

# 홍콩과 싱가포르의 보건의료 재정 개혁: 두 도시 이야기

Health Care Financing Reforms in Hong Kong and Singapore:  
A Tale of Two Cities

알렉스 허, 홍콩교육대학교 아시아정책학과 교수·제이슨 잉, 홍콩교육대학교  
(Alex Jingwei He and Jason Dean-Chen Yin, The Education University of Hong Kong)

동아시아의 '호랑이 경제'로 불리는 홍콩과 싱가포르는 낮은 비용으로 괄목할 만한 의료 성과를 얻고 있어 세계에서 가장 효율적인 의료체계로 인정받는다. 두 도시는 역사와 사회경제적 발전 양상에서는 놀랄 만큼 유사하다. 그러나 지난 20년간 걸어 온 의료 재정 개혁의 길은 매우 다르다. 지난 2년간 두 도시는 급속한 고령화와 불안한 의료 재정 때문에 제각기 처한 사회정치적 환경 속에서 제도 개혁을 추진해 왔다. 홍콩은 의료 재원을 추가적으로 조달하기 위해 임의 가입 의료보험제도를 시행 중인 반면, 싱가포르는 메디실드라이프를 통해 보편적 의료보장 체계로 전환했다. 이 글에서는 두 도시가 단행한 개혁의 정치적 배경, 개혁의 동인(動因), 정책 내용 등을 비교하고 그 전망을 예단하며, 아시아를 비롯한 세계 여러 곳의 고령화 사회에서 의료 재정을 개혁하는 데 유용한 정책적 시사점을 던지고자 한다.

## 1. 서론

동아시아의 일부 고소득 산업국가들은 일련의 보건의료 지표에서 좋은 성과를 거두고 있다(표 1).<sup>1)</sup> 빠른 경제 성장을 이뤄 일명 '호랑이 경제'로 평가받는 홍콩과 싱가포르가 대표적이다. 세계경제포럼의 국제 경쟁력 보고서(Global Competitiveness Report)에 발표된 2016년 국제 경쟁력 평가에서 각각 9위와 2위로 평가된 홍콩과 싱가포르는 보건의료제도에서도 이에 걸맞은 성과를 얻고 있다.<sup>2)</sup> 2014년 기준, 홍콩은 국내총생산(GDP)의 5.7%, 싱가포르는 5%를 의

1) OECD/WHO. (2016). Health at a Glance: Asia/Pacific 2016: Measuring Progress towards Universal Health Coverage. Paris: OECD Publishing. doi:10.1787/health\_glance\_ap-2016-en

2) World Economic Forum. (2017). The Global Competitiveness Report 2016-2017.

료비로 지출했다. 기대수명에서는 홍콩이 84세, 싱가포르가 82.5세로 세계 최고 수준을 자랑한다. 한편, 블룸버그가 각국의 의료비 지출과 기대수명을 고려해 산정한 효율성 지수 (Efficiency Index)에서는 2013년과 2014년에 두 도시가 번갈아 가며 1, 2위를 차지했다.<sup>3)</sup> 많은 국가가 의료비를 절감하고자 노력하는 가운데 두 도시는 최저 수준의 GDP 대비 의료비 지출, 최고 수준의 보건의료 성과를 자랑하는 보건의료제도로 세계 각국의 부러움을 사고 있다.

표 1. 주요 지표 비교(2014년)

	싱가포르	홍콩	한국	대만	일본	중국
기대수명(세)	82.5	84	82.2	79.8	83.7	75.8
영아사망률(출생아 1,000 명당 명)	2.2	1.5 <sup>5)</sup>	3	3.6	2.1	9.8
1 인당 의료비(미화 PPP)	2,752	2,262	2,361	1,409	4,152	731
GDP 대비 의료비 지출(%)	5.0	5.7	7.1	6.2	11.4	5.6

자료: 한국, 일본, 중국<sup>4)</sup>; 싱가포르<sup>5)</sup>; 홍콩<sup>6)7)8)</sup>; 대만<sup>9)</sup>

\*: 2015년

이처럼 두 도시는 보건의료 성과에서는 유사한 양상을 보이지만 보건의료체계를 수립한 접근 방식에서는 큰 차이를 보인다. 물론 지금의 접근 방식이 영구적이라고 가정하는 것은 아니다. 두 도시는 미래를 예측하고 변화하는 정치적·역학적 환경에 맞춰 보건의료제도를 개선해 왔다. 이 글에서는 의료 재정과 서비스 전달을 중심으로 두 도시가 보건의료제도를 어떻게 발전시켜 왔는지를 정치 철학적 관점에서 간략히 논하고, 두 도시의 의료 재정 개혁 (healthcare financing reforms)을 이끈 동인(動因)과 그 결과인 홍콩의 임의 가입 의료보험제도(VHIS:

3) Bloomberg. (2014). Most Efficient Health Care 2014: Countries. <https://www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-efficient-health-care-2014-countries>에서 2017. 6. 6. 인출.

4) OECD. (2016). OECD Health Statistics 2014 - Frequently Requested Data. <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>에서 2017. 6. 6. 인출.

5) The World Bank. (2016). World Development Indicators. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>에서 2017. 6. 6. 인출.

6) The World Bank. (2016). World Development Indicators. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>에서 2017. 6. 6. 인출.

7) Centre for Health Protection Department of Health HKSAR. Major Health Indicators in 2015 and 2016, 2017. <http://www.chp.gov.hk/en/data/4/10/27/110.html>에서 2017. 6. 6. 인출.

8) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2017). Hong Kong's Domestic Health Accounts (HKDHA) - Estimate of Domestic Health Expenditure, 1989/90-2013/14. <http://www.fhb.gov.hk/statistics/en/dha.htm>에서 2017. 5. 10. 인출.

9) Ministry of Health and Welfare. (2017). 2016 Taiwan Health and Welfare Report. <http://www.mohw.gov.tw/cp-137-521-2.html>에서 2017. 6. 6. 인출.

Voluntary Health Insurance Scheme), 싱가포르의 메디실드라이프(MediShield Life)를 살펴볼 것이다. 끝으로, 위의 두 제도를 간략히 평가하고, 더욱 폭넓은 보건의료체계의 관점에서 두 제도의 지속가능성을 논하고자 한다.

## 2. 배경

### 가. 정치적 배경

보건의료정책의 개혁 방향은 정치에 좌우되는 경우가 많다.<sup>10)</sup> 홍콩의 보건의료제도는 영국이 지배했던 시절에 물려받은 틀이 그때그때 조금씩 변경된 것을 제외하고는 그대로 유지되고 있다.<sup>11)</sup> 홍콩 정부는 ‘작은 정부, 큰 시장’에 초점을 맞춘 적극적 불개입주의(positive non-interventionism)를 지배 철학으로 삼아 왔다. 그러나 이러한 정치 철학의 토대에서 수십 년간 지속된 잔여주의적 복지 이념하에서도 홍콩 정부는 재정과 서비스 전달을 중심으로 공공의료에 깊숙이 개입해 왔다.

반면 말레이시아 연방으로부터 축출된 후 신생 도시국가로서 가진 취약한 입지 때문이었던지 과거 싱가포르 정부는 인간의 본성을 비관적으로 보았다.<sup>12)</sup> 싱가포르 정부는 인간이란 조직이 없이는 스스로를 이롭게 할 수 있는 능력이 부족한 존재이기 때문에 정부가 사회를 통제하고 조정하는 역할을 해야 한다고 주장했다. 이러한 이념은 자연스레 보건의료제도에 스며들어 제도의 설계와 정부의 통제가 엄밀해지는 결과를 낳았다. 싱가포르 정부는 (1) 유럽에서 나타난 ‘복지주의(welfarism)’에 대한 반감을 가졌으며 (2) 의료비에 대한 개인의 책임을 강조하는 등 보건의료 재정과 관련된 몇 가지 중요한 이념을 지속적으로 강조해 왔다. 보건의료 재정에 대한 싱가포르 정부의 기본 철학은 “넌 만큼 돌려준다(quid pro quo)”, 즉 개인이 기여한 대로 돌려주는 것임에 주목해야 한다. 홍콩의 보건의료제도가 ‘느슨한(lax)’ 제도로 발전해 왔다면 싱가포르의 보건의료제도는 ‘엄밀한(rigid)’ 제도로 발전해 왔다. 이렇듯 두 도시의 보건의료제도는 제각기의 지배 철학을 반영하고 있다.

10) Marmor T, Wendt C. (2012). Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. Health Policy (New York). 107(1):11-20. doi:10.1016/j.healthpol.2012.06.003

11) Gauld R. (2004). Comparative Health Policy in The Asia Pacific. McGraw-Hill Education (UK).

12) Lim J. (2013). Myth or Magic: The Singapore Healthcare System. Singapore Select Publishing.

## 나. 홍콩의 보건의료 자원 조달 방식과 의료전달체계

홍콩의 의료 자원 조달 방식은 싱가포르의 계획적인 방식과는 다른, 비교적 단순한 '이중 경로(dual-track)' 방식을 따른다. 이중 경로 방식이란 의료 자원 조달과 서비스 전달이 의료서비스 유형에 따라 분절된 방식을 의미한다. 홍콩에서는 외래진료와 1차의료를 일반개원의(private GP)가 제공한다. 이들이 전체 외래진료의 약 70%를 담당한다. 이 분야의 자원 조달은 크게 본인부담금(65%), 직장의료보험(15%), 민간의료보험(15%)으로 이뤄진다. 반면 2차, 3차의료는 주로 공공 부문이 제공하는데, 입원진료의 약 88%가 공공병원에서 이뤄진다. 공공 부문 재원의 93%는 영국 국가의료서비스(NHS: National Health Service) 유형의 조세 방식을 통해 조달되는데, 의료 공급자는 이 일반 세입에서 제공되는 보조금으로 홍콩 시민에게 형식적인 비용만 받고 의료서비스를 전달한다. 공공 부문의 나머지는 본인부담금으로 재원을 조달한다.<sup>13)14)</sup>

한편 전체 의료 재원의 48.9%는 공공 부문의 몫이며 51.1%는 민간 부문의 몫이다. 이중 경로의 각 경로가 거의 균형을 이루고 있음을 잘 보여 준다. 홍콩 정부는 의무보험제도나 의료저축계정(MSA: Medical Savings Account)을 운영하지 않는다. 2014~2015년 홍콩의 의료서비스 공공경상지출 추정액은 520억 홍콩 달러로 정부 총지출의 17%를 차지했다.

홍콩 의료전달체계는 공공 부문과 민간 부문 간의 조율이 거의 없는, 고도로 분절된 모델이라는 것이 특징이다. 공공 부문은 보건부(DoH: Department of Health)와 병원청(HA: Hospital Authority)을 관리하는 식품보건국(Food and Health Bureau)이 감독한다. 보건부는 의료정책을 집행하는 의료사문 기관으로서 의료서비스도 일부 제공하지만 기본적으로 정부의 '지부(支部)' 성격을 갖고 있다.<sup>15)</sup> 병원청은 42개의 공공병원, 47개의 외래전문병원, 73개의 외래일반병원을 독립 법인의 형태로 운영한다.<sup>16)</sup> 이 병원들은 다시 단계별 의료서비스 제공을 위해 7개의 병원 클러스터로 묶여 있다.<sup>17)</sup> 공공의료는 대부분 병원에서 수행되기 때문에 병원청은 식품보건국으로

13) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2017). Hong Kong's Domestic Health Accounts (HKDHA) - Estimate of Domestic Health Expenditure, 1989/90 - 2013/14. <http://www.fhb.gov.hk/statistics/en/dha.htm>에서 2017. 5. 10. 인출.

14) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2010). Voluntary Health Insurance Scheme: Consultation Document.

15) GovHK. (2016). Overview of the Healthcare System in Hong Kong. <https://www.gov.hk/en/residents/health/hosp/overview.htm>에서 2017. 6. 15. 인출.

16) Hospital Authority of HKSAR. (2017). Introduction. [http://www.ha.org.hk/visitor/ha\\_visitor\\_index.asp?Content\\_ID=10008&Lang=ENG&Dimension=100&Parent\\_ID=10004](http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10008&Lang=ENG&Dimension=100&Parent_ID=10004)에서 2017. 6. 15. 인출.

17) Hospital Authority of HKSAR. (2017). Clusters, Hospitals, and Institutions. [http://www.ha.org.hk/visitor/ha\\_visitor\\_index.asp?Content\\_ID=10084&Lang=ENG&Dimension=100&Parent\\_ID=10042](http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10084&Lang=ENG&Dimension=100&Parent_ID=10042)에서 2017. 6. 15. 인출.

부터 보건부보다 훨씬 더 많은 재원을 조달받는다. 병원청은 입원진료 부문에서 홍콩에 있는 11개의 민간병원보다 시장점유율이 더 크다. 홍콩 정부는 불개입주의를 고수하며 1차의료와 외래진료를 주로 담당하는 민간 부문을 의사들의 자율 규제에 맡기고 있다.

#### 다. 싱가포르의 보건의료 자원 조달 방식과 의료전달체계

1984년에 싱가포르는 개인의 급여로 의료 재원을 조달하는 개인 의료저축계정(MSA)인 메디세이브(Medisave)로 보건의료 자원 조달에 획기적인 변화를 불러왔다. 메디세이브는 개인이 자신(또는 직계 가족)의 의료비를 자신의 의료저축계정으로 지급하게 함으로써 의료 자원 조달을 개인에게 전가하는 제도이다. 연령과 소득 수준에 따라 차이는 있지만 2016년 기준 개인이 메디세이브에 기여하는 평균 보험료율(기여율)은 소득의 8%였다.<sup>18)</sup> 그러나 ‘만일의 사태에 대비한 저축(saving for a rainy day)’이라는 장밋빛 묘사는 메디세이브의 복잡한 양상을 다 드러내지 못했다. 싱가포르 정부는 당초 메디세이브를 설계할 때 가입자를 일상의 소액 치료비가 아니라 입원비로부터 재정적으로 보호하고자 했다. 이 때문에 실제로 메디세이브를 사용하는 데는 많은 제약이 따랐다. 메디세이브를 사용할 수 있는 조건도 건강 증진과 의료비 절감에 대한 정부의 정책적 판단에 따라 지속적으로 바뀌었다. 결국 싱가포르 정부는 메디세이브에 저축한 돈이 개인의 소유임은 보장하되, 그 돈의 사용은 규제하려 했다.

일부 시민들은 메디세이브로 충분한 의료보장을 받을 수 없다는 인식하에 1990년 싱가포르 정부는 메디실드(MediShield)라 부르는 임의 가입 보험제도를 도입했다. 2015년 메디실드라이프로 개편되기 전까지 싱가포르 시민의 약 93%가 메디실드에 가입했었다.<sup>19)</sup> 메디실드는 장기 입원비와 고액 의료비를 지원함으로써 ‘중증질환보험(catastrophic illness insurance scheme)’ 같은 역할을 하도록 설계되었다. 메디실드의 재정 운용 방식은 보험과 유사했으며, 보험료는 연령대에 따라 다르게 부과되었다. 가입자는 보험료를 메디세이브에서 지불할 수 있었다. 입원 환자는 메디실드 보험급여가 시작되기 전까지 일정액 전액(deductible)을 본인이 부담해야 했다.

18) Inland Revenue Authority of Singapore. (2016). Compulsory and Voluntary Medisave Contributions. <https://www.iras.gov.sg/IRASHome/Businesses/Self-Employed/Working-out-your-taxes/Deductions-to-Save-Tax/Compulsory-and-Voluntary-Medisave-Contributions/>에서 2017. 5. 11. 인출.

19) Ministry of Health Singapore. (2014). Medishield Life Review Committee Report.

또한 메디실드 보험급여가 지급되는 구간에서도 메디세이브나 현금으로 정률 본인부담금(co-insurance)을 내야 했다(병원비가 증가할수록 본인부담금은 줄어든다). 이는 보건의료 부문에서의 개인의 책임을 강화한 것이었다. 보험 가입자는 평생 30만 싱가포르 달러까지를 보험금으로 청구할 수 있었다. 이보다 높은 보장성을 원하는 개인은 민간에서 관리하는 입원보험인 종합의료보험(ISP: Integrated Shield Plans)을 구입할 수 있었다.<sup>20)</sup> ISP에는 메디실드 급여 항목(2005년 개혁 후)이 포함되어야 하며 보험 패키지에 따라 각 ISP의 보장 범위는 확대될 수 있었다. 일반적으로 보험료가 올라갈수록 보장성도 확대된다.

한편 메디펀드(Medifund)는 메디세이브 또는 메디실드로 의료비를 지급할 수 없는 시민을 위해 의료비를 지급하는 ‘임시방편’ 역할을 한다. 메디펀드는 원금(현재 40억 싱가포르 달러) 보장형 기부 기금(endowment fund)으로 투자 수익으로만 청구된 의료비를 지급한다.<sup>21)</sup> 보건부는 매년 메디펀드로 의료비를 청구할 수 있도록 메디펀드위원회(Medifund Committees)가 승인한 의료기관에 전년도의 펀드 투자 수익을 배정한다. 청구된 의료비의 지급을 최종 승인하는 기관은 메디펀드위원회이다. 의료비 지급 승인 기준이 명확하지 않아 위원회는 의료비 지급 승인을 유연하게 한다. 싱가포르 의료체계는 이와 같은 세 가지 제도와 정부가 간헐적으로 지급하는 보조금(인적 사항 또는 진료 장소에 따라 달라지며 정부의 규제를 받음)으로 운영되므로 ‘보조금 + 3M’ 체계로 분류할 수 있다.<sup>22)</sup> 여기서 3M은 메디세이브, 메디실드, 메디펀드를 의미하며, 이들은 제각기 싱가포르 시민이 의료비로 인해 재정적 곤경에 처하지 않도록 보호하는 안전망 역할을 한다.

싱가포르 의료서비스는 민간과 공공의료기관이 제공한다. 1500여 곳의 민간의원(private GP clinics)이 1차의료(일반적으로 외래진료)의 약 80%를 담당하고, 나머지 20%는 정부가 운영하고 보조금을 지원하는 종합진료소(Polyclinics, 전국에 걸쳐 약 18곳)가 담당한다.<sup>23)</sup> 과거 싱가포르 정부는 민간의원을 재정적으로 지원하지도 행정적으로 규제하지도 않았다. 지금은 신설된 지역

20) Ministry of Health Singapore. (2017). About Integrated Shield Plans (IPs). [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/medishield-life/integrated-shield-plans/about-integrated-shield-plans--ips-.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/medishield-life/integrated-shield-plans/about-integrated-shield-plans--ips-.html)에서 2017. 6. 6. 인출.

21) Ministry of Health Singapore. (2017). Medifund Scheme FAQ. <https://va.ecitizen.gov.sg/CFP/CustomPages/MOH/explorefaq.aspx?category=12667>에서 2017. 5. 11. 인출.

22) Ministry of Health Singapore. (2017). Schemes & Subsidies. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/costs\\_and\\_financing/schemes\\_subsidies.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies.html)에서 2017. 5. 11. 인출.

23) Ministry of Health Singapore. (2017). Healthcare Services and Facilities. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/our\\_healthcare\\_system/Healthcare\\_Services.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/Healthcare_Services.html)에서 2017. 6. 15. 인출.

의료지원제도(Community Health Assist Scheme)를 통해 일부 시민(대개 노년층이나 빈곤층)이 재정적 지원을 받을 수 있게 되었다. 일반적으로 싱가포르 시민은 직장의료보험의 도움을 일부 받고, 경우에 따라 정부 보조금을 지원받아 공공과 민간 부문 의료비를 직접 지급한다. 이는 개인의 책임을 강조한 철학에 기반한 것이다.

병원의료 부문에서는 공공과 민간의 구분이 분명하지 않다. 1980년대 중반에 추진된 공공병원의 법인화(corporatization)로 정부가 소유하고 민간이 운영하는 혼합 모델이 탄생했기 때문이다. 이는 여전히 정부가 병원을 규제하고 저소득층 환자를 재정적으로 지원하지만 운영은 민간 기업처럼 할 수 있도록 한 것이다. 법인화에 따라 큰 병원들은 고가의 3차의료와 전문 진료를 제공하는 시설을 갖추게 된 반면, 나머지 병원들은 1차의료와 2차医료를 제공하는 ‘지역 병원’으로 남게 됐다. 이들 공공병원은 6개의 국가 전문센터(암 분야, 치과, 피부과)와 더불어 대부분 ‘보조금 + 3M’ 체계가 재정을 공급하는 공공의료 부문을 형성한다. 싱가포르 정부는 통합 진료를 제공하기 위해 공공병원과 종합진료소를 지역의료시스템(RHS: Regional Health Systems)이라 부르는 지역 클러스터로 묶었다. 지역 클러스터의 성공 여부에 대해서는 논쟁의 소지가 있다. 그럼에도 불구하고 2017년 싱가포르 정부는 명확한 목적이나 6개 지역 클러스터에 대한 효율성 평가도 없이 6개 클러스터를 3개 클러스터로 다시 개편했다. 민간병원을 선택한 사람은 의료비를 메디세이브나 메디실드로도 지급할 수 있지만 상당 부분을 직장의료보험과 본인부담금으로 지급한다. 표 2는 공공·민간의료 부문과 입원·외래진료에 따른 의료비 재원을 요약한 것이다.

표 2. 공공·민간의료 부문, 입원·외래진료에 따른 싱가포르 보건의료제도의 주요 재원

	공공의료/민간의료 부문
입원진료	메디세이브, 메디실드, 고용주, 본인부담
외래진료	고용주, 본인부담

### 3. 개혁 동인

홍콩과 싱가포르는 저비용으로 긍정적인 의료 성과를 거두고 있지만 두 정부가 갖고 있는 미래 재정에 대한 불안감은 의료 재정 개혁의 동인으로 작용하고 있다. 우선 두 도시 모두에

서 고령 인구의 비중이 증가하고 있다. 이는 의료 자원을 보다 오래, 보다 많이 사용하는 인구가 늘고 있다는 것을 의미한다. 2050년에 홍콩과 싱가포르의 중위연령은 각각 52.5세와 53세가 될 것으로 추정된다.<sup>24)25)</sup> 고령 인구 비중과 더불어 만성질환(당뇨병, 고혈압)도 증가해 장기 치료, 특히 입원 치료로 인한 자원 소비가 증가해 왔다. 첨단 의료기술 도입 역시 간접적으로는 첨단 의료서비스에 대한 수요가 높아질 것이라는 기대를 낳으면서 의료비 지출이 증가하는 원인으로 작용해 왔다.<sup>26)27)</sup>

이러한 공통적인 개혁 동인 외에도 각국의 보건의료제도와 거버넌스 형태에 따른 개혁 동인도 있다. 첫째, 홍콩의 공공의료제도는 극심한 예산 압박에 시달리고 있다. 정부 예산에서 공공의료비가 차지하는 비중은 2010년 17%에서 2030년 25.4%로 증가하며, GDP 대비 의료비 지출은 2014년 5.7%에서 2030년 10%를 넘을 것으로 전망된다.<sup>28)29)</sup> 둘째, 조세 기반 재원 조달 방식을 사용하면 주로 고소득층은 재원을 조달하고 다른 계층은 혜택을 받게 되어 빈곤층 친화적 체계가 형성되고 지급자와 사용자가 분리되는 경향이 생긴다.<sup>30)</sup> 중산층의 경우에도, 정부 세입에는 기여하는 반면 혜택은 별로 받지 못하는 하위 그룹이 있기 때문에, 중산층 내 그룹별로 지지하는 개혁의 방향이 달라질 수 있다. 또한 막대한 정부 보조금을 받는 홍콩의 공공병원은 이미 포화 상태에 이르렀고, 환자들의 대기 시간도 길다. 따라서 비용과 서비스 활용 측면에서 공공의료 부문이 직면하고 있는 압박을 느슨하게 할 필요성이 또 하나의 개혁 동인이 되고 있다.

홍콩의 민간보험시장에도 문제가 있다. 개혁이 있기 전, 2008년 작성된 한 심의 문서(consultation document)에 따르면 홍콩 시민은 민간 보험사가 기존에 앓고 있던 질병을 급여 항목에서 제외한 것과 보험 갱신을 보장하지 않는 것, 보험의 보장 범위가 부적절한 것에 우려를 표

24) Department of Economic and Social Affairs PD. (2015). World Population Prospects, The 2015 Revision: Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections. New York: 2015.

25) Census and Statistics Department HKSAR. (2015). Hong Kong Population Projections.

26) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2010). Voluntary Health Insurance Scheme: Consultation Document.

27) Lim J. (2017). Sustainable Health Care Financing: The Singapore Experience. *Glob Policy*,8(S2), pp.103-109. doi:10.1111/1758-5899.12247

28) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2008). Projection of Hong Kong's Healthcare Expenditure. [http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/projecthealthexp\\_eng.pdf](http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/consultation/projecthealthexp_eng.pdf)에서 2017. 6. 7. 인출.

29) Leung GM, Tin KYK, Chan W-S. (2007). Hong Kong's health spending projections through 2033. *Health Policy (New York)*,81(1), pp.93-101. doi:10.1016/j.healthpol.2006.05.014

30) Chan RKH. The Politics of Health Finance Reform in Hong Kong. In: *Healthcare Management and Economics*. IGI Global, pp.69-77. doi:10.4018/978-1-4666-3982-9.ch006

명했다. 이렇듯 민간의료보험의 가격 책정 구조가 불투명하고 보장 범위가 불확실하기 때문에 환자는 의료비를 본인부담금으로 지급해야 하는 상황이 될 때 불안감을 느끼게 된다.<sup>31)</sup> 불개입주의의 틀에 따라 정부가 민간보험시장에 규제를 가하지 않기 때문에 보험사는 이윤 추구를 위해 보험의 보장 범위나 환자의 치료 기회를 희생하면서까지 비교적 자유롭게 보험 상품을 만들거나 수정한다. 이와 같은 규제 부족은 민간의료서비스를 사용하는 것에 대한 불안감을 증폭시킨다. 이렇듯 사용자를 공공 부문으로 유도하는 흡인 요인(pull factors)(심리적 안정과 비용 편의성 등) 외에도 민간의 2차, 3차의료 서비스 이용을 꺼리게 하는 배출 요인(push factor)이 홍콩의 공공의료 부문이 겪는 예산 압박을 더욱 고착시킨다.

홍콩 정부는 의료 재정의 지속가능성 문제를 조기에 인식하고 “재정 부족으로 적절한 치료를 받지 못하는 사람은 없어야 한다”는 점을 강조하며, 1990년대부터 여러 차례 재정 개혁을 단행했다. 그러나 이는 모두 실패로 돌아갔다.<sup>32)</sup> 실패의 원인은 여러 가지이나 정부의 비전과 합치가 부족하여 시민의 지지를 받지 못한 것이 가장 큰 원인으로 지적된다.

싱가포르의 경우, 기존의 의료 재정 문제가 인구구조와 정치 문제로 인해 더욱 악화하고 있다. 1984년에 시작된 메디세이브의 적립액은 가입자의 적립 기간에 따라 규모가 크게 달라진다. 당연한 논리로, 노년기에 가입한 사람은 적립 기간이 짧아 적립금이 적다. 또한 은퇴 후 무직이라는 것은 직장의료보험과 같은 기타 지원제도를 활용할 수 없음을 의미한다. 높은 연령과 질병 취약성으로 인해 고령층의 의료비 지출이 증가하면 이들의 재정적 취약성은 더욱 커진다.

그렇다면 메디실드가 2차 ‘안전망’이 될 수 있을까? 싱가포르 정부는 ‘보편적 의료보장’을 약속했지만 싱가포르 보건부에 따르면 전체 인구 중에서 메디실드의 보장을 받지 못한 인구는 8%에 불과한 반면 76~85세 고령층에서 메디실드의 혜택을 받지 못한 인구는 35%에 달했다. 메디실드는 수익 추구형 보험과 같은 방식으로 운영된다. 따라서 가입에 연령 제한이 있고(92세 이상은 가입할 수 없음), 특정 질병을 이미 앓고 있는 경우에는 가입할 수 없다.<sup>33)</sup>

31) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2010). Voluntary Health Insurance Scheme: Consultation Document.

32) Lieu G. (2016). Launching Hong Kong’s healthcare financing reform: Why continued inaction? Asia Pacific J Heal Manag, 11(3), pp.87-102.

33) Central Provident Fund Singapore. (2015). General Information on MediShield Scheme.

보험료는 보험계리적 방법을 따라 연령대별로 산출하고, 각 연령대는 서로 간의 교차보조금 없이 자체 기금을 조성한다. 이처럼 연령대별로 자체 기금을 적립하는 방식은 고령층에게 불리하다. 고령층은 보험료를 지급하고 자체 기금을 조달하지 못할 가능성이 가장 높은 연령군이기 때문이다. 메디실드가 보장한다고 주장하는 중대 질병에 걸려 보장 한도를 넘어 장기 입원하는 경우, 손실 한도 제한(stop-loss) 없이 정률 본인부담금 비율이 올라간다. 한편 메디펀드는 메디실드로 보장받지 못하는 사람들을 위한 제도지만 이 역시 금액이 제한돼 있고 보장 여부도 경제적 안정성에 따라 달라진다. 정부 보조금은 의료비 부담을 조금 완화하는 정도로만 제공된다.

또한 싱가포르의 제도에는 재정적 형평성 문제가 내재되어 있다. 싱가포르는 ‘개인의 책임’을 강조하고 의료보험에 대한 개인 기여율이 높기 때문에 재정 형평성 평가에서 좋은 성적을 받지 못했다. 2000년 세계건강보고서의 의료비 부담 형평성 부문에서 싱가포르는 세계 보건기구(WHO) 181개 회원국 중 101~102위를 차지했고, 의료비 개인 부담이 과하다는 평가를 받았다.<sup>34)</sup> 더욱이 2011년에 싱가포르 보건부는 ‘보조금 + 3M’ 체계에서 지급되는 의료비는 약 40%에 불과하고 나머지 60%는 본인부담금과 제3자 보험사가 지급한다고 보고했다.<sup>35)</sup> MSA는 개인별(혹은 가구별)로 재원을 조달하기 때문에 소득 의존도가 높다. 싱가포르의 역진적 의료 재정 구조(저소득층의 소득 대비 보험료 비중이 고소득층보다 높은 구조)로 인해 MSA는 퇴직자, 실업자, 장애인, 만성질환자를 차별하는 제도로 인식될 수 있다.<sup>36)</sup>

싱가포르 정부는 물론 시민들도 차츰 이러한 문제를 인식하기 시작했다. 이에 따라 2011년 선거에서 야당인 노동당(Workers' Party)이 처음으로 의석을 차지하는 승리를 거뒀다. 이는 독립 이후 줄곧 집권해 온 인민행동당(PAP: Peoples' Action Party)에 대한 시민들의 지지가 변했음을 상징한다. 선거 후 리관유 전 총리의 PAP세대에서 싱가포르의 미래를 위한 차기 지도자 세대로의 이념적 전환이 이뤄진 것이다. 이러한 경험과 다가올 2016년 선거가 동인으로 작용하여 싱가포르 정부는 2015년에 의료제도를 개혁하게 되었다.

34) World Health Organization. (2013). The world health report 2000 - Health systems: improving performance. WHO. <http://www.who.int/whr/2000/en/>에서 2017. 6. 8. 인출.

35) Ministry of Health Singapore. (2013). Healthcare financing sources. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/pressRoom/Parliamentary\\_QA/2013/healthcare-financing-sources0.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/Parliamentary_QA/2013/healthcare-financing-sources0.html)

36) Wouters OJ, Cylus J, Yang W, Thomson S, McKee M. (2016). Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care. *Health Econ Policy Law*, 11(3), pp.321-335. doi:10.1017/S1744133116000025

## 4. 의료 재정 개혁

### 가. 홍콩의 임의 가입 의료보험제도(VHIS)

홍콩은 두 차례에 걸친 공공 심의를 마친 후 2010년 ‘나의 건강, 나의 선택: 의료 개혁 2단계(My Health, My Choice: Healthcare Reform Second Stage)’라는 심의 문서를 작성하고, 이에 따라 임의 가입 의료보험제도(VHIS)를 수립했다. 이는 정부가 규제하고 보조금을 지원하는 임의 가입 민간의료보험제도이다. 이 제도의 주된 목적은 지급 능력과 의향이 있는 이들이 공공의료서비스가 아닌 민간의료서비스를 이용하도록 장려하는 것이다. 더 명확히 말해 VHIS는 병원 치료비를 보험계약자에게 배상하는 ‘입원배상책임보험(이하 입원보험)’ 판매를 규제하는 제도이다. VHIS는 주로 입원 환자에게 제공되는 일상적인 치료 절차와 관련된 비용을 배상하는 제도로, 장기 입원 환자 지원에 초점을 맞춘 메디실드와 유사하다.

VHIS를 실시하는 목적은 보험사의 보장 항목을 더욱 엄격하게 규제하여 “시장의 보험 품질을 향상”하는 것이다.<sup>37)</sup> 이에 따라 홍콩 정부는 입원보험의 관리, 판매, 실행 시스템을 바꾸고 있으며, 보험사가 ‘보건(health)’, ‘의료(medical)’ 또는 ‘병원’이라는 명칭이 들어간 보험을 판매하려면 반드시 준수해야 하는 ‘최소 요건(MR: Minimum Requirements)’을 정립했다.<sup>38)</sup>

MR은 표준 상품(Standard Plan), 다보장성 상품(Flexi Plan), 톱업 상품(Top-up Plan) 등 세 가지에 적용된다. 표준 상품은 MR을 모두 충족하지만 이를 초과하지는 않는 상품으로, 보장액을 자세히 설명한 보험급여율(benefits schedule)을 갖추고 있다. 표준 상품을 판매하는 보험사는 연령대별 보험료를 설정하고 표준 보험료의 200%를 상한선으로 부가 보험료(a premium loading over standard rates)를 부과할 수 있다(2012년 표준 상품의 연령대별 추정 표준 보험료는 표 3 참조). 혁신 저해를 방지하고 시장 원리를 장려하기 위해 VHIS는 보험사가 다보장성 또는 톱업 상품 형태로 MR을 초과하는 상품을 판매할 수 있도록 허용한다. 다보장성 상품은 표준 상품보다 보장성이 높지만 일부 MR 요소를 완화할 수 있다. MR을 적용받지 않는 톱업 보험은 입원보험의 성격에서 벗어난 혜택을 제공하며 표준 보험 및 다보장성 보험과 연결되어 맞춤형으로 제공될 수 있다. 이들은 싱가포르 메디실드 프로그램의 ISP와 유사하다. 그림 1은 각 상품 유형을 조합한 보험의 특성을 요약해 보여 준다.

37) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2010). Voluntary Health Insurance Scheme: Consultation Document.

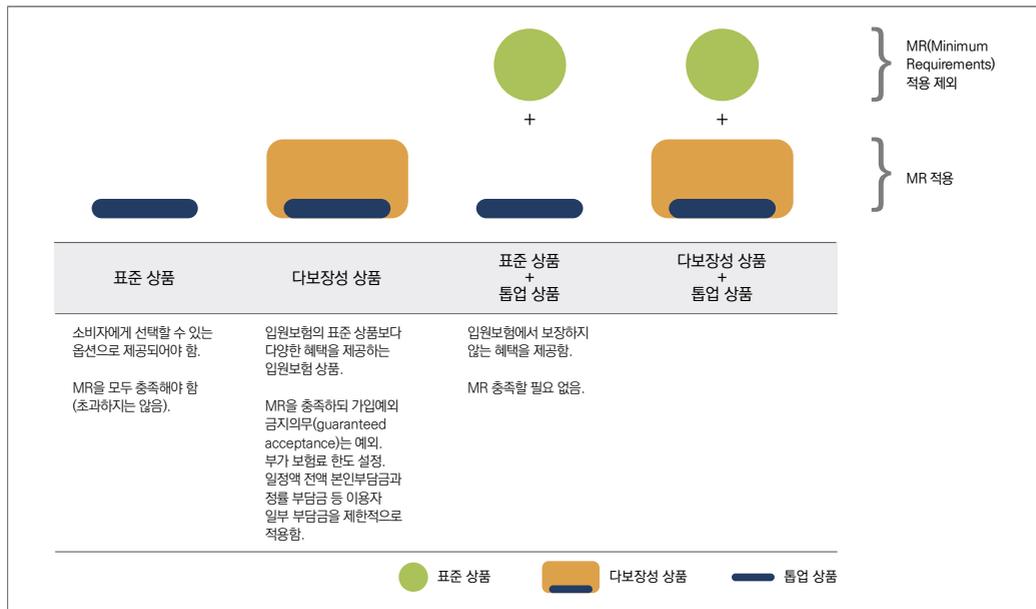
38) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2010). Voluntary Health Insurance Scheme: Consultation Document, Chapter 2.

표 3. 2012년 표준 상품 추정 연간 표준 보험료\*39)

연령대	연간 보험료 실례(홍콩 달러)	원화 환산액(원)
15 세 이하	1,250	181,138
15~19 세	1,500	217,365
20~24 세	1,450	210,120
25~29 세	2,200	318,802
30~34 세	2,200	318,802
35~39 세	3,200	463,712
40~44 세	3,300	478,203
45~49 세	4,750	688,323
50~54 세	5,300	768,023
55~59 세	6,250	905,688
60~64 세	6,900	999,879
65~69 세	8,600	1,246,226
70 세 이상	9,950	1,441,855

\*설명용 자료임. 보험사는 연령대와 성별 구분에 따라 보험료 구조를 변경할 수 있음.

그림 1. 표준 상품, 다보장성 상품, 특업 상품의 조합<sup>40)</sup>



39) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2010). Voluntary Health Insurance Scheme: Consultation Document, Chapter 3.

40) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2010). Voluntary Health Insurance Scheme: Consultation Document, Chapter 3.

## 나. 싱가포르의 메디실드라이프

싱가포르는 2015년 11월 1일에 메디실드를 메디실드라이프(MSL)로 개편했다. 메디실드라이프는 메디실드 체계를 토대로 하기 때문에 높은 입원비와 고가의 외래진료비(투석, 화학요법 등)를 지급하는 제도이다. 두 제도는 가입 규정, 재원, 보장 범위에서 주된 차이를 나타낸다.

메디실드, VHIS의 임의 가입 원칙과는 달리 싱가포르 시민, 영주권자라면 누구나 의무적으로 메디실드라이프에 가입해야 한다. 보험료는 여전히 연령대별로 차등 부과되지만 기존보다 인상됐으며 보험 기금도 연령대별로 관리된다. 징수된 보험료는 메디실드라이프 기금에 적립하고 여기에서 보험금을 지급해야 한다. 또한 메디실드라이프는 재정적으로 자립해야 한다. 2014년 말 메디실드라이프의 자산은 28억 싱가포르 달러였다.<sup>41)</sup> 의무 제도이기 때문에 싱가포르 정부는 보험료 납부를 거부하는 이들에게 벌금을 부과한다. 일정액 전액 본인 부담금의 금액은 메디실드와 같지만 정률 본인부담금 요율은 10~20%에서 3~10%로 감소했다. 청구 한도액도 보험 연도 기준 7만 싱가포르 달러에서 10만 싱가포르 달러로 인상됐고, 평생 동안 무제한 청구할 수 있게 됐다. 끝으로, 연령 제한 없는 종신 보장을 제공한다.

싱가포르 정부는 의무 보험료의 부담을 줄이기 위해 시민에게 다양한 보조금과 할인 혜택을 제공하고 있다. 가입 연령에 따라 보험료 할인 혜택을 제공하고(가입 연령이 낮을수록 할 인율이 높다), 중저소득 가구와 고령층(‘개척 세대’ 보조금, 메디세이브 추가액)에는 보조금을 지원한다.<sup>42)</sup> 정부는 임의 가입 제도에서 의무 가입 제도로 원활하게 전환하기 위해 메디실드라이프 가입 후 처음 4년간 과도기 보조금을 지원한다. 보조금 신청은 정부 데이터베이스에 저장된 정보를 토대로 수혜 자격이 있는 사람에 대해 자동으로 이뤄진다.

메디실드는 특정 질환을 앓는 사람을 가입 대상에서 제외했지만 메디실드라이프는 추가 비용을 받고 이들의 가입을 받아들인다. ‘심각한 질환일 경우’에는 10년간 기본 보험료의

41) Ministry of Health Singapore. (2017). MediShield Life: About the MediShield Life Fund. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/medishield-life/about-medishield-life/medishield-medishield-life-fund.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/medishield-life/about-medishield-life/medishield-medishield-life-fund.html)에서 2017. 5. 17. 인출.

42) Ministry of Health Singapore. (2017). MediShield Life: Premium & Subsidy Tables. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/medishield-life/premiums---subsidies/how-to-receive-premium-subsidies/subsidy---premium-tables.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/medishield-life/premiums---subsidies/how-to-receive-premium-subsidies/subsidy---premium-tables.html)에서 2017. 5. 27. 인출.

30%에 해당하는 추가 보험료를 부과하고 그 후부터는 일반 보험료를 적용한다.<sup>43)</sup> 이러한 추가 보험료에 대해서는 정부가 보조금을 지원한다. 표 4는 보조금 적용 전 2015, 2016년의 보험료율이다. 보험료는 보조금(연령별), 기존 질환, 소득 수준, 시민권 등에 따라 차등 부과되고 전체 의료비 지출액에 따라 변경될 수 있기 때문에 표 4는 실제 지급된 보험료보다 과대 추정되었을 수 있다. 홍콩의 보험료 표(표 3)와 비교할 때, 고령층의 연령대가 더욱 세밀하게 분류됐다. 표 5는 VHIS와 메디실드라이프의 주요 구성 요소를 간략하게 비교한 것이다.

표 4. 2015, 2016년 메디실드라이프 연간 보험료(보조금 적용 전)

연령대	보험료(싱가포르 달러)	원화 환산액(원)
1~20 세	130	106,291
21~30 세	195	159,436
31~40 세	310	253,462
41~50 세	435	355,665
51~60 세	630	515,101
61~65 세	755	617,303
66~70 세	815	666,360
71~73 세	885	723,594
74~75 세	975	797,180
76~78 세	1,130	923,911
79~80 세	1,175	960,704
81~93 세	1,250	1,022,025
84~85 세	1,430	1,169,197
86~88 세	1,500	1,226,430
89~90 세	1,500	1,226,430
91 세 이상	1,530	1,250,959

43) Ministry of Health Singapore. (2017). MediShield Life: Coverage for Pre-existing Conditions. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/medishield-life/about-medishield-life/coverage-for-pre-existing-conditions.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/medishield-life/about-medishield-life/coverage-for-pre-existing-conditions.html)에서 2017. 5. 17. 인출.

표 5. VHIS와 메디실드라이프 비교

	임의 가입 의료보험제도(VHIS)*44)	메디실드라이프(MSL)45)
피보험자	임의 구매	모든 싱가포르 영주권자와 시민
보험자	민간보험사	정부
보험료	연령대와 성별에 따른 차등 부과, 보험사에서 결정. 200%까지 부가 보험료 허용.	연령대별로 차등 부과, 정부에서 결정.
보조금	지급 여부 미결.	가계 소득 및 체류 지위(시민, 영주권자)에 따라 차등 적용.
기존 질환 보장 범위	4 년간의 대기 기간 후 완전 보장.	10 년 동안 추가 보험료 30% 납부.
입원진료 보장	보장. 급여 항목에 따른 한도 적용.	보장.
외래진료 보장	절차 또는 테스트에 따른 일괄 혜택 한도 적용.	보장. 만성질환과 관련된 특정 치료.
연간 급여 한도	40 만 홍콩 달러	10 만 싱가포르 달러
평생 급여 한도	한도 없음.	한도 없음.
일정액 전액 본인부담금	미결.	연령과 병동에 따라 차등 적용.
정률 본인부담금	없음(규정된 고급 진단 검사의 경우 30% 예외).	외래진료의 경우 10%에서 시작하여 의료비에 따라 입원진료와 간이 수술에 감소 적용.

\*표준 상품 전용. 다보장성 및 통합 상품의 경우 표 3, 4의 임의 가입 의료보험제도 심의 문서 참조.

## 5. 평가와 전망

이들 두 제도에는 각 정부의 정치 철학이 반영되어 있다. 실제로 VHIS는 여전히 유연한 임의 가입 보험이지만 싱가포르는 메디실드라이프 가입을 의무화함으로써 더욱 엄격한 접근법을 취한다. 그렇다면 두 제도가 각 도시의 문제 해결에 어떤 도움을 줄 수 있을까?

### 가. 보장성과 비용 절감

홍콩과 싱가포르, 두 도시에서 모두 인구 고령화와 비용 증가가 주요 개혁 동인으로 작용

44) Food and Health Bureau: Government of HKSAR. (2010). Voluntary Health Insurance Scheme: Consultation Document, Chapter 3.

45) Ministry of Health Singapore. (2017). MediShield Life: About the MediShield Life Fund. [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/medishield-life/about-medishield-life/medishield-medishield-life-fund.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/medishield-life/about-medishield-life/medishield-medishield-life-fund.html)에서 2017. 5. 17. 인출.

했다. 메디실드의 보험료는 연령이 높을수록 증가하기 때문에 고령층이 보험료 납부에 어려움을 겪을 수 있었다. 하지만 간킴용(Gan Kim Yong) 싱가포르 보건부 장관은 2011년 메디실드 보험 가입자 중 보험료 체납으로 계정이 해지된 경우는 전체의 1% 미만이기 때문에 이러한 우려가 현실화될 가능성은 낮다고 말했다.<sup>46)</sup> 그러나 이것은 메디실드가 임의 가입 제도였을 때 얘기다. 메디실드라이프는 과거 메디실드에 가입하지 못했던 많은 고령층이 가입함에 따라 이들에 대해서도 지속적으로 비용 부담을 져야 한다. 아직까지는 문제가 없어 보이지만 우려의 근원은 남아 있다. 그러나 개척세대 패키지(2014년 65세 이상에게 보조금 제공)와 중증 장애인 보험제도인 엘더실드(ElderShield) 같은 보조금 패키지를 통해 이런 우려를 없애려는 노력이 이뤄지고 있다는 점은 고무적이다.

메디실드라이프는 메디실드의 보장 범위를 확대하고 연령 제한을 없앴다. 질환을 앓고 있는 경우에도 메디실드라이프에 가입할 수 있다. 다만 이런 가입자는 일정 기간 많은 보험료를 납부해야 한다. 메디실드라이프는 의무 가입 제도이고 보장 범위가 넓다. 따라서 이로 인한 정부의 부담을 줄이려면 높아진 보장성에 부합하는 더 많은 보험료를 부과해야 한다. 보장 범위의 확대로 정부 재정이 파산할 위험은 있을까? 메디실드와 메디실드라이프는 지급된 보험금보다 거의 10억 달러나 많은 보험료를 보유금으로 적립했다.<sup>47)</sup> 정부는 이를 예기치 못한 사태에 대비한 예비 기금이라고 말하지만 필요에 따라 정부가 보험료를 조정할 수 있다는 점을 감안하면 설득력이 떨어진다. 또한 싱가포르 노동당의 제럴드 기암(Gerald Giam)은 “메디실드 보험 가입자 중 보험 연도 기준 한도와 평생 청구 한도에 도달한 사람의 비중은 0.1% 이하”라고 주장했다.<sup>48)</sup> 이는 대부분의 보험 가입자가 보험료를 지급할 수 있다는 것을 의미한다. 이 두 사례를 볼 때, 보험 연도 기준 보험금 한도 확대, 평생 청구 보험금 한도 확대, 고령 인구 가입으로 인한 비용 상승 등을 감당한 후에도 메디실드라이프의 예비 기금을 유지할 수 있을 것으로 짐작할 수 있다.

반면 홍콩의 VHIS는 임의 가입 보험으로 추가적인 의료보험 가입을 감당할 능력과 의향이

46) Singapore Parliament Reports. (2012). Termination of MediShield Policies due to Non-Payment.

47) Central Provident Fund Singapore. (2015). CPF Board Annual Report 2015.

48) Giam G. (2012). MediShield should take on more risks on behalf of Singaporeans. <http://geraldgiam.sg/2012/07/medishield-should-take-on-more-risks-on-behalf-of-singaporeans/>에서 2017. 5. 18. 인출.

있는 이들에게 ‘더 나은 안전망’을 제공한다. VHIS 가입자들이 더 나은 보장을 위해 기꺼이 더 높은 값을 지불하려는 것을 보면 장기적인 비용 절감은 정부의 시각에서 나온 목표이지, 보험 가입자의 시각에서 나온 것은 아니라는 것을 알게 된다. VHIS에서는 MR(보험 최소 요건) 충족 조건에 따라 표준 보장을 축소하거나 기존 질환자를 제외하는 것 또한 허용되지 않는다. 이는 VHIS에 가입할 여력이 있는 사람에게는 소비자 보호 기능이 더욱 강화된 것이다. 이것의 낙수 효과로 기대되는 바는, 공공의료 부문이 빈곤층과 노인 등에게 의료 자원을 더욱 집중적으로 활용할 수 있게 되어 공공의료서비스 이용 부담과 재정 부담이 완화되는 것이다.

## 나. 거버넌스와 효과

곧 닥칠 ‘실버 쓰나미’에 대비해 비용 절감에 성공하려면 정부는 시민들이 새로운 정책의 정당성을 인정할 수 있도록 해야 하며, 이러한 시민의 공감대를 바탕으로 힘을 갖춰야 한다.

VHIS는 민간 부문으로 시민을 유도하여 공공 부문의 자원을 더욱 효율적으로 할당하려는 의도로 고안되었다. 그러나 시민을 민간 부문으로 이동시킬 유인책이 없다면 대부분의 시민은 공공 부문의 안락함 속에 남으려고 할 것이다. 이렇게 되면 현 상태가 지속되어 VHIS의 노력이 수포로 돌아갈 수 있다. 그런데 현재 VHIS 이행 과정이 매끄럽지 못해 이렇게 될 가능성이 있어 보인다. 홍콩 정부는 VHIS의 설계와 집행 시, 제도 내에서 정부의 역할을 명확히 규정하지 못했고, 공공 기금의 규칙을 명확히 하는 데도 실패했다. 이러한 거버넌스와 규제 부족으로 VHIS 정책은 정당성을 조금씩 잃어 가고 있다. 우수한 보건의료 지표와 의료 재정 보유금의 증가 속에서(2017년 3월 말 기준 미화 약 1,210억 달러), 많은 시민이 여론 조사에서 현재의 조세 기반 제도를 지지한 것은 그리 놀랄 일이 아니다.<sup>49)</sup> VHIS는 의료 재정 개혁에 대한 시민의 거부감과 정부의 개혁 의지를 절충한 ‘최소 공통분모’에 기반을 두고 있어 가장 적합한 개혁은 아니다. 그리고 VHIS의 단점은 설계 구조에 있는 것이 아니라 제대로 된 비전 없이 제도를 추진하는 데 있다(현재 이행 중). 공공의료부문을 향한 시민 연대가 강한 반면 VHIS를 이행하는 정부의 추진 의도가 부적절하기 때문에 VHIS의 미래는 불안하다.

그러나 이러한 단점을 만회할 만한 장점도 있다. 취약한 거버넌스에 대한 비판도 있지만

49) Chan PM. (2017). The 2017–2018 Budget.

홍콩은 지금까지 양질의 성과를 거둔 보건의료제도를 갖추고 있다. He(2016)는 홍콩 사회정책의 정당성을 평가한 연구에서 홍콩의 보건의료제도에 대한 시민의 만족도가 상당히 높다는 것을 발견했다.<sup>50)</sup> 홍콩 시민은 또한 보건의료 부문에서 강력한 사회적 연대의식을 보여준다.

홍콩 정부가 시민의 지지를 받고 개혁을 성공으로 이끌려면 두 가지 문제를 해결해야 한다. 첫째, 시민에게 개혁의 필요성을 알려야 한다. 현 제도에 대한 연대의식은 오히려 현 제도의 정당성을 강화한다. 따라서 정부가 시민의 지지를 얻으려면 시민에게 변화의 필요성을 인식시켜야 한다. 단순히 개혁을 밀어붙이거나 외국 기관의 자문을 구하는 것은(실패한 1999년 하버드 보고서) 효과가 없고 개혁을 실패로 이끌 수 있다. 둘째, 정치인들은 개혁 과정에서 더욱 기민하게 움직여야 한다. VHIS를 성공적으로 집행하려면 정부는 더욱 엄밀해져야 하고 보건의료정책에서 주된 역할을 해야 한다. 이를 위해서는 잠시나마 민간시장을 규제했던 것과 같이 정부의 불개입주의를 수정해야 한다. 이 과정에서 의료인 단체와 같은 주요 관계자를 설득할 수 있는 방법을 면밀히 연구해야 한다.

한편 다층적 수준의 의료제도(multi-tiered healthcare)를 갖춘 싱가포르의 의료 재정을 개선할 수 있는 다양한 레버를 만들 수 있었다. 싱가포르 정부는 제도 수립과 체계 제도화를 통해 재정의 안정성에 기여한 점에서는 훌륭한 성과를 올렸다. 싱가포르의 메디실드라이프 도입은 의료 재정의 패러다임을 전환한 것이 아니라 단순히 이전 제도의 단점만 해결한 수준이었기 때문에 변화가 홍콩보다 수월하게 이뤄졌다. 이념적으로 메디실드라이프는 개인주의 철학에 기반하면서도 동시에 보건의료제도가 제대로 기능하고 적절한 가격을 유지할 수 있도록 ‘공동의 책임의식’을 강조하기 때문에 시민이 의료제도에 적극적으로 기여하도록 장려한다(일각에서는 보험료를 납부하지 않으면 경고성 벌금을 부과하기 때문에 강제적이라는 의견도 나온다).

그러나 메디실드라이프에 대한 반대하는 시민들은 항상 있다. 메디실드라이프에는 인상된 보험료, 바뀌지 않은 일정액 전액 본인부담금, 연간 한도 등 여전히 개인과 가계의 의료비 지

---

50) He AJ. (2016). Public Satisfaction with the Health System and Popular Support for State Involvement in an East Asian Welfare Regime: Health Policy Legitimacy of Hong Kong. Soc Policy Adm. doi:10.1111/spol.12274

급 능력을 저해하는 요소가 있다. 메디실드라이프의 강제 가입 규정과 미가입에 따른 벌금 부과를 반대하는 의견도 있다. 따라서 메디실드라이프가 싱가포르 시민의 의료비에 대한 불안감을 해소할 수 있을지는 몇 년 더 지켜보아야 할 것이다.

#### 다. 형평성

홍콩 정부는 VHIS가 보험을 구입할 능력이 있는 중산층이나 고소득층을 대상으로 한 보완적 제도일 뿐이라고 주장한다. 그러나 VHIS는 빈곤층과 부유층 간의 격차에 영향을 미칠 수 있다. 왜냐하면 현재 공공의료제도의 주요 재원은 중산층과 고소득층인데 이들이 민간 부문으로 이동해 가면 더 이상 공공제도를 계속 지원하는 것에 불만을 제기할 수 있기 때문이다. 마찬가지로 부유층에게는 무제한 의료서비스를, 빈곤층에게는 기본 의료서비스만 제공하는 이분화된 시장이 현실화될 수 있다. 그러나 이러한 이분화된 시장이 꼭 나쁜 것은 아니다. 싱가포르의 이미 제도 설계상 홍콩이 당면하게 될, 부유층에게는 무제한 옵션을, 보조금이 필요한 이들에게는 기본 의료 패키지를 제공하는 이분화된 의료제도를 갖추고 있기 때문이다. 여기서 중요한 것은 - 두 도시 모두의 - 의료보험제도가 기본 의료 패키지를 통해 환자를 효과적으로 치료할 수 있는지의 여부, 즉 기본 의료 패키지의 품질이다. 그런데 이러한 빈부 격차가 개혁 과정과 관련해서는 홍콩에 더욱 많은 영향을 미친다. 개혁 과정에 모두가 동일한 비중으로 참여할 수 있게 된다면 계층 간 분리는 더욱 두드러져 성공적인 개혁을 저해할 수 있다.

메디실드에 대한 비판 중 하나는 메디실드가 비영리 방식으로 운영된다는 싱가포르 정부의 주장과는 달리 영리적으로 운영된다는 것이다. 사실상 연령대별로 보험 기금을 조성하고, 기존 질환 보유자에게 비용을 부담시키며, 보험에 강제 가입하게 하는 것 등은 고령층과 장애인을 차별하는 것이다. 싱가포르 정부는 자원 조달의 불공정성을 언급하는 것을 회피해 왔다. 이는 정부의 판단력이 부족해서가 아니라 판단 가치가 다르기 때문이다. 싱가포르 정부는 비록 불공정과 차별을 철폐하는 정책을 펴지는 않았지만, 빈곤층, 신체적 취약계층, 고령층에게 다양한 보조금을 지급함으로써 싱가포르 의료체계에 이러한 단점이 있음을 인정해 왔다.

## 6. 결론

보건의료제도는 항상 반제품(半製品)이다. 많은 동아시아 국가가 제한된 자원 속에서 인구 구조의 변화를 겪고 있는 가운데 환경은 항상 변하고 있다. 많은 성공과 실패에도 불구하고 개혁은 앞으로도 계속될 것이다. 다른 나라의 보건의료제도가 걸어온 길을 공부하는 것은 자국의 제도를 비추어 보고 개선할 수 있는 좋은 방법이다.

홍콩과 싱가포르의 미래에 정부의 역할을 확대해야 할 필요성을 인식하고 있다. 이 점은 세계 어느 나라도 마찬가지다. VHIS와 메디실드라이프 개혁의 가장 두드러진 특징은 정부의 강한 역할이 거듭 강조되었다는 것이다. 민간보험시장을 규제하려는 홍콩 정부의 움직임은 보험시장에 정부가 어느 정도 필요하다는 것을 인정한 것이고, 순수 자유방임주의에서 벗어난 것이다. 홍콩 정부의 다음 과제는 ‘어느 정도’의 개입이 적절한지를 결정하는 것이다. 싱가포르 정부 또한 개인의 책임을 강조하지만 ‘보조금 + 3M’ 체계의 안전망에서 벗어난 이들에게 재정 지원이 필요하다는 점을 인식하며 취약계층에게 더 많은 보조금을 지원했다.

두 도시는 이러한 개혁을 보다 포괄적인 보건의료제도의 일환으로 추진해야 한다. VHIS와 메디실드라이프는 임시방편으로 의료비를 지원하는 데만 초점을 두기 때문에 질병이 발병한 후에야 작동한다. 질병 예방 또한 의료비를 절감할 수 있는 또 다른 방법이지만 두 도시는 보건의료체계에서 이를 경시했다. 비용을 통제할 수 있는 또 다른 방법은 치료 절차를 능률적으로 간소화하는 것이다. 분절화된 이중 경로로 되어 있는 홍콩의 의료체계에서는 이것이 어려울 수 있으며, 홍콩 정부가 통합 의료를 구현하기 위한 병원청의 클러스터링을 어떻게 활용할 수 있을지도 아직 명확하지 않다. 싱가포르는 지역의료시스템(RHS)을 통해 치료 과정을 더욱 능률적으로 조율하려 했으나 초기 RHS 실행 목표가 불분명하여 이에 실패했다.

고령화와 만성질환의 충격에 대응하려면 홍콩과 싱가포르는 시민의 미래 복지에 대한 투자 일환으로 통합적 의료 전달 체계를 갖추는 것은 물론 보건의료 재정 정책을 개혁할 필요가 있다.