

영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 통합의 복지정치, 1948-2010*

박승민**

본 논문은 영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등 조정의 역동성을 분석하고 그 결과의 함의를 논하는 것을 목적으로 한다. 1948년부터 2010년까지의 역동성 분석을 위해 정부와 의회 보고서, 전당 대회 원고, 각종 법안, 국립 기록 보존관의 비밀 해제 자료, 각종 연구소의 정책 보고서를 대차 정부 전과 후로 구분하여 분석하였다. 분석 결과, 두 시스템은 정치·경제적인 요인과 사회적 돌봄 서비스 시스템의 열악함 때문에 분리되어 시작되었다. 대차 정부 전에는 응급병상국과 전국노인복지협의회, 보우처 보고서, 병원 계획 보고서, 건강과 복지 보고서, 병원 자문 서비스 보고서, 통합 돌봄 기획 보고서를 중심으로, 대차 정부 후에는 지역사회 돌봄 서비스 보고서, 그리피스 보고서, National Health Service와 지역사회 돌봄 법, 지속적인 건강 돌봄 욕구 충족을 위한 NHS 책임에 관한 보고서, 현대화되고 의존할 수 있는 새로운 NHS 개혁을 위한 보고서, 보건법, NHS 계획, National Care Service를 통한 영국형 통합 복지 시스템 구축을 중심으로 두 시스템 간 통합의 복지정치가 시도되었다. 이상의 분석 결과는 구조적 수준에서 두 시스템 간 행정과 재정 운용을 둘러싼 이해관계가, 행위적 수준에서 건강 돌봄 서비스 시스템에 종사하는 전문직들의 사회적 돌봄 서비스 시스템에 종사하는 사람들에 대한 배제의 정치가 작용했음을 보여주고 있으며 이는 영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 통합 시도는 결국 실패를 배태한 복지정치였음을 의미한다.

주제어: 건강 돌봄, 사회적 돌봄, 복지정치, National Health Service, National Care Service

* 본 논문은 2015년 9월 18일 - 9월 19일 부산 동서대학교 센텀캠퍼스에서 열린 한국정책학회·한국지방정부학회 공동 추계학술대회에서 발표되었습니다. 본 논문을 완성하는데 필요한 영국 정부의 중요 사료에 대한 접근을 가능하게 해 준 University of Oxford의 Social Science Library와 심사 과정에서 유익한 논평을 해 주신 익명의 세 분 심사위원님들께 깊이 감사드립니다.

** 영국 런던정치경제대학교(London School of Economics and Political Science, LSE)에서 사회정책학(국제보건정책) 석사학위와 옥스퍼드대학교(University of Oxford)에서 사회학(고령사회정책) 박사학위를 취득하고 현재 차의과학대학교 일반대학원 고령친화산업학과 조교수로 있다. 주요 관심 분야는 고령친화산업 정책, 고령화와 사회구조/행위, 복지정치, 의료시스템, 연금시스템 등이다(31415park@naver.com)

I. 서론

유럽 대부분의 선진 복지국가들에서 어떤 복지 서비스가 건강 혹은 사회적 돌봄 서비스 시스템에 속하는지는 시대적 상황에 따라 변화해 왔으며 지금도 이에 관한 논쟁은 끝나지 않았다(Hernandez-Quevedo, Llano, and Mossialos, 2013). 이것은 복지국가의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템의 구축과 운영 방식의 기저에 근본적으로 공·사 영역 간 책임 즉, 건강과 사회적 돌봄을 둘러싸고 복지국가와 가족 간 책임의 문제가 자리하고 있기 때문이다. 다른 유럽의 복지국가들과 달리 특히 베버리지형 복지국가의 대표주자인 영국의 경우 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등이 첨예했는데 이것은 대체로 National Health Service(NHS)를 중심으로 국가가 건강 돌봄 서비스를 전적으로 책임지는 구조적 특징 때문에 두 시스템 간 갈등이 다른 유럽의 복지국가들 보다 상대적으로 두드러진 것으로 설명되고 있다.

이 때문에 영국의 경우 다른 복지국가들처럼 서비스의 종류를 기준으로 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 중 어디에 속하는지를 구분하려고 하면 명확하게 인식하기가 쉽지 않다. 예를 들면, 영국에서는 지방 정부가 책임지는 사회적 돌봄 서비스로 재가 서비스와 더불어 시설 서비스도 함께 제공이 되었는데, 이러한 경향은 지역사회 돌봄(Community Care)¹⁾ 개념이 도입된 이래 사회적 돌봄 서비스는 시설 서비스 보다 주로 재가 서비스를 제공하는 의미로 변경된 반면, 보건 당국은 병원 이외에서 제공되는 모든 서비스를 일관되게 지역사회 돌봄 서비스로 간주하는 특징의 영향을 받았던 것이다(HMSO, 1957). 그리고 어떠한 서비스가 어떤 영역에 속하는지에 대한 규정이 명확하지 않았을 뿐만 아니라 자주 변경 되었는데 이에 관한 최근 규정에 따르면(HM Government, 2008a: 4), “건강 돌봄 서비스 시스템은 사람의 신체나 정신 건강과 관련된 의료 혹은 외과적 시술이 필요한 모든 상태를 다루고, 사회적 돌봄 서비스 시스템은 나이, 질병, 장애, 임신과 출산, 알코올이나 약물 중독, 그 외에 이와 비슷한 경우들 때문에 개인적인 돌봄이나 보조가 필요한 경우에 제공”되는 것을 가리킨다.

1) 유럽의 복지국가에서 지역사회 돌봄이 의미하는 바는 국가마다 차이가 있다. 영국에서 지역 사회 돌봄의 핵심 업무는 “환자를 장기 입원 병원이나 대규모 시설에서 돌보는 것이 아니고 그들의 집 혹은 시설의 형태도 아닌 지역의 돌봄 기관에서 가족이나 지역 주민과 함께 생활할 수 있게 하는 것”이다(Payne, 2000: 188). 영국에서 지역사회 돌봄에 관한 정책은 1950년대부터 구체화 되었다. 그러나 이때까지는 정부의 정책 보고서에서 문제점이 지적되는 정도에 그쳤다. 실질적인 지역사회 돌봄 체계가 성립하게 된 것은 통상적으로 보건부 장관이었던 포웰(Powell)이 1961년에 정신병원의 문을 닫고 지역사회 돌봄으로 전환한다고 선언한 이후로 본다(Barham, 1992).

한편, 세계 2차 대전 이후 영국형 복지국가 체제의 기틀이 갖춰지면서 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템이 분리되어 시작 된 이래 영국 정부는 근본적으로 건강과 사회적 돌봄 서비스는 서비스 수혜자가 시민으로 동일하지만 각각 서로 다른 서비스를 제공하기 때문에 서비스의 구체적인 내용, 재정 조달과 운용 방식, 행정 시스템이 다를 수 밖에 없으므로 상호 분리 체제를 유지하고 각 영역을 어떻게 발전시킬 것인가가 더 중요하다고 여겼으며, 이러한 인식은 마가렛 대처(Margaret Thatcher) 중심의 보수당 정부가 출현하기 전까지 유지되었다(Means, Morbey, and Smith, 2002; Clements and Thompson, 2011). 그러나 대처 정부 때부터는 그 전의 정부가 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 각각의 영역을 존치시키는 상태에서 상호 협력을 모색해 온 기본 입장을 폐기하고 두 시스템 간 관계 설정에 대대적인 개혁을 단행하게 된다(Means, Richards, and Smith, 2003). 이처럼 대처 정부가 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등 문제에 그 전 정부들과 차별되게 접근 했던 중요한 요인은 신자유주의에 기반 하여 국가의 책임을 줄이려는 정부 정책 기조와 저출산 고령화로 인해 급증하는 노인 인구가 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템에 미치는 파급에 더 이상 과거의 패러다임만으로 해결하기 어려워졌기 때문이었다.

본 논문은 영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등 조정의 역동성을 영국의 국가 정책 결정 과정의 특수성을 고려하여 분석한다. 즉, 영국은 어느 정치 이데올로기에 기반 한 정당이 내각을 구성하던 국가 정책 결정을 먼저 정부 정책 보고서를 통해 공론화하고 여러 차례의 의회 토론을 거쳐 실제 정책에 반영한다. 따라서 두 시스템 간 갈등 조정의 역동성을 최대한 객관적이면서도 내밀하게 포착할 수 있는 가장 효과적인 것이 바로 정부의 중요 정책 보고서와 그것을 둘러싸고 오고 갔던 핵심 이해 당사자들의(key stakeholder) 의견을 분석하는 것이다. 따라서 본 논문은 영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등이 대체로 세계 2차 대전 후 표면화되어 1950년대 초반부터 본격화 되었다고 보는 학계 통설에 기반 하여(Lewis, 2001) 1948년 NHS가 시작 된 이후부터 2010년 고든 브라운(Gordon Brown) 중심의 노동당 정부 때 까지 약 63년 동안 두 시스템과 관련된 정부와 의회의 중요 정책 보고서, 각종 법안, 비밀 해제된 국립 기록 보존관(The National Archive)의 자료, 각종 연구소의 정책 보고서와 핵심 이해 당사자들 간에 오고 간 의견을 대처 정부 이전과 이후로 구분하여 두 서비스 시스템 간 갈등 조정의 역동성을 분석하고 그 함의에 대해서 논하고자 한다.

II. 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 분리의 기원

영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템이 세계 2차 대전 이전에도 전혀 없었던 것은 아니었다. 예를 들면, 노인들의 경우 필요한 돌봄 서비스를 세계 2차 대전 때에도 존재했던 빈민법(The Poor Law)과 각 지방의 병원을 통해 제공 받았다. 그러나 관련 학계에서는 이 시기 돌봄 서비스는 질이 낮았을 뿐만 아니라 한시적인 성격이 강했기 때문에 두 서비스가 본격적으로 체계적인 서비스로 제공된 시점을 대체로 세계 2차 대전 후 영국형 복지국가의 체계가 갖춰진 이후로 보고 있다. 영국의 경우 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템은 예초부터 분리되어 시작되었다. 즉, 건강 돌봄 서비스는 중앙 정부가 관장하는 NHS에 의해 무료로 제공된 반면, 사회적 돌봄 서비스는 지방 정부 책임 하에 유료로 제공되었다.

이렇게 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템이 초기부터 분리되어 출발하게 된 데에는 크게 두 가지 이유가 있었다. 첫 번째는 정치·경제적인 요인으로 세계 2차 대전이 끝난지 얼마 되지 않았던 당시 영국 사회는 국가의 포괄적 복지 서비스 실시를 주장했던 베버리지 보고서가 클레멘트 애틀리(Clement Attlee) 중심의 노동당 정부에 의해 채택이 되어 당시 집권당의 정책 실현 의지가 있었음에도 불구하고, 국가 재정이 한정되어 있었기 때문에 이른바 사회적 삶으로 인식되었던 사회적 돌봄 서비스 보다는 생명과 직결되는 건강 돌봄 서비스에 국가 재정을 집중할 수 밖에 없었다. 이와 같은 긴축 재정 상황에서 보건부 장관이었던 아네우린 베반(Aneurin Bevan)²⁾과 추밀원 의장(Lord President of the Council)이었던 허버트 모리슨(Herbert Morrison) 그리고 수상이었던 애틀리 간 정치적 타협이 있었다.

베반은 의료 서비스 제공을 지방 정부가 책임지게 되면 잘 사는 지역과 못 사는 지역 간 격차가 발생할 수 밖에 없기 때문에 모든 국민이 일정 수준의 의료 서비스를 제공 받을 수 있으려면 병원을 국유화해야 한다고 생각했다. 또한 그는 병원을 국유화해서 중앙 통제 시스템으로 구축해야 행정을 보다 효율적으로 운영할 수 있다고 주장했다. 이 과정에서 베반은 애틀리 내각에 세 가지 원칙을 주장했다. 첫째, 병원을 완전히 국유화하여 단일한 국가 서비스로 만든다.³⁾ 둘째, 병원 서비스에 관한 모든 행정을

2) 베반은 평생을 사회 정의 실현에 몸담은 좌파 정치인으로 평소 아픈 사람이 경제적인 이유 때문에 의료 서비스를 받지 못하는 사회는 문명화된 사회라고 할 수 없다고 믿었다(Bevan, 1952). 당시 영국의 건강 돌봄 서비스 제공 상태에 대해 베반은 첫째, 병원의 규모가 너무 작아 적절한 의료 서비스 제공이 불가능하고 둘째, 전문 인력도 부족하며 셋째, 소규모 지역 병원의 난립으로 서비스 질 뿐만 아니라 비용이 천차만별이어서 완전히 시대착오적이며 무질서 그 자체라고 혹평한다(Cabinet Office, 1945a: 2).

보건부를 통해 정부가 관장하는 중앙 집권 체제로 한다. 셋째, 전국 병원 시스템의 모든 재정을 중앙 집중화하고 지방 정부와 개별 조직이 의료비를 별도 산정할 수 없게 한다(Cabinet Office, 1945a: 1).

반면, 애틀리 정부의 국유화 정책 전반을 감독했던 모리슨은(Beer, 1965) 기본적으로 시장의 역기능 보완을 위해 국가의 역할을 강화해야 한다고 여기는 점에서 베반과 생각이 크게 다르지 않았지만, 병원을 국유화하여 무료 의료 서비스를 중앙 정부가 제공하는 것에는 반대했다(Thomas-Symonds, 2015). 모리슨이 1945년 10월 12일에 애틀리 내각에 제출했던 비밀 해제된 견해서에 따르면(Cabinet Office, 1945b) 그는 표면적으로는 주로 지방 정부의 자율성 보장, 행정의 비효율성, 1945년 11월과 1946년 봄에 있을 지방 선거와 같이 세 가지 이유로 베반의 견해를 반대 하지만, 여기에는 더 복잡한 정치적 이유가 있었다. 이는 단지 베반과 모리슨 간 문제가 아니라 애틀리의 정치적 이해관계도 개입된 것이었다(Klein, 1989; Webster, 1988). 당시 애틀리 정부를 이끌었던 핵심 다섯 인물 중 한 명이었던 모리슨은 윈스턴 처칠(Winston Churchill)이 전쟁에 승리하고도 총선에서 패배하고 애틀리가 수상이 되는데 크게 기여하였다. 그러나 모리슨을 정치적으로 경계할 필요가 있었던 애틀리는 베반의 견해에 힘을 실어주게 되고, 이러한 선택은 총선에서 자신이 베버리지 보고서에 기반 한 영국형 복지국가를 건설하겠다고 말한 것과도 그 궤를 같이 하는 것이었기 때문에 모리슨에게 또한 정치적 명분을 잃지 않는 것이었다. 따라서 애틀리 내각은 건강 돌봄 서비스는 중앙 정부가 책임지는 NHS 체제를 통해 제공하게 한 것과 달리 지역 간호 및 방문 보건 서비스와 같은 재가 건강 돌봄 서비스와 더불어 사회적 돌봄 서비스, 빈민법에 기반 한 복지 서비스는 지방 정부의 책임으로 하는 정치적 타협을 한다.

두 번째는 당시 영국의 사회적 돌봄 서비스 시스템 자체가 매우 열악했기 때문이다. 지방 정부가 관장하는 소수의 열악한 거주 시설이 있었으나 여전히 사회적 돌봄 서비스는 공·사 영역의 책임 분리 원칙에 따라 주로 국가 보다는 가족의 책임으로 이뤄져왔다(Carrier and Kendall, 1998; Means, Richards, and Smith, 2003). 1940년대의 영국 정부는 막대한 비용 때문에 재가 서비스 체계를 구축하는 것에도 소극적이었을 뿐만 아니라, 가족의 책임을 넘어서는 사회적 돌봄 서비스 욕구는 자원

3) 베반은 병원 국유화의 유일한 예외로 대형 대학 병원을 꼽았다. 이는 그가 의사를 기르는 대형 대학 병원이 의료 기술과 조직 차원에서 혁신적이고 독립적인 실험을 수행할 수 있도록 하고, 교육 영역에 국가의 직접적인 통제가 개입되는 것은 적절하지 않다고 여겼기 때문이다(Cabinet Office, 1945a: 4).

봉사 단체가 채워주는 것이 이상적이라고 여겼다(Means and Smith, 1985). 이는 애틀리 내각의 사회서비스위원회 주도로 1946년 3월에 출범된 ‘빈민법 철폐 위원회(Committee on the Break Up of the Poor Law)’의 정책 보고서(이른바 ‘Arthur Rucker Report’)가 권고한 재가 서비스 발전 방안이 정부 정책으로 반영되지 못한 것과 그 맥을 같이 하는 것이었다(Lewis, 2001; Means and Smith, 1983).

이 때문에 애초에 영국의 사회적 돌봄 서비스 시스템 구축은 건강 돌봄 서비스 시스템에 비해서 열악할 수밖에 없었는데 전쟁을 겪으면서 그마저도 악화되었던 것이다. 따라서 당시 정부는 건강 돌봄 서비스 시스템에 집중될 예산을 사회적 돌봄 서비스 시스템에 적당히 분배해서 투자를 하더라도 사회적 돌봄 서비스 시설이 양적으로 충분하게 구축되기도 어려웠을 뿐만 아니라 서비스의 질도 보장할 수 없다고 여겼던 것이다. 그럼에도 불구하고 만약 그러한 정책을 시행하게 되면 건강 돌봄 서비스를 받는 노인 환자들 중에서 심각한 건강 상태가 호전되어 사회적 돌봄 서비스가 필요한 단계로 접어들 경우 병원은 비용 절감을 위해 퇴원을 권장할 것이기 때문에 노인 환자 대부분이 시설 수가 부족하고 질이 보장되지 못하는 지역 사회의 사회적 돌봄 서비스 시설이나 열악한 가정으로 돌아갈 수밖에 없는 상황에 처하게 되는 것이다. 이와 비슷한 상황이 세계 2차 대전 발발 이전에 이미 발생했었기 때문에 당시 자선 병원마저도 치료를 거부한 노인 환자들을 돌보는데 곤혹을 치른 지방 정부가 특히 부담스러워하여 중앙 정부에 건강 돌봄 서비스 제공 책임을 지방 정부에 지우지 말 것을 요구하는 등 두 서비스 시스템 간 갈등이 깊어졌다(MH, 1946).

Ⅲ. 대처 정부 이전의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등 조정 정책

1. 응급병상국과 전국노인복지협의회

영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템은 처음부터 분리되어 시행됨으로써 여러 가지 부작용이 발생할 수 밖에 없는 구조적 한계를 갖고 있었다. 두 서비스가 시행된 이후 가장 먼저 두드러진 문제가 바로 일반의(General Practitioner) 시스템이 마비가 될 정도로 일반의의 업무가 지나치게 많아졌다는 것이다. 이것은 노인이 NHS의 입원실에서 치료를 받기 위해서는 일반의의 진료가 먼저 이뤄진 후 그 결과에 따라 일반의의 NHS 입원실 입실 추천이 이뤄지고 일반의의 소견을 NHS가 통과 시켜야 해

당 노인이 입원실에 입실을 할 수 있는데 상당수 노인의 NHS 입원실 입실이 거부되었기 때문이다.

이에 대해 영국 의사협회(British Medical Association)는 중앙보건서비스위원회(Central Health Services Council)에 해당 문제 해결을 요구했다. 보건부의 조사 결과, 병원들은 노인들이 응급 병상을 과도하게 점유하게 되어⁴⁾ 병원이 사회적 돌봄 서비스가 더 필요한 노인들 때문에 위급한 환자의 생명을 살리는 본연의 임무에 방해를 받게 되는 데에 따라 노인들의 입원실 입실 허락을 최대한 줄여온 것으로 밝혀졌다(Rivett, 1998).⁵⁾ 이로써 보건부는 1951년 11월에 여러 응급병상국(Emergency Bed Bureaux)을 설치하고 위급한 경우에는 병원에 바로 입원할 수 있도록 조치했다(NA, 2015a). 그러나 보건부의 조치는 응급한 경우에만 해당이 되었기 때문에 응급하지 않은 노인 환자의 경우에는 여전히 문제를 안고 있었다(NA, 2015b).

이 때문에 전국노인복지협의회(National Old People's Welfare Council, NOPWC)는 보건부에 두 가지 제안을 했다(NA, 2015c, 2015d). 첫 번째 제안은 이른바 '반집(halfway house)'을 운영하는 것이었다. NOPWC는 당장 병원의 의료적 개입이 필요하지 않지만 그렇다고 지방 정부의 주거 서비스만으로는 언제든지 갑자기 악화될 수 있는 노인의 건강 욕구를 만족시켜 주지 못하는 것을 보완하기 위해서 반(半) 집 운영을 주장했다. 두 번째로는 노인 환자가 NHS 입원실에 들어가야 할지 아니면 지방 정부가 운영하는 주거 서비스를 받아야 할지를 결정하는 공무원을 단 한 명만 임명하고 그에게 그것을 결정할 수 있는 법적 권한을 부여할 것을 주장했다. NOPWC는 NHS 입원실 입실 여부 결정에 여러 명이 관여하게 될 경우 환자의 상태 보다는 정치적 요인이 개입될 여지를 염려했다.

이후 여러 번의 조율 과정이 있었으나 보건부는 NOPWC의 두 가지 제안 모두를 종국에는 정책에 반영하지 않았다. 보건부는 첫 번째 제안에 대해서는 중앙 정부에 막대한 재정적 부담을 안기기 때문에 어렵다고 여겼다. 두 번째 제안은 행정적 이유 때

4) 이러한 현상은 이후에도 계속되었다. 예를 들면, 더 이상 의료 서비스를 필요로 하지 않는 환자가 입원실을 잠식하고 있는 비율이 적게는 런던의 뉴햄 지역이 13%로 나타났고(Murphy, 1977), 상태가 심한 잉글랜드의 리버풀에서는 NHS 병상 중 최소한 40%를 노인 환자들이 차지하고 있었다(Butler and Pearson, 1970).

5) 당시 의사들은 병원이 사회적 돌봄 서비스 수혜가 더 중요한 단계에 접어든 이른바 '사회적 장기 입원 환자'인 노인들만을 위해 존재하는 것이 아니라 의료적으로 위급한 환자를 치료하기 위해 존재한다는 주장을 근거로(Murphy, 1977) 병원에서 노인을 위한 병상을 축소시키므로써 병원이 사회적 돌봄 서비스 제공 책임을 지는 것을 경계하였다(Hall and Bytheway, 1982; Bosanquet, 1978; Hazell, 1965).

문에 거절했다. 즉, 보건부는 건강 혹은 사회적 돌봄 서비스 중 어떤 것을 받을지를 결정하는 1인 공무원제를 도입할 경우 그는 지방 정부와 지역병원위원회 중 한쪽에 소속되어 업무를 수행해야하기 때문에 비효율적인 행정을 자초하는 것이라고 보았다(NA, 2015d).

2. 보우처 보고서

건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 책임 논란의 핵심 발단은 병원과 지방 정부 모두 만성 질환자를 위한 병상이 부족하다는 것이었다. 결국, 만성 질환자를 위한 병상을 필요한 만큼 늘리지 못할 것이라면 두 시스템 간 협력을 모색하는 것 외에는 달리 해결 방안이 없었다. 이 때문에 보건부는 병원이 노인성 질환에 관해 더 많은 책임을 지도록 함과 동시에 지방 정부에게는 재가 서비스 시설에서 간호 서비스 제공에 더 많은 책임을 지도록 하는 방안을 고려했다. 그래서 보건부는 1953년에 보우처 위원회(The Boucher Committee)를 구성했는데 이 위원회의 노력의 구체적 내용을 담아내고 있는 것이 바로 1957년의 ‘보우처 보고서(The Boucher Report)’이다. 그리고 보건부는 보우처 보고서(MH, 1957a)를 발행한 이후 후속 조치로 일종의 구체적인 정책 시행령에 해당되는 서클러(Circular)를 두 차례 발간했다.

보건부는 위 세 가지 정부 문서를 통해 당시 NHS 병원과 지방 정부의 책임을 다음과 같이 규정했다. 먼저, NHS 병원의 책임과 관련해서 세 가지를 규정했다. 첫째, 의료 서비스가 전혀 필요하지 않거나 필요하더라도 그 정도가 미미하여 (사회적 돌봄 서비스를 받아야 할 것으로 보이지만)수 개월 혹은 수 년 동안 지속적인 간호가 요구되는 만성 질환자들은 NHS 병원이 책임지도록 한다(팔호 안은 필자 추가). 둘째, 의료적 치료를 활발하게 한 결과 몸 상태가 나아져 요양의 단계로 넘어간 노인이라도 자신의 가정이나 지방 정부의 집단 거주 서비스 시설로 돌아가기에는 아직 준비가 되지 않은 경우에는 NHS 병원에서 계속 책임을 지도록 한다. 셋째, 정신 상태가 불안정하거나 치매를 앓고 있어 지방 정부가 제공하는 집단 거주 서비스 시설에서 지내며 지역사회에서 정상적인 삶을 영위하기 힘든 노인의 경우 NHS 병원이 책임을 지도록 한다(MH, 1957c).

그리고 지방 정부의 책임과 관련해서도 세 가지를 규정했다. 첫째, 앓고 있는 질병의 정도가 미미하여 NHS 병원에 입원하더라도 짧은 기간에 퇴원이 가능한 노인의 경우 지방 정부가 책임을 지도록 한다. 둘째, 드레싱 처치가 요구되거나 화장실 이용 시 보조자가 필요한 경우 등은 계단을 이용하는데 어려움이 따르므로 지방 정부가 운영

하는 집단 거주 서비스 시설에서 책임을 지되 가능하면 그들에게 1층에 위치한 침대를 배정해 주도록 한다. 셋째, 기본적으로 몇 주 동안만(아주 예외적으로 몇 달 동안) 침대에서 요양이 필요한 노인은 지방 정부가 책임을 지도록 한다. 그리고 자신의 집에서 치료나 간호를 받기 어려운 경우와 NHS 병원 치료를 위해 평소 친숙한 곳을 떠나게 되는 것을 비인간적이라 느끼는 노인의 경우 지방 정부가 책임을 지도록 한다 (MH, 1957b).

그러나 보우처 보고서의 주요 제안을 둘러싸고 관련된 모든 이해 당사자들 간 합의가 이뤄진 것은 아니었다. 당시 관련 학계나 국민 여론뿐만 아니라 보건부 내에서조차도 회의적인 반응이 적지 않았다. 특히 보건부 정책을 결정하는 고위 정책 결정자들 대부분은 지방 정부의 사정 보다는 병원의 입장에 더욱 호의적이었다. 예를 들면, 보우처 위원회 위원들 중 상당수는 NHS 병원의 역할 확대에 회의적임과 동시에 당시 NHS 병원의 입원실 수 자체가 부족하다고 단정할 수 없다고 했다. 그럼에도 불구하고 NHS 병원의 입원실이 부족해지는 현상은 오히려 기존의 입원실 배분이 잘못되었기 때문이라고 인식했다. 따라서 그들은 NHS 병원 입원실에 꼭 입실하지 않아도 되는 노인 환자들을 그들의 가족, 지방 정부, 자선 단체가 책임을 지는 것이 옳다고 여겼다(NA, 2015e, 2015f).

물론, 보우처 위원회의 모든 위원들이 병원의 입장만 대변한 것은 아니었고 소수의견도 존재했다. 예를 들면, 조지 고드버 경(Sir. Geroge Godber)의 경우, 병원의 이해에 치우친 주장은 결국에는 1940년대에 빈민법을 폐지하기로 한 노력을 수포로 돌아가게 하는 것과 같다고 비판하였고 지방 정부도 고드버와 입장을 같이 했었다(NA, 2015g). 그러나 이것은 당시에는 어디까지나 소수 견해로 실질적인 영향력을 발휘하기에는 한계가 있었다.

이런 경향은 주로 두 가지 이유 때문인 것으로 분석된다. 첫째, 당시 보건부는 NHS 병원 운영에 소요되는 비용에 매우 심한 부담을 안고 있었다. 이는 크게 두 가지 압력으로부터 기인한 것이었다. 첫 번째 압력은 보우처 보고서가 제안한대로 병원의 책임 영역이 넓어질 경우 더 많은 병상이 필요하게 되어 대규모 병원을 재건축 혹은 신축을 해야 하는데 여기에 소요되는 비용이 막대했다. 두 번째 압력은 NHS 운영 비용 절감에 대한 의회의 감독이었다. 애틀리 중심의 노동당 정부부터 해롤드 맥밀란(Harold Macmillan) 중심의 보수당 정부까지(1949년부터 1957년 사이) 의회의 재정 위원회에 의해 NHS 비용에 관한 의회 보고서가 세 번이나 발행되면서 보건부는 비용 절감을 위한 이 평가에 결코 자유로울 수 없었다. 이 사안은 특히 맥밀란 정부 때 정부 재정 관리 문제로 재무 장관이었던 피터 토니크로프트(Peter Thorneycroft)가

사임을 하게 될 정도로 민감한 사안이었다(Webster, 1996, 1988).

둘째, 건강 돌봄 서비스 시스템 영역에서 종사하는 인력과 보건부 정책 결정자들 간 유대 관계 때문이었다. 이는 보우처 위원회가 구성 될 때부터 예견된 것이었다. 즉, 보우처 위원회 위원들의 대부분은 보건부 내에서도 의료 분야 전문가들이었고, 지방 정부를 대변하는 위원들은 보건부 내에서도 직위가 낮은 두 명의 전문가와 지방 정부 대표자 단 한 명뿐이었다. 그리고 이들 간 유대 관계는 기본적으로 보건부에 대한 의사들의 영향력 때문인 이유도 있었지만, 특히 1953년에 출범한 영국 의사협회의 노인병학위원회에 보건부의 고위 정책 결정자가 참여하면서 더욱 공고화 되었다(Rivett, 1998; BMA, 1955).

이로써 NHS 병원에 노인을 위한 입원실 뿐만 아니라 지방 정부가 관장하는 재가 서비스 시설도 유의미하게 증가하지 않았다(DHSS, 1976a). 즉, 위와 같은 구조적인 조건 때문에 보우처 보고서가 실제 정책에 잘 반영되어 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 갈등 문제가 근본적으로 해결되기는 어려운 상황이었던 것이다. 이 때문에 지속적인 의료 서비스를 받아야 하는 수많은 노인들이 적절한 치료를 받지 못하며 지방 정부의 집단 거주 서비스 시설에서 지내야 했기 때문에 보건부에 대한 지방 정부와 일반 의들의 불만이 커져만 갔다(NA, 2015h).

3. 병원 계획 보고서

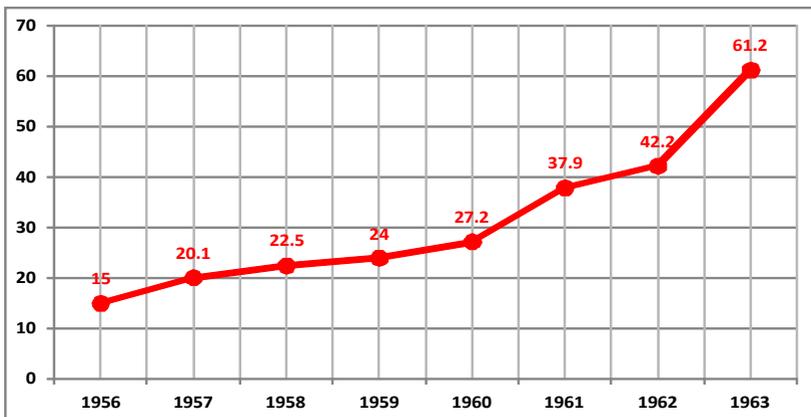
맥밀란 정부에서 새롭게 보건부 장관으로 부임한 포웰(Enoch Powell)은 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템이 상호 배타적인 것이 아니라 긴밀하게 연결되어 있기 때문에 두 시스템 간 원활한 협력을 고취시킬 필요가 있다고 인식하고 이를 실행하기 위한 보건부 보고서 발간을 추진한다(NA, 2015i). 그렇게 탄생한 것이 바로 이른바 ‘병원 계획 보고서(A Hospital Plan Report)’이다(MH, 1962a, 1962b). 그런데 병원 계획 보고서는 사회적 돌봄 서비스 시스템과의 협력을 위해 NHS 병원에의 대규모 투자를 전제로 삼고 있었다. 다시 말해, 병원 계획 보고서가 발행된 시점을 기준으로 당시 NHS 병원의 거의 절반은 1891년 전에 지어진 것으로 매우 낡아있었기 때문에 먼저 NHS 병원이 제 역할을 할 수 있어야 사회적 돌봄 서비스 시스템과의 협력이 탄력을 받을 수 있다는 것이었다(Allen, 1979).

은행의 이자율 상승으로 1961년에 경제 위기 상태였음에도 불구하고 보건부는 병원 계획 보고서에서 NHS 병원에 대한 대규모 투자를 공개적으로 주문했다. 보건부가 병원에 대한 대규모 투자를 공론화 할 수 있었던 것은 크게 두 가지 요인 때문에 가능

했다. 첫째, 포웰은 재무부가 공식적으로 NHS 병원 확장을 위한 재정 지출에 난색을 표현한 것과 달리, 1945년부터 약 17년 동안 재무부에서 근무하여 1962년에 재무부 종신 차관으로 임명된 리처드 클라크 경(Sir Richard Clarke)은 NHS 병원 확장의 필요성에 상대적으로 우호적인 것을 알고 그를 설득하는데 성공했기 때문이다. 다시 말해, 포웰은 NHS 병원 확장을 위해서는 막대한 돈이 들어가는 것은 사실이지만, 이것은 어디까지나 단기적으로 그렇고 일단 병원 확장이 완료되면 장기적으로는 NHS 운영비를 대폭 절약할 수 있다며 클라크를 설득했다. 실제로 클라크는 재무부 종신 장관에게 NHS 병원을 확장하는 것이 장기적으로는 재정 절약에 이롭다는 보건부의 계획을 지지하는 보고서를 올렸다(NA, 2015o).

둘째, 보건부는 당시 재무부가 의회에 보고된 ‘굴레바우드 보고서(The Guillebaud Report)’의 정치적 압력으로부터 자유롭지 못하다는 것을 알고 있었다(O’Hara, 2002). 즉, 처칠 정부 시절 NHS에 소요되는 비용 삭감을 위해 1953년 4월 1일에 구성되었던 굴레바우드 위원회(Guillebaud Committee)는 굴레바우드 보고서를 통해 당시 정부의 기대와 달리 NHS 예산이 GNP 대비 감소하고 있다며 더 많은 예산 투자를 주문한다(HMSO, 1956). <그림 1>에서 보는 바와 같이, 실제로 굴레바우드 보고서가 발행된 이후 NHS에 대한 예산 배정은 매년 꾸준히 증가하여 병원 보고서가 발행된 1962년에는 42.2백만 파운드가, 1963년에는 61.2백만 파운드가 배정되어 8년 만에 예산 배정이 46.2백만 파운드나 증가하였다. 그럼에도 불구하고 NHS 병원을

〈그림 1〉 NHS 병원에 대한 예산 투입 변화, 1956-1963



출처: (MH, 1962a: 1-2, 1962b: 12; DHSS, 1973: 18; SO, 1972: 144)

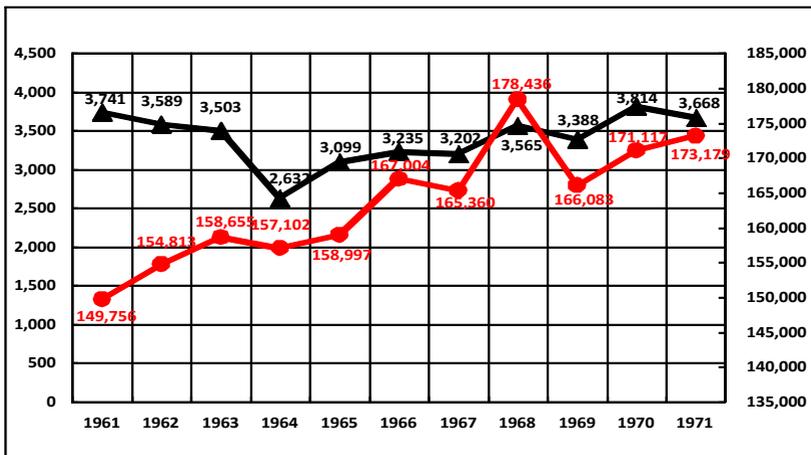
비고: 단위(백만£)

현대화하기에는 턱없이 부족한 예산이었다. 이 때문에 병원 계획 보고서는 NHS 병상을 노인 인구 증가에 맞춰 증설하여 1975년까지 노인 천 명당 1.4 침상이 배정될 수 있도록 계획하는데 그쳤다(Godber, 1975).

이와 같은 보건부의 계획에 각 지방 정부들, 웨일즈와 스코틀랜드의 보건국은 노인 천 명당 1.4 침상으로는 부족하고 대략 2침상은 되어야 한다고 주장했다(Allen, 1979; Godber, 1975). 특히, 최고집행위원회 협회는 보건부가 증설할 병상 수를 계산할 때 단순히 노인 인구수만 고려할 것이 아니라 노인들이 병실을 구하기 힘든 조건에 놓여 있는 점을 고려하지 않았다고 비판했다(NA, 2015j). 또한 대도시 의회 협회는 병원 치료가 필요한 노인들까지 지방 정부가 이미 지역 사회 돌봄 시설에서 관리하고 있는 점도 고려해야 한다고 주장했다(NA, 2015k).

병원 계획 보고서를 통해 보건부가 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 조화를 위해 과연 제 역할을 한 것인가에 대해서는 의료계를 제외하고 대부분이 의문을 품었다. 회의적인 반응의 핵심은 반드시 급한 의료 서비스가 필요하지 않은 만성 질환자가 NHS 병상을 차지할 가능성을 완전히 배제할 수 없지만, 그 경우보다 오히려 실제로 의료 서비스가 필요함에도 불구하고 NHS 병원에 입원 허가를 받지 못하거나 일찍 퇴원을 하는 경우가 지나치게 많다는 것이었다. <그림 2>에서 보는 바와 같이, 실제로 NHS 병원의 노인성 질병 치료를 위한 병상이 부족한 적은 없었다. 1964년에는 최소

<그림 2> NHS 병원의 노인성 질병 치료를 위해 남은 병상 수와 노인성 질환 환자 퇴원 수, 1961-1971



출처: (DHSS, 1968, 1969a, 1970, 1971a, 1972a; MH, 1962c, 1963b, 1964-1968 재구성)
 비교: ●노인성 질환 환자 퇴원 수(명), ▲노인성 질병 치료를 위해 남은 병상 수(개)

2,632병상이, 1970년에는 최대 3,814병상이 남았음에도 불구하고, 노인성 질병 치료를 위한 입원 환자의 퇴원 수는 증가 추세를 보이고 있다. 이처럼 NHS 병원에서 적절한 치료를 받지 못하고 조기에 퇴원한 노인들은 결국 지역 사회 돌봄 서비스 시설에서 의료 서비스를 받지 못하고 방치되었고 그로 인한 부작용은 결코 가볍지 않은 것이었다(NA, 2015).

병원 계획 보고서가 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등 해결이라는 본연의 목표에서 벗어나게 된 데에는 병원 계획 보고서를 준비하기 전에 이뤄진 보건부의 인력 개혁 내용과 관련이 깊다. 당시 보건부는 지역을 기반으로 병원 담당 부서를 세 부서로 분할했고 이로 인해 인력 구조도 개편되면서 고위 정책 결정자들의 수가 대폭 증가했다. 그 과정에서 부루스 도날드 프레이저 경(Sir Bruce Donald Fraser)이 새롭게 종신 장관으로 임명된다. 프레이저는 재무부의 고위 관료였는데 보건부로 자리를 옮기면서 자연스럽게 NHS의 재정 지출을 감독하는 역할을 맡게 된다. 프레이저는 정권이 교체되면서 함께 바뀌는 장관의 속성상 해당 업무의 전문성 지속을 위해 따로 유지하는 종신 장관으로 임명되었기 때문에 NHS의 비용 통제 역할을 수행하는데 견제 세력이 거의 없는 것이나 마찬가지였다(HMCS, 2015).

보건부는 병원 계획 보고서를 발행하기 이전인 1961년에 이미 재정부에 병원을 위한 지출을 한 해에 최대 2%까지 절약하기로 약속을 한 상태였다(Bridgen and Lowe, 1998). 이를 위해 보건부는 단기적으로는 NHS 사용자 부담액을 증가시키게 된다. 그리고 장기적으로는 많은 예산이 요구되는 대규모 정책 사업을 실시하기가 어려워졌을 뿐만 아니라, 돌봄 서비스 제공과 관련하여 병원의 역할을 제한할 수밖에 없었기 때문에 결국에는 건강 돌봄 서비스를 받아야만 하는 상태에 놓인 노인들을 NHS 입원실에 데려오지 못하게 되어 지방 정부의 부담을 덜어주지 못하게 된 것이다.

4. 건강과 복지 보고서

포웰이 밝힌대로 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 연결성을 나타내기 위해 1962년의 병원 계획 보고서에는 사회적 돌봄 서비스 개혁에 관한 별도의 섹션이 마련되어 있었다. 이 부분을 구체적으로 다루기 위해 1963년에 이른바 '건강과 복지 보고서(The Health and Welfare Report)'가 발간되었다(MH, 1963a). 건강과 복지 보고서는 지역 사회 돌봄 서비스 개혁에 관한 것으로 지방 정부가 주관하는 사회적 돌봄 서비스 시스템을 중점적으로 다루고 있다. 병원 계획 보고서의 제안 내용이 실제

정책에 반영 되는지 여부와는 무관하게 건강과 복지 보고서는 병원 계획 보고서가 건강 돌봄 서비스 시스템 개혁에 관한 정책 제안이었던 것과 보조를 맞추기 위해 지방 정부의 역할 증대를 주문했다(NA, 2015m).

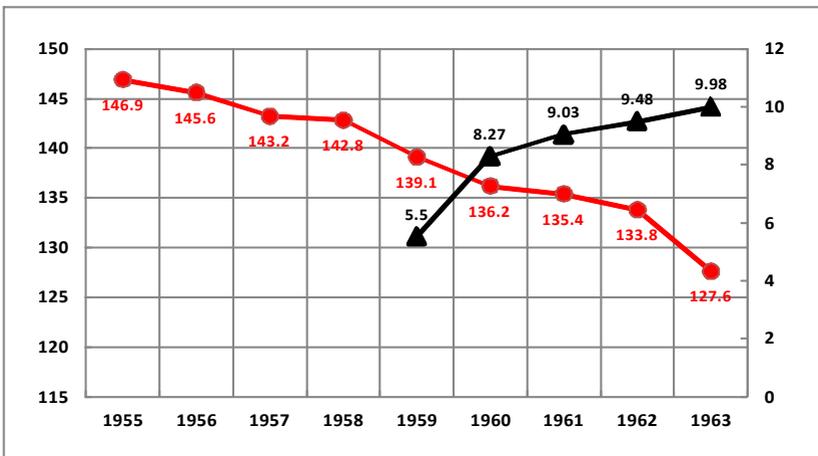
건강과 복지 보고서는 노인 돌봄 서비스가 시설 보다는 가정 내에서 이뤄지는 것이 우선이라고 제안 했는데 여기에는 두 가지 배경이 주된 요인으로 작용했다. 첫째, 보건부는 1955년부터 1957년까지 운영된 ‘정신 질환과 지체에 관련된 법률에 관한 왕립 위원회(Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency, RCLRMIMD)’가 1957년에 발행한 이른바 ‘퍼시 보고서(The Percy Report)’(HMSO, 1957)를 통해 재가 돌봄 서비스를 공개적으로 지지한 것의 영향으로부터 자유롭지 못했다(Jones, 1972). 특히 RCLRMIMD의 보고서가 1959년 7월 29일에 발효된 ‘정신건강법(Mental Health Act)’으로 이어지면서 보건부는 재가 시설 확충에 대한 기존의 시각을 수정하지 않을 수 없었다(MH, 1959). 둘째, 당시 시설에서 제공되는 돌봄 서비스의 비효율성 뿐만 아니라 비인간적인 행태 등이 밝혀지면서 사회적으로 큰 비판을 받았기 때문이다. 언론의 대대적인 보도뿐만 아니라 사회정책 관련 연구자들의 비판도 매우 거세 사회적 돌봄 서비스 제공은 탈시설화(deinstitutionalization)를 통해 가정 내에서 이뤄지는 것이 합리적이라는 인식이 널리 수용된다(Townsend, 1962; Goodwin, 1997).

당시 보건부 장관관이었던 에니드 러셀-스미스(Enid Russel-Smith)는 건강 돌봄 서비스 시스템 개혁에 상응하는 정도로 지방 정부의 역할이 증대되기 위해서는 지역 사회 돌봄 서비스 시스템 개혁을 위해 10년 정도 별도의 시간이 필요하고 이를 뒷받침할 적절한 시설 투자가 반드시 필요하다고 여겼다. 그래서 보건부는 재무부에 각 지방 정부가 재가 돌봄 서비스 시설 확충을 할 수 있도록 장기 재정 지원을 요구했다(Bridgen and Lowe, 1998). 이러한 요구에 재무부는 초기에는 부정적이었다. 그러나 보건부가 병원을 위한 재정 지출을 일 년에 최대 2%까지 절약하기로 한 것에 대응하여 지방 정부의 역할 증대에 재정 보조를 해주게 된다. 이로써 보건부는 재무부로부터 일 년에 8.25%가 늘어난 지방 정부 투자 재정을 받게 되었다. 또한 재무부는 지방 정부의 역할 강화를 위해 사용할 수 있도록 향후 3년 동안 대출 형태로 약 20,000,000파운드를 보건부에 추가로 제공했다(Webb and Wistow, 1987).

그러나 프레이저가 건강과 복지 보고서는 지역 사회 돌봄 서비스 발전을 위한 체계적인 지도(map)라기보다는 일종의 표지판(signpost)에 불과하다고 평가 절하한 것(NA, 2015p)과 동일한 맥락에서 건강과 복지 보고서의 핵심 정책 제안이 실제 정책에 반영되지는 못했다. 여기에는 크게 두 가지 이유가 있었다(Allsop, 1995; Hall,

1976; Sumner and Smith, 1969). 첫 번째 이유는 건강과 복지 보고서를 통해 보건부가 재무부로부터 재정을 지원 받으면서까지 지방 정부에 요구한 것은 사회적 돌봄 서비스가 필요한 사람들이 지역의 집단 거주 서비스 시설이 아닌 가정에서 서비스를 받을 수 있도록 재가 서비스 시설을 확충하는 것이었다. 그러나 지방 정부는 재가 서비스 확충 보다는 지역 내 집단 거주 서비스 시설 확충에 집중했다. 이는 지방 정부의 두 가지 생각 때문이었다. 첫째, 지방 정부들은 자신들이 재가 서비스를 확충할 경우 병원의 의료 서비스를 받아야만 하는 노인들의 경우에도 재가 서비스 시설이 충분하다는 이유로 병원으로부터 입원을 거부당하거나 심각하게 연기할 위험이 있다고 염려했기 때문이다. 둘째, 적은 집단 거주 서비스 시설 때문에 이미 대기자가 많았는데 지역 사회에서 제공하는 집단 거주 서비스 시설은 애초부터 지방 정부의 책임이었기 때문에 지방 정부는 자신들의 책임을 더는데 예산을 우선 사용하고 싶어 했던 것이다. 실제로 <그림 3>에서 보는 바와 같이, NHS 병원에서 돌보는 정신 질환 환자들이 점점 줄어들어 따라 그 부담이 고스란히 지방 정부에게 넘어가(HMSO, 1957) 집단 거주 서비스 시설에 대한 지방 정부의 지속적인 투자로 이어졌던 것으로 나타났다.

<그림 3> NHS 병원의 정신 질환 환자 수와 지방 정부의 집단 거주 서비스 시설 투자액 변화, 1955-1963



출처: (Paige and Jones, 1966: 78; MH, 1964: 112, 1963b: 102, 1961: 233)

비고: ●정신 질환 환자 수(명), ▲투자액(백만£)

두 번째 이유는 지방 정부가 보건부의 계획에 대해 회의적이었을 뿐만 아니라 비협조적이었기 때문이었다. 이러한 문제는 크게 두 가지 원인에서 비롯된 것으로 분석된

다. 첫째, 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템은 시작 될 때부터 상호 분리되어 운영되면서 두 영역 간 오랜 기간 동안 갈등이 지속되어 왔기 때문이었다. 영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템을 연구하는 학자들은 두 시스템 간 갈등이 지속된 데에는 보건부의 소극성이 한 몫 했다고 지적한다. 즉, 지방 정부들이 병원 계획 보고서와 건강과 복지 보고서에서 건강과 사회적 돌봄 서비스를 둘러싼 NHS와 지방 정부 간 책임의 경계가 점점 더 모호해지는 것에 대해 보건부에 1957년 보우처 보고서에서 규정한 NHS와 지방 정부 간 책임의 경계를 다시 명확하게 설정해 줄 것을 요구했으나 보건부는 지방 정부의 요구에 답하지 않았다. 결국, 두 시스템의 오랜 분리는 상호 신뢰를 무너뜨렸으며 특히 상당수의 지방 정부들은 보건부가 NHS의 비용 절감을 재가 서비스 확충을 통해 확보하려 한다고 여겼을 뿐만 아니라, 보건부의 지출 내역의 신뢰성에 의구심을 품을 정도로 강한 불신을 표출하기도 했다(NA, 2015n).

둘째, 지방 정부에 대한 보건부의 영향력이 강하지 못했기 때문이다. 많은 학자들은 지방 정부에 대한 보건부의 영향력 약화의 결정적 계기로 1959년에 이뤄진 지방 정부 재정 개혁을 꼽는다. 즉, 재무부가 주도하여 지방 정부에 대한 재정 지원 시스템을 대폭 개혁했는데 개혁의 핵심은 지방 정부에게 돌아가는 재정 총액을 한 번에 지급하는 것이었다. 개혁 이전에 지방 정부에 제공되는 재정은 여러 프로그램들 각각을 평가하여 그 결과에 따라 별개로 지급이 되었기 때문에 지방 정부는 매 번 견제를 받았으나 총액을 한 번에 지급받게 됨에 따라 일단 지급을 받고나면 견제로부터 자유로울 수 있었던 것이다. 이 때문에 보건부가 지방 정부로 하여금 특정 서비스 확대를 위한 재정 투입을 요구하기 어렵게 된 것과 달리, 지방 정부는 예산 사용처를 더 자유롭게 결정할 수 있게 된 것이다(Means, Richards, and Smith, 2003; Titmuss, 1968).

5. 병원 자문 서비스 보고서

위와 같이 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 협력을 위한 노력에도 불구하고 영국 정부는 의미 있는 성과를 거두지 못한다. 이 때문에 두 시스템 간 갈등이 계속 반복되면서 수많은 부작용이 발생하게 된다. 그 중에서 당시 영국에서 사회적으로 가장 크게 문제가 된 것이 바로 엘리 병원(Ely Hospital)⁶⁾ 사건이다. 엘리 병원 사건은 엘

6) 웨일즈의 카디프에 위치한 엘리 병원은 1862년 빈민법에 근거하여 고아를 지원하는 직업 학교가 문을 열었던 건물로 1903년부터는 주로 정신 질환자, 만성 질환을 앓는 노인, 쇠약해진 환자를 돌보기 위한 시설로 이용되었다. 이후 여러 운영 주체를 거쳐 1948년에 NHS가 시행되면서 엘리 병원 경영 위원회가 운영권을 넘겨받았는데 이때부터는 주로 정신 질환자들을

리 병원에서 근무한 한 남성 간호 조무사(Nursing Assistant)가 1967년 7월에 보건부 장관에게 엘리 병원의 비리와 부적절한 환자 처치를 고발하는 내용의 투서를 보낸 이후 그 내용이 1967년 8월 20일에 News of the World에 보도되면서 세간에 알려졌다(DHSS, 1969b).

사건 발생 이후 보건부 지침에 따라 웨일즈 병원 위원회는 지오프리 호웨(Geoffrey Howe)를 위원장으로 하는 엘리 병원 조사 위원회를 구성한다. 엘리 병원 조사 위원회의 최종 보고서('The Ely Hospital Report')에 따르면, 엘리 병원이 사회적으로 큰 문제가 되었던 원인은 매우 많았다. 예를 들면, 청결하지 못한 위생 상태, 질 낮은 의료 장비와 서비스, 유명무실하고 오래된 방식의 간호, 수련이 부족한 다수의 의료진, 사망 환자를 의사의 확인 없이 사망 처리한 것, 환자 수에 비해 턱없이 부족한 시설, 병원이나 환자 소유의 음식과 옷 등 물품 절도 행위 만연, 부조리 고발에 대한 감독 권한자의 무관심, 의사 감독권을 가진 책임자의 무관심, 의료 기록의 부실한 관리, 매우 미숙한 행정 등 셀 수 없을 정도였다. 그런데 그 무엇보다도 사람들을 화나게 한 것은 환자들을 돌보는 방식이 지나치게 비인간적이었을 뿐만 아니라 종종 환자들을 위협하는 것이었다는 점이다(DHSS, 1969b).

엘리 병원 사건 때문에 영국 정부는 노인을 위한 돌봄 서비스 시스템에 관한 전반적인 조사를 위해 1969년에 병원 자문 서비스(Hospital Advisory Service, HAS)를 설립한다. HAS는 엘리 병원 사건 발생의 기저에 노인을 위한 건강 돌봄 서비스 시스템의 취약성이 자리하고 있다고 봤다. HAS의 최종 조사 결과를 담고 있는 1971년의 '병원 자문 서비스 보고서(The HAS Report)'는(DHSS, 1971b) 노인병학에 더 많은 관심이 필요함을 역설하며 새로 짓는 병원의 상당수가 노인 병상을 설치할 계획이 전혀 없음을 비판한다. 그리고 노인 병상을 설치할 계획이 있는 경우에도 노인 질환 전문 의사나 직원들이 기존의 병원 시설을 개조한 노인 병상만으로도 만족할 것이라 여겨 새로 만들어지는 병원들이 노인을 위한 병상을 지나치게 적게 설치하고 있을 뿐만 아니라 노인을 위한 기존 병상조차 다른 용도로 많이 사용하고 있는 실정이라고 설명한다.

1972년의 병원 자문 서비스 보고서는(DHSS, 1972b) 이처럼 노인병학이 관심을 못 받는 주된 이유를 일반 의사들의 직업적 우월의식과 의학계 내에서 노인병학이 차지하는 낮은 직업적 지위에서 찾았다. 예를 들면, 1972년 병원 자문 서비스 보고서는 노인병학 전공의와 관련 의료진에 대한 일반 의사들의 반발과 편견이 혐오감에 가깝

돌보는데 집중하게 된다(DHSS, 1969b).

다고 지적한다. 문제는 이러한 인식이 대학 병원과 지방 병원에까지 만연하고 심지어 대학 병원의 교수는 의대생들이 노인성 질환자들과 접촉하여 오염되지 않게 조심하려고 경고까지 한다는 것이었다. 나아가 1972년 HAS 보고서는 의과대학에서 의대생들이 노인병학을 전공으로 택하지 않도록 유도하기 때문에 노인병학 전공의가 부족한 악순환이 계속 될 수밖에 없는 구조를 비판한다.

6. 통합 돌봄 기획 보고서

건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 협력을 위한 영국 정부의 지속된 노력에도 불구하고 실질적인 효과를 거두지 못하게 되자 1976년과 1977년에 보건과 사회보장부(Department of Health and Social Security, DHSS)는 ‘통합 돌봄 기획 보고서’를 통해 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템의 재정을 통합 운용할 것을 제안한다(DHSS, 1977, 1976b). 통합 돌봄 기획 보고서에 따르면, 필요할 경우 NHS의 재정을 지방 정부의 사회적 돌봄 서비스 제공에 이용할 수 있게 된다. 그리고 각 지역 보건당국은 긴밀한 관계를 맺고 있는 사회서비스 부(Social Service Department)가 급하게 재정이 필요할 경우 지원할 수 있는 권한을 갖게 된다(Glennister, Korman, and Marsde-Wilson, 1983).

그러나 DHSS의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 통합 재정 운용 계획은 결국 실패하게 된다(Booth, 1981). 통합 재정 운용 계획이 실패한 것은 크게 두 가지 요인 때문이었다. 첫째, DHSS의 제안은 통합 재정 운용 방식을 명확하게 규정하지 않고 있었다. 다시 말해, DHSS는 지방 정부가 NHS로부터 지원받는 추가 재정을 사용할 수 있는 영역을 명확하게 규정하지 않았기 때문에 통합 재정 시스템은 이전과 다른 유의미한 효과를 내지 못했다. 이것은 앞서 논의한 1963년의 건강과 복지 보고서가 결과적으로 실패한 이유 중 1959년에 이뤄진 지방 정부 재정 개혁의 부작용의 결과 지방 정부가 예산 사용처를 원하는 데로 결정할 수 있었던 오류가 반복된 것이었다(Klein, 1989).

둘째, 당시 영국 경제의 구조적 문제 때문에 DHSS의 제안이 제대로 실현되기 어려웠다. 영국은 1973년 10월 발생한 1차 오일 쇼크 때 받은 충격으로 경기가 불황이었는데 여기에 물가 상승까지 더해져 스태그플레이션에 빠진 상황이었다. 1975년에는 27.6%의 임금 인상률, 1976년에는 재정 적자가 GDP 대비 8%를 기록함으로써 결국 1976년에 국제통화기금(International Monetary Fund, IMF)으로부터 구제 금융을 지원받게 되는 상황에 처한다(Burk and Cairncross, 1992; Glyn and

Harrison, 1980). IMF로부터 구제 금융을 지원 받는 조건으로 국영 석유 회사였던 BP(British Petroleum) 매각과 긴축 통화 정책을 실시하는 등 공적 재정 지출이 삭감될 수 밖에 없는 상황에서 초기 건강과 사회적 돌봄 서비스의 통합 재정에 2천만 파운드 밖에 투입하지 못했다. 이후 나아질 기미가 보이지 않은 경기 침체 때문에 결국 통합 재정 운용 제도는 흐지부지되고 말았던 것이다(Webb and Wistow, 1987).

IV. 대처 정부 이후의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등 조정 정책

1. 감사원의 지역사회 돌봄 서비스 보고서

대처 정부는 1986년에 감사원(Audit Commission)의 지역사회 돌봄 서비스에 관한 보고서를 통해 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등 해결을 위해 단일 감독 기관 구성을 통한 통합 재정 운용을 제안했다(AC, 1986). 감사원의 제안은 1976년 DHSS의 통합 재정 운용안 보다 구체적인 것이었다. 특히, 노인 돌봄 서비스 운영과 관련하여 필요한 재원을 보건 당국과 지방 정부로부터 각각 일정액을 분담하게 하여 하나의 재정 풀을 구성하고, 이렇게 마련된 단일 재정은 단 한 명의 책임자가 관리하도록 했다. 이 책임자는 각 노인이 필요로 하는 서비스 구입을 결정할 수 있는 권한을 갖는데 서비스 구매는 공공 조직뿐만 아니라 사적 조직을 통해서도 가능하게 했다.

그러나 감사원의 지역사회 돌봄 서비스에 관한 정책은 결국 실패했다. 여러 가지 이유 중에 가장 중요한 것은 바로 감사원의 보고서가 노인 돌봄과 관련하여 당시 가장 중요하게 논의되고 있었던 장기요양(long-term care)에 관해 병원의 책임 부분을 명확하게 설정하지 않았다는 것이다. 이것은 결국 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 협력 도모라는 애초의 정책 목표를 달성하지 못하고 오히려 지방 정부의 불만을 키웠다. 다른 돌봄 서비스와 달리 특히 노인의 장기요양이 건강과 사회적 돌봄 서비스 두 가지가 동시에 요구된다는 점에서 한 쪽에 치우친 제안은 애초부터 정책 실패를 배태하고 있었던 것이다.⁷⁾

7) 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 경계에 위치한 대표적인 것이 바로 노인 장기요양보험 제도이다. 다시 말해, 노인 장기요양보험 제도는 노인들의 신체적 특성상 필연적으로 노인들에게 의료 및 보건 서비스를 제공해야 함과 동시에 사회적 돌봄 서비스도 함께 제공할 수 밖

2. 그리피스 보고서

반면, 1986년 감사원의 지역사회 돌봄 서비스에 관한 보고서와 달리 1988년의 ‘그리피스 보고서(The Griffiths Report)’는 노인 장기요양과 관련한 병원의 책임을 명확하게 규정하고 있었다. 예를 들면, 그리피스 보고서는 건강 돌봄 서비스는 전반적으로 조사, 진단, 치료, 재활이 의료진에 의해서 수행되는 모든 경우를 포괄한다고 규정했다. 특히 노인의 경우에는 24시간 동안 의사의 감독뿐만 아니라 간호 서비스 두 가지 모두 필요한 경우에 한해서만 병원에 입원할 수 있도록 했고 그 이외의 돌봄 서비스는 모두 지방 정부가 책임을 지도록 하고 있다. 이러한 규정 때문에 1차 의료 서비스가 지속적으로 필요하지는 않지만, 요양 서비스가 필요한 경우처럼 두 영역의 사각지대에 놓인 노인들은 아무런 서비스를 받지 못하는 문제가 발생했다. 심지어 의료 서비스와 요양 서비스가 모두 필요한 노인의 경우에도 그러한 욕구가 24시간 필요한 상황이 아니면 NHS의 무료 입원 서비스를 받지 못하는 경우가 발생했다(DHSS, 1988).

그리피스 보고서는 대처 정부에 크게 다섯 가지를 제안하였다. 첫 번째 제안은 사람들이 필요로 하는 서비스를 최대한 조기에 제공해야 한다는 것이고, 두 번째는 서비스 수혜자에게 서비스 선택권을 이전 보다 더 많이 부여하도록 하는 것이며, 세 번째는 서비스가 서비스 수혜자의 집뿐만 아니라 그들이 원하는 시설에서도 제공 될 수 있어야 한다는 것이었다. 네 번째 제안은 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 각각의 영역에 종사하는 사람들이 상호 협력을 토대로 협의하며 일선에서 업무를 설정해야 한다는 것이었다. 마지막 제안은 중앙 정부가 아닌 지방 정부가 사회적 돌봄 서비스 욕구를 평가하고 서비스를 제공해야 한다는 것이었다. 그러나 대처 정부는 그리피스 보고서의 제안 중 주로 마지막 제안에 초점을 맞춰 중앙 정부의 책임을 줄이는 방향으로 보고서를 활용하였다(Rummery and Glendinning, 2000).

3. NHS와 지역사회 돌봄 법

대처 정부의 위와 같은 의증이 담긴 그리피스 보고서는 1993년에 전면 시행된 ‘National Health Service and Community Care Act 1990’에 의해 실제 정책에 반영되었다(HMSO, 1990). 이 법안에 따르면, NHS 내에서 서비스 구매자와 공급자 간 분리(purchaser/provider split)가 발생하면서 크게 세 가지 영역에서 변화가 발

생하게 된다. 첫째, 보건 당국은 지역 주민들의 건강 욕구 평가를 책임짐과 동시에 그들에게 적절한 서비스를 구매할 수 있는 권한을 갖게 된다. 둘째, NHS Trusts는 건강 돌봄 서비스를 공급해야할 책임을 지게 된다. 또한 NHS Trusts는 지역 혹은 특별 보건 당국의 역할을 대신하여 병원이나 관련 시설의 소유, 경영, 공급에 대한 책임을 지고, 본연의 역할에 필요할 경우 단-장기 대출뿐만 아니라 예산을 초과하는 수준에서도 대출을 받을 수 있게 된다. 그리고 NHS Trusts는 재정 운용에 있어 국가 안보에 필요한 경우에 한해서 재무부의 허가가 있을 경우에 건강 돌봄 이외의 용도로 투자도 할 수 있게 된다. 셋째, fundholding제도의 도입으로 일반의가 일정 예산을 소유할 수 있게 되고 이것으로 의료 서비스를 일반의가 환자 대신 구매할 수 있게 됨으로써⁸⁾ 일반의는 보건 당국으로부터 자유로울 수 있게 된다.

반면, 사회적 돌봄 서비스 시스템과 관련하여 지방 정부는 세 가지 책임을 지게 된다. 첫째, 지방 정부는 질병 예방에 힘써야 한다. 둘째, 지방 정부는 질병에 걸린 사람에게 돌봄 서비스를 제공해야 한다. 셋째, 지방 정부는 질병 치료가 완치되면 사후 돌봄(after-care) 서비스를 제공해야 한다. 그러나 여기에는 의료 서비스, 방문 의료 서비스, 치과 서비스, 간호 서비스는 포함되지 않았다.

루이스와 글레너스터에 따르면(Lewis and Glennerster, 1996), 이 법안은 대처 정부의 복지 축소와 시장 친화적 개혁이 적용되어 탄생한 것으로 NHS에 대한 중앙 정부의 책임을 축소함과 동시에 지방 정부로 하여금 사회적 돌봄 서비스 제공과 관련하여 행정 및 재정적으로 더 큰 책임을 지우게 하는데 밑거름이 되었다. 특히 NHS 병원 관계자들은 이 법안을 노인들을 위한 NHS 병원의 장기 요양 책임을 덜어내는데 필요한 논리적 근거로 인식했다. 실제로 많은 수의 보건 당국이 지속적인 보호에 필요한 병상 제공을 중단함에 따라 1990년부터 1996년 사이에 장기 요양용 병상의 약 30%가 사라지게 되었다(Richard, 1996).

이 법안에 따른 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 개혁의 보다 구체적인 내용은 두 가지로 요약 될 수 있다. 첫째, 소득과 재산 정도에 따라 일정 수준 이상의 사람은 개인 부담금을 책임져야 했다. 이는 1993년 이전까지만 해도 무료로 서비스를 제공 받았던 노인들 중에서 이후 약 30%의 노인들이 개인 부담금을 책임지는 결과를 가져왔다(Healy, 2002: 12). 둘째는 이 정책의 시행으로 인한 지방 정부의 재정 운용의 충격을 완화하기 위해 특별이행보조금(Special Transition Grant, STG)이 투입되었다. 즉 STG는 모두 지역사회 서비스에만 소비될 수 있었는데, 이 가운데 85%는 반

8) 이때 일반의와 보건 당국 모두 서비스를 구매할 때 자신이 원하는 NHS Trusts 혹은 사적 건강 돌봄 서비스 제공자를 선택할 수 있었다(Wright, 1998).

드시 민간 영역에만 투자되어야 했다(Player and Pollock, 2001). 이러한 대처 정부의 정책은 특히 노인을 위한 사회적 돌봄 서비스 시스템의 시장화를 더욱 부추기는 결과를 낳았다(Pollock, Leys, Price, Rowland, and Gnani, 2004).

4. 지속적인 건강 돌봄 욕구 충족을 위한 NHS 책임에 관한 보고서

공공 서비스의 민영화를 지향했던 대처 정부의 정책 기조로 사회적 돌봄 서비스 시스템의 민영화가 가속화 되면서 그에 따른 부작용의 여파는 대부분 노인들에게 돌아가게 되었다. 이러한 정책 때문에 여론의 거센 비판을 받게 된 대처 정부는 1995년 보건부의 '지속적인 건강 돌봄 욕구 충족을 위한 NHS 책임에 관한 보고서'를 통해 노인들이 NHS 병원을 통해 지속적인 건강 돌봄 서비스를 받을 수 있도록 했다(DoH, 1995a). 이와 같은 보건부의 정책 실현을 위해 NHS 수장인 알렌 랭글랜드(Alan Langlands)와 사회서비스 최고 감독관인 허버트 래밍(Herbert Laming)이 공동으로 작성하여 예하 조직에 하달하는 1995년 2월 23일 발 공식 지침에서 NHS가 노인들의 지속적인 건강 돌봄 서비스 수혜를 위해 준비하고 그에 필요한 비용을 마련할 책임이 있음을 명확히 했을 뿐만 아니라, 이 원칙이 fundholding제도의 적용을 받는 일반의가 구입하는 의료 서비스에도 적용된다고 하였다(DoH, 1995b).

그러나 보건부의 변경 내용은 노인들에게 실질적으로 큰 도움이 되지 못했다. 왜냐하면 보고서의 기본 원칙이 애초부터 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 통합을 목적으로 하는 것이 아니었을 뿐만 아니라(DoH, 1995c), 구체적인 내용을 보면 서비스의 실제 이용마저 네 가지 조건에 해당 하는 경우로만 제한하고 있었기 때문이다. 즉, 노인들은 다음의 네 가지 경우에 해당이 되어야만 서비스 이용이 가능했다(DoH, 1995a: 15). 첫째, 의사의 규칙적인 의료적 처치가 필요한 만큼의 복잡하고 예측하기 어려운 상황에 처해 있어야 했다. 둘째, 첨단 의료 기기를 이용한 의사의 특별 치료를 일상적으로 받아야 하는 경우이어야 했다. 셋째, 의사의 특별한 처치를 받아야 할 만큼 급격한 건강 악화나 불안정한 상태이어야 했다. 넷째, 의사로부터 의료 처치를 받았지만, 곧 사망에 이를 것이라는 진단을 받은 경우이어야 했다.

결과적으로, 지속적인 건강 돌봄 욕구 충족을 위한 NHS 책임에 관한 보고서는 대처 정부의 사회적 돌봄 서비스 시스템의 민영화로 인해 발생된 부작용을 보완하기에는 많이 부족하였을 뿐만 아니라, 1990년대까지 이어졌던 보수당 정부의 정책 기조는 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등을 더욱 고착시켰다. 더욱이 보수당 정부는 사회적 돌봄 서비스 보다는 건강 돌봄 서비스 정책을 더 중요시 하는 경향이 강

했고(Peckham and Exworthy, 2003), 이러한 갈등 구조에서 특히 피해를 보게 된 것은 사회적 돌봄 서비스 시스템이었다. 예를 들면, 병원은 환자의 생명과 직결되는 치료를 끝내면 최대한 빨리 퇴원 조치를 하게 되는데, 결국 이들은 사회적 돌봄 서비스 시스템에서 돌봐야만 했다. 특히, NHS 병원에서 퇴원하여 민간 요양 기관을 이용하게 되는 노인들의 경우 사회적 돌봄 서비스 시스템으로부터 보조금을 지급받게 되는데, 보수당 정부의 민영화 정책으로 민간 요양 시설이 많아지게 됨에 따라 노인들에게 소요되는 보조금 액수가 급격히 증가하게 되어 1979년에 약 10,000,000파운드가 소요되었던 것이 1986년에는 59,000,000파운드에 소요된다(Lewis and Glennerster, 1996). 이와 같은 사회적 돌봄 서비스 시스템의 재정난은 1997년 신 노동당으로 정권이 교체될 때 까지 지속되었다(SSI, 1996).

5. 현대화되고 의존할 수 있는 새로운 NHS 개혁을 위한 보고서

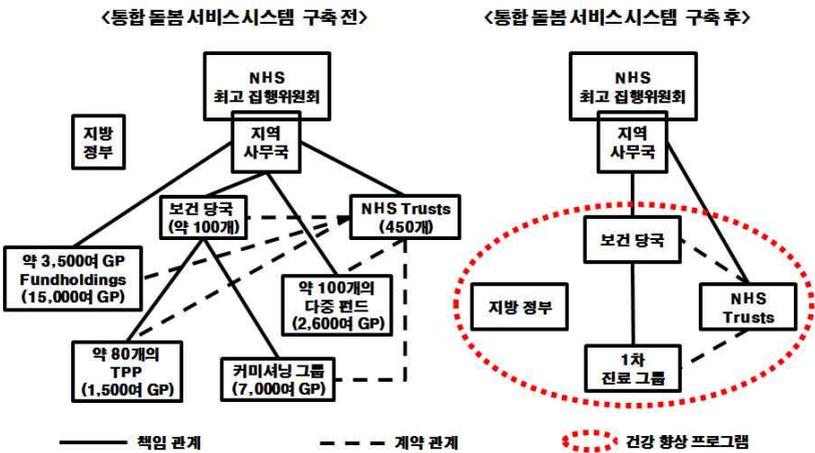
토니 블레어(Tony Blair) 중심의 노동당 정부는 1997년 내각을 구성하면서 보수당의 지역사회 돌봄 서비스 정책은 실패했다고 천명한다(Blair, 1997). 블레어가 보수당을 비판할 수 있었던 데에는 크게 두 가지 근거가 있었다. 첫째, 여전히 존재하는 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등 구조 때문에 서비스 제공의 사각 지대가 발생한다는 것이다(Lewis, 2001). 둘째, 보수당의 지역사회 돌봄 서비스 정책은 불평등을 심화시키는 구조라는 것이다. 다시 말해, 서비스 수혜자에게 부담금을 부과하는 것도 문제지만, 개인 부담이 각 지방마다 천차만별이기 때문에 지역 간 불평등이 심화되고 있다는 것이다(RCLC, 1999). 이에 블레어 정부는 보수당 정부 때의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 협력 정책의 실패를 보완하겠다고 1997년에 ‘현대화되고 의존할 수 있는 새로운 NHS’라는 보건부 백서를 발간한다(DoH, 1997).⁹⁾ 백서 서문에서 블레어는 국민들이 의존할 수 있도록 NHS를 현대화하는 방안의 하나로 형평성과 파트너 십에 기반 하여 효율성과 서비스 질을 담보할 수 있는 ‘통합 돌봄(Integrated Care) 서비스 시스템’ 구축을 제시한다.

백서는 <그림 4>에 제시된 바와 같이 보수당 시절 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템을 분획한 계약 시스템을 파트너 십 시스템으로 변경함으로써 통합 돌봄 서비스 시스템을 구축하고 이를 달성하기 위해 여러 가지 원칙을 제시했다.¹⁰⁾ 그리고 백서는

9) 같은 해에 스코틀랜드 지방에 적용되는 백서가(SO, 1997), 다음 해에 웨일즈 지방에 적용되는 백서가(WO, 1998)가 발행되었고 개혁의 핵심 내용에 있어 두 백서 모두 보건부와 같은 목소리를 냈다(Wright, 1998).

NHS 현대화를 위해서 가정, 지역사회, 병원 세 가지 수준에서의 개혁도 주문한다. 첫째, 가정 차원의 경우 건강과 질병에 관한 정보 및 조언을 이전 보다 쉽고 빠르게 접할 수 있게 하여 가족의 건강을 스스로 잘 돌볼 수 있도록 도와 줄 것을 주문했다. 이를 위해 NHS 다이렉트(NHS Direct)를 통해 간호사가 24시간 전화 상담을 할 수 있도록 했다. 둘째, 지역사회 수준에서는 지역의 외과 수술의와 일반의의 신속한 치료와 조언을 받을 수 있는 체제를 구축하도록 했다. 이때 지역의 사회적 돌봄 서비스 제공자와도 긴밀한 협업을 하도록 했다. 셋째, 병원 차원에서는 지역의 외과 수술의, 일반의와 긴밀하게 연결하여 필요할 경우 병원 치료와 전문의 서비스를 신속하게 받을 수 있도록 했다. 예를 들면, 일반의가 암이 의심된다고 판단한 경우에는 2주 내에 병원의 전문의 진찰을 받을 수 있도록 했다. 특히 유방암의 경우 1999년 4월까지, 그 외 암

〈그림 4〉 블레어 정부의 통합 돌봄 서비스 시스템 구축 방안



출처: (DoH, 1997: 3장 그림 재구성)

10) 이때 제시된 원칙의 핵심은 여섯 가지로 정리될 수 있다. 첫째, 모든 병원, 일반의, 지역사회 돌봄 서비스의 재정을 하나로 통합하여 유연성과 효과성을 최대화한다. 둘째, NHS 경영비용의 한계를 설정하고 이를 위해 3,600개의 커미셔닝 기구를 500개로 축소하여 거래 비용을 절감하도록 한다. 셋째, 환자는 그들의 일반의나 거주지에 의해서가 아니라 그들이 필요로 하는 욕구에 의해 서비스를 수혜 받아야 한다. 넷째, 서비스의 질 보장을 위해 장기적 차원에서 NHS Trusts도 적절한 서비스 제공 책임을 분담하도록 한다. 다섯째, 건강과 사회적 돌봄 서비스를 제공하고 두 시스템을 기획하는데 관여하는 모든 이해 당사자들이 동의하는 건강 향상 프로그램(Health Improvement Programmes)을 구성한다. 여섯째, NHS Trusts와 대표 위원회는 비밀주의를 종식시키고, 서비스 질과 파트너 ship에 관한 새로운 법적 책임을 존중한다.

의 경우 2000년까지 암이 의심된다는 진단을 받은 모든 이들에게 2주 내 전문의 진찰을 보장하였다.

그러나 블레어 정부의 새로운 청사진은 집권 초기에 급하게 제시된 성격이 없지 않았고, 이 때문에 정책의 구체성이 부족하여 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 양 일선에 혼란을 가중시켰다. 예를 들면, 백서는 개혁의 속도를 각 지방의 사정에 따라 결정할 수 있도록 지방 정부의 재량에 맡겼다(Wright, 1998). 이는 건강과 사회적 돌봄 서비스 제공의 책임을 둘러싸고 지방 정부의 이해관계가 고려될 수 있는 여지를 남기는 불씨가 되었다. 결과적으로, 1990년대 후반 보수당 시대 때 만연해진 건강과 사회적 돌봄 서비스 수혜의 사각 지대가 확대되었을 뿐만 아니라 지역 간 격차도 더욱 커졌다(Farrell, Robinson, and Fletcher, 1999). 이 때문에 블레어 정부는 1990년대 후반 리더십 부재라는 여론의 극심한 비판을 받게 된다(Means, Richards, and Smith, 2003).

6. 보건법과 NHS 계획

이러한 비판에 대응하여 블레어 정부는 1999년에 두 영역의 협력에 대해 보다 구체적인 방안을 제시했는데 그것은 백서 형태가 아니라 관련 법안을 마련하는 것이었다. 이렇게 탄생한 ‘보건법(The Health Act 1999)’(HM Government, 1999)은 “(건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 사이의) ‘베를린 장벽’을 허물기 위해 마련된 법안(팔호 안은 필자 추가)”으로 2000년 4월부터 발효되었다(Guardian, 2000). 이 법안에 따르면, 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템은 각 영역의 예산을 하나로 모아 공동으로 관리 및 사용하게 되었다. 이것은 곧 한쪽의 수요가 불균등하게 많으면 다른 쪽의 예산이 부족한 쪽으로 유용될 수 있음을 의미하는 것이었다. 이 법안이 만들어진 초기에는 두 영역의 갈등 구조 해소에 도움이 될 것으로 보았던 정책 결정자의 많은 기대와 찬사를 받았다(Glendingning, Hudson, Hardy, and Young, 2002).

그러나 실제 현장에서 이 법안은 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 어느 쪽으로부터도 크게 환영받지 못했다. 일선에서 일하는 직원은 예산에 대한 통제력 상실을 두려워한 나머지 비공식적 방법으로 협력을 회피했으며, 서로 이러한 행위를 묵인했다. 또한 사회적 돌봄 서비스 시스템 영역의 경우 1년 동안 운용할 예산을 매년 3월까지 확정해야 하는 반면, 건강 돌봄 서비스 시스템 영역에는 그러한 의무가 부과되지 않아 사회적 돌봄 서비스 시스템 영역의 종사자들이 불평등한 법안이라고 공격하면서 결과적으로 현장에서 신뢰를 상실한 법안이 되었다. 또한 당시 학계에서는 두 영역의 협력

을 권고 사항으로 정한 것에 그친 점과 예산 운용의 구체성 결여를 실패의 가장 중요한 요인으로 지적했다(Glendingning, Powell, and Rummery, 2003).

블레어 정부가 이와 같은 비판을 수용하여 2000년에 내놓은 ‘국민보건서비스 계획(The NHS Plan)’ 백서에서는 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 영역 사이의 협력 의무를 부여하는 동시에 그 방안을 이전보다 더 구체화하여 제시했다. 예를 들면, 두 영역의 사각지대에 놓인 노인을 위해 2004년까지 900,000,000파운드의 예산을 투입하고, 두 영역의 협력이 잘 이루어지면 2004년까지 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 영역 각각에 500,000,000파운드와 50,000,000파운드의 인센티브를 제공하기로 했다(DoH, 2000). 그러나 이 정책은 두 영역에 대한 균형적인 시각을 견지하지 못하고 상대적으로 사회적 돌봄 서비스 시스템 보다는 건강 돌봄 서비스 시스템을 더 중시한 것이었다. 이 방안의 실제 내용은 두 영역의 협력이 아닌 “PCTs를 중심으로 사회적 돌봄 서비스 시스템 영역의 예산을 결정하고 집행하여”(DoH, 2000: 73) 사회적 돌봄 서비스 시스템 영역을 건강 돌봄 서비스 시스템 영역에 종속되게 만든 것이었다.

7. 영국형 통합 복지 시스템

블레어 정부가 사회적 돌봄 서비스 시스템 보다 건강 돌봄 서비스 시스템을 중시하는 입장에서 통합 돌봄 서비스 시스템 구축을 시도한 것과 달리, 브라운 정부는 두 시스템을 상호 동등한 입장에서 통합하여 이른바 ‘영국형 통합 복지 시스템(British Integrated Welfare System)’을 구축하려고 노력했다.¹¹⁾ 브라운 정부가 영국형 통합 복지 시스템 구축 시도를 하게 된 핵심 요인으로는 급증하는 노인 인구로 건강과 사회적 돌봄 서비스 제공에 소요되는 비용이 막대하였을 뿐만 아니라, 두 서비스 수요자가 젊은 계층에서도 급증하고 있었기 때문이었다. 반면, 저출산의 여파로 두 서비스

11) 브라운 정부의 영국형 통합 복지 시스템과 이전 시스템의 공통점과 차이점은 아래 표와 같이 정리될 수 있다.

시스템 항목	건강 돌봄 서비스 시스템	사회적 돌봄 서비스 시스템	영국형 통합 복지 시스템
주요 책임	국가	가족 + 지방 정부	국가
운영 형태	NHS	가족 돌봄 + 지방 정부 보조	NHS + NCS
서비스 형태	공식	공식 + 비공식	공식
서비스 요금	무료	무료 + 유료	무료

제공 비용을 부담할 인구는 감소하고 있었다. 따라서 브라운 정부는 두 서비스가 분리되어 제공되면서 발생하는 행정 비용뿐만 아니라 두 서비스 간 중복 영역에 의해 발생하는 비용 및 사회적 갈등으로 인한 비용을 근본적으로 해결할 필요성을 강하게 인식했다. 이러한 고민이 반영된 것이 바로 2010년의 '전국민 돌봄 서비스(National Care Service, NCS)' 시행을 위한 백서이다(HM Government, 2010).¹²⁾

브라운 정부의 영국형 통합 복지 시스템은 2008년 5월 정부 보고서(HM Government, 2008b), 2009년 7월 녹서(HM Government, 2009)에 이어 2009년 7월부터 11월까지 대국민 토론회를 거쳐 국민적 합의를 바탕으로 마련된 것으로 백서 발표 당시 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 실질적 협력을 도모할 수 있을 것이라는 국민적 기대를 크게 받았다. 그러나 브라운 정부의 제안은 크게 두 가지 점에서 한계가 있었다. 첫째, 재원 조달을 추상적인 수준에서 포괄적으로 한다고만 했을 뿐 구체적인 원칙을 정하지 않았다. 이것은 저출산 고령화로 NCS에 소요될 비용이 막대할 것이 명약관화했다는 점을 고려한다면 부담물을 둘러싸고 향후 사회적 갈등이 첨예화 될 근심을 안고 있는 것이었다. 둘째, 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 통합을 위한다고 한 것과 배치되게 NCS 수혜자 선정을 전적으로 지방 정부에만 맡겼다. NCS 수혜자 수는 곧 예산 운용과 직결되기 때문에 두 서비스 시스템이 예산을 공동으로 운용하도록 한 협력 방안에 큰 걸림돌로 작용할 수밖에 없는 것이었다. 무엇보다도 안타까운 것은 NCS가 브라운 정부가 2010년 5월 11일 총선에서 패배함으로써 빛을 보지 못하고 아직 영국 의회 도서관에 보관되어 있다는 점이다.

12) 백서는 NCS가 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 통합을 완성하게 될 것이라며 NCS의 운영 및 서비스 제공과 관련하여 여덟 가지 핵심 원칙을 제시한다. 첫째, NCS는 통합 서비스 제공 원칙에 기반 하여 NHS와의 협력을 통해 제공되도록 한다. 이를 위해 NHS의 Primary Care Trusts와 지방 정부는 의무적으로 서로 협력하고, 관련 예산을 공동으로 운용하도록 한다. 둘째, NCS 재원은 포괄적 방식을 통해 조달한다. 셋째, NCS 수혜자 선정을 위한 평가는 지방 정부가 전적으로 책임지도록 한다. 넷째, 건강과 사회적 돌봄 서비스 두 영역 종사자들 간 협력을 통해 서비스 관련 정보를 투명하게 공개하여 NCS 수혜자가 전문가의 적절한 조언을 받을 수 있게 한다. 다섯째, NCS는 맞춤형(personalized) 서비스 원칙에 기반 하여 제공함으로써 수혜자의 만족도를 극대화한다. 여섯째, NCS 관련 평가 체계를 일원화 하여 통합 운영하도록 한다. 일곱째, NCS하에 제공되는 모든 서비스는 치료 보다는 예방을 우선시 하여 선제적으로 제공될 수 있어야 한다. 여덟째, NCS 수혜자로 선정되면 무상으로 서비스를 이용할 수 있게 한다.

V. 결론

지금까지 분석한 바와 같이, 영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등은 정부의 계속된 노력에도 불구하고 의미 있는 통합의 결실을 맺지 못했다. 이와 관련하여 줄리아 트윅그는(Twigg, 1997) 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등 문제는 복지국가의 공·사 영역 간 책임 문제로 이해되어야 한다고 주장한다. 다시 말해, 일반적으로 건강 돌봄 서비스는 생명과 직결되는 인간의 기본권으로 복지국가가 세금을 기반으로 가능한 한 무료로 가깝게 제공하여야 한다고 여겨지며, 건강 돌봄 서비스가 가장 상품화된 미국에서조차도 이 원칙의 본질 자체가 부정되지는 않는다. 그러나 사회적 돌봄 서비스는 생명과 직결되지는 않고 일종의 사회적 삶의 한 부분으로 복지국가가 전적으로 보장하기 보다는 개인의 책임이 따르는 것으로 받아들여지며 복지국가와 개인의 책임 수준은 각국의 역사와 제도적 맥락에 따라 상이하다는 것이다.

위와 같은 시각에서 본다면, 본론에서 분석한 영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 갈등의 역동성 기저에는 구조적 수준(structural level)에서 두 시스템의 행정과 재정 운용을 둘러싼 이해관계가 자리하고 있는 것으로 해석할 수 있다(Webster, 1988). 먼저, 행정적으로 건강 돌봄 서비스 시스템은 세계 2차 대전 이후 마련된 ‘National Health Service Act, 1946’에 의거해 급성 질환 치료와 지속적인 치료가 필요한 질환 모두를 책임지도록 규정하고 있었다. 반면, 사회적 돌봄 서비스 시스템은 ‘National Assistance Act, 1948’에 의거하여 지방 정부가 집단 주거 서비스 시설, 가정 보호 서비스, 재가 간호 서비스(home nursing), 재가 보호 서비스 제공을 책임지도록 규정되어 있었다. 그런데 1974년 NHS 구조 개혁 때 지방 정부의 책임이었던 재가 간호 서비스가 보건 당국의 책임으로 전환되었다가 1988년에는 다시 지방 정부의 책임으로 옮겨지는 등 두 영역의 행정 분리는 계속 반복되었다. 다시 말해 행정적으로 어떠한 서비스가 건강 혹은 사회적 돌봄 서비스 영역에 속하는지는 고정적이지 않았고 시대적 상황에 따라 변화되어 왔던 것이다(DHSS, 1988; DoH, 1989).

두 번째, 재정 운용과 관련하여 건강 돌봄 서비스 제공에 필요한 비용의 경우 보건 당국은 중앙 정부가 걷은 세금으로부터 직접적인 지원을 받았다. 반면, 지방 정부는 대략 80%의 재정을 중앙 정부로부터 지원을 받고 나머지 재정은 지방세를 통해 충당하였다. 이와 같은 책임 분담 구조는 이 당시 두 정부 기관이 각자의 재정 부담 책임을 최소화하게 만드는 동기로 작용하게 되었다(Glennister, Korman, and Marsde-Wilson, 1983). 예를 들면, 지방 정부의 경우 사회적 돌봄 서비스 제공에

필요한 재정을 중앙 정부로부터 일정액을 지원받지 못하는 구조였기 때문에 건강 돌봄 서비스 제공에 필요한 재정 충당에 소극적이었을 뿐만 아니라, 사회적 돌봄 서비스 제공시 서비스 수혜자에게 제공해 주는 보조금 지급을 최대한 줄이기 위해 자산 조사를 엄격하게 실시하였다.

그러나 위와 같이 구조적 수준에서 복지국가의 공·사 영역 간 책임 문제로 명확하게 설명할 수 없는 부분이 있다. 그것은 행위적 수준(agency level)의 문제로 돌봄 서비스 제공과 관련하여 의료적 모델(medical model)과 사회적 모델(social model) 간 이분법적 사고와 관련된다. 예를 들면, 영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템이 시작 될 즈음 의사들은 집중적인 질병 치료가 반드시 필요한 경우, 의료적 개입이 자주 요구되는 경우, 숙련된 간호사의 간호가 필요한 경우에 한해서 노인들에게 건강 돌봄 서비스를 제공하는 것이 현실적이라고 여겼다(Lowe, 1950). 심지어 돌봄 서비스의 사회적 모델에 관해 전반적으로 우호적인 생각을 가지고 있다고 알려진 노인병 학자들 사이에서도 건강과 사회적 돌봄 서비스를 구분하여 제공하는 것에 대해 긍정적인 시각이 지배적이었다. 그들은 이른바 단계별 환자 간호(progressive patient care) 개념에 기반 하여 건강과 사회적 돌봄 서비스를 혼합하여 제공하는 것 보다 생리적 기준에 따라 두 서비스가 단계별로 다르게 제공되어야 하므로 질병 치료를 위한 병원과 사회적 돌봄 서비스 제공을 위한 지방 정부가 분리되어 운영되는 것은 당연하다고 여겼다(Exton-Smith and Evans, 1977).

이러한 의료적 모델과 사회적 모델 간 이분법적 구분은 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 각각에 종사하는 인력들 간 직업적 배제로도 이어졌다. 다시 말해, 사회적으로 전문직이라 간주되는 의료 관련 직업에 대한 우월 의식에 기반 한 건강 돌봄 서비스 시스템 영역의 종사자들이 자신들의 뿌리 깊은 직업적 우월 의식으로써 사회적 돌봄 서비스 시스템에 종사하는 사람들을 잔여적인 존재로 여기는 것이다. 예를 들면, 영국의 의사와 간호사들은 자신들만 진찰과 치료 및 간호를 할 수 있고, 사회적 돌봄 서비스 시스템 영역의 종사자들은 자신들이 이미 회복시킨 환자를 단순하게 돌보는 사람들에 불과하다고 간주한 반면, 사회복지사들은 의사와 간호사들의 영향력으로부터 벗어나기 위해 끊임없이 투쟁하였고 대략 1970년대에 그 목적을 어느 정도 달성한 이후 자신들의 전문 영역이 의료적 모델에 함몰되지 않도록 늘 경계를 늦추지 않았다(Coxon, Clausen, and Argoud, 2005).¹³⁾

13) 건강 돌봄 서비스 영역에 종사하는 대표적 직업군인 의사들의 의료적 모델에 대한 우월 의식은 동종 직업군에 대해서도 작용할 만큼 강했다. 예를 들면, 지금은 노인병학(Geriatrics)이 의학의 한 분과로 인정을 받고 있지만, 그것이 의학의 한 분과로 자리매김 할 태동기에는

이와 같은 사회적 배제의 정치(politics of social exclusion)가 대처 정부 이전에도 전혀 없었던 것은 아니지만, 특히 대처 정부의 1980년대 이후 국가의 돌봄 정책(caring policy)이 건강 돌봄 서비스 시스템 중심으로 고착화 되면서 대처 정부 이전보다 더욱 강화되었다(Peckham and Exworthy, 2003). 이것은 작은 정부를 지향하며 시장에 대한 믿음에 근거한 대처 정부의 국정 운영 원칙의 영향을 크게 받았던 것이었다. 다시 말해, 고급 지식이라는 생산 수단을 가지고 있는 전문가 그룹을 비전문가 그룹 보다 우선시 하는 것은 전문직이 비전문직 보다 우월한 지식을 가지고 있기 때문에 결과적으로 더 나은 생산 효과를 내므로 전문직이 비전문직보다 더 중요시 되어야 한다는 자본주의의 작동 원리 중 하나인 전문직의 정치학(politics of professionalism)과 밀접히 관련된 것이다(Heraud, 1979; Macdonald, 1995).

그리고 보수당 시절 전문직의 사회적 배제 정치는 블레어 정부로도 이어졌다. 블레어 정부가 1997년 전당대회에서 “신 노동당은 1차 진료(Primary Care, 즉, 건강 돌봄 서비스 시스템)가 주도하는 방침을 유지할 것이다”(Labour Party, 1997: 3)라고 밝혔던 것처럼 기본적으로 사회적 돌봄 서비스 시스템 보다 건강 돌봄 서비스 시스템을 중시한 입장에서 두 영역의 갈등 구조 개혁을 시도했다는 점에서 보수당의 경로를 벗어나지 않은 것이었다. 예를 들면, 블레어 정부는 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템에 종사하는 사람들의 처우와 관련해서도 건강 돌봄 서비스 시스템 중심의 정책을 폈다. 즉, 2000년 보건부 백서(DoH, 2000)가 발행되기 전에 가진 공청회에서 NHS의 직원을 늘리고 월급을 인상할 것을 약속한다(Thorlby and Maybin, 2007). 실제로 블레어 정부는 건강 돌봄 서비스 시스템에 종사하는 의사, 간호사, 병원 컨설턴트는 대폭 늘렸지만, 사회적 돌봄 서비스 시스템에 종사하는 직원들은 사직하고 은퇴한 사람들을 고려하면 거의 그대로 유지시켰다(ICHSC, 2007). 또한 직원 월급의 변화를 보면, 의사는 연 평균 15,000파운드가 인상되고 주간 평균 4시간의 근로 시간이 단축되는 혜택을 누렸지만, 사회적 돌봄 서비스 시스템에 종사하는 사람들은 괄목할 만한 변화가 거의 없었다(HCHC, 2007).

노년병학이 순수 의료적 모델에 기반 해 있지 않고 노년학(gerontology)을 비롯한 사회적 모델도 고려한다는 이유로 전문직으로서 정당성을 확보하는데 상당한 어려움을 겪었었다(Armstrong, 1981; Leonard, 1976). 고도의 의료적 지식과 처치가 필요한 소위 ‘순수 의료 영역’의 경우에까지 사회적 모델을 고려하지는 것은 무리이다. 그러나 인간의 질병이 오로지 육체적인 요인에서만 기인하는 것도 아니고 질병의 치료 또한 오로지 의료적 치료만으로 완치되는 것도 아니다. 즉, 인간은 사회 속에서 타인과 관계를 맺고, 지역 사회와 소통하며, 사회적 영향으로부터 결코 자유롭지 않다. 이것은 곧 인간의 삶의 질 향상에 사회적 모델이 유의미함을 시사하며, 의료와 사회적 모델 간 협력이 필요한 근본적인 이유이다.

세계 2차 대전 이후 1948년 NHS의 시작과 함께 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템이 분리되어 시작된 이래 두 시스템 간 통합을 위해 좌·우파 내각들 모두 노력해 왔음에도 불구하고 실질적으로 성공한 정부는 없었다. 약 63년간의 두 시스템 간 갈등 통합의 역사 동안 구조적 수준에서 두 시스템의 행정과 재정 운용 통합에 대한 구체적인 내용은 시대적 상황에 따라 변화되어왔으나 행위적 수준에서 건강 돌봄 서비스 시스템을 중심으로 한 전문직의 사회적 배제 정치는 좌·우파 내각들 모두에서 일관되게 작동되어 왔다. 갈등을 넘어 통합을 이루는데 있어 구조적 수준에서 제도를 통일시키는 것도 중요하지만, 이것은 결국 행위자들의 협력이 전제되지 않으면 실질적인 통합을 이뤄낼 수 없음을 주지한다면, 영국 정부의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 통합 시도는 결국 실패를 배태한 복지정치였던 것이다. 2010년 5월 11일 총선에서 승리하여 정권을 잡은 데이비드 카메론(David Cameron)과 니콜라스 클레그(Nicholas Clegg) 중심의 연합정부(Coalition Government 혹은 Cameron I), 2015년 5월 8일 단독 정부를 구성한 카메론 중심의 보수당 정부(Cameron II)의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 통합의 복지정치는 과연 어떠한 역동성을 띄고 있는지, 그리고 그것은 성공한 복지정치인지 아니면 실패한 복지정치인지와 더불어 그것의 원인과 함의가 무엇인지 후속 연구를 통해 밝혀질 것으로 기대한다.¹⁴⁾

▣ 참고문헌

- AC(Audit Commission). 1986. "Making a Reality of Community Care: A Report by the Audit Commission." London: HMSO.
- Allen, D. 1979. *Hospital Planning: The Development of the 1962 Hospital Plan*. London: Pitman Medical.
- Allsop, J. 1995. *Health Policy and the NHS*. London: Longman.

14) 유럽 주요 국가들의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 역동성 분석은 장기적으로 한국의 관련 학계와 정책 발전에 기여할 것으로 기대된다. 정책을 둘러싼 국가 간 맥락 차이를 고려하더라도(Lasswell, 1951) 한국이 서구와 동일하게 겪고 있는 인구 고령화 문제가 매우 심각한 수준에 이르렀기 때문이다. 인구 고령화 문제를 한국 보다 먼저 겪은 유럽의 주요 국가들은 늘어나는 노인 인구조로 인해 만성 질환 치료 등에 소요되는 의료비 지출이 심각하게 증가했을 뿐만 아니라 노인의 사회적 돌봄에 필요한 공적 비용 증대 문제로 두 서비스 시스템 간 통합을 위해 노력하기 시작한 점은 앞으로 한국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 운영에 많은 정책적 함의를 줄 것으로 보인다. 그러나 이러한 논의는 본고의 논의 범위를 벗어나는 것으로 후속 연구를 통해 논의하고자 한다.

- Armstrong, D. 1981. "Pathological Life and Death: Medical Spatialisation and Geriatrics." *Social Science and Medicine* 15A: 253-257.
- Barham, P. 1992. *Closing the Asylum*. Harmondsworth: Penguin.
- Beer, SH. 1965. *British Politics in the Collectivist Age*. New York: Random House.
- Bevan, A. 1952. *In Place of Fear*. London: Heinemann.
- Blair, T. 1997. "Manuscript for Labour Party Conference(December)." London: Labour Party.
- BMA(British Medical Association). 1955. "Supplement to the British Medical Journal." Supplement 2622(23 April). *British Medical Journal*.
- Booth, TA. 1981. "Collaboration between Health and Social Services: A Case Study of Joint Care Planning." *Policy and Politics* 9(1): 23-50.
- Bosanquet, N. 1978. *A Future for Old Age*. London: Temple Smith.
- Bridgen, P., Lowe, R. 1998. *Welfare Policy under the Conservatives 1951-1964*. London: PRO Publications.
- Burk, K., Cairncross, A. 1992. *Goodbye, Great Britain: The 1976 IMF Crisis*. New Haven: Yale University Press.
- Butler, JR., Pearson, ME. 1970. *Who Goes Home?*. London: HarperCollins.
- Cabinet Office. 1945a. "National Health Service. The Future of the Hospital Services. Memorandum by the Minister of Health." C.P.(45)205, London: Cabinet Office.
- _____. 1945b. "National Health Service. The Future of the Hospital Services. Memorandum by the Lord President of the Council." C.P.(45)227, London: Cabinet Office.
- Carrier, J., Kendall, I. 1998. *Health and the National Health Service*. London: The Athlone Press.
- Clements, L., Thompson, P. 2011. *Community Care and the Law*. London: Legal Action Group.
- Coxon, K., Clausen, T., Argoud, D. 2005. "Inter-professional Working and Integrated Care Organizations." in Billings, J., Leichsenring, K. eds. *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons*, 109-141. Aldershot: Ashgate.

- DHSS(Department of Health and Social Security). 1988. "Community Care: An Agenda for Action." London: HMSO.
- _____. 1977. "Joint Care Planning: Health and Local Authorities." May, HC(77)17, LAC(77)10, London: DHSS.
- _____. 1976a. "Priorities for Health and Personal Social Services in England." London: DHSS.
- _____. 1976b. "Joint Care Planning: Health and Local Authorities." March, HC(76)18, LAC(76)6, London: DHSS.
- _____. 1973. "Health and Personal Social Services Statistics 1972." London: HMSO.
- _____. 1972a. "Department of Health and Social Security Report for 1971." London: HMSO.
- _____. 1972b. "The Report of the Hospital Advisory Service." London: DHSS.
- _____. 1971a. "Department of Health and Social Security Report for 1970." London: HMSO.
- _____. 1971b. "The Report of the Hospital Advisory Service." London: DHSS.
- _____. 1970. "Department of Health and Social Security Report for 1969." London: HMSO.
- _____. 1969a. "Department of Health and Social Security Report for 1968." London: HMSO.
- _____. 1969b. "Report of the Committee of Inquiry into Allegations of Ill-Treatment of Patients and Other Irregularities at the Ely Hospital." London: HMSO.
- _____. 1968. "Department of Health and Social Security Report for 1967." London: HMSO.
- DoH(Department of Health). 2000. "The NHS Plan." London: The Stationery Office.
- _____. 1997. "The New NHS: Modern, Dependable." London: The Stationery Office.
- _____. 1995a. "NHS Responsibilities for Meeting Continuing Health Care

- Needs.” London: Department of Health.
- _____. 1995b. “NHS Responsibilities for Meeting Continuing Health Care Needs.” Letter to the NHS and Local Authorities, London: Department of Health.
- _____. 1995c. “NHS Responsibilities for Meeting Continuing Health Care Needs.” Circular LAC95(5), London: Department of Health.
- _____. 1989. “Caring for People.” London: HMSO.
- Exton-Smith, AN., Evans, JG. 1977. *Care of the Elderly: Meeting the Challenge of Dependency*. London: Academic Press.
- Farrell, C., Robinson, J., Fletcher, P. 1999. *A New Era for Community Care? What People Want from Health, Housing and Social Services*. London: King's Fund.
- Glendinning, C., Hudson, B., Hardy, B., Young, R. 2002. “National Evaluation of Use of the Section 31 Partnership Flexibilities in the Health Act 1999.” Leeds: Nuffield Institute of Health and National Primary Care Research and Development Centre.
- Glendinning, C., Powell, M., Rummery, K. 2003. *Partnerships, New Labour and the Governance of Welfare*. Bristol: Policy Press.
- Glennerster, H., Korman, N., Marsde-Wilson, F. 1983. *Planning for Priority Groups*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Glyn, A., Harrison, J. 1980. *The British Economic Disaster*. London: Pluto Press.
- Godber, GE. 1975. *The Health Services*. London: Athlone Press.
- Goodwin, S. 1997. *Comparative Mental Health Policy: from Institutional to Community Care*. London: Sage Publications.
- Guardian. 2000. “Health and Social Care Partnerships Made Easier.” (9 November).
- Hall, P. 1976. *Reforming the Welfare: The Politics of Change in the Personal Social Services*. London: Heinemann.
- Hall, D., Bytheway, B. 1982. “The Blocked Bed: Definition of a Problem.” *Social Science and Medicine* 16(22): 1985-1991.
- Hazell, K. 1965. *Social and Medical Problems of the Elderly*. London:

- Hutchinson Medical Publication.
- HCHC(House of Commons Health Committee). 2007. "Workforce Planning." London: The Stationery Office.
- Healy, J. 2002. "The Care of Older People." *Social Policy and Administration* 36(1): 1-19.
- Heraud, B. 1979. *Sociology in the Professions*. London: Open Books.
- Hernandez-Quevedo, C., Llano, R., Mossialos, E. 2013. "Paying for Integrated Care." *Eurohealth* 19(2): 3-6.
- HMCS(Her Majesty's Civil Service). 2015. "Permanent Secretaries and Other Senior Appointments since 1900." <https://www.gov.uk/> (accessed on 25 June 2015).
- HM Government. 2010. "Building the National Care Service." London: HMSO.
- _____. 2009. "Shaping the Future of Care Together." London: HMSO.
- _____. 2008a. "Health and Social Care Act 2008." London: HMSO.
- _____. 2008b. "The Case for Change." London: HMSO.
- _____. 1999. "The Health Act 1999." London: HMSO.
- HMSO. 1990. "NHS and Community Care Act 1990." London: HMSO.
- _____. 1957. "Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency, 1954-1957: Report." London: HMSO.
- _____. 1956. "Report of the Committee of Inquiry into the Cost of the National Health Service." London: HMSO.
- ICHSC(Information Centre for Health and Social Care). 2007. "NHS Staff 1996-2006." London: Information Centre for Health and Social Care.
- Jones, K. 1972. *A History of the Mental Health Services*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Klein, R. 1989. *The Politics of the Health Service*. London: Longman.
- Labour Party. 1997. "New Labour." London: Labour Party Online Library.
- Lasswell, HD. 1951. "The Policy Orientation." in Lerner, D., Lasswell, HD.

- eds. *The Policy Sciences: Recent Developments in Scope and Method*, 3-15. California: Stanford University Press.
- Leonard, J.C. 1976. "Can Geriatrics Survive?." *British Medical Journal* 1(29 May): 1335-1336.
- Lewis, J. 2001. "Older People and the Health-Social Care Boundary in the UK: Half a Century of Hidden Policy Conflict." *Social Policy and Administration* 35(4): 343-359
- Lewis, J., Glennerster, H. 1996. *Implementing the New Community Care*. Buckingham: Open University Press.
- Lowe, C.R. 1950. "The Care of the Chronic Sick." *British Medical Journal* 23(Sep): 699-702.
- Macdonald, K.M. 1995. *The Sociology of Professions*. London: Sage.
- Means, R., Morbey, H., Smith, R. 2002. *From Community Care to Market Care?: The Development of Welfare Services for Older People*. Bristol: Policy Press.
- Means, R., Richards, S., Smith, R. 2003. *Community Care*. Basingstoke: Palgrave.
- Means, R., Smith, R. 1985. *The Development of Welfare Services for the Elderly*. London: Croom Helm.
- _____. "From Public Assistance Institutions to 'Sunshine Hotels'." *Ageing and Society* 3(2): 157-181.
- MH(Ministry of Health). 1968. "Ministry of Health Report for 1967." London: HMSO.
- _____. 1967. "Ministry of Health Report for 1966." London: HMSO.
- _____. 1966. "Ministry of Health Report for 1965." London: HMSO.
- _____. 1965. "Ministry of Health Report for 1964." London: HMSO.
- _____. 1964. "Ministry of Health Report for 1963." London: HMSO.
- _____. 1963a. "Health and Welfare: The Development of Community Care." London: HMSO.
- _____. 1963b. "Ministry of Health Report for 1962." London: HMSO.
- _____. 1962a. "A Hospital Plan for England and Wales(Cmnd 1604)." London: HMSO.

- _____. 1962b. "A Hospital Plan for Scotland(Cmnd 1602)." London: HMSO.
- _____. 1962c. "Ministry of Health Report for 1961." London: HMSO.
- _____. 1961. "Ministry of Health Report for 1960." London: HMSO.
- _____. 1959. "Mental Health Act 1959." London: HMSO.
- _____. 1957a. "Survey of Services Available to the Chronic Sick and Elderly, 1954-1955." London: HMSO.
- _____. 1957b. "Local Authority Services for the Chronic Sick and Infirm Circular 11/50." London: MH.
- _____. 1957c. "Geriatric Services and the Care of the Chronic Sick." London: MH.
- _____. 1946. "Meeting between Ministry Officials and Joint Officers of Local Authorities." MH80/48(August), London: HMSO.
- Murphy, FW. 1977. "Blocked Beds." *British Medical Journal* 1(28 May): 1395-1396.
- NA(National Archive). 2015a. "Congestion of Hospital Waiting Lists: Emergency Bed Bureaux." MH99/115, London: National Archive.
- _____. 2015b. "Central Health Services Council Minutes." 23 August 1949. London: National Archive.
- _____. 2015c. "Memorandum by NOPWC to Ministry." MH130/266(23 March 1950). London: National Archive.
- _____. 2015d. "Pater Notes on NOPWC Memorandum." MH130/266(15 November 1952). London: National Archive.
- _____. 2015e. "Memorandum by Fenton." MH130/266(9 September 1953). London: National Archive.
- _____. 2015f. "Third Meeting of the Boucher Committee." MH130/266(2 November 1953). London: National Archive.
- _____. 2015g. "Sixth Meeting of the Boucher Committee." MH130/266(15 February 1954). London: National Archive.
- _____. 2015h. "Meeting between Ministry Officials and the CCA." MH99/163(22 September 1960). London: National Archive.
- _____. 2015i. "Power to Butler." MH134/40(20 December 1960). London: National Archive.

- _____. 2015j. "Executive Councils Association Letter to Ministry." MH99/162(16 October 1962), London: National Archive.
- _____. 2015k. "Association of Metropolitan Councils Letter to Ministry." MH131/41(9 January 1962). London: National Archive.
- _____. 2015l. "Note by Halliday on a Letter from Yate to Paget." MH130/303(22 November 1962). London: National Archive.
- _____. 2015m. "Meeting between RHB(Regional Hospital Board) Chairs and Powell." MH134/40(January 1961). London: National Archive.
- _____. 2015n. "CCA(Community Councils Association) to Dodds." MH134/41(21 December 1961). London: National Archive.
- _____. 2015o. "Clarke to Fraser, 'Hospital Building'." MH137/41(29 November 1960). London: National Archive.
- _____. 2015p. "Fraser to Powell." MH134/40(12 April 1961). London: National Archive.
- O'Hara, G. 2002. *British Economic and Social Planning 1959-1970*. PhD Thesis. London: University College of London.
- Paige, D., Jones, K. 1966. *Health and Welfare Services in Britain in 1975*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Payne, M. 2000. *Teamwork in Multiprofessional Care*. Basingstoke: Macmillan.
- Peckham, S., Exworthy, M. 2003. *Primary Care in the UK*. Basingstoke: Palgrave.
- Player, S., Pollock, AM. 2001. "Long-term Care." *Critical Social Policy* 21(2): 231-255.
- Pollock, AM., Leys, C., Price, D., Rowland, D., Gnani, S. 2004. *NHS Plc*. London: Verso.
- RCLC(Royal Commission on Long-term Care). 1999. "With Respect to Old Age." London: The Stationery Office.
- Richards, M. 1996. *Community Care for Older People: Rights, Remedies and Finances*. Bristol: Jordans.
- Rivett, G. 1998. *From Cradle to Grave*. London: Kings Fund.
- Rummery, K., Glendinning, C. 2000. *Primary Care and Social Services*.

- London: Radcliffe Publishing.
- SO(Scottish Office). 1997. "Designed to Care: Renewing the National Health Service in Scotland." London: The Stationery Office.
- _____. 1972. "Scottish Health Statistics 1970." Edinburgh: HMSO.
- SSI(Social Services Inspectorate). 1996. "Caring for People at Home." London: Department of Health.
- Sumner, G., Smith, R. 1969. *Planning Local Authority Services for the Elderly People*. London: Allen and Unwin.
- Thomas-Symonds, N. 2015. *Nye: The Political Life of Aneurin Bevan*. London: I.B.Tauris & Co. Ltd.
- Thorlby, R., Maybin, J. 2007. "Health and Ten Years of Labour Government." London: King's Fund.
- Titmuss, RM. 1968. *Commitment to Welfare*. London: Allen and Unwin.
- Townsend, P. 1962. *The Last Refuge: A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged in England and Wales*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Twigg, J. 1997. "Deconstructing the 'Social Bath': Help with Bathing at Home for Older and Disabled People." *Journal of Social Policy* 26(2): 211-232.
- Webb, A., Wistow, G. 1987. *Social Work, Social Care and Social Planning*. London: Longman.
- Webster, C. 1996. *The Health Services since The War(Vol 2)*. London: HMSO.
- _____. 1988. *The Health Services Since The War(Vol 1)*. London: HMSO.
- WO(Welsh Office). 1998. "NHS Wales: Putting Patients First." London: The Stationery Office.
- Wright, K. 1998. "The NHS White Papers." House of Commons Research Paper 98/15, London: House of Commons Library.

[부록] 영국의 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 간 역동성에 작용한 주요 요인 요약

시기	핵심 정책 이슈	주요 요인
대처 정부 이전	응급병상국과 전국노인복지협의회	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: 비효율적 행정 유발 ▶ 경제적 요인: 중앙 정부에 대한 재정적 부담
	보우처 보고서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: NHS 병원과 지방 정부 간 책임 분담 문제 ▶ 경제적 요인: 보건부의 NHS 운영 비용 부담 ■ 행위적 수준 ▶ NHS에 종사하는 인력과 보건부 정책 결정자들 간 유대 관계
	병원 계획 보고서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구조적 수준 ▶ 경제적 요인: NHS 운영비 축소/확대 논쟁 ■ 행위적 수준 ▶ 보건부의 인력 개혁 문제
	건강과 복지 보고서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: 지방 정부의 역할 증대와 지방 정부에 대한 보건부의 영향력 약화 ▶ 경제적 요인: 지역 사회 돌봄 서비스 시설 개선을 위한 재정 지원 문제
	병원 자문 서비스 보고서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구조적 수준 ▶ 경제적 요인: 노인 병상 설치에 필요한 재정 문제 ■ 행위적 수준 ▶ 의료 분야 종사자들의 직업적 우월의식
	통합 돌봄 기획 보고서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: 지방 정부가 NHS 추가 재정 사용을 할 수 있는 영역의 불투명한 지정 ▶ 경제적 요인: 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템의 통합 재정 운용을 위한 정부 재정 지원 문제
대처 정부 이후	감사원의 지역사회 돌봄 서비스 보고서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: 지방 정부와 NHS 병원 간 불분명한 책임 설정 ▶ 경제적 요인: 통합 재정 운용 문제
	그리피스 보고서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: 지방 정부와 NHS 병원 간 책임 문제 ■ 행위적 수준 ▶ 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 각각의 종사자들 간 협력 문제
	NHS와 지역사회 돌봄 법	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: NHS에 대한 중앙 정부의 책임 축소와 사회적 돌봄 서비스에 대한 지방 정부의 책임 증가 문제
	지속적인 건강 돌봄 욕구 충족을 위한 NHS 책임에 관한 보고서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: 불균형 문제(사회적 돌봄 서비스 시스템 보다 건강 돌봄 서비스 시스템을 더 중시) ▶ 경제적 요인: 사회적 돌봄 서비스 시스템의 재정난

<p>현대화되고 의존할 수 있는 새로운 NHS 개혁을 위한 보고서</p>	<p>■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: NHS Trusts의 책임 분담 문제, NHS 현대화 문제 ▶ 경제적 요인: 지역사회 돌봄 서비스 재정 문제, NHS 경영 비용 문제</p>
<p>보건법과 NHS 계획</p>	<p>■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템 각각이 각각의 예산에 대한 행정적 통제력 상실 문제, 건강 돌봄 서비스 시스템 중심의 협력 의무 부과 문제 ▶ 경제적 요인: 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템의 예산 통합 윤용 문제</p>
<p>영국형 통합 복지 시스템</p>	<p>■ 구조적 수준 ▶ 행정적 요인: 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템의 분리 운영으로 인한 행정 비용 급증 문제, PCTs와 지방 정부 간 협력 의무, NCS 평가 체제 일원화 문제 ▶ 경제적 요인: 노인을 위한 사회적 돌봄 서비스 시스템의 비용 급증 문제, 건강과 사회적 돌봄 서비스 시스템의 예산 통합 윤용 문제, 자원 조달 방식 문제</p>