

# 의료보험발전 단계별 정책형성에 관한 연구

연세대학교 대학원  
의료법윤리협동과정  
의료법윤리학 전공  
신 언 향

# 의료보험발전 단계별 정책형성에 관한 연구

지 도 손 명 세 교 수

이 논문을 박사학위 논문으로 제출함

2006년 12월 일

연세대학교 대학원  
의료법윤리협동과정  
의료법윤리학 전공  
신 언 향

신언항의 박사 학위논문을 인준함.

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

연세대학교 대학원

2006년 12월 일

# 차 례

국문 요약 .....	i
<b>I. 서 론 .....</b>	<b>1</b>
1. 연구배경 .....	1
2. 연구목적 .....	4
3. 연구대상 .....	4
가. 의료보험정책 .....	4
나. 정책형성주체 .....	5
4. 연구방법 .....	8
<b>II. 정책의제별 의료보험 발전 단계 .....</b>	<b>9</b>
1. 정책의제의 출현을 기준으로 한 단계 구분 .....	9
2. 의료보험 발전단계별 정책의제 .....	11
가. 국가정책의제로의 등장과 임의의료보험시행 .....	12
나. 강제의료보험 시행 .....	13
다. 전국민의료보험 실현 .....	14
라. 의료보험 통합 .....	15
마. 새로운 정책의제의 출현 .....	16
<b>III. 국정의제로의 등장과 임의의료보험 시행 .....</b>	<b>17</b>
1. 의료보험제도의 국정의제 등장 .....	17
가. 이승만 대통령의 사회보험 시행 약속 .....	17
나. 전진한 사회부장관의 정견발표 .....	18

다. 기획처 국가 중요정책으로 채택 .....	19
라. 이승만과 전진한의 복지이념 .....	19
2. 보건사회부의 의료보험제도 도입노력 .....	24
3. 학자 등에 의한 국정외제의 지속 .....	30
가. 의료보험제도 국정외제의 지속 .....	30
나. 사회보장심의위원회 활동 .....	35
다. 사회보장심의위원회의 복지이념 .....	39
4. 의료계의 의료보험 시행 주장 .....	41
가. 의료보험에 대한 선진국 의료계의 대응 .....	42
나. 의료보험제도 시행 촉구 .....	44
5. 군사정권과 임의의료보험의 시행 .....	51
가. 사회보험제도의 도입 배경 .....	51
나. 군사정권의 강제의료보험 포기 .....	55
6. 임의의료보험 시행 .....	58
가. 직장 임의의료보험 .....	58
나. 자영자 임의의료보험조합의 출현 .....	60
<b>IV. 강제의료보험제도의 시행 .....</b>	<b>62</b>
1. 강제의료보험 추진 시도와 좌절 그리고 시행 .....	62
가. 보건사회부의 강제의료보험 추진 .....	62
나. 의원입법에 의한 강제시행 근거 마련 .....	64
다. 1970년 강제의료보험이 시행되지 못한 배경 .....	66
라. 강제의료보험의 시행 .....	68
2. 박정희 대통령과 의료보험제도의 시행 .....	72
가. 복지국가 지향 정치철학 .....	74

나. 경제성장전략의 한계와 사회개발	76
다. 북한과의 체제경쟁	78
라. 근로자와 의료보험제도	82
3. 강제의료보험과 의료계의 입장	84
가. 의료보험 시행 대안 제시	84
나. 1977년의 의료보험 시행과 의료계의 입장	90
다. 진료비 지불제도와 의료계	93
4. 경제계의 적극 참여	96
<b>V. 전국민의료보험의 실현</b>	<b>98</b>
1. 지역의료보험 시범사업	98
2. 전국민의료보험 실현	102
<b>VI. 의료보험통합논쟁</b>	<b>104</b>
1. 강제의료보험 시행과 관리체계	104
2. 의료보험통합이라는 새로운 정책의제의 등장	108
3. 통합논쟁과 이념의 충돌	111
가. 통합측의 주장	112
나. 조합주의측의 주장	113
다. 통합논쟁의 교훈과 문제의 상존	114
<b>VII. 의료보험정책의 향후과제</b>	<b>116</b>
1. 재정위기와 지속가능성	116
가. 의료보험재정 적자 발생과 극복	116
나. 재정적자 종합대책과 사회적 합의 모색	119
다. 의료보험재정의 한계와 대책	122

2. 경쟁원리와 의료보험 .....	125
가. 선진국의 의료개혁과 의료보험 .....	125
나. 민영의료보험의 활성화와 의료보험 .....	127
(1) 의료보험활성화 논의 경위 .....	127
(2) 민영의료보험에 대한 정부의 입장 .....	129
(3) 민영의료보험활성화에 대한 각계의 입장 .....	130
<b>VIII. 결 론</b> .....	<b>135</b>
<b>참고문헌</b> .....	<b>145</b>
<b>부 록 : 의료보험제도 변화 연표(1948 - 1977)</b> .....	<b>152</b>
<b>영문초록</b> .....	<b>185</b>

## 감사의 말씀

손명세 지도교수님의 격려가 없었으면 본 논문은 나올 수 없었다. 놓고 싶은 펜을 계속 잡도록 격려하여 주었다. 논문의 주제로부터 내용까지 폭 넓고 깊은 가르침을 주었다. 인내로 끝까지 읽고 지적하여 주신 연세대학교 보건행정학과 이규식 교수님 덕분에 통합, 의료개혁 부문을 보완할 수 있었다. 거제 및 강화시범사업 참여로부터 통합에 이르기까지의 경험을 말씀하여 주신 유승흠 연세대학교 의대 교수님께 감사드린다. 전광석 연세대학교 법대 교수님은 잘못된 이데올로기적 접근을 바로 잡아주었다. 박길준 교수님은 논리적으로 모순되는 부분, 중복되는 부분을 지적하여 주시고 주석 방법까지 지도하여 주었다. 선생님들의 귀중하고 값진 지도를 본인의 능력부족으로 채우지 못하였다. 앞으로 학문의 길을 걸으며 이를 채워나가도록 노력하겠다는 말로 죄송한 말을 대신한다.

본 논문의 작성을 가능하게 하여 주신 분 중 채영문 연세대학교 보건대학원장님의 은혜를 빼어 놓을 수 없다. 연구실 사용은 물론 컴퓨터 이용까지 완벽하게 도움을 주셨다. 연구방법에 대한 고견을 주시어 논문의 골격을 짜는데 도움을 주셨다. 논문진행에 항상 관심을 보여 주신 연세대학교 보건대학원 정우진, 지선하, 강혜영, 윤수진 교수님 모두에게 감사드린다. 보건대학원의 황비치 양은 논문심사자료의 제본, 복사 등 모든 것에 도움을 주었다. 보건대학원 교학과의 장동석 팀장, 박동수 님, 유영선 님 모두에게 감사한다.

장준화 의협신문 편집국장과 이정환 기자의 도움을 잊을 수 없다. 1977년까지의 의협신문을 열람하고 복사하도록 허락하여 주셨다. 의사신문의 정재로 기자는 창간호로부터 1967년까지의 의사신문을 나를 믿고 대출하여 주셨다. 본 논문의 많은 부분이 두 신문의 기사를 기초로 하였다는 점 밝

혀 두며 40여년 전 이러한 글을 남긴 모든 기자들께 감사한다. 최환영 전 대한한의사협회장님께 감사 드린다. 선친이신 최천송 님이 남긴 귀중한 자료를 아낌없이 주셨다. 사회복지 불모시대인 1950년대에 사회보장제도의 실현에 바친 열정에 경의를 표한다. ‘의료보험의 20년 발자취’를 통하여 귀중한 의료보험역사를 빠짐없이 수록한 당시 의료보험연합회 관계자들에게 감사드린다.

나의 늦은 귀가로 밤잠을 설치고 동영이를 돌 본 아내에게 미안하다. 나로 인하여 늦은 밤까지 아파트의 문을 닫지 못하신 두 분의 경비아저씨께 감사드린다. 나의 사랑하는 막내 동영이의 환한 얼굴이 자칫 좌절과 회의로 빠지는 나를 일으켜 세워주었다.

나의 논문을 편집하여 준 건강보험심사평가원의 안민경 양에게 감사한다. 주종석 실장은 마지막 순간 교정을 보아 주었다. 이은영 조교는 처음부터 끝까지 본교 대학원의 일정을 치밀하게 체크하여 주었다. 바쁜 시간에 의료보험 역사를 들려 주신 송재성 전 보건복지부 차관님, 양명생 전 국장님께도 감사드린다. 본 논문 완성에 도움을 주셨던 모든 분들에게 감사하려면 본 논문과 같은 분량이 될 것이다. 나를 둘러싼 모든 분들이 나의 스승이었다.

2007년 1월 19일

신언항 올림

## 국 문 요 약

본 연구는 1948년 정부 수립 시부터 현재까지 의료보험제도의 발전에 영향을 미친 정책형성주체들이 어떠한 이념을 가지고 참여하였는지를 연구하였다. 초대 이승만 대통령과 전진한 사회부장관은 사회보험제도의 도입을 통하여 근로자의 생활을 향상시키려고 하였다. 사회보험제도를 농민의 생활기반 안정을 위한 토지개혁과 동열에 놓았으며 기획처도 국가 중요 13개 과제 중 사회보험제도의 시행을 국정과제로 채택할 정도였다.

우리나라의 의료보험 시행역사에 있어 사회보장심의위원회의 공헌은 실로 크다. 사회보장심의위원회의 설치 논의는 1960년 12월에 열린 전국종합경제회의에서 노동계 대표로 참석한 최천송의 건의가 시초다. 이와 같은 기구의 설치가 논의된 것은 일본의 경우 주일연합군사령부의 권고에 의하여 1948년 12월 13일 설치한 사회보장심의회에서 그 아이디어를 얻은 것이 아닌가 생각된다. 군사정권은 1963년 민정이양을 앞두고 의료보험과 산업재해보상보험제도의 시행을 공약으로 내걸고 관련법안을 사회보장심의위원회로 하여금 기초하게 하였다.

1975년 12월 보건사회부장관으로 취임한 신현확 장관은 강제의료보험제도의 시행에 대하여 강력한 의지를 갖는다. 박정희 대통령이 시기상조라는 의구심을 가지고 제도의 시행에 의지를 보이지 않는데도 불구하고 수차례 걸친 설득을 거쳐 시행에 대한 최종재가를 받게 된다. 당시의 정치, 경제, 사회적인 상황도 의료보험시행에 영향을 미쳤다. 북한은 대한민국의 취약한 의료실태를 국제사회에서 선전무기로 삼았다. 3차에 걸친 경제개발계획의 성과가 지표로 나타나지만 선 경제성장, 후 복지라는 경제성장 우선 전략만으로는 국민의 실질적인 생활수준을 끌어올리기 어렵다는 것을 인식하지 않을 수 없었다.

사업장 근로자에 대한 강제보험의 시행은 의료보험제도가 모든 국민의 관심사가 되는 계기가 되면서 농어촌 주민, 도시 자영자에 대한 의료보장 문제가 새로운 정책의제로 부상하였다. 이들에 대한 의료보험의 적용이 시급하다는 당위성은 있으나 보험료 수준의 결정, 징수의 어려움, 의료기관의 도시와 농촌 간 불균형분포 등으로 적용에 어려움이 있었다. 정부는 시범 사업을 시행하면서 보험료 수준, 징수 가능성, 수진율 등을 조사하여 확대 방법을 도출하자는 방향을 잡았다. 이와 같은 결정은 당시 1976년부터 AID차관에 의한 시행한 종합보건의료시범사업이 큰 영향을 미쳤다. 당시 강원 홍천, 경북 군위, 전북 옥구군 등 3개 지역에서 시행중인 사업에서 주민 자발적인 참여를 전제로 한 공제사업이 시행되고 있었다.

농어촌 지역주민에 대한 의료보험 적용문제가 전국민의 관심사로 떠오르면서 정치권에도 정치이슈로 삼기 시작하였다. 당시 여당인 민정당은 전국민의료보험 시행을 1985년 2월 총선에서 공약하고, 1987년의 4대 주요정책과제로 발표하는 등 의료보험의 전국민 적용에 적극성을 보였다. 야당도 관리체계를 일원화할 것을 주장하는 정도였지 확대방침에 대하여 원칙적인 찬성을 하였다. 보건사회부는 1986년 9월 1일 농어촌의료보험과 도시지역 의료보험을 각각 1988년과 1989년부터 시작하겠다는 발표를 함으로써 1989년 전국민의료보험시대를 맞게 되었다.

그러나 새로운 정책의제가 출현하고 있었으니 바로 관리와 재정체계의 통합일원화 논쟁이다. 의료보험통합일원화가 본격적으로 논의된 것은 1988년 농어촌 의료보험이 시작되면서이다. 통합논쟁에는 정부, 국회, 의료보험단체, 학계를 중심으로 대규모로 확산되었다. 통합일원화는 당시 군사정권의 성격을 가지고 있는 정권에 대한 민주화운동과 결집되면서 더 큰 위력을 발휘하기 시작하였다. 즉 1983년 전두환 정권에 의하여 통합논쟁이 잠재워지고 또한 1989년 노태우 정권에 의하여 국회에서 의결된 국민의료보

협법안의 거부권 행사 등으로 야당과 시민단체 등과의 민주화투쟁의 상징적인 의제가 되었다. 따라서 1997년 12월 31일 통합을 내용으로 하는 국민 의료보험법이 제정되므로 통합논쟁은 막을 내렸다.

위와 같이 1948년부터 지금까지 약 50여 년간에 걸쳐 임의의료보험시행, 강제의료보험시행, 전국민의료보험실현, 통합과정에서 정책형성주체들의 활동을 연구하였다. 본 연구 결과 발견한 내용을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 역대 정권은 의료보험제도를 국민의 정치적 지지를 얻기 위한 수단으로 사용하였다는 점이다. 1948년 의료보험제도에 대한 인식이 전혀 없는 여건에서 시행을 약속한 것이나 1961년 군사정권도 의료보험제도의 시행을 약속하였던 것을 보면 알 수 있다. 그러나 의료보험제도가 국민의 보험료 부담능력, 공동체의식을 바탕으로 한 사회연대의식을 바탕으로 한 사회보험원리라는 것에 대한 이해가 부족하였기 때문에 쉽게 약속할 수 있었던 것으로 보인다.

둘째, 우리나라의 의료보험시행에 있어서 다른 선진국과는 달리 경제계와 의료계의 공헌이 매우 컸다는 점이다. 경제계는 전국경제인연합회가 중심이 되어 시행계획의 마련과정에 깊이 관여하여 직장의료보험 실현에 기여하였다. 의료계는 사회보험제도의 전혀 불모지인 시대에 의료보험의 시행을 정부에 촉구하고 1977년의 강제의료보험 시행 당시에도 수가에 대하여 불만이 있었지만 시행자체에 대하여는 찬성을 하였다. 특히 1962년 헌법개정 당시 헌법에 사회보장에 관한 권리를 반영하고자 하였다.

셋째, 우리나라 의료보험제도의 시행은 보건사회부의 관료집단이 주도하여 1976년 9월 박정희 대통령의 1977년부터의 시행결정을 이끌어 낸 것이다. 그 이전에는 사회보장심의위원회가 의료보험법안을 기초하고 임의의료보험사업도 집행한 것과 대비된다. 1973년 국민복지연금제도를 시행하기 위하여 설립된 복지연금국은 1974년부터 이미 국민연금대신에 의료보험제

도를 시행하기위한 체제로 바뀌었으며 이미 의료보험에 상당한 연구가 진척되어 있는 상태였으며 1975년 12월 부임한 신현확 장관으로 하여금 제도의 시행필요성과 시행가능성을 확신하게끔 할 수 있었던 요인이 되었다. 특히 당시 경제기획원 등은 경제여건 상 의료보험의 시행에 회의적이었으나 이를 극복하고 신현확 장관을 중심으로 대통령 그리고 경제계를 설득할 수 있었던 것이다.

넷째, 1980년대 부터 시행한 지역의료시범사업부터 학자집단이 정책형성과정에 활발하게 참여한다. 서울대 보건대학원 및 연세의대를 중심으로 춘성군, 강화군 시범사업을 시행하면서 나타난 문제점과 해결방안이 정책당국에 반영되어 전국민의료보험 실현에 기여하였다. 그리고 국회도 직접 시범사업지역을 방문하여 전국확대문제에 깊은 관심을 가졌다. 특히 지역주민의 여론을 수렴하여 관리기구 통폐합에 대하여 관심을 가지고 조직합리화 문제를 정부로 하여금 도모하도록 촉구하여 의료보험정책형성과정에 깊이 참여하였다.

현재의 의료보험제도는 대내외 적인 도전에 직면하고 있다. 매년 보험료의 인상은 우리의 경제사정으로 쉬운 일이 아니다. 의료계는 현재의 수가로는 경영이 어렵다고 불만이며 국민은 본인부담이 높아 의료보장제도로서의 기능을 충분히 하지 못하고 있다는 불만이다. 민영의료보험제도를 활성화하여 국민에게 선택할 수 있는 권리를 주어야 한다고도 한다.

급속한 인구노령화로 인한 급여 증가에 대비하는 방법도 강구하여야 한다. 정부는 2008년부터 노인수발보험을 실시한다고 하지만 보험제도만의 도입으로는 어려울 것이다. 장기 요양이 시급한 노인환자를 관리할 수 있는 시설은 정부가 확대하여 나가야 할 것이다.

민영의료보험의 활성화는 국민에게 선택의 폭을 넓혀 준다는 점에서 바람직하지만 자칫 공적의료보험의 근간도 흔들 수 있다. 따라서 선택과 자

울성의 부여와 공적보험의 형평성간 균형을 어떻게 유지할 것인가도 과제이다. 이러한 모든 문제는 새로운 정책의제로서 부상되고 있으며 의료보험 정책형성주체들이 슬기롭게 풀어 나가야 할 과제이다.

**핵심되는 말: 의료보험, 정책의제, 정책형성**

# 의료보험발전 단계별 정책 형성에 관한 연구

## I. 서 론

### 1. 연구배경

사회보험방식에 의한 의료보험제도를 전 국민에게 적용한 1989년은 우리나라의 사회복지사(社會福祉史)에 있어 획기적인 시점이었다. 바로 이때가 우리나라가 복지국가로의 출발이자 도약의 기틀을 마련한 때라고 할 수 있기 때문이다. 복지국가를 구체적으로는 (1)복지가 국가정책의 중요한 원리가 되고 있는 나라, (2) 복지의 주체가 국가인 나라, (3) 복지의 수혜 대상이 국가 구성원 전체인 나라, (4) 복지의 완결성이 확보된 나라라고 정의할 때, 적어도 의료문제에 있어서 위의 (1), (2), (3)의 요건을 충족시켰다(이두호, 1992).

의료보험제도가 국정외제(national agenda)로 부상한 것은 1948년 정부 수립 직후 이승만 초대 대통령의 국회 시정방침 연설과 전진한 초대 사회부장관의 정견발표를 통하여 사회보험제도 및 의료보험제도의 시행을 천명한 때이다.<sup>1)</sup> 그러나 1958년까지 정부 내에서 이를 실현시키려는 어떠한 노력의 흔적도 찾을 수 없다. 다만 일부 학자들의 연구와 정당의 정강정책에서 국민의료보장의 필요성을 주장하는 정도였다. 어느 정권이나 집권 초기에는 복지의 확대를 공약으로 내걸고 사회복지정책의 강력 추진을 국민

1) 의료보험제도가 국정외제로 부상한 시기에 대하여는 1959년 보건사회부 의정국에 「건강보험제도 도입을 위한 연구회」의 발족이 그 기원이라는 주장이 있다. 그러나 초대 대통령이 사회보험제도의 실시를 국회 시정연설을 통하여 국민에게 천명하고 뒤이어 전진한 사회부장관이 정견발표, 그리고 당시 기획처가 중요 국정과제 13개 중 의료보험을 포함한 사회보험제도라고 발표한 것으로 보아 본 논문에서는 국정외제로의 출현을 1948년으로 본다.

에게 약속하였다. 정부수립 직후의 이승만 정권은 물론 5.16군사 쿠데타로 정권을 장악한 군사정권도 집권초기 사회보장제도의 실시를 국민들에게 청사진으로 제시하였다. 집권자들은 사회보장제도를 국민의 지지를 얻는 도구로 활용하였다.

박정희 대통령도 1963년, 1970년 이후 수차례 걸쳐 의료보험의 시행을 약속을 하였으나 이행하지 못하였다. 의료보험제도는 집권자의 의지가 아무리 강해도 경제, 사회적인 여건의 성숙되지 않으면 시행이 어렵다. 근로자이든 자영자이든 그들로부터 직접 보험료를 징수하여 진료비로 지불하는 제도는 우선 국민들이 경제적으로 그만큼 보험료를 납부할 수 있을 여력이 있어야 가능한 것이다. 그러나 부담능력을 고려하지 않은 구호만으로는 의료보험제도는 실현될 수 없는 것이다. 경제적인 여건이 충족된 것으로 제도의 실현을 보증하는 것은 아니다. 미국이 1920년대부터 의료보험제도를 도입하려고 하였으나 지금도 실시하지 못하고 있는 것처럼 사회를 구성하고 있는 집단의 이해관계가 적절히 수렴되고 조정되어야 한다. 한편 직접 환자와의 계약에 의하여 서비스의 내용과 가격을 정할 수 있는 의료인은 정부의 통제를 받아야 한다. 우리나라 의료계는 다른 나라와는 달리 1960년대 초부터 의료보험제도의 시행을 적극 주장하여 왔다. 그리고 경제계도 1974년부터 의료보험제도의 시행에 대하여 적극적이었다. 그렇기 때문에 우리는 짧은 기간에 충분하지 못한 경제여건 속에서 오늘날과 같은 의료보험제도를 국민이 향유하고 있는 것이다.

이제 2007년은 이승만 대통령이 사회보험제도의 시행을 약속한지 거의 50년이 되는 해이다. 이 시점에서 오늘의 의료보험제도가 있기까지 (1) 누가 왜 의료보험이라는 사회보장제도를 정책의제로 떠올렸는지, (2) 그 의제를 정책으로 실현시키기 위하여 누가 어떠한 활동을 하였는지, (3) 제도의 시행이 좌절된 이유는 무엇인지, (3) 제도가 성공적으로 시행되었다면

그 배경은 무엇인지, (4) 그리고 지금 우리에게 다가오고 있는 의료보험의 문제는 무엇인지 등을 탐색하고자 하는 것이 이 논문의 목적이다.

의료보험정책에 참여한 정책형성주체들의 이념과 철학을 규명하고 제도가 생성하여 발전하거나 또는 당초의 의도대로 시행되지 못하게 된 정치, 경제, 사회적인 여건도 분석하고자 한다. 예를 들어 1960년대의 군사정권은 어떠한 의도를 가지고 산업재해보상보험, 의료보험제도 등 사회보험제도를 시행하려고 하였는가? 그런데 산업재해보상보험제도는 시행하고 의료보험제도의 시행은 왜 하지 못 하였나이다. 본 연구는 1963년의 최초 의료보험 시행, 1977년의 강제 의료보험, 1989년의 전국민 의료보험의 실현, 1980년대 초부터 1997년까지 관리 및 재정통합 논쟁 등에 참여하였던 모든 개인이나 집단을 정책형성 주체로 상정한다.

2000년으로 들어와 발생한 재정위기를 당하여 정책형성주체들의 재정위기의 원인과 처방, 그리고 이를 극복하기 위한 노력과 합의를 이룬 과정도 분석한다. 그리고 1980년대 중반부터 세계적으로 유행처럼 변진 의료개혁의 원인과 우리에게 미친 영향도 분석한다. 의료보험분야에 있어 1990년대 중반부터 공적의료보험의 한계를 민영의료보험의 활성화를 통하여 보완하여야 한다는 주장이 대두되었다. 2000년대 초에는 재정위기를 해결하는 방법의 하나로 민영보험의 활성화를 정부에서 제시되었으며 지금 활발하게 논의되고 있다. 민영의료보험의 활성화는 어떠한 형태로든 공적인 의료보험에 영향을 미친다. 국민의 의료에 대한 선택의 폭을 넓혀 주고 의료기술을 발전시킬 수 있는 긍정적인 면이 있는가 하면 의료비의 증가를 초래하여 공적의료보험의 재정안정을 해치는 등의 부정적인 측면도 있다. 따라서 양 제도의 관계를 조화와 균형있게 발전시킬 것인가도 새로운 정책의제로 부각되고 있다.

## 2. 연구목적

- (1) 각 시대별로 부상하고 소멸된 의료보험의 정책의제는 무엇인가를 분석한다.
- (2) 의료보험 정책형성주체에 영향을 미친 이념과 철학을 분석한다.
- (3) 의료보험제도의 도입을 논의하게 된 정치적인 상황, 도입을 하거나 포기하거나에 영향을 미친 정치·경제상황을 분석하고 당시의 사회적 여건과 보건문제를 분석한다.

## 3. 연구대상

### 가. 의료보험정책

본 논문은 1948년 이후 의료보험제도의 시행, 확대, 통합논쟁 등 의료보험정책형성과정에서 의사결정참여자들의 사고, 활동, 이념·철학과 이에 영향을 미친 정치, 경제, 사회적 여건을 분석의 대상으로 한다.

의료보험정책은 의료보험제도를 시행함에 있어서 그 방향과 내용을 구성하는 모든 항목에 대한 정부의 계획 또는 행동이라고 할 수 있다. 이는 가입자격 및 가입자의 권리와 의무, 급여범위 및 기준, 수가, 보험료, 요양기관의 지정, 중요정책의 의사결정기전(mechanism) 등 수 많은 항목으로 구성된다. 따라서 의료보험정책은 보험수가정책, 보험급여정책, 보험재정정책 등으로 구분 할 수 있다. 그 개별 정책 항목 모두가 국민에게 제공되는 의료서비스수준은 물론 경제생활에 막대한 영향을 미치는 중요한 정책의 대상이 되는 것이다. 또한 의료보험제도 혹은 NHS제도와 같은 공적인 의

료보장제도가 없는 나라에서는 의료보험제도를 도입할 것인가. 도입한다면 특정사업장 근로자부터 시작하여 확대할 것인가 등의 의료보험정책도 생각할 수 있다. 본 연구는 과거 1948년부터 현재까지 (1) 의료보험제도의 시행이라는 정책의제 (2) 시행한다면 가입을 강제할 것인가 또는 가입을 선택할 수 있도록 할 것인가? (3) 의료보험 관리운영을 개별적인 조직으로 분산하여 운영할 것인가? 또는 통합하여 운영할 것인가? (4) 의료보험재정 위기에 따른 사회적 합의 등의 주요 정책의제를 연구대상으로 한다.

본 논문에서는 의료보험이라는 용어를 사용하고자 한다. 1963년 이래 의료보험이라는 용어를 사용하여 오던 것을 1999년 국민건강보험법(법률 제5854호)을 제정함으로써 지난 1963년 이래 36년간 의료보험이라는 법령상 용어가 건강보험제도로 바뀌었다. 따라서 법령상 용어는 건강보험이지만 지난 36년간 장기간 「의료보험」 제도로 논의 되고 발전했기 때문에 학자, 정책담당자는 물론 일반국민에게도 더 친숙하기 때문에 의료보험이라는 용어로 사용하고자 한다.

## 나. 정책형성주체

국가정책의 형성과 변화·발전은 그 사회 또는 그 사회를 구성하고 있는 구성원들이 지니고 있는 정치·경제·문화·사회적인 이념과 가치 및 철학 등에 의하여 영향을 받는다(손명세, 1993). 국가정책은 집단 간 또는 개인 간 상반되는 이념과 가치관·철학 등이 공청회, 세미나, 입법과정을 거치면서 형성된다. 특히 언론의 자유가 보장되고 있는 민주사회에서는 학자, 정치가, 정부 관료는 물론 이해단체 등은 의료문제를 해결하는데 있어 정부와 시장의 기능, 역할에 대하여 서로 다른 견해를 표출하면서 통일된 정책으로 수렴하기도 하지만 때로는 특정계층의 의사가 반영되지 않아 불만이 잠

재한 상태로 결정될 수 있다.

본 논문은 의료보험제도가 국가정책의제(agenda)로 부상하여 입법에 이르기까지 학자, 대통령, 행정부의 관료집단 등이 가지고 있었던 복지이데올로기는 무엇이었는가를 규명하고자 하는 것이다. 정책형성과정에 참여하였던 자들이 자신들이 특정 유형의 이념과 철학, 이데올로기를 가지고 있다고 주장하지 않는다. 그러므로 과거에 의료보험정책형성에 참여하였던 주체들의 이데올로기를 규명하는 것은 어려운 일이다. 그러나 이들의 저서, 연구결과, 발언내용, 신문기고, 이들의 전기 등을 분석하면 그들의 이념과 철학을 분석하는 것이 가능하다.

정책형성의 주요주체는 행정부, 입법부인 국회 그리고 특정정책과 특수한 이해관계를 가진 집단이다. 행정부는 대통령인 최고수반으로부터 실무공무원에 이르기까지 사회욕구를 인지하고 문제를 정의하고 그 해결방안을 탐색한다(Jones, 1977). 입법부인 국회는 지역주민의 정부에 대한 요구, 불만 등을 선거구민과의 접촉을 통하여 듣고 이를 해결하기 위한 법률을 직접 제정하거나 정부에 입법을 요구하는 등의 방법으로 정책결정에 참여한다. 다음으로는 이익집단이다. 이들은 정책에 따라 이들의 이해관계가 좌우되므로 행정부, 입법부 또는 시민단체를 동원하여 그들 집단에게 유리하도록 정책의제로 설정하고 그들이 지지하는 방향으로 정책이 결정되도록 노력한다. 다음은 1980년대 후반부터 급성장한 시민단체이다. 이들은 사회개혁가 또는 학자일 수도 있다.

손명세(1989)는 「한국의료보험정책 결정과정의 연결망분석」에서 의료정책과정에 참여한 조직은 1976년 의료보험 전면 시행당시 61개 조직으로 대통령과 보건사회부장관을 비롯한 19개 부처의 장관과 관료집단이 참여하는 행정부, 국회, 의료관계 이익단체, 경제단체와 관련연구기관 및 대학에서 참여하였다고 분석하였다. 국가 중요정책결정은 주로 입법부인

국회와 행정부가 담당한다. 그러나 제5공화국 이전까지는 대통령이 막강한 권한을 행사하였기 때문에 1963년 최초로 제정된 의료보험과 1977년의 강제의료보험시행은 전적으로 대통령의 독자적인 결정이었다고 하여도 과언이 아니다. 이는 제 5공화국 까지 대통령이 국회의원 정수의 3분의 1에 해당하는 국회의원을 선임할 수 있었기 때문에 국회는 대통령의 의도대로 정부가 결정한 정책이나 법률안을 가결시키는 통법부(通法府)의 역할을 하는 정도에 지나지 않았기 때문이다. 그러나 제 6공화국이 출범한 1988년부터 국회는 국가의 중요 정책결정에 영향을 미치기 시작하였다(정정길, 1993). 지역의료보험의 시행으로부터 전국민의료보험, 의료보험통합에 이르기까지 국회는 행정부를 압도할 정도로 중요한 역할을 한다.

또한 행정 각부 및 이들을 구성하고 있는 관료집단도 엄청난 영향력을 행사한다. 사회문제는 언론, 이해관계자, 영향력 있는 인사(opinion leader) 등에 의하여 직접 행정수반인 대통령 또는 국회의원에게 전달되어 문제 해결을 행정 각부에 지시되거나 요구된다. 그러나 행정각부의 관료도 사회문제를 직접 인식한다. 그 이유는 과거로부터 축적된 정보와 지식을 통하여 가장 먼저 문제를 인식할 수 있는 위치에 있기 때문이다. 따라서 모든 사회문제가 정책의제로 떠오르고 이를 선정하는 것은 행정부의 공무원인 관료집단이라고 할 수 있다. 이를 Jones(1977)는 문제의 정부귀속이라고 한다.

그러나 대통령, 국회, 행정부 및 공무원 등이 아무리 중요한 역할을 한다고 하여도 독자적으로 결정할 수 있는 것은 아니다. 이들은 선거에 의하여 임명되거나 책임을 지는 대통령에 의하여 임명되기 때문에 각종 이해집단과 시민단체의 주장을 소홀히 할 수 없는 것이다. 따라서 사회를 구성하고 있는 각종 집단 - 보건의료정책의 경우, 의료계, 시민단체, 경제계, 노동계 - 의 영향을 받지 않을 수 없다.

## 4. 연구방법

본 연구는 문헌조사를 기초로 하였다. 의료보험 정책형성주체들의 발언, 기고, 연구실적, 정부가 작성하여 발표한 각종 계획과 입법안 등을 분석하고 부족한 부분은 관련 인사에 대한 면접을 통하여 보완하였다.

대한의사협회와 서울시의사회가 1961년부터 1977년까지 발행한 의협신문과 의사신문의 의료보험 관련 기사를 분석하였다. 서울시의사회는 1961년부터 의사신문을 발행되었으며 대한의사협회는 의협신문(당초에는 의협신보)을 1968년부터 발간하였다. 위의 두 단체는 우리나라 의료계를 대표하면서 산하 회원의 권익을 보호하기 위하여 설립된 단체이다. 따라서 두 단체가 발행한 신문은 의료인들의 정부정책에 대한 비판의 정도, 관심도는 물론 의사단체의 사회보장제도에 대한 이념과 가치관을 엿볼 수 있다. 또한 정부의 국민의료보장을 위한 각종 정책, 주요입법 동향에 대한 기사를 소상히 실으면서 그에 대한 의료계의 의견을 기획기사, 사설로서 게재하였다.

의사신문은 1961년 발간 때부터 의협신문 발간 직전인 1967까지 분석하고 1968년부터 1977년 까지는 의협신문을 분석하였다. 특히 1970년대의 이전의 자료가 제한된 상태에서 정부, 관료집단, 학자집단 및 의료계의 보험제도에 대한 생각을 정리할 수 있는 귀중한 자료로 이용될 수 있어 부록으로 정리하였다.

그리고 주요 의료보험정책에 정부의 입장을 대변하는 문헌을 활용할 필요가 있다. 본 논문에서는 의료보험연합회가 월간으로 1978년부터 발행하여 온 「의료보험」을 분석하였다. 동 월간지는 1970년대 의료보험제도 개발에 참여하였던 보건사회부관료들이 기고한 정책방향, 의료보험연합회 관련자들의 의료보험조합의 조직, 운영관련 실무지도 지침은 물론 학자들

의 기고도 많이 게재하고 있어 그들의 의료보험과 관련한 이념과 철학 및 이데올로기를 규명할 수 있으며 의사 중심으로 흐를 수 있는 의협신문 이나 의사신문의 한계성을 보완할 수 있다.

## II. 정책의제별 의료보험 발전 단계

### 1. 정책의제의 출현을 기준으로 한 단계 구분

의료보험정책 형성과정에 참여한 주체들의 복지에 대한 이념과 신념체제인 복지이데올로기, 제도의 시행을 결정하게 된 정치, 경제, 사회적 상황 등을 분석하기 위해 제도 발전의 단계구분이 필요하다. 그러나 사회제도는 매우 동태적(dynamic)이고 변화무쌍(changeable)할 뿐만 아니라 동일한 시기에도 서로 대립되는 정책의제가 등장하거나 소멸하기 때문에 발전단계의 구분이 어렵다. 의료보험 형성 과정과 발전에 대한 시대 구분은 학자마다 다르다. 이규식(2002)은 (1) 의료보험법 제정이전, (2) 의료보험제도의 실시 (3)건강보험 통합 등으로 구분하고, 오근식(1992)은 (1) 제도 도입기 (2) 제도의 발전기, (3) 의료보험의 통합 논쟁 등으로 구분하고 있다.

본 논문에서 의료보험발전 단계 구분기준은 하나의 정책의제가 출현되어 정책형성과정을 거쳐 시행이라는 최종단계에 이르기까지의 과정을 하나의 단계로 구분한다. 예를 들어 의료보험이라는 정책의제가 1948년 출현하여 정당의 정강으로 채택되거나 학자들의 연구로 국정의제로 존속된 시기를 하나의 단계로 독립하여 구분하는 것이다. 정책형성은 특정한 문제가 많은 사회구성원에게 인식되고 이를 해결하기 위한 대안이 설정되는 정책의제선정단계에서 출발한다. 그런 점에서 임의의료보험제도의 시행, 강제

의료보험제도의 시행, 지역의료보험제도의 시행 그리고 통합이라는 4개의 독립된 의제가 시대를 달리하며 부상하고 소멸되었다. 이러한 정책의제가 등장하면 다음과 같은 과정을 거쳐 입법화되고 시행되고 평가된다. 정책형성과정이라는 용어는 정책개발과정, 문제해결과정, 또는 기획과정 등과 혼용하여 사용하는데 김신복(1993)은 정책개발과정의 단계를 (1)정책의제 설정(agenda setting), (2) 정책목표 및 준거 설정, (3) 대안의 탐색 및 설계, (4) 모형 설정, (5) 영향을 분석하는 단계, (6) 정책의 선택 등 6단계로 구분한다.

그러나 마지막 시행에 이르렀다고 정책은 종결되는 것은 아니다. Jones(1977)는 문제의 해결과 종결은 마치 우리가 이 모든 것을 끝맺음하는 위치에 서 있는 것 같은 착각을 하게 된다. 정책은 순환하며 끝은 곧 시작을 의미하는 것이다. 왜냐 하면 입법을 거쳐 시행이 되더라도 그 정책에 대하여 만족하는 집단이나 개인이 있는 반면 그렇지 못한 집단이나 개인이 존재하기 마련이다. 만족하지 못하는 측에서는 미해결된 문제를 다시 정책의제로 끌어올리기 위한 모든 수단을 동원한다. 우리나라의 의료보험 발전 50년사를 보아도 그렇다. 그렇기 때문에 발전 단계 구분의 기준을 정책의제의 탄생과 그 의제가 해결되는 시점을 하나의 단계로 구분하고 또 다시 새로운 의제가 출현하여 위와 같은 과정을 반복하는 과정을 그 다음의 발전단계로 보고자 하는 것이다.

본 논문에서는 의료보험제도의 시행을 처음 국정의제로 출현된 시기를 그 단계가 시작되는 시기(始期)로 한다. 그리고 종기(終期)는 정책목표로 선정을 시작하여 의사결정의 모든 단계가 완료된 시기로 책정한다. 따라서 각 단계별 시기와 종기는 중복될 수 있다.

따라서 연대 구분을 주요 정책의제가 국정의제로 부상하기 시작한 연도부터 기산하여 그 제도의 입법화가 끝난 시점을 마지막 연도로 하였다. 그

리고 각 단계별 시작년도는 전 단계의 마지막 연도가 되지 않게 된다. 이는 새로운 정책의제의 형성이 이미 전 단계 기간 중 출현하였기 때문이다. 예를 들어 강제의료보험은 1976년 입법화 되었지만 이미 1963년 최초 의료보험법 제정 시부터 정책의제로 부상하였기 때문이다.

## 2. 의료보험 발전단계별 정책의제

국가정책형성은 지속적으로 의제의 부상과, 이를 해결하려는 노력, 그리고 입법화의 과정이 연속적으로 순환되는 과정이다. 이런 점에서 현재의 의료보험제도는 완성품이라고 할 수 없으며 앞으로도 지속적으로 문제의 제기가 있을 것이고 새로운 정책의제가 출현하면서 위와 같은 단계를 거쳐 변화할 것이다. 따라서 우리나라의 의료보험정책의 형성은 크게 다음과 같은 다섯 가지의 의제가 교차하여 부상하면서 위와 같은 단계를 거쳐 발전하여 온 것이라고 할 수 있다: (1) 의료보험제도의 국가정책 의제로의 등장과 임의의료보험제도 시행 (2) 강제의료보험 시행 (3) 전국민의료보험의 시행 (4) 의료보험의 통합 (5) 새로운 정책의제의 출현, 민영의료보험 활성화를 통한 공적의료보험 한계 보완논의 단계 등 다섯 단계로 구분한다.

국가정책의제로의 등장 및 지속을 제 1단계로 구분한 것은 1948년 의료보험의 시행을 대통령, 사회부장관 그리고 기획처가 국가정책의제로 채택하였기 때문에 역사적인 의의가 매우 크다고 보기 때문이다. 지난 50년간의 의료보험제도의 발전이 위와 같은 국정의제의 천명에서 촉발하였기 때문에 다음과 같은 가정도 할 수 있다. 만일 대통령이나 사회부장관이 영국과 같은 국영의료서비스 제도(NHS)를 시행한다고 천명하였다면 우리나라의 국민의료보장체제가 어떻게 발전하였을 것인가를 생각하면 제 1단계로의 구분에 상당한 의미가 있다고 할 수 있다.

## 가. 국가정책의제로의 등장과 임의의료보험 시행

국가 정책의제란 어떤 특정시점에 있어서 정책결정자나 정책결정주체의 관심과 주의를 끌게 되는 일련의 정치적 논지(political controversies)라고 할 수 있다. 특정의 사회문제를 쟁점화하여 정책의제로 성립시키고자 하는 제안자들은 그 쟁점을 정책결정자의 관심사(의제)로 만들기 위해 서로 경쟁을 벌이게 된다. 이처럼 사회 내에 존재하는 다양한 사회성원과 집단들에 의하여 제기된 쟁점들이 정책결정자의 관심을 끌게 되어 정책결정이 공식적 논의로 전환되는 과정이 의제형성(agenda building)이다(채경석, 김성윤, 유지성, 1994).

우리나라 최초의 의료보험제도가 정책의제로서 채택되고 형성된 시기는 1948년의 이승만 대통령의 사회보험제도 시행에 대한 천명에서 비롯되었다. 이후 1955년의 진보당의 정강정책, 1956년 및 1959년의 양재모의 실태조사에서 의료보험제도와 국가경영의료제도의 찬반을 묻는 조사, 1959년의 보건사회부 의정국의 건강보험도입을 위한 연구회의 활동기간까지의 기간이다. 그러나 의료보험제도가 국정의제로 부상은 하였으나 근로자의 생활개선을 위하여 시행하여야 한다는 당위성의 주장만 있었을 정도이다.

1961년 집권한 군사정권은 산업재해보상보험제도와 의료보험제도의 도입을 정책의제로 채택하였다. 이를 연구하고 법안을 기초하기 위한 사회보장심의위원회를 보건사회부에 설치하고 1963년 의료보험법을 제정한다. 그러나 심의과정에서 강제가입조항이 삭제되어 진정한 의미의 사회보험제도라고 할 수 없다.

본 논문은 이승만 대통령, 전진한 사회부장관, 그리고 기획처가 의료보험시행을 약속한 이념적 배경을 논의한다. 그리고 사회보장심의위원회 및 학자 집단 등의 의료보험시행을 위한 노력을 규명한다. 그리고 군사정권이

의료보험의 시행을 약속한 배경과 약속을 지키지 못한 당시의 정치, 경제, 사회적 상황도 분석한다.

## 나. 강제의료보험 시행

가입의 강제성이 결여된 임의의료보험은 예상대로 시행이 부진함에 따라서 새로운 정책의제가 등장한 것이니 ‘강제의료보험의 시행’이다. 새로운 정책의제가 공식적으로 떠오른 시기는 대략 1967년이다. 임의의료보험을 4년 째 실시하면서 전혀 성과가 없자 보건사회부는 임의의료보험으로는 국민의료를 보장할 수 없다는 판단을 하였다. 보건사회부는 1967년 5월 임의가입제를 강제가입제로 바꾸기 위하여 의료보험법을 개정하고자 하였다.

보건사회부의 1967년 가입과 의료보험조합 설립을 강제로 하는 내용의 의료보험법개정법률안은 국회 회기 만료로 자동 폐기되고, 1970년 의원입법에 의하여 강제시행의 근거가 마련되지만 하위법령을 제정하지 않아 시행되지 못한다. 1976년에 보건사회부는 다시 강제의료보험의 시행을 추진하게 되며 동년 9월 1977년 최초로 강제의료보험이 시행된다. 본 논문은 수차 보건사회부가 강제의료보험을 시행하려고 시도하였으나 성공하지 못한 이유, 정책결정과정에서 당시 경제기획원이나 상공부의 반응, 박정희 대통령으로 하여금 시행을 결심하게 한 정치, 경제, 사회적 여건을 규명한 다. 그리고 강제의료보험시행에 대하여 경제계와 의료계는 어떻게 대처하였는지도 분석한다.

## 다. 전국민의료보험 실현

최초의 강제의료보험은 사업장 근로자 중심으로 시작한 것은 보험료 징수, 가입자관리의 용이성 때문이었다. 그러나 실제로는 농어촌 지역 인구 및 도시영세민에 대한 의료보장이 보다 더 시급한 과제였다. 상대적으로 사업장 근로자 보다 소득이 적으면서도 건강보험제도의 적용을 받지 못하기 때문에 관행수가에 의한 비싼 의료비를 지불하여야 하는 문제였다.<sup>2)</sup>

새로운 정책의제가 부상한 것이니 지역의료보험의 시행을 통한 전국민 의료보험의 실현이다. 그런데 지금까지는 의료보험에 관련된 정책의제가 주로 행정부 그리고 극히 일부의 학자집단 등에서 주도하였는데 이 단계에 와서는 국회는 물론 학계도 적극적으로 당위성을 주장하면서 정책형성에 참여하였다. 학계는 1980년대 초부터 이들에 대한 건강보험의 적용을 정부에 촉구하였다. 정부는 1981년 7월부터 1982년 7월 사이에 홍천, 군위군, 옥구군, 강화군, 보은군, 목포시에서 기왕의 보험가입자 및 의료보호대상자를 제외한 지역주민에 대한 건강보험시범사업을 수행하였다. 이는 도시 자영자 및 농어민에 대한 건강보험적용의 타당성을 검토하기 위한 것이었으나 동 시범지역으로 선정된 지역에서는 가입을 강제하였다.

이와 같은 시범사업을 거쳐 1988년 및 1989년 각각 농어촌주민 및 도시 자영자에 대한 전면적인 의료보험을 시행하여 1989년에는 전 국민이 의료보험을 적용받게 되어 전국민의료보험시대가 열리게 되었다.

---

2) 1977년 7월 의료보험제도 도입 시 정부는 보험수가 수준을 당시 일반 관행수가의 50 - 55% 수준으로 책정하였다. 따라서 의료보험제도의 적용을 받지 않는 도시 자영자 및 농어촌 주민은 보험에 가입되어 있는 직장 근로자 보다 거의 두 배 이상의 진료비를 지급하여야 하였다.

## 라. 의료보험 통합

전국민의료보험은 실현되었으나 자영자의료보험조합의 재정적자가 문제로 부각되었다. 이를 해결하기 위한 방법으로 자영자의료보험조합과 직장조합을 통합하여 조직 및 재정을 일원화하여야 한다는 주장이 나오기 시작했다. 동 의제는 이미 1967년부터 의료계가 지속적으로 주장하여 왔으나 1980년대에 논의된 통합일원화 주장과는 그 배경 및 이유가 다르다. 의료계는 관리기구 및 재정관리가 일원화(一元化)되면 진료비 청구가 용이하고 심사의 통일성을 기할 수 있어 진료비를 받는데 유리하다고 생각하였기 때문이다.<sup>3)</sup>

반면에 1980년대의 통합일원 논쟁은 전국민의료보험 적용을 놓고 지역 의료보험에 대한 정부의 지원 능력이 없으니 직장조합의 적립금을 활용하자는 통합측의 주장에 대하여 왜 직장근로자가 적립한 돈을 지역의료보험을 위하여 쓰느냐의 문제였다. 정치권에서도 여야간에 대립되는 양상으로 전개되었다. 결국은 1998년 400여개의 의료보험조합을 통합하고 2000년에는 직장가입자와 지역가입자의 보험료 징수 및 재정을 통합하여 관리한다는 방침이 정해짐으로써 약 20년에 걸친 통합논쟁에 종지부를 찍게 되었다. 본 논문에서는 의료보험의 통합논쟁에 참여한 정부, 노동계, 시민단체, 입법부, 학자집단 등이 전개한 주장을 규명하고자 한다.

---

3) 대한의학협회는 정부의 강제의료보험시행계획에 즈음하여 1967년 10월 의료보험위원회를 열고 10개 항을 정부에 건의하였는데 이중 의협은 반관반민의 의료보험공사를 설치하고 정부는 지원하고 감독할 것을 건의하였다(의협신보 1967.10.12 제58, 59호), 또한 대한의학협회 박충진 기획이사도 의료일원화 주장(의협신보 1967.11.30 제73호), 1968년에도 대한의학협회는 정부에 대한 건의 11개항 중 세 번째 항에서 '의료보험제도가 다원화가 되지 않도록 획일적 일원화하는 방향으로 발전 시켜 나가야 한다'고 건의하였다.

## 마. 새로운 정책의제의 출현

의료보험의 통합으로 우리나라의 의료보험제도는 제도의 큰 틀을 완성하였다. 그 동안 (1) 의료보험을 시행할 것인가 (2) 강제적인 의료보험을 시행할 것인가 (3) 농어촌 및 도시 자영자에 대한 의료보험은 어떻게 확대할 것인가 (4) 재정과 관리 기구를 통합할 것인가 또는 조합주의로 운영할 것인가 등의 정책의제가 출현하였다가 정책의 시행으로 소멸하였다.

그러나 2001년에 들어와 재정위기를 맞으면서 이를 어떻게 극복할 것인가가 정책의제로 출현하였다. 일단 2001년 5월 31일 부족한 적자를 금융기관 차입, 국고보조의 확대, 급여범위 조정 등으로 단기적인 안정을 이룩하였다. 장기적으로는 가입자의 보험료율을 5년간에 걸쳐 6 - 8%씩 인상 조정하여 재정의 안정을 달성하였으나 인구의 급속한 노령화, 보장성의 확대 필요 등으로 그 취약성은 그대로 존재한다.

최근에는 공적 의료보험제도에 큰 영향을 줄 수 있는 민영의료보험의 활성화 문제가 민간보험업계와 정부간 논의되고 있다. 1990년대 중반부터 민영의료보험을 활성화하자는 주장이 행정부, 민간보험업계 등에서 나오다가 2001년의 재정위기에 새로운 정책의제로 부상한 것이다. 이제는 획일적인 공적의료보험에 의한 서비스의 이용에서 탈피하여 개인에게 선택권을 주어야 한다는 주장인 것이다. 이를 통하여 지속적으로 늘어나는 공적의료보험의 재정도 안정을 도모할 수 있다는 것이다.

그러나 공적의료보험 위주의 형평성과 평등성을 주장하는 측은 먼저 공적의료보험제도의 취약점인 보장성을 확대한 이후 논의하여야 한다고 주장한다. 또한 활성화 하더라도 공적의료보험을 훼손할 정도가 되어서는 안되며 최소한의 보완관계를 정립하여야 한다는 것이다.

### Ⅲ. 국정외제의 등장과 임의의료보험 시행

#### 1. 의료보험제도의 국정외제 등장

##### 가. 이승만 대통령의 사회보험 시행 약속

최초로 의료보험의 시행을 국가정책외제(national agenda)로 등장시킨 것은 정부 수립직후 이승만 초대 대통령이다. 이승만 대통령은 1948년 9월 30일 국회에서 이범석 국무총리가 대독한 시정방침에서 「민생문제 해결에 있어서 항상 나의 가슴을 아프게 하는 것은 농민과 노동자의 생활향상의 염원이니 ... 전자에 있어서는 헌법 조항에 의하여 앞으로 토지개혁법이 제정 시행될 것이니 ... 또 후자에 있어서는 헌법의 정신에 의하여 이익균점의 권리를 보유하게 될 것이며 기타사회보험제도를 창설 실시하여 그 처우가 심히 개선될 것이니 동포남녀를 막론하고 그 직장에 충실하여 상호부조 협심하여...바입니다。」라고 하여 사회보험제도의 실시를 밝혔다.<sup>4)</sup>

비록 시행은 못하였지만 농민 노동자 생활향상을 위한 국정과제로 제시하였다는데 큰 의미가 있으며 이를 제1공화국정부의 혁명적인 토지개혁과 동열에 놓고 추진하여야 할 과제로 삼았다는 것은 그 결의가 대단하다. 이와 같이 대통령이 정부 수립 1개월 남짓하여 사회보장제도의 시행을 발표한 것은 전진한 사회부장관의 건의에 의한 것으로 추정할 수 있다. 전진한 장관은 1948년 3월 미군정이 보건후생부와 노동부를 사회부로 통합 합병 개편된 후 초대 사회부장관으로 임명된 바 있으며(전중희, 1994) 정부 수

4) 이승만(1948), 이대통령의 시정방침 - 만민공영(萬民共榮)의 국초(國礎)를 존정(尊定), 시정월보(창간호, 1949): 2-3, 본 시정방침은 一. 서론, 二. 민족국가로서의 民國의 특성, 三. 기본국책, 四. 정부가 당면과제 등으로 구성되고 있다. 본 사회보험실시에 관한 언급은 '2. 민생개선과 국내 당면 중요정책'이라는 제목하에 언급하였다.

립 시까지 약 5개월간 사회보험제도에 대한 상당한 연구가 사회부 내에  
서 있었을 것으로 보인다.

## 나. 전진한 사회부장관의 정견발표(政見發表)

전진한 초대 사회부장관<sup>5)</sup>은 1948년의 정견발표에서 「질병의료행정에  
있어서는 국민이익균점의 헌법정신에 부합케 하여 전 국민은 빈부의 차  
별과 지방의 구별 없이 균등으로 의료를 향수하도록 현 의료행정을 개선하  
겠으며 그 목적달성을 위하여 당면 정책으로 (가), (나), (다)사회보험제도를  
계획하여 점차적 이익을 향수하게 하려 합니다」라고 하였다. 이어서  
제 3항에서 사회보험제도의 실시를 약속하였는데 그 내용은 아래와 같다.

### 三. 사회보험제도를 창정(創定)실시케 할 것

근로자가 불의의 재해·질병·폐질 급(及) 등의 불행한 경우에 처했을 지라도  
도 능히 그 생활에 소호(小毫)라도 지장 없이 그들의 생활 향상과 그 사회적 처  
우를 적극적으로 개선하기 위하여 일반노동 보호시책과 병행하여 이에 대한 대  
책을 시급히 강구 코저

- (一) 노동재해보험
- (二) 노동질병보험
- (三) 양로 및 폐질보험
- (四) 실업보험

에 분(分)해서 국가제도로서 차(此)를 강행 실시하고자 합니다.

5) 사회부는 1945년 8월 15일 대한민국정부가 수립되면서 미군정 시 보건후생부 및 노동부를 통합하여 사회부로 개칭하고 보건, 후생노동 및 부녀 등에 관한 업무를 관장하였다. 1949년 3월 대한의학협회의 건의에 따라 보건부가 사회부로부터 독립하고 1955년 2월 보건 및 사회부를 다시 통합하여 보건사회부를 설립하였다.

## 다. 기획처 국가 중요정책으로 채택

기획처는 국가경제계획기구관견(國家經濟機構管見)이라는 제목의 시정월보에의 기고에서 「대한민국 정부로서 경제 재건을 위하여 급속 적절한 계획 수립이 요청되는 중요정책」을 13개로 열거하고 그 여섯 번째 항인 노동정책에서 사회보험을 실시할 것을 발표하였다. 이는 기획처 비서실장인 정현준이 시정월보에의 기고를 통하여 발표하였다. 그리고 중요정책의 세부방안은 관계방면에서 입안 중에 있으며 동 기본적 기획은 행정각부의 수뇌와 민간권위로서 구성된 경제위원회의 자문을 거쳐서 기획처를 중심으로 성안되어 국무회의에 상정될 계획이라고 하였다(정현준, 1948). 구체적인 연구내용과 결과는 알 수 없으나 복지국가 건설에 대한 의욕은 주목할 만한 것이었다.

1955년 조봉암이 주도한 진보당의 창당준비위원회가 공표한 「창당정책」에서 사회보장제도의 시행에 대한 그 일면을 볼 수 있다. 진보당의 창당정책은 그 6항 사회정책에서 (ㄱ) 국민의료제도와 연금제도의 확립이라는 정강을 내 놓았는데(이달순, 1995), 이것이 사회보험방식인지 또는 영국식의 NHS체계를 뜻하는지는 알 수 없으나 국민의료보장에 대한 필요성이나 긴급성이 그 당시의 한국사회에서 큰 이슈로서 존재하였다는 사실을 말하여 준다.

## 라. 이승만과 전진한의 복지이념

우리나라는 일제로부터 독립 시 까지 영국이나 독일처럼 의료에 관하여 자생적인 공제조합에 의한 상부상조활동의 전통이 없는 사회였다. 일제 식민지 통치시대에도 일본은 1927년에 의료보험을 시행하였지만 우리나라

에는 시행을 하지 않았다.<sup>6)</sup> 그런데도 불구하고 정부 수립 후 불과 1개월이 지난 시점에서 대통령과 사회부장관이 의료보험제도의 실시를 국민 앞에 공언하게 된 배경은 무엇인가. 특히 이승만대통령은 사회보험제도의 실시를 당시 혁명적인 조치인 토지개혁과 더불어 민생을 안정시키는 대책으로 천명할 정도로 비중 있게 다루었다. 그는 자본주의 시장경제의 메카라고 할 수 있는 미국에서 30여 년간을 독립운동 벌인 경험이 있다. 특히 그가 미국에서 활동하는 기간 미국의 연방정부가 수차례 의료보험을 시행하려 하였으나 의료계는 물론 노동조합의 반대로 무산하는 것을 목격하였을 것이라고 생각한다면 더더욱 궁금한 일이다.<sup>7)</sup>

이승만 대통령이 사회보험의 실시를 천명한 것은 당시 그의 추종자인 전진한 사회부장관의 영향이 강한 것으로 보인다. 전진한 사회부장관은 독립축성전국청년연맹위원장으로 대 한노총을 이끌면서 이승만대통령의 정치적 지원세력이었다.

먼저 이승만 대통령의 정치·경제 이데올로기는 그가 제창한 일민주의(一民主義)를 통하여 알아 본다(서중석, 2000). 일민주의는 그 정강에서 경제문제에 대해 빈부의 등차(等差)를 없애고 누구나 부유하게 하여 동일한 대우를 받게 한다고 주장하였는데 이는 자본주의의 병폐를 시정하겠다는 유토피아 사상 또는 사회주의 사조와 맥이 닿아 있다(서중석, 2000). 이승만 대통령의 일민주의 주창자들은 반자본주의의 입장을 분명히 밝히고 있다. 초대 국무총리였던 이범석은 「이대통령건국정치이념」 서문에서 일민

6) 일본은 1927년 의료보험을 시행하였으나 전인구의 3% 정도가 보험에 가입하였고 1943년에 가입 확대를 추진하였다. 육군은 전쟁을 수행하는데 필요한 건강한 인력의 확보를 위하여 의료보험의 확대를 주장하였다.

7) 미국은 (1) 진보적 정치·사회운동이 활발하게 벌어지던 1900년 대 초부터 1917년 전후, (2) 1930년대 대공황 시기, (3) 1940년대 중반과 후반 투루먼 정부에 의한 시도, (4) 1993년 클린턴 정부에 의한 의료보장개혁 등 크게 4차에 걸쳐 시도되었으나 노동조합, 의료계의 반대에 부딪쳐 전국민을 포괄하는 강제의료보험제도를 가지고 있지 못하다.(Paul Starr, 1982, The Social Transformation of American Medicine, 이종찬 역과 김창엽, 2005, 미국의 의료참조)

주의가 전 인류를 구출할 새로운 정치체제라는 것을 뒷받침하기 위하여 다음과 같이 피력하였다<sup>8)</sup>.

현대 자본주의와 공산주의, 이 두개의 반동하는 정치 사조의 타류 속에서 얼마나 역사가 욱되었으며, 얼마나 인류가 복(福)되었던가. 이제 그 반동은 최고조에 달하여 혼란과 도탄 속에서 세계와 인류를 구원할 새로운 정치체제를 갈원(渴願)하고 있다. 이 착취의 원칙 위에 세워진 자본주의를 지양하고 유린의 원칙위에 세워진 공산주의를 극복하여.....

그는 일민주의는 자본주의에 병들고 공산주의에 독(毒)된 세계와 인류를 새로이 구원할 지표라고 선언하고 있다.

전진한은 그의 저서인 「건국이념」(1948)에서 ‘인류의 발전상 중대한 모순이 두 가지 있으니 ... 또 하나는 인류사회에 부유한 사람과 빈곤한 두 가지 층이 있어서 빈곤한 사람은 항상 부유한 사람에게 이용 착취된다는 사실이다. 그리고 이 두 가지 사실이 근본적으로 삼제(芟除)되기 전에는 인류에게는 진정한 평화나 자유가 오지 않을 것이다. 따라서 우리 민족 안에 착취와 압박이 없는 사회를 건설해야 한다는 것은 누구나 부인치 못할 것이다’ 라고 하였다.

그리고 전진한은 자본주의의 발전에 따라 자유주의 개인주의의 폐해가 인류의 발전을 도리어 저해하는 단계에 이르며 이 자유주의적이고 개인주의적인 소위 정치적 민주주의만으로는 인류가 만족할 수 없으므로 여기에 즉 경제적 민주주의 사상과 아울러 사회주의적 새로운 사상체계가 구성되기 시작한 것이라고 하였다. 정치적 민주주의는 한개 형식적임에 불구하고 실질적인 민주주의가 없이는 인류를 도저히 만족할 수 없게 된다(전진한,

8) 서중석, 이승만의 정치이데올로기, 역사비평사, 2000, p.45, 양우정의 ‘이대통령건국정치이념’에서 인용한 것을 재인용

1948). 당시 행정 수반과 사회부 고위관리들이 이러한 생각을 갖게 된 것은 일제의 침략이 자본주의의 착취 수탈과 더불어 행하여졌고 한국인 지주들이 규모가 클수록 일제와 유착하여 성장하였기 때문이다.

민족해방단체들은 우익이라도 대개가 사회주의적 강령을 내세웠다. 토지와 대량생산기관의 국유화를 주 내용으로 한 조소앙의 삼균주의(三均主義<sup>9)</sup>)가 1930년대에 구체성을 띠고 등장하여 한국독립당 등 우파 민족주의단체의 기본강령이 되었다. 이는 해방직후 좌파뿐만 아니라 우파도 사회주의적 성격을 띤 정강정책을 제시하였다. 일반대중의 반자본주의 정서는 미군정의 여론조사에 잘 드러나 있다. 자본주의체제를 원한다는 응답자가 전체의 14%인 1,189명이었고, 공산주의체제를 택한 사람들은 7%인 574명이었는데 사회주의체제를 선호한 사람들은 6,237명으로 전체 응답자의 70%나 되었다(서중석, 2005). 이러한 정치·사회적인 여건이 해방 후 정치지도자들의 정치 이데올로기에 큰 영향을 미쳤을 것은 분명하다.

제정헌법 제5조도 「대한민국은 정치·경제·사회·문화 모든 영역에 있어서 각인의 자유·평등과 창의를 존중하고 보장하며 공공복리의 행상을 위하여 이를 보호하고 조정하는 의무를 진다」. 전진한(1948)은 「이 조문은 불란서 혁명 이래 발전하여 온 정치적 민주주의 사상 즉 자유주의 사상을 긍정하는 동시에 거기에서 일어나는 폐해를 방과(防過)하여 공공복리를 주로 하는 사회주의적사상과 융합 절충한 것이다. 자유주의와 사회주의의 2개 사조는 역사적으로 대립하여 오는 것인데 우리 헌법에 비로소 이 두개 사상이 지양 통일되어 양립 발전할 수 있다는 것을 명시한 것이다. 이는 제정 헌법이 당시 풍미하던 사회주의사상을 담은 것이라고 할 수 있으며 초대헌법 제정에 많은 영향을 미친 이승만과 전진한의 이념과 철학을 담고 있다.

---

9) 조소앙의 삼균주의는 다음 장에서 좀더 상세하게 설명한다.

정부 수립을 주도한 이승만 대통령과 그를 추종하는 집단은 대기업을 국유화하고 토지제도를 개혁하여 소작인들에게 배분하고 사회보험제도의 시행을 통한 평등한 국가 즉 사회적 국가를 만드는 것 이었다(박호성, 1994). 사회적 국가는 야경국가와는 달리 더 많은 자유와 더 많은 사회적 정의를 확보하기 위하여 사적 영역에 대한 개입도 주저하지 않는다고 선언한다. 특히 사회적으로 한층 불리한 환경에 처한 노동자들의 사회적 지위 향상을 위해 노력해야 한다. 이승만은 농민의 생활향상을 위하여 토지개혁을 추진하여 농토를 지주들로부터 일반 소작 농민에게 배분하는 혁명적인 조치를 결행하였다. 한편 노동자들의 생활개선을 위하여 기타 사회보험제도의 실시를 천명하였다. 이와 같은 사상은 전진한이 장관으로 있는 사회부관료들의 의식에 큰 영향을 미쳤을 것인데 양재모가 보건부나 사회부에 근무하면서 사회정책의 중요성을 인식하게 되는 계기가 되었다고 술회하고 있는 점 그리고 1959년의 건강보험도입을 위한 연구회 모임이 만들어지는데도 영향을 미쳤을 것으로 본다.

그러나 의료보장을 위한 보험제도의 시행을 천명은 하였으나 오히려 이승만 정권은 노동운동을 억압하고 복지제도의 도입을 위하여 노력한 흔적은 없다. 특히 이승만 대통령은 노동자의 경영참가와 이익균점, 국민의료제도와 연금제도 확립을 주장한 조봉암 등을 정적으로 탄압하여 간첩혐의로 처형하는 등 노동자들의 생존권적 투쟁을 두려워했던 것으로 보인다(이달순, 1995). 제헌국회가 제정한 헌법에는 노동자들의 이익균점권이 보장되어있고 이승만은 「일민주의 개설」에서 가난한 이들을 부유하게 하여 고등대우를 받게 해주고 빈부의 차등 없는 세상을 만들겠다고 약속 하였다. 그러나 이승만과 그가 이끌었던 자유당정권이 국민의 의료를 포함한 복지를 위하여 노력하지 않았다. 노동자의 권익을 대표하고 근로기준을 향상하는 것을 목적으로 한 노동조합의 육성에 관한 것도 그렇다. 대한독립촉성

노동총연맹은 노동운동을 위하여 만들어졌기 보다는 대공투쟁 등 정치적 목적으로 조직된 우익동원단체의 색채가 짙었다(서중석, 2005). 그러나 한 때 대한노총은 이승만을 추종하는 전진한 계파와는 계통을 달리하는 혁신파가 주도권을 잡기도 하였으나 이승만의 추종세력이 주도권을 잡음으로서 이용 단체적 성격을 그대로 유지하였다. 이승만은 ‘만일 노동자들이 동맹파업하는 것을 내버려 두면 지금 이북과 일본의 공산당들이 혼란을 만들려는 이때 이것을 이용해서 우리나라를 결단 낼 것’이니 라고 하여 동맹파업을 공산당 활동으로 몰아 붙였다(서중석, 2005). 정부수립초기 사회부의 노동국에는 노동문제 전문가가 거의 없었고, 실업문제 등 가장 심각한 노동문제를 다루었던 직업과(課)는 대한청년단에서 점령하였다.

한편 이승만 대통령과 전진한 장관이 의료보험제도의 시행을 약속한 것은 시행이 용이한 것으로 생각했기 때문이라는 분석도 가능하다. 비스마르크의 질병보험이 단순히 의사의 진단에 따라 질병의 진단을 받아 근로 할 수 없을 경우 상병수당(sickness benefit)을 지급하는 보험제도였던 것을 이해하지 못한 것이 아닌가 생각한다. 또한 삼 년에 걸친 한국전쟁의 피해 복구로 여념이 없었을 것이다.

## 2. 보건사회부의 의료보험제도 도입노력

보건사회부는 복지주무부처로서 의료보험제도에 대한 강한 집념을 가졌던 것으로 보인다. 1959년 10월부터 매주 1회 의료의 사회화를 위한 사회보장제도에 관심을 가진 직원과 외부 자문위원들의 모임인 「건강보험제도 도입을 위한 연구회」가 있었다는 기록이 있다. 이 모임에는 당시 의정국장이던 윤유선을 비롯하여 손창달, 그리고 자문위원으로 엄장현, 양재모가 참석하고 윤석우 시설과장, 김용성 의무과장, 김택일 의무기좌, 정경균 등

8명이 참가하고 있었다. 연구회는 ‘의료보험제도 도입에 관련된 제도에 관한 견해 및 예비권고(1960), 사회보험창시에 관한 건의(1961) 등이 제시되어 논의 되었다. 그러나 구체적으로 어떠한 내용이 논의되었는지는 기록으로 남아 있는 것이 없다. 보건사회부가 처음 의료보험제도의 시행계획을 대외적으로 발표한 것은 1961년 1월이다. 당시 의정국장인 이용승(李溶昇)은 1961년 1월 8일자 의사신문에서 다음과 같이 의료보험에 대한 계획을 밝혔다.

금년도에는 기필코 의료보장제도의 기초를 확립하여야겠다. 빈곤과 질병의 악순환 속에서 허덕이는 국민대중을 구제할 수 있는 중국적인 길은 사회보장적 테두리 안에서 의료보장을 구현하는 것이다. ... 우선 의료보장 내지 건강보험제도 수립을 위하여 박차를 가하고 있는 바이다. 이를 위하여 당국은 여러 가지 연구 검토를 계속하고 있는 중이며 연간 목표를 다음과 같이 세우고 있다. 즉 현재 입안중인 건강보험제도 연구위원회 규정을 조속히 공포하여 3월말까지는 발족시키고 이를 통해서 전국적으로 경제 사회 의료 전반에 걸쳐 종합적 기초조사를 실시하고 한국에서 가장 적합하고 실현 가능한 제도를 모색 창안해내야겠으며 예산확보가 되는 대로 1내지 2개의 지역별 소규모 의료조합을 구성하여 시범적 내지 시험적 사업에 착수할 계획이다.

김판술 보건사회부장관은 동년 3월 2일 기자회견에서 건강보험제도의 도입에 대하여 건강보험제도에 관해서는 사무 인수 시에 들어서 알고 있으나 아직 구체적인 계획을 생각해보지 못했다고 말하고 전 장관이 수립한 중요시책이며 또한 우리나라사회보장제도의 중요한 문제이니만큼 잘해 보겠다고 말하였다.

보건사회부 사무차관도 1961년 4월 12일 개최된 국회 보건위원회에서 건강보험제도를 1962년에 시행할 것을 언급하였다(의사신문, 1961. 4. 17, 18호). 이로 미루어 볼 때 보건사회부 차원에서 의료보험제도 도입에 대한 상당히 구체적인 계획이 수립되어 있는 것으로 추정할 수 있다. 예를 들어 보건사회부는 1961년 3월 의료보험을 긴급사업으로 채택하고 우선 8,000세대를 대상으로 하여 사업을 실시할 것을 계획하였다. 이에 소요되는 예산은 9,600만원으로 책정하고 이를 추경예산에 반영하기로 하였다. 이 때 보험대상은 두 가지로 구분 하였다. 제 1대상은 광공업 등 노무자, 제 2대상은 공무원 등 봉급생활자로 하였으며 그 대상에 따라 보험료 부담방법을 달리 하였다. 제 1대상은 국고 35%, 본인 30%, 기업주 35%로 제2대상은 국가와 본인이 각각 50%를 부담하는 것으로 하였다(의사신문, 1961.3.14.).

동 계획은 5.16 군사 쿠데타로 실현에 옮기지는 못하였지만 김판술 장관에 이어 취임한 장덕승 장관은 조속한 시일 내에 시범사업에 착수하겠다고 의사신문 기자의 질의에 답변하였다(의사신문, 1961.6. 21).

그리고 1962년부터 시작되는 제1차 경제개발5개년계획에 1962년부터 건강보험제도를 실시할 것을 반영하였다(의사신문, 1961.9.18). 당시 보건사회부가 제1차 5개년 계획에 반영하기 위하여 제시한 제안의 대체적인 내용을 요약 발췌하면 아래와 같다.

<p><b>건강보험제도수립 5개년계획시안</b></p>
<p><input type="checkbox"/> 필요성</p> <p>① 질병과 빈곤의 악순환</p> <p>② 현대의료혜택을 받고 있나?</p>

□ 시행 가능성

국민1인당 소득이 최저생활유지비가 될까 말까한 정도면 완전한 의료를 받기 위한 의료비 부담능력이 없다. 따라서 전국을 대상으로 한 국가 규모의 보험은 바랄 수 없으며 공공부조제도로 보호해야 할 것이다. 우선 임금생활자나 봉급생활자 등 산업취업인구 8,581,000명을 대상으로 하되 단기적인 사회보험사업부터 연차적으로 경제성장과 병행하여 점차 광범위하게 해나갈 계획으로 질적 향상도 동시에 확충하게 될 것이다.

□ 실시방안

○ 제 1차년도(1962)

① 선진제국의 제도 연구 및 우리나라의 특수성과 실정 등을 고려하여 한국적인 제도수립방안을 확정한다.

② 건강보험법 제정

- 사회보험심의회 또는 건강보험심의회를 구성하고 사회, 의료, 조동, 산업, 행정, 예산, 입법관계 등 사계의 전문지식을 가진 권위자와 고용주대표, 피고용자대표가 참여하여 제도의 원칙문제를 심의 결정한다.

- 법안초안, 각의상정

③ 국민건강조사

④ 시범사업실시: 보험자의 태도, 피보험자의 태도와 채무이생, 의료조직의 재검토와 운영, 진료보수의 방향, 각 급부의 범위와 한계, 보험제정의 조성방법

- 시범사업지역에 대한 정부 보조

⑤ 건강보험관리상의 난점 체득

○ 제 2차년도(1963)

① 건강보험법재검토 동법시행령, 시행규칙제정, 건강보험사무취급요령과 이에 수반되는 제반예규규정

② 시범사업대상자 증가 확충

- 임금생활자 500명 이상의 고용원을 가진 3개 업체(석탄)에 종사하는 8,931명을 대상으로 한다.

○ 제 3차년도 이하 생략

이때의 계획은 양재모의 사회보장 창시에 관한 건의와 엄장현의 건강보

험제도연구원의 건의서를 기초로 하여 성안하였다. 그러나 5차 5개년계획의 심의과정에서 반영되지 않았다. 이후에도 강봉수 기획조정관은 1962년 1월 17일 보건사회부 1962년도 주요업무계획에 대한 공개 브리핑에서 보건사회부 10대 목표 중 제 9항에 사회보장제도의 기초를 확립하여 복지사회건설을 지향한다고 발표한 바 있다(의사신문 1962.1.22). 그리고 보건사회부는 건강보험에 관한 사항을 1963년 5월 9일 의정국 의무과의 사무분장사항으로 하였다(의사신문 1963.5.28). 이어 정희섭 보건사회부장관은 의협의 서면질의에 대하여 전반적인 사회보장제도의 실현은 국민의 경제력의 중진과 관련되므로 당장 실시 한다는 것은 곤란 시 되나 1963년부터 시행하겠다고 답변하였다.

최초의 의료보험법은 1963년 12월 11일 국가재건최고회의 상임위원회를 통과하여 제정되었다. 실로 의료보장제도가 국정의제로 상정된 1948년 이후 15년 만의 일이다. 위의 사실로 미루어 보아 복지주무 부처인 보건사회부는 의료보험제도에 대하여 강한 집념을 가지고 있었다. 우리나라의 의료보험제도가 5.16군사쿠데타에 의하여 집권한 군사정권이 정권의 정당성을 얻기 위한 것이라고 하기도 하나 이미 민주당 정권이전부터 정부에 의하여 추진하려는 노력이 있었기 때문이다.

그런데 이 시기에 보건사회부에서 의료보험제도의 도입을 주도한 부서는 의정국이었으며 그 주체도 의사였다는 것이 특징이다. 특히 건강보험도입을 위한 연구회가 「의료의 사회화」를 목표로 하고 검토하였다는 데 의미가 있다. 이렇게 보건사회부가 의료보험의 도입에 열성을 보인 것은 당시 의료계의 요구도 작용하였다고 볼 수 있다. 당시의 보건의료에서 가장 문제되는 것이 무의면의 존재였는데 이에 대한 대책에서 의료의 사회화를 기도한 흔적이 보인다. 1961년 당시 우리나라에는 1407개의 면이 있었는데 이 중 673개 면에 의사가 없는 것으로 나타나고 있다. 이를 두고 당시

서울시의사회는 군사정부에 대하여 의사신문 사설로 무의면을 해소할 것을 촉구하고 있다(의사신문 1961.5.22). 정부는 의료법을 근거로 개업하고 있는 의사를 동원하였다. 1965년 당시 의료법 제22조 제1항은 「보건사회부장관은 국민보건의 향상을 위하여 필요하다고 인정할 때에는 의사, 치과의사, 한의사 조산원 또는 간호원에 대하여 2년 이내의 기간을 정하여 그 지정하는 장소에서 지정하는 업무에 종사 할 것을 명할 수 있다.」였는데 이는 헌법상 기본권인 거주이전의 자유, 직업선택의 자유를 심각하게 제한하는 규정이라 할 수 있다. 국가 목적에 따라 개인의 기본권을 제한 할 수 있다는 위헌적인 조항을 사용하여 정부가 의사를 동원한다는 발상 자체가 의료의 사회화라 아니할 수 없다.<sup>10)</sup>

1963년의 의료보험법에 의한 의료보험조합의 설립은 호남비료(1965.11), 봉명흑연광업소(1966.3)가 최초였다. 물론 1961년 이전에도 일부대학에서는 재학생들의 건강관리와 복지향상을 목적으로 소규모의 의료보험사업을 시행하고 있었다. 1976년 4월 현재 피용자조합 6개, 사용자조합 15개, 대학생의료보험 7개 등 모두 25개의 의료보험이 실시되고 있었다<sup>11)</sup>. 당시 가입자는 21,236세대에 160,105명이었다.

10) 의사동원은 1962년 4월 12일 처음 실시되었는데 이때 의사신문은 '의료의 균점, 무의촌의 해소책'으로 불가피하다는 것이 의사동원에 대한 당국자의 변인데 개정국민의료법에 의하여 획득한바 있어'라고 하여 은근히 반대의사를 밝혔다. 보건사회부는 5월 8일 679명을 동원한데 이어서 1962년 9월 3일 3차로 120명을 동원하였다. 이들은 보건소 및 보건지소에 배치하였다. 이들은 병역의무를 마치지 않은 의사들이었다. 당시 의사신문은 '호화로운 도시를 등지고 떠나기에는 참아 아쉬운 점이 많을 것 같다. 그러나 슈바이처 박사의 숭고한 봉사의료의 정신에 비한다면 영광스럽고 성스러운 길이기도 할 것이다'라고 쓰고 있는 것으로 보아 그 당시 군사정권의 절권정치의 위세가 어느 정도였는지 짐작할 수 있다(1962.5.14 의사신문 제 75호). 동 조항은 1965년 9월 폐지되었다.

11) 김일순, 김한중, 의협신보, 1976.5.31. 제 951호, 1976년 4월 현재 의료보험조합현황은 다음과 같다. 피용자조합(6): 한국종합화학(1965), 봉명흑연광업(1966), 서울대직원(1968), 석유공사(1973), 협성교육재단(1975), 연세대학교직원(1976)  
 자영자조합(15): 전주대한의료조합의료공제회(1965), 부산청십자(1968), 거제, 인천, 수원(1972), 옥구, 전주(1973), 백령, 영동, 춘성(1974), 중평, 옥천(1975), 강화, 영동(1976)  
 대학생의료보험(7): 서울대학(1961), 서강대학, 동국대학(1963), 숙명여대(1965), 이화여대(1969), 전남대학(1971), 연세대학(1976)

### 3. 학자 등에 의한 정책의제의 지속

#### 가. 의료보험제도 국정의제의 지속

1949년부터 1958년 간 정부가 의료보험제도 도입을 추진한 기록은 찾을 수 없다. 다만 민간 학자 및 정당 등에 의한 활동이 의료보험제도의 도입 필요성에 대한 논의를 지속 시켰다. 1955년부터 1961년 사이 양재모, 엄장현의 의료보험제도의 연구와 시행 건의 또는 사회보장심의위원회의 활동 등이다.

학계에서 의료보험제도의 도입의 가능성, 타당성을 검토한 것으로 처음 기록된 것은 1956년 연세대학교 의과대학의 양재모 교수에 의한 「서울시민의 상병 및 의료에 관한 종합적 연구」이다. 동 조사는 서울 거주 주민 1,574,868명 중 5,159명을 표본으로 추출하여 1956년 2월 1일부터 7월 31일 까지 가구를 직접 방문하여 면접조사 하였다. 동 조사가 의료보험사(史)에서 특히 관심을 끄는 것은 기록상으로 처음 의료보험제도에 대한 국민의 찬반의사를 조사한 것이다. 의료보험제도의 도입에 대하여 찬성 45.5%, 반대 30.3%, 그리고 중립내지 태도불명이 42%로 나타났다<sup>12)</sup>. 또한 영국식의 의료국영제도에 대하여는 찬성 40.9%, 반대 15.2%로 조사되었다.<sup>13)</sup> 양재모 교수가 의료보험제도에 대한 국민의식조사를 조사 문항에 넣었다는 것은 당시 1948년 이후 꾸준히 학계를 중심으로 의료보험에

---

12) 「사람의 병이란 언제 어떻게 생길지 알 수 없기 때문에 외국 어떤 나라에 사는 보험에 들어서 병이 있건 없건 보험료를 물어 나가다가 병이 안 나면 그 돈은 떼는 것이고, 병이 생기면 그 보험 회사에서 그 입원, 수술, 치료비를 물어주는 제도가 있는데 만일에 우리나라에도 그런게 생긴다면 닥에선 그 보험에 드시겠어요?」라고 질문하였다. (국민의료에 관한 연구 1956)

13) 「영국 같은 나라에서는 병원은 다 나라에서 경영하고, 의사도 다 그 나라에서 봉급을 주고, 국민들은 누구나 무료로 치료를 받는데, 그 만큼 나라에 세금을 좀 많이 바치게 되는 그런 제도에 대하여 닥에서는 어떻게 생각되시는지요?」라고 물었다.(위의 연구)

대한 조사연구가 진행되었다는 것을 의미하며 국민들도 시행 필요성에 대한 의식이 싹트고 있었다고 해석할 수 있다.

양재모는 1955년에 이어 1959년에 제주도민에 대한 상병 및 의료와 도내 의사의 수입에 관한 연구를 수행하였는데 이 연구에서도 의료보험과 영국식 국가의료경영제도(NHS)와 대한 의식조사를 하였다. 양재모 교수가 이와 같이 의료보험에 대하여 관심을 가지게 된 이유는 1950년 보건부 보건과 모자보건계에 근무하고, 1953년을 전후로 박술음 사회부장관의 비서실장을 역임한 것이 계기이다. 그는 보건부와 사회부에 근무한 것이 「사회정책에 관한 식견을 넓히는데 도움이 되었다고 생각 한다」라고 회고한 것으로 미루어 보아 사회부에 근무한 것을 계기로 의료보험제도를 포함한 사회보험제도에 대한 많은 관심을 가진 것이다.<sup>14)</sup> 특히 선배 공무원인 김학묵(후에 보건사회부 차관 역임)과 함께 근무하면서 사회복지에 대한 지식을 얻을 수 있었고 사회복지구현에 대하여 많은 생각을 하게 된 것이 인생에 큰 도움이 되었다고 그는 회고하고 있다(양재모, 2001).

다음 1960년 엄장현의 「의료보험조합 도입에 관련된 제 문제에 관한 견해 및 예비권고」이다. 비록 구체적인 내용은 갖추지 아니었지만 제도 시행의 기초여건을 점검하고 예비적 구상을 전개한 것으로 큰 의의를 갖는다. 이 글은 제 1부에서 의료보험제도에 대한 견해가 그리고 제 2부에는 제도 도입에 관한 예비권고를 실었는데 그는 제 1부의 견해에서 의료보험 실시 가능성에 대하여 언급했다. 즉 1959년도의 우리나라 국민 1인당 국민 총생산액은 87,015원으로 의료보험제도 실시를 위한 기금 각출 능력은 미흡하다는 판단이었다. 그는 우리나라에 의료보험제도를 도입하기 위해서는 전문가로 구성된 연구기관을 설치하여 충분한 조사, 연구를 하도록 하

---

14) 보건사회부는 1955. 2. 17 탄생하였다. 그전에는 보건부(1948. 11. 4 설립)와 사회부가(1949. 7. 25 신설)가 분리되어 설치되었다가 양부를 1955년 통합하여 보건사회부로 발족한 것이다. 따라서 양재모는 보건부(보건국 모자보건계)와 사회부(장관 비서실장)를 모두 근무한 경험이 있다.

고 이 연구 결과에서 비롯된 권고에 따라 하나의 신제도를 탄생시켜야 한다고 주장하였다. 그리고 사회보장제도의 전개방법에서 사회보험이 사회보장제도의 주축이 되도록 하였고 그 다음으로 사회부조 및 복지제도를 보완적 관계로서 병행 실시해야 한다고 주장했으며 의료보험을 상대적 적으로 우선 시행하여야 할 필요성을 강조하였다(의료보험연합회, 1997),

양재모는 1960년 4개월간 WHO, ILO, 스위스, 서독, 영국, 핀란드, 덴마크, 중화민국, 일본, 노웨이 등의 사회보장제도를 시찰하고 「사회보장제도 창시에 관한 건의」를 보건사회부에 1961년 5월 16일 제출하였다. 동 건의서는 엄장현의 「의료보험조합 도입에 관련된 제 문제에 관한 견해 및 예비권고」와는 달리 최초로 의료보험관리조직, 보험요율, 단계별 시행확대, 의료수가 등에 대한 구체적인 시행계획을 제시하였다(의료보험연합회, 1997). 그는 질병보험을 단기보험(일시보험)으로 지칭하면서 다른 사회보험제도에 우선하여 시행할 것을 건의하였다(양재모, 1961). 특기할 것은 세계노동기구(ILO)를 방문하였을 시 세계노동기구 전문가들은 의료보험실시에 두 가지를 권고하였다고 한다. 첫째 일본이 사용하고 있는 점수제 의료수가 보상제도는 가장 비효율적인 제도이므로 절대로 그 제도를 도입하거나 모방하지 말 것, 둘째, 임금생활자가 전체 근로자의 50%선으로 올라가기 전에는 선불리 전국적인 의료보험제도를 시행할 생각은 하지 말라는 것이었다고 한다. 동 건의 중 의료보험에 관련된 내용을 요약 발췌하면 다음과 같다(양재모, 2001).

① 정부는 사회보장심의위원회를 구성하여 우리나라에 세워질 총괄적인 사회보장안의 테두리를 정하고 그 어느 부분을 먼저하고 어느 부분을 뒤로 돌릴 것인가의 순차적 계제를 확정하여야 한다.

② 우선은 질병과 노동재해사고를 위한 사회보험을 광공업생산업체

종업원과 공무원에 대하여 장성 혹은 서울 1-2개 지역에 한하여 시작한다.

③ 가입자는 보험료를 물어야 하며 그 액수는 우선 임금총액의 2.5%로 하고 고용주가 동액, 그리고 정부보조를 동액으로 하여 도합 임금의 7.5%로 운영한다. 대체로 5.05%를 의료급부로, 1.45%를 현금급부로 나머지 1.00%를 운영비, 기타로 배정한다.

④ 사회보장 중에서 가장 무거운 비중을 차지하는 것이 의료보험이오, 의료보험의 성패는 능률적 의료조직여부와 지대한 관계를 가졌다.

⑤ 단일화된 관리를 원칙으로 하고 국민 복지를 향상시키기 위한 효율을 위해서는 여하한 개혁에도 용감하여야 한다.

동 건의는 당시 보건사회부 의정국내에 설치된 「건강보험제도도입을 위한 연구회」에서도 논의가 되었다(최천송, 1991). 건의 내용은 5.16 군사 쿠데타로 시행되지 않았지만 당시 보건사회부 관료들이 의료보험제도를 연구하는데 기초 자료로 사용되었으며 동 내용들이 후일 1963년의 의료보험법의 내용에 큰 영향을 미쳤다. 그는,

한국도 늦으막에서나마 자본재 생산 진전을 해왔고 또 앞으로도 해 나가고 있으므로 사회보장제도 채택은 필수적인 것으로 ... 일찍이 선진 여러 나라들이 각기 위기를 타개할 적에 하던 방법을 본 따, 우리도 국민대중들에게 한국이 지향하는 복지사회의 목표와 구체적이고도 실현성 있는 계제를 제시하고 적극적으로 노력함은 현하 정부가 당면한 초미의 급무로 생각한다(양재모, 1961).

그는 의료보험을 통하여 소득재분배를 실현하는 것으로 생각하고 또 그렇

게 할 수 있다고 판단하였다. 즉 자본주의 시장경쟁체제에서 발생하는 경제적 약자들의 건강 보호를 위하여 의료보험제도의 실시를 주장한 것이다. 그는 그의 「사회보장창시에 관한 건의」에서 다음과 같이 의료보험의 소득재분배 기능을 설명하였다.

또 의료보험의 예를 들어보자. 한국은행 추계에 의하면 1958년도 민간소비지출의 5.0%가 보건 및 의료비로 되어 있으며, 1956년도의 필자 조사에 의하면 서울시민 가구 수입의 7.2%를 의료비(의료 때문에 소요된 교통비와 보약대를 포함)로 지출하고 있으니 적절한 의료보험제도 마련으로 이 재정적 부담을 집결하여 재분배함으로써 우발적인 재정적 손실의 불안을 제거하면서도 국민대중에게 보다 양질의 의료를 균점시킬 수 있는 것이요. 정부로서는 그 제도 개시와 운영, 감독비에 대한 부담만 하면 되는 셈이다(양재모, 1961).

그는 사회보험 운영조직을 특수자율적 조직으로 할 것을 제안하였는데 1963년 의료보험법에서 보험자로 의료보험조합을 설립하는 것으로 결정하는데 영향을 미쳤다. 이렇게 건의한 것은 의료보험시행 초기 보험가입대상이 일부 기업에 국한되고 피보험자수도 많지 않기 때문에 국가가 직접 관장하는 것은 비효율적으로 본 때문이다. 그리고 보험재정에 있어서는 사용자, 피용자 및 정부가 각각 1/3씩 부담하는 것으로 설계할 것을 제안하였는데 이는 국민 복지에 정부의 역할을 크게 요구한 것이었다. 그러나 정부의 부담은 관리운영비에 해당하는 것이었다. 양재모(1961)는 그의 1956년 「국민의료에 관한 연구」 서론에서 양질의 총괄적인 의료를 누구나가 다 접근할 수 있는 알맞은 가격으로 국민대중에게 공여하려는 것이 우리의 목표라고 하였다. 여기서 「누구나 다 접근할 수 있는」이란 국민의 성별,

지역별, 소득계층별 차별 없이 필요한 의료를 제공받게 하여야 한다는 것을 의미한다. 그렇게 하려면 영국식의 국가경영의료제도가거나 독일식 사회보험방식의 의료보험제도의 도입을 전제로 하지 않고는 불가능하다. 다시 말하여 정부가 일반조세에 의하여 소요예산을 확보하던지 또는 개인의 보험료를 강제로 징수한 재원으로 그 비용을 충당하여야 한다는 것을 말한다. 따라서 그는 두 제도 중 하나의 제도를 도입하여야 한다는 생각에서 위의 1956년 및 1959년 조사에서 국민의 국영의료방식과 의료보험에 대한 수용도를 조사한 것이다. 그리고 「알맞은 가격」이라는 의미는 의료서비스의 가격을 누군가 통제하여야 한다는 말이다. 다시 말하여 정부는 의료시장에 개입하여 의료 공급자 및 소비자의 자유로운 계약행위를 제약하여야 한다는 의미이다. 양재모(1961)는 의료는 혜택이 아니라 권리라고 보았다. 그는 ‘국민의료에 대한 개념은 역사적으로 변천되어왔다. 이러한 사조의 변화는 종래 의료를 혜택으로 생각하던 사조가 권리로 변화하게 되었다’.

## 나. 사회보장심의위원회의 활동

사회보장심의위원회는 1962년부터 1963년의 최초 의료보험법안을 기초하고 그 내용은 계속 우리나라의 의료보험제도의 골격을 형성하는데 큰 영향을 미쳤다. 일본도 이와 유사한 기구를 1948년 설치하였는데, 주일연합국최고사령부의 ‘사회보장제도에의 권고’에 따라 1948년 12월 23일 사회보장심의회설치법을 제정하고 동 법에 따라 사회보장심의회를 조직한 사례가 있는데 우리나라에서 이를 주장한 학자들도 이 사례를 참고한 것인지는 확실하지 않다.<sup>15)</sup> 우리나라의 사회보장심의위원회의 설치 구상은 민주

15) 하상락, 8.15해방후 미군정시대, 의료보험(1984.3), 의료보험연합회, 1984: 1946년 2월 27일 주일연합국최고사령부는 각서 755호로 일본의 국민복지 증진을 촉구하기 위하여 1947년 8월 사령부가 미국 본토로부터 사회보장 전문가를 초빙 하여 일본국민에 적절한 사회보장계획수립에 관한

당 집권 시절인 1960년 12월에 열린 전국종합경제회의까지 거슬러 올라간다. 전국종합경제회의는 윤보선 대통령과 장면 국무총리까지 참석한 대규모 경제학술대회였다. 동 회의는 5일 간 개최되었는데 7개 분과로 나누어 토의를 하였으며 고용 및 생활수준 분과인 7분과(최천송, 1991)에서 노동계 대표로 참석한 최천송은 「사회보장제도의 도입을 전제로 동 제도의 모형 도출을 위한 연구심의기구로서 「사회보장제도심의위원회의 설치」를 건의 하고 이 제의는 참석자 만장일치로 분과회의에서 통과되었다. 마지막 날 전체종합회의에서도 모든 근로자의 근로조건개선과 그 보호를 비롯하여 그들의 생활보장책으로서 「사회보장제도 도입을 위한 연구심의를 위하여의 사회보장제도심의위원회 설치안」으로 만장일치로 채택되었다(최천송, 1991). 전국종합경제회의가 정부에 건의한 내용은 다음과 같다.

제반사회정책적시설 - 사회보장제도의 확대강화가 요망되나, 분단과 전제로 인한 요구호대상자가 많은 우리나라에서 여러 가지 어려운 점이 있으므로 우선 제도 도입준비를 위한 사회보장심의회를 설치하여 적절한 대책을 연구하여 그 결과에 따라서 실시하도록 하는 것이 좋을 것이다.

그 외에도 엄장현은 1960년 「의료보험도입에 관련된 문제에 관한 견해 및 예비권고」에서 우리나라에 의료보험제도를 도입하기 위해서는 전문가로 구성된 연구기관을 설치하여 충분한 조사, 연구를 하도록 하고 이를 위하여 영국의 왕립위원단(Royal Commission)이나 부처간위원회(Interdepartmental Committee)처럼 제도화된 조사연구위원단을 설치할

---

조사, 연구 및 권고를 하였다. 그 결과 1948년 7월 13일 일본정부에 미국사회보장제도조사단 보고인 '사회보장제도에의 권고'가 통과되고 이에 따라 일본정부는 동년 12월 23일 사회보장심의회 설치법을 제정하였다.

것을 주장하였다(의료보험연합회, 1997). 민주당 정권 시절 사회보장심의위원회의 설립을 본격적으로 논의한 것은 1961년에 당시 보건사회부장관 김판술과 차관 김학묵이 손창달 연구원으로 하여금 사회보장제도심의위원회규정을 기초하게 한 것이다. 그 해 3월 법제처 심의를 거쳐 각령안(閣令案)이 각의에 회부되었으나 1961년의 군사쿠데타로 무산되었다. 양재모도 1961년 5월 사회보장창시에 관한 건의에서 사회보장심의위원회의 설립을 건의하였다. 최천송(1991)은 1961년 12월 28일자 대한일보 조간에 위원회의 설치를 혁명정부에 환기시키고자 ‘사회보장제도고’라는 제하여 위원회의 설치를 촉구한 바 있다.

군사정권은 1963년 말 민정이양을 앞두고 사회보장제도의 도입을 국민에게 약속하고 산업재해보상보험법과 의료보험법의 기초를 담당할 기구로서 사회보장제도심의위원회를 설립하였다. 정희섭 보건사회부장관은 1962년 2월 위원회가 설치되기에 앞서 전문위원을 임명한 것으로 보아 당시 군사정권은 사회보장제도의 시행을 서둘렀다. 이는 1963년 말 민정이양이라는 정치일정에 맞추어 사회보장제도를 국민에게 제시하기위한 것이었다. 1962년 3월 20일 각령(閣令) 제 469호로 「사회보장제도심의위원회규정」이 제정되고 동 규정에 의하여 사회보장제도심의위원회가 탄생하였다. 이 규정에 따라 1962년 2월 초대 위원장으로 한국진 보건사회부 차관, 부위원장으로 강봉수 기획조정관이 임명되었다.<sup>16)</sup> 위원회는 사회보장에 관한 법률이 제정됨에 따라 각령에 근거를 두었던 것을 법률에 근거한 위원회로 격상되면서 명칭을 사회보장심의위원회로 변경하였다.

사회보장심의위원회는 사회보장제도 근간을 마련하는 것으로 최초로 설치되었다는 점에서 역사적 의미가 있으나 사회보장제도가 사회복지정책

---

16) 사회보장제도심의위원회는 위원장과 부위원장 외 4 명의 전문위원(조만제, 심강섭, 한상무, 최천송)과 4명의 전문위원보조(남상복, 민부기, 박필재, 강남희) 등 10 명으로 구성하였다. 그리고 사무실은 삼청동 소재 사회사업지도자훈련원에 두었다(최천송, 1991).

만이 아닌 경제, 사회정책과 긴밀하게 연관된다는 점에서 보건사회부 보다는 범정부적인 차원의 기구로 만들어져야 했을 것으로 보인다. 이와 같이 보건사회부 소속으로 설립한 것은 정부 내에 사회보장제도 대한 인식이 활발하지 못하였기 때문인 것으로 보인다. 당시 보건사회부가 사회복지를 총괄하면서 노동업무까지 관장하는 부서였지만 의료보험, 연금보험, 고용보험, 공적부조 등의 사회보장정책은 국가경제에 미치는 영향이 크므로 내각 수반의 직속으로 설치하여야 했을 것으로 판단된다. 양재모(1961)도 그의 사회보장창시에 관한 건의에서 ‘여사한 사업들은 총괄적이고도 통일된 설계 하에 추진되어야 하므로 보건사회부의 어는 한 국이나 과 단독으로 책정될 것이 아니고 보건사회부 각국과(各局課)는 물론이요, 상공부, 문교부, 내무부, 부흥부, 재무부, 입법부 및 학계 대표들을 망라한 사회보장심의회의 심의를 거쳐서 정해질 사회보장 10개년연차계획안 혹은 5개년연차계획안의 일부로 되어야 할 것이다.’ 라고 주장하였다. 최천송도 종합경제회의에서 위원회를 국무총리 직속으로 설치한 것을 건의한 바 있다.

사회보장심의위원회는 대통령령인 사회보장심의위원회규정 제 4조에 위원회의 심의내용 중 「1. 의료급여에 관한 사항」을 두어 의료보험제도의 도입에 관한 연구가 검토되기에 이르렀다. 사회보장제도심의위원회에는 종합반(조만제, 남상복), 노동반(후에 산재보험반으로 명칭변경, 심강섭, 민부기), 공적부조반(한상무, 박필재) 및 의료보험반(최천송, 강남희) 등 4개 반을 두었는데 최천송이 의료보험반을 맡았다(최천송, 1991). 의료보험반은 1962년 3월부터 의료보험제도 연구에 착수하였으나 법제화 작업은 혁명정부의 입법의지가 공식 표명된 1962년 후반부터 본격적으로 추진하였다. 의료보험반의 연구 인원은 후에 5인으로 증원되었다.

사회보장심의위원회는 의료보험법의 제정을 위한 기초 자료를 얻기 위

하여 국민건강조사를 실시하였는데 이는 우리나라에서 정부가 시행한 최초의 건강조사라는 데 의의가 크다. 동 조사는 1962년, 1965년, 1966년 및 1971년까지 4차에 걸쳐 실시하였다. 동 조사는 국민의료비 부담능력을 위주로 생활상황과 건강현실을 파악평가하기 위한 것이었다. 1962년 조사결과 의료기관 이용방법을 보면, 약국 이용율이 56.1%로 가장 높고 병의원 이용율(치과, 한의 등 포함)은 41.4%로 조사되었다(최천송, 1991).

#### 다. 사회보장심의위원회의 복지이념

1963년 12월 의료보험법의 제정은 지금까지 제도의 도입을 주장하였던 학자 및 전문가 및 「건강보험제도도입을 위한 연구회」의 연구결과를 기초로 하여 사회보장심의위원회가 주도하여 기초하였다. 그러면 그들이 사회보장의 불모지이며 전혀 사회보장에 대한 이해가 없는 상태에서 의료보험의 도입을 주장하고 사회보장의 필요성을 강조한 이념과 철학은 무엇인가를 사회보장심의위원으로 1963년의 의료보험법안을 기초하였던 최천송의 기록을 통하여 규명하고자 한다.

그는 스스로를 조소앙의 삼균주의(三均主義)<sup>17)</sup>에 공명하고 후에 한국독립당에 입당하였다고 한다. 한국독립당에 의하여 당강으로 채택된 삼균주의의 요점은 ‘사람과 사람 간’, ‘민족과 민족 간’, ‘나라와 나라 간’ 균등하여야 한다는 것이다. 사람과 사람 간 균등(人與人均等)하여야 한다는 것은 정치적, 경제적, 교육적 평등을 이상적인 목표로 한다. 특히 경제적 평등은 토지를 국유화하고 대생산기관(大生産機關)의 국영화를 주장한다. 삼균주

17) 조소앙의 삼균주의가 최초로 표현된 것은 1918년 12월 중국의 吉林省에서 대한독립의군부가 서명·발표한 독립선언서이며 조소앙이 기초하였다. 이는 해방 후 한국독립당의 당강 및 당책으로 채택되었다. 또한 조소앙이 창당한 사회당의 기본이념으로 계승되었다(권영건(1985), 조소앙의 삼균주의론: 140 - 161).

의를 계승한 한국독립당 당의연구방법은 '개인을 출발점으로 하여 균등하게 생산, 분배, 소비 등 권리를 부여하며'라고 하여 기회의 평등뿐만 아니라 결과의 평등을 주장하는 것이 특색이다(권영건, 1985).

최천송은 파리대학 사회학과에 수학하면서 사회보장제도에 관심을 갖고 1955년도부터 국내 일간지 및 잡지에 유럽의 사회보장제도를 소개하였다. 1955년 산우지(産友紙)<sup>18)</sup> 송년호의 기고에서 그는 「사회안전보장」에 관하여,

불국(프랑스)의 사회보장제도에 처음 접하여 보고 가난을 정치적, 경제적인 구호로서가 아니라 사회제도로써 극복하고 있다는데 감동되어 조국에 소개하려고 준비하였다.... 생활의 안전은 의식주라는 경제적 생활에 근거한다. 따라서 이를 확보·공급하기 위해서는 모든 것을 대상으로 지불한 것도 옛날 자기 개인이 생명을 담보하고 다른 개인을 해친 것이나 지금 국가라는 한 집단이 자국이 여망을 걸고 다른 집단과 전쟁하는 것이나 그 질에 있어서는 동일한 것이다.....

라고 하였다. 그는 정부가 국민의 생활을 보장하는 것을 전쟁에 대비하는 정도의 노력을 기울여야 하는 것으로 보았다. 그리고 1955년 산우지 초추호(初秋号)에서 영국, 스위스, 서독, 이태리, 프랑스의 사회보장제도를 소개하였다. 사회보장제도의 불모지인 우리나라에 제도의 시행을 위한 최천송의 노력과 활동은 높게 평가하여야 할 것이다.

한편 사회보장심의위원회에서 기초한 의료보험법안을 보면 의료보험의 적용을 500인 이상 기업을 강제 적용하도록 하고(법안 제 8조), 의료인의 진료의무를 부과하는(법안 제 43조)규정을 두어 사회보험방식의 의료보

---

18) 산우지는 그 당시 산업은행이 사내 기관지로 발행한 것이다.

험제도의 도입을 구상한 것이었다. 당시 의료보험법안의 기초는 의료보험반이 주도하였지만 그 작업결과가 전체회의에 부의되어 최종안으로 다듬어졌다는 면에서 최천송의 복지에 대한 철학 및 이념은 그 당시 사회보장심의회위원회 위원 강에 공유된 것이라고 할 수 있다. 또한 동 법안의 초안대로 보건사회부에서 정부안으로 국가재건최고회의에 상정하였다.

그러나 강제 의료보험제도가 시행되지 않은 이유는 일부 학자 및 전문가 그리고 복지관료 들에 국한된 연구로 끝나고 노동계, 기업계 및 정치계에 확산되지 못하였기 때문이다. 다만 학구적이고 분석적인 정열로 끝났던 것이지 이러한 이데올로기가 사회전반에 널리 확산되지 않았기 때문이다. 1960년대 군사정권하에서 강제의료보험을 시행하지 못한 이유에 대하여는 별도의 장에서 논의하겠다.

#### 4. 의료계의 의료보험 시행 주장

진료비를 가입자와 사용자의 보험료로 조성된 보험재정에서 지급하는 의료보험제도는 일반 국민, 정부지도자, 노동조합 등에게는 환영받는 제도이다. 정부는 복지국가를 실현한다는 명분으로 정부의 역할을 강화하거나 정치지도자는 국민에 대한 너그러움을 과시하는 수단으로 의료보험제도를 이용하여왔다. 사업주들은 근로자와 그들의 가족들의 건강이 생산성을 높일 수 있다는 점에서 의료보험제도를 선호한다. 그런데 의사의 관점에서 보면 제 3자에 의한 의료시장에의 개입이 없었던 시대에는 의사와 환자가 직접적인 관계를 맺고 의사는 환자의 요구에 따라 의료를 제공하고 치료비는 환자의 지불능력에 따라 조정되었다. 그러나 의료보험제도는 보험에서 제공하는 의료급여의 범위, 수준, 제공 가격 등을 정부가 통제한다는 점에서 의료인들로서는 환영할 만한 제도가 아니다(Starr, 1982). 본 장에서는

이러한 의료보험제도의 시행에 관하여 선진제국의 의료계는 어떻게 대응했는지를 고찰하고 1960년대에 우리나라 의료계가 의료보험도입에 어떠한 입장을 가지고 대응하였는가를 고찰하고자 한다.

## 가. 의료보험에 대한 선진국 의료계의 대응

의료보험을 일찍이 시행한 선진국의 의료계는 정부 주도형의 의료보장제도 - 특히 강제의료보험에 대해 강한 저항을 보였다. 의료보험의 제도개편 또는 대상 확대가 있을 때마다 크게 반발하여 왔다. 그 이유는 의료계 특유의 생리로서 전문적인 직업인으로 사회의 존경과 신망을 받고 직업을 하나의 성역으로 생각하는 경향이 있으며, 또한 의료보험의 실시가 자유로운 직업에 대한 간섭인 동시에 치료비를 제도나 규정에 의해 일정하게 고정시켜 두기 때문에 보험진료는 자연적으로 제한 진료인 것이 당연하여 충분한 진료가 이루어 질 수 없을 뿐만 아니라 의사의 자유로운 연구와 창의를 제한한다는 이유로 의료계는 반대하여 왔다. 또한 의료보험이 실시될 경우 병원은 정부 또는 보험의료기관(국영인 경우)에 대해 정기적으로 일정한 서식에 의한 보고의무가 부과되므로 귀찮게 생각하고 보험환자에 대한 치료는 박리다매로 생각하는 경향이 있다<sup>19)</sup>.

비스마르크 정부가 1883년 질병보험제도를 도입하기 이전에도 자생적으로 발달한 상호공제조합(mutual benefits societies)이 있었다. 질병금고는 회원들로부터 기여금을 징수하여 회원들이 병이 나면 상병수당에 해당하는 현금급여를 주었다. 사회보장제도가 없던 시기에 병이 나면 바로 소득의 상실은 물론 소득원이 직업의 상실을 뜻하였기 때문에 질병수당에 의한 소득보전이 주 목적이었다. 또한 의학기술이 오늘날과 같이 발전하지

19) 신수식, 의협신보, 1975년 2월 24일

않았기 때문에 진료비는 비싸지 않았다. 질병금고는 병이 났을 때 계약의 사에게 그 사실을 확인하여 상병수당만 제공하면 되었다.<sup>20)</sup> 따라서 비스마르크의 질병제도는 이러한 질병금고의 운영방식을 법제한 것으로 의사들의 이해관계는 그렇게 크지 않았기 때문에 시행에 있어서 의사들의 강력한 반대가 없었던 것이다(이규식, 2002). 그러나 질병보험이 확대되자 대도시 및 산업지역에서는 질병보험과 관련된 의사집단이 거의 의료수요를 독점하여 질병보험에서 제외된 대다수의 의사의 경제적 생존을 위태롭게 하기에 이르렀다. 그중에서도 특히 환자의 의사선택의 자유가 제한되었다는 것 그리고 조합관료의 폭거가 특히 비판되었다. 이와 같이 의사집단의 이해가 존중되지 않는 것을 계기로 의료직업인들의 견해를 표명할 조직인 하르트만분트(Hartmannbunt)가 결성되었다. 의사집단의 보이콧, 파업 등의 투쟁의 결과 1913년 하르트문트는 질병보험조합중앙연합회와 이른바 베를린 협정을 체결하여 의사와의 단체계약의 원칙을 관철하였다(Ritter, 1983).

의학기술이 크게 발전하기 이전에는 상병수당 지급을 주된 급여 내용으로 하는 독일식 의료보험제도가 유럽각국 및 중남미 제국으로 확산될 수 있었다. 그러나 2차 세계대전을 전후하여 의학기술의 발전에 따라 치료기술이 다양하고 고가가 됨에 따라 의료보험의 시행은 의사단체의 강력한 저항에 부딪친다. 영국의 경우에도 1948년에 도입한 국민보건서비스(NHS)도 도입 구상에서부터 시행까지 강력한 의사들의 반대가 있었다.<sup>21)</sup> 1944년 연합정부(보수, 노동, 자유)는 전 국민에게 강제적인 ‘보험’을 요구하는

20) 이규식(2002)은 독일 질병보험에서 지급한 상병수당의 비중을 1960년 이후의 자료를 이용하여 역 추정을 하였다. 전체급여에서 차지하는 상병수당의 비중이 1960년 28.4%, 1970년 9.5%, 1980년 7.3%, 1981년 6.1%로 감소하고 있는 것을 토대로 1880년대에는 상병수당이 보험급여의 대부분을 차지하고 있다고 추정하였다(이규식 2002, 의료보장과 의료체계, p. 78).

21) 영국은 1911년 제정한 국민보험법에 의하여 1912년부터 의료보험을 실시하였다. 그러나 1912년의 의료보험은 국민의 일부만을(14세 이상 인구의 약 50%) 그 적용대상으로 하였으며 전문의의 진료나 입원진료를 제외하는 등 의료급여도 제한적이었다. 따라서 의료보장제도로서의 제 구실을 하지 못하였다(오근식 1992, 국민의료보장론, p. 209).

백서를 발간하였는데 이에 대하여 의료계는 39%만이 찬성한 것으로 나타났다. 이와 같이 NHS를 흔쾌하게 받아들이지 못한 것은 정부의 과도한 통제로 인한 진료의 자유를 상실하는 것에 대한 두려움 때문이었다. 영국정부는 의료계의 불안을 불식시키기 위하여 제도의 내용을 자비부담환자 진료, 인두제 방식 등 의료계의 의견을 반영하였으나 NHS법안이 마련되자 1946년 3월에 실시된 의사들에 대한 여론조사 결과 89.6%가 반대의사를 보였고 심지어 56.6%의 의사들은 진료활동을 포기하겠다고 하였다. 그러나 1948년 7월 영국은 NHS제도를 실행에 옮겼다(Ritter, 1983).

미국도 의료계의 반대로 시행을 하지 못 하였다. 1920년대에 연방정부가 의료보험제도 도입을 하려 하였을 때 미국의 의사협회는 ‘의료보험이 시행되면 진료행위가 공중보건에 종속되고 집단진료행위(group practice)가 촉진되고 행위별 수가제가 봉급제나 인두제로 지불방법이 변화할 것이라는 의구심을 갖고 의사들은 공공보건보존연맹(league for the Conservation of Public health)을 결성하여 조직적으로 반대하였다(Starr, 1994). 또한 「강제사회보험이란 무엇인가?」라는 팸플릿에서 ‘그것은 독일 황제가 세계를 정복하기 위해 구상을 시작했던 바로 그 해 독일에서 고안된, 독일황제에 의해 선포된 위험한 발명품이다.’ 혹은 ‘강제의료보험을 과격주의’라고 비난하면서 불세비즘과 연관시켜 반공산주의의 구호로 매도하였다.

## 나. 의료보험제도 시행 촉구

우리나라 의료계는 1960년대 초부터 1960년대 중반까지 정부에 대하여 의료보험제도의 실시를 끊임없이 촉구할 정도로 선진국 의료계와는 달리 사회보장제도의 시행을 선도하였다. 특히 1962년 헌법 개정 시 사회보장권리를 헌법에 명문화할 것을 요구할 정도로 사회보장제도에 대한 관심

이 컸다. 이때는 구체적인 시행방법은 제시하지 않았지만 1960년대 후반부터 정부가 강제의료보험제도로 바꾸려고 할 때 의료계는 보험관리조직, 의료수가지불방법, 보험운영에의 의료인의 참여 주장 등에 대한 의견을 제시하기 시작하였다. 여기서는 의료계의 의료보험제도 시행과 그 구체적인 대안을 제시한 내용을 그 당시 서울시의사회, 대한의학협회가 발간한 의사신문과 의협신문의 기사를 통하여 분석하고 의료계가 시행을 적극 주장한 배경과 이유 등을 분석하고자 한다.

당시 서울시의사회 발행 의사신문은 당시 보건사회부 의정국장인 이용승(李溶昇)이 「보사부의 새해살림살이」 제하에 「신생 제2공화국의 새 살림살이 ... 첫째로, 금년도에는 기필코 의료보장제도의 기초를 확립하여야겠다. ... 위선 의료보장내지 건강보험제도 수립을 위하여 박차를 가하고 있는 바이다.」 라고 발표한데(의사신문, 1961.1.8) 대하여 의사신문을 통하여 다음과 같은 논평을 하였다.

오랫동안 논의되어 오던 건강보험제도가 우리나라에서도 금년부터는 소규모로나마 곧 착수될 것 같다. 이미 선진국에서는 관영 민영의 형식으로 거의 완전하게 가까울 만큼 잘 운용되고 있어서 의료의 혜택이 어떤 특정인에게 국한되지 않고 인간이면 누구에게나 그리고 치료비가 있건 없건 간에 언제든지 수혜 될 수 있게 되어 있으나 우리나라에서는 아직 그 제도를 실시하지 못하고 있었고 다만 유토피아로 꿈같이 그리워만해왔었던 것이다.

그리고 의사신문 1961.3.13자 사설에서 ‘시급한 사회보장제도의 실현 - 뚜렷한 사회정책을 세워라’라고 촉구하면서, ‘국가재정의 빈곤과 궁색으로 가장 기초적인 건강보험에 대한 설계조차 할 기력마저 없다는 것은 실로

개탄 할 일이다.’라고 하면서 정부를 비판하였다.

당시 1960년 대 초 특기할 만한 것은 대한의학협회는 헌법에 국민의 기본권 조항에 사회보장에 관한 조문을 추가해야 한다고 건의한 사실이다. 1962년 4월 24일 시민회관 대강당에서 개최된 헌법심의 공청회에서 당시 대한의학협회 김두중 회장은 헌법의 기본권 조항에 사회보장제도에 관한 조항을 추가할 것을 다음과 같이 제의하였다.

모든 국민은 건강하며 문화적 최저한도의생활을 할 권리를 갖는다. 국가는 모든 생활부면에 있어서 사회복지 사회보장과 공중위생의 향상과 증진을 위하여 노력하지 않으면 안 된다.

라고 하였다. 이와 같은 건의는 대한의학협회 상임이사회에서 정리한 것으로 당시 의료계의 사회보장제도에 대한 열정을 보여주는 것이었다.<sup>22)</sup> 의사신문은 사실로

다만 사회보장제도의 명문화를 주장한바 있었으나 좀더 대승적인 처지에서...사회보장제도는 전 국민보건에 크게 영향이 미치니 만큼 그 귀추가 크게 주목되는 바이다.<sup>23)</sup>

의료계는 1965년 과제로 「의료보험제도의 시행위해 사회보장 시범사업 실시 필요」를 주장하였으며<sup>24)</sup>, 동일 자 같은 날 의사신문 신년사에서 윤유선 대한병원협회장은 「국민의 건강보험제도 실현을」 제하로

---

22) 대한의학협회 제 23차 이사회에서 결정한 사항이다.

23) 의사신문 1961.8.30, 91호로 김사달(金思達)의 논설로 게재하였다.

24) 의사신문 1965.1.1, 225호 ‘이것이 올해의 과제’

그러나 원래 국민소득이 빈약한 현실경제여건에서 수혜자부담원칙만으로서 균형을 취할 수 없는 현실에 입각할 때 이 문제는 국가적으로 다루어져야 할 문제다. 이러한 점을 감안하여 사회보장제도의 일환으로 점차적이거나 국민의 건강보험제도의 실현이 시급히 요망되는 바입니다.

라고 하였다. 당시에는 우리나라 의료계도 일본의 보험에 대하여 상당한 인식을 하고 있을 때로 일본에서는 1960년부터 후생성과 일본의학협회는 보험의에 대한 보수, 급여 제한 등에 관하여 상당한 갈등이 있었다. 일본 의사회는 요구가 받아들여지지 않자 일본 의사회 및 치과의사회가 1961년 2월 19일 전면 파업에 돌입하였다. 의사의 약 80%가 휴진에 돌입할 정도로 정부관장 의료보험에 대한 불만이 컸던 것이다. 이를 의사신문에서는 대서 특필하여 의료보험제도가 의료계에 미치는 영향을 상당히 인식하고 있을 때이다. 이는 의료계에서도 의료보험에 대한 경각심을 가졌다는 것으로 이해할 수 있다. 미국이나 일본의 의료상황을 잘 알고 있는 상황에서 우리나라 의료계가 주도적으로 제도의 시행을 주장한 배경은 다음과 같이 분석할 수 있다.

첫째, 그 동안 의료보험제도의 도입주장이 의사에 의하여 주도 되었던 점이다. 먼저 예방의학을 전공한 연세의대의 양재모교수가 1956년 및 1959년 조사에서 의료보험에 대한 국민의식조사를 시행한데 이어 의료보험, 산재보험을 주축으로 하는 사회보장창시에 관한 건의를 하였다. 또한 보건사회부에서도 의료보험제도 도입을 위한 연구모임인 「건강보험제도 도입을 위한 연구회」도 위 양재모교수가 참여하였으며 이를 주도한 주무국(局)도 사회복지정책을 담당하는 사회국 또는 노동국이 아닌 의정국에서 주도한 사실이다. 당시 의정국장은 의사로서 보임되었으며 이들은 의료계

와 상당한 의견교환이 있었을 것으로 보인다. 후에 대한협회장으로서 의료보험제도의 도입을 주장한 윤유선 회장도 의정국장을 역임하였다. 그런데 선진국에서는 의료보험제도의 도입을 주도한 집단이 독일이나 영국은 당시 재상인 비스마르크, 로이드 조지와 같은 정치인이었다. 미국에서는 사회개혁가에 의하여 의료보험제도의 도입이 주장되었다. 이런 점에서 같은 의료인이 주장을 하였기 때문에 심정적으로 동의를 할 수 밖에 없지 않았겠는가를 알 수 있다. 당시 한 개업의가 「사회보장제 실현을 촉구한다. 특히 국민건강의료보험을 중심으로」라는 제하의 의사신문에의 기고를 보면 당시 의료계가 의료보험시행에 대한 인식이 어떤가를 잘 말하여 준다.<sup>25)</sup>

인간은 재력과 권력에 구애됨이 없이 병에 있어서는 같은 고통을 받는다. 따라서 치료도 누구나 평등하게 받을 권리가 있다. 즉 인권평등의 정치사상이 돈 문제보다 앞서야 될 줄 믿는다. 이러한 선각된 사상이 정계에 썩이 트고 박애와 인도주의에 입각한 우리 의료인이 이의실현의 긴급성을 고취한다면 사회보장제도의 조속한 실현을 바랄 수 있을 것을 확신한다. 영국의....우리의료인들 앞에는 산적된 문제들이 너무 많다. 그러나 국가적 견지에서 국민생활의 안정을 위하여 의료가 공헌하는 지대성을 생각할 때 오늘의 세계사적 조류가 국민의 생활권에 대한 최소한 보장이 국가 책임 하에 이루어 지고 있다는 사실을 부인 못할 진대 사회의 안정과 국민의 생존에 기여하는 의료의 구사자로서 의료인은 사회보장제도의 조속한 실현을 위해서 주요한 일익을 분담할 적극적 자세와 능동적 태도가 절실히 요청된다고 보겠다.

둘째, 국민의 의료실태를 누구보다 임상경험을 통하여 잘 알고 있었기

---

25) 최경훈(장충소아과의원장), 서울시의사회, 의사신문, 1966년 4월 28일 제 361호

때문에 의료문제에 민감하였던 것이다. 사회보장심의위원회가 1966년 10월 1일부터 30일까지의 「도시와 농촌 상별실태조사」<sup>26)</sup>는 ‘병이 나도 병원에 가지 못하는 사람이 발병자의 48.9%이며 더욱이 농촌은 98.7%였다. 그나마도 병원에 가는 사람은 ‘원이나 없게’라는 최후수단으로 가는 것이었다. 국민의 의료이용실태는 비참할 정도였다(의사신문, 1967.11.30)

셋째, 의료보험제도의 도입으로 잠재된 의료수요가 현재화하여 의료인의 수입도 증대할 것이라는 생각이었다. 1950년대 및 1960년대는 국민경제가 너무나 열악하여 병이 나더라도 병원에 가지 않고 치료를 포기하거나 치료를 하더라도 약국으로 수요가 집중된 것이다. 1960년대만 하여도 의료행태는 아프면 참다가 약국에 가거나 한약방이나 기타의 방법을 모색한다. 그러다가 다 죽게 되면 원이나 없게 하려고 병원을 찾는 것이 국민의 의료실태였다. 1966년 사회보장심의위원회가 조사한 건강조사 결과 의료이용실태를 보면 양약국 이용 63.4%, 병의원 27.7%, 한의원 6.8%로 약국이용이 압도적 이었다(의협신보, 1967.11.20).

유승흠(1978)은 의료보험이 시행되면 의료수요가 전체적으로 증가할 것이고 의사들의 소득도 증가할 것이라고 분석하였다. 그는 의료보험이 도입된 후 2-3년간은 의료이용이 눈에 띄게 늘어나고 그 이후는 다소 감소하다가 보험 도입 전 보다는 어느 정도 증가된 상태에서 머무를 것이라고 보았다. 그는 1948년 영국이 NHS를 도입 전후의 의료이용율을 예를 들어 65세 이상에서 남녀 각각 13.2%, 18.5%가 증가하였다고 분석하였다. 그리고 비의료적 치료가 의료로 전환될 것이라고 보았다. 이로 인하여 의사의 수입은 현재에 비하여 증가할 것인데 그 이유는 보험제도의 시행 이전에 약국이나 한약방을 이용했던 사람 또는 참고 견디던 사람들이 보험환자로

---

26) 사회보장심의위원회는 의료보험도입을 위한 기초자료의 수집을 위하여 1962년, 1965년에 이어 1966년 ‘상병실태조사’를 시행하였다. 1966년 조사는 서울, 광주, 전남 담양에서 1,200가구를 대상으로 조사하였다.

전환되기 때문이라고 분석하였다(양재모, 유승흠, 김영기, 1978). 실제 독일이 질병보험을 실시하고 조합이 치료하는 의사 1인당 의사에게 지불하는 비용은 1887년에서 1909년 사이에 매년 786마르크에서 2,777마르크로 상승하였다(Ritter, 2005). 미국의 경우에도 1929년의 대공황으로 국민소득이 줄어 들에 따라 국민의료이용과 지불능력의 감소는 의사수입의 감소를 초래하고<sup>27)</sup> 병원의 병상도 텅 비었고 청구서는 체불되었다. 이러한 상황에서 일부 의사들은 정부개입에 의한 문제의 해결책으로 의료보험의 도입을 기꺼이 생각했다. 1935년 캘리포니아 의사협회는 투표로서 강제의료보험을 채택할 것을 가결하였다. 이들은 의료보험은 의사서비스를 이용하도록 자극하고 환자들이 의료비를 지불하는 것을 도울 것으로 기대하였기 때문이다(Starr, 1982).

넷째, 당시 언론은 돈이 없다는 이유로 진료를 거부한 의사나 병원을 비난하며 인술 부재를 통탄하는 보도를 자주 실었다. 이는 국민들의 의료계에 대한 반감이 컸었던 것을 의미하는데 결국 의료계로서는 국민들이 의료비를 부담할 수 있는 제도를 마련하여야 하는데 그 대안이 의료보험제도라는 것이다. 특히 1970년대 말까지 정부는 무의지역을 해소하지 못하고 있었는데 의료계는 그 원인을 농촌지역의 낮은 의료수요도 하나의 원인인 것으로 보고 이를 해결하는 수단으로 의료보험의 시행을 통하여 해결하고자 한 것이다.<sup>28)</sup>

---

27) Starr P., The Social Transformation of American Medicine, 이종찬 역, 1982, p.62 - 65, 당시 연구에 따르면 캘리포니아에서 의사의 평균 순수입은 1929년에 6,700달러에서 1933년 3,600달러로 떨어졌다. 약 47%가 감소한 것이다.

28) 1967.8.31자 의사신문(500호)은 「무의촌해소는 가능한가」라는 기획 기사를 통하여 무의지역해소는 원활한 의료보험제의 실시를 눈을 돌려 해결하여야 할 때라고 주장하고 있다.

## 5. 군사정권과 임의의료보험의 시행

### 가. 사회보험제도의 도입 배경

5.16 군사쿠데타에 의하여 집권한 군사정권은 집권 초기에는 사회보험 제도의 시행에 대한 의욕이 없었다. 국가재건최고회의 관계자의 발언을 보면 알 수 있다. 국가재건최고회의의 손창규 문교사회위원장은 「국가재건을 위한 전제와 사회문화정책의 방향」에서 사회복지정책은 산업화 추진이라는 대전제에 상치되지 않는 범위 내에서 추진되어야 하는 것으로 보았다.

한국과 같이 극도의 빈곤, 무수한 실업, 사회적인 불만과 불안 등이 팽창하고 있는 곳에서는 ..... 산업화를 통한 근대화가 추진되어야 한다. 따라서 보건사회정책의 목표는 산업화 추진이라는 대전제에 상치되지 않는 범위 내에서 추진되어야 한다는 것이다(권문일, 1989).

그런데 1962년으로 들어서자 군사정권은 사회보장제도에 대하여 관심을 나타내기 시작하였다. 1962년 박정희 대통령의 시정연설에서 ‘부조와 보험을 근간으로 하는 사회보장제도수립의 기틀을 마련하여 복지사회를 건설(권문일, 1989)’한다고 약속하였다. 보건사회부 강봉수 기획조정관이 1월 17일 브리핑을 통하여 보건사회부 10대 목표 중 제 9항에 ‘사회보장제도의 기초를 확립하여 복지사회 건설을 지향한다고 하였다. 그리고 그해 3월 20일 사회보장제도심의위원회의가 설립되기도 전인 2월에 위원들을 먼저 임명하는 등 사회보장제도의 도입을 서두르게 된다.

1962년 7월 28일 박정희 의장은 내각수반에게 「사회보장제도 확립」이란 지시각서를 통하여 의료보험제도의 시행가능성을 밝혔다. 그 내용은 다음과 같다(국가재건최고회의 문사 제 683호).

국민소득을 증가시키고 실업, 질병, 노령 등의 생활위험으로부터 국민을 보호하여 복지국가를 조속히 이룩함은 우리의 궁극적 목표,, 이미 생활보호법을 공포하여 요구호자에 대한 부조를 실시하고 있지만 국민, 기업주, 정부가 함께 참여하여 연대적으로 국민생활을 보장하는 항구적인 사회보험제도가 중요한 부분인 사회보험 중에서 그 실시가 비교적 용이한 보험을 선택하여 착수하고 시범사업을 통하여 우리나라에 적합한 제도를 연구 발전시켜 종합적인 사회보장제도를 확립토록 지도할 것....

박정희 대통령은 1963년 시정연설을 통하여 「구호선에서만 그쳤던 복지국가 건설을 강력한 실천력으로써 구현... 의료보험과 재해보험제도를 발족...」한다고 언급하였다. 이어서 정희섭 보건사회부장관은 대한의사협회의 서면질의에 대하여 전반적인 사회보장제도의 실현은 국민의 경제력의 증진과 관련되므로 당장 실시한다는 것은 곤란 시되나... 1963년 7월 1일부터 시행하겠다고 답변하였다. 이와 같이 의료보험제도의 시행을 결정하게 된 그 배경을 정치, 경제, 사회적 상황을 통하여 규명해 보고자한다.

그러면 의료보험제도나 산재보상보험과 같은 사회보장제도에 대한 국민적 관심도 없는 사회적·정치적 상황에서 적극적으로 시행하려 한 것은 무엇인가. 그 이유 및 배경에 대하여 학자에 따라 설명이 다르다. 군사정권이 정통성의 위기를 극복하고 계속 집권하기 위한 수단으로 활용하였다거나(권문일, 1989), 정권의 정통성과 지지기반의 확보를 위한 것이었다고 한다(이규식, 2002, 전광석, 2005). 이러한 주장에는 다음과 같은 논거가 있

다.

첫째, 사회보장심의위원회는 우리나라 국민의 의료비지출능력으로는 전면적인 의료보험의 시행은 시기상조이고 의료보험의 전면적인 시행은 불가능하다고 건의 하였는데도 불구하고 국가재건최고회의의 일부 위원이 사회보장입법을 강력히 주장한 것이다. 이는 사회정의를 실현한다는데 명분을 가지고 시행한 것이다(김도영, 1982). 당시 의료보험법안의 기초를 하였던 최천송(1991)도 의료보험법안을 초안하기 위한 작업이 진행 될수록 시행의 어려움이 드러났다고 술회하고 있다. 그렇기 때문에 사회보험제도의 시행이 정권의 정당성을 확보하기 위한 수단이었다는 것이 설득력을 갖고 있는 것이다.

둘째, 1961년 8월 박정희 국가재건최고회의 의장은 2년 이내에 군정을 종식하고 민정으로 이양한다는 약속을 하였으나 진심이 아니었다는 것이다. 따라서 민정이양 시 계속 집권에 자신이 없었기 때문에 국민의 지지를 얻기 위한 수단으로 사용하였다는 것이다. 따라서 군사정권은 1963년 10월의 대통령 선거와 11월의 총선거에서 승리하기 위하여 국민의 지지를 이끌어 내는 수단으로 산재보험과 의료보험과 같은 사회보험제도의 시행을 계획하였다고 보아야 한다는 것이다.

그러나 사회보험제도의 시행을 약속한 것이 박정희 군사정권이 쿠데타라는 비합법적인 방법으로 정권을 탈취한 점에서 취약성을 극복하려는 수단이라고 설명한다면(남찬섭, 1998), 그 당시 군사정권이 시행한 모든 정치, 경제, 사회정책 모두가 정권의 정당성을 확보하기 위한 것이었다는 주장이 될 수 있다. 이런 점에서 사회보험제도의 시행을 정통성 위기를 극복하는 시각에서 보는 것은 지나치다고 볼 수 있다.

따라서 군사정권이 사회보험제도의 시행에 역점을 둔 이유는 다음과 같이 보아야 한다.

먼저 보건사회부의 의료보험 시행의지가 집권층에 전달되어 공감을 가지고 있었다고 보아야 한다. 이미 1959년부터 보건사회부는 건강보험도입을 위한 연구모임을 가지고 학자들의 견해를 수렴하고 있었을 뿐만 아니라 군사정권이 들어서자 착수한 제1차 경제개발5개년 계획(1962 - 1966)기간 중 초년도인 1962년 시행 목표로 의료보험제도의 실시를 반영하려고 있었던 것이다(의사신문, 1961.9.1). 비록 계획에 반영은 되지 않았어도 계획 수립과정에서 상당한 논의가 있었고 도입 여부에 대하여도 검토가 있었을 것으로 보아야 한다. 이렇게 사회보장 시행 노력과 건의가 보건사회부를 통하여 군부집권층에 전달된 것이 사회보장제도의 시행을 촉구한 것이라고 보아야 한다.

둘째, 군사정권이 내걸은 목표는 가난의 퇴치였다. '시급한 민생고의 해결과 경제건설'을 혁명공약으로 내세우고 '가난으로부터의 해방'이라는 이념적 목표를 가지고 있었다. 집권층은 이러한 목표의 달성에 의료보험과 산재보상보험제도가 기여할 것이라는 사실을 인식하였다고 보아야 한다. 보건사회부는 의료보험제도의 필요성을 '질병과 가난의 악순환'의 해소에서 찾고 있었다. 의료보험제도를 통하여 소득재분배도 가능한 것으로 보았다. 한편으로는 경제성장을 통한 근대화화 또 한편으로는 사회보장제도를 통한 자본주의의 구조적인 모순을 해결하여 가난을 척결할 수 있다고 본 것이다.

셋째, 의료보험제도를 통하여 국민의 의료보장과 소득재분배로 국민을 가난으로부터 해방시킨다는 의욕만 앞섰지 제도의 시행 상 수반되는 문제에 대하여는 깊은 검토가 없었다는 것이다. 먼저 산업재해보상보험법은 보건사회부에서 기초한대로 1963년 12월 5일 최고회의를 통과된 것을 보면 알 수 있다. 산재보상보험법이 정부안대로 최고회의를 통과한 것은 이미 근로기준법상의 업무상재해는 과실유무에 불구하고 사용자의 귀책이기 때

문에 산업재해보상보험법이 없어도 근로자의 산업재해 발생으로 인한 피해에 사용자는 그 책임을 면할 수 없는 무과실책임이라는 점이다(전광석, 2005). 또한 보험요율이 의료보험에 비하여 낮을 뿐만 아니라(1973년 당시 평균 1.56%) 메리트제도에 의하여 그 요율이 낮아질 수 있기 때문이다. 그러나 의료보험은 새롭게 기업의 부담을 야기 시키는 것인데 이에 대한 경제계의 반대 등에 대한 사전 배려가 없었기 때문으로 보아야 한다.

## 나. 군사정권의 강제의료보험 포기

그러면 이렇게 의욕적으로 추진하였던 의료보험을 군사정권이 마지막 법안 심의과정에서 포기하였는가를 규명하고자 한다. 오근식(1992)은 (1) 경제개발계획에 치중한 투자 우선순위, (2) 사회복지에 대한 국민의 욕구증대와 정부 재정부담의 한계 등으로 설명한다. 전광석(2005)은 (3) 군사정권의 사회보장제도에 대한 정책의지가 국민복지 자체를 목표로 한 것이기보다 군사정부의 정통성을 보완하려는 의도가 있었다는 것이다. 그렇기 때문에 국민의 사회복지에 대한 관심이 일반화 되어 있지 않다고 판단하고 정책의 목표를 다른 곳으로 옮겼다고 본다(전광석, 2005).

첫째, 가장 큰 이유 중의 하나는 경제계의 반대가 있었을 것이라는 것이다(문재우, 김기훈, 원용혁 외, 1990). 근로자의 가입을 강제하는 의료보험은 기업의 새로운 경제적인 부담을 초래한다는 점에서 달가워 할 제도가 아니라는 것이다. 기록은 없지만 의료보험법의 제정과정에서 기업계의 의견이 제시되었을 것이라는 것을 추정할 수 있다. 당시 법안의 기초 및 심의 과정에 참여하였던 최천송에 의하면 「통과 장면에서 정희섭 보건사회부장관의 의료보험법에 대한 제안설명과 법안요지가 간단하게 구술되고 참석한 최고위원들의 약간의 의견청취가 있는 뒤, 이주일(李周一)부의장이 ‘이 법

은 이대로 통과된 것으로 하고 실제 법 조문은 저기 있는 법률고문이 수정한 내용으로 한다。」라고 하였다고 한다. 그런데 법률고문의 조문 수정과정 중 의료보험제도의 핵심조항을 그 당시 최고위원의 사전 양해가 없이 삭제할 수 있었겠는가를 생각하면 이미 의료보험의 강제 시행에 대하여는 당시 전국경제인연합회를 중심으로 반대의견이 개진되고 이것이 군사정권에 의하여 수용된 것으로 볼 수 있다. 최천송(1991)은 당시 강제조항을 삭제한 법률고문은 강제조항 이유를 다음과 같이 설명하였다고 한다.

- ① 법의 공평성원칙에 의하여 일부 국민계층을 대상으로 하는 예산지출이나 법적구속력을 갖는 법률제정은 불가하다.
- ② 여하한 명목으로라도 조세이외, 일부국민으로부터 재화를 강제 징수하는 일은 불가하다.

어느 나라든지 의료보험의 실시는 피용자 등 일부계층으로부터 시작하여 점차로 전국민에게 확산한 경험에 비추어 볼 때 조문이 삭제된 것은 이해가 되지 않는다. 왜냐하면 강제가입의 조건을 500인 이상 사업장으로 하였기 때문이다. 이것은 바로 당시 기업의 반대의사가 개진되었기 때문으로 보아야한다.

둘째, 경제적 여건상 국민이 보험료를 부담할 수 없다는 주장이 관철된 것으로 보인다. 1963년 당시 1인당 소득은 94.4달러였다. 1977년 강제의료보험을 시행할 때에도 1인당 국민소득이 최소한 1,000달러는 되어야 하는데 당시 소득이 800달러 수준에서 의료보험의 시행은 무리하다는 반대 주장도 있었다. 유승흠(1978)은 그의 저서 「국민의료」에서 의료보험이 시작되려면 국민소득이 1978년 현재 최소한 1,000불은 넘어야 한다고 주장하면서 다만 정부가 국정의 우선순위를 어디에 두느냐에 따라 당시 1

인당 국민소득이 800달러 수준에서도 시행이 가능하다고 하였다. 김도영(1982)도 최소한 500달러는 되어야 시행이 가능하다고 하였다. 그리고 다른 나라의 의료보험발전과정을 보면 사업장의 근로자부터 시행하여 점진적으로 확대한 것을 볼 때 의료보험을 시행할 당시 전인구 중 피용자의 비율이 50%는 넘어야 하는데 그 당시 우리나라의 피용자는 전인구의 22%(양재모, 1961)에 불과하였기 때문에 시행이 어려웠다고 볼 수 있다. 의료보험도입을 위하여 사회보장심의위원회가 1962년 10월 서울시민 1000가구를 대상으로 조사를 한 결과는 국민의 보험료 지불 능력이 없다는 것을 뒷받침해준다. 즉 당시 서울시민의 1년간 의료비 지출이 66원 70전에 불과한 것으로 조사되었는데 이러한 상황에서 의료보험의 실시는 국민 부담만 가중시킨다고 보았기 때문이다(이규식, 2000).

셋째, 이러한 상황에서는 의료보험제도의 도입보다는 전국의 무의면을 일소하기 위하여 정책적으로 의사가 확보되도록 한다거나 보건소, 보건지소 및 군소재지에 병원시설을 확보함으로써 전염병관리 등 공중보건에 역점을 두는 것이 낫다는 판단을 한 것이다. 1960년대로부터 1970년대 까지 보건사회부의 역점사업이 무의지역 해소, 국민의료 균점 등에 역점을 두고 대통령도 일관되게 이를 지시하였던 것으로 미루어 알 수 있다.

넷째, 법안에서 500인 이상 사업장부터 강제 적용을 한다고 하였는데 이렇게 했을 때 극히 일부의 근로자만이 적용한다는 문제가 있었다. 1958년 당시 500인 이상 사업장이 전국적으로 26개에 근로자 수가 31,086명에 불과한(양재모, 1961) 시점에서 시행하였을 시 국민적인 지지를 받을 수 있었는지도 생각하여 볼 일이다. 이로 미루어 볼 때 보건사회부의 법안대로 통과되었다 할지라도 과연 시행되었을지 의문이다.

결국은 정부의 1960년대의 의료보험제도의 시행 약속이 사회보장제도라는 장기적 계획에 기초하여 마련된 것도 아니고 사회경제적 여건에 대한

면밀한 검토 없이 단순히 사회정의를 실현한다는 의욕만 가지고 추진하였기 때문에 그 시행이 좌절된 것이라고 볼 수 있다(전광석, 2005, 김도영, 1982). 당시 군사정권은 복지국가의 건설이라는 목표를 실현하는데 상당한 의욕이 있었던 것으로 보인다. 1962년도의 국가재건최고회의 기본정책 방향은 ‘사회보장제도의 기틀을 마련하여 국민생활 향상과 복지국가를 건설한다’ 라고 하고 있다. 1963년에도 ‘사회보장제도를 수립함으로써 빈곤과 질병, 실업과 인구과잉 등 사회불안의 요인을 제거하고 사회정의를 실현하여 복지사회 건설에 매진한다’ 라고 하고 있다(오근식, 1992). 그러나 1960년대 후반으로 오면서 이러한 의욕은 후퇴하는 것처럼 보인다. 그 이유를 전광석은 사회정책의 의지가 시민적 운동에 기반을 둔 것이 아니라 일방적인 집권자의 의지에 기초한 것이었기 때문이라고 하고 있다.

## 6. 임의의료보험 시행

### 가. 직장 임의의료보험

1963년 최초의 의료보험법이 제정되고 사회보장심의위원회는 하위법령 제정에 들어갔다. 의료보험심의위원회규정(대통령령 제1858호)은 1964년 5월 28일, 의료보험법시행령(대통령령 제1832호)은 1964년 6월 5일, 의료보험심사규정(대통령령 제1858호)은 6월 29일, 그리고 동심사규정시행규칙(보건사회부령 제149호)은 11월 30일 제정되었다. 그리고 의료보험법시행규칙(보건사회부령 제 145호)은 동년 10월 27일 제정되었다.

동법에 의한 최초의 제1호 의료보험조합은 「중앙의료보험조합」이다. 서울시 종로구 계동 147번지에 위치한 현대병원이 주축이 되어 현대병원,

시사문화사, 풍진산업사, 소사신양촌제사공사, 삼흥실업, 고려와사공업(주), 대한중석 서울제련소의 7개 사업장이 의료보험법 제17조 제2항에 의한 공동조합형태의 조합 설립인가신청을 1965년 3월 29일 제출함에 따라 사회보장심의위원회의 강남희가 현지실사를 거쳐 동년 4월 23일 설립인가를 하였다. 동 조합은 7개 사업장 3,424명의 근로자 중 511명이 가입하였다. 중앙의료보험조합은 1965년 5월 1일 시무식을 거행하였는데 오완선 보건사회부장관은 손정준 차관을 통하여 ‘우리나라에서의 사회보장제도의 효시이므로 더욱 의의 깊고 감명 깊다’고 축하하였다(의사신문, 1965).

그러나 임의의료보험이라는 한계가 바로 들어나 설립한지 6개월 만인 11월 29일 보건사회부는 설립인가를 취소하기에 이른다. 실패이유는 전체 근로자의 15%정도만이 가입하는 역선택의 문제로 가입자들은 한번 치료만 받아도 손해 보지 않는다는 생각과 병원은 병원경영의 실리를 얻는 극히 이해타산적인 목적으로 운영한 결과였다(의보보험연합회, 1997).

중앙의료보험조합이 설립취소 된 후 1965년 9월 25일 전남 나주의 호남비료(후에 한국종합화학)의료보험조합이 설립되어 의료보험법에 의한 최초의 실질적 조합이 되었다. 그 후 1966년 3월 4일에는 경북 문경의 봉명흑연광업소의료보험조합, 대한석유공사의료보험조합, 1975년의 협성의료보험조합 등 피용자의료보험조합은 4개 조합이 전부였다(의료보험조합연합회 1997). 사회보장심의위원회는 호남비료와 봉명광업소 의료보험조합의 운영실태를 조사하고 인식부족, 통계부족 그리고 의료기관의 지정이나 수가 그리고 보험료 등에 있어서 현실적 배려의 부족 등 한계가 있다고 평가하였다.

## 나. 자영자 임의의료보험조합의 출현

임의의료보험의 시행은 비록 실패하였으나 의료보장에 대한 국민의 욕구를 촉진하였는데 바로 자영자 의료보험조합의 출현이다. 정부의 정책과는 상관없이 나타난 학생의료보험제도가 있었는데 1961년 서울대학교에서 실시된 학생의료보험제도를 효시로 서강대, 동국대(1963), 숙명여대(1965), 이화여대(1969), 연세대(1976) 등 1976년 까지 6개 대학이 실시하였다.

우리나라 의료보험사에서 집고 넘어 갈 것은 부산청십자의료보험조합이다. 부산청십자의료보험조합은 1968년 5월 13일 창립하여 1969년 4월 28일 동년 2월 조직한 부산의료협동조합과 통합함으로써 조합원 14,000명의 청십자의료협동조합으로 발전하였다. 동 조합은 1969년 7월 29일 민법 제 32조에 의한 사단법인으로 설립인가를 받았는데 순수한 민간 의료보험조합이다.

부산청십자의료보험조합은 1970년 제1차 개정의료보험법에 의하여 자영자 임의의료보험조합 설립근거가 마련된 후 일련의 자영자조합들이 출현하는데 선구적 역할을 하였다. 곧이어 자영자 의료보험시범기관으로 지정을 받아 정부 보조를 받게 되었으며 1974년 3월 31에는 의료보험법에 의한 청십자의료보험조합으로 개편 인가되었다(의료보험연합회, 1997).

부산청십자의료보험협동조합의 성공은 언론으로 일반에게 알려지게 되면서 전국 각지로 청십자운동이 확산되게 하는 계기가 되었다. 1972년 7월 1일 광주, 인천, 수원, 제주, 경북(대구)등으로 확산되었다. 이들은 자생적으로 출현한 것으로 그 일부는 전국민의료보험이 시행될 때까지 존속하였다(의료보험연합회, 1997). 거제청십자, 옥구청십자 조합이 공인되어 1977년 정부가 의료보험사업을 개시할 때까지 존속하였다.

이 시기의 보험조합운동은 병의원이 직접 또는 간접으로 주체가 되어 시행되었다는데 특징이 있다. 부산청십자는 부산복음병원, 옥구청십자는 옥구씨그레이브 병원, 백령은 백령적십자병원, 춘성은 서울대보건대학원의 후원아래 춘성군보건소가, 증평메리놀은 증평메리놀병원이 각각 중심이 된 것이었다.

이와 같이 청십자운동의 확산, 학생의료보험조합의 출현 등은 국민의 의료에 대한 욕구가 얼마나 컸는가를 말해준다. 그러나 강제성이 없는 의료보험제도는 한계가 있다는 것을 보여 주었다. 가입의 강제성을 결여한 의료보험의 실시로 얻은 교훈은 법적으로 강제되지 않는 상부상조형태의 의료보험은 성공할 수 없다는 것이었다. 사회보험이 원리인 위험의 분산기능이 가입율의 저조로 작동하지 않은 것이다. 가입을 임의로 하다 보니 건강한 젊은 근로자나 건강에 자신이 있는 사람은 가입을 하지 않는 역선택현상이 만연하였다. 이로 인하여 보험재정의 적자를 면하기 어려웠다. 최초의 의료보험조합인 중앙의료보험조합이 설립인가를 받은 지 몇 개월 되지 않아 사업비의 부족으로 조합을 운영할 수 없게 되어 설립인가가 취소된 것은 가입대상자의 15% 정도만이 가입을 하지 않았기 때문인 것으로 알 수 있다. 이후 설립된 직종의료보험조합인 호남비료의 경우 설립인가 당시 전 종업원 1,200여명 중 28.3%인 340명 이던 것이 설립 후 2년이 지나서도 50%정도를 넘지 않은 것만 보아도 알 수 있다(최천송, 1991). 대한석유공사의료보험조합의 경우는 전 종업원의 72.3%가 가입 하였다. 그리고 자영자 의료보험의 경우 가입자들의 보험료 납부율이 낮은 것도 실패의 원인이었다. 청십자 운동의 대표적 성공사례인 부산청십자의료협동조합의 경우 보험료 미납자가 많아 운영이 어려워 국고 및 부산시의 지방비 보조를 받아야 할 정도로 재정형편이 어려웠다.

1977년 직장의료보험이 시행되기전 1976년 김일순과 김한중교수의 실

태조사에 의하면 1976년 4월 당시 의료보험조합은 28개 였는데 이중 가입자 수가 파악되는 24개 조합의 가입현황을 보면 가입세대가 21,236세대에 조합원 수는 160,105명에 지나지 않았다(김일순, 김한중, 1976). 보건사회부는 ‘1963년 의료보험법이 제정된 이후 호남비료와 봉명광업만이 호응했을뿐 500여개 업체가 외면하고 있으며 지난 3월 보건사회부가 대상업소에 가입을 권유했으나 현재 호응하는 업체는 농협중앙회외 2개 소 정도’라고 말할 정도였다. 이는 사업주들이 협조를 하지 않아 전 대상기업의 1%만이 형식적으로 가입하는 등 문제가 있어 의료보험법 제 8조를 개정하여 가입과 조합설립을 강제할 방침이라고 밝혔다.

## IV. 강제 의료보험제도의 시행

### 1. 강제 의료보험 추진 시도와 좌절 그리고 시행

#### 가. 보건사회부의 강제 의료보험 추진

보건사회부는 임의의료보험의 정착을 통하여 국민 의료를 보장한다는 방침을 세우고 다각적인 노력을 하였다. 먼저 의료보험의 강제 실시를 위하여 국민의 의료비지불능력, 의료이용실태 등에 관한 기초자료의 확보가 선행되어야 한다는 인식하에 각종 연구를 실시하였는데 사회보장심의회위원회가 추가 되었다.

1967년 10월 19일 의료보험표준조사를 11월부터 전국 32개 도시를 대상으로 실시하였는데 5천 가구를 표본조사대상으로 선정, 출생, 사망, 직업 등 8개 항목에 걸쳐 조사하여 미국, 영국, 독일, 일본, 멕시코 등의 의

료제도와 비교하는 것이었는데 예산이 책정되지 않아 트러스트 횡드에서 3,139천원을 활용하였다(의사신문 1967.10.19). 이와 함께 사회보장심의 위원회는 1966년 10월 1일부터 30일 간에 걸쳐 도시와 농촌의 상병실태를 조사한 결과를 발표하였다. 이 조사는 1962년 10월 및 1965년 10월 조사에 이어 3번 째였다. 동 조사는 서울, 광주, 전남 담양에서 1,200가구 대상으로 한 국민건강실태조사였는데 그 결과를 요약하면 다음과 같다(의사신문 1967.11.30).

- 병이 나도 병원에 가지 못하는 사람이 발병자의 48.9%(농촌은 98.7%)
- 그나마도 가는 사람은 「원이나 없게」라는 최후수단으로 가는 것으로 조사됨
- 의료 이용율: 양약국(64.4%), 병의원 이용(27.7%)

그러나 1965년부터 시작된 임의의료보험제도에 호응하여 의료보험조합을 설립하는 기업이 호남비료와 봉명광업 등 2개 업체에 그치고 정부의 설립 권유도 전혀 반응이 없자 시행 2년 후인 1967년부터 가입을 강제하기 위한 의료보험법 개정에 착수하였다. 보건사회부는 제2차 5개년 계획기간 중인 1968년 시행을 목표로 의료보험법을 개정하려 하였다. 1967년 5월 강제가입 실시를 위한 의료보험법 개정방침을 발표하고 대한의학협회에 5월 30일 까지 의견을 요구하였다.(의사신문 1967.5.25).

1967년 7월 10일 근로자, 군인, 공무원 그리고 자영자단체까지 한데 묶어 강제가입과 임의가입 별로 규정한 개정법률안을 동년 7월 14일 개최되는 의료보험심의위원회에 심의를 위촉하여 원안대로 통과되었다(의사신문 1967.7.10). 1967년 11월 의료보험법개정법률안을 확정하여 법제처에

회부하였는데 그 내용은 보험대상을 군인, 공무원, 자영자인 근로자와 가족까지 확대하고 1000명 이상 고용하는 사업장은 의무적으로 가입하는 것으로 하였다. 그리고 보험요율은 임금의 2-8%로 정하였다.

박정희 대통령도 1967년 10월 16일 국회본회의에서 1968년도 예산안과 1967년도 제 2회 추경예산안에 대한 시정방침(정일권 국무총리 대독)에서 산재보험과 의료보험을 단계적으로 추진하고 농어촌 및 낙도 등에 대한 보건의료의 혜택을 균점토록 할 것이라고 밝혔다(의협신보, 1967. 10. 19).

그보다 먼저 1967년 10월 13일 정희섭 보건사회부장관은 '의료보험에 완벽'을 기하겠다고 7대 국회 보건사회위원회에서 다음과 같이 보고하였다.

2차 경제개발계획이 끝나는 71년대 이후 제3차 경제개발계획에는 의료보험의 완벽과 인력개발에 발판이 될 사회개발에 발판이 될 사회개발이 포함되어야 할 것이고, 이를 위해 그 연구를 사회보장심의위원회에 위촉할 방침이다.

그리고 1967년 11월 3일 국회 보건사회위원회 국정감사에서 국회의 의료보험사업 부진을 추궁하는 의원의 질의에 대하여 정희섭 보건사회부장관은 전국민의 65%를 의료보험에 가입을 추진하겠다고 답변한 바 있으나 개정 법률안은 국회 회기 종료로 자동 폐기되었다.

## 나. 의원입법에 의한 강제시행 근거 마련

보건사회부의 의료보험법 개정이 실패하자 1968년 2월 26일 국회 보건사회위원회의 오원선(吳元善)의원 외 40명의 의원 연명으로 의료보험법

개정법률안을 제출하였는데 이는 전년도에 보건사회부가 제출하였다가 회기 만료로 폐기된 내용을 토대로 작성된 것이다. 오완선 의원은 제 66차 보건사회위원회(1968.7.1)에서 의료보험의 부진사유로 사업주의 사회연대 의식 부족, 기업의 재정난, 근로자의 저소득, 의료보험에 대한 인식부족, 강제가입의 결여로 인한 역선택 발생을 들었다. 개정법률안의 주요 골자는 다음과 같다.

- 근로자만을 적용하였던 것을 전국민으로 확대
- 공무원 및 군인에게 강제 적용, 근로자는 대통령령이 정하는 일정한 사업소에만 적용
- 강제 적용되는 사업장에 대하여는 보사부방관이 기한을 정하여 의보 조합설립을 명령함, 공무원 및 군인은 의료보험금고가 설치된 때까지는 대통령령이 정하는 바에 따라 보사부장관이 행하게 함
- 강제적용 되지 않는 사업장에 대하여는 임의포괄 적용 함
- 자영자가 임의로 가입할 수 있게 함
- 의료보험조합중앙연합회를 설치
- 보험요율은 각 의료보험조합이 실정에 맞도록 보험자가 정하고 보사부장관의 승인을 받도록 함

국회 보건사회위원회는 개정법률안을 원안대로 의결하여 1970년 5월 법제사법위원회에 회부하였는데 보험료의 강제징수는 국가와의 관계가 아니라 조합과 가입자와의 관계라고 하여 삭제하였다. 다만 동 개정안은 강제가입, 조합의 의무적인 설립 등이 수용되었다. 동 개정법률안은 1970년 8월 7일 법률 제2228호로 공포되었다.

그러나 법이 개정되고 나서도 이를 뒷받침 할 하위법령이 개정되지 않

아 시행이 되지 않았다. 다만 8개의 자영자의료보험을 출현 시키는 정도였다.

## 다. 1970년 강제의료보험이 시행되지 못한 배경

이와 같이 1960년대 후반 이후 보건사회부 관료들의 법률개정 노력과 1970년의 전면 개정에 의한 강제의료보험의 시행 여건이 법률적으로 완비되었는데도 불구하고 시행이 되지 못한 이유는 고위층의 미온적인 태도, 당시의 경제적인 여건 그리고 의료계의 반발 등이었기 때문으로 볼 수 있다.

첫째, 고위층의 의료보험 시행에 대한 의지가 미온적인 것이었다. 비록 임의제도이긴 하지만 의료보험법이 제정되고도 의료보험업무를 전담할 부서를 설치하지 않은 것만 보아도 알 수 있다. 제도를 시행하려면 국민, 가입대상자, 기업 등에 대한 홍보, 의료보험조합의 설립지도, 분쟁의 조정, 급여의 기준 및 진료비심사기준 개발 등 방대한 업무를 추진할 전담기구가 있어야 하는 데도 불구하고 일개 연구자문기관인 종래의 사회보장심의위원회에 맡긴 것이다. 단순히 장관의 자문역할을 수행과 제도의 연구 기능이 주인 사회보장심의위원회가 이러한 업무를 추진할 수 없는 것이었다. 위원회는 집행기관이 아니므로 대외적인 행정청으로서의 역할은 의정국을 통하여서만 할 수 있는데 의정국에는 직원 1명이 다른 업무와 겸하여 의료보험업무를 수행하기 때문에 인력적인 측면에서 불가능한 것이었다. 그러므로 사회보장심의위원회 위원들이 직접 대상기업체를 방문하여 조합설립을 권유할 정도였다. 의정국에서는 보험업무를 담당할 전담부서를 설치하려고 하였으나 실패하였다. 1965년 1월 보험업무를 전담하는 보험관리과를 설치하기 위하여 행정개혁위원회와 협의를 하였으나 반영되지 않았는데(의사신문 1965.1.1) 이는 장관이나 차관 등 고위층에서의 사업추진 의지가 없

었던 것으로 해석된다.

전담조직의 설치는 1970년 1월 5일에 의정국 의정과에 의료보험계를 설치할 정도였다(양명생, 1993). 이는 1973년부터 시행할 예정이었던 국민연금제도의 시행을 위하여 복지연금국이라는 국 단위의 조직을 이미 만들어 놓은 것과 대비되는 것이다. 이와 같이 전담부서의 설치를 등한시 한 것 자체가 고위층의 의료보험제도에 대한 관심의 정도를 말해 주는 것이었다. 당시의 고위층의 발언에서도 의료보험의 시행에 대한 의지가 얼마나 부족하였는가를 알 수 있다. 1975년 고재필 보건사회부장관은 그 해 11월 국회 제12차 보건사회위원회에서 위원장이 의료보험실시를 정부에 권유하였으나 ‘하기는 해야 하겠지만 선진국도 실패한 나라가 허다하니 시범사업 성과를 보아 하자는 뜻이지 타의는 없다’라면서 1980년대에나 가서 시행이 가능하다고 답변할 정도였다.

둘째는 의료계의 반대였다. 의료계는 1960년대 초까지는 의료보험의 시행을 정부에 촉구할 정도로 적극적이었으나 1960년대 후반 정부가 임의 의료보험을 강제의료보험으로 법을 개정할 움직임을 보이자 이에 대하여 조심스럽게 반대의사를 표시하기 시작하였다. 당시 의사신문은 ‘강제가입에 대하여 일반개업의와 노동계 간에 찬반으로 엇 갈리고 있다’고 하면서 ‘정부는 강제조항이 없어 부진상태에 있다고 하나 의료보험에 대한 국민인식을 심어주는 광범한 선전과 설득이 앞서야한다’고 주장하였다. 그리고 ‘강제규정으로 인한 피보험자와 병의원 관계에 있어서 과도기적인 부작용을 고려하지 않고 있다’고 하였다(의사신문, 1967.10.2). 이로 미루어 볼 때 의료계는 임의의료보험에 의하여 가입을 선택적으로 할 수 있는 제도의 시행을 선호한 것으로 볼 수 있다. 의료계는 임의의료보험 하에서 정부의 수가, 급여범위 등에 있어서의 통제가 완만할 것으로 판단한 것이라고 볼 수 있다. 따라서 정부의 홍보활동에 의한 자발적인 가입을 확대해 나가는

방법을 선호한 것이다. 이는 1970년에 의료보험법이 전면 개정되어 강제적인 의료보험을 시행할 수 있게 되었으나 대한의학협회는 1971년 5월 제 23차 정기총회에서 의료보험의 실시에 있어 의협의 입장이 반영되지 않을 경우 보험의료기관지정 거부 등 의권옹호를 위한 행동통일을 결의한 것으로 보아도 알 수 있다(의료보험연합회, 1997).

셋째, 1973년부터 시행하려던 국민연금제도이다. 국민연금제도를 시행하려는 마당에 기업에 이중적인 부담을 가하는 의료보험제도를 동시에 추진할 수는 없었던 것이다. 의료보험 시행 후 바로 국민연금을 시행한다는 것은 당시의 경제여건으로는 불가능하다는 판단을 내린 것으로 보아야 한다. 당초 1973년 시행하려 하였으나 제1차 석유파동 등으로 인한 경제여건의 불비로 시행을 포기하였지만 정부로서는 이를 시행하면서 의료보험까지 동시에 추진할 여력이 없었던 것이다. 따라서 역설적으로는 국민복지연금제도의 포기가 1977년의 의료보험의 시행을 촉발하였다고 분석할 수 있다(국민연금관리공단, 1998).

## 라. 강제의료보험 시행

이와 같이 지지부진하던 강제의료보험시행은 신현확 장관이 고재필장관의 후임으로 부임하면서 활기를 띠기 시작한다. 신현확 씨가 보건사회부장관으로 부임한 것은 박정희 대통령의 저소득층에 대한 의료대책에 강력한 의지가 작용한 것이었다(의료보험연합회, 1997). 그러나 신현확 보건사회부장관은 저소득층의 의료보호제도보다 의료보험의 실시가 더 긴급하고 또한 시행이 가능한 것으로 판단하였다. 보건사회부에 부임하자마자 복지연금국으로부터 의료보험에 대한 보고를 수차 받으면서 의료보험의 시행에 강한 의지를 보이기 시작하였다(의료보험연합회, 1997). 그는 부임 후 불

과 2개월만에 의료보험의 시행을 대통령 연두순시에서 보고할 정도로 자신을 가지고 있었을 뿐만 아니라 시행에 회의적인 시각을 가지고 있는 대통령을 설득하려 한 것만 보아도 알 수 있다. 박정희 대통령이 1976년 2월 10일 보건사회부 연두순시 시 장관으로부터 '국민보건문제에 관한 의료보호 및 의료보험 실시계획'이 보고 되었을 때 '국민보건에 관한 의료시혜의 균점 달성' 또는 '스스로 질병치료를 할 수 있는 사람들은 천천히 하고 그 수준이하의 사람들이 혜택을 받을 수 있도록 새마을 진료권을 연차적으로 확대해 나가는 등 단계적으로 해결해 나가 의료보험에 이를 수 있도록 해야 한다'고 지시한 것으로 보아 의료보험의 시행에 회의적이었다(의료보험연합회, 1997). 그러나 이 날의 점심식사 시간에 신현확 장관은 '지금의 의료보험 실시 시기'임을 보고 하고 배석한 국회 보건사회위원장인 김봉환 위원장도 '의료보험도 산재보험과 같이 정부의 보험료 지원 없이 운영하므로 영국과 같이 세금으로 운영하는 것은 오해다'라고 설득하려 하였음에도 대통령은 '영국과 같이 될까 걱정이다'라고 우려를 표명한 사실로 미루어 보아 박대통령은 회의적이었다(의료보험연합회, 1997).

그런데도 불구하고 불과 2개월 만인 4월 28일 신현확 장관은 의료보험 시행에 대한 강력한 의지를 가지고 제4차 경제개발5개년계획에 포함될 의료보장 10개년 계획에서 1977년부터 500인 이상 사업장에 대한 당연 적용계획을 반영하였다. 나아가 동년 5월 6일 강제적용을 주 골자로 하는 의료보험법개정법률안을 보건사회부안으로 확정하여 각 부처 협의를 시작하였다. 이와 같이 신현확 장관이 시행 필요성과 가능성에 대해 확신을 가진 것은 그만큼 보건사회부 복지연금국의 행정관료들의 확신에 의한 설득의 결과였다. 부임 후 불과 5개월 만에 시행을 위한 법률개정안까지 성안하여 정부 내의 협의절차에 들어간 것으로 보아도 알 수 있다. 또한 보건사회부 관료들과 장관의 확신은 보건사회부의 5월 6일 법률개정안에 대하여 경제

기획원은 보험관장방식, 보험료율 수준 등에 반대의견을 제시하였는데도 불구하고 이를 극복하였다. 경제기획원이 의료보험실시에 부정적인 입장은 의료보험 시행에 대하여 미온적인 대통령의 의중을 알고 있었기 때문으로 보인다.

대통령은 계속 의료보험보다는 의료보호에 역점을 두고 있었다. 1976년 6월 15일 제4차 경제사회개발5계년계획을 보고 받는 자리에서도 남덕우 부총리 겸 경제기획원 장관에게 저소득층에게 의료혜택을 주는 방안을 국도포장을 1-2년 늦추는 한이 있더라도 강력히 펼쳐나가되 일정한 보수가 있는 사람들에 대한 의료제도는 일단 뒤로 미루고 그 이하의 딱한 처지에 있는 환자에 대하여는 우선 보건소나 병원에서 치료를 받게 한 후 정부가 대신 지불, 본인이 분할 상환하는 제도를 연구하여 발전시켜 나가라'고 지시한 것만 보아도 알 수 있다(의료보험연합회, 1997).

그러나 신현확 장관은 이에 굴하지 않고 의료보험의 시행을 추진하였다. 대신 대통령의 의료보호에 대한 강한 의지를 받아 들여 1977년 1월 1일부터 시행하려는 의료보험을 6개월 늦추고 저소득층에 대한 의료보호를 1월 1일부터 시행하는 것을 개정법률안을 수정하여 발표하였다. 이에 따라 1976년 9월 의료보험 실시에 대한 대통령의 최종 결정을 얻어 내게 되었다.

그런데 신현확 장관이 부임하여 의료보험에 관한 사항은 복지연금국의 업무로 완전히 이관하였다. 의료보험업무를 강력하게 추진할 수 있는 체제가 마련된 것이다. 고작 1970년 1월 5일 의정국에 의료보험계를 설치하여 사회보장심의위원회와 함께 의료보험에 관련된 업무를 추진하였던 것을 국장이 책임을 가지고 업무를 추진할 수 있게 된 것이다. 이렇게 의료보험업무가 복지연금국으로 이관되게 된 데에는 몇 가지 배경이 있다.

먼저 1974년부터 시행하려고 하였던 국민복지연금제도가 1973년 발발

한 중동전쟁, 그리고 석유파동에 의한 경제불황으로 무기 연기되므로 1973년 설치된 복지연금국의 업무가 없어진 것이다(국민연금관리공단 1998).

둘째, 1970년 의료보험법의 개정으로 강제시행의 여건이 마련되었는데도 불구하고 하위법령 제정 등이 지지부진하여 시행이 안 된 것에 대한 문책성도 작용하였다.<sup>29)</sup> 1963년 의료보험법과 1964년의 하위법령의 제정은 물론 1970년 강제의료보험의 근거규정을 마련했는데 의정국이나 사회보장심의위원회가 추진한 성과가 전혀 없지 않느냐는 것이다. 그 예로 1976년 하반기 수가기준 제정업무를 복지연금국으로 이관한 것 만 보아도 알 수 있다. 의료보험제도를 시행하려면 의료보험환자에게만 적용하는 수가기준을 제정하여야 하는데 당시 주무부서인 의정국에서 진척이 없자 신현확 장관은 이를 국민복지연금국의 수리조사과에 그 업무를 이관하게 한 것이다(양명생, 1993).

이와 같이 1977년의 강제의료보험 시행은 신현확 장관이 부임한 후 불과 9개월 남짓한 사이에 대통령의 최종 의사결정을 받아 내었다. 그리고 시행결정 이후 9개월 만인 1977년 7월 1일 시행한 것은 세계 의료보험역사에 전례가 없는 일이다. 이와 같이 단기간에 강제의료보험적용이 가능하였던 이유는 다음과 같다.

첫째, 당시 의사결정구조가 단순하였다는 것을 들 수 있다. 대통령이 일단 결정만 하면 아무리 큰 국책사업도 추진이 가능하였다는 것이다. 당시 박정희 대통령이 의료보험을 시행하기로 결정한 이후 시행자체에 대하여 어느 단체나 이익집단에서도 반대가 있었다는 기록은 찾을 수가 없다. 당시 국회논의과정에서 한의학분야의 의료보험적용 여부, 진료수가가 너무

---

29) 최천송은 의료보험의 부진을 사회보장심의위원회의 책임으로 돌리고 1976년 대한의학협회 학술회의에서 점수제의 문제점과 일원화 요구한 것을 계기로 제2차의료보험전면개정 작업에서 배제되었다고 주장한다.(최천송 한국사회보장연구사 1991)

낮지 않느냐의 의견 피력정도만 있었던 것만 보아도 알 수 있다.

둘째, 보건사회부 복지연금국을 중심으로 한 관료집단의 의료보험시행에의 열정이다. 이미 1959년부터 의정국의 건강보험제도 도입을 위한 연구회의 활동, 사회보장심의위원회의 기초조사시행 및 연구노력, 수차에 걸친 강제적용을 위한 법률개정 시도 등이 있었기에 이로 인한 자료의 축적 등으로 의료보험시행을 추진할 수 있는 자신감을 가지고 있었다고 보아야 할 것이다.

셋째, 의료보험 시행에 가장 큰 영향을 받을 경제계와 의료계가 적극적으로 참여한 것도 단기간에 시행할 수 있었던 요인이다. 이에 대하여는 후술 하겠다.

이와 같이 단기간에 의료보험제도 시행이 가능한 것이 일본과 독일의 의료보험제도를 모방하였기 때문이라고 비판하였지만<sup>30)</sup> 1977년의 의료보험제도는 실로 1960년부터 17년이라는 기간에 걸쳐 보건사회부 의정국, 사회보장심의위원회, 복지연금국 관료들의 노력의 결과물라고 할 수 있다.

## 2. 박정희 대통령과 의료보험제도의 시행

국가 중요정책형성이 대통령이나 장관 등 한 두 사람에게 의하여 결정되는 것은 아니지만 적어도 강제의료보험의 시행은 최고정책결정권자인 박정희 대통령의 결정의 결과임을 부인할 수 없다. 우리나라가 복지국가를 지향하면서 사회보장관련법을 입법에 옮긴 것은 1960년대 초반이다. 먼저 1962년 국민투표에 의하여 제정된 헌법은 제30조 제1항에서 사회보장의

---

30) 영국의 경제학자 Abel Smith는 1981년 우리나라 의료보험을 보고 독일의료보험의 손자이며 일본의료보험의 아들이라고 평하였다.(김일순, 의료보험6년의 회고, 의료보험 1983.7, 의료보험조합연합회) 그러나 독일의 의료보험이 시행한 이후 영국, 프랑스, 라틴 아메리카 제국, 일본 등으로 전파된 것을 보면 당연한 사실이기도 하다.

과제를 선언하고, 사회보장의 목표와 내용 그리고 최소한의 보호의무 등을 규정하였다.<sup>31)</sup>

1962년도의 국가재건최고회의 기본정책방향은 ‘사회보장제도의 기틀을 마련하여 국민생활 향상과 복지국가를 건설한다’ 라고 하고 있다. 1963년에도 ‘사회보장제도를 수립함으로써 빈곤과 질병, 실업과 인구과잉 등 사회불안의 요인을 제거하고 사회정의를 실현하여 복지사회 건설에 매진한다’ 라고 하고 있다(오근식, 1992).

그러나 1960년대 후반으로 오면서 이러한 의욕은 후퇴하는 것처럼 보이거나 당시 경제, 사회적인 여건 하에서 이러한 입법을 시도하였다는 것은 대단한 일이다. 이승만 정권이나 제 2공화국의 민주당정권 시 변변한 사회보장입법이 없는 것만 보아도 그렇다. 다만 제 2공화국의 집권 민주당이 경제개발 4단계에서 ‘근로자의 대우개선과 건전한 노동력의 확보로 경제성장의 발전을 가속화하는 소위 복지국가의 완성을 지향한다(이달순, 1995)’라는 정도였던 것을 생각하면 군사정권의 복지에 대한 열정은 평가할 만한 일이다.

의료보험의 전개과정에서 가장 강력한 영향력을 미친 것은 박정희 대통령이다(의료보험연합회, 1997). 1963년의 임의 의료보험제도의 도입부터 1977년 의료보호제도의 시행, 그리고 1977년의 500인 이상 사업장을 대상으로 한 일련의 의료보장제도가 박정희 대통령의 집권 기간 중 모두 추진되었기 때문이다. 이러한 일련의 의료보장제도를 정착시킴에 있어 정부의 최고 의사결정자권자인 박정희 대통령의 최종적인 결단이 없이는 시작될 수 없을 만큼 정치적 그리고 경제적으로 국가에 파급이 큰 국가정책이었기 때문이다.

---

31) 헌법 제30조 제 1항:

- ① 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 갖는다.
- ② 국가는 사회보장의 증진에 노력하여야 한다.
- ③ 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다.

1977년 강제의료보험을 시행할 당시는 유신체제하에서 중요한 국가정책 결정 권한이 박정희 대통령 개인에게 집중되었을 시기이다. 그러므로 의료보험 시행을 최종적으로 결정한 장본인은 박정희 대통령이라고 할 수 있다. 박정희 대통령 집권 시는 국민의 정치참여를 보장하고 권력의 분립 및 상호견제를 도모하는 권력의 제도화 보다는 권력을 개인에게 집중시키는 권력의 인격화와 국민의 정치참여를 축소하던 시기이다(김용철, 1984). 국회의원의 1/3을 대통령이 추천하므로 국회는 대통령을 견제할 수 없었다. 국민과 이익단체의 정책참여도 언론의 자유와 국민의 집회 및 결사권의 제약으로 극도로 제한되었기 때문에 의료보험정책의 형성도 박정희 대통령의 독단적인 결정에 의하였다. 따라서 본 장에서는 위와 같은 복지국가 건설이라는 철학과 이념이 어떻게 형성되었는지 그리고 1976년 제도의 시행에 영향을 미친 정치, 경제, 사회적 상황을 분석하고자 한다.

## 가. 복지국가 지향 정치철학

박정희 대통령이 우리나라의 근대화에 미친 영향에 대한 공과(功過)는 의견이 분분하다. 박정희 대통령을 비판하고 폄하하는 측에서는 박정희 대통령이 집권시 시행한 일련의 복지정책도 군사정권이 쿠데타와 유신이라는 비합법적인 방법으로 정권을 탈취한 것에 정당성을 확보하기 위한 것이었다고 비판한다.

그러나 적어도 박정희 대통령은 국가 목표를 복지국가건설에 두고 이를 실현하기 위한 수단으로 경제성장 전략을 추진하였다는 점에서 그의 집권 기간은 우리나라의 복지사(福祉史)에 일대 전환점이라고 할 수 있다. 그러면 사회복지제도의 핵심이라고 할 수 있는 의료보험제도를 시행하도록 한 박정희 대통령의 철학과 이념을 규명할 필요가 있다.

박정희 대통령은 그의 18년간의 통치에 있어서 가장 큰 관심사는 기아(飢餓)와 빈곤의 척결이었다. 그는 1961년 5월 16일 혁명공약 제 4항에서 ‘절망과 기아선상(飢餓線上)에서 민생고(民生苦)를 시급히 해결하고 국가자유경제 건설에 총력을 경주한다!’라고 선언하였다. 또한 ‘자력경생(自力更生)의 노력을 오로지 빈곤과의 대결에 집중하여 후진의 굴레에서 벗어나 생기와 번창 있는 조국의 근대화를 축성(促成)시켜야 하겠다.(1964년 3.1절 경축사)라고 말하였다. 그는 ‘빈곤을 공산주의, 부정부패와 같이 우리의 3대 공적(公敵)’이라고 까지 하였다. 그리고 ‘경제정책의 궁극적 목표는 국민생활의 균형(均衡)있는 발전이며 골고루 잘 사는 나라를 만드는 데 있다고 하였다.

‘사회복지정책은 경제성장과 더불어 반드시 해야 할 일이다.’(1977년 1월 12일 연두기자회견)라는 말과 같이 그는 사회복지정책에 대하여 큰 관심을 가지고 있었다. 많은 학자들이 그의 집권기간 중의 경제정책을 근로자 및 농촌인구의 희생을 통한 압축성장이라고 비난하고 있다. 그러나 그는 적어도 경제성장의 목적이 가난을 퇴치하고 번영된 사회공동체를 만드는 데 있었다. 그는 ‘우리나라와 같은 개발도상국들에 있어서는 정치의 초점(焦點)은 뭉니 뭉니해도 역시 경제건설에 있다. 속담에 수염이 대자라도 먹어야 산다’라고 말한 바와 같이, 개발도상에 있는 나라에서는 우선 국민들이 먹고 입는 생활에 불안을 느끼지 않을 정도의 경제건설을 하는 것만이 민주주의 성장을 위해서도 절대적인 기본요건이 된다고 하였다.(1972년 연두기자회견)

그는 기아와 가난의 척결이라는 국가목표를 실현하기 위하여 강압적이고 독단적으로 국민의 자유권을 침해하는 것도 마다하지 않았다. 그는 ‘또 한편 현재 아세아의 국민대중은 정부가 전체주의(全體主義)아래에서 강압적인 의무를 부여하는 것을 두려워하는 것 이상으로 기아와 빈곤을 더욱

더 두려워하고 있다는 것은 또한 부인할 수 없는 현실이다.’라고 하였다.

1970년대에 들어 그간 경제개발 5계년계획의 성공적 수행으로 절대빈곤은 사라졌다고 생각하였다. 1975년 9월 5일 의료계 대표들을 접견하는 자리에서 「옛날에는 우리 국민이 모두 못살았으나 지금은 잘사는 사람과 못사는 사람의 격차가 생기는 것이 문제이다. 이제는 잘사는 사람들이 못사는 사람들을 도와주어야한다」라고 말했다(의협신보, 1975.9.8)

박정희 대통령은 가난과 빈곤을 척결하기 위하여서는 경제건설이 우선이라고 항상 주장하였다. 이를 위하여 시장경제에 정부가 깊숙이 개입하여야 한다고 생각하였는데 그것이 바로 경제개발5개년 계획이다. 박정희 대통령은 부(富)의 집중화 그 자체에 대하여는 우려를 표명하지 않았으나 부의 집중화에 수반되기 쉬운 권력의 집중화에 대하여 우려를 표명하였다.

또한 박정희 대통령은 국민의료의 확충과 균점에 큰 관심을 가지고 있었다. 그는 1968년 12월 5일 열린 지방장관회의에서 국민의료를 평준화하라는 지시를 내렸다.

## 나. 경제성장전략의 한계와 사회개발

1960년대의 군사정권은 복지사회건설이라는 원대한 뜻을 갖고 사회보장정책을 추진하였다는 것은 전술한 바와 같다. 그러나 국민 일반대중의 사회보장제도에 대한 무관심, 경제부담능력의 한계 등으로 1963년의 의료보험법은 강제성을 결여한 입법이 되었다. 3차에 걸친 경제개발계획에 의한 경제성장전략은 상당히 성공적이었다. 예를 들어 1962년에 22억 7천 1백만 달러에 불과하던 국민소득이 1974년에는 171억 6천 4백만 달러로 7.5배 확대되었으며, 수출규모도 5백만 달러에서 46억 달러로 84배나 증가하였다. 1인당 국민소득도 84달러에서 513달러로 획기적으로 증가하였

다.<sup>32)</sup>

그러나 국민경제의 양적 확대만으로는 국민전체의 복지향상을 이룩할 수 없다는 것을 인식하였다. 경제성장 편향적인 정책만으로는 소득의 불균형 등 사회병리현상을 해결할 수 없으며 이를 방치하고는 국가발전의 목표를 실현할 수 없다는 것이다. 극단적인 예이지만 1972년 8월 일부 종합병원이 응급환자 진료거부사건이 언론에 크게 보도되어 사회적 물의가 일어나 유전무병 무전유병(有錢無病 無錢有病)이라는 자조어가 유행하듯이 계층간의 갈등도 나타나기 시작하였다. 당시 보건사회부는 행정명령으로 응급환자 진료거부에 대한 의료기관의 책임을 강화하는 명령을 내렸으나 의료계의 반발로 흐지부지 된 일도 있었다(김도영, 1982).

이러한 여건 속에서 정부는 사회개발에 관심을 갖지 않을 수 없었다. 사회개발은 경제발전과 병행해서 국민생활에 대한 유효한 충격을 완화하기 위하여 보건, 위생, 주택, 교육, 사회보장 등에 대한 전반적인 서비스를 제공하는 것을 말한다. 정부는 1977년부터 시작되는 제4차 경제개발계획을 그 명칭을 경제사회개발계획으로 바꾸는 등 의욕을 보이기 시작하였다. 따라서 이에 따라 사회개발의 기초적인 과제로 의료보장책이 들어 간 것이다.

박정희 대통령은 특히 저소득층에 대한 의료보장책에 대한 집념을 보였다. 그가 1976년 2월 10일 보건사회부 연두순시에서도 '저소득층에 대한 의료혜택을 확대해 나가기 위해 어려운 점이 있더라도 강력히 밀고나가야 한다'라고 강조하였다. 이에 따라 보건사회부는 1979년부터 200명 이상 사업장의 의료보험조합 설립을 의무화하는 계획을 마련하였다. 그리고 1976년 6월 15일 당시 남덕우 부총리 겸 경제기획원 장관의 제4차 경제개발5개년 계획안을 보고하는 자리에서 박정희 대통령은 '저소득층의 사람

32) 김영태, 경제개발과 국민보건, 의협신보 제 860호, 김영태는 당시 경제기획원 투자 4과장으로 경제개발5개년계획의 작성 실무자로서 의협신보에 기고한 것이다.

들이 병에 걸렸을 때 신속히 치료받을 수 있는 대책이 당면한 관심사'라고 강조하고 도로포장 완성년도를 1-2년 미루는 한이 있더라도 국민의 불편과 가려운 데를 하나씩 덜어주는 제도와 시책을 펴나가'라고 지시하였다.

이와 같이 저소득층의 의료보장대책의 수립에 대한 박대통령의 열의는 대단하였다. 그 당시 의료보험제도 및 의료보호업무에 참여한 실무자에 의하면 의료보호를 의료보험보다 6개월 앞서서 시행한 것이나 1978년 7월 1일부터 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 시행에 대하여 박 대통령이 탐탁하게 여기지 않았다는 것만 보아도 저소득층의 의료보장에 대한 그의 집념의 일단을 볼 수 있다.<sup>33)</sup>

#### 다. 북한과의 체제경쟁

강제의료보험을 실시한 이유를 북한과의 체제경쟁에서 우위에 서야한다는 시대적 요청도 있었다는 견해도 있다.<sup>34)</sup> 박정희 대통령은 '민주주의와 공산주의의 대립은 무력(武力)의 대립보다는 번영과 복지를 향한 발전과 건설에 있어서 우위를 점할 수 있는 경제적 경쟁을 뜻한다'라고 말하였다. 1960년대 말부터 밀어 닦친 미국과 구소련 및 중국간의 동서 화해무드에 따른 남북관계의 변화도 대통령의 의료보호 및 의료보험 시행에 많은 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 1967년 미국의 존슨대통령의 모스크바 방문, 1968년 7월 25일 괌도(島)에서 닉슨 미국대통령은 '아시아 각국은 자국의 방위에 대한 대미의존도를 점차 줄이고 독자적으로 해결하도록 해야 한다'

---

33) 송재성 1977년 당시 보험제도과 행정사무관으로 의료보험개정작업에 참여하였는데, 박대통령이 공무원 등에 대한 의료보험적용대책을 보고할 시 결재를 주저하였으며 서명(사인)이 다른 정책보고안과는 다르게 하였다고 함, 송재성 사무관은 2005년부터 2006년까지 보건복지부 차관을 역임하였다.

34) NERA보고서, 한국의료보험체계의 개혁, 문옥륜 역, 고려의학, 1994, p.27

고 소위 닉슨 닥트린을 밝힌바있다. 그리고 1972년 닉슨대통령의 중국방문을 통한 핑퐁외교 등을 계기로 동서 민주주의와 공산주의 세계는 대화협조시대에 들어갔다.

이러한 국제변화 속에서 미국은 박 대통령에게 북한과의 대화를 여러 번 종용하여 왔다(이달순, 1995). 박정희 대통령은 1970년 8월 15일을 기하여 8.15 선언을 통하여 ‘남북한에 가로 놓인 인위적 장벽을 단계적으로 제거해 나갈 수 있는 획기적이고 보다 현실적인 방안을 제시 시행할 용의가 있다’라고 하였으나 북한으로부터 별 반응을 얻지 못하였다. 그러다가 북한이 1971년 8월 14일 「남북한 이산가족 찾기 회담」을 갖자는 남한적십자사의 제의를 받아들인다고 발표하였다. 이에 따라 1972년 7월 4일 소위 「7.4 공동성명」을 발표하기에 이르렀다. 남북 공동성명을 이끌어 내기 위하여 1971년 북한을 방문하였던 이후락 중앙정보부장은 ‘다른 모든 점에서는 남한이 우위에 있으나 의료분야는 북한에 뒤진다. 북한은 모든 의료가 무료이고 특히 아이의 출산과 산모보호를 국가가 해 준다’는 요지로 대통령에게 보고 하였다고 한다. 또한 북한은 국제무대인 UN 과 WHO총회 등에서 ‘남한에서는 의료정책의 실패로 많은 인민이 치료를 받지 못하고 심지어는 응급환자가 이 병원 저 병원 전전하다가 사망한다’고 선전의 장으로 활용한다는 보고가 재외 공관으로부터 보고 되었다.

남북간의 대화도 1973년 8월 28일 북한의 평양측 공동위원장 김영주가 일방적으로 남북대화의 결렬을 선언하는 성명을 발표함에 따라 중단되기에 이르렀다. 이러한 남북간에 구체적인 화해의 실마리를 찾으려는 시도에 따라 그 당시까지 남북간 군사적인 대결로부터 경제사회적인 분야에서 체제우위 경쟁으로 돌입하게 되었다(이달순, 1995). 이러한 북한의 대남한 폄하 선전 책략은 저소득층에 대한 의료보장문제를 중요한 관심사로 떠오르게 하는 요인이 되었다(의료보험연합회, 1997).

박정희 대통령의 보건사회부 연두 업무보고를 받는 자리 등에서 무의 지역 해소, 국민의료군점 등은 빠지지 않고 지시한 것만 보아도 그가 국민 의료문제에 대하여 얼마나 민감했었는 가를 알 수 있다. 그는 의료계에 대하여 무료진료 사업을 촉구하였다. 1961년 서울시의사협회는 사설로 군사 정권에 대하여 보건의료에 관한 10개 항을 제의하는데 그 중 제 9항에 「거리의 병객을 일소하라」라는 요구에서 당시 상황을 이렇게 적고 있다.

서울을 비롯한 전국 어느 도시에나 나환자 결핵환자를 비롯한 전염병환자를 비롯해서 동상환자, 마약환자, 안질환자 등 수많은 병객이 거리를 방황하며 집집이 구걸도하고 간혹 행패도 부린다. 더욱이 유행병 발생 시기에는 이 지역에서 저 지역으로 나병전파의 중간 역할까지 한다. 게다가 지나가는 신사숙녀에게 실력행사마저 하고 덤비니 미덕 상 용납 못 할 일이다. 그 수가 점점 증가함에 따라 사회문제화에까지 이르렀다 (의사신문, 1961.5.22).

무의지역 문제도 심각하였다. 서울시의사회는 위의 동일한 사설 제 4항에서 「무의촌을 일소하라」는 제의를 하였다.

우리나라에 총 면수가 1407개인데 673개 면이 무의면이다. 절반이 의사가 없는 면인 셈이다. 전 정권시대에는 공의 배치와 무의촌에 가는 것을 전제로 한 장학생 양성으로 대책의 전부로 하여 왔으나 마치 ‘거북이 걸음’으로 미지수의 시간을 소요하고 있다. 실은 앞뒤를 보살 필 여가도 없는 긴급사이다. 즉시 예산조치를 뒷받침하는 대책을 세워 최소 1개면에 1인 정도의 의사를 파견토록 해야 한다(위호).

산발적으로 시행되는 영세민에 대한 무료진료제도는 한계가 있었다. 당시

허정 서울대학교 보건대학원 교수가 「의료보장 대책」 제하로 의협신보에 의 기고에서<sup>35)</sup>

현시점에서 볼 때 생활보호법에 의한 의료구호사업은 물론 새마을 진료와 더불어 의료보험사업은 너무나 현실미봉적이면 소극적이라는 비난을 면하기 어렵다.

라고 지적하였듯이 병의원은 경제적 부담은 물론이고 시혜적 성격의 무료 진료는 진료를 받는 영세민 측에서도 차별 진료를 연상하는 등 문제가 노출되었다. 이와 같이 남북 간의 의료격차, 영세민의 의료문제가 박정희 대통령으로 하여금 의료보장제도의 시행을 서두르게 되어 당초 1980년대에 시행할 예정이던 의료보험 시행계획을 바꾸어 1977년에 시행하기로 결정한 것이다.

박정희 대통령이 의료보험제도를 염두에 둔 것은 1976년 초부터로 추정된다. 박 대통령은 1976년 1월 15일 연두기자회견에서 ‘제 4차 경제개발5개년 계획의 기본방향을 사회개발분야에 중점을 두고 ... 모든 서민(庶民)이 짚 비용으로 의료혜택을 받도록 하기 위한 국민의료제도를 확립, 내년부터 시행하겠다’고 밝혔다. 이 때까지만 하여도 의료보험제도의 강제 적용을 염두에 두지는 않았지만 국민의료보장확대에 상당한 집념을 가진 것으로 보인다.

---

35) 허정, 의협신보, 1975년 3월 20일 제 827호

## 라. 근로자와 의료보험제도

Starr(1982)는 「의사, 기업, 그리고 국가」에서 「비스마르크 이래로 국가의 역할을 강화시키거나, 그들 자신이나 정당의 이익을 추구해온 정치 지도자들은 권력의 너그러움을 과시하는 수단으로 질병보험제도를 이용해 왔다. 마찬가지로 사업주들은 근로자를 새로 고용하고 회사에 대한 충성심을 고양시키기 위해 의료를 제공한다.»고 말한 바와 같이 박정희 대통령의 1976년 의료보험제도 도입 결단은 1970년대 초부터 짝 뜨기 시작한 노동자들의 불만을 잠재우려는 의도였다는 분석도 가능하다. 이런 점에서 1883년의 독일의 비스마르크에 의한 질병보험 실시와 같이 근로자의 권익 보호보다는(이규식, 2002) 이들의 불만을 잠재워 정권의 안정을 기하려는 의도가 있었기 때문이라고 생각할 수도 있다.

1880년대의 비스마르크는 사회민주당(German Social Democratic Party)로부터의 도전에 직면하였었다. 비스마르크는 사회민주당을 진압한 후 억압만으로는 불충분함을 확신하고 노동자의 충성심을 얻기 위해 복지 군주국가(welfare monarchy)를 추구했다.(Starr, 1982), 영국에서도 노동자의 소요로 인해 사회보험의 도입이 촉진되었다.

우리나라에서도 위와 같은 분석은 다음과 같은 논거위에서 가능하다. 먼저 1976년 전반까지 보건사회부에서 매년 의료보험실시를 위한 계획을 수립하고 소요 준비예산을 편성하여 예산당국에 요구하였으나 매년 삭감되어 오다가 1976년 중반 급작스럽게 시행이 결정된 점, 고재필 장관이 1975년 말 해임되기 전 까지만 하여도 의료보험의 시행년도를 1982년 이후로 공표한점 둘째, 1976년 전반까지만 하여도 보건사회부에서는 지속적으로 국민의료보장을 저소득층에 대한 무료 진료제도 확대 등만을 검토하다가 사업장 근로자에 대한 의료보험 시행으로 정책을 급선회한 점 등으로

미루어 볼 때 그렇다.

1970년대의 한국사회는 도시화와 급속한 노동인구의 증가로 특징 지을 수 있다. 1960년부터 1970년 까지 도시인구의 연평균 증가율은 5.6%이었고 전통적으로 농업인구가 압도적으로 큰 비중을 차지하던 우리나라의 산업구조가 이 때를 기점으로 뒤 바뀌어 오히려 도시인구가 농촌인구를 앞지르게 되었다. 1970년의 도시화율은 50.2%였다(이달순, 1995). 이와 같은 노동인구의 증가는 필연적으로 정부로 하여금 노동자 및 그 가족의 복지증진에 관심을 기울이지 않을 수 없게 되었다.

이들의 욕구를 강압 철권 정치로 억압하였으나 1970년 10월의 전태일 분신자살 사건에서와 같이 불만이 분출되기 시작하였다. 노동자들은 부(富)의 공정한 배분과 참여를 요구하면서 종교계, 시민단체 등과 연계하여 한편으로는 민주화 투쟁을 하고 다른 한편으로는 근로조건 개선투쟁을 전개하게 된 것이다. 박정희 대통령은 1972년 유신을 선포하고 강압적인 수단으로 잠재우려 하였으나 1973년 10월 유신이 선포된 이후에도 대규모의 학생 데모는 계속되었다.

1975년부터 미국을 비롯한 선진자본주의 국가가 스태그플레이션에 접어들면서 우리나라 경제는 더 큰 타격을 입게 되면서 그 동안 억압되었던 근로자들의 분출하는 욕구를 의료보험제도의 도입을 통하여 잠재위야 한다는 착상이 나올 수 있는 상황이었다.

의료보험의 1977년 시행 배경을 1974년부터 시행 예정이었던 국민복지연금제도의 시행을 유보한 것도 작용하였을 것으로 보인다. 국민연금제도의 시행을 유보한 마당에 이를 대체할 수 있는 사회보험제도를 시행하여야 만 근로자의 불만을 달랠 수 있기 때문이다. 그것이 바로 의료보험의 시행이었던 것이다. 보건사회부가 사회보장정책의 방향을 기존의 「선(先)연금보험, 후(後)의료보험」 전략을 전환한 것으로 보아도 알 수 있다(국민

연금관리공단, 1998). 제4차경제사회개발계획이 시작되는 1977년부터 5년 이내에 의료보험제도를 정착시킨 후 이를 바탕으로 연금제도를 실시하자는 전략으로 선회한 것이다(국민연금관리공단, 1998). 의료보험연합회도 1974년의 제 1차 국제석유 위기로 연금제도의 시행이 미루어지고 그 대안으로 의료보장제도를 선택하였다고 적고 있다(의료보험연합회, 1997).

### 3. 강제의료보험과 의료계의 입장

#### 가. 의료보험 시행 대안 제시

의료계가 1960년대 초부터 의료보험의 시행을 정부에 적극 촉구한 것에 대하여는 전술한 바와 같다. 그러나 1960년대 후반으로 오면서 시행방법에 대한 의견을 제시하기도 하고 때로는 반발도 하였다. 의료계가 의료보험 시행에 대하여 적극 참여하여 의견을 반영하여야 한다고 생각하기 시작한 것은 의협 조사단의 일본의료계 시찰이 계기인 것으로 보인다. 대한의학협회는 1965년 4월 17일부터 12일간 도쿄, 오사카, 후쿠오카, 나가사키 등의 일본 의료계 및 의과대학을 방문하고 일본의료보험의 문제점을 파악하였다. 조사단은 귀국 기자회견에서 일본 의료보험제도에 대한 문제점을 지적하면서 우리나라 의료인도 의료보험제도의 도입에 관심을 가져야 할 것이라고 하였다(의사신문, 1965.4.1)

(일본)의료보험제도는 과거 의료인들이 의정(보건정책)에 무관심하였기 때문에 일반국민들의 보건향상에는 공이 컸으나 의료인들의 의권(醫權)에는 다소 모순이 있어 시련을 겪고 있다. ...우리 의료인들은 각자가 보건정책에 항상 큰 관심을 갖고 의권옹호에 전 회원이 대동단결하자.

1963년 제정된 임의적인 의료보험이 한계에 부딪치자 여론은 물론 정치권에서도 문제를 제기하였다. 정부는 1966년부터 의료보험법을 개정하여 가입을 강제하는 시도를 하였다. 보건사회부가 1967년 5월 강제가입 실시를 위한 의료보험법 개정방침을 발표하고 대한의학협회에 의견을 요청할 때까지만 하여도 의료계는 ‘우리나라의 의료보험제도는 세계에서 유례 없는 임의가입제로 제 구실을 못하고 있으며 ... 이러한 보사부의 때늦은 움직임이 과연 어느 정도의 실(實)을 견을지는 의문이지만 말로만의 조국 근대화 보다는 이런 가능한 작업들이 하루 빨리 열매를 맺어야 될 일」<sup>36)</sup> 이라고 강력한 지지의 입장을 보였다.

그러나 의료계는 동년 7월부터 개정의료법의 윤곽이 드러나면서<sup>37)</sup> 구체적인 실시 방법에 대한 의견을 제시하였다. 당시 주영재(朱永在) 부산시 의사회 부회장은 의협신보(의협신보, 1967.11.23) 기고를 통해 의료보험법에 대한 전 의료인의 각성을 촉구하였다. 「개보험(皆保險)이 되는 마당에 ... 우리들(의사)의 권익이 침해되고 멸시당하고 있는 것을 수수방관할 수 없다.」고 하였다. 그리고 대한의학협회는 의료보험세미나를 통하여 의료보험확대에 대한 기본 방향을 제시하였다. 즉 특수업체로부터의 점진적 확대, 의료 일원화(一元化), 운영위원회(10-14인)에 의료인 5인 이상 참여, 국가보조 증대, 보험의료기관은 단체계약체제로 할 것, 진료보수심의위원회에 의료인 과반수 이상 참여 등을 주장하였다.<sup>38)</sup> 지금까지 원론적으로 제도의 조속한 시행을 촉구하던 입장에서 구체적인 방안을 제시하기 시작한 것이다. 대한의학협회는 1965년 5월 설치한 의료보험위원회를 통하여

36) 의사신문 1967.8.31, 472호), 의가흑백(醫家黑白)에서 논평

37) 1967년 보건사회부가 마련한 개정안은 근로자, 군인, 공무원 그리고 자영자 단체까지 한데 몰아 강제가입과 임의가입별로 규제한 「통합의료보험법」으로 개정하는 내용이었으며 동 법안은 당시 국회의 회기 종료로 자동 폐기되었다.

38) 박충진 당시 대한의사협회 기획이사가 의료보험 강연을 초록하여 1967.11.30자 의협신보 73호에 기고한 것임

정부의 의료보험정책 방향을 분석하고 의료계의 요구를 관철시키기 위하여 노력하였다. 먼저 대한의학협회는 1967년 10월 정부의 국민개보험계획에 대하여 불가피하다는 결론을 내리고 지금까지 지지부진하였던 것을 기업체의 비협조 그리고 정부의 적극적인 시책의 미비에 있다고 아래와 같이 비판하였다(의협신보, 1967.10.12).

그러나 1963년의 의료보험법은 다음과 같은 이유로 부진을 면치 못하고 있다. ‘근로자가 의료보험의 특성을 이해하지 못함은 물론 종래의 사보험(私保險)에 대한 좋지 못한 인식 등, 그리고 현실적인 생활실정과 기업주의 전근대적인 사고방식에 의한 불협조로 보험사업이 부진하고 있다. 그러나 근본적인 문제는 정부의 적극적인 시책의 미비에도 원인이 있다.

대한의학협회는 강제규정으로 인한 피보험자와 병의원의 관계에 있어서 과도기적인 부작용을 고려하지 않고 있다고 지적하고 개업의와 노동계의 의견이 일치되지 않는다고 지적하였다. 보건사회부가 5월 의견을 요청한 강제가입을 주 골자로 한 의료보험법개정안에 대하여 동년 11월 30일 의견을 제시하고 10개항을 건의하였다(의협신보, 1967.11.30). 이것이 의료계가 제시한 최초의 구체적인 대안인 것이다.

- (1) 반관반민(半官半民)의 ‘의료보험공사를 설치하고 정부는 적극지원하고 지도감독 행사할 것
- (2) 의료보수는 균일율제(혹은 인두제)로 하되,
  - 전과의는 인두당 균일율을 적용하고, 병원은 환자당 균일율을 적용
  - 점수제는 진료의 질보다 점수의 노예가 되며 회수에 편중하여 예방보다는 치료에 치중할 뿐만 아니라 불필요한 의료나 과분한 고가의

방법을 쓰고 환자유치를 위한 경쟁 등 문제 있음, 그리고 보험자 측에서는 청구액의 추정이 불가능한 등 단점이 있음

- 인두제는 불필요한 경쟁보다는 의약 및 인술적 경쟁을 조장하며 예방적 치료에 치중하고 조기 적절한 치료가 제공됨, 의사는 수입이 정규적이므로 예방조치와 관리의 합리화로 수입액을 예상할 수 있음, 보험자는 간편하고 예산을 정확히 추정할 수 있는 장점이 있음, 그러나 단점은 의료의 질이 저하될 우려가 있고 일반의가 전문의나 병원으로 너무 많은 환자를 추천할 가능성도 있음

- 봉급제는 의사의 시료행위가 금전에 좌우되지 않으며 의업에만 전력을 경주하기 때문에 의료의 질적 경쟁이 조장되는 장점이 있는 반면 진위성과 자율적 행동이 제한되며 불친절하고 관료적 의료가 불가피한 단점이 있다.

구체적인 건의내용은 다음과 같다.

① 단계적으로 확대하되 직종수익별 특수업체로부터 단계적으로 강제성을 부여 확장실시하고

② 각 부처별로 관장하고 있는 의료보험은 상호간의 유기적인 협조가 불충하며 사업추진상의 균형을 유지할 수 없고 정확한 통계자료수집이 곤란하며 행정비의 낭비가 있으므로 이를 일원화하는 방향으로 구상할 것

③ 의료보험조합의 운영원의 구성에 있어 5인 이상의 의료인이 참여하도록 할 것

④ 국고보조는 보험급여 30%까지 할 것, 부양가족의 일부부담율을 인상하더라도 피보험자의 일부부담제는 지양할 것

- ⑤ 의료급여의 규제는 의료인의 의견을 들을 것
- ⑥ 의료법에 의한 의료심의회 기능 대폭 강화하여 보험의료기관의 지정과 취소에 관한 일정한 기준을 설정하고 의료인 또는 의료기관 및 보험자와 협의하여 지정 또는 취소할 수 있는 권한을 부여할 것
- ⑦ 전과의와 병원을 분리하고 피보험자에게 의료기관의 자유선택권을 부여할 것
- ⑧ 의료심의회위원회의 구성은 의료인이 과반수 이상이 참여해야 하고 의료기관 지정에 관하여는 개개 의료기관을 대표하는 단체와의 단체계약에 의하는 원칙으로 할 것
- ⑨ 과반수이상의 의료인을 포함하는 진료보수심의회를 설치하고 여기서 진료보수를 결정하도록 할 것
- ⑩ 진료보수방법은 현 단계에서 전과의에 대하여는 인두제를 채택하고 병원입원환자에 대하여는 환자당 균일율제로 하는 것을 채택할 것. 다만 의료인이나 보험자의 남용으로부터 보호하기 위하여 기준 외 처치에 대하여는 자기 부담으로 할 것 등이었다.

대한의학협회는 위의 개정안에 대하여 큰 관심을 가지고 자체 의료보험심의회위원회를 개최하여 논의하고 이를 지난 1967년 12월 6일 정부에 건의한 내용을 재확인하고 1968년 11월 13일 자체 상임이사회에서 통과시키고 다음과 같이 11개 항을 공식으로 정부에 건의하였다(의협신보, 1968.12.16).

- ① 보험대상은 경영내용이 충실한 대기업체의 근로자, 공무원 등으로부터 시작하여 서서히 중소기업체나 기타 집단에 까지 확대 실시할 것
- ② 보험가입의 강제성 규제원칙에는 찬동하나 시초부터 무리하게 확대

적용을 피하여야 할 것

- ③ 의료보험제도의 다원화가 계속되지 않도록 획일적 일원화하는 방향으로 발전시킬 것
- ④ 국가는 의료보험제도의 조속한 발전을 위하여 최대한의 경제적 지원을 할 것
- ⑤ 보험잉여금은 보건시설이외에 사용하지 못하도록 더욱 엄격히 규제할 것
- ⑥ 부득이 보험료를 인상해야 할 경우에는 피보험자의 보험료는 극소액만을 증가하고 그 부양가족의 부담률을 인상할 것
- ⑦ 진료보수는 의료인이 반수 이상 참여한 진료보수심의위원회에서 결정하되 각 진료내용별 수가기준은 대한의학협회와 협의한 상한·하한을 책정한 뒤 수가규정에 의거할 것
- ⑧ 의료보험조합의 운영위원회에는 의료인 다수가 참여하도록 할 것
- ⑨ 법 제 27조에 규정된 의료보험심의위원회 구성에 있어서는 비의료인은 극소수만이 참여토록하고 의결기관으로서의 기능을 갖도록 할 것
- ⑩ 보험의료기관의 지정은 피보험자 자유의사에 일임할 것
- ⑪ 보험에 관여하는 의료기관의 지정은 각시도의사회가 심사 결정토록 할 것

1년 전인 1967년 10월의 건의와는 다른 내용이 추가 되었는데, 보험잉여금의 사용방법, 의료보수 지불방법, 보험의료기관 지정 등에서 의료계의 입장을 반영하여 달라는 내용이었다.

의료계는 의료의 사회화라는 용어를 쓰고 있는데 의료보험제도를 그렇게 인식하였던 것이 아니었는가 생각된다. 다음은 1976년 1월 1일 의협신보에 한 의료인이 「의료의 사회화 - 공익성을 중심으로」라는 제하의 기

고문이다.

한 국가의 보건의료행정은 적어도 의료가 우리 인간생활에 있어 가장 기본적이고 보편적인 수요이며 의료의 사회화는 종래의 방식과 같이 어떤 부분적인 자선이나 종교단체나 개인적 노력 만으로서는 이루어질 수 없고 통합되고 일관된 사회전체의 노력을 필요로 하는 사회공존적 성격이 강한 것이기 때문에 지역, 성, 연령, 빈부의 차별 없이 모든 사람이 이용할 수 있도록 조직화 되어야 하며 또한 보장되어야 한다는 것이 전제가 되어야 한다(의협신문, 1976.1.1).

이는 의료의 사회화에 대하여 의료계에 널리 공감대가 있었던 것으로 보인다. 그러나 의료계가 주장하는 의료의 사회화가 모든 의료자원을 국공유하자는 것은 아닌 것으로 보인다. 정부의 노력으로 의료시설과 인력을 확충하여 국민 모두에게 골고루 의료혜택이 돌아가게 하자는 의미로 해석된다.

## 나. 1977년의 의료보험 시행과 의료계의 입장

의료계는 강제적인 의료보험 시행에 대하여 긍정적으로 받아 들이는 분위기였다. 대한의학협회는 1977년 7월 1일 강제 의료보험실시에 대하여 성명서를 내었는데 그 모두의 내용은 다음과 같다.

복지국가로의 발돋움을 위한 의료보험제도가 정부의 끊임없는 노력으로 오는 7월 1일부터 시행케 되는데 대하여 온 국민과 함께 경하하는 동시에 정부의 그 동안의 노고에 경의를 표하는 바입니다.

이와 같이 의료계가 강제의료보험의 시행에 대하여 긍정적이었던 것은 일

찍이 1960년대부터 의료보험시행을 정부에 촉구하는 등 의료보험이라는 국정지침의 지속을 선도하였기 때문에 수가 등의 일부에 불만을 이유로 시행자체를 반대할 명분이 충분하지 않았을 것이다. 또한 남북한 간 긴장상태에서 북한의 남한 의료체계에 대한 선전공세로 인한 국제무대에서의 국가위신의 추락문제도 의료계에 제도시행을 감수할 수 밖에 없었던 요인으로 보인다.

다음으로는 그 당시의 정치적 상황이다. 1972년의 유신선포로 대통령에게 모든 권력이 집중되면서 대통령이 이미 결정하면 국회를 통과하는 것은 전혀 문제가 없는 상황이었다. 1976년을 전후한 정치 분위기는 박정희 대통령이 1인 통치에 의한 권위주의적 시대로서 대통령의 결정에 의한 제도 시행에 대하여 감히 반대의사를 표시할 수 없었던 것이다. 사실 상 1970년만 하여도 강제의료보험의 시행계획에 대하여 의료계의 참여와 의견이 반영되지 않을 때에는 지정을 받아들이지 않겠다는 행동통일을 한 것만 보아도 1972년의 유신이후 상황이 얼마나 변했는지 알 수 있다.

대한의학협회는 1976년 6월 12일 국회 보건사회위원들과 간담회를 갖고 의료보험관련 2개 항목에 대한 의견을 제시하였는데 의료보험심사위원회, 보험의료기관지정 등에 있어서 의료계 대표의 참여를 보장하라는 내용이였다. 그 내용은 다음과 같다(의료보험연합회, 1997).

- 의료보험법 개정안 중 피보험자, 보험자 및 공익대표자로 구성케 한 의료보험심의위원회에 의사회 대표가 참여하도록 명문화한다.
- 요양취급기관 지정에 있어 지역의사회가 지정에 참여할 수 있도록 제도화한다.

그리고 1976년 7월 22일 개최된 이사회에서 다음과 같이 정부에 제시할

방침을 세웠는데 그 내용은 다음과 같다(의료보험연합회, 1997).

- 보험은 전국민에게 혜택을 줄 수 있는 것을 전제로 해야 하기 때문에 국가가 관장한다.
- 적용대상은 제1종은 16인 이상의 사업장을 대상으로 하되 조합의 구성은 행정단위별로 대단위 조합형태를 취해야 하고 제2종은 행정단위제로 전주민을 포함한다.
- 보험재정문제에 대하여 제1종(사업장조합)과 제2종(지역조합)은 다같이 20 - 30%의 정부부담을 한다.
- 보험료는 사업장조합의 경우 정율제, 지역조합의 경우엔 정액제를 채택하고 사무비는 전액 국가가 부담하도록 한다.
- 심사위원회, 자문심사기관을 구성하고 이들 기관에는 지역의사단체 대표가 참석하도록 한다.

이와 같이 1976년부터 1977년의 의료보험의 시행과 관련하여 의료계는 정부가 의료체제를 통제하려는 입장에 대하여 자율권과 재량권을 최대한 확보하기 위한 노력을 하였다고 할 수 있다. 대한의학협회 등은 의료보험 시행자체에 대하여 반발하지는 않았지만 시행이 되면서 요양기관 지정 계약 거부, 보험환자에 대한 불친절 등 개별적인 의료기관의 반발이 일어나기 시작하였다.

첫째, 요양취급기관의 지정 계약이 매우 저조하였다. 당시 의료기관은 수가에 대한 불만, 청구사무의 복잡성 등으로 인하여 지정을 달갑게 여기지 아니하는 경향이였다. 요양취급기관은 개별 의료보험조합과의 자유로운 계약에 의하였는데 1977년 말 현재 의료기관의 참여율은 69.4%였으며 일부 조합은 단 1개소의 종합병원과도 계약을 체결하지 못한 경우도 있었다(의료보험조합연합회, 1997).

둘째, 보험환자에 대한 불친절 문제였다. 의료보험 시행으로 많은 규제를 받게 된 의료기관은 보험환자를 달갑게 여기지 않으려는 경향이 생긴 것이다. 언론에서도 이를 크게 보도하였다. 이에 보험환자들은 불친절과 차별대우를 피하려고 보험환자라는 것을 밝히지 않고 진료를 받은 후 진료비를 낼 때 피보험자증을 제시하는 사례도 나타나게 되었다. 그리고 입원실이 없다며 특실로 입원시키고 특실료를 받거나 체온계 등의 필요 의료비품을 환자에게 부담시키거나 하는 등 폐해가 생기기도 하였다.

## 다. 진료비지불제도와 의료계

의료계가 강제의료보험 시행에 있어서 가장 관심을 가졌던 분야는 수가 지불방법 및 수가수준 그리고 의료계의 참여방식과 절차 등에 관한 것이었다(의료보험연합회, 1997). 사회보험방식의 의료보험제도가 시행되기 이전에는 공급자인 의사가 일방적으로 가격을 결정할 수 있었다. 이른바 굴신법(sliding scale of fee)이다. 의료인은 부유한 자에 대하여는 많은 보수를 청구하고 가난한 자에 대하여는 치료비를 받지 않을 수도 있었다(문옥륜, 1991). 그러나 의료보험이 시행됨에 따라 의사는 싫든 좋든 정해진 방법에 의하여 서비스를 제공하고 그에 대한 대가도 정부나 보험자가 정한 보수를 받아야 하는 것이다. 따라서 보험진료비를 어떠한 방식으로 지불하느냐 또는 진료비를 어떠한 방식에 의하여 산정하느냐 하는 것이 의사나 의료기관의 수입은 물론 보험재정에도 중대한 영향을 미친다. 따라서 우리나라의 경우에도 의료보험을 시행함에 있어 의료비의 지불방법과 산정방법을 둘러싸고 정부와 의사집단간에 상당한 알력이 있었다.

1977년 의료보험 시행 전에는 의료가 주로 민간에 의하여 공급이 되어왔기 때문에 의료기관의 임의대로 징수할 수 있었다. 이를 관행수가라고

한다. 우리나라는 1976년 의료보험을 시행함에 있어 인두제, 포괄수가제, 행위별수가제 중 어느 방식을 택할 것이냐 하는 문제에 관하여 일찍부터 의료단체의 의견을 물어 의료단체가 원하는 방안을 택하기로 의협과 약속하였기 때문에 수가제도는 거의 논란의 여지없이 행위별수가제로 귀결되었다. 행위별 수가제는 당시의 관행수가제도와 큰 단절없이 의료보장제도를 연결시킬 수 있는 이점이 있었기 때문이다(의료보험연합회, 1997). 이와 같이 행위별수가제를 의료계가 선호한 것은 이미 일본 건강보험에서 행위별수가제를 택하고 있었으며 일본의사회는 1958년부터 보험자에 따라 다른 보험수가체계를 일원화 한바 있으며 2년 마다 조정되는 수가체계도 의사사회에게 만족스럽게 조정되었기 때문이 아닌가 한다(이케가미, 2004).

수가문제는 1976년 2월부터 보건사회부 의정국에서 검토되기 시작하였다. 대한의학협회는 의료수가책정특별위원회를 구성하여 수가정책에 관한 의료계의 입장을 정리하고 동년 3월 8일부터 11일까지 지방의료기관 수가 실태에 관한 현지조사를 실시한 후 동년 7월 5일 「의료수가기준 책정을 위한 관행수가 조사보고서」를 보건사회부에 제출하였다. 동 보고서에서 대한의학협회는 수가의 물가연동제, 입원료의 시설별 차등, 의사 및 지역별 평등, 초·재진 구분 등을 요구하였다. 그러나 동 건의는 받아들여지지 않았다(의료보험연합회, 1997).

보건사회부는 1976년 11월 10일 의료보험수가제정조사위원회를 구성하였는데, 대한의학협회 4인(공수범, 송영면, 김병극, 류준식), 대한병원협회 3인(김영언 인천도립병원장, 진동식 연세의대부속병원장, 최진학 한일병원장), 보건사회부 2인(최수일 복지연금국장, 장경식 의정국장) 등 9인의 위원과 간사 1인(김일천 복지연금국 수리조사과 사무관)이 참여하였다(양명생, 1993). 동위원회는 약3개월 간 자료조사, 일본출장, 회합 등을 거쳐 1977년 3월에 「의료보험수가 책정방법 시안」을 작성하여 의료계의 동의

를 얻어 보건사회부장관에게 보고하였다.

보건사회부는 위 시안을 토대로 행위별 난이도, 빈도, 시술시간조사를 서울시내에 소재하는 국립의료원 등 9개 종합병원의 관행수가를 조사하고 진료행위별 점수표를 결정하였다. 이를 기초로 하여 의료보험 수가기준의 주해 작업과 관계분과학회의 검토를 거쳐 1977년 6월 2일 진료수가기준과 요양급여기준을 1977년 6월 8일 고시하였다(양명생, 1993). 이에 대하여 의료단체에서는 보건사회부장관, 차관, 사회보험국장 등을 방문하여 반대 의견을 표시하였으나 관철되지 않았다.

의료계가 건의한 내용 중 대한병원협회와 대한의학협회의 의견을 요약하면 다음과 같다.

(1) 대한병원협회는 의료보험진료수가는 77년 6월 현재 물가 상승률을 감안할 때 관행수가보다 58.27% - 62.27%나 삭감된 결과임으로 적정진료 및 의료재투자가 곤란함

(2) 대한의학협회는 한겨부 회장의 명의로 성명서를 내었는데, ① 의료보험 진료수가는 1976년도 관행수가보다 58.27% 인하, 1976년 6월 현재 물가상승율을 감안하면 60%이상 인하 책정된 결과로 양질의 진료를 제공할 수 있을지가 우려됨 ② 관리료의 지역별 차등제 철폐 ③ 의료기관의 시설 및 기술의 재투자가 불가능함

이에 대하여 보건사회부는 ‘현행관행수가는 하한선만 설정한 자체수가에 의하여 개개환자의 질환상태와 더불어 사회적, 경제적 주변여건을 감안하여 수가를 징수함으로써 1976년도에 더 징수하고 1977년도에는 적게 징수하는 등 일정한 기준이 없기 때문에 1977년도의 물가상승율에 의한 수가상승의 산정은 타당하지 않으므로 수가 제정당시의 시점을 기준으로 하였으며 특히 보험진료는 지불이 보장됨과 동시에 환자수가 증가하므로 적정 진료 및 의료재투자에 큰 어려움이 없다’고 하였다(양명생, 1993). 대

한의학협회는 수가기준에 불만은 있지만 거국적인 사업이란 차원에서 의료보험의 실시를 거부하지 않겠다는 선에서 정리하였지만 대한병원협회는 수가문제로 인하여 1976년 7월 22일 송호성 회장이 임기 전에 퇴진하였다(의료보험연합회, 1997).

이후 수가문제는 두고두고 정부와 의료계간의 갈등을 유발하였다. 의료계는 정부가 시행초기부터 의료계의 의견을 묵살 한 채 수가기준을 정하여 의료기관 경영을 어렵게 하는 요인이라고 주장하고 있다(하호욱, 1983).

이와 같이 의료계의 의견이 반영되지 않은 의료보험의 강제 시행은 오늘날까지도 의료계가 불만을 갖는 요인이 되고 있다. 1999년부터 2000년 사이 의약분업의 시행을 앞두고 의료계가 정부에 요구한 것 중 끝까지 문제로 대두 된 것이 보험수가의 인상문제였고 그 결과 4차례에 걸쳐 40% 정도의 수가 인상이 이루어지면서 의료계의 대정부 투쟁이 종식된 것은 이것을 말해 주는 것이다.

#### 4. 경제계의 적극 참여

1976년의 강제의료보험시행을 위한 법률개정안 기초작업 및 1977년이 강제의료보험 시행에 있어 특기할 만한 일은 정책형성과정에 전국경제인연합회의 적극적인 참여이다. 전국경제인연합회가 의료보험에 대하여 적극적인 관심을 표명하기 시작한 것은 1974년부터이다. 당시 보건사회부 복지연금국은 시행령 개정을 통하여 강제의료보험을 실시하려고 하였다. 이에 전국경제인연합회는 1974년 7월 4일, 8월 21일 잇달아 의료보험에 관한 간담회를 개최하여 의료보험문제를 광범위하게 논의하였다. 문병기 박사, 노공균 교수 등이 전문가로 초청된 가운데 김입삼(金立三)부회장의 진행으로 의료보험도입의 필요성, 문제점 등을 논의하였는데 이러한 간담회는 9

월, 10월에도 계속되었다. 전국경제인연합회는 산업부를 중심으로 의료보험법 및 같은 법 시행령 개정내용 검토, 의료보험시범사업 현황조사분석, 삼성그룹 등 30개 기업에 대한 의료비보조제도조사 등을 집중적으로 수행하였다.

이와 같이 전국경제인연합회가 강제의료보험에 대하여 관심을 가지게 된 것에 대하여 의료보험연합회는 그 배경을 다음과 같이 설명하고 있다.

첫째, 1970년에 피용자 강제의료보험에 관한 법 개정이 있었기 때문에 비록 시행보류가 되고 있기는 하나 조만간 경제계가 의료보험사업의 한 당사자로 개입하는 것이 시간문제에 있었다는 점이다.

둘째, 각 기업이 부분적 또는 개별적으로 실시하고 있는 의료비공제사업을 사회보장제도로 발전시킬 필요성이 점차 증대하고 있었다는 점 등을 들고 있다(의료보험연합회, 1997).

이와는 다른 분석도 있다. 1974년부터 시행하려던 국민복지연금제도가 중동전쟁 발발에 따른 석유파동인 것으로 알려져 있지만 경제계의 건의로 연기를 거듭하다가 무기 연기되었다는 것이다. 기업으로서는 보험료 부담이 클 뿐만 아니라 장기보험이기 때문에 근로자로 부터 큰 호응을 받기 어려운 국민연금 보다는 보험료 부담이 적을 뿐만 아니라 당장 질병이 발생하면 혜택을 받을 수 있는 의료보험사업의 시행을 제시하였다는 말도 있다. 1975년 까지 보건사회부의 사회보장정책이 「선(先) 연금보험, 후(後) 의료보험」에서 「선 의료보험, 후 연금보험」으로 1975년부터 선회하였고 국민연금관리공단의 기록은 말해 주고있다.<sup>39)</sup> 1975년 말 부임한 보건사회부장관이 경제계 출신이라는 점도 경제계의 참여를 촉진한 것으로 보인다.<sup>40)</sup> 또한 1976년 9월 의료보험시행에 대한 청와대 회의에서 대통령이

39) 1973년 10월 30일 국민연금실시요강이 대통령에게 보고 후 발표되자 언론은 ‘우리나라의 사회경제적 여건을 감안해 볼 때 복지연금제도의 시행은 시기상조이다. 오히려 정책의 시급을 요하는 최저임금제, 의료보험제, 실업보험제 등이다.’ 또는 ‘기업부담의 과중으로 기업채산이 악화될 우려가 있다.’라고 언론은 비판하였다. 국민연금10년사, 국민연금관리공단, 1997, p.74-82

나 경제기획원이 미온적인 태도에도 불구하고 당시 장예준 상공부장관이 기업의 적극적인 입장을 보고하였기 때문이라는 것(의료보험연합회, 1997)으로 미루어 보아 경제계는 상당히 적극적이었던 것 같다. 전국경제인연합회는 1976년 보건사회부가 강제가입을 주 골자로 하는 의료보험법개정법률안을 기초하여 각 부처 협의를 계기로 실무적으로 적극 참여한다. 1976년 10월에는 의료보험제도의 조기실현을 적극 추진키로 결의하기도 하였다(의료보험조합연합회, 1983). 삼일빌딩에 소재하는 전경련 사무실에서 당시 김입삼 전경련 부회장 주재의 회의를 주 1회 씩 개최하면서 기업들에 대한 적극적인 설득활동도 하였으며 김입삼 부회장은 1977년부터 1981년까지 의료보험연합회의 초대회장을 맡으면서 강제의료보험 시행은 물론 대상자 확대에 핵심적인 역할을 한 것으로 보아 우리나라의 의료보험제도에 전국경제인연합회가 미친 영향은 매우 크다고 아니할 수 없다.

## V. 전국민의료보험의 실현

### 1. 지역의료보험 시범사업

최초의 강제적인 의료보험제도가 사업장 근로자 중심으로 시작한 것은 보험료 징수, 가입자관리의 용이성 때문이었다. 그러나 실제로는 농어촌 지역 인구 및 도시영세민에 대한 의료보장이 보다 더 시급한 과제였다. 상대적으로 사업장 근로자 보다 소득이 적으면서도 건강보험제도의 적용을 받지 못하기 때문에 비싼 의료비의 적용을 받아야 하는 문제였다.<sup>41)</sup> 이와

40) 실제로 강제의료보험 시행을 준비 시 신현확 보건사회부장관은 경제인연합회를 앞세워 반대 기업을 설득하였다고 함, 양명생 당시 실무직원

41) 1977년 7월 의료보험제도 도입 시 정부는 보험수가 수준을 당시 일반 관행수가의 50 - 55% 수준으로 책정하였다. 따라서 의료보험제도의 적용을 받지 않는 도시 자영자 및 농어촌 주민은 보

같이 의료보험이 적용되지 않는 자영자 들을 어떻게 보험권에 포함시킬 수 있는냐의 문제가 대두된 것이다. 「자영자의료보험」이라는 새로운 정책의 제가 부상한 것이다. 직장근로자는 1977년에 시행한 강제적용을 단계적으로 확대하면 가능하나 소득원이 정확하게 포착되지 않을 뿐만 아니라 보험료의 원천징수가 어려워 재정의 확보가 어려운 자영자의료보험 시행은 실로 어려운 과제였던 것이다.

먼저 자영자의료보험 시행의 당위성에 대하여 당시 전문가들에 의하여 제기된 내용을 살펴보면 다음과 같다. 유승흠(1984)은 사회보험으로서의 의료보험제도는 사보험과 달리 소득재분배 기능을 수행하여야 하는데 농어촌인구와 도시영세민이 포함되지 않아 제 역할을 하지 못한다는 것이다. 그리고 직장가입자의 보험료는 과세에서 혜택을 주고 사업주의 기여금도 경비로 처리하여 주는데 자영자의 경우 가입이 되어 있지 않으므로 그런 혜택을 받지 못함으로 형평성에도 어긋난다는 것이다. 그리고 의료보험이 적용되지 않아 당연히 진료를 받아야 할 질병을 방치함으로서 이들의 건강이 방치된다는 것이다. 그리고 의료보험적용의 필요성에 대한 지역주민의 의식이 매우 강하다는 것이다. 유승흠(1984)은 강화군지역에서 실시한 ‘의료보험실시 전후의 의료보험에 대한 태도를 조사한 연구’에서 의료보험의 필요성에 대하여 보험실시 전후에 ‘필요 없다’고 응답한 경우가 6.1%였으나 보험실시 1년 후에는 1.7%로 감소하였다는 연구결과를 토대로 지역주민의 의료보험욕구가 매우 크다고 주장하였다.

자영자에 대한 의료보험 적용방법에 대하여는 여러 갈래로 논의되었다. 그 첫 번째는 임의적용방식을 계속 확대하자는 것이었다. 그러나 가입, 탈퇴의 자유로 인한 역선택의 문제, 이로 인한 재정의 부실 등으로 성공할 수 없는 것으로 이미 결론이 나 있는 상태였다. 둘째는 우선 강제적용방식

---

함에 가입되어 있는 직장 근로자 보다 거의 두 배 이상의 진료비를 지불하여야 했다.

의 지역의료보험을 시범적으로 한정된 지역을 선정하여 실시하여 그 가능한 모형을 모색하자는 주장이었다. 특히 시범적으로 시행하자는 방안은 당시 한국보건개발연구원이 정부에 건의하였다. 한국보건개발연구원은 AID<sup>42)</sup>로부터 500만불의 차관을 받아 설립되어 1976년부터 강원도 홍천, 전북 옥구, 그리고 경북 군위 지역에 종합보건의료시범사업(마을 건강사업)을 시작하였는데 1981년에 만료될 예정이었다.<sup>43)</sup> 한국보건개발연구원은 1981년에 시범사업이 완료 되면 그 존폐가 문제가 되며 비록 시범사업이지만 주민들에게 의료혜택을 5년간 주어 왔는데 이를 종료한다는 것은 주민의 반발을 야기시킬 수도 있다고 판단한 것이다. 이와 같이 한국보건개발연구원의 건의에 정부가 관심을 가진 것은 종합보건의료사업 중 의료보험과 관련하여 강원도 홍천군에서는 마을건강대동회를 조직하여 회원들로부터 1,500원의 회비를 받아 무료로 진료를 해주는 사업을 수행하고 있었는데 주민의 29%가 참여하고 있었다. 그러나 지나치게 낮은 가입비와 1차 진료를 무제한으로 급여하고 인건비가 과다하여 신규가입을 1979년부터 중지하였다. 전북 옥구 군의 의료보험사업은 1979년부터 시작하였는데 주민의 절반가량이 가입하였는데 보험료 징수율은 68% 수준이었다. 특히 보험급여비 대 보험료징수액이 100:67.5로 성공적이라고 평가하기는 어렵다(의료보험연합회, 1997). 양개 군의 의료보험사업이 성공적이라고는 평가하기 어렵지만 주민의 의료에 대한 욕구가 상당한 수준이었다는 것을 확인한 것이 소득이라 할 수 있다.

한국보건개발연구원의 건의에 따라 1980년 10월 ‘복지국가건설을 위한

42) AID차관 조사단은 차관공여의 타당성을 조사하기 위하여 1975년 방한 하였는데 조사보고서에서 의료보험의 확대를 한국정부에 권고하였다(의협신보, 1975.5.8).

43) 종합보건의료시범사업은 1972년 파리에서 개최된 국제경제대환원조협의체(IECOK)회의에서 우리 정부가 군립병원 설립을 위한 차관을 요청한 것을 계기로 1975년 9월 13일 한국정부와 AID 간에 500만불의 차관협정이 체결되었다. 그 내용은 저소득 주민에게 경비절약형 종합보건의료전달사업을 계획, 실시, 평가할 능력을 배양하기 위하여 몇 개 군을 대상으로 실시하는 것이었다(의료보험연합회 1997).

보사행정 개선 및 장기사업추진계획'에 포함하여 확정하였는데 보건사회부는 시범사업의 실시 목적을 '농어촌 주민 및 서민층에 대한 의료보험 도입 시 재원조달, 급여수준, 의료공급 및 전달체계의 모형을 추출함으로써 2종 의료보험의 확대에 참고하려는 것'으로 정하였다. 그 내용은 다음과 같다 (의료보험연합회, 1997).

- 1981년도에 3개 군, 1982년도에 6개 군을 선정, 모두 9개 군에서 시범사업을 실시함
- 1985년도에 지역실정에 따라 이를 확대함
- 1991년도에 전국 농어촌에 확대 실시함

이 장기계획은 1982년에 6개 군을 추가로 실시하려던 것을 3개 군으로 조정되고 1985년부터 단계적 확대 방침은 유보되었으며 오히려 1991년도 전면실시가 1989년으로 앞당겨 졌다. 의료보험시범사업을 수행하기 위한 법적 근거를 마련하기 위하여 1981년 3월 13일 의료보험법을 개정하였는데 「대통령령이 정하는 지역의 주민은 당연적용피보험자가 된다(의료보험법 제7조 제2항)」고 하여 비록 시범적으로 시행하는 것이지만 시범사업 지역에서는 강제가입을 원칙으로 하였다. 뒤이어 대통령령을 개정하여 「제2종 의료보험 실시지역을 한국인구보건연구원법<sup>44)</sup>에 의해 종합보건의료시범사업을 하는 지역이나 보건의료망, 보험료부담능력이 갖추어진 지역 중에서 시도지사가 추천, 보건사회부장관이 고시하는 지역(의료보험법시행령 제4조 제3항)」을 신설하여 지역의료보험을 시행할 수 있는 근거를 마련하였다.

이에 따라 시범사업은 1981년 7월 한국인구보건연구원의 종합보건의료

---

44) 한국보건개발연구원은 AID차관에 의한 종합보건의료시범사업이 완료되자 1981년 6월 한국인구보건연구원으로 명칭을 바꾸었다.

시범사업 지역인 3개 군에서 시행되었다. 가장 관심사였던 8월 첫 달의 보험료 징수율은 홍천군 43.6%, 옥구군 51.7%, 군위군이 71.3%였다. 그리고 당초계획에 따라 1982년 7월 경기 강화군, 충북 보은군, 그리고 전남 목포시를 선정하여 추가 시범사업을 시행하였다. 시범사업 추진에 있어서 가장 문제 된 것은 징수율을 어떻게 올리느냐가 문제였는데 연도별 6개 시범지역의 연도별 보험료 징수율은 1981 93.9%, 1982 87.5%, 1983 82.1%, 1984 81.0%, 1985 71.3%, 1986 75.9%, 1987 77.9%였다(오근식 1992). 보험료 징수율은 낮은 데도 불구하고 급여는 증가하여 적자는 1981년을 제외하고 매년 증가하였다.

## 2. 전국민의료보험 실현

이와 같이 시범의료보험사업이 난관에 부딪치고 있는 상황에서 지역의료보험을 성공적으로 실현할 수 있는 방안을 모색하였는데 연세대학교 인구 및 보건개발연구소가 1984년 ‘2종의료보험의 모형 및 실시방안에 관한 연구’를 통하여 재정안정을 위하여 외래 이용 시 본인 공제제의 도입을 건의하였는데 뒤에 본인부담정액제로 채택되었다(의료보험연합회, 1997). 1985년 한국인구보건연구원은 농어촌→중소도시→대도시 순의 점진적 확대를 건의하였다.

당시 집권당인 민정당은 1986년도의 4대 정책과제로서 1986년 말부터 농어민에 대한 의료보험을 실시하겠다고 하였다. 민정당은 1985년 2월 총선에서 1987년까지 전국민의료보험을 실시하겠다고 공약했기 때문에 이를 1986년도 정책과제로 삼은 것이며 1월에는 이를 정부에 공식 건의하였다. 이와 같이 연구보고서의 출간, 민정당의 정책건의, 특히 1987년부터 실시되는 제6차경제사회발전 5개년 계획에서의 사회보장 청사진 제시필요 등

의 여건이 조성되자 보건사회부는 1986년 1월 1990년대 초로 잡았던 전국민의료보장 실시를 1988년부터 앞당겨 실시하겠다는 입장을 밝히고 1986년 2월 11일 이해원 보건사회부 장관의 청와대 연두 업무보고 시 이를 보고했다.

당시 보건사회부 실무진은 1988년 농어촌지역, 1989년 도시지역 전면 시행이라는 목표를 정하였다. 1986년 9월 1일 청와대 회의에서 김만제 부총리 겸 경제기획원 장관은 '건강하고 안락한 생활을 보장하기 위한 국민복지증진대책'에서 보고하고 이를 공식 발표하였다. 동 계획은 1987년의 대통령 선거에서 집권당 후보가 공약으로 채택하여 발표함으로써 움직일 수 없는 사실로 확정되었다.

1963년 및 1976년의 의료보험의 시행의 결정은 다수의 국민, 정치인 또는 전문가들의 토의와 논의결과로 이루어졌기 보다는 소수의 정책결정자 특히 대통령 그리고 보건사회부의 관료집단의 주도에 의하여 이루어졌다는 데 그 특징이 있다(김일순, 1983). 또한 그 당시의 의료보험시행에 전문가나 그간의 시범사업의 결과 또는 외국의 의료보험 등에 대한 광범한 자문이나 연구 없이 시행하였다고 비판한다. 그러나 1977년부터 강제의료보험이 적용되면서 전국민 의료보험시행방법에 대하여 학계, 국회 등 다수가 의견을 개진하기에 이른다.

이와 같은 시범사업을 거쳐 1988년 및 1989년 각각 농어촌주민 및 도시 자영자에 대한 전면적인 의료보험을 시행하고 1988년에는 5인 이상 사업장까지 확대하여 1989년에는 전 국민이 의료보험을 적용받게 되어 전국민 건강보험시대가 열리게 되었다. 전국민의료보험을 시행하면서 관리체계에 대한 문제가 다시 논의되었다. 1986년 9월 9일 의료보험조합연합회는 직장, 직종, 지역 등 전국 163개 조합의 대표자들로 '전국민의료보험실시를 위한 의료보험대표자회의'를 개최하고 조합방식에 의한 확대를 결의하

였다(의료보험조합연합회, 1997). 1986년도 정기국회에서 통합여부의 문제가 다시 논쟁의 대상이 되었다. 당시 야당위원들은 1987년도 예산안이 조합방식에 기초하여 편성된 점을 들어 반박하기도 하였으나 조합설립비와 홍보비 일부를 삭감하는 선에서 타결을 보았다. 1987년 4월 11일 보건사회부는 조합방식으로 확대하는 것으로 방침을 정하였다.

한편 1977년 500인 이상 사업장으로부터 강제 적용한 피용자 보험은 1979년 300인 이상 사업장, 1980년 공무원 및 사립학교 교직원, 1981년 100인 이상 사업장으로 계속 확대하고 1988년 5인 이상 사업장까지 확대함으로 1989년의 도시지역의료보험 시행과 함께 전국민 의료보험시대를 맞게 되었다.

## VI. 의료보험통합논쟁

### 1. 강제의료보험 시행과 관리체계

1977년의 의료보험시행에 있어서 정책형성주체들의 가장 큰 관심사는 누가 보험자가 되느냐의 관리체계였다. 즉 보험가입자가 치료를 받고 그로부터 발생한 진료비를 대신 지불하는 제3자가 누가 되느냐의 문제이다. 공적의료보험에서의 보험자는 두 가지 형태가 있다. 하나는 정부 또는 이에 준하는 공법인이 단일보험자로 전국을 통괄하여 보험재정을 조성하여 발생하는 진료비를 지불하여 주는 단일보험자 체제가 그 하나이며, 다른 하나는 직종별 또는 지역별로 다수의 보험자조직을 설립하여 개개의 보험자가 급여를 하는 다보험자형태로 운영하는 경우로 구분할 수 있다(이규식, 2002).

단일보험자체제를 운영하는 국가는 대부분이 의료기관을 국가 또는 공조직이 소유하면서 의료서비스를 직접 제공한다. 반면에 의료기관과 계약을 맺어 서비스를 제공하는 나라는 다보험자 방식을 택하고 있다. 우리나라에서의 의료보험관리체계에 대한 논의는 다음과 같다.

처음 일원화된 관리체계를 주장한 것은 양재모(1961)의 사회보장창시에 관한 건의에서였다. 그는 (1) 사회보험을 정부사업으로 조직하고 직접 정부에서 운영하거나, (2) 사회보험의 운영을 정부감독하의 공사 같은 반독립체에게 위탁하는데 이 보험에 관계되는 피고용자, 고용주 및 정부의 3자측 대표들로 구성하는 것이 예사다. 라고 하여 정부가 직접 관장하든 또는 공적인 법인 또는 단체에 위탁하든 단일화된 조직이어야 한다고 주장하였다.

우리나라의 최초의 1963년의 의료보험법은 다보험자원칙으로 출발하였다. 법 제12조(보험자)는 「이 법에 의한 의료보험이 보험자는 의료보험조합으로 본다.」 라고 규정하고 동법 제17조(의료보험조합의 설립)에서 300인 이상을 상시 사용하는 사업주 또는 2이상의 사업장이 합하여 300인 이상이 될 경우에는 의료보험조합을 설립할 수 있는 것으로 규정하였다.<sup>45)</sup> 최초의 의료보험법의 기초자인 사회보장심의위원회는 의료보험사업은 보험 방식에 의한 사회보장적 시책이기 때문에 원칙적으로 국가가 직접 행하여야 할 업무이지만 국가는 편의상 또는 그 성패에 관하여 가장 이해관계가 큰 조합원에게 자주적이며 자치적으로 운영하게 함으로써 보다 낫은 의료보험사업의 원활한 발전을 도모하기 위하여 법인격을 가진 의료보험조합인 보험자에게 그 운영권을 부여한 것이라고 설명하고 있다(최천송, 1965).

---

45) 1963년 제정 의료보험법 제17조(의료보험조합의 설립) ①제8조의 규정에 의하여 의료보험에 가입한 근로자 300인 이상 상시 사용하는 사업소의 사업주는 대통령이 정하는 바에 의하여 의료보험조합을 설립할 수 있다. ②제8조의 규정에 의한 의료보험에 가입할 근로자를 사용하는 2 이상의 사업주는 공동으로 의료보험조합을 설립할 수 있다. 이 경우에는 피보험자의 수는 합하여 상시 300인 이상이라야 한다.

이와 같이 조합주의를 채택한 것을 보험급여의 신속과 공정, 의료보험재정의 효율적 사용 등 여섯 가지를 장점으로 들고 있다.<sup>46)</sup> 그러나 그 당시 의료보험에 대한 관심 자체가 없었기 때문에 찬반의 논의 없이 강제설립조합만이 삭제되고 정부안대로 통과되었다.

이와 같이 다수의 의료보험조합에 의하여 사업을 운영하는 방식은 1976년 입법에도 그대로 반영된다. 보건사회부는 1976년 4월 의료보험법 개정안에서 조합주의 방식을 유지하는 것으로 하였는데 경제기획원은 조합방식의 운영으로는 장래성이 없다고 반대하면서 몇 가지 대안을 제시하였다(김도영, 1982). 먼저 기존의 산업재해보상보험업무를 관장하는 기구나 국세청을 활용하는 방안을 제시하다가 의료공단을 설치하자는 안 등이 제시되었다. 그리고 공화당과 유정회에서는 보건공사를 설치하는 안이 제시되기도 하였다. 그러나 1976년 9월 13일 국민보건향상을 위한 의료시혜확대방안이 공식 발표되었는데 보험운영자를 다음과 같이 정하였다. '의료보험조합을 보험경영자로 하여 보험재정 조절 및 자율적인 운영태세를 확립토록하고 수혜자 부담원칙으로 정부의 재정수요를 억제토록 한다.'고 하여 다보험자 원칙을 확정하였다(의료보험연합회 1997). 조합주의를 채택한 이유를 1983년 의료보험조합연합회는 '관리조직상 효율성·경제성의 제고, 노사협력과 공동체의식함양, 현대 선진복지사회의 일반적 병폐 예방 등의 제반사안을 고려, 산업근로자를 대상으로 하는 일반직역은 공적 성격을 가지는 민간 주도의 기관을 보험자로 하여 의료보험을 운영케 하고 국가는 감독

---

46) 최초의료보험법안을 기초한 사회보장심의위원회 의료보험반장 최천송(1965)는 의료보험법해설에서 조합주의 방식의 다보험자원칙의 장점으로 6가지를 들고 있는데 (1) 보험사고의 증가는 보험급여비의 증액과 조합원(사업주와 피보험자)의 보험료의 증가를 초래하기 때문에 조합원상호간에 상호견제 감독함으로써 운영의 묘를 기할 수 있고 허병방지(虛病)와 보험급여에 관한 부정의 방지가 용이하다. (2)보험급여의 신속과 공정을 기할 수 있고 (3)피보험자가 의료보험조합운영에 참여할 수 있고 (4)보험재정의 효율적인 운영과 그 조절이 용이하다. (5)업무처리의 능률화 간소화를 기할 수 있다. (6)사업주와 근로자가 공동으로 의료보험조합을 관리하기 때문에 사업주와 근로자간의 인간관계가 원만하여지는 점 등을 생각할 수 있다라고 하였다.

적·후견적 기능만을 수행하는 형태의 수혜자 자치운영방식 즉 우리의 경우 보험자를 조합으로 하는 방식을 채택케 하였다.’라고 하고 있다(의료보험조합연합회, 1983).

그러면 1976년 당시 의료보험정책형성 결정 주체인 보건사회부가 다수의 의료보험조합을 보험자로 하는 다보험자원칙을 채택한 배경을 살펴보면,

첫째, 정부 부담의 한계이다. 단일관리방식으로 할 경우 농어민 및 도시자영자 계층은 보험료 부담능력과 수준이 직장근로자 보다 낮다고 보아야 한다. 단일 관리 방식이기 때문에 급여에 있어서 차등을 둘 수 없을 것이며 그 차이를 메꾸기 위하여 정부가 일반재정으로 보전하여 주어야 하는데 그 것이 가능하지 않다는 판단이었다. 조합방식을 취할 때는 재정에 있어서 독립채산제를 취할 수 있기 때문에 보험재정 수준에 따라 급여의 차등을 둘 수 있는 등 신축적 운영이 가능한데 통합방식에서는 차등을 둘 수 없다는 것이다.

둘째, 의료자원의 분포가 도시와 농촌이 불균형한 상태에서 통합 관리할 경우 농어촌 오벽지 주민과 도시 지역간 형평의 문제가 발생할 수도 있다는 것이다.<sup>47)</sup> 1982년 현재 도시와 농촌간의 인구 및 병상 분포를 보면 인구 5만 이상의 도시지역에 전 인구의 57.3%가 거주하고 있으며 농어촌 지역에는 전인구의 42.7%가 거주하고 있음에도 병상은 도시지역에 85%, 농어촌 지역에 15%가 분포되어 있었다(김일천, 1983). 따라서 이와 같은 불균형한 의료기관의 배치와 병상수로 인하여 농어촌 지역주민들은 동일한 의료보험료를 부담하면서도 진료를 받을 수 있는 기회가 떨어질 수 있다는 것이다.

---

47) 1984년 김정례 보건사회부장관은 신년사에서 ‘정부수립이후 해 묵은 과제였던 「무의면 해소」는 마침내 실현을 보게 되었으며..’라고 선언한 바 있듯이 1980년대 초까지 전국의 1400여개의 면 중 의사가 없는 면이 거의 50%에 이르렀다., 의료보험(1984.2), 의료보험조합연합회

셋째, 시행의 용이성이다. 1977년 최초 시행 시 500인 이상 고용 사업장을 대상으로 조합을 설치하도록 함으로써 정부의 큰 재정부담 없이 시행이 가능하였기 때문이다. 당시 의료보험에 회의적이던 박정희 대통령도 ‘90억원의 범위 내에서 시행이 가능하다면 시행을 하라’라는 말을 했을 정도로 당시 의료보험 시행 여부를 놓고 정책결정의 최종단계까지의 결정기준은 정부부담 문제였다. 어찌 되었든 1963년 및 1976년의 제도 시행시 조합주의로 출발한 것이 1980년대 초반부터 격렬하게 전개된 통합논쟁의 불씨를 안고 있었다.

## 2. 의료보험통합이라는 새로운 정책의제의 등장

1989년 전국민 의료보험의 실현으로 의료보험정책형성은 정책의제에서 소멸된 듯 했다. 그러나 Jones(1977)가 ‘끝이 곧 시작이다’라고 말한바와 같이 전국민 의료보험으로 가는 과정에서 이미 새로운 정책의제가 부상하고 있었으니 곧 통합일원화이다. 의료보험제도의 통합일원화를 처음으로 주장한 것은 대한의학협회였다. 1967년 보건사회부가 의료보험법을 개정하여 강제의료보험으로의 전환할 움직임이 있을 때 의료계는 검토의견에서 통합일원화를 건의하였다. 1967년 10월 대한의학협회는 의료보험의 시행방안에 대하여 11개 항 중 제 3항에서 통합일원화를 정부에 건의하였다. 이는 당시 일본 의사사회가 의료행위를 엄격하게 심사하거나 의사들의 행정적인 업무량을 늘리는 주범으로 피용자보험의 대표인 건강보험연합회를 지목하고 건강보험을 통합하여 국민 모두를 지역보험에 가입하는 통합일원화를 주장한 것이 영향을 미친 것으로 보인다.<sup>48)</sup> 1960년대에 일본의 다케미 다

48) 일본 의사사회가 주장한 의료보험통합일원화의 경우 도도부현(우리나라의 광역시 및 도)이 보험자로 되는 것인지 혹은 시정촌(우리나라의 시군구)이 되는 것인지는 구체적으로는 밝혀지지 않았다.

로(武見太郎) 일본 의사회 회장이 대한의학협회의 초청으로 방한하여 한국 의료계에 권고한 것으로 보인다. 일본의 의료보험이 보험자가 수천 개의 의료보험조합으로 되어있어 의사들은 수 천 개의 조합을 상대로 진료비를 청구하고 그에 따른 심사기준의 상이함으로 인한 혼란 등으로 일본 의사회는 관리기구의 통합을 의사협회에 권고하였기 때문이기도 하다.<sup>49)</sup> 의협신보는 의료보험실시를 앞두고 장차 의료보험의 전체적 통합을 전제한 재정 통합을 이루어야 한다고 주장하였다(의협신보, 1977.3.3). 대한의학협회는 1989년에 통합일원화와 관련하여 의료보험 관리 및 재정통합을 국회에 청원하였다(이규식, 2002).

정부 내에서 의료보험통합일원화주장이 공식적으로 논의되기 시작한 것은 1980년 9월 개각으로 보건사회부장관에 천명기 씨가 부임하여서이다. 천 장관은 의료보험의 통합일원화구상을 밝히면서 그 해 9월 30일 직장보험조합 통폐합계획의 추진을 보류하고 의료보험 관리운영 체제의 일원화 방안을 검토하도록 실무진에 지시하였다(오근식, 1992). 이는 당시 정권을 장악한 신군부가 사회개혁 차원에서 정부 산하기구를 통폐합하는 작업의 추진과 맞물려 있었던 것 아닌가 생각된다.

이와 같은 주장의 배경에는 의료보험이 적용되지 않고 있는 지역주민 중에는 농어민이나 구멍가게나 행상을 하는 영세민들이 많은데 통합을 통하여 이러한 영세민들에게 보험혜택이 돌아가도록 하자는 주장이었다. 그러나 동 주장은 당시 전두환 대통령의 지시로 보류되었다. 보건사회부가 지역의료보험 시범사업의 어려움을 인식하면서 통합문제가 거론되기는 하였지만 본격적으로 논의가 시작된 것은 국회에서였다. 국회 보건사회위원회는 통합일원화를 당면한 주요과제로 정하고 보건사회부에 1년의 기간을

49) 일본에서는 1959년부터 건강보험의 일원화 주장이 의료계를 중심으로 제기되었다. 이규식은 대한의학협회장과 보건사회부장관을 역임한 문태준씨의 회고록(1997)을 인용하여 일본의료계는 초기에는 일원화를 주장하였으나 뒤에는 입장을 바꿔 일원화를 명백히 반대하였다고 한다. 이를 우리나라 의료계나 사회복지전문가들이 무비판적으로 받아들였다고 한다(이규식 2002: 421).

주고 의료보험일원화를 위한 법률안을 제출하라는 결의를 만장일치로 통과시켰다. 집권당인 민정당도 찬성하였다 그러나 재차 청와대에서 반대의견이 개진되면서 보건사회부는 국회의 요구대로 법률개정안을 제출할 수 없었다. 1983년에 들어와 통합을 주장하였던 보건사회부 및 보험기관의 관계자들이 문책을 받으면서 이 문제는 종결되었으나 다만 논의를 중단한 것이 그 불씨는 수면 밑으로 잠재하였을 뿐이었다(오근식, 1992).

그러나 1988년 농어촌 의료보험이 시행되면서 종래 정부, 국회, 의료보험관련단체, 학계를 중심으로 한 통합논쟁이 농어민과 도시빈민조직 등의 재야조직으로 확대되었다. 여기에 의료보험조합의 직원들까지 가세하면서 더욱 확대되었다. 그리고 야당인 평민당과 민주당이 통합을 강력히 주장하면서 통합을 내용으로 한 국민의료보험법안이 제출되었다. 여당인 민정당의 일부 의원도 가세하여 1989년 3월 9일 국회 본회의를 통과하였다. 그러나 대통령의 거부권 행사로 무산되었다.

1996년 11월 30일 국민회의는 관리 및 재정통합을 주 내용으로 하는 국민건강보험법을 국회에 제출하였으나 여당인 신한국당의 반대로 국회에 계류되었다. 그러나 농촌출신 여당위원들은 통합을 하지 않고는 차기 대통령선거에서 승리를 장담할 수 없다는 결론을 내리고 통합을 주도하는 입장으로 선회하였다. 특히 신한국당의 황성균 의원은 이회창 대통령후보에게 야당은 1997년 대통령 선거공약으로 의보통합을 제시할 것이 분명하기 때문에 신한국당이 1단계로 지역의료보험과 공·교 의료보험만이라도 통합하여 기선을 제압할 필요가 있다고 설득하였다. 그리고 당시 김영삼 대통령은 11월 7일 신한국당을 탈당함에 따라 정부로서는 여당이 없는 상태가 되기에 이르렀다. 이에 따라 신한국당은 1997년 10월 30일 황성균 외 30명의 명의로 국민의료보험법이 정식으로 발의되자 1997년 12월 31일 국민의료보험법은 만장일치로 통과되어 통합논쟁은 종료된다(이규식, 2002).

그리고 1997년 대통령선거에서 김대중 후보가 당선됨에 따라 국민회의는 의료보험을 전면 통합하기 위한 준비에 들어가고 이를 1998년 1월 구성된 노사정위원회에서 합의에 이른다. 이에 따라 정부는 1998년 3월 23일 ‘의료보험통합추진기획단’을 발족시키고 동년 8월에 국민건강보험법안을 입법예고하여 1999년 2월 임시국회를 통과하여 2000년 1월부터 통합건강보험시대가 열리기에 이르렀다. 그러나 단일보험료 부과체계가 개발되지 않아 6개월 연기되어 2000년 7월 관리기구의 통합이 이루어졌다. 그러나 직장가입자와 지역가입자간의 재정통합은 부과체계 개발문제로 2003년 7월로 연기되었다(이규식, 2002).

### 3. 통합논쟁과 이념의 충돌

통합의 주장은 다음과 같은 세 가지로 요약된다. (1) 관리기구의 통합이다. 이는 1960년대부터 의료계가 주장하던 것으로 보험관리를 수 백개의 조합으로 운영하므로 발생하는 업무의 중복과 비효율 그리고 관리비용의 낭비를 통합으로 해결하자는 것이다. (2) 재정을 통합하자는 것이다. 수백 개의 의료보험조합이 각각 독립적으로 징수, 운영, 지급 등으로 재정을 운영하는 것을 하나의 기구에서 통합 운영하자는 것이다. (3) 직장근로자와 자영자에 따라 달리 부과되는 보험료 부과체계를 통일하여 형평을 도모하자는 것이다.<sup>50)</sup>

본 논문에서는 이데올로기 분석을 목적으로 한 입장에서 형평성과 자율성 측면에서 통합을 주장하는 측과 조합주의를 고수하자는 측의 주장을 정리해본다.

---

50) 통합에 대한 상세한 내용은 다음 책자를 참고: 오근식(1992), 국민의료보장론, 나남

## 가. 통합 축의 주장

통합을 주장하는 측은 지역 간, 직역 간, 또는 소득계층 간에 형평성을 도모하자는 것이다. 보험료 부담능력이 취약한 계층이 주된 가입자인 자영자의료보험조합을 직장조합과 통합하면 사회연대원리에 의하여 비교적 여유 있는 계층이 근대화 과정과 UR 등으로 인한 수입개방과정에서 가장 피해가 큰 농어촌 주민들을 직접적, 실질적으로 돕게 된다는 것이다. 도시 지역의 상공인, 자영자, 고소득 간부급 직장인들이 이들을 도와 주므로써 사회통합에도 기여하고 농어촌지역조합처럼 구조적 취약계층에 대한 국고 보조금의 급격한 팽창도 막을 수 있다는 것이다.<sup>51)</sup> 통합주의자들은 의료보험제도가 사회보장제도인 만큼 급여의 평등성(equality)와 재원조달의 측면에서도 사회계층간의 형평성(equity)을 강조한다. 그리고 의료보험의 위험분산기능과 소득재분배 기능에 대하여 전국적 차원의 사회연대성을 강조한다(오근식, 1992).

이는 다시 말해서 소득계층간의 소득재분배를 의료보험통합을 통하여 실현하자는 것이다. 조원탁(1999)은 의료보험통합을 ‘나눔의 실천’이라고 하면서 의보통합은 사회보장원리에 따라 근로자건 자영자건 경제적 능력이 있는 자가 부족한 자를 지원하는 사회계층의 논리가 그 본질이라고 주장한다(서울경제, 1999.1.27). 조합주의 방식으로는 사회보험의 원리인 위험분산 기능과 소득재분배 기능을 원활히 수행할 수 없다는 것이다. 의료보험제도를 소득계층간, 지역간 국민통합을 이루는 수단으로 활용하자는 것이다.

특히 농민단체는 보험료의 부담에 있어 저소득자는 적게 내고 정부, 사용자 그리고 고소득자가 많이 내야 한다고 주장하였다. 그리고 의료보호를

51) 전국지역의료보험노동조합총연맹 정책위원회(1994), 왜, 의료보험 통합인가: P.8

의료보험에 통합하여 차별적 대우를 막아야 한다고 주장하였다. 이와 같은 소득계층간 불평등을 통합으로 시정하자는 주장은 사회정의(social justice)를 실현하는 이념적 가치로 국민에게 호응을 받으면서 민주화투쟁과 연계되었다. 당시 국민의 열망이 군사정권의 잔재를 없애고 실질적인 민주화를 이루어야 한다는 요청과 결합되면서 많은 국민들도 의료보험통합은 곧 민주화이고 사회정의의 실현으로 받아들이면서 강력한 지지를 하였던 것이다<sup>52)</sup>. 또한 다시 말하여 사회운동차원에서 전개되면서 사회복지학자, 야당이 가세하면서 강력한 힘을 발휘하게 되었다.

## 나. 조합주의측의 주장

조합주의를 주장하는 측이 논리는 통합측이 주장하는 내용의 모순을 지적하는 것이었는데 의료보험제도는 개인의 책임과 자유를 최대한으로 존중하는 기반위에서 운영해야 한다는 것이다. 사회보험으로서 의료보험제도의 일차적인 목적은 위험의 분산이 우선이지 소득의 재분배는 부차적인 산물이라는 것이다. 소득 재분배정책은 조세정책이나 재정정책으로 이루어져야지 소득 재분배의 확대를 이유로 한 통합은 근본적으로 의료보험제도의 본래 취지를 훼손한다는 것이다. 또한 사회보장제도로서 의료보험도 소득재분배 효과가 있지만 통합의 경우 직장가입자와 지역가입자 간의 형평한 보험료 부과가 어려운데 이들 양자의 재정을 통합 운영하면 소득이 명확하게 들어나는 직장가입자가 오히려 많은 부담을 하게 되어 소득분배에 역행한다는 것이다.

52) 당시 국민의 통합에 대한 지지도 조사를 보면, (1) 중앙대학의 김영모 교수가 조사(1983)는 통합주의지지가 46.4%, 모르겠다 36.7%, 조합주의지지가 12.9%로 나타나고 있으며, (2) KBS I TV의 방송토론 후 여론조사(1989.7)는 통합지지 77%, 조합주의지지 23% 등으로 나타나고 있다(전국지역의료보험노동조합총연합 정책위원회(1994).

그리고 관리기구의 통합은 재정을 효율적으로 운영하는데 역행할 수 있다는 주장이다. 관리비용은 줄일 수 있으나 재정에 대한 주인의식이 조합 방식보다 희박해져 징수의 어려움과 진료비의 통제가 어려워 오히려 재정을 어렵게 한다는 것이다. 그리고 의료보험제도의 위험분산 기능은 인정하되 이를 소규모의 동질적 집단 내에 한정되어야 한다는 것이었다. 의료보험제도에 대한 정부지원도 최소화되어야 하는데 통합이 되면 지역의료보험조합의 적자가 정부의 부담으로 전가되므로 국민경제에 부담이 된다고 보았다. 그리고 의료서비스 이용의 남용 등 도덕적 해이를 막기가 어렵기 때문에 개정의 불안정을 초래한다는 것이었다.

또한 조합주의측은 왜 직장가입자들이 적립한 여유자금을 지역가입자에게 전용하여 사용하느냐라는 것이었다. 다시 말하여 직장가입자들이 ‘뽕’이냐는 것이었다.

조합주의를 주장하는 측은 정부의 개입을 최소화하고 조합의 책임을 강조하였다. 그리고 근본적인 문제로 통합을 하려면 직장가입자와 자영자간에 대한 보험료부과기준이 동일하여야 하는데 이것이 불가능하다는 것이며 그럼에도 불구하고 통합을 하면 소득이 100% 파악되는 근로자와 정직하게 신고하는 자영자, 그리고 순수 농어민만 부담이 늘고 도시 자영자나 부정직하게 신고하는 자만 보험료 부담이 경감되어 오히려 형평성이 상실된다는 것이다.

## 다. 통합논쟁의 교훈과 문제의 상존

통합논쟁은 20여년간의 논쟁을 통하여 1997년 국민건강보험법 중 개정법률안이 국회를 통과함으로써 통합으로 결말이 났다. 어떠한 정책이든 모두를 만족시킬 수는 없는 것이다. 1977년의 강제적인 의료보험의 실시

는 당시의 경제적인 여건으로 조합주의를 채택하는 것은 불가피하였다. 낮은 취업률, 국가의 의료보험운영에 대한 재정지원의 한계 등으로 우선 시행이 용이한 조합주의 방식을 채택한 것이다.

그러나 조합주의로의 출발 자체가 논쟁의 발단을 안고 있었다. 강제의료보험 시행 후 불과 4, 5년 후 정부 내에서 조합의 통폐합문제가 논의된 것만 보아도 알 수 있다. 그러나 1980년대의 당시 군사정권에 의한 논쟁 중단, 국회에서의 의결된 법에 대한 거부권행사 등이 오히려 군부의 통치를 종식하고 새로운 민주주의 시대를 맞이하여 통합은 사회정의 실현한다는 점에서 국민의 지지를 받을 수밖에 없었다.

당시 통합과 조합주의의 주장에는 모두 일리가 있었다. 그러나 결국에 가서 통합측이 승리로 끝난 것은 정치적인 지원세력을 결집하는데 성공하였기 때문이라고 볼 수 있다. Cobb의 동원모형에서와 같이 통합을 주장하는 측은 야당을 설득함으로써 국민의 지지기반을 이끌어 내는데 성공한 반면 조합주의 측은 이러한 지원세력의 결집에 실패하였던 것이다. 이로 볼 때 미국의 사회개혁가들이 의료보험제도의 도입을 주장하고 대통령까지 지지 세력으로 만들었는데도 불구하고 실패한 것과 비교된다(Starr, 1982).

그러나 1997년 통합이 결정되고 2001년에 재정이 통합되었다고 문제가 완결된 것은 아니다. 재정의 통합운영은 곧 직장가입자와 지역가입자간의 보험료 부담의 형평성을 전제로 하는 것인데 현재의 양 가입자 간의 보험료 부과가 형평한가에 대하여는 의문이 있다. 직장근로자는 근로소득이 명확하게 들어나 원천징수가 가능한 반면 자영자는 세금부과를 본인의 신고소득을 기준으로 하기 때문에 보험료 부과에 있어 양자간에 평등을 기하기는 어렵다. 헌법재판소도 2000년 6월 재정통합을 앞둔 시점에서 직장의료보험조합의 적립금의 국민건강보험공단의 승계, 국고지원을 지역가입자에게만 하는 형평성 문제 및 직장과 지역간 재정을 통합의 위헌성을 구하는

판결에서 이를 합헌이라고 하면서 기각한 바 있다(헌법재판소, 2000.6.29, 헌마 289). 그러나 재정통합에 있어서는 보험료부과의 평등이 보장되는 경우에만 헌법적으로 적용된다고 하면서 ‘다만 국민건강보험법 제31조이 재정위원회가 직장가입자와 지역가입자 사이의 적정분담비율을 정함으로써 보험료를 분담토록 한다면 부담의 형평성이 보장될 수 있다’라고 하면서 ‘재정통합은 헌법에 위배되지 아니 한다’고 라고 판결하고 있다(이규식, 2006).

이는 2000년 7월 1일 현재 1년 6개월 내에 재정위원회가 적정한 분담비율을 정하여야 한다는 것을 뜻한다. 그러나 양 계층간의 단일보험료 부과체계의 개발이 불가능하다는 결론을 내린 바 있다. 이런 점에서 통합을 반대하는 측이 양계층 간의 형평한 보험료 부과가 어렵다는 이유였다는 것을 상기하면 현재의 재정통합 운영에는 다툼의 소지가 있으며 향후 양계층간의 공평한 부과체계를 개발하느냐가 새로운 정책의제가 될 수 있는 것이다.

## Ⅶ. 의료보험정책의 향후과제

### 1. 재정위기와 지속가능성

#### 가. 의료보험재정적자 발생과 극복

의료보험은 출발부터 재정의 취약성을 안고 있었다. 선진국의 보험료 수준이 8.5%(일본 대만) 내지 19%(프랑스) 수준인 것을 감안할 때 우리나라의 보험료 수준은 2-4%로 낮게 책정되어 ‘저부담 저급여’라는 비판을

받고 있다.

의료보험의 적자문제가 심각하게 부각한 것은 2001년 3월이다<sup>53)</sup>. 정부는 의료보험의 누적 적자가 2001년 처음으로 발생한다고 발표하였다. 즉 2001년의 전망을 수입 10조 3,817억원인데, 지출은 14조 3,531억원으로 3조 9,714억원의 당기 적자가 예상되고 전년도까지의 잉여금이 9,189억원이 있으므로 총 누적 적자는 3조 525억원이 발생하는 것으로 발표하였다. 1977년 강제적인 의료보험 시행이후 23년 만에 처음으로 누적수지 적자가 발생한다는 것이었다. 그런데 동년 5월31일을 정부가 의료보험재정안정대책을 발표하면서 그 적자폭은 더욱 큰 폭으로 증가한 것으로 수정하여 발표하였다. 즉 3월에 발표한 적자규모보다 약 2,200억원이 증가한 총 3조 2,789억원이 누적 적자가 발생한다고 발표하였다. 이에 따라 사상 처음으로 적자액을 금융기관으로부터 차입하기에 이르렀다.

의료보험재정의 적자는 1996년 처음 당기 적자가 발생하므로 가속되기 시작하였다. 그러나 그 당시의 적자는 준비적립금이 과도하여 이를 인위적으로 줄이기 위하여 보험요율을 조정하여 발생한 것으로 2000년대의 적자와는 그 성격이 다를 뿐만 아니라 그렇게 문제되는 상황도 아니었던 것이다. 따라서 당기 적자가 발생하여도 전년도의 적립금으로 적자를 보전할 수 있었던 것이다. 그러나 그 이후 2000년까지 지속적으로 적립금은 계속 감소하기 시작하였다. 적립금이 1996년 4조 20억원에서 1997년에는 3조 7,851억원, 1998년 3조 359억원, 1999년 2조 2425억원에서 2000년에는 9,189억원으로 감소하던 것이 2001년에는 적립금이 3조 2,789억원으로 처음 적립금의 적자가 발생한 것이다. 정부는 적자를 해소하기 위하여 2001년 5월 31일 건강보험재정안정 및 의약분업정착종합대책(소위 5.31

---

53) 국민건강보험공단의 박태영 이사장이 2001년 3월 12일 '올해 의료보험 적자가 3조 - 4조원에 이를 것이다'라고 밝힌 뒤 언론에 크게 보도되었다. 그러나 이때 의료보험적자는 1996년 적자가 발생한 이후 계속 정부내에서 그 대책이 논의되었다.

대책)을 발표하기에 이르렀다.

이와 같은 재정적자의 원인을 놓고 정부, 시민단체, 의료계의 진단이 모두 달랐다.

정부는 재정적자가 누적된 원인을 다음과 같이 밝혔다. 첫째, 진료비 지출은 1996년부터 2000년까지 5년간 평균 18.5%가 증가하였는데 보험료 수입은 14.4% 증가한데 그치고 둘째 의약분업 시행으로 의료기관과 약국을 각각 방문함으로써 연간 1조 6천억 원의 적자가 발생하게 되었으며, 그 동안 계속적인 수가인상(2000년 6.5%, 2001년 7.1인상 등), 그리고 분업 후 약국임의조제 약품비가 보험으로 전환되고 고가약품의 처방선호 등으로 분석하였다.

이에 반하여 시민단체는 의약분업 시행에 반발하며 파업까지 감행한 의료계에 정부가 굴복한 의료계에 책임을 돌리면서 부당청구를 일삼는 의료계를 비판하였다.<sup>54)</sup> 이에 대하여 의료계는 재정적자의 책임을 모두 의료계로 돌리는 속죄양 만들기라고 반발하면서, 근본적으로 보험료율이 낮은 점, 둘째 적자재정에 대한 정부의 대책 소홀, 그리고 의약분업 시행에 따른 추가 소요재정예측의 실패, 무계획적인 보험급여의 확대 등 정부의 책임을 강조하였다.<sup>55)</sup>

언론에서는 재정이 악화된 원인을 주로 의약분업과 통합으로 보도하였다.<sup>56)</sup> 첫째, 언론은 전문가의 의견을 인용하여 적자의 주범을 의약분업의 시행을 근본원인으로 꼽았다. 의약분업에 반발하는 의료계를 무마하기 위하여 1999년부터 2001년까지 5차에 걸쳐 41.5%를 인상하였는데 이를 복리로 계산하면 50% 이상 오른 것이라고 하였다.<sup>57)</sup> 그리고 의약분업, 의료

54) 이상돈, 의보재정위기와 범정책, 제1차100인교수단 심포지움, 2001.4.29, p. 113 - 121

55) 김방철(당시 대한의사협회 보험이사), 보험재정 파탄의 원인과 대책, 제1차100인교수단 심포지움, 2001.4.29, p.122 - 133

56) 보건복지부 내부자료, 2001.3.15, 2001년 3.14일 일간지 기사를 보건복지부에서 분석한 결과임

보험통합 등 의료제도의 변화에 따른 혼란과중에 보험료를 올리지 못하였다는 것이다. 사실 수가 인상, 환자의 의료기관 약국의 이용 등 지출증가요인이 발생하였는데도 이를 국민에게 떠넘긴다는 비난을 의식하여 인상하지 못하였다는 것이다. 둘째, 통합을 하는 과정에서 직장의료보험조합 등이 법정적립금을 지키기 보다는 이를 쓰는데 주력하였기 때문이라는 것이다. 셋째, 정부의 정책 실패라는 것이다. 의약분업 및 통합에 따라 발생할 수 있는 문제와 대책에 대한 치밀한 검토 없이 개혁이라는 명분만 가지고 밀어 부쳤기 때문이라고 한다.

## 나. 재정적자 종합대책과 사회적 합의 모색

종합대책에서 특히 눈길을 끄는 것은 건강보험재정안전화특별법의 제정이다. 종래 보험료는 국민건강보험공단의 재정운영위원회에서, 수가·급여범위는 보건복지부의 건강보험심사조정위원회에서 심의·의결하였는데 이를 건강보험정책심사위원회에서 통합하여 심의·의결하게 한 것이다. 종래 보험급여의 범위와 기준 등 지출 부문과 보험료를 정하는 수입부문을 다른 기구에서 심의함에 따라 수입과 지출을 연계하지 않고 심의하여 재정불균형의 한 요인이 되어왔다는 판단 때문이었다. 국민건강재정안전화특별법에 따라 종래의 건강보험심사조정위원회이 기능은 특별법의 효력이 유지되는 2006년 까지 정지되기 때문에 보건복지부장관의 권한이 강화된 것을 의미한다.(정흥기, 2003).

건강보험조정심사위원회는 25명으로 구성되는데 가입자를 대표하는 위원 8인, 의약계를 대표하는 위원 8인, 공익을 대표하는 8인과 위원장인 보

57) 당시 수가인상은 1999년 12월 12.8%, 2000년에는 3차에 걸쳐 인상하였는데 4월 6%, 7월 9.2%, 9월 6.5%를 인상하였으며 2001년 1월 7%를 인상하였음

건복지부차관 등 25명으로 구성된다. 그리고 가입자를 대표하는 8인은 근로자단체 및 사용자단체가 각각 2인씩 추천하는 자와 시민단체, 소비자단체, 농어업인단체 및 농어업인단체외의 자영자관련 단체가 추천하는 대표 등으로 구성하게 하였다. 건강보험은 가입자·의료공급자간에 이해가 첨예하게 대립되는 제도이다. 이러한 단체간의 이해관계를 공익단체의 대표가 조정하는 것을 이상으로 하고 있다. 그러나 위원회의 구성비율로 볼 때 공익대표의 의견이 절대적으로 될 수 있다는 특징이 있다.

이와 같은 3자 동 수의 위원회를 설치하여 재정위기를 타개하여 나가자는 것은 정부·보험자·의약계 및 가입자간 공동 노력에 의하여 보험재정이 위기를 타개하여 나간다는 것이다. 우리나라에서 사회적 합의를 통한 문제 해결방식은 1998년 국민의 정부 출범과 더불어 설치된 노사정위원회에서 최초로 제시되었다. 그러나 그 원형은 유럽 국가들의 사회적 합의체가 그 모델이다(김창엽, 2001). 이는 1960년대부터 시작된 독일의 사회합의주의(corporatism)에 의한 ‘협조행동(Konzertierte Aktion)’이 대표적인 예이다. 독일은 협조행동의 일환으로 보건의료 영역에서도 연 2회 정기적으로 열리는 국가적 합의회의(national forum)를 조직하여 현재까지도 운영하고 있다. 이 회의는 1994년 현재 각계를 대표하는 90명으로 구성되어 있다.<sup>58)</sup> 이 회의에서는 각 부문별 재정지출의 증가율을 합의하여 이를 기초로 보험료율이 정해진다. 이러한 사회적 합의기구 설립은 이탈리아, 네델란드 등이 연금 등 사회정책을 개혁하는데 있어서도 활용하였다. 우리나라

58) 김창엽, 건강보험재정위기 해결을 위한 사회적 합의의가능성과 전략, 새시대전략연구소, 2001, p.22, 합의회는 다음과 같이 구성된다. ①질병금고: 지역질병금고연합회, 직장질병금고연합회, 수공업직질병금고연합회, 농업질병금고연합회, 광부질병금고, 선원질병금고, 사무직질병금고연합회, 생산직질병금고연합회, 민간보험회사연합회, ②의사와 치과의사: 연방의사협회, 연방치과의사협회, 연방의학회의소, 연방치과의학회의소, ③병원: 독일병원협회, ④계약부문: 연방약사협회, 연방계약산업협회, ⑤노동조합 및 피고용자 조합: 독일노동조합총연맹, 독일사무직노동조합, 독일공무원협회, 연방피고용자협회, ⑥정부: 연방 지방자치단체협회, 각주 노동사회부, 연방 노동사회부, 연방 경제부, 연방 보건부

에서도 건강보험 재정위기의 타개를 위한 사회적 합의를 이끌어 내기 위한 본보기로 이미 건강보험심의조정위원회 및 재정위원회를 설립할 시 도입한 것 아닌가 생각된다(송호근, 2000). 위와 같이 사회적 합의모형의 공통점은 심각한 사회위기 상황에서 시도되었다는 점이다. 이런 점에서 2001년의 건강보험 적자라는 위기상황에서 건강보험정책심의위원회라는 사회적합의기구의 모형을 도입한 것이다.

다시 말하여 국민, 보험자, 의료계, 정부 등 4 자가 나누어 부담을 진다는 것이었다. 그 결과 2001년 5월 31일 종합대책으로 나온 것을 보면 첫째, 보험자인 국민건강보험공단은 구조조정을 지속하고 외부전문가의 경영진단을 통하여 업무를 효율화하는 방안을 강구하도록 하고, 둘째, 정부는 지역보험료에 대한 지원규모를 당시 28.1% 수준에서 50% 수준으로 높이고 셋째, 국민도 부담을 나누기 위하여 보험료를 향후 4년간 2006년까지 6 - 8%씩 매년 인상하는 것으로 대책을 세웠다. 그리고 의료계는 환자수에 따른 진찰료·조제료 등을 차등하여 지급하는 차등수가제, 야간가산율적용시간대를 조정하는 등 고통을 분담하는 대책을 세웠다.

그러나 4 자가 공동으로 대립되는 이해관계를 조정하여 사회적 합의를 이끌어 나가자는 취지의 건강보험정책심의위원회는 당초의 의도대로 운영되지 않았다. 매년 최종적으로 심의 의결할 때 가입자 단체나 공급자 단체가 사안에 따라 퇴장을 하여 표결을 포기한 것을 보아도 알 수 있다.<sup>59)</sup> 이는 보험료율조정과 보험수가 인상에 있어서 가입자단체와 공급자단체는 완전히 상반된 입장을 가지고 있으며 그 입장을 고수할 때는 결국 정부의 의도대로 추천되는 공익대표가 공급자 측이나 가입자 측의 의견에 동의하면 그러한 방향으로 결정될 수밖에 없기 때문이다.

---

59) 2007년 보험료율과 보험수가 인상수준을 결정을 위한 표결시 가입자단체 8명은 전원 퇴장한 가운데 표결을 하였다.

## 다. 의료보험재정의 한계와 대책

보건복지부는 2006년 의료보험재정 추계에서 1,754억원의 적자가 날 것으로 추정하고 있다. 다만 전년도 적립금으로 이를 보전함으로 1조 751억원의 적립금이 2007년으로 이월되겠지만 2001년 5월 종합대책을 추진한 이후 처음으로 적자가 발생하였다는데 향후 의료보험재정이 안정성이 우려되는 것이다.<sup>60)</sup> 이에 대한 대책으로는 피부양자 인정기준 개선, 포괄수가제 등을 도입하는 방안을 검토하겠다고 한다. 의료보험의 기본원리는 개인이나 가족이 감당할 수 없는 질병치료비를 사회구성원이 그 비용을 공동으로 부담하는 것이다. 따라서 치료비로 지출될 것으로 예상되는 금액만큼 사회구성원이 분담하여야 한다. 의학기술의 발달, 고령화에 따른 보험재정의 지출규모는 지속적으로 늘어남에 따라 더 높은 보험료를 부담할 수 밖에 없다. 다시 말하여 가입자들이 내어서 조성된 재원의 범위 내에서 지출규모 - 보험급여의 범위, 종류, 한도 등 -를 결정하여야 하는 것이다. 그런데 최근 10년 간 보험급여는 지속적으로 확대되어 왔다. 지금도 선택진료비, 병실료 차액, 초음파 진단비 등을 보험급여에 포함시킬 것을 계획하고 있다.<sup>61)</sup> 그런데 이러한 항목으로 추가 지출하기 위한 재원이 조달 방법에 대하여는 논의되지 않고 있다. 보험재정의 안정을 기하면서 추가 지출을 하려면 다른 보험급여를 축소하여 이를 대체하거나 그렇지 않으면 보험료를 인상하는 방법밖에 없는데 앞으로도 보험료의 인상은 상당히 어려울 것으로 예상된다. 아직도 가입자 단체나 시민단체는 보험료율의 인상에 반대한다. 이들은 1999년 이래 보험수가의 인상으로 제약산업을 비롯한 보건의료산업은 큰 경영상의 호황을 맞고 있는 것으로 보고 있다.

60) 보건복지부 2006년 12월 20일 발표, 국정뉴스(2006.12.21)

61) 최숙자, 김정희, 이상아, 국민건강보험보장성장화: 의마·계획·실제, 국민건강보험공단, 건강보험포럼, 2005 겨울호, p.6

2006년 11월 1일 보건복지부 건강보험정책심의위원회에서 보험료와 수가를 각각 6.5%, 2.3% 인상할 것을 심의·의결한 것에 대하여 시민단체 등은 일방적으로 강행 처리한다고 반발하고 퇴장한 가운데 표결하였다. 이러한 현상은 앞으로도 지속될 것으로 보인다. ‘정부 당국은 의료계와 제약 회사의 주머니를 걱정하는 만큼 국민의 주머니를 걱정한다면 이런 결정을 내릴 수 없다...엄청난 호황을 누리고 있는 의료관련업계의 두둑한 주머니를 위해 희생을 감내할 상황이 아니다.’라고 까지 비판한다.<sup>62)</sup> 그리고 경제정의실천연대 등 13개 단체는 동 결정과 관련하여 보건복지부장관과 국민건강보험공단 이사장 등 6명을 검찰에 직무유기로 고발하였다. 고발장에서 이들은 보험료를 수입으로 가져가는 의약단체 간의 야합으로 규정하고 무효임을 선언한다고 하였다. 이와 같이 보험료의 조정을 통한 재정안정은 매우 어려운 실정이다.

보험요율을 6.5% 인상함으로 보험료율은 2006년 4.48%에서 2007년에 4.77%로 높아진다. 그러나 이러한 보험요율은 의료보험을 시행하고 있는 다른 나라에 비하여 낮은 것이다. 가까운 일본과 대만이 각각 8.5%대 수준이고 프랑스, 독일 등이 13 - 19%인 것을 생각하면 말이다.<sup>63)</sup> 그러면 우리나라가 보험관리를 잘하여 그런 것인가를 생각할 필요가 있다. 선진국의 보장율이 80 - 90%에 이르는 반면에 우리나라는 2004년 현재 61.3%에 그치고 있으므로<sup>64)</sup> 보험료가 다른 나라의 25% - 60%정도가 적정하다

62) 이태복(전 보건복지부장관), 건강보험, 땀질처방은 그만하라, 인터넷, 2006.2.12

63) 연하청, 국민경제운용과 건강보험재정의 정상화: 패러다임의 전환, 건강보험정상화를 위한 정책 제언, 시장경제연구원, 2002 건강보험정상화를 위한 대토론회, p.7-25, 2001년의 외국의 보험요율: 프랑스 19.6%+조세, 독일 19.5%, 일본 8.5%, 룩셈부르크 12.6 -7.3%(생산직 9.34%, 사무직 5.38%이나 정부가 35%를 보조하는 것을 감안), 네델란드 17.65+정액, 대만 15.98%(보험요율은 8.5%이지만 실제보험요율은 피부양자수에 비례하므로 평균 피부양율 0.88명을 감안하여 조정된 것임)

64) 최숙자, 김정희, 이상이, 국민건강보험보장성장화: 의마·계획·실제, 국민건강보험공단, 건강보험포럼, 2005 겨울호, p.10

는 것은 성립되지 않는다. 이런 점에서 현재의 보험재정의 불안정성을 해결하는 대책으로는 지역보험료 징수율 제고, 피부양자인정범위의 축소 등의 대안 제시가 있었으나 이는 단기적인 대책에 지나지 않는다.<sup>65)</sup> 그러므로 본 연구에서는 근본적인 해결책으로는 보험료의 인상과 소액 경미한 질환에 대한 본인 부담을 확대할 것을 제의한다.

먼저 보험료는 위와 같은 가입자와 시민단체의 반대로 높이는 것은 어려운 일이다. 그러나 보험급여범위의 확대 등 새로운 지출 요인이 발생할 때는 반드시 보험료 인상과 연결시키는 것이다. 예를 들어 특정년도에 초음파 검사비용을 급여하려면 먼저 소요 지출액을 계산하고 이를 충족시킬 수 있는 보험료는 얼마가 더 소요되는 가를 계산하여 보험요율의 조정을 하자는 것이다. 이렇게 할 경우 가입자인 국민을 납득시키기가 용이할 것이다.

다음 소액진료비 본인부담 확대문제이다. 의료보험의 기본원리를 개인이 도저히 감당할 수 없는 진료비를 사회가 공동으로 해결하자는 취지라면 중증이면서 치료비가 크게 소요되는 질병에 우선순위를 두어야 한다. 따라서 감기 등 1차 진료기관에서 간단히 처치 받을 수 있는 질환에 대하여는 본인 부담을 높여야 한다. 여기에서 절감되는 돈으로 중증고액질환의 경비로 전환시켜야 한다. 이는 보장성을 높일 수 있을 뿐만 아니라 남·수진을 막아 재정의 안전성에 기여할 것이다.<sup>66)</sup> 일부에서는 저소득층의 의료접근성을 막아 오히려 병을 키울 우려가 있다고 반대하고 있으나 소액질환에 대한 치료비를 부담할 수 없는 계층은 의료급여환자로 전환하여 보호하여

65) 보건복지부, 건강보험재정안정 및 의료분업정착종합대책, 2001.5.31, 본 종합대책은 재정적자를 극복하기 위하여 단기대책으로 국민의 알 권리신장을 위한 진료내역 통보확대, 영리 목적이 대행 청구 근절, 허위·부당청구에 대한 처벌기준 강화, 진찰료·처방료의 통합, 차등수가제의 도입, 신경차단술 등에 대한 심사 및 급여인정기준 강화 등 17가지의 단기대책을 제시하고 근본적인 재정안정을 위한 대책으로 건강보험증 전자카드화, 저 요양기관 EDI청구 확대, 포괄수가제 확대, 총액예산제 시범사업 실시 등을 제시하였다.

66) 안중범, 건강보험정상화를 위한 정책제언, 시장경제연구원 토론회, 토론요지, 2002.7.19, p.63

주어야 한다. 현행 의원에서의 진찰 시 3,000원, 약국에서의 조제 시 1,500원이라는 금액은 한 끼의 외식비(外食費)에도 못 미치는 것이다. 2001년 종합대책의 후속대책으로 결정·시행하여 온 것으로 지난 6년간 조정되지 않았다. 따라서 그간의 소득수준 향상 및 물가의 상승만이라도 감안한 증액 조정이 필요할 때이다.

## 2. 경쟁원리와 의료보험

### 가. 선진국의 의료개혁과 의료보험

1980년대 이후 보호무역주의가 퇴조하고 자유무역의 중요성이 강조되면서 세계 각국은 정부의 보호 아래 운영되던 교역체제를 자유화하라는 압력을 받기 시작하였다. 미국은 1980년대 이후 재정적자와 무역적자를 누적시키는 가장 큰 원인으로 보호무역주의를 지목하였다. 미국은 이러한 국제교역에 있어서 특권을 배제하는 것을 원칙으로 하는 자유무역과 자유경쟁시장원리의 강화를 각국에 요구하기 시작한 것이다(송호근, 2000). 이는 국가간 무역장벽을 낮추고 정부의 시장개입을 최소화할 것을 요구하는 것이었다. 세계화는 신자유주의 이데올로기와 연계하여 복지국가에 큰 압력으로 작용하기 시작하였다. 신자유주의적인 이데올로기는 1970년대 초반까지 높은 경제성장에 힘입어 복지국가로의 발전 전략은 큰 어려움 없이 수행되었지만 1970년 후반부터 세계적인 경제위기와 함께 복지국가에 대한 좌우파의 공격으로 일대 전환을 요구하기 시작하였다. 즉 정부의 시장에의 재분배적 개입은 수요관리에 초점을 두었기 때문에 조세부담과 국가지출의 확대, 인플레이션, 재정적자의 심화를 초래하였다고 비판하였다. 그

결과 신자유주의적 세력들은 시장규제의 철폐, ‘보이지 않는 손’의 부활을 통한 최소한의 개입을 제창하면서 공급확대를 통한 성장유인책을 추구하였다.

복지정책과 관련된 신자유주의적 정책들은 개인 책임성의 강화에 주력한다(류진석, 1994). 이러한 상황에서 선진 각국은 의료개혁에 착수하는데 OECD의 경우 의료개혁목표는 다음과 같다. 첫째, 의료의 접근에 대한 적정성과 형평성을 보장하는 것이다. 의료개혁의 우선 목표를 모든 국민에게의 최소한의 서비스 제공에 두고 적어도 공적으로 조달되는 재원에서는 치료가 필요도(needs)에 일치되어야 한다. 둘째, 국민을 질병치료비로부터 보호하기 위해서 공적인 의료보험제도의 합리적인 개혁이 필요하다는 것이다. 대부분의 선진국은 1970년대 이래 심각한 의료비 증가 문제로 고통을 받아왔다. 그런데 의료비의 증가와 국민 건강수준 향상과는 그렇게 큰 상관성이 없음에도 의료비 증가속도가 경제성장률을 상회한다는 문제이다. 그러므로 GNP의 몇 %를 의료비로 지불하는 것이 적정한지를 정하여야 한다는 것이다. 셋째, 국민들의 선택의 자유를 보장하는 것도 중요한 개혁의 목표가 된다(이규식, 2002).

세계보건기구에서도 의료개혁의 첫 번째 가치로 형평성을 제시하고 두 번째로 개인의 자율성을 제시하고 있다. 그리고 세 번째로 효율성을 제시하고 있다(이규식, 2002). 사회보험의 강제성(강제가입의 원칙)은 관료제의 비대화를 초래하고 더 많은 보호를 요구하게 만들었다고 비판하였다.

세계은행(World Bank, 1987)도 후진국의 의료보장제도와 관련하여 의료기관의 이용에 대한 사용자의 본인부담제의 실시이다. 낮은 가격의 서비스는 남용으로 효율이 떨어진다는 것이다.

공적 의료보험분야에 있어서도 민간의료보험과의 경쟁 또는 공적보험자간의 경쟁을 통하여 형평성과 효율성 그리고 소비자의 선택권을 보장하여

야 한다는 개혁이 논의되어 왔다. 독일은 1993년의 Health Care Act에 의하여 대다수 국민에게 질병금고를 선택할 수 있는 권한을 부여하고 질병금고간의 위험구조조정이라는 대규모 재정조정사업을 실시하였다. 네델란드는 공적인 민간의료보험과 질병금고간의 구분을 없애자는 오랜 논쟁이 있었는데 2006년 Jan-Peter Balkenende 수상이 이끄는 제2기 연합정부는 법에 의하여 규제되는 민간보험 접근법을 선택하였다. 이를 뒷받침하기 위하여 2006년 1월 1일 발효된 Health Insurance Act를 제정하였다. 이는 네델란드에 거주하면서 임금세(payroll tax)를 내는 모든 사람들을 강제적으로 의료보험에 가입토록 하고 있으며 의료보험회사는 가입을 원하는 모든 사람을 가입시켜야 하는 의무를 지게 한다. 그리고 보험자가 어떤 서비스를 제공할지를 결정할 수 있도록 하였다. 영국의 대처 정부는 내부시장원리를 도입하여 NHS제도 안에서 서비스의 구매자와 공급자가 존재하여 경쟁을 갖도록 하였는데 구매자는 지역보건청과 기금소유 일반의이다 (이규식, 2006).

이와 같은 민영보험과 공적의료보험간의 관계를 새로 정립하는 것을 내용으로 하는 의료개혁 외에도 영리법인병원을 허용해야 한다는 주장이 최근 대두하고 있다. 즉 종래의 의료기관은 비영리기관에 국한되었는데 영리법인을 인정해야 한다는 주장도 나왔다. 이러한 새로운 주장은 현재의 의료보험제도의 근본을 뿌리로부터 흔들 수 있는 영향을 줄 수 있다.

## **나. 민영의료보험의 활성화와 의료보험**

### **(1) 민영의료보험 활성화 논의 경위**

민영의료보험이 처음 논의된 것은 1994년 보건복지부의 의료보장개혁

위원회에서이다. 1995년에는 보건사회연구원에 설립한 국민복지기획단은 의료보험의 한계를 보완해 줄 수 있는 민영의료보험의 도입이 요구된다고 주장하였다.<sup>67)</sup> 국민복지기획단은 보험료율의 대폭적 조정이 사실상 불가능한 상태에서 고급의료에 대한 욕구를 충족시킬 수 없으므로 민영의료보험 제도를 통하여 이를 충족시키는 것이 필요하다고 하였다. 그리고 1997년 국무총리실의 의료개혁위원회가 사회보험 급여에서 제외되고 있는 의료서비스에 대한 보충적인 민간보험을 확충할 것을 정부에 건의하면서 이후 산발적으로 논의가 되었다.<sup>68)</sup> 2003년 5월에는 규제개혁위원회가 민간의료보험문제를 재론하여 도입방안 연구를 지시함에 따라 정부 출연 연구기관에서 연구가 수행되었다. 그러나 이러한 논의는 2000년 당시 의약분업시행에 따른 의료계 파업 시 일부 전공의와 시민단체가 부정적 시각을 표출하였고 보험업계에서도 시장에 대한 과도한 규제를 우려하여 공론화 되지 못하였다. 2001년 3월 의료보험재정 적자문제가 부각되면서 대책의 하나로 논의되기 시작하였다. 보건복지부는 2001년 5월 31일 건강보험재정안정 및 의약분업정책 종합대책을 발표하면서 민영의료보험의 확충을 고려할 것이라고 발표하였다.<sup>69)</sup> 보건복지부는 보험재정이 안정되면 고급의료, 신기술고가치료, 고가약, 병실차액 등 비급여 항목에 대한 보충적 민영의료보험을 활성화한다는 내용이였다. 그리고 민영의료보험에 대한 세제지원 등을 통하여서라고 밝혔다. 이에 따라 2001년 10월 19일 민영의료보험활성화를 위한 T/F를 구성하였다.<sup>70)</sup>

민영의료보험은 1980년대 초에 개발된 암보험을 중심으로 발전하여 왔

67) 국민복지기획단, 「삶의 질」 세계화를 위한 국민복지의 기본구상, 1995.12, 대명문화사, p. 59 - 60

68) 보건복지부 내부자료, 2003

69) 보건복지부, 건강보험재정안정 및 의약분업정책 종합대책, 2001.5, p.18

70) 보건복지부, 국민건강보험과 민간보험의 협력을 통한 의료보장체계의 개선방안, 2001.12.14, 미발표자료

으며 1990년대 후반부터 보충보험 성격의 의료비보장보험이 도입되는 추세에 있다. 민간의료보험에는 암 등 특정 질병이 발생했을 때 미리 약정된 금액을 지급하는 정액형 상품과 실제 발생한 의료비를 근거로 이중 일정 비율을 보험에서 지급하는 실손형 상품이 있다. 둘을 합친 총 규모는 보험료 수입기준으로 2005년 약 7조 5000억원으로 건강보험재정규모의 39%에 이른다. 이중 실제 보험금으로 지급되는 것은 약 60%이다.<sup>71)</sup>

## (2) 민간의료보험에 대한 정부의 입장

보건복지부는 민간의료보험 활성화 방안을 2007년 초까지 법제화한다는 방침이다. 민간의료보험은 공적 의료보험을 보충하는 제도로서의 역할을 기대하고 있다. 우리나라 국민의료비중 입원진료비는 34%(OECD평균 52%), 외래 38%(OECD평균 38%)로 건강보험은 경증질환에 비해 중증환자 보장이 취약한 구조를 가지고 있다. 따라서 공적의료보험의 취약한 부분을 민간의료보험이 보완하는 것을 기대하는 것이다.

첫째, 민간의료보험은 중증질환에 대한 보험급여를 하여야 한다는 것이다. 외래 진료까지 보험급여를 할 시 수진자의 남·수진을 유발할 수 있기 때문에 의료보험재정의 안정을 해칠 수 있다는 것이다. 따라서 민간의료보험은 공보험이 보장하기 어려운 신의료기술에 대한 급여를 한정하여야 한다는 것이다.

둘째, 의료보험의 법정본인부담분에 대한 보장은 하지 말라는 것이다. 이것도 첫째 이유와 같이 환자의 의료남용을 유발할 수 있다는 것이다. 국무총리실 산하 의료산업선진화위원회는 2006년 12월 24일 제 4차위원회를 열고 건강보험의 법정본인부담금 비중을 줄이는 대신 민간의료보험에서

71) 이상용(보건복지부 보험연금정책본부장), 민간의료보험·국민건강보험 '원원전략'있다, 국정브리핑, 2006.3.17 게재

법정본인부담금 부분 보장을 금지하기로 하였다. 이러한 주장에 대하여 보험업계는 크게 반발하고 있다.<sup>72)</sup>

### (3) 민영의료보험 활성화에 대한 각 계의 입장

의료계는 병원과 의원 간에 찬반이 엇갈린다. 먼저 병원계는 민영의료보험 활성화가 요양기관 당연지정제도를 계약제로 전환하는 계기가 될 수 있고 수익성이 확보될 수 있다는 기대를 가지고 찬성한다. 민간보험의 도입은 불가피한 것으로 보는 이유로는 현재의 우리나라의 국민건강보험체제 하에선 중증 및 만성질환자의 본인부담금의 가중, 의료수요자들이 양질의 고급의료서비스를 선호하는데 제한된 보험재정으로는 감당할 수 없다는 것이다. 현행 제도 아래선 이를 충족하기 위하여 비급여 본인부담금 항목을 늘릴 수밖에 없으며 결국은 개별 환자의 부담으로 귀착된다는 것이다.<sup>73)</sup>

의원급을 중심으로 한 개원가는 보다 조심스러운 입장이다. 민영의료보험의 부가급여보충보험에 대하여 반대하지는 않지만 그 적용방법에 대하여 계약제보다는 개방형을 주장하고 있다. 대한의사협회 의료정책연구소는 계약제를 취할 경우 보험회사가 우월적인 지위에 서게 되므로 민간보험사의 통제가 강화될 것으로 보고 있다.<sup>74)</sup> 민영의료보험에 대하여 노동단체 특히 국민건강보험공단 그리고 시민단체는 반대 입장이다. 보건복지부가 2001년 4월 건강보험재정안정종합대책에서 발표한 민영의료보험 활성화 대책에 대하여 동년 12월 21일 ‘민간의료보험 저지와 건강보험강화를 위한 공

72) 문화일보, 정부, 민영의료보험 보장범위 축소 추진, 2006년 10월 30일, 10면, 생명·손해보험협회 등은 ‘제도 개악으로 6조4000억원의 법정본인 부담금이 고스란히 국민에 전가되는 등 국민부담만 가중 시킬 뻔’이라는 성명서를 10.24 내었다.

73) 박상근(인제대 상계백병원 원장), 서울시 병원회 ‘현행건보제도하에서의 민간의료보험 전망’ 의료포럼 지정토론, 병원신문, 2004.3.29., 제 1652호

74) 대한의사협회 의료정책연구소, <http://www.bosa.co.kr>, 2006.12.21

동대책위원회'를 결성하고 활성화 계획을 철회할 것을 요구하는 성명서를 발표하였다. 이들은 성명서에서 민간의료보험은 고소득 특권층을 위한 보험이며 대다수 서민과 중산층에게는 그림의 떡일 뿐이라고 하였다. 민간보험회사들은 저소득자와 병약자의 가입을 제한하고 고소득의 젊고 건강한 사람만 가입시키는 역선택을 할 것이므로 실제로 필요한 사람은 가입이 제한된다는 것이다. 따라서 민간보험은 부유한 자만이 혜택을 입는 제도가 될 수 있다고 주장한다.<sup>75)</sup> 그리고 민영의료보험은 공적의료보험의 위축을 필연적으로 초래한다는 것이다. 민영의료보험이 공적인 의료보험의 보완 수단으로 법정본인부담금 또는 공적의료보험에서 제공되지 않는 급여를 보장하면 공적의료보험의 급여 수준이 떨어져 전체적인 의료혜택은 떨어지게 된다는 것이다.

그리고 민간보험이 확대되면 개인의 병력이 노출될 위험이 있다는 것이다. 의료보장성이 미흡한 공적인 의료보험제도를 보완하기 위하여 민영의료보험제도의 활성화 논의에 대하여는 노동단체 및 시민단체를 제외하고 정부, 의료계, 학계는 그 불가피성을 인정하고 있다. 그 이유는 현 공적의료보험에 대하여는 소득 계층을 불문하고 불만을 가지고 있다. 저소득층은 자신의 능력에 비하여 보험료가 비싸다고 느껴 보험혜택을 늘리기보다 오히려 내리기를 원하고 있다. 중산층은 소액진료비는 본인이 내더라도 고액진료비는 건강보험공단이 전액 책임질 것을 요구한다. 고소득층은 보험료를 더 내더라도 양질의 서비스를 편하게 받을 수 있는 보험을 희망한다.<sup>76)</sup> 이러한 다양한 수요를 충족시키기 위하여 국민들에게 선택을 할 수 있는 길을 열어 줄 것인가 또는 누구나 평등하게 현행 공적 의료보험체계 속에서 의료를 보장할 것인가의 문제이다. 국민에게 소득계층, 선택의사에 불

75) 최재기(전국사회보험노동조합 부위원장), 건보민간에도 개방하자, 조선일보 제 8회 토론회, 2002.4.12, 13면

76) 김한중, 건보 민간에도 개방하자, 조선일보 제8회대토론회, 2002년 4월 12일, 13면

문하고 평등하게 취급할 것인가 또는 개인의 자유와 책임을 강조할 것인가의 이데올로기의 문제이다. 그러므로 사회적 합의를 바탕으로 급여의 범위, 제정의 안정을 위한 보험료율의 조정 문제 등에 대한 현실적 문제에 대하여 이해집단간의 주관적인 이해관계보다는 국민복지적인 주관적인 관점에서 그리고 단기적 보다는 장기적 관점에서 이 문제를 논의하여야 한다.<sup>77)</sup>

공적의료보험과 병행하는 민영의료보험의 활성화 방안을 논함에 있어 먼저 현행 의료보험제도의 문제점을 고찰하고 그 문제점 들이 의료보험제도내에서 해결이 가능할 것인가를 분석해 보아야 한다.

첫째, 현 의료보험제도에 대하여는 위에서 말한 바와 같이 모든 계층이 불만을 가지고 있다. 이를 만족시키기 위하여는 소득 수준에 따라 보험료의 수준, 급여수준에 대한 요구는 달라질 수밖에 없다. 이 문제는 소득수준이 같아지지 않은 한 이것은 영원히 해결하기 어려운 문제이다. 설사 소득수준이 같다고 하더라도 건강수준과 개인의 선호도 등에 따라 공적의료보험의 수준에 대한 요구는 달라질 수밖에 없다. 마치 점심식사로 라면을 먹든 또는 호텔에 가서 스테이크를 먹든 개인의 선호와 취향문제라는 것이다.

둘째, 날로 새롭게 출현하는 신의료기술, 신소재 치료재료 및 신약의 출현에 적시성 있게 공적의료보험이 따라갈 수 있느냐의 문제이다. 신의료기술 등이 의료보험의 급여대상으로 등재되려면 최소 150일 이상 소요된다.<sup>78)</sup> 그러나 신의료기술은 그 유효성·안정성의 검증이 어렵기 때문에 관

77) 안중범, 건강보험정상화를 위한 정책제언, 시장경제연구원 토론회, 토론요지, 2002.7.19, p.60

78) 국민건강보험요양급여의 기준에관한규칙 제10조(신의료기술등의 결정신청) ① 요양기관, 의약관련 단체, 약제·치료재료의 제조수입업자(이하 '결정신청자'라한다)는 제 8조 제 2항의 규정에 의한 요양급여대상 또는 제 9조제1항의 규정에 의한 비급여대상으로 결정되지 아니한 새로운 행위·약제 및 치료재료(이하 '신의료기술 등'이라 한다)에 대하여는 다음 각호에 규정된 날로부터 30일 이내에 요양급여대상 여부의 결정을 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.

제 11조(신의료기술등에 대한 결정) ① 제 10조의 규정에 의하여 요양급여대상여부의 결정신청을

련학회 등의 조회 등을 거치다 보면 1년 이상 소요되는 경우가 많다. 거기다가 새로운 항목의 등재에 따른 보험료를 조정하는 것도 매우 어렵다. 현재의 공적의료보험은 보험료는 연간 1회 이상 조정하기가 어려운 구조이다. 건강보험정책심의위원회의 심의의결을 거쳐 대통령령을 개정하는 등 복잡한 절차를 따르고 있다. 그에 반하여 생명을 다투는 환자나 가족의 입장에선 한시가 바쁘다. 결국 사용 시기를 놓치지 않으려면 외국으로 나가서 진료를 받아야 한다.

셋째, 요양급여, 약제, 치료재료 등의 급여범위가 획일적이고 유연성이 부족하여 많은 환자가 외국으로 나가 치료를 받으므로 인한 환자에게 경제적, 시간적 부담이 큰 것이 현실이다.<sup>79)</sup> 이러한 획일적이고 규제된 보험수가는 병원이 가격이나 서비스 질로서 경쟁할 유인이나 새로운 의료기술 또는 의약품 개발할 유인을 저해하는 요소로 작용하여 우리나라 의료산업의 발전과 대외 경쟁력을 저해하는 요인으로 작용하고 있다.

이상과 같은 문제는 획기적으로 보험료를 올려서 재정을 안정시킨다 하여도 해결될 수 없다. 따라서 민영의료보험이 위와 같은 공적의료보험의 한계를 보완하여 해결할 수밖에 없다. 의료가 공공재라고 하여 형평성을 주장하며 공적의료보험제도의 틀 안에 모두 넣어서 해결하자는 것도 현실의 한계를 도외시한 것이다. 소득계층의 차이에도 불구하고 누구나 형평하게 의료서비스가 제공되어야 한다는 것도 개인의 자유로운 의사를 막는 것이다. 국내의료 수준에 불만족하고 외국으로 나가서 치료받는 현실을 인정하여야 한다. 그러므로 부담능력과 의사가 있고 고급의료서비스를 받기 원

---

받은 보건복지부장관은 정당한 사유가 없는 한 결정신청일부터 150일 이내에 법 제 4조이 규정에 의한 건강보험심의조정위원회(이하 '시의조정위원회'라한다)의 심의를 거쳐 용·야급여대상 또는 비급여대상에의 해당여부를 결정하여 고시하여야 한다.

79) 김원중, 민간의료보험이 발전방향과 정책과제, 사장경제를 지향하는 의료서비스 system 구축 자유의료포럼, 2003.8.26, p.7, 김원중은 중앙일보기사(2003.8.15)를 인용하여 연간 2-3천명이 외국으로 나가 진료를 받으면서 1조원 이상이 유출되고 있다고 한다.

하는 계층에게 선택의 기회를 제공한다는 차원에서 형평성이란 잣대만을 가지고 민영의료보험의 활성화를 반대할 수는 없다.<sup>80)</sup> 그렇다고 고소득층의 고급의료욕구를 충족시켜 주기 위하여 고소득 계층을 공적의료보험에서 탈퇴할 수 있게 할 때는 공적의료보험의 사회보험원리가 훼손될 우려가 있다.

또한 우리나라보다 공적의료보험을 훨씬 먼저 시행하고 보장률이 높으면서 보험료 수준이 높은 나라에서도 민영의료보험을 시행하고 있는 것도 참고하여야 한다. OECD제국의 의료비에서 차지하는 민간의료보험비중을 보면 2003년 현재 덴마크 2.3%, 핀란드 2.4%, 프랑스 12.7%, 독일 8.8%, 그리스 2.2%, 스페인 4.3%, 네델란드 17.2%로 나타나고 있다.<sup>81)</sup> 이런 현실에서 볼 때 민영의료보험의 활성화에 의한 공적의료보험의 보완은 불가피한 것이다.

그러므로 민간의료보험은 된다 안된다는 문제가 아니라 어느 정도의 범위에서 공적의료보험을 보충할 수 있느냐를 가지고 논의하여야 한다. 정부, 생명보험업계, 전문가 등 대부분이 공적의료보험의 한계를 보완하는 보충적 민영의료보험을 구상하고 있는 것은 적절하다고 평가할 수 있다. 그러나 공적의료보험의 법정본인부담액의 일부를 민영의료보험이 급여를 해주는 문제에 대하여 상당한 이견이 있다. 진료시 전혀 부담이 없는 의료급여 1종 대상자의 경우 무분별한 남수진이 있어 이를 제한하려는 것을 생각할 때 법정본인부담에 대한 급여는 신중하게 접근하여야 한다. 의료급여 1종 대상자와 같이 의료수요가 늘어 날 때 공적의료보험의 재정안정을 해칠 뿐만 아니라 민영의료보험도 동반하여 취약하게 될 가능성이 있다. 그러므로 민영의료보험은 공적의료보험이 급여하지 않고 있는 신의료기술,

---

80) 조재국, 건강보험정상화를 위한 정책제언, 시장경제연구원 주최 '건강보험정상화를 위한 대토론회' 2002.7.19, 토론요지, 시장경제연구원, p.54

81) 보건복지부, 국정브리핑(2006.12.12)에 게재한 자료 인용

신약, 신재료 등과 장기요양환자에 대한 간병료, 그리고 상급병실료 등에 국한하여 급여하는 방안을 검토하여야 한다. 이와 아울러 공적인 의료보험에서 제공할 의료급여의 범위 및 한계에 대한 사회적 합의가 필요하다.

## VIII. 결 론

본 연구는 1948년 이승만 대통령의 사회보험제도 시행을 천명한 때로부터 현재까지 의료보험제도의 도입 발전에 영향을 미친 정책형성주체들이 어떠한 이념을 가지고 참여하고 영향을 미쳤는지를 연구하였다. 초대 이승만 대통령과 전진한 사회부장관은 사회보험제도의 도입을 통하여 근로자의 생활을 향상시킬 수 있다는 신념을 가졌던 것으로 판단된다. 특히 사회보험제도의 시행을 농민의 생활기반 안정을 위한 토지개혁과 동열에 놓았으며 기획처도 국가 중요 13개 과제 중 사회보험제도의 시행을 국정의제로 채택할 정도로 강력한 신념을 가진 것으로 볼 수 있다. 그러나 1950년 발발한 한국전쟁으로 인한 피해복구 등으로 사회보험제도의 시행은 불가능한 일이었다고 할 수 있다. 이와 같이 정부수립 직후 정치, 경제, 사회적인 여건이 성숙되지 않은 상황에서 사회보험제도의 시행을 천명한 것은 전진한 초대 사회부장관이 노동운동을 통하여 유럽의 사회보장제도에 대하여 상당한 식견이 있었다고 판단할 수밖에 없으며 결국은 전진한 사회부장관의 이념과 철학이 이승만 대통령에게 영향을 미친 것으로 판단된다.

1948년부터 1958년까지 정부가 의료보험제도의 시행을 위한 노력을 하였다는 자료는 찾을 수 없었다. 다만 1959년에 들어와 보건사회부 의정국에 건강보험제도 도입을 위한 연구회를 만들고 매주 1회 모임을 가지고 논의하였다는 기록을 보면 보건복지부 관료집단 속에서 비공식적인 논의가 진전되고 있었다는 것을 말하여 준다. 특히 동 모임에 참석한 양재모 등이

이미 1956년 및 1959년에 시행한 서울 및 제주도민의 상병에 관한 실태 조사에서 의료보험에 대한 의견 조사를 포함한 것으로 미루어 보건사회부에서도 상당한 연구의 진척이 있었다고 보아야 한다. 특히 1962년 설립된 사회보장제도심의회위원회의 초대 위원인 최천송이 1955년 산업은행의 기관지인 산우지에 유럽의 사회보장제도에 관한 기고를 게재하였고 최천송 외에도 엄장현, 손준규 등이 의료보험제도의 시행 필요성, 도입가능성을 연구하고 이에 따라 정부에 건의한 사실도 있다. 이로 미루어 학자들 사이에도 사회보장제도 도입에 대한 상당한 관심이 있었을 뿐만 아니라 많은 연구가 진척되고 있었던 것으로 보인다.

우리나라의 의료보험, 산업재해보상보험은 물론 국민연금제도의 시행역사에 있어 사회보장제도심의회위원회의 공헌은 실로 크다고 아니할 수 없다. 사회보장제도심의회위원회의 설치 논의는 1960년 12월에 열린 전국종합경제회의 제7분과에서 최천송이 주장하여 정부에 건의하기로 결정된 것이 그 시초다. 이와 같은 기구의 설치가 논의된 것은 일본의 경우 주일연합군사령부의 권고에 의하여 1948년 12월 13일 설치한 사회보장제도심의회에서 그 아이디어를 얻은 것이 아닌가 생각된다. 그러나 민주당 정부가 5.16군사쿠데타로 전복되면서 동 기구의 설치는 1962년 군사정권하에서 처음 설치된다. 군사정권은 1963년 민정이양을 앞두고 의료보험과 산업재해보상보험제도의 시행을 공약으로 내걸고 관련법안을 사회보장제도심의회로 하여금 기초하게 하였다. 위원회에는 의료보험반, 산재보험반 등 4개 반을 두어 산업재해보상보험법과 의료보험법을 기초하는데 의료보험반은 최천송이 맡는다. 그러나 산업재해보상보험법이 위원회에서 기초한 대로 국가재건최고회의를 통과한데 반하여 의료보험법은 강제조항이 삭제되어 통과함으로써 임의의료보험이 시행되게 된다. 임의적인 가입에 의한 의료보험제도는 예상한 대로 지지부진하였다. 300인 이상 사업장 중 불과 4개 조합만이 설립

되어 1977년 강제시행 이전까지 존속하였을 정도로 사회보험의 기본원칙인 강제가입이 결여된 의료보험제도는 시행 자체가 불가능할 정도였다. 이와 같이 당초의 의도와 달리 강제의료보험제도를 포기한 것은 군사정권이 복지사회 건설이라는 의욕만 앞섰지 그 시행 가능성을 면밀히 검토하지 않고 시행을 약속한 결과였다.

그러나 비록 임의의료보험이 실패하였다 할지라도 1977년부터 의료보험 시행을 가능하게 한 원인이 되었다고 할 수 있다. 왜냐하면 1967년, 1970년 수차에 걸쳐 강제의료보험제도로의 전환을 추진하면서 우리 사회의 관심을 갖게 하는데 기여하였다고 볼 수 있기 때문이다. 1975년 12월 보건사회부 장관으로 취임한 신현확 장관은 의료보험제도의 시행에 대하여 강력한 의지를 갖는다. 박정희 대통령이 시기상조라는 의구심을 가지고 제도의 시행에 의지를 보이지 않는 데도 불구하고 수차에 걸친 설득을 거쳐 시행에 대한 최종재가를 받게 된다. 이와 같이 1976년에 강제의료보험제도의 시행이라는 정책결정을 하게 되기까지는 이미 보건사회부 복지연금국 최수일 국장 이하 관료집단에서 제도시행가능성에 대한 상당한 연구가 있었기 때문에 가능한 것이며 그 결과 신임장관으로 하여금 자신감을 갖게 한 결과라고 할 수도 있다. 1977년 제도의 시행은 이와 같이 박정희 대통령, 신현확 장관, 그리고 최수일 복지연금국장을 위시한 관료집단의 공이 크다고 할 수도 있지만 당시의 정치, 경제, 사회적인 상황이 크게 작용하였다고 하지 않을 수 없다. 먼저 북한이 대한민국의 취약한 의료실태를 국제사회에서 선전무기로 삼으면서 의료보장문제가 행정부의 최고 결정권자인 대통령의 관심사가 될 수밖에 없었다. 경제적으로는 3차에 걸친 경제개발계획의 성과가 지표로 나타났지만 국민의 삶의 질은 답보상태로 결국 선 경제성장 후 복지라는 경제성장 우선 전략만으로는 국민의 실질적인 생활 수준을 끌어올리기 어렵다는 것을 인식하지 않을 수 없었던 것이다. 또한

1974년부터 국민연금제도의 시행을 통하여 국민의 노후 소득보장과 장애 및 사망으로 인한 소득상실에 국가적인 대처를 한다는 약속이 중동전쟁으로 인한 세계석유파동 등으로 연기한 마당에 이를 대체할 사회보험제도의 시행이 시급하였다는 점이다.

그리고 강제의료보험을 시행하기까지 경제계는 전국경제인연합회를 중심으로 적극적으로 참여하였다. 일부 기업의 반대를 연합회를 중심으로 설득하였으며 경제인연합회 사무실에서 보건사회부 실무자, 학계 및 연합회 관계자의 주 1회의 정기모임을 가지고 시행가능성, 시행방법 등에 대한 논의를 하였다. 전국경제인연합회는 이미 1975년부터 의료보험 시행가능성을 논의하기 시작하였다. 이와 같이 경제계가 적극적으로 의료보험시행에 참여함으로써 시행에 자신을 갖지 못한 대통령에게 확신을 심어 줄 수 있지 않았겠는가 생각할 수 있다. 실제로 전국경제인연합회의 부회장인 김입삼씨가 초대 의료보험연합회의 회장으로 취임한 것, 엄기섭 노동부장이 의료보험시행이후 의료보험확대업무까지 깊숙이 참여한 사실로 미루어 볼 때 연합회가 얼마나 적극적이었는지를 알 수 있다. 또한 1977년의 강제 의료보험이 성공할 수 있었던 것은 제도의 시행에 가장 첨예한 이해관계를 가진 의료계의 역할도 생각하지 않을 수 없다. 의료계는 수가기준 책정에 대한병원협회, 대한의학협회 등이 참여하였다. 비록 보건사회부가 최종 고시한 수가기준에 양 단체는 공히 불만을 표시하였지만 제도 시행자체에는 반대하지 않았다.

사업장 근로자에 대한 강제보험의 시행은 의료보험제도가 모든 국민의 관심사가 되는 계기가 되면서 농어촌 주민, 도시 자영자에 대한 의료보장 문제가 새로운 정책의제로 부상하였다. 의료보험적용이 되는 직장근로자들은 관행수가의 60% 정도에 의하여 진료를 받을 수 있는데 오히려 이들보다 생활형편이 못한 자영자들은 이들보다 거의 두 배의 진료비를 부담한다

는 문제인 것이다. 이들에 대한 의료보험의 적용이 시급하다는 당위성은 있으나 보험료 수준의 결정, 징수의 어려움, 의료기관의 도시와 농촌 간 불균형분포 등으로 적용에 어려움을 가지고 있었다. 정부는 우선 몇 개 지역을 선정하여 시범사업을 시행하면서 보험료 수준, 징수 가능성, 수진율 등을 조사하여 확대방법을 도출하자는 방향을 잡았다. 이와 같은 결정은 당시 1976년부터 AID차관에 의한 종합보건의료시범사업이 큰 영향을 미쳤다. 당시 강원 홍천, 경북 군위, 전북 옥구군 등 3개 지역에서 시행중인 사업에서 주민 자발적인 참여를 전제로 한 공제사업이 시행되고 있었다. 이는 마을건강대동회를 조직하여 회원들로부터 회비를 걷고 그 대가로 무료로 진료하여 주는 사업으로 의료보험과 유사성이 있으므로 시범사업을 시행하기에 용이하였다는 판단을 한 것이다. 보건사회부는 1981년에 위의 3개 군 그리고 다음해에는 3개 지역을 추가로 시행하였으나 징수율의 저조, 급여율의 증가 등으로 보험재정의 적자를 면할 수 없었다. 농어촌 지역주민에 대한 의료보험 적용문제는 전국민의 관심사로 떠오르면서 정치권에서도 적극적인 정치이슈로 삼기 시작하였다. 당시 여당인 민정당은 전국민의료보험의 시행을 1985년 2월 총선에서 공약하고 1987년의 4대 주요 정책과제로 발표하는 등 의료보험의 전국민 적용에 적극성을 보였다. 야당도 관리체계를 일원화할 것을 주장하는 정도였지 확대방침에 대하여 원칙적인 찬성을 하였다. 보건사회부는 1986년 9월 1일 농어촌의료보험과 도시지역의료보험을 각각 1988년과 1989년부터 시작하겠다는 발표를 함으로써 1989년 전국민의료보험시대를 맞게 되었다.

1989년의 전국민의료보험의 실현으로 국가 의료보험은 정책의제에서 소멸한 듯했다. 그러나 새로운 정책의제가 출현하고 있었으니 바로 관리와 재정체계의 통합일원화 논쟁이다. 의료보험통합일원화 문제가 정부 내에서 처음으로 구상된 것은 1980년 9월 보건사회부장관으로 부임한 천명기 장

관에 의하여서이다. 그러나 시기상조라는 반대의견이 청와대로부터 개진되면서 잠재하였다가 1988년 농어촌 의료보험이 시작되면서 다시 재연되었다. 통합논쟁에는 정부, 국회, 의료보험단체, 학계를 중심으로 대규모로 확산되었는데 정부수립 이후 이렇게 대규모의 논쟁은 처음이다. 통합문제가 다시 거론되기 시작한 이유는 지역의료보험시범사업을 시행한 결과 농어촌 주민의 부담능력이 부족하여 재정 적자를 면할 수 없다는 것이었다. 따라서 재정의 여유가 있어 적립금을 가지고 있는 직장조합과 통합하여 지역의료보험을 원활하게 할 수 있다는 것이었다. 이에 반하여 조합주의 방식을 주장하는 측은 통합을 하면 지역의료보험의 적자를 직장의 흑자로 메워 준다는 것인데 오히려 형평에 어긋난다는 것이었다. 통합일원화는 당시 군사정권의 성격을 가지고 있는 정권에 대한 민주화운동과 결집되면서 더 큰 위력을 발휘하기 시작하였다. 즉 1983년 전두환 정권에 의하여 통합논쟁이 잠재워지고 또한 1989년 노태우 정권에 의하여 국회에서 의결된 국민의료보험법안의 거부권 행사 등으로 야당과 시민단체 등과의 민주화투쟁의 상징적인 의제가 되었다. 따라서 1997년 12월 31일 통합을 내용으로 하는 국민의료보험법이 제정되어 지역의료보험조합과 공·교의료보험관리공단이 통합되고 국민의료보험공단을 발족하였다. 이어 집권한 국민회의가 1998년 8월 국민건강보험법안을 제정하여 2000년 7월 국민의료보험관리공단과 139개의 직장의료보험조합을 통합하여 국민건강보험공단을 발족하여 완전히 하나의 조직으로 일원화되기에 이르렀다. 이에 따라 20여년에 걸친 통합논쟁은 막을 내리게 되었다.

2000년에 관리기구의 통합을 마무리하였으나 2001년 3월 보험재정의 위기를 맞게 되었다. 의료보험은 출발부터 재정의 취약성을 가지고 있었다. 국민의 경제적 부담능력을 고려하여 보험료 수준을 낮게 출발한 것이다. 선진국의 보험료 수준이 8.5%(일본, 대만) 내지 19% 수준인 것을 감

안하면 우리나라 보험료 수준이 4%대인 것은 매우 낮다고 아니할 수 없다. 특히 1999년부터 2000년 간의 의약분업, 관리기구 통합 등으로 보험료를 조정하지 못한 것도 원인이었다. 정부는 2001년 5월 종합대책을 발표하여 단기적으로는 금융기관에서의 차입과 국고보조로 적자를 보전하고 장기대책으로는 보험료율을 조정하는 등의 대책을 세워 시행함으로써 2003년부터는 재정의 건전성을 기할 수 있었다.

위와 같이 1948년 의료보험이 국가의 중요정책의제로 부각되어 약 50여년간의 임의의료보험시행, 강제의료보험시행, 전국민의료보험실현, 통합 그리고 재정위기를 극복한 사실과 그 과정에서 정책형성주체들의 활동을 연구하였다. 본 연구 결과 발견한 내용을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 역대 정권은 의료보험제도를 국민의 정치적 지지를 얻기 위한 수단으로 사용하였다는 점이다. 1948년 의료보험제도에 대한 인식이 전혀 없는 여건에서 시행을 약속하였던 것이나 1961년 군사정권도 산업재해보상보험과 의료보험제도의 시행을 약속하였던 것을 보면 알 수 있다. 이는 의료에 대한 국민의 욕구가 얼마나 컸었는지를 집권자가 알고 있었다는 것을 의미한다. 그러나 의료보험제도가 국민의 보험료 부담능력, 공동체 의식과 사회연대의식을 바탕으로 한 사회보험원리라는 것에 대한 이해가 부족하였기 때문에 쉽게 약속할 수 있었던 것으로 보인다. 박정희 대통령도 그의 집권기간 중 1970년, 1973년에 걸쳐 시행하려 하였으나 경제적인 제약으로 실현하지 못하고 1977년이 되어서야 강제적인 의료보험을 시행할 수 있었다.

둘째, 우리나라의 의료보험제도에 있어서 경제계와 의료계의 공헌이 매우 컸다는 점이다. 의료보험의 시행이 기업으로서는 기여금 납부라는 새로운 부담을 안는 것임에도 불구하고 1976년 강제의료보험 시행의 의사결정을 하는데 있어서 적극적으로 찬성의사를 표한 것으로 보인다. 1976년 당

시 장예준 상공부장관이 기업의 적극적인 입장이 대통령에게 보고 되었다는 사실로 보아 그렇다. 이후 경제계는 전국경제인연합회가 중심이 되어 시행계획의 마련과정에 깊이 관여하여 전국민의료보험 실현에 기여하였다.

의료계는 사회보험제도의 전혀 불모지인 시대에 의료보험의 시행을 정부에 촉구하고 1977년의 강제의료보험 시행 당시에도 수가에 대하여 불만이 있었지만 시행자체에 대하여는 찬성 하였다. 특히 1962년 헌법개정 당시 헌법에 사회보장에 관한 권리를 반영하고자 하였다. 이는 미국의 1920년대부터 공적인 의료보험을 시행하려고 하였으나 경제계와 의료계의 반대로 시행이 되지 못한 것과 대조적인 것이다.

셋째, 우리나라 의료보험제도의 시행은 보건사회부의 관료집단이 주도하였다는 것이다. 비록 1963년의 최초 의료보험법이 임의가입이었기 때문에 실질적으로 사회보험제도로서의 역할을 하지 못하였으나 이것이 1976년의 강제적인 의료보험법의 제정을 결과하게 되었다는 점에서 역사적 의미가 크다고 할 것이다. 최초의 의료보험법의 제정은 사회보장심의위원회가 주도하였는데 이와 같은 위원회의 설립이 가능하게 된 것은 양재모, 최천송이 수년전부터 위원회의 설립을 건의한 것이 결실을 맺었다고 할 수 있다. 또한 군사정권으로 하여금 사회보험제도의 시행을 국민 앞에 약속하게 된 것은 보건사회부 의정국의 건강보험도입을 위한 연구회가 조직되어 이미 1959년부터 논의를 시작하였을 뿐만 아니라 정교하지는 않지만 양재모의 사회보장창시에 관한 건의도 위의 건강보험도입을 위한 연구회에 자문위원으로서 관여한 결과라고 하겠다.

보건사회부 관료집단이 의료보험제도의 시행을 주도하여 1976년 9월, 박정희 대통령을 설득하여 1977년부터 시행하도록 결정을 이끌어 낸 것이라고 하겠다. 1973년 국민복지연금제도를 시행하기 위하여 만들어진 복지연금국은 1974년부터 이미 국민연금대신에 의료보험제도를 시행하기 위한

체제로 바뀌었으며 상당한 연구가 진척되었다. 이는 1975년 12월 부임한 신현확 장관으로 하여금 제도의 시행필요성과 시행가능성을 확신하게끔 할 수 있었던 요인이 되었다고 볼 수 있다. 특히 당시 경제기획원 등은 경제여건 상 의료보험의 시행에 회의적이었으나 이를 극복하고 신현확 장관을 중심으로 대통령 그리고 경제계를 설득할 수 있었던 것이다. 그리고 1980년대에 들어와 의료보험통합논쟁의 발단이 보건사회부에서 시초가 되었다는 점으로 보아 우리나라 의료보험제도가 이렇게 시행하게 된 데에는 보건사회부의 관료들의 공헌이 크다고 아니할 수 없다.

넷째, 1977년 강제의료보험까지는 보건복지부 사회보장심의위원회, 의정국, 복지연금국 중심의 관료집단이 주도하여 시행된 반면에 1981년부터 시행한 지역의료 시범사업부터는 학자집단이 활발하게 참여한다. 특히 서울대 보건대학원 및 연세의대를 중심으로 춘성군, 강화군 시범사업을 시행하면서 나타난 문제점과 그리고 해결방안이 정책당국에 반영되어 전국민 의료보험시행에 기여하였다. 그리고 국회도 직접 시범사업지역을 방문하여 전국확대문제를 깊은 관심을 가졌다. 특히 지역주민의 여론을 수렴하여 관리기구 통폐합에 대하여 관심을 가지고 조직합리화 문제를 정부로 하여금 도모하도록 촉구하여 의료보험정책형성과정에 깊이 참여하였다.

위와 같이 1948년부터 현재까지의 의료보험정책형성과정을 살펴보았다. 국가의료보험정책은 모든 국민이 질병의 발생으로 인한 진료비부담을 사회 공동의 노력으로 해결하고자 하는 제도이다. 그런데 현재의 의료보험 제도는 대내외적인 도전에 직면하고 있다. 노령인구 증가에 따라 급증하는 진료비는 현재의 보험재정으로 감당할 수 있는지 의문이다. 매년 보험료의 인상은 우리의 경제사정으로 쉬운 일이 아니다. 의료계는 현재의 수가로는 경영이 어렵다고 불만이며 국민은 본인부담이 높아 의료보장제도로서의 기능을 충분히 하지 못하고 있다는 불만이다. 민영의료보험제도를 활성화하

여 국민에게 선택할 수 있는 권리를 주어야 한다고도 한다. 시장의 개방에 따라 현재의 당연지정제도 계약제 등으로의 전환을 요구 받고 있다. 이러한 대내외 적인 도전을 극복할 수 있는 수단은 매우 제한되어 있다. 의료보험제도는 사회를 구성하는 모든 집단인 기업, 근로자, 의료인 및 의료기관 모두가 관련되기 때문에 정부가 독자적으로 문제를 해결할 수 없다. 따라서 어떻게 사회적 합의를 이루어 갈등을 최소화하면서 제도를 발전시켜 나갈 것인가가 관건이다.

현재의 보험료 수준, 수가 및 급여범위 등 주요한 정책을 심의·의결하는 기구인 건강보험정책심의위원회의 기능을 활성화하여 합의를 도출할 수 있게 하기 위한 위원회의 구성, 회의 운영 등의 문제를 재검토하여야 한다.

급속한 인구노령화로 인한 급여 증가에 대비하는 방법도 강구하여야 한다. 정부는 2008년부터 노인수발보험을 실시한다고 하지만 보험제도만의 도입으로는 어려울 것이다. 의료적인 처치보다는 장기 요양이 시급한 노인환자를 관리할 수 있는 시설은 정부가 확대하여 나가야 할 것이다.

민영의료보험의 활성화는 국민에게 선택의 폭을 넓혀 준다는 점에서 바람직하지만 자칫 공적의료보험의 근간도 흔들 수 있다. 따라서 선택과 자율성의 부여와 공적보험의 형평성간 균형을 어떻게 유지할 것인가도 과제이다. 이러한 모든 문제는 새로운 정책의제로서 부상되고 있으며 의료보험정책형성주체들이 슬기롭게 풀어 나가야 할 과제이다.

## 참고문헌

### 국내문헌

- 감신, 영리법인 의료기관 설립 허용의 문제점, 예방의학회지 제37권 제 2호, 대한  
예방의학회, 2004
- 권영건, 조소앙의 삼균주의론, 한양대학교 정치외교학과 박사학위 논문, 1985
- 강신태, 노화준, 김광웅 외, 정책학, 법문사, 1993
- 경제기획원, 제5차경제사회발전5개년계획, 1981
- 고세훈, 복지국가, 현대사상키워드 60, 동아일보사, 2004
- 고세훈, 복지국가의 이해, 고려대학교 출판부, 2000
- 구광모, 대통령론-지도자의 개성과 유형, 고려원 문화총서, 2003
- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 건강보험 재정전망 및 요양급여변  
화추이(기자단 세미나 자료), 2001
- 국민건강보험공단, 건강보험포럼, 2005
- 권문일, 1960년대의 사회보험, 한국사회복지론, 하상락 편, 박영사, 1989
- 권영건, 조소앙의 삼균주의론, 한양대학교 정치외교학과 박사학위 논문, 1985
- 김도영, 한국의 의료보험, 삼연사, 1982
- 김신복, 정책개발의 과정과 방법, 정책학, 법문사, 1993
- 김영모, 한국형 복지이념의 정립, 한국의사회복지현재와 미래, 아산사회복  
지사업재단, 창립10주년 기념 복지사회심포지움 제 9회, 1987
- 김용철, 박정희의 정치리더십 연구, 연세대학교 석사학위논문, 1984
- 김일순, 의료보험 6년의 회고, 의료보험 1983. 7, 의료보험조합연합회,  
1983
- 김일천, K교수의 의료보험 6년의 회고를 읽고, 의료보험, 1983.11.12

김창업, 건강보험재정위기 해결을 위한 사회적 합의의가능성과 전략, 새시대전략연구소, 2001

김창업, 미국의 의료보장, 한울 아카데미, 2005

김일순, 김한중, 의료보험운영실태, 의협신보, 1976년 5월 31일

남은우, 의료시장개방대응전략, 병원관리종합학술대회연제집, 대한병원협회, 2003

남찬섭, 한국복지제도의 전개과정과 성격, 한국사회복지의 현황과 쟁점, 인간복지, 1998

대한의사협회, 의협신문, 1968 - 1976

대한의사협회, 한국의료보험제도 운영원칙 설정연구, 2000

대한의사협회, 한국의료 새 희망을 위하여, 2000

대한의사협회, 대한의학협회 70년사, 1999

대한의학협회, 전국민의료보험방안에 대한 의협의 정책방향, 1986

류진석, 세계화시대의 복지개혁: 복지국가위기 이후의 대응, 세계의 사회복지, 한국사회과학연구소 사회복지연구실 편, 인간과 복지, 1994

매일경제신문사, 박정희 대통령의 지도이념과 행동철학, 1997

문옥륜, 한국의료보험론, 신광출판사, 1991

문재우, 원용혁, 김기훈 외, 의료보장론, 고문사, 1990

박종찬, 프리드리히 폰 하이에크, 월간조선 2002 10월호, 2002

박형욱, 한국의료법체계의 성격과 역사적 변천, 연세대학교 대학원 박사논문, 2000

박호성, 평등론, 창작과 비평사, 1994

보건복지부, 통합의료보험의 전망과 과제에 관한 세미나(자료), 2000

보건복지부, 건강보험재정안정 및 의약분업 정착종합대책, 2001

보건복지부, 의료시장개방과 관련쟁점 검토, 2002

보건사회부, 제4차경제개발5개년계획, 1976

보건사회부, 의료보험확대방안, 1986

북거일, 시장경제와 의료제도, 계간 의료정책포럼, 의료정책연구소, 2004

서중석, 이승만의 정치이데오르기, 역사비평사, 2005

서울시의사회, 의사신문, 1961 - 1967

손명세, 한국의료보험정책 결정과정의 연결망 분석, 연세대학교 박사논문, 1989

송호근, 세계화와 사회정책의 변화, 서울대학교 사회발전연구소의 보건복지부 연구 과제, 2000

새시대전략연구소, 건강보험 위기극복을 위한 사회적합의가능성과 전략, 2001

신동아, 현대사상 키워드 60, 신동아, 2004

신수식, 의료행위와 보험, 의협신보 1975.2.24, 1975

아산사회복지사업재단, 한국의 사회복지 현재와 미래, 창립10주년 기념 복지사회심포지움(제 9회), 1987

양명생, 한국의료보험 진료수가 제정 및 인상 조정과정에 관한 연구, 경산대학교 박사 논문, 1993

양재모, 국민의료에 관한 연구 - 서울시민의상병 및 의료에 관한 종합적 연구, 연세대학교 의과대학 예방의학교실, 1956

양재모, 제주도민의 상병 및 의료와 도내의사의 수입에 관한 연구, 연세대학교 의과대학 예방의학교실, 1959

양재모, 사회보장제도창시에 관한 건의, 보건사회부, 1961

양재모, 사랑의 빛만 지고, 큐라인, 2001

양재모, 유승흠, 김영기, 국민의료, 연세대학교 예방의학교실, 1978

오근식, 국민의료보장론, 나남, 1992

유승흠, 우리나라 국민의료에 관한 연구 - 병원의료를 중심으로, 연세대학교 대학원, 1975

유승흠, 오대규, 오희철 외, 의료보험 진료비 심사간소화 방안 연구, 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험관리공단, 1982

유승흠, 2종의료보험의 모형 및 실시방안에 관한 연구, 의료보험 1984.8, 의료보험조합연합회, 1984

유승흠, 김한중, 이해중 외, 지역의료보험의 재정 및 적자요인 분석, 사회보장연구, 1985

유승흠, 의료보험총론, 수문사, 1990

유승흠, 정상혁, 남정모 외, 인구구조의 변화에 따른 의료비 체계, 예방의학회지 1992

유승흠 편, 국민건강보험의 평가와 발전방향, 한국의학원, 2001

유승흠 편, 21세기 한국보건의료정책 개혁방향, 2002

유승흠 편, 한국의료발전을 위한 보건의료어젠다, 한국의학원, 2005

원석조, 사회복지정책론, 공동체, 2006

의료보험연합회, 의료보험의 발자취, 1997

의료보험연합회, 의료보험의 발자취 추록자료집, 2000

의료보험조합연합회, 의료보험, 1983. 7

의료보험조합연합회, 의료보험, 1983. 10

의료보험조합연합회, 의료보험, 1983. 11. 12

의료보험조합연합회, 의료보험, 1984. 3

이강은, 공공정책과 합리적 선택, 박영사, 2000

이규덕, 우리나라 건강보험의 연혁, 대한임상보험협회지 2006

이규식, 국민의료의 효율화를 위한 의료개혁방향, 한학문화, 2000

이규식, 의료보장과 의료체계, 계축문화사, 2002

이규식, 통합건강보험의 위헌성, 2006

이규식, 네델란드의 의료개혁, 미발표자료, 2006

이달순, 한국정치사의 재평가, 수원대학교 출판부, 2005

이두호, 차홍봉, 엄영진외, 사회보장의 제원리와 한국의 복지노선, 국민의료보장론(한림과학원 총서), 나남, 1992

이명화, 보건행정학, 고문사, 1973

이승만, 李大統領의 시정방침, (1948, 9.10), 施政月報(창간호), 대한민국정부, 1948

이종찬, OECD국가의 보건의료개혁: 역사적 전망과 정책적과제, 보건행정학회지, 1996

전광석, 한국사회보장법전, 법문사, 2005

전광석, 사회보장법학, 한림대학교출판부, 1993

전국지역의료보험노동조합총연합회 정책위원회, 왜, 의료보험 통합인가, 1994

전종휘, 한국현대의학의료문화연표, 1994

전진한, 建國理念, 사단법인 敬天愛人社., 연세대중앙도서관 희귀본열람실 소장, 1948

전진한, 罹災同胞救濟에 舉族的 熱性を 傾注, 施政月報(창간호), 대한민국정부, 1948

정광웅, 박정희의 퍼스널리티와 정치행태 분석, 연세대학교 행정대학원 석사논문, 1983

정정길, 최고정책결정과정, 정책론, 법문사, 1993

정철현, 행정의사결정론, 다산출판사, 2001

정홍기, 조정찬, 국민건강보험법, 한국법제연구원, 2003

정현찬, 國家經濟機構管見, 施政月報, 대한민국정부, 1948

정형선, 의료시장개방과 영리법인병원, 대한병원협회 제19차 병원관리종합학술대회 주제발표, 병원신문 2003.11.24, 제 1619호

조재국, 건강보험정상화를 위한 정책제언, 시장경제연구원 주최 ‘건강보험정상화를 위한 대토론회’ 2002.7.19, 토론요지, 시장경제연구원, 2002

주영재, 인간의료, 인제의과대학, 1983

최천송, 구라파인의 생계, 산우지, 추월호, 1955

최천송, 사회안전보장, 산우지, 송년호, 1955

최천송, 사회보장제도고, 대한일보조간(1961.12.28)

최천송, 의료보험법해설, 사회보장심의위원회, 1965

최천송, 한국사회보장론, 산경문화사, 1977

최천송, 의료보험정책론, 한국법인문제연구소, 1980

최천송, 한국사회보장연구사, 한국사회보장문제연구소, 1991

채경석, 김성윤, 유지성, 신정책학원론, 대왕사, 1994

하상락, 한국 사회보장의 역사(8), 8·15해방후 미군정시대, 의료보험(1984.3), 의료보험연합회, 1984

하상락, 한국사회복지사론, 박영사, 1989

한국보건사회연구원, 국민건강보험의 재정위기 평가와 재정안정화방안, 2001

한국보건사회연구원, 보건복지포럼, 2005

한국사회과학연구소, 한국사회복지의 현황과 쟁점, 인간과 복지, 1998

한국사회과학연구소, 세계의 사회복지, 인간과 복지, 1998

한국사회보장연구소, 의료보험 무엇이 문제인가, 1986

한국사회보장연구소, 의료보험 이렇게 개혁하자, 1993

헌법재판소, 사회보험법의 헌법적문제에 관한 연구, 헌법재판연구 제 11권, 2000

## 외국문헌

Anthony Giddens, The Third Way, Polity Press, 1998

Y. Hansenfeld, 사회복지행정론, 성규택 역, 박영사, 1985

Charles O. Jones, An Introduction to the Study of Public Health, 김해동 역, 법문사, 1977

Jones, Leory, The Social Philosophy of Park Chung Hee, 한국개발연구원, 1976

Gaston V. Rimlinger, Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia, New York and London, John Wiley and Sons, 사회복지학연구회 역, 한울아카데미, 1971

Gerhard A. Ritter, Sozialversicherung in Deutschland und England, 전광석 역, 2005, 법문사, 1983

Paul Starr, The Social Transformation of American Medicine, Basic Books, Inc, N.Y, 이종찬 역, 명정, 1982

George, Vic, Welfare and Ideology, 김영화·이옥희 역(1999), 한울, 1994

이케가미 나오키, John Creighton Campbell, 일본의 의료, 권오주 역, 청년의사, 2004

[www.bosa.co.kr](http://www.bosa.co.kr)

[www.kmatimes.com](http://www.kmatimes.com)

[www.nhic.co.kr](http://www.nhic.co.kr)

[www.mohw.go.kr](http://www.mohw.go.kr)

<http://korea.go.kr>

## 부록 : 의료보험제도 변화 연표(1948 - 1977)

※ 본 연표는 1948년부터 1977년 강제적인 의료보험제도를 시행하기 전  
후까지 의료보험제도의 도입에 대한 학자, 전문가, 보건사회부, 대통령, 의  
료계 등의 동향을 서울시 의사회 발행의 의사신문(1961 - 1967) 그리고  
대한의학협회의 의협신보(1968 - 1977)까지의 기사에서 뽑아서 정리 한  
것이며 특히 중요한 사실은 다른 문헌에서도 선택하여 정리하였다.

1949.9.31: 이승만 대통령, 시정방침을 통하여 사회보장제도 설립 약속  
(1948.9.31, 국회에서 이범적 총리가 대독), 이승만(1948), 이대통령의 시  
정방침 - 만민공영(萬民共榮)의 국초(國礎)를 존정(尊定), 시정월보(창간호,  
1949): 2-3, 본 시정방침은 一. 서론, 二. 민족국가로서의 民國의 특성,  
三. 기본국책, 四. 정부가 당면과제 등으로 구성되고 있다. 본 사회보험실  
시에 관한 언급은 '2. 민생개선과 국내당면 중요정책' 이라는 제목 하에 언  
급하였다.

「민생문제 해결에 있어서 항상 나의 가슴을 앞으게 하는 것은 농민과  
노동자의 생활향상의 염원이니 ... 전자에 있어서는 헌법 조항에 의하여 앞  
으로 토지개혁법이 제정 시행 될 것이니 ... 또 후자에 있어서는 헌법의 정  
신에 의하여 이익균점의 권리를 보유하게 될 것이며 기타사회보험제도를  
창설 실시하여 그 처우가 심히 개선될 것이니 동포남녀를 막론하고 그 직  
장에 충실하여 상호 부조 협심하여...바입니다。」 라고 하여 사회보험제도의  
실시를 밝혔다.

1949: 기획처는 13개 항의 국가중요정책을 채택하고 제 6항 노동정책에서 사회보험을 실시할 것을 국가경제계획기구관견(國家經濟機構管見)이라는 제목으로 기획처 비서실장인 정현준이 시정월보에의 기고를 통하여 발표하였다. 동시에 중요정책의 세부방안은 관계방면에서 입안 중에 있으며 동 기본적 기획은 행정각부의 수뇌와 민간권위로서 구성된 경제위원회의 자문을 거쳐서 기획처를 중심으로 성안되어 국무회의에 상정될 계획이라고 하였다. 구체적인 연구내용과 결과는 알 수 없으나 복지국가 건설에 대한 의욕은 주목할 만한 것이었다., 정현준(기획처 비서실장, 1948), 국가경제계획기구관견(國家經濟計劃機構管見),시정월보(창간호 1949)

1949: 전진한 초대 사회부장관, 정견발표를 통하여 의료보험실시를 위한 연구 진행중이라고 발표(1949), 전진한(1949), 민생개선과 국내당면정책, 시정월보(창간호 1949), p.31, 38

「질병의료행정에 있어서는 국민이익균점의 헌법정신에 부합케 하여 전 국민은 빈부의 차별과 지방의 구별 없이 균등으로 의료를 향수하도록 현 의료행정을 개선하겠으며 그 목적달성을 위하여 당면 정책으로 (가), (나), (다)사회보험제도를 계획하여 점차적 이익을 향수하게 하려 합니다」라고 하였다. 이어서 제 3항에서 사회보험제도의 실시를 약속하였는데 아래와 같다.

三. 사회보험제도를 창정(創定)실시케 할 것  
 근로자가 불의의 재해·질병·폐질 급(及) 등의 불행한 경우에 처했을 지라도 능히 그 생활에 소호(小毫)라도 지장 없이 그들의 생활 향상과 그 사회적 처우를 적극적으로 개선하기 위하여 일반노동 보호시책과 병행하여 이에 대한 대책을 시급히 강구 코저

- (一) 노동재해보험  
 (二) 노동질병보험  
 (三) 양로 및 폐질보험  
 (四) 실업보험  
 에 분(分)해서 국가제도로서 차(此)를 강행 실시하고자 합니다.

라고 발표하였다.

1955. 10: 조봉암의 진보당 창당준비위원회 창당정책에서 국민의료제도 확립 채택(이달수, 한국정치사의 재평가, 1995, 수원대학출판부, p.204)

진보당 창당준비위원회는 창당정책으로 6개 항을 발표하였는데 이 중 제‘6항’ 사회정책 (ㄱ)에서 국민의료제도와 연금제도 확립을 발표하였다.

1955. 10: 최천송, 산우지(산업은행 기관지)초추호에 「구라파인의 생계」 제하의 기고에서 유럽의 사회보장 현황 소개(1955 산우지 초추호)(최천송 1977 사회보장론)

- o 영국, 벨기에, 스위스, 이태리, 프랑스 등의 사회보장제도를 소개

1955. 12: 최천송, 산우지 송년호에 「사회안전보장」을 소개(최천송 1977 사회보장론)

「생활의 안전은 식주의(食衣住)라는 경제적 생활에 근거한다. 이를 확보 공급하기 위해서는 모든 것을 대상으로 지불한 것도 옛날 자기 개인이 생명을 담보하고 다른 개인을 해친 것이나 지금 국가라는 한 집단이 자국의 흥망을 걸고 다른 집단과 전쟁하는 것이나 그 질에 있어서는 동일할 것이다.」

「그러므로써 국가는 재정세입이외 공통위험 앞에 놓여 있는 국민으로부터

터 의무금을 징수하여 그들의 최저생활을 보장하여 비참한 생활을 소멸시키는데 힘썼고 사회 전반적 안전을 꾀하였다. 이것이 경제적 생활에서 찾은 소극적이며 자급자족적인 즉 협의의 사회안전보장제도이다.」

1961. 2.13: 의사신문, 선진국의 건강보험제도를 특집으로 소개 (1961.2.13 제10호)

「오랫동안 논의되어 오던 건강보험제도가 우리나라에서도 금년부터는 소규모적으로나마 곧 착수될 것 같다. 이미 선진국에서는 관연 민영의 형식으로 거의 완전하게 가까울 만큼 잘 운용되고 있어서 의료의 혜택이 어떤 특정인에게 국한되지 않고 인간이면 누구에게나 그리고 치료비가 있건 없건 간에 언제든지 수혜 될 수 있게 되어 있으나 우리나라에서는 아직 그 제도를 실시하지 못하고 있었고 다만 유토피아로 꿈같이 그리워만해 왔었던 것이다.」 라고 논평

1961. 6.30: 보건사회부 의정국장 이용승(李溶昇) 의사신문(1961.1.8자 8호)에 「보사부의 새해살림사리」 제하의 난에 의료보장제도 확립 언급 (1961.1.30)

「신생 제2공화국의 새 살림살이 ... 첫째로 금년도에는 기필코 의료보장제도의 기초를 확립하여야 겠다. 빈곤과질병의 악순환 속에서 허덕이는 국민대중을 구제할 수 있는 종국적인 길은 사회보장적 테두리 안에서 의료보장을 구현하는 것이다. 우리나라 현하의 후진성을 살표볼 때 종합적 사회보장제도의 완전한 실시는 전도요원한 바라고 하겠으나 사회보장제도내에서의 의료보장의 휘치는 전제도 성체의 전제조건이 되리만큼 중요한 것이므로 다를 제보험제도 공공부조제도 ...등의 발전과 상호보조관계를 유지하면서도 위선의료보장내지 건강보험제도 수립을 위하여 발차를 가하고 있

는 바이다. 이를 위하여 당국은 여러 가지 연구검조를 계속하고 이순 s중이며 연간목표를 다음과 같이 세우고 있다. 즉 현재 입안중인 건강보험제도연구위원회 규정을 조속히 공포케하여 3월말까지는 발족시키고 이를 통해서 전국적으로 경제 사회 의료 전반에 걸쳐 종합적 기초조사를 실시하고 한국에서 가장 적합하고 실현 가능한 제도를 모색 창안해 내야겠으며 예산 확보가 되는 대로 1내지 2개의 지역별 소규모 의료조합을 구성하여 시범적 내지 시험적 사업에 착수할 계획이다.」

1961. 3.2: 보건사회부 김판술 장관, 건강보험제도 고려 중, 1961.3.2. 10:30기자회견에서,

「‘건강보험제도에 관해서는 사무인수 시에 들어서 알고 있으나 아직 구체적인 계획을 생각해보지 못했다고 말하고 전 장관이 수립한 중요시책이며 또한 우리나라 사회보장제도의 중요한 문제이니만큼 잘 해보겠다.」

1961. 1.19: 일본 의사협회 1월 19일 일제 휴진 단행(1961.2.27 의사신문 제 12호)

- 일본 의사의 80% 참여(8만명)
- 의사의 요구 정부가 묵살
  - 의료보수의 3할 인상, 제한진료의 철폐, 보험사무의 간소화 요구(1960.8.13)에 대한 후생성이 수용해주지 않았기 때문

1961.3.13: 보건사회부 건강보험제도 실현단계라고 하면서 예산을 책정하고 계획성안(1961.3.13 의사신문 14호)

- 보건사회부는 건강보험사업을 긴급사업으로 채택하고 추경예산에 9600 만원을 책정

o 8000세대 대상

- 제1대상: 광공업 등의 노무자로 하고, 국고 35, 기업 35, 본인 30% 부담
- 제2대상: 공무원 등 봉급생활자는 국가 50, 본인 50%부담

1961.4.21: 보건사회부장관 장덕승(張德昇)은

「조속한 시일내에 시범사업에 착수하겠다고 의사신문기자의 질의에 답변  
(1961.6.26 의사신문)

- o 의사신문 1961.3.13자 사설에서 「시급한 사회보장제도의 실현 - 뚜렷한 사회정책을 세워라」 제하로 정부에 촉구
- 국가재정의 빈곤과 군색으로 가장 기초적인 건강보험에 대한 설계조차 할 기력마자 없다는 것은 실로 개탄할 일이다.

1961. 5: 서울시의사회 혁명정부에 10대 제의를 사설에서 함(의사신문, 1961.5.22, 24호)

1. 보건비예산 대폭 증액, 우리나라는 정부예산의 0.89%(일본 8%, 이라크 8%, 인도, 파키스탄 5%)
2. 부정의약업자 적발즉시 극형에 처하라
3. 의과대학의정원초과 입학을 엄격히 단속하라
4. 학교위생, 예방접종사업 등은 의사회에 의촉하라 등

\* 건강보험에 관련한 건의는 없음

1961. 9: 보건사회부는 제1차 경제개발5계년계획에 1962년부터 건강보험제도 실시계획을 반영하고 그 내용을 경제기획원 심의 중에 있다.  
(1961.9.18 의사신문 41호)

- o 양재모의 ‘사회보장제도의 창시에 관한 건의’ 및 엄장현 건강보험제도 연구원의 건의서를 근거로 성안 함

- o 필요성을 질병과 빈곤의 악순환으로 규정

1961. 4. 12: 보건사회부 사무차관은 1962년에 건강보험제도를 시행할 것을 국회보건사회위원회에서 답변(1961.4.12)(1961. 4. 17 의사신문 제 18호)

1961. 12. 28: 최천송, 1961. 12. 28자 대한일보 조간에 「사회보장제도고」라는 기고를 통하여 사회보장제도심의위원회의 설치를 촉구

1962. 1.17: 보건사회부 강봉수 기획조정관은 1962년도 주요업무계획 공개 브리핑에서 사회보장제도 실시를 발표(1962.1.22 의사신문 제 58호)

- 10대 목표 중 제 9항에 사회보장제도의 기초를 확립하여 복지사회건설을 지향한다.

1962: 정희섭 보건사회부장관은 대한의학협회의 서면질의에 대하여 의료보장제도를 1963년부터 시행하겠다고 답변

「‘전반적인사회보장제도의 실현은 국민의 경제력의 증진과 관련되므로 당장실시 한다는 것은 곤란시 되나 ...1963.7.1부터 시행하겠다.」

1962. 2.20: 사회보장제도심의위원회규정 제정 공포(각령 제 469호, 전문10조 부칙)(1962.2.20)

- o 보사회장관의 자문에 응하여 사회보장제도에 관한 사항을 조사심의

- o 위원장은 보사회 차관, 부위원장 보사회 기획조정관, 위원은 사회보장

제도에 관한 학식과 경험이 풍부한 자와 관계공무원 중에서 20명 이내로  
보사부장관이 위촉 또는 임명

- o 15인 이내의 전문위원을 둘 수 있음

1962. 5. 1: 중앙의료보험조합 시무식 거행, 우리나라 최초 의료보험조합(1962.5.1)

o 오완선 보건사회부장관(손 보사부차관 대독)은 「우리나라에서의 사회  
보장제도의 효시이므로 더욱 의의 깊고 감명 깊다」고 축사에서 말함

- 현대병원, 영등포연합병원 지정
- 현대의원 외 6개 사업장으로 구성

1962. 8. 30: 대한의학협회, 「헌법광정(匡正)에 제기할 문제」라는 제하  
의 사설로 헌법에 사회보장제도의 명문화를 정부에 요청(1962.8.30 의사  
신문 제 91호)

「헌법공청회에서 의료계를 대표하여 김두중 대한의학협회장이 발언한  
요지는 별로 특기할 만한 것은 없었고 다만 사회보장제도의 명문화를 주장  
한바 있었으나 좀더 대승적인 처지에서 ... 사회보장제도는 전국민 보건에  
크게 영향이 미치니 만큼 그 귀추가 크게 주목되는바이다.(김사달, 金思達  
)」

- 1962. 4.24 시민회관 대강당에서 헌법심의 공청회, 김두중 대한의학  
협회장은 기본권 조항에 사회보장제도에 관한 조항 추가할 것을 제의

「모든 국민은 건강하며 문화적 최저한도의생활을 할 권리를 갖는다.  
국가는 모든 생활부면에 있어서 사회복지 사회보장과 공중위생의 향상과  
증진을 위하여 노력하지 않으면 안된다.」

※ 위 조항은 대한의학협회가 제 23차 이사회에서 결정한 사항임

1963.5.9: 보건사회부는 건강보험에 관한 사항을 의정국 의무과의 사무분장 사항으로 함(1963.5.28 의사신문 제 77호)

1963.12.11: 의료보험법, 국가재건최고회의상임위원회 통과(1965.12.18자 의사신문 제 157호)

- 근로자는 조건부, 기한부 근로자를 제외하고 가입
- 보험료는 백분의 3내지 백분의 8로 사용자와 근로자 국가 3자부담
- 300인 이상 사업장 조합 결성
- 의료기관은 보건사회부장관이 지정

※ 상임위 통과를 하고 자구 수정과정에서 강제가입조항 삭제

1965.1.1: 보건사회부는 보험업무를 전담하는 보험관리과를 신설하기 위하여 행정개혁위원회와 협의 구상(1965.1.1 의사신문 225호)

- 1인의 직원이 타업무와 겸하고 있음

1965. 1. 1: 의료계 1965년 과제로 「의료보험제도의 시행위해 사회보장 시범사업 실시 필요」 주장(1965.1.1 의사신문 225호 이것이 올해의 과제)

- 같은 날 의사신문 신년사에서 윤유선 대한병원협회장은 「국민의 건강보험제도 실현을」 제하로 「그러나 원래 국민소득이 빈약한 현실경제여건에서 수혜자부담원칙만으로써 균형을 취할 수 없는 현실에 입각할 때 이 문제는 국가적으로 다루어져야 할 문제라 이러한 점을 감안하여 사회보장제도의 일환으로 점차적이거나 국민의 건강보험제도의 실현이 시급히 요망

되는 바입니다.」

1965. 1: 보사부 1965년도 의료보험사업 계획(의사신문 1.14. 제 228호)

○ 총예산: 6,152.9 천원(의료보험조합중사원 훈련 179천원, 의료보험심사위원회 운영 636.14천원, 사업비보조사무비 2,610.63천원, 급여 1,740.42천원, 등)

○ 한국은행 의료보험조합 등 10개 조합을 설립할 계획

1965. 4. 1: 의학협회 일본 방문단 「일본의료보험은 실패 의사의 의정 참여도 긴요」라는 제목의 기사게재(1965.4.1자 의사신문 제 250호)

○ 의협일본시찰단(3월 29일 귀국)은 ‘일본의사회가 과거 의정에 무관심했기 때문에 시련을 겪고 있다.’라고 회견

1965. 4.30: 보건사회부 1965년도 보험요율을 결정 고시(1965.5.3 의사신문 제 258호)

○ 보험요율: 피보험자 매월 임금의 1000분의 35, 사업주와 반분

○ 정부는 총급여액의 10%를 사업비로 보조

○ 사회보장심의위원회 구성(1962.4.17)

- 위원장:한국진(보사부 차관)

- 위원: 양재모, 강봉수, 우기도, 손장선, 백청석, 김치선, 육지수, 하상락, 보사부 보건, 사회, 노동 등 3국장 등 12명으로 구성

1965. 5.10: 보건사회부의 1966년도사업계획안에 따르면 시범의료보험사업 대상인원을 8,000명으로 책정(1965.5.10 의사신문 제 260호)

1966. 1.14: 대한의학협회, 의료보험심의위원회를 상설기구로 설치(임시총회를 열어 정관 33조 개정)

- o 1964.5월 구성된 의료보험연구위원회를 상설기구로 함
- o 위원: 한격부, 박충진, 이립걸, 최천송, 방감수, 이필규 등 7명으로 구성
- o 의료보험 조사 연구

1967. 3.21: 의협신보 창간

1967. 5.25: 보건사회부는 강제가입 실시를 위한 의료보험법 개정방침천명(1967.5.25자 의사신문)

- o 보사부 의정국은 임의가입제를 강제가입제로 바꾸기로 하고 의사협회(의료보험심의위원회)에 5.30까지 의견 제출요청
- o 사업주들이 협조를 하지 않아 전 대상기업의 1%만이 형식적으로 가입하는 증 문제점이 있어 의료보험법 제 8조를 개정할 방침

1967. 5.25: 의사신문은 「우리나라의 의료보험제도는 세계에서 유례없는 임의가입제고 제로 구실을 못하고 있으며 ... 이러한 보사부의 때늦은 움직임이 과연 어느 정도의 실(實)을 견을지는 의문이지만 말로만의 조국근대화보단 이런 가능한 작업들이 하루 빨리 열매를 맺어야 될일-」이라고 의가흑백(醫家黑白)을 통하여 논평(1967.5.25. 의사신문 제 472호)

1967. 5.25: 의협신문은 「사문화된 의료보험」을 1면 톱으로 내고 의료보험을 비판

- o 대부분의 사업장에서 불응하여 보건사회부는 강제가입제도를 검토 중

에 있으며, 의료보험심의위원회에 강제의료보험을 5.30까지 검토하라고 지시

○ 1963년 의료보험법이 제정된 이후 호남비료와 봉명광업만이 호응했을 뿐 500여개 업체가 외면하고 있으며, 지난 3월 보건사회부가 대상업소에 가입을 권유했으나 현재 호응하는 업체는 농협중앙회외 2개 소 정도임

○ 정부는 제 2차 5개년 계획이 끝나는 70년대에 착수할 사회보장제도의 뒷받침을 위해 1968년부터 강제규정을 삽입하여 시행할 예정이다.

1967. 6.19: 문태준 국회의원당선자(청송·영덕)은 인터뷰에서,(1967.6.19 의협신문)

○ 사회보장에 따른 의료보험제도가 채택되었을 때 의료계의 사전준비가 없으면 의사들은 정부시책에 맡겨 들게 마련이라고 귀뜸하면서 의협은 하루 속히 자체정비를 하고 내일을 위한 전진적인 태세를 갖추라고 촉구하였다.

「일본의 예를 보시요, 의료보험제도를 시작했을 때 너무도 짙은 진료비가 책정되었기 때문에 지금도 그 시비가 계속되고 있잖아요. 간단한 문제가 아닙니다.」

1967. 7.10: 보건사회부는 근로자, 군인, 공무원 그리고 자영자 단체까지 한데 묶어 강제가입과 입의가입 별로 규정한 「통합의료보험법」으로 전면 개정하는 법안을 마련 7.14열리는 의료보험심의위원회에 심의를 위촉할 방침(1967.7.10자, 의사신문, 485호)

○ 보사부는 그 동안의 시범사업을 통하여 보험수치와 보험 운영기술 등의 요령을 파악

○ 국민개보험(國民皆保險)을 목표로 하는 일원화(一元化)을 모색하기 위한 것임

- 가입대상: ① 대통령령이 정하는 사업소에서 사용되는 근로자 및 그 부양가족 ② 강제적용업소 이외의 사업소에 사용되는 근로자 및 그 부양가족
- 관장: 근로자 및 자영자 단체는 기업 및 단체에서 자체관장  
공무원 및 군인 등은 정부관장

1967. 8.31: 의사신문은 「무의촌 해소는 가능한가」라는 제하의 기획 기사를 통하여 ‘원활한 의료보험제’실시를 통하여 해결하여야 한다고 밝힘 (1967.8.31자 의사신문 500호)

1967. 10.2: 의사신문은 의료보험법 개정이 난항에 처해 있다고 보도 (1967.10.2자 의사신문 제 509호)

- o 강제가입에 대하여 일반개업의 및 노동계 찬반으로 엇갈려
- o 정부는 강제규정 조항이 없어 부진상태에 있다고 하나 의료보험에 대한 국민인식을 심어주는 광범한 선전과 설득이 앞서야 한다.
- o 강제규정을 인한 피보험자와 병의원의 관계에 있어서 과도기적인 부작용을 고려하지 않고 있다고 지적

1967. 10.12: 보건사회부는 의료보험법 개정에 대한 공청회를 개최하기로 함(1967.10.12자 의사신문 제 512호)

- 보사부의 최동필(崔東弼)의정국장은 「10.10 예산확보 문제가 아직도 난제로 남아 있으나 법안만 개정 공포되면 최소한의 실현액수는 확보할 수 있도록 예산편성 당시 경제부처와 합의가 이루어 졌다. ... 국민개보험이 시급하기 때문에 근로자에 대한 강제 가입 같은 인상을 주지 않도록 권유 등은 하지 않겠다고 하고 공청회를 10월 말부터 2,3차 실시하겠다」

1967. 10.13: 정희섭 보건사회부장관은 '의료보험에 완벽'을 기하겠다고  
7대 국회 보건사회위원회에서 보고

o 2차 경제개발계획이 끝나는 71년대 이후 제3차 경제개발계획에는 의  
료보험의 완벽과 인력개발에 발판이 될 사회개발에 발판이 될 사회개발이  
포함되어야 할 것이고, 이를 위해 그 연구를 사회보장심의위원회에 위촉할  
방침이라고 보고

1967. 10.12: 대한의학협회는 의료보험의 문제점 진단과 정부 건의(의  
협신보 1967.10.12. 58, 59호)

o 대한의학협회는 1965.5월 의료보험위원회를 설치하고 논의한 바 국민  
개보험은 불가피 하다는 결론에 이르렀다.

o 그러나 1963년의 의료보험법은 다음과 같은 이유로 부진을 면치 못하  
고 있음 '근로자가 의료보험의 특성을 이해하지 못함은 물론 종래의 사보  
험에 대한 좋지 못한 인식 등, 그리고 현실적인 생활실정과 기업주의 전근  
대적인 사고방식에 의한 불협조로 보험사업이 부진하고 있다. 그러나 근본  
적인 문제는 정부의 적극적인 시책의 미비에도 원인이 있다.(조사연구가  
미비하다)

o 반관반민의 '의료보험공사'를 설치하여 정부는 적극지원하고 지도감독  
권을 행사(정부가 직접 관장방법과 비교하여)

o 의료보수는 균일율제(혹은 인두제) 주장, 다만 전과의는 인두당 균일  
율을 적용하고 병원은 환자당 균일율을 적용

· 점수제는 진료의 질보다 점수의 노예가 되며 회수에 편중하기 일수이  
고 예방보다는 치료에 치중할 뿐만 아니라 불필요한 의료나 과분한 고가의  
방법을 쓰고 환자유치를 위한 경쟁등 문제 있음, 그리고 보험자 측에서는  
청구액의 추정이 불가능한 등 단점이 있음

· 인두제는 불필요한 경쟁보다는 의약 및 인술적 경쟁을 조장하며 예방적 치료에 치중하고 조기 적절한 치료가 제공됨, 의사는 수입이 정규적이므로 예방조치와 관리의 합리화로 수입액을 예상할 수 있음, 보험자는 간편하고 예산을 정확히 추정할 수 있는 장점이 있음, 그러나 단점은 의료의 질이 저하될 우려가 있고 일반의가 전문의나 병원으로 너무 많은 환자를 추천할 가능성도 있다.

· 봉급제는 의사의 시료행위가 금전에 좌우되지 않으며 의업에만 정력을 경주하기 때문에 의료의 질적 경재이 조장되는 장점이 있는 반면 진위성과 자율적 행동이 제한되며 불친절하고 관료적 의료가 불가피한 단점이 있다.

#### o 건의 사항

① 단계적으로 확대, 직종수익별 특수업체로부터 단계적으로 강제성을 부여 확장 실시하고

② 각 부처별로 관장하고 있는 의료보험은 상호간의 유기적인 협조가 불충하며 사업추진상의 균형을 유지할 수 없고 정확한 통계자료수집이 곤란하면 행정비의 낭비등 낭비가 있으므로 이릉 일원화하는 방향으로 구상할 것

③ 의료보험조합의 운영원의 구성에 있어 5인 이상의 의료인이 참여하도록 할 것

④ 국고보조는 보험급여는 30%까지 할 것, 부양가족의 일부부담율을 인상하더라도 피보험자의 일부부담제는 지양할 것

⑤ 의료급여의 규제는 의료인의 의견을 들을 것

⑥ 의료법에 의한 의료심의회 기능을 대폭 강화하여 보험의료기관의 지정과 취소에 관한 일정한 기준을 설정하고 의료인 또는 의료기관 및 보험자와 협의하여 지정 또는 취소할 수 있는 권한을 부여할 것

⑦ 전과의와 병원을 분리하고 피보험자에게 의료기관의 자유선택권을 부여할 것

⑧ 의료심의위원회의 구성은 의료인이 과반수 이상 참여해야 하고 의료기관 지정에 관하여는 개개 의료기관을 대표하는 단체와이 단체계약에 의하는 원칙으로 할 것

⑨ 과반수이상의 의료인을 포함하는 진료보수심의회를 설치하고 여기서 진료보수를 결정하도록 할 것

⑩ 진료보수방법은 현단계에서 전과의에 대하여는 인두제를 채택하고 병원입원환자에 대하여는 환자당 균일율제로 하는 것을 채택할 것. 다만 의료인이나 보험자의 남용으로부터 보호하기 위하여 기준 외 처치에 대하여는 자기 부담으로 할 것

1967. 10.16: 박정희 대통령, 10. 16. 국회본회의에서 1968년도 예산안과 1967년도 제 2회 추경예산안에 대한 시정방침(정일권 국무총리 대독)을 통해 산재보험과 의료보험을 단계적으로 추진할 것을 밝혔음(1967. 10. 19 의협신보 제 61호)

o 농어촌 및 낙도 등에 대한 보건의료의 혜택을 균점토록 할 것이며

1967. 10: 보건사회부 의료보험법 최종안 마련, 급여지급규정 등 (1967.10.16 의협신보)

1967. 10.19: 보건사회부는 의료보험표준조사를 11월부터 전국 32개도시를 대상으로 실시하겠다고 발표(1967.10.19자 의사신문 514호)

o 11월부터 1년간 서울 등 전국 23개 도시를 대상으로 의료보험정책연구를 위한 표본조사에 나선다.

- 5천 가구를 표본조사대상으로 선정, 출생, 사망, 직업 등 8개 항목에 걸쳐 조사하여 미국, 영국, 독일, 일본, 멕시코 등의 의료제도와 비교할 것
- 예산은 트러스트 월드에서 3,139천원을 사용하기 위해 과학기술처에 활용 승인신청 계획

1967. 11.23: 대한의학협회 주영재(朱永在) 부산시의사회 부회장은 의협신보(1967.11.23자 171호)를 통해 의료보험법에 대한 전 의료인의각성을 촉구  
 「국민의 개보험이 되는 마당에 ...우리들의 권익이 침해되고 멸시당하고 있는 것을 수수방관할 수 없다.」

1967. 11.30: 사회보장심의위원회는 도시와 농촌의 상병실태 조사(1966.10.1 - 30)결과를 발표(1967.11.30, 의사신문 526호)

- 62.10월 및 65.10월 조사에 이어 3번째
- 서울, 광주, 전남 담양에서 1,200가구 대상 국민건강실태조사
- 결과
  - 병이 나도 병원에 가지 못하는 사람이 발병자의 48.9%(농촌은 98.7%)
  - 그나마도 가는 사람은 「원이나 없게」라는 최후수단으로 가는 것으로 조사됨
- 의료 이용율: 양약국(64.4%), 병의원 이용(27.7%)

1967. 11.3: 보건사회부는 국회 보건사회위원회 국정감사에서 국회의 의료보험사업 부진을 추궁하는 의원의 질의에 대하여 정희섭 보건사회부장관은 전국민의 65%를 의료보험에 가입을 추진하겠다고 답변(1967.11.6. 의협신보 제 66호)

1967. 11: 보건사회부는 의료보험법개정안을 확정 동안은 의료보험심의 위원회에서 원안대로 통과(1967.11.16 의사신문 522호)

○ 최동필 보건사회부 의정국장은 연내 국회통과를 의망한다고 말하고 1968부터 군인, 공무원 부터 실시할 계획이라고 밝힘

○ 과도기적인 부작용도 우려 외국의 발전과정을 참작, 개업의에 피해 없도록 최선을 다할 것이라고 함

※ 동 의료보험법개정안은 국회 회기 종료로 자동 폐기됨

1967. 11.30: 대한의학협회 박충진 기획이사는 의료보험세미나 강연 초 록(1967.11.30 의협신보 73호)에서 의료보험에 대하여 정부에 건의

○ 특수업체로부터 점진적 확대

○ 의료 일원화

○ 운영위원회(10-14인)에 의료인 5인 이상 참여

○ 국가보조 증대

○ 보험의료기관은 단체계약체제로 한다

○ 진료보수에 대하여는 미정

○ 진료보수심의위원회에 의료인과반수이상 참여

1967. 12. 보건사회부는 의료보험법개정안을 법제처 회부(1967.12.11 의협신보 76)

○ 보험대상을 군인 공무원 자영자인 근로자와 가족까지 확대

○ 1000명 이상 고용하는 사업장은 의무적으로 가입

○ 보험요율은 임금의 2 -8%로 정한다.

1967. 12. 보건사회부는 국민건강조사를 실시하기위해 트러스트 펀드사용

승인을 유섭과 합의함 이는 의료보험의 점차 확대에 대비한 기초자료를 수집하기 위해 실시(1967.12.14 의협신보 76호) 조사 경비 7백만원

1967. 12. 7       단체계약 호응 요망, 부산시의사회부회장 이경성 (1967.12.17의협신보 77호)

○ 대소공장의 전근로자, 전공무원, 전군인이 전부 강제로 보험에 가입하면 그 그물에서 빠질 사람이 과연 몇 사람일가? ‘나는 소아과의사니, 나는 안과의사니 보험과는 관계가 없다’하는 식의 백일몽을 꿈꾸고 있는 것이 아닐가?

○ 법 제39조 제 2항 「의료기관중에서 대통령이 정하는 바에 의하여 보험자의 신청에 의하여 보사부장관이 지정한다」 조항이 함정이다.

1967. 12. 18:   의료보험에 약사참여토록, 대한약사회 조제권 들어 당국에 건의할 듯(1967.12.18 의협신보 78호)

○ 이러한 움직임은 최근 의료보험법의 제정에 의협이 적극적인 움직임을 보여 의사와 의료기관의 권익이 상당히 보장된데 대하여

1968. 1.1:     정희섭 보건사회부장관 의협신보 신년사(1968.1.1 의협신보 82호)

「사회보장제도가 완비된 복지국가건설에 있으며, ... 사회보장제도의 개발을 내용을 하는 사회개발을 위하여 광범위한 사회조사를 실시하고 제도를 연구하여 사회보험의 발전을 촉진시키는 한편。」이라고 언급

1968. 2.26:   국회 보건사회위원회 오원선(吳元善)의원 외 40명 의료보험법 개정안 제출(1968.2.26) 동 건은 67년 보사부 개정안을 토대로 마련함

(1069.2.13자 의협신보 197호)

- 근로자만을 적용하였던 것을 전국민으로 확대
- 공무원 및 군인에게 강제 적용, 근로자는 대통령령이 정하는 일정한 사업소에만 적용
- 강제 적용되는 사업장에 대하여는 보사부방관이 기한을 정하여 의보 조합설립을 명령함, 공무원 및 군인은 의료보험금고가 설치된 때까지는 대통령령이 정하는 바에 따라 보사부장관이 행하게 함
- 강제적용 되지 않는 사업장에 대하여는 임의포괄 적용 함
- 자영자가 임의로 가입할 수 있게함
- 의료보험조합중앙연합회를 설치
- 보험요율은 각 의료보험조합이 실정에 맞도록 보험자가 정하고 보사부장관의 승인을 받도록 함

1968. 4. 12: 서울대학교 교직원 의료보험조합 창립총회 68.4.12 개최,  
(대표이사 최문환 총장)

1968. 10.7: 보건사회부는 의료보험재원 확보위행 특별세법 제정 추진  
(68.10.10 의협신보)

- 국회 보건사회위원회 국정감사에서 정희섭 보건사회부장관은 1986년부터 실시될 전국민 의료보험사업에 대비 교육세법과 같은 보건의료에 관한 특별세법을 만드는 것을 추진 중이라고 밝힘(벨기에, 캐나다, 불란서, 독일은 채택하고 있다고 함)
- 정장관은 국민개보험을 하려면 국고보조가 60 -70%를 차지해야 한다고 주장

- 소요예산은 아동구호연맹 자체에서 9,840천원 확보하여 주민 12,000명에게 의료보험사업을 복음병원을 통해 실시

- 보사부는 자영자 계층의 상병량, 성병치료의 소요 경비, 의료보험의 급여방법, 자영자 의료보험의 조직, 재원분담 방법 등을 연구할 계획에 있음

1968. 11: 보건사회부는 의료보험법시행령개정안 성안(68.11.21자 의협신보 제 174호)

- 의료보험조합의 운영위원회 구성에 공익의원, 기업주 대표, 근로자대표로 구성

- 의료수가 기준은 전문위원회를 구성하여 결정하는 의료보험법시행령개정안을 성안하기로 함

1968. 4.12: 서울대학교 교직원 의료보험조합 창립총회 68.4.12 개최, (대표이사 최문환 총장)

1968. 12.15: 박정희 대통령은 1968.12.5 중앙부처장관 및 시장, 도지사 연석회의에서 1969년 시정방향 시달에서 국민의료를 평준화하라고 지시,(1968.12.9 의협신보 179호)

1975. 2.13: 경북도의사회 - 대구시의사회 연석회담, 의료보험에 대한 (1975.2.13자 의협신보 제 817호)

- 현재의 GNP로는 어려움, 상당액의 정부부담을 전제해야
- 제약받는 보험이라면 처음부터 재고 있기를 의견 제시

1975. 2. 17 의협신문은 사설로 민간의료보험의 문제점을 게재  
(1975.2.17 의협신보)

- 대구시를 비롯한 일부지방에 사설민간의료보험이 발족하여 기존 의료 질서를 문란하게 함

- 재단법인 '한국수성사회-이학연구소' 1.31대구매일신보에 광고를 내고 '저소득층의 건강관리 및 환자진료를 목적으로 하고 정부가필요로 하는 연구자료 수집한다고 광고

- 1월 10일 청십자의료협동조합(미인가) 에 가입한 15개 의료기관 모두 해약

1975. 2. 20 보건사회부는 농어촌 주민의 약 30%가 질병이 발생해도 치료를 못 받는다고 발표(1975.2.20 의협신보 819호)

- 의료이용: 병의원 이용: 10 -20%, 한의원: 10%, 약국: 40 -50%

- 따라서 의료보험제도의 실시가 절실하다고 주장,

- 1966년을 기점으로 조사, 임금인상지수는 1967년에 107.5, 68년에 136.6, 소비자물가지수는 67년 110.9, 68년엔 123.3으로 밝히고

- 한편 의료비의상승율은 67년 166, 68년 217로 소비자물가지수 및 임금인상율을 크게 상회

- 의료비 상승률이 높은 이유는

- ① 현대의학의 발전이 빨라
- ② 의료기관의 시설개선의 급변
- ③ 요원의 인건비 상승
- ④ 현대의학의 이용도 급증

1975. 2. 24 신수식 교수 의협신보에 기고 「의료행위와 보험」(고려대 상대 신수식교수 의협신보에 기고)(1975.2.24 의협신보)

○ 선진 의료보험국가의 과거의 경험에 비추어 의료계는 정부 주도형의 강제의료보험에 대해 강한 저항을 보여 왔고 의료보험의 제도 개편 또는 대상 확대가 있을 때마다 크게 반발해 왔다. 그 이유는 대략

- 의료계 특유의 생리로소 전문적인 직업인으로 사회와 존경과 신마을 받고 직업을 하나의 성역으로 생각하는 경향

- 의료보험의 실시가 자유로운 직업에 대한 간섭인 동시에 치료비를 제도나 규정에 의해 일정하게 고정시켜 두기 때문에 보험진료는 자연적으로 제한진료인 것이 당연하여 충분한 진료기 이루어 질 수 없을 뿐만 아니라 의사의 자유로운 연구와 창의를 제한한다.

- 의료보험이 실시될 경우 병원은 행정부 또는 보험의료기관(국영인 경우)에 대해 정기적으로 일정한 서식○ 의한 보고이무가 부과되므로 귀찮게 생각하고 있으며 보험환자에 대한 치료는 박리다매로 생각하는 경향이 있다.

○ 1965년 전후하여 시범사업으로 몇 개의 사업장에서 실시될 때에는 의료계에서 관심있는 의사에 의해 관심이 있었지만 1970년 8월 의료보험법의 개정으로 강제가입으로 전향할 기미가 보인자 의료계의 관심이 높아지기 시작했다.

○ 의협은 71년 .5월 제 23차 정기대의원 총회에서 의료보험문제를 부제로 토의, 그 실시에서 자기들의 입장이 반영 되지 않을 경우 소위 의원옹호를 의한 행동통일(지정의료기관의 거부 등)에 서약하는 각서를 받기로 했다. 의료계의 이와 같은 관심과 반발은 기존 자동차보험, 산재보험 등이 지정병원문제에도 파급되어 72.6.23 의협내에 의료보험특별위원회가 조직되었다.

1975. 2. 27 대한의학협회는 의료보험조합의 문제점 - 강원 춘성군의

경우, 의료보험조합 양산, 전면실시에 장애 안 되기를, 개업의에 미칠 영향 충분히 고려해야(1975.2.27 의협신문 기상도)

1975. 3. 20 「의료보장 대책」 서울대 보건대학원 허정교수 기고 (1975.3.20, 의협신보 827호)

○ 지난 10여년 동안 보건의료계에서 가장 친근하게 논의되고 회자되어 온 분야를 든다면 의료보장과 의료보험을 빼 놓을 수 없을 것이다.

○ 1963년 의료보험법 제정될 때만 하여도 1960년대 말이면 의료보험은 대다수 국민이 적용되리라고 기대

○ 확실히 우리나라의 의료보험은 우리가 이상적으로 추구하는 당위적인 미래상과 현실간의 격차를 너무나 여실히 나타내고 있는 전형적인 사례라 생각된다.

○ 현시점에서 볼 때 생활보호법에 의한 의료구호사업은 물론 새마을 진료와 더불어 의료보험사업은 너무나 현실미봉적이면 소극적이라는 비난을 면하기 어렵다.

○ 또한 의료인도 미래지향적인 입장에서 자라에 놀라고는 솔뚜껑만 봐도 놀란다는 식으로 외국의 의료보험 도입이 의료인의 일방적 희생위에 이루어졌다는 피해의식에서 벗어나 보건의료인이 합리적인 권익향상과 아울러 거시적인 입장에서 국민보건향상을 이룩해 어떻게 기여할 수 있는가를 진지하게 모색하는 자세를 가져야 한다.

1975. 3. 24: 평가교수단, 의료보험제도 실시위해 의약분업 등 의료제도 개선 선행을 건의(1975.3.24자 의협신보 제 828호)

○ 사회보험의6대 원칙(균일율의 급여, 각출, 관리책임의 일원화, 급여의 충실성, 대상의 포괄성, 피보험자의 계층별 접근과 국민의 보험능력을 구분하는 등의 노력을 경주하여야 한다.

1975. 3.31: 공화당 및 유정회는 1975.3.31. 의료보험 조속 실시하라고 정부에 촉구(1975.3.31 의협신보 제 830호)하였으나 남덕우 경제기획원장관 겸 부총리는 직답을 회피하고 제4차5개년 계획기간 중 군 단위 종합병원을 짓겠다고 하여 의료보험은 1981년 이후에나 실현 할 것을 시사

1975. 4 보건사회부는 사회복지계획 강력추진, 국무총리 기획조정실에서 확정 각 부처에 시달한 1976년도 정부기본운영정책 및 기본운영계획 지침(1975.4.7 의협신보 832호)

- o 국민복지연금제도를 실시하고 의료보험과 산재보험을 확충하여 근로 국민에게 안정되고 보람있는 생활을 보장한다.

1975. 5.8: AID보건차관 조사단 의료보험확대 건의 보고서 AID본부에 제출(1975.5.8 의협신보 841호)

- o 500만 달러규모의 차관공여 타당성 조사
- o 보건간호원을 중심으로 한 비의사에 의한 1차 주민진료 체계화 필요 (단 보전소장 등 의사의 지도감독아래서)

1975. 5. 13: 박정희 대통령 긴급조치 9호 선포(1975.5.13)

- o 유언비어 날조, 유포하거나 사실을 왜곡하여 전파하는 행위, 집회, 시위 또는 신문, 방송, 통신 등 공중전파수단이나 문서, 음반 등 표현물에 의해 헌법을 부정, 반대, 왜곡, 또는 비방하거나 그 개정폐지를 주장, 청원, 선동 또는 선전하는 행위 등 금지

1975. 5.19: 보건사회부 의료보험확대방안에 관한 간담회에서 의학협회

손춘호 회장은 의료보험확대 실시에 앞서 우리나라의 실정에 맞는 의료제도의 확립, 의료인 수급계획의 적정화, 의료보수의 현실화 등이 선행되어야 하며 또한 각종 기초조사사업의 실시도 요망된다고 요구(1975.5.19 의협신보 제 844호)

- 의료보험확대를 위하여 국고지원이 필요한바 정부 고위층의 인식이 쇠신되어야 한다는 데 의견을 같이함

- 간담회 참석자(15 명): 박승합 보사부 차관, 손춘호 의협회장, 박상열 기획관리실장, 장경식 의정국장, 최수일 복지연금국장, 이근수(李謹洙) NMC 의료부장, 최천송, 신선기 사회보장위원회 연구위원, 권이혁 서울대의대학장, 조규상 카톨릭의대 의무원장, 허정 서울대 보건대학원 교수, 김입삼(金立三) 경제인연합회장, 박영상 노총사무총장 등)

1975. 5.19: 의협 회원 여론조사 결과(임의추출한 조사대상자 5000명 중 1812명 응답) 신분보장 문제가 가장 시급, 의협신보 발간 8주년 기념(1975.5.19 의협신보 제 844호)

- 의료정책결정에 대해 의협이 적극 관여해야한다: 85%
- 보사부에 맡겨야한다: 1.5%
- 의협이 해야 할 당면과제
  - 신분보장대책: 66.3%

1975. 7: 정부는 4차경제개발5개년 계획 기간 중 사회개발부문 정책수단 중 국민복지연금제도의 효율적 운영, 사회보험의 단계적 다양화, 사회보장서비스의 단계적 확대 등 포함(1975.7.3 의협신보 제 857호)

1975. 7: 보건사회부는 1975년 시정지표에서 '사회보장제도가 기반을

조성하기 위하여 국민복지연금제도의 실시에 대비한 제반준비를 완료하고 시범의료보험사업의 점진적 확대를 꾀한다'라고 발표(1975.7.17, 의협신보 제 861호)

1975. 7: 의협신보는 경제기획원 투자4과장 세미나 발표자료(1975.7, 의협신보 제 860호)

o 국민경제의 양적확대만으로 국민전체의 복지향상을 이룩할 수 없다는 것을 우리나라 경제개발과정을 통하여 경험한 바 있다.

o 1962년에 22억 7천 1백만 달러에 불과하던 경제규모는 74년에는 1배71만6천 4백만 달러로 7.5배 확대 되었으며 수출규모도 5백만 달러에서 46억 달러로 84배나 확대되었다. 국민소득도 87달러에서 5백 13달러로 획기적으로 증가했다.

- 그러나 소득의 불균형, 높은 교육비와 의료비, 높은 주택부족율,

- 의료문제

· 첫째, 우리나라의 국민보건은 철저한 사의료에 의존하고 있다. 그 비중은 80%에 달한다...따라서 각 개인이 전적으로 자기의 질병에 대하여 책임을 지는 사의료체계가 지배하고 있다. 따라서 저소득층은 실질적으로 의료혜택의 대상에서 제외되고 있으며 질병치료를 급성환자의 약 70%가 약사의 진단을 받고 있는 것으로 나타나고 있다.

· 둘째, 막대한 의료시설 및 인력이 낭비되고 있다. 보사부가 73년에 조사한 바에 의하면 병원의 평균병상이용율은 44.4%에 불과한 것으로 나타나고 있다.

· 셋째, 자유방임적인 의료기관의 난립은 인력 및 시설의 지역간의 격차를 심화시킴으로써 농촌주민의 의료서비스를 받을 수 있는 기회를 감소시키고 있다.

1975. 8: 경제기획원은 보건·사회보장실무기획반 구성(1975.8.14, 의협  
신보 제 869호)

- 의료비 및 재원조달계획반
- 반장: 장경식, 박종기
- 반원: 홍문신(KDI), 문옥륜, 채규철(청십자), 선우석하

1975. 11.10: 국회 보건사회위원회는 의료보험확대 촉구 - 11대정부 정  
책질의(1975.11.13 의협신보 제 895호)

- 박병배(통일당)의원, 전문의제도 폐지 요구
- 김충주(유정회), 의료보험을 공무원, 직장, 학교단위로 강제 실시할 용  
의에 대한 질의에 고재필 장관은 우리의 실정에 맞는 알맞은 방안을 연구  
중에 있다고 답변

1975. 12.19: 박정희 대통령, 신현확씨를 16대 보사부장관으로 임명

1976. 1.1: 보건사회부는 1976년 의료구호사업으로 4백 38만 여 명에  
게 무료 시혜키로 함(1976.1.1 의협신보 제 909호)

- o 생활보호대상자에 대한 의료구호: 1,682,220명(입원 33,6895명, 외래  
1,345,325명)
- o 영세민 의료구호사업(새마을 진료권에 의한 무료진료 1,200,000명, 어  
린이건강지도 500,000명, 새마을 순회진료 1,000,000명)
- o 의원단체의 원조 받는 기관 무료진료 확대를 추진

1976. 1. 15: 박정희 대통령은 1976.1.15일 연두기자회견에서 쌀 비용

으로 의료혜택 받을 수 있게 국민의료제도를 1977년에 확립할 것을 천명

1976. 2. 2: 1976년의 의사협회의 중점목표에 의료보험에 대한 중요한 정책이 없음. 다만, 중요모표사업 16개 중 마지막으로 ‘의료보험의 시도는 그 순위를 직장단위조합에 둘 것인가, 취약지구에 둘 것인가.’ 임(손춘호 의학협회장의 1976년의 ‘의협의 중점목표’(1976년 2월 2일 의협신보 제 917호)

1976. 2. 10: 박정희 대통령은 1976.2.10 보건사회부 연두순시에서 저소득층 의료혜택 확대지시

○ 보건의료분야 지시사항에서 「저소득층에 대한 의료혜택을 확대해 나가기위해 어려운 점이 있더라도 강력히 밀고 나가야 한다」고 강조하고 서울시의사회가 운영하고 있는 야간구급센터 치하

1976. 4: 보건사회부는 1977년부터 78년까지 500인 이상 사업장에 79년부터 81년까지 200명 이상 사업장에 의료보험조합의 설립을 의무화하고 1981년까지 3,122개 조합에 2,400만 명의조합원 확보를 목표로 의료보험 확대 실시에 관한 장기계획 마련 제 4차 경제개발5개년계획에 반영(1976년 4월22.의협신보 제 940호)

○ 1982년 까지 국민의 26.2% 가입목표

○ 자영자는 임의로 할 계획, 강제적용하게 될 80년대 후반에 의료보험 금고 설치하여 조합의 연합 또는 통합운영

· 이유: 조합간의 관할지역 설정 곤란, 보험료 각출 및 징수의 곤란, 인건비의 증대, 보험재정유지 곤란, 부실조합 발생우려, 감독의 한계

- 보험료는 봉급의 4-5% 범위 안에서 노사간에 협의

- 의료보험가입자에 대하여 의료비의 20% 정부보조, 사무비 보조로 1가구당 130원 보조

1976. 4: 보건사회부는 보험관리전담기구로 의료보험금고를 설치할 계획이라고 밝힘(1976.4.29, 의협신보 제 942호)

1976. 5. 20: 당정협의에서 의료보험장기계획안 수정 논의(1976.5.20 의협신보 제 948호),

o 정부단위의 전담기구를 설치하지 않고 기존 산재기구 및 국세청활용 방안 검토

1976. 6. 15: 박정희 대통령, 1976.6.15 제4차경제개발5개년계획안을 보고받는 자리에서 남덕우 국무총리에게 저소득층에 의료혜택을 지시(1976.6.17 의협신보 제 956호)

「제4차 5개년 계획이 이룩되면 국민생활은 전반적으로 향상되겠지만 저소득층의 사람들이 병에 걸렸을 때 신속히 치료받을 수 있는 대책이 당면한 국민의 관심사라고 강조, 예컨대, 구도포장 완성 연도를 1-2년 미루는 한이 있더라도 국민의 불편과 가려운 데를 하나씩 덜어주는 제도와 시책을 펴나가라」고 말했다. 그리고 「일정한 보수가 있는 사람들에 대한 의료제도는 일단 위로 미루고 그 이하의 딱한 처지 있는 환자에 대해서는 우선 보건소, 병원에서 치료를 받은 후 정부가 대신 지불하고 치료비의 일부는 본인이 분할제로 갚아 나갈 수 있는 의료제도를 연구」 하라고 지시

1977:

- 보사부는 그 동안의 시범사업을 통하여 보험수치와 보험 운영기술등의 요령을 파악 o 국민개보험(國民皆保險)을 목표로 하는 일원화(一元化)을 모색하기 위한 것임

- 주요내용

· 가입대상: ① 대통령령이 정하는 사업소에서 사용되는 근로자 및 그 부양가족 ② 강제적용업소 이외의 사업소에 사용되는 근로자 및 그 부양가족

· 관장: 근로자 및 자영자단체는 자체관장  
공무원 및 군인 등은 정부관장

1977. 4: 보건사회부, 국민연금국을 사회보험국으로 개편, 보험제도과와 보험관리과를 신설

1977. 6.20: 대한의학협회 의료보험확대 실시에 앞서 성명서 발표

모름지기 의료보험제도는 사회보장제도의 기초가 되는 것이며 이 사회보장은 곧 현대국가의 지상목표가 되는 것이기 때문입니다. 이러한 의미에서 7월 1일부터 시행되는 의료보험은 그 지닌바 의의가 매우 지대하다고 하겠습니다. 이에 보험환자를 직접 진료하고 의료보험운영에 직접, 간접으로 참여하게 될 본 협회에서는 정부의 의료보험시행계획 수립에 적극적으로 참여함은 물론 이번 확정 고시된 진료수가기준, 제정작업도 보건사회부와 의료계가 공동으로 진행하여 왔던 것이 사실입니다.

그러나 확정 발표된 기준수가는 공동작업으로 이루어졌던 결과와는 너무나 차이가 있는데 대하여 심심한 유감의 뜻을 표하는 바입니다. 동시에 이번 확정 고시된 수가기준을 보건사회부에서는 76년도 수가를 기준으로 하여 평균 45% 정도 낮게 책정했다고 하나 76년도말 수가 자체로서도 58.27% 인하되었으며 7월 1일 이전에 이미 상승된 정부발표 물가상승율을 고려하면 60% 이상이나 감액 책정된 것입니다.

이러한 진료원가의 반에도 미달되는 불합리한 산정은 앞으로 의료보험을 시행함에 있어 몇 가지 우려되는 문제점이 야기될 것으로 예측되어 지상을 통하여 본협회의 의견을 명백히 재진하면서 정부당국의 과감하고도 조속한 시정을 촉구하는 바입니다.

첫째, 전체적으로 관행수가보다 60% 이상이나 인하 책정되었는바 이와 같은 의료기관의 실정을 외면한 지나친 인하는 결과적으로 대상환자에 대한 적절한 양질의 진료가 심히 우려되는 바입니다.

둘째, 관리료에 있어 지역별로 차등을 두고 있는바 이는 농어촌이나 중소도시가 1일 생활권내에 있고 당해 의료기관의 관리비가 대도시와 거의 동일하다는 본협회 통계자료를 놓고 볼때 납득할 수 없는 것이며 또한 의료인의 대도시 집중을 억제하려는 정부시책에도 역행되는 것으로 사료됩니다.

셋째, 의료기관의 최선의 경영합리화를 기한다고 하여도 이 수가로서는 시행 및 기술에 대한 재투자가 불가능함은 물론 이러한 재정상의 압박은 결과적으로 향상일로에 있는 우리나라 국민보건에 큰 저해요소가 될 것으로 심히 우려되는 바입니다.

넷째, 의학교육의 면에서도 지대한 지장이 잇을 것으로 염려되는바 이는 교육병원 역시 비현실적 진료수가로 인한 운영상의 곤란으로 교육비 투자가 어렵게 됨은 물론 의학발전의 중추적 요소인 수련교육에도 지대한 영향을 줄 것으로 우려되기 때문입니다.

이상과 같은 문제점은 역사적인 시행을 눈 앞에 둔 의료보험의 성공적 운영과 한국의학의 백년대계를 위하여 조속한 시일 내에 기필코 시정되어야 한다는 사실을 재삼 촉구하는 바입니다.

끝으로 7월 1일부터 시행되는 의료보험은 국가와 국민적 측면에서의 중요성에 비추어 우리 의료계에서도 계속 최대한의 지원을 아끼지 않을 것임

을 확약하면서 국민보건이라는 것은 정부, 의료인 및 국민 어느 한쪽에 의  
하여서만은 결코 이루어질 수 없는 것이며 오로지 이 3자가 합심협력해서  
추진하여 나갈 때 비로소 소기의 목적을 달성할 수 있다는 사실을 이 기회  
에 다시 한번 강조하여 두는 바입니다.

1977년 6월 20일

대한의학협회

**=Abstract=**

## **Health Insurance Policy Formation in Korea**

**Onhan Shin**

**Department of Bioethics and Health Law**

**The Graduate School**

**Yonsei University**

Mr. Lee Seungman, the first president of the Republic of Korea, in 1948, shortly after the new government was put into power, promised that his government would direct the social insurance system to enhance the living conditions of the workers. In 1989, forty years after Mr. Lee promised, Korea entered a health insurance era where the entire population enjoyed a national medical security system. Since the 1980s, the Korean society was in constant dispute over the issue of integrating management and finance into a single health insurance system. That dispute was over when the National Medical Insurance Law decided to unite every medical insurance associations which was passed at the National Assembly in 1997. Since then, unstable nature of the national system has called for many new changes. The majority, if not all, the participants involved in the decision making process were not satisfied with the policy-making process. New issues that were constantly sought after became constituents of the national agenda. One of the repercussions of this conflicts amongst decision makers was the move to integrate the insurance scheme with medical association which stimulated much controversy amongst various organizations over twenty years. The low medical fee for medical doctors in 1977 has deeply unsatisfied the medical circle. As a result, issues such as the issue of DRG began to surface the

total budgeting system.

This thesis seeks to address the medical insurance policy-making process over the past 50 years. This thesis attempted to define who participated in the process, how they affected the policy-making process, and what made them derived those decisions.

This study was conducted based on the books and newspapers published from 1961 to 1977 when the medical insurance plan was first discussed in the Korean society. I attempted to define the key persons who were actively involved in the decision-making process regards to the national medical insurance plan through an extensive analysis of their speeches, plans, thoughts and so forth. To add more relevancy and support, I interviewed the people who participated in the decision making process in the 1960s and 1970s.

This research have derived the characteristics of the Korean medical insurance policy-makings as follows:

Firstly, contemporary governments who seized political power tried to take advantage of the medical insurance scheme in order to get the people's support especially the initial stage of their administration. The first president Mr. Lee Seungman announced the directive of implementing the social insurance plan in 1948. However, since then he did nothing to introduce the systems. The 1961 military administration also promised to introduce the plan but gave up eventually. The adversities and obstacles were not constructively analyzed when they introduced the system. Therefore, it was inevitable that there were political, economical and social conditions impacted throughout the system.

Secondly, the Korean medical community and economy played remarkable roles in the policy-making process. Most countries experienced difficulties when they introduced the plan because medical doctors remain in conflict over the system. Moreover, the owners of the enterprise were also against the system because they did not like to pay the contributions. However in 1976, during the legal decision making process, these two groups collaborated with government officers in a positive manner.

Finally, the bureaucrats of the Ministry of Health and Social Affairs did a remarkable role in introducing the plan despite of strong opposition by

the Economic Planning Board. The President, Park Junghee thought that the introduction of the plan was too early in terms of the Korean economic conditions. The President at that time was too authoritative for the Health Ministry officials to persuade him. Nevertheless, the officials were very relentless and brave to pave his understanding of the fundamental role of insurance plan.

The resources that we could access were limited, and therefore it was imperative that we had to utilize them efficiently and effectively. Now that new agendas are unfolding onto us and private medical insurance are being discussed in the health and political arena, it will affect the public medical insurance program eventually. Furthermore, the aging population will also hamper the fundamentals and stability of the medical insurance finance, and therefore the government is taking into account of aged care programmes by introducing a new insurance plan for the elderly population. These kind of agendas are important areas for further studies related to this thesis.

**Key Words: health insurance, policy agenda, policy formation**