

# 네덜란드와 독일의 보건의료개혁과 시사점

*Health Reform Trends: Netherlands and Germany*

윤열매 한국보건사회연구원 전문원

강지원 한국보건사회연구원 연구원

## 1. 문제의 제기

스웨덴을 비롯한 많은 선진국이 1990년대에, 남유럽 국가들이 최근에 복지국가 위기를 경험하는 것은 우연이 아니다. 이들 국가에서 복지제도의 형성과 사회보험의 성숙으로 인한 복지재정의 증가는 때론 과도하게, 때론 의도적으로 복지국가 위기를 야기한 중요한 요인으로 지적되고 있다. 실제로 복지레짐에 상관없이 대부분의 국가가 복지재정에 대한 부담에서 자유로울 수 없다는 것은 사실로 받아들여지고 있다. 이는 지난 20년간 복지선진국이라고 불리는 국가에서 거시적으로, 혹은 미시적으로 이루어진 복지개혁이 대부분 재정의 지속가능성과 전달체계의 효율적 운영에 초점을 맞추고 있는 것에서도 알 수 있다. 예를 들어 스웨덴의 복지개혁은 조세개혁을 통해 조세기반을 확충하고, 서비스의 민영화를 통해 서비스의 질을 제고하고 수요자의 욕구에 민감하게 반응하는 효과적인 전달체계를 구축하는데 있다. 영국의

복지개혁 역시 공공부문과 민간부문의 거버넌스 구축을 통해 협력관계를 모색하고, 중앙과 지방의 재정관계를 개편하여 중앙정부의 재정 부담을 완화하였다. 또한 조세와 복지, 고용과 복지를 결합함으로써 대상자의 선정과, 급여와 서비스의 전달을 효과적으로 제공하는데 목적을 두었다. 그러나 재정의 효과적인 통제와 지속가능성의 확보라는 동일한 목적을 향해서 가더라도 각국은 역사적문화적 상황과 사회경제적 여건, 국민들의 공감 등에 따라 매우 다른 경로를 보여주고 있다.

이들 국가와는 다르게 우리나라는 지난 10년간 사회안전망의 확충과 사회보험의 성숙, 사회서비스의 발달을 추진하였다. 그 결과 1990년부터 2007년까지 우리나라의 공공사회복지지출은 OECD국가 중 가장 급격한 증가를 보여주고 있다. 문제는 이러한 증가가 앞으로 지속가능한 것인가라는 의문에서 시작된다. 현재 우리나라의 공공사회복지지출은 노령(Old Age)과 보건(Health)부문의 비중이 가장 높게 나타난다.

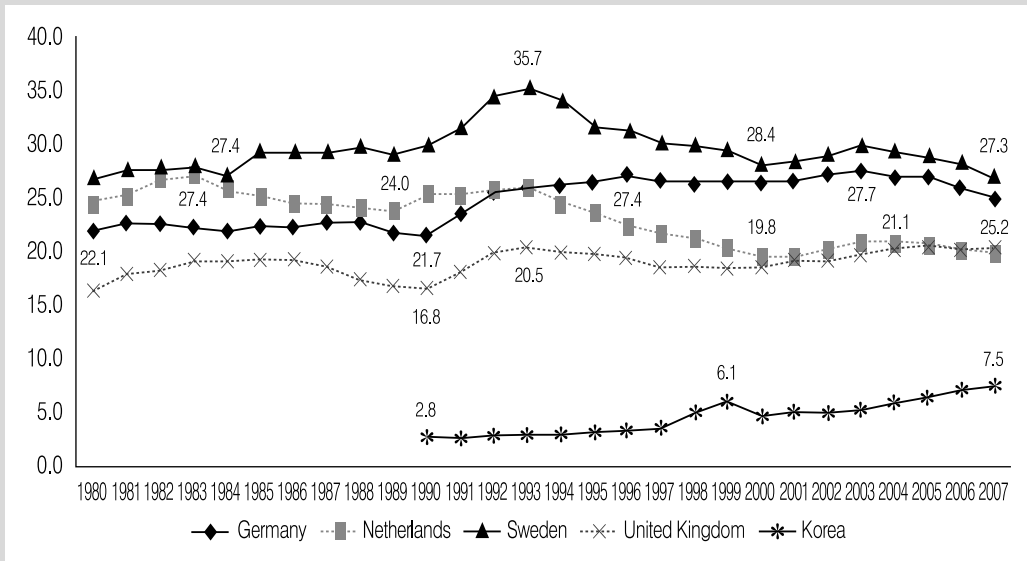
그러나 복지제도에 대한 변화 모색은 주로 고령화로 인한 서비스의 확충과 지속가능한 연금체계 구축에 초점을 맞추고 이루어졌다. 이러한 추세는 선진국에서도 유사하게 나타나는 현상이다. 즉 그동안의 복지개혁은 주로 노령부문을 중심으로 한 연금 개혁과 서비스 전달체계를 중심으로 이루어진 반면 최근에는 보건의료개혁에 대한 욕구가 높아진 것이다. 스웨덴의 경우 연금개혁(1998년)에 비해 보건의료개혁(2006년)이 최근예야 추진되었고, 미국 역시 연금개혁(2008년)에 비해 보건의료개혁은 뒤늦게 이루어졌다.

이렇듯 많은 국가에서 최근 복지개혁의 화두는 보건의료개혁이다<sup>1)</sup>. 특히 독일과 프랑스처럼 사회보험을 운영하는 국가들은 소득(earned income)에 기초한 기여를 통해 재원을 조달하는데, 그 결과 증가하는 지출과 소득 기반 부담을 억누르고자 하는 시도가 있었다. 이러한 시도는 1980년대 이후 끊임없는 개혁과 관련 깊다<sup>2)</sup>. 즉 사회보험 방식은 전통적으로 의료비 상

회(2008년)에 비해 보건의료개혁은 뒤늦게 이루어졌다.

그림 1. OECD 주요국가의 공공사회복지지출 추이

(단위: % of GDP)



자료: OECD SOCX 홈페이지([http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX\\_AGG](http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX_AGG))

1) Barbara et al(2011). To what extent did the financial crisis intensify the pressure to reform the Welfare State?, *Social Policy & Administration*, 45(4), Blackwell Publishing Ltd.  
 2) Pascale Turquet(2012). Health insurance system financing reforms in the Netherlands, Germany and France: Repercussions for coverage and redistribution?, *International Social Security Review*, 65, International Social Security Association.

승이 문제가 되고 있으며, 이러한 의료비의 증가가 국민들에게 부담으로 작용하고 있고, 이러한 기저에는 보건의료지출의 통제와 의료의 질, 접근성의 제고 등에 있어 정부가 규제자로서 자리매김하지 못한 데 있는 것이다. 실제로 사회보험 국가에서 보험정책의 결정은 보험자와 공급자 등 이해관계자에 의해 결정되는 경향이 있다. 즉 의료공급자 수가 제한되고, 병상 수가 감소하며, 병원진료와 비병원진료간의 구분이 엄격해진다(Turquet, 2012: 30).

그러나 이로 인한 지출의 증가와 양극화, 의료서비스의 질 저하는 복지재정에 부담으로 작용하고, 복지재정은 대부분의 국가에서 심각한 위기의식을 야기하고 있다. 실제로 2011년 OECD Health database를 살펴보면, 2009년 기준 GDP 대비 국민의료비는 독일(11.6%)과 프랑스(11.8%) 등 Bismarckian 원칙에 따른 사회보험 국가가 Beveridgian type의 통합적 보건의료시스템을 운영하는 스웨덴과 영국에 비해 다소 높은 것으로 나타난다(Turquet, 2012: 29). 우리나라 역시 사회보험 원리에 기반을 둔 국가로 최근 보건의료지출이 급격히 증가하고 있으며, 이미 정부 예산 중 국고지원이 상당히 중요한 비중을 차지하고 있다(2012년 예산 기준 GDP 대비 6.8%).

이상일(2009)<sup>3)</sup>은 Berman(1995)의 말을 인용하며, “보건의료개혁이란, 보건의료부문의 효율성, 형평성, 효과성을 향상시키기 위한 지속적이고 의도적인 변화”라고 규정하고 있다. 그러

나 실제로는 “지난 20여년간 보건의료개혁이 주로 공공과 민간의 혼합, 민간의료의 자유화, 민영화 및 정부규제 완화 등 지나치게 효율성을 강조함으로써 시장 중심적 의료체계를 확대하고 이 결과 의료비가 상승했음”을 지적하고 있다(이상일, 2009: 277).

본고는 사회보험의 성숙과 사회보장제도의 확충으로 복지국가에 한걸음 더 다가간 바로 이러한 때, 우리나라 역시 복지재정의 부담에서 자유로울 수 없다는 제약조건과 최근 증가하는 보건의료지출에 대한 대응방안을 모색하는 시사점을 얻고자 선진국의 보건의료개혁 동향을, 개혁의 배경과 개혁과정을 중심으로 파악하고자 한다. 특히 우리나라와 유사하게 사회보험체계를 가진 국가들(네덜란드와 독일)을 중심으로 살펴보고자 하겠다.

## 2. 네덜란드

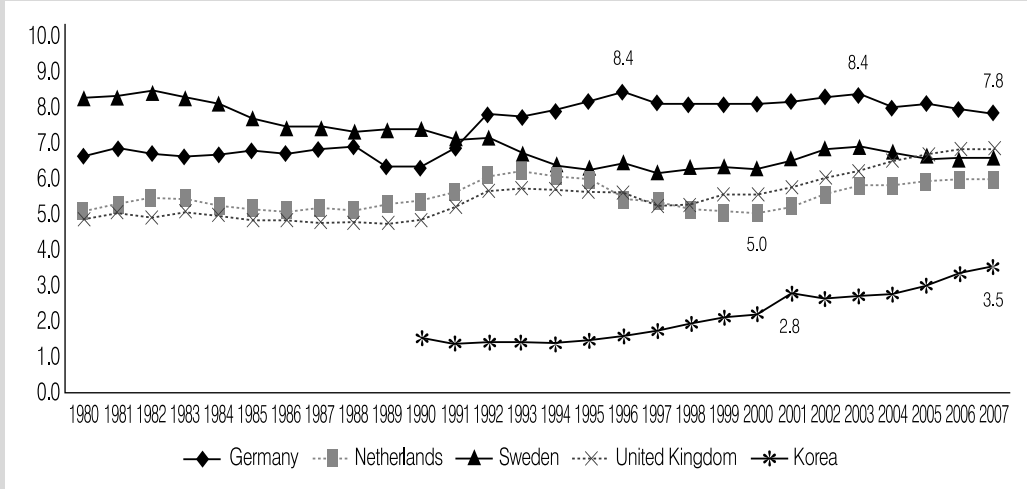
### 1) 보건의료개혁의 배경

네덜란드의 건강보험은 소득수준에 따라 공·사보험이 이원화된 부과체제로 운영되었다. 주지하다시피, 민간보험은 과거병력, 피부양자수, 소득, 영주권 및 시민권 소지 여부 등에 따라 보험료에 있어 차이가 발생한다. 민간보험사는 위험도가 높은 환자의 가입을 기피하거나 고액보험료를 부과하는 등 제도 운영에 있어 역

3) 이상일(2009). 복지국가 의료개혁의 보건 관련 성과와 의료 탈상품화의 정치: 영국, 미국, 스웨덴, 이탈리아의 의료개혁 비교연구, 한국사회학, 43(5), pp.275~310.

그림 2. OECD 주요국가의 보건부문 공공사회복지지출 추이

(단위: % of GDP)



자료: OECD SOCX 홈페이지([http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX\\_AGG](http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX_AGG))

선택의 문제를 야기하였고, 민간보험의 과중한 보험료 부담으로 인해 무보험자 비율이 증가하였다. 이에 반해 공보험 가입자는 보험자 선택권이 제한되어 있어 보험자간 경쟁이 불필요하였고, 의료공급자가 양질의 서비스를 제공하는 데 따른 인센티브의 부재로 인한 문제가 제기되었다.

이와 함께 공사보험 모두에서 의료기술의 발달, 평균수명의 연장, 노인인구의 증가에 따른 국민의료비의 지속적 증가에 대한 재정통제방안이 요구되었다. 정부는 의료비 절감을 통해 의료공급량을 통제하고자 시도하였고, 이에 따른 만성적인 대기시간이 문제가 되었다. 이는

전문의 진료, 선택적 수술 등 급성기 진료뿐만 아니라 노인 장기요양시설 등에서도 동일하게 나타나는 고질적인 문제였다<sup>4)</sup>.

네덜란드 정부는 1960년대 후반에 보건의료비용의 증가에 대한 관심을 처음으로 표명했고, 1970년대 중반 가격과 의료공급의 양을 통제하기 위한 수단을 도입하였다. 이에 따라 GDP 대비 보건부문지출은 1995년부터 2000년까지 약간 떨어졌다(8.5%→8.2%). 그러나 역설적으로 이 시기부터 대기 시간이 증가하기 시작하였다<sup>5)</sup>.

4) Pascale Turquet(2012, 31); 건강보험공단(2011). 독일·네덜란드·벨기에 출장결과 보고서; 한국보건사회연구원(2012a). 네덜란드의 사회보장제도.

5) Helderman et al.(2005). Market oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands, *Journal of Health Economics*, 9(4).

## 2) 보건의료개혁의 과정

네덜란드는 1904년 처음으로 보편적인 보건의료시스템을 도입하고자 했으나 실패했고, 보험은 1941년에 비로소 저소득층과 중산층까지 확대되었다. 1968년에 비로소 장기요양에 대한 보편적 의무가입을 제공하는 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten(AWBZ)이 도입되었다<sup>6)</sup>. 그런 이유로 네덜란드의 보건의료시스템은 AWBZ에 의해 보장되는 장기요양과 일반적인 건강보장이 엄격하게 구분되었다.

이러한 이원화된 보험제도로 인한 문제를 해결하기 위해 네덜란드의 보건의료개혁은 20여년간 논쟁과 사회적 합의 과정을 거쳤다. 즉 1990년대 이미 위험균등화, 정액보험료, 의료기관 계약 및 보험자 선택 등의 주요 변화가 진행되어 왔으며, 정권의 교체에도 불구하고 이러한 개혁내용의 기본틀은 유지되었다<sup>7)</sup>. 이러한 과정은 노-사-정, 그리고 경영자-고용인의 합의에 기반을 두고 ‘국민의 집’ 기초를 정권의 교체에 상관없이 복지개혁 및 보건의료개혁에 적용한 스웨덴과도 유사하다.

가장 두드러진 보건의료개혁안은 세 가지로 요약될 수 있다. 먼저 Dekker 개혁안(1987)은 첫째, 건강보험의 재원조달을 단일화하여 전 국민에게 동일한 의료서비스를 제공함으로써 의료이용의 형평성을 향상시키고, 둘째, 가입자의 선

택권 보장 및 보험자(건강보험조합)와 공급자에게 인센티브를 부여해 건강보험의 효율성을 제고하며, 셋째, 보건의료 관리체계를 국가에 의한 통제나 규제 중심에서 이해당사자들이 스스로 참여하는 ‘관리된 경쟁(managed competition)’ 방식으로 전환시키는 것으로 요약할 수 있다. 이를 수정 보완한 사이몬 플랜(Simons Plan, 1992)은 모든 사람들에게 그 당시 제공되던 급여의 85%를 보장하는 법정급여를 제공하고, 건강보험자간 경쟁을 도입하는 것을 주요 내용으로 하였다<sup>8)</sup>.

이러한 노력 끝에 완성된 2006년 보건의료개혁은 개인 및 가구의 소득수준에 따라 공보험과 민간보험으로 이원화되어 운영된 건강보험이 전국민을 대상으로 국가의 관리 및 통제 하에 민간보험이 운영하는 형태의 사회민간보험(Social-Private Insurance) 형식으로 대체하는 것을 골자로 한다. 또한 소득관련 기여(earnings-related contributions)는 정률기여(flat-rate contribution)로 대체되었다<sup>9)</sup>. 이에 따라 네덜란드의 건강보험구조는 고액진료비 지출에 대비한 국민건강보험(강제가입, 제1영역)과 일정 소득 미만 대상자에 대한 강제가입인 질병기금과 임의가입 형태의 민간건강보험으로 구성된 제2영역, 선택에 따른 보충형 민간보험(제3영역)의 구성에서 국민건강보험, 사회민간보험, 보충형 건강보험의 3층 구성으로

6) Turquet, 2012: 31.

7) 1987년 Dekker 위원회 보고서, 1988년 보건의료개혁에 대한 정부보고서가 2006년 개혁의 중요한 근거가 되었고 Dekker의 개혁안을 수정한 1992년 Simons Plan이 개혁의 중요한 시발점이 되었음(한국보건사회연구원, 2012a).

8) Mara Yerkes and Romake van der Veen(2011). Crisis and welfare state change in the Netherlands, *Social Policy & Administration*, 45(4), Blackwell Publishing Ltd.

9) Pascale Turquet(2012).

변화되었다. 즉 다층적으로 건강보험을 구성하면서 위험의 분산을 높이고, 소득계층에 따른 역선택 문제를 해결한 3층 구조를 지니게 된 것이다<sup>10)</sup>.

네덜란드 개혁의 주요 특징 중 하나는 정부가 민간보험을 규제하는 정부주도의 제한된 경쟁 체계(managed competition)를 도입한 것이다. 이는 건강보험을 둘러싼 다자간 역할 분담과 협력관계를 모색한 것인데, 먼저 정부는 지출 증가의 부담없이 의료서비스의 질과 접근성, 비용에 대한 가이드라인을 제시함으로써 규제자로 역할하게 된다. 가입자는 보험자를 선택하고 의료서비스의 질을 관리할 수 있는 권한이 부여된다. 또한 의료공급자는 양질의 의료와 효율적 의료서비스를 제공해야 하며, 자유로운 경쟁관계를 통해 경영 합리화를 모색해야 한다. 이에 반해 보험자는 최상의 의료서비스를 제공하는 의료공급자를 선택할 수 있는 권한을 갖게 된다. 이러한 보험자와 공급자의 관계는 얼핏 미국의 HMO(Health Maintenance Organization)와 유사하지만, 사회연대의 이념에 바탕을 둔 의무가입 보험이라는 점에서 차이가 있다.

이외에도 네덜란드는 1989년부터 2009년 사이에 Public Health Act(2008년)를 통해 감염성 질환 위험을 EU 규제와 통합하였으며, 의료의 질적 수준 향상을 위해 1991년부터 지속적으로 보건의료서비스 제공기관의 규제를 강화하고

있다. 또한 2009년부터 만성질환 및 장애우의 고액의료비에 대한 정책보상을 실시하며, 이주자에 대한 필수치료서비스를 제공하고 있다<sup>11)</sup>.

### 3. 독일

#### 1) 개혁배경

독일은 근로자를 중심으로 한 사회보험체계를 이루었으며, 근로자들의 직종과 사회적 위험에 따라 많은 보험자가 존재하는 구조를 갖고 있다. 도입 당시 직업과 직종에 따른 소득수준에 기반을 둔 사회보험의 형태로 고용주와 노동자가 보험료를 동일하게 각출하는 구조를 형성하였으며, 보험자와 공급자의 합의에 따라 보험정책이 결정되는 구조를 고수하였다. 이에 따라 정부의 개입은 최소화되었다. 즉 독일은 1975년에 이미 의료행위에 대한 가격 상승을 제한하는 정책에 보험자와 공급자가 합의를 이루었으며, 2005년에는 고용주와 노동자 계층이 보험 기여율의 증가분을 노동자가 모두 부담하는 개혁방안에 대해 합의를 이루었다<sup>12), 13)</sup>. 이러한 사회적 합의는 사회적 위험을 소득계층에 따라 공동으로 부담하는 조합주의적 복지제도의 전통에 기인하고 있는 것이다.

그러나 독일 역시 의료비 지출의 증가로 인한

10) 국민건강보험공단(2008년1월). 네덜란드 신건강보험제도.

11) Pascale Turquet, 2012: 32; 한국보건사회연구원(2012a).

12) 허순임·허재현(2012). 독일과 프랑스의 지불제도 고찰과 시사점: 보건의료체계와 의료개혁의 맥락을 중심으로, 보건경제와 연구, 18(1), pp.1~24.

13) Steffen, M.,(2010). Social health insurance systems: What makes the difference? The Bismarckian case in french and Germany. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1). pp.141~161.

압박에 정부가 주도적으로 역할을 하기 시작하였다. 그 이유는 독일 의료비의 급격한 증가가 공적 질병보험의 재정적자에 따른 것이기 때문이다. 이는 세계적인 재정위기와 맞물린 경기침체로 인한 보험료 수입의 감소에 따른 것으로 정부의 능동적인 역할을 촉구하게 된 것이다. 또한 일부 질병보험 급여의 인상, 특히 약제비 인상으로 인한 보험료 지출의 증가 역시 재정적자를 야기한 요인이었는데, 정부는 적극적인 비용통제 정책을 도입하고 보험자간 경쟁을 통한 선택을 촉발하면서 적극적인 규제자로 자리매김하게 되었다. 즉 독일의 보건의료개혁은 급증하는 지출의 통제와 정부의 적극적인 개입이 목표라고 할 수 있다.

## 2) 개혁과정

독일정부의 핵심과제는 공적 질병보험의 시스템개혁으로, 이러한 개혁을 촉구한 가장 직접적인 문제는 질병금고의 재정안정화였다. 재정안정화를 위한 독일정부의 노력을 살펴보면, 1989년 실시된 ‘의료개혁법’은 의료비 증가억제, 보험료율 안정화 및 환자 본인부담금의 인상, 급여비 제한 등 수요억제가 목표였다. 1990년 이후 병원과 약제비를 중심으로 지출이 다시 증가되는 상황에서 실시된 1993년의 ‘공적 질병보험 구조개혁법’은 부문별 총액예산제 도입으로 공급자들이 자율적으로 진료비를 억제하고 지역과 직종/직장을 기준으로 보험가입

이 제한된 질병보험의 가입구조를 변경하여, 질병금고에 대한 피보험자의 자유선택권을 부여하였다<sup>14)</sup>. 이에 따라 질병금고들이 보험료율을 인하해 가입자를 유치하기 위한 경쟁이 시작되었다.

이와 같은 개혁에도 불구하고 1995년 질병보험의 진료비는 계속 증가하여 전체 재정이 다시 적자로 전환되었다. 1997년 ‘공적 질병보험 구조개혁법’은 재정지출 억제를 더욱 강화하기 위해 먼저 보험료율 안정화를 법제화하여 보험료율을 동결·인하하였고, 일부 항목에 대한 급여제한과 본인부담금 인상을 통해 진료비 증가를 억제하고자 하였다. 1998년 ‘공적 질병보험 연대강화법’은 의약품에 대한 환자 본인부담금을 인하하여 피보험자의 부담을 경감시키고, 환자 본인부담금고 보험료율의 연동을 폐지하여 공적 질병금고들 간의 경쟁에서 민간보험적 요소를 제거, 보건의료체계의 공공성을 다시 강화하였다.

‘공적질병보험 개혁법 2000’은 1993년 ‘질병보험 구조개혁법’을 근간으로 자유로운 질병금고 선택, 질병금고간의 경쟁, 위험구조균등과 관련한 개혁들을 진행하는 한편, 질병보험의 재정안정도를 높이기 위해 지출 및 수입구조에 대한 개혁을 추진하였다<sup>15)</sup>.

이에 따라 연방 수준에서 병원 진료 위원회와 조정위원회, 두 개의 새로운 위원회를 설치하였다. 조정 위원회는 매년 10개의 치료법에 대하여 근거에 기반을 둔 가이드라인을 개발하여 병

14) 건강보험공단(2011). 독일·네덜란드·벨기에 출장결과 보고서. 한국보건사회연구원(2012b). 독일의 사회보장제도.

15) 한국보건사회연구원(2012b).

원 진료 위원회와 공급자(의사) 및 보험자 위원회에 제공하도록 하였다.

이와 함께 보건부장관이 임금수준의 변화에 맞추어 사회보험 급여 증가율을 정하게 함으로써 더 강한 비용통제가 도입되었고 정부의 개입이 강력해졌다. 총액예산제도에서도 독일 평균 임금상승보다 증가할 수 없도록 정부가 결정하여 보험자와 공급자 조합 사이의 협상에 조정자로 간여하기는 했으나, 정부가 조정자에서 규제자로 역할의 폭을 넓힌 것이다. 또한 2003년부터 DRG를 도입함으로써 공급자에 대한 비용통제가 더욱 강화되었다. 독일에서 DRG의 도입이 시사하는 바는 크다. 전통적인 조합주의적 자율적 관리체계에 경쟁이 도입되면서 보험자와 의료공급자 간 협상에서 지불수준을 결정하는 구조에서, 전국적으로 동일한 가격 체계를 바탕으로 보험자와 의료공급자가 직접 계약하는 거버넌스로 변경된 것이다.

이와 함께 2004년 의료개혁에서는 공급자에 대한 적절한 인센티브를 제공할 것을 제안하였다. 즉 의사에 의해 제공된 진료가 적절하게 보상되고, 보상에 대한 사전 계산이 가능하도록 해야 했으며, 고령화 등으로 인해 증가하는 이환율의 위험을 좀 더 적극적으로 고려해야 할 필요가 있음을 주장하였다. 그러나 이러한 개혁이 법에서 정한 기한 내에 이루어지지 못하여 질병보험경쟁강화법에 의해 새로운 진료비보상제도가 전문적인 절차에 의해 실행될 수 있었다. 독일의 2007년 개혁의 또 다른 특징은 보험

에 대한 재정방식을 개혁한 것이다. 이미 정률 기여가 도입되었으나 추가적으로 건강기금을 도입하고 이에 대한 정률기여방식을 도입한 것이다<sup>16)</sup>. 그 결과 2009년부터 새로운 진료비보상 제도가 시행되었고, 이 제도는 진료행위가 얼마나 보상받을지를 미리 알 수 있게 함으로써 의사들에게 확실한 진료비 보수의 계산이 가능하도록 하였다<sup>17)</sup>.

## 4. 보건의료개혁의 시사점

우리나라는 전국민 건강보험체계를 운영하고 있는 국가이지만, 건강보험 도입 당시 사회연대에 기반을 둔 위험의 분산이라는 정책 목표가 강력하지는 않았다. 이러한 이유로 공적 의료보장체계가 갖추어져 있음에도 불구하고 의료서비스의 공급에 민간영역에서 압도적으로 제공되고 있다. 독일과 네덜란드가 보험자와 공급자의 합리적인 의사결정방식과 사회연대의식에 기반을 두고 오랜 기간 개혁방안을 모색한 데 비해 우리나라는 보건의료개혁에 대한 청사진이 뚜렷하게 제시되지 못하고 있다는 점에서 차이가 있다. 이러한 이유 중 하나는 국가 주도로 건강보험이 도입되고 확대되었으나 민간 중심으로 의료공급이 확대되었기 때문이다. 대부분의 사회서비스가 그렇듯이 우리나라는 “정부 주도의 도입, 민간 주도의 공급”이라는 모순을 안고 제도가 형성되었으며, 정부와 밀접한 관련

16) Pascale Turquet(2012); Barbara et al(2011).

17) 한국보건사회연구원(2012b).



이 있는 단일 보험자와 보건의료서비스의 공급에 주도적인 역할을 담당하는 민간 공급자간 동등한 합의와 조정에 대한 프로세스가 발달하지 못하였다. 또한 일찍이 정부가 국고지원을 통해 재정부담의 한 축을 담당하였으므로 규제자로서의 역할이 상대적으로 강력하다.

이러한 이유로 지불제도의 개편과 보건의료 재정부담, 서비스 질의 제고와 건강 형평성 강화 등의 산적한 보건의료개혁의 필요성에도 정부의 역할이 요구된다. 뿐만 아니라 고령화로 인한 보험재정의 악화와 이로 인한 국고지원의

증가는 향후 복지재정에 큰 부담으로 작용할 것임을 주지할 필요가 있다. 한 국가의 위기를 진단하고 도전을 예측하여 개혁방안을 제안하는 것은 쉽지 않은 일이다. 다양한 이해관계자와 복잡다단한 욕구를 지닌 대상자에 대한 면밀한 검토를 반영한 시나리오와 이에 근거한 시뮬레이션 등을 고려하여 사회연대에 바탕을 둔 합리적인 의사결정구조를 통해 개선방안들을 제안하고 검토하고 국민들의 합의를 도출하는 과정이 필요하다. **국고**