



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

정치학석사학위논문

**결집과 이완의 역설:**  
한국과 대만의 보건의료개혁의 정치경제

2013년 8월

서울대학교 대학원  
정치외교학부 정치학 전공  
정 응 기

## 국문초록

본 논문은 한국과 대만의 보건의료체계에서 비용통제 개혁의 양상이 다르게 나타나는 원인을 밝히는 데 목적이 있다. 두 나라 모두 경제발전이 따른 의료수요의 증가와 고령화와 같은 사회경제적 변화에 따라 보건의료비용이 급속히 증가하고 있으며, 그만큼 이를 해결하는 과제가 시급한 정치적 현안으로 떠오르고 있다. 의료서비스를 제공하는 공급자들에 대한 지불체계(payment system)를 변화시킴으로써 보건의료비용을 통제하는 수단인 총액예산제(global budgeting)는 두 나라에서 공급자에 대한 효과적인 규제 정책으로서 많은 주목을 받아왔다. 그러나 한국에서는 공급측면의 비용통제 개혁인 총액예산제가 도입되지 못하고 있는 반면 대만에서는 이 제도가 도입되었다는 점에서 두 나라는 차이를 보인다. 이 글에서는 이러한 차이를 발생시키는 동학을 비교의 관점을 통해 살펴보고자 했다.

기존문헌 검토를 통해, 이 글은 이러한 차이를 발생시키는 메커니즘을 이해하기 위해서는 의료서비스를 제공하는 공급자 집단의 특성에 주목할 필요가 있다는 점을 확인했다. 이를 위해 신제도주의 내에서 발전하고 있는 내생적 제도변화 이론을 원용하여 분석틀을 고안했다. 이 글의 분석틀에 따르면, 비용통제 개혁에서 나타나는 양국의 이러한 차이는 공급자 집단이 특정 지불제도(행위별수가제)에 대해 갖는 신념(belief)과 그에 따른 행동이 지속될 수 있는가에 달려있다. 이러한 신념과 행동은 사회적 또는 제도적 변화와 같은 외생적 사건뿐 아니라 공급자 집단의 핵심을 이루는 병원과 의원 간 연합의 결집력, 즉 유사-매개변수에 의해서도 영향을 받는다. 이러한 분석틀을 토대로, 이 글은 한국과 대만에서 각각 행위별수가제에 대한 신념이 공급자 집단에 의해 반복되는(self-enforcing) 메커니즘과 자기-강화(self-reinforcing) 또는 자기-쇠퇴하는(self-undermining) 메커니즘을 분석하였다.

분석결과에 따르면, 첫째 한국과 대만의 공급자 집단이 행위별수가제에 대한 신념을 반복한 이유는 그것이 주요한 이윤창출의 수단이었기 때문이었다. 한국에서는 건강보험의 도입을 통한 의료수요가 창출되면서, 공급자 집단에게 큰 시장을 만들어주었다. 따라서 그와 맞짝으로서 보험제도가 강제

한 낮은 수가와 모든 의료기관에 대한 보험적용(당연지정제) 원칙이 공급자 집단에 의해 수용되었다. 공급자 집단은 행위별수가제의 특징과 맹점을 활용해 지속적으로 이윤을 추구할 수 있었으므로, 이 제도에 대한 이들의 신념은 반복되었다. 한편 대만의 보건의료체계에는 행위별수가제에 기초하여 병원과 의원 간에 차별적 수가제가 존재했는데, 이는 양자 간 수익의 차이를 발생시켰다. 병원은 높은 수익을 통해 성장했으며, 의원 역시 생존을 위해서 더욱 행위별수가제를 적극적으로 활용했다. 따라서 대만에서도 행위별수가제에 대한 공급자 집단의 신념은 반복될 수 있었다.

둘째, 양국에서 행위별수가제에 대한 공급자 집단의 신념이 자기-강화되거나 쇠퇴한 이유는 외생적 사건과 병원-의원 간 연합(유사-매개변수)이 신념에 영향을 미쳤기 때문이다. 한국에서는 1990년대 이후 공급자 집단 간 경제적 차이가 증가했지만, 행위별수가제에 대한 신념의 반복은 공급자 집단으로 하여금 낮은 수가를 강요한 정부의 정책이 이러한 원인이라고 믿게 만들었다. 결과적으로 공급자 집단 내부에 오인된 연합(coalition by misconception)이 형성되었다. 2000년의 의약분업은 의사집단을 중심으로 한 병원-의원 간의 연합을 더욱 결집시킴으로서 행위별수가제를 변화시키려는 정부의 시도에 맞서는 계기가 된다. 결과적으로, 한국에서 행위별수가제에 대한 공급자 집단의 신념은 자기-강화되었다.

한편 대만에서는 차별적 수가제가 존재했을 뿐더러 건강보험의 도입 이후 병원과 의원 간의 경쟁이 심화되었다. 이는 병원-의원 간 연합의 결집력을 약화시키는 원인이 되었다. 보험의 재정적자로 인해 다보험자 개혁이 정부에 의해 시도되었지만, 사회 전체의 반대로 인해 개혁은 저지되었다. 그러나 공급자 집단은 약화된 결집력으로 이러한 개혁 과정에 개입하기 어려웠다. 새로운 대안으로 총액예산제가 제시되어 정부가 이를 단계적으로 도입하려고 시도하면서, 행위별수가제에 대한 공급자 집단의 신념은 더 이상 유지되기 어려웠다. 병원과의 경쟁이 이윤추구를 더욱 어렵게 만드는 상황에서 정부가 개별 부문과 협상에 나서자 의원을 포함한 여타 부문은 병원과 경쟁하지 않고 독립적인 예산을 확보하는 방법이 더 나은 대안이라고 판단하게 되었던 것이다. 그 결과, 대만에서 행위별수가제에 대한 공급자 집단의 신념은 자기-쇠퇴하였다.

본 논문은 내생적 제도변화 이론을 통해 한국과 대만의 공급자 집단의 신념 변화를 설명했다는 점에서, 외적충격으로 제도의 변화를 설명하는 기존

이론들과 차별되는 이론적 의의를 갖는다. 또한 이 글은 공공정책의 정치에 관해 새로운 시각을 제공한다. 이러한 관점에서 볼 때, 공급자 집단의 변화를 이끌어내기 위한 정부의 정책적 시도가 중요하다. 특히 한국에서 공급자 집단이 형성한 오인된 연합의 잠정적이고 가변적인 성격을 지적하는 한편, 개혁을 위한 정부의 조정능력과 신뢰의 회복이 필요함을 강조한다.

**주요어:** 내생적 제도변화, 신념, 총액예산제, 행위별수가제, 병원-의원의 연합, 비용통제개혁, 비용-혜택 모델, 한국과 대만의 보건의료체계

**학번:** 2010-20081

# 목 차

I. 서론: 문제제기 .....	1
1. 논문 개요: 연구목적 및 대상 .....	1
2. 연구대상 설정의 이유 .....	2
2.1 왜 보건의료체계인가? .....	2
2.2 왜 한국과 대만의 비교연구인가? .....	6
3. 논문의 구성 .....	9
II. 기존문헌 검토 및 이론적 분석틀 .....	10
1. 기존문헌 검토 .....	10
1.1 보건행정학에서의 연구 .....	10
1.1.1 한국과 대만의 보건의료체계 비교 연구 .....	10
1.1.2 총액예산제 연구 .....	12
1.1.3 소결 .....	13
2.1 정치학의 보건의료체계 연구 .....	14
2.1.1 신제도주의 이전의 연구 .....	14
2.1.2 신제도주의 연구 .....	15
2.1.3 소결 .....	19
2. 이론적 분석틀 .....	20
2.1 보건의료체계 발전에 대한 비용-혜택 모델 .....	20
2.2 내생적 제도변화 이론의 적용 .....	25
III. 한국과 대만의 보건의료체계의 발전과정: 역사적 고찰 .....	32
1. 한국의 보건의료체계의 발전과정 .....	32
1.1 선별적 체제 (1945-1976년) .....	32

1.2 시장개입 체제 (1977-1988년) .....	34
1.3 국민건강보험 확립 체제 (1989-1999년) .....	37
1.4 비용통제 체제 (2000년 이후) .....	40
2. 대만의 보건의료체계의 발전과정 .....	42
2.1 선별적 체제 (1945-1970년) .....	42
2.2 시장개입 체제 (1971-1994년) .....	45
2.3全民건강보험 확립 체제 (1995-1999년) .....	48
2.4 비용통제 체제 (1998-2002년) .....	51

#### IV. 한국과 대만의 보건의료체계: 내생적 제도변화의 동학 .....

53

1. 한국의 보건의료체계: 내생적 제도변화의 동학 .....	53
1.1 한국에서 행위별수가제 반복의 메커니즘 .....	53
1.1.1 개업의 체제의 형성과 지속 .....	53
1.1.2 건강보험 실시에 따른 유인체계의 재편성 .....	57
1.2 한국에서 행위별수가제 자기-강화의 메커니즘 .....	59
1.2.1 1990년대의 보건의료체계의 전환 .....	59
1.2.2 의약분업의 계기 .....	64
2. 대만의 보건의료체계: 내생적 제도변화의 동학 .....	69
2.1 대만에서 행위별수가제 반복의 메커니즘: 차별적 수가제의 효과 .....	69
2.2 대만에서 행위별수가제 자기-쇠퇴의 메커니즘 .....	72
2.2.1 건강보험의 실시와 병원산업의 성장 .....	72
2.2.2 다보험자 개혁의 진전과 저지 .....	76
2.2.3 총액예산제의 단계적 도입과정 .....	80

#### V. 결론 .....

83

1. 논의의 요약 .....	83
2. 논의의 함의 .....	85

2.1 이론적 함의: 통합적 분석들의 제시 .....	85
2.2 정치학적·정책적 함의: 공공정책의 정치라는 과제 .....	86

참고문헌.....	90
-----------	----

Abstract .....	104
----------------	-----



## 표 목 차

<표 1-1.> 보건의료체계의 세 가지 일반적 유형 .....	7
<표 1-2.> 보건의료체계의 새로운 유형학 .....	8
<표 2-1.> 한국과 대만의 보건의료체계 발전에 대한 비용-혜택 모델: 보건 의료정책 체제의 이행 .....	23
<표 2-2.> 한국-대만 보건의료체계의 비교: 내생적 제도변화의 동학 ...	29
<표 3-1.> 한국의 보건의료체계의 발전과정: 건강보험제도의 시기별 변화 .....	33
<표 3-2.> 연도별 의료기관의 수 .....	35
<표 3-3.> 소유형태별·병상규모별 의료기관의 수 .....	36
<표 3-4.> 한국에서 건강보험의 확대과정 .....	37
<표 3-5.> 조합방식과 통합방식의 비교 .....	38
<표 3-6.> 대만의 보건의료체계의 발전과정: 건강보험제도의 시기별 변화 .....	43
<표 3-7.> 대만 보건의료체계의 병원수 및 병상수의 성장추이 (1950-1995) .....	46
<표 3-8.>全民건강보험 이전의 사회보험 프로그램별 가입자 현황 (1950-1994) .....	47
<표 3-9.>全民건강보험 수입 및 지출 증가율 (1996-2003, 단위: %) ..	51
<표 4-1.> 의사의 고용상태: 1962년과 1969년 비교 .....	55
<표 4-2.> 주요 대기업이 설립한 병원 현황 .....	60
<표 4-3.> 분원을 설치한 대학병원 현황 .....	60-61
<표 4-4.> 의사와 약사의 의견대립 사항 .....	65
<표 4-5.> 의약분업사태의 전개 .....	66
<표 4-6.> 의사회의 10대 주장 .....	68
<표 4-7.>全民건강보험 이전 사회보험 프로그램들의 급여범위 .....	71
<표 4-8.> 의료서비스 수익률 최고 및 최저 재단법인 병원(각 5개소) 현황 (1996년) .....	75-76
<표 4-9.> 1995-1999년全民건강보험 재정수지 (단위: 백만NT\$) .....	76

<표 4-10.> 전민건강보험 총액계약제 연도별 계약현황: 부문별 증가율 (단위: %) .....	82
--	----

## 그림 목차

[그림 1-1.] 국민 의료비 규모의 추이 (1980-2010) .....	4
[그림 3-1.] 건강보험의 재정추이 .....	41
[그림 3-2.] 건강보험 포괄인구의 확대과정 .....	50
[그림 4-1.] 부정 의료업자 단속건수 (1962-1992) .....	56
[그림 4-2.] 상급종합병원의 외래수입 비중 .....	63
[그림 4-3.] 건강보험 급여비 중 동네병원 비중 .....	63
[그림 4-4.] 재단법인 각급병원의 재정수지 현황 (1996년) .....	74

## 일러두기

본 연구를 진행하는 데 있어 도움을 준 다음의 취재원 및 기관에 특별히 감사드린다. 2012년 2월에 수행된 대만 현지조사에서, 국립중정대학(國立中正大學) 사회복지학과의 뤼젠더(呂建德)·첸샤오핑(陳孝平) 교수와 남화대학(南華大學) NGO학과의 청윈후이(鄭文輝) 교수, 그리고 국립대만대학(國立臺灣大學) 보건대학원의 장통량(江東亮) 교수는 대만全民건강보험제도의 전문가로서 직접 인터뷰에 응해주었을 뿐 아니라, 국내에서 구하기 어려운 관련 자료들을 제공해주었다. 또한 서울대학교 중앙도서관은 '중국 및 대만 발행자료 시범서비스 실시'(2013년 4월 15일-6월 30일)를 통해 본 논문을 쓰는 데 필요한 중국어 자료들을 읽을 수 있는 기회를 제공해주었다.

# I. 서론: 문제제기

## 1. 논문 개요: 연구목적 및 대상

본 논문의 목적은 보건의료개혁(health-care reform)의 핵심 중 하나인 비용통제(cost-containment) 정책이 왜 한국과 대만에서 상이한 형태로 진행되었는지를 분석하는 것이다.<sup>1)</sup> 우리는 두 나라의 보건의료체계의 의료 서비스 공급자 집단이 특정 지불제도(행위별 수가제)에 대해 갖는 신념의 변화의 차이가 두 나라의 정부가 취할 수 있는 있는 선택지(의료비 통제 정책)의 유형을 규정한다고 주장한다. 이는 한국에서 의료공급자에 대한 규제를 통해 비용을 통제하려는 정책이 지속적으로 실패하거나 적어도 지연되고 있는 이유를 설명해줄 수 있다. 또한 이러한 분석들은 대만에서 다보험자 개혁의 시도가 실패하고 최종적으로 공급자 규제를 통한 비용통제 정책이 도입되는 원인 역시 파악할 수 있도록 해준다. 한국과 대만이 매우 유사한 정치경제적 조건을 가지고 있으며 이는 보건의료체계도 예외가 아니라고 할 때<sup>2)</sup>, 이같은 차이(variations)는 주목할 만한 현상이다.

본 논문은 공공정책의 정치경제(political economy of public policy), 즉 정부가 추진하는 정책이 어떤 사회적 조건 하에서 실현가능성을 얻게 되는지에 대한 탐색이라 할 수 있다(cf. Haggard and Kaufman 2008). 따라서 우리는 총액예산제라는 구체적인 비용통제 정책의 도입 과정을 미시적으로 추적하는 이른바 ‘이익집단의 정치’를 간과하지 않으면서도, 제도 도입의 (불)가능성의 정치경제적 조건을 분석적으로 검토하는 것을 핵심적 과제로 삼는다. 이는 해당 현상에 대한 구조적인 이해를 도모하는 데 기여할 것이다.

---

1) 두 나라의 보건의료체계의 성격을 고려할 때, 이는 곧 대표적인 공급 측면의 비용통제 방식인 총액예산제(global budgeting) 도입 여부의 원인을 규명하는 작업과 사실상 동일함의 미다. 한국에서 총액예산제 도입 시도는 의료공급자들의 격렬한 반대에 지속적으로 부딪쳐 온 반면, 대만에서는 정부가 발의한 총액예산제 안이 의료공급자들의 점진적 수용을 통해 2002년 병원급을 마지막으로 전면 실시되었다.

2) 뒤에서 자세히 설명하겠지만, 한국과 대만은 세계적으로 매우 드문 형태의 보건의료체계를 공유하고 있다. 두 나라는 건강보험제도 하에서 오직 정부만이 국민으로부터 보험료를 징수하여 의료공급자(의사)에게 진료비를 지불하는 단일보험자(single payer) 방식을 취하고 있다. 그러나 양자 모두 의료서비스의 공급은 절대적으로 민간부문(private sector)에 의존하고 있다는 점에서도 공통적이다.

## 2. 연구대상 설정의 이유

서구 학계와 달리 한국에서는 정치학에서 보건의료(health-care)가 본격적인 연구대상이 되는 경우가 일반적이지 않기 때문에, 본 논문의 연구대상 설정에 관한 몇 가지 설명이 먼저 제시될 필요가 있다.

### 2.1 왜 보건의료체계(health-care system)인가?

서구 선진국들은 우리에게 비해 훨씬 다채로운 보건의료개혁의 역사를 가지고 있다. 이들의 경우 근대적인 보건의료체계의 구축이 19세기 말에 이뤄졌고, 지금까지 한 세기 이상을 경유하면서 여러 문제들을 겪어왔기 때문이다(Tuohy 1999a; 199b; Cutler 2002; Giaimo 2001; 2002; Marmor et al. 2009 등). 저명한 보건경제학자인 커틀러에 따르면 지금까지 서구 선진국들의 보건의료 개혁의 흐름은 크게 세 국면을 경유해 온 것으로 분석할 수 있다. 첫째, 19세기 말에서 20세기 중후반까지 영국, 프랑스, 독일, 이탈리아와 같은 유럽 국가들을 비롯해 캐나다와 미국, 일본과 같은 주요 선진국들이 점진적으로 전 국민 또는 대다수의 국민을 포괄하는(universal coverage) 보건의료체계를 구축했다. 이는 또한 의료서비스에 대한 동등한 접근권(equal access)의 보장과 함께 발전해왔다. 말하자면 이 첫 번째 흐름(the first wave)은 보편적 의료에 대한 권리 확장의 시기라 볼 수 있다. 두 번째 흐름은 1980-90년대에 걸쳐 있는데, 서구 선진국들이 급증한 의료비와 그에 따른 재정 위기로 인해 다양한 방식의 비용통제 정책을 취하는 시기이다. 이 때 서구의 여러 국가들은 주로 총액예산제<sup>3)</sup>나 진단명 기준

---

3) 총액예산제는 일정 기간 동안 제공될 의료서비스의 진료비 총액을 사전에 결정하여 지급하고 결정된 총액 범위 내에서 진료가 이루어질 수 있도록 하는 관리제도로서, 이는 근거서적 차원의 의료비 총액에 대한 개입을 의미한다. 총액예산제는 다시 “주어진 기간 동안 공급자에 의해 제공되는 진료 서비스와 약품에 대해 총비용을 사전에 미리 책정하고 책정된 만큼의 금액만을 보상하는” 지출상한(expenditure cap, hard cap) 방식(최병호·신윤정 2003; 문성웅 외 2008, 207)과 연간 진료비가 목표액을 초과할 경우 가변적 유연성을 부여하여 공급자와 지불자가 부분적으로 책임을 분담하는 지출목표(expenditure target, soft cap) 방식으로 구분할 수 있다(정현진 외 2011, 38). 따라서 어떠한 형태를 취하든 간에 보험자로서의 국가가 의료비용에 대한 강력한 통제권을 갖게 되는 제도이다(정석훈·이용균 2010, 37-38; 양홍주, 2006).

환자군(Diagnosis-Related Groups, 이하 DRG)<sup>4)</sup>에 입각한 사전적 지불제도(prospective payment system)를 도입함으로써 이같은 위기에 대응했다.<sup>5)</sup> 끝으로 세 번째 흐름은 1990년대 이후 진행되고 있는 개혁 양상으로, 비용통제 정책에 따른 비효율성과 제도 운영의 난점을 극복하기 위해 유인(incentives) 구조와 경쟁(competition)을 도입하는 것을 골자로 한다(Cutler 2002).

이러한 서구의 경험을 반추해 본다면, 개발도상국을 벗어나 선진국으로 진입중인 동아시아의 몇몇 국가들 역시 보건의료체계의 운영에서 서구와 유사한 도전에 직면할 것임을 어렵지 않게 예상할 수 있다. 실제로 한국 역시 국민건강보험을 도입한 이래 급속한 의료비 증가를 경험해 왔으며, 이는 지금도 현재 진행형이다. 아래 [그림 1-1.]은 한국의 국민 의료비 규모의 역사적 추이를 보여준다.

아래 그림에서 확인할 수 있듯이, 한국의 국민의료비 규모는 1980년 1.4조 원에서 2010년 81.3조 원으로 증가했다. 특히 이는 국내총생산(GDP)의 규모 확대의 비율보다 빠른 것으로, 국민의료비 대비 GDP 비율은 1980년 3.7%에서, 2010년 6.9%로 상승했다. 2000년대 이후 의료비의 증가율 역시 대체로 두 자릿수를 기록하고 있어, 일반경제 성장률을 상회하고 있다(정형선 외 2010). 그러나 이러한 폭발적인 의료비 증가 추세(《보건뉴스》 2012년 2월 27일)에도 불구하고 한국은 의료비 통제에 대한 유효한 수단을 결여하고 있다는 점이 나라 안팎으로 지속적으로 제기되어 왔다(권순만, 2004; 2010; Jones, 2010). 특히 의료비 지불제도는 제도의 핵심적 이해관계자인 공급자의 행동에 동기를 부여하고 유인을 제공하는 결정적 메커니

---

4) 포괄수가제(case payment)로 통칭되기도 하는데, 이는 몇 가지 종류의 포괄수가제 중 DRG가 가장 대표적이기 때문이다. DRG는 “질병의 종류에 따라 미리 정해진 표준진료비를 지급하는 진료비 지불방식”을 의미한다. 따라서 DRG는 사전적 지불방식이기 때문에 기본적으로 총액예산제와 마찬가지로 의료공급자가 의료서비스를 효율적으로 제공하도록 강제하는 효과를 가진다(이용갑 2003, 49). 물론 DRG 역시 행위별 수가제(fee for service)와 마찬가지로 공급자가 비용 청구를 증대시킬 유인을 야기하는데, DRG를 비롯해 포괄수가제를 다양한 지불제도와 비교하여 분석한 연구에 대해서는 Cashin et al. (2005)를 참조.

5) 참고로 OECD의 건강지표 관련조사 중 하나인 *Health Systems Institutional Characteristics*에 의하면 2010년 현재 조사된 OECD 29개국 중에서 총액예산제를 시행하고 있지 않은 국가는 (당시 조사에 응하지 않은 미국을 제외하고) 한국, 일본, 오스트리아, 스위스 4개국에 불과하다. 이는 그만큼 선진국의 보건의료체계 운영에 있어 총액예산제가 매우 보편화된 방식이라는 사실을 말해준다(정현진 외 2011, 51-53).

증이라는 점에서 보건의료체계의 중핵(양봉민 2006, 329)이며, 그만큼 비용 통제를 위해서는 어떠한 형태로든 지불제도 개혁이 필수적이다.

[그림 1-1.] 국민 의료비 규모의 추이 (1980-2010)



(출처: 정형선 외, 2010. 『2010년 국민의료비 및 국민보건계정』)

그러나 2010년 지방선거를 계기로 ‘무상급식’ 및 이후의 ‘무상의료’(김명희 외 2010; 김수철 2011; 최윤정 2009; 2010; 2011) 등과 같은 복지국가 담론(김윤태 2010; 이태수 외 2010; 이창곤 편 2010; 신진욱 2011; 윤홍식 2011)이 정치권에서 본격적으로 제기되기 전까지<sup>6)</sup>, 보건의료정책은 그 중요성에도 불구하고 사회정책<sup>7)</sup>으로 함께 묶이는 노동시장 및 소득보장 정책

6) 물론 2002년과 2009년 발간된 『한국복지국가성격논쟁』 I, II는 정치권의 본격적인 복지 담론 수용 이전에 김대중·노무현 정부의 사회복지정책을 총괄적으로 평가한 학술적 성과로 평가된다(김연명 편, 2002; 정무권 편, 2009). 이후 다양한 파생 담론이 촉발되었는데, ‘사회투자전략’은 그 대표적 사례 중 하나다. 사회투자전략에 대한 개념과 한국적 수용에 대해서는 김연명(2007)과 양재진(2007)을 참고. 그에 대한 대표적인 비판으로는 김영순(2007a; 2007b)을 참조.

7) 논의를 더 진행하기에 앞서 몇 가지 혼란스러운 용어들을 정리하고 넘어갈 필요가 있다. 일반적으로 사회정책(social policy)은 소득보장정책(실업/산재/퇴직보험, 노령연금)과 보건의료정책을 포괄하는 개념이다. 따라서 한국에서 이는 실제적으로 사회보험(social

에 비해 상대적으로 소홀하게 다루어져 왔으며 이같은 경향은 지금도 크게 나아지지 않고 있다. 그러나 연금과 더불어<sup>8)</sup> 대표적인 사회보험 중 하나이며, 정부의 지출비용 역시 두 번째로 큰 보건의료 부문은 경제수준이 높아지고 사회가 고령화 단계로 진입하면서 점차 정치적으로 중요한 이슈를 양산하고 있다. 특히 앞서 살펴본 바와 같이 보건의료체계의 성공적 운영을 위해서는 적절한 의료비 지불제도의 구축이 필수적인데, 이 제도의 구성은 기본적으로 정부와 공급자가 제도에 대해 갖는 선호의 상호작용의 함수다. 이는 곧 갈등의 상존을 의미하며, 갈등의 해결을 위한 다양한 형태의 정치가 존재한다는 것을 의미한다. 최근의 정치학 연구는 기존 복지국가 연구들이 사회정책에 대한 유권자들의 요구(demand)가 수용되는 - 즉, 사회정책의 포괄인구가 확장되는 - 과정에만 집중해왔다는 점을 지적하면서, 해당 정책을 공급할 수 있는 정책입안자의 역량에 대한 연구를 요청한 바 있는데(Carnes and Mares 2007, 872), 우리의 논의와 관련하여 매우 시사적인 대목이다.

---

insurance)과 개념상 동연적이다. 한편 사회복지정책(social welfare policy)은 사회정책에 사회서비스와 공공부조제도를 포함하는 개념이며, 더 광의적으로 사용될 때는 주거와 교육을 비롯해 아동과 여성 및 노인정책까지 포괄할 수 있다. 또한 ‘사회보장’으로 번역될 수 있는 두 용어 social security와 social protection은 사용에 주의할 필요가 있다. 전자는 주로 미국에서 퇴직연금과 동일한 개념으로 사용되는 데 반해, 후자는 주로 노동자에 대한 소득보장을 의미하는 개념이기 때문이다(예컨대 Jacobs, 2009; Mares, 2003). 끝으로 복지국가(welfare state)는 2차 세계대전 이후 케인스주의 경제정책에 입각한 자본주의 정치경제 체제를 가리키는 일반적인 용어이지만, 보다 엄밀하게는 에스핑-안데르센(Esping-Andersen)이 계층화(stratification)와 탈상품화(decommodification) 정도에 근거해 분류한 세 가지 복지 자본주의(welfare capitalism)의 양식, 즉 자유주의, 보수주의, 시민주의 “복지국가 레짐”(welfare state regime)을 가리킨다고 볼 수 있다(Esping-Andersen, 1990). 이와 유사하지만 역시 구별되는 용어들로 복지체계(welfare system)가 있는데, 대체로 자본주의 다양성 이론(Varieties of Capitalism)의 중요한 개념적 지주인 사회적 생산체계(social system of production) 내에서 생산을 위한 여타의 재생산(reproduction) 기제를 가리키는 개념으로 이해된다(Hall and Soskice, 2001). 본 논문에서는 ‘복지’와 관련되는 용어들은 반드시 다른 용어로 구분하여 쓸 필요가 있을 경우를 제외하고는 모두 사회정책으로 정리하여 사용한다. 우리가 다루는 보건의료체계 및 건강보험제도가 속하는 분류가 사회보험 형식이며, 이는 연금과 더불어 가장 대표적인 사회정책이기 때문이다.

8) 건강보험제도와 연금의 제도 설계상 차이는 외부효과(externalities)와 시간 지평(time horizons)의 차이에서 유래한다. 즉 보건의료 - 예컨대 예방접종(immunization)과 같은 - 는 긍정적 외부효과를 가진 재화이며, 수혜 전까지 시차(time lag)가 존재하는 연금에 비해 제도가 도입되면 즉시 혜택을 받을 수 있다(Mares and Carnes 2009, 880-881).



## 2.2 왜 한국과 대만의 비교연구인가?

보건의료 부문에 대한 정치학적 관심의 필요성이 납득된다 하더라도, 그 대상이 왜 한국과 대만의 **비교연구**인가에 대해서는 다시금 의문이 제기될 수 있다. 이에 대해서는 크게 두 가지 차원에서 답변할 수 있다.

일단 2000년대 이후로 안팎에서 동아시아 복지국가에 대한 연구가 늘어난 점을 지적할 필요가 있다(Jacobs 2000; Hort and Kuhnle 2000; 양재진 2001; 선학태 2002; 신광영 2002; 고세훈 2003; Baeza and Packard 2006; 송호근·홍경준 2006; 김교성 외 2007; 박병현 외 2007; 정무권 2007; Kwon 2007; 2009; Peng and Wong, 2008; Chen 2010; Kim 2010 등). 이는 일차적으로 세계화, 특히 아시아 금융위기(Asian Financial Crisis)에도 불구하고 사회정책 관련 입법이 증대하는 현실에 대한 관심의 증대를 반영하는 것이다. 또한 동아시아와 라틴 아메리카 및 동유럽과 같은 중위소득국가들(middle-income countries)이 보여주는 주목할 만한 경제 성장에는 사회정책의 발전이 중요한 역할을 했다는 연구가 제기되고 있다(Haggard and Kaufman 2008; cf. Glatzer and Rueschemeyer eds. 2005). 뿐만 아니라 최근에는 한국과 같은 발전주의 국가(developmental state)의 성공의 이면에는 숨은 논리(hidden logic)로서 사회정책이 작동하고 있었다는 연구도 나오고 있다(Ringen et al. 2011).

그런데 동아시아의 여러 나라들 중에서도, 일본과 더불어 한국과 대만은 이른바 ‘아시아의 경제기적’(Asian miracle)의 주요한 사례로 거론되어 왔다. 신흥산업국가들(NICs) 중에서 국가 규모나 정치경제적 조건에서 상당히 유사한 두 나라는 상이한 경제성장 모델—대기업 수출 중심 대 중소기업 내수 중심과 같은—을 노정한 발전국가로 꾸준한 비교의 대상이었다(Fields 1995; 임혜란 1999; 2003; Lim 2009). 여기서 흥미로운 사실은 일반적으로 한국과 대만이 보건의료체계의 차원에서도 높은 수준의 성취를 보인 것으로 종종 함께 평가된다는 점이다. 한국은 실질적인 의료보험제도 도입(1977년) 이후 12년 만에 전 국민을 대상으로 보장범위를 확대한 역사를 가지고 있으며, 대만 역시 전 세계적으로 매우 낮은 의료비 지출로도 주요 건강지표—평균수명, 영아사망률 등—에서 OECD 수준과 동등하거나 그 이상의 괄목할 만한 결과를 내고 있다(BNHI, National Health

Insurance in Taiwan 2010). 단 시간 내에 급격한 제도변화를 통해 전국민의 건강 향상을 이룰 수 있었던 원인에 대해 국제사회는 많은 관심을 가지고 있다. 요컨대 양국의 보편적 건강보험(universal health insurance) 달성은 전 세계적으로 드문 사례이며, 그만큼 많은 주목을 받고 있는 것이다(Stuckler 2010; cf. Gauld et al. 2006; Lu et al. 2007).

그렇다면 한국과 대만의 보건의료체계는 어떤 공통점과 차이점을 가지고 있는가? 이를 살펴보기 위해서는 먼저 보건의료체계의 유형학을 간략히 검토할 필요가 있다. 전 세계에 존재하는 보건의료체계는 OECD에서 채택하고 있는 방식을 참고해 일반적으로 세 가지 유형으로 분류된다. 이러한 분류에 의거할 때 영국과 스웨덴 등은 대표적인 국민건강서비스(NHS) 유형에 속하며, 프랑스와 독일은 대표적인 사회보험 체계(SHI)를 갖는 국가들이다. 민간 의존적인 보건의료체계(PHI)의 가장 일반적 사례는 미국과 스위스다. 아래는 이를 표로 정리한 것이다(Rothgang et al. 2010, 17 일부 수정).

<표 1-1.> 보건의료체계의 세 가지 일반적 유형

보건의료체계 유형 및 해당국가	근본 가치 및 원리	재원	서비스 공급	규제 메커니즘
<b>국민건강서비스</b> (National Health Service) 예: 영국, 스웨덴	형평성(equity): 모든 이에 대한 서비스의 동등한 접근권	공공: 직접 및 간접세	공공 공급자	국가-위계적: 국가에 의한 포괄적 계획과 강력한 통제
<b>사회건강보험</b> (Social Health Insurance) 예: 독일, 프랑스	연대(solidarity): 모든 보험기금 가입자들에 대한 서비스의 동등한 접근권	사회적: 소득에 따른 보험료	사회적: 비영리 민간 공급자	코포라티즘에 입각한 집단 협상: 법적 프레임과 약간의 국가 통제
<b>민간건강보험</b> (Private Health Insurance) 예: 미국, 스위스	동등성(equivalence): 지불능력에 따른 서비스	민간: 위험에 따른 민간 보험료	민간 영리 공급자	민간 공급자 간의 경쟁: 제한적 국가 규제

이러한 유형학은 체계적인 구분이 가능하다는 장점이 있지만, 그만큼 각 나라들이 갖는 세부적인 차이를 반영하기는 어렵기 때문에 모든 나라에 정

확히 들어맞는 것은 아니다(Steffen 2010). 예컨대 캐나다나 일본을 비롯해 우리의 연구대상인 한국과 대만의 보건의료체계 역시 이러한 분류로 쉽게 정형화되지 않는다. 이 나라들은 미국과 마찬가지로 상당한 정도로 민간 의존적인 의료공급체계를 가지고 있지만, 전국민을 포괄하는 사회보험의 형태를 취하고 있기 때문이다. 따라서 이들을 묶어 간단히 혼합형(mixed model)이라 별도로 분류하기도 한다. 그러나 이들 간에도 재원을 세금(taxation)으로 하느냐(캐나다) 아니면 공공부문의 기여금(contribution)이냐(일본) 정부와 민간 피보험자들이 함께 분담하느냐(한국, 대만)에 따라 차이가 있다. 따라서 이러한 분류의 한계를 극도하려는 시도, 특히 유럽의 경험에 입각한 유형학에 대한 비판적 대안의 제시가 이뤄져 왔다(예컨대, Bambra 2005). 한국과 대만의 보건의료체계를 비교하는 우리의 목적을 고려할 때, 여기서는 두 나라의 체계를 함께 국민건강보험(National Health Insurance, NHI) 유형으로 묶어 설명하고 있는 관점이 유용하다. 두 나라 모두 의료서비스의 공급은 민간 부문이 지배적인 데 반해 - 2004년 기준 공공병상비율은 한국 17.5%, 대만 33.0% -, 건강보험의 관리 및 운영은 국가가 단일보험자(single payer)로서 독점하는 방식이다. 하지만 재원은 국가(보험자)와 노동자, 고용주가 분담하는 사회보험의 형식을 취한다. 따라서 두 나라의 보건의료체계는 유럽 및 미국과 모두 차별되는 특징을 가지고 있다. 이상의 특징을 앞서 살펴본 세 가지 유형과 비교해 보면 다음과 같다(Lee et al. 2008, 109).

<표 1-2.> 보건의료체계의 새로운 유형학

재정 운영 및 관리	보건의료서비스의 공급 주체	
	공공부문	민간부문
단일보험자의 중앙집권적 (Single/concentrated) 관리	NHS (영국, 스웨덴)	NHI (한국, 대만)
다보험자의 분산적 (Multiple/dispersed) 관리	SHI (독일, 프랑스)	PHI (미국)

요컨대, 한국과 대만은 다른 나라들과 뚜렷이 구분되는 보건의료체계를 갖추고 있으며, 이는 두 나라를 같은 군으로 묶을 수 있는 근거가 된다. 그러

나 동일한 유형으로의 분류가 곧 양국의 보건의료체계에 차이점이 없다는 것을 의미하지는 않는다. 즉 제도 형성 및 운영방식에서 양국은 상이한 경로를 보여 왔다. 한국과 대만은 유사한 시기에 전 국민을 포괄하는 (universal coverage) 건강보험제도를 구축했음에도 불구하고 이후 제도개혁의 양상과 제도에 대한 국민만족도의 측면에서 큰 차이를 노정하고 있는 것이다. 따라서 두 나라에서 제도 동학의 차이가 발생하는 원인에 대한 규명은 이론적·정치학적 함의뿐 아니라 한국이 겪고 있는 정책 집행상의 난점에 대해서도 분명한 시사점을 제공할 수 있을 것으로 생각된다.

### 3. 논문의 구성

본 논문은 서론을 포함해 총 5장으로 구성된다. 2장에서는 보건(행정)학과 정치학에서 보건의료체계를 다룬 선행연구들을 검토하고 각 연구의 성과와 한계를 분석하는 한편, 문헌검토를 통해 추출하여 본 연구에 활용할 분석틀을 구성한다. 3장에서는 한국과 대만의 보건의료체계의 비용통제 개혁의 구체적 동학을 분석하기 전에 각국의 보건의료체계의 발전경로를 개관한다. 4장은 두 나라의 비용통제 개혁이라는 제도변화가 어떻게 내생적으로 가능했는지를 구체적으로 분석하고 비교의 관점에서 그 메커니즘을 규명한다. 마지막으로 결론에 해당하는 5장에서는 분석 내용을 요약하면서, 본 연구의 이론적·정치학적 의의와 정책적 함의를 제시한다.

## II. 기존문헌 검토 및 이론적 분석틀

한국과 대만의 보건의료체계의 비용통제 개혁의 차이에 대한 분석 자체와 관련해서는 별도의 선행연구가 존재하지 않는다. 이는 무엇보다 보건학계가 대체로 경제학과 행정학 전공자 중심으로 조직되어 있기 때문에, 비용통제의 최적 모델에 대한 제시나 비용 추계의 시뮬레이션에 대한 연구는 많지만(권순만 1999; 고수경 2003; 최병호·신윤정 2003; 정현진 외 2011 등) 정작 제도개혁의 정치경제적 조건을 따져 묻는 작업은 시도하는 경우는 드물기 때문이다. 정치학 분야에서도 동아시아 사회정책에 대한 관심은 비교적 최근의 일이며, 실제로 한국과 대만의 사회정책(건강보험제도)을 비교정치적 관점에서 연구한 작업은 조셉 웡(Joseph Wong)의 2004년 저작 단 한 사례뿐이다.

그러나 소재(substance) 자체－ 한국과 대만의 보건의료체계－에 대해서는 이미 많은 연구가 축적되어 있고, 구체적인 연구대상의 측면－ 지불제도를 포함한 비용통제 개혁－에서도 서구 선진국에 대한 몇몇 연구가 진행된 바 있기 때문에, 이에 대한 검토는 필수적이다.

### 1. 기존문헌 검토

#### 1.1 보건행정학에서의 연구

##### 1.1.1. 한국과 대만의 보건의료체계 비교 연구

한국의 보건의료체계 연구 또는 한국과 대만의 보건의료체계의 비교연구는 대부분 행정학에서 시도되었다. 차흥봉(1996), 원석조(2006), 권혁주와 첸펄링(Huck-ju Kwon and Fen-ling Chen 2008), 강창현(2009; 2011), 김순양(2006; 2010), 백승기(2008; 2010) 등이 대표적인 연구인데, 이 중 김순양과 백승기의 연구는 옹호연합모델(Advocate Coalition Framework, ACF)에 입각하여 한국(과 대만)의 건강보험 통합과정에 초점을 둔 연구들

이다. 따라서 이들은 ①대립적인 정책을 옹호하는 행위자들의 신념체계 (belief system)와 그에 기반한 행동양태를 자세히 분석할 수 있는 장점을 갖지만, 제도의 도입과 전개과정 및 변화의 동학에 대한 구조적 이해가 결핍되어 있는 한계가 있다. 따라서 이같은 분석틀 하에서는 제도변화의 원인이 역사적으로 형성되는 과정에 대한 분석을 할 수 없다(방법론적 한계). 또한 ②다루는 대상이 한국으로 국한되어 있거나 대만을 포함한 비교연구를 수행한다 하더라도 건강보험 통합에 시기가 한정되어 있어서<sup>9)</sup>, 비용통제 개혁의 구조적 원인을 추적하려는 우리의 목적과는 부합하지 않는다(연구범위의 한계).

그러나 강창현(2011)과 권혁주와 첸펜링(Kwon and Chen 2008)은 건강보험 통합 이후 제도의 주요 발전상을 다루고 있어 두 번째 한계를 극복하고 있다. 먼저 강창현(2011)은 두 나라의 보장성 차이의 핵심적 원인으로서는 지불제도개혁 즉 총액예산제 도입 여부를 명시적으로 다루고 있다. 하지만 그는 비교연구를 수행하면서도 대만의 총액예산제 도입 원인에 대해서는 별다른 논증 없이 몇 가지 원인만을 인용하고 있다. 예컨대 전문적인 자율성 획득 추구를 위해서라거나, 생존 추구나 다른 대안이 없었다는 것이다. 그러나 이같은 '언급'만으로는 해당 진술 차제에 대한 설명이 결여되어 있을 뿐 아니라, 1995년-전민건강보험 도입 당시 -에 제기되었던 총액예산제 도입 시도는 왜 공급자들의 강한 반대로 인해 실패하였는지를 설명할 수 없다(Wong 2003, 78). 하지만 오히려 중요한 대목은 어떤 요인이 총액관리제 도입의 가능성을 변화시켰는가에 있다. 여기서 다보험자 개혁으로의 전환 시도는 결정적 의미를 갖는데, 그는 관련 문헌(Wong 2003)을 제시하고 있으면서도 그에 대한 체계적인 해석을 시도하지 않는다.

한편 권혁주와 첸펜링(Kwon and Chen 2008)은 거버넌스의 관점에서 한국과 대만의 건강보험제도가 상이한 성과- 즉 총액예산제 도입 여부 -를 보이는 것은 국가와 공급자, 그리고 시민사회의 간의 거버넌스 (governance)가 얼마나 잘 이루어지는가에 달려 있다고 주장한다. 이는 본 논문의 문제의식을 공유하는 측면이 있으며, 또한 상당히 설득력 있는 주장이다. 그러나 이들의 논증에도 몇 가지 세부적인 검토가 필요한 주장들이

---

9) 다만 백승기(2010)는 건강보험통합 과정에서 대만의 다보험자 개혁 시도가 있었던 국면 (1997-1999)을 포함시키고 있는데, 총액예산제가 완전히 도입되는 시점인 2002년까지의 추이는 서술되어 있지 않다.

있다. 이들은 한국의 보건의로 거버넌스의 패착을 정부와 공급자 간 신뢰의 붕괴에서 찾으면서, 구체적으로 그 파기점을 2000년 의약분업에서 찾고 있다. 그러나 우리는 거버넌스 개념이 포착할 수 있는 정부와 공급자 관계의 동학이 중요함을 인정하면서도, 이 관계의 엇갈림의 원인이 구조적으로 이전부터 이미 배태되어 있었음을 강조할 필요가 있다. 그리고 이 문제는 무엇보다 공급자 집단이 갖는 신념의 변화 또는 지속에서 그 근본적 원인을 찾아야 한다. 또한 이들은 민주화 이후 시민사회단체가 보건의로 거버넌스에 활발히 참여하는 양상에 주목하고 있지만, 정작 중요한 점은 민주화 이후에도 공급 측면의 비용통제 개혁이 뚜렷한 성과를 내지 못하고 있다는 데 있다. 이 점에 대한 관심의 부족은 권순만과 레이치(Kwon and Reich 2005)에서도 드러나는데, 이들은 한국이 경험한 세 가지 보건의로개혁으로서 재정통합과 의약분업, 그리고 지불제도 개혁을 들고 있다. 그러나 두 가지 개혁이 성공한 데 반해 마지막 개혁이 실패한 이유에 대해서는 역시 여전히 불충분한 설명만을 내놓고 있다. 즉 “의약분업이 일단 시행되면 공급자들이 거부권을 행사하지 않을 것이며 중국에는 정책에 순응할 것이라고 잘못 가정”했다는 것이다(Kwon and Reich 2005, 1017). 이러한 설명은 행위자의 상태에 대한 심리적 기술일 따름인데, 설사 이 주장이 맞다 하더라도 이들은 그 원인에 대한 적절한 설명은 제공하지 않고 있다. 따라서 문제의 핵심은 민주화 이후 보건의로개혁에서 시민사회 부문의 활동을 강조한다 하더라도— 따라서 우리의 논점은 이들의 역할이 작다거나 불필요하다는 얘기가 아니다 —, 그럼에도 불구하고 왜 한국에서는 공급 측면의 비용통제 개혁이 이뤄지지 않고 있는지에 대한 분석이 필요하다는 것이다. 이 점에서 지불제도에 대한 행위자들의 신념이 내생적으로 그리고 역사적으로 어떻게 구성되어왔으며, 어떤 계기를 통해 변화되었는지를 보다 체계적으로 파악해야 할 필요가 있다. 또한 민주화가 되면 시민사회 또는 정부 외 여타 행위자들의 영향력이 증대한다는 식의 단선적 인과관계에 기댈 것이 아니라, 민주화가 보건의로체계와 맺는 관계(시퀀스)에 대한 좀 더 주의 깊은 관찰이 필요하다. 이는 대만과의 비교를 통해 더욱 분명히 드러날 수 있을 것이다.

### 1.1.2 총액예산제 연구

총액예산제와 관련한 연구들은 모두가 보건학자들에 의해 수행된 것으로, 이들의 상당수가 건강보험연구원이나 한국보건사회연구원, 의료정책연구소 및 병원경영연구원과 같은 각종 유관기관에서 발간한 보고서 형식을 띠고 있다(권순만 1999; 고수경 2003; 최병호·신윤정 2003; 김계현 2004; 임금자·김계현 2011; 정현진 외 2011). 따라서 대만을 비롯해 다양한 외국의 사례를 소개하고, 이를 바탕으로 ‘한국형’ 총액예산제 모델의 구축방안을 제시하고 있는 것이 특징이다. 하지만 바로 이런 이유 때문에 총액예산제와 관련된 정치적 쟁점을 찾기가 매우 어렵고, 정치학의 관점에서 설계된 연구 대상에 대한 일관되고 체계적인 분석틀이 결여된 점이 문제로 지적될 수 있다.

### 1.1.3 소결

본 논문의 연구대상 및 목적을 고려할 때, 보건(행정)학 분야의 선행연구들의 한계는 다음과 같다.

첫째, 한국의 보건의료체계의 변화를 설명한 연구들은 주로 건강보험 통합 과정에 초점을 둔 경우가 많았다. 따라서 통합 이후 비용통제 개혁에 대해서는 다루지 못하는 한계가 있다. 또한 분석 방법의 측면에서는 별도의 분석틀 없이 사건 과정을 시기별로 정리하는 데 그치거나, 행위자용호연합 모델을 분석틀로 채택함으로써 제도 개혁의 원인이 보다 역동적인 방식으로 형성되어 온 과정에 대한 분석은 결여하고 있다.

둘째, 한국과 대만의 보건의료체계에 대한 비교연구는 분석 시기의 범위에 관한 문제는 해소되고 있다. 그러나 실제 분석에 있어 인과관계 분석이 포괄적이지 않아서 두 나라에서 나타난 비용통제 개혁 양상의 변이를 충분히 설명하고 있지 못한 점이 지적될 수 있다.

셋째, 총액예산제에 대한 단독 연구들은 대체로 제도 현황을 기술하는 데 그치거나 문제점의 해결을 위한 모델 제시에 목적을 두고 있다. 이 연구들은 총액예산제 도입에 대한 인과분석에 초점을 두지 않기 때문에 본 논문의 분석틀을 가공하는 데 기여하기는 어렵다.

넷째, 따라서 이러한 한계를 극복하기 위해서는 양국의 보건의료체계 내의 핵심적 행위자인 의료서비스 공급자 집단에 주목해야 한다. 특히 이들이 자



신의 이해관계를 결정하는 특정 지불제도를 왜 고수하게 되었으며, 이러한 믿음은 외생적 변화에 직면하여 어떻게 변화하거나 유지될 수 있었는지를 분석할 수 있어야 한다. 이러한 이론적 요구를 충족시킬 수 있는 분석틀을 가공하기 위해서는 정치학 내에서 발전된 이론들, 특히 신제도주의 이론들을 먼저 검토할 필요가 있다.

## 2.1 정치학의 보건의료체계 연구

### 2.1.1 신제도주의 이전의 연구

정치학에서 보건의료체계를 대상으로 한 연구는 신제도주의를 취한 저작들에 국한되지 않는다. 따라서 간략하게나마 이들의 관점과 그 공과를 검토함으로써 신제도주의 출현의 맥락을 이해할 필요가 있다. 보건의료체계에 대한 신제도주의 이전의 연구로는 크게 근대화 이론, 권력자원 이론, 그리고 동아시아의 특수성을 강조하는 관점들을 들 수 있다. 이는 각국 사회정책의 발달 원인을 규명하는 이론들과 사실상 동일하다.

먼저 근대화 이론(modernization theory) 또는 산업화론(industrialization theory)은 산업화가 야기하는 새로운 사회문제에 대응하기 위해 국가가 복지의 비중을 높인다는 가설에 근거한다. 예컨대 커트라이트(Philip Cutright)가 수행한 국가 간 비교연구에 의하면, 한 나라의 사회보장 범위의 정도(the degree of social security coverage)는 해당 국가의 경제발전 수준(the level of economic development)과 강한 상관관계를 갖는다(Cutright 1965; cf. Mares 2006). 그러나 이러한 분석 결과는 일단 선진국에 다수 포진한 유럽의 경험에 비추어볼 때도 성립하기 어려운 데, 비스마르크 시기의 독일제국의 경우 영국보다 산업화의 진전이 이뤄지지 않은 시점에 사회보험을 도입했기 때문이다(권순미 2004, 910). 또한 동아시아의 경험을 보더라도, 동아시아 국가들이 고도의 경제성장과 비슷한 속도로 그에 걸맞은 복지체제를 갖추었다고 보기는 어렵다. 말하자면, 본격적인 사회정책이 근대 산업사회의 도래와 더불어 도입되었다 하더라도 양자의 관계를 단선적으로 파악하는 데는 한계가 있다. 게다가 근대화론은 기

본적으로 수렴 가설을 함축하고 있기 때문에 유사한 조건 하에서 상이한 결과가 발생한 원인을 규명하려는 본 논문의 목적에 부합하지 않는다.

이와 정반대로 정치적 요인(political factor)을 강조하는 시각도 있는데, 흔히 권력자원 이론(power resource theory) 또는 사회민주주의 모델(social-democratic model)로 불리는 입장이 그것이다. 이는 복지제도의 발전의 핵심적인 추동력이 좌파 정당 또는 노동조합의 정치권력 획득이라고 본다(Wilensky 1975; Korpi 1983; Esping-Andersen 1985). 그러나 이러한 분석틀은 동아시아 국가의 경우, 특히 우리의 분석 대상인 한국과 대만과 같이 사회민주주의 진영으로 부를 수 있는 집단이 사실상 존재하지 않았거나 실질적인 정치세력화 없이 복지체계가 발전한 사례를 설명할 수 없다는 한계가 있다.

한편 좀 더 직접적으로 동아시아 국가의 복지체계의 ‘후진성’ 또는 ‘독특성’을 규명하려는 시도도 이뤄져 왔는데, 여기에는 문화적 해석과 정치적 해석이 해당한다. 문화적 해석은 통상 ‘유교문화권’이라는 공통점에 기반하여 동아시아 국가의 복지 후진성을 설명하려 한다. 이는 유교의 영향력으로 인해 지역공동체 혹은 가족중심의 복지제도가 만들어졌으며, 여기에 강한 보수주의 정당과 취약한 계급정치가 결합하여 복지체제의 저발전이 야기되었다고 주장한다. 그러나 문화적 해석은 서구와 대별되는 동아시아의 특징을 밝혀내는 데 몰두한 나머지 정작 동아시아 각국의 복지체제가 시기에 따라 왜 변해왔는지, 또 그 발전 양상이 왜 상이한지에 대해서는 충분한 답변을 내놓지 못하는 한계를 노정한다(권순미 2004, 909-911). 한편, 정치적 해석의 동아시아적 판본이라 할 수 있는 정치적 보상론 또는 정당화 이론(legitimatization theory)은 권위주의 국가가 체제의 억압적 성격에 대한 국민들의 불만을 완화시킬 목적으로 사회정책을 추진했다고 주장한다(Kwon 1999). 이 분석틀은 동아시아 내 권위주의 국가들의 사회정책 실시를 설명하는 데 일정한 설명력을 갖고 있지만 도입 이후 제도의 전개 양상, 특히 민주화(democratization)가 복지체제에 미치는 영향에 관해서는 말해 줄 수 있는 내용이 적다는 한계를 갖는다(Wong 2004).

### 2.1.2 신제도주의 연구

제도주의의 분석틀을 최초로 의료정치(health politics)에 적용한 것으로

평가받는 이머겟(Immergut 1992)은 국민건강보험제도 입법의 정치(the politics of making laws)를 다루고 있다(Immergut 1992, 3). 건강보험제도 도입의 원인으로 그녀는 각국의 헌정구조와 정치제도를 강조한다. 구체적으로 스위스와 스웨덴, 그리고 프랑스의 사례가 검토되는데, 각각은 서유럽에서 가장 민영화된(privatized) 보건의료체계, 가장 공적인(public) 성격을 갖는 보건의료체계, 그리고 공-사의 갈등적 타협(a conflict-ridden compromise)의 형태를 대표한다. 이머겟은 상이한 차이가 발생하는 원인을 세 나라가 각각 국민투표(referendum)와 강한 의회 및 강한 행정부라는 상이한 정치제도를 통해 이익집단의 이해관계를 관철하고 있는 데서 찾고 있다(Immergut 1992, 1-33). 그러나 한국과 대만은 모두 대통령(총통) 중심제를 가지고 있어 강한 행정부를 공유하고 있으며, 정당체계나 선거제도<sup>10)</sup>와 같은 정치제도(cf. 지은주 2008) 자체가 보건의료체계의 비용통제 개혁에 직접적인 영향을 미치지 않는다는 점에서,<sup>11)</sup> 이머겟의 분석은 한국과 대만의 사례에 적용할 경우 충분한 설명력을 갖추기 어렵다.

로슈강 등(Rothgang et al. 2010)은 명시적으로 제도주의적 관점을 취하는 연구로 보기는 어렵지만, 보건의료체계에서 국가의 역할(role of the state)에 주목한다는 점에서 특징적이다. 이들은 OECD 국가들, 특히 심층적인 사례연구를 수행한 영국과 독일, 미국에 대한 분석을 토대로 이들 국가들의 보건의료체계가 점차 수렴하고(converge) 있다고 주장한다. 국가가 수행하는 주요한 역할, 즉 재정(financing), 서비스 공급(service provision), 그리고 규제(regulation)의 측면에서 살펴볼 때 세 나라는 모두 비효율성 문제를 해결하기 위해 다양한 형태의 시장화(marketization)를 시도하고 있으며, 이같은 정책적 결과로 인해 선진국 간에는 보건의료체계의 혼종화(hybridization)가 발생하고 있다는 것이다. 그러나 이들의 연구는 선진국의 경험에 기반하고 있기 때문에, 보건의료에 대한 보편적 권리에 대한 추구에 이어 비용통제를 시도하는 - 커틀리의 구분에 의하면 두 번째 흐름(second wave)에 해당하는 - 한국과 대만의 사례에는 적용하기

10) 물론 Wong(2003)은 다보험자 개혁 당시 국민당 내부의 기율 쇠퇴의 원인으로 대만의 독특한 선거제도(single non-transferable vote and multi-member district, SNTV-MM)를 원인으로 거론하고 있지만(Wong 2003, 74-75), 이것이 비용통제 개혁에 까지 영향을 미치거나 그 성격을 규정한 가장 중요한 결정요인이라고 보기는 어렵다.

11) 4장에서 특히 자세히 다루겠지만, 본 논문에서 정치적 변화는 공급자 집단의 신념에 영향을 미치는 외생변수로서 이해된다.

어렵다.

지아이모(Giaino 2001, 2002)는 영국과 독일, 그리고 미국의 보건의료체계를 비교하는데, 그녀는 특히 1980년대 말 이후 세 나라에서 진행된 비용통제(cost-containment)의 정치에 주목하고 있다. 그녀는 왜 어떤 나라에서는 비용통제가 수용되는 데 반해 다른 나라에서는 그러한 합의가 부재한가를 질문하면서, 비용통제 전략의 수용 여부는 지불자(payers)와 국가(the state)의 행동과 선호에 달려 있다고 주장한다. 구체적으로 말하자면, 지불통제 전략에 대한 지불자의 입장은 해당 보건의료체계와 정치체계 그리고 자신의 조직적 역량에 따라 결정된다. 한편 국가로서는 보건의료 거버넌스(health care governance) 내에서 비용통제 정책이 형평성(equity)과 양립가능하다는 점을 보장할 역량을 갖는 것이 중요하다. 결론적으로 그녀는 보편적(universal) 보건의료체계를 보유한 영국과 독일에서는 비용통제 전략이 저지된 반면, 미국에서는 고용주와 보험사가 급여를 삭감함으로써 비용통제가 관철되었다고 주장한다(Giaino 2001, 334-344; 2002, 1-30).<sup>12)</sup> 본 논문의 관점에서 그녀의 주장에서 주목할 대목을 세 가지로 정리할 수 있다. 첫째, 그녀가 대상으로 분석하는 유럽의 보건의료체계는 서비스 공급에서 공공부문이 우위에 있는 상태에서 비용통제 뿐 아니라 효율성 제고의 방안으로서 시장 개혁(market reform)이 제시되는 것으로, 민간 주도의 의료공급체계를 가지고 있는 한국과 대만의 사정과는 정반대라 할 수 있다. 따라서 기본적인 제도 배열 및 정치 지형의 차이를 인식할 필요가 있다. 둘째, 그녀의 주장에서 준거점으로서 보편적 건강보험이 갖는 위상에 대해 살펴봐야 한다. 그녀는 세 나라의 보건의료개혁의 특징을 구분함에 있어 보편주의가 작동하는 영국, 독일과 그렇지 않은 미국을 대별시킨다. ‘누가 지불할 것인가?’라는 질문이 비용통제 정책을 실시하는 데 있어 중요한 대목임은 분명하지만, 본 논문의 연구대상인 한국과 대만처럼 단일보험자가 전 국민을 대상으로 하는 건강보험을 운영하고 있는 경우 그녀의 분석이 갖는 설명력은 충분하지 않다. 이 글의 관심사는 보편적 건강보험을 갖는 두 나라 내의 차이를 밝히는 것이기 때문이다. 끝으로, 그녀가 부각시키는 보건

---

12) 그녀의 두 저작은 사실상 동일한 주제와 주장을 담고 있지만, 2001년의 논문과 2002년 단행본 사이에는 뚜렷한 강조점의 변화가 관찰된다. 2001년 논문에서 보건의료체계 변화의 독립변수(보건의료체계의 성격, 정치체계의 성격, 보편적 건강보험의 여부)로 명시적으로 거론되지 않았던 보건의료체계의 거버넌스 양식(mode of governance in health-care)이 중요한 변수로 재정식화된 것이다.

의료 거버넌스(sectoral governance) 개념(Giaino 2002)은 권혁주와 첸펜링(2008)과 마찬가지로 공급자와 국가의 관계에 주목하게 해준다는 점에서 의미가 있다. 그러나 이 글의 목적은 정부와 공급자 간의 관계가 아니라 공급자 집단의 신념과 그에 따른 행동을 이해하려는 데 있기 때문에, 전자는 직접적인 논의대상이라기보다는 연구결과에 따른 함의로서 다루어야 한다. 따라서 이 관계는 5장(결론)에서 본 연구의 함의를 다룰 때 다시 검토하게 될 것이다.

마지막으로, 한국과 대만의 보건의료체계를 직접적으로 비교하는 왕의 저작을 검토해보자. 왕(Wong 2004)은 한국과 대만의 보건의료체계가 보편적 건강보험제도를 달성하게 된 이유로 복지가 민주주의를 달성하는 핵심적 이념(idea)으로 인식되면서 각국에서 건강보험제도를 추구하는 연합을 형성(coalition-building)할 수 있었다는 점을 제시한다. 이는 관련 제도들과 연합의 형성이 상이한 형태를 취함에도 불구하고, 왜 양국에서 전 국민을 대상으로 한 건강보험제도가 출현할 수 있었는지 설명해준다. 그러나 왕은 이 책에서 연역적 분석틀(deductive framework)을 제시하지 못한 채 정치적 변화와 사회정책 개혁의 관계를 귀납적으로 접근하고 있다(Wong 2004, 19). 이러한 분석틀의 부재는 그의 설명이 갖는 이론적 기여를 사고하기 어렵게 만들 뿐 아니라 자신이 제시한 가설의 검증 역시 불가능하게 한다(cf. Wong 2004, 40). 또한 그의 관심사가 (민주주의 이념으로 결집된 연합을 통한) 국민건강보험제도의 도입이라는 유사한 결과(수렴)에 있기 때문에, 이러한 관점에서는 총액관리제 도입 여부에 대한 양국의 차이(발산)를 설명할 수 없다.

요컨대, 기존문헌에 대한 이상의 검토를 통해 다음의 결론을 내릴 수 있다.

첫째, 근대적 보건의료체계의 구축 및 전개 시기에 차이가 있기 때문에, 본 논문의 대상이 되는 한국과 대만의 보건의료체계의 경험 역시 서구 선진국의 경험과 시차를 갖는다. 따라서 이같은 시차를 고려하지 않고서는 적실한 분석틀의 고안은 어렵다.

둘째, 제도 구축의 시차뿐 아니라, 본 연구의 목적을 위해서는 제도 배열(institutional arrangements)과 행위자가 갖는 선호나 신념의 차이 역시 고려해야 한다. 물론 각국마다 상이한 정치경제적 조건을 갖기 때문에 동일

한 보건의료체계가 나타날 수는 없다. 그러나 앞서 살펴보았듯이 보건의료체계가 몇 가지 유형학으로 구분 가능하다면, 비교를 위해 어떤 선택지를 조합하느냐에 따라 상이한 전략이 필요한 것은 당연한 수순이라 할 수 있다. 특히 한국과 대만과 같이 매우 유사한 사례를 비교하는 작업은 최대 유사체계의 골격을 가질 수밖에 없는데, 이 경우 많은 선행연구들— 예컨대 영국(NHS), 독일(SHI), 미국(PHI)과 같이 각각 다른 대표적인 보건의료체계를 비교하는 —의 분석은 적실성을 상실한다.

셋째, 연구대상과 관련해 가장 유사한 연구라 할 수 있는 왕의 저작(Wong 2004)이 왜 한국과 대만에서 보편적인 건강보험제도가 도입되었는지에 대해— 즉 양국이 동일한 결과를 산출했다는 사실에 대해 — 답변하고자 한다면, 본 연구는 이러저러한 유사점에도 불구하고 왜 양국이 공급자 집단의 규제에 있어 큰 차이점을 보이는지를 규명하는 데 관심을 가지고 있다. 물론 정부나 여타 사회적 행위자에 비해 공급자 집단이 보건정책의 정치를 다루는 본 연구에서 중요한 변수가 될 수 있는가가 쟁점이 될 수 있지만, 이는 건강보험 도입이나 (한국과 같이) 건강보험 통합과 같은 사안에 국한되는 비판이다. 공급자 집단의 규제에 대한 가장 중요한 이해관계당사자(stakeholder)라는 사실은 부인할 수 없기 때문이다. 그리고 이러한 연구질문의 차이는 별도의 분석틀을 요구할 수밖에 없다.

### 2.1.3 소결: 왜 본 논문의 분석틀이 필요한가?

이상의 논의를 정리하면 기존연구는 크게 두 가지 한계를 가지고 있다. 첫째, 한국과 대만의 보건의료체계의 발전과정을 체계적으로 비교할 수 있는 분석틀이 부재하다. 예컨대 왕의 연구는 직접적으로 양국의 보건의료체계가 어떤 변화를 겪어왔는지 설명하고는 있지만, 이는 단순한 연대기적 나열에 그치거나 하나의 보건의료정책 체제(regime)에서 다른 체제로의 이행의 원인에 대해서는 말하지 않는다. 따라서 양국의 보건의료체계 발전과정을 비교해서 설명할 수 있는 일반이론(general theory)이 필요하다.

둘째, 한국과 대만의 보건의료체계 운영에서 관찰되는 중요한 차이는 총액 예산제 도입과 같은 공급 측면의 비용통제정책의 수용 여부라고 할 수 있는데, 이 원인을 체계적으로 분석할 수 있는 이론이 결여되어 있다. 이는 무엇보다 양국의 의료서비스 공급자 집단에 대한 분석이 누락되어 있기 때

문이다. 즉 기존연구에서 공급자 집단의 선호나 이해관계는 해당 제도변화에 영향을 미치지 못하는 주어진 것(given)으로 간주되고 있다. 하지만 비교의 관점을 취하면 기존연구의 가정, 즉 일단 어떤 정책이 (정부를 포함한) 여타 사회적 행위자들에 의해 지지되면 이 정책에 대한 공급자 집단의 순응은 자동적으로 따라올 것이라는 가정의 한계가 명백히 드러난다. 본 연구는 지금까지 설명되지 않은 채 부당전제 되어왔던 공급자 집단의 신념과 그에 따른 행동이 비용통제 개혁 여부를 결정하는 독립변수라고 주장한다. 이를 위해서는 제도변화를 설명할 수 있는 비교가능한 분석틀의 개발이 필요하다. 기존문헌 검토를 통해 추출한 이상의 한계점들을 극복하기 위해서는, 두 가지 사안 각각에 대한 이론화가 요청된다. 이하에서는 이러한 이론화를 시도한다.

## 2. 이론적 분석틀

한국과 대만의 보건의료체계가 그 기원부터 발전과정에 이르기까지 매우 유사한 구조적 형태를 띠어왔다는 점은 앞서 기술한 바와 같다. 분석틀을 구성하는 이 절에서는 이러한 ‘최대유사체계’에도 불구하고 공급 측면 비용통제 정책에 대한 공급자 집단의 수용 여부라는 종속변수의 변이가 어떻게 발생하는지에 대해 살펴본다. 이를 위해서는 먼저 두 나라의 보건의료체계의 발전경로를 설명할 수 있는 이론을 고안할 필요가 있다.

### 2.1 보건의료체계 발전에 대한 비용-혜택(cost-benefit) 모델

이익집단에 대한 미국의 규제정책을 연구한 정치학자 제임스 윌슨(James Q. Wilson)에 따르면, 이른바 “규제의 정치”(the politics of regulation)는 정부가 제안한 정책이 사회에 야기할 비용과 혜택의 배분/분산(distribution of costs and benefits)에 근거하며, 이는 양자의 결합방식에 따라 상이한 형태를 취한다. 따라서 그에 따르면 해당 정책에 수반되는

비용과 혜택의 정치적 중요성은 그 규모뿐 아니라 **배분**에서 유래하는 것이다. 이러한 비용 및 혜택은 화폐적이거나 비화폐적일 수 있으며, 이를 현실화할 가능성에 대한 믿음(belief)뿐 아니라 그에 부여된 가치(value) 역시 변화할 수 있다(Wilson, 1980: 366).

그는 이러한 전제 하에 규제가 야기하는 네 가지의 정치 유형을 제시하고 있다(Wilson, 1980: 364-372). 첫째, 규제에 따른 혜택과 비용이 모두 넓게 분산되는 경우로, 그는 이를 다수제적 정치(majoritarian politics)라고 명명했다. 미국의 사회보장법(Social Security Act)이나 셔먼 독점법(Sherman Antitrust Act)의 제정이 이러한 정치가 적용되는 대표적 사례가 된다. 두 법안 모두 사회보장세나 소득세를 통해 규제되므로 불특정 다수의 일반인들 모두에게 두루 적용되고, 해당 개인 또는 기업 모두 징세의 대상이 되기 때문에 특정한 개인이나 집단에 비용이 집중되지 않기 때문이다.

두 번째 유형은 이익집단의 정치(interest-group politics)로, 여기서 혜택과 비용은 모두 특정 집단에 집중된다. 윌슨에 따르면 이러한 정치 유형의 대표적 사례는 뉴딜 시기의 와그너 법(the Wagner Act)과 태프트-하틀리 법(the Taft-Hartley Act)과 같은 노동 관련 입법이다. 이러한 법률은 노동자들의 권익을 신장시키기 때문에 일반적으로 노동계에 혜택이 집중되는 반면, 재계(business)에 비용이 집중된다.<sup>13)</sup>

세 번째 유형은 고객 정치(client politics)로, 여기서 혜택은 특정 집단에 집중되지만 비용은 불특정다수에게 분산된다. 특정 직종에 대한 자격을 부여하는 법률이나 특정 산업 또는 직종에 대한 현금 보조금(cash subsidy) 등이 이러한 유형에 해당한다. 쉽게 이해할 수 있듯이, 이러한 규제를 통해 특정 집단이 수혜를 입게 되지만, 그 비용은 일반 조세로 충당된다.

끝으로 네 번째 유형은 기업가적 정치(entrepreneurial politics)로, 여기서 혜택은 불특정다수에게 분산되지만, 비용은 특정 집단에 집중된다. 윌슨은 이러한 유형의 예로 대기오염방지 법안(anti-pollution bill)이나 자동차 안전(auto-safety) 법안을 든다. 이러한 법안들은 공기를 맑게 만들고 자동

---

13) 물론 뉴딜 시기 사회입법에 대한 이러한 해석은 통상적인 것이지만 논쟁적이기도 한 것이다. 그러나 여기서는 이러한 예시가 노동-자본 관계에 대한 이른바 권력자원이론이나 사회민주주의적 접근에 입각한 설명을 전제로 하고 있음을 밝히는 데 그친다. 이에 대한 논쟁에 관해서는 예컨대, Hacker and Pierson(2002); Swenson(2004); 정웅기(2012)를 참조.



차를 안전하게 타도록 강제함으로써 사회구성원 모두를 수혜자로 만들지만, 관련 산업이나 기업과 같은 특정 집단에게 그 비용을 물린다.<sup>14)</sup>

규제의 정치에 대한 월슨의 이러한 유형학은 해당 정책이 사회구성원에게 야기할 경제적 득실을 명료하게 밝혀주고 이러한 정책이 어떤 정치를 발생 시키는지 설명해주는 장점이 있다. 이 글에서는 이 유형학을 원용하되, 이를 한국과 대만의 보건의료체계 발전과정과 통합한다.<sup>15)</sup> 보건의료체계 역시 의료공급자(medical providers)라는 이익집단이 존재하며, 이들을 대상으로 한 정책은 반드시 규제의 정치를 발생시킬 수밖에 없다. 또한 규제에 따른 혜택 및 비용의 집중과 분산은 시기에 따라 각기 다른 방식으로 결합할 수 있으며, 이는 우리의 논의와도 부합하는 것이다.

앞서 언급했듯이, 두 나라는 국민건강보험(NHI) 제도라는 공통적인 보건의료체계의 특성을 갖고 있으며, 국가가 단일보험자가 되는 중앙집권식 관리운영제도와 민간부문에 크게 의존하는 의료서비스 공급구조를 공유하고 있다. 두 나라는 모두 건국 초기에 제약된 자원으로 인해 선별적인 대상에 혜택을 집중하는 시기를 거쳐 보험제도의 도입을 통해 정부가 의료시장에 개입한다. 이후 정치적 결정과정을 통해 국민건강보험이 확립되고, 이후 의료비 통제를 위한 비용통제 정책이 뒤따르게 된다. 이상의 논의를 표로 도해

---

14) 네 번째 유형인 기업가적 정치를 분석틀로 한국 건강보험제도 하의 ‘제약시장 규제’를 분석한 연구로는 Lim(2011)을 들 수 있다.

15) 이러한 분석틀의 통합은 Sheingate(2001)의 통찰에서 영감을 얻은 것이다. 그는 월슨의 네 가지 정치 유형을 원용하되, 각 유형을 미국의 농업 복지국가(agriculture welfare state)의 네 가지 역사적 발전 국면에 배치했다. 다시 말해, 셰인게이트는 네 가지 정치 유형을 단일한 대상에 대한 연속된 설명으로 통합시켰다. 구체적으로, 그는 정부가 특정 고객을 위해 정책을 집행할 필요성(government need for a client to implement policy)의 정도와 농업부문의 상대적 조직역량(relative organizational capacity in agriculture) 정도라는 두 가지 변수를 결합하여 네 가지 유형(promotion, market intervention, mature subsidy regime, retrenchment)을 만든 후, 이를 월슨의 네 가지 유형과 각각 중첩시켰다. 즉 촉진(promotion)은 다수제적 정치와, 시장개입(market intervention)은 이익집단 정치와, 성숙한 수준의 보조금 체제(mature subsidy regime)는 고객 정치와, 끝으로 삭감(retrenchment)은 기업가적 정치와 동일한 결과를 내는 정책유형으로 이해된다(Sheingate 2001, 24-28). 그에 따르면 이러한 중첩이 가능한 이유는 각 네 가지 유형이 서로 매우 유사한 결과(outcome)를 산출하기 때문이다. 그러나 우리가 판단하기에 월슨의 유형과 셰인게이트의 유형의 중첩은 양자가 서로 “닮았다(resemble)는 말(Sheingate 2001, 30)로 용인하기에는 논리적 정합성의 근거가 충분치 않다. 따라서 본 논문에서는 월슨의 유형학에 대한 ‘통합’이라는 아이디어만을 취하고자 한다.

하면 다음과 같다.

<표 2-1.> 한국과 대만의 보건의료체계 발전에 대한 비용-혜택 모델 (cost-benefit model): 보건의료정책 체제<sup>16)</sup>의 이행

		혜택(Benefit)	
		집중(C)	분산(D)
비용(Cost)	집중(C)	1. 선별적 체제 (CB, CC)	4. 비용통제 체제 (DB, CC)
	분산(D)	2. 시장개입 체제 (CB, DC)	3. 국민건강보험 확립 체제 (DB, DC)

(※정의: 집중(C): Concentrated, 분산(D): Distributed. / 용례: CB: Concentrated Benefit, CC: Concentrated Cost, DB: Distributed Benefit, DC: Distributed Cost)

(시계반대 방향으로) 1-2-3-4라는 순차적 이행을 가정할 때, 이 표를 통해 우리는 한 보건의료체제(healthcare regime)에서 다른 체제로의 변화의 원인을 명확히 확인할 수 있다. 예컨대 1에서 2로의 변화는 (CB, CC)에서 (CB, DC)로의 변화로 다시 쓸 수 있는데, 이는 특정집단에 대한 혜택의 집중은 상수로 남아있지만(CB→CB) 비용 부담의 대상이 변화했다(CC→DC)는 점을 알려준다. 이 변화는 한국과 대만에서 선별적인 집단에 혜택을 집중한 체제에서 건강(의료)보험 적용을 점진적으로 확장하는 체제로의 이행과 일치한다. 건국 초기, 양국의 정부는 핵심부문의 노동자나 공무원에 대해 의료보험의 혜택을 주는 대신 이러한 혜택을 받지 못하는 여타 사회집단에게 비용을 전가하는 방식을 취했다. 즉 다른 집단을 희생해서라도 주요 지지집단을 확보해야 하는 필요성이 작용한 결과로 해석할 수 있다. 따라서 이러한 해석은 국민건강보험 도입 이전까지 한국과 대만에서 정부가 공무원이나 공공부문 노동자, 군인과 같은 특수직역에 대한 건강보험제도를 실시하

16) 우리의 분석에서, 보건의료정책은 해당 정책이 야기하는 사회적 비용과 혜택에 따라 변화하며, 이는 보건의료체제의 성격을 근본적으로 전환시켰다. 따라서 이러한 변화를 통해 각 시기 보건의료정책이 당대 보건의료체제의 속성을 규정한다는 점을 강조하기 위해 이를 체제(regime)로 명명하고자 한다.

(려고 시도하)거나 건강급여(health benefits)를 부여한 이유를 설명해준다.

나머지 이행 역시 동일한 방식으로 설명 가능하다. 2에서 3으로의 체제 이행은 곧 (CB, DC) → (DB, DC)로 쓸 수 있는데, 이는 해당 정책에 따른 혜택이 불특정다수로 확산되었음을 의미한다. 한국과 대만의 보건의료체계에서 이러한 변화는 국민건강보험의 도입으로 이해된다. 정부의 보건의료시장 개입으로 인해 수혜를 받았던 의료공급자 집단 대신 국민이 모두 의료에 대한 접근권을 획득함으로써 혜택을 받게 되었기 때문이다. 말하자면, 이러한 변화는 보편적인 의료 접근권에 관한 국민적 요구에 정부가 대응한 결과로 볼 수 있다. 끝으로, 3에서 4로의 이행은 (DB, DC) → (DB, CC)를 가리키는데, 이는 비용의 분산 형태가 변화했다는 것을 의미한다. 양국 모두 사회보험 방식을 취하고 있지만 (국가가 단일보험자로 존재하므로) 사실상 조세처럼 보험료가 징수된다. 따라서 관련 비용은 이미 전 국민에게 확산되었지만 의료비의 증가에 따라 이를 통제해야 할 유인이 정부에게 발생한다. 따라서 정부는 공급자 집단의 이윤추구행위를 제어하는 방식으로 이에 대응하게 된다. DC에서 CC로의 변화가 지칭하는 바가 바로 이것이다.

한국과 대만의 보건의료체계의 발전과정에 대한 이상의 설명은 비용-혜택의 변화 양상에 따른 보건의료체계의 변화를 분석적으로 설명해주는 장점이 있다. 그러나 이 표에 대한 해석을 통해 최종적으로 정부의 정책 선호가 공급자에게 비용을 물림으로써 공급자를 규제하는 형태로 변화했다는 사실은 알 수 있지만, 여기서 여전히 해소되지 않는 대목은 왜 한국에서 체제 변화에 따른 비용-혜택의 배분이 대만과 상이했는가라는 질문에 있다. 다시 말해 3에서 4로의 이행은 대만에서만 가능했고, 한국에서는 실패했거나 적어도 현재까지 유예되고 있다. 이러한 차이의 원인은 무엇인가? 이를 파악하기 위해서는 왜 한국과 대만에서 **공급자 집단에 대한 규제의 성공 여부**가 대조를 이루는지 설명해야 한다. 앞서 살펴보았듯이, 연구대상이 가장 유사한 기존연구인 웡(Wong 2004)는 보편적 건강보험의 달성(인구포괄)과 민주화가 국민건강보험 도입에 끼친 영향에 관심을 가지고 있다. 반면, 본 연구는 두 나라가 국민건강보험의 도입과 이후 민간부문의 급격한 성장과 같은 중대한 제도적·환경적 변화를 공유했음에도 불구하고, 의료서비스 공급자 집단에 대한 규제에 있어서는 큰 차이를 보이는 점에 주목한다. 그리고 이러한 종속변수의 변이를 규명하기 위해서는 공급자 집단의 양태를 살펴봐야 할 필요성이 제기되며, 구체적으로 조직의 결집력(응집도)의 차이를

발생시키는 원인에 대한 탐색이 요청된다. 우리는 그 원천으로 공급자 집단의 결집력을 강화하는 진료비 지불체계(payment system)에 대한 이들의 믿음, 구체적으로 말해 **행위별수가제에 대한 공급자 집단의 믿음(belief)**이라는 요소에 주목한다. 이하에서는 이 문제를 다룰 수 있는 이론을 구축한다.

## 2.2 한국과 대만에서 공급자 집단에 대한 규제의 차이를 설명하기: 내생적 제도변화 이론의 적용

왕(Wong 2003, 2004)에 따르면, 대만에서 총액예산제 제안은 다보험자 개혁의 국면에서 복지 축소(welfare retrenchment)에 저항하는 범사회적 반대 속에서 나타났는데, 사실 이는 국내외의 전문가 자문을 통해 정부가 설계한 국민건강보험 원안에 이미 포함되어 있던 것이기도 했다. 따라서 정부 원안에 총액예산제가 포함되어 있었다는 점, 다보험자 개혁 당시 범시민 단체인全民건강보험 연맹(NHI Coalition)을 포함하는 광범위한 사회적 연합을 통해 이 개혁이 저지되었다는 점, 그리고 이 제안이 당면한 재정적자에 대한 해법이었다는 점을 대만에서의 총액예산제 도입의 결정적 원인으로 보는 시각이 전혀 근거가 없다고 말할 수는 없다. 그러나 이러한 답변들에는 제도적·사회적 변화가 공급자 집단에게 상당한 비용 또는 혜택의 감소를 강제함에도 불구하고 이들이 **왜 이러한 변화에 저항하지 못했는가/않았는가**에 대한 문제의식이 드러나 있지 않다. 즉 이같은 설명에는 여전히 공급자 집단의 이해관계 또는 선호가 괄호에 들어가 있다. 하지만 이 대목을 설명하지 않은 채 이러저러한 외생적 변화가 곧장 종속변수를 설명해낸다고 주장하는 것은 현실을 왜곡할 가능성이 높다. 예컨대, (앞서 언급한 바와 같이) 이들의 이해관계를 고려하지 않는다면 1995년全民건강보험 도입 당시 공급자 집단의 반대로 인해 정부의 원안대로 총액예산제가 실시되지 못한 사실을 설명할 수 없다. 따라서 이 점을 고려한다면 앞서 언급한 요인들은 제도변화의 독립변수라 볼 수 없다. 마찬가지로, 한국에서 공급자 집단에 대한 규제가 제대로 이뤄지지 않는 이유로 의약분업에 따른 공급자 집단의 정부에 대한 불신 증대를 들 수 있지만, 그렇다고 의약분업을 이후

정부의 규제정책이 도입되지 못하고 있는 근본적 원인으로 볼 수는 없다. 우선 한국에서 공급측면의 비용통제정책<sup>17)</sup>이 전혀 실시되지 않은 것은 아니다. 포괄수가제(DRG)가 1997-2002년의 시범사업을 거쳐 (비록 오랜 공백기간은 있었지만) 2012년부터 7개 부문에 시행되고 있다. 또한 더욱 근본적으로 본다면, 정부에 대한 공급자 집단의 불만은 이미 건강보험이 도입된 1970년대 말과 대형병원들이 의료시장에 진입하는 1990년대부터 존재했으며, 의약분업은 이러한 불만을 극적인 형태로 터뜨린 사건이었다. 따라서 총액예산제로 상징되는 공급자 집단에 대한 정부 규제가 관철되지 못하는 원인을 규명하기 위해서는 이들 집단의 이해관계에 대한 보다 역사적인 관점을 취할 필요가 있다. 요컨대, 양국에서 공급자 집단이 정부의 규제정책에 대해 상이한 대응을 보이게 된 원인을 이해하기 위해서는 보다 장기적이고 내생적인 관점에서 이들이 진료비 지불체계에 대해 갖게 된 믿음을 형성한 역사적 동학(historical dynamics)을 체계적으로 분석해야 한다. 이 글에서는 이러한 목적에 부합하는 이론으로 최근 신제도주의 내부에서 발전하고 있는 내생적 제도변화 이론(theory of endogenous institutional change)을 원용하여 분석틀을 재구성한다.

그라이프와 레이틴(Greif and Laitin, 2004)에 따르면, 제도는 외생적 충격(exogenous shock)에 의해서 뿐 아니라 제도 내적 요인에 의해 의해서도 변화할 수 있다. 주지하듯이, 게임이론에서는 특정 제도가 지속되는 원인을 공유된 신념(shared belief)의 반복에서 찾는데, 이들은 역사적 제도주의의 함의를 고려해 신념과 그에 따른 행동의 동학이 (관련 지식과 관심, 조정의 결핍으로 인해) 역사적 제약의 영향을 받는다고 주장한다. 이들에 따르면, 제도가 내생적인 방식으로 자신의 변화에 영향을 미치는 경로는 두 가지가 존재한다. 하나는 ‘직접적인’ 방식으로, 여기서 내생적 제도변화의

17) 정부는 건강보험의 재정을 안정적으로 유지하기 위해 비용통제 정책을 취할 수 있는데, 이는 크게 수요 측면의 비용통제와 공급 측면의 비용통제로 구분할 수 있다. **수요 측면의 비용통제**(demand-side cost-containment)는 의료서비스 사용에 대한 비용을 높임으로써 피보험자의 의료 수요를 감소시켜 전체 건강보험의 지출을 줄이는 비용 통제 방식을 의미한다. 여기에는 정액 본인부담금(copayments) 및 수가의 상승, 다양한 방식을 통한 급여의 합리화(the rationalization of benefits), 혼합적 지불체계(mixed-payment system)의 도입 등이 해당한다(Carrera 2008, 988-990). 한편 **공급 측면의 비용통제**(supply-side cost-containment)는 의료비 발생을 합리화 하도록 의료공급자의 행위를 규제함으로써 전체 건강보험 지출을 줄이는 비용 통제 방식을 의미한다. 이러한 비용통제 방식에는 의사들에게 지급되는 총액 상한(budget caps)의 설정 즉 총액예산제와 DRG와 같은 포괄수가제의 도입 등이 포함된다(Carrera 2008, 990-992).

핵심은 **반복적(self-enforcing)**<sup>18)</sup> **신념의 동학 및 그와 관련된 행동**이다. 이들의 말을 직접 들어보자(Greif and Laitin 2004, 639):

제도변화는 신념의 변화이며, 이는 관련 행동이 더 이상 반복적이지 않아서 개인으로 하여금 관련 신념을 재생산하지 않는 방식으로 행동하게 만듦으로써 발생한다. [제도의] 쇠퇴(undermining) 과정은 이전까지 반복적이었던 행동을 그치게 만들 수 있으며, 이는 제도변화를 야기한다. 내생적 제도변화의 충분조건은 제도의 함의가 계속적으로 관련 행동을 쇠퇴시키는 것이다. 역으로, 제도가 시간이 지나면서 계속 유지될 수 있는 필요조건은 관련 행동이 반복되는 상황의 범위가 시간이 지남에 따라 줄어들지 않는 것이다. [요컨대] 제도의 행태론적 함의는 적어도 약하게라도 제도를 강화(reinforce)시켜야 한다는 것이다. 따라서, 제도가 (약하게라도) 자기-강화되지 않는다면, 제도는 중국에는 관련 행동이 더 이상 반복되지 않는 상황에 도달하게 될 것이다. 내생적 제도변화가 여기서 일어난다.

즉 제도변화는 (신념의 변화에 따라) 이 신념과 관련된 행동이 반복적이길 그칠 때 발생하며, 제도의 자기-강화(self-reinforcement)는 이러한 상황을 극복할 때 가능하다. 그러나 이들은 제도가 내생적으로 자신의 변화에 영향을 미치는 ‘간접적인’ 방식 역시 존재한다고 주장한다. 즉 제도 변화와 관련된 신념 및 행동을 일으키는 데 필수적인 **외생적 충격(exogenous shock)의 규모와 성격**을 규정함으로써, 제도는 내생적으로 변화할 수 있다. 제도가 자기-강화되더라도, 제도와 관련된 행동은 변하지 않으며 이 제도 하에서 관련 행동은 이전이라면 그렇지 않았을 상황에서도 반복된다. 물론 제도가 자기-쇠퇴하는(self-undermining) 경우에는 그 역이 성립한다(Greif and Laitin 2004, 639). 그라이프와 레이틴의 이러한 정식화에서 특기할 만한 대목은 여기에 **유사-매개변수(quasi-parameter)**라는 개념을 추가한다는 데 있다. 유사-매개변수는 단기적으로는 제도의 반복적 속성을 살펴보는 데 있어 매개변수— 즉 외생적이고 고정된 것 —로 간주하지만, 장기적으로는 내생적인 변수로 간주해야 하는 (제도와 관련된) 대상이나 현상을 의미한다(Greif and Laitin 2004, 639). 제도는 내생적 변화나 외생적 충격 또는 그 모두에 의해 변화할 수 있는데, 유사-매개변수가 관찰가능하

---

18) 물론 정확히 말한다면 이에 대한 역어는 ‘자기-시행적’이 되어야 할 것이다. 그러나 어떤 제도가 계속해서 스스로 작동한다는 의미이므로, 여기서는 보다 간결하게 표현하기 위해 반복적이라고 옮겼다.

고 그 중요성이 이해되는 경우 행위자는 과거 행동의 반복 여부에 대해 의도적인(intentional) 판단을 내림으로써 제도변화를 야기할 수 있다. 그 반대의 경우라면 행위자가 위험을 무릅쓸 의지를 가졌거나 상황에 대해 더 나은 지식을 갖춘 다른 행위자가 등장했을 때 제도변화가 발생할 가능성이 높을 것이다(Greif and Laitin 2004, 639).

그럼 이상의 이론적 논의들을 우리의 연구대상에 적용시켜 설명해보자. 한국과 대만의 보건의료체계에서 우리가 주목하는 것은 공급자 집단에 대한 정부 규제의 차이이다. 구체적으로 이는 공급측면의 비용통제정책으로서 총액예산제(global budgeting, GB)<sup>19)</sup>의 도입 여부를 의미한다. 이는 달리 말하자면 왜 두 나라의 보건의료체계에서 의료비 지불체계로서 행위별수가제(fee for service, FFS)<sup>20)</sup>가 지속되거나 다른 제도로 대체되었는지를 묻는 것이다.<sup>21)</sup> 따라서 이 글에서 의미하는 제도는 한국과 대만의 보건의료체계, 특히 지불제도인 FFS가 된다. 공유된 제도적 요소들은 ‘조직’(organization)으로서 공급자 집단과 FFS에 대한 이들의 ‘신념’으로 이루어진다. 공급자 집단은 병원, 의원, 치과, 한방/중의로 구성된다.<sup>22)</sup> 이들의 신념은 FFS의 활용이 자신들의 이해관계를 높일 것이라는 믿음이다. 한

---

19) 이 제도에 대한 설명은 각주3을 참조.

20) 진료비 지불제도 중 하나이며, 가장 일반적으로 사용된다. 의료서비스 공급자가 행하는 진료마다 그에 대한 비용을 청구하는 방식을 의미한다. 이는 진료 행위마다 이윤을 얻을 수 있는 유인을 공급자에게 부여하지만, 따라서 이른바 ‘과잉진료’를 할 유인 역시 제공하는 제도다. 따라서 서구선진국에서는 이러한 유인을 억제하기 위해 총액예산제나 포괄수가제와 같은 다양한 제도를 결합하여 지불체계를 구성하고 있다(최병호·신윤정 2003; 문성웅 외 2008; 정석훈·이용균 2010; Cashin et al. 2005).

21) 물론 이 진술은 엄밀하게 말하면 정확하지 않다. 총액예산제의 도입이 곧 행위별수가제에 대한 완전한 대체를 의미하지 않기 때문이다. 통상 총액예산제는 행위별수가제를 실시하는 가운데 의료서비스 공급자 집단에 상환되는 진료비의 총량을 정부가 규제하는 방식으로 운영된다. 그러나 여기서 행위별수가제는 단순한 진료비 지불제도를 지칭하기 보다는 정부가 공급자 집단에 대해 보다 강력한 통제력을 보유할 수 있는지에 대한 대리변수(proxy)로 이해된다. 총액예산제 하에서 공급자 집단이 이전보다 크게 제약된 형태로 이윤추구를 할 수밖에 없다는 사실은 분명하기 때문이다. (이 점에서 총액예산제를 단순한 보수지불제도 중 하나가 아니라 “진료비 관리방식”으로 보는 것이 타당하다는 지적은 일리가 있다(정현진 외 2011, 51).) 그러나 이러한 사실에 근거해 각국 정부가 공급자 집단보다 윤리적으로 또는 역학관계에서 우위에 있는지 (규범적으로) 판단하는 것은 이 글의 논의대상이 아니다. 다만 우리는 이와 관련된 몇 가지 함의를 결론에서 간략히 다룰 것이다.

22) 그러나 4장에서 자세히 살펴보겠지만 본 논문이 주목하는 중요한 행위자들은 병원(경영자)과 의원(의사)이다. 그 규모와 영향력에서 이들이 보건의료체계 내에서 차지하는 비중이 절대적으로 크기 때문이다.

편 차별화된 제도적 요소들에는 한국의 경우 낮은 수가와 요양기관당연지정제가, 대만의 경우 차별적(이원적) 수가체계가 해당된다. 끝으로, 본 연구의 유사-매개변수는 각 나라에서 가장 비중이 큰 공급자 집단인 병원(경영자)과 의원(의사)이 동일한 이해관계를 가지고 연합하는 양태가 된다. 유사-매개변수는 독립변수인 이들의 신념의 결과이지만, 특정한 환경적 변화에 의해 신념에 영향을 주기도 한다. 즉, 자신의 이해관계에 대한 병원과 의원의 신념과 행동은 이들이 ‘결집’하여 정부 정책에 대항하는 행동유형이나 개별적으로 정부와 협상하는 행동유형(‘이완’)에 영향을 주지만 동시에 이 연합에 의해 영향을 받기도 한다.

지금까지의 논의를 정리하면 다음과 같이 분석틀을 구성할 수 있다.

<표 2-2.> 한국-대만 보건의료체계의 비교: 내생적 제도변화의 동학

	제도	공유된 제도적 요소들	차별화된 제도적 요소들	유사-매개 변수
한국	보건의료체계 (FFS)	· 공급자 조직 · FFS에 대한 신념	저수가 - 당연지정제	병원-의원의 연합 (결집력)
대만			차별적(이원적) 수가체계	

이상의 논의에 바탕을 둔다면, 한국과 대만에서 FFS가 반복된 이유에 대해 예비적 가설을 제시할 수 있다. 앞서 언급했듯이, 양국에서 FFS가 반복된 이유는 이것이 자신들의 이윤추구에 도움이 된다는 신념을 공급자 집단이 가지고 있었기 때문이다. 즉 쉽게 말해, 그것이 이윤창출의 핵심적 수단이었기 때문이다. 다만 두 나라에서 이러한 신념이 구성된 메커니즘은 상이했다. 한국의 경우, 정부가 정한 저수가-당연지정제라는 제도적 제약 하에서 공급자 집단은 정부가 묵인한 비급여의 활성화와 행위별수가제의 맹점을 활용해 이윤을 추구했다. 대만의 경우에는, 보건의료체계 초기부터 병원과 의원에 대한 차별적 수가표(differential fee schedule)의 적용을 통해 병원은 규모의 우위를 통해 이미 상당한 이윤 획득에 성공하고 있었고, 의원은 생존 차원에서라도 더욱 FFS를 고수하여 비급여 및 과잉진료를 통해 이윤을 추구했다.



끝으로, 양국에서 FFS가 자기-강화 또는 자기-쇠퇴한 메커니즘에 관해서도 예비적 가설을 제시할 필요가 있다. 먼저 한국에서 행위별수가제는 왜 자기-강화되었나? 의료보험의 도입은 의료수요를 창출하는 대신 저수가-당연지정제라는 불이익을 감수하는 맞교환(trade-off)을 공급자 집단에게 발생시켰다. 이러한 변화에 대응해 공급자 집단은 박리다매형 진료방식을 통해 수익을 창출함으로써 FFS에 대한 신념을 고수(반복)했다. 그러나 1990년대 이후 대기업의 의료시장 진입과 같은 외생적 충격으로 인해 저수가-당연지정제에 대한 불만이 공급자 집단 사이에서 증가했다. 이러한 환경변화는 공급자 집단(중소병원 및 의원)이 연합할 수 있는 계기를 만들어주었으며, **의약분업**을 경유하면서 정부에 대한 공급자들의 신뢰가 변화함으로써 FFS를 고수하려는 의사집단(병원-의원)의 연합은 더욱 강화되었다. 이러한 결집(“오인된 연합”)은 한국의 의료서비스 공급자 집단이 FFS를 지지하고, GB에 반대하는 가장 근본적 동력이 되는 것이다(FFS에 대한 신념의 자기-강화).

한편 대만의 경우, FFS는 왜 자기-쇠퇴했는가? 대만에서는 병원과 의원의 차별적 수가제 적용으로 인한 경쟁이 존재했지만, 앞서 언급한 이유로 인해 병원과 의원 모두 FFS에 대한 신념을 고수했다. 그러나全民건강보험의 도입과 (대형병원의 급속한 성장과 같은) 병원산업의 발전은 병원-의원 간 결집력을 약화시켰다. 보험 재정이 적자를 겪게 되면서 정부에 의한 **다보험자 개혁**<sup>23)</sup>이 시도되지만, 이는 현행全民건강보험의 유지를 민주주의의 수호로 간주하는 범사회적 반대세력들에 의해 **저지**된다. 병원과 의원 간의 연합이 이완되면서 이미 공급자 집단의 결집력은 약화되어 있었기 때문에, 이들은 이러한 사회적 변화에 집단행동으로 대응하지 못했다. 이제 가능한 대안이 공급측면의 비용통제밖에 남지 않은 상황에서, 정부가 총액예산제를 단계적으로 도입하려는 전략을 취하자 FFS에 대한 공급자 집단의 신념은 쇠퇴하

23) (3장과) 4장에서 좀 더 자세히 다루겠지만, 다보험자 개혁은 정부(全民건강보험국)를 포함한 복수의 보험자를 창출하여 경쟁시킴으로써 재정적자를 줄이고 서비스 전달의 효율성을 높이려는 시도였다. 이는 궁극적으로 의료서비스 공급자 간의 경쟁 역시 유발할 수 밖에 없었기 때문에, 일종의 공급측면 비용통제 제도로도 볼 수 있다(Wong 2003). 그러나 민간부문의 서비스 공급에서 지배적인 지위에 있기 때문에, 공급자 간 경쟁은 이윤창출을 위해 또한 필연적으로 부가적이고 보충적인 형태의 다양한 서비스를 만들어내며, 이는 피보험자들이 부담해야 할 보험료의 상승으로 귀결될 가능성이 높다. 따라서 Wong(2003)의 주장과 달리, 우리의 논의에서 다보험자 개혁을 공급측면의 비용통제를 의도한 시도로 간주하기는 어렵다.

게 된다(FFS에 대한 신념의 자기-쇠퇴). 따라서 (중소부문인 치과와 중의뿐 아니라) 의원들 역시 병원의 세력 확장에 대한 최소한의 보호장치로서 (개별적 총액예산제 하의) 예산 확보가 중요하다고 생각하게 되었다. 그리고 이렇게 치과, 중의부문에 이어 최대의 의료서비스 공급자 집단인 의원급이 참여하게 되자, 병원은 이를 거부할 명분도 실질적 이해관계도 갖지 못하게 되어 최종적으로 2002년에 총액예산제에 참여하게 된다.

지금까지 본 연구의 분석틀을 구성하는 작업을 수행했다. 이상의 논의를 통해, 한국과 대만의 보건의료체계의 발전과정을 비교분석할 수 있는 분석틀과 양국에서 공급자 집단에 대한 규제 차이의 원인을 규명할 수 있는 분석틀을 추출했다. 따라서, 우리가 본 논문에서 답변해야 할 질문들을 다음의 세 가지로 정리할 수 있다.

- 1) 정부의 정책 시행에 따른 경제적 이해관계(비용-혜택)의 관점에서, 한국과 대만에서 보건의료체계의 발전과정은 어떤 경로를 밟았는가? (3장)
- 2) 제도의 자기-시행(반복)의 관점에서, 왜 한국과 대만에서 행위별수가제(FFS)는 반복되었는가? (4장)
- 3) 제도의 자기-강화/쇠퇴의 관점에서, 왜 한국에서 행위별수가제(FFS)에 대한 신념은 강화된 반면, 대만에서 이는 쇠퇴하였는가? (4장)

이하 3장과 4장에서는 이러한 질문들에 대한 답변을 각각 제시하고자 한다.

### Ⅲ. 한국과 대만의 보건의료체계의 발전과정: 역사적 고찰

앞서 설계된 모델(<표 2-1.>)에 준거하여, 이 장에서는 4장의 논의를 예비하기 위해 정부의 정책입안 및 집행의 관점에서 한국과 대만의 보건의료체계가 어떻게 발전했는지를 간략히 살펴볼 것이다. 즉 두 나라의 정부는 보건의료체제 수립에 따른 사회적 혜택과 비용을 어떻게 조정하는 방식으로 보건의료체계를 발전시켰는가? 이하에서 서술되는 각 절은 한국과 대만의 사례에서 선별적 체제와 시장개입 체제, 국민건강보험 확립 체제 및 비용통제 체제의 성립과정과 그 특성을 다룬다.

#### 1. 한국의 보건의료체계의 발전과정

##### 1.1 선별적 체제 (1945-1976년)

1945년 해방 이후, 한국은 3년의 미군정 시기를 거쳐 1948년 정부수립을 통해 건국되었다. 미군정이 한국의 보건의료체계에 미친 가장 큰 영향은 미국식 보건소 체계를 도입했다는 데 있다. 이후 한국 정부 역시 보건소 네트워크와 공공병원 확충을 통해 공공보건의료체계를 구축하려고 했다. 1968년에 발간된 보건사회부 산하 사회보장심의위원회(사보심)가 내놓은 사회개발 기본구상에 따르면, 정부는 1960년대 말에 189개소에 불과하던 보건소와 보건지소를 1985년까지 3,570개소로 확대한다는 계획을 수립했을 뿐 아니라, 1967년 64개소였던 국공립 및 시·도립병원을 1985년까지 134개소까지 확대하겠다는 시안을 가지고 있었다(김창엽 2012). 그러나 제한적인 자원만을 가지고 있었던 정부가 이러한 과제를 실제로 달성하기는 매우 어려웠다.<sup>24)</sup> 이같은 경향은 의료보험제도의 시행과정에서도 드러났다. 박정희

24) 정부가 조직적·재정적 자원을 충분히 제공하지 못했기 때문에, 공중보건 사업은 원활히 시행되지 못하였다. 일례로, 이 시기 보건소는 불충분한 예산과 인력을 인해 제대로 활동하지 못하였다. 당시 보건소는 의사 1명과 간호사 2명, 위생사 4명, 그리고 몇 명의

의 쿠데타 이후 소집된 국가재건최고회의에서는 의료보험법의 제정을 결의했다. 1963년 12월, 의료보험법(10장 54조 부칙)이 제정되어 300인 이상 사업장에 대해 조합을 임의로 설립할 수 있도록 한 것이다(신영전 2010, 34; 조영재 2008, 70-74; <표 3-1.> 참조). 그러나 “법체계의 형식만 있고 실질적 내용이 없는 내용적 부재”라는 평가가 보여주듯이, 강제적용 조항이 제외된 법은 큰 의미를 갖지 못하였다(김록호 1989, 139. 강명세 2006, 18에서 재인용.) 이후 의료보험법의 임의가입 조항이 야기하는 문제들을 해결하기 위해 몇 차례 입법 활동이 있었는데, 특히 1970년의 의료보험법 1차 개정은 주목할 만하다. 이 개정은 **노동자와 군인, 공무원**을 대상으로 강제 가입 조항을 도입하는 것이 골자였다. 그러나 이 역시 시행령과 시행규칙의 미비와 이후 집행노력의 부재로 인해 실시되지 못하였다(조영재 2008, 75; 강명세 2006, 17)

따라서 이 시기에는 민간부문에서 보건의료 문제를 해결하기 위한 자조적인 노력이 일어나기도 했다. 이미 1955년에는 부산노동병원이 설립되었는데, 이는 노동조합 조합원 및 그 직계존비속 등을 대상으로 하여 회비를 받아 운영했다. 당시 이 병원을 이용한 회원수가 약 3만 8천 명에 이르렀다. 또한 1968년에는 장기려 등이 설립한 ‘청십자의료보험조합’이 설립되었다(신영전 2010, 32-33). 그밖에도 민간병원이 조금씩 성장하였는데, 1946년 공익법인이 된 백병원을 비롯해, 을지병원(1960년), 서울제일병원(1963년), 고려병원(1968년) 등이 새로 설립되었다(김창엽 2012).

<표 3-1.> 한국의 보건의료체계의 발전과정: 건강보험제도의 시기별 변화

해당 연도	주요 제도적 변화
1963.12	의료보험법 제정
1964.6	의료보험법 시행령 제정
1970.8	의료보험법 1차 개정
1976.12	의료보험법 2차 개정
1977.7	의료보험 실시(500인 이상 사업장)
1977.12	공무원 및 사립학교교직원(공·교) 의료보험법 제정
1979.1	공무원 및 사립학교교직원 의료보험 적용

행정요원으로 구성되어 있었는데, 낮은 봉급과 과중한 업무 때문에 인력 충원에 많은 어려움을 겪었다. 이로 인해 보건소의 주업무는 전염병 관리에 그쳤고 그마저도 집단접종을 실시하는 데 그쳤다(조병희 1994, 113, 115).

1979.4	의료보험법 3차 개정(요양기관 강제지정)
1981.4	의료보험법 4차 개정(직종/지역조합 설립)
1981.12	의료보험법 5차 개정
1987.2	한방의료보험 실시
1988.1	농어촌 지역 의료보험 실시
1989.7	의료보험확대(도시자영업자)를 통한 전국민의료보험 실시
1997.12	국민의료보험법 제정
1998.10	국민의료보험관리공단 출범(지역조합과 공무원/교직원공단 통합)
1999.2	국민건강 <sup>25)</sup> 보험법 제정
2000.7	국민건강보험 통합실시 (국민건강보험공단 출범)

(자료: 조영재 2008, 67)

1960-70년대는 한국이 총체적 빈곤상태를 벗어나기 위해 경제개발에 주력하던 시기였으므로, 정부의 모든 노력이 이 부문에 경주되던 때였다(정무권 1993; 1996; 신광영 1999; 강명세 2006). 결과적으로 한국의 보건의료체계는 상대적으로 매우 제한된 자원으로 인구의 극히 일부만을 포괄할 수밖에 없었다. 1977년 전까지 총 27개의 의료보험조합<sup>26)</sup>이 전체 인구의 단지 0.46% (약 16만 명)만을 포괄하고 있었다는 사실은 이러한 사정을 여실히 보여준다(조영재 2008, 75). 요컨대 이 시기 한국의 보건의료체계는 극히 일부 집단만이 혜택을 받으며(CB), 비용 역시 일부 집단만이 부담하는(CC) **파편화되고 국지적인 형태**였다. 특히 노동자와 군인, 공무원과 같이 정권을 안정적으로 유지하기 위해 필요한 사회 내 핵심 집단에 대한 의료보험의 강제실시마저도 계획단계에서 실행단계로 이어지지 못했다는 점에서, 이는 극히 제한적인 형태의 선별적 체제였다고 평가할 수 있다.

## 1.2 시장개입 체제 (1977-1988년)

25) 재정통합일원화를 기점으로 기존의 의료보험제도는 건강보험제도로 명칭을 변경하였다.

26) 피용자 의료보험조합(제1종) 5개, 자영업자 의료보험조합(제2종)이 22개였다(조영재 2008, 75).

1976년의 2차 개정에 의해 1977년에 의료보험법이 실시되었다. 500인 이상 사업장의 피고용자를 대상으로 한 이 법률은 보건의료체계에 근본적인 변화를 야기했다. 무엇보다 그간 사실상 유명무실한 채로 남아있던 의료보험법이 강제시행이라는 구속력을 가지면서, 보건의료체계 내에 막대한 의료수요를 창출시켰다. 의료서비스 공급자 집단의 입장에서 볼 때 이는 엄청난 규모의 의료시장이 만들어진다는 것을 의미했다(조병희 1994, 199; 2006: 2009, 762; 유승흠 2007, 35-36; 김창엽 2012).

폭발적으로 증가하는 의료수요에 대처하기 위해 정부는 의료시설을 확충하는 데 노력을 기울였다. 이를 위해 정부는 정부지원과 차관을 앞세워 민간 자원을 동원하고자 하였다. 구체적으로 보면, 정부는 1978년부터 의료취약지역과 공단지역에 민간병원의 신설을 추진하였는데, 병원신설에 소요되는 자금을 충당하기 위하여 일본해외협력기금(OECF)과 독일재건은행기금(KFW)과 같은 외국차관을 도입하였다. 이러한 자금을 통해 건립된 병원은 구미의 순천향병원, 부산(사상)의 백병원, 마산의 고려병원 등이 대표적이다(김창엽 2012). 또한 1980년에는 지역 민간병원 계획을 수립하여 차관과 장기 저리융자 앞세움과 같은 재정지원을 통해 민간병원의 건립을 촉진하였다. 그 결과 정부지원 자금을 받아 신설된 병원은 65개소, 1985년까지 일본해외협력기금의 재원을 통해 신설된 병원은 153개에 이르렀다(김창엽 2012). 즉 이 시기 국가의 개입은 차관을 제공하는 형태로 이뤄졌는데, 이는 민간부문의 의료서비스 공급자 집단에 굉장한 특혜를 부여하는 것이었다. 실제로 이 시기에 한국의 상당수 병원들이 성장하였다. 아래의 표는 1970-80년대에 한국의 보건의료체계가 빠르게 성장했다는 사실을 잘 보여준다.

<표 3-2.> 연도별 의료기관의 수

연도	종합병원	병원	개인의원
1975	37	128	6,087
1980	82	240	6,334
1985	183	317	8,069
1990	228	328	10,935

(출처: 보건사회부, 1992. 『보건사회통계연보』, 조병희, 1994, 152에서 재인용.)

이를 통해 우리는 종합병원과 병원 및 개인의원이 모두 큰 폭으로 성장했다는 점을 알 수 있다. 특히 종합병원은 15년 만에 6배가 넘는 양적 성장을 보인 점이 주목할 만하다. 이 시기 보건의료체계의 발전이 민간부문의 급격한 성장을 토대로 한 것이라는 점을 확인하기 위해서는 다음의 표를 살펴볼 필요가 있다.

<표 3-3.> 소유형태별·병상규모별 의료기관의 수

소유형태	연도		병상규모(1982)			
	1971	1985	20-80	81-150	151-300	301 이상
국가	65	65	35	12	8	7
비영리재단	92	116	36	22	17	16
개인 (의료법인포함)	109	317	182	21	4	2
총계	266	498	253	55	29	25

(출처: 신영수, 1983. “의료기관간의 기능적 분화와 통합방안,” 한림대학교 사회의학연구소, 『의료공급의 효율화방안』, 연찬회보고서. 조병희, 1994, 153에서 재인용.)

의료보험법 2차 개정 이전인 1971년과 그 이후인 1985년을 비교해보면, 의료기관의 총 숫자의 증가뿐 아니라 민간부문(비영리재단+개인)의 의료기관이 큰 폭으로 늘어났음을 확인할 수 있다. 또한 병상규모의 측면에서도 대형 병상을 갖춘 민간부문의 의료기관이 공공부문을 크게 앞서고 있다.

그렇다면 정부의 시장개입에 따른 사회적 비용의 배분은 어떤 형태를 띠게 되었을까? 이전 체제가 특정 집단에 혜택과 비용이 집중되었다면, 이제는 그 비용이 매우 넓게 분산되었다. 이는 무엇보다 건강보험의 적용인구가 크게 확대되었기 때문이다. 아래의 표는 이 시기에 적용인구가 폭발적으로 늘어나는 과정을 보여준다.

### <표 3-4.> 한국에서 건강보험의 확대과정

시기	의료보험확대	의료보험 적용인구(%)
1977	의료보험의 실시	8.8
1979	공·교 의료보험 실시	21.2
1981	제1차 지역의료보험 시범사업	29.7
	직종의료보험 실시	
1982	제2차 지역의료보험시범사업 실시	35.1
1988	농어촌 지역의료보험 실시	69.5
1989	도시지역의료보험 실시	94.2

(출처: 통계청 1995. 『통계로 본 한국의 발자취』, 517. 조영재 2008, 83에서 재인용.)

요컨대, 시장개입 체제에서 정부는 의료보험을 실질적으로 실시함으로써 의료시장을 창출했다. 이는 의료서비스 공급자 집단에게 막대한 의료수요가 제시된다는 것을 의미했으며, 정부는 실제로 다양한 지원을 통해 민간부문 공급자 집단에 막대한 특혜를 제공했다(CB). 따라서 이전보다 혜택의 규모와 범위는 늘어났지만, 이는 민간부문을 큰 폭으로 성장시켰다는 점에서 여전히 특정 집단에 대한 혜택의 집중은 지속되었다고 볼 수 있다. 한편 점차적으로 의료보험의 적용인구가 확대되면서, 이전에 비해 정책 시행에 따른 사회적 비용은 분산되었다(DC). 그리고 이러한 비용의 분산은 1989년을 기점으로 (적어도 형식적으로는) 완성 단계에 이르게 된다.

### 1.3 국민건강보험 확립 체제 (1989-1999년)

1989년에 도시지역의 자영업자에게까지 건강보험의 적용이 확대되면서, 전 국민이 건강보험 대상자가 되었다. 즉 한국에서 보편적 건강보험제도가 실현된 것이다. 이제 모든 국민이 수혜대상이 되므로, 이전 체제에 비해 혜택은 널리 분산되었다고 평가할 수 있다. 또한 모든 국민이 사회보험에 가입하여 보험료를 지불하기 때문에 사회적 비용 역시 충분히 분산되었다고 할 수 있다. 그러나 이를 좀 더 자세히 살펴보면, 한국의 경우 보건의료체계 내에는 해소되지 않는 문제가 여전히 남아있었다. 이른바 **조합주의 대**



통합주의 논쟁으로 불리는 갈등이 그것이였다(조흥준 1999a; 1999b). 조합주의가 의료보험조합의 형태로 건강보험제도를 운영해야 한다는 입장인 반면, 통합주의는 다양한 의료보험조합을 일원화하여 통합해야 한다는 입장이었다. 양자의 입장을 구체적으로 비교해보면 다음 표와 같이 정리할 수 있다.

<표 3-5.> 조합방식과 통합방식의 비교

구분	조합방식	통합방식
조직구성 및 자격관리	지역, 직장, 지역별로 조직 조합별로 관리	전 국민 단일조직 전국 일원적 관리
보험료 부담	각기 조합 내에서 소득비례 차등부담	전 국민 계층 간 소득비례 차등부담
보험급여 적용	법정급여 균등 부가급여는 조합에 따라 차등	법정급여 균등
보험재정	조합별 독립재정 (위험분산 기능의 제한)	보험재정의 통합운용 (위험분산 기능의 확대)

(출처: 차흥봉 1996, 180)

주지하듯이, 한국의 건강보험제도는 1977년 의료보험조합에 대한 보험자의 강제가입을 시작으로 실제로 현실화되었다. 1989년부터 모든 국민이 건강보험의 대상자가 되었지만, 그간 400여 개가 넘게 존속해온 다양한 의료보험조합 간에는 재정 상태와 그에 따른 급여 지급에 큰 차이가 존재했다. 무엇보다 급속하게 건강보험을 확대해 오면서, 2차 산업 노동자들에게 적용되었던 조합주의 방식의 건강보험을 농어민과 도시의 자영업자에게 동일하게 적용함에 따라 많은 문제가 발생했다. 특히 농민에게 상대적으로 과도한 보험료의 부과, 농촌지역 의료시설의 열악한 상태, 그리고 진료권 설정에 따른 의료이용의 제약이 농어민들의 핵심적인 불만사항이었다(조영재 2008, 83, 86).

물론 조합주의와 통합주의 간의 논쟁이 이때부터 시작된 것은 아니었다. 이전부터 재정 및 관리운영상의 불안정성이 제도의 문제점이 지적된 바 있었고, 이미 정부는 1980년 1월 1일부터 1981년 5월 10일까지 전국의 603개 의료보험조합 가운데 피보험자수가 3,000명 미만인 398개 조합을 지역

별로 통폐합하였다. 이러한 개편 결과 19개의 지구 공동 의료보험조합이 생겨났다(신영전 2010, 39-40). 이 시기에 정부 부처인 보건사회부 내부에서 논쟁이 일어났다. 당시 통합을 주장하는 보사부는 의료보험 통합이 정부 재정의 투입을 최소화할 뿐 아니라 의료보험의 확대도 도모할 수 있다고 주장한 반면, 청와대에 파견된 보사부 관료들은 다양한 하나의 기준으로 다양한 피보험자에게 보험료를 부과할 수 없고 이는 통합 이후에도 정부의 부담과 책임을 가중시킬 것이라고 반박했다. 그러나 그 방법이 무엇이든 간에 양측이 모두 정부 재정과 책임의 최소화를 추구한다는 점은 동일했다(조영재 2008, 84-86; 차흥봉 1996). 1988년 농민들의 자발적 저항이 시작되고, 여기에 전국 40여 개 군단위의 의료보험대책위원회와 48개 단체가 참가한 ‘전국의료보험대책위원회’(의보대책위)가 개입하면서 통합운동이 고조되었다. 그 결과 1989년 3월 의료보험 통합을 골자로 하는 ‘국민의료보험법’이 국회 본회의에서 통과되었으나, 노태우 대통령의 거부권 행사로 입법이 무산되었다(신영전 2010, 41; 조영재 2008, 86-88). 이후 1994년에 다시 ‘의료보험통합일원화 및 보험적용확대를 위한 범국민연대회의’(의보연대회의)가 결성되어 활동을 시작하였고, 1998년에는 각계 단체 77개와 6개의 지역연대회를 포괄하는 광범위한 사회운동단체로 성장했다. 1997년 대통령 선거를 통해 집권한 김대중 정부는 의보통합을 대통령인수위 100대 과제로 선정한 데 이어 1998년 2월 6일 노사정위원회에서는 의료보험통합에 합의하였다. 1999년 1월 6일에는 국민건강보험법이 국회 본회의를 통과하였고, 2월 8일에는 국민건강보험법이 제정되었다.<sup>27)</sup> 2000년 7월 1일 국민건강보험법이 시행되어 국민의료보험관리공단과 139개의 직장의료보험조합이 통합하여 국민건강보험공단이 출범함으로써, 건강보험 통합과정은 마무리되었다(신영전 2010, 42-44; 조영재 2008, 90).<sup>28)</sup>

요컨대, 이 시기 한국의 보건의료체계는 1989년에 전 국민을 포괄하는 의료보험제도를 달성한 이후 다시 사회운동의 추동 하에 10년의 통합과정을 거침으로써 국민건강보험제도로 재편되었다. 따라서 건강보험제도는 사회보험의 형태를 띠지만 국민건강보험공단이 단일보험자가 됨으로써 사실상 보

27) 이에 대한 개정안은 1999년 12월 6일에 국회를 통과했다.

28) 2003년 7월 1일에는 지역보험과 직장보험의 재정이 일원화됨으로써 건강보험이 완전 통합되었다. 국민건강보험 통합과정에 대한 자세한 연표 및 사건 소개에 대해서는 조경애(2010)을 참조.

험료가 조세화되었다. 이는 곧 제도 시행의 사회적 비용이 폭넓게 분산된다는 것을 의미한다(DC). 또한 기존의 조합주의에서 발생했던 조합 간 재정 및 급여의 불균형이 해소됨으로써 실질적인 혜택의 분산 역시 실현되었다(DB).

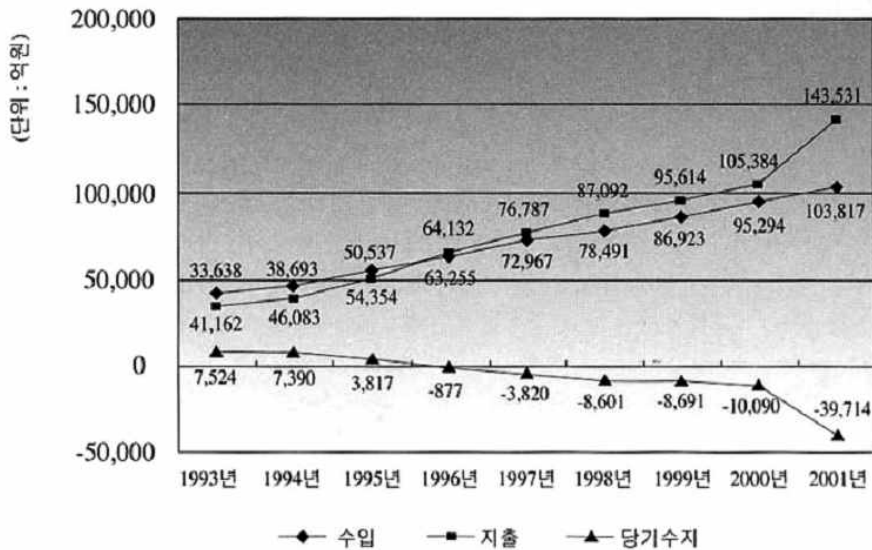
#### 1.4 비용통제 체제(2000년 이후)

앞서 살펴보았듯이, 1999년의 건강보험법의 제정 이후 한국의 보건의료체계는 2000년 7월 국민건강보험으로 통합되었다. 하지만 건강보험의 통합이 보건의료체계 내의 문제를 모두 해소한 것은 아니었다. 오히려 보편적 건강보험의 실시를 정부가 해결해야 할 더 많은 문제들을 야기했다. 특히 보편적 보험의 위상에 걸맞게 보험 급여의 보장성(generosity)<sup>29)</sup>을 높이면서도 안정적으로 보험재정을 운영해야 하는 추후과제가 대두했다. 그러나 건강보험은 이미 1996년부터 당기수지 적자를 보이고 있었으며, 건강보험 통합 직후인 2001년에는 역대 최고의 적자를 기록했다(이혜훈 2001). 아래 그림은 이러한 재정추이를 보여준다.

---

29) 세계보건기구(WHO)의 정의에 따르면, 보편적 보건의료(universal health care)의 차원은 단지 대상인구 전체를 포괄하는 것(who is insured?)뿐만 아니라 급여의 보장범위(which benefits are covered?)와 비용보상의 수준(what proportion of the costs is covered?)까지 고려해야 한다(David Stucukler, Andrea B. Feigl, Sanjay Basu, and Martin McKee 2010, 12). 따라서, 우리의 논의에서 본다면 보편적 건강보험은 이러한 세 가지 차원에서 모두 보편적인 방향으로 나아가야 하는 것이다.

[그림 3-1.] 건강보험의 재정추이



(출처: 보건복지부, 2001. 『내부자료』. 권순만(2001)에서 재인용.)

통합 이후 보험재정이 악화되면서, 정부는 서둘러 의료비를 감소시킬 비용 통제정책을 시도하고자 했다. 먼저 국민건강보험재정건전화특별법(건강보험 특별법)이 2001년에 제정되어 2004년에 개정 시행되었다. 담뭏값 인상을 통해 건강증진 부담금을 늘리면 건강증진기금의 확대를 예상할 수 있으므로, 이 법률은 건강보험의 지역급여비용 등에 대한 기금 지원율을 10%에서 15%로 높이는 대신 국고지원율을 40%에서 35%로 낮추려는 목적을 가졌다. 즉, 건강보험특별법을 통해 정부는 건강보험 재정에 대한 국고부담을 줄이는 대신 이를 기금 수입으로 충당했다(최용준 2005). 이는 궁극적으로 국민의 본인부담금을 높임으로써 보험재정 적자에 대처하려는 수요측면의 정책이었다. 그러나 이와 달리 공급측면의 비용통제정책들은 2000년대 초반에 연이어 시행에 실패했다. 1997년부터 시험사업으로 시행되어 2002년 확대 실시될 예정이었던 DRG가 공급자 집단의 반대로 2003년에 전면 실시가 무산되었다. 또한 공급자들의 진료행태를 변화시킬 목적으로 제안된 상대가치수가제 역시 공급자의 압력으로 수가를 동시에 상승시키는 방식으로 무력화되었다(Kwon and Reich 2005). 달리 말하자면, 정부 정책에 따른

사회적 비용을 축소시키려는 시도(DC→CC)가 한국에서는 계속해서 실패하고 있는 것이다. 이후에 자세히 다루겠지만, 이러한 정책들의 실패는 그 자체로 설명되어야 할 현상들이다. 그리고 이 글의 분석들에 따를 때, 그 원인은 무엇보다 지배적인 진료비 지불체계에 대한 공급자 집단의 신념이 어떻게 형성되고 지속되는지를 살펴봄으로써 이해할 수 있다. 4장에서는 바로 이러한 작업을 수행한다.

## 2. 대만의 보건의료체계의 발전과정

### 2.1 선별적 체제 (1945-70년)

대만은 아열대 기후에 위치하고 있었기 때문에 전염병이 빈번했다. 보건당국은 이에 대한 해법으로 포괄적인 공중보건 네트워크를 설립했다. 여기서 핵심은 보건소(health stations)를 전국 각지에 설치하는 것이었다. 이를 통해 정부는 말라리아나 콜레라와 같은 전염병을 퇴치하고 관련 예방접종을 실시하는 한편, 모자보건과 가족계획에 대해 홍보했다(Cheng and Chu 2008, 6; Chiang 2005, 72). 이는 제한된 자원을 가지고 낮은 비용으로 최대한의 성과를 거두려는 노력의 일환이었다. 그러나 이는 인구전체의 보건을 관리하는 정부의 최소한의 조치였을 뿐 핵심적인 요소는 아니었다. 정부의 근본적인 사회정책 기조는 보험제도의 실시를 통해 파악할 수 있는데, 이는 정책에 따른 혜택을 특정집단에 집중시키는 형태로 나타났다.

대만은 일찍이 1950년과 1958년에 각각 노공보험(勞工保險)과 공무원보험(公務人員保險)을 시행했다(<표 3-6.> 참조).<sup>30)</sup> 이는 특정집단에 대해 선별적 혜택을 부여했다는 점에서 비슷한 시기 한국의 경험과 유사하지만, 그 이유에는 뚜렷한 차이가 있다. 이 보험의 시행은 ‘이주정권’(移住政權)으로서 대만의 특성이 반영된 결과이기 때문이다.

---

30) 노공보험은 대만의 첫 번째 사회보험이었지만, 1956년에야 보건의료 급여(benefits)를 제공했다. 공무원 보험 또한 보건의료 급여를 제공했다(Chiang 2005, 77). 노공보험 및 공무원보험에 대한 구체적인 설명에 대해서는 Department of Health(2006), p.16을 참조.

<표 3-6.> 대만의 보건의료체계의 발전과정: 건강보험제도의 시기별 변화

해당 연도	주요 제도적 변화
1950.3	대만 지방정부에 의한 노동보험 규제 입법 공공부문 공장노동자 및 광부에 대한 노동보험 강제적용
1950.4	민간부문 공장노동자 및 광부에 대한 노동보험 강제적용(100인 이상 사업장)
1950.7	20인 이상 사업장 내 공장노동자에 대한 강제적용
1951.6	수공업장(craft workshops) 대상 강제적용
1953.5	어업 강제적용
1958.1	공무원보험법 제정
1958.7	대만 중앙정부에 의한 노동보험법 제정
1958.8	공무원 및 사립학교교원에 대한 공무원보험법 강제적용
1960.4	모든 공장노동자 및 광부에 대한 노동보험 강제적용
1961.7	무기공장 내 민간기술자에 대한 노동보험 강제적용
1961.9	민간 및 공립학교 내 기술자(technicians)에 대한 노동보험 강제적용
1965.8	퇴직 공무원에 대한 건강보험 강제적용
1970.	위생서(衛生署) 설립
1973.4	10인 이상 기업에 대한 노동보험 강제적용
1979.2	5인 이상 기업에 대한 노동보험 강제적용
1980.10	공무원보험법 하 사립학교교직원에 대한 건강보험 강제적용
1984.1	공무원보험법 하 사립학교교원에 대한 건강보험 강제적용
1985.7	공무원보험법 하 사립학교교직원 및 배우자에 대한 건강보험 강제적용
1988.10	노동보험 하 모든 농민들에 대한 건강보험 강제적용
1989.7	농민건강보험법 제정
1990.1	공무원보험법 하 사립학교교직원 부양가족에 대한 건강보험 강제적용
1994.4	공무원보험법 하 공무원 부모 및 미혼자녀에 대한 건강보험 강제적용
1995.3	전민건강보험제도 도입

(출처: Son 2001, 47)

주지하듯이, 중화민국(中華民國)의 장제스(蔣介石) 정권은 2차 세계대전이 끝난 1945년부터 1949년까지 공산당-국민당의 내전을 겪었고, 종국에는 대결에서 패퇴하여 대만성(臺灣省)에 자리를 잡았다. 대만은 1949년 국민당의 집권 이전부터 이른바 인종적 균열(ethnic cleavage)이 매우 복합적인 사회를 이루고 있었다. 포르투갈 상인들에 의해 아름다운 섬(Formosa, 美麗島)라 불린 17세기 이전부터 살고 있었던 원주민들과 이후 건너온 한인들 간의 균열과, 이후 한인들(“본성인(本省人)”) 내부의 “민남인”(閩南人)과 “객가인”(客家人)의 균열이 이미 존재하고 있었는데, 여기에 장제스 정권의 유입으로 인해 본성인과 “외성인”(外省人)의 균열이 추가되었다(왕푸창, 2008).<sup>31)</sup> 국민당(國民黨) 정권은 비록 대만을 통치하고 있었지만 정권의 핵심집단인 외성인은 인구의 극히 소수에 불과했다. 따라서 이들은 정권을 안정적으로 유지하기 위한 몇 가지 제도적 장치들을 고안해야 할 유인을 가지고 있었다. 정권유지에 핵심적인 집단들— 또는 역으로 말해 가장 강력한 잠재적 도전자들—인 공공부문 노동자와 공무원에 대한 관대한 사회보험 프로그램이 그러한 장치 중 하나였다. 대만 사회정책의 “권위주의적” 기원이 바로 여기에 있다(Mare and Carnes 2009, 99). 게다가 대륙 출신인 국민당 정부의 주요 관료들은 국민당이 중화민국을 건국하여 중국대륙을 통치했던 시기인 1920-40년 동안 사회보험을 운영해 본 경험을 가지고 있었다(Son 2001, 51-52). 따라서 대만이 건국 초기에 노공보험을 실시할 수 있었던 데에는 이러한 이주정권의 유인과 특성이 작용했다고 볼 수 있다.

물론 보건의료체계 내에서 선별적 체제가 작동하는 데 이러한 요인만 있었던 것은 아니다. 동아시아의 발전주의 국가가 공유하는 특징으로서 대만 역시 사회정책에 대한 경제성장의 우선순위 우위라는 정부의 정책기조가 관철되었다(최장집 1993; 신광영 1999; Cheng and Chu 2008, 6). 이는 곧 사회정책의 투자에 정부가 매우 소극적인 태도를 취한다는 것을 의미했다. 보건의료체계 전반의 인프라가 매우 부족한 상황에서, 개발도상국의 취약한 경제적 토대는 정부가 적극적으로 체계 건설에 나서지 못하는 결과를 낳았다. 그 결과 대만의 보건의료체계는 근본적으로 민간부문 중심의 서비스 전달이라는 특징을 갖게 되었다.

---

31) 대만사회의 인종적 균열, 이른바 ‘성적모순’(省籍矛盾)에 대한 본격적 고찰로는 다음을 참조. 천광성(2003); Yang(2007); 최원식·백영서 편(2012).

요컨대, 선별적 체제가 작동했던 이 시기 보건의료체계는 (공중보건 향상을 위한 일반적인 조치를 제외하고는) 특정집단에게 관대한 혜택을 집중시키는 특징을 가지고 있었다(CB). 따라서 이는 이러한 특정집단 외의 다른 집단들을 소외시키는 결과를 가져왔다(CC).

## 2.2 시장개입 체제 (1971-1994년)

1971년의 위생서(衛生署) 설립은 대만의 보건의료체계에 중요한 변화를 가져왔다. 위생서는 보건관련 사무를 관장하는 중앙정부 부처로서, 경제성장에 따라 점차 증대되는 국민의 의료수요에 적극적으로 대응하는 역할을 수행했다(Department of Health 2006, 8; Cheng and Chu 2008, 6). 먼저 의료 인력을 확충하기 위해 정부는 1972년부터 1976년까지 특별면허시험을 실시함으로써 2,724명의 퇴역 군의관들에게 진료권을 부여했다. 이와 더불어 의사를 더 많이 배출할 수 있도록 1975년과 1983년에 각각 공립 의과대학을 설립하였다. 1983년에는 집단진료센터(the group practice center, GPC) 프로그램을 도입하는 한편, 농촌지역에서 진료하는 의사들에게 순이익의 80%를 보너스로 지급함으로써 의료 인력의 지역 간 불균형을 해소하려는 정책을 시행했다(Lu and Chiang 2011, 91-92).

1985년에 시행된 위생서의 의료네트워크(Medical Care Network) 프로젝트는 전국적인 보건의료체계를 정립하는 데 중요한 기여를 하였다. 정부는 이미 1978년 공공병원을 기반으로 한 의료 네트워크 설립을 시도하였으나, 부분적으로 민간 병원산업의 급속한 성장으로 인해 실패한 바 있었다. 따라서 이번에는 공공부문과 민간부문 모두를 포괄한 네트워크를 고안하였다(Chiang 2005, 79). 이를 통해 정부는 전국을 17개 의료지구 및 63개의 소지구로 분할하여, 의료 인력의 불균등한 분포를 개선시키고 의료의 질을 높이고자 하였다. 구체적인 시책의 일환으로 정부는 향촌 단위에 더욱 많은 GPC 프로그램을 설립하는 한편, 두 차례(1985-1991년과 1992-1996년)에 걸쳐 172개의 일차의료센터(群醫中心)를 설립하였다. 또한 수련의 프로그램과 특수면허시험, 병원 인가(accreditation) 제도 등을 정비함으로써 전국적 수준에서 의료의 품질을 표준화하고자 하였다(Lu and Chiang 2011,



92-93; Cheng and Chu 2008, 7).

그러나 공급체계상의 형평성과 의료의 질을 개선하려는 이러한 시도는 역설적으로 민간 보건의료 부문을 발전시키고 이에 의존하는 발전경로를 강화시켰다. 이는 정부가 보건의료의 전국적인 인프라를 구축하면서도 민간부문에 대한 “자유방임적”(laissez faire) 정책을 취했기 때문이다(Cheng and Chu 2008, 7). 보건부는 의료 인력을 확충하는 과정에서 민간부문과 협력했다. 고도의 경제성장 하에서, 민간부문은 병원에 대한 더 많은 투자를 했을 뿐 아니라 대규모 병원 건설계획을 발주시켰다. 일례로 1976년 설립된 장경기념병원(長庚紀念醫院)은 오늘날 대만 최대의 민간 병원체인으로 성장하였는데, 이는 바로 이러한 맥락 하에서 설립되었다(Lu and Chiang 2011, 91).<sup>32)</sup> 이후 1980년대에는 이러한 기업의 의료시장 진출이 본격화되었다.<sup>33)</sup> 한편 전국적 의료 네트워크의 설립을 시도하던 중에도 정부의 민간 지원은 계속되었다. 1992년부터 정부는 100억 NT\$의 의료발전기금(醫療發展基金)을 통해 차관이자를 보조함으로써 민간병원들이 의료서비스가 부족한 지역들에 투자하도록 독려했다(Lu and Chiang 2011, 92-93; Cheng and Chu 2008, 7-8). 그 결과 1980-90년대에 대만의 병원수와 병상수는 급격히 증가했으며, 특히 민간부문의 성장이 두드러졌다. 아래의 표는 이러한 변화를 잘 보여준다.

<표 3-7.> 대만 보건의료체계의 병원수 및 병상수의 성장추이 (1950-1995)

연도	병원수			병상수		
	합계	공공부문	민간부문	합계	공공부문	민간부문
1950	60	44	16	3,670	3,320	350
1961*	174	51	123	7,847	5,594	2,253
1971*	272	56	216	21,793	8,001	13,792
1971**	283	67	216	35,177	21,385	13,792
1982**	613	77	536	59,348	31,652	27,696
1986**	835	85	750	70,662	29,792	40,870
1990**	827	91	732	83,733	35,768	47,965
1995**	787	95	692	101,430	39,922	61,580

32) 장경병원의 등장은 대만 보건의료체계를 변화시킨 사건이었다. 1994년 자료에 따르면, 장경병원은 설립 18년 만에 250병상에서 5600병상 규모로 급성장하였다(莊素玉 1994, 26).

33) 뤼젠더(呂建德) 교수와의 인터뷰(국립중정대학 사회복지학과, 2012년 2월 10일).

주\*: (기타 군영병원 외) 타이페이 시내 민간운영병원을 제외한 수치.

주\*\*: 민간 진료서비스를 제공하지 않는 군영병원급의 군용병상을 제외한 수치.

(출처: 呂建德 教授 資料)

한편 이 시기에는 주요 보험들이 여전히 인구의 일부만을 포괄하고 있었다. 그러나 1980-90년대를 경유하면서 대상 인구는 점차 확대되었다. 이는 사회보험의 시행으로 인한 비용이 분산된다는 것을 의미했다.全民건강보험이 도입되기 전까지 각 보험 별 가입자 현황을 좀 더 자세히 살펴보면 아래 표와 같다.

**<표 3-8.>全民건강보험 이전의 사회보험 프로그램별 가입자 현황 (1950-1994)**

연도	가입인구 수 (단위: 명)					총인구	가입인구 (%)
	공무원보험	노공보험	농민보험	기타	총계		
1950	-	128,625	-	-	128,625	7,544,399	1.70
1955	-	311,342	-	-	311,342	9,007,643	3.46
1960	203,909	528,980	-	-	732,889	10,850,685	6.75
1965	241,955	632,940	-	-	874,895	12,698,700	6.89
1970	298,667	905,610	-	-	1,204,277	14,753,911	8.16
1975	367,053	1,544,557	-	-	1,911,610	16,223,089	11.78
1980	435,455	2,538,125	-	-	2,973,580	17,866,008	16.64
1985	754,928	4,049,472	100,739	-	4,905,139	19,313,825	25.40
1990	1,078,449	6,852,978	1,571,296	130,292	9,699,015	20,401,305	47.22
1994	1,793,094	8,496,883	1,737,740	144,723	12,172,440	21,177,874	57.48

(출처: Cheng and Chu 2008, Table A1)

요컨대, 이 시기 정부는 의료수요의 증가에 대응하기 위해 보건의료 서비스의 공급체계 발전에 주력했다. 그러나 정부가 민간부문 병원의 발전을 지원하는 방식으로 문제를 해소하려 했기 때문에, 이는 민간부문의 병원산업을 급속히 확대시키는 결과를 야기했다(CB).<sup>34)</sup> 반면 여전히 인구의 일부만을 포괄하긴 했지만 적용인구가 점진적으로 증가하면서 정책에 따른 사회적 비용은 다수에게 점차 확산되었다(DC).

34) 따라서 의료 인력의 불균등을 해소하려는 정부의 시도가 시장 메커니즘을 억제하는 데 있어 미온적인 효과를 산출하는 데 그쳤다는 평가는 자연스러운 것이다(Lu and Chiang 2011, 93; Chiang 2005, 79).

## 2.3全民健康保險 確立 體制 (1995-1999年)

1995年 以前까지 勞工保險, 公務員保險 및 農民保險의 커버리지 비율은 여전히 制限적이어서, 1985년에는 全體人口의 25%, 1990년에는 48%, 1994년에는 57%만이 이러한 保險들에 가입되어 있었다(Cheng and Chu 2008, 8). 따라서 患者 本人부담금의 급격한 증가가 社會문제로 대두하고 있었다. 1995年 3월 1일에 全民健康保險이 도입되면서 대만은 보편적 健康 保險을 실시하게 되지만, 이에 대한 준비과정은 적어도 1980년대 중반까지 거슬러 올라간다.

1985년에 아버지 장제스의 뒤를 이어 대만의 總統이 된 장징궈(蔣經國)는 권위주의적 방식의 통치 전략이 시간이 지날수록 그 임계점에 도달하고 있다는 정세 파악 하에, 이미 1975년부터 점진적인 정치적 유화 정책을 진행 해 오고 있었다. ‘연성 권위주의 체제’(soft-authoritarian regime)로의 전환은 이같은 그의 정치 전략을 반영한 표현이다. 입법, 사법, 행정을 독점 한 외성인들의 고령화로 인해 더 이상 장제스 시절의 통치, 즉 대륙인들에 의한 권력 독점과 독재 정치가 점점 더 어려워질 것이라는 판단 아래서, 국내외 비판을 무마하고 잠재적인 국민적 저항을 사전에 예방하기 위한 정치적 개혁을 시도한 것이다(Wong 2004, ch.4; 최장집 1993; 신광영 1999, 128). 따라서 1986년에 단행된 계엄령의 폐지와 야당의 인정 조치는 대만 정치구도를 근본적으로 변화시켰다. 1990년 장징궈에 이어 總統에 오른 리 덩후이(李登輝)는 최초의 본성인 출신 總統으로서 장징궈와 마찬가지로 민주화를 위한 조치들을 취해나갔다. 따라서 한국의 민주화가 군사독재에 대한 대중의 격렬한 저항 속에서 집권세력의 후퇴가 강제된 것이었다면, 대만의 경우 민주화는 집권세력에 의해 주도된 **예방적 민주화**(preventive democratization)의 성격이 강했다(신광영, 1999: 153, 강조는 인용자).

대만의 全民健康保險의 도입 역시 이러한 정치적 맥락 하에서 이해할 수 있다. 1984년에 위궈화(俞國華) 총리는 행정원(行政院) 산하 경제건설위원회(經濟建設委員會, Council for Economic Planning and Development, CEPD)로 하여금 대만의 社會보장 프로그램에 대한 연구를 진행할 기획팀을 만들 것을 주문했고, 2년 후 기획팀은 2000년까지 보편적 健康保險을 도입할 것을 권고했다(Son 2001, 49-50; Lu and Chiang

2011, 94). 1989년에는 소관부서가 위생서로 이전되면서全民건강보험 추진을 위한 2기 위원회가 조직되었다. 여기서 하버드 대학 보건대학원 교수인 윌리엄 샤오(William Hsiao)를 중심으로 한 자문단이 꾸려졌다. 이들의 견해를 토대로 위생서는 1991년 2월에 국민보험계획실시반을 꾸려 업무 추진에 나섰다. 마침내 1993년 12월에全民건강보험 전담부서를 설치하기에 이른다(Son 2001, 50; 정석훈·이용균, 2010: 84). 그리고 1993년에 총리에 오른 련잔(連戰)은 사회복지가 정부 정책입안의 최우선순위라는 점을 다시 한 번 확인시켰다(Son 2001, 50).

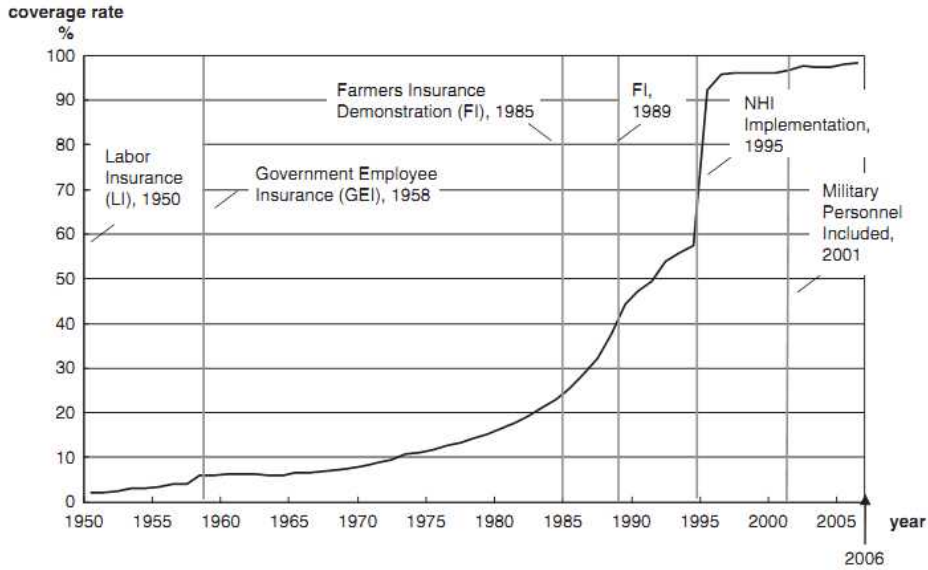
1992년의 입법원(立法院) 선거는 이전과 달리 입법원 의원 전체를 선출하는 최초의 선거로서 대만 민주화 과정에서 역사적 의미를 갖는다. 여기서 국민당은 52%의 지지를 얻어 102개 의석을 차지하였고, 민주진보당(民主進步黨, Democratic Progressive Party: DPP, 이하 민진당)<sup>35)</sup>은 31%의 지지로 52개 의석을 획득하였다. 사실상 대만 최초의 본격적 선거에서 의미 있는 의석을 확보한 민진당은 불평등과 사회복지와 같은 사회경제적 이슈들을 선점하면서 국민당의 지배력을 위협하였다(신광영 1999, 145). 따라서 국민당은 민주적 경쟁구도 하에서 민진당과 실질적인 정책 대결에 나설 수밖에 없었다. 대만의 건강보험의 통합주의적 전환은 바로 이같은 양당의 정책 경쟁에 의해 촉발된 것이었다. 물론 앞서 살펴본 것처럼, 이미 1980년대 중반부터 국민당은 보편적 건강보험제도의 도입을 준비하고 있었다. 하지만 선거 승리를 위한 민진당과의 경쟁이 없었다면 국민당의 주도권은 계속 유지될 수 없었을 것이다. 결국 1993년 국민당 정부는 1995년 총선과 1996년 대선을 앞두고 예정보다 5년을 앞당겨全民건강보험법안을 의회에 제출하였고, 법안은 심의를 거쳐 1994년 7월 19일 의회를 통과하였다. 그리고 1995년 3월 1일, 대만에서全民건강보험법이 발효되면서 '全民健康保險制度', NHI)가 실시되었다(Son 2001; 2002; Wong 2004, ch.4; 최병호 외 2005: 225-226; 박병현 외 2007).

아래 그림은 NHI 실시 이후 보험 적용인구가 급격히 늘어나는 양상을 보여준다.

---

35) 민주진보당은 정당 활동이 금지되었던 계엄령 하에서 정치적 자유를 위해 활동했던 이른바 당외(黨外)세력들이 주축이 되어 결성한 정당이었다.

[그림 3-2.] 건강보험 포괄인구의 확대과정



(출처: Lu and Chiang 2011, 96)

그러나 1995년의全民건강보험 도입 이후 3년 만에 대만은 보험재정 적자에 직면하게 된다. 이 문제를 해결하기 위해 국민당 정부는 다보험자 개혁(multi-carrier reform)을 제시하는데, 이를 둘러싸고 전 사회적인 규모의 의료정치(health politics)가 발생하였다. 1999년에 다보험자 개혁안이 입법원에서 소멸함으로써,全民건강보험은 단일보험자의 형태를 유지하게 된다.

요컨대, 대만全民건강보험의 ‘이른’ 도입은 권위주의 하에서 준비되었던 보편적 건강보험안이 민주화의 국면을 경유하면서 국민당과 야당인 민진당의 정책 경쟁, 결과적으로 선거 경쟁을 통해 촉진되면서 가능할 수 있었다. 이로써 정부는 전 국민을 포괄하는 건강보험제도를 실시하게 되었으며(DB),全民건강보험국을 단일보험자로 하는 이 제도 하에서 제도에 따른 사회적 비용은 폭넓게 분산되었다(DC). 그러나 다보험자 개혁이 야기한 정치사회적 변화가 예고했듯이, 이는 또 다른 변화의 시작이기도 했다.

## 2.4 비용통제 체제 (1998-2002년)

전민건강보험의 시행으로 인해 모든 국민이 보험대상에 포함되었다. 그러나 동시에 보험인구의 확대는 제도 운영에 있어 많은 과제들이 발생할 수 있다는 것을 의미했고, 그 중 보험재정의 안정적인 유지는 핵심적인 사안이였다. 전민건강보험은 1998년에 곧장 재정 적자를 겪게 되면서 다양한 대안들을 모색했다. 이는 곧 비용통제 개혁의 필요성이 발생했다는 것을 의미했다(李玉春 2001; 林欽法 2005). 앞서 언급했듯이, 다보험자 개혁은 이러한 대안으로 출현했던 것이지만 결국 법제화되지 못한 채 소멸했다. 대신 총액예산제가 새로운 해법으로 등장하면서 광범위한 합의를 얻었다. 총액예산제의 도입은 (지불제도 개혁의 성격을 갖는) 공급측면의 비용통제정책이었으므로, 이는 공급자 집단의 이윤추구 활동을 제약하는 방식으로 의료비를 감소시키는 것이었다(CC). 총액예산제는 1998년 치과부문을 시작으로, 1999년 중의부문, 2001년 의원급을 거쳐 2002년에 병원급으로 확대되어 전면 실시되었다(莊逸洲等 2003). 아래 표는 보험의 도입 이듬해인 1996년부터 총액예산제가 공급자 집단 전체에 실시된 2003년까지의 보험 수입과 지출의 증가율 추이를 보여준다. 이를 통해 당시 비용통제 개혁이 비교적 성공적인 결과를 냈음을 알 수 있다.

<표 3-9.> 전민건강보험 수입 및 지출 증가율 (1996-2003, 단위: %)

성장률	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
보험 세수	4.8	1.0	6.9	1.7	7.7	0.3	7.5	9.5
의료비 지출	20.2	6.6	10.3	9.1	-0.6	6.2	7.1	4.3
격차	-15.4	-5.6	-3.4	-7.4	8.2	-5.8	0.4	5.2

(출처: Cheng and Chu 2008, Table A13)

그러나 이 글 전체의 논의에서 중요한 것은 대만에서는 의료서비스 공급자 집단에 대한 이러한 비용통제정책(총액예산제)이 수용되었던 반면, 왜 한국에서는 그렇지 않았는가라는 질문이다. 따라서 정치사회적 및 제도적

변화에 대해 공급자 집단이 어떻게 반응하고 대처했는가는 우리의 논의에서 매우 중요한 주제가 된다. 2장에서 설계한 분석들은 바로 이러한 문제의식 하에서 나온 것이다. 이 주제를 다루는 것이 바로 다음 장의 과제이다.

## IV. 한국과 대만의 보건의료체계: 내생적 제도변화의 동학

이 글의 분석틀(<표 2-2.>)에 따르면, 한국과 대만의 보건의료체계에서 지불제도 개혁 양상의 차이는 의료서비스 공급자 집단이 특정 지불제도, 즉 행위별수가제(FFS)가 자신의 이해관계를 높일 것이라는 신념과 그에 따른 행동을 고수할 수 있는가의 여부에 근거한다. 그리고 이러한 신념의 반복과 강화/쇠퇴는 두 나라의 상이한 제도적 요소들과 유사-매개변수(병원-의원(의사)의 관계)의 상이한 작동방식에 의해 결정된다. 이하에서 각 절은 두 나라에서 이러한 공급자 집단의 신념이 반복되는 메커니즘과 자기-강화 또는 쇠퇴하는 메커니즘에 대해 차례로 분석한다. 이는 기존연구들이 가지고 있는 한계, 즉 한국과 대만의 의료가 갖는 특수성에 대한 충분한 고려 없이 단지 의사를 근대적인 합리적 행위자로서 가정하는 사고방식의 문제점(조병희 2003, 37)을 정정해줄 수 있을 것이다. 물론 이는 의사들이 합리적으로 사고하거나 행위하지 않는다는 말이 아니다. 그러나 이들이 갖는 신념과 행동은 두 나라에서 상이한 방식으로 추구되거나 변화된다. 따라서, 이 장은 일반적인 분석틀 하에서 양국에서 나타나는 이러한 차이(특수성)를 내생적으로 설명하는 것을 목적으로 한다.

### 1. 한국의 보건의료체계: 내생적 제도변화의 동학

#### 1.1 한국에서 행위별수가제 반복의 메커니즘

##### 1.1.1 개업주의의 형성과 지속

의료서비스 공급자 집단의 입장에서 볼 때, 한국의 보건의료체계의 초기 발전은 개업의 제도가 어떻게 확립되었는지를 살펴보는 과정과 동연적이다. 전문주의와 대별되는 개념으로서 ‘개업주의’는 한국에서 공급자 집단, 특히



의사 집단의 형성과 발전이 서구와는 매우 다른 경로를 노정하게 만드는 원인이 되었다. 개업주의는 종합병원을 중심으로 의사들이 업무에 대한 분업체계를 형성하는 대신, 개인 소유의 의료기관을 개업하는 진료방식을 통칭한다(조병희 2006, 286; 1994, 72). 그리고 이 시기 지불체계는 행위별수가제였다. 한국에서 개업주의가 형성되어 확립되는 과정을 좀 더 자세히 살펴보기 위해서는 먼저 한국의 초기 보건의료정책을 검토할 필요가 있다. 앞서 3장에서 보았듯이, 1945년 이후 3년 간 지속된 미군정의 제도설계는 보건의료체계에도 큰 영향을 미쳤다. 무엇보다 이 시기에 미국식 보건행정체계가 뿌리를 내렸다. 미국식 체계의 핵심은 공공부문과 민간부문의 기능적 구분에 있다. 즉 전자가 보건소를 중심으로 한 공중보건사업과 빈민 의료서비스를 담당하고, 후자는 일반 국민들에 대한 의료서비스를 제공하는 방식이 그것이다(조병희 1994, 112-113). 그러나 1950-60년대는 전반적인 재정체계의 결핍으로 인해 이러한 기능적 분담이 제대로 실현되지 못했다. 의료부문에 대해 국가 예산이 제대로 할당되지 못하면서, 공공병원인 시·도립병원들은 시간이 지나면서 점점 낙후되었다.<sup>36)</sup> 이는 곧 의료시설을 유지하고 확충할 수 없을 뿐 아니라 병원에 재직하는 의사들에 대한 경제적 보상을 원활히 할 수 없다는 것을 의미했다. 따라서 의사들은 점차 독립병원 근무를 기피하고 별도로 개인 진료소를 꾸려 운영하기 시작했다. 이는 공립병원체계를 의료서비스의 주요 원동력으로 삼았으며 민간부문의 규모가 작았던 일제식민기의 모습과는 대조되는 것이었다(조병희 1994, 119, 95).

한편 미국 의학의 영향으로 인해 이 시기에 전문의 제도가 도입되었다. 이를 위해 의과대학을 졸업한 후 실시되는 수련의 제도가 1959년에 국가 공인을 받게 되었다. 이러한 제도의 변화로 인해 대다수의 의대졸업생이 전문의 과정을 지망하여 자격을 취득하게 되는데, 1970년에 이르면 전체 의사의 28.2%가 전문의가 된다(조병희 1994, 133). 아래의 표는 1962년과 1969년 의사의 고용상태를 비교해서 보여준다.

---

36) 단적인 사례로, 1960년 대한병원협회의 조사에 따르면 당시 시·도립병원의 70%가 수세식 화장실을 갖추고 있지 못한 것으로 나타났다(조병희 1994, 119).

<표 4-1.> 의사의 고용상태: 1962년과 1969년 비교

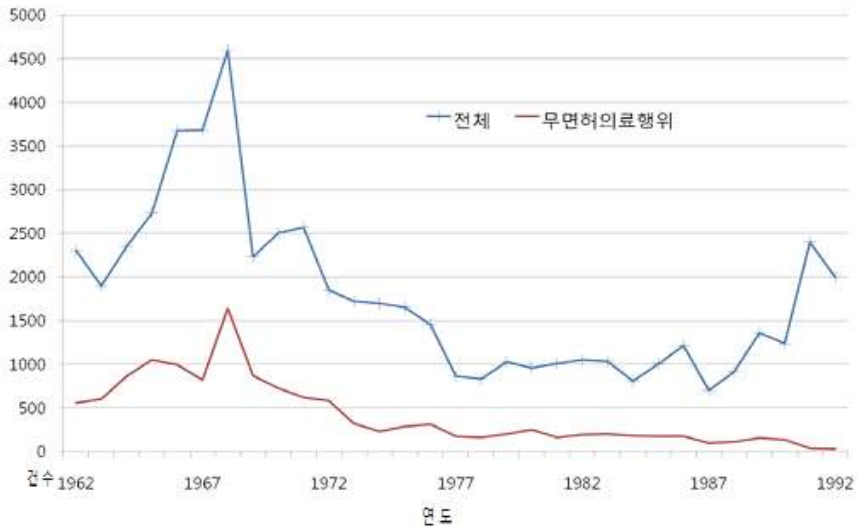
고용상태	1962	1969	1969 (전문의)
개인 개업	3,660 (71)	4,488 (69.8)	1,395 (59.5)
의대교수	387 (7.5)	574 (8.9)	417 (17.8)
공립병원	585 (11.4)	517 (8.0)	345 (14.7)
보건행정직	184 (3.6)	194 (3.0)	-
재단병원	261 (5.1)	318 (4.9)	188 (8.1)
개인병원	77 (1.5)	346 (5.4)	-
소계	5,154 (100.0)	6,434 (100.0)	2,345 (100.0)
인턴·레지던트	256	1,036	-
군입대	820	1,233	276
무직	260	416	180
불명	100	506	158
총계	6,590	9,625	2,959

\*주: 괄호 안의 숫자는 전체 의사수 중 고용상태 별로 차지하는 비중(%)

(출처: 대한의학협회, 1960. 『전국의료기관조사보고서』; 1970. 『보건의료연감』. 조병희 1994, 136에서 재인용.)

한편 이러한 제도의 정비는 같은 시기 한의사와 약사, 그리고 무자격 의사와 같은 경쟁 집단들의 출현에 의사들이 대응하는 한 가지 방식으로 기능했다. 특히 무면허 의료행위를 포함한 부정 의료업자들에 대한 단속은 1960년대 후반 급격히 증가했다가 이후 가파른 감소세를 나타내는데, 아래 그림은 이러한 경향을 잘 보여준다. 말하자면, 이는 이 시기에 의료전문직이 제도적으로 확립된다는 하나의 증거가 된다.

[그림 4-1.] 부정 의료업자 단속건수 (1962-1992)



(출처: 보건사회부, 『보건사회통계연보』 (1962-1992). 김수진 외(2011)에서 재인용.)

그러나 이러한 변화를 이해하는 데 있어 주의해야 할 점은 전문의 중심 체제가 작동할 수 있는 조건을 갖추고 있는 미국과 달리, 한국은 이러한 물질적·제도적 조건을 결여하고 있었다는 것이다. 앞서 확인했듯이, 정부가 공공병원에 충분한 재정적 지원을 하지 못함으로써 보건의료체계의 공공부문이 쇠퇴하고 대신 빠른 속도로 민간부문이 성장하는 경향이 나타났다. 이 과정에서 한국의 보건의료체계는 미국식 제도를 수용함으로써 보다 전문적인 의학적 지식을 갖춘 의료 인력, 즉 전문의가 등장하게 되었다. 그러나 전문적인 연구와 진료를 병행할 수 있는 병원이 부재하는 데다 의료서비스에 대한 유효수요가 충분하지 않은 상황에서, 전문의들의 개업은 본래 의도한 목적에 부합하기보다는 이들이 단지 기존의 일반의를 대체하는 결과를 야기했다(조병희 1994, 137).

전문 의 제도 도입 초기에 이러한 결과는 전문의들이 일반의들과 경쟁을 해야 한다는 것을 의미했고, 따라서 전문의들은 자신의 전문과목 진료 외에 일반진료를 병행하는 방식으로 대응했다(조병희 1994, 155; 김수진 외 2011). 전문의의 이러한 일반의화는 개업의로서 이윤추구를 위한 불가피한 선택이었지만, 이는 동시에 한국에서 의사들의 정체성을 규정하는 중요한

특징이 되었다. 무엇보다 국가로부터 공인 받은 전문적 지식을 하나의 “우월한 시장능력의 표현”으로 인식함으로써, 이들은 의료의 고급화를 추구했다. 당시 한국의 경제적 조건과 일반 국민들의 의료 욕구를 고려하지 않은 보건의료체계 전반의 이러한 경향은 진료비를 증가시키면서 결과적으로 적정한 의료수요의 창출에도 실패하는 악순환으로 귀결되었다(조병희 1994, 136-137). 그러나 그만큼 이러한 이윤추구의 방식은 행위별수가제라는 지불제도의 특징과 매우 잘 맞아떨어지는 것이었다. 행위별 수가제는 의사의 진료 행위 당 비용을 지불하는 것이므로 시장에서의 거래와 같은 개념으로 이해되었다. 이제 의사들은 생존을 위하여 개업을 하게 되고 개업을 통한 성공을 지향하게 되었다(조병희 2000, 207; 1994, 72-73; 김수진 외 2011; cf. 음상준 2010; 김용익 2011). 그리고 한국에서 확립된 개업의 제도와 개업주의는 행위별수가제를 통해 작동하였다.

요컨대, 건강보험제도가 실질적으로 도입되기 이전까지 개업의 제도를 근간으로 한 의사 집단의 행위별수가제에 대한 신념은 별다른 변화 없이 유지되었다. 다시 말해, 개업의 중심의 보건의료체계에서 행위별수가제는 핵심적인 이윤추구의 수단으로서 공급자 집단에게 수용되었다.

### 1.1.2 건강보험 실시에 따른 유인체계의 재편성

1977년, 개정된 의료보험법의 시행은 의료서비스 공급자 집단에게 심대한 영향을 미쳤다. 무엇보다 의료보험제도를 실시하면서, 정부는 재정 부담을 최소화하기 위해 당시 관행적인 의료 수가의 42% 선에서 보험수가를 결정하였다(조병희 1994, 207). 공급자 집단의 입장에서 보면 이렇게 낮은 수준의 진료비를 사실상 정부가 정하는 방식은 기존에 이들이 획득할 수 있었던 수익과 비교할 때 심대한 손실을 의미하는 것이었다. 또한 정부는 이러한 수가에 불만을 가지고 보험환자의 진료를 거부할 것을 대비해 모든 의료기관을 의료보험 요양기관으로 지정하는 당연지정제를 실시하였다. 이로써 어떤 의료기관이라도 보험에 가입되어 있는 환자에 대해 진료를 제공하도록 강제되었다(조병희 2009, 761; 1994; 2006; 사공진 2007; 김용익 2011). 따라서 이같은 손실에도 불구하고 공급자 집단이 의료보험제도를 수용한 까닭을 단지 권위주의 국가의 강제력에 의존해 설명하기는 어렵다. 이들의 관점에서 볼 때 제도의 도입에 순응할 수 있었던 가장 큰 원인은 보

험제도가 새로운 의료수요를 창출하는 역할을 수행했기 때문이다(유승흠 2007; 김창엽 2012; cf. 사공진 2007). 말하자면, 이들은 저수가-당연지정제와 의료수요 창출이라는 **맞교환**(trade-off)을 받아들인 것이다.

앞서 살펴보았듯이, 1960-70년대에 한국의 보건의료체계 내에서 개업의 제도가 확립되었지만, 대부분의 국민들이 의료비를 지불할 수 있는 여력이 충분치 않아 의료수요는 여전히 불충분한 상태로 남아있었다. 이러한 상황에서, 보험료 납부를 통해 진료비를 공동부담(pooling)할 수 있는 사회보험의 시행은 일반 국민들이 이전보다 훨씬 용이하게 의료 서비스를 이용할 수 있도록 해주었다. 그리고 이는 곧 폭발적인 의료수요의 증가로 이어졌다.

그렇다면 구체적으로 공급자 집단은 이러한 환경의 변화에 어떤 방식으로 대응했는지 살펴볼 필요가 있다. 이들의 이윤추구 전략은 크게 두 가지로 나뉘었다. 첫째, 공급자 집단은 정부의 보건의료정책의 성격을 적극적으로 활용하였다. 정부는 낮은 수가를 강제하여 이를 확실하게 고수하는 규제정책을 취했지만, 규제의 여타 측면에 대해서는 공급자 집단의 재량권을 상당 부분 허용했다. 따라서 적어도 서비스 공급의 차원에서 정부의 정책은 “자유주의적”인 성격을 강하게 띠었다(조병희 2009, 757; 김용익 2011). 이러한 특징을 활용해 공급자 집단은 저수가의 강요로 잃은 수익들을 상쇄하거나 심지어 넘어서 수 있는 이윤창출의 경로를 모색하였다. 따라서 이들은 보험에 적용되지 않는 의료서비스 항목들, 이른바 ‘비급여’<sup>37)</sup> 부문을 새로 만들거나 자주 활용하는 방식을 취했다. 둘째, 공급자 집단은 이른바 ‘박리다매’ 형 진료방식을 추구하였다. 보험제도의 도입으로 인해 저수가가 강제되었지만, 기존의 행위별수가제는 의사의 진료행위 당 비용을 받는 지불제도이기 때문에 진료를 많이 할수록 더 많은 수입을 얻을 수 있었다. 따라서 매우 짧은 시간 동안 환자를 보는 “3분 진료”가 보건의료체계 내에 구조화되었다(조병희 2009, 763-764).

이러한 유인체계의 재편성은 행위별수가제에 대한 공급자 집단의 신념과 행동에 어떤 영향을 미쳤는가? 공급자 집단의 행위별수가제에 대한 신념은 개업의 제도의 확립을 통해 지속되어왔다. 하지만 저수가의 강제조정을 골자로 한 건강보험제도의 도입은 이들로 하여금 기존의 수익 창출에 큰 손

---

37) 대표적으로 초음파 진단이나 자기공명장치(MRI)와 같은 고가의 진단장비 사용이 여기에 해당한다.

실을 야기할 수밖에 없었다. 그러나 공급자 집단은 이러한 변화 속에서 정부규제의 맹점을 공략하는 한편, 행위별수가제의 특징을 최대한 활용하여 박리다매 방식의 진료체계를 정착시켰다. 요컨대, 제도변화에도 불구하고 한국에서 행위별수가제에 대한 공급자 집단의 신념은 반복(지속)되었다.

## 1.2 한국에서 행위별수가제 자기-강화의 메커니즘

이 절에서는 행위별수가제에 대한 신념이 한국의 공급자 집단에 의해 어떻게 반복될 수 있었는지를 토대로, 이러한 신념이 두 번의 중대전기(critical juncture)를 거치면서 어떻게 스스로 강화될 수 있었는지를 분석한다. 여기서 두 번의 중대전기는 각각 1980-90년대, 특히 1990년대에 진행된 보건의료체계의 근본적 전환과 2000년에 시행된 의약분업을 가리킨다. 전자를 통해 한국의 공급자 집단은 보건의료체계 내부의 모순을 인지하면서 보건의료체계를 둘러싼 문제들에 불만을 가지게 된다. 그러나 건강보험의 제도적 논리가 공급자 집단에게 역설적인 방식으로 작동했을 뿐 아니라, 의약분업 사태를 경유하게 되면서 행위별수가제에 대한 신념은 오히려 강화된다.

### 1.2.1 1980-90년대의 한국 보건의료체계의 전환

앞서 살펴보았듯이, 공급자 집단은 건강보험 도입이라는 환경변화가 강제하는 이윤 압박의 요소들을 의료수요 창출을 맞교환으로 수용했다. 그리고 이들은 박리다매형 진료방식과 비급여 부문의 활용을 통해 행위별수가제에 대한 자신들의 신념과 행동을 반복하였다. 그러나 1980년대를 경유하면서 한국의 보건의료체계는 병원의 급격한 성장을 목도하게 된다. 1980년대에는 대체로 개인병원의 종합병원으로의 진화가 주요한 성장 유형이었다면, 1990년대에는 대기업의 의료시장 진출이 두드러졌다. 특히 후자의 경향은 기존 보건의료체계의 구조를 근본적으로 변화시켰다. 구체적인 내용을 살펴보면, 1989년에 서울아산병원(서울중앙병원)<sup>38)</sup>이, 1994년에는 삼성의료원이

---

38) 1989년 서울중앙병원으로 개원하여, 2002년 4월 27일 서울아산병원으로 명칭으로 변경

개원했으며, 대우와 한진과 같은 대기업들 역시 병원 사업에 참여하게 되었다(김창엽 2012; 김수진 외 2011). 아래의 표는 1990년대까지의 주요 대기업들이 설립한 병원들의 설립 양상을 보여준다.

<표 4-2.> 주요 대기업이 설립한 병원 현황

대기업	병원	설립연도	병상수
현대	서울중앙병원	1989	2,200
	금강병원	1989	140
	해성병원	1987	450
	홍천병원	1989	100
	정읍병원	1978	465
	인제병원	1977	102
	보성병원	1977	100
	보령병원	1979	200
	영덕병원	1979	100
	강릉병원	1996	500
삼성	삼성의료원	1994	1,100
	강북삼성병원	1968	100
	마산삼성병원	1981	588
대우	아주대병원	1994	750
	옥포대우병원	1983	200
	신안병원	1979	30
	무주병원	1979	20
	완도병원	1979	20
	진도병원	1979	10
	대우중공업부속병원	1977	25
한진	인하병원	1985	474
	인하대부속병원	1996	750

(출처: 조병희 1997, 75; 성장기 1995, 52를 통합)

또한 이 시기는 주요 대학병원들이 분원을 신설하거나 여타 병원들에 대해 모자(母子)병원의 관계를 설정하는 방식으로 세력을 확장시키는 과정이 나타났다. 이를 통해 대학병원들은 의료시장 내에서 자신들의 힘을 강화시키고자 하였으며, 이 중에는 초대형병원(이른바 ‘BIG 5’)<sup>39)</sup>으로 성장한 서

---

하였다.

을대 병원, 세브란스 병원, 가톨릭대 병원이 포함된다. 아래 표는 1980-90년대 당시 대학병원들의 성장세를 보여준다.

<표 4-3.> 분원을 설치한 대학병원 현황

병원명	설립년도	설립형태	병상수
가톨릭대학교의대 강남성모병원	1980	재단법인	834
가톨릭대학교의대 성모병원	1936	재단법인	625
가톨릭대학교의대 성바오로병원	1961	재단법인	430
가톨릭대학교의대 성모자애병원	1962	재단법인	405
가톨릭대학교의대 성가병원	1962	재단법인	405
가톨릭대학교의대 성빈센트	1967	재단법인	498
가톨릭대학교의대 대전성모병원	1975	재단법인	498
가톨릭대학교의대 의정부성모병원	1976	재단법인	228
건국대학교의대부속 민중병원	1931	학교법인	409
건국대학교의대부속 신라병원	1989	학교법인	228
경희대학교의대부속병원	1971	학교법인	1,070
경희대학교의대 분당차병원	1995	학교법인	497
계명대학교의대부속 동산병원	1899	학교법인	800
계명대학교의대부속 경주동산병원	1991	학교법인	78
고려대학교의대부속 안암병원	1941	학교법인	1,050
고려대학교의대부속 구로병원	1983	학교법인	600
고려대학교의대부속 안산병원	1985	학교법인	150
고려대학교의대부속 여주병원	1984	학교법인	50
동국대학교의대부속 경주병원	1991	학교법인	408
동국대학교의대부속 포항병원	1988	학교법인	378
서울대학교병원	1978	특수법인	1,546
서울대학교 분당병원 <sup>40)</sup>	2003	특수법인	879
순천향대학교의대부속병원	1974	학교법인	800
순천향대학교 구미병원	1979	의료법인	450
순천향대학교 음성병원	1984	의료법인	120

39) 통상적으로 여기에는 앞서 언급한 서울아산병원과 삼성의료원이 포함된다.

40) 분당병원은 1992년 교육부로부터 병원건립사업 승인을 받아 2003년에 완공되었으며, 2013년에 리모델링을 거쳐 총 1356병상 규모의 초대형병원이 되었다(조명덕 2013).



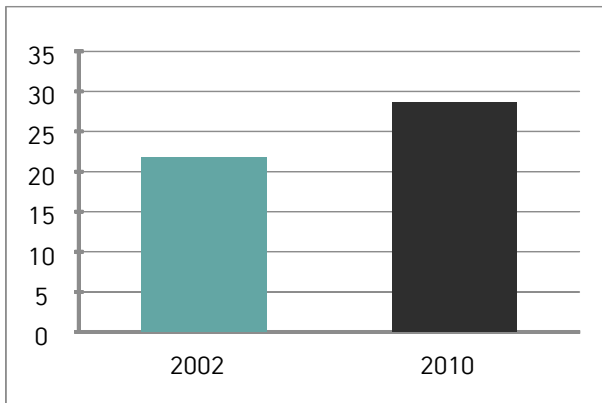
병원명	설립년도	설립형태	병상수
연세대학교의대부속 세브란스병원	1885	학교법인	1470
연세대학교의대부속 영동세브란스병원	1983	학교법인	532
연세대학교의대부속 용인세브란스병원	1983	학교법인	150
연세대학교의대부속 광주세브란스병원	1993	학교법인	200
연세대학교의대부속 인천세브란스병원	1983	학교법인	200
연세대원주의대부속 원주기독병원	1959	학교법인	698
이화여자대학교의대부속 동대문병원	1887	학교법인	482
이화여자대학교의대부속 목동병원	1993	학교법인	544
인제대학교의대부속 서울백병원	1932	학교법인	500
인제대학교의대부속 상계백병원	1989	학교법인	505
인제대학교의대부속 부산백병원	1979	학교법인	700
인하대학교의대 부속병원	1996	학교법인	750
인하대학교의대 인하병원	1981	학교법인	474
중앙대학교의대부속 필동병원	1968	학교법인	400
중앙대학교의대부속 용산병원	1984	학교법인	400
한림대학교의대부속 한강성심병원	1971	학교법인	570
한림대학교의대부속 강남성심병원	1980	학교법인	450
한림대학교의대부속 강동성심병원	1986	학교법인	722
한림대학교의대부속 동산성심병원	1977	학교법인	202
한림대학교의대부속 춘천성심병원	1984	학교법인	500
한양대학교의대부속병원	1972	학교법인	1100
한양대학교의대부속 구리병원	1995	학교법인	500

(출처: 성장기 1995, 60-61. 일부 추가.)

이러한 변화가 근본적이었던 까닭은 몇몇 초대형병원들이 시장을 과점함에 따라 중소병원들과 개인의원들이 위축되기 시작했기 때문이다. 이와 동시에 경제수준이 높아지면서 국민들의 의료 수요가 더욱 늘어났고, 이는 공급자 집단 간 경쟁으로 이어졌다(서남규 2009; 김수진 외 2011). 따라서 대병원과 의원 간의 갈등이 심화되었다. 또한 병원 간에도 계층화가 진행되어, 중소병원의 재정 위기가 심화되었다. 예컨대 1991년의 중소병원의 병상 이용율은 52.1%로, 이는 일반 국립병원의 89.1%, 공립병원의 107.4%, 법

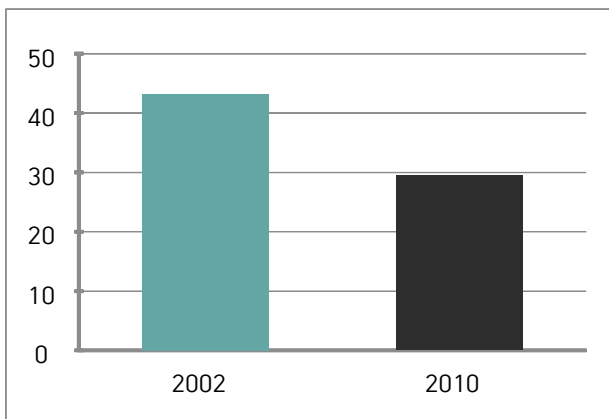
인병원의 86.6%에 크게 못 미치는 수준이었다. 이는 곧 중소병원들이 환자 유치에 어려움을 겪고 있다는 것을 의미한다(조병희 1994, 204-205). 이같은 현상은 2000년 이후에도 여전히 진행 중이며, 근본적인 이유는 동일하다. 예컨대 아래의 두 그림은 그에 따른 문제점을 보여주는데, 이를 통해 우리는 한국에서 대형병원의 외래진료가 확장되고 있는 상황과 그에 따라 중소병원 및 의원외 진료기능이 위축되고 있는 상황을 파악할 수 있다.

[그림 4-2.] 상급종합병원의 외래수입 비중



(출처: 김용익 2012)

[그림 4-3.] 건강보험 급여비 중 동네병원 비중



(출처: 김용익 2012)

그렇다면, 공급자 집단 내부에서 발생한 이러한 계층화 현상은 행위별수가

제에 대한 공급자 집단의 신념에 어떤 영향을 미쳤는가? 일단 이 현상이 행위별수가제 자체에 영향을 미쳤다고 판단할 수는 없다. 중소병원이나 의원이 갈수록 환자유치 경쟁에서 밀리면서 기존의 보건의료체계, 특히 저수가 방식에 큰 불만을 가진 것은 분명하지만, 이러한 불만이 행위별수가제에 대한 이들의 신념을 변경시키거나 약화시키지는 않았기 때문이다. 그러나 이 시기 발생한 환경의 변화는 향후 제시될 비용통제 개혁을 저지시킬 수 있는 중요한 조직적 자원을 공급자 집단에게 제공했다는 점에서 중요한 의미를 갖는다. 즉 1990년대의 상황은 보건의료체계 내부의 구조적·조직적 변화를 반영하고 있었음에도 불구하고, 저수와 당연지정제라는 제도 하에서 공급자 집단— 특히 중소병원과 의원들<sup>41)</sup> —은 불평등의 원인을 정부가 설정한 제도에서만 찾았다(조병희 2009. 768-772). 따라서 문제가 악화될수록 이들의 불만은 수가가 지나치게 낮다는 주장으로 집결되었다. 하지만 자신들의 이해관계가 침해받는 상황의 원인을 보건의료체계의 조직적 전환에서 찾지 않고 정부의 기존 보건의료정책에 대한 비판을 통해 이해했다는 점에서, 이는 정확한 현상인식에 근거한 결집이 아니었다. 요컨대, 역설적이게도 공급자 집단 간 계층화 현상은 이들 내에서 **오인된 연합**(coalition by misconception)이 형성되는 토대를 만들어 주었다. 그리고 이러한 연합은 의약분업 사태를 경유하면서 (병원과 의원을 포함해) 거의 모든 공급자 집단을 결집시킴으로써 더욱 공고화되었다.

### 1.2.2 의약분업의 계기

1980-90년대에 보건의료체계 내에서 공급자 집단 간 계층화와 그에 따른 불평등이 심화되면서 이들이 정부의 규제정책에 대해 갖는 불만의 정도도 높아졌다. 특히 낮은 수가(와 요양기관에 대한 당연지정제<sup>42)</sup>)를 모든 보건의료 문제의 원인으로 간주하는 경향이 강해졌다. 그리고 의약분업은 공급자 집단의 이러한 불만이 폭발적인 형태로 분출한 사건이었다. 궁극적으로 이는 행위별수가제에 대한 공급자 집단의 신념을 강화시키는 계기가 되었

---

41) 앞서 언급했듯이, 이들은 대체로 개업의(의원)이거나 이후 중소병원으로 발전하였기 때문에 본질적으로 동일한 집단이며, 대학병원이나 대기업이 설립한 대형병원과는 성격상 구분된다.

42) 2000년, 의사집단은 헌법 10조의 행복추구권 조항 위배를 근거로 요양기관 당연지정제 폐지를 위한 위헌소송을 제기한 바 있다.

다.

의약분업은 의사의 대체조제와 약사의 임의조제를 금지하고, 환자가 투약을 받을 때는 의사의 처방전에 의해 약사가 조제하도록 정하는 것을 말한다. 즉 진단과 처방은 의사가, 조제와 투약은 약사가 전담하도록 하는 제도다. 사실 의약분업은 이미 1963년에 약사법에 명기가 되어 있었던 만큼 오랜 갈등의 역사를 가지고 있는 사안이었다. 의사는 약을 직접 조제함으로써 약가 마진을 가져갈 수 있었고, 약사들은 임의조제를 통해 1차의료 담당자의 권한을 행사했기 때문에 첨예한 이해관계의 대립이 존재했다(조병희 2003, 91-92; 한동운 2006). 다시 말해, 건강보험 통합과 달리 의약분업은 공급자 집단 간의 실질적인 이해관계를 건드리는 문제였기 때문에 민감한 사안일 수밖에 없었다. 이들의 의견 대립을 구체적으로 정리하면 다음의 표와 같다.

<표 4-4.> 의사와 약사의 의견대립 사항

항목	의사회	약사회
실시시기	단계별 실시	전면 동시실시
대상기관	모든 의료기관과 약국 (병원협회는 병원 제외)	모든 의료기관과 약국
약품분류	처방약, 비처방약, 슈퍼약	전문 및 일반의약품
주사제 포함여부	제외	포함
대체조제 허용범위	의사의 대체조제 허용에 의해서만 가능	일반명 처방에 의한 광범위한 대체조제 허용
일반의약품 판매	30일 (또는 7일치) 판매	자유판매
약사의 조제기록부 작성	의무적 작성	의무부과 반대

(출처: 조병희 2003, 94)

의약분업을 둘러싼 구체적인 사건이 전개과정은 아래 표에 정리되어 있다.

<표 4-5.> 의약분업사태의 전개<sup>43)</sup>

전개과정	시기와 주요사건	대립구도	쟁점
시동기 (1997-1999.3)	1998.5 의약분업 추진위 결성 1998.11 참여연대 약가마진 발표 1999.3.9. 의약분업 1년 연기	· 정부, 국민회 의 정책추진 · 의사회-약사 회 대립	· 의약분업 원칙 · 실시시기 · 실시방법
협력기 (1999.3-1999.12)	1999.5.10. 3자 합의안 도출 1999.11.15. 실거래가 상환제 실시 1999.12.7. 약사법 개정안 국회통과	· 시민단체 주도 · 병원에 대한 시민단체, 의 사, 약사의 연합전선 구축	· 의약분업 원칙합의 · 세부사항 합의
갈등 전기 (1999.12-2000.6)	1999.11.30. 의사회 최초집회 2000.1.8. 의쟁투 결성 2000.2.17. 여의도 집회 2000.4.4. 집단휴진 2000.6.20.-6.26 1차 파업	· 시민단체와 의료계(개업 의사 주도) 대립 · 자연발생적 붕괴	· 의권쟁취 · 임의조제, 대체조제 · 의료보험 수가
갈등 후기 (2000.7-2000.11)	2000.7.1. 의약분업 실시 2000.7.29. 전공의 전면파업 2000.8.7. 복지부 장관 교체 2000.8.31. 대정부요구안 발표 2000.11.11. 정부-의사 협상안 합의	· 정부와 의료 계(전공의 주 도) 간 대립 · 조직적 저항 과 홍보	· 임의조제, 대체조제 · 의료개혁

43) 시민사회운동의 관점에서 의약분업을 서술한 글로는 신영전(2010), p.46을 참조.

(출처: 홍경표, 2000. “의약분업 추진경과”(인의협 내부문건) 및 전공의 비상대책위원회, 2000. “의약분업역사연표”(내부문건), 조병희 2003, 82에서 재인용.)

1994년의 한약분쟁 이후 개정된 약사법 부칙에는 “동법 시행 후 3-5년의 범위 (1997년 7월~1999년 7월) 내에 대통령이 정한 날로부터 의약분업을 시행”하도록 되어있었고, 1997년 대통령 선거 당시 김대중 후보 측은 이를 100대 과제로 명시한 바 있었다. 따라서 다음해 국민의 정부에서는 보건복지부의 주도 하에 정책을 준비하여 1999년에 의약분업을 전면 실시하기로 했다. 하지만 공급자 집단이 정책 시행을 계속적으로 연기하려고 하면서, 의약분업에 찬성하는 시민단체가 관여하여 이들과 대립하였다. 이를 통해 의사회는 의약분업에 대한 반대를, 약사회는 찬성으로 입장이 정리되기 시작하였다. 1998년 12월, 김용익 교수가 대표가 되어 의사회와 약사회 간의 협상을 추진하였다. 김용익이 제시한 이른바 ‘국민회의 안’은 병원을 강제 분업 대상기관에 포함시키고, 분업대상 의약품에 주사제를 포함하며, 약사가 일반의약품을 판매할 때 소분판매를 금지하는 내용을 담고 있었다. 1999년 2월 24일에는 그간의 협상 결과를 토대로, 의약분업이 1년 유예되는 대신 의사회와 약사회가 “시민단체와 함께 2개월 이내에 합의를 도출”한다는 내용의 합의문이 발표되었다. 이후 국민회의 안을 토대로 하되 유예기간을 삭제함으로써 완전한 전면실시를 결정한 시민단체안이 의사회와 약사회의 합의로 1999년 5월 10일에 발표되었다.<sup>44)</sup> 그리고 정부는 이 안을 수용하여 1999년 12월 7일 약사법 개정안이 국회 본회의를 통과하게 되었다. 그러나 의사회와 병원협회는 약사의 임의조제를 막을 수단이 보장되지 않았다는 이유로 정부의 결정에 반대를 표명했다(한동운 2006; 조병희 2003, 4장).

1999년 11월에 의사회의 최초 집회가 발생한 데 이어 이듬해인 2000년에는 6월의 의사파업에 이르기까지, 의사집단은 점차 강력한 형태로 자신들의 입장을 표출하기 시작했다. 특히 2000년 6월에 발표된 의사회의 주장(<표 4-6.>)에는 이들의 견해가 잘 드러나 있다.

---

44) 그러나 병원협회는 병원이 의약분업 강제대상에 포함된 데 반발하여 이 협상에서 이탈하였다.

#### <표 4-6.> 의사회의 10대 주장

- ① 의약품 분류는 국민건강을 기준으로 하여 전면 재분류하라.
- ② 정부는 지역의료보험 재정 50% 지원약속을 즉시 이행하라.
- ③ 약사법을 즉각 재개정하라.
- ④ 약화사고의 책임소재를 법적, 제도적으로 분명히 하고, 무과실 약화사고에 대한 대책을 국가가 마련하라.
- ⑤ 의사의 진료권을 침해하는 약사의 임의진료 행위를 근절하라.
- ⑥ 국민의 피해를 최소화하도록 정부가 주도하여 의약분업시범사업을 즉각 실시하라.
- ⑦ 의사와 약사가 각기 진료와 조제에 전념할 수 있도록 의사의 처방료와 약사의 조제료를 현실화하라.
- ⑧ 국민건강의료보험법 독소조항 제거, 심사평가원의 완전 독립 등을 보장하라.
- ⑨ 의약분업의 시행에 앞서 완전한 의료전달체계를 확립하라.
- ⑩ 무책임한 보건복지부 장관과 잘못된 의약분업 정책입안자들을 문책하라.

(출처: 조병희 2003, 165.)

그렇다면 의약분업의 촉발과 그 경과를 어떻게 행위별수가제에 대한 공급자 집단의 신념을 자기-강화시키는 계기로 작용하였는가? 의약분업 사태가 진행됨에 따라 의사집단은 전체적으로 그 결집력이 크게 높아졌다. 이는 민간-공공의 구분과 병원의 규모 차이, 그리고 의원(의사)과 병원 간의 구분이 무색할 정도로 의사집단 전체가 정부의 해당 정책에 반대했다는 의미에서 그렇다. 실제로 일부 응급실을 제외하고는, 파업기간 중 전국의 모든 병원과 의원들이 일제히 문을 닫았고, 입원환자의 상당수는 조기퇴원을 종용당했다. 의대교수 및 의과대학생도 의사파업에 동참하였을 뿐 아니라, 의사 출신으로 복지부에서 의약분업 업무를 담당하던 공무원조차 의협계시판에 의약분업을 비판하는 글을 게재할 정도였다(조병희 2003, 182, 174). 특히 의약분업에 대한 집단적인 반대운동은 공급자 집단의 중핵이라고 할 수 있는 병원과 의원이 한 목소리를 냈으므로써 가능했다. 병원과 의원 간의 연합이라는 유사-매개변수의 역할이 작동하게 되는 지점이 여기서다. 의약분업 사

태를 경유하면서 반대운동을 진행하기 위해 이들의 연합은 강화되었다. 앞서 검토했듯이, 1990년대를 거치면서 공급자 집단은 병원과 의원, 그리고 병원 내부에서도 소득 격차를 경험했고, 이는 심각한 계층화와 갈등을 유발시켰다. 그러나 이들은 갈등의 원인을 기존의 보건의료 정책에서 찾음으로써 오인된 연합을 만들어냈다. 그리고 이제 의약분업의 국면에서 나타난 병원과 의원 간 연합의 강화로 인해 이러한 오인된 연합은 더욱 확장되고 공고화되었다. 요컨대, 의약분업이라는 외생적 충격의 결과로 병원과 의원 간 연합에 변화가 발생했고, 이는 다시 공급자 집단의 결집력을 강화시키는 원인으로 작동했다(유사-매개변수의 내생적 변수화). 이렇게 특정 정세 하에서 강화된 공급자 집단의 연합은 의약분업 이후 정부가 추진하는 공급측면의 비용통제개혁에 대한 완강한 반대의 핵심이 되었다. 한국의 보건의료체계에서 공급자 집단의 이윤추구 활동은 행위별수가제를 근간으로 이뤄졌으므로, 정부 개혁에 대한 이들의 반대는 행위별수가제를 고수하는 신념과 행동을 강화시켰던 것이다.

## 2. 대만의 보건의료체계: 내생적 제도변화의 동학

### 2.1 대만에서 행위별수가제 반복의 메커니즘: 차별적 수가제의 효과

과거 일본의 식민통치를 받은 경험의 유사성 때문에, 대만의 보건의료체계에는 한국과 공유하는 특징들이 많이 가지고 있었다. 예컨대 대만의 총독부는 서양식 의과대학을 설치하고 상당수의 공립병원을 설립함으로써 공급자 집단을 체계적으로 확충해나갔다. 마찬가지로, 조선총독부 역시 공공보건의료체계를 확립하는 데 주력했다(김창엽 2012; 조병희 1994). 또한 일본의 의사들은 의약품의 조제와 처방을 통해 많은 이윤을 얻었는데, 이러한 관행은 대만에도 이식되어 의약분업의 시행<sup>45)</sup>을 어렵게 만드는 유산으로 작동

---

45) 일본은 법률에 의해 의사의 조제권을 제한하고는 있지만, 실제로는 환자들의 요구에 의해 의사가 여전히 조제를 할 수 있는 임의분업을 취하고 있다. 한편 대만은全民건강보



하고 있다. 물론 이들과 달리 한국은 2000년에 의약분업을 실시하게 되지만, 이전까지 의사의 조제 관행은 한국 보건의료체계가 일본 및 대만과 공유하는 가장 뚜렷한 특징 중 하나였다. 병원들이 대규모 외래 부서를 설치하여 운영하는 점도 일본의 통치의 영향으로 볼 수 있는데(Lu and Chiang 2011, 87), 이는 한국과 대만 모두에서 의료서비스 이용량이 많은 까닭을 설명해주는 특징이다. 양국의 보험가입자들이 모두 행위별수가제를 통해 공급자 집단에게 진료비를 상환했다는 점 역시 주지의 사실이다.

하지만 한국과 대별되는 대만의 보건의료체계의 중요한 특징 중 하나는 사회보험이 실시될 때부터 병원과 의원에 독립적으로 적용되는 차별적 수가표(differential fee schedule)가 존재했다는 점이다. 앞서 3장에서 확인한 것처럼,全民건강보험 도입 이전 대만의 건강보험은 노공보험과 공무원보험 및 농민보험에서 제공하는 건강급여의 형태로 운영되었다. 별개의 보험 프로그램들은 상이한 급여 패키지<sup>46)</sup>와 고유한 지불청구 규칙 및 지불비율(payment rates)을 가지고 있었다. 또한 세 프로그램은 모두 개별적으로 선택된 공급자들과 계약을 맺어 운영되었다(Lu and Hsiao 2003, 83). 그런데 공급자들 가운데 병원은 보험자와 별개의 수가표를 협상할 권리를 보유하고 있었다. 이는 무엇보다 대규모 민간병원들이 단일 수가표로는 다양한 유형의 의료기관에서 환자들에게 제공하는 상이한 수준의 품질을 반영하지 못한다고 주장했기 때문이다. 뿐만 아니라 병원들은 차별적 수가를 활용해 정부로부터 더 높은 가격을 받아내기 위해 사실상 담합권력(de facto cartel power)을 활용하기도 했다(Wong 2004, 77). 따라서 대만의 보건의료체계는 병원과 의원에게 각기 다르게 적용되는 이원적인 지불체계(two-tiered payment system)의 특징을 가지게 되었다(Wong 2004, 54, 강조는 인용자). 이렇게 병원들이 차별화된 수가표를 이용해 이윤을 추구하

---

함이 실시된 이후인 1997년부터 의약분업이 시행하고 있지만, 환자가 병의원 자체에서 조제투약을 받거나 원외처방전을 받아 외부 약사에 의한 조제투약을 받는 양자택일이 가능하다. 이는 대만의 의약분업이 직능분업의 형태로서 의사가 의료기관 내에 약국을 개설하여 약사를 고용할 수 있기 때문이다. 따라서 한국과 같은 강제적이고 완전한 의약분업으로 간주하기는 힘들며, 여전히 일본과 유사성을 더 많이 갖고 있다고 볼 수 있다(이용균 2011, 8-9; 《약국신문》 2000년 9월 18일; cf.李玉春 2001).

46) 보험별로 가입자들이 받을 수 있는 급여의 종류에는 큰 차이가 있었다. 아래의 표는 공무원보험이 노공보험 및 농민보험에 비해 상당히 관대한 수준의 급여를 제공했음을 보여준다. 물론全民건강보험이 제공하는 급여는 아래의 모든 항목을 포괄한다(Cheng and Chu 2008, Table A8).

<표 4-7.>全民건강보험 이전 사회보험 프로그램들의 급여범위

자, 의원들은 수익을 확보하는 데 있어 압박을 겪게 되었다. 자신들보다 규모가 큰 병원들로 인해 상실한 소득을 회복하기 위해서, 의원의 일차의들(primary care physicians)은 과잉진료를 하는 경향이 있었다(Wong 2004, 54). 이는 대만의 높은 의료서비스 이용률의 원인이 되는 것이다. 일례로, 1994년에는 가입자 인구 중 일인당 일 년 평균 의사방문 횟수는 12회를 초과했다(Chiang 2005, 83). 또한 정부에서 정한 단일한 수가체계가 존재하지 않았기 때문에, 의원에서 일하는 의사(개업의)들은 보험대상이 아닌 환자들에 대해 진료비를 인상했다(Wong 2004, 54).<sup>47)</sup> 말하자면, 이는 동일한 서비스를 제공한다 하더라도 다른 사람들에게 각기 다른 진료량을 부과할 수 있다는 의미가 된다(Lu and Hsiao 2003, 84). 따라서 어떤 형태를 취하든 간에, 대만 의료서비스의 전형적인 특징인 “낮은 진료비와 많은 진료량”(低價高量) 법칙이 관철될 수 있었다(Cheng and Chu 2008, 19).

요컨대, 행위별수가제 하에서 차별적 수가표가 적용되면서, 병원은 규모의 우위를 통해 고도의 이윤 추구를 수행할 수 있었다. 그리고 이는 병원의 고

항목	노공보험 및 농민보험	공무원보험
외래진료(門診)	○	○
입원진료(住院)	○	○
출산(生產)	-	○
가정진료(居家照護)	-	○
정신의학 공동재활(精神社區復健)	-	-
호스피스 가정진료(安寧療護計畫)	-	-
약국, 검사실 및 산파서비스 (藥局, 檢驗所, 助產士服務)	-	-
벽지 보건의료(偏僻地區服務促進方案)	-	-
산전진찰(產前檢查)	-	○
선천적 기형 검사(先天缺陷篩檢)	-	○
아동예방보건(兒童豫防保健)	-	-
아동치과예방서비스(兒童牙齒豫防保健服務)	-	-
성인건강 및 자궁경부세포진검사 (成人健檢, 子宮頸抹片劍士)	-	○
복강경담낭절제술(腹腔鏡膽囊切除術)	-	○
자기공명장치(MRI)	-	○
방사선치료(射線治療)	-	○
여타 고가장비(其他高科技, PET)	-	-

47) 따라서 그 작동원리를 감안할 때, 이는 한국에서의 “비급여”(uninsured benefits)와 동일한 형태의 이윤추구 방식으로 볼 수 있다.

성장으로 귀결되었다. 반면 수익 경쟁에서 큰 압박을 받았던 의원은 이를 상쇄하기 위한 생존의 차원에서 더욱 더 행위별수가제를 고수했다. 행위별수가제의 맹점을 활용한 과잉진료와 “비급여”의 확대가 그 방법이었다.<sup>48)</sup> 이렇게 행위별수가제를 통한 유인을 갖게 됨으로써, 대만의 보건의료체계 내에서 행위별수가제에 대한 공급자 집단의 신념은 반복되었다. 그러나 이 윤택구의 구조와 결과에 있어 병원과 의원 간의 차이가 분명했기 때문에, 양자 간의 집단적 결집력은 크지 않았다. 즉 이들은 공급자 집단이라는 큰 틀에서는 동질감을 느끼고 있었지만, 매우 파편화된 형태로 존재했다.

## 2.2 대만에서 행위별수가제 자기-쇠퇴의 메커니즘

### 2.2.1 건강보험의 실시와 병원산업의 성장

3장에서 확인한 바와 같이, 대만의 보건의료체계는 1995년을 기점으로 보편적인 건강보험제도를 도입했다. 공급자 집단의 관점에서 주목할 만한 전민건강보험제도의 특징들이 몇 가지 있다. 우선 전민건강보험은 이전과 달리 전국적이고 단일한 수가표를 확립했다(Lu and Hsiao 2003; Cheng 2003; Wong 2004; Chiang 2005, 81; Lu and Chiang 2011, 97). 뿐만 아니라 전민건강보험 하에서 제정된 수가는 이전보다 관대한 수준으로 상승했다(Chiang 2005, 81). 구체적으로 보면, 정부는 새로운 수가표를 만들지 않고 이전에 노공보험과 공무원보험에서 사용하던 수가표의 상대가치표준(the relative value scales)을 채택했다. 대신 1996년을 기준으로 할 때 수가는 노공보험의 수가보다는 17-34%가 더 높았으며, 입원진료의 경우에는 19-33%가 더 높았다(Cheng 2003, 67).<sup>49)</sup>

48) 물론 ‘논리적’으로 본다면, 병원의 불균등한 이윤추구라는 현실과 직면해 의원들이 지불체계의 변화를 요구할 수도 있다. 그러나 일반적으로 행위별수가제가 가장 시장친화적인 지불제도 중 하나이며, 그 밖의 지불제도는 어떤 형태로든 진료행위에 대한 공급자 집단의 자유를 제약할 수 있다는 점에서 이들이 다른 선택지를 취하기는 매우 어려웠다. 즉, (공급자 집단의) 선호는 (보건의료체계의) 제도에 제약된다.

49) 물론 건강보험의 수가가 노공보험의 이전 수가보다는 크게 높았지만, 그렇다고 해서 이것이 건강보험 도입 이전의 일반적인 진료비보다 높다고 말할 수는 없다. 대만의 전문가들은 전민건강보험이 지불하는 수가의 절대수준이 지나치게 낮으며, 많은 수가들이 원가 이하라고 믿는 것으로 보인다(Cheng 2003, 67).

의원들에게 전국적인 단일 수가표의 확립은 이전의 차별적 수가표로 인한 불리함을 제거한다는 점에서, 이들에게는 건강보험제도를 받아들일 유인이 있었다고 볼 수 있다. 그러나 공급자 집단 전체의 관점에서 볼 때 가장 중요한 유인은 **관리비용의 감소**에 있었다.全民건강보험의 실시 이전까지 대만에서는 세 가지 주요한 사회보험 프로그램을 총 13개의 보험조합이 관리 운영하고 있었다.<sup>50)</sup> 이러한 상이한 운영방식은 보험자들로 하여금 자체적인 관리운영에 추가적인 비용을 발생시킬 뿐 아니라, 공급자 집단에 대한 관리 비용 역시 별도로 부과하는 문제가 있었다. 하지만 단일보험자인全民건강보험국 하에서 실시되는 “보편적이고 단일한 보고절차와 비용청구체계”는 이러한 관리비용을 크게 감소시켰다. 그리고 의원과 병원 역시 단일보험자 체계의 확립에 따른 이점을 알고 있었다(Lu and Hsiao 2003, 83).<sup>51)</sup> 요컨대, 병원과 의원 모두全民건강보험에 참여할 유인은 충분했다고 볼 수 있다.

또한 한국과 마찬가지로,全民건강보험의 실시는 의료수요를 크게 증가시켰다(예컨대, Chiang 1995, 237). 특히 대만은 1995년 이전까지 각종 사회보험의 포괄인구가 57% 정도에 그쳤기 때문에,全民건강보험의 도입과 더불어 1년 만에 전체인구의 90%가 넘는 수가 보험대상이 되었다(<표 3-8>, [그림 3-2.] 참조). 이는 급여 지출과 보건의료체계의 성장을 급격히 촉진시켰다. 특히 한국과 마찬가지로 의료서비스 공급을 민간부문에 크게 의존하고 있는 대만의 조건 하에서, 이는 시장화 경향과 그에 따른 민간부문의 성장을 더욱 가속화하는 것이었다. 그리고 이는 공급자 집단 간 경쟁과 갈등을 촉진했다. 그 구체적인 작동방식을 몇 가지 살펴보자. 우선 건강보험제도 하에서는 동일한 진료 유형이라 하더라도 의료기관의 상황은 그 기관이 인가받은 지위(accreditation status)<sup>52)</sup>에 근거했기 때문에, 이는 의료기관

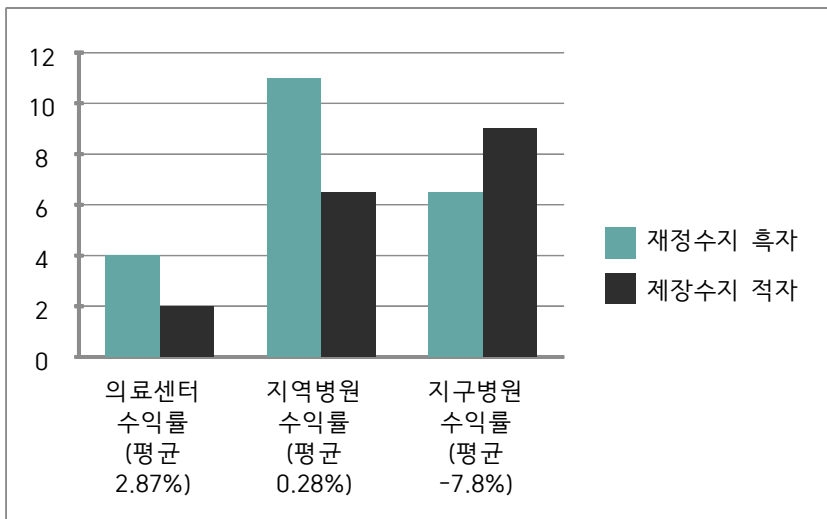
50) 청원후이(鄭文輝) 교수와의 인터뷰(국립중정대학 사회복지학과, 2012년 2월 10일).

51) 따라서 대만에서全民건강보험의 실시—보편적 건강보험(1989년)과 건강보험 통합(2000년)이 시기적으로 구분되는 한국과 달리, 대만은 1995년에 ‘보편적’ 건강보험 실시와 보험자 ‘일원화’(통합)를 동시에 달성했다 —는 한국에서 국민건강보험의 통합에 대해 의료서비스 공급자 집단(의사들)이 찬성했던 이유와 동일한 효과를 냈다고 볼 수 있다. 한국에서도, 적자에 시달리던 조합의 진료비 체불과 같은 문제를 해결하려는 경제적 동기에서 의사들이 건강보험 통합에 순응했기 때문이다. 당시 청와대와 보건사회부에서 통합업무를 담당했던 김종대의 증언에 따르면, “조합이 여러 개 나뉘어 있는데 따른 불편함”과 같은 관리운영상의 난점이 의사들이 통합에 찬성하는 입장을 갖게 된 중요한 동기였다(조영재 2008, 87, 101-102).

52) 대만의 보건의료체계는 크게 세 단계로 나뉘는데, 향촌(鄉鎮) 단위와 지구(地區) 단위.

들이 보다 상급병원이 되고자 하는 유인을 조장했다. 따라서 건강보험의 도입 이후 의료기관의 평균 병상수가 크게 증가했으며,<sup>53)</sup> 보험재정의 지출 역시 몇몇 대규모 병원들에게 불균등하게 집중되었다(Lu and Chiang 2011, 97). 또한全民건강보험은 여타 검사비와 입원비에 비해 수가를 상대적으로 높게 조정했는데, 이는 대형 의료기관이 외래진료 시장을 두고 의원과 격렬한 경쟁을 벌이는 원인이 되었다(Cheng and Chu 2008, 19). 이는 병원과 의원 간의 관계가 여전히 갈등적이라는 것을 의미한다. 끝으로, 이러한 경쟁의 심화는 병원과 의원뿐 아니라 병원 사이에도 발생했다. 병원산업의 성장과 더불어 상급병원의 수익률은 증가한 반면, 중소병원은 경영위기를 겪게 되었다. 아래의 두 그림은 이러한 정황을 보여준다.

[그림 4-4.] 재단법인 각급병원의 재정수지 현황 (1996년)



그리고 지역(地域) 단위가 그것이다. 향촌 단위는 대략 2000명 내외의 인구를 포괄하며, 보건소(衛生所)와 일차의료센터(郡醫中心), 그리고 개업의가 보건의료 업무를 담당한다. 지구 단위는 10만 명을 포괄하며, 지구병원(地區醫院)이 업무를 담당한다. 끝으로, 지역 단위는 인구 40-100만 명을 포괄하며, 의료센터(醫學中心)와 지구병원(地區醫院)이 업무를 담당한다(呂健德 教授 資料). 따라서 최상급병원인 의료센터를 정점으로, 의료전달체계는 지역병원, 지구병원, 보건소의 순서로 구성된다. 이 중 병원은 앞의 세 가지 종류가 존재하는데, 의료센터-지역병원-지구병원의 순으로 인가지위는 낮아진다(cf. Chiang 2005, 79, 83).

53) 평균 병상수는 1986년의 82병상에서 2000년에는 171병상으로 늘어났다(Lu and Chiang 2011, 97).

\*주1: 의료서비스 수익률(%)= 의료서비스 수익/의료서비스 수입\*100

주2: 의료센터는 5개소, 지역병원은 6개소, 지구병원은 7개소 자료 미공개.

(출처: 財團法人臺灣醫療改革基金會, 1996)

[그림 4-4.]는 1996년을 기준으로 상급병원인 의료센터의 수익률은 평균 2.87%를 기록하고 있는 데 반해, 상대적으로 하급병원인 지역병원과 지구병원의 수익률은 낮거나 적자를 기록하고 있는 것을 보여준다.

아래 <표 4-8.>은 역시 1996년을 기준으로 최고와 최저의 수익률을 기록한 재단법인 병원을 각각 다섯 군데씩 선정한 자료이다. 최고수익률을 낸 병원들 가운데 (위탁경영병원을 포함해 장경병원체인 소속의 병원이 네 곳으로 절대다수를 차지한다는 사실을 알 수 있다.<sup>54</sup>) 또한 수익률이 최저인 병원들이 모두 의료센터 이하의 병원들이며, 그 소재지가 대체로 (핑둥(屏東)과 난투(南投), 타이중(臺中)과 같이) 다른 지역에 비해 경제적으로 취약한 중남부에 몰려있는 점도 주목할 만하다.

<표 4-8.> 의료서비스 수익률 최고 및 최저 재단법인 병원(각 5개소) 현황 (1996년)

수익률 최고 5개 병원			
병원 명칭	수익률(%)	층급	소재
縣立鳳山醫院 (委託長庚經營)	10.45	지구병원	高雄縣
長庚紀念醫院 林口分院	10.27	의료센터	桃園縣
長庚紀念醫院 高雄分院	10.14	의료센터	高雄縣
彰化基督教醫院 二林分院	9.53	지역병원	彰化縣
長庚紀念醫院 桃園分院	6.77	지구병원	桃園縣

54) 대만 최대의 병원체인인 장경병원에 대한 일반적인 소개에 대해서는 Department of Health(2006)을 참조. 합리성과 효율성을 강조하는 장경병원의 경영철학의 특징을 국립 대만대학병원과 비교하는 글로는 莊素玉(1994)를 참조.

수익률 최저 5개 병원			
병원 명칭	수익률(%)	층급	소재
北海岸金山醫院	-79.32	지구병원	臺北縣
恒春基督教醫院	-50.49	지구병원	屏東縣
慈濟醫院臺中分院	-17.38	지역병원	臺中縣
埔里基督教醫院	-12.20	지역병원	南投縣
臺中仁愛醫院	-9.23	지구병원	臺中市

(출처: 衛生署, 1996. 醫療財團法人歷年財務報表.)

전민건강보험의 도입은 공급자 집단에게 관리비용 절감과 의료수요의 급격한 증가라는 유인을 제공했다. 하지만 의료서비스가 민간부문에 크게 의존하는 대만의 보건의료체계의 조건 하에서, 이는 (한국과 마찬가지로) 병원과 의원의 경쟁뿐 아니라 병원 간 경쟁을 더욱 심화시켰다. 그리고 이러한 상황은 공급자 집단이 하나의 조직으로서 결집할 수 있는 여지를 더욱 감소시켰다.

### 2.2.2 다보험자 개혁의 진전과 저지

3장에서 간략히 확인했듯이, 1995년 도입된全民건강보험은 시행 3년만인 1998년에 재정적자를 기록했는데, 이는 보험의 보유금이 이듬해 고갈된다는 것을 의미했다(<표 4-9> 참조).

<표 4-9.> 1995-1999년全民건강보험 재정수지 (단위: 백만NT\$)

연도	수입	지출	흑자/적자	보유금
1995	199,150	161,671	37,479	-
1996	247,463	229,409	18,054	25,145
1997	256,843	250,810	6,033	5,680
1998	269,481	271,043	-1,562	3,376
1999	300,362	300,651	-	-21,528

(출처: Bureau of National Health Insurance, *National Health Insurance Annual Statistical Report*, Wong 2004, 114에서 재인용.)

국민당 정부는 즉각 이 문제를 해결하기 위한 대안들의 모색에 나섰는데,

이미 1997년 초에 정부가 공모한 개혁안에는 현행 단일보험자 모델에 대한 개조에서부터 민영화 방안까지 다양한 논의가 포함되어 있었다. 하지만 1990년부터 7년째 보건부 장관으로서 재직하고 있었던 창포야(張博雅)는 시장개혁 아이디어에는 반대의 입장을 견지하고 있었다.<sup>55)</sup> 재정 건전화를 우선순위에 두었던 국민당 지도부는 1997년 12월 새로운 보건부 장관으로 찬치센(詹啟賢, 1997-2000년 역임)을 임명했는데, 그는 민영화 안의 지지자였다(Wong 2003, 67-68; 2004, ch.6).

정책적으로 말한다면, 다보험자 개혁(多元化)은 민간부문의 보험자들이 서로 경쟁하는 보험체계로의 전환을 의미했다. 따라서 종래의 단일지불자였던 전민건강보험국은 이 체계 하에서는 다수의 보험자 중 하나가 된다. 가입자들은 정부가 규제하는 “전민건강보험 기금”(NHI Foundation)으로 보험료를 지불하며, 가입자들이 납부한 보험료는 인두제(capitation) 형식으로 공급자 집단에 상환지불된다. 이 체계에서 모든 보험자들은 표준 서비스를 모든 가입자들에게 제공하도록 강제되지만, 문제는 서로 다른 보험자들이 보충적 서비스나 보충적 보험료를 고안할 수 있다는 데 있다. 이는 곧 정부가 정한 서비스 외에 다양한 분야에 시장경쟁이 침투한다는 의미가 된다(Wong 2003, 68-69).

정부의 입장에서 볼 때, 다보험자 개혁은 무엇보다 시장 메커니즘을 서비스 공급에 적용함으로써 그에 대한 정부의 재정 책임을 덜어주는 장점이 있었다. 따라서 1997년 이후 다보험자 개혁안은 입법원 내에서 지지를 획득했다. 게다가 여당인 민진당은 이 문제에 대해 당론이 부재하여 분열 상황에 놓여있었다. 곧 다보험자 개혁안은 1998년 2월에 행정원에서 승인되어 다음 달 입법원에 도달했다. 그러나 개혁안은 1999년 가을회기에 보건복지 소위원회로 회부된 이후 그 해 말에 별다른 논의 없이 소멸되었고, 이후 논의는 재개되지 않았다(Wong 2003, 69-71; 2004, 118). 급속히 지지를 얻었던 다보험자 개혁은 왜 저지되었는가?

우선 여당인 국민당 지도부의 지배력이 쇠퇴했다는 점을 들 수 있다. 당 지도부에 의해 다보험자 개혁안이 저지되었음에도 불구하고, 중앙정책위원회(Central Policy Committee) 부위원장이었던 황차오순(黃昭順)은 위원회 내에서 입법심의가 이뤄져야 한다고 주장했다. 평의원들 역시 이에 동조했

---

55) 구체적으로 말하자면, 그녀는 민간부문 소유의 보험체계를 공공부문의 단일행정을 통해 운영하는 혼합형을 모델을 지지했다(Wong 2004, 115).



으며, 사실상 위원회는 이 안을 승인하지 않았다. 뿐만 아니라 내성인 출신인 리덩후이 총통의 취임 이후 당내 분파주의가 가속화되면서, 일반적인 정책결정에 대한 당의 조정 기능이 손상된 점도 개혁안을 추진하는 데 장애가 되었다. 한편, 보건부 관료들의 역할 역시 중요했다고 볼 수 있다. 장관이 민영화 안의 지지자이긴 했으나, 보건부 내부의 정책입안자들은 여전히 개혁안에 대해 조심스러운 입장을 견지했다. 특히 보험국 내 소조(小組)를 맡고 있었던 리위춘(李玉春)과 같은 핵심인물들은 여당의 간섭으로부터 제약을 덜 받았을 뿐 아니라, “큰 구조개혁 없이 내부로부터의 개혁”을 통해 재정위기를 해소할 수 있다고 판단했다. 그리고 이러한 개혁방안 중 가장 중요한 시도가 바로 총액예산제의 도입이었다. 이는 무엇보다 재정위기에 대한 대안을 제시할 뿐 아니라 시장화에 대한 대안으로도 기능한다는 이중적인 장점이 있었다. 그리고 이러한 생각은 다보험자 개혁에 반대하는 사회운동 연합의 구성에 기여했다(Wong 2003, 72-80; 2004, 118-128).

전민건강보험 연맹(NHI Coalition, 이하 연맹)은 다양한 사회집단으로 구성된 풀뿌리 운동이었으며, 기존의 계급이나 사회균열을 넘어서는 새로운 운동이었다. 또한 연맹은 정책적 지식과 풀뿌리적 동원을 결합하여 전문가 행동주의(expert-activism)를 창출해냈다. 정책전문가 네트워크가 만들어지고 조직 간 협력이 원활해지면서, 정보의 교환이나 생각의 공유가 촉진되었다. 이는 연맹이 정책 개혁과정에 효율적으로 개입할 수 있는 중요한 토대였다. 이를 바탕으로, 연맹과 전문가 집단은 의원들에 대한 교육을 통해 의회로 침투해나갔다. 말하자면, 이들의 노력을 통해 의회 내에서 다보험자 개혁에 대한 반대가 가능했던 것이다(Wong 2003, 80-82; 2004, 128-129).

그렇다면, 다보험자 개혁에 대한 이러한 추진과 저지 시도는 공급자 집단에 어떤 영향을 미쳤는지 검토할 필요가 있다. 즉, 이는 행위별수가제에 관한 공급자 집단의 신념에 어떤 영향을 주었는가? 차별적 수가표의 작동으로 인해 대만의 보건의료체계 내에서 공급자 집단이 행위별수가제에 대한 신념을 반복할 수 있었다는 점은 앞서 확인한 바와 같다. 또한 이러한 신념의 반복은全民건강보험의 도입과 민간부문의 성장이라는 계기에도 불구하고 지속되었다. 그러나 다보험자 개혁의 국면(1998-1999년)과 총액예산제가 대안으로 사회적 승인을 받는 국면(1998년 이후) 각각에서 공급자 집단의 신념은 쇠퇴의 계기를 마련하게 된다. 먼저 ①1990년대 민간부문의 성

장에도 불구하고 저수가와 당연지정제라는 제도에 착목하여 공급자 집단이 오인된 연합을 형성한 한국의 경우와 달리, 대만의 공급자 집단은 건강보험 도입과 병원산업의 성장 시기를 경유하면서 그 결집력이 강화되지 않았다. 즉 대만의 공급자 집단은 의원과 병원 간의 경쟁, 병원 간의 경쟁에 직면하면서 동질적 집단으로 스스로를 구성하지 못했다. 이는 유사-매개변수인 의원과 병원 간 관계를 더욱 **이완**시키는 **결과**를 가져왔다(결과로서의 매개변수). 따라서 공급자 집단은 다보험자 개혁의 국면에서 낮은 결집력으로 인해 개혁과정에 조직적으로 대응할 수 없었다. 한편 ②공급측면의 비용통제 개혁인 총액예산제가 재정적자의 대안으로 사회적인 동의를 얻게 되자, 공급자 집단이 자신의 이해관계에 손상을 입지 않고 대응할 수 있는 정책대안은 더 이상 존재하지 않았다. 여기서, 1995년全民건강보험의 도입 당시 총액예산제 실시에 대한 병원의 반대를 대질시켜볼 필요가 있다. 1995년에 병원의 반대가 있었고, 이로 인해 건강보험 실시 이후 정부가 총액예산제 시행계획을 철회한 것은 물론 사실이다. 그러나 당시와 다보험자 개혁의 국면은 제반사정이 크게 달랐다는 데 주목해야 한다. 다보험자 개혁 국면은 이미 재정적자가 당면한 현실로 존재하고 있었을 뿐 아니라, 민주화 이후 사회적 압력이 강하게 대두하고 있었다.<sup>56)</sup> 즉 적자 문제를 해결하지 않으면 건강보험제도의 운영이 불가능했으며, 이 제도의 유지가 민주주의에 기여한다는 사고가 사회 전체에 공유되고 있었다(Wong 2004, ch.7-8). 또한 정부 역시 이전과는 다르게 전면적인 제도 도입을 시도하지 않고, **부문별로 단계적** 도입을 추진하는 방향을 택했다. 병원과 의원의 연합이 느슨해졌기 때문에, 정부가 공급자 집단 내부에서 각기 다른 이해관계를 공략하여 총액 예산제를 관철하려는 전략을 채택하자, 연합의 이같은 이완은 행위별수가제에 대한 이들의 신념을 쇠퇴시키게 된다(유사-매개변수의 내생적 변수화). 즉 공급자 집단은 행위별수가제의 고수가 자신의 이해관계를 높인다고 더 이상 생각하기 어려웠던 것이다(FFS에 대한 신념의 자기-쇠퇴).

---

56) 물론 그렇다고 해서 이러한 조건만 충족되면 곧장 공급자 집단이 총액예산제를 수용하게 되는 것은 아니다. 그러나 이러한 조건이 이들의 선호와 행동에 영향을 줄 수밖에 없었다는 점 역시 분명하다.

### 2.2.3 총액예산제의 단계적 도입과정 (1998-2002)

그렇다면 구체적으로 대만에서 총액예산제는 어떻게 도입되었는가? 다시 말해, 어떤 과정을 거쳐 정부는 공급자 집단을 제도에 참여시켰는가?

앞서 언급했듯이, 총액예산제는 각 부문별로 단계적으로 도입되었으며, 이는 1998년부터 2002년까지 치과 부문, 중의 부문, 의원급 및 병원급의 순서로 진행되었다. 먼저, 치과 부문은 전체 건강보험 지출에서 차지하는 비중이 병원 및 의원급에 비해 크게 낮고, 비급여 부문에 비해 총수입에서 건강보험 부문이 차지하는 비중이 많지 않았다(정현진 외 2011, 94; 김계현 2004, 69). 따라서 정부는 일종의 실험대상 즉 “기니피그”(guinea pig)로서 치과 부문을 인식하고 이들과 협상에 나섰다.<sup>57)</sup> 치과 부문의 공급자 집단은 자신들에 비해 병·의원급이 협상력에서 우세하다는 점을 잘 알고 있었다.<sup>58)</sup> 따라서 이들은 다른 부문보다 제도를 먼저 받아들임으로써 그에 대한 선점효과를 노리는 것이 유리할 것이라 판단하였다(김계현 2004, 66). 또한 정부가 건강보험재정 총지출의 8%를 치과부문에 보장하겠다는 제안을 함으로써 이들로서는 총액예산제 참여에 충분한 경제적 유인을 가질 수 있었다.<sup>59)</sup> 따라서 치과 부문은 1998년에 정부와의 협상을 통해 총액예산제 수용을 결정하였다. 병의원에 비해 규모가 작은 중의 부문 역시 근본적으로 치과 부문과 동일한 이유에서 이듬해인 1999년에 참여를 결정하였다.<sup>60)</sup>

그러나 가장 중요한 지점은 의원급이 총액예산제를 수용하게 된 이유다. 치과와 중의 부문이 총액예산제에 참여한지 2년 후인 2001년에 의원급이 들어오면서 마지막으로 병원 역시 이 제도를 수용하지 않을 수 없었기 때문이다. 즉 의원급의 참여는 대만의 총액예산제 전면 실시의 분수령이었다. 앞서 살펴보았듯이, 이전부터 의원들은 병원과의 경쟁에 시달리고 있었고, 이는 이들의 이윤추구를 크게 제약하는 요인이었다. 이러한 제도적 조건은 의원이 병원과의 연합에서 더욱 이완되는 결과를 야기했고, 공급자 집단의 결집력은 취약해졌다. 그러나 총액예산제가 유력한 대안으로 등장했다고 해서, 이들이 곧장 이 제도에 참여할 수는 없었다. 일반적인 조건 하에서 총

57) 청원후이(鄭文輝) 교수와의 인터뷰(국립중정대학 사회복지학과, 2012년 2월 10일).

58) 뤼젠더(呂建德) 교수와의 인터뷰(국립중정대학 사회복지학과, 2012년 2월 10일).

59) 첸샤오핑(陳孝平) 교수와의 인터뷰(국립중정대학 사회복지학과, 2012년 2월 16일).

60) 첸샤오핑(陳孝平) 교수와의 인터뷰(국립중정대학 사회복지학과, 2012년 2월 16일).

액예산제가 행위별수가제보다 선호될 수는 없기 때문이다.<sup>61)</sup> 그러나 이미 총액예산제가 치과 및 중의 부문에서 시행되고 있고 정부가 의원급으로 이를 확대하려는 시도를 하는 환경의 변화는 의원들이 행위별수가제에 대해 기존에 가지고 있던 신념을 포기하게 만드는 데 기여했다. 병원과의 물질적 이해관계의 괴리를 극복하는 데 장애가 되었던 이러한 신념이 쇠퇴하자, 의원들은 **병원과 구분되는 독립적인 예산**을 확보하는 것이 현재의 상황보다 낫다는 판단을 하게 된 것이다.

끝으로, 이렇게 의원급까지 총액예산제에 참여하게 되자, 보건의료체계의 최대부분을 차지하며 체계 상층부에 위치한 병원급은 참여를 거부할 명분과 실질적 근거를 모두 상실하게 되었다. 물론 2002년 실제 제도가 실시될 때 이는 병원의 격렬한 반대를 불러일으켰다(Lu and Chiang 2011, 98; cf. 張錦文 2005). 그러나 이들의 반대는 정부에 반대하는 대항세력으로 발전할 수 없었다. 이를 위해서는 의원과의 연합이 필수적인데, 다보험자 개혁 국면을 경유하면서 이러한 연합은 그 성격이 변화했고 공급자 집단은 결집력을 가질 수 없었기 때문이다. 요컨대, 의원급과의 공조 없이 병원들이 정부 정책에 홀로 저항할 수는 없었다.<sup>62)</sup>

결과적으로, 2002년의 병원급 참여를 마지막으로 공급자 집단 전체에 대한 총액예산제 실시가 달성되었다(陳建立 2005). 네 개 부문이 총액예산제에 모두 참여한 2003년부터 2008년까지의 계약현황은 아래 표에 제시되어 있다.

---

61) 예컨대 병원과의 경쟁이 존재하지 않는 환경에 놓여있다면, 의원들이 행위별수가제를 포기하고 총액예산제를 선택할 이유가 없다는 것이다.

62) 총액예산제 도입 이후 그에 대한 병원의 대응 및 적응 전략을 다룬 실증연구에 대해서는 莊念慈等(2003)과 黃國哲等(2007)을 참조. 병원들은 대체로 경쟁의 격화로 인해 고객인 환자에 대한 서비스를 더욱 강조하는 시장지향적(市場指向的) 전략을 취하였다.

<표 4-10.> 국민건강보험 총액계약제 연도별 계약현황<sup>63)</sup>: 부문별 증가율  
(단위: %)

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008
위생서 승인범위	1.55~4.02	0.51~4.00	1.34~4.03	1.17~5.00	2.34~5.10	자료 없음
비협회 <sup>64)</sup> 협상결과	3.90	3.81	3.61	4.54	4.55	4.471
치과	2.48	2.64	2.90	2.93	2.61	2.650
중의	2.07	2.41	2.51	2.78	2.48	2.506
의원	2.90	2.70	3.23	4.68	4.18	4.128
병원	4.01	4.10	3.53	4.90	4.99	4.900

(출처: 문성웅 외 2008, 187; 이용갑 2009, 28)

위의 수치들은 매년 각 부문이 독립적으로 사용하는 예산이 다음해에 얼마나 증가할 수 있는지를 보여준다. 위생서가 승인한 인상률의 범위 내에서, 공급자 협회와 건강보험국이 비협회에서 협상하여 최종 인상률이 결정된다. 2007년의 경우 할당된 총액예산은 440,546NT\$였는데, 그 중 병원급이 290,028NT\$, 의원급이 92,897NT\$, 중의가 18,273NT\$를 차지했다. 예컨대, 2008년의 비협회 협상결과에 따라 병원급 인상률이 4.9%증가되었으므로, 이들의 예산은 304,240NT\$가 된다(문성웅 외 2008, 188).

63) 신장투석 부문에 대한 자료는 생략하였다.

64) 국민건강보험 진료비협상위원회를 가리킨다. 비협회는 전문가와 학자로 하여금 공급자협회와 건강보험국이 제시한 예산안을 검토하고 평가하도록 한다. 이를 통해 비협회는 상대적으로 높거나 초과된 예산안을 토대로 협상과정에서 그에 걸맞는 서비스 질의 향상을 공급자들에게 요구할 수 있다(문성웅 외 2008, 187; cf. 林志鴻·呂建德 2001).

## V. 결론

*The achievement of significant quasi-voluntary compliance within a population is always tenuous. (Levi 1988, 69)*

### 1. 논의의 요약

이 글은 한국과 대만의 보건의료체계 내에서 지불제도 개혁의 양상이 다르게 나타나는 원인을 규명하고자 했다. 즉, 한국에서는 공급측면의 비용통제정책인 총액예산제가 도입되지 못하고 있는 반면 대만에서는 이 제도가 도입되었는데, 이러한 차이가 어떤 메커니즘을 통해 발생하는지를 밝히고자 했다.

먼저, 이 글에서는 이러한 논의를 예비하기 위해 한국과 대만의 보건의료체계의 **발전과정**을 체계적으로 **비교**할 수 있는 모델을 고안했다. 이를 통해, 정부의 특정 정책이 시행될 때 발생하는 사회적 비용과 혜택의 결합 방식에 따라 해당 시기의 보건의료체제의 성격이 규정될 수 있음을 보였다. 이러한 모델은 3장에서 한국과 대만의 사례분석을 통해 적용되었다. 그 결과, 구체적인 내용에서는 차이가 있지만 한국과 대만의 보건의료체계 모두 선별적 체제로부터 시장개입 체제, 국민건강보험 확립 체제, 그리고 비용통제 체제로 발전해갔음을 확인할 수 있었다. 그러나 이 모델에서는 발전과정에 대한 비교를 할 수 있는 반면, 비용통제개혁의 실시 여부에서 양국의 차이가 왜 발생하는지는 설명할 수 없었다.

따라서 이 글은 기존문헌에 대한 비판적 검토를 통해, 한국과 대만에서 비용통제 개혁의 실시 여부가 다르게 나타나는 원인을 이해하기 위해서는 공급자 집단의 속성에 주목해야 한다는 결론에 도달했다. 우리는 내생적 제도 변화 이론을 원용해 이러한 목적에 맞는 분석틀을 설계했다. 이 글의 분석틀에 따르면, 양국의 이러한 차이는 보건의료체계 내에서 **공급자 집단이 특정 지불제도(행위별수가제, FFS)에 대해 갖는 신념과 그에 따른 행동이 지속될 수 있는가**에 의존한다. 이러한 신념과 행동은 (사회적 · 제도적 변화와 같은) '외적 충격'뿐 아니라 공급자 집단의 중핵인 **병원과 의원 간 연합**

(결집력)이라는 '유사-매개변수'에도 영향을 받는다. 이 글에서는 이러한 동학을 FFS가 반복되는 메커니즘과 자기-강화/쇠퇴하는 메커니즘으로 구분하여 분석하였다.

분석결과에 따르면, 1) 한국과 대만의 공급자 집단이 FFS가 자신의 이해관계를 높일 것이라는 신념을 반복한 이유는 그것이 주요한 **이윤추구의 수단**이었기 때문이었다. 한국에서는 저수가와 당연지정제를 특징으로 하는 건강보험의 실시가 공급자 집단에게 경제적 손실을 야기했지만, 의료수요의 창출이라는 맞교환이 이를 상쇄할 수 있었다(유인체계의 재편성). 그리고 이들은 FFS의 특징을 활용해 이윤추구를 할 수 있었기 때문에 FFS에 대한 신념은 반복될 수 있었다. 한편 대만의 보건의료체계에서는 차별적 수가제가 존재하여 병원과 의원 간에 차별적 수익을 야기했다. 그러나 서로 다른 방식을 활용한다 하더라도 FFS를 통해 이윤추구를 할 수 있다는 사실은 변하지 않았으므로, 대만에서도 FFS에 대한 공급자 집단의 신념은 반복되었다.

2) 한국의 공급자 집단에서 FFS가 자기-강화되었던 반면, 대만의 공급자 집단에서 FFS가 자기-쇠퇴한 이유는 사회적·제도적 변화와 병원-의원 간 결속력이 FFS에 대한 이들의 신념에 영향을 주었기 때문이다. 한국에서는 1990년대 이후 공급자 집단 내부의 소득 격차가 커지면서 병원-의원 간 결속력이 약화될 수 있는 계기가 있었지만, FFS에 대한 신념의 반복은 공급자 집단으로 하여금 (낮은 수가를 강요한) 정부의 정책을 소득격차의 원인으로 오인하도록 만들었다(**오인된 연합**의 형성). 또한 의약분업 사태를 경유하면서 거의 모든 의사들이 정부의 정책에 반대함으로써, 병원-의원 간 연합은 더욱 강화되었다. 그리고 정부 정책에 대한 반대에 기초한 이러한 연합은 FFS를 대체하려는 정부의 비용통제개혁에 맞서 FFS에 대한 신념을 고수하는 원동력이 되었다(FFS에 대한 신념의 자기-강화).

한편 대만에서는 이전부터 차별적 수가제가 존재한 데다 건강보험이 도입되면서 병원과 의원 간의 경쟁은 더욱 심화되었다. 이는 이들 간 연합의 결집력을 약화시키는 결과를 낳았다. 보험의 재정적자로 인해 정부가 다보험자 개혁안을 제시하지만, 당과 정부 및 시민사회를 망라하는 사회 전체의 반대가 작동하면서 이 안은 도입이 저지되고 또 다른 대안으로 총액예산제가 제안되었다. 이 제도가 공급자 집단의 이윤추구를 크게 제약하는 성격을 가지고 있는데도 불구하고, 낮은 결집력으로 인해 이들은 이러한 개혁 국면

에 적극적으로 개입하지 못했다. 그러나 다보험자 개혁의 국면이 종결되고 남은 유력한 대안이 총액예산제가 되었다 하더라도, 총액예산제가 대한 이들의 선호가 FFS에 대한 신념보다 강할 수는 없었다. 이 시점에서, 정부는 공급자 집단 전체에 대한 도입 아닌 **단계적 도입**이라는 전략을 추진하기 시작했다. 정부의 이러한 전략은 (치과부문과 중의부문 그리고) 의원급이 FFS에 대해 기존에 가지고 있던 신념을 포기하게 만드는 데 기여했다. 병원과의 경쟁으로 인한 이윤압박에도 불구하고, 이전까지 의원들은 FFS가 가장 좋은 이윤추구 수단이라는 신념을 포기할 수 없었다. 하지만 병원과 경쟁하지 않고 **독립적인 예산**을 확보하는 것이 더 나은 대안이라는 판단을 하게 되자, 이러한 신념은 쇠퇴하였던 것이다(FFS에 대한 신념의 자기-쇠퇴).

## 2. 논의의 함의

### 2.1 이론적 함의: 통합적 분석틀의 제시

본 논문의 이론적 함의는 기존연구와 달리 비교연구를 위한 통합적 분석틀을 제시했다는 데 있다. 첫째, 본 논문은 국가별 비교를 위한 **보건의료체계 발전의 일반모델**을 제시했다. 규제의 정치에 관한 윌슨의 이론을 토대로, 정책 실시의 사회적 비용과 혜택의 조합이 야기하는 보건의료체계의 성격(“체제”)을 분석하였다. 그 결과 한국과 대만의 보건의료체계의 발전과정을 네 가지 체제로 구분하여 설명할 수 있었다. 다만 이 모델에 대한 적용은 이 글에서 4장의 논의에 대한 예비적 성격을 가지고 있었으므로 포괄해야 하는 시간적 범위에 비해 간략히 다루었는데, 추후 좀 더 심도 있는 분석을 시도할 필요가 있다.

둘째, 본 논문은 신제도주의의 이론적 자원을 활용하여 **의료서비스 공급자 집단의 신념 변화를 설명하는 분석틀**을 고안하였다. 이로써 한국과 대만의 보건의료체계에서 총액예산제의 도입 여부의 차이가 발생하는 원인을 외생적인 방식이 아니라 내생적인 신념의 변화로 설명할 수 있었다. 특히 이는



제도주의 이론에 대한 논쟁사라는 맥락에서, 제도주의의 자기-비판과 재정식화 시도에 일정 부분 기여할 수 있는 지점이 된다. 본 논문에서 원용한 그라이프와 레이틴의 이론은 게임이론과 역사적 제도주의를 결합하려는 시도의 산물이다(cf. Pierson 2004). 그들에 따르면 게임이론은 공유된 믿음의 반복을 통해 제도의 유지(안정성)를 설명하지만, 제도변화는 오직 외생적 충격에 의해서만 설명해야 하는 한계가 있다. 즉 웨인게스트(Weingast)의 말을 빌리면, “제도는 외생적인 환경 변화에 따라 조정되는 내생변수”다(Greif and Laitin 2004, 634, 강조는 인용자). 반면 역사적 제도주의는 환류효과(feedback effect)를 통한 수확체증(increasing return)으로 제도 유지를 설명하지만, 이것이 또한 수확체감(decreasing return)이 되기도 한다는 점을 간과한다(Greif and Laitin 2004, 635-636). 예컨대 피어슨은 특정 복지 프로그램이 해당 수혜자의 지지를 이끌어냄으로써 한층 공고화되는 메커니즘을 설명하는데, 이 설명에서 환류 효과는 늘 정(+의 방향으로만 작동하는 것으로 간주된다(Pierson 1994). 그러나 환류 효과는 정의 방향뿐 아니라 부(-)의 방향으로도 작동할 수 있을 뿐 아니라, 이항적인(binary) 방식에 국한되지 않고 다양한 방식으로 해당 제도를 변화시킬 수 있다(Streeck and Thelen 2005; Mahoney and Thelen 2010). 이는 곧 제도가 내생적으로 변화할 수 있는 가능성을 이해하는 데 중요한 관건이 된다. 따라서 이러한 설명을 좀 더 적극적으로 해석해 본다면, 역사적 제도주의는 후자의 한계에도 불구하고 제도 변화를 내생적으로 설명할 가능성을 열어주었다고 평가할 수 있다. 본 논문에서는 이들의 이론적 함의를 반영하여 한국과 대만의 보건의료체계 내 비용통제개혁의 사례를 검토함으로써, 믿음(신념)의 반복이 제도를 유지하는 원인이라는 주장을 확인하면서도(게임이론의 함의 적용), 동시에 이러한 믿음이 병원-의원의 연합(결집력)이라는 유사-매개변수의 작동을 통해 **내생적으로** 변화할 수 있다는 주장 역시 확인하였다(역사적 제도주의의 함의 적용).

## 2.2 정치학적·정책적 함의: 공공정책의 정치(politics of public policy)라는 과제

본 논문은 한국과 대만의 보건의료체계에서 총액예산제의 도입 여부 차이의 원인을 설명하고자 했다. 이는 곧 비용통제 개혁이 가능한 조건들에 대한 검토를 의미하며, 달리 말해 정부가 입안하고 시행하는 공공정책이 어떤 정치(경제)적 조건 하에서 작동하는가를 묻는 작업이라고 할 수 있다. 따라서 직접적으로 공급자 집단의 신념을 제도 도입 여부를 결정하는 독립변수로 보았지만, 이 글은 정부의 역할과 책임에 대한 일정한 함의를 갖는다고 볼 수 있다.

먼저, 한국의 의료서비스 공급자 집단의 성격에 대해 좀 더 면밀히 검토해 볼 필요가 있다. 우리의 분석에서 공급자 집단은 여전히 오인된 연합 하에서 강력한 결집력을 가지고 있는 것으로 파악되었다. 그러나 공급자 집단의 이러한 조직적 특성은 불변적이지 않다. 예컨대 2000년 이후 한국의 수가 결정과정을 일별해 보면, 공급자 집단의 내부 갈등을 확인할 수 있다. 한국에서는 2007년 이후부터 수가계약이 유형별(즉 부문별) 계약으로 전환되었다(《보건복지부 보도자료》 2007년 7월 12일). 그러나 전환 이전부터 의사협회와 병원협회는 수가계약 유형을 한의과, 치과, 약국, 의원, 병원의 5과로 할 것인가 의원과 병원을 합쳐 4과로 갈 것인가를 두고 큰 갈등을 겪었다(《청년 의사》 2007년 8월 16일; 《헬스블로그》 2007년 8월 16일). “의과 유형 단일화”를 지지하는 의협의 주장에 병협이 반대했던 것이다. 병원과 의원 간의 관계가 여전히 갈등적이라는 점을 확인할 수 있다. 또한 2008년 보험수가를 결정하기 위해 2007년 후반에 진행된 수가협상에서, 한의협과 치협, 약사회가 10월 중순에 국민건강보험공단과 합의를 도출한 반면, 의협과 병협은 협상에 실패하였다. 결국 의원과 병원의 수가는 건강보험정책심의회(건정심)의 논의를 통해 표결로 결정되었다(최희경 2007, 83-84). 의원 및 병원과 여타 공급자 집단 간의 이해관계의 차이가 확인되는 대목이다. 이러한 정황들이 보여주는 바는 공급자 집단의 오인된 연합은 **잠정적이고 가변적**이라는 것이다. 달리 말해, 이는 연합의 이완 가능성이 개방되어 있다는 의미기도 하다.

그러나 설사 이러한 가능성이 열려있다 하더라도, 정부가 이러한 기회를 활용할 수 있는 역량을 갖추지 못한다면 개혁의 여지는 소멸할 수밖에 없다. 예컨대 2012년 정부는 7개 부문<sup>65)</sup>에 대한 포괄수가제 전면실시를 강행

---

65) 백내장, 편도, 맹장, 탈장, 항문, 자궁적출 및 제왕절개 수술이 이에 해당한다.

하였고, 이는 의협의 강한 반발을 불러일으켰다. 결과적으로 이 정책은 예정대로 실시되었지만, 그 과정이 결코 원만한 것은 아니었다. 즉 이후 전면적인 포괄수가제나 총액예산제와 같은 더 강도 높은 공급측면의 비용통제 개혁을 실시하려고 할 때 이번의 사례처럼 ‘결과론적으로’ 정책이 관철될지는 매우 불확실하다. 따라서 가능한 개혁의 전망을 가지기 위해서는 정부가 사회 전반의 이해관계를 조정할 수 있는 역량, 달리 말해 거버넌스(governance)를 운영할 수 있어야 한다는 결론이 따라 나온다. 이 점에서, 한 정치학자<sup>66)</sup>가 의사협회에서 발언한 내용을 들어볼 필요가 있다(대한의사협회 의료정책연구소 2005, 144).

[현재는] 의료분야만이 아니고 우리나라 전체의 이익조정 메커니즘이 거의 상실된 상황이라고 본다. 의약분업 상황을 돌이켜보면 아시겠지만 그 당시 주요 주체였던 의사협회, 시민단체, 정부, 의회, 언론을 놓고 냉정하게 생각하면 어느 곳에서도 일관성 있게 조정할 수 있는 권위와 힘과 설득력 있는 안을 내지 못했다고 생각한다. (...) 당시 보건사회부의 조정능력은 거의 제로였다는 생각이 든다. (...) 그런데 단순히 보건복지부의 문제가 아니라 전반적으로 행정조정 능력이 상실된 상태였다. (...) 의협의 문제가 한국 사회 전체의 문제다. 의협 내부만의 문제가 아니라 이것은 우리나라 모든 집단이 가지고 있는 공통된 문제다. 내용만 다르지 구조적으로 똑같은 문제다.

이같은 문제의 근본적인 원인은 민주적 거버넌스의 부재로 인해 정부가 공급자 집단을 비롯한 사회구성원들에게 신뢰를 제공하지 못한 데 있다. 따라서 정부에 대한 신뢰야말로 정부가 가질 수 있는 역량의 핵심이자 해당 집단의 정책적 순응을 이끌어내는 요체라는 점에서, 공급자 집단으로부터 잃어버린 신뢰를 어떻게 구축할 것인지에 대한 고민이 정부의 정책입안자들에게 절실히 요구된다. 요컨대, 한편으로 공급자 집단이 실질적인 결집력과 협상력을 갖지 못하기 때문에 (잠정적이라 하더라도) 강력한 결집을 할 수 있고, 다른 한편으로 정부가 공급자 집단을 통제하고 이들의 이해관계를 조정할 수 있는 역량이 부재하기 때문에 협상에서 우위에 서는 **역설의 정치**를 종식시킬 필요가 있다.

끝으로, 정부의 역량과 관련해 **전략 수립의 중요성** 역시 강조해둘 필요가

---

66) 이는 당시 서울대 외교학과 교수였던 하용출이다.

있는데, 이는 대만의 사례에서 배울 점이라 할 수 있다. 한국과 마찬가지로 대만 역시 보건의료체계를 운영하는 데 있어 많은 문제점을 노정하고 있으나, 대만이 총액예산제의 도입을 통해 비용통제를 할 수 있었던 중요한 요인은 정부가 단계적 도입이라는 전략을 취했기 때문이다. 본문에서 확인했듯이, 이러한 전략은 공급자 집단의 FFS에 대한 신념을 쇠퇴시키는 데 결정적이었다. 따라서 정부가 어떤 전략을 가지고 정책을 추진해야 하는가에 대해 대만의 사례는 분명히 시사하는 바가 있다. 물론 일각의 관점처럼 대만이 우리의 장밋빛 미래라고 볼 수는 없다(첸잉팡·뤼젠더 2011). 민간부문에 의존적인 보건의료체계의 근본적 한계는 시장화 경향을 저지하기 어렵다는 데 있다. 따라서 비용통제의 측면 외에도, 보건의료의 전체 구조를 재편할 수 있는 근본적인 고민—예컨대, 공공부문의 강화를 위한 제도적 노력들(cf. 이호용 외 2009; 한국보건사회연구원 2011)—이 필요하다.<sup>67)</sup> 그리고 동일한 의미에서, 이러한 문제의식은 한국적 맥락에서도 여전히 유효한 것이다.<sup>68)</sup>

---

67) 일례로, 대만全民건강보험에 대한 시민단체의 참여모델을 제안하는 글로는 呂建德(2003)을 참조.

68) 한국에서 보건의료정책에 대한 시민참여모델에 대한 논의에 대해서는 권순만 외(2012a: 2012b)를 참조.

# 참고문헌

## 1. 국문 및 번역본

- 강명세, 2006. “한국 복지국가의 기원: 의료보험제도의 기원과 변화,” 『社會科學研究』, 14(1): pp.6-33.
- 강창현, 2009. “건강보험제도형성에 관한 한국과 대만의 비교연구,” 강원행정학회·한국행정학회 2009년도 공동춘계학술대회 발표논문집(上), pp.197-207.
- , 2011. “한국과 대만의 건강보험제도 비교연구,” 『사회과학연구』, 27(1): pp. 351-374.
- 고세훈, 2003. 『국가와 복지: 세계화 시대 복지한국의 모색』, 아연출판부.
- 고수경, 2003. “주요국 병원의 총액예산모형과 국내 적용에 대한 연구” (서울대학교 보건대학원 박사학위논문)
- 권순만, 1999. “의료비 총액예산제도에 관한 시론,” 『보건경제연구』, 5, pp.155-165.
- , 2001. “건강보험 재정위기의 원인과 정책과제,” 『한국정책학회보』, 10(3): pp.177-198.
- , 2004. “공공의료제공체계의 현황과 정책과제,” 『정부학연구』, 10(2): pp.8-32.
- , 2010. “건강보험 보장성 강화: 정책 대안 및 정책 과정,” 서울대학교 2010년 2학기 『정책&지식』기획포럼 <사회보험의 진단과 제언> 발표문
- , 오주환, 정연, 허재헌, 2012a. “시민위원회와 건강보험 보장성 의사결정 사례,” 『보건경제와 정책연구』, 18(3): pp.103-119.
- , 유명순, 오주환, 김수정, 전보영, 2012b. “보건의료 정책 의사결정과 시민참여: 『건강보험 보장성 시민위원회』의 사례,” 『보건행정학회지』, 22(4): pp.467-496.
- 권순미, 2004. “동아시아 국가의 생산레짐과 복지체제: 한국, 일본, 대만의 비교연구,” 한국사회복지학회 춘계학술대회 발표문, pp.907-935.
- 김계현, 2004. 『대만의 의료보험제도와 총액예산제』, 의료정책연구소.

- 김교성 외, 2007. 『동아시아 사회복지와 사회투자전략』, 나눔의집.
- 김명희 외, 2010. 『의료사유화의 불편한 진실』, 후마니타스.
- 김수진·권순만·유명순, 2011. “한국 보건의료 환경의 변천: 제도적 로직, 행위자, 거버넌스를 중심으로,” 『보건행정학회지』, 21(3): pp.457-492.
- 김수철, 2011. “국가가 책임지는 무상의료,” 2011 민주노동당 정책당대회 ‘국가가 책임지는 무상의료’ 토론회 발제문(2011년 6월 18일)
- 김순양, 2006. “보건의료 정책형성 과정의 동태성: 옹호연합모형(ACF)을 통한 의료보험 통합일원화 논쟁의 해석,” 『한국정책학회보』, 15(3): pp.1-34.
- , 2010. “보건의료 정책과정에서 옹호연합(Advocacy Coalition)의 형성과 작동 - 의약분업 및 의료보험통합 논쟁 사례의 비교·분석 -,” 『한국정책학회보』, 19(2): pp.1-44.
- 김연명 편, 2002. 『한국 복지국가 성격논쟁』, 인간과복지.
- , 2007. “우리나라에서 사회투자론 논의의 쟁점,” 『경제와 사회』, 통권 제75호, pp.307-318.
- 김영순, 2007a. “사회투자국가가 우리의 대안인가? 최근 한국의 사회투자 국가 논의와 그 문제점,” 『경제와 사회』, 제74호, pp.84-113.
- , 2007b. “영국의 사회국가투자 실험: 이념, 정책, 성과와 한국에 주는 교훈,” 『사회보장연구』, 23(3): pp.171-200.
- 김용익, 2011. “건강보험의 현황과 개혁과제,” 『계간 광장』 (2011년 신년호)
- 김윤태 편, 2010. 『한국복지국가의 전망, 어떤 복지국가에서 살고 싶은가?』, 한울.
- 김창엽, 2012. “한국 보건의료의 공공성: 경로의존 또는 “근대화” (한국사회학회 가을학술대회 발표문)
- 대한의사협회 의료정책연구소, 2005. 『의료정책포럼 모음집』[제1차-13차].
- 문성웅, 김진수, 이용갑, 황라일, 최인덕, 서수라, 2008. 『2008년도 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구』, 국민건강보험공단.
- 박병현 외, 2007. 『동아시아 사회복지 연구』, 공동체.
- 백승기, 2008. “한국과 대만의 의료보험 통합정책에 관한 비교 분석: ACF(Advocacy Coalition Framework) 모형의 적용,” 한국행정학

- 회 2008년도 추계학술대회 발표논문집(6), pp.203-232.
- , 2010. “옹호연합모형(ACF: Advocacy Coalition Framework)에 의한 의료보험 통합정책에 관한 비교 연구: 한국과 대만의 사례를 중심으로,” 『한국행정학보』, 44(4): pp.233-259.
- 사공진, 2007. “건강보험 관리운영체계의 역사와 개혁 방안,” 『대한병원협회지』, 5/6월호, pp.12-18.
- 서남규, 2009. “우리나라 의료체계변화의 역동성: 국가개입과 사회세력관계 변화를 중심으로,” 『보건과 사회과학』, 제25집, pp.99-128.
- 선학태, 2002. “한국 민주주의 공고화의 가능성과 한계: 김대중 정부의 사회복지개혁.” 『한국정치학회보』, 36(4): pp.179-198.
- 성창기, 1995. 우리나라 서구식 병원의 발전과정에 관한 연구 (서울대학교 보건대학원 석사학위논문)
- 송호근·홍경준, 2006. 『복지국가의 태동: 민주화, 세계화, 그리고 한국의 복지정치』, 나남.
- 신광영, 1999. 『동아시아의 산업과 민주화』, 문학과지성사.
- , 2002. “한국의 경제위기와 복지개혁,” 『국가전략』, 8(1): pp.57-73.
- 신영전, 2010. “건강보장쟁취사: 건강보장운동 과거, 현재, 미래,” 건강보험 통합 10주년 기념 심포지움 발표문.
- 신진옥, 2011. “보편주의 복지국가를 향한 시민사회의 전략,” 『월간 복지동향』 (2011년 4월호)
- 양재진, 2001. “구조조정과 사회복지: 발전국가 사회복지 패러다임의 붕괴와 김대중 정부의 과제,” 『한국정치학회보』, 35(1): pp.211-231.
- , 2007. “사회투자국가가 우리의 대안이다: 사회투자국가 비판론에 대한 반비판,” 『경제와 사회』, 제75호, pp.319-335.
- 왕푸창, 2008. 지은주 옮김. 『갈등의 정체성: 현대 대만사회의 에스닉 상상』, 나남.
- 원석조, 2006. “건강보험통합논쟁의 전개과정에 관한 연구,” 『사회복지정책』, 25, pp.159-180.
- 유승흠, 2007. “건강보험 30년이 의료산업에 미친 영향,” 『대한병원협회지』, pp.33-47.
- 윤홍식, 2011. “보편주의 복지국가의 원칙과 쟁점: 오해, 쟁점, 원칙 그리고 과제,” 『월간 복지동향』 (2011년 4월호)

- 이용갑, 2003. “진료비 지불제도와 보건의료 개혁: 포괄수가제(DRG) 도입을 둘러싼 논쟁.” 페미니즘 가족주의 그리고 한국의 사회복지 발표문, pp.47-71.
- , 2009. “우리나라 국민건강보험과 비교한 일본과 대만의 공적 의료보험제도,” 서울대학교 의과대학 의료관리학 교실 발표문(2009년 6월 8일).
- 이용균, 2011. “병원 외래환자의 약국선택권 제도도입 필요성,” 『한국병원경영연구원 Issue Paper』, 제8호 특집호(2011년 6월 20일)
- 이창곤 편저, 2010. 『어떤 복지국가에서 살고 싶은가? : 대한민국 복지국가 논쟁』, 도서출판 밎.
- 이태수·김연명·안병진·이일영, 2010. “[대화] 복지국가는 진보의 대안인가,” 『창작과 비평』, 제149호, pp.89-126.
- 이혜훈, 2001. “의료보험재정 위기: 원인과 대책,” 『KDI 정책포럼』, 제155호.
- 이호용, 김경하, 서수라, 김진수, 황라일, 이현복(2009). 『민간보험의 급여범위에 대한 국제비교 연구』, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 임금자·김계현, 2011. 『총액계약제 사례 연구: 독일과 대만을 중심으로』, 의료정책연구소.
- 임혜란, 1999. “한국과 대만의 산업화패턴과 경제위기,” 『한국정치학회보』 33(1): pp.269-288.
- , 2003. “금융세계화와 대만의 대응: 금융자유화와 금융개혁 과정을 중심으로,” 『한국정치학회보』, 37(5): pp.311-329.
- 정무권, 1993. “국가자율성, 국가능력, 사회보장정책: 유신체제의 연금제도와 의료보험정책을 중심으로,” 『韓國行政學報』, 27(2): pp.493-516.
- , 1996. “한국 사회복지제도의 초기형성에 관한 연구,” 『한국사회정책』, 제3집, pp.309-352.
- , 2007. “한국 발전주의 생산레짐과 복지체제의 형성,” 『한국사회정책』, 14집, pp.257-305.
- 편, 2009. 『한국 복지국가 성격논쟁 II』, 인간과복지.
- 정석훈·이용균, 2010. 『건강보험 진료비 지불제도의 동향과 개편방안』, 병원경영연구원.
- 정웅기, 2012. “신(新) 뉴딜 사회입법 성격논쟁 분석 - 재계는 복지국가



- 건설에 기여하는가?,” 『인문사회과학연구』, 13(2): pp.295-336.
- 정현진·이정면·문성웅·백승천·윤영덕, 2011. 『주요국 진료비 총액관리 제도 고찰 및 시사점』, 건강보험정책연구원.
- 정형선 외, 2010. 『2010년 국민의료비 및 국민보건계정』, 보건복지부 및 연세대학교 의료·복지연구소.
- 조경애, 2010. “국민건강보험 통합 과정 보고” 건강보험통합 10주년 기념 심포지움 발표문.
- 조병희, 1994. 『한국의사의 위기와 생존전략』. 명경.
- , 1997. “재벌병원과 의료체계의 변화,” 『보건과 사회과학』, 1(1): pp.65-88.
- , 2000. 『의료문제의 사회학: 한국의료체계의 모순과 개혁』, 2판, 태일사.
- , 2003. 『의료개혁과 의료권력』. 나남.
- , 2006. 『질병과 의료의 사회학』, 집문당.
- , 2009. “국가개입과 한국 의료체계의 성격,” 정무권 편. 『한국 복지국가 성격논쟁 II』, 인간과복지, pp.753-786.
- 조영재, 2008. “건강(의료)보험제도,” 양재진 외, 『한국의 복지정책 결정과정: 역사와 자료』, 나남, pp.65-102.
- 조흥준, 1999a. “의료보험 조직 통합 연기 논리의 허구,” 『월간 복지동향』 11월호, pp.30-32.
- , 1999b. “의료보험 개혁운동의 성과와 과제,” 『월간 복지동향』, 12월호, pp.14-17.
- 지은주, 2008. “대만 정당체제의 분극적 경쟁과 정당의 이데올로기적 특징,” 『한국정치학회보』, 48(4): pp.329-356.
- 차흥봉, 1996. “의료보험의 정책결정과정: 제1차 의료보험통합 논의과정을 중심으로,” 『사회복지연구』 제3집, pp.179-189.
- 첸잉팡·뤼젠더, 2011. “경제위기하 대만 사회보장제도의 발전과 개혁,” 『아세아연구』, 54(1): pp.72-118.
- 천광성, 2003. 백지운 외 옮김. 『제국의 눈』, 창비.
- 최병호, 신윤정, 2003. 『국민건강보험 총액예산제 도입방안 연구』, 한국보건사회연구원.
- , 한동운, 이정우, 이건세, 신현웅, 선우덕, 배성일(2005). 『건강보험

- 제도의 발전과정 비교연구』, 한국보건사회연구원.
- 최용준, 2005. “국민건강보험재정건전화특별법과 국민건강증진법” 참여연대 사회복지위원회 자료(2005년 2월 10일)  
<http://www.peoplepower21.org/Welfare/656608>
- 최윤정, 2009. “의료민영화와 보건의료의 신자유주의적 재편,” 공동심포지엄: 의료민영화와 보건의료현장의 변화 발표문(2009년 10월 28일)
- , 2010. “‘건강보험 하나로’, 어떻게 볼 것인가,” 『사회운동』 통권 96호(2010년 7-8월)
- , 2011. “복지국가 정치동맹, 왜 문제인가,” 『사회운동』 통권 100호(2011년 5-6월)
- 최원식·백영서 엮음, 2012. 『대만을 보는 눈: 한국-대만, 공생의 길을 찾아서』, 창비.
- 최장집, 1993. 『한국민주주의의 이론』, 한길사.
- 최희경, 2007. “건강보험수가 결정과정의 정치경제학,” 『보건과 사회과학』, 22, pp.67-95.
- 한국보건사회연구원, 2011. 『보건의료정책 포럼: 민간의료보험 시장규모와 역할 자료집』.
- 한동운, 2006. “의약분업 시행” (국가기록원 나라기록 게시글)

## 2. 영문

- Baeza, Cristian C. and Truman G. Packard (2006). “Extending the risk pool for health in developing countries: The challenges of moving to general tax funding,” *International Social Security Review*, 60(2-3): pp.83-97.
- Bambra, Clare. 2005. “Worlds of Welfare and the Health Care Discrepancy,” *Social Policy & Society*, 4(1): pp.31-41.
- BNHI, 2010. *National Health Insurance in Taiwan*, Department of Health.
- Carnes, Matthew E. and Isabela Mares. 2007. “The Welfare State in Global Perspective,” *The Oxford Handbook of Comparative*

- Politics*, Oxford University Press, pp.868-885.
- Carrera, Percivil M. et al. 2008. "Health Care Financing Reforms in Germany: The Case for Rethinking the Evolutionary Approach to Reforms," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(5): pp.979-1005.
- Cashin, Cheryl et al. 2005. "Ch.2. Options for Hospital Payment Systems," *Case Based Hospital Payment Systems: A Step-by-Step Guide for Design and Implementation in Low-and Middle-Income Countries* (USAID ZdravPlus project)
- Chen, Henglien Lisa. 2010. "Welfare and long-term care in the East and West," *International Journal of Sociology and Social Policy*, 30(3-4): pp.167-181.
- Cheng, Tsung-Mei. 2003. "Taiwan's New National Health Insurance Program: Genesis And Experience So Far," *Health Affairs*, 22(3): pp.61-76.
- Cheng, Peter Wen-Hui and Chu Tzer-Ming, 2008. *Health Care Insurance in Taiwan* (unpublished manuscript) (An expanded version of 鄭文輝、朱澤民、米山陸一, "臺灣の醫療保險制度," 『醫療と社會』, Vol.18, No.1 (2008年 5月), pp143-188.)
- Chiang, Tung-liang, 1997. "Taiwan's 1995 health care reform," *Health Policy*, 39, pp.225-239.
- , 2005. "Taiwan," Robin Gauld ed. *Comparative Health Policy in the Asia-Pacific*, Open University Press, pp.70-89.
- Cutler, David M. 2002. "Equity, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform," *Journal of Economic Literature*, XL, pp.881-906.
- Cutright, Philip. 1965. "Political Structure, Economic Development, and National Social Security Programs," *American Journal of Sociology*, 70(5): pp.537-550.
- Department of Health, 2006. "Health Care in Taiwan"
- Esping-Andersen, Gosta. 1985. *Politics against Markets: The Social*

- Democratic Road to Power*, Princeton University Press.
- , 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press.
- Fields, Karl J. 1995. *Enterprise and the state in Korea and Taiwan*, Cornell University Press, 1995.
- Gauld, Robin et al. 2006. "Advanced Asia's health systems in comparison," *Health Policy*, 79, pp.325-336.
- Giaimo, Susan. 2001. "Who Pays for Health Care Reform?," Paul Pierson ed. *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press.
- , 2002. *Markets and Medicine: The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*, University of Michigan Press.
- Glatzer, Miguel and Dietrich Rueschemeyer eds. 2005. *Globalization and The Future of the Welfare State*, University of Pittsburgh Press.
- Grief, Avner and David Laitin, 2004. "A Theory of Endogenous Institutional Change," *American Political Science Review*, 98(4): pp.633-652.
- Hacker, Jacob S and Paul Pierson, 2002. "Business Power and Social Policy: Employers and the Formation of the American Welfare State," *Politics and Society*, 30(2): pp.277-325.
- Haggard, Stephen and Robert R. Kaufman. 2008. *Development, Democracy, and Welfare States: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*, Princeton University Press.
- Hall, Peter A. and David Soskice eds. 2001. *Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage*, Oxford University.
- Hort, Sven E. O. and Stein Kuhnle. 2000. "The Coming of East and South-East Asian welfare states," *Journal of European Social Policy*, 10(2): pp.162-184.

- Immergut, Ellen M. 1992. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge University Press.
- Jacobs, Alan. 2009. "Policymaking as Political Constraint: Institutional Development in the U.S. Social Security Program," James Mahoney and Kathleen Thelen eds. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power*, Cambridge University Press, pp.94-131.
- Jacobs, D. 2000. "Low public expenditures on social welfare: do East Asian countries have a secret?," *International Journal of Social Welfare*, 9, pp.2-16.
- Jones, Randall S. 2010. "Health-Care Reform in Korea," *Economics Department Working Papers* No.797, Organization for Economic Co-operation and Development.
- Kim, Pil Ho. 2010. "The East Asian Welfare state debate and surrogate social policy: an explanatory study on Japan and South Korea," *Socio-Economic Review*, 8, pp.411-435.
- Korpi, Walter. 1983. *The Democratic Class Struggle*, London: Routledge & K. Paul.
- Kwon, Huck-ju. 1999. *The Welfare State in Korea: The Politics of Legitimation*, Palgrave MacMillan.
- , 2007. "Transforming the developmental welfare state in East Asia," *DESA Working Paper* No.40, United Nations Department of Economic and Social Affairs, pp.1-15.
- , 2009. "The reform of the developmental welfare state in East Asia," *International Journal of Social Welfare*, 18, pp.S12-S21.
- and Fen-ling Chen. 2008. "Governing universal health insurance in Korea and Taiwan," *International Journal of Social Welfare*, 17, pp.355-364.
- Kwon, Soonman and Michael R. Reich. 2005. "The Changing Process and Politics of Health Policy in Korea," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(6): pp.1003-1025.

- Lee, Sang-Yi, Chang-Bae Chun, Yong-Gab Lee, and Nam Kyu Seo, 2008. "The National Health Insurance system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan," *Health Policy*, 85, pp.105-113.
- Levi, Margaret. 1987. *Of Rule and Revenue*, University of California Press.
- Lim, Haeran, 2009. "Democratization and The Transformation Process in East Asian Developmental States: Financial Reform in Korea and Taiwan," *Asian Perspective*, 33(1): pp.75-110.
- Lim, Sang Hun. 2011. *Regulation of Pharmaceutical Market in South Korean National Health Insurance* (Ph.D. Dissertation, Department of Social Policy, Oxford University)
- Lu, Jui-Fen Rachel and William C. Hsiao. 2003. "Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan," *Health Affairs*, 22(3): pp.77-88.
- and Tung-liang Chiang, 2011. "Evolution of Taiwan's health care system," *Health Economics, Policy and Law*, 6, pp.85-107.
- and Gabriel M. Leung, Soonman Kwon, Keith Y. K. Tin, Eddy Van Doorslaer, and Owen O'Donnell, 2007. "Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies," *Social Science & Medicine*, 64, pp.199-212.
- Mahoney, James and Kathleen Thelen eds. 2010. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*, Cambridge University Press.
- Mares, Isabela. 2003. *The Politics of Social Risk: Business and Welfare State Development*, Cambridge University Press.
- , 2006. "The economic consequences of the welfare state," *International Social Security Review*, 60(2-3): pp.65-81.
- and Matthew E. Carnes, 2009. "Social Policy in Developing

- Countries,” *Annual Review of Political Science*, 12, pp.93-113.
- Marmor, Theodore R., Richard Freeman, and Kieke G.H. Okma eds. *Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care*, Yale University Press.
- Peng, Ito and Joseph Wong, 2008. “Institutions and Institutional Purpose: Continuity and Change in East Asian Social Policy,” *Politics and Society*, 36(1): pp.61-88.
- Pierson, Paul. 1994. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*, Cambridge University Press.
- , 2004. *Politics In Time: History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton: Princeton University Press.
- Ringen, Stein et al. 2011. *The Korean State and Social Policy: How South Korea lifted itself from poverty and dictatorship to affluence and democracy*, Oxford University Press.
- Rothgang, Heinz et al. 2010. *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries*, palgrave macmillan.
- Sheingate, Adam D. 2001. *The Rise of the Agricultural Welfare State: Institutions and Interest group Power in the United States, France, and Japan*, Princeton University Press.
- Son, Annette H. K. 2001. “Taiwan's path to national health insurance (1950-1995),” *International Journal of Social Welfare*, 10, pp.45-53.
- , 2002. “Social Insurance Programs in South Korea and Taiwan: A Historical Overview,” *Uppsala Papers in Economic History* (Research Report No.50)
- Steffen, Monika. 2010. “Social Health Insurance Systems: What Makes the Difference? The Bismarkian Case in France and Germany,” *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1-2): pp.141-150.
- Streeck, Wolfgang and Kathleen Thelen eds, 2005. *Beyond*

*Continuity Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press.

- Stuckler, David. Andrea B. Feigl, Sanjay Basu, and Martin McKee, 2010. *The Political Economy of Universal Health Coverage*, Background paper for the First Global Symposium on Health Systems Research (16-19 November 2010, Montreux, Switzerland)
- Swenson, Peter. 2004. "Varieties of Capitalist Interests: Power, Institutions, and the Regulatory Welfare State in the United States and Sweden," *Studies in American Political Development*, 18(1): 1-29.
- Tuohy, Carolyn Hughes, 1999a. *Accidental Logics: the dynamics of change in the healthcare arena in the United States, Britain, and Canada*, Oxford University Press.
- , 1999b. "Dynamics of A Changing Health Sphere: The United States, Britain, and Canada," *Health Affairs*, 18(3): pp.114-134.
- Wilensky, Harold L. 1975. *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*, University of California Press.
- Wilson, James Q. ed. 1980. *The Politics of Regulation*, Basic Books.
- Wong, Joseph, 2003. "Resisting Reform: The Politics of Health Care in Democratizing Taiwan," *American Asian Review*, 21(2): pp.57-90.
- , 2004. *Healthy Democracies: Welfare Politics in Taiwan and South Korea*, Ithaca: Cornell University Press.
- Yang, David D. 2007. "Classing Ethnicity: Class, Ethnicity, and the Mass Politics of Taiwan's Democratic Transition," *World Politics*, 59(4): pp.503-538.



### 3. 중문

- 陳建立, 2005. “醫院總額支付制度之協商機制 - 新制度主義觀點,” 『醫務管理期刊』, Vol.6, No.1, pp.94-110.
- 莊素玉, 1994. “診斷醫界兩大 臺大VS.長庚,” 『天下』, 4月號.
- 莊逸洲, 黃崇哲, 鄭明智, 2003. “台灣醫院總額支付制度運作模式的初步探討,” 『醫務管理期刊』, Vol.4, No.3, pp.1-17.
- 莊念慈, 黃國哲, 許怡欣, 郭乃文, 魏中仁, 2004. “醫院因應總額支付制度之策略方案及其相關因素探討,” 『臺灣公共衛生雜誌』, Vol.23 No.2, pp.150-158.
- 黃國哲, 陳怡樺, 張蕙芝, 張維容, 溫信財, 邱瓊萱, 2007. “總額支付制度實施後醫院的適應策略分析,” 『臺灣公共衛生雜誌』, Vol.26 No.4, pp.283-291.
- 李玉春, 2001. “全民健康保險總額支付制度之規劃,” 『聯新醫管』, No.30, pp.3-4.
- 林欽法, 2005. “總額支付制度之因應,” 『臺灣醫學』, Vol.9, No.6, pp.798-802.
- 林志鴻、呂建德, 2001. “社會團體對於全民健保政策參與管道與能力之探索 - 以總額支付制度的運作為例,” 「勞動與社會安全法制之改革: 學術與實務的對話」 學術研討會 (政大勞動法與社會法研究中心主辯, 2001年 12月 1日)
- 呂建德, 2003. “與弱勢者的團結 - 尋斗伐 全民健保的正義基礎,” 『臺灣社會研究季刊』 第五十一期 (2003年 9月)
- 全民健保政策制訂與實行供給體系的政策干預 (呂建德 教授 資料)
- 財團法人臺灣醫療改革基金會 (呂建德 教授 資料)
- 張錦文, 2005. “醫院總額支付與未來的因應措施,” 『福爾摩莎醫務管理雜誌』, Vol.1, No.1, pp.1-7.

#### 4. 신문기사

김용익/양보혜, “김용익 교수가 생각하는 ‘보편적 의료복지’란,” 《청년의사》  
(2012년 3월 13일)

약국신문, “대만 의약분업 ‘단계적 정착,’” 《약국신문》 (2000년 9월 18일)

양홍주, “[기रो에 선 건강보험] 대만서 해법 찾는다,” 《한국일보》, 2006년 6  
월 28일

음상준, “김용익, 의원으로 돈 번 의사가 병원 설립,” 《데일리메디》, 2010  
년 8월 18일

조명덕, “분당서울대병원 신관 개원…‘빅5’ 대열 진입,” 《닥터스뉴스》  
(2013년 4월 10일)

《보건뉴스》

《청년의사》

《한겨레신문》

《헬스블로그》

#### 5. 현지조사(인터뷰)

뤄젠더(呂建德) 교수와의 인터뷰 (2012년 2월 10일, 國立中正大學)

청원후이(鄭文輝) 교수와의 인터뷰 (2012년 2월 10일, 國立中正大學)

첸샤오핑(陳孝平) 교수와의 인터뷰 (2012년 2월 16일, 國立中正大學)

장둥량(江東亮) 교수와의 인터뷰 (2012년 2월 8일, 國立臺灣大學 公衆衛生  
學院)

## **Abstract**

# **A Paradox of Cohesion and Slackness: The Political Economy of Healthcare Reform in Korea and Taiwan**

Jung, Ung Ki

Department of Political Science

The Graduate School

Seoul National University

This thesis aims to clarify the cause of how the reform of cost-containment occurred differently in healthcare systems of Korea and Taiwan. It is true that healthcare costs in both countries are rapidly increasing, as medical demands rise due to the economic development and the emergence of ageing societies because of socioeconomic change. As a result, how the costs may be contained appears to be an urgent political issue. The global budgeting is the means by which the government can control healthcare costs by changing the payment system from which healthcare providers reimburse their fee, a subject of much attention. While global budgeting has not yet been accepted in Korea, it did in Taiwan. Therefore, this study would explore the dynamics which generate these differences through a comparative perspective.

After reviewing existing literature, this article finds that there needs to be a focus on the characteristics of healthcare providers to understand the

mechanism which causes a difference between two countries. In order to do this, a theoretical framework is designed by employing a theory of endogenous institutional change that has developed within the school of new institutionalism. According to this framework, the difference of cost-containment reform in Korea and Taiwan depends on whether providers' beliefs and concomitant behaviors about the specific mode of payment, fee for service (FFS), may be continued. These beliefs and behaviors are influenced by a *quasi-parameter*, a cohesive power of coalition composed of the hospital sector and clinic sector, which are core providers, as well as exogenous events such as social and institutional changes. Based on this theoretical design, this article analyzes both self-enforcing mechanism, through which the belief about FFS is sustained by providers, and its self-reinforcing and self-undermining mechanism.

According to the result of this study, firstly, the reason providers in Korea and Taiwan enforce their belief over FFS by themselves is that it was their principal means to make a profit. On the one hand, in Korea, medical demand was created by an introduction of health insurance, which resulted in a big market for providers. As a trade-off, therefore, providers accepted lower fees for services imposed by health insurance programs and mandatory designation of all medical institutions to the programs. As they had continued to make money by utilizing the feature and loophole of FFS, their belief was self-enforcing. On the other hand, there had been a differential fee schedule based on FFS between the hospital sector and clinic sector in Taiwan, which generated a gap of earnings among them. While the hospital sector developed to make a high profit, the clinic sector actively utilized FFS to survive competition with the former sector. As a result, providers' belief over FFS could be maintained.

Secondly, the reason provider's belief over FFS self-reinforced or self-undermined is that exogenous events and coalition by the hospital-clinic sector (*quasi-parameter*) have impact on this belief. Although the economic gap among providers has increasingly widened in Korea, the self-enforcing belief makes them assume that the gap is attributed to the policy through which government forced them to take lower fee for service. Relying on this belief, a providers' coalition by misconception was formed. The separation of

drug prescribing and dispensing was the moment by which consolidated the hospital-clinic coalition, which confronts the government's effort to change FFS. As a result, Korean providers' belief over FFS has been self-reinforced.

In Taiwan, along with the differential schedule fee, competition between the hospital and clinic sector become more severe, which weakened the cohesive power of hospital-clinic coalition. Though multi-carrier reform was initiated by the government due to the financial deficit of the health insurance program, the societal opposition by diverse social actors hindered the reform. The providers, however, had difficulty engaging this process because of the fragile coalition. Since the government suggested global budgeting as a new alternative and prompted it gradually and sector by sector, providers' belief of FFS was difficult to be sustained. In a situation where competition with hospitals forces clinics to profit less, a phase-in strategy that government pursued encouraged other sectors including clinics, to think that it is better to get their own budgets guaranteed, independent of competition with hospitals. Therefore, providers' belief over FFS was self-undermined in Taiwan.

Explaining a change in belief of providers in Korea and Taiwan by employing the theory of endogenous institutional change, this thesis has a theoretical merit distinct from existing literature which demonstrates the change by external shocks. This also provides a new insight into the politics of public policy. From that point, it is important to consider a policy initiative to change providers' belief and behavior. Particularly in Korea, it points out the provisional and changeable feature of providers' coalition by misconception, and stresses the coordinative capacity of the government and restoration of its trust bestowed by providers to implement the reform.

*Keywords:* endogenous institutional change, belief, global budgeting, fee for service, hospital-clinic coalition, cost-containment reform, cost-benefit model, healthcare system in Korea and Taiwan

*Student Number:* 2010-20081