

# 영국 전 거주민 무상의료서비스 NHS의 현황과 우리나라 개혁 모델로서의 함의

김보영 (영국 요크대학교 사회정책학 박사과정)

## ■ 머리말

신정부가 들어서면서 건강보험에 대한 이슈가 뜨겁다. 이미 이명박 대통령은 당선 전에 건강보험 당연지정제와 관련한 의사협회의 질의에 검토하겠다는 입장을 표명한 바 있다. 또한 당선 후에도 보건의료 부문에 있어서는 공공의료 강화보다는 의료 산업화를 더 선호하는 것으로 나타나고 있다. 건강보험 당연지정제를 폐지한다는 것은 건강보험 적용을 받지 않는 의료기관이 생긴다는 것을 뜻하고, 따라서 의무 가입으로 유지되는 ‘전국민 건강보험’ 체계는 심각한 위협을 받을 수밖에 없다.

하지만 우리나라에서 개봉한 마이클 무어 감독의 새 다큐멘터리 영화 <식코>는 공적 의료보험 체계가 없는 미국의 상황을 충격적으로 보여주고 있다. 무엇보다도 전체 인구의 15% 가량은 민간의료보험조차 가입되어 있지 않아 의료서비스의 접근성 자체를 박탈당하고 있다. 이윤의 동기가 강한 민간 의료보험 회사들은 조그만 서류상의 잘못이나, 신고되지 않은 과거 병력을 찾아내어 보험금여를 거부하는 일이 속출한다. 이런 폐해로 매년 대통령 선거 때마다 공공 의료보험은 민주당 후보들의 단골 공약이 된 지 오래이지만 지난 클린턴 정부도 강력한 민간 보험사들의 로비에 막혀 그 뜻을 이루지 못하였다.

하지만 지금의 우리나라 건강보험 역시 부침을 겪고 있다. 전국민 건강보험 30여 년의 역사에도 불구하고 아직 보장성은 2006년 현재 64.3%로 매우 낮은 수준에 머물고 있다. 이마저도 노무

현 정부 들어 지속적으로 보장성을 확대한 결과이지만 그 반대로 낭비를 줄이기 위한 의료체계 개편은 이루어지지 않아 건강보험 적자 역시 불어나고 있다. 특히 여전히 유지되고 있는 행위별 수가 체계는 각종 의료 검사, 시술 하나를 더 할수록 수가를 더 받게 되어 한편으로 과잉진료에 취약하면서 다른 한편으로 건강보험 당국과 의사 간의 개별 시술행위 하나하나에 대한 시비를 낳게 하고 있다. 또한 민간 의료기관의 비중이 80% 이상이 되는 현실에도 불구하고 환자들은 병원 간 선택을 할 수 있는 아무런 객관적 기준을 제공받고 있지 못하다. 환자는 환자대로, 의사는 의사대로 불만은 높아가고 있다.

이러한 문제들은 해결하기 위한 개혁 방향으로 의료 산업화와 민영화가 그 한편에 있다면 다른 쪽 한편엔 무상 공공의료체계가 자리하고 있다. 그 대표적인 모델은 영국의 국가건강서비스(National Health Service, 이하 NHS)이다. 하지만 영국의 NHS를 얘기하자면 심지어 의료나 사회 정책 전문가조차도 “환자들이 순서 기다리다가 죽어간다더라”, “의사들이 불만이 많아 모두 외국으로 빠져나간다더라”라는 식의 루머성 근거들을 그대로 믿고 아예 논의 대상에서 배제하는 경향이 있다. 이 글에서는 도대체 NHS라는 것이 무엇인지, 어떻게 이루어져 있는지, 어떻게 운영되고 어떠한 장점을 가지고 있는지, 취약한 점은 무엇이며 어떻게 보완해 가고 있는지, 현재 신노동당 정부는 어떤 개혁을 어떤 방향으로 진행하고 있는지 간략하게 살펴보면서 우리나라 보건의료 체계의 대안으로서의 함의를 논의해 보고자 한다.<sup>1)</sup>

## ■ NHS의 무상의료서비스란 무엇인가

제2차 세계대전 직후 새로운 사회에 대한 국민적 열망이 ‘요람에서 무덤까지’로 유명한 <베버리지 보고서>에 근거한 복지국가 건설에 대한 희망으로 표출되면서 이를 전면적으로 시행하겠다고 선언한 노동당이 이를 거부했던 전쟁 영웅 처질을 누르고 집권하였다. 영국의 현재 전 거주민 무상의료서비스 NHS는 1948년, 그렇게 탄생하게 되었다. NHS는 지금도 총 1,300만 명의 인

1) 이 글은 평소 건강보험공단 영국 통신원 활동을 하면서 수집한 자료에 근거한 것으로 별도의 표시가 없는 한 원자료는 필자의 블로그(<http://idea.borongs.net>)에서 찾아볼 수 있다.

력을 거느린 단연 유럽 최대 규모의 독특한 공공 중심의 무상의료 체계를 유지하고 있다. 간단히 말해, 영국에서 통상 6개월 이상 거주하는 사람(resident)이면 의료상의 이유로 따로 돈을 지출할 일이 거의 없다. 몇 가지 예외적인 경우를 제외하고 NHS의 의료기관이 제공하는 모든 의료서비스는 완전 무상으로 제공된다.

예외적으로 비용을 지출하는 경우는 외래환자의 약제비, 검안, 치과치료 등이지만 일정액으로 제한되어 있다. 외래환자의 약값은 한 번 처방당 약 1만 원 가량으로 고정되어 있다. 그러나 만성 질환 등으로 자주 약을 필요로 하는 경우에는 등록하여 연간 약 18만 원 정도 수준에서 제한없이 처방약을 구입할 수 있다. 게다가 16세 이하 아동, 18세 이하 재학생, 임산부나 출산 후 12개월 이내인 산모, 특정 만성질환자나 중증장애인, 공공부조 수급권자 및 저소득층은 이마저 면제를 받는다. 검안의 경우 약 3만 원 가량, 치과치료의 경우 경중에 따라 건당 2만 원에서 8만 원 가량 부담하게 된다.

모든 영국 거주민은 자신의 지역의원(General Practitioner, 이하 GP)에 등록하게 되어 건강상 어떠한 문제나 걱정이 있을 때에는 언제나 전화로 간단히 예약하여 의사를 볼 수 있다. 1차 의료기관인 이 GP에서 각종 건강 상담부터 간단한 시술에 이르기까지 무상으로 제공받을 수 있으며 만약 보다 전문적 검진이나 치료가 필요한 경우에는 2차 의료기관인 병원(hospital)에 의뢰된다. 병원으로 의뢰되면 각종 검진부터 수술까지 가능한 한 모든 의료 서비스를 제공받게 되며 병원 내 모든 서비스는 약제비, 식사까지 모두 무상으로 제공된다. 의복, TV, 전화 등이 예외인 정도이다.

현재 신노동당 정부의 지속적 투자와 개혁을 통해 그동안 NHS의 고질적인 문제점이었던 대기기간(waiting list)의 문제는 상당부분 진전이 되었다. 대부분 GP의 경우는 예약한 지 이틀 이내에 의사의 진료를 받을 수 있으며, 2007년 8월 현재 GP 내에서 치료를 받을 경우 76%가 18주 이내에 완료되고 있다. 병원으로 의뢰되는 경우 의뢰되는 시점부터 치료 완료까지 56%가 18주 이내에 완료되고 있다. 영국 정부는 올해 말까지 모든 치료를 18개월 이내에 이루어지도록 하는 목표를 추진하고 있다. 4개월 반 정도에 해당하는 이 기간은 길어 보이지만 최초 진단으로 의뢰받은 후 세부 검진을 거쳐 수술 일정을 잡고 수술을 완료하기까지의 기간임을 생각해 보는, 그다지 긴 기간은 아니다.

특히 우리나라에서 흔히 발견되는 오해는, 죽어가는 환자도 대기 기간 때문에 치료를 못 받는다는 식의 '루머'이다. 영국에서는 누구든 응급한 상황일 경우 응급실을 바로 이용할 수 있으며

생명을 위협받는 상황이면 대기 없이 바로 치료를 받을 수 있다. 오히려 대개 영국 언론에 등장하는 1년 가까이 기다렸다는지 하는 극단적인 사례들은 바로 이러한 응급 상황 때문에 특별히 생명에 지장이 없는 환자들의 수술 날짜가 취소되거나 연기된 경우들이 많다. 일상적인 경우, GP에서도 아이의 건강 문제 등 긴급한 우려가 고려될 경우에는 예약 당일 의사를 볼 수도 있다.

두 번째로 흔하게 NHS에 대해서 말할 때 듣는 얘기가 “의사들이 모두 외국으로 나간다더라” 하는 것이지만 이 역시 그 사정을 조금 자세히 들여다볼 필요가 있다. 애초에 영국으로 워낙 많은 수의 외국 의대생들이 유입되고 있다는 배경이다. 매년 영국 의사 수련과정에는 1만여 명의 외국 의대생이 유입되고 있다. 하지만 이들 중 반 이상은 수련과정을 마치고 의사가 된 후 4년 이내에 영국을 떠난다. 2007년 전문의 수련과정의 경우 15,500명 정원에 28,000명이 지원하였으며 그중 45%가 유럽경제구역(EEA) 밖의 외국 의대생이었다. 그 결과 오히려 영국내 의대생 1,300여명이 수련을 받지 못하는 사태에 이르러 최근 영국 국무부(Home Office)에서는 외국인 의료수련 지원에 대한 규제가 시행될 예정이다.<sup>2)</sup>

## ■ NHS의 구성과 운영

앞에서 언급되었듯이 NHS에서는 1차 의료와 2차 의료 간의 구분과 분업이 분명하다. 주로 GP가 담당하는 1차 의료는 일상적인 건강 상담, 가벼운 질병 진단 및 치료에서부터 예방접종, 금연 지원 등 광범위한 보건정책 수행기관으로서의 역할을 한다. 물론 보다 전문적 진단과 치료가 필요한 환자를 2차 의료기관으로 의뢰하는 것도 이들의 주요 역할이다. GP는 주로 일반의와 간호사 등 의료 전문인력으로 구성된 민간 진료팀이 소유하고 운영하며 NHS와 계약을 맺고 있다. 하지만 이 1차 의료 체계는 NHS의 근간을 이루어 대체적으로 각기 관할 지역과 유사한 개념을 가지고 있으며 대개 거주민들은 주소지에서 가장 가까운 GP에 등록을 한다.

2차 의료는 주로 NHS 병원으로 이루어져 있으며 비응급치료(elective care)와 응급치료

2) DH (2008. 6. Feb.) New immigration rules to restrict International Medical Graduates' access to UK post-graduate medical training. press release. Department of Health.

(emergency care)를 담당한다. 비응급치료는 1차 의료기관으로부터 의뢰된 의료서비스로 계획에 따라 전문의료인력에 의해 제공되는 검진, 시술, 수술 등을 말하는 것이며, 응급 치료는 사고나 상해 등으로 긴급한 치료가 필요할 경우 제공되는 의료서비스를 의미한다. NHS 병원은 주로 공공의료기관으로 병원 운영기구인 NHS 트러스트(Trust)가 NHS와 계약을 맺고 서비스를 제공한다. 이 NHS 트러스트는 또한 병원 내 의사, 간호사, 물리치료사 등 의료전문인력과, 관리자, IT 전문가 등 비의료인력 등의 고용주이기도 하다. 높은 수준의 서비스를 인정받은 NHS 트러스트는 재정과 운영에 있어 보다 많은 자율성을 행사하는 NHS 파운데이션 트러스트(Foundation Trust)의 지위를 얻을 수 있다.

이러한 1, 2차 의료기관을 비롯한 해당 지역 의료서비스와 보건정책을 총괄하는 기구가 바로 기초건강보호 트러스트(Primary Care Trust, 이하 PCT)이다. 보통 한 PCT가 평균 인구 170,000의 지역을 포괄하며 GP 등 1차 의료기관과 NHS 트러스트 등 2차 의료 운영기관과의 계약을 맺는 주체이다. 따라서 PCT는 NHS 전체 예산의 80%를 담당할 정도로 NHS의 중추 조직이라고 해도 과언이 아니다. 현재 잉글랜드 지역 내에 330여 개의 PCT가 있으며 각 PCT는 지역주민 건강 욕구에 대한 실사, 1, 2차 의료서비스 배치 및 계약을 통한 위임, 지역사회 전반적 건강 수준 향상, 모든 주민의 보건의료 서비스 접근권 보장, 주민의 보건의료 서비스에 대한 의견 청취 및 반영, 지방 정부 및 민간단체와 지역사회 장기요양 서비스 등에 대한 협력 보장 등에 책임을 지고 있다.

PCT의 상급 기관으로 10개의 전략건강기구(Strategic Health Authority, 이하 SHA)가 있다. 하지만 NHS의 중추를 PCT가 담당하고 있는 만큼 SHA는 주로 보건부와 NHS 서비스 간의 매개 역할을 맡으며 주로 NHS의 서비스에 대한 전략적 방향과 운영의 책임을 지고 있다. 즉 지역 내 PCT를 모니터링하고 필요한 조치를 하거나, 정보기술전략 등 지역 내 보건의료 서비스 발전을 위한 계획 개발, 의료인력 확보와 훈련 등 보건의료 서비스 자원관리, 암이나 심장질환 서비스 개선과 같은 정부 핵심 정책을 NHS를 통해 실현하도록 하는 역할 등을 담당하고 있다.

NHS 조직의 정점에는 보건부(Department of Health)가 있다. 보건부 장관은 의원내각제인 영국의 다른 장관과 마찬가지로 국회의원 중 1인이 총리에 의해 임명되며 국민의 건강증진, 질병 예방 등 포괄적 책임을 지고 있다. 따라서 보건부는 전반적인 NHS에 대한 관리감독뿐 아니라 NHS의 전체적인 전략적 발전 방향을 설정하고 암, 심장질환, 정신보건 등 국가 정책상 우선순위 영역을 비롯하여 각 서비스 영역에 국가서비스기준(National Service Framework)과 같은 서비스 질적 향

상에 대한 국가적 기준을 설정하며, NHS가 이같은 기준을 충족할 수 있도록 충분한 예산을 보장하고, 지역 전략기관인 SHA, 의료기관 규제기구인 보건의료위원회(Healthcare Commission) 등 유관기관과의 긴밀한 협력을 담당하고 있다.

NHS의 재원은 일반 조세에서 조달된다. 연간 예산 규모는 120조 원에 이른다. 이 예산의 80%는 각 지역별로 PCT에 지역별 인구와 욕구 등의 요소를 고려하여 배분된다. 이를 위해 사용되는 것이 가장 균등할 공식(weighted capitation formula)이며 이에 따라 각 PCT당 목표 재원이 설정된다. 이에 따라 PCT는 계약을 맺는 각 병원과 GP 등과 계약을 맺게 되는 것이다. 이 공식은 자원배분자문위원회(Advisory Committee on Resource Allocation)에 의해 정기적으로 재검토된다. 이 목표 재원에서 초과 지출하거나 미달하는 PCT에 대해서는 보건부가 사안에 따라 개입하게 된다.<sup>3)</sup> PCT와 각 의료기관과의 계약은 보통 일괄 계약(block contract)으로, 포괄적으로 규정된 서비스에 대해 그 총액을 지불하는 방식이다. 하지만 최근 들어 그 구체적 비용을 추적하기 위해 환자 중심 정보 및 비용 산출 시스템(patient-level information and costing system)이나<sup>4)</sup> 성과 중심의 배분 시스템인 결과에 의한 급여(Payment by Result)<sup>5)</sup> 등이 시행되고 있다.

## ■ 최근 NHS 개혁과 합의

신노동당 정부는 1997년 집권 이래 NHS를 가장 우선적 정책 중 하나로 설정하고 보건의료 서비스의 효과성과 효율성 증진, 서비스의 질적 향상 등을 위한 과감한 개혁을 지속적으로 추진하고 있다. 그 중 거시적 방향과 관련하여 가장 논란을 빚고 있는 것은 ‘시장화(marketisation)’ 개혁이라고 할 수 있다. 공공을 기반으로 한 NHS의 성격 자체의 변화를 주고 있는 것이기 때문이다.

3) NHS 예산 배분에 대한 자세한 내용은 보건부 해당 웹페이지(<http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Financeandplanning/Allocations/>) 참조.

4) 환자 중심 정보 및 비용 산출 시스템에 대한 자세한 정보는 보건부 해당 웹페이지(<http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Financeandplanning/NHScostingmanual/>) 참조

5) 자세한 내용은 DH(2007) Options for the future of Payment by Results: 2008/09 to 2010/11. Department of Health 참조.

하지만 여기에서 분명히 해야 할 것은 이것이 ‘민영화(privatisation)’를 뜻하는 것은 아니라는 것이다. 즉 민영화가 아예 서비스의 책임 주체를 민간으로 이양하는 것이라고 한다면 시장화는 그 책임은 공공이 지고 있되 그 공급과 운영에 있어 시장적 요소를 도입하는 것이다. 다시 말해 의료 서비스에 전달방식에 변화가 있을 뿐 NHS가 민간 기업에 팔리거나 대체되진 않는다.

시장화 개혁의 방향은 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 하나는 민간 업체를 NHS 서비스에 참여시키는 것이다. 이는 민간 자본이 NHS 병원 건립 등에 참여하는 민간 재정계획(Private Finance Initiative, 이하 PFI)에서부터 직접 NHS 서비스의 공급자로 참여하는 민간 치료센터(Independent Sector Treatment Centre : ISTC)까지 다양하게 이루어지고 있다. 두 번째는 공공 NHS 기관에 독립적 책임 운영, 상호경쟁과 선택 등 시장적 요소를 도입하는 것이다. 이는 최근 재정 절감 대책으로 강력하게 추진되었던 NHS 트러스트별 독립채산제, 파운데이션 트러스트 확대, 환자의 선택권 확대 등 역시 다양하게 이루어지고 있다.

하지만 시장화 개혁이 반드시 NHS의 효율성을 증가시켰다고는 말하기 어렵다.<sup>6)</sup> 예를 들어 PFI의 경우 민간 자본을 동원하여 대규모 병원 건립이 다수 이루어졌지만 공공 예산에 의해 건립하는 것에 비하여 오히려 각종 컨설팅, 재정 운용 비용(finance cost), 자본 비용(capital cost) 등 민간 자본 동원으로 인한 추가 비용이 경우에 따라 건립 비용의 약 40%에 이른 경우도 있었다. 또한 개별 NHS 트러스트가 목표 재정에만 제한하여 예산을 운용하게 한 독립채산제로 인하여 전체적으로 NHS 재정이 부족하지 않음에도 불구하고 트러스트별로 재정 절감을 위해 응급실을 없애는 등 서비스가 악화되는 상황이 일어나고 있다.

그러나 다른 한편으로 보건의료위원회와 같은 중앙 규제기관을 통하여 각 의료기관별로 엄밀한 평가를 투명하게 공개하여 상호간 경쟁을 촉진시킴으로써 서비스의 질적 향상을 이루어내고, 환자의 선택권을 실질적으로 확대함으로써 인해 의료서비스에 있어 환자의 발언권을 높이는 등의 성과 역시 부정하기 어렵다. 이미 NHS의 고질적인 문제였던 대기 기간의 경우 앞에서 언급한 바와 같은 획기적인 개선을 이루어 낸 데에는 병원별 평가와 공개와 같은 강력한 수단이 큰 영향을 끼쳤다. 최근에는 NHS 선택 웹사이트(<http://www.nhs.uk/>)와 지역 도서관을 통하여 각 병원별로

6) NHS 시장화 개혁에 대한 비판은 Pollock, Allyson M. (2005), NHS plc: the privatisation of our health care. Verso 참조

대기기간, 병원 내 감염, 서비스 만족도 등을 포함한 종합 평점이 별점으로 공개되고 있으며 각 전공 분야, 질병별로 대기기간, 입원기간, 치료 환자수, 재입원 비율 등을 열람할 수 있다. 이와 동시에 환자들은 예전에는 GP에서 상급 병원으로 의뢰될 경우 해당 지역병원만을 이용할 수 있었으나 이제는 이같이 투명하게 공개된 자료를 바탕으로 지역 내 3~4개의 NHS 병원과 전국 파운데이션 트러스트 병원 및 NHS과 계약된 민간 병원 중 치료 희망 병원을 선택할 수 있다.

물론 이러한 개혁 역시 그 효과성을 둘러싸고 논란이 있으며, 한편에서는 이러한 흐름이 민영화로 이루어질 수 있다고 비판하고 있다. 하지만 이러한 영국 정부의 개혁에서 우리가 볼 수 있는 것은 공공의료가 반드시 관료적이고 독점적인 구조일 필요는 없으며, 또한 아이러니하게도 실질적인 '시장'의 효율성은 오히려 공공의료에서 더 보장될 수도 있다는 점이다. 시장은 보통 효율적인 기제로 이해되고 있지만 의료서비스 같이 특히 소비자가 합리적 정보를 얻기가 거의 불가능한 상황에서는 왜곡될 가능성이 도리어 크다. 하지만 현재 영국의 개혁과 같이 권위 있고 객관적인 정보를 정부가 알기 쉽고 투명하게 공개함으로써 이와 같은 왜곡을 최소화시키고 합리적 선택을 촉진함으로써 실질적인 의료서비스의 질적 경쟁을 가능하게 하는 조건을 만들 수 있다.

어쩌면 우연치 않게도 좋은 대조를 보여주는 민간 중심 의료모델을 가진 미국과 공공 중심 의료모델을 지닌 영국의 사례는 무엇이 우리가 국민의 건강과 효율성을 위해서 추구해야 할 방향인가에 대한 상징적 답을 미리 주고 있는지도 모른다. 공적 보험체계조차 갖추지 못한 미국은 1인당 총 의료비 지출은 영국의 두 배가 넘는 데다가 정부 예산 중 보건의료 지출 비중도 16.1%인 영국보다 더 높은 19.2%에 이른다. 하지만 기대수명, 영아 사망률, 출산 사망률 등 주요 보건 의료 지표는 모두 영국과 비슷하거나 뒤쳐진다.<sup>7)</sup> 단순히 정부가 건강보험 재정적자를 눈앞에서 치워보자는 식의 해법을 원하는 것이 아니라면 국민건강의 증진을 위해서나 사회 전체적으로 보다 효율적인 의료서비스를 위해서나 공공의료로의 개혁 방향을 매우 진지하게 고민해야 할 시점이다. **KLI**

7) 국가간 비교 자료는 OECD 웹사이트(<http://www.oecd.org>) 참조.