



영국의 복지제도 동향

이영찬 / 보건복지부 서기관

지난 1995년 5월 18년간의 보수당 정권이 막을 내리고 새로이 정권을 담당한 노동당은 사회보장개혁방안으로 1998년 3월에 ‘우리 국가를 위한 새로운 야망 - 복지를 위한 새로운 계약(New Ambitions for Our Country: A New Contract for Welfare)’ 논문(백서발표 이전에 의견 수렴 및 토론용 정부정책안)을 발표하였고, 1997년 11월에 ‘새로운 국가보건서비스(The New NHS)’ 백서(입법 전 단계로 정부 의도를 담은 안)를 발표하였다. 사회서비스 개선방안은 1998년 하반기에 백서로 발표될 예정이다. 여기에서는 노동당의 복지 개선방안을 토대로 영국의 복지정책의 동향에 대하여 소득보장, 국가보건서비스, 개인사회서비스 순으로 살펴보고자 한다. 다만 영국제도에 익숙하지 않은 분을 위하여 역사적 발전과정을 먼저 소개하고자 한다.

1. 소득보장

가. 발전과정

영국 사회보장의 기원중 가장 중요한 것은 약 400년전인 1598년 및 1601년 엘리자베스 시대의 구빈법이다. 지방의 구빈구(Parish)들은 빈곤구제를 위하여 지방세를 징수하였는데, 주로 근로를 할 수 없는 자가 구제 대상이었으며, 근로 가능한 자는 근로원(Workhouse)에 입소할 경우에 구제를 받을 수 있었다. 이를 수급하는 것은 권리가 아니었다. 1795년경에는 급격한 인플레이션으로 저소득 근로자를 보호하기 위하여 그의 임금에 가족규모 및 생활수준을 고려하여 급여를 보충하여 주는 스피햄랜드(Speenhamland)제도가 생겼고, 1834년에는 구빈법개혁법

본고는 현재 런던 National Institute for Social Work에 나가 있는 보건복지부 이영찬 서기관께서 최근 영국의 복지정책이 노동당의 집권으로 새로운 계획이 나오고 있음을 감안하여 보내온 자료입니다.

이 만들어져 구호수준을 가난한 노동자보다 열등하게 지급하여 근로하는 분위기를 자극하려고 노력하였다. 국가구호가 없는 상황에서 근로자들은 우애조합(Friendly Society)을 구성하여 질병 및 소득상실에 대처해 나갔는데 그 규모가 1815년에 약 백만명에서 1892년에 거의 전 근로자 규모인 7백만명 규모로 성장하였다. 자선도 활발하여 런던시의 자선기금이 공식적인 빈민구호 예산을 초과할 정도였다. 그러나 1880년대의 불경기는 이같은 자조 분위기를 와해시켰으며, 노인의 빈곤은 사회문제로 점차 부각되었다. 그 결과 1909년부터 자유당 정부는 70세 이상의 노인에 대하여 자산조사(처음에는 성품조사도 병행)를 거쳐 무기여연금을 지급하였고, 1911년에는 독일의 비스마르크 제도에 자극받아 로이드 조지 수상은 국민보험법을 제정하여 질병과 실업에 대한 보험제도를 도입하였다. 균일 기여금을 납부하고 우애조합이 이를 운영하였으며 1925년에는 과부, 고아 및 65세 이상 노인에 대한 기여연금제도로 확대되었다. 그러나 1920년대 경제불황으로 국민보험법의 기여금 징수로는 대처하기 어렵게 되자 1934년에 실업지원법을 만들어 실업후 6월간은 실업급여를 지급하고, 그 후에는 자산조사급여를 지급하였다. 이 때 처음으로 중앙정부가 구호책임을 담당하게 된 것이다.

1942년에 발표된 비버리지 보고서는 당시까지 운영된 사회보험제도를 하나의 일관성 있는 체계로 정비한 것이다. 균일기여 및 균일급여로 전체 인구를 포괄하며, 노령·과부·실업·질병뿐 아니라 출생·사망까지도 포괄하여 전반적으로 보험가능한 대상을 모두 포함시켰다. 보험제도와 병행하여 안전판으로 국가부조제도(우리의 생활보호제도)를 신설하였다. 즉, 완전고용정책, 세금으로 충당되는 국가보건서비스 및 둘째 이하의 자녀를 대상으로 지급하는 가족수당제도를 기반으로 한 후, 가정이 가정 밖에서 돈을 벌고 전업 주부가 가정을 돌보되 한 곳의 직장에서 장기 근로하는 가정을 모델로, 대처 가능한 사회적 위험에 대비하여 사회보험제도를 만들고 안전판으로 국가부조제도를 만들었다.

1961년 유럽국가의 소득비례연금제도의 채택과, 부족한 연금재원을 보충할 겸 누진보험(Graduated Insurance) 기여금제도를 도입하여 이를 납부하면 기초연금 외에 추가연금을 지급토록 하였다. 1967년에 1200만명이 이를 납부하였다. 이 당시 기업들은 직장연금제도를 도입하고 있어서 고소득직장에 있는 근로자는 거의 가입하고 있었다. 이는 향후 영국이 직장연금이 있는 부유한 노인과 국가의 기초연금만 받는 가난한 노인의 두 유형을 갖게 됨을 의미하였다. 이에 대한 대책으로 1975년에 국가에서 실시하는 소득비례연금제도를 도입하여 모든 국민, 특히 직장연금이 없는 저소득층이 기초연금에 비례연금을 추가로 받을 수 있도록 하였다. 그러나 개인의 선택에 따라서는 직장연금을 선택하고, 국가소득비례연금에 가입

하지 않을 수도 있었다. 퇴직연령은 1995년에 남성과 여성 모두 65세로 통일하고, 2010년에서 2020년 사이에 단계적으로 연장기로 하였다.

비버리지는 선천적 장애인과 장기질병 환자를 위한 제도를 별도로 구상하지 않았으나 1970년대에 이들이 자산조사 급여에의 의존율이 심화되자 장애로 인하여 생활에 필요한 소득을 얻을 수 없는 경우와 장애와 질병으로 인하여 소요되는 추가비용을 보상하기 위한 새로운 급여제도를 도입하였다. 소득대체를 위하여 무기여 장애연금도 도입되고 이것이 중증장애수당으로 개선되었으며, 추가소요비용을 충당하기 위하여 교통비 용도의 운동(Mobility)수당 및 간호비 용도의 보호수당이 신설되었다. 1990년대에는 중증장애수당은 장애근로수당으로, 운동수당 및 보호수당은 장애생활수당으로 바뀌어 장애인의 근로를 지원하고, 추가비용 지급대상자를 확대하였다. 또한 국민보험 기여금 납부실적이 있는 근로자가 26주 이상 장기적으로 질병을 앓는 경우 단기질병급여보다 25% 더 높은 급여를 지급하였고, 고령자일 경우 부가금이 추가로 지급되었다. 이러한 발전은 수급자 증가 및 비용 상승을 가져와 1990년과 1994년의 급여개혁시 일부 삭감되었다. 또한 단기질병에 대하여는 국민보험기여금 납부자는 고용주로부터 급여를 받고 고용주가 나중에 국가와 정산하여 행정비용을 절감토록 하였으며, 이를 받을 수 없는 경우 국가질병급여를 청구할 수 있도록 하였다. 분만급여도 동일한 방식으로 지급하였다.

비버리지는 부양아동을 가진 가족을 지원하기 위하여 둘째 이하의 아동에 대한 가족수당제도를 만들었다. 그리고 세법상 근로소득공제가 있었으나 이는 소득이 있을 경우에만 공제가 가능하므로 빈곤한 가정보다 부유한 가정에 혜택을 더 주는 결과를 가져왔다. 이 문제를 해결하기 위하여 두 제도를 폐지하고 현재의 아동수당제도를 아동의 어머니에게 주는 것으로 개선하였다. 그러나 이같은 보편적 급여로 1980년대의 가정파탄 및 편모의 급격한 증가는 부양아동이 있는 가족의 빈곤을 아동수당으로 해결할 수 없도록 하였기 때문에 자산조사수당인 가족소득보충제도를 신설하였으나, 근로의욕을 저해하는 빈곤의 함정효과(Poverty Trap)가 심하여 다시 가족면제급여(Family Credit)로 바꾸었다.

자산조사급여는 기본급여를 주는 국가부조제도로 출발하여 1966년에 추가비용을 지급할 수 있는 보충급여(Supplementary Benefit)로 발전되고, 재량에 의한 추가급여가 무분별하게 증가하자 이를 축소하기 위하여 소득보조(Income Support)로 바꾸어 추가급여는 일회성 지급금이나 대여금으로 지급토록 하였다.

1988년에는 직장을 적극적으로 찾을 의무가 있는 사람에 대하여는 실업수당 또는 소득보조를 지급하는 대신에 별도의 구직자수당(Jobseeker's Allowance)을

지급하여 직업을 찾도록 적극 유인하고 있다. 또, 이들 저소득자의 주택비용은 지방정부가 지방세를 재원으로 주택급여(Housing Benefit)를 지급하고 있다.

나. 문제점

오늘날 영국의 제도는 비버리지의 구상을 바탕으로 하고 있으나 발전과정에서 보듯이 지난 50년간 시대상황에 따라 비버리지가 의도하지 않은 많은 제도들이 생겨났다. 그러나 이 제도들은 일관성 있는 체계를 갖추지 못하였으며, 또한 비버리지가 그의 구상을 작성할 당시에 비하여 시대상황도 엄청나게 달라졌다.

첫째, 지난 50년간 사회보장비는 실질가치로 보면 8배나 증가하였다. 1949년에 120억 파운드(1996/1997년 가격)에서 1999년에는 천억 파운드가 될 것으로 예상된다. 1978년 이후 연간 4% 이상 증가하여 정부지출중 가장 빠른 속도로 증가하고 있다. 이같은 증가에도 불구하고 사회는 점차 양극화되어 두 개의 영국이 생겨나고 있다. 노인들은 영국에서 가장 가난한 계층은 아니나 직장연금, 국가기초연금 및 저축으로 노후를 부유하게 지내는 노인과 국가기초연금 또는 소득보조에만 의존하는 노인으로 양극화되어 가고 있다. 직업이 없는 가장의 비율이 1979년에 10명 중 한 명이 안되었는데 이제는 거의 5명 중 1명으로 증가하였다. 그 결과 약 300만명의 부양아동은 빈곤속에서 생활하고 있다. 이같은 양극화는 보수당의 18년간의 집권동안 크게 증가되었다. 보수당은 소위 영국병의 치유를 위하여 신자유주의(New Right)이념을 기반으로 시장경제를 최우선하여 소득세 및 법인세 등 직접세는 인하하고 간접세 인상을 통하여 이를 보충하며, 각종 급여를 삭감하여 국가의 기능은 최소화하는 방향으로 정책을 이끌어 왔다. 그 결과 부의 불평등은 계속 악화되어 왔다.

둘째로 급여제도에 있어서 부작용이라 할 수 있는 문제점이 누적되어 왔다. 빈곤한 가족을 지원하는 가족소득보충제도(현재 가족면제급여제도), 장애근로수당, 소득보조 등 자산조사급여에서 근로 의욕을 저하하는 효과가 나타났다. 즉, 자산조사수당은 자산조사를 거쳐 일정 이하의 소득자만을 지원하는 제도이므로, 이 경계선에서 한 푼이라도 더 벌면 자산조사급여가 없어지고, 근로로 획득한 소득이 경계선 이하라면 소득에 따라 급여가 감액되는데 심지어 1파운드의 수입을 올리면 70펜스 급여에서 삭감되는 수급자가 약 74만명이며, 13만명의 가구는 1파운드를 더 벌면 단지 10펜스의 이익이 있는 것으로 추정되었다. 더구나 소득보조를 수급하는 경우 국가보건서비스·교육 및 지방세 급여에서 자동적으로 수급하는 급여가 많은데, 이 모두를 상실하게 된다. 부부 근로자 중 한명이 실직할 경우 다른 한 명이 계속 직업을 가지는 경우보다는 모두 그만두는 경우

가 급여 수급에 더 유리한 경우도 있다. 장애인의 경우 급여에 의지해 실업률이 일반인의 2배가 된다는 주장도 있다. 편모의 경우 취업률은 약 32%로 과부나 이혼여성의 52%, 부양아동이 있는 기혼여성의 66%에 훨씬 미치지 못한다. 또한 부당청구로 인하여 연간 40억파운드가 낭비되고 있으며, 국민들 4명중 한 명이 이같은 부당청구를 하는 사람을 안다고 할 정도이다.

셋째는 시대의 변화이다. 비버리지는 한 명의 가장이 평생직장을 가진 경우를 상상하였으나, 평생직장의 개념은 사라진지 오래이며, 시간제 근로자를 보호할 수 있도록 사회보장제도가 바뀌어야 할 때가 되었다. 또한 일의 성격 자체가 변하여 육체노동보다는 서비스 업종이 증가하고 자격이나 기술을 갖춘 전문성 있는 근로자가 요구된다. 여성의 취업비율은 1973년에 59%에서 1995년에 67%로 증가하였다. 여성 퇴직연령의 연장은 여성의 취업률을 더욱 높일 것이다. 여성의 취업은 인구성장이 정체된 이후 노령화되어 가는 영국의 부족한 노동력을 메우는 유일한 방안이므로 이를 더욱 장려해 나갈 것이다. 가족의 파탄은 더욱 심하다. 이혼율이 유럽에서 두 번째이고, 10대의 임신율이 유럽에서 최고다. 편부모 가족비율이 1971년 8%에서 1995년에 22%로 25년동안 3배나 증가하였다. 노령인구의 증가는 1953년에 4.6명의 근로자들이 한 명의 연금수급자를 부양한 반면 오늘날은 3.4명, 2040년에는 2.4명으로 감소할 것으로 추정되고 있다.

이같은 문제점에 대하여 정부가 비버리지 이후 가장 근본적인 개혁이라 자평하는 개혁의 방향을 제시한 것이 이번에 발표된 녹서이다.

다. 개혁방향

정부는 2020년을 목표로 개혁을 추진하면서 8가지 원칙을 제시하고 있다. 첫째, 복지국가는 근로할 수 있는 사람이 근로할 수 있도록 지원해야 한다. 둘째, 국가와 민간분야는 가능한 한 퇴직 및 각종 위험에 대한 사회보장에 있어서 협력관계를 이루어야 한다. 셋째, 새로운 복지국가는 현금급여뿐 아니라 높은 수준의 지역사회를 위한 서비스를 제공해야 한다. 넷째, 장애를 가진 사람도 품위 있게 생활하는 데 필요한 지원을 받아야 한다. 다섯째, 복지체계는 아동을 지원하고, 아동빈곤의 어려움을 퇴치하여야 한다. 여섯째, 사회적 소외를 퇴치하고, 빈곤한 사람들을 지원하는 구체적 조치를 취해야 한다. 일곱째, 복지체계는 투명성과 정직성을 가져야 하며, 급여수급 방법은 명확하고 법적으로 강제될 수 있어야 한다. 여덟째, 현대적 복지전달체계는 신속적이고 효율적이며 사람들이 쉽게 이용 가능해야 한다. 이들 원칙 하에 향후 10~20년간 진행될 개혁방안을 제시하였다. 이번 개혁의 핵심은 직장을 갖게 하여 급여수급에서 떨어져 나가도

록 제반 사항을 지원하는 것이다.

첫 번째는 근로하도록 제반장치를 마련하는 것으로, 직접 일자리를 제공해 주는 방안에서부터 일자리를 찾도록 지원하는 방안, 그리고 일자리를 갖는데 장애가 있으면 이를 제거하는 방안이 제시되었다. 18~24세의 젊은이들에게 4가지의 기회(주당 60파운드까지 직업보조금을 받는 고용주가 이들을 고용, 전임 교육 또는 훈련, 자원단체 근무, 환경정비업무단의 근무)를 제공하며, 정부안을 받아들이지 않으면 급여를 계속 받을 수 없도록 하는 제재방안도 포함되어 있다. 이는 1998년 4월부터 전국적으로 실시된다. 6개월동안 구직자수당을 받은 모든 사람들이 그 대상이 되며, 적절한 기술이 있는 젊은이는 정부가 보조를 해주지 않아도 되는 직업을 갖게 지원하고, 일부 기술이 있는 젊은이는 상담과 지도 및 훈련수요 평가, 시험적 고용의 기회를 통하여 구직을 지원한다. 또한 2년 이상 장기실업 중인 25세 이상인 자를 대상으로 1998년 6월부터 고용주에게 주당 75파운드의 장려금을 주고 이들을 고용토록 하는 방안을 실시하며, 전임교육이나 훈련을 받을 수 있도록 급여규정을 개정한다. 이미 보수당정부가 실업수당을 대체하여 도입한 구직자수당은 실업시부터 2년째까지 직업획득을 위한 체계적 지원조치를 규정하고 있는데 이를 한층 강화하는 조치가 이번 개혁안에 포함되었다. 편부모, 특히 아동 때문에 직업을 갖지 못하는 편모의 경우 이전에 보수당 정부는 급여지급 향상이나 가족면제급여와 같은 새로운 자산조사급여를 도입하여 문제를 해결하려 하였으나, 노동당은 이들도 직업을 가져야 한다는 원칙아래 아동을 탁아소 등에 맡길 수 있도록 한 명의 아동이 있는 경우 주당 100파운드, 두 명인 경우 150파운드의 한도내에서 아동양육비의 약 70%를 받는 아동보호세금공제(Childcare Tax Credit)를 신설하였다. 이는 1998년 회계연도에 반영되어 실시중이다. 또한 아동보호시설도 확대한다. 이 결과 주당 200파운드 소득이 있는 두 아동의 가정은 급여에 의존하는 것보다 23파운드의 소득을 더 획득할 수 있을 것으로 추정된다. 또한 저소득 근로가정이 받는 가족면제급여는 1999년부터 근로가족세금공제제도(Working Families Tax Credit)로 대체되어 이전의 가족면제급여가 일정 기준소득 이상인 경우 그 금액의 70%를 흡수해 가던 것을 55%로 낮춘다. 이는 급여를 유지하면서도 더 많은 근로소득을 획득할 수 있게 하므로 근로를 장려하게 될 것이다. 또 이는 약 40만명(1998년도)의 가난한 근로자 가정이 주당 180파운드의 소득을 보장받게 해 주도록 설계되었고, 별도의 급여로서 지급되는 것이 아니라 근로소득 세금계산시 급여되도록 되어 있어 급여제도의 문제점인 낙인(Stigma)을 피할 수 있고, 영국 역사상 처음으로 사회보장급여와 세금이 합작된 제도가 발생하게 되었다. 이와는 별도로 고용주에게는 사회보장기여금을 일부 면제하고, 기여금

납부를 한 달에 4번 내던 것을 한 번으로 하는 등 부담감소 방안을 마련하는 등 지원을 통하여 고용을 장려하며, 1999년 4월부터 사회보장부의 산하기관인 기여금징수청을 재무부로 이관하여 세금과 국민보험금의 연계를 강화한다.

두 번째는 국가와 기업의 협력으로 사회보장제도를 강화하는 방안이다. 현재 근로자의 3/4은 사적연금을 가지고 있으며, 이중 직장연금은 1953년에 450만명에서 현재 1100만명이 가입중이며, 개인연금 가입자도 10년전에 비하여 4배가 증가하였다. 그러나 직장연금이나 개인연금이 저임금 근로자나 직장을 자주 바꾸는 사람에게는 불리하고, 전문직 직장은 높은 수준의 직장연금을 지급하나 그렇지 못한 곳은 급여수준이 낮아 노후에 대비하여 충분하지 못한 경향이 많다. 따라서 국가는 국가기초연금 및 자산조사 급여가 노후생활을 품위있게 할 수 있도록 지원하는 것과 함께, 사적연금 분야의 개선사항으로 운영비용이 저렴한 새로운 수탁연금제도(Stakeholder Pension Scheme)를 도입하며, 사적연금의 부실한 운영을 규제할 기관을 신설해 나갈 계획이다. 그리고 사적연금의 수준이 낮은 점을 개선하기 위하여 가입대상을 더욱 확대하고, 국민보험기여금으로부터 직장연금 등으로 전입되는 기여금을 높이는 방안 등을 고려할 계획이다.

장애인에 대한 지원은 장애인의 시민적 권리를 보장해 나가기 위하여 장애인리업무단, 장애인리위원회를 설치하여 운영하며, 장애차별방지법을 통하여 고용주의 차별을 없애며, 일상생활에 실질적 도움을 주도록 운영해 나간다. 근로에 장애가 되는 부분을 폐지하기 위하여 장애근로수당을 1999년 10월부터 장애세금공제로 바꾸어 직업을 통하여 급여를 받아도 일정기간 동안 급여 수급권을 상실하지 않도록 하고, 일정 이하의 소득도 급여 수급권을 상실하지 않도록 할 계획이다. 장애인이 일상생활에서 추가적으로 소요되는 비용을 보상하는 급여제도인 장애생활수당도 수급률을 높이고, 급여수급 적격자를 구별하는 장애판정방법도 개선할 계획이다. 폐질급여(Incapacity Benefit)는 실업자들이 질병을 핑계로 급여를 받는 통로가 되었고 정부에게는 실업자 규모를 줄이는 통로였다(영국의 실업자는 실업수당(구직자수당)을 받는 사람의 규모로 측정하고 있으며, 보수당정부시절 대량실업으로 정부는 항상 곤경에 처하고 있었다). 그 결과로 보수당이 집권한 1979년보다 3배나 많은 수급자가 생기게 되어 사회보장예산의 1/10을 차지한다. 이를 직장에의 복귀를 지원하는 방향으로 바꾸어 나갈 예정이다.

기타 평생교육 및 훈련을 통하여 영국의 교육수준 전반은 물론, 직업 기술을 향상시킬 수 있는 방안이 포함되었으며, 주택분야에서는 470만명이 주택급여를 청구하고 있으나, 주택급여의 산정과 관리가 어려운 점을 악용, 연간 10억원의 부당청구가 있는 것으로 추정되고 있어 이를 시정할 계획이다. 또한 사회에서 소외

된 이들 즉, 퇴학아동, 길거리에 떠도는 사람들, 범죄·마약·실업과 지역파탄 등으로 점철된 지역에 대한 대책도 강구할 것을 계획하고 있다. 마지막으로 급여사기에 대한 신속한 탐지·예방 및 효과적 억제방안을 강구할 예정이다.

이상의 개혁을 위하여 국가는 일자리를 발견하는데 필요한 지원을 제공하고, 근로를 통한 임금을 받게 하며, 일할 수 없는 사람은 품위와 안정이 보장된 생활을 할 수 있도록 지원하며, 아동의 양육비는 지원하고, 개인연금과 보험상품은 안정되도록 규제를 효율적으로 해 나가며, 노령의 빈곤을 면하게 하고, 제도를 더욱 투명화하고 공개적 제도로 바꿀 의무를 가진다. 또한 개인은 가능한 한 일자리를 찾거나 직업훈련을 받도록 하고, 독립적으로 생활할 수 있는 기회를 잡아야 하며, 아동이나 가족에게 지원이나 재원적 지원을 해야 하고, 노령에 대비한 저축을 해야 하며, 급여 사기를 하지 않을 의무를 가진다.

라. 간단한 평가

이번에 발표된 정부안은 모든 국민이 직장을 가질 수 있도록 지원하고, 직업을 갖는 데 장애가 되는 것으로 밝혀진 모든 자산조사 급여의 뒤뜰어진 효과(Perverse Effect)를 완화하거나 없애는데 목적을 두고 있어 그 의의를 평가할 수 있다. 그러나 이미 문제점에서 지적한 ‘하나의 영국에 두 개의 국민’이 생기는 현상 즉, 영국을 부자나 빈민으로 가르는 불평등의 심화를 단지 모두가 직업을 가지고 근로를 함으로써 평등한 사회로 이전될 수 있다고 생각하는 것은 아닌지 의문이 든다. 노동당은 전통적으로 사회민주주의에 기반을 두고 보다 평등한 사회의 구성을 위하여 복지정책을 추진하여 왔으나 이번 개혁방안에는 이같은 보다 평등한 사회를 이룩하기 위한 즉, 재분배에 대한 사회적이고 집단적(Collective)인 원대한 계획과 비전이 없이 단지 개인에게 직업을 가질 수 있게 모든 수단을 총동원하고 있어 노동당의 기존 전통적 이념과의 단절을 느낄 수 있다. 이는 새로운 변신을 주장하는 노동당이 보수당적 이념을 수용하고 모방하려 하는 것이 아닌가 하는 의문과 정권을 유지하기 위하여는 빈곤층보다는 중산층 이상 부유한 사람들의 비위를 거스르기 어렵다는 점을 고려한 결과가 아닌가 생각된다. 녹서는 의견을 수렴하기 위한 기초안이다. 이제는 영국 국민들의 의견을 들을 차례이다.

2. 국가보건서비스의 개혁

가. 보건서비스의 발달

영국의 복지제도중 세계의 가장 부러움을 받는 제도가 국가보건서비스제도가

다. 비버리지는 보건서비스가 근로자들의 질병을 조기에 치료하여 생산현장으로 돌아가도록 지원해야 하므로 세금으로 충당되는 국가운영제도가 되어야 한다고 건의하였다. 1948년 이전에 영국은 약 1,700개의 지방정부 소속병원과 1,000개의 자선병원들이 적자에 허덕이고 있었다. 전후의 보건부 장관 베번은 이들 병원을 국유화하여 보건부 산하 보건청소속으로, 일반의들은 독립계약자로 보건부 장관과 협약하여 보건서비스를 제공하되 별도 조직인 집행협의회 소속으로, 기타 지역보건서비스는 지방정부로 3원화하였다. 보건서비스는 전달시 무료인 것이 원칙이나, 1950년 4월에 처음으로 보철 및 안경에 대하여 수수료를 부과하였다. 그리고 전후에 병원신축이 되지 않았음을 감안하여 1962년 1월부터 10년간 500백만 파운드 90개의 종합병원을 신축하고, 134개를 재정비하며, 356개를 기능 향상시키는 병원현대화 계획인 ‘병원계획(Hospital Plan)’을 추진하였다. 1974년에는 보건부의 지방조직인 3층체계의 보건청 조직중 하나의 층을 없애 행정의 번잡성을 줄이도록 개편하였고, 1975년에는 지역간 의료에 대한 접근의 형평성과 의료지출비용이 커다란 차이가 나는 문제를 개선하기 위해 인구의 성별과 연령에 따라 재원을 배분하는 자원배분실무단의 공식을 개발·적용하기 시작하였다. 그리고 당시 2층체계의 지역 및 구역 보건청의 운영방식은 합의에 의한 관리방식이라 책임을 서로 미루고 신속한 결정을 하기 어려워 책임과 예산을 관리자에게 주고 능률성을 극대화하는 방식이 1984년에 도입되었다. 보수당은 의사등 전문직들도 사업세계에서 볼 수 있는 유형의 책임과 통제의 대상이어야 한다는 사고를 가지고 있었는데 이러한 관리철학의 방식들이 1980년대에 보건서비스 부분에서도 점차 등장하고 있었다. 예를 들어 장관의 명령(decree)에 의한 예산의 일부가 절감되었고, 1982년부터 평가제도가 시작되어 국가보건서비스의 운영을 평가토록 하였으며, 막스 앤 스펜서 슈퍼체인 레이너 회장이 작업반을 구성해 예산효율 증진방안을 검토하기도 하였고, 1983년 1월부터 보건인력에 대한 중앙의 통제가 시작되었고, 실적지표(Performance Indicators)가 1983년 9월부터 보건서비스 지표로 시작되어 약 70개 항목의 임상업무·재정·인력·지원서비스·자산관리 등을 점검하였다. 또한 의무경쟁입찰을 도입하여 1993년 9월부터 세탁·쓰레기 수거·보호자 식사제공 등 특정한 보조 서비스는 반드시 경쟁입찰을 통하여 구입토록 하였다. 마지막으로 병원의 잉여재산은 강제적으로 처분토록 하였다.

그리고 일반의에 대한 통제를 강화하면서 환자선호 제고와 서비스 증진을 위하여 1990년 4월에 새로운 일반의 계약(GP Contract)을 실시하였다. 1차 보건보호의 강조와 취약계층에 대한 책무를 강조하고, 이의 실적을 충실히 달성한 일반의에게 유인책을 공급하였으며, 일반의 및 해당 보건청이 보다 비용에 대한 인식을

가지도록 하기 위하여 처방전 발행량 점검, 동료의사에 의한 의료 감사, 보다 면밀한 실적 점검을 하도록 조치하였다. 1988년 8월에는 처방전 분석 및 비용체계 보고서가 3개월마다 모든 일반의와 보건청에 회람되었다. 1990년의 새로운 일반의 계약제에서는 개인들이 일반의 선택에 더 많은 자유를 갖게 되고, 이를 돕기 위하여 일반의는 자기가 제공할 수 있는 서비스를 설명하는 홍보자료를 만들어 낼 수 있도록 하였다.

그러나 국가보건서비스 창설이후 가장 근본적 개혁은 1985년에 발표된 스탠포드 대학의 인쇼빈교수가 국가보건서비스를 진단한 결과 권고한 내부시장(Internal Market)을 창설하는 안이었다. 이는 미국의 보건유지조직이나 재단을 모방한 것으로 1990년 국가보건서비스 및 지역보건법에 의하여 도입되었다. 과거의 국가보건서비스는 관료적·계층적으로 편성된 보건청 밑에 병원이 위치하여 1차 보건을 담당하고 있는 가정의로부터 이송된 환자나 응급환자를 진료하고 있었으며, 가정의는 인두제 방식으로, 병원은 예산을 보건청으로부터 받아 사용하고 있었다. 그러나 내부시장이 도입된 이후 국가보건서비스 시장에는 3가지 유형의 구입자 즉, 보건청, 기금보유 가정의, 유료인 사적 환자가 있고, 3가지 형태의 공급자 즉, 병원신탁, 보건청 직접관리 병원, 사적 부문 시설이 생겨 이들 구입자와 공급자간에는 계약으로 맺어진다. 등록된 주민들의 규모가 일정수 이상인 가정의의 신청에 의해 기금보유 가정의로 지정되고, 이들에게 지역보건청을 통하여 일정 수준의 예산을 할당해 그 범위 내에서 주민들을 진료하고, 2차 진료나 의약품 등이 필요한 경우 자신의 예산으로 병원이나 약국과 계약을 통하여 의료서비스를 제공토록 하였다. 병원의 경우는 병원신탁(NHS Trust)제도를 만들어 병원들중 신청을 받아 지정하는데, 이들은 지역보건청에서 독립하여 독자적으로 운영할 수 있다. 이들은 기본적 경비만을 지급받고 나머지 비용은 가정의와의 계약을 통하여 환자를 진료한 수수료로 운영토록 하였다. 독립성을 얻는 대신 의료시장에서 가정의와의 치료 계약을 체결하기 위하여 노력해야 한다. 그리고 내부시장에 들어가지 않은 가정의를 위하여 구입자로서 병원의 서비스를 구입하는 계약을 체결하는 한편, 병원 중에는 병원신탁이 되지 않은 병원도 관리하고 있어 공급자로서 기능을 하게 되었다. 일반의들은 대부분 기금을 남겨 여러 목적에 사용할 수 있게 되었으나, 많은 의료비를 지출할 위험성이 있는 환자는 기피하고, 병원으로 잘 이송해 주지 않는 문제점도 발생하였다. 런던을 포함한 대도시 병원들은 경쟁이 치열하여 가정의와의 계약 단가는 내려가고, 운영비는 도시라 비싸 이중의 고통에 직면하게 되었다.

나. 노동당정부의 개혁

정부는 이같은 제한된 범위 내에서의 경쟁을 격화시키는 내부시장제도를 개혁하는 방안을 1997년 11월에 발표하였다. 지금까지와 같이 보건에 대한 전략적 기획수립과 실제 보건서비스 공급은 분리하되 1차보건보호에 대한 역할을 강화하며 운영관리에 대한 책임은 가급적 위임하여 분권화한다는 원칙하에서 경쟁보다는 형평·효율성 및 의료의 수준확보에 중점을 두는 조치를 도입하였다. 가정의가 기금을 보유하는 방안을 폐지하고, 1999년 4월부터 1차보호집단(Primary Care Group)이 신설되어 여기에 가정의 및 지역간호사들이 참여하여 그 지역 주민에 대한 보건예산을 받아 필요한 보건서비스를 구입하는 기능을 하게 된다. 즉, 지역내의 가정의가 각각 기금을 보유하는 것이 아니라 약 십만명의 주민을 대상으로 조직화되어 이들을 위한 병원의 의료서비스 및 지역의 보건서비스를 구입토록 하고 있다. 기금은 보건청에 의하여 배분된다. 그러나 가정의 독립적 지위와 병원의 신탁기관으로서의 지위는 그대로 유지되며 병원은 1차보호집단과의 계약을 통하여 상당한 수입을 얻게 된다. 신탁병원과의 계약은 단기계약 형태가 아닌 장기계약을 선호하게 된다.

보건청은 1차보호집단 및 지역내 병원신탁과 협력하여 매 3년마다 지역보건 증진계획을 수립한다. 1차보호집단은 이같은 보건증진계획내에서 그들의 재원을 어떻게 사용할 것인가를 결정한다. 이들이 재원을 잘 사용하지 못하면 보건청은 이들을 해산할 권한을 가지고 있다.

의료수준 향상을 위하여 전국적 기준 및 가이드 라인을 신빙성 있는 자료를 기초로 작성하여 제시하게 되는데 전국적인 형평성 유지를 목표로 한다. 또한 가이드라인 작성을 위하여 국립기관(National Institute of Clinical Excellence)을 설치해 운영한다. 지역에서 수준유지가 잘 안되는 경우 보건증진위원회(A Commission for Health Improvement)가 지원하거나 적절한 수준의 개입을 한다. 효율성 증진을 위하여는 기존의 다수의 기금보유 가정의가 예산을 사용하던 것을 이제는 단일의 1차보건집단이 지역의 보건예산을 운영하며, 이들의 관리운영비는 보건청이 인구 1인당 10파운드, 1차보건집단이 3파운드로 한도액이 정해져 있고, 병원과의 단기 계약대신 장기계약으로 문서작성 등 행정비용이 크게 절감된다. 또한 전국적으로 표준이 되는 참고비용이 제시되며, 1차보건집단이 보유 예산을 절감하면 이를 저축해 다른 용도에 사용할 수 있으나 실적이 나쁘면 제재를 받는다.

이같은 개혁방안은 향후 입법을 함으로써 발효될 것이나 기존의 이익을 가진 의사 등의 반발이 어느 정도 전개될 것인가 관심이 되고 있다.

3. 개인사회서비스 분야

노동당 정부의 개선안은 나오지 않았으나 현재의 기초를 유지하는 것으로 판단되어 현재의 상황을 살펴보고자 한다. 개인사회서비스는 노인·장애인·정신질환자 등의 시설보호와 이들이 가정에서 생활할 수 있도록 하는 주간보호·가정내 지원 등 가정보호서비스로 크게 분류된다. 시설보호는 그 지원을 거슬러 올라가면 구 빈법시설까지 갈 수 있으나 비용이 많이 드는 까닭에 가정에서 생활토록 가정내 서비스를 지원하는 정책추진이 개인사회서비스의 중심을 이루고 있다.

정부는 1953년경에 정신병에 대한 치료가 환자의 격리가 아닌 약물로 외래 진료를 통하여 해결할 수 있다는 결론이 나오면서 이들 정신병원 및 병상을 줄임으로써 병원 외부인 수용시설이나 가정과 같은 지역에서 보호하려는 지역보호(Community Care)정책을 추진하였다. 1962년의 병원계획에서 병상수의 50%를 축소하고, 지방정부는 개인의 가정과 보호 가정에서 사람들을 위한 서비스를 더욱 개발하도록 하는 계획을 발표하였고, 1963년에는 지방정부가 최초의 지역보호계획을 수립하였다. 정신질환자뿐 아니라 노인을 위한 병상도 줄이자는 요구가 자연스레 추가되었다.

그러나 이들 환자가 병원에서 지역으로 퇴원하여 지방정부가 제공하는 각종 지원(가정내 지원에서 시설지원까지 포함)을 받아 생활하려면 비용부담 문제가 발생한다. 즉, 질병은 국가보건서비스를 통하여 보건부 예산으로 충당하여 환자는 무료인 반면, 지방정부의 개인사회서비스에 의한 보호는 중앙 보조금을 재원으로 하여 지방정부가 예산을 통하여 충당해야 하기 때문에 예산상 제약이 있는 지방정부는 소극적이고, 환자 자신에게도 수수료 부담이 생겼다. 결과적으로 지역보호는 진전이 이루어지지 않았다. 이같은 문제점에 대한 인식은 1974년에 보건청의 직원과 지방정부의 직원이 공동으로 계획을 수립하는 체계를 만들고, 1977년에는 합동재정계획(Joint Finance)을 만들어 지방정부 또는 자원단체에서 일일보호센터를 설치하여 지역보호 계획을 집행하는 때에는 보건청의 예산 일부를 보조금으로 사용할 수 있도록 하는 등 재정적 유인책도 등장하였다. 1983년에 정부는 지방정부 및 자원단체가 장기입원 환자가 지역보호로 이동하는 데 필요한 조치를 하는 경우 기금을 지원할 수 있도록 하였으며, 15만파운드가 시설에서 공동체로 이동하는 최선의 방법을 탐색하는데 쓰여지도록 배정되었다. 이즈음에 이르러 정부는 지역보호를 과거 지역 내에서의 보호(Care in the Community) 즉, 시설이나 병원이 아닌 가정 등이 포함된 지역 내에서 각종 지원을 받아 생활하는 보호에서, 지역에 의한 보호(Care by the Community) 즉, 지역 또는 가정에서 주요한 보호

책임을 져야 한다는 의미로 해석하기 시작하였다.

이런 와중에 하나의 문제가 발생했는데 당시 부가급여(Supplementary Benefit, 현재 Income Support)를 받는 사람이 시설에 들어가 소요 비용을 부담할 수 없는 경우에 사회보장부 직원의 재량에 의하여 그 비용을 지급할 수 있도록 운영하고 있었다. 1979년에는 그 비용이 천만 파운드로서 미미하였으나, 1979년 11월부터 이를 명문화함으로써 뜻하지 않게 부작용이 나타나기 시작하였다. 1980년 이래로 부가급여(소득보조)를 받고 있는 사람이 수용보호시설이나 요양홈에 수용 보호되는 경우 필요한 비용을 무조건 부담해 주었던 것을, 지방의 사회보장 사무소에서 그 지역의 수용시설의 요금을 파악해 개인의 소득을 감액하는 방법으로 결정하여 지급되었다. 이제 시설에 수용되는 사람은 지방정부가 부담하는 시설에 들어가거나, 사회보장의 소득보조를 지원 받아 영리시설에 들어가는 두 가지 방안으로 나누어졌다. 결과적으로 이같은 비용지급 조치는 영리시설의 급격한 증가를 가져오게 된다. 지방정부는 자체로 운영하는 시설에 보호하기 보다는 중앙정부가 예산을 부담하는 영리시설에 수용하는 것이 지방정부 예산 절감에 유리하기 때문에 이를 적극 이용하게 되었고, 이용자 역시도 지방정부 운영시설보다는 영리시설을 선호하였다. 관련 비용은 1978년에 6백만 파운드에서 1984년에 1억 9천만 파운드, 1986년에는 4억 6천만파운드로 급격히 증가하였다. <표 1>은 1970년에서 1995년까지 지방정부 및 국가보건서비스의 병원은 감소하는 가운데 자원 및 영리시설은 지속적으로 증가하는 현상을 보여주고 있다.

그러나 전반적으로 지역보호 조치는 미흡하여 정신장애 및 정신병의 경우 10만명의 장기 환자가 병상 축소 등으로 퇴원을 하였는데 새로 마련된 지방정부의 호스텔수는 4천개소에 불과하였다. 그러나 정부는 지역보호를 포기할 수는 없었다. 이같은 문제 이외에도 노인인구의 증가와 이념적 요인이 이 정책의 추진을 불가피하게 만들었기 때문이다. 1981~2001년의 20년간 85세 이상의 노인은 55만 2천명에서 114만 4천명으로 배가 증가해 50명당 1명이 85세 이상이 될 것이며, 2001년에는 전체 노인의 약 48%가 최소 75세 이상이 될 것이다. 이같이 증가하는 노령인구의 보호는 시설보호나 병원시설로는 감당하기 어려운 것이고, 또한 이념적으로도 대처정부가 들고 나온 신권리(New Right)이념은 전통적 가치의 존중, 의존이 아닌 독립과 가족을 중시하는데, 가족에 의한 즉, 지역 보호는 이 이념에 합당한 정책이었다.

수상의 보건자문관인 그리피스는 위원회를 구성하여 이 문제를 검토하게 하였다. 그리피스는 공공자금이 지역보호를 지원하기 위하여 사용되는 방식을 재검토하여, 지방정부가 주도적 역할을 하여 일련의 지역보호계획을 수립하며, 사

표 1. 시설운영주체별 추이(1970~1995년)

| 구 분 | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1987 | 1988 | 1990 | 1993 | 1994 | 1995 |
|------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 수용시설 | | | | | | | | | | |
| - 지방정부 소유 | 108,700 | 128,300 | 134,500 | 137,100 | 135,500 | 133,500 | 125,600 | 95,000 | 86,400 | 80,800 |
| - 영리시설 | 23,700 | 25,800 | 37,400 | 85,300 | 114,600 | 127,900 | 155,600 | 165,400 | 167,500 | 167,500 |
| - 자원단체 | 40,100 | 41,000 | 42,600 | 45,100 | 42,200 | 43,000 | 40,000 | 51,000 | 50,700 | 52,800 |
| 간호홈 | | | | | | | | | | |
| - 영리+자원 | 20,300 | 24,000 | 26,900 | 38,000 | - | - | - | - | - | - |
| - 영리시설 | - | - | - | - | 53,000 | 68,700 | 112,600 | 168,200 | 178,800 | 191,000 |
| - 자원단체 | - | - | - | - | 8,300 | 9,600 | 10,500 | 15,000 | 16,000 | 17,000 |
| 국가보건서비스 시설 | | | | | | | | | | |
| - 장기 노인병 | 52,000 | 49,000 | 46,100 | 46,300 | 43,000 | 51,400 | 47,200 | 37,800 | 34,600 | 33,200 |
| - 장기 노인정신병 | 23,000 | - | - | - | - | 29,300 | 27,000 | 22,300 | 20,200 | 18,500 |
| - 장기 신체장애인 | 2,500 | - | - | - | - | 2,500 | 2,500 | 2,200 | 2,100 | 1,900 |

주: 1988년에 장기노인병 시설이 급증한 것은 통계방법의 변경에 따른 것임.

자료: Laing and Buisson, *Care of Elderly People Market Survey*, 1996, p.18.

회보장부의 소득보조를 통하여 영리시설에 투입되던 예산은 지역보호에 대한 특별보조금 형태로 지방정부에 교부되어 향후 국가부담으로 시설에 들어갈 사람이나 병원에서 퇴원하여 간호홈(Nursing Home)이나 시설에 갈 경우 또는 가정내 지원이 필요한 경우는 반드시 지방정부 사회사업국의 보호요구(need) 평가를 거쳐 지원받을 수 있도록 하였다. 그리고 지방정부 소유시설보다는 민간시설에 먼저 수용하도록 하고, 지방정부는 공급자가 아닌 조정자 또는 구입자로서의 역할을 하도록 하였다. 이는 1990년 국가보건서비스 및 지역보호법에서 규정되어 1993년 4월부터 실시되고 있다.

4. 결어

이상의 400년간의 역사를 볼 때 변화와 개혁은 일상사라고 할 수 있다. 사회보장제도의 역사는 국가지원 대 개인의 준비, 가족에 대한 지원방법, 근로의욕을 부추기는 문제 등에 대한 균형점을 찾는 문제라 할 수 있으나, 이들은 항구적 해결책은 없으므로 오늘과 내일의 실정에 맞게 과거를 거울삼아 찾을 수밖에 없다. 그러므로 개혁은 항상 필요하다. 다만 정확한 시점을 찾아 신빙성 있는 자료를 바탕으로 효율적이며 과단성 있게 추진하는 준비와 노력이 항상 필요하다. 발간