

韓國과 英國의 醫療保險制度的 比較考察

金 東 熙*

I. 序 論

社會保障 내지는 社會福祉制度가 가장 발달된 국가로는 영국과 스웨덴을 드는 것이 보통이다. 이들 국가를 여행하던 사람들이 發病하여 단순한 치료를 받거나, 더 나아가서는 入院한 경우에도 전혀 治療·入院費를 지불하지 아니했다는 얘기는 우리가 가끔 듣고 있는 바이다. 이것은 專門인 觀點에서는 社會保障制度的 一部門인 醫療保險에 관한 것임은 물론이다.

우리 나라에서도 주지하는 바와 같이 1963년 12월 26일에 醫療保險法이 제정된 이래 1984년 12월 31일까지 제 5차의 改正過程을 거쳐 그 給與內容, 運營과 특히 受惠者의 側面에서 대단한 進展을 이룩한 바 있다.

또한 1977년 12월 31일에는 公務員 및 私立學校教職員醫療保險法이 제정되어 公務員·軍人·私立學校教職員 및 그 被扶養者가 醫療保險의 혜택을 보게 되었다. 1984년 8월말 현재 醫療保險의 總受惠者는 1,627만여명(제 1종: 1,093만, 제 2종: 138만 및 公·教: 396만명)으로 이것은 全人口의 약 40.1%에 해당하는 것이다. 실제 우리 나라에서 醫療保險制度가 본격적으로 실시된 것은 1977년 이후이고 보면 前記한 受惠者率은 일응 괄목할 만한 것이라고 할 수 있을지도 모른다. 그러나 아직도 全人口의 半以上이 이 制度의 惠澤을 받지 못하고 있으며 더우기 우리 나라의 醫療保險制度는 社會保險原則에 따른 단계적 適用原則에 입각하고 있는 결과 현재 受惠者는 職場을 가지고 비교적 안정된 地位에 있는 中間層 이상이고 그 대부분을 점하고 있는 것이다. 換言하면 우리 나라 醫療保險制度的 現況에 있어서는 그 대부분의 경우 보다 이 制度의 혜택을 받아야 하는 者가 그 受惠對象에서 제외되고 있다는 모순적 결과가 노정되고 있는 것이다.

이것은 현재 全人口의 98% 이상이 醫療保險의 受惠者로 되어 있는 프랑스나 독일(99%) 및 全人口가 그 受惠者인 영국에 비하면 일응 지나치게 빈약한 것이라고 하지 않을 수 없는 것이다.

社會保障 一般에 대해서도 그러하거니와 그 一部門으로서의 醫療保險制度的 效率的 實施를 위해서는 막대한 財源이 소요되는 것임은 물론이다. 현재 西歐資本主義國家에 있어 國

* 서울大學校 法科大學 教授

民總生産에 대한 社會保障費用이 40%에 육박하거나 그를 上廻하고 있고 이러한 社會保障費用의 上昇은 醫療費의 上昇에 기인하고 있다는 사실이 이를 잘 보여주고 있는 것이다.⁽¹⁾ 醫療保險에 소요되는 財源의 調達方式을 釀出金方式에 의하든 또는 租稅方式에 의하든 그것은 궁극적으로는 국민의 負擔으로 還元되는 것이다. 따라서 醫療保險制度的 효율적 實施를 위해서는 一定水準의 經濟規模와 또한 그 지속적 發展이 전제되어야 하는 것이다.

이러한 觀點에서는 우리의 醫療保險의 현실이 先進國의 水準에 비하여 낙후되어 있다고 하여 성급히 그러한 水準으로 制度的 擴充을 주장할 것이 아닌 것임은 물론이다.

따라서 本稿에서 영국과 우리 나라의 醫療保險制度를 比較·考察하는 취지도 실은 보다 발전된 영국의 制度를 검토하고 단순히 그 一部를 우리 나라에서 하나의 發展모델로 하도록 제의하려는 것은 아니다. 社會保障制度的 一般이 그러하듯이 醫療保險制度도 각국의 특유한 與件을 배경으로 하여 오랜 동안의 施行錯誤過程을 거치면서 形成·發展되는 것으로 이러한 醫療保險制度的 歷史的 發展성은 영국의 경우 보다 부각되고 있다 하겠다. 그것은 영국의 制度는 우리에게 있어서는 醫療保險制度的 形成發展에 관한 하나의 살아 있는 實驗場으로서의 先例를 제공해 주는 의미를 가지는 것이다.

따라서 本稿에서는 兩國의 制度를 比較·考察하면서 영국의 制度的 形成·發展過程에 법한 여러 誤謬를 피하면서 우리나라대로의 가능한 制度的 發展方向을 조심스럽게 모색하여 보려는 데에 本稿의 基本趣旨가 있는 것이다.

이러한 觀點에서 本稿에서는 먼저 영국의 醫療保險制度인 國民保健서비스에 관하여 그 沿革, 同制度上的 給與 및 財政문제와 그 運營機構에 관하여 살펴보기로 한다. 다음에 이와 관련하여 우리 나라의 醫療保險制度에 관하여 검토하기로 한다. 끝으로 이러한 兩國의 制度的 比較·檢討에서 도출되는 우리나라 제도의 기본적 특징 내지는 문제점을 제시함으로써 結論에 대신하고자 한다.

II. 영국의 國民保健서비스

A. 沿革

1. 總 說

영국의 醫療保險制度로서의 國民保健서비스(National Health Service)는 社會保障制度的 基本部門으로서 1946. 11. 6 제정된 國民保健서비스法(National Health Service Act. 1946)이 1948년 7월 5일부터 發效된데 따라 출범했다.

이러한 國民保健서비스는 戰後 영국에 있어 보다 광범한 社會的 서비스의 再編作業으로서의 1946년의 國民保健法, 1947년의 國民援助法 등 일련의 社會立法의 一環으로서 立法化

(1) 金東熙, 프랑스의 社會保障制度, 1980, p. 61; J.J. Dupeyroux, *Droit de la sécurité sociale*, 1981, p. 252.

된 것이다.

國民保健서비스法은 그 제 1 조에서 다음과 같이 그 목적 및 범위에 관하여 규정하고 있다. ① (保健長官의 任務는)……국민의 육체적·정신적 건강의 향상 및 질병의 예방·진단·치료를 위한 포괄적 保健서비스를 증진시키는 데 있다. ② 이와 같은 서비스는 이 법이 明示적으로 그 費用의 支拂, 償還에 관하여 규정하지 않는 한에 있어서는 無償으로 제공되어야 한다.

이와 같이 國民保健서비스法은 一般的 適用範圍과 그 給與 내용에 있어 包括的 성격을 지니고 또한 원칙적으로 無償의 保健서비스를 제공할 수 있는 行政制度를 수립하는 데에 그 목적을 두고 있었다.

그러나 1848년에 公衆保健法(Public Health Act)가 제정됨으로써 國民保健을 위한 國民保健의 最小限의 條件確保에 관한 국가의 책임이 최초로 선언된 이후 실로 100년만에 이루어진 NHS의 創設은 단체적인 國民保健保護에 있어 중대한 發展을 이룩한 것이기는 하나, 그것은 과거와 단절될 전혀 새로운 制度의 創設을 의미하는 것은 아니었으며 또한 革命的인 醫療保險制度의 出現은 아닌 것이었다. NHS는 오히려 1601년의 舊救貧法(Poor Law, 1601)에 소급하는 과거에 근원을 둔, 영국의 病院과 一般醫(General Practitioner) 그리고 公衆保健의 傳統과 현실에 바탕을 두고 정립된 制度이었다고 할 것이다.⁽²⁾

그것은 NHS는 기본적으로는 새로운 原理나 健康機會(Health Opportunities)의 再分配를 도입하거나 새로운 病院이나 치료방법을 창안한 것도 아니었기 때문이다.⁽³⁾ 요컨대 그것은 영국의 歷史의 特殊性을 배경으로 하여 점진적으로 형성된 英國的 福祉國家體制의 핵심적 構成部門이었던 것이다.

따라서 NHS의 考察에 있어서는 그 成立背景에 있어 그 形成期의 혼란과 진통 외에도 救貧法時代, 保健立法 및 Lloyd George의 醫療保險時代, 戰時非常醫療서비스(EMS)의 經驗 그리고 Beveridge의 報告書로 이어지는 오랜 英國的 醫療保障의 傳統이 개제되고 있다는 사실을 간과하지 아니하여야 하는 것이다.

2. 國民保健서비스의 成立背景

(1) NHS의 前史는 대체로 1601년의 救貧法 및 1834년의 改正法, 1848년 및 1875년의 公衆保健法(Public Health Act)으로 이어지는 일련의 保健立法過程, 1912년의 國民醫療保險法에 의한 (제한적) 醫療保險制度의 實施 및 NHS의 創設에 있어 하나의 里程碑가 된 Dawson

(2) J.S. Ross, *The National Health Service in Great Britain, A historical and descriptive study*, 1952, p. 4.

(3) Eda Topliss, *Health Care Policies*, edited by Brearley, pp. 38-65; B. Watkin, *The National Health Service: The First Phase 1948~1974 and After*, 1978, p. 1 Watkin은 NHS法의 發效를 NHS의 創設이라고 하는 것은 다만 法的 또는 行政的 觀點에서만 정당화될 수 있는 것이라고 하고 있다.

報告書(1902)를 필두로 각종 研究報告書의 蓄積이 이루어지는 摸索過程,⁽⁴⁾ 그리고 戰時非常醫療서비스體制(EMS)의 경험과 이를 바탕으로 한 1940년대 前半의 醫療政策形成過程으로 區分된다. 후자는 1942년의 醫療制度計劃委員會(Medical Planning Commission)의 中間報告書 및 Beveridge報告書와 同報告書上의 國民保健서비스 원칙에 대한 政府의 承認과 그에 따른 1944년의 政府白書(White Paper)의 發刊과 그에 따른 NHS法定制 및 그 施行準備段階 등을 그 내용으로 하고 있다.

(2) 1601년의 救貧法은 極貧者와 老齡疾病者에 대한 無償의 醫療救濟를 규정하고 있었다. 그러나 이전의 浮浪者團束法(Vagrancy Act)에서 유래하는 救貧法에 기한 醫療서비스는 소위 沮止原理(Deterrence Principle)에 입각한 소극적이고 제한적인 貧民救濟의 수준을 넘지 못한 것이었다.

영국에 있어 公衆保健立法의 기초는 1848년의 法과 1875년의 公衆保健法에 의하여 이루어졌다고 할 수 있다. 1848년의 法은 公衆保健에 관한 국가의 責任을 최초로 선언한 立法이었다. 그러나 이 法 역시 公衆保健에 대한 원칙적인 配慮의 次元에 머물러 있었을 뿐이었고 國民保健에 대한 적극적인 施策은 마련하지 못했던 것이었다. 즉 종래의 極貧者에 대한 醫療서비스를 제외하면 기타 人口層의 醫療은 여전히 개인적 責任下에 놓여 있었던 것이다.

(3) 근본적인 變化는 1912년의 國民醫療保險法(National Health Insurance Act)의 制定에 의하여 이루어졌던 것으로 이 法에 의하여 國民保健에 대한 社會의 共同責任原則이 비로소 具現되게 되었던 것이다. 國民保健에 대한 관심은 Boer전쟁 말기에 발표된 軍人의 疾病·死亡率에 관한 統計와 徵兵에 관한 身體檢査結果에 의하여 고조되었던 것이다. 이에 따라 國民保健 전반에 관한 政策的 轉換이 가속되었던 것이다.

國民醫療保險法은 모든 肉體勞動者와 年間所得 160파운드 이하의 低所得 정신노동자에 대하여 適當 6펜스의 釀出金 納付(사용자 3펜스, 국가 2펜스 共同負擔)를 조건으로 일반적 醫療서비스를 제공하도록 규정하고 있었다.

被保險者는 發病期間 동안 최소한의 所得보장을 위한 適當給與를 지급받았고 또한 醫療保險制度에 참가한 一般醫로부터 無償診療를 받았다. 이 경우 의사들은 환자명부에 등록된 被保險者數에 따라 人頭制(Per Capita Basis)에 의한 치료비를 지급받았다. 이러한 「登錄醫師(Panel Doctor)」 및 人頭制 기준에 따른 醫療費支給方式은 이후 NHS制度에 승계된 바

(4) 1919년의 保健省法에 의하여 종래의 地方行政委員會(Local Government Board)가 保健省에 의하여 대체되었을 때에 있어서의 保健相의 최종의 重要施策은 諮問委員會를 설치하여 醫療 및 관련서비스의 제공에 필요한 조치들을 강구하는 것이었으며 그 委員長으로 Dawson경이 임명되어 1920년 醫療 및 관련서비스의 공급에 관한 報告書가 작성되었다. 이를 일명 Dawson報告書라고 하는바, 이를 필두로 하여 1939년까지 사설자선병원의 조직 및 협조체제상의 결함과 그 분포상의 불균형을 지적한 Care委員會報告書(1921)와 Onslow委員會報告書(1923), 국민의료보험에 관한 王立委員會報告書(1926), 영국의사협회의 일반의료서비스에 관한 報告書(1930, 1938), 병원정책에 관한 報告書(1938), 영국보전서비스에 대한 調查報告書 등이 발표된 바 있다. J.S. Ross, *op. cit.*, pp. 50-60; B. Watkin, *op. cit.*, pp. 4-14.

있다.

國民醫療保險制度는 의사나 환자에게 모두 유익한 것이었다고 할 수 있다. 그것은 의사는 환자당부에 등록된 환자수에 따라 정기적인 報酬를 지급받았고, 타면 賃金勞働者들은 그것이 一定酬出金の 納付를 전제로 하는 것이기는 하나 이 保險制度에 의하여 發病으로 인한 所得逸失 및 治療費負擔으로 부터 보호될 수 있었던 것이다. 그에 따라 保險加入者數는 점차 증가하여 1940년대 중반에는 거의 全人口의 절반이 이 制度의 혜택을 받기에 이르렀으나, 이 制度는 다음의 몇가지 기본적 결점을 내포하고 있었다. 먼저 그 適用範圍에 있어 이 制度는 被保險者의 扶養家族에 대한 규정을 두고 있지 않았으므로 이들은 그 受惠對象에서 제외되고 있었던 것이다. 一定所得水準 이상의 正辛勤동자들도 被保險者가 될 수 없었으므로 다수의 中産階層이 그 適用對象에서 제외되었고 또한 獨立自營者들도 제외되고 있었다. 다음에 同制度上의 給與의 내용은 기본적으로 一般醫療서비스, 藥濟 및 發病期間中の 소액의 現金給與에 한정되어 있어서 專門醫나 病院서비스는 그 대상에서 제외되고 있었다. 따라서 私設慈善病院(Voluntary Hospitals)과 國公立病院의 협조문제는 未解決 상태로 남아 있었던 것이다. 끝으로 이 制度는 醫療서비스와 現金給與를 地方保險委員會와 소위 「公認組合(Approved Society)」에 分擔시키고 있었던 바 그에 따른 다수의 불편·폐단이 있었던 것이다.

Eckstein이 의하던 國民醫療保險制度의 前述한 諸缺陷은 醫療의 保險化에 대한 反感과 그 社會化에 대한 압도적인 支持를 유발함으로써 勞動黨과 戰時聯立內閣으로 하여금 強制醫療保險制度를 폐지하게 한 결정적 要因이 되었다고 한다.⁽⁵⁾ 따라서 國民醫療保險制度는 그 適用範圍나 給與內容의 擴大·改善에 관한 여러 提案의 妥當性에도 불구하고 결국 폐지되고 國民保健서비스制度가 창설되게 된 것이다.

(4) 1948년의 NHS의 創設에 직접적인 계기가 되었던 것은 물론 유명한 Beveridge報告書이었다. 그러나 이에 앞서 다수의 研究報告書와 提案들이 NHS 創設을 위한 전반적인 사회 분위기를 조성하였다는 점은 간과할 수 없는 사실이다. 이들중 대표적인 것으로서는 먼저 Dawson報告書を 들 수 있을 것이다. 이것은 1919년 保健省의 設置와 함께 保健相의 諮問機關으로 설치된 「醫療 및 關聯서비스에 관한 諮問委員會(Consultative Council on Medical and Allied Services)」가 1920년에 제출한 「醫療 및 關聯서비스의 將來供給에 관한 報告書」의 略稱이다. 이러한 Dawson報告書는 豫勞·醫療서비스들은 統合되어야 하며 1次的·2次的 保健센터의 네트워크에 기초를 두어야 한다고 주장함으로써 최초로 새로운 國民保健서비스制度를 설립하기 위한 里程碑를 마련했다.⁽⁶⁾ 이 報告書는 醫療費支給方式에 관해서는

(5) 그 상세는 참조 : Eckstein, *The English Health Service: Its Origins, Structures and Achievements*, 1959. pp. 19-29.

(6) B. Watkin, *op. cit.*, p. 12.

입장을 밝히지 않았다. 의사의 專任有給制에 대해서는 그것이 「創意性を 저해하고 責任感을 감소시키며 無事安逸을 조장한다」는 취지에서 확고한 반대입장을 표명했다.

이어서 1926년의 國民醫療保險에 관한 王立委員會報告書는 이 制度의 결함들을 지적하면서 醫療서비스의 財源調達方法으로서 保險原理은 적합하지 아니한 것으로, 궁극적으로는 保險方式을 완전히 떠나 다른 公衆保健活動과 같이 일반적 公共資金에 의한 醫療서비스制度를 정립해야 한 것이라는 점을 示唆했다.⁽⁷⁾

英國醫師協會는 1929년에 「국민을 위한 一般醫療서비스에 관한 提案(Proposals for a General Medical Service for the Nation)」을, 그리고 1938년에는 다시 이를 개정 보완한 同名의 提案書를 낸 바 있다. 후자는 그 基本原理로서 ① 醫療서비스制度는 疾病治療 못지않게 적극적인 健康 및 疾病豫防制度를 설립할 것, ② 一般醫 또는 家庭醫의 서비스에 대한 개인의 選擇權이 부여될 것, ③ 相談·專門醫서비스 등 기타 모든 보충적 서비스가 家庭醫의 주선을 통해 이용될 수 있을 것, ④ 醫療서비스의 各部門은 계획적인 國民保健政策의 실시에 의하여 긴밀히 협조·발전될 것을 제안함으로써⁽⁸⁾ NHS의 定立을 위한 사회적 기반 형성에 기여하였다.

(5) 既存의 잡다한 醫療서비스體制의 결함은 1920년대와 1930년대 들어서서 보다 뚜렷이 露呈되었던바, 政府는 전쟁의 위협에 당면하여 1次大戰 당시의 醫療危機를 상기하여 그 對策으로써 非常醫療서비스(Emergency Medical Service, 1938) 體制를 창설하여 모든 私設慈善病院(Voluntary Hospitals)과 公共病院을 11개 行政地域으로 編成했다. 이러한 EMS 體制에 의하여 영국에는 최초로 전국적으로 조직된 病院서비스가 실시되었던바, 이 體制는 그 자체 결함이 없었던 것은 아니나, 이전의 制度에 비하면 현저한 발전을 이룩한 것이었다고 할 수 있다. 따라서 이러한 EMS體制를 해체하고 종전의 상태로 복귀한다는 것은 이미 상정될 수 없는 것으로 되게 되어 이러한 EMS 體制는 새로운 國民保健서비스制度의 創設을 위한 전반적인 社會雰圍氣를 조성하였던 것이다.

前述한 여러 要因은 1942년 Beveridge報告書에 의하여 근본적인 改革案이 제안되게 되는 긍정적 배경을 이루는 것임은 물론이다.

Beveridge의 國民保健制度의 수립에 관한 提案은 1943년에 Churchill의 聯立內閣에 의하여 수락되어 1944년에 「國民保健서비스에 관한 白書(White Paper on the NHS)」의 發刊을 보게 되었다.

Beveridge 報告書는 2次大戰 당시의 總力戰이라는 戰時動員體制下에서의 전반적인 生活條件의 惡化 및 空襲危險下에서의 非常醫療體制에 대한 절대적인 要請 및 戰後의 復舊·社

(7) A. Lindsey, *Socialized Medicine in England and Wales*, 1962, p. 27; Ross, *op. cit.*, pp. 53-56
王立委員會의 報告書는 그러나 정치적 행정적 장애점으로 인해 의료보험제도의 부분적 개정을 실현하는 데 그쳤다고 한다.

(8) E. Topliss, *Health Care Policies*, *op. cit.*, p. 44.

會再建에 대한 국민적 기대에의 副應이라는 전반적 사회분위기 속에서 작성된 것이다. Beveridge報告書, 보다 정확하게는 「社會保障과 關聯서비스」는 社會再建에의 길을 막고 있는 다섯개의 巨人, 즉 疾病(Disease), 無知(Ignorance), 窮乏(Want), 不潔(Squalor) 및 懶怠(Idleness)에 대한 전면적 공격이 개시되어야 한다고 주장하면서 包括的인 社會保障計劃을 제안하였다. 이러한 社會保障計劃의 一環으로서 제안된 것이 그의 두번째 基本命題, 즉 포괄적인 保健·再活서비스制度의 定立이었다. 그것은 모든 시민에게 그 必要(Need)에 따라 資産이나 保險金納付와는 무관하게 포괄적인 健康 및 再活서비스가 제공되어야 한다는 것이며, 이에 대해서는 약간의 本人負擔이 부과될 수는 있으나, 그것이 그 要求 충족에 대한 障礙要因이 될 정도의 것이어서는 안된다는 것이다.

이와 같은 Beveridge報告書는 첫째, 일반적 社會政策과의 關聯에서의 醫療政策의 위치를 設定함으로써 정부의 관심을 병원에 대한 것에서 일반적 健康서비스計劃으로 옮겨 놓았으며, 둘째, 기타 社會保障制度의 論理的 延長으로서 醫療의 社會化(Socialization of Medicine)를 위한 論理的 基礎를 제공했다는 데에 그 基本적 意義가 있다 하겠다.⁽⁹⁾

Beveridge報告書상의 國民保健서비스原則을 승인한 Churchill聯立內閣은 모든 국민이 資産, 年齡, 性別, 職業에 관계없이 最新·最善의 醫療서비스와 關聯서비스로부터 평등한 收益機會를 가질 수 있도록 보장하기 위하여 國民保健서비스를 창설할 것임을 선언했고 그에 따라 1944년에 國民保健서비스에 대한 白書를 발간하였다. 이 白書의 내용은 당시 保健長官이었던 H.U. Willink가 下院에서 밝힌 바 있는 다음의 네 가지 基本原理로 요약될 수 있다.

- ① 모든 사람이 이용할 수 있는 포괄적 醫療서비스의 제공
- ② 이 서비스에의 參與 여부에 대한 의사와 환자의 자유로운 選擇權
- ③ 議會와 選舉制地方自治團體를 통한 民主的 統制
- ④ 醫療界의 견해가 서비스의 安全에 고려될 수 있도록 보장하는 制度的 裝置

이러한 白書상의 基本方針과 NHS法案을 둘러싼 政府와 議會 및 各種壓力團體間의 끊임 없는 軋轢과 調整(勞動黨政府의 保健長官 A. Bevan과 英國醫師協會間의 미묘한 軋轢과 그 解決過程은 특히 유명하다)을 거쳐 1946. 11. 6에 NHS法이 제정되었고 이후 다시 19개월간의 施行準備期間을 거쳐 1948. 7. 5에 同法이 發效되어 영국에서 비로소 國民健康서비스가 실시되게 되었다.

(6) 前述한 바와 같이 NHS의 創設은 직접적으로는 전쟁의 혼란과 전후의 빈곤으로 대표되는 1940년대의 사회적 여건에 그 배경을 두고 있다고 할 수 있다. 특히 戰爭으로 인한 社會的 狀況은 종전의 制度의 결합을 보다 적나라하게 노출시켰을 뿐만 아니라 이들 결합

(9) Eckstein, *op. cit.*, pp. 134-135.

의 일부를 보다 惡化시키고 또한 국민의 醫療制度에 대한 전반적 의식을 提高함으로써 그 改革의 방향까지도 제시했다고 할 수 있다.⁽¹⁰⁾ 戰時動員體制下에서의 非常醫療서비스에 대한 영국 국민의 經驗과 Beveridge報告書에 收斂된 醫療制度에 대한 輿論의 태도는 NHS創設에 대한 전쟁의 영향을 잘 보여 주고 있는 것이라 할 것이다.

그러나 보다 넓게 보면 NHS의 成立背景에는 1930년대의 社會的 與件과 분위기, 더 나아가서는 Lloyd George의 國民醫療保險制度 및 그 이전의 保健立法에 소급하는 오랜 역사적, 제도적 傳統이 개재되고 있음을 알 수 있는 것이다. NHS는 영국의 역사적 特殊性에 의하여 生成된 英國的 時代精神의 所産이라고 할 수 있으며 이 점은 NHS의 理解에 있어서는 특히 유의해야 할 것으로 본다.

NHS의 形成期에 있어 드러나는 또 하나의 특징은 그 定立에 있어 輿論이 전반적인 영향력을 행사했다는 점이다. 包括적이고 普遍的인 國民保健制度에 대한 국민의 欲求는 노동당과 보수당의 政策形成에 압도적인 영향력을 행사했을 뿐만 아니라,⁽¹¹⁾ 英國醫師協會에 의하여 대표되는 各種利益團體와 政府間의 軋轢에 대해서도 일종의 후견적 역할을 수행했던 것이다. 이는 NHS를 둘러싼 격렬한 논쟁과 利益對立이 점차적으로 조정되고 수렴될 수 있었던 民主的 形成過程을 말해 주며 이러한 妥協過程에 의하여 英國醫療保障制度的 단계적 改良主義的 性格이 造成되었다고 볼 수 있다.

B. 現行國民保健서비스의 概要

1. NHS의 目標

NHS의 目標은 全人口의 모든 개인적 건강수요를 충족시킬 수 있는 각종 서비스를 제공하는 데 있다. 구체적으로는 그 適用範圍에 있어서의 普遍主義, 서비스의 包括性, 원칙적으로 無償서비스의 提供과 이를 위한 효과적인 運營組織의 確保를 포함하는 자유로운 醫療接近可能性의 보장이 그 目標이라고 할 수 있다. 그러나 실제에 있어 모든 사람에게 필요한 모든 醫療서비스를 완전히 無償으로 제공한다는 것은 하나의 理想論에 불과한 것이라 할 것이다. 따라서 제한된 醫療資源을 가장 효율적, 합리적으로 配分하는 것이 上記의 目標과 관련된 현실적 課題라 할 것이다.

既述한 바와 같이 NHS法 제 1 조는 국민의 육체적·정신적 健康의 向上과 疾病의 豫防·治療를 위한 包括的 健康서비스의 增進이 保健部長官의 任務라고 선언하면서 이러한 서비스는 원칙적으로 無償으로 제공되어야 한다고 규정하고 있다. 이러한 NHS法 제 1 조는 國民醫療需要의 充足에 대한 政府의 責任을 선언함으로써 醫療社會化(Socialization of Medicine)를 향한 規範的 Program을 明言하고 있을 뿐만 아니라, 현실적으로는 NHS의 當面目標을

(10) *Ibid.*, pp. 97-98.

(11) *Ibid.*, p. 161; Watkin, *op. cit.*, p. 2.

設定한 것으로 해석되고 있다.⁽¹²⁾

2. NHS의 適用對象

英國內의 모든 居住者는 國民保險寄與金の 拂入과는 상관없이 國民保健서비스의 受惠者로 될 수 있다. 國民保險에 寄與金を 불입하는 者는 NHS에도 또한 寄與金を 불입하도록 되어 있으나, 同制度上의 醫療서비스는 이러한 寄與金拂入과는 무관하게 支給되고 있는 것이다.

모든 醫療서비스는 無償으로 제공되는 것이 원칙이나, 다음의 경우에는 약간의 本人負擔金이 부과되고 있다. 즉 處方料(Prescription Charge)(다만 어린이, 產母, 老人, 社會保障制度上의 扶助惠澤과 家族所得扶助受惠者, 戰爭年令者 등은 제외), 齒科治療費(단, 진찰만 받거나 21歲 이하 혹은 產母는 제외), 이틀(단, 16歲 이하, 在學生, 產母 등은 제외), 안경(단, 아동용 표준안경은 제외)가 그것이다.⁽¹³⁾

영국을 訪問中인 의국인도 治療목적으로 入國하는 경우 외에는 發病時에는 NHS上의 醫療서비스의 혜택을 받을 수 있다.

환자는 選擇에 따라 NHS制度 밖에서 私設病院이나 個人開業醫의 診療를 받을 수도 있으나, 실제 私的醫療部門은 크지 않으며 또한 그에 대한 需要도 매우 낮은 편인 것으로 나타나고 있다.⁽¹⁴⁾ 현재 영국의 거의 모든 醫師들이 NHS制度에 참여하고 있어서 다만 全體醫師의 2%에 해당하는 專門醫들만이 독자적으로 개업하고 있는 것으로 나타나고 있다.⁽¹⁵⁾

또한 영국의 病院의 대부분은 NHS制度의 管轄하에 있으며 이 制度 밖에 있는 병원들(주로 宗教團體가 운영하는 病院이나 特殊病院·療養所들)도 契約에 의해 NHS의 환자들을 치료해 주고 있다.

3. NHS上의 保健서비스

(1) 保健서비스의 내용

NHS에 의하여 제공되는 서비스는 그 내용상 상당히 다양한 것이어서 이 制度의 包括성을 잘 나타내 주고 있다. 먼저 이 制度의 適用對象인 疾病에는 急慢性疾患, 齒科 및 眼科

(12) Eckstein은 이러한 취지에서 NHS의 機能的 目標(operational objectives)로서, 적절하고 합리적인 公共財源調達, 서비스의 配分에 대한 合理的 統制, 經濟·醫療 및 計劃上의 要請에 부응할 수 있는 合理的 組織, 效果的인 醫師—患者關係의 維持 및 民主的 組織의 다섯 가지를 제시하고 있다. Eckstein, *op. cit.*, pp.167-176; 1979년의 NHS에 관한 王立委員會의 報告書는 NHS의 목표를 비교적 상세하게 규정하여, 첫째, 公共部門의 資源利用을 통한 개인건강의 보조와 轉장, 둘째, 영국내 모든 居住者들에 대한 평등한 醫療機會의 보장, 셋째, 良質의 포괄적인 醫療서비스의 提供, 넷째, 平등한 醫療서비스水準의 保障, 다섯째, 醫療서비스의 無償支給原則, 다섯째 患者의 醫師選擇의 自由 등을 들고 있다. 李海英·韓昇洙, 英國의 社會福祉, 1979, pp.121-124.

(13) 李海英·韓昇洙, *op. cit.*, p.124.

(14) R.G.S. Brown, *Reorganizing the National Health Service, A Case Study in Administrative Change*, 1979, p. 3.

(15) 李海英·韓昇洙, *op. cit.*, p.128.

疾患 그리고 精神疾患이 포함되어 있다. 그러나 NHS는 이러한 疾病에 대한 治療외에 광범한 豫防과 再活서비스, วัคซีน·豫防注射, 왕진간호서비스, 事後介護(Aftercare)서비스, 巡廻醫療員에 의한 서비스를 실시하며 또한 藥濟, 輸血, 臍불런스 서비스 등을 제공하고 있다.

그러나 食品·公衆 또는 水質汚染과 같은 環境保健衛生에 대한 서비스나 高齡者·不具者 또는 産業災害者에 대한 서비스 등은 NHS의 適用對象에서 제외되고 있다. 이에 반하여 保健教育이나 就學兒童에 대한 서비스는 1974년 法改正 이후부터는 NHS制度上的 서비스에 포함되게 되었다. 또한 家族計劃에 대해서도 NHS에 의하여 상당한 혜택이 부여되고 있다.

(2) 醫療傳達體系 및 서비스利用節次

(i) NHS의 醫療傳達體系에 있어 가장 기본적인 單位는 一般醫(General Practitioner) 또는 家庭醫(Family Doctor)에 의한 醫療서비스로서, 一般醫는 그 환자명부에 등재된 사람들에게 一次的 醫療를 제공하며 또한 다음 단계의 醫療서비스, 예컨대 病院이나 專門醫서비스에 대한 교량적 역할을 한다. 一般醫는 자기환자에 대한 完전한 臨床的 自由를 가지고 있으며, 심한 疾病이나 診斷이 곤란한 경우에는 諮問을 구하거나 病院에 移送할 수 있다. 예컨대, X-ray, 病理學檢査 또는 特別診療를 요하는 경우에는 적절한 依賴措置를 취할 수 있으며, 긴급한 경우 외에는 一般醫를 통하지 않고 病院에 갈 수는 없으므로, 一般醫는 病院이나 專門醫서비스 利用에 대한 助言과 指導를 할 수 있다.

一般醫서비스에는 一般眼科과 齒科서비스가 포함된다.

一般醫는 開業地域에 대하여 원칙적으로 選擇의 自由를 가지고 있다. 그러나 地方保健局 傘下의 家庭醫委員會(1974년 이전에는 地方運營委員會)는 醫師의 地域的 均等分配의 관점에서 이에 대하여 일정한 制限을 가하고 있다.

(ii) 病院 및 專門醫서비스

病院과 專門醫서비스는 입원환자나 기타 환자들에게 필요한 일반적·전문적 醫療서비스를 제공하고 있다.

病院 및 專門醫서비스에는 一般疾患에 대한 入院서비스, 強制入院을 포함하는 精神疾患에 대한 入院서비스, 老人病서비스, 産婦人科서비스 등이 포함되어 있으며 또한 病院에는 再活施設도 구비되어 再活서비스도 제공되고 있다.

아동들은 그 감수성이나 장래 성장에 대한 영향들을 고려하여 원칙적으로는 가택치료를 받게 하고 있다. 그러나 入院치료가 불가피한 경우에는 소아과 의사와 간호원의 특별한 보호를 받으며 또한 부모들은 언제나 그들 자녀를 방문할 수 있도록 되어 있다.

환자들의 대부분은 일반병동(여러 환자들이 공용하는 병동)에 入院한다. 病院內的 獨室이나 작은 병동은 의학상 이유로 개인적 치료를 요하는 환자가 없을 때에는 그 利用希望者에게 一定料金(1979년 獨室 2파운드, 소병동 1파운드)을 받고 入院시킬 수 있다.

(iii) 地方醫療機關서비스

지방자치단체는 일반적 의료서비스, 예컨대 出産前後의료서비스, 아동건강, 助産員서비스, 가정방문건강서비스, 예방접종, 앰블런스서비스, 가족계획서비스, 정신병환자·정신박약자를 위한 서비스 등을 실시하고 있었다.

그러나 1974년의 NHS의 組織改編으로 이러한 地方自治團體의 의료서비스는 모두 關係機關에 이양되었다.

(iv) NHS制度上의 醫療서비스의 利用에 있어서는 의사와 환자가 공히 選擇의 자유를 가진다는 점에 그 기본적인 특징을 찾을 수 있을 것이다.

환자는 자신의 一般醫를 선택할 수 있으며 醫師도 또한 그의 환자명부에 특정인의 등록을 거부할 수 있다(이 경우 가정의에 등록하지 못한 환자는 家庭醫委員會의 도움을 받아 진료를 받을 수 있다). 이러한 一般醫에 등록된 人員은 全人口의 98% 이상에 달하고 있다.⁽¹⁶⁾ 등록환자들은(未登錄상태의 暫定居住者나 應急患者 포함) 자기의 가정의를 찾아가 진료순서를 기다리거나 사전에 약속을 하여 診療를 받을 수 있으며 舉動不能時에는 왕진을 요청할 수 있다.

사실상 NHS의 의료서비스의 대부분은 一般醫가 담당하고 있다고 볼 수 있다.

(3) 醫療費 및 醫師의 報酬

NHS制度上의 醫療서비스는 無償으로 支給되는 것이 원칙이다. 그러나 濫診 및 醫療費上乘抑制策의 一環으로 일정한 범위내에서 醫療費의 一定比에 대한 本人負擔制가 실시되고 있다. 예컨대 處方費, 眼鏡, 補綴 등에 부과되는 本人負擔額이 그것이다. 다만 이에 관해서는 앞에서 記述한 바 있으므로 다시 반복하지 않기로 한다.

醫師의 報酬는 1911년 國內醫療法의 실시 이래 소위 人頭制(Capitation)方式에 의하여 결정되고 있다. 즉 독일 등의 酬價點數制와는 달리 등록환자수에 따른 月間給與方式에 의하고 있는 것이다. 그러나 1965~66년 이래 이러한 人頭制方式은 業務量, 責任, 治療費 등이 반영되도록 어느 정도 수정·보완된 바 있다.

4. NHS의 財政

NHS의 財源은 國庫, 國民保險移轉金과 本人負擔金으로 구성되는데, 1978~79년간 각각 88.2%, 9.5%, 2.0% (기타 0.3%)의 構成費를 보이고 있다.⁽¹⁷⁾ 이와 같이 中央政府가 一般歲入으로 거의 대부분의 財源을 조달하는 것이 영국 NHS制度의 가장 중요한 특징의 하나라고 할 수 있다. 이것은 社會保險原則에 입각하여 그 財源을 被保險者가 분담하는 寄與金 또는 釀出金에 의하여 조달하는 독일, 프랑스, 우리 나라 등의 制度와는 근본적 차이를 보이는 것이다. 이러한 醫療保障制度上의 財源調達方式으로서의 租稅方式과 保險料方式의 長短點에 관해서는 뒤의 結論 부분에서 검토하여 보기로 한다.

(16) M.I. Roemer, *Comparative National Policies Health Care*, 1977, p. 117.

(17) Report of Rogal Commission on the National Health Service, 1979, p. 436.

C. 國民保健서비스의 管理運營組織

1. 管理運營組織의 改編

1948년 7월부터 실시되어 온 NHS는 이후 적지 않은 施行上의 문제점을 노정하게 되었다. 이들 문제점 중에서 특히 중요한 것으로 부각된 것이 財政문제와 管理運營組織의 문제였다.⁽¹⁸⁾

NHS의 費用은 그 간의 物價上乘을 감안하더라도 1949년에 비하여 1968~1970년에는 두 배, 1975~78년에 이르던 세 배로 증가했던 것이다. 이러한 비용증가는 歐美의 다른 국가들에 비하여 높은 것은 아닌 것이나, 그것은 NHS에 대해서는 계속적인 재정압박요인이 되어 온 것으로서 정부가 적극적인 費用抑制策을 강구하게 되는 계기가 되었다.

NHS의 組織上의 문제는 소위 그 전통적인 三重構造에 관한 것으로서, 그 改革의 필요성은 이미 출범당시부터 제기되어 온 것이다. 기술한 바와 같이 1948년의 NHS는 의료제도 자체에 근본적 변화를 가져 온 것은 아니었던 것으로, 그것은 非常醫療서비스體制의 경험을 배경으로 醫療서비스의 새로운 行政構造와 새로운 財源調達方式을 制度化한 것이었으므로, 합리적·효능적인 NHS의 관리운영조직의 문제는 그 초기부터 부단히 제기된 바 있었던 것이다. 그 결과 이에 관한 오랜 改革論議를 거친 후에 1973년의 NHS改編法에 의하여 1974. 4. 1부터 종래의 三重構造는 폐기되고 單一化된 行政構造로 개편되게 되었던 것이다. 이러한 制度改編에 따라 종전의 一般醫·病院 및 地方保健機關의 醫療서비스를 單一行政組織에 통합시킴으로써 그것은 NHS에 대한 中央의 行政的 統制를 증대시키는 결과를 가져왔다.

다음에서는 NHS의 관리운영조직을 1974년 이전과 이후의 組織으로 나누어서 살펴봄으로써 그 개혁의 원인과 효과를 파악하여 보기로 한다.

2. 1974년 이전의 NHS의 管理運營組織 및 그 問題點

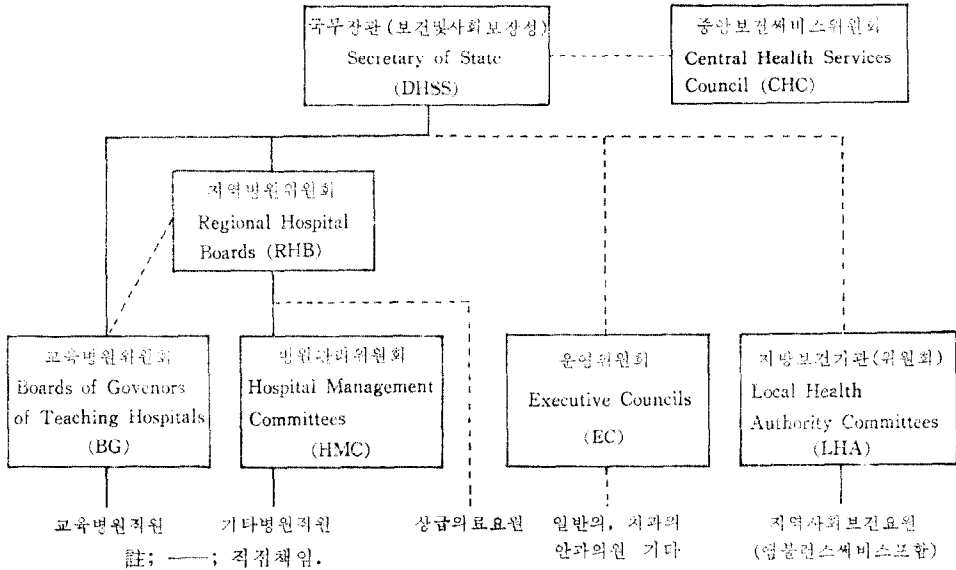
(1) 管理運營組織

1948~1974 기간에 있어서의 NHS의 運營組織은 <表 1>에서 보는 바와 같이 三重的 分業構造(Tripartite Division of Labor)를 취하고 있었다. NHS創設 이전부터 시행되어 온 이러한 組織構造는 病院서비스·地方自治團體에 의한 地域社會와 公衆保健서비스 및 전통적으로 독립·지역방식을 취하고 있던 家庭醫와 기타 一般醫서비스의 3개 構成要素로 이루어지고 있었다.⁽¹⁹⁾

(18) 그 밖에도 의료수요의 폭주와 그로 인한 장기간의 대기현상, 一般醫의 수입·지위의 저하, 병원과 전문의에 의한 診療機會의 제한, 의료분포의 지역적 불균형, 의료서비스의 수준의 문제, NHS관리비용의 증가 등의 문제가 발생했다고 한다. E. Topliss, *op. cit.*, pp. 45-50; G. Bevan, *Health Care Priorities and Management*, 1980, pp. 21-39.

(19) 그러나 病院서비스內에 있어서 敎育病院이 실질적인 獨立性을 향유하고 있었기 때문에 4重構造로 파악할 수도 있는 것이었다.

〈表 1〉 1974년 이전의 NHS 조직



資料; G. Bevan(et al.), p. 44.

이를 개관하던 다음과 같다.

먼저 病院서비스는 원래 14개, 이후에 15개 地域(Regions)으로 區分・組織되어 있었다. 각 地域에는 地域病院委員會(Regional Hospital Board)와 1개 이상의 醫科大學이 설치되어 있었다.

醫科大學과 그에 연계되어 있는 教育病院(Teaching Hospital)은 醫療의 중심으로서 각종 研究와 지역적 專門醫서비스를 關望하고 있었다.

地域病院委員會는 病院의 전반적 계획, 지역내 病院・專門醫서비스의 供給, 調整 등에 關하여 保健社會保障部長官(이하 보건장관으로 略稱)에게 직접적 책임을 지고 있었다. 각 지역내에는 보통 20개 이상의 病院管理委員會(Hospital Management Committee)가 있어 그 지역내의 병원(教育病院은 제외)의 관리에 대한 책임을 지고 있었다. Senior Registrar 이하의 病院의 직원은 이 병원관리위원회가 임명하였다.

病院管理委員會는 그 豫算配분에 대하여 상당한 自律性을 가지고 있었으나, 主要資本支出 및 새로운 專門分野開發에 대해서는 地域病院委員會의 승인을 받아야 했다.

教育病院은 保健長官에게 직접 책임을 지는 理事會(Board of Governors)에 의하여 관리됨으로써 통상의 地域病院委員會・病院管理委員會體制에 대하여 독자적인 지위를 향유하고 있었다.

이것은 NHS의 출범시에 당시 보건장관이었던 A. Bevan과 王立醫科大學 사이의 妥協의

所産이었다고 한다. 그러나 理事會委員의 1/5은 地域病院委員會가 임명하고 있었다.

다음에 一般醫서비스, 즉 一般醫, 齒科, 眼科 및 藥濟서비스를 포함하는 1次的 診療서비스는 대체로 지방자치단체의 관할구역과 부합하는 100개 이상의 地區(Areas)의 地方運營委員會가 관장하고 있었다. 그러나 保健政策문제에 관한 한 地方運營委員會의 권한은 매우 제한되어 있었던 것으로, 同機構는 주로 開業醫의 계약과 보수지급에 관한 문제를 그 주요 관할사항으로 하고 있었다.

끝으로 地域社會醫療서비스는 약 175개의 地方醫療機關에 의하여 제공되고 있었다. 이들 機關은 해당지역의 地方自治團體의 관할하에 있었으나, 保健長官이 一般監督的인 統制를 할 수 있었다. 이들 機關에 의한 서비스는 前述하였으므로 다시 반복하지 않기로 한다.

(2) 運營上の 문제점과 改革論議

이상과 같은 NHS의 새로운 運營組織下에서도 병원의 운영이나 각종 職務수행에 있어 종전의 실태가 답습됨으로써 그 운영·관리상황은 내용상으로는 이전에 비해 거의 변함이 없었다. 또한 NHS의 運營組織 자체도 해를 거듭함에 따라 그 내재적 결함들을 노출하게 되었다. 그러한 것으로서는 NHS의 三重的 構造의 不合理性·重複性, 醫療給與에 있어서의 서비스간(예컨대 1차적 진료와 병원·전문의 서비스), 地域間 配分에 있어서의 不均衡 등이 특히 지적되고 있었다. 이러한 NHS의 運營組織이나 그 운영실제상의 여러가지 문제점으로 그 制度的 改編을 위한 論議나 提議가 활발히 이루어지게 되었던 것이다.⁽²⁰⁾

NHS制度的 改編을 위한 움직임으로서, 1956년에 Guillebaud報告書가 조심스럽게 NHS의 三重構造의 難點을 지적한⁽²¹⁾ 이래 1962년의 Porritt報告書는 NHS의 三大構成部門의 統合과 NHS의 獨立法人化를 제안하였다. 이어서 1968년에는 病院行政研究所 등에서 「1980년대의 病院管理의 모습? (The Shape of Hospital Management in 1980?)」이라는 報告書를 발표하였고 同年에 勞動黨政府는 「英國醫療 및 關聯서비스의 行政構造(The Administrative Structure of Medical and Related Services in England and Wales)」라는 綠書를 발표하였고 1970년에는 다시 「國民醫療서비스의 將來構造(The Future Structure of the National Health Service)」라는 綠書Ⅱ를 발표하였다. 이 綠書Ⅱ에서 다시 保健長官인 R. Crossman은 다음 세 가지 사실을 결정하였다고 발표하였다. 첫째, NHS는 지방정부에 의하여 운영되지 않고 보건장관에 직접 책임을 지는 地域醫療機關이 관장한다. 둘째, 의료기관은 그 성격상 의료진문가에 의해서만 제공될 수 있는 서비스를 관장하고 지방정부는 사회사업과 관련된 서비스를 관장한다. 셋째, 의료서비스의 地域的 區分은 지방자치단체의 그것과 합치하

(20) 1974년의 改編 이전에 있어서의 NHS의 운영조직의 결함에 관해서는 참조: Topliss, *op. cit.*, pp. 45-50; G. Bevan, *op. cit.*, pp. 21-39.

(21) Report of the Committee of Inquiry into the Cost of the NHS, Cmnd 9663, 1956. 이 위원회는 원래는 NHS의 비용산출문제를 검토하고 그 대책을 강구하기 위해서 설치된 것이었으나, 그 報告書에서는 보다 광범한 문제를 다루고 있다.

도록 하여 약 90개 정도의 지역의료기관을 둔다.⁽²²⁾

1971년에는 보수당정권의 社會關係長官 K. Joseph卿이 NHS의 개편에 관한 審議文書를 발표하였고 1972년에는 보수당정부의 「NHS制度改編에 관한 白書(White Paper on National Health Service Reorganization)」이 발표되었다.

1971년의 審議文書는 NHS改編의 기초가 된 것으로 그 기본적 내용은 1972년의 政府白書에 반영된 바 있다. 同文書가 제시한 NHS改編의 세 가지 원칙은, 첫째, 서비스는 統合되어야 하며, 둘째, 計劃·資源配分에 관한 제 1차적 책임은 地域수준에 부여되어야 하고, 셋째, 地區保健委員會(Area Health Authorities)는 개편된 地方自治團體와 같은 관할구역 을 가져야 한다는 것이었다.

이러한 보수당정부의 案은 기본적으로 NHS의 효과적인 관리·운영에 중점을 둔 것이었다. 이 案은 관리·운영의 效率性의 관점에서 保健長官의 직접적 통제하에 있는 地域에 대해서 그 權限의 增大를 예정하고 있었으나 區保健委員會(District Health Committee)의 설치에 대해서는 부정적이었다.

그러나 이 案은 醫療行政에 대한 市民參加를 대폭 제한하려고 한 1968년의 綠書I에 대한 輿論의 비판과 저항을 감안하여, 지방의 輿論을 대변하기는 하나 직접 관리운영에 개입할 수는 없는 地域社會保健委員會 형태의 기구를 신설할 것을 재의하고 있었다.⁽²³⁾

이와 관련하여 특히 유의할 것은 이 제안은 그 내용상 보건서비스의 民主的 統制의 견지에서 보건기관구성에 있어 대표제적 요소를 증대시켜야 한다는 일정 제안 또는 여론을 거부하고 있다는 점이다. K. Joseph卿의 의도는 組織의 上級機關에 대한 최대한의 책임과 權限의 최대한의 下向移轉을 창출하려는 것이었던바, 그 원칙은 끝까지 고수되었다고 할 수 있다. Joseph卿의 견해에 따르면 各級保健서비스機關은 上級機關에 대하여 책임을 지야 하는 것은 물론이나 그것이 外部組織에 의하여 선임된 機關構成員의 그에 대한 責任과 混雜되어서는 안된다는 것이었다. 따라서 보건위원회의 구성원은 능력, 판단력, 추진력 등의 개인적 자질에 의하여 선정되어야 하는 것으로, 그것은 일반대중의 이해관계를 대변하는 代表로서 선출되어서는 안된다는 것이었다.

이것은 행정적 효율성에 民主的 原理가 종속되거나 또는 그것이 배제될 수도 있다는 우려를 야기함으로써 NHS의 改編 이후에도 끊임없는 爭點이 되고 있는 것이다.

대체로 이상의 Joseph卿의 提案과 1972년의 白書에 합치하는 내용의 NHS改編法이 1973년에 의회를 통과하여 1974. 4. 1부터 발효하게 되었다. 또한 같은 날에 地方自治團體의 改編이 이루어 짐으로써 NHS의 改編은 보다 용이하게 된 것은 사실이나, 타면에 그 施行準備期間이 충분하지 못함으로 해서 改編에 따른 상당한 논란과 문제점이 야기된 것으로 보

(22) 李海英·韓昇洙, *op. cit.*, p. 120.

(23) Topliss, *op. cit.*, pp. 50-51.

인다.⁽²⁴⁾

3. 1974년 改編에 따른 NHS의 管理運營組織

(1) 制度改編의 目的

전술한 바와 같이 1974년 制度改編의 目的은 三重的 運營構造와 관련된 것으로 보이는 運營上의 결함들을 제거하는 데 있었다. 그에 따라 地方自治團體의 保健機關에 의한 서비스는 中央機關으로 이양되어 病院서비스와 동일한 管理運營하에 놓이게 되었다. 또한 家庭醫 서비스는 새로운 機關으로서의 一般醫委員會의 所管下에 놓이게 되었다.

이러한 1974년의 NHS改編의 目的은 대체로 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 국민보건서비스의 統合: 상이한 組織들은 동일한 기관에 의하여 통제되어야 할 뿐만 아니라, 각기 分離되어 있는 서비스들도 地域수준에서 통합되어야 한다.

둘째, 국민보건서비스와 地方自治團體에 의한 사회복지서비스 사이에는 긴밀한 連繫體制가 정립되어야 한다.

셋째, 地域住民과 醫療界의 참여가 강화된 地區保健委員會에 대해 국가적 차원의 計劃과 優先順位에 합치하는 한도내에서 최대한의 管理運營책임을 부여하여야 하며 各保健區의 醫療서비스에는 地域社會의 積極적 참여를 증진하여야 한다.

네째, NHS費用의 최대한의 效果保障의 관점에서 그 使用에 대한 實效적인 中央統制手段이 구비되어야 한다.

(2) NHS의 새로운 組織構造

개편된 NHS의 조직은 <表 2>에서 보는 바와 같이 保健長官을 정점으로 各級保健委員會와 經營管理組織이 종적으로 배열되어 있다. 이와 병렬적으로 各級醫療諮問委員會가 대응되어 있는 구조를 보이고 있다. 이를 <表 1>의 1974년 이전의 조직구조와 비교하여 보면 全面的으로 개편된 조직상의 차이가 분명히 나타나게 되는 것이다. 즉 1974년의 改編 이후에 있어서는 NHS의 醫療行政單位간의 관계가 地域保健委員會를 정점으로 단일의 階序的 構造를 취하고 있는 것이다.

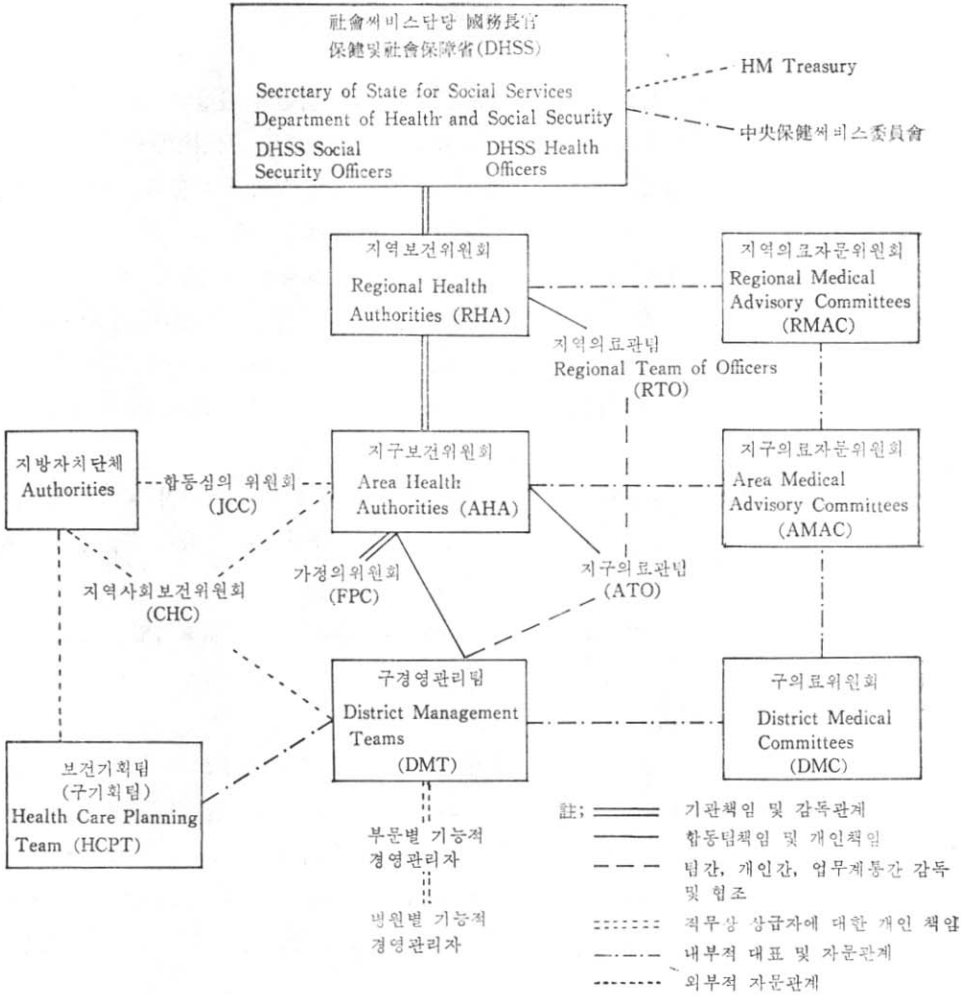
중진의 지방자치단체에 의한 保健 및 關聯서비스는 그 主機能이 醫療·看護인 경우에는 NHS의 保健機關으로, 그것이 개인·가족에 대한 扶助 또는 社會福祉活動인 경우에는 해당 地方自治團體로 각각 分掌됨으로써, 地方自治團體의 NHS에 대한 관계는 단순한 外部的 諮問關係로 전환되었다.

한편 一般醫서비스를 관장하던 중진의 運營委員會는 地區保健委員會의 統制下에 있는 家庭醫委員會로 대체되었다.

이상과 같은 組織上의 차이는 保健行政單位에 있어서의 行政系統의 單一化와 保健長官에

(24) G. Bevan, *op. cit.*, p. 46.

<表 2> 1974년 이후의 NHS 조직



<資料 : G. Bevan (et al.), p. 47>

의한 中央統制의 強化를 잘 나타내 주는 것이라 하겠다.

1974년 NHS의 改編에 있어 한 가지 特記할 만한 것은 醫療受惠者로서의 地域住民의 利益代表機能과 일정한도의 保健計劃樹立機能이 부여되어 있는 地域社會保健委員會가 常設機構로서 설치되었다는 점이다.

다음에 改編된 NHS의 行政單位에 관하여 어느 정도 자세히 살펴 보기로 한다.

(i) 保健·社會保障部長官

保健長官은 국민보건서비스의 종류·규모·수지균형을 결정함에 있어 國家政策과 그 優先順位를 수립할 책임을 지며 地域保健委員會의 計劃과 資源配分決定에 대한 審議·承認權

을 가지고 있다. 그는 또한 地域保健委員會의 全委員(위원장 포함)과 地區保健委員會의 委員長에 대한 任命權과 地域保健委員會에 대하여 指揮·監督權을 가지고 있다.

이러한 保健·社會保障部長官의 權限은 1974년 改編 이전에 있어 保健長官이 NHS의 운영에 개입할 수 있는 法的手段이 결여되어 있었다는 사정에 비하면 이 制度的 운영에 대한 中央政府의 權限과 役割이 현저히 증대·강화되었음을 잘 보여 주는 하나의 좋은 例라 하겠다.

(ii) 地域保健委員會(Regional Health Authority)

地域保健委員會는 1974년에 개편된 地方自治團體의 管轄구역과 일치하는 地域의 보건서비스정책을 관장하는 制定法上의 法人體로서 保健長官의 指揮·統制下에서 地區保健委員會에 대하여 일반적 監督權을 가지고 있는 NHS의 가장 중요한 行政單位이다.

이 委員會의 委員과 委員長은 주요 醫療關係者, 地方自治團體, 大學, 勞動組合 등의 諮問을 거쳐 保健長官이 임명하는바, 委員長은 時間制 有給職이고 委員은 無給職으로 되어 있으며, 이들은 일종의 公社形態의 合議制機關을 구성하고 있다.

地域保健委員會의 기능은 종래의 地域病院委員會의 기능, 예컨대 人力需給計劃, 主要電算作業 및 OR서비스, 그리고 주요 資本所要事業計劃의 選擇·企劃 및 建設·管理 등을 포함하고 있다. 同委員會는 이외에도 보다 확대된 새로운 기능으로서 同機構가 1차적 진료와 病院서비스 및 地域社會醫療서비스를 통합한다는 1974년의 制度改編의 기본목적에 따라 그에 따르는 서비스간의 조정이나 그에 관한 監督 등의 諸機能을 수행하고 있다.

制度改編 이후 保健地域間·保健地區間 및 保健區 사이의 醫療資源의 平等化政策의 실시 에 따라 計劃과 資源配分管理, 歲入 기타 資本造成, 주요 資本支出計劃 등에 대한 監督·統制와 관련하여 地域保健委員會의 역할이 보다 증대된 바 있다.⁽²⁵⁾

地域保健委員會는 地區保健委員會와 地域醫療官팀(Regional Team Officers)에 그 주요 運營責任을 委任하고 그를 통제할 수 있다. 同委員會는 또한 地區保健委員會의 計劃에 대한 承認權을 가지고 있으며 승인된 계획과 관련하여 후자의 運營成果를 통제한다.

地域保健委員會는 그 業務遂行에 있어 地域醫療官팀의 諮問과 지원을 받는다. 후자는 의료·간호·기획·재정 및 일반행정의 5개 業務를 담당하는 醫療官들로 구성되며, 그 구성원들은 각자의 소관사항에 대하여 地域醫療官팀과 地域保健委員會에 개인적 책임을 지는 동시에 또한 후자에 대하여 機關으로서의 책임도 지고 있다. 이러한 個人責任과 機關責任의 結合은 NHS조직의 하나의 기본적 축진으로서 이것은 地區醫療官팀과 區運營管理팀에도 역시 적용되고 있다.

1974년의 制度改編에 있어 企劃기능은 地域保健委員會의 가장 기본적 기능으로 간주되고

(25) 특히 資源配分作業班의 報告書를 해석·적용할 수 있는 權限에 의하여 地域保健委員會는 재정 문제에 대하여 막대한 영향력을 행사할 수 있게 되었다고 한다. G. Bevan, *op. cit.*, p. 52.

있었던 것으로, 그에 있어서 同委員會는 지역적·전략적 견지에서 보건·진료서비스를 연구하고 조정하는 서비스計劃팀의 지원을 받을 뿐만 아니라 프로젝트별로 각분야의 전문가로 구성된 公共企劃팀의 지원·조력을 받거나 의료 기타 전문가들로 구성된 자문위원회의 협조를 받고 있다.⁽²⁶⁾

(iii) 地區保健委員會(Area Health Authority)

地區保健委員會는 制定法上的 機構로는 최하급의 行政單位로서 地方自治團體의 管轄구역과 일치되도록 기획된 人口 25萬~100萬 사이의 90개 地區에서 全般的인 保健서비스를 管轄하며, NHS의 保健서비스와 地方自治團體의 관련서비스간의 調整을 擔當할 責任을 지고 있다.

地區保健委員會의 委員長은 진술한 바와 같이 保健長官에 의하여 임명되나 그 委員의 과반수는 地域保健委員會에 의하여 임명되며 그 나머지는 지방자치단체, 의과대학 등에서 선출된다. 그러나 그 어느 경우에도 이들은 代表者나 受任者로서가 아니라, 개인적 능력·자격으로 地區保健委員會에서 봉사하는 것으로 인정되고 있는 것이다.

地區保健委員會도 地域保健委員會와 마찬가지로 地區醫療官팀(Area Team of Officers)에 그 權限을 委任할 수 있으며 또한 同機構의 諮問이나 기타 지원을 받는다. 이 기구는 각각 의료·간호·재정·행정을 擔當하는 4명의 의료관으로 구성된다.

(iv) 保健區(Health District)

보건구는 NHS組織上的 基단위로서 종합병원설치상의 최적규모로 인정되는 평균 20萬~25萬의 인구를 가진 地域社會이다.

보건구는 制度上으로는 地區保健委員會의 經營單位에 불과한 것이나, 그에는 專門醫서비스를 구비한 종합병원이 설치되도록 되어 있어 地域住民의 醫療需要를 충족하고 있다.

이 保健區에는 주요한 醫療行政單位로서 區經營管理팀이 설치되어 있다. 이 機構의 주요한 任務는 保健企劃팀과의 協同하에서 特定要保護集團(예컨대 정신질환자)을 위한 서비스를 연구·기획하거나, 각 서비스간의 조정 등의 기능을 수행하는 것이다.

地域·地區保健委員會와의 對比에서 區運營管理팀의 특징은, 후자에는 의료계의 대표가 참가하고 있다는 것인바, 이들 대표는 區醫療委員會가 선출한다. 區醫療委員會 자체는 區의 모든 一般醫와 專門醫를 대표하고 區保健委員會와 함께 區運營管理팀에 대하여 외부적 자문기관의 지위에 있다.

(v) 기타 運營管理組織

(a) 家庭醫委員會(Family Practitioner Committee)

이 기관은 NHS와의 계약관계하에서 그 서비스에 대한 報酬를 받고 제 1차적 진료를 실시하는 家庭醫들을 管轄하는바, 同機構는 地區保健委員會에 대하여 機關責任을 지고 있다. 同機構는 1974년의 NHS改編 이전의 運營委員會와 같이 保健·社會保障部에서 직접 財

(26) K. Lee and A. Mills, *Policy Making and Planning in the Health Sector*, 1982, p. 61.

源을 조달받고 있으나, 地區保健委員會의 傘下機關이라는 점에서 地區醫療官팀에 대하여 일정범위내의 책임을 지고 있다. 그러나 이러한 직접적 財源調達原則에 따라 家庭醫의 독립적 지위가 보장되고 있고 또한 NHS와의 契約과 관련하여 발생한 家庭醫의 진료비에 대한 償還責任이 保健·社會保障部에 직접 부과되어 있다는 점에서 一般醫委員會의 費用支出에는 上限線이 없는 것으로 해석되고 있다(특히 藥濟費·處方料 등은 예산에 의해 통제되지 않는 비용의 주요부분을 이루고 있다).

(b) 地域社會保健委員會(Community Health Council)

이 기구는 保健區 수준에서 당해주민의 견해가 반영될 수 있는 창구의 역할을 하고 있다. 1974년의 制度改編에 의하여 地域社會서비스를 地方自治團體로부터 NHS로 이관시킴으로써 보건진료에 대한 지역주민의 입장이 개선될 수 있는 창구였던 지역병원위원회와 병원관리위원회를 폐지하였다.

따라서 지역주민과 NHS간의 접촉은 감소되어 地區保健委員會 수준으로 격리되는 결과를 가져 왔다.

이에 대한 輿論의 거센 反撥에 당면하여 그 補償策으로 설치된 것이 地域社會保健委員會 인바, 이 機構의 役割은 이후 NHS運營에 있어서의 民主的 要請의 증대에 따라 1975년 이후부터 보다 강화되었던 것이다.

이 機構의 委員은 地方自治團體, 慈善團體 및 地域保健委員會가 각각 1/2, 1/3, 그 나머지 비율로 임명한다.

(d)이외에도 NHS에 있어 의료계의 입장의 대면기능을 수행하는 지역·지구의료자문위원회, NHS와 地域社會서비스간의 기능충족을 조정하고 또한 地區保健委員會와 地方自治團體사이에 있어 교량적 역할을 수행하는 合同審議委員會가 있으며 單一區로 구성된 地區에 있어 區醫療官팀과 地區醫療官팀을 통합한 地區經營管理팀이 있으나 이에 관한 구체적 고찰은 생략하기로 한다.

4. NHS의 管理運營組織의 改編에 대한 評價

1974년의 組織改編은 NHS의 管理運營上에 급격한 변화를 가져 옴으로써 그에 대한 격렬한 비판과 反論을 야기하게 되었다. 무엇보다도 NHS의 改編作業은 그와 동시에 이루어진 地方自治團體의 改編에 비하여 그 준비기간이 충분하지 못했고,⁽²⁷⁾ 또한 全般的인 改革을 단행함으로써 NHS의 總費用을 급격히 상승시키는 결과를 야기했다는 비판을 받았다.⁽²⁸⁾

(27) G. Bevan, *op. cit.*, p. 46.

(28) Brown, *op. cit.*, pp. 186-189. 1977년의 下院公共會部委員會에 대한 保健社會保障部の 事務次長의 報告에 의하면 1974년의 改編 이전의 7년간의 管理運營직 人員은 40% 증가한 데 비하여 改編 직후 인원수의 증가는 20%에 달했던바, 그 중 45%, 20%는 각각 새로운 행정조직과 계획기능에 기인한 것이었고 서비스조건의 개선으로 인한 것은 10%에 불과했다고 한다. 이에 따른 비용증가는 NHS 총예산의 약 2%에 달한 것으로 추산되고 있다. Watkin, *op. cit.*, p. 161; G. Bevan, *op. cit.*, p. 248.

이러한 費用增加외에도 1974년의 組織改編과 관련하여 제기된 주요한 문제점은 대체로 다음과 같다.

첫째, 과도한 中央集權化와 官僚化는 지나치게 효과적 運營管理上의 要請만을 강조함으로써 行政의 硬直化, 情報傳達를 통한 서비스에 대한 소비자의 要求나 利用方式에 대한 討議可能性의 制約, 또한 組織에 대한 民主的 參與의 制限 등의 폐단을 가지 왔다는 점이다.

둘째, 지나치게 복잡한 行政構造를 취함으로써 單位組織間의 機能重複現狀이 야기되었고 또한 지나치게 細分化된 保健區와 複數區로 구성된 地區組織의 문제는 NHS의 末端行政單位間의 책임소재의 不明確이나 이들 사이의 協調上의 難點, 국가적 정책의 이들 조직에의 전달상의 애로 등의 문제점을 야기하였던 것이다.

셋째, 당초 改編의 하나의 基本目標이었던 醫療接近可能性과 醫療機關의 階層間·地域間의 平準化문제는 별다른 進展을 이룩하지 못했고 다만 문제의 심각성이 그 解決可能性을 압도한다는 사실만을 일깨워 주었다는 점이다. 환언하던 一般醫 分布의 지역적 불균형이나 醫療接近上의 難點은 여전히 NHS의 기본문제로 남아 있게 되었다는 것이다.

넷째, 地方自治團體에 의한 保健서비스가 NHS에 移管됨으로써 地域社會의 福祉서비스와 유리되게 된 결과 地域社會 수준에서의 보건서비스와 복지서비스 사이의 융통성있는 조정은 불가능하게 되었다는 것이다.

이상의 여러 문제점은 일용 合理的 政策宣言과 그 執行의 現實間의 乖離를 보여 주는 것이었다. 保健서비스의 管理運營과 그 意思決定에 관한 合理的 모델에 의거한 1974년의 NHS改編은 이러한 문제의 본질을 정확히 파악하지 못한 하나의 전형적 예라고 할 수 있는 것이다.⁽²⁹⁾

그러나 이러한 문제점의 대부분은 새로운 制度의 합리적 실시에 따라 완전히 제거되지는 않는다 하더라도 상당히 완화될 것으로 전망되고 있다. 어쨌거나 1974년의 改編과 같은 또 다른 NHS의 改革事態는 방지해야 한다는 입장에서 여러가지 制度改善·補完策이 제시되고 있다.⁽³⁰⁾ 그 중의 특기할 만한 것으로는 地域·地區保健委員會를 統合하여 行政構造를 單純化하려는 提案과 政治的 壓力을 배제하기 위하여 保健長官의 일반적 감독하에서 最高位水準에서의 行政·計劃機能을 담당할 全國國民保健서비스委員會를 설치하자는 제안을 들 수 있다.

NHS의 전반적 검토를 위해 광범위한 연구·조사를 실시한 王立委員會의 한 報告書(1976)는 전술한 여러가지 문제점을 인정하면서도 NHS에 대해 「수치를 느낄 필요는 없는 것으로 자부할 만한 많은 측면들이 있다」고 하면서 NHS에 대한 국민의 評價가 그렇게 부정

(29) D.J. Hunter, *Coping with Uncertainty Policy and Politics in the National Health Service*, 1980, pp. 205-206.

(30) G. Bevan, p. 248 이하; 李海英·韓昇洙, *op. cit.*, pp. 169-173.

적인 것만은 아니라는 結論을 내리고 있다.⁽³¹⁾

이것은 NHS구조를 다시 근본적으로 개혁하는 것은 바람직하지 않다는 일반적 평가를 대변하는 것이라 할 수 있다. 실제 NHS改編의 목적은 短期間에 쉽게 달성될 성질의 것은 아니었으며 또한 새로운 制度의 定着에 따라 상당한 적응이 이루어진 것도 사실이다. 더우기 改編된 制度 자체에도 다수의 조직적인 측면이 있는 것임은 부인할 수 없는 것이다. 예컨대, 1974년의 改編作業의 기본목표의 하나인 NHS관리조직에 대한 計劃機能의 부여는⁽³²⁾ 그 시행착오과정에도 불구하고 NHS에의 情報流入을 훨씬 增大시켰고 합리적인 計劃과 資源配分의 가능성을 제시했을 뿐만 아니라, 統合的인 管理運營體系와 각종 서비스간의 調整을 위한 기반을 조성했다고 할 수 있다.

또한 地域社會保健委員會는 NHS의 운영에 직접 참여할 수는 없다 하더라도 地域住民의 의사를 대변할 수 있는 窓口의 역할을 함으로써 NHS改編의 하나의 成功事例로 간주될 수 있는 것으로서 이는 지역적 特殊性에 부응할 수 있는 保健區의 설치로 당해 地方自治團體와의 긴밀한 협조가 가능해졌다는 점과 아울러 NHS의 民主的 要素를 一線에서 신장시킬 수 있는 기반을 제공해 주는 요소로 평가되는 것이다.

NHS개편과 함께 곧 제기된 기본적 문제의 하나는 NHS에 대한 民主的 參與의 가능성이 制度의 效率性을 손상시키지 않고 증진될 수 있는가라는 것이었던바, 이에 관해서는 NHS의 개편은 종전의 제도에 비하여 制度運營의 效率性을 담보하면서도 그 民主的 批判·統制可能性을 근본적으로 저해한 것은 아니었다고 할 수 있다.

이상에서 살펴 본 바와 같이 1974년의 NHS改編에 대한 評價는 현재로는 반드시 肯定的인 것도 否定的인 것도 아니라고 할 수 있다. 궁극적으로 이 改編作業이 바람직한 것이었던가에 대한 판단에는 아직도 시간이 필요한 것으로 보인다.

III. 우리 나라의 醫療保險制度

우리 나라의 醫療保險制度는 기술한 바와 같이 1963. 12. 26의 醫療保險法の 制定에 의하여 일단 도입되었으나, 그것이 본격적으로 시행되게 될 것은 1976. 12. 22의 全面改正에 따른 1977. 7. 1 이후이다. 이러한 醫療保險法은 다시 1977. 4. 13에 그 適用範圍를 被用者數 300人 이상의 사업장에까지 擴大하고, 診療取扱機關의 一括指定, 診療費審査·支拂窓口의 一元化 및 組合의 公法人的 性격을 강조하는 규정 등을 내용으로 하는 제 3차개정(1979. 7. 1부터 시행)이 이루어 졌고, 또한 이와는 별도로 1977. 12. 31에 제정되었으나 그 실시가 보류되어 온 公務員 및 私立學校教職員醫療保險法에 기한 醫療保險制度가 1979. 7. 1부터 실시되

(31) *The Royal Commission on the National Health Service, The Working of the NHS*, 1978, p. 22, 86, 380.

(32) Brown, *op. cit.*, p. 196, 209.

기 시작하였고 그 運營機構로서 公社 형태의 醫療保險公團이 설립되었다.

이러한 醫療保險法の 3次の 改正과 公務員·私立學校教職員醫療保險法の 制定·實施에 따라 우리 나라에도 醫療保險制度는 기본적 骨格을 갖추어 定着되었다고 할 수 있을 것이다.

그러나 우리 나라의 制度는 종합적인 社會保障制度를 수립한다는 全體的인 計劃下에서 그 一環으로서 정립된 것은 아니었다. 그것은 또한 體系的인 長·短期計劃下에서 실시된 것도 아닌 것으로 그것은 오히려 수차에 걸친 經濟開發計劃의 實施와 產業高度化에 따른 여러 社會的 壓力에 대한 對應策으로서 經濟成長의 均霑化를 통한 社會統合을 목적으로 도입·실시된 것이라고 할 수 있다.

어쨌거나 우리 나라의 醫療保險制度의 본격적인 實施時期를 1979년 中半 이후라고 한다면 1984.8 현재 그 受惠者가 全人口의 40%를 上廻하고 있다는 것은 일단 同制度의 긍정적인 側面을 보여 주는 것이라 하겠다.

다음에 醫療保險法과 公務員·私立學校教職員醫療保險法에 기한 우리나라의 醫療保險制度를 ① 適用範圍 ② 給與 ③ 財政 ④ 運營機構 및 監督機構의 순서로 살펴 보기로 한다.

A. 適用範圍

우리 나라 醫療保險制度의 保護대상으로 되는 자는 국내에 거주하는 국민으로 醫療保險法の 適用을 받는 자와 그 被扶養者 및 公務員·教職員·年金受給者와 그 被扶養者이다 (醫療保險法 5① 및 公務員 및 私立學校教職員醫療保險法 5; 이하 앞의 法도 각기 醫保法과 公·教醫保法으로 略稱하기로 한다.).

(1) 醫保法上の 受惠者

1) 被保險者

醫保法上の 被保險者가 될 수 있는 자는 국내에 거주하는 국민이다. 다만 軍人年金法上の 해당자나 公·教醫保法 기타 法律에 의하여 의료보험에 가입된 者 및 醫療保護法에 의한 보호를 받는 者는 제외된다(醫保法 5①). 이것은 醫療保險受惠上の 重複을 피하기 위한 것임은 물론이다.

醫保法上の 被保險者는 그 내용상 職場被保險者·地域被保險者 및 職種被保險者로 區分되고 있다(醫保法 6①).

(i) 職場被保險者는 다시 常時 16人 이상의 勤勞者를 사용하는 事業場과 수개의 事業場이 경영상 하나의 事業場으로 간주될 수 있는 곳의 勤勞者인 當然適用被保險者(醫保法 7①, 17①; 同施行令 4)와 醫保法 제18조 1항에 의하여 組合設立認可가 있는 事業場의 勤勞者인 任意適用被保險者(醫保法 8①, 18①)로 區分된다.

(ii) 地域被保險者는 當然適用被保險者로서 住民의 소득수준, 의료시설의 분포상황 등에 따라 大統領令이 정하는 地域의 住民(醫保法 7②)과 同法 제19조 2항에 의하여 設立認可를 받는 地域組合의 組合員으로서의 任意適用被保險者를 포함한다.

(iii) 職種被保險者는 大統領令이 정하는 職種에 종사하는 동일 職種의 被保險者를 구성원으로 하여 組合이 설립되는 경우에 인정되는 것이다(醫保法 14②). 따라서 이들은 任意適用被保險者로서의 지위를 가진다.

2) 被扶養者

醫保法上の 共同被保險者인 被扶養者는 被保險者(地域組合의 被保險者는 제외)의 配偶者·直系尊屬(배우자의 직계존속 포함) 또는 直系卑屬 중 주로 그 被保險者에 의하여 生計를 유지하는 자이다(法 제 3 조 5호).⁽³³⁾

(2) 公·教醫保法上の 受惠者

① 被保險者

公·教醫保法上の 被保險者는 公務員·教職員 및 年金受給者이다(法 제 5 조). 그러나 下士(短期服務者에 한정)·兵 및 武官候補生인 軍人, 一定選舉職 公務員과 一定臨時職 公務員·教員 등은 그 대상에서 제외된다(法 제 5 조, 제1, 2, 3호).

② 被扶養者

公·教醫保法上の 被扶養者의 범위는 醫保法上の 그것과 동일하므로(法 제 3 조 제 5 호) 다시 반복하지 않기로 한다.

B. 保險給與

1. 給與의 內容

醫保法과 公·教醫保法上の 給與의 내용은 후자에 있어서는 健康診斷서비스가 실시되고(法 29) 또한 葬祭費가 지급된다는 외에는 그 내용상 동일하므로, 다음에서는 醫保法上の 給與에 한정하여 살펴보기로 한다. 同法上の 給與는 法定給與와 附加給與로 區分되고 있다.

(1) 法定給與는 醫保法上 當然히 支給되는 것으로 그것은 내용상 療養給與와 分娩給與로 구성되어 있다.

療養給與는 ① 診療 ② 藥材 또는 治療材料의 支給 ③ 處置, 醫術 기타의 치료 ④ 醫療施設에의 收容 ⑤ 看護 및 ⑥ 移送를 포함하고 있다.

療養給與는 被保險者와 그 被扶養者에 共히 支給되며 그 期間은 年間 180日 이내로 되어 있다. 종전에는 그 期間이 通算 180日로 되어 있어서 固疾 또는 慢性疾患에는 매우 불충분한 것이었다. 따라서 1984.12.31의 法改定에 따라 同期間이 年間 180日로 擴大되었던바, 이것은 우리 나라 의료보험제도의 커다란 改善이라 하겠다.

分娩給與는 女性被保險者와 (男性)被保險者의 配偶者에 支給된다.

(2) 附加給與는 各組合의 사정에 따라 支給될 수 있는 것이다(醫保法 40). 醫保法 施行令 제35조는 장제비, 분만수당 및 본인부담보상금을 규정하고 있으나 이러한 附加給與는 各組合의 定款에 따른 給與이므로 組合間의 隔差가 발생 할 가능성이 적지 아니하다. 현재 一部

(33) 地域組合의 被保險者의 被扶養者는 직접 被保險者로 되고 있다.

組合에서 부가급여로 분담수당과 본인부담보상금을 규정하고 있다.

(3) 건강진단이나 예방접종 등 豫防醫療는 醫保法 제26조의 豫防事業 규정에도 불구하고 給與대상으로 되어 있지 아니하며 또한 알콜중독치료, 의수족, 보철 등도 제외되고 있다.

(4) 保險給與額의 上限에 관하여는 保社部長官이 정하도록 되어 있으나(29③), 현재 이러한 上限은 설정되어 있지 아니하므로 給與額上의 制限은 받지 아니한다 할 것이다.

2. 診療費 및 一部負擔制

우리 나라의 醫療保險에서는 患者의 診療費는 保險者가 療養取扱機關에 직접 지불하는 소위 第三者支拂原則이 채택되어 있다. 이는 원칙적으로 환자가 우선 그 금액을 지불한 후에 一部負擔額을 공제한 금액을 상환받는 프랑스 등의 제도에 비하면 被保險者에게 훨씬 편리한 方式이라 할 것이다.

우리 나라도 세계 각국의 일반적 추세에 따라 환자가 진료비의 一部를 부담하도록 되어 있는 바, 현재 本人負擔率도 入院 20%, 外來 30%(단 종합병원과 병원의 경우는 50%)이다.

3. 療養取扱機關

(1) 요양취급기관은 보험자 또는 보험자단체(실제로는 醫療保險組合聯合會)가 地域단위(서울특별시, 부산시, 도)로 一括 지정한다. 이 경우 요양취급기관은 제 1차와 제 2차 診療機關으로 區分 指定될 수 있다.

被保險者는 診療地域圈內에서는 어느 指定醫療機關에서나 진료를 받을 수 있다. 또한 긴급 기타 부득이한 사유로 前記醫療機關 이외의 醫療機關에서 진료를 받을 경우에는 療養給與에 상관하는 額을 支給받을 수 있다. 이것은 分娩費의 경우에도 마찬가지이다.

따라서 우리 나라의 경우는 환자의 완전한 의사선택의 자유가 인정되어 있다고 하겠다.

(2) 의사에 대한 報酬支給方式으로는 點數制(Fee for Service)가 채택되고 있다. 이 제도도 診療酬價基準點數表와 藥價基準額表에 의거한 각종의 진료행위별 點數·藥價 등에 의하여 실시되는 것이다. 그러나 診療酬價 및 藥價는 職權의으로 결정된다는 사실과 관련하여서는 그 타당성 여부가 종종 論難의 대상이 되고 있는 것이다.

C. 財 府

의료보험의 財源은 주로 保險料에 의하여 조달되고 있다.

醫保法上의 保險料는 職場組合, 地域 및 職種組合에 따라 그 내용을 약간 달리하고 있다.

職種組合의 경우 使用者는 被保險者의 標準報酬月額(35,000원에서 990,000원까지 41等級으로 區分)의 3~8%에 해당하는 保險料를 납부하여야 한다(法 49, 50, 53). 이 保險料는 使用者와 被用者가 均分·分擔하여(51②), 구체적 保險料率은 3~8%의 범위내에서 各組合이 그 定款에 의하여 임의적으로 결정한다(50①).

地域組合의 保險料는 被保險者가 속하는 世帶의 所得水準 및 被保險者數 등에 따라 前記한 等級區分에 의거하여 組合定款으로 결정된다(49③).

職種組合의 保險料는 被保險者의 所得水準 및 그 被扶養者의 수 등에 따라 前記等級區分에 의거하여 定款으로 결정된다(49④).

地域 또는 職種組合의 保險料는 職場組合과는 달리 組合員인 세대주 또는 피보험자가 그 全額을 부담한다(51②).

公·敎醫療保險制度에 있어 현재 보험료율이 3.8%인바, 공무원의 경우도 本人이 1/2을 그리고 使用者인 정부가 1/2을 각각 分擔하던, 私立學校敎職員의 경우는 本人이 1.9%〔負擔比 50%〕, 學校經營主가 1.14%(30%) 그리고 정부가 0.76%(20%)를 각각 부담한다.

醫療保險財政에 있어 公·敎醫療保險의 경우는 위에서 본 바와 같이 國庫負擔이 3割 이상이고 있다. 이에 대하여 一般勤勞者·地域住民 등을 그 기본대상으로 하는 醫保法上の 보험제정에 있어서의 國庫補助는 현재 事務費補助에 한정되고 있다. 그러나 醫保法 제 48조는 國庫는 의료보험사업에 필요한 비용의 일부를 부담할 수 있다고 규정하고 있으며 同施行令 제36조는 그에 해당하는 것으로서 ① 의료보험사업의 사무비용 ② 보험급여의 지급에 소요되는 비용 및 ③ 보험자의 보험제정을 조정하기 위한 비용을 들고 있어 의료보험의 거의 모든 부분에 걸쳐 국고보조가 지급될 수 있는 것으로 되어 있다. 따라서 앞으로 保險財政의 壓迫문제와 관련하여서는 保險料 인상과 國庫補助간의 관계는 커다란 하나의 이슈로 등장할 수도 있을 것이다.

D. 運營機構 및 監督機構

1. 運營機構

醫保法과 公·敎醫保法은 각각 별개의 運營機構로 두고 있는바, 前者의 경우는 기본적으로는 職場·職種·地域別 組合과 그 聯合體로서의 醫療保險組合聯合會가 同法에 기한 醫保制度的 관리·운영에 당하고 있으며, 후자의 경우는 醫療保險管理公團이 이를 관장하고 있다.

(1) 醫保法上の 運營機構

醫保法에 기한 醫療保險의 運營機構는 前述한 바와 같이 醫療保險組合과 그 共同體인 醫療保險組合聯合會이다.

① 醫療保險組合

앞에서도 이미 단편적으로 기술한 바 있으나, 醫保法上の 의료보험은 單一機構에 의하여 운영되는 것이 아니라, 事業場別, 工團別, 地域別, 職種別 등으로 조직되는 다수의 個別組合에 의하여 각각 自律的으로 운영되고 있다.

(i) 組合의 組織

① 醫保法上の 組合은 그 구성원의 성격에 따라 職場·地域 및 職種組合으로 구분되고 있음은 기술한 바 있다.

이 중에서 職場組合은 使用者와 그 사업장에 종사하는 被用者를 組合員으로 하여 구성된

다. 地域組合은 조합관할지역에 거주하는 世帶住를 조합원으로 하여 구성되고, 職種組合은 大統領令이 정하는 職種에 종사하는 자를 조합원으로 하여 조직된다(法 14①·②·③).

職場組合의 경우는 2개 이상의 사업장이 공동으로 하나의 조합을 설립할 수 있다(共同組合法 14 ③).

地域組合의 관할구역은 市·郡·區의 관할구역으로 한다.

① 조합의 設立方式은 當然設立과 任意設立이 있으며, 또한 法 제20조에 기한 保社部長官의 命令에 의한 共同設立, 기존조합의 統廢合 및 그외의 通入方式이 있다.

當然設立과 任意設立의 方式은 職場·地域組合에 共히 적용되나, 職種組合은 任意設立 방식에 의하고 있다.

(ii) 조합의 運營

의료보험조합은 被保險者의 보험을 관리하는바, 그 내용상으로는 被保險者의 資格管理와 保險料 및 保險給與에 관한 업무를 관장하고 또한 被保險者와 被扶養者의 健康의 維持·增進을 위한 豫防事業을 실시할 수 있다.

의료보험의 운영에 있어 조합의 最高決定機關은 運營委員會이다(施行令 18-24). 職場組合의 운영위원은 定款에 정한 命令의 定員中, 그 1/2을 사용자가 조합원중에서 선정하고, 그 나머지 1/2은 조합중에서 互選된다. 地域組合의 운영위원은 당해지역 세마을관계협의회, 보건진료소 운영협의회, 읍·면자문위원회와 지역의약관계단체가 추천하는 조합원중에서 당해 지역을 관할하는 시장·군수 또는 구청장이 위촉한다. 職種組合의 운영위원은 조합원중에서 호선된다.

運營委員會는 豫算·決算, 事業計劃, 執行, 定款變更, 準備金·借入金, 保險料率·保險料, 保險給與 등에 관한 사항도 의결하게 되어 있어(施行令 21) 의료보험의 기본적 운영관리권은 이 기구에 속하고 있다 할 것이다.

施行令 제28조는 운영위원회의 不成立, 決議事項의 不履行 또는 緊急時에 있어서의 조합의 代表理事의 緊急處理權에 관하여 규정하고 있다.

組合事務의 집행은 정관에 특별한 규정이 없는 한 在籍理事 過半數의 출석과 出席理事 過半數의 찬성으로 행하여 진다.

의료보험조합의 現況을 보면 1983년 12월말 현재 職場組合 總數 146개(共同組合 74, 單獨組合 72), 組合當 平均事業場數 2,718개, 被保險者數 23,988명에 이르고 있고⁽³⁴⁾ 地域組合은 當然適用組合 6개, 任意適用 7개 및 職種組合 11개로 나타나고 있다.

이들 조합이 당면하고 있는 가장 심각한 문제는 역시 財政문제로서 1983년말 현재 職場組合의 收支率(보험료 대비 보험급여)을 보면 101% 이상인 조합이 46개(31.5%)에 이르고

(34) 醫保聯, 1983년도 의료보험조합결산현황, 1984. 5.

있으며⁽³⁵⁾ 地域·職種組合 역시 保險料徵數實績의 저조로 인한 상당한 財政赤字를 보이고 있다.⁽³⁶⁾

② 醫療保險組合聯合會

醫保法상의 제 2의 管理機構로서는 그 초기에는 前記組合들을 구성원으로 하여 발족한 協議機構로서의 全國醫療保險協議會의 일종의 後身으로서의 의료보험조합연합회가 있다.

이 機構는 이미 全國醫療保險協議會 시기에도 일정 범위의 실질적 기능(예컨대 진료비심사, 요양기관의 지정등 엄격한 의미에서는 法的 근거가 불명한 權限들)을 수행하고 있었는데, 이 기능들은 1981.8에 醫保法 제27조상의 中央療醫保險組合會로 包括承繼되었다가 다시 同年 12.31의 法改正에 따라 醫療保險組合聯合會로 改稱되었다.

이러한 醫保聯의 業務는 ① 組合의 保險財政 安定措置 ② 醫療·福祉施設의 설치·운영 ③ 療養取扱機關의 指定 및 取消 ④ 保險組合으로부터 위탁받은 保險給與費用的 審査·支給 ⑤ 保社部長官으로부터 위탁받은 保險給與費用的 審査·支給 ⑥ 解散組合의 清算業務 ⑦ 教育·訓練 및 弘報 ⑧ 調査·研究 및 國際協力이다(法 27, 令 32조의 4).

이러한 權限 중에서 특히 組合의 財政安定措置에 관한 權限은 아직도 그 내용이 명확하다고 할 수는 없으나, 그 行使에 따라서는 개별 조합의 財政 또는 保險料率 등에 대하여 상당히 실질적인 영향력을 미칠 수 있을 것으로 본다. 이러한 觀點에서는 醫保法상의 의료보험제도는 組合主義原則에 입각하고 있다 하더라도 조합의 실질적인 기능은 보험료징수와 피보험자자격심사에 한정되는 것이라고 할 수도 있을 것이다. 따라서 적어도 실제적 측면에서는 醫保法상의 運營機構는 醫保聯을 頂點으로 하고 상당한 自治權이 부여되어 있는 개별조합들을 구성요소로 하는 分權의인 單一組織을 갖추고 있다고 할 수도 있을 것이다.

(2) 公·敎醫保法상의 運營機構

醫保法상의 의료보험제도와와는 달리 公·敎醫保法상의 보험제도는 單一機構에 의하여 관리·운영되고 있는바, 그에 해당하는 機構가 特殊公法人으로서의 醫療保險管理公團이다. (法 9)

그동안 이러한 의료보험관리공단에 의한 의료보험의 운영·관리는 그 운영상의 硬直性이나 官僚主義的 性向 등의 문제점이 노출되기는 했으나, 全國的 次元에서 一元化된 管理業務를 수행함으로써 비교적 관리의 效率性을 이룩했다는 평가를 받고 있다.⁽³⁷⁾

管理公團의 主要業務는 ① 被保險者에 관한 記錄 및 管理維持 ② 保險料의 徵收 ③ 保險給與의 決定 및 支給 ④ 保險給與費用的 審査 ⑤ 醫療施設 또는 福祉施設의 設置運營 등이다. (法 10)

(35) *Ibid.*

(36) 朴宗淇, 財源調達과 제 2종 醫療保險의 改善方向(대한의학협회 주최 의료보험제도개선을 위한 워크샵, 제 2分科 주제발표논문).

(37) 金道榮, 한국의 醫療保險, 1982, p. 128.

運營의 실제에 있어서는 管理公團은 企劃·調査·研究, 資金管理, 被保險者의 資格管理, 醫療·福祉施設의 設置運營, 保險給與管理, 療養取扱機關管理, 診療費審査, 電算管理 등을 主要所管事項으로 하는 本部와, 資格管理, 保險料徵收, 診療費支給, 療養取扱機關의 指揮·監督 등을 所管事項으로 하는 一定支部로 조직되어 있다.

管理公團의 運營費는 주로 保險料收入으로 충당하고 國庫에서 일부 보조하고 있다. 國庫補助額도 1979년에 48.5%, 1980년 27.8%, 1981년 15.4%로 매년 감소하여 상대적으로 保險料收入에 대한 依存度가 증대하고 있다.⁽³⁸⁾

〈表 3〉 醫療保險事業에 대한 保健社會部の 役割

	醫 療 保 險 法	公務員 및 私立學校敎職員醫療保險法
監 督 權	<ul style="list-style-type: none"> · 組合 및 聯合會에 대한 監督·措置權(法72條) · 醫療保險關係資料提出·報告命令 및 檢査權(法71條) · 療養取扱機關從事者의 免許資格停止處分權(法71條의 2) 	<ul style="list-style-type: none"> · 公團에 대한 監督·措置權(法69條 2項) · 左同(法67條) · 左同(法69條)
命 令 權	<ul style="list-style-type: none"> · 組合 및 聯合會의 決算報告受取權(令63條 2項) · 組合의 共同設立 및 編入命令權(法20條) 	<ul style="list-style-type: none"> · 左同(令41條) · 公團醫療施設·福祉施設設置命令權(法26條)
承 認 權	<ul style="list-style-type: none"> · 組合 및 聯合會의 決議取消, 任員解任 및 解散命令權(法24條) · 聯合會設立 및 加入命令權(法24條 1項) · 療養取扱機關指定 및 取消命令權(法32條 1項, 33條 2項) · 審査·支給에 관한 業務委託命令權(法35條 3項) · 組合設立 認可權(法17條, 法18條 1項) · 任意組合解散認可權(法18條 3項, 法19條 2項) · 組合 및 聯合會 定款變更承認權(法23條) · 保險料·其他徵收金의 強制徵收承認權(法55條 3項) · 組合 및 聯合會 豫算承認權(令39條 1項) · 醫療施設·福祉施設資金借入金承認權(令43條 4項) · 組合 및 聯合會의 緊急處理承認權(令28條 1項) · 組合 및 聯合會의 財産讓渡·交換·擔保承認權(令47條) · 聯合會規程承認權(令32條의 14) · 聯合會의 負擔金徵收承認權(令32條의 13) · 再審査委員會委員委嘱·任命權(法59條 2項) · 聯合會任員等 會長·常任監査·常任理事承認權(令32條의 8) · 組合運營委員會解散命令權(令66條 1項) 	<ul style="list-style-type: none"> · 公團定款變更認可權(法13條 2項) · 公團業務의 委託承認權(令57條) · 公團事業通營計劃·豫算承認權(法69條 1項) · 公團의 借入金承認權(法59條) · 公團의 財産讓渡·交換·擔保承認權(令45條) · 公團規程承認權(令23條) · 公團準備金使用承認權(令43條) · 審査委員任命權(法62條) · 公團理事·理事長의 任命·解任權(法16條, 法20條)

※ 閔載成, pp. 25-26에서 인용.

(38) 의료보현관리공단, 決算報告書, 各年度 참조.

2. 監督機構

우리 나라 醫療保險制度的 運營·實施에 대한 일반적 監督機關은 保社部長官이나, 保社部長官은 그 權限의 상당부분을 內務部 산하의 地方行政機關에 委任하고 있다.

保社部長官은 醫保法과 公·教醫保法에 기하여 의료보험제도의 관리·운영에 대하여 <表 3>에서 보는 바와 같이 광범위한 指揮·監督權을 행사할 수 있다.

別表上에 나타난 保社部長官의 醫保法의 權限 중 주요한 것만을 대체로 간추려 보아도 다음과 같다.

保社部長官은 組合의 設立에 대한 認可權을 가지며 또한 定款變更의 承認權 내지는 그에 대한 命令權을 가지고 있다. 長官은 또한 조합의 共同設立과 기존조합에의 編入에 대한 命令權을 가지고 있다.

組合의 운영과 관련하여서는 長官은 組合과 組合聯合會의 豫算承認, 組合 및 聯合會의 決議取消·任員解任 및 解散命令, 保險組合에 대한 療養取扱機關의 指定 및 取消命令權을 가지고 있다.

長官은 保險組合聯合會와의 관계에 있어서는 그 設立 및 加入에 대한 命令權이 있으며 또 그 會長·常任監査·常任理事 취임에 대한 承認權을 가지고 있다.

이상과 같이 保社部長官은 의료보험제도의 운영 전반에 걸쳐 매우 광범하고 실질적인 權限을 가지고 있으므로 의보제도의 내용이나 그 발전방향은 그 權限行使의 내용 여하에 따라 많은 영향을 받을 것으로 본다.

地方行政機關, 즉 서울特別市長, 直割市長, 道知事は 保社部長官으로부터 위임받는 豫算承認權, 療養取扱機關의 指定·取消命令權 등에 기하여 조합·진료기관 등에 대하여 일반적·개별적 지휘·감독기능을 수행하며, 이러한 委任權限의 行使와 관련하여서는 保社部長官의 감독을 받는다.

保社部長官은 이러한 權限委任에 있어서는 특히 內務部와 매우 긴밀한 協調體制를 유지하여야 한다.

이상과 같은 行政監督機關과 관련하여서는, 첫째, 保社部長官에 전술한 바와 같이 매우 광범하고 실질적인 權限이 부여되어 있는 결과, 그 行使如何에 따라서는 의료보험제도의 組合自律主義的 運營原則이 크게 저해될 우려가 있고, 둘째, 의료보험업무를 담당할 地方行政機關의 未備로 이에 대한 효율적인 指導·監督이 행하여지지 못하고 있으며, 셋째, 상당수의 경우 保社部와 地方行政機關에 의한 監督이 중복되고 있으며 또한 경우에 따라서는 保險組合聯合會에 의한 監督에 따른 組合運營상의 三重的 重複현상이 조합의 능률적 관리·운영상의 阻害要因으로 나타나고 있다는 사실 등을 그 주요한 문제점으로 지적할 수 있을 것이다.

IV. 우리 나라 醫療保險制度의 기본적 특징 및 문제점

이상에서 우리는 우리 나라와 영국의 醫療保險制度에 관하여 살펴 보았거니와, 다음에서는 이를 배경으로 하여 우리 나라 의료보험제도의 특징 내지는 문제점을 적시하고 그에 대한 가능한 解決方案을 제시하여 보고자 한다.

영국의 의료보험제도의 國民保健서비스制度에 관해서는 그것이 오랜 역사적 發展過程을 거쳐 형성되었다는 점과 그 醫療費上昇으로 인한 財政赤字문제와 관련하여 1974년에 기본적인 組織改編이 단행되었다는 점을 감안하여 이 두가지 문제에 중점을 두고 考察하였다. 이 制度의 社會·經濟的 側面에 관한 문제는 앞에서 인용한 李海英·韓昇洙 共著 英國의 社會福祉(1979)에서 상당히 충실하게 검토되고 있으므로 同書의 關係부분을 참고하기 바란다.

醫療保險制度는 국가가 국민에게 원칙적으로 無償의 醫療서비스를 제공하는 公共保健서비스方式(Public Health Service)과 釀出金の 拂入을 조건으로 하여 一定保險團體가 大數의 法則에 입각하여 發病으로 인한 費用支出 또는 所得逸失의 위험으로부터 그 당사자를 보호하여 주는 社會保險方式으로 大分할 수 있다.⁽³⁹⁾ 前者는 영국의 國民保健서비스에 의하여, 그리고 後者는 우리나라 醫療保險制度가 입각하고 있는 것임은 물론이다.

公共保健서비스方式은 釀出金の 拂入과는 무관하게 의료서비스가 제공되는 것이므로 그 기본적 財源은 國稅·地方稅의 租稅에 의하여 조달되는 데 비하여 社會保險原則에 입각한 의료보험제도에 있어서는 당연히 保險料가 그 기본적 財源이 되고 있다.

이러한 醫療保險制度의 財源調達方式으로서의 保險料方式과 租稅方式에는 각각 그 長短點이 있는 것임은 물론이다. 保險料方式에 있어서는 독자적 財源에 의하여 制度가 운영됨으로써 상대적이나마 政府의 經濟·財政政策의 變化 또는 政治的 變動으로부터 獨立性和 當事者의 積極적 參與에 의한 制度의 自律的 運營이 보장될 수 있다는 利點이 있다.

그러나 保險料方式에 의한 의료보험제도는 保險料와 保險給與間의 一定相關關係를 전제로 하는바, 이것은 보다 公平한 國民所得의 再分配라는 社會保障制度의 基本理念에 우선 맞지 아니할 뿐만 아니라, 그 受惠者의 범위 如何에 따라서는 所得의 逆分配現狀도 야기하게 되는 缺點이 있는 것이다.⁽⁴⁰⁾

保險料方式은 애컨대 傷病手當, 職業災害年金 또는 老齡年金 등의 社會保障部門의 給與에는 적절할 것이라 할 것인바, 그것은 이들 給與는 受惠者의 이전의 報酬와 관련하여 算定되고 支給되는 것이기 때문이다.

이에 반하여 現物給與로서의 醫療서비스는 그 성질을 달리하는 것이라 할 것이다. 그것

(39) W.A. Glaser, *Health Insurance Bargaining, Foreign Lesson for America*, 1978, pp. 4-5.

(40) J.J. Dupeyroux, *Droit de la sécurité sociale*, 1981, pp. 165-167.

은 이러한 의료서비스는 國民連帶意識(Solidarité Nationale)의 具現으로서 국민 각자에게 그 職業·報酬와는 무관하게 최소한의 社會的 條件(Minimum Social)을 보장수단으로 제공되어야 하는 속성이 강한 것이기 때문이다.⁽⁴¹⁾ 따라서 이 部門에 있어서는 租稅方式이 보다 적절한 것이라고 보아야 할 것이다.

本稿의 序頭에서 밝힌 바와 같이 우리 나라의 의료보험제도는 그 漸次的 實施原則에 따라 현재는 그 受惠者의 대부분이 社會階層의 中間層 이상이 집하고 있고 오히려 그 보호를 보다 요하는 계층은 그 受惠者對象에서 제외되고 있다는 현상을 나타내고 있다. 이러한 부정적 현상의 劃期的인 解決方案은 租稅方式에 입각한 國民皆保險制度的 실시임은 물론이다. 그러나 既述한 바와 같이 西歐의 경우 國民總生産에 대한 社會保障費用이 그 40%에 육박 또는 上廻하고 있고 이러한 社會保障費用上昇은 주요 의료비 上昇에 기인한다는 점을 감안하면 한국경제의 規模·與件에 대한 구체적 검토도 없이 다만 原則論的 觀點에서 위와 같은 제안을 할 수는 없을 것이 아닌가 한다. 따라서 현재의 우리 나라 의료보험제도의 부정적 현상의 가능한 하나의 是正方案은 현재의 制度나 그 시행방식을 유지하면서 동시에 社會扶助로서의 의료보호제도의 점진적 擴大方案이 아닐까 한다. 이 경우 그 財源은, 적어도 그 一部는 현재의 保險料算定基礎인 月報酬額上의 上限線의 폐지에 의하여 충당될 수도 있을 것으로 본다.

既述한 바와 같이 우리 나라의 醫療保險制度는 公務員·私立學校敎職員의 경우는 單一機構로서의 醫療保險管理公團에 의하여 운영되고 있으나, 勤勞者·農漁民 기타 地域住民들을 대상으로 하는 醫保法上의 制度에 있어서는 각각 自律的인 비교적 小規模의 單位組合에 의하여 운영되는 多元的 組合主義 방식을 취하고 있다.

이러한 小規模의 組合主義 運營方式에 대해서는 被保險者의 적극적 參與·歸屬意識·小規模로서의 效率性·勞使協調雰圍氣의 助長 등의 長點이 제시되고 있는 것은 주지하는 바와 같다. 그러나 이들 長點의 대부분은 全體的인 의료보험제도의 定立 이전 단계로서의 보다 小規模의 共濟組合(Mutualité)이 그 構成員에 대한 危險保障方式으로 이에 존재하고 있었던 경우에 특히 기대될 수 있는 것이 아닐까 한다.

複數의 小規模組合에 의한 의료보험의 運營方式에는 危險分散의 制限·財源調達上의 制限·組合間의 隔差誘發 등의 문제점이 제기될 수 있는바, 특히 危險分散의 制限은 본질적인 문제라 할 것이다. 社會保險의 基本趣旨가 國民連帶意識(Solidarité Nationale)에 기한 국민각자의 社會的 危險으로부터의 保護에 있다고 한다면 그 危險은 국민전체, 또는 暫定的으로는 受惠者 전체에 分散되어야 마땅한 것이다.⁽⁴²⁾ 다만, 기술한 바와 같이 현재 醫療保

(41) *Ibid.*, p. 170.

(42) 우리 나라의 醫療保險制度는 受惠者의 保險料拂入에 상응하는 給與을 지급하는 단순한 保險形態가 아니라 本質的으로는 國民連帶意識에 기준하는 社會保障制度의 一部門으로 파악되어야 할 것으로 본다.

險組合聯合會는 各組合과의 관계에 있어 이미 單一運營機構의 中央機構인 기능을 다수 수행하고 있는 것이 사실이며 또한 그것은 앞으로도 보다 증대할 것으로 보인다. 또한 한 때 全國醫療保險協議會와 醫療保險管理公團의 統合試圖가 있었으나, 그것이 結實을 거두지 못한 것은 醫療保險運營機構의 一元化라는 명제 그 자체에 따른 본질적인 문제에 기인한 것은 아닌 것으로 알고 있다.⁽⁴³⁾

이러한 觀點에서는 장차에 있어서는 醫療保險組合聯合會와 醫療保險管理公團을 통합한 單一機構를 頂點으로 하고 현재의 各組合과 의료보험관리공단의 支部를 그 構成單位로 하는 階層的 單一運營機構를 정립하고 그 構成單位에 運營上的 일정한 自律權을 부여하는 방향으로 현행 運營機構를 改編하는 것이 바람직하지 아니할까 생각한다.

그러나 이것은 어디까지나 理論的 次元의 試案으로서 그 具體化에 있어서는 그 改編目的과 現實問의 가능한 乖離문제가 사전에 충분히 검토되어야 할 것이다. 또한 이러한 方向의 制度改編에 있어서는 그 單一化로 인한 中央集權化·組織의 肥大化로 인한 組織運營上的 官僚化, 그 融通性이나 現實適應性의 減少, 그 運營에 대한 民主的 參與原理의 損傷 등의 폐단이 발생할 수도 있는바, 이는 1974년의 영국의 NHS改編 經驗이 實證해 주고 있는 바이다. 따라서 運營機構의 單一化에 있어서는 그 構成單位組織의 상당한 범위의 自律性과 또한 受惠者의 견해가 반영될 수 있는 窓口로서의 기능을 수행할 수 있는 실질적 制度가 확보되어야 할 것이다.

요컨대 전술한 方向의 制度改編에 있어서는 오랜 기간에 걸친 관계문제 전반에 걸친 신중하고 구체적인 檢討가 필요할 것이다.

이상에서는 우리 나라 의료보험제도의 재정 및 운영기구에 관련된 문제를 살펴보았거니와 다음에서는 保險給與와 관련하여 몇 가지 문제를 검토하고 本稿를 마치기로 한다.

保險給與의 내용에 있어서의 우리 나라의 료보험제도의 기본적 특징은 現物給與에 한정되고 現金給與로서의 傷病手當은 그 대상에서 제외되고 있다는 것이다. 영국의 경우도 NHS에서는 現物給與로서의 의료서비스만이 제공되고 있으나 疾病手當은 별도의 制度로 시행되는 國民保險制度에 의하여 지급되고 있는 것이다.

疾病保險制度의 二大機能이 ① 被保險者 또는 그 近親者의 發病으로 인한 醫療費支出에 대한 보장과 ② 疾病으로 인하여 一時的 勞動不能狀態에 처한 被保險者의 逸失所得을 現金給與 형식의 代替所得으로 보상하여 주는 것이라면, 현재 우리 制度는 그 반쪽짜리 기능만을 수행하고 있는 셈이다. 이 문제도 물론 보험재정과 직결된 것이기도 하나, 앞으로 어느 시점에서는 해결되어야 할 것으로 본다.

우리 나라 醫療保險制度는 自由醫原則에 입각하고 있으며 被保險者인 患者는 완전한 醫師選擇의 자유를 가지고 있다. 그에 따라 환자는 同一疾病에 대하여 다수의 醫院 또는 病

(43) 金道榮, *op. cit.*, pp. 131-133.

院에서 診療를 받을 수 있는바, 이것은 환자 자신에게도 바람직한 것이라고 할 수는 없는 것이겠거니와 특히 保險財政의 觀點에서는 是正되어야 할 문제라고 본다. 그러나 이 문제의 解決에 있어 英國의 NHS上的 家庭醫 또는 一般醫制度가 우리 나라에도 그대로 적용될 수 있는가에 관해서는 매우 회의적이다. 우리 나라 醫療保險制度上的 自由醫原則의 다른 하나의 側面으로서 의사는 開業地選擇의 自由를 향유하고 있다. 그 결과 醫療의 大都市偏中現狀이 발생하고 있는바, 이것은 앞으로 의료보험의 一般化·普通化에 있어서는 하나의 주요한 장애요인이 될 것으로 본다. 이 문제를 해결, 아니면 적어도 완화하기 위한 것으로 現行法上的 療養機關指定制度의 積極적 活用方案을 산정할 수 있을 것이다. 내용적으로는 地域單位別로 醫院·病院數를 割當하고 그를 초과하는 경우에는 요양취급기관으로 지정하지 아니하는 것은 하나의 구체적 방안이 될 수 있을 것으로 본다.

이외에도 醫療·藥濟業務의 非分離現狀에 따르는 문제, 保險給與內容의 不充分性, 醫療酬價의 職權決定에 따르는 문제점 등도 지적될 수 있겠으나, 英國의 NHS制度의 高찰에서 그 연혁이나 운영기구에 중점을 둔 결과 보험급여의 문제는 비교적 간략하게 다루었으므로 여기서도 이들 문제에 관한 구체적 검토는 생략하기로 한다.