

영국의 National Health Service 개혁과 집권당과의 선택적 친화성, 1948-1978*

박승민**

본 논문의 목적은 1948년부터 1978년까지 영국의 National Health Service 개혁의 구체적 내용과 그것의 특징이 당시 집권당과 어떤 선택적 친화성 관계에 있었는지를 분석하고 그 결과를 바탕으로 한국의 의료 복지 정책에 주는 함의를 도출하는 것이다. 30년간의 NHS 개혁 정책을 1974년에 이뤄진 NHS 재구조화 개혁을 기준으로 그 이전과 이후로 나눠서 분석한 결과, 1948년부터 1973년까지 NHS는 병원의 국유화, 각종 의료협회의 통·폐합, 재정 축소 개혁, 병원의 현대화, 의사 인력 개혁, 의사 및 간호사 교육과 간호 행정의 개혁이 행해졌고, 1974년에는 NHS 행정 구조의 중앙 집권화 개혁이 이뤄졌다. 이후부터 1979년 Thatcher 정부 출범 전까지 NHS는 지역 간 불평등한 예산 분배 구조 개혁과 Pay-Beds의 축소 개혁이 이뤄졌다. 이와 같은 30년간의 NHS 개혁 중 의료 서비스의 공공성, 사회복지 제도(NHS)에 대한 공적 재정의 지출, NHS 행정 권력 구조의 분권화, NHS내 불평등 해소에 대해 노동당은 옹호한 반면 보수당은 반대하는 선택적 친화성을 보여주었으나, 의사 인력 개혁, 의사와 간호사의 교육 개혁과 유의미한 선택적 친화성은 나타나지 않았다. 끝으로, 이상과 같은 분석 결과가 한국의 의료 복지 정책에 줄 수 있는 함의를 논의하였다.

주제어: NHS, 선택적 친화성, 병원의 국유화, 병원의 현대화, 중앙 집권화, 공공성

* 본 논문을 완성하는데 필요한 NHS에 관한 중요 자료에 대한 접근을 가능하게 해 준 옥스퍼드 대학교의 Social Science Library와 심사 과정에서 유익한 논평을 해 주신 익명의 세 분 심사위원님들께 감사드립니다.

** 고려대학교 사회학과를 졸업하고, 영국 런던정경대(London School of Economic and Political Science, LSE)에서 사회정책학 석사학위를 취득하였으며, 현재 옥스퍼드 대학교 노년학 연구소(Oxford Institute of Ageing)에서 박사과정을 수료하였다. 주요 관심분야는 노인 복지 정책, 의료 복지 정책, 복지 정치, 유럽과 동아시아 사회 정책, Evidence-Based Practice, 양적방법론 등이다 (31415park@naver.com).

I. 문제제기

세계 2차 대전 이후 영국의 정당 정치사에서 정권이 바뀔 때 마다 빠지지 않고 등장했던 정책 이슈는 바로 각종 사회복지 정책의 개혁에 관한 것이었다. 그 중에서 영국의 National Health Service(NHS)는 재정 구성을 세금을 중심으로 하고, 국가가 공급과 운영의 중심이 되어 모든 이용자에게 무료로 의료 서비스를 제공하는 이상적인 복지 제도의 대표적인 예로써 정권이 바뀔 때 마다 늘 개혁 논란의 핵심에 있었다(Webster, 2002; Beland, 2010). 지난 2010년 5월 6일 전국 선거 후 정권을 잡은 David Cameron과 Nicholas Clegg 중심의 연합 정부도 출범하자마자 신 노동당 시절의 NHS 핵심 조직이었던 Strategic Health Authorities와 Primary Care Trusts를 우선적으로 폐지하면서 NHS를 신 노동당 정부 때와는 다르게 대폭 개혁하겠다고 한다(DoH, 2010a, 2010b).

이와 같은 영국의 NHS 개혁에 대한 한국 내 기존 연구들은 거의 대부분 1979년 이후의 Margaret Thatcher와 John Major 중심의 보수당 정부(1979-1997, 4)와 Tony Blair와 Gordon Brown 중심의 신 노동당 정부(1997-2010, 4) 시절에 집중되어 있다. 예를 들면, 박순우(2006)는 1979년부터 1997년 전반까지의 Thatcher와 Major 중심의 보수당과 1997년 중반부터 2006년까지의 Blair 중심의 신 노동당의 NHS 개혁 정책을 분석한 후 이데올로기는 한 국가의 전체 복지 정책에는 상당한 영향을 미치지 않지만, 특정 프로그램에 미치는 영향은 미미하며 일방적인 관계에 있지 않다고 주장한다. 김현진(2006)은 1997년부터 2006년까지 Blair 중심의 신 노동당의 NHS 개혁 과정과 내용을 분석한다. 그는 Foundation Hospital과 환자의 선택권 확대 정책을 예로 들면서 George(1998)가 경제적 세계화와 신 자유주의적 사회복지 정책 사이에 유의미한 상관관계가 있다고 한 점이 신 노동당의 NHS 개혁에도 적용될 수 있다고 주장한다. 이태진과 장원기(2000)는 Major 중심의 보수당과 Blair 중심의 신 노동당 초기의 NHS 내부 시장 도입 개혁을 효율성 측면에서 분석한다. 그들은 NHS에 내부 시장을 도입한 결과 대기자 명단을 줄이는 효과를 얻었지만 그 이외의 분야에서 비용이 증가함으로써 전체적으로 유의미한 효과를 거두는 데는 실패했다고 주장한다.¹⁾ 명재일(1997)은 Thatcher 정부의 시장 중심적 NHS 개혁 정책을 경제

1) 이태진과 장원기(2000: 177)는 NHS의 “내부 시장의 실험이 끝났다”고 언급하며 전체적으로

적 효과성 측면에서 분석한다. 그는 의료 서비스에 경쟁 원리를 도입하는 것이 반드시 더 나은 효과를 보장하는 것은 아님을 지적하면서 그 당시 한국이 의료 체계에 경쟁 원리를 도입할 경우 보험 조합 간 경쟁이 치열해 질 위험성이 있기 때문에 신중한 선택을 할 것을 권고하고 있다.

그러나 NHS가 탄생된 이후부터 Thatcher 정부 이전까지의 NHS 개혁에 대한 연구를 국내에서는 찾아 볼 수 없다.²⁾ 물론 NHS 개혁이 Thatcher 정부 이후에 대폭 이뤄진 것은 사실이지만(Richard, 2009; Timmins, 1995), 그렇다고 이것이 “그 이전에는 NHS가 변화하지 않고 안정적으로만 시행되어 왔다는 것을 뜻하지는 않는다”(Lister, 2008: 303). 사회 변동은 하루아침에 발생하는 것이 아니라 장기 지속의 연장선에서 사건이 축적된 결과라는 시각에 비추본다면(Braudel, 1995), Thatcher 정부 이전의 NHS 개혁에서는 어떠한 과정과 결과가 축적이 되었는지 NHS 개혁의 역사라는 장기적 시각의 연장선에서 그 역동성을 이해할 필요가 있다. 따라서 오히려 NHS 개혁의 역사에서 그 동안 상대적으로 조명을 받지 못한 Thatcher 정부 이전까지의 개혁 이슈를 분석하는 것은 학술적으로 매우 의미 있는 작업이 아닐 수 없다.

한편, 역사적으로 집권당의 정치적 이데올로기의 성격, 즉, 집권당이 기반하고 있는 보수 혹은 진보적 정치 이데올로기와 사회복지 정책 사이에는 선택적 친화성이 있다는 기존의 논의(Korpi, 1983, 2001; Immergut, 1992; Bonoli, 2000; Dean, 2006; Spicker, 2008)에 입각하여 판단한다면, 1948년부터 1978년까지 30년에 걸친 NHS의 개혁도 보수당이 집권했을 때와 노동당이 집권했을 때에 각기 상반되는 경로를 거쳤을 것으로 가정해 볼 수 있다. 그렇다면, 이 기간 동안 이뤄진 NHS 개혁의 구체적인 내용은 실제로 당시 집권당과 선택적 친화성 관계에 있었는가? 있었다면 어떤 점에서 그러했고, 그렇지 않았다면 어떤 점에서 그렇지 않았는가? 그리고 세계 각국의 의료 시스템 중에서 의료의 공공성을 가장 잘 대변하고 있다는 영국

NHS의 내부 시장은 2000년 이전에 종식된 것으로 간주하고 논문을 전개하는데 이는 사실과 다르다. Blair 정부뿐만 아니라 Brown 정부 때 까지도 choice and control 등 내부 시장 정책은 계속되었고, 2010년 출범한 연합 정부는 NHS를 보다 더 시장화 시키겠다고 NHS 자유화 방안에 대한 백서까지 발간했다(DoH, 2010a, 2010b).

2) 2011년 4월 12일 현재 국회전자도서관, 한국학술정보(KISS), 누리미디어(DBpia), 학술교육원(e-article), 한국교육학술정보원(KERIS)에서 제목과 초록을 중심으로 검색한 결과 단 한 건의 논문도 찾아볼 수 없었다.

NHS의 30년간의 개혁 경험은 현재 한국의 정치권에서 마치 유행처럼 번지고 있는 이른바 무상 의료 서비스 제공으로 대변되는 의료의 공공성에 대한 논쟁에 어떤 시사점을 줄 수 있을 것인가? 기본적으로 본 논문은 이와 같은 의문에서 출발한다.

따라서 본 논문은 다음과 같은 세 가지 구체적인 연구 질문을 설정한다. 첫째, 1948년부터 1978년까지 이뤄진 NHS 개혁의 구체적인 내용은 무엇인가? 둘째, 1948년부터 1978년까지 이뤄진 NHS 개혁의 구체적인 내용은 당시 집권당과 어떤 면에서 선택적 친화성을 보여주고 또 어떤 면에서는 그렇지 않았는가? 셋째, 1948년부터 1978년까지 이뤄진 NHS 개혁의 구체적 경험은 한국의 의료 복지 정책에 어떤 함의를 제공해 주는가? 이와 같은 연구 질문에 답하기 위해서 본 논문은 먼저, 1948년부터 1979년 대처 정부 출범 이전까지의 NHS 개혁을 시간 순서에 따라 개혁의 핵심 내용을 중심으로 살펴보고자 한다. 이를 위해 NHS의 기본 구조에 대한 개혁이 처음으로 이뤄진 1974년을 기준으로 그 이전과 이후의 개혁으로 나누어 살펴보고자 하겠다. 그 다음으로 30년간의 NHS 개혁의 구체적 내용과 당시 집권당과의 선택적 친화성을 개혁의 주제별로 논하고, 이상의 분석 결과가 한국의 의료 복지 정책에 제공해 주는 함의를 논하면서 논문을 마무리 하고자 한다.

Ⅱ. 1948년부터 1973년까지의 NHS 개혁

1. 병원의 국유화

Clement Attlee 중심의 노동당 정부(1945-1951)하에서 ‘National Health Service Act 1946’(HMSO, 1946a)이 발효됨과 동시에 보건부 장관은 1948년 7월 5일에 NHS를 정식 시행하면서 자선 병원을 포함한 영국 내 거의 모든 병원을 국유화(Nationalization of Hospital) 할 것을 발표한다(Grimes, 1991). 당시 노동당 정부의 이러한 움직임에 보수당은 강력 반발하고(Lister, 2008), “영국 의사협회에 소속된 의사들은 NHS를 예정 대로 시행하는 것을 반대하는 대규모 반대 집회”(Rintala, 2003: 118)를 펼쳤으며, “영국 병원 협회(British Hospital Association)의 회장인 Bernard

Docker는 보건부 장관을 대량 학살(mass murder) 혐의로 고발”(Grimes, 1991: 135) 하는 등 NHS 시행을 둘러싸고 영국 사회는 첨예한 갈등에 휩싸이게 된다. 그러나 NHS는 예정 대로 1948년 7월 5일에 시행되었고, 이로써 영국내 거의 대부분의 병원은 국유화 되었다(Hardie, 1974).

예를 들면, <표 1>에 나타난 바와 같이, 병원이 국유화되기 이전에 영국 내 자선 병원은 1,334개로써 117,000개의 병상을 지니고 있었고, 지역 거점 병원은 1,771개로써 427,000 병상을 지니고 있었다. 그러나 NHS가 시작되면서 이중에서 약 91,000 병상의 1,148여개의 자선 병원과 약 390,000 병상의 1,545여개의 지역 거점 병원이 국유화 된다(Rivett, 1998; Kissick, 1999). 여기에 약 20,000병상의 107여개의 일반 병원이 함께 국유화됨으로써 합계 약 501,000 병상의 2,800여개의 병원이 NHS 중앙 정부에 소속되게 되었다(Smith, 1984). 이와 같은 영국 정부의 병원 국유화에 대해 “수많은 개별 의사들은 정부 방안에 대해 노골적인 적대감을 표출하였고”(Sked and Cook, 1984: 41), 급기야 “전국 의료인 대표자 모임의 회장은 NHS 제도 자체에 대한 반대 의사를 개진”(Owen, 1976: 96) 하는 등 영국 정부와 의료계 간의 갈등의 골은 더욱 깊어만 갔다.

<표 1> 국유화 이전의 자선 병원, 지역 거점 병원과 각각의 병상 수

| | | 잉글랜드와 웨일즈 | 스코틀랜드 | 소계 | 영국 전체 |
|------|----------|-----------|--------|---------|---------|
| 병원 수 | 자선 병원 | 1,143 | 191 | 1,334 | 3,105 |
| | 지역 거점 병원 | 1,545 | 226 | 1,771 | |
| 병상 수 | 자선 병원 | 90,000 | 27,000 | 117,000 | 544,000 |
| | 지역 거점 병원 | 390,000 | 37,000 | 427,000 | |

출처: Webster, 1988: 122 재구성.

2. 의료협회 통·폐합

병원의 국유화에 이어서 노동당은 지나치게 많은 의료협회가 환자 편에서 의료 서비스의 공공성을 대변하기 보다는 자신들의 이익 옹호에 더 치중한다며 여러 의료 조직들을 통·폐합한다(Klein, 2010). 예를 들면, 영국 병원 협회(British Hospital Association)의 역할은 대폭 축소된 후 해체 절차를 밟게 되고, 영국 의사 협회

(British Medical Association)는 조직 규모가 축소되며 영향력이 그 전 보다 약화된다. 그리고 영국 의사들의 보험법 위원회(Insurance Act Committee)는 NHS 시행 이후 영국 의사협회 내에 General Medical Services Committee로 조직을 변경하여 의사들에 대한 NHS의 영향력을 견제하는 역할을 이어간다.

그러나 모든 의료 조직들이 통·폐합을 겪었던 것은 아니고 왕가나 정치권에 영향력이 있는 사람이 대표를 맡은 조직들은 이전과 크게 다르지 않게 조직을 유지할 수 있었다(Rivett, 1998). 예를 들면, Winston Churchill의 개인 전속 의사인 Charles Moran이 회장으로 있던 Royal College of Physician과 영국 여왕의 개인 전속 산부인과 의사인 William Gilliatt가 회장으로 있던 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists는 통·폐합의 대상이 아니었다. 그리고 의회에 두터운 인맥을 형성하고 있었던 Alfred Webb Johnson이 회장으로 있던 Royal College of Surgeons는 NHS가 시행된 이후에도 여전히 이전의 영향력을 유지했다.

3. NHS 재정 축소 개혁

1946년에 NHS 관련 법안이 의회에 제출될 때에는 NHS에 소요될 비용이 연간 110,000,000 파운드일 것으로 예상했으나, 1947년 말에는 예상 소요 비용이 179,000,000 파운드로 늘어나는 등 당시 Attlee 중심의 노동당은 NHS에 필요한 정확한 예산 책정에 실패하고 있었다(Webster, 2002). 당시 Attlee의 노동당은 NHS가 시행되면 나아질 거라 주장했지만, 이러한 상황은 NHS가 시행된 이후에도 계속되었다. 예를 들면, <표 2>에서 보는 바와 같이, NHS 시행 두 번째 해에는 최고액인 약 96,800,000 파운드의 차이를 보이다가 세 번째 해에는 그 폭이 많이 줄었으나, 다시 네 번째 해에는 세 번째 해의 3배까지 늘어나는 등 Attlee의 노동당은 1951년 10월에 정권을 마칠 때 까지 정확한 NHS 예산을 책정해 내는데 실패했다.

<표 2> NHS 실제 집행액과 예상액 차이(실제 집행액-예상액, £), 1948-1952

| | 1948, 7-1949 | 1949-1950 | 1950-1951 | 1951-1952 |
|-----------|--------------|------------|-----------|-----------|
| 잉글랜드와 웨일즈 | 71,200,000 | 87,500,000 | 0 | 400,000 |
| 스코틀랜드 | 6,300,000 | 9,300,000 | 500,000 | 1,100,000 |
| 영국 전체 | 77,500,000 | 96,800,000 | 500,000 | 1,500,000 |

출처: Webster, 1988: 136; Klein, 2010: 25 재구성.

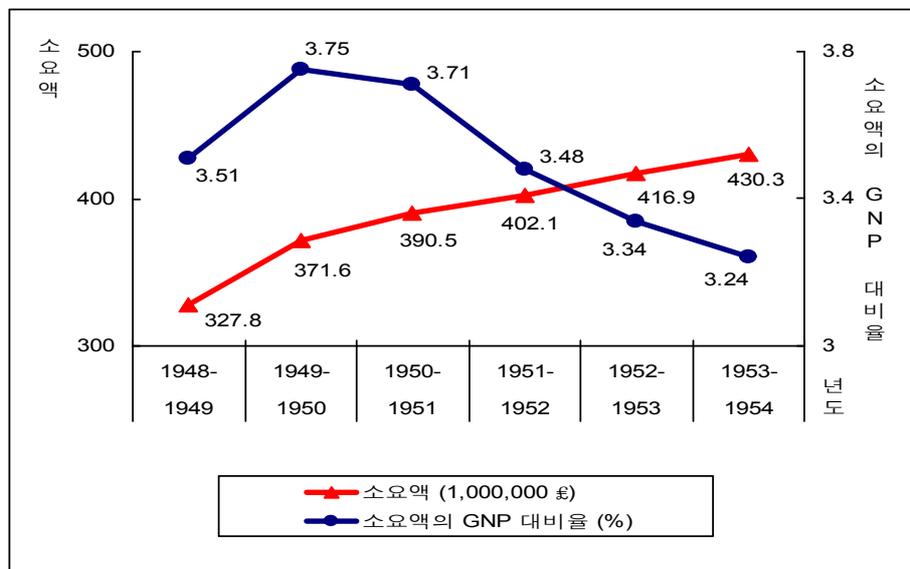
이처럼 당시 영국 정부가 NHS에 소요될 정확한 예산 책정에 실패한 이유는 인구 고령화를 예산 책정에 반영하지 않았으며, ‘긍정적인 건강함’이라는 매우 추상적인 목표를 설정하여 그에 맞춰서 NHS 예산을 산정했기 때문이었다(Roberts, 1949). 당시 집권당이었던 Attlee의 노동당은 1950년 전까지만 해도 이러한 NHS 예산 부족에 대해 기본적으로 필요한 만큼 늘릴 수 있는 방향에서 접근하였다(Webster, 1988). 그러나 1950년부터는 이전의 입장을 계속 고수할 수 없는 상황에 처하게 되는데, 이러한 상황에서도 Attlee의 노동당은 NHS 예산 배정 자체에 대한 근본적인 축소 노력은 시도하지 않았다.

예를 들면, 1950년에 한국 전쟁이 발발하면서 Attlee의 노동당은 4,700,000,000 파운드의 예산을 향후 3년 동안의 국방 개혁에 투입하게 된다(Rivett, 1998). 이러한 분위기에서 NHS에 대한 예산 지원을 늘린다는 것은 불가능 하였고, 오히려 보수당의 NHS 예산 대폭 삭감 주장에 맞설 명분조차 없는 실정이었다. 이에 Attlee의 노동당은 NHS 예산의 대폭 삭감에 맞서기 위해 부분적인 개혁을 단행했다. 즉, 1950년에 NHS 예산 집행 특별 감독 위원회 구성을 통해 치과와 안과 진료에 대한 사용자 부담액 제도를 신설한 것이다(Lowe, 2005). 이를 통해 1951년과 1952년에 각각 약 13,000,000 파운드와 약 30,000,000 파운드의 NHS 예산을 삭감하는 것으로써 보수당의 공격에 맞섰다. 이렇게 삭감된 총 예산액은 당시 NHS의 총 예산이었던 4,000,000,000 파운드를 기준으로 각각 0.32%와 0.75%에 불과한 것으로써 의미 있는 삭감 규모는 아니었다(Lister, 2008).

그러나 Winston Churchill 중심의 보수당 정부(Churchill III, 1951-1955)는 NHS에 소요되는 비용을 대폭 축소할 목적에서 1953년 4월 1일에 Claude Guillebaud를 위원장으로 하는 Guillebaud Committee를 구성하여 향후 소비될 NHS 예산 대폭 삭감 개혁을 검토하게 한다(Watkin, 1975). 그러나 당시 보수당 정부의 기대와 달리 1956

년에 발간된 ‘Guillebaud Report’(HMSO, 1956)는 NHS의 실제 소비액에 대한 Abel-Smith와 Titmuss의 연구(1956)를 바탕으로 NHS의 예산 소요는 낭비되고 있지 않으며 오히려 그 액수는 GNP 대비 감소하고 있다고 결론 내린다. 즉, <그림 1>에서 보는 바와 같이, NHS에 실제 소요되는 절대 예산은 시행 첫 해에는 327,800,000 파운드였던 것이 꾸준히 증가하여 1953년-1954년에는 430,300,000 파운드에 이르렀다. 그러나 매 해 소비액의 GNP 대비 비율은 시행 첫 해에는 3.51%에서 다음 년도에는 3.75%까지 증가했으나 이후 꾸준히 감소하여 1953년-1954년에는 3.24%까지 감소했던 것이다.

<그림 1> NHS 예산 소요액과 소요액의 GNP 대비율, 1948-1954



출처: Abel-Smith and Titmuss, 1956: 60 재구성.

4. 병원의 현대화 개혁

1) 세계 2차 대전 이후 영국 병원의 문제점

세계 2차 대전이 발발하기 전까지 영국 정부의 국방이나 경제 정책에 대한 관심과 비교했을 때 의료 서비스에 대한 관심은 전혀 없었다 해도 과언이 아니었다. 예

를 들면, 1930년대 동안 의료와 복지에 투입된 정부 예산은 당시 GNP의 약 1.8%에 불과했었다(Lister, 2005). 2차 대전이 종결되고 나서 급증한 수많은 부상자들의 의료 서비스 수요 때문에 영국 정부의 의료 서비스에 대한 관심은 이전보다는 나아졌지만, 그렇다고 해서 의료 서비스의 중요성에 대한 인식이 곧 바로 적극적인 시각으로 바뀐 것은 아니었다. 예를 들면, 영국 정부는 2차 대전 이후 완전 붕괴 되지 않은 건물을 주거와 학교 시설용으로 우선 배정한 후 남은 건물을 병원용으로 분배하는 등 여전히 의료 서비스가 최우선 순위는 아니었다. 이 때문에 NHS 시행 초기부터 병원의 절대적 공급 자체가 매우 부족한 실정이었다(MH, 1966; Smith, 1984).

이와 같이 2차 대전 이후 영국 병원은 적절한 공급 자체가 이뤄지지 못하는 문제도 있었지만, 이미 공급된 병원이 지닌 문제점 또한 심각했는데, 이는 크게 두 가지 방향에서 논의가 진행되었다. 첫 번째 문제점은 병원 건물과 시설이 극심하게 낙후되었다는 것이다. NHS가 시행된 1948년을 기준으로 당시 병원의 약 45%는 1891년 전에 지어졌고, 약 21%는 1861년 전에 지어져 병원 자체가 매우 낙후되어 있었다(Pollock, Leys, Price, Rowland and Gnani, 2004).³⁾ 그리고 가장 신식의 일반 병원은 1940년대 초반에 단 한 곳이 문을 열었고, 이후 1940년대 중반에 단 한 곳의 신식 교육 전문 치과 병원이 건설되었다(Godber, 1958). 이후 약 20여 년 동안 괄목할 만한 신식 병원은 지어지지 않다가 1963년에서야 Hertfordshire의 Welwyn Garden City에 엘리자베스 2세 병원 한 곳이 문을 여는데 그쳤다(Smith, 1984).

두 번째 문제점은 병원의 진료 과목이 지나치게 산발되어 있고, 각각의 병원도 지리적으로 서로 멀리 위치해 있어 제대로 된 의료 서비스를 제공 받기가 어려운 구조였다는 것이다. 이와 관련하여 Tom McKeown(1958)은 버밍햄 지역 병원의 전수 조사를 바탕으로 당시 병원은 시대에 뒤쳐져 있음을 밝혀내어 병원의 현대화(Modernization of Hospital)가 필요함을 주장한다. 그에 따르면 당시 병원의 가장 큰 문제점은 병원이 과편화(fragmented)되어 있다는 것이었다. 즉, 여러 진료 과목이 지나치게 과편화되어 있어 종합적인 처치가 필요한 경우에는 먼 지역으로의 이동이 불가피한 구조였다는 것이다. 따라서 그는 단일 건물에 단일 진료 과목 설치를

3) 영국에서 대표적으로 오래된 병원은 14세기에 옥스퍼드와 캠브리지에 세워진 병원과 1714년에 세워진 Glasgow Hospital, 1723년에 세워진 St. Thomas' Hospital이 있다(Levitt, 1977).

지양하고 지금의 종합 병원과 같은 종합 진료 과목을 지향하는 새로운 형태의 병원 설립을 제안한다.⁴⁾

2) Hospital Plan Report

이에 Harold Macmillan 중심의 보수당 정부(1957-1963)의 보건부는 1962년에 ‘Hospital Plan Report’(MH, 1962)를 발간하고 이를 기초로 병원을 현대화하기 시작한다. Hospital Plan Report에서 당시에 가장 획기적인 내용은 인구 약 100,000명-150,000명 정도의 지역 마다 약 600-800 병상 정도의 지역 거점 병원을 지어 입원 환자뿐만 아니라 통원 환자에게도 의료 서비스를 제공하자는 것이었다(Pollock, Leys, Price, Rowland and Gnani, 2004). 이때의 병원이란 내과, 외과, 흉부 외과, 안과, 산부인과, 정신과, 노인병과, 방사선과, 감염 내과 등 McKeown이 주장한 종합 병원에 준하는 것이었다(MH, 1963). 그리고 산부인과의 경우는 인구 35,000명-50,000명당 15-25 병상 정도를 지닌 것이었다(Watkin, 1975).

그리하여 광역 지역에는 약 90개의 새로운 병원 건설, 134개의 기존 병원의 증축과 함께 각각 약 100,000 파운드가 소요되는 356개의 관련 프로그램이 계획된다(Lister, 2008). 이를 위해 보건부는 1971년까지 총 500,000,000 파운드의 예산 배정을 계획하고 필요할 경우 1975년까지 250,000,000 파운드의 추가 예산 배정을 계획했다(MH, 1966; Smith, 1984). 그러나 충분한 재정이 확보되지 못해 겨우 6개의 신식 병원을 건설하는데 그치는 등(Jonas, 1965) 병원의 현대화는 Hospital Plan Report에서 계획한 것 보다 축소된 규모로 마무리됨으로써 낙후된 병원 시설 상황은 이전보다 크게 나아지지 못했다(Horowitz, 1973).⁵⁾

4) McKeown의 종합 병원 설립이 주장되기 이전인 1920년대에 진행된 Dawson Report의 중간보고서(CMAS, 1922)에서도 통합 의료 시스템의 필요성을 주장했었다. Dawson Report의 중간보고서는 처음으로 질병의 중앙 관리 시스템, 지역 거점 병원과 예방 의학 개념을 소개하는 등 당시에는 획기적인 개념들을 도입했지만 최종 보고서를 발행하지 못하여 정책에 반영되지 못함으로써 빛을 보지는 못했다.

5) 특히 이 보고서에서 당시에 가장 논란이 되었던 것은 정신병 환자를 위한 병상을 당시 인구 1,000명당 3.3병상에서 향후 15년까지 인구 1,000명당 1.8병상으로 감소(약 45%의 철폐)시키자는 내용 때문에 발생한 사회적 갈등이었다(Watkin, 1975: 152; Lister, 2008: 36). 결국, Hospital Plan Report는 병원의 현대화라는 당초 목표도 달성하지 못했을 뿐만 아니라 사회적 갈등까지 야기한 실패한 개혁 정책이었다.

3) Bonham-Carter Report

이처럼 병원의 현대화 작업이 실패하는데 가장 큰 요인으로 지적된 것이 바로 병원의 규모를 지나치게 크게 계획했다는 것이었다(Klein, 2010). 그럼에도 불구하고 거대한 병원 설립 경향은 1970년대 중반까지 계속되었다. 예를 들면, 이른바 ‘노아의 방주 리포트(Noah’s Ark Report)’라고 불린 ‘Bonham-Carter Report’(CHSC, 1969)는 병원은 기본적으로 인구 200,000명-300,000명 당 1,000-1,200 병상을 갖추어야 한다고 주장함으로써 당시 실패로 돌아간 Hospital Plan Report의 기초를 유지했다. 이것은 Bonham-Carter Committee가 거의 모두 의사 중심으로 구성됨으로써 지나치게 의사의 이익을 우선시 하고 균형적 시각을 유지하지 못했기 때문에 발생한 것이었다(Rivett, 1998). 이후 보건부는 1970년대 초반부터 계속된 연구 작업을 통해 1970년대 후반에 대규모 병원보다는 중간 크기의 병원이 보다 비용-효과적임을 밝혀내어 병원 행정에 적용함으로써 대규모 병원 건설 경향은 이후부터 점점 수그러들게 된다(Smith, 1984).

5. 의사(General Practitioners) 인력 개혁

NHS가 시행될 때 영국 정부에 정식 등록되어 활동하고 있던 일반 의사(General Practitioners, GPs)는 총 19,600 명이 있었다(Webster, 1988: 122).⁶⁾ 당시에는 이 규모가 필요한 의사 공급 수준에 크게 미치지 못한 것은 아니었으나(Klein, 2010), NHS 시행과 함께 병원이 국유화됨에 따라 영국 정부는 의료 인력 조정을 통해 인건비를 조정할 필요가 있었다. 따라서 영국 정부는 의대 신입생 선발 인원수를 점진적으로 늘려갔다. 예를 들면, 1948년 7월에는 16,864명, 1952년에는 17,383명, 1956년 7월에는 19,082명의 의대 신입생을 선발하고 있었다(Godber, 1958). 그러나 NHS 시행에 반대했던 의사들의 상당수가 점점 NHS내로 진입하게 되면서 1950년대 초반에 의사 인력은 공급 과잉 상태가 된다(Klein, 1976).

이 때문에 Churchill의 보수당 정부(Churchill III)는 1955년 2월에 Willink Committee

6) 이 당시 영국 정부에 정식 등록하여 활동한 치과 의사는 10,100명, 안과 의사는 7,200명, 약사는 16,800명이었다(Webster, 1988: 122). 영국에서는 전문의를 consultant라고 부르는데 본 논문에서 일컫는 의사는 GPs를 뜻한다.

를 구성하여 그 당시 의사 인력 공급 수준과 향후 필요한 의사 수요에 대한 평가 작업을 시작한다(BMJ, 1957). 그리하여 1957년에 탄생한 'Willink Report'는 당시의 인구 규모와 구조, 경제 성장률, 이민율, 은퇴와 사망률 등을 고려하여 연구한 결과를 바탕으로 당시 의사 공급은 1955년까지는 우려할 만한 수준은 아니지만, 이전과 같은 수준을 유지할 경우 1961년 이후 부터는 심각하게 과잉 공급이 이뤄지게 되므로 1957년부터 의대 입학생 선발 정원을 10%씩 감축할 것을 제안한다(Seale, 1961; Klein, 1976). 보건부는 이를 바탕으로 1957년부터 1960년까지는 매해 1,150명, 1960-1965년에는 매해 1,180명, 1965-1970년에는 매해 1,230명, 1970-1975년에는 매해 1,260명의 의대 입학생 정원을 축소하기로 한다(HMSO, 1957).

그러나 Willink Committee는 의사 인력의 공급을 계산하는 과정에서 심각한 오류를 범하여 거센 비판을 받는다. 즉, Willink Committee는 영국 전체 인구 증가에 대한 잘못된 가정과 현직에 있는 의사들의 은퇴률을 지나치게 낙관적으로 해석한 오류를 범했다(Lafitte and Squire, 1960). 그리고 영국 의사들의 미국으로의 이민을 고려하지 않음으로써 잘못된 결과를 도출하였던 것이다(Watkin, 1975). 이 때문에 실제로는 의사 인력의 심각한 부족이 사회 문제화 된다(BMJ, 1961). 특히 내과, 이비인후과, 마취과, 방사선과, 정신과 의사 인력 부족이 심각했는데(HLs, 1961), 이 때문에 1961년 11월에 보건부는 의대생들의 입학 정원을 예초에 Willink Committee가 제안한 것 보다 10% 더 늘리고, 이어서 1963년에는 15%를 더 늘린다(Rivett, 1998). 이로써 연간 추가 선발된 의대 입학생은 1960년에 1,800명에서 1967년에는 2,450명까지 증대되었다(MH, 1968a). 결과적으로, 의사 인력 개혁은 1968년 확정된 Royal Commission on Medical Education의 최종 보고서(RCME, 1968)에 따라 Willink Committee의 제안안 보다 매해 약 두 배 정도 더 많은 의대 신입생을 선발하는 것으로 일단락되었다.

6. 의사와 간호사 교육 개혁

Harold Wilson 중심의 노동당 정부(Wilson I, 1964-1970)는 의대 교육은 학부에서 끝나는 것이 아니라, 의사가 죽기 전까지 평생 의사 교육을 받을 수 있는 시스템으로 개혁할 것을 목적으로 하는 'The Royal Commission on Medical Education(RCME)'

을 구성한다. RCME가 1968년에 출판한 ‘Todd Report’(HMSO, 1968)는 지역 병원 내에 의학 교육 전문 병동을 설치하여 의대 학부생들의 실습 교육에 도움을 주고, 현재 병원에서 근무하고 있는 의사들에게도 최신의 의학 지식과 실습 서비스를 제공할 것을 주장한다. 이를 위해 Cambridge, Leicester, Swansea, Keele, Hull, Warwick 지역에 의대를 신설할 것을 권고하는데, 보건부는 최종적으로 Sheffield에 두 학교를, Leicester, Nottingham, Southampton에 각각 한 학교씩을 배정한다(Rivett, 1998).

한편, 간호사 교육 시스템은 1964년의 ‘Platt Report’(RCN, 1964)를 기준으로 학생 간호사와 전문 간호사로 새롭게 이분화 된다. 그리하여 학생 간호사는 총 3년의 교육 과정을 거치게 되었다. 이 중에서 2년 동안은 학교에서 이론과 간단한 실습 교육을 받고 2년차에는 종합 시험을 치르며, 마지막 3년 차 1년 동안은 모두 병원에서 실습을 해야 했다. 전문 간호사는 학생 간호사 보다 낮은 등급으로서 이론 교육은 핵심 위주로만 짧게 하고 주로 병원에서의 견습 훈련에 집중하도록 했다.

이어 Edward Heath 중심의 보수당 정부(1970-1974)는 1972년 10월에 출판한 ‘Briggs Report’(HMSO, 1972b)를 기준으로 간호 교육 시스템을 개혁한다. 이때 이뤄진 간호 교육의 핵심 개혁 내용은 세 가지였다(Levitt, 1977). 첫째, 간호 교육에 대한 국가 수준의 행정적 지원을 위해 ‘간호 교육을 위한 교육 위원회’를 잉글랜드, 웨일즈, 스코틀랜드에 각각 하나씩 신설한다는 것이다. 둘째는 간호대 입학 가능 연령 제한을 18세에서 단계적으로 17세까지 낮춘다는 것이다. 마지막은 차등화 된 국가 간호 자격증 취득과 연계된 간호 교육 과정을 신설하는 것이다. 즉, 2급 국가 간호 자격증인 ‘The Certificate in Nursing Practice’를 취득할 수 있도록 18개월 과정의 공통 기본 코스를 신설하고, 2급 과정을 통과한 학생만을 대상으로 1급 국가 간호 자격증인 ‘The Certificate in Nursing Practice, Registration’을 취득할 수 있는 심화된 18개월 과정의 코스를 신설하게 된 것이다.

7. 간호 행정 개혁

Wilson 중심의 노동당 정부(Wilson I)는 1966년에 ‘Salmon Report’(HMSO, 1966)를 기준으로 간호 행정을 개혁한다. 이때의 간호 행정 개혁은 수간호사에게 집중된 권력을 여러 간호사에게 분산시키는데 집중되었다. 즉, 간호사 간의 책임의 범위

를 각각의 등급에 따라 구분하기 보다는 맡은 업무를 중심으로 개혁하게 된다. 이 같은 정책이 시행됨에 따라 이전까지는 병원에서 간호사 관련 업무는 모두 수간호사에 의해 결정되던 독점 권력 구도가 여러 평간호사 조직으로 분산되는 결과를 가져오게 된다(Klein, 2010). 그리고 수간호사에게 책임지는 병상 수에 상관없이 동일한 직급을 부여함으로써 수간호사 간의 비공식적 위계 구조도 철폐되는 효과를 가져왔다(Levitt, 1977).

Ⅲ. 1974년의 NHS 재구조화 개혁

1. 1974년 NHS 재구조화 개혁의 배경

지금까지 살펴본 바와 같이, NHS는 시행된 이후에 여러 분야에 걸친 부분적 개혁이 이뤄졌지만, “NHS의 기본 구조에 대한 개혁은 1974년 전까지는 단 한 번도 이뤄지지 않았다”(Kirby, Kidd, Koubel, Barter, Hope, Kirton, Madry, Manning and Triggs, 2000: 118). 그러나 이것이 곧 1974년 4월 1일의 NHS 재구조화 개혁이 NHS의 기본 구조 전체를 개혁했다는 뜻은 아니다. 다시 말해, Heath의 보수당 정부 하에서 이뤄진 NHS 재구조화 개혁은(DHSS, 1972a, 1972b) 세금을 기반으로 무료 서비스를 제공한다는 NHS의 기본 원칙에까지 메스를 가하지는 않았고(BMJ, 1972b) 주로 NHS의 행정 개혁에 초점이 맞춰졌다. NHS 행정은 시행 이후부터 줄곧 일반 병원, 교육 중심 병원, 일반 의사, 지역 보건 정부를 중심으로 네 가지 분할된 행정 구조를 형성하고 있었다(Stevens, 1966; Tudor-Hart, 1971). 이 때문에 NHS 행정은 구조적으로 NHS 중앙 정부의 통제력이 미약하고(Lister, 2008), 행정적 책임 전가에 취약하며(Chester, 1956), 예산 집행이 비효율적이어서(OHE, 1974) 결국에는 “서비스 간 적절한 균형을 조직하는데 실패했다(DHSS, 1972a: 1)”는 비판을 받고 있었다.

이와 더불어 Heath의 보수당 정부 들어 형성된 NHS를 둘러싼 세 가지 논쟁의 폭발은 1974년 NHS 재구조화 개혁의 결정적 기회를 제공했다. 첫째는 인구 고령화에 따른 NHS 구조 개혁의 필요성 논쟁이었다. 즉, 1949년 영국의 전체 인구 중에서 65세 이상 노인 비율은 10.7%였다가 1971년에는 13%에 다다름에 따라 이전의

NHS 구조로는 증가하는 노인 환자를 더 이상 감당하기 힘들었던 것이다(Draper, Grenholm and Best, 1976: 262). 둘째, 인구 고령화로 인해 만성 질병에 대한 의료비 급증이 심각한 문제로 대두되었다. 이에 Heath의 보수당 정부는 정권 기간 내내 공공 지출 감소 정책에 따른 NHS 예산 배정 삭감 정책을 펼쳤다(Klein, 1974). 끝으로, 시행 후 큰 틀의 개혁 없이 유지되어 온 NHS로 인해 서비스의 지역 간 불평등 문제가 심각해져 있었다(BMJ, 1972a). 이상과 같은 문제점을 Heath의 보수당 정부는 1974년에 NHS 재구조화 개혁을 단행하면서 네 가지로 파편화된 행정 책임을 하나로 통합하여 행정의 효율을 증대시킴으로써 극복하려 하였다(Gill, 1976: Klein, 2010).⁷⁾

2. 1974년 NHS 재구조화 개혁의 과정

NHS 행정 구조 개혁 논의는 Wilson의 노동당 정부(Wilson I) 때인 1967년 11월 6일에 당시 보건부 장관이었던 Kenneth Robinson이 하원 의회에서 NHS의 행정 구조 개혁을 검토하겠다고 보고하면서부터 공식적으로 시작되었다(Webster, 2002). 이후 세 가지 방안이 검토되었다. 한 가지 방안은 NHS 중앙 정부의 권한을 강화하는 방향으로 제시되었고, 나머지 방안은 NHS 중앙 정부의 권한을 분산하는 방향으로 제시되었다.

첫 번째 방안은 NHS 중앙 정부의 권한 강화를 지지한 것으로써 1968년 7월에 발간된 보건부 녹서(MH, 1968b)에서 제시된 것이었다. 이 녹서에서는 지역 위원회라는 새로운 기구를 설립하여 이 기구로 하여금 광역 병원 위원회, 통제 위원회, 병원 경영 위원회, 최고 집행 위원회의 전체 권한과 지역 보건 정부의 일부 권한을 통합적으로 행사하도록 하였다. 지역 위원회는 약 40-50개가 보건부 직할로 설치되고, 단일 지역 위원회는 최소 인구 약 750,000명부터 최대 인구 약 3,000,000명까지 관할하도록 했다.

7) 본 논문에서 말하는 1974년의 NHS 재구조화 개혁은 잉글랜드, 웨일즈, 스코틀랜드에서의 개혁을 지칭한다. 잉글랜드와 웨일즈는 동일한 개혁을 하였고, 스코틀랜드의 개혁은 세부 사항에서는 다소 차이나는 부분이 있었지만, 핵심은 잉글랜드와 웨일즈의 개혁과 같은 것이었다. 그러나 북아일랜드의 NHS 개혁은 1973년에 이뤄졌고 나머지 지방과는 다른 형태로 진행되었으며, 그 규모가 매우 작았으므로 관련 학계에서는 크게 다루고 있지 않다(Levitt, 1977).

두 번째 방안은 NHS 중앙 정부의 권한 분산을 지지하는 것이었다. 이것은 1968년에 The Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services(CLAAPSS)에 의해 제안되었다. 즉, CLAAPSS는 그 동안 지방 정부의 중앙 부서에 의해 제공되어 오던 사회 서비스를 계속해서 지방 정부 책임 하에 두되, 지방 정부의 중앙 부서가 아닌 지방 정부의 보건부와 지방 정부 내에서 선출하여 구성한 하위 위원회에 의해 통합 운영할 것을 주장했다(HLs, 1969).

세 번째 방안 또한 NHS 중앙 정부의 권한 강화에 반대한 것으로써 The Royal Commission on Local Government in England(RCLGE)가 'Redcliffe-Maud Report'(HMSO, 1969)를 통해 1969년에 제안한 것이었다. RCLGE는 8개 지방 마다 하나로 묶어 관리하는 새로운 지방 정부 지역을 신설할 것을 제안했다. Redcliffe-Maud Report에 따르면, 신설된 지역은 중앙 정부의 서비스 제공 기획과 관리지침의 영향을 벗어나 지역 단위로 독자적인 서비스 제공 기획과 관리 방안을 마련할 수 있었다.

위와 같은 세 가지 방안 중에서 Wilson의 노동당 정부(Wilson I)는 두 번째 방안이었던 CLAAPSS의 제안을 최종 선택하여 1970년에 정부 정책에 반영하였다. 이것이 모태가 되어 의회에서 NHS 재구조화에 관한 논의는 속도가 붙게 된다. 그리하여 1972년 8월에 NHS 재구조화에 관한 백서(DHSS, 1972a, 1972b)가 발간되고, 1972년 11월에는 NHS 재구조화에 관한 법안(HMSO, 1972a)이 의회에 제출된다. 그 후 논의를 거쳐 1973년 7월 5일에 NHS 재구조화에 관한 최종 법안(HMSO, 1973)이 발효되었다.⁸⁾

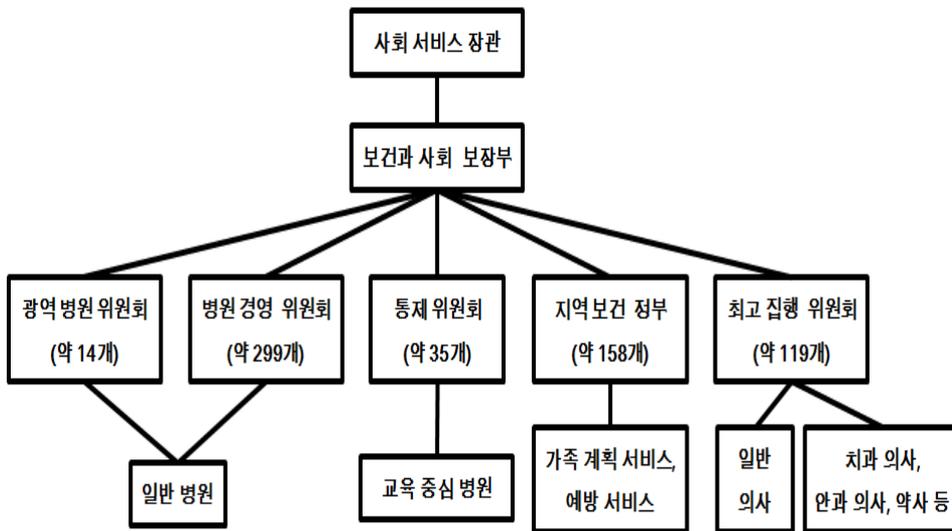
3. 1974년 NHS 재구조화 개혁 이전의 NHS 행정 조직 구조

1974년 재구조화 개혁 이전의 NHS의 행정 조직은 보건과 사회 보장부 아래에 기능과 기술적 특화성을 기준으로 크게 다섯 가지 중간 조직으로 '분권화'되어 있었다(Donald, 1975). 다시 말해 <그림 2>에서 보는 바와 같이, 일반 병원은 약 14개의 광역 병원 위원회와 약 299개의 병원 경영 위원회로부터 관리 감독을 받고 있었고, 교육 중심 병원은 약 35개의 통제 위원회로부터 관리 감독을 받고 있었다.

8) 이날은 NHS가 1948년 7월 5일에 처음으로 시작한지 정확히 25년째 되는 날이었다.

그리고 가족 계획 서비스와 예방 서비스는 약 158개의 지역 보건 정부에 의해 제공되고 있었으며, 일반 의사, 치과 의사, 안과 의사, 약사 등은 모두 약 119개의 최고 집행 위원회로부터 관리 감독을 받고 있었다. 이와 같은 다섯 가지 중간 조직은 행정 문서상으로는 보건과 사회 보장부의 관할 하에 있었지만, 예하 기관에 대한 결정권을 행사하고 그 결과를 보건과 사회 보장부에 보고만하면 되었기 때문에 실질적으로는 독립된 행정권을 행사하고 있었다(DHSS, 1974; Donald, 1974).

<그림 2> 1974년 4월 재구조화 개혁 이전의 분권화 된 NHS 행정 조직 구조



출처: Donald, 1974: 34; Draper, Grenholm and Best, 1976: 274.

4. 1974년 NHS 재구조화 개혁 이후의 NHS 행정 조직 구조

그러나 1974년 재구조화 개혁 이후부터는 보건과 사회 보장부 아래의 다섯 가지 중간 조직은 대폭 통·폐합되고 중앙 정부를 중심으로 NHS 행정이 집중되며 체계적으로 ‘중앙 집권화’ 된다(Jonas and Banta, 1975). 즉, <그림 3>에서 보는 바와 같이, 보건과 사회 보장부 바로 아래에 있던 이전의 약 14개의 광역 병원 위원회와 약 158개의 지역 보건 정부가 모두 폐지되고, 이들과 거의 비슷한 행정 권한을 가진 약 14개의 광역 보건 정부가 신설되었다. 광역 보건 정부 아래에는 각각 250,000

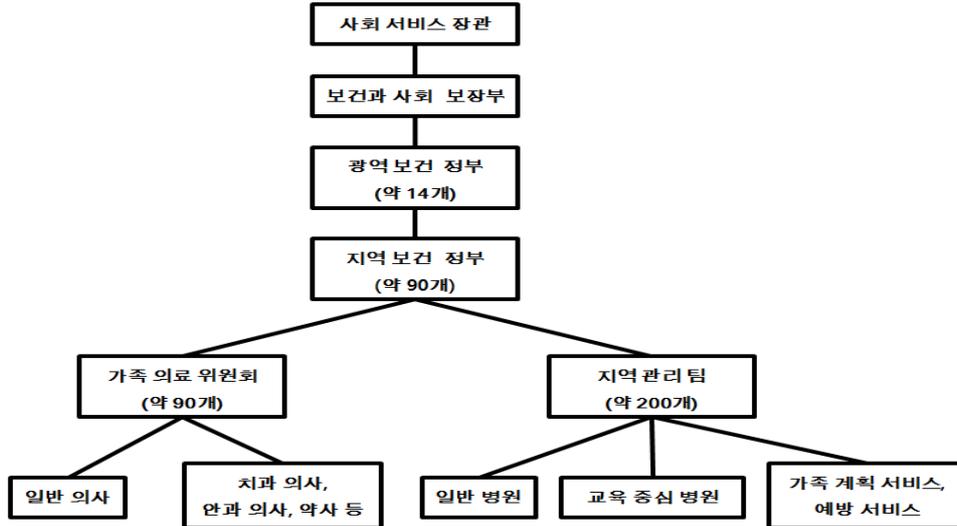
명의 의료 서비스를 책임지는 약 90개의 지역 보건 정부를 두었다.⁹⁾ 지역 보건 정부 아래에는 약 90개의 가족 의료 위원회와 약 200개의 지역 관리팀을 두었는데 이들은 모두 철저하게 하향식(top-down) 명령 하달 구조와 상향식(bottom-up) 명령 수행 구조를 이루고 있었다(DHSS, 1971, 1972c; HMSO, 1972a).

예를 들면, 현장 수준의 행정 조직인 가족 의료 위원회와 지역 관리팀은 지역 보건 정부가 정한 기준에 맞춰 일선에서 의료 서비스 제공에 직접 개입하는 각종 병원과 의료진의 역할 설정 업무만 담당했을 뿐 독자적인 의료 서비스 기획 권한은 없었다(Levitt, 1977). 또한 지역 보건 정부가 정하는 의료 서비스 제공의 각종 기준은 전적으로 광역 보건 정부가 정하는 지역 간 우선 순위 결정 범위 내에서만 이뤄질 수 있었다(Himatsingani, 1973). 그리고 일선에 있는 일반 의사, 치과 의사, 안과 의사, 약사 등은 모두 가족 의료 위원회의 관리 감독을 받게 되었고, 일반 병원, 교육 중심 병원, 가족 계획 서비스와 예방 서비스는 모두 지역 관리 팀으로 이관됨으로써(HMSO, 1973) 1948년에 만들어진 NHS 행정 네트워크는 완전히 사라지게 된 것이다(Paton, 1975).

이와 같이 이뤄진 1974년 NHS 재구조화 개혁은 “아래로의 최대의 명령 전달과 위로의 최대의 명령 수행”(Klein, 2010: 72)으로 요약된다. 즉, 일선 조직을 직접적으로 통제하는 가족 의료 위원회와 지역 관리팀은 광역 보건 정부와 지역 보건 정부의 통제를 받았다(Donald, 1974; Jonas and Banta, 1975). 그리고 광역 보건 정부와 지역 보건 정부의 대표성 행사는 법률로써 엄격히 제한됨과 동시에 두 조직의 수장은 사회 서비스 장관에 의해 임명되고 급여를 지급 받게 됨으로써 중앙 정부의 통제를 직접 받았던 것이다(BMJ, 1972b; HJs, 1972; Donald, 1975).

9) NHS에서는 인구 규모를 기준으로 의료 서비스 제공 구획을 책정하였기 때문에 행정부에서 실시한 지방 분할 기준과는 일치하지 않았다. 하나의 지역 보건 정부는 약 1,500명의 직원을 거느리고 연간 약 8,000,000-10,000,000 파운드의 예산을 집행하였다(Donald, 1975). 1974년 행정 개혁 이후의 지역 보건 정부는 그 동안 갈등 관계에 있었던 health care와 social care를 “하나의 조직적 우산” 아래 두는 결과를 가져왔다(Hudson and Henwood, 2002: 154).

<그림 3> 1974년 4월 재구조화 개혁 이후의 중앙 집권화 된 NHS 행정 조직 구조



출처: BMJ, 1972b: 149; Donald, 1974: 35; Draper, Grenholm and Best, 1976: 275.

IV. 1975년부터 1978년까지의 NHS 개혁

1. 지역 간 불평등한 NHS 예산 분배 개혁

NHS가 시행된 이후 NHS 재정의 절대적 빈곤 뿐만 아니라 상대적 빈곤 또한 늘 논란거리였다(Godber, 1998; Fisher, 2002).¹⁰⁾ NHS 예산의 상대적 빈곤은 지역 간 불평등한 예산 분배 구조에서 비롯되었다. 즉, NHS 예산의 지역 간 분배는 시행 첫 해인 1948년에 정해진 지역 분배 기준에 맞춰 거의 27여 년 동안 큰 변화 없이 지속되었는데, 이것은 북부 지방 보다 상대적으로 남부 지방에 더 많은 예산이 배정되게 된 구조였던 것이다(BMJ, 1974; RCNHS, 1978). 예를 들면, <표 3>에서 보는 바와

10) NHS 예산의 절대적 빈곤이 심각할 때는 일선 의사들의 월급조차도 제때 지불되지 못할 때도 있었다. 예를 들면, 1975년 초에 영국 의사협회와 치과의사협회, 왕립 간호사와 산과 대학 협의회는 당시 수상이었던 Wilson(II)을 직접 만나서 체납된 월급을 받기 위해 NHS에 대한 500,000,000 파운드의 추가 예산 집행을 건의하고 관철시켰다(BMJ, 1979).

같이 북부 지방의 맨체스터와 남부 지방의 옥스퍼드의 인구율과 NHS 예산 배정 비율 간의 관계를 보면, 맨체스터가 옥스퍼드 보다 더 많은 인구가 있었음에도 불구하고 NHS 예산은 더 적게 배정 받았음을 알 수 있다.

<표 3> 맨체스터와 옥스퍼드의 인구율에 따른 NHS 예산 배정률과 그 차이, 1948-1971

| | 인구율(%):(A) | | NHS 예산 배정률(%):(B) | | NHS 예산 배정률/인구율:(B/A) | | 맨체스터와 옥스퍼드 차이: (C-D) |
|-----------|------------|------|-------------------|------|----------------------|---------|----------------------|
| | 맨체스터 | 옥스퍼드 | 맨체스터 | 옥스퍼드 | 맨체스터(C) | 옥스퍼드(D) | |
| 1948-1951 | 10.8 | 3.36 | 6.31 | 3.77 | 0.58 | 1.12 | -0.54 |
| 1958 | 10.36 | 3.61 | 8.67 | 6.25 | 0.84 | 1.73 | -0.89 |
| 1971 | 9.92 | 4.34 | 9.87 | 7.1 | 0.99 | 1.64 | -0.65 |

출처: Webster, 1998: 813-815 재구성.

비고: (B/A)는 소수점 셋째 자리에서 반올림한 값임.

이러한 지역 간 불평등한 예산 배정 때문에 NHS 예산의 지역 간 분배 기준의 개혁을 목적으로 Harold Wilson의 노동당 정부(Wilson II, 1974-1976)는 1975년 7월에 Resource Allocation Working Party(RAWP)를 구성한다(Lister, 2008). 이에 영국 의사 협회는 남부와 북부 지방 예산 배정에서 북부에 대한 지원액을 늘리고, 남부 지방 내에서는 런던에 예산이 집중되는 점을 시정할 것을 요구한다(Rivett, 1998). 1976년에 발간된 RAWP의 최종 보고서는 경제적으로 낙후된 지역이 발전된 지역보다 더 적은 예산을 배정받고 있어 NHS의 지역 간 예산 분배가 공정하지 못함(unfair)을 확인하였고(DHSS, 1976a), 보건부는 지역 간 인구 규모와 표준 사망률을 기준으로 NHS 예산의 지역 분배 기준을 개혁한다(Pollock, Leys, Price, Rowland and Gnani, 2004).

그러나 개혁이 중간 정도 진행되었을 때 개혁의 기준이 된 RAWP의 최종 보고서는 수 많은 비판을 받았다. 특히 두 가지 쟁점이 크게 부각되었다(Klein, 2010). 첫째, RAWP가 NHS 예산의 지역 분배를 계산할 때 지역의 인구 규모와 표준 사망률만 고려를 하고 사망률에 직접적인 영향을 미치는 질병 유병률과 성별 간 질병 유병률, 위생 지수 같은 요소는 고려하지 않아 보고서에 대한 신뢰도에 많은 비판이 제기되었다. 둘째, RAWP 보고서는 런던에 집중되는 NHS 예산에 대해서는 실질

적인 언급을 하지 않아 영국 의사협회로부터 비판을 받았다.

그리하여 James Callaghan 중심의 노동당 정부(1976-1979)하에서 인구 규모, 표준 사망률, 질병 유병률, 성별 간 질병 유병률, 위생 지수가 적용되어 새롭게 조정된 RAWP의 NHS 예산 지역 분배 기준에 따라 1977년부터 NHS 예산의 지역 분배 방식이 바뀌게 되었다(Asthana, Gibson, Moon, Dicker and Brigham, 2004). 이로써 북부와 남부 지방 간의 불평등한 NHS 예산 분배는 많이 호전되는 효과를 거둔다(Klein, 2010). 그러나 런던의 경우, 질병 간의 NHS 예산 분배에 대한 내용만 집중적으로 다루지고, 런던에 NHS 예산이 집중되는 비판에는 적절한 해결책을 제시하지 못한 한계를 지닌 개혁이었다. 예를 들면, 런던이 NHS 예산의 지역 분배에서 차지하는 비율은 1958년에 32.87%, 1971년에 31.82%였다가 1979년에는 39.84%까지 증가되는 등 단 한 번도 30%보다 적게 배정 받은 적은 없었다(Webster, 1996: 814-816). 그럼에도 불구하고 Callaghan의 노동당 정부는 런던의 예산 분배는 급성 질병 치료 서비스 보다는 만성 질병 치료 서비스에 무게 중심을 둔다는 것만 언급하였던 것이다(DHSS, 1976b).

2. Pay-Beds의 개혁

1) Pay-Beds

NHS가 시행되기 이전부터 영국 병원에서의 입원실은 일반적으로 ‘Pay-Beds (PBs)’라 불렸는데, PBs란, “소득이 일정 수준 이상인 사람이 병상을 이용할 시 발생하는 진료비, 처방비, 약제비, 병실 유지비, 각종 서비스 제공비 등 모든 비용을 개인이 지불하면서 이용하는 사적인 병상”(Kitchin, 1938: 373)을 말한다. 따라서 PBs는 주로 사설 병원이나 자선 병원을 중심으로 분포하고 있었는데, 1946년부터는 국가 소유의 병원에서도 본격적으로 PBs가 등장하게 된다. 즉, NHS가 시행되기 이전에 발효된 ‘Health Service Act 1946’은 보건부 장관에게 사적 환자가 비용을 지불하면 국가 소유의 병원에서도 의료 서비스와 PBs 수혜 여부를 결정할 수 있는 권한을 부여하였던 것이다(HMSO, 1946b). 이렇게 NHS가 시행되기 이전부터 운영되어 오던 PBs는 NHS 시행법을 제정하는 과정에서 노동당의 Aneurin Bevan에 의해 전면 폐지가 계획되었지만, NHS 시행 자체를 반대한 영국 의사협회의 강력한

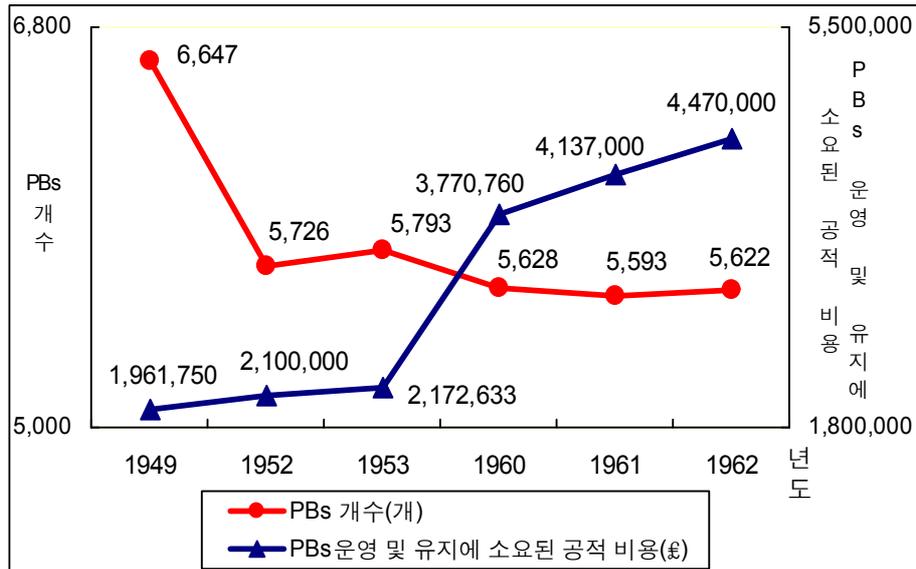
반발에 부딪혀 완전 철폐는 실현되지 못하고 축소 운영하는 것으로 결정 된다(Klein, 2010). 그리하여 1948년 NHS가 시행될 때에는 전국 국립 병원 병상의 약 2% 정도가 PBs로 운영되고 있었다(Ryan, 1975).

2) Pay-Beds의 축소

PBs와 사적 환자를 위한 사적 의료 시설이 NHS의 공공성을 해치는 것은 크게 두 가지 경로를 통해 발생했다. 첫 번째는 NHS를 이용하는 환자는 무료로 의료 서비스를 받는 반면에 PBs와 사적 의료 시설을 이용하는 환자는 의료 서비스 이용 대가를 개인이 지불했기 때문에 발생한 것이었다. 즉, NHS의 무료 의료 서비스를 받는 사람들은 모두가 평등하게 대기자 명단에 올라 자신의 순번이 돌아올 때 까지 기다린 반면에 개인 비용을 지불한 사람들은 곧바로 의사의 진찰을 받을 수 있었던 것이다. 이 때문에 의사들은 NHS 환자 보다 PBs와 사적 의료 시설을 이용하려는 부유층에 대한 진료를 선호하게 되었고 이것이 결국은 NHS 환자의 대기 시간을 현격하게 증가시켰던 것이다(HCs, 1974).

두 번째, PBs와 사적 환자를 위한 사적 의료 시설의 이용 요금을 이용자 개인이 부담했음에도 불구하고, PBs와 사적 의료 시설의 운영과 유지에는 정부의 공적 재정 또한 투입되고 있었다는 것이다. 예를 들면, <그림 4>에서 보는 바와 같이, 스코틀랜드와 북아일랜드를 제외한 잉글랜드와 웨일즈 지역에서만도 시간이 지날수록 NHS내의 PBs 개수는 조금씩 감소하고 있었음에도 불구하고, 오히려 NHS내의 PBs를 운영하고 유지하는데 드는 공적 비용은 급격히 증가하고 있었다. 즉, Churchill의 보수당 정부(Churchill III) 시절인 1952년에는 약 2,100,000 파운드의 공적자금이 소비되었지만, 그로부터 10년 후인 Macmillan의 보수당 정부 시절인 1962년에는 2배 이상에 해당되는 4,470,000 파운드의 정부 예산이 투입되고 있었다. 이와 같이 PBs에 소요되는 정부 예산의 증가는 1951년 10월에 Churchill부터 시작된 보수당 정부(Churchill III)가 1964년 10월에 Wilson의 노동당 정부(Wilson I)로 정권이 교체되기 전까지 약 13년 동안 지속되었다. 그리고 이 긴 기간 동안 PBs가 NHS의 공공성을 해치고 있다는 비판이 꾸준히 일었으며, 이러한 경향은 Heath의 보수당 정부 중반기인 1972년에 극에 달하게 된다(Klein, 2010).

<그림 4> PBs 개수와 PBs 운영 및 유지에 소요된 공적 비용
(잉글랜드와 웨일즈), 1949-1962



출처: Lees and Cooper, 1963: 1531-1532; Stevens, 1966: 208 재구성.

3) Health Service Act 1976

이처럼 추락하는 NHS의 공공성 때문에 Wilson의 노동당(Wilson II)의 사회 서비스 장관이었던 Barbara Castle을 중심으로 PBs와 사적 환자를 위한 사적 의료 시설 철폐에 대한 정책적 접근이 시작된다(Klein, 2010). 이를 계기로 Callaghan의 노동당 정부 들어 1976년 11월 22일에 NHS의 공공성 확대를 위해 ‘Health Service Act 1976’이 발효된다(HMSO, 1976). 이 법안에 따라 NHS 내에서 사적 환자를 위한 PBs와 통원 치료를 받는 사적 환자를 위한 사적 의료 시설을 철폐하기 위해 Health Service Board(HSB)가 만들어졌다(BMJ, 1978).

HSB는 NHS의 공공성 확대라는 정책 목표에 맞춰 NHS의 공공성을 대변할 수 있도록 사적 환자 측 인력은 철저하게 배제된 형태로 구성되었다. 즉, Health Service Act 1976에 따르면, HSB는 “총 5명으로 구성되는데 두 명의 위원은 NHS내의 일반 의사나 치과 의사 중에서 선정하고, 나머지 두 명의 위원은 NHS 직원과 NHS 환자의 이익을 대변 할 수 있는 대표자 간 협의를 통해 선정하며, 위원장 한

명은 선정된 네 명의 위원 간 협의를 통해 결정”(HMSO, 1976: 26) 하도록 했던 것이다. 이와 같은 사적 환자의 이익 배제 경향은 HSB가 별개로 구성해야 하는 ‘사적 환자를 위한 PBs와 통원 치료를 받는 사적 환자를 위한 사적 의료 시설 철폐 평가 위원회’의 구성 방식에서도 확인된다. 즉, 철폐 평가 위원회는 총 4명으로 구성되었는데 이중에 “한 명은 NHS내의 일반 의사나 치과 의사 중에서 선정하고, 또 다른 한 명은 경험이 풍부한 간호사 중에서 선정하며, 나머지 두 명은 병원 행정과 병원의 건설과 디자인 전문가 중에서 각각 한 명씩 선정하도록”(HMSO, 1976: 27) 하는 등 어디에도 사적 환자의 이익과 직접적인 관련이 있는 위원은 찾아볼 수 없었다.

Health Service Act 1976에서는 HSB가 언제까지 PBs와 사적 환자의 통원 치료를 위한 사적 의료 시설을 완전 철폐해야 한다는 기간을 명시하지 않았지만, PBs의 경우에는 “법안이 발효된 이후 6개월 이내에(즉, 1977년 5월 22일 이내에) 영국 내에 있는 PBs 중 약 1,000개를 철폐해야 한다”(HMSO, 1976: 3)고 명기하고 있다.¹¹⁾ 이 작업은 보건부 장관의 직접적인 통제를 받아 진행되었고, 이때 사적 통원 환자를 위한 사적 의료 시설은 적절한 시기에 따라 점진적으로 NHS에 통합시키며, PBs의 철폐는 두 가지 기준에서 이뤄졌다(HCs, 1976). 첫 번째 기준은 만들어 진지 2년이 지난 PBs는 바로 폐기한다는 것이고, 두 번째 기준은 다른 병원 침상을 이용할 수 있는 PBs의 경우에는 조속한 시일에 적절한 조치를 취한 후에 폐기한다는 것이었다(Massam, 1976).

이를 위해 HSB는 일반 보고서와 특별 보고서라는 두 종류의 보고서를 작성해야 했다(HMSO, 1976). 첫 번째는 일반 병과에 관련된 PBs와 사적 통원 환자를 위한 사적 의료 시설 철폐에 대한 전반적인 내용을 다룬 일반 보고서였다. 두 번째는 방사선 치료, 진단 병리, 영상 의학, 방사성 동위 원소를 이용한 치료와 같은 특수 진단 병과에 관련된 PBs와 사적 통원 환자를 위한 사적 의료 시설의 철폐에 관한 특별 보고서였다. 이와 같은 두 보고서는 모두 6개월 마다 폐기 대상 PBs와 사적 통원 치료 환자를 위한 사적 의료 시설을 선정하여 최종 폐기 날짜와 다음 폐기 대상

11) 당시 Health Service Act에는 병상의 개수를 1,000개로 언급하고 있지만, 이 법안을 입안했던 Wilson의 노동당(Wilson II)은 예초에는 NHS에 약 3,000개의 추가 병상 확보를 목표로 하고 있었다(HCs, 1975).

을 명시한 보고서 제출 일자를 명기한 보고서를 작성하여 보건부 장관에게 보고해야 하였다(BMJ, 1977).

그러나 이것이 NHS 내에서 향후 PBs는 전혀 허용되지 않음을 뜻하는 것은 아니었다. 즉, PBs 철폐 작업은 유지하더라도 “특별한 의료 처치가 필요한 경우”(HMSO, 1976: 10)에는 제한적으로 PBs와 사적 통원 환자를 위한 사적 의료 시설을 이용할 수 있도록 하였다.¹²⁾ 실제로 <표 4>에 나타난 바와 같이, 당시 Callaghan의 노동당이 실시한 PBs의 철폐률은 약 81.09%로써 약 851개의 PBs는 철폐 대상에서 제외된 제한적인 것이었다.

<표 4> 영국의 PBs 철폐 현황

| | 잉글랜드 | 웨일즈 | 스코틀랜드 | 전체 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| 철폐 이전의 PBs 개수: (A) | 4,150 | 107 | 243 | 4,500 |
| 철폐 이후의 PBs 개수: (B) | 741 | 60 | 50 | 851 |
| PBs 철폐률(%): (C) | 82.14 | 43.93 | 79.42 | 81.09 |

출처: HMSO, 1976: 33-35; Webster, 1996: 620-621 재구성.

비고: $C = (A - B / A) \times 100$, 소수점 셋째자리에서 반올림.

V. 결론

지금까지 1948년부터 1978년까지 NHS 개혁의 핵심 내용을 1974년 NHS 재구조화 개혁을 중심으로 그 이전과 이후로 구분하여 시기별로 살펴보았다.¹³⁾ 이와 같은 30년 동안의 NHS 개혁의 특징들은 기본적으로 당시 집권당과 선택적 친화성을 보여주고 있지만, 모두가 그런 것은 아니었다. 이를 여섯 가지 주제별로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 노동당과 보수당은 의료 서비스의 공공성에 대해서 각각 옹호와 반대라

12) 1979년 Thatcher 정부 들어 NHS에 대폭적인 시장 친화적 개혁이 단행되면서 사적 병원이 NHS에 병상을 판매할 수 있게 됨에 따라 결국 실질적인 의미에서 PBs는 대처 정부 들어 부활하게 된다. NHS에 판매된 병상은 1979년에는 약 7,000 병상이었고, 1992년에는 약 11,416 병상에 이르렀다(Hall, 1993).

13) 시기별 핵심 내용 요약은 <부록> 참고.

는 선택적 친화성을 보여주고 있다. 예를 들면, Attlee 중심의 노동당이 주도한 NHS 시행과 함께 이뤄진 병원의 국유화에 대해 보수당은 반대하였다. 그리고 노동당은 환자 입장에서 의료 서비스의 공공성을 대변하기 보다는 자신들의 이익을 옹호하기 바쁜 각종 의료협회를 통·폐합하였다. 그러나 이는 당시 왕가나 정계에 친분이 두터운 사람이 회장으로 있는 의료협회는 통·폐합 대상이 되지 않은 제한적인 것이었다. 또한 NHS 시행 이후 NHS의 공공성을 감소시켜 “이데올로기적 대결의 정치를 여실히 보여준”(Klein, 2010: 85) PBs와 사적 환자를 위한 사적 의료 시설에 대해 보수당은 약 13년 동안 예산 투자를 늘리는 정책만 고수하였다. 반면, NHS의 공공성을 확대하기 위한 목적에서 시행된 PBs와 사적 환자를 위한 사적 의료 시설의 철폐 논의가 Wilson의 노동당(Wilson II)에 의해 시작되어 Callaghan의 노동당에 의해 실행에 옮겨졌다는 점은 두 정당의 의료 서비스의 공공성에 대한 선택적 친화성을 여실히 보여주고 있다.

둘째, NHS라는 사회복지 제도에 대한 공적 재정의 지출에 대해서도 노동당과 보수당은 각각 옹호와 반대라는 선택적 친화성을 보여주고 있다. 예를 들면, NHS 시행 후 실제 소요되는 비용이 계획된 예산액을 훨씬 초과하여 당시 Attlee의 노동당 정부가 NHS 예산 삭감에 대한 보수당의 공격을 받을 때조차도 NHS 예산을 대폭 삭감하지 않았다. “오히려 노동당 의원들은 Bevan을 중심으로 NHS 예산을 필요한 만큼 대폭 늘릴 것을 주장”(Klein, 2010: 26)하는데, 이에 Attlee는 치과와 안과 진료에 대한 이용자 부담 제도를 도입하여 1951년과 1952년에 당시 NHS 전체 예산 대비 각각 약 0.32%와 0.75%에 불과한 금액만 삭감하는 정책으로 보수당에 맞섰으며 근본적인 NHS 예산 삭감은 하지 않았다. 반면에 Attlee의 뒤를 이은 Churchill의 보수당(Churchill III)은 Guillebaud Committee를 NHS 예산의 대폭 삭감을 목적으로 구성하는 등 근본적인 NHS 예산 삭감에 적극적인 태도를 보였다. 또한 대규모 공공 재정 투입이 반드시 필요한 병원의 현대화 계획에서도 보수당은 자신들이 입안한 정책이었음에도 불구하고, 예초부터 병원의 현대화 계획의 성공 여부에는 관심조차 없었다. 오히려 그들은 “어떻게 하면 병원의 현대화에 최대한 적은 예산을 투입할 것인가에 대한 논의에 혈안이 되어”(Lister, 2008: 35) 있었던 것이다.

셋째, 노동당과 보수당은 NHS 행정 권력 구조에 대해서는 각각 분권화와 중앙

집권화를 옹호하는 선택적 친화성을 보여주었다. 예를 들면, Wilson의 노동당(Wilson I)은 1974년의 NHS 재구조화 개혁을 위한 논의를 1967년에 하원 의회에서 처음으로 시작한 후 제시된 여러 방안 중에서 분권화를 옹호하는 CLAAPSS의 정책을 채택하였다. 또한 1970년에 정권 재창출에 실패하여 1970년 6월 19일에 Heath의 보수당에게 정권을 넘긴 후 NHS 재구조화에 대한 주도권을 상실한 후에도 노동당은 계속해서 NHS 행정 구조의 분권화를 옹호하며 “보수당의 NHS 행정 구조의 중앙 집권화 비판의 중심”(Webster, 1996: 726)에 있었다. 예를 들면, Wilson의 노동당 정부(Wilson I)에서 보건과 사회 보장부 장관을 지낸 Richard Crossman은 하원 의회에서 Heath의 보수당이 계획하는 NHS 행정 구조의 중앙 집권화 개혁은 지나치게 관료적이고 복잡한 행정 절차 때문에 수 많은 부작용을 낳을 것이라 비판했다(HCs, 1973). 반면, Heath의 보수당은 1974년의 NHS 재구조화 개혁을 주도하면서 분권화된 NHS 행정 구조를 중앙 집권화 하였다. 이후 Wilson의 노동당(Wilson II)에 의해 1975년 10월에 구성된 Royal Commission on the National Health Service (RCNHS)(Ryan, 1977)는 보수당이 단행한 1974년의 NHS 행정 구조의 중앙 집권화의 부작용을 강력히 비판하면서 분권화를 옹호하였다.¹⁴⁾ 이와 더불어 노동당에 의해 주도된 간호 행정 개혁은 수간호사 중심으로 중앙 집권화 된 이전의 간호 행정 권력 구조를 여러 간호사에게 분권화하는 방향으로 이뤄진 점 또한 두 정당의 NHS 행정 권력 구조에 대한 선택적 친화성을 잘 보여주고 있다.

이와 같은 NHS 행정 권력 구조의 분권화와 중앙 집권화 개혁에 대한 노동당과 보수당의 선택적 친화성은 기존의 논의와는 반대되는 결과를 보여주는 것이다. 다시 말해, 의료 서비스 영역에 시장의 힘이 침투되는 것을 최대한 줄이면서 국가

14) RCNHS의 보수당의 NHS 행정 구조 중앙 집권화에 대한 비판은 크게 두 가지 핵심 보고서와 두 차례의 서베이 조사를 통해 이뤄졌다. 첫 번째 보고서(RCNHS, 1979a)는 1974년의 중앙 집권적 NHS 행정 개혁은 NHS를 과도하게 관료화시켜 탄력적인 의료 서비스 제공에 실패했다고 평가하고 분권화를 옹호했다. 두 번째 보고서(RCNHS, 1979b)는 NHS 행정의 중앙 집권화가 NHS 재정 운영의 유연성을 심각하게 해치고 있음을 비판하며 NHS의 재정을 중앙에서 모두 관리하지 말고, 의료 서비스의 현장성을 가장 잘 알고 있는 일반 의사나 간호사들이 직접 운영할 수 있도록 하는 대신 그들의 책임 범위를 확대할 것을 주장했다. 그리고 두 차례의 서베이 조사(RCNHS, 1979c, 1979d)에서 가장 심각한 문제로 지적된 것은 1974년의 NHS 행정의 중앙 집권화 이후 의사들의 독자적인 판단 영역이 대폭 축소되고, 병원 행정 자체가 복잡해졌으며, 불필요한 행정 절차까지 늘어남에 따라 국민의 의료 접근권이 심각하게 저해 받고 있다는 것이었다.

개입 정도를 최대한 늘리기 위한 NHS의 핵심 역할을 잘 관리하기 위해서는 분권화된 행정 권력 구조 보다 중앙 집권화 된 행정 권력 구조가 더 유리하다는 논의와는 반대되는 결과인 것이다(Crinson, 2009; Doner and Hershberg, 1999; Poterba, 1996; Santerre, Grubaugh and Stollar, 1991). 이와 같은 역설적인 결과가 왜 나타났는지 그 원인과 그것의 의미에 대한 분석은 후속 연구를 통해 보완되어야 할 것이다.

넷째, NHS내 불평등 해소에 대해서도 노동당과 보수당은 각각 옹호와 반대라는 선택적 친화성을 보여주었다. 예를 들면, NHS 예산이 지역 간에 불평등하게 분배되는 문제점에 대해 보수당은 줄곧 침묵으로 일관한 반면, 노동당은 이에 대한 해결책을 적극적으로 찾아 나섰다. 즉, “NHS 예산의 불평등한 지역 간 분배 구조 문제는 1970년대 중반에 Willson의 노동당(Wilson II)이 RAWP를 구성하고 나서야 비로소 체계적인 검토와 수정이 이뤄지게 된”(Lister, 2008: 43) 것이었다. 그러나 RAWP를 통한 노동당의 개혁은 남부와 북부 지방의 예산 분배의 불평등 해소에는 기여 했으나, 런던에 예산이 집중되는 문제에 대해서는 침묵한 제한적인 것이었다.

그러나 다섯째, 의사 인력 개혁과 노동당과 보수당 사이에는 유의미한 선택적 친화성은 발견되지 않았다. 이와 마찬가지로 여섯째, 의사와 간호사의 교육 개혁 부분에서도 당시 집권당과 유의미한 선택적 친화성은 나타나지 않았다. 이처럼 왜 의사 인력 개혁과 의사와 간호사의 교육 개혁 부분에서는 다른 부분의 개혁과 달리 당시 집권당과 아무런 유의미한 선택적 친화성을 나타내지 않았는지 그 원인과 그것의 함의에 대한 분석은 후속 연구를 통해 보완이 되어야 할 부분이다.

그렇다면, 지금까지 분석한 1948년부터 1978년까지 30년 동안의 영국의 NHS 개혁의 역사가 보여준 전반적으로 당시 집권당과의 선택적 친화성에 기반 한 NHS 개혁은 현재 한국의 정치권에서 벌어지고 있는 뜨거운 복지국가 논쟁 특히, 의료의 공공성을 중심으로 이뤄지고 있는 의료 복지 정책에 관한 논쟁에 어떤 함의를 제공해 주고 있는가? 아직까지는 한국의 경우도 이전의 영국과 마찬가지로 의료 복지 정책에 대한 진보 정당과 보수 정당 간의 선택적 친화성을 여실히 보여주고 있는데, 이에 대한 논의가 아직 진행이 되고 있는 상황에서 명확한 답을 내는 것은 다소 성급한 판단일 것이다. 그러나 30년간의 영국의 경험을 바탕으로 크게 두 가지 영역에서 이에 대한 논의는 가능할 것으로 생각된다.

첫째는 앞으로 한국의 의료 복지 정책을 둘러싸고 진보 정당과 보수 정당이 가

게 될 경로를 잠정적으로 예상해 볼 수 있을 것이다. 다시 말해, 현재 무상 의료 서비스를 주장하는 진보 정당과 무상 의료 서비스를 반대하는 보수 정당의 입장은 큰 틀에서는 유지 될 것으로 예상 할 수 있다. 그러나 영국의 경우 NHS의 행정 권력 구조 개혁에서 기존의 선택적 친화성에 대한 논의와 반대되는 선택이 이뤄진 경우처럼, 한국에서도 의료 복지의 구체적인 정책들에 있어서는 선택적 친화성에 기반 한 예상 경로를 벗어날 가능성이 전혀 없다고 단정할 수 없으므로 해석에 주의를 요한다.

두 번째 영역은 30년 동안 영국의 두 정당이 행한 NHS 개혁의 몇 가지 핵심적인 구체적 내용으로부터 얻을 수 있는 한국의 의료 복지 정책의 보다 발전된 논의를 위한 시사점들에 관한 것이다. 이는 크게 세 가지 주제별로 살펴 볼 수 있겠다.

첫째, 노동당이 병원을 국유화하면서 사회적 비용을 치른 경험으로부터 얻을 수 있는 교훈이다. 2차 대전 이후 Attlee의 노동당에 의해 주도된 병원의 국유화를 둘러싸고 영국 정부와 의료계가 심각한 갈등을 겪으면서 치른 사회적 비용에 대한 경험은 한국의 진보와 보수 정당 모두에게 향후 한국의 의료 복지 정책을 개혁하면서 반드시 고려해야 할 점을 보여주고 있다. 즉, 병원을 국유화하려는 노동당의 정책은 당시 영국의 사회 구조적 배경이 전후라는 매우 특수한 상황에 놓여 있어 큰 마찰 없이 진행이 될 것으로 예상을 했지만 결과는 그렇지 않았다. 다시 말해, 당시 병원의 국유화가 지나치게 정부 중심의 탑-다운(top-down) 방식으로 진행이 되면서 가장 직접적인 이해관계를 갖고 있는 의료계의 목소리를 충분히 반영하는 과정을 소홀히 함에 따라 사회적 갈등을 피할 수 없었던 것이다. 따라서 한국의 경우는 향후 의료 복지 정책을 개혁하는 과정에서 반드시 이해당사자들(stakeholders)의 목소리를 경청하는 과정을 충분히 거침으로써 갈등을 미연에 방지하여야 할 것이다.

둘째, NHS 재정 축소 개혁을 둘러싸고 노동당과 보수당 정부 모두가 범한 실수를 통해서 얻을 수 있는 교훈이다. 즉, 1946년 Attlee의 노동당이 NHS 관련 법안을 의회에 제출하면서 앞으로 필요한 적정 예산 책정에 실패한 이유가 인구 고령화를 지나치게 낙관적인 태도로 인식하여 노인 인구 증가로 인해 늘어날 의료비용을 고려하지 못했던 점과 NHS가 추구하는 정책 목표가 ‘공정적인 건강함’이라고 지나치게 추상적으로 설정함으로써 소요될 의료비용의 구체적 항목 제시가 적절

하지 못했다는 점이다. 그리고 NHS 예산의 GNP 대비 실질 증가율을 고려하지 않고 절대적 증대만 고려함으로써 합리적인 예산 집행 자료에 근거하지 않아 NHS 재정 개혁에 실패한 Churchill 중심의 보수당 정부(Churchill III)의 경험 모두는 결국, 정확하고 합리적인 경험적 증거를 확보하는데 실패하여 정책 수행에 실패했다는 공통점을 보여주고 있다. 이는 곧 현재 한국에서 진행되고 있는 진보 정당과 보수 정당의 무상 의료와 의료 민영화 논쟁이 보다 정확하고 증거에 기반한 (evidence-based) 구체적인 자료와 정책을 통해 진행될 필요가 있음을 시사한다. 예를 들면, 진보 정당은 어떻게 무상 의료에 대한 재원을 마련할 것이고 그 방안은 어떤 과정을 통해 실현 가능한 것인지를 제시할 수 있어야 하며, 보수 정당은 과연 지금의 의료 보장 수준이 한국의 경제 발전 수준에 합당한 만큼 이뤄지고 있는지에 대한 보다 구체적인 논의를 전개할 필요가 있다.¹⁵⁾

끝으로, Wilson(II)과 Callaghan 중심의 노동당 정부가 PBs의 축소 개혁을 통해 불평등한 의료 접근권을 해소하고 영국 국민의 건강 불평등의 완화에 기여한 점을 통해 교훈을 얻을 수 있다. 이와 관련하여 현재 한국에서 진행되고 있는 의료 민영화에 대한 논의를 살펴볼 필요가 있다. 2011년 4월 4일을 기준으로 제 45차 일부 개정을 거친 ‘경제자유구역 내 외국 의료기관 설립·운영에 관한 특별법’(국회 법률정보시스템, 2011)에 따르면, 경제 자유구역 내에 종합병원, 병원, 치과 병원 및 요양 병원을 포함하는 외국 의료기관 또는 외국인 전용 약국이 들어설 수 있게 하고 있다. 이와 비슷하게 지난 2009년 10월 1일에는 보건복지가족부가 제주도에 영리 병원 설립 제안을 조건부 수용하는 등 의료 민영화에 관련된 움직임이 활발해지고 있다. 이와 같은 움직임에 대해 보수 진영은 의료 서비스의 선진화를 도모하는 것이라며 환영하는 반면, 진보 진영에서는 완전한 의료 민영화를 위한 사전 포석이라며 반대를 표명하는 등 의료 민영화를 두고 양 진영의 갈등의 씨앗이 싹트고 있다(경향신문, 2009). 이처럼 현재 진행 중인 한국의 의료 민영화를 둘러싼 논쟁

15) 이와 관련하여 현재 한국에서 보건복지부를 중심으로 진행되고 있는 ‘지속가능한 의료보장 논의를 위한 보건의료미래위원회’가 고령화, 만성 질병의 증가와 같은 질병 구조의 변화 등에 주목하여 구체적으로 설정한 7가지 논의 과제(첫째, 건강보험 지출 효율화 방안, 둘째, 건강보험과 민간보험의 역할분담 방안, 셋째, 중장기 보장성 및 재원조달 방향, 넷째, 미래 의료 인력 양성 방안, 다섯째, 병상 및 의료기기 등 의료자원 효율화, 여섯째, 미래 공공의료 발전 방향, 일곱째, 선진 건강수준 달성을 위한 건강정책)(보건복지부, 2011b: 10-11)는 매우 의미 있고 시의 적절한 시도라 평가할 수 있을 것이다(보건복지부, 2011a).

에서는 어떻게 하면 한국의 의료 접근권을 지금 보다 더 공정하게 하여 국민의 건강 불평등을 완화할 것인가에 대한 더 많은 고민이 요구된다 할 것이다.

■ 참고문헌

- 《경향신문》. 2009. “의료 민영화 신호탄 우려, 제주도에 영리 병원 첫 허용” 10월 3일 인터넷 판.
- 국회 법률정보시스템. 2011.《경제자유구역 내 외국 의료기관 설립·운영에 관한 특별법》. 2011년 4월 4일 기준으로 제 45차 일부개정을 거친 법률 제 10529호. http://likms.assembly.go.kr/law/jsp/Law.jsp?WORK_TYPE=LAW_BON&LAW_ID=A1780&PROM_NO=10529&PROM_DT=20110404 (2011년 4월 9일 접속).
- 김헌진. 2006. “영국 신노동당 정부의 NHS 개혁.”《한국사회복지정책학회 전기학술대회 발표집》. pp145-186.
- 명재일. 1997. “NHS와 시장원리의 결합.” 《보건경제연구》 3: 137-163.
- 박순우. 2006. “이데올로기와 개별 복지정책의 관계에 관한 연구.”《사회복지정책》 25: 363-391.
- 보건복지부. 2011a.《지속가능한 의료보장 논의를 위한 보건의료미래위원회 발족》. 보건복지부 4월 7일 보도자료, 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. 2011b.《제1차 보건의료미래위원회 심의 안건》. 보건의료미래기획단 심의 안건 제3호(4월 8일 보고서), 서울: 보건복지부.
- 이태진·장원기. 2000. “1차 의료 중심의 NHS 개혁에 대한 고찰.”《보건경제연구》 6(1): 163-180.
- Abel-Smith, B., Titmuss, RM. 1956. *The Cost of the National Health Service in England and Wales*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Asthana, S., Gibson, A., Moon, G., Dicker, J., Brigham, P. 2004. “The Pursuit of Equity in NHS Resource Allocation.” *Social Science and Medicine* 58(3): 539-551.
- Beland, D. 2010. *What is Social Policy*. Cambridge: Polity Press.
- BMJ. 1979. “The Royal Commission on the NHS.” *BMJ* 6184: 288-289.
- _____. 1978. “Pay-Beds in the NHS.” *BMJ* 6136: 580.
- _____. 1977. “Health Service Act 1976.” *BMJ* 6054: 185-186.
- _____. 1974. “The Financing of the NHS.” *BMJ* 5939: 297-300.

- _____. 1972a. "NHS Reorganization." *BMJ* 5838: 444.
- _____. 1972b. "NHS Reorganization: Summary of White Paper." *BMJ* 5824: 147-153.
- _____. 1961. "The Platt Report." *BMJ* 5263: 1341-1342.
- _____. 1957. "Members of Willink Committee." *BMJ* 5054: 153.
- Bonoli, G. 2000. *The Politics of Pension Reform*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Braudel, F. 1995[1949] *The Mediterranean and the Mediterranean World in the Age of Philip II(Vol 1-3)*. Berkeley: University of California Press.
- Chester, TE. 1956. "The Guillebaud Report." *Public Administration* 34(2): 199-210.
- CHSC(Central Health Services Council). 1969. *The Function of the District General Hospital*. London: HMSO.
- CMAS(Council on Medical and Administrative Services). 1922. *Dawson Report(The Interim Report)*. London: CMAS.
- Crinson, I. 2009. *Health Policy*. London: Sage.
- Dean, H. 2006. *Social Policy*. Cambridge: Polity Press.
- DHSS(Department of Health and Social Security). 1976a. *Sharing Resources for Health in England*. London: HMSO.
- DHSS. 1976b. *Priorities Resources for Health and Personal Social Services in England*. London: HMSO.
- _____. 1974. *Democracy in the NHS*. London: HMSO.
- _____. 1972a. *National Health Service Reorganization: England*. London: HMSO.
- _____. 1972b. *National Health Service Reorganization: Wales*. London: HMSO.
- _____. 1972c. *Management Arrangements for the Reorganized Health Service*. London: HMSO.
- _____. 1971. *National Health Service Reorganization*. London: HMSO.
- DoH(Department of Health). 2010a. *Equity and Excellence*. London: Department of Health.
- DoH. 2010b. *Liberating the NHS*. London: Department of Health.
- Donald, BL. 1975. "Volunteers Retained as Managers." *Public Administration* 53(3): 299-320.
- _____. 1974. "Planning and Health Care." *Long Range Planning(December)*: 33-42.
- Doner, RF., Hershberg, E. 1999. "Flexible Production and Political Decentralization in the Developing World." *Studies in Comparative International Development* 34(1): 45-82.
- Draper, P., Grenholm, G., Best, G. 1976. "The Organization of Health Care." in Tuckett, D.(Ed)

- An Introduction to Medical Sociology*, 254-290. London: Tavistock Publication.
- Fischer, P. 2002. "The NHS from Thatcher to Blair." Paper Presented at the 12th IAHP and XIV FADSP Conference(23rd May), Palma de Mallorca, Spain.
- George, V. 1998. "Political Ideology, Globalisation and Welfare Futures in Europe." *Journal of Social Policy* 27(1): 17-36.
- Gill, DG. 1976. "The Reorganization of the National Health Service" in Stacey, M.(Ed) *The Sociology of the National Health Service*, 9-22. Keele: Wood Mitchell.
- Godber, GE. 1998. "The Hospital Surveys 1942-44." *Lancet* 352: 49-50.
- _____. 1958. "Health Services, Past, Present and Future." *Lancet* 272: 1-6.
- Grimes, SS. 1991. *The British National Health Service*. New York: Garland.
- Hall, C. 1993. "Health Insurers Revive Hospital Pay-Bed Scheme." *The Independent* 3월 3일 기사.
- Hardie, MC. 1974. "What Should We Spend on Health Care?." *Long Range Planning* (February): 2-9.
- HCs(House of Commons). 1976. Pay Beds. 1월 23일 하원 의회 회의록.
- HCs. 1975. Pay Beds. 7월 8일 하원 의회 회의록.
- _____. 1974. Pay Beds. 3월 15일 하원 의회 회의록.
- _____. 1973. Parliamentary Debates. 3월 27일 하원 의회 회의록.
- Himatsingani, C. 1973. "Approaches to Health and Personal Social Services Planning in the National Health Service and the Place of Health Indices." *International Journal of Epidemiology* 2(1): 15-21.
- HLs(House of Lords). 1972. *Hansard Regular Report*(Vol 337). London: HMSO.
- HLs. 1969. Social Services. 1월 29일 상원 의회 회의록.
- _____. 1961. *Parliamentary Debates*(Col. 1140). London: HMSO.
- HMSO. 1976. *Health Service Act 1976*. London: HMSO.
- _____. 1973. *National Health Service Reorganization Act 1973*. London: HMSO.
- _____. 1972a. *National Health Reorganization Bill*. London: HMSO.
- _____. 1972b. *Report of the Committee on Nursing*. London: HMSO.
- _____. 1969. *Report of the Royal Commission on Local Government in England, 1966-1969*. London: HMSO.
- _____. 1968. *Report of the Royal Commission on Medical Education*. London: HMSO.

- _____. 1966. Report of the Committee on Senior Nursing Staff Structure. London: HMSO.
- _____. 1957. Report of the Committee to Consider the Future Numbers of Medical Practitioners and the Appropriate Intake of Medical Students. London: HMSO.
- _____. 1956. Report of the Committee of Inquiry into the Cost of the National Health Service. London: HMSO.
- _____. 1946a. National Health Service Act 1946. London: HMSO.
- _____. 1946b. Health Service Act 1946. London: HMSO.
- Horowitz, N. 1973. "Britain's NHS at 25." Hospital Tribune(11월 12일 기사).
- Hudson, B., Henwood, M. 2002. "The NHS and Social Care." Policy and Politics 30(2): 153-166.
- Immergut, E. 1992. *Health Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jonas, S. 1965. "The Future of the British National Health Service." Physician Forum 2: 2.
- Jonas, S., Banta, D. 1975. "The 1974 Reorganization of the British National Health Service." Journal of Community Health 1(2): 91-105.
- Kirby, M., Kidd, W., Koubel, F., Barter, J., Hope, T., Kirton, A., Madry, N., Manning, P., Triggs, K. 2000. *Sociology in Perspective*, Oxford: Heinemann.
- Kissick, WL. 1999. "From Cradle to Grave." American Journal of Medical Association 282(4): 384-386.
- Kitchin, H. 1938. "Pay-Beds in Voluntary Hospitals." BMJ 4067: 373-375.
- Klein, R. 2010. *The New Politics of the NHS*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- _____. 1976. "The Tale of Two Committees or the Perils of Prediction." BMJ 6000: 25-26.
- _____. 1974. "Policy Making in the National Health Service." *Political Studies* 22(1): 1-14.
- Korpi, W. 2001. "Contentious Institutions." Rationality and Society 13(2): 235-283.
- _____. 1983. *The Democratic Class Struggle*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Lafitte, F., Squire, JR. 1960. "Second Thoughts on the Willink Report." Lancet 7149: 538-542.
- Lees, DS., Cooper, MH. 1963. "Amenity and Private Pay Beds." BMJ 5344: 1531-1533.
- Levitt, R. 1977. *The Reorganized National Health Service*. London: Croom Helm.
- Lister, J. 2008. *The NHS after 60*. London: Middlesex University Press.
- _____. 2005. *Health Policy Reform*. London: Middlesex University Press.
- Lowe, R. 2005. *The Welfare State in Britain since 1945*. Basingstoke: Palgrave.
- Massam, A. 1976. "British Physicians See Pay-Bed Issue Moderating." Canadian Medical

- Association Journal 114: 841.
- McKeown, T. 1958. "The Concept of a Balanced Hospital Community." *Lancet* 7023: 701-704.
- MH(Ministry of Health). 1968a. Report for 1967. London: HMSO.
- MH 1968b. The Administrative Structure of Medical and Related Services in England and Wales. London: HMSO.
- _____. 1966. The Hospital Building Programme. London: HMSO.
- _____. 1963. On the State of the Public Health. London: HMSO.
- _____. 1962. A Hospital Plan for England and Wales. London: HMSO.
- OHE(Office of Health Economics). 1974. The NHS Reorganization. London: Office of Health Economics.
- Owen, D. 1976. *In Sickness and In Health*. London: Quartet Books.
- Paton, A. 1975. "Reorganization." *BMJ* 5973: 729-730.
- Pollock, AM., Leys, C., Price, D., Rowland, D., Gnani, S. 2004. *NHS Plc*. London: Verso.
- Poterba, JM. 1996. "Government Intervention in the Markets for Education and Health Care" in Fuchs, VR.(Ed) *Individual and Social Responsibility*, 277-308, Chicago: University of Chicago Press.
- RCME(Royal Commission on Medical Education). 1968. Royal Commission on Medical Education Report. London: HMSO.
- RCN(Royal College of Nursing). 1964. "A Reform of Nursing Education." London: RCN.
- RCNHS(Royal Commission on the NHS). 1979a. The Workings of the National Health Service. London: HMSO.
- RCNHS. 1979b. Management of Financial Resources in the National Health Service. London: HMSO.
- _____. 1979c. Patients' Attitude to the Hospital Service. London: HMSO.
- _____. 1979d. Access to Primary Care. London: HMSO.
- _____. 1978. Management of Financial Resources in the NHS. London: HMSO.
- Richard, V. 2009. *Thatcher's Britain*. London: Simon and Schuster.
- Rintala, M. 2003. *Creating the National Health Service*. Portland: Frank Cass.
- Rivett, G. 1998. *From Cradle to Grave*. London: King's Fund.
- Roberts, F. 1949. "The Cost of the NHS." *BMJ* 4598: 293-297.
- Ryan, M. 1977. "The Royal Commission on the National Health Service." *Social and Economic*

- Administration 11(3): 194-205.
- Ryan, M. 1975. "Hospital Pay Beds." *Social and Economic Administration* 9(3): 164-183.
- Santerre, RE., Grubaugh, SG., Stollar, AJ. 1991. "Government Intervention in Health Care Markets and Health Care Outcomes." *Cato Journal* 11(1): 1-12.
- Seale, J. 1961. "Supply of Doctors." *BMJ* 5266: 1554-1555.
- Sked, A., Cook, C. 1984. *Post-War Britain*. Harmondsworth: Penguin.
- Smith, J., 1984. "Hospital Building in the NHS." *BMJ* 6454: 1298-1300.
- Spicker, P. 2008. *Social Policy*. Bristol: Policy Press.
- Stevens, R. 1966. *Medical Practice in Modern England*. New York: Vail-Ballou Press.
- Timmins, N. 1995. *The Five Giants*. London: Harper Collins.
- Tudor-Hart, J. 1971. "The Inverse Care Law." *Lancet* 7696: 405-412.
- Watkin, B. 1975. *Documents on Health and Social Services*. London: Butler and Tanner.
- Webster, C. 2002. *The National Health Service*. Oxford: Oxford University Press.
- _____. 1996. *The Health Services since The War(Vol 2)*. London: HMSO.
- _____. 1988. *The Health Services since The War(Vol 1)*. London: HMSO.

<부 록> 1948년부터 1978년까지의 NHS 개혁 핵심 내용

| | 년도 | 핵심내용 | 영 |
|--|-------------|--|---|
| NHS 시행 이전 | 1944년 | • 'A National Health Service' 백서 출간. | |
| | 1946년 | • 'National Health Service Act 1946' 발효. | |
| | 1948년 7월 5일 | • NHS시작, 병원 국유화 시작, 각종 의료 협회 통·폐합. | |
| NHS 시행 이후 - 1979년 Thatcher 정부 출범 이전 | 1953년 | • 'Guillebaud Committee' 구성 : NHS 예산 대폭 삭감 개혁 검토. | |
| | 1955년 | • 'Willink Committee' 구성 : 의사 인력 공급 개혁 검토. | |
| | 1956년 | • 'Guillebaud Report' : NHS 예산 낭비론에 대한 반대 연구 결과 출간. | |
| | 1957년 | • 'Willink Report' : 의사 인력 공급 삭감 개혁. | |
| | 1958년 | • Tom McKeown의 비명횡 지역 병원 전수 조사 : 병원의 현대화 필요성 주장. | |
| | 1962년 | • 'Hospital Plan Report' : 병원의 현대화 개혁. | |
| | 1964년 | • 'Platt Report' : 간호사 교육 시스템 개혁(학생 간호사의 전문 간호사로 이분화). | |
| | 1966년 | • 'Salmon Report' : 간호 행정 개혁(수간호사에 집중된 간호 행정 권력 분권화, 수간호사 간 비공식적 위계 구조 철폐). | |
| | 1968년 | • 'Royal Commission on Medical Education Report' : Willink Report 제안 안 보다 매해 약 두 배 많은 의대생 선발. • 'Todd Report' : 의학 교육 전문 병원 설립. | |
| | 1969년 | • 'Bonham-Cater Report(Noah's Ark Report)' : Hospital Plan Report의 기초 유지. | |
| | 1972년 | • 'Briggs Report' : 간호 교육을 위한 교육 위원회 신설, 간호대 입학 가능 연령 제한을 17세로 낮춤, 두 가지 국가 간호 자격증 취득과 연계된 간호 교육 과정 신설. | |
| | 1974년 | • 'NHS Reorganization 1974' : NHS 행정 조직 구조의 중앙 집권화. | |
| | 1975년 7월 | • 'Resource Allocation Working Party(RAWP)' : 지역 간 불평등한 NHS 예산 분배 구조 1차 개혁. | |
| | 1976년 | • 'Health Service Act 1976' : Pay-Beds 축소 개혁(전국 PBs의 약 81.09%까지 철폐, 사직 통원 환자를 위한 사직 의료 시설을 공적 NHS로의 점진적 통합). | |
| | 1977년 | • 'Resource Allocation Working Party(RAWP)' : 지역 간 불평등한 NHS 예산 분배 구조 2차 개혁. | |