

사회보험의 시장화, 어떻게 볼 것인가?

- 국민연금 및 건강보험을 중심으로 -

김연명(중앙대 사회복지학과)

I. 서론: 주어진 질문

필자에게 주어진 발표문의 주제는 “전통적으로 사회복지학계에서는 시장의 역할 확대를 규범적인 차원에서 금기시켰는데 ① 이러한 기조가 여전히 타당한 것인지, ② 시장의 역할 확대는 어떤 문제를 가지는지, ③ 문제가 된다면 시장의 공세를 막을 수 있는 정부와 시민사회의 역할은 어떠해야 하는지, ④ 문제가 되지 않는다면 시장 확대를 위해 어떤 전략이 모색되어야 하는지를 한국의 국민연금과 의료보험을 중심으로 검토”해 달라는 것이다. 구체적으로 고령화와 세계화의 진전으로 복지국가에 대한 압력이 커지고, 후기산업사회에서 복지선호의 다기화 등의 영향으로 시장원리의 도입, 민영화 등을 주장하는 목소리가 커지는 상황에서 국민연금과 의료보험에서 정부와 시장의 역할을 재조망해 볼 필요가 있는데 이 논쟁점을 '국가복지주의' *state welfarism* 혹은 '친복지적' *pro-welfare* 입장에서 검토해달라는 것이다.

공공부문에 의한 복지공급을 강화시켜야 한다는 국가복지 확대 전략은 한국 사회복지의 발전 전략의 핵심이 되어야 하고, 또한 여전히 유효하고 추구해야 할 의미있는 전략이다. 하지만 이 입장은 두 가지 점에서 상당한 한계를 갖고 있다. 첫째 정부예산의 현실적인 제약상 공공부문에 의한 ‘획기적인’ 복지공급 전략은 기대하기 어렵고 공공부문의 복지공급이 늘어난다 해도 급속히 팽창하는 국민들의 복지욕구를 충족하기 어렵기 때문이다. 복지부문에서 가장 ‘진보적’이었던(?) 김대중, 노무현정부 10년간 급속한 국가복지의 팽창을 목격했지만 사회복지공급구조는 여전히 시장부문이 압도하고 있는 현실은 (제II장 참조) 공공부문의 획기적 강화를 통한 소위 ‘사회민주주의적 복지공급구조’의 확립 전략의 효과성에 상당한 의문을 던져주고 있다. 둘째로 국가복지 확대전략은 이미 한국의 사회복지공급구조에서 다수파로 군림하고 있는 영리부문의 복지공급구조의 중요성을 간과하게 만

드는 부작용이 있다. 이미 현실적으로 존재하고 있는 민간부문의 복지공급구조를 합리화, 효율화시키는 과제는 공공부문의 획기적 확대가 어려운 현실에서는 전체 국민의 복지 증진에 매우 중요한 의미를 갖는다. 가령 시설수에서 90% 이상을 점유하는 민간의료기관과 민간보육시설을 시장영역이라고 부정적으로 인식하기보다는 이들을 시장의 틀 내에서 합리적으로 작동하게 만드는 것이 국가복지의 확대만큼이나 중요한 의미를 갖는다. 이런 두 가지 점을 근거로 이 글에서는 전하고자 하는 내용은 다음과 같은 세가지이다.

첫째, 이미 사회복지공급구조에서 다수파를 점하고 있는 민간영리부문의 작동을 합리화, 효율화시키는 전략은 국가복지의 확대만큼이나 중요하기 때문에 복지부문에서의 시장이 제대로 작동하기 위한 조건을 만드는 것이 ‘친복지 진영’에게 매우 중요하다.

둘째, 건강과 노후소득보장 영역에서 국가와 시장의 역할분담을 전제로 하는 소위 다층 구조모델 *multi-pillar model* 은 이론적으로 타당하나 실제 작동여부는 다소 비관적이다. 노후소득보장에서는 퇴직연금과 개인연금 등에 대한 더 강한 국가규제가 있어야 다층모델의 성립될 가능성이 높아지며, 건강보험의 경우는 공공보험의 보장성 강화를 전제로 민간보험의 역할이 설정되어야 한다. 두 영역 모두 시장에 대한 규제 완화보다는 규제 강화가 이루어져야 정상적인 다층모델이 성립될 수 있다.

셋째, 민간영리부분이 복지공급구조에서 압도적 우위를 차지하는 상황에서 ‘경쟁’과 ‘선택’이라는 시장친화적 수단의 도입은 수용될 수밖에 없으며 합리적인 국가 규제가 작동할 경우 시장에 의한 복지공급구조를 효율화시키는데 도움을 줄 수 있다.

II. 사회복지 공급구조: 영리부분의 압도적 우위

기존의 비교사회정책 연구는 사회복지 욕구가 국가 혹은 넓은 의미의 공공부문 뿐만 아니라 시장과 가족, 공동체 등 다양한 민간부문의 제도를 통해 해결되며, 공공부문과 민간부문의 역할과 비중은 복지를 발전시켜 온 해당 국가의 역사적 경험에 따라 상이하다는 것을 알려주었다 (Johnson, 1987; Esping-Andersen, 1990). 때문에 한국의 경우도 복지공급 구조에서 공공과 민간이 어떤 비중을 차지하고 있는가를 먼저 살펴보는 것이 복지공급 구조에서 시장의 역할에 대한 방향과 이에 따른 논점을 명확히 하는데 유익할 것이다. 사회복지에서 공공과 민간의 개념과 범주의 설정은 어떤 기준을 사용하는가에 따라 다양한 분류가 가능하나¹⁾ 여기에서는 서비스 혹은 현금 등의 복지급여 공급 주체를 영리성을 기준으로 분류하여 한국의 사회복지 공급구조에서 공공과 민간의 비중을 보기로 한다.

1) 공공과 민간의 개념은 서비스를 생산하는 주체, 재원을 부담하는 주체에 따라 다양한 분류가 가능하다. 그러나 이 문제는 이 글의 주제가 아니므로 생략하기로 하며 한국의 상황에서 이와 관련된 논의는 김종건 (2004), 김진욱 (2005), 김교성 외 (2006)을 참조하기 바람.

<표 1>은 한국의 대표적인 복지제도인 건강보험과 보육에서 현물의료서비스와 보육서비스를 공급하는 기관을 공공과 민간으로 구분한 것이다. 의료기관은 92.3%가 영리성을 띠는 민간부분에 속하고²⁾ 공공부분은 7.7%에 불과하며, 보육시설 역시 민간부분이 95.0%로 공공부분 5.0%에 비해 압도적인 우위를 차지하고 있다. 한국의 공공의료기관의 비중은 세계적으로도 낮은 비중을 보이는 일본의 30%에 비해서도 더 낮은 비율을 보이고 있다. 노인요양보험의 도입과 더불어 급팽창이 예견되는 요양시설 역시 민간부분이 절대적 다수를 차지할 것이기 때문에 우리 나라는 세계적으로도 민간복지 공급자가 압도적 우위를 차지하는 보기 드문 사례가 될 것으로 예견되고 있다.

<표 1> 보건의료 및 보육시설의 공공과 민간의 비중

(단위: 개, %)

구분	공공부분	민간부분	합계
의료기관(2002)	3,401(7.7)	40,628(92.3)	44,029(100.0)
보육시설(2004)	1,349(5.0)	25,554(95.0)	26,903(100.0)

자료: 보건복지부, 「보건복지통계연보」 각년도.

공적연금과 공적 의료보험에서 제공하는 현금(연금)과 현물의료서비스를 제공하는 기능과 중첩되는 민간보험시장의 측면에서도 우리나라는 경제력보다 높은 규모를 보이고 있다. <표 2>는 생명보험과 손해보험을 합친 수입보험료 규모가 2006년을 기준으로 세계 7위권을 기록하고 있으며 수입보험료의 GDP 대비 규모로는 세계 4위에 올라있다. 즉 한국은 세계적으로도 민간보험시장이 대단히 발달한 나라에 속한다.

<표 2> 한국 민간보험시장의 규모와 국제 순위

	1990	1997	2000	2006
수입보험료 규모(순위)	11	9	7	7
수입보험료/GDP (순위)	1	2	3	4
국민1인당 지출 보험료(순위)	18	18	18	21

자료: 보험개발원(2007:686-687)

2) 우리나라의 민간의료기관은 법적으로 비영리기관이나 내용적으로는 영리기관임을 부인하기 힘들다. 최근 논란이 되는 영리의료기관 도입 논의에서 영리의료법인이라 함은 수익금을 자본투자자에게 배분할 수 있는 법인을 의미한다. 현행법상 의료법인은 주식회사처럼 수익금을 투자자에게 배분할 수 없다는 의미에서 비영리법인에 해당한다 (이용갑, 2006).

<표 3>은 공적연금 및 의료보험과 유사한 기능을 제공하는 민간생명보험의 수입보험료 규모를 공공보험인 사회보험의 수입 규모와 연도별로 비교한 것이다. 이 표에 의하면 2005년 기준으로 민간생명보험의 수입보험료 규모가 GDP 대비 7.62%로 4대 사회보험과 공무원, 군인, 사학연금을 합친 사회보험의 보험료 수입 규모 6.60%를 약 1% 초과하고 있다. 즉, 이 표는 노후소득보장과 의료서비스 부분에서도 우리나라는 민간영리부분의 공급 구조가 공공부문을 상회하는 수준으로 자리 잡고 있다는 것으로 보여주고 있다.

<표 3> 민간생명보험과 사회보험의 수입 구조의 추이 (1970-2005)

구분	민간생명보험 수입액		사회보험 수입액					
	금액 (십억)	GDP대 비 (%)	소계		4개 공적연금	건강보험	고용보험	산재보험
			금액(십억)	GDP대비(%)				
1970	14	0.52	24	0.89	21	-	-	3
1980	603	1.64	601	1.63	341	180	-	80
1990	16,043	9.00	5,919	3.32	2,915	2,432	-	572
2000	46,670	8.07	28,576	4.94	15,837	8,737	2,047	1,955
2005	61,472	7.62	53,219	6.60	27,501	19,156	3,603	2,959

자료: 보험개발원, 「보험통계연보」 각년도, 노동부, 「산재보험사업연보」 각년도, 건강보험관리공단, 「건강보험통계연보」 각년도, 근로복지공단, 「고용보험연보」 각년도.

비고: 1) 1970, 1980년은 GNP 기준임.

2) 수입액은 보험료에 국고지원금 및 기타 수입을 합한 금액임

3) 군인연금 중 2005년 수치는 2004년도 자료를 사용하였음.

간단히 검토한 한국의 복지공급구조의 공공과 민간의 비중이 이 글의 주제와 관련해서 의미하는 바는 두 가지이다. 하나는 연금과 의료서비스를 포함하여 한국의 사회복지공급 구조는 영리를 목적으로 하는 민간부분이 압도적 우위를 차지하고 있다는 점이다. 때문에 복지공급에서 국가가 효율적이나 혹은 시장이 효율적이라는 논의를 차치하고서라도 시장을 통해 공급되는 복지공급구조를 공공부문 우위로 바꾸는 것은 현실적으로 불가능에 가깝다는 것이다(!). 가령 ‘무상의료’, ‘무상교육’같은 상징적 구호를 논외로 할 경우 주어진 정치적 여건에서 제시할 수 있는 수준은 현실적으로 (한국의 진보적 시민단체나 관련 운동단체에서 제시하듯이) ‘공공의료 30% 확보’, ‘공공보육시설 30% 확보’정도가 될 것인데 이 정도마저도 현실정치에서는 실현하기 힘들다는 것이다. 가령 노무현정부에서도 공공의료 30% 확보는 구호로 끝나버렸으며, 가장 많이 예산이 팽창된 육아관련예산³⁾도 민간위

3) 참여정부에서 육아관련 예산은 2002년의 2,461억원에서 2007년 1조 3,366억원으로 약 5.3배가 증가하였음.

주의 보육서비스 공급구조를 바꾸기에는 턱없이 부족했다.

두 번째는 현실적으로 존재하는 시장을 통한 복지공급구조를 시장원리에 맞게 작동시키는 것이 한국 사회복지의 전체적 발전에 매우 중요하다는 점이다. 이미 압도적으로 존재하는 시장에 의한 복지공급구조를 단순히 ‘규범적으로’ 반대하는 것은 아무런 해결책이 되지 않으며 이에 대한 무관심 역시 전체 사회복지의 발전에 도움이 되지 않는다는 점이다. 때문에 현실적으로 대규모로 존재하는 시장을 통한 복지공급이 시장의 원리에 맞게 공급되어 시장의 효율성이 작동되도록 만드는 것이 국가복지의 확대만큼이나 중요한 의미를 갖는다. 다음 장에서는 이점에 대해 논의해 보기로 한다.

III. 시장화란 무엇인가? 몇 개의 개념적 논의

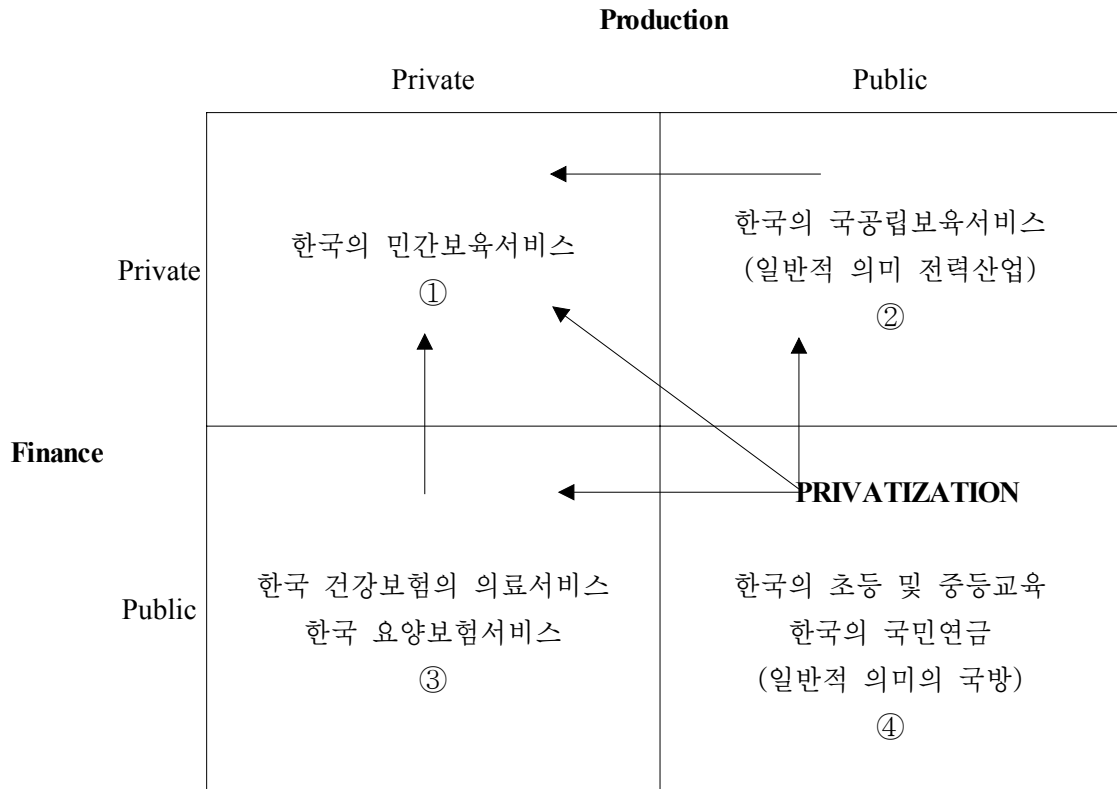
사회복지학계에 많이 사용되는 시장화 *marketization* 라는 용어는 복지 책임을 국가(공공) 부문에서 민간(시장)부문으로 이전시키는 방향을 의미하나 명확한 의미로 사용되지 않는다. 이 글에서는 시장화의 의미를 세 가지 의미로 분류해 사용하기로 한다. 첫째, 서비스의 생산과 재원조달 측면에서 공공부문이 담당하던 것을 시장부문으로 직접적으로 이전시키는 전략으로 흔히 ‘민영화’ *privatization*로 이해된다 (‘직접적’ 시장화). 둘째 이미 시장에 의해 공급되고 있는 급여와 서비스를 더욱 강화하는 전략이다. 이 전략은 민간시장 공급과 영역이 중복되는 공공부문의 축소 혹은 확대에 부정적 영향을 유도할 수 있기 때문에 일종의 ‘간접적’ 시장화 전략으로 볼 수 있다. 셋째 서비스의 제공에 있어서 공공부문의 직접공급방식이 아닌 공공과 민간 혹은 공공부문간, 그리고 민간부문간에 시장친화적인 ‘경쟁’과 ‘선택’의 원리를 도입하는 것이다⁴⁾. 시장화의 의미를 이렇게 세 가지로 분류하면 연금과 의료보험에서 시장화 논의를 좀 더 구체적인 차원에서 분석할 수 있다.

1. 직접적 시장화: 민영화

사회복지의 시장화를 논의할 때 가장 확실한 개념으로 잡히는 것이 민영화라는 개념이다. 그러나 Barr(2003:89)의 지적처럼 “민영화의 개념은 결코 단순하지 않다.” Barr는 민영화의 개념을 사회복지에 적용할 경우 <그림 1>과 같이 서비스의 생산과 재원의 조달을 민간이 하는가 아니면 공공부문이 하는가에 따라 분류한 후 방향이 박스 ④ → 박스 ①, ②, ③으로 이동하는 경우를 포괄할 수 있다고 하였다. 즉, 서비스의 생산과 재원의 조달

4) 현재 건강보험과 국민연금에서 쟁점이 되고 논란이 벌어지는 것은 첫 번째 의미의 시장화라기 보다는 두 번째와 세 번째 의미의 시장화이다. 때문에 분석의 초점도 두 번째와 세 번째에 초점을 두기로 한다.

<그림 1> 민영화의 개념도



비고: 박스 ④ → ①, ②, ③의 방향 화살표는 Barr의 원 그림이나 박스 ② → ①, ③ → ① 방향의 화살표는 필자가 추가한 것임. 그리고 박스안의 예도 필자가 추가한 것 (단, 팔호안의 예는 Barr의 것임)

Source: Nicholas Barr (2003:90)

이 공공부문을 통해 이루어지던 것이 서비스 생산이 민간부문으로 이동하거나 재원조달이 민간부문으로 이동하는 경우 혹은 서비스 생산과 재원조달이 모두 민간부문으로 이동하는 경우를 모두 포함하여 민영화라는 개념으로 포괄할 수 있다는 것이다⁵⁾.

<그림 1>과 같은 분류기준을 근거로 한국의 주요 복지제도를 분류할 경우 명확한 분류가 어려운 점이 있으나 단순화시켜 논의하면, 건강보험의 경우 (그리고 요양보험의 경우도) 재원은 기여금과 국고보조금 등이 주재원이므로 공공부문을 통해 조성되고, 의료서비스의 생산은 민간부문이 주도하므로 박스 ③으로 분류할 수 있다⁶⁾. 국민연금의 경우는 현

5) Barr는 이 그림은 '규제'라는 개념을 담고 있지 않기 때문에 완벽한 것이 아니고 규제개념을 포함하여 민영화의 의미를 좀 더 세분화한다 (2003:90-92). 그러나 이 글에서 민영화가 초점이 아니기 때문에 더 이상의 논의는 생략하기로 한다.

6) 물론 여기서도 법정 본인부담금과 비급여 본인부담금이 매우 크기 때문에 재원이 공공부문으로 조달되는 것이

물서비스의 생산이 없으므로 <그림 1>의 개념에는 정확히 맞지 않으나 재원이 강제성을 띠는 기여금으로 조성되고 관리운영을 공공부문이 담당하고 이윤성이 없다는 점에서 박스 ④로 분류할 수 있다. 보육서비스는 시설이 국공립인가 혹은 민간인가에 따라서 박스 ②와 박스 ①로 나누어 분류할 수 있다⁷⁾. 이렇게 분류할 경우 한국에서 복지의 민영화라 함은 <그림 1>의 화살표 방향으로 이동하는 모든 것을 의미한 것으로 이해할 수 있는데 이 글의 초점인 건강보험과 국민연금과 관련하여 보충적인 논의가 필요하다.

국민연금의 경우 민영화라 함은 박스 ④에서 박스 ① 혹은 박스 ③으로 이동하는 경우가 있을 수 있다(박스 ②로의 이동은 불가능한 모형임). 박스 ④에서 박스 ①로 이동하는 모형은 국민연금을 완전히 폐지하고 민간보험회사가 판매하는 생명보험상품에 국민연금의 기능을 모두 맡기자는 것으로 국내에서 이런 의미의 민영화를 주장을 하는 경우는 거의 없다. 박스 ④에서 박스 ③으로 이동하는 경우, 즉 재원조달은 공적인 수단으로 하되, 보험공급을 민간이 주도하는 경우로 칠레의 ‘개인저축계좌’제도⁸⁾ (ISA, *Individual Savings Accounts*)의 도입이 이런 의미의 민영화로 이해할 수 있다⁹⁾.

건강보험의 경우는 박스 ③에서 박스 ①로 전환되는 의미에서의 민영화가 이론적으로 가능하다. 즉 건강보험을 폐지하고 대부분의 인구가 미국처럼 민간생명보험회사의 의료보험상품을 자발적으로 구매하는 경우이다. 국내에서 건강보험의 민영화와 관련하여 아이디어 수준의 다양한 논의가 있었으나 (이준영, 2003) 최근까지 논의되는 것은 의료저축계좌(MSA, *Medical Savings Accounts*)의 도입 문제이다. 하지만 MSA의 도입도 다양한 모델이 있어 MSA 도입 자체를 민영화로 이해할 수는 없다. 가령 급진적 시장주의자들은 공공부문(국민건강보험공단)이 관리운영하는 현행 건강보험을 MSA로 교체하여 민간보험회사가 주도하는 완전한 시장주도모델로 전면적으로 교체하자는 주장을 하기도 하지만 (자유기업센터, 1998a), 사회보험모델을 전제로 경증질환만을 대상으로 하는 제한적인 MSA를 주장하는 경우도 있다 (국민건강보험발전위원회, 2004:47; 최병호, 2001). 전자의 모델은 박스 ①로의 완전한 전환을 의미하기 때문에 민영화로의 이동으로 볼 수 있지만 후자의 제한적

타당한가라는 지적이 있을 수 있다.

- 7) 물론 민간시설이라 하더라도 보육료 규제가 있고, 국공립이라 하더라도 개인부담금이 있기 때문에 분류의 논란이 있을 수 있다.
- 8) 칠레모델은 가입의 강제성이 있다는 점에서 완전민간모형으로 보기 어렵다. 선택의 자유는 있지만 가입의 강제성이 있고 기여금도 강제징수이므로 재원조달의 공공성이 있는 것으로 보아야 한다.
- 9) 칠레형의 개인저축계좌방식 도입하는 의미에서의 민영화 필요성은 일부에서 주장한 바가 있으나 (자유기업센터, 1998b), 현재로서는 정치, 사회적 쟁점이 되지 않을 뿐만 아니라 실현 가능성이 높지 않고, 이미 설득력 있는 비판이 (이용하, 김진수: 1998) 나와 있기 때문에 논의를 생략하기로 한다. 특히 칠레모델에서 영감을 얻어 공적연금의 민영화로 연금개혁논의를 완전히 바꾼 세계은행도 (1994년 보고서, *Averting the Old-age Crisis*) 최근에 민영화가 유일하고 최선의 대안이 아니라고 입장을 바꾼바 있다 (Holzman and Hinz, 2005). 범위와 강도는 다르지만 칠레식으로서의 제도 전환을 이룬 많은 라틴아메리카국가에서 여전히 공적연금의 적용율이 극히 낮다는 (Gill et al., 2005:4-9) 이유만으로도 칠레모델을 한국사회에 적용하기는 설득력이 매우 약하다. 그리고 노령, 질병 등의 사회적 위험을 왜 시장이 아닌 국가공급이 효율적인가에 대해서는 너무나도 많은 이론적 근거가 있기 때문에 여기서 이 논의를 반복할 필요는 없을 것으로 보인다.

MSA 모델은 의료책임의 일부를 시장으로 이동시키기 보다는 ‘집단’책임에서 ‘개인’책임으로 전환하자는 것이기 때문에 박스 ①의 모형, 즉 민영화로의 이동이라고 정의하기 어렵다. 사회보험모델을 전제로 한 경증질환에 대한 MSA 도입 논의는 최근에도 언급이 된 적¹⁰⁾이 있으므로 뒤에서 다시 논의하기로 한다.

정리하자면 사회보험의 형태로 존재하고 있는 현행 국민연금과 건강보험을 완전한 시장 메커니즘에 맡기는 전면적 민영화 모델은 가능성이 매우 낮아 보인다. 오히려 두 제도의 시장화는 다음 절에서 언급할 다층보장체계를 전제로 시장공급구조를 강화하거나 혹은 사회보험의 관리운영에서 경쟁과 선택같은 시장친화적인 수단의 도입이라는 측면에서 쟁점이 형성되고 있다. 제4장과 제5장에서는 이 부분에 논의를 집중해 보기로 한다.

2. 간접적 시장화: 시장공급의 강화

두 번째 의미의 시장화는 노령, 사망, 장애, 그리고 질병 노출로 인한 소득상실의 위험을 대비하기 위하여 시장에서 판매되는 민간생명보험회사의 보험상품 공급을 강화하는 전략을 말한다. 이 전략은 기존에 존재하는 공공부문의 복지공급을 완전히 민간으로 대체하는 직접적 시장화는 아니나 공공부문의 공급량에 영향을 미칠 수 있기 때문에 간접적 의미의 시장화로 볼 수 있다. 즉 민간생명보험이 대비하고자 하는 사회적 위험은 현행 국민연금과 건강보험이 포괄하는 위험 영역과 중복되기 때문에 민간보험의 공급을 늘리는 정부의 법적, 행정적 행위는 국민연금과 건강보험의 기능 축소 혹은 기존 사회보험의 영역 축소로 이어질 수 있으며 이런 의미에서 간접적인 의미의 시장화로 볼 수 있다.

간접적 시장화는 세계은행이 주장했던 사회보장의 다층모델 *multi-pillar system*이라는 맥락에서 좀 더 분명하게 인식할 수 있다. <그림 2>는 세계은행이 제안하여 세계적 ‘파문’을 던진 노후소득보장의 다층모델에 관한 ‘고전적’ 모형이다¹¹⁾ (The World Bank, 1994:15). 이 모형에서 2층에 해당되는 칠레 혹은 아르헨티나방식의 ISA 제도의 도입은 기존의 부과방식의 확정급여형 연금제도를 대체한다는 측면에서 1절에서 서술한 직접적 시장화, 즉 민영화로 볼 수 있다. 하지만 3층에 존재하는 ISA 나 혹은 기업연금제도 (더 나아가 민간개인연금)의 활성화는 2층에 부과방식 (혹은 우리나라처럼 부분적립방식)의 확정급여형 공적연금제도가 존재하는 경우 공적연금제도의 기능을 약화시키거나 혹은 약화시킬만한 중요한 근거로 작용하게 된다. 즉 공적연금제도를 완전히 민영화시키는 것은 아니다 민간개인연금이나 기업연금을 활성화시키는 전략은 공적연금제도의 기능 약화로 이어질 수 있

10) 2008년 사립대병원원장들이 정권인수위에서 MSA 도입을 건의했고, 이명박정부 내에서도 이 제도의 도입에 관한 논의가 공식화되지는 않았지만 검토되고 있는 것으로 알려져 있다. 보건복지부에서도 2003년에 경증질환을 대상으로 한 MSA의 도입을 논의한 바 있다.

11) 하지만 앞에서 언급했듯이 세계은행은 이 모형이 가장 최선의 모형이라고 더 이상 주장하지 않는다. 즉 민영화가 최선이라는 입장에서 상당히 후퇴한 것이다.

다. 뒤에서 자세히 보겠지만 2007년 연금개혁에서 우리나라 국민연금의 소득대체율을 60%에서 40%로 낮추게 만든 중요한 가정 중의 하나는 앞으로 시장을 통해 공급되는 퇴직연금과 개인연금이 활성화되면 노후소득보장의 다층모델이 구축되어 국민연금의 연금액 인하를 상당부분 보충할 수 있다는 논리이었다.

<그림 2> 세계은행이 제안한 다층연금제도의 모형

목 표	재분배 + 상호보험(coinsurance)	저축 + 상호보험	저축 + 상호보험
제도형태	자산조사방식(호주), 최저연금방식(칠레) 혹은 정액연금방식(아르헨티나)	개인저축제도(라틴아메 리카모델) 혹은 기업연금제도(영국,호주)	개인저축제도 혹은 기업연금제도
재원조달	조세 방식	규제적 완전 적립방식	완전적립방식
	강제적 공적관리연금제도 (1층제도)	강제적 민간관리연금제도 (2층제도)	민간보험제도 (3층제도)

자료 : World Bank(1994:15)

다층보장모델에서 간접적 시장화의 논리는 의료보장에도 적용될 수 있다. 즉, 민영건강보험을 활성화시키는 정부의 행위는 공공 의료보험의 보장성 확대를 가로막거나 혹은 공적 의료보험의 비중을 축소시키는 중요한 근거로 작용할 수 있게 된다. 의료보장의 다층모델은 노후소득보장의 다층모델만큼 정교하지는 않으나 국내 연구자들에 의해 다양한 형태로 제기되었으며¹²⁾ 최근에는 실손형 의료보험의 도입을 둘러싸고 쟁점이 형성되고 있다. 2006년부터 민간생명보험회사들의 ‘실손형’ 의료보험 판매를 허용해야 하는가를 두고 정부와 학계에서 상당한 논란이 벌어졌다. 당시 참여정부에서는 실손형 민간의료보험이 공보험인 건강보험의 재정을 악화시킬 가능성이 높고, 보장성의 확대에도 장애요인으로 작용할 것이라는 보건복지부의 입장이 관철되어 이 상품의 판매를 금지하는 쪽으로 방향

12) 의료보장의 다층 모델 구축에 대해서는 이규식(2006), 최병호 (2001), 김원식(2002) 등의 논의가 있으나 민간보험의 역할에 대해서는 서로 다른 의견을 제시하고 있다. 최병호는 부분적 MSA 도입, 이규식과 김원식은 일부 치료 영역에서 자발적인 민간의료보험 도입을 주장하고 있다.

이 잡혔었다. 하지만 이 논의를 주도했던 ‘의료산업선진화위원회’(위원장 국무총리)에서 명확한 결론이 내려지지 않아 (의료산업선진화위원회, 2007:435-438) 흐지부지 되고 말았다. 이명박정부에서 기획재정부를 중심으로 다시 이 논의가 공식화되고 삼성생명 등 대형보험사들이 금융감독원에 실손형 의료보험 상품판매를 신청해 놓은 상태이어서 현재의 시점에서 실손형 민영보험의 도입 가능성이 높아진 상태이다¹³⁾. 동시에 이명박정부에서 정책화될 가능성이 매우 높은 영리의료법인 허용과 건강보험 당연지정제 해제 등도 민간의료보험의 활성화로 이어질 가능성이 높기 때문에 일종의 간접적 시장화로 볼 수 있다. 간접적 시장화가 가져올 효과와 의미에 대해서는 국민연금과 의료보험의 구체적 제도적 쟁점을 다루는 제IV장과 제V장에서 다시 논의하기로 한다.

3. 시장친화적 수단의 활용: 경쟁과 선택의 원리 도입

시장화의 세 번째 의미는 공공부문 공급자가 복지 대상자에게 직접적으로 서비스를 제공하던 방식을 ‘경쟁’과 ‘선택’이라는 시장적 수단을 도입하여 서비스의 공급방식을 시장친화적으로 바꾸는 것이다. 영국 NHS에 도입된 내부시장 *internal markets* (Bartlett, Roberts and Le Grand, 1998)이나 독일이나 네덜란드에서 최근에 도입된 사회보험 보험자에 대한 선택권 허용, 그리고 우리나라의 일부 사회서비스에서 시행되는 전자바우처시스템이 바로 경쟁과 선택이라는 원리를 공공서비스 공급에 적용한 시장화의 대표적 예이다.

표준적인 경제학에서는 상품공급자와 구매자가 특정 상품의 시장가격에 영향을 미치지 못하는 완전경쟁시장에서 자원이 가장 효율적으로 배분된다고 가정하고 있다 (Stiglitz, 2002:71-72). 그러나 전통적인 복지국가에서 공공부문이 사회복지 재화와 서비스의 공급을 독점하면서 자원의 비효율적 배분과 왜곡, 그리고 소비자에 무반응성 등, 즉 소위 '국가 실패' *Government Failure* 가 나타났으며 이를 극복하기 위한 유력한 수단중의 하나로 경쟁과 선택이라는 시장원리의 도입이 부상되었다. 하지만 경쟁과 선택이라는 시장원리가 작동되기 위해서는 몇 가지 전제조건이 갖추어져야 한다.

그리너는 의료와 케어 등의 공공부문 사회서비스에서 시장원리가 작동하는 ‘공공시장’ *public markets* 이 성립되기 위해서는 일정한 공간 내에 최소한의 공급자가 존재하고, 수요자는 '충분히 고지된 선택' *informed decision* 을 할 수 있는 조건이 마련되어야 한다고 분석하며 경쟁의 가능성과 선택의 가능성에 따라 <표 4>와 같은 분류법을 제시하였다 (Greener, 2008). <표 4>에서 박스 ①은 특정 지역 내에 다수의 공급자가 존재하고 그 공

13) 기획재정부가 2008년 3월 10일 대통령 업무보고에서 ‘실손형 민간보험의 활성화와 건강보험공단 자료의 민간보험회사 공유’ 등의 방침을 밝히면서 추진 가능성이 높아졌고, 삼성생명은 이미 금융감독원에 실손형 의료보험의 판매 허용을 신청해 놓고 있는 상태이다 (머니투데이 “‘제2 유시민’ 없어 민영의보 가속 폐달(?)” (2008년 3월 25일자), 머니투데이, “삼성생명 민영의보 상품등록 신청” (2008년 3월 19일자))

급자가 제공하는 서비스의 질을 실질적으로 평가할 수 있는 조건이 갖추어진 경우이고, 박스 ③은 공급자가 충분치 않아 실질적인 경쟁이 어려운 조건을 의미한다. 박스 ②는 다수의 공급자가 존재하나 공급자가 제공하는 서비스의 질에 대한 정보가 충분치 않아 수요자가 ‘충분히 고지된 선택’이 불가능한 경우를 의미한다.

그리너의 이 분류법은 영국의 공공사회복지부에서 어떻게 경쟁과 선택이 작동될 수 있는가를 분석한 것이나 민간과 공공부문이 혼합되어 있는 한국의 사회복지 공급구조에도 응용할 수 있다. 한국의 대도시지역의 보육서비스는 일정 지역 내에 다수의 공급자가 존재하고 보육서비스의 질을 어느 정도는 판단할 수 있다¹⁴⁾는 점에서 경쟁과 선택이 가능한 박스 ①의 경우로 볼 수 있다. 하지만 병원이나 의사의 선택은 의료서비스의 질과 의사의 질에 대한 평가를 할 수 있는 객관적 정보가 매우 미흡하다는 점에서 공급자간의 경쟁은 가능하나 수요자의 ‘고지된 선택’은 선택이 어려운 경우, 그리고 연금 혹은 건강보험 관련 보험상품도 다수의 공급자(보험회사)가 존재하나 상품의 질과 가격을 비교하기 힘든 구조이기 때문에 ‘고지된 선택’이 어려운 경우로 분류할 수 있다 (박스 ②). 그리고 비도시지역의 보육서비스는 공급자가 충분치 않으나 ‘고지된 선택’이 어느 정도 가능한 점에서 박스 ③으로 분류할 수 있고, 건강보험이나 국민연금은 단일 공급자라는 점 때문에 경쟁과 선택이 불가능한 경우로 볼 수 있다 (박스 ④).

〈표 4〉 한국의 사회복지공급구조에서 경쟁과 선택의 가능성

	Choices can be made	Choices cannot be made
Competition possible	한국 대도시지역 보육서비스(?) (영국의 초등교육) ①	한국의 병원 혹은 의사 선택 한국의 민간보험 선택 ②
Low competition	한국의 비도시지역 보육서비스 (영국의 중등교육) ③	한국의 건강보험, 국민연금 (철도 여행) ④

비고: 박스 안의 예는 필자 추가한 것임 (단, 괄호안은 원저자가 예를 든 것임)

Source: Greener (2008:101)에서 재구성

이 그림을 놓고 보면 한국의 사회복지 공급구조에서 경쟁과 선택이라는 시장원리가 현

14) 가령 ‘직접 방문’이나 ‘평판’ 등을 통해 시설의 물리적 질이나 서비스의 질을 어느 정도 판단할 수 있다.

실적으로 작동될 수 있는지, 작동되지 않는다면 작동되게 만드는 정책들은 무엇인지에 대해 좀 더 분석적인 논의를 할 수 있다. 이 그림을 토대로 제V장과 제VI장에서 국민연금과 건강보험의 간접적 시장화 관련 쟁점들을 구체적으로 논의한다.

<표 4>에서 한 가지 강조해야 될 점은 선택에 있어서 정보의 중요성이다. 시장 참여자들 사이에서 재화와 서비스의 질과 가격 등에 대한 정보가 불균형적으로 분포되어 있는 '정보의 비대칭성' *information asymmetry* 문제는 경제학에서 기본적으로 가정하는 '완전경쟁 시장'이 성립되지 않는 핵심적인 이유이고 (Stiglitz, 2004:72-77; Barr, 2003:75-79) 이 문제는 시장에 대한 국가개입, 즉 ① 왜 공공부문이 왜 복지를 직접 제공해야 하는가? 그리고 ② 국가가 왜 시장에 대한 '규제' *regulation* 를 해야 하는가를 설명하는 핵심적인 이론적 근거이었다 (소위 '시장실패' *market failure*). 이 문제와 관련하여 한국적 상황에서는 두 가지 점이 강조될 필요가 있다. 첫째는 위에서 보겠지만 우리 나라의 민간생명보험구조는 정보의 비대칭성 문제를 해소하기 위한 장치가 매우 부실하여 경쟁과 선택의 원리가 작동하기 매우 어려운 구조라는 점이다. 둘째는 스티글리츠가 이론화한 것처럼 정보의 비대칭성 문제는 시장경제에만 적용되는 것이 아니라 '계획경제'에서도 나타난다 (Stiglitz, 2003). 즉 '불완전 정보' *incomplete information* 의 문제는 복지의 시장공급에서만 문제가 되는 것이 아니라 공공부문에서 제공하는 서비스에서도 충분히 발생된다. 따라서 경쟁과 선택의 원리가 제대로 작동하기 위한 정보의 비대칭성을 해소하는 문제는 민간부문 뿐만 아니라 공공부문의 서비스에서도 중요한 정책적 과제가 된다는 것이다.

IV. 국민연금에서 시장화의 쟁점

국민연금의 시장화를 둘러싼 쟁점은 '직접적 시장화' (완전 민영화)를 제외할 경우 첫째, 간접적 시장화, 즉 다층노후소득보장체계에서 법정퇴직연금과 개인연금 그리고 국민연금의 비중을 어떻게 조정할 것인가의 문제, 그리고 둘째, 시장이 공급하는 노후소득보장체계에서 경쟁과 선택의 원리가 어떻게 작동되고 있는가라는 두 가지로 모아진다. 두 번째 문제는 제VI장에서 민간의료보험 문제와 같이 다루기로 하고 여기서는 간접적 시장화의 쟁점을 보기로 한다.

1. 다층소득보장체계: 국민연금 vs 퇴직연금 및 개인연금

노후소득의 다층보장체계는 세계은행의 1994년 보고서 *Averting the Old-age Crisis*에서 제시된 이후 전 세계적인 논란을 불러왔는데, 핵심적인 내용은 부과방식의 공적연금제도

가 노인보호와 경제성장에 부정적 영향을 미치기 때문에 공적연금제도가 책임지는 노후소득원을 시장이 공급하는 다양한 기제를 통해 다양화시킬 필요성이 있다는 것이다(<그림 2>참조). 이러한 세계은행의 주장은 그 이후 전세계적인 논쟁을 거치면서 상당히 변화되었는데 94년 보고서에서 제시된 ‘3층구조’ *three-pillar structure* 가 확실한 빈곤목적 기능을 가진 0층과 가족지원과 개인의 주택소유 등의 노후소득보장 기능(4층)을 추가되면서 5층 모델로 전환되었다 (Holzman and Linz, 2005:2-3). 그리고 과거 세계은행의 3층모델의 핵심이었던 2층의 시장모델이 유일한 대안이라는 점에서 일정한 후퇴가 이루어졌다.

<표 5> 세계은행 다층연금제도의 유형과 한국의 노후소득보장제도

층	목표 집단			주요 기준		
	생애 빈곤층	비 공식 부문	공식 부문	특징	참여 유형	재원조달 혹은 자산형태
0층	X	X	x	기초생활보장제도 기초노령연금(?)	보편적 혹은 잔여적	일반예산
1층			X	국민연금 (DB)	강제	기여금 금융/ 실물자산
2층			X	법정 퇴직금(DB) 혹은 퇴직연금제도(DB or DC)	강제	고용주 분담금/ 금융재산
3층	x	X	X	기업연금 혹은 개인연금 (DB or DC). 주택연금(reverse mortgage)	임의	금융, 실물자산
4층	X	X	x	가족간의 사적이전. 개인의금융자산 및 주택연금 (reverse mortgage)	임의	금융자산과 비금융자산

비고: X의 유형은 X → X → x 순서로 해당집단에 대한 중요도의 순서를 나타냄.

Source: The World Bank (2005:82)를 토대로 재구성

세계은행의 다층노후소득보장의 신모델을 한국에 적용할 경우 <표 5>에서 처럼 기존 제도를 배치해 볼수 있는데, 간접적 시장화와 관련된 핵심 쟁점은 1층인 국민연금과 2층, 3층을 구성하는 퇴직연금제 그리고 개인연금의 역할과 비중을 어떻게 조정할 것인가의 문제이다. 기존의 한국의 연금개혁 방향의 주류적 입장 역시 국민연금의 재정불안정 문제

를 해소하기 위해 국민연금의 급여수준을 인하하고 (즉, 공공부문을 축소하고) 퇴직연금제와 개인연금 등을 보완적 노후소득보장원으로 활용해야 (즉, 시장공급의 확대) 한다는 것이었다 (보건복지부, 2006; 문형표, 2002; 김수완 외, 2005). 이런 패러다임은 법정퇴직금제도의 퇴직연금제 전환에 이론적 근거로 작용했을 뿐만 아니라 국민연금의 급여수준을 60%에서 40%로 급격히 낮추는데도 결정적인 근거로 사용되었다. 그렇다면 이러한 시장공급의 강화가 실효성있는 다층노후소득보장체계의 구축에 기여할 가능성이 있는가를 점검해 보아야 한다¹⁵⁾. 이는 퇴직연금제와 개인연금이 과연 국민연금제도의 보충적 역할을 하는 보편적 제도로서 성립이 가능한가의 문제이다.

2. 퇴직연금제와 개인연금의 보편주의화 ?

2005년 12월부터 시작된 법정퇴직금제도의 퇴직연금제 전환은 적어도 현재까지는 매우 느리게 진행되고 있다. 노동부의 최근 자료에 의하면¹⁶⁾ 2008년 2월까지 퇴직연금에 가입한 전체 근로자수는 <표 6>에서 보는 것처럼 5인 이상 전체 상용근로자 681만명을 기준으로 8.5%인 583천명으로 나타나고 있다. 그러나 정규직을 포함한 전체 임금근로자수를 기준으로 하면 임금근로자의 실제 가입률은 절반정도인 4% 내외로 추정된다. 사업장수를 기준으로 하면 전체 5인 이상 사업장('06년 기준 504,210개)의 6.5%인 32,647개가 가입되었고 500인 미만 사업장이 전체의 99.5%를 차지하고 있다. 전체 가입자 중 사용자의 부담금 납부는 이루어지나 사용자의 규약작성 및 교육의무가 면제되어 퇴직연금제의 기능이 취약해질 가능성 있는 IRA 가입자도 전체의 약 10%를 차지하고 있다.

<표 6> 퇴직연금제 도입 및 급여 유형 현황

(단위: 개소, %)

구 분	합 계	DB형	DC형	IRA 특례	개인형 IRA
근로자수(비율)	582,800(100)	298,654(51.3)	226,834(38.9)	53,864(9.2)	3,448(0.6)

자료: (2008), 「퇴직연금제도 도입 현황」 (보도자료, 2008.2)

퇴직연금제 가입을 사업장 규모별로 보면 <표 7>과 같은데 대규모 사업장과 소규모사업장의 가입율이 각각 5.2%와 15.2%를 기록하여 사업장 규모가 클수록 전환율이 높고 규모

15) 물론 다층소득보장체계 자체가 바람직한 것인간에 대해서는 별도의 문제제기가 필요하나 이 글의 초점에서 다소 벗어난 것이므로 생략하기로 한다. 필자는 노동시장구조의 변화나 인구구조의 변동을 감안할 때 다층보장체계 자체가 문제라고는 인식하지 않는다. 문제는 어떤 유형의 다층체계인가 하는 점이다.

16) 이하의 내용은 노동부 (2008), 「퇴직연금제도 도입 현황」 (보도자료, 2008.2) 참조.

가 작을수록 전환율이 떨어지는 현상을 발견할 수 있다. 이는 소규모사업장 근로자가 상대적으로 퇴직연금의 혜택을 볼 가능성이 낮아진다는 것을 의미한다.

<표 7> 퇴직연금제의 규모별 도입 현황

(단위: 개소, %)

구분	10 ~ 29인	30 ~ 99인	100 ~ 299인	300 ~ 499인	500인 이상
①도입사업장수	8,062	3,664	757	123	147
②전체사업장수	156,304	45,083	8,700	1,018	965
비율(①/②)(%)	5.2	8.1	8.7	12.1	15.2

자료: (2008), 「퇴직연금제도 도입 현황」(보도자료, 2008.2)

1994년부터 은행과 보험회사를 중심으로 판매되기 시작한 개인연금은 노후소득보장을 위한 본격적인 민간상품이다. 10년 이상 불입 시 만 55세부터 연금을 받을 수 있는 (연금은 납입기간 종료후 5년 이상 받을 수 있음) 개인연금은 노후불안이라는 새로운 문제가 부각되던 당시 사회분위기와 납입액의 70%까지 소득공제가 이루어지는 점 때문에 1994년에만 무려 410만명의 가입자를 확보할 수 있었다. 그러나 그 이후 신규계약건수가 급속히 감소하여 97년에는 91만건, 2001년에는 24만건 정도로 떨어졌다. <표 8>의 금융감독원의 자료에 의하면 2001년말의 보유계약건수는 373만건으로 총 취업자수 대비 17.7% 수준이고 적립액은 22조 3,583억원으로 나타나고 있다¹⁷⁾. 다층보장모델의 성립가능성과 관련하여 중요한 것은 가입율이 아니라 개인연금의 유지율이다. <표 8>은 1994년부터 2001년까지의 총 신규 가입건수가 1,158만건이나 785만건이 실효·해지 등의 사유로 탈퇴하여 2001년말까지 가입상태를 유지한 373만건으로 유지율은 33.2%에 불과하다. 유지율에 대한 최근 자료는 알 수 없으나 그 동안의 추세로 보아 유지율이 상승된 것으로 보기 어렵다. 한국노동패널¹⁸⁾을 분석한 한 연구에서 개인연금의 가구당 가입율을 알 수 있는데 2001년의 경우 25.1%, '02년은 15.7%, '03년은 15.6%를 기록하여 (전승훈 외, 2006:146) 개인연금이 보편적인 노후소득보장의 한 기둥으로 자리 잡기에는 한계가 있음을 알 수 있다.

17) 이하는 금융감독원(2002), 「개인연금운용현황」(보도자료 2002.7.10) 참조. 2002년 이후의 자료는 발견되지 않는다. 추측건데 해약율이 더 높아져서 '연금'으로서의 의미가 퇴색한 점과 연관이 있는 듯 하다.

<표 8> 개인연금 보육계약건수 연도별 현황 (1994-2001)

(단위: 천건, %)

구 분	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	유지율 ¹⁾
은 행	1,840	1,740	1,617	1,801	1,486	1,340	1,309	1,334	39.2
생명보험	1,643	2,182	2,406	2,139	1,692	1,598	1,651	1,506	26.0
손해보험	390	664	820	753	607	582	628	611	35.5
투신운용	233	373	344	304	246	224	210	205	33.8
우 체 국	-	-	-	-	83	67	71	77	-
합 계	4,107	4,960	5,187	4,997	4,115	3,811	3,869	3,733	33.2 ²⁾
(증감율)	-	20.8	4.6	△3.7	△17.6	△7.4	1.5	△3.5	

비고: 1). 유지율 = 2001년 보유계약건수 / '94~'01년의 신규가입건수 합계

2) 우체국 실적 제외

자료: 금융감독원 (2002), 「개인연금운용현황」 (보도자료, 2002.7.10)

3. 다층모델의 가능성과 한계

퇴직연금제와 개인연금의 현황 분석을 토대로 공공부문(국민연금)과 시장부문(퇴직연금 및 개인연금)의 역할분담에 대한 전망을 할 수 있다. 퇴직연금과 개인연금이 보편화되어 국민연금과 더불어 노후소득보장의 한 축이 될 수 있다고 한다면 공공과 민간이 역할을 분담하는 다층보장체계의 설득력은 높아진다.¹⁸⁾ 하지만 개인연금과 퇴직연금의 가입율이 현저히 낮다면 문제는 달라진다. 김수완·김순옥(2007)의 최근 연구는 이 글의 질문과 정확하게 일치하는 분석을 제시하고 있다. 정확한 자료입수의 한계 때문에 단순한 가정을 사용한 이 연구는 퇴직연금의 전환율이 해마다 3.5%유지되어 2020년에 총전환율이 52.5%가 되는 경우와 전환율이 3.5%에서 해마다 10%씩 증가하여 2017년에 75%가 되는 경우로 나누어 볼 때 2030년에 60세 이상 인구중 퇴직연금을 수급받는 비율은 각각 11.7%와 16.4%로 전망하고 있다. 개인연금의 경우는 2004년 가입자 현황을 기준으로 향후 인구변동을 고려하여 개인연금 수급자 비율을 추정하였는데 2030년에 65세 인구중 약 11.7%가 개인연금을 수급할 것으로 예측하였다. 결국 현행 퇴직연금과 개인연금이 다층모델에서 충실한 민간의 역할을 할 수 있을 것이라는 가정은 현재로서는 기대하기 어렵다. 더욱이 이 연구에서는 퇴직연금의 중도인출과 개인연금의 해지에 대한 가정이 들어가지 않았다. 중장년

18) 임병인·강성호의 연구(2005)는 국민연금의 보험료율을 9%, 소득대체율을 50%, 그리고 개인연금을 9%, 퇴직연금을 8.3%로 가정할 경우 40년 가입기간을 충족한 경우 전체소득대체율은 국민연금의 중위등급인 29등급의 소득대체율이 무려 111.4%(!!)로 나타난다.

단계에서 학비와 결혼비용, 그리고 의료비 등 목돈이 많이 들어가는 한국 가구의 지출구조를 고려한다면 퇴직연금이나 개인연금이 노후소득보장의 한 축을 담당할 수 있다는 가정은 더욱 약화된다. 동시에 퇴직연금이나 개인연금의 가입이 안정된 취업상태, 그리고 소득수준과 상당한 관련성을 갖기 때문에(전승훈 외, 2006), 즉 비정규직이나 저소득층의 경우는 상대적으로 시장공급구조에서 배제될 가능성이 높기 때문에 시장부분이 노후소득원으로 보편적으로 자리잡을 가능성은 더욱 희박하다고 보아야 한다.

지금까지의 논의를 요약하면 노후소득보장체계에서 시장공급의 강화는 국민연금의 급여 대체율을 급격히 낮춰 공적연금의 노후소득보장 기능을 약화시키는 기능을 했으며 시장에 의한 노후소득원의 공급이 공적연금의 기능 약화를 보편적으로 보완할 가능성은 크지 않다는 것이다. 여기에서 국민연금의 노후소득보장 기능을 다시 강화하는 방향으로 연금개혁이 추진되어야 한다는 주장의 (김연명, 2007) 근거를 확보할 수 있다.

V. 건강보험에서 시장화의 쟁점

건강보험의 시장화의 쟁점은 현실성이 떨어지는 건강보험의 완전 민영화를 제외할 경우 첫째, 최근 핵심적 쟁점이 되고 있는 건강보험과 민영의료보험의 역할 설정 문제, 둘째, 의료서비스 공급에서 경쟁과 선택의 원리를 도입하는 문제로 나누어 볼 수 있다. 두 번째 문제는 다시 공공부문 내에서 경쟁원리를 도입하는 쟁점, 즉 건강보험을 다보험자 형태로 전환하여 공공보험자간의 경쟁을 유도하는 방안 그리고 민간의료보험 시장에서의 경쟁과 선택원리의 작동 문제로 나누어 볼 수 있다. 맨 마지막 쟁점은 제VI장에서 개인연금 문제와 같이 다루기로 하며 여기서는 첫 번째와 두 번째 문제에 집중하기로 한다.

1. 다층의료보장체계: 건강보험 vs 민영의료보험

1) 실손형 의료보험 허용 문제

공적의료보장과 민간의료보장은 포괄하는 서비스의 범위가 중복될 가능성이 높기 때문에 민간부문의 크기에 따라 공적 의료보장의 서비스 포괄 정도가 영향을 받게 된다. <표 9>는 민간의료보험이 제공하는 서비스의 범위와 공적의료보장제도의 기능을 기준으로 민간의료보험의 유형을 구분한 표인데 나라마다 다양한 유형으로 구분할 수 있다. 현재 한국에서 쟁점이 되고 있는 것은 영국이나 미국, 독일처럼 일부 상위층을 공적의료보장의 서비스에서 완전히 제외시키거나 혹은 중복시키는 것이 아니라 프랑스나 캐나다처럼 공적

의료보장제도에서 제공되지 않는 급여를 민간건강보험이 포괄해야 하는가의 문제이다. 프랑스의 의료보험과 미국의 Medigap 제도에서는 민영건강보험이 법정 본인부담금을 지급하는 ‘본인부담 보충형 제도’가 있고, 캐나다의 경우는 공적의료보장에서 포괄하지 못하는 급여서비스를 민간보험이 포괄하는 ‘부가급여 보충형제도’를 갖고 있다.

<표 9> 민간의료보험의 유형 구분

		공적 의료보장제도의 적용 여부 (Eligibility to public HI)	
		예	아니오
민간의료보험 의 보장 내용 Health services covered by PHI	공보험과 같은 서비스 Same services covered by public health insurance	<u>중복형(Duplicate)</u> 영국	<u>대체형(substitutive)</u> 미국, 독일
	공보험의 본인부담 Co-payments on publicly insured services	<u>본인부담 보충형(Complementary)</u> 프랑스, 미국(Medigap)	
	부가서비스 Additional/ extra services	<u>부가급여 보충형(Supplementary)</u> 캐나다, 아일랜드	

비고: 용어의 사용은 이진석 외(2006:21)를 그대로 사용하였음.

자료: OECD (2004:30)

기존의 한국의 생명보험 및 손해보험업계에서 주로 판매해왔던 민간의료보험¹⁹⁾은 질병 노출 시 정액을 지급하는 ‘정액형 의료보험’으로 보험손실의 합리적 계산 불능, 공보험의 보완성 부족 등의 문제점을 갖고 있어 2006년부터 보험업계를 중심으로 ‘실손형 의료보험’의 판매가 논의되기 시작하였다 (이진석 외, 2005;2006)²⁰⁾. 실손형 의료보험은 국민건강보험에서 제공하지 못하는 법정본인부담금과 비급여본인부담금을 보장하는 상품으로써 언뜻 보기에 의료보장의 다층모델 구축으로 이해될 수 있는 측면이 있다. 하지만 이 상품의 판매가 허용될 경우 본인부담금이 갖은 도덕적 해이 방지기능이 약화되어 건강보험의 진료비 증가는 물론 건강보험의 보장성 확대가 어려워진다는 문제가 제기되었으며 이 상황에서 전술한 (pp.9-10) 실손형 의료보험의 판매 허용을 둘러싼 사회적 논란이 벌어졌다

이 논의에 대한 입장을 이해하기 위해서는 먼저 한국 건강보험의 보장율부터 살펴보자

19) 2006년을 기준으로 한국의 민영의료보험 시장 규모는 약 10조원으로 추계되어 건강보험의 약 절반수준에 이르는 것으로 추계되고 있다. 노령화 등의 진전, 그리고 건강보험의 중증질환 보장성 약화 때문에 민영의료보험의 시장이 앞으로 더욱 커질 것이라는 것이 일반적 예측이다. 현재 우리나라는 가구당 최소 1.34개의 민영의료보험에 가입되어 있다 (제VI장의 <표 >을 참조)

20) 생명보험회사가 실손형 의료보험 판매를 시도하기 이전 손해보험회사에서는 이미 실손형의료보험을 판매하고 있었다. 물론 비중은 그리 크지 않았다.

야 한다. 한국의 건강보험의 보장율 수준은 <표 10>에서 보는 것처럼 약 60%대로 OECD 국가의 80% 수준에 비해 낮은 편이다. 그 이유는 <표 10>에서 보는 것처럼 법정 및 비법정 본인부담율이 40% 수준에 육박하고 있기 때문이다. 약 15.6%를 차지하는 비급여 본인부담금을 분해하면 입원의 경우 3대 항목인 병실차액 (22.6%), 선택진료료 (29.4%), 그리고 식대 (19.8%)가 전체의 72%를 차지하며, 외래의 경우는 검사료와 초음파가 약 43%를 차지하는 것으로 보고되고 있다 (김정희·이호용 외, 2008:51).

<표 10> 요양기관종별 2004년과 2005년의 보장률

(단위: %)

구분	2004년				2005년			
	계	공단 부담율	법정본인 부담율	비급여본인 부담율	계	공단 부담율	법정본인 부담율	비급여본인 부담율
전체	100.0	61.3	23.1	15.6	100.0	61.8	22.5	15.7
입원	100.0	54.9	16.4	28.7	100.0	57.5	14.0	28.6
외래	100.0	56.9	26.0	17.1	100.0	58.4	25.8	15.8
약국	100.0	73.0	25.0	2.0	100.0	70.8	26.5	2.7

자료: 김정희·이호용 (2006:48)에서 재구성

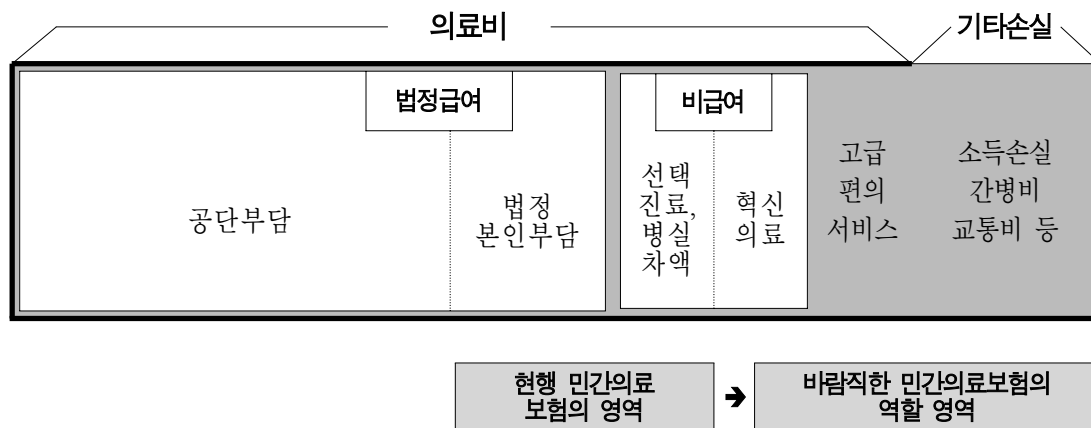
실손형 의료보험은 이러한 법정 및 비법정 본인부담금을 모두 보험화하는 상품으로 참여정부에서 경제부처를 중심으로 추진된 서비스시장 개방화 및 ‘의료산업의 선진화’를 통해 탄력을 받게 되었다. 실손형 의료보험은 영리의료법인의 허용, 의료기관 채권제 도입 등 의료산업화 (시장화)라는 큰 맥락에서 동력을 받은 것이며 민간의료보험의 활성화를 통해 의료산업과 보험산업의 발전을 자극할 수 있고, 건강보험의 재정 부담 및 지나친 재정 낭비를 억제할 수 있다는 것이 장점으로 거론되었다. 그러나 이 문제는 의료보장에서 공공부문과 시장부문의 역할을 어떻게 설정할 것인가의 문제를 넘어서 총의료비의 합리적 관리 문제와 직접적으로 연관되어 있다.

실손형 의료보험의 판매를 금지해야 한다는 입장은 법정 본인부담금이 민간보험에 포함될 경우 의료이용자의 도덕적 해이를 방지하기 위한 통제장치가 풀려 의료이용량의 증가와 국민의료비의 추가부담으로 이어질 가능성이 높은 것으로 보고 있다 (이진석 외, 2006). OECD 국가들의 민간보험 경험에 의하면 높은 본인부담제를 갖고 있는 나라에서 민간보험이 이를 포괄하면 의료 접근도는 높아지나 피보험자의 비용의식이 약화되고 민간보험이 의료이용량을 높임으로써 공적의료보험의 추가적 지출로 이어진다. 우리 나라의 실손형 판매와 유사한 제도를 갖고 있는 프랑스의 경우에서 이러한 예를 관찰할 수 있다

(OECD, 2004:15-16). 때문에 적당한 수준 *modest* 에서의 본인부담금의 존치를 OECD 는 제안하고 있다²¹⁾.

또 한 가지 중요한 점은 실손형 의료보험이 판매되어 일단 정착되면 민간보험과의 영역 갈등이 심화되어 현재 60%에 불과한 건강보험의 보장율을 확대하기가 어려워지는 문제가 발생된다. 그리고 민간보험은 기본적으로 소득차별적인 배분이 나타나기 때문에 실손형 의보에 가입하지 못한 저소득층은 건강보험에 대한 접근권이 더 떨어져 의료이용의 형평성 확보에도 장애요인으로 작용할 가능성이 높다. 이 문제에 대한 합리적 해결방식은 이미 기존 연구에서 제시되어 있다. <그림 3>에서 보는 것처럼 현행 민간보험이 보험화하려는 법정본인담금과 선택진료 등 비급여 본인부담금을 건강보험의 급여로 점차 포함시키고 민영의료보험은 임상적 효과성은 입증되었으나 비용효과성이 입증되지 않은 혁신의료나 기타 고급서비스와 소득손실 등을 포괄하면 공공부문과 민간부문의 역할분담을 전제로 한 다층모델에 보다 근접할 수 있을 것이다.

<그림 3> 건강보험과 민간의료보험의 영역



자료: 이진석 외(2006:195)에서 재구성

2) 영리의료법인의 허용과 의료기관 당연지정제 폐지 문제

영리의료법인의 허용 문제와 건강보험 당연지정제 폐지 역시 건강보험의 간접적 시장화와 직접적으로 맞물려 있다. 영리의료법인 허용문제는 교육, 의료 등의 서비스시장 강화

21) 국내 연구에서는 실손형 의료보험 도입이 건강보험에 최소 2천 4백억에서 1조 7천억원의 추가지출을 가져올 것으로 추계하고 있다 (허순임, 2006). 실손형 의보가 건강보험에 미칠 영향에 대해서는 추계방법론을 둘러싸고 논란의 여지가 있다. 의료선진화 위원회 내에서도 민실손형 의료보험이 건강보험에 미칠 영향의 크기에 대한 논란이 지속되었다.

전략으로 (구) 재정경제부를 중심으로 논의가 제기되었으며 송도 경제자유구역과 제주도에는 의료서비스시장의 개방의 일환으로 이미 외국 영리의료법인의 설치가 허용된 상태이다²²⁾. 영리의료법인의 허용은 수익성을 핵심 가치로 삼는 의료기관의 출현을 의미하기 때문에 자연스럽게 의료기관 당연지정제에서 벗어나려는 움직임으로 이어지고, 이것은 다시 민영의료보험의 활성화로 연결되기 때문에 세 제도는 사실상 패키지 형태로 밀접히 연관되어 있다고 보아야 한다(조병희 외, 2004). 영리의료법인과 비영리의료법인의 차이의 핵심은 후자가 자본 투자자의 수익금 배분이 허용되지 않는 반면에 전자는 허용된다는 점이다. 즉, 영리의료법인의 허용은 수익성을 최대 목표로 삼는 외부자본의 병원투자를 허용하는 문제이다. 영리의료법인의 허용 문제는 각국의 의료체계의 특성에 따라 다양하게 나타나는데 국내에서 영리의료법인을 허용해야 한다는 논리적 근거는²³⁾ 첫째, 외부자본 유입을 통해 병원체계를 첨단화하여 의료산업 전반의 경쟁력을 높일 수 있고, 둘째 일부계층의 고급화된 의료서비스의 욕구를 해소할 수 있으며, 셋째, 영리법인 의료기관이 허용되면 의료기관 경쟁이 이루어져 고용창출을 유도하고 의료서비스의 질을 향상시킬 수 있다는 것이다. 하지만 이러한 논리는 영리의료법인이 의료경영기법의 발전을 가져와 경영관리개선에 일정한 영향을 줄 수 있지만 영리의료법인의 특성상, 그리고 한국처럼 병원회계의 투명성이 확보되지 않은 상태에서는 이론적, 실증적 근거가 매우 취약한 것이다. 오히려 영리법인의 허용은 첫째 의료서비스 비용절감을 위해 인력을 감축하려는 동인이 생겨 의료인력의 질적 하락과(예, 간호사를 간호조무사로 대체) 필수 서비스의 질 하락으로 이어질 수 있으며²⁴⁾, 둘째, 영리의료법인은 이윤창출 압력으로 인해 현재보다 불필요한 검사가 늘어나고 수익성이 낮은 응급의료, 정신질환 등의 서비스는 축소되게 된다. 그리고 영리의료법인 허용이 요양기관 지정제 해지와 연결되는 경우 고급의료서비스를 제공하는 기관이 건강보험에서 빠져나가고 여기에 우수인력이 몰리게 되며 결과적으로 건강보험은 서비스의 질의 악화되는 의료서비스의 양극화 현상으로 이어질 가능성이 높다.

2. 공공부문내의 경쟁 원리 도입: 건강보험의 다보험자화?

김대중정부에서 완성된 통합의료보험을 다시 조합방식으로 즉, 다보험자 방식으로 전환하는 문제가 최근 다시 거론되고 있는데, 그 논리는 단일보험자 방식이 독점으로 인한 관료주의가 나타나고 경쟁이 없어 건강보험의 비효율적 운영이 이루어지고 있다는 것이

22) 그리고 최근에 진행되고 있는 한미FTA의 여파로 미국 영리의료법인이 한국의 전 지역에 설치될 가능성도 배제할 수 없다.

23) 이 부분은 이용갑 (2006)의 잘 정리된 글을 요약한 것임.

24) 영리의료법인이 가장 왕성하게 활동하는 나라가 미국인데 미국의 경험에 의하면 연구마다 약간의 차이는 있지만 영리의료법인이 비영리의료법인보다 의료의 질적 수준이 낮은 경향이 있고, 비용 또한 높게 나타난다 (김창엽, 2005:60-63).

다. 따라서 건강보험을 다시 몇 개의 조합으로 쪼개어 가입자가 보험자를 선택할 수 있도록 하는 경쟁체제를 갖추면 지금의 단일보험자체제의 비효율성을 해결할 수 있다는 것이다(이규식, 2006:21)²⁵⁾. 사회의료보험에서 공공보험자의 선택권을 부여하는 경쟁방식은 1990년대 다보험자 방식의 의료보험체제를 갖고 있던 독일, 벨기에, 스위스, 네덜란드 등에서 도입되었다. 물론 이 방식은 완전한 조합방식이 아닌 보험료의 상당부분을 전국 공통으로 걷어 각 보험자에게 배분하는 등 조합방식에서 나타난 위험분산의 한계를 보완하는 여러 가지 ‘공적 규제’를 담고 있다.

다보험자 방식의 공공의료보험체계에서 경쟁체제를 도입한 나라의 대부분은 이미 조합방식의 의료보험 전통을 갖고 있는 나라들이었다. 우리나라의 통합방식은 전국적인 단위에서 ‘연대’ *solidarity* 를 보장한다는 점에서 지역이나 직종을 단위로 한 다보험자의 방식의 연대방식과 상이하다. 경쟁체제를 도입한 5개 국가의 사례를 검토한 Dixon 등 (2004)은 사회연대와 경쟁이 양립가능하기 위해서는 보험자의 ‘단물 빨기’ *cream-skimming* 같은 위험요소를 억제하는 보험자간 위험조정장치의 마련, 공급자에 대한 강제 계약제, 단일 보험료 및 단일 급여체계 등 강력한 규제 장치가 작동되어야 한다고 보고 있다. OECD의 평가는 경쟁체제에 대해 좀 더 냉혹하다 (2004:203). 독일의 경우 효과적이고 공정한 경쟁이 이루어지지 않았고 보험자들이 생산성을 기반으로 경쟁하지 않았다. 네덜란드와 스위스의 경우는 보험자의 경영성과에 대한 소비자의 반응도가 매우 낮았으며, 보험자에 대한 비교정보가 부족하여 보험자간 이동이 원활하지 않았다.

우리나라처럼 이미 상당한 정치,사회적 비용을 치루면서 단일보험자 방식으로 전환한 경우 이를 다시 다보험자방식으로 전환하는 것이 가져올 실익이 무엇인가에 대해 생각해 볼 필요가 있다. 조합방식으로서의 복귀와 경쟁체제의 도입은 사실상 요양기관이 선택계약제와 병행되지 않으면 실효성이 없다. 2005년의 경우 건강보험의 총지출액은 21조원이었고 이중 인건비 지출이 5,485억원, 기타 경비가 2,104억원이 지출되어 관리운영비는 7,589억원으로 전체 지출의 약 3.5%를 차지하였다²⁶⁾. 나머지 96.5%인 약 20조 3천억원이 의료비로 지출되었다. 경쟁체제를 도입할 경우 개별 보험자가 효율화시킬 수 있는 부분은 우선적으로 관리운영비이나 인건비를 제외할 경우 기타 경비의 비중이 너무 낮아 효율화의 효과는 결코 크지 않다. 즉 건강보험지출의 대부분을 차지하는 병의원과 약국으로 가는 의료비를 절감해야 하는데 이는 교섭력이 약한 개별 보험자가 감당하기 힘들며 (수가를 보험자마다 달리 적용하기도 힘들고), 전국단위의 보험자가 훨씬 유리하다. 우리 나라의 통합방식은 고소득지역(층)에서 저소득지역(층)으로 자원을 이동시키는 상당히 긍정적인

25) 이명박정부의 인수위에서도 이 방안이 검토된 것으로 알려져 있다.

26) 이 비율은 사회보험방식을 갖고 있는 독일, 프랑스 등의 나라와 비교하여 매우 양호한 수치이다. 그리고 OECD 전체의 다른 나라들과 비교하여도 한국 건강보험의 관리운영비는 매우 낮은 상태이다 (고민창, 최기춘, 2006)

재분배 효과를 발휘한다는 점은 이미 실증적으로 입증된 사항이다 (최인덕, 2008). 다보험 자방식으로 전환은 통합의료보험의 이러한 성과마저도 무효화시킬 가능성이 높고, 또한 이행과정에서 벌어질 사회적 비용을 고려한다면 바람직한 내용은 아닐 것이다. 한국의 건강보험체계의 효율화의 초점은 보험자의 선택을 유도하는 경쟁체제보다 비용유발적인 수가체계의 개선, 그리고 의료기관들의 무질서한 경쟁을 합리적 경쟁으로 바꾸어 자원을 효율적으로 배분하는 방향이 훨씬 더 시급한 문제이다.

VI. 민간공급구조에서 경쟁과 선택 문제

노후소득보장체계에서 경쟁과 선택을 유도하는 전략을 논리적 분류해보면 첫째, 공공부문내의 다수의 공급자를 구축하여 공공부문간의 경쟁과 선택을 촉진하는 방식, 둘째, 공공부문 공급자와 민간부문 공급자간의 경쟁과 선택이 작동하는 방식, 셋째 민간공급자간의 경쟁과 선택의 원리가 작동하게끔 만드는 방식이 가능하다. 첫 번째 방식은 의료보험의 경우 앞장에서 이미 검토하였고, 국민연금의 경우는 국민연금관리공단과 민간보험회사가 유사한 상품을 놓고 경쟁하는 구도인데 국민연금이 강제 가입이고, 급여수준이 법으로 정해진 상태에서 도입 가능성이 현실적으로 희박하다. 두 번째는 건강보험에서 의료공급자의 선택에서 가능한 구도이며 세 번째는 민간보험회사가 공급하는 모든 상품에서 가능한 구도이다. 두 번째와 세 번째의 유형은 모두 민간공급구조에서 발생하는 문제이므로²⁷⁾ 이 장에서는 '현실적으로 존재하는' 민간공급구조의 효율화를 위한 쟁점들을 주로 논의하기로 한다

1. 경쟁과 선택의 조건

제Ⅲ장에서 본 Greener의 논의처럼 선택과 경쟁이 작동하려면 일정지역 내에 다수의 서비스 공급자가 존재하고 소비자들은 '고지된 선택'을 할 수 있어야 한다. 건강과 노후보장에서 민간공급자들은 우리나라에서 생명보험회사와 손해보험회사에 해당된다. 생명보험회사는 삼성생명, 교보생명, 대한생명 등 '상위 3사'의 과점 현상이 있기는 하나 2006년 기준으로 24개의 생명보험회사가 있고 이들이 다양한 건강 및 노후소득보장상품을 판매하고 있으므로 공급자의 경쟁조건은 '충분히' 마련되어 있다. 실제 우리 나라의 가구당 생명보험 가입 현황을 보면 평균 3.5건에 평균 납입보험료가 연간 331만원에 이르고 있어 (김세

27) 물론 영국의 NHS 의 내부시장 도입, 그리고 독일처럼 공공의료보험자 내부의 경쟁유도처럼 공공부문 내에서 경쟁과 선택이 가능하다. 후자는 이미 앞에서 논의하였고, 영국과 같은 국영의료서비스방식에서의 내부시장 도입은 한국의 상황에서는 적용하기 불가능하다.

환 외, 2006:37-38) 소비자의 선택에 의한 다양한 보험상품 구매가 이루어지고 있다. 이를 좀더 자세히 보면 <표 11>에서처럼 건강중점 보장보험이 가구당 1.34건에 연간 89만원을 보험료로 지출하고 있고, 연금보험은 가구당 0.26건에 약 연간 38만원을 지출하고 있다. 의료기관의 경우도 대도시지역에 집중되고 농어촌지역에 자원이 부족한 점은 있으나 <표 1>에서 보는 것처럼 전국적으로 약 44천개가 존재하기 때문에 공급자의 경쟁조건은 갖추어져 있다²⁸⁾.

<표 11> 가구당 보험종목별 가입실태 (2006)

(단위: 건, 만원, N=1200)

생명보험	건강중점 보장보험	상해/재해 보장보험	사망중점 보장보험	저축성 보 험	연금보험	어린이/ 교육보험	변액보험	
	1.34 (89.3)	0.47 (25.9)	0.65 (106.8)	0.15 (29.2)	0.26 (38.2)	0.57 (31.6)	0.05 (14.3)	
손해보험	자동차	장기보험						상해
		운전자/ 상해	일반건강/ 어린이	민영 의료	종합	저축성 /연금	통합	
	0.89 (47.2)	0.39 (20.7)	0.09 (4.8)	0.01 (0.8)	0.01 (0.6)	0.02 (3.2)	0.00 (0.3)	0.01

비고: ()는 연평균 납입보험료로 일시납보험료는 제외된 수치임.

자료: 김세환 외 (2006:37)

민간보험 그리고 의료공급구조가 경쟁의 조건을 갖추고 있다고 해서 시장원리가 작동되는 것은 아니다. 중요한 것은 수요자의 ‘실질적인 선택’이 가능한 조건이 마련되어야 경쟁과 선택의 원리가 작동된다는 점이다. 보건의료와 노후소득보장 분야는 전통적으로 시장실패의 영역으로 인정되어 왔으나 최근에 공공복지분야에서 도입되기 시작한 경쟁과 선택의 원리는 경제학에서 이야기하는 ‘소비자 선택론’에 근거하고 있다. 소비자 선택론의 핵심은 자신의 선호 preference 와 시장가격을 비교하여 소비자들은 최선의 선택을 하는데 다양한 선택의 기회는 개인의 효용을 증가시킬 뿐만 아니라 시장공급자에게 가격인하와 서비스 질의 향상을 유도하여 사회전체의 효용 증가로 이어진다는 것이다. 그러나 이 논리는 소비자가 여러 가지 대안 중 자신에게 가장 유익한 선택이 무엇인지를 알아야 성립되는 것인데, 여기서 정보의 문제가 중요해 진다²⁹⁾.

28) 여기서 서술한 것은 보험회사와 의료공급구조가 경쟁의 조건은 갖추어져 있다는 점 뿐이다. 그러나 실제 경쟁구조가 보험회사의 (대형회사와 소형회사 별로) 경영형태 혹은 병의원의 경영형태와 의료서비스에 어떤 영향을 미치고 있으며, 실질적인 경쟁이 어떻게 구조화되고 있는지에 대한 연구는 거의 없는 실정이다.

29) 우리나라 민간보험의 문제점은 여러 문헌에서 잘 정리되어 있다 (이진석 외, 2005:2006, 차일우 외, 2007; 류건식 외, 2007, 이봉주, 2007). 여기서는 민간보험 전체의 문제를 다룰 수 없으므로 ‘정보’의 문제에 초점을 맞추기로 한다.

2. 정보의 비대칭성과 ‘불완전판매’ 문제

보험과 보건의료 영역은 고도의 복잡하고 전문적인 기술적 내용을 많이 포함하고 있기 때문에 공급자와 소비자간에 정보의 비대칭성이 존재하는 대표적인 영역이다 (Barr, 2003: 제4장, 5장; Phelps, 1997:6-9). 즉 공급자가 상품과 서비스의 질과 가격에 대한 정보를 소비자보다 많이 갖고 있기 때문에 이 상황이 지속되면 선택과 경쟁의 원리는 작동하기 어려워지며 여기서 보험상품의 ‘불완전판매’ mis-selling 문제, 즉 “공급자가 제공하는 상품의 질과 서비스에 대한 정보의 부족으로 하자가 발생하는 경우”(차일원 외 2007:20)가 발생하며 이는 통상적으로 판매자 측에 귀책사유가 있는 것을 지칭한다.

민간보험의 불완전판매 문제는 서구에서는 물론이고 우리 나라에서도 시장을 통한 노후소득 및 건강보장 제공 기능에 상당한 문제를 일으키고 있다. 영국의 경우 국가소득비례연금(SERPS)을 민영화하는 과정에서 수백만의 사람들이 심각한 손해를 보는 사태가 발생되었고, 보험회사가 보험기금을 자회사에 무리하게 투자해서 원금손실이 발생하는 등의 사건이 발생하였다 (소위 맥스웰 스캔들)³⁰⁾. 미국도 1990년대 메트라이프 생명에서 종신보험을 연금상품으로 위장 판매하여 6만여명에 달하는 계약자에게 \$7,600만을 반환하고 \$2,000만을 벌금으로 납부하는 사태가 발생하였다. 일본에서도 변액보험의 투자손실로 대규모 소송이 벌어져 90년대 중반 생보사들이 변액보험 판매를 중지하게 되었다. 우리나라의 경우도 1980년대 초 노후보험으로 많이 판매되었던 ‘백수보험’도 대부분의 가입자가 사실상 아무런 급여를 받지 못하게 되면서 현재까지 소송사태가 진행되고 있다³¹⁾.

우리나라의 생명보험의 가입의 대부분은 보험설계사를 통해 이루어지고, 최근에는 홈쇼핑이나 인터넷을 통한 ‘비대면’ 판매가 늘어나는 추세이어서 정확한 상품설명에 대한 중요도가 커지고 있다. 그러나 기존의 조사에 의하면 보험구매자가 구매 상품의 내용과 질에 대한 정확한 정보를 갖지 못하는 것으로 보고되고 있다 (이진석 외, 2005). 즉 불완전판매가 사실상 민간보험 영역에서 매우 광범위하게 발생되고 있는 것으로 사실상 보험소비자에 의한 ‘고지된 선택’이 이루어지지 않는다는 것을 의미한다.

민간보험의 이러한 불완전 판매 문제를 해소하는 방식은 소비자에게 정확한 정보를 제공하는 것인데 보험업법 제124조에 의해 2002년부터 시행된 ‘보험상품의 비교공시제도’ *information comparison disclosure* 가 중요하다. 보험상품 비교공시제도는 개인연금, 퇴직연

30) 이하 영국, 미국, 일본의 사례는 차일원 외 (2007:제3장 참조). 이러한 민간보험의 불완전 판매 문제는 Talyor-Gooby 가 신사회위험 new social risks 의 일종으로 부를 정도로 심각한 수준이었다.

31) 백수보험은 1980년대 초, 3만원에서 9만원씩 3년에서 10년간 보험료를 납입하면 25년 뒤에 생활 자금과 함께 매년 최대 천만원의 확정 배당금을 지급받는다라는 광고와 함께 7만여건이 팔렸다. 당시 쌀 한가마니에 4만 7천원 정도를 하던 당시 물가에 보험료가 높은 편이었다. 그러나 2000년대 초 금리변동으로 배당금을 지급하지 못하는 사태가 발생하여 급여를 받지 못하거나 아주 소액(한달에 8만원 정도)를 받는 사태가 발생하였다. 백수보험 등 우리 나라 보험의 불완전 판매에 대한 자료는 보험소비자협회의 홈페이지를 참고할 것.

금 등 연금상품과 건강보험상품의 보장성과 수익률 등을 비교분석할 수 있도록 상품 명칭, 유형 그리고 연금의 경우 기금적립액, 3년간 수익률, 기금 투자 내역, 그리고 건강보장 상품의 경우는 보장 내용, 예정이율, 해약 환급금 등을 공시하도록 하고 있다³²⁾. 그러나 공시 자체가 소비자 편의적으로 되어 있지 않아 상품의 질을 일반 소비자가 비교하기 어렵고, 전문가조차도 정확한 가격비교가 어려운 실정이며, 상품의 비교공시가 누락되는 경우도 발생하여 생보 대형 3사의 경우 건강보험상품 22종 가운데 5종만 게재되어 있어 이행율이 27%에 머무르고 있는 실정이다 (이진석 외, 2005:143-145). 즉 비교공시제도의 비편의성과 보험사의 느슨한 이행으로 비교공시제도가 정보의 대칭성을 확보하는 수단으로 기능하지 못하고 있다. 보험 자체가 여러 가지 이유로 정보의 비대칭성을 극복하기 어렵다는 전제하에 보험상품의 표준화를 통해 정보문제를 해결하는 방식이 설득력이 있다. 가령 미국의 보충형의료보험제도인 Medigap 경우는 민간건강보험 상품을 10개 정도로 표준화하여 동일 유형의 상품에서는 동일한 보장이 이루어지도록 하고 있다.

3. 의료공급자의 경쟁과 선택 문제

연금과는 달리 의료보험은 서비스 공급자가 존재하고 있기 때문에 의원 그리고 병원 등 의료공급자의 선택 문제도 경쟁원리의 작동에 매우 중요하다. 한국의 보건의료체계는 의원-외래, 입원-병원 등의 구도가 확실하게 잡혀있어 의원과 병원간의 역할분담이 확실한 서구의 체계와는 달리 입원, 외래 모두에서 병원과 의원이 경쟁하는 형태를 띠고 있어 기능 중복이 이루어지고 있다. 그리고 중소병원이 대형병원과 첨단의료장비를 놓고 경쟁하는 상황도 반복되고 있다. 서구의 대부분 의료제도에서는 가입자가 병의원을 선택하는데 상당한 제약이 주어지나 우리나라의 경우는 거의 무한정한 선택권이 보장되고 있어 경쟁의 장점보다는 자원낭비적 측면이 두드러지고 있다. 그리고 선택에 있어서 객관적 기준이 제시되기 보다는 지리적 근접성이나 ‘평판도’가 거의 유일한 기준이어서 의료의 질을 고려한 공급자 선택 환경이 조성되어 있다고 보기 어렵다. 경쟁과 선택의 원리를 기반으로 미국에서 성장한 관리의료체계에서는 ‘관리된 경쟁’ *managed competition* 이 작동하기 위한 여러 가지 조건 중에서 진료성과의 측정과 평가 및 공개가 매우 중요한 축을 이루고 있어 (Enthoven, 1990) 특정 질병치료에 대한 병원들간의 서비스질 평가와 그 결과에 대한 소비자 정보제공의 노력이 다양하게 시도되고 있다 (김창엽, 2005:119-120, 142-144). 최근에 한국에서 병원별 제왕절개 수술비율 공개, 그리고 병원평가 등 부분적으로 의료공급자를 평가하는 시도가 이루어지고 있으나 실제 의료의 질을 평가하는 것 (예, 병원별 혹은 의사별 특정질병의 치료중 사망률, 생존율 등의 지표)과는 거리가 멀다. 한국의 의료공급체계는

32) 자세한 내용은 생명보험협회 홈페이지 비교 공시실 참조(<http://pub.insure.or.kr:8091/index.html>)

경쟁이 없다가 보다는 공급자간의 무질서한 경쟁이 나타나고, 실질적인 소비자의 선택권이 확보되지 않고 있다. 때문에 ‘고지된 선택’이 가능하도록 다양한 형태의 정보제공 노력이 지금보다 더 적극적으로 강화될 필요가 있다.

VII. 결론 : ‘시장의 복지화’가 필요하다

‘시장의 시대’에 국가복지의 역할을 어떻게 설정할 것인가의 문제는 한국 사회복지학계에 던져진 중요한 과제 중의 하나이다. 이 글에서 주장했듯이 ‘국가복지 확대론’은 의미 있고 추구해야 할 전략이나 한국처럼 이미 시장에 의한 복지공급구조가 지배적으로 작동하는 상황에서는 제한적인 의미를 갖을 수밖에 없다. 시장에 의해 공급되는 재화와 서비스가 제대로 된 경쟁과 선택의 원리에 의해 작동된다면 ‘복지 목적’을 이루는데 도움을 줄 가능성에 대해 좀 더 열린 자세로 접근할 필요성이 있다. 이런 의미에서 친국가복지 입장에서도 시장에 대한 무관심 혹은 백안시보다는 ‘시장의 복지화’ *welfarization of the markets* 전략을 보다 적극적으로 구사할 필요가 있다. 시장의 복지화는 이미 존재하는 시장공급부문이 효율적 자원배분의 메커니즘이 되도록 공공적 규제를 강화하는 전략의 일종이다. 동시에 시장의 복지화는 한국 자본주의의 ‘천민성’을 씻겨내고 합리적 복지자본주의 *welfare capitalism* 을 구축하는 긴 과정의 일환으로 인식될 수도 있다. 한국의 국가복지론자들은 그 동안 시장의 역할에 대해서 거의 무관심해 온 것이 사실이다. 시장에 의한 복지공급이 합리적으로 작동되도록 지속적인 문제제기를 하는 것이 ‘시장의 시대’에 사회복지계에 던져진 중요한 과제가 될 것이다.

<참고문헌>

- Barr, Nicholas (2003), *Economics of the Welfare State*, 4th ed. Oxford University Press,
- Bartlett, Will, Jennifer A Roberts and Julina Le Grand (1998), *A Revolution in Social Policy: Quasi-market reforms in the 1990s*, The Policy Press
- Dixon, Anna, Martin Pfaff and Jean Hermesse (2004), Solidarity and Competition in Social Health Insurance Countries, in Saltman, Richard B., Reinhard Busse and Josep Figueras eds, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Open University Press, England, UK
- Enthoven, Alain C (1990), What can European learn from Americans? in *Health Care Systems in Transition: the Search for Efficiency*, OECD
- Esping-Andersen, Gosta, (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Oxford University Press
- Gill, Indermit S, Truman Packard, Juan Yermo, (2005), *Keeping the Promise of Social Security in Latin America*, The World Bank, Stanford University Press, pp.1-9
- Greener, Ian (2008), Markets in the Public Sector: When do they work, and what do we do when they don't?, *Policy and Politics*, Vol 36, No.1 pp.93-108
- Holzman, Robert, Richard Hinz (2005), *Old Age Income Support in the 21st Century*, The World Bank
- IEG(Independent Evaluation Group) (2006), *Pension Reform and the Development of Pension Systems: An Evaluation of World Bank Assistance*, The World Bank, pp.31-41
- Johnson, Norman (1987), *The Welfare State in Transition: The Theory and Practice of Welfare Pluralism*, The University of Massachusetts Press
- OECD (2004), *The OECD Health Project: Private Health Insurance in OECD Countries*
- Phelps, Charles E (1997), *Health Economics*, Addison-Wesley Educational Publisher Inc.
- Stiglitz, Joseph E (2002), *Economics*, 김균 외(역), 「스티글리츠의 경제학」, 한울아카데미
- Stiglitz, Joseph E (2003), *Whither Socialism?*, 강신욱(역), 「시장으로 가는길」, 한울아카데미
- Wasem, Jürgen., Stefan Greß and Keike G.H. Okma(2004), The Role of Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries, in Saltman, Richard B., Reinhard Busse and Josep Figueras eds, *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Open University Press, England, UK
- World Bank (1994), *Averting the Old Age Crisis : Policies to protect the old and promote growth*, Oxford University Press, 1994
- 국민건강보험발전위원회 (2004), 「국민건강보험 발전을 위한 논의과제 II; 보험급여전문위원회」
- 김세환·조재현·박정희 (2006), 「2006년 보험소비자 설문조사」, 보험개발원 보험연구소

김수완·김순옥 (2007), “우리나라 다층노후소득보장체계의 구축 전망: 사적연금의 수급자수 전망을 중심으로”, 「사회보장연구」, 제23권 2호

김수완·김순옥·안상훈 (2005), 「다층노후소득보장체계 구축 연구」, 국민연금연구원

김연명 (2007), “노후소득보장을 위한 국민연금의 개편 방향”, 참여연대 사회복지위원회 (편), 「한국 사회복지의 현실과 선택」, 인간과복지

김원식 (2002), “국민건강보험과 민간의료보험의 균형적 발전 방향”, 「보험개발연구」, 제13권 3호, 보험개발원

김정희·이호용 (2006), “2005년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사”, 「건강보험포럼」, 제5권 제4호, (2006년 겨울호), 국민건강보험공단

김종건 (2004), 「한국의 복지체제 형성과 변천에 관한 연구」, 중앙대 사회복지학과 박사학위논문

김진옥 (2005), “한국의 복지혼합구조: 2000년도 지출추계를 중심으로”, 「사회보장연구」, 제21권, 한국사회보장학회

김창엽 (2005), 「미국의 의료보장」, 한울아카데미

노동부 (2008), 「퇴직연금 도입 현황」

대통령자문 정책기획위원회 (2007), 「미래를 향한 도전: 참여정부 국정리포트」, 아렌트

류건식·이경희 (2007), 「퇴직연금 수탁자리스크 감독방안」, 보험개발원 보험연구소

보건복지부 (2006), 「국민연금 개혁에 대한 국민보고서」

보건복지부, 「보건복지통계연보」, 각년도

보험개발원 (2007), 「2006년도 보험통계연감」

의료산업선진화위원회 (2007), 「의료산업선진국으로의 도약:의료산업선진화위원회 활동백서」

이규식 (2006), “국민건강보험진단(1)-패러다임의 전환을 위하여”, 국가경영전략연구원 주최 사회보험의 위기 종합진단 심포지움 자료집

이봉주 (2007), 「퇴직연금 지급보증제도의 효율체계에 관한 연구: 미국과 영국을 중심으로」, 보험개발원 보험연구소

이용갑 (2006), “영리법인 의료기관을 둘러싼 논의”, 「건강보험포럼」, 2006년 가을호(제5권 제3호), 국민건강보험공단

이용하·김진수 (1998), 「국민연금 민영화론의 허상」, 국민연금관리공단 연구센터

이준영 (2003), “의료보험 민영화에 대한 비판적 고찰”, 「사회보장연구」, 제28집, 한국사회보장학회,

이진석·김현수 외 (2005), 「민간의료보험 실태와 영향 분석」, 충북대학교·국민건강보험공단

이진석·이상익 외 (2006), 「국민건강보장을 위한 국민건강보험과 민간의료보험의 역할 설정 방안」, 국민건강보험공단·충북대학교

임병인·강성호 (2005), “국민·퇴직·개인연금의 소득계층별 노후소득보장 효과”, 「보험개발연구」,

제16권 3호, 보험개발원

자유기업센터 (1998), 「의료보험제도에 시장원리를!」

자유기업센터 (1998b), 「국민연금 민영화를!」

조병희·이기호 외 (2004), 「시장개방 등 환경변화가 의료보장에 미치는 영향」, 국민건강보험공단·서울대학교 보건대학원.

전승훈·임병인·강성호 (2006), “개인연금 가입결정 및 가입상태 변화 분석”, 「보험개발연구」, 제17권 1호, 보험개발원

차일우·이상우 (2007), 「보험상품의 불완전판매 개선방안」, 보험개발원 보험연구소

최병호 (2001), “건강보장의 재정위기와 정책과제”, 한국사회보장학회 2001년도 추계학술대회

최인덕 (2008), 「의료보험통합의 위험분산 효과 분석」, 중앙대학교 사회복지학과 박사학위 논문

허순임 (2006), “민간의료보험 활성화가 보건의료에 미치는 영향”, 「건강보험포럼」 제5권 제3호, 국민건강보험공단

생명보험협회 공시실 홈페이지 (<http://pub.insure.or.kr:8091/index.html>) 2008년 4월 7일 방문

보험소비자협회 홈페이지 (<http://cafe.daum.net/bosohub/>) 2008년 4월 7일 방문.