

건강보험제도의 도입과 발전과정: 정치경제적 배경과 거시경제적 고찰

김 준 경* · 김 준 일**

논문 초록

우리나라의 국민건강보험제도는 2020년 초에 발생한 코로나 감염병의 대규모 확산을 차단하기 위한 방역대책이 성공적으로 추진될 수 있었던 중요한 요인 중 하나로 평가받고 있다. 본고는 세계적으로 유례가 없는 우리나라의 성공적인 국민건강보험제도의 도입 및 발전 경험에 대한 사례연구로서, 도입배경에 대한 정치경제학적 고찰과 함께 도입 이후의 단계별 발전과정을 재정건전성을 포함한 거시경제적 시각에서 조명하였다. 1977년 기업과 근로자들이 비용을 분담하는 직장보험 도입과 단계적 확대, 1988-89년 농어민·자영업자 등에 대한 지역보험 도입, 2000년 직장보험과 지역보험의 통합을 거치는 과정에서 이루어진 정치사회적 고려와 당시의 거시경제 여건 등에 대한 사실적 자료를 기초로 균형있는 분석을 시도하였다. 이어서 우리나라의 건강보험이 지닌 우수한 특성에 대한 경제적 평가와 함께 이러한 특성들이 성공적으로 정착될 수 있었던 이유를 민간의 역할을 중시한 우리나라의 유도형 경제발전전략(indicative planning)과 연계하여 설명하였다. 본고에서 제시된 건강보험의 발전과정과 성공요인에 대한 논의가 향후 우리나라의 건강보험이 직면할 도전을 이해하고 이를 바탕으로 지속적인 발전방안을 도출하는데 기여할 것으로 기대된다.

핵심 주제어: 건강보험, 재정건전성, 소득재분배

경제학문헌목록 주제분류: I13, H4, N3

투고 일자: 2021. 9. 23. 심사 및 수정 일자: 2021. 10. 6. 게재 확정 일자: 2021. 10. 20.

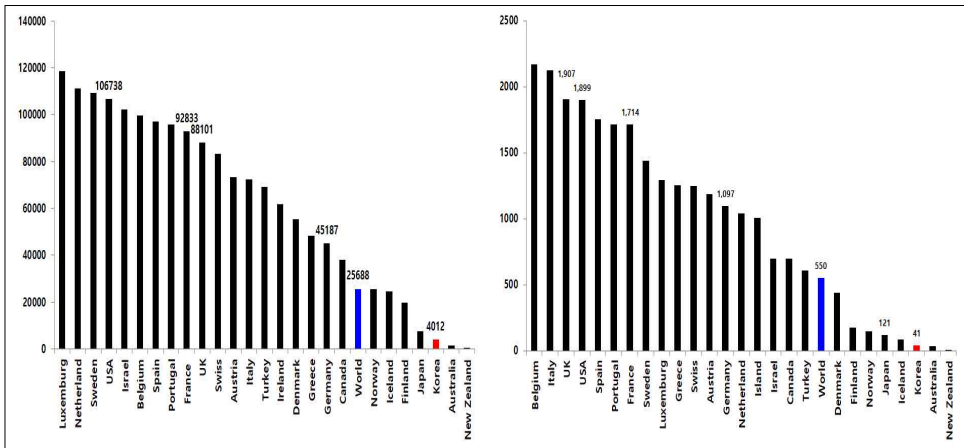
* 제1저자 및 교신저자, KDI 국제정책대학원 교수, e-mail: joon@kdischool.ac.kr

** 제2저자, International Monetary Fund, Advisor, e-mail: jkim2@imf.org

I. 서 론

세계적인 코로나 감염병 위기(COVID-19 pandemic)가 발생한지 거의 2년이 경과한 현 시점에서도 아직 위기극복의 실마리가 잘 보이지 않고 있다. 2021년 9월 현재 세계적으로 누적 확진자 수가 2억명을 상회하였으며 458만명 이상의 사망자가 발생하였다. 우리나라도 예외는 아니어서 코로나로 인한 인명손실과 함께 막대한 경제적 비용을 지불하고 있는 실정이다. 그럼에도 불구하고, 우리나라는 확진자 수, 사망자 수, 확진자 수 대비 사망률 등에 있어 다른 선진국에 비해 상대적으로 양호한 실적을 보이고 있다(<그림 1>, <그림 2> 참조). 물론 우리나라가 코로나 위기 극복의 핵심인 백신의 조기확보 실패로 인해 결과적으로 서구 선진국들에 비해 위기극복이 지연되고 이에 따른 경제적 비용을 지불하고 있다는 점은 부인하기 어려우나, 적어도 감염병의 대규모 확산을 차단하기 위한 방역에 있어서는 선진국에 비해 성공적이었다고 할 수 있을 것이다.

<그림 1> OECD 선진국 코로나-19 확진자수 <그림 2> OECD 선진국 코로나-19 사망자수
(인구 백만명당 2021년 8월 4일 현재, 단위: 명) (인구 백만명당 2021년 8월 4일 현재, 단위: 명)



자료: Worldometers.

이러한 우리나라의 성공적인 방역은 크게 세가지 요인에 의해 가능했던 것으로 평가할 수 있다. 첫째, 코로나 방역이 준비된 방역이었다는 점이다. 2015년 메르스 대응 실패 당시 얻은 값진 교훈과 이에 기초하여 새롭게 개편된 범정부 차원의 효과적인 대응 매뉴얼과 함께 이를 뒷받침하기 위한 법과 제도적 기반이 사전에 준비되어

있었기에 코로나 발생 초기부터 침착하고 신속한 대응이 가능하였다.¹⁾

둘째, 개인의 자유와 프라이버시(privacy)를 침해할 소지가 다분한 강제적인 방역 조치(예: 개인의 동의 없이 이루어진 신용카드 사용내역 조회)에 대한 국민적 인식이 서구 선진국에 비해 상대적으로 높은 수용성을 보였고 따라서 코로나 방역에 대한 국민적 협조가 지속되었다는 점이다.²⁾

셋째, 국민건강보험의 역할을 들 수 있다. 우선 선진국에 비해 저렴하고 효율적인 우리나라 국민건강보험은 코로나 감염이 중증으로 발전할 경우 예상되는 막대한 치료비 등에 대한 두려움을 해소해 줌으로써 코로나 증상이 의심되는 경우 이를 숨기지 않고 조기에 검사를 받도록 하는 유인을 제공하였다. 자발적인 조기 코로나 검사에 대한 유인은 인구 대비 코로나 검사 회수가 주요 선진국에 비해 크게 낮았음에도 불구하고 성공적인 방역이 가능했던 중요한 요인으로 평가된다. 실제로 코로나 위기가 확산되던 2020년 중반에 국민건강보험공단이 실시한 국민의식 여론조사에 따르면, 국민건강보험에 대한 긍정적 인식의 비중이 92%를 상회하고 있으며, 코로나 이후의 긍정적 인식에 대한 이유를 묻는 질문에 대해서는 응답자의 40%가 “해외와 대비되는 우리 건강보험의 우수성”이라고 답하였으며, 45%는 “비용부담 없이 안심하고 코로나 진단과 치료를 받을 수 있어서”라고 답변하였다(〈표 1〉 참조). 이와 함께, 국민건강보험이 도입되고 발전해 오는 과정에서 수반된 의료서비스 산업의 양적 및 질적 발전 덕분에 코로나 감염자의 효과적인 격리/보호/관찰 및 중증 환자에 대한 수준 높은 치료가 가능한 의료역량 구축과 함께 감염병 위기상황하에서도 신속하고 효과적인 재정지원이 가능했다는 점을 강조하지 않을 수 없다.³⁾

1) 메르스 발병 직후 미국의 규제제도를 모델로 삼아 도입된 신속승인제도(EUA, Emergency Use Authorization)를 적용하여 민간기업의 신속한 진단 시약을 개발하고 상용화할 수 있음에 따라 대량 검사를 통해 확진자 조기 발견 및 격리를 가능케 했다(FDA 2021). 또한 메르스 사태를 경험하는 와중에 휴대전화 위치정보와 신용카드 거래정보 등 민간의 개인정보를 이용할 수 있도록 관련 법 제도가 정비됨에 따라 ICT 기반의 역학조사(확진자 감염경로 식별과 접촉자 동선 추적)가 신속하게 실시될 수 있었다.

2) 대통령 직속 4차 산업혁명위원회가 2020년 4월에 실시한 코로나-19 관련 개인정보 공개에 대한 설문조사 결과에 의하면, 국민의 90% 이상이 확진자의 개인정보의 공개가 적절하다고 응답함으로써 코로나 지도/감염자 동선 공개에 대한 국민 지지도가 매우 높게 나타났다.

3) 우수한 건강보험제도의 존재 여부만으로는 우리나라의 성공적인 코로나 방역을 설명하기 어렵다. 실제로 오랜 의료보험 역사를 갖고 있고 우리나라처럼 의료보험이 발달한 선진국(예: 독일, 일본, 프랑스, 네덜란드, 스위스, 벨기에 등)에서도 코로나-19 누적 사망자수 등이 세계 평균치보다 높게 나타나고 있다. 따라서 우리나라의 성공적 방역은 앞서 언급한 두 가지 요인(즉, 준비된 방역과 국민적 협조)에 우수한 건강보험이라는 세번째 요인이 합쳐지면서 이룩한 성과로

〈표 1〉 국민건강보험에 대한 국민인식 설문조사 결과

코로나-19 이후 국민건강보험에 긍정적인 이유는?	응답률(%)
해외국가 대비 우리나라 건강보험의 우수성을 체감하게 되어서	40.0
건강보험으로 비용부담 없이 코로나-19 진단을 받고 치료받을 수 있어서	23.0
코로나-19에 걸리더라도 안심하고 치료받을 수 있을 것이라는 확신이 들어서	21.6
코로나-19로 인한 국가재난 상황에서 사회안전망의 중요성을 느끼게 되어서	13.8

자료: 국민건강보험공단, 보도자료 2020년 7월 27일.

본고는 우리나라 국민건강보험의 도입 배경에 대한 정치경제적 고찰과 함께 도입 이후의 발전과정을 거시경제적 시각, 특히 재정여력(fiscal space)과 지속가능성 측면에서 조명하고자 하였다. 건강보험의 도입과정에 대해서는 도입 당시의 거시경제적 여건과 정치경제적 상황 등에 대한 사실적 자료를 기초로 균형있는 분석을 시도하였다. 많은 선진국과 신흥시장국들에서 건강보험을 포함한 사회보험제도의 도입이 다양한 정치경제적 요인으로 인하여 실패하거나 장기간 지연된 경험에 비추어 볼 때, 세계적으로 유례가 없는 우리나라의 성공적인 도입 경험은 매우 중요한 사례연구 과제가 될 수 있을 것이다. 더욱이 고성장에도 불구하고 저소득 국가의 범주를 겨우 벗어난 시기인 1970년대에 건강보험 도입이 본격적으로 논의되고 추진되었다는 점에서 우리나라 특유의 정치경제적 상황에 대한 심도있는 분석을 제시하고자 하였다. 건강보험을 전 국민을 대상으로 확대 적용해가는 과정에 대해서도 단순히 복지에 대한 사회적 수요 증가라는 측면을 넘어 그 이면에 내재되었던 거시경제적 고려 등에 대해서술하였다.

이러한 접근은 본고에서 제시하는 사례연구가 우리나라 건강보험에 대한 기존의 연구들과 차별화되는 동시에 기존의 연구를 보완하는 효과를 기대할 수 있다. 기존 연구의 대부분은 복지/분배 정책이라는 미시적 시각에 치중하여 우리나라의 건강보험 제도를 분석하고 있으며, 거시경제적 효율성이나 재정여력 등의 제약조건에 대한 고려가 미흡한 것으로 평가된다. 국민건강보험이 국민연금과 함께 우리나라 복지정책의 양대축을 형성하고 있는 것은 분명하나, 우리나라의 거시경제적 여건, 특히 재정여건과 함께 지속가능성을 담보하기 위한 효율성 등에 대한 충분한 고려와 이해 없이는 고령화 시대하에서의 건강보험 발전방향에 대한 실효성있는 논의가 불가능할 것이라는 점을 강조하지 않을 수 없다.

본고의 사례연구를 통해 도출한 주요 분석결과와 교훈을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 취약한 재정여력 및 설계능력 미비 등의 현실적인 제약으로 인해 비록 선언적 의미에 그치기는 하였으나, 사회보험으로서의 건강보험 도입 필요성은 이미 이승만 정부에서부터 충분히 인식되고 공유되고 있었으며, 박정희 정부에서도 이러한 인식은 계승 발전되었다. 우리나라의 경제발전 과정이 이분법적인 큰 틀에서는 “선성장-후복지/분배” 모델로 설명이 가능한 것은 부인하기 어려우나, 사회복지와 분배에 대한 정책적 고려가 경제발전 초기 혹은 고성장 시기에 도외시 된 것은 아니었다. 즉, “선성장-후복지/분배” 모델도 사회복지나 분배문제에 대한 인식이나 정책의지의 부족이라는 측면도 간과할 수는 없겠으나, 전반적인 경제여건, 재정여력, 지속가능성 등에 대한 거시경제적 고려 역시 중요한 원인이었다고 보는 것이 보다 균형된 시각이라고 할 수 있을 것이다.

둘째, 부채누증으로 부도위기에 봉착한 대기업들을 구제하기 위해 1972년 8월 전격적으로 실시된 사채동결 조치가 1970년대 중반부터 건강보험 도입을 점진적으로 추진하게 되는 중요한 정치경제적 계기와 추동력을 제공하였다는 점이다. 사채동결 조치는 복지정책과는 관련이 없는 거시경제 안정유지를 목적으로 비상조치 형태로 이루어졌으나, 동 조치로 막대한 수혜를 입은 기업들에 대해 정부가 기업의 사회적 책임을 강력하게 요구할 수 있는 정치적 명분을 제공하였다. 당시 정부가 가장 주목한 사회적 책임은 기업공개를 통한 이익의 공유 및 사회 환원이었으나 기업의 강력한 반대와 1973년의 오일쇼크로 인한 경제상황 악화로 추진이 어려워지자 대안으로 추진된 것이 사채동결 이전부터 복지정책의 일환으로 논의되던 기업과 근로자가 비용을 분담하는 방식의 건강보험 도입이었다.

셋째, 건강보험 재정의 대부분이 국민이 납부하는 보험료로 충당되는 현 방식의 국민건강보험이 정착된 것은 건강보험 도입 때부터 지속된 재정건전성 악화에 대한 우려와 함께 경제개발 5개년계획을 통해 실현된 정부주도의 성장전략이 실질적인 내용면에서는 민간의 자율과 자조를 강조한 유도계획(indicative planning)이었다는 점과 무관하지 않다. 건강보험 도입 이전부터 이미 실시된 자활능력이 없는 계층에 대한 의료보호(Medicaid)는 정부 재정자금으로 충당한 반면, 건강보험의 경우 자조정신과 수익자부담원칙에 의거하여 정부의 재정지원이 거의 없는 민간보험의 형태로 시작하였다. 이렇게 시작한 건강보험이 재정지원을 수반하는 사회보험으로서의 형태를 갖추기 시작한 것은 확충된 재정여력을 바탕으로 노태우 정부에서 농어촌지역과 도시자영업자를 대상으로 한 지역보험이 도입된 1988년이며, 이후 김대중 정부 들어 직장

보험과 지역보험이 통합되면서 강력한 소득재분배 기능을 갖춘 사회보험으로 발전하게 되었다.

넷째, 건강보험의 도입과 확대 과정에서 정치경제적 난관을 극복하기 위한 전략적인 사고, 지속가능성과 재정부담에 대한 신중한 고려, 건강보험재정 안정을 이룩한 정부의 관리역량 등이 주효했다는 점이다. 의료보험 실시 이전에 저소득층에 대한 의료보호제도를 강화함으로써 최소한의 사회적 형평에 대한 전략적 고려를 하였으며, 의료보험의 단계적 실시도 피보험자의 지불능력(affordability)이 높은 대기업 종사자부터 시작하여 중소기업 종사자로 확대하는 방식을 택함으로써 순조로운 제도 정착이라는 목표를 달성하고자 하였다. 농어촌 지역주민과 자영업자 등에 대한 지역의료보험 실시도 피보험자의 소득 파악이 어렵다는 행정상의 현실적 제약을 극복하고 직장 의료보험 운영 경험 등을 참고함으로써 제도 도입에 따른 다양한 문제점들을 최소화하려는 노력이 이루어졌다. 이와 함께 의료보험 도입 이후 보험수가 및 급여항목 등에 대한 정부 차원의 적절한 관리가 이루어짐에 따라 보험재정의 지속가능성을 확보할 수 있었다.

다섯째, 국민건강보험 도입과 확대는 결과적으로 보건의료 산업발전을 견인한 산업정책적 역할을 수행하였으며, 보건의료 산업의 안정에도 기여했다는 평가가 가능하다. 건강보험 도입과 확대는 복지에 대한 사회적 수요 증가가 견인한 측면이 강하나, 건강보험으로 인하여 저렴한 비용으로 의료서비스를 소비할 수 있는 기반이 마련되면서 의료서비스에 대한 지속적인 시장수요가 창출되고 이러한 수요증가가 공급능력 확대로 이어지는 선순환이 보건의료 산업의 발전을 견인하였다는 점 역시 강조되어야 할 것이다. 앞에서 언급한 바와 같이, 이러한 보건의료 산업의 발전은 성공적인 코로나 방역의 중요한 요인으로 작용하였다. 이와 함께 의료서비스에 대한 국민의 접근성을 상시적으로 높임으로써 보건의료 산업에 안정적인 수요기반을 제공한 것으로 평가된다.

여섯째, 기대수명의 증가와 고령화 추세가 지속되면서 건강보험의 역할은 더욱 중요해질 것이라는 점에서 건강보험의 지속가능성과 효율성을 강화하기 위한 사회적 논의가 필요하다. 인구 감소 및 노인인구 빈곤화 등으로 보험재정의 수입기반은 위축될 것으로 예상되는 반면, 보험재정의 지출소요는 인구고령화에 따른 의료서비스 소비 증가 등으로 폭발적인 증가세를 보일 우려가 상존하고 있다. 이와 함께 정치적 포퓰리즘으로 인한 수익자부담 원칙의 훼손, 피보험자와 의료서비스 공급자의 도덕적 해이 등에 따른 과잉진료 등도 보험재정의 효율성과 지속가능성을 위협하고 있는 것이

현실이다. 이러한 엄중한 현실을 감안하여, 향후 의료보험의 지속가능성 및 재정건전성을 제고하기 위한 우리 사회의 성숙한 논의가 조기에 이루어질 필요가 있다.

본고의 구성은 다음과 같다. 제Ⅱ장에서는 건강보험 도입의 정치경제적 배경과 도입 과정에서 이루어진 거시경제적 고려와 정책적 논의 등에 대해 다양한 자료와 기록을 활용하여 서술하였다. 제Ⅲ장에서는 건강보험이 단계적인 확대적용 과정을 거쳐 현재의 보편적 사회보험 형태로 발전해 온 과정에 대해 서술하였다. 제Ⅳ장에서는 건강보험의 발전과정과 성공요인에 대한 경제적 고찰을 시도하였다. 우리나라의 건강보험이 지닌 우수한 특성에 대한 경제적 평가와 함께 이러한 특성들이 성공적으로 정착될 수 있었던 정치경제적 배경과 우리나라의 경제발전전략과의 연계성 등에 초점을 맞추었다.

현재의 국민건강보험이 정착되기까지의 40년이 넘는 과정에서 시대별로 건강보험이 의료보험 등으로 지칭되었기 때문에, 이하에서는 논의의 편의를 위해 건강보험과 의료보험을 동일한 의미로 사용하였음을 밝혀둔다.

Ⅱ. 건강보험제도의 도입: 정치경제적 배경과 거시경제 여건

국가차원의 의료보험은 연금제도와 함께 가장 핵심적인 사회보장제도인 동시에 국가재정 더 나아가 국가경제 전체에 막대한 영향을 미치는 제도라고 할 수 있다. 따라서 어느 국가에서나 의료보험을 처음 설계하고 도입하는 과정은 정치, 사회, 경제 전반에 걸쳐 다양한 이해관계가 충돌하는 일종의 개혁과정이라고 해도 과언이 아닐 것이다. 즉, 의료보험의 사회적 편익과 경제적 비용을 추산하는 것도 어려운 과제이나, 편익과 비용의 단순 비교만으로 도입을 쉽게 결정할 수 있는 사안이 아니라는 점을 인식할 필요가 있다. 이러한 시각에서 의료보험의 도입과정을 보다 정확히 이해하기 위해, 본 장에서는 도입 당시의 정치사회적 배경, 관련 경제주체들의 이해관계, 정책당국 내부의 논의과정 및 거시경제적 여건 등을 사례연구의 관점에서 살펴보았다.

1. 사회보험으로서의 건강보험 필요성에 대한 인식

건강보험을 포함한 사회보험제도의 도입 필요성에 대한 정부 차원의 인식은 1948년 8월 15일 대한민국 정부 출범 직후로 거슬러 올라간다. 이승만 대통령은 1948년 9월 30일 국회 시정연설에서 농민의 생활기반 안정을 위한 농지개혁과 함께 근로자의

생활 향상을 위한 사회보험제도의 시행계획을 천명하였다(신언항, 2006).⁴⁾ 이승만 대통령의 시정방침에 이어 전진한 사회부장관은 의료보험을 포함한 사회보험 도입을 위한 조사연구에 착수했다고 정견발표하였다.⁵⁾ 농지개혁은 1949년 6월 제정되어 1950년에 약속대로 시행된 반면, 의료보험을 포함한 사회보험은 1950년 6·25 전쟁의 발발로 유보되었고, 제한적 규모이나마 미국 및 UN의 원조물자에 의존하여 의료 구호사업이 실시되었다(의료보험연합회, 1997, p. 16).

비록 건강보험 관련 입법이 추진되지 못했으나, 정부수립 직후에 이승만 정부가 한국의 의료보장제도를 정부재정에 전적으로 의존하는 영국식 국가보건서비스(NHS: National Health Service)가 아닌 독일과 일본식 사회의료보험제도(SHI: Social Health Insurance)를 염두에 둔 것은 우리나라 제헌헌법이 사회적 기본권을 최초로 규정한 독일의 바이마르(Weimar) 헌법에 많은 영향을 받았기 때문인 것으로 해석된다.⁶⁾ 또한 제헌헌법에 반영된 사회적 기본권은 훗날 박정희 정부의 의료보험법 입법(1963년)에도 영향을 미쳤을 가능성이 크다고 판단된다.

1950년대 후반에는 국내 학계에서도 의료보장제도 도입의 필요성에 대한 논의가 있었다. 연세대학교 양재모(1956)는 서울시민 5천여명을 표본으로 추출하여 의료보장제도에 대한 찬반의사를 설문조사하였는데, 의료보험제도 도입에 대해 찬성 46%/반대 30%로 조사된 반면, 영국식의 NHS제도에 대해서는 찬성 41%/반대 15%로 조사되어 의료보험제도가 NHS제도에 비해 다소 더 선호된 것으로 나타났다. 1959년 10월에는 보건사회부 의정국(醫政局) 주관으로 ‘건강보험제도 도입을 위한 연구회’가 결성되어 구체적 연구에 착수하였다. 동 연구회는 1960년 엄장현의 “의료보험 도입에 관련된 제문제에 관한 견해 및 예비권고”, 1961년에는 양재모의 “사회보장제도 창시에 관한 건의”를 정부에 제출하기도 하였다(의료보험연합회, 1997, pp. 19-22).

4) “민생문제 해결에 있어서 항상 나의 가슴을 아프게 하는 것은 농민과 노동자의 생활향상의 염원이니 정부는 농민과 노동자의 생활향상을 위하여 시급한 대책이 있을 것입니다. …(중략)…후자에 있어서는, 헌법정신에 의거하여 이익 균점의 권리를 보유하게 될 것이며 기타 사회보험 제도를 창설 실시하여 그 처우가 심히 개선될 것이니 동포남녀를 불문하고 각각 그 직장에 충실하여 상호 부조 협심하며 면려군행하여 세계 문명국가의 국민으로서 국력의 배양, 민력의 보강에 힘쓰기를 바라는 바입니다.”(1948년 9월 30일 이승만 대통령 국회 시정연설).

5) “이재동포 구제에 거족적 열성을 경주”(『시정월보』 1949년 1월 창간호).

6) 노태우 정부에서 보건사회부장관과 대통령 경제수석비서관을 역임하고 ‘경제민주화’를 주창한 김종인의 2021년 2월 저자와의 인터뷰.

2. 의료보험 도입을 위한 법적기반 구축과 시행 연기

우리나라 의료보험 도입을 위한 법적기반 마련은 1963년 12월 16일에 제정된 의료보험법으로부터 출발하였으며, ‘건강보험제도 도입을 위한 연구회’의 연구결과와 일본의 제도 운용경험을 많이 참고하였다.

당초 의료보험법 정부 원안은 근로자 500인 이상 기업에 대해 강제 적용(시행은 5년간 유보)하고, 그 규모 이하의 기업에 대해서는 임의적용하며, 보험료는 근로자, 사용자 기업, 국가가 각각 1/3씩 분담하는 내용을 담고 있었다. 그러나 당시 정부의 재정여력이 빈약할 뿐만 아니라 근로자 강제가입 의료보험이 기업의 부담을 초래하고 경쟁력을 약화시킬 것이라는 경영계의 반대로 최종법안 심의과정에서 강제적용 조항이 삭제되었다(문재우·김기훈·원용혁, 1990). 실제로 1963년 당시 정부 재정수입의 해외원조 의존도는 무려 40% 수준에 달하였다. 또한 1963년의 산업별 취업인구 구성을 보면 농림수산업 종사자가 63.1%에 달한 반면 의료보험 초기 대상자라 할 수 있는 피용자수(임금근로자)는 238만명으로 당시 총취업자수 756만명의 31%를 차지하고 있었다. 전체 인구대비로는 피용자수가 8.6%에 불과하여 산업화를 뒷받침하기 위한 의료보험제도 도입의 논리가 다소 무리였던 측면도 부인하기 어렵다.

결국 최종안은 보험가입을 임의 적용하고, 의료보험 대상 기업을 근로자 300인 이상으로 하향 조정하는 한편, 보험료는 노사가 각각 반반씩 부담하고, 보험료율은 근로기준법상의 임금 총액에 대하여 3-8%이내의 요율을 적용하고, 본인부담률은 입원, 외래의 구분없이 피보험자 20%, 부양가족 40%로 규정하였다. 정부는 조합관리 운영비 전액을 국고 보조하고 급여비 일부(총 급여비의 10%)를 보조할 수 있도록 규정하였다.

의료보험이 강제적용이 아닌 임의적용 형태로 시행되면서 시범사업이 추진되었으나, 보험료 비용분담을 부담스럽게 생각한 사업주의 비협조 등으로 진전을 보지 못하였다. 또한 임의적용 의료보험제도가 가입을 강제하지 않고 가입 이후 탈퇴가 가능하다보니, 건강한 젊은 근로자나 건강에 자신이 있는 사람은 가입하지 않거나 가입 후 탈퇴하는 현상이 빈번하였으며, 이로 인한 저조한 가입률은 보험의 원리인 위험의 통합기능(risk pooling)의 작동을 제약하고 보험재정 적자를 초래하였다. 이러한 시범사업 실패는 정부내에 의료보험 도입이 시기상조라는 인식이 확산되는 계기를 제공하였다.

1963년 제정법이 법제도와 현실 여건의 미비로 사실상 사문화되다시피 하자, 사업

부진을 제도적 차원에서 타개해야 한다는 요구가 1967년 국회의원 선거를 계기로 정치권에서 제기되었다. 집권여당인 공화당이 의료보험 실시를 선거공약으로 내세우고 공약 이행 차원에서 근로자·군인·공무원을 대상으로 강제적용하고 자영업자에 대해서는 임의적용하는 내용을 골자로 한 의료보험법 개정안을 1968년 의원입법 형태로 국회에 상정하였으며, 1970년 8월 법안이 공포되었다. 그러나 시행령과 시행규칙의 미비 등 후속적인 집행노력의 부재로 법제정에도 불구하고 의료보험제도가 실시되지 못하였다.

법 개정의 후속조치가 시행되지 못한 데에는 1960년대말 시작된 세계적 경기불황에 따른 기업의 재정난 및 취약한 정부의 재정여력 등 불리한 거시경제 여건에 크게 기인한 것으로 평가된다. 실제로 1966년 3월 국세청 설치를 계기로 추진된 세정개혁의 결과 1966-69년 기간 중 조세수입 연평균 증가율이 51%로 급증했음에도 불구하고 1970년에도 재정수입의 해외원조 의존도가 여전히 5% 수준에 달하는 등 재정자립을 달성하지 못한 상태였다(Kim and Kim, 2013).

보다 중요한 원인은 1969년 7월 닉슨독트린의 여파로 안보 강화를 위한 중화학공업/방위산업 건설이 제3차 5개년계획(1972-76년)의 중점사업으로 부상하는 등 산업정책적 측면이 재정정책의 최우선으로 고려되면서(이형근·전승훈, 2003, p. 237) 의료보험 사업시행에 대한 결단을 내리지 못한 것이라 할 수 있다.⁷⁾ 1971년 1월 대통령의 연두기자회견은 제3차 5개년계획의 중점사업에 중화학공업 건설을 포함하겠다는 내용을 강조하고 있으나, 의료보험제도 도입에 대한 언급은 전혀 없었다. 다만, 그 이듬해인 1972년(제3차 5개년계획의 1차년도) 연두기자회견에서는 재정자립도가 거의 달성되었음을 언급하고 의료보험제도를 제3차 5개년계획 기간내에 실시하겠다고 천명하였다. 그러나 1973년 연두기자회견에서 근로자의 노후 생활보장을 위해 국민연금은 1974년부터 시행하되 의료보험제도 실시는 1970년대 후반으로 연기하겠다는 방안으로 후퇴하였다. 이는 실질적으로 의료보험제도 도입을 제4차 5개년계획 기간(1977-81년)으로 미룬 것을 의미하며 실제로 1974년과 1975년 연두기자회견에서도 의료보험에 대한 언급은 찾아볼 수 없다.

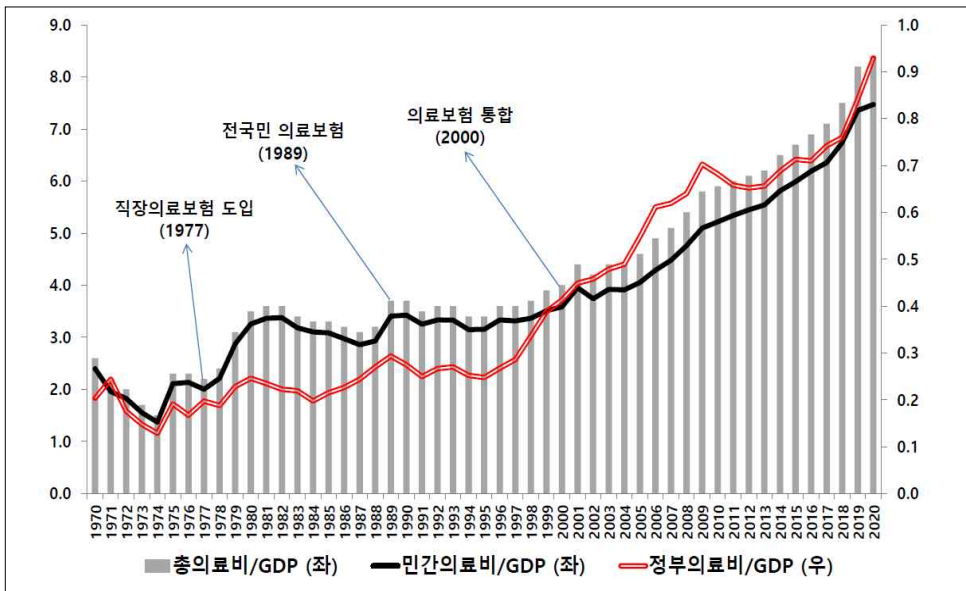
1960년대의 고성장으로 국민의 소득과 생활수준이 향상됨에 따라 국민의 의료보장에 대한 기대감이 고조되었음에도 불구하고, 의료보험이 시행되지 않음에 따라 일반

7) 이를 반영하여 재무부는 1971년 '장기세제의 방향'을 공표하고, 재정수입 확보를 위해 장차 부가가치세를 도입할 방침임을 발표하였다.

국민의 의료기관을 통한 질병치료는 매우 제한적일 수 밖에 없었다. 1972년 8월 서울 대 보건대학원 허정 교수의 의료기관 이용실태조사에 의하면, 대도시의 경우 약국이용이 64%, 병원치료 22%, 한의원 3% 순이었고, 농어촌지역은 약국이용이 53%, 민속요법과 미신행위를 포함한 방법이 11%였다. 월평균 의료비지출은 대도시 2,582원, 농어촌이 1,022원으로, 각각 월평균 가구소득의 4.9% 및 3.5%를 차지했다. (매일경제, 1973년 2월 13일).

의료보험 도입이 지연되면서 GDP 대비 경상의료비 지출비중도 1970년 2.6%에서 1974년 1.5%로 감소하였다. <그림 3>에서 보듯이 1970-74년 기간 중 GDP 대비 경상의료비 지출비중이 민간과 정부부문 모두에서 감소한 사실은 세계경제 불황과 오일쇼크 등에 따른 국내 경기부진이 보다 중요한 원인이었음을 시사하고 있다. 따라서 당시에도 현재와 같은 건강보험이 도입되어 있었다면 이러한 경기순응적인 의료서비스에 대한 수요 감소는 상당부분 피할 수 있었을 것으로 사료된다.⁸⁾

<그림 3> 경상의료비지출/GDP 비중 추이(1970-2020년, 단위: %)



자료: KOSIS(보건복지부, 국민보건계정).

8) 이하 제IV장의 논의 참조.

3. 1972년 기업구제 조치와 기업의 사회적 책임

수출공업화 정책을 중심으로 한 제1차 경제개발 5개년계획(1962-66년)의 완료에 따른 고도성장은 한국 경제에 대한 낙관론을 확산시켰고, 설비투자 확대에 나선 대기업들은 해외상업차관, 은행 대출만으로는 투자수요를 감당하기 부족해서 사채시장에 서까지 돈을 빌려 쓰고 있었다. 제조업체의 경우, 자기자본대비 부채비율이 1965년의 93%에서 1971년에는 무려 394%까지 4배 이상 증가하였다.⁹⁾

1960년대말 이후 세계경기불황으로 인하여 원리금 상환에 어려움을 겪고 있던 경제계(전경련)는 결국 정부에 구제를 요청하였고, 정부는 1972년 8월 3일 사채동결과 은행대출 조정 내용을 담은 ‘경제의 안정과 성장에 관한 대통령 긴급명령’(이하 8·3 조치)을 전격 발동하였다. 신고된 사채는 3년 거치 후 5년간 변제하도록 만기구조가 조정되었고 연리 40%에 육박하던 금리가 연리 16.2%로 하향 조정되었으며, 은행의 단기성 기업대출의 일부도 장기·저리대출로 조정되었다.

8·3 조치 구상 단계에서부터 정부는 경제위기 상황이 진정되고 부실기업들이 정상화되는 시점에 기업공개로 통해 구제대상 기업이 받은 혜택을 일반국민에게 환원한다는 목표를 세웠다. 김정렴(1990)에 의하면, 기업공개는 기업의 재무구조를 개선할 뿐만 아니라 기업의 사회화를 이룩하고 특히 선량한 중소기업자가 8·3 조치로 인해 입은 재산상의 손해에 대한 일종의 보상책이 될 수 있다는 점 등이 고려된 것으로 보인다. 불가피한 측면이 있었음에도 불구하고 결과적으로 시장원리에 반하고 사유재산권을 침해한 8·3 조치로 인해 국민적 피해가 발생한 만큼, 특히 구제된 대기업들의 사회적 책임 강화에 대한 필요성이 강하게 제기되었으며, 기업인들도 ‘근로자의 복지 향상’을 중요한 기업의 사회적 책임으로 설정하고, 1972년 11월 6일 ‘상공인의 날’에는 노사협조의 바탕위에 근로자의 복지향상에 앞장서겠다고 결의하기도 하였다.

1972년의 기업구제 조치에 힘입어 1973년에는 14.8%라는 경이적인 경제성장률을 기록하고 주식시장이 호조를 보였음에도 불구하고 대기업들이 기업공개를 미루면서 기업공개 실적은 부진하였다. 이에 따라 대통령은 1974년 5월 29일에 내각에 대한 특

9) 정부는 수출공업화 정책을 추진하는 과정에서 자본재 수입에 필요한 외자 도입의 필요성을 인식하고 외환은행 등 정부계 금융기관들을 동원하여 민간기업의 상업차관 상환에 대한 지급보증을 제공하였으며, 이러한 지급보증하에서 1960년대 후반기에 140여개에 달하는 한국의 기업들이 상업차관을 도입하여 설비투자 재원을 마련할 수 있었다(Cho and Kim, 1995; Kim and Kim, 2013).

별지시를 통해 기업의 사회적 책임을 재차 강조하였다. 이와 함께, 중화학공업을 중심으로 한 고도의 산업사회를 건설하기 위해서는 국제 수준에 뒤지지 않는 대규모의 기업화가 이루어져야 하며, 이를 위해 국민 모두가 적극 참여할 수 있는 기업공개와 노사가 협조할 수 있는 기업풍토의 확립이 중요하다고 역설하였다.¹⁰⁾ 그러나 대통령의 5·29 특별지시에도 불구하고 경영권 보장에 대한 기업의 의구심 등으로 인하여 기업공개가 중규모의 경공업 분야에 치우쳐 정작 계열기업군 중 우량기업으로 인정된 주력기업의 공개실적은 여전히 부진했다.¹¹⁾

기업계의 반대로 8·3 조치 이후 수년간 기업공개 정책의 추진이 난항을 보이자, 정부가 기업의 사회적 책임 강화를 위한 우선적 대안으로 고려한 것이 기업과 근로자가 비용을 분담하는 국민연금 도입이었다. 정부가 국민연금 도입을 우선 고려한 것은 기업의 사회적 책임 강화에 부합하는 동시에 당시 제3차 경제개발 5개년계획의 최우선 정책목표였던 중화학공업 육성에 필요한 막대한 투자재원 마련에 있어 국민연금 도입이 유효한 국내저축(domestic savings) 동원 수단이 될 수 있다고 판단하였기 때문이다. 국가재정의 지원 없이 기업과 근로자들의 부담만으로 시행이 가능하고 막대한 중화학공업 투자에 따른 인플레이션이나 국제수지 악화 발생 가능성을 일부 완화할 수 있다는 점에서 국민연금 도입은 경제기획원의 전폭적 지원 아래 우선순위가 주어졌으며, 기업과 근로자가 납부하는 연기금의 상당부분을 국민투자기금에 예탁하여 중화학공업 육성을 위한 재원으로 활용하는 방안이 추진되었다(김종인, 2020, pp. 107-108).

정부는 KDI의 연구보고서 “사회보장연금제도를 위한 방안”(박종기·김대영, 1973)을 토대로 1973년 12월 「국민복지연금법」을 마련하고 보건사회부 내에 복지연금국까지 설치하였다. 당시 제정된 「국민복지연금법」의 주요 골자는 후술하는 의료보험과

10) 기업의 종업원도 8·3 조치의 혜택을 받을 수 있도록 함으로써 근로자들의 재산형성을 촉진하고 이를 통한 중산층 확대를 지원하는 동시에 노사협조를 도모하려는 목적으로 정부는 1974년 7월 ‘종업원 지주제도 확대실시 방안’을 발표하였다.

11) 기업공개 정책은 1975년 하반기 들어서 보다 강력히 추진되기 시작하였다. 1975년 8월에는 국민적 대기기업의 선정기준을 (1) 계열기업의 주력기업, (2) 외형기준 100대 기업, (3) 300만 달러 이상의 차관도입 기업, (4) 수출실적 상위 100대 기업, (5) 투자공사 실적과 적격법인, (6) 중화학공업체 등으로 정하고, 해당 기업들에 대해 기업공개 정책을 강력히 추진하였다. 이러한 정책적 노력에 힘입어 주식시장 상장기업 수는 1972년 66개사에서 1978년에는 356개사로 증가하였다. 현대건설 등 일부 대기기업들은 특별한 사유가 없음에도 불구하고 공개가 지연되자, 1978년 3월 15일 증권감독원은 현대건설 등 82개 공개촉구대상 법인대표들과 간담회를 갖고 공개를 이행하지 않을 경우 기업공개 명령권을 발동할 것이라고 경고하기도 했다(김우찬, 2012).

유사하게 기업부담 등을 고려하여 일정규모 이상의 사업장은 당연적용, 일정규모 이하 사업장은 임의포괄적용, 자영업자는 임의적용 등으로 차등을 두는 것이었다. 그러나 1973년 후반에 발생한 오일쇼크로 경제상황이 악화되면서 기업부담 증가를 이유로 법 시행이 사실상 중단되었다. 1974년 1월 14일 ‘국민생활의 안정을 위한 대통령 긴급조치’를 통하여 국민연금 도입이 연기되었고, 추후의 구체적인 시행시기도 제시하지 않은 채 대통령령에 위임하였다.

기업공개 부진과 국민연금 도입 연기로 인하여 기업의 사회적 책임을 강화하겠다는 정부의 정책의지가 시험대에 오르게 되었지만 정부 내부적으로 국민연금에 이은 제2의 대안은 구체화되지 못한 상황이 전개되었다. 이러한 상황에서 정확한 이유는 알 수 없으나, 1974년 하반기에 전경련이 정부의 의료보험사업에 대하여 적극적 관심을 표출하기 시작하였다. 전경련은 전문가 간담회와 기업의 의료비 보조제도 조사, 의료보험 시범사업 현황 분석, 외국 사례연구 등을 수행했다(전경련, 2011, p. 217).

4. 1977년 의료보험제도의 실질적 시행

소득증가로 의료서비스에 대한 국민의 수요가 점증하는 가운데 국민연금 도입마저 연기된 상황에서 1970년의 의료보험법 개정 이후 시행령조차 마련되지 못한 비정상적인 상태가 수년째 지속되는 것이 정부에게는 적지 않은 정치적 부담으로 작용하기 시작하였다. 어떤 형태로든 비정상적인 상태를 정상화하여 국민의 의료욕구에 부응해야 하는 상황이었던 것이다(국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 1997, p. 74).

그러나 실제로 의료보험제도 도입 검토과정에서부터 경제기획원은 ‘강제적 보험료 납부 등 사회보험의 원리가 재산권을 침해한다’고 문제를 제기했고(최수일, 2017, p. 133), 의료보험제도의 주무부서인 보사부내에서 조차 제4차 5개년계획(1977-81년)을 준비하기 시작한 1975년말까지도 강제적 의료보험 도입이 시기상조라는 인식이 강했다. 1975년 7월 3일 국회 본회의에 출석한 당시 고재필 보사부 장관은 “국민 의료보험을 실시하려면 사무비 전액, 급여금의 10%, 공무원과 군인 보험료의 2% 등 무려 350억원 내지 400억원의 국고부담이 필요하기에 재정형편상 감당하기 어렵고 제4차 경제개발 5개년계획을 마친 후에야 일부 실시될 수 있다고 본다”라고 답변했다(국회속기록, 1975년 7월 3일). 의료보험 실시에 대한 보사부의 이러한 부정적 견해는 중화학공업 육성에 재정자금을 최우선적으로 지원하고 있고 추가적인 재정수요를 충족할 수 있는 재정여력이 매우 제한적이던 당시의 상황을 고려할 때 의료보험

의 실시가 재정건전성을 악화시킬 것이라는 경제기획원과 청와대의 우려를 의식했기 때문인 것으로 보인다.

그러나 이러한 보사부의 부정적 입장은 1975년 12월 신현확 장관의 부임을 계기로 긍정적인 입장으로 전환되었으며 의료보장과 보험제도에 대한 연구도 활발히 진행되었다. 신 장관 임명은 의료보장제도 실시 문제를 염두에 둔 박정희 대통령의 인선결과였던 것으로 보인다. 당시 대통령 비서실장이었던 김정렴은 다음과 같이 회고하였다.

“(1975년 12월 개각 당시) 특히 의료보장제도의 실시, 노사문제, 그리고 근로자의 권익옹호와 처우개선 등 어려운 문제가 많은 보사부장관의 후보 인선에 각별히 신경을 써 달라는 분부가 있었다. … (중략) … 박대통령은 신임 신현확 장관에게 의료복지정책을 쓰되, 국방력 강화와 경제의 고도성장이 계속해서 요긴한 우리 현실에 비춰 우리 실정에 맞는 건전한 제도를 마련해 주기를 특별히 당부하였다.”(김정렴, 1990, p. 309)

복지연금국(국장: 최수일)이 그동안 실무적 차원에서 준비해 온 의료보험 실시 계획을 취임 업무보고에서 접한 신 장관은 우리나라에서도 의료보험 실시가 가능하다고 인지하고 입법 추진을 지시하였다고 한다(최수일, 2017, pp. 128-129).

박정희 대통령은 1976년 1월 연두기자회견에서 제4차 5개년계획을 뒷받침하기 위해 조세제도의 전면 개혁을 추진하고, 국민생활과 직결되는 사회개발 분야에 보다 높은 비중을 두고 1977년부터 저렴한 비용으로 의료 혜택을 받을 수 있는 국민의료제도를 발전시켜 나가겠다고 밝혔다.¹²⁾ 이어서 박 대통령은 1976년 2월 보사부 연두순시에서 “국민보건 문제에 관한 의료시혜 균점 달성은 경제성장과 함수관계를 지닌 문제”라고 지적하고 “스스로 질병치료를 할 수 있는 생활수준의 사람들은 천천히 하고 그 수준 이하의 사람들이 의료혜택을 받을 수 있도록 새마을 진료권(診療券)을 연차적

12) 제4차 5개년계획(1977-81년)부터는 ‘성장우선’ 개발전략이 ‘성장과 분배의 조화’를 도모하는 전략으로 전환되면서 ‘사회개발’ 개념이 본격적으로 반영되기 시작하였다. 한승희(2015)에 의하면, 경제기획원의 진남 종합과장과 강봉균 사무관이 4차 계획 수립 당시에 최각규 경제기획원 차관을 찾아가 이틀간이나 토론하면서 경제개발 5개년계획에 사회개발 개념을 도입할 필요가 있다는 주장을 폈다는 일화가 있다. 최각규 차관은 실무진의 주장을 수용한 후 이들 실무진에게 남덕우 경제기획원 장관 겸 부총리를 직접 설득할 것을 주문했다고 한다. 남덕우 부총리도 이들의 건의를 수용함에 따라, 사회개발 개념이 경제개발 5개년계획에 본격적으로 반영되기 시작하였고, 제 5차 계획(1982-86년)부터는 계획의 명칭도 ‘경제사회개발 5개년계획’으로 변경되었다.

으로 확대해 나가는 등 단계적으로 해결해 나가 의료보험에까지 이를 수 있도록 해야 한다”고 지시하였다. 이러한 지시에도 불구하고 신현확 장관은 의료보험 실시를 다시 건의하였고 대통령은 “영국과 같이 될까 걱정이다”라고 우려를 표명했는데, 김봉환 국회 보사위원장이 “의료보험도 산재보험과 같이 정부의 보험료 지원 없이 운영하므로 영국과 같이 세금으로 운영된다는 것은 오해”라고 설득하였다고 한다(의료보험연합회, 1997, pp. 78-79).

보사부는 신현확 장관의 지휘하에 10여개 부처와의 협의와 대통령의 최종재가를 거쳐 마침내 1976년 9월 13일 ‘국민보건 향상을 위한 의료시책 확대 방안’을 발표했다. 동 방안의 핵심내용은 1977년 1월부터 저소득층에 대한 의료보호제도를 확대하고 1977년 7월부터 강제적용 의료보험제도를 실시한다는 것이었다.

1976년 9월 11일 대통령의 재가 전까지는 보사부의 의료보험 실시계획에 대해 경제기획원 등 경제부처의 반대가 있었다. 경제장관 회의에서도 보사부 법안에 대해 신중론이 제기되면서 보사부 법안은 평가교수단의 검토를 거쳐야 했다. 당시 최규하 국무총리는 평가교수단 위원장인 서강대 김종인 교수에게 국민연금과 의료보험 중 무엇을 먼저 해야 할지에 대한 검토를 요청하였다. 김교수는 복지연금은 높아서 지급받는 돈인 반면 병이 난 근로자는 당장 치료를 받아야 생계 유지가 가능하고 근로자의 질병은 제품의 질에도 나쁜 영향을 미친다는 점을 강조하면서 정치경제적 효과를 기대하려면 의료보험제도를 도입해야 한다는 내용의 보고서를 최규하 총리에게 제출했다(육성으로 듣는 경제기적 편찬위원회, 2019, p. 310). 청와대도 보사부 개정 법안에 대한 검토를 진행하였으며, 특히 의료보험을 기업보험 형태로 추진할 것인지 아니면 국가보험으로 할 것인지에 대한 격론이 있었던 것으로 보인다.¹³⁾ 결국 기업보험이 국가경제에 결코 부담을 주지 않고 성공을 거둘 수 있다는 보사부의 확고한 태도에 따라 보사부 안이 최종적인 정부안으로 결정될 수 있었다(최수일, 2017).

의료보험 실시와 직접적인 이해관계를 가진 기업들의 입장도 보사부의 의료보험 조기시행 방안 발표를 전후로 상당한 변화를 보였다. 의료보험 법개정안에 대한 대통령의 재가 이전인 1976년 5월에 개최된 전경련 내부회의에서는 선진국이 아닌 우리나라

13) 청와대 회의에 참석한 김입삼 당시 전경련 부회장의 회고에 의하면, 경제기획원과 KDI는 의료보험을 국가보험으로 실시하자고 주장하였다고 한다(김입삼, 2003, pp. 347-348). 경제기획원은 조합운영방식의 의료보험이 중국적으로는 통제력을 잃어 운영체계 부실과 재정결손 등을 초래할 가능성이 크다고 보았으며, 따라서 이를 방지하기 위해서는 국가가 관장하는 방식을 주장했다(손준규, 1981, p. 96).

현실에서는 아직 시기상조이므로 문제점 검토보다는 오히려 전면 반대해야 할 것이라는 주장이 제기됨에 따라 결론적으로 의료보험 실시 시기 조정 및 제반 문제점 등을 구체적으로 검토하여 추후 정부에 건의토록 하였다(의료보험연합회, 1997, p. 87). 그러나 1976년 9월 11일 대통령의 최종 재가 이후 열린 전경련 이사회는 의료보험법 개정 취지에 대한 공감대를 표시하고 의료보험의 구체적 실행을 위한 법 개정은 조세 등 관계법과 연계하여 동시에 추진되어야 할 사안이라는 건의와 함께, 피보험자의 기여금에 대한 소득공제, 기업부담금의 손비 처리, 의료시설 투자에 대한 투자세액공제 및 의료기관의 보험의료수익에 대한 세액 감면 등을 포함한 세제상의 대폭적 지원요청 의견을 정부에 제출하였다(의료보험연합회, 1997, pp. 88-89). 이사회에 이어 개최된 보사부 장관 초청 의료보험법 개정안에 관한 간담회에서 신현확 장관은 근로자의 보험료를 노사가 분담함에 따라 재정부담이 무거워질 것에 대비하여 기업부담의 손비 처리 등 세제상의 지원을 약속하였다(전경련, 1976, p. 13).

의료보험 실시와 직접적인 이해관계를 가진 대기업들이 의료보험 실시에 긍정적으로 돌아선 것은 의료보험제도 도입에 있어 중요한 전환점이 되었다. 이러한 기업의 인식변화 이면에는 정부의 세제지원을 통한 기업부담 경감 약속 외에도 8·3 기업구제 조치의 수혜를 입은 대기업들이 수 년째 사회적 책임 강화를 위한 가시적 조치를 보여주지 못한 것에 대한 부담감도 중요한 요인이었던 것으로 보인다. 노사 양측이 비용을 반반씩 부담하는 의료보험제도에 대해 여러 전경련 회원사들이 비용부담을 이유로 반대하였으나, 사채시장에 대한 특단조치를 통한 기업구제를 대통령에게 직접 건의했던 김용완 당시 전경련회장(경방 사장)은 강력한 의지로 시행을 결정했다고 한다. 김입삼(2003, pp. 346-347)에 따르면, 다음과 같은 김용완 회장의 이사회 발언 이후 전경련 회원사들이 사내 의료보험제도에 찬성했다고 한다.

“사내 의료보험을 실시해야 합니다. 여러분 회사의 생산성을 높이기 위해서, 또 노사평화를 위해서, 저의 회사 경방 이야기를 해서 죄송합니다만, 우리 경방에서는 1930년대부터 초보적이거나 의료보험을 실시해 오고 있습니다. 사무국이 마련한 안은 잘 됐다고 생각합니다. 일시에 모든 기업에 보험을 확대하는 것이 아니라 큰 기업부터, 할 수 있는 기업부터 시작하여 점차 확대 보급시킨다는 매우 현실적인 안이라고 생각합니다. 무엇보다도 자유기업제도, 자본주의를 발전시키려면 이런 복지제도는 도입해야 합니다.”

반면, 정부는 의료보험과 동시에 실시되는 부가가치세 도입이 정부의 재정여력을

증가시킬 것이므로 기업에 대한 세제지원에 수반되는 추가적인 재정부담을 감당하는데 무리가 없을 것이라는 판단이 있었다.

의료보험 실시의 또 다른 이해관계자인 의사들의 경우, 의사협회를 통해 의료보험 자체에 반대하기 보다는 의료보험을 의사집단에 유리한 방식으로 전환하기 위한 로비 활동에 주력했다. 이 과정에서 자신들의 핵심적인 요구사항인 보험수가와 보험약가를 인상하고, 보험심사기구에 의사대표를 참여시키는 성과를 달성했다. 의사들이 의료보험제도를 근본적으로 거부하지 않은 것은 의료보험이 향후 의료서비스 시장의 성장에 기여할 것이라는 기대가 형성되었기 때문이다(조영재, 2008, p. 80).

정부의 세심한 준비와 민간의 긍정적 반응에 힘입어 박대통령은 1977년 1월 연두기자회견에서 제4차 5개년계획부터는 경제개발과 함께 전 국민이 골고루 잘 사는 사회를 만들기 위해 사회개발에 큰 비중을 두고 의료보호와 의료보험제도를 실시하겠다고 천명하였다.

“제4차 5개년계획 목표 중의 세번째는 사회개발에 주력하겠다는 것입니다. 경제정책의 궁극적인 목적은 국민생활의 균형있는 발전과 향상에 있다고 생각합니다. … (중략) … 정부는 앞으로 우리 실정에 알맞도록 성장을 위축시키지 않는 범위내에서 연차적으로, 특히 저소득층에 속하는 국민들에게 우선적으로 혜택이 돌아갈 수 있는 분야부터 이 정책을 추진해 나갈 계획입니다. 금년 연초부터 실시하는 저소득층에 대한 의료보호제도도 바로 이러한 시책의 하나가 되겠습니다. 그 밖에 일반 국민들에 대한 의료보험제도도 금년 7월부터 단계적으로 추진해 나갈 계획입니다.”(1977년 1월 12일 대통령 연두기자회견)

1977년 1월부터 의료보호가 「생활보호법」에서 분리되어 독립적인 「의료보호법」하에서 추진되기 시작하였다. 「의료보호법」의 가장 큰 특징은 생활무능력자에 대해서는 무상지원하되 생활능력이 있는 극빈자와 실업자에게는 자립·자조의 원칙이 강조된 점이다. 즉, 의료보호 대상자를 근로능력에 따라 1종 수급권자(생활무능력자)와 2종 수급권자(생활능력이 있는 저소득자)로 구분하고 1종 대상자에게는 외래 및 입원진료비 전액을 정부재정에서 부담하였지만 2종 대상자에게는 외래진료비 전액과 입원진료비의 50%를 정부재정에서 부담하고 입원진료비의 잔액 50%는 본인이 부담하되 정부재정에서 의료기관에 대불(1979년부터 시행)한 후 본인이 무이자로 분할상환하도록 하였다. 의료보호제도 실시 이전까지는 약 37만명의 생활무능력자만이 공공 의료시설에서 무상으로 의료서비스의 혜택을 받을 수 있었으나 의료보호제도가 실시

된 1977년에는 210만명(당시 인구의 5.8%)이 국가재정의 보조(정부예산 49억원)에 의한 의료서비스를 받게 되었다.

1977년 7월 1일부터 종래의 임의적용에서 강제적용방식으로 전환된 새로운 의료보험제도의 주요 골자는 다음과 같다.

- ① 500인 이상 사업장 근로자에 강제적용하고 추후 단계적으로 강제적용 대상을 확대.¹⁴⁾
- ② 보험료는 보수월액의 3-8% 범위내로 책정하여 사용자와 근로자가 균할 부담하고, 정부 보조금은 의료보험조합 운영비 지원에 국한.
- ③ 의료의 과용을 방지하고 의료보험 재정의 건전성 유지를 위해 수익자의 비용 일부를 본인이 부담(본인부담률: 외래 진찰의 경우 본인 40%, 부양가족 50%; 입원의 경우 본인 30%, 부양가족 40%).

1977년 1월부터 저소득층에 대한 의료보호제도를 먼저 실시하고 1977년 7월부터 강제적용 의료보험제도를 실행하는 방식은 형평성에 대한 국민들의 불만을 해소하고 도입 초기 제도의 순조로운 정착을 유도하는데 효과적이었다. 사업자와 근로자의 보험료 부담능력(affordability)과 조합의 관리역량이 상대적으로 양호한 500인 이상 대기업을 대상으로 의료보험제도를 우선 시행하게 된 배경은 순조로운 제도의 출발을 담보하기 위함이었다. 일부에서는 소득수준이 높은 대기업 근로자부터 의료보험의 혜택을 받는 것에 대한 비판이 제기되었으나, 저소득층을 위한 의료보호제도가 이미 실시됨에 따라 그러한 비판은 큰 호응을 얻을 수 없었다(이규식, 2012).

의료보험이 제도적으로 정착하기 위해서는 보험진료에 참여하는 의료기관의 확보가 급선무였다. 정부는 1976년 12월 「의료보험법」 개정을 통해 요양기관의 지정계약을 규정하고 약국도 요양기관에 포함시켰다. 의료보험 도입 초기에는 당시 관행수가의 75% 수준에서 책정된 낮은 보험수가에 대한 불만으로 요양취급기관의 지정계약이 저조하였다. 이 문제를 해소하기 위하여 정부는 생활권역내의 모든 의료기관을 지정토록 행정지도함과 동시에 법령개정을 통해 강제 지정제를 도입하게 되었다(의료보험연합회, 1997).

14) 지역주민에 대해서는 임의적용 의료보험을 실시하였다. 1979년부터는 공무원과 사립학교 교직원에 대해서도 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법을 제정하여 의료보험이 강제적용되었으며 1980년에는 동 법을 개정하여 의료보험 적용 대상에 장기하사 이상의 군인가족도 포함하였다.

한편 정부는 1977년을 기해 의료보호와 의료보험의 국가적 의료복지제도의 실시에 따른 의료서비스 수요 급증에 대응하여 특히 공단 및 농어촌 등 의료취약지에 민간병원의 건립을 유도·지원하고, 국·공립 병원의 의료장비의 현대화를 추진하였다. 의료시설 확충을 지원하기 위해 정부는 1978-92년 기간 중 경제협력기금(OECF), 독일재건은행(KFW), 세계은행(IBRD) 등으로부터 장기·저리 해외차관을 도입하여 농어촌 지역 168개 민간병원을 포함한 총 239개 의료기관에 자금을 지원하였다(김진수·최인덕·이기주, 2012). 한편, 대통령 특별지시에 따라 기업의 사회적 책임 강화 차원에서 대기업들은 비영리재단을 설립하여 농어촌지역에 병원을 건립하였다.¹⁵⁾

5. 의료보호 및 의료보험 제도의 단계적 확대

의료보험 도입에 앞서 실시된 의료보호제도도 1980년대에 들어 적용대상이 확대되었으며 1990년대에는 의료서비스 범위가 확대된 동시에 수 차례에 걸쳐 본인부담률도 경감되었다. 1980년 7월 전두환 정부는 의료보호 대상자에 준영세민(153만명)까지 확대(3종 수급권자) 함에 따라 의료보호 대상자가 1980년 214만명에서 1981년에는 373만명, 1986년에는 439만명(전체 인구의 10.6%)까지 증가하였다. 1989년 이후부터는 전국민 의료보험제도 실시에 따라 의료보호 대상자가 꾸준히 의료보험 가입자로 이전되면서, 1997년에는 164만명으로 감소하였다. 2001년 「의료보호법」이 「의료급여법」으로 개정된 이후에는 종전의 「생활보호법」을 대체하여 1999년 9월에 제정된 「국민기초생활보장법」에서 인정한 빈곤층 국민이 의료급여의 혜택을 받을 수 있게 되었다. 2019년 현재 의료급여 대상자는 149만명(전체 인구의 2.9%) 수준을 유지하고 있으며 이중 1종 수급권자가 108만명으로 전체 수급권자의 73%를 차지하고 있다.

도입 당시 500인 이상 사업장의 근로자(총 1,743개 기업; 전체 인구의 8.8%)에 대해서만 강제적용된 의료보험제도 역시 단계적으로 강제적용 범위를 확대해 나갔다. 1979년 7월부터는 300인 이상, 1981년 1월부터는 100인 이상, 1982년부터는 16인 이상 사업장 근로자까지 강제적용 대상에 포함되었으며 1988년에는 5인 이상 영세사업

15) 현대건설의 정주영 회장은 1977년 1월 본인 소유 현대건설 주식 총액의 50%를 출연해 아산재단을 설립한 데 이어, 아산사회복지재단을 설립한 후 의료취약 지역인 정읍, 보성 등에 현대적 시설을 갖춘 일류 종합병원을 건립하였다(아산사회복지연구소, 2002). 대우의 김우중 회장도 1978년 대우문화복지재단을 설립해 3개의 낙도(신안, 진도, 완도)와 오지인 무주에 종합병원을 건립하였다(대우재단, 1991).

장 근로자까지로 확대되었다.

강제적용 의료보험이 대기업부터 시작하여 단계적으로 중소기업으로 확대되는 과정이 순조롭게 진행된 것은 중소기업의 부담능력에 대한 신중한 고려와 보험재정의 안정성을 높이기 위한 정부의 사후규제와 효과적인 관리가 주효했던 것으로 평가된다. 보건사회부는 1977년 7월 강제적용 의료보험 최초 도입 시 ‘저보험료-저수가-저급여’ 방식을 선택하고, 의료보험의 가입 대상이 늘어나는 기간 동안 단계적으로 보험료를, 수가, 급여율을 적정수준으로 인상하는 전략을 세웠다. 그러나 의료보험제도 도입 이후 1989년에 전국민 의료보험 가입률이 100%에 도달하기까지 12년 동안, 보험료, 수가와 급여율은 당초 계획과는 달리 거의 오르지 않았으며, 보험료의 경우 물가상승분 만큼만 상향조정되었다. 정부가 수가를 낮은 수준으로 규제했음에도 불구하고 의료보험으로 인해 의료서비스에 대한 접근성이 강화되면서 환자가 급증하였고, 이에 따라 의사와 의료기관들은 수익을 창출할 수 있었다.¹⁶⁾

다른 한편으로는 의료보험 적용대상이 중소기업으로 확대되는 과정에서 조합규모가 작아 보험의 위험통합 기능에 한계가 노정되었다. 특히 1979년의 2차 오일쇼크로 500인 이상 사업장 가운데서도 경영이 흔들리는 기업이 속출하기도 하여 구조조정이 필요하였다(이규식, 2012, p. 17). 의료조합별로 적정수준의 위험통합 기능을 확보하기 위해 정부의 권고에 따라 동일한 지역을 단위로 여러 개의 사업체가 공동조합을 구성하거나 조합간 통폐합이 이루어졌다. 이에 따라 1977년 513개에 이르던 직장의료보험조합(단독조합 494개, 공동조합 19개)이 지역의료보험조합이 결성되기 직전인 1987년에는 단독조합 71개, 공동조합 78개로 총 149개의 직장의료보험조합으로 축소 정리되었다.

Ⅲ. 전국민 건강보험으로의 점진적 이행: 정치경제적 배경과 거시경제 여건

우리나라는 1977년 대기업을 대상으로 의료보험이 강제적용되기 시작한 이후 12년 만인 1989년에 전국민 의료보험 시대를 열게 되었다. 이어 2000년에는 직장조합과 지역조합이 통합되고 기존의 조합별 독립채산제 방식으로 운영되었던 다보험자 체제

16) 박재영 (2013)은 만약 보험료, 수가, 급여수준을 당초 계획대로 점진적으로 인상하면서 보험가입률을 높이는 정책을 택했었다면 전국민 의료보험의 달성시점은 늦어졌을 것이라고 주장하였다.

에서 단일보험자 체제로 전환되면서 국민건강보험공단이 출범하게 되었다.

1. 1988년 지역보험 도입

1977년 1월부터 저소득계층에 대한 의료보호제가 시행되어 왔지만, 경제적으로 열악한 조건에서 살고 있던 다수의 비임금근로자(자영업자)들은 사각지대에 놓여 의료보장의 기회를 갖지 못한 상태였다. 특히 이들은 의료보험 수가보다 훨씬 높은 일반 수가의 적용을 받으며 의료비 전액을 본인 부담해야 했다. 의료보험 입안 당시 일반 수가는 보험수가를 100으로 할 경우 140 정도 수준이었는데, 이 수준은 의료보험 확대과정에서 점진적으로 상승하여 1982년에는 일반수가가 157 수준에 달하였다(의료보험연합회, 1997, p. 361).

1980년 8월 국보위가 발표한 ‘저소득층에 대한 의료시혜 확대방안’은 직장의료보험 확대와 함께 농어촌 주민에게도 의료혜택을 제공할 수 있는 제도를 조속히 마련한다는 내용을 담고 있었다. 전두환 정부 출범 직후인 1980년 10월 보사부는 ‘1980년대 복지국가 건설을 위한 보건행정 장기계획’을 확정 발표하였는데, 1991년까지 전국 농어촌에 전면적으로 의료보험을 실시하는 국민개보험제도를 실시하고, 이를 위해 농업지역, 어업지역, 상업지역, 도시지역 등 지역적 특성을 고려한 시범사업을 실시하겠다는 내용을 담고 있었다.

1차 시범사업은 1981년 7월부터 전라북도 옥구군, 강원도 홍천군, 경상북도 군위군 주민 대상으로 추진되었다. 지역가입자의 형편에 맞는 보험료 징수가 필요했으나, 직장조합 가입자와는 달리 지역조합 가입자의 소득을 파악할 수 있는 자료가 불비하였다. 따라서 정부는 불완전하지만 현실적 대안으로서 지역에 거주하는 동장이 지역 주민의 경제적 형편을 上(전체 세대의 상위 10%) · 中(중간 80%) · 下(하위 10%) 3등급으로만 나누고, 1인당 800원, 600원, 400원 등 인두정액제 방식으로 보험료를 정하였다. 중급 1인당 600원 보험료 수준은 당시 직장조합 보험료의 1/3정도로 낮은 수준이었고, 지역별로 주민들의 형편이 달라 1차 시범사업은 적자에 시달리다가 시행 1년 후 중단되었다.

2차 시범사업은 1982년부터 3개 지역(경기도 강화군, 충청북도 보은군, 전라남도 목포시)을 추가하여 1987년 6월까지 실시하였다. 2차 사업에서는 응익할(應益割: 혜택에 비례하여 내는 것)과 응능할(應能割: 형편/능력에 비례하여 내는 것) 개념을 일본으로부터 도입하여 보험료를 산정하였다. 응익할은 기본보험료로서 두(頭)당 정

책을 부과하고, 응능률은 소득과 재산에 따라 부과하는 것인데, 이 두 개를 합쳐서 부과하였다. 이러한 2차 사업의 보험료 부과체계는 1989년 전국민 대상 의료보험제도 도입의 기틀을 마련하는 데 기여하였고(의료보험연합회, 1997, p. 380), 현재까지도 지역 의료보험료 산정에 사용되고 있다.¹⁷⁾

농어촌 주민 등을 대상으로 한 지역의료보험 도입에 있어서, 직장조합의 경우와 달리 일부 자의적이고 충분히 투명하지 않은 보험료 산정기준을 이해시키기 위한 홍보 활동은 매우 중요한 과제였다. 1차 및 2차 시범사업 추진시 의료보험연합회는 홍보영화를 포함한 다양한 홍보물을 작성 배포하였고, 정부 차원에서도 주민들에게 의료보험의 특수성을 이해시키기 위해 시범조합별로 반상회, 예비군교육 등을 통해 설득하는 동시에 보건사회부와 의료보험연합회 합동으로 홍보담당 조직을 구성하여 지역의료보험 도입 관련 홍보 활동을 대폭 강화하였다. 이러한 홍보노력에도 불구하고 시범사업 기간 내내 보험료 징수율이 기대만큼 오르지 않아 대부분의 지역조합이 재정적자에 허덕여야 했다(육성으로 듣는 경제기적 편찬위원회, p. 278).

이처럼 불리한 여건으로 도입에 어려움이 지속된 반면, 지역의료보험에 대한 사회적 욕구는 점증하였고 직장의료보험 실시로 비롯된 국민계층간의 위화감도 갈수록 심화되었다(국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 2017, p. 126). 이러한 상황을 타개하기 위해 1985년 2월 총선을 앞둔 당시 집권당이었던 민정당은 1987년까지 전국민 의료보험을 실시하겠다는 공약을 발표하기도 하였다.

이러한 사회분위기를 반영하여 보사부는 1986년 1월 대통령 업무보고를 통해 전국민 의료보험 실시계획을 1988년으로 앞 당기겠다고 발표하고, 1988년 농어촌 의료보험 실시, 1989년 도시지역 의료보험실시를 강조하였다. 1986년 8월에 전두환 대통령은 하계 기자회견에서 전국민 의료보험, 국민연금, 최저임금제 등 3대 복지정책을 발표하면서, “늦어도 1989년까지 모든 국민이 의료보장 혜택을 받을 수 있도록 하는 방안을 마련하겠다”고 밝혔다. 다음 달인 1986년 9월에 경제기획원은 ‘국민복지 증진대책’을 통해 1988년부터 농어촌 의료보험과 1989년부터는 도시지역 의료보험을 실시하되, 국고에서 보험료 일부를 지원할 것이며, 국고지원 방식으로 소득기준 최저 4분위(bottom quartile)에 대해 보험료의 절반을, 그리고 차상위 4분위(lower middle quartile)에 대해 보험료의 1/4를 지원하는 방안을 제시했다(육성으로 듣는 경제기적

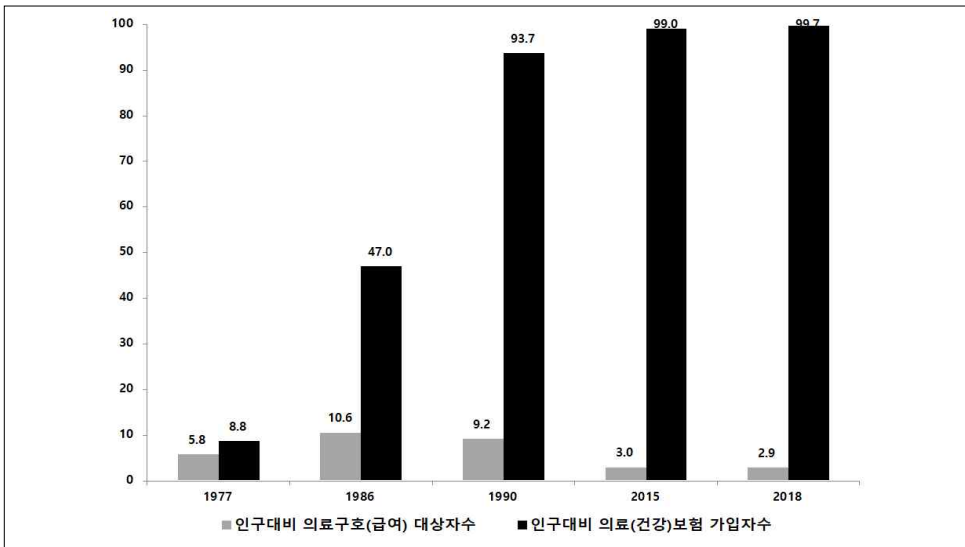
17) 현재의 지역건강보험 보험료 부과체계는 가입자의 소득 외에 생활수준을 파악할 수 있는 다른 지표(예: 경제활동능력, 재산, 전·월세, 자동차 유무 등)를 활용하여 세대 단위로 부과하고 있다.

편찬위원회, p. 226).

1988년 1월 농어촌지역에 대한 의료보험 확대가 예정대로 진행되자, 1987년 6·29 민주화 선언 이후 결속력이 강해진 농민단체들은 직장조합과의 보험료 부담의 형평성을 제기하면서 보험료 납부 거부운동을 추진하였다. 농민단체들은 근로자는 사용자가 보험료 절반을 부담해 주므로, 농어민에 대해서는 정부가 사용자 기능을 하여 보험료의 절반을 지원해 주어야 한다고 주장했다. 정부는 농민의 요구를 받아 들여 지역 의료보험의 경우에는 사용자가 존재하지 않고 부담능력이 낮은 계층이 다수 존재함에 따라 지역 의료보험재정의 보험료의 50%를 국고에서 충당하기로 결정하였다.

1988년 이후 농어촌지역에 군단위로 의료보험이 강제적용되면서 의료보험 가입자수가 전체 인구의 70%를 차지하게 되었다. 1989년 7월부터는 도시의 자영업자들도 시·구 단위로 의료보험 가입이 의무화되면서, 1977년 강제의료보험 적용 이후 12년 만에 전국민 의료보험 시대를 열게 되었다. 2018년 현재 의료보험 가입자수는 총 5,154만명으로서 총인구의 99.7%에 달하고 있다(〈그림 4〉 참조).

〈그림 4〉 총인구 대비 의료급여자수 vs 건강보험 가입자수(단위: %)



자료: 의료급여통계연보, 건강보험통계연보.

2. 2000년 의료보험제도의 통합과 국민건강보험공단 출범

1977년 의료보험제도 실시 이후 보험체계는 사업장 혹은 지역 단위로 보험조합이

설립되는 다보험자(multi-payer) 체계로 유지되었으며, 조합별 독립채산제 방식으로 보험재정 관리가 이루어지는 조합주의 방식을 채택하였다.¹⁸⁾ 도입 당시부터 다수의 의료보험조합을 보험자로 하는 다보험자 체계를 채택한 배경에는 일본의 의료보험 조합운영 모방과 함께 정부의 재정부담의 한계, 보험료 징수 및 가입자 관리의 용이성, 그리고 단계적 확대 시행의 용이성 등이 고려되었다(신언향, 2006).

세계에서 유례가 없을 정도의 빠른 속도로 의료보험 적용대상 인구가 확대되면서 조합주의 방식의 다양한 부작용이 나타나기 시작하였다. 특히, 1988년 1월부터 농어민을 대상으로 지역보험이 실시되면서부터 전국에서 농어민들의 불만이 고조되어 갔다. 도시지역 직장인과 비교해 볼 때, 보험료 부과와 형평성 문제와 열악한 의료 인프라에 따른 의료이용의 제한 등이 불만의 핵심이었다(차홍봉, 1988, p. 89). 특히, 1987년 6·29 민주화 선언을 계기로 의료보험 통합이 중요한 정치이슈로 대두되었으며, 이 과정에서 사회연대(solidarity)라는 개념에 입각한 이념적 대립도 발생하였다.

여소야대 정국하에서 1988년 4월 48개 시민단체들은 의료보험 통합·일원화를 목표로 한 시민운동을 개시하였고, 1989년 3월 8일에 ‘의료보험통합법안’이 국회에서 만장일치로 의결되었으나, 노태우 대통령은 3월 24일 의료보험을 통합하기에는 여건이 성숙되지 못했다는 이유로 동 법안에 대해 거부권을 행사하게 되었다.

1993년 김영삼 대통령이 취임하면서부터 의보통합 이슈가 재점화되었다. 특히 1993년말 우루과이 라운드 쌀 시장 개방에 따른 농민의 불만이 최고조에 이른 것도 의보통합 이슈 재점화에 기여했다. 오랜 군사정부 통치 이후 최초의 문민정부라는 정치적 상징성으로 인하여 농민단체 및 보건의료단체 등 시민사회의 활동이 더욱 활발해진 측면도 있었다. 1994년에는 민주노총과 참여연대를 중심으로 결성된 ‘의료보험 통합일원화를 위한 범국민 연대회의’(의보연대)를 중심으로 ‘잘사는 사람이 못사는 사람을 도와주는’ 사회연대(solidarity) 이념을 앞세워 조직적으로 의보통합을 요구함에 따라 사회여론이 점차 통합론을 지지하는 방향으로 형성되어 갔다. 의료보험에 국한하여 경제이론의 시각에서 본다면, 사회연대는 결국 조합주의 방식하에서 한계를 노정한 의료보험의 위험통합(risk pooling) 기능을 의료보험조합들을 통합하여 개선하자는 취지에 다름이 아니었다.¹⁹⁾

18) 조합주의방식은 보험료, 보험급여, 보험재정을 조합단위에서 자율적으로 결정하고 책임지는 방식을 지칭한다.

19) 김용익 당시 의보연대 집행위원장은 낙후된 농촌지역 조합은 인구수도 점차 줄고 결국 노인 등 가난한 사람들이 조합을 결성하고 운영하는 반면, 서울 강남구 조합의 경우는 사람도 많고 소득

실제로, 1988년 농촌지역 의료보험 도입 당시에는 지역의보 전체 재정의 50%를 국고에서 지원하는 것으로 시작되었으나, 1998년에는 국고지원이 지역의보 총수입액의 26% 수준으로 하락하였다(Kwon, 2003, p. 79). 「의료보험법」 제48조(국고부담)와 시행령 제80조는 국고지원을 의무사항이 아니라 권고사항으로 규정하고 있어, 국고지원 규모는 정치경제적 상황에 따라 변화가 가능하였다. 결국, 지역의보는 시간이 지날수록 재정적 어려움이 가중되면서 지역조합간 혹은 직장조합과의 통합에 대한 요구가 더욱 높아졌다. <표 2>는 지역조합과 직장조합간의 재정격차를 보여주는데, 지역조합의 준비금 보유율(=누적적립금/당해연도 보험급여비)이 직장조합에 비해 월등히 낮은 수준으로 나타났다. 특히 인구가 감소하고 노인인구비중이 높은 농어촌 지역 조합의 재정사정이 불안정하였다.

<표 2> 직장조합과 지역조합간 재정 격차 추이(단위: 십억원, %)

		1992	1993	1994	1995	1996	1997
직장의료 보험조합	누적적립금	1,088	1,274	1,558	1,736	1,948	1,949
	준비금보유율	117.8	119.4	128.7	116.3	103.7	91.0
지역의료 보험조합	누적적립금	549	762	943	942	786	815
	준비금보유율	48.1	55.8	59.9	46.5	30.9	27.8

주: 준비금보유율 = 누적적립금/당해연도 보험급여비.

자료: 오근식(2001).

외환위기로 급속한 경기침체의 초입단계에서 치루어진 1997년 12월 대선을 앞둔 정치권에서는 여야를 막론하고 의료보험 통합을 선거공약으로 채택하게 된다. 1997년 11월에 여야 단일안으로 당시 227개 지역의료보험조합과 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험조직을 통합한 ‘국민의료보험관리공단’ 설립을 규정한 「국민의료보험법」을 발의·제정하였다.

대선에서 승리한 김대중 대통령은 정부 출범 직후인 1998년 2월 노사정 사회적 협의를 통해 직장의료보험까지 포함하는 의료보험 전체 조직의 통합을 추진하기 시작하였다. 조합별 소득수준 차이에 따른 보험료 부담 및 재정여력 격차 문제 해소와 질병의 위험통합(risk pooling) 효과를 극대화하기 위해서는 의료보험 조직 전체의 통합

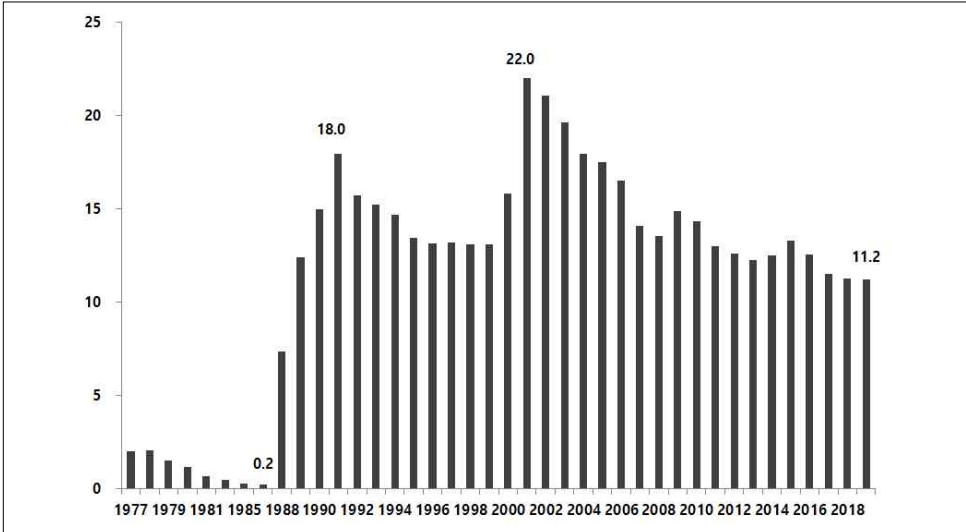
도 높은 동시에 병에 걸리는 사람도 상대적으로 적어 조합 재정이 풍부했다면서, 조합주의라는 벽으로 인하여 부자조합과 빈자조합의 격차가 벌어지고 위험통합(risk pooling)이 안된다고 주장하였다(조영재, p. 89 참조).

이 필요하다는데 사회적 합의가 마침내 이루어진 것이다. 1999년 2월에는 「국민건강보험법」이 제정되어, 앞서 설립되었던 국민의료보험관리공단과 직장조합을 합병한 국민건강보험공단이 2000년 7월 1일 출범하게 되었다. 2003년에는 양 조합간의 재정이 통합되어 바야흐로 단일보험자(single-payer)인 국민건강보험공단이 건강보험의 운영주체가 되었다. 조직통합 직전인 1998년에 총 370개에 달하던 의료보험조합이 모두 단일보험자로 통합되어 오늘에 이르고 있다.²⁰⁾

의료보험이 노사가 보험료를 반반씩 부담하는 직장조합 중심으로 운용되었던 1977-87년 기간 중에는 국고지원 규모가 전체 보험재정 수입의 2% 미만에 불과하였고 1987년에는 0.2%까지 하락하였다(〈그림 5〉 참조). 그러나 국고지원을 전제로 한 지역 의료보험이 강제 적용되기 시작한 1988년 이후부터는 총 보험료수입 대비 국고지원금 비중이 급증하면서 1991년에 18%까지 상승하였다. 이후 국고지원금의 절대 규모는 계속 증가하였지만, 전체 수입 대비 비중은 감소하여 1999년 건강보험 통합 직전에는 13.1%로 하락하였다. 그러나 2000년에는 직장보험과 지역보험의 통합 및 의약분업 시행 등에 따라 보험재정 적자가 대폭 늘어나면서 보험료 인상(2001-03년 기간 중 연 20% 이상)과 함께 국고지원이 확대되면서 2001년에는 국고지원금 비중이 22%까지 상승하였다. 2002년 1월에는 당면한 의료보험 적자를 해소하기 위해 2006년말까지 한시적으로 적용되는 「국민건강보험 재정건전화특별법」을 제정하고 동법에 의거하여 지역보험에 대한 국고지원을 확대하였다. 이와 동시에 담배값 일부에 건강부담금을 부과하여 조성되는 건강증진기금을 신설하여 정부지원을 뒷받침하였다. 이후 정부지원이 점진적으로 감소하여 2019년에는 국고지원 비중이 11.2%까지 감소하였다.

20) 2009년 6월에 직장가입자 55명이 건강보험 재정통합과 직장 및 지역보험료 산정 규정이 헌법의 기본권인 재산권의 보장을 침해해 위헌요소가 있다며 헌법소원심판을 청구하였다. 이에 대해 2012년 5월 헌법재판소는 건강보험 재정통합은 경제적 계층의 형성을 방지하고 소득 재분배와 국민연대의 기능을 높이고자 하는 것이며 이는 입법형성권의 범위를 벗어났다고 보기 어렵다는 이유로 건강보험 재정통합에 대해 합헌판결을 내렸다. 당시 재판부는 가입자의 본질적 차이를 고려해 경제적 능력에 상응하게 보험료를 산정한 점, 직장·지역 가입자의 소득과약을 격차가 감소하고 있는 점 등을 판단의 근거로 제시하였다.

〈그림 5〉 의료보험 전체 재정수입 중 국고지원금이 차지하는 비중(1977-2019년, 단위: %)



자료: 국민건강보험공단.

IV. 건강보험의 발전과정과 성공요인에 대한 경제적 고찰

이제까지 의료보험의 도입 및 발전과정과 우리나라 의료보험의 우수성에 대해 서술하였다면, 본 장에서는 의료보험의 발전과정과 성공요인에 대한 경제적 고찰과 국제 비교 등을 제시하고자 한다. 이러한 논의는 향후 우리나라 의료보험의 지속적인 발전 방안과 미래의 도전을 이해하는데 기여할 것으로 기대된다.

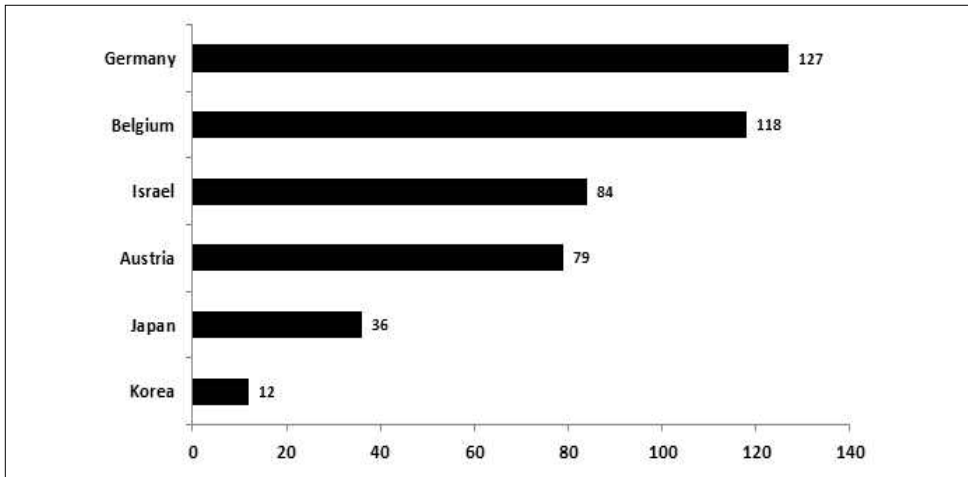
1. 건강보험의 발전과정

(1) 국제비교를 통해 본 산업화와 건강보험 발전과정

앞에서 일부 언급한 바와 같이, 우리나라의 경우 건강보험 도입부터 전 국민을 대상으로 하는 보편적 의료보험제도가 정착되기까지의 과정이 선진국에 비해 매우 빠른 속도로 진행되었다. 보다 구체적으로 살펴보면, 보편적 의료보험제도가 구축되는데 한국에서는 의료보험 최초 도입 이후 12년이 소요된 것에 비해, 독일, 벨기에, 오스트리아는 각각 127년, 118년, 79년이 걸렸다(〈그림 6〉 참조). 동시에 우리나라는 압축성장을 통하여 주요 선진국들에 비해 급속한 산업화를 이룩하였다. 전체 노동인력

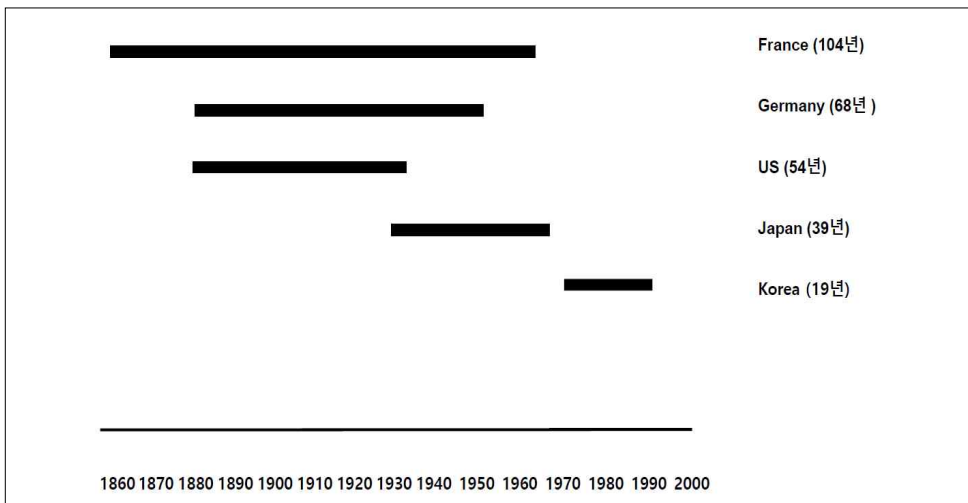
대비 농림수산업 종사자의 비중이 50% 수준에서 20% 이하로 낮아지기까지의 과정을 산업화로 정의할 경우, 우리나라의 산업화는 1970년에 시작되어 불과 19년만인 1989년에 완성된 것으로 나타난다(〈그림 7〉 참조). 반면, 동일한 기준을 적용할 경우 프랑스, 독일, 미국 및 일본의 산업화는 각각 104년, 68년, 54년 및 39년이 소요된 것으로 나타나고 있다.

〈그림 6〉 보편적 의료보험제도 구축을 위해 소요된 기간(단위: 年수)



자료: Guy Carrin and Chris James (2004).

〈그림 7〉 산업화에 소요된 기간(단위: 年수)



자료: 유정호(1997).

국제비교에서 나타난 바와 같이, 우리나라의 건강보험 발전과정이 속도면에서 산업화와 궤를 같이 하고 있다는 점은 건강보험의 발전에 우리 경제의 신속한 산업화가 중요한 기여를 했다는 점을 시사하고 있다. 산업화에 따른 지속적인 국민소득 증가가 기업과 근로자의 보험료 지불능력(affordability)을 증대시키고 정부의 재정여력을 향상시킴으로써 건강보험의 단계적 확대적용을 가능케 하였고, 동시에 보험재정의 지속가능성을 담보할 수 있었다고 평가하는 것이 타당할 것이다. 이러한 평가가 의미하는 바는 지속적인 경제성장과 소득증가가 건강보험은 물론 사회보장제도 전반의 지속가능성을 확보하는데 핵심적인 관건이라는 점일 것이다.

(2) 국가경제 발전전략과 건강보험도입 전략과의 연계성

우리나라 건강보험의 발전과정에서 나타나는 또 다른 특징은 건강보험이 설계되고 도입되는 과정에서 민간의 역할이 중시되었으며, 비록 건강보험 도입과는 무관하게 이루어졌지만 경제주체들의 자조정신과 공동체의식 함양을 위한 범정부 차원의 노력이 민간의 재정부담을 전제로 한 건강보험 도입에 대한 사회적 수용성을 높이는데 기여하였다는 점이다.

제Ⅱ장에서 이미 언급한 바와 같이, 국민에 대한 의료서비스를 국가가 전적으로 책임지는 영국식 제도를 지양하고 독일과 일본의 경험을 원용한 사회보험 형태로 추진하게 된 배경에는 재정여력에 대한 고민도 있었으나 그 기저에는 수익자부담원칙에 의거한 민간의 역할을 중시하는 정책적 지향점이 있었다. 건강보험 도입 당시 보험재정과 운영은 기업과 근로자에게 전적으로 의존하는 방식이었으며, 정부의 재정지원은 건강보험에 참여하는 기업의 수익성 악화를 일부 보전하기 위한 세제지원 등에 국한되었다. 실제로 도입 당시 건강보험의 관리 및 운영 주체와 관련하여 정부 부처간에 상당한 이견이 있었으나 최종적으로는 정부가 아니라 민간이 운영주체가 되는 보사부 방안이 채택되었다는 점은 민간의 역할을 중시한 정책적 지향점을 반증하고 있다.

민간의 역할을 중시하는 정책적 지향점은 비단 건강보험 도입에만 국한된 것이 아니라 경제개발 초기부터 30년 이상 수립되고 집행된 경제개발 5개년계획에도 폭 넓게 반영되어 있다. 국내외 많은 연구들이 1960년대 초반 이후 1990년대 초반까지의 30여년간에 걸친 우리 경제의 고도성장을 큰 틀에서 “정부주도 성장(government-led growth)” 모형으로 설명하고 있지만, 보다 세부적인 내용면에서는 경제개발 5개년계

획이 민간의 자율과 창의를 중시하는 일종의 유도계획(indicative planning)의 형태로 수립·집행되었다는 점은 잘 알려져 있지 않다(한승희, 2015). 즉, 국가경제의 거시적 자원배분은 정부가 주도하되 이마저도 정부의 일방적인 결정이 아니라 기업을 포함한 각 경제주체들과의 적극적인 소통과 의견수렴을 통하여 상당부분 합의된 자원배분이었으며, 세부적인 집행에 있어서는 민간의 자율과 리더십을 적극 활용하였다.²¹⁾ 일단 거시적 차원에서 산업별, 부문별 자원배분에 대한 합의가 이루어지면 각 산업 혹은 부문 내의 자원배분은 최대한 기업의 자율과 시장경쟁을 통하여 효율적으로 이루어지도록 유도하였다. 이러한 점에서 볼 때, 민간의 보험료 부담과 의료역량에 크게 의존한 건강보험의 발전과정은 민간의 역할을 중시한 국가경제 전체의 유도형 발전전략과 일관성을 가지고 이루어졌음을 알 수 있다.

앞에서 살펴본 선진국과 우리나라의 경험은 건강보험과 같은 국가 차원의 사회보장 제도를 도입하고 지속적으로 발전시키기 위해서는 경제적 측면의 부담능력을 제고하는 것과 함께 보험제도의 형평성에 대한 사회적 합의를 이끌어 내는 것이 성공의 관건임을 시사하고 있다. 따라서 성공적인 건강보험 도입 및 발전과정을 논의하는데 있어서 건강보험에 대한 사회적 합의 혹은 사회적 수용성을 높이기 위한 정부 차원의 노력 역시 간과할 수 없는 요소라고 할 수 있다. 이러한 시각에서 볼 때, 의료보험제도가 본격적으로 실시된 1970년대 후반 이전부터 기업과 근로자 등 경제주체들의 자조정신과 공동체 의식 함양을 위해 국가적으로 추진된 새마을운동의 역할에 대해서도 일부 조명할 필요가 있다.

이미 많은 연구를 통하여 잘 알려진 바와 같이, 급속한 산업화가 이루어지는 과정에서 발생할 수 있는 도농간 소득격차를 줄이기 위해서 농어촌 지역을 중심으로 새마을운동이 시작되었으며 지역주민들의 ‘경제하려는 의지(economic will)’와 근면·자조·협동 정신을 바탕으로 공동체 의식을 함양하는데 주안점을 두었다. 반면, 새마을운동이 농어촌지역 외에 제조업 부문 산업현장에서도 ‘공장 새마을운동’이라는 이름하에 추진되었다는 사실은 잘 알려져 있지 않다. ‘공장 새마을운동’ 목표는 노사간 상호부조를 통한 공동체 의식 함양, 근로자의 자발적 참여를 통한 품질개선 및 원가절감 등 경영합리화에 따른 사업주의 경영성과 극대화, 근로자의 소득·후생복지 증진 등이었으며, 궁극적으로는 산업경쟁력 강화 및 수출확대가 목표였다. 농어촌 새마을운

21) 대표적인 예로, 중화학공업 육성도 대만의 경우와 같이 (결국은 실패한) 공기업 중심의 육성전략 대신 민간의 효율성과 창의력을 활용하기 위해 민간기업의 육성을 지원하는 방식으로 추진한 점을 들 수 있다.

동에서 일관되게 적용된 ‘우수마을 우선지원 원칙’과 유사하게 ‘우수공장 우선지원 원칙’이 공장 새마을운동에서도 적용되었다. 1977년 이후부터는 상용근로자 50명 이상의 광공업체를 대상으로 엄격한 평가를 실시하여 우수업체에 대해서는 행정지원, 자금지원, 포상 등의 경제적 보상이 제공되었고, 부진한 업체에 대해서는 교육과 지도를 강화하였다.²²⁾ 업체에 대한 평가기준에 생산성 향상을 위한 노사협력과 종업원에 대한 후생복지 수준 등이 포함되면서 의료보험 도입에 대한 노사의 긍정적 시각 형성에 유인을 제공하였다. 이동우(1979)의 설문조사 연구에 의하면, ‘공장 새마을운동’이 다수 기업들의 생산성을 향상시킴과 동시에 근로자들의 소득을 증대시킴으로써 사업주와 근로자의 의료보험에 대한 수용성 제고, 의료보험료 지불능력 확충 및 근로자 후생복지 증진에 기여한 것으로 나타나고 있다.

2. 건강보험의 성공요인

(1) 보험재정에 대한 정치개입 최소화

의료복지체계를 전적으로 국가재정에 의존하는 영국식 모델이 아니라 기업과 근로자가 보험재정의 대부분을 감당하는 단일 사회보험 형태로 도입 발전시켜 온 결과, 건강보험 재정에 대한 정치적 개입을 최소화하거나 차단할 수 있는 장치가 마련되었고 이로 인해 보험재정의 지속가능성을 높일 수 있었다. 2000년에 단행된 직장보험과 지역보험의 통합과 단일 보험관리주체로서 국민건강보험공단의 출범으로 인하여 실질적으로 전 국민을 대상으로 강제적인 보험료 징수가 이루어지고 있다는 점에서, 건강보험료는 실질적인 경제적 효과면에서는 정부조세(특히 목적세)와 큰 차이가 없다고 할 수 있다.

그러나 국가재정에 전적으로 의존하는 영국식 모델과의 중요한 차이점은 보험재정이 정부의 여타 예산지출 수요와 경쟁관계에 있지 않고 독립적으로 운영된다는 점이다. 독립채산제 방식의 건강보험 재정운영은 정부의 부문별·항목별 예산배분을 결정하는 과정에서 통상적으로 발생하는 포퓰리즘이나 정치적 개입에 의한 자원배분 왜곡을 최대한 차단할 수 있는 여지를 제공하고 있다. 즉, 징수된 보험료는 명칭 그대로 보험료이기 때문에 일반 조세수입과 달리 정치적 목적이나 정부의 다른 예산지출

22) 우수업체에 대한 구체적인 보상에 대해서는 하재훈(2006)을 참조.

수요를 위해 전용되거나 병합될 수 없다는 점이 건강보험 재정의 건전성을 확보하는데 중요한 기여를 하고 있다. 물론 보험급여를 결정하는 과정에서 정치적 압력이나 포퓰리즘이 개입할 여지는 상존하고 있지만 적어도 보험료 수입 면에서는 상당한 독립성이 유지되고 있다고 평가된다.

(2) 재정건전성과 사회적 형평간의 균형 유지

1963년 의료보험법 제정부터 1977년 본격 시행되기까지 14년이 걸렸다. 의료보험 제도의 본격 시행과 그 이후의 지속적인 발전을 가능하게 했던 것은 무엇보다도 의료보험 관련 정책에 있어 거시경제적 고려, 특히 재정건전성 유지와 사회적 형평성 추구 사이에서 효과적인 균형을 유지했다는 점이며, 이러한 균형 유지를 가능케 했던 요인 중 하나는 정부의 우수한 관리역량이었다는 점을 부인하기 어렵다.

「의료보험법」 제정 이후 14년이 지나서야 의료보험이 도입된 배경에는 다양한 원인이 있겠으나, 의료보험 도입에 따른 기업부담 증가에 대한 우려와 제한적인 재정여력이 가장 중요한 원인이었다. 실제로 의료보험제도 본격 시행일자인 1977년 7월 1일과 같은 날을 기해 단행된 서울 10%의 부가가치세 도입은 비록 의료보험 도입을 지원하기 위한 목적은 아니었으나 재정건전성을 유지하는 가운데 기업부담 축소를 위한 세제지원을 가능케 했던 재정여력 확보에 결정적인 역할을 하였다.

1960년대 초반 수출공업화를 통한 본격적인 경제개발이 시작된 이후 우리 경제는 치열한 국제경쟁에 지속적으로 노출된 소규모 개방경제(small open economy)였으며, 이러한 경제환경 하에서는 수출기업의 경쟁력은 곧 국가경제의 성장과 직결되어 있었다. 더욱이 수출증대를 위한 환율의 저평가 기조하에서 실질적으로는 고정환율제에 가까운 통화정책체제가 유지되고 있었기 때문에 경기조절 혹은 위기대응 정책수단으로서 재정의 역할은 매우 중요했으며, 이에 따라 재정건전성 유지는 경제안정에 필수적인 요소였다. 따라서 의료보험과 같은 복지정책의 도입이 기업에 재정적 부담을 초래한다는 점은 국가경제 운용이라는 거시적 차원에서는 결코 간과할 수 없는 사안이었다. 적어도 큰 틀에서는 선성장-후복지로 대변되는 우리 경제의 성장전략도 우리 경제가 경제개발 초기부터 국제경쟁에 직면한 개방경제를 지향했다는 점과 함께 고성장을 통한 국민소득의 빠른 증가가 사회복지에 대한 국민적 수요를 일부 완화 혹은 충족시킬 수 있다는 전략적 사고에 따른 선택이었다는 점을 인식할 필요가 있다.

기업의 직접적인 부담증가 없이도 국가재정이 동원되었더라면 의료보험을 보다 조

기에 그리고 보다 신속하게 확대 적용할 수 있었을 것이라는 추론도 가능하지만 이는 1960-70년대의 재정상황을 고려하면 현실성이 없는 추론이라고 할 수 있다. 실제로 1950년대 말 정부 재정수입의 해외원조 의존도는 50%를 상회하였으며 1974년에 이르러서야 겨우 해외원조로부터 완전 탈피하여 재정자립이 달성되었다(Kim and Kim, 2013). 이미 경제개발을 위한 높은 재정수요가 상존하고 있는 가운데 의료보험에 대한 대규모 재정투입은 국가부채 혹은 조세부담 증가 없이는 실현 가능성이 낮았다고 할 수 있다. 더욱이 국가재정을 동원한 의료보험과 같은 사회보장제도 도입은 단기적은 물론 장기적으로 재정건전성에 영향을 미친다는 점에서 도입에 신중할 수밖에 없었던 것이 사실이다. 제Ⅱ장에서 전술한 바와 같이 1977년 의료보험 도입 직전까지 대통령이 영국처럼 될까봐 걱정이라는 우려를 표시한 것은, 의료보험 도입 이후에도 관리부실, 경제여건 악화 등에 따라 잘못하면 재정건전성을 단기적으로는 물론 장기적으로도 훼손할 위험이 있다는 점을 정부가 잘 인식하고 있었음을 반증하고 있다. 결과적으로 이러한 재정건전성 유지에 대한 정부의 의지는 비록 의료보험 도입을 지연시킨 원인 중 하나였으나, 오늘날 건강보험재정의 안정성과 지속가능성을 확보할 수 있었던 가장 중요한 요인으로 작용하였다.

반면, 1988-89년 단행된 지역보험 설립과 2000년에 단행된 직장보험과 지역보험의 통합이 없었다면 1980년대 후반의 정치적 민주화를 계기로 분출되기 시작한 형평성 및 사회복지에 대한 국민적 수요를 충족하는 것이 불가능하였을 것이다. 비록 경제규모의 비약적인 증가와 함께 1997년 외환위기 극복의 전기를 마련한 재정건전성으로 인하여 1977년 의료보험 도입 당시의 재정상황과는 비교할 수 없을 정도의 재정여력이 확보되어 있었던 것을 감안하더라도, 국민의 정치사회적 수요에 부응하고자 지역과 직장보험의 통합이라는 과감한 결정을 단행한 김대중 정부의 업적은, 우리나라가 개발도상국에 겨우 진입한 상황에서 어려운 재정형편 속에서도 의료보험 도입이라는 전기를 마련하고 재정건전성을 유지함으로써 강력한 소득재분배 기능을 갖춘 오늘날의 의료보험을 가능케 했던 박정희 정부의 업적과 함께 높은 평가를 받아야 할 것이다.

(3) 건강보험의 위험통합(risk pooling) 및 소득재분배 기능의 조화

현재 우리나라의 국민건강보험의 가장 중요한 3가지 제도적 특징은 ① 전국민 강제가입과 단일보험체제(single payer), ② 보험가입자의 지불능력을 고려한 보험료 차

등, ③ 보험료 부담 수준과 무관한 균등한 보험급여 제공으로 요약할 수 있다.

전국민 강제가입은 보험의 가장 중요한 기능인 위험통합(risk pooling)을 극대화함으로써 보험재정의 효율성과 안정성을 높이고 보험료 부담을 줄이는 중요한 요인으로 작용하고 있다. 위험통합의 극대화를 통하여 이룩한 효율성은 우리나라의 GDP대비 의료비지출 비중(2020년 현재 8.4%; 〈그림 3〉 참조)이 주요 선진국(미국의 경우 2020년 현재 18%)에 비해 상당 폭 낮은 수준임을 설명하는데 중요한 단서를 제공하고 있다. 즉, 선진국에 비해 상당 폭 낮은 GDP 대비 의료비지출 비중을 단순히 선진국에 비해 미흡한 의료복지 수준을 반영하는 것으로 해석하는 것은 무리이며, 오히려 선진국에 비해 높은 건강보험의 효율성과 우수성이 반영된 결과로 해석하는 것이 타당할 것이다. 실제로 우리나라 의료서비스의 질과 접근성은 세계 최상위 수준으로 평가받고 있는 동시에 건강보험에 대한 국민의 만족도가 90%를 상회하는 현실이 이러한 해석을 강력히 뒷받침하고 있다.

전국민 강제가입이 제공하는 또 다른 혜택은 국민의 건강과 관련된 일관성 있고 다양한 정보와 데이터 축적을 가능하게 함으로써 국민 건강과 관련된 정책수립과 연구를 지원하는 순기능이 있다는 점이다. 향후 빅데이터 활용을 통한 정교한 정책개발, 의약개발, 원격의료 서비스 등이 확산될 경우, 건강보험공단이 보유한 데이터베이스는 핵심적인 정보자산이 될 것으로 기대된다. 또한 전국민 강제가입에 기초한 단일보험 체제 하에서는 공공기관인 건강보험공단에 의한 보험재정 관리가 불가피한 측면이 있으며 이는 보험재정의 지속가능성을 유지하기 위해 필요한 적정의료수가 책정, 급여항목 선정 등에 있어서 정부정책이 효과적으로 반영될 수 있는 여지를 제공하고 있다.

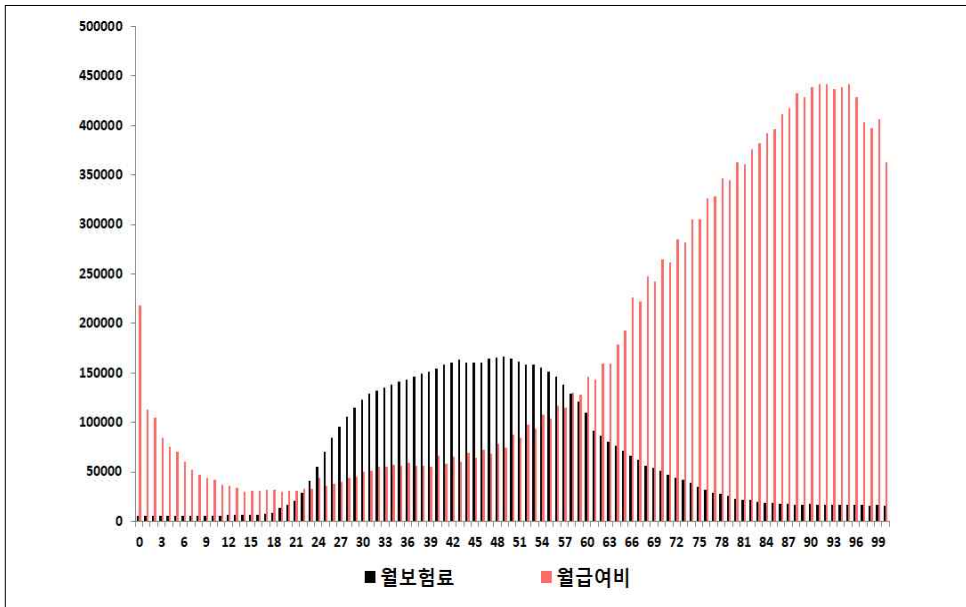
극대화된 위험통합 기능과 함께 건강보험의 또 다른 중요한 특징은 소득(재산)에 따른 차등보험료와 소득(재산)과 무관한 균등보험급여를 통한 강력한 소득재분배 기능을 들 수 있다.²³⁾ 2019년 기준 연령대별 보험료와 급여비 분포를 살펴보면, 보험료는 소득이 낮은 청년기와 노년기에는 보험료가 상대적으로 낮고 소득이 높은 중장

23) 소득(재산) 계층별 차등보험료 징수와 전국민 균등보험급여 제공은 엄밀히 말하면 누진적 조세와 정부 이전지출 등을 통해 이루어지는 통상적 의미의 소득재분배 기능으로 간주하기는 어렵다. 특히, 차등보험료 징수는 누진적 조세와 유사한 기능을 수행하고 있으나, 균등보험급여는 피보험자의 소득으로 간주될 수 없는 동시에 피보험자의 의료서비스 소비에 따라 급여총액이 달라지는 일종의 바우처에 해당한다는 점에서 사전적으로 금액이 정해지고 소득으로 간주되는 정부의 이전지출과는 기능이 상이하다고 할 수 있다. 이러한 상이점에도 불구하고 본고에서는 논의의 편의상 소득재분배 기능이라는 용어를 사용하였다.

년기에는 보험료가 높은 패턴을 보이고 있다(〈그림 8〉 참조). 반면, 건강보험 급여는 연령이 높을수록, 특히 50대 후반부터 질병 증가 등으로 인해 급증하는 모습을 보이고 있다. 연령대별로 순급여혜택(급여혜택에서 보험료를 차감한 금액) 수준을 비교해 보면, 0-22세와 58세 이상 구간은 순급여혜택이 플러스인 반면 23-57세 구간은 마이너스로 나타나고 있다.

소득계층별(세대당 보험료 납부금액 기준)로 살펴보면 소득재분배 기능이 더 강한 것으로 나타나고 있다. 구체적으로 2019년 기준 납부보험료 대비 보험급여비 비율을 살펴보면, 저소득층인 1분위(하위 20%) 계층은 무려 86배에 이르고 있는 반면, 고소득층인 5분위 계층(상위 20%)의 경우 0.3배 미만으로 나타나고 있다(〈표 3〉 참조). 동일한 비율을 2014년 기준으로 추정할 경우, 1분위 계층은 4.4배, 5분위 계층은 0.99배인 것으로 나타나고 있어, 2014-19년 기간 중 건강보험의 소득재분배 효과가 인구고령화, 정부정책 등으로 인해 크게 강화되었음을 알 수 있다.²⁴⁾

〈그림 8〉 2019년 전체 적용인구 1인당 연령별 월보험료와 월급여비 현황(단위: 원)



주: 가로축 단위는 연령(세).

출처: 국민건강보험공단(2020), “2019년 보험료 대비 급여비 현황 분석.”

24) 성명재(2017)의 건강보험료 부담과 급여 수혜의 소득재분배 효과 연구에 따르면, 보험료는 미소하게 정(+)의 소득재분배 효과를 나타내며, 급여는 재분배 효과가 매우 큰 것으로 추정되었다.

〈표 3〉 소득계층별 보험료 및 보험급여 분포: 2014년과 2019년(단위: 천명, 천원, 배)

분위	적용인구		1인당 월평균					
			보험료 (A)	급여비 (B)	B/A	진료비	본인 일부 부담금 (C)	개인 부담금 (A+C)
전체	2014	38,071	40.8	68.7	1.7	88.4	19.7	60.5
	2019	46,906	93.7	106.5	1.1	135.2	28.6	122.4
1	2014	7,614	15.8	69.3	4.4	87.6	18.3	34.1
	2019	9,381	1.6	134.9	85.8	168.3	33.3	34.9
2	2014	7,614	27.5	61.8	2.3	78.9	17.1	44.6
	2019	9,381	4.0	124.9	31.4	157.5	32.8	36.7
3	2014	7,614	37.1	66.8	1.8	85.7	18.9	56.0
	2019	9,381	33.7	107.8	3.2	135.9	28.1	61.8
4	2014	7,614	46.9	69.5	1.5	90.2	20.7	67.6
	2019	9,381	113.6	82.1	0.72	105.7	23.5	137.1
5	2014	7,614	76.7	75.9	0.99	99.6	23.7	100.4
	2019	9,381	316.1	83.2	0.26	108.8	25.5	341.6

주: 1인당 월평균 본인 일부 부담금 = 1인당 월평균 진료비 - 1인당 월평균 급여비.

1인당 월평균 개인 부담금 = 1인당 월평균 보험료 + 1인당 월평균 본인 일부 부담금.

출처: 국민건강보험공단(2020) “2019년 보험료부담 대비 급여비 현황분석.”

국민건강보험공단(2015) “2014년 보험료부담 대비 급여비 현황분석.”

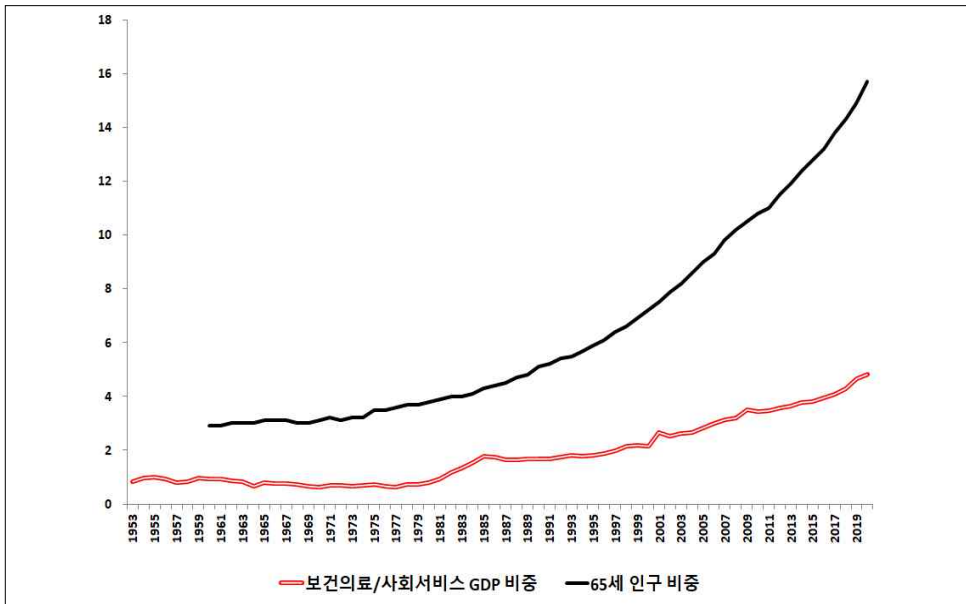
(4) 건강보험의 거시경제적 및 산업정책적 효과

의료보험 도입과 통합과정 모두 사회개발 혹은 사회보장제도 강화를 목적으로 추진되었지만, 경제성장과 의료산업의 안정에도 기여한 점을 간과할 수 없다. 의료보험 실시의 가장 직접적인 성장효과는 바로 보건의료 산업의 발전이다. 〈그림 9〉에서 보듯이, 전체 명목GDP 대비 보건의료/사회서비스 명목GDP 비중이 1950년대부터 1970년대 중반까지는 1% 미만에 머물고 있었으나 1977년 강제적용 의료보험 도입을 계기로 가파르게 증가하여 2019년 현재 비중이 5%에 이르고 있다. 이러한 패턴은 제Ⅱ장의 〈그림 3〉에서 나타나고 있는 명목GDP 대비 경상의료비 지출 비중 증가 추세와 높은 일관성을 보이고 있어, 의료서비스 시장의 성장이 의료보험 도입 이후의 가파른 보건의료/사회서비스 GDP 증가세를 견인하는데 상당부분 기여를 한 것으로 해석된다.²⁵⁾ 더욱이 〈그림 9〉에서 보듯이 의료보험 도입 이후 인구고령화가 가파르게

25) 자료제약으로 인하여 국민계정 상의 보건의료/사회서비스 GDP 증가를 보건의료 GDP 증가와

진행되면서 보건의료/사회서비스에 대한 잠재적 수요 증가가 더욱 확산된 것으로 추정해 볼 수 있다. 의료보험은 이러한 잠재적 수요가 실제 의료서비스 소비 증가로 이어지는데 결정적 역할을 한 것으로 사료된다.

〈그림 9〉 보건의료/사회서비스 GDP 비중과 65세 이상 인구비중 변화 추이(단위: %)



자료: 한국은행 경제통계시스템, 국민계정.

통계청 (2019), 「장래인구특별추계: 2017-2067년」.

의료보험 도입과 통합은 국민의 의료서비스에 대한 접근성을 대폭 향상시킴으로써 의료서비스 소비, 특히 비용부담으로 인하여 의료서비스에 대한 접근성에 제약을 받던 중산층 이하의 의료서비스 소비를 크게 증가시킨 것으로 평가된다. 더욱이 2000년의 의료보험 통합으로 작동하기 시작한 강력한 소득재분배 기능이 의료서비스에 대한 한계소비성향이 높은 저소득층의 소비를 크게 증가시켰을 것으로 사료된다. 이러한 의료서비스에 대한 수요 증가는 시장원리를 통하여 의료서비스 공급확대로 이어지면

사회서비스 GDP 증가로 나누어 분석하는 것이 불가능하였다. 적어도 사회복지 관련 정부지출이 빠르게 증가하기 시작한 2000년대 이후의 경우에는, 사회서비스 GDP 증가도 전체 보건의료/사회서비스 GDP 증가에 상당부분 기여하였을 것으로 사료된다. 이와 함께 1인당 국민소득의 증가 역시 소득탄력성이 상대적으로 높은 의료서비스 수요를 촉진하는 원인으로 작용하였다고 평가된다.

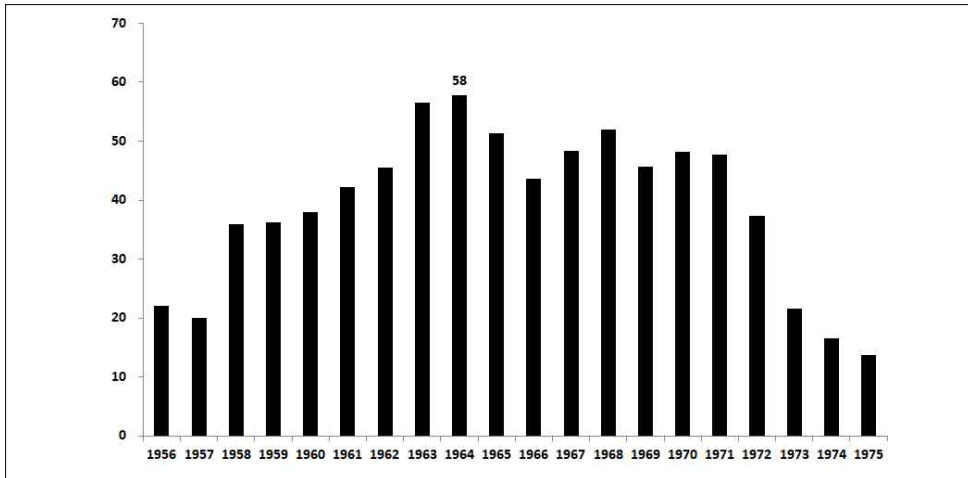
서 복지와 성장을 동시에 견인하는 효과를 창출하였다.²⁶⁾

의료서비스 공급 확대는 의료기관에 대한 민간투자의 증가와 의료인력의 양성에 크게 기인하였다. 제 II장에서 전술한 바와 같이 정부도 공공 의료기관 확충에 재정지원을 하였으며, 대기업들에 의한 민간병원 건립도 활성화되었다. 실제로 1970년대 초 까지도 우수인력인 의사들이 대거 미국으로 이민을 떠날 정도로 우리나라의 의료서비스 시장 규모는 매우 빈약했다(〈그림 10〉 참조). 1954-61년 기간 중 미국의 원조로 미네소타 프로젝트(Minnesota Project)가 추진되면서 미국식 선진 의학교육을 받은 의사들이 미국 의사자격시험에 합격하여 미국으로 이민가는 것이 1960년대 초 이후 유행이 되었다(이왕준, 2006).²⁷⁾ 이러한 추세는 국민소득 증가에 따른 의료서비스 시장의 동반성장에 따라 1970년대에는 점차 진정되는 모습을 보였다. 비록 자료부족으로 확인할 수는 없으나, 1977년 의료보험 도입 이후에는 해외 이주 비중이 미미한 수준으로 하락하였을 것으로 추정된다. 결론적으로, 의도하지는 않았지만 강제가입 의료보험 실시가 보건의료 산업에 대해 상당한 후방효과를 초래한 산업정책의 역할을 했음을 알 수 있다.

26) 건강보험이 보건의료산업 발전에 기여한 정도와 과정을 논의함에 있어 민간의료보험의 역할을 간과할 수 없으나, 본고의 논의 범위를 벗어나는 주제라는 점에서 자세한 분석을 시도하지 않았다. 다만 관련 통계자료와 연구에 비추어 볼 때, 민간의료보험, 특히 실손보험의 발전도 국민의 의료서비스에 대한 접근성 제고와 보건의료산업 발전에 기여한 것으로 사료된다. 상해 및 질병으로 인한 의료비 중 국민건강보험이 부담하지 않는 본인부담분에 대해 보상하는 2차보험(secondary insurance) 형태의 실손보험이 손해보험회사들에 의해 1999년 처음 판매된 이후 20여년이 지난 2020년말 현재 실손보험은 전 국민의 75% 수준인 총 3,900만명의 가입자를 확보하는 등(금융위원회·금융감독원, 2021년 6월 30일 보도자료) 국민건강보험을 보완하는 기능을 수행해 왔다. 이러한 민간의료보험 가입 확대는 저부담-저급여 방식의 국민건강보험 체계하에서 충분하지 않을 수 있는 보장수준에 대한 일종의 개인안전망 구축 과정으로 해석할 수 있다. 실제로 권정현·김성지(2019)는 실손의료보험 가입자가 미가입자에 비해 더 많은 의료서비스를 이용한다는 추정결과를 제시하고 있다.

27) 미네소타 프로젝트(Minnesota Project)는 미국 USAID가 주관한 원조정책의 일환으로 추진된 사업으로 국립대학인 서울대학교 의대, 농대, 공대, 행정대 등의 교수들을 대상으로 한 연수 프로그램과 장비지원 등이 제공되었다. 특히 의과대학 교수진의 역량 제고와 우수 의료인력 양성에 미친 미네소타 프로젝트의 영향은 괄목할 만한 것이었다. 총 77명의 국내 교수진이 3개월-4년간의 장단기 연수를 미국의 미네소타 대학교로 다녀왔고, 누계기준 11명의 미국인 자문관이 서울의대에 상주하며 인력양성을 지원하였다. 이 과정에서 간호학과와 보건대학원도 신설되었다.

〈그림 10〉 서울대학교 의대생 졸업년도별 해외이주 비중(단위: %)



자료: 이왕준(2006) 서울대학교 의과대학 동창회 「회원명부」 2002.

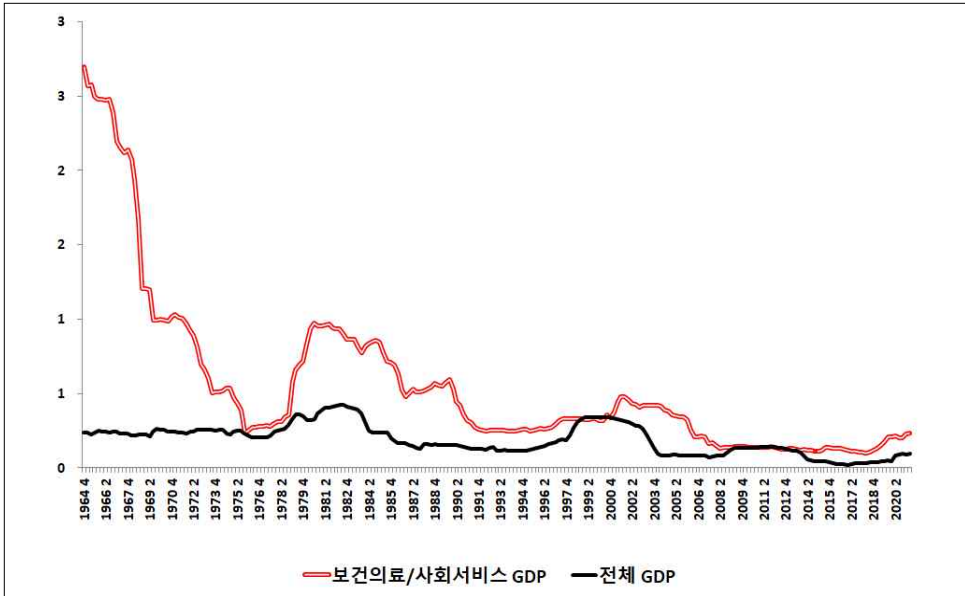
의료보험 도입과 통합은 산업정책적 효과 외에도 보건의료 산업의 안정에도 기여한 것으로 평가된다. 의료서비스가 소득탄력성이 높은 일종의 우량재(superior good)에 해당한다는 전제하에서, 의료보험의 도입은 의료서비스 수요가 경기변동에 상대적으로 덜 민감하게 반응하도록 하는 효과를 창출할 수 있다. 즉, 보험료 징수는 경기변동과 무관하게 이루어지는 반면, 의료서비스에 대한 접근성은 의료보험으로 인하여 경기변동에 따른 소득변화에 큰 영향을 받지 않을 것으로 예상해 볼 수 있다. 따라서 의료보험의 도입은 의료서비스에 대한 수요가 경제 전체의 경기변동에 상대적으로 덜 영향을 받도록 함으로써 보건의료 산업의 안정적 성장을 지원하는 역할을 수행할 수 있다.

이러한 의료보험의 보건의료 산업안정효과는 보건의료/사회서비스 GDP와 전체 GDP의 경기변동폭 변화추세의 상대비교를 통해 추정 가능하다. 〈그림 11〉에서 보듯이, 보건의료/사회서비스 GDP의 경기변동폭은 1960-70년대에 가파른 하락추세를 보이고는 있으나 전체 GDP의 변동폭을 크게 상회하고 있는데 반해, 의료보험이 도입된 1970년대 후반 이후에는 지속적인 감소세와 함께 전체 GDP의 변동폭과 비슷한 수준으로 접근하는 모습을 나타내고 있어 의료보험의 보건의료 산업 안정효과를 뒷받침하고 있다.²⁸⁾ 의료보험이 보건산업의 안정에 기여했다면 이는 곧 보건산업의 높은

28) 경기변동폭은 실질기준 보건의료/사회서비스 및 전체 GDP의 실제값과 추세치의 차이인 산출물 갭(추세치 대비 비율)의 20분기 이동 표준편차로 구하였다. 각 GDP의 추세치는 HP 필터를 사

성장에도 일부 기여했을 것으로 평가된다.

〈그림 11〉 보건의료/사회서비스 GDP와 전체 GDP의 변동폭 변화추이
(산출물갭/추세GDP 비율의 20분기 이동표준편차; 단위: %)



V. 결론 및 향후 과제

개방경제 시스템을 선택함으로써 고도성장을 구가한 산업화 시대에는 기업의 수출 경쟁력 강화를 통한 성장과 고용창출이 일종의 시대정신(Zeitgeist)이었던 반면, 1990년대 초반 문민정부 취임 이후에는 정치적 민주화 및 사회적 형평과 포용(social equity and inclusion)이 새로운 시대정신으로 부상하였음은 이미 잘 알려진 바와 같다. 본고에서 살펴본 의료보험의 도입과 발전과정도 궁극적으로는 이러한 시대정신의 변화를 반영하고 있다고 평가된다. 우리 경제의 경쟁력을 약화시킬 우려가 있는 기업의 재정부담, 보험재정의 지속가능성 및 재정건전성 악화 가능성 등에 대한 거시경제적 고려가 1970년대 후반의 강제적 의료보험 도입과 1980년대 후반까지의 단계적인 확대적용 과정을 주도하였다면, 정치민주화를 계기로 분출한 사회적 형평성과

용하여 추정하였다. 보건의료/사회서비스 GDP의 변동폭이 전체 GDP의 변동폭에 비해 전반적으로 높게 나타나는 것은 전체 GDP가 부문별 GDP의 합이라는 점에서 어느 정도 예상할 수 있는 결과이다.

포용에 대한 국민적 수요가 그 이후의 의료보험 발전과 통합과정을 주도한 것으로 보아도 무리가 없을 것이다. 더욱 중요한 점은 의료보험은 물론 모든 사회보장정책에 있어서 거시경제적 고려와 정치사회적 고려 사이에서 합리적인 균형을 지속적으로 유지해야 한다는 명제는 시대정신의 변화와 관계없이 불변이라는 점을 인식하는 것이다. 시대정신의 변화가 균형의 추를 일부 움직일 수는 있지만 어느 한쪽으로의 지나친 쏠림은 경제발전과 사회발전 모두를 잃는 첩경인 동시에 심지어는 국민 전체에 막대한 피해를 입히는 국가경제의 몰락까지 초래할 수 있다는 점은 유럽의 그리스와 남미 여러 국가들의 역사적 경험이 입증하고 있다.

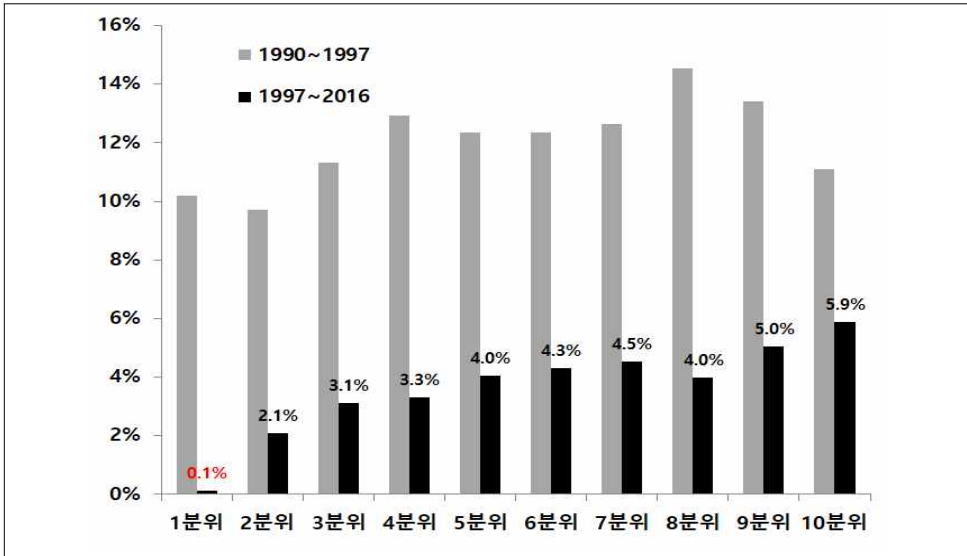
저개발 국가에서 벗어나 개발도상국에 겨우 진입한 상황에서 강제적인 의료보험을 도입한 것은 여타 신흥시장국에서는 사례를 찾기 어려우며, 더욱이 세계에서 가장 빠른 속도로 의료보험을 확대 적용하고 통합과정을 거쳐 오늘날 가장 효율적이고 포용적이며 강력한 소득재분배 기능을 갖춘 우수한 건강보험을 구축할 수 있었던 것은 결코 우연이라고 할 수 없다. 의료보험의 최초 도입, 지역보험 설립, 지역보험과 직장보험의 통합 등 결정적인 발전의 계기마다 정치, 사회, 경제를 아우르는 다양한 요인과 정치 지도자들의 결단이 복합적으로 결합되어 이룩한 결과물로 보는 것이 타당할 것이다. 더욱이 의료보험 발전의 결정적 계기들이 하루 아침에 이루어진 것이 아니라 그 이전 상당기간 진지한 정책적 숙고와 다양한 정책실험이 지속적으로 이루어졌음은 의료보험과 같은 핵심적인 사회보장제도의 도입과 성공적인 발전에 사회구성원의 전략적 신중함과 정부의 정책적 역량이 얼마나 중요한 가를 반증하고 있다.

지난 50여년에 걸친 의료보험의 성공적인 발전이 향후의 지속적인 성공을 담보하는 것은 결코 아니며, 실제로는 건강보험을 포함한 많은 사회보장제도들이 지속가능성 면에서 매우 큰 도전에 직면하고 있는 것이 현실이다. 우리 경제의 잠재성장률이 하락세를 지속하는 가운데 장기간의 출산율 감소로 이미 시작된 인구감소와 세계에서 가장 빠른 고령화는 보험재정의 안정성과 지속가능성은 물론 국가재정의 건전성을 크게 위협하고 있다. 이와 함께 저성장 기조하에서의 전반적인 소득분배 악화와 함께 의료보험 급여지출의 상당부분을 차지하는 노령가구의 소득하위계층 진입이 지속되고 있는 점은 강력한 소득재분배 기능을 갖춘 우리나라 의료보험에는 보험재정의 악화요인으로 작용할 가능성이 매우 높다고 할 수 있다(〈그림 12〉와 〈그림 13〉 참조).

이러한 현실을 직시할 때만이 미래의 거대한 도전을 극복하기 위한 준비가 시작될 수 있다. 불변의 명제인 거시경제적 고려와 정치사회적 고려 사이에서 균형의 추를 우리나라가 미래에 직면할 거대한 환경변화를 감안하여 사전적으로 어떻게 재조정할

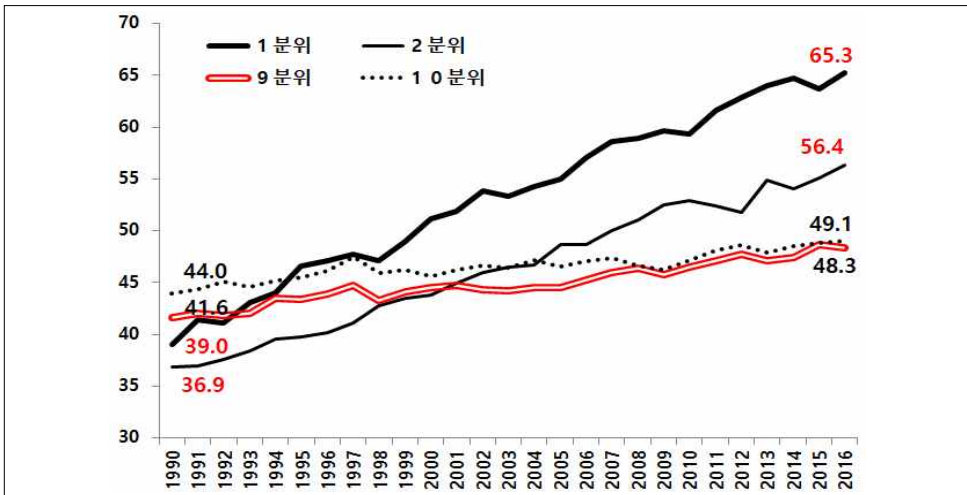
것인가에 대한 우리 사회의 진지한 고민과 성숙한 논의를 기대한다.

〈그림 12〉 소득분위(10분위)별 가구당 소득증가율



출처: 정혁(2017).

〈그림 13〉 소득분위별 가구주 평균 연령(단위: 세)



출처: 정혁(2017).

■ 참 고 문 헌

1. 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단, 『2018 의료급여통계』, 2019.
2. _____, 『2018 건강보험통계연보』, 2019.
3. 국민건강보험공단, 『2014년 보험료부담 대비 급여비 현황 분석』, 2015.
4. _____, 『2019년 보험료부담 대비 급여비 현황 분석』, 2020.
5. 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원, 『국민건강보험 40년사』, 2017.
6. 권정현 · 김성지, 『건강보험 가입자의 합리적 의료이용을 위한 공 · 사 의료보험 상호 작용 분석 연구』, 한국개발연구원, 2019.
7. 김우찬, 2011 경제발전경험모듈화사업, 『자본시장 육성: 기업공개와 유통시장정책 경험』, 금융위원회 · KDI 국제정책대학원, 2012.
8. 김입삼, 『초근목피에서 선진국으로의 증언』, 한국경제신문, 2003.
9. 김종인, 『영원한 권력은 없다』, 시공사, 2020.
10. 김정렬, 『한국경제정책 30년사』, 중앙일보사, 1990.
11. 김진수 · 최인덕 · 이기주, 2011 경제발전경험모듈화사업, 『전국민 건강보험제도 운영과 시사점』, 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 2012.
12. 문재우 · 김기훈 · 원용혁, 『의료보장론』, 고문사, 1990.
13. 박재영, 『개념 의료』, 청년의사, 2013.
14. 박종기 · 김대영, 『사회보장연금제도를 위한 방안』, 한국개발연구원, 1973.
15. 보건복지부 · 우송대학교, 『한국 의료급여 40년사』, 2018.
16. 성명재, “국민건강보험의 소득재분배 효과 추정에 관한 연구,” 『재정학연구』, 제10권 제2호, 2017, pp. 111-154.
17. 손준규, 『한국의 복지정책 결정과정에 대한 연구: 행정부내 정책결정과정을 중심으로』, 서울대학교 대학원 정치학박사학위 논문, 1981.
18. 신연항, 『의료보험발전 단계별 정책형성에 관한 연구』, 연세대학교 대학원 박사학위논문, 2006.
19. 아산사회의학연구소, 『아산 정주영의 의료복지사업』, 재단법인 아산사회복지재단, 2002.
20. 양재모, 『국민의료에 관한 연구 - 서울시민의 상병 및 의료에 관한 종합적 연구』, 연세대학교 의과대학 예방의학교실, 1956.
21. 조영재, “건강(의료)보험제도,” 양재진 · 김영순 · 조영재 · 권순미 · 우명숙 · 정홍모, 『한국의 복지정책 결정과정: 역사와 자료』, 나남, 2008.
22. 오근식, “의료보험제도의 성과와 한계,” 『건강보험백서』, 국민건강보험공단 · 중앙대학교 사회과학연구소, 2001.
23. 유정호, “공업화 속도에 대한 세계시장 규모의 영향,” 『KDI 정책연구』, 제19권 제2호, 한국개발연구원, 1997.
24. 육성으로 듣는 경제기적 편찬위원회, 『코리아인 미러클 5: 한국의 사회보험, 그 험난한 역정』, 나남, 2019.
25. 의료보험연합회, 『의료보험의 발자취』, 1997.
26. 이규식, (사) 건강복지정책연구원 편, 『건강보험통합 평가와 개혁방향』, 계측문화사, 2012.
27. 이동우, 『한국적 노사관계의 발전론적 고찰: 공장 새마을운동을 중심으로 한 접근방법』, 한양대

- 학교 대학원 경제학과 박사학위 논문, 1979.
29. 이왕준, 『미네소타 프로젝트가 한국 의학교육에 미친 영향』, 서울대학교 대학원 의학과 의사학 의 학박사 학위 논문, 2006. 8.
 30. 이형근 · 전승훈(편), 『조세 · 재정정책 50년 증언 및 정책평가』, 한국조세연구원, 2003.
 31. 재단 법인 대우재단, 『대우재단 1978-1990』, 1991.
 32. 전국경제인연합회, “〈의료보험제에 관한 간담회〉 복지사회 구현의 새 전기로,” 『전경련』, 1976. 11, pp. 10-15.
 33. 전국경제인연합회, 『전경련 50년사: 기적의 50년을 넘어 희망의 100년으로』, 2011.
 34. 정 혁, “한국 소득불평등 구조의 실증적 이해와 포용적 성장전략,” 『소득분배와 경제성장』, (황 수경 외), 경제인문사회연구회 미래사회 협동연구총서 17-07-01, 2017.
 35. 차홍봉, “의료보험의 발전적 개선방향,” 보사부, 『의료보험의 발전적 개선방향에 관한 공청회 보 고서』, 1988.
 36. 최수일, 『대한민국의 의료보험, 이렇게 만들어졌다』, 대한민국 CEO 연구소, 2018.
 37. 하재훈, 『박정희 체제의 대중통치: 새마을운동의 구조 · 행위자 상호작용을 중심으로』, 경북대학 교 대학원 정치학과 박사학위 논문, 2006.
 38. 한승희, 『한국의 경제개발 5개년계획: 의미와 평가』, 2015.
 39. Cho, Yoon Je and Joon-Kyung Kim, “Credit Policies and the Industrialization of Korea,” *World Bank Discussion Papers*, No. 286, The World Bank, Washington, D.C, 1995.
 40. Carrin Guy and Chris James, “Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period,” Discussion Paper Number-2, WHO, 2004.
 41. FDA (US Food and Drug Administration), “South Korea’s Response to COVID-19,” 2021 May.
 42. Kim Joon-Kyung and K. S. Kim, “Tax Administration Reform in Korea and its Implications,” Proceedings at the World Bank-KDI School Conference on Fiscal Policy and Management (edited by Kim Joon-Kyung, Raj Nallari and John Crotty), 2013.
 43. _____, “Institutionalization of Informal Credit Market and Financial Inclusion in Korea,” Modularization of Korea’s Development Experience, KDI School of Public Policy and Management and Financial Services Commission, 2013.
 44. Kwon Soonman, “Healthcare Financing Reform and the New Single Payer System in the Republic of Korea: Social Solidarity or Efficiency,” *International Social Security Review*, Vol. 56, No. 1, 2003, pp. 75-94.

Development of Korea's National Health Insurance System: Political Economy and Macroeconomic Considerations

Joon-Kyung Kim* · Jun Il Kim**

Abstract

Korea's national health insurance system (NHIS), which played a pivotal role in responding to the COVID-19 pandemic, has been considered as one of the most efficient and affordable public health insurances in the world. This case study is a historical account of political economy and macroeconomic considerations involved in the development process of NHIS. Since first instituted in 1977 for workers in large firms only, NHIS has expanded rapidly and in several steps to cover the entire population by 1989 and achieve maximum risk pooling and adequate social equity by 2000. Underlying such apparent success were the government's commitment to fiscal prudence, balanced considerations on affordability and social equity, adequate government control on health cost, and political democratization.

Key Words: health insurance, fiscal prudence, income redistribution

JEL Classification: I13, H4, N3

Received: Sept. 23, 2021. Revised: Oct. 6, 2021. Accepted: Oct. 20, 2021.

* First and Corresponding Author, Professor, KDI School of Public Policy and Management, 263, Namsejong-ro, Sejong-si 30149, Korea, Phone: +82-44-550-1205, e-mail: joon@kdischool.ac.kr

** Second Author, Advisor, International Monetary Fund, 700 19th Street, N.W., Washington, D.C. 20431, Phone: +1-202-623-7000, e-mail: jkim2@imf.org