping-Andersen, 1996: 256) 역시 이와 유사한 주장을 하고 있다. 에스핑-안데르센은 한 나라가 성장하기 위해서는 경제적 개방이 요구되며, 경제적 개방은 치열한 경쟁과 국제교역, 금융이동, 자본이동에 대한 취약성을 수반한다고 지적한다. 그 결과 재정정책과 화폐정책을 한 나라의 자유의지대로 수행할 수 있는 정부의 자유는 제약될 수밖에 없다는 것이다. 고용을 유지하기 위해서 아니면 재분배 정책을 추진하기 위한 정부의 지출은 경쟁력 저하라는 타격을 가져올 수밖에 없다고 본다. 에스핑-안데르센은 더 나아가 일국 케인즈주의는 더 이상 대안이 아니라고 주장한다. 사회정책을 설계할 수 있는 정부의 자유는 훼손되었으며, 가능한 것과 바람직한 것을 규정하는 것은 점점 더 세계의 금융이 되어 가고 있다는 것이다.

둘째의 관점은 세계화는 복지국가에 별 다른 영향력을 행사하지 않거나 오히려 적극적인 영향력을 행사한다고 본다. 세계화의 주요 지표

인 교역은 20세기 초반과 현재가 동일한 수준이기 때문에 세계화라고 불리는 현상 자체가 허구라는 것이다. 세계 경제의 변동은 세계화론자들이 주장하는 것보다 훨씬 덜 광범하며, 점진적이며 소규모적으로 전개되고 있다고 주장한다. 복지국가를 성취한 대표적인 국가들인 북구의 나라들은 경제적 개방의 정도가 아주 큰 나라들이다. 이 관점에서는 세계화가 진행되고 있다 하더라도 복지국가는 세계화와 양립할 수 있다고 본다. 그리고 경제적 변동의 효과에 대해 어느 정도의 사회 복지와 정치적 반대급부를 제공하는 것이 세계화된 경제에서 필요한 특성이 되고 있다는 것이다. 이 관점에서는 복지국가의 파괴는 경제적 세계화 과정의 영향력 때문이라기보다 구조조정을 추구하는 정부의 이데올로기적 프로젝트 때문이라고 본다(Palier and Sykes, 2001).

피어슨(Pierson, 2001b)이 이러한 주장을 하는 대표적인 연구자인데, 그의 주장에 따르면, 복지국가가 예산의 압력에 직면해 있다면 그것은 세계화 때문이 아니라 서비스 고용의 증가, 노령화, 가족구조의 변동 등 선진산업자본주의 내부에 존재하는 요인 때문이라는 것이다. 이처럼 피어슨이 복지국가에 작용하는 ‘저항할 수 없는 힘’(irresistible forces)이라고 표현한 것은 세계화가 아니라 국내의 내재적 요인들이다. 피어슨은 다음과 같이 말하고 있다.

나의 핵심 주장은 이렇다. 복지국가는 유례없는 예산상의 긴장에 직면해 있지만, 이 긴장은 일차적으로 선진산업 민주주의 내부에서 일어나고 있는 후기-산업사회의 변동과 관련을 맺고 있다. 서비스 고용이 점점 더 풍요 사회의 일자리를 차지하고 있고, 인구는 고령화되고 있으며, 가족구조의 급격한 변동이 일어나고 있는 따위의 변동 말이다. 세계화에 초점을 맞추

는 것은 문제의 본질을 잘못 이해한 것이다(Pierson, 2001b: 82).

카스틀(Castles, 2001)은 OECD 19개국의 공적지출 변동을 분석하여 1984년에서 1997년까지의 지출 추세를 결정하는 요인들을 추출하고 있다. 그의 분석에 따르면 경제의 개방도가 공적 부문의 축소를 이끈다는 어떤 증거도 없으며 현재의 지출 유형에 가장 영향을 많이 미치는 요인은 실업, 경제성장과 이전(以前)의 지출수준이라는 것이다.

세계화가 복지국가에 별다른 영향을 미치지 않는다는 주장을 가장 치밀하게 경험적으로 뒷받침하고 있는 연구는 스웁크(Swank, 2002)라고 할 수 있다. 그는 세계화를 자본의 흐름, 직접투자, 자본시장, 자본시장의 자유화, 이자율 차이로 조작화하고, 이들이 사회복지 지출에 미친 효과를 OECD 15개국을 대상으로 하여 분석하고 있다. 그의 결론은 첫째 국제자본이동은 사회복지정책의 변동과 관련이 없으며, 둘째 국제자본이동은 재정 위기의 시기에 사회복지노력과 부(負)의 관련을 맺고 있으며, 셋째 국제자본이동의 사회복지효과와 방향과 크기는 국내의 정치제도들 즉 복지국가 제도의 구조, 정치사회 내에서의 의사결정 구조, 선거대의제의 구조 등에 의해 형성된다는 것이다.

셋째의 관점은 세계화가 복지국가에 지출을 줄이도록 압력을 행사한다는 ‘경쟁 테제’와 세계화가 세계화로 인하여 취약하게 되는 계층을 위한 사회적 지출을 늘리도록 한다는 ‘보상 테제’를 결합하여, 일정한 시기까지는 보상 테제가 작용하고 그 시점을 지난 후에는 경쟁 테제가 작용한다고 주장한다. 이러한 시각을 갖고 있는 대표적인 연구자는 히스(Hicks, 1999)와 히스와 조른(Hicks & Zorn, 2002)인데 그는 경제의 개방과 소득지출은 역 U자형의 관계를 보여주고 있다는 경험적 분석결

과를 제출하고 있다.

본 연구에서는 이들의 주장을 보건의료 영역에서 경험적으로 검증해 보기 위해 다음과 같은 변수와 가설을 설정하였다. 세계화론과 관련하여 흔히 사용되는 조작화는 경제의 대외개방도와 해외 직접투자이다. 그러나 두 변수는 강한 상관관계를 보여주고 있으므로 여기에서는 대외개방도 변수만 사용하기로 한다.

- 1-1) 무역개방도가 높을수록 보건의료의 공적인 성격(보건의료 공적지출의 비율, 공적제공의 비율)이 약화될 것이다.

2. 권력자원론

권력자원론은 복지국가의 발전과 축소를 설명하는 데 노동의 정치적 세력의 요인을 중요하게 평가한다. 정치적으로 강력한 개혁주의적 노동운동이 서구국가들에서 복지국가의 도래와 성장을 앞당겼다는 것이 권력자원론을 주장하는 연구자들의 지적이다. 이들은 노동자계급 동원의 수준과 좌파정당의 세력이 복지국가의 크기와 분배 효과를 결정하는 일차적 요인이라고 주장한다. 이러한 권력자원론은 1970년대 후반과 1980년대 초반에 복지국가에 대한 기존의 주류 및 급진론의 설명방식에 문제를 제기하면서 출현했다. 마르크스가 계급갈등의 중심적 역할을 강조했음에도 불구하고 초기의 네오 마르크스주의자들은 여러 사회적 프로그램의 창출과정에서 노동자계급이 기울인 노력을 제대로 평가하지 않았으며 나라별로 복지국가의 성장과 발전이 차이가 있다는 사실도 인정하지 않았다. 권력자원론은 권력이 분산되어 있다는 다원

주의자들의 관념을 거부했으며 자본가계급을 사회 내에서 가장 강력한 행위자로 간주했다. 그러나 권력자원론은 급진적 접근과 달리 노동과 자본의 권력균형은 유동적이며 가변적이라고 보았다. 노동은 자신의 권력을 증대하는 정치적 자원을 획득할 수 있으며 그럼으로써 사회 개혁을 성취하고 분배의 불평등을 상당한 정도로 수정할 수 있다는 것이 권력자원론의 생각이었다. 이들의 판단에 따르면 노동자가 보유하고 있는 유력한 권력자원은 바로 정당과 정당을 지탱하는 잘 조직화된 노동운동이었다. 높은 조직률과 노동운동의 중앙집중화는 권력자원을 갖기 위해 중요한 요건이었다. 노동계급이 농민이나 화이트칼라 계급과 연대를 구성하는 것도 중요한 것으로 간주되었다. 권력자원론은 노동이 가장 강력한 나라에서 가장 크게 발전한다고 주장했다(Olsen and O'Connor, 1998).

이들과 다소 맥락은 다르지만, 후버, 래긴, 스티븐스(Huber, Ragin and Stephens, 1993)는 사회민주주의 정당뿐 아니라 기독교 민주주의 정당 역시 복지지출에 상당한 영향력을 행사해왔다고 주장한다. 비록 사회민주주의 정당처럼 불평등을 줄이고 시장을 대체하려고 하기보다 시장 순응적이고 불평등을 재생산해 왔지만 현재와 같은 복지국가 유형을 생산하는 데 주요한 역할을 해왔다는 것이다.

이러한 권력자원론은 복지국가의 발전을 설명하는 데 정치적 요인의 분석이 중요하다는 것을 보여주었다는 점과 실증적인 연구에 의해 뒷받침되었다는 점에서 장점을 가지고 있다(김태성·성경룡, 1993).

그러나 1970년대의 오일 쇼크 이후 서구 경제의 상황이 급변함으로써 복지국가를 둘러싸고 있는 경제적·사회적 환경이 변동하기 시작했다. 교역의 국제화는 사회 정책에 직접적인 영향력을 미치는 것으로 간

주되었으며 70년대 초반 이후 거의 모든 선진자본주의국가들이 경험한 실업률의 급증은 복지국가의 프로그램 축소와 직접 연결되었다. 금융시장의 국제화와 탈규제로 인하여 이자율과 환율을 통제하기 어려워졌으며, 고용과 투자를 창출하기 위한 수요관리 정책을 취하기가 더욱 힘들게 되었다. 생산요소의 이동성이 증가함에 따라 각국에서 세율을 줄이려는 노력이 전개되었으며 이에 따라 사회적 지출을 축소하고자 하는 압력이 가해지게 되었다. 아울러 노조운동의 기반인 광산과 제조업의 공동화 현상이 출현하기 시작했으며 조직화가 어려운 서비스 고용의 성장과 파트타임 고용의 성장이 두드러지게 나타났다. 노조 조직률이 떨어졌으며 단체교섭의 분권화 현상이 출현하기 시작했다.

이러한 상황의 변동으로 인하여 많은 연구자들은 정부 사회정책의 정당간 차이가 줄어드는 것으로 인식하기 시작했다. 노동자계급에 기초해 있는 사회민주주의 정당보다 기독교정당이 케인즈주의적인 완전고용 정책을 포기하기 쉽다는 주장이 제출되기도 하였다(Stephens, Huber and Ray, 1999).

이러한 새로운 시기를 맞이하여 권력자원론의 설명력에 대해서 의문을 던지는 여러 연구자들이 출현하기 시작했다. 피어슨(Pierson, 1994)은 조직노동의 영향력이 약화되었음에도 불구하고 전반적으로 대부분의 복지프로그램들은 손상되지 않은 채 남아 있으며, 복지제도 개혁의 내용은 프로그램마다 달랐다는 것을 권력자원론의 이론적 설명력이 훼손된 것에 대한 이유로 들고 있다. 그리고 성숙한 사회복지 프로그램들은 노동운동으로부터 상당한 자율성을 갖는 새로운 조직적 기반을 발전시키며 특정한 사회 정책에 연계되어 있는 이익집단들이 이제는 노동조합이나 좌파정당보다 더 중요한 정치적 행위자라는 것이다. 카스

틀(Castels, 2001)도 정당 정치의 중요성은 현저하게 줄어들었다고 주장하고 있다. 1970년대 이후 복지국가 축소기의 변동을 양적·질적 연구를 통해 치밀하게 검토한 후버와 스티븐스(Huber and Stephens, 2001) 역시 정당효과는 70년대에 쇠락하며 80년대에는 거의 완전히 사라졌다는 결론을 내리고 있다. 그들의 분석에 따르면 80년대 강한 정당효과를 보여주는 유일한 변수는 공공부문 고용이었으며 이 변수만이 사회민주주의 집권과 강한 정(正)의 관계를 보여주었다는 것이다. 그들은 다음과 같이 말하고 있다(Huber and Stephens, 2001)

전반적인 양상은 1980년대에 정치적 차이가 크게 줄어들었다는 것이다. 우리의 해석대로라면 이것은 정치적 의제가 변동한 결과이다. 세계경제가 크게 변동한 결과 게임이 근본적으로 변했다는 사실이 인식되자, 정부는 자신이 아주 작은 선택지밖에 갖고 있지 않다는 사실을 인식했다. 이것은 사회정책의 정치가 수급자격을 옹호하는 것으로 이동하는 데 기여했다 (2001: 221).

그러나 권력자원론을 옹호하는 연구자들은 정당의 형태로 구현되어 있는 정치적 세력은 복지국가의 축소기에도 영향력을 발휘한다고 본다. 예컨대 에스핑-안데르센(Esping-Andersen, 1990)은 “세 가지 복지체제 유형이 기초해 있는 계급연합은 그들의 과거 발전뿐 아니라 미래 전망까지 설명해준다”고 하고, “복지국가의 성장을 설명하고자 하는 이론은 반드시 그 축소 혹은 쇠퇴를 이해할 수 있어야 한다”고 주장하고 있어 여전히 권력자원론의 설명력이 훼손되지 않았다고 보고 있다. 스카브루(Scarborough, 2000) 역시 서구 복지국가의 탄력성은 피어슨(Pierson,

1994; 1996)이 주장하는 것처럼 ‘정책의 잠금’(policy lock in)이라는 복지국가의 새로운 정치 때문이 아니라, 복지국가의 기초를 구축하고 그것을 확장해온 ‘구(old)’ 세력의 존재 때문이라고 주장하고 있다. 그의 분석에 의하면 실제로 복지국가의 축소와 개혁에 항의하고 구성원들을 저항의 정치에 동원해온 경험을 가진 집단은 피어슨이 주장하는 것처럼 여러 이익집단이 아니라 노동조합을 비롯한 구 정치 세력이라는 것이다. 지겔(Siegel, 2000) 역시 22개 OECD 국가의, 1980년부터 1995년까지의 사회적 지출에 대한 분석에서 복지국가의 ‘새로운 정치’ 가설이 입증되지 않았다는 결론을 내리고 있다. ‘구’ 정치 이론이 가정하고 있는 방향으로 사회 경제적 요인과 정치적 요인, 제도적 요인들이 여전히 중요하다는 것이다. 알랜과 스크룩스(Allan and Scruggs, 2002)도 18개 국가의 실업급여와 질병보험, 사회적 연금의 소득대체율 변동의 결정요인을 1977년부터 1997년까지의 자료를 통해 분석한 후, 우파 정당 점유율이 실업급여와 질병보험의 소득대체율에 미친 강한 효과를 확인하고 있다. 이들은 정당 효과는 황금기와 축소기라는 두 시기에 걸쳐서 연속성을 갖고 있다는 결론을 이끌어내고 있다. 히кс(Hicks, 1999)도 복지국가의 옹호자로서 사회민주주의의 지속적인 중요성을 지적하고 있다. 축소에 대한 장애물로서 좌파정당은 지속적으로 복지국가의 기둥으로서의 역할을 담당한다는 것이다.

본 연구에서는 이들의 주장을 보건의료 영역에서 경험적으로 검증해 보기 위해 다음과 같은 변수와 가설을 설정하였다. 권력자원론과 관련된 정치적 결정요인으로서는 흔히 노조조직률과 좌파정당 투표비율이 정치적 결정요인으로 사용되지만, 무엇보다도 복지국가의 정책에 영향을 미치는 변수는 각 정당의 현재 내각점유율이다. 내각점유율은 투표

을 혹은 의석비율보다 복지국가의 노력을 더 강하게 예측할 수 있게 하는 변수이다. 여기에서는 정치적 결정요인으로 좌파정당과 기독교 정당의 현재 내각점유율을 사용하기로 한다.

2-1) 좌파 정부의 내각점유율이 낮을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

2-2) 기독교민주주의 정부의 내각점유율이 낮을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

3. 신제도주의

최근 비교복지국가론에서 신제도주의가 광범한 호응을 얻고 있다. 여기에서 제도란 행위를 구성하는 공식적 조직들과 비공식적 규율들, 절차들을 의미한다(Thelen and Steinmo, 1992). 신제도주의가 확산되고 있는 현상은 상대적으로 안정적이고 일상화된 배열이 정치적 행동을 구조화하는 방식에 대한 관심이 커지고 있는 것을 반영한다. 정치제도들은 국가들마다 천차만별이다. 선거경쟁의 규칙이라든가, 입법부와 행정부의 관계, 법원의 역할 등의 측면에서 국가들은 저마다 제각각이다. 이런 정치제도들은 정치투쟁을 위한 게임규칙을 정립해주며, 집단의 정체성을 형성해주고 연합할 상대방의 선택을 규정해주고 어떤 집단의 교섭력을 강화시키는가 하면 다른 집단의 교섭력을 떨어뜨리기도 하는 것이다. 그리고 정치제도는 국가의 행정적·재정적 역량에도 영향을 미친다(Pierson, 1994).

신제도주의의 핵심적 특징들을 정리한다면, 첫째 공식적인 정치제도들의 구조가 사회과정에 영향을 미치는 방식들에 대해 새로운 관심과 평가를 시도한다는 것이다. 둘째 제도의 구조가 대안적인 정치 전략들의 활용 가능성에 심대한 영향을 미친다고 주장한다. 셋째 제도들은 개별적인 선택들을 특정한 방향으로 유도하고, 따라서 정치적 결과들을 산출하는 데 일정한 조력을 행사한다(Pierson, 1994).

이러한 신제도주의가 복지국가의 긴축을 설명하고자 할 때, 자주 동원되는 논리가 비토 포인트론이다. 이 이론은 국가조직의 형태에 초점을 맞추어 국가의 조직이 복지의 발전과 후퇴를 설명하는 데 중요하다고 보고 국가의 공식 제도들이 복지국가 정치에 미치는 영향을 논의할 때 제도 설계의 두 차원들을 구분하여 논의하고 있다. 하나의 차원은 수평적 통합의 차원이다. 이 차원은 국민정부 내의 권력이 집중되어 있거나 혹은 분산되어 있는 정도(의회제도 대 삼권분립제)를 말한다. 두 번째 차원은 수직적 통합의 수준으로 권력이 중앙정부 차원에 집중되어 있거나 혹은 지방정부 당국에 더 많이 위양되어 있는 정도를 말한다(연방제 대 중앙집권제).

높은 정도의 수직적 통합 즉 정치적 권위의 중앙집중화는 효과적인 거부권 행사지점들인 비토 포인트들의 숫자를 줄여준다. 그렇기 때문에 의회체제에서 작동하는 정부는 급진적인 정책 변화를 추구할 능력 면에서 훨씬 유리하다는 것이다.

이 이론에 따르면 국가내 의사결정 구조의 차이가 복지국가의 발전과 후퇴를 설명하는 데 유효한데, 정책과정에서 많은 비토 포인트(양원제도, 대통령중심제, 연방주의, 국민투표 등)를 두고 있는 나라에서는 정책변동의 속도가 느리게 나타나며, 비토 포인트가 적은 나라(의원내

각제, 단원제, 국민투표제 부재)에서는 정책결정과 변동의 속도가 빠르게 나타난다는 것이다. 예컨대 복지국가의 팽창기에 미국과 스위스처럼 다수의 비토 포인트를 두고 있어서 권력이 분산되어 있는 나라에서는 후진적인 복지국가의 발전이 일어나고, 비토 포인트가 없는 나라에서는 축소기에 극적인 긴축이 가능하게 되었다고 본다. 그리고 스위스의 헌법처럼 다수의 비토포인트를 두고 있는 나라에서는 좌파가 정부가 계획한 복지국가의 긴축을 봉쇄할 수 있다는 것이다.

이 이론에 대한 평가도 연구자마다 평가를 달리 하고 있는데, 예컨대 피어슨(Pierson, 1994)은 수직적으로 통합된 정치제도가 축소에 유리하게 작용한다고 믿을만한 이론적 근거는 빈곤하다고 주장하고, 권력 집중의 효과가 책임성의 효과를 압도할지 어떨지는 경험적 증거에 비추어 판단되어야 할 문제이다 라는 결론을 내리고 있다.

본 연구에서는 이들의 주장을 보건의료 영역에서 경험적으로 검증해 보기 위해 다음과 같은 변수와 가설을 설정하였다. 신제도학과에서 흔히 강조하는 제도적 요인인 비토포인트가 복지국가의 축소에 유의미하게 영향을 미치는 변수인지 여부를 확인하기 위해 여기에서는 국가의 능력과 구조를 나타내는 ‘헌법구조지수’(constitutional structure index)를 사용한다. 헌법구조지수는 이머gut(Immergut, 1992)의 논의의 도움을 빌려 후버, 래긴, 스티븐스(Huber, Ragin and Stephens, 1993)가 조작화한 것이다.

3-1) 헌법구조지수가 낮을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

4. 사회경제적 배경

실업률의 증가는 자본주의의 황금기에 지출의 증가를 초래한 변수로 인식되어 왔다(Hicks and Misra, 1993; Esping-Andersen, 1990, 1999; Hicks, 1999, Iverson and Cusack, 2000). 높은 실업률은 실업보상에 대한 높은 지출을 유발하고, 사회부조 지출을 증대시키며, 실업자에게 조기퇴직 프로그램이 있는 나라에서는 연금지출의 증가를 가져온다. 정부가 적극적 노동시장정책을 구사하는 나라에서는 그 비용을 발생시킨다. 그러나 실업률은 황금기 이후에는 복지국가의 축소와 공적지출의 비중감소를 가져온 대표적인 요인으로 평가되고 있다(Huber and Stephens, 2001; Hicks & Zorn, 2002, 2003).

본 연구에서는 이들의 주장을 보건의료 영역에서 경험적으로 검증해 보기 위해 다음과 같은 변수와 가설을 설정하였다.

4-1) 실업률이 높을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

65세 이상 되는 노령인구의 비율도 황금기에는 이전소득의 수혜자 수를 증가시키기 때문에 더 많은 지출을 초래하는 요인으로 평가되고 있다(Hicks and Misra, 1993; Esping-Andersen, 1990, 1999; Hicks, 1999, Iverson and Cusack, 2000). 그러나 복지국가의 축소기에 65세 이상 되는 고령자 인구 비율은 더 많은 보건의료 서비스를 촉발하고 결국 복지국가 지출을 증대시키며 보건의료의 지출 축소를 유도하는데 중요한 역할을 수행한다(Figueras et. al., 1998; Saltman and Figuears, 1997). 예컨대 에스핑-안데르센(Esping-Anderson, 1999:3)은

노령인구와 관련하여 다음과 같이 말하고 있다. “인구의 노령화는 사회보장에 대한 우리의 강한 신념이 재검토되어야 한다는 것을 의미한다.” 스티븐스 등(Stephens, Huber and Ray, 1999: 166)도 다음과 같이 말하고 있다. “인구가 노령화됨에 따라, 연금과 보건의료 프로그램들은 수급자격이 일정할 경우 더욱 값비싸지고 있다. 이리하여 조세가 증가되거나 이런저런 프로그램들이 삭감되어야 한다”.⁴⁾ OECD에 따르면 인구의 노령화는 2000년과 2030년 사이에 OECD 전체에 걸쳐서 GDP의 3.9%에 해당하는, 연금지출의 추가적인 증가를 초래할 것으로 예측되며 보건의료지출의 경우에는 GDP의 1.7%에 해당하는 추가지출을 초래할 것으로 예측되고 있다(Pierson, 2001b). 이처럼 인구의 노령화는 사회보장 체계에 대한 재정적 압력의 주요 원인이 되고 있으며 결국 복지국가 축소의 요인이 되고 있다.

본 연구에서는 이들의 주장을 보건의료 영역에서 경험적으로 검증해 보기 위해 다음과 같은 변수와 가설을 설정하였다.

4-2) 노령인구의 비율이 높을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

정부의 재정적자 역시 복지국가 축소에 영향을 미친다. 80년대 이후

4) 히кс와 조른(Hicks & Zorn, 2003)은 실업률과 노령인구비율처럼 사회지출을 촉진시키는 요인이 지출을 지나치게, 통제할 수 없을 정도로 촉진시킴으로써 사회정책의 부정적 효과(높은 비용, 재정악화, 노동동기감소)를 만들어내고 그럼으로써 복지프로그램 축소의 동기를 만들어내는 현상을 ‘자기 규제적인 극단의 패러독스’(the paradox of self-limiting immoderation)라고 부른다.

서구의 많은 국가들은 유럽통합 과정에서 유럽통화제도가 규정하는 요건을 충족시키기 위해 정부의 재정적자를 줄이는 등 긴축 재정정책을 구사해왔다. 또한 1989년에 제출된 들로르 보고서에 따르면 유럽통화연합에 가입하기 위한 조건 중의 하나는 정부의 재정적자가 GDP의 3% 이내여야 했다. 그러나 대부분의 EU 국가들은 마스트리히트 기준을 충족시키지 못했으며 엄격한 통화정책을 구사할 필요성으로 인하여 보건의료를 포함한 공공 재정의 영역에서 지출을 삭감할 필요를 느끼고 있었다(Kanavos and McKee, 1998; Pierson, 2001a, 2001b). 이에 따라 보건의료부문의 예산 삭감은 많은 서구국가들에서 의제가 되었으며 80년대와 90년대 EU 국가들에서 보건의료 개혁의 초점은 주로 비용 억제에 맞추어져 있었다.⁵⁾

본 연구에서는 이들의 주장을 보건의료 영역에서 경험적으로 검증해 보기 위해 다음과 같은 변수와 가설을 설정하였다.

4-3) 재정적자 비율이 높을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

그리고 경제성장은 복지국가 축소의 압력을 완화시키는 역할을 하는 요인으로 인식되고 있다(Hicks and Zorn, 2002). 그러나 다른 한편으로 1인당 실질 GDP의 증가는 보건의료의 사적인 지출과 제공을 촉진시키

5) 유럽의 각국에서 유럽통화연합 가입의 문제가 복지국가의 개혁을 촉진하는 과정에 미친 영향력에 대한 분석을 위해서는 Scharpf and Schmidt(2000)을 참고할 것. 특히 Levy(2000)을 볼 것.

는 요인으로 평가되고 있으므로(Matteo, 2000), 이것은 경험적인 분석을 통해 확인되어야 할 문제일 것이다.

본 연구에서는 이들의 주장을 보건의료 영역에서 경험적으로 검증해 보기 위해 다음과 같은 변수와 가설을 설정하였다.

4-4) 1인당 GDP가 높을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

이상의 이론적 논의를 바탕으로 본 연구에서 설정한 연구가설은 다음과 같다.

1-1) 무역개방도가 높을수록 보건의료의 공적인 성격(보건의료 공적 지출의 비율, 공적제공의 비율)이 약화될 것이다.

2-1) 좌파 정부의 내각점유율이 낮을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

2-2) 기독교민주주의 정부의 내각점유율이 낮을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

3-1) 헌법구조지수가 낮을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

4-1) 실업률이 높을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

4-2) 노령인구의 비율이 높을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

4-3) 1인당 GDP가 높을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

4-4) 재정적자 비율이 높을수록 보건의료의 공적인 성격이 약화될 것이다.

제3장 연구방법 및 자료

제1절 분석변수의 구성 및 측정

1. 종속변수의 측정

흔히 복지국가 축소의 지표로 쓰이는 것은 사회지출의 변화추세이다. 그러나 피어슨(Pierson, 1994)이 지적한 것처럼 사회지출의 변화 추세는 측정치로서는 불충분하다. 그런 수치들은 단기적인 지출 패턴만을 보여줄 뿐 장기적인 삭감을 초래하는 프로그램의 변화를 무시한다. 지출은 그 규모만 보여줄 뿐 그 내용은 드러내주지 않기 때문에 지출 수준에 대한 분석은 어떤 한 나라의 복지국가에 대한 묘사로서는 불충분할 수밖에 없다. 복지국가 축소에 관한 연구는 단순한 삭감조치를 연구하는 것이 아니라 복지국가의 성격을 둘러싼 정치적 갈등에 관한 연구인 것이다.⁶⁾ 특히 보건의료의 지출은 기술발전과 노인인구의 비율증가, 보건의료 서비스 고용의 저생산성 때문에 어느 나라에서든 증가현

6) 피어슨(Pierson, 1994)은 복지국가의 축소를 연구하기 위한 규칙을 다음과 같이 제시하고 있다. 첫째는 단기적인 지출삭감만이 아니라 장기적인 삭감을 아울러 검토해야 한다. 둘째 프로그램 지출만이 아니라 프로그램 구조까지를 함께 검토해야 한다. 셋째 프로그램의 축소만이 아니라 체계적 축소(systemic retrenchment)도 아울러 연구해야 한다. 여기에서 체계적 축소는 미래의 지출 결정을 조건짓게 될 맥락을 변화시키는 정책 변화들, 예컨대 정치체제의 구조 변화, 이익집단들의 힘과 서열의 변화 등을 의미한다.

피어슨(Pierson, 1996: 157)도 (자신의 연구는) “지출의 삭감 그 자체를 강조하기 보다, 복지국가의 구조적 이동을 가리키는 개혁에 초점을 둔다”고 하고, 개혁의 사례로서 ① 자산조사에 대한 의존의 심대한 증가 ② 민간부문으로 책임이 크게 이전하는 것 ③ 특정 프로그램의 질적 개혁을 의미하는 급여 및 수급자격 규칙의 큰 변동을 들고 있다.

상을 보여주고 있다(부록의 표들 참조). 그 때문에 복지국가의 변화를 분석할 때 대부분의 연구자들은 그것의 지표로서 공적지출의 비율을 사용한다(Esping-Andersen, 1990; Stephens, Huber and Ray, 1996; Huber and Stephens, 2001; Swank, 2002). 공적지출의 비율 감소는 보건의료 구조의 변동을 드러내는 지표인 것이다.

본 연구에서 사용한 종속변수도 보건의료총지출에서 공적지출이 차지하는 비율과 보건의료 제공에서 공적제공이 차지하는 비율이다. 보건의료지출 공공성의 조작적 정의는 공적지출/ 보건의료 총지출이며 보건의료제공 공공성의 조작적 정의는 공적 병상/인구 1,000명당 총 병상수이다. 보건의료 공적제공의 정도를 가장 잘 보여주는 척도는 전체 보건의료부문 고용 가운데 공적인 부문이 차지하는 비율일 것이다 (Huber and Stephens, 2001). 그러나 관련 통계자료가 빈곤하기 때문에 여기에서는 대리 변수로서 인구 1,000명당 전체 병상 수 가운데 공적인 병상이 차지하는 비율을 사용하기로 한다.

2. 독립변수의 측정

종속변수에 영향을 미치는 독립변수는 크게 국민경제의 상황을 나타내는 변수, 인구통계적 변수, 정치적 변수의 세 개로 나눌 수 있다. 국민경제의 상황을 나타내는 변수들은 경제적 발달 정도를 측정한 일인당 GDP와 실업률, 재정적자비율이다. 인구통계적 변수는 65세 이상 노인인구의 비율이다. 정치적 변수들로서는 좌파정당과 기독교민주주의 정당의 내각점유율과 헌법구조지수이다. 이들의 조작적 정의는 다음과 같다.

- 일인당 GDP는 전체 GDP/전체인구수이다.
- 실업률은 실업자수/경제활동인구이다.
- 65세 이상 노인인구의 비율은 65세 이상 노인인구수/전체인구수이다.
- 재정적자비율은 정부의 재정적자/GDP이다.
- 대외개방도의 조작적 정의는 수출+수입/GDP이다.

좌파정당과 기독교민주주의 정당의 현재 내각 점유율은 특정 기간 동안의 연도별 내각 점유 데이터의 평균치이다. 좌파(기독교민주주의 정당) 단독정부일 때 매 1년에 대해 1점을 부여하며, 연정일 경우 전체 각료 수에서 좌파정당(기독교민주주의 정당)의 각료 수 비율을 계산하여 산출된다.

헌법구조지수는 연방주의의 정도, 대통령제의 존재, 선거제도의 유형, 의회양원주의, 국민투표의 중요성 등을 측정한 후 모두 더하여 산출된다. 위의 변수들 가운데 1인당 GDP는 자연로그값을 취했으며, 실업률, 노령인구, 개방도에 대해서는 1년씩 lag 값을 취했다.

<표 3-1> 서구국가의 헌법구조지수

국가	연방주의	의원내각제 /대통령제	비례대표제/ /	양원제	국민투표	합계
오스트레일리아	1	0	1	2	0	4
오스트리아	1	0	0	0	0	1
벨기에	0	0	0	1	0	1
캐나다	2	0	2	0	0	4
덴마크	0	0	0	0	0	0
핀란드	0	1	0	0	0	1
프랑스Ⅳ	0	0	0	0	0	0
프랑스Ⅴ	0	1	1	0	0	2
독일	2	0	0	2	0	4
아일랜드	0	0	0	0	0	0
이태리	0	0	0	1	0	1
일본	0	0	1	1	0	2
네덜란드	0	0	0	1	0	1
노르웨이	0	0	0	0	0	0
뉴질랜드	0	0	2	0	0	2
스웨덴1969	0	0	0	1	0	1
스웨덴1970	0	0	0	0	0	0
스위스	2	1	0	2	1	6
영국	0	0	2	0	0	2
미국	2	1	2	2	0	7

주: 연방제: 0=아님, 1=약, 2=강; 의원내각제/대통령중심제: 0=의원내각제, 1=대통령중심제; 비례대표제: 0=비례대표제, 1=수정된 비례대표제, 2=; single-member, simple plurality systems; 양원제: 0=단원제, 1=약한 양원제, 2=강한 양원제; 국민투표: 0=없음, 매우 드뭄, 1=빈번.

출처: Huber, Ragin and Stephens(1993).

<표 3-2> 변수명과 변수측정방법

	변 수 명	변 수 측 정 방 법
종 속 변 수	보건의료지출의 공공성	공적지출/보건의료 총지출
	보건의료제공의 공공성	공적 병상/전체 병상(1,000명당)
독 립 변 수	1인당 GDP	GDP/총인구
	재정적자비율	재정적자/GDP
	실업률	실업자인구/경제활동인구
	노령인구	65세 이상 인구/총인구
	경제의 대외개방도	수출+수입액/GDP
	좌파정당 현재내각 점유율	좌파 단독정부일 때 매 1년에 대해 1점, 연정일 경우 전체 각료 수에서 좌파정당의 각료 수 비율.
	기독교민주주의정당 현재내각 점유율	기독교 관련 정당의 단독정부일 때 매 1년에 대해 1점, 연정일 경우 전체 각료 수에서 기독교 관련 정당의 각료 수 비율
헌법구조지수	연방주의의 정도/대통령제의 존재/단일대표 선거구 대 비례대표제선거구/의회이원주의/국민투표의 중요성 등 5개의 변수를 합하여 구성	

제2절 연구대상 및 자료

1. 연구대상 및 기간

이 논문의 연구대상은 자료수집이 가능한 OECD 15개국으로 한정하였다. 그러나 연구대상에 포함된 국가들은 종속변수별로 차이가 있다. 보건의료 공적지출의 경우에는 오스트레일리아, 오스 트리아, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 독일, 아일랜드, 이탈리아, 일본, 네덜란드, 노르웨이,

뉴질랜드, 스웨덴, 영국, 미국 등 15개국이다. 보건의료 공적제공의 경우에는 오스트레일리아, 오스트리아, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 독일, 이탈리아, 일본, 노르웨이, 뉴질랜드, 스웨덴, 영국, 미국 등 13개국이다. 전체 OECD 국가들을 연구대상으로 하지 못하고 나라를 한정 한 가장 큰 이유는 필요한 자료의 누락 때문이다.

연구 기간은 1979년부터 1999년까지 21년이다. 전체 15개 국가들의 21년 자료 가운데 실제 분석에 사용된 사례수 역시 독립변수와 종속변수에 따라 다르게 나타난다.

2. 자료

이 논문에 필요한 보건의료 자료의 원천은 OECD Health Data(2003)이다. 이 자료는 29개 OECD 국가들의 보건의료 시스템의 주요 자료들과 일반적인 인구적, 경제적, 사회적 맥락들을 제공해주고 있다.

독립변수에 대한 주된 자료는 OECD 통계치와 Huber, Ragin and Stephens, Comparative Welfare State data set(1997)이다. 후버, 래긴과 스티븐스가 수집한 Comparative Welfare State data set는 1960년부터 1994년까지의 18개 서구 복지국가에 대한 지출자료와 인구, 경제, 노동, 정치에 관한 자료를 포함하고 있다. 본 논문의 자료가 1999년까지이므로 HRS 데이터를 보충하는 작업을 진행하여야 했으며 그 과정에서 본 논문에서 참고로 한 자료의 원천은 다음과 같다.

- 1인당 실질 GDP : Alan Heston, Robert Summers and Bettina Aten, Penn World Table Version 6.1, Center for International Comparisons at the University of Pennsylvania (CICUP), October 2002.

- 실업률 : OECD Economic Outlook Vol 2002 No. 71 ~ 72; Labour Force statistics 1965 ~ 1985, 1987 OECD.
- 재정적자 : General government financial balances ; Surplus(+) or deficit(-) as a percentage of nominal GNP/GDP
(source : OECD Economic Outlook Vol 2002 No. 72,71; Vol 1991 No.50; VOL 1989 No.46)
- 65세 이상 노인인구비율 :
 - 전체인구 : HRS dataset; Labour Force Statistics 1965 ~ 1985, 1987. OECD)
 - 65세 이상 인구 : HRS dataset; Labour Force Statistics 1965 ~ 1985, 1987. OECD)
- 무역개방도 : HRS dataset; Alan Heston, Robert Summers and Bettina Aten, Penn World Table Version 6.1, Center for International Comparisons at the University of Pennsylvania (CICUP), October 2002. var=OPENC)
- 좌파정당 현재내각점유율 : HRS dataset; Duane Swank, 21-Nation Pooled Time-Series Data Set: Political Strength of Political Parties by Ideological Group in Capitalist Democracies)
- 기독교민주주의정당 현재내각점유율 : Duane Swank, 21-Nation Pooled Time-Series Data Set: Political Strength of Political Parties by Ideological Group in Capitalist Democracies)

제3절 분석방법

1. 양적 비교분석

보건의료의 공적지출과 공적제공의 변화에 영향을 미치는 요인들이 무엇인가를 분석하기 위해 결합회귀분석을 사용하였다. 결합회귀분석은 횡단 종단에 걸쳐 일어나는 변수들의 특성변화를 총체적으로 고려하는 통계분석 방법이며 다음과 같은 장점을 가지고 있다(Hicks, 1994). 첫째는 small N 문제의 해결을 가능하게 한다. 흔히 비교연구의 경우 사례수가 적기 때문에 추리통계를 적용하기 곤란하지만 결합회귀분석은 small N 문제를 해결하면서 추리통계를 적용할 수 있다. 둘째, 변수 중심의 연구를 가능하게 한다. 셋째 시간과 공간을 동시에 고려하면서 분석할 수 있다.

그러나 이미 잘 알려져 있듯이 결합회귀분석은 다음의 문제들(Hicks, 1994; 안상훈, 2002)을 가지고 있다.

- 첫째, 특정 변수가 시간적으로 누적적·비율적으로 변하는 자기회귀(temporal autocorrelation) 문제가 발생할 가능성이 높다.
 - 둘째 특정 변수의 변량 범위가 국가마다 상이해지는 이분산문제(cross-sectional heteroscedasticity)가 종종 관찰된다.
 - 셋째 모형 특정화(model specification)에 포함되지 못한 잔차들이 특정 국가들과 상관되는 문제가 발생할 우려가 있다.
 - 넷째 에러가 시공에 따라 특수한 변화 경향을 가지는 문제(unit-and-period-effects)가 생길 수 있다.
- 결합자료의 경우 이러한 문제들이 발생하기 쉽기 때문에 결합자료에

관한 회귀 모형을 구축할 경우 추정방식의 선정에 각별한 주의를 기울여야 한다. 본 논문의 데이터가 $N < T$ 이고, 시간에 따른 자기상관이 있을 것으로 예측되기 때문에 본 논문에서는 Parks-Kmenta 모형을 사용하기로 한다. 이 모델의 회귀식은 다음과 같다.

보건의료 공적지출(제공) 비율 = f (일인당 실질 GDP, 실업률, 재정적 자비율, 무역개방도, 노령인구비율, 국가구조, 좌파정당 현재 내각점유율, 기독교민주당 현재 내각점유율).

$$Y_{it} = B_1 + \sum_{k=1}^k B_k X_{kit} + e_{it}$$

위의 수식에서 i 는 횡단면 자료를 의미하며 t 는 시계열 자료의 수를 가리킨다. 보건의료 복지 지출(제공)의 양적 연구에서는 1979년에서부터 1999년까지 21개 연도의 사례를 포함시켰다. 독립변수는 모두 8개이다. 분석을 위해 SAS 프로그램의 Time Series Cross Section Regression을 이용하였다.

위의 방법을 이용하여 분석을 함에 있어서, 본 연구는 먼저 연구대상 국가 전부를 포함한 모델의 회귀계수를 추정하고, 사회민주주의국가, 보수주의국가, 자유주의국가 등 복지국가 유형별로 회귀 계수를 추정하였다.⁷⁾

7) 사회민주주의 복지체제에 속하는 국가들은 스칸디나비아 국가들에 속하는 스웨덴, 노르웨이, 핀란드, 덴마크이며 보수주의 복지체제에 속하는 국가들은 독일, 프랑스, 이탈리아, 네덜란드, 벨기에, 오스트리아, 일본이다. 마지막으로 자유주의 복지체제에 속하는 국가들은 미국, 영국, 캐나다, 아일랜드, 오스트레일리아, 뉴질랜드이다. 이러한 분류에 대해서는 Esping-Andersen(1990, 1999), Huber and Stephens(2001), Pierson(2001b)를 참고할 것.

2. 질적 분석

이 논문에서는 위에서 정리한 결합회귀분석과 함께 질적인 분석을 사용하고자 한다. 질적 분석을 함께 사용하고자 하는 이유는 양적 분석의 한계 때문이다. 대체로 양적인 분석들은 장기적인 삭감을 초래하는 프로그램의 변화 및 프로그램 구조의 변화를 무시하는 경향이 있다(Pierson, 1994). 복지국가에 관한 연구는 단순히 지출의 규모뿐 아니라 구조에도 주의를 기울이지 않으면 안된다. 복지국가의 축소는 복지국가의 성격을 둘러싼 정치적 갈등을 분석하는 작업인 것이다(Moran, 1999).

질적 분석은 각각의 복지체제국가 가운데 대표적인 국가 3개씩을 선정하여 각국의 구체적인 보건의료개혁과 보건의료국가 축소의 현상, 정책결정과정과 정책내용을 분석함으로써 보다 풍부한 내용을 획득하고자 한다. 그리고 보건의료국가의 축소에 영향을 미친 요인들을 구체적으로 분석함으로써 양적 분석을 통해 확인된 가설을 검증하고자 한다.

제4장 보건의료 축소의 경과

제1절 공적지출 비율 추이

1. 공적지출 비율 추이와 복지체제

<표 4-1> 전체 보건의료 지출의 공적 비율(%)

	수 준				연 간 변 동 률				
	1960	1973	1980	1991	1997	1960 -72	1973 -79	1980 -90	1991 -97
사회민주주의 복지국가									
스웨덴	73	86	93	88	83	1.00	.93	-.29	-.93
노르웨이	78	95	98	94	82	1.25	1.14	-.38	-.15
덴마크	89	81	85	83	84	-.17	.66	-.30	.20
핀란드	54	76	79	81	76	1.39	.36	.19	-.70
평균	73.3	84.5	88.8	86.5	81.3	.87	.77	-.20	-.44
보수주의적 복지국가									
오스트리아	69	64	69	66	73	-.44	.75	-.27	-.08
벨기에	62	83	83	88	88	1.77	-.05	.55	-.19
네덜란드	33	71	75	73	73	2.65	1.00	-.33	-.01
독일	66	75	75	71	77	.48	-.05	-.33	.12
프랑스	58	75	79	75	74	1.27	.48	-.43	-.04
이탈리아	83	89	81	78	70	.41	-.05	-.31	-1.17
스위스	61	66	68	69	70	.35	.20	.09	.21
일본	60	69	71	72	80	.52	.91	.00	.33
평균	61.5	72.8	75.1	74.0	75.6	.88	.40	-.13	-.10
자유주의 복지국가									
오스트레일리아	48	61	63	68	67	.77	.17	.53	-.08
캐나다	43	74	75	73	70	2.25	.28	-.16	-.69
아일랜드	76	79	82	76	77	-.01	.57	-.75	.54
뉴질랜드	81	83	84	79	77	.45	.80	-.13	-.73
영국	85	88	89	84	85	.18	.33	-.52	.07
미국	25	38	42	43	46	.97	.50	-.08	.85
평균	59.7	70.5	72.5	70.5	70.3	.77	.44	-.19	-.01

출처 : Huber and Stephens(2001). 약간 수정.

<표 4-1>과 <그림 4-1>을 보면 공적지출 비율의 측면에서 복지체제 별로 차이가 확인되고 있다. 사회민주주의 복지체제에 속하는 국가들의 공적지출 비율이 80%를 웃돌고 있다면, 보수주의 복지체제에 속하는 국가들의 공적지출 비율은 75% 수준에 머물러 있는 것이다. 자유주의 복지체제에 속하는 국가들의 경우 평균 70% 수준에 이르고 있으나, 미국의 보건의료시스템이 예외라는 점을 감안하여 미국을 제외한다면 평균 75% 정도이다. 따라서 자유주의 복지체제에 속하는 국가들의 보건의료 시스템에서 공적지출이 차지하는 비율은 다른 체제에 비해 큰 차이가 없는 것을 알 수 있다. 그 이유는 자유주의 복지체제에 속하는 국가들의 보건의료 시스템이 대부분 국민보건서비스 시스템을 채택하고 있기 때문일 것이다.⁸⁾

위의 표를 보면 보건의료시스템의 경우 어느 복지체제를 막론하고 1960년에서 1972년에 이르는, 이른바 자본주의의 황금기 또는 복지정책의 황금기 기간에 보건의료 공적지출의 비율이 가장 크게 확대된 것을 알 수 있다. 사회민주주의 복지국가들의 경우에는 그 기간 동안 연 평균 0.87의 비율만큼 공적지출의 비율이 확대되었으며, 보수주의 복지국가들의 경우에도 동일 기간 동안 연 평균 0.88만큼 확대되었다. 자유주의 복지국가들도 동일 기간 동안 연 평균 0.77만큼 공적 비율이 확대되었다.⁹⁾ 60년대와 70년대 서구선진자본주의국가의 일반적인 보건의료 정책은 보건의료 서비스의 보편주의적 확대, 병원 부문의 현대화, 병상과 의료전문직 수의 증가, 대규모 병원 건축, 정교한 병원 기술

8) 자유주의 복지국가들 가운데 영국, 아일랜드, 오스트레일리아, 뉴질랜드가 국민보건서비스 형을 선택하고 있다.

9) 각국 보건의료지출의 추이에 대해서는 부록의 그림들을 참고할 것.

장비의 설치 등으로 요약될 수 있다. 보건의료의 질적인 개선은 자원의 양적인 팽창을 통해서 이루어진다는 것에 누구도 이의를 제기하지 않았다.

제1차 오일 쇼크가 터진 1973년부터 제2차 오일 쇼크가 터진 1979년 사이의 기간을 보면, 사회민주주의 국가들에서는 황금기에 비해 약간의 비율밖에 줄지 않은 크기대로 여전히 공적 비율이 증가하고 있으며, 보수주의 국가들과 자유주의 국가들의 경우에는 황금기에 비해 절반 정도의 크기대로 공적 비율이 증가하고 있다. 이 사실은 스칸디나비아 국가들보다 대륙의 보수주의 국가들과 자유주의 국가들에서 더 일찍 보건의료부문에 공적 역할에 대한 재검토가 시작된 것을 가리킨다. 특히 보수주의적 국가들인 독일과 이탈리아에서는 이미 이 시기에 공적지출의 비율을 축소시키기 시작했다. 대체로 건강보험의 방식을 선택한 국가들에서는 국민보건서비스 방식을 선택한 국가들보다 더 보건의료 비용의 문제에 취약하며 이들 국가에서 70년대부터 보건의료 비용 억제에 나선 것은 그들이 선택한 보건의료 시스템과 연관되어 있는 것처럼 보인다.¹⁰⁾ 예컨대 독일에서 전체 보건의료 부문에서 눈덩이처럼 불어나는 비용 폭발현상이 사회적 주목의 대상이 된 것은 1975년이었다(Altenstetter, 1997). 1973년 이전 1% 미만대에 머물렀던 실업률이 1975년에 4%에 이르자 실업코스트를 통제하여야 한다는 사회적 압력이 높아지게 되었으며, 그 이후 보건의료 비용을 억제하여야 한다는 사회적 공감대가 형성되었던 것이다. 독일에서 추진된 주요한 비용 억제 조치는 1977년 7월에 시행된 건강보험비용억제법(제1차 비용억제

10) 보수주의 국가에서 이탈리아, 스페인, 그리스 등 남부 유럽 지역의 국가들은 건강보험 방식이 아니라 국민보건서비스 방식을 취하고 있다.

법)이었다. 이탈리아에서는 1970년대에 본인부담률을 증가시키려는 시도가 여러 번 시도된 바 있다.

1980년대에 접어들면 본격적으로 보건의료 공적지출의 비율이 감소되기 시작한다.¹¹⁾ 사회민주주의 국가들의 경우 연 평균 -0.20만큼 공적 비율이 줄어들었으며, 보수주의 국가들의 경우에는 연 평균 -0.13, 자유주의 복지국가들에서는 연 평균 -0.19만큼 감소되었다. 보건의료 부문에서 선진자본주의 국가들의 지배적인 관심은 비용 억제였다. 높은 수준의 복지지출에 필요한 노동비용과 조세율은 경제 투자에 불리했으므로 보건의료 지출의 지속적인 상승은 80년대 전체를 통하여 유럽 국가들에서 개혁의 재정적 필요(fiscal imperative)를 형성했던 것이다 (Freeman, 2000).

이 시기에 행해진 주요한 보건의료비용 억제조치들로서는 다음을 들 수 있다. 첫째 총액예산제가 실시되었다. 총액예산제는 전국에 걸쳐 1년간 전체 병원 진료비에 사용될 예산을 사전적으로 결정한 다음에 이를 개별 병원별로 예산을 할당하는 방식이다. 총액예산제는 강력한 의료비 억제의 효과를 발휘한다. 병원은 국가로부터 배정받은 예산을 넘는 재정을 확보하기 힘들기 때문에 공급자는 고가의 수술이나 약을 기피하고 값싼 약이나 값싼 치료로 대체함으로써 비용을 절감한다(이규식, 2001).

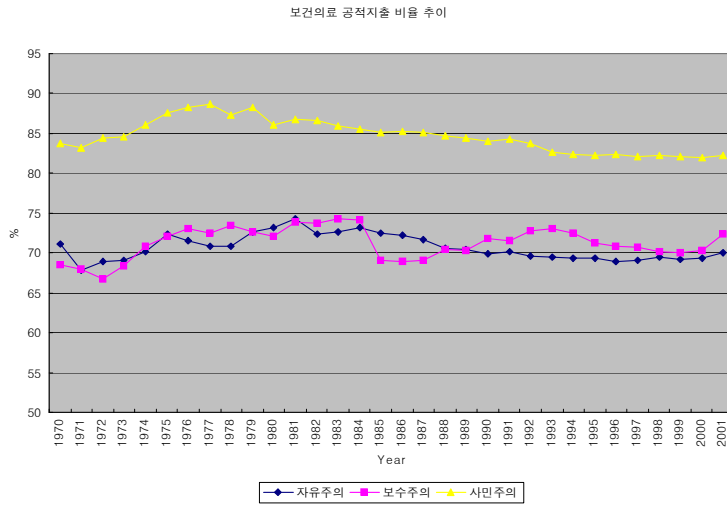
둘째 병원 장비와 의료장비의 구입을 억제하는 조치가 시행되었으며 보건의료 서비스를 받는 교육훈련생과 의사들의 공급이 규제되었다. 1983년에 영국의 지역 및 구역보건청에서 인력삭감이 행해졌으며, 이

11) 유럽의 각국들이 추진한, 보건의료비용 축소에 대한 설명을 위해서는 Abel-Smith & Mossialos(1994)을 참고할 것.

탈리아에서는 1983년에 의사들에 대한 추가적인 채용이 금지되었다. 영국과 이탈리아에서 공공부문에 일하는 의사들의 추가적인 소득에 대해 새로운 제약이 가해졌다. 독일에서는 1986년에 새 의사들의 등록을 제한하는 조치가 취해졌다. 1984년 이탈리아에서 주요한 의료 장비의 지출에 대한 규제가 가해지기 시작했다.

셋째 보건의료 서비스에 대한 본인부담(co-paying)을 증가시키는 조치가 취해졌다. 본인부담제도는 수요자들의 제도남용을 방지하는 대표적인 제도 중의 하나이다. 본인부담제는 유럽의 대부분의 나라들에 도입되고 확대되었는데, 이탈리아에서 가장 많이 확산되었으며, 독일에서는 1981~82년, 1983~84년, 1989~1993년에 본인부담의 정도를 증가시키는 조치가 취해졌다. 프랑스에서는 1986~1993년에 본인부담의 정도를 늘리는 조치들이 취해졌다. 영국에서는 1989년에 특히 본인부담의 정도가 증가했다.

이로써 보건의료 공적지출의 경우 나라별 차이는 있지만 복지국가의 황금기가 80년대 들어서 종식되기 시작했음을 확인할 수 있다. 이 시기에 보건의료 정책의 정치는 확대의 정치가 아니라 방어와 축소의 정치가 되었다. 세 복지체제를 비교해 본다면 보수주의적 복지국가들의 공적지출 감소 정도가 가장 적은 것으로 나타나지만, 핵심 국가들인 독일, 프랑스, 이탈리아, 네덜란드, 오스트리아를 보면 다른 나라들 만큼 공적지출의 비율이 줄어든 것을 확인할 수 있다.



<그림 4-1> 복지국가 유형별 보건의료 공적지출 비율 추이

1990년대에 접어들게 되면, 보다 양상이 복잡하게 전개되기 시작하는데, 덴마크를 제외한 스칸디나비아 국가들에서 공적지출의 감소가 급격하게 전개되며, 보수주의적 국가들에서는 이탈리아를 제외한다면 비교적 완만하게 혹은 오히려 공적지출의 비율이 조금씩 증가하는 양상을 보여주고 있다. 한편 자유주의 복지국가들에서는 캐나다와 뉴질랜드에서 공적지출의 감소가 격렬하게 진행되며 나머지 국가들에서는 공적지출의 비율이 증가하거나 완만하게 감소하는 모습을 보여주고 있다. 90년대 접어들어 스웨덴이 급격하게 공적지출의 비율이 감소한 것은 90년대의 경기침체와 관련되어 있는 것으로 보이며, 미국은 예외적으로 90년대 들어와 공적지출의 비율이 크게 증가했다.

90년대의 보건의료 축소와 개혁작업에서 가장 특징적인 것은 의료체계 내에 시장 메카니즘을 도입한 조치가 여러 국가에서 걸쳐서 취해졌

다는 점이다. 보건의료 서비스에 시장을 도입한 사례는 네덜란드의 데케르(Dekker) 개혁이 최초이며 이후 영국, 뉴질랜드, 스웨덴에서 경쟁을 도입한 바 있다.¹²⁾ 그리고 그와 유사한 모델이 핀란드, 이탈리아, 스페인에서 논쟁의 대상이 되거나 실행되었다. 이 가운데 가장 대표적인 영국의 ‘내부시장’ 모델과 스웨덴의 개혁을 간략히 살펴보기로 하자.¹³⁾

영국에서는 이전까지 NHS의 운영원리이던, 일반의나 병원에 정부 예산을 배정하던 방식을 포기하고 의료구매자에게 예산을 배정하고 일반의사나 병원은 구매자와의 계약을 통하여 서비스를 공급하는 ‘내부시장’이라는 개혁안을 1991년 4월부터 시행하였다 보건의료 서비스의 구매자는 구역보건청과 기금소유일반의(GP Fund Holder)이다.¹⁴⁾ 일반주민들은 의료 서비스를 제공받기 위하여 기금소유일반의에게 등록하거나 구역보건청에 등록하여야 한다. 그러면 구매자는 주민을 대리하

12) 각국에서 추진된 보건의료 개혁 사례 가운데 ‘관리된 경쟁’(managed competition)에 대한 가장 포괄적이고 일관된 접근으로 평가받고 있는 네덜란드의 데케르 개혁에 대해서는 Robinson(1998), van de Ven(1997)을 참고할 것. 여기에서 관리된 경쟁이란 미국의 의료경제학자인 엔트호벤(Enthoven, Alain)이 사용한 개념인데, 지역사회 내의 공급자들을 경쟁시켜 그들이 효율적인 서비스 제공체계를 갖추도록 동기화하는 데 시장의 힘(경쟁)을 이용하는 것이다. 이 관리된 경쟁의 개념은 서구 국가의 보건의료 개혁에 큰 영향을 미쳤다.

13) 내부시장이란 1985년 영국의 ‘NHS 제도의 관리에 관한 의견’(Reflections on the Management of the National Health Services)이라는 보고서를 제출한 엔트호벤이 보고서 속에서 사용한 개념으로 국가독점 모형이 갖는 비효율을 제거하기 위해 국민보건서비스 제도 내부에 의료서비스의 구매자와 공급자를 인위적으로 분리시켜 서로 경쟁하게 한 모델을 가리킨다.

14) 기금소유일반의는 개업한 일반의 가운데서 선발된 사람이며 회계에 관한 기본 지식과 경영능력을 갖추고 일정수 이상의 주민들을 등록받는다. 구역보건청은 이 기금소유일반의에게 이들이 등록받은 주민들의 1년간 의료비를 배정해 준다.

여 서비스 공급자(일반의, NHS 트러스트 병원, 민영병원)와 서비스 제공에 관한 계약을 체결한다.¹⁵⁾

스웨덴에서도 1990년대 전반 경제위기의 상황 속에서(Benner and Bundgaard Vad, 2000), 우파 연립정부의 집권 시기에 의료 시스템의 개혁이 추진되어 주(州)의 구입자와 공급자가 분리되었다. 이전까지는 주가 의료의 재정과 공급을 담당해 왔지만, 이 개혁을 통해서 구입자와 공급자의 기능이 분리되게 되었다. 이 개혁은 공적인 부문에 시장원리를 도입한 것으로 유사시장을 형성하는 방법이라고 할 수 있다. 1992년까지 26개 주가 이 개혁을 실시하고 1995년에는 거의 절반의 주가 이 개혁조치를 추진했다. 의료 서비스 구입을 담당하는 기관이 새로이 설립되었으며 병원은 구입기관의 예산획득을 둘러싸고 서로 경쟁을 벌이게 되었다. 기능분리와 함께 지불방식도 변경되었다. 종래의 전년도 실적에 기초한 연간배분방식에서 효율을 추구하는 계약방식으로 변경되었다(Harrison and Calltorp, 2000; Rehnberg, 1997).

2. 공적지출 비율의 축소 정도와 복지체제

전체적으로, <그림 4-1>을 통해서 알 수 있듯이 80년대 이후 축소의 추이를 살펴 보면 사회민주주의와 자유주의 복지체제에서 지속적으로 축소의 작업이 진행되었으며, 보수주의적 복지체제에서는 지지부진하

15) NHS 트러스트 병원이란 영국에서 개혁 이후 국영병원의 비효율성을 극복하기 위해 책임경영기관으로 전환시킨 사례를 가리킨다. 개혁 이전에 국영병원은 구역보건청으로부터 예산을 배정받아 운영하였으나 개혁 이후에 병원은 독자적으로 이사회를 구성하고 이사회의 권한으로 은행으로부터 자금을 차용하여 병원을 개보수하거나 새로운 장비를 도입할 수 있도록 하였다.

계 축소의 작업이 추진된 것을 확인할 수 있다. 보건의료 지출 비율의 축소 정도와 복지체제의 관계를 파악하기 위해 각 국가별로 1979년부터 1999년까지 축소의 정도를 측정해 보았다. 그 결과를 보여주는 표가 <표 4-2>인데 축소의 정도가 가장 큰 나라부터 8위까지를 순서대로 보면, 아일랜드, 영국, 노르웨이, 네덜란드, 뉴질랜드, 스웨덴, 덴마크, 캐나다이다. 본 논문에서 보수주의 국가로 분류하고 있는 네덜란드를 제외하고 모든 나라가 자유주의 복지체제와 사회민주주의 복지체제에 속해 있는 것을 알 수 있다.¹⁶⁾

힅스와 조른(Hicks & Zorn, 2002)는 복지국가의 축소와 복지체제를 연결시킨 피어슨(Pierson, 2001c)의 논의에 기초하여 보수주의 복지체제의 재구조화는 가장 지지부진하며 자유주의 복지체제와 사회민주주의 복지체제에 속해 있는 나라들이 가장 많이 축소하는 경향을 띤다는 가설을 세우고 검증한 바 있다.¹⁷⁾ 보건의료의 축소를 대상으로 한 본 연구에서도 힅스의 방법대로 각각의 복지체제에 더미변수를 부여하여 회귀분석을 시도해 보았으나 그의 가설이 검증되지는 않았다. 그러나 예외적인 사례를 이루고 있는 미국을 제외하고 나머지 국가들을 대상으로 한 각 복지체제별 평균치가 자유주의 국가들의 경우 -5.17, 보수주의 국가들 -2.16, 사회민주주의 국가들 -6.84로 산출되어 복지체제별로

16) 네덜란드는 연구자에 따라서 사회민주주의 복지체제에 속하기도 하고 보수주의 복지체제에 속하기도 한다.

17) 피어슨(Pierson, 2001c)은 에스핑-안데르센의 복지체제 유형론에 근거하여 복지 국가 축소의 정치학을 구성하고 있다. 피어슨은 복지국가 체편의 세 가지 차원을 재상품화, 비용 억제, 재조정(recalibration)으로 정리하고, 비용 억제는 모든 복지체제에 공통적인 특성으로, 재상품화는 자유주의 복지체제의 특성으로, 프로그램의 합리적 재조정은 사회민주주의 복지체제의 특성으로, 기존 프로그램을 옹호하는 강력한 기득 이해와 연결된 재조정은 보수주의 복지체제의 특성으로 파악하고 있다.

차이가 작지 않은 것을 알 수 있다 특히 보수주의국가들의 보건의료 공적비율의 축소 정도가 가장 작아 피어슨의 주장이 근거가 있는 것을 확인할 수 있다.

<표 4-2> 국가별 축소의 정도

국가 명	의료시스템	1979년 (y1)	1999년 (y2)	y2-y1	(y2-y1)/ y1*100	순 서
오스트레일리아	베버리지	61.8	69.5	7.7	12.5	15
오스트리아	비스마르크	68.3	70	1.7	2.59	12
캐나다	비스마르크	75.9	71.1	-4.8	-6.3	8
덴마크	베버리지	87.8	82.2	-5.6	-6.4	7
핀란드	베버리지	78.3	75.3	-3	-3.8	11
독일	비스마르크	78.5	74.8	-3.7	-4.7	10
아일랜드	베버리지	82.9	72.8	-10.1	-12.2	1
일본	비스마르크	74.3	78.1	3.8	5.1	13
룩셈부르크	비스마르크	92.7	87.9	-4.8	-5.2	9
네덜란드	비스마르크	69.2	63.3	-5.9	-8.5	4
뉴질랜드	베버리지	84.4	77.5	-6.9	-8.2	5
노르웨이	베버리지	95.3	85.2	-10.1	-10.6	3
스웨덴	베버리지	91.7	85.7	-6	-6.5	6
영국	베버리지	91.1	80.5	-10.6	-11.6	2
미국	시장자유형	40.9	44.2	3.3	8.1	14
평균		78.21	74.54	- 3.67	-4.69	

이어서 의료 시스템별로 축소의 정도를 분석해 보았다. 베버리지 국가들의 축소 정도는 -5.86, 비스마르크 국가들의 축소 정도는 -2.86으로 나왔다.¹⁸⁾ 보건의료 시스템의 제도적인 요건의 측면에서 생각할 때 이

18) 베버리지 국가 보건의료체도의 특성이 국민보건서비스 유형이고 비스마르크 국가 보건의료체도의 특성이 건강보험 유형이다.

러한 결과는 의외의 것이다. 왜냐하면 국민보건서비스 유형을 취하고 있는 국가들보다 건강보험 유형을 선택하고 있는 나라들에서 보건의료 지출의 정도에 대해 더 강한 압박을 느끼는 것이 일반적이기 때문이다. 그렇다면 서구 국가들의 경우 보건의료 축소의 정치가 제도적 요건을 충실하게 반영하는 형태로 전개된 것이 아니라, 경제적 국면과 정치적 국면이 상당한 효과를 발휘했을 가능성이 크다고 할 수 있다. 보건의료 개혁의 성과를 결정하는 데 보건의료의 제도만큼 정치적·경제적 국면 역시 중요한 역할을 담당하였다는 프리먼과 모란(Freeman and Moran, 2000), 프리먼(Freeman, 1999)의 주장도 보건의료 개혁이 추진된 동일한 맥락을 지적하는 것이다.

제2절 공적제공 비율 추이

<표 4-3> 전체 보건의료 공적제공의 비율

(단위: %)

	수 준				연 간 변 동 률				
	1960	1973	1980	1991	1997	1960 -72	1973 -79	1980 -90	1991 -97
사회민주주의 복지국가									
스웨덴	95.1	93.6	93.4	92.4	81.5	-0.13	-0.03	-0.07	-1.36
핀란드	-	94.7	94.9	95.5	96.1	-	0.03	0.11	0.08
평균	95.1	94.2	94.2	94.0	88.8	-0.13	0	0.02	-0.64
보수주의적 복지국가									
오스트리아	69.4	70.9	72.3	71.4	70.5	0.16	0.28	-0.1	-0.11
독일	56.2	54.4	52.2	57.4	46.7	-0.15	-0.45	-0.12	-1.34
프랑스	-	61.9	64.0	64.6	64.3	-	0.35	0.09	-0.04
이탈리아	-	84.0	84.4	76.5	73.5	-	0.12	-0.8	-0.38
일본	46.9	35.9	32.8	29.8	35.8	-0.83	-0.38	-0.34	0.75
평균	57.5	61.4	61.1	59.9	58.2	-0.27	-0.02	-0.25	-0.22
자유주의 복지국가									
오스트레일리아	81.6	63.6	61.1	48.9	40.5	-1.29	-0.08	-1.01	-1.05
캐나다	-	97.1	98.5	98.4	100.0	-	0.23	-0.01	0.2
영국	-	-	98.8	96.4	95.1	-	-	-0.22	-0.16
미국	23.9	23.3	21.7	34.7	32.5	0.03	-0.33	-0.33	-0.28
평균	52.8	61.3	70.0	69.6	67.0	-0.63	-0.06	-0.39	-0.32

위의 <표 4-3>는 보건의료 공적제공 비율의 추이를 나라별로 정리한 것이다. 위의 표를 보면, 먼저 복지체제 유형별로 공적제공 비율의 측면에서 크게 차이가 있다는 사실을 알 수 있다. 사회민주주의 복지체제에 속하는 스웨덴과 핀란드의 경우 공적제공 비율의 정도는 80~90% 수준에 이르지만, 보수주의적 복지체제에 속하는 오스트리아, 독일, 프랑스, 이탈리아, 일본의 경우 30%~70%대까지 폭넓은 분포를 보여주고

있다는 것을 알 수 있다.¹⁹⁾ 보수주의적 복지체제에 속하는 나라들 가운데 이탈리아를 제외한다면 거의 모두가 건강보험형을 선택하고 있으므로 건강보험형 국가들이 일반적으로 공적제공 비율의 정도가 낮다고 판단할 수도 있을 것이다.

그리고 자유주의 복지체제의 구성원들인 오스트레일리아와 캐나다, 영국, 미국의 경우 30% ~ 100% 수준에 이르기까지 넓은 분포를 보여주고 있다. 자유주의 복지체제 내에서도 국민보건서비스형과 시장자유형 사이에 공적제공 비율의 측면에서 크게 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 국민보건서비스형인 영국의 공적제공 비율은 95% 수준에 이르지만, 시장자유형인 미국의 공적제공 비율은 20 ~ 30%에 머물러 있는 것이다. 한편 보건의료 제공의 역사적 추이를 살펴 본다면, 사회민주주의 복지체제에서 스웨덴의 경우 60년대 이후 지속적으로 공적제공의 비율이 떨어지다가 1990년대에 들어와 경제적 위기를 배경으로 비교적 큰 비율로 공적제공의 비율이 축소되고 있다는 사실을 확인할 수 있다. 보수주의적 복지체제의 여러 나라들 가운데에는 독일과 일본의 공적제공 비율이 큰 폭으로 감소되고 있다. 독일의 경우 60년대 이후 지속적인 감소추세를 보여주다가 스웨덴과 마찬가지로 90년대에 접어들면서 크게 축소되었다. 자유주의 복지체제에 속하는 나라들 가운데에는 오스트레일리아가 다른 어떤 나라들보다 큰 폭으로 축소되고 있다는 사실을 확인할 수 있어 이 나라가 급진적인 시장지향적 개혁을 추진해 왔음을 알 수 있다.

19) 사회민주주의 복지국가들의 경우 보건의료 부문 고용의 공적인 비율은 88%이며, 기독교 민주주의 복지국가들의 보건의료 부문 공적인 비율은 46%이다. Huber and Stephens(2001)을 참조할 것.

제3절 민간 건강보험의 추이

<표 4-4> 보건의료총지출 중 민간 건강보험의 비율

	1973	1980	1991	2000
사회민주주의 복지국가				
핀란드	1.6	1.4	1.9	2.6
노르웨이	-	-	0	0
덴마크	1	0.8	1.2	1.6
평균				
보수주의적 복지국가				
오스트리아	8.2	7.6	9	7
독일	6	5.9	11.8	12.6
프랑스	-	-	11	12.7
이탈리아	-	-	0.7	0.9
네덜란드	-	-	-	15.2
스위스	-	-	10.7	10.5
일본	-	-	-	0.3
평균				
자유주의 복지국가				
오스트레일리아	16.1	15.7	11.6	7.3
캐나다	-	-	8.4	11.4
아일랜드	-	-	9	7.6
뉴질랜드	-	1.1	3.6	6.3
영국	1.2	1.3	3.4	-
미국	23.5	28.4	33.9	35.1
평균				

보건의료 공적 비율의 감소는 필연적으로 사적 비율의 증가를, 그 가운데에서도 민간 건강보험의 비율 증가를 가져온다. 나라별로, 시기적으로 자료가 많이 누락되어 있기 때문에, 전체를 파악하는 데 장애가 있겠지만, 몇 개의 사실만은 확인할 수 있다.

우선 <표 4-4>를 보면 국민보건서비스형을 선택하고 있는 나라들과

사회보험형, 그리고 시장자유형을 선택하고 있는 나라들 사이에 민간 건강보험의 비율에서 큰 차이가 있다는 사실을 알 수 있다. 국민보건서비스형을 취하고 있는 핀란드, 노르웨이, 덴마크, 영국, 뉴질랜드, 이탈리아의 민간건강보험지출비율이 1~3% 내외인 것에 비해 사회보험형을 선택하고 있는 오스트리아, 독일, 네덜란드, 스위스 등의 민간건강보험지출 비율은 10%를 넘는 경우가 대부분이다. 시장자유형을 취하고 있는 미국의 경우에는 무려 35%를 초과하고 있다.

둘째, 어떤 유형을 선택하고 있던 민간건강보험 지출이 차지하는 비율이 증가하는 추세는 동일하다. 사회민주주의 복지체제에 속하는 핀란드와 노르웨이의 경우에도 조금씩 증가하고 있으며, 보수주의 복지체제에 속하는 국가들 가운데 독일, 프랑스, 이탈리아에서는 민간건강보험 지출의 비율이 증가하고 있다. 자유주의 복지국가들인 캐나다, 뉴질랜드, 영국, 미국에서도 그 비율이 조금씩 증가하고 있다.

제5장 결함회귀분석

제1절 독립변수들에 대한 기술적 분석

<표 5-1> 독립변수들에 대한 기술적 분석

변수명	N	평균값	표준편차	최소값	최대값
일인당 실질 GDP	315	9.87	0.20	9.21	10.41
실업률	315	7.06	3.36	1.50	17.00
재정적자비율	308	-2.78	4.13	-13.40	9.50
개방도	315	62.70	28.66	15.92	175.56
노인 인구비율	309	13.60	2.26	9.12	17.83
국가구조	315	1.93	1.95	0	7.00
좌파정당 내각점유율	315	0.32	0.39	0	1.00
기독교정당 내각점유율	315	0.13	0.24	0	

<표 5-1>은 분석에 사용된 독립변수들의 빈도, 평균값, 표준편차, 최소값과 최대값을 보여주고 있다. 연구기간 동안 연구대상 국가들의 일인당 실질 GDP 자연로그의 평균값은 9.87, 최소값은 9.21, 최대값은 10.41로 나타나고 있다. 실업률의 평균값은 7.06, 최소값은 1.50, 최대값은 17.0로 나타나고 있다. 재정적자비율을 보면 평균값이 -2.78로 나타났다으며 최소값과 최대값은 각각 -13.40, 9.50으로 확인되고 있다. 수출과 수입을 GDP로 나눈 개방도의 평균값은 62.70, 최소값은 15.92, 최대값은 175.56이다. 65세 이상되는 노인 인구비율의 평균값은 13.60이었으며 최소값과 최대값은 각각 9.12와 17.83이었다. 5개의 변수로 구성되어 있는 국가구조는 평균값이 1.93, 최소값은 0, 최대값은 7.00이었다. 노조의 권력자원을 보여주는 정치적 변수들을 보면, 먼저 좌파

정당 현재 내각점유율은 평균값이 0.32, 최소값은 0, 최대값은 1이었다. 기독교민주주의 정당 현재 내각점유율은 평균값이 0.13이며 최소값은 0, 최대값은 1로 나타났다.

제2절 결함회귀분석 결과

1. 공적지출의 비율

복지국가 축소기를 연구할 때 먼저 판단해야 할 것은 축소의 기점을 언제로 잡을 것인가의 문제이다. 선진자본주의 국가들을 대상으로 복지국가의 축소를 연구할 경우에도 각각 축소에 접어든 시점이 다르기 때문에 이 문제를 해결하기는 쉽지 않다. 더욱이 축소의 기점을 언제로 잡을 것인가에 따라 연구의 결과가 다르게 나올 수 있기 때문에 이 문제에 대한 판단은 신중을 요한다. 아래 <표 5-2>에서 알 수 있는 것처럼 기존의 연구를 살펴보아도 축소의 시점이 다른 것이다. 예컨대 클레이튼과 폰투스(Clayton & Pontusson, 1998)은 복지국가의 축소기점을 1980년으로 추정하고 있고, 후버와 스티븐스(Huber and Stephens, 2001)는 복지국가의 황금기를 연구한 시점을 1960~1985년으로 설정하고 있다. 카스틀(Castles, 2001)은 공공지출의 변동을 연구하면서 복지국가 축소기의 기간을 1984년에서부터 1997년까지로 설정하고 있다.²⁰⁾

20) 카스틀은 연구기간을 1984년부터 1997년까지 잡은 이유를 다음과 같이 정리하고 있다. 실업이 많은 공공지출 프로그램의 확대와 관련되어 있는 주요 요인중의 하나이기 때문에 노동시장의 상황이 1997년과 현저하게 다른 시기(예컨대 실업률이 급증한 1980년)를 분석의 출발시점으로 할 경우 비합리적이기 때문이다.

후버와 스티븐스(Huber and Stephens, 1999)는 전후 복지국가의 지출 변동에 관한 연구에서 연구시기를 1971년 이전과 1972 ~ 1978년, 1979년 이후의 세 시기로 구분하고 있어, 축소기를 1979년 이후로 상정하고 있다. 그리고 지겔은 1975년 이후를 축소의 연구시점으로 선택하고 있다. 알랜과 스크룩스(Allan and Scruggs, 2002)는 18개 국가의 실업급여와 질병보험, 사회적 연금의 소득대체율 변동의 결정요인을 1977년부터 1997년까지의 자료를 통해 분석하고 있다. 강철희 등(2000)은 1982년을 복지국가변동 연구의 기점으로 선택했다.

<표 5-2> 연구자들이 설정한 복지국가 축소의 시점

연구자	복지국가 축소 시점	출처
Huber & Stephens	1979년	Huber and Stephens(1999)
Clayton & Pontusson	1980년	Clayton & Pontusson(1998)
Siegel	1975년	Siegel(2000)
Castels	1984년	Castels(2001)
Allan and Scruggs	1977년	Allan and Scruggs(2002)
강철희(외)	1982년	강철희·김교성·김영범(2000)

이 논문에서는 제2차 오일쇼크가 시작되고, 영국의 대처 정부가 집권한 시기인 1979년을 복지국가 축소의 상징적 시점으로 파악하여, 축소기의 기점을 1979년으로 설정하여 이후의 보건의료 공적지출 비율의 변화에 미친 독립변수의 효과를 분석해보고자 한다.

<표 5-3> 보건의료 공적지출 비율의 효과 추정

변수	추정 계수	표준오차
INTERCEPT***	78.0817	22.0058
1인당실질 GDP	-0.4576	2.3061
실업률***	-0.3851	0.0784
재정적자비율***	-0.2508	0.0546
개방도**	-0.0577	0.0208
노령인구비율***	1.1327	0.2169
국가구조**	-4.2051	1.5910
좌파정당 현재내각점유율***	1.5721	0.4696
기독교정당 현재내각점유율**	3.499	1.2158
y+	-0.97	0.4951
R2	0.2791	

***는 유의수준 0.1%, **는 유의수준 1%, *는 유의수준 5%, +는 유의수준 10%를 의미.

<표 5-3>은 보건의료 지출의 공적 비율에 대한 회귀분석의 결과를 보여 주고 있다. 분석결과는 실업률, 재정적자비율, 개방도, 사회민주주의 정부, 기독교 민주주의 정부의 유의미한 효과에 관한 본 논문의 가설을 지지해 주고 있다.

세계화에 대해서는 최근 경험적 연구에 의해 흔히 입증되는 것과 반대되는 결론을 보여주고 있다. 개방도가 높을수록 보건의료의 공적지출의 수준이 낮은 것으로 나타났다. 그리고 히스가 주장하는 것과 같은 역 U자형 가설은 입증되지 않았다. 개방도와 개방도²의 회귀분석을 해 본 결과 개방도²에서 유의미한 수치를 보여주지 않았다.

국가구조에 대해서도 본 논문의 가설과 일치하지 않은 분석결과를 보여주고 있는데, 비토 포인트의 정도가 클수록 보건의료 지출의 비율

이 큰 것으로 나타났다. 이 결과는 본 논문의 방법과 마찬가지로 수준(level)을 통해 복지국가의 축소를 연구한 히스(Hicks, 1999)와 일치하는 것이다. 히스는 복지지출에 미치는 국가구조의 효과를 분석하고 있는데, 국가구조가 배타적일수록, 즉 비토포인트가 많을수록 복지지출이 낮다는 것을 보여 주고 있다. 이러한 분석결과는 실제 서구국가들에서 이루어진 보건의료의 개혁조치가 추진된 과정과 일치하지 않는다. 비토포인트와 보건의료 제도와와의 관계에 대해서는 스웨덴과 프랑스, 스위스의 사례연구를 통해 국가구조와 건강보험 입법의 연관에 대해 분석한 이머굿(Immergut, 1992)의 고전적인 논의가 있거니와, 서구국가의 보건의료 개혁과정을 분석한 연구들도 비토포인트가 낮은 국가일수록 개혁작업을 수월하게 추진하고, 비토포인트가 높은 국가일수록 보건의료의 개혁작업이 지지부진한 경우를 공통적으로 보여주고 있다. 대표적인 경우가 뉴질랜드와 영국, 독일과 프랑스, 미국의 사례일 것이다.

양적 연구와 질적 연구의 이러한 불일치는 국가구조에 관한 가설이 복지국가 축소기에 다르게 설정되어야 한다는 것을 보여주고 있다. 사회민주주의 국가들을 비롯하여 비토포인트가 낮은 나라들이 복지국가 황금기에 높은 복지수준을 성취해 왔고, 이러한 사실은 축소기에 쉽게 바뀌지 않기 때문에 이러한 분석결과가 초래된 것이 아닐까?

노령인구에 대해서도 본 논문의 가설과 반대되는 분석결과가 나타났다. 노령인구 비율이 높을수록 보건의료 공적지출의 비율이 높은 것으로 나타난 것이다. 복지국가의 축소기에도 노령인구의 비율은 복지국가의 지출을 초래하는 요인인 것으로 확인되었다. 분석결과가 가설과 다르게 나타난 것은 아직 노령인구비율의 증대로 인한 공적지출의 증가 현상이 본격적으로 출현하지 않았기 때문일 가능성이 있다.²¹⁾ 예컨

대 피어슨(Pierson, 2001b)은 다음과 같이 말하고 있다.

OECD에서 65세 이상 인구의 비중은 1960년의 9.4%에서 1990년에 13%로 증가했으며 2000년에는 13.9%에 도달할 것으로 예측된다. 이것은 노령인구의 비중이 50% 증가한 것으로 상당히 많이 이동한 것이다. 모든 복지국가의 주요 수혜자는 노령인구이기 때문에 이러한 사실은 공적지출에 대해 분명한 함의를 가진 것이다. 그러나 이러한 인구이동은 아직 초기 국면에 놓여 있다. 1960년 이후의 증가는, 결국 인구의 23%에 도달할, 예상되는 노령인구비중의 전체 성장 가운데 대충 1/3 정도를 설명한다. 대부분의 OECD 국가에서 이러한 인구이동의 대부분은 2010년에서 2035년 사이에 일어날 것이다(2001b: 93).

이처럼 본 논문의 가설과 일치하지 않은 여러 분석결과가 도출된 것은 본 논문의 연구시점이 각 국가들이 축소기에 접어든 시점보다 일찍 설정되었기 때문일 가능성이 있다. 실제로 각국의 사례연구와 데이터 분석을 통해서 히크스와 조른(Hicks & Zorn, 2002)이 정리한 각국의 축소 기점은 <표 5-4>에서 확인할 수 있는 것처럼 대체로 80년대 초반과 중반, 심지어 90년대 초반까지 펼쳐져 있는 것이다. 그렇다면 79년이라는 연도는 아직 복지국가 황금기의 효과가 남아 있는 시기일 가능성이 있다. 그 때문에 각국의 축소기점 이전과 이후의 공적 비율에서 어느

21) 그러나 인구노령화의 초기 국면에서도 분석년도를 최근인 1990~1999년으로 잡을 경우, 노령인구의 비율이 높을수록 보건의료 공적지출의 비율이 줄어든 것으로 나타났다(t -값: -2.05). 즉 90년도만을 분석대상으로 했을 경우, 노령인구와 보건의료 축소의 관계에 대한 본 논문의 가설이 입증되었다. 이처럼 본격적인 축소기만을 대상으로 하였을 경우 노령인구의 비율 증가는 보건의료 공적지출의 요인인 것을 확인할 수 있다.

정도 차이가 있는지 확인해 보기 위해 연도 더미를 설정해 보았다. 각 국가가 복지국가의 축소라는 사건(Hicks & Zorn, 2002, 2003)에 직면한 시점이 다르므로 복지국가축소 사건년도(y)라는 더미 변수를 주어 y 이전과 이후의 보건의로 공적 비율에 어느 정도 차이가 있는지를 분석해 본 것이다. 각 국가의 축소가 이전에는 0점을 주고, 축소가 이후에는 1점을 부여하여 분석해 보았다.

<표 5-4> 유럽 각국의 복지국가 축소 기점

국 가	축소기점(년)	국 가	축소기점(년)	국 가	축소기점(년)
오스트레일리아	1985	프랑스	1984	뉴질랜드	1991
오스트리아	1986	독일	1982	노르웨이	-
벨기에	1984	아일랜드	1982	스웨덴	1983
캐나다	1987	이탈리아	1993	스위스	1988
덴마크	1982	일본	1984	영국	1980
핀란드	1992	네덜란드	1984	미국	1982

출처 : Hicks & Zorn(2002)

연도 더미를 보면, 각 나라별로 상이한 축소 시점 이후의 공적 비율이 축소 이전의 공적 비율보다 더 낮다는 것을 알 수 있다. 축소 시점 이후의 공적 비율이 그 이전에 비해 -0.971만큼 줄어든 것을 확인할 수 있다. 그 다음으로는 어떤 변수들이 복지국가의 축소가 전후를 통해서 얼마만큼 변동하는가를 알기 위해 각 국가들이 축소에 진입하게 되는 연도를 더미변수로 해서 황금기와 축소의 독립변수 효과가 다를 것으로 설정된 (독립변수 \times y)가 종속변수에 미치는 효과를 분석해 보았다.²²⁾

22) Hicks & Zorn(2002)에 따르면, 복지국가의 황금기와 축소에 미치는 독립변수의 효과가 다를 것으로 예측되는 변수는 실업률, 노령인구비율, 정당 변수, 국가구조 등이다.

분석결과 좌파정당 내각점유율, 기독교민주주의 정당 내각점유율에
서는 유의미한 차이가 확인되지 않았으며 실업률, 노령인구비율과 국
가구조가 축소기 전후별로 유의미한 차이가 확인되었다. 축소기 이후
실업률은 -0.3343 만큼 추정계수를 음의 방향으로 증가시키는 것으로
나타났으며 노령인구비율은 미미한 효과만이 확인되었다. 국가구조는
축소기 이후 0.4202만큼 추정계수를 줄인 것으로 나타났다.

<표 5-5> 보건의료 공적지출의 비율 효과 추정(연도더미×실업률)

변수	추정계수	표준오차
INTERCEPT***	94.1287	21.4388
1인당실질 GDP	-2.1855	2.2548
실업률+	-0.1732	0.1044
재정적자비율***	-0.2530	0.0538
개방도*	-0.0496	0.0206
노령인구비율***	1.0688	0.2148
국가구조**	-4.1809	1.5750
좌파정당 현재내각점유율**	1.2877	0.4723
기독교정당 현재내각점유율+	2.3976	1.2525
연도 더미+	-1.6353	0.9871
연도더미×실업률**	-0.3343	0.1086
R2	0.2924	

***는 유의수준 0.1%, **는 유의수준 1%, *는 유의수준 5%, +는 유의수준 10%
를 의미.

<표 5-6> 보건의료 공적지출의 비율 효과 추정(연도더미×노령인구비율)

변수	추정 계수	표준오차
INTERCEPT***	87.2264	21.6008
1인당실질 GDP	-1.2093	2.2557
실업률***	-0.3492	0.0793
재정적자비율	-0.2300	0.0547
개방도	-0.0479	0.0209
노령인구비율	0.9644	0.2256
국가구조*	-4.4214	1.6442
좌파정당 현재내각점유율	1.5784	0.4659
기독교정당 현재내각점유율*	3.4243	1.2067
연도 더미**	-1.3937	0.5155
연도더미×노령인구비율*	0.0001	0.000041
R2	0.2924	

***는 유의수준 0.1%, **는 유의수준 1%, *는 유의수준 5% , +는 유의수준 10%를 의미.

<표 5-7> 보건의료 공적지출의 비율 효과 추정(연도더미×국가구조지수)

변수	추정 계수	표준오차
INTERCEPT***	65.3580	22.7655
1인당실질 GDP	0.9910	2.3805
실업률***	-0.3129	0.0828
재정적자비율***	-0.2215	0.0559
개방도**	-0.0629	0.0207
노령인구비율***	1.0718	0.2169
국가구조**	-4.6437	1.7133
좌파정당 현재내각점유율***	1.5518	0.4644
기독교정당 현재내각점유율*	3.1117	1.2144
연도 더미**	-1.7928	0.6174
연도더미×국가구조지수*	0.4202	0.1783
R2	0.2931	

***는 유의수준 0.1%, **는 유의수준 1%, *는 유의수준 5%, +는 유의수준 10%를 의미.

보건의료 공적지출의 비율에 대한 각 변수들의 통계적인 유의미성과 영향력은 복지체제 유형에 따라 달리 나타났다. 사회민주주의 국가들에서는 1인당 실질 GDP, 실업률, 노령인구비율, 국가구조가 유의미한 영향력을 갖는 변수로 나타났고, 보수주의 국가들에서는 1인당 실질 GDP, 재정적자비율, 무역개방도, 좌파정당 내각점유율이 영향력을 갖는 변수로 나타났다. 그리고 자유민주주의 국가들에서는 1인당 실질 GDP, 실업률, 재정적자비율, 무역개방도, 좌파정당 현재 내각점유율, 기독교정당정당 현재 내각점유율이 영향력을 갖는 변수로 나타났다.

<표 5-8> 복지국가 유형별 보건의료 공적지출의 비율 효과

변 수	사 민		보 수		자 유	
	계수	SE	계수	SE	계수	SE
1인당 실질 GDP	-12.3167***	2.0972	16.7482**	6.1141	-6.1724+	3.2067
실업률	-0.3962***	0.0899	0.0586	0.1103	-0.4090**	0.1473
재정적자비율	-0.0731	0.0534	-0.3163**	0.1047	-0.2863**	0.1025
개방도	-0.0383	0.0237	-0.0565**	0.0156	-0.0832+	0.0430
노령인구비율	0.7832*	0.3329	0.6437**	0.2064	0.6353	0.5820
국가구조	-6.4059***	1.5547	1.2017**	0.3761	-5.9054	3.9455
좌파정당 현재 내각점유율	0.5450	0.6900	2.2023*	1.0536	2.9736***	0.8415
기독교정당정당 현재 내각점유율	2.3368	3.3389	-0.1279	1.2522	99.7393*	40.2156
상수	200.6663		-101.108		149.2891	
RSQ	0.8377		0.6083		0.3864	
횡단사례수	3		6		6	
시계열사례수	21		21		21	

스티븐스(Stephens, 1996)의 분석에 의하면 사회민주주의 복지체제가 직면하고 있는 직접적인 도전은 증가하는 실업현상에 적응하는 것이다. 사회민주주의 복지국가들은 실업률 3%를 상정한 재정적 균형 상태에 놓여 있으며, 실업률이 그 보다 상승하면 이전(transfer) 프로그램 때문에 재정적 곤란에 빠지게 된다. 따라서 실업률이 지속적으로 상승할 경우 재정적 균형상태에 도달하기 위해 급여의 삭감, 보건의료를 비롯한 사회적 서비스의 개혁, 조세 인상 조치들이 취해진다. <표 5-8>은 바로 사회민주주의 복지국가들에서 실업률이 보건의료 공적지출 비율의 축소를 초래하는 주요 요인인 것을 입증해 주고 있다.

피어슨(Pierson, 2001a)에 따르면 기독교민주주의 복지체제는 노령인구의 증가로 인한 압력에 특히 취약하며 영국과 아일랜드와 같은 자유주의 국가들은 인구의 노령화로 인한 재정적 긴장을 거의 느끼지 않는다는 것이다. <표 5-8>에서 확인할 수 있는 것처럼 보건의료 공적지출 비율을 대상으로 한 본 연구에서도 인구의 노령화와 관련된 피어슨의 진술이 확인되고 있다. 기독교민주주의 복지체제에서 노령인구비율은 보건의료 공적지출의 축소를 촉진시키는 요인으로 인식되고 있고, 자유주의 복지체제에서 노령인구비율은 공적지출에 대해 유의미한 효과를 미치는 요인으로 평가되지 않고 있는 것이다.

국가구조가 공적지출의 비율에 미친 효과는 각 복지체제에 따라 다르게 나타나 흥미롭다. 사회민주주의 복지체제에서 비토포인트는 보건의료 공적지출의 비율에 대해 강한 부(負)의 효과를 미치고 있고, 보수주의 복지체제에서 비토포인트는 공적지출의 비율에 대해 유의미한 정(正)의 효과를 미치고 있으며, 자유주의 복지체제에서 비토포인트는 유의미한 효과를 미치지 않는다. 그렇다면, 앞서 논의한, 비토포인트가 보

건의료 공적지출의 비율에 미치는 부(負)의 효과는 주로 사회민주주의 복지체제에 속한 나라들의 비토포인트 정도가 공적지출의 비율에 미친 효과라는 사실을 보여주는 것이다. 스웨덴, 노르웨이, 덴마크, 핀란드 등 스칸디나비아 국가들 내부에서 비토포인트가 낮을수록 보건의료 공적 비율이 높게 나타난 것이 이러한 분석결과를 초래한 것이다. 그러나 보수주의 국가들 내부에서 비토포인트가 강한 국가들일수록 보건의료 공적지출의 비율이 높게 나타난 것은 본 논문의 가설과 관련하여 흥미로운 결과이다. 보수주의 복지체제에 속하는 나라들의 선거제도는 다수의 비토포인트를 만들어내는 특성을 갖고 있으며(Pierson, 2001c), 실제 질적인 분석에서도 독일, 스위스, 프랑스 등이 비토포인트가 높은 나라들로서 보건의료의 개혁 작업이 지지부진한 사례로 주목받은 바 있다.

보수주의 국가들 전부가 유럽통화연합(EMU)의 구성원이며 마스트리히트 기준의 적용대상이었다는 사실도 본 논문의 분석결과에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 1989년에 제출된 들로르 보고서에 따르면 유럽통화연합에 가입하기 위한 조건 중의 하나는 정부의 재정적자가 GDP의 3% 이내여야 했으며 따라서 정부의 재정적자비율은 보건의료 복지 지출을 축소시키는 요인으로 작용했을 가능성이 있다. <표 5-8>은 보수주의 국가들의 경우 재정적자비율이 보건의료의 공적지출을 축소시키는 요인으로 작용했음을 보여준다. 그러나 사회민주주의 국가들 내에서 스웨덴, 덴마크는 마스트리히트 조약에 가입하지 않을 의사를 천명했으며 아래 표에서 확인할 수 있는 것처럼 사회민주주의 국가들에서 재정적자비율은 보건의료의 공적지출 비율에 영향을 미치지 않았다.

사회민주주의 복지체제와 보수주의 복지체제와 비교할 때 자유주의 복지체제에서 투표자들은 복지제도에 대한 충성도(commitment)가 약

하며 조세 삭감과 같은 다른 대안적인 정책에 동의하기 쉽다. 노동조합 운동도 주요한 정책결정에서 배제되어 있다. 따라서 자유주의 복지국가들은 정당들에게 복지국가의 구성요소에 대해 공격적인 입장을 취할 수 있는 가능성을 제공한다. 급진적인 복지축소가 자주 자유주의 국가들에서 추진되고 누가 집권정당이 되느냐에 따라 복지제도의 운명이 달라지는 것은 자유주의 국가들의 그러한 특성 때문이다(Pierson, 2001b). <표 5-8>에서도 자유주의 국가들의 그러한 특성이 확인되었다. 좌파정당 현재 내각 점유율이 보건의료의 공적지출에 가장 강한 영향력을 미치고 있는 나라는 자유주의 국가였다.

보건의료 공적지출의 비율에 대한 여러 독립변수의 효과에 대한 이상의 분석에서 발견된 사실을 요약, 제시하면 다음과 같다.

1. 무역개방도의 정도가 보건의료 공적지출의 비율에 미치는 영향에 대해서는 통계적으로 유의한 결과가 검증되었다.
2. 좌파 정부의 내각점유율의 정도가 보건의료 공적지출의 비율에 미치는 영향에 대해서 통계적으로 유의한 결과가 검증되었다.
3. 기독교민주주의 정부의 내각점유율의 정도가 보건의료 공적지출의 비율에 미치는 영향에 대해서 통계적으로 유의한 결과가 검증되었다.
4. 헌법구조지수의 정도가 보건의료 공적지출의 비율에 미치는 영향에 대해서는 가설과 반대로 오히려 헌법구조지수가 낮을수록 보건의료 지출비율의 공적 성격이 강화되는 것으로 나타났다. 그러나 복지체제별로 나누어서 분석한 결과에서, 보수주의 국가들의 경우에는 본 논문에서 설정한 가설대로 헌법구조지수가 낮을수록 보건의료 지출비율의 공적인 성격이 약화되는 것으로 나타났다.

5. 실업률의 정도가 보건의료 공적지출의 비율에 미치는 영향에 대해서는 통계적으로 유의한 결과가 검증되었다.
6. 노령인구 비율의 정도가 보건의료 공적지출의 비율에 미치는 영향에 대해서는 가설과 반대로 오히려 노령인구비율이 높을수록 보건의료 지출비율의 공적인 성격이 강화되는 것으로 나타났다.
7. 1인당 GDP의 정도가 보건의료 공적지출의 비율에 미치는 영향에 대해서는 통계적으로 유의한 결과가 검증되지 않았다. 그러나 복지체제별로 나누어서 분석한 결과에서, 사회민주주의 국가들의 경우에는 본 논문에서 설정한 가설대로 1인당 GDP의 정도가 높을수록 보건의료 공적지출의 비율이 낮은 것으로 나타났다. 그러나 보수주의 국가들의 경우에는 가설과 반대로 1인당 GDP의 정도가 낮을수록 보건의료 공적지출의 비율이 낮은 것으로 나타났다.
8. 재정적자 비율의 정도가 보건의료 공적지출의 비율에 미치는 영향에 대해서는 통계적으로 유의한 결과가 검증되었다.

2. 공적제공의 비율

보건의료 공적지출과 동일한 방법으로 종속변수를 보건의료 공적제공으로 하여 독립변수들이 공적제공에 미치는 효과를 측정해 보았다. 분석결과 1인당 실질 GDP, 실업률, 기독교정당 현재내각점유율만이 유의미한 효과를 미치는 것으로 나타났다. 보건의료의 공적지출과 달리 1인당 실질 GDP가 높을수록 보건의료의 공적제공은 낮은 것으로 나타났다. 1인당 실질 GDP가 높을수록 민간병원을 이용하려는 경향이 높게 나타나는 사실을 확인시켜 주고 있는 것이다.

<표 5-9> 보건의료 공적제공의 비율 효과 추정

변수	추정 계수	표준오차
INTERCEPT***	216.6472	33.9905
1인당실질 GDP***	-13.0024	3.8029
실업률*	-0.3829	0.1543
재정적자비율	-0.1440	0.1048
개방도	-0.0299	0.0447
노령인구비율	0.5018	0.4199
국가구조*	-8.3977	3.7625
좌파정당 현재내각점유율	0.6259	1.0743
기독교정당 현재내각점유율*	5.3979	2.0816
R2	0.1830	

***는 유의수준 0.1%, **는 유의수준 1%, *는 유의수준 5%, +는 유의수준 10%를 의미.

위의 공적지출의 비율 분석과 마찬가지로 연도더미를 주어 축소기에 들어간 기점 이전과 이후를 비교하여 어떤 차이가 있는지를 분석해 보았다. 분석결과 축소기 이전과 이후의 공적제공의 경우 유의미한 차이가 확인되었으며 -1.6602만큼의 차이가 있었다.

<표 5-10> 보건의료 공적제공의 비율 효과 추정(연도 더미)

변수	추정 계수	표준오차
INTERCEPT***	187.1791	37.6575
1인당실질 GDP*	-10.292	4.0844
실업률	-0.2557	0.1696
재정적자비율	-0.1062	0.1065
개방도	-0.0125	0.0455
노령인구비율	0.6008	0.4217
국가구조*	-8.2008	3.6646
좌파정당 현재내각점유율	0.9234	1.0827
기독교정당 현재내각점유율**	6.3067	2.1359
y+	-1.6602	0.9431
R2	0.1962	

***는 유의수준 0.1%, **는 유의수준 1%, *는 유의수준 5%, +는 유의수준 10%를 의미.

마찬가지로 어떤 변수들이 복지국가의 축소기 전후를 통해서 얼마만큼 변동하는가를 알기 위해 각 국가들이 축소기에 진입하게 되는 연도를 더미변수로 해서 황금기와 축소기의 독립변수 효과가 다를 것으로 설정된 독립변수 $\times y$ 가 종속변수에 미치는 효과를 분석해 보았다. 실업률과 좌파내각점유율, 국가구조는 유의미하지 않은 것으로 나왔으며, 노령인구비율과 기독교민주주의 정당 내각점유율은 유의미한 것으로 나왔다. 노령인구비율은 축소기 이전에 비해 계수가 0.000314만큼 증가한 것으로 나타났으며 기독교 민주주의 정당 내각점유율은 -9.9263만큼 축소되는 것으로 나타났다. 후자의 경우 축소기 후에 상당한 정도로 그 효과가 감소하는 것이다.

<표 5-11> 보건의로 공적제공의 비율 효과 추정(연도 더미 \times 노령인구비율)

변수	추정 계수	표준오차
INTERCEPT***	193.444	36.2023
1인당실질 GDP**	-10.7023	3.9047
실업률	-0.002	0.1724
재정적자비율	-0.0142	0.1040
개방도	-0.0370	0.0450
노령인구비율	0.2123	0.4131
국가구조*	-8.8489	3.7233
좌파정당 현재내각점유율+	1.8164	1.0546
기독교정당 현재내각점유율***	7.5586	2.0611
y***	-3.9702	1.0476
노령인구비율 \times 연도더미***	0.0003	0.0001
R2	0.1962	

***는 유의수준 0.1%, **는 유의수준 1%, *는 유의수준 5%, +는 유의수준 10%를 의미.

<표 5-12> 보건의료 공적제공의 비율 효과 추정(연도 다변량기독교민주주의 정당 내각점유율)

변수	추정 계수	표준오차
INTERCEPT***	184.692	36.9486
1인당실질 GDP*	-10.2861	4.0025
실업률	-0.1671	0.1688
재정적자비율	-0.0022	0.1100
개방도	-0.0101	0.0446
노령인구비율+	0.6955	0.4145
국가구조*	-8.0305	3.6356
좌파정당 현재점유율	0.3844	1.0761
기독교정당 현재점유율***	12.5190	2.9495
y	-1.0292	0.9478
기독교정당 현재점유율×y**	-9.9263	3.3214
R2	0.2313	

***는 유의수준 0.1%, **는 유의수준 1%, *는 유의수준 5%, +는 유의수준 10%를 의미.

<표 5-13> 복지국가 유형별 보건의료 공적제공의 비율 효과

변 수	사 민		보 수		자 유	
	계수	SE	계수	SE	계수	SE
1인당 실질 GDP	-38.9367***	8.1282	-10.0123*	4.5875	-42.7799**	15.9911
실업률	-0.1833	0.2383	-0.3104	0.2476	-2.2259***	0.4973
재정적자비율	-0.1181	0.1295	-0.5572***	0.1109	-0.5621*	0.2780
개방도	-0.1354	0.0825	-0.1061+	0.0596	-0.0263	0.1312
노령인구비율	5.7747***	1.2893	0.4661	0.3090	-3.2862+	1.6869
국가구조	9.8909	16.1576	-7.8218	7.3422	-8.2861	8.1309
좌파정당 내각점유율	-0.9806	1.1790	1.2578	0.9614	-3.2502+	1.6428
기독교정당 내각점유율	-1.5019	4.2639	5.9882**	1.4261	0	0
상수	400.8636		170.0332		580.3265	
RSQ	0.6780		0.4764		0.3903	
횡단사례수	3		5		5	
시계열사례수	20		21		21	

보건의료 공적지출과 마찬가지로 공적제공에서도 공적제공의 비율에 대한 각 변수들의 통계적인 유의미성과 영향력은 복지체제 유형에 따라 달리 나타났다. 사회민주주의 국가들에서는 1인당 실질 GDP, 노령인구비율이 유의미한 영향력을 갖는 변수로 나타났고, 보수주의 국가들에서는 1인당 실질 GDP, 재정적자비율, 무역개방도, 기독교정당 내각점유율이 영향력을 갖는 변수로 나타났다. 그리고 자유민주주의 국가들에서는 1인당 실질 GDP, 실업률, 재정적자비율, 노령인구비율, 좌파정당 내각점유율이 영향력을 갖는 변수로 나타났다.

보건의료의 공적제공은 공적지출과 달리 한층 더 시장의 논리가 침투해 있는 영역이다. 공적지출은 미국을 제외한다면 서구의 거의 모든 국가가 70% 이상의 비율을 차지하고 있으며 공적제공은 각국별로 20%~100%에 이를 만큼 폭넓은 분포를 보여주고 있다. 따라서 공적제공의 영역에서 한층 더 시장의 논리가 작용하며 1인당 실질 GDP가 높을수록 공적제공의 정도가 낮게 나타난 것은 부유할수록 민간병원을 많이 이용하는 추세를 보여주는 것이다.

보수주의 국가에서 재정적자비율이 높을수록 공적제공의 정도가 낮게 나타난 것은 공적지출의 경우와 마찬가지로 같다.

보건의료 공적제공의 비율에 대한 여러 독립변수의 효과에 대한 이상의 분석에서 발견된 사실을 요약, 제시하면 다음과 같다.

1. 무역개방도의 정도가 보건의료 공적제공의 비율에 미치는 영향에 대해서는 통계적으로 유의한 결과가 검증되지 않았다.
2. 좌파 정부의 내각점유율의 정도가 보건의료 공적제공의 비율에 미치는 영향에 대해서 통계적으로 유의한 결과가 검증되지 않았다.

3. 기독교민주주의 정부의 내각점유율의 정도가 보건의료 공적제공의 비율에 미치는 영향에 대해서 통계적으로 유의한 결과가 검증되었다.
4. 헌법구조지수의 정도가 보건의료 공적제공의 비율에 미치는 영향에 대해서는 가설과 반대로 오히려 헌법구조지수가 높을수록 보건의료 제공비율의 공적 성격이 약화되는 것으로 나타났다.
5. 실업률의 정도가 보건의료 공적제공의 비율에 미치는 영향에 대해서는 통계적으로 유의한 결과가 검증되었다.
6. 노령인구 비율의 정도가 보건의료 공적제공의 비율에 미치는 영향에 대해서는 통계적으로 유의한 결과가 검증되지 않았다.
7. 1인당 GDP의 정도가 보건의료 공적제공의 비율에 미치는 영향에 대해서는 통계적으로 유의한 결과가 검증되었다.
8. 재정적자 비율의 정도가 보건의료 공적제공의 비율에 미치는 영향에 대해서는 통계적으로 유의한 결과가 검증되지 않았다.

제6장 보건의료 개혁의 역사제도적 분석

제1절 사회민주주의 복지체제

1. 스웨덴

(1) 보건의료 시스템

스웨덴의 행정제도는 중앙정부, 광역자치체인 주(州), 기초자치체인 커뮤니티로 구성되어 있다. 의료보장의 직접적인 책임은 주(州)에 있고 중앙정부는 의료보장의 전체 책임을 지는 구조로 되어 있다. 중앙정부에서 주(州)로의 권한위양은 단계적으로 실시되었다. 우선 광역자치체인 주(州)는 1862년 지방자치령이 제정됨에 따라 설립되어 병원의료의 운영은 주(州)의 역할로 되었다. 그 뒤 1940년대 후반에 고령자의료도 주(州)로 이관되었으며, 1960년대에 외래의료의 권한도 중앙정부에서 주(州)로 위양되었다. 1983년의 보건의료 서비스법(The Health and Medical Services Act)에 의해 의료공급에 관해서는 원칙적으로 모든 권한이 주(州)에 부과되었다.

이처럼 의료정책의 결정에 관하여 주(州)가 강한 자치권을 갖기 때문에 각 주(州)의 의료정책은 주(州)의 집권 정당에 따라 달라진다. 입원·외래, 예방활동은 각 주(州)의 의료청(Medical Care Board) 산하에 설립된 병원국(The Board of Hospital)에 의해 결정·운영되고 있다. 병원국은 10인의 주(州)의원으로 구성되기 때문에 의료정책의 결정은 관료에 의해 주도되는 것이 아니라 정치가인 주(州)의원에 의해 내려지고 있다.

기초 자치체인 커뮤니티는 1982년 시행된 사회서비스법(Socialtjänstlagen, Social Service Act)에 근거하여 고령자장해자 서비스, 사회서비스, 교육, 주택 등의 책임을 지고 있다. 중앙정부의 업무는 ① 의료정책의 틀을 부여하는 법령 등의 제정 ② 예산배분의 결정에 따라 지방자치체의 지역간 격차를 시정하고, 최저한의 보장을 달성 ③ 보조금 등에 의한 정책유도를 수행하는 것이다. 의료정책 전반에 관해서는 사회부가 담당한다. 그 하위조직인 사회복지청은 보건의료의 감독, 평가, 통제를 담당하고 사회보험청은 건강보험의 보험자이며 급부를 담당한다.

스웨덴에서는 세금을 주된 재원으로 하는 공적 의료기관이 대부분의 의료를 직접 공급하고 있기 때문에 의료기관의 대부분은 공립이며 의사도 대부분 공무원이다. 병원의료는 3층으로 구성되어 있다. 우선 전국을 6개의 의료관구로 분할하여 각 관구에 최저 1개소(인구 90만명 ~ 190만명에 1개소), 고도로 특화된 의료를 공급하는 광역권병원이 있고, 다음에 각 주 수준에서 통상(인구 13만 ~ 30만) 1개의 주립중앙병원(Central County Hospitals)이 있고 그 산하에 주립지구병원(District County Hospitals)이 있다.

공적 병원의 재원은 거의 주가 담당하지만, 건강보험에서 주에 지불하는 액수는 중앙정부와 주의 교섭에 의해 결정된다. 1985년까지는 중앙정부에서 주에 대해 입원일수, 외래일수에 따라 1일당 정액이 건강보험으로부터 상환되었지만, 1985년부터 이 방법이 폐지되고 중앙정부로부터 주의 비용을 각출하는 방법은 주의 인구에 따라 예산을 교부하는 것으로 되었다.

주는 이 예산의 범위 내에서 의료공급과 건강증진의 책임을 지게 되고 주의 공적 병원도 주에서 지불되는 연간예산에 의해 운영되게 되었

다. 공적 병원 외에 민간병원도 공적 병원을 보완하는 방식으로 운영되고 있지만, 총일반병상수에서 점하는 비율은 5% 정도에 지나지 않는다.

(2) 보건의료 개혁

스웨덴에서 보건의료의 개혁은 시기별로 구별되는 특징을 가지고 있다. 70년대와 80년대초의 개혁의 초점은 형평이었고, 80년대 후반에 개혁의 초점은 비용억제였으며, 90년대 초반의 초점은 효율성이었다. 90년대 후반에는 보건의료의 전달과 조직의 구조적 변동이었다.

스웨덴에서 복지정책 개혁이 논쟁의 대상으로 떠오른 것은 1979년 국민투표 이후 스웨덴 사용자연합(SAF)이 복지부문의 민영화 정책 도입을 주장한 이후의 일이었다. 1970년대 후반은 스웨덴이 장기적인 경제적 위기에 빠져 있었던 시기였다. 기업의 이윤이 떨어지고, 예산적자가 폭발적으로 증가했으며, 성장률이 떨어졌다. 임금인상률은 아주 높았으며, 인플레이션은 1977년과 1978년에 OECD 평균치를 상회했다.

이러한 경제적 상황을 배경으로 하여 우파 정부는 1980년 중반부터 재정적자의 해소를 위해 공공부문 2% 긴축책을 실시하기 시작하였으며, 사회보장의 기본급여 연동방식의 수정과 지방정부에 대한 보조금의 삭감을 주요 내용으로 하는 정부 부문 긴축정책안을 제출하였다. 우파 정부는 누적되는 재정적자를 해소하기 위해 질병보험의 대기기간을 2일로 연장하고 소득대체율을 90%에서 87%로 낮추는 질병보험 삭감안을 제출하였으며 이것이 1982년 선거를 앞두고 의회에서 통과되었다. 의료서비스 부문에서는 1981년부터 장기상병자의 입원비가 소득에 연계되어 청구되기 시작하였으며, 일반 병원·치과의 진료비와 약값

인상이 추진되었다(안상훈, 1999).

그밖에 사민당 정부의 집권 시기인 1982년 이후에 실시된 보건의료 정책을 보면, 1982(1983?)년에 보건의료 서비스 법이 제정되어 의료공급에 대한 주(州)의 책임이 명시되었다. 1985년에는 중앙정부가 주에 지불하는 방법이 의료공급량에 따른 방법에서 주의 인구에 따라 교부하는 방식으로 변경되었다. 1985년에는 다그마르 개혁(Dagmar Reform)에 의해 외래진료의 자원조달을 행위별 수가제에서 인두제에 기초한 사전 제도로 이동하였다. 그리고 1988년에는 1990~92년 동안 지역의 조세를 동결하기로 하였으며 병상을 폐쇄하고 병원 직원 인력을 삭감하는 구조조정 조치를 취하기도 했다.

그러나 1980년대는 신자유주의적 공세에도 불구하고 사회보장 전체적으로는 별 다른 변화가 보이지 않는 시기였으며, 몇몇 하위부문에서는 복지국가의 확대가 시도된 시기였다. 1980년대 중반 몇 년 동안 안정을 되찾았던 스웨덴 경제는 1980년대 후반에 접어들자 다시 불안정한 상태에 접어들기 시작했다. 1989년에 10%의 인플레이션을 보였으며, 생산성 증가는 OECD 평균보다 낮아졌다. 해외직접투자의 대외유출은 기록적인 수치를 나타냈으며 1990년과 1992년 사이에 실업률은 4%에서 8%로 급등했다. 실질 이자율은 4%에서 9%로 뛰었다.

파산의 위기에 직면한 금융기관을 보조하고, 실업문제에 대처하는 노동시장정책을 위한 공적 지출이 크게 증가했다. 1993년에는 재정적자가 GDP의 12%에 달했다. 1991년과 1993년 사이에는 마이너스 성장을 기록했다(Benner and Bundgaard Vad, 2000).

스웨덴 복지국가의 개혁이 추진된 것은 스웨덴 경제의 이러한 위기를 배경으로 해서였다.

1991년 선거에서의 사회민주당의 패배는 스웨덴 사회보장 모델 수정의 전환점이 되는 사건이었다. 1993년에 산재개념이 축소조정되고, 1994년에는 의회에 질병과 산재위원회가 설치되어 질병과 산재 관련제도의 개혁이 추진되었다. 같은 해 ‘연금개혁 가이드라인’이 국회를 통과하여 ‘보편적 권리로서의 연금’이 ‘소득에 따라 결정되는 자본주의적 연금’으로 성격을 수정하게 되었다(안상훈, 1999).

이 시기에 보건의료 부문에서도 동일한 개혁이 추진되었다. 보건의료 지출을 줄이기 위해 스웨덴의 중앙정부와 주 정부는 CCs(county councils) 지출의 제한을 두고 조세 억제를 통하여 보건의료 예산을 제약했다. 중앙 정부는 비용을 억제하고 정부의 지출을 줄이기 위해 보건의료 부문 피용자와 기타 공공부문 피용자와의 임금 교섭을 시도했다. 1991년의 심각한 경기침체 후 중앙정부는 환자당 수가에 제한을 두었으며, CCs 전체 지출의 성장을 억제했다. CCs 조세 수준을 동결하였으며, 보건 시스템에 대한 수입의 흐름을 봉쇄했다. CCs는 보건 지출에 대해 엄격한 예산상의 제약을 부과했으며 중앙 정부와 CCs의 이러한 노력의 결과로서 보건의료 지출은 80년대에 실질적으로 줄어들었고 90년대 초반 동안 안정적인 추세를 유지했다(Harrison and Calltorp, 2000).

그리고 1990년대 전반, 우파 연립정부의 집권 시기에 의료 시스템의 개혁이 추진되어 5개의 개혁이 실시되었다. 첫째 주의 구입자와 공급자의 분리, 둘째 가정의제도의 개혁, 셋째 자유개업의 제도의 실시, 넷째 대기상한보증제도의 실시, 다섯째 고령자 케어 개혁이 그것이다.

<표 6-1> 스웨덴 의료보장제도의 주요 개혁

	실시년도	실시주체	대상
유사시장내부시장의 도입	1991-94	주	의료
가정의제도의 개혁	1994	중앙정부	일차 진료
자유개업의 제도	1994	중앙정부	민간의개업
대기상한보증제도	1992	중앙정부/주	12개 의료
고령자 케어 개혁	1992	중앙정부/주	커뮤니티 의료·개호

출처: Rehnberg, C.(1997)

하나씩 차례대로 설명해보기로 하자. 첫째 주의 구입자와 공급자의 분리이다. 이전까지는 주가 의료의 재정과 공급을 담당해 왔지만, 이 개혁을 통해서 구입자와 공급자의 기능을 분리하게 되었다. 이 개혁은 공적인 부문에 시장원리를 도입한 것으로 유사시장을 형성하는 방법이라고 할 수 있다. 1992년까지 26개 주가 이 개혁을 실시하고 1995년에는 거의 절반의 주가 이 개혁조치를 추진했다. 의료 서비스 구입을 담당하는 기관이 새로이 설립되었으며 병원은 구입기관의 예산획득을 둘러싸고 서로 경쟁을 벌이게 되었다. 기능분리와 함께 지불방식도 변경되었다. 종래의 전년도 실적에 기초한 연간배분방식에서 효율을 추구하는 계약방식으로 변경되었다.

둘째 가정의제도의 개혁이다. 종래 환자는 지구진료소에 할당되어 환자의 선택 가능성은 배제되었다. 가정의제도는 주민이 자신의 선택에 따라 가정의에 등록함으로써 환자의 선택가능성을 높이고 주와 계약관계에 있지 않은 민간개업의에게도 공적으로 비용을 지불하게 함으로써 민간개업의와 공적지구진료소와의 경쟁을 부추기는 목적으로 도입된 것이다. 그 결과 계약에 관한 주의 권한이 축소되고 민간개업의의 진입

장벽이 제거되었다. 이 제도는 1991년에 집권정당의 지위에 오른 보수중도 정권에 의해 실시되었지만, 1994년 9월 총선거에서 사회민주당이 정권을 차지하게 되자 폐지되었다.

셋째, 자유개업의 제도이다. 이전에는 민간전문가가 자신이 수행한 진료보수의 공적 지불을 받기 위해서는 보험의의 요건이 필요했지만, 1994년 1월부터 주의 보험의허가의 요건이 폐지되어 자유롭게 개업할 수 있게 되었다. 그 때문에 잠깐 동안 민간개업의가 급증하였지만, 위에서 언급한 사회민주당의 정권재탈환으로 인하여 이 제도 역시 폐지되었다.

넷째 대기상한보증제도이다. 1992년 1월 이후, 환자가 3개월을 초과하여 대기하지 않도록 대기상한보증제도(Maximum Wating Time Garantie)가 실시되었다.

다섯째 고령자 케어 개혁이다. 1992년 1월부터 고령자 케어에 관한 에델(Ädel) 개혁이 추진되었다. 주가 담당하고 있던 고령자 케어의 일부를 커뮤니티의 권한으로 위양하고 고령자의 일차진료과 복지가 커뮤니티로 통합되었다.

1994년도에 다시 사민당 정부가 들어서게 되었지만 복지국가 개혁의 필요성은 줄어들지 않았다. 경기침체와 정부재정 악화로 사회민주당은 사회보장 수혜대상자의 기여금을 포함한 세금의 인상을 통해서 재정의 여건을 향상시켰다. 1995년에는 기혼자에 대한 기초연금 급여율을 하향조정하고 장해연금을 질병보험과 연관된 체계로 전환했다.

그러나 보건의료 부문에서는 90년대 초반에 도입되었던 시장지향적인 개혁조치들이 뚜렷하게 퇴색하는 현상이 발생하였다. 보건의료부문에 도입된 경쟁 장치들은 축소되고 재구조화되었다. 사회민주주의자들

은 94년의 선거에서 승리하자마자 의사들 사이에서 공적인 기금들을 위한 경쟁을 유발시킨 가정의 시스템을 약화시켰다. 주 의회의 사회민주주의자들은 일차 진료를 공동체에 기초한 클리닉을 중심으로 해서 조직하는 방안을 다시 선호했다.

2. 핀란드

(1) 보건의료 시스템

핀란드의 보건의료 시스템은 스웨덴, 노르웨이, 덴마크와 함께 보건의료의 노르딕 모델을 공유하고 있다. 조세에 기초한 재정조달, 보편적 이용, 병원의 공적 소유, 공적으로 월급받는 의사 및 간호사들, 행정에 대한 분권화된 지역적 책임이 노르딕 모델의 특징들이다(Saltman, 1991). 이들 노르딕 보건의료 정책의 골간은 사회민주당 혹은 중도좌파 연정 시기에 형성된 것이며 분배적 평등과 사회정의에 대한 관심을 반영하고 있다.

핀란드 보건의료서비스의 재원은 국가의 간접세, 누진적인 국가의 소득세, 비례적인 시의 소득세, 질병보험기여금, 자기부담과 민간보험 등이다. 이들 가운데 조세가 지배적인 지위를 차지한다.

핀란드의 보건의료 시스템에서 시가 공적 서비스를 계획하고 조직하는 데 적극적인 역할을 담당한다. 모든 시는 1차 보건의료와 전문화된 보건의료를 조직한다. 1차 의료는 주로 공중 보건소(health centers)에 의해 제공된다. 예방진료, 외래진료, 치과진료 등은 보건소에 의해 제공된다. 보건소에 근무하는 인력들의 수와 유형은 인구의 크기와 지역의 상황에 의존한다. 대부분의 의사들과 간호사들은 월급을 받는 공무원

들이며 전국적인 노조로 조직되어 있다. 중앙정부 역시 보건의료 정책을 결정하는 데 중요한 역할을 수행하며, 로칼 수준의 중요한 투자도 중앙정부의 승인을 필요로 한다.

보건소의 네트워크를 보충하는 것이 기업 차원에서 사용자들이 자발적으로 종업원들과 그 가족들에게 제공하는 보건의료 서비스이다. 1990년 기준으로 79%의 임금노동자들이 사용자들이 제공하는 기업내 보건의료 서비스를 받고 있다. 사용자들은 기업내 보건소, 여러 사용자들이 공동으로 소유한 보건소에서 그러한 보건의료 서비스를 제공할 수 있다.

긴급한 경우를 제외하고 전문의의 진료를 받기 위해서 환자는 소개를 필요로 한다. 전문의 진료는 병원을 통해서 제공된다. 핀란드에서 민간진료는 주로 대도시에서 외래진료로 구성된다. 민간 부문에서 일하는 의사들의 대다수는 전문의들이며 그들은 공공병원 혹은 보건소에서 정식의 일자리를 가지고 있다.

(2) 보건의료 개혁

1980년대 후반에 유럽의 일본으로까지 불렸던 핀란드는 1990년대 초에 심각한 경기침체를 경험하기 시작한다. 이 침체는 국제적인 경기침체와 소련의 붕괴, 핀란드의 마르크 화폐를 도이취 마르크에 연결시키기로 한 결정의 복합적인 효과로 볼 수 있는 것이었다. 1991년과 1993년 사이에 GDP는 13% 이상 하락했으며 80년대 평균 실업률은 4.8%였으며, 1990년에 5%였던 실업률은 1994년에는 19%에 이르렀다. 재정적자는 95년에 GDP의 70%에 달했다. 높은 실업률과 GDP의

하락으로 인하여 사회지출의 비율은 1993년에 GDP 대비 37.8%에 이르렀다. 이러한 경제적 상황은 핀란드 복지제도에 당연히 영향을 미치게 된다. 90년대에 연금급여 수준 즉 소득대체율을 낮추거나, 특정 집단의 퇴직연령을 높이는 연금개혁이 시도되었으며, 실업급여의 수급자격조건을 엄격하게 하는 조치가 취해졌다.

보건의료부문도 예외가 아니었다. 90년대 초반의 경제적 위기를 반영한 직접적인 보건의료 개혁조치는 1993년에 중도우파 연립 정권(중앙당, 보수당, 스웨덴 자유당, 기독교당)에 의해 추진된 국가 보조금 시스템의 개혁이었다. 국가의 보조 시스템이 효율성을 개선하고 비용을 억제하기 위한 목적으로 개혁되었으며, 보건의료에 대한 국가의 보조금은 인구의 연령구조, 사망률, 인구밀도, 지리에 의존하는 것으로 개편되었다. 보조금은 이제 시에만 제공되게 되었으며, 이전처럼 병원에 대해서는 제공되지 않았다. 주민에 대해 직접 책임을 지게 된 시는 모든 서비스에 대한 재정적 책임을 떠맡게 되었다.

국가 보조금 개혁과 함께 추진된 것은 보건의료 시스템에 대한 중앙정부의 규제가 해체된 것이었다. 공적 제공자, 사적 제공자들로부터 서비스를 자유롭게 구입할 수 있고, 기존의 공적 서비스를 외주할 수 있는 시의 권리가 확대되었다. 보건의료를 행정적으로 규제하는 기구인 전국보건의료청(National Board of Health)이 전국사회복지청(National Board of Social Welfare)과 합병되어, 통계와 연구를 담당하는 새로운 기구인 STAKES로 바뀌어졌다. 이들 개혁들이 추진된 배경은 시에 권력을 집중시켜 여러 제공자들이 시의 서비스 구입을 위해 경쟁하도록 하기 위한 것이었다.

3. 덴마크

(1) 보건의료 시스템

덴마크의 보건의료 시스템 역시 스칸디나비아 모델과 마찬가지로 조세에 의해 재정조달되는 보편주의적 성격을 가지고 있다. 보건의료는 공공의 책임으로 간주되며, 공공기관에 의해 재정조달되며 계획되고 운용되고 있다. 국민들은 고용상의 지위와 사회적 지위, 경제적 상황에 관계없이 거의 모든 보건의료 서비스를 자유롭게 균등하게 이용할 수 있다. 덴마크 보건의료 시스템의 특징 중의 하나가 형평에 대한 강조인데, 환자의 자기부담 비율이 아주 낮은 편이다. 민간병원은 형평에 미치는 부정적 효과 때문에 규제되고 있다. 병원과 지자체의 보건의료 서비스를 담당하는 의사는 월급을 받는 피고용인이며, 외래 서비스는 독립적인 의사들에 의해 제공되고 있다.

보건의료의 책임은 주로 주(州)에 있으며 주(州)는 재산세와 소득세를 통해 보건의료 서비스의 재원을 조달한다. 서비스 제공은 분권화되어 있으며 주(州)는 병원과 병원의료의 상황에 책임을 지고 있고, 시(municipalities)가 홈 너싱과 예방 프로그램을 책임지고 있다. 시 위원회와 주(州) 위원회(municipal and county council)가 법이 규정한 한계와 의무 내에서 서비스의 질과 양을 자유롭게 결정하고 있다.

보건의료의 제공자들은 시(municipal) 보건의료 서비스와 공공병원, 민간병원, 클리닉 등이다. 대부분의 보건의료 서비스는 주(州)와 시(municipalities)에 의해 무료로 제공되고 있다. 외래환자에게 투여되는 약, 치과 의료, 물리치료 등 몇 가지 한정된 서비스에 대해서만 환자가 자기부담 한다.

일반의는 병원 서비스와 전문의 방문의 문지기(gatekeeper)로서의 역할을 수행한다. 환자는 일반의의 소개를 받아서 병원의 외래치료 또는 입원 치료를 받을 수 있다. 응급환자의 경우 직접 병원에서 치료를 받을 수 있다.

(2) 보건의료 개혁

자본주의의 황금기 이후 덴마크의 경제상황은 높은 실업률의 특징을 가지고 있었다. 1973년에 0.3%였던 실업률은 1975년에 5.1%가 되었으며, 1980년대에는 10.5%까지 기록했다. 그리고 1993년에는 12.2%까지 치솟게 되었다. 이러한 경제적 상황에 직면한 덴마크의 보수당(1982-93) 정부가 가장 역점을 둔 정책은 실업수당을 낮추려는 시도였다. 기타 여러 가지 다양한 조치들이 취해졌는데, 급부의 선별주의의 증가, 자산검사의 도입, 수급자격조건의 더 엄격하게 한 조치, 보건의료 본인부담의 증가 등이다(Huber and Stephens, 2001).

이들 조치들에 강하게 항의했던 사회민주당이 집권한 1993년 이후에도 사회복지 지출을 억제하고자 한 정책기조는 동일하게 유지되었다. 사회민주당은 실업수당의 수급 기간을 대폭 줄였으며 적극적 노동시장 정책을 통하여 70세 이상 되는 노인을 대상으로 하는 시민연금에 소득 검사를 도입하는 조치를 취했다.

그러나 전체적으로 덴마크의 사회복지제도의 큰 틀은 훼손되지 않았다. 덴마크는 1986년과 1993년 사이에 가처분소득 기준으로 불평등률이 증가하지 않는 소수의 나라들 중의 하나에 속한다.

보건의료의 개혁조치도 덴마크에서 점진적으로 도입되고 있다. 1990

년대에 보건의료부문에 시장 메카니즘을 도입하는 것이 주요한 정치적 쟁점이었다. 구입자와 제공자 사이의 분리와 같은 대부분의 변동은 로칼에서 결정되었다. 가장 급진적인 개혁은 환자의 선택범위를 확대해 주고, 병원의 효율성을 개선하고 대기시간을 줄이기 위해 병원을 자유롭게 선택할 수 있게 한 것이었다.

1992년 법에서는 환자의 상태와 몇 가지 대안들을 환자에게 알려주어야 할 의무를 의사에게 부여했으며 의사가 환자의 의사에 반(反)하는 치료를 하는 것을 금지하는 조치를 취했다. 1993년의 개혁을 통해 환자에게 나라내의 어느 병원에서 치료받을 것인지 선택할 수 있는 자유를 환자에게 제공했으며, 환자에게 더 많은 영향력을 부여하고 환자의 선택을 병원 성과의 지표로 사용했다. 그 결과 소규모 병원의 수가 점점 더 줄어들었다(Abel-Smith and Mossialos, 1994). 그리고 비응급수술 치료에 대해 최대 3개월의 대기기간을 부여했다. 1998년에는 환자가 자신의 질환에 관한 정보를 의사에게 요청할 수 있는 권리를 인정했으며, 치료의 여러 선택들에 대해 결정할 권리를 환자에게 부여하는 조치를 취했다.

요컨대 유럽의 다른 나라와 비교할 때 덴마크의 의료개혁은 수도 적었으며 온건하게 진행되었다고 할 수 있다. 변동은 주(州)와 시에서 다른 방식으로 진행되었으며 변동의 방향은 생산성과 효율성을 높이기 위해 시장 메카니즘과 인센티브를 도입하는 것이었다.

제2절 보수주의적-조합주의적 복지체제

1. 독일

(1) 보건의료 시스템

독일사회보장 시스템의 기본 원리는 연대성과 자치(subsidiarity)의 원리이다. 연대성이란 피보험자는 사람이나 보험사고 개연성의 많고 적음에 관계없이 그 부담능력에 비례하여 보험료를 부담하고 그것을 재원으로 모든 사람에게 균일한 급여내용을 보장한다는 원리이다. 이 원리가 작용하여 건강보험에 소득재분배의 기능이 부여된다.

조금 더 구체적으로 연대의 원칙을 설명한다면, 고소득자는 저소득자가 받는 서비스의 일부분에 대해 지불하고, 취업자는 실업자가 받는 서비스의 일부에 대해 지불하고, 젊고 건강한 자는 나이 들고 병든 자의 서비스 일부에 대해 지불하고, 독신인 자는 부양가족이 있는 자의 서비스 일부에 대해 지불하고 남성은 여성의 서비스 일부에 대해 지불한다.

자치의 원리란 국가는 어떤 기능도 담당하지 않으며, 개인, 가족, 민간조직이 자신의 노력과 자신의 책임하에 더 잘 해결할 수 있다는 원리이다. 이 원리에 따라 질병금고의 자주관리조직은 사용자 및 피보험자의 동수 대표로 구성되고 여기서 작성된 금고의 정관을 통해 금고를 운영한다.

독일 법정건강보험(SHI)의 특징은 행정적 자율성 혹은 자기규제(self-government)의 원리이다. 건강보험 시스템에는 정부의 기구가 존재하지 않는다. 정부는 법을 제정하고 보건의료 조직의 가이드라인을 정하고 그것을 보건의료 서비스를 관리하는 비정부기구들에게 넘기는

역할을 할 뿐이다. 정부는 보건의료 기구의 규제자로서의 역할을 수행하는 것이다.

독일 인구의 거의 90%는 754개인 질병금고의 하나에 가입되어 있다. 질병금고는 자율적이며 스스로 재정을 조달하는 기구들이다. 선출된 이사들이 질병금고의 기여율을 결정한다. 이사회는 가입자와 사용자들로 구성되며 가입자는 현물급부 원리에 따라서 보건의료 서비스를 받는다.

질병금고는 자신의 병원을 소유하지 않으며, 의사나 간호사를 고용하지도 않는다. 질병금고의 파트너인, 독립적인 서비스 제공자들이 존재한다. 외래부문에 관한 한, 의사협회는 질병금고로부터 계약에 따라 인두액(capitation payment)을 받고서 필요한 의료서비스를 제공한다. 관리비는 서비스 제공자들의 기여금을 통하여 지불된다. 제공자는 서비스 기록을 간직하고, 제공자조직으로부터 1년에 네 번 상환받는다. 병원의 소유자는 개별 병원에 대해 로컬 차원에서 질병금고와 예상되는 예산에 대해 교섭한다.

의료 서비스의 재정조달과 제공은 질병금고와 제공자 조직 사이의 계약에 기초하고 있다. 계약은 정부의 직접적인 개입 없이 질병금고와 제공자 조직 사이의 관계에 대한 일반적인 틀을 제공한다. 계약은 집단적인 성격을 가지며, 제공자 그룹에게 적용되며, 질병금고와 무관하게 모든 환자에게 공통된다. 외래부문에서 전국적 수준의 교섭 파트너들은 전국법정건강보험의사협회(NASHIP)와 7개의 전국건강보험금고협회이다. 지역 수준의 파트너들은 건강보험의사협회와 지역건강보험금고협회이다. 이들 파트너들이 임금체계를 결정하고 보건의료제공의 내용과 영역을 결정한다.

법에서 정한 일정한 한도 이하의 소득(1997년 6150 마르크)을 갖는 모든 피용자 혹은 퇴직자들은 건강보험금고에 가입하여야 한다. 배우자나 18세까지의 가족 부양자들은 97년 기준으로 610 마르크 이상 벌지 않는다면 자동적으로 보험의 적용대상이 된다. 한도 이상을 벌거나 자영업자들은 건강보험금고에 가입하거나 민간질병금고에 가입할 수 있다. 한 번 적용제외된 후에는 월 소득 수준이 한도액 이하로 떨어질 경우에만 다시 건강보험금고에 가입할 수 있다.

기여금은 노사가 균등하게 납부하며 총임금에서 질병금고로 직접 지불한다. 기여율은 성, 나이, 개인의 의료위험, 부양자 수에 관계없이 동일하다. 1996년에 평균 기여율은 서독의 경우 13.5%이며 기여는 기여율 \times 소득이다.

퇴직자에게도 건강보험을 제공하는 재정적 의무를 충족시키는 특별한 시스템을 갖고 있다. 퇴직자에 대한 보건의료 지출은 질병금고들 사이의 재정적 조정을 통하여 재분배되고 균형을 맞춘다. 퇴직자는 전국적으로 결정되는 기여금을 연금과 기타 소득으로부터 지불한다. 법정 연금기금이 50%의 사용자 몫을 지불한다. 피용자가 퇴직자의 초과 지출을 보전하기 위해 특별히 기여한다.

외래진료는 개업의사들이 제공한다. 개업의·전문개업의·치과의사가 외래진료시설에서 개업하고 있다. 일반개업의 및 전문개업의의 대부분은 보험개업의이다. 그들 중 98%가 건강보험-의사들이다. 그들은 의사협회와 지역 차원의 건강보험금고 협회 사이에 체결된 계약에 따라 건강보험-환자들을 치료한다. 건강보험-의사들은 보건의료에서 지배적인 역할을 수행한다. 법정질병금고에 등록된 모든 환자들은 의료 서비스를 받기 위해 건강보험-의사들을 찾아야 한다. 환자는 자유롭게

선택 가능하다. 건강보험-의사들은 외래치료를 제공하며 약과 의료장비를 처방하고 물리요법을 권유한다. 병원입원 여부를 결정하는 것도 그들의 역할이다. 가정의와 전문의가 있다.

병원에는 세 가지 유형이 있다. 첫째가 공공병원으로서 지자체, 시, 연방정부가 운영한다. 둘째 민간비영리(준공공) 병원인데, 교회, 독일적 십자사와 같은 비영리조직이 운영한다. 셋째 주로 의사들이 운영하는 민간병원이다. 모든 병원은 건강보험-환자들에게 개방되어 있다. 병원은 반드시 소개를 거쳐서 갈 수 있다. 병원 의사들의 급여는 전공과 연공에 따라 지급된다.

(2) 보건의료 개혁

60년대와 70년대 사회민주당 연정(SPD-FDP) 정권의 보건의료 정책은 병원 부문의 현대화, 병상과 의료전문직 수의 증가, 대규모 병원 건축, 정교한 병원 기술장비의 설치 등으로 요약될 수 있다. 질적인 개선은 자원의 양적인 팽창에서 비롯된다는 등식에 누구도 이의를 제기하지 않았다. 독일의 이러한 보건의료 정책은 불가피하게 보건의료 서비스의 양과 영역의 팽창을 가져왔다. 그러나 1975년에 전체 보건의료 부문에서 눈덩이처럼 불어나는 비용 폭발현상은 사회적 주목의 대상이 되었다(Altenstetter, 1997). 1973년 이전 1% 미만대에 머물렀던 실업률이 1975년에 4%에 이르자 실업코스트를 통제하여야 한다는 사회적 압력이 높아지게 되었다.

따라서 1970년대 이후 독일 보건의료 개혁의 중심은 코스트 억제 조치로 이해할 수 있다. 주요한 비용 억제 조치를 보면, 1977년 7월에

시행된 건강보험비용억제법(제1차 비용억제법), 1982년에 시행된 비용억제보충법(제2차 비용억제법), 1982년 7월에 시행된 병원비용억제법, 1983년 1월에 시행된 1983년 예산수반법, 1984년 1월에 시행된 1984년 예산수반법, 1985년 1월에 시행된 병원재정재편법, 1987년 1월에 시행된 보험의수요계획개선법 등을 들 수 있다.

그러나 비용 억제는 단기적으로는 성과가 있었으나, 장기적으로 보건 의료 지출을 안정화할 수 없었다. 비용 억제 조치는 기여율의 지속적인 상승을 멈추게 할 수 없었던 것이다. 독일정부가 효과적인 보건의료 개혁을 통해서 비용 억제를 하지 못한 주요 이유 중의 하나는 독일의 주들이 보유하고 있는 비토권에 기인한다. 주 정부의 이해관계를 건드리는 어떠한 연방입법도 선출된 주 정부 대표자들의 동의 없이는 연방법이 될 수 없다. 몇 가지 예외가 있지만, 연방정부와 주 정부는 연립정부였으며, 입법을 위한 합의를 획득하기 위해서는 주 정부와 연방정부를 구성하는 여러 정당들 사이에 지속적으로 타협이 이루어져야 한다. 그러나 전후 수십 년 동안 연방 수준과 주 수준의 집권여당이 동일한 정당이었던 적이 한번도 없었으며 그 결과 연방정부와 주 정부가 함께 공적인 건강보험 프로그램을 한꺼번에 개혁하거나 해체한 적이 없다. 현상으로부터 크게 이탈하지 않은 소규모 개혁만이 가능했던 것이다 (Altenstetter, 1997).

1977년 사회민주당 정부는 복지지출을 축소하기 시작했다. 보건의료 부문에서는 77년의 건강보험비용억제법(Cost Containment Act)에 따라, 소득지향적인 지출 정책의 원리가 도입되고, 보건의료 부문의 이해당사자를 위한 ‘합의를 위한 포럼’(Concerted Action forum)이 창출되었다. 사전예산제가 제도입되었다. 퇴직자와 관련하여 기금들 사이에

리스크를 공유하는 제도(risk-sharing across funds)가 도입되었으며, 의약품의 본인부담금이 인상되었다. 그리고 일정 수준 이상의 소득을 가진 가족 구성원들에게는 별도의 보험금을 요청하는 내용도 포함되었다. 1980년대에 경제상황은 더욱 악화되었다. 국제경제의 상황은 악화되었으며, 제 2차 오일 쇼크는 수요의 위축을 가져오고 높은 인플레이션을 초래했다. 이러한 상황에서 독일 중앙은행은 통화정책을 고수했으며 연방정부가 예산을 억제하도록 촉구했다. 이에 따라 1982년에 정권을 획득한 기민당 연정(CDU/CSU/FDP) 정부는 공공부문의 재정적자를 해결하여야 했으며 국영기업을 민영화하고 조세수준을 줄여야 했다. 민영화에서 생긴 수입으로는 낮은 조세와 균형예산을 성취하는 데 역부족이었으므로 정부는 실질적인 정부지출 특히 사회복지지출의 감축과 사회보험으로의 비용이전을 통해 지출을 줄이고자 했다. 이에 따라 사회보험에의 기여율이 높아졌다(Manow and Seils, 2000). 정부는 높은 실업률로 인해 생긴 증가하는 복지지출과 증가하는 보건의료 비용을 억제하고자 했다. 바로 82년의 비용억제보충법(Supplementary Cost Containment Act, Hospital Cost Containment Act)은 이러한 목적을 위해 추진된 정책이었다. 콜 정부는 이 법을 통해서 경미한 의약품을 보험대상으로부터 제외하고, 치과보철의 급부율을 60%로 인하했으며, 안경, 케어 요법 등의 급부를 제한했다. 그밖에 약제, 교통비, 안경의 자기부담금 인상, 치과기공료의 인하, 요법수단, 보조구의 가격동결, 의약품의 가격과 효능을 분류표시한 투명한 리스트의 작성 등의 조치를 취했다.

그리고 1983년 1월에 시행된 1983년 예산수반법을 통해서도 연금수급자로부터 보험료를 징수했으며, 가벼운 건강상 문제에 대한 약제에

대해서는 보험외로 처리하였다. 그리고 약제의 자기부담금을 인상하였으며, 입원, 케어 요법의 경우 자기부담금을 도입하고, 취로불능에 관해서는 심사를 강화하는 등의 조치를 취했다.

1984년 예산수반법을 통해서 연금보험과 실업보험에서 들어오는 보험료를 삭감하고 장기휴가와 성탄절에 나오는 일시금에서 보험료를 징수했다. 1985년 1월에 시행된 병원재정재편법을 통해서 병원건설에 대한 연방조성금을 폐지하고 주(州)로 일체화하였으며, 병원계획에 대한 병원금고주연합회 관여를 강화하였으며, 경비의 사전예측에 기초하여 교섭에 의해 입원요양비를 결정하기로 했다.

그리고 보험의수요계획개선법을 통해서 수요계획의 목적을 의사 부족 지역의 해소에서 과잉대책으로 전환하였으며, 보험의과잉지역의 보험의 수에 제한을 두어 보험의료의 적정배분과 경제성을 확보하고자 하였다.

그러나 기민당 연립정부가 추진한 중요한 의료보장 개혁안은 1989년 1월부터 시행에 들어간 의료보장개혁법이다. 이 법에 따른 보험급부의 축소·폐지와 자기부담의 증가에 따라 건강보험전체에 145억 마르크의 절약효과가 생겨났다. 그리고 제약기업과 보험의에게 경제적인 인센티브를 부여하기 위해 약제정액급부제를 도입했다.

의료보장개혁법은 1989년에 놀라운 절약효과를 발휘했지만, 1991년과 1992년에 또 다시 건강보험재정은 큰 규모의 적자를 발생했다. 건강보험의 지출 증대와 그에 따른 보험료율의 상승은 구동독지역의 경제 재건을 위해 지출해야할 비용과 함께 피보험자와 사용자에게 지나친 부담을 지우게 되었다. 이러한 상황에 직면하여 1992년에 새로운 개혁을 실시하는 법안이 연립여당으로부터 제출되었다.

독일의 보건의료개혁을 분석한 연구자들은 공통적으로 1993년의 보건의료개혁법(Health Care Reform Act)에 대해 주목해왔다. 그 이유는 기존 관행으로 미루어볼 때 거의 불가능하게 보였던 급진적인 보건의료개혁이 이 법을 통해 가능하게 되었기 때문이었다. 구동독에 대한 재정지원으로 인하여 경제상황이 크게 악화되어 있었다는 배경도 작용했지만, 무엇보다 40년만에 처음으로 연방정부와 주 정부의 이해관계가 일치하였다는 정치적 이유도 큰 배경으로 작용한다. 동독의 재건을 위한 높은 비용을 재정조달하기 위한 엄청난 예산상의 압박 때문에 주 정부의 정치가들은 보건의료 부문에 대한 기존의 통제를 기꺼이 포기하고 연방정부의 보건의료 개혁안을 지지하게 된 것이다.

1993년 1월부터 시행된 의료보장구조법의 주요 내용은 의료공급구조의 개혁, 질병금고선택권의 확대와 리스크 구조조정 등이다. 먼저 의료공급구조의 개혁내용을 보면 첫째는 예산의 설정이다. 건강보험지출에 제동을 걸기 위해 입원요양, 외래진료, 약제 등의 분야에서 예산이 설정되어, 지출 증가가 1993년부터 1995년까지 3년 동안 보험료산정 기초수입의 증액의 범위내에 한정되었다. 둘째 입원요양비 제도의 개혁이 추진되었다. 종래 입원요양비의 액수는 질병금고측과 각 병원의 교섭에 의해 각 병원마다 질병의 종류와 치료내용과 무관하게 환자 1인 1일 정액에 의해 결정되었다. 이 방식에서는 병원이 스스로 경제적인 운영을 하고자 하는 인센티브가 없기 때문에 비효율적인 비용까지 질병금고가 부담할 수밖에 없는 문제가 있었다. 의료보장구조법에서는 급부에 따른 보수가 도입되어, 종래의 1인1일 정액에서 1건당 포괄지불, 특별보수, 진료과별 요양비 및 기초요양비로 전환이 이루어졌다. 셋째 보험의(保險醫)수의 제한이다. 구서독지역에서는 보험의(保險醫)

수가 과잉이 되어 이것이 급부 증가를 통하여 질병금고의 비용증가압력으로 작용하고 있었다. 그 때문에 이전부터 각 지역에서 통용되어 온 「보험의(保險醫)수요계획」에 의한 보험의(保險醫) 수의 억제가 한층 더 강화되었다.

그 다음으로 질병금고 선택권의 확대와 리스크의 구조조정을 보면, 첫째 질병금고 선택권의 확대이다. 건강보험의 피보험자는 기업질병금고가 설립되어 있는 사업체에 근무할 경우에는 해당 기업질병금고에, 동일업종 질병금고가 설립되어 있는 사업체에 근무할 경우에는 해당 동일업종 질병금고에, 기타의 경우에는 해당 근무지의 지구질병금고에 가입하는 것이 기본이다. 그리고 이들 질병금고의 가입자는 이들 금고 이외에 대체금고에 가입할 수 있다. 그러나 각 대체금고가 수용하는 피보험자의 범위는 정관에 규정되어 있기 때문에 피보험자가 가입할 수 있는 대체금고는 한정되어 있었다. 의료보장구조법은 이러한 가입자격의 제한을 철폐하여 모든 피보험자가 지구질병금고 또는 대체금고를 선택할 수 있도록 하였다. 이처럼 질병금고 선택권을 확대한 이유는 질병금고간의 경쟁을 촉진시킴으로써 질병금고가 보험료율을 인하하도록 하는 경제적 인센티브 때문이다.

둘째는 리스크 구조조정이다. 각 질병금고의 보험료율에는 각 질병금고 피보험자의 연령구성, 성별구성, 소득수준의 차이에 따라 큰 격차가 존재했다. 이러한 보험료율의 차이를 그대로 유지한 채로 질병금고의 선택권을 확대할 경우 보험료율이 높은 질병금고의 경우 경영상의 위기에 직면할 위험이 있었다. 그것을 피하기 위해 도입된 것이 리스크 구조조정이다.

각 질병금고마다 소요보험료(표준화된 급부액 총액)와 재정력(표준

화된 보험료 총액)을 비교하여 전자가 후자를 상회한 질병금고는 그 차액을 조정교부금으로 받고 그렇지 않은 질병금고는 그 차액을 조정각출금으로서 제공하는 것으로 하였다.

그러나 1993년의 의료보장구조법의 효과는 그리 오래 가지 않았다. 1996년에 건강보험은 68억 마르크의 적자를 보았고 1997년 상반기에만 40억 마르크의 적자가 발생했다. 다른 한편으로 독일 경제를 강화하고 고용을 확대하기 위해 준비된 「경제성장·고용확대 프로그램」을 통해 사회보장관련 예산의 삭감과 사회보험료율의 인하를 목적으로 연금보험, 실업보험, 건강보험의 대책이 요구되었다.

제3차 개혁을 추진하기 위해 1995년말부터 1996년초에 걸쳐 연립여당과 야당인 사회민주당이 법안을 제출했다. 보험료율의 안정을 꾀한다고 하는 기본 취지에서는 두 안이 동일했지만 그것을 달성하기 위한 수단에서는 차이가 있었다. 그 때문에 연립여당안은 1996년 6월에 연립여당이 다수를 점하는 연방의회에서는 가결되었지만, SPD가 정권을 쥐고 있는 주의 대표자가 다수를 차지하는 연방참의원의 동의를 얻을 수 없었다. 이에 따라 연립여당은 연방참의원의 동의를 필요로 하지 않는 법안으로 구성하여 1996년 10월 「제1차 및 제2차 건강보험재편법안」을 연방의회에 제출하게 되고 연방의회에서 가결되어 1997년 7월부터 시행되게 되었다.

이 제1차 및 제2차 건강보험재편법안의 내용을 보면, 일부 부담금의 인상, 보험료율과 일부부담금의 연동, 질병금고의 변경, 일부부담금 경감조치의 개선, 규약사항의 확대, 투명성의 확대, 모델 사업의 확대, 보험의진료보수, 약제 예산제의 폐지, 병원의 개혁 등이다.

2. 프랑스

(1) 보건의료 시스템

프랑스 건강보험제도는 보수주의적 조합주의 국가로서의 프랑스 복지국가의 특성을 고스란히 보여 주고 있다. 지역마다 세분화된 다수의 제도가 복잡하게 교착되어 있으며 지역보험은 존재하지 않는다. 건강보험제도는 피용자를 대상으로 하는 피용자 제도, 자영업자를 대상으로 하는 비피용자 제도 및 농업종사자를 대상으로 하는 농업제도로 크게 분류된다. 피용자 제도는 상공업의 피용자를 대상으로 하는 일반 제도와 특정 지역의 피용자를 대상으로 하는 특별제도로 구분된다. 특별 제도는 선원, 파리지 교통공사 등 지역마다 세분되고, 일반제도는 전체의 80%를 차지하는 제도로서 전국피용자건강보험금고에 의해 관리운영되고 있다. 이상과 같은 강제적 제도 이외 임의제도인 공제조합, 상호부조조직, 민간 보험회사가 존재하고 있다. 금고라고 불리어지는 조직이 프랑스 건강보험제도의 운영을 담당한다.

프랑스의 건강보험제도는 자치의 원칙을 가지고 있으며 노사의 보험료에 의해 재원을 조달하고 국고에 의존하지 않는다. 노사의 건강보험료 부담비율을 보면 사용자의 부담비율이 훨씬 높다. 일반제도의 경우 사업주 12.8%, 피용자 5.5%, 합계 18.3%(1997년)이다.

프랑스 병원은 공적 병원, 공적 병원 서비스에 참가가 인정되는 민간 비영리병원, 기타 민간병원으로 분류된다. 의사는 고용형태의 측면에서 자유의와 근무의로 분류된다. 자유의는 진료소, 민간병원 등에서 환자를 진료하고 근무의는 공적 병원에 근무하고 봉급을 받아서 진료에 종사한다. 환자에게는 의사를 선택할 자유가 제공되고 있다.

(2) 보건의료 개혁

프랑스는 동결된(frozen) 유럽 대륙의 보수주의 복지국가들 가운데에서도 가장 ‘기동이 불가능한’(immovable) 사례로 간주되어 왔다(Palier, 2000). 노동조합을 포함한 여러 이익집단들이 정부의 복지국가 구조개혁에 강력하게 저항해 왔기 때문이었다. 프랑스의 보건의료 지출은 OECD 국가들 가운데 상위에 속한다. 보건의료 지출은 GDP보다 더 빠른 속도로 증가해 갔으며 사회보장 부문 적자의 주요 원인이었다. 높은 보건의료 지출비용 때문에 프랑스 정부는 여러 차례 보건의료 비용을 억제하고자 노력해 왔다. 특히 프랑스에서 70년대는 사회적 지출이 급격하게 증가한 시기였다. 1974년과 1981년 사이에 사회적 이전은 GDP의 19.4%에서 25.3%로 증가했다(Levy, 2000). 지스카르 데스탱이 집권하고 있던 1975년에 사회보장기여금의 제한을 철폐하였으며 1976년에 본인부담금을 인상했다. 1977~78년에 기여금을 인상하였으며 특정 진료에 대한 상환율을 줄이는 조치를 취했다.

프랑스 사회당의 미테랑이 승리한 1981년 이후에도 보건의료 지출을 억제하기 위한 조치는 계속되었다. 더욱이 1982년에는 국유화와 케인즈주의적 재분배 조치로 인하여 큰 폭의 재정적자와 무역수지 적자가 발생되었다. 이 상황에서 미테랑 정부는 이른바 대전환(U-turn)을 통해서 기존의 전통적인 사회주의적 정책을 포기하고, 긴축 프로그램을 통해 인플레이션을 줄이고 EMS(European Monetary System) 내에서 프랑화의 가치를 방어하는 전략을 선택하기로 결정한다. 케인즈주의는 포기되었고, 임금물가연동제는 폐기되었으며, 타이트한 통화정책이 실행되었다(Levy, 2000). 그러나 이 과정에서 복지국가는 크게 공격받지 않았

다. 복지정책은 긴축과 사유화, 탈규제, 노동시장의 유연성으로 인하여 증가된 노동자의 취약성을 완충시키는 역할을 담당하여야 했기 때문이었다. 구조조정을 순조롭게 하기 위해 노동자들에게 유리한 조기퇴직 조치가 취해졌다.

보건의료부문에서도 큰 폭의 개혁이 추진된 것이 아니라, 미세한 비용 억제조치가 실행되었을 뿐이다. 미테랑 정부는 1982~83년에 보험업자가 상환하지 않아도 되는 의약품 리스트를 설정하였으며, 병원입원에 대한 환자의 본인부담제를 도입했다. 1984년에 보건의료비를 억제하기 위해 공적 병원에 대해 총액예산제가 실시되었다.

1986년 신자유주의적 깃발을 들고 다시 집권한 우파 정권의 시기에도, 1988년 재집권한 좌파 정권의 시기에도 이러한 상황은 크게 바뀌지 않았다. 1986년에 입원과 의약품에 대한 본인부담이 확대되었으며 1989년에 보건의료 기술평가기구가 설립되었다. 1990~91년도에 몇몇 의약품에 대해 상환을 폐지했으며 본인부담으로부터 면제되는 질병의 리스트를 개정하는 조치를 취했다.

이러한 조치들은 1985년과 1992년 사이 공적병원의 지출을 제한하는 데에는 효과적이었으며 보건의료 지출에서 공적병원이 차지하는 비중은 줄어들었다. 1993년에는 남은 병상을 폐쇄하는 조치를 통보하고, 의료행위 가이드라인을 도입했으며, 환자가 부담하는 의사의 진료비 비중을 25%에서 30%로 인상했다. 그리고 의약품 비용의 환자부담비율을 30%에서 35%로 인상했다. 1994년에는 의약품 소비에 관해 정부와 제약회사 간에 연간 목표치를 합의하도록 했다(Imai, Jacobzone and Lenain, 2000). 그러나 이들 조치에도 불구하고 보건의료제도의 구조적 변동은 없었으며 개혁의 성과는 빈곤한 편이었다. 이처럼 보건의료국

가의 구조적 개혁이 지지부진한 것은 심대한 변동에 대한 장애물을 만들어내는 프랑스 사회보장 제도의 성격 때문인 것으로 분석되고 있다 (Palier, 2000). 보건의료제도가 제공해주는 혜택은 다른 어떤 것보다 줄이기 어려운 것이었고 기여금을 통해서 재원을 조달하는 방식은 조세보다 더욱 정당한 것으로 간주되었으며, 사회적 당사자들이 보건의료제도의 관리에 폭넓게 개입하는 상황에서 정부의 개입은 제도의 파괴자로, 노조는 제도의 옹호자로서의 역할을 수행해 갔던 것이다.

그러나 일련의 구조적 조치를 통해서 프랑스 보건의료의 질과 효율성을 개선하고자 한 것은 우파인 쥐페 정권이 등장한 1995년 이후의 일이다. 1995년 10월 프랑스의 대통령인 자크 쉬락은 자신이 가장 역점을 두고 있는 과제는 EMU에 가입하기 위해 프랑스의 예산 적자를 줄이는 일이라고 선언했다. 이것을 이어받아 총리인 쥐페는 급진적인 사회적·경제적 조치를 통해서 사회적 지출을 억제하고자 했다. 이러한 우파 정권의 비전과 실행방안이 담긴 것이 1995년 11월 15일에 발표된 쥐페 플랜이다. 쥐페 플랜은 프랑스 사회보장제도의 개혁을 추구한 것으로 실업의 장기화와 경제정체에 기인하는 사회보장제도 특히 건강보험제도의 구조적 적자를 해소하기 위해 다양한 정책을 도입하였다. 사회보장정책에 관한 책임소재를 분명히 하기 위해 공화국헌법을 개정하여 사회보장정책의 목표, 사회보장지출의 증가율 등에 관해 국회가 관여할 수 있도록 하였다. 기타 주요한 조치로는 병원재정에 관한 지방청의 설치와 예산배분권 등의 지방분권화, 병원 서비스의 평가인증기관의 설치에 따른 병원의료의 개혁, 지방건강보험금고연합의 창설과 의료비의 지방별 목표관리, 의료비 목표치에 연동시킨 의사보수의 자동적 조정, 구속력 있는 의료지표의 항구화 등이다.

이로써 프랑스의 건강보험제도는 쥐페 플랜을 계기로 하여 자치와 당사자주의를 기본으로 한 제도에서부터 국가에 의한 제도의 관리와 의료비의 억제라는 방향으로 선회한 것이다. 이러한 구조적 개혁은 프랑스 사회보장제도의 비스마르크적 성격을 변화시켜 국가에 의해 운영되고 조세에 의해 재정조달되는 논리와 실천을 향한 움직임으로 평가되고 있다(Palier, 2000).

3. 네덜란드

(1) 보건의료 시스템

네덜란드 보건의료 시스템을 구성하고 있는 기본 원리는 세 개의 가치에 기초하고 있다. 첫째 가치는 형평(equity)이다. 네덜란드의 모든 시민은 자신이 필요로 하는 의료를 받을 권리를 갖고 있다. 보건의료는 시장의 상품이 아니며 사회적 권리이다. 모든 시민이 보건의료에 대한 자신의 권리를 실현시킬 수 있도록 보증하는 것은 국가의 정치적 책임이다.

둘째 가치는 보건의료 재정에서의 연대성이다. 보험수리적인 공정성의 원리는 건강보험에 적용되지 않는다.

셋째 가치는 보건의료 시스템의 구조에서의 공적-사적 혼합이다. 병원의 85% 정도가 민간병원이다. 대부분의 일반의와 다수의 전문의들은 자영업자로서 일한다.

네덜란드에서는 일반의 제도를 선택하고 있다. 환자는 처음에 일반의를 방문한다. 일반의의 소개장이 없으면 병원을 찾아갈 수 없다. 환자가 이용할 수 있는 것이 자신이 등록한 보험회사가 계약하고 있는 일반의, 병원뿐이다. 일반의는 리스크조정형 인두제 방식으로 각 보험회사로부

터 지불받는다. 모든 시민은 일반의를 선택할 수 있다. 질병기금 가입자들은 일반의에 등록하며 일단 등록되면 긴급한 경우가 아니면 다른 일반의에게 진료를 받을 수 없다. 자기 주치의에 만족하지 못하면 다른 일반의에게 등록할 수 있다.

전문의는 거의 대부분 병원에서 진료를 수행한다. 병원에 고용되어 있는 전문의와 병원과 계약관계를 맺고서 일하는 전문의의 두 종류로 구분된다. 지불방식은 행위별 수가제이다(fee-for-service)이다.

네덜란드의 건강보험제도는 서비스의 종류에 따라 2개의 제도가 있다. 치료와 요양에 비교적 장기간을 필요로 하는 질환을 대상으로 하는 특별의료비보험과 단기의료를 대상으로 하는 단기건강보험이 있다. 네덜란드에 거주하는 자라면 국적, 소득의 많고 적음, 고용 여부에 관계없이 특별건강보험에 강제로 가입된다. 보험료는 가입자의 소득에 비례하여 부과되지만 상한이 있다. 피용자의 경우에는 고용자가 보험료를 부담하지만, 비피용자는 자신이 부담한다. 특별건강보험의 보험자는 정부이다.

단기건강보험은 가입자의 연소득, 신분에 따라 3개의 제도가 있다. 연수입 59,700 길드보다 적은 피용자는 질병기금보험, 연수가 59,700 길드 이상의 피용자, 자영업자 등은 민간보험, 공무원은 공무원보험에 가입한다. 보험료는 소득비례보험료와 정액보험료의 두 개로 구성되어 있다. 소득비례보험료는 소득의 일정 비율을 고용자와 피용자가 각각 부담한다.

(2) 보건의료 개혁

유럽의 다른 나라와 마찬가지로 네덜란드도 1973년의 오일 쇼크 후

경제적 어려움에 직면하기 시작했다. 1973년 이전 1~2% 수준에 머물렀던 실업률은 1975년 4%로 상승했고 성장률도 둔화되기 시작했다. 그러나 1973년에 집권한 PvdA 정부는 70년대 중반까지 지속적으로 복지국가의 지출을 확대하였다. 오일 쇼크 이후의 경기침체를 일시적인 것으로 이해했던 정부는 재정적 팽창정책을 위기로부터 벗어나는 길로 이해했던 것이다. 그러나 경제상황은 개선되지 않았고 80년대 접어들어 더욱 악화되었다. 경제성장은 더욱 둔화되었고 실업률은 12%까지 치솟았다. 이러한 상황 속에서 우파가 정권을 잡게 되었으며 복지국가의 축소를 추진하기 시작했다. 1984~86년에 연금과 가족수당이 동결되었고, 1984년에 실업급여와 장애급여가 3% 삭감되었다. 1985년에는 위의 프로그램에서 소득대체율이 80%에서 70%로 줄어들었으며 수급기간이 축소되었다(Huber and Stephens, 2001). 보건의료부문의 개혁이 추진된 것은 이러한 상황을 배경으로 해서였다.

1988년에 네덜란드 정부와 의회는 보건의료 시스템을 급진적으로 개혁하기로 결정했다. 개혁의 목적은 형평과 효율성 사이의 균형을 달성하고자 한 것이다. 1988년의 개혁안(Dekker 개혁)은 그 당시 집권당이었던 중도-우파 연정 내각에 의해 제출된 것이다. 데케르 개혁안은 각국에서 추진된 보건의료 개혁 사례 가운데 ‘관리된 경쟁’에 대한 가장 포괄적이고 일관된 접근으로 평가받고 있다(Robinson, 1998). 이 개혁안은 보건의료 부문내 비용억제와 미시 효율성의 문제를 해결하려는 급진적인 시도를 보여주고 있으며 국제적으로 보건의료 시스템이 명령과 통제 시스템에서 시장에 기초한 시스템으로 이행해가는 시점에서 제출된 것이다. 이 시기에는 보건의료부문에 있어서 시장에 기초한 경쟁적 환경이 더 나은 효율성을 위해 필요한 인센티브 구조를 제공해준다 라

는 강력한 신뢰가 존재했다. 이 안을 2년 뒤에 들어선 중도-좌파 연정내 각도 수용하게 되는데, 새 내각이 제출한 개혁안은 보건부장관인 시몬즈(Simons)의 이름을 따서 시몬즈(Simons) 개혁이라고 불리운다. 이에 따라 네덜란드에서는 데카 개혁, 시몬즈 개혁이 1989년부터 1995년까지 이루어진다. 이 개혁의 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째 기초보험 실현을 향한 움직임이다. 1989년 1월에 단기건강보험으로 포괄되는 서비스의 일부가 특별의료비보험으로 이관되었다. 정신병원, 일반병원의 정신병과 정신과의사의 진료, 보청기 등 인공보조물의 서비스가 그것들이다. 그리고 1992년에 약제, 시각센터의 서비스가 단기건강보험에서 특별의료비보험으로 이관되었다.

둘째, 정액보험료를 도입했다. 보험회사에 비용을 사후적으로 상환하는 방식을 버리고 예산을 초과할 경우 보험회사가 가입자에게 1인당 동일한 보험료를 추가징수하는 시스템을 도입했다.

셋째, 1993년부터 중앙기금에서 질병보험회사로 자금배분할 때, 부분적으로 소비자에 대해 리스크 조정형 인두제 방식이 도입되었다. 1993-1994년에는 리스크의 지표로서 연령, 성이 사용되었다.

넷째, 질병보험회사의 영업지역의 규제가 해제되었다. 이렇게 하여 질병보험회사는 지역독점을 누릴 수 있게 된 것이 아니라, 지역 밖에서도 영업할 수 있게 되었다.

다섯째, 1992년부터 민간보험회사는 질병기금보험서비스 시장에 참가할 수 있게 되었다. 질병기금보험서비스 시장에 경쟁이 도입된 것이다.

여섯째, 1992년 1월 이후 보험회사가 질병기금보험, 특별의료비보험 하에서 계약을 희망하는 일반의, 전문의, 기타 의료 서비스 공급자 전원과 계약을 해야 한다는 제약이 제거되었다. 보험회사, 서비스 공급자가 서비

스의 질, 가격에 따라 계약 상대방을 선택하는 조건이 갖추어지게 되었다.

일곱 번째로, 질병보험, 민간보험의 각 보험회사는 의료서비스 공급자와의 계약을 중앙에서 인가된 가격보다도 낮은 가격으로 체결해도 좋게 되었다. 중앙에서 결정되는 서비스 가격의 규제는 고정가격이 아니라 상한규제로 되었다.

여덟 번째로 1992년부터 질병기금보험에 가입한 소비자는 등록하는 질병보험회사를 2년에 1회 변경할 수 있게 되고 선택의 자유가 주어졌다.

아홉 번째로 이전에는 계획에 의해서 지역의 인구당 수에 의해 일반의의 수가 규제되었으나 1992년에 일반의의 진입규제장벽이 해제되어 자유롭게 개업할 수 있게 되었다.

열 번째로 서비스 공급자에 대한 지불방식의 변화가 생겨났다.

<표 6-2> 데카시몬즈 개혁 전후의 의료 시스템의 비교

	개 혁 전	개 혁 후
단기건강보험의 보험료	소득 비례	소득비례 + 자기부담(1989)
특별의료비 보험의 보험료	소득 비례	소득비례 + 자기부담(1992)
단기건강보험의 제도 통합		·민간보험회사가 질병기금보험 서비스에 참가 ·질병보험회사의 지역독점 해제(1992)
단기·특별의료비 보험의 제도통합	분리	특별의료비보험의 서비스 확대.
보험의 비용상환방식	사후적 비용상환	질병기금보험에 관한 조정형 인두제 방식(1993)
지불방식		
서비스 가격	중앙통제	상한 규제(1992)
GP	인두제 방식	개혁?
전문의	성과급 방식	개혁?
병원	예산방식	불변
보험자와 공급자의 계약	공급자자원과 계약의무	단기·특별의료비보험에 대해 해제(1992)
의료계획	존재	Gp의 개업규제해제
소비자의 보험자선택 자유	민간보험만	질병보험회사의 경우 2년에 1회 변경

출처: 世界の社會福祉 8

1994년 새 복지부 장관에 취임한 보스트가 1995년 3월 23일 새로운 복지계획을 발표한다. 특별의료비보험과 단기의료비보험으로 나누어 살펴보기로 하자.

먼저, 특별의료비보험을 보면, 첫째 특별의료비보험에서 포괄하던 약제 서비스, 보장구의 급부, 대여, 재활은 1996년부터 기초치료진료에서 포괄되는 방향으로 바뀌게 되었다. 그리고 1995년부터 홈리스와 정신

장해자 진료에 대해 소비자는 현금금부도 선택할 수 있게 되었다. 현금금부의 금액은 개별 소비자의 욕구 관정에 따라 결정된다. 이와 같은 현금금부의 도입에 따라 홈리스, 정신장해자 진료의 서비스 제공자가 보다 질 높은 서비스를 보다 값싸게 공급할 것이 기대되었다.

둘째, 비용상환방식이 개량되었다.

셋째, 1997년부터 질병기금보험 가입자에 대하여 자기부담이 도입되었다. 소비자는 입원일수 1일당 정액의 자기부담과 일반의의 진료를 제외한 모든 서비스에 대해 20%의 자기부담을 지불하게 되었다.

넷째, 정부는 질병기금보험과 민간보험의 제도 통합을 목표로 하여 질병보험회사와 민간보험회사가 포괄하는 서비스를 동일하게 하는 것, 서비스 공급자에 대한 진료보수의 상한을 동일하게 하는 것을 시도하였다.

다섯째, 정부는 규제된 경쟁의 기능을 지원하기 위해 가격규제, 의료계획 등의 수량규제를 완화했다.

요컨대 네덜란드의 의료개혁은 느린 속도로 진행되었다. 느리게 진행된 이유는 몇 가지로 정리할 수 있다(van de Ven, 1997). 첫째는 강력한 로비력을 가진 이익집단의 저항이 있었기 때문이다. 네덜란드의 보건 의료 정책은 명료한 권력중심지가 부재한, 분산된 의사결정구조의 특징을 가지고 있었다. 그 때문에 정부는 의사조직, 건강보험업자, 노사라는 이익집단의 동의를 얻지 않고 변동을 강제할 수 없었다. 둘째는 실행 전략이 정치적 반대를 초래했기 때문이다. 전국민에게 강제적인 건강보험을 확대하는 것은 좌파가 선호한 대안이었고, 규제된 경쟁은 우파에게 매력적인 개혁안이었다. 따라서 개혁안이 정치적으로 수용 가능한 것이 되기 위해서는 전 개혁제안과 마찬가지로 각 단계도 좌우파

사이에 균형을 유지하여야 했다. 그러나 현실적으로는 그렇지 못했으며, 개혁안을 둘러싼 좌우파 사이의 갈등으로 인하여 개혁과정은 느리게 진행될 수밖에 없었다. 셋째는 개혁을 빨리 해야 할 필요가 없었기 때문이다. 넷째는 개혁의 기술적 복잡성이 높았기 때문이었다.

제3절 자유주의 복지체제

1. 미국

(1) 보건의료 시스템

미국은 어느 나라보다도 보건의료 서비스에 많은 지출을 하는 나라이다. OECD 다른 국가보다 2배 이상의 보건의료 지출을 기록하고 있다. 재정조달의 원천은 공적인 지불자(연방, 주, 지방자치체)와 민간보험, 그리고 개인별 지불로 나뉘어진다. 전국적인 건강보험 시스템이 부재한 것은 미국의 보건의료 시스템이 갖고 있는 중요한 특성중의 하나이다. 일차적으로는 종업원에 대한 사용자의 자발적인 건강보험 제공에 의존하며 정부의 프로그램은 노령자, 장애인, 빈민에 국한되어 있다. 이들 민간보험과 공적인 보험은 급부, 재정조달의 원천, 보건의료제공자에 대한 지불 등에서 각각 차이가 있다. 민간 프로그램과 공적인 프로그램 사이에는 조정이 존재하지 않는다. 어떤 사람은 공적 프로그램과 사적 프로그램 모두 가지고 있고, 어떤 사람은 둘 다 가지고 있지 않다. 다수의 보험 미가입자는 공공 클리닉, 병원, 국가와 지역의 건강 프로그램, 자선 병원들을 통해 보건의료 서비스를 제공받고 있다.

보건의료 서비스는 로칼 수준에서 조직된 느슨하게 구조화된 제공

시스템을 통해서 제공되고 있다. 의사는 자신이 원하는 곳에서 자유롭게 진료를 할 수 있다. 연방 차원의 보건의료 계획은 존재하지 않는다. 보건의료를 전혀 계획하지 않은 주도 있고, 병원과 간호를 엄격하게 계획하는 주도 있다. 충분한 민간제공자가 없는 지역에서는(내륙 도시와 농촌의 외딴 지역), 연방과 주의 예산 지원을 받는 프로그램에 의해 사람들에게 일차 진료를 제공한다. 시와 카운티의 공공 보건의료부서에서는 공공건강 클리닉을 통하여 일차 진료 서비스를 제공한다.

대부분의 병원은 민간의 비영리기구들이 소유하고 있다. 나머지는 정부나 민간-영리기업이 소유하고 있다. 거의 대부분의 의사들은 민간진료를 하고 있다. 자신의 사무실에서 환자들을 진료하며 병원에 필요한 경우 소개를 해준다. 의사들의 2/5는 단독개업이다. 대형병원의 장기 추세가 있긴 하지만, 단독개업의 비율은 조금 줄어들고 있다. 소수의 의사들은 정부, 기업, managed care networks, 병원에 고용되어 있다.

인구의 74%는 민간건강보험의 대상이다. 65세 이하의 사람들은 사용자를 통하거나(61%) 직접 개인 건강보험(13%)을 구입함으로써 민간 건강보험을 취득한다. 인구의 13%는 공적 보험과 사적 보험을 동시에 보유하고 있다. 14%는 아무런 보험도 갖고 있지 않다. 모든 기업이 건강보험을 제공하는 것은 아니다. 보험미가입자의 다수는 피고용인이나 그들의 부양자들이다.

건강보험을 제공하는 민간기업이 1000개 이상 존재하는데 이들 기업들은 주의 보험커미셔너들에 의해 규제되고 있다. 연방정부는 보험기업들을 규제하지 않는다. 사용자가 제공하는 건강보험은 자발적이지만, 조세정책에 의해 장려되고 있다.

민간건강보험 가입자의 다수는 병원의 입원 서비스를 받고 있다. 기

타 서비스의 넓이와 크기는 차이가 있다. 강한 노조를 가진 산업(철강, 자동차)은 넓은 급여혜택을 가진다. 서비스 산업은 아주 제한적인 급여혜택을 제공하거나 전혀 제공하지 않는다. 환자의 본인 부담 정도도 차이가 있다. 민간건강보험에 가입한 미국인 가운데 5500만명은 보험가입의 혜택을 충분히 받지 못하고 있는 사람들이다. 본인부담 건강지출에 제한이 없다. 급성질환으로 인한 입원 이후의 홈 케어는 대부분의 보험계획에 포함된다. 만성질환으로 인한 홈 케어와 장기요양은 보험의 적용대상이 아니다. 대부분의 장기요양과 홈 케어는 본인부담이거나 가족과 친구들에 의해 비공식적으로 제공되고 있다.

메디케어는 노령자와 장애인에 대한 전국민건강보험 프로그램이며 연방정부가 관리하고 있다. 미국에서 가장 큰 단일의 건강보험이며 65세 이상자와 장애인들을 포함하여 인구의 13%를 포괄하고 있다. 재원은 사회보장세, 연방정부의 일반조세, 프리미엄으로 이루어져 있다. 노령자에게 서비스를 제공하기 위해 근로자들의 조세에 의해 재정조달하고 있다. 메디케이드는 빈민들에 대한 건강보험 프로그램이다. 인구의 10%인 25백만명에 대해, 예방, 급성, 장기요양 케어 서비스를 제공한다. 메디케이드는 연방정부와 주 정부가 공동으로 재정부담한다. 전체 지출 중 연방정부의 부담 비율은 50-83%이며 빈곤한 주는 연방정부로부터 많이 지원받고 있다. 메디케이드는 연방정부가 서비스의 영역, 제공자에 대한 지불 수준, 적용대상인 인구 그룹 등에 관한 지침을 정하고 주 정부가 관리하고 있다.

(2) 보건의료 개혁

지금까지 미국에서 여러 차례 보건의료 시스템의 변동을 시도한 적이 있었지만, 가장 최근에 시도된 포괄적인 보건의료 개혁은 클린턴 행정부의 보건의료보장법(Health Security ACT) 제안이었다(Raffel and Raffel, 1997). 이 제안의 핵심적인 내용을 몇 개로 정리하자면, 첫째로 모든 기업으로 하여금 건강보험을 제공하게 하는 것이다. 정부는 중소기업과 작업장을 통해 보험을 얻지 못하는 개인들에게 보조금을 지불한다. 둘째 제공자와 보험업자 사이의 경쟁을 통해 보건의료 비용을 억제하자는 것이다. 비용 억제의 역할을 담당하는 것은 건강유지 조직(HMO)이다. 셋째 정부의 역할은 건강보험의 보편적인 획득을 보증하고, 보험업자와 제공자들이 병자와 빈자를 해롭게 하는 경쟁적 관행에 참여하는 것을 방지하는 것이다. 정부는 유사 공공적인 건강연대를 지역 차원에서 조직함으로써 중소기업과 개인이 건강보험에 포함될 수 있도록 지원해주는 주요 행위자가 될 것이다. 넷째 클린턴 계획은 고용에 기초한 보험까지 연방정부가 손대자는 것이다. 건강보험법은 모든 계획이 제공하여야 하는 최소한의, 포괄적인 급여 패키지를 입법화한 것이었다. 앞으로는 전국보건청(National Health Board)이 연대와 건강계획을 규제하는 힘을 보유하게 될 것이다. 그리고 정부는 경쟁만이 비용을 통제할 수 있다는 것에 대해서는 회의적이었으므로, 전국보건청이 보험업자의 프리미엄 상승을 제한함으로써 전체 건강 보호 시스템에 대한 총액예산 한도를 강제할 수 있는 권위를 갖게 될 것이다(Giaino, 2001).

그러나 건강보험제도를 도입하려는 클린턴의 노력은 결국 실패로 돌

아왔다. 그 원인은 여러 가지가 있겠지만, 먼저 지적할 수 있는 것은 고용주들의 반대였다. 미국에서 고용주들은 건강보험 개혁의 정치에서 핵심적인 행위자이며 지불자이다. 대부분의 미국인들은 건강보험을 기업에 토대를 두고 있는 부가급여로서 받기 때문이다. 자발적이기 때문에 사용자들은 자유롭게 종업원들에게 부가급여를 제공하고 철회할 수 있다. 피용자와 노조는 건강보험의 재원조달과 관리에서 제도화된 역할을 못하기 때문에 고용주의 비용절감 전략에 효과적인 반대를 할 수 없다. 많은 고용주들은 사적인 부가급여에 개입하는 정부의 노력을 불법적인 간섭으로 간주한다. 몇몇 고용주들에게 부가급여의 자원주의는 노동비용 통제 추구를 지원하는 것이다. 특히 대부분의 중소기업들은 고용에 기초한 보험의 자원주의를 자신의 경제적 생존에 중요하다고 판단했다. 보험을 제공하지 않을 자유가 자신의 노동비용을 경쟁적 수준에 유지시키는 데 중요하다고 생각했으며, 그에 따라 클린턴 계획에 격렬하게 반대한 것이다. 보험을 제공한 일부 기업들도 노동비용의 상승 우려 때문에 클린턴 계획에 반대했다(Giaino, 2001).

둘째는 클린턴이 의회에 제출한 개혁법안은 선택과 사적인 재정조달, 사적인 제공, 관리된 진료, 경쟁, 보편주의, 비용 억제를 결합한 복잡한 시스템이었고, 이 복잡한 성격이 개혁에 우호적인 옹호자들까지 등을 돌리는 원인이었다(Raffel and Raffel, 1997).

2. 영국

(1) 보건의료 시스템

영국의 의료보장은 예방에서 재활을 포함한 포괄적인 보건의료서비스를 조세에 의한 일반 재원을 기초로 전국민을 대상으로 하여, 원칙적으로 무료로 제공되는 국가보건서비스방식을 취하고 있어, NHS (National Health Service) 제도로 불리고 있다.²³⁾

병원 대부분은 국가에서 운영하고 의사를 포함한 병원 종사자도 공무원이다. 일반의(GP)는 공무원은 아니지만, 국가와의 계약에 따라 인두불제의 진료보수 형태를 취하고 있어서, 자유 진료는 인정되지 않는다. 주민은 사전에 등록된 단골의인 일반의에게 최초로 진료를 받고, 소개를 통하여 병원 전문의에게 진료를 받는다. 긴급한 경우를 제외하고 직접 병원에서 진료를 받는 것은 인정되지 않는다.

주민은 보건당국과 계약을 체결한 개원의 중에서 스스로 일반의를 자유로이 선택하여 등록한다. 일반의측도 등록인수가 많다는 등의 이유로 등록을 거부할 수가 있다. 등록을 받을 일반의가 없을 경우에는 보건당국이 알선하고, 16세 이하인 자는 부모가 대신 등록한다. 긴급 또는 부득이한 경우나 여행 등의 경우를 제외하고 원칙적으로 등록된 가정의 이외에는 진찰을 받을 수 없다. 국민의 약 93%는 일반의에게 등록되어 있다.

일반의의 개원은 편재를 막기 위하여 개원규제위원회에서 조정하며 인구 3만명 정도의 지역마다 개원이 장려되는 지역이나 규제되는 지역

23) 이하 영국 보건의료시스템에 대해서는 국민건강보험공단 사회보장연구센터 (2000)를 참고할 것.

으로 구분하고, 평균등록 환자수가 적은 지역에서는 개원할 수 없도록 하였다. 1990년부터는 일반의에게 70세 정년제가 도입되었다.

일반의는 24시간 서비스를 원칙으로 주 60~200명 정도를 진찰하고, 20~30명 정도를 왕진한다. 대부분의 일반의는 주 60시간 이상 의료에 종사한다. 휴가중이나 야간에는 그룹 일반의에게 대리 의뢰하는 경우도 많다.

인구 10만명 정도의 지역을 단위로 하여 지역내에 일반의 약 50명과 보건부가 참가하여 그 지역의 임상책임과 재정책임을 맡는 조직으로서 일차진료그룹(계 481)이 존재하고 있다..

영국의 병원은 일반의의 의뢰를 받아오는 환자를 진찰하는 전문의가 의료급여를 하는 장소로서 구급 등의 특별한 경우를 제외하고 외래환자의 진찰은 하지 않는다. 1989년 NHS개혁 이후, 이전의 NHS병원(국영)은 서서히 트러스트(trust)화가 진행되어, 현재는 모두가 트러스트로 바뀌었다. NHS 트러스트 병원은 보건당국으로부터 조직적으로 독립하여 독자적인 법인격을 가진다. 또 조건부이긴 하지만 병원의 운영은 이사회에서 정하는 독립채산성이 인정되어, 직원 채용, 일정 차입금, 부동산 처분 등도 자유로이 할 수 있다. NHS 트러스트 병원은 병원서비스의 구입주체인 보건당국, PCG와 내용·비용에 관한 교섭·계약을 하는데, 병원서비스의 구입주체와 급여주체를 분리함에 따라 내부시장을 형성한다. 효율적으로 질 좋은 서비스를 제공하기 위하여 병원에 인센티브를 주도록 의도된 것이다.

민간병원의 경우 종전에는 사비(私費)진료만을 대상으로 하고 있었으나, 1991년의 개혁 이후, 개별적으로 보건당국, PCG와 계약을 맺어 병원서비스를 제공할 수 있게 되었다. 따라서 NHS제도 외에 배분된

자금이 유출되기도 한다. 단, 실제로 계약한 예는 극히 소수이고 대부분은 민간건강보험과의 계약에 의해 의료서비스를 제공하고 있다.

지역보건서비스는 일정지역마다 이루어지는 질병예방·건강지도·방문간호·각종 요양 등의 서비스를 말한다. 영국의 의료정책은 입원에서부터 지역보건서비스로 중점이 바뀌어 PCG의 도입도 그 한부분으로 잡혀 있다.

(2) 보건의료 개혁

영국 복지국가의 축소와 재구조화 시기는 1970년대 중후반 노동당 정부 하에서 시작한다. 1976년에 국제무역수지 적자로 인하여 IMF 차관이 영국에 공여되었으며, 공적 지출 억제 압력이 IMF에 의해 강하게 제기되었다. 이에 따라 노동당 정부는 몇 가지 예산 삭감 조치를 취하고 1974년과 1976년에 입법화된 사회복지 확대 정책들을 취소하는 조치를 취했다.

그러나 영국에서 본격적으로 복지국가의 축소 정책이 전개된 것은 대처 정부가 등장한 1979년 이후의 일이다. 대처의 보수당 정부가 주도한 시장 지향적인 재구조화는 연금, 노동인구에 대한 소득지원에 이르기까지 폭넓고 깊게 전개되었다(Pierson, 1994; Swank, 2002). 대처 정부는 1980년 「사회보장법」을 개정하여 사회보장급여를 소득이 아닌 물가에 연동하여 산정하도록 함으로써 연금을 비롯한 사회보장급여를 삭감하는 조치를 취했다. 그리고 소득비례연금(SERP)의 급여산정기준을 기존의 '최고소득을 올린 20년간의 평균소득'에서 '전기간의 평균소득'으로 수정하고, 급여율을 소득의 25%에서 20%로 낮추며, 배우자

사망시 본인과 자신의 몫을 모두 수령하는 것이 아니라 배우자의 몫은 50%만 수령할 수 있게 하였다(김영순, 1996).

시장 지향적인 재구조화의 시도는 보건의료 영역에서도 행해졌다. 환자 본인의 처방료는 1979년 이후 지속적으로 인상되었고 세탁, 식사 등 병원 보조서비스도 유료화되었다. 1980년 건강서비스법(Health Services Act)에 따라 일정 규모(120 병상)의 병원에 대해서는 장관의 허가 없이도 개업할 수 있도록 하였다. 그리고 NHS내의 유료 병상을 삭감하기 위해 노동당정권이 만들었던 보건서비스 협의회(Health Services Board)를 폐지했다. 또한 NHS내의 사적 진료를 장려하기 위해, 이전까지 파트타임 계약밖에 허용되지 않았던 사적인 진료를 NHS와 계약하는 모든 전문의에게 허용하고 사적 진료에 관한 규제를 대폭 완화했다. 치과치료에 대한 환자의 부담률도 1979년 19.7%에서 1984년에 27.7%로 증가했다.

1981에는 피고용자가 민간건강보험에 가입하는 것에 대해 조세감면 조치를 취했으며 1983년에는 보건청의 성과를 평가하는 성과지표가 도입되었다. 그러나 영국 보건의료 시스템의 성격을 상당히 바꾸어 놓은 것은 1990년의 「NHS 및 커뮤니티 케어법」(NHS and Community Care Act)이다. 이 법안을 통해 대처 정부가 추진한 보건의료 시스템 개혁의 내용을 정리해 보기로 하자.

첫째는 병원 트러스트 제도가 도입되었다. 국민보건 서비스의 병원은 보건당국으로부터 독립하여 병원 트러스트가 될 수 있는 선택권을 갖게 되었다. 병원 트러스트는 민영화와 달리 국민보건서비스의 병원이다. 병원 트러스트는 병원관리직, 보건부장관이 임명하는 자 등으로 구성되는 이사회에서 운영된다. 병원 트러스트는 수입을 국민보건서비스

의 지구보건국, 예산관리일반의 등과 의료제공 서비스의 계약을 수행함으로써 수입을 증대시킬 수 있다. 병원 트러스트는 자기 재량으로 의료 스태프를 채용하고 급료를 결정할 수 있다.

둘째 기금소유일반의 제도가 도입되었다. 일반 국민들은 의료 서비스를 제공받기 위해 기금소유일반의에게 등록하거나 구역보건청에 등록하여야 한다. 구매자는 등록받은 주민을 대리하여 서비스 공급자(일반의, NHS 트러스트 병원, 민영병원)와 서비스 제공에 관한 계약을 맺게 된다. 예산을 배정받은 의료구매자는 의료공급자(NHS 트러스트 병원, 개업 일반의)와 계약을 맺어 의료구매자에 등록된 사람에게 서비스를 공급하는 방식을 사용하여 공급자간의 경쟁을 유도하였다(이규식, 2002). 처음의 개혁안에서는 등록주민수가 11,000명 이상의 일반의가 이 제도의 적용을 받았지만, 91년 4월 제도가 생겼을 때 9,000명 이상으로 인하되었고, 그 뒤 7,000명, 5,000명으로 인하되었다.

셋째 의료 서비스의 구입자와 제공자가 분리되었다. 이전에는 구역보건청(DHA)이 직접 자기 지역에 있는 병원을 관리하고 구역의 주민들에게 의료를 제공해 왔다. 그러나 개혁 이후에 구역보건청은 지역 주민에 대한 보건의료의 구매자로 자신의 역할을 바꾸게 되었다. 구역보건청은 NHS 병원이나 민간병원으로부터 서비스를 구입할 수 있는 자유를 획득했으며, 그 대신 NHS 병원들은 보건당국의 통제로부터 벗어나 스스로 관리하는 트러스트로 될 수 있는 자유를 획득하였다.

요컨대 NHS는 대중들이 광범하게 공유하고 있는 연대와 형평을 구현하고 있는 보건의료 시스템이다. 지불능력보다는 치료의 필요에 기초해 있는 보편적 권리이다. NHS에 대해 대중들이 가지고 있는 이미지가 정부가 도입하고자 한 시장경쟁의 양을 제약했다. 대중들은 계속해

서 국가가 이 권리의 옹호자로서 행동할 것을 기대했다. 그러한 고려 때문에 대처는 보건의료 재정조달의 사유화를 노골적으로 추진하지 못하고 내부시장의 작동을 조심스럽게 규제했으며 NHS내 중앙에서 통제하는 내부시장의 조심스러운 도입으로 귀결된 것이다(Giaino and Manow, 2001).

3. 뉴질랜드

(1) 보건의료 시스템

뉴질랜드의 의료보장제도는 영국과 마찬가지로 조세에 의해 전국민에 대해 포괄적으로 의료서비스를 제공하는 체계이다. 뉴질랜드 정부가 보건의료 서비스의 제공에 책임을 지고 있다. 국가보건의료의 수급 자격은 거주 또는 시민권의 지위에 기초해 있다. 공립병원의 보건의료 서비스는 무료이다. 그러나 1차 진료에 대해서는 환자가 일정한 비용을 부담한다. 1938년 사회보장법이 성립한 이후 1940년대에 의료급부체계가 제도화되고 정부가 직접 운영하는 공립병원이 외래와 입원 서비스를 제공해 왔다. 이처럼 1930년대 이후 의료서비스의 재원과 제공의 양면에서 정부가 큰 역할을 담당해왔다.

의료 서비스의 공급체계는 공립병원, 사립병원, 민간개업의(General Practitioner: GP)로 구성되어 있다. 공립병원은 보건부 예산으로 운영되는 뉴질랜드 최대의 의료기관으로 2차 진료, 구급진료, 고령자 장기 간호를 제공한다. 공립병원은 규모가 큰 종합병원이 중심이다. 공립병원의 병상이 전체 병상의 절반 정도를 차지한다. 개업의는 1차 진료를 제공한다. 소비자는 개업의의 소개로 병원에서 2차 진료를 받는다. 사

립병원은 전문수술과 고령자의 장기 간호를 제공하고 있다. 사립병원
은 규모가 작은 전문병원이 중심이다.

(2) 보건의료 개혁

뉴질랜드의 보건의료 개혁은 지난 수십 년 동안 네 개의 국면을 거쳐
왔다. 첫째 국면은 1983년부터 1992년까지의 시기로서 공적 부문의 구
조적 개혁을 목표로 한 것이었다. 이 기간 동안 노동당은 환율 위기를
이용하여 기존의 보호받던 부문속에 시장을 체계적으로 도입하였다.
노동당은 제조업과 서비스업의 무역 장벽을 제거하고 농업과 제조업의
보조금을 폐지했으며 금융시장을 개방했다. 다수의 국영기업이 사유화
되었으며 잉여인력이 퇴출되었다(Schwartz, 2000). 이들 개혁조치는 뉴
질랜드 복지국가의 모습을 크게 바꾸어놓았으며 보건의료부문도 예외
가 아니었다. 1983년 지역보건위원회법에 의해 지역에서 선출되는 병
원위원회와 보건부 기구인 지구보건국이 합병하여, 보건부로부터 독립
적인 지역보건위원회가 새로 설립되었다. 조직의 합병에 의해 효율화
를 추진할 뿐 아니라 서비스의 일원화를 통해 서비스의 향상을 도모한
것이다. 그 다음으로 공립병원을 운영하는 AHBs와 보건부 사이의 계
약을 도입했다. 자금제공자인 보건부와 서비스 제공자인 AHBs 사이에
계약관계를 도입함으로써 병원경영의 효율화를 추진한 것이다. 그러나
이러한 조직개혁에도 불구하고 기대한 효과를 거두지 못했다는 평가를
받고 있다.

이 기간 동안 뉴질랜드의 경제 모델은 다른 어느 나라보다도 더 시장
지향적인 방향으로 변화되었다. 소득정책을 실행할 수 없었던 노동당

정부는 노동시장을 제외하고 경제의 거의 모든 부문을 자유화시켰다. 이 급진적인 변동은 노동당을 분리시키고 신자유주의적인 국민당정부가 1990년에 집권여당이 되었다.

둘째의 국면은 1993년부터 1996년까지 국민당 정부가 집권한 기간으로서 교육을 완전히 시장에 개방하고 사회적 부조를 줄이는 등 한층 더 시장을 도입한 시기이다. 국민당 정부는 1991년에 고용계약법을 통해 이전의 복지국가를 근본적으로 변화시키고자 했다. 시장지향적인, 유연한 임금이 높은 생산성과 성장을 가져온다는 것이 국민당 정부의 주장이었다. 막대한 규모의 대외 부채로 인한 신용평가 하락의 위협으로 인하여 국민당 정부는 사회부조를 10% 줄이는 등 공적 지출을 7% 감축시켰다.

보건의료부문에서도 1993년부터 보건의료·장해자 서비스법 하에서 여러 개혁조치들이 도입되었다. 이 개혁조치의 목적은 경쟁과 같은 시장모델의 원리와 실천을 공적인 부문에 도입하고자 한 것이다. 둘째는 보건의료 시스템내의 재정의 배분을 개선하고자 한 것이었다. 이러한 목표를 달성하기 위해 우선 공급자와 구입자의 분리가 시도되었다. 의료를 공급하는 기능과 지구주민이 필요로 하는 서비스를 구입하는 기능이 분리되고 구입자의 역할을 하는, 4개의 광역보건국(Regional Health Authorities: RHAs)과 한 개의 공중위생위원회(Public Health Commission: PHC)가 신설되었다. 광역보건국은 일반보건의료·커뮤니티 서비스를 담당하고 공중위생위원회는 공중위생서비스를 담당하도록 되었다.

그 다음으로 계약방식이 도입되었다. 지구보건당국은 배분된 예산을 사용하여 지구주민의 대리인으로서 필요한 의료 복지 서비스를 공사의 의료기관, 민간 단체에서 구입하는 역할을 하게 되었다. 그 결과 공급측

에 경쟁이 도입되어 예산을 둘러싸고 서로 경쟁하면서 공급하는 서비스의 범위, 가격, 질, 지불방법에 관하여 RHAs와 PHC와 교섭 계약을 체결하여 공급하게 되었다.

또한 예산배분방식의 변경과 의료 복지 재원의 통합이 이루어졌다. 이전에는 의료와 복지부문의 재원과 급부는 각 서비스마다 별도로 배분되어 공립병원의 예산과 민간병원, 민간개업의에 대한 진료보수와 급부도 별도의 재원에서 배분되었다. 그러나 개혁에 따라 의료와 고령자복지, 장애자복지 예산이 하나로 통합되어 일괄 예산이 RHAs로 배분되었다. 공립병원의 예산배분산정의 방법은 전년도 비용을 기초로 하는 방법에서 지역의 인구를 기초로 산정하는 방법으로 변경되었다.

그 다음으로 선별적인 급부·본인부담제가 도입되었다. 개혁전의 의료급부의 내용을 보면, 공립병원의 입원·외래 서비스는 무료였으며, 약제, 검사, 출산에 관해서도 모든 의료기관에서 무료였다. 기타 사립병원과 개업의의 입원과 외래진료 서비스에 관해서는 일부 급부보조가 있었다. 즉 저소득자와 질병률이 높은 자에 대해서는 무료인 공립병원을 이용하게 하고, 고소득자에 대해서는 사립병원과 민간개업의를 유료로 이용하게 하는 선별적인 방법으로 전국민의 의료서비스를 보장해 왔다. 그러나 개혁 이후 전체적으로 부담이 인상되면서 선별적인 급부와 부담의 틀이 한층 더 강화되었다.

셋째 국면은 1996년부터 1999년까지의 시기인데, 국민당과 뉴질랜드 제일당의 연립정부가 집권한 시기이다. 사업으로서의 병원의 개념이 인기 없는 것으로 됨으로써 반드시 수익을 내야 한다는 의무감을 덜게 되는 계기가 마련되었다. 그러나 상업적으로 책임 있는 방식으로 병원을 경영해야 한다는 기대는 여전히 지속되었다.

넷째 국면은 1999년 후반부터 지금까지 지속되고 있는 시기로서 노동당과 동맹당의 연립정부가 집권하고 있는 시기이다. 노동당/동맹당(alliance) 연립 정부는 구입자/제공자 분리를 폐지하고 보건의료 자원을 분권화시켰다. 그 동안 도입된 내부시장은 효율성의 개선을 이루지 못했으며 의료의 품질도 개선되지 않았으며 대중의 신뢰도 얻지 못했다 라는 것이 개혁의 이유였다. 연립정부가 도입한 뉴질랜드 보건의료 및 장애법 2000은 보건의료 재정조달국(Health Funding Authority)을 해체하고 21개의 구역보건청(District Health Boards)을 신설하여 이 기구에 보건의료재정조달과 제공의 책임을 맡겼다. 구역보건청은 지리적으로 한정된 인구를 대상으로 하여 공립병원과 지역 보건의료 서비스, 공적인 보건의료 프로그램을 소유하고 관리, 지역내 1차 및 지역 서비스의 민간제공자에게서 서비스를 구입한다.

요컨대 90년대 초반 이후 뉴질랜드에서 이루어졌던 보건의료의 구조적 개혁은 누적적이라기보다 빅뱅의 성격을 띠고 있었 그 이유로서는 국가구조, 노조 구조, 도덕 경제의 조합 방식 때문인 것으로 지적되고 있다 (Schwartz, 2000). 뉴질랜드의 노동조합 조직구조는 덜 집중화되어 있었으며, 국제적인 압력에 타협적인 대응을 조직하기 힘든 상태였다. 국가제도의 구조를 보면 지자체가 독립적인 지위를 갖고 있지 않으며, 의회는 단원제(unicameral)였다. 말하자면 뉴질랜드의 국가구조는 비토포인트를 적게 가지고 있는 구조였던 것이다.

그 때문에 뉴질랜드는 고용보호라는 구모델을 시장형식으로 급격하게 대체해 갔으며 의료서비스의 시장에도 내부시장의 원리들을 도입했던 것이다.

제7장 결론

유럽에서 복지국가의 축소는 무엇보다 실업률의 증가와 관련이 있다. 복지국가의 축소는 복지국가 프로그램의 부담 증가에 대한, 그리고 이들 프로그램들에 대한 경제활동인구의 기여 감소에 대한 실용적인 대응이었다(Huber and Stephens, 2001). 그러나 보건의료 지출의 공적 비중의 감소는 이미 실업률이 증가하기 전인 70년대에 시작되었으며 80년대 내내 지속되었다. 그러나 보건의료국가의 축소 현상이 서구 국가에서 광범하게 이루어지고 있는 보편적 현상으로서의 성격을 가지고 있으나, 그 정도는 대체로 급진적인 것이라기보다는 온건한 변화의 성격을 갖고 있었으며 시스템적 차원의 변동은 아니었다. 국가보건서비스 유형의 보건의료 시스템이 건강보험 유형이나 시장자유형으로 바뀐 경우는 발견되지 않았다. 복지지출의 측면에서 급진적인 축소를 경험한 것으로 평가되는 영국 및 뉴질랜드조차도(Huber & Stephens, 2001) 보건의료의 측면에서는 급진적인 개혁을 성취할 수 없었다. 그렇다면, 복지국가의 다른 영역에 대해서는 급진적 축소를 경험한 이들 국가들이 보건의료의 영역에서는 왜 급격한 변화를 성취하지 못했는가? 그 이유는 보건의료가 삶과 죽음의 문제이며, 복지국가의 다른 영역에 비해 이해당사자의 이해관계에 더 뿌리깊게 연결되어 있기 때문이다. NHS 제도처럼 한 나라의 보건의료 시스템이 보편적이라면, 국가나 사용자에 의한 일방적인 코스트 감축 노력을 견제할 수 있는 광범한 다른 행위자를 창출한다. 보편적인 보건의료 시스템은 형평과 재분배를 자신의 핵심 설계 속에 제도화하기 때문에 코스트 통제의 짐을 취약계층에게 이동

하는 노력을 정치적으로 어렵게 하는 것이다(Giaino, 2001).

본 연구의 결론을 요약하면 다음과 같다.

첫째 복지국가의 축소기에도 정치적 변수의 중요성이 입증되었다. 좌파정당과 기독교민주주의 정당은 복지국가의 축소기에도 보건의료의 공적 지출에 영향을 미치는 유효한 변수인 것으로 확인되었다. 좌파정당과 기독교민주주의 정당의 내각점유율이 높을수록 공적 지출의 비율이 높은 것으로 확인되었다. 보건의료의 공적 전달에서도 기독교민주주의 정당은 공적 제공에 영향을 미치는 변수인 것으로 확인되었다. 다만 복지국가의 황금기에서처럼 강력한 효과는 확인되지 않았다.

둘째 흔히 신제도주의에서 설정하는 비토포인트의 역할에 대해서는 양적 연구와 질적 연구가 상반되는 분석결과를 보여주고 있다. 결합회귀분석을 이용한 양적 연구에서는 비토포인트가 높을수록 공적 지출과 공적 제공의 비율이 낮은 것으로 나타났고, 질적인 사례연구에서는 비토포인트가 낮은 국가일수록 개혁작업을 수월하게 추진하고, 비토포인트가 높은 국가일수록 보건의료의 개혁작업이 지지부진한 경우를 여러 번 목격했다. 대표적인 경우가 뉴질랜드와 영국, 독일과 프랑스, 미국의 사례일 것이다. 이처럼 서로 반대되는 결과가 나타난 원인이 무엇일까? 사회민주주의 국가들을 비롯하여 비토포인트가 낮은 나라들이 복지국가 황금기에 높은 복지수준을 성취해 왔고, 이러한 사실은 축소기에 쉽게 바뀌지 않기 때문에 이러한 분석결과가 초래된 것이 아닐까?

셋째 경제적 상황을 보여주는 변수들의 효과가 강한 것으로 확인되었다. 특히 실업률과 재정적자비율은 보건의료의 공적 지출에 강한 영향력을 행사한 변수들이었으며, 그 가운데 특히 실업률은 공적 전달의 비율에 대해서도 유의미한 효과를 보여주고 있었다.

1인당 GDP는 보건의료국가의 축소를 방해하는 요소가 아니라, 오히려 보건의료 제공의 사유화에 영향을 미치는 요인으로 입증되었다. 노인인구비율은 보건의료 공적지출의 비율을 증가시키는 요인으로 확인되었다.

그리고 질적인 연구의 결과를 보면, 국가별 질적 연구의 결과는 부분적으로 양적 연구의 결론을 확인해 주고 있다. 우선 경제적 요인의 강한 효과를 확인할 수 있었다. 특히 실업률과 재정적자비율은 보건의료의 축소와 개혁을 추진하게 한 가장 중요한 배경이었다.

그 다음으로 좌파 정당의 효과 여부에 대해 말하자면, 분명히 보건의료 정책에서 정당간의 차이가 소멸했다고 주장하는 것은 과장일 것이다. 적어도 몇몇 국가에서 정당간의 보건의료 정책 차이가 확인되었다. 예컨대 스웨덴의 경우 경제적 위기에 빠져 있던 90년대 초반에는 사회민주당과 기타 정당 모두가 ‘관리된 경쟁’이라는 그 당시 유행하던 보건의료의 담론에 빠져 있었지만, 94년도 이후에는 정당간 차이가 복원되는 모습을 보여 주었다. 뉴질랜드의 경우에도 좌파정당이 집권한 1999년 이후의 보건의료 정책은 이전의 보수주의 정권과 구별되는 특징을 뚜렷하게 보여주고 있었다. 그러나 이러한 정책 차이가 이전처럼 선명하지 않으며 점점 더 줄어들고 있다고 보아야 할 것이다. 좌파와 우파가 동일하게 사회경제적 상황의 제약을 강하게 받고 있는 것이다 (Huber and Stephens, 2001). 좌파는 실업의 위기 속에서 보건의료 정책의 혁신을 추진하기가 어려운 상황에 놓여 있으며, 우파는 보건의료 국가가 국민들에게 과플러하기 때문에 급격한 변동을 가하기가 어려운 상황에 놓여 있는 것이다.

국가구조와 보건의료 축소의 관계에 대해서는, 적어도 몇몇 나라에서

는 비토포인트가 강한 나라에서 보건의료 복지국가의 개혁을 추진하기가 어려운 사실이 확인되었다. 영국과 뉴질랜드는 비토포인트가 약하기 때문에 급격한 축소가 가능했으며, 독일의 경우 비토포인트가 강하기 때문에 보건의료 복지국가의 급진적인 개혁이 특정한 시기를 제외하고 불가능했다.

신제도주의가 강조하는 정책유산 및 정책 피드백의 중요성은 몇몇 나라의 경우에 확인되었다. 예컨대 영국의 경우 NHS 제도의 제도적·정치적 유산은 급진적인 신자유주의 전략보다 시장과 국가를 결합시킨 전략을 더 선호하게 만들었다. 영국의 신자유주의자들은 거대 국가의 이념을 혐오했지만, NHS내에 국가는 이미 지불자와 제공자로서 압도적으로 존재하고 있었다(Giaino and Manow, 1999).

이상에서 살펴본 것처럼 OECD 국가들의 경우에는 보건의료 개혁 이후에도, 약간의 변동은 있었지만, 국가의 공적인 역할이 유지되고 있었다. 이러한 사실은 의료의 공공성 제고를 과제로 안고 있는 우리나라의 현실을 비판적으로 이해하고 올바르게 전망하는 데 도움이 될 것이다.

참고문헌

- 강철화·김교성·김영범(2000), 「복지국가의 사회복지비 지출 변화 (1982~1992)에 관한 실증적 연구」, 『한국사회복지학』, vol. 42, 2000. 8.
- 국민건강보험공단 사회보장연구센터(2000), 『외국의 건강보험제도 비교조사』 ..
- 김영순(1996), 『복지국가의 위기와 재편』, 서울대학교 출판부.
- 김창엽(1999), 「보건의료-불가피한 변화, 미완의 개혁」, 『월간 복지동향』 1999. 12월호.
- 김창엽(2000), 「‘시장’과 ‘복지’ 뒤범벅된 기형적 의료체계가 ‘과국’ 불렀다」, 『주간조선』, 2000년 8월 24일.
- 김태성·성경룡(1993), 『복지국가론』, 나남출판.
- 안상훈, 「스웨덴의 사회변화와 사민주의 복지개혁」(1999), 한국사회과학연구소 사회복지연구실 편, 『세계의 사회복지』.
- 안상훈(2002), 「비교사회정책 연구방법론의 서설적 이해」, 『상황과 복지』 제13호.
- 이규식(2001), 「의료의 공공성 제고와 공공의료기관 확충 논의의 검토」, 『보건행정학회』 제11권 제1호.
- 이규식(2002), 『의료보장과 의료체계』, 계측문화사.
- 世界の社會福祉 8. ドイツ オランダ, 旬報社.
- Abel-Smith Brian and Elias Mossialos(1994), *Cost Containment and Health Care Reform: A Study of the European Union*, in London School of Economics & Political Science.
- Altenstetter Christa(1997), "Health Policy-making in Germany", in Christa Altenstetter and James Warner Björkman ed, *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*, Macmillan Press.

- Allan James P. and Lyle A. Scruggs(2002), "Politics as Usual? Political Parties and Welfare Regime Change in Advanced Industrial Societies," Paper prepared for delivery at the 13th International Conference of Europeanists, Palmer House Hilton, Chicago, Illinois, March 14-16, 2002.
- Benner Mats and Torben Bundgaard Vad(2000), "Sweden and Denmark. Defending the Welfare State," Fritz W., Scharpf and Vivien A. Schmidt ed., *Welfare and Work in the Open Economy. Vol II. Diverse Responses to Common Challenges*, Oxford. Besley & Gouveia(1994).
- Castels, F. G.(2001) "On the Political Economy of Recent Public Sector Development", *Journal of European Social Policy* 11 (3):463-98.
- Clayton Richard and Jonas Pontusson(1998), "Welfare-State Retrenchment Revisited: Entitlement Cuts, Public Sector Restructuring, and Inegalitarian Trends in Advanced Capitalist Societies," in *World Politics* 51(October 1998).
- Esping-Andersen G.(1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Oxford.
- Esping-Andersen G.(1996), "Positive-Sum Solutions in a World of Trade-Offs?", in Gøsta Esping-Andersen ed., *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*, Sage.
- Esping-Andersen G.(1999), *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford.
- Figueras Jodep, Richard B. Saltman and Constantino Sakellarides (1998), "Introduction," in *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, edited by Josep Figueras, Richard B. Saltman and Constantino Sakellarides, Open University

Press.

Freeman Richard(1999), "Institutions, States and Cultures: Health Policy and Politics in Europe", in Jochen Clasen ed., *Comparative Social Policy: Concepts, Theories and Methods*, Blackwell.

Freeman Richard(2000), *The Politics of Health in Europe*, Manchester University Press.

Freeman Richard and Michael Moran(2000), "Reforming Health Care in Europe", in Maurizio Ferrera and Martin Rhodes eds, *Special Issue on Recasting European Welfare States, in West European Politics* vo. 23, no. 2. April.

Gaiimo Susan(2001), "Who Pays for Health Care Reform?", in Paul Pierson ed, *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press.

Gaiimo Susan and Philip Manow(1999), "Adapting Welfare State – The Case of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States," in *Comparative Political Studies*, Vol. 32 No. 8, December.

Green-Pedersen Christoffer(2000), "The Dependent Variable Problem within the Study of Welfare State Retrenchment: Defining the Problem and Looking for Solutions," Unpublished Manuscript: <http://www.ps.au.dk/greenp>.

Harrison, Michael I. and Johan Calltorp(2000), "The Reorientation of Market-oriented Reforms in Swedish Health-care", in *Health Policy* 50.

Hicks, A.(1999) *Social Democracy and Welfare Capitalism*. Ithaca, NY: Cornell UP.

Hicks, A. and J. Misra(1993), "Political Resources and the Expansion

of Welfare Effort," *American Journal of Sociology* 99:678-710.

Hicks, A. and Christopher Zorn(2002), "Welfare Retrenchment and the New Politics: Explaining Reversals of Welfare Expansion," [www.emory.edu/OIA/ Hulle/publications.hicks-zorn.pdf](http://www.emory.edu/OIA/Hulle/publications.hicks-zorn.pdf)

Hicks, A. and Christopher Zorn(2003), "The Paradox of Self-Limiting Immoderation: Explaining Reversals of Welfare Expansion," in A paper prepared for the conference on New Challenges for Welfare State Research Sponsored by Research Committee 19 of the International Sociological Association, Toronto, Ontario, August 21-24, 2003.

Huber Evelyne, Charles Ragin and John D. Stephens(1993), "Social Democracy, Christian Democracy, Constitutional Structure, and the Welfare State", *AJS* Vol. 99. No. 3.

Huber Evelyne and John D. Stephens(2001), *Development and Crisis of the Welfare State*, University of Chicago Press.

Imai Yukata, Stephane Jacobzone and Patrick Lenain(2000), "The Changing Health System in France," *Economics Department Working Papers* No. 269, OECD.

Immergut, Ellen M.(1992), "The Rules of the Game: The Logic of Health Policy-making in France, Switzerland, and Sweden", in Sven Steinmo, Thelen Kathleen, and Frank Longstreth(ed.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge University Press.

Iverson, T. and T. Cusack(2000), "The Causes of Welfare State Expansion," *World Politics* 52; 313-349.

Kanavos Panos and Martin McKee(1998), "Macroeconomic Constraints and Health Challenges Facing European Health

- Systems," Saltman Richard B., Josep Figueras and Constantino Sakellarides(1998), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Open University Press.
- Levy Jonah D.(2000), "France. Directing Adjustment?," Fritz W., Scharpf and Vivien A. Schmidt ed., *Welfare and Work in the Open Economy. Vol II. Diverse Responses to Common Challenges*, Oxford.
- Manow Philip and Eric Seils(2000), "Adjusting Badly. The German Welfare State, Structural Change, and the Open Economy," Fritz W., Scharpf and Vivien A. Schmidt ed., *Welfare and Work in the Open Economy. Vol II. Diverse Responses to Common Challenges*, Oxford.
- Matteo Livio Di(2000), "The Determinants of the Public-Private Mix in Canadian Health Care Expenditures: 1975-1996," *Health Policy* 52..
- Mishra Ramesh(2002), *Globalization and the Welfare State*, 이혁구·박시중 역, 『세계화와 복지국가의 위기: 지구적 사회정책을 향하여』, 성균관대학교 출판부.
- Moran Michael(1999), *Governing the Health Care State. A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester University Press.
- Olsen Gregg M., and Julia S. O'Conner(1998), "Introduction Understanding the Welfare State: Power Resources Theory and Its Critics", Olsen Gregg M., and Julia S. O'Conner ed., *Power Resources Theory and the Welfare State: a Critical Approach*, University Toronto Press.
- Palier, Bruno(2000), "Defrosting the French Welfare State", in

Mauruzio Ferrera and Martin Rhodes ed, *West European Politics. Special Issue on Recasting European Welfare States*, Vo. 23, No. 2. Social Security, Helsinki, 25-27 September 2000.

Palier, Bruno & Robert Sykes(2001), "Challenges and Change: Issues and Perspectives in the Analysis of Globalization and the European Welfare States", in Sykes Robert, Bruno Palier and Pauline M. Prior, *Globalization and European Welfare States: Challenges and Change*, Palgrave.

Pierson Paul(1994), *Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. New York: Cambridge University Press.

Pierson Paul(1996), "The New Politics of the Welfare State." *World Politics* 48(2).

Pierson Paul (2001a), "Introduction. Investigating the Welfare State at Century's End." in Paul Pierson(ed.) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Pierson Paul (2001b), "Post-Industrial Pressures on the Mature Welfare States in the Affluent Democracies." in Paul Pierson(ed.) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Pierson Paul (2001c), "Coping with Permanent Austerity: Welfare State Restructuring in the Affluent Democracies." in Paul Pierson(ed.) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Raffel Marshall W., and Norma K. Raffel(1997), "United States," M. W. Raffel ed., *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, The Pennsylvania State University Press.

- Rehnberg. C.(1997), "Sweden," in C. Ham. ed., *Health Care Reform-Learning from International Experience*, Open University Press.
- Robinson Ray(1998), "Managed Competition: Health Care Reform in The Netherlands," Wendy Ranade ed., *Markets and Health Care*, Longman.
- Rhodes Martin(1998), "Globalization, Labour Markets and Welfare States: a Future of Competitive Corporatism?", in M. Rhodes and I. Mény(eds.), *The Future of European Welfare State: A New Social Contract*(Basingstoke: Macmillan).
- Saltman Richard(1991), "Nordic Health Policy in the 1980s", in Christa Altenstetter and Stuart C. Haywood ed., *Comparative Health Policy and the New Right. From Rhetoric to Reality*, Macmillan.
- Saltman Richard B., Josep Figueras and Constantino Sakellarides (1998), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Open University Press.
- Saltman Richard B., Josep Figueras et.(1997), *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*, WHO.
- Scarborough, E.(2000) "West European Welfare States: the Old Politics of Retrenchment", *European Journal of Political Research* 38 (2): 225-59.
- Scharpf Fritz W. and Vivien A. Schmidt ed.(2000), *Welfare and Work in the Open Economy. Vol. II. Diverse Responses to Common Challenges*, Oxford.
- Schwartz Herman(2000), "Internationalization and Two Liberal Welfare States. Australia and New Zealand", in Fritz W. Scharpf and Vivien A. Schmidt ed., *Welfare and Work in the Open Economy. Vol. II. Diverse Responses to Common*

Challenges, Oxford.

Siegel, N.(2000), "Jenseits der Expansion? Sozial Politik in westlichen Demokratien 1975-1995," in M. G. Schmidt(ed.) *Wohlfahrtsstaatliche Politik. Institutionen, Prozess und Leistungsprofil*. Opladen: Leske + Budrich.

Stephens John D(1996), "The Scandinavian Welfare States: Achievements, Crisis and Prospects", in Esping-Andersen (ed.), *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*. London: Sage.

Stephens John D., Huber Evelyne and Leonard Ray(1999), "The Welfare State in Hard Times," in Herbert Kitschelt et al, *Continuity and Change in Contemporary Capitalism*, Cambridge.

Swank Duane(2002), *Global Capital, Political Institutions, and Policy Change in Developed Welfare States*, Cambridge.

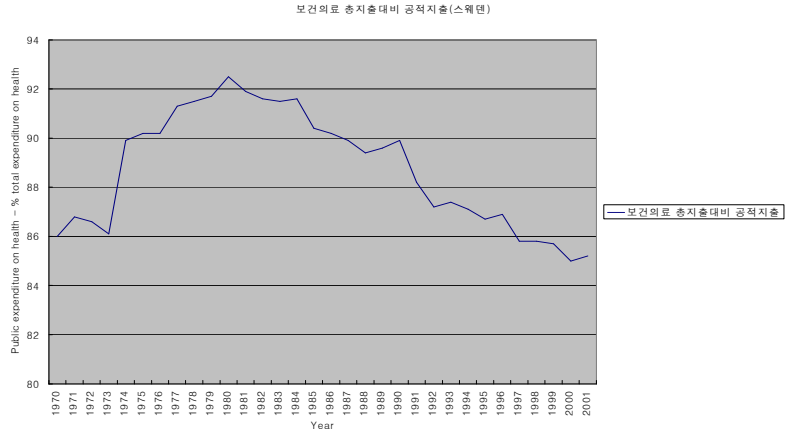
Sykes Robert, Bruno Palier and Pauline M. Prior(2001), *Globalization and European Welfare States: Challenges and Change*, Palgrave.

Thelen Kathleen and Sven Steinmo(1992), "Historical Institutionalism in Comparative Politics", in Sven Steinmo, Thelen Kathleen and Frank Longstreth(ed.), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge University Press.

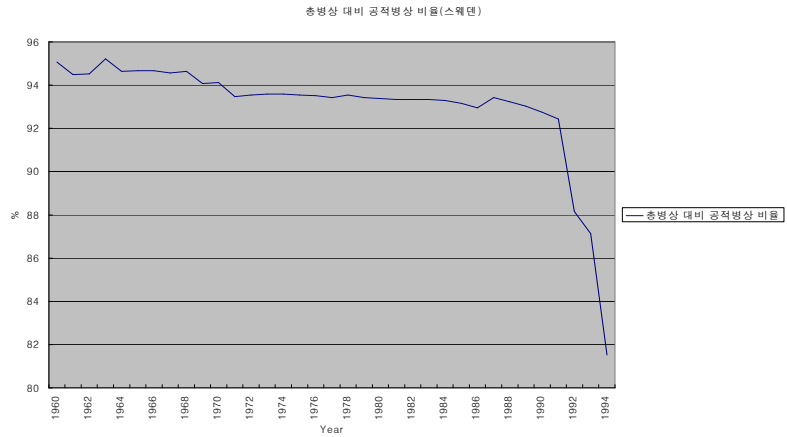
Van de Ven Wynand(1997), "Netherlands", in C. Ham. ed., *Health Care Reform-Learning from International Experience*, Open University Press.

부록 I : 각국 보건의료지출의 공적 비율 추이.

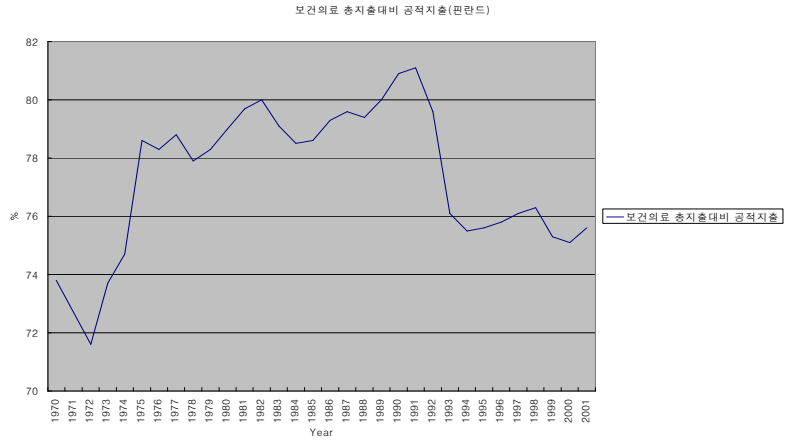
<그림 I -1> 스웨덴 보건의료 공적지출의 비율 추이



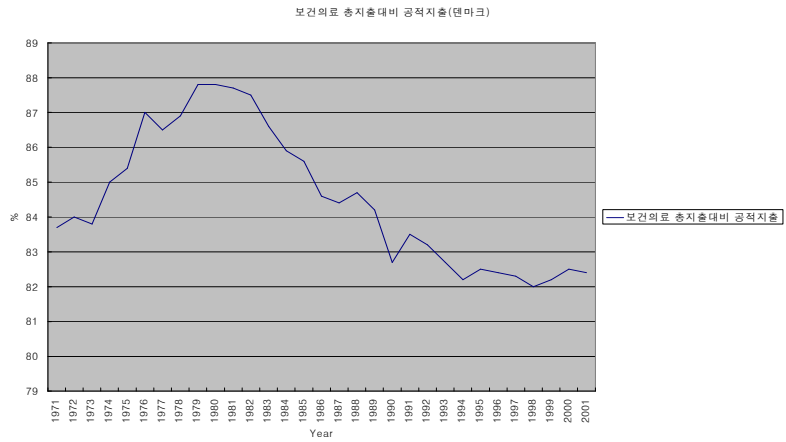
<그림 I -2> 스웨덴 보건의료 공적제공의 비율 추이



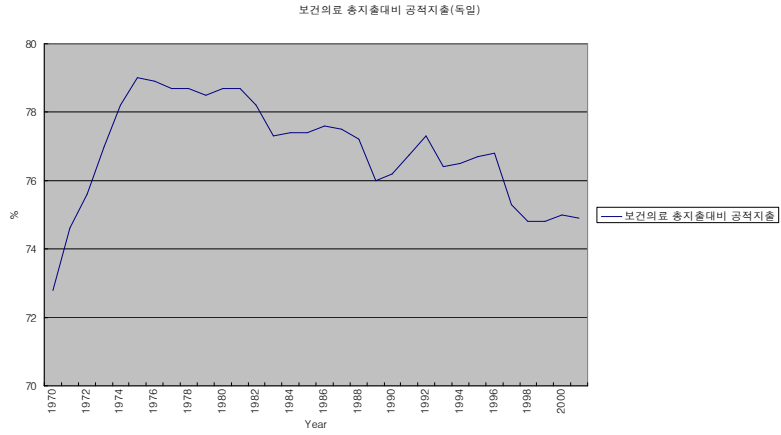
<그림 I-3> 핀란드 보건의료 공적제공의 비율 추이



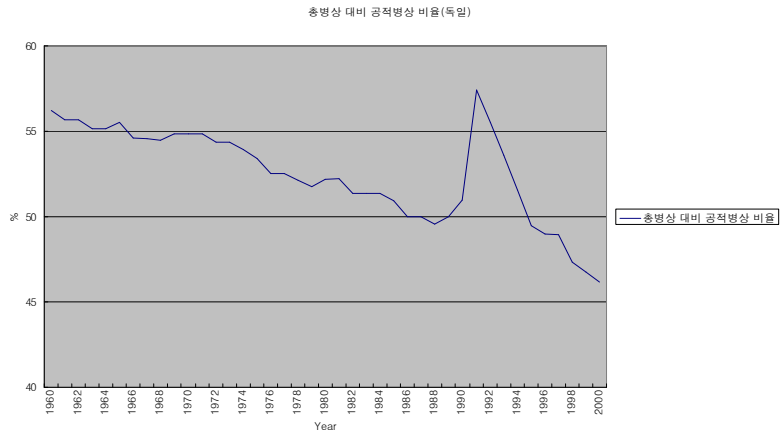
<그림 I-4> 덴마크 보건의료 공적지출의 비율 추이



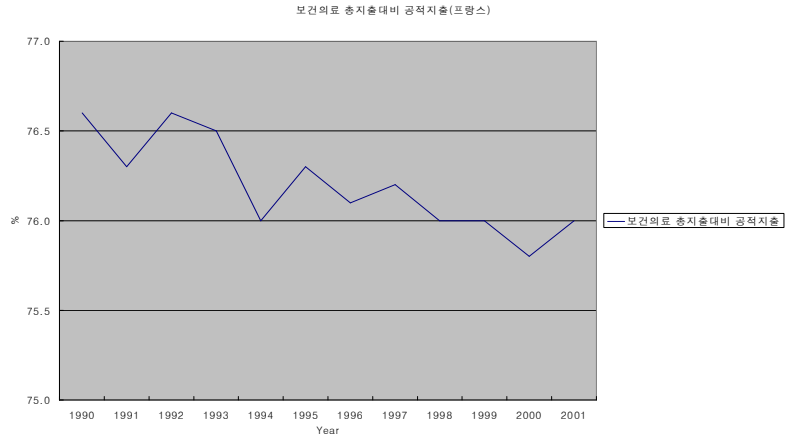
<그림 I-5> 독일 보건의료 공적지출의 비율 추이



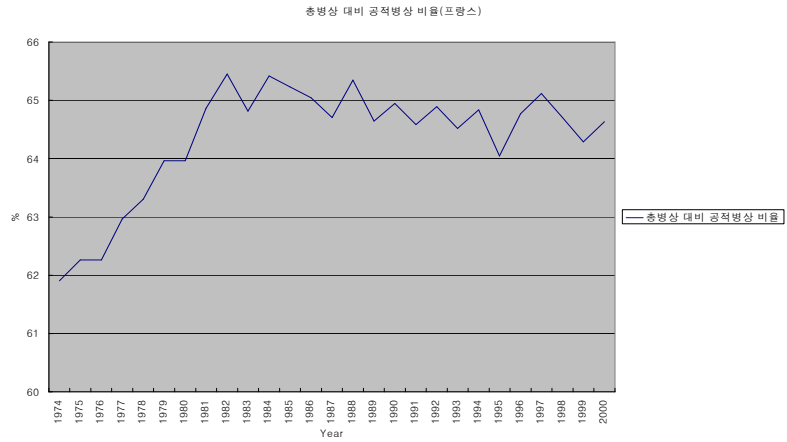
<그림 I-6> 독일 보건의료 공적제공의 비율 추이



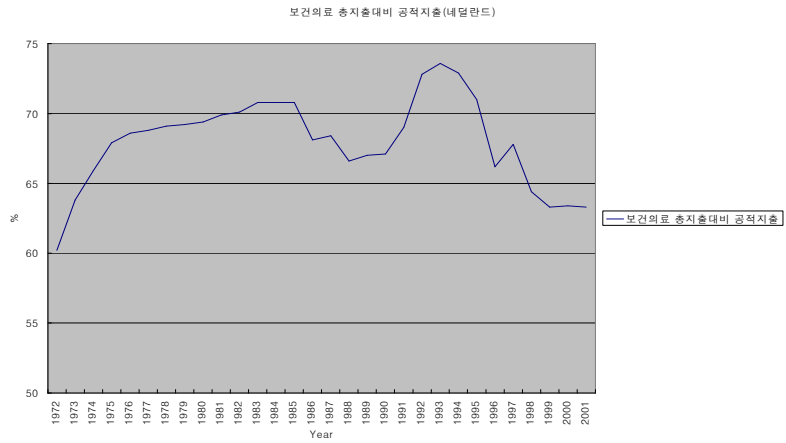
<그림 I-7> 프랑스 보건의료 공적지출 비율의 추이



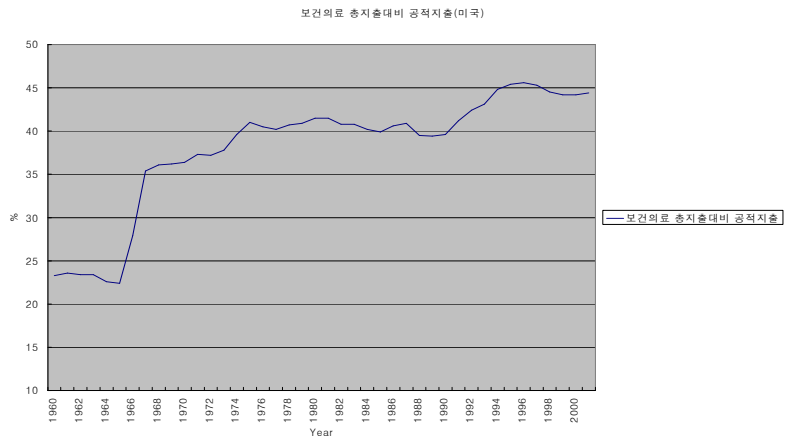
<그림 I-8> 프랑스 보건의료 공적제공의 비율



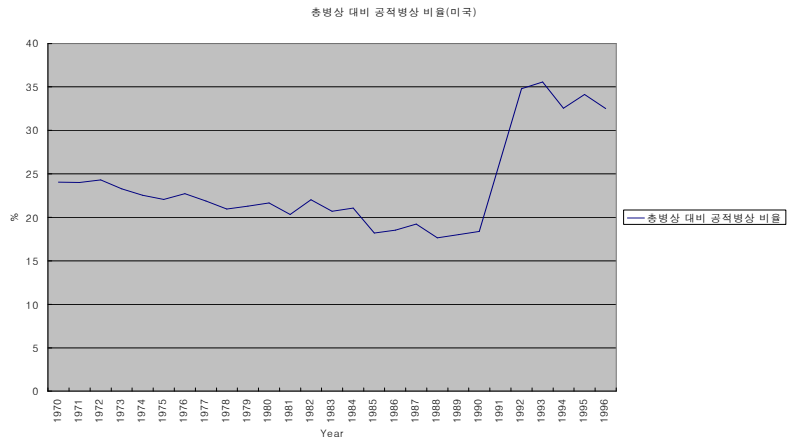
<그림 I-9> 네덜란드 보건의료 공적지출의 비율 추이



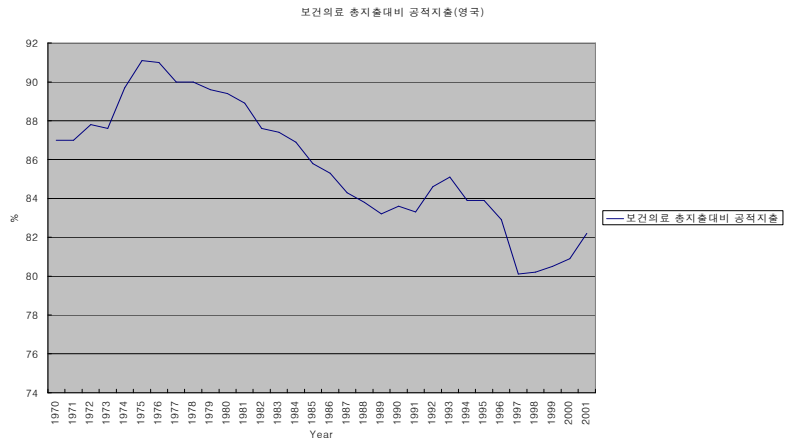
<그림 I-10> 미국 보건의료 공적지출의 비율 추이



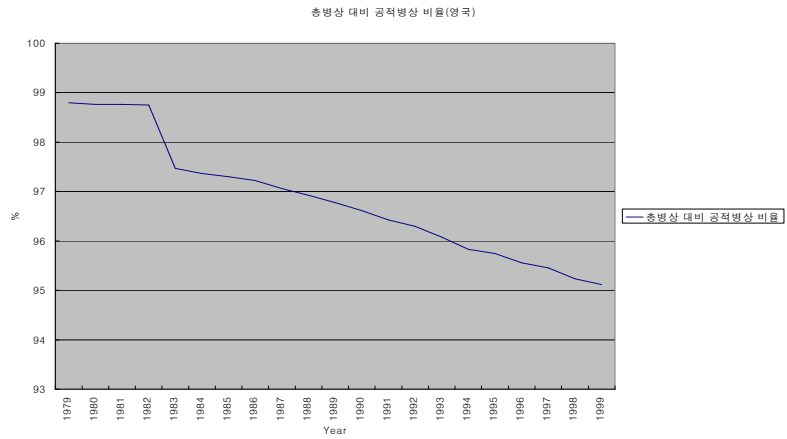
<그림 I-11> 미국 보건의료 공적제공의 비율 추이



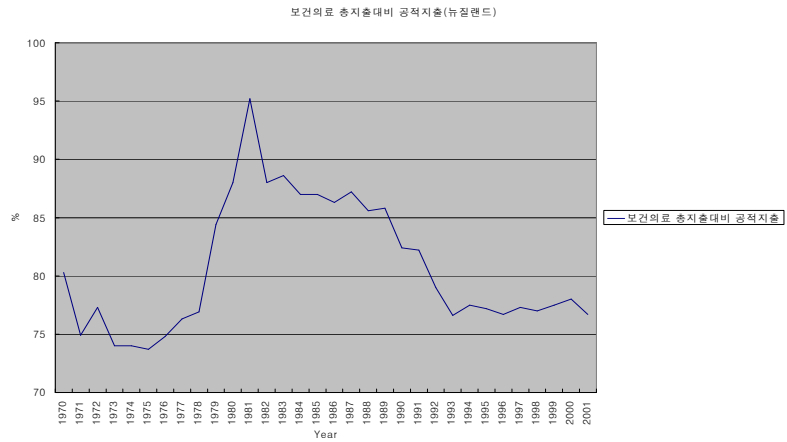
<그림 I-12> 영국 보건의료 공적지출의 비율 추이



<그림 I-13> 영국 보건의료 공적제공의 비율 추이

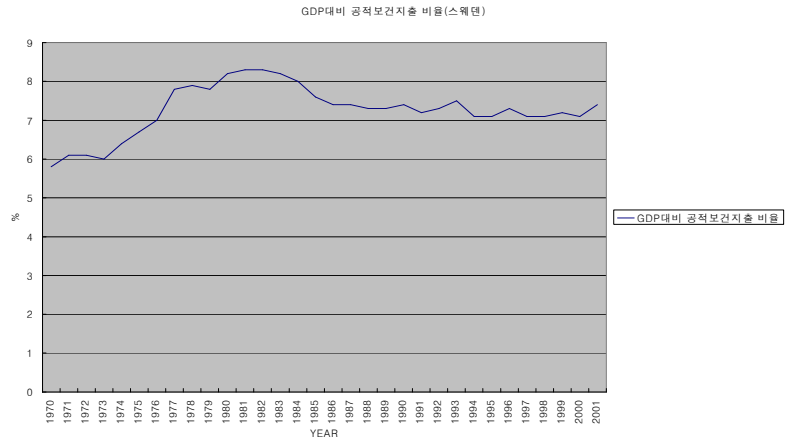


<그림 I-14> 뉴질랜드 보건의료 공적지출의 추이

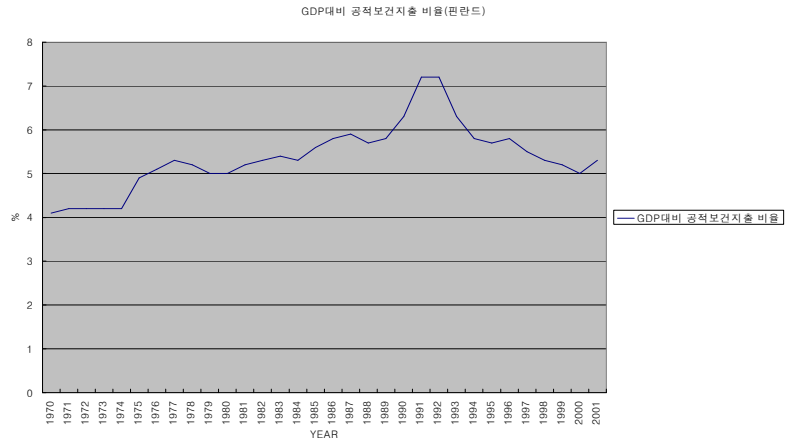


부록 II : GDP 대비 공적지출 비율

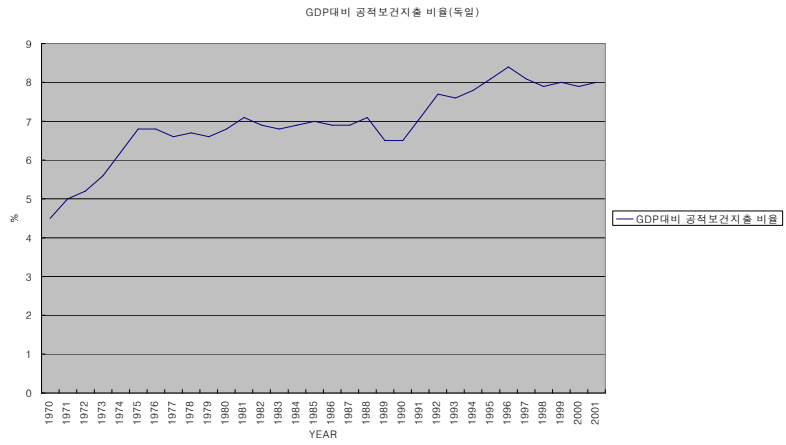
<그림 II-1> 스웨덴



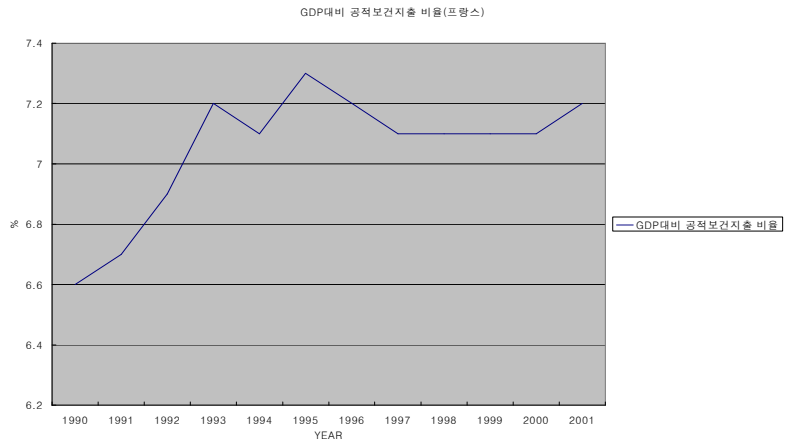
<그림 II-2> 핀란드



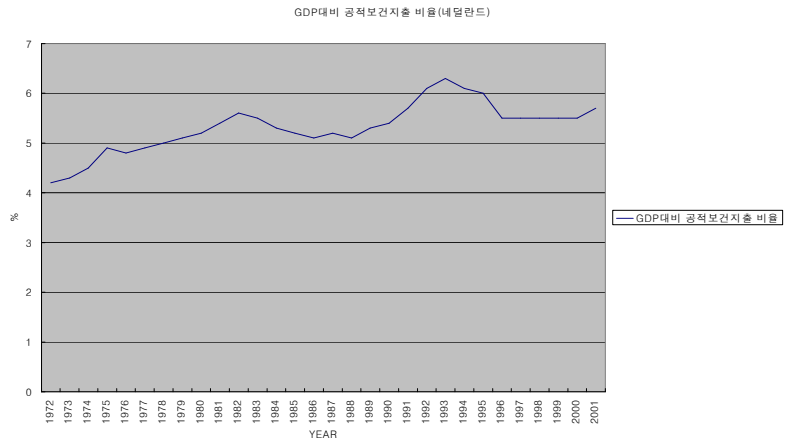
<그림 II-3> 독일



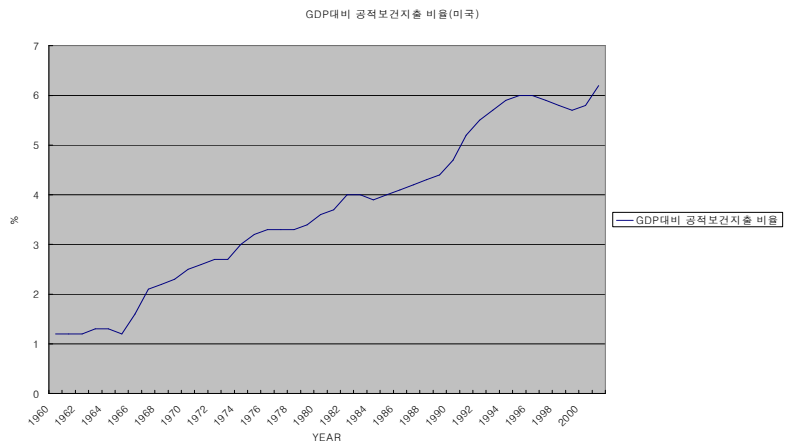
<그림 II-4> 프랑스



<그림 II-5> 네덜란드

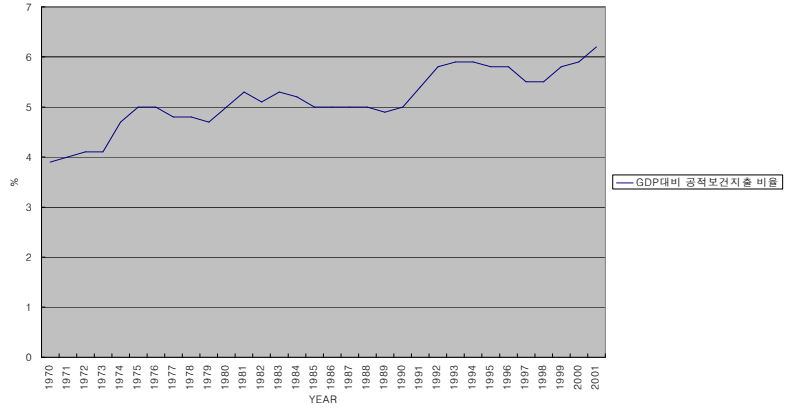


<그림 II-6> 미국



<그림 II-7> 영국

GDP대비 공적보건의출 비율(영국)



[저자 약력]

• 정 승 국

【주요경력】

- 성균관대학교 법률학과
- 성균관대학교 사회학 석사
- 성균관대학교 사회학 박사
- 전국금속노련 조사부 차장
- 대우경제연구소 연구위원
- 현재 한국노총 중앙연구원 연구위원

【주요연구논문】

- 『기업연금, 노동조합, 복지체제』, 한국노총 중앙연구원, 2002.
- 「자동차산업 기계가공노동자의 숙련공간과 지식노동자」, 『동향과 전망』, 2002년 겨울, 제55호
- 「자동차 연구개발 엔지니어의 지식형성」, 『산업노동연구』 8권 2호, 2002.
- 『대안적 생산체제와 노사관계』 (공저), 한울, 2001.
- 「시간의 경제와 작업장 교섭의 구조」, 『산업과 노동』, 1999.
- 「린 생산의 도입과 현장감독자 기능의 변화」, 『한국사회학』, 여름, 1999.
- 「독일 자동차산업에서 그룹작업의 도입과 현장감독자 기능의 변화」, 『산업노동연구』, 제4권 제2호, 1998.
- 「독일 산업사회학의 합리화 논쟁」, 『경제와 사회』, 여름, 1997.
- 「단체교섭의 분권화와 작업장 노사관계의 변동」, 『산업노동연구』 제3권 제1호, 1997.
- 「유연적 생산과 작업재조직의 정치」, 『경제와 사회』, 겨울, 1995.

연구총서 2003-3

보건의료 시스템의 국제비교연구

인 쇄·2003년 12월 26일

발 행·2003년 12월 30일

발 행 인·이 남 순

발 행 처·한국노동조합총연맹

140-050 서울시 용산구 청암동 168-24

(代) 02-715-0898

등 록·81. 8. 21 (13-31호)

인 쇄·유일커뮤니케이션즈

100-032 서울시 중구 저동2가 4번지 고당기념관 5층

T.2268-0260 F.2279-0260

가격 : 7,000원