

2006년 2월

박사학위논문

국민건강보험정책 결정요인 분석

조선대학교 대학원

행정학과

김행열

국민건강보험정책 결정요인 분석

An Analysis on The Health Insurance
Policy Making Process

2006년 2월 일

조선대학교 대학원

행정학과

김행열

국민건강보험정책 결정요인 분석

지도교수 오을임

이 논문을 사회복지학 박사학위신청 논문으로 제출함.

2005년 10월 일

조선대학 대학원

행정학과

김행열

김행열의 박사학위논문을 인준함

위원장	조선대학교 교수	(인)
위원	광주대학교 교수	(인)
위원	조선대학교 교수	(인)
위원	조선대학교 교수	(인)
위원	조선대학교 교수	(인)

2005 년 12 월 일

조선대학교 대학원

< 목 차 >

ABSTRACT

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적 1
제 2 절 연구의 범위 및 방법 3

제 2 장 이론적 배경

제 1 절 정책결정요인론 4
 1. 정책결정에 관한 제 이론 4
 2. 선행연구 검토 11
제 2 절 정책환경요인 15
 1. 정치적 환경요인 20
 2. 사회·경제적 환경요인 21
제 3 절 참여자 요인 22
 1. 참여자 요인 22
 2. 참여자의 역할 24
제 4 절 분석모형의 도출 28
 1. 정책 환경변수 28
 2. 정책결정 참여자 변수 31
 3. 본 연구의 분석모형 32

제 3 장 국민건강보험정책의 변천과정

제 1 절	의료보험제도의 개관	33
1.	의료보험제도의 의의	33
2.	의료보험의 목표와 기능	34
3.	의료보험의 형성과정	35
제 2 절	각 정부별 국민건강보험정책 변동	39
1.	노태우 정부	39
2.	김영삼 정부	42
3.	김대중 정부	44
제 3 절	소 결	49

제 4 장 국민건강보험정책 결정과정 분석

제 1 절	노태우 정부	51
1.	정책환경	51
2.	참여자 요인	63
제 2 절	김영삼 정부	75
1.	정책 환경	75
2.	참여자 요인	91

제 3 절 김대중 정부	101
1. 정책 환경	101
2. 참여자 요인	106
제 3 절 소 결	112

제 5 장 국민건강보험정책 결정과정의 비교분석

제 1 절 정책환경	115
1. 정치적 환경 변수	115
2. 사회·경제적 환경	119
제 2 절 참여자	123
1. 대통령	123
2. 국회	124
3. 정당	125
4. 이해관계집단	126
제 3 절 소 결	129

제 6 장 결 론

제 1 절 연구결과의 요약	133
제 2 절 연구의 의의와 한계	139

참고문헌

< 표 차례 >

<표 2-1> 사회복지정책 결정이론의 요약	11
<표 3-1> 사회보험과 사보험의 비교	35
<표 3-2> 의료보험제도 형성과정	39
<표 3-3> 노태우 정부의 의료보험관리운영정책추진일지	41
<표 3-4> 김영삼 정부의 의료보험관리 운영정책 추진일지	43
<표 3-5> 김대중 정부의 건강보험정책 추진일지	46
<표 4-1> 1인당 GNP 증가율	54
<표 4-2> 실질임금 상승률	55
<표 4-3> 사업비 예상 배분	56
<표 4-4> 정부예산 및 GNP 대비 사회복지예산 비율	58
<표 4-5> 연도별 노동조합 및 노사분규 추이	60
<표 4-6> 연도별 보험료 인상률	62
<표 4-7> 의료보험법 개정에 대한 입장 및 최종입법안 비교	69
<표 4-8> 1989년 전국민의료보험법 제정시 의료보험통합 관련 이해관계집단의 입장 ...	74
<표 4-9> 제15대 총선 당시 각 당의 의료보험 공약	78
<표 4-10> 연도별 경제성장률	80
<표 4-11> 연도별 실질임금 상승률	81
<표 4-12> 국민의료비의 지출 동향: 1985-1994년	83
<표 4-13> 조합유형별 재정현황 및 연평균 적자조합발생률	84
<표 4-14> 정부예산 및 GDP 대비 사회복지예산	87
<표 4-15> 1997년 국민의료보험법 제정시 통합관련 이해관계집단의 입장	99
<표 4-16> 도시근로자의 소득변화	103

<표 4-17> 의료보험통합일원화와 관련 노사정위원회 논의결과	108
<표 5-1> 정당별 국회 의석수	116
<표 5-2> 각 정부별 정책 환경 변수 비교	128
<표 5-3> 각 정부별 참여자 변수 비교	129

< 그림 차례 >

<그림 2-1> 연구의 분석틀	32
------------------------	----

<ABSTRACT>

*An Analysis on The Health Insurance
Policy Making Process*

Kim, Haeng Youl

Advisor : Prof. Oh, Eul-Im

Department of Public Administration

Graduate School, Chosun University

Social welfare policy was introduced as one of relief projects after the restoration of independence in Korea. Medical insurance system as a core of the social insurance system was introduced in 1963 and for the last 40 years, it has been changed and developed a lot through rapid social changes.

The medical insurance system was managed by associations from the beginning and then, in 1989 before the implementation of medical insurance for the entire people, it was managed by incorporating management style. Finally, due to the exercise of the veto power by ex-president No Tae-woo, it maintained the association management type. Therefore, until 1997, it was compelled to be managed by the associations. Then on December 1997, the new national insurance law was enacted and except job medical insurance, regional medical insurance were incorporated with medical insurance management associations for public servants and private school teachers. Two months later on December 1998, ' the National Health Insurance Law ' was passed and since 2000, all the medical insurance

systems including job medical insurance associations were incorporated.

This study aims at explaining the process to decide social welfare policy by analysing roles of participants and policy environment factors in decision-making in respect to incorporation of insurance.

In particular, this study focuses on analysis of what influences political, social and economic environments as variables of political environment have on decision of policies, what influences roles of participants have on social welfare policy.

Therefore, this study categorizes periods of medical insurance incorporation into No-Tae-woo Government, Kim Young-sam Government and Kim Dae-jung Government to analyse sub-variables from political environmental factors and roles of participants

It speculates the entire context on medical insurance policy decision-making and analyses decision-making process based on previous studies to identify changing process of micro and flexible dynamics of main participants in each aspect.

First, the political environmental variable has the greatest influence on medical insurance incorporating decision-making process. The important political variables that explains flexible properties of social welfare policy decision-making process are nature of political system, competition between political parties and elections.

Social and economical variables are social welfare budget, social needs, economic growth rate, and medical insurance finance.

Policy decision-making process is complicatedly intervened by many participants. Participants as a factor of decision-making have direct and indirect influences decision of a policy which fits for their interest or ideologies prevent or to prevent disadvantageous decision. This study speculates how such decision-making factors interact in the process of medical insurance incorporation decision-making process as follows:

When political environment factors under the government of ex-president No Tae-woo are examined, the political system has authoritative nature and is externally characterized by democratic orientation in legal, institutional devices and procedures.

In respect to the power relations in National Assembly, the ruling party was weak and the nongovernment party was strong.

In social and economic aspect, thanks to consistent economic growth and increasing financial ability, economic conditions that are advantageous to medical insurance unification were prepared.

Activities of interests groups were activated and the needs for social welfare were rapidly exploded.

Under the Kim Young-sam government, the political system was changed from transitional authoritarianism to confirming period of democracy. Competitive structures of the political parties were changed into weak ruling party and strong oppositional party again. However, the ruling party attracted members of affiliated with no party and those from oppositional parties to secure a majority at the opening period of Assembly. As a response to the social need of ruling party in consideration of competition between political parties caused by the general election in 1996, and the president election in 1997, the ruling party agreed to medical insurance incorporation, and the law on incorporation was dramatically passed.

The great meaning of national medical insurance law enactment is that Korean medical insurance system under the president Kim Young-sam government was a decisive cornerstone pursuing complete incorporation of the management subjects and finance through partial incorporation of the subject of management.

The Kim Dae-jung government facing the national crisis departed with strong

presidential authority, escaping out of the shadow of Kim Young-sam government which lost its authority as the government.

Although it attempted to overcome foreign currency crisis and pursue new development, as it was unionized government and occupied small part of the National Assembly, it tended to rely on the people and labor organizations which were foundations of support when it was an oppositional party. They changed medical insurance system of association management type into incorporated type in 1998 with a help from social forces.

Interests organizations played an important role in decision of medical insurance management system in the period of complete incorporation and financial stability and in agreement of incorporation by the tripartite commission. It also played the most important role in decision-making from decision of medical insurance system to the pass of incorporated law.

제 1 장 서론

제 1 절 연구의 목적

현대 사회의 가장 큰 특징 중 하나는 국가가 국민의 복지에 대하여 책임을 지며 이를 위해 다양한 복지정책 프로그램을 개발하고 있다는 것이다. 우리나라도 이러한 추세에서 벗어나지 않아 해방 후 구호 사업의 일환으로서 복지정책이 시작되었다. 우리나라의 복지정책은 체제변화와 더불어 다양한 모습으로 전개되어 왔으며, 그 가운데 사회복지 정책의 핵심이라 할 수 있는 의료보험정책도 1963년에 도입되어 지난 40년간 급격한 사회의 변동 과정과 함께 변화되어 왔다.

의료보험제도는 1977년 시작부터 조합관리방식으로 운영되다가, 1989년 전국민의료보험실시를 앞두고 국회에서 통합관리방식으로 운영하기로 하여 변화를 보이려는가 싶더니, 결국은 대통령이 국회에서 제정한 통합관리법안에 대하여 거부권을 행사함으로써 여전히 조합관리방식으로 유지되었다. 당시 여소야대의 1989년 국회에서는 통합관리방식의 전국민의료보험제도를 시행하려고 법안을 마련하였는데, 대통령은 이를 거부하고 1977년부터 시행되어 온 조합관리방식으로 전국민의료보험을 실시하기로 하였던 것이다.

조합관리방식의 의료보험제도는 1997년까지 20년간 시행되었다. 그러다가 1997년 12월 새로이 ‘국민의료보험법’이 제정되어 1998년 10월부터 직장의료보험을 제외하고 지역의료보험조합과 공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단을 통합하는 부분통합관리방식으로 시행되었다. 20년만에 정책의 변화가 일어난 것이다. 당시에는 김영삼 정부의 급속한 의료보험 급여확대정책으로 의료보험재정상황이 악화되어 이 문제를 해결할 방법이 모색되고 있었던 상황이었는데, 재정문제의 해결방안을 의료보험조합의 통폐합에서 찾으려고 하였던 것이다. 물론 의료보험재정문제에 대한 해결방안이 조직의 통폐합에 있었던 것만은 아니지만 논의의 중심은 조직 통폐합문제에 있었다.

그리고 끝이어, 여야간의 정권교체가 일어난 후, 부분통합 의료보험을 시행한지 2개월 만인 1998년 12월에 ‘국민건강보험법’이 통과됨으로써 2000년부터는 직장의료보험조합을 포함한 완전한 의료보험통합을 실시하게 되었다. 조직과 재정을 완전 통합하는 것이 아니라 우선 조직만 통합하고, 직장의료보험조합 재정은 2000년까지 분리한다는 내용의 국민건강보험법 개정방침이 결정되었다.

본 연구는 의료보험 통합일원화 정책결정 과정에서 참여자들의 역할과 정치적 환경요인과 사회·경제적 환경요인의 흐름을 분석함으로써 사회복지정책이 결정되고 전환되는 과정을 설명하는 것을 목적으로 한다.

특히 정책이 결정되는 과정에서 정책환경인 정치적, 사회·경제적 환경은 어떤 영향을 미치는지, 또한 정책 참여자들의 역할이 정책결정에 미치는 영향은 어느 정도 인지를 분석하는 것도 본 연구의 관심사항이다. 이러한 맥락에서 본 연구는 의료보험이 초기에 1963년 12월 16일 법률 제1623호로 제정 공포된 후 지금까지 40여 년 동안 시기에 따라 변화하면서 의료보험 제도의 시행을 둘러싼 논쟁은 왜 조합관리방식, 통합관리방식의 관리운영제도에 초점이 맞추어진 것인지, 그리고 어떤 과정을 거쳐서 의료보험 제도가 통합관리방식으로 변화하였는지 연구하고자 한다. 이러한 맥락에서 이 논문의 연구목적은 첫째, 1980년대 초반에 있었던 의료보험 통합논의과정을 살펴보고, 이후 1988년 농어촌 의료보험 실시와 1989년 7월 전 국민 의료보험 확대 실시에 맞추어 촉발된 의료보험 통합 논쟁, 그리고 1998년 10월의 구민의료보험관리공단 출범과정, 2000년 7월에 출범한 국민건강보험공단의 형성 과정을 분석하는데 있다. 둘째, 이러한 정책 변화 과정에 나타난 정책 참여자들을 연구하고 그들이 어떤 환경에서 정책에 영향을 미쳤는가를 살펴보고자 한다. 특히 본 연구에서 정책환경요인, 정치적환경요인과 사회·경제적 환경에 따른 영향들이 의료보험 정책 결정 환경으로 작용하고 있음을 살펴보고, 정책 참여자들의 역할이 정책 결정에 어떤 영향을 미치는가에 관한 참여자 역할을 분석하는 것을 또 하나의 연구목적으로 한다.

제 2 절 연구의 범위 및 방법

본 연구는 각 정부별 의료보험정책 결정과정에 대한 비교 연구이다. 기존의 사회복지정책에 관한 연구들은 D. Easton의 체제 모형에 입각해 정책결정에 영향을 미친 주요한 변수들을 추출하는데 주목하는 정책결정요인 연구와 정책의제형성 단계에서부터 정책의 채택·결정에 이르기까지의 과정을 단계론적으로 접근하는 정책결정과정 연구로 구분될 수 있다. 그러나 특정한 정책의 산출과정은 정책결정요인, 즉 정책환경 변수와 더불어 정책결정과정에 경쟁적으로 참여하는 주체들의 다양한 전략적 행위와 연합형성 활동이 상호작용한 결과이다. 본 연구에서는 연구대상 사례에 해당하는 각 정부별 의료보험 정책결정과정 전반에 대한 전체적 맥락을 조망하면서도 각 국면마다 나타나는 주요 참여자들의 미시적이고 동태적인 역학관계 변화과정을 포착하기 위해 선행연구검토를 토대로 정책결정과정을 분석하고자 한다.

본 연구는 이와 같은 연구를 수행하기 위해 기존의 관련 문헌을 중심으로 자료를 수집하고 이를 분석함으로써 연구방법을 택한다. 이를 위해, 각종 통계자료, 회의록, 정부문서 및 보도 자료, 성명서, 발표문, 기자회견문, 그리고 각종 연구 논문, 학술지 논문 등의 자료를 중심으로 한 문헌 연구에 의존한다. 또한 본 연구 대상의 연구 범위는 본격적인 통합일원화 논의와 함께 통합법안 통과 후 대통령의 거부권이 행사된 노태우 정부와 국민의료보험법제정으로 부분적 통합이 이루어진 김영삼 정부, 그리고 국민건강보험법 제정으로 의료보험의 완전 통합이 이루어지게 된 김대중 정부의 정책결정 과정을 연구 대상으로 한다.

제 2 장 이론적 배경

제 1 절 정책결정요인론

1. 정책결정에 관한 제 이론

정책결정을 보는 관점은 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 하나는 정책결정을 설정된 정책목표를 가장 잘 이룰 수 있는 정책수단을 선택하는 기술적인 결정으로 보는 것이며, 다른 하나는 서로 대립되는 다양한 이해관계와 선호를 가진 사람들에 의해 이루어지는 정치적 결정으로 보는 것이다. 전자는 정책결정은 권력적 요소가 배제된 합리적이고 분석적인 노력의 산물로서 일정한 정책목표를 달성하는 최선의 정책대안을 탐색하고 선택하는데 필요한 전문성에 따라 정책의 내용이 결정된다고 보는 것이다. 반면 후자는 정책결정을 정책참여자들의 정치적인 개입의 산물로 보는 것으로서 정치적인 자원 또는 권력의 크기에 따라 우월한 정치권력을 가진 참여자의 의도대로 정책의 내용이 결정된다고 본다. 정부의 정책결정의 대부분은 다양한 이해관계자들의 상호조정 에 의해서 이루어진다는 점에서 본질적으로 정치적 결정이다. 정책결정이 정책과정에 참여하는 참여자들 간에 그들이 가진 정치적 자원을 바탕으로 한 상호작용에 의해 이루어진다고 보는 몇 가지 정책결정모형을 권력모형이라고 통칭하고 있다.¹⁾

본 연구에서는 정책결정모형 중 정부별 의료보험 변동과 관련하여 정책결정에 참여하는 참여자들이 특정 소수에 국한되고 이들에 의해 국가의 정책이 좌우됐다는 점과 이후 소수의 지배집단에 집중되지 않고 이해관계집단의 영향력이 폭넓게 작용했다는 점에서 엘리트론, 다원주의론, 코포라티즘 이 세 가지 이론을 살펴보고자 한다.

1) 정정길, 『정책학원론』 (서울 : 대명출판사, 2001), pp.208~209.

1) 엘리트 이론(*elitism*)

엘리트 이론에서 엘리트란 사회적으로 많이 알려져 있고 중요한 사회적 지위를 점하고 있으며 정책결정에 많은 영향을 미치는 존재이다. 정책결정과정에서 통치 엘리트는 대중에 비해 더욱 중요한 의미를 가진다. 마르크스주의는 정책의 선택과 변화가 특정한 사회계층에 의해 지배를 유지하도록 보장하는 것이라고 주장하는 많은 엘리트 이론들에 대한 이론적 기초를 제공하고 있다. 엘리트 이론들은 사회의 특정계급과 상위정책 형성 주체들 사이의 연결이 매우 밀접한 것으로 보고, 사회 안의 극소수 엘리트층에 국가권력이 집중되어 있다고 보는 시각이다.²⁾ 이 이론에 의하면 한 사회의 엘리트 정치문화가 그들의 인지적·규범적 성향이 그 사회의 통치방식과 체제성 그리고 패턴에 결정적 영향을 미치게 된다.

Mills는 권력엘리트란 정치엘리트, 경제엘리트, 군부엘리트의 세부분이 서로 중복되어 구성되었으며 이들은 대중의 운명을 결정하고, 인도할 수 있는 강력한 힘을 가졌다고 설명하고 있다. 그러한 엘리트 집단들은 그들의 이익이 존재하지 않는 한 어떠한 변화도 원치 않는다고 주장한다. 공공정책에 관하여 국가 엘리트이론이 함축하고 있는 것은 국민이나 대중이 욕구나 행동을 통하여 공공정책 형성에 참여하는 것이 아니라 지배 엘리트가 공공정책을 결정하고 관료와 행정가들은 단지 지배 엘리트의 결정을 집행하는데 불과하다는 것이다.

엘리트론자들은 권력과 정책결정 과정의 영향력에 대한 다원론적 견해가 잘못되었다고 결론짓고, 다음과 같이 주장하고 있다.

첫째, 정치적 엘리트는 단지 실제로 정책에 영향을 미치는 경제계층의 구성원들에게만 열려있다. 분명히 몇 나라에서는 엘리트가 군대를 포함하여 극소수이며, 이는 몇몇 라틴아메리카와 아프리카의 나라에서 잘 알려진 유형이다.

둘째, 이익집단이라고 해서 모두 동등한 세력을 갖는 것은 아니다. 그들은 각각 서로 다른 정도의 자원을 지배하고 있으며, 그런 불평등으로 인해 그들이 미칠 수 있는 영

2) 미국사회에서 엘리트이론의 대가인 C. W. Mills는 「Power Elite」에서 거대한 세 가지 제도, 즉 기업, 군부 및 정치 엘리트가 권력적 삼두마차(troika)를 구성하여 미국사회를 공고하게 지배하고 있다는 이론을 주장한다.

향력의 정도는 다양하다.

셋째, 다원주의 이론은 정부의 정책과정에 중점을 두지만 국가행위의 영역 밖에서 경제적 지배력을 행사하는 초국적 회사나 국제조직과 같은 권력을 경시한다. 초국적 회사는 국가의 경계를 넘어서 활동하고 있으며, 투자를 없애는 방법을 무기로 하여 정부에 상당한 압력을 가할 수 있다. 이상과 같은 이론을 바탕으로 Dye는 엘리트이론의 정책에 대해서 가치있는 의미를 다음과 같이 세 가지로 제시하고 있다.

첫째, 대중보다는 엘리트의 이해관계를 반영한다. 정책은 대중의 이해관계를 반영하기보다는 엘리트의 이해를 반영한다. 따라서 변화나 개혁은 엘리트가 가치나 이해를 다시 정의할 때에만 가능하다. 그러나 이것이 반드시 대중의 복지에 반 한다는 것을 의미하는 것은 아니다.

둘째, 엘리트와 대중관계에서 대중이 엘리트에 영향을 미치는 것이 아니라 엘리트가 대중에 영향을 미친다고 본다. 따라서 선거나 정당은 상징적 가치일 뿐, 정책의 결정이나 정책대안의 제시에 있어 대중이 실질적으로 영향을 미칠 수 있는 것은 아니다.

셋째, 엘리트의 공통적 합의와 사회유지에서 엘리트는 사회체제의 근간을 이루는 규범에 대해 일정한 합의를 가지고 있으며, 사회체제의 유지와 기본적인 '경기규칙'에 동의하고 있다. 사회의 안정성과 유지는 이러한 합의에 달려 있으며, 정책대안도 이 합의의 한도 내에 있을 때에만 고려의 대상이 된다.³⁾

엘리트론은 비엘리트인 민중을 소극적 피해자로 인식할 뿐 사회발전의 역학관계에서 그 역할을 완전히 배제시키고 있다는 점과 엘리트집단의 사회적 배경과 인적유대를 강조함으로써 국가권력의 성격이 객관적인 경제·사회구조에 의해서가 아니라 엘리트집단 구성원들의 성격에 의해 좌우되게 하는 주관주의적 편향성을 노정시키고 있다.

2) 다원주의이론(pluralism)

다원주의 이론은 자유주의적 이론에 따라 개인의 권리를 강조하고, 권력분산에 따른 집단의 다양성을 주장하고 있다. 즉 어떤 한 집단이 전체권력을 갖고 있지 않다는 것

3) Dye, T.R, *Understanding Public Policy, 5th ed.* Enlewood Cliffs: Prentice-Hall Inc, 1984.

이다. 한 사회 내에는 여러 집단이 존재하고 이들은 정치의 핵심이 되며, 어떤 목적을 달성하기 위하여 상호견제와 균형을 이루고 있다고 보았다. 집단의 이익을 가진 개인들은 자신들의 이익을 주장하면서 공식적·비공식적으로 뭉쳐서 정부에 압력을 행사하게 된다. 정부제도나 정부와 관련된 어떤 것에 대해 자기 것을 주장하게 될 때, 정치적이란 평가를 할 수 있다. 결국, 개인들의 집합인 집단들은 공공정책에 영향을 미치기 위해 상호투쟁을 하게 되며, 그 결과 형성된 공공정책은 집단투쟁에 의해 균형에 도달한 것이라 하겠다. 이 균형은 이익집단들의 상대적 영향력을 행사하는 집단이 원하는 방향으로 움직이게 된다는 것이다. Adam Smith의 자유경쟁 시장원리에 그 철학적 기반을 둔 다원주의 이론에 따르면, 국가권력이란 사회 안에서 자기이익을 관철하기 위하여 존재하는 다양한 집단들에 의해 분산적으로 소유되어 있으며, 이들 이익집단들이 주어진 정치적 게임 룰의 범위 안에서 경쟁을 벌이며 타협해 낸 하나의 산물로써 국가정책을 인식한다. 여기에서 국가란 이들 집단의 경쟁을 중재하고 이 과정 속에서 게임 룰의 준수여부를 심판하는 중립적 중재자 내지는 심판관의 위치에 불과하다. 다원주의 사회에서는 다양한 이익의 조정·규합을 위해 최대한의 효과보다는 최소한의 만족 수준에서 합의를 이루려는 경향이 뚜렷하다.⁴⁾ 다원론의 핵심은 집단과 엘리트의 경쟁으로 압축된다. 국민은 집단을 매개로 그들의 이익을 정치과정에 반영하고 엘리트간의 경쟁구도를 통하여 그 이익이 수렴된다고 보는 것이다. 따라서 공공정책의 일원인 공공의료도 정치적 투쟁의 산물이며, 그 규모는 사회 내에서의 계급적 세력의 분포에 따라 결정된다는 것이다.

다원주의 이론은 자유민주주의 안에서 다음과 같은 특징을 가지고 있다.

첫째, 정책결정에 대한 개인의 영향력 및 의견표명은 기본적으로 선거권과 자유발언권에 의해 보호된다. 이를 위하여 선거, 로비, 여러 유형의 압력단체활동, 그리고 정치적으로 자유로운 대중매체를 통해 정부의 정책에 영향을 줄 수 있다.

둘째, 개개인은 정치적 활동을 위한 이익집단이나 협회를 구성할 수 있으며, 이러한 참여를 통해 직접적인 정치적 반대의사를 표현할 수 있다.

4) 김형렬, 『정책결정론』 (서울 : 대영문화사, 1997), p.115.

셋째, 국가는 단일한 엘리트의 의견만을 반영하는 것이 아니라 대립하는 사회적, 경제적 이익 사이에서 중재하는 역할을 수행한다. 즉, 국가는 어떤 특정한 계층이나 집단의 이익을 옹호하지 않고 특정한 이익에 대해 어떤 뚜렷한 편견을 보이지 않는다. 이 견해에 따르면 정책결정은 이익집단 상호간에 경쟁과 상대적인 영향력의 차이에 따라 이루어지는 것이다.

다원주의 이론이 가지고 있는 본질적인 약점은 국가가 중립적인 위치에서 있기 보다는 오히려 강력한 이익집단에 종속될 수 있다는 것과, 불평등한 사회구조 속에서는 기존의 질서에 의한 불평등이 정당화된다는 것이다. 따라서 정책결정의 측면에서는 보다 강력한 이익집단의 이해를 반영하는 결정이 이루어지기 쉽고, 이는 대체로 혁신적이기 보다는 보수적이며, 기존의 이해관계에서 크게 벗어나지 않는 방향으로 정책결정이 이루어지기 쉽다는 것을 뜻한다.⁵⁾

다원주의가 체계적이고 일관적인 내용을 가진 것은 아니지만 일반적으로 다원주의는 엘리트층을 중심으로 정책과정을 지배하는 지배집단이 존재하는 것이 아니라 정책과정에 영향을 주는 힘은 각종 이익집단 내지는 잠재집단 등 제 사회세력에 널리 분산되어 있다는 것을 핵심적인 내용으로 하고 있다. 그리고 각종 이익집단은 정책과정에 거의 동등하게 접근하여 영향력을 미칠 수 있고 설령 이익집단이 가진 자원의 종류나 규모에 따라 다르다고 하더라도 정부 내외에는 특수이익이 지배하는 것을 방지하는 제약이 존재하고 있다고 본다. 한편 정부의 역할은 매우 소극적이어서 이익집단들과의 합의와 조정을 중시하는 가운데 정책이 결정된다고 보는 것이다. 그러나 그와 같은 다원주의의 주장은 몇 가지 요소를 고려하지 않은 결함을 보이고 있다는 주장에 대응해서 다원주의의 내용을 다소 수정한 이론을 제시하고 있는데, 이것이 소위 수정다원주의 내지는 신 다원주의이다.⁶⁾

다원주의에 의한 비판은 몇 가지로 요약될 수 있다. 첫째, 다원주의는 집단의 중요성을 지나치게 강조하고 있다는 점이다. 둘째, 다원주의자들은 이데올로기가 관찰될 수

5) 이상이, “의약분업 정책결정과정과정에 관한 연구” (행정학박사학위논문, 경희대학교, 2000), pp.14-15.

6) 정정길, 『정책학원론』 (서울: 대명출판사, 1998), pp.223-224.

없는 속성을 가지고 있다는 이유로 정책과정에서의 이데올로기 역할을 고려하지 못하고 있다는 점이다. 셋째, 다원주의자들은 정부에 가해지는 외적인 환경이나 구조적인 제약, 예컨대 세계적인 경제환경의 변화가 정책에 미치는 요인 등을 고려하지 못하고 있다. 넷째, 잠재적 집단이나 정부내 부처간의 균형으로 특수이익이 지배하지 못할 것으로 보는 다원주의의 견해도 의문의 여지가 있다.

신 다원주의는 정부가 중립적 조정자가 아닐 수 있음을 인정한다. 정부는 기업의 이익에 더욱 반응적이며 불평등 구조를 심화시켜 왔다고 본다. 그리고 이익집단의 투입활동에 정부가 수동적으로 반응한다는 고전적 다원주의론과는 달리 전문화된 체제를 갖추고 능동적으로 기능하는 정부관을 보인다. 현재의 민주주의를 외적요인보다는 전문적 국가관료들간의 내적 견제, 정부 기구의 분화 등의 내적 요인에서 주로 구한다. 신 다원주의는 불평등 구조의 심화를 방지하기 위해서 구조적 개혁이 필요하다는 점을 인정한다. 즉, 현재의 다두제 국가는 부분적으로는 선거경쟁, 이익집단의 로비, 의회의 견제 등에 의해서 통제되지만, 한편으로는 기업의 이익에 더욱 민감하고 차별적으로 반응할 수밖에 없는 상황에 있다고 본다. 이 신다원주의 이론은 국가가 이익집단의 투입활동에 능동적으로 반응하고 개입하는 것을 볼 때는 국가중심주의 이론인 코포라티즘과 유사한 점을 발견할 수 있는 특징이 있다.

3) 코포라티즘(*corporatism*)

코포라티즘은 정책결정과정에서 국가가 능동적이고 적극적인 주도권을 행사하는 점을 특징으로 하고 있다. 국가는 국가 전체의 이익 확대와 사회질서 유지를 위해 국가가 적극적으로 사회에 개입하는 것을 중시하는 입장이다. 이때 정책이란 국가가 사회를 일정한 방향으로 유도하기 위하여 의도적으로 사회집단과 개인의 이익 및 가치를 통제 조정하는 수단을 의미한다.

국가중심론적 입장에서는 국가 그리고 국가행위자는 그들 스스로의 관심과 이익을 가지고 있으며, 특정 상황 하에서는 이러한 관심이익을 정책으로 전환할 능력인 자율성을 가진다고 본다. Rimlinger는 국가가 때로는 시민사회의 강력한 요구에 반하여서

라도 자신의 선호를 관철시킬 수 있다고 했다. 이러한 국가 자율성과 국가 중심적 설명에 따라 복지정책 참여자들의 역할을 관찰하는 경우 행정부 및 국회의원들의 관심(이익)이 무엇이며 자신의 관심(이익)을 추구할 수 있는 영향력의 크기 등에 특히 주목해 볼 필요가 있다. 국가주의 이론은 국가의 자율적 기능이 사회정책의 형성에 미치는 영향이 크다고 보고 국가가 주도적으로 정책을 수립해 가는 점을 강조한다.

복지정책은 본질적으로 자본계층으로부터 노동계층으로 자원이전이 되기 때문에 노동계급에 대한 자본계급의 일련의 양보조치로 볼 수 있는데, 예를 들면 국가는 선거 등의 시기에는 복지정책을 수립하는데 있어 자본계급의 반대를 무릎 쓰고서라도 복지정책을 추진하는 예가 많다. Skocpol과 Orloff는 위와 같은 관점에서 다음과 같은 가설을 내세우고 있다.

첫째, 사회복지정책은 산업화 요인에 기초할 뿐만 아니라 국가의 형성과 정치의 조직화에 기초한다.

둘째, 사회보장의 발달과 사회진출의 증대는 국가의 의사와 직결되어 있다.

셋째, 국가는 사회집단과의 관계에 있어서도 그 집단의 요구에 답하기도 하지만 집단의 요구에 앞서 직접적인 영향력을 행사하는 능동적인 행위자이다.

국가주의 이론의 주창자들은 미국과 영국의 사회정책을 비교해 보았을 때, 19세기 말, 20세기 초 미국의 사회정책이 지체된 이유를 연방국가의 조직이 영국에 비해 뒤떨어진 데에서 찾고 있다. 또한 사회복지정책의 형성 과정에 있어서 코포라티즘적인 설명은 Spalding(1980)의 사회정책의 도입기에 있어서는 국가의 주도적 역할이 중요하다는 사실을 강조한 멕시코 사회보장연구나, Rimlingner(1971)의 독일 비스마르크 사회보장제 도입에 대한 연구, 또는 Malloy(1979)의 브라질 사회보장정책연구 등이 있다.⁷⁾

위의 3가지 일반적인 정책결정과정을 설명하는 이론 중에서 본 연구는 국민들이 어떤 특정 이해관계집단을 매개로 그들의 이익을 정치과정에 반영하고 엘리트간의 경쟁구도를 통해 그 집단의 이익이 수렴된다고 본다.

7) 현외성, 『한국과 일본의 노인복지정책 형성과정』 (서울 : 유풍출판사, 1994), p.33.

<표 2-1> 사회복지정책 결정이론의 요약

사회복지 정책 결정이론	정책의 개념정의	정책 형성 과정의 특징	정부의 기능	주요 참여자	관련 학자
엘리트론	사회란 엘리트집단을 정점으로 한 피라미트 구조로 이루어져 있다. 정책이란 엘리트로부터 대중에게 일방집행될 뿐 엘리트에 대한 대중들의 요구와 비판은 수용되지 않는다.	정책 엘리트의 견해가 정책으로 반영되어 대중에게 전달·형성됨. (상부 하달식)	엘리트 이익에 봉사	엘리트 (전문가, 행정관료, 군인)	Derthic, G. Mosca, V.P
다원주의론	정책이란 개인과 집단의 이익대결과 갈등을 정부가 공정하고 종합적인 입장에서 저장한 결과로서의 균형을 의미	사회에 존재하는 개인과 집단들 사이에 힘의 균형으로서 자유롭게 정책이 형성됨	조정자 심판자 수동자	시민사회 단체, 행정관료, 기업가, 군인	Ham&Hill Joseph Hoffernan Eckstein Mesa-Lago
코포라티즘	정책이란 국가가 사회를 일정한 방향으로 유도하기 위하여 의도적으로 사회집단과 개인의 이익 및 가치관을 통제조정하는 수단이다	국가조직체가 정책형성의 주도권을 가짐	국가의 적극적 주도적 개입, 능동자	국가조직	Spalding Rimlinger Malloy

과거 우리나라 의료보험정책의 경우 다원론의 입장을 받아들여 정책결정과정을 설명할 경우 설득력이 약했던 것이 사실이다. 의료보험정책 결정과정에서도 일부 시기에서 대통령의 강한 영향력을 보여주고 있고, 또한 정책결정이 소수의 권력 엘리트나 지배집단에 귀속되어 있었던 것은 사실이라 하겠다. 그러나 각 시기를 거쳐 오면서 의료보험정책 결정과정은 이해관계집단의 다원화와 실질적 정책과정 참여가 이루어지게 되었다.

2. 선행연구 검토

기존의 한국 사회복지정책 연구는 정책결정에 영향을 미치는 정치적 혹은 사회·경제적 요인의 분석에 초점을 맞춘 정책결정요인 연구와 정책결정 참여자들의 역할 혹은

정책결정구조를 중심으로 정치체제 내의 동향(dynamics)을 분석하는 정책결정과정 연구로 나누어진다.

우선 정책결정요인과 관련하는 연구들은 경제성장, 산업화, 도시화, 노령화 등의 요인들이 의료보험을 포함한 사회복지정책이 산출에 중요한 독립변수로 작용했다고 주장한다.⁸⁾

정치적 요인의 중요성을 강조하는 기존의 연구들은 사회·경제적 요인들에 대한 정치적 요인의 우위를 주장한다는 점에서는 공통점을 갖는다. 그러나 각 연구들이 강조하는 정치적 요인들은 접근의 시각에 따라 다소 차이가 있다.

우선 국가 중심적 시각에서 국가의 자율성과 사회보장정책 지출 추이와의 관계를 파악하는 연구가 있다. 이들은 국가의 사회복지서비스 공급자라는 역할에 주목해 한국의 경우 국가의 자율성이 강할수록 복지지출 수준이 낮아지고, 반면에 국가의 자율성이 약화되면 사회복지지출 수준이 높아진다고 설명한다.

한편 사회복지정책이 산출되는 제도적 틀로서의 정치체제의 성격을 강조하는 다수의 연구들이 있다. 이러한 연구들은 공통적으로 권위주의체제에서는 사회복지정책과 관련한 사회적 요구 또는 이해관계집단들의 영향력이 약한 데 반해, 민주주의체제에서는 사회적 요구에 대한 정치권의 반응이 탄력적이라는 점에서 차이가 있다는 결론을 제시했다.⁹⁾

한국의 사회복지정책의 정책결정요인 연구들은 대체로 계량적 기법을 동원한 분석 방법상의 엄밀성이라는 강점을 가진다. 그러나 이러한 연구들은 정량적 분석이 여의치 않은 정치적 변수를 연구의 틀 내에서 포괄하지 못함으로써 정책결정과정의 고유한 역동성에 의해 정책내용이 굴절되어 온 측면을 부각시키지 못했다는 한계를 지닌다.

이에 따라 정책의제 설정에서부터 정책대안의 결정에 이르기까지 각 단계를 세부적으로 고찰하려는 정책결정과정 연구의 중요성이 새롭게 부각된다. 한국의 사회복지정책결정과정에 관한 대다수 연구들은 변수중심의 접근보다는 단일한 혹은 복수의 구체

8) 이희선, “한국 복지정책과 기본적 욕구의 결정요인에 관한 연구: 시계열 분석을 중심으로” 『한국 행정학보』, 제5권 제4호 (1992.2), pp.159~181.

9) 서봉섭, “한국 정치체제의 정당성과 복지정책의 변화” 행정학박사학위논문, 고려대학교, 1996), p.23.

적 정책결정 사례들에 대한 사례중심적 접근을 취하는 경향이 강하다. 이러한 연구들은 정책결정과정의 각 단계에서 공식, 비공식을 망라한 주요 참여자들이 수행하는 역할과 이들간의 상호관계 분석에 초점을 맞춘다. 한국 의료보험 정책결정과정에 대한 연구들의 내용과 한계를 검토해 보면 다음과 같다.

먼저, 정부의 역할에 초점을 맞춘 연구들 가운데에는 사회복지정책의 형성원인으로서의 국가 엘리트, 특히 행정부 내 소수관료의 역할을 강조한 연구가 있다. 예를 들면 손준규(1981)의 박사학위 논문이다. 또한 역대정권의 사회복지정책결정과정에 대한 통시적 비교분석을 통해 참여자들의 영향력간에 나타나는 우월 양상을 드러낸 연구도 있다. 이런 연구는 손명세(1989)의 박사학위 논문을 들 수 있다.. 그러나 이와 같은 연구들은 엘리트의 역할을 강조한 나머지 어떠한 구조적 맥락 속에서 엘리트의 의지가 사회복지정책결정에 반영될 수 있는지에 대해서는 충분하게 설명하지 못하고 있다. 즉 환경적 측면을 간과하는 한계를 보여주고 있다.

둘째, 다원주의적 시각에 입각하여 한국의료보험을 분석한 연구는 오을임(1987)의 박사학위 논문이다. 이 연구는 정책결정과정에서 이해관계집단들의 이익표출 활동과 이해관계의 대립을 보여 주는 등 정책결정과정의 동태적인 역학관계를 설명함으로써 정책결정이 어떻게 이루어지는지에 대한 미시적 분석을 가능하게 해준다. 그러나 각 집단간의 이익표출활동 및 이익표출 능력간의 차이 발생을 설명하지 못하고 있으며, 국가의 중립성을 바탕으로 하는 다원주의 이론이 분석 당시 한국의 권위주의적인 정치체계에 적용가능한지에 대해서도 검토해 볼 필요가 있다.

셋째, 정치·경제학적 접근을 통해 의료보험 정책의 결정요인과 계급적 성격을 규명한 연구도 있다. 김록호(1989), 김연명(1989), 김종덕(1986)의 연구가 그러하다. 이러한 연구는 계급투쟁의 요구가 국가정책에 일방적으로 매개됨으로써 사회복지정책의 주체로서 국가의 역할을 설명하지 못한다. 즉 계급과 국가간에 존재하는 복잡한 조직이나 제도적 현실을 외면하고 있는 것이다. 이로 인하여 정책결정과정에서 어느 집단의 주장이 국가에 받아들여졌는가의 여부만을 분석하고 각 집단의 영향력이 어떤 메카니즘 속에서 차별적으로 구조화되고 있는지를 분석하지 못하고 있다.

넷째, 네오 마르크스주의 국가이론에 ‘상대적 자율성’ 개념과 네오 베베리언 국가이론의 ‘정책 자율성’ 개념을 원용해 한국의 의료보험정책을 분석한 박정호(1996)의 연구가 있다. 이와 비슷한 맥락에서 국가조합주의적 관점을 원용해 의료보험정책을 분석한 김순양(1995), 진재문(1994)의 연구가 있다.

먼저 전자의 연구는 국가가 상대적 자율성을 누린다는 전제에 입각해 정책결정과정에서의 국가의 자율적 주도능력을 강조하고 있으나, 국가부문이 정책결정과정과 관련된 사회부문의 집단적 이익을 어떠한 형태로 구조화 시키는가에 대한 설명을 제시하지 못하고 있다.

후자의 연구는 국가가 어떤 형태로 각 이해관계집단들을 배제하고 융합해 가는지를 분석함으로써, 국가와 정책참여자들의 역동적 구조를 이해할 수 있는 단초를 제공했는데 의의가 있다. 그러나 후자의 접근 역시 사회경제적 변화와 위기에 대한 관료적 권위주의의 반응과 연관되어 있음으로 인해서 사회경제적 변화의 원인과 기능의 연구까지는 포괄하고 있지 못하며, 국가부문의 구체적인 의도와 이해관계를 분석하지 못한다는 한계를 갖는다고 볼 수 있다.

마지막으로 의료보험을 포함한 한국의 사회복지정책 전반에 대한 계량적 접근을 시도한 연구, 예를 들면 손명세(1989), 김행범(1998)의 연구이다. 특히 손명세의 연구는 제3공화국 시기부터 제6공화국 시기에 이르기까지 의료보험정책결정에 직·간접적으로 참여하거나 관여했던 조직과 조직의 구성원들간의 정보교환을 사회구조 분석방법인 연결망 분석(network analysis)과 다차원 축적기법(multidimensional scaling)을 활용하여 계량화함으로써 의료보험정책과정에 영향을 미친 조직들을 규명하고, 이들 조직사이의 연결망을 경험적으로 밝히려는 시도였다.

이상에서 살펴본 바와 같이 한국의 의료보험정책을 포함한 사회복지제도 전반의 결정과정에 대한 연구들은 이익집단론, 조합주의, 정책과정론, 정치경제론, 국가론 등 다양한 이론적 자원에 입각해 비교적 양산되어 왔다고 할 수 있다. 그러나 전반적으로 의료보험 제도형성이나 정책결정과정 등에 비해 미시적인 영역에 속하는 제도의 형태를 둘러싼 집단의 이해관계를 규명하는 연구문헌은 상대적으로 소수에 불과하며, 이와

같은 작업을 수행하기 위한 이론적 틀을 적용하고 개발하려는 시도는 아직 취약한 실정이다.

결론적으로 기존의 연구들이 갖는 성과와 한계들을 고려할 때, 한국의 사회복지정책 결정과정에 관한 추후 연구들은 정책과정 전반의 전체적인 맥락을 체제론적으로 조망하면서도 동시에 정책결정과정의 각 단계에서 나타나는 참여자들의 역동성을 포착할 수 있는 보다 적실성 있는 이론틀의 개발과 적용에 더욱 진지하게 천착할 필요가 있다.

제 2 절 정책환경요인

D. Easton의 정치체제(Political System) 이론은 정책결정이 환경적 압력에 의해서 직·간접으로 영향을 받게 됨을 강조한다. 본 연구에서는 이러한 환경적 요인을 정치적 요인 및 사회·경제적 요인으로 나누고자 한다. 일반적으로 사회복지정책의 결정에 영향을 주는 정치적 요인으로는 해당 정치체제의 성격, 그리고 정당체제의 특징, 임박한 주요선거의 유무 등이 고려되어야 한다.

해당 정치체제의 성격은 정권이 정당성의 제고 수단으로 사회복지정책을 적극적으로 활용하려는 유인을 갖는가와 관련되어 중요한 의미를 가질 수 있다. 또한 각 정당들은 대외적으로 표방한 정강과 정책을 원내의 입법과정에서 실현하고자 한다는 점에서 주요 원내 정당들간의 경쟁구도 및 세력관계는 의심의 여지없이 사회복지정책의 결정과정에서 중요한 의미를 갖는 환경요인이라고 할 수 있다. 또한 주요선거가 임박해 있을 수록 각 정당들은 정책의 결과가 광범위한 효력을 미치는 특정 정책들에 대한 여론의 동향에 민감한 반응을 보인다. 이 경우에 주요 정당이나 의원들은 공식적인 정강·정책이나 당론에 기속되기 보다는 오히려 다수의 여론에 더 민감해지며, 특정정책과 관련된 이해당사자 가운데 어느 집단이나 계층이 다수를 형성하는가에 더 주목한다. 따라서 다수의 여론이나 지지가 공식적인 입장과 배치될 때 이를 수정·변경하거나 최소한 사회 제 집단의 요구에 정면으로 배치되는 정책을 적극적으로 추진하기를 꺼려하게 된다. 일부 연구자는 이러한 정치적 환경을 정치문화라는 관점에서 정치체제의 특성

자체를 구성하는 내부적 요인으로 취급되기도 한다.¹⁰⁾ 그러나 본 논문에서는 정책결정 과정에 영향을 미침으로써 정책결정자의 행위를 제한 또는 조장하는 독립적인 요소로 적극적으로 간주하도록 하겠다.

모든 정책결정은 가치의 권위적 배분과정인 정치적 과정을 거친다. 그러므로 사회복지정책의 결정과정에서도 사회·경제적 요인과 더불어 정치적 요인은 중요한 영향을 미칠 수 밖에 없다. Jennings는 사회복지정책 결정과정의 역동적 상호관계에 주목함으로써 사회 내에 위치하는 잠재적 복지 수혜계층의 요구 표출과 그 반작용으로서의 정치적 대응이라는 관점에서 이를 고찰할 것을 제안했다.¹¹⁾ 즉, 사회·경제적 요인들만을 고려할 경우 사회복지정책의 연구가 단선적인 인과론에 빠질 수 있으므로, 정책결정과정상에 존재하는 다양한 변형의 가능성을 고려해 주요한 정치적 요인들을 분석의 범주에 포괄함으로써 사회복지정책 결정과정의 동태적 성격을 강조하는 이론적 기반을 제공할 수 있다는 입장인 것이다.

정치적 요인의 영향력을 강조하는 학자들은 지나치게 사회중심적 변수를 강조할 경우 정책결정의 각 국면에서 나타나는 다양한 정치적 참여자들의 전략과 연합 형성에 따라 상이한 정책적 결과가 산출될 가능성을 간과할 수 있다고 주장한다.¹²⁾ 이러한 견해들에 따르면 정책결정과정은 기본적으로 주요 정치참여자들의 정치적 목적과 연관되므로, 사회복지에 대한 사회적 수요가 존재하고 이에 대한 요구들이 표출되더라도 이러한 요구들은 정치적 요인들에 의해 굴절되거나 변형될 수 있다.

McPherson과 Midgley(1989)의 연구는 경제발전 수준이 낮고, 사회적 조직화가 미흡

10) 이홍윤, "사회복지정책 결정과정 참여자의 역할에 관한 연구" (행정학박사학위논문, 성균관대학교, 2000), p.19.

11) Jennings, E.T. "Civil Turmoil and the Growth of Welfare Roles: A Comparative State Policy Analysis". *Policy Studies Journal*. Vol.7,no4.1979.

12) 말로이는 브라질의 사례 연구를 통해 국가가 이익집단들의 압력에 수동적으로 반응하는 소극적 존재가 아니라, 복지정책결정과정에서 항상 주도권을 장악하는 적극적 존재이며, 자신의 정치적 목표 달성을 위해 복지정책을 수단으로 활용할 수도 있음을 강조하고 있다. James M. Malloy, 「The Politics of Security in Brasil,」 (Pittsburgh University of Pittsburgh Press, 1979. 히긴스 역시정부가 복지정책을 추진하는 시기는 사회적 요구를 수용하지 않을 경우 기존 질서가 위협받게 된다고 판단되는 시점이었다고 주장하면서, 복지정책의 주목적은 인도주의나 생활안정의 실현을 위해서가 아니라 사회안정과 질서유지 또는 사회통제를 효과적으로 달성하는데 있다고 강조했다. Joan Higgins, 「The Poverty Business,」 (Oxford: Basil Blackwell & Martin Robertson, 1978), p.15.

한 제3세계에서의 사회복지정책은, 경제발전과 병행하거나, 사회·경제적 요구의 표출에 대한 반응의 차원에서 도입된 것이 아니라는 점을 입증해 준다. 이들은 제3세계의 사회복지정책이 정치적 요인들에 의해 기획되고 추진된 경우가 빈번하다고 주장하면서, 사회복지정책결정에서 정치적 요인의 일차적인 인과적 중요성을 강조했다. 그러므로 정치적 요인 강조론은 사회복지정책 결정과정에서의 정치적 성격과 주요 정책결정 참여자들의 자율성을 강조하는 견해로 볼 수 있다. 이와 같은 정치적 요인 강조론은 사회복지정책 결정과정의 동태적 성격을 설명하는 주요한 이론적 기반을 제공한다. 사회복지정책 결정에 관한 주요한 정치적 요인으로는 해당 정치체제의 성격과 정당간의 경쟁정도, 그리고 정치적 필요성으로서의 선거 등이 주요하게 고려될 수 있다.

사회복지정책 결정은 정치체제의 성격에 따라 영향을 받는다. 사회복지정책에 대한 사회적 수요의 표출 양상은 정치체제가 권위주의이나 민주주의이나에 따라 크게 달라진다. 권위주의 체제하에서는 사회복지정책이 사회부문의 요구와 압력에 대한 수용의 맥락이 아니라 취약한 정당성의 확보라는 정치적 목적의 수단으로 도입될 가능성이 크다는 것이다.

반면에, 사회적 요구의 표출이 비교적 자유로운 다원화된 민주주의 정치체제에서는 복지정책에 대한 사회적 수요가 직접적으로 표출되는 경향을 띠며, 이에 따라 사회복지정책의 내용도 사회의 요구를 반영할 것일 가능성이 크다.

민주주의 체제하에서는 정당간 경쟁구도의 양태 역시 사회복지정책결정의 주요한 정치적 요인으로 고려되어야 한다. 제한된 민주주의적 제도들이 시행되는 곳에서조차 합법적 권력창출과정으로서의 선거라는 정치적 일정은 중요한 변수이다. 이에 따라 각 정당들은 선거가 임박하면 경쟁적으로 유권자들에게 사회복지 공약을 제시하거나, 정책결정과정에서 잠재적 사회복지 수혜계층의 요구를 반영하려고 시도한다. 정당간 경쟁이 활성화된 국가에서는 지배적 정당이 존재하는 국가보다 유권자를 의식한 복지 경쟁이 그만큼 높을 것이라는 점을 예상할 수 있다.

선거주기는 사회복지정책과 관련된 또 하나의 정치적 요인으로서 주목받아 왔다. 선거결과에 따라 정치권력의 분포가 결정되는 민주주의 정치체제하에서는 선거 승리가

정치인들에게 가장 중요한 관심사임에 틀림없다. 정치권력이 선거주기에 맞추어 경제 정책들을 조정할 가능성은 비교적 일찍부터 많은 연구자들에 의해 주목되어 왔다. 이러한 경향은 경험적으로 입증된 바 있으며, 이른바 '정치적 경기순환론¹³⁾'으로 정립되고 있다.

서구사회의 정책결정은 선거와는 달리 지역주의, 정실주의 등의 정치문화가 유권자들의 투표 성향에 더 강하게 작용하는 제3세계 지역에도 정치적 경기순환이라는 가정이 보편적으로 적용될 수 있는가에 대해서는 이론이 있을 수 있다. 그러나 정책경쟁의 풍토가 활성화되지 않은 제3세계 국가들마다 견해의 차이를 보이고 있다.

산업화가 진전됨에 따라 나타난 직접적 변화는 노동계층의 증대이며, 이에 따라 실업보험, 연금제도, 산업재해보험, 의료보험 등과 관련된 사회적 요구들이 증대되었다. 또한 산업화는 필연적으로 산업 부문에서의 변화 뿐만 아니라 사회 전반에 걸친 다양한 변화를 수반한다. 도시화는 대규모 인구 밀집 공간을 창출함으로써 과거와는 다른 새로운 생활환경 문제들을 야기시켰으며, 이러한 문제들의 해결 또한 사회복지정책 차원에서 정부의 공적책임으로 전환되었다.

산업화의 진전에 따른 인구변화도 사회복지정책의 확대에 영향을 미쳤다. 과거 한 세기 동안의 급격한 의료기술 발전은 사회경제적 발전수준의 차이에도 불구하고 전반적인 노인인구 비율의 증가를 뜻한다. 따라서 노령화 추세 또한 사회복지정책에 대한 수요를 창출하게 되며, 이를 해결하기 위한 정부의 사회복지비 지출을 증대시켰다.¹⁴⁾

그러나 사회·경제적 요인의 변화에 따른 사회복지수요가 곧바로 정책문제의 구체화로 이어지는 것은 아니다. 즉, 사회복지에 대한 잠재적 수요가 자동적으로 정책으로 전환되지는 않는다. 사회복지에 대한 잠재적 수요가 정책쟁점으로 전환되고, 정책의제로 채택되기 위해서는 사회복지정책에 대한 사회적 수요를 충족시킬 수 있는 경제적 여건이 충족되어야 하며, 그러한 잠재적 수요를 정책 이슈화하기 위한 사회적 요구가 조직

13) 정치적 경기순환론에 관한 연구는 William D. Nordhaus, "The Political Business Cycle," 「Review of Economic Studies,」 vol.42(1975), pp.169-190; 이은국, "공공선택과 정치순환주기이론," [연세행정논총], 제20권 (1995), p.179-199.

14) Harold L. Wilensky, [The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditure,] (Berkeley: University of California Press, 1975), p.24.

적 또는 비조직적으로 표출되어야 한다.

경제발전 수준은 국가나 지역별 혹은 정책문제의 성격에 따라 다소간 차별적 효과를 가질 수 있으나 역시 사회복지정책 결정의 중요한 변수로 작용할 수 있다. 즉 정부, 기업, 개인 등 경제주체들의 부담 능력은 사회적 수요와 요구가 사회복지정책으로 수렴되는 데에서 매개변수의 역할을 담당할 수 있다. 경제적으로 낙후된 제3세계 사회에서는 이례적으로 사회복지를 둘러싼 사회적 수요나 요구가 폭발하더라도 정책의 추진에 소요되는 경제적 자원 부족이라는 장벽에 부딪치게 된다.¹⁵⁾

다음으로 사회복지정책의 결정이 성공하기 위해서는 사회복지정책의 잠재적 수혜계층에 개인적 혹은 집단적 수준에서의 다양한 요구 표출이 있어야 한다. 이들이 잠재적 복지현안을 정책쟁점으로 부각시키지 않을 경우 정책의 합법화 이전 단계인 정책문제의 구체화 단계나 의제형성 단계에서 좌초될 가능성이 크다. 사회복지정책을 입안, 추진하는 경우도 있으나 사회적 요인의 영향을 강조하는 연구자들은 아래로부터의 사회복지정책 도입보다는 위로부터의 사회적 요구 표출을 중시한다.¹⁶⁾

다양한 사회복지 수요들 가운데에서의 정책적 우선순위 결정도 사회부문 내의 특정한 잠재적 복지 수혜계층의 영향력 행사 정도에 달려 있다. 즉 특정한 사회복지 정책에 이해를 가진 다양한 이해관계집단들의 연합형성 능력, 자원동원 및 활용능력이 정책문제간의 우선순위를 좌우한다고 볼 수 있다.

그러나 한 가지 언급해 두어야 할 것은 위에서 언급한 사회·경제적 요인들의 변동은 적어도 한 세대가 필요할 만큼 정치적 요인들에 비해 비교적 장구한 시간이 소요된다는 점이 감안되어야 한다는 사실이다. 본 연구와 같이 시간적 범위가 길지 않은 통시적 비교연구의 경우에 일반적인 사회적·경제적 요인의 변화가 의료보험 정책결정의 결과에 차별적인 영향을 미칠 만큼의 의미 있는 변화가 진행되지는 않았을 것으로 판

15) Robey and R. Jenkins가 1958년부터 1977년까지 미국정부의 복지지출과 1인당 국민소득의 상관관계를 분석해 양자간의 관계가 지속적이고 안정적인 관계로 나타나고 있음을 보여준 것은 복지정책 결정과 관련한 독립변수로서의 경제수준의 중요성을 보여주는 것이다. J.S. Robey and R. Jenkins, "The Economic Basis of State Politics: A Longitudinal Analysis," 『Social Science Quarterly,』 vol.63 (september, 1982), pp.566-571.

16) 60여개국을 대상으로 한 Wilensky의 교차체계 분석은 노동운동의 규모가 크고, 조직화 및 참여의 정도가 강할수록 해당 국가의 공공복지 지출 규모가 증대함을 보여주고 있다. Wilensky, *op.cit*, pp.52~69.

단된다. 물론 경우에 따라서는 특정 국가나 지역에서 급격한 정치적, 사회·경제적 변화가 단기간 내에 압축적으로 발생할 수도 있다.

1. 정치적 환경요인

모든 정책결정은 정치적 과정이란 측면을 거치게 되어 있으므로, 사회복지 정책의 제정이나 개정에 있어서도 사회·경제적 요인보다 정치적 요인이 더 중요한 영향을 미치게 됨을 강조하는 입장이 있다. 즉, 정책결정과정은 기본적으로 주요 정치참여자들의 정치적 목적과 깊은 관련을 맺고 있음을 강조하며 사회복지정책과 관련된 사회적 수요와 요구의 표출이 있더라도 그것이 정치적 요인에 의해 억제·축소·왜곡되거나 증폭·과장·축소·확대될 수 있음을 뜻하는 것이다.

정치체제의 권력집중정도, 권위주의적 성향의 정도, 민간의 참여정도가 얼마나 구조화되어 있는가가 중요하며, 정책결정자들의 가장 큰 관심사인 정치적 사건이 큰 영향을 미친다.

민주주의 체제 하에서 정당간의 경쟁이 치열하면 치열할수록 사회복지정책의 사회적 수요를 정책 쟁점화 할 가능성이 높아지고 사회복지정책의 제정 또는 개정이 활발하게 이루어진다. 또한 사회복지정책에 있어서 각 정당들은 특히 집권당의 경우 선거주기에 맞추어 유권자들에게 복지혜택을 제공해 줄 수 있는 정책들을 추진하거나 입안할 가능성이 높다.

Lindblom은 다원주의적 민주정치의 특징을 가지고 있는 영·미정치체제에서의 정책결정과정을 분석하였다. 그는 정책 자체가 수많은 힘들의 영향을 받을 뿐만 아니라 그 평가도 대단히 어렵기 때문에 정책을 과정별로 분석하여 연구하기보다는 정책에 미치는 '정치적 영향'에 초점을 두고 연구하여야 한다고 주장하였다. 또한 정책결정의 효과성, 즉 정책이 얼마나 합리적으로 결정되는가? 정책결정에 있어서 효과를 높이기 위해서는 어떻게 해야 하는가에 대한 측면과 민중통제에 부응한 정책결정 즉, 누가 실제로 정책을 만드는가? 정책은 실제로 엘리트에 의해 만들어지는가? 보통 시민들의 정책에

많은 영향을 주고 있는가? 라는 측면에서 정책결정과정을 분석하였다. 즉, 정책결정과정을 ‘분석과 정치’라는 두 개의 개념을 축으로 하여 정책결정과정의 현실을 분석하고 있는데, 정책결정과정에서 정부의 공식적 계획, 정부 이외의 대학 및 연구기관, 이해관계집단의 연구결과의 형태로 ‘정책분석’이 이루어지고 있지만, 객관적인 사실에 근거한 합리적인 분석적 정책결정은 정치가 개입될 수밖에 없음을 지적하고 있다.¹⁷⁾ 그러나 사회적 불평등의 심화로 인해 정당성의 위기가 발생하게 되며, 사회복지정책의 필요성이 제기되어도 고도경제 성장전략으로 위기를 대체하기 때문에 경제정책이 정치체제 위기극복전략으로 채택된다. 따라서 이러한 사회적 불평등의 확산이 위기극복전략으로서 사회복지정책의 채택으로 연결되기 위해서는 사회세력의 성장이 필수적이라고 할 수 있는데 사회세력이 미발달되어 있고 그들의 조직적 투쟁이 미약하다면 정치체제가 용이하게 억압적 수단에 의해 지배를 강화할 수 있기 때문이다.¹⁸⁾ 결국 실질적인 정책이 선택되는 시점은 사회의 저항세력이 정치세력의 억압적 능력을 어느 정도 넘어서는 때일 것이다.

2. 사회 · 경제적 환경요인

사회적 환경은 사회복지정책에 많은 영향을 미친다. 산업화 초기에는 노동력의 착취와 일정수준의 노동력 공급을 위한 최소한의 산업복지에서 시작되었고, 그후 산업화의 진전에 따라 주민욕구의 다원화와 이해관계의 다양성 그리고 조직생활의 증가 등으로 정치적으로는 정당간의 경쟁을 촉진시키며, 주민들이 산업화 이전에 비해 개화됨으로써 사회복지와 공공서비스에 대한 수요가 변화하게 된다고 할 수 있다.

20세기 이후에는 노동운동에 있어서 사용자에 대한 요구보다는 국가에 대한 요구가 한층 강렬해지는 추세에 있다. 이때 이러한 사회적 요인이 복지정책결정에 있어서 중요한 변수로 작용하기 위해서는 복지정책의 잠재적 수혜자 층이 자신들의 요구를 다양한

17) Lindblom, C, *The policy-making Process(2nd ed.)* (Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1980.)

18) Hirshman, Alber O, "The Turn to Authoritarianism in Latin American and the Search for its Economic Determinants," in "David Collier(eds)』 *New Authoritarianism in Latin American.*

조직적 또는 비조직적 형태로의 표출이 있어야 한다. 즉, 정치체계의 시혜적 차원에서의 복지정책결정이 아니라 잠재적 복지수요를 정책 쟁점화 할 수 있는 사회적 요구의 조직적, 비조직적 표출이 중요하다.

경제적 환경의 경우 사회복지정책에 대한 사회적 수요와 요구를 사회복지정책으로 전환시킬 수 있는 전제가 된다는 측면에서 사회복지정책 결정에 있어서 중요한 변수로 작용할 수 있다. 경제성장은 사회적 부의 재분배에 있어 상대적 불평등을 심화시키는 경향이 있으므로 농업사회에서보다는 산업사회에서, 초기산업사회보다는 고도산업사회에서 자본의 집약으로 인한 빈부격차가 더욱 심해지고 이에 따라 저소득층의 상대적 박탈감이 심화되어 이를 해소하기 위한 여러 가지 사회복지정책의 추진에 대한 요구를 강력하게 발생시키는 반면에 국가 재정수입의 증대를 가져와 이러한 욕구들을 흡수하는 사회복지정책을 추진할 수 있는 사회복지재원을 증가시키게 된다.¹⁹⁾

또한 사회복지정책분야에서 사회·경제적 요인 및 변수들 간의 조합이 영향을 미친다. 일례로 경기침체로 인한 실업이라는 사회적 환경은 사회복지정책 영역에서 직접적으로 고용보험의 급여 청구 건수를 급증시키는 효과를 갖는다. 그러므로 연구자는 양적 혹은 질적 자료들에 대한 사전검토를 했으며, 의료보험정책에 적합한 사회·경제적 변수를 구체화하고자 한다.

제 3 절 참여자 요인

1. 참여자 요인

정책결정과정은 일반적으로 다양한 참여자들이 참여하여 상호 협조·갈등과 투쟁을 통하여 전개되는 역동적인 것이다. 사회복지정책의 결정에 미치는 주된 요인이 어디에 있는가에 대하여 대체적으로 경제학이나 사회학을 전공한 학자들은 사회·경제적인 환경요인을 강조하여 이들의 분석에 중심을 두는 반면, 정치·행정학자들은 일반적으로

19) 장옥진, “정책결정요인과 정책의 정당성에 관한 연구” (행정학석사학위논문, 고려대학교, 2000), p.18.

정책을 정치체제의 산출물로 보아 정치체제 내지 정책과정의 분석에 중점을 둔다고 할 수 있다. 이러한 입장은 복지정책 결정과정에서의 정치적 성격과 주요정책 결정 참여자들의 영향력을 강조함으로써 사회복지정책 결정과정의 동태적 성격을 설명하는 기반을 제공해 줄 수 있다.²⁰⁾

사회복지 정책결정과정에서 참여의 문제가 중요한 의미를 갖는 이유는 논리적으로는 합리적 과정이지만 실제적으로는 여러 정책관련자의 복합적 상호작용이 존재하는 정치적 과정이기 때문이다. 정책결정과정은 정치, 행정체제의 핵심적 활동으로, 산출되는 정책과 그 집행의 결과로 모든 국민에게 직·간접적으로 영향을 미친다. 따라서 이러한 정책결정과정은 다수의 활동주체들이 공식, 비공식 참여자의 자격으로 복합적으로 개입하는 동태적인 참여의 과정인 까닭에 정책과정에서 참여의 문제는 극히 비중이 크다고 할 수 있다.²¹⁾

Kingdon은 정책참여자를 정부내적(inside of government) 참여자와 정부외적(outside of government) 참여자로 나누고, 전자에는 대통령과 그의 정책참모, 정부관료제, 의회 등이 포함되며, 후자에는 이해관계집단, 기관 및 자문위원, 언론, 정당, 여론 등이 포함된다고 하였다.²²⁾

이와 유사하게 Anderson(1979)은 정책의 참여자는 공식적 참여자와 비공식적 참여자로 구분하여 나눴다.

먼저 공식적 참여자로는 의회, 대통령, 행정부 등을 들 수 있다. 의회는 선거에 의하여 뽑혀진 대표자들의 모임으로 중요 국가업무를 의결한다. 정책이 입법의 형태로 나타날 경우 가장 최종적인 권한을 행사하는 곳이기도 하다. 대통령은 정책 전 과정에 커다란 영향을 미치며, 특히 행정부는 의회와 행정 수반이 결정한 정책을 집행에 옮기는 역할을 함으로써 현실적으로 전문성과 경험을 바탕으로 정책 참여자로서 전 과정에 개입한다.

20) 최정원, “한국의 복지정책결정과정에 관한 연구” (행정학박사학위논문, 연세대학교, 1998), pp.25-26.

21) 안해균, 『정책학원론』 (서울 : 다산출판사, 1993), p.106.

22) Kingdon, John W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (Boston: Little Brown & company, 1984), pp.21-67.

비공식적 참여자로는 정당이나 이해관계집단, 국민이나 언론매체를 들 수 있다. 정권 획득을 목적으로 결성되는 정당은 국민들의 요구를 정책대안으로 전환시키는 기능과 이를 행정부에 강제함으로써 정책결정과정에서 참여한다. 그리고 어떤 참여자 못지않게 중요한 역할을 하는 것이 이해관계집단인데, 이들은 자신들에게 관련된 문제를 해결하기 위해 정책의 결정과 집행에 압력을 행사하며, 대중의 동원이나 정책대안을 제시하기도 한다. 일반국민은 선거 등의 정치적 압력이나 집단이나 집단시위, 그리고 여론의 형성 등을 통해 간접적으로 정책과정에 영향을 미치고, 전문가 및 학자는 정책대안을 제시하거나 정책의 영향 및 정책의 내용 등에 대한 평가를 행함으로써 간접적으로 정책과정에 개입한다. 그리고 또 다른 주요 참여자는 언론기관으로, 이들은 정책결정을 보도함으로써 국민들, 참여자들 간에 의사전달을 담당한다.²³⁾ 여기서는 정책과정에 중요한 영향력을 갖는 참여자를 공식적·비공식적으로 구분하지 않고 행정부와 대통령, 정당, 의회, 이해관계집단등을 살펴보기로 한다.

2. 참여자의 역할

1) 대통령

우리나라의 경우 정책의제설정단계부터 정책결정과정의 전 단계에서 대통령은 가장 강력한 힘을 발휘해 왔다. 정부관료제의 권력원은 우선 그가 보유하고 있는 법적 권위, 물적 자원, 정보 등에서 찾아 볼 수 있지만 정책결정 당시의 정치체제의 시정목표는 국가기구로서 행정부가 정부정책을 수립하고 추진하는데 있어서 중요한 권력원으로 작용한다고 볼 수 있다. 관료제는 정치적 과정이라 할 수 있는 정책결정과정의 중심에 위치하고 있으며, 정치인을 포함한 많은 집단들과 상호작용을 통해 자신의 역할을 수행하고 있기 때문에 관료제는 생존이라는 측면에서 정치적 지지를 유도하고 확보하기 위해서 많은 노력을 경주한다. 이 가운데 대통령의 지지는 매우 중요한 권력원이 될

23) 정정길, 『정책학원론』 (서울 : 대명출판사, 1998), pp.127-212.

수 있다. 특히 대통령제 하에서의 대통령은 행정기관의 가장 중요한 정치권력의 기반으로서 대통령이 특정 행정기관을 지지할 수 있는 방법은 다양하다. 예를 들면, 당해 기관의 소관문제를 자신의 전략문제로 천명하거나, 당해 기관에 정치적 비중이 큰 인물을 책임자로 임명하거나, 당해 기관의 예산을 증대시킬 수 있는 것 등이 그것이다.²⁴⁾

대통령 중심제인 한국 대통령의 권한은 전통적으로 막강하며 정책전반에 걸친 그의 비전과 문제의 우선순위에 관한 그의 인식은 행정기관들 간의 정치권력배분의 실질적인 근거가 된다. 요컨대 그가 관심을 갖는 문제나 사항을 소관임무로 하는 부처일수록 정치권력은 증대되고 그렇지 못한 부처들의 권력은 위축되게 된다.²⁵⁾ 결국 대통령의 지지가 없이 관료제가 특정 정책을 성공적으로 수행하기란 매우 힘든 것이 현실이다.

이렇듯 강력한 대통령이 정책과정을 지배하게 되면 일관성 있고 혁신적인 정책을 결정할 수 있고, 일단 결정된 정책은 강력하게 집행할 수 있는 것이 장점이지만, 반면에 정책과정이 비민주적이고 타협적이어서 불합리한 정책이 등장하기 쉬운 단점이 있다.

2) 정당

일반적 의미의 정당은 국민들의 각종 요구를 정책대안으로 전환시키는 기능을 수행함으로써 정책형성과정에 참여한다. 정당에 의한 이러한 기능은 정당이 선거 때 제시하는 공약 등으로 표명된다. 정당이 선거 때 제시한 정책대안은 그 정당이 집권하면 그대로 정책이 되거나 수정·보완되어 정책이 되는 사례가 많다. 비록 선거에서 공약으로 제시된 것이 아니더라도 집권여당은 평소 당에서 중요한 정책을 결정하여 국회에 법안형식으로 제출하여 법률로 통과시키거나 행정부에 제시하여 이를 받아들일도록 함으로써 실질적으로 정책을 결정한다. 일반적 의미의 정당은 정책과정에서 비공식적 참여자로 분류할 수 있지만, 집권여당의 경우는 당정협의를 통해 정책결정과정에 공식적으로 참여하고 있다.²⁶⁾

24) Meier, K. J. "Politics and the Bureaucracy" *Policy making in the Forth Branch of Government(3rd. ed)* (California: Brooks/Cole Publishing Company, 1993, pp.66-67.

25) 정준금, "환경규제정책결정과정의 갈등에 관한 연구" 『현대사회』, (1991), pp.36-52.

26) 이상이, "의약분업 정책결정과정에 관한 연구" (행정학박사학위논문, 경희대학교, 2000), p.87.

Janda와 Harmel은 일반적으로 정당의 특성과 행태에 영향을 미치는 변수를 제시하고 있는데 정당을 둘러싸고 있는 환경적 요인으로서의 권력 구조적 측면으로 행정부와 국회의 지위에 따라 정당의 특성과 행태가 달라지며 정당과 정당간의 관계, 즉 여당과 야당의 관계에 따라 정당의 성격과 행태가 달라진다고 한다.²⁷⁾

정당간의 경쟁성은 일반정책의 범위와 속성, 특히 사회복지정책에 영향을 미친다. 정당간의 경쟁과 사회복지정책은 정당간의 갈등을 공공정책으로 전환시키는 기본적인 정치조직으로서 의회의 기능강화를 전제로 하여 강한 관련성을 지니는 것이다.

우리나라의 경우 과거에는 강력한 대통령중심제 하에서 집권여당조차도 정책과정에서 소외되는 예가 많았지만, 최근에는 당정협의의 상례화로 여당의 역할이 한층 증대되고 있음을 주목할 필요가 있다.²⁸⁾

3) 이해관계집단

이해관계집단의 존재는 사회적 요인과 관련해서 정책결정에 중요한 영향을 미치는 정책 환경적 요인이라고 할 수 있다. 이해관계집단은 집단의 이익을 달성하기 위해서 정부의 정책결정에 영향을 미치려고 하기 때문에 하나의 정치적 조직체이며, 또한 정책결정과정에서 중요한 정치적 참여자라고 볼 수 있다.²⁹⁾ 이러한 이해관계집단은 정책결정과정에서 정책체제와 국민간의 매개체 역할, 구성원의 이익대변, 정책결정의 참여자가 자신들에게 유리한 정책을 결정하도록 정치적 압력을 가하고 전문지식을 바탕으로 정책에 대한 정당성을 부여하는 역할을 수행한다.

이해관계집단이 정책결정에 참여하는 것은 다원화된 민주적 사회일수록 많이 볼 수 있는 현상이며 정책결정의 중요한 참여자로서 기능한다. 다원화된 사회에서의 이해관계집단은 시민과 정부 사이의 매개체로서 집단의 이익을 정부에 대표하는 동시에 다양한 시민활동의 장을 마련한다. 우리나라의 경우 과거 권위주의 정권 하에서 이해관계

27) Janda, K & Harmel, R. *Parties and Their Environments* (New York:: Longman, 1982.)

28) 안해균, 『정책학원론』 (서울 : 다산출판사, 1993), p.144.

29) 김영래, “한국에 있어서 이익집단과 시민사회” 『민주시민교육논총』, (1996), p.112.

집단의 성격은 정부 의존적 형태와 저항적 형태로 양분할 수 있는데³⁰⁾ 권위주의적 정권하에서 대부분의 이해관계집단이 국가권력에 순응하면서 일정한 대가를 받는 종속적인 관계이다. 그러다가 1987년 6월의 민주항쟁이후, 정치적 환경변화에 따라 이해관계집단의 증가를 가져왔으며 이러한 점은 점차 정책결정에 영향을 미치는 중요한 정책환경으로 이해관계집단이 존재하고 있다고 할 수 있다.

사회복지정책과 관련하여 본다면 권위주의적인 권력 하에서의 정책결정은 시행단계에 있어서는 권력순응집단 위주의 정책결정이 이루어지지만 정치체계의 성격이 민주주의 체제로 변화되어 가면서 정책에 관심을 보이는 집단수준이 확대되고 이들 집단의 조직적 욕구 표출 정도가 증대됨에 따라 점차 시민·사회단체 등 이해관계집단의 이익투입활동이 증대되어 정책결정에 중요한 영향을 미치는 정책결정 요인으로 작용하게 된다고 할 수 있다.

4) 의회

의회가 입법과정과 행정통제과정을 통하여 정책결정에 관여함에는 의심의 여지가 없다. 특히 수많은 복지입법과 복지예산이 일단 의회의 심의, 의결을 거쳐야 함을 생각하면 복지정책에 대한 의회의 영향이 막대하리라는 것은 쉽게 짐작할 수 있다. 그러나 정책형성에 있어서 의회의 비중은 나라에 따라 적지 않은 차이가 있다. 의회민주주의가 발달한 영국, 견제와 균형의 원칙이 존중되는 권력분립적 미국에서는 의회의 정책기능이 상대적으로 크지만, 전제주의적 정치체제나 독재정치의 성향이 강한 발전도상국에서는 의회의 정책기능은 다분히 장식적이거나 명목적이다. 그리고 민주주의 정치체제 중에서는 영국과 같은 의회주의국가보다 미국과 같은 대통령제에서의 의회가 상대적으로 더욱 큰 정책기능을 가진다.³¹⁾

그러나 일반적으로 정책형성의 대권이 관리의 전문성 등에서 상대적으로 우월한 대

30) 박상필, “시민단체와 정부의 관계유형과 지원체제” 『한국행정학보』, 제33권 1호 (1999), p.34.

31) James E. Anderson, *Public Policy Making 2nd. ed.* (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979), p.37.

통령을 중심으로 한 행정부에 넘어 가면서 의회의 기능이 상당히 퇴조되고 있다.³²⁾ 이러한 경향은 관료엘리트들에 의하여 경제발전계획이 주도되어 온 한국의 1960년대 이후의 20여년간의 사회복지정책결정과정에서 확연히 나타나고 있다. 예컨대 차기선거를 고려하여 지방주민의 복지사업을 정책의제로 설정하고자 하는 국회의원의 노력은 대개 경제관료의 예산편성과 복지입법안의 형성에 그다지 의미 있게 반영되지 않았다. 그러나 의원들은 기본적으로 주민들의 지지 속에서 신분을 유지할 수밖에 없기 때문에 사회복지정책결정과정에 직·간접적으로 영향을 미친다고 볼 수 있다.

제 4 절 분석모형의 도출

1. 정책 환경변수

정치적 환경변수는 앞의 제2절에서 논의한바에 의해 정치체제의 성격, 정당간의 경쟁도, 선거주기, 그리고 사회·경제적 변수로는 GDP대비 사회복지예산, 사회적 욕구, 의료보험제정, 경제성장률이라는 하위변수로 세분화할 수 있다.

1) 정치적 환경변수

(1) 정치체제의 성격

정치적 환경 변수 중 정치체제의 성격은 정부와 사회부문의 관계 및 공식적인 정치체제 안팎에 위치한 다양한 참여자들의 행태를 규정하는 중요한 변수이다. 정치체제 변수는 기존의 자유민주주의 정치체제 내부에서 이루어지는 주정부 혹은 도시의 공공정책 결정 양태를 설명하는 전통적 다원주의의 ‘경쟁 - 참여 모형’(competition participation model) 속에서는 고려되지 않았으며³³⁾, 이후 다수의 국가간 비교 연구에

32) Carl P. Chelf, *Public Policy Making in America: Difficult Choice, Limited Solution* (Santa Monica: Goodyear, 1981), P.27.

33) Dye Thomas R. & Gray, Virginia. *The Determinants of public policy*(Toronto: Lexington Books) 1980: 3-5.

서 정치적 변수에 포함되었다. 그러나 본 연구의 시간적 범위는 한국의 급격한 민주화 이행과정을 전후한 시기에 해당되므로 정치체제 변수가 주요한 영향변수로 선정되는 것이 타당할 것이다.

(2) 정당간 경쟁도

정당간 경쟁도는 지배적 정당이 존재하는 경우보다는 정당간의 경쟁적 관계가 활성화된 정당체계일수록 복지정책에 대한 사회적 수요가 정책쟁점화되고 수용될 가능성이 높다는 가정하에 선정된 변수이며, 여당 의식에 대한 야당 의식의 비율로 측정될 수 있을 것으로 기대된다.

(3) 선거주기

정치적 변수로서의 선거주기는 집단정당이 중요한 공식적 정치일정에 근접할수록 경제적 합리성보다는 정치적 합리성을 정책결정의 기준으로 삼을 가능성이 높다는 ‘정치적 경기순환론’의 가정에 입각한 것이다.

2) 사회·경제적 환경변수

(1) 국민총생산 대비 사회복지 예산

국민총생산(GDP) 대비 사회복지 예산은 정부의 일반적인 사회복지정책 의지 및 삶의 질에 대한 국민 일반의 인식과 요구를 보기 위한 지표이다.

(2) 사회적 요구

노사분규 발생 빈도로 측정되는 사회적 요구는 특히 사회복지정책 결정 단계에서 중요한 환경으로 작용하는 사회부문의 일반적인 압력 수준을 고찰하기 위한 것이다.

(3) 경제성장률

경제성장률은 정부, 기업 및 가계의 전반적인 부담능력을 측정하기 위한 것이며, 1인당 국민순소득(GNI)으로 측정될 수 있다.³⁴⁾

(4) 의료보험재정

의료보험 재정은 본 연구의 대상인 의료보험 통합일원화와 가장 직접적인 관련이 있을 것으로 추정되는 변수이며, 적자조합 발생률로 측정될 수 있을 것이다. 도시 근로자의 부담능력을 의미하는 실질임금 상승률은 한국의 의료보험제도가 재원의 조달방식이 수혜자의 지출에 의해 충당되는 사회보험방식을 채택하고 있다는 점에서 선정된 변수이다.

우리나라의 의료보험법은 1963년 12월에 제정된 이래 강제적용을 전제로 하지 않고 시범사업에 머물러 왔으나, 1976년의 전면 개정을 기점으로 그 수혜범위가 크게 확장되었다. 1988년 1월에는 의료보험제도가 농어촌의 지역단위에도 확대 적용되고, 같은 해 7월에는 도시지역 단위에도 확대 실시됨으로써 전국민을 대상으로 한 의료보험제도가 실시되었다.

그러나 1990년대 들어 국민의료비가 지속적으로 상승했고, 이와 더불어 조합관리방식에 의해 시행되던 의료보험제도하에서 지역의료보험의 재정적자가 심화되자 지역의료보험 가입자의 본인부담은 한층 증가하게 되었다. 산업구조의 변화, 직종간, 지역간 격차의 확대에 따라 조합간 재정격차는 다소간 불가피한 귀결이라고 할 수 있다. 이러한 구조적 여건 하에서 경제적 능력이 큰 피보험자들을 단위로 구성된 직장의료보험조합 혹은 공무원 및 사립학교교직원 의료보험조합과는 달리 농어촌지역의료보험 조합은 1981년의 시범사업 당시부터 계속해서 재정적자 상태에 놓여왔으며, 1988년 농어촌지역 의료보험이 본격적으로 시행된 이후 정부의 재정 지원율이 50%에 이르렀으나, 1990년대 이후 대부분의 의료보험조합이 재정 적자를 나타내었다.

34) GDP는 소유에 관계없이 한 나라에 있는 노동, 자본 등 모든 생산요소를 결합하여 만들어낸 최종생산물의 합인 생산활동지표이며, GNP는 한 나라가 소유한 생산요소를 국내외의 생산활동에 참여시킨 대가로 받은 소득을 합계하여 산출하는 소득지표이다. 1970년대 이후 세계적으로 경제의 국제화가 급격히 진전되면서, 노동이나 자본의 국가간 이동이 확대됨에 따라 소득지표에 가까운 GNP 기준 성장률이 국내경기 및 고용사정 등을 제대로 반영하지 못하게 되면서 각국은 경제성장의 중심지표를 GDP로 바꾸기 시작했고, 우리나라도 1995년부터 중심지표를 GDP로 변경하여 발표했다. 한편 실질 GNP는 교역조건이 변화하지 않았다는 가정하에 산정되므로 국민이 피부로 느끼는 실질 소득수준과는 차이가 있다. 한국은행에서는 99년부터 소득지표로 GNP 대신 GNI와 GDI를 편제하여 발표해 왔다. 실질 GNI와 실질 GDI는 실질 GNP와 실질 GDP에 “교역조건 변화에 따른 실질 무역손익”을 더하여 산출된다. 한국은행 홈페이지 <http://www.bok.or.kr>. 2003.10.27.

특히 김영삼 정부 들어 지역의료보험조합의 재정적자 문제가 더욱 심각해졌고, 이는 결국 기존 조합관리방식 관리운영체계의 유지에 결정적인 부담으로 작용했다.

이에 따라 보험자 단체의 난립에 따른 관리운영비의 과도한 지출과 위험관리기능의 약화, 자격관리의 복잡성, 각종 조합간 재정 불균형 등을 개선하기 위한 대안으로서 통합관리방식의 의료보험제도 도입의 필요성이 재차 강조되었다.

그러므로 지역의료보험의 재정난 심화라는 변수는 노태우 정부에서는 존재하지 않았으나, 김영삼 · 김대중 정부에서는 정부의 재정적 부담 능력에 압박을 가하는 주요한 변수로 작용했다고 할 수 있다.

2. 정책결정 참여자 변수

참여자 변수의 선정은 정책체계 안팎의 참여자들을 공식적 참여자와 비공식적 참여자로 구분한 Anderson의 논의³⁵⁾와 정책결정과정 참여자들의 유형 및 참여자간의 관계를 설명하기 위해 Helco 등이 제시한 이슈 네트워크(Issue Networks) 모형에 준거한 것이다. 이슈 네트워크는 정책결정과정에 기술적인 전문성을 보유한 다수의 참여자가 등장하며, 이러한 참여자들의 유형은 고정적이지 않으며, 국면에 따라 유동적이라고 본다. 이러한 정책결정구조 하에서는 참여 성원들간의 상호의존 정도가 낮으며, 이슈의 진행에 따라서 연합의 형성이 수시로 달라진다.³⁶⁾ 이슈네트워크가 가정하는 정책결정구조는 새로운 관련집단이 지속적으로 참여하는 잠정적 구조이며, 정책의 결과도 그만큼 예측하기 어렵다.³⁷⁾ 본 연구의 대상인 국민의료보험법 제도의 정책결정과정의 행위자로서 대통령, 정당, 이익집단, 의회를 행위자 변수로 선정하여 분석해 보고자 한다.

35) Anderson, James E. *Public Policy Making*. NY holt, Rinehart and Winston. 1984. p.29-36.

36) Helco, H. Issue Networks and the Executive Establishment. A. King(ed). *The New American Political System*(Washington: American Enterprise Institute) 1978. P.102-103.

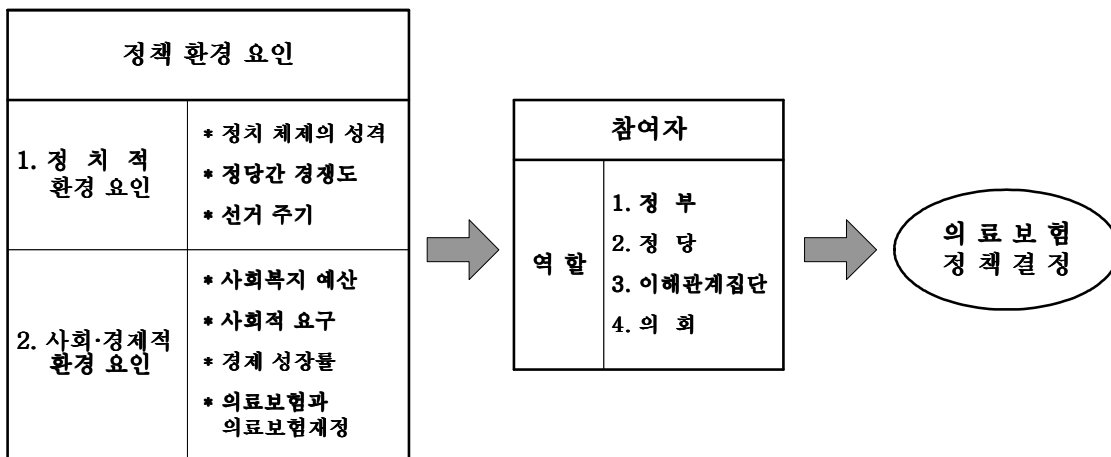
37) Jordan, G & K. Schubert. *A Parliamentary Ordering Policy Networks Labels*. European Journal of Political Research 21. 1992

3. 본 연구의 분석모형

의료보험정책 결정과정에 대한 분석을 위해 아래와 같은 모형을 구성하고 그에 따른 분석을 시도하려고 한다.

정책결정을 함에 있어 정책환경요인인 정치적 환경변수에서 정치체제의 성격, 정당간 경쟁도, 선거주기와 사회·경제적 환경변수에서의 사회복지예산, 사회적 요구, 경제성장률, 의료보험재정이 정책결정에 있어서 어떠한 영향을 미치는지, 또한 정책 참여자인 정부·정당·의회·이해관계집단이 그 환경을 어떻게 이용하고 그 가운데서 자신이 속한 집단의 이익을 어떠한 방법으로 관철시키는지 노태우·김영삼·김대중 정부별로 구분하여 의료보험정책의 변동과정을 확인 후, 정부별로 비교·분석해 보고자 한다

<그림 2-1> 연구의 분석틀



제 3 장 국민건강(의료)보험정책의 변천과정

제 1 절 의료보험제도의 개관

1. 의료보험제도의 의의

의료보험은 보험제도의 하나로 질병이라는 그 시기를 예측하기 힘든 불확실한 위험의 발생을 보험사고로 하는 제도이다.

이러한 제도는 국민의 건강권을 보호하기 위해 요구되는 필요한 보건의료서비스를 국가가 사회제도적으로 보장해 주는 의료보장으로 파악하여야 될 것이다.

따라서 이러한 질병 발생으로 인해 개별적인 가계가 과다하게 청구되는 의료비 등으로 지출됨으로서 야기될 수 있는 가계의 파탄이나, 의료비 등의 과중한 부담 등을 미연에 방지하기 위하여 보험원리를 이용해 이러한 과중한 부담을 보험에 가입한 모든 가입자에게 보험료의 납부 등 기여를 통한 공동 부담을 함으로서 가계의 안정과 이를 통한 국민생활의 안정, 보건의료 서비스를 제공하는데 있으며 의·식·주 다음으로 의료보험을 제4의 기본적인 생활의 필요 요소로 인식함에 따른 시민들의 건강권에 대한 보상으로서 건강을 유지하게 하기 위한 공적인 제도이다.

한편, 1940년대부터 1950년대까지 사회보장의 주축을 이룬 영국의 사회복지정책은 다른 선진국에 영향을 미쳐 1950년대에 접어들어 대다수의 선진국도 사회보장정책과 완전고용 정책을 도입케 되었으며 1960년대에서 1970년대에 있어서 사회보장제도는 제2의 발전시대를 이루게 되었다. 특히 1970년대에서는 이러한 사회보장의 현저한 발전에 힘입어 국민소득의 10%를 상회하게 되었다.³⁸⁾

한국의 의료보험 실시 문제는 제3공화국이 5.16군사혁명 직후에 헌법 제30조 내지 제31조에 사회보장 증진 및 국민보건 향상에 관한 조항을 신설함으로써 ‘사회보장제도

38) 이 순, 『현대의료보장론』 (서울 : 법문사, 1984), pp.18-181.

심의회'를 발족해 1963년 11월에 '사회보장에 관한 법률'과 '산업재해보상보험법'을 12월에는 '의료보험법'을 각각 제정했으나 다른 선진국에서의 사회보장제도로의 장기적 종합계획에 의한 제도의 시행 등과는 달리 혁명정부의 정책목표에 의해 임의적용방식으로 제도를 창출한 유명무실한 법제정에 불과했다. 그러나 법제정 이후인 1989년에 전국민의료보험을 실시하였으며, 1997년 12월 국민의료보험법 공포와 1998년 2월 노사정위원회에서 의료보험 통합합의이후 국민건강보험으로 통합되어 현재까지 이르게 되었다.

2. 의료보험의 목표와 기능

사회보험제도로서의 의료보험 제도는 근대 자본주의와 함께 발전되어 왔다. 이렇게 보험의 원리에 입각해 생성된 사회보험은 주로 근로자의 생활보장등을 위해 존재하지만 이러한 최저생활내지는 기본적인 의료보장을 초과하는 부문에 대하여는 필요 불가결하게 사보험의 등장을 초래하게 되었다.

이러한 원인에 의해서 자연스럽게 생성된 사보험의 경우 사회보험과는 달리 보험가입 방식의 강제성의 여부, 보험급여에 있어서의 평등성의 원리, 보험료 징수 등에 있어서 서로 각각의 고유한 특성을 갖고 있는 반면에 그 각각의 수급자에 대해서는 경제적 이거나 의료적인 보상을 해준다는 점, 위험의 분산을 통한 보험기능의 수행등 보험의 제원리에 입각해 소요재원을 1차적으로 피보험자의 보험료로 조달한다는 점 등에 있어서는 매우 유사하다 할 수 있겠다.

이러한 관점에서 볼 때 사회보험과 사보험은 상호간에 보완적인 필요불가분의 관계에 있음을 알 수 있겠으며 이러한 양자의 차이점은 <표 3-1>과 같이 구분하여 볼 수 있겠다. 이러한 구분은 다른 면에서 볼 때 의료보장의 기능과 목표를 명확히 하는 방법의 하나로 생각된다.

<표 3-1> 사회보험과 사보험의 비교

구 분	사 회 보 험	사 보 험
가 입	강제가입의 원칙	임의가입의 원칙
수 급	법적 규정에 의한 수급	개별적 계약에 의한 수급
보 험 료	정률제에 의해 능력별로 차등 부담	정액제에 의해 위험, 급여 등에 의해 차등부담
보험급여	균 등 급 여	가입자의 기여에 의한 비례제로 차등급여 보상
보험성격	주로 집단적 보험	개별적인 보험
보험료징수	법적 규정에 의한 의무를 강제징수	개별적인 계약에 의한 개별적 납부에 의한 징수

자료: Rejda, 1999: 33.

※사회보험에서는 재정충당 방법, 급여수준, 자격요건, 가입기간, 정부역할 등 여러 측면에서 이견이 존재할 수 있다. 반면에 사보험이 선택권(옵션)과 목적은 비교적 단순하다.

3. 의료보험의 형성과정

우리나라 의료보험정책 과정이 최초로 논의된 시기는 1959년 10월 보건사회부(현 보건복지부) 의정국장 윤유선씨가 주도한 ‘건강보험제도 도입을 위한 연구회’로부터이다.³⁹⁾ 물론 그전에도 일부단체의 움직임은 있었으나 대부분 초보적 형태에 그쳤으며 실제 문제제기를 위한 의제형성단계의 출발은 ‘건강보험제도 도입을 위한 연구회’에서 시작되었다고 할 수 있다.⁴⁰⁾

이러한 사실은 사회보장정책의 효시가 주관부처인 보건사회부의 정국에서 출발하고 있었음을 시사해 준다. 그러나 현실적으로 1960년 3.15부정선거로 독재가 무너지고 문제제기에 그치는 기록으로만 남게 되었다. 이후 1960년 4.19혁명 이후 총선을 통해 출

39) 손준규, "한국의 복지정책결정과정에 관한 연구" (행정학박사학위논문, 서울대학교, 1981), p.44.

40) 손명세, "한국의료보험 정책결정과정의 연결망 분석" (행정학박사학위논문, 연세대학교, 1989), p. 53.

범한 장면 행정부는 이러한 움직임의 영향으로 정권 안정책의 일환으로 사회보장제도 도입을 주장하였다. 즉, 4.19혁명 이후 전국종합경제회의에서 사회보장제도의 도입을 주장했으며, 이러한 건의는 행정부 내에서 적극적으로 검토했으나 5.16군사쿠데타에 의해 무산되며 이렇다 할 결실은 이루지 못하고 단지 1960년의 전국종합경제회의에서 사회보장제도의 도입이 주장된 기록과 한국노총에서 사회보험, 실업보험제 실시를 행동강령으로 제시한 것 등 몇 가지 기록만 남게 되었다.

한국의 사회복지 관계법들은 5.16쿠데타 이후 민심을 사기 위한 수단으로 제정되었다.⁴¹⁾ 5.16 군사세력은 국가재건최고회의의 시정방침으로 사회보장제도의 확립을 내세우며, 1962년 3월 20일 사회보장제도 심의위원회 규정안이 내각에서 각령 제469호로 의결됨으로써 공식적인 기구로 탄생하여 4개반을 편성 연구활동을 시작하였다. 동 위원회의 실무작업은 의료보험반 소속의 전문위원들이 주로 담당하였고, 국민건강조사와 외국제도를 검토해서 의료보험법 초안을 작성해 별 수정없이 보사부 안으로 확정했으며, 이후 법제처의 승인을 얻어 각의를 거쳐 정부안으로 확정되었다.⁴²⁾ 같은 해 7월 28일에 최고회의 의장이 ‘사회보장제도확립’ 지시각서(실시하기에 용이한 보험을 선택해서 시범사업을 통해 실시하라, 제12531호)를 내각수반에 시달하였고, 이것은 의료보험의 법제화에 결정적인 역할을 하였다.⁴³⁾ 최종적인 의료보험법안은 국가재건최고회의 문교사회위원회에 회부된 다음 최고회의 상임위원회에서 통과되었다. 하지만 이 과정에서 사회보험 성격상 가장 중요한 ‘강제조항’(제8조 강제적용규정과 제18조 의료보험조합 강제설립 규정)이 임의규정으로 수정되었다.

결국 1963년 12월 11일 본회의를 통과해서 법률 제1623호로 제정 공포되고, 이후 1964년 6월 29일 시행령이, 1964년 10월 시행규칙이 제정되었으나 이 법은 1970년 1차 개정전까지 실시된 것은 3개의 시범사업 뿐이었다.

이후 1965년 임의가입 방식으로 시범사업이 실시되었는데 문제점이 노출되기 시작하였다. 즉, 1963년 의료보험이 임의가입제를 원칙으로 하여 제정되었기 때문에 확대실시

41) 최경구, 『조립주의 복지국가』 (서울 : 한나래, 1993), p.304.

42) 최천승, 『한국사회보장론』 (서울 : 신경문화사, 1977), pp.35-36.

43) 문옥륜 외, 『한국의료보험론』 (서울 : 신광출판사, 1991), p.71.

가 어렵다는 여론에 부딪쳐 1966년에 정부안으로 의료보험법 개정안이 제안되었으나 회기가 끝나 자동적으로 폐기되었다. 그후 1968년 2월 의사 출신의 전직 보사부 장관이었던 오원선 의원 외 40인의 서명을 받아 의원입법으로 재 제안되어 1969년 4월 보사위원회를 통과하여 1970년 6월에 법사위원회를 거쳐 동년 7월 본회의에서 통과되었다. 44) 이것이 의료보험법 제1차 개정이었다. 이 개정안에 대한 당시 정부의 입장은 보사부 장관의 답변에 잘 나타나는데, 즉, 의료보험 사업은 1970년대 후반부터 1980년대에 완전히 실시될 것이라는 점에서 볼 때, 45) 1970년 초반에 의료보험을 실시할 의사가 없음을 보여주고 있다. 따라서 1차 법개정에 따른 시행령이나 시행규칙을 준비하지 않음으로써 1차 개정은 시범 사업적 성격을 벗어날 수가 없다. 의료보험법 제1차 개정은 의원 발의로 이루어져 있어 국회 외에는 참여자가 거의 없었으며, 국회내에서도 여당인 공화당 중심의 정책결정이었다. 따라서 제정과정에 중요한 역할을 수행하는 내부전문가와 집행관료들이 전적으로 배제되었다. 의료보험법 제1차 개정은 국회중심의 정책결정 과정에서 완전히 배제된 관료조직의 집행의지 결여, 보험강제 적용상의 문제점, 국고확보상의 문제점 등으로 시행준비 단계에서 시행령과 시행규칙 등이 제정되지 못한 채 좌절되었다.

정부는 분배욕구에 대한 수단적 방안으로, 의료보험제도의 실시를 계속 약속해 왔었다. 즉, 의료보험에 대한 개정문제가 이번에는 대통령으로부터 논의되기 시작하였다. 1973년 대통령은 연두기자회견에서 '1970년대 후반에 가서는 의료보험제도를 도입해서 생활보장제도를 점차 확대해 갈 계획'이라고 밝힌 바 있으며, 박정희 대통령은 1975년 후반에 보사부장관에 신현확을 임명하고 의료보험의 강제적용에 대한 생각을 굳히게 되었다. 또한 1975년 6월 경제기획원은 제4차 경제개발계획의 기본목표로 사회개발에 주력하겠다고 발표하고, 특히 보건, 교육, 주택 등 사회개발에 중점을 둔 부분별 세부계획을 마련하여 심의위원회의 심의를 거쳐 1976년 8월까지 확정하겠다고 발표하였다. 46) 대통령의 적극적인 관심표명으로 의료보험법 개정은 순조롭게 진행되었으며, 신현확 장

44) 손준규, "한국의 복지정책결정과정에 관한 연구" (행정학박사학위논문 서울대학교, 1981), p.95.

45) 국회회의록, 「보사위원회 제78회」(1971. 11. 23), p.19.

46) 의협신보, 제920호, 1976. 2. 10.

관은 대통령의 지시를 받고 즉시 보사부에 개정준비작업을 지시하였으며, 이후 보사부 실무자들을 중심으로 작성된 의료보험법 개정안은 1976년 4월 28일 당정협의를 부의하였다. 1976년 6월 15일 박대통령은 한차례 의료보험의 필요성을 강조하였으며, 9월 13일 정부안이 마련되고 9월 30일 국무회의를 통과하여 정부안으로 확정하였다. 10월 20일 정부안은 국회에 제출되어 11월 12일 보사위원회, 11월 26일 법사위원회, 11월 30일 본회의에서 큰 논란 없이 통과되었고, 1976년 12월 22일 공포되었다. 2차 개정을 통하여 1977년부터 500인 이상 사업장에 한해 의무적으로 실시된 이후 주요 적용사업장의 확대가 이루어졌다. 직장 위주의 확장은 당시 한국 경제의 성장이 뒷받침되어 빠르게 진행되었는데 1977년 12월 31일에는 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법이 제정되어 1979년 1월부터 동 대상자에 대한 의료보험 업무가 시작되었다. 이어서 1979년에는 300인 이상 사업장 근로자까지 적용 범위를 확대하였고, 1981년 1월부터 100인 이상 사업장의 근로자 116만 명을 추가로 적용하였으며, 1982년 2월 15일에는 5인 이상 사업장에서도 원하는 경우에는 의료보험에 가입할 수 있게 임의적용이 확대되었다. 또한 1983년 1월에는 소규모 사업장의 의료보험 가입을 권장하기 위하여 16인 이상 사업장을 당연 적용하게 하였으며, 1988년 1월부터는 5인 이상 사업장까지 당연 적용 사업장으로 확대 적용하였다. 그럼에도 불구하고 농업인, 지역주민, 자영업자를 대상으로 하는 의료보험을 실시하는 데는 어려움을 겪게 되었고, 이들을 대상으로 하는 의료보험의 실시가 요구되었다. 1988년에는 예정대로 의료보험제도가 농어민에게 확대 실시되었고, 1989년 7월에는 도시 자영자에게도 의료보험이 실시되었다. 47) 이로써 우리나라는 의료보험 실시 12년 만에 전 국민에 대한 의료보험의 실시가 이루어졌다.

47) 최경구, 『조합주의 복지국가』 (서울 : 한나래, 1993), p.305.

<표 3-2> 의료보험제도 형성과정

연	월	내용
1963	12	의료보험법 제정
1977	7	500인 이상 사업장 근로자 의료보험 실시
1979	1	공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 실시
1979	7	300인 이상 사업장까지 의료보험 확대
1981	7	지역의료보험 1차 시범사업실시
1988	1	농어촌지역 의료보험 실시
1989	7	도시지역 의료보험 실시

제 2 절 각 정부별 의료보험 정책변동

1. 노태우 정부

의료보험은 제도 도입 이래로 조합관리방식으로 운영되고 있었는데, 의료보험 조합의 수가 늘어나 의료보험 조합의 운영과 보험제정의 취약성 등의 문제점이 나타나면서 관리운영체계의 통합일원화 의견이 제기되기 시작하였다. 전두환 정부에서의 의료보험 관리체계 통합논의에서는 관련 단체들의 찬반이 분분한 가운데 1981년 하반기에 국회 상임위원회에서 통합 법안제출을 결의하고 보건사회부도 이를 지지하였다. 하지만 전두환 대통령의 반대로 보건사회부 장관이 경질되고 통합을 주장했던 고급관료들이 강제해직되는 파동을 겪었다. 1986년 중반에는 농촌지역 의료보험 확대에 대비한 통합일원화 논의가 다시 있었고, 1988년 조합관리방식의 농어촌 의료보험의 실시이후에는 농민을 중심으로 의료보험시정운동이 벌어지면서 통합-분리의 논란이 재현되었다. 그리고, 관리운영체계 논의기에서는 전국민 의료보험 시대를 맞아 도시지역 의료보험을 실시하기 이전에 어떠한 운영방식으로 도시지역 가입자를 관리할 것인가를 결정해야 할 필요성이 생겼다.

이런 배경 하에 관리운영체계 논의기에서 정부는 서울시와 광역시는 시단위로 하고

중소도시는 인근 군과 생활권 단위로 조합을 설립하는 광역화 방안(의료보험법개정안, 1988. 11. 21)을, 야당인 평화민주당(국민의료보험법안, 1988. 11. 14)과 통일민주당(국민건강보험법안, 1988. 11. 16)은 전체조합을 일원화하는 통합방안을, 신민주공화당은 정부와 동일한 광역화안(의료보험법개정안, 1989. 2. 16)을 각각 제안하였다. 재야 의료단체와 농어민단체, 사회보장연구회 등의 학자들의 지지를 받은 평화민주당과 통일민주당의 통합법안은 국회통과의 열쇠를 쥔 신민주공화당의 통합으로의 당론수정 이후 야3당 단일안으로 조정되고 여당이 통합법안에 동의하여 여야 국회의원회의 만장일치로 국회를 통과하게 되었다(국민의료보험법안, 1989. 3. 9). 그러나 대통령이 이 통합법안을 거부하여 의료보험관리운영체계는 보건사회부가 추진하던 광역조합방식을 따르게 되었고 도시지역의료보험도 광역조합을 기초로 출발하게 되었다.

<표 3-3> 노태우 정부의 의료보험관리운영정책추진일지

시 기	주 체	내 용	
1988	1	보건사회부	·농어촌 지역 의료보험 실시
	3.4	보건사회부	·청와대 업무보고에서 광역화방침을 보고함(조합주의)
	3.7	이두호 보건사회부차관	·의료보험업무 다시 검토하겠다고 함(통합주의)
	4.1	당 정 회 의	·의료보장제 신설 또는 준조세식 방식을 도입
	4.3	정 부	·도시지역의료보험 실시 1년 연기(1990년)에 합의
	4.26	제13대 국회의원 선거 (1988.5.30~1992.5.29)	·여소야대국회-민주정의당 125석, 평화민주당 70석 통일민주당 59석, 신민주공화당 36석, 무소속 9석
	5.28	보건사회부	·도시지역 확대일정을 6개월 연기(1989.7 실시)
	6.14	보건사회부	·도시지역 의료보험 확대추진반 구성
	6.27	보건사회부	·5인이상 사업장 근로자 의료보험 실시
	8.16	보건사회부	·광역조합안 입법예고
	10.8	전국의료보험 대책위원회	·국민의료보장법(안)을 국회에 청원
	11.4	국 무 회 의	·여야 4개 정당에게 국민의료보장법안을 보냄
	11.14	국민의료보험법안 (의원안, 홍영기 등 외)	·광역화를 골자로 한 의료보험법 개정안 최종 의결
	11.16	국민건강보험법안 (의원안, 송두호 외)	·직장, 공·교, 지역의보를 통합관리·운영
	11.21	의료보험법 중 개정법률안 (정 부 안)	·의료보호와 의료보험을 통합함
	1989	11.24	의료보험법 중 개정에 대한 청원(대한의학협회)
2.14		국민의료보험법안 (의원안, 홍영기 등 외)	·통합-보험자는 국민의료보험공사
2.16		의료보험법중 개정법률안 (의원안, 박병선 외 34인)	·'표준소득'구체화, 보험료율은 표준소득에 따라 차등 지역과 직장조합 관할은 서울시·직할시·시·군으로 광역화. 의료보험수가조정위원회 설치
2.23		전국의료보험대책위원회	·국회보사위원장과 위원들 방문, 야당 단일안 상정 요구 ·공화당사 점거(보름) ·공화당의 광역법안 제출을 비난 하며 총재면담 요구 ·김종필 총재는 완강히 거부
3.3		신민주공화당	·농촌출신 의원들의 주장과 전국의료보험대책위원회 측의 요구 수용하여 통합으로 당론 확정
3.8		국민의료보험법안 (대안, 보건사회위원장)	·직장, 공·교, 지역의 완전통합 ·의료보험심의회위원회, 의료보험수가조정위원회 설치
3.24		대 통 령	·'국민의료보험법안(대안)'이 여야 만장일치로 가결
7.1		보건사회부	·4개 법안에 대한 국회환부 서명, 대통령거부권 행사
1990	1.22	3당 통합	·도시지역의료보험 급여시작(전국민의료보험 실현)
	2.19	민자유당, 통일민주당	·민정당, 민주당, 공화당이 통합, 민주자유당 창당(여대야소) ·민자당은 지역의료보험 재정내실화, 민주당은 통합의료 보험제 실시를 총선공약으로 함
1992	3.24	제14대 국회의원 선거 (1992.5.30~1996.5.29)	·민주자유당 149석, 민주당 97석, 통일국민당 31석, 무소속 21석, 신정치개혁당 1석
	12.18	제14대 대통령 선거	·김영삼 후보 당선

2. 김영삼 정부

통합의료보험법안이 무산된 뒤 한동안은 관리운영방식에 대한 논의가 없었으나 지역 보험의 재정불안 요소를 제거하는 방안을 찾는 과정과 통합을 원하는 시민사회단체 및 일부 의원들에 의해 1996년부터 1997년 사이에 의료보험통합에 대한 논의가 다시 시작되었다. 정부의 의료보험 급여확대로 의료보험 재정이 크게 악화되자 일부에서는 의료보험조합의 통합으로 재정의 어려움에서 벗어나고자하는 시도를 하였다. 의료보험 재정불안정 문제는 누적되어온 의료수요자와 공급자의 불만과 겹치면서 1990년대 후반에 의료보장제도 전반에 대한 근본적인 구조조정의 필요성을 가져온 것이었다.

보건복지부는 조합 간의 경쟁을 통한 효율성 확보차원에서 조합관리방식이 능률적인 운영체계라 하였고, 국회는 의료보험관리운영체계의 통합만이 효율성을 높일 수 있으므로 단계적으로 통합해야 한다고 하였다. 비정부부문에서는 보험급여 확대, 조합간 재정의 불균형 등 의료보장서비스의 전반적인 문제를 해결하기 위해서는 의료보험 재정까지도 통합해야 한다고 하였다.

이 시기는 이해관계집단들의 조직적인 활동이 정부의 정책결정과정에 영향을 미치는 토대가 마련되는 시점으로 참여가 불가능하거나 미미하였던 이해관계집단이 연합하여 의료보험통합운동을 이끌어내는 변화를 보였다.

<표 3-4> 김영삼 정부 의료보험관리 운영정책 추진일지

시 기	주 체	내 용
1993	9.28	의료보험법 중 개정법률안 (정 부 안) ·신설 시·군·구의 지역의보조합 설립 때까지 종전의 지역의보조합이 의료보험업무를 관할
	11.22	국민의료보험법안 (의원안 양문희 5인외 91인) ·의료보험심사위원회, 의료보험수가조정위원회, 보험급여비용심사원 설치, 요양급여기간 210일
	12.16	의료보험법중 개정법률안에 대한 수정안(정부안) ·65세 이상의 노인들 요양급여기간 연장(210일)
1994	1.7	의료보험법 전문 개정 (법률 제4728호) ·신설 시·군·구 지역의료보험조합 설립될 때까지 종전의 지역의료보험조합이 의료보험업무를 관할
	1.21	의료보장개혁위원회 (보사부장관 자문기구) ·‘의료보장제도의 기본틀’ 재정비 위하여 발족. 6개월활동. 지역조합 광역화와 재정조정사업 확대
	4.11	의료연대회의 ·의료보험통합일원화와 보험적용확대를 위한 범국민연대회의 출범
1995	3.23	보건복지부 ·삶의 질의 세계화를 위한 복지구상 발표
	7.15	의료보험법중 개정법률안에 대한 수정안(정부안) ·보험자가 부담하는 요양급여의 기간 연간 210일
	8.4	의료보험법 개정 (법률 제4972호) ·요양급여기간 연간 210일이상. 65세이상의 노인, 등록된 장애인과 국가유공자중 상이자등에 대한 요양 급여기간의 제한을 취소
1996	2.15	국민복지기획단 ·삶의 질 세계화를 위한 국민복지기본구상을 대통령에 보고
	4.11	제15대 국회의원 선거 (1996.5.30-2000.5.29) ·신한국당 139석, 새정치국민회의 79석, 자유민주연합 50석, 통합민주당 15석, 무소속 16석
	4.18	여야 영수회담 ·국민회의 김대중 총재와 민주당 대표가 의보통합 요구
	10.29	의보연대회의 ·국민건강보험법안 공청회 실시, 국민회의와 자민련 양당 공동으로 국민건강보험법안 발의
	11.8	총리실 의료개혁위원회 (1996.11.8~1997.12.31) ·의료체계 개선, 의료인력 수급, 의료보장의 내실화, 의료산업 육성, 한의약 발전 등 5개 분과로 나뉘 의료개혁과제에 대한 개혁안을 내도록 함.
	11.21	국민회의, 자민련 ·통합의료보험법안을 정기국회에 상정기로 발표
	11.30	국민건강보험법안 (의원안, 이성재 4인외 68인) ·보험재정 및 관리운영체계를 일원화함 ·의료보험과 의료보호를 통합함

1997	1.21	정 부	·IMF 구제금융 신청
	7.9	의료개혁위원회	·2차보고서-지역조합의 시도단위광역화방안과 직장 조합의 자율적 통합방안을 최종건의함(1997.11)
	8	신한국당	·단계별 의보통합방안 마련하기로 함
	10.30	의료보험법중 개정법률안 (의원안, 황성균 외 30인)	·지역피보험자삭제(직장피보험자만 포함) ·요양급여기간을 300일 이상으로 확대
	10.30	국민의료보험법안 (의원안, 황성균 외 30인)	·의료보험공단에 지역의보조합의 업무를 흡수 ·공·교 피보험자와 지역피보험자의 재정구분계리 ·요양급여기간은 연간 300일 이상
	11.14	국민의료보험법안 (대안, 보건복지위원장)	·의료보험공단에 지역의료보험조합의 업무를 흡수 ·공·교피보험자와 지역피보험자의 재정구분계리 ·요양급여기간은 연간 300일 이상
	12	의료개혁위원회	·'의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제'보고서 - 현행관리운영체계의 골간을 유지하면서 지역의료 보험조합의 16개 시도 단위 광역화와 직장조합의 조합간 경쟁을 통한 규모 확대 제안
	12.18	제15대 대통령 선거	·김대중 후보당선
	12.30	국무회의	·국민의료보험법 시행에 정부재정부담 증대 등 문제가 예상되므로 대체입법 추진하기로 함
	12.31	국민의료보험법 제정 (법률 제5844호)	·지역조합과 공·교공단이 1998년 10월부터 통합 ·피보험자는 공무원·교직원, 지역피보험자. 보험자는 국민의료보험관리공단. 요양급여기간 300일 이상

3. 김대중 정부

의료보험관리운영체계 통합 논의는 통합을 국정과제로 한 김대중 정부의 출범으로 새로운 전기를 맞게 되었다. 1997년 말에 제정된 국민의료보험법에 의해 지역조합과 공무원·사립학교교직원조합의 통합은 1998년 10월 1일로 예정되어 있었고, 1999년 2월 8일에 국민건강보험법(법률 제5854호)이 제정되어 2001년부터 의료보험조직의 완전 통합이 확정되었다.

국민건강보험법 제정 이후에는 직장·지역의료보험의 조직통합 및 재정통합이 본격적으로 시작되었다. 그러나 직장의료보험과 지역의료보험의 조직 통합을 명시한 국민건강보험법(법률 제5854호)의 시행 즈음에 통합준비 부족을 이유로 법의 시행 시기를

6개월 미뤘다(2000. 7.로 연기). 지역의료보험과 직장의료보험 재정통합은 국민건강보험(법률 제5854호)에 한시적 구분 계리 단서를 붙였던 상황으로, 재정통합시기(2002. 1. 1)가 가까워 오자 또다시 논란이 되어 시행시기를 예정보다 1년 6개월 연기하게 되었다(2003. 7.로 연기). 그리고 지역가입자의 소득과약과 부과체계 개발이 핵심이었던 공평한 부과체계 마련 정책은 적절한 해결방안을 찾기가 어려워서 당분간은 지역가입자에게 국민의료보험법의 보험체계를 적용하기로 하였다.

통합작업이 마무리되어 가던 2001년 이후부터는 재정적자 위기극복 방안이 집중적으로 논의되었다. 2001년에는 누적된 적자에 2000년 7월의 의약분업 시행과 그 과정에서의 추가적 재정부담, 적기에 보험료를 인상하지 못했던 점, 의료서비스 이용의 증가 등이 복합되면서 급속도로 보험재정이 악화되었기 때문이었다. 정부가 다양한 재정 대책 마련, 이해관계자 설득, 국민건강보험재정건전화특별법의 제정 등을 통하여 재정위기를 해결하려 하였으나 갈등과 반발이 커서 쉽지는 않았다. 그리고 의약분업 실시 이후에는 대한의사협회와 대한약사회 등의 강력한 이익집단이 의약분업정책과 관련이 되면서 건강보험재정과 밀접한 의료보험수가와 보험료 등의 건강보험 재정 문제에 깊이 관여하게 되어 이 시기는 그 어느 때보다 다양한 참여자들의 참여가 이루어졌다.

2002년 1월 19일에 국민건강보험법의 개정과 국민건강보험재정건전화특별법의 제정 이후부터 정부는 보험재정 안정화를 위해 지출억제정책과 수입증대정책을 폈다. 지출억제를 위한 약가정책에서는 다국적제약회사의 반발이 거셌고 수가와 보험료를 결정과정에서 의약계와 가입자 단체의 갈등과 반발로 조정폭이 변동되어 조정까지의 기간이 많이 소요되었다. 2003년 7월의 재정통합을 대비하여 공단의 조직·업무·인사를 정비하였고 부과체계 통합준비를 하였으나 만족할 만한 성과는 얻지 못하였다.

2002년 이후에는 일부 개정된 국민건강보험법(2002.12.18. 법률 제06799호)이 요양기관의 운영의 안정을 기하고 수급자의 권리 강화를 위한 개선, 사립학교의 교직원 의료보험료가 안정적으로 확보될 수 있는 기반 마련등의 세부사항만을 다루는 등 국민건강보험과 관련된 주목할 만한 법 개정은 없었고 보험료율을 조정하는 국민건강보험 재정건전화특별법시행령 개정만 있었다.

<표 3-5> 김대중 정부의 건강보험정책 추진일지

시 기	주 체	내 용
1998	2.6	노사정위원회 ·지역 및 직장의료보험 전체통합 합의. 의료보험 통합 일원화 및 적용확대 위한 관계법령 개정 합의
	2.12	대통령직인수위원회 ·100대 국정과제제시. 의료보험통합방안 제시
	2.25	 ·김대중 대통령 취임
	3.23	의료보험통합추진기획단 ·‘의료보험통합추진기획단’구성(9.30까지 한시운영)
	10.1	국민의료보험법시행 (법률 제5488호) ·227개 지역의보조합과 공무원·사립학교교직원 의료보험이 국민의료보험공단으로 통합(1차 통합)
	12.2	국민의료보험법개정안 (의원안 황성균 외) ·의료보호를 의료보험에 통합, 직장조합을 국민의료 보험관리공단에 흡수통합
	12.3	국민건강보험법안(정부안) ·직장조합과 지역조합의 완전통합
1999	1.6	국민건강보험법안 (대안, 보건복지위원회) ·직장조합 흡수합병, 직장과 지역의 재정을 일정기간 구분 계리
	2.8	국민건강보험법 제정 (법률 제5854호) ·2000년부터 흡수의료보험조직의 완전통합 ·직장과 지역의 재정은 2001년까지 구분 계리함
	2.26	국민건강보험법중 개정법률안 (의원안, 홍준표 외) ·직장과 지역 재정 영구 구분
	7.10	국민건강보험법 중 개정 법률안 (의원안, 이성재 외) ·직장과 공·교가입자의 재정구분, 가입자간 상이한 보험료부과체계 적용가능(2001년까지) ·지역가입자 보험료는 부과표준소득을 기준으로 구분 계리기간(2001년)까지 국민의료보험법 부과체계 적용
	9.21	국민건강보험법 중 개정 법률안 (정 부 안) ·직장가입자와 공·교 직장가입자의 재정구분, 가입자간 상이한 보험료부과체계 적용가능(2001년까지) ·지역가입자보험료-부과표준소득을 기준으로 구분 계 리기간(2001년)까지는 국민의료보험법 부과체계 적용
	10.9	당정협의회 ·준비부족을 이유로 국민건강보험법(법률 제6093호) 시행을 2000년 7월로 6개월 연기하기로 함
	10.11	국민건강보험법중 개정법률안 (의원안 김명섭외) ·국민건강보험법(법률 제6093호)의 시행을 2000년
	12.6	국민건강보험법중 개정법률안 (대안, 복지위원회) 7월로 6개월 연기
12.31	국민건강보험법 개정 (법률 제6093호) ·조직통합시기의 6개월 연기(2000년 7월 1일 시행) ·2000년까지는 직장공·교의 재정을, 2001년까지는 직장과 지역가입자의 재정을 한시적으로 구분계리	

2000	4.13	제16대 국회의원 선거 (2001.5.30-2004.5.29)	·한나라당 133석, 민주당 115석, 자민련 17석
	7.1	국민건강보험법 시행 (법률 제6093호)	·139개 직장조합과 의료보험관리공단 통합(제2차 통합) ·직장과 지역가입자의 제정은 2001년까지 구분 계리
	7.1	보건복지부	·의약분업 실시
	12.29	국민건강보험법 개정 (법률 제6320호)	·2001.7부터 5인미만 사업장가입자를 직장가입자로 편입
2001	3.16	보건복지부	·직장의보는 5월, 지역의보는 7월부터 재정과탄위기 직장의보 9,714억원, 지역의보 1조6,694억원 적자 예상
	3.23	보건복지부	·건강보험재정안정비상대책본부 설치
	4.27	국민건강보험법중 개정법률안 (의원안, 심재철 외)	·직장가입자와 지역가입자의 제정 영구 분리 주장
	4.9 -5.9	감사원(감사원 4국4과)	·국민건강보험 재정운영실태 특별감사(4월9일-5월9일)
	5.31	보건복지부	·「건강보험 재정안정 및 의약분업 정착종합대책」 (1차대책)
	6.16	국민건강보험재정건전화특별 법안(의원안, 이상수 외)	·건강보험정책심의위원회 설치 ·지역가입자의 보험급여비용을 국가가 50% 부담
	7.1	국민건강보험법시행 (법률 제6320호)	·5인미만 사업장 가입자의 직장가입자로 편입
	10.5	보건복지부	·「건강보험재정안정 추가대책」(2차대책)
	10.5	국민건강보험재정건전화특별 법안(의원안, 이상수 외)	·건강보험정책심의위원회 설치 지역보험재정 40%는 국고, 10%는 국민건강증진기 금
	10.26	국회 보건복지위원회	·심재철 의원안이 복지위에 상정, 법안심사소위 회 부
	11.7	한나라당	·재정분리를 당론으로 확정
	12.24	국회 보건복지위원회	·지역재정분리하는 국민건강보험법 개정안 단독통과
	12.27	여야 연석회의	·여야 원내총무와 정책위의장이 4인 연석회의에서 건보재정통합의 유예논의 결렬
	12.27	보건복지부	·「건강보험 재정안정대책 및 의약분업시행성과」 발표
12.29	여야 원내총무회담	·2002년 1월 4일에 총무회담에서 논의, 2002년 1월 12일까지 유예여부 확정할 예정	

2002	1.4	여야 원내총무회담	·직장·지역 재정통합을 1년6개월 유예하기로 합의. ·재정통합은 2003년 7월로 시행시기 미뤄짐
	1.8	국회 본회의	·지역재정통합을 2003년6월30일까지로 연장하는 ·국민건강보험법 개정안 의결(1년6개월 유예) ·국민건강보험재정건전화특별법 의결
	1.16	보건복지부	·「의약분업 및 건강보험재정안정대책 추진성과」 : ·국민건강보험재정건전화특별법 제정, 지역재정 구분계리 1년6개월 연장
	1.19	국민건강보험법 개정 (법률 제6618호)	·지역재정통합을 1년6개월간 유예-직장과 지역 가입자의 재정 구분계리기간을 2003년 6월 30일 까지로 연장
	1.19	국민건강보험재정건전화특별 법 제정(법률 제6620호)	·건강보험정책심의위원회 설치, 보험료산정절차 일원화, 지역보험에 정부 재정지원 법제화
	1.30	건강보험정책심의위원회	·보험료 조정안, 담배부담금 배분방안, 보험약가 인하 논의 예정이었으나 의료계의 반발로 첫도입 무산
	2.7~2 .27	건강보험정책심의위원회 (2002.2.7.-2002.2.27. 7차례 전체회의 개최)	·건강보험재정적자 원인, 건강보험 주체간 고통분담 방안, 보험재정 운영방향 논의. 2002년 수가와 보험료 표결 - 3월부터 직장, 지역가입자의 건강보험료 6.7% 인상 - 4월부터 진찰, 조제료 등 의보수가는 2.9% 인하
	3.25	국민건강보험재정건전화특별법 시행령개정(대통령령 17552호)	·직장가입자의 보험료율을 3.4%에서 3.63%로 조정 ·지역가입자 보험료액을 부과표준소득 점수당 현행 100원에서 106.7원으로 조정
	7.9	보건복지부	·보험약가인하시도에 약사회가 이의제기, 조제료 인하시기를 8월 1일로 변경함
	11.5	건강보험정책심의위원회	·상대가치점수를 의원진찰비 8.7%인하, 약국조제료 3% 인하, 병원입원료 24.4%인상을 확정하자 의약계와 약사회대표 반발
	11.16	보건복지부	·2003년부터 2,732개 약품 보험약값 평균 7.2% 인하
	11.29	건강보험정책심의위원회	·2003년부터 의원진찰료 8.7%, 약국조제료 3%인하, 병원병실료는 24.4%, 건강보험료는 8.5%, 의보수가 2.97%인상 결정(찬성13 반대3 기권8)
	12.19	제16대 대통령 선거	·노무현 후보 당선
12.30	국민건강보험재정건전화특별법 시행령개정(대통령령17852호)	·2003년도에 적용할 지역가입자의 월별 보험료액과 직장가입자의 보험료율을 각각 8.5%로 조정	

2003	1.11	보건복지부	·대통령직인수위원회에 건강보험개혁 사항 보고 (건강보험 재정통합준비위원회를 구성. 6월까지 통합 절차 마무리, 지역 재정을 7월부터 통합, 2006년까지 적자 없앴, 보험급여확대)
	2.18	건강보험통합추진기획단 (공동단장 차홍봉)	·직장과 지역으로 분리된 공단업무 일원화(2월까지) ·고소득 가입자 보험료 부담 상한선 조정 ·진료비 본인부담 상한제 실시 ·직장가입자에게도 근로소득 이외에 재산 (주택, 자동차 등)을 보험료부과기준에 반영할 것을 논의할 예정

제 3 절 소 결

노태우 정부에서는 의료보험제도 도입 이래 조합관리 방식으로 운영되고 있었는데 의료보험 조합의 수가 증가되면서 조합의 운영과 재정의 취약성이 문제점으로 나타나게 되었다. 따라서 관리운영체계의 통합 일원화 의견이 제기되었고 여야 국회의원의 만장일치로 1988년 3월 9일 국회를 통과하게 되었다.

그러나 대통령이 통합법안을 거부하여 의료보험 관리운영체계는 보사부가 추진하던 광역조합방식을 따르게 되었고 도시지역의료보험도 광역조합을 기초로 출발하게 되었다.

김영삼 정부에서는 통합의료보험법안이 무산된 뒤 관리운영체계에 대한 논의가 없었으나 지역의료보험의 재정 불안요소 제거 및 통합을 원하는 참여자와 일부 의원들에 의해 통합 논의가 재계되었다. 하지만 조합관리방식을 고수한 보건복지부와 의료보험체계의 통합만이 효율성을 높일 수 있다고 생각한 국회와 갈등구조를 나타내게 되었다. 이 시기는 참여자들의 조직적인 활동이 정부의 정책결정과정에서 영향을 미치는 토대가 마련되는 시점으로 참여가 불가능하거나 미미하였던 이해관계집단이 연합하여 의료보험통합운영을 이끌어내는 변화를 보였다.

김대중 정부에서는 의료보험관리운영체계 통합논의는 통합을 국정과제로 출범하였기에 새로운 전기를 맞게 되었다. 의료보험의 부분통합을 거쳐 2001년부터 의료보험조직

의 완전통합이 확정되었고, 통합작업이 마무리되어 가던 2001년 이후부터는 재정적자 위기극복 방안이 논의되기 시작했다. 정부가 다양한 재정대책마련, 이해관계자 설득 등을 통하여 재정위기를 해결하려했으나 갈등과 반발이 커서 쉽지는 않았다. 2002년 이후 국민건강보험과 관련된 주목할 만한 변화는 없었고 보험료율을 조정하는 국민건강 보험재정건전화 특별시행령 개정만 있었다.

제 4 장 국민건강(의료)보험정책 결정과정 분석

제 1 절 노태우 정부

1. 정책환경

노태우 정부는 국민들의 직접선거로 탄생한 정부였으나 권력의 기반은 5공화국을 이어받아 이전 정권의 인맥을 그대로 가지고 있었고 국민의 지지가 약했기 때문에 각종 선심성 정책으로 정부를 안정시키려는 노력을 하였다. 민주주의가 태동하고 노동계급의 세력이 강화되면서 복지국가 탄생의 계기가 조성되는 시기였으나 정책결정자들은 과거 정권의 관행을 버리지 못하고 있었고, 다양한 목소리를 수용할 만한 역량이 부족하여 국민들의 요구를 제대로 수렴할 수 없었다.

1987년 6.29선언 이후 사회 각층의 공평배분 및 민주화·자유화 요구는 정부가 감당하기 어려울 정도로 다양하고 강력하였고, 특히 제13대 국회의원 선거(1988.4.26) 결과 우리나라 정치사상 처음으로 야당이 다수인 의원 구성을 가지게 되어 국민들의 요구는 여소야대 국회구도에서 야당을 통하여 정책에 반영될 가능성이 있었다. 그러나 1990년 1월 22일에 3당 통합(민주정의당, 통일민주당, 신민주공화당)으로 민주자유당이 창당되면서 정치적인 상황은 반전되었다.

1) 정치적 환경

제6공화국 정부를 수립하기 위한 1987년 12월의 대통령 선거에서 노태우 후보는 36.6%라는 낮은 지지율로 당선되었으나 국민들의 선택의 결과였다는 점에서 대통령으로서의 정통성을 획득하게 되었다.⁴⁸⁾

민주주의체제가 장기적으로 비폭력적 자유경쟁을 통하여 정치적 우선순위를 결정하

48) 신명순, 『한국정치론』 (서울 : 법문사, 1993), p.164.

는 체제라고 할때,⁴⁹⁾ 제6공화국의 정치체제는 적어도 법적·제도적 장치와 절차면에서는 민주지향성을 지니고 있었다. 제6공화국 출범 이후 노태우 정부는 정치·사회적 변화에 따라 표면적으로는 40여 년 간 누적되어 온 권위주의체제의 고리를 풀어 민주화를 추진함으로써 정치체제의 정당성을 더욱 높일 수 있었다. 그러므로 제6공화국은 정치체제의 정당성과 동의의 기반이 과거의 유신체제나 5공체제에 비해 상대적으로 높았다고 할 수 있다.⁵⁰⁾

직선제를 통한 대통령의 선출로 정치권력은 일정하게 정당성과 동의의 기반을 갖출 수 있었다. 대통령의 국가비상사태 선포권과 국회 해산권을 삭제함으로써 입법부와 사법부의 자율성이 상대적으로 강화되었고, 언론기본법이 폐지되어 언론의 자율성이 신장되었다. 30년만에 지방자치제가 부활했고 노동3권의 보장은 노동운동을 활성화시켜 참여기제가 확대되고 국민들의 요구투입이 용이해졌다.⁵¹⁾

이처럼 노태우 정부는 의견상 국민의 직접투표에 의해 선출되어 부분적으로는 정치적 정당성을 인정받았으나, 한편으로는 과거 군부정권의 연장선상에 놓여 있다는 태생적 모순을 동시에 안고 있었다. 즉 이 시기 정치체제는 과도기적 권위주의체제로서의 성격을 지니고 있으면서도 의견상으로는 법·제도적 장치 및 절차 면에서 민주적 지향성을 특징으로 했다.

이와 같은 법적·절차적 측면에서의 정치체제의 민주화 과정은 과거 권위주의 정치체제의 정당성 부재로 인한 민주 대 반민주의 대결구도를 약화시키게 되었고 제한적이기는 하지만 장외의 정치적, 사회적 세력을 정당정치에 틀내로 수용하게 되었다.⁵²⁾

한편 이 시기는 한국 의정사상 초유의 여소야대 국회가 출현한 시기였다. 제13대 총선의 결과 이른바 ‘3김씨’가 모두 원내로 복귀하고 4당 모두가 지역당의 성격을 벗어나지 못하는 한계를 노출했다는 점에서 한계를 갖기는 하지만 여소야대 국회가 등장함으

49) Juna J. Linz. "Totalitarian and Authoritarian Regimes." in Fred I. Greenstein and Nelson Polsby. eds. Handbook of Political Science, Vol.3. Macropolitical Theory (Reading Mass : Addison Wesley Publishing) 1975. P.182

50) 김호진, 『한국 정치체제론』 (서울 : 박영사, 1994), p.273.

51) 김호진, 상계서 p.274.

52) 오창현, "정치사회의 재편과 민주주의의 공고화" 1994년 한국정치학회 워크샵 발표논문, (1994), p.8.

로써 국회의 권한이 획기적으로 강화될 수 있는 전기가 마련된 것이다.

1988년 4월 26일에 실시된 13대 국회의원의 선거결과는 예상을 뒤엎고 집권당인 민주정의당은 총 299석 중 125석을 차지한 반면, 야당인 평화민주당은 70석, 통일 민주당은 59석, 그리고 신민주공화당은 35석을 차지함으로써 한국의회정치 사상 초유의 여소야대 국회가 출현했다. 국회활동에 있어서 과거와 같은 여당의 독주가 더 이상 불가능하게 된 상황에서 국회의 권한은 활발하게 발휘되었다. 13대 국회의 개원과 더불어 유신헌법하에서 삭제되었던 국회의 대 행정부 국정감사가 부활되었고, 회기중의 의원활동에 대한 면책특권이 보장됨으로써 국회의 권한은 과거와 달리 비약적으로 강화되었다. 대법원장의 임명에도 국회의 동의가 필요하게 되어 사법부의 독립성도 이전에 비해 훨씬 강화되었다.⁵³⁾

이처럼 6공화국의 정치체제는 전반적으로 민주주의의 형식적이고 절차적인 기본요건을 상당한 정도로 충족했으나, 국가는 시민사회에 대한 권위주의적 통치관행을 완전히 버리지 못하고 있었다. 즉 과거 정부 시기에 비해서는 국민의 참여가 활성화되었으나, 6공화국 정부 역시 국민 참여를 적극적으로 수용하지는 못했다고 할 수 있다. 그러나 이 시기에는 과도기적 권위주의 체제에서 민주주의 체제로의 이행이라는 정치적 환경 변화의 결과 아래로부터의 사회적 요구와 위로부터의 정권의 생존전략이 결합됨으로써 제한적이거나 사회복지정책의 결정과정이 민주화될 수 있는 가능성이 확대되었다고 할 수 있다.

2) 사회·경제적 환경

한국의 경제는 괄목할 만한 성장을 이루어왔다. 1960년의 1인당 GNP가 79달러였던 것이 1970년의 253달러, 1975년의 594달러를 지나서 1977년에 이르면 1,000달러를 넘어 서고 있다. 뿐만 아니라 1989년에는 5,000달러를 넘어섰으며, 1995년 이후에는 10,000달러를 넘어선 경제강국으로 성장했다. 이는 1960년의 1인당 GNP를 중심으로 볼 때, 1977년에는 12배가 증가한 것이고, 1995년에는 무려 127배가 증가한 것이다. 즉, 한국의

53) 최정원, "한국의 복지 정책 결정 과정에 관한 연구" (행정학박사학위논문, 연세대학교, 1998), p.195.

경제는 외형상으로 볼 때는 큰 폭으로 성장해 왔다고 볼 수 있다.

특히 1980년대 중반 이후로 호경기와 흑자경제를 통한 경제적 자원의 축적은 복지정책출산에 어느 정도 유리한 조건이 되었다. 특히 국민의료보험법이 산출되던 시기는 GNP가 급속히 증가했고, 1986년에는 3저 호황이라는 외적 조건에 힘입어 이미 경상수지 흑자가 46억달러를 초과한 상황이었다. 국민의 전반적인 경제능력도 향상되었다. 1987년부터 1991년까지의 제6차 경제사회발전 5개년계획은 추진 초기의 경제적 호황으로 시작연도인 1987년도의 성장률은 당초계획 8.0%를 훨씬 초과한 12.0%의 실적을 나타냈고, 1988년에는 12.4%를 기록했다.⁵⁴⁾

<표 4-1> 1인당 GNP(경상) 증가율

연 도	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
1인당 GNP(달러)	1,399	1,644	1,592	1,734	1,824	2,002	2,158	2,194	2,505	3,110
증가율(%)	9.8	7.2	-3.7	5.9	7.2	12.6	9.3	7.0	12.9	13.0

자료 : 한국은행, 「주요경제지표,」 국민계정, <http://www.bok.or.kr>

※ 증가율은 실질증가율

국제수지 역시 1987년에는 9.9%, 1988년에는 14.2%의 흑자를 기록하고 있었다. 이는 해외부문에서의 국제금리와 유가의 하락이라는 외부요소가 결정적인 효과로 작용함으로써 저물가, 고성장, 흑자수지를 한꺼번에 취할수 있었기 때문이다.

경영수익률도 증대되어 기업의 부담능력이 향상되었다. 매출액 대비 경상이익율을 살펴보면, 1985년 2.5%에서 1988년은 4.1%로 2배나 증가되었고 매출액 대비 순이익율도 1985년의 경우 1.1%에서 1988년 2.2%로 늘어났다. 이렇게 볼 때 이 시기 기업의 부담능력은 경제성장에 힘입어 상당히 향상되었다고 할 수 있다.⁵⁵⁾

54) 재정경제원, 「예산 개요 참고자료」(1993), p.268~269.

55) 김행범, “복지정책의 산출요인에 관한 연구”(행정학박사학위논문, 서울대학교, 1998), p.36.

또한 이 시기에는 노동자들의 실질임금이 큰 폭으로 상승함으로써 노동자들의 부담 능력들도 의료보험의 확대에 유리한 방향으로 개선되고 있었다. 아래의 <표 4-2>는 노동자들의 부담능력을 의미하는 실질임금이 1986-88년의 시점에서 급격히 증대했음을 보여준다.

<표 4-2> 실질임금 상승률

연도	명목 임금		실질 임금	
	금액(천원)	증가율(%)	금액(천원)	증가율(%)
1985	339	4.9	725	2.4
1986	374	10.3	779	7.4
1987	414	10.5	835	7.3
1988	487	17.6	917	9.8
1989	536	10.1	955	4.1
1990	624	16.5	1,024	7.3
1991	725	16.2	1,088	6.2

자료: 노동부 「매월노동통계조사」 각년도; 통계청 「주요 경제지표,」

<http://www.nso.go.kr>

※ 실질임금=명목임금/소비자물가지수(2000=100)*100, 종사자수 10인 이상 사업체 대상

그러므로 이 시기에는 의료보험을 확대할 수 있는 충분한 경제적 여건이 조성되어 있었다고 할 수 있다. 이에 따라 경제성장에 걸맞는 사회복지제도의 확대를 통해 각계 각층의 의료수요상의 형평성을 제고시켜야 한다는 요구가 점차 설득력을 얻게 되었다.

정부는 1986년 후반 '3대복지정책'을 발표한 이후 경제부처의 주역인 경제기획원에서 예산운용을 복지 중심으로 하겠다는 입장을 밝혔다. 제6차 경제사회발전5개년 계획은 능력과 형평을 토대로 한 경제선진화와 국민복지증진을 기본목표로 하고 경제개발의 성과는 지역간 및 계층간에 균형 있게 확산되어야 하며, 또한 우리의 경제발전 단계로 보아 부문 간 균형 발전을 추구하는 것이 오히려 국가 전체의 발전속도를 빠르게 할 것으로 판단된다는 인식하에 여러 추진과제를 제시하고 있었다.⁵⁶⁾ 여기에는 사회복지제도의 확대 개선, 고용 확대와 인력개발, 주거환경의 개선, 노동복지의 증진 등이 포함

56) 김운태 외, 『한국정치론』 (서울 : 박영사, 1994), p.72.

되었다. 제6차 경제사회발전 5개년 계획은 1986년 5월에 발표된 사회복지 관련 6대사업의 중점추진 계획과 일맥상통하는 것이라고 할 수 있다⁵⁷⁾ 이와 같은 일련의 흐름에서 여당인 민정당과 정부가 과거와 달리 저소득층의 복지증진을 위해 가급적 많은 예산을 배정하려고 시도했음을 알 수 있다.

이러한 여당의 시도는 선거에 임박해 의례적으로 있을 수 있는 일이었지만, 제5공화국 후반의 경우에는 이전과는 판이하게 달랐다. 1986년 8월 25일에 열린 당·정협회에서 정부가 제시한 1987년도 예산안은 전년 대비 12.9% 증액된 것으로서 당시의 경제 상황으로 보아 전체적으로 팽창예산은 아니었다. 그러나 민정당이 요구한 역점사업비는 13,878억원으로 1987년 예산액에 비해 42.8%나 증가한 것이었다. 더구나 농어촌 및 복지사업비는 87%나 증가했다.⁵⁸⁾

아래 표에서 보듯이 농어촌 종합대책과 국민복지 증진대책의 실시를 위해 전년대비 4,500억원이 증액 투입되는 등, 사회복지 관련 사업비 예산은 급격하게 증가했다.

<표 4-3> 사업비 예상 배분(단위:억원, %)

구분	1986	1987	금액	증감(%)
농어촌 지원	5,505	8,808	3,375	613
농어촌 종합대책	442	3,476	3,034	
농업기반조성 등	5,445	7,425	1,980	
국민복지 증진	2,730	3,922	1,192	43.7
물문제 및 환경개선	1,623	2,056	433	26.7
도로건설	3,924	4,657	733	18.7
계	13,782	19,108	5,326	38.6

자료: 한국개발연구원, 『경제발전에 있어서 국가재정의 역할』 1988, p.469.

※ 중복분 제외로 합계화 내역이 불일치함

57) 이 6대 사업의 주요 내용은 최저임금제의 실시, 전국민 의료보험 확대, 중학 의무 교육과 도시영세민 자녀의 실업계 고교 무상교육, 근로자 임대아파트의 대량건설 및 저렴한 입주금 책정, 지자체에 대비한 지방경제의 활성화, 도시영세민 지원 종합 대책으로 구성되었다. 서울신문, 1996년 5월 29일자.

58) 농어촌 복지사업비는 1986년에는 4,603억원이었으나 1987년 예산안에는 8,608억원으로 87%나 증가했다. 그럼에도 불구하고 당시 민정당 정치채 예결위원장인 정부제출 예산안이 농어촌을 비롯한 민생부문의 재정 배분 구조를 획기적으로 체고시키겠다는 당의 기본지침에 미흡하다고 발언했다. 이러한 민정당의 요구는 결국 1987년도 예산에 비교적 충실히 반영되었다.

한편 1986년 확정된 ‘국민복지증진대책’은 국민연금제와 최저임금제의 실시, 전국민 의료보험 확대를 포함했다. 따라서 이 대책은 근로자에 대한 정부의 물적 재분배조치로 간주될 수도 있으나 그 실질적인 효과는 그리 크지 못했다. 국민연금제의 불입기간이 통상 20년 이상인데다 최저임금제에 따라 설정된 최저임금액이 매우 낮은 수준이었기 때문이었다. 이에 비해 전국민 의료보험 확대는 당장 정부가 재원을 투자해야 했다. 저소득층의 50%에 대한 의료보험료의 일부와 지역의료보험 관리운영비를 정부가 부담하기로 했기 때문이다. 뿐만 아니라 ‘국민복지증진대책’은 영세민과 장애인복지 대책을 포함하고 있었다. 전자의 경우, 1988년부터 도시 영세민에게 생계비와 용자를 확대·지원하고, 노인 보호시설을 확대하며, 취로사업을 확대하고 효율화하기로 했다. 그리고 장애인 등록제의 실시, 복지시설에서의 직업훈련의 실시, 국립병원 의료보험 수가의 적용, 특수학교의 증설에 의한 교육확대, 취업 및 입학 차별의 개선 등의 내용을 담고 있다.

1986년 9월 민정당은 정책위원회, 당 예결위 분과위원장 연석회의를 열고 농어촌 부담의 경감, 중소기업의 지원, 전국민 의료보험화에 대비한 준비금의 증액을 위해 정부 제출 예산안에 6,000억원을 더 증액하기로 결정했다.⁵⁹⁾

1987년 3월 들어 정부는 ‘농·어촌 부채 경감대책’을 확정했다. 정부가 1조원이라는 막대한 자금을 들여 농·어촌 부채를 경감해 주었다는 점은 매우 파격적인 조치였다. 이러한 일련의 사례들은 당시 전두환 정권과 여당인 민정당이 정권재창출을 위한 정치일정을 앞두고 저소득층에 대한 물적 재분배를 국가정책에 적극 반영하려고 시도했다는 점을 확인시켜준다.

또한 의료보험 통합일원화가 논의되던 1987년을 전후한 시기에는 괄목할 만한 경제 성장과 산업화의 진전이 이루어졌음에도 불구하고 선성장·후분배 전략의 후유증으로 분배의 불균형문제가 심각하게 대두하고 있었다. 이에 따라 아래로부터의 복지에 관한 요구가 강하게 표출되었다.

경제적 상황의 전반적 개선이 이루어짐에 따라 1970년대 이후 1980년대 중반까지 심화되었던 소득격차도 점진적으로 완화되었다. 상위 20%의 소득점유율이 1985년 43.7%

59) 서울신문, 1986년 9월 3일

에서 1988년의 42.2%, 그리고 1989년에는 40%미만으로 감소했다. 이러한 추세는 소득불평등 지수인 지니계수에서도 나타나는데 1985년 0.3631에서 1988년 0.3355로, 1989년에는 다시 0.3039로 점차 감소했다⁶⁰⁾. 아래 <표 4-4>에 제시된 바와 같이 이 시기 정부의 사회 보장 예산도 점증하는 추세에 있었다.

<표 4-4> 정부예산 및 GNP 대비 사회복지예산 비율

연도	정부예산 대비 사회보장 및 복지예산			GDP 대비 사회보장 및 복지예산		
	사회보장	공적부조	사회복지 서비스	사회보장	공적부조	사회복지 서비스
1981	2.4	-	-	0.4	-	-
1982	2.8	-	-	0.5	-	-
1983	3.4	-	-	0.5	-	-
1984	3.3	1.2	0.7	0.5	0.2	0.1
1985	3.2	1.2	0.6	0.5	0.2	0.1
1986	3.3	1.3	0.7	0.5	0.2	0.1
1987	3.6	1.5	0.7	0.5	0.2	0.1
1988	4.4	1.7	0.7	0.6	0.2	0.1
1989	5.2	1.7	0.7	0.8	0.3	0.1
1990	5.4	1.4	0.8	0.8	0.2	0.1

자료: 통계청, 『한국의 사회지표』 사회보장 및 복지 예산, <http://www.nso.go.kr>

* 각년도 수치 중 1981년부터 10년간의 자료를 발췌

그러나 실질적으로 절대 빈곤층 대부분의 소득 수준은 전 국민의 평균 소득수준에 크게 못 미치고 있었다⁶¹⁾. 1992년 당시 도시의 절대 빈곤층은 소득의 1.8배를 지출하고 있었으며 빈곤 가구의 64.7%가 부채경험이 있고 그 규모도 연평균 182만원에 이르는 것으로 나타났다⁶²⁾.

그런데 이 시기에 오면 과거 권위주의 체제에서와는 달리 복지수혜자들이 잠재적 수

60) 통계청, 『한국의 사회지표』 (서울 : 통계청), pp.60~66.

61) 이 당시 절대적 빈곤층의 소득 상황을 보면 1990년 농촌 빈곤가구의 월평균 소득은 21만원, 대도시 빈곤가구의 월평균 소득은 27만 1천원에 그쳤다. 이러한 수치는 1989년 농촌지역 전체층 월평균 소득수준 786,417원과 도시 근로자 소득수준 882,445원에 비해 크게 떨어지고 있었다. 뿐만 아니라 이들은 소득보다 많은 지출로 인해 부채에 시달리고 있었다. 최정원, 『한국의 복지정책결정과정과정에 관한 연구』 연세대학교 석사학위논문, 1998. p.198.

62) 박순일, 『선진경제의 문턱에서 본 한국의 빈곤현실과 사회보장』 (서울 : 일신사, 1994), p.200~203.

요로 존재하지 않고 복지에 대한 요구를 표출하는 실질적 수요로써 나타나고 있다. 권위주의체제가 와해된 이후 자유화, 민주화의 물결과 함께 그 동안 통제되어 왔던 일련의 요구들이 합법적·비합법적 방법으로 쏟아져 나온 것이다. 이 시기를 사회적 수요의 측면에서 보면 전 시기에 걸쳐서 복지에 대한 수요가 가시적으로 뚜렷이 존재했다.

이 시기에는 또한 노동력의 수요와 공급의 변화에 따라 노동시장 구조의 변화가 나타났다. 강순희(1994)는 이 시기에 나타난 주요한 노동시장 구조의 변화 양상과 원인을 아래와 같이 제시했다. 첫째, 노동력 구성상의 변화로 노동시장 구조의 서비스화, 노동시장의 여성화, 고학력화, 고령화 현상이 나타났다. 이는 제조업 부문 취업자 감소와 서비스업 부문 취업자의 증가, 여성 취업자의 증가, 산업구조의 고도화 등에 따른 현상이다. 둘째, 인력부족과 인력과잉이 공존하는 현상이 나타났다. 단순 기능 및 기술, 기능인력 분야에서 공급부족이 발생한 반면, 고학력 인력의 공급과잉현상이 일어났기 때문이다. 셋째, 불안전 취업자가 증가하고 인력과전, 촉탁, 계약고용 등 새로운 고용형태가 등장했다⁶³⁾.

이에 따라 국가와 자본, 노동간에 대규모의 충돌이 계속되었다. 전반적인 자유화, 민주화의 국면을 틈타 새롭게 성장하기 시작한 노동운동 세력은 활동 양상에 있어서 기존 한국노총 산하의 노동조합과는 상당한 질적 차별성을 보여주었다. 1984년 당시 노동조합의 총수가 2,635개에 그친데 반해 1988년의 노동조합 총수는 6,142개로 3배 가까이 늘어났다. 복지의 수혜자들이 노동조합을 중심으로 자신들의 이해를 표출할 수 있는 가능성이 훨씬 커진 것이다.

1987년 이후 자발적 대중투쟁의 과정을 거쳐서 형성된 새로운 현장 지도부들은 거의 독자적인 노력을 통해 노동조합을 조직하고 활동해나갔다. 즉 급격히 증가된 사회적 요구의 표출은 노동조합 등 자신들의 욕구를 실현할 수 있는 조직기반이 마련됨으로써 가능했다고 볼 수 있다. 아래의 <표 4-5>는 이 시기의 노동조합 조직을 추이와 노사분규의 건수를 담고 있다.

63) 강순희, “1980년 이후 임금수준 구조의 변화와 노동자 생활” 한국 사회과학 연구소, 『동향과 전망』, (제 24호, 1994)

<표 4-5> 연도별 노동조합 및 노사분규 추이

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
조합수	2,355	2,534	2,658	4,086	6,142	7,861	7,698
조합원수	1,011	1,004	1,036	1,267	1,707	1,932	1,886
조직율(%)	18.4	16.9	16.8	18.5	19.5	19.8	18.4
노사분규	113	265	276	3,749	1,873	1,616	332

출처: 통계청, 『한국통계연감』 제41호 1994, p.100.; 통계청, 『한국의 사회지표』 1997, p.207

1987년 7, 8, 9월에 걸친 노동자 대투쟁 당시 노동자들은 임금인상, 상여금 인상, 각종 근로조건개선, 어용노조퇴진, 악덕기업주 퇴진을 내걸고 전국적인 총파업을 벌였다. 1987년 3개월 동안만 3,337건의 노사분규가 발생했고, 1987년 한 해 동안의 분규건수(3,749)는 전년도에 비해 13배 이상으로 급증했다.

1987년 이후 전국 각 지역을 중심으로 제조업 분야에서 발전한 ‘지역노조협의체’는 이러한 사정을 반영한 것이다. 새로운 노동운동을 대표하는 두 조직군은 1988년 12월 ‘지역·업종별 노동조합 전국회의’를 구성해 기존 한국노총과 대립되는 전국적 조직으로 성장한다. 1989년 말에는 각각 지역노조협의체가 630개에 단위조합 263,540명, 지역업종별 노동조합전체회의 690개 단위노조에 173,800명의 조직원을 포괄하고 있다.

한편 한국노총은 민주노조운동의 성장에 따라 유일한 전국적 노동단체로서의 위상이 흔들리기 시작했다. 그러나 한국노총은 한편으로는 민주노조운동의 수혜자이기도 했는데, 이는 국가가 정책 파트너로서의 지위를 보장하고, 전례 없는 액수의 경제적 지원을 제공했기 때문이다. 한국노총에 대한 국고지원금은 1989년 18억원, 1990년 32억 등으로 지속적으로 증가했다. 그러나 대중 동원력이 취약한 한국노총은 1987년 이전은 물론 그 후에도 청원과 호소의 방법에 거의 전적으로 의존했다. 이들의 요구조건을 보면 그 동안에는 노동복지를 중심으로 소득의 불균형에 의한 임금문제에 치중하고 있었고, 제4의 욕구라고 불리는 사회보험에 대한 직접적인 요구의 표출은 거의 존재하지 않았다.

사회복지정책을 국가의 대응이라는 측면에서 본다면 권위주의체제기인 제5공화국의 경우에는 선성장·후분배의 원칙하에 사회복지정책에 대한 수요를 무시했고, 다만 사회복지제도의 수립시기나 사회복지비 지출 면에서 정통성의 구축과 선거 전략이라는 사회통제장치의 일환으로 사회복지정책을 다루는 경향이 압도적이었다.

노태우정부에 들어 한국의 사회복지정책은 복지 관련법이 지속적으로 제·개정 되어 옴으로써 외관상으로는 어느 정도 체계화가 이루어졌다고 할 수 있다.

그러나 노태우정부의 사회복지정책은 그 내용과 수준면에서는 여전히 열악한 실정에 있었다. 국가는 사회보장을 행하되 사회복지제공의 기준으로 열등수급의 원칙을 명백히 했으며, 수익자부담 원칙에 따라 국가의 부담은 최소한에 그쳤다. 또한 국민 전부에 대해 보편적인 사회보장을 제공한 것이 아니라 군인, 경찰, 공무원 등 특정 집단에게 국가가 보담하는 선별주의적 정책을 행함으로써 Esping-Anderson⁶⁴⁾류의 조합주의적 사회복지체제의 범주에 머무르고 있었다. 즉 이시기의 사회복지정책은 아래로부터의 복지요구 수렴이라는 측면보다는 사회불안을 회피하고자 하는 목적이 강했고, 선거 시기에 주요 정당의 슬로건으로 부각되는데 그치는 등 정치적 동기가 농후했다는 점에서 국가가 실질적으로 부각되는 데 그치는 등 정치적 동기가 농후했다는 점에서 국가가 실질적 의미의 복지정책을 행사했다고 평가하기는 어렵다고 할 수 있다.

정부는 조합관리 방식에 입각한 전국민의료보험 조기실시의 목표를 세우고 시범지역을 선정해 의료보험 시범사업을 실시한 후 1988년 1월 1일부터 농어촌지역의료보험을 전국적으로 확대 실시했다. 이에 따라 농·어민과 도시 자영자로 구성된 266개 지역의료보험조합, 5인 이상 사업장 근로자와 그 부양가족을 수용한 154개 직장의료보험조합, 공무원 및 사립학교 교직원과 그 부양가족 및 군인 부양가족 등으로 구성된 공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단이 제각기 분리·운영되었다.

그러나 의료보험 실시 12년만의 전 국민의료보험 적용이라는 단기간의 급속한 발전 이면에는 많은 당면 난제들이 놓여있었다. 정부의 의지로 전 국민의료보험 제도가 일단 시행은 되었으나 민간주도형의 조합관리방식과 특수직역에 대한 정부 관리방식의

64) Esping-Anderson. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. (Princeton : Princeton University Press) 1990. p.26~29

관리체계로 이원화됨에 따라 양 체계간의 형평성이 주요한 문제점으로 대두되기 시작했다. 즉 의료비의 급격한 팽창과 함께 재정안정문제가 현안으로 떠오른 것이다. 정부는 안정적인 재원의 조달과 보험급여에 있어서의 적정화, 보험재정의 안정적인 유지 및 조합관리운영의 개선, 그리고 의료보험사업의 내실화 등을 정책목표로 설정하고, 전 국민의료보험을 조기 정착시켜 문제점들을 해소하고자 했다.

정부는 당초 지역의료보험조합에 대해서는 국민의 부담능력을 감안해 ‘저부담 · 저급여’의 체계로 설계하면서도 직장의료보험조합과 동일한 수준의 보편적인 급여수준을 설정했다. 그러나 지역의료보험조합 가입자들의 경우 상대적으로 부양인구가 많아 보험급여비가 높은 반면 제도의 조기 도입시 나타날 수 있는 저항을 고려해 보험료는 상대적으로 낮은 수준으로 책정됨으로써 결과적으로 극심한 재정불안이 초래되었다. 그 결과 보험료의 지속적인 인상과 저항이라는 악순환이 불가피하게 나타났다.

<표 4-6> 연도별 보험료 인상률

구 분	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
평 균	19.6	28.4	30.6	10.3	7.0	7.3	12.1	13.3
도 시	-	25.4	29.2	9.4	5.0	3.3	10.9	13.2
농어촌	19.6	30.9	31.5	10.4	7.6	8.2	12.4	13.5

자료 : 의료보험관리공단, 『의료보험통계연보』, 각년도

※ 1989~96년도 수치를 발췌

여기에 노령화의 진전으로 인한 노인인구의 지속적 증가, 급여기간의 확대와 이에 따른 급여제한일수의 폐지, 고가검사의 급여, 고가장비의 급여제한 해제, 새로운 의료 기술 등의 개발에 의한 수가의 인상, 약제의 고가화와 본인부담금의 인하 등으로 인한 의료보험재정의 수요증가 현상이 추가되어 문제는 더욱 악화되기 시작했다.

결국 전 국민의료보험의 시행 과정에서 부작용들이 노출됨으로써 종전의 조합관리방식에 입각한 의료보험제도를 통합주의관리 방식으로 변경할 것을 요구하는 주장들이 적극적으로 제기되었다.

2. 참여자 요인

1) 대통령

대통령중심제 정부 형태하에서 대통령은 행정부의 수반으로서의 지위와 국가원수로서의 지위를 동시에 지니고 있다. 그런데 권력집중형인 후진국의 정치체제하에서 대통령이 담당하는 입법 과정상의 역할은 미국과 같은 다원적이고 권력분산형의 정치체제하에서 행정수반인 대통령이 담당하는 그것과 커다란 차이가 있다. 의회에서 의결하게 되는 법률의 형태를 취하고 있는 정책도 대통령이나 행정부에 의해 실질적으로 결정되는 경우가 많다. 행정 각 부처가 실질적으로 정책을 결정하는 경우도 대통령이 언제나 강력한 결정권을 가진다. 그러나 시간·정보·전문지식의 부족 등으로 인해 강력한 권한을 가진 우리나라의 대통령도 실질적으로 정책결정을 독점할 수 없다.

오늘날 사회가 고도로 발전함에 따라 사회가 분화·복잡해지고, 이질화되는 현상이 두드러지게 나타남으로써 행정권의 양적 확대와 질적 변화 현상이 나타나고 있음은 주지의 사실이다. 또한 민주주의 초기에는 존재하지 않았던 사회복지 기능의 대두와 행정기능의 양적 확대 및 사회의 이질화에 대응하는 행정의 질적 변화 등은 행정권의 입법과정에서의 참여를 불가피하게 만들었다고 할 것이다. 내각책임제를 채택하고 있던지 대통령중심제를 채택하고 있던지 현대국가에서 입법과정에 참여하는 행정부(관료)의 역할은 증대되고 있다. 행정부에 의한 법안 제출권에서부터 국정처리상황의 보고 및 출석과 의견 개진 등에 이르기까지의 광범한 참여는 사실상 강력한 입법지도자(a chief legislator)로 되어있다.

우리나라의 사회복지정책결정과정은 우리의 정치체제나 행정문화를 떠나서 생각할 수 없다. 한국의 경우 국가의 계획에 의해 사회복지정책이 만들어져 왔다. 한국은 권위주의적 정치문화의 유산을 가지고 있으며 아직도 그러한 정치문화의 성격을 강하게 가지고 있다⁶⁵⁾. 따라서 의료보험정책 결정과정에서의 대통령의 역할은 결정적이었다. 제5공화국 후반기 경제정책기조는 ‘물가안정은 어느 정도 이루어졌으니 경기회복을 중시하

65) 차홍봉, 『비교사회복지 제1집』 (서울 : 을유문화사, 1991), p.50.

는 쪽으로 일대 전환한다.’ 그것은 ‘안정론’이 이제 ‘안정적 성장론’으로 전개되는 것을 의미했다⁶⁶⁾. 이는 동시에 통치권은 물론 여야정당에게 상대적으로 복지주의 이념이 부상될 여지가 매우 커졌다. 선거에 임박해서 전두환 정부와 집권당은 광범위한 국민의 지지를 얻을 수 있는 사회복지정책을 모색하게 되는데 이것은 지금까지의 통치이념이었던 안정론을 완화하면서 복지주의를 전면에 내세우는 것을 불가피하게 만들었다⁶⁷⁾. 전두환 대통령은 이 정책의 한 부분인 농어촌 지역의료보험실시(1988.1.1)를 한 직후에 퇴임했으며 따라서 의료보험통합 일원화 논의와 농어민의 전국적인 반대 운동에 직접적으로 당면한 것은 노태우 대통령이었다.

1987년 12월의 대통령 선거에서 노태우 민정당 후보가 전국민 의료보험을 선거공약으로 내세웠을 때에는 조합관리 방식의 전국민 의료보험을 유지해 나간다는 것이 그의 공식적인 입장이었다. 그러나 1988년4월 총선 이후 여소야대의 국회하에서 국회의 주도권을 장악한 야당은 지역적, 계층적 지지기반이 되는 주민들의 요구를 수용하려는 움직임이 컸으며 국민 전반에도 제몫 찾기 분위기는 고조되었다. 결국 여소야대 국회가 민정당까지 가세해 만장일치로 통합관리방식의 의료보험(국민의료보험법)을 의결하게 된 데에는 5공청산 및 광주항쟁 청문회 등을 통해 노태우 대통령의 입지는 크게 좁아지고, 당에 대한 장악력도 전임 대통령들에 비해 약화된 것이 결정적인 원인으로 작용했다고 할 수 있다⁶⁸⁾.

2) 국회

1988년12월12일 제144회 국회 제11차 보사위원회에는 평민당이 발의한 국민의료보험법안과 민주당의 국민건강보험법안 그리고 정부가 제출한 의료보험법중개정법률안이 상정되었다. 국민의료보험법안의 제안 이유에는 의료보험에 대한 늘어나는 재정수요를

66) 김해범, “사회정책의 출산요인에 관한연구” (행정학박사학위논문, 서울대학교, 1999), p.235.

67) 김해범 상계논문 p.236.

68) 김해범 상계논문 p221-224

충족시킬만한 재원이 부족하고 전 국민의료보험을 실시하기 위해서는 의료보험의 위험 분산기능과 소득재분배기능을 전국민적으로 확대하는 통합관리방식을 채택해 보험자를 단일화 할 필요성 등이 담겨 있었다⁶⁹⁾.

이날 보사위원회 회의에서는 평민당과 민주당이 발의한 양 법안에 대한 제안설명 이후 문태준 보사부 장관이 광역조합관리방식의 의료보험법중 개정법률안에 대한 제안 설명을 진행했다. 민주당 소속의 신상우 위원장은 3개 의료법안에 대한 공청회의 필요성을 언급하면서 질의없이 동 법안들을 법안심사소위원회에 회부했다⁷⁰⁾. 1989년 2월 10일의 의료보험법 관계법안에 관한 보사위 공청회 이후 제145회 임시국회가 개최되자 공화당도 광역조합관리방식을 골자로 한 개정안을 발의했다. 결국 정부안을 여당의 안이라고 보았을 때, 원내 교섭 단체 모두가 의료보험법 개정안을 발의한 셈이다. 이 시점까지 공화당과 민정당이 각기 광역조합관리방식의 법안에 동의하고 있었으므로 사실상 통합관리방식의 법안이 법사위를 통과하기는 어려울 것으로 예상되었다. 그러나 의보대책위 소속의 농민들이 당론 변경을 요구하며 무기한 당사 점거 농성에 들어가자 공화당은 3월3일 통합일원화 찬성으로 입장을 수정했다. 이에 따라 보사위원회 내의 역학관계는 의료보험통합법안의 통과에 유리한 쪽으로 급속히 전개되었다. 여소야대의 구도 하에서 야3당의 공조에 직면하자 민정당은 세 불리를 인식하고 통합법안의 통과를 기정사실로 받아들여, 의료보험 관리운영체계의 개편시 나타날 부작용을 최소화하는 방향으로 전략을 수정했다⁷¹⁾. 결국 의석수를 감안한 민정당이 대통령의 거부권 행사를 염두해 두고 통합관리방식의 국민의료보험법안의 처리에 합의함으로써 동 법안이 만장일치로 본회의에 상정될 수 있었던 것이다.

69) 제144회국회 제11차 보건사회위원회회의록, 1988:11-31

70) 제144차 국회 보건사회위원회 회의록, 1988: 35~39

71) 이 당시 법안심사소위원회 위원으로 참여한 민정당의 황성균 의원은“통합이 소득재분배와 관리비용 절감 문제 등 모든 측면에서 우수하다”는 개인적 신념을 보유하고 있었다. 황의원은 1997년 통합법안의 입법 과정에도 여당인 한나라당의 법사위 간사로 참여해 야당측 간사인 이성재 의원과 함께 중요한 역할을 담당했다. 그러나 그는 통합방식의 우수성에 대한 소신을 갖고 있었음에도 불구하고 1989년 20월10일의 법안심사소위원회 회의 당시에는 “대규모 조직의 관료화, 경직화의 병폐를 막기 위해서는 관리조직을 통합일원화하여 대규모화하는 것 보다는 적정단위로 광역화함이 타당하다”고 발언함으로써 당정협의 이후의 당론을 따르는 모습을 보였다. 제144차 국회 제 13차 보건사회위원회 회의록, 1989.10. p.75~76.

3) 정당

제13대 국회의 구성내용을 보면, 1988년4월26일 실시된 국회의원 선거의 결과 집권당인 민주정의당은 지역구87명, 전국구38명을 합해 125명이 당선되어 원내 과반수 의석을 차지하는데 실패했다. 이에 반해 평화민주당은 당초 제2야당으로 출발했으나 선거과정에서 이른바 ‘황색바람’을 일으켜 모두 70명이 당선되어 제1야당으로 부상했다. 통일민주당은 60명, 신민주공화당은 35명이 당선되었으며, 기타 한겨레민주당이 1명, 무소속 8명이 당선되었다. 제13대 선거결과의 특징은 의정사상 최초로 여소야대 국회사태로 출발하게 되었고 이른바 ‘3김씨’가 모두 원내로 복귀하게 된 점과 4당 모두가 지역당의 성격을 벗어나지 못하는 한계를 노출한 점이다.

1988년 3월 이래 정부 내에서 의료보험통합 구상이 나오고 이 구상이 결국 현실적 여건의 한계로 인해 광역조합 설립이라는 변형된 조합방식으로 흘러가 1988년 8월 16일에는 입법예고까지 이루어져 행정계통에서는 논의가 마무리되어 가고 있었으며, 11월 4일 국무회의는 광역화를 골자로 한 의료보험법 개정안을 최종 의결 하기까지 했다.

그러나 정부의 이러한 움직임에도 불구하고 통일민주당은 11월 12일 국민건강보험법안을, 평화민주당은 11월14일 국민의료보험법안을 각각 제144회 정기국회에 제출했다. 양당의 법안내용은 몇몇 부분에서 차이가 있었으나 전국적인 통합일원화를 골자로 한다는 점에서는 크게 다르지 않았다. 잇따라 11월 18일에는 대한의학협회가 자체 심의를 거쳐 완성된 의료보험법중 개정안에 대한 청원서를 김재진 의협회장 명의로 신민주공화당 의원들의 소개를 받아 국회에 공식 접수시켰다. 결국 11월 21일에는 정부안이 제안되고 1989년 2월 17일 공화당안이 또 제출되어 모두 5개의 안이 접수되었다.

결국 집권당인 민주정의당을 제외하고 야 3당이 모두 통합관리방식에 찬성하는 법안을 제안한 것이다. 그러나 여당의원들은 법률안이 국회에 제출되기전에도 정부·여당권 청와대연석회의,당정조정협의회,경제문제연석회의,당정실무기획위원회 등의 형태로 정부와 정책결정과정을 거친다.⁷²⁾ 여당에게는 이처럼 다양한 경로를 통해서 정책결정

72) 의회의 최종결정을 요하거나 국가 또는 국민생활에 지대한 영향을 미치는 정책의제의 경우에는 각종 행정

과정에 영향력을 행사할 기회가 주어지고 이 과정에서 정부와 충분한 조율과 협의를 거친다는 점을 감안할 때 정부안으로 제출된 법률안이라고 할지라도 사실상의 여당안이라고 볼 수 있을 것이다. 따라서 국회내에 교섭단체를 가진 여·야4당이 모두 의료보험법안을 제안한 것이라고 할 수 있다. 의료보험법 개정에 대한 정부, 정당 및 이해관계집단의 입장을 최종입법안과 비교해 보면 <표 4-7>로 요약될 수 있다.

제출된 법률안의 보험방식을 비교해보면, 평민당안과 민주당안 그리고 의협정원은 통합관리방식을 내용으로 하고, 정부안과 공화당안⁷³⁾(1989. 2. 17)은 광역조합관리방식으로 하고 있는 점이 가장 큰 특징이다. 정당간 정책연합을 가정할 때, 당시 변형된 조합관리방식을 내용으로 한 법률안을 제안한 민정당과 공화당의 의석수가 도합 160석(민정당 125석+공화당 35석)에 달했으므로 정부안이나 공화당안의 국회 통과는 무난할 것으로 예견되었다.

그러나 공화당의 이탈로 인한 야3당의 당론이 불일치하게 되고, 1988년 정기국회에서의 입법이 무산되어 이듬해 3월 3일 임시국회로 의안이 이월되자 공화당에 대한 농어민의 비난이 집중되기 시작했다. 전국의료보험 대책위원회는 공화당사에 대한 집거농성을 통해 공화당의 당론 변경과 농어민의 이익 대변을 강력하게 요구했다. 약 20일간의 장기농성 끝에 결국 공화당은 이러한 압력에 굴복해 당론을 변경하고 평민-민주측에 합세했다. 공화당의 합세로 야당주도의 단일법안 형성이 가능해진 가운데 국회보사위는 여러차례의 회의를 거쳐 야당 측 입장을 거의 온전히 수용한 단일안을 도출했다. 결국, 국회 보사위원회의 통합법안은 1989년 3월 9일 임시국회(145차)에서 여야만장일치로 통과되었다.

정부-여당간의 당정협의과정에서 조합관리방식을 골간으로 한 정부안을 지지하기로 결정했던 민정당이 국회 내에서 야당의 입장에 동참해 국민의료보험법을 만장일치로

부↔여당간의 정책논의회의를 통해 의회에서의 지지확보를 위한 심의과정이 이루어진다.

73) 공화당안 정부안과 거의 일치하나 유독 요양기관 선정을 지정제가 아니라 계약제로 할 것을 포함하고 있었다. 요양기관은 지정제로 하면 의사 및 병원측은 크게 불리해지기 때문에 이들의 강력한 이익집단인 의학협회는 나름대로 정부에 대해 개정안을 건의하면서 요양기관을 지정제가 아닌, 의약단체와 보험공사간의 계약제로 할 것을 주장하고 있었다. 이는 의학협회의 실력자였던 문태준씨가 공화당과 관련되어 있었던 것 또한 이유였다.

통과시키게 된 이유는 다음과 같이 해석할 수 있다.⁷⁴⁾

첫째, 본래부터 민정당 내부에는 보사위원회 소속의원들을 중심으로 통합관리방식을 지지하는 의원이 많았다. 비록 당 고위층에서는 정부와의 협의를 통해 정부의 광역조합관리방식안에 합의했지만 개개의 의원들은 동참하지 않았던 것이다.

둘째, 13대 국회 의원들은 제4공화국 이래 처음으로 채택된 소선거구제에 의해 선출되었기 때문에 지역구민으로부터의 집단적 요구에 결정적으로 구속되지 않을 수 없었다. 더욱이 이 시기에는 대통령의 여당 소속 의원에 대한 장악력도 전임 대통령들에 비해 비교적 약화되어 있었다. 특히 이 시기에는 각계 국민들의 요구가 민주화와 정치활성화의 사회적 분위기를 틈타 활발히 표출되고 있었다. 제4공화국 이래로 가장 강력한 농민운동의 형태로 표출된 의료보험 개혁요구를 4.26총선에서의 여소야대 국면 창출을 통해 국민의 민의를 절감한 민정당도 더 이상 거부하기 어려웠다.

셋째, 여소야대의 정당간경쟁구도 하에서 야3당이 당론을 합치한 이상 이를 거부하는 것은 현실적으로 무의미하며, 이미 대세가 통합일원화 방식의 의료보험 실시로 기울었다는 인식이 여당 소속 의원들에게 팽배했다⁷⁵⁾.

넷째, 대통령의 공약사항인 중간평가 실행 문제와도 중요한 관련이 있다. 중간평가 실시를 전제로 할 때, 민정당으로서는 국민의 지지를 확보할 필요가 절실했고, 외견상 다수 국민의 지지를 받는 전국민의료보험 통합일원화 요구를 외면하기 힘들었던 것이다.

다섯째, 여당의 지도부가 개개 의원들이 야3당의 공조로 인해 야기된 대세에 호응하자 차후의 대통령 거부권 행사를 염두에 두면서 일단 다수 국민요구를 수용하는 표결 형태를 보인 것으로도 해석할 수 있다. 이러한 추론은 법안 통과 다음날인 1989년 3월 10일 민정당이 새 의료보험법은 소득 재분배에 역기능을 초래할 것이라고 지적하면서⁷⁶⁾ 시행 이전에 개정할 것임을 시사한데서 뒷받침된다.

74) 청와대측의 반대에도 불구하고 민정당이 각당들과 복지정책의 수혜자인 농어민의 주장에 불가피하게 가담한 사실은 한국정당, 특히 집권여당의 정책결정 양상에 극히 이례적이었다.

75) 이두호 외, 『국민의료보장론』 (서울 : 나남출판사, 1992), p.348.

76) 동아일보, 국민일보, 1989. 3. 10

<표 4-7> 의료보험법 개정에 대한 입장 및 최종입법안 비교

	보건사회부안	의학협회안	공화당안	민주당안	평민당안	농어민단체안	최종통과된 국민의료 보 험 법
보험자	조합, 공단	의료보험 공 사	좌 동	국민건강 보험공사	국민의료 보험공사	국민의료 보험공사	국민의료 보험공사
관리방식	광 역 화 조합주의	통합일원화	좌 동	통합일원화	좌 동	좌 동	통합일원화
의료보호	의료보험과 구 분	좌 동	좌 동	의료보호 통 합	좌 동	좌 동	의료보호와 통 합
보험료의 산정기준	임금소득자: 소득(보수 월액 의 3-8%) 지역주민:재산, 소득,세대,가족	좌 동	좌 동	표준소득의 3-8%에서 누진을 적 용	표준소득에 따 른 누진을 적 용	표준소득의 3-8%에서 누 진, 의료보호는 정부부담	표준소득에 따른 누진적 부과. 표준소득이 없을 때만 재산에 부과
보험료의 부담자	공무원, 피용자, 노사 50% 지역의보 전액을 지역 주민이 부담	좌 동	좌 동	피용자, 공무원:좌동 지역주민:본 인, 정부가 소득에 따라 차등부담	공무원:50% 이상 부담 피용자:사용 주는 50%이상 소득에 따른 차등부담	공무원,피용 자:50%이하 지역주민:본 인, 정부가 소득에 따라 차등부담	공무원, 피용자:50%부 담 지역주민:세대 주와 정부가 소득에 따라 차등부담
본인부담	시행령 위임	좌 동	좌 동	시행령위임	10/100이하	좌 동	시행령위임
급여기간	180일 이내	좌 동	좌 동	좌 동	제한없음	좌 동	210일 이내
급여범위	요양, 분만, 부가급여, 건강진단, 장제비(공단)	좌 동	좌 동	좌 동	제한없음	좌 동	요양, 분만, 부가급여, 건강진단, 상병수당
요양기관	지정제	계약제	계약제	지정제	좌 동	지정제	
의료수가의 심의 및 결정	의료보험심의위 원회가 심의보사부장관 이 결정	의료보험 수가 심의 위원회의 심의, 결정	좌 동	보사부와 동 일	좌 동		
요양비용 심 사	보험자단체, 의료보험연합회	보험급 여비 용 심사원	좌 동	보험자, 공 단	보험자, 공 단		

출처 : 대한민국 국회사무처, 『보건사회위원회회의록』, 제145회 제3,6호 (1989. 2. 23, 1989. 3. 8); 대한민국 국회사무처, 『본회의 회의록』, 145회 제9호(1989. 3. 9); 이경기, 국민의료보험법의 형성과정에 관한 연구, 189-195참조.

4) 이해관계집단

한국의 경우 1980년대 중·후반까지는 구미제국의 사례에서 찾아볼 수 있는 것처럼 이해관계집단을 통한 국민의 이익표명 기회가 보편화되지 않았으며, 이에 따라 정책의 입안과 결정과정에도 이해관계집단의 참여가 활성화되지 못했다. 더욱이 과거 권위주의적인 대통령중심제하의 관료제적 정책결정구조 하에서는 관료들이 대통령의 의지만을 중시했고, 정책과정에서의 여론 수렴에 둔감했으며, 이해관계집단이나 전문가의 참여를 가급적 기피하거나 배제해왔다. 형식적인 공청회 절차가 진행되더라도 사회부문의 의견이나 제안을 반영하는 경우는 드문 실정이었다. 한마디로 정책결정의 사회과정이 빈약했다고 할 수 있다.

1982-87년 시기에 있어서 이해관계집단에 관한 통제가 완화되기는 했으나 이해관계집단의 활동에 대한 제약은 여전했다. 그러나 전문이해관계집단의 자율성은 꾸준히 증대되고 있었다. 1980년대 후반에 이르러서는 많은 이해관계집단이 생겨났고 이들 이해관계집단들은 의료보험정책결정에 많은 영향을 끼쳤다.

이 시기에는 의료보험정책과 관련한 강력한 이해관계집단인 대한의학협회가 단독으로 통합일원화 방식의 의료보험법 개정안을 국회에 제출하는 등 이해관계집단의 역할이 두드러지게 나타나기 시작했다. 그 가운데에서도 특히 전문이해관계집단인 의료단체들이 전국민의료보험 확대에 적극적으로 나서기 시작했다. 의협은 1986년 2월 12일 민정당 보사위원들과 간담회를 갖고 정책 건의를 했으며 1986년 12월 의료보험 수가의 현실화, 진료비 심사기구의 독립일원화, 의료보험 진료비의 지불보장 등의 건의를 정부와 정당에 건의했다.

이후 1987년 4월부터 대한의학협회를 중심으로 한 의료계는 1987년 의료보험법의 개정에 대해 자신의 요구를 활발히 제시했고, 또한 자신의 요구를 상당부분 관철⁷⁷⁾시켰다. 1988년 농·어촌의료보험이 실시된 이후 통합논의 과정에서도 대한의학협회는 자

77) 의협은 의사출신으로서 국회 보사위 위원이었던 박성태, 김집 민자당위원으로 하여금 의원입법형식으로 의료보험법의 개정을 추진하도록 했고 이 과정에서 보사부가 제출한 의료보험법의 개정안에 의협의 의견을 반영시킬 수 있었다. 이 과정에서 의협은 의료보험 심의위원회 위원 수의 증가요구, 진료비지불보장, 의사의 신분보장, 의료보험숫자인상 등의 대부분 요구를 관철시킬 수 있었다. ; 박정호, 「한국의료보험 정책결정과정에서의 정부역할」, 서울대 박사학위논문, 1996. p.127~128.

신들의 이익투입활동을 활발히 전개했다. 대한의학협회의 요구는 1988년 11월18일 ‘의료보험법에 관한 청원’으로 공식화되었는데⁷⁸⁾ 이 법안에서는 기존의 주요내용과 함께 관리운영방식만 통합관리방식으로 변경되어 있었다.

대한의학협회 통합일원화 방식의 도입에 찬성한 것은 단체 소속 개업의 들이 재정이 빈약한 지역의료보험 조합을 대상으로는 진료비 징수가 어려우므로 보다 확실한 부담능력이 보장되는 제도를 선호한 데 따른 것이다. 대한의학협회가 제출한 법안이 평민당, 민주당안과 다른 점은 의사들의 수입을 고려해 요양기관을 지정제가 아니라 계약제로 할 것을 요구한 것이었다. 대한의학협회의 요구와 활동은 1989년 2월 임시국회 회기를 맞아 더욱 강하게 전개되었다. 대한의학협회는 1989년2월24일 ‘임시대의원총회’를 개최해 국회의사당 앞에서 가두시위를 벌이고, 1989년 6월에는 의료보험수가 인상 등의 요구를 내걸고 의료보험 진료거부 투쟁을 벌이기도 했다.⁷⁹⁾

하지만, 의료보험연합회는 통합이 이루어질 경우 조직의 존립 자체가 위협을 받게 되므로 조직의 사활을 걸고 보건복지부와 연계해 지속적으로 통합에 저항했다. 신분보장에 불안을 느낀 지역의료보험 조합의 대표이사들도 의료보험연합회와의 연합 형성을 통해 공동투쟁을 전개했다.

한편, 이 시기의 의료보험정책결정 과정에는 사회복지정책의 잠재적 수혜자인 노동자, 농민의 요구도 큰 영향력을 미쳤다. 1987년 6월경부터 격화된 사회 각 부문의 요구는 6.29 선언 이후 민주화의 흐름을 타고 한꺼번에 분출됨으로써 정치체제로 하여금 이에 대한 급부 행정으로써 사회복지행정을 제시하지 않을 수 없게 한 핵심적 요소가 되었다.

1988년부터 농어촌 의료보험이 전면 실시되자마자 전국적인 의료보험 시정운동을 벌여 의료보험증을 반납하거나 보험료 납부를 거부하는 등 거센 반발을 보였다. 이 운동은 농민회조직, 사회단체 및 보건의료단체와 연대를 맺으면서 전개되었고, 학계에서도 통합관리방식과 조합관리방식의 논쟁이 격화되었으며, 통합측과 보사부의 의견이 대립되었다.⁸⁰⁾ 통합측이 제기한 비판의 주요한 근거는 보험료가 너무 높고 보험료 산정기

78) 이 당시 의협은 통합일원화 문제보다는 의보수가조정위원회 설치, 요양취급기관의 계약제로의 전환 등 주로 자신들의 직접적인 이해가 관련된 사안들을 주요하게 제기하는 형태를 보였다. 이에 대한 자세한 내용은 대한민국 국회, 제 144회 국회11차 보건사회위원회 회의록, 1998. 12. 12.을 참조.

79) 중앙일보, 1989. 6. 22.

준 및 방법상의 형평성이 결여되어 있다는 것이었다. 통합측은 이 과정에서 의료보험상의 형평성이 결여되어 있다는 것이었다. 통합측은 이 과정에서 의료보험조합 이사들이 민정당 인사, 전직공무원, 군출신 인사들로 구성되었다는 것을 발견하고, 이에 대해 적극적으로 이의를 제기하기도 하였다.

이 시기에는 1980년대 초반에 격렬하게 진행되었던 의료보험 논쟁이 학계에서도 재현되었다. 복지주의 이념에 기초해 통합관리방식을 강조하는 사회 보장학자들은 위험과 부담의 분산 및 소득재분배를 강조했고, 이에 비해 보건학분야의 학자들을 중심으로 한 조합관리방식 주창자들은 의료보험의 자유주의적 원칙과 의료보험정책의 능률성을 강조했다.⁸¹⁾ 1988년 7월 사회보장학자들이 ‘전국민 의료보험을 위한 통합일원화 방안’을 발표하자 8월 조합관리방식 주창자들은 ‘한국의료보험의 발전방향에 관한 제언’을 발표해 조합관리방식이 전국민의료보험에 더 현실적이라고 주장했다. 통합방식과 조합방식의 논쟁이 격화되기 시작하자 보사부에서는 ‘의료보장제도의 발전적 개선방안’에 관한 공청회를 1988년 8월에 개최했으며 1989년 2월 국회보사위원회에서도 공청회를 개최했다.

농민들은 자연발생적으로 과다한 의료보험료 책정에 대해 반발했고, 전국 각지에서 보험증을 반납하거나 보험료 고지서를 불태우는 등의 행동을 시작했다.⁸²⁾ 농민들의 반발은 1988년 2월 4일의 충북 영동군 농민대회를 시작으로 전국적인 제도개혁 요구운동(‘의료보험시정운동’)으로 이어져 그해 4월까지 12개 지역에서 부당의료보험 납부거부대회가 개최되었다. 이러한 농민들의 저항은 제5공화국 말기에서 제6공화국의 전반에 이르기까지 가장 대규모인 사회운동의 하나로 평가할 만한 것이다. 1988년 1월 중순부터 2월초에 들어서면서 농민단체를 중심으로 한 관련 단체들은 의료보험 교육자료집, 신문, 홍보전단을 제작, 배포했고, 마을 단위 사랑방 교육, 부당 의료보험 대책위원회를 구성하기에 이르렀다. 이런 자연발생적 저항의 결과 1988년 1/4분기 보험료 징수율은 60%에 머물렀다. 한국의 농·어민 단체는 제6공화국 이전까지는 사실상 조직능력이

80) 박인화, “의료보험 통합일원화 논의와 과제” 국회도서관 입법조사분석실, 『현안분석』 (제155호 1998), p.134.

81) 김영모의 「한국의료보험 연구」 한국복지정책연구소, 1991, p.510~531.

82) 당시의 의료보험 시정운동에는 전국농민협회, 카톨릭농민회, 기독교농민회총연맹, 카톨릭여성농민회 YMCA 농민본부 등 다양한 농민단체가 참여했다. 전국농민협회, 「농어촌의료보험 실태와 해결방안」 1988. 1.

극도로 약했으며 경제발전 과정에서 소외 되어왔다. 이에 따라 우선적으로 의료보험 혜택이 필요했던 제도실시 단계에서는 대규모 사업장부터 의료보험이 실시되어도 뚜렷한 이익표명을 하지 못했으나, 1987년 민주화 대투쟁 이후 제6공화국에 들어와서 점차 활발한 활동을 전개했다. 이 시기 농어민의 요구는 처음에는 다양한 모습을 띠었으나 대략⁸³⁾ ①통합관리방식 관리기구, ②소득기준으로 보험료 산정, ③의료보호 확대라는 세 가지로 집약될 수 있다. 정부는 총선을 앞둔 상황에서 농·어민의 전국적인 저항에 직면하자 정부지원 확대 (35%에서 50%로),⁸⁴⁾ 보험료의 농협대납제, 분기별 납부제의 병행, 의료보장체계의 조정 등을 제시했다. 이러한 흐름은 그해 6월 28일에 이르러 농민단체, 빈민단체 및 일부 진보적 의료인 단체(건강사회를 위한 약사회, 기독교청년의료인회)등이 중심이 된 전국의료보험대책위원회 결성으로 모아졌다. 전국민의료보험대책위원회는 동년 10월 18일 의료보험의 통합일원화와 국가 책임을 강조하는 의료보험의 통합일원화를 채택하고, 이법안을 중심으로 국회보사위에 의견서를 제출하는 한편 광역조합관리방식의 입법 방침을 고수하고 있던 공화당사를 점거함으로써⁸⁵⁾ 공화당의 당론을 통합 찬성 쪽으로 변경시키는 데 결정적인 역할을 수행했다. 그러나 1989년 3월 9일에 국회 본회의를 여야 만장일치로 통과한 통합관리방식의 국민의료보험법안에 대해 3월 24일 대통령의 거부권이 행사되었다. 대통령의 거부권으로 통합일원화가 결정적인 난관에 직면한 4월 14일 전국민의료보험대책위원회는 보다 강력한 연대투쟁을 위한 발전적 해체를 결의하고, 4월 16일 노동단체와 빈민단체, 비판적 의료인 단체(인도주의실천의사협의회, 보건과 사회연구회) 등 30여개 단체가 망라된 의료보장쟁취공동위원회를 결성했다. 이후 의료보장쟁취공동위원회는 국민의료보험법안 쟁취를 위한 서명운동과 집회를 개최하는 등 강력한 투쟁을 전개했다.

이 시기에는 이외에도 다양한 이해관계집단들이 활발한 찬·반활동을 전개했다. 진보적 성향의 보건의료단체들도 통합에 적극 찬성하고 나섰다. 이러한 단체들은 1988년 11월에 국민건강권 확보를 위한 보건의료단체 연합대회를 개최해 관리운영 및 재정의

83) 김행범, “복지정책의 산출요인에 관한 연구” (행정학박사학위논문, 서울대학교, 1998), p.227.

84) 관리운영비를 빼면 정부의 실질적인 부담은 21.5%에서 39.6%로 증가한 것에 불과한 것이었고 여전히 정부책임은 경미한 것으로 인식되었다.

85) 김순양, “의료보험 정책과정에서의 참여자의 특성변화에 관한 연구” 한국행정학회, 『한국행정학보』 (29권 2호, 1995), p.426.

완전통합, 의료보호의 의료보험으로의 흡수, 보험료 누진제 도입 등의 획기적인 내용을 담고 있는 ‘전국민의료보험대책위원회’의 주장을 확인하고 적극적인 지지를 표명했다. 이에 대응해 통합에 반대하는 입장도 대등하게 제기되었는데 대표적인 경우로 ‘전국민의료보험조합’을 들 수 있다.

대표적 통합반대 집단으로서 보험자단체인 ‘의료보험조합연합회’는 각계에 조합관리 운영방식에 의해 의료보험 확대가 이루어져야 한다는 것을 적극적으로 주장하고 나섰다. 경제인총연합회와 같은 사용자단체도 같은 통합반대 입장을 표명했다. 보험자단체에게는 기득권 유지가 가장 중요한 이해였으며, 사용자단체로서는 만약 통합관리방식 주창자의 주장대로 직장의료보험과 농어촌지역의료보험이 일원화된다면 재정이 약한 지역의료보험의 재원을 직장의료보험이 보전해주어야 하는데 이 경우 사용자의 부담이 증대된다는 것이 통합에 반대하는 주요한 이유였다.

이상의 논의를 바탕으로 1989년 의료보험 통합일원화 정책결정과정에서 나타난 이해관계집단들의 입장을 요약해보면 다음과 같이 제시할 수 있다.

<표 4-8> 1989년 전국민의료보험법 제정시 의료보험통합 관련 이해관계집단의 입장

이익집단	입 장	비 고	
의 협	통합일원화	진료비 징수 제도 개선, 요양기관의 계약제 변경 등 단체 소속 의사들의 권익에 우선적 관심	
농민단체	통합일원화	정책문제 구체화와 의제화 단계에서 중심적 역할	
진 보 적 보건의료인단체	통합일원화	진보적 사회복지 이념 중시	
빈민단체	통합일원화	-	
의보연합회	기존 조합방식 유지	통합반대 진영의 이데올로기 제공, 의보 통합에 가장 적극적으로 저항	
경제단체	경총	적극적 반대	경제 단체의 공식적 청구 역할
	전경련	소극적 반대	-
	중기협	입장 표명 없음	직장조합과의 통합시 발생할 손실 미미

제 2 절 김영삼 정부

1. 정책환경

김영삼 대통령은 누적된 부정부패와 정경유착을 없애고 군출신 정치엘리트를 과감하게 청산하고자 하였으며 노태우 정부 동안 심해진 노사갈등과 이로 인해 약해진 국가 경쟁력을 강화하기 위해 신경제 100일계획같은 강력한 경제부흥 정책을 추진하였다. 그러나 야당의 기능이 취약한 상태에서의 대통령의 개혁작업은 문민독재라고 불릴만큼 권위주의적이 되었고 집권당은 제15대 국회의원 선거에서 다수당은 되었지만 과반의석을 차지하지 못하였다. 그리고 정권말기에는 IMF 외환위기를 초래하여 그 권위는 급격히 상실되었다.

김영삼 정부 전반부에는 국가 경쟁력 강화를 위해 이해관계집단에서 사회복지요구를 자제할 것을 요청했고 후반부에는 세계화를 위한 전략 구상에 하나로 사회복지구상을 내놓기도 하였다. 하지만 총선에 대비하기 위하여 내세울 만한 사회복지정책이 필요해졌고, OECD 가입을 위해서는 현재의 복지수준이 걸림돌이 된다는 판단 하에 사회복지문제를 다루고자한 것이어서 사회복지정책의 효과성은 매우 의심스러웠다. ‘삶의 질 세계화를 위한 국민복지 구상’ 이후의 사회복지정책은 신자유주의 맥락에서 이루어진 것이었고, IMF 경제위기로 경제주권 이전, 고금리, 대량부도와 실업, 사회해체 등 경제·정치 분야에서 총체적 위기를 초래하게 되어 사회복지부문에서의 더 이상의 정책변화나 발전은 찾아볼 수 없었다.⁸⁶⁾

1) 정치적 환경

1992년 문민정부의 탄생이 이루어짐에 따라 정치권력의 성격이 과도기적 권위주의 체제에서 민주주의체제로 변화되었다. 그러나 김영삼 대통령은 전임 대통령의 집권 기반인 민정당과의 합당을 통해 후보로 선출된 뒤 대통령에 당선되었고, 문민정부는 제6공화국의 헌법적 연속성을 띠었으므로 정치제도적 측면에서는 차이점을 발견하기 어렵

86) 김태성·성경룡 공저, 『복지국가론』 (서울 : 나남출판사, 2001), p.424.

다고 평가할 수 있다. 그러나 김영삼 정부에서는 오랜 민주화운동을 한 인맥들이 정권의 핵심을 차지했고, 김영삼 대통령은 1961년 군부 쿠데타 이후 사실상 최초의 문민 출신 대통령이였다. 이러한 배경으로 인해 김영삼 정부는 의식과 행태적 측면에서는 노태우 정부와 일정한 차별성을 가진다고 할 수 있다.⁸⁷⁾

특히 김영삼 대통령의 집권 시기는 군부, 관료, 자본의 위상변화가 보다 분명해진 시기이다. 문민정부하의 파워블록은 기존의 군부를 정점으로 자본과 관료가 수직적으로 결합하는 군부중심이므로 ‘개발독재형 파워블록’에서 독점자본을 정점으로 관료기구가 수직적으로 결합하는 자본주도의 새로운 파워블록으로 변화했다.⁸⁸⁾

1993년 문민정부의 출범을 기해 국제화 및 세계화의 담론을 타면서 탈정부규제, 급속한 자본시장 개방, 민영화, 노동시장의 유연화 등 신자유주의 정책기조가 농후하게 이루어졌다. 문민정부는 1994년 11월 김영삼 대통령의 ‘시드니 구상’ 발표 이후 ‘세계화’를 국정지표로 삼았다. 정부가 밝힌 세계화의 구상을 보면 세계는 근대화·산업화 시대로부터 세계화·정보화로의 문명사적 대전환기를 맞고 있다. 이러한 세계화 현상은 정치, 경제, 문화 등 각 분야에서 나타난다. 문민정부의 세계화 구상은 정치, 경제, 문화, 복지 등 모든 분야에서 선진국 수준에 도달해야하고, 극심한 국제경쟁에서 생존하기 위해서는 각 분야와 개인의 경쟁력을 강화해야 한다는 것이다.⁸⁹⁾ 문민정부는 이와 같은 세계화의 국정목표를 달성하기 위한 국가발전원리로 생산성, 유연성, 공정과 자율을 내세웠다.

문민정부의 세계화 정책은 한국 사회복지정책의 양상에는 일정한 변화를 가져왔다. 문민정부 시기에는 사회복지이념이 적극적으로 표방되고, 복지비지출도 양적으로 지속적인 증가 추세를 보였다. 그러나 세계화 정책의 영향으로 사회복지정책 방향이 ‘성장 과 복지의 이원론’의 정책기조를 답습함에 따라 사회복지정책에 대한 고려가 경제전략의 하위에 위치하는 한계가 노정되었다. 문민정부의 이론가들이나 행정관료들은 모두 새로운 시대에 대비하기 위한 ‘한국적 모형’의 구축을 주장했다. 이들은 한국의 복지제도가

87) 한상근, “한국노동복지정책 연구” (행정학박사학위논문, 고려대학교, 1999), p.140.

88) 정대화, “90년대 한국경제와 ‘신경제정책’평가.” 한국사회과학연구소 학술심포지움자료집, 『한국자본주의와 민주주의』 (1996, 40), p.34.

89) 세계화추진위원회, 1995, p.37-40.

서구의 그것을 무비판적으로 답습하기보다는, 서구의 장점을 수용하면서 동시에 우리 고유의 사회복지적 전통을 개발, 발전시키는 재창조의 성격을 지녀야 한다고 보았다.

1990년대 들어 절차적 민주화와 더불어 지방 선거의 부활에 따라 지방화의 정치적 환경이 형성되자 의료보험정책에도 많은 변화가 초래되었다. 1991년에 들어 지역의료보험료가 인상되자, 지역의료보험가입자들의 불만이 고조되었다. 이에 따라 제도 운영의 내실화를 기하고 나아가 다원분립적으로 운영되는 조합관리방식의 의료보험관리체계를 통합하려는 움직임이 재차 활성화되기 시작했다. 이러한 운동을 주도한 세력들은 의료보험의 본래적 취지인 사회적 연대성과 소득재분배, 위험분산의 기초적인 이념을 구현함으로써 양질의 의료를 국민 모두에게 균등하게 보장하고, 조합 상호간에 심화되어있는 위화감을 해소하며, 효율적인 관리를 통해 보험재정 안정과 보험급여의 확대를 꾀한다는 것 등을 목표로 내걸었다.

김영삼 정부 집권초기인 1993년 8월 전국지역의료보험노조총연합회와 도시빈민협의회가 주최로 ‘의료보험제도 개혁을 위한 공청회’ 그리고 1993년 11월 야당인 민주당의 당정책위원회 주관으로 ‘통합의료보험법제정에 관한 공청회’가 연이어 개최되었다. 이듬해인 1994년 4월에는 22개 단체가 참여한 ‘의료보험통합일원화 및 급여확대를 위한 범국민 연대회의’(약칭 의료보험연대회의)가 발족됨으로써 사회부문에서 의료보험 통합일원화 운동을 주도적으로 이끌기 위한 연합체가 결성되었다. 정부 차원에서도 의료보장개혁위원회(1994. 6), 행정쇄신위원회토론회(1994. 12), 국민복지기획단(1995) 주관으로 의료보험관리체계에 대한 논의가 활발히 진행되었다.

이처럼 문민정부의 탄생으로 정치권력의 성격이 민주주의체제로 변화하면서 과거 어느 시기보다 사회의 자율성은 높아지고 있었고, 의료보험정책에 관심을 보이는 집단의 수준은 확대되어 조직적 요구표출의 정도도 더욱 증대하게 되었다. 1997년의 정책결정년도로 근접할수록 정책수혜자의 활발한 이익투입은 대선이라는 정치일정과 맞물리면서 점차 의료보험정책의 직접적이고 중요한 결정요인으로 작용하게 되었다.

이 과정에서 기존의 조합관리방식의 의료보험법은 정책 자체의 문제점과 시행과정에서 드러난 국민의료비의 상승이라는 요인이 맞물리면서 정치성이 정책적 합리성을 왜곡시킨 정책결정 사례로 비판받았으며, 조합관리방식은 재차 정치권과 사회집단들로부터

더 분출되는 강력한 변화의 요구에 직면하게 되었다.

1997년 대통령선거를 1년 앞두고 신한국당(김영삼), 새정치국민회의(김대중), 자유민주연합(김종필)이 격돌한 15대 총선(1996. 4. 11)에서의 공약을 살펴보면 신한국당을 제외한 야당 모두가 의료보험통합을 내걸었다. 15대 총선 결과는 집권당(신한국당)이 과반수 의석(재적수 299석)인 150석에 11석이 미달하는 139석(전국구 18석을 포함)을 차지함으로써 여소야대로 귀결되었다. 한편 새정치 국민회의는 79석(전국구 13석), 자민련은 50석(전국구 9석포함), 민주당은 15석(전국구 6석 포함)각 얻었고 무소속은 16명이 진출했다. 그러나 신한국당은 무소속 및 야당위원을 영입해 제15대 국회개원 당시에는 151명이 되었다.⁹⁰⁾ 제15대 총선 당시 각 당이 내건 공약을 비교하면 다음 표와 같다.⁹¹⁾

<표 4-9> 제15대 총선 당시 각 당의 의료보험 공약

	신한국당	새정치국민회의	민주당	자민련
의료보험	의료보험수가 구조개선. 2000년까지 의료 보험급여기간을 365일로 확대, 보험급여 범위 확대.	통합 의료보험 실시. 보험급여기간 365일로 확대, 보험급여 확대.	통합의료보험실시 의보사용가능일수 제한 폐지. 보험급여 범위 확대.	통합의료보험실시 보험급여 제한 기간 점진 개선. 보험급여 범위 확대.

자료: 국회도서관 입법조사분석실, “4당 공약비교”. 「Info-Brief」. 제63호, 1996.

결국 1996년 제15대 국회에서는 통합을 지지하는 두 개의 법안이 여야에 의해 발의되었다. 이 법안들은 의료보험이 사회보험의 양대 기능인 위험분산과 소득재분배 기능을 최대한 발휘하도록 통합되어야 함을 명시하고, 국민의료보험관리공단을 신설하며, 점진적으로 통합관리방식의 의료보험제도를 도입한다는 것을 골자로 했다.

90) 대한민국국회 1998. 5. 835

91) 국회도서관 입법조사분석실, “4당 공약비교”. 「Info-Brief」. 제63권, 1996: p.20~21.

2) 사회·경제적 환경

1980년대의 세계경제 침체는 1990년대 들어서 세계화의 경향으로 나타나기 시작했다. 김영삼 정부는 신경제정책, 신교육정책, 신사회복지정책, 신노사관계정책, 신재벌정책등과 관련하여 신자유주의로 특징지어지는 일련의 정책들을 펼친다. 특히 주목되는 점 가운데 하나는 김영삼 정권의 '신경제정책'은 과거 정부주도형 성장전략의 한계를 인정했다는 것이다.

'신경제정책'은 과거 한국의 경제발전 과정에서 권위주의체제하의 정부지시와 통제가 국내외의 가용자원을 정책적으로 필요한 분야에 동원할 수 있었던 것이 경제발전의 기본적인 원동력으로 작용했음을 인정하면서도, 이러한 성장전략이 더 이상 유효하지 않을 것으로 판단했다. 김영삼 정부는 한국경제가 지속적인 성장을 이룩하기 위한 경제 전략으로서 정부주도형이 아닌, 민간의 참여와 창의를 바탕으로 한 시장경제형 성장전략을 새롭게 제시했다.⁹²⁾ 이에 따라 김영삼 정권하의 경제정책에는 규제완화, 민영화, 개방과 국제화 등이 중요한 정책으로 등장한다. 김영삼 정권의 성장전략 변경에는 균등한 경쟁조건을 보장하라는 선진국의 요구와 압력이 크게 작용했다. 김영삼 정부 시기에는 세계화 추세와 WTO의 창설, 한국의 OECD가입 등으로 과도한 정부 규제를 폐지하고 사회 각 부문이 국제적 기준을 따라야 한다는 흐름이 대세를 이루었다. 이에 따라 경제논리는 국가주도의 지양과 시장경쟁의 활성화, 대기업 특혜의 시정과 공정경쟁질서의 구축, 투기적 구조의 시정 등으로 전환하게 되었다.⁹³⁾

물론 김영삼 정부의 새로운 경제정책이 국민희생-재벌중심 성장드라이브라는 과거의 권위주의 국가시절의 경제정책을 근본적으로 수정한 것은 아니었다. 그러나 신경제정책으로 대변되는 '정책사고'의 변화는 국가-자본관계의 일정한 변화를 말해주는 것이며, 노동, 복지정책과 관련한 새로운 전략의 가능성을 예고하는 것이었다.⁹⁴⁾

92) 장진화, "90년대 한국경제와 신경제정책의 평가", 한국사회과학연구소 학술심포지움 자료집, 『한국자본주의와 민주주의』 (1996), p.63

93) 이러한 정책의 핵심목표는 규제완화를 통해 한국을 지구상에서 기업이 활동하기에 가장 편한 나라로 만들고, 국민 각자가 정당한 보상을 받을 수 있는 경제 정의의 동시적 실현이었다. 구체적 수단으로는 개방화, 업종전문화, 민영화 등 경제적 효율성 강화의미가 상대적으로 강한 수단들과 금융실명제, 토지실명제 등 사회개혁적 의미가 강한 수단을 양 축으로 하고 있다. 한국사회과학연구소 경제연구실, "신경제 2년 평가," 「동향과 전망」 제25호, 한울, 1995, pp.47~48.

김영삼 정부의 집권 초기에 경기는 긍정적인 회복세를 보였다. 경기변동의 선도적 역할을 하는 중화학공업부문(철강, 석유화학, 전기전자, 자동차 등)의 설비투자가 세계 경제의 회복 조짐에 따라 증가했으며, 엔고의 지속으로 한국의 수출에 유리한 환경이 조성되었다. 대내적으로는 경제개혁의 일정한 효과로 금리 인하와 통화공급이 확대됨으로써 이윤율 저하 경향이 저지되었으며, 이윤율의 재 상승이 가능한 환경 조성이 가능하게 되었다. 이에 상응해 산업생산이 뚜렷한 회복세를 나타내고, 아세안, 중국 등 신흥 공업지역에 대한 수출이 호조를 보임에 따라 절대적 규모가 줄곧 감소해왔던 대미수출이 93년부터 증가세로 반전되었다. 1990년을 100으로 한 산업생산지수는 1992년 4월 18일 이후부터 증가해 1993년 9월에는 122.5, 10월에는 125.0을 기록하고, 1994년 11월 147.6에 이르기까지 계속 상승한다.

<표 4-10> 연도별 경제성장률

연도	GDP	GDP 성장률(%)	1인당 GNI(달러)	실질 GNI 성장률(%)
1986	94,682	11.0	2,55	12.5
1987	111,198	11.0	3,201	12.5
1988	132,112	10.5	4,268	11.8
1989	148,197	6.1	5,185	7.9
1990	178,797	9.0	5,886	8.7
1991	216,511	9.2	6,810	9.3
1992	245,700	5.4	7,183	5.3
1993	277,497	5.0	7,811	5.7
1994	323,407	8.3	8,998	8.4
1995	377,350	8.9	10,823	8.1
1996	418,479	6.8	11,385	4.8
1997	456,276	5.0	10,315	2.1
1998	444,367	-6.7	6,744	-9.1
1999	482,744	10.9	8,595	9.4

자료: 통계청 「주요경제지표」 국민계정 각 연도, <http://www.nso.go.kr>

※ 1986~99년도 수치를 발췌

94) 장진화, “90년대 한국경제와 ‘신경제 정책’의 평가,” 한국사회과학연구소 학술심포지움 자료집 『한국 자본주의와 민주주의』 1996, p.74.

그러나 성장을 주도한 투자의 증가는 자본재의 수입증가를 수반함으로써 수입의 급증을 초래했다. 수출의 절대적인 증가에도 불구하고 수입의 증가폭이 수출증가세를 앞질러 무역수지는 적자를 면치 못한다. 경기회복으로 인한 소비증가 효과 또한 수출을 주도하는 대기업에 그침으로써 경제전체에 확산되지 못했다. 이에 따라 내수에 기반한 중소기업들은 여전히 지속적인 연쇄도산에서 벗어나지 못하고 있었다. 1995년 말부터는 성장이 완만히 둔화되고 중장기적으로는 성장률 저하, 물가상승, 경상수지 적자폭의 확대, 그리고 실업의 증가 현상이 복합적으로 나타났다. 이에 따라 노동자들의 사회보험 부담능력을 의미하는 실질임금 상승률도 1996년 들어 큰 폭으로 떨어졌다.

<표 4-11> 연도별 실질임금 상승률

연도	명목 임금		실질 임금	
	금액(천원)	증가율(%)	금액(천원)	증가율(%)
1992	806	11.2	1,140	4.7
1993	904	12.1	1,219	7.0
1994	1,007	11.3	1,277	4.8
1995	1,162	15.4	1,411	10.5
1996	1,291	11.1	1,494	5.9
1997	1,330	3.1	1,474	-1.3
1998	1,362	2.4	1,404	-4.7

자료: 노동부 「매월노동통계조사」, 각년도; 통계청 「주요 경제지표」

<http://www.nso.go.kr>

※1992-98년도 수치를 발췌

실질임금=명목임금/소비자물가지수(2000=100)*100, 종사자수 10인이상 사업체 대상

이러한 경향은 경기부양책에 급급한 정부가 당장의 매출확대와 이윤증식을 추구하는 자본의 이해를 수용한 데 따른 것으로 볼 수 있다. 결국 김영삼 정권은 자유화라는 미명하에 이러한 단기적 성과 위주의 경제운용기조를 유지함으로써 시장규제의 완화를

틈탄 대기업의 과잉중복투자를 발생케 한 것이다. 자본과잉과 생산과잉은 침체의 새로운 계기로 작용하게 되었는데, 이는 결국 1997년 말에 이르러 한국경제를 IMF 구제금융 신청으로 몰고 가게 한 주요한 요인으로 작용했다.

신경제정책의 논리는 1994년 말에 개최된 APEC회의 이후 국가경쟁력 강화로 이어졌다. 국가경쟁력강화 논리는 세계화라는 용어가 빈번해지면서 자유로운 시장경제의 확립과 생산적 협조적 노사관계로 현실화되었는데, 이는 신자유주의적 논리와 일맥상통하는 것이었다. 즉 국제경쟁력강화가 생산요소비용 즉 임금, 금리, 지대 등 요소비용의 절감에서 시작된다는 것이다. 김영삼 정부는 서구의 복지국가의 개입을 한국의 군사정권의 지배와 동일한 위상을 갖는다고 상정하고, 국가사회주의의 몰락에 대해 국가개입이라는 요소를 그 원인으로 파악해 모든 미덕을 시장원리로 대치시켰다.⁹⁵⁾

김영삼 정부의 신경제정책은 또한 경제부문에서 자본의 실체인 재벌의 경제력 집중을 심화시켰다. 세계화 이데올로기의 핵심인 정부의 규제완화 및 시장기능 중시 조치들은 재벌이 정치권력으로부터 상대적으로 자유로울 수 있는 환경을 조성하는데 일조했다. 이로 인해 김영삼 정부 시기에는 다수 국민의 삶의 질이 경제논리, 자본주의 생존의 법칙에 맡겨짐에 따라 사회복지제도는 크게 약화되었다. 이 시기 의료보험과 관련한 경제적 환경을 살펴보면 다음과 같다.

① 국민의료비의 상승

국민의료비의 규모를 살펴보면 1985년에는 3조8천억원(GDP대비 4.7%)에서 1994년 16조 3천억원(GDP대비 5.3%)으로 10년간 4배 이상 증가했다. 이 기간 동안의 국민의료비 변동은 전국민의료보험 도입을 전후해 세 시기로 구분된다. 지역의료보험 확대 이전인 1980년대 중반의 증가율이 낮았던 시기, 전국민의료보험 시행을 전후해 매우 높

95) 국제경쟁력 강화의 당위성은 국제관계의 상호의존성을 강조하는 신자유주의적 사고체계에서 시작한다. 민족국가의 경제정책적 주권은 점증하는 국민경제간의 상호 의존성 강화와 교통 및 정보통신 기술의 발달로 인해 점차 제약을 받게 되었고 개별 국민경제 성장의 양과 질은 일차적으로 세계시장과 세계시장 경쟁에 의해 결정된다. 이러한 이유로 국제경쟁력 강화는 민족 국가적 책임을 익명의 세계시장에 전가하는 한편, 국내 정치적 무기력을 생산하는데 효과적인 수단이 된다. 즉, 모든 민족 구성원이 고통을 분담해야 하고 외부로부터 위협을 강조하는 경쟁이라는 개변에 대한 긍정적 수용을 호소하는 이데올로기로 작용된다. (한국노동이론정책연구소, 1990:30)

은 증가율을 나타낸 시기, 그리고 이후 증가율이 다소 둔화된 1994년까지의 시기이다.

그러나 1995년 이후 이러한 안정화 추세가 지속되지 못하고 국민의료비가 재차 상승하는데, 이는 1994년 추진된 의료개혁의 결과로 1995년부터 보험급여가 확대되면서 1995년과 1996년에는 보험진료비가 전년대비 약 25%가 증가한 데 따른 것이다.⁹⁶⁾ 이러한 국민의료비의 비상한 증가는 지역의료보험조합의 재정적자와 더불어 지역의료보험가입자의 본인부담을 증가시키는 결과를 초래함으로써 의료보험 통합이라는 정책결정에 영향을 미친 주요한 경제적 환경요인으로 작용했다.

<표 4-12> 국민의료비의 지출 동향: 1985-1994년

연도	국민의료비(억원)	증가율(%)	GDP대비(%)	1인당의료비(만원)
1986	42,574	-	4.45	10.3
1987	48,118	13.0	4.29	11.6
1988	59,391	23.4	4.46	14.1
1989	73,531	23.8	4.93	17.3
1990	90,990	23.7	5.07	21.2
1991	106,526	17.1	4.94	24.6
1992	127,920	20.1	5.32	29.3
1993	143,446	12.2	5.37	32.6
1994	163,386	13.9	5.34	36.8

자료: 한국보건의료관리연구원(1997), 「국민의료비의 지출동향, 1985-94」

② 지역의료보험 재정적자의 심화

기존의 조합관리방식은 소득구조와 노출물의 차이로 인해 자영자와 피용자를 구분해 보험료부과 방법을 달리하는 전국 373개의 의료보험조합⁹⁷⁾으로 운영되었다. 그러나 이러한 조합방식의 운영⁹⁸⁾은 1990년대 들어 지역의료보험 재정의 불안정을 초래했다.

96) 의료개혁위원회, "의료부문 선진화를 위한 의료정책과제", (1997), p.260.

97) 자영자로 구성된 227개의 지역조합(구 56개, 시74개, 군94개), 피용자로 구성된 145개 직장조합(단독직장 63개, 공동직장 82개) 및 1개의 공단(공·교공단)이다.

98) 조합관리방식 운영에 따른 문제점을 첫째, 다수조합에 의한 독립적인 재정운영으로 위험분산의 기능이 제

1995년 우리나라 의료보험 재정지출을 평균적으로 보면, 보험급여비가 70.5%를 차지하며, 관리운영비는 7.4%를 차지한다. 조합의 특성에 따라 보험급여비는 최고 82%(시 지역조합)에서 최저 57%(공동직장조합)까지 그리고 관리운영비는 최고 13%(군 지역조합)에서 최저 4.3%(공단)까지 상당한 편차를 보이고 있다. 또한 의료보험 조합의 재정안정성과 관련하여 3년간(1993-1995)의 적자발생률은 연평균 14.9%로 조합의 특성에 따라 차이를 보이며 세대 당 당기잉여금/누적준비금의 비율이라고 할 수 있는 준비금 보유율에 있어서도 차이가 있음을 볼 수 있다. 이렇게 볼 때 지역의료보험조합의 보험재정이 안정성 도모가 시급함을 보여준다.

<표 4-13> 조합유형별 재정현황(1995년) 및 연평균
적자조합발생률(1993-1995평균) (단위: %)

유형	구분	보험급여비	관리운영비	준비금보유율	적자조합발생률
지역조합	군지역	81.6	13.1	22.1	26.8
	시지역	82.0	9.0	42.9	19.8
	구지역	79.9	5.5	65.9	17.3
직장조합	공동직장	57.0	8.8	152.2	2.0
	단독직장	62.9	5.8	140.3	5.8
공교공단		70.0	4.3	84.4	-
전체		70.5	7.4	87.7	14.9

자료: 의료개혁위원회, 「의료부문 선진화를 위한 의료개혁과제,」 1997.

지역의료보험조합은 초기 보험수리설계에 있어서 국민의 부담능력을 고려해 저부담 저급여 체계로 설계하면서도 보험급여에 있어서는 보편적인 급여수준이 이루어지도록 직장의료보험조합과 동일한 수준으로 이를 설정함으로써 상대적으로 부양인구가 많은

한되고 조합간 재정격차가 불가피하며, 특히 구조적으로 재정이 취약한 조합의 존재는 보험급여 확대에 걸림돌이 되고 있다. 둘째, 보험재정이 불안정한 소규모 조합들이 존재하고 있으며, 이들은 관리운영면에서도 적정규모의 경계를 일탈하고 있다. 셋째, 다수 조합의 존재는 적용인구의 조합간 이동에 따른 자격관리업무의 중복을 초래해 관리운영의 능률을 저하시키고 있다. 넷째, 조합의 재정자립과 관리운영의 성과를 제고하도록 할 제도적·재정적 유인장치가 미흡하다는 점을 지적할 수 있다. (의료개혁위원회, 1997)

지역의료보험조합인 경우 보험급여비(보험재정지출)가 높게 나타났고 보험료(보험재정 수입)는 농·어민과 도시서민의 생활정도에 적절하게 조정해 제도 조기도입의 저항을 없애도록 상대적으로 낮게 책정함에 따라 재정 불안정을 초래하게 되었던 것이다.

전국민의료보장기인 1990년대 동안 지역의료보험조합들의 만성적인 재정적자는 의료보험제도 전체를 위협하는 문제로 대두되었다. 지역의료보험조합들은 조합자치의 원칙에 따라 필요한 보험료의 전액을 지역피보험자가 전액 부담하도록 되어 있었지만, 현실적으로 지역피보험자의 보험료 부담능력 부족과 지역별 재정력 격차 때문에 적자조합이 다수 발생해 지역의료보험의 보험재정관리는 매우 불안정했다. 이러한 재정불안정을 해결하기 위해 정부는 국고보조금을 지원했고, 지역의료보험의 고액진료비와 노인진료비에 대해 직장의료보험조합 및 공무원 및 사립학교교직원조합은 재정공동사업을 시행했다. 그럼에도 불구하고 지역의료보험조합의 재정은 계속 악화되어 가면서 적자조합의 수⁹⁹⁾는 계속 증가하고 있었다.

이런 지역의료보험의 재정 불안정은 의료보험제도의 발전과 관련해 심각한 부작용들을 낳았다.

첫째, 지역의료보험 가입자들의 보험료 부담이 가중되었다. 지역의료보험 가입자들은 지역의료보험의 재정 불안정으로 인한 적자를 메우기 위해 과중한 보험료를 부담해 왔으며, 당기 수지적자를 메우기 위해서는 약 30%정도의 대폭적인 보험료 인상이 불가피한 실정이었다.

둘째, 지역의료보험의 재정 불안정은 보험적용 범위와 수중을 확대하는데 부정적인 영향을 미쳤다. 따라서 의료보험제도가 국민의 건강을 보호하기 위한 최소한의 역할조차 담당하지 못했다.

셋째, 과중한 경제적 부담과 미흡한 의료보험 보장성으로 인해 일반 국민들은 의료보험제도를 신뢰하지 않았다. 전국민이 의료보험의 적용을 받고 있음에도 불구하고 국민의 의료서비스 이용시 입원진료의 경우 약 40%, 외래진료의 경우 약 67%에 이르는 비용을 본인이 부담했다. 즉, 우리나라 의료보험은 의료보장이 아닌 할인진료에 불과하

99) 1990년대 지역의료보험의 적자조합의 수는 1991년에는 1개, 1992년 7개, 1993년 15개, 1994년 33개, 1995년 113개, 1996년에는 147개로 계속 증가하는 추세를 보였다.

다는 비난이 제기되었다.

넷째, 지역의료보험 재정의 불안정은 국민들간의 사회적 연대를 저해하는 주요한 요인으로 작용했다. 의료보험통합을 앞두고 직장의료보험가입자와 지역의료보험 가입자들간의 경제적 이해관계가 충돌했고, 자영업자 소득과약 미비와 함께 지역의료보험 재정의 불안정은 의료보험통합에 대한 직장의료보험 가입자들의 우려를 증폭시켰으며, 이러한 불안은 의료보험통합과정에 심각한 장애요인이 되었다고 할 수 있다.

결국 기존 조합관리방식의 취약점인 지역의료보험의 재정난과 지역주민, 특히 농어민의 보험료 부담과중의 문제는 1977년 말 이후 의료보험통합정책의 결정에 직접적인 계기가 된 경제적 환경이라 할 수 있다.

또한, 김영삼 정부 집권시기는 민주주의체제로의 이행이 본격화 하면서 과거 그 어느 시기보다 정책에 관심을 보이는 집단의 수준이 양적으로 확대되고, 조직적 요구표출의 정도도 더욱 증대된 시기였다.

이 시기 정부의 변화를 파악할 수 있는 핵심적 구호는 ‘세계화’였다. 김영삼 정부는 국가 정책적 차원에서 사회 각 부분의 세계화를 추진했으며, 이에 따라 ‘세계화’는 1990년대 이후 한국사회의 저변을 뒤흔드는 중요한 사회적 변동의 요인으로 작용했다. 세계화 담론은 정책사고를 비롯한 기존의 제도적 배열에 중요한 변화를 야기했다. 세계화 담론이 제기된 이후 ILO 가입, OECD 가입이라는 일련의 과정을 경과하는 동안 한국의 노·사·정 모두는 전략적 행위 패턴에 있어서 급격한 변화를 요구받았다.

그러나 김영삼 정부는 세계화의 패러다임을 국가운영의 기치로 삼고 사회복지정책과 관련하여 삶의 질의 세계화라는 슬로건을 제시하지만 구호만큼의 내실있는 성과는 거두지 못했다. 이는 국가와 경제가 신자유주의적 체제로 경제체제를 개편하며 자본축적의 고도화와 이윤창출 이외의 사회적 가치에 대해서 포기함을 의미하는 것이었다.¹⁰⁰⁾

김영삼 정부의 사회복지정책의 기본방향은 그 동안 정책의 우선순위에서 배제되었던 한국형 사회복지모형을 어느 정도 강화시켜 성장과 복지의 조화를 달성하려는 것이었

100) 신경제 계획의 시행 이후 김영삼 정권의 전반기 복지정책에 대한 예산 증가억제 경향은 뚜렷하게 나타난다. 집권 중반기인 1995년의 경우 복지예산 증가율은 11.5%였지만 1993년과 1994년은 7% 대에 머물러 당시의 정부 일반예산 증가율 15% 수준에 비해 한참 못 미친 것으로 나타났다. 이흥운, 앞의 논문, p.59.

다. 즉 김영삼 정부의 한국적 사회복지모형은 한국가족제도의 복지기능 그리고 기업 및 종교단체 등 민간부문의 복지기능을 공공복지제도에 융합시켜 사회복지의 책임을 다원화하려는 시도였다.¹⁰¹⁾

사회복지에 대한 이러한 관점은 노동자에 대한 사회적 보장기제나 일반국민들의 삶의 질 보호에 있어서 국가개입을 부정적인 것으로 간주하고 국가책임을 축소하려는 시도들의 근거로 제공된다. 자본 또한 사회보장 체계를 시장체제로 유인해 사회복지정책 부문을 새로운 상품 영역으로 취급하는 데 관심을 기울이게 된다. 따라서 사회복지영역은 민간으로 이관되고, 사회복지책임을 가족이나 사적단체에 전가되는 경향이 점차 강화된다. 이와 같이 사회복지제도에 대한 투자를 소모성 비용으로만 인식할 경우 사회복지부문에 대한 투자의 동결 내지 축소를 야기시켜 사회복지정책의 양적인 확대전망을 불투명하게 한다.

101) 민교협,(1996.3), p.73-75.

<표 4-14> 정부예산 및 GDP 대비 사회복지예산

연도	정부예산 대비 사회보장 및 사회복지예산			GDP 대비 사회보장 및 사회복지예산		
	사회보장	공적부조	사회복지서비스	사회보장	공적부조	사회복지서비스
1991	6.4	1.4	0.9	0.9	0.2	0.1
1992	7.2	1.4	1.0	1.0	0.2	0.1
1993	6.3	1.3	1.3	0.9	0.2	0.2
1994	6.0	1.2	1.1	0.9	0.2	0.3
1995	5.6	1.1	1.2	0.8	0.2	0.3
1996	6.1	1.2	1.4	0.9	0.2	0.2
1997	6.2	1.4	1.5	1.0	0.2	0.2
1998	6.1	1.5	2.2	1.0	0.2	0.4
1999	7.3	2.3	2.3	1.3	0.4	0.4

자료: 통계청, 「한국의 사회지표」 사회보장 및 복지예산, <http://www.nso.go.kr>

※ 각년도 수치 중 1991년부터 10년간의 자료를 발췌

전국민의료보험대책위원회의 의료보험 통합운동에 의해 제기된 통합관리방식의 ‘국민의료보험법’ 입법은 노태우 대통령의 거부권행사로 무산되었으나 이후에도 통합관리 방식으로 의료보험을 변경시키려는 사회적 요구의 투입은 지속적으로 이루어졌다. 1990년 4월 이후 의료보험공동투쟁위원회(약칭 의보공위)가 의료보험 납부거부운동을 전개했고, 1991년에는 전국농민회총연맹과 의료보장쟁취공동위원회가 중심이 되어 ‘국민의료보험법 쟁취 전국 농민대회’를 개최했으며, 의료보험조합 노동자들로 구성된 지역의료보험노동조합협의회도 통합의료보험 운동에 새로이 가세했다. 특히, 전국농민회총연맹 등 농민단체들은 지역의료보험체제하에서 농촌지역의 의료보험료는 턱없이 높은 반면에 의료급여혜택은 매우 제한적이라는 이유로 의료보험료 납부거부운동과 의료보험통합운동을 강력히 전개했다.

1990년대 초반 전국농민회총연맹이 농촌지역 의료보험료의 납부거부운동을 전개했다면, 경제정의실천연합은 주로 도시지역 의료보험료의 납부거부운동을 추진했다. 1994년

4월에는 보건의료단체, 농민단체, 농민, 시민단체로 구성된 ‘의료보험 통합일원화 및 급여확대를 위한 범국민연대회의’(이하 의보연대회의)가 결성¹⁰²⁾되어 그 해 11월 7일 의료보험 통합일원화를 골자로 하는 국민건강보험법안을 국회에 청원했다.

한편 이 시기에는 의료보험 연대회의의 구성에 있어서 주요 활동 주체들이 이전의 통합일원화운동을 주도한 세력과는 다른 세력으로 교체되었다. 이 시기에 보건의료단체와 지역의료보험 노동조합은 여전히 핵심적인 주도세력으로 의료보험통합운동에 참여했다. 그러나 농민과 도시빈민단체는 의료보험통합운동의 주도세력에서 이탈했다. 반면 이전까지 형식적인 참여자에 머무르고 있던 노동운동권은 매우 활발한 참여를 보이기 시작했다. 1994년에서 1995년 사이의 노동운동 진영은 의료보험 제도개혁에 관한 요구조건을 더욱 구체화하고, 의료보험통합 및 보험급여 확대의 이슈를 임금인상투쟁과 연계하는 등 단위사업장 수준에서 의료보험 문제를 쟁점화했던 이전의 경험들과 비교해 질적으로 다른 차원의 활동을 전개했다.¹⁰³⁾ 의료보험 이슈에 대한 노동운동 진영의 인식 변화는 1995년 11월 출범한 전국 민주노동조합총연맹의 결성과도 궤를 같이한다. 민주노총은 지역적 조직형태를 지양해 노동계급의 보편계급으로서의 성장을 지향하면서 노동운동의 영역을 노동현장의 문제 뿐 아니라 자본운동으로 빚어진 총체적 사회모순까지 확장시키고자 한다. 1996년 후반 신노사 관계개혁을 위한 노동법 개혁과정에 참여함으로써 제도권 안으로 진입한 민주노총은 1997년 총파업의 핵심세력으로 등장하게 된다. 이 과정에서 민주노동운동은 범대위의 결성으로 모든 시민 운동집단을

102) 의보연대회의는 노동조합, 농민단체, 시민단체 등이 모여 1994년 4월결성되었다. 1999년 4월이후에는 민주노총, 전국농민회총연맹, 전국연합, 경실련, 참여연대, 인의협, 민의련 등 77개 사회단체가 참여해 의료보험 통합실현을 위한 연합체로서의 활동을 주도적으로 펼쳤다. 의보연대회의의 참여단체는 다음과 같다. (노동)전국민주노동조합총연맹 [건설노련/공공연맹/공익노련/금속산업연맹/대학노조/민주광장/민주버스/민주섬유/민주택시/민철노련/병원노련/사무노련/언론노련/전국강사노조/전교조/전일노련/화물노련화학연맹/대노협/현노협] 전국노동단체연합/한국노동운동협의회(농민/빈민)전국농민회총연맹/한국농업경영인증양연합회/전국여성농민회총연합회/한국농어촌사회연구소/전국농민단체협의회/전국노점상연합/전국철거민연합/(시민사회)경제정의실천시민연합/민주주의민족통일전국연합/한국여성단체연합(23개단체)/진보정치연합/통일시대민주주의국민회의/민주화를위한전국교수협의회/민주화진보를위한지식인연대/전국불교운동연합/한국기독교교회협의회인권위원회/YMCA시회의/참여민주사회시민연대,(보건의료)인도주의실천의사협의회/건강사회를위한약사회/건강사회를위한치과의사회/참된의료실현을위한청년한의사회/평등사회를위한민중의료연합/진보와연대를위한보건의료운동연합/기독교청년의료인회/노동과건강연구회,[지역의보연대회의]부산 경남/대구 경북/대전 충남/전북/광주 전남/제주

103) 김연명, “의료보험제도의 동향과 쟁점 : 한국사회복지의 이해”, 『동풍』, (1995), p.185.

이끌어 가는 힘을 보이기 시작하며 한국노총을 대신해서 민주노총이 노동운동의 실질적 대표자로 발돋움하고 있었음을 보여주었다.¹⁰⁴⁾ 민주노총이 설립됨으로써 복수노조운동의 실현을 위한 실질적 기반이 조성되었고, 이러한 노동운동의 환경변화는 사회적 자율성에 따른 조직적 요구표출의 가능성을 증대시킴으로써 의보통합운동의 전도에 영향을 미칠 중요한 요인으로 작용하게 된다.

과거 권위주의체제하에서 국가의 조합관리방식의 통제 아래 종속되었던 한국노총이 정부의 정책결정과정에 영향력을 행사하는데 엄격한 한계를 지녔다는 점을 감안해 볼 때 의료보험을 둘러싼 운동주체의 변화는 의료보험정책에 대한 사회적 투입능력의 변화를 의미한다. 즉 과거 권위주의정치체제하의 사회복지정책 결정과정은 수혜자의 참여를 배제한 채 정치권력 혹은 강력한 특정 이해관계집단 내부의 메커니즘에 의해 이루어져 실질적인 의료보험 정책의 목적을 담보하지 못했던 것이 사실이다. 그러나 민주화 이행과 더불어 주요 수혜자집단인 노동운동의 정책결정과정에 대한 투입능력이 전반적으로 향상됨으로써 정책결정에 영향을 미칠 가능성은 한층 높아졌으며, 이는 의료보험 통합일원화의 사회적 이해를 높이는 계기로 작용했다.

이러한 사회적 운동을 배경으로 1996년 11월 당시 야당인 새정치국민회의와 자유민주연합의 정책위원장은 공동으로 ‘통합의료보험법안의 국회상정계획’을 발표했다. 대통령선거를 앞둔 1997년 8월 여당인 신한국당도 이 의보통합법안의 추진의향을 밝힘으로써 1997년 11월 ‘국민의료보험법안’은 여·야 만장일치로 11월 14일 국회를 통과하게 된다.

결국 의료보험 통합일원화를 둘러싼 사회적 환경의 변화와 이해관계집단의 이익투입 활동이 15대 총선 당시까지 의료보험통합에 대해 암묵적으로 반대하던 신한국당으로 하여금 1997년 대통령선거에 즈음해 통합 찬성으로 선회하도록 만든 중요한 요인으로 작용한 것이다.

104) 한국사회과학 연구소 노동연구실, (1997), p.150.

2. 참여자 요인

1) 대통령

김영삼 대통령은 야당인 민주당 총재로 재임하던 1989년 당시에는 의료보험 통합에 적극적이었으나, 3당 합당 이후 민자당 대통령 후보로 추대되고 당선되는 일련의 과정에서 조합관리체제를 유지하려는 방향으로 입장을 변경했다. 1992년 대통령선거 당시 김영삼 후보의 의료보험 관련 공약은 지역의료보험체제를 유지한다는 것이었고¹⁰⁵⁾, 반면 야당인 민주당의 김대중 후보는 통합의료보험제 실시를 주장했다.

그러나 1993년 김영삼 정부가 출범하면서 개혁 드라이브를 내세우자 의료보험개혁에 대한 국민 일반의 기대치는 높아졌다. 과거 통일민주당 총재로서 1989년 여소야대 국회에서 의료보험 통합법안을 통과시키는데 중요한 역할을 한 당사자였으므로 김영삼 대통령이 결국 의료보험 통합을 실현할 것이라는 기대가 그만큼 높았던 것이다. 그러나 김영삼 대통령은 재임기간 중 의료보험을 통합하려는 움직임을 전혀 가지화 하지 않았다.¹⁰⁶⁾ 김영삼 대통령의 이러한 입장은 1996년에 실시된 제15대 총선 당시의 여당 입장에서도 확인된다. 당시 야당인 새정치국민회의, 자유민주연합, 민주당이 모두 통합 의료보험제도 실시를 공약으로 내건 반면 신한국당은 관리운영체계에 대한 언급없이 의료보험제도의 부분적 개선만을 공약으로 제시했을 뿐이다.¹⁰⁷⁾

김영삼 대통령의 의료보험통합에 대한 소극적인 반대 입장은 당시 행정부처와 청와대 비서실 내부에서 압도적으로 우세했던 기존 조합관리방식의 고수 의견에 일정하게 영향을 받은 것으로 추정된다. 행정부처와 청와대 비서실간에는 파견을 통한 보직의 순환이 이루어지므로 보건복지부의 관료들과 보건복지 담당비서관들 내에 다수를 차지했던 조합관리방식 옹호론자들의 의견이 집중적으로 반영될 수 밖에 없었을 것이다.

결국 대통령의 입장 변경은 의료보험제도의 실시 이후 의료보험통합 여부가 지속적

105) 동아일보, 「3당 쟁점공약 비교표」 1992. 12. 27.

106) 유인왕, “한국의료보험정책의 재조명”, 한국사회복지정책학회 「1996년추계학술대회 정책토론회」 발표논문, (1996), p.81-97.

107) 국회입법조사분석실, 「Info-Brief」. 제63호. 1996. p.20.

으로 쟁점이 되어온 사안이라고는 하나, 시간, 정보, 전문지식의 부족으로 인해 대통령이 특정 정책사안에 대한 결정에 있어서 행정부처와 소내각이라고 불리는 청와대 비서실의 전문성에 의존한 데 따른 것으로 볼 수 있을 것이다.

2) 국회

특히 정책에 대한 국회의원들의 태도 결정에는 소속정당의 당론과 의원개인의 이념적, 정책적 성향 외에도, 각종 선거에서의 득표라는 현실적 동기가 크게 작용한다. 그러므로 국회의원들은 보건복지부 등의 행정부 관료들에 비해 의료보험 관리운영체제로서 통합관리방식을 지지하고, 가능한 한 진료일수를 늘리며, 농어촌 주민의 진료비를 보조하고자 하는 입장을 상대적으로 강하게 견지해왔다. 그러나 여당소속 국회의원들은 대통령의 의도를 반영한 당의 정책방향에 기속됨으로써 독립적인 사법기관으로서의 정책적 입장을 명시적으로 표출하지 않았던 것 또한 사실이다. 그러나 제15대 대통령 선거가 임박하자 상황이 변화하기 시작했다.

1997년 하반기 들어 대통령이 당적을 포기하자 당정간의 협조가 원활하게 이루어지지 않은 반면, 야당이 새정치국민회의와 자유민주연합간의 공조를 통해 집권전략을 구체화 하자 여당인 신한국당(1997년 11월 이후 한나라당)으로서는 임박한 대통령 선거에서의 승리를 장담할 수 없는 상황에 처하게 되었다. 이에 따라 불투명한 선거결과에 불안감을 느낀 여당 내에서는 농어민의 보험료 부담에 대한 불만을 해결하지 않고서는 차기 대통령 선거에서 충분한 지지를 획득하기 어렵다는 목소리가 고개를 들기 시작했다. 그 결과 다분히 선거전략적인 고려에 따라 농어촌 출신 국회의원들을 중심으로 의료보험통합으로 입장을 선회하려는 경향이 표면화 되었다¹⁰⁸⁾. 다수당인 신한국당이 그해 10월 30일 자당 소속 황성균의원외 30인의 명의로 단계적 의료보험통합을 골자로

108) 이러한 현실적 고려는 당시 여당인 신한국당의 보건복지위원회 간사를 맡고 있던 황성균 의원이 1997년 8월에 이회창 대통령 후보로 하여금 의보통합에 찬성하도록 설득하기 위해 만든 보고서에 잘 나타나 있다. 이 보고서에는 농어촌 주민들이 상대적인 보험료 부담 과중으로 인해 불만이 많고, 이에 따라 2천만 명이 넘는 지역의료보험 가입자들은 한결같이 의보통합을 주장하고 있으며, 야당은 1997년 대통령 선거 공약으로 의료보험 통합을 제시할 것이 분명하기 때문에 신한국당은 1단계로 지역의료보험과 공·교의료보험을 부분적으로 통합하는 법안이라도 발의하여 야당의 기선을 제압할 필요가 있다는 논지가 담겨있다. 이규식, “의료보장정책의 형성과 문제점,” 『보건행정학회지』, 제 10권 제 1호, p.72.

한 ‘국민의료보험법’안을 발의한것은 이러한 기류가 만들어낸 산물이라고 할 수 있다.

야당은 이미 대통령 선거 이전인 1996년 11월 30일 이성재(새정치국민회의), 이재선 의원(자유민주연합) 등의 명의로 국회에 ‘국민건강보험법’안을 발의한 상태였으나, 원내에서의 숫적인 열세로 인해 법안의 통과를 낙관할 수 없었다. 이러한 상황에서 다수당이 비록 의료보험의 전체적 통합은 아닐지라도 지역의료보험과 공무원 및 사립학교직원의료보험을 통합하는 안을 제출했으니 야당의 입장에서는 이를 반대할 이유도 없거니와 유리한 정치적 상황을 놓칠 수가 없는 입장이었다.¹⁰⁹⁾

대통령 선거를 목전에 둔 정기국회에서의 이러한 상황 변화는 여야간에 단일한 대안의 작성을 위한 활발한 대화와 접촉을 가져왔으며, 그 결과 보건복지위원회 내에서는 통합의료보험법을 통과시키기 위한 여야간의 연합형성이 가능해질 수 있는 조건이 형성되었다. 당시 보건복지위원회 내부에 형성된 이와 같은 역학관계는 이후 법안의 심의 및 의결과정에서 보건복지부와 통합반대 의견을 피력해온 이해관계집단, 지역의료보험 임원 등의 반대로비 활동을 뚫고 법안을 통과시킬 수 있는 주요한 조건이 되었다.

정리하자면 당시 보건복지위원회 내부에서 활발한 여야간 연합활동이 가능해진 데에는 여당 총재로서 실질적인 영향력을 행사해온 대통령의 권력이 본격적인 누수기에 접어들어 의원들에 대한 통제력이 이완되었다는 점이 배경으로 작용했다. 또한 이 당시 통합의료보험법안의 통과에 강한 의지를 갖고 있던 황성균, 이성재, 이재선 의원 등이 각각 여야의 보건복지위원회 간사를 맡고 있었으며, 김홍신 의원 등 일부 여당 소속 보건복지위원들의 적극적인 호응이 존재했다는 점도 노태우 정부와는 달리 여·야간의 원활한 연합형성에 유리하게 작용했다고 할 수 있다.

3) 정당

신한국당의 1996년 총선 당시 공약에서는 다른 정당과 달리 통합의료보험정책에 관한 내용을 찾아보기 어렵지만 1997년 대선 무렵 이회창 후보는 당내의 황성균 의원 등

109) 이홍윤, "사회복지정책 결정과정 참여자의 역할에 관한 연구", (행정학박사학위논문, 성균관대학교, 2000), p.76.

의료보험통합 지지자들의 의견을 반영해 의료보험조합을 단계적으로 통합한다는 사회 분야 공약을 내걸었다.¹¹⁰⁾ 이회창 후보가 1년여 전과 달리 의료보험통합을 공약으로 제시한 것은 지속적인 국민의료비 상승과 지역의료보험 재정적자의 심화라는 경제적 환경의 악화에 의해 본인부담이 증가한 지역의료보험 가입자들이 이에 반발해 사회적 요구의 투입을 크게 증대시켰기 때문이다. 또한 1996년 총선 결과 경쟁적 정당구도가 초래되었기 때문에 의료보험통합을 주장하는 야당에 대응하기 위해 단계적 통합법안을 내세웠다고 할 수 있다.

신한국당은 15대 국회 개원 전에 과반수 의석을 확보했기 때문에 보건복지부의 의도대로 통합을 반대했다면 국회에서의 법률안 통과를 저지할 수도 있었다. 그러나 정책 수혜자의 이익투입을 고려해 1997년 대통령선거를 앞두고 의료보험통합 방향으로의 전환을 고려했다. 즉 의료보험 완전통합은 장기적인 검토의 대상으로 남겨놓더라도 지역의료보험을 공단에 통합시켜 관리운영비를 절약하고, 이 절약된 재원으로 과중한 지역의료보험료를 경감하며, 감축대상인 지역의료보험 직원은 도시연금 확대의 소요인력으로 활용할 계획¹¹¹⁾등이 그것이다.

야당은 사회·경제적 요구를 고려하고 1997년 대선을 의식해 1996년 11월 30일 새정치국민회의와 자유민주연합의 공조체제 속에서 이성재·신낙균·이재선·김한길 의원 외 68인이 전면적 통합법안인 국민건강보험법안을 공동 제안했다. 야당은 의료보험 관리운영체계를 통합해 소득재분배 및 위험분산기능을 극대화함으로써 저소득 국민의 의료문제를 원활히 해결하고 사회적 연대성을 강화하는 것 등을 국민건강보험법안의 주요한 제안 이유로 밝혔다.¹¹²⁾

야당의 단일안이 발의된 지 1년 후 신한국당은 보건복지부와 협의과정을 거쳐 대통령선거를 50여일 앞둔 1997년 10월 30일 황성균의원 외 50인의 발의로 국민의료보험법안을 제안했다. 이러한 정치권의 정책의지는 결국 단계적 통합법안 수용으로 후퇴할 수 밖에 없었다. 통합에 대한 여당의 입장이 잠재적 지지에 그쳤던 1989년의 경우와는

110) 한국일보, 1997. 12. 14

111) 황성균, 「의료보험 개혁방안」, (1997)

112) 국민건강보험법안 의안번호 369, (1996)

달리 1997년 대선을 앞둔 여당내에는 사회·경제적환경과 정책수혜자의 이익투입 활동에 민감하게 반응하는 통합추진세력이 뚜렷이 존재했기 때문에 보건복지부의 반대에도 불구하고 통합법안을 관철시킬 수 있었던 것이다.

신한국당이 제안한 국민의료보험법안의 내용은 일시적 통합으로 인한 이해관계집단간의 갈등을 최소화하면서 점진적으로 통합운영방식의 의료보험제도를 도입하려는 취지를 담고 있었다. 이 법안은 직장의료보험이 약 3조원의 누적적립금을 보유한 데 반해 저소득 국민 대부분이 포함된 지역의료보험은 만성적인 적자구조에 처해 있으므로 위험분산과 소득재분배기능을 최대한 발휘하도록 의료보험을 통합해야 한다는 제안 근거를 담고 있었다.¹¹³⁾

이러한 신한국당의 고려는 1997년 8월 국회 보건복지위원회 여당 간사인 황성균 의원이 배포한 “의료보험 개혁방안”이라는 제목의 자료에서도 확인된다. 그 해 10월에 작성된 신한국당의 의료보험 개혁방안은 “과중한 보험료 부담으로 농어촌 주민의 불만이 과중해 보험료 인상 시 거센 저항이 예상되고, 2천 만 명 이상의 지역의료보험 가입자들은 한결같이 의료보험 통합을 주장하고 있다”라는 당시의 정치적 상황에 대한 분석을 담고 있다. 이 방안은 만약 신한국당이 정기국회에서 단계별 통합을 위한 법안 제출·통과시키지 않으면 야당에서 기선을 빼앗기고 결국 국민의 지지를 상실할 것이라고 예측했다. 그러나 이 방안은 통합일원화를 기본 전제로 하되, 기존 제도를 일시에 바꿀 경우 발생할 혼란과 불편 등을 감안해 접근 방식은 3단계의 점진적, 단계적 방식을 채택하는 것이 바람직하다는 의견을 담고 있다. 이 방안에는 “제1단계에서는 지역 의료보험과 공무원 및 사립학교교직원 의료보험을 통합하되 지역의료보험 및 공무원 및 사립학교교직원 의료보험재정은 분리운영하고, 별도의 진료비 심사원을 설치해 심사기구를 독립하도록 한다. 제2단계에서는 직장의료보험과 국민의료보험 관리공단의 관리업무를 통합하고, 직장의료보험 및 공무원 및 사립학교교직원 의료보험 보험료 부과기준 및 재정을 통합하며, 지역주민에 대한 재정은 분리 운영하되 전국민에 대한 형평성 있는 보험료 부과 제도를 개발한다. 제3단계에서는 근로자(직장, 공·교) 및 지역

113) 국민의료보험법안 의안번호 783.(1997)

의료보험의 재정을 완전 통합해 의료보험 통합을 완결한다.”¹¹⁴⁾라는 내용의 구체적인 통합 추진 일정표까지 제시되어 있다.

신한국당의 법안에는 첫째 단계방안이 그대로 반영되었으며 1997년 11월 17일 국회에서 의결되었던 법률의 내용도 대부분 이와 같은 체계 및 내용을 담고 있다. 여당의 지지와 야당의 동의라는 여·야의 원만한 타협에 의해서 통합법안인 국민의료보험 법안이 국회에서 통과될 수 있었던 이유는 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 1989년과 비교해서 사회적으로 통합을 지지하는 사회·경제적 환경과 정책수혜자의 이익투입이 보다 광범위하고 조직적으로 표출됨에 따라 여·야 의원들간에 통합에 대한 강한 공감대가 형성되어 있었다. 둘째, 전체통합이 정부와 통합 반대집단의 로비에 휘말려 결국 대통령의 거부권 행사로 무위로 돌아갔던 1989년의 선회로 인해 야당 의원들은 부분적이고 점진적인 통합이라는 차선의 대안을 긍정적으로 검토했다. 셋째, 야당은 비록 여당안이 대폭 반영되긴 했으나 통합을 위한 수순을 밟게 되었다는 점에서, 이를 일정한 정치적 성과로 여기고 타협할 수 있었다.

4) 이해관계집단

1989년 대통령에 의해서 통합법안이 거부된 이후에도 통합관리방식으로 의료보험을 바꾸려는 사회적 요구의 투입은 계속해서 이루어지고 있었다. 1990년 4-5월 의료보험 공동투쟁위원회(약칭 의보공위)의 의료보험납부거부 운동, 1991년도에는 전국농민회총연맹과 의료보장쟁취공동위원회를 주축으로 한 국민의료보험법 쟁취공동위원회가 중심이 되어 국민의료보험법 쟁취 전국농민대회를 개최했고, 이러한 움직임에 지역의료보험노동조합협의회가 새로이 가세하기도 했다.

특히, 전국농민회총연맹 등 농민단체들은 지역의료보험이 실시되었지만 농촌지역의 의료보험료가 턱없이 높은 반면에 의료급여혜택은 매우 제한적이라는 이유로 의료보험료 납부거부운동과 의료보험통합운동을 강력히 전개했다¹¹⁵⁾. 1990년대 초반 전국농민

114) 황성균. 「의료보험 개혁방안」. (1997)

115) 1997년 당시의 세대당 보험료를 비교해 보면 직장의료보험 가입 세대 14,786원, 공·교의료보험 가입세대 15,263원, 군 지역의료보험 가입세대, 16,598원, 도시지역의료보험 가입세대 18,135원으로 나타나 농촌지역과

회총연맹이 농촌지역의료보험료의 납부거부운동을 전개했다면 경제정의실천연합 주로 도시지역 의료보험료의 납부거부운동을 추진했다.

또한 1994년 4월에 총 77개의 보건의료단체, 노동단체, 농민, 시민단체와 6개의 지역 연대회의로 구성된 ‘의료보험통합일원화 및 급여확대를 위한 범국민연대회의’가 결성되었다. 의보연대회의는 참여단체들 가운데 다수가 전통적으로 사용해온 집회·시위 등의 방식 이외에도 대언론 활동, 국회청원활동, 공청회 개최 등의 다양한 활동방식을 채택했다¹¹⁶⁾. 이러한 활동의 일환으로 그 해 11월 7일 의료보험 통합일원화를 골자로 하는 국민건강보험법안을 국회에 청원하기도 했다.

1995년 11월의 민주노총 결성¹¹⁷⁾은 의료보험통합과 관련된 구체적 요구사항을 제시함으로써 노동계의 통합관련 요구를 조직적으로 표출할 수 있는 계기가 되었다¹¹⁸⁾. 민주노총은 창립이후 임금협상 등과의 연계 등 다양한 방식으로 의료보험 개혁을 위한 활동을 벌였으며, 전통적인 의료보험통합운동의 주도세력과의 연대활동에도 주력했다¹¹⁹⁾. 특히 민주노총의 부위원장이 의보연대회의의 집행위원장을 맡는 등¹²⁰⁾ 연대기

도시지역의 자영업자들이 상대적으로 높은 보험료를 지출했다는 사실을 확인할 수 있다. 황성균, 「의료보험 개혁방안」 1997.8, p.4.

116) 이 당시 의보연대회의의 활동에 관한 상세한 내용은 의료보험 통합일원화와 보험적용 확대를 위한 범국민 연대회의, 「의보연대회의의 활동 보고서-의보통합10년 투쟁사」 1999에 수록되어있다.

117) 민주노총은 전노협, 업종회의, 대기업노조연대회의가 차례로 결성된 후 이들 조직들을 통합한 전국노동자 대표회의를 모태로 출범했다. 민주노동조합총연맹 자료모음집 [창립까지의 사업보고] 1995.

민주노총이 비교적 재정이 탄탄한 직장외보에 가입한 대기업노조들을 중심으로 결성되었음에도 불구하고 의료 보험통합운동에 적극적으로 참여한 것은 조직의 이념이 지닌 진보적 성향과 더불어 전신이라고 할 수 있는 전국노동자대표회의가 전통적인임금, 근로조건 등의 개선 이외에도 사회 개혁 요구를 강령에 포함시킨 데 따른 것이라고 할 수 있다.

118) 이후 민주노총은 1999년 국민건강보험법안의 개정과정에서도 사회단체와 연대해 통합을 촉구하는 적극적인 활동을 함으로써 통합을 반대하는 직장조합 중심의 한국노총과 더불어 노동계의 요구를 양분했다. 직장외보조합이 가입된 한국노총 등의 통합반대 움직임에 의해 개정과정을 거치는 동안 민주노총, 참여연대, 경실련 등 22개 시민사회단체 등은 국민건강권확보를 위한 범국민연대(건강연대)를 발족해 통합을 촉구하는 활발한 이익투입활동을 전개했다.

119) 민주노총이 1988년 농어촌 지역의료보험 사업의 실시이래 전통적으로 의보통합운동의 중심에 존재해왔던 전국농민회총연맹 등과의 공동대응 의지는 전국 민주노동조합총연맹, 전국농민회총연맹, 한국농업경영인중앙 협의회 공동성명서, 「노동자는 의료보험제도의 근본적 개혁을 요구한다」 1997. 7. 1에서도 확인할 수 있다.

120) 이홍윤, “사회복지 정책결정과정 참여자의 역할에 관한 연구” (행정학박사학위논문, 성균관대학교, 2000), p.93~133.

구에도 주도적으로 참여해 적극적인 활동을 전개했다.

1997년의 부분적 통합 당시 민주노총을 상급단체로 한 지역의료보험조합은 재정적자가 심화됨에 따라 통합에 적극적으로 찬성했으며, 참여연대 등의 시민단체도 공청회를 개최하는 등 통합을 지지하고 있었다. 지역의료보험조합의 가입자들과 직원들은 의료보험료 인하와 지역의료보험조합의 만성적인 적자해소를 기대하며 통합을 지지했다¹²¹⁾. 신분 불안을 이유로 기존 조합관리방식의 유지를 강력하게 주장한 대표이사 등 임원들과는 달리 지역의료보험조합의 직원들은 통합을 통해 직장조합과의 임금격차 등 자신들의 불만도 동시에 해결하고자 했다.

한국노총은 의료보험통합이 실시될 경우 이른바 ‘유리지갑’으로 불리는 임금소득자의 경우 전반적으로 소득 파악률이 높아 보험료 부담이 증가될 것을 우려했다. 또한 사용자와 공동으로 적립한 적립금에 대한 재산권침해의 소지가 있다는 이유를 들어 통합에 반대하는 입장을 취했다. 그러나 1988년 당시와 마찬가지로 상대적으로 눈에 띄는 저지노력을 펼치지 않는 않았다. 이러한 한국노총의 적극적 활동은 1995년 결성 이후 의료보험통합 운동에서 민주노총이 수행한 그것과는 분명한 대조를 이룬다¹²²⁾.

1989년의 경우와 마찬가지로 보험자 단체인 의료보험연합회는 1977년 지역의료보험조합과 공무원 및 사립학교교직원 의료보험의 통합 당시에 조직자체가 존재의 기로에 놓일 것을 우려한 나머지 보건복지부와 연계해 지속적으로 통합에 저항했다. 이 국면에서는 신분보장에 위협을 느낀 지역의료보험조합의 대표이사들은 의료보험연합회와의 연합을 형성하고 전방위적인 로비활동을 벌였다. 지역의료보험조합의 대표이사들이 이처럼 저항했던 것은 전술한 바와 같이 통합으로 인해 당장 일자리를 잃게 되기 때문

121) 이러한 직장의료보험 직원들의 입장은 전국의료보험노동조합, 「통합일원화범안에 대한 전국의료보험노동조합 제안서,」 통합추진기획단 1차 공청회, 1998. 6.23에 잘 나타나 있다.

122) 이후 한국노총은 1998년의 1기 노사정위원회에서 입장을 바꾸어 의보통합에 찬성했지만 통합 이후의 1998년 6월 고용불안을 우려한 직장의보노조가 가입하자 재차 통합안에 반대하게 되었다. 한국노총의 의보통합 반대 논리는 자영업자의 소득 파악률이 23%에 불과한 현실에서 소득이 100% 노출되는 근로소득자와 자영업자 사이에 보험료 부과 전제가 되는 소득산정의 형평성 문제가 야기되며, 이 경우 임금노동자가 고소득 자영업자를 지원하는 ‘소득역진현상’이 나타날 수 밖에 없으므로 근로소득자의 일방적인 보험료 부담이 가중된다는 것이다. 이러한 논리에 따라 한국노총은 정부가 재정과 조직의 의보통합 시기를 2년간 연기하고 충분한 시범사업을 실시한 후, 타당성이 인정될 때 통합을 실시할 것을 주장한다. 직장의보노조와 한국노총의 통합반대 활동에 대해서는 의보연대회의에 언급되어 있다.

이라고 할 수 있다¹²³⁾.

1997년의 부분적 의료보험 통합 당시 보건복지부 산하단체인 공무원 및 사립학교교직원 공단은 보건복지부가 조합관리방식을 강력하게 옹호하는 상황에서 통합을 지지하는 활동에 직접적으로 나설 필요성을 크게 느끼지 못했다. 통합을 통해 전국민을 피보험자로 하는 단일한 보험자단체가 탄생하면 조직의 존립에 대한 재검토가 필연적으로 대두될 수밖에 없었던 의료보험연합회와는 달리 전국적인 조직의 보험자¹²⁴⁾인 공무원 및 사립학교교직원 관리공단의 경우 조직을 유지하기에 별다른 문제가 없었다는 점도 적극적인 통합반대 운동에 동참하지 않은 이유로 꼽을 수 있다.

123) 개정의료보험법 부칙 제2조에는 지역의료보험조합의 해산이 명시되어 있다. 이 규정으로 인해 227개 지역의료보험조합 대표 이사들은 그들이 대표하는 법인의 소멸로 인해 실직할 처지에 놓여 있었다. 개정의료보험법(법률 제5489호)

124) 공·교공단을 단일보험자로 하여 전국적으로 17개의 지부와 2개의 출장소를 가지고 있었다.

<표 4-15> 1997년 국민의료보험법 제정시 통합관련 이해관계집단의 입장

이익집단	입장	비고	
전국농민회총연맹	통합일원화	1989년 당시의 중심적 역할에 비해 상대적으로 활동 퇴조	
민주노총	통합일원화	1995년 결성 이후 의보연대회의의 중심적 역할 수행	
지역의료보험조합	통합일원화	민주노총을 상급단체로 가장 적극적인 활동 전개	
시민단체	통합일원화	경실련, 참여연대, 여연, 전국연합, YMCA 시민회의 등 대표적인 11개 시민단체가 의보연대회의에 참여	
빈민단체	통합일원화	-	
진보적 보건의료단체	통합일원화	인의협, 건약, 건치, 기독교청년의료인회 등 참여단체의 외형적 확대	
의보연합회	적극적 반대	1989년에 이어 통합반대 진영의 핵심적 역할 수행	
한국노총	소극적 반대	1997년 국민의료보험법 제정 당시에는 소극적 활동, 1998년 직장의보조합의 가입이후 적극적 활동 전환	
직장의보조합	소극적 반대	-	
공·교의보조합	소극적 반대	-	
경제단체	경총	적극적 반대	-
	전경련	소극적 반대	
	중기협	입장 표명 없음	

제 3 절 김대중 정부

1. 정책 환경

김대중 정부는 IMF 경제위기로 인한 고용불안, 대량 실업, 빈곤층 급증, 대외 신용도 하락 뿐 아니라 정치적·사회적 균열 등 국가공동체의 근본적인 위기를 안고 신정부의 출범 이전에 국제기구와 맺은 협정을 이행해야 하는 제약을 받는 특수한 상황에서 출발하였다.¹²⁵⁾ 그럼에도 김대중 정부는 경제성장 일변도식 국정운영으로 소외되어 왔던 사회·문화분야에 대한 관심을 기울이고 삶의 질을 높이는 사회복지행정의 개선을 목적으로 하였는데,¹²⁶⁾ IMF 외환위기에 따른 사회 취약계층의 증가로 그 어느 때보다도 전국민을 대상으로 하는 사회복지서비스의 확대가 필요했기 때문이다.

1990년대 이후에 성장한 시민사회와 진보적인 노동운동의 영향으로 노동계와 시민사회단체의 영향력이 증가하여 지금까지 소수의 이해관계집단으로 정책결정의 외부에서 문제제기나 정책비판 정도의 역할을 하던 이해관계집단들이 김대중 정부 시작과 함께 정부위원회의 위원 등으로 참여하였다. 또, 경제위기 상황에서의 구조조정과 개혁추진을 위해 노동계의 도움이 필요하게 되자 정부는 이들을 받아들일려는 노력의 일환으로 노사정위원회라는 사회적 합의기구를 만들기도 하였다.

1) 정치적 환경

1998년 2월 25일 김대중 대통령 당선자는 ‘국민의 정부’ 라는 이름으로 새로이 출발

125) IMF 구제금융을 제공받는 조건으로 우리 정부는 1998년 12월에 IMF와 ①통화 및 재정 긴축을 통한 경상수지 개선, 물가상승 억제(1998년 경제성장률 3%, 물가상승률 5% 이내) ②금융산업 구조조정 및 자기자본 확충 - 부실 금융기관 구조조정 및 퇴출, 금융기관 건전성 제고 ③금융 시장 기능 및 감독기능 강화 - 한국은행의 독립성 보장, 통합 금융 감독 기관 설립 등 ④기업지배구조 개선 - 국제기준의 회계제도 도입, 상호지급 보증제 개성 등 ⑤자본시장 자유화 지속(외국인 주식취득한도 확대, 채권시장 조기 개방 등) ⑥무역자유화 촉진 - 수입선 다변화 제도 및 무역관련 보조금 폐지 ⑦외환 등 금융정보의 정기적인 공개 등 7개 사항에 합의하였다.(김태성·성경룡, 2001: 439)

126) 제 15대 대통령직인수위원회, (1998), p.106.

하였다. 국가적 위기 상황에 들어선 국민의 정부는 정부로서의 권위를 상실한 김영삼 정부의 그늘에서 벗어나 어느 때보다 강력한 대통령의 권위를 가지고 출범하였다. 평화적 정권교체와 국가적 위기상황이 그의 권위를 더욱 강력하게 뒷받침하고 있었다. 따라서 그가 어떠한 정책을 펼치려할 때에는 여타의 논란이 있을 수가 없었다. 이것은 반대로 어떠한 지침이 없으면 정치권이 무력해지는 형국이 되기도 한다.¹²⁷⁾

이러한 권위를 가진 김대중 대통령은 민주주의와 시장경제의 병행 발전을 국정 기본 이념으로 삼고 ‘개혁만이 살길’이라는 구호를 앞세워 외환위기를 극복하고 새로운 발전을 추구하려고 했다. 그러나 자유민주연합과의 연합정권 이었고 국회에서는 소수 의석을 차지하고 있었기 때문에 과거 야당 시절 자신의 우군이었으며 국내외적으로 그 영향력을 키워 나가는 시민, 노동 등 사회단체에 의존하는 경향이 나타났다.

김대중 정부는 선거공약을 기초로 하여 대통령직 인수위원회에서 확인된 기존 정책의 문제점에 대한 개선, 비상경제대책위원회, 노사정위원회, 정부조직개편위원회에서 검토된 사항, 민간단체 등의 건의 등 각계의 의견을 수렴하고 관련 행정 부처 및 당의 정책위원 들과 정책 협의를 거쳐 대통령 취임 시에 100대 국정과제를 선정하였다.¹²⁸⁾ 국민의 정부의 집권 초기 복지 정책의 기초는 생산적 복지로 체계화되는데, IMF 경제 위기로 인한 대량 실업 발생 등을 거치면서 김대중 대통령은 1999년 신년사에서 “고통도 같이 나누면서 나름대로 사회 발전에 최선을 다 할 수 있는 생산적 복지가 필요하다” 라고 생산적 복지의 의미와 추진 방향을 제시하였다. 이것은 국정 지도체계상 실천행동으로서의 시정목표라 할 것이다. 이중 사회복지정책과 관련되는 복지부 소관 과제는 선거 공약을 기초로 하여 ‘삶의 질을 높이는 복지행정 개선. 이라는 항목에서 “국민 건강보장을 위해 의료보험제도 개선”이라는 내용이 담겨 있다. 또한 노사정위원회의 출범으로 시민 단체들은 김대중 정부의 정치이념과 정책목표를 자신들의 그것과 동일시하여 스스로 정권의 자율성을 높여 주었다. 사회 민주화를 기반으로 확대된 시민

127) 이홍윤, "사회복지정책 결정과정 참여자의 역할에 관한 연구" (행정학박사학위논문, 성균관대학교, 2000), p.64.

128) 새정치국민회의, “국민의 정부 품질개혁을 위한 100대 국정과제” 『보건의료 선진화 정책 보고서』 1998, 12.12

단체들은 김대중 정부을 과거 정부과 비교하여 상대적으로 진보적이라 평가하면서 정부의 기반을 확대하는 역할을 자임하였다. 김대중 정부는 정부출범과 동시에 외환위기를 극복하기 위한 방법으로 경제분야에 대한 강도 높은 기업 구조조정 정책을 실시하였고, 다른 한편 사회적으로 노사협조주의를 채택하였다. 고통을 함께 분담해야 한다는 의미에서 노동과 자본측에 공동의 책임을 지도록 한 것이다. 이 결과 탄생한 것이 유럽이나 남미의 조합주의와는 다르지만 형태상으로 유사한 ‘노사정위원회’였다.

노사정위원회는 처음부터 초법적 기구의 성격을 띠면서 단 며칠만에 90여개의 합의안을 도출하였다. 법적인 구속력을 가질 수 있으나 없으냐의 논란은 차치하더라도, 그 합의의 내용을 정부에서 모두 수용할 수 있는지도 알 수 없는 상황에서 일단 ‘정책 합의 기구’로서의 역할을 수행한 것이다. 외환 위기 극복 등 총체적 위기의 과제를 안고 출범한 김대중 대통령은 당선 직후 노사단체와 간담회에서 경제난국 태개를 위해 노사정위원회를 구성하여 모든 국난극복 해결방안에 대해서 논의해 줄 것을 당부하였다.¹²⁹⁾

노사정위원회의 참여주체인 한국노총과 민주노총은 정부의 지지세력이 아님에도 불구하고 참여할 수 있었는가? 그 이유는 사상 초유의 ‘외환 위기’라는 사회적 상황의 변화를 이용하여 정권이 노동 측을 강력하게 제도화하였다는 점과 노동 측이 스스로 판단의 정확한 근거를 찾지 못하고 상황논리에 휩싸였다는 점에서 찾아 볼 수 있다.

장기적으로 볼 때 신자유주의 경제기조에 의하면 경제기반이 시장경제 위주로 재편되면 노동 측에게 결코 유리한 상황이 도래하기 힘든데도 불구하고 이들이 정부에 협조한 것에 대하여는 새로운 평가가 있어야 할 것이다.

노사정위원회는 한국 정치사에 중요한 의미를 갖는다. 이 노사정위원회에서 합의 채택된 의제를 국회의결을 거쳐 일괄 타결하기로 했다는 것은 노사정위원회가 바로 의료보험관리운영제도를 결정지은 계기이자 실질적인 힘을 실어주었다는 것을 말해준다.

2) 사회 · 경제적 요인

김대중 정부초기의 경제상황은 거시경제지표의 변화가 보여주는 바와 같이 많은 문

129) 노사정 위원회 「합의사항 이행 현황·노사정위원회 활동현황」 (1998)

제가 있다. 1998년 실업율이 6.8%에 이르러 대량 실업자의 발생과 노숙자 문제 등이 심각하게 대두된다. 이들은 기존의 고용정책이나 실업정책 또는 생활보호정책으로는 감당할 수 없어 새로운 정책 안을 모색하여야 하는 계기가 되었다. 이러한 경제적 어려움은 결국 그 극복과정에서 전례가 없는 실업률의 증가, 대량 노숙자의 발생과 함께 급격하게 심한 빈부의 격차를 가져오게 되었다. 이 변화의 심각성의 정도는 아래 표를 통해 잘 나타난다.

<표 4-16> 도시근로자의 소득변화

소득계층	1996	1997		1998		1999	
	기준	지수	변화(%)	지수	변화(%)	지수	변화(%)
상위20%	100.0	120.9	20.9	127.7	5.6	132.4	3.7
20-40%	100.0	126.6	26.6	122.4	-3.3	120.8	-1.3
40-60%	100.0	104.5	4.5	100.8	-3.6	98.4	-2.3
60-80%	100.0	90.1	-9.9	84.3	-6.4	81.3	-3.6
하위20%	100.0	91.8	-8.2	82.3	-10.3	75.4	-8.4

자료 : 통계청, 도시가계 통계 연보의 10분위별 가구별 월평균 가계수지에서 작성

위 표의 도시 가계의 소득변화를 보면 김대중 정부시기에 들어와서 경상수지 흑자와 경제성장률의 신장에도 불구하고 빈익빈 부익부 현상이 심각하게 특히 1998년과 1999년에는 상위 20%만 점점 더 잘 살게 된 반면 그 나머지는 모두 더욱 못 살게 되는데, 그 중에서도 최하위 소득계층 20%가 더욱 그러하다. 이러한 경제적 환경 변화가 의료보험 관리 운영방식의 정책변화를 가능하게 하였으며 이것은 곧 관리운영의 통합으로 재정절감 효과를 가져오게 되며, 절감된 재정을 통하여 경제적 약자인 사회빈곤층에 대한 지원으로 활용할 수 있다는 것이었다.

또한, 의료보험 완전 통합이 가능하게 된 주요한 요인 중의 하나가 6.25이후 우리나라 최대 국난이라 할 수 있는 IMF 구제금융으로 인한 국가적 분위기 변화라 할 수 있다. 1997년 1월 23일 한보철강 부도, 대외 신인도 추락을 시작으로 대기업들의 연쇄적인 부도, 부도유예협약, 화의, 법정관리, 계속되는 주가 하락과 환율 상승, 한국은행 외

환 보유고의 고갈 등 일련의 사태 이후 1997년 11월 21일 결국 IMF에 구제금융을 공식 요청하기에 이르고 1997년 12월 3일, IMF 구제금융 합의 이후 공황에 의한 경기 후퇴가 더욱 심화되어 총체적인 국가 경제위기에 빠지게 되었다. 즉 사회적 혼란이 우리나라에 닥쳤던 것이다. 이 시기에 우리 국민은 국가적, 사회적 위기상황을 어떠한 방법을 통해서라도 이겨내야 할 처지에 놓이게 된 것이다.

IMF 긴축 프로그램의 실행은 엄청난 구조 조정 비용과 막대한 실업 등의 문제를 불러일으키면서 고성장 시대는 막을 내리고, 저성장, 고실업의 시대가 열리게 된 것이다. 각 기업들은 자체 구조 조정 계획을 발표하기 시작하였으며 국민들은 전국적으로 금모으기 운동을 벌이는 등 국가 부도 사태에 대해 국가 전체적으로 위기감이 팽배해 있었다. 이러한 위기감 속에서 나라 전체가 군살 빼기 및 긴축재정 등 구조 조정이 하나의 풍조처럼 사기업 및 공공기관 모두에 붙어닥쳤다. 이로 인한 금융기관의 구조조정 및 각종 공기업 민영화 등 관리 운영의 효율화에 대한 요구가 공감대를 형성하게 되었으며 의료보험 통합을 통한 관리 운영비의 절감 및 이로 인한 재정 적자폭 감소 등이 공감대를 형성하기 시작하였다.

이러한 상황 속에서 국가적 위기 극복을 위한 구조조정에 따른 부담을 해결하기 위한 방안으로 노동자, 사용자, 정부의 사회적 합의에 의한 처리방안이 대두되었고 이것이 노사정위원회라는 합의 기구를 낳게 하였다. 최초의 수평적 정권교체를 이룬 신 정부는 노동 측에게 노사정 합의라는 틀을 제공하면서 정리 해고를 기정 사실화 하고 이에 대한 반대급부로 재벌 개혁의 요구를 부분적으로 수용하는 동시에 실업보험과 고용보험의 부분 확대, 실업 안정 기금 등의 확충을 제시하며 ‘사회적합의주의’를 제시한다.
130) 이러한 사회적 변화요인이 의료보험의 통합을 가능하게 한 요인이 되었다.

이 후 노사정위원회는 의료보험 통합을 비롯한 정부의 중요한 정책결정에 중요한 기구로 역할을 수행하게 된다.

130) 민주노총, 「한국경제의 위기와 IMF시대의 해법」 민주노통 정책 토론회 자료, (1998)

2. 참여자 요인

1) 정부

1997년 국회에서 통합법안이 통과되었으나 보건복지부는 이를 거부하고 있었다. 보건복지부에서는 1997년 12월 24일에 의료보험이 통합되면 재정공동화 사업을 할 수가 없고, 그렇게 되면 정부가 연 2,500억원의 재정부담을 해야 할 것이기 때문에, 1998년에만 의료보험재정비용으로 정부는 약1조원을 추가 지원해야 할 것이라 하였다.

이를 토대로 정부에서는 여야 각 당에 법안의 재검토를 요청하였다. 이때까지도 정부는 의료보험 통합에 반대입장을 분명히 했음을 알 수 있다.

새로이 출범한 정부는 민간전문가와 관계공무원으로 구성된 '21세기 보건의료발전기획단'을 설치하여 계획수립의 기본방향을 정립하고, 기획단에서 수립한 기본방향에 따라 실무작업을 진행하여 21세기 국가보건의료발전을 위한 4대 기본목표를 설정하고 이를 구체화한 실천목표와 세부시행과제에 대한 추진계획안을 작성하였다.

신 정부와 여당이 계획을 수립하고 장기적인 전망을 세울 때 이미 복지부는 실무 대책반을 마련하였는데, 노사정 합의사항인 의료보험통합 일원화 시행방안을 마련하기 위해 1998년 3월 23일 보건복지부에 '의료보험통합추진기획단'을 발족하였다.

오랫동안 통합을 반대해 오던 복지부도 결국은 신 정부의 강력한 정책의지 앞에 순응 할 수밖에 없었던 것이다. 정부는 의료보험통합법안인 '국민건강보험법안'을 1998년 8월 입법 예고하고 정부안으로 국회에 제출하였다. 이 과정에서 많은 찬·반 참여자가 활동하였으나 통합이 정해진 대세였으며 법은 1999년 2월 8일에 공포되었다.

이후 계속해서 의보통합을 둘러싼 민주노총과 한국노총간의 갈등이 첨예한 양상을 띠었고, 찬·반대립이 극한에 이르자 정부와 여당은 김종필 국무총리를 주제로 당정회의를 열어 당초 2000년 1월 의료보험조직통합을 강행하려던 방침에서 한발 후퇴하여 조직통합을 6개월 연기한 2000년 7월 1일부터 시행하기로 1999년 10월 11일 이를 확정 발표했다. 완전통합을 놓고 참여자 집단의 조직적 요구표출이 찬·반양론으로 첨예하게 맞섬에 따라 정당을 중심으로 하는 정치권에서는 2000년 4월로 예정된 총선에서의 양대 노총의 표를 의식해 선불리 결론을 내리지 못하고 일단 통합 시행을 연기했던 것이다.

2) 정당

국민건강보험법의 제정에 있어 국회의 입장은 1997년 국민의료보험법 제정 당시와 같이 찬성 이었다고 할 것이다. 그러한 판단을 뒷받침하는 것으로는, 1997년 부분통합 시에 장차 전체통합을 전제로 부분통합을 지지해 왔고, 여당의원이며 가장 큰 영향력을 행사한 이성재 의원¹³¹⁾이 전체 통합에 적극 찬성한 것을 들 수 있다. 그러나 정당은 개개인이 별개의 기관이므로 상당수 의원들은 반대 입장에 서 있었다. 새정치국민회의 의원으로는 김대중 정부 및 이성재 의원의 이념적 지향이 보다 이상주의적이고, 당시의 정치·경제적 상황 하에서는 노사정위원회의 합의사항을 이행치 않을 수 없는 상황이었으며, 과거 기득권층이 선호 한다고 여겨지는 조합관리방식을 일시에 압도하는 것이 정치적으로 주도권을 장악하는 것으로 판단했다고 여겨진다.

이런 면에서 한나라당 의원들에게는 의료보험통합의 정치적 이유가 당장에는 없는 것이었다. 다만 1997년 국민의료보험법 제정을 통한 부분통합에 적극적이었던 황성균 의원은 적극적 이었으나 여당에서 야당으로 바뀌었고, 이로 인해 한나라당 다수의 의원들에게는 반대나 찬성의 뚜렷한 동기는 없었다고 할 수 있다.¹³²⁾

김대중 정부시기 정당 측에서는 정책결정과정 중 정책입법화와 대안작성에는 거의 활동이 없었고 다만 1998년 12월 3일 국민건강보험법안이 국회에 상정되어 12월 23일 보건복지 상임위원회, 1999년 1월 6일 국회 본회의를 통과할 때에 약간의 수정이 있었다. 이 외에는 공청회 등을 통한 의견수렴 등의 별다른 활동이 없었다. 보건복지부장관의 자문기구이지만 의료보험통합이라는 원칙적 범위내에서 실질적으로 의결기구로서의 역할을 했던 의료보험통합추진기획단의 구성 및 활동에 여당의원으로서 민주당 의원이 비공식적으로 활동하였다.

또한 이성재 의원은 법 제정에 차질이 없도록 하기 위하여 반대측의 움직임을 관찰하고 여기에 적극 대응하였다. 그는 노사정위원회에서 완전통합 추진이 합의 되어 있었으나 이것이 여당의 정책위 결의와 당무회의 결정을 거친 공식 당론을 아니고, 청와

131) 이성재 의원은 2003년 7월 1일부터 제3대 국민건강보험공단 이사장으로 재직.

132) 이홍윤, “사회복지정책 결정과정 참여자의 역할에 관한 연구” (행정학박사학위논문, 성균관대학교, 2000), p.127.

대에서도 별다른 지시가 없는 상태에서, 반대측 의원으로부터 의결 지연이나 시범 사업을 제의해 올까 하여 그런 일이 발생하지 않도록 사전 정지 작업을 하고, 직장의료보험노조 중심의 한국노총이 반대 서명을 받아 국회에 제출한 것에 대하여 그 서명의 일부가 사실이 아닌 것을 밝혀냄으로써 법률 제정 반대 측 활동에 도덕적 상처를 입히는 활동을 하였다.

3) 노사정위원회

김대중 정부는 노사정위원회, 제2건국운동 등 정부주도의 시민운동을 통하여 사회개혁을 주도하였다.

1998년 1월 15일 노·사·정 및 정당이 참여한 노사정위원회가 발족되었고, 노사정위원회는 ‘대통령인수위’ 미제로 남겨둔 의료보험통합안을 매듭짓고 이를 ‘경제위기 극복을 위한 사회협약’에 포함시켰다. 협약 내용은 “정부는 의료보험의 통합일원화 및 적용확대를 위하여 1998년 중 관계법령의 개정을 추진한다”고 되어있고, 추진 내용은 ‘의료보험통합추진기획단’을 설치하여 의료보험통합일원화 방안을 마련하고, 지역, 직장, 공무원 및 사립학교교직원공단을 통합 일원화하는 의료보험법안을 1998년 정기국회에 상정한다고 되어 있다.

노사정위원회의 협약이 곧바로 정책결정으로 이어질 수는 없었으나, 당시 야당이 된 한나라당은 외환위기를 과거의 여당이었다는 책임론에서 자유로울 수 없었고, 소수이지만 여당이 된 새정치국민회의는 국가적 위기를 해결할 막중한 책임을 국민으로부터 부여받은 관계로 대통령의 정책의지를 강력히 집행하려고 하였던 관계로, 노사정위원회의 논의내용을 국회에서 추진하는 것은 당연한 일인지도 몰랐다.

‘의료보험통합일원화 및 적용확대’ 관련사항은 자영자 소득과약 개선, 의료보험에 대한 정부지원 확대를 중심으로 논의되었는데, 자영자의 소득과약율이 저조한 상태에서 의료보험을 통합 할 경우 직장 근로자와 기업의 보험료 부담이 대폭 증가 할 것이라는 노사단체의 우려에 따른 것이었다. 1998년 12월 1일에 열린 위원회에서는 자영자 소득과약 개선을 위해 국무총리 산하 ‘자영자 소득과약위원회’를 구성하도록 하였으며, 의

료보험 적용확대는 원안대로 합의하였으나 정부 재정 지원문제는 한국노총을 제외한 참석위원 전원이 합의를 하였으나 한국노총이 정부 재정 지원 수준을 50%까지 올리겠다는 명시적 약속을 하지 않으면 합의할 수 없다고 하여 합의가 아닌 ‘논의결과’로 정리하기로 하였다. 노사정위원회 논의결과는 다음 표와 같다.

<표 4-17> 의료보험통합일원화와 관련 노사정위원회 논의결과

	논 의 내 용
자영자 소득과약문제(합의안)	<ul style="list-style-type: none"> - 국민연금 및 의료보험 보험료 공평부과에 필수적인 소득과약을 향상시키기 위한 위원회를 국무총리 산하에 구성하여 이에 대한 연구를 수행하여 2000년부터 시행토록 한다. 위원회의 구성은 보건복지부, 국세청, 사회보험관련인사, 노사 및 지역대표 및 전문가로 구성한다. - 보건복지부는 의료보험료 공평부과방안 마련과 관련된 진행상황을 지속적으로 보고·협의를 한다.
급여범위 확대문제(합의안)	<ul style="list-style-type: none"> - 정부는 의료보험급여의 점진적인 확대에 대한 계획안을 제시한다.
정부 재정지원문제(논의결과)	<ul style="list-style-type: none"> - 정부는 재정여건이 허용하는 범위 내에서 의료보험지원 관련 예산의 비중을 단계적으로 확대하도록 노력하며, 최소한 현재의 수준이하로 하락시키지 않도록 한다.

자료 : 노사정위원회, 1998년도 노사정위원회 활동 현황, 1998.12

4) 이해관계집단

(1) 의료보험통합일원화 및 급여확대를 위한 범국민연대회의(의보연대회의)

여야 정권교체에 의해 국민의 정부가 출범한 이후 의보연대회의는 1997년 말 국민의료보험법이 공포 되었음에도 보건복지부가 대체입법을 추진하려고 하는 등 통합작업에 미온적이라고 판단하고 이러한 보건복지부의 움직임에 적극 대응하기 위해 1998년 1월 22일 신 정부의 의료보험정책에 대한 기본방향을 제시하는 토론회를 개최하였고 대통령직인수위원회와 신 정부의 핵심인사 등에도 의료보장 개혁방안에 대한 의보연대회의

의 기본입장을 전달하였다. 이와 더불어 의보연대회의는 신 정부의 사회복지관련 인사 정책에도 적극 개입하여 윤성태¹³³⁾ 의료보험연합회장의 사회복지 수석 내정설이 여론에 오르자 의료보험통합에 반대하는 인사를 핵심 요직에서 배제시킬 것을 요구하는 성명서를 집중적으로 발표하기도 하였다.

의보연대회의는 조합관리방식을 주장하는 이들의 통합을 반대한 이유는 ‘집단이기주의’에 있다고 하면서 “재벌, 직장조합대표이사, 직장의료보험노조는 기만적인 통합반대책동을 즉각 철회하고, 여야 정치권은 의료보험통합 일원화법안 연내 제정 약속을 즉각 이행하여, 정부는 농어민, 도시 서민에 대한 국고지원 50% 약속을 의료보험통합법안에 명시하고, 정부는 예방, 필수진료, 재활까지 보험혜택을 확대하여 국민건강권을 실질적으로 보장하라”고 주장하였다.

의보연대회의는 정권교체에도 불구하고 여전히 기득권을 유지하고 있었던 조합관리 방식 지지자에 대한 비판과 함께, 1997년 부분통합을 주장할 때는 다소 간과한 듯한 정부 재정지원 50%문제를 다시 강조하였다.

의보연대회의에 소속되었던 민주노총을 비롯한 경제정의실천협의회, 전국농민회 등 23개 사회·시민단체는 의료보험통합 지지단체인 건강연대를 1999년 7월 20일 구성하여 의료보험통합의 차질 없는 시행 및 지역의료보험에 대한 국고지원확대 등 이제까지 의보연대회의에서 행하였던 의료보험통합 지지운동을 벌여 나갔다.

(2) 지역의료보험노동조합과 민주노총

1994년 단일노조를 결성하여 세력을 확대해 나가던 지역의료보험노조는 실질적 이해관계의 동기에서 상위 단체인 민주노총과 의보연대회의와 함께 신 정부가 의료보험통합을 추진해 나갈 수 있도록 영향력을 행사해 나갔다.

노사정위원회에서 민주노총은 IMF 체제 극복을 위해 노사정 협의가 필요하다는 김대중 대통령의 긴급한 요청에 대하여 일면 협조를 표시하면서도 다른 한편 총력투쟁

133) 윤성태 의료보험 연합회장은 5공화국 당시 대통령 비서실 사회문화 담당 비서관으로 있으면서, ‘의료보험이 통합되면 대통령의 통치권에 부담이 온다’는 논리로 당시 전두환 대통령에게 건의하여 의료보험 통합성사를 무산시켰다. (의보연대회의 성명서, 1998. 2. 7)

전개를 천명하는 등 위협전략으로 정부나 재계의 양보를 이끌어 내고자 했다. 의료보험통합과 관련된 문제는 전문위원회에서의 기업의 경영 투명성 확보 및 구조조정 촉진 방안, 종합적인 고용안정 및 실업대책 등을 포함한 12개 의제를 선정할 것 중에서 하나인 사회복지제도 확충 등 저소득층 근로자 생활대책을 채택하였는데, 그 구체적 내용으로 직장의료보험과 지역의료보험의 통합을 요구한 것이다.

의료보험 통합일원화에 대해 가장 치밀하게 준비해 온 것은 민주노총이다. 1997년 11월 1차 통합의료보험법 제정이 임박한 시기에 민주노총은 국회, 언론사, 정부 등을 상대로 전 사업장이 참여하여 의료보험통합일원화를 위한 성명서를 발표함으로써 법안이 입법화되는데 큰 영향력을 행사하였다. 또한 시기마다 사회개혁 요구 안으로써 의료보험 통합일원화 정책을 제시함으로써 입법과정에 압력을 행사하였다. 민주노총의 이러한 활동을 1997년 지역의료보험과 공무원 및 사립학교교직원 의료보험의 통합을 가져왔고, 궁극적으로 의료보험 완전통합에 절대적인 영향을 끼쳤다.

(3) 직장의료보험노동조합과 한국노총

직장의료보험노조는 의료보험통합과 관련하여 1997년 말 국민의료보험법 제정시에는 직접 관련이 없었으나 국민건강보험법의 내용이 전체 통합을 목적으로 하고 있었기 때문에 적극적인 반대투쟁을 하게 되었다. 그런데 국민건강보험법의 제정과 관련하여 직장의료보험노조의 상급단체인 한국노총의 의료보험의 전체통합을 주장할 때에도 한국노총은 별 의사 개진 없이 민주노총의 주장대로 의료보험통합을 노동계 일반의 요구사항으로 동의하는 입장이었다. 그렇게 된 데에는 한국노총이 의료보험과 관련하여 뚜렷한 이념적 성향을 갖고 있지 않았으며, 정부의 조합관리방식 정책에 대한 평소 정책적 검토가 별로 없었기 때문이다. 그 후 직장의료보험노조가 1998년 6월 한국노총에 가입하고 근로자의 부담증가를 이유로 의료보험통합을 적극 반대하자 한국노총도 국민건강보험법 제정을 반대하는 입장으로 돌아서서 직장의료보험노조와 함께 활동하게 된다.

직장의료보험노조가 주로 활동하는 수단인 성명서 발표, 언론에서의 홍보, 서명운동 등이었다. 그러나 직장의료보험노조와 한국노총의 국민건강보험법 반대의 활동결과는

조선일보, 동아일보 등의 반대 노조의 보도에도 불구하고, 노사정위원회 결정의 정치적 영향, 통합으로 입장을 바꾼 정부의 정책방향, 국회에서의 통합 분위기 등에 따라 별다른 영향을 미치지 못했다. 또한 그들의 영향력은 국민건강보험법 작성에서도 별다른 영향을 주지 못하는데, 그 이유는 첫째, 반대측 입장을 가진 인사가 의료보험통합추진기획단에서 비록 자유롭게 의견을 개진했다고 해도 반대측의 의견은 의보통합 추진을 위한 기획단인 만큼 처음부터 제한적일 수 밖에 없었고, 둘째, 추진기획단의 의원이 의견상 찬·반 양측을 고루 포함하고 있는 것 같으나 실제 내용에서 보면 통합 찬성 측의 인사는 적극적인 전문가들이 다수인 반면 반대측의 인사는 그러한 사람들이 배제되어 있었기 때문으로 판단된다. 이러한 것은 통합주장 측의 참여 전략이기도 하다.¹³⁴⁾

제 3 절 소 결

1987년 6월의 시민항쟁은 한국 사회를 급격히 변화시켰다. 권력의 핵심인 대통령은 야권 분열에 힘입어 신 군부세력을 계승한 노태우 후보에게 돌아갔고 국회는 야당이 다수를 차지하였다. 국민들은 비록 대통령은 구 정치세력의 계승자를 선택하였지만 국회는 새로운 세력에게 돌려주었다.

1988년 정권이 바뀌고 정부 내에서 의료보험 통합주장이 제기되었고, 사회부문에서는 농민을 비롯한 의료전문단체가 세력을 확대하고 있었으며, 야당이 다수를 장악한 국회에서는 의료보험통합을 요구하고 있었다.

의료보험통합은 권위주의 정권과의 차별성을 확인하는 지표가 되었다. 통합주의 주장자들은 사회의 요구를 체제 의제로 전환시켜 국회를 상대로 정책결정을 요구하였다.

그러나 정부 관료제는 여전히 통치권 논리로 통합을 거부하였다. 이들 조합관리방식을 지지한 관료들은 통합관리방식을 여전히 반 정부적이고 체제위협적인 것으로 인식하였던 것이다.

결국 여야공동으로 의료보험통합이 결정되었다. 그러나 노태우 대통령은 이 법안을

134) 이홍윤 전개논문, p.135.

재의 하라며 거부권을 행사하였다.

김영삼 정부는 여러 가지로 복잡한 성격을 가지고 있는데 그 첫 번째가 정치민주화 세력과 과거의 권위주의 세력이 연대한 정권이라는 것이고, 두 번째가 호남을 포위한 영남과 충청의 지역간 연합정권이라는 점, 셋째가 권력초기에는 정치민주화의 연장선에서 강력한 권력융합적 정치구조를 가졌으나 후기에는 외환위기와 자연스런 레임덕으로 인하여 거의 권력의 공백 상태를 맞이하였다는 점, 넷째가 지역균열의 정당정치외 수혜자이자 첫 희생자가 되었다는 점이다.

김영삼 정부시 의료보험통합은 정치, 행정, 사회의 요구가 맞부딪친 점점에 존재하였다. 의료보험통합에 대하여, 사회부문에서는 급여의 확대와 조합 간 재정불균형을 해소하기 위하여 직장의료보험의 재정잉여금을 전체 보험재정으로 통합하여야 한다고 주장하였고, 행정부는 의료보험통합문제를 단순한 조직관리의 효율성 확보 차원에서 접근하여 조합 간 상호경쟁을 유지할 수 있는 광역조합관리방식으로 할 것을 고수하였다. 이에 국회에서는 의료보험통합을 조직관리의 효율성 차원으로 해석하면서 우선 지역의료보험과 공무원 및 사립학교교직원 의료보험을 통합하는 부분통합방식을 결의하였다. 통합의료보험제도를 시행한 적이 없고 세계적으로도 그 사례가 부족한 만큼 통합을 위한 조건을 먼저 구비하고 시범사업을 통하여 검증은 받는 과정을 거치지 못한 상황에서 완전통합을 전제로 부분통합을 이루어 낸 것은 타당하였다고 본다.

김대중 정부는 여러 가지 면에서 취약한 정치체제이다. 한국 정치사상 처음으로 여야간 정권교체가 이루어졌던 만큼 많은 한계를 가질 수 밖에 없었다.

첫째, 그동안 형성된 한국사회의 기득권층이 너무 두터워 정치, 경제, 사회 각 영역에서 강력한 다수야당이 존재하는 상황이라 쉽게 정부의 정책을 결정할 수 없었다. 그래서 김대중 정부는 사회세력을 정권의 기반으로 개혁정책을 펴나갔다.

김대중 정부는 통합관리방식 주창자의 정책대안을 수용하면서 조합관리방식을 지지하는 관료들을 정부 바깥으로 추방하였다. 그러나 조합관리방식 지지자들은 노동자의 보험료 급증과 자영업자 소득 파악율의 저조를 근거로 정부정책을 비판하고, 세력은 확대해 나갔다. 그리고 부분적이지만 투쟁의 성과를 거두었다. 의료보험조직통합의 시

점을 뒤로 늦추고 재정통합여부를 불투명하게 만든 것이다. 이 시기에는 정권의 변화가 곧바로 정책변화를 가져왔고 정책 담당자도 변화시켰다.

제 5 장 국민건강(의료)보험정책 결정과정의 비교분석

제 1 절 정책환경

1. 정치적 환경 변수

1) 정치체제의 성격

사회복지정책의 결정은 사회복지사안에 관련된 잠재적 사회적 수요가 존재하더라도 그것을 효율적으로 표출할 수 있는 민주주의 정치체제가 존재하지 않는 경우 정치적으로 굴절되기 마련이다. 즉, 민주주의 체제하에서는 사회적 요구의 표출이 자유로이 허용되어 있는 만큼, 복지정책의 결정도 이러한 요구에 부응해 이루어질 가능성이 높다.

각 정부별 정치체제의 성격을 규명해 보면, 우선 노태우 정부(1989년)는 의료보험 관리방식에 관해 조합관리방식과 통합관리방식이 대립되던 시기로서, 과도기적 권위주의 체제하에 놓여져 있었다고 볼 수 있다. 물론 1987년 대통령 선거에서 노태우 후보가 국민의 직접선거에 의해 당선되었다는 측면에서 외견상 정통성의 문제가 상당 부분 해결된 것으로 비추어졌으나, 정권의 본질적 속성 자체가 태생적으로 군부정권의 연장이라는 본질적 한계를 벗어나지는 못하였다. 이는 1987년의 선거과정에서 노태우 후보가 스스로 중간평가를 공약으로 제시할 수밖에 없었다는 사실에서도 확인된다.

정치체제의 성격이 민주주의 체제로 전환되고, 김영삼 정부가 적극적인 정치사회개혁을 시도하고 있었던 1997년에는 의료보험 개혁에 대한 국민적 기대가 더욱 높아졌다. 김영삼 대통령은 야당 총재 시절인 1988년 통합의료보험법안의 입법을 적극적으로 추진한 바 있으나, 민자당 후보로 대통령에 당선된 이후에는 이러한 적극성이 상당 부분 감소되었다. 그러나 새롭게 전환된 체제의 속성으로 인해, 전임 노태우 대통령과는 달리 사회부문의 거센 요구에 직면해 거부권 행사 등의 독단적 방식을 통해 의료보험법안의 통과를 적극적으로 저지할 수 없었다. 이는 민주주의 체제하에서는 비록 강력

한 정당성을 지닌 대통령일지라도 강화된 사회부문의 요구와 경제적 합리성에 정면으로 역행할 수 없음을 의미한다. 또한 집권 후반기에 이르러 한보 비리, 친인척 비리, 노동법·안기부법 날치기 파동 등으로 인해 대통령의 정국 장악력이 크게 약화되었다는 점도 고려되어야 할 것이다.

김대중 정부는 공식적으로 1998년 2월 25일 ‘국민의 정부’로 출범하였지만 그에 앞서 중앙선거관리위원회가 제15대 대통령당선자로 김대중 후보를 확정 발표한 1997년 12월 19일부터 상당한 영향력을 행사한다. 특히 경제정책 분야에서는 국제통화기금(IMF)의 지원을 받게되어 정부로서의 권위를 상실한 김영삼 정부를 대신해서 실질적인 국정책임을 맡았다.

정권초기 그의 정치적 권위는 한국에서 전통적으로 강한 대통령의 권위에 더하여, 평화적 여·야 정권교체에 대한 적응 경험이 없는 관료사회를 비롯한 사회 전분야가 그 의미를 미처 깨닫지 못하고 관망하는 동안, 그를 지지하는 확실한 유권자층의 존재로 더욱 높아있었다고 볼 수 있다. 따라서 그가 어떤 정책에 대하여 확실한 입장을 밝히는 한 여타 논란은 여권에서는 거의 없게 되었다.

2) 정당간 경쟁구도

사회복지정책결정은 정당간 경쟁구도에 크게 영향을 받는다. 노태우 정부에서는 한국의 국회내 권력관계는 여소야대의 국회기였다. 이 시기는 총 299석 중 여당인 민주정의당은 125석을 차지하고, 야당인 평화민주당은 70석, 통일민주당은 59석, 그리고 신민주공화당은 35석을 차지했다. 국회활동에서 여당의 독주가 더 이상 불가능하게 된 상황에서 국회의 권한은 활발히 발휘되었다. 그리고 여소야대의 국회 구조하에서 국회의 주도권을 장악한 야당은 지역적, 계층적 지지기반이 되는 주민들의 요구를 수용하려는 움직임이 활발했다. 비록 민정당이 이 법안의 국회 통과 이후 공공의 안녕질서를 해친다는 이유를 들어 거부권 행사가 불가피하다는 견해를 대통령에게 공식적으로 건의하기는 했으나 전 국민적 개혁 요구에 자극 받은 국회는 여야 만장일치로 기존 의료보험체제를 의료보험통합일원화로 개혁하는 ‘국민의료보험법’을 통과시킨다.

김영삼 정부에서 정당의 경쟁구도는 여당인 신한국당이 과반수의석(총 299석)에 미달하는 139석을 차지하고 국민회의 79석, 자민련 50석, 민주당 15석, 무소속 16명으로 여소야대였으나 국회개원 때는 무소속 및 야당의원을 영입해 151명인 안정 과반수를 확보했다. 이러한 구도하에서 두 개의 법안이 여야에 의해 발의되었고 의료보험이 사회보험의 두 기능인 위험분산과 소득재분배 기능을 최대한 발휘하도록 통합되어야 함을 명시한 통합법안이 통과되었다.

김대중 정부 시기 1997년의 국민의료보험법 제정을 통한 부분통합에 적극적이었던 신한국당 황성균 의원은 적극적이었으나 여당에서 야당으로 바뀌었고, 이로 인해 한나라당 다수의 의원들에게는 반대나 찬성의 뚜렷한 동기가 없었다고 할 수 있다.

따라서 김대중 정부 시기 정당측에서는 정책입법화나 대안작성에는 거의 활동이 없었고 다만 1998년 12월 3일 국민건강보험법안이 국회에 상정되어 12월 23일 보건복지상임위원회, 1999년 1월 6일 국회본회의를 통과할 때에 약간의 수정이 있었다.

<표 5-1> 정당별 국회 의석수

1988년		1997년		2000	
민주정의당	125석	신한국당	157석	한나라당	133석
평화민주당	70석	새정치국민회의	78석	새천년민주당	119석
통일민주당	59석	자유민주연합	45석	자유민주연합	17석
신민주공화당	35석	비교섭단체	19석	비교섭단체	4석
비교섭단체	10석	-	-	-	-
합 계	299석	합 계	299석	합 계	273

※ 당해연도 정기국회 회기중 의석수 분포

3) 선거주기

유권자들의 투표에 의해 정치권력의 분포가 결정되는 민주주의 정치체제 하에서는 선거에서의 승리가 정치인들에게 가장 중요한 관심사이다. 특히 집권세력은 선거주기

에 맞추어 경제정책들을 경제적 합리성보다는 정치적 합리성에 따라 조정할 가능성이 높다.

노태우 정부의 경우 선거주기와 의료보험 통합일원화와의 관련은 복잡한 양상을 보였다. 노태우 대통령의 선거 공약으로 제시된 중간평가는 정책의 산출과 관련해 의미 있는 정치일정의 하나로 간주될 수도 있다. 그러나 중간평가를 헌법적 질서에 기초한 안정적인 정치과정의 일부로 보기에는 무리가 있다. 실제로 평민당을 제외한 정당들의 담합으로 3당합당이 이루어지고, 그 결과 탄생한 집권 민자당과 평민당간의 정치적 거리를 통해 중간평가 자체가 실종되었다는 점을 감안해 볼 때, 이를 정치적 경기순환론에서 제시된 선거주기와 같은 맥락에서 이해하기는 어렵다고 할 수 있다.

그러나 김영삼 정부의 경우에는 연말의 대통령선거를 앞두고 국민의 지지를 획득하기 위해 야당은 물론 집권당조차 유권자들의 투표행태에 영향을 미칠 수 있는 통합일원화정책의 추진에 동의했다. 각 정당들은 1983년의 이른바 보사부 파동 이래 통합일원화에 반대하는 입장을 일관되게 견지해온 보사부와 의료보험연합회 등 통합에 적극 반대하는 이해관계집단들의 로비와 각종 반대활동에도 불구하고 통합의보 입법을 강행했다. 이에 따라 동 입법안은 이례적으로 보건복지위원회와 본회의의 입법과정들을 신속하게 통과할 수 있었다. 1996년 총선 당시까지 의료보험 통합에 대한 언급이 없던 신한국당이 이듬해 대선을 앞두고 통합일원화에 대한 사회적 요구에 대응하기 위해 단계적 통합법안을 제시함에 따라 정책결정에 반영될 수 있게 되었다.

하지만 김대중 정부는 의료보험통합에 대해서 재야시절부터 찬성의 입장을 지키고 있는 것으로 알려져 있다. 이는 대선 공약으로서 의료보험통합제기, 대통령직 인수위원회의 100대 국정과제로서의 의료보험통합 선정 등을 통해서 알 수 있다.

1999년 신년사에서 고통도 같이 나누면서 나름대로 사회발전에 최선을 다할 수 있는 생산적 복지가 필요하다고 생산적 복지의 의미와 추진방향을 제시하였다. 이것은 국정지도 체계상 실천행동으로서의 시정목표라 할 것이다. 이중 사회복지 정책과 관련되는 보건복지부 소관 과제는 선거공약을 기초로 하여 삶의 질을 높이는 사회복지행정 개선이라는 항목에서 국민건강보험을 위해 의료보험제도 개선이라는 내용이 담겨져 있다.

2. 사회·경제적 환경

1) 의료보험 재정

우리나라 의료보험법은 1963년 12월에 제정된 이래 강제적용을 전제로 하지 않고 시범사업에 머물러 왔으나, 1976년의 전면개정을 기점으로 그 수혜범위가 크게 확장되었다. 1988년 1월에는 의료보험제도가 농어촌의 지역단위에도 확대 적용되고, 같은 해 7월에는 도시지역 단위에도 확대 실시됨으로써 전국민을 대상으로 한 의료보험제도가 실시되었다.

그러나 1990년대 들어 국민의료비가 지속적으로 상승했고, 이와 더불어 조합관리방식에 의해 시행되던 의료보험제도하에서 지역의료보험의 재정적자가 심화되자 지역의료보험 가입자의 본인부담은 한층 증가하게 되었다. 산업구조의 변화, 직종간, 지역간 격차의 확대에 따라 조합간 재정격차는 다소간 불가피한 귀결이라고 할 수 있다. 이러한 구조적 여건 하에서 경제적 능력이 큰 보험자들을 단위로 구성된 직장의료보험조합 혹은 공무원 및 사립학교교직원 의료보험조합과는 달리 농어촌 지역의료보험 조합은 1981년의 시범사업 당시부터 계속해서 재정적자 상태에 놓여왔으며, 1988년 농어촌지역 의료보험이 본격적으로 시행된 이후 정부의 재정지원율이 50%에 이르렀으나, 1990년대 이후 대부분의 조합이 재정적자를 나타내었다.

특히 김영삼 정부 들어 지역의료보험조합의 재정적자 문제가 더욱 심각해졌고, 이는 결국 기존 조합관리방식 관리운영체계의 유지에 결정적인 부담으로 작용했다.

이에 따라 보험자 단체의 난립에 따른 관리운영비의 과도한 지출과 위험관리기능의 약화, 자격관리의 복잡성, 각종 조합간 재정 불균형 등을 개선하기 위한 대안으로서 통합방식의 의료보험제도 도입의 필요성이 재차 강조되었다.

그러므로 지역의료보험의 재정난 심화라는 변수는 노태우 정부에서는 존재하지는 않았으나, 김영삼 정부에서는 정부의 재정적 부담능력에 압박을 가하는 주요한 경제적 변수로 작용했다고 할 수 있다.

김대중 정부에는 이전 정부보다 의료보험 재정이 더 악화될 수밖에 없었다. 그래서

의료보험통합의 문제는 국가의 큰 사업이 될 수밖에 없었으며 이 문제의 해결책으로 지역과 직장의료보험을 통합하게 되었다. 통합함으로써 종사자들의 집회와 시위가 끊이지 않았으며, 전 국민이 불편함을 호소하는 사태가 발생했다.

의료보험통합만으로 재정확보가 어렵게 되자 인원감축(구조조정)을 단행했다. 불필요한 인력감원으로 재정확보를 꾀하였으나 큰 변화는 없었다고 할 수 있다.

2) 경제 성장률

1980년 벽두부터 정치 불안과 중화학 공업 중심으로 심화되어온 과도한 설비투자의 결과 한국 경제는 충격적인 마이너스 성장을 기록했다. 그러나 1980년대 중후반의 이른바 3저 호황의 결과 한국 경제는 비약적인 성장률을 기록했다. 1986년의 경우 명목 GNP 기준으로 12.9%의 성장을 기록했으며, 이듬해에는 13% 성장으로는 놀라운 성장의 추세를 이어갔다.

GDP 기준으로 보더라도 1986년과 1987년에 연속으로 11%의 성장률을 보였으며, 이듬해인 1988년에는 다소간 떨어지긴 했지만 여전히 10.5%의 높은 성장률을 기록했다. 따라서 국민경제적 수준에서 사회복지 정책의 확대추진을 위한 유리한 조건이 마련되었다고 할 수 있다. 이 시기에는 국민 1인당 부담 능력을 의미하는 1인당 실질 GNI도 각각 1986년, 12.5%, 1987년 12.5%, 1988년 11.8%의 성장률을 기록하는 등 전반적 경제상황이 호조를 보였다.

김영삼 정부의 집권 초반기 경제 지표는 비교적 양호한 상태를 유지했다고 할 수 있다. 1994년과 1995년에 각각 8.3%와 8.4%의 GDP 성장을 기록하는 등 순조롭게 출발했으나 김영삼 대통령의 집권 후반기에 접어들면서 상황은 크게 악화되었다. 1996년 들어서는 성장률이 6.8%로 감소했고, 1997년에는 당시 한국경제의 잠재적 성장률을 밑도는 5.0%의 성장에 그치고 말았다.

급기야는 1997년 말 IMF 구제금융 사태라는 사상 초유의 경제위기를 경험할 만큼 이 당시의 경제 상황은 급격한 침체의 늪에 빠져들고 있었다.

김대중 정부시기<표 4-6> 도시근로자의 소득변화를 보면 경상수지 흑자와 경제성

장률의 신장에도 불구하고 빈익빈 부익부 현상이 심각하게 나타남을 알 수 있다. 1998년과 1999에는 상위 20%만 더 잘 살게 되고 반면 나머지는 더욱 어려워지는데 최하위 소득계층 20%는 더욱 그러하다.

3) 사회적 요구

사회적 요구를 반영한 정책대안이 실시되지 못하고 논란이 지속적으로 제기되는 상황에서 조직화된 역량을 결집한 관련집단이 등장해 적극적인 이의제기를 시도할 경우 이러한 요구가 반영되어 정책이 시행되게 되고 따라서 정책의 실질적 정당성은 확보되게 된다.

1980년대 중반까지 권위주의적 노동통제 하에서 한국의 노동운동 진영은 조직화의 수준이나 요구의 표출 회수 및 강도 등에서 미미한 발전 수준을 보이고 있었다. 그러나 민주화 이행 게임이 시작된 1987년 하반기를 기점으로 노동운동으로 조직화 수준이나 집단 행동은 급격하게 증가하기 시작했다. 1987년 한해 동안의 총 노사분규 회수는 3,749건으로 전년도에 비해 무려 1,258%의 폭발적인 성장을 기록했다. 1987년 상반기 당시 노조 조직률은 14.7%에서 하반기에는 17.3%로 비약적으로 증가했다. 의료보험통합일원화 정책이 의제화된 1988년의 경우 전년도에 비해 50% 가량 분규 회수가 줄어들기는 했지만 노조 조직률이 22%로 크게 상승하는등 이 기간 중 전반적으로 사회적 요구는 민주화 요구를 타고 크게 활성화되었으며, 이는 복지정책 전반은 물론 의료보험 통합일원화 정책결정과정에도 유리한 사회적 환경으로 작용했다고 할 수 있다.

1997년의 경우 절대적인 노사분규 회수는 크게 감소했다. 1990년대 후반의 분규 회수를 기록한 시계열 자료를 볼 때 이 기간 동안의 노동쟁의 신고 건수는 600-800건대로 나타나 꾸준하고 안정적인 상황이 이어지고 있었음을 알 수 있다. 노조조직률도 1989년을 기점으로 하락하기 시작해 1990년대 내내 이러한 추세가 지속되었고, 의료보험 통합일원화 정책결정 시점인 1997년의 경우 13.5%에 머무르고 있었다. 그러나 양적인 분규 회수 및 노조 조직률의 감소에도 불구하고 이 시점의 사회복지정책에 대한 사회적 요구가 크게 감소했다는 평가를 내리기에는 적절치 않다. 왜냐하면 교섭력과 투

쟁력이 강한 대기업 노조를 중심으로 한 민주노총의 출현이 일정하게 사회적 투입능력의 변화를 가져왔기 때문이다. 민주노총은 노동자 계급중심의 조합관리방식의 성격을 벗어나 전사회적인 관점에서 의료문제를 인식하고, 과거의 노동운동 세력과는 달리 의료보험통합일원화 정책결정에 있어서도 구체적인 요구조건을 제시하는 등 질적으로 세련된 활동 양상을 보였다.

1990년대 이후에는 성장한 시민사회와 진보적인 노동운동의 영향으로 이해관계집단의 영향력이 증가하여 지금까지 소수의 이익단체나 압력집단으로 정책결정의 외부에서 문제제기나 정책비판 정도의 역할을 하던 이해관계집단들이 김대중 정부 시작과 함께 정부위원회의 위원 등으로 참여하였다. 또 경제위기 상황에서의 구조조정의 개혁추진을 위해 노동계의 도움이 필요하게 되자 정부는 이들을 받아들여려는 노력의 일환으로 노사정위원회라는 사회적 합의기구를 만들기도 하였다.

4) GDP 대비 사회보장 및 사회복지예산

정부예산 대비 사회보장 및 사회복지예산 지출 규모는 노태우 정부 들어 2배로 증가했으나 GDP 대비 예산은 1980년-1990년대 내내 완만하게 증가하는 데 그쳤다. 이례적으로 1989년에는 GDP 대비 1.3%로 전년도에 비해 무려 33%나 증가하기도 했지만 절대적으로나 상대적으로나 여전히 빈약한 지출 수준에 그쳤다. 1990년대 들어서도 완만한 증가세가 이어져 김영삼 정부의 경우 그 수치는 1.4%에 달했지만 여전히 사회보장 및 사회복지 예산 지출규모는 사회적 요구를 수용하기는 턱없이 부족한 실정에 놓여있었다. 이러한 사실은 노태우 정부의 GDP 대비 총 사회복지비 지출 비율이 OECD 22개 국가의 평균치에 비해 1/3 수준에 그쳤던 데서도 확인된다. 이를 통해 노태우 정부 이후의 지속적인 복지예산 증가에도 불구하고 선진국에 비할 때 사회복지부분에 대한 지출은 걸음마 단계에 그치고 있음을 알 수 있다. 노태우 정부의 경우 사회복지 분야에 대한 인식이 과거 국가 주도 경제성장 시기에 심화된 불평등 구조를 개선하려는 사회 부분의 압력에 의해 사회복지정책의 상대적 비중이 다소간 상향 조정되었을 뿐 오히려 사회복지 부분의 예산 증가율이 둔화되었다. 이처럼 절대적, 상대적으로 부족한

사회복지 예산 규모는 상황의 변경을 위한 사회적 요구를 자극하는 요인인 동시에 결과적으로 정치체계에 대한 압력 요인으로 작용했다고 할 수 있다.

노태우 정부와 김영삼 정부는 모두 산적한 사회복지정책 과제 중에서도 기본적인 사회보장정책에 해당하며 정책의 수혜자가 가장 광범위한 의료보험 분야에 대한 정책대응을 우선시 할 수밖에 없었던 것이다.

제 2 절 참여자

1. 대통령

전두환 대통령은 집권 초반기 이른바 보사부 파동을 경과하면서 1차 통합논의를 좌절시킨 이후 1987년 농어촌지역 의료보험의 확대 실시를 1년여 앞둔 시점에서 진행된 보사부와 민정당간의 당정협의 사항에 대해서도 보다 철저하게 조합관리방식의 성격을 강화시키는 방향으로 수정할 것을 지시했다. 당초 1987년의 당정협의 결과는 보사부안대로 조합관리방식으로 농어촌지역 의료보험을 실시하되, 향후 이를 통합관리방식으로 변경할 여지를 남겨둔 것이었다.

그러므로 노태우 대통령이 1987년의 대선 과정에서 전국민 의료보험을 선거공약으로 제시했을 때는 이미 조합관리방식에 의한 전국민 의료보험 시행을 염두에 두고 있었다. 그러므로 의료보험조합의 통합일원화 정책결정 과정에서 대통령의 지원을 얻은 것은 처음부터 불가능했다. 결국 노태우 대통령은 이 법안의 국회 통과 이후 보사부와 이익관계집단인 전국의료보험조합의 측면 지원과 언론의 호응을 업고 거부권을 행사함으로써 통합일원화 정책을 무산시킨 결정적 변수로 작용했다.

김영삼 대통령은 1992년 대통령 선거 당시 의료보험제도를 통합일원화해 이를 보다 발전적으로 운용하겠다는 공약을 제시했으나 결국 당선 이후에는 기존 조합관리방식 제도로의 현상 유지를 택했다. 김영삼 대통령은 통합관리방식으로 전환될 경우 재정적 부담이 우려된다는 경제기획원(1994.12 이후 재정경제원)과 보험재정의 부실 및 보험료

인상 등을 명분으로 내세운 보건복지부의 논리를 수용했다. 집권 초반 김영삼 대통령의 강력한 개혁정책이 국민적 지지를 받는 상황에서 여당인 민자당은 물론이고 강력한 정치적 경쟁자인 김대중이 정계를 은퇴한 야당은 구심점을 상실한 채 별다른 움직임 보이지 않았다. 이러한 가운데 의료보험통합의 정치적 의제화는 억제되고 있었다.

그러나 김대중이 정계에 복귀해 자민련과 공조를 통한 대선전략을 구체화시켜 나가면서 야당이 국민의 지지를 얻는데 유리한 통합의료법안을 발의하자 정책체제 내부의 상황은 변화하기 시작했다. 1997년 후반기에 정국 주도력을 급속히 상실한 대통령이 여당 당적을 반납하자 불투명한 대선 결과를 우려한 여당도 농어촌 출신 의원들을 중심으로 차기 대통령 선거에서 표를 얻기 위한 방편으로 의보통합법안을 추진하기 시작했다. 결국 집권 후반기의 김영삼 대통령은 여야가 동 법안의 국회 입법을 진행시키는 과정에서 소극적인 태도를 취할 수밖에 없었다. 김영삼 대통령은 여당 내의 정치권력이 대통령 후보를 중심으로 재편되고 당적마저 이탈한 상황에서 거부권과 같은 극단적 방식의 정치적 수단을 행사할 명분이나 의지를 보유할 수 없었던 것이다.

하지만 김대중 대통령은 취임 이전부터 다른 정부에 비해 사회복지에 대한 관심과 비전이 뚜렷했다. 사회적 연대를 강조하는 의료보험의 통합을 야당시절부터 지지하였고 보건복지부의 반대에도 신정부 100대 국정과제로 선정하는 등 의료보험통합에 매우 적극적인 이 시기의 가장 핵심적인 참여자였다.

결론적으로 각 정부별 정책결정과정에서 주요한 참여자 변수인 대통령의 역할에서는 분명한 차이가 있었다고 할 수 있다.

2. 국회

노태우 정부의 경우 여당인 민정당 내부에는 보건사회위원회를 중심으로 통합관리방식의 의료보험 제도에 찬성하는 의원들이 다수 존재했다. 이들은 복지주의적 신념에 기초해 통합관리방식의 노선에 의거하지 않는다면 전국민 의료보험이 제대로 정착되기 힘들다는 견해를 보유하고 있었다. 그러나 이들은 과도기적 권위주의 체제하의 정당구

조 속에서 일정하게 당론에 기속되면서 당론과 배치되는 독립적인 목소리를 적극적으로 표출하지는 않았다. 그러나 여소야대 국면하에 정치적 환경이 통합법안의 통과에 일정하게 유리한 방향으로 흐르자 상황은 변화하기 시작했다. 민정당 지도부가 사회적 요구와 여소야대 이후 민주화된 의회구조하에서의 역관계에 밀려 대통령의 거부권 행사를 전제로 정략적으로 야당의 입장을 수용한 단일법안의 통과에 동의하자 여당 소속 보사위원들도 미약하나마 법안의 심의과정에서 적극성을 보이게 된 것이다.

김영삼 정부에서는 이러한 구도와는 다른 양상이 전개되었다. 주지하다시피 새정치국민회의와 자유민주연합은 1996년 1월 30일 국회에 ‘국민건강보험법안’을 공동 발의했다. 그러나 다수당인 여당의 동의를 획득하지 못한 상황에서 야당 의석만으로는 동법안의 국회통과는 사실상 어려운 상황이었다. 이는 동 법안이 11개월 쯤 표류하다가 다수당인 신한국당이 1997년 10월 30일 황성균 의원의 30인의 명의로 지역의료보험과 공무원 및 사립학교교직원의 부분적 통합법안을 제출하자 급속히 진전된 사실에서도 확인된다.

김대중 정부에서는 새정치국민회의 국회의원으로서는 이성재의원의 이념적 지향이 보다 이상주의적이고 당시의 정치·경제적 상황에서는 노사정위원회의 합의 사항을 이행치 않을 수 없는 상황이었으며, 과거 기득권층이 선호한다고 여겨지는 조합관리방식을 일시에 압도하는 것이 정치적으로도 주도권을 장악하는 것으로 판단했다고 여겨진다. 이런 점에서 한나라당 국회의원들에게는 통합의 정치적 이유가 당장에는 없는 것이었다.

결국 정책결정과정간에는 야당소속 상임위원들과는 달리 여당 의원들의 태도에서 뚜렷한 차이점을 확인할 수 있다.

3. 정당

노태우 정부의 경우 여소야대의 경쟁적 정당구도가 형성됨으로써 사회의 요구를 반영하려는 정치적 합리성은 과거 어느 때보다 높았지만 여야 정당간에는 현실적인 정책 실현 의지의 측면에서 큰 차이가 존재했다. 노태우 정부 국면에서 여당인 민정당은 적극적인 통합의지를 지니지 않았다.

그러나 민정당은 국회 내 세력관계와 야당의 강력한 입법 의지에 밀려 정략적으로 통합법안에 대한 야당의 요구를 수용했다. 결국 민정당이 의도한 바대로 대통령이 거부권을 행사함으로써 정치적 합리성과 정치적 실현 가능성은 일치되지 않았다.

그러나 김영삼 정부에서는 여당의 입장에 일정한 변화가 나타난다. 신한국당은 1989년 이후 통합법안이 불발로 그친 이후에도 사회적 요구가 지속적으로 표출되자 이러한 사회적 요구에 반응하기 위해서 1997년 대통령 선거를 앞둔 시점에서 기존의 태도를 변경하여 극적으로 통합법안에 찬성했다. 결국 사회적 요구의 투입과 이에 대한 정치적 반응으로서의 여당의 정책적 입장 변경으로 1997년 12월 지역의료보험과 공무원 및 사립학교교직원 의료보험의 조직통합이 결정되었다. 야당의 입장에서는 변화가 없었으나 여당이 일정한 태도변화를 보임으로써 정책의 실현 가능성이 높아지게 된 것이다.

김대중 정부의 경우 여당과 야당은 재정통합의 시기 등의 세부사항에서만 이견이 있을 뿐 건강보험 조직통합에 대해서는 의견을 같이 하고 있었다. 여당인 새정치국민회의는 야당시절부터 통합을 주장해 왔고 야당인 한나라당도 지역의료보험조합과 공무원 및 사립학교교직원 의료보험통합에 찬성하였다. 재정통합과정에서 야당의원들이 통합반대법안을 발의하여 정책의 일관성을 훼손시키기도 하였지만, 1981년, 1988년, 1997년에 있었던 통합노력에서 여야는 항상 만장일치로 법안을 통과시켜왔다. 2001년과 2002년의 재정건전화 정책에 대해서도 여야의원들은 비슷한 목소리를 내면서 보험료의 급격한 인상과 보건복지부가 이해관계집단의 압력에 무력한 모습을 비판하였다.

연구대상인 각 정부별 의료보험 정책결정과정에서 확인된 여야정당의 입장은 소극적 입장에서 적극적인 입장으로, 변화하였으며 김대중 정부의 경우에는 각 정당의 합의로 정책결정이 이루어졌다고 정리할 수 있다.

4. 이해관계집단

연구대상인 각 정부별 정책과정에는 의료보험통합 진영과 조합관리방식 진영의 제 이해관계집단들이 연합을 형성하고 재편하는 과정에서 주목할 만한 변화가 존재했다. 의료보험통합 진영과 조합관리방식 진영의 연합 형성과정에서는 두 가지의 특징적인

측면이 확인되었다.

첫째, 정책결정과정에서 이익투입 활동을 적극적으로 주도한 핵심 세력이 변화되었다. 1995년 출범한 민주노총은 노동자 계급중심의 조합관리방식의 성격을 벗어나 전사회적인 관점에서 의료문제를 인식하고, 의료보험통합일원화의 구체적인 요구조건을 제시하는 등 핵심적인 주도자의 역할을 수행했다. 이러한 양상은 농어민이 정책 의제화 단계를 주도하는 과정에서 주로 의료보험증 반납 및 보험료 납부 거부투쟁이라는 자연 발생적이고 직접적인 형태의 인적자원 동원에 주력했던 것과 비교해 볼 때 커다란 차이라고 할 수 있다. 이처럼 민주노총의 가세에 따라 통합의료보험정책을 요구하는 사회적 투입능력에도 일정한 변화가 초래되었다.

둘째, 정책체계 외곽에 존재하는 통합의료보험 진영의 참여자들의 투입능력이 연합의 확대 재편을 통해 크게 강화되었다. 1994년 4월에 결성된 의보연대회의는 시민단체, 학자 등 전문가, 민주노총 중심의 노동계, 전국농민회총연맹 중심의 농민단체, 여성단체 등을 포괄하는 광범위한 대규모 연합조직이다. 의보연대회의는 참여단체의 규모와 자원, 참여집단 수, 활동방식, 그리고 연합활동의 내용적 수준 등의 측면에서 1988년 당시의 의보대책위를 압도했다.

이에 비해 조합관리방식 진영의 연합은 여전히 느슨하거나 암묵적인 형태로 존재했고, 노태우 정부에 비해 새로운 참여자들의 참여 또한 두드러지지 않았다. 조합관리방식 진영 가운데 가장 건실한 재정을 유지하고, 인적 자원 등의 가용자원도 비교적 풍부한 직장의료보험노조도 통합관리방식 진영의 지역의료보험노조와 비교해 볼 때 전반적으로 소극적인 활동에 그쳤다. 직장의료보험노조의 소극적 태도를 보인 까닭은 1997년 초까지 정부가 기존 제도를 고수한 상황에서 특별한 활동의 유인을 느끼지 못했고, 지역의료보험과 공무원 및 사립학교교직원의료보험의 부분적 통합만을 규정한 통합법안이 자신의 이해관계와 직결되지 않을 것으로 판단했기 때문이다.

김대중 정부시 노사정위원회는 건강보험통합에 합의하고 그 의제가 국민건강보험법이 되는 건강보험 운영체계 선택에 결정적인 시작점을 마련하였다. 1998년 1월 15일 만들어진 노사정위원회는 노사정 대타협에 성공하여 IMF 위기극복의 결정적 계기와

사회적 합의를 실천하였다. 제1기 노사정위원회에서 의료보험의 통합·일원화 및 적용 확대를 위하여 1998년 중 관계법령의 개정을 추진할 것을 합의하고, 제2기 노사정위원회에서 통합과 관련한 자영자 소득과약문제, 급여범위확대, 의료보험에 정부재정지원 문제를 합의 하였다.

요약하자면 김영삼 정부에서는 의료보험통합법안의 정책결정 국면에서는 기존 조합 관리방식의 의료보험정책의 문제점이 사회·경제적 환경 속에서 심각하게 노출된 상황에서 통합을 지지하는 농·어민의 이익투입이 건재한데다 민주노총이라는 또다른 집단의 조직적 이익투입이 추가되었다. 이러한 양상은 한층 강화된 연합의 능력과 결합되어 결과적으로 노태우 정부보다 활발한 이익투입 활동이 전개되었으며, 김대중 정부에서는 노사정위원회라는 조직을 만들어 원활한 정책결정을 하였다고 볼 수 있다.

제 3 절 소 결

이상의 논의를 토대로 각 정부별 의료보험 정책결정과정에서 나타난 내용을 정리하면 아래의 <표 5-2>, <표 5-3>과 같다.

<표 5-2>각 정부별 정책 환경 변수 비교

변수		각 정부		
		노태우 (1988년 의료보험법안)	김영삼 (1997년 의료보험법안)	김대중 (2000년 건강보험법안)
정치적 환경 변수	정치체제의 성격	과도기적 권위주의 체제 (민주화 이행기)	민주주의 체제 (민주주의 공고화기)	민주주의 체제
	정당간 경쟁구도	여소야대	여소야대→과반수 의석 확보(여당)	여소야대→과반수 의석 확보(여당)
	선거 주기	87년 선거과정에서 중간평가를 공약으로 제시	의보통합일원화 정책의 추진 동의→통합의보입법 강행	의보통합에 대해 계속 찬성 입장(통합)
사회· 경제적 환경 변수	GDP 대비 사회복지예산	복지예산은 증가했으나 GDP대비 예산은 완만하게 증가	완만한 증가	IMF시 대폭감소→ 다시 증가 (98년 강화) (완만한 증가) 99년부터 증가
	사회적 욕구	노사분규 횟수가 폭발적 증가	노사분규 횟수가 크게 감소	사회적 합의기구 (노사정위원회, 노사분규감소)
	의료보험 재정	.	대다수 지역의료보험조합 적자 발생	지역의보조합 적자심각 대안책으로 통합 (지역+직장)
	경제 성장률	전반적 경제 상황이 호조	집권초반은 양호한 상태 유지 → 후반기 상황은 악화	경제성장률의 신장 (하지만 부익부빈익빈 현상이 심각)

<표 5-3> 각 정부별 참여자 변수 비교

각 정부 변수	노태우	김영삼	김대중
대통령	조합방식에 의한 전국민 의료보험 시행을 염두에 두고 있었으므로 통합일원화 방식에 거부권 행사 (소극적)	의료보험제도를 통합일원화하겠다는 공약을 제시. 당선 후 조합방식제도로의 현상유지(보험재정의 부실 및 보건복지부 논리 수용) (적극 → 소극)	의료보험통합에 가장 적극적인 행위자 (적극적)
국회	통합주의 방식의 의료보험제도에 찬성하는 의원들이 다수 존재. (여당소속 보사위원들이 법안의 심의과정에서 적극성을 보임) (적극적)	야당의석만으로는 법안이 국회통과가 어려운 상황. (신한국당 황성균 의원 외 30인의 명의로 부분통합안 제출.) (여·야 의원 모두 적극적)	이전 정권에서의 여당의원이 야당의원으로 바뀌자 통합의 정치적 이유가 당장은 없어짐. 따라서 야당의원들은 소극적 자세를 취함. (여당은 적극적, 야당은 소극적)
정당	여당인 민정당은 적극적인 통합의지를 지니지 않았다. 하지만 야당의 강력한 입법외지에 밀려 정략적으로 통합법안에 대한 야당의 요구 수용. (여-소극적, 야-적극적)	1997년 대통령 선거를 앞둔 시점에서 통합법안에 찬성(여당). (하지만 야당의 입장 변화가 없었다) (여당-마지못해 수용, 야당-적극적)(국민의료보험법제정)	여당과 야당은 재정통합의 시기 등의 세부사항에서만 이견이 있을 뿐 건강보험 조직 통합에 대해서는 의견이 일치됨.(국민건강보험법제정) (적극적)
이해관계집단	통합일원화입장 - 의협, 농민단체. 진보적 보건의료인 단체, 빈민단체(적극적) ·조합방식유지 - 통합일원화 적극적 반대 ┌ 경총 - 통합일원화 적극적 반대 └ 전경련 - 통합일원화 소극적 반대	통합일원화 - 전국농민회총연맹, 민노총, 지역의보조합, 시민단체, 빈민단체, 진보적 보건의료단체.(적극적) 적극적 반대 - 의보연합회, 경총 소극적 반대 - 한노총, 직장 의보조합, 공·교의보조합	·직장의보노조 - 1997년말 국민건강보험법 제정과 관련 적극적인 반대투쟁 ·한국노총 - 노동계 일반 요구사항으로 동의하는 입장 (적극적) ·지역의보노조와 민주노총 - 의보통합추진에 영향력 행사 ·의보연대회의 - 통합지지(반대인사 핵심요직 배제)

먼저 사회·경제적 환경변수로서의 지역의료보험 재정난 악화는 1988년 조합관리방식에 의한 농어촌 지역의료보험이 시행된 이후 몇 년 동안 새롭게 생겨난 현상이다. 지역의료보험조합의 재정적자 누적이 기존 정책의 부정적 효과 때문이라는 전반적인

인식이 확산되자 정책의 변경을 요구하는 사회부문의 명분이 강화되었으며, 이러한 상황은 의료보험 통합일원화 정책이 재차 의제화 되는데 유리하게 작용했다. 이는 또한 참여자들이 통합관리방식으로 정책 변경에 적극적으로 나서게 한 압력요인으로 작용했다.

정치적 환경변수로서의 정치체제는 선거로 대표되는 민주적 경쟁 절차의 안정화와 직접적으로 관련되며, 정책결정과정에서 참여하는 참여자들의 자원 및 전략의 유형 변화에도 독립적인 효과를 갖는다는 사실이 확인되었다. 본 연구의 대상인 한국 의료보험 통합일원화 정책과정에서는 정치체계가 그 성격이 권위주의나 민주주의냐의 여부에 따라 대통령의 권력 행사방식을 상이한 정도로 제약함으로써 특정한 정책의 산출에 간접적인 영향력을 미쳤다.

정치적 환경변수 중 하나인 선거의 영향도 뚜렷하게 확인되었다. 선거에 임박하자 이를 적극적으로 활용하려는 참여자들의 이익투입 활동이 활성화 되었으며, 특히 특정 정책에 대한 유권자의 지지를 선거에서의 득표를 연결하기 위해 선출직인 대통령과 국회의원이 사회부문의 요구에 민감하게 반응하는 경향이 확인되었다. 대통령 선거를 목전에 둔 1997년의 통합의료보험법안에 대한 여야 합의가 이루어진 것은 그 실례이다.

대통령은 정치권력의 성격에 따라 권력의 자원과 행사방식에 있어서 제약을 받는 동시에 권력의 중심에 놓여 있는 특별한 참여자로서 정책결정과정에서 여타 참여자들에 비해 현저하게 우월한 위치에 놓여 있는 존재이다. 대통령의 리더십은 특정한 정책목표의 상위에 놓여 있는 국정운영 기조를 매개로 정책결정과정에서 막강한 영향력을 발휘했다. 여야합의안에 대해 거부권을 행사함으로써 의료보험 통합일원화는 무산시키는데 결정적인 역할을 한 노태우 대통령과 의료보험제도는 통합일원화 하겠다는 공약을 제시했으며, 당선 후 조합관리방식으로의 현상을 유지한 김영삼 대통령과 꾸준히 의료보험통합에 적극적인 참여자로서 김대중 대통령의 리더십은 의료보험 통합일원화의 성패를 엇갈리게 하는 데 중요한 변수로 작용했다.

정치체제의 민주화로 인해 국회의 위상이 보다 강화되고, 이에 따라 당총재직을 겸임한 대통령 리더십의 성격이 변화하자 상대적으로 의원의 자율성이 강화되는 경향이 나타났다. 이로 인해 상임위원회 내부에서 여·야의원간의 특정 정책에 대한 찬반 입

장에 따라 연합을 형성할 수 있는 공간이 조성되었다. 노태우 정부에서는 통합관리방식의 의료보험 제도에 찬성하는 의원들이 다수 존재했으며, 여당 의원들이 적극성을 보였고, 김영삼 정부에서는 야당의석만으로는 법안이 국회통과가 어려운 상황이 있으나 여당의원들의 적극적인 참여로 부분통합이 이루어졌고 김대중 정부에서는 이전 여당의원들이 야당으로 바뀌었으며, 적극적인 자세에서 소극적인 자세로 변화였지만 정책의 변화를 가져왔다.

정치체제 민주화의 가장 직접적인 결과를 조직화된 사회부문의 출현과 이를 기반으로 한 이익투입 활동의 활성화로 나타났다. 1990년대에 들어서는 과도기적 권위주의 체제 시기인 1980년대 후반에 비해 격렬한 노사분규 등과 같은 사회적 요구 표출은 크게 감소했다. 그러나 사회부문의 이익분화 현상이 급속하게 진전됨에 따라 특정 영역의 이익과 관련된 정책을 이슈로 한 조직적 요구들이 급증했다. 이에 따라 집단들의 자원 및 활동방식이 다양화되었고, 이익투입 통로가 제도화, 다변화되는 현상도 심화되었다. 의보대책위의 의보연대회의로의 확대 재편은 질적, 양적 측면 모두에서 성장한 통합관리방식 진영의 연합활동 능력을 반영한 것이라고 할 수 있다. 그 결과 1997년의 정책결정 국면에서 통합관리방식 연합의 활동은 조합관리방식 진영의 느슨하고 암묵적인 연합 활동과 일정한 격차를 유지했다.

본 연구의 대상인 각 정부별 의료보험 정책결정과정에서는 서구의 논의들 속에서 폭넓게 받아들여져 온 사회복지정책의 산출에 대한 사회·경제적 변수들의 영향력이 분명하게 확인되지 않았다. 최종적으로 도출된 변수들 가운데 의료보험제정, 즉 지역의료보험조합의 적자발생을 제외한 나머지는 모두 정치적 환경변수이거나 정책체제 내부에 존재하는 참여자 변수군에 속한다.

결국 정치체제의 성격, 선거주기라는 정치적 환경과 이러한 정치적 환경을 기반으로 정책결정에 참여하고, 다양한 자원을 경쟁적으로 동원함으로써 정책의 결과를 바꾸려고 시도한 다수의 참여자들이 각 정부별 정책결정과정의 상이한 정책적 결과를 산출한 주요변수로 작용한 것이다.

제 6 장 결 론

제 1 절 연구결과의 요약

본 연구는 1977년 의료보험법의 제정 이래 20년간 논란이 되어 온 의료보험통합일원화를 각 정부별로 구분하여 통합일원화 시도가 노태우 정부에서는 왜 실패하였으며, 김영삼 정부에서는 부분통합, 김대중 정부에서는 완전통합으로 제도화 될 수 있었는가에 대한 문제의식에서 출발하였다. 본 연구의 목적은 의료보험(현 건강보험)통합결정과정의 비교분석을 통해 사회복지정책의 형성 및 전환과정의 환경적 조건과 함께 미시적 동향 아울러 규명하는데 있다. 본 연구의 방법은 문헌조사를 통한 분석을 시도하였고, 연구대상인 각 정부별 정책환경요인과 참여자의 역할에 대하여 분석하였다.

본 연구에서는 사회복지정책의 결정에 영향을 주는 정책환경 변수인 정치적 환경변수(정치체제의 성격, 정당의 경쟁구도, 선거주기), 사회·경제적 환경변수(사회복지예산, 사회적 요구, 제성장률, 의료보험재정)와 참여자 변수(정부, 정당, 의회, 이해관계집단)로 나누었다. 이러한 연구방법을 통해 진행된 연구내용은 다음과 같다.

먼저 의료보험통합정책결정과정에서 가장 큰 영향을 미친 정책환경변수로는 정치적 환경변수를 들 수 있다. 즉 사회복지정책의 전개과정은 잠재적 복지 수혜층의 사회적 요구의 표출과 이에 대한 정치적 대응으로 볼 수 있다. 사회복지정책 결정과정의 동태적 성격을 설명해 주는 주요한 정치적 변수로는 정치체제의 성격, 정당간 경쟁정도, 정치적 필요성으로서의 선거라는 정치적 요인들을 들 수 있다.

또한 사회·경제적 환경변수로는 사회복지예산, 사회적 요구, 경제성장률, 의료보험재정 등을 들 수 있다.

정책결정과정은 다수의 참여자들이 복합적으로 개입하는 동태적인 과정이다. 정책결정요인인 참여자는 모두 자신들의 이해관계 혹은 이념에 비추어 유리한 정책이 결정되거나 불리한 정책이 결정되지 않도록 하기 위해 직·간접적인 영향력을 행사한다. 이

러한 정책결정요인들이 각 정부별 의료보험통합결정과정에서 어떻게 상호 작용해왔는지를 비교하면 다음과 같이 요약할 수 있다.

노태우 정부에서 정책환경요인을 보면 정치체제는 과도기적 권위주의체제기로서 성격을 지니고 있으면서도 외견상으로는 법·제도적 장치 및 절차면에서 민주적 지향성을 특징으로 한다. 즉 정치체제는 민주주의 형식이고 절차적인 기본요건을 상당히 충족했지만 국가는 시민사회에 대한 권위주의적 통치관행을 여전히 유지하고 있었다. 그러나 정치 권력과 직접적인 관계가 없는 사회복지분야에서는 참여의 기회가 개방되어 있었다.

국회내 권력관계도 한국의 의정사상 초유의 여소야대 국회시기였다. 여당의 독주가 더 이상 불가능한 상황에서 국회의 권한은 활발하게 발휘되었다. 또한 노태우 대통령의 공약사항인 중간평가와 맞물려 있던 시기였으므로 정부로서는 국민의 지지를 확보해야 할 필요성에 직면했다. 따라서 이 시기 의료보험법 개정과정은 강한 사회적 요구의 표출과 국민의 지지확보라는 정치적 필요성이 맞물려서 나타났다. 그러나 이 시기의 중간평가를 선거주기로서의 정치과정으로 보기가 힘들다.

사회·경제적 환경 측면에서는 지속적인 경제성장과 부담능력의 진전으로 인해 의료보험의 통합정책결정에 유리한 경제적 조건이 마련되었다. 이 시기에는 경제성장에 걸맞는 국민복지제도의 확대를 통해 각 계층의 의료수요상의 형평성을 제고시킬 필요성이 커지고 있었다.

또한, 이해관계집단이 활성화되고 사회복지에 대한 요구가 급격히 분출되는 현상이 나타났다. 급격히 증가한 사회적 요구의 표출은 노동시장 구조의 변화를 가져왔고 복지의 수혜자들은 노동조합을 중심으로 자신들의 이해를 표출할 수 있게 되었다. 즉 1980년대 중반 이후 사회복지제도는 과거 권위주의체제와는 달리 단순히 정권의 정당성확보 차원에서 이루어진 것이 아니라 노동시장에서의 정치적 역학관계의 변화를 포함한 제반 사회경제적 조건의 변화에 따라 국가가 의료보험을 중요한 전략으로 채택하면서 이루어졌다. 그러나 이 당시의 사회복지정책은 그 내용과 수준 면에서는 열악한 실정이었다. 이 시기의 사회복지정책은 아래로부터 복지요구 수렴이라는 측면보다는 사회불안을 회피하려는 목적이 강했고, 선거시기에 주요 정당의 슬로건으로 부각되는

등 정치적 동기가 농후했다는 점에서 국가가 실질적 의미의 사회복지정책을 행사했다고 평가하기 어렵다.

여당은 통합의료보험 정책이 다수 국민의 지지를 획득하기에 유리한 정책이었기 때문에 국회내 세력관계와 야당의 강력한 입법의지에 밀려 정략적으로 통합법안에 대한 야당의 요구를 수용했다. 그러나 여당이 의도한대로 대통령이 거부권을 행사함으로써 정치적 합리성과 정치적 실현가능성은 일치되지 않았다.

유권자인 국민의 지지에 민감한 보건사회위원회 위원들의 성향이 여·야를 떠나 명시적이건 묵시적이건 의료보험의 통합일원화에 관심을 갖고 있었다. 그러나 여당의 보건사회위원회 소속 의원들은 과도기적 권위주의 체제하의 정당구조 속에서 당론과 배치되는 독립적인 목소리를 적극적으로 표출하지 않았다. 그러나 여당 지도부가 사회적 요구와 여소야대의 민주화된 의회구조하에서 역학관계에 밀려 대통령과 거부권행사를 전제로 정략적으로 야당의 입장을 수용한 단일법안의 통과에 동의하자 여당소속 보사 위원들도 미약하나마 심의과정에서 적극성을 보이게 된다.

1980년대 후반에 많은 이해관계집단이 생겨났고 대한의사협회는 지역의료보험조합을 대상으로 진료비 징수가 어려우므로 확실한 부담능력이 보장되는 통합방식의 제도 도입을 적극적으로 주장했다. 이 시기에는 의료보험연합회와 신분보장에 불안을 느낀 지역의료보험조합의 임원들이 연계해 통합반대 공동투쟁을 전개했다. 또한 잠재적 수혜자인 노동자, 농민의 요구도 의료보험통합정책 결정과정에 큰 영향을 미쳤다.

이 시기에는 야당과 국회의 위상 및 정치적 입지가 눈에 띄게 강화되어 행정부처는 과거와 달리 정책안 형성의 전과정에 걸쳐서 수세에 처하게 되었다. 이에 따라 노태우 정부의 의료보험통합 정책결정과정의 기본 대립구도가 정부·여당 대 야당보다는 정부 대 국회의 대결 축으로 전개되었고, 그 결과 대통령과 보사부는 이러한 일련의 과정에서 주요한 영향력을 행사하지 못했다. 결국, 이러한 양상은 권력의 집중정도 변화 및 아래로부터의 사회적 요구의 표출 강도가 변화한데에서 발생한 것이라고 할 수 있다. 강력한 권력을 장악한 정부가 주도권을 갖고 일방적으로 정책안을 형성한 경우가 대다수인 권위주의체제와는 달리 민주화 이행기의 여소야대 국면하에서 권력 분산에 대한

요구와 강력한 사회적 요구의 표출이라는 상황에 직면하게 된 것이다. 이후 국회에서 통과된 의료보험법안에 대한 대통령이 거부권을 행사하자 이에 대한 반대가 확산되었으나, 의료보험통합이 전격적으로 성사되자 노태우 대통령과 여당은 국민의료보험법의 재의결 압력으로부터 완전히 벗어난다.

김영삼 정부 당시는 정치체제가 과도기적 권위주의체제에서 민주주의 공고화기로 접어든 시점이었다. 김영삼 대통령은 야당총재 시절에는 통합의료보험법안을 적극적으로 추진했으나 대통령에 당선된 이후에는 통합법안의 도입에 적극적으로 나서지 않았다. 그러나 김영삼 대통령이 전임 노태우 대통령과는 달리 동 법안에 대한 거부권을 행사할 수 없었다는 사실은 대통령일지라도 민주주의 체제로의 전환 이후에는 강화된 사회부문의 요구와 경제적 합리성에 정면으로 역행하는 데에는 일정한 제약이 있음을 의미한다. 15대 총선의 결과 정당의 경쟁구도는 다시 한번 여소야대로 귀결되었으나 여당은 무소속 및 야당위원을 영입해 국회 개원 시점에서 안정과반수를 확보했다. 여당은 줄곧 통합법안의 도입에 반대했으나 대통령 선거를 앞두고 국민의 지지를 획득하기 위해 유권자들의 투표결정에 영향을 미칠수 있는 통합방식정책의 추진에 동의하였다.

이 시기는 국제화 및 세계화의 담론을 타면서 탈정부규제, 급속한 자본시장, 민영화, 노동시장의 유연화 등 신자유주의적 정책이 적극적으로 신자유주의적 사회·경제적 정책의 본격화와 더불어 사회복지부문의 예산 증가율은 둔화되었다. 절대적, 상대적으로 부족한 사회복지 예산규모는 사회적 요구를 자극하는 요인인 동시에 결과적으로 정치체계에 대한 요인으로 작용했다. 사회부문의 이익투입은 대선이라는 정치 일정과 맞물리면서 의료보험정책의 직접적이고 중요한 결정요인으로 작용했다.

여당은 정책수혜자의 이익투입을 고려해 1997년 대통령선거를 앞두고 의료보험통합 방향으로 전환을 고려했다. 야당은 소득재분배와 위험분산기능을 극대화 함으로써 저소득 국민의 의료문제를 원활히 해결하고 사회적 연대성을 강화하는 것 등을 국민건강보험법의 주요한 제안이유로 제시했다. 결국 여당의 국민의료보험법안이 보건복지위원회에 회부되어 상정된지 4일만에 여야합의로 위원회의 대안이 의결되었고, 국민의료보험법안은 본 회의마저 신속하게 통과했다.

이 시기에는 의료보험연대회의 구성에서 주요 활동 주체들이 다른 세력으로 교체되었다. 농민과 도시빈민단체는 의료보험통합운동의 주도적 지위를 상실했지만 여전히 활발한 활동을 전개했고, 민주노총을 중심으로 한 노동운동권이 새로이 활발한 참여를 보이기 시작했다. 의료보험 이슈에 대한 노동운동 진영의 인식변화는 1995년 11월 출범한 전국민주노동조합총연맹의 결성과 궤를 같이한다. 민주노총은 노동자 계급 중심의 협소한 조합관리방식의 관점에서 벗어나 노동자의 이해를 초월한 전 사회적인 관점에서 의료문제를 파악하고 있었다. 민주노총의 결성은 의료보험 통합과 관련된 구체적 요구사항을 제시함으로써 노동계의 통합관련 요구를 조직적으로 표출할 수 있는 계기가 되었다. 의보연대회의로 확대 재편된 통합관리방식 진영의 연합도 활발한 이익 투입활동을 전개했다. 이러한 사회적 운동을 배경으로 야당은 의료보험통합법안의 국회 상정을 계획했고, 대통령선거를 앞둔 여당도 의료보험통합법안의 추진의향을 밝힘으로써 동법안은 여·야 만장일치로 국회를 통과하게 되었다. 1996년 총선이 초래한 정당간의 경쟁상황과 1997년 대통령 선거라는 정치적 상황을 고려한 여당이 사회적 요구에 대한 반응으로 의료보험통합 찬성으로 입장을 선회함에 따라 통합법안의 입법은 극적으로 성공할 수 있었던 것이다.

김영삼 정부의 국민의료보험법 제정의 의의는 관리주체의 부분적 통합을 규정함으로써 한국의 의료보험제도가 관리주체의 완전한 통합과 재정통합 일정을 담은 국민건강보험법(1999년)의 제정으로 나아가는 데 결정적인 디딤돌이 되었다는 점에서 찾을 수 있다. 결국 의료보험제도가 실질적으로 출범한지 불과 12년만인 1989년에 전국민의료보험제도가 실시된데 이어 8년 뒤인 1997년에는 통합의료보험법이 제정됨으로써 관리운영 체계마저 변화하게 된 것이다.

국가적 위기 상황에 들어선 김대중 정부는 정부로서의 권위를 상실한 이전정부의 그늘에서 벗어나 강력한 대통령의 권위를 가지고 출범하였다.

이러한 권위를 가진 김대중 대통령은 민주주의와 시장경제의 병행발전을 국정 기본이념으로 삼고 ‘개혁만이 살길’이라는 구호를 앞세워 외환위기를 극복하고 새로운 발전을 추구하려고 했다. 그러나 자유민주연합과의 연합정부이었고 국회에서는 소수의석을 차지하고 있었기 때문에

과거 야당시절 자신의 지지기반인 시민 노동단체등 사회 단체에 의존하는 경향이 나타났다.

1998년에는 통합관리방식이 채택되었다. 반세기만의 정권교체로 권력기반이 취약하였던 김대중 정부는 사회세력을 적극 지원함으로써 통치력을 보완해나갔다. 이 과정에서 노사정위원회가 사회협의기구로서 기능하였고, 이를 통해서 조합관리방식의 의료보험제도를 통합방식으로 변경시킬 수 있었다.

그리고 그 결과 새로이 정부정책에 반대하는 정책 주창자를 탄생시켰다. 조합관리방식 정책 주창자는 지금까지 정부관료제를 중심으로 통합관리방식을 철저히 배격해 왔으나, 여야간 정권이 바뀌고 정책방향이 바뀌면서 반대로 정부에서 추방되었고, 이제는 통합관리방식 주창자가 정부정책을 지지하면서 보다 완벽한 제도시행을 요구하는 것과 반대로 정부정책을 비판하는 세력으로 자리 잡았다.

완전통합 및 재정안정화정책 시행기의 건강보험관리 운영체계 정책에서 대통령과 의보연대회의, 민주노총이 주도적인 역할을 하였다. 신정부의 개혁차원에서 시작된 대통령의 건강보험통합 결정으로 수년간 계속되어 오던 건강보험통합과 분리 논란이 매듭지어졌다.

이 과정에서 민주노총은 노사정 위원회에서 통합을 합의하는데 중요한 역할을 했고, 이후에도 통합법인인 건강보험법이 재정될 때까지 다양한 방법으로 정부의 정책을 지지하였다. 의보연대회의는 가장 영향력 있는 이해관계집단으로서 건강보험 정책결정에 서부터 시작하여 통합법 통과 때까지 정책 결정의 가장 중요한 역할을 하였다.

제 2 절 연구의 의의와 한계

본 연구는 각 정부별 의료보험관리운영체계를 둘러싼 정책결정과정 분석을 통해 복잡한 정책환경과 다양한 참여자들의 상호작용과정이 어떻게 사회복지정책의 산출로 이어지는가를 규명하려는 목적에서 출발했다.

그러므로 본 연구는 사회복지 정책의 결정에서 사회·경제적 변수들의 단선적인 인과관계를 강조한 서구 이론들의 한계를 경험적으로 규명하고, 정치적 환경변수들의 중요성을 부각시킨 비교적 최근의 연구 성과들에 기초한다. 산업화와 경제성장이라는 거시적 사회경제 변수들이 사회복지 정책의 장기적 궤적에 영향을 미치다는 점이 분명한 지라도 이러한 과정이 단선적이고 비가역적인 과정이 아니라는 사실 또한 명백하다.

본 연구의 차별성은 다음과 같은 두 가지로 정리할 수 있다. 첫째, 사회복지정책의 사회·경제적 환경변수들과 정치적 환경변수들의 접합점을 제도적 조합으로서의 이해관계 구조에서 찾으려고 시도했다. 본 연구는 이해관계 구조라는 제도적 배열이 특정한 정책의 산출을 위해 정치적, 경제적 자원을 경쟁적으로 동원하는 미시적 참여자들에게 게임의 룰을 지시한다는 인식에서 출발해, 정책결정 과정의 각 단계에서 형성되는 다양한 연합의 결과가 상이한 정책산출로 이어지는 실제적 메커니즘을 분석하려고 시도했다.

둘째, 사회복지정책과 관련한 제 이론에서 사용되어온 설명변수들에 대한 사전 검토를 통해 보다 적실성있고 구체화된 사회복지정책의 사회·경제적 변수들을 선정하려고 시도했다. 이를 위해서 서구 이론에서 사용되어온 거시적 설명변수들의 내역을 경험적으로 보다 구체화하려는 노력에 충실했다.

셋째, 본 연구는 미시적인 제도적 맥락을 보다 강조하려는 의미에서 정책결정 과정의 제 국면에서 다양한 참여자들이 이합집산을 통해 다수의 형성을 달리하는 과정을 소상히 밝히려려고 시도했다.

그러나 본 연구는 동시에 다음과 같은 한계들을 갖는다. 첫째, 본 연구가 한국 사회복지정책 결정과정의 동태성과 특수성 분석에 치중한 단일 정책사례의 통시적 비교 연

구라는 점에서 연구 결과를 일반화하는 데에는 분명한 한계가 존재한다. 본 연구는 보다 많은 정책 사례들에 대한 횡단분석과 유사한 발전단계나 경험을 공유하고 있는 국가 사례와의 비교 연구를 추후의 연구과제로 남겨 놓고 있다.

둘째, 본 연구가 한국 사회복지정책결정과정에 대한 기존의 연구 성과들에 단계론적 접근을 보다 강화시키려는 의도에서 출발했으나, 그간 이러한 종류의 연구들이 체계적으로 축적되어오지 않은 까닭에 시론적 성격을 강하게 띤 연구에 그치고 말았다는 점 또한 연구의 한계로 지적될 수 있다. 아울러 본 연구는 정책결정과정의 역동성을 분석하려는 본 연구의 목적에 충실하고자 정책의 집행단계 및 환류단계에 대한 분석을 배제함으로써 사회복지정책의 실제적 전개 양상을 파악하는 데 일정한 한계를 갖는다.

【 참고문헌 】

I. 국내문헌

1) 단행본

- 강신태. 『사회과학 연구의 논리』. 서울 : 박영사, 1995.
- 강옥모 외. 『21세기 사회복지정책』. 서울 : 청목출판사, 2002.
- 김선민. 『건강과 보건의료분야의 변화. 참여연대사회복지위원회』. 월간복지동향, 제3호, 서울 : 나남출판, 1998.
- 김연명. 『의료보험제도의 동향과 쟁점』. 서울 : 동풍, 1995.
- _____. 『이익집단정치와 이익갈등』. 서울 : 한울 아카데미, 1997.
- 김영래. 『한국에 있어서 이익집단과 시민사회』. 민주시민교육논총: 1996.
- 김영모 외. 『한국의료보험연구』. 한국복지정책연구소: 1991.
- 김영모. 『사회정책』. 서울 : 한국복지정책연구소, 1999.
- 김운태 외. 『한국정치론』. 서울 : 박영사, 1994.
- 김종대. 『의료보장 제3의 길-의료보험, 의약분업 이대로는 안 된다』. 서울: 한누리미디어, 2001.
- 김태성·성경룡 공저. 『복지국가론』. 서울 : 나남출판사, 2001.
- 김형렬. 『정책결정론』. 서울 : 대영문화사, 1997.
- 김호진. 『한국정치체제론』. 서울 : 박영사, 1995.
- 노화준. 『정책분석론』. 서울 : 서울 : 법문사, 1996.
- 문옥륜 외. 『한국의료보험론』. 서울 : 신광출판사, 1991.
- 문옥륜. 『의료보장론』. 서울 : 신광출판사, 1999.
- 문재우·김기훈. 『보건행정학』. 서울 : 계축문화사, 1998.
- 박성복·이종렬. 『정책학원론』. 서울 : 대영문화사, 1993.

- 박순일. 『선진경제의 문턱에서 본 한국의 빈곤현실과 사회보장』. 서울: 일신사, 1994.
- 변재관 외. 『한국의 사회보장과 국민복지 기본선』. 서울 : 한국보건사회연구원, 1998.
- 봉민근. 『사회복지정책론』.서울 : 학문사, 1997.
- 송근원. 『선거정치론』. 서울 : 경성대학교 출판부, 1994.
- 송근원 · 김태성. 『사회복지정책론』. 서울 : 나남출판, 1999.
- 신명순. 『한국정치론』. 서울 : 법문사, 1993.
- 신정현. 『정치학』. 서울 : 법문사, 1993.
- 안해균. 『정책학원론』. 서울 다산출판사, 1997.
- 윤정길. 『정책과정론』. 서울 : 범문사, 1987.
- 이 순. 『현대의료보장론』.서울 : 법문사, 1984.
- 이두호 외. 『국민의료보장론』. 서울 : 나남출판사, 1992.
- 이종찬. 『한국의료대논쟁』.서울 : 소나무, 2000.
- 정정길 외. 『정책학원론』. 서울 : 대명출판사, 2004.
- 차홍봉. 『비교사회복지 제1집』. 서울 : 을유문화사. 1991.
- 최경구. 『조합주의 복지국가』. 서울 : 한나래, 1993.
- 최천송. 『한국사회보장론』. 서울 : 신경문화사. 1977.
- 최평길. 『대통령학』. 서울 : 박영사, 1997.
- 현외성. 『한국과 일본의 노인복지정책 형성과정』. 서울 : 유풍출판사, 1994.

2) 논문

- 감정기. “한국노총의 정치참여의 특성과 그 영향요인에 관한 연구.” 박사학위논문, 서울대학교, 1994.

- 강성도. “한국·일본의 의료보험 발전과정에 관한 국가 엘리트론적 접근.” 한국복지행정학회, 『복지행정논총』, (2001).
- 강순희. “1980년 이후 임금수준 구조의 변화와 노동자 생활.” 한국사회과학연구소, 『동향과 전망』, 제24호, (1994).
- 권순원. “건강보험의 주요 정책과제와 개혁방향.” 『재정포럼』, (2001. 7).
- 김 미. “의약분업정책의 결정과정에 관한 연구.” 박사학위논문, 전남대학교, 2003.
- 김경희. “의료정책의 역사제도적 맥락 고찰.” 한국행정학회, 『2000년도 하계학술대회 발표 논문집』, (2000).
- 김순양. “의료보험 정책과정에서의 참여자의 특성 변화에 관한 연구.” 『한국행정학회보』, 1995년 29권 2호.
- _____. “사회정책과정에서의 이익대표체제 변화에 관한 연구.” 박사학위논문, 서울대학교, 1994.
- 김재권. “한국 의료보험에 관한 정책논쟁 분석: 조합주의와 통합주의 논쟁을 중심으로.” 박사학위논문, 성균관대학교, 1992.
- 김창엽. “보건의료정책의결정과정.” 『가정의학회지』, 2000년 21(5).
- 김향규. “정책결정과정에서의 정치적 합리성 확보방안에 관한 연구.” 『한국행정학회보』, 1995년 29권 4호.
- 김해범. “사회정책의 출산요인에 관한 연구.” 박사학위논문, 서울대학교, 1999.
- 김행범. “복지정책의 산출요인에 관한 연구.” 박사학위논문, 서울대학교, 1998.
- 나병균. “의료보험의 통합주의와 조합주의.” 남세진 편, 『한국 사회복지의 선택』, 서울 : 나남출판사, 1995.
- 문옥륜. “우리나라 의료정책 결정과정의 현황과 과제.” 『건강보장연구』, 2001년 통권 5호.
- 박상필. “시민단체와 정부의 관계유형과 지원체제.” 『한국 행정학보』, 제33권 1호, 1999.
- 박인화. “의료보험 통합일원화 논의와 과제.” 국회도서관 입법조사분석실, 『현안분석』, 제155호, 1998.

- 박정용. “정책집행과정에서의 정책대응에 관한 연구: 의약분업 정책사례를 중심으로.”
박사학위논문, 원광대학교, 2002.
- 박정호. “한국의 의료보험정책과정에서의 정부역할.” 박사학위논문, 서울대학교, 1996.
- 박지연. “유인체계를 통한 의료비지출 효율화와 건강보험 재정 건전화.” 박사학위논문,
경기대학교, 2003.
- 박천오. “한국이익집단의 정책과정상의 영향력과 활동패턴 - 정부관료제와의 관계를
중심으로.” 『한국행정학회보』, 1999년 제33권 1호.
- 배철호·박은미. “정책결정과정에 있어서의 참여자의 역할: 의료보험제도를 중심으로.”
한국복지행정학회, 『복지행정논총』, 1999.
- 서봉섭. “한국 정치체제의 정당성과 복지정책의 변화.” 박사학위논문, 고려대학교, 1996.
- 손명세. “의약분업과 의료개혁.” 대한소화기학회, 『2000년도 제10호 대한소화기학회 연
수강좌』, 2000.
- _____. “한국의료보험정책결정과정의 연결망 분석.” 박사학위논문, 연세대학교, 1989.
- 손준규. “한국의 복지정책 결정과정에 관한 연구.” 박사학위논문, 서울대학교, 1981.
- 신영란. “한국 의료보험 통합일원화 정책결정과정의 역동성 연구.” 박사학위논문, 한국
외국어대학교, 2004.
- 오창현. “정치사회의 재편과 민주주의의 공고화.” 1994년한국정치학회 워크샵 발표논문, 1994.
- 유 훈. “한국의 참여자별 정책과정의 특징.” 『행정논총』, 1994년 31권 2호.
- 유인왕. “한국의료보험정책의 재조명.” 한국사회복지정책학회, 『1996년 추계학술대회
정책토론회』 발표논문, 1996.
- 이규식. “의료보장정책의 형성과 문제점.” 『보건행정학회지』, 제10권 제1호, 1999.
- 이상이 외. “우리나라 의약분업 정책과정의 특성에 관한 연구.” 『한국보건행정학회
지』, 2000. Vol.2.
- 이상이. “의약분업 정책결정 과정에 관한 연구.” 박사학위논문, 경희대학교, 2000.
- 이은국. “공공선택과 정치순환주기이론.” 『연세행정논총』, 제20권, 1995.

- 이재희. “한국의료보험정책의 변화의 과정에 관한 연구.” 박사학위논문, 고려대학교, 2001.
- 이혜경. “한국 의료보험 변천 및 발전과제에 관한 고찰.” 『평택대학교 논문집』, 1998년 제10집 1호.
- 이홍윤. “사회복지정책결정과정 참여자의 역할에 관한 연구.” 박사학위논문, 성균관대학교, 2000.
- 이희선. “한국 복지정책과 기본적 욕구의 결정요인에 관한 연구: 시계열 분석을 중심으로.” 『한국 행정학보』, 제5권 제4호, 1992,2.
- 장건화. “90년대 한국경제와 ‘신경제 정책’의 평가.” 한국사회과학연구소 학술심포지움 자료집, 『한국 자본주의와 민주주의』, 1996.
- 장동민. “의료보험 통합의 쟁점과 발전방향.” 『보건과 사회과학』, 2000년 제6,7집.
- 장옥진. “정책결정요인과 정책의 정당성에 관한 연구.” 석사학위논문, 고려대학교, 2000.
- 정용남. “사법개혁 과정에서의 정책네트워크 연구.” 박사학위논문, 서울대학교, 1998.
- 정준금. “환경규제정책결정과정의 갈등에 관한 연구.” 『현대사회』, 1991.
- 조병희. “의약분업정책과사회적 갈등.” 정책학회, 『동계학술대회 발표논문』, 2000.
- 조원탁. “신정부의 의료보험 정책과제: 의료보험통합일원화 추진방향을 중심으로.” 한국 사회복지정책학회 논문집 제6집, 1998.6.
- _____. “한국의료보험의 재정조정에 관한 연구.” 박사학위논문, 중앙대학교, 1995.
- 차홍봉. “의료보험의 정책결정과정: 제1차 의료보험통합 논의과정을 중심으로.” 한국사회복지정책학회 논문집, 『사회복지정책연구』, 1996년 제3집.
- 최완근. “정책결정과정참여자로서의 이익집단에 관한 연구: 의약분업정책결정을 중심으로.” 석사학위논문, 서울대학교, 1991.
- 최정원. “한국의 복지정책결정과정에 관한 연구.” 박사학위논문, 연세대학교, 1998.
- 한상근. “한국 노동복지정책 연구.” 박사학위논문, 고려대학교, 1999.
- 황종규. “한국 정부복지지출의 결정요인에 관한 연구.” 박사학위논문, 영남대학교, 1996.

3) 기타자료

국회도서관 입법조사분석실. 『4당 공약비교』. 1996.

국회회의록. 보사위원회, 제78회, 1971. 11. 23

노사정위원회. 『합의사항 이행현황 · 노사정위원회 활동현황』. 1998.

동아일보. <http://www.donga.com>

민주노총. 『한국경제위기와 IMF시대의 해법』. 민주노총 정책토론회 자료, 1998.

보건복지부. 『국정감사 요구자료』. 1996.

새정치국민회의. 『국민의 정부품질개선을 위한 100대 국정과제』. ‘보건의료 선진화 정책보고서’, 1998.

서울신문. <http://www.seoul.co.kr>

의료개혁위원회. 『의료부분의 선진화를 위한 의료정책 과제』. 1997.

의보연대회의. 『의보연대회의 활동보고서 - 의보통합 10년 투쟁사』. 1999.

의협신보. 제920호, 1976. 2. 20.

재정경제원. 『예산개요 참고자료』, 1993

전국농민협회. 『농어촌의료보험 실태와 해결방안』, 1998.1.

전국의료보험노동조합. 『통합일원화법안에 대한 전국의료보험노동조합 제안서.』 통합 추진기획단1차 공청회, 1998. 6. 23.

중앙일보. <http://www.joins.com>

통계청. 『한국의 사회지표』.

한국사회과학연구소 경제연구실. “신경제 2년 평가.” 『동향과 전망』 제25호, 한울, 1995

한국일보. 1997년 12월 14일 기사.

II. 외국문헌

- Anderson James E. *Public Policy Making 2nd. ed.* New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.
- _____. *Public Policy Making.* New York: Holt, Rinehart and Winston, 1984.
- Bachrach P. and Baratz, "Two Faces of Power," *American Political Science Review*, Vol. 56(1962).
- _____., "Power and Poverty". (N. Y : Oxford University Press, (1970).
- Charles E. Lindblom, *Politics and Markets* (New York, Basic Books, 1977).
- Chelf, Carl P. *Public Policy Making in America: Difficult Choice, Limited Solution*, Santa Monica: Goodyear, 1981.
- Dye, Thomas R. & Gray. Virginia. *The Determinants of public policy*(Toronto: Lexington Books) 1980.
- Dye, Thomas. R. *Understanding Public Policy*, 5th ed, Enlewood Cliffs: Prentice-Hall Inc, 1984.
- E. Nordlinger, *On the Autonomy of the Democratic State* (Cambridge, MA Harvard University Press, 1981).
- Esping Anderson. *The Three Worlds of Welfare Capitalism.* (Princeton : Princeton University Press) 1990.
- Gabriel A. Almond and G. Bingham Powell. Jr., *Comparative Politics*, 3rd ed. (Boston : Little Brown, 1980).
- Guillermo A. O'Donnell, "Corporatism and the Question of the State," in James M. Malloy(ed.), *Authoritarianism and Corporatism in Latin America* (Pittsburgh : University of Pittsburgh Press, 1977).

- Harold D. Lasswell and Abraham Kaplan, *Power and Society* (New Haven Yale University press, 1970).
- Helco, H. Issue Networks and the Executive Establishment. A. King(ed). *The New American Political System*.(Washington: American Enterprise Institute) 1978.
- Higgins, Joan *The Poverty Business*. (Oxford: Basil Blackwell & Martin Robertson, 1978).
- Janda, K & Harmel, R. *Parties and Their Environments* (New York: Longman, 1982).
- Jennings, E.T. "Civil Turmoil and the Growth of Welfare Roles; A Comparative State Policy Analysis". *Policy Studies Journal*. Vol.7,no4.1979.
- John F. Mankey, "N대-Pluralism : A Class Analysis of Pluralism I and Pluralism II," *American Political Science Review*, Vol. 77(1983).
- Kingdon, John W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (Boston: Little Brown & company, 1984).
- Lindblom, C, *The policy-making Process(2nd ed.)* (Englewood Cliffs; Prentice-Hall, 1980).
- Linz, Juna J. "Totalitarian and Authoritarian Regimes." in Fred I. Greenstein and Nelson Polsby. eds. *Handbook of Political Science, Vol.3. Macropolitical Theory* (Reading Mass : Addison Wesley Publishing) 1975.
- M. J. Smith, *Pressure, Power, and Policy: State Autonomy and Policy Networks in Britain and United States* (New York: Harvester Wheatsheaf, (1993).
- Meier, K. J. "Politics and the Bureaucracy" *Policy making in the Fourth Branch of Government(3rd. ed)* (California: Brooks/Cole Publishing Company, 1993.
- Nordhaus, "The Political Business Cycle," 「Review of Economic Studies,」 vol.42 (1975).
- P. Dunleavy and D. O'Leary, *Theories of the State, The politics of Liberal Democracy* (Basingstoke, Macmillan, 1987).
- P. Kenis and V. Schneider, "Policy Networks as an Analytical Tool for Policy analysis," Paper for conference at Max Institute(1989).

- Philippe C. Schmitter, "Still the Century of Corporatism?," *Review of Politics*, Vol. 36(1974).
- R. T. Nakamura and F. Smallwood, *The politics of Policy Implementation*, N.Y.: St. Martin's Press, 1980.
- Robert A. Dahl, *Dilemmas of Pluralist Democracy* (New Heaven : Yale Univ. Press, 1982).
- Robey J.S. and R. Jenkins, "The Economic Basis of State Politics: A Longitudinal Analysis," 「Social Science Quarterly,」 vol.63 (september, 1982).
- T. Skocpol, "Bringing the State Back in : Strategies of Analysis in Current Research," in P. B. Evans, D. Rieschmeyer and T. Skocpol(eds.), *Bringing the State Back In* (Cambridge, Cambridge University Press, 1985).
- Theodore J. Lowi, "Decision Making vs. Policy Making ; Toward an Antidote for Technocracy," *Public Administration Review*, Vol. 30(1970).
- Theodore, "American Business, Public Policy, Case-Studies and *Political Theory*," *World Politics*, Vol. 16(1964).
- Theodore, "Four Systems of Policy, Politics and Choice," *Public Administration Review*, Vol. 32. 1972.
- Wilensky Harold L. "The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditure," (Berkeley: University of California Press, 1975).
- Y. Dror. *Public Policymaking Reexamined* (New Brunswick : Transaction Inc.,1983).