



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

통일 대비 탈사회주의 체제전환국가의  
보편적 건강보장에 관한 법제도 연구  
- 23개 국가에 대한 퍼지셋 분석을 중심으로 -

연세대학교 대학원  
의료법윤리학협동과정  
보건학전공  
최성경

통일 대비 탈사회주의 체제전환국가의  
보편적 건강보장에 관한 법제도 연구  
- 23개 국가에 대한 퍼지셋 분석을 중심으로 -

지도교수 손 명 세

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2018년 6월 일

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보건학전공

최 성 경

## 최성경의 박사 학위논문을 인준함

심사위원           손 명 세           인

심사위원           전 우 택           인

심사위원           정 형 선           인

심사위원           윤 석 준           인

심사위원           김 소 윤           인

연세대학교 대학원

2018년 6월 일

힘한 세상 가운데서 비록 풍족하진 않아도  
그 누구보다 행복한 천국의 예고편과 같은 삶을  
저와 유경이에게 몸소 보여주고 계시는,  
언제나 내 삶의 힘이자 살아갈 목적이 되시는  
사랑하는 아버지와 어머니께 바칩니다.

## 감사의 글

이 글을 쓰기만을 얼마나 기다렸는데, 참 이상하게도 막상 책상 앞에 앉으니 무엇부터 써야할지 막막해집니다. 또 왜 이렇게 코끝은 찡해져오는지 모르겠습니다. 지금까지 겪었던 수많은 일들이 떠올라서인지, 아무리 노력해도 부족해 보이는 줄고를 앞에 두고 과연 졸업할 자격이 되는가 민망해져서인지, 바라보며 달려오던 목표가 한순간에 사라져버린 허망함 때문인지, 정확한 이유는 알 수 없으나 마냥 기쁘지만은 않은, 복잡 미묘한 감정인 것은 분명합니다.

그럼에도 불구하고 오랜만에 누리는 여유로운 커피 한잔에 감사하고, 지칠 때 한잔술 기울임과 함께 수다를 쏟아낼 수 있는 든든한 내 사람들에게 감사하며, 지금까지 숨 쉬며 살아온 공간 속에서 만난 수많은 인연들이 있었음에 감사합니다. 잊지 못할 태석이와 민석이가 영원히 잠들어 있는 일원동, 수많은 고통의 밤을(?) 지새웠지만 같은 꿈을 꾸는 이들과 함께였기에 즐거웠던 신촌, 인생의 터닝 포인트가 된 사랑하는 여의도, 이제 와서 보니 감사할 일투성이인 마닐라, 그리고 여전히 저를 성장케 하는 퇴계로5가. 이처럼 다양한 곳에서 수많은 만남과 헤어짐 가운데 저는 여전히 모난 부분이 깎이고 다듬어지는 중입니다.

세상 물정 모르고 통일이라는 단어 하나에 가슴 뜨거워지던 어린 저에게 손명세 교수님은 병원 밖에서 처음으로 만난 큰 세상이셨습니다. 흔쾌히 제 논문의 지도교수를 맡아주시고 앞으로 나아갈 방향을 제시해주셨습니다. 부족한 저의 글을 매번 꼼꼼히 읽어주시고 언제나 깊은 통찰력으로 핵심이 되는 말씀을 해주신 전우택 교수님. 그 누구보다 통일에 대한 마음과 제자들을 향한 열정으로 교육하시는 교수님 곁에서 연구하며 보고 배울 수 있었던 것은 저에게 큰 축복이었습니다. 또한 김소윤 교수님은 제가 무사히 졸업할 수 있게 해주신 가장 큰 은인이십니다. 개인적인 어려움으로 도저히 학업을 지속할 수 없던 상황에서 저에게 베풀어주신 배려와 끊임없이 이끌어주신 그 은혜는 평생 잊지 않겠습니다. 그리고 대한민국 보건의료정책 분야에서 핵심적인 역할을 하시며 그 누구보다 바쁜 일정을 소화하시면서도 제 논문에 대해 세심하게 검토해주시고 조언해주신 정형선 교수님. 마지막으로 언제나 따뜻한 미소로 맞아주시

고 부족한 제 논문의 표현 하나하나까지 신경써주시며 많은 가르침과 격려를 아끼지 않으신 윤석준 교수님. 교수님들을 모두 제 학위논문의 심사위원으로 모실 수 있음은 저에게 큰 영광이었습니다. 이 은혜를 평생 잊지 않고 교수님들 앞에 부끄럽지 않은 제자가 되기 위해 사회에서 역할과 소명을 다하며 더욱 열심히 살아가겠습니다.

언제나 아끼는 마음으로 관심 가져주시고 지도해주시는 김인숙 교수님, 학문에 대한 끝없는 열정을 보여주시는 석희태 교수님, 항상 따뜻한 커피 한잔과 함께 저희의 이야기를 스스럼없이 들어주시는 이일학 교수님, 늘 응원해주시며 앞서 모범을 보여주시는 이유리 교수님께도 감사드립니다. 또한 연세대학교 통일보건의료센터를 설립하는 과정에서 모실 수 있었던 김원호 교수님, 정우진 교수님, 전병을 교수님 외 통일보건에 뜻을 모으시는 모든 교수님들과 함께 할 수 있음에 정말 행복했습니다.

그리고 아무 것도 모르던 저의 첫 사수가 되어주신 동현 선생님, 가장 큰 의지가 되기에 너가 있어서 참 다행이었다고 말해주고 싶은 원이(이 논문의 8할은 너 덕분이야), 함께 마음 나누며 속 깊은 이야기를 할 수 있는 사랑스런 아만다, 아프고 힘들 때마다 산타클로스가 되어 나타나는 영키, 나의 옛 모습을 보는 것 같아 더 마음 가는 최애 동생 승경이, 조교장이 힘든 자리임에도 푹 부러지게 일을 해내고 있는 수민이, 조교하면서 저 때문에 귀찮았을텐데 언제나 사람 좋은 우리 의혈중양라인 승주, 마지막으로 학교에서 만난 인생 멘토이자 제가 너무 좋아하는 김은하 선생님(곧 또다시 싱가포르에서 만나요). 이들은 모두 같은 공간에서 같은 꿈을 꾸며 여기까지 저와 함께 걸어준 고마운 사람들입니다. 우리 모두 행복합시다!

또한 제가 항상 그리워하는 의원회관 611호. 여기 식구들을 비롯해서 국회에서 만난 분들은 모두 부족한 저에게 과분한 사랑을 주셨고, 그 덕분에 그 곳에 있는 동안 정말 행복했습니다. 그들을 통해 우물 안 개구리였던 제가 세상 보는 법을 배웠고, 밤새며 일해도 항상 즐거웠을만큼 최고의 팀워크와 리더십을 경험했습니다. 제가 곤경에 처해있을 때마다 항상 슈퍼맨처럼 나타나주시는, 멋있다는 말로는 다 표현이 안되는 명보, 재보, 고보, 그리고 김원일 위원님. 국회라곤 문외한인 저를 데리고 다니며 뭐든 하나라도 더 알려주려고 애쓰고 챙겨주신 상비. 육아와 함께 슈퍼맘의 파워를 보여주고 있는 멋진 지연씨. 때론 함께 고민하고 기뻐하는 친구 같다가도 때론(특히

사진 찍을 때) 세상 모든 귀움을 혼자 표현하는 최강귀움동생 소영이. 모두 정말 감사합니다! 주신 사랑에 반드시 보답하며 살아가겠습니다.

그리고 저에겐 다니엘의 세친구와 같은 존재인 호수와 하영이(우리 삼겹줄 기도가 나를 마지막으로 모두 이루어졌어!), 삼성서울병원 소아중환자실에서 함께 울고 웃다가 이젠 각자의 자리에서 서로에게 힘이 되어 주는 아리와 미야. 저의 소셜메이트이자 지금 쿠웨이트에서 한국 오기만을 손꼽아 기다리고 있는 기영이(정병헌, 얼른 와라), 나에겐 살아있는 비타민 같은 존재 글로리아와 훈오빠, 그리고 봄 식구들. 마지막으로 마닐라에 다녀온 후 우울의 늪에 빠져 있을 때, 예전의 저로 돌아올 수 있게 큰 힘이 되어준 혜경이, 이들 모두에게도 진심으로 고맙다는 말을 전하고 싶습니다. 또한 논문 때문에 최근 자주 자리를 비웠던 저로 인해 한동안 마음 고생하셨을 대한간호협회 송명환 정책국장님, 항상 알게 모르게 배려해주셔서 정말 감사합니다. 언제나 이해해주시고 오히려 더 응원해주셨던 이윤정 위원님을 비롯한 정책국 모든 식구들에게도 다시 한 번 감사드립니다.

마지막으로, 넉넉지 않은 환경 가운데서 힘들게 적응해서 잘 다니던 병원을 하루아침에 그만두고 대뜸 통일을 준비하는 사람이 되려면 대학원에 가야겠다고 말하던 큰 딸을 보시며 만감이 교차하셨을 엄마와 아빠. 대책 없어 보이던 5년 전 저의 약속이 이렇게나마 작은 결실을 맺게 된 것은 두 분과 하나뿐인 동생 유경이의 다함없는 사랑과 지지, 그리고 눈물의 기도 덕분임을 부족한 큰 딸은 잘 알고 있습니다. 그리고 지금까지 이 모든 과정 가운데 철없이 발버둥 치던 저를 끝까지 붙들어 주신 주님. 당장 저의 나아갈 길이 안개 속 같고 또 다른 폭풍우가 몰려올지라도, 주님의 계획 아래에서 때에 따라 부어주시는 은혜를 사모하며 매순간 주어진 일과 내 사람들을 챙기며 하루하루 감사함으로 살게 하소서.

오늘은 저의 꿈이 완성되는 날이 아니라 저의 꿈이 본격적으로 시작되는 날임을 잘 알고 있습니다. 이제 막 연구의 세계에 발을 디딘 새내기로서 항상 모든 분들께 은혜 갚는 마음으로, 겸손한 자세로 더욱 노력하겠습니다. 모두들 정말 감사합니다!

2018년 7월, 또 다른 시작점 앞에 선 최성경 올림

# 차 례

제1장 서론 .....	1
1.1. 연구배경 및 필요성 .....	1
1.2. 연구목적 .....	8
1.3. 연구방법 .....	9
제2장 역사적 제도주의와 체제전환론 .....	22
2.1. 역사적 제도주의 .....	23
2.2. 체제전환론 .....	27
제3장 보편적 건강보장과 법제도화 .....	32
3.1. 보편적 건강보장에 대한 국가개입 근거 .....	32
3.2. 보편적 건강보장에서 법제도화의 의미 .....	35
3.3. 건강보장제도의 유형화 .....	38
제4장 탈사회주의 체제전환국가의 보편적 건강보장 법제도화 영향요인 .....	44
4.1. 연구설계 .....	44
4.2. 퍼지셋 유형분석을 통한 탈사회주의 체제전환국가 유형 분류 .....	74
4.3. 퍼지셋 분석을 통한 보편적 건강보장 법제도화 영향요인 검증 .....	91
제5장 탈사회주의 체제전환국가의 보편적 건강보장 현황 및 법제도화 과정 .....	112
5.1. 연구설계 .....	112
5.2. 탈사회주의 체제전환국가의 건강보장제도 개혁 .....	114
5.3. 탈사회주의 체제전환국가의 건강보장 법제화와 건강수준 .....	150
5.4. 탈사회주의 체제전환국가의 건강보장제도 유형 분류 .....	155

제6장 북한에의 합의 .....	165
6.1. 북한의 퍼지셋 유형 예측 .....	165
6.2. 보편적 건강보장 법제도화 영향요인 적용 .....	169
제7장 고찰 및 결론 .....	172
7.1. 연구의 요약 .....	172
7.2. 연구의 합의 및 기여도 .....	174
7.3. 연구의 제한점과 제언 .....	176
참고문헌 .....	178
부록 .....	192
영문초록 .....	197

## 표 차 례

표 1 통일 비용에 관한 기존 연구 비교 .....	6
표 2 퍼지셋 점수 측정 .....	12
표 3 퍼지셋 연산 .....	13
표 4 신제도주의의 분과별 제도에 대한 관점 .....	26
표 5 체제개혁과 체제전환의 구분 .....	30
표 6 탈공산주의 전환단계별 정치적, 경제적 목표 .....	31
표 7 보건의료시스템 유형 분류 .....	41
표 8 연구대상국가 선정 현황 .....	47
표 9 건강수준 지표 .....	54
표 10 경제수준 지표 .....	57
표 11 OECD 국가 중 국민의료비 중 공공재원비중과 부패인식지수와 관계 ..	59
표 12 부패통제 지표 .....	61
표 13 시민적 자유수준 .....	64
표 14 연구대상국가의 정치형태와 최초 자유선거 투표율 .....	67
표 15 연구의 원인조건과 측정 지표 .....	68
표 16 연구의 결과조건 지표 .....	70
표 17 보편적 건강보장 법제도화 시기 .....	72
표 18 탈사회주의 체제전환국가의 퍼지셋 유형 .....	75
표 19 원인 및 결과조건인 퍼지셋 점수 .....	76
표 20 퍼지셋 유형 분석의 폴란드 사례 .....	79
표 21 퍼지셋 유형 분석 결과 .....	80
표 22 Kvist의 9분위 퍼지셋 점수 측정도구 .....	82
표 23 탈사회주의 체제전환국가의 최종 유형 분류 .....	83
표 24 충족유형에 속하는 국가 .....	84

표 25 건강사회유형에 속하는 국가 .....	85
표 26 건강경제유형에 속하는 국가 .....	86
표 27 경제유형에 속하는 국가 .....	86
표 28 사회유형에 속하는 국가 .....	87
표 29 결핍유형에 속하는 국가 .....	88
표 30 건강보장 법제도화와 원인조건간의 집합관계 .....	94
표 31 건강보장 법제도화와 원인조건간의 일치성 및 포괄성 .....	95
표 32 ~건강보장 법제도화와 원인조건간의 집합관계 .....	96
표 33 ~건강보장 법제도화와 원인조건간의 일치성 및 포괄성 .....	97
표 34 보편적 건강보장 법제도화에 대한 원인조건조합 및 일치성 .....	99
표 35 보편적 건강보장 법제도를 유발하는 원인조건조합 .....	100
표 36 건강보장 법제도를 유발하는 원인조건조합별 소속점수 .....	102
표 37 결과조건을 유발하는 원인조건조합1에 해당하는 국가 .....	103
표 38 결과조건을 유발하는 원인조건조합2에 해당하는 국가 .....	104
표 39 결과조건을 유발하는 원인조건조합3에 해당하는 국가 .....	105
표 40 ~보편적 건강보장 법제도화에 대한 원인조건조합과 일치성 .....	106
표 41 보편적 건강보장 법제도를 제한하는 원인조건조합 .....	107
표 42 건강보장 법제도를 제한하는 원인조건조합별 소속점수 .....	108
표 43 결과조건을 제한하는 원인조건조합1에 해당하는 국가 .....	109
표 44 결과조건을 제한하는 원인조건조합2에 해당하는 국가 .....	110
표 45 결과조건을 제한하는 원인조건조합3에 해당하는 국가 .....	111
표 46 발틱3국, 비세그라드, 유고슬라비아국가 등 주요내용 정리 .....	126
표 47 중앙아시아, 캅카스 3국 주요내용 정리 .....	137
표 48 기타 국가 주요내용 정리 .....	145
표 49 탈사회주의 체제전환국가의 체제전환 직후 보편적 건강보장 법제도화 현황 .....	147
표 50 보편적 건강보장제도 법제화 시기 및 국민의료비 중 의무적 건강보장제도에 의한 비중 .....	153
표 51 2010~2012년까지 재원조달과 보건의료서비스제공 지표 평균값 .....	157

표 52 1980년대와 최근의 1,000명당 의사수 및 병상수 비교 .....	161
표 53 5년간(2008-2012년) 평균 국가별 사회 및 경제지표 .....	164
표 54 건강보장 법제화를 제한하는 원인조건조합에 대한 북한 현황 적용 ..	170
표 55 건강보장 법제화를 유발하는 원인조건조합에 대한 북한 현황 적용 ..	171

## 그림 차례

그림 1 OECD 주요국의 GDP 대비 경상의료비 2011, 2016년 기준(%) .....	3
그림 2 OECD 주요국의 국민의료비 대비 공공재원 2016년 기준(%) .....	3
그림 3 부분집합관계의 개념 예시 .....	15
그림 4 비교연구의 과정적 이론모형 .....	19
그림 5 연구 분석틀 .....	21
그림 6 Kornai의 고전적 사회주의 체계의 인과관계 주요흐름 .....	28
그림 7 5세미만 사망률 비교 .....	45
그림 8 출생시 기대수명 비교 .....	45
그림 9 연구대상 국가의 퍼지셋 유형 분석 .....	90
그림 10 2010~2012년 평균 5세미만 사망률 .....	151
그림 11 연구대상국가와 OECD 국가의 건강보장제도 유형 .....	158
그림 12 북한의 5세미만 사망률 추이 .....	166
그림 13 북한의 1인당 GDP 추이 .....	167
그림 14 북한의 부패통제 백분위점수 추이 .....	168

## 국 문 요 약

### 통일 대비 탈사회주의 체제전환국가의 보편적 건강보장에 관한 법제도 연구

- 23개 국가에 대한 퍼지셋 분석을 중심으로 -

본 논문은 90년대 초, 사회주의 국가들이 동시에 체제전환을 경험했음에도 불구하고 왜 모두 다른 시기에 다른 형태로 보편적 건강보장제도를 법제도화하였는가에 대한 질문에서 시작되었다. 이를 위해 퍼지셋 질적비교연구방법과 비교제도론적 연구방법이 활용되었고, 연구결과를 통해 최종적으로 북한에 주는 시사점을 도출하고자 하였다. 먼저 건강수준, 경제수준, 그리고 사회적 수준으로 3가지 축을 설정하고 퍼지셋 유형을 분석한 결과, 총 5개의 유형이 도출되었는데 신속하게 보편적 건강보장 법제도화를 추진하고 지금까지 안정적으로 시행하고 있는 발틱 3국과 유고슬라비아 국가, 비세그라드 국가 등은 ‘충족유형’, 지금까지 법제도화를 하지 않았거나 했더라도 시행하지 않고 있는 캅카스 3국과 중앙아시아 국가 등은 ‘결핍유형’으로 분류되었다. 그리고 ‘건강사회유형’에는 불가리아, ‘건강경제유형’에는 벨라루스와 우크라이나, 마지막으로 ‘경제유형’에는 카자흐스탄이 해당하는 것으로 나타났다. 다음으로 퍼지셋 질적비교연구를 통해 보편적 건강보장 법제도화의 영향요인을 확인해본 결과, 법제도화를 촉진하는 원인조건조합은 【건강수준\*경제수준\*시민적자유\*부패통제】, 【~건강수준\*~경제수준\*시민적자유\*부패통제\*이슈현저성】, 【건강수준\*시민적자유\*부패통제\*~이슈현저성】이고 반대로 법제도화를 제한하는 원인조건조합은 【~건강수준\*~경제수준\*~부패통제\*~이슈현저성】, 【~건강수준\*경제수준\*~시민적자유\*부패통제\*~이슈현저성】, 【~건강수준\*~시민적자유\*~부패통제\*이슈현저성】으로 나타났다. 다음으로 비교제도론적 연구를 통해 정량적 연구로는 파악하기 어려운 내용을 살펴보았다. 그 결과, 보편적 건강보장 법제도화가 신속하게 이루어진 국가들은 주로 국민들이나 의료계가 직접 나서서 건강보장에 대한 권리를 요구했을 뿐 아니라 정부차원

에서도 적극적으로 관심을 가졌던 반면, 그렇지 못한 국가들에서는 주로 국제기구의 도움을 받아 법제도화는 구축되었으나 중도 폐기되거나 여전히 시행하지 못하고 있는 국가들이 많았다. 또한 보편적 건강보장제도를 시행했다 하더라도 체제전환 전 건강수준, 사회적 불평등과 같은 사회적 요인, 그리고 국민의료비 중 건강보험료가 차지하는 비중 등의 차이로 인해 건강수준 격차가 있음을 확인하였다. 다음으로 보건의료시스템 유형에 따라 탈사회주의 체제전환국가들이 도입한 보편적 건강보장 법제도의 유형을 분석한 결과, 중축유형에 속하는 일부 국가는 NHS 유형을 따라가는 반면 나머지 국가들은 모두 기존 분류체계에는 존재하지 않는, 국민의료비 중 공공재원비중은 낮고 공공병원 비율은 높은 유형을 나타내었는데 그 이유로는 Semashko 체계의 잔재와 더불어 국가별 경제수준과 보건의료체계를 포함한 전반적인 거버넌스의 수준이 낮기 때문인 것으로 보인다. 현재 북한은 결핍유형에 해당하는 국가들보다는 경제적 및 사회적 수준이 낮고 건강수준은 높아 결핍유형과 건강사회유형 사이에 해당할 것으로 예측되나, 두 유형에 속한 국가들 모두 보편적 건강보장제도를 도입하지 않았거나 도입하더라도 소극적이고 점진적으로 도입한 국가들이 대부분이다. 또한 북한은 보편적 건강보장 법제도화를 촉진하는 원인조건조합보다 제한하는 원인조건조합에 더 가까운 조건을 갖추고 있다. 따라서 북한이 지금의 상태에서 그대로 체제전환이 이루어진다면, 보편적 건강보장제도를 구축할 가능성은 낮아 보인다. 그러나 단기간에 개선되기 어려운 건강수준을 제외한, 경제적 또는 정치적 요인들은 대내외적인 다양한 요인에 의해 급진적으로 개선될 가능성을 충분히 내포하고 있다. 그 중에서도 특히 부패통제와 시민적 자유도와 같은 사회적 조건이 먼저 개선되는 계기가 생긴다면, 북한에도 보편적 건강보장 법제도화를 신속하게 도입하는 환경이 만들어질 가능성이 높아질 것으로 예측되고, 이와 더불어 긍정적인 경제적 상황과 올바른 거버넌스가 뒷받침된다면 도입된 법제도를 효과적이고 지속적으로 운영할 수 있을 것이다.

---

핵심되는 말 : 보건의료시스템, 보편적 건강보장 법제도, 북한, 비교제도론적 연구,  
세마쉬코 체계, 탈사회주의 체제전환국가, 통일, 퍼지셋 질적비교연구

# 제1장 서론

## 1.1. 연구배경 및 필요성

### 1.1.1. 국내외 건강보장성 강화 아젠다 대두

2017년, 문재인 정부는 ‘건강보험 보장성 강화 대책’을 발표하고 미용이나 성형을 제외한 모든 의료비에 건강보험을 적용하여 국민들의 의료비에 대한 부담을 최소화하겠다고 대대적으로 발표했다<sup>1)</sup>. 건강보장성 강화는 이미 오래 전부터 정부와 국민 모두가 관심을 가지고 지속적으로 해결하려고 노력해 온 부분으로 국제사회에서도 지속가능 개발목표(Sustainable Development Goals, SDGs)<sup>2)</sup> 중 보건 분야의 핵심 아젠다로 ‘보편적 건강보장(Universal health coverage, UHC)’을 내세워 2030년까지 이를 달성하기 위해 중점적으로 노력하고 있다. 보편적 건강보장은 모든 사람이 필요로 하는 의료서비스를 재정적 부담 없이 이용할 수 있도록 보장하는 것으로 이는 ‘인권은 인류가 보편적으로 추구할 권리이며 그 중에서 건강권은 적절한 생활수준에 대한 권리’라고 선포한 UN 세계인권헌장(1948)과 ‘모든 사람들에게 건강을(Health for all)’을 선언한 알마아타 선언(1978)을 기반으로 하고 있다. 즉, 보편적 건강보장은 궁극적으로 건강권을 현실에서 실현시키기 위한 실제적인 표현인 것이다(World Health Organization, 2015).

1) ‘모든 의학적 비급여(미용, 성형 등 제외), 건강보험이 보장한다!’ (2017.8.9. 보건복지부 보도자료)

2) UN의 새천년개발목표(Millennium Development Goals, MDGs)의 후속의제로서 2016년부터 2030년까지 전 세계가 빈곤 종식을 위해 이행할 17대 목표와 169개 세부목표, 230개 지표를 담고 있다.

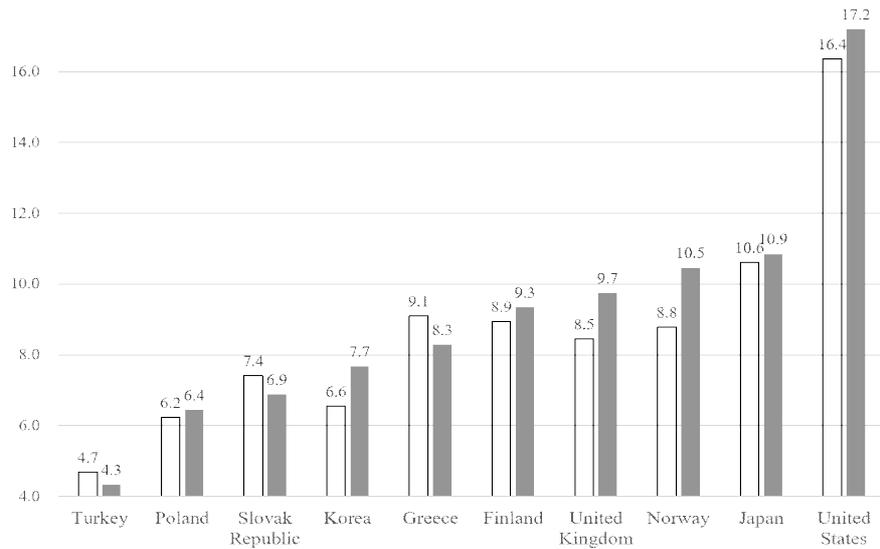
건강은 인간다운 삶을 위한 조건 중 일차적인 동시에, 가치를 부여해야만 하는 인간능력의 중요한 구성요소로서(Sen, 2002) 인간이 누릴 수 있는 모든 인권에 대한 가장 기본바탕이 된다. 이와 같은 인권으로서의 건강권에 대한 구체적인 개념과 그에 대한 국가의 책무는 1966년 발표된 경제·사회·문화적 권리에 관한 국제규약 (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR) 제12조에 보다 자세히 규정되어 있다.<sup>3)</sup> 즉, 이는 이미 1960년 대부터 보편적 건강보장을 인권의 하나로 모든 사람들이 그 가치를 누릴 수 있어야 하며 이를 위해서는 어느 정도의 국가의 개입이 있어야 한다는 일반적인 전제가 깔려있음을 의미하는 것이다. 최근에는 인간의 존엄과 가치를 실현하기 위한 최고 이념인 헌법상의 건강권, 그리고 보편적 건강보장에 대한 연구가 종종 이뤄지고 있다(Backman et al., 2008; Heymann, Cassola, Raub, & L., 2013; Kinney & Clark, 2004).

건강보장수준에 대해 국가마다 의료보장제도가 달라서 직접 비교하기에는 일부 한계가 있을 수 있으나, 각 국을 비교할 때 주로 ‘국민경상의료비 중 공공재원비중<sup>4)</sup>’을 간접지표로 활용한다(신정우, 정형선, 2015). 우리나라는 1977년 직장의료보험을 도입한 이래로 세계에서 유래를 찾아볼 수 없을 만큼 단기간에 전 국민 의료보험을 달성하는 성과를 이루었다(신영수, 2007). 하지만 안타깝게도 건강보장수준은 OECD 평균에도 미치지 못하는 상황이다.

---

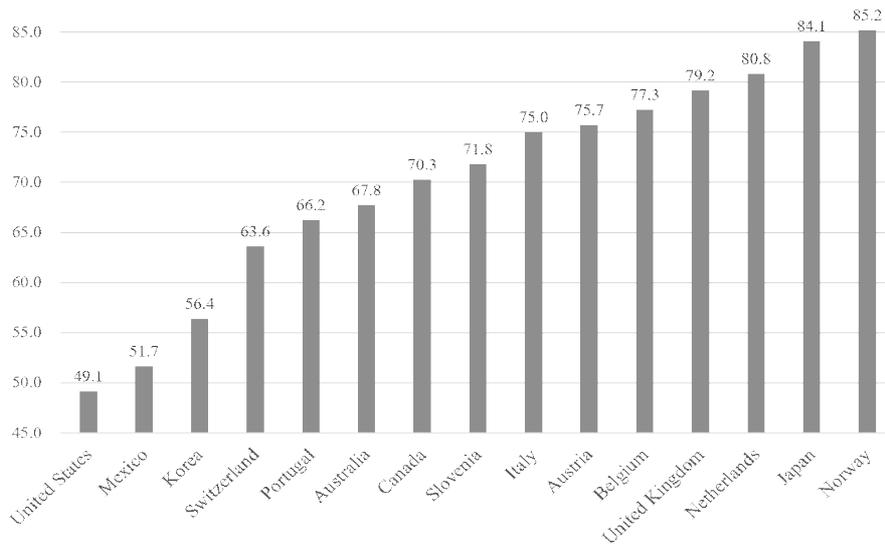
3) 모든 이들에게는 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강을 향유할 권리가 있음. 이 권리의 완전한 실현을 위해 a. 사산율과 유아 사망률의 감소와 아동의 건강한 발육을 위한 제공, b. 모든 부문의 환경과 산업 위생 개선, c. 예방, 치료 및 전염병, 풍토병, 직업병과 기타 질환의 감소, d. 질병 발생 시에 모든 종류의 의료 서비스가 보장되는 환경 구성.

4) · 경상의료비: 보건의료서비스와 재화의 소비를 위한 국민전체의 1년간의 지출 총액  
· 공공재원: 정부+의무가입(건강)보험 등에 의해 지출된 보건의료비



**그림 1 OECD 주요국의 GDP 대비 경상의료비 2011, 2016년 기준(%)**

출처: OECD.Stat, (Data extracted 10 Apr 2018)



**그림 2 OECD 주요국의 국민의료비 대비 공공재원 2016년 기준(%)**

출처: OECD.Stat, (Data extracted 10 Apr 2018)

2016년 기준, 한국의 경상의료비 지출 규모는 GDP 대비 7.7%로 OECD 평균인 9.0%보다 낮다. 그러나 5년 전인 2011년의 수치와 비교해보면 OECD 평균은 8.7%에서 9.0%로 0.3%p 증가한 반면, 우리나라는 1.1%p가 증가하여 높은 증가폭을 기록하였고 이는 OECD 전체 국가 중에서도 5번째로 높은 증가율에 속한다.<sup>5)</sup> (그림1 참조) 의료비 지출 증가폭이 큰 만큼 노인인구 증가, 의료기술의 발전 등으로 인한 국민의료비의 지속적인 증가가 예측된다(정영호, 2009). 반면, 국민의료비 중 공공재원이 차지하는 비중은 2016년 기준 56.4%로 OECD 평균(72.5%)에 크게 밀들고 있어 미국과 멕시코 다음으로 낮은 비중을 보이고 있다. (그림2 참조) 따라서 의료비를 적정수준으로 유지하면서 의료의 질을 향상시키고 보다 사회보장을 강화할 수 있는 정책에 대한 고민이 필요한 시점이다(오윤섭, 윤석준, 2015).

### 1.1.2. 통일시대를 위한 준비

최근 한동안 끊어졌던 남북 간 교류가 다시 시작되면서 통일에 대한 관심이 그 어느 때보다 뜨거워지고 있다. 한반도의 통일은 대한민국의 오랜 염원이자 과제이다. 지난 70여 년간의 시간동안 남한과 북한은 대립되는 이념과 체제 하에 살아왔으며 지금은 세계 유일의 분단국가로 남아있다. 장기간 분단이 지속되는 동안 남북한의 정치, 경제, 사회, 문화 등 전 영역에서 점점 차이가 더 커져가고 있으며 특히 무상의료체계를 주장해오던 북한의 보건의료시스템이 1990년대 고난의 행군을 겪으며 모두 붕괴한 이후, 여전한 경제난 속에 무너진 보건의료 인프라는 예전 수준으로 회복되지 못하고 있는 실정이다.

이러한 상황 속에서 북한 주민들의 건강수준 또한 전 세계에서 가장 낮은

---

5) 노르웨이 1.7%p 상승, 스위스 1.6%p 상승, 칠레 1.6%p 상승, 영국 1.3%p 상승

수준을 기록하고 있는 것은 당연한 일이며<sup>6)</sup> 이와 같은 남과 북의 격차는 언젠가 찾아올 통일을 대비하여 준비해야 할 중요한 과제 중 하나이다(유근춘 등, 2013).

남북이 통일이 되면 막대한 재정 부담이 동반될 가능성이 높다는 것은 이미 독일 사례를 비롯하여 여러 선행연구들을 통해 계속적으로 제기되고 있다.

독일은 통일 초기에 경제성장과 세수증가로 비용 충당에 무리가 없을 것으로 예상했으나, 동독의 낮은 생활수준으로 인한 동독 지원금이 예상보다 늘어남에 따라 세금 인상을 비롯하여 재정 지출 확대, 국가 차입 증대 등으로 이어지면서 재정 건전성이 점차 악화되었고(김창권, 2005) 이에 경제가 회복되기 시작한 2000년대 중반까지 ‘유럽의 병자’로 전락할 수밖에 없었다(이해정, 조호정, 2015).

한반도 통일을 대비한 통일비용 관련 기존 연구는 많지만 비용계산의 전제조건이 모두 달라서 추정치는 수백억 달러부터 수조 달러까지 매우 다양하다. 하지만 막대한 비용이 일정기간동안 투입된다는 것은 사실이다.

이와 같이 큰 통일비용 지출이 예상되는 가운데, 실제로 통일 후 북한주민들의 가장 큰 니즈는 의료부문에 발생될 것이고(유근춘 등, 2014) 그에 따라 보건 및 사회보장 관련 지출이 가장 큰 비중을 차지할 가능성이 높다(고영선, 2012; 국회예산정책처, 2014).

그러나 앞서 살펴본 바와 같이 우리나라의 보건의료지출은 매년 지속적으로 증가하고 있고 보편적 건강보장 수준도 낮은 상황에서 남한보다 경제수준이 훨씬 낮은 북한과의 통일이 이루어진다면, 북한 주민들 뿐 아니라 남한 주민

---

6) 조경숙(2016)에 따르면 남북한 평균수명 차이는 1990년대부터 급격히 벌어져서 2015년 남자는 11.7세, 여자는 11.3세로 격차가 매우 크고, 영아사망률의 경우에도 전 세계 평균인 59.7명보다 높은 68.1명을 기록하고 있으며, 모성사망비 역시 남한보다 8.8배나 높은 수준을 보이고 있다. 이와 같은 현상은 1990년대 북한의 자연재해와 경제난으로 인한 기근, 그리고 보건의료체계의 붕괴에서 기인한다고 볼 수 있다.

들의 건강에도 굉장히 부정적인 영향을 끼치게 될 것이고 재정적 부담은 훨씬 더 높아질 것이 분명하다.<sup>7)</sup>

**표 1 통일 비용에 관한 기존 연구 비교**

저자	출판연도	추정비용	계산 근거
한국개발연구원	1991	2~3조 달러	점진적 혹은 급진적 통일
삼성	2005	5,000억 달러	10년간 최저소득 보장 및 투자
Rand	2005	600억 ~8,000억 달러	50~60년 내에 북한 GDP를 200% 이상 증대
한국조세연구원	2009	10년간 GDP의 12~7%	50~60년 내에 북한의 생산성이 남한의 80~90% 수준으로 수렴
Peter Beck	2010	30년간 20억~60억 달러	북한의 소득을 남한의 80% 수준으로 증대
Charles Wolf	2010	700억 ~2,000억 달러	북한의 GDP를 5~6년 안에 200% 증대, 또는 북한의 소득을 남한의 수준으로 증대
Jaewoo Lee	2012	2050년까지 3,200억 달러, GDP의 10~3%	기반시설투자와 복지지출을 남한 수준으로 유지
국회예산정책처	2014	2060년까지 연평균 23.2억 달러	사회보장, 교육, 행정 분야 등 항목별 추계방식
이석	2015	2020~2050년 3조 달러	-

출처: 고영선(2012). p.12.

7) 북한의 인구가 남한의 절반 정도이고 1인당 의료수요가 남한과 비슷하다고 가정할 경우, GDP 대비 2~3% 정도의 추가적인 보건지출이 발생할 가능성이 있다(고영선, 2101). 그러나 북한 주민의 대부분이 남한의 차상위 계층에 해당하므로 통일이 되면 의료급여 대상자가 1,000만 명 이상 늘어나는 상황이 발생할 수도 있기 때문에(윤석준, 2015) 남한주민의 재정적인 부담은 훨씬 더 커질 것이다.

그러므로 통일 후 보건의료체계를 어떻게 구축할 것인가에 대한 준비는 반드시 필요하다. 특히 통일 후 우리가 구축해야 할 건강보장제도는 단순한 정책의 의미를 넘어 큰 상징성을 갖는다. 우선 보건의료분야는 건강권을 확립하는 차원에서 생명권과 직결되며 이는 나아가 인권과도 관련되어 있으므로 ‘권리 이전의 권리’ 라고 할 수 있다(유근춘 등, 2015). 이와 같이 보건의료가 가지는 상징성과 의미가 있으므로 통일한국에서의 보건의료정책은 단순한 보건의료 차원을 넘어 고도의 정치적 수단으로도 작용할 가능성이 굉장히 크며, 남과 북의 사회통합을 이루는 핵심요소가 될 것이다.

하지만 국내 통일 관련 논문 및 연구보고서 중에서 ‘건강보장’, ‘건강보험’ 등 과 같은 키워드를 가지고 검색해보면, 남한의 의료보장제도(National Health Insurance, NHI)를 단계별로 북한지역에 확대하면서 보건의료제도를 통합하는 방안에 대한 연구가 많고(김석진, 이규창, 2015; 배화숙, 2004; 이태일, 1999; 한국사회보장학회, 2014), 게다가 통일을 경험한 독일사례를 분석한 연구는 많이 이루어지고 있는 반면, 탈사회주의 체제전환국가의 보건의료체계에 대한 연구는 전무한 상황이다. 사회주의체제에서 체제전환을 겪었던 국가의 경험은 현재 사회주의를 유지하고 있는 북한이 향후 체제전환을 하게 될 때 발생할 수 있는 여러 가지 사회문제를 미리 예측할 수 있는 좋은 연구대상이 된다. 사실 언제, 어떤 형태로 통일이 이루어질 수 있는지에 대해서는 여전히 논란과 이견이 많지만 가능성이 낮다고 하더라도 북한의 체제전환 가능성은 우리로서는 간과할 수 없는 중요한 문제인 것은 확실하다(최준욱, 이명헌, 전택승, 2002).

## 1.2. 연구목적

본 연구는 90년대 초, 모든 사회주의 국가에서 소련 해체라는 동일한 외부 충격을 받았음에도 왜 국가별로 각자 다른 속도와 다른 형태로 보편적 건강보장제도를 도입하기 시작하였는가에 대한 의문점에서 시작되었다. 따라서 향후 한반도 통일 이후의 보편적 건강보장을 위한 시사점을 도출하기 위해 탈사회주의 체제전환국가를 대상으로 체제전환 당시 경험을 분석하고 체제전환 후 보편적 건강보장 관련 법제도 구축과 궁극적으로 보편적 건강보장을 달성하는데 영향을 미친 요인을 탐색함으로써 통일한국에 주는 시사점을 도출하고자 한다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 탈사회주의 체제전환국가의 유형을 분류하고 유형별 특징을 탐색한다.

둘째, 탈사회주의 체제전환국가가 보편적 건강보장제도를 도입하는데 영향을 미친 요인이 무엇이었는지 탐색한다.

셋째, 탈사회주의 체제전환국가의 보편적 건강보장 현황과 체제전환 당시 건강보장 법제도화 과정을 파악한다.

넷째, 역사적 제도주의를 근거로 탈사회주의 체제전환국가의 사례를 통해 북한에 주는 시사점을 도출함으로써 향후 통일한국의 보편적 건강보장 법제도화 가능성과 유형을 예측한다.

### 1.3. 연구방법

본 연구는 향후 한반도 통일 이후의 보편적 건강보장 법제도화를 위한 시사점을 도출하기 위해 탈사회주의 체제전환국가들의 체제전환 경험을 분석하고 보편적 건강보장 법제화에 영향을 미친 요소를 탐색하는 질적 연구로서, 구체적인 분석방법으로는 정량적 연구방법인 퍼지셋 질적비교연구방법론과 정성적 연구방법인 비교제도론적 연구를 동시에 활용하였다.

#### 1.3.1. 퍼지셋 질적비교연구방법

그동안 사회과학연구 분야에서는 국가 간 사례비교연구와 같이 2~3개의 소수 사례(small-N)를 대상으로 하는 질적 연구와 다수의 사례(large-N)를 대상으로 변수 중심으로 구성되는 양적연구가 주로 이루어져왔으나, 중간 사례(intermediate-N)<sup>8)</sup>에 대한 연구는 찾기 어려웠다. 이와 같은 연구의 한계를 해소하기 위해 Ragin에 의해 개발된 연구방법이 바로 퍼지셋 질적비교연구방법(fs/QCA; fuzzy set Qualitative Comparative Analysis)이다(이승훈, 2014, pp. 19-23).

기존의 질적 연구는 고전적 집합이론을 사용했던 불리언(Boolean) 방법론에 따라 ‘속한다(1)’ 또는 ‘속하지 않는다(0)’ 로만 표현되지만, 퍼지셋 질적비교연구는 0과 1이라는 이분법적 분류를 넘어서 눈금 매기기(calibration)를 통해 그 사이의 다양한 정도(degree)를 표현할 수 있게 함으로서, 분석시 정보의

---

8) 중간 사례에 대한 명확한 범위를 확인하기 위해 현재까지 발표된 국내 석·박사 학위논문 중 퍼지셋 질적비교연구방법론을 활용한 논문 45개를 분석하였다. 사회복지학(18개)과 행정학(15개)에서 발표된 논문이 가장 많았다. 이 중 파일공개가 되지 않아 내용분석이 어려운 5개 논문을 제외한 40건의 논문의 연구대상 사례수를 비교해본 결과, 최빈값은 25개 사례였고 15개~25개 사례를 활용한 논문이 과반수(23개)를 차지했다.

손실을 최소화할 수 있다는 장점을 가지고 있다(최영준, 2009). 즉, 퍼지셋 질적비교연구는 질적 분석과 양적분석 모두의 장점을 포함시키기 위한 시도로 개발된 연구방법론이다(이승윤, 2014, p. 11).

퍼지셋 질적비교연구방법은 크게 두 가지 형태로 활용될 수 있는데, 첫 번째는 결합적 인과관계를 밝히는 것이다. 즉, 원인조건과 결과조건간의 관계를 개별적으로 분석하기보다 결합적으로 해석한다는 특징을 가지고 있다. 예를 들어 낮은 노인인구 비율과 낮은 영유아 인구 비율은 개별적으로는 자치구의 사회복지예산을 유발하는 원인조건이 되지 않지만, 이 두 가지 조건이 결합하여 원인조건조합을 형성하는 경우에는 자치구의 사회복지예산을 유발하는 인과관계가 형성된다(김병민, 2015). 두 번째 활용법은 퍼지셋 유형 분석(fuzzy-set ideal type analysis)이다.<sup>9)</sup> 이는 퍼지셋이 부분적인 소속점수(membership score)를 나타낼 수 있다는 점을 활용하여 비교연구에서 유형화와 군집분석을 하는 것을 의미한다. 모든 사례는 다양한 군집의 성격을 동시에 가지고 있지만 소속 정도가 다르기 때문에 연구대상의 유형을 나누고 특정 사례가 특정 유형에 어느 정도 소속되어 있는가에 대한 소속 정도(degree)에 대한 차이까지 분석할 수 있다(최영준, 2009).

본 연구는 중간 사례(intermediate-N)인 23개 탈사회주의 체제전환국가를 대상으로 비교하는 연구로서 탈사회주의 당시의 여러 가지 요인들과 보편적 건강보장 법제도화 간의 개별 인과관계 뿐 아니라, 결합적 인과관계를 가지고 있는지 까지 비교하고 확인하는 연구이므로 퍼지셋 질적비교연구방법을 활용하는 것이 적절하다고 판단된다. 먼저 퍼지셋 유형 분석을 활용하여 연구대상 국가들의 유형을 나누고 그 특징을 비교한 다음, 각 원인조건과 보편적 건강

---

9) 본 논문에서는 용어 의미의 해석에서 발생할 수 있는 오해의 소지를 줄이고 의도를 명확히 표현하기 위하여, 일반적으로 이념형 또는 이상형으로 해석되는 ideal type을 ‘유형’으로 표현한다.

보장의 법제도화라는 결과조건에 대한 인과관계를 분석함으로써 최종적으로 법제도화에 미치는 영향요인을 도출한다.

다음으로 퍼지셋 질적비교연구방법의 기본 개념에 대해 알아본다.

### 1.3.1.1. 눈금매기기 (Calibration)

눈금매기기는 각 원인조건들에 대한 소속점수<sup>10)</sup>를 결정하는 것으로 질적 개념을 양적 개념으로 전환하는 과정이다. 원점수를 소속점수로 변환하는 눈금매기기(calibration)를 하기 위해서는 우선 완전소속(fully in, 소속점수=0.95), 분기점(소속점수=0.5), 완전 비소속(fully out, 소속점수=0.05)에 해당하는 세 개의 질적 고정점이 필요하다(김병민, 신동면, 2015; Ragin, 2008). 퍼지셋 질적비교 연구방법에서 0.95와 0.05는 완전 소속 또는 완전 비소속을 규정짓는 컷오프 점수이며 0.5는 집합에 속하는 여부를 결정짓는 전환점이 된다. 이와 같이 소속점수를 측정하는 것은 3분위, 5분위, 7분위 퍼지셋 뿐 아니라 연속 퍼지셋까지 개념이 확정되어 해석의 다양성을 담보할 수 있게 된다(민기채, 2014, p.85). 이와 같이 질적 고정점을 연구자가 수동적으로 설정되도록 한 것은 원점수를 변환하는 과정에서 단순 프로그램의 오류를 미리 방지하기 위함이다(김병민, 신동면, 2015). 그러므로 반드시 연구자의 충분한 이해를 바탕으로 개념화, 정의, 라벨링 작업이 선행하여야 한다(이화영, 2014). 보통 변수의 최대값을 0.95로, 중위수를 0.5로, 최소값을 0.05로 설정하는데, 중위수를 분기점으로 사용하는 이유는 연구자의 자의성을 확실하게 배제하고 연구의 객관성을 담보하기 위한 의도이다(민기채, 2014).

---

10) 퍼지점수(fuzzy score), 퍼지셋 점수 또는 멤버십점수(membership score)라고도 한다.

**표 2 퍼지셋 점수 측정**

점수	3분위 퍼지셋	5분위 퍼지셋	7분위 퍼지셋	연속 퍼지셋
1	완전 소속	완전 소속	완전 소속	완전 소속
0.83	-	-	거의 소속이나 완전소속은 아님	0.5 < x < 1
0.75	-	비소속보다 소속	-	
0.67	-	-	다소 소속	
0.5	소속도 비소속도 아님	소속도 비소속도 아님	소속도 비소속도 아님	소속도 비소속도 아님
0.33	-	-	다소 비소속	0 < x < 0.5
0.25	-	소속보다 비소속	-	
0.17	-	-	거의 비소속이나 완전 비소속은 아님	
0	완전 비소속	완전 비소속	완전 비소속	완전 비소속

출처: 민기채(2014). p. 84 재구성

### 1.3.1.2. 퍼지셋 연산

퍼지셋 질적비교연구의 결과를 해석하기 위해서는 먼저 퍼지셋 알고리즘인 다음의 연산과정을 이해해야 한다(Ragin, 2008).

집합이론의 교집합(logical AND)은 사례의 각 집합 소속점수 중 최소값을 취하는 것으로 예를 들어<sup>11)</sup> 서울시 서초구의 재정 자주도가 0.97이고 진보정당 투표율이 0.06인 경우, ‘재정 자주도가 높고 진보정당 투표율이 높은 자치구

11) 이 예시는 김병민(2015)의 ‘지방정부 사회복지예산에 영향을 미치는 요인’ 박사학위 논문에서 발췌하였다.

집합(and)'의 서초구 소속점수는 둘 중 작은 점수인 0.06이다.

그리고 집합이론의 합집합(logical OR)은 각 집합 소속점수 중 최대값을 취하는 것으로 앞서 들었던 서울시 서초구의 예를 보면, 재정 자주도 소속점수가 0.97, 진보정당 투표율이 0.06이므로 '재정 자주도가 높거나 진보정당 투표율이 높은 자치구 집합(or)'의 서초구 소속점수는 둘 중 큰 점수인 0.97의 값을 갖는다.

마지막으로 여집합, 즉 부정은 1에서 각 소속점수를 뺀 값으로 그 소속에 속하지 않는 것을 의미한다. 서울시 서초구의 '높은 재정 자주도를 가진 자치구' 소속점수가 0.97이므로 그의 여집합인 '높은 재정 자주도를 갖지 않은 자치구' 소속점수는 1에서 0.97을 뺀 0.03이 된다.

**표 3 퍼지셋 연산**

	기호	퍼지셋 용어	기본법칙
교집합	*	logical AND	최소값
합집합	+	logical OR	최대값
여집합(부정)	~	negation	1-A

### 1.3.1.3. 충분조건과 필요조건

퍼지셋 질적비교연구는 집합이론을 이용하여 인과관계를 설명한다. 즉, 원인과 결과간의 필요조건 또는 충분조건과 같은 인과관계를 이해할 수 있어야 한다(이승윤, 2014, p. 25).

‘p는 q이다( $p \rightarrow q$ )’ 라는 명제가 참(True)일 때, p는 q의 충분조건이고 q는 p의 필요조건이 된다. 이를 부등식으로 표현하면  $p \leq q$ 가 되는 것이다. 예를 들면 p가 사과이고 q가 과일일 때, 이 명제는 참이 되며, 사과는 과일의 다양한 종류 중 하나로 항상 과일이지만, 반대로 과일이라고 모두 사과는 아니다. 즉, 사과는 과일의 충분조건이며 과일은 사과의 필요조건인 관계가 성립되는 것이다. 이와 같이 결과값이 원인 값보다 크거나 같은 경우에는, 원인조건이 결과조건인 충분조건이 되고 원인조건이 존재할 때 항상 결과조건이 존재하게 되고, 반대로 결과값이 원인 값보다 작거나 같은 경우에는 원인조건이 결과조건인 필요조건이 되므로 결과조건이 존재할 때 무조건 원인조건이 존재하게 된다. 이와 같은 부분집합의 충분조건 및 필요조건 개념을 통해 일치성(consistency)과 포괄성(coverage)을 측정할 수 있다.

먼저 일치성에 대해 살펴본다. <그림 3>의 개념에 따라 ‘A형태의 조직구조를 가진 기업이 생존하는가?’ 라는 명제에 대한 계산을 수식화하면  $c/(c+d)$ 로 표현할 수 있다. 여기서 원인조건이 되는 ‘A형태의 조직구조’가 분모가 되고 A형태의 조직구조를 가진 기업 중 생존한 기업인 c 부분이 분자가 되는데, 이 값이 바로 일치성이며 보통 0.75 이상의 값을 가지면 ‘A형태의 조직구조’라는 원인조건은 ‘생존한 기업’이라는 결과조건인 충분조건이 된다(A형태의 조직구조를 가진 기업  $\leq$  생존한 기업).

이와 같이 부분집합이 일치성을 갖는다고 판단이 된 후에는 집합 간 포괄성을 확인한다. 포괄성의 경우에는 결과조건이 존재하는 사례 중 원인조건은 얼마나 빈번하게 존재하는지를 나타내는 것으로(이승윤, 2014, p. 31), ‘기업이 생존하려면 A 형태의 조직구조를 가져야 하는가?’에 대한 집합관계를 의미한다.

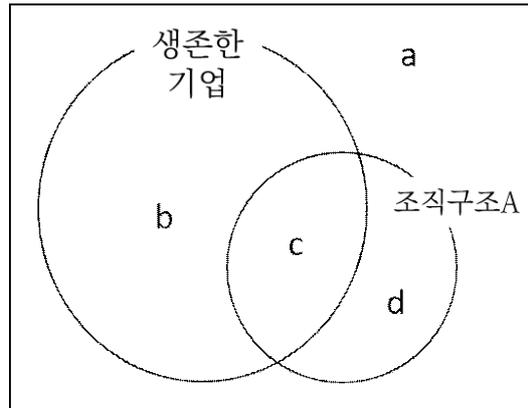


그림 3 부분집합관계의 개념 예시

이 관계를 수식화하면  $c/(b+c)$ 로 표현할 수 있는데, 일치성과는 달리 결과조건인 ‘생존한 기업’이 분모에 위치한다. 이와 같은 포괄성 값이 0.75 이상이 되면, ‘A형태의 조직구조’라는 원인조건은 ‘생존한 기업’이라는 결과조건의 필요조건이 된다(생존한 기업  $\leq$  A형태의 조직구조를 가진 기업).

즉, 결과 집합에 대한 소속점수를 Y축, 원인조건 또는 원인조건조합에 대한 소속점수를 X축에 하고 사례별로 산점도를 나타냈을 때, 사례 중 75% 이상이 좌측 상단에 위치한 경우에는 ‘원인조건 또는 원인조건조합(X)은 거의 항상 (almost always) 결과조건(Y)의 충분조건관계’라고 판단할 수 있다. 반대로 사례 중 75% 이상이 우측 하단에 위치한 경우에는 ‘원인조건 또는 원인조건조합(X)은 거의 항상 결과조건(Y)의 필요조건관계’에 있다고 판단할 수 있다.

#### 1.3.1.4. 진실표 (Truth Table)

진실표는 결과조건에 대한 원인조건의 조합을 구성하는 것으로 원인조건 수

가  $k$ 인 경우  $2k$ 개의 원인조건조합을 만들 수 있다. 이렇게 만들어진  $2k$ 개의 원인조건조합별로 퍼지셋 연산 중 교집합 원리에 따라 각 사례의 소속점수를 도출하는데, 그 중에서 소속점수가 0.5 이상이 되는 사례만 그 원인조건조합과 인과관계가 있다고 판단한다. 다음으로 빈도 기준선을 선택하는데, 전체 사례 수( $N$ )가 적은 경우에는 빈도 기준을 1 또는 2로 설정하고 빈도 기준보다 낮은 사례를 가지고 있는 원인조건조합은 경험적 사례가 부족한 조합으로 판단하여 연구 분석에서 제외한다. 다음으로 분석 대상이 되는 원인조건조합들의 일관성을 평가하고 일정 기준 이하의 일관성을 가진 원인조건조합 역시 연구 분석에 제외한다. 여기서도 일관성의 기준은 최소 0.75 이상이 되어야 하며, 연구 논문에 따라 정확도를 높이기 위해 일관성 기준을 상향하기도 한다.

이와 같은 진실표가 구성되면 결과조건에 대한 원인조건 또는 원인조건조합들과의 인과관계를 검증하기 위해 fs/QCA 프로그램을 통해 표준분석(Standard Analysis)을 시행한다. fs/QCA 프로그램에는 특수분석과 표준분석이 있는데, Ragin은 뛰어난 해석을 보여주는 중간 결과값(Intermediate solution)이 있는 표준분석을 추천하고 있다(김병민, 2015). 표준분석 결과는 실증적으로 발생한 사례만을 대상으로 분석한 것으로 수식이 복잡한 ‘복잡한 결과값(complex solution)’, 반대로 수식적으로 가장 간단한 결과로서 결합조건식이 함축적인 ‘간명한 결과값(parsimonious solution)’, 마지막으로 결합조건에 대한 조건법적 가정을 바탕으로 제시된 결과인 ‘중간 결과값(intermediate solution)’의 형태로 보여진다. (용태석, 2016, p. 138)

## 1.3.2. 비교제도론적 연구

### 1.3.2.1. 비교정책연구의 목적

‘비교’란, 모든 학술적 연구의 기초가 되며 넓은 의미에서는 거의 모든 사회과학적 연구방법을 비교방법으로 볼 수 있다(남궁근, 1998, p. 4). 그리고 여기서 조금 더 확대 발전된 비교정책연구(comparative policy studies)는 국가와 같은 거시적 단위에서 채택한 정책의 실질적 내용, 정책 결정 과정, 정책 채택 배경과 그 효과 등을 설명하고 해석하는 것을 목적으로 하는 연구로 정의된다(남궁근, 1998, p. 9). 왜 이와 같은 국가별 정책비교연구가 필요한가에 대해서는 이상훈(2002)은 한 사회를 제대로 이해하기 위해서는 다른 사회와의 비교가 중요한 조건이 되며, 특히 하나의 정책을 국가 내에서 직접 실험하는 것은 불가능하므로 국가 간 비교는 이를 일반화하기 위한 유일한 대안이 된다고 설명한다. 비교정책연구는 정책의 유사점과 차이점을 규명하거나 정책의 원인과 효과를 검증하기 위한 학술적 목적으로 수행되기도 하고 정책적 지식을 구축하고 학습함으로써 국가 간의 상호의존성 증가에 따른 대응방안을 모색하기 위한 실용적 목적으로 수행되기도 한다.

### 1.3.2.2. 비교정책연구의 종류

지금까지 Lijphart, Ragin, 그리고 Janoski & Hicks 등 많은 학자들에 의해 비교연구방법의 유형 분류가 시도되었다. 본 장에서는 여러 학자들에 의해 시도된 비교연구방법의 유형분류의 각 특징을 고려하여 정리한 남궁근(1998)의 비교방법 분류를 살펴본다.

비교연구방법은 크게 (1) 사례의 수에 의한 분류, (2) 변수의 특성에 의한 분

류, (3) 통제의 방법에 따른 분류로 구분할 수 있다. 첫째로 사례 수에 의한 분류는 하나의 국가 또는 사회를 대상으로 하는 단일사례연구(single case study), 사례의 수가 최소 2개에서 20개 정도까지 이르는 소수사례연구 (small-N study), 그리고 사례의 수가 20개 이상인 다수사례연구(large-N study)로 구분된다. Ragin은 이 중에서 소수사례연구를 사례지향적 연구라고 부른다. 둘째로 변수의 특성에 의한 분류이다. 이는 연구에서 사용하는 변수가 질적 분류(예: 명목척도로 측정되는가)가 가능한 변수인지, 양적 분류(예: 서열척도, 등간척도 등으로 측정되는가)가 가능한 변수인지에 따라 구분된다. 셋째로 통제의 방법에 따른 분류는 크게 준실험적 연구, 통계적 연구로 구분되는데<sup>12)</sup>, 이 중에서 주로 소수사례연구에서는 준실험적 연구방법이 활용되고 다수사례 연구에서는 준실험적 연구와 통계적 연구방법이 모두 활용될 수 있다(남궁근, 1998, pp. 70-72)

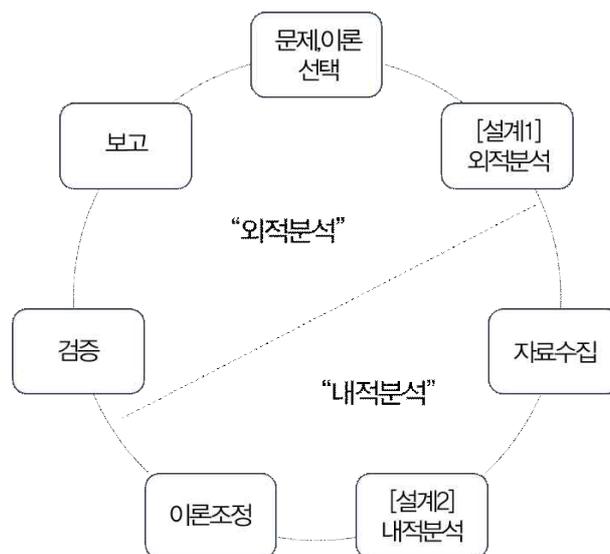
### 1.3.2.3. 비교정책연구의 절차

비교연구에서 중요한 점은 국가들 또는 국가 유형들 간의 특성을 비교하고 분석하는 ‘외적분석’과 한 국가 또는 한 국가 유형 내에서의 특성을 비교하고 분석하는 ‘내적분석’이 동시에 이루어져야 한다는 것이다(안상훈, 2002). 비교정책연구에서 가장 첫 단계는 연구문제를 선택하는 것이다. 연구자의 개인적 관심을 바탕으로 다양한 영역에서의 연구문제가 다뤄질 수 있으며 이 단계에서는 이론적 고찰이나 선행연구 고찰 등이 이루어진다. 두 번째 단계는 연구대상 및 분석시기를 선정하는 것으로 본격적인 연구설계가 이루어지는 단계이다. 세 번째 단계에서는 구축된 연구설계를 바탕으로 각 변수에 대한 자료수집이 이루어진다. 이 때 변수의 정의는 국가 간의 일관성을 유지하

12) 주로 자연과학에서 사용되는 실험적 연구는 제외한다.

도록 개념화할 수 있는지 철저히 검토해야 한다(안상훈, 2002). 자료수집이 완료되면, 수집된 다양한 자료를 분석하고 필요시에는 현지 국가에서 인터뷰를 실시하는 등 연구설계를 중심으로 본격적으로 실제 분석이 진행된다. 다섯 번째 단계는 분석된 결과를 바탕으로 국가 간 비교를 위한 개념을 재구성하거나 이론을 조정하는 단계로 여기까지는 내적분석에 해당한다. 이 단계가 완료되면, 국가 간의 비교를 실시하고 그 과정에서 의미를 도출하는 외적분석이 시작되는데 이를 통해 각 연구대상에 대한 이론이 구체화되고 최종적이고 이 이론은 논문 또는 연구보고서로 작성된다.

국가 간 정책비교연구에서 이와 같은 순환과정이 중요한 이유는 각 국가의 정책은 굉장히 복잡한 맥락에서 형성되고 행해지기 때문에 국가 간 비교가 가능한 하나의 지점을 설정하는 것이 어렵기 때문이다(안상훈, 2002).



**그림 4 비교연구의 과정적 이론모형**

출처: Janoski & Hicks(1994), 이상훈(2002), p.65 재인용

### 1.3.3. 연구구성 및 분석틀

본 논문은 7장으로 구분된다.

제1장은 서론으로 연구배경 및 필요성, 그리고 연구를 통해서 얻고자 하는 목적을 기술하였다. 또한 연구목적 달성을 위한 연구방법으로 활용되는 정량적 분석인 퍼지셋 질적비교연구와 정성적 분석인 선행연구 및 문헌고찰을 통한 비교제도론적 연구를 설명하였다. 제2장과 제3장은 이론적 배경 및 선행연구 고찰이다. 본 논문의 이론적 배경이 되는 역사적 제도주의와 체제전환론을 살펴보고 보편적 건강보장을 위한 국가개입 및 법제도화의 필요성과 건강보장제도의 유형 분류를 정리함으로써 본 연구의 타당한 근거 이론을 세운다. 제4장은 첫 번째와 두 번째 연구목적에 해당하는 것으로 먼저 앞서 살펴본 이론적 배경과 선행연구를 바탕으로 연구 분석에 필요한 원인조건과 결과조건을 도출한다. 그리고 이 변수를 가지고 퍼지셋 유형분석을 활용하여 연구대상 국가에 대한 유형을 분류한 후 유형별 특징을 탐색한다. 다음으로 두 번째 연구 목적을 달성하기 위해 퍼지셋 유형분석으로는 확인할 수 없었던 원인조건과 결과조건 간의 집합관계를 퍼지셋 질적비교연구를 통해서 확인하고 건강보장제도 도입에 영향을 주는 요인을 분석한다. 제5장은 세 번째 연구목적에 해당한다. 선행연구 및 문헌고찰, 그리고 국제기구 데이터 등을 활용하여 비교제도론적 연구를 실시함으로써 정량적 분석으로는 확인이 어려운 각 국가의 건강보장 현황과 역사적 배경 및 건강보장제도의 개혁과정을 보다 심도 있게 살펴본다. 제6장은 네 번째 연구목적에 해당하는 것으로 연구에서 도출된 결과를 현재 북한과 한반도의 상황에 대입해봄으로써 탈사회주의 체제전환국가가 우리에게 주는 시사점을 찾는다. 마지막으로 제7장은 고찰 및 결론이다. 연구를 전반적으로 요약한 후 연구의 결과를 분석함으로써 연구의 함의를 도출하고 결론적으로 통일한국에 주는 시사점을 도출한다. 그리고 연구의 제한점 및 후

속연구를 제안하는 것으로 마무리 한다.

지금까지 살펴본 본 연구의 구성을 도식화하면 아래 그림과 같이 나타낼 수 있다.

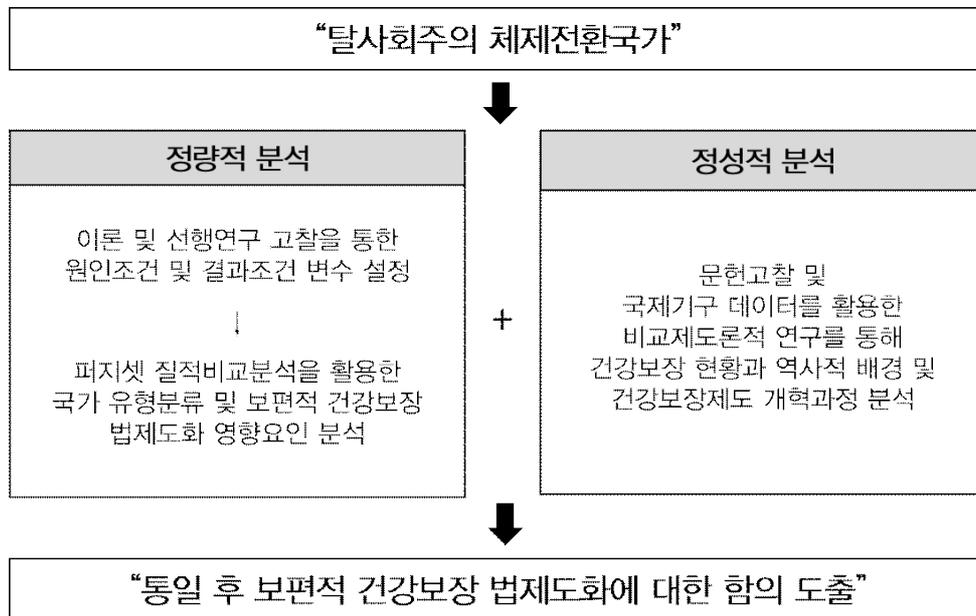


그림 5 연구 분석틀

## 제2장 역사적 제도주의와 체제전환론

본 연구는 궁극적으로 한 국가에서 보편적 건강보장의 법제도화를 도입하는 과정에 대한 연구이다. 따라서 사회현상을 설명할 때 ‘제도(institution)’를 중시하면서 제도, 즉 법을 중심으로 국가와 사회가 움직인다고 설명하는 ‘제도주의(institutionalism)’를 중심으로 연구에 접근할 것이다.

그 중에서도 여전히 공산주의의 역사적 전통성을 가지고 있는 북한이 1990년대 초반 탈사회주의 체제전환국가들과 유사한 경로로 사회적·정치적 변화를 겪을 가능성이 높다는 전제하에 과거 경험을 연구함으로써 향후 언젠가 다가올 남북통일에 대한 시사점을 도출하는 연구해석에 대한 근거 이론이 되는 ‘역사적 제도주의’에 대해 고찰한다. 역사적 제도주의는 제도가 인간의 행동에 미치는 영향을 연구하면서 1980년대 초부터 발전해온 신제도주의(new institutionalism)의 학문적 분파 중 하나로 제도가 한번 형성되면 시간이 흘러도 원래의 속성이 그대로 지속되는 경향이 있다는 것을 설명하는 이론이다 (Goldstein, 1988; Ikenberry, 1988). 따라서 본 장에서는 역사적 제도주의의 이해도를 높이기 위하여 먼저 신제도주의에 대해 살펴본 후, 역사적 제도주의를 알아보려고 한다.

또한 연구 대상인 탈사회주의 체제전환국가를 깊이 이해하고 연구대상을 선정하는 구체적인 세부기준을 도출하기 위하여 ‘체제전환국가’의 정의와 유형을 살펴보고 관련 선행연구를 분석한다. 이를 통해 체제전환국가에서만 볼 수 있는 특징을 정리하고 연구의 변수를 구성하는 근거를 제시한다.

## 2.1. 역사적 제도주의

신제도주의가 대두되기 전, 많은 사회과학이론들은 사람들의 행태 또는 사회현상을 설명할 때, 개인의 행태에 관한 이해를 바탕으로 설명했다(김정수, 2016, p. 259; 안희남, 2002). 그러나 사회현상은 단지 개인별 행태의 특성을 합한 것이 아니라 그 이상의 무엇, 즉 제도(institution)에 영향을 받는다는 것에 관심을 둔 학자들은 단순히 제도를 비교하며 연구했던 1950년대 이전의 구제도주의와 달리 인간의 행태에 영향을 주는 요인으로서 제도의 중요성을 강조하기 시작했다(박종관, 김철희, 박경순, 2012).

신제도주의에서 의미하는 제도의 개념은 포괄적이고 모호해서 학계 내·외부의 다양한 해석이 있지만(김명희, 2007), 대체적으로 다음과 같은 공통점을 발견할 수 있다(하연섭, 2002; Lowndes, 1996).

- 1) 제도는 사회의 구조화된 어떤 측면을 의미하며 사회현상을 설명하는데 있어서 이러한 구조화된 측면에 초점을 맞출 필요가 있다.
- 2) 제도는 개인행위를 제약하며, 제도적 맥락 하에서 이루어지는 개인행위는 규칙성을 띠게 된다. 따라서 신제도주의는 원자화된 혹은 과소 사회화된 개인이 아니라 제도라는 맥락 속에서 이루어지는 개인행위에 초점을 맞춘다.
- 3) 제도가 개인행위를 제약하지만, 개인 간 상호작용의 결과 제도가 변화할 수도 있다. 따라서 제도는 독립변수인 동시에 종속변수로서의 의미를 지닌다.
- 4) 제도는 공식적 규칙과 법률 등 공식적인 측면을 지닐 수도 있고 규범과 관습 등의 비공식적 측면을 지닐 수도 있다.
- 5) 제도는 안정성을 지닌다. 일단 형성된 제도는 그 때 그 때의 상황이나 목적에 따라 쉽게 변화하는 것이 아니다.

신제도주의는 제도를 해석하는 관점에 따라 합리적 선택 제도주의(Rational Choice Institutionalism), 사회학적 제도주의(Sociological Institutionalism), 그리고 역사적 제도주의(Historical Institutionalism)로 학문적 분과가 나누어진다(김정수, 2016, p. 261). 합리적 선택 제도주의는 인간은 스스로 이익을 추구하고자 하는 합리적인 존재라는 인식에서 시작한다. 그러나 개개인 모두가 최대한의 이익을 추구하다보면 집단의 관점에서는 집합적 실패가 발생하게 되는데, 가장 좋은 예시가 바로 시장실패이다. 이와 같은 집합적 실패를 방지하기 위한 제어장치로 제도가 만들어지는 것이다. 즉, 자기이익의 극대화를 추구하는 개인이라는 기본 명제로부터 제도가 어떻게 집합적 행동의 딜레마를 해결해주는가에 대한 일반이론의 구성을 목표로 하는 것이 합리적 선택 제도주의이다(하연섭, 2002). 반면, 사회학적 제도주의에서 바라보는 제도의 관점은 또 다른 의미를 가진다. 사회는 언제나 항상 이성적이고 합리적인 정책을 결정하지만은 않는다. 그 이유는 바로 사회구성원들이 당연하게 받아들이는 성문화되지 않은 관례, 관습과 같은 사회적 질서가 있기 때문이다. 따라서 정책은 반드시 효율적이거나 옳은 결과를 낳은 결과성의 논리에 따라 결정되는 것이 아니라 그 당시 가장 많은 사람들에게 정당하다고 인정받는 방향으로 결정되는 것에 초점을 맞춘다. 즉, 사회학적 제도주의는 결과성의 논리(logic of consequentiality)보다는 적절성의 논리(logic of appropriateness)의 따라 제도가 변화한다고 강조한다(DiMaggio & Powell, 1983; John L. Campbell, 1997). 그렇기 때문에 사회학적 제도주의에 따르면 어떤 특정 제도가 정말 그 문제를 해결하는 수단이 될 수 있는 것인지, 없는 것인지는 확실하지 않을 수 있다(김정수, 2016, p. 265). 마지막으로 역사적 제도주의는 본 연구의 근거가 되는 이론으로 오래전에 형성된 제도가 시간이 지나도 계속 유지되면서 정책결정에 영향을 미친다고 본다(김정수, 2016, p. 265). 즉, 역사적 제도주의에서 제도는 역사적 과정의 산물인 것이다(김태은, 2015). 이와 같이 형성된 제도는 일단 한

변 만들어지면 당시의 환경이 바뀌어도 계속 반복적으로 공통된 제도를 채택함으로써, 한번 구축되면 잘 변하지 않고 거의 되돌릴 수 없다(Ebbinghaus, 2005; Pierson, 2000). 이 때문에 정책결정자들은 정책을 결정할 때, 오래된 관례라는 제도의 틀에 제약을 받게 되는데, 이를 경로의존성(path dependence)이라고 한다. Mahoney(2000)는 이와 같이 제도가 강력한 지속성을 갖는 이유에 대해 첫째, 편익이 비용보다 더 크기 때문이라는 공리적 설명(utilitarian explanation), 둘째, 전체 체제를 위하여 일정한 기능을 수행하기 때문이라는 기능적 설명(functional explanation), 셋째, 제도가 엘리트 집단에 의하여 지지를 받기 때문이라는 권력적 설명(power explanation), 넷째, 제도가 행위자로부터 도덕적으로 정당하고 적절하다고 받아들여지기 때문이라는 정당화의 설명(legitimation explanation) 등으로 분석한다(유현중, 이윤호, 2010).

따라서 과거의 제도가 현재까지 여전히 강력한 영향력을 미치고 있다는 경로의존성 때문에 제도를 분석하거나 정책결정이 필요한 경우에는 과거의 역사적 맥락을 반드시 이해하는 것이 필요하다. 이와 같은 경로 의존성은 강력한 영향력과 함께 제도가 비효율적이고 비합리적으로 추구될 가능성이 있다는 약점이 있다(Liebowitz & Margolis, 2000). 그러나 제도가 아무리 강력한 경로의존성을 가지고 있다고 하더라도 한번 발생하면 영원히 지속되는 것은 아닌데, 기존의 제도가 심각한 위기에 처하게 되면 비로소 과거의 제도를 버리고 새로운 제도를 모색하게 되는 시점을 결정적 분기점(critical juncture)라고 한다(김정수, 2016, p. 268). 그리고 이와 함께 그동안 경로의존성에 의해 지속되어 오던 제도가 위기로 인해 붕괴되는 상황을 단절된 균형(punctuated equilibrium)이라고 한다. 하지만 이와 같은 제도의 근본적인 변화는 자주 발생하지 않고 단절적이고 간헐적으로 발생한다.

**표 4 신제도주의의 분파별 제도에 대한 관점**

분파	제도의 의미	제도변화 유발요인
합리적 선택제도주의	집합적 실패를 방지하기 위한 제어장치	비용-편익비교
사회학적 제도주의	사회구성원에 의해 당연히 받아들여지는 사회적 질서	적절성의 논리
역사적 제도주의	역사적 과정의 산물	결정적 분기점

이와 같은 역사적 제도주의와 제도의 경로의존성, 그리고 결정적 분기점에서의 정책 개선 가능성은 보건의료분야의 정책결정에도 마찬가지로 적용된다.

David Wilsford(1994)는 독일, 프랑스, 영국 및 미국의 보건정책개혁을 경로의존성의 관점으로 이해하고 분석하였고, Hacker(1998)는 영국, 미국, 캐나다의 건강보험제도의 구축과 발전과정을 역사적 제도주의를 바탕으로 비교하였다. 또한 Hacker(2000)는 지난 세기 동안 미국에서 건강관리 및 연금 제공에 대한 시스템 개발의 독특한 경로를 역사적 제도주의 관점에서 탐구하였다.

본 연구는 이와 같이 역사적 제도주의를 근거이론으로 하여 1990년대 초반 탈사회주의 체제전환을 경험했던 국가들과 현재 폐쇄적인 체제를 유지하고 있는 북한 간의 경로의존성이 있음을 전제로 하고, 체제전환국가의 보편적 건강보장 법제도를 연구함으로써 향후 다가올 한반도 통일을 준비에 대한 시사점을 도출하고자 한다.

## 2.2. 체제전환론

제2차 세계대전 종식과 함께 시작된 냉전시대는 동유럽 사회주의국가들의 민주화 투쟁과 소련의 고르바초프 집권 이후에 시작된 소련의 개방 정책인 페레스트로이카에 의해 결국 1992년 소련 공산주의가 붕괴함에 따라 사실상 해체되었고 이와 함께 소련을 비롯한 소련의 영향력 하에 있던 많은 국가들이 사회주의 국가에서 시장경제로의 전환과정을 겪었다(윤진호, 2009). 이와 같은 국가의 정치, 경제, 사회 체제를 포함한 모든 질서가 근본적으로 변화하는 것을 보통 ‘체제전환(system transformation)’ 이라고 부른다(김장욱, 2017). ‘전환(transformation)’ 이란 용어는 스탈린에 의해 숙청된 옛 소련의 정치가인 부하린(Nicholas Bukharin)<sup>13)</sup>에 의해 처음 사용되었는데, 이 때 전환의 의미는 자본주의 사회가 공산주의 사회로의 변형과정을 의미했다(팽성철, 2013).

### 2.2.1. 체제전환의 유형

체제전환의 유형을 구분하기에 앞서, Kornai(1992)는 고전적 사회주의 체제의 위계적 질서 특징을 ‘인과관계의 주요 경로(mainline of causality)’ 로 정리하였다. 인과관계의 첫 번째는 마르크스-레닌주의의 이데올로기에 의한 공산당의 독점 권력(Block 1)이고 이로 인해 발생하는 두 번째 인과관계는 국가가 경제에 대해 소유권을 지배하게 되는 것(Block 2)이며 이로 인해 관료적 통제기능의 우위(Block 3)가 발생하게 된다. Block 1은 Block 2를 유발하고, Block 1과 2의 결합은 필연적으로 Block 3을 창출하며, 이 세 가지 기본 인과

13) Nicholas Bukharin(1888-1938). 소련의 정치 지도자이자 마르크스주의 이론가, 경제학자로 스탈린의 경제 정책에 반대하다가 반혁명 분자로 몰려 처형되었다.

출처: <https://www.britannica.com/biography/Nikolay-Ivanovich-Bukharin>  
(last accessed 04 July 2018)

관계에서 하위 기능(Block 4, 5)은 자연스럽게 유기적으로 촉진된다.

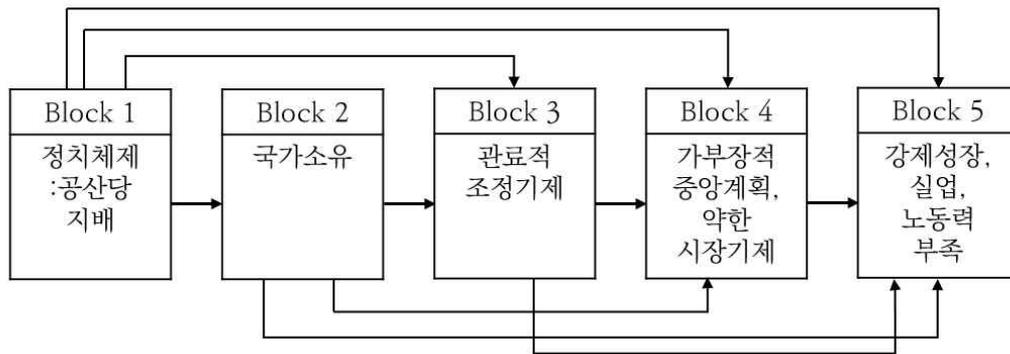


그림 6 Kornai의 고전적 사회주의 체계의 인과관계 주요흐름

출처: Kornai, J. (1992). p. 361

이와 같은 Kornai의 분석틀에 따르면, 체제전환의 유형을 구분 짓는 결정적인 요인은 사회주의의 본질적인 특성이라고 할 수 있는 Block 1,2,3에서 어느 정도 변화가 일어나는가이다. Kornai(1992)는 Block 1,2,3 중 최소 1개가 본질적이고 영구적인 변화가 발생하되, 그 속도는 적당히 급진적(moderate radical)인 케이스를 체제개혁(Reform)이라고 분류했고, 고전적 사회주의 인과관계 주요 흐름의 가장 핵심이 되는 Block 1이 영구적이고 본질적으로 굉장히 빠르게(radical) 변화하는 것을 체제혁명(revolution)이라고 구분하였다. 중국과 베트남 등과 같이 사회주의의 기본 틀은 그대로 유지한 채 점진적으로 경제체제만 변화하는 국가들은 체제개혁에 해당하며, 소련이나 동유럽 국가들과 같이 사회주의 이데올로기와 함께 정치, 경제 모든 체제가 급진적으로 변화한 국가들은 체제혁명에 해당하는데, 여기서 체제혁명이 바로 궁극적인 체제전환을 의미한다.

이와 같이 점진적으로 하면서 정치는 그대로 두고 경제체제만 변화하는 것을 단일전환, 반대로 정치와 경제가 동시에 혹은 정치적 전환을 통해 급진적으로 경제적 체계 개혁도 이루어지는 것을 이중전환이라고 구분한다(장소영, 2017). 이를 체제전환의 주체에 따라 분류해보면, 일반적으로 단일전환이 이루어지는 경우에는 엘리트 집권층 또는 외부세력에 의해 위로부터의 개혁이 시도됨으로 사회주의 정치체제는 쉽게 변하지 않는다(조동호, 박지연, 임채환, 2016). 그러나 이중전환이 이루어진 국가의 경우에는 국민들의 혁명과 자유에 대한 투쟁의 결과, 공산당 독재인 집권층이 붕괴하였고 보통선거를 통해 민주주의가 도입됨에 따라 계획경제에서 시장경제체제로의 전환이 연결되었다(조준현, 2015). 단일전환과 이중전환을 결정짓는 가장 핵심은 국가의 시민사회 성숙도라고 할 수 있다. 시민사회가 발달한 국가는 민주화를 추구하는 욕구가 강한 만큼, 공산당의 통제 하에서 얼마나 시민사회를 구축하고 이를 완성했는가 하는 것이 현실사회주의 체제전환의 성공여부를 결정하는 열쇠가 된다(이규영, 2015).

표 5 체제개혁과 체제전환의 구분

구분	체제개혁(reform)	체제전환(transformation) =체제혁명(revolution)
변화의 깊이	Block 1,2,3 중 최소 1개가 본질적인 변화가 있어야 함.	Block 1의 영구적이고 본질적 변화
변화의 급진성	적당히 급진적	급진적
변화의 방향성	위로부터의 개혁	아래로부터의 개혁
정치와 경제부문의 상호변화양상	단일전환	이중전환
사례국가	중국, 베트남	소련, 동유럽

따라서 본 논문은 탈사회주의 체제전환 국가의 역동적인 변화과정을 살펴보고 그에 따른 시사점을 찾고자 하는 목적을 가지고 있으므로, 사회주의 국가가 과정에서는 다소 차이가 보일지라도 궁극적으로는 같은 목표를 향해 수렴한다는 전제하에, 사회주의 국가들의 변화과정을 더욱 종합적이고 입체적으로 관찰할 수 있는 전환(transformation)의 개념으로(김근식, 2010) 접근하였다.

### 2.2.2. 체제전환과정

Brzezinski(1993)는 사회주의체제가 전환되는 과정을 크게 3단계로 나누어서 설명하였다. 1단계는 정치적으로는 변환, 경제적으로는 안정화를 목표로 일당체제가 종식되고 국가 통제가 약화되며 사유화가 진행되는 단계이다. 1~5년

정도 소요된다. 다음으로 2단계는 3~10년 정도가 소요되며 1단계에서 발생했던 정치체계의 변환이 새로운 헌법과 법규의 틀이 완성됨에 따라 안정화되고 경제적으로는 새로운 경제계급이 나타나고 사유화의 규모가 커짐에 따라 안정화에서 변환하는 시기이다. 마지막으로 3단계는 안정적으로 민주주의가 고착화되고 경제는 지속적으로 도약하는 단계로 5~15년 정도가 소요된다. 각 단계 별로 소요기간이 차이가 많은 것은 사회주의체제가 붕괴되기 직전의 정치·경제적 변화 과정에 따라 좌우된다.

**표 6 탈공산주의 전환단계별 정치적, 경제적 목표**

Goal	Phase 1(1-5년)	Phase 2(3-10년)	Phase 3(5-15+년)
정치	Transformation	From Transformation to Stabilization	Consolidation
경제	Stabilization	From Stabilization to Transformation	Sustained Take-Off

출처: Brzezinski, Z. (1993). p.4.

## 제3장 보편적 건강보장과 법제도화

본 장에서는 보편적 건강보장을 위해 국가가 개입해야 하는 근거를 논의함으로써 우리가 왜 법률과 공공정책의 차원에서 보편적 건강보장 달성을 고민해야하는지 살펴본다. 또한 건강보장제도의 발전과정을 탐색하고 유형을 분류하는 과정에서 본 연구의 원인조건을 추출하고 탈사회주의 체제전환국가의 건강보장제도를 분석할 기준을 도출한다.

### 3.1. 보편적 건강보장에 대한 국가개입 근거

제1차 세계대전 후 더 나은 사회를 건설하겠다는 약속을 채 지키기도 전에 영국은 제2차 세계대전에 휘말리게 되었다. 제1차 세계대전으로 인한 국민들의 비탄을 잠재우고 국민들의 단합을 통해 제2차 세계대전을 승리로 이끌기 위해서는 국가 차원에서의 사회개혁이 필요하다는 목소리가 높아졌다. 또한 당시 의료기술이 점차 발전하게 되면서 소득수준에 따라 의료서비스의 접근성에 영향을 받게 되었는데, 이는 경제적 능력이 곧 건강 불평등으로 이어지고 있었다. 이에 1941년 영국의 노동조합총연맹의 청원을 계기로 사회보험에 대한 종합적인 검토가 시작된 결과, 1942년 베버리지(Beveridge) 보고서가 발표되었다(김상균, 1986). 보고서의 정식명칭은 ‘사회보험과 관련 서비스(Social insurance and allied services)’이다. 이름에서도 알 수 있듯이 베버리지 보고서는 국민생활의 최저수준 보장은 국가의 의무이고 사회보장은 국민의 보편적 권리라고 주장하고 있으며 사회보험의 중요성과 함께 복지국가의 청사진을 제시하고 있다. 이는 영국 외에도 많은 유럽지역 국가에 큰 영향을 끼치면서

복지국가 형성의 기반이 되었다(소광섭, 2006). 또한 이전까지 사적재화로 여겨오던 보건의료서비스는 공공재로 전환되었으며, 영국은 NHI(National Health insurance) 시스템으로 운영해오던 건강보장제도를 NHS(National Health Service) 시스템으로 전환하여 전 국민에게 보건의료서비스를 평등하게 제공하기 시작했다(이규식, 2007).

공공재는 사유재와 달리 ‘편익의 비배제성(non-excludability of benefits)’ 과 ‘소비의 비경합성(non-rivalness in consumption)’ 이라는 특징을 가지고 있다. 비배제성은 일단 재화가 제공되면 그 재화에서 발생하는 편익으로부터 일부만을 제외하기 어려운 상황을 의미하고, 비경합성은 누군가 재화를 소비해도 다른 소비자에게 그 영향을 주지 않아 소비자들 사이에 경쟁적 관계가 나타나지 않는 현상을 의미한다. 이와 같은 특성을 가진 재화는 무임승차자(free rider)<sup>14)</sup>들이 존재하게 됨에 따라 영리 추구가 불가능하므로 시장에 맡겨둘 경우 사회가 필요한 수준의 소비를 충족시킬 만큼의 공급이 이루어지기 어렵다. 따라서 공공재의 공급은 국가가 책임질 필요가 있다(구인회, 손병돈, 안상훈, 2015, p. 55). 이와 같은 이론은 베버리지 보고서 외에도 의료를 인간의 기본 권리로 발표한 유엔 인권선언(1948)<sup>15)</sup>에서도 이미 공식화하고 있다.

이와 유사한 개념으로 ‘외부효과(externality)’ 가 있는데, 의료는 대표적인 긍정적 외부효과 예이다. 국가가 건강보험법을 제정하여 보편적 의료보장을 위해 노력하는 경우, 국민 개인의 건강수준이 향상될 뿐 아니라 국가는 건강한 인적자원을 확보하는 외부효과를 갖는다. 이와 같이 외부효과가 있는 재화의 공급을 시장에 맡길 경우, 긍정적인 효과를 충분히 거둘 정도의 적절한 투

---

14) 정당한 대가를 지불하지 않고 재화를 소비하려고 하는 사회구성원

15) 유엔 인권선언 제25조 제1항 모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리와, 실업, 질병, 장애, 배우자 사망, 노령 또는 기타 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍의 경우에 보장을 받을 권리를 가진다.

자가 이루어지기 어려우므로 사회의 효용을 극대화할 수 없다(구인회 등, 2015, p. 57). 외부효과에 대한 선행연구를 살펴보면, Biglan(2011)은 건강수준에 부정적인 영향을 끼치는 기업 외부효과에 대해 살펴보았고, Carande-Kulis, Getzen, & Thacker(2007)는 시장실패와 완전고용실패로 유발하는 비효율성과 건강불평등에 대해서 공공재 공급과 외부효과에 대한 정부의 역할을 확대할 것을 제안하였다.

또한 소비자가 최적의 의사결정을 내리기 위해서는 재화에 대한 충분한 정보가 있어야 하는데, 정보가 불완전한 경우에는 원하지 않는 상대방과 거래할 가능성이 높아지는 ‘역의 선택(adverse selection)현상’을 유발할 수 있다(조태영, 2010).<sup>16)</sup> 이와 같이 시장거래에 참여하는 주체 중에서 어느 한 편이 많은 정보를 가지고 있고, 다른 편은 적은 정보를 가지고 있는 것을 ‘정보의 비대칭성(informational asymmetry)’이라고 하는데 의료정보는 매우 전문적인 내용임으로 의료인에게 독점적인 권한을 주고 있는 만큼 소비자에게 충분한 정보가 제공되지 않는 경우에는 정보의 비대칭성이 발생할 확률이 높아진다. 따라서 보건 의료서비스를 시장 경제에 맡길 경우, 정보의 비대칭성으로 인해 유발된 역의 선택 현상이 발생한 확률이 높아짐에 따라 사회의 수요를 충족시키기 어려워지게 된다.

이와 같은 정보의 비대칭성에 대한 접근으로 ‘대리인(Agents) 또는 의사결정조연자(medical decision advisors)’에 대한 개념이 다뤄진 연구들이 많다(Blomqvist, 1991; Mooney & Ryan, 1993; Retchin, 2007). 환자는 의사결정권한을 보통 1차 진료의사에게 위임하여 정보의 비대칭성을 어느 정도 감소시킬

---

16) 역선택 중에서 소비자가 불완전한 정보를 가지고 있는 구체적인 예로 중고자동차시장을 들 수 있다. 중고차 공급자는 어떤 차가 불량인지 알고 있으나 소비자는 정확한 정보를 알 수 없다. 따라서 공급자는 중고차 시장에 불량 중고차를 우선적으로 공급하게 되고 소비자는 이를 구입하게 되는데, 이와 같은 현상은 중고차 시장이 사회의 수요를 충족시키기 어려워지게 되고 이는 궁극적으로 소비자가 중고차시장을 기피하게 됨으로써 중고차시장의 존속이 위태로워진다(조태영, 2010).

수 있는데, 이 역시 완전히 문제를 해결하기에는 한계가 있다(정영호, 박하영, 권순만, 이견직, 고숙자, 2004).

마지막으로, 질병의 위험도에 따라 보험료를 부과하는 민간보험과 달리 정부가 개입하여 운영되는 사회보험은 보험료 부담을 균등하게 한다. 이는 보험의 특징 중 하나인 미래의 위험을 분담한다는 역할을 하게 될 뿐 아니라 소득의 재분배 효과도 함께 창출한다. 이 외에도 조세와 공공부조정책은 대부분의 나라에서 소득 수준에 따라 세금을 부과하고 있다. 이와 같은 재분배는 경제적 효율성을 증가시키고 자원을 효율적으로 활용하는 방안이 되는데(구인회 등, 2015, p. 64), 이를 민간에 맡기게 되면 자발적으로 개인의 소득을 내지 않으려고 하거나 하게 되더라도 굉장히 좁은 범위에서 부족하게 이루어질 수 있으므로 국가의 개입이 필요하게 된다.

### 3.2. 보편적 건강보장에서 법제도화의 의미

여기서 국가가 개입한다는 것은 궁극적으로 관련된 법과 정책을 수립하고 이를 수행한다는 것을 의미한다. 즉, 보건의료서비스는 공공재의 성격을 가지고 있으므로 전 세계적으로 공적 권리로서, 그리고 복지재로서의 개념이 사회정책분야의 입법에 반영되고 있는 것이다(남궁근, 박창제 1993). 물론 자발적인 행동을 통해 국민 스스로 건강수준을 향상시킬 수 있겠지만, 한 개인이 타인의 건강과 안전을 저해하는 것을 방지함으로써 대중의 건강과 안전을 명확히 지키고 많은 사람들의 복지를 극대화하기 위해서는 민주적인 절차를 통해 만들어진 법이 핵심적인 도구로 사용된다(Gostin, 2016, p. 17). 그리고 법이나 제도가 구축되었을 때 비로소 정부의 개입이 정당화될 수 있다. 이에 대해 Backman et al.(2008)은 한 국가에서 법적으로 건강권을 인정하고 규정하는 것이 바로 건강권을 실현하기 위한 첫 단계라고 했고, Bloche(2003)는 건강은

보편적인 인간의 욕망이자 기본적인 생활을 영위하기 위한 필수조건이며 이를 위해서는 보건의료법을 통해 건강증진과 회복, 개인의 존엄성 보호, 취약계층에 대한 보호, 그리고 기본 의료서비스 접근성 보편화 등의 목적을 달성할 수 있다고 하였다. 요컨대 보건의료서비스를 공적권리와 복지재로서 인식한다는 것은 국민 모두가 개인의 능력과는 무관하게 보건의료서비스를 보편적으로 이용할 수 있어야 한다는 것을 의미하며 이는 국민건강보험제도(NHI) 또는 국민보건서비스(NHS)와 같은 사회적 의료보장을 위한 입법과 제도를 통해 목적이 달성될 수 있다는 것이다(남궁근, 1998).

건강증진 또는 건강보장에 있어서 법제도화의 역할에 대한 연구는 다양한 관점에서 많이 이루어져왔다. Backman et al.(2008)은 194개국의 보건의료시스템에서 건강권 유무를 확인하고 그 특징 일부를 반영하는 72가지의 지표를 개발했는데, 건강권은 단지 인도주의적인 것만이 아니라 명백한 인권법상의 의무로 명시하면서 개별 국가는 법을 통해 건강권을 명시할 뿐 아니라 보건의료서비스와 관련된 내용을 명확히 규정하는 세부 조항이 있어야 한다고 설명한다. 또한 Hogerzeil et al.(2006)은 12개국에서 71건의 판례를 분석했는데 그 중에서 59건에서 필수 의약품에 대한 접근성이 법률을 통해 보장되었다고 결론 내렸다. 직접적인 건강과 관련 법률이 아닌 정치적인 관점에서 접근한 연구도 있다. Bezruchka, Namekata & Sistro(2008)은 2차 세계 대전 후 일본의 건강상태는 매우 열악했으나 빠른 기간 안에 건강수준을 높일 수 있었던 것은 헌법과 입법을 통해 민주주의가 정착되었고 이는 궁극적으로 국민들의 건강수준이 높아지는 현상으로 나타났다고 설명한다.

이와 같이 법 또는 공공정책이 결정되는 과정은 정부기관이 최선의 방법으로 공익을 공식적으로 추구하려는 복잡하고 동태적인 과정으로, 정책결정의 주체가 되는 정부는 정치성과 권력성을 띄게 되고 그 정책의 영향을 받는 대

중들은 큰 관심을 가질 수밖에 없다(박윤형, 2003). 정책결정과정에는 다양한 영향 요인들이 작용하게 되는데, 이에 대한 이론은 크게 합리적 정책결정을 위한 지침을 나타내는 규범적인 모형(normative model)과 실제 정책결정에 관한 객관적 설명을 다루는 실증적인 모형(positive model)로 구분된다. 그리고 실증적인 모형은 다시 어떤 메커니즘에 의해 정책이 결정되는지를 살펴보는 ‘과정 중심적 모형’과 국제적인 맥락까지 포함하여 살펴보는 ‘요인 중심적 모형’으로 구분될 수 있다(김정수, 2016, p. 215). 지금까지 국내에서는 이러한 이론을 활용하여 보건복지와 관련된 법 또는 공공정책이 결정되는 과정에 대한 연구가 다수 있어왔다. Kingdon의 정책흐름모형<sup>17)</sup>을 통해 간호사와 간호조무사의 업무 및 자격관리에 대한 의료법 개정 과정에 영향을 미친 요인을 분석한 연구(이유리, 최성경, 김인숙, 강선주, 2018)와 군 간호인력공급을 위한 국군간호사관학교와 관련된 정책변동 연구(이순남, 2004), 정책 네트워크 모형<sup>18)</sup>을 활용하여 한국의 건강보험 일원화 과정을 분석한 연구(김순양, 2005), 정책옹호연합모형<sup>19)</sup>을 중심으로 기초노령연금 정책결정에 대한 사회연결망을 분석한 연구(이덕로, 2012) 등이 있다.

---

17) 떠돌던 정책 문제가 특정 계기(정책 혁신가, 촉발사건 등)로 정책의 창이 열리게 되면 하나로 결합되어 정책을 산출하게 된다는 이론

18) 정책과정에 개입하는 다양한 행위자들 간의 사회적 관계망을 밝히는 이론

19) 정책과정에 참여자들은 사회적, 심리적 존재이므로 사회 환경과의 교호작용을 활발하게 한다는 전제와 함께, 각자 보유하고 있는 자원을 동원하여 추구하는 정책을 관철시키려고 하는 정책결정과정이론

### 3.3. 건강보장제도의 유형화

#### 3.3.1. 복지국가이론

건강보장을 포함하는 사회보장제도의 유형을 분류하는 것 중 가장 많이 알려진 유형은 에스핑안데르센(Esping-Andersen)의 복지국가체제론이다. 에스핑안데르센은 1990년에 발표한 『The Three Worlds of Welfare capitalism』에서 복지국가의 크기, 시장규제, 노사관계 등 여러 가지 차원에 따라 미국, 캐나다와 같은 자유주의(liberal), 독일, 이탈리아와 같은 보수주의(conservative), 그리고 스웨덴, 덴마크와 같은 북유럽형인 사민주의(social democratic)로 복지국가를 분류하였다.

우리는 건강을 포함한 모든 분야에서 모든 사람이 최소한의 인간다운 삶을 살아갈 수 있도록 보장하는 국가를 흔히 복지국가라고 부른다. 즉, 복지국가가 내포하는 가장 핵심적인 내용은 실질적인 자유와 평등의 실현이며 이를 위해서 적당한 입법조치가 요구되는 것이다(권오탁, 2006, p.14).

따라서 본 장에서는 건강보장제도와 정책을 수립하는데 영향을 미치는 요인을 제대로 파악하기 위해서 보다 큰 틀에서 복지국가를 먼저 이해하고 복지국가가 어떻게 발전하게 되는지를 살펴보고자 한다.

먼저 복지국가의 발전을 설명하는 대표적인 이론 중 하나는 기능주의적 시각에서 시작된 ‘근대화론’이다. 근대화론은 산업화가 시작되면서 생산성이 높아진 반면, 실업과 빈곤, 사회적 불평등의 사회적 문제가 동시에 발생했는데 이에 대한 문제를 해결하기 위해 국가는 복지제도를 확대하기 시작했고, 이로써 복지국가가 발전했다고 설명한다(김병민, 신동면, 2015, p. 6). 여기서 국가가 복지제도를 확대하기 위해 사용하게 되는 자원은 산업화와 근대화로 인해 이룩한 경제성장에서 비롯하게 된다(구인회 등, 2015, p. 83). 다음은 ‘신

맑스주의 이론(neo-Marxist)’이다. 이 이론은 사회보장과 같은 복지정책을 통해 노동력을 재생산함으로써 자본주의체제를 확대하고 노동계급을 체제 내로 끌어들이기 위한 정당화 수단으로 복지국가가 발전했다고 설명한다(김병민, 신동면, 2015, p. 6). 하지만 이와 같은 신맑스주의는 노동계급의 역할을 평가절하하고 있다는 점에서 비판을 받았으며, 다음으로 등장한 이론이 바로 ‘권력자원동원론(power resources theory)’이다. 권력자원동원론은 노동계급의 권력자원동원이 복지국가를 발전시켰다고 주장한다. 자본주의 사회에서는 경제적 자원이 바로 권력이 되지만 이는 기본적으로 다수결의 원칙이 적용되는 민주주의와 상충된다. 즉, 자본의 힘이 막강한 반면, 노동계급은 수의 힘에 근거한 또 다른 권력을 가질 수 있는 것이다(구인회 등, 2015, p. 87). 따라서 이 이론에서는 노동조합의 중앙 집중화 정도, 노사갈등 심도, 좌파정당 집권 등이 복지국가를 발전시키는 주요변수로 본다. 마지막으로 살펴 볼 복지국가 발전이론은 ‘국가중심이론(state-centered approach)’이다. 이는 사회를 구성하는 여러 가지 권력들과 독립되어 있는 국가 및 정부 관료들의 정책 활동들이 복지국가 발전에 영향을 끼친다는 것이다(홍경준, 1999). 특정 정책이 만들어지거나 확대될 때에는 다양한 이해관계에 얽힌 사회세력들이 영향을 미치지만 최종적으로는 자율성, 능력, 그리고 구속성을 가지는 국가에 의해 정책이 결정되고 실행된다(조영훈, 2016). 실제로 세계보건기구는 2011년 브라질 리우 데자네이루에서 개최한 사회적 건강결정요인 세계대회(World Conference on Social Determinants of health)에서 건강의 사회적 결정요인에 관한 리우 정치 선언문(Rio Political Declaration on Social Determinants of Health)을 채택하였는데 그 내용을 살펴보면 건강불평등 해소와 보편적 건강보장을 위해서는 보건복지부와 같은 정부기관, 즉 거버넌스의 개선이 필요하며 관련 정책을 개발하고 수행함과 동시에 국제적인 거버넌스와의 협력도 강화하는 것이 중요함을 강조하고 있다.

### 3.3.2. 건강보장제도 유형 분류

앞서 언급한 바와 같이 사회보장제도의 유형을 분류하는 연구에서는 에핑스안데르센의 3가지 복지국가 유형이 자주 인용된다. 그러나 보건의료시스템은 국가 뿐 아니라 민간도 함께 얽혀있는 구조이므로 단순한 복지국가 유형만으로는 분류하기 어려운 부분들이 있다. 이에 Wendt, Frisina, & Rothgang(2009)은 에핑스안데르센의 개념은 바탕으로 하되, 의료시스템에 적합한 새로운 차원의 유형분류를 만들었다. 재원(financing), 보건의료서비스 제공(provision), 그리고 시스템 규제(regulation)라는 3가지 요인이 있는데, 각 요인은 정부에 의해 운영되는지, 또는 사회(예; 비정부 기관)에 의해 운영되는지, 또는 시장원리에 따라 운영되는지에 따라 구분된다. 따라서 최종적으로 3가지 요인에 각 3개의 주체가 있으므로 총 27개(3x3x3)의 유형이 분류된다. 하지만 이렇게 구성된 27개의 유형 중에는 논리적으로 실현될 가능성이 거의 없는 유형들이 있는데, 이에 Katharina et al.(2011)은 재원, 보건의료서비스 제공, 그리고 시스템 규제의 3가지 요인이 각자 다른 영향력을 가짐에 따라 서로 위계질서를 이루고 있다고 보고 Rothgang and Wendt의 유형분류를 재분류하였다. Katharina et al.(2011)에 따르면 3가지 요인 중 시스템 전체에 가장 큰 영향력을 행사하는 규제(regulation)가 가장 상위에 있고, 그 다음이 재원(financing), 마지막을 서비스의 제공(provision)으로 보았다. 3가지 주체 중 국가가 규제를 담당하는 경우에는 강력한 통제 하에 하위 계층인 재원과 보건의료서비스 제공이 국가 외에도 사회 또는 민간에서 담당하는 형태가 구성될 수 있으나 사회가 규제를 담당하는 경우에는 국가 개입이 어려워지고, 민간이 규제를 담당하는 경우에는 국가 또는 사회가 개입하는 것이 어려워져서 소위 민간 시장경제원리만으로 작동하게 된다. 따라서 이와 같은 요인별 위계질서와 상호작용을 바탕으로 Katharina et al.(2011)에 의해 재구성된 유형은 다음과 같다.

**표 7 보건의료시스템 유형 분류**

규제	재원	서비스 제공	시스템 유형
정부	정부	정부	National Health Service
	정부	사회	Non-profit National Health System
	정부	민간	National Health Insurance
	사회	사회	Etatist Social Health System
	사회	민간	Etatist Social Health Insurance
	민간	민간	Etatist Private Health System
사회	사회	사회	Social Health System
	사회	민간	Social Health Insurance
	민간	민간	Corporatist Private Health System
민간	민간	민간	Private Health System

출처: Katharina et al.,(2011). p. 12 재구성

먼저 시스템이 정부의 통제 하에 있는 경우, 총 6가지의 조합이 구성되는데, National Health Service(NHS)는 규제 뿐 아니라 재원, 서비스 제공까지 모두 국가 차원에서 관리되는 시스템이다. 그리고 Non-profit National Health System은 정부가 시스템을 규제하고 재원을 조달하는 반면 보건의료서비스 제공은 비영리 기관에서 책임진다. 다음으로 National Health Insurance(NHI)는 규제와 재원조달이 정부에서 이루어지는 반면 서비스 제공은 영리 목적의 민간에서 시장원리에 의해 작동되는 시스템이다. Etatist Social Health System은 정부가 규제를 하고 재원 조달과 서비스 제공은 비영리 기관에서 이루어지게 되는데, 여기서 서비스 제공이 영리 목적으로 운영되는 경우에는 Etatist Social

Health Insurance라고 한다. 그리고 마지막으로 Etatist Private Health System은 정부의 규제 하에 재원 조달과 서비스 제공 모두 민간에서 이루어지는 시스템이다. 다음으로 사회적 주체가 비영리적 목적으로 보건의료시스템을 규제하는 경우에는 3가지 조합이 구성된다. 먼저 Social Health System는 비영리적 행위자가 규제 뿐 아니라 재원조달과 서비스 제공까지 모두 담당하는 시스템이다. 그리고 Social Health Insurance(SHI)는 비영리적 기관이 규제와 재원조달을 담당하고 서비스 제공은 영리를 추구하는 민간에 맡겨지게 된다. 이 유형은 일반적으로 독일과 같은 비스마르크형 복지국가 사회보험제도로 여겨진다. Corporatist Private Health System은 비영리적 기관에서 규제하고 재원조달과 서비스 제공은 모두 시장구조에 맡겨진다. 여기는 영리를 추구하는 민간보험 회사와 의료서비스 공급자가 존재하게 된다. 마지막으로 민간에 의해 보건의료서비스가 통제되는 Private Health System은 재원조달과 서비스 제공도 모두 영리를 추구하는 민간에 의해 작동할 수밖에 없다. 이와 같은 시스템에서의 건강보장은 개인보험에 의존하게 된다(Katharina et al., 2011, p. 13).

### 3.3.3. 탈사회주의 체제전환국가에서의 건강보장제도

탈사회주의 체제전환 국가들은 1980년대 후반부터 1990년대 초반까지 국가 사회주의체제가 붕괴되면서 정치, 사회, 경제 등 전반적인 분야에서 큰 혼란을 겪었다. 당시 GDP는 27개국에서 15~70%까지 하락했고 실질 임금은 더 떨어졌으며(United Nations Children's Fund, 1999) 실업률은 치솟고 1차 교육 및 의료서비스 보장률은 악화되었을 뿐 아니라 소득 불평등은 계속 커져만 갔다(Fajth 1999). 이와 같이 국가체제가 흔들리는 충격은 국민의 보건의료서비스 충족과 건강수준에도 영향을 끼칠 수밖에 없게 된다. 탈사회주의 체제전환국가의 건강과 관련된 선행연구를 살펴보면, Davis(2001)는 구소련과 동유럽이

1990년대에 체제전환과 함께 보건의료분야에서 수많은 개혁을 도입했으나 전환 초기, 대부분의 국가에서는 국민 건강상태의 악화와 의료시스템의 결함으로 인한 사망률이 증가했다고 밝히고 있다. Safaei(2012) 또한 사회주의 체제전환이 시작된 후 20년간 CEE(Central and Eastern Europe) 국가 중 7개의 국가에서 남녀의 기대수명과 사망률의 추이를 추적한 결과, 모든 국가가 동일한 결과값을 나타내지는 않았으나 특정 국가에서 특히 공산주의 붕괴 직후 건강수준이 퇴보하는 현상을 나타냈다는 연구결과를 발표하였다. 이와 같은 상황에서 Romaniuk & Szromek(2016)는 중동부 유럽 국가들이 체제전환 후에 보건의료체제 개혁을 긍정적으로 유도하는 요인 중 하나로 ‘의료비 지출과 국민들의 재정적 부담’을 꼽았다. 재정적 부담이 건강에 영향을 끼친다는 것은 궁극적으로 소득불평등과도 관련이 깊은데, 이를 반영하듯 탈사회주의 체제전환을 겪은 국가를 대상으로 소득불평등을 포함한 사회경제적인 불평등에 대한 연구들이 굉장히 활발하게 이루어지고 있다(Bandelj & Mahutga, 2010; Ezcurra, Pascual, & Rapún, 2007; Gerry & Mickiewicz, 2008; Heyns, 2005; Smith, 2000).

## 제4장 탈사회주의 체제전환국가의 보편적 건강보장 법제도화 영향요인

### 4.1. 연구설계

#### 4.1.1. 연구대상

국가의 체제전환은 여러 관점에서의 해석과 그에 따른 의미를 가지고 있으며, 체제전환 형태에 따른 다양한 유형도 존재하므로 연구를 본격적으로 시작하기에 앞서 어떤 국가들을 연구대상으로 할 것인가에 대한 명확한 기준에 대한 고민이 필요하다.

그동안 각 분야에서 한반도 통일에 대한 다양한 형태와 시기 등에 대한 논의가 있어왔다. 그러나 설령 남북 간 합의에 의한 통일이라 하더라도 통일한국의 권력구조에 있어서 자유민주주의라는 이념은 양보할 수 없는 부분이다(최진욱, 2004). 따라서 중국 또는 베트남과 같이 정치체제는 그대로 두고 경제체제만 점진적으로 변화하고 있는 단일전환형태를 띠는 체제개혁(reform) 국가는 본 연구에서 제외하고 영구적이고 본질적인 사회주의 체제의 변화를 경험한 소련, 동유럽 등과 같은 체제전환(transformation) 국가를 연구 대상으로 선정한다. 또한 아프리카 지역<sup>20)</sup>에 위치한 6개 국가는 데이터 확보가 어려울 뿐 아니라 구소련의 강력한 영향력 하에 있었던 타 탈사회주의 국가와는 사회주의를 도입한 역사적 배경이 상이하고, 무엇보다 타 탈사회주의 국가와

---

20) UN기준

보건 수준을 비교해보면 극단적으로 큰 차이를 보이고 있어<sup>21)</sup> 이를 일반화하기 어려운 면이 있다(그림7, 그림8 참조). Holman, Wichma, & Brown(2015)과 Kim(2008)은 지리적으로 근접한 국가들은 문화, 역사, 정치적 상황, 그리고 국제적인 흐름까지 유사성을 가진다고 하였다. 따라서 이와 같은 맥락에서 최대한 연구대상의 통일성을 높임으로써 연구결과의 신뢰도를 높이기 위해 지리적으로 유사한 곳에 위치한 국가만을 대상으로 하기 위해 아프리카 6개국을 제외한다.

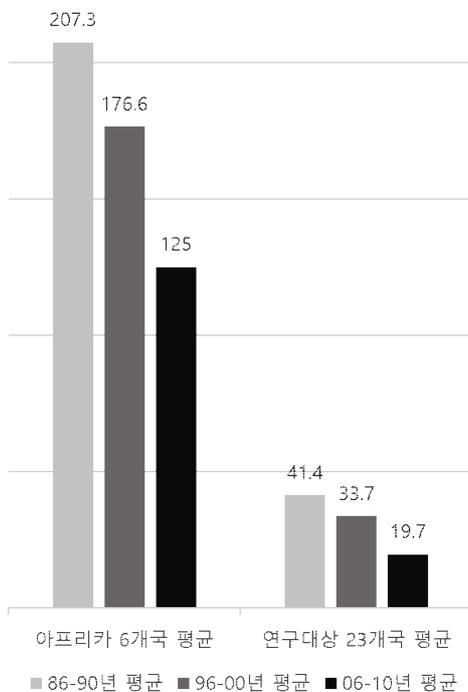


그림 7 5세미만 사망률 비교

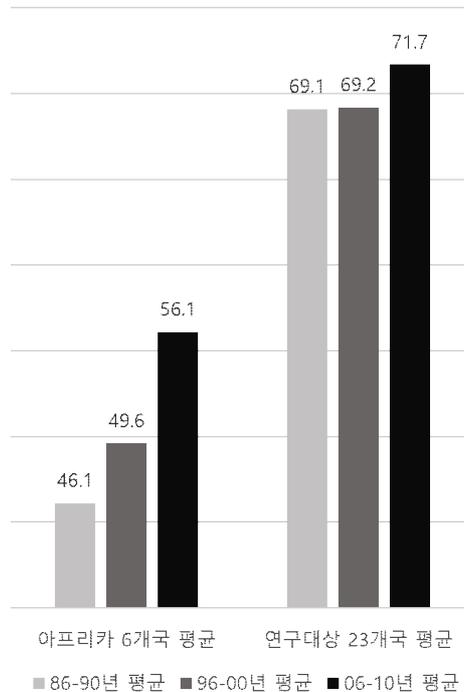


그림 8 출생시 기대수명 비교

출처: World Bank World Development Indicators (Last Updated Date 2 May 2018)

21) 국가별로 5세미만 사망률과 기대수명을 1986년부터 1990년까지, 1996년부터 2000년까지, 2006년부터 2010년까지 각 5년간 평균값을 산출한 후, 아프리카 6개국의 평균값과 연구대상 23개국의 평균값을 각 기간별로 비교해본 결과, 5세미만 사망률은 아프리카 6개국이 연구대상 23개국보다 5배 이상 높았고 기대수명은 15년 이상 짧은 것으로 나타났다.

그리고 체코 및 슬로바키아와 보스니아-헤르체고비나 역시 연구대상에서 제외한다. 체코와 슬로바키아는 체코슬로바키아라는 하나의 국가로 유지되어 오다가 소련 붕괴 이후 1993년에 평화롭게 체코와 슬로바키아로 분리되었다. 본 연구에서는 체제전환 전과 후의 데이터를 모두 활용하여 분석하게 되는데, 체코와 슬로바키아를 별도의 국가로 다루기 위해서는 각 국가의 데이터가 필요하나 1993년까지는 체코슬로바키아로의 통합된 데이터만 존재하므로 데이터 분석을 통해 각 국가의 특성을 도출하는 것이 불가능하다. 따라서 체코와 슬로바키아는 모두 연구대상에서 제외한다.

보스니아-헤르체고비나의 경우 현재 1국가 2체제인 상태로 법과 제도가 완전히 분리되어 있어 분석이 어려울 뿐 아니라 각 체제별로 데이터를 접근하기 어려워 연구대상에서 제외하였다. 마지막으로, 이렇게 추출된 총 29개국 중에서 데이터 확보가 불가능한 5개국(아프가니스탄, 몽골, 캄보디아, 세르비아, 몬테네그로)을 제외한 23개국을 최종적으로 본 연구의 대상으로 선정한다.<sup>22)</sup>

이렇게 선정된 23개국은 알바니아, 아르메니아, 아제르바이잔, 벨라루스, 불가리아, 크로아티아, 에스토니아, 조지아, 헝가리, 카자흐스탄, 키르기스스탄, 라트비아, 리투아니아, 마케도니아, 몰도바, 폴란드, 루마니아, 러시아, 슬로베니아, 타지키스탄, 투르크메니스탄, 우즈베키스탄 그리고 우크라이나이며 각 국가별 특징은 다음 표에 정리되어 있다.

---

22) 아프가니스탄, 몽골, 캄보디아는 체제전환 직후의 건강보장관련 법제도에 대한 데이터 확보가 불가능했고, 세르비아는 체제전환 전 기대수명, 몬테네그로는 민주주의 자유화 지수와 부패통제지수 데이터 확보가 불가능했다.

**표 8 연구대상국가 선정 현황**

연번	국가명	구분	분류		지역	국제기구 소속현황	선정여부/제외사유
			91년 이전	91년 이후			
1	러시아	전환	USSR	-	동유럽	CIS(1991)	0
2	라트비아	전환	USSR	발틱3국	동유럽	EU(2004), OECD(2016)	0
3	리투아니아	전환	USSR	발틱3국	동유럽	EU(2004), OECD(2018)	0
4	에스토니아	전환	USSR	발틱3국	동유럽	EU(2004), OECD(2010)	0
5	아르메니아	전환	USSR	캅카스	동유럽	CIS(1991)	0
6	아제르바이잔	전환	USSR	캅카스	동유럽	CIS(1991)	0
7	조지아	전환	USSR	캅카스	동유럽	-	0
8	카자흐스탄	전환	USSR	중앙아시아	아시아태평양	CIS(1991)	0
9	키르기스스탄	전환	USSR	중앙아시아	아시아태평양	CIS(1991)	0
10	타지키스탄	전환	USSR	중앙아시아	아시아태평양	CIS(1991)	0

연번	국가명	구분	분류		지역	국제기구 소속현황	선정여부/제외사유
			91년 이전	91년 이후			
11	우즈베키스탄	전환	USSR	중앙아시아	아시아태평양	CIS(1991)	0
12	투르크메니스탄	전환	USSR	중앙아시아	아시아태평양	-	0
13	마케도니아	전환	Yugo	유고	동유럽	-	0
14	슬로베니아	전환	Yugo	유고	동유럽	EU(2004), OECD(2010)	0
15	크로아티아	전환	Yugo	유고	동유럽	EU(2013)	0
16	폴란드	전환	Satellites	비셰그라드그룹	동유럽	EU(2004), OECD(1997)	0
17	헝가리	전환	Satellites	비셰그라드그룹	동유럽	EU(2004), OECD(1997)	0
18	루마니아	전환	Satellites	기타	동유럽	EU(2007)	0
19	불가리아	전환	Satellites	기타	동유럽	EU(2007)	0
20	알바니아	전환	Satellites	기타	동유럽	-	0
21	몰도바	전환	USSR	기타	동유럽	CIS(1991)	0
22	벨라루스	전환	USSR	기타	동유럽	CIS(1991)	0

연번	국가명	구분	분류		지역	국제기구 소속현황	선정여부/제외사유
			91년 이전	91년 이후			
23	우크라이나	전환	USSR	기타	동유럽	-	0
24	체코	전환	Satellites	-	동유럽	EU(2004), OECD(1995)	체코슬로바키아에서 분리
25	슬로바키아	전환	Satellites	-	동유럽	EU(2004), OECD(2000)	체코슬로바키아에서 분리
26	몽골 인민공화국	전환	Satellites	-	아시아태평양	-	데이터 확보 불가
27	아프가니스탄 민주공화국	전환	Satellites	-	아시아태평양	-	데이터 확보 불가
28	몬테네그로	전환	Yugo	-	동유럽	-	데이터 확보 불가
29	세르비아	전환	Yugo	-	동유럽	-	데이터 확보 불가
30	민주 캄푸치아	전환	기타	-	아시아태평양	-	데이터 확보 불가
31	보스니아-헤르체고비나	전환	Yugo	-	동유럽	-	1국가 2체제
32	모잠비크인민공화국	전환	기타	-	아프리카	-	아프리카 대륙
33	베냉인민공화국	전환	기타	-	아프리카	-	아프리카 대륙
34	소말리아 민주공화국	전환	기타	-	아프리카	-	아프리카 대륙

연번	국가명	구분	분류		지역	국제기구 소속현황	선정여부/제외사유
			91년 이전	91년 이후			
35	앙골라인민공화국	전환	기타	-	아프리카	-	아프리카 대륙
36	에티오피아	전환	기타	-	아프리카	-	아프리카 대륙
37	콩고인민공화국	전환	기타	-	아프리카	-	아프리카 대륙
38	동독	통합	Satellites	-	서유럽	-	전환국가가 아님
39	남예멘	통합	기타	-	아시아태평양	-	전환국가가 아님
40	베트남	개혁	기타	-	아시아태평양	-	전환국가가 아님
41	중국	개혁	기타	-	아시아태평양	-	전환국가가 아님
42	라오스	유지	기타	-	아시아태평양	-	전환국가가 아님
43	북한	유지	기타	-	아시아태평양	-	전환국가가 아님
44	쿠바	유지	기타	-	라틴아메리카	-	전환국가가 아님

† 91년 이후 국가분류는 연구대상에 해당하는 국가만 기재하였음.

‡ 크로아티아, 불가리아, 루마니아는 OECD 가입 신청 상태(2018년 6월 기준)

## 4.1.2. 변수 설정

앞서 살펴본 선행연구와 이론적 고찰을 바탕으로 본 연구에서는 탈사회주의 체제전환국가에서 보편적 건강보장의 법제도화를 유발하는 원인조건으로 ① 체제전환 전 건강수준, ② 체제전환 전 경제수준, ③ 체제전환 직후 국민들의 자유도, ④ 체제전환 직후 정부의 부패 통제지수, 그리고 ⑤ 소련해체에 대한 대중들의 관심수준을 선정하였다.

다음은 각각의 원인조건을 선정하게 된 배경 및 근거이론을 재정리하고 자료 구득시기 및 방법을 살펴본다. 또한 변수별로 국가별 원점수와 데이터의 표준점수까지 도출하여 정리한다.

### 4.1.2.1. 원인조건

#### ① 건강수준

앞서 선행연구 고찰에서 살펴본 바와 같이, 사회주의를 경험한 국가들은 강력하고 비효율적인 중앙집권형 자원분배구조와 급격한 중공업 개발정책 등으로 인해 체제전환 직전까지 경제 침체를 보여 왔고 이로 인해 전 국민에게 무상으로 제공되던 사회주의식 보건의료제도 역시 제대로 작동하지 못했다. 게다가 소련의 붕괴와 체제전환이라는 큰 내외부의 충격은 국민의 건강수준에 더 악영향을 끼쳤다(Davis, 2001; Safaei, 2012). 이와 같은 상황에서 신맑스주의(neo-Marxist)의 이론에 따라<sup>23)</sup> 탈사회주의 체제전환 국가들은 세계대전이라는 외부 충격을 겪은 영국의 사례와 같이, 체제의 조속한 안정화와 국민의 신

---

23) 본 논문의 제3장 3.3.1. 복지국가이론 참조

퇴를 회복하기 위해, 그리고 국가 생산성을 높이기 위해 보건의료와 관련된 정책에 집중할 가능성이 높다. 실제로 건강수준이 낮으면 공공의료비 지출 비중이 증가한다는 연구결과가 있다(오영호, 2005). 공공의료비의 지출비중이 높아진다는 것은 국가 차원에서의 개입이 커진다는 것을 의미한다.

본 연구에서는 체제전환 전의 건강수준이 체제전환 직후 보편적 건강보장 법제화에 영향을 미칠 것이라는 전제하에 건강수준을 원인조건 중 하나로 설정한다. 건강 수준을 측정하기 위한 다양한 지표들이 있으나 주로 ‘5세 미만 사망률(Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births))’ 과 ‘출생시 기대수명(Life expectancy at birth, total (years))’ 이 활용된다. 기대수명은 출생 시의 사망률 패턴이 유지된다는 가정 하에 출생자가 향후 생존할 것으로 기대되는 연수를 의미하는 것으로 인구의 건강상태를 보여주는 가장 잘 알려진 지표이자 국가의 보건상태 발전 정도를 측정하는 지표로 사용된다. 보건의료서비스 접근성 향상, 생활수준 향상, 영양상태 개선, 위생시설 개선 등이 기대수명 증가에 중요한 영향을 미친다. (OECD, 2004; OECD&WHO, 2012, p. 14) 또한 5세미만 사망률은 1,000명당 5세 이전에 사망할 것으로 예측되는 아동수를 의미하는 것으로 아동의 건강수준 뿐 아니라 인구발전 및 보건상태를 나타내는 민감한 지표이다.

본 연구에서는 두 가지 지표를 모두 적용하기 위해 World Bank에서 추출한 5세미만 사망률과 기대수명 지표를 최대값과 최소값을 활용하여 표준화한 후 0.5씩 가중치를 준다. 또한 데이터 추출 시기는 체제전환을 소련이 해체한 해인 1991년으로 보고<sup>24)</sup> 1985년부터 1990년까지의 6년간 평균치를 사용한다.

최소-최대 전환은 지표값이 클수록 긍정적인 경우에는 지표값에서 최소값을

24) 국가별로 의회에서 다당제를 결정하고 헌법을 개정한 시점, 소련으로부터 독립을 요구한 시점, 소련군이 철수한 시점, 첫 자유선거가 실시된 시점 등 공산주의 종료 시점을 다양하게 볼 수 있으나 본 연구에서는 일관된 데이터 취합을 위해 소련이 붕괴된 1991년을 체제전환시점으로 동일하게 본다.

뺀 수를 최대값과 최소값의 차이로 나누고, 반대로 지표값이 작을수록 긍정적인 경우에는 최대값에서 지표값을 뺀 수를 최대값과 최소값의 차이로 나눈다 (OECD, 2008, p. 85). 이렇게 변환된 지표는 모두 0~1 사이의 값을 가지게 된다.

$$\text{지표값이 클수록 긍정적인 경우, } I_a = \frac{X_a - \min(X)}{\max(X) - \min(X)}$$

$$\text{지표값이 작을수록 긍정적인 경우, } I_a = \frac{\max(X) - X_a}{\max(X) - \min(X)}$$

**표 9 건강수준 지표**

국가명	6년간 평균 5세 미만 사망률		6년간 평균 기대수명		표준점수 평균
	원점수	표준점수	원점수	표준점수	
알바니아	45.97	0.66	71.72	0.94	0.80
아르메니아	60.05	0.52	68.65	0.62	0.57
아제르바이잔	96.90	0.15	64.96	0.24	0.20
벨라루스	16.25	0.96	71.20	0.89	0.93
불가리아	18.42	0.94	71.58	0.93	0.93
크로아티아	15.37	0.97	71.55	0.93	0.95
에스토니아	18.25	0.94	70.05	0.77	0.86
조지아	48.50	0.64	70.25	0.79	0.71
헝가리	19.28	0.93	69.43	0.71	0.82
카자흐스탄	55.00	0.57	68.70	0.63	0.60
키르기스스탄	70.75	0.42	66.31	0.38	0.40
라트비아	16.23	0.96	70.11	0.78	0.87
리투아니아	15.40	0.97	71.48	0.92	0.94
마케도니아	44.40	0.68	70.51	0.82	0.75
몰도바	35.95	0.76	67.16	0.47	0.62
폴란드	18.73	0.94	70.93	0.86	0.90
루마니아	33.08	0.79	69.52	0.71	0.75
러시아	23.13	0.89	69.03	0.66	0.78
슬로베니아	12.30	1.00	72.25	1.00	1.00
타지키스탄	112.33	0.00	63.67	0.10	0.05
투르크메니스탄	93.03	0.19	62.70	0.00	0.10
우크라이나	20.73	0.92	70.17	0.78	0.85
우즈베키스탄	77.43	0.35	66.37	0.38	0.37

## ② 경제수준

앞서 살펴보았던 복지국가 발전이론 중 근대화론에 따르면 산업화가 도입되고 경제수준이 높아짐에 따라 사회적 불평등과 같은 사회문제가 발생하게 되고 이로 인해 국가에서는 여러 가지 사회보장과 관련된 제도를 확대해간다고 설명한다. 즉, 탈사회주의 체제전환 국가에서 사회주의식 경제구조를 자본주의로 전환하는 과정에서 생기는 많은 사회적 문제에 대한 대응책으로 보편적 건강보장제도를 도입할 수도 있다는 것이다.

반면 본 연구의 대상이 되는 탈사회주의 체제전환국가들은 체제전환 전까지 모든 의료자원을 중앙 집중화하고 전 국민에게 보편적 의료서비스를 무상으로 제공하던 건강보장제도가 소련의 해체와 함께 경제난과 맞물려 중앙정부의 큰 재정 부담으로 작용했고, 이로 인해 체제전환 후 대부분의 나라에서 의료보장과 관련된 재원조달 방안을 다원화하기 위해 의료보장개혁을 단행하게 된다 (문경태, 이상은, 2010).

따라서 본 연구에서는 체제전환 직전의 국가 경제수준을 건강보장 법제화에 대한 원인조건으로 활용하고자 한다.

활용할 데이터는 체제전환 직전인 **1985년부터 1990년까지 6년간**의 평균 1인당 GDP(Real GDP per capita in 2011US\$)와 연평균 1인당 GDP 성장률(GDP growth (annual %))이다. 1인당 GDP는 국민의 경제적 생활수준을 비교하기 위해 GDP를 총인구로 나눈 값이며, 경제성장률은 1년간 각 분야에서 경제활동을 통해 창출한 부가가치가 전년에 비해 얼마나 증가하였는지 확인하는 지표로서 한 국가의 경제성과를 측정하는 척도이다.

데이터는 네덜란드 Groningen 대학 경제학부 내 설립된 Groningen 성장 및 개발센터(Groningen Growth and Development Centre, GGDC)에서 발표하는 Maddison Project Database 2018에서 추출하였다. GGDC는 시간경과에 따른

국가 간 경제성과를 비교 분석하는 곳으로 세계 경제의 비교를 통한 고유한 정보를 제공하고 있다.<sup>25)</sup> Maddison Project Database에서는 1인당 실질 GDP(Real GDP per capita in 2011US\$) 수치만을 구득할 수 있으므로 1985년부터 1990년까지의 연간 GDP 성장률은 아래 공식에 따라 직접 계산한 후 평균치를 사용하였다. 그리고 최종적으로 1인당 GDP와 경제성장률에 각각 0.5의 가중치를 부여하여 경제수준에 대한 지표를 개발하였다.

$$GDP \text{ 성장률} = \frac{\text{금년도 실질 } GDP - \text{전년도 실질 } GDP}{\text{전년도 실질 } GDP}$$

---

25) <https://www.rug.nl/ggdc/> (last accessed 2018.5.27.)

**표 10 경제수준 지표**

국가명	6년간		6년간 1인당 GDP		표준점수 평균
	1인당 GDP 평균		연 평균 성장률		
	원점수	표준점수	원점수	표준점수	
알바니아	4371	0.00	0.70	0.72	0.36
아르메니아	5263	0.06	-1.60	0.26	0.16
아제르바이잔	10709	0.40	-2.90	0.00	0.20
벨라루스	8890	0.28	0.80	0.74	0.51
불가리아	10756	0.40	-2.10	0.16	0.28
크로아티아	19189	0.93	-1.60	0.26	0.59
에스토니아	12352	0.50	0.80	0.74	0.62
조지아	12444	0.50	-2.60	0.06	0.28
헝가리	16410	0.75	-0.30	0.52	0.64
카자흐스탄	13196	0.55	0.60	0.70	0.63
키르기스스탄	4512	0.01	0.40	0.66	0.33
라트비아	12711	0.52	2.10	1.00	0.76
리투아니아	13996	0.60	0.80	0.74	0.67
마케도니아	11076	0.42	-1.50	0.28	0.35
몰도바	6744	0.15	0.90	0.76	0.45
폴란드	10934	0.41	-2.00	0.18	0.30
루마니아	11976	0.48	-2.20	0.14	0.31
러시아	20358	1.00	-0.10	0.56	0.78
슬로베니아	18382	0.88	-2.60	0.06	0.47
타지키스탄	4818	0.03	-2.20	0.14	0.08
투르크메니스탄	7821	0.22	-1.30	0.32	0.27
우크라이나	13661	0.58	0.50	0.68	0.63
우즈베키스탄	5008	0.04	-1.10	0.36	0.20

### ③ 부패통제지수

앞서 국가중심이론에서 살펴본 바와 같이 공공정책을 추진함에 있어 국가는 가장 영향력을 크게 행사하는 주체로써 거버넌스가 제대로 갖추어져 있지 않거나 제대로 갖추어졌다고 하더라도 제대로 작동하지 않을 경우에는 복지국가 발달을 저해할 수 있다.

1996년부터 세계은행은 세계거버넌스지표(Worldwide Governance Indicators, WGI)를 발표하고 있다. 이 지표는 프리덤 하우스 보고서, 이코노미스트 조사국의 국가 위험도 평가, 헤리티지재단의 경제자유도 지표 등의 기존 데이터를 토대로 하여(우창빈, 2014), ① 사적 이익에 국가 권력이 행사되는 정도를 의미하는 ‘부패통제(control of corruption)’, ② 공공서비스와 공공정책의 질, 정치적 압력으로부터의 독립, 정책 수립 및 이행, 국가정책에 대한 정부의 신뢰성을 의미하는 ‘정부 효과성(government effectiveness), ③ 정부가 민간 부문의 개발을 허용하고 촉진하는 건전한 정책을 수립하고 이를 구현하는 정부의 능력을 의미하는 ‘규제의 질(regulatory quality)’, ④ 경찰과 법정 등 사회규칙에 대한 확신과 준수 정도를 나타내는 ‘법의 지배(rule of law)’, ⑤ 표현의 자유, 결사의 자유, 언론의 자유 등을 의미하는 ‘참여와 책임성(Voice and accountability)’, ⑥ 테러 및 폭력으로 인해 정부가 불안해지거나 전복될 가능성을 의미하는 ‘정치적 안정성과 폭력 및 테러의 부재(political stability and absence of violence/terrorism)’ 등 총 6가지로 구성된다.

그 중에서도 부패지수는 보편적 건강보장에 대한 거버넌스에 큰 영향을 미치는 요인으로 작용한다. 일반적으로 한 국가에서 지출되는 국민의료비 중 공공에서 부담하는 비중을 통해 국가의 보편적 건강보장 정도를 어느 정도 추정할 수 있는데, 이와 같은 국민의료비 중 공공재원 비중과 국제기구에서 발표되는 부패인식지수는 반비례하는 양상을 보이고 있음을 확인할 수 있다(표 11 참조). 설령 복지제도가 잘 마련되어 있더라도 여러 가지 부정부패 요인들로 인해 보건복지서비스를 전달하는 과정에서 투명하지 못하다면, 이는 복지충족 수준을 떨어뜨리는 결과를 초래하게 되는 것이다(김용하 등, 2011, p. 29).

**표 11 OECD 국가 중 국민의료비 중 공공재원비중과 부패인식지수와 의 관계**

국가	국민의료비 중 공공재원비중	부패인식지수
룩셈부르크	83%	82
오스트리아	75.7%	75
그리스	58.3%	48
한국	56.4%	54
멕시코	51.7%	29
OECD 평균	72.5%	-

출처: OECD(2016), 국제투명성기구(2017)<sup>26)</sup>

26) 국제투명성기구(Transparency International, [www.transparency.org](http://www.transparency.org))에서는 1995년부터 매년 각국의 공공부문 부패정도를 전문가 인식조사를 통해 0점부터 100점까지 점수화하여 부패인식지수(CPI: Corruption Perception Index)를 발표하고 있다. 0점은 가장 부패한 것을, 100점은 가장 청렴한 것을 의미한다.

따라서 본 연구에서는 체제전환이라는 충격을 경험한 국가들이 얼마나 부패를 통제하는가에 대한 부패통제지수(Control of corruption)를 지표로 선택하였다. 백분위 수 순위(percentile rank)는 측정 대상이 되는 모든 국가 중에서 해당 국가의 순위를 나타내며 0은 가장 낮은 순위, 100은 가장 높은 순위를 의미한다.

WGs는 1996년부터 2년 간격으로 발표되다가 2002년부터 매년 발표되고 있으며 본 연구에서는 단일 연도의 지표를 활용할 경우 데이터의 신뢰도가 떨어지는 것을 방지하기 위해 **1996년과 1998년 자료의 평균값**을 활용하였다.

데이터 접근 한계로 1990년대 초반의 데이터를 활용하지 못하고 1996년부터의 데이터를 사용하게 되는데, Brezinski의 3단계 탈공산화 과정에 따르면 소련 해체 직후인 1990년대 초반에는 체제전환으로 인해 정치와 경제상황이 혼란스러우나 약 5년 후인 1996년은 어느 정도 안정화가 시작되는 시기이므로 90년대 초반의 데이터를 활용하지 않아도 무방할 것으로 보인다.

단, 연구대상 국가 중 크로아티아(1991~1995년), 조지아(1991~1993년), 타지키스탄(1992~1997년)의 경우에는 체제전환 후에도 전쟁과 내전을 경험하였으므로 다른 국가와 동일한 시점의 부패통제지수를 활용하는 것이 가능할 것인가에 대한 의문이 들었으나 국내외적으로 체제 안정화 구축이 늦어지는 것 또한 해당 국가의 정치력과 부패지수 등과 관련이 있을 것으로 판단하고 그대로 동일한 연도의 지표를 사용하기로 하였다. 지표는 건강수준과 동일하게 최소-최대값을 활용하여 표준화되었다.

**표 12 부패통제 지표**

국가	3년간 부패통제지수 평균	
	원점수(백분위수)	표준점수
알바니아	16.89	0.17
아르메니아	30.43	0.34
아제르바이잔	3.41	0.00
벨라루스	42.11	0.48
불가리아	47.57	0.55
크로아티아	33.67	0.38
에스토니아	72.58	0.86
조지아	9.56	0.08
헝가리	76.01	0.91
카자흐스탄	13.66	0.13
키르기스스탄	20.97	0.22
라트비아	55.93	0.66
리투아니아	66.61	0.79
마케도니아	33.91	0.38
몰도바	41.03	0.47
폴란드	77.59	0.93
루마니아	35.60	0.40
러시아	15.77	0.15
슬로베니아	83.39	1.00
타지키스탄	5.79	0.03
투르크메니스탄	14.24	0.14
우크라이나	9.30	0.07
우즈베키스탄	11.86	0.11

#### ④ 시민적 자유

국민들의 공동체 시민의식이 깨어있고 민주화 수준이 높은 경우에는, 자율과 합리성을 기반으로 개인의 권리와 의무를 명확하고 정당하게 요구하고 행동 대안을 탐색하는 능력을 갖추고 있다(조영달, 1996). 본 연구의 대상 국가들을 살펴보면 체제가 전환되기 전부터 폭력적이든 비폭력적이든 다양한 형태를 통해 국민들의 권리를 주장한 사례를 가지고 있는 경우가 많다. 또한 앞서 살펴본 복지국가의 발달 이론 중 하나인 권력자원론에 따르면 노동계급의 정치적 영향력이 확대될수록 복지국가는 더욱 발전하게 된다. 일반적으로 권력자원론의 영향 요인을 평가하는 연구에서는 OECD 등 국제기구에서 발표하는 노조 조직율과 같은 데이터를 사용하여 분석하는 경우가 많으나 본 연구의 대상 국가들의 경우에는 1990년대 초반의 국가별 노조 조직율 데이터 확보가 불가능하였다.

따라서 1972년부터 프리덤하우스(Freedom House)에서 매년 발표되고 있는 시민적 자유를 원인조건으로 사용하기로 하였다. 1941년 미국에 설립된 프리덤하우스는 자유의 세계적 확장을 지원하는 비정부 조직으로 매년 Freedom in the World 보고서를 발간하고 있다. 보고서에서 발표되는 각 국의 자유수준은 정치적 권리(political right)와 시민적 자유(civic liberty)로 발표되는데, 정치적 권리는 선거과정, 정치적 다원주의와 참여, 정부의 기능, 기타 정치적 권리 관련 추가문항 등으로 측정되고 시민적 자유는 표현과 신념의 자유, 결사의 권리, 법치주의, 개인적 자율성과 권리로 측정되며(Freedom House, 2018, p. 2) 최고점수인 1점부터 최악인 7점까지 점수화되어 발표된다. 한 국가에서 노조의 영향력이 크다는 것은 결사의 권리를 포함한 다양한 시민들의 자유수준이 높다는 것을 의미한다. 따라서 본 연구에서는 결사의 권리를 포함한 다양한 시민적 자유와 권리 수준을 추정할 수 있는 시민적 자유 점수를 활용하

였다. 데이터는 23개 국가 모두 데이터가 기록되어 있는 1992년부터 앞서 살펴본 부패통제지수 데이터를 분석하는 1998년까지 **7년간의 평균값**을 활용하였다. 데이터는 최대값과 최소값을 통해 표준화되었다.

**표 13 시민적 자유수준**

국가	Status † (98년 기준)	7년간 시민자유도 평균	표준점수
알바니아	PF	4.00	0.59
아르메니아	PF	3.86	0.62
아제르바이잔	PF	5.14	0.35
벨라루스	NF	4.86	0.41
불가리아	F	2.57	0.88
크로아티아	PF	4.00	0.59
에스토니아	F	2.14	0.97
조지아	PF	4.57	0.47
헝가리	F	2.00	1.00
카자흐스탄	NF	4.86	0.41
키르기스스탄	PF	3.57	0.68
라트비아	F	2.29	0.94
리투아니아	F	2.43	0.91
마케도니아	PF	3.14	0.76
몰도바	PF	4.29	0.53
폴란드	F	2.00	1.00
루마니아	F	3.00	0.79
러시아	PF	4.00	0.59
슬로베니아	F	2.00	1.00
타지키스탄	NF	6.57	0.06
투르크메니스탄	NF	6.86	0.00
우크라이나	PF	3.86	0.62
우즈베키스탄	NF	6.43	0.09

† 프리덤하우스는 정치적 권리와 시민적 자유 점수의 평균점수를 활용하여 각 국가의 자유 범주를 구분함. 1.0~2.5점=자유(F, Free), 3.0~5.0점=부분적 자유(PF, Partly Free), 5.5~7.0점=비자유(NF, Not Free)

## 5] 외부충격에 대한 이슈의 현저성

앞서 역사적 제도주의에서 살펴본 바와 같이 경로의존성에 의해 지속되어 오던 제도가 심각한 위기와 같은 결정적 분기점을 만나면 새로운 제도를 모색하게 되는데, 본 연구에서의 결정적 분기점은 1991년 소련의 개혁개방과 붕괴로 볼 수 있다. 즉, 소련의 붕괴라는 사건이 한 국가에서 크게 영향을 끼치게 되면 이는 그 국가에서 새로운 의료보장제도를 모색하게 되는 결정적 계기가 된다는 것이다. 여기서 외부충격에 대한 영향력은 이슈의 현저성을 통해 추정할 수 있다. 조영희(2009, p. 42)에 따르면, 이슈의 현저성이란 해당 이슈에 대해 얼마나 많은 사람들이 관심을 가지고 사회적 이슈로 부각되었는지를 의미한다. 요컨대 강력한 중앙집권체제인 사회주의가 종식되고 소련의 영향력이 축소된다는 사회적 이슈에 대한 현저성이 높을수록 관련 새로운 제도의 모색, 즉 법 또는 정책들의 개혁이 이루어질 가능성이 높다는 것이다.

본 연구에서는 이슈의 현저성을 측정하는 지표로서 체제전환 후 최초의 자유선거 투표율을 활용하였다. 진승권(2010)은 체제전환기 구소련 및 동유럽 등 구공산국가들에서 공통적으로 나타난 의미있는 현상 중 하나로, 선서가 정치과정의 주요한 기제로 등장했다는 점을 들었다. 체제전환과 함께 일당제에서 다당제가 도입되었고 서방형 정부형태가 빠르게 형성되면서 권력의 핵심수단이 되는 선거민주주의의 실제적 의미가 더 부각되어 빠른 속도로 확산되었던 것이다(진승권, 2010). 특히 최초로 이루어진 자유선거는 사회주의 체제가 끝나고 민주주의로 이행하는 과정에서 대중의 동의를 처음으로 반영하는 중요한 수단이었으며 실제로 일부 국가에서 유권자들에 의해 기존 집권세력에 대한 반대세력이 원내의석을 성공적으로 획득한 사실은 자유선거를 통한 새로운 의회 구성에 대중적인 관심이 집중되었다는 것을 의미한다(이규영, 1997). 즉, 대중들이 소련 붕괴와 체제전환이라는 외부충격에 대한 이슈에 민감하게 반응하

게 될 경우, 사회주의 체제하에서는 경험하지 못했던 자유선거를 통해 본인의 권리를 행사하는데 적극적으로 임하게 될 것이다.

본 연구에서는 먼저 연구 대상 국가 23개국의 정치형태를 정리한 후, 의원 내각제 또는 이원집정부제인 경우에는 체제전환 후 최초 자유 총선거의 투표율을, 대통령중심제인 경우에는 체제전환 후 최초 대통령 자유선거의 투표율을 적용하였다. 투표율 데이터는 선거과정, 정치참여, 민주주의 발전 등과 관련된 정보를 공유하고 개발하며 민주적 변화를 지원하는 국제기구인 ‘국제 민주주의 선거지원 기구(International for Democracy and Electoral Assistance, IDEA)’에서 발표하는 데이터를 활용하였다<sup>27)</sup>. 그러나 아르메니아, 조지아, 카자흐스탄, 루마니아, 타지키스탄, 투르크메니스탄, 우크라이나는 IDEA를 통해서 정확한 데이터를 확보하기 어려웠기 때문에 각 국가별로 선거시스템을 소개하고 선거 관련 통계를 정리한 Nohlen, D, Grotz, F & Hartmann, C (2001)의 저서를 활용하여 데이터를 수집했고 조지아는 1991년에 나온 한겨레 신문 기사를 통해 데이터를 확보하였다.

각 국가의 세부내용 및 원점수, 표준점수는 아래 표와 같다.

---

27) <https://www.idea.int/> (last accessed 2018.5.27.)

**표 14 연구대상국가의 정치형태와 최초 자유선거 투표율**

국가	정치형태	선거연도	투표율(%)	표준 점수	출처
알바니아	의원내각제	1991	98.92	1.00	IDEA
아르메니아	대통령중심제	1991	70	0.48	Nohlen et al. <sup>†</sup>
아제르바이잔	대통령중심제	1993	85.85	0.77	IDEA
벨라루스	대통령중심제	1994	69.90	0.48	IDEA
불가리아	이원집정부제	1991	83.87	0.73	IDEA
크로아티아	의원내각제	1990	84.54	0.74	IDEA
에스토니아	의원내각제	1992	67.84	0.44	IDEA
조지아	대통령중심제	1991	82.9	0.71	한겨레신문 <sup>‡</sup>
헝가리	의원내각제	1990	65.10	0.39	IDEA
카자흐스탄	대통령중심제	1990	88.2	0.81	Nohlen et al.
키르기스스탄	의원내각제	1995	61.10	0.32	IDEA
라트비아	의원내각제	1993	89.88	0.84	IDEA
리투아니아	의원내각제	1992	75.22	0.57	IDEA
마케도니아	의원내각제	1990	81.18	0.68	IDEA
몰도바	의원내각제	1994	79.31	0.65	IDEA
폴란드	의원내각제	1991	43.20	0.00	IDEA
루마니아	대통령중심제	1990	86.2	0.77	Nohlen et al.
러시아	대통령중심제	1991	74.66	0.56	IDEA
슬로베니아	의원내각제	1992	85.90	0.77	IDEA
타지키스탄	대통령중심제	1990	84.6	0.74	Nohlen et al.
투르크메니스탄	대통령중심제	1990	96.7	0.96	Nohlen et al.
우크라이나	대통령중심제	1991	84.2	0.74	Nohlen et al.
우즈베키스탄	대통령중심제	1991	94.00	0.91	IDEA

<sup>†</sup> Nohlen, D, Grotz, F & Hartmann, C (2001) Elections in Asia: A data handbook

<sup>‡</sup> '그루지야공 첫 대통령직선 독립과 감사후르디아 당선' (한겨레신문. 1991.5.28.)

표 15 연구의 원인조건과 측정 지표

분류	지표	측정방법	대상기간	자료원	근거이론
보건	건강수준	(1,000명 당 5세 미만 사망률 + 출생시 기대수명) / 2	85-90년	World Bank	신맑스주의, 선행연구고찰
경제	경제수준	(1인당 실질GDP + 연평균 1인당 GDP 성장률) / 2	85-90년	Maddison Project	근대화론, 선행연구고찰
	부패통제	부패통제 백분위 점수	96년, 98년	World Bank	국가중심이론
사회	시민적 자유	시민자유 점수	92-98년	Freedom House	권력자원론
	이슈 현저성	체제전환 직후 실시한 자유선거 투표율	-	IDEA 및 각종 문헌자료 등	역사적 제도주의

#### 4.1.2.2. 결과조건

본 연구는 사회주의 국가가 체제전환을 경험한 후, 보편적 건강보장과 관련된 법제도를 구축하는데 영향을 미치는 요인이 무엇인지 분석하는 것이 목적이다. 여기서 결과조건은 보편적 건강보장 관련 법제도가 만들어졌는지에 대한 여부와 만들어졌다면 체제전환 후 얼마나 빠르게 제도가 도입이 되었는지(속도), 그리고 어떤 내용의 보편적 건강보장제도가 구축이 되었는지(내용)가 될 것이다. 본 연구에서는 건강보장제도의 내용에 대한 부분은 수치화하기 어려우므로 제5장에서 정성적 분석으로 알아볼 것이며, 제도의 도입 유무 및 속도는 지표화 하여 퍼지셋 질적비교연구의 결과조건으로 활용하고자 한다.

23개 국가의 건강보장 법제화 시기에 대한 정보는 Health system reviews (Hit series) 보고서를 비롯한 다양한 문헌들과 신문기사를 통해 분석하였다. HiTs series는 WHO와 파트너십 관계를 유지하며 유럽의 보건의료시스템에 대한 포괄적이고 면밀한 분석을 통해 보건의료 정책수립을 지원하는 역할을 수행하고 있는 ‘유럽 보건의료시스템 및 정책연구소(The European Observatory on Health Systems and Policies)’에서 발간하고 있는 보고서로 WHO 유럽지역 국가와 일부 OECD 국가에 대한 보건의료시스템 및 정책개혁(reform)의 추진 상황이 체계적이고 상세하게 정리되어 있다. 하지만 보고서가 매년 발간되는 것이 아니기 때문에 최근 정보에는 접근의 한계가 있을 수밖에 없는데, 이런 부분은 해당 국가의 신문기사 또는 다른 문헌들을 참고하여 보강하였다.<sup>28)</sup>

---

28) 국가별 건강보장 법제도화에 대한 세부적인 내용은 제5장에서 다룬다.

대상국가 중 보편적 건강보장제도를 법제화한 국가들을 살펴보면 가장 빠른 경우는 헝가리로 1989년에 도입했고, 가장 늦은 국가는 2017년에 제정한 우크라이나이다. 그러나 법을 제정한 시기와 제도를 시행한 시기는 또 다르다. 타지키스탄, 우크라이나와 같은 국가들은 법은 제정했지만 아직 실행하지 못하고 있다. 따라서 결과조건은 법제정 연도와 시행 연도 중 늦은 연도를 기준으로 활용하기로 하였다. 그리고 Brezinski의 탈사회주의 체제전환 3단계 시기 구분을 활용하여 소련이 해체한 시점인 1991년을 기준으로 기간을 나누고 이를 5분위 퍼지셋을 활용하여 점수를 부여하였다. 즉, 탈사회주의 체제전환 1단계에 해당하는 1993년 이전은 ‘완전 소속’, 1 또는 2단계에 해당하는 1994년부터 1995년은 ‘비소속보다 소속’, 그리고 2~3단계에 해당하는 1996년 이후는 소속도 비소속도 아닌 ‘분기점’으로 한다. 그리고 보편적 건강보장제도를 법제화하고 시행하였으나 중도에 철수한 카자흐스탄과 조지아는 ‘소속보다 비소속’ 점수를 부여하고, 마지막으로 보편적 건강보장제도에 대한 법제화가 이루어지지 않았거나 법제화가 이루어졌어도 아직 시행하지 못하고 있는 국가는 ‘완전 비소속’으로 분류한다.

**표 16 연구의 결과조건 지표**

보편적 건강보장 법제도화 및 시행	해석	원점수
1993년 이전	완전 소속	1
1994 - 1995년	비소속보다 소속	0.75
1996년 이후	소속도 비소속도 아님	0.5
법제도화하고 시행하였으나 중도 철수	소속보다 비소속	0.25
법제도화가 이루어지지 않았거나 법을 제정하더라도 아직 시행 전	완전 비소속	0

이와 같이 5분위 퍼지셋을 사용하는 이유는 앞서 살펴본 원인조건 변수들과 달리 보편적 건강보장의 법제도화 도입 속도는 특정 지수로 표현하기 어렵기 때문이다. 이렇게 점수를 매기는, 즉 퍼지셋 눈금매기기(calibration)를 위해서는 연구자가 실제적이고 경험적인 지식을 활용하여 질적인 고찰을 바탕으로 점수를 부여하게 된다(정승국, 2015). 따라서 본 연구에서는 Brezinski의 3단계 이론을 바탕으로 국가별 법제도화의 속도를 ‘빠른’, ‘어느 정도’ 또는 ‘느린’ 과 같은 언어적 표현으로 구분한 후 이를 양적 지표로 전환하기에 가장 적절한 5분위 퍼지셋을 사용하였다.

문헌고찰을 통해 정리한 국가별 보편적 건강보장 법제도화 시기에 5분위 퍼지셋 점수를 기준에 맞추어 부여하면 아래 표와 같다.

**표 17 보편적 건강보장 법제도화 시기**

국가명	법제정 연도	시행연도	원점수(=표준점수)
알바니아	1994	1995	0.75
아르메니아	-	-	0
아제르바이잔	1999	-	0
벨라루스	-	-	0
불가리아	1998	1999	0.5
크로아티아	1993	1945	1
에스토니아	1991	1992	1
조지아	1997	1995-2004	0.25
헝가리	1989	1989	1
카자흐스탄	1995	1996-1998	0.25
키르기스스탄	1992	1997	0.5
라트비아	1993	1994	0.75
리투아니아	1991	1991	1
마케도니아	1991	1991	1
몰도바	1998	2004	0.5
폴란드	1997	1999	0.5
루마니아	1997	1998	0.5
러시아	1991	1993	1
슬로베니아	1992	1992	1
타지키스탄	2008	-	0
투르크메니스탄	-	-	0
우크라이나	2017	-	0
우즈베키스탄	1996	1996	0.5

### 4.1.3. 연구가설

본 연구는 앞서 살펴본 선행연구를 바탕으로 탈사회주의 체제전환국가에서 체제전환 당시의 어떤 원인조건이 보편적 건강보장 법제화에 영향을 끼쳤는지 그 요인을 밝혀내는 것이다.

한 국가에서 특정 원인조건이 법제도화에 영향을 미치는지 여부를 확인하기 위해서는 퍼지셋 질적비교연구의 집합이론이 적용되며, 원인조건이 결과조건의 충분조건 관계인 경우, 이 원인조건은 결과조건에 영향을 미치는 요인이라는 가설이 참(True)이 된다.

따라서 본 연구에서 세운 결과조건에 대한 원인조건의 관계에 대한 가설은 다음과 같다.

- 가설 1. ‘체제전환 전의 낮은 건강수준’은 체제전환 후 보편적 건강보장 제도를 법제화하고 신속하게 정책을 추진하는 충분조건이다.
- 가설 2. ‘체제전환 전의 낮은 국가 경제수준’은 체제전환 후 보편적 건강보장제도를 법제화하고 신속하게 정책을 추진하는 충분조건이다.
- 가설 3. ‘체제전환 후의 높은 국가 부패 통제율’은 체제전환 후 보편적 건강보장제도를 법제화하고 신속하게 정책을 추진하는 충분조건이다.
- 가설 4. ‘체제전환 후의 높은 시민적 자유수준’은 체제전환 후 보편적 건강보장제도를 법제화하고 신속하게 정책을 추진하는 충분조건이다.
- 가설 5. ‘소련 붕괴에 대한 국내의 높은 이슈화’는 체제전환 후 보편적 건강보장제도를 법제화하고 신속하게 정책을 추진하는 충분조건이다.

## 4.2. 퍼지셋 유형분석을 통한 탈사회주의 체제전환국가 유형 분류

본 장에서는 퍼지셋 유형분석을 통하여 연구대상 국가들의 유형을 분류하고 각 유형별로 특징을 도출해내고자 한다. 이를 위해서는 유형 구축을 위한 요소를 선정해야 하는데, 속성공간의 차원이 복잡해질 경우에는 비현실적이고 논리적으로 설명이 불가능한 조합이 다수 만들어질 수 있어(용태석, 2016, p. 75) 각 요인을 최소화하되 최대한 그 특성을 반영하고자 한다.

현재 탈사회주의 체제전환국가의 보편적 건강보장 법제도화에 영향을 미치는 원인조건으로는 5세 미만 사망률, 기대수명, 1인당 GDP, 연평균 GDP 성장률, 부패통제, 시민 자유도, 그리고 이슈의 현저성이 있다. 이를 특성별로 통합하여 5세미만 사망률과 기대수명은 각 0.5씩 가중치를 계산하여 ‘건강요인’으로, 1인당 GDP와 연평균 GDP 성장률 역시 각 0.5씩 가중치를 계산하여 ‘경제요인’으로, 부패통제와 시민적 자유 그리고 이슈의 현저성은 3가지 지표의 평균값을 계산하여 ‘사회요인’으로 구성한다. 원인조건이 이와 같이 3가지이므로 탈사회주의 체제전환국가의 유형을 구성하면 총 8개( $2^3$ )의 유형이 도출된다.

여기서 건강요인(H)이 높다는 것은 체제전환 전 5세 미만 사망률이 낮고 기대수명이 높은 등 건강수준이 높다는 것을 의미하고, 경제요인(E)이 높다는 것은 체제전환 전 1인당 GDP 수준 및 GDP 성장률이 높다는 것을 의미하며, 마지막으로 사회요인(S)이 높다는 것은 체제전환 직후 부패 통제지수와 시민들의 자유수준, 그리고 소련붕괴에 대한 대중의 관심도가 높았다는 것을 의미한다. 따라서 이와 같은 각 유형별 특징을 반영하여 개념을 정리하였는데, 3가지 요인이 모두 높은 유형은 ‘충족유형’, 3가지 요인이 모두 낮은 유형은

‘결핍유형’으로 하고 특정 요인이 높은 경우 그 요인의 단어를 사용하여 유형별 개념을 구성하였다.

**표 18 탈사회주의 체제전환국가의 퍼지셋 유형**

번호	건강요인(H)	경제요인(E)	사회요인(S)	유형 개념
1	높음(H)	높음(E)	높음(S)	충족유형
2	높음(H)	낮음(~E)	높음(S)	건강사회유형
3	높음(H)	높음(E)	낮음(~S)	건강경제유형
4	높음(H)	낮음(~E)	낮음(~S)	건강유형
5	낮음(~H)	높음(E)	높음(S)	경제사회유형
6	낮음(~H)	높음(E)	낮음(~S)	경제유형
7	낮음(~H)	낮음(~E)	높음(S)	사회유형
8	낮음(~H)	낮음(~E)	낮음(~S)	결핍유형

#### 4.2.1. 퍼지셋 점수 측정

퍼지셋 유형 분류에 앞서 지표별로 최대값, 중위수, 최소값을 질적 고정점을 설정하고 Fs/QCA 프로그램을 이용하여 퍼지셋 점수 변환(calibration)을 실시하였다. 각 지표의 퍼지셋 점수는 다음과 같다.

**표 19 원인 및 결과조건의 퍼지셋 점수**

국가	결과조건		건강요인(H)		경제요인(E)		시민적 자유		부패통제		이슈 현저성		사회요인(S)	
	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수
알바니아	0.75	0.82	0.80	0.57	0.36	0.5	0.59	0.46	0.17	0.16	1.00	0.95	0.59	0.58
아르메니아	0.00	0.05	0.57	0.3	0.16	0.11	0.62	0.5	0.34	0.42	0.48	0.26	0.48	0.31
아제르바이잔	0.00	0.05	0.20	0.08	0.20	0.15	0.35	0.21	0.00	0.05	0.77	0.61	0.37	0.12
벨라루스	0.00	0.05	0.93	0.89	0.51	0.74	0.41	0.27	0.48	0.62	0.48	0.26	0.46	0.27
불가리아	0.50	0.5	0.93	0.89	0.28	0.3	0.88	0.89	0.55	0.69	0.73	0.5	0.72	0.8
크로아티아	1.00	0.95	0.95	0.91	0.59	0.84	0.59	0.46	0.38	0.5	0.74	0.53	0.57	0.54
에스토니아	1.00	0.95	0.86	0.75	0.62	0.86	0.97	0.94	0.86	0.91	0.44	0.23	0.76	0.85
조지아	0.25	0.18	0.71	0.43	0.28	0.3	0.47	0.33	0.08	0.09	0.71	0.48	0.42	0.19
헝가리	1.00	0.95	0.82	0.63	0.64	0.88	1.00	0.95	0.91	0.93	0.39	0.2	0.77	0.86
카자흐스탄	0.25	0.18	0.60	0.32	0.63	0.87	0.41	0.27	0.13	0.12	0.81	0.71	0.45	0.25

국가	결과조건		건강요인(H)		경제요인(E)		시민적 자유		부패통제		이슈 현저성		사회요인(S)	
	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수
키르기스스탄	0.50	0.5	0.40	0.17	0.33	0.42	0.68	0.62	0.22	0.22	0.32	0.16	0.41	0.17
라트비아	0.75	0.82	0.87	0.77	0.76	0.95	0.94	0.93	0.66	0.79	0.84	0.77	0.81	0.89
리투아니아	1.00	0.95	0.94	0.9	0.67	0.9	0.91	0.91	0.79	0.88	0.57	0.34	0.76	0.85
마케도니아	1.00	0.95	0.75	0.47	0.35	0.47	0.76	0.75	0.38	0.5	0.68	0.45	0.61	0.62
몰도바	0.50	0.5	0.62	0.34	0.45	0.66	0.53	0.39	0.47	0.61	0.65	0.42	0.55	0.5
폴란드	0.50	0.5	0.90	0.84	0.30	0.34	1.00	0.95	0.93	0.93	0.00	0.05	0.64	0.67
루마니아	0.50	0.5	0.75	0.47	0.31	0.37	0.79	0.79	0.40	0.52	0.77	0.61	0.66	0.71
러시아	1.00	0.95	0.78	0.5	0.78	0.95	0.59	0.46	0.15	0.14	0.56	0.33	0.44	0.23
슬로베니아	1.00	0.95	1.00	0.95	0.47	0.69	1.00	0.95	1.00	0.95	0.77	0.61	0.92	0.95
타지키스탄	0.00	0.05	0.05	0.05	0.08	0.05	0.06	0.06	0.03	0.06	0.74	0.53	0.28	0.05
투르크메니스탄	0.00	0.05	0.10	0.06	0.27	0.28	0.00	0.05	0.14	0.13	0.96	0.93	0.37	0.12

국가	결과조건		건강요인(H)		경제요인(E)		시민적 자유		부패통제		이슈 현저성		사회요인(S)	
	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수	표준점수	퍼지점수
우크라이나	0.00	0.05	0.85	0.72	0.63	0.87	0.62	0.5	0.07	0.08	0.74	0.53	0.48	0.31
우즈베키스탄	0.50	0.5	0.37	0.16	0.20	0.15	0.09	0.07	0.11	0.11	0.91	0.88	0.37	0.12
최대값	1.00		1.00		0.78		1.00		1.00		1.00		0.92	
중위수	0.50		0.78		0.36		0.62		0.38		0.73		0.55	
최소값	0.00		0.05		0.08		0.00		0.00		0.00		0.28	

#### 4.2.2. 퍼지셋 유형 분석 결과

각 요인별 퍼지셋 점수를 바탕으로 8가지 유형에 대한 개별 국가의 소속점수를 측정함으로써 각 국가가 어떤 유형에 가장 가까운지를 살펴본다.

개별 국가의 소속점수를 측정하기 위해서는 앞서 살펴보았던 퍼지셋 연산인 교집합(logical AND), 합집합(logical OR), 그리고 여집합(부정, negative) 개념을 활용하게 된다. 예를 들어 폴란드의 유형을 분석해보면, 먼저 여집합 개념(1-퍼지셋점수)을 활용하여 각 유형별로 퍼지셋 점수를 배정한다. 다음으로 각 유형별 소속점수를 구하기 위해서는 3가지 요인 중 최소값을 취하는 교집합(logical AND)이 적용된다. 유형별로 소속점수가 도출되면 합집합(logical OR)을 적용하여 유형 중 최대값(0.66)을 가지는 보건사회유형(유형2)을 폴란드의 최적 유형으로 결정한다.

이와 같은 방식으로 23개국의 유형을 분석한 결과는 <표 21>과 같다.

표 20 퍼지셋 유형 분석의 폴란드 사례

유형	건강요인	경제요인	사회요인	퍼지셋 교집합 (소속점수=최소값)
유형1	0.84	<u>0.34</u>	0.67	0.34
유형2	0.84	<u>0.66</u>	0.67	0.66
유형3	0.84	0.34	<u>0.33</u>	0.33
유형4	0.84	0.66	<u>0.33</u>	0.33
유형5	<u>0.16</u>	0.34	0.67	0.16
유형6	<u>0.16</u>	0.34	0.33	0.16
유형7	<u>0.16</u>	0.66	0.67	0.16
유형8	<u>0.16</u>	0.66	0.33	0.16
퍼지셋 합집합(최대값)				0.66

**표 21** 퍼지셋 유형 분석 결과

국가	유형1	유형2	유형3	유형4	유형5	유형6	유형7	유형8	퍼지 합집합	최적유형
알바니아	<u>0.5</u>	<u>0.5</u>	0.42	0.42	0.43	0.42	0.43	0.42	0.5	-
아르메니아	0.11	0.3	0.11	0.3	0.11	0.11	0.31	<u>0.69</u>	0.69	8
아제르바이잔	0.08	0.08	0.08	0.08	0.12	0.15	0.12	<u>0.85</u>	0.85	8
벨라루스	0.27	0.26	<u>0.73</u>	0.26	0.11	0.11	0.11	0.11	0.73	3
불가리아	0.3	<u>0.7</u>	0.2	0.2	0.11	0.11	0.11	0.11	0.7	2
크로아티아	<u>0.54</u>	0.16	0.46	0.16	0.09	0.09	0.09	0.09	0.54	1
에스토니아	<u>0.75</u>	0.14	0.15	0.14	0.25	0.15	0.14	0.14	0.75	1
조지아	0.19	0.19	0.3	0.43	0.19	0.3	0.19	<u>0.57</u>	0.57	8
헝가리	<u>0.63</u>	0.12	0.14	0.12	0.37	0.14	0.12	0.12	0.63	1
카자흐스탄	0.25	0.13	0.32	0.13	0.25	<u>0.68</u>	0.13	0.13	0.68	6
키르기스스탄	0.17	0.17	0.17	0.17	0.17	0.42	0.17	<u>0.58</u>	0.58	8
라트비아	<u>0.77</u>	0.05	0.11	0.05	0.23	0.11	0.05	0.05	0.77	1

국가	유형1	유형2	유형3	유형4	유형5	유형6	유형7	유형8	퍼지 합집합	최적유형
리투아니아	<u>0.85</u>	0.1	0.15	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.85	1
마케도니아	0.47	0.47	0.38	0.38	0.47	0.38	<u>0.53</u>	0.38	0.53	7
몰도바	0.34	0.34	0.34	0.34	<u>0.5</u>	<u>0.5</u>	0.34	0.34	0.5	-
폴란드	0.34	<u>0.66</u>	0.33	0.33	0.16	0.16	0.16	0.16	0.66	2
루마니아	0.37	0.47	0.29	0.29	0.37	0.29	<u>0.53</u>	0.29	0.53	7
러시아	0.23	0.05	<u>0.5</u>	0.05	0.23	<u>0.5</u>	0.05	0.05	0.5	-
슬로베니아	<u>0.69</u>	0.31	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.69	1
타지키스탄	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	<u>0.95</u>	0.95	8
투르크메니스탄	0.06	0.06	0.06	0.06	0.12	0.28	0.12	<u>0.72</u>	0.72	8
우크라이나	0.31	0.13	<u>0.69</u>	0.13	0.28	0.28	0.13	0.13	0.69	3
우즈베키스탄	0.12	0.12	0.15	0.16	0.12	0.15	0.12	<u>0.84</u>	0.84	8

최종적으로 도출된 각 국가의 최적 유형의 소속점수를 보면 어느 집합에도 소속되지 않는 0.5(알바니아, 몰도바, 러시아)를 제외하고는 최소 0.53(마케도니아, 루마니아)부터 최대 0.95(타지키스탄)까지 폭이 상당히 큰 것을 확인 할 수 있다. 앞서 연구방법에서 살펴본 바와 같이 소속점수가 소속과 비소속의 분기점이 되는 0.5를 초과하게 되면 그 유형에 소속되는 것이 맞다고 볼 수 있으나, 소속정도의 차이가 이와 같이 클 경우에 이를 동일하게 간주하게 되면 분석의 일관성을 약화시킬 수도 있다(김병민, 2015, p. 45). 따라서 본 연구에서는 Ragin의 연구를 바탕으로 Kvist가 고안한 9분위 퍼지셋 점수측정도구를 활용하여 보다 더 정교하게 소속정도를 분류하였다(김병민, 2015, p. 45). Kvist 도구에 따르면 소속점수가 0.51~0.67인 경우에는 ‘다소 속함’, 0.68~0.83인 경우에는 ‘꽤 속함’, 0.84~0.99인 경우에는 ‘거의 속함’ 으로 분류되어 있다. 이에 본 연구에서는 소속점수가 0.51~0.67인 경우에는 약한 유형, 그리고 0.84~0.99인 경우에는 강한 유형으로 재분류하였다.

**표 22 Kvist의 9분위 퍼지셋 점수 측정도구**

퍼지셋 점수(=소속점수)	언어적 구분
1	집합에 완전히 속함
0.84-0.99	집합에 거의 속함
0.68-0.83	집합에 꽤 속함
0.51-0.67	집합에 다소 속함
0.5	분기점
0.34-0.49	집합에 다소 속하지 않음
0.18-0.33	집합에 꽤 속하지 않음
0.01-0.17	집합에 거의 속하지 않음
0	집합에 완전히 속하지 않음

퍼지셋 유형 분석 결과, 건강유형(유형4)과 경제사회유형(유형5)에는 해당하는 국가가 없으므로 탈사회주의 체제전환국가의 유형은 총 6개로 나타났다. 여기서 소속정도가 약한 사회유형을 제외하면 최종적으로 5개 유형(충족유형, 건강사회유형, 건강경제유형, 경제유형, 결핍유형)으로 볼 수 있다. 앞서 언급한 바와 같이 알바니아와 몰도바, 러시아는 소속점수가 0.5를 초과하지 않아 특정 유형에 속하는 것도 아니고 속하지 않는 것도 아닌 상태로 분류되었다.

**표 23 탈사회주의 체제전환국가의 최종 유형 분류**

번호	유형	최적 해당국가(소속점수)
1	강한 충족유형	리투아니아(0.85)
	충족유형	라트비아(0.77), 에스토니아(0.75), 슬로베니아(0.69)
	약한 충족유형	헝가리(0.63), 크로아티아(0.54)
2	건강사회유형	불가리아(0.7)
	약한 건강사회유형	폴란드(0.66)
3	건강경제유형	벨라루스(0.73), 우크라이나(0.53)
6	경제유형	카자흐스탄(0.68)
7	약한 사회유형	루마니아(0.53), 마케도니아(0.53)
8	강한 결핍유형	타지키스탄(0.95), 아제르바이잔(0.85), 우즈베키스탄(0.84)
	결핍유형	투르크메니스탄(0.72), 아르메니아(0.69)
	약한 결핍유형	키르기스스탄(0.58), 조지아(0.57)

먼저 체제전환 전 건강 및 경제 수준이 높고 체제전환 직후의 사회가 안정적인 ‘충족유형’이다. 충족유형에 속하는 국가는 리투아니아, 라트비아, 에스토니아, 슬로베니아, 헝가리, 크로아티아로 이들은 모두 현재 EU에 가입되어 있고 이 중에서 크로아티아만 제외하고 모두 OECD에도 가입되어 있어 선진국으로 볼 수 있는 국가들이다.

이 유형에서는 보편적 건강보장제도가 빠르게 구축될 것으로 예상한 바와 같이, 각 국가의 법제도화 유무 및 속도를 의미하는 결과조건의 퍼지셋 점수를 보면 라트비아는 0.82, 그리고 그 외는 모두 최고 점수인 0.95를 나타내고 있다. 이와 더불어 보편적 건강보장제도 법제화 후 제도를 적절하게 운영하는지를 확인하기 위하여 ‘2010년~2012년 국민의료비 중 공공재원비중’을 함께 비교하였는데, 충족유형에 속하는 국가들의 평균값은 72%로 높은 수치를 기록하였다. 즉, 제전환 전 건강 및 경제 수준이 높고 체제전환 직후의 사회가 안정적인 ‘충족유형’에 속하는 국가는 보편적 건강보장제도를 신속하게 법제화하고 제도를 적절하게 운영하고 있다고 분석할 수 있다.

**표 24 충족유형에 속하는 국가**

국가	소속점수	결과조건 퍼지셋 점수	10-12년 국민의료비 중 공공재원비중(%)
리투아니아	0.85	0.95	68
라트비아	0.77	0.82	61
에스토니아	0.75	0.95	80
슬로베니아	0.69	0.95	73
헝가리	0.63	0.95	64
크로아티아	0.54	0.95	83

다음은 체제전환 전 건강수준은 높았으나 경제수준은 낮았고 체제전환 직후에는 안정적인 사회적 환경을 가지는 ‘건강사회유형’이다.

여기에 해당하는 국가는 불가리아와 폴란드이고 두 국가 모두 EU 회원국이며 폴란드는 1997년 OECD에도 가입했다. 두 국가 모두 결과조건의 퍼지셋 점수는 0.5로 그다지 높지 않은 수치를 보이고 있는데, 이는 건강사회유형에 속하는 국가는 비교적 높은 건강 수준과 안정적인 사회를 구축했음에도 불구하고 경제적 결핍으로 인해 건강보장제도의 도입과 운영에는 소극적인 태도를 보였음을 나타낸다. 반면 2010년부터 2012년까지의 국민의료비 중 공공재원비율을 보면 불가리아는 56%이나 폴란드는 70%로 앞서 살펴본 총족유형 국가들의 평균 수준을 보이고 있는데, 이는 도입한 건강보장제도를 지속적으로 잘 운영하기 위해서는 본 연구에서 설정한 원인조건 외에도 다른 변수들이 작용한다는 것을 추측할 수 있다.

**표 25 건강사회유형에 속하는 국가**

국가	소속점수	결과조건 퍼지셋 점수	10-12년 국민의료비 중 공공재원비중(%)
불가리아	0.7	0.5	56
폴란드	0.66	0.5	70

다음은 체제전환 전 건강수준과 경제수준은 높았으나 체제전환 직후 사회적으로 불안정했던 ‘건강경제유형’이다. 여기에는 벨라루스와 우크라이나가 해당되는데 두 국가 모두 보편적 건강보장제도를 도입하지 않았으므로 결과조건의 퍼지셋 점수는 0.05로 최하점을 나타낸다. 즉, 체제전환 전의 건강 및 경제수준이 좋더라도 체제전환 직후 부패가 만연하고 국민들이 자유를 충분히

누리지 못하는 등 정치적·사회적으로 혼란스러운 상황이 지속된다면, 그 국가는 보편적 건강보장제도를 도입하지 않는다는 것을 의미한다.

**표 26 건강경제유형에 속하는 국가**

국가	소속점수	결과조건 퍼지셋 점수	10-12년 국민의료비 중 공공재원비중(%)
벨라루스	0.73	0.05	75
우크라이나	0.69	0.05	55

다음은 체제전환 전 건강수준은 낮았으나 경제수준은 높았고 체제전환 직후에는 사회적으로 불안정한 ‘경제유형’이다. 여기에 해당하는 국가는 카자흐스탄이다. 카자흐스탄의 결과조건 퍼지셋 점수는 0.18이고 2010~2012년 국민의료비 중 공공재원비중은 56%로 다소 낮은 것을 확인할 수 있다. 카자흐스탄은 1995년에 보편적 건강보장제도를 법제도화하고 1996년부터 운영하였으나 불충분한 준비 등의 문제로 1998년까지만 운영한 후 중단하였다. 따라서 국민의료비 중 공공재원비중을 측정한 시기에는 제대로 된 건강보장제도가 없는 상태였기 때문에 낮은 수치가 기록된 것으로 보인다.

**표 27 경제유형에 속하는 국가**

국가	소속점수	결과조건 퍼지셋 점수	10-12년 국민의료비 중 공공재원비중(%)
카자흐스탄	0.68	0.18	56

다음은 체제전환 전 건강수준과 경제수준은 낮았지만, 체제전환 후 사회적으로 안정적이었던 ‘사회유형’이다. 이 유형에는 루마니아와 마케도니아가 해당되는데 두 국가 모두 소속점수가 0.68보다 낮기 때문에 소속 정도는 낮다.

사회유형은 앞서 살펴본 ‘건강경제유형’과 반대되는 유형으로 건강경제유형에 속하는 국가는 모두 보편적 건강보장제도를 도입하지 않은 반면, 이 유형에 속하는 국가는 모두 보편적 건강보장제도를 법제도화 하였다. 비록 체제전환 전 건강수준과 경제수준이 모두 낮았지만 체제전환 후 사회적으로 안정적인 국가에서는 건강보장을 위한 법을 만든다는 것이다.

**표 28 사회유형에 속하는 국가**

국가	소속점수	결과조건 퍼지셋 점수	10-12년 국민의료비 중 공공재원비중(%)
루마니아	0.53	0.5	80
마케도니아	0.53	0.95	64

마지막으로 체제전환 전 건강수준 및 경제수준이 모두 낮고, 체제전환 직후에 사회적으로 불안정한 ‘결핍유형’이다. 여기는 타지키스탄, 아제르바이잔, 우즈베키스탄, 투르크메니스탄, 아르메니아, 키르기스스탄, 그리고 조지아가 해당되는데 이 중에서 우즈베키스탄과 키르기스스탄, 그리고 조지아를 제외한 모든 국가는 아직까지 보편적 건강보장에 대한 법제도화를 실시하지 않았거나 법을 제정했음에도 운영하지 못하고 있어 결과조건 퍼지셋 점수 뿐 아니라 국민의료비 중 공공재원비중이 모두 낮다.

조지아는 1995년에 보편적 건강보장제도를 시행하였으나 2004년에 폐지함에

따라 현재는 운영하지 않고 있어 현재의 국민의료비 중 공공재원비중은 현저히 낮은 것을 확인할 수 있다. 반면 우즈베키스탄과 키르기스스탄은 법을 제정하고 운영하고 있음에도 불구하고 국민의료비 중 공공재원비중은 타지키스탄과 아제르바이잔보다는 높지만, 일반적으로 보편적 건강보장으로 운영하고 있는 국가들보다는 낮다. 또한 투르크메니스탄은 건강보장제도를 운영하지 않고 있음에도 불구하고 공공재원 비중이 꽤 높다. 이는 앞서 언급한 바와 같이 제도를 도입한 후에 목적에 맞게 지속적으로 운영하기 위해서는 국가별로 또 다른 요인에 영향을 받는다는 것을 추측할 수 있다.

**표 29 결핍유형에 속하는 국가**

국가	소속점수	결과조건 퍼지셋 점수	10-12년 국민의료비 중 공공재원비중(%)
타지키스탄	0.95	0.05	28
아제르바이잔	0.85	0.05	22
우즈베키스탄	0.84	0.5	50
투르크메니스탄	0.72	0.05	64
아르메니아	0.69	0.05	45
키르기스스탄	0.58	0.5	59
조지아	0.57	0.18	18

지금까지 탈사회주의 체제전환국가 23개국의 유형을 분석하고 충족유형과 건강사회유형, 건강경제유형, 경제유형, 사회유형 그리고 결핍유형에 대해 알아보았다. 아래 그림에서 볼 수 있듯이, 충족유형(유형1)에 해당하는 국가는 모두 오른쪽 상단에 위치하고 있어 건강보장제도를 신속하게 도입할 뿐 아니라 국민의료비 중 공공재원비중도 60% 이상 차지하는 등 장기적으로 제도를 목적에 맞게 운영하고 있다는 것을 나타낸다. 반대로 결핍유형(유형8)에 해당하는 국가들은 좌측 하단에 위치하고 있는데, 이는 법제도를 도입하지 않거나 법제화했다라도 시행하지 않고 있으며 이에 따라 여전히 국민의료비 중 본인 부담률이 높은 것을 볼 수 있다. 즉, 이는 건강수준, 경제수준, 그리고 사회적 수준이 높고 체제전환 후 신속하게 건강보장제도를 도입한 국가들이 시간이 흐른 후에도 보장성이 높고, 건강보장제도를 도입하지 않은 경우에는 여전히 보장성이 낮다는 것을 의미한다.

그러나 결핍유형(유형8)이긴 하지만 보편적 건강보장제도를 도입한 우즈베키스탄과 키르기스스탄, 건강사회유형(유형2)인 불가리아, 건강경제유형(유형3)인 우크라이나, 경제유형(유형6)인 카자흐스탄 등은 유형과 무관하게 의료비 중 공공재원비중이 50~60% 사이를 나타내고 있다. 이와 같이 일부 국가들이 유형과 무관하게 비슷한 공공재원 비중을 보이고 있다는 것은, 건강보장제도를 구축한 후 이를 제대로 작동하게끔 만들기 위해서는 퍼지셋 유형 분석에서 활용한 3가지 요인 외에도 다른 영향 요인들이 추가적으로 있을 것이라는 추정을 할 수 있다.

하지만 퍼지셋 분석을 통해 국가 유형을 분류하는 것만으로는 원인조건과 결과조건간의 집합관계를 확인하는 것은 불가능하다. 또한 살펴본 바와 같이 같은 유형으로 묶인 국가들이 반드시 같은 특징을 나타내는 것이 아니었다.

따라서 다음 장에서는 퍼지셋 질적비교연구방법을 활용하여 원인조건 또는

원인조건조합과 결과조건간의 집합관계를 확인함으로써 탈사회주의 체제전환 국가에서 건강보장제도를 도입하는데 영향을 미치는 요인을 살펴본다.

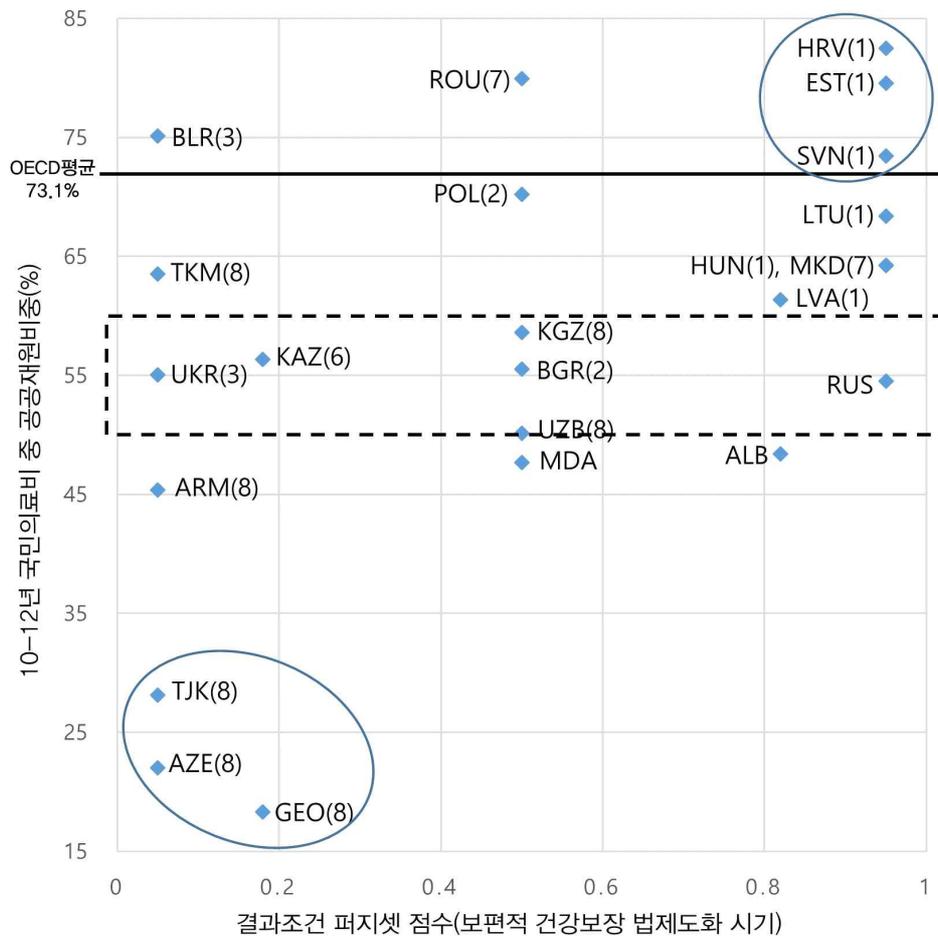


그림 9 연구대상 국가의 퍼지셋 유형 분석

† ALB 알바니아, RM 아르메니아, AZE 아제르바이잔, BGR 불가리아, BLR 벨라루스, EST 에스토니아, GEO 조지아, HRV 크로아티아, HUN 헝가리, KAZ 카자흐스탄, KGZ 키르기스스탄, LTU 리투아니아, LVA 라트비아, MDA 몰도바, MKD 마케도니아, POL 폴란드, ROU 루마니아, RUS 러시아, SVN 슬로베니아, TJK 타지키스탄, TKM 투르크메니스탄, UKR 우크라이나, UZB 우즈베키스탄

† 괄호 안의 숫자는 퍼지셋 유형분석을 통해 도출된 국가의 해당 유형 번호

### 4.3. 퍼지셋 분석을 통한 보편적 건강보장 법제도화 영향요인 검증

퍼지셋 유형분석에서는 속성공간의 차원을 최소화하기 위해 시민적 자유, 부패통제지수, 그리고 이슈의 현저성을 통합하여 사회적 요인으로 사용하였으나, 본 장에서는 체제전환 직후 보편적 건강보장제도가 법제화되는데 영향을 미치는 요인이 무엇인지 세부적으로 알아보기 위해 3가지 요인을 통합하지 않고 개별 요인으로 활용한다.

#### 4.3.1. 결과조건에 대한 원인조건의 충분조건 관계 검증

앞서 살펴보았듯이 결과조건에 대한 원인조건의 충분조건 관계를 검증하기 위해서는 X축에 원인조건을, Y축에 결과조건을 배치한 후 XY plot에서 산점도와 함께 일치성을 확인한다<sup>29)</sup>. Ragin(2008)에 따르면, 일치성이 최소 0.75 이상이 되어야 원인조건이 결과조건의 충분조건이라고 증명할 수 있다고 하였고, 최근 업데이트된 fs/QCA 2.5 버전에서는 분석의 정확성을 높이기 위해 일치성 컷오프 수치를 0.8로 설정하기를 권장하고 있다(김병민, 2015, p. 93).

따라서 본 연구에서는 정확도를 높이기 위해 일치성 0.8을 기준으로 하였다. 만약 일치성이 0.8 이상이라면 그 원인조건은 탈사회주의 체제전환국가에서 보편적 건강보장제도를 법제도화하는데 충분조건으로 작용한다는 것으로 해석할 수 있다. 그리고 법제도화를 유발하는 원인조건이 있을 수도 있고, 반대로 법제도화를 늦추거나 제도화하지 못하게 제한하는 원인조건이 있을 수 있다. 따라서 두 가지의 결과조건을 각각 분석하고자 한다.

<sup>29)</sup> Fs/QCA 프로그램으로 XY plot을 구성하면 산점도 뿐 아니라 일치성과 포괄성 수치도 함께 확인할 수 있다.

#### 4.3.1.1. 보편적 건강보장 법제도화를 유발하는 원인조건

가장 먼저 체제전환 전 건강수준과 건강보장 법제도화는 어떤 인과관계를 가지는지 분석하기 위해 건강수준이 낮을 때와 높을 때, 두 가지 경우를 각각 살펴보았다. 여기서 건강수준이 높다는 것은 체제전환 전인 1980년대에 5세 미만 사망률이 낮고 기대수명이 높다는 것을, 건강수준이 낮다는 것은 그 반대를 의미한다. XY plot을 구성하면 산점도를 볼 수 있는데<sup>30)</sup>, 각 점은 연구대상이 되는 23개 국가를 의미하고 정비례선 좌측 상단에 대부분의 점이 위치하게 되면 원인조건(X축)과 결과조건(Y축) 간의 충분조건관계가 성립된다.

분석 결과, 건강수준이 높은 경우의 일치성은 0.76, 반대로 낮은 경우에는 0.506으로 둘 다 모두 낮은 일치성을 나타냈다. 따라서 체제전환 전의 건강수준은 보편적 건강보장 법제도화 구축과 아무런 인과관계를 갖지 않는다는 것을 의미한다.

다음은 체제전환 전 국가의 경제수준과의 상관관계를 검증하였다. 경제수준이 높다는 것은 체제전환 전 1인당 GDP와 연평균 GDP 성장률이 높았다는 것을 의미하고 반대로 경제수준이 낮다는 것은 1인당 GDP와 연평균 GDP 성장률이 낮다는 것을 의미한다. 분석 결과, 경제수준이 높은 경우의 일치성은 0.763, 낮은 경우의 일치성은 0.523으로 모두 0.8에 미치지 못하는 것으로 나타났다. 단, 경제수준이 높은 경우의 포괄성이 0.808로 나타났는데 포괄성은 집합관계에서 결합요인이 얼마나 결과조건 영역과 많이 겹치는가에 대한 수치로, 비록 체제전환 전 경제수준이 높다고 해서 체제전환 후 보편적 건강보장의 법제도화를 촉진하는 것은 아니지만 보편적 건강보장에 대한 법제도화가 신속히 이루어진 국가에서는 체제전환 전 경제수준이 높았다는 것을 의미한다. 즉, 체제전환 전의 높은 경제수준은 탈사회주의 체제전환국가의 보편적 건

30) XY plot 산점도는 부록으로 제시하였다.

강보장 법제도화의 필요조건이다.

다음은 부패통제에 대해 분석해보았다. 부패통제지수가 높다는 것은 체제전환 후 정치적으로 청렴하다는 것을 의미하고 부패통제지수가 낮다는 것은 그 반대를 의미한다. 분석 결과 부패통제지수가 높은 경우의 일치성은 0.826로 유의미하게 나왔으나, 반대의 경우에는 0.487로 나타났다. 즉, 체제전환 후 부패통제가 잘 되는 국가에서는 보편적 건강보장제도를 도입함을 의미하는 것으로 높은 부패통제지수는 탈사회주의 체제전환국가의 보편적 건강보장 법제도화에 충분조건으로 작용함을 알 수 있다.

다음으로 체제전환 직후의 시민적 자유 수준에 대해 분석해보았다. 시민적 자유수준이 높다는 것은 표현의 권리, 결사의 권리 등 자율성과 개인의 권리가 보장받는다라는 것을 의미한다. 분석 결과, 시민적 자유수준이 높은 경우의 일치성은 0.773, 낮은 경우 0.447로 둘 다 모두 아무런 집합관계를 구성하고 있지 않았다. 단, 시민적 자유수준이 높은 경우의 포괄성은 0.822로 유의미하게 나타났는데, 이는 탈사회주의 체제전환국가가 보편적 건강보장제도를 신속하게 도입하기 위해서 국민들의 자유 수준이 반드시 높아야 하는 것은 아니지만 보편적 건강보장제도를 신속히 도입한 국가에서는 국민들의 자유수준이 높다는 것을 의미한다. 즉, 높은 시민적 자유 수준은 건강보장 법제도화와 필요조건관계를 가지고 있는 것이다.

마지막으로 이슈의 현저성에 대한 분석이다. 이슈 현저성이 높다는 것은 소련 해체에 대한 대중들의 관심이 높았다는 것을 의미한다. 분석 결과, 이슈 현저성이 높은 경우의 일치성은 0.623, 낮은 경우에는 0.666으로 모두 0.8에 미치지 못하는 것으로 나타났다. 이는 탈사회주의 체제전환국가에서 대중들이 이슈에 얼마나 관심을 가지는지에 대한 여부는 보편적 건강보장 법제도화와 아무런 집합관계를 가지지 않는다는 것을 의미한다.

지금까지 원인조건 5개와 보편적 건강보장 법제도화 간의 인과관계를 각각 검증해본 결과, 체제전환 후의 높은 부패통제지수는 보편적 건강보장 법제도화의 충분조건이고 체제전환 전의 높은 경제수준과 체제전환 후의 높은 시민적 자유 수준은 보편적 건강보장 법제도화의 필요조건임을 알 수 있다.

표 30 건강보장 법제도화와 원인조건간의 집합관계

원인조건	결과조건과의 집합관계
체제전환 전 높은 경제수준	필요조건
체제전환 후 높은 부패통제지수	충분조건
체제전환 후 높은 시민적 자유수준	필요조건

즉, XY plot 분석을 통해 ‘체제전환 직후의 높은 국가 부패 통제율은 체제전환 후 보편적 건강보장제도를 법제화하고 신속하게 정책을 추진하는 충분조건이다’ 라는 【가설 3】은 검증되었고 나머지 가설은 모두 기각되었다. 그러나 가설로 세우지 않았던 ‘체제전환 후의 높은 경제수준은 체제전환 후 보편적 건강보장제도를 법제화하고 신속하게 정책을 추진하는 필수조건’, 그리고 ‘체제전환 후의 높은 시민적 자유 수준은 체제전환 후 보편적 건강보장제도를 법제화하고 신속하게 정책을 추진하는 필수조건’ 이라는 사실을 확인하였다.

결과조건에 대한 각 원인조건의 일치성과 포괄성은 아래 표와 같다.

표 31 건강보장 법제도화와 원인조건간의 일치성 및 포괄성

분류	hel	eco	cor	fre	iss
일치성	0.760	0.763	<u>0.826</u>	0.773	0.623
포괄성	0.774	<u>0.808</u>	0.720	<u>0.822</u>	0.592
분류	~hel	~eco	~cor	~fre	~iss
일치성	0.506	0.523	0.487	0.447	0.666
포괄성	0.459	0.453	0.513	0.385	0.649

† hel 건강수준요인, eco 경제요인, cor 부패통제지수, fre 시민적자유, iss 이슈현저성

#### 4.3.1.2. 보편적 건강보장 법제도화를 제한하는 원인조건

다음은 보편적 건강보장 법제도화를 제한하는데 영향을 주는 요인이 있는지 분석해본다.

먼저 체제전환 전 건강수준과 건강보장 법제도화의 인과관계를 분석하였다. 분석 결과, 건강수준이 높은 경우의 일치성은 0.468, 건강수준이 낮은 경우에는 0.751로 둘 다 0.8에 미치지 않아 보편적 건강보장의 법제도화를 제한하는 것에는 아무런 집합관계가 없는 것으로 나타났다.

다음은 체제전환 전 경제수준과의 집합관계를 검증하였다. 분석 결과, 경제수준이 높은 경우의 일치성은 0.483, 경제수준이 낮은 경우의 일치성은 0.778로 경제수준 역시 모두 0.8에 미치지 않아 유의미한 결과가 도출되지 않았다.

다음은 부패통제와 법제도화간의 집합관계이다. 분석 결과, 부패통제지수가 높은 경우의 일치성은 0.441, 반대로 부패통제가 낮을 경우에는 0.734로 모두 유의미한 결과값을 도출하지 못하였다. 단, 부패통제가 제대로 되지 않는 경우의 포괄성이 0.836으로 나타났는데 이는 낮은 부패통제지수가 보편적 건강보

장 법제도화의 필요조건임을 의미한다. 즉, 체제전환 후 부패통제가 잘 이루어지지 않는다고 해서 체제전환 후 보편적 건강보장의 법제도화를 제한하는 것은 아니지만, 보편적 건강보장에 대한 법제도화가 이루어지지 않거나 늦게 제도화된 국가에서는 체제전환 직후 부패통제지수가 낮다는 것이다.

다음으로 체제전환 직후의 시민적 자유수준에 대해 살펴보았다. 분석 결과, 높은 시민적 자유수준의 일치성은 0.422, 낮은 시민적 자유수준의 일치성은 0.793으로 모두 보편적 건강보장의 법제도화를 제한하는 것의 충분조건이 되지 않았다.

마지막으로 이슈의 현저성이다. 분석 결과, 높은 이슈 현저성의 일치성은 0.631, 낮은 이슈 현저성은 0.581로 모두 아무런 집합관계를 형성하고 있지 않은 것으로 나타났다.

지금까지 5개의 원인조건에 대해 보편적 건강보장 법제도화를 제한하는 집합관계를 검증해본 결과, 체제전환 전 낮은 부패통제지수는 보편적 건강보장의 법제도화를 제한하는 필요조건으로 나타났다.

**표 32 ~건강보장 법제도화와 원인조건간의 집합관계**

원인조건	결과조건과의 집합관계
체제전환 후 낮은 부패통제지수	필요조건

결과조건에 대한 각 원인조건의 일치성과 포괄성은 아래 표와 같다.

표 33 ~건강보장 법제도화와 원인조건간의 일치성 및 포괄성

분류	hel	eco	cor	fre	iss
일치성	0.468	0.483	0.441	0.422	0.631
포괄성	0.516	0.553	0.415	0.485	0.647
분류	~hel	~eco	~cor	~fre	~iss
일치성	0.751	0.778	0.734	0.793	0.581
포괄성	0.736	0.729	<b>0.836</b>	0.738	0.614

† hel 건강수준요인, eco 경제요인, cor 부패통제지수, fre 시민적자유, iss 이슈현재성

### 4.3.2. 결과조건에 대한 원인조건조합의 충분조건 관계 검증

지금까지 XY plot 분석을 통해 원인조건과 결과조건간의 충분조건 관계를 검증하였다. 그러나 방법론에서 언급한 바와 같이 사회적인 현상은 특정한 요인 하나에 의해 발생하는 것이 아니라 다양한 요인들이 함께 결합되어 영향을 끼친다. 퍼지셋 질적비교연구에서는 특정 원인을 독립적 변수로 간주하지 않고 항상 다른 원인조건들의 존재와 부재의 맥락 속에서 보는 것이다(이승윤, 2014, p. 70). 따라서 이번 장에서는 보편적 건강보장 법제도화라는 결과조건에 영향을 미치는 원인조건조합에 대해 살펴본다. 여기서는 법제도화를 유발하는 원인조건조합이 있을 수도 있고, 반대로 법제도화를 늦추거나 제도화하지 못하게 제한하는 원인조건조합이 있을 수 있다. 따라서 두 가지의 결과조건을 각각 분석하고자 한다.

#### 4.3.2.1. 보편적 건강보장 법제도화를 유발하는 원인조건조합

##### Ⅰ 진실표 만들기

먼저 법제도화를 유발하는 원인조건조합에 대한 분석이다. 결과조건에 대한 원인조건조합의 충분조건 관계를 검증하기 위해서는 fs/QCA 프로그램을 통해 진실표를 만드는 것부터 시작한다. 본 연구의 원인조건은 건강수준, 경제수준, 부패통제, 시민적 자유, 그리고 이슈의 현저성까지 총 5개이므로 32개( $2^5$ )의 원인조건조합이 만들어진다. 진실표를 보면 32개의 원인조건조합 옆에 사례수가 표시되는데, 이는 각 원인조건조합에 대해 소속점수가 0.5 이상인 국가 수를 의미한다. 즉, 해당 조합에 몇 개의 탈사회주의 체제전환국가가 소속되는지를 나타낸다.

총 32개의 원인조건조합 중 사례수가 1개 이상인 조합은 10개이다. 사례수가 하나도 없다는 것은 비현실적인 조합이거나 논리적으로 설명이 불가능한 조합이므로 삭제한다. 다음으로 사례수가 1개 이상인 조합의 일치성을 비교한다. 아무리 해당하는 사례가 있더라도 일치성이 일정 기준에 미달하는 경우에는 부분집합에서 아무런 인과관계를 가지지 않게 된다. fs/QCA 프로그램으로 진실표를 작성하게 되면 결과값은 연구자가 직접 입력하도록 되어 있는데, 이는 연구자가 임의로 설정한 일치성 기준에 따라 기준 이상의 일치성을 보이는 원인조건조합의 결과값은 '1'로, 반대로 기준 미만의 일치성을 보이는 경우에는 결과값을 '0'으로 설정하도록 한 것이다.

앞서 원인조건들의 충분조건 관계 검증에서 일치성 기준을 0.8로 했듯이, 원인조건조합의 충분조건 관계 검증 역시 0.8을 기준으로 분석하였다. 이와 같이 사례 수 1개 이상, 일치성 0.8 이상의 기준으로 필터링한 결과 최종적으로 6개의 원인조건조합이 도출되었다. 이를 통해 재구성된 진실표는 다음과 같다.

**표 34 보편적 건강보장 법제도화에 대한 원인조건조합 및 일치성**

건강 수준	경제 수준	시민적 자유	부패 통제	이슈 현저성	사례수	건강보장 법제도화 (결과값)	일치성
1	1	1	1	0	3	1	0.949919
1	1	1	1	1	2	1	0.945055
0	1	0	1	0	1	1	0.911032
0	0	1	1	1	1	1	0.89939
1	0	1	1	0	1	1	0.858078
1	1	0	1	0	1	1	0.802941
0	0	1	0	0	1	0	0.760291
0	1	0	0	1	1	0	0.707865
0	0	0	0	0	1	0	0.599532
0	0	0	0	1	4	0	0.534483

## ② 표준분석

이렇게 진실표가 구성되면 fs/QCA 프로그램을 활용하여 표준분석을 시행한다. 연구방법에서 언급한 바와 같이 표준분석(Standard Analysis)과 특수분석(Specify Analysis)이 있는데, 자동적으로 복잡한 결과값, 간명한 결과값, 그리고 중간 결과값을 모두 제공하는 표준분석이 권장된다. 본 연구에서는 표준분석 후 3가지 결과값 중 Ragin이 추천하는 중간 결과값을 활용하여 분석한다.

분석 결과, 탈사회주의 체제전환국가에서 보편적 건강보장 법제도화 도입과 충분조건 관계를 가지는 원인조건조합 중 일치성이 0.8 이상인 조합은 아래와 같이 3개였고 결과값의 포괄성은 0.652720, 일치성은 0.855263로 나타났다. 또한 3가지 원인조건조합에 공통적으로 포함되어있는 원인조건은 높은 시민적 자유수준과 높은 부패통제지수였다.

표 35 보편적 건강보장 법제도화를 유발하는 원인조건조합

번호	원인조건조합	원포괄성	순포괄성	일치성
1	건강수준*경제수준*시민적자유 *부패통제	0.589958	0.088703	0.957880
2	~건강수준*~경제수준*시민적자유 *부패통제*이슈현저성	0.246862	0.009205	0.899390
3	건강수준*시민적자유*부패통제 *~이슈현저성	0.523849	0.030125	0.881690

solution coverage: 0.652720

solution consistency: 0.855263

원인조건조합에서 \* 표시는 퍼지셋 연산 중 교집합(logical and)을 의미하는 것으로 동시에 해당하는 것을 의미하고 조합의 각각은 생략된 + 로 연결되어 있는데, 이는 합집합(logical or)을 의미한다. 또한 원포괄성(raw coverage)은 해당 원인조건조합이 결과조건에 대해 가지는 포괄성을 의미하고, 순포괄성(unique coverage)은 해당 원인조건조합이 결과조건에 대해 가지는 포괄성 중 다른 원인조건조합과 중복되지 않는 순수한 포괄성을 뜻한다. 그리고 총포괄성(solution coverage)은 도출된 모든 원인조건조합이 결과조건을 설명하는 포괄성의 총합을 의미한다. 따라서 총 포괄성이 높음에도 불구하고 각 개별의 순포괄성이 낮다면, 이는 두 결합요인이 상당히 겹쳐 있다는 의미이다(최영준, 김진욱, 2012). 먼저 3가지 원인조건조합에 대해 퍼지셋 연산을 활용하여 (logical AND, logical OR, negative) 각 국가의 소속점수를 산출하고 조합별로 최적국가사례를 도출하였다.

원인조건조합에 대한 국가별 소속점수는 다음 표와 같다.

표 36 건강보장 법제도화를 유발하는 원인조건조합별 소속점수

	조합1	조합2	조합3
알바니아	0.16	0.16	0.05
아르메니아	0.11	0.26	0.3
아제르바이잔	0.05	0.05	0.05
벨라루스	0.27	0.11	0.27
불가리아	0.3	0.11	0.5
크로아티아	0.46	0.09	0.46
에스토니아	<u>0.75</u>	0.14	<u>0.75</u>
조지아	0.09	0.09	0.09
헝가리	<u>0.63</u>	0.12	<u>0.63</u>
카자흐스탄	0.12	0.12	0.12
키르기스스탄	0.17	0.16	0.17
라트비아	<u>0.77</u>	0.05	0.23
리투아니아	<u>0.88</u>	0.1	<u>0.66</u>
마케도니아	0.47	0.45	0.47
몰도바	0.34	0.34	0.34
폴란드	0.34	0.05	<u>0.84</u>
루마니아	0.37	<u>0.52</u>	0.39
러시아	0.14	0.05	0.14
슬로베니아	<u>0.69</u>	0.05	0.39
타지키스탄	0.05	0.06	0.05
투르크메니스탄	0.05	0.05	0.05
우크라이나	0.08	0.08	0.08
우즈베키스탄	0.07	0.07	0.07

3개의 원인조건조합 중 가장 높은 일치성을 보이는 조합은 【건강수준\*경제수준\*시민적자유\*부패통제】로 일치성은 0.957880이고 해당하는 국가는 리투아니아, 라트비아, 에스토니아, 헝가리, 그리고 슬로베니아이다. 이들 국가는 모두 퍼지셋 유형분석에서 건강수준, 경제수준, 사회수준이 모두 높은 충족유형으로 분류되었으며 EU와 OECD 회원국으로 실제로도 보편적 건강보장제도를 빠른 시기에 도입하여 시행하였다. 여기에는 발틱3국이 모두 포함되어 있고 비셰그라드 그룹 중에서는 헝가리, 그리고 유고국가 중에서는 슬로베니아가 포함되어 있다.

이 중에서 리투아니아는 소속점수가 0.88로 kvist의 9분위 측정도구에 따라 강력한 소속정도를 나타낸다. 건강수준과 경제수준, 그리고 시민적 자유는 XY plot 분석에서 밝혀진 바와 같이 건강보장 법제도화를 촉진하는데 아무런 인과관계를 가지고 있지 않았으나 4가지 원인조건이 조합을 이루면서 건강보장 법제도화를 유발하는 충분조건으로 작용하는 것을 확인할 수 있다.

**표 37 결과조건을 유발하는 원인조건조합1에 해당하는 국가**

국가	소속	퍼지셋 유형분석	건강보장제도 시행연도	원인조건조합1 소속점수
리투아니아	발틱3국	충족유형	1991	0.88
라트비아	발틱3국	충족유형	1994	0.77
에스토니아	발틱3국	충족유형	1992	0.75
헝가리	비셰그라드 그룹	충족유형	1989	0.63
슬로베니아	유고	충족유형	1992	0.69

두 번째 원인조건조합은 【~건강수준\*~경제수준\*시민적자유\*부패통제\*이슈  
 현저성】으로 일치성은 0.899390이고 이 조합에 해당하는 국가는 루마니아이  
 다. 루마니아는 구소련의 위성국가로 2007년에 EU에 가입했으며 퍼지셋 유형  
 분석에서는 체제전환 전 건강수준과 경제수준은 낮았지만 체제전환 후 사회적  
 으로는 안정적이었던 사회유형으로 분류되었다. 보편적 건강보장제도는 사회  
 주의 체제가 해체된 약 6년 후에 도입하여 시행하였다.

원인조건조합을 살펴보면 XY plot 분석결과와 같이 이 조합을 구성하고 있  
 는 요인 중 부패통제 요인을 제외한 4가지 요인은 건강보장의 법제도화와 아  
 무런 집합관계를 형성하고 있지 않았다. 그러나 5가지 요인이 함께 조합이 되  
 면, 이는 건강보장 법제도화를 유발하는 충분조건으로 작용할 수 있다는 것이  
 다. 즉, 건강수준과 시민적 자유수준이 낮고 외부 이슈에 대해 대중들의 관심  
 도가 낮더라도 경제수준이 높고 부패통제가 잘 이루어지는 국가에서는 보편적  
 건강보장 법제도화를 시행한다는 것을 뜻한다.

**표 38 결과조건을 유발하는 원인조건조합2에 해당하는 국가**

국가	소속	퍼지셋 유형분석	건강보장제도 시행연도	원인조건조합2 소속점수
루마니아	기타	사회유형	1998	0.52

마지막 조합은 【건강수준\*시민적자유\*부패통제\*~이슈현저성】으로 일치성  
 은 0.881690이고 해당하는 최적국가는 폴란드, 에스토니아, 리투아니아, 헝가리  
 이다. 폴란드는 퍼지셋 유형분석에서 체제전환 전 건강수준은 높지만 경제수  
 준은 낮고 체제전환 후 사회적 수준이 높은 건강사회유형에 속하고 에스토니

아와 리투아니아, 그리고 헝가리는 총족유형에 속한다. 4개 국가 모두 EU와 OECD 회원국으로 선진국으로 간주되며 발틱3국과 비셰그라드 그룹에 소속되어 있는 국가들이다. 이 중에서 폴란드는 소속점수가 0.84로 kvist의 9분위 측정도구에 따라 강력한 소속정도를 나타낸다.

이 원인조건조합을 통해 비록 소련의 붕괴에 대한 대중적 관심도가 낮더라도 체제전환 전 건강수준이 높고 체제전환 후 시민적 자유수준 및 부패통제 등 사회적 지표가 양호한 국가에서는 건강보장 법제도화를 추진한다는 것을 확인할 수 있다.

**표 39 결과조건을 유발하는 원인조건조합3에 해당하는 국가**

국가	소속	퍼지셋 유형분석	건강보장제도 시행연도	원인조건조합3 소속점수
폴란드	비셰그라드 그룹	건강사회유형	1999	0.84
에스토니아	발틱3국	총족유형	1992	0.75
리투아니아	발틱3국	총족유형	1991	0.66
헝가리	비셰그라드 그룹	총족유형	1989	0.63

#### 4.3.2.2. 보편적 건강보장 법제도화를 제한하는 원인조건조합

##### ① 진실표 만들기

이번에는 건강보장 법제도화를 제한하는 원인조건조합의 충분조건 관계를 검증할 것이다. 이를 위해 fs/QCA 프로그램으로 결과조건에는 여집합(~건강보장 법제도화)을 입력하고 원인조건은 건강수준, 경제수준, 부패통제, 시민적 자유, 그리고 이슈의 현저성까지 총 5개를 동일하게 입력하여 진실표를 구성한다. 진실표 구성 결과, 총 32개의 원인조건조합 중 사례수가 1개 이상인 조합은 10개였다. 그리고 본 연구의 기준인 일치성 0.8을 적용한 결과, 해당하는 조합은 5개로 나타났다. 이를 바탕으로 재구성된 진실표는 다음과 같다.

표 40 ~보편적 건강보장 법제도화에 대한 원인조건조합과 일치성

건강 수준	경제 수준	시민적 자유	부패 통제	이슈 현저성	사례수	건강보장 법제도화 (결과값)	일치성
0	0	0	0	0	1	1	0.932084
0	0	0	0	1	4	1	0.848276
0	1	0	1	0	1	1	0.836299
0	0	1	0	0	1	1	0.835351
0	1	0	0	1	1	1	0.815731
0	0	1	1	1	1	0	0.795732
1	1	0	1	0	1	0	0.776471
1	0	1	1	0	1	0	0.746725
1	1	1	1	1	2	0	0.510989
1	1	1	1	0	3	0	0.483037

## ② 표준분석

이렇게 구성된 진실표를 fs/QCA 프로그램을 활용하여 표준분석을 시행하고 중간 결과값을 확인 한 결과, 탈사회주의 체제전환국가에서 보편적 건강보장 법제도화를 제한하는 원인조건조합 중 충분조건 관계를 가지는 조합은 아래와 같이 3가지로 나타났다. 결과값의 포괄성은 0.619909, 일치성은 0.807783이다. 또한 ‘체제전환 전 낮은 건강수준’은 3가지 원인조건조합에 공통적으로 포함되어 있는 원인조건으로 나타났다.

표 41 보편적 건강보장 법제도화를 제한하는 원인조건조합

번호	원인조건조합	원포괄성	순포괄성	일치성
1	~건강수준*~경제수준*~부패통제 *~이슈현저성	0.396380	0.076018	0.865613
2	~건강수준*경제수준*~시민적자유 *부패통제*~이슈현저성	0.212670	0.009955	0.836299
3	~건강수준*~시민적자유*~부패통제 *이슈현저성	0.528507	0.207240	0.834286

solution coverage: 0.619909

solution consistency: 0.807783

먼저 원인조건조합에 대해 퍼지셋 연산을 활용하여(logical AND, logical OR, negative) 각 국가의 소속점수를 산출하고 조합별로 최적국가사례를 도출하였다. 원인조건조합에 대한 국가별 소속점수는 다음 표와 같다.

**표 42 건강보장 법제도화를 제한하는 원인조건조합별 소속점수**

국가명	조합1	조합2	조합3
알바니아	0.05	0.05	0.43
아르메니아	<u>0.58</u>	0.11	0.26
아제르바이잔	0.39	0.05	<u>0.61</u>
벨라루스	0.11	0.11	0.11
불가리아	0.11	0.11	0.11
크로아티아	0.09	0.09	0.09
에스토니아	0.09	0.06	0.06
조지아	<u>0.52</u>	0.09	0.48
헝가리	0.07	0.05	0.05
카자흐스탄	0.13	0.12	<u>0.68</u>
키르기스스탄	<u>0.58</u>	0.22	0.16
라트비아	0.05	0.07	0.07
리투아니아	0.1	0.09	0.09
마케도니아	0.5	0.25	0.25
몰도바	0.34	<u>0.58</u>	0.39
폴란드	0.07	0.05	0.05
루마니아	0.39	0.21	0.21
러시아	0.05	0.14	0.33
슬로베니아	0.05	0.05	0.05
타지키스탄	0.47	0.05	<u>0.53</u>
투르크메니스탄	0.07	0.07	<u>0.87</u>
우크라이나	0.13	0.08	0.28
우즈베키스탄	0.12	0.11	<u>0.84</u>

3개의 원인조건조합 중 가장 높은 일치성을 보이는 조합은 【~건강수준\*~경제수준\*~부패통제\*~이슈현저성】으로 일치성은 0.865613이고 이 조합에 해당하는 국가는 키르기스스탄, 아르메니아, 조지아이다. 아르메니아와 조지아는 캅카스 국가에 속하고 키르기스스탄은 중앙아시아 국가 중 하나로써 이들 모두 퍼지셋 유형분석에 따르면 건강수준, 경제수준, 사회수준 모두가 낮은 결핍 유형에 해당한다. 키르기스스탄과 조지아는 보편적 건강보장제도를 도입하였으나 조지아는 약 10년 시행 후 중단하였고 아르메니아는 지금까지 도입하지 않고 있다.

앞선 XY plot 분석에서 모든 원인조건들은 결과조건과 충분조건관계를 가지고 있지 않았고 낮은 부패통제지수만이 필요조건으로 나타났다. 그러나 4가지 요인이 조합되면서 탈사회주의 체제전환국가의 보편적 건강보장제도 도입을 제한하는 요인으로 작용하게 된다.

**표 43 결과조건을 제한하는 원인조건조합1에 해당하는 국가**

국가	소속	퍼지셋 유형분석	건강보장제도 시행연도	원인조건조합1 소속점수
키르기스스탄	중앙아시아	결핍유형	1997	0.58
아르메니아	캅카스	결핍유형	X	0.58
조지아	캅카스	결핍유형	1995-2004	0.52

두 번째 원인조건조합은 【~건강수준\*~경제수준\*~시민적자유\*~부패통제\*~이슈현저성】으로 일치성은 0.836299이고 이 조합에 해당하는 국가는 몰도바이다. 몰도바는 퍼지셋 유형분석에서 어느 유형에도 속하지 않았다. 그리고 건강보장제도는 1998년에 입법화하였으나 시행은 약 7년 후엔 2004년부터 이루어진

만큼 체제전환 후 보편적 건강보장제도의 도입에 어려움을 겪었다는 것을 의미한다. 즉, 체제전환 전 경제수준이 높고 체제전환 후 부패통제가 잘 되더라도 체제전환 전 건강수준이 낮고 체제전환 후 시민적 자유가 보장되지 않으며 소련 붕괴에 대한 대중의 이슈화가 낮다면, 보편적 건강보장제도를 도입할 가능성이 낮아진다는 것을 알 수 있다.

**표 44 결과조건을 제한하는 원인조건조합2에 해당하는 국가**

국가	소속	퍼지셋 유형분석	건강보장제도 시행연도	원인조건조합2 소속점수
몰도바	기타	-	2004	0.58

마지막 조합은 【~건강수준\*~시민적자유\*~부패통제\*이슈현저성】으로 일치성은 0.834286이고 해당하는 최적국가는 투르크메니스탄, 우즈베키스탄, 카자흐스탄, 아제르바이잔, 타지키스탄이다. 이 중에서 아제르바이잔은 캅카스 국가로 분류되고 나머지는 모두 중앙아시아 국가들이다. 그리고 퍼지셋 유형분석결과를 살펴보면 카자흐스탄은 체제전환 전 경제수준은 높았으나 건강수준은 낮고 체제전환 후 사회적 수준도 낮은 경제유형에 속하고 나머지는 모두 결핍유형에 해당한다. 실제로 투르크메니스탄, 아제르바이잔, 타지키스탄은 현재까지 보편적 건강보장제도를 도입하지 않고 있고 카자흐스탄은 1996년에 도입하였으나 3년 만에 폐지하였다. 즉, 체제전환 전 건강수준이 낮고 체제전환 후 시민적 자유수준과 부패통제지수가 낮은 경우에는 소련 붕괴에 대한 이슈의 현저성이 높다고 하더라도 보편적 건강보장제도를 법제화하는 것이 쉽지 않다는 것을 의미한다.

표 45 결과조건을 제한하는 원인조건조합3에 해당하는 국가

국가	소속	퍼지셋 유형분석	건강보장제도 시행연도	원인조건조합3 소속점수
투르크메니스탄	중앙아시아	결핍유형	X	0.87
우즈베키스탄	중앙아시아	결핍유형	1996	0.84
카자흐스탄	중앙아시아	경제유형	1996-1998	0.68
아제르바이잔	캅카스	결핍유형	X	0.61
타지키스탄	중앙아시아	결핍유형	X	0.53

지금까지 체제전환 후 보편적 건강보장제도의 법제화를 유발하는 원인조건조합과 반대로 법제화를 제한하는 원인조건조합을 살펴보았다. 이를 통해 비록 개별 원인조건은 건강보장제도의 법제화와 아무런 집합관계를 가지고 있지 않더라도 원인조건들이 조합을 이루는 경우에는 결과조건을 충족조건이 되는 것이 밝혀졌다.

그러나 이와 같은 정량적 분석으로는 보편적 건강보장을 도입해서 운영하고 있는 키르기스스탄이나 우즈베키스탄이 건강보장제도 도입을 제한하는 원인조건조합에 최적국가로 나타난 사실 등에 대한 내용은 설명하기가 부족하다. 따라서 다음 장에서는 선행연구 및 문헌고찰, 그리고 국제기구 데이터 등을 활용한 비교제도론적 연구를 실시함으로써 국가별 역사적 배경과 체제전환 후 도입한 건강보장제도의 구체적인 내용을 보다 심도 있게 살펴본다.

## 제5장 탈사회주의 체제전환국가의 보편적 건강보장 현황 및 법제도화 과정

한 국가의 보건의료제도는 오랜 기간 동안 역사적·문화적·경제적인 토대 위에서 발전해온 산물이며 정치의 역사와 함께 한다(안명옥, 2012; 오영호, 2005). 따라서 보건의료제도를 보다 심도 있게 이해하기 위해서는 국가별로 체제전환 후 건강보장제도가 법제화되는 과정에서의 여러 가지 변화들을 함께 살펴보는 것이 필요하다.

### 5.1. 연구설계

앞서 살펴보았던 ‘비교연구의 과정적 이론화 모형’에 따라 연구를 설계하면 다음과 같다.

첫째로 문제/이론 선택 단계이다. 비교제도론적 연구를 통해 찾고자 하는 연구문제를 살펴보면, (1) 먼저 퍼지셋 질적비교연구방법을 통해 탈사회주의 체제전환국가에서의 보편적 건강보장 법제도화에 영향을 미치는 요인에 대해 정량적 분석을 시도하였으나 정량적 분석으로는 일반화되지 않는 부분들이 있었다. 따라서 본 장에서는 탈사회주의 체제전환국가를 개별 국가로 접근하고 또 다른 국가들과 비교함으로써 퍼지셋 질적비교연구방법으로 설명하기 어려웠던 부분들을 살펴보고자 한다. (2) 그리고 최종적으로 23개 연구대상국가 중에서 17개 국가가 체제전환 후 보편적 건강보장제도를 법제화했다는 것은 지금까지의 연구에서 파악이 가능했으나, 선행연구 고찰에서 살펴본 바와 같이 건강보장제도를 법제화하는 것이 과연 실제로 국가의 보건의료수준에 영향을 미치는

가에 대한 고찰을 하는 것에는 한계가 있었다. 따라서 국가별 비교를 통해 보편적 건강보장제도의 효과성과 그 요인에 대해서 설명해보고자 한다. (3) 마지막 연구문제로 보편적 건강보장제도를 도입한 17개 탈사회주의 체제전환국가 가 다양한 보건의료시스템 중 어떤 유형의 제도를 도입했는지를 살펴본다.

두 번째 단계는 비교연구설계를 시작하기 위해 연구대상과 분석시기를 선정하는 단계이다. 두 번째 연구문제인 보편적 건강보장제도의 효과성 파악을 위해서는 체제전환 후 약 20년이 지난 2010년부터 2012년까지의 5세 미만 사망률 데이터를 활용하여 분석하되 연구대상 중 법제화를 이룬 국가와 이루지 못한 국가 뿐 아니라 OECD 국가 평균값을 함께 비교함으로써 다각도에서 접근하고자 한다. 세 번째 연구문제인 건강보장제도 유형 분석은 Katharina(2011)의 보건의료시스템 유형 분류표<sup>31)</sup>를 활용하여 OECD 국가 중 보건의료시스템 유형별 대표국가들을 선정하여 연구대상국가들과 핵심지표들을 비교함으로써 분석한다.

세 번째 단계는 자료수집이다. 주로 유럽 보건의료시스템 및 정책연구소에서 발간하고 있는 Health system reviews(HiT series)를 활용하고 각 국가별 보건의료시스템에 대한 각종 선행연구도 분석한다. OECD 국가데이터는 OECD health data에서 구득하였다.

자료수집이 완료되면, 연구 설계를 바탕으로 실제 분석을 하는 내적분석 단계와 이를 통해 분석결과를 반영한 검증단계를 거치고 난 후에는 최종적으로 국가 간 비교의 함의 찾는 외적분석이 이루어진다.

3가지 연구문제에 대해 다음과 같이 개별 소제목으로 분류하여 살펴본다.

---

31) 제3장 보편적 건강보장제도의 발전과정 중 3.3.건강보장제도 유형화 참조

## 5.2. 탈사회주의 체제전환국가의 건강보장제도 개혁

구소련의 영향을 받았던 사회주의 국가들은 강력한 중앙집권화를 기반으로 운영되는 Semashko 보건의료시스템을 도입하여 운영하였다. Semashko는 소련의 의사이자 정치가로써 레닌과 함께 1917년 러시아 혁명에 참여했던 인물로 구소련의 보건인민위원회 초대 위원장을 지내면서 세계 최초로 전 국민을 대상으로 하는 무상의료제도(Semashko model)를 도입하였다(조한범, 2012). 하지만 1970년대 소련의 아프가니스탄 침공이 실패로 돌아가면서 시작된 소련의 경제위기는 구 사회주의 국가들의 경제 성장률에도 큰 영향을 미쳤고, 개별 국가들은 전 국민에 대한 보편적 건강보장을 달성하기 위해 보건의료시스템의 운영, 서비스 제공, 자원조달 등 전 분야에서 국가가 모두 책임을 져야 하는 무상의료제도에 큰 부담을 느끼게 되었다. 이와 같은 상황에서 점차 소련의 영향력이 약해짐에 따라 사회주의 국가들은 1991년을 전후로 사회적, 경제적, 정치적으로 급진적인 변화를 경험하게 되는데, 이때 국가별로 건강보장제도의 개혁이 함께 일어나게 된다. 그러나 국가마다 역사적인 배경과 사회적 상황이 달랐기 때문에 동일한 충격을 맞닥뜨렸음에도 불구하고 건강보장제도의 개혁은 서로 다른 모습으로 나타났다.

본 연구의 분석대상인 23개국의 보편적 건강보장제도 법제화에 대한 내용은 퍼지셋 유형분석을 기준으로 카테고리화하되, 역사적 배경, 체제 정합성, 정권 안정성 등 다양한 시각에서 분류하고 비교해본다.

### 5.2.1. 발틱 3국, 비셰그라드 그룹, 유고슬라비아국가 등

체제 정합성에 따라 국가를 발틱 3국과 비셰그라드 그룹, 그리고 유고 국가 등으로 구분했을 때, 이 국가들이 속하는 퍼지셋 유형은 ‘충족 유형’, ‘건강사회 유형’, 그리고 ‘사회유형’이다. 이 국가들은 루마니아를 제외하고는 모두 EU에 가입되어 있고 이 중 일부는 OECD에도 가입되어 있는, 소위 선진국으로 분류된다. 모든 국가에서 관찰할 수 있는 특징은 사회주의 체제전환 과정에서 국민들이 적극적으로 소련으로부터의 독립과 민주화 도입을 주장하는 등 능동적으로 대처했으며, 대부분의 국가에서 비폭력적이고 평화로운 방법으로 체제전환이 이루어졌다.<sup>32)</sup> 모든 국가에서 보편적 건강보장에 대한 법제도화는 모두 이루어졌고 2010년~2012년 국민 의료비 중 공공재원비중 평균값은 70%로 OECD 국가들의 평균값과 유사한 수치를 기록하고 있다.

#### 5.2.1.1. 충족 유형 국가

##### ㉠ 에스토니아

라트비아, 리투아니아와 함께 발트해 동쪽에 위치한 발틱 3국으로 분류되는 에스토니아는 사회주의 체제하에서 비효율적인 소련식 보건의료시스템으로 인해 이미 과잉 공급된 병상과 의사로 인해 과도한 비용이 지출되고 있는 것을 해결하면서 보건의료서비스의 질을 높이고 지속가능한 재정기반을 확보하기 위한 방안을 마련하기 위해 소련으로부터 독립하기 전부터 건강보장제도 개혁

32) 유고슬라비아 연방은 해체될 당시 세르비아 민족주의에서 기인한 전쟁이 있었고, 루마니아는 공산체제 하에서 독재정치를 유지하던 니콜라에 차우세스쿠가 공개처형 당하는 등의 유혈 혁명이 있었다.

을 계획해왔다. 이에 1989년 『Health insurance law』 초안이 준비되었고, 소련으로부터 독립되기 불과 2달 전에 법이 의회에서 통과되었으며, 다음 해인 1992년부터 전 국민을 대상으로 하는 의무적 건강보험제도를 시행하게 되었다 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2004b). 에스토니아의 건강보장제도는 성공적으로 운영하고 있다고 평가 받고 있는데, 이는 거버넌스가 잘 작동함으로써 보건의료자원이 효율적으로 운영되고 있다는 것을 뜻한다. 이와 같은 건강보험제도의 성공적인 정착은 체제전환 직후부터 1995년까지 정치적으로 안정적인 환경과 함께 의사협회와 같은 의료계가 정치적으로 활발하게 활동하면서 적극적인 역할을 했던 것에서 기인한다 (Savodoff & Gottret, 2008). 사회주의 체제를 유지해오던 국가에서 의사협회와 같은 이익단체(interest group)가 국가의 보건의료정책 구축에 영향력을 끼쳤다는 점은 흥미로운 부분이다. 직접민주주의에서 이익집단은 투표에 영향력을 행사하는 막강한 조직력을 기반으로 중요한 역할을 한다(주성수, 2006). 이익단체는 자신이 속한 집단의 의견을 강력히 주장하여 최종적으로 법이나 정책에 반영될 수 있도록 하는 조직인데, 이는 자유 민주주의의 기본적인 원리인 집회와 결사의 자유, 표현의 자유가 보장되어야만 가능하다. 즉, 건강보험제도를 도입함에 있어서 의사협회와 같은 의료계의 역할이 컸다는 것은, 에스토니아에서 체제전환 후 민주주의가 안정적으로 신속하게 확산되었다는 것을 의미한다.

## ② 라트비아

라트비아는 연구대상국가 중에서 유일하게 별도의 건강보험료가 아닌 조세를 재원으로 활용하는 건강보장제도를 도입한 국가이다. 1990년대 초, 사회주의 체제가 해체되면서 재조직된 의사협회는 공산화되기 전에 운영했던 건강보

험제도를 재건하고자 정치적으로 노력하였다. 그러나 1993년 최초 자유선거를 통해 정권을 잡게 된 정당은, 정부는 최소한의 서비스만 전체 인구에게 보장하고 그 외에는 개인의 책임을 강조하면서 사회보험제도를 도입하는 것에 반대하였다(Mitenbergs, Brigis, & Quentin, 2014). 이에 Semashko식의 조세 기반 보건의료체계를 그대로 유지하는 대신, 1994년에 『Law on Local Governments』를 제정하여 각 지역에서 세금을 재분배하도록 하는 등 지방분권화를 도입하였다. 그러나 점차 지역 간 의료서비스 격차가 커짐에 따라 자원 배분 합리화 문제가 나타났고 이에 『Regulations of the Cabinet of Ministers on Establishment and Activity of Sickness Funds』를 제정하면서 중앙에서 재정을 통합하여 관리하는 State Compulsory Health Insurance Agency 설립하여 다시 중앙집권화를 시도하였는데 이 기관은 지난 2011년 National Health Service(NHS)로 명칭이 전환되어 운영되고 있다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2001b). 라트비아 역시 에스토니아와 마찬가지로 체제전환 후 의사협회가 보건의료정책에 역할을 하고자 했으나 의사협회에서 주장한대로 제도화되지는 못하였다. 그러나 앞서 살펴본 바와 같이 국가가 법과 정책을 만드는 과정에 국민들이 의견을 제시할 수 있었다는 점에서 민주주의가 빠르고 안정적으로 확산되었다는 점과 보건의료제도에 대한 지식과 능력을 갖춘 의료인들이 있었다는 점을 충분히 유추할 수 있다. 유일하게 조세를 활용하는 라트비아의 국민의료비 중 공공재원비중(2010~2012년)은 61%로 OECD 국가 평균값에 비해 낮은 편이다.

### ③ 리투아니아

리투아니아는 퍼지셋 유형 분석시 충족유형에 속했는데 소속정도가 강한 국가였다. 리투아니아 역시 다른 구소련 국가들과 같이 Semashko 시스템을 도

입하여 운영해왔으나 타 국가에 비해서 보건시스템에 대한 자금지원이 비교적 원활했고<sup>33)</sup> 이 덕분에 건강지표도 타 국가에 비해 좋았다. 그럼에도 불구하고 1980년대 말부터 Semashko 시스템에 대한 문제점이 공론화되기 시작했고, 소련과는 별도의 보건행정기구를 만들고 조세가 아닌 다른 재원이 필요하다는 것에 의견을 모아갔다. 이에 1990년 독립을 선언한 즉시 『Social insurance law』(1991)가 제정되면서 의무적 건강보험제도가 도입되었는데 초기에는 매우 기본적인 내용만 포함되어 있어 국민의료비 중 주 재원은 여전히 조세 비중이 높았으나 1996년 『Health insurance law』가 통과되면서 본격적으로 도입된 건강보험제도를 기반으로 한 보편적 건강보장제도가 지금까지 운영되고 있다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2000a). 리투아니아는 다른 구 소련 국가들과 같이 1980년대 후반부터 소련으로부터의 독립을 주장했고 이를 주도한 세력이 최초 자유선거에 출마했으나, 예상을 뒤엎고 구공산당 세력인 민주노동당이 다수당으로 선출되었는데, 그 이유는 독립운동 주도세력이 정치적, 경제적 문제를 조속히 해결하지 못하는 것에 대한 국민의 선택이라고 해석할 수 있다(외교통상부, 2011, p. 91). 리투아니아는 체제전환 후 92년부터 98년까지의 시민적 자유수준은 2점대로 프리덤하우스 계산법에 따라 Free 상태이며 부패통제지수 역시 60대로 23개국 중에서 상위권에 속한다. 그리고 보편적 건강보장제도는 1991년에 신속하게 도입한 국가 중 하나이다. 즉, 리투아니아의 사례에서 본다면 체제 전환 후, 누가 정권을 잡는지가 중요하다기보다, 어떻게 정권이 만들어지는지 또는 얼마나 자유민주주의가 확산되는지에 따라 보편적 건강보장과 같은 사회보장에 대한 법제도화가

33) 경제발전 측면에서 보면, 사회주의 시기 리투아니아는 소련의 평균 수준보다 높은 경제발전을 이루고 있다. 소련을 구성했던 15개의 사회주의 공화국을 대상으로 1978년 1인당 명목소득(소련=100)을 보면, 에스토니아가 126.9로 가장 높은 수준이고, 리투아니아 115.1, 라트비아 113.7, 러시아 110.9, 벨라루스 97.9, 우크라이나 95.9의 순이다. (민기철, 2014)

신속히 이루어진다는 것을 알 수 있다.

#### 4] 크로아티아

구 유고슬라비아 국가는 소련의 사회주의 노선과는 다른 제3의 독자적인 공산주의를 구축한 국가로, 요시프 브로즈 티토에 의해 주장된 유고체제는 이념적으로는 공산주의였으나 경제적으로는 자본주의, 정치적으로는 비동맹 제3세계를 지향했다(장혜광, 1995). 본 연구의 연구대상 중에서는 크로아티아와 슬로베니아, 마케도니아가 이와 같은 유고슬라비아 국가에 속한다. 구 소련 국가들은 모두 소련의 영향을 받아서 Semashko식 보건의료시스템을 운영했던 것과 달리 구 유고슬라비아 국가들은 각자 다른 형태로 시스템을 구축해왔다. 그 중에서 크로아티아는 1945년부터 대부분의 국민을 대상으로 의무적 건강보험제도를 운영해온 국가이다. 그러나 사회주의 체제 하에서 건강보험제도는 제대로 효율적으로 운영되지 못했고 이는 계속 적자를 발생시켰다.(European Observatory on Health Systems and Policies, 1999b). 이에 1990년 독립 후 최초 다당제 선거 이후에 보건부는 즉시 크로아티아 건강보장제도 개혁 계획을 수립했고 1993년에 『Health insurance act』가 제정되었다. 법이 제정되면서 그동안 파편화되어서 비효율적으로 운영되어 오던 건강보험제도가 통합되었고 이를 위해 건강보험제도를 관리하고 운영하는 단일건강보험 지불기관인 Health Insurance Institute(현 HZZO)를 설립되었다.<sup>34)</sup> 1990년대 초반 소련의 붕괴와 함께 유고슬라비아도 해체되기 시작했는데, 이때 친유고 세력과 반유고 세력 간의 내전이 있었다. 그 중에서도 크로아티아는 타 유고 국가와는 비교할 수 없을 정도의 가장 격렬한 전쟁이 발발했던 국가이다. 하지만 그럼에도 불구하고 보편적 건강보장 법제도화는 내전이 이루지고 있던 1993년에 신

34) <https://www.euro-cas.eu/participants/hr>

속하게 입법되었다. 또한 2010년부터 2012년까지 의료비 중 공공재원비중은 무려 83%로 OECD 평균값보다 높을 뿐 아니라 연구대상이 되는 23개국 중에서 가장 높은 수치를 기록하고 있다. 이와 같은 점이 우리에게 시사하는 바는, 비록 제대로 운영하지 못했더라도 사회주의 기간 동안 장시간 보편적 건강보장제도를 유지했던 경험이, 체제전환 후 혼란스러운 시기를 겪는 과정 가운데서도 법제화를 추진하고 제도가 빠르게 안정적으로 정착하게 되는 원동력이 된다는 점이다.

#### ㉮ 슬로베니아

슬로베니아는 풍부한 자원을 바탕으로 전통적인 상공업 중심이었기 때문에, 사회주의 국가 대부분이 90년대 초 체제전환 당시에 경제난을 겪었던 것과 달리 체제전환시에도 높은 소득 수준을 유지했고, 유고슬라비아 국가들 중에서도 가장 성공적으로 경제성장을 이룬 국가이다(이철원, 2013). 따라서 슬로베니아가 체제전환과 함께 건강보장제도의 개혁을 시도한 원인은 다른 국가들과 같은 경제난 때문인 것보다는 사회주의식 보건의료시스템 하에서는 의료종사자들의 급여가 낮아 서비스 제공의 동기부여가 되지 않았고 무상 보건의료에 대한 국민들의 기대가 너무 높아짐에 따라 비용통제를 위한 계획이 필요했기 때문이었다. 이에 슬로베니아는 유고에서 독립한 직후 보건부분에 상당히 집중하여 개혁을 시도하였는데, 그 결과 1992년에 『Law on health care and health insurance』가 곧바로 제정되면서 전 국민의 건강보험 가입이 의무화되었고 보험료를 효율적으로 관리하고 분배하는 등의 건강보험제도 운영을 담당하는 단일조직인 Health Insurance Institute of Slovenia가 설립되었다.

## ⑥ 헝가리

헝가리는 비셰그라드 그룹 회원국이다. 비셰그라드 그룹은 1991년 소련 해체 당시 폴란드와 헝가리, 체코슬로바키아가 함께 민주주의 기틀을 마련하고 자본주의를 받아들이기 위해 설립한 다국적 협력기구로, 체제전환 이후 공적개발원조의 수원국에서 공여국으로 바뀐 대표적인 국가들이다(김신규, 2016).

헝가리 역시 구소련 시절에는 Semashko식 보건의료시스템을 운영했는데, 당시 주변 국가들 중에서 건강지표가 가장 낮았고 과잉 공급된 병상으로 인해 불필요한 재정 지출이 지속됨에 따라 정부와 국민 모두 경제 위기를 대비할 필요성을 절실히 느끼고 있었다. 이에 체제가 전환되기 훨씬 전인 1980년대 중반부터 보건의료체계에 대한 개혁이 시작되었다. 소련으로부터 독립하기 전인 1989년에 『Act XLVIII of 1989 on the Social Insurance Fund's Budget of 1990』이 통과되면서 조세가 아닌 별도의 보험료로 사회보장제도를 운영하는 강제적 사회보험형태가 도입되었고, 이 법은 1992년에 건강보험법과 연금보험법으로 분리되어 지금까지 운영되고 있다(European Observatory on Health Systems and Policies, 1999c). 헝가리가 이와 같이 체제전환 전부터 독자적으로 보건의료분야에 관심을 가지고 개혁을 시도한 것은 1956년 일어난 헝가리 혁명으로부터 그 요인을 유추해볼 수 있다. 소련과 공산주의에 반대하는 헝가리 혁명은 비록 실패로 돌아갔으나 아래로부터의 민주화 요구의 시작점이 되었고 그 혁명을 시작으로 체제가 전환되기까지 헝가리에서 공산주의 권력이 약화되는 과정으로 해석하기도 한다(장은주, 2013). 따라서 헝가리 내 국민들의 민주화에 대한 계몽은 일찍부터 시작되었고, 이러한 사회적 상황이 보건의료분야에 대한 빠른 개혁을 가져온 것으로 보인다.

### 5.2.1.2. 건강사회 유형 국가

#### ① 폴란드

폴란드는 역시 비세그리드 국가로, 90년대 초 체제전환이 정치·경제 등 전 사회적인 분야에 큰 영향을 미쳤던 것과 달리, 보건의료체계에는 그다지 영향을 미치지 않았다. 이 때문에 다른 비세그리드 국가들에 비해서는 건강보장제도의 개혁이 비교적 점진적으로 이루어졌다. Semashko 체제를 운영했던 대부분의 국가에서 가장 먼저 새로운 보건의료서비스의 자원조달방안을 모색하고 건강보험제도 등을 도입한 반면, 폴란드가 가장 먼저 시도한 개혁은 공공의료시설을 민간화하는 것이었다. 그 후 1997년에 『Law on Universal Health Insurance』가 제정되면서 1999년부터 건강보험제도를 통한 자금조달 개혁이 본격적으로 시행되었다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2005). 2010년부터 2012년까지 국민의료비 중 공공재원비중은 70%이고 그 중 대부분이 보험료인 것을 볼 때(Busse, Geissler, Quentin, & Wiley, 2012) 뒤늦게 보편적 건강보장제도를 도입하였지만 제도를 적절하게 운영하고 있는 것으로 평가할 수 있다.

#### ② 불가리아

불가리아 역시 Semashko식 보건의료시스템을 갖추고 있었다. Semashko 시스템은 감염병과 같은 질병을 효과적으로 통제하는 등 장점은 있었으나, 유연하지 않은 중앙집권형 방식 때문에 만성질환과 같은 새로운 건강문제가 발생하게 되면 이를 해결하기 위해 접근하는데 부적절했고 무상의료서비스 제공으로 인해 경제가 악화되면서 국가 전체가 재정난에 시달려야 했다(European

Observatory on Health Systems and Policies, 2003a). 이에 소련 붕괴 직후 불가리아는 보건의료시스템에 대한 국가 독점을 폐지하고 민간의료서비스를 허용하는 법을 통과시켰다. 그리고 1990년 말에는 『Law on Health Insurance』를 제정하면서 보편적 건강보장을 위한 사회보험제도를 도입하였다. 불가리아는 의무적으로 건강보험에 가입해야 하며 건강보험제도를 관리하는 단일 지불 기관으로 1999년에 설립된 National Health Insurance Fund가 있다(Dimova, Rohova, Atanasova, Kawalec, & Czok, 2017). 앞서 살펴본 폴란드는 국민의료비 중 공공재원비중이 70%를 나타냈으나 같은 건강사회유형에 속함에도 불구하고 불가리아의 국민의료비 중 공공재원비중(2010~2012년 평균)은 56%를 나타냈다. 이와 같은 차이를 나타내는 원인으로는 폴란드와 불가리아 모두 체제전환 전의 경제 상태는 유사하게 낮았으나 체제전환 후 폴란드가 불가리아보다 국가 경제수준이 더 빠르게 향상되었기 때문으로 보인다.<sup>35)</sup> 즉, 체제전환 이후의 경제수준은 건강보장제도를 효율적으로 적절하게 운영하는데 영향 요인이 된다는 것을 추정할 수 있다.

### 5.2.1.3. 사회 유형 국가

#### ㉠ 마케도니아

마케도니아는 다른 구 유고슬라비아 국가들과 같이 민족 간의 긴장감이 높았으나 크로아티아와 같은 국가에 비해 비교적 평화롭게 독립할 수 있었다. 그러나 독립 후 마케도니아라는 국명을 사용하는 것에 대해 그리스와 분쟁이 시작되면서 그리스는 마케도니아를 대상으로 무역 제재를 단행했고 이는 마케도니아에 상당한 경제적 타격을 초래하게 된다.<sup>36)</sup> 뿐만 아니라 유고 내전 중

35) 2010년 기준, 불가리아의 1인당 GDP 14,747, 폴란드의 1인당 GDP 20,805

하나로 발생한 코소보 전쟁<sup>37)</sup>으로 인해 발생한 코소보 알바니아계 난민들이 마케도니아와 알바니아로 몰려오면서 이는 마케도니아의 전반적인 개혁에 큰 어려움으로 작용했다. 그럼에도 불구하고 체제전환 직후 보편적 건강보장제도를 도입하였는데, 구소련 국가와 달리 보건의료체계가 분권화되어 있던 유고슬라비아 국가들은 경제적인 어려움 외에도 서비스가 과잉 공급되거나 또는 중복 공급되는 문제들이 있었다. 이를 해결하기 위해 1991년 중앙 집중화를 위해 보건부를 설립하면서 『Health care law』를 제정했고 의무적 건강보험을 책임지는 단일기관인 Health insurance fund를 설립하면서 건강보험제도를 도입하였다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2006). 마케도니아는 체제전환 이후 최초 자유선거에서 구 공산권 세력이 정권을 잡은 국가이며 앞서 살펴본 리투아니아와 같이 구 공산권 세력이 정권을 잡았음에도 빠른 기간 안에 보편적 건강보장제도를 법제화하였다.

## ② 루마니아

루마니아는 구 소련 위성국가였지만, 당시 다른 위성국가들과 달리 소련이나 타 국가의 영향력이 약한 편이었는데, 이와 같은 정치·사회적 상황은 니콜라에 차우세스쿠가 정권을 잡게 되면서 차우세스쿠만의 독재정권이 가능하게 만들었다. 독재정치와 더불어 차우세스쿠의 경제계획의 실패로 심각한 경제난을 겪게 된 루마니아는 1980년대 후반부터 독재정권에 저항하는 유혈사태가 시작되었고 결국 1989년 차우세스쿠가 총살되면서 체제전환이 이루어지는 듯

36) 90년대 초반에 시작된 마케도니아 국호문제는 지난 6월, 27년 만에 양국이 합의함에 따라 갈등 해결 조짐을 보이고 있다. (‘마케도니아→北마케도니아…그리스와 국호 변경 합의’. 중앙일보. 2018.06.18. <http://news.joins.com/article/22725174>)

37) 유고 연방 세르비아 공화국 내 코소보 자치주에서 독립을 요구하면서 일어난 전쟁 (1998.2~199.6)

하였으나, 당시의 공산세력들은 정치적 개혁을 주저했다(Manfred Mai, 2008, p.260). 이와 같은 현상은 보건의료제도 개혁에서도 나타난다. 루마니아는 Semashko 시스템의 다양한 문제점을 극복하기 위해 건강보장의 일환으로 보건의료재원의 원천을 다양화하려는 시도가 있었다. 그 중 하나가 1992년 환자의 의약품 구입 보조금으로 활용하기 위한 특별건강기금(Special Fund for Health)을 창설한 것이다. 그러나 소련붕괴 초기에 이 기금을 창설한 것 외에는 추가적인 건강보장제도의 급진적인 개혁은 이루어지지 않았다. 그러나 1996년 총선 이후 판도가 바뀌면서 포괄적인 보건의료정책 개혁이 정부의 목표가 되었고 이를 바탕으로 모든 국민이 보편적으로 건강보장을 받아야 하고 재정은 함께 공동 연대해야한다는 기조 하에 1997년 『Health insurance law』가 제정되면서 본격적으로 의무적 건강보험제도로 전환되었다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2000b). 루마니아 역시 첫 자유선거에서 공산당 출신 정당인 구국전선이 정권을 잡게 되면서 정권교체는 이루어지지 않았다. 그러나 1996년 비공산계 정당으로 정권교체가 되면서 정부는 보건의료정책에 관심을 가지기 시작했고 최종적으로 보편적 건강보장제도를 도입하게 된 경우이다. 2010년부터 2012년 국민의료비 중 공공재원비중은 80%로 OECD 국가 평균값보다 높은 수준을 나타내고 있다.

지금까지 살펴본 발틱 3국과 비세그라드 국가, 유고슬라비아 국가 등에 대한 주요내용은 다음 표와 같다.

표 46 발틱3국, 비세그라드, 유고슬라비아국가 등 주요내용 정리

퍼지셋 유형분류	국가	소속	공산화 시작시기	민주화 과정			첫 자유선거 후 정권교체	UHC 법제화	의료비 중 공공 재원비중 (10-12년)
				전환시기	능동vs수동	폭력성			
충족 유형	에스토니아	발틱3국	독소조약	노래혁명, 인간사슬	능동적	-	O	O	80
	라트비아					-	O		61
	리투아니아					-	X		68
	크로아티아	유고	티토 혁명	유고탈퇴		유고전쟁	O		83
	슬로베니아					O	73		
건강사회 유형	헝가리	비세그라드	추축국 참전	원탁회의	-	O	O	64	
	폴란드	비세그라드	2차대전 중심	원탁회의	-	O		70	
	불가리아	-	추축국 참전	푸른혁명	-	O		56	
사회유형	마케도니아	유고	티토 혁명	유고탈퇴	능동적	유고전쟁	X	O	64
	루마니아	-	추축국 참전	루마니아혁명		폭동, 시위	X		80

출처: 외교부 ([http://www.mofa.go.kr/www/brd/m\\_4099/list.do](http://www.mofa.go.kr/www/brd/m_4099/list.do)), Manfred Mai(2008), European observatory on health care systems, WHO European Data Warehouse (Last updated on 20 Sep 2016)으로부터 추출한 정보를 바탕으로 재구성

## 5.2.2. 중앙아시아 국가, 캅카스 3국

체제정합성에 따라 국가를 캅카스 국가와 중앙아시아 국가로 구분했을 때, 이 국가들이 속하는 퍼지셋 유형은 ‘결핍 유형’ 과 ‘경제 유형’ 이다.

여기에 해당되는 모든 국가에서 관찰할 수 있는 특징은 타 국가들이 2차 세계대전을 계기로 소련의 영향력 하에 들어왔던 반면, 그보다 훨씬 이 전부터 소련의 지배를 받고 있었다는 것이다. 또한 사회주의 체제전환 과정에서 발틱 3국이나 비세그라드 국가는 적극적으로 소련의 독립을 주장한 반면, 여기에 해당하는 국가들은 소련이 해체되면서 자연스럽게 독립하게 되는 수동적인 태도를 보였다. 총 8개 국가 중 4개 국가에서 체제전환 후 반공산주의와 친공산주의, 또는 민족 간의 폭력적인 분쟁을 경험했고 대부분의 국가에서 체제전환 후 최초 자유선거를 통해 확실한 정권교체를 이루지 못했다. 보편적 건강보장 제도를 도입해서 운영하고 있는 국가는 2개국 뿐이며 2010년~2012년 국민 의료비 중 공공재원비중의 평균값은 43%로 보건의료서비스를 이용하기 위해서는 본인부담금을 많이 부담하고 있다는 것을 의미한다.

### 5.2.2.1. 결핍유형 국가

#### ㉠ 아르메니아

아르메니아는 아제르바이잔, 조지아와 함께 흑해와 카스피 해를 끼고 있는 캅카스 지역에 속해있으며 이 지역은 아시아와 유럽의 경계가 된다. 또한 여러 국경이 맞대고 있어 국가 간 분쟁이 지속적으로 발생하는데, 여기에 러시아를 비롯한 미국과 주요 EU 국가들이 개입하면서 더욱 복잡한 정치 지형을 만들어 가고 있다. 그 중에서도 아르메니아는 나고르노-카라바흐 지역을 둘러

싸고 아제르바이잔과 1988년부터 6년간 분쟁을 겪었으며 그 이후로도 무력충돌이 지속되었다(이영형, 2015). 게다가 1988년 진도 7.2의 대지진도 발생했는데, 이와 같은 정치·사회적인 혼란 가운데 소련으로부터 독립하게 된 아르메니아는 90년대 초 심각한 사회경제적 위기를 겪었다(외교통상부, 2012b). 이와 같은 상황은 그동안 조세를 기반으로 무료로 운영했던 보건의료서비스 재원조달에 있어서 급진적인 변화를 추구하게 만들었는데, 정부는 Semashko 시스템과 달리 보건의료분야에서 정부의 역할을 축소시켰고 시장 메커니즘을 적극적으로 도입하였다. 또한 취약계층을 대상으로 한 최소한의 케어에만 개입하고, 그 외에는 모두 의료서비스에 대한 지불부담을 개인에게 전가하였다(World Bank, 2015). 대부분의 구 소련국가들이 체제전환 후 보건의료시스템의 민간화와 국민건강보험제도를 통한 재원조달 형태 개혁을 함께 추진했던 것과 달리, 아르메니아는 체제전환 후 보건의료시스템 개혁에 적극적이었음에도 불구하고 건강보험 등 재원조달에 대한 부분에 있어서는 도입을 시도하지 않았다. 다만 일부 취약계층을 위한 기본혜택패키지(Basic benefit package)를 소극적으로 운영했을 뿐이었다. 이와 같이 재원 조달에 대한 정책을 적극적으로 추진하지 않았던 이유는 1990년대 초반 당시에 아르메니아의 대부분의 경제활동이 비공식적인 경로를 통해서 이루어지고 있었는데, 이 때문에 국민들을 대상으로 충분하고 투명한 보험료를 징수하지 못할 것이라는 점을 빠르게 인식하고 인정했었기 때문으로 평가된다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2001a). 여기서 비공식적인 경제활동이 많았다는 것은 뇌물과 같은 부정부패 등으로 인해 국민들의 소득현황을 투명하게 파악하기 어려웠다는 것을 의미하고 이는 연대주의를 기반으로 하는 보험 제도를 적용하기엔 부적절한 사회적 환경이었음을 의미한다.

## ② 아제르바이잔

아제르바이잔은 다른 구 소련국가들과 달리 소련이 만든 Semashko식 보건의료시스템을 현재까지 유지하고 있으며, 1995년에 헌법 제정시, 보건의료서비스에 대한 접근권은 모든 시민의 권리임을 명시하고 있는 것을 그 근거로 본다. 그러나 아제르바이잔은 산유국임에도 불구하고 소련 해체 이후 시작된 경제적 어려움으로 인해 보건의료서비스의 질과 접근성은 하락했고, 헌법상 보편적 건강보장에 대한 권리와 국가의 의무를 명시하고 있음에도 불구하고 현실에서는 이 의무를 제대로 이행하지 못하고 있다. 따라서 현재 전 국민은 보건의료서비스를 무상으로 제공받을 수 있으나 실제로는 대부분 비공식적인 본인 부담으로 이루어지고 있는 실정이다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2004a). 실제로 국민의료비 중 공공재원비중(2010~2012년 평균)을 살펴보면 Semashko식 보건의료시스템이 무색할 만큼 최하위권에 속하고 있다(22%). 이와 같은 상황에서 정부는 여러 가지 파일럿 프로젝트를 통해 문제를 해결하고자 노력하고자 했고 그 일환으로 『Law on the Protection of the Health of the Population』가 1997년에 만들어지고 1999년에 최종적으로 국회를 통과했으나, 법안 상 보험료율과 보장범위의 불분명함, 부처 간의 갈등, 그리고 여전히 의료기관 내에 팽배한 부패와 뇌물로 인한 건강보험제도 도입 반대여론 등으로 인해 여전히 시행되지 못하고 있는 상태이다(Center for Economic and Social Development, 2009). 여기서 아제르바이잔은 대표적인 산유국임에도 불구하고, 제대로 된 보건의료체계를 구축하지 못할 만큼의 빈곤하고 비체계적인 상태를 유지하는가에 대한 의문이 드는데, 이는 석유의 저주(curse of oil)이라는 단어를 통해 유추해볼 수 있다. 보통 산유국은 부국이 될 가능성이 높을 것으로 생각하지만 이는 정부의 역량에 따라 자연의 축복이 아닌 저주가 될 수도 있다는 것이다. 정부의 역량이 부족한 경우에는 석

유 수출로 인해 막대한 자금이 국내로 유입되면서 부패를 악화시키게 되고, 석유 수입을 차지하기 위한 경쟁 관계들로 인해 정치적 불안정과 함께 뇌물 등의 비공식적인 거래가 활성화되게 된다(Sachs, 2015). 또한 아제르바이잔이 산유국이라는 이유로 서구에서의 지원이 탈 사회주의 국가들보다 부족했던 것도 한 가지 원인이 될 수 있다(정재원, 2015). 실제로 1996년부터 2000년까지의 아제르바이잔의 부패통제에 대한 백분위수는 연구대상 23개국 중 가장 낮은 3.79이다. 그리고 최근인 2011년부터 2014년까지의 평균값 역시 13.08로 낮은 수치를 보이고 있어 부패가 상당히 심각한 국가임을 알 수 있다.

### ③ 조지아

조지아는 소련에서 독립 당시 세계에서 인구 대비 의사수가 가장 많은 국가였을 만큼, Semashko식 보건의료체계의 문제점들을 많이 가지고 있었다. 또한 체제전환시 아제르바이잔과 아르메니아와 같은 국경분쟁은 없었던 대신 소련으로부터의 독립을 반대하는 친 소련파와 독립을 주장하는 반 소련파 간의 내전이 1991년부터 1993년까지 지속되었는데, 이로 인해 디프테리아와 같은 감염병이 유행하면서 건강수준도 크게 악화되었다. 이에 조지아는 세계은행의 도움을 받아 1993년부터 보건의료제도의 개혁을 준비하기 시작했고 1995년에 사회보험제도와 새로운 공급자 지불시스템을 도입하는 내용의 대통령령<sup>38)</sup>이 통과됨에 따라 첫 번째 의료개혁이 실시되었다. 이에 대한 법률은 다소 늦은 1997년에 『Law on Medical Insurance』가 제정되었다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2002). 그러나 조지아는 소련으로부터 독립 후에 지속되어 온 구 공산세력의 장기독재와 부정부패, 경

---

38) Decree 400 of the Head of The State of Georgia “On activities at the first stage of reorganization of the health care system in Georgia”

제 악화로 인해 발전이 저해되었고, 결국 2003년 발발한 장미혁명<sup>39)</sup> 이후 대통령 물러남에 따라 정권이 바뀌게 된다. 이때 새롭게 등장한 정부는 그동안 침체되어 있던 조지아의 경제를 성장시키기 위해서 과세를 줄이겠다는 정책 기조를 세우게 되고, 이에 따라 2004년에 건강보험제도는 폐지되었다 (Goldfien, 2012). 연구대상 23개국 중에서 보편적 건강보장제도를 도입해서 운영하다가 도중에 폐지한 국가는 조지아와 카자흐스탄이다. 본 연구의 근거 이론이 되는 역사적 제도주의적 관점에서 조지아가 제도를 도입했다가 폐지하는 과정을 살펴보면 1990년대 초반 사회주의가 해체되는 시점이 1차 결정적 분기점으로 건강보장제도가 도입되었고, 2003년 장미혁명이 2차 결정적 분기점으로 작용하면서 제도가 폐지되기에 이른다. 이와 같이 제도의 변화를 유발하는 결정적 분기점은 국가 외부에서 오는 충격일 수도 있고, 국내적으로 오는 충격일 수도 있는데, 둘의 공통점은 모두 정치적 요인으로 유발된 경제적 요인이라는 점이다.

#### 4 키르기스스탄

키르기스스탄 역시 Semashko식 보건의료제도를 운영했으나 90년대 초반 소련의 해체와 함께 시작된 경제난으로 어려움이 많아 제도를 지속하는 것이 불가능했다. 그럼에도 불구하고 키르기스스탄이 체제전환 후 다루었던 공공정책 중에서 보건 분야는 우선순위가 낮았다. 이에 1992년 『Medical Insurance Law』가 제정되었음에도 불구하고 우선순위에 밀려서 시행되지 못하고 있다가, 1994년부터 국제기구의 도움을 받아서 시작된 보건의료개혁 프로젝트 중 일환으로 1997년부터 건강보험제도를 운영하기 시작했다. 하지만 2010년부터 2012년까지의 국민의료비 중 공공재원비중 평균값은 59%로 다른 중앙아시아

39) 2003년 당시 대통령이었던 에두아르트 세바르드나제를 퇴진시킨 무혈 혁명

국가보다는 높지만 보편적 건강보장제도를 운영하고 있는 OECD 국가 평균값보다는 낮은데, 그 이유는 체제전환 후 경제악화와 실업률 증가로 보험료 수입이 적고, 다양한 정부기관 중 보건부의 영향력이 약하며, 보건의료제도의 개혁을 주도할 의료계의 전문가가 부족한 상황 등이 지적되고 있다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2011). 즉, 키르기스스탄은 중앙아시아 또는 퍼지셋 유형 중 결핍유형 국가들 중에서 보편적 건강보장과 관련된 법제도화를 비교적 신속하게 진행한 국가였으나, 제도를 지속적으로 운영함에 있어서 여전히 해결해야 할 과제가 많다.

## ㉮ 타지키스탄

타지키스탄은 중앙아시아에서 유일하게 이슬람 정당이 합법화된 국가로, 체제전환 당시 이슬람 반군과 친공산 세력 간의 대결로 인해 중앙아시아에서 유일한 내전을 겪었을 만큼 이슬람적 요소가 정치에 미치는 영향이 큰 국가이다(정재원, 2016). 이 내전은 체제전환 직후인 1992년부터 1997년까지 약 5년간 지속되었고, 그 여파로 인해 구 소련 국가 중 최빈국으로 지금까지 남아있다. 1994년 제정된 헌법과 1997년 제정된 『Law on health protection』에서 모든 국민은 보편적 건강보장을 받을 권리가 있다는 것을 명시한 후, 2008년이 되어야 의무적 건강보험제도를 도입하기 위한 『Law on mandatory health insurance』가 통과되었으나 이 법은 지금까지도 시행되지 못하고 있다. 즉, 체제전환 후에도 여전히 제도상으로는 소련식 Semashko 보건의료체계를 유지하고 있다는 것이다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2000c). 그러나 실제로는 재정난으로 인해 제대로 운영하지 못하고 있는데, 2010년부터 2012년까지의 국민의료비 중 공공재원비중의 평균값을 살펴보면 28%로 보건의료서비스를 이용하기 위해서는 비공식적인 본인부담금이

상당히 많이 지출된다는 것을 의미한다. 타지키스탄은 다른 국가들과 달리 이슬람과 같은 종교의 영향을 많이 받았다는 점이 특징이다. 지금까지 이슬람권의 정치체계에 대한 논의를 살펴보면 이슬람의 기본 개념 및 전통과 국민주권 개념을 바탕으로 인간의 통치를 원칙으로 하는 서구식 민주주의는 함께 존립할 수 없다는 입장과, 이슬람식의 민주주의가 발전된다면 이슬람과 민주주의도 양립할 수 있다는 입장이 있다(김형준, 2014). 양 쪽 입장은 반대되는 것 같으면서도 근본적으로는 이슬람 문화가 강한 국가에서는 우리가 일반적으로 생각하는 자유민주주의가 확산되는데 어려움이 있다는 것을 의미한다. 자유민주주의의 더딘 확산은 정치적으로 사회적으로 발전을 저해하는 것을 넘어서 경제적인 발전까지 영향을 미칠 수 밖에 없게 되고 이는 보편적 건강보장제도의 발전에도 부정적인 영향을 끼치게 되는 것이다.

## ⑥ 투르크메니스탄

투르크메니스탄은 소련 붕괴 후에도 옛 공산당이 그대로 정권을 잡으면서 현재까지 독재하고 있는 국가이다. 이런 정치·사회적 배경에 의해 소련 해체 후에도 보건의료체제의 개혁에 적극적이지 못함에 따라 건강수준 역시 굉장히 떨어졌다. 이에 1994년부터 세계은행과 WHO 등 국제기구의 도움을 받아 보건의료체제의 개혁을 시작했고, 정부도 그 일환으로 건강보험제도의 도입을 고려하고 있으나 여전히 법제화되지는 않았다. 따라서 자연스럽게 Semashko 식 제도가 이어져 오면서 현재까지 보건의료비의 주 재원은 조세이다. 그러나 계속되는 경제난과 사회적 불안정 때문에 의료서비스의 질은 낮고 국민들은 제대로 된 서비스는 제공받지 못하고 있는 실정이다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2000d). 투르크메니스탄에서 눈여겨 볼만한 데이터는 국민의료비 중 공공재원비중이다. 보편적 건강보장제도도 없고 조세로

인한 보건의료서비스 재원 조달도 제대로 이루어지지 않음에도 불구하고 2010년부터 2012년까지의 평균 국민의료비 중 공공재원비중을 보면 무려 64%를 기록하고 있다. 이와 같은 현상에 대한 이유는 지난 2010년 국경없는 의사회에서 발표한 보고서를 통해 확인할 수 있다. 지난 2010년 국경없는 의사회에서는 투르크메니스탄에서의 10년간의 활동을 마치고 철수하겠다고 밝혔는데, 그들이 마지막으로 발표한 보고서에 따르면 투르크메니스탄은 국가 보건의료시스템이 제대로 작동하지 않고 있고 의료인들은 건강지표를 부풀려서 사실이 아닌 데이터를 보고하고 있으며 그렇게 하지 않을 시에는 처형, 해고, 투옥을 당하는 위협을 받고 있다고 밝혔다. 그리고 국제기구는 이를 알면서도 묵인하고 있으므로 보건의료시스템이 투명하게 운영되어야 할 것임을 강력하게 촉구한바 있다(Lancet, 2010; Medecins Sans Frontieres, 2010). 따라서 본 수치는 비정상적인 데이터일 가능성이 높을 것으로 추정된다.

## 7 우즈베키스탄

우즈베키스탄은 소련 붕괴 후 실시된 1991년 첫 자유선거에서 구 공산세력인 카리모프가 대통령으로 선출된 후 2016년 사망하기 전까지 카리모프가 대통령직을 유지하면서 독재정치를 이어간 국가이다. 1992년에 제정한 헌법과 1996년에 제정한 『Law on health protection』 등에서 선언적으로는 전 국민에 대한 보편적 건강보장을 명시하고 있으나 구체적인 보건의료체계의 재원조달에 대한 정책은 지금까지 없는 상황이며, 그나마 조세로 보장하고 있는 기본급여패키지(basic benefits package)의 범위는 넓지 않아 실제로는 보건의료서비스를 이용하는데 있어서 본인부담금 지출 비중이 상당히 높은 편이다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2001c). 2017년 4월, 의무적 건강보험제도를 추진하기 위한 『Medical insurance law』의 초안이 개

발되었으나 아직 실행되지는 않고 있다.<sup>40)</sup>

## 5.2.2.2. 경제유형 국가

### ① 카자흐스탄

카자흐스탄은 소련의 붕괴가 시작된 시기에 마지막까지 고르바초프 소련 대통령과 함께 소련 체제를 유지하기 위해 노력하다가 구 소련 국가 중 가장 늦게 독립을 선언한 국가로 1991년 대통령 선거에서 당선된 나자르바예프 대통령이 지금까지 대통령직을 유지하며 대내외적으로 안정적인 국정을 운영해오고 있는 것으로 평가받고 있다(외교부, 2014, p. 22). 게다가 중앙아시아 국가 중에서 대표적인 산유국으로 2016년 기준, 전 세계에서 석유 생산량 16위인 데<sup>41)</sup> 체제전환 후 다른 중앙아시아 국가와는 달리 정치적으로 안정적이었던 상황과 맞물려 2000년에 들어서는 고도의 경제성장을 이루고 있다(외교부, 2014, p. 41). 이와 같은 배경으로 1996년에 『Presidential Decree On compulsory medical insurance Fund』가 제정되면서 당 해부터 강제적 건강보험제도가 운영되기 시작했는데, 그로부터 3년 후인 1998년에 폐지되고 말았다(European Observatory on Health Systems and Policies, 1999d). 그 이유는 국민들이 건강보험료를 납부하고 정부가 이를 징수하는 과정에서 재정을 효율적으로 관리하는 체계를 제대로 구축하지 못했고, 건강보험에서 보장하는 보건 의료서비스의 범위가 불분명했으며, 궁극적으로 건강보험제도를 운영하는 거버넌스가 제대로 구축되지 못했기 때문이었다.<sup>42)</sup> 연구대상 23개국 중 건강보

40) <https://www.uzdaily.com/articles-id-39000.htm>

41) U.S. Energy Information Administration 'Production of Crude Oil including Lease Condensate 2016', <https://www.eia.gov> (Last accessed 26 June 2018)

42) World Bank, 'Review of plans for and advice on the establishment of Health Insurance and Medical Liability Insurance' (Last accessed 13 June 2018)

장제도 법제화를 추진한 국가들과 카자흐스탄의 차이점 중 하나는, 다른 국가들은 모두 법(Law)의 형태로 제도를 규정한 반면 카자흐스탄은 대통령령(Presidential Decree)의 형태로 도입했다는 점이다. 제도를 먼저 시행하고 뒤늦게 법제화를 한 조지아 역시, 제도 시행 전에는 대통령령으로 먼저 규정한 후 곧바로 제도를 시행했으나 결과적으로 2년 후에는 『Law on Medical Insurance』를 제정하였다. 물론 국가별로 법령 체계가 상이하고 카자흐스탄은 제도가 시작된 지 2년 만에 곧바로 폐지되었으므로 조지아와 같이 법의 형태로 제정될 시간적 여유가 부족했던 것으로 보인다. 그러나 강제성이 더 강한 법의 형태로 제도가 도입되는 것과 대통령령의 형태로 도입되는 것에 대한 차이는 미묘하게나마 존재했을 것으로 보인다.

지금까지 살펴본 캅카스 3국과 중앙아시아 국가에 대한 주요내용은 다음 표와 같다.

---

[http://siteresources.worldbank.org/INTKAZAKHSTAN/Resources/KazHealthESW\\_eng.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTKAZAKHSTAN/Resources/KazHealthESW_eng.pdf)

**표 47 중앙아시아, 캅카스 3국 주요내용 정리**

폐지셋 유형분류	국가	소속	공산화 시작시기	민주화 과정			첫 자유선거 후 정권교체	UHC 법제화	의료비 중 공공 재원비중(10-12년)
				전환시기	능동vs수동	폭력성			
결핍 유형	아르메니아	캅카스3국	볼셰비키 혁명	소련해체	수동	국경분쟁	X	△	45
	아제르바이잔					국경분쟁	O	△	22
	조지아					내전	O	□	18
	키르기스스탄	중앙아시아				-	X	O	59
	타지키스탄					내전	X	△	28
	투르크메니스탄					-	X	X	64
	우즈베키스탄					-	X	O	50
경제유형	카자흐스탄	중앙아시아	볼셰비키 혁명	소련해체	수동	-	X	□	56

† 출처: 외교부 ([http://www.mofa.go.kr/www/brd/m\\_4099/list.do](http://www.mofa.go.kr/www/brd/m_4099/list.do)), Manfred Mai(2008), European observatory on health care systems, WHO European Data Warehouse (Last updated on 20 Sep 2016)으로부터 추출한 정보를 바탕으로 재구성

‡ □ 법제화하고 시행했으나 중도 폐지, △ 법제화는 했으나 시행하지 않음

### 5.2.3. 기타 국가

지금까지 발틱 3국, 비셰그라드 그룹, 유고슬라비아국가, 캅카스 3국, 중앙아시아 국가 등 국가체제의 정합성에 따라 분류하여 살펴보았다. 이번 장에서는 특별히 어떤 분류에 소속되지 않는 국가들을 분석한다.

#### 5.2.3.1. 건강경제 유형 국가

##### ① 벨라루스

벨라루스는 1986년 우크라이나 체르노빌 원전사고의 가장 피해가 큰 국가로 현재까지 방사성 물질로 오염된 6,200km<sup>2</sup>를 분리하여 관리하고 있으며 당시 비상사태부의 발표에 따르면 체르노빌 원전사고로 인한 경제적 손실이 약 2,350억 달러에 이르는 것으로 추산되고 있다(외교통상부, 2012a, p. 11) 이와 더불어 벨라루스는 특별히 자원을 보유한 국가가 아님에도 불구하고 퍼지셋 유형을 분석한 결과, 건강경제유형에 속할 만큼 체제전환 전에는 안정적인 건강수준과 경제수준을 보이고 있는데, 이는 1994년 집권이후 지금까지 대통령직을 맡고 있는 대통령이 중앙통제시스템인 구소련의 여러 가지 특징을 일부 그대로 유지하면서 다른 사회주의국가들과 달리 부분적으로만 시장경제가 도입되는 등 경제 개혁 속도가 급진적으로 이루어지지 않았기 때문으로 본다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2008a). 벨라루스는 첫 자유선거에서 구 공산세력인 루카셴코가 대통령으로 취임하였고 지금까지 투표율 70% 이상의 압도적인 지지로 대통령직을 유지하고 있으나, 미국과 EU 등은 이 선거가 부정선거라고 인정하지 않고 있는 상황이다. 이와 같은 구 공산세력의 장기적인 집권과 구소련의 시스템을 일부 유지하는 점진적

인 개혁 속도는 보건의료영역에서도 그 영향을 받아 체제전환 후인 지금까지도 건강보장제도에 대한 개혁 및 법제화는 이루어지지 않았고 Semashko시스템의 주요기능을 그대로 유지하고 있다. 벨라루스의 사례는 아무리 체제전환 전 건강수준과 경제수준이 높았다고 하더라도 체제전환 후에 어떤 정권이 국가를 운영하는지에 따라 보건의료영역의 개혁에도 큰 영향을 받는다는 것을 시사한다.

## ② 우크라이나

다른 탈사회주의 체제전환국가들과 달리 우크라이나의 사례에서 흥미로운 점은 민족주의 문제가 역사적·정치적으로 상당히 특별한 함의를 내포하고 있다는 점이다(박정호, 2014). 우크라이나는 오랫동안 외세의 침략과 지배를 받아왔고 이로 인해 소련으로부터 독립하기 전까지 근대적 의미의 민족국가를 형성해본 경험이 거의 없는 국가이다(박정호, 2010). 또한 17세기 후반 동쪽은 러시아제국, 서쪽은 폴란드와 오스트리아에 의해 지배되었는데 이 과정에서 동서 간 사회경제적 격차가 크게 벌어졌을 뿐 아니라 러시아계 민족이 밀집된 동쪽은 친러시아, 반대로 서쪽은 탈러시아 정서가 강한 우크라이나 민족주의 경향을 강하게 띄게 되면서 이는 동서갈등으로까지 표출되었다(박태성, 2007). 이와 같이 민족국가를 유지해본 경험이 없고, 타 구소련 국가에 비해 넓은 영토와 다민족으로 구성되어 있으며, 오랜 기간 동안 심화되어 온 이념적, 경제적 동서 간 격차의 상황은 우크라이나가 탈사회주의체제로 이행하는 과정에서 민주주의의 진전을 막는 요소가 되었다. 민족주의 집단은 1980년대 후반에 들어서면서 소련으로부터의 독립을 위한 민족 공산주의 세력들의 정치투쟁으로 정치의 전면에 나섰지만 독립 후 구 공산주의 세력이 정권을 그대로 이어받게 되면서 정치적으로 영향력을 발휘하지 못했고 농업이 중심인 서쪽지역과 공업

이 중심인 동부지역간의 큰 빈부격차는 경제난에도 직면하게 만들었다(정우량, 2005). 이러한 상황에 대해 김병호(2015)는 우크라이나는 동서 갈등으로부터 파생되는 내부 지역 간 차별성이 크기 때문에 중앙정부가 완전한 통합력을 갖지 못한 채 여러 지역을 모아놓은 상태에 불과하다고 표현하였다. 이와 같이 체제전환 후에 지속된 사회적인 갈등에서 유발되는 불안정성과 경제적인 어려움과 같은 상황은 보건의료분야의 개혁을 시도하기에 장애물로 작용했다. 그리고 보건의료체계의 개혁에 대한 요구가 있었다고 해도 이를 적절하게 대응할 능력이 제한적이었다. 이에 우크라이나는 체제전환 후에도 기존의 Semashko식 시스템을 한동안 그대로 유지해왔으나 실제로는 경기 침체로 인해 충분한 자금이 지원되지 않아 제대로 시스템이 운영되지 못했다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2004c). 하지만 지난 2017년 12월, 체제전환 약 25년 만에 처음으로 보건의료제도의 개혁과 관련된 내용이 담긴 『Healthcare Reform Law』가 통과되었고 건강보험제도를 도입하기 위한 여러 가지 시도도 함께 이루어지고 있는 중이다.<sup>43)</sup> 우크라이나의 사례는 한 국가에서의 지역 간 이념적, 경제적 갈등의 골이 깊을수록 체제전환 후 사회적으로 통합하는데 어려움을 겪게 되고 이는 보건의료와 같은 사회보장과 관련된 제도의 개혁에는 정부의 관심이 상대적으로 줄어들 수 밖에 없게 됨을 시사한다.

---

43) Team at the Ministry of Health 'President Signs Healthcare Reform Law' (December 29th, 2017)  
<http://www.usubc.org/site/recent-news/president-of-ukraine-signs-healthcare-reform-law>

### 5.2.3.2. 어느 유형에도 속하지 않는 국가

#### ① 러시아

구소련은 1986년 기준으로 약 23,500개 병원과 360만여 개의 병상을 보유하고 있었으며 의료인 등의 수도 상당히 많았을 뿐 아니라 의료수준도 세계 1위로 평가받고 있었다(한국보건산업진흥원, 2012). 그러나 오랜 기간 운영해온 Semashko 시스템으로 인해 점차 과잉인력, 과잉병상, 의료 인력에 대한 낮은 급여 등 비효율적인 운영에서 발생하는 문제들이 발생하기 시작했고 이는 소련의 경제위기와 함께 더욱 악화되었다. 이와 더불어 1985년 서기장으로 취임한 고르바초프가 시행한 개혁·개방 정책은 다양한 분야에서 국민들과 정책입안자들의 개혁 의지와 요구, 기대감이 높아지게 만들었다(조한범, 2005). 이에 러시아 정부는 소련이 해체됨과 동시에 그동안 강력하게 중앙 집중화 되어있던 시스템을 지방 분권화 시키고 경제적인 부담을 줄이기 위한 개혁의 한 가지 방안으로 당연적용 사회보험방식의 건강보험제도의 도입을 논의하기 시작했다. 그 결과 1991년에 건강보험제도의 기본 틀을 제시한 『Law on health insurance of the citizens of the RSFSR』가 제정되었고 이후 1993년 한차례 개정된 후 본격적으로 실시되었다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2003b). 하지만 전 국민 건강보험제도만 법제화했을 뿐, 경제적인 어려움과 국내외 문제들로 인해 1990년대에는 보건영역에 대한 우선순위는 밀려나있었고 이 때문에 제도는 제대로 운영되지 못했다. 2010년부터 2012년 국민의료비 중 공공재원비중은 55%로 OECD 국가 평균수준에 비해 낮은 편이고 알코올 중독, 열악한 의료시스템과 높은 본인부담금, 체제전환과정에서의 공공 의료시스템 붕괴 등으로 인해 높은 사망률을 기록하고 있다(한국보건산업진흥원 2012).<sup>44)</sup> 하지만 어느 정도 경제적으로 안정을 찾은 2000년대 중반에 들어

서는 높은 사망률로 인해 노동인구가 감소하고 있는 점에 중점을 두고 보건의료분야의 본격적인 개혁을 시작했으며 이는 지금까지 지속되고 있다(민지영 외, 2013, p. 132).

## ② 알바니아

알바니아는 2차 세계대전 후에는 사실상 유고의 위성국이었으나 점차 강력해지던 유고에 공포를 느낀 후 친소노선을 채택하여 소련식 체제를 도입하였고 그 후 소련의 경제 간섭 등이 알바니아 정권을 유지하는데 위협요소로 등장함에 따라 1961년에도 소련과의 외교마저 단절하고 중국과 동맹을 맺었다가 1978년에 중국과의 관계마저 단절하고 독립 노선을 택한 미지의 국가이다(이명열, 1989). 이렇게 사회주의 국가 중 유례없는 폐쇄 정치를 한 엔베르 호자는 외부로부터의 영향력을 차단하기 위해 모든 종교를 철저히 통제하고 차단했으며 알바니아는 무종교 국가임을 명시하기 위해 헌법까지 개정하였다(권혁재, 2010). 이와 같은 고립으로 인해 결국 주변 사회주의 국가들로부터의 경제적 지원이 끊기면서 유럽 최빈국으로 전락했고 그 결과 사회주의 체제가 해체되기 시작한 1990년대 초에는 극도의 빈곤과 기아로 인해 35만 명이 주변 국가로 탈출하였다. 게다가 1990년대 후반에는 코소보 전쟁으로 인해 60만 명이 넘는 난민들이 알바니아로 몰려오면서 체제 개혁을 어렵게 만들었다. 알바니아 역시 타 구소련 국가들과 같이 Semashko식 보건의료시스템을 운영했으나 이와 같은 불안정한 경제상황, 내란으로 인한 보건의료 인프라 붕괴, 코소보에서 난민 유입 등으로 무상 보건의료제도를 계속 운영하는 것은 재정상 큰 제약이 따랐다. 이에 공산주의 해체와 함께 1992년 세계은행의 개입으로 보건

---

44) 2008년 기준 러시아 사망률은 인구 1,000명당 16.1명에 달하고 이는 세계 평균인 8.2명의 2배에 달하는 수치이다.

부문 개혁 전략을 수립하였는데, 전략의 2가지 주요 목표는 필수의료서비스의 악화를 방지하는 것과 지속가능한 재정시스템으로 전환하는 것이었다. 이에 1994년 『Law No. 7870 on Health Insurance』가 제정되면서 전 국민 의무적 건강보험제도가 도입되었다. 경제활동을 하는 인구는 의무적으로 납부하는 보험료로, 그 외 인구는 국가 예산으로 보건의료서비스가 제공되며, 초기에는 의약품 및 가정의에 의해 제공되는 서비스 일부만 해당되었으나 점차 대상이 확대되어 가고 있다(European Observatory on Health Systems and Policies, 1999a). 여전히 불안정한 정치상황과 낙후된 경제수준으로 2010년부터 2012년까지의 국민의료비 중 공공재원비중은 48%에 불과하지만, 알바니아 사례에서 중요한 의미를 가지는 것은 국가가 대내외적으로 조정 능력을 상실했을 경우에 국제기구의 역할이다. 내부적으로는 심각한 경제난과 정치적 불안정, 그리고 외부적으로는 난민들의 유입 등 혼란 가운데 외교적 능력까지 전무한 상황에서 유엔난민기구(UNHCR)나 세계은행과 같은 국제기구가 대량난민 사태를 해결하고 한 국가의 보건의료시스템의 기초를 세우는데 핵심적인 역할을 감당할 수 있다.

### ③ 몰도바

몰도바는 사실상 역사적으로 루마니아와 한 국가를 이뤘던 국가로 1990년대 체제전환 초반에는 실제로 루마니아와의 통일정책을 추진하기도 하였으나 1994년 체제전환 후 치러진 첫 자유총선에서 비공산세력인 민주노동당이 승리함에 따라 통일정책은 폐기되었다. 따라서 몰도바는 사회주의 체제가 해체되고 첫 총선이 이루어진 이후부터 국가적 정체성을 형성하고 발전시킨 국가로 볼 수 있다. 내륙국인 몰도바는 전형적인 농업국가로 중공업기반시설이 취약할 뿐 아니라 지금까지도 러시아에 상당히 의존하고 있는 상황이다. 보건의료

분야에서는 1998년 『Law on Mandatory Health Insurance』가 제정되면서 의무적 건강보험제도가 시행될 것을 기대하였으나, 1998년 전 세계적인 경제위기가 닥치면서 제도를 운영하는 것이 보류되었다. 제도가 시행되지 않았던 것은 당시 경제적 이유 뿐 아니라 보건부의 장관과 고위급 관리들이 자주 이직했던 것도 개혁의 장벽 중 하나로 여겨지고 있다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2008b). 이후 법이 제정된지 6년 만인 2003년부터 유니세프의 도움으로 일부 지역에서 의무적 건강보험 시범사업이 실시되었고 2004년부터는 법적 기반을 바탕으로 전국적으로 운영하고 있다.

지금까지 살펴본 기타 국가들에 대한 주요내용은 다음 표와 같다.

표 48 기타 국가 주요내용 정리

피지셋 유형분류	국가	공산화 시작시기	민주화 과정			최초 자유선거 후 정권교체	국민의료비 중 공공 재원비중(10-12년)
			전환시기	능동vs수동	폭력성		
건강경제 유형	벨라루스	볼셰비키 혁명	소련해체	수동	-	X	75
	우크라이나	볼셰비키 혁명				X	55
어느 유형에도 속하지 않음	알바니아	스스로 공산당 창당	자체개혁	능동	-	X	48
	러시아	소련	개혁개방			X	55
	몰도바	추축국 참전 (루마니아)	소련해체	수동	O	48	

출처: 외교부 ([http://www.mofa.go.kr/www/brd/m\\_4099/list.do](http://www.mofa.go.kr/www/brd/m_4099/list.do)), Manfred Mai(2008), European observatory on health care systems, WHO European Data Warehouse (Last updated on 20 Sep 2016)으로부터 추출한 정보를 바탕으로 재구성

지금까지 연구대상이 되는 23개 국가의 건강보장제도 도입에 대해 구체적으로 살펴보았다. 최종적으로 23개국 중에서 국가의 통제 하에 조세 또는 보험 제도를 통하여 전 국민이 건강보장제도의 적용을 받도록 법제화가 이루어진 국가는 17개국이고 이 중에서 2개국은 운영도중 중단하였다. 그리고 나머지 6개국은 아직도 보편적 건강보장제도가 시행되고 있지 않은 국가들이다.

지금까지 언급한 23개국의 건강보장제도 법제화 현황을 정리하면 다음 표와 같다.

표 49 탈사회주의 체제전환국가의 체제전환 직후 보편적 건강보장 법제도화 현황

국가명	법제도화	시행연도	주 재원	비고
알바니아	1994	1995	보험	• Law No.7870 on Health Insurance
아르메니아	-	-	-	• 보편적인 건강보장이 아닌 일부 취약계층만을 위한 제도(기본 혜택 패키지, Basic Benefit Package)를 도입하였음.
아제르바이잔	1999	-	-	• Law on Medical Insurance
벨라루스	-	-	-	-
불가리아	1998	1999	보험	• Act on health insurance
크로아티아	1993	1945	보험	• 독립 전부터 의무적 건강보험이 혼합된 제도를 운영해 온 국가로 1993년 법제화된 후(Health insurance Act) 보험료 비중이 더 증가함
에스토니아	1991	1992	보험	• Health insurance law

국가명	법제도화	시행연도	주 재원	비고
조지아	1997	1995 -2004	보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presidential Decree No. 400 on reorganization of health care system in Georgia (1994)</li> <li>• Law on Medical Insurance (1997)</li> </ul>
헝가리	1989	1989	보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Act XLVIII of 1989 on the Social Insurance Fund' s Budget of 1990</li> </ul>
카자흐스탄	1995	1996 -1998	보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presidential Decree On compulsory medical insurance Fund</li> <li>• 최근 재도입 논의 중</li> </ul>
키르기스스탄	1992	1997	보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Law on Guarantees and Free Access to Information No. 89</li> </ul>
라트비아	1993	1994	조세	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Law on Local Governments</li> </ul>
리투아니아	1991	1991	보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Law on state social insurance (1991)</li> <li>• Law on health insurance (1996)</li> </ul>
마케도니아	1991	1991	보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Care Law (1991)</li> <li>• Health insurance law (2000)</li> </ul>
몰도바	1998	2004	보험	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Law on Mandatory Health Insurance</li> </ul>

국가명	법제도화	시행연도	주 재원	비고
폴란드	1997	1999	보험	• Law on Universal Health Insurance
루마니아	1997	1998	보험	• Health insurance law
러시아	1991	1993	보험	• Law on health insurance of the citizens of the RSFSR (1991 제정, 1993 개정), 1993년에 개정한 내용이 현재 제도의 기초가 됨
슬로베니아	1992	1992	보험	• Law on health care and health insurance
타지키스탄	2008	-	-	• Law on mandatory health insurance
투르크메니스탄	-	-	-	-
우크라이나	2017	-	-	• Healthcare Reform Law
우즈베키스탄	1996	1996	조세	• Law on health protection

### 5.3. 탈사회주의 체제전환국가의 건강보장 법제화와 건강수준

보편적 건강보장제도를 법제화한 국가와 법제화하지 않은 국가에서 실제로 건강수준에 차이를 보이는지를 확인하기 위해 23개국의 2010년부터 2012년까지의 평균 5세 미만 사망률을 비교해보았다. 그 결과, 예측했던 바와 같이 법제화가 이루어지지 않았거나 이루어 졌지만 지금까지 제대로 시행되지 못하고 있는 투르크메니스탄, 타지키스탄, 아제르바이잔, 카자흐스탄, 아르메니아, 조지아, 그리고 우크라이나 등과 같은 국가들은 여전히 5세 미만 사망률이 높았고, 보편적 건강보장제도를 시행하고 있는 국가들은 타 국가들에 비해 5세 미만 사망률이 낮았다. 그러나 예외적으로 벨라루스는 건강보장제도를 법제화하지 않은 국가임에도 불구하고 전체 23개국 중 5세미만 사망률이 3번째로 낮은 국가로 나타났고 키르기스스탄, 몰도바, 알바니아와 같은 국가들은 건강보장제도를 법제화했음에도 불구하고 법제화하지 않은 일부 국가보다 오히려 5세 미만 사망률이 높았다. 또한 보편적 건강보장제도를 도입한 후, 시행하고 있는 국가들 간에도 차이가 있음이 나타났다. 5세 미만 사망률의 OECD 국가 평균값은 출생 1,000명당 8.1명인데 슬로베니아, 에스토니아, 크로아티아, 리투아니아, 폴란드, 그리고 헝가리와 같은 국가들은 OECD 국가 평균값보다 5세 미만 사망률이 낮았고, 러시아, 마케도니아, 불가리아, 루마니아와 같은 국가들은 OECD 국가 평균값보다 사망률이 높은 것으로 나타났다. 이와 같이 건강보장제도를 도입했음에도 불구하고 국가별로 건강수준에 있어서 차이를 보이는 이유는 먼저 제도를 시행한 시기 때문일 것으로 예측할 수 있다. 건강보장제도를 법제화하지 않은 국가들보다 사망률이 높은 국가들은 체제전환 후 흐른 뒤에 뒤늦게 제도를 시행하였다(알바니아 1995년, 키르기스스탄 1997년, 몰도바 2004년). 또한 OECD 국가 평균값을 기준으로 사망률이 낮은 국가들은 사망률

이 높은 국가들에 비해 체제전환 직후 신속하게 법제화를 추진하고 제도를 시행했다고 볼 수 있다.<sup>45)</sup>

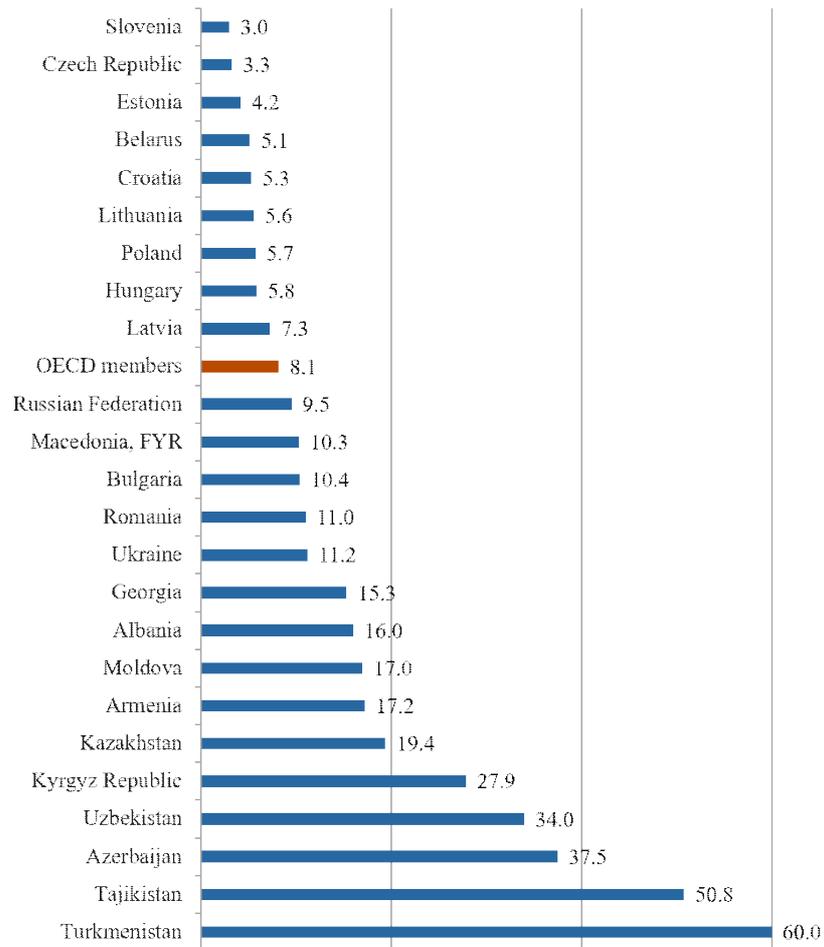


그림 10 2010~2012년 평균 5세미만 사망률

출처: World Bank. World Development Indicators. (Last Update 2 May 2018)

45) 헝가리 1989년, 리투아니아 1991년, 에스토니아 및 슬로베니아 1992년

또한 체제전환 이전의 건강상태가 어떠했는가에 따라 2010~2012년의 건강상태에도 영향을 미칠 수 있다. 상위권에 위치하고 있는 대부분의 국가는 퍼지셋 유형 분석에서 건강수준과 경제수준, 그리고 사회적 수준이 높은 충족유형에 속하는 국가들이거나 폴란드는 건강수준과 사회수준이 높은 건강사회유형, 크로아티아는 건강수준과 경제수준이 높은 건강경제유형이다. 그러나 러시아 및 몰도바는 경제유형, 루마니아는 사회유형, 마케도니아 및 키르기스스탄은 결핍유형으로 건강수준은 높지 않은 유형으로 분류된 국가들이다.

다음으로 5세 미만 사망률은 거주지, 소득 수준, 산모의 교육수준 등 다양한 요인에 복합적으로 영향을 받는 지표이기 때문이다(OECD & WHO, 2012, p. 16). 따라서 국가가 건강보장제도를 법제화했음에도 불구하고 소득 및 교육 불평등이 심한 국가에서는 5세 미만 사망률이 높게 나타날 확률이 높다.

마지막으로 건강보장제도를 도입한 국가들 중에도 국가 보건의료시스템에서 건강보장제도가 얼마나 크게 기여하고 있는지에 따라 차이가 있을 수 있다. 국가별로 건강보장제도를 도입한 시기와 총 의료비 지출에서 건강보험료가 차지하는 비중을 연도별로 살펴보면, OECD 국가 평균보다 5세 미만 사망률이 낮은 국가들은 모두 50% 이상을 보이고 있고 슬로베니아, 크로아티아, 헝가리와 같은 국가들은 70% 이상까지 나타내고 있는 반면 키르기스스탄, 알바니아, 몰도바 등과 같은 국가들은 50% 미만을 보이고 있다. 이와 같이 국민의료비 중에서 보험료가 차지하는 비중이 다른 것은 국가마다 국민들이 납부하는 보험료율이 다르기 때문일 수도 있고, 보험료 납부 의무화 등을 책임지고 규제하는 건강보장제도 거버넌스가 제대로 구축되어 운영되고 있는가에 영향을 받을 수도 있을 것이다.

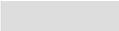
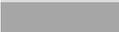
표 50 보편적 건강보장제도 법제화 시기 및 국민의료비 중 의무적 건강보장제도에 의한 비중

국가 \ 연도	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
알바니아					E	I		M	M																	
아제르바이잔										E																
불가리아									E	I																
크로아티아				E					M	M																
에스토니아		E	I	M	M	M	M	M			M															
조지아					E	I	M	M	M	M					F											
헝가리		M		M				M	M	M	M	M	M													
카자흐스탄						E	I		F																	
키르기스스탄			E					I	M	M																
*라트비아				E	I																					
리투아니아		E/I	M	M	M	M	M	M		M																
마케도니아		E/I							M	M	M	M														
몰도바									E						I											
폴란드								E		I	M	M	M													
루마니아								E	I	M																

국가 \ 연도	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
러시아		E		I	M	M	M	M	M	M																
슬로베니아			E/I	M						M																
타지키스탄																			E							
*우즈베키스탄							E/I																			

† Croatia 1945년 시행, Hungary 1989년 제정 및 시행, Latvia와 Uzbekistan은 tax-based 제도임.

‡ E 법 제정(Enactment), I 제도 시행(Implement), M 데이터 없음(Missing data), F 제도 종료 (Finish)

	0% < 국민의료비 중 의무적 건강보장제도에 의한 비중 < 20%
	20% < 국민의료비 중 의무적 건강보장제도에 의한 비중 < 50%
	50% < 국민의료비 중 의무적 건강보장제도에 의한 비중 < 70%
	70% < 국민의료비 중 의무적 건강보장제도에 의한 비중

출처: OECD Stat, HiT, KNOEMA National Health Accounts, Wagstaff, A., & Moreno-Serra, R. (2009) 재구성

#### 5.4. 탈사회주의 체제전환국가의 건강보장제도 유형 분류

이번 장에서는 연구대상 국가들의 건강보장제도를 보건의료시스템 유형 분류 기준에 따라 분석해보고, OECD 주요 국가와 함께 비교해봄으로써 탈사회주의 체제전환국가의 건강보장제도가 어떤 유형과 가장 유사한지, 그리고 체제전환 이후 구축한 건강보장제도가 제도의 목적에 맞게 제대로 운영되고 있는지 살펴본다.

앞서 선행연구 고찰에서 살펴본 바와 같이 보건의료시스템은 크게 시스템 규제와 재원조달, 그리고 보건의료서비스 제공의 주체가 각각 정부인지, 사회(비영리)인지, 또는 영리를 추구하는 민간인지에 따라 유형이 구분되는데<sup>46)</sup> 지금까지 분석을 통해 연구대상인 23개 탈사회주의 체제전환국가는 모두 정부에서 규제하고 있고 보건의료서비스 제공은 체제전환 후 민간화 했으며 재원조달은 조세(라트비아) 또는 별도로 납부하는 국민건강보험료로 운영됨을 확인하였다. 이를 Katharina(2011)의 보건의료시스템 유형 분류에 따르면 **National Health Insurance** 또는 **Etatist Social Health Insurance**인 것이다. 그렇다면 탈사회주의 체제전환국가들은 체제전환 후 도입한 건강보장시스템에 맞게 운영되고 있는 것인지 확인하기 위해 ‘재원조달’ 및 ‘보건의료서비스 제공 주체’를 지표화하여 비교한다. 비교할 때에는 사례수가 적은 만큼 도출되는 유형이 복잡하거나 분산되는 것을 방지하기 위해 국가, 사회, 민간으로 구분되어 있는 주체를 영리를 추구하지 않는 ‘국가 및 사회’와 영리를 추구하는 ‘민간’으로 이원화하여 유형의 속성을 최소화하였다.

공공재원 비중이 높다는 것은 그만큼 국가의 개입 정도가 높다는 것을 의미하므로(Katharina et al., 2011, p. 12) 보건의료에 대한 재원조달이 정부에

---

46) 제3장 참조

서 이루어지는지, 민간에서 이루어지는지를 알아보기 위해서는 ‘전체 의료비 지출 중 공공재원 비중(%)’ 을 지표로 사용한다. 또한 Lee et al.(2008)은 국가 건강보장제도의 유형에 대한 연구에서 보건의료서비스 공급의 주체는 NHS - SHI - Liberal model로 갈수록 민간의 비중이 높아지는데 이를 확인하기 좋은 지표는 ‘총 병상 수 중 공공병상이 차지하는 비율(%)’ 이라고 하였다. 그러나 연구대상국가의 공공병상비중 데이터 수집의 한계가 있어 병상이 아닌 ‘총 병원 중 공공병원이 차지하는 비율(%)’ 을 활용하였다. 그리고 이미 유형화되어 운영되고 있는 건강보장제도와 비교하기 위해, Katharina et al.(2011) 이 분석한 OECD 국가의 보건의료시스템 유형에 따라 National Health Service 유형은 영국과 핀란드를, National Health Insurance 유형은 이탈리아를, Social Health Insurance 유형은 독일을, Etatist Social Health Insurance 유형은 일본과 한국을<sup>47)</sup>, 그리고 Private Health System 유형은 미국을 선정하여 함께 분석한다. 또한 데이터 추출 시기는 2010년부터 2012년까지 3년간의 평균값을 활용하는데 그 이유는 연구대상 국가 중 EU 및 OECD 가입이 마무리 된 시점일 뿐 아니라 Brezinski의 체제전환이론에 따라 체제전환 후 어느 정도 안정화 되는 Phase 3에 해당하는 시기이므로 새롭게 도입된 정책도 안정적으로 자리를 잡았을 것으로 보았다. 또한 3년간의 평균값을 사용하는 이유는 한 해의 데이터만 볼 경우에는 다른 사회적 요인으로 인해 지표가 이상치를 기록했을 경우, 이를 분별하기 어려우므로 전반적인 추이를 살펴보기 위해 3년간의 평균값을 사용하였다.

다음은 연구대상국가와 선정된 OECD 국가들의 2010년부터 2012년까지 3년간의 전체 의료비 지출 중 공공재원 비중과 총 병원 중 공공병원이 차지하는 비율의 평균값이다.

---

47) 한국의 유형에 대해서는 NHI로 주장하는 경우도 있지만, 본 연구에서는 Katharina et al.(2011)가 분석한 유형을 따르기로 한다.

**표 51 2010~2012년까지 재원조달과 보건의료서비스제공 지표 평균값**

국가	국민의료비 중 공공재원비중	총 병원 중 공공병원비중	비고
아르메니아	45	70	시행하고 있는 법제도 없음
불가리아	56	73	
크로아티아	83	94	
에스토니아	80	64	
핀란드	75	74	National Health Service
영국 <sup>†</sup>	83.2	100	National Health Service
독일	83	26	Social Health Insurance
헝가리	64	76	
이탈리아	77	43	National Health Insurance
일본	83	18	Etatist Social Health Insurance
카자흐스탄	56	86	시행하고 있는 법제도 없음
한국	57	6	Etatist Social Health Insurance
라트비아	61	71	
리투아니아	68	91	
마케도니아	64	92	
몰도바	48	86	
폴란드	70	61	
루마니아	80	81	
러시아	55	100	
슬로베니아	73	90	
타지키스탄	28	95	시행하고 있는 법제도 없음
투르크메니스탄	64	95	시행하고 있는 법제도 없음
우크라이나	55	96	시행하고 있는 법제도 없음
미국	48.4	26	Private Health System

<sup>†</sup> 영국의 공공병원비중은 2015년 기준임. 출처: 여영현 외(2018)

<sup>‡</sup> 알바니아, 아제르바이잔, 벨라루스, 조지아, 키르기스스탄, 우즈베키스탄은 데이터 없음  
 출처: WHO European Data Warehouse (Last updated on 20 Sep 2016), OECD health data (Data extracted on 31 May 2018), Katharina et al.(2011)

x축을 국민의료비 중 공공재원비중으로, y축을 전체 병원 중 공공병원 비율로 두고 각 국가의 위치를 점으로 표시해보면 다음 그림과 같다.

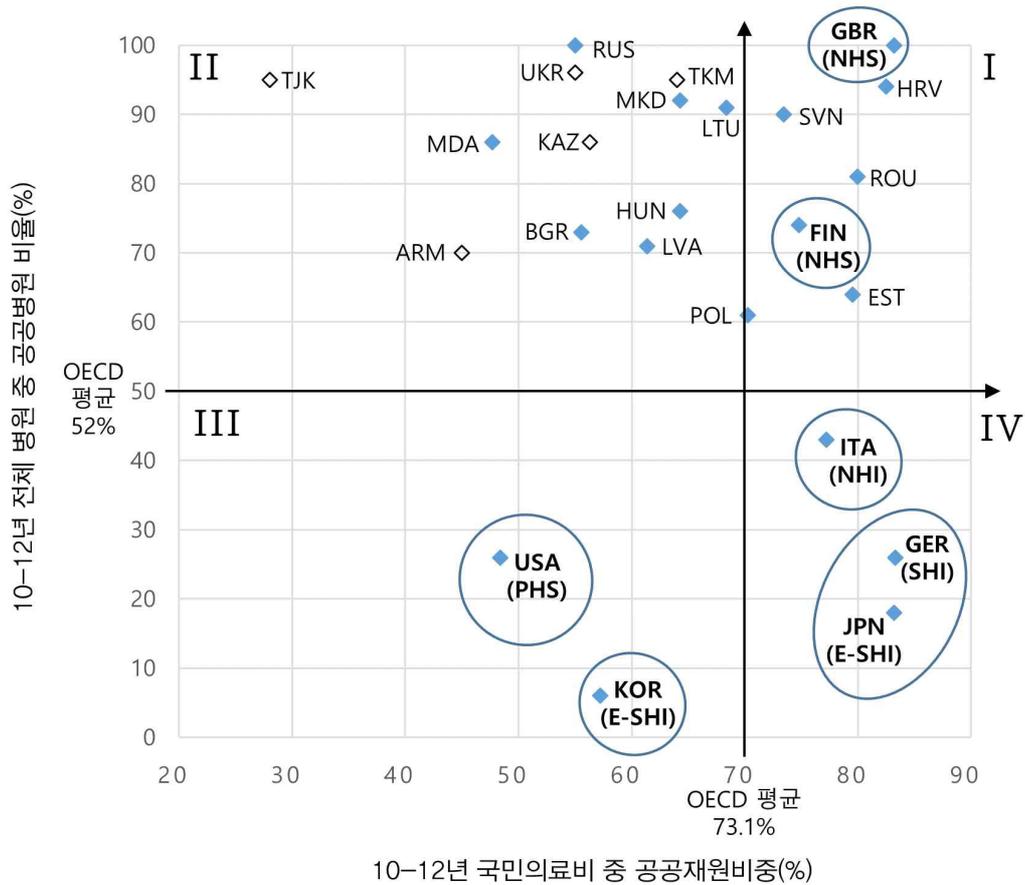


그림 11 연구대상국가와 OECD 국가의 건강보장제도 유형

† ARM 아르메니아, BGR 불가리아, EST 에스토니아, FIN 핀란드, GBR 영국, GER 독일, HRV 크로아티아, HUN 헝가리, ITA 이탈리아, JPN 일본, KAZ 카자흐스탄, KOR 대한민국, LTU 리투아니아, LVA 라트비아, MDA 몰도바, MKD 마케도니아, POL 폴란드, ROU 루마니아, RUS 러시아, SVN 슬로베니아, TJK 타지키스탄, TKM 투르크메니스탄, UKR 우크라이나, USA 미국

‡ ◇ 현재 시행하고 있는 보편적 건강보장제도가 없는 국가

먼저 OECD 국가들의 유형을 살펴보면 국가가 시스템 규제와 재원조달, 서비스 제공까지 책임지는 영국과 핀란드의 경우에는 국민의료비 중 공공재원비중과 전체 병원 중 공공병원 비율이 모두 OECD 평균보다 높은 I 사분면에 위치하고 있다. 그리고 재정조달은 국가가 책임지고 있으나 보건의료서비스 제공은 민간에서 담당하는 이탈리아, 일본, 그리고 독일은 IV 사분면에 위치하고 있고, 3가지 요인 모두 민간에서 시장의 원리로 작동되는 미국은 III 사분면에 있다. 한국의 경우에는 보편적 건강보장제도를 운영하고 있음에도 불구하고 공공병원 비중과 공공의료비중이 모두 OECD 평균보다 낮아서 미국과 같이 III 사분면에 위치한다.

다음으로 탈사회주의 체제전환국가를 보면 크로아티아, 슬로베니아, 루마니아, 에스토니아, 그리고 폴란드가 영국 및 핀란드와 함께 I 사분면에 위치하고 있고 그 외 모든 국가는 II 사분면에 위치하고 있는 것을 확인할 수 있다.

이들 중에서 보편적 건강보장제도를 아직 도입하지 않은 아르메니아, 타지키스탄, 투르크메니스탄, 우크라이나, 그리고 96년부터 98년까지만 건강보장제도를 도입했던 카자흐스탄을 제외하고 보면 러시아, 리투아니아, 마케도니아, 몰도바, 헝가리, 라트비아, 불가리아까지 총 7개국이 보편적 건강보장제도를 도입했음에도 불구하고 공공병원 비율은 높지만 국민의료비 중 공공재원비중은 OECD 국가 평균값에 비해 낮은 것이다. 이와 같은 현상은, 재원조달은 민간에서 시장원리에 따라 움직이는 반면 보건의료서비스의 제공은 국가가 책임지는 다소 기형적인 모습이다. 또한 I사분면에 있는 국가들도 제도상으로는 민간에서 보건의료서비스를 제공하고 있으나 공공병원의 비중이 높음에 따라 핀란드와 같은 NHS 형태처럼 보인다.

이를 해석해보면 첫째, 연구대상 국가 모두 총 병원 중 공공병원의 비중이 OECD 평균보다 높다. 즉, 보건의료서비스 제공의 과반수 이상이 공공에서 이

루어지고 있다는 것이다. 이는 Semashko 보건의료시스템에서 기인한 것으로 보인다. Semashko 시스템은 당시 비감염성 질환보다 감염성 질환을 통제하는 것에 집중했고(Lee, Chun, Lee, & Seo, 2008) 이와 같은 조치는 결핵, 장티푸스, 말라리아, 콜레라와 같은 감염병 확산을 막는데 획기적으로 작동했으며 결과적으로 건강수준을 크게 향상시켰다(European Observatory on Health Systems and Policies, 2003b, p. 8). 그러나 이와 같이 1차 의료보다 입원 환자와 같은 2차 또는 3차 의료에만 중점을 두고 병상 수를 기준으로 병원에 분배할 예산을 책정하는 등 정량적인 목표에만 치중한 결과, 질 관리는 제대로 되지 않은 병상 및 의사와 같은 의료자원이 과잉 공급되는 현상을 초래하였다(Vienonen & Vohlonen, 2001).

Semashko 보건의료시스템을 운영하던 1980~1989년의 인구 1,000명당 의사 수와 병상수를 보면, OECD 국가들의 평균은 인구 1,000명당 의사 수 1.99명, 병상 수 5.68개인 반면 탈사회주의 체제전환국가들의 평균은 인구 1,000명당 의사 수 2.92명, 병상 수 9.87개로 OECD 국가 평균보다 의사수는 약 1.5배, 병상수는 약 2배 이상의 수치를 기록하고 있음을 보여준다.

이와 같은 현상은 체제전환이 이루어지고 난 약 15년이 지난 후에도 여전히 나타나고 있다. 2005년부터 2014년까지의 인구 1,000명당 의사수와 병상수를 보면 의사 수는 탈사회주의 체제전환국가와 OECD 국가에서 모두 다소 증가하고 있고, 병상 수는 감소하고 있다. 그러나 여전히 OECD 국가 평균수준에 비하면 탈사회주의 체제전환국가 평균은 의사 수와 병상 수 모두 많은 상태이다.

**표 52 1980년대와 최근의 1,000명당 의사수 및 병상수 비교**

국가명	1,000명당 의사수 (평균값)		1,000명당 병상수 (평균값)	
	80-89년	05-14년	80-89년	05-14년
알바니아	1.40	1.23	4.11	2.78
아르메니아	3.55	3.00	8.78	4.09
아제르바이잔	3.82	3.57	9.92	6.83
벨라루스	3.37	4.22	13.21	11.18
불가리아	2.80	3.81	9.18	6.43
크로아티아	1.92	2.79	7.40	5.68
에스토니아	3.36	3.31	12.14	5.49
조지아	4.54	4.55	10.04	3.24
헝가리	2.51	3.24	-	7.34
카자흐스탄	3.53	3.62	13.44	7.62
키르기스스탄	3.06	2.11	12.02	4.98
라트비아	4.04	3.47	14.12	6.75
리투아니아	3.87	4.05	12.64	7.36
마케도니아	1.75	2.68	5.39	4.58
몰도바	3.22	2.54	12.32	6.23
폴란드	1.95	2.14	5.65	6.13
루마니아	1.73	2.45	8.89	6.42
러시아	3.99	4.25	13.10	9.70
슬로베니아	1.92	2.52	6.39	4.65
타지키스탄	2.61	1.80	10.65	5.63
투르크메니스탄	3.38	2.34	10.95	4.10
우크라이나	3.93	3.35	12.61	8.78
우즈베키스탄	3.11	2.56	11.57	4.75
<b>연구대상국가 평균</b>	<b>2.92</b>	<b>3.01</b>	<b>9.87</b>	<b>6.01</b>
<b>OECD 평균</b>	<b>1.99(1990년)</b>	<b>2.86(2013년)</b>	<b>5.68(1990년)</b>	<b>3.77(2011년)</b>

출처: World Bank World Development Indicators (Hospital beds: Last Updated 2 May 2018, Physicians: Last Updated 21 May 2018)

병상과 의사의 공급은 예전의 보건의료시스템이 어떠했는지 뿐 아니라 의료비 지불시스템, 의료인 교육제도 등 다양한 요인에 영향을 받기 때문에 (Langenbrunner & Liu, 2004) 단순히 인구 1,000명당 의사수와 병상수를 비교하는 것만으로는 탈사회주의 체제전환국가에서 보건의료서비스 제공의 주체를 민간으로 확대했음에도 불구하고 왜 여전히 National Health Service 시스템을 운영하는 국가와 같이 공공병원의 비중이 높은지에 대한 명확히 원인을 분석하는 것이 쉽지 않다. 또한 병상수를 기준으로 해석하는 것과 병원수를 기준으로 해석하는 것에는 바이어스(bias)가 존재할 수밖에 없다. 그러나 이미 체제전환 전 Semashko식 보건의료시스템 하에서 과잉 공급되었던 불필요한 병상을 비롯한 공공병원이 체제전환 후에도 여전히 많이 존재한다는 것은, 이전 제도의 영향이 여전히 남아있기 때문이라고 추정할 수 있을 것이다.

둘째로 동일한 탈사회주의 체제전환국가임에도 불구하고 일부는 I 사분면에 위치하는 반면 일부는 II 사분면에 위치하고 있다. 이들은 앞서 살펴본 바와 같이 전체 병원 중 공공병원의 비중이 OECD 국가 평균값 이상을 기록하고 있어 보건의료서비스의 제공을 대부분 국가에서 담당하고 있다고 볼 수 있는데, 그 중에서도 일부는 국민의료비 중 공공재원비중이 높고 나머지는 국민의료비 중 공공재원비중이 낮은 것이다. 왜 체제전환 후 건강보장제도를 도입했음에도 불구하고 일부 국가는 여전히 자원조달이 민간에서 이루어지는 것일까?

이 두 그룹간의 2008년~2012년의 사회·경제적 지표를 비교해본 결과, OECD 평균값과 가까운 리투아니아, 헝가리 및 라트비아를 제외한 II 사분면에 위치하고 있는 국가들은 I 사분면에 위치하고 있는 국가에 비해 전반적으로 부패통제가 잘 되지 않고 시민적 자유수준이 낮으며 1인당 GDP 수준도 낮은 것으로 나타났다. 그리고 건강보장제도를 미운영하고 있는 국가들은 II 사분면에

위치하고 있는 다른 국가들보다 3가지 지표 모두 낮은 수치를 보였다. 참고로 I 사분면에 있는 국가들은 모두 EU 회원국이며 그 중에서 에스토니아, 슬로베니아, 폴란드는 OECD 회원국이기도 하다.

이는 구축된 건강보장제도가 국민들의 의료비 부담을 낮춤으로서 의료 접근성을 높이고 궁극적으로 보편적 건강보장이라는 목표를 달성하기 위해서는, WHO에서 발표한 건강의 사회적 결정요인에 관한 리오 정치 선언문에서 강조한 바와 같이 체제전환 후 지속적으로 긍정적인 경제적 상황과 건강한 거버넌스가 지속되어야만 가능하다는 것을 의미한다.

**표 53 5년간(2008-2012년) 평균 국가별 사회 및 경제지표**

위치	국가	부패 통제지수	시민적 자유수준	1인당 GDP
I 사분면	에스토니아	81.1	1.0	21,713.2
	슬로베니아	79.6	1.0	26,188.4
	폴란드	71.5	1.0	20,897.2
	크로아티아	59.1	2.0	20,166.2
	루마니아	51.5	2.0	17,227.4
	<b>평균</b>	<b>68.6</b>	<b>1.4</b>	<b>21,238.5</b>
II 사분면 (x축 60~70으로 경계선과 가까운 곳에 위치)	헝가리	69.2	1.4	20,774.4
	리투아니아	66.3	1.0	19,812.4
	라트비아	64.4	1.6	18,408.2
	마케도니아	55.4	3.0	11,047.2
	<b>평균</b>	<b>63.8</b>	<b>1.8</b>	<b>17,510.6</b>
II 사분면 (x축 60미만으로 경계선과 먼 곳에 위치)	불가리아	51.7	2.0	14,898.0
	몰도바	30.1	3.4	4,585.4
	카자흐스탄	17.6	5.0	20,275.8
	러시아	13.3	5.0	22,735.2
	<b>평균</b>	<b>28.1</b>	<b>3.9</b>	<b>15,623.6</b>
II 사분면 (건강보장제도 미운영)	아르메니아	29.3	4.0	8,542.8
	카자흐스탄	17.6	5.0	20,275.8
	우크라이나	16.1	2.6	10,310.6
	타지키스탄	7.0	5.2	2,994.2
	투르크메니스탄	1.7	7.0	15,114.2
	<b>평균</b>	<b>14.3</b>	<b>4.8</b>	<b>11,447.5</b>

출처: World Bank World Development Indicators(2018), Freedom House(2018), Maddison Project(2018)

## 제6장 북한에의 합의

지금까지 퍼지셋 질적비교방법론과 비교제도론적 연구를 통해 탈사회주의 체제전환국가들이 체제전환 시 보편적 건강보장제도를 법제도화 하게 하는 영향요인 등을 살펴보았다. 본 장에서는 지금까지 도출된 요인들을 토대로 북한의 체제전환 또는 한반도의 통일시 발생 가능한 상황 등을 예측함으로써 탈사회주의 체제전환국가 사례를 통한 한반도에의 합의를 분석한다.

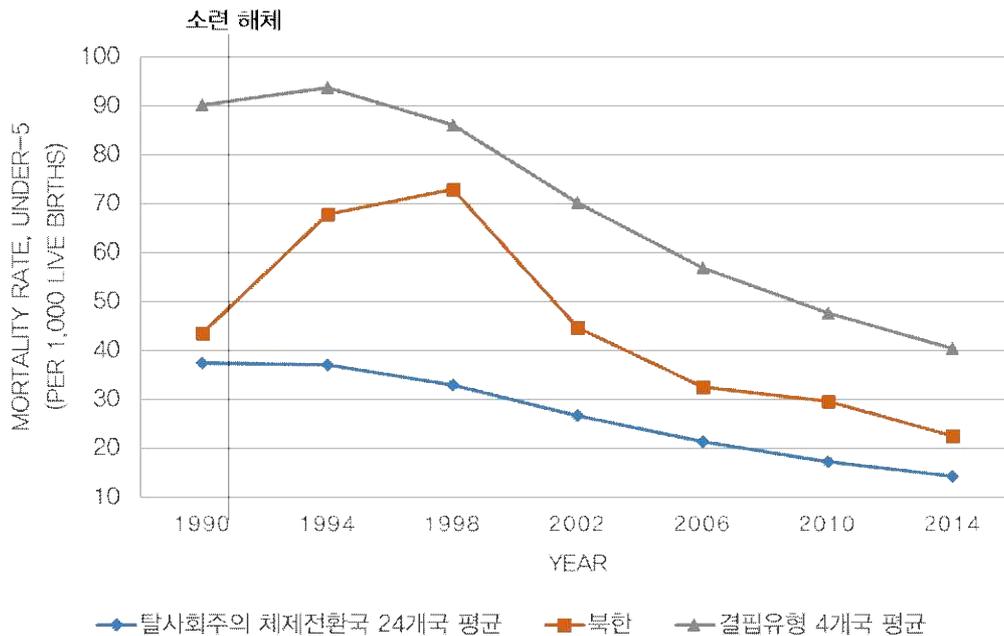
### 6.1. 북한의 퍼지셋 유형 예측

북한은 어느 유형에 가장 가까울까? 현재 북한의 건강수준, 경제수준, 그리고 사회수준을 탈사회주의 체제전환 23개국과 비교하여 6가지 퍼지셋 유형 중 북한이 소속될 것으로 예측되는 유형을 추정해보았다.

먼저 건강수준 지표인 ‘5세 미만 사망률’을 1990년부터 2014년까지 살펴보면, 북한의 5세 미만 사망률은 연구대상 23개국의 평균값보다는 높지만 결핍유형에 강하게 속하는 네 국가<sup>48)</sup>의 평균값보다는 낮은 것을 알 수 있다. 특징적인 것은 북한을 비롯한 대부분의 국가에서 소련이 해체된 1991년 직후 일시적으로 사망률이 높아졌다가 점점 떨어지고 있는 점이다. 이는 체제전환이라는 사회적 충격이 건강지표에 악영향을 미친다는 선행연구 내용과 동일하다.

---

48) 투르크메니스탄, 우즈베키스탄, 타지키스탄, 아제르바이잔



**그림 12 북한의 5세 미만 사망률 추이**

출처: World Bank World Development Indicators, (Last Updated 2 May 2018)

다음으로 경제수준 지표인 ‘1인당 실질 GDP’ 를 1980년부터 2015년까지 살펴본 결과, 북한은 연구대상 23개국의 평균값 뿐 아니라 결핍유형에 강하게 속하는 네 국가의 평균값보다도 낮은 경제 수준을 나타냈다. 단 1991년 소련 해체 직후 대부분의 탈사회주의 체제전환국가에서 일시적으로 1인당 GDP 수준이 하락하였는데 연구대상 23개국은 하락폭이 큰 반면 북한은 하락폭이 그다지 크지 않았다.

마지막으로 사회적 수준을 알아보았다. 본 연구에서 활용한 지표는 부패통제지수, 시민적 자유도, 그리고 체제전환 직후의 투표율을 활용한 이슈의 현저성이다. 그러나 북한의 경우 시민적 자유도는 프리덤하우스가 보고서를 발표

하기 시작한 1972년부터 지금까지 최하점수인 ‘7점’ 을 계속 받고 있다.

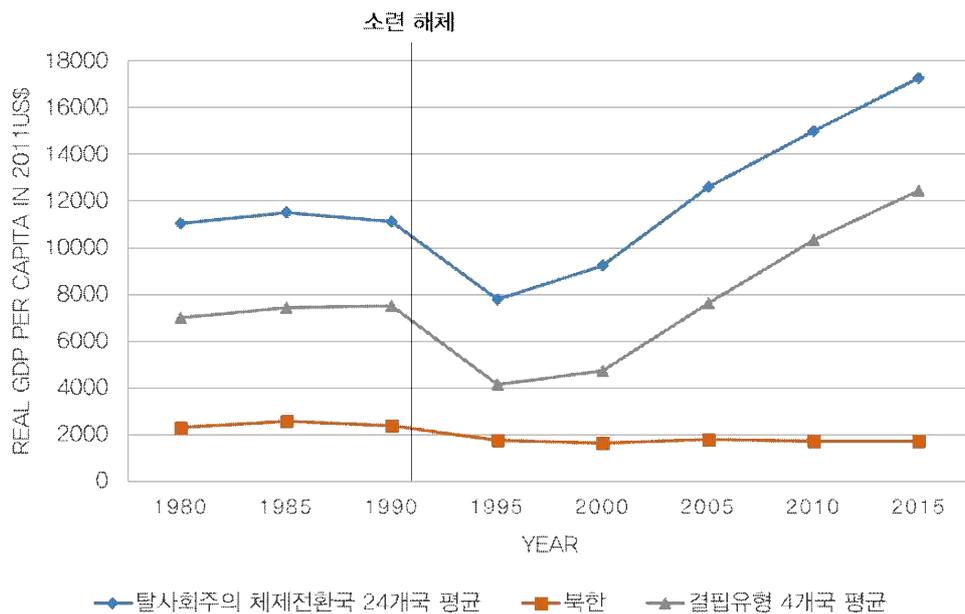
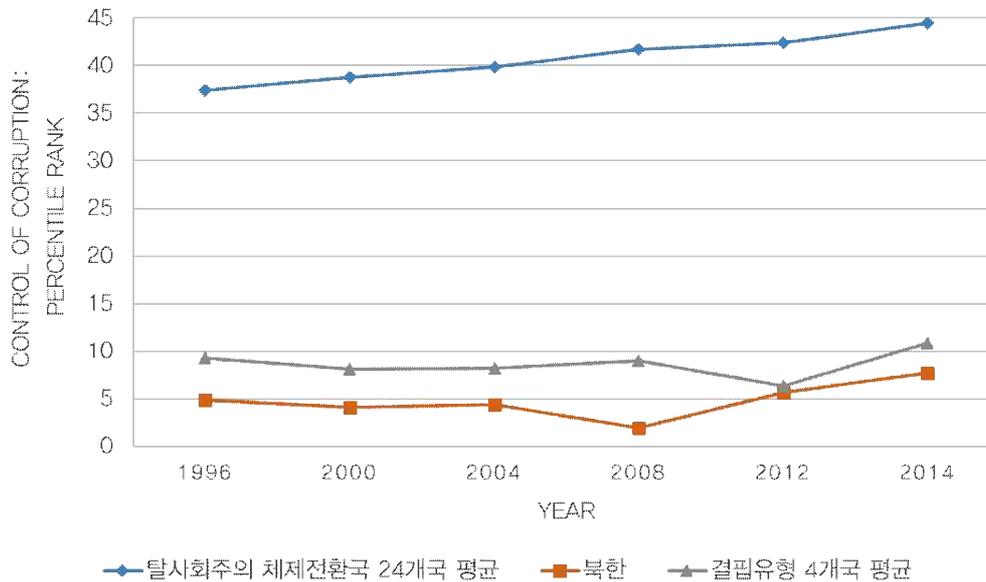


그림 13 북한의 1인당 GDP 추이

출처: Maddison Project (2018)

그리고 북한은 아직 체제전환이 이루어지지 않았을 뿐 아니라 자유선거를 하고 있지 않으므로 투표율을 지표로 활용하는 것이 불가능하다. 따라서 여기서는 World Bank에서 발표하고 있는 부패통제 수준만 사회수준을 측정하는 지표로 활용한다. 북한은 연구대상 23개국의 평균 뿐 아니라 결핍유형에 강하게 속하는 네 국가의 평균보다도 부패통제가 잘 되지 않는 것으로 나타났다. 여기서 한 가지 흥미로운 점은 남한과 북한이 가장 활발하게 교류했던 김대중 정부 및 노무현 정부시기에 북한의 부패 통제지수는 더 하락했다는 점이다.

이명박 정부가 시작된 2008년부터는 그나마 부패 통제지수가 상승하고 있으나 여전히 결핍유형 국가의 평균값보다도 낮은 수준이다.



**그림 14 북한의 부패통제 백분위점수 추이**

출처: World Bank Worldwide Governance Indicators. (Last Updated 19 Oct 19)

따라서 현재 북한은 탈사회주의 체제전환국가 중에서도 결핍유형에 해당하는 국가들보다 경제적, 사회적으로 낮은 수준이고 건강수준은 결핍유형 해당 국가들보다는 높지만 전체 탈사회주의 체제전환국가보다는 낮다고 볼 수 있다. 이는 앞서 살펴본 탈사회주의 체제전환국가의 유형 중 건강, 경제, 사회적 지표가 모두 낮은 ‘결핍유형’ 또는 그나마 건강지표가 높은 ‘건강사회유형’에 속할 가능성이 높는데, 결핍유형과 건강사회유형 모두 체제전환 후 건

강보장제도의 도입과 운영에 소극적이거나 제도를 도입하지 않는 결과를 보였다. 이는 북한도 현재 상황에서 체제가 전환된다면 건강보장제도를 구축하지 않을 가능성이 높다는 것을 의미한다.

## 6.2. 보편적 건강보장 법제도화 영향요인 적용

앞서 탈사회주의 체제전환국가들 대상으로 보편적 건강보장제도를 법제도화 하는 영향요인을 살펴본 결과를, 현재 북한의 상황에 대입하여 북한이 건강한 체제전환을 달성하기 위해서는 어떤 점을 중점적으로 개선해야하는지 분석해 보고자 한다.

먼저 법제도화를 제한하는 원인조건조합 중 첫 번째는 【~건강수준\*~경제수준\*~부패통제\*~이슈현저성】이다. 앞서 살펴본 바와 같이 현재 북한의 건강수준과 경제수준, 그리고 부패통제지수는 모두 탈사회주의 체제전환국가들의 평균값보다 낮고 건강수준을 제외하고는 결핍유형에 해당하는 국가들의 평균값보다도 낮았다. 따라서 이 원인조건조합의 개별 원인조건은 이미 갖추고 있는 상태인 것이다. 즉, 현재 북한의 상황에서 곧바로 체제전환이 이루어진다면 보편적 건강보장이 법제화되고 정책 추진이 제한될 가능성이 상당히 높다는 것을 예측할 수 있다. 두 번째 원인조건조합은 【~건강수준\*경제수준\*~시민적자유\*부패통제\*~이슈현저성】이다. 여기서 높은 경제수준과 높은 부패통제지수는 북한이 현재 갖추지 못하고 있는 조건으로, 지금 당장 북한이 체제전환이 이루어진다고 해도 두 번째 조합이 적용될 가능성은 낮아 보인다. 마지막으로 보편적 건강보장의 법제도화를 제한하는 세 번째 원인조건조합은 【~건강수준\*~시민적자유\*~부패통제\*이슈현저성】이다. 이 역시 첫 번째 원인조건조

합과 마찬가지로 예측이 불가능한 이슈현저성 외에는 낮은 건강수준, 낮은 자유도, 낮은 부패통제지수 등 모든 원인조건을 달성하고 있다. 즉, 현재 북한의 상태는 전반적으로 보편적 건강보장의 법제도화를 제한하는 조건을 더 많이 갖추고 있다.

**표 54 건강보장 법제화를 제한하는 원인조건조합에 대한 북한 현황 적용**

원인조건 조합1	~건강수준	~경제수준	-	~부패통제	~이슈현저성
	달성	달성	-	달성	예측불가
원인조건 조합2	~건강수준	경제수준	~시민적자유	부패통제	~이슈현저성
	달성	미달성	달성	미달성	예측불가
원인조건 조합3	~건강수준	-	~시민적자유	~부패통제	이슈현저성
	달성	-	달성	달성	예측불가

다음으로 건강보장 법제도화를 촉진하는 원인조건조합에 대해 북한의 상황을 대입해본다.

먼저 원인조건조합 1은 【건강수준\*경제수준\*시민적자유\*부패통제】이다. 이 조합은 건강수준, 경제수준, 시민적 자유, 그리고 부패통제지수가 모두 높아야 하는 등 북한이 아직까지 모두 갖추지 못한 원인조건들로 구성되어 있다. 특히 경제적 수준, 시민적 자유와 같은 원인조건은 외부의 재정적 지원이나 내부적인 정치적 변화를 통해 급진적으로 환경을 만들 수는 있겠으나 건강수준을 높이는 것은 단기간에 목표를 달성할 수 있는 부분이 아니므로 이를 달성하고자 한다면 꾸준하고 지속적인 노력이 필요하다. 이는 원인조건조합 1

에서 경제수준에 대한 조건만 빠진 원인조건조합 3인 【건강수준\*시민적자유\*부패통제\*~이슈현저성】에도 적용된다. 그리고 나머지 원인조건조합 2는 【~건강수준\*~경제수준\*시민적자유\*부패통제\*이슈현저성】이다. 이 조합을 살펴보면 북한은 이미 낮은 건강수준과 낮은 경제 수준이 달성되어 있는 상태이므로 여기서 시민적 자유수준과 부패통제만 어느 정도 이루어진다면 보편적 건강보장 법제도화를 신속하게 도입하는 환경이 만들어질 가능성이 높아질 것으로 추정된다. 신동준(2013)에 따르면 일인당 국민총생산(GDP)과 국민들의 정치적 참여도는 국가의 부패에 중요한 요인이므로 경제적 발전과 국민들의 정치참여가 높을수록 부패 수준이 낮다. 따라서 북한이 원인조건조합 2을 달성하기 위해서는 경제적, 정치적 요인 등을 모두 폭넓게 고려하는 것이 필요하다.

**표 55 건강보장 법제화를 유발하는 원인조건조합에 대한 북한 현황 적용**

원인조건 조합1	건강수준	경제수준	시민적자유	부패통제	-
	미달성	미달성	미달성	미달성	-
원인조건 조합2	~건강수준	~경제수준	시민적자유	부패통제	이슈현저성
	달성	달성	미달성	미달성	예측불가
원인조건 조합3	건강수준	-	시민적자유	부패통제	~이슈현저성
	미달성	-	미달성	미달성	예측불가

## 제7장 고찰 및 결론

### 7.1. 연구의 요약

본 논문은 90년대 초, 사회주의 국가들이 동시에 체제전환을 경험했음에도 불구하고 왜 모두 다른 시기에 다른 형태로 보편적 건강보장제도를 법제도화 하였는가라는 질문에서 시작되었다. 이를 위해 퍼지셋 질적비교연구방법과 비교제도론적 연구방법이 활용되었고, 연구결과를 통해 최종적으로 북한에 주는 시사점을 도출하고자 하였다. 먼저 건강수준, 경제수준, 그리고 사회적 수준으로 3가지 축을 설정하고 퍼지셋 유형을 분석한 결과, 총 5개의 유형이 도출되었는데 신속하게 보편적 건강보장 법제도화를 추진하고 지금까지 안정적으로 시행하고 있는 발틱 3국과 유고슬라비아 국가, 비세그라드 국가 등은 ‘충족 유형’, 지금까지 법제도화를 하지 않았거나 했더라도 시행하지 않고 있는 캅카스 3국과 중앙아시아 국가 등은 ‘결핍유형’으로 분류되었다. 그리고 ‘건강사회유형’에는 불가리아, ‘건강경제유형’에는 벨라루스와 우크라이나, 마지막으로 ‘경제유형’에는 카자흐스탄이 해당하는 것으로 나타났다. 다음으로 퍼지셋 질적비교연구를 통해 보편적 건강보장 법제도화의 영향요인을 확인해본 결과, 법제도화를 촉진하는 원인조건조합은 【건강수준\*경제수준\*시민적자유\*부패통제】, 【~건강수준\*~경제수준\*시민적자유\*부패통제\*이슈현저성】, 【건강수준\*시민적자유\*부패통제\*~이슈현저성】이고 반대로 법제도화를 제한하는 원인조건조합은 【~건강수준\*~경제수준\*~부패통제\*~이슈현저성】, 【~건강수준\*경제수준\*~시민적자유\*부패통제\*~이슈현저성】, 【~건강수준\*~시민적자유\*~부패통제\*이슈현저성】으로 나타났다. 다음으로 비교제도론적 연구를 통

해 정량적 연구로는 파악하기 어려운 내용을 살펴보았다. 그 결과, 보편적 건강보장 법제도화가 신속하게 이루어진 국가들은 주로 국민들이나 의료계가 직접 나서서 건강보장에 대한 권리를 요구했을 뿐 아니라 정부차원에서도 적극적으로 관심을 가졌던 반면, 그렇지 못한 국가들에서는 주로 국제기구의 도움을 받아 법제도화는 구축되었으나 중도 폐기되거나 여전히 시행하지 못하고 있는 국가들이 많았다. 또한 보편적 건강보장제도를 시행했다 하더라도 체제 전환 전 건강수준, 사회적 불평등과 같은 사회적 요인, 그리고 국민의료비 중 건강보험료가 차지하는 비중 등의 차이로 인해 건강수준 격차가 있음을 확인하였다. 다음으로 보건의료시스템 유형에 따라 탈사회주의 체제전환국가들이 도입한 보편적 건강보장 법제도의 유형을 분석한 결과, 충족유형에 속하는 일부 국가는 NHS 유형을 따라가는 반면 나머지 국가들은 모두 기존 분류체계에는 존재하지 않는, 국민의료비 중 공공재원비중은 낮고 공공병원 비율은 높은 유형을 나타내었는데 그 이유로는 Semashko 체계의 잔재와 더불어 국가별 경제수준과 보건의료체계를 포함한 전반적인 거버넌스의 수준이 낮기 때문인 것으로 보인다. 현재 북한은 결핍유형에 해당하는 국가들보다는 경제적 및 사회적 수준이 낮고 건강수준은 높아 결핍유형과 건강사회유형 사이에 해당할 것으로 예측되나, 두 유형에 속한 국가들 모두 보편적 건강보장제도를 도입하지 않았거나 도입하더라도 소극적이고 점진적으로 도입한 국가들이 대부분이다. 또한 북한은 보편적 건강보장 법제도화를 촉진하는 원인조건조합보다 제한하는 원인조건조합에 더 가까운 조건을 갖추고 있다. 따라서 북한이 지금의 상태에서 그대로 체제전환이 이루어진다면, 보편적 건강보장제도를 구축할 가능성은 낮아 보인다. 그러나 단기간에 개선되기 어려운 건강수준을 제외한, 경제적 또는 정치적 요인들은 대내외적인 다양한 요인에 의해 급진적으로 개선될 가능성을 충분히 내포하고 있다. 그 중에서도 특히 부패통제와 시민적 자유도와 같은 사회적 조건이 먼저 개선되는 계기가 생긴다면, 북한에도 보편적 건

강보장 법제도화를 신속하게 도입하는 환경이 만들어질 가능성이 높아질 것으로 예측되고, 이와 더불어 긍정적인 경제적 상황과 올바른 거버넌스가 뒷받침된다면 도입된 법제도를 효과적이고 지속적으로 운영할 수 있을 것이다.

## 7.2. 연구의 함의 및 기여도

본 연구를 통해 대부분의 국가들이 소련이 해체됨과 동시에 경제난을 겪었고 이로 인해 건강수준도 낮아지는 등 유사한 상황을 겪었으나, 그 중에서도 신속하게 건강보장제도를 도입하고 현재까지 제대로 운영하고 있는 국가들은 대부분 국민들의 요구가 있거나 의료계의 노력, 또는 정부에서의 보건의료에 대한 적극적인 관심이 있는 국가들이었던 반면 국민과 정부 모두 관심이 없거나 관심이 있더라도 독재와 탄압으로 인해 의견을 자유롭게 개진하기 어려운 환경을 가진 국가들은 스스로 개혁하기 보다는 World Bank와 WHO 같은 국제기구의 도움을 받아서 개혁을 시작하기도 했는데, 이러한 국가들은 보편적 건강보장제도를 도입하더라도 중도 폐기하거나 체제전환이 이루어진지 약 30년이 지난 지금까지도 여전히 시행하지 못하고 있는 국가들이 많다는 것이 밝혀졌다. 또한 건강보장제도를 도입한 국가끼리 체제전환 20년 후의 건강수준을 비교한 결과, 국가별로 큰 차이를 보였는데 보편적 건강보장제도의 법제화가 신속하게 이루어진 국가에서, 체제전환 전 건강수준이 타 국가에 비해 양호한 국가에서 전환 20년 후에도 높게 나타났으며 건강보장제도가 적절한 보험료를 징수하고 적절한 의료서비스를 보장하며 체계적으로 잘 운영되는지에 따라서도 영향을 받는 것으로 나타났다. 이는 건강보장제도를 운영하고 있음에도 부패통제가 잘 되지 않고 시민적 자유수준이 낮으며 1인당 GDP 수준도 낮은 국가에서는 여전히 국민의료비 중 본인부담금이 상당히 큰 비중을 차지

하고 있는 것과 같은 맥락에서 볼 수 있다. 즉, 체제전환 후 보편적 건강보장을 신속하게 법제화하는 것도 중요하지만 이를 지속적으로 안정적으로 운영하기 위해서는 반드시 사회적, 정치적 환경이 뒷받침되어야 한다는 것을 의미한다.

지금까지 국가별 보건의료제도에 대한 기존 연구는 2~3개의 소수 국가들을 비교하는 것에 그쳤으나, 본 연구에서는 23개국으로 비교의 폭을 확대하였다. 또한 보건의료계에서는 자주 활용되지 않는 퍼지셋 유형 분석과 퍼지셋 질적 비교연구와 같은 방법론을 활용함으로써 보다 다양한 관점에서 보건의료문제를 인식하고 연구할 수 있는 계기를 마련하였을 뿐만 아니라 국가가 비교 분석이 가능하도록 퍼지셋 점수를 통해 다양한 데이터를 정량화하였다. 또한 정량적 분석에 그치지 않고 정성적 분석을 추가함으로써 연구의 깊이를 더했고, 과거 탈사회주의 체제전환국가를 탐색함으로써 향후 통일한국에 주는 시사점을 도출함으로써 역사적 제도주의를 한 번 더 검증한 기회였다. 특히 보편적 건강보장제도를 법제화하고 시행하는 것만이 중요한 것이 아니라 제도를 지속적으로 안정적으로 유지하면서 적절하게 운영하는 것이 더욱 핵심적이었고 이를 위해서는 경제적 능력도 중요하지만 무엇보다 정치적·사회적 역량과 안정성이 중요하다는 것을 재확인하였다. 마지막으로 최근 남북정상회담, 그리고 북미정상회담 등 사회적인 큰 변화의 흐름에 맞춘 시의적절한 연구라 볼 수 있겠다. 사회주의를 경험했던 국가들의 유형을 분류하여 정책비교가 용이하게 했고 특히 유형별 특성을 자세히 서술함으로써 북한과 향후 통일한국의 보편적 건강보장을 위한 법제정 및 정책 대응을 위한 단초를 제공하였다. 보건의료분야는 단순한 정책을 넘어서 국가의 노동성과 경제력까지 파급효과를 미치고, 정치적으로도 체제 안정에 영향을 미치는 분야이다. 따라서 남북 분단 70년 만에 개혁과 개방을 시도하고 있는 북한이 빠르게 체제를 안정화시키고 국가 경쟁력을 향상하기 위해서는 보건의료분야에 대한 관심이 필수적이며, 그 중에서도 보편적 건강보장을 달성하기 위한 자원조달과 서비스 보장범위에 대

해 규정한 법제화 및 시행이 반드시 선행되어야 할 것이다. 이를 위해서는 연구 결과에서 서술한대로 경제적 지원 뿐 아니라 국가의 부패통제, 시민적 자유와 같은 사회적 수준을 향상시키기 위한 노력이 필요하며, 보건의료정책의 개혁을 주도할 수 있는 전문 인력도 양성되어야 한다. 이렇게 될 때 비로소 남한과 북한의 격차를 줄임으로써 건강한 통일을 이루는데 한걸음 더 가까워질 수 있는 것이다.

### 7.3. 연구의 제한점과 제언

본 연구에서는 탈사회주의 체제전환국가들이 보편적 건강보장을 법제화하는데 영향을 미친 요인들을 살펴보기 위하여 원인조건으로 5세 미만 사망률과 기대수명을 조합한 건강수준, 1인당 GDP와 연평균 GDP 성장률을 조합한 경제수준, 국민들의 자유수준을 반영한 자유도, 국가의 부패통제지수, 그리고 소련 붕괴라는 외부 요인에 대한 대중의 관심도를 나타내는 이슈현저성 등을 활용하였다. 선행연구 고찰 등을 통하여 이론적 근거를 바탕으로 원인조건을 선정했으나 체제가 전환되는 혼란기에서 법이 제정되고 정책이 수립되는 과정에는 이 외에도 다른 영향요인들이 있었을 가능성을 배제할 수는 없다. 특히 체제전환 전 경제성장률과 함께 체제전환 후의 경제성장률이나 선행연구 고찰에서 제시되었던 소득불평등 지수와 같은 지표, 그리고 부패 통제지수 외의 다양한 거버넌스에 대한 지표들을 활용할 수 있다면 더욱 유의미한 결과를 도출할 수 있었을 것으로 보인다. 또한 탈사회주의 체제전환 국가의 특성상, 1990년대 전 후반의 데이터를 확보하기 어려운 경우가 있어서 자료 접근의 한계로 모든 탈사회주의 체제전환국가를 대상으로 연구를 실시하지 못했다. 44개국을 동시에 비교할 수 있는 데이터의 확보가 가능하다면, 좀 더 폭넓은 분석이 가

능할 것이다. 퍼지셋 질적비교연구방법론에서는 원인조건조합에서 모든 원인 조건이 동일하게 영향을 미친다는 가정이 깔려있는데, 이와 같은 한계는 정성적 분석을 추가함으로써 극복하고자 노력하였다. 마지막으로 건강보장제도를 도입한 국가 중에서 라트비아와 우즈베키스탄의 경우에는 다른 국가들이 모두 사회보험제도를 도입한 것과 달리, 여전히 조세를 기반으로 하는 제도를 법제화하여 운영하고 있다. 따라서 후속연구로 법제도화에 대한 보다 면밀한 분석을 위해 각 국가별 법의 주요내용을 충분히 검토함으로써 왜 대부분의 국가에서 사회보험형태의 건강보장제도를 도입했고 국가별로 최적의 건강보장제도는 무엇인지에 대한 분석이 이루어진다면, 향후 통일한국에 보다 세부적인 시사점을 제공할 수 있을 것이다. 또한 최근 급속도로 진행되고 있는 북한의 행보를 보면 오히려 정치와 경제가 동시에 전환되는 체제전환보다는 경제체제만 먼저 전환이 이루어지는 체제개혁을 시도할 가능성이 높아 보인다. 따라서 중국과 베트남 등과 같은 체제개혁국가에 대한 연구와 함께 북한과 한반도에 대한 구체적인 시나리오 플래닝이 함께 이루어진다면 보다 더 면밀하고 의미있는 결과를 도출할 수 있을 것이다.

## 참 고 문 헌

### < 국 내 >

- 고영선. (2012). 남북통일을 위한 재정조달. *KDI 북한경제리뷰*, 11-22.
- 구인회, 손병돈, 안상훈. (2015). *사회복지정책론* (5th ed.). 파주: 나남.
- 국회예산정책처. (2014). *한반도 통일의 경제적 효과*. 서울: 국회예산정책처.
- 권속도. (2009). 베트남의 체제전환 과정 연구: 1976~1990년대. *대한정치학회보*, 17(1), 93-124.
- 권오탁. (2006). *의료보장에 있어서 복지국가원리 실현 -저소득층을 위한 법제를 중심으로-*. 석사학위논문, 연세대학교, 서울.
- 권혁재. (2010). 알바니아와 이슬람 원리주의 -와하비즘의 알바니아 침투를 중심으로. *국제지역연구*, 13(4), 23-40.
- 김근식. (2010). 사회주의 체제전환과 북한 변화. *통일과 평화*, 2(2), 111-136.
- 김명희. (2007). *공공부조정책변화의 역사 제도주의적 분석 -미국, 영국, 한국의 근로연계복지를 중심으로-*. 박사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 김병민. (2015). *지방정부 사회복지예산에 영향을 미치는 요인 -서울시 25개 기초자치단체에 대한 퍼지셋 분석-*. 박사학위논문, 경희대학교, 서울.
- \_\_\_\_\_. 신동면. (2015). 서울특별시 자치구의 사회복지예산 변화 영향요인에 관한 유형화: 퍼지셋 이상형 분석의 적용. *사회과학연구*, 41(1), 1-25.
- 김병호. (2015). *우크라이나, 드네프르 강의 슬픈 운명 -우크라이나의 역사, 정치, 경제, 사회에 대한 모든 것*. 서울: 매일경제신문사.
- 김상균. (1986). Beveridge 보고서의 작성 및 립법과정에 관한 연구. *한국사회복지학*, 7, 1-19.
- 김석진, 이규창. (2015). *통일 이후 사회보장제도 분리 운영방안 -경제적 및 법적 분석*. 서울: 통일연구원.

- 김순양. (2005). 한국 보건의료 개혁과정에서의 정책 네트워크(Policy Networks) 및 정책산출(Policy Outputs) 분석. **한국행정논집**, 17(4), 1063-1098.
- 김신규. (2016). 비세그라드 4개국(V4) ODA ‘이행경험 이전’ 전략과 효율성 증진 방안. **EU연구**, 44, 3-36.
- 김용하, 임성은, 윤장재, 우선희. (2011). **OECD 국가의 복지 지표 비교 연구**. 서울: 한국보건사회연구원.
- 김장욱. (2017). **북한의 정치체제 전환 연구 -사회주의체제 이중전환 사례를 중심으로**. 박사학위논문, 고려대학교, 서울.
- 김정수. (2016). **정책학입문**. 고양: 문우사.
- 김창권. (2005). 독일 통일 비용 15년 평가와 시사점. **통일경제, 겨울호**, 66-83.
- 김태은. (2015). 역사적 제도주의 연구 경향과 비판적 논의. **한국행정학보**, 49(4), 57-96.
- 김형준. (2014). 인도네시아 이슬람 조직 무함마디야의 민주주의적 전통: 지도체제와 선거를 중심으로. **한국이슬람학회논총**, 24(2), 205-236.
- 남궁근, 박창제. (1993). 보건의료 보장정책의 성과와 개선방향. **한국행정연구**, 2(3), 3092-3110.
- \_\_\_\_\_. (1995). 국민의료보험제도 채택의 배경에 관한 국가간 비교연구. **사회과학연구**, 13(1), 157-198.
- \_\_\_\_\_. (1998). **비교정책연구: 방법, 이론, 적용**. 서울: 법문사.
- 문경태, 이상은. (2010). 러시아의 체제전환과 의료보장개혁. **사회보장연구**, 26(1), 91-119.
- 민기채. (2014). **체제전환국 복지국가에 관한 비교사회정책 연구 -발전요인, 발전단계, 그리고 체제성격을 중심으로-**. 박사학위논문, 서울대학교, 서울.
- 민기채. (2014). 체제전환 이전의 리투아니아 사회정책에 관한 연구- 사회주의 이전 시대와 사회주의 시대를 중심으로. **사회과학연구**, 30(4), 455-475.
- 민지영, 강부균, 오명훈. (2013). **러시아의 주요 산업: 전력인프라, 의료서비스**. 서울: 대외경제정책연구원.

- 박윤형. (2003). 보건의료정책결정 과정에 대한 연구. **한국의료법학회지**, 11(2), 23-37.
- 박정호. (2010). 우크라이나 주요 정당의 친 서방 안보정책에 대한 입장 비교- 오렌지 혁명 이후 총선과정에서 제시된 정당의 강령을 중심으로. **동유럽발칸학**, 12(2), 225-252.
- \_\_\_\_\_. (2014). 우크라이나 민족주의 집단의 정치적 위상에 대한 연구. **유리시아연구**, 11(4), 63-78.
- 박종관, 김철희, 박경순. (2012). **신제도주의적 관점에서 본 국회예산과정 변화와 시사점**. 서울: 국회예산정책처.
- 박태성. (2007). 우크라이나 동·서 지역갈등과 주변국가의 역학구조. **슬라브연구**, 23(2), 51-85.
- 배화숙. (2004). **통일 한국의 의료보장제도 모형 개발**. 박사학위논문, 부산대학교, 부산.
- 소광섭. (2006). 영국 NHS의 성립 배경에 관한 연구. **보건과복지**, 8, 135-147.
- 신영수. (2007). 의료보험 도입 30년의 성과와 한계, 그리고 새로운 과제. **대한의사협회지**, 50(7), 568-571.
- 신정우, 정형선. (2015). 경상의료비 규모 및 재원 구조의 국제 비교. **보건복지포럼**, 229, 74-81.
- 안명옥. (2012). 보건의료정책 수립에의 적극적 참여. **대한의사협회지**, 55(3), 208-210.
- 안희남. (2002). 신구 제도주의 비교연구. **현대사회와 행정**, 12(3), 1-41.
- 오영호. (2005). 우리나라 공공보건의료의 적정수준에 관한 연구. **보건사회연구**, 25(1), 37-71.
- 오윤섭, 윤석준. (2015). **국민의료비 추이와 지속가능한 의료정책 방향 -의료비의 적정 통제하의 의료의 질 향상 방안-**. 서울: 감사원 감사연구원.
- 외교부. (2011). 발트3국 개황. 서울: 외교통상부.
- \_\_\_\_\_. (2012a). 벨라루스 개황. 서울: 외교통상부.

- \_\_\_\_\_. (2012b). 아르메니아 개황. 서울: 외교통상부.
- \_\_\_\_\_. (2014). 카자흐스탄 개황. 서울: 외교부.
- 유태석. (2016). **원자력 발전정책의 변동요인에 관한 QCA분석**. 박사학위논문, 연세대학교, 서울.
- 우창빈. (2014). 바람직한 거버넌스가 국민의 행복에 미치는 영향: 기술적 거버넌스가 민주주의보다 우선하는가? **행정논총**, 52(1), 219-246.
- 유근춘, 김원식, 최균, 박종훈, 이해경, 이철수, ... 최요한. (2014). **통일한국의 사회보장체계 구축을 위한 기초연구 (II)**. 세종: 한국보건사회연구원.
- \_\_\_\_\_, 민기채, 박현선, 유원섭, 이용하, 이철수, ... 안형석. (2015). **통일한국의 사회보장체계 구축을 위한 기초연구 (III)**. 세종: 한국보건사회연구원.
- \_\_\_\_\_, 황나미, 이철수, 이해원, 유은주, 김양희, ... 김태은. (2013). **통일한국의 사회보장체계 구축을 위한 기초연구**. 서울: 한국보건사회연구원.
- 유영근, 정지운. (2009). 민주화의 이행론적 관점에서 바라본 색채혁명. **국제학원우논집**, 6, 125-144.
- 유현중, 이운호. (2010). 제도적 대통령 부서의 발전에 관한 역사적 분석. **한국행정학보**, 44(2), 111-136.
- 윤석준. (2015). **통일 한국의 건강 안전망 구축 -민족화합 및 공공보건의료 자원확보**. 서울: 국립중앙의료원 통일보건의료센터. 제1회 공공보건의료 심포지엄 자료집.
- 윤진호. (2009). **베트남 체제전환의 요인과 특성**. 석사학위논문, 고려대학교, 서울.
- 이규식. (2007). 의료에 대한 이념과 정책. **한국보건행정학회지**, 17(3), 106-128.
- 이규영. (1997). 동유럽 민주화와 선거. **한국정치학회보**, 30(4), 439-460.
- \_\_\_\_\_. (2015). 현실사회주의 체제전환이론의 모색. **국가전략**, 21(2), 91-115.
- 이덕로. (2012). 기초노령연금정책결정에 관한 사회연결망 분석: 정책옹호연합모형을 중심으로. **한국정책과학학회보**, 16(3), 109-135.
- 이명렬. (1989). 스탈린식 정치체제, 알바니아. **북한**, 1989년 6월호, 160-166.
- 이상훈. (2002). 비교사회정책 연구방법론의 서설적 이해. **비판사회정책**, 13, 47-71.
- 이순남. (2004). Kingdon의 정책흐름모형을 적용한 정책변동 연구- 국군간호사관학

- 교 사례를 중심으로. **한국공공관리학보**, 18(2), 261-282.
- 이승윤. (2014). **퍼지셋 질적비교연구방법론의 이론과 적용 Fs/QCA입문**. 서울: 고려대학교출판부.
- 이영형. (2015). 조지아의 갈등구조와 러시아의 지정전략. **분쟁해결연구**, 13(3), 257-290.
- 이유리, 최성경, 김인숙, 강선주. (2018). 간호사와 간호조무사의 업무 및 자격관리에 대한 정책결정과정 연구: 킹턴의 정책흐름모형을 중심으로. **보건사회연구**, 38(1), 489-519.
- 이철원. (2013). 슬로베니아 은행위기 현황 및 전망. **KIEP 지역경제포커스**, 7(32).
- 이태일. (1999). **통일한국의 사회복지제도에 관한 연구**. 석사학위논문, 경기대학교, 서울.
- 이해정, 조호정. (2015). 독일통일 25주년의 경제적 성과와 한계. **통일경제**, 2, 50-59.
- 이화영. (2014). **보건의료 ODA에서 수원국 거버넌스의 효과와 역할 -HIV/AIDS 원조와 수원국의 부패통제 및 책무성을 중심으로-**. 박사학위논문, 서울대학교, 서울.
- 장소영. (2017). **북한의 경제개발구법에 관한 연구 -체제전환 국가의 법제전환과의 비교를 중심으로**. 박사학위논문, 서울대학교, 서울.
- 장은주. (2013). 너지 임페의 헝가리 식 사회주의와 카다리즘 -1956년 헝가리 혁명을 중심으로. **인문학연구**, 91, 341-364.
- 장혜광. (1995). 요십 B. 티토의 유고슬라비아 연방실험에 관한 정치적 고찰 -1990년 대 이전의 티토이즘을 중심으로. **국민윤리연구**, 34, 497-526.
- 정승국. (2015). 성과급에 대한 종업원대표 태도 차이의 국제비교연구: fs/QCA 방법을 활용하여. **산업관계연구**, 25(4), 93-112.
- 정영호. (2009). OECD 국가 간 비교를 통한 국민의료비와 정책과제. **보건·복지 Issue & Focus**, 6, 1-8.
- 정영호, 박하영, 권순만, 이건직, 고숙자. (2004). **보건의료시장의 특성과 문제점 및 제도개선 방향 -공급자 행태분석 및 전문가 인식조사를 중심으로-**. 서울: 한국보

건사회연구원.

- 정우량. (2005). **우크라이나 사태의 본질: '거대한 체스 판' 유라시아 패권싸움**. 인물과사상, 2, 45-57.
- 정재원. (2015a). 타지키스탄 내전과 그 이후: 민족주의, 이슬람 그리고 민주주의. **러시아연구**, 26(1), 181-217.
- \_\_\_\_\_. (2015b). 주변부 이슬람 사회의 진보적 민족주의: 아제르바이잔의 역사적 경험과 현재적 의의. **중소연구**, 39(4), 321-368.
- 조경숙. (2016). 통일 독일의 사례를 통해 본 남북한 주요 건강지표의 현황과 전망. **보건사회연구**, 36(2), 33-56.
- 조동호, 박지연, 임채환. (2016). **체제전환 이론과 사회주의 농업**. 나주: 한국농촌경제연구원.
- 조영달. (1996). 공동체 시민의식과 확산경로. **서울대학교 사대논총**, 52, 75-105.
- 조영훈. (2016). 국가중심이론에 대한 평가 : 테다 스카치폴을 중심으로. **공공정책연구**, 33(1), 71-92.
- 조영희. (2009). **우리나라 여성정책변동에 관한 연구**. 박사학위논문, 고려대학교, 서울.
- 조준현. (2015). **경제체제와 체제전환의 이론**. 부산대학교 공개 강의자료.
- 조태영. (2010). 시장의 실패와 공공경제 및 공공선택의 이론. **월간회계**, 18(10), 116-135.
- 조한범. (2005). **러시아 탈사회주의 체제전환과 사회갈등**. 서울: 통일연구원.
- 주성수. (2006). 직접민주주의에서의 시민사회단체와 이익집단: 캘리포니아 주민발안 투표 사례. **한국비영리연구**, 5(2), 55-83.
- 진승권. (2010). 탈사회주의 체제전환기 동유럽 선거민주주의와 정당정치 -폴란드 사례. **세계정치**, 13, 189-229.
- 최영준. (2009). 사회과학에서 퍼지셋 활용의 모색: 퍼지이상형 분석과 결합 요인 분석을 중심으로. **정부학연구**, 15(3), 307-336.
- 최준욱, 이명현, 전택승. (2002). **체제전환국의 재정정책 경험과 북한에 대한 시사점 - 남북경협 및 경제통합 관련 조세·재정분야 기초연구(II)**. 서울: 한국조세연구원.

- 최진욱. (2004). **남북한 정치통합 방안**. 서울: 대외경제정책연구원. 전문가 회의자료.
- 팽성철. (2013). **공산권 국가의 체제전환 요인에 대한 연구 - '단일전환' 과 '이중전환' 을 중심으로-**. 박사학위논문, 고려대학교, 서울
- 하연섭. (2002). 신제도주의의 최근 경향 -이론적 자기혁신과 수렴. **한국행정학보**, **36(4)**, 339-359.
- 한국보건산업진흥원. (2012). **러시아 보건의료 현황**. 서울: 한국보건산업진흥원.
- 한국사회보장학회. (2014). **통일 한국 대비 건강보장제도 구축방안**. 원주: 국민건강보험공단.
- 홍경준. (1999). 복지국가의 유형에 관한 질적 비교분석 개인주의, 자유주의 그리고 유고주의 복지국가. **한국사회복지학**, **38**, 309-335.
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. (2012). **유럽의 DRG** (국민건강보험 일산병원 연구소, 신동교, 김지만, 윤장호, 이희원 역). 서울: ㈜대한의학서적.
- Jeffrey Sachs. (2015). **지속 가능한 발전의 시대**. 서울: 21세기북스.
- Manfred Mai. (2008). **상식과 교양으로 읽는 유럽의 역사** (장혜경 역). 서울: 웅진지식하우스.

## < 국 외 >

- Backman, G., Hunt, P., Khosla, R., Jaramillo-Strouss, C., Fikre, B. M., Rumble, C., ... Vladescu, C. (2008). Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *The Lancet*, 372, 2047-2085. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61781-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61781-X)
- Bandelj, N., & Mahutga, M. C. (2010). How Socio-Economic Change Shapes Income Inequality in Post-Socialist Europe. *Social Forces*, 88(5), 2133-2161. <https://doi.org/10.1353/sof.2010.0042>
- Bezruchka, S., Namekata, T., & Siström, M. G. (2008). Interplay of politics and law to promote health. *American Journal of Public Health*, 98(4), 589-594. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.116012>
- Biglan, A. (2011). Corporate Externalities: A Challenge to the Further Success of Prevention Science. *Prevention Science*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s11121-010-0190-5>
- Blomqvist, Å. (1991). The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of Health Economics*, 10(4), 411-432. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(91\)90023-G](https://doi.org/10.1016/0167-6296(91)90023-G)
- Brzezinski, Z. (1993). The Great Transformation. *The National Interest*, 33, 3-13.
- Carande-Kulis, V. G., Getzen, T. E., & Thacker, S. B. (2007). Public goods and externalities: a research agenda for public health economics. *Journal of Public Health Management Practice*, 13(2), 227-232. <https://doi.org/00124784-200703000-00024>
- Center for Economic and Social Development. (2009). *Compulsory Medical Insurance System in Azerbaijan*. Baku: Author.
- David Wilsford. (1994). Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way. *Journal of Public Policy*, 14(3), 251-283.
- Davis, C. (2001). Reforms And Performance of the Medical Systems in the Transition States of the Former Soviet Union and Eastern Europe. *International Social Security Review*,

54(2-3), 7-56. <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00091>

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.

Dimova, A., Rohova, M., Atanasova, E., Kawalec, P., & Czok, K. (2017). Drug Policy in Bulgaria. *Value in Health Regional Issues*, 13, 50-54.  
<https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.08.001>

Ebbinghaus, B. (2005). *Can Path Dependence Explain Institutional Change?: Two Approaches Applied to Welfare State Reform*. Cologne: Max Planck Institute for the study of societies. <https://doi.org/10.1080/0305006650020104>

European Observatory on Health Systems and Policies. (1999a). *Health care systems in Transition: Albania*. Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (1999b). *Health care systems in Transition: Croatia*. Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (1999c). *Health care systems in Transition: Hungary*. Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (1999d). *Health care systems in Transition: Kazakhstan*. Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2000a). *Health Care Systems in Transition: Lithuania*. Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2000b). *Health care systems in Transition: Romania*. Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2000c). *Health care systems in Transition: Tajikistan*. Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2000d). *Health care systems in Transition: Turkmenistan*. Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2001a). *Health care systems in*

*Transition: Armenia.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2001b). *Health care systems in*

*Transition: Latvia.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2001c). *Health Care Systems in*

*Transition: Uzbekistan.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2002). *Health care systems in*

*Transition: Georgia.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2003a). *Health care systems in*

*Transition: Bulgaria.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2003b). *Health care systems in*

*Transition: Russian Federation.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2004a). *Health care systems in*

*Transition: Azerbaijan.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2004b). *Health care systems in*

*Transition: Estonia.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2004c). *Health care systems in*

*Transition: Ukraine.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2005). *Health care systems in*

*Transition: Poland.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2006). *Health care systems in*

*Transition: The former Yugoslav Republic of Macedonia.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2008a). *Health care systems in*

*Transition: Belarus.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2008b). *Health care systems in*

*Transition: Republic of Moldova.* Copenhagen: Author.

\_\_\_\_\_. (2011). *Health care systems in*

*Transition: Kyrgyzstan.* Copenhagen: Author.

- Ezcurra, R., Pascual, P., & Rapún, M. (2007). The dynamics of regional disparities in Central and Eastern Europe during transition. *European Planning Studies*, 15(10), 1397–1421. <https://doi.org/10.1080/09654310701550850>
- Fajth, G. (1999). Social Security in a Rapidly Changing Environment : The Case of the Post-communist Transformation. *Social Policy & Administration*, 33(4), 416–436.
- Freedom House. (2018). *Freedom in The World 2018*. Washington D.C.: Author.
- Gerry, C. J., & Mickiewicz, T. M. (2008). Inequality, democracy and taxation: Lessons from the post-communist transition. *Europe-Asia Studies*, 60(1), 89–111. <https://doi.org/10.1080/09668130701760356>
- Goldfien, M. (2012). *Building a New Health Insurance System for Georgia*. California: Stanford university Leadership Academy for Development
- Goldstein, J. (1988). Ideas, Institutions, and American Trade Policy. *The State and American Foreign Economic Policy*, 42(1), 179–217.
- Gregg Bloche, M. (2003). The invention of health law. *California Law Review*, 91(2), 247–322. <https://doi.org/10.2307/3481333>
- Hacker, J. S. (1998). The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy. *Studies in American Political Development*, 12(Spring), 57–130. <https://doi.org/10.1017/S0898588X98001308>
- Hacker, J. S. (2000). *Boundary Wars: The Political Struggle over Public and Private Social Benefits in the United States* (Doctoral dissertation). Yale University, New Haven, USA.
- Heymann, S., Cassola, A., Raub, A., & L, M. (2013). Constitutional Rights to Health, Public Health and Medical Care: The Status of Health Protections in 191 countries. *Global Public Health*, 8(6), 639–653. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2013.810765>
- Heyns, B. (2005). Emerging Inequalities in Central and Eastern Europe. *Annual Review of*

- Sociology*, 31(1), 163–197. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.30.012703.110637>
- Holman, E., Wichma, S., Brown, C., & Eff, E. A. (2015). Diffusion and Inheritance of Language and Culture: A Comparative Perspective. *Social Evolution & History*, 14(1), 49–64.
- Ikenberry, G. J. (1988). An Institutional Approach to American Foreign Economic Policy. *The State and American Foreign Economic Policy*, 42(1), 219–243.
- John L. Campbell. (1997). Recent trends in institutional political economy. *The International Journal of Sociology and Social Policy*, 17(7-8), 15–56.
- Katharina Böhm, Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2011). *Classifying OECD Healthcare Systems: A Deductive Approach*. Bremen: Universität Bremen.
- Kim, H. (2008). *Expansion of transitional justice measures: A comparative Analysis of Its Causes* (Doctoral dissertation). University of Minnesota, Minneapolis, USA.
- Kinney, E., & Clark, B. (2004). Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World. *Cornell International Law Journal*, 37(2), 285–355.
- Kornai, J. (1992). *The socialist system: the political economy of communism*. Princeton: Princeton University Press.
- Lancet. (2010). State of Turkmenistan’s health system. *The Lancet*, 375, 1408. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60603-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60603-4)
- Langenbrunner, J., & Liu, X. (2004). *How To Pay? Understanding and Using Incentives*. Washington, DC: World Bank.
- Lawrence O. Gostin, L. F. W. (2016). *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Oakland: University of California Press.
- Lee, S. Y., Chun, C. B., Lee, Y. G., & Seo, N. K. (2008). The National Health Insurance system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan. *Health Policy*, 85(1), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.006>
- Liebowitz, S. J., & Margolis, S. E. (2000). Path dependence. *Encyclopedia of Law and Economics*, 1, 981–998. <https://doi.org/10.1561/100.00000006>

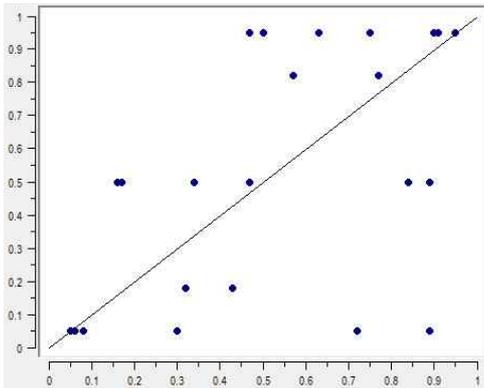
- Lovett-Scott, & Prather, F. (2012). *Global Health Systems*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers.
- Lowndes, V. (1996). Varieties of New Institutionalism: A critical appraisal. *Public Administration*, 74, 181–198. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1996.tb00865.x>
- Mahoney, J. (2000). Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society*, 29(4), 507–548.
- Medecins Sans Frontieres. (2010). *Turkmenistan's opaque health system*. Berlin: Author.
- Mitenbergs, U., Brigis, G., & Quentin, W. (2014). Healthcare financing reform in Latvia: Switching from social health insurance to NHS and back? *Health Policy*, 118(2), 147–152. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.013>
- Mooney, G., & Ryan, M. (1993). Agency in Health Care: Getting Beyond first principles. *Journal of Health Economics*, 12, 125–135.
- Nohlen, D., Grotz, F., & Hartmann, C. (2001). *Elections in Asia and the Pacific: A Data Handbook*. Oxford: Oxford University Press.
- OECD. (2004). *Towards High-Performing Health Systems: Summary Report*. Paris: Author. <https://doi.org/10.1787/9789264015562-en>
- OECD. (2008). *Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide*. Paris: Author. <https://doi.org/10.1787/9789264043466-en>
- OECD & WHO. (2012). *Health at a Glance: Asia/Pacific 2012*. Paris: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183902-en>
- Pierson, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *The American Political Science Review*, 94(2), 251–267.
- Ragin, C. C. (2008). *Redesigning social inquiry: Fuzzy sets and beyond*. Chicago: University of Chicago Press.
- Retchin, S. M. (2007). Overcoming information asymmetry in consumer-directed health plans. *American Journal of Managed Care*, 13(4), 173–176.
- Romaniuk, P., & Szromek, A. R. (2016). The evolution of the health system outcomes in

- Central and Eastern Europe and their association with social, economic and political factors: An analysis of 25 years of transition. *BMC Health Services Research*, 16, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1344-3>
- Safaei, J. (2012). Post-Communist Health Transitions in Central and Eastern Europe. *Economics Research International*, 2012, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2012/137412>
- Savedoff, W. D., & Gottret, P. (2008). *Governing Mandatory Health Insurance*. Washington DC: World Bank.
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), 659–666. <https://doi.org/10.1002/hec.762>
- Smith, A. (2000). Employment restructuring and household survival in “post communist transition”: Rethinking economic practices in Eastern Europe. *Environment and Planning A*, 32, 1759–1780. <https://doi.org/10.1068/a32101>
- United Nations Children’s Fund. (1999). *Women in Transition*. New York: UNICEF.
- Vienonen, M. A., & Vohlonen, I. J. (2001). Integrated health care in Russia: to be or not to be? *International Journal of Integrated Care*, 1, e38.
- Wagstaff, A., & Moreno-Serra, R. (2009). Europe and central Asia’s great post-communist social health insurance experiment: Aggregate impacts on health sector outcomes. *Journal of Health Economics*, 28(2), 322–340. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.10.011>
- Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: A conceptual framework for comparison. *Social Policy and Administration*, 43(1), 70–90. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x>
- World Bank. (2015). *Expansion of the Benefits package: The experience of Armenia*. Washington DC: World Bank.
- World Health Organization. (2015). *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. Geneva: World Health Organization.

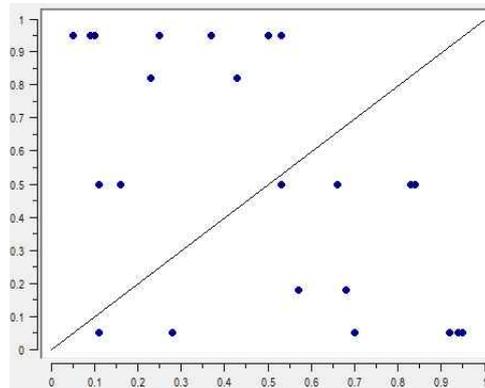
## 부 록

### 보편적 건강보장 법제도화와 원인조건 간의 XY plot 산점도

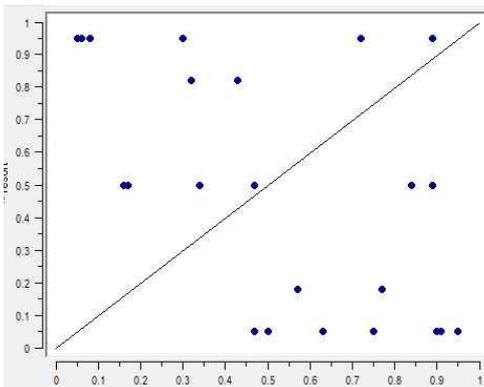
■ 건강수준



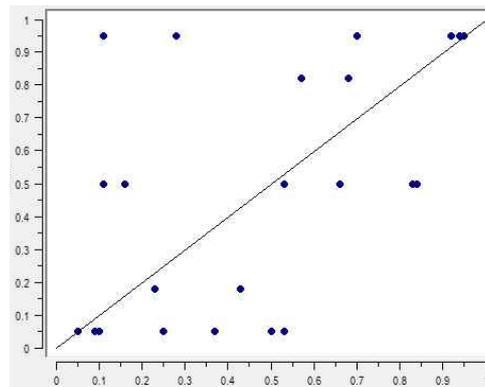
산점도 1 건강수준과  
법제도화간의 인과관계



산점도 2 ~건강수준과  
법제도화간의 인과관계

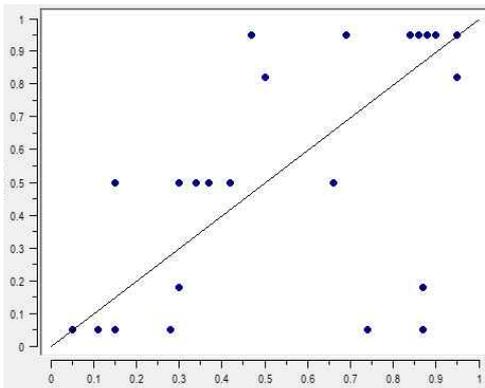


산점도 3 건강수준과  
~법제도화간의 인과관계

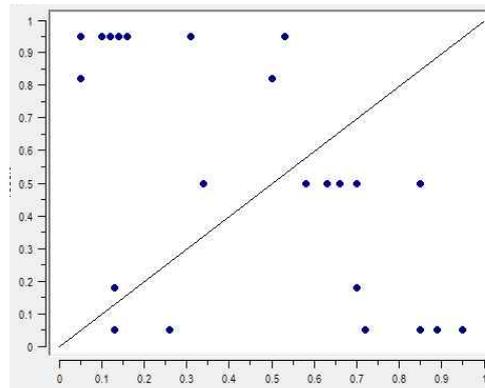


산점도 4 ~건강수준과  
~법제도화간의 인과관계

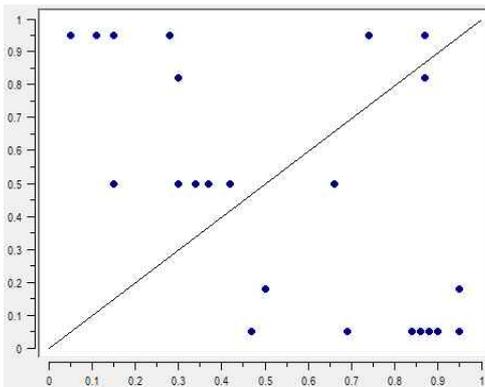
■ **경제수준**



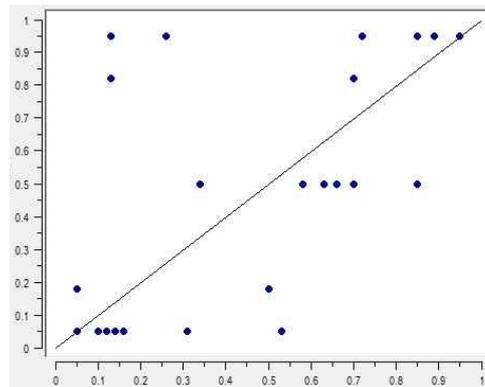
산점도 5 경제수준과  
법제도화간의 인과관계



산점도 6 ~경제수준과  
법제도화간의 인과관계

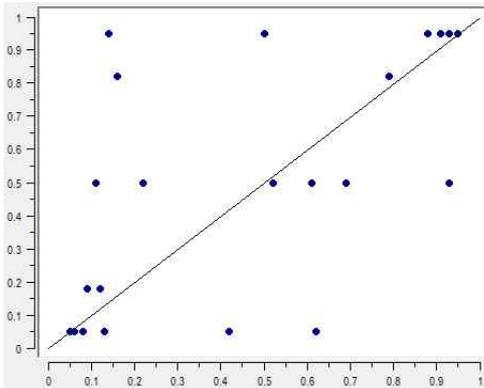


산점도 7 경제수준과  
~법제도화간의 인과관계

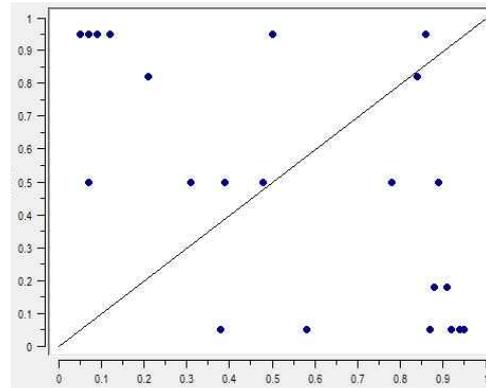


산점도 8 ~경제수준과  
~법제도화간의 인과관계

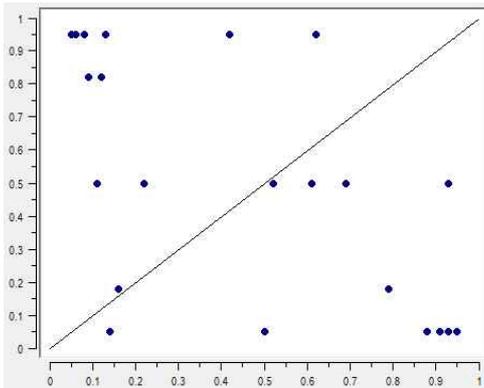
■ 부패통제지수



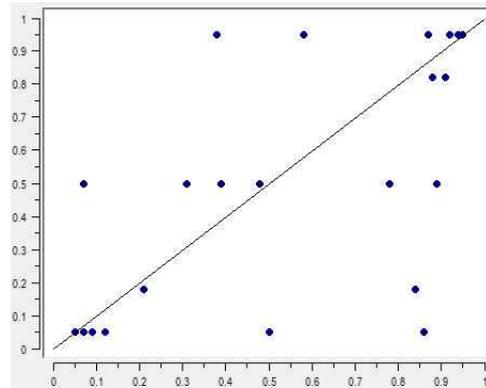
산점도 9 부패통제지수와  
법제도화간의 인과관계



산점도 10 ~부패통제지수와  
법제도화간의 인과관계

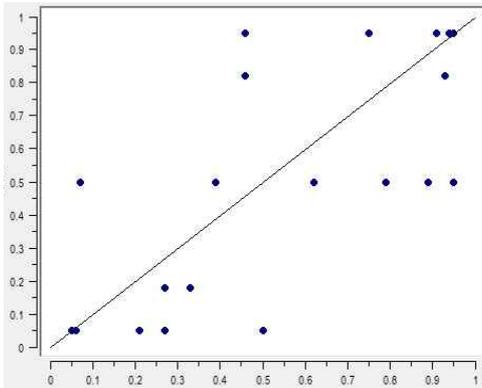


산점도 11 부패통제지수와  
~법제도화간의 관계

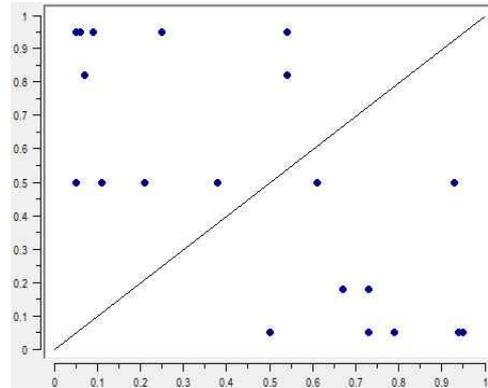


산점도 12 ~부패통제지수와  
~법제도화간의 관계

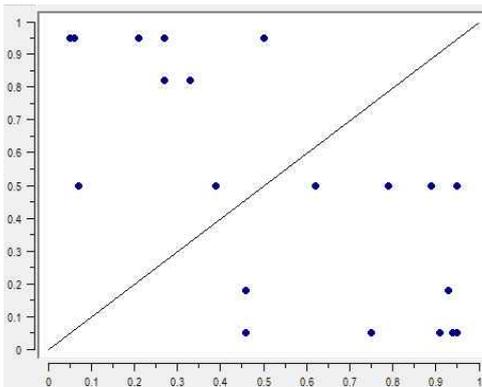
■ 시민적 자유



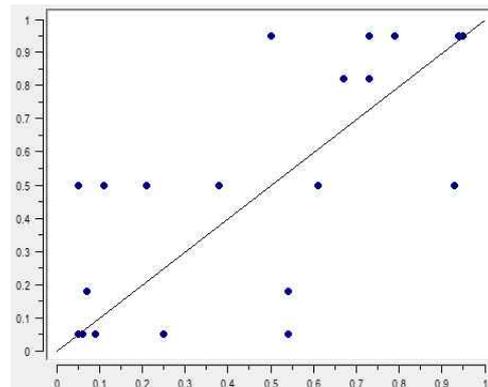
산점도 13 시민적 자유와  
법제도화간의 인과관계



산점도 14 ~시민적 자유와  
법제도화간의 인과관계

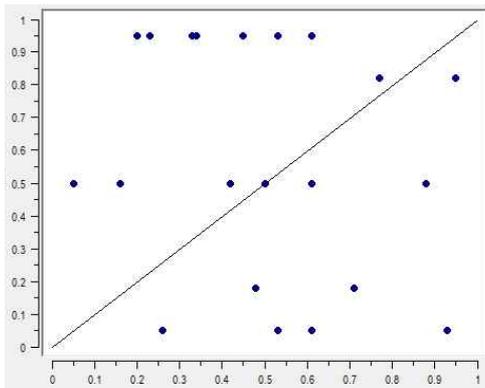


산점도 15 시민적 자유와  
~법제도화간의 관계

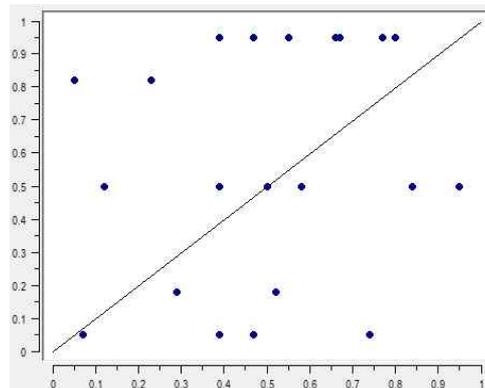


산점도 16 ~시민적 자유와  
~법제도화간의 관계

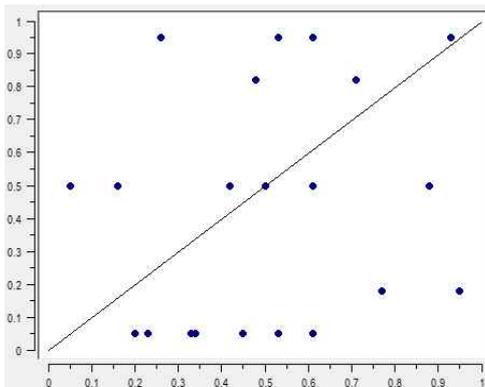
■ 이슈 현저성



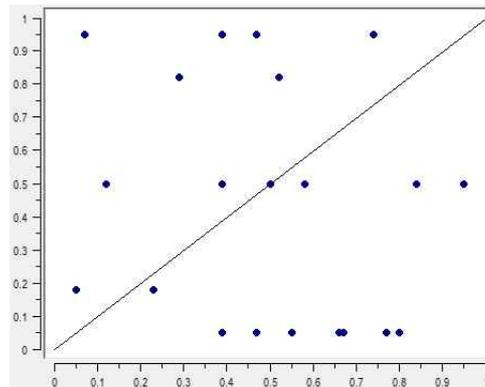
산점도 17 이슈의 현저성과  
법제도화간의 인과관계



산점도 18 ~이슈의 현저성과  
법제도화간의 인과관계



산점도 19 이슈 현저성과  
~법제도화간의 관계



산점도 20 ~이슈 현저성과  
~법제도화간의 관계

## ABSTRACT

### **A study on the legal system of universal health coverage of the post-socialist countries in preparation for the unification of the Korean peninsula**

- Focusing on Fs/QCA analysis for 23 countries -

Choi, Sungkyoung  
Dept. of Medical Law and Ethics  
The Graduate School  
Yonsei University, Seoul, Korea

This study begins with the question of why institutionalization of the universal health system in different forms at different times, despite the fact that the socialist countries experienced the transition at the same time in the early 1990s. For this purpose, fs/QCA and comparative institution analysis were used and the implications for North Korea were sought based on the results. First, the fuzzy set ideal type analysis was carried out after three axes as health level, economic level, and social level were set. As a result, a total of five types were derived. The 'fulfillment type' includes the Baltic States, Yugoslavia, and Visegrad countries that are promoting and stably implementing law on universal health coverage. The 'deficient type' includes the Caucasus three countries and the Central Asian countries, which have not yet institutionalized the law or have not yet implemented it. Bulgaria is the 'health & society type', Belarus and Ukraine are the 'health & economy type', and Kazakhstan is the 'economic type'. Next, Fs / QCA was conducted to examine the factors influencing institutionalization of the universal health coverage law. As a result

of analysis, the combinations of causal conditions promoting legal institutionalization were [health level\*economic level\*civil liberty\*corruption control], [~health level\*~economic level\*civil liberty\*corruption control\*issue remarkability], and [health level\*civil liberty\*corruption control\*~issue remarkability]. Conversely, the combinations of causal conditions limiting the institutionalization of the law were [~health level\*~economic level\*~corruption control\*~issue remarkability], [~health level\*economic level\*~civil liberty\*corruption control\*~issue remarkability], and [~health level\*~civil liberty\*~corruption control\*issue remarkability]. Next, comparative institution analysis were conducted to examine the contents that were difficult to grasp by quantitative research. As a result, the characteristics of the countries that have promoted the universal health coverage legislation quickly are that the public and the medical profession have claimed the right to health insurance directly and the government has been actively interested in this policy. However, in countries that did not, legal institutionalization was established mainly with the help of international organizations, but there were many countries that were either discarded or not yet implemented. In addition, even if the universal health insurance system was implemented, it was confirmed that there is a difference in health level due to differences in health level before the transition, social factors such as social inequality, and the proportion of health insurance premiums in total health expenditure. Also, as a result of classification according to the type of healthcare system, the fulfillment type country follows NHS type. However, in the remaining countries, Public-sector health expenditure as % of total health expenditure is low and public hospitals are high. This is not the type of existing healthcare system. This seems to be due to the low level of overall governance including the economic level of the country and the health care system, as well as the remnants of the Semashko system. At present, North Korea has lower economic and social level and higher health level than deficient type countries. In other words, it is predicted

to be between the deficient type and the health & society type. However, most of countries in two type did not introduce universal health coverage system or introduced it passively and gradually. In addition, North Korea is closer to the combination of causal conditions that restrict universal health coverage legislation than the combination of causal conditions that promote universal health coverage legislation. Therefore, if North Korea starts to regime change immediately, it is unlikely to establish a universal health coverage system. However, while the level of health is difficult to improve in a short period of time, the economic or political situation has the potential to be radically improved by various internal and external factors. In particular, if social conditions such as corruption control and civil liberty are first improved, it is predicted that there will be a possibility of creating an environment in which the institutionalization of the universal health coverage law is introduced swiftly. And if the positive economic situation and the correct governance are supported, the introduced legislation can be effectively and continuously operated.

---

Key words: Comparative institution analysis, Fuzzy-set/qualitative comparative analysis (fs/QCA), Healthcare system, Legal system on universal health coverage, North Korea, Post-socialist countries, Semashko system, unification of Korea