특별섹션1주제

한국의 이익집단과 사회복지

원 석 조*

< 목 차 >

1. 서론
2. 이익집단과 사회복지
3. 이익집단의 역할을 대신한 의료보험 노조
4. 정부의 역할을 대신한 시민단체
5. '이익집단의 왕' 의사단체
6. 결론

1. 서론

이익집단이 회원들의 이익을 지키기 위해 노력하는 것은 자신의 존재 이유이다. 그 과정에서 다른 이익집단과 갈등하기도 하고, 필요하다면 정부나 의회를 상대로 로비를 벌이기도 하며(불법적이지만 않다면), 경우에 따라선 정부와 대립하기도 한다. 길드의 오랜 전통을 지닌 서구에서 이는 지극히 당연한 일이다. 실제로 이익집단들이 국가의 사회복지정책에 미친 영향은 그 사례를 일일이 열거하기 어려울 정도로 많다.[1)]

* 원광대학교 복지보건학부 교수

1) P. Baldwin, *The Politics of Social Solidarity : Class Base of the European Welfare State 1875-1975*, Cambridge : Cambridge Univ. Press, 1990. 이 책은 덴마크, 스웨덴, 독일, 영국, 프랑스 등 서유럽 국가가 19세기 후반부터 1970년대까지 연금, 의료보험, 산재보험 등 주요 사회보험을 도입하고자 했을 때 계급과 계급 분파의 이익을 대변한 이익집단과 계급정당이 취한 입장과 활동을 자세히 서술하고 있다.

그러나 우리 나라의 경우, 국가의 사회복지정책 결정에 이익집단이 중요한 역할을 한 적이 별로 없었다. 사회복지 부문은 그 영역이 넓고 다양하여 관련 이익집단의 수가 적지 않음에도 불구하고, 사회복지정책과 관련된 이익집단들 중 정부의 정책결정에 영향을 줄 정도로 강한 힘을 보유한 이익집단이 없었고, 그런 의지도 약했던 것이다.

그렇다면, 이렇게 우리 나라 사회복지 관련 이익집단이 제 구실을 못 했다 해서 그들을 탓해야 할까? 그렇지 않다. 거기에는 그들의 의지와는 무관한 정치적인 이유 즉, 이익집단의 성장·발전에 대한 독재 정권의 의도적인 통제와 왜곡이 있었기 때문이다. 우리가 익히 알고 있듯이, 정치적 정통성(legitimation)이 취약했던 역대 독재 정권들은 민주화를 요구할 가능성이 큰 직업집단이 조직화·활성화하는 것을 억압했으며, 기존의 이익집단들도 자신들에게 순응토록 어용화·편제화(regimentation) 했다. 노동단체는 물론 의사나 약사 등 직능단체의 대표들에게 국회의원 자리를 '선사'함으로써 이익집단의 대표를 정권의 일원으로 흡수(co-optation)했던 것이 좋은 예이다. 이런 상황에서 직업집단이 이익집단을 결성하기도, 이익집단을 통해 자신들의 이익을 관철시키기 위해 노력하기도 어려울 수밖에 없었다.

그런데, '문민정부'와 '국민의 정부'가 연이어 들어서고 민주화가 진행되면서 상황이 바뀌고 있다. 그간 독재 정권에 의해 억압되었던 여러 이익집단들의 다양한 요구가 분출되고 있으며, 집단이익들간의 상충과 그로 인한 물리적 충돌도 왕왕 발생하고 있다. 그 중에서도 한약 제조권을 놓고 한의사와 약사가 갈등을 벌여 한약사제도의 신설과 학생들의 대규모 유급사태를 불러온 한약분쟁과 의약분업을 놓고 의사와 약사가 갈등하고 나아가 의사가 정부와 충돌하여 의료기관의 폐업과 재폐업 사태를 야기한 의약분쟁이 가장 대표적이다. 이로 인해 우리 사회에서 새삼 이익집단의 위상과 이익집단과 국가정책의 관계에 대한 관심이 고조되었다.

본고는 우리 나라의 이익집단과 사회복지의 관계에 대해 살펴보는 데 목적이 있다. 이를 위해 필자는 사회복지 부문에서의 이익집단의 역할을 중심으로 고찰하되 그 특이성에 초점을 두고자 한다. 말하자면, 우리 나라 이익집단과 사회복지의 관계는 이익집단론에서 말하는 일반적인 사항과 상당히 다른, 주목할 만한 점이 존재한다는 것이다. 그것은 다음과 같은 세 가지 점으로 정리할 수 있다.

첫째, 사회보험 노조의 역할이다. 사회보험 노조란 사회보험 기구에서 일하는 노동자들의 조직을 말하는데, 지역의료보험 노조(현 사회보험 노조)와 직장의료보험 노조가 대표적이다. 주지하듯이, 이들 두 노조는 의료보험 가입자들의 이익 수호를 명분으로 오랫동안 의료보험 통합 논쟁에서 아주 중요한 역할을 수행했고, 지역의료보험 노조의 경우 현재도 지역의료보험 재정의 절반을 정부가 부담하도록 줄기차게 요구하고 있다. 이들이 가입자들의 이익을 위해 노력하

는 것이 일견 당연한 것 같이 보이지만, 사실은 그렇지 않다.[2] 의료보험 노조는 가입자들보다는 의료보험 종사자들의 이익집단이어야 한다. 의료보험 노조가 가입자들을 위해 투쟁하는 것은 은행원 노조가 은행원이 아닌 고객의 이익을 위해 투쟁하는 것에 비유할 수 있다. 서구의 경우, 사회보험 가입자들의 이익은 노동자, 공무원, 도시자영인, 농민 등 직업 범주별로 결성된 이익집단들과 정당(대부분 계급 정당)이 대변하고 있다. 여하튼, 사업장 노조가 아닌 사회보험 노조가 가입자들의 이익집단 역할을 수행하는 것은 매우 특이한 현상이라 하지 않을 수 없다.

둘째, 시민단체의 역할이다. 이익집단론에 따르면, 이익집단간의 이익을 상충하는 것은 정부이다. 정책을 최종적으로 결정·집행하는 정부가 중립적인 입장에서 상충하는 이익을 합리적으로 조정하는 것이 순리적이고 또 설득력이 있다. 그것은 현대 민주 정부의 주요한 책무이다. 그런데, 우리 나라에서는 정부의 이런 갈등 조정 역할의 상당 부분을 시민단체들이 대신하고 있다. 한약분쟁과 의약분업 갈등에서 보여준 시민단체의 조정 활동이 바로 그것이다.

셋째, 의사단체의 특권적 위상이다. 수많은 이익집단 중 유독 의사단체의 파워가 강하다는 것이다. 물론 의사단체의 역량은 세계 어느 나라에서건 막강한 것이 사실이다. 그러나 우리 나라는 특히 더 강한 힘을 보여주고 있다. 해방 이후 지금까지 정부의 간섭을 배제한 자유방임주의 보건의료정책이 일관되게 시행되고 있고, 민간 의료기관의 비중이 턱없이 큰 대신 공공부문의 비중은 보잘것없으며, 의약분업 파동에서 보듯이 자신들의 이익을 위해 국가정책의 큰 틀마저 바꾸는 엄청난 위력을 과시했던 사실 등에서 이를 잘 확인할 수 있다.

2. 이익집단과 사회복지

이익집단이란 "공통의 목적을 가지고 공공정책에 영향을 미치기 위해 노력하는 개인들의 조직체"를 말한다. 사회복지정책을 이러한 이익집단들간의 갈등과 타협의 산물로 간주하는 게 이익집단론(interest group theory)이다.

경제발전과 민주주의의 진전과 함께 이익집단들의 요구는 커지고 다양화해지는 것은 세계 어느 나라에서나 나타나는 공통된 현상이다. 보통 이익집단 하면 노동조합이나 경영자단체 그리고 의사나 변호사와 같은 직능단체가 먼저 연상된다. 하지만, 이제 이익집단은 계급이나 직능

2) 지역의료보험노조가 민주노총에, 직장의료보험 노조가 한국노총에 소속되어 있고, 두 사회보험 노조가 이 두 상급단체의 이름으로 대중집회나 성명서 발표 등의 활동을 벌였기 때문에 두 사회보험 노조의 활동이 일반 노동조합의 활동으로 비춰지기 쉬웠다. 그래서 그 특이성에 아무도 주목하지 않았던 것 같다.

을 넘어 연령, 인종, 언어, 종교를 중심으로 결성되기도 한다. 퇴직한 노령층의 이익집단화가 좋은 예이다. 이들은 숫자도 많고, 투표율도 높으며, 정치적으로 활동적이다.

그리고 이익집단은 경제적 다양화와 정치적 민주화의 결과로만 결성되는 게 아니라 역동적인 집단행동으로도 조직되고 또 조직력이 강화된다. 공통의 이익을 중심으로 집단이 형성되고, 이들 집단의 행동을 통해 이익을 관철시키게 되면, 집단 역동성은 더욱 강해진다.

이익집단의 성장은 정부 지출의 증대를 가져오는 경향이 있다. 다시 말해서, 이익집단이 구성원들의 집단이익을 실현하기 위해 국가에 대해 가하는 압력은 결국 복지비의 증대를 가져온다는 것이다. 자유민주주의는 선거를 통한 경쟁을 통해 제도적 질서를 만들어 가는 체제라 할 수 있다. 정당은 정책을 형성하는 집단이라기보다는 선거에서의 승리를 위해 모인 느슨한 연합체에 가깝다. 이때 잠재적인 이익집단이 정치 지도자를 중심으로 조직화되고, 그 대표자를 통해 자신들의 이익을 실현시키고자 선거에 조직적으로 참여한다면 상당한 힘을 발휘하게 되는 것이다. 이런 점에서 정부 지출은 이익집단들이 자신의 이익을 실현하기 위해 벌이는 정치적 단체활동의 정치적 과정이다.(Pamel & Williamson, 1992: 38-40)

한편, 이익집단론에서 중시하는 것이 정부의 역할이다. 이익집단론은 기본적으로 사회는 안정되어 있고, 권력은 분산되어 있어 한 집단(또는 계급)이 지배적인 권력을 행사할 수 없다고 전제하기 때문에 다양한 이익집단들의 이익상충을 조정하는 데 있어 정부의 역할이 중요하다. 예컨대, 보건의료 분야에서 의료 소비자인 국민과 그 생산자인 의료전문직간의 갈등을 중재하여 타협에 이르게 하는 게 국가의 임무인 것이다. 이때 국가는 중립적이어야 함은 물론이다. 그러므로 국가가 비중립적이고, 국가가 중재하는 경우라도 대중의 이익보다는 국가 자체의 이익을 더 중시한다는 비판과 권력이 분산되어 있지 않다는 반론이 제기될 수 있다.(Lowe, 1993: 27-28)

이익집단론은 제도를 놓고 서로 다른 이해를 가진 집단들이 행사하는 영향력을 분석하고, 각 집단들의 이해관계를 적절히 폭로함으로써 정책과 이익집단들의 관계를 근본적으로 파악할 수 있으며, 나아가 이익집단들의 영향력 행사 양상을 생동감 있게 포착할 수 있게 해주는 장점이 있다. 그러나 계급과 대비해 보면 취약점이 드러난다. 즉, 이익집단론에 의하면, 권력은 적대적인 계급으로 구분되는 것이 아니라 국가와 정권을 포함한 권력을 둘러싸고 경쟁하는 여러 집단으로 구성된다. 이 말은 권력의 한 범주로서의 계급을 경영자, 노동조합, 정당, 정부기구 등으로 대치한다는 것을 의미한다. 이것은 계급간의 갈등이나 투쟁이 압력집단간의 소전투로 환원되는 결과를 낳는다. 다시 말해서, 복지국가와 복지국가 내의 다양한 사회복지정책들은 자본과 노동간의 대립이 아니라 관련된 다양한 이익단체들간의 대립과 타협의 산물로 해석되는 것이다. 예컨대, 보건의료분야에서의 위기는, 의사나 약사 등 몇몇 집단이 행사하고 있는 지배력과 전문적

지식 및 제도적 통제를 통해 자기 권력을 제도화하여 자기 이익에 가장 적합한 환경을 조성하려는 데서 오는 사태로 간주된다. 계급을 이익집단으로, 계급갈등을 이익집단간의 갈등으로 대치하는 것은 대중의 관심을 특정 쟁점(예컨대, 보건의료 부문)에만 집중하게 만들어 위기에 처한 것은 그 부분만이 아니란 사실을 망각하게 만든다. 이런 인식은 자본주의의 계급권력관계를 초월하여 자본주의를 강화하는 데 자신도 모르게 봉사한다.(나바로, 1989: 9-12)

다른 한편, Janowitz는 "1945년 이후 복지국가의 성장에서 계급의 영향은 줄어든 반면 특정한 직업집단의 이익을 대변하는 압력집단(pressure-group)의 영향은 점점 더 커졌다"고 말한 바 있다.(Janowitz, 1976: 75) 복지국가 성립 이후 국가정책에 대한 영향력에 있어서 계급보다는 이익집단의 힘이 더 강해졌다는 말이다. 그러나, 사회복지정책에 있어서 이익집단의 비중과 위상이 매우 크다는 점을 강조하는 말이라면 몰라도 이익집단의 힘이 계급보다 더 강하다는 것은 수용하기 어렵다.

코포라티즘(corporatism) 때문에 그렇다. 코포라티즘이란 거대한 노조(계급)가 출현하여 사용자와 대등한 수준에서 임금·근로조건 등 노사간의 주요 현안을 협상하고 정부가 이를 중재하며, 나아가 정부와 노사간의 현안인 물가와 복지 등의 문제를 상의·결정하는 삼자협동주의(tripartism)가 정착된 2차 세계대전 이후 서구 사회의 특징을 지칭한다. 삼자협동주의의 양 당사자인 노조와 자본가단체는 이익집단에서 말하는 평범한 이익집단에서 국가정책을 좌지우지할 정도로 거대한 힘을 가진 '통치기구'(governing institutions)로 변화되었다. 이들 기구는 강력한 권력을 보유하면서 그들 자신의 회원들을 자체적으로 통제하게 되고 따라서 대중의 소요사태를 최소화할 수 있었다.(Lowe, 1993: 29) 국가적 현안이 이렇게 의회 밖에서 삼자에 의해 결정되자 의회의 정책결정권한이 상당히 약화되었으며, 이런 정책결정구조는 사회복지정책의 확대·발전에도 큰 영향을 주었던 것이다. 여하튼, 전후 코포라티즘 체제의 구축은 국가 정책에 대한 영향력에서 이익집단보다는 계급의 힘이 훨씬 강해졌다는 것을 의미한다.[3]

3. 이익집단의 역할을 대신한 의료보험 노조

우리 나라의 여러 사회복지제도들이 신설되거나 구조적인 변화를 겪을 때 관련 이익집단들의 역할은 대단히 미약했다. 이를 우리 나라 사회복지의 주요한 특징 중 하나라 해도 틀린 말이

3) 그러나 1970년대 후반부터 대처리즘으로 대표되는 신자유주의가 맹위를 떨치면서 코포라티즘 체제는 해체되고 말았다.(Kavanagh, 1990: 12-13)

아닐 것이다. 물론 이익집단의 활동이 비교적 활발했던 경우도 있었다. 의료보험 통합운동에 상당한 영향력을 행사한 농민단체, 여성에 대한 사회적 차별을 철폐하는 데 앞장섬으로써 여권신장의 가시적인 성과를 쟁취한 여성단체, 중소 자본의 반대를 뚫고 고용보험을 신설(1993년 법제정, 1995년 시행)하는 데 결정적인 역할을 한 노동단체, 노인복지법과 장애인복지법의 제정에 영향력을 행사한 노인단체와 장애인단체 등이 그것이다.

그럼에도 불구하고, 우리 나라에서 이익집단이 사회복지제도의 변화(특히, 발전)에 큰 역할을 했다고 믿는 사람은 거의 없다. 이유는 자명하다. 관련 이익집단들이 개별 회원들의 요구를 민주적으로 잘 수렴하고, 권력에 아부하기보다는 회원들의 요구에 의거해 활동하고, 이를 바탕으로 사회적으로 비중 있는 사회단체로 인정받았다면, 그들의 이해관계가 직결된 사회복지제도의 수준이 현재와 같을 수가 없기 때문이다. 다시 말해서, 노인단체가 제 역할을 다 했다면, 노령수당이 도입되지 않았을 리 없고, 여성단체가 제 역할을 다했다면, 아동수당이 도입되지 않았을 리 없고, 노동단체가 제 역할을 다했다면, 사회보험의 수준이 현재와 같을 리가 없고, 장애인단체가 제 역할을 다 했다면, 장애인복지수준이 현재와 같을 리가 없다는 것이다.

이렇게 사회복지제도에 있어서 이익집단들의 역할이 미미했기 때문에 이익집단이 해야 할 일을 다른 집단이 대신해 주는 상황이 발생했다. 가장 대표적인 사례가 의료보험 통합운동에서의 의료보험 노조의 활동이다.

의료보험 통합 문제는 직장과 지역의 의료보험조합들과 공무원교직원 의료보험을 조직적·재정적으로 통합하자는 것으로서 농민, 자영인, 봉급생활자 그리고 고소득자와 저소득자간의 부담의 형평성 문제가 최대 쟁점이었다. 이 경우 서구에서였다면, 농민은 농민단체가, 도시 자영인은 도소매음식숙박업 자영인단체가, 봉급생활자는 노조와 노총이, 공직자는 공무원 노조가 이익단체로서의 역할을 수행했을 것이다. 그리고 이들 이익집단에 지지기반을 가진 정당들이 나름대로 활동했을 것이다. 그러나 우리 나라는 전혀 그렇지 않았다. 카톨릭농민회나 기독교농민회 등과 같은 농민단체가 농민의 이익을 위해 의료보험 통합운동에 적극 동참한 것은 사실이다. 그러나, 도시 자영인의 이익을 대변해야할 이익집단들(도소매음식숙박업 관련 협회들)은 의료보험 통합 논쟁에 아무런 역할도 하지 않았으며, 화이트칼라나 블루칼라의 이익집단인 노조도 매우 소극적이었다. 이런 가운데 지역의료보험조합의 노동조합 즉, 기업의 노동조합이나 그 상급단체인 노총이 아니라 사회보험기구에서 일하는 노동자들의 노동조합이 의료보험 통합운동에서 이익집단의 역할을 수행하였던 것이다.

지역의료보험 노조(현재 사회보험 노조, 1988년부터 의료보험조합 노조 조직, 1989년 지역의료보험노조전국협의회 결성)는 1988년 농어촌 의료보험이 시행된 직후 벌어진 민중들의 의료보

험 시정운동에 적극 참여함으로써 의료보험 통합운동에 나서기 시작하여 1999년 의료보험이 완전 통합될 때까지 많은 해직자와 구속자를 낼 정도로 열심히 투쟁했으며,[4] 의료보험 통합에 실질적으로 기여했음은 잘 알려져 있다.(원석조, 1990)(전국의료보험노동조합, 1999) 또한 현재까지도 지역주민(농민과 도시 자영인)의 보험료 부담 경감을 위해 정부의 재정지원 확대(재정의 50%)를 줄기차게 요구하고 있다. 반대로 직장의료보험노조는 의료보험 통합 반대운동을 강력하게 전개했다. 이 노조는 처음부터 의료보험 통합의 저지를 위해 조직되었으며, 시민들의 서명을 위조하여 국회에 청원할 정도로 총력을 다한 사실은 유명하다.[5]

그런데, 의료보험노조의 의료보험 통합운동이나 통합저지운동처럼 사회보험 가입자들의 이익집단이나 이들의 이익을 대변하는 정당이 아닌 사회보험 기구의 노조가 가입자들의 이익을 위해 대 정부 투쟁이나 입장이 다른 이익집단과 대립한 것은 세계적으로 그 예를 찾기가 어렵다.

우리 나라의 의료보험 통합 논쟁과 가장 유사한 예로는 2차 세계대전 직후 프랑스 정부가 시도한 사회보험 개혁을 들 수 있다. 당시 프랑스 정부는 사무직, 육체 노동자, 농민, 도시 자영인 등 여러 직업집단별로 분산된 사회보험들을 하나로 통합하려 했는데, 이에 대해 농민단체는 농민의, 사무직 노조는 사무직의, 블루칼라 노조는 육체 노동자의, 도·소매상 관련 단체는 도시 자영인의, 의사 등 전문직 단체는 자영 전문직의 이익을 옹호하기 위해 노력했고, 좌우 정당들도 자신들의 주요 지지기반 계급의 이익을 위해 정치적으로 활약했다. 이 과정에서 우리 나라의 경우와 같이 사회보험 기구(또는 조합)의 직원 노조가 나선 적은 전혀 없었다. 그밖에도 서유럽 사회보험의 역사를 보면, 제도의 도입이나 적용 대상의 확대, 관리운영의 개혁을 놓고 가입자 직업집단별로 이해가 상충하는 경우가 무수히 많았지만, 이들 직업집단의 이익을 대변하는 직능단체나 정당 대신 사회보험 기구 직원 노조가 논쟁에 간여한 예는 전혀 없었다.(Baldwin, 1990)

그렇다면, 우리 나라 의료보험 노조의 이런 활동을 아주 비합리적인 것으로 치부해야 할 것

4) 1990년 31명 해고, 1991년 5명 해고, 1992년 4명 구속.(지역 의료보험 노조 내부 자료) 한편, 민노총 소속인 지역의료보험노조는 민노총 내부에서도 손꼽히는 강성 노조이다. 이들은 민노총의 사회보험 관련 강령이나 입장을 대표·대변하고 있으며, 민노총 집회에 이들이 참여해야 대중 집회가 가능하다는 말이 있을 정도로 조합원 동원력도 높다. 그리고 자신들의 특징으로 소수정예주의를 꼽고 있는데, 이 때문에 강력한 투쟁력과 조직력 및 규율을 유지할 수 있다고 자평하고 있다.

5) 필자는 작년 10월 직장의료보험 노조가 통합을 반대하는 논리의 허점을 지적하는 글을 한겨레신문(논단)에 기고했다가 직장의료보험노조로부터 엄청난 협박을 받아 며칠간 경찰의 신변보호를 받은 적이 있다. 건강연대와 지역의료보험 노조에서 이를 규탄하는 성명을 내기도 했다. 이를 통해 이들의 통합 반대 의지의 강도를 충분히 짐작할 수 있다.

인가? 지역과 직장 두 노조가 통합 또는 통합 반대를 주장하면서 조합원들의 이익(즉, 임금, 승진, 고용불안 등)은 뒤에 놓은 채, 통합에 따른 전체 사회의 복지와 효율 그리고 가입자들의 손익만 전면에 내세운 것은 좋게 평가할 수 없다. 특히, 직장 의료보험 조합의 경우 시민들의 서명용지를 조작한 것은 노동운동에서 있을 수 없는 아주 부도덕한 일이었다.(당시 민주노총의 성명서 내용 참조)

노조는 조합원들의 이익을 지키기 위해 존재한다. 따라서 의료보험 노조가 제도적 통합으로 인한 고용불안이나 임금과 지위 상의 중대한 변화에 대응하기 위해 통합 또는 통합 반대를 위해 투쟁하는 것은 너무나도 당연한 일이다. 이는 임금이나 근로조건을 놓고 노조가 단체협상 또는 쟁의를 벌이는 것과 다를 바 없다. 따라서 이를 비난할 사람은 별로 없을 것이다. 그럼에도 두 노조는 그렇게 하지 않았다. 아마도 시민들의 복지나 이익이라는 보다 차원 높은 명분을 투쟁의 전면에 내세우는 것이 자신들에게 유리하다고 판단해서 그랬을 것이다.

그렇지만 필자는 두 노조의 이런 입장을 이해한다. 만약, 우리나라에도 서구와 같이 힘있는 계급 정당이 존재하여 각 계급 또는 계급 분파들의 이익을 정치적으로 대변해 주었거나, 직능단체들이 어용화 되지 않고 실질적으로 회원들의 이익을 수호하기 위해 노력해 왔다면, 전술한 대로 은행원 노조가 은행원이 아니라 고객들의 이익을 위해 투쟁하는 것과 같은 부자연스런 일은 일어나지 않았을 것이기 때문이다.

여하튼, 지역의료보험 노조가 농민과 자영인의 이익을, 직장의료보험 노조가 봉급생활자의 이익을 대변하여 대 정부투쟁을 전개하고, 시민들로부터 지지를 호소한 것은 사회보험제도에서 노조 또는 노총이 해야 했을 이익집단의 역할을 대신한 것으로 매우 특기할 만한 일일뿐더러 우리 나라에서 사회보험에 대한 노조의 역할과 책임을 살피는 데도 큰 의미를 갖는다.[6]

사회보험은 그 주된 대상자가 노동자이고, 재정의 상당 부분을 노동자가 부담한다는 점에서

6) 한편, 진보적인 보건의료단체들도 의료보험 통합운동에서 사회보험 노조와 같이 이익집단의 역할을 대신했다. 인도주의실천의사협의회, 건강사회를 위한 치과의사회, 건강사회를 위한 약사회, 참된 의료실현을 위한 청년한의사회 등 진보적인 보건의료단체들은 독자적으로 또는 서로 연대해서 의료보험의 통합을 위해 헌신적으로 줄기차게 투쟁(거리투쟁은 물론 공청회, 성명, 신문 기고 등 다양한 활동)하여 의료보험 통합에 크게 기여했음은 잘 알려져 있다. 이들은 의료보험의 통합이 의료보험 가입자 중 농민과 저소득층 등 경제적 약자 집단에게 유리하다고 판단했다. 따라서 이들은 경제적 약자 집단의 이익집단의 역할을 대신해 준 셈이었다. 그리고 이들 보건의료단체들이 보건의료 전문직을 회원으로 하고 있기 때문에 보건의료 부문의 이익집단으로 간주할 수도 있다. 그러나, 이들은 자신들과 같은 전문직인 의사, 치과의사, 약사, 한의사의 이익을 대변하기 위해서가 아니라 그런 전문직 내의 진보적인 부분의 결사체로서 민주화와 올바른 보건의료 시스템을 위해 조직되었다. 실제로 이들은 보건의료 전문직의 이익을 위해 노력한 적이 없다. 민주주의와 시민들의 복지를 위한 제대로 된 보건의료를 강령으로 삼아 노력해 왔다는 점에서 이들 단체는 시민단체에 가깝다.

이에 대한 노동자들의 이해관계는 적지 않은데도 불구하고, 지금까지 우리 나라의 노조는 사회보험에 관련된 노동자 계급의 이익을 지키는 데 무관심했다.[7] 자유당 정권과 그 이후의 독재정권 하에서 노조는 생존 그 자체가 가장 큰 관건이었으므로 노동자들의 복지 요구를 대변하는 데는 아무래도 관심이 덜 할 수밖에 없었을 것이다.

그런데, 최근 들어 노조의 사회보험에 대한 태도가 변하고 있는 것 같다. 말하자면, 노조가 사회보험에 대해 적극성을 보이기 시작했다는 것이다. 그 시발은 1990년대 중반에 있었던 고용보험 논란이었다. 당시 노동단체는 고용보험의 도입을 강력히 요구하여 중소자본의 거센 반대에도 불구하고 고용보험이 관철되는 데 결정적인 영향을 미쳤다. 그리고 '국민의 정부'가 만든 노사정위에 노총과 민주노총이 참여하여 의료보험의 통합과 4대 사회보험의 통합과 같은 굵직한 정책결정을 이끌어 낸 것도 괄목할 만한 일이다. 이전까지 노조가 각종 사회보험의 도입과정에서 거의 역할을 하지 못했던 것에 비하면 큰 변화라 하지 않을 수 없다.[8]

4. 정부의 역할을 대신한 시민단체

시민단체는 계급적 이해관계가 아닌 인류 보편의 다양한 요구를 시민사회(civil society)[9]의

7) 한국노동사회연구소 김유선 부소장은 "한국의 노동운동은 1987년까지 사회보장제도의 제정·시행 과정에 전혀 개입하지 못 했다"고 단정하고 있다.(김유선, 1999) 여기서 말하는 1987년이란 동년 7·8월 노동자대투쟁을 계기로 결성된 민주노조 진영이 의료보험 통합 투쟁을 전개하고, 전노협이 실업자 생활대책, 고용안정, 공공임대주택제도의 확립, 무상의 의무교육과 의료보장제도 등등의 사회복지대책을 투쟁의 목표로 삼았던 사실을 의미한다. 그러나 이러한 것들을 노동운동 측이 사회보험에 본격적으로 간여한 근거로 보기는 어렵다. 이보다는 1993년 민주노총의 전신인 전국노동조합대표자회의가 출범하면서 한국노총과 함께 고용보험의 도입을 요구한 것을 그 시발점으로 보아야 할 것이다.

8) 서구의 복지국가는 노동조합의 작품이라고 해도 과언이 아니다. 말하자면, 복지국가는 조직노동의 투쟁의 산물로서 노동자 계급의 끈질긴 요구투쟁을 통해 위로부터 아래로의 진정한 양보를 이끌어냄으로써 가능했다는 것이다. 이를 계급투쟁론 또는 노동자해석론(laborist interpretation)이라고 한다.(Baldwon, 1990: 41-43)

9) 시민사회는 원래 국가와 동일한 의미로 사용되었으나 자본주의의 진전과 부르주아 세력의 확대와 함께 국가로부터 분리되었으며, 나아가 국가(초기에는 주로 독재국가)에 대립되는 개념으로 자리잡았다. 그리고 시민사회는 비정부영역이라는 점에서 부르주아 사회의 계급 개념과 중첩된다. 그래서 Poulantzas 같은 이는 시민사회 개념 자체를 인정하지 않는다.(어리, 1994: 제2장 참조) 그러나 계급의 대립 축이 부르주아지 vs 프롤레타리아트라면, 시민사회의 대립 축은 국가 vs 시민사회란 점에서 분명한 차이점이 존재한다. 실제로 시민사회는 1970년대 이후 서구의 '신사회운동'에서 보듯이 계급적 이해관계를 넘어 평화, 환경, 인권, 소외의 극복 등 인류의 보편적인 쟁점들을 중심으로 자발적으로 사회운동을 전개했으며, 그 주체도 전통적인 노동자계급이 아니라 신·구의 중간계층과 가정주부, 학생, 실업자 등 주변적 집단이었다.(한국정치연구회, 1993: 308-339) 오늘날, 시민사회는 시장경제를 중요 요소로 하는 사적 영

입장에서 관철시키기 위해 주로 정부를 상대로 비정치적 운동을 전개하는 시민들의 자발적·비공식적 조직이다.

우리나라의 경우, 시민단체는 1987년 6월 대항쟁을 고비로 계급중심적 사회운동이 탈계급적 시민운동으로 변화되면서 등장하기 시작하여(1989년 경실연, 1993년 환경운동연합, 1994년 참여연대 결성), '문민정부'를 거치면서 괄목할 정도로 성장·발전했으며(조대엽, 1999: 190), '국민의 정부' 들어 국정의 파트너라 해도 과언이 아닐 정도로 정치적 비중까지 높아졌다. 이들은 환경, 인권, 부정부패, 부정의 등 여러 쟁점에 대한 활발한 입장 표명과 프로테스트 활동은 시민들의 관심과 지지를 끌어내기에 충분했다.

시민단체들은 시민들의 전폭적인 지지와 그간의 성과를 바탕으로 정부의 각종 정책(특히 사회복지와 환경 부문)에 상당한 영향력을 행사하고 있다. 무엇보다도 정부가 이들 시민단체를 비중 있게 보고 있다. '국민의 정부' 들어 국가적인 쟁점이 있을 때 위원회를 조직하는 일이 많은데, 이때 정부는 거의 예외 없이 유관 시민단체의 대표들을 위원으로 참여시키고 있는 데서 이를 잘 확인할 수 있다. 그리고 이와 같이 시민단체가 시민들로부터 전폭적인 지지를 받고 있을 뿐만 아니라 국가 정책에 대한 영향력도 매우 크기 때문에 이익집단들도 시민단체의 입장을 매우 중시하고 있다.

바로 이런 점들 때문에 우리 나라에서는 시민단체가 이익집단간의 조정 역할을 상당 부분 담당하고 있다. 경실련, 참여연대, 건강연대 등과 같은 대표적인 시민단체들은 이익집단들간의 갈등과 대립이 가장 강렬했던 한약분쟁과 의약분업 분쟁에서 조정안을 만들거나 이익집단들이 합의에 응하도록 분위기를 조성하는 데 결정적인 역할을 수행했음은 주지의 사실이다. 그리고 정부가 각종 위원회에 시민단체의 대표를 적극적으로 참여시키는 이유도 이들의 갈등 조정 역할을 인정하고 또 기대하기 때문이다.

그런데, 전술한 이익집단론에 의하면, 이익집단들간의 이익 상충은 정부가 조정한다. 사회복지정책을 포함한 국가 정책과 직접 관련된 이해당사자들의 요구를 수렴하고, 그들간의 이해관계가 대립할 경우 중립적인 입장에서 이를 조정하는 것은 현대 민주주의 정부의 기본적 임무 중 하나라는 점에서 이는 당연한 일이다. 따라서 정부가 해야 할 이익집단 이해관계 조정 역할을 시민단체가 상당 부분 대신하고 있는 것은 우리 나라의 특이한 현상이라 하지 않을 수 없다.

그 이유를 우리는 시민들의 정부에 대한 불신에서 찾을 수 있다. 장기간 시민들의 자유를 억압한 독재 정권과 정부 고위 관료들의 만연된 부정부패는 시민들의 정부 불신을 심화시켰다.

역으로서 가족과 사적 결사체를 포함한다.(시민사회=시장경제+사적 결사체+가족)(이기웅, 1992)

반면에, 오랫동안 재야에 몸담고 있으면서 시민들의 권익을 옹호해 왔던 시민사회의 양심적인 인사들이 의식 있고 패기 넘치는 청년들과 힘을 합쳐 시민단체를 결성하고, 그 동안 독재 정권에 의해 억압당했던 시민사회의 다양한 요구들을 대변하고 또 쟁점화시킴으로써 시민사회 내부에 광범위한 신뢰를 구축하는 데 성공했다. 따라서 시민들은 자신들의 요구나 사회적 쟁점에 대한 대응 나아가 이익집단들간의 이익 상충 문제도 정부보다는 시민단체가 나서주길 원하게 되었던 것이다. 게다가 이익집단들도 시민사회의 시민단체에 대한 강한 신뢰와 지지를 무시할 수 없어 시민단체가 이해관계의 조정자로 나설 경우 거부할 수 없었다.

5. '이익집단의 왕' 의사단체

정치적 민주화와 경제적 발전에 따라 이익집단은 더욱 다양해지고 따라서 그 수는 더욱 많아지는 게 상례이다. 이렇게 되면 국가 정책을 놓고 이익집단들간의 이익 상충과 그로 인한 갈등 표출의 가능성이 커진다. 이 경우 어느 이익집단의 파워가 더 강한가 하는 문제가 제기된다.

두말할 필요 없이 자본주의 사회에서는 자본가단체(우리 나라의 전경련, 경총, 상공회의소 등)가 가장 강한 힘을 보유하고 있다. 그 다음은 노조이다. 노조는 1, 2차 세계대전을 거치면서 정권을 좌우할 정도로 힘이 강해졌으며, 사용자(자본)와 정부와 함께 노사정위원회를 구성(코포라티즘) 국가의 주요 정책을 좌지우지한 것은 주지의 사실이다. 이 두 이익집단은 전술한 대로 코포라티즘 체제 아래 평범한 압력집단에서 국가정책을 좌지우지할 정도로 거대한 힘을 가진 '통치기구'로까지 성장했던 것이다. 그러나 1970년대 후반 이후 신자유주의의 역풍을 맞아 코포라티즘이 사실상 해체됨으로써 노조의 힘은 매우 약화되어 현재에 이르고 있다.

한편, 필자는 자본가단체와 노조 다음으로 힘센 이익집단은 가장 대표적인 전문직 직능단체인 의사단체라고 생각한다. 이익집단으로서의 의사단체의 힘을 여실히 보여준 것이 1935년 미국의 사회보장법이다. 이 법의 초안은 연금, 실업보험과 함께 의료보험을 포함하고 있었으나 의사단체의 맹렬한 로비에 걸려 최종 법안에서는 제외되고 말았다. 당시 의료보험 제도가 도입되면 의료수가 등 여러 가지의 이해가 정부에 의해 통제 받을 것을 두려워 한 미국의 의사들은 자신들의 이익집단인 전국의사협회(the American Medical Association)를 중심으로 저지운동을 전개했다. 이들은 의회에 대해 의료보험에 대해 더 연구할 시간을 달라고 하는 한편, 의료보험이 사회보장법안에 포함되면 의회가 법안 전체를 거부하도록 영향력을 행사하겠다고 위협했으며(의료보험을 유력한 보험상품으로 보유하고 있던 사보험회사들도 여기에 가세했다.), 결국 의료보험제도의 성립을 저지하는 데 성공했다.(배영수, 1983: 265)(원석조, 1997)

그렇지만, 의사단체의 힘이 강하다 하더라도 자본가와 노동자와 같은 계급의 힘을 능가할 수는 없다. 루즈벨트 사회보장법 제정 당시 노동자계급을 포함한 시민들이 의료보험을 실업보험이나 연금만큼 강하게 요구했다면(대공황 뒤인지라 이 두 사회보험제도에 대한 시민들의 요구는 매우 강했지만 의료보험에 대한 절실함은 상대적으로 약했다.), 의사단체의 요구가 관철되기는 어려웠을 것이다. 그리고 2차 세계대전 후 영국 노동당 정부가 NHS를 도입하고자 했을 때 의사단체는 매우 강하게 반대했지만, 결국 노동당과 노동당 정부의 대표적인 노동운동 지도자 Bevan 보건장관으로 대변된 노동자계급의 요구 앞에 굴복하고 말았다. 이는 이익집단으로서의 의사단체와 노동자계급의 역관계를 보여준 좋은 사례이다.(원석조, 2000a)

그런데, 우리 나라의 경우는 그런 것 같지가 않다. 의사단체의 힘이 노동단체, 약사단체와 같은 동일 부문 직능단체, 여타의 이익집단들은 물론 이익집단의 조정자인 정부보다 더 강한 것 같기 때문이다. 의사단체의 힘이 막강한 것은 우리 나라의 자유방임주의적 보건의료정책과 최근에 벌어진 의약분업 사태를 보면 잘 드러난다.

주지하듯이 우리 나라 의료기관은 민간이 압도적으로 많다. 1997년 12월말 현재 우리 나라의 병원급 이상 의료기관수는 886개소, 병상 수는 169,968개인데, 이중 민간병원은 820개소로서 전체의 92.6%이고 병상 수는 148,539병상으로서 전체의 87.4%이다.(보건복지부, 1999) 그리고 이런 민간 의료기관의 대부분이 도시에 편재해 있다. 이를테면, 종합병원은 농촌이 도시의 11%, 병원은 28%, 의원은 12%에 불과하고, 농촌지역의 의사 수는 도시의 9%밖에 안 된다. 도시 인구가 농촌 인구의 약 3배란 점을 감안하더라도 농촌의 의료자원은 도시의 1/3에 불과한 것이다.(농림부, 1997: 500) 더욱이 이런 도농간 격차는 더욱 심화되었다. 즉, 지난 10년간(1985-1995년)의 의사 수와 병상 수에 있어 도시는 17,102명, 76,570병상이 증가한 반면, 농촌은 470명, 5,151병상에 불과했다.(보건복지부, 1997, iv)

이와 같이 민간부문에 대한 의존률이 압도적으로 높고, 공공부문의 비중이 극히 낮으며(그나마 보건소, 보건지소, 보건진료소 등 지역보건기관이 대부분), 의료기관이 도시에 지나치게 편중되어 있는 것은 정상적인 일이 아님에 틀림없는데, 이렇게 된 데는 명백한 이유가 있다. 바로 해방 이후 지금까지 관통하고 있는 자유방임주의적 보건의료정책 때문이다. 우리 나라 역대 정부 중 공공 보건의료기관의 확충을 위해 노력한 정부는 없었다. 국민들의 보건의료 욕구의 해결은 사실상 전적으로 민간부문에 맡겨두었던 것이다. 이런 가운데 개별 의사들은 자신이 원하는 곳에서 어떤 형태로던 개업이 가능했다. 또한 진료행위와 환자에게 청구하는 수가는 신성불가침의 영역이었다. 자연히 의사들의 수입은 타 직종을 압도할 정도로 높아졌고, 그에 따라 사회적 지위도 높아만 갔다. 그리하여 의사 사위를 보려면 최소한 열쇠가 세 개 필요하다는 말이 나왔고, 어느 대학이건 의대에 입학하기가 가장 어렵게 되었다. 게다가 평생 진료행위만 해서

병원체인(병원재벌)과 종합대학을 소유하는 의사들마저 출현했다. 이는 세계에서 유례가 없는 일이다. 이렇듯 의사들과 그들의 이익집단(대한의학협회와 대한병원협회)의 힘이 강하다보니 의사들의 이익에 반하는 보건의료정책이 나오기는 대단히 어려웠다. 여하튼, 해방 이후 현재까지 자유방임주의적 보건의료정책이 유지된 것 자체가 의사단체의 힘을 여실히 보여주는 확실한 근거가 된다.[10]

한편, 의사단체의 힘이 극명하게 가시화된 사례로는 최근의 의약분업 사태[11] 만한 것이 없어

10) 혹자는 의료보험의 실시를 들어 의사단체의 힘의 한계를 말할 수 있다. 낮은 의료보험 수가가 의사들의 이익을 결정적으로 저해하고 있는 현실이 그것이다. 그러나 그것은 현재의 상황에 입각한 판단이다. 1977년 처음 의료보험을 도입하고자 했을 때 의사단체는 전혀 반대하지 않았다. 당시는 국민소득이 낮아 의료 요구가 있다하더라도 경제적 형편 때문에 진료를 포기하는 경우가 많았다. 실제 수요가 유효 수요로 전화하지 못 했다는 말이다. 일부 환자는 진료 후 병원에서 도망가기도 했으며, 이런 일이 늘어나자 일부 병·의원에서는 입원 환자에게 선금을 요구했다. 결국, 그럴 능력이 없는 가난한 환자들 중에서 병원을 전전하다 사망하는 일이 몇 차례 발생했다. 당시 박정희 정권은 이런 비인간적인 상황 앞에서 의료보험의 도입을 결심하지 않을 수 없었다. 병·의원들의 입장에서도 의료보험은 의료수요를 사회화하는 제도로서 진료비를 때일 염려를 근본적으로 해결해주고, 나아가 잠재되어 있는 의료수요를 현재화(顯在化)할 게 분명했으므로 반대할 이유가 없었다.

11) 1993년 한약분쟁을 계기로 전문직능간 역할을 명확히 하기 위해 1994년 1월 약사법을 개정하여 의약분업 시행방안에 대한 기본 골격을 마련하고, 1997년 7월에서 1999년 7월 사이에 대통령령으로 정하는 날부터 실시하도록 규정함으로써 의약분업이 본격적으로 쟁점화하기 시작했다. 1997년 12월에는 국무총리 자문기구인 「의료개혁위원회」에서 의약품 분류방식에 의한 단계별 의약분업 실시 기본모형을 건의한 바 있으나 약사회의 반발 탈퇴로 합의에 실패했다. 1998년에는 보건복지부의 주도로 각계가 참여한 「의약분업추진협의회」를 구성하여 제4차 회의(8월 24일)에서 의약분업 시행방안에 합의했다.(1999년 7월 의약분업 실시를 재확인, 주사제 제외, 응급환자 및 입원환자, 의료기관 또는 약국이 없는 지역, 보건소(보건지소) 제외, 병원·종합병원 외래환자는 원내조제실 또는 원외약국을 선택, 의사 처방약은 의사의 사전동의 없이 대체조제 불가. 단, 생물학적 동등성 시험을 거친 의약품은 대체조제 허용 등) 그러나 동년 12월 의사 및 약사단체는 의약분업추진협의회 합의 내용에 대한 회원들의 반발이 거세지자 의사협회·병원협회·약사회가 각각 의약분업 실시연기 청원을 국회에 제출했다. 1999년 3월에는 의사회와 약사회는 의료기관과 약국의 의약분업 준비를 위해 시행시기를 1년 연기하되, 2개월 이내에 시민·소비자단체와 함께 새로운 의약분업 모형을 도출하고 실패할 경우 정부안대로 추진키로 의사회와 약사회가 합의했다. 이에 따라 의원입법으로 정부가 제출한 의약분업 관련 조항의 개정과 부칙중 실시 시기를 2000년 7월 1일로 1년 연기한 약사법을 개정·공포했다. 이와 함께 동년 3월 경실련·참여연대·녹색소비자연대·한국소비자연맹 및 서울YMCA 등 시민단체들이 「의약분업 실현을 위한 시민대책위원회」를 구성하여 의약분업에 적극적으로 간여했다. 이들은 여러 번의 토론과 공청회를 거쳐 5월 10일 의사협회 및 약사회가 합의한 의약분업 시행방안을 정부에 건의하였다. 이들 시민대책위원회가 제안한 안은 병원 외래조제실 폐쇄(외래환자에 대한 원내투약 금지), 보건소(보건지소) 및 주사제도 의약분업 대상에 포함, 처방전은 의사의 선택에 따라 상품명 또는 일반명으로 처방하되, 상품명 처방도 약사가 성분·함량·제형이 동일한 다른 회사 제품으로 대체조제 허용, 약사의 일반의약품 개봉판매 제한, 전문/일반의약품의 재분류 및 의약품 낱알마다 표식 의무화 등을 골자로 하고 있었다. 동년 6월에는 보건복지부 차관을 위원장으로 소비자·시민단체 및 언론계·학계 등 공익대표와 의·약 관련 단체 및 공무원 등 25명으로 구성된 의약분업실행위원회를 조직하여 수 차례의 논의 끝에 9

보인다. 의약분업은 의약품의 오남용 및 약화사고의 예방, 의약품의 적정사용으로 약제비 등 절감, 의약서비스의 수준 향상(의사의 처방과 약사의 조제를 통해 상호 견제·보완하여 의약품 사용을 합리화하고, 국민에게는 양질의 의약서비스를 제공할 수 있는 체계 구축)을 기하기 위해 정부가 추진했다.(안효한, 1999: 355)

그러나 의약분업은 의사들의 이익을 근본적으로 흔들어 놨다. 의료보험을 시작했을 무렵에는 그 대상자가 500인 이상 사업장 근로자들뿐이었으므로 의사들은 나머지 대다수 비보험 환자들로부터 일반수가를 받아 고 수익을 유지할 수 있었다. 그러나 점차 그 대상자가 늘어나고, 나아가 도시·농촌 자영인에게로 확대되면서 상황이 달라졌다. 일반 수가를 받을 수 있는 환자가 단계적으로 줄어든 것이다. 점차 의사들은 보험 약가와 실제 구입 약가의 차액으로 수입의 감소를 보충하기 시작했다. 대형 병원들은 비보험 급여를 개발하는 데 주력했다. 그리하여 CT, MRI 등 고가의 의료장비 사용률과 제왕절개 시술률이 세계 최고 수준이 되었고,[12] 진료비 본인 부담률이 50%를 상회(제도적으로는 20%여야 하는데도)하여 의료보험이 '진료비할인제'로 전락했으며, 리베이트니 랜딩비니 하여 약품과 관련된 비리가 구조화되고 말았다. 이런 상황에서 의약분업(의약분업 시행을 앞두고 작년에 취해진 보험약가 인하와 함께)은 개업의사와 병원들로서는 주요 수익원인 약품으로부터의 수익을 근원적으로 봉쇄하는, 다시 말해서 자신들의 이익을 결정적으로 침해하는 중대한 조치였다. 따라서 이익집단이 나서는 것은 당연했다.[13][14]

월 17일 의약분업 시행방안을 확정했다.(안효한, 1999: 356-358) 그러나 의사들은 대체조제와 임의조제의 완전 금지와 수가 현실화를 내세워 폐업이라는 극단적인 방법을 택함으로써 의약분업은 보건의료 정책의 범위를 넘어 가장 큰 사회적 쟁점이 되고 말았다.

12) MRI의 경우 인구 백만 명당 보유율이 프랑스는 1.20대, 캐나다는 1.13대, 독일은 3.65대인데 비해 우리나라는 4.41대나 되고 있다.(1996년)(일본과 미국이 가장 많아 각각 5.91대와 5.84대) 그리고 우리 나라 제왕절개 분만의 비율은 전세계에서 가장 높다. 전체 분만 중 제왕절개 분만의 비율이 40%을 상회하고 있다.(양봉민, 1996: 215-216)

13) 진보적인 의사인 건강연대 정책위원장 김용익 교수는, 우리 나라의 의료제도가 그 동안 의사와 약사가 각각 자체적으로 처방-조제를 완결적으로 수행하는 방식에 기초하여 수립되어 병·의원, 약국 및 제약회사들이 이러한 전제 위에서 수입과 지출 구조를 형성하고 있었으며, 이와 관련하여 '약가차액'이라는 또 하나의 고리가 이 3자 사이를 강력히 묶어주고 있었기 때문에 의약분업과 이에 동반되는 의료보험 약가조정은 병·의원, 약국 및 제약회사 3자간의 연결고리를 개혁하는 폭탄이 될 수 있다고 지적했다. 그리고 의사와 약사의 서비스는 지금껏 대체재의 관계였는데, 의약분업은 양자의 관계를 보완재 관계로 전환하는 것을 목적으로 한다고 보았다. 매우 설득력 있는 지적이다.(김용익, 2000: 23-24)

14) 조범구 신촌 세브란스병원장은 신문 기고문에서 "의사들이 요구하는 것은 진료비 인상만이 결코 아니다. 의사들은 자신이 배우고 연구한 지식과 기술을 최대한 발휘해서 국민들에게 좋은 의료서비스를 제공하고 경쟁을 통해 의학을 발전시키고, 그것을 통해 성취감을 가질 수 있기를 희망하고 있다. 이러한 희망을 제대로 들어주어야 이번 의료사태를 해결할 수 있다. 정부와 사회는 이러한 의사들의 희망을 더 이상 집단이기주의나 돈 때문으로 몰아붙이지 말기 바란다."(조선일보, 2000. 8. 21.)고 말했으나 공허한 주장이었다.

그런데, 문제는 이익집단인 의사단체와 개별 의사들이 자신의 이해관계를 표출하는 방식에 있었다. 다시 말해서, 이들이 자신들의 이익을 수호하기 위해 행동에 나서는 것은 문제될 게 없지만, 그 방식이 사회적으로 용납되는 수준을 넘어버린 데 문제가 있다는 것이다. 집단 폐업이 그것이다.

진료는 고도의 전문적 지식과 기술을 요하는 의사들의 독점적 행위로서 타 직종이 이를 대신할 수 없다. 이 점은 변호사나 약사와 같은 전문직도 마찬가지이다. 그러나 의사는 인간의 생명을 직접 다룬다는 점에서 여타의 전문직과 다르다. 말하자면, 변호사나 약사의 조력을 받지 못한다고 해서 생명을 잃을 염려는 없지만, 의사가 없을 경우는 그럴 가능성이 상존한다는 것이다. 따라서 의사들의 집단적인 폐업은 환자들의 생명을 위협하는 극단적인 행위나 다름없었다. 이 때문에 이에 대한 시민들의 비난과 저항은 대단했다.[15]

15) 지난 8월에 있었던 재폐업에 대해 시민단체들은 "국민을 상대로 한 기득권 세력의 집단 인질극이자 테러행위"라고까지 규정했고, 경실련, 참여연대 등 백여 개 시민단체와 노동단체, 종교단체가 참여한 범국민대책회의를 결성하여 8월 12일 서울역 광장에서 「의료계 집단폐업 철회를 위한 시민규탄대회」를 개최했다. 이들은 폐업 즉각 철회, 미봉책에 불과한 8.10 정부대책 철회, 정치논리에 입각한 정치권의 미봉책 반대, 시민이 중심이 된 보건의료발전위원회 구성 등 4개항을 요구했다. 그리고 「국민건강권 수호와 의료계 폐업철회를 위한 범국민대책회의」는 보건의료 개혁 10대 요구안을 발표했다. 의약분업의 실시(의약분업은 흔들림 없이 추진되어야 하며 정부의 대책 부족으로 인한 진료비 부담 증가와 의사, 약사, 제약회사 등의 비협조로 인한 국민의 불편을 적극적으로 줄여나가라), 의료비 인상 자제(의료비 인상은 의료기관의 경영상태를 명백히 밝힌 뒤 그에 합당하게 정해야 한다.), 보험 급여 확대(건강보험의 급여를 크게 늘리고 건강보험공단 및 심사평가원 운영을 정상화하며 재정 절감안을 확실히 세우라), 공공 의료기관 대폭 확대, 보건의료 예산 증대와 건강보험 지역 가입자에 대한 국고 지원 50% 법제화, 저소득계층을 위한 의료보호제도 개선, 진료비 내역 등에 대한 환자의 알 권리 보장, 동네의원, 약국 육성과 주치의 등록제 실시, 보건의료발전특별위원회에 노동, 농민, 소비자 대표 참여 등이 그것이었다.(한겨레신문, 2000. 8. 15.) 경총도 성명을 내어 집단 이기주의에 밀려 내놓은 정부의 양보 안에 반대했다. 보험료 인상으로 기업과 근로자에게 부담을 전가한다고 보았던 것이다.(한겨레신문, 2000. 8. 12.) 전교조 소속의 한 교사는 한 신문에 투고한 글을 통해 "의사를 사회의 기득권 층으로 인식하는 우리 나라 현실에서 의사들이 환자 곁을 떠난 것은 시민들을 적으로 만드는 자충수이다. 오히려 모든 의사들이 직위와 보수를 거절하고 자원봉사 형식으로 환자 곁을 지켜주면서 투쟁해 나갔다면 시민들의 지지를 얻을 수 있었을 것이다."라고 의사들을 꾸짖었다.(한겨레신문, 2000. 8. 21.) 연대 보건행정학과 서영준 교수는 신문 기고문에서, "80년대 의료보험 확대 실시 후 악화된 병·의원 경영난은 의사들로 하여금 각종 편법 진료에 눈 돌리게 했다. 이 과정에서 정부나 시민단체는 의사의 과잉 진료, 부당 청구, 약품 거래 부조리 등을 문제 삼아 그들을 돈만 아는 부도덕한 집단으로 보기 시작했다.… 폐쇄적이고 권위적이며, 전문성을 내세워 환자를 내려다보는 오만함, 자기들의 이익에는 목소리를 높이면서 사회정의와 개혁에 침묵해 왔던 태도 등이 오늘날 의사들을 사면초가로 만들었다는 점을 느껴야 한다."고 의사들을 질타했다.(조선일보, 2000. 8. 28.) 한 신문 기자(한겨레신문 배경록 기자)는 "도시에서의 개업을 선호하고, 돈벌이에 연연해 과잉 진료를 하고, 소속된 병원의 요구에 굴복해 의학적 소신을 굽힌 채 수술을 유도하고, 가난한 환자를 병원 밖으로 내쫓고, 오진을 하고도 인정하지 않고, 환자에게 책임을 돌리고, 환자에게 병세를 설명해주는 데 인색했던 자신과 동료의사들의

그런데, 필자가 주목하는 점은 이런 시민들의 강력한 비난과 저항에도 불구하고 의사단체는 자신들의 이익을 사실상 관철시켰다는 점이다. 2차 파업 후 나온 정부 양보 안즉, 수가의 급격한 인상과 의대 정원 감축, 임의조제 및 대체조제의 보완 등을 보면 이를 확인할 수 있다.[16] 특히, 수가 인상으로 2년간 추가로 2조2천억 원이 소요될 전망인데, 이중 보험재정에서 1조5천억 원 충당, 본인부담금에서 6천6백억원 충당한다고 할 때, 2년간 직장의보 보험료는 6.3%, 공교의보는 7.9%의 인상이 불가피하다고 한다. 그만큼 시민들의 부담이 늘어난 것이다.(한겨레신문, 2000. 8. 11.)

정부안은 시민들의 부담을 늘여 의사들의 요구를 들어준 게 명백했다.[17] 이는 정부가 일개 이익집단의 힘에 굴복하여 여타의 모든 이익집단들의 이익에 반하는 정책을 택했음을 의미한다. 보험료를 추가로 부담해야 할 사람들은 의사들을 제외한 모든 시민들이다. 이들은 나름대로 자신들의 이익을 대변해 줄 수 있는 이익집단들을 가지고 있다. 노조, 농민단체, 자영인단체, 직능단체들을 말한다. 그리고 당연히 이들은 의사들을 위해 자신들이 더 많은 보험료를 부담하길

원죄를 씻기 위해 노력해야 한다."고 노골적으로 의사들을 비난했다.(한겨레신문, 2000. 9. 9.) 노동단체도 나섰다. 민주노총 전국보건의료산업노동조합은 「의사 폐업은 약자의 호소가 아닌 강자의 협박입니다」라는 제목의 신문 광고(한겨레신문, 2000. 9. 5. 광고)를 내어 "의사의 요구는 국민의 희생으로 의사의 권리를 늘리고자하는 것"이고, "의료정책을 '의사'가 독점해야 한다는 주장"(보건의료발전특별위원회에는 노동자·농민·시민대표는 단 한 명도 없고, 22명의 위원 중 10명이 의사)이며, "의사 폐업은 독점권을 가진 강자의 횡포"라고 주장했으며, 국민의 추가 부담 없는 의약분업을 요구했다.(의약분업 실시 후 원외처방료가 38.4% 인상되었고, 이로 인해 의사 1인당 수입이 150만원 이상 증가했는데, 월 150만원 이하의 수입으로 사는 사람들이 천만 명이 넘는 나라에서 의사의 생존권은 노동자·농민 등 서민의 생존권과는 다르며, 의사 폐업은 대체 불가능한 인력이라는 점을 악용한 권력자의 협박일 뿐이라고 비난했다.) 민주노총도 의료개혁에 적극적으로 개입할 것임을 천명했다. 이들은 9월 8일 기자회견을 열어 "정부와 의료계는 의료비 인상 등 국민부담만 늘리는 의·정 야합을 즉각 중단하라"며 "한가위 귀향 대부터 7천여 명의 사회보험 노조원을 중심으로 「의료비 인상 반대 범국민 서명운동과 거리투표」 투쟁을 벌여나가겠다고 선언했다. 민주노총은 정부가 의료계 무마를 위해 두 차례에 걸쳐 올린 3조 7천억 원의 의료비 국민 전가 반대, 보건의료발전특위에 노동자, 농민, 시민운동가 등 시민대표 절반 이상 참여, 공공의료 확대, 의료보험 혜택 확대와 환자 본인부담 인하, 예방 중심의 의료체계 도입, 지역의보 재정 50% 정부 지원 등을 요구했다.(한겨레신문, 2000. 9. 9.) 9월 20일에는 서울대 보건대학원 교수 전원이 성명을 내어 즉각적인 폐업 철회를 촉구했다.(한겨레신문, 2000. 9. 21.)

16) (1) 9월 1일부터 재진료 23.3%, 처방료 62.9% 인상, (2) 2001년 1월, 2002년 1월 두 차례에 걸쳐 수가 현실화, 현재의 원가의 80% 수준을 2002년까지 100%로 현실화, (3) 전공의 처우와 근무여건 개선, 9월부터 보수 15% 인상, (4) 의과대학 정원 감축, 2002년까지 10% 감축, (4) 의료발전기금 신설, (5) 의료인이 주축이 되는 보건의료발전특별위원회를 통해 의료계 발전방안 조속히 마련, (6) 임의조제, 대체조제 등과 관련된 문제점 보완(의약분업 감시단 구성 법령위반사항 철저 단속. 의약분업평가단 구성 시행과정에서 나타나는 문제점 지속 보완.)(한겨레신문, 2000. 8. 11.)

17) '끝없는 이기주의'라는 글을 등뒤에 쓴 의사에게 국민의 돈으로 '수가 인상'이라는 날개를 달아주는 최선정 복지부장관을 그린 한 신문의 만화가 정곡을 찔렀다.(한겨레신문, 2000. 8. 11.)

원치 않는다. 따라서 보험료 인상은 이들 이익집단들의 저항을 불러올 게 뻔했다.(실제로 그렇게 진행되었다.) 그럼에도 정부가 의사단체라는 하나의 이익집단의 요구를 일방적으로 수용했다는 것은 정부 스스로 의사단체의 힘의 우월성 즉, 의사단체의 힘이 다른 모든 이익집단들의 힘과 정부의 권능을 압도한다는 것을 인정한 셈이었다.[18]

게다가 의사들의 저항이 계속되자 한나라당이나 자민련은 물론 여당인 민주당 내부에서조차 의약분업을 연기 또는 전면 재검토하거나 임의분업을 실시하자는 논의마저 일었다. 이는 의약분업의 근간을 뒤흔든 것으로서 소수당 정부를 상당히 곤혹스럽게 만들어 결국 대통령의 입에서 "의약분업을 안이하게 판단했다"(중앙일보 창간 35돌 특별회견)는 말까지 나오게 만들었던 것이다.(중앙일보, 2000. 9. 22.) 이익집단으로서의 의사단체의 힘을 정치권과 대통령이 실감한 것이다.

그리고 의사단체는 의약분업의 직접적인 당사자로서 타협과 양보를 통해 이익을 조정해야 할 상대인 약사단체를 무시하는 태도를 보였다. 의사단체는 약사들에게 대체조제의 완전 금지를 요구했다. 임의조제 완전 금지는 그렇다 하더라도 대체조제까지 금지시키려는 의사들의 요구는 약사들의 전문성을 무시하는 것이었다. 서울대 약대 신완균 교수가 신문 기고문에서 주장했듯이 대체조제는 약사들의 직능에 해당한다.[19]

지난 9월 의사단체의 투쟁조직인 의권쟁취투쟁위원회(의쟁투)가 요구한 사항 중 약사에 대해 약국에 판매, 조제기록부를 비치하고 최소 포장 단위를 7일로 제한하라고 한 것도 그렇다. 이대로라면 약사가 알약을 팔 때도 환자의 주민등록증을 제시받아 판매약과 함께 일일이 기록해야 하고 물약도 7일치를 팔아야 하므로 음료수병 만한 용기에 담아야 한다. 또 일반 약품을 수퍼마켓에서 판매하도록 허용하라고 주장한 것도 의약품 남용을 막는 데 앞장서야 할 의사로서는 모순된 주장이었다. 여하튼 약사에 대한 이런 주장은 인의협 말대로 "약사의 영역을 전혀

18) 의사단체가 파워를 자신하고 있다는 사실은 의권쟁취투쟁위원회가 내놓은 대정부 요구안(9월 5일) 중 「보건의료발전특별위원회」에 관한 요구에서도 확인할 수 있다. 즉, 의쟁투는 국무총리 산하의 한시적(6개월) 자문기구인 「보건의료발전특별위원회」를 대통령 직속의 상설 의결기구 및 집행기구화하고, 22명의 위원 중 부위원장을 포함 11명을 의사협회 추천 의사로 구성해야 한다고 주장했던 것이다. 이는 인의협이 잘 지적했듯이 "초법적 권한을 갖겠다는 발상"이며, 보건의료제도에 대해 의결하고 집행까지 하는 권한을 갖겠다는 것은 보건의료정책 결정에서 국민을 철저히 배제하자는 요구에 다름 아니었다.

19) 그리고 그는 "의약분업 시대에서 오리지널 제품만 쓰고 대체조제는 안 된다고 하면, 우리 나라의 동등 제품 회사는 모두 퇴출 당하고, 외국 제약기업만 살리게 되는 결과를 낳을 수도 있다. 결국 우리 나라 제약산업의 미래도 없을 것이다. 경쟁 없는 외국 독점회사 제품 가격은 몇 배로 더 올라가 결국 비싼 외국 약품을 사용해야 하는 우를 범할 수도 있게 된다."고 주장했다.(조선일보, 2000. 8. 21.)

인정하지 않겠다는 발상"(한겨레신문, 2000. 9. 6.)이자 약대 교수들이 성명에서 밝힌 대로 "지나치게 약사 직무의 세부사항까지 간섭하고 지배"(전국 20개 약학대학 교수 일동 성명. 2000년 9월 7일)하려는 자세였다.[20] 의사들의 전문적 오만함까지 느껴지는 대목이다.

이상과 같이 우리 나라의 의사단체는 이익집단의 조정자인 정부, 이해가 상반된 상대 이익집단인 약사단체, 나아가 여타의 이익집단들을 누를 정도로 예외적인 파워를 가지고 있다. 가히 '이익집단의 왕'이라 하지 않을 수 없다. 그렇다면 그 이유는 어디에 있을까?

필자는 무엇보다도 먼저 정부의 책임을 지적하고 싶다. 해방 이후 그리고 6.25를 겪으면서 우리나라 정부의 재정 능력은 너무 보잘것없어 의당 정부가 책임져야할 보건과 교육과 같은 공공재(public goods)에 투입할 재원조차 부족했다. 따라서 정부는 민간이 이 부문에 투자하는 걸 허용 또는 권장할 수밖에 없었다. 이렇게 정부가 해야할 일을 민간에게 맡긴 일종의 '원죄'가 있었기 때문에 정부는 민간부문의 활동에 제동을 가하기가 어려웠다. 자유방임주의적 보건의료 정책을 스스로 포기할 능력이나 의지가 없었다는 말이다. 그 결과가 의사집단의 예외적인 파워이다.

그리고 다른 이익집단의 미성숙도 중요한 이유가 된다. 전술한 대로 이는 민주화의 지체와 직접 관련이 있다. 블루칼라, 화이트칼라, 도시 자영인, 농민 등 직종별 이익집단이 잘 발달해 있었다면, 의사단체가 '이익집단의 왕'이 되는 걸 방치했었을 리가 없기 때문이다.

6. 결론

지금까지 살펴본 바와 같이 우리나라 사회복지 영역에서의 이익집단의 역할이나 위상은 서구와 많이 다르다. 필자는 그 특이성을 사회보험 종사자들의 노조인 사회보험 노조가 농민단체나 자영인단체 그리고 사업장 노조와 같은 이익집단의 역할을 대신했고, 시민단체가 정부가 해야 할 이익집단들간의 조정 역할을 대신했으며, 이익집단의 하나인 의사단체가 다른 이익집단

20) 의사단체가 이렇듯 약사의 직능까지 무시하는 태도를 보이자 그간 폐업을 막고자 하는 정부 입장을 고려하여 관망하던 약사단체도 반발했다. "의료기관 불법행위 감시단과 고발센터를 만들어 의료보험 부당 과다 청구, 의약분업 교란과 환자불편 유도 등을 밝혀나가겠다"고 주장했고(한겨레신문, 2000. 8. 16.), 대정부 건의문을 발표, 처방전의 의약품 상품명 대신 성분명 기재, 상품명 처방 시 동일성분으로 대체조제 하면 의사에게 통보 의무 삭제, 1·2급 장애인과 독거 노인의 약사 직접 조제 허용, 소화제 등 치료보조제의 처방변경 허용, 약사 1인당 조제건수 제한. "의료계가 비타협적 자세를 고수할 경우 약국은 규정된 범위 내에서 '무한 대체조제'로 대응할 것"을 천명했다.(조선일보, 2000. 9. 4.)

들은 물론 정부 정책에 관한 권능을 가진 정부를 누를 정도로 예외적으로 강한 힘을 가졌다는 사실 등에서 찾았다.

이 세 가지 특이성의 공통된, 근본적인 원인은 우리나라 이익집단의 후진성에 있다. 봉급생활자들의 이익집단인 노조, 도시 자영인들의 이익집단인 도소매음식숙박업 관련 협회들, 농민들의 이익집단인 농민단체들이 제각각 정통성을 가지고, 회원들의 이익을 민주적으로 잘 수렴하고, 회원들의 이익을 효율적으로 정부와 사회에 표출했다면, 사회보험의 관리자들의 노조인 사회보험 노조가 나설 필요가 없었고, 시민단체가 정부의 조정 역할을 대신할 필요도, 이익집단의 역할까지 대행할 필요도 없었을 것이며, 여러 이익집단 중 하나에 불과한 의사단체가 정부·상대 이익집단·시민들의 이익을 누르고 자신들만의 집단 이익을 관철시킬 정도로 예외적인 힘을 보유할 수가 없었을 것이다.

그리고 이익집단의 미성숙은 정체된 민주화의 직접적인 결과였다. 해방 이후 역대 독재 정권들은 이익집단의 성장·발전을 통제했으며, 기존의 이익집단들도 권력에 순응토록 길들였다. 이런 상황에서 이익집단들이 회원들의 이익을 정상적으로 수렴·대변하기는 어려웠다. 또한 회원들도 어용화된 이익집단이 자신들의 이익을 제대로 수호해주기를 기대하지 않았다.

그러나 민주화가 진전되면서 상황이 변하고 있다. 노동자들의 이익과 직결된 사회보험에 대해 별다른 관심을 표명하지 않았던 노동단체가 90년대 중반 고용보험의 도입에 적극성을 보여 제도를 관철시킨 바 있으며, '국민의 정부' 출범 직후 노사정위원회에 참여하여 정부로 하여금 의료보험의 통합과 4대 사회보험의 통합 방침을 확고하게 갖도록 만들었으며, 의약분업 사태에서도 침묵하지 않고 노동자·시민들의 부담을 늘여 의사집단의 요구를 들어주는 데 대해 반대의 목소리를 분명히 했다. 노동단체가 이렇듯 사회복지 쟁점에서 조합원들의 이익을 지키기 위해 나선 것은 이익집단으로서 본연의 임무를 자각한 신호탄으로 보인다.

그런 점에서 본고에서 지적한 세 가지 특징은 과도기적 상황으로 보아도 무방할 것 같다. 민주화가 더욱 진전되고 시민들의 권리의식이 향상되면, 각 이익집단들이 제 역할 찾기에 적극적으로 나설 것 즉, 권력의 앞잡이나 소수 집행부만을 위한 조직에서 벗어나 개별 회원들의 '호민관' 역할에 충실하게 될 것이 확실하다는 점에서 그렇다. 노인, 아동, 여성, 장애인 등 사회복지 서비스 관련 사회복지단체들도 예외가 아닐 것이다.

그리고 앞으로 이익집단들이 제 구실을 하게 되면 시민단체의 역할에도 상당한 변화가 올 것으로 예상된다. 경실련, 참여연대, 환경연합 등으로 대표되는 한국의 시민단체는 특정한 분야나 특정한 인구집단에 기반을 둔 사회운동단체라기보다는 사회적으로 쟁점이 되는 모든 문제에 간여하는 종합사회운동단체의 성격이 강하다.[21] 그러나 이익집단들이 제대로 작동하게 되면,

시민들은 자신들의 이익이 침해되는 상황이 발생할 때 구태여 시민단체에 호소할 것 없이 자신이 속한 이익집단을 동원해도 된다. 회원들로부터 강한 지지를 받고 있는 이익집단은 대정부 투쟁이나 이익이 상충하는 상대 이익집단과의 투쟁에서 상당한 위력을 발휘할 수 있게 될 것이기 때문이다. 이렇게 되면, 시민단체들은 '모든 시민들의 호민관'과 같은 현재의 역할에서 벗어나 자신의 본연의 임무 예컨대, 환경보호, 여권신장, 소비자보호, 반부패 등 특정 부문운동에 주력하게 될 것이다.

또한 이익집단이 명실상부한 이익집단이 되면, 의사단체도 예외적인 힘을 가진 이익집단으로 계속 남기가 어려울 것이다. 그 단초는 이미 나타났다. 의사들의 총파업 앞에 속수무책이던 시민들이 시민단체를 중심으로 뭉쳐 의사들의 일방적인 행태에 강하게 반발한 것이 그것이다. 앞으로 의사들의 특권적 지위를 다른 이익집단들이 더 이상 용인할 것 같지 않은 게 필자의 생각이다.

참고문헌

김용익, 2000. 4., 「한국사회에서 의약분업이란 무엇인가: 의사들의 집단행동에 즈음하여」, 『월간 건강연대』, 창간호.

김유선, 1999, 「한국의 사회보장제도와 노동운동」, 한겨레노동교육연구소 21세기 한국의 노동운동과 사회보장 강의안.

나바로, 1989, 「노동과정과 건강: 사적유물론적 해석」, 의료연구회 편, 『한국의 의료: 보건의료의 정치경제학』, 한울.

농림부, 1997. 12., 「개방에의 도전: 농정개혁 백서」.

배영수, 1983, 「미국 뉴딜 행정부의 사회정책」, 한국사회과학연구소 편, 『복지국가의 형성』, 민음사.

보건과 사회연구회, 1989, 『한국 의료보장 연구』, 청년세대.

보건복지부, 1997. 5., 「농어촌의료서비스 개선사업의 중간평가와 정책과제」.

보건복지부, 1999, 『보건복지백서』.

21) 조대엽 교수는 이들을 '시장형' 시민운동단체라고 규정했다. 원자화된 소비자들을 회원으로 하고 있고, 조직과 회원들과의 관계가 시장적 교환관계이며, 사회운동 전문가에 의해 관리되고, 다양하고도 부가적인 이슈들을 다룬다는 점에서 그렇다.(조대엽, 1999: 222)

안효한, 1999. 12., 「의약분업의 추진방향」, 『보건과 복지』, 제2집.

양봉민, 1996. 12., 「의료전달체계와 의료제도의 성과」, 『사회복지정책』, 제3집.

어리, 존 지음, 이기홍·엄창순 옮김, 1994, 『경제, 시민사회 그리고 국가』, 한울.

원석조, 1990, 「한국 의료보험의 정치경제학적 연구」, 중앙대 대학원 박사학위논문.

원석조, 1997, 12., 「1935년 루즈벨트 사회보장법에 대한 정부와 노자의 입장」, 『사회복지정책』, 제5집.

원석조, 2000a. 6., 「영국 복지국가의 성립배경에 관한 연구」, 『사회복지정책』, 제10집.

원석조, 2000b, 「한국 보건의료제도의 문제점과 개혁방안」, 민주노동당 제5회 정책포럼 발표자료.

이경기, 1990., 「국민의료보험법의 형성과정과 성격에 관한 연구」, 중앙대 대학원 석사학위논문.

이기웅, 1992, 「현대 시민사회론에 관한 시론」, 『경제와 사회』, 통권 제13호.

전국의료보험노동조합, 1999, 「사회보험 개혁과 전국의료보험노동조합의 과제」.

조대엽, 1999, 『한국의 시민운동: 저항과 참여의 동학』, 나남.

한국정치연구회 정치이론분과 엮음, 1993, 『국가와 시민사회』, 녹두.

Baldwin, P., 1990, *The Politics of Social Solidarity : Class Base of the European Welfare State 1875-1975*, Cambridge : Cambridge Univ. Press.

Kavanagh, D., 1990, *Thatcherism and British Politics: The End of Consensus?*, 2nd ed., Oxford: Oxford Univ. Press.

Janowitz, M., 1976, *Social Control of the Welfare State*, Chicago: Univ. of Chicago Press.

Lowe, R., 1993, *The Welfare State in Britain since 1945*, London: Macmillan.

Pamel, F. C. and J. B. Williamson, 1992, *Age, Class, Politics, and the Welfare State*, Cambridge: Cambridge Univ. Press.