

일반논문

동유럽 국가의 의료보장 변화를 통해서 본 남북한 통일 후 의료보장제도의 과제

배 화 숙*

I. 서론	보장에 미치는 영향
II. 동유럽 국가의 사회변화 내용	V. 남북한 통일 후 의료보장제도에서의
III. 사회변화 유형에 따른 국가별 의료	과제
보장의 문제와 대응	VI. 결론
IV. 통일 후 북한 사회 변화가 의료	

ABSTRACT

A Study on the Tasks of Medical Security for the Coming Unified Korea: Lessons From the Changes of Medical Security in Eastern Europe in Transition

The main purpose of this study is to indicate tasks of a medical security scheme for a unified Korea. To estimate the problems of medical security that could occur after unification I analyze the process of unifying medical security systems in unified Germany which had experienced many difficulties in the drastic process of unification and the change of systems of Eastern Europe in transition.

As the result of the study, the tasks of medical security scheme include the factors which are the comprehensive provision of all necessary services, equitable contribution, and the macro-budget system as a payment and reimbursement system which is effective in stabilizing public finance and controlling supply of medical services. Also it emphasizes central role of national and local government in paying for medical costs especially for poor, unemployed, and migrated people who can not afford to contribute for health care insurance.

* 울산발전연구원 전문연구원

Key words: Transition, Medical Security, Social Change in North Korea after Unification, tasks for Coming Unified Korea

I. 서론

한반도 통일 환경으로서 직접적인 영향을 주는 국제 정치적 변수를 논외로 하더라도 남한 사회 내에서 통일에 대한 당위성에 대한 입장의 차이가 혼재되어 있고 50년 이상 분단 상태를 지속하는 동안 상호간의 반목이 남한과 북한의 통일과 관련한 사안에 대해 사회적 합의를 이끌어 내는 것을 매우 어렵게 만들었다.

이러한 배경 하에서 통일의 전 과정에 대한 일치된 의견을 신속히 이끌어 낼 수 없다하더라도 남북한 통일에 대한 당위성에 대한 기본적 합의만 존재한다면 통일에 대한 대비에 대해 다각적으로 접근하는 것이 필요하다. 그렇다면 바람직한 통일 혹은 통일 과정이란 무엇인가? 그것은 소극적으로는 어떠한 형태로든 감당해야 할 사회 변화로 인한 사회문제를 최소화 하는 것이며, 적극적으로는 통일 한국이 복지국가로 건설될 수 있도록 토대를 구축하고 실제적인 방향성을 제시하는 것이다. 경제·사회·문화적으로 판이하게 다른 체제 속에서의 적응의 문제는 사회복지적 측면에서 볼 때 중요한 화두라고 할 수 있다. 그리고 여러 측면에서 갈등의 소지로 인한 문제를 예방하고 효과적으로 사회통합을 이끌어 낼 수 있는 기제가 무엇인가라고 질문했을 때 사회복지의 역할에 대해 강조하지 않을 수 없다.

대체로 북한 주민이 다수가 될 가능성이 높은 잠재적 사회적 약자들은 경제·사회적으로 다른 지원체계를 가지기가 어려우며, 이들에 대한 사회복지적 대처가 미리 준비되어 있지 못하면 그 결과로 인한 문제의 누적과 파생적 문제를 낳는 결과를 가져 올 것은 분명하다. 특히 욕구가 발생하면 대처를 연기할 수 없는 의료문제에 대해서는 더욱 적극적인 대비가 필요하다. 남북한 모든 주민이 의료보장제도를 통해 형평성 있는 적절한 서비스를 공유하는데 얼마나 오랜 기간이 걸릴지 모르는 상황이 시작되면, 향후 통일 국가에서 의료보장제도의 개발과 적용의 과정은 치열한 정치적 논쟁의 현장이 될 것이다. 따라서 분명한 정책 목표

에 따라 남북한 실태를 고려하여 개발된 의료보장제도를 실현하는 과정이 남북한이 각각 가졌던 단점을 극복하고 복지 국가로의 기틀을 새롭게 다지는 기회가 될 수 있도록 해야 할 필요가 있다. 그렇다면 통일에 대비하는 의료보장제도에 대해 보다 효과적이며 구체적인 과제를 찾기 위해 어떻게 접근할 것인가.

통일의 형태가 남한으로의 전적인 흡수가 아니라 하더라도 지난 90년대 이후 동구권의 변화와 최근 북한 내부의 변화 등을 돌이켜 볼 때 통일은 북한으로 하여금 대규모 사회변화의 과정으로 끌어 낼 것이며 그 변화의 성격과 크기는 통일이라는 동일 사건 앞에 서있는 남한 지역의 그것과는 사뭇 다를 것이다.

동유럽 체제전환과 관련된 연구들은 정치적, 경제적 변화 중심으로 한 연구들이 주로 이루어진 반면 체제 변화로 인한 사회보장제도의 영향과 변화에 대한 연구는 그렇게 활성화되지 않은 듯하다. 체제전환으로 인한 대규모의 사회적 변화에 대해 주시한다면 전환 과정에서 사회보장제도 역시 크게 영향을 받고 변화했을 것이라는 것을 알 수 있다. 특히 의료보장제도의 경우 사회경제 체제에 따라 기존 제도 간에는 분명한 차이가 있었기 때문에 더욱 그 변화과정을 살펴볼 필요가 있으며, 무엇보다 사회 구성원들의 필요에 대해 어떻게 효과적인 대응을 시도했는지 고려하는 것은 향후 통일 이후 북한 사회의 변화를 예측하고 통일 이후의 과제를 모색하는데 있어서 중요한 함의점을 제공할 것으로 보인다.

따라서 본 연구의 목적은 기존에 남북한이 각각 유지하고 있던 의료보장제도가 통일이라는 거대한 변화의 과정 속에서 어떻게 변화해야 할 것인가에 주목하면서, 동유럽 국가들의 체제전환 과정에서 의료보장제도의 영향, 대응 및 그 결과를 살펴보고 이를 통해서 북한 사회의 변화를 효과적으로 고려하는 통일 한국의 의료보장제도를 위한 과제를 제시하고자 한다.

II. 동유럽 국가의 사회변화 내용

1990년대 이후 기존의 국제관계는 근본적으로 변화가 일어났다. 소련의 해체는 곧 공산권 국가라는 정체성의 전복으로 이어졌고 소련을 중심으로 얹혀져 있던 모든 정치·경제적 연계가 와해되어 공산권 국가간의 경제체제 전체가 일시에 무너지는 것을 경험하였다. 한편, 독일의 통일은 이러한 상황과 맞물려 남북

한 통일의 가능성을 높게 평가하는데 상당부분 공헌하였는데 통일 과정에서의 구동독 지역의 변화 또한 체제 전환과정과 다름 아니라고 할 수 있다.

1. 사회변화의 성격으로서 체제전환

‘체제전환’(transition)은 주로 정치적 측면을 중심으로 논의되는 주제였는데 동유럽 국가들의 경험을 통해 경제적 측면의 변화에 대해 초점을 둔 연구가 활성화되면서 새롭게 규정되고 있는 주제이다. 체제전환은 그 범위에 따라 ‘이중전환’(dual transition)과 ‘단일 전환’(unitary transition)으로 구분할 수 있다. 이중전환은 정치체제와 경제체제가 동시에 전환하는 것을 말하며, 대부분 혁명과 같은 급격한 정치변동이 계기가 되는데 러시아와 동중부 유럽 국가들의 사례가 이에 해당된다. 반면에 단일 전환은 정치체제나 경제체제 둘 중 하나만 전환하는 것을 의미하며, 엘리트들의 개혁의지가 중요한 영향을 미치는 것이 특징이다.¹⁾

체제전환에 대한 또 다른 용어는 코르나이의 ‘사회주의 체제전환’(post-socialist transition)과 ‘변혁’(revolution)을 들 수 있다. 코르나이는 내부적으로 사회주의 특성이 많이 남아 있는 상태에서 자본주의 시장경제로 이행되어 가는 것을 ‘사회주의 체제전환’이라고 규정하였고, ‘변혁’은 전혀 다른 체제로 전환하는 것을 의미하는 것으로, 기존 사회체제의 가장 근본적인 특성에서 지속적이고 급진적인 변화가 이루어진 경우를 말한다.²⁾ 어떤 나라에서는 변혁이 개혁 작업을 통하여 진행되기도 하였는데 헝가리와 폴란드가 그 예라고 할 수 있다. 또 어떤 국가에서는 개혁 작업 없이 변혁이 이루어지기도 했는데 동독이 그 경우에 해당한다.

전환의 속도에 따라서는, 급진적인 전환방법으로서 충격요법적 방법과 점진적인 방법이 있다. 충격요법적 방법이란 “시장경제 질서와 자유민주적인 정치 질서 수립에 필요한 주요 기본정책들이 동시에 진행됨으로써 사회주의 체제의 전환을 추진하는 것”이며 점진적인 방법은 중앙계획경제가 단계적인 개혁을 통해 체제전환을 이룩하는 것, 즉 사회주의 체제의 경제·사회적 기초가 장기간에 걸쳐 변화되는 것을 말한다.³⁾ 이의 예를 들면 동독의 체제전환은 통독 당시의

1) 이기동, “사회주의 체제전환전략과 전환비용: 폴란드와 헝가리의 초기 전략을 중심으로,” 『통일연구논총』, Vol. 6, No. 2 (1997), pp. 117~136.

2) 임강택, 『북한의 개혁·개방정책 추진 전망』 (통일연구원, 2002).

정치·사회적인 환경에 의해 급진적으로 이루어진 것이라 볼 수 있고 동유럽 국가들은 점진적인 체제전환을 시도하는 국가들이다.

코로나이가 규정한 ‘사회주의 체제전환’은 앞서의 단일전환의 성격과 유사하며 ‘변혁’은 이중전환의 성격을 갖는다고 볼 수 있다. 경제적 및 정치적 전환이 단일한 형태로 일어난다 해도 사회내의 각 구조에 영향을 미치게 될 것이고, 변혁 혹은 이중 전환은 그 사회의 구조와 구성원들에게 미치는 영향은 매우 급격하면서도 클 것이다. 이것은 전환의 속도가 점진적인가 혹은 급진적인가 하는 문제와는 별개로 그 영향은 동일한 결과를 초래할 것으로 보인다.

그러므로 체제전환의 다양한 형태와 과정에서 시장경제 기능이 최대한 신속히 운영될 수 있도록 하는데서 목표가 멈추지 않아야 하고 체제전환 과정에서 발생하는 경제·사회적인 부담과 부작용을 최소화하려는 것이 공통된 목표가 되어야 한다. 물론 여기에 그치는 것이 아니라 경제 사회적 발전에 직접적으로 기여할 수 있는 보다 적극적인 개입과 정책이 필요하게 된다.

2. 동유럽 국가들의 사회변화와 사회문제

경제체제 측면에서 탈사회주의적 체제전환을 한 국가 중에서 정치적 체제전환과 맞물려 전환을 관리하는 국가들의 사례는 통일 이후 북한 사회에서 발생할 수 있는 변화와 그에 따른 문제를 이해하는데 도움을 줄 수 있다. 북한이 러시아와 중국의 영향을 크게 받아왔고 또한 북한 변화의 모방사례로 삼고 있다는 점에서 두 국가의 변화 내용은 의의가 있긴 하나 정치경제적으로 독립적인 행보를 취하고 있는 러시아나 중국 보다는, 동유럽 및 동독의 체제 전환과정에서 발생한 사회 문제들의 내용을 확인하고 정리하는 것이 보다 유용하며 또한 효과적인 대안 준비를 위한 자료로 활용할 수 있다. 이것이 북한 사회 변화를 예측하기 위해 동유럽 국가들을 연구 대상으로 삼은 이유이다.

동유럽 각 분야에서 일어난 사회 변화 혹은 사회적 영향 등에서 공통적으로 발견할 수 있는 사회 문제들의 내용을 정리하면, 경제구조 측면에서의 변화와 인간 개발 측면에서의 변화로 크게 나눌 수 있다.

3) 최철영, “동구국가의 경제체제전환과 남북한 통합,” 『통일문제와 국제관계』, Vol. 7 (1996), p. 110.

먼저 경제구조 측면에서 가장 중요한 사회 문제 혹은 변화는 실업의 증가이다. 이기동은⁴⁾ ‘전환비용’이란 용어를 사용하면서 전환전략의 속도와 상관없이 사회비용은 많이 들었음을 강조하였다. 전환비용이란 대표적으로 경제성장을 하락, 투자 위축, 생산성 하락, 실질소득 감소, 실업증가 등을 말한다. 그 중에서 실질소득과 실업이 전환비용 측정의 대표적 지표로 활용되었는데 그 이유는 국민들의 물질적, 심리적 상태 변화와 가장 밀접한 관련이 있기 때문이다. 실업은 체제전환 국가 모두의 문제가 되었다. 국가가 직접 운영하던 기업들의 매각 및 민영화 과정에서 발생하는 실업과, 민영화된 기업들의 부실 운영과 실패로 인한 노동 수요 감소로 인해 실업이 증대하였다.

〈표 1〉 각국의 공식 보고에 의한 실업률 (1990~1997)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
불가리아	1.6	10.5	13.2	16.3	14.1	11.4	11.1	14.2
카작스탄	0	0	0.5	0.5	8.0	11.0	13.0	13.5
키르기즈스탄	...	0	0.1	0.2	4.1	5.7	7.8	7.5
라트비아	2.3	4.7	6.4	6.3	7.2	6.7
리투아니아	...	0.3	1.3	4.2	3.8	6.1	7.1	5.9
폴란드	6.3	12.2	14.3	16.4	16	14.9	13.6	10.5
러시아	0	0	4.8	5.7	7.5	8.8	9.3	9.0
타지키스탄	0.3	1.1	1.7	1.8	2.8	4.7

출처 :Jaroslaw Górnjak, “Poverty in Transition: Lessons from Eastern Europe and Central Asia,” *Choice for the Poor: Lessons from National Poverty Strategies*, UNDP (2002), p. 161.

<표 1>에서 주목해야 할 것은 체제전환 초기에 실업이 급격하게 증가한 국가들이 많다는 것이다. 1991년의 불가리아, 1992년의 리투아니아, 1991년과 1993년의 폴란드, 그리고 타지키스탄 역시 실업률이 급증한 것을 볼 수 있다. 전환이 시작되고 초기 5년 사이에 급증한 실업은 그 이후에도 현저하게 감소되는 국가는 없고 증가된 실업률을 유지하고 있는 것을 볼 수 있다.

서로 다른 체제를 유지하고 있었으며 경제격차가 컸던 동서독도 마찬가지로

4) 이기동, 앞의 글, p. 37.

통일된 이후 구동독 지역의 산업붕괴로 인해서 엄청난 노동시장의 혼란을 경험했다. 통일 사회에 대한 동독 주민들의 기대를 실망시키게 되는 구체적 상황 중 하나가 바로 실업이었다. 실업은 한편으로는 절박하게 ‘자본주의적 인간’으로의 변신을 강요하면서, 다른 한편으로 변신에 필요한 내적·외적 보상요인의 박탈을 강요하는 상황이라고 할 수 있다.⁵⁾ 통일 직후 구동독의 공식적 실업률은 17%에 달한 것으로 발표되었지만 실제 실업률은 그보다 훨씬 높았다. 사회안전망을 마련했음에도 동독의 실업률은 서독의 실업률에 비해 항상 높았고 그로 인한 빈곤 문제와 사회환경적 불평등의 문제가 심화되어 이의 해결을 위한 사회보장비도 예상된 이상으로 이전되었다.

실업의 다른 지표로서 경제활동 참가율 저하도 각 국가들에게서 공통적으로 나타났다. 불가리아, 헝가리, 체코, 폴란드, 슬로바키아 등에서 경제활동참가율은 1989년에서 1992~93년 사이에 크게 감소하였다.⁶⁾ 그리고 실제적으로는 공식적인 통계보다 더 낮아졌을 수도 있다. 이러한 경제활동 참가율 저하 요인으로서는 첫째, 조기퇴직제도에 의한 경제활동 인구 감소, 둘째, 고등교육기관으로의 진학, 셋째, 여성노동력의 퇴장 등이다. 특히 여성 노동력의 경제활동 감소는 남성에게 비해 더 큰 폭으로 감소되었는데 이는 직장에서의 탁아, 육아시설 등을 제공하였던 과거와는 달리 민영화의 진전에 따른 혜택의 감소로 인한 것이라고 할 수 있다.

그리고 노동시장 상황은 실업자를 빈곤하게 만드는 것과 함께 새로운 사회적 범주, 노동 빈민(working poor)을 만들었다. 이 문제는 전환을 이행하고 있는 모든 11개국의 임금 영역에서 흔히 나타난 현상이었다. 전환기 첫 5년 동안은 모든 영역에서 임금의 하락이 일어난 것으로 나타났고⁷⁾ 또한 체불된 연금, 임금, 급여 등이 GDP의 40%에 이르기도 한 카자흐스탄의 예도 있다.⁸⁾

5) 전성우, “통일 독일의 사회통합,” 『남북한 사회통합: 비교사회론적 접근』 (민족통일연구원, 1997).

6) 조동호, 『경제체제전환기의 노동정책: 동구의 경험과 한반도에 대한 시사점』 (한국개발연구원, 1997).

7) Jaroslaw Górniak, *op. cit.*, p. 161.

8) UNDP, *Human Development Report for Central and Eastern Europe and the CIS* (1999).

〈표 2〉 소비자물가 상승률 추이

(연말대비 상승률, %)

	1989	1990	1991	1995	1999	99/89(배)
폴란드	639.5	249.0	60.4	21.6	9.8	63.1
체코공화국	1.5	9.6	56.6	7.9	2.5	3.7
헝가리	18.1	33.4	32.2	28.3	11.2	7.3

자료: EBRD; OECD, *Economic Outlook* (Dec. 1999), 명창식, 2001에서 재인용.

실업만큼이나 생활에 직접적으로 영향을 주는 것이 물가 상승이다. 이것은 실업으로 인한 수입 감소와 함께 실질 소득을 감소시키는 결과 때문에 더욱 문제가 되었다. 폴란드는 개혁이전인 1989년 소비자 물가 상승률이 639.5%를 기록하였으며 유고슬라비아의 경우도 1989년의 소비자 물가 상승률이 2,700%에 달하였다. 루마니아와 불가리아도 통화 팽창이 심각한 수준이었으며, 개혁이 시작된 후인 1991년 소비자 물가 상승률이 불가리아 334%, 루마니아 175%를 기록하였다.⁹⁾ 이전의 계획경제에 의한 공급 구조가 와해되고 시장경제체제로의 적응 이전에 물자의 부족과 통화팽창으로 인한 결과라고 할 수 있다.

다음으로 인적자원 혹은 인간 개발 측면에서의 결과를 살펴보면, 탈 사회주의 체제전환을 이행하고 있는 국가들의 인간개발 보고서에 따르면, 자유 등에서는 많은 진전이 있었으나 인간 안보(human security)에서의 손실은 심각해졌다. 기본적인 경제·사회적 권리의 상실을 동반한 자유라고 볼 수 있으며, 위에서 논한 실업은 물론이고 비공식 부문에서의 불완전 고용, 공식부문이라도 임금이 보장되지 않았으며 저임금 고용 등이 문제가 되었다.¹⁰⁾ 전환 이전의 포괄적인 사회보호 체계는 붕괴되고 수많은 기본적인 사회 서비스는 비용지불을 요구하거나 부분적으로 민영화되었다. 민간 설비가 자본능력 있는 부유한 이들을 위해 대체되는 동안 공공교육과 의료 설비는 더 열등하게 되었다고 보고되었다.

UNDP(1999)의 보고서에 따르면 동유럽 국가들의 공통적인 결과는 부실한 영양상태, 저체중 출산 증가, 성인 남성의 사망률 증가, 이혼 및 자살의 증가, HIV 관련 질병의 증가, 또한 이들 문제로 인한 결과로서 아동의 빈곤, 유기, 고아의

9) 조동호, 앞의 책, p. 22.

10) UNDP, *op. cit.*

증가 등의 현상을 나타냈다. 실제적으로 1990년대의 기대 여명은 그 이전보다 낮아졌다. 그리고 소득과 부의 불평등의 현상은 사회서비스와 사회보호에 접근할 수 있는 인간 안보에 심각한 붕괴의 원인을 제공하였다. 특히 수급권리가 더욱 취약해진 집단은 이주자와 난민들이었다. 인구의 이동은 사회보호정책의 기획과 실천에 새로운 문제를 제기하였으며 일반적으로 여러 형태의 사회보호 수급권을 갖지 못하는 새로운 계층을 만들었다.

또한 UNDP는 인간적인 측면에서 전환 비용을 규정하면서 다음 네 가지 요인의 혼합이라고 설명하였는데,¹¹⁾ 보건의료 체계의 지출 감소, 가장의 소득 붕괴, 국가 행정체계의 파괴, 마지막으로 심리사회적 스트레스를 들었다. 결과적으로 사회통합(social cohesion)이 긴장 하에 들어가고 악화되는 것에 영향을 주었을 것임을 알 수 있다. 이것은 소련을 비롯한 동유럽에 도입된 경제개혁 조치들이 경제에 있어서 시장기제의 보다 많은 활용을 지향하고 이것이 소득격차의 확대로 이어질 것이라는 미쉬라의 예상이¹²⁾ 맞아 떨어진 것이라고 할 수 있다. 그것은 이전의 사회주의 이데올로기에서 선언된 ‘사회적 분배’의 증가를 향한 움직임에 제약의 형태로 자리 잡게 된 것을 말한다.

III. 사회변화 유형에 따른 국가별 의료보장의 문제와 대응

이 장에서는 통일이라는 사회변화 속에서 어떤 형태로든 전환을 경험하게 될 북한의 의료보장 문제 예측을 위한 전 단계로서 체제전환 과정이 의료보장제도에 어떻게 영향을 미쳤으며 그것에 대한 각 국가들의 대응과 의료보장제도의 변화에 대해 살펴보고자 한다.

체제전환을 경험한 국가들 중 사례연구의 대상이 되는 국가는 폴란드, 헝가리, 체코, 그리고 독일이다. 헝가리는 장기적이고 점진적인 체제 전환 국가라는 점에서, 급진적인 전환을 시도한 국가들 중 동구의 개혁에 있어서 선두에 있는 폴란드와 체코를,¹³⁾ 그리고 서로 다른 체제를 통합하는 과정에서 전환을 경험한 동

11) UNDP, *Human Development Under Transition - Summaries of National Human Development Reports, Europe and CIS* (1995).

12) Ramish Mishra, *Society and Social Policy: Theoretical Perspectives on Welfare* (McMillan, 1996), 남찬섭 역, 『복지국가의 사상과 이론』 (한울 아카데미, 2001), p. 252.

독을 선택하였다.

1. 동유럽 국가들의 의료 문제와 대응

체제전환기 동안 사회정책은 상대적으로 정책방향이 불분명하고 점진적이며 부분적으로 이루어졌다. 그리고 사회정책분야에서는 경제정책에 비하여 과거와 연속성을 지닌 부분이 많았는데 정책결정자들은 새로운 정책과 새로운 제도를 창조하는 것이 아니라 이미 존재하는 제도를 재구조화하고 이를 시장체제의 환경에 맞추어 조정하였다.¹⁴⁾ 전환기 사회정책의 변화에 영향을 주었던 요인으로 는 거시경제의 조건, 구체제의 제도적 유산, 각 국가별 이념적 지향성, 국내정치 의 역학과 과정, 국제기구의 영향 등이 있다. 이러한 요인의 영향 하에서 각 국 가들은 사회보장제도를 새롭게 시작할 만한 사회적 여유 및 재정적 여유가 없었 을 것이고, 기존의 제도를 성공적인 전환에 대한 걸림돌로 여기며 이를 수정하 거나 없애고자 하는데 대해 사회적 저항이 많았기 때문이라 짐작할 수 있다.

1926년부터 치료, 입원, 처방을 전 국민에게 무료로 제공하는 소련의 국민보건 서비스 시스템은 다른 동유럽 국가, 서유럽에서도 적용되었는데, 서구 국가들보 다 공공의료 지출은 점차 감소하고, 인프라의 발전이 낙후되는 결과를 낳았다.¹⁵⁾

먼저, 헝가리는 1990년대 초부터 보건의료 체계의 개혁을 시작하였다. 사회보 장체계에 의하여 국가재정의 지원을 받아 운영되었으나 국가예산 의존도가 너 무 크고 이에 따른 예산 제약은 보건의료 서비스의 재원 삭감을 초래하였다. 또 한 사회보험 원칙이 아닌 일반재정에 의하여 이루어짐으로써 제도의 성격과 다 른 이질적 요소가 포함되어 재정이 다른 곳으로 유출되기도 하는 문제가 있기도 했다. 개혁이후 국가는 보건 서비스의 직접적인 행정으로부터 점차 물러났으며, 행정 기능은 1991년 입법에 의해 여러 수준의 하위기관들에게 위임되었다. 사회 보장은 국가예산으로부터 분리되었으며, 이에 따라 수입과 지출의 통제가 가능 하게 되어 1992년 독립된 의료보험 기금과 운영기관이 설립되고 사회보장법의

13) 명창식, “동구체제전환국의 경제개혁에 관한 연구,” 『산업경영연구』, 제11권 (2001), p. 42.

14) 오정수·정연택, 『社會主義 體制轉換과 社會政策』 (김문당, 1999), p. 22.

15) Gáspár Fajth, “Social Security in a Rapidly Changing Environment: The Case of the Post-Communist Transformation,” *Social Policy & Administration*, Vol. 33, No. 4 (1999), p. 420.

개정에 의하여 피보험자의 범위가 결정되었으며, 개인들은 월 소득의 4%(상한선 있음) 고용주는 18%를 기여하도록 하였다.¹⁶⁾

또한 1992년 일차 보건의료 시스템의 개혁이 시작되었고 의사들에 대한 인센티브가 환자 수에 따라 주어졌다. 의료 인력의 민영화는 1992년부터 현저해져 1998년부터 의사들(주치의)은 자영업자들이 되었다. 그러나 불행하게도 인센티브는 그렇게 효과적이지는 않았다.¹⁷⁾

그런데, 최근의 평가를 보면 실업자가 급증하여 의료보험의 기반이 취약해졌고 고용주들은 부담을 줄이기 위해 피용자들을 비공식적으로 고용하여 보건의료 재정체계를 더욱 비형평적이 되도록 만들었다. 의료 서비스를 경제활동 인구보다 더 많은 연금수급자나 실업자 등에게 제공하여 지속적인 재정부족 상태가 되었고¹⁸⁾, 인원 당 지불비용은 감소되고 부정거래는 더 증가하여 기여 시스템의 형평성은 점점 약해졌다. 정비례의 부가적인 기여가 증가되어 개별 부담은 계속 증가한다는 것을 의미하며 의료보장 개혁에도 불구하고 사망률 등이 유럽에서 최악 상태이며, 질병 예방에 우선순위를 부여하지 못하여 문제가 가중되고 있어 결과적으로 헝가리의 보건체계의 미래는 불투명하다고 평가받고 있다.

폴란드도 다른 동구 국가와 마찬가지로 공산주의 하에서는 보건의료 서비스를 무료로 제공하고 있었다. 그러나 재정부족, 시설의 낙후, 불충분한 의료 인력 등의 문제가 누적됨에 따라 1970년대부터 정부는 비효과적인 보건의료 시스템의 개혁이 필요함을 인지하고 있었다. 예방적 접근이 주목받지 못하는데다 보호의 질은 일반적으로 농촌 지역이 더욱 열악하였고, 다른 공산 국가와 마찬가지로 고급 의료진들은 당 엘리트층을 위해 존재하였다.

체제전환 시기에, 정부 예산의 변화와 의료의 민영화는 수많은 폴란드 주민에게 보건 의료의 이용에 대해 불확실성을 가져다주었다. 낙후된 보건의료 시스템을 유산으로 받은 폴란드 정책 형성가들은 행정비용 감소, 의료 전문가들의 자영업화, 보다 효율적인 자원 배분 등에 목표를 두었다. 1990년대 초의 개혁 예산

16) 오정수·정연택, 앞의 책, p. 100.

17) Zsuzsa Ferge & Katalin Tausz, "Social Security in Hungary: A Balance Sheet after Twelve Years," *Social Policy & Administration*, Vol. 36, No. 2 (2002), p. 186.

18) 오정수·정연택, 앞의 책, pp. 100~102.

은 보건복지부의 재정을 점차적으로 삭감하였으며, 1994년부터는 병원의 침상을 10~20% 감소시키도록 추진하였다. 폴란드의 보건 정책의 장기 목표는 사회화된 의료를 지원하는 것에서 보편적 의료보험료를 통해 민간이 운영하는 보건 시스템으로 전환하는 것이었다. 보험료는 노사가 반씩 부담하였는데 1995년까지는 보험료와 정부의 보건의료 조세를 통해 독립할 수 있을 것으로 보았으나 그 이후에도 의료보험 시스템이 자립할 때까지 정부 예산으로 계속 지원하였다.¹⁹⁾ 그러나 결과적으로 1990년에 시작된 경제적 'shock therapy(충격요법)'은 수많은 폴란드인들에게 익숙했던 공산주의 시대 하에서의 보건의료와 복지 서비스의 보장 수준을 감소시켰다.

마지막으로 체크를 보면, 1993년부터 사회복지 시스템 개혁이 경제개혁과 함께 시작되었다. 일반적인 '사회보장'을 시행하는 가부장적 국가에서 개인과 가족에게 더 많은 책임을 지우는 사회정책들이 만들어졌다. 새로운 시스템에서는 퇴직보험이 주가 되는 사회보험, 빈곤선 이상이지만 재정상태가 어려운 이들 위한 차별화된 보조를 제공하는 국가 보조, 사회부조가 핵심이 되었다.²⁰⁾

체코의 보건체계 변화는 덜 성공적이었으며, 전환에 있어서 부정적인 결과 중 하나가 되었다. 중앙 집중화된 체계는 폐지되고 보건의료 서비스는 독립적 조직 형태가 다수가 되었다. 보편적 건강보험은 독립적인 보험회사의 영향을 받는 형태가 시작되었으나 공급되어야 하는 기본적 서비스의 범위가 결정되지 않은 채 비용은 올라갔고 약품 등이 경쟁적 가격으로 책정되었다. 일부 의료보험 회사는 재정적 어려움을 경험했고, 주요 병원은 부채가 커져 파산한 병원도 다수였다. 의료 인력은 낮은 임금 때문에 불만이 많았으며 많은 이들이 그 분야를 떠났다.²¹⁾

이러한 상황의 원인은 쉽게 추측할 수 있다. 전환기 이전의 30여 년 동안의 건강에 불리한 생활 스타일, 공해, 보건교육의 빈약, 현대 의료장비의 부족 등의 불

19) <http://countrystudies.us/poland>.

20) Michal Illner, "The Changing Quality of Life a Post-Communist Country: The Case of Czech Republic," *Social Indicators Research*, Vol. 43(141~170)(1998), p. 147.

21) Matějů and Věcniček, *Social Costs of Transformation*, National Report, Czech Republic, Institute for Human Sciences, Vienna, *SOCO Working Papers*(1995), Illner, *op. cit.*, p. 148에서재인용; OECD, *Transition at the Local Level: the Czech Republic, Hungary, Poland and the Slovak Republic*, Centre for Co-operation with the Economies in Transition (1996).

만족 상태와 비교했을 때 약간의 개선이 있었다고 평가받는 체코임에도 불구하고, 보험료를 납부할 수 없는 인구층이 증가하게 되고, 이것은 다시 민간 보험회사의 운영에 부담을 주는 요소가 될 뿐 아니라 역선택의 문제로 인해 서비스의 포괄성과 질은 낮아지면서 운영은 어려워지는 결과를 가져오게 한 것이다. 이 상황은 갈수록 더욱 악화되고 있다고 평가받고 있다.

각 국가들의 대응은 체제전환으로 인한 재정 수입 감소와 실업 등에 대해 적절하게 대응하지 못한 것이 공통점이라고 할 수 있다. 아울러 기존체제에서 정책이 가진 문제를 개선하기 위해 시장경쟁의 원리로 방향을 설정했다는 점이다. 중·상층은 사회보장제도에 참여해서 얻는 인센티브가 거의 없고 저임금 소득자는 비공식부문에서 일하므로 사회보장의 기회를 놓치게 되는 구조가 되었다고 볼 수 있다. 사회보장제도가 전환과정에 있는 사회에 긍정적인 역할을 했었음에도 불구하고 집합주의적 해결에서 개인주의화된 해결로의 변화가 전체 경향이라고 할 수 있다. 경제적으로 볼 때 유용해 보이나 차별, 사회적 불리함에 대응하는 사회적 분야에서 일반적으로 적용하는 데는 정당성이 약하다고 볼 수 있다.

즉, 시장경제 논리로 진행되는 체제전환 과정에서의 변화를 인적 자본의 투자라는 측면에서 평가한다면, 전환으로 인한 사회변화는 약자를 더욱 약자화 하여 사회적으로 배제되기 쉬운 계층으로 만들 수 있음을 고려할 때 전환 과정에서의 문제에 대한 대응과 정책 형성이 바람직한 방향으로 이루어질 수 있다.

〈표 3〉 동유럽 국가의 의료보장제도의 변화와 그 시사점

	체제전환 이전	전환 이후	결과	시사점
헝가리	국민보건 서비스	<ul style="list-style-type: none"> · 사회보장예산분리 · 독립된 의료보험기금 가진 의료보험제도 · 의료인력 민영화 · 국가 직접행정에서 하위기관으로 위임 	<ul style="list-style-type: none"> · 실업급증으로 의료 보험 기반 취약 · 고용부담 줄이기 위한 비공식적 고용 성행 · 지속적 재정 부족 · 사망률 유럽에서 최악 	<ul style="list-style-type: none"> ● 재정수입 감소와 실업 등에 대한 적절한 대응책 마련 필요 ● 개인주의화된 해결책은 사회 정책 분야에서는 정당성 약함
폴란드	국민보건 서비스	<ul style="list-style-type: none"> · 정부예산 변화, 재정 삭감 · 의료의 민영화 · 의료전문가의 자영업화 	<ul style="list-style-type: none"> · 의료보험시스템 자립 시까지 정부지원 계속 · 보건의료 서비스 수준 열악화 	<ul style="list-style-type: none"> ● 기존 사회에서 사회적 약자를 더욱 약자화

체 코	국민보건 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 개인과 가족중심의 사회정책 형성 • 중앙 집중적 체계 폐지 • 다수의 독립된 조직 형태의 의료보험제도 	<ul style="list-style-type: none"> • 의료서비스 범위 정해 지지 않은 채 의료비용 향상 • 의약품 가격 급등 • 병원 파산, 의료인력의 공백 	<ul style="list-style-type: none"> • 민간 중심 등의 의료보험제도 형성시 주의 필요
--------	-------------	--	---	---

2. 동독 의료보장에서의 문제와 대응

동독의 사회보장제도의 변화는 체제통합의 목적 하에 이루어진 제도 통합의 성격을 가지고 있다. 일반적으로 동서독의 체제통합 이후 급진적 전략을 채택하고 추진한 독일은 통일 이후 엄청난 통일 비용 부담과 사회경제적 후유증을 겪었다고 평가받았다. 이러한 전략상의 실패는 서독정부가 동독 공산주의로부터 물려받은 경제적 유산을 면밀히 진단하지 않은 탓으로 돌리기도 하는데²²⁾, 그렇다면 전환과정에서 발생한 의료보장에서의 문제에 대해 동서독은 어떻게 대응하였는가. 실업의 증가, 동서독간 경제사회적 수준의 차이, 급증한 이주민 문제, 그리고 무엇보다 의료보장제도의 상이성으로 인한 제도 통합과정상의 문제가 전환과정에서 가장 큰 과제였다. 특히 동독에서 새로운 의료보장제도로의 전환이 시작되면서, 환자들은 더 훌륭한 급여를 원하고 의사들은 개업하기를 원하게 되어²³⁾ 통합과정에서 상당한 조정이 요구되었다. 의료보장제도의 통합과정에서 발생한 문제와 대응을 요약하면 다음과 같다.²⁴⁾

먼저, 서독으로 이주한 난민에게 일시적 보호조치를 하였으며 서독 질병보험법에 따라 급여를 제공하였다. ²⁵⁾ 그리고 신연방주가 된 동독 지역에 공적 자금을 투입하여 결과적으로 1995년부터 2001년까지 589개의 새로운 시설이 가동될 수 있었는데 최소한 공적 투자자금의 20%가 주정부 혹은 지방자치체에 의해서 조달되었고 연방정부가 80%를 부담하는 재정원조가 이루어졌다.²⁶⁾

22) 이기동, 앞의 글.

23) Klaus-Dirk Henke, "Das Gesundheitssystem im gesamtdeutschen Einigungsprozeß," *Wirtschaftsdienst*, VII (1990), p. 354.

24) 의료보장 통합에 있어서 급여 범위의 조정은 다른 부분보다 상대적으로 어려움이 적었을 것으로 보인다. 기존의 의료보험제도를 통해서 서독은 포괄적인 급여를 제공하고 있었고 동독 역시 그 수준의 차이가 있다 하더라도 국가가 주체가 되어 의료 급여를 포괄적으로 제공하였기 때문이다.

25) 통일원, 『독일통일실태 자료집: 경제·사회분야』 (1993).

실업 등으로 인해 보험료를 납부하지 못한 이들을 위한 조치를 취하였는데 제 1차 통일조약의 내용을 토대로 하여, 종래 동독의 법규에 따라 의료보험에서 지급되었으나 서독 법규에 의해서는 의료보험의 급여 형태에 속하지 않는 급여는 우선 동독 국가재정에서 지급하고 연금생활자의 의료보험료는 연금에서 보험료를 일괄 공제하였다. 또한 동독 지역의 상설 및 아동보건소 시설투자는 의료보험의 보험료에 의하지 않고 국가재정으로부터 충당하였다.²⁷⁾ 동독 지역의 본인 부담금은 1992년 6월 30일까지 서독지역의 50% 수준으로 부담하도록 하였으며, 1993년 6월 30일부터 동서독 본인 부담 분은 동일한 규정을 따르게 되었다.

사회보장제도의 운영에 필요한 재원조달 및 관리와 관련된 특징들을 요약하면²⁸⁾ 첫째, 국가의 일반재정으로부터 분리되어 제도별로 독립적인 재원의 조달과 관리가 이루어졌는데, 이에 따라 개별 사회보장제도 재정운영의 투명성과 자율성이 제고되었다. 둘째, 사회보험제도의 경우 노사절반부담의 원칙이 적용되었으며, 보험료 수준은 서독지역과 동일하게 책정되었다. 셋째, 동·서독 지역의 개별 사회보험제도 간 재정조정제도와 연방정부의 재정지원을 통해 통일 과도기 동안 동독지역 사회보험제도의 적자요인을 완화하였다.

결과적으로 통일 후 몇 년 동안 이루어진 동독지역 의료보험재정 안정, 특히 수입측면의 안정은 실업자에 대하여는 연방고용청이 전액을, 연금 수급자에 대하여는 연금보험자가 절반을 부담하는 ‘의료보험료’라는 간접적인 이전지출형태로 인해 가능하였다.²⁹⁾ 의료보장 통합과정에서 특이한 사항이며 또한 가장 직접적인 효과를 이끌어낸 정책은 ‘병원재정조달법’(Krankenhausfinanzierungsgesetz)에 의한 동독의 병원시설의 개수와 설립에 대한 투자이다. 병원시설 문제는 주정부 소관임에도 불구하고 연방정부가 이를 위해 직접 투자할 수 있도록 하였던 것이다.

동독 지역의 전환과정이 동유럽 국가의 대응과 다른 점은 집중적으로 지원 가능했던 서독이 존재했기 때문에 다른 시도와 결과들을 가질 수 있었다는 점이

26) 통일부, 『통일통일백서』 (독일연방수상실, 『독일통일 현황에 관한 독일연방정부의 2002년 연례보고서』, 2003).

27) 손명세·이용갑·박종연, 『통일독일의 보건의료체계 변화』 (아주남북한보건의료연구소, 1999), p. 43.

28) 이정우, 『남북한 사회보험제도의 장단기 통합방안』 (한국보건사회연구원, 1997), p. 50.

29) 오정수·정연택, 앞의 책, p. 293.

다. 그럼에도 동유럽의 다른 국가들과 유사한 성격의 문제도 발견된다. 동독의 경우 일반개업의원, 치과의원이 급증하였는데 국가에 의해 계획되고 통제되던 지역에서 병원의 절대 수 확대에 효과적이었던 시장경쟁 위주의 병원개업은 의료 서비스에 대한 접근성에서의 형평성을 상대적으로 약화시키는 결과를 초래하였다고 평가할 수 있다.

시장에서 정부의 개입은 대부분 경제적 효율을 떨어뜨리며 민간자율화(privatization)보다 바람직하지 못하다고 알려져 있다. 그러나 보건의료 시장의 민영화는 공급자간의 경쟁을 증가시키기보다 오히려 감소시키는 역할을 하며, 따라서 시장원리에 의한 자원배분보다 공공부문이 개입하는 계획된 보건의료제도가 바람직하다는³⁰⁾ 것은 역사적 경험을 통해서 이미 넓게 받아들여지고 있다. 그럼에도 동유럽의 많은 국가들이 전환 이전의 의료보장제도가 가지고 있는 이념적 장점을 고려하지 못한 채 의료보장을 비롯한 사회보장을 경제체제 전환의 한 부분으로만 보았고 그로 인한 부작용이 실제로 확인되었다고 볼 수 있다.

IV. 통일 후 북한 사회 변화가 의료보장에 미치는 영향

통일이라는 변수에 의해 북한은 어떤 변화 내용과 변화 속도를 경험하게 될 것인가? 북한의 변화가 동유럽 국가들과는 다른 특징을 가진다면 그것은 남한과의 통일로 인한 경제통합을 포함한 체제의 통합을 이루어야 한다는 점이다. 물론 남북한 경제통합이 이루어질 경우 그 형태가 독일과 비슷한 모습으로 진행될 것인가에 대해서는 예측하기는 어렵다.³¹⁾ 그러나 북한지역의 사회변화와 남북한 경제의 통합이 어떠한 형태로 추진되는가에 따라서 이에 대한 대응과 정책방향이 달라져야 한다는 것은 분명하다.

1. 북한 사회의 전환으로 인한 사회 문제

통일 이후 북한이 경험하게 될 전환은 앞서 논한 개념 중 이중전환의 성격을 가진다고 볼 수 있다. 통일까지의 과정은 여러 방법이 있을 수 있지만 궁극적으

30) A Maynard, "Competition in the UK NHS: Mission Impossible?," *Health Policy*, Vol. 23 (1993).

31) 신용도 · 이상목 · 조성일, 『북한경제체제 전환 분석』 (소화, 2002), p. 245.

로 하나의 체제로의 통합은 서로 다른 체제로 변화시키는 변혁의 성격을 가진다고 할 수 있다. 따라서 이중전환을 가정하는 것이 합리적인 것이라면 그 이후 사회의 운영에 있어서는 고려할 것이 훨씬 많아진다. 단순히 경제적 어려움만이 아니라 정치적 불안정, 그로 인하여 민생이 뒷전이 되거나 우선순위에서 밀려날 수 있다는 것에 더욱 주의할 필요가 있다.

북한 역시 1980년대 이후 경제관계가 소련에 상당히 의존적이었던 것을 고려하면 소련의 붕괴가 북한에 준 충격은 상당했을 것이며 또한 에너지, 식량, 자본재 등 중요한 기초 원료들의 공급국이었던 동유럽의 경제적 침체로 인해 공급 중단 사태에 이른 것은 북한 내 경제 운영에 치명적으로 작용했다. 이것은 통일 이후의 사회에까지 영향을 미칠 북한 내부의 사정이라고 볼 수 있다. 공산 국가 시대로부터 받은 낡은 의료보장시스템으로 인해 어려웠던 동 유럽의 경험과 마찬가지로 북한의 현 제도와 상황은 어떤 형태로든 유산이 되어 통일 한국의 사회를 구성하는데 영향을 줄 것이다. 남북한이 통일을 이루었을 때의 급격한 사회변화가 북한지역에 어떤 영향을 줄 것인가? 그리고 그것은 통일 한국의 의료보장에 어떤 영향을 미칠 것인가?

남북한이 하나의 경제체제로 통합되는 과정 속에서 현재의 남북한 경제격차와 북한의 심각한 경제침체 등은 필연적으로 대량의 실업사태를 불러 올 것이다. 북한주민의 대규모 이동에 의해서도 실업문제가 심화될 수 있으며,³²⁾ 또한 이것은 급속한 통일 시에 예상할 수 있는 경제체제의 불안정으로 인해 발생할 수 있는 빈곤의 문제와도 바로 직결되는 문제이다.

현실적으로 고용여부 중심 구조의 사회보험이 주가 되는 각종 정책에서 실업이 만연하게 되면 그 재원의 형성이 어려워지며 사회복지 명목으로 지출되어야 하는 부분이 상대적으로 확대될 것이기에 재정에 상당한 타격이 올 것이다. 마찬가지로 과세부담을 줄여주어야 하는 대상인 빈곤층의 확대는 공적 부조를 실시해야 하는 정부의 재정에 역시 어려움의 원인이 될 것이다. 결과적으로 실업과 빈곤은 사회보장재원의 안정에 직접적인 타격을 주게 될 것임을 알 수 있다.

위에서 논한 실업과 빈곤의 문제는 결과적으로 북한 주민들의 남한 이주를 초

32) 홍기준, “통일 후 남북한 사회통합: 새로운 이론 구성을 위한 시론,” 『국제정치논총』, Vol. 39, No. 3 (1999), p. 384.

래할 것이다. 그리고 1990년 후반부터 급증하고 있는 탈북자들 중 인접국가에서 체류하고 있는 이들의 입국이 집중적으로 이루어질 것이다. 이러한 빈곤계층의 남한지역 이동규모는 통일과정에서 북한지역에 대한 응급구호의 효율적 성공여부에 달려 있고, 통일 후에는 남북 간의 사회부조 및 사회복지 서비스에 대한 제도적 차이를 얼마나 줄일 수 있는가에 따라 결정될 것이다.³³⁾

그런데, 통일 이후 의료보장의 문제를 예측하는데 있어서 북한의 상황 변화는 매우 중요한 변수가 된다. 최근 북한 사회의 변화를 보여주는 것으로 노동계층의 임금인상, 의·식·주 공급제의 점진적인 폐지, 공장·기업소의 책임경영 강화 등의 내용을 담고 있는 2002년에 이루어진 7.1 경제개선조치와 특별 행정구에서 의료보험제를 실시한다고 명시한 2002년 9월 12일 제정의 ‘조선민주주의인민공화국 신의주특별행정구 기본법’을 들 수 있다.³⁴⁾ 이러한 변화는 향후 북한 사회복지의 성격 변화에 지속적으로 영향을 주게 될 것이다. 그러나 이러한 조치가 북한의 의료보장제도의 기본 구조에 직접적인 혁신을 가져올 지는 아직 지켜보아야 할 문제이다. 특별행정구에서 실시하기로 제시한 의료보험의 구체적 형태를 확인할 수는 없기도 하지만 이것이 다시 북한의 일반적 제도에 역으로 영향을 주게 된다 해도 현재 북한이 안고 있는 의료보장의 문제의 성격을 단기間に 변화시킬 수 있는 것으로는 보이지 않는다.

2. 의료보장에 미치는 영향

남북한 전 지역을 관통하게 될 사회적 변화로서 통일의 영향, 특히 북한에서의 사회변동은 의료보장에 직접적인 영향을 주게 될 것이다. 기존에 남북한이 각각 유지하고 있던 의료보장제도가 통일이라는 거대한 변화의 과정 속에서도 의료욕구에 즉시 대응할 수 있으면 남북한 전 국민들에게 사회연대를 실현하는 동력의 기능을 하겠지만 그렇지 못할 경우 새로운 사회문제를 더욱 확대시키는 기능을 하게 될 것이다.

먼저, 경제활동 참가율 저하를 포함하여 실업과 빈곤의 문제는 의료보장제도가 어떤 형태로 운영되는가와 상관없이 의료보장제도 그 자체의 기반을 불안정

33) 김진수, “통일에 대비한 인구이동 및 사회복지 대책방안,” 『한국사회정책』, 3호 (1996).

34) 이철수, 『북한사회복지의 변화와 전망』 (아주남북한보건의료연구소, 2004).

하게 하는 요인이 된다. 실질 소득 감소와 실업은 의료비 부담능력을 급격하게 하락시키고 아울러 의료보장에서 중요한 체계인 재원조달 부문에서 치명적인 불안정을 가져오게 한다. 의료보장의 형태가 각출의 보험료를 기반으로 하는 사회보험 형태라면 이로 인한 부정적 영향은 더욱 직접적일 것이며, 의료보장제도가 조세를 기반으로 하는 국민보건서비스 형태라고 하더라도 정부 재정의 불안정으로 인해 서비스의 안정적인 공급과 양질의 서비스를 보장할 수 없게 된다. 만약 동유럽의 대응처럼 의료보장제도의 관리와 운영을 민영화하고 시장경쟁 원리에 따라 운영하게 되면 의료비 부담 능력이 없다는 문제는 더욱 심각하게 될 것이다. 의료보장의 궁극적인 목적과는 별개로 지불능력 있는 사람들에게 대해서만 서비스가 제공되고 부담 능력이 없는 이들은 민간 의료 서비스의 이용에서 배제될 수밖에 없기 때문이다.

따라서 통일 정부는 주민의 재정 부담 능력을 고려한 의료보장방안 및 재원조달방안을 준비할 필요가 있다. 특히 통일 직후의 시기 동안 즉 전환과정의 초기에 급격하게 증가될 실업자와 그의 가족들을 의료보장제도에서 수용될 수 있도록 하기 위해서 임시적인 대응책 또한 필요할 것이다.

둘째, 사회 환경적 및 기회의 불평등의 문제로 보건의료 교육 및 의료 서비스에 대한 접근성 제한에 영향을 주게 될 것이다. 의료서비스의 공급에 있어서 지리적 형평성, 비용 형평성을 확보하지 못하게 되면 이환율 및 사망률의 증가 뿐 아니라 사회 구성원들 사이의 통합도 저해하게 될 것이다. 또한 남한의 의료체계처럼 병원 소유의 90%가 민간에 의한 것이며 시장경쟁 원리에 의존하고 있어 의료의 공공성을 확보하지 못하고 있을 경우, 본인 부담의 비중은 높아가더라도 의료 접근성의 불평등을 직접적으로 초래하게 될 것이다. 이런 점에서 전환의 효율성을 높이기 위해 가능한 빨리 시장경제체제를 도입하는 것이 급선무라고 하는 주장³⁵⁾ 그대로 받아들일 수 없는 부문이 의료보장이라고 할 수 있다.

셋째, 대량의 남하 이주 및 탈북자의 입국은 노동의 공급과 수요 측면의 균형을 일시적으로 깨뜨릴 수 있어 앞서 언급한 실업 문제와도 직접적으로 연결되기도 한다. 무엇보다 공식적인 의료보장의 제도권 밖에 있던 사람들이 일시적으로

35) 최준욱·이명현·전택승, 『체제전환국의 재정정책 경험과 북한에 대한 시사점』 (한국조세연구원, 2002).

제도권내로 진입하는 것 혹은 진입시키는 것은 어려운 과제가 될 것이다. 이들이 안정적인 소득을 근거로 하는 의료비용의 부담 능력을 갖추고 있을 것이라고 보기는 어렵다. 그럼에도 일시적으로나마 난민과 같은 불안정한 생활을 하게 될 이들에게 지불능력이 없다는 이유로 긴급한 의료서비스의 필요를 해결하지 않을 수는 없는 것이다. 따라서 이들을 위한 의료 서비스 공급 비용의 문제, 제도권 내로 진입하는 과정에서의 행정적인 절차의 문제 등이 영향을 주게 될 것이다.

덧붙여, 북한의 사회변화와 제제의 전환은 동유럽의 경제체제 중심의 전환으로만 그치는 것이 아니라 통일로 인한 각 체도의 통합을 과제로 안고 있다는 점에서 남한 의료보장제도와와의 통합 또한 중요한 부담이 된다. 통합의 형태와 방법을 논외로 하더라도 제도통합 시 반드시 필요한 북한 의료 인력의 재교육, 새로운 의료보장제도의 적응력 향상, 남한과 동일한 수준의 의료 설비의 확보 등 의료 인프라 구축이 전환 과정에서 북한 지역의 의료보장제도 운영과 형태에 직접적인 영향을 미치는 요소가 될 것이다.

V. 남북한 통일 후 의료보장제도에서의 과제

전통적인 사회보장체계는 근본적으로 경제활동 참가율이 높고 고용이 안정적이며 또한 장기 고용을 전제로 하여 구상된 것이기 때문에 기존의 사회보장제도는 급격한 사회문제 예를 들면, 경제 공황, 재분배의 역량이 없는 인구의 다수가 빈곤하게 되는 등의 문제에 효과적으로 대처할 수가 없었다. 이러한 점은 체제전환이라는 급격하면서도 포괄적인 변화로 인한 문제에 대처하기 위해서는 기존 해결방안의 틀을 벗어나 폭넓게 문제의 전후를 파악하는 것이 필요하다 하겠다.

남북한이 각기 발전시켜온 제도의 장점이 있음에도 불구하고 통일과정에서 발생할 수 있는 문제에 대처하기에는 남북한 양 제도 모두 많은 한계를 가지고 있다.³⁶⁾ 북한 실태를 고려하여 급증하게 될 의료 욕구의 규모와 의료보장에 필요한 비용에 대한 남한지역 혹은 통일 정부의 부담에 대해 구체적으로 예측하고 합리적인 대안을 모색하는 연구가 지속적으로 필요한 시점에서, 남북한 통일 후의 보건의료 체계에 대하여 국민의 건강권 보장과 보건의료에서의 사회정의의 실

36) 배화숙, “통일 한국의 의료보장제도 모형 개발,” 부산대학교 박사학위논문 (2004).

현, 그리고 보건의료의 공공성을 강화하기 위하여 국가의 역할을 증대시키는 방향 제시가 필요하다.³⁷⁾

북한 지역에서 이루어질 급격한 사회변화를 고려하면서 도출한 통일 이후의 의료보장의 과제는 다음과 같다.

첫째, 실업과 빈곤 등으로 인해 증가될 사회적 약자들의 의료 접근성을 확보할 수 있는 새로운 의료보장체계를 개발해야 한다. 동유럽의 경험을 보면 적극적인 민영화를 추진하는 과정에서 의료보장에 대한 정부의 재정지원을 삭감함으로써 오히려 보편적 의료보험제도의 역할이 기대에 미치지 못하였을 뿐만 아니라 의료서비스의 접근성이 더욱 떨어지고 기본적 보건의료 서비스의 확보에 대해서도 주민들을 불안정한 입장에 처하게 했기 때문이다.

자원조달과 의료공급을 사회화시킨 북한의 국영 의료제는 서비스 대상의 포괄성을 극대화한 것이 장점이고 남한은 포괄성은 부족하지만 급여 충분성 면에서 질적으로 우수하다고 할 수 있으나, 양 체제 모두 의료보장의 지역별·사회계층별 불평등 문제가 도사리고 있다.³⁸⁾

의료접근성에 제한을 받는 대표적인 집단으로는 남한으로의 이주민과 제 3국에서 입국하게 될 기존 북한이탈 주민들이 될 것이다. 통일 후 의료보장제도가 현재 남한의 사회보험 형태라면 이주자들은 보험에 가입하기 전까지 한동안 의료보호의 대상이 될 수밖에 없으며, 실업과 저소득으로 인하여 잠재적으로 빈곤화될 가능성이 높아 질병으로 인한 소득중단이나 응급구호 욕구가 급증하게 될 것이다. 그렇다면 급여 포괄성에서 제약이 많은 남한의 건강보험제도는 이주민들의 욕구를 충족시키는 데는 곧 바로 한계를 드러내게 될 것이다. 북한 지역에서도 의료서비스 공백이 일어나거나 남한지역에서 제공되는 서비스 수준에 미치지 못하면 북한 주민에 대한 건강권 확보에 심각한 차질을 가져올 것이다.

결국 이전부터 극심한 빈곤에 시달리고 있는 북한의 현 상황과 통일로 인한 사회적 혼란, 부적응과 실업 등의 문제로 인해 보건의료 문제는 더욱 심각해 질 것이며 기존의 제도가 가지고 있는 의료 전달체계로는 건강상의 불평등을 해결

37) 문옥륜, “남북한 보건의료 통합방안,” 서울대학교, 『보건학논집』, Vol. 51 (1998).

38) 조홍식, “남북한 사회통합을 위한 사회복지의 과제,” 『21세기 민족통일에 대한 사회과학적 접근』 (서울대학교 출판부, 2000), p. 31.

하기가 어려울 것이라고 예측할 수 있다. 따라서 이주민들이 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있도록 의료보장의 제도권으로 진입하기 전의 과도기적 장치들이 반드시 필요하다. 아울러 남한 시스템으로는 북한 지역에서의 의료 접근성을 확보하기 어려울 것이라고 예측할 때 공식적으로 내세운 원칙의 측면에서 의료 접근성의 형평성이 우월한 북한의 원칙을 최대한 살리는 것도 중요한 방향성이 될 수 있다. 이를 테면 필요한 의료서비스 양에 맞추어 지역별로 병의원의 형평성 있는 배치를 위해 정부가 개입 조정하는 것뿐만 아니라 북한 현실은 그 의의를 살리고 있지 못하고 있지만 비용접근성의 극대화인 무상치료제의 원리를 남한 사회에 접목시킬 수 있는 가능성을 논의 내부로 끌어올 수 있다.

둘째, 안정적인 제도 운영을 위한 부담을 형평성 있게 배분하고 재정을 안정적으로 유지할 수 있는 의료보장 재정체계를 개발해야 한다. 통일 후의 의료보장제도를 보험료에 거의 전적으로 의존하고 있는 현행 남한 의료보험의 형태로 할 경우 북한 지역의 경제 구조도 참조하여 보험료 징수 원칙 및 징수율 등을 고려해야 한다. 도시와 공업부문에서의 실업의 문제만큼 중요하게 보아야 할 점은 1999년 현재 농가인구 비중이 36.7%인 북한에서 경제체제전환 과정에서 사유화를 거쳐 농업이 개별 소유화 되었을 경우 보험료 부담과 관리 문제는 새로운 과제가 될 것이기 때문이다. 직업을 가진 이들은 사용자가 보험료의 반을 부담하게 되겠지만, 저소득 자영업자와 실직자들은 실직 기간 동안은 보험의 각출료를 모두 부담해야 하므로 피보험자의 부담을 가중시키게 될 것이다.

그리고 북한 제도의 경우는 현재 북한의 무상치료제를 이끌어 가고 있는 정부 예산에 일부 의존한다고 하여도, 저소득층이 확대될 것이며 실업으로 인한 소득 중단, 기업의 약한 경쟁력 등으로 인해 조세를 통한 재원 확보에도 한계가 있을 것이다. 무엇보다 의료보장을 포함해 각종 사회보장 제도를 지원하는 비용 충당을 위해 남한 지역의 과세율을 높이는 것도 사회적 합의를 얻기가 쉽지 않을 것이기 때문이다.

동유럽의 국가들의 전환 과정에서 공통적으로 지적되고 있는 것 중 하나가 기업들이 사회보장비용에 대한 부담으로 인해 고용 증가를 회피하거나 비공식적 고용 형태를 유지하려고 한다는 점이었다. 이 문제 해결을 위해 홍보, 인식 전환 등 다양한 측면에서 접근해야겠지만 결과적으로 노동자들이 사회보장의 사각지

대에 놓이게 된다는 점에 주의할 필요가 있다. 비슷한 상황 속에서 보험료를 납부할 수 없는 이들을 위해 일정기간 동안 정부 책임 하에 연방 고용청 등에서 의료보험료를 대납한 제도를 독일이 운영했다는 것도 긴급한 사회 변화 속에서 제도가 어떻게 대처할 것인가에 대한 아이디어를 제공한다. 통일 한국의 의료보장제도에서는 의료보장 재정체계 즉 재원조달과 배분에 대한 전반적인 혁신이 있어야만 문제를 최소화하고 적절한 의료서비스와 함께, 보험자는 장기적으로 안정된 의료보장제도를 유지할 수 있을 것이다.

마지막으로, 체제전환으로 인해 긴급하게 발생한 의료 욕구에 대응할 수 있는 체계를 준비해야 하고 북한 지역에서의 안정성 있는 의료 서비스를 공급하기 위한 의료 인프라 구축을 위한 재정을 확보해야 한다. 의료 인프라를 구축한다는 것은 의료시설의 적절한 설치, 양질의 의료 인력의 배치, 그리고 기본적인 의약품의 충분한 공급 등을 가능하게 하는 것이다.

대체로 체제전환 이전의 동유럽은 이상적인 이념을 가지고 의료보장제도를 운영했지만 낡은 시스템으로 인한 누적된 문제를 유산으로 물려주었다. 이것은 사회변동에 대해 효과적인 적응적 대처를 하지 못하게 했고 부담으로 작용했다. 현재의 북한 보건의료실태를 고려할 때 동유럽의 상황과 비슷한 부담을 전해줄 것으로 보인다. 북한 의료 인프라 구축을 위한 각종 자원의 준비와 관련 제도의 준비는 신속하게 의료보장제도의 안정화에도 중요하고 무엇보다도 동유럽에서 처럼 인간 개발 조건을 더욱 악화 시키지 않도록 하는 중요한 조건이 될 것이다. 뿐만 아니라 남북한의 경우 동유럽 국가와는 달리 제도 통합, 위기관리 등의 통일 비용 등이 고려되어야 한다는 점에서도 보다 적극적인 지원체계를 갖추는 것이 필요하다. 따라서 통일 한국을 바라보면서 의료보장제도를 구상할 때 전환관리를 단순히 시장 중심의 경제체제 전환의 관점에 종속되지 않고 의료보장제도가 가진 특수성을 고려하여 장기적인 발전 방향을 고려하면서 각각의 의료보장 체계를 개발하는 것이 필요하다 하겠다.

VI. 결론

본 연구는 통일 전후한 북한의 변화와 그로 인한 의료보장예의 영향을 주목하

면서 체제전환 과정을 경험한 동유럽의 사례를 통해 북한 사회가 직면할 수 있는 의료 보장 관련 문제를 예측하고 이에 효과적으로 대응할 수 있는 의료보장 제도를 이루기 위해서 필요한 과제를 제시하였다.

흔히 체제 전환은 사회주의 경제 체제의 열등성과 자본주의 경제체제의 우월성을 기본으로 하여 방향 지워진다. 그러나 서구 자본주의 혹은 서구 복지국가의 사회 운영 및 조정의 방식이 자동적으로 각종 문제해결로 이끄는 기제는 아니라는 것을 인식하는 것은 매우 중요하다. 민주주의가 정치체제 또한 인간의 고통을 감소시키는데 반드시 공헌한다고도 할 수 없다.³⁹⁾ 기존의 삶의 형태를 부인하고 급격한 사회의 전환을 경험하면서 더욱 증가하게 되는 사회적 약자들이 소외되는 정책들은 제거되어야 하며, 시장경제에서 경쟁 원리로 승리한 일부 계층에게 오히려 더 큰 분배의 몫을 제공하지 않도록 하는 긴장이 필요하다 하겠다.

이러한 문제들은 통일 초기의 전환단계에서 일시적으로 정부 역할을 확대하는 것으로 해결할 수 없을 것이다. 또한 가시적이면서도 빠른 정책 효과를 위해 선별적이며 일부 대상자 중심의 서비스 프로그램, 민영화 및 탈규제화 등은 사회복지적 측면에서는 지속적인 문제 해결의 방안이 되지 못한다. 의료보장은 특히 사회보장의 핵심 부분으로서 그 제도의 성공 여부가 미칠 사회적 여파를 고려할 때 장기적인 안목을 가지고 접근하는 것이 필요하다. 이를 위해서 현재 남북한이 각각 유지하고 있는 제도의 혁신을 미래 구상할 필요가 있으며 다양한 영향변수에 대한 예측과 그에 따른 대응을 준비하는 논의가 가속화되어야 한다. 의료보장제도를 구성하는 각각의 체계들이 사회변화로 어쩔 수 없이 발생한다고 보는 개개인의 희생을 소홀히 하지 않고 사회통합을 고려하면서 만들어져야 할 것이다.

불확실성의 대표적 변수라고 할 수 있는 남북한 통일을 효과적으로 대비하는 것은 결국 여러 측면에서 문제를 바라보고 그에 따른 다양한 아이디어를 구축하는 것이다. 이를 위해 통일의 형태, 통합의 속도를 각각 고려하면서 의료보장의 이념에 부합하는 의료보장의 체계와 그 운영에 대해 지속적으로 구상하는 것이 추후 과제라고 할 수 있다.

39) Ferge & Tausz, *op. cit.*, pp. 197~198.

〈참고문헌〉

- 김진수, “통일에 대비한 인구이동 및 사회복지 대책방안,” 『한국사회정책』, 3호, 1996.
- 라메쉬 미쉬라, 『복지국가의 사상과 이론』, 남찬섭 역, 한울아카데미, 2001.
- 명창식, “동구체제전환국의 경제개혁에 관한 연구,” 『산업경영연구』, 제11권, 2001.
- 문옥륜, 『북한의 보건의료제도 운영』, 아주남북한보건의료연구소, 2001.
- 배화숙, “통일 한국의 의료보장제도 모형 개발,” 부산대학교 박사학위논문, 2004.
- 손명세 · 이용갑 · 박종연, 『통일독일의 보건의료체계 변화』, 아주남북한보건의료연구소, 1999.
- 신용도 · 이상목 · 조성일, 『북한경제체제 전환 분석』, 소화, 2002.
- 임강택, 『북한의 개혁 · 개방정책 추진 전망』, 통일연구원, 2002.
- 오정수 · 정연택, 『사회주의 체제전환과 사회정책』, 집문당, 1999.
- 이기동, “사회주의 체제전환전략과 전환비용: 폴란드와 헝가리의 초기 전략을 중심으로,” 『통일연구논총』, Vol. 6, No. 2, 1997.
- 이정우, 『남북한 사회보험제도의 장단기 통합방안』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 전성우, “통일 독일의 사회통합,” 『남북한 사회통합: 비교사회론적 접근』, 민족통일연구원, 1997.
- 조동호, 『경제체제전환기의 노동정책: 동구의 경험과 한반도에 대한 시사점』, 한국개발연구, 1997.
- 조홍식, “남북한 사회통합을 위한 사회복지의 과제,” 『21세기 민족통일에 대한 사회과학적 접근』, 서울대학교 출판부, 2000.
- 최준욱 · 이명헌 · 전택승, 『체제전환국의 재정정책 경험과 북한에 대한 시사점』, 한국조세연구원, 2002.
- 최철영, “동구국가의 경제체제전환과 남북한 통합,” 『통일문제와 국제관계』, Vol. 7, 1996.
- 통일부, 『독일통일백서』, 독일연방수상실, 『독일통일 현황에 관한 독일연방정부의 2002년 연례보고서』, 2003.
- 통일원, 『독일통일실태 자료집: 경제 · 사회분야』, 1993.

홍기준, “통일 후 남북한 사회통합: 새로운 이론 구성을 위한 시론,” 『국제정치논총』, 제39권 3호, 1999.

Fajth, Gáspár, “Social Security in a Rapidly Changing Environment: The Case of the Post-Communist Transformation,” *Social Policy & Administration*, Vol. 33, No. 4, 1999.

Ferge, Zsuzsa & Tausz Karalin, “Social Security in Hungary: A Balance Sheet after Twelve Years,” *Social Policy & Administration*, Vol. 36, No. 2, 2002.

Górnjak, Jaroslaw, “Poverty in Transition: Lessons from Eastern Europe and Central Asia,” *Choice for the Poor: Lessons from National Poverty Strategies*, UNDP, 2002.

Henke, Klaus-Dirk, “Das Gesundheitssystem im gesamtdeutschen Einigungsprozeß,” *Wirtschaftsdienst*, VII, 1999.

Illner, Michal, “The Changing Quality of Life a Post-Communist Country: The Case of Czech Republic,” *Social Indicators Research*, Vol. 43, 1998.

Jensen, Nathan M., “Rational Citizens Against Reform: Poverty and Economic Reform in Transition Economies,” *Comparative Political Studies*, Vol. 36, No. 9, 2003.

Matějů and Věcerník, Social Costs of Transformation, National Report, Czech Republic, Institute for Human Sciences, Vienna, SOCO Working Papers, 1995.

Maynard, A., “Competition in the UK NHS: Mission Impossible?,” *Health Policy*, Vol. 23, 1993.

OECD, *Transition at the Local Level: The Czech Republic, Hungary, Poland and the Slovak Republic*, Centre for Co-operation with the Economies in Transition, 1996.

UNDP, *Human Development Report for Central and Eastern Europe and the CIS*, 1999.

UNDP, *Human Development Under Transition: Summaries of National Human Development Repots*, Europe and CIS, 1995.

<http://countrystudies.us/poland>