

의료정책 변화 과정에서의 이익집단과 제도의 역할 분석 : 영국과 미국의 비교*



최 종 호 (서울대학교 아시아연구소 선임연구원)
(choipd11@gmail.com)

국문요약

이 논문은 영국과 미국의 의료정책의 변화과정을 통해 이익집단이 이 과정에 어떻게 영향을 주었는지, 이익집단의 정치가 제도적 촉진과 제약과 맞물려 어떠한 결과를 나타냈는지 탐색한다. 이 논문은 이익집단을 주요 행위자로 간주하고 정부와 갈등 또는 협력관계를 통해 의료개혁의 방향과 속도를 결정한다고 본다. 그러나 '이익집단 정치'는 국가의 제도적 특성과 맞물려 개혁 속도와 개혁 달성 여부에 영향을 준다고 가정한다. 이를 1980년대 이후 미국과 영국의 의료정책 개혁 사례에 적용한다.

자유주의 복지국가로 구분되는 미국의 레이건 시기와 영국의 대처 시기에는 양국 모두 축소지향적 정부와 반복지적인 이익집단이 유인동기를 공유하면서 의료체계의 축소 개혁을 시도하였으나 두 국가의 독특한 제도적 특성과 맞물리면서 상이한 개혁결과를 도출하였다. 1990년대 중반 이후 블레어 정부와 클린턴 정부 시기에는 두 국가 모두 확대지향적 정부와 친복지적 이익집단이 유인동기를 공유하면서 의료개혁을 추진하였으나 이 결과 역시 상이하였다. 2010년대 캐머런 정부와 오바마 정부 시기의 의료개혁은 상이한 정부의 성향, 이익집단과의 유인동기 공유의 다양성, 그리고 독특한 제도적 특성이 맞물려 좀 더 복잡하게 전개되고 있다.

주제어 : 의료정책, 의료개혁, 사회정책, 이익집단, 제도, 비토포인트

* 이 논문은 최중호의 2012년 박사학위 논문의 일부를 발췌하여 이를 대폭 수정 보완한 것임을 밝힌다. 또한 이 논문은 2013년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행되었다. (NRF-2013S1A5B8A01054955).

I. 서론

이 논문은 영국과 미국의 의료 및 건강보호 정책(health care policy)의 개혁과정을 살펴보면서 양국의 이익집단이 이 과정에 어떻게 영향을 주었는지, 이익집단의 정치가 제도적 촉진과 제약과 맞물려 어떠한 결과를 나타냈는지 살펴보고자 하는 시도이다. 이 논문은 정부(또는 집권정당)와 이익집단이 유인동기를 공유하면서 만들어내는 이른바 ‘이익집단 복지정치(welfare politics of interest groups)’와 이와 연계된 제도적 요인의 영향을 찾아보는 이론적 분석틀의 수립을 통해 미국과 영국의 의료정책의 변화 과정을 탐색한다. 이를 위해 비교정치와 비교 사회정책에서 상대적으로 연구의 대상에서 벗어나있던 이익집단을 의료정책의 변화를 이끄는 핵심행위자로 간주하고, 이들이 주도하는 국가 내에 존재하는 독특한 제도적 맥락과 연계시켜 이론적 분석틀을 세운다. 이를 자유주의 복지국가와 다원주의(pluralism) 기능대표 체계의 특성을 공유하고 있는 영국과 미국의 사례에 적용한다.

질병과 장애 프로그램을 포함하는 의료 및 건강보호 분야는 연금과 함께 복지제도 및 복지정책의 핵심 부분이다. 의료 및 건강보호 정책은 다른 복지 정책과는 몇 가지 차이점을 보인다. 첫째, 연금과 실업보험처럼 어느 계층에 집중되어 있는 것이 아니라 온 국민과 관계되어 있기 때문에 정책변화 시 국민 모두가 민감하게 반응한다. 둘째, 의료정책은 연금처럼 정치적 특성을 띄기도 하지만 경제활동의 영역에도 걸쳐있다. 따라서 이윤을 추구하는 이익집단들이 의료정책을 둘러싸고 경합을 벌이는 특성이 있다(Pierson, 1994). 셋째, 의료 프로그램의 공적 혜택을 받고자 하는 강력하고 다양한 확대지향적 이익집단들이 존재하고, 이 반대편에 의료산업과 사적 의료보험과 관련된 더 강력한 반복지적(축소지향적) 이익집단이 존재하며, 이 두 집단 간 갈등은 다른 분야의 갈등보다 더 첨예하게 드러난다. 이러한 특성 때문에 의료정책의 변화와 구조개혁은 선진자본주의 국가들의 정치적 아젠다를 지배해왔다(Hacker 2004).

미국과 영국은 복지자본주의 유형에서 탈상품화와 계층화의 수준이 낮은 자유주의 복지국가로 구분되며(Esping-andersen 1990), 이익대표체계 유형에서는 다원주의형 국가(Bentley 1908; Truman 1951)로 서로 유사성이 높지만, 양국의 건강보호 체계는 매우 상이하다. 영국은 국민건강서비스(national health service; NHS) 체계로서 정부가 제공하는 공공재정 및 공급에 높게 의존한다. NHS는 조세로 조달한 재원을 바탕으로 정책급여와 정책기여의 원칙아래 전 국민에게 최소한의 의료서비스를 제공하는 체계이다. 이에 반해 미국은 민간자본과 민간공급에 의존도가 매우 높은 체계이다. 노인과 장애인 등에 제공되는

메디케어(medicare)와 저소득층에 공공부조(public assistance)의 형태로 제공되는 메디케이드(medicaid)를 제외하면 공적 의료보험은 사실상 부재하다. 2010년 통과된 ‘오바마케어(Obamacare)’ 법안이 이전보다는 더 공공성을 확보한 것은 사실이지만 민간보험회사의 경쟁이라는 기본적인 구조는 여전히 굳건하게 변화하지 않고 있다.

따라서 이 논문은 다음과 같은 질문을 제시한다. 왜 특수 이익정치가 활성화되고, 자유주의 복지국가의 특성을 공유하고 있는 미국과 영국이 비슷한 개혁목표를 가지고 개혁을 추진했음에도, 왜 개혁의 추진 과정이 상이한 양상을 보이고, 개혁 결과 역시 상이하였는가? 이에 대한 질문에 답하기 위해 이익집단의 행태와 제도적 요인에 초점을 두고 양국의 개혁 추진 과정과 그 결과를 분석해 보고자 한다.

이 논문은 다음과 같이 구성된다. 다음 절은 이론적 분석틀의 기반이 되는 선행연구를 탐색하고, 3절에서는 정당, 이익집단과 제도적 요인이 결합된 이론적 분석틀을 제시한다. 이어지는 4절과 5절에서는 1980년대 이후의 시기를 ‘축소의 시기(the era of retrenchment)’와 ‘일상적 긴축의 시기(the era of permanent austerity)’로 구분하여, 영국과 미국의 의료정책 양상을 비교한다. 6절은 결론으로 연구내용을 요약하고, 함의와 한계를 제시한다.

II. 선행연구: 권력자원-이익집단-정치제도

비교정치경제와 비교사회정책 연구에서는 사회정책(복지정책, 연금정책, 의료정책 등)의 공급자로서 정부(집권정당)와 그리고 수요자로서 복지수혜자(welfare state clientele)가 복지정책의 영역을 구성한다. 정부와 복지수혜자 간 복지정책의 결과, 사회정책이 형성되고 집행되는 것이다(최종호 2012a, 2012b). 그러나 두 행위자의 선호와 이해 그리고 역량은 국가의 제도적 유인과 제약(institutional inducement and constraint)에 의해서 변화할 수 있다. 이러한 ‘행위자-제도’의 연계적 설명은 서구 선진민주주의 국가의 사회정책의 국가 간 차이를 설명하는 데 있어서 강력한 설명력을 가지고 있다고 평가된다(Obinger 2002).

행위자에 초점을 둔 연구 중에서는 좌파정당과 노동조합의 강도에 따라 복지국가 발전의 메커니즘이라 주장한 권력자원 이론(power resource theory)이 주목받았다. 이 가설에 따르면 좌파정당이 지배하는 기간이 길고 노조의 힘이 강한 국가일수록 복지를 위한 재정투입에 적극적이라는 것이다(Korpi 1978, 1983). 그러나 1980년대 이후에는 당파성의

역할이 제한적이며, 이익집단 등 새로운 행위자의 역할이 점점 증가하고 있다는 당파성 쇠퇴(decline-of-partisanship)논의가 권력자원 이론을 반박하였다(Pierson 1994; Huber and Stephens 2001). 특히 피어슨은 ‘권력자원 이론은 2차 대전 이후 30년간의 사회복지 정책의 국가 간 편차를 설명하는데 성공적이었으나(1996, 150)’, 축소의 시기에는 복지정책의 논리가 아예 달라졌기 때문에 이후의 변화를 설명할 수 없다고 주장했다. 즉, 당파성 쇠퇴의 논의의 핵심은 복지정책의 행위자로 이익집단(이해관계자)의 정치적 선호와 영향력에 초점을 두어야 한다는 것이다. 그러나 지금까지 사회복지정책에 대한 이익집단의 선호와 정책결정 과정에서 이익집단의 행태를 자세히 분석한 연구는 드물었다. 이는 이익집단의 공식적 역할이 굉장히 모호하고, 이들이 미치는 영향력을 정확히 측정하기 어려우며, 그 영향력이 행사되는 채널 또한 굉장히 다양해서 이들의 행태를 포착하기 어렵기 때문이다(Dür 2008).

특히 사민주의와 조합주의 복지국가와는 달리 자유주의 복지국가에서는 특수 이익정치(special interest politics)의 현상이 더 두드러지는 경향이 있다(Grossman and Helpman 2001). 조합주의와 사민주의 복지국가들로 구성된 유럽의 대륙국가와 노르딕 국가들은 좌파정당의 영향력이 크며 노동조합의 역할이 다른 이익집단들보다 핵심적이다(Schmitter 1974; 강명세 2008). 반면, 자유주의 복지국가인 미국과 영국의 이익집단들은 전형적으로 정당과 일체화되지 않고, 직접적으로 정부의 이익을 대표하지 않으며, 오로지 회원들의 사적 이익을 대표한다(Baron 2002). 따라서 이 국가들에서는 특별한 이해관계자 조직(이익집단)이 주요한 행위자로 부각되며(Pierson 1994), 이들은 정부의 외곽(outside government)에서 정부의 영향을 받지 않고 독자적으로 정부의 정책결정과정에 그 결과에 대해 영향력을 행사하려고 한다. 그러나 현재까지 복지정책의 변화를 탐색하는 연구에서는 이익집단의 선호와 행태를 분석한 연구는 제한적이다. 다원주의적 시각에 동의하는 학자들이 ‘복지국가의 발전은 다양한 이익집단의 요구와 로비에 대한 국가의 반응’이라고 정의한 것(Pempel and Williamson 1989)에 비추어 본다면 상당히 이례적이다. 제한적이긴 하지만, 자유주의 복지국가에서는 이익집단이 노동조합의 역할을 대신하고, 우파(보수)정당이 복지의 축소를 위한 비난회피(blame-avoidance)전략의 일환으로 이익집단의 세력을 약화시키려는 시도를 지속한다고 분석한 연구(Pierson 1994)가 있다.

한편, 국가가 가진 고유한 제도적 특성도 복지국가 또는 국가의 복지정책의 변화를 촉진하거나 제약한다. 이에 따르면, 제도는 복지국가의 변화에 있어서 두 가지 역할을 할 수 있다. 첫째, 제도적인 요인이 자체가 복지국가 변화에 직접적 영향을 주는 요인이 될 수 있다(Immergut 1992; Huber, Ragin and Stephens 1993; Bonoli 2000; Huber

and Stephens 2001). 즉, 정치권력을 분산시키고, 정책결정 및 수행에 영향을 미치는 권력구조와 헌정구조 등의 제도적 차이가 복지국가의 변화에 독립적으로 작용한다(Bonoli 2000). 둘째, 정치행위자(정부 혹은 이익집단)의 정치적 선택에 대해 유인동기를 주거나 제약하는 효과를 가진다. 즉, 복지국가를 이끄는 행위자가 직면한 제도적 요인이 행위자의 복지노력(welfare efforts)에 조건적인 영향(conditional effect)을 미친다는 것이다.¹⁾ 이는 제도 자체 즉, 권력구조 혹은 헌정구조 자체가 복지국가의 변화를 결정하지는 않지만, 행위자의 선호를 형성하거나 제약하여 상이한 결과를 야기한다는 주장이다(Obinger 2002). 여기서 제도는 정치선택의 자유도에 영향을 미치거나 정치행위의 기회 구조를 제한하는 역할을 한다.

미국과 영국의 의료체계는 매우 상이한 특성을 가진다. 특히 미국이 다른 나라들에서 찾아볼 수 없는 극단적인 민간중심의 의료체계를 가진 것에 대해 권력자원 이론은 미국이 노동자 계급의 취약한 권력자원에 대비되는 매우 강력한 자본의 힘으로 구성되어 있어, 전국민 의료보험이 부재하게 되었다고 분석한다(Navarro 1989). 다원주의적 접근에서는 의사협회, 보험회사, 제약회사 등 강력한 이익집단의 로비와 압력 때문에 민간 중심의 의료보험이 압도적인 상태이며, 세계에서 유일하게 전국민 의료보험이 부재한 원인이라고 본다(Laham 1993). 제도적 접근은 건강보호 체계를 둘러싸고 있는 두 개의 핵심적 제도인 의료제도와 정치제도에 주목한다. 의료제도에 주목하는 설명에 의하면, 미국의 의료제도는 근대적 의료제도 형성기의 사회세력 간 역학관계를 반영하여 민간주도의 구조를 가지게 되었고, 이 의료제도의 경로의존성이 의료체계의 공공성을 강화하려는 개혁시도들을 차단해왔다는 것이다(Hacker 2004). 정치제도에 주목하는 설명에 의하면, 미국식 권력분산적 헌정구조와 선거제도, 파편화된 이익대표체계 및 로비제도 등은 영국의 권력집중적 권력구조보다 이익집단들로 하여금 정치과정에 접근해 의료개혁을 좌절시키게 만든다고 주장한다(Immergut 1992).²⁾

1) 국가가 가진 고유한 제도적 맥락(institutional context)의 차이는 제도에 존재하는 비토포인트(veto point)의 수로 측정될 수 있다(Immergut 1998; Tsebelis 2002). 비토포인트는 정책결정에 참가하는 제도 혹은 집단의 수를 나타내는데 비토포인트의 수가 많을수록 정부는 정책결정의 과정과 성과를 통제할 수 있는 능력이 떨어지게 되고, 따라서 정책변화 혹은 개혁이 어려워진다. 그러나 비토포인트 이론은 그 수가 많은 국가에서 급진적인 개혁이 일어나는 사례가 왜 일어나는지는 설명하지 못한다고 비판받는다. 이에 대해 Immergut(1998)은 제도의 역할은 행위자들이 왜 그러한 선택을 하게 되었는지를 이해할 수 있게 해주는 행위에 대한 맥락을 제공하는 것이며, 이는 '제도가 행위를 제약하고 결정하는 것이 아니라 동일한 제도적 장애에 직면할지라도, 자기 통찰적인 행위자들은 창조적인 결정을 내릴 수 있다는 것(Immergut 1998, 25-26)'을 의미한다고 반박한다.

2) 이러한 제도에 기반한 접근은 국가 간 의료체계를 설명하는 가장 주류적 이론이었고, 그만큼

이익집단은 복지국가의 진화과정에서 정책의 공급자와 수요자의 역할을 해왔으며, 그 역할은 복지국가의 황금기와 축소기 그리고 일상적 긴축의 시기인 현재까지 지속적으로 확대되어 왔다. 따라서 이익집단이 참여하는 복지정치의 과정과 이로 인해 생성된 복지정책의 결과를 좀 더 면밀하게 분석해야 할 필요성이 요구된다. 이 연구가 시도하고자 하는 이익집단을 중심으로 정치적 변화를 설명하고자 하는 접근은 그동안 권력자원 이론과 제도적 이론이 간과하고 있던 다양한 사회집단들의 행태에 의한 역동적 정치적 변화를 좀 더 자세하게 설명할 수 있을 것이다.

Ⅲ. 이론적 분석틀

이 절에서는 이론적 분석틀을 제시한다. 이 분석틀은 복지국가의 변화(확대, 축소, 재편)에 있어서 핵심적, 실질적 역할을 담당해왔던 이익집단을 의료정책을 둘러싼 복지정치에 주도적 행위자로 간주한다. 분석틀에서는 이익집단을 사회정책의 수요자 역할을 하는 이익집단(친복지적 이익집단)과 공급자 역할을 하는 이익집단(반복지적 이익집단)으로 구분한다.

반복지적 혹은 경제적 이익집단(economic interest groups)은 사회정책의 공급자로서 역할을 하려고 하며, 이에 따라 정부의 정책을 축소하려고 유도한다. 이들은 사용자의 이익을 반영하며, 의료 공여(health provision)에서 철저하게 경제적인 이익을 추구한다. 이러한 이익집단들은 의료 정책과 의료 체계는 공적인 개입에 의해 운영되는 것이 아니라 시장의 원리로 돌아간다고 본다. 반면, 친복지적 이익집단은 복지수혜자들의 이익집단으로 사회정책의 수요자이며, 복지정책의 공공성을 확대하는 것을 선호하고 있다. 친복지적 이익집단은 특정 복지서비스의 공급방식에 이해관계를 갖고 있는 조직, 시장에 대한 공적제

강력한 설명력을 가지고 있었다고 평가할 수 있다. 특히 임머거트(Immergut 1992)는 스위스, 프랑스, 스웨덴이 유사한 경제발전을 이룬 가운데 상이한 의료체계를 보이는 이유를 제도적 맥락으로 설명했는데, 제도적 맥락을 이익의 대표절차(procedure of representing interests)를 반영하는 정치제도로 개념화하고 어떻게 정치제도가 그 나라의 정책선택을 구조화 하는지에 대해 주목하였다. 그에 의하면 정치제도는 참여자와 배제자를 분리해 내며, 특정한 로비연합을 형성하도록 촉진하고, 그 집단의 지도자가 사용할 전략에 영향을 미치는 것으로 해석하였다(김영순 외 2010). 분석의 결과 권력은 제도적 맥락의 따라 그 영향력과 기회가 다르다는 점을 강조하고 특히 행정부의 집행능력을 저지하는 제도적 거부점은 정치제도의 차이로 달라지며 결국은 이것이 각국의 의료정책의 양상의 차이를 만든다는 점을 강조하였다.

도의 개입의 유형에 따라 이해관계를 달리하는 생산자 이익집단들, 그리고 사회적 박탈자를 위한 복지프로그램의 도입에 헌신적인 집단들을 포함한다(Pierson 1994). 일반적으로 의료소비자 및 의료보험 가입자들의 이익집단 등이 친복지적 이익집단이며, 의사협회, 민간의료보험 연합 등이 반복지적 이익집단으로 정의된다. 의료 체계에서 서로 상반된 특성을 가지는 두 이익집단들은 정부(집권정당)와 유인동기를 공유하거나, 갈등을 일으키면서 의료정책의 방향과 범위를 변화시킬 수 있다.

〈표 1〉은 의료정책 변화를 일으키는 이익집단 정치의 이론적 분석틀과 이에 따르는 의료정책 변화를 보여준다.

〈표 1〉 의료정책 변화를 둘러싼 이익집단 정치의 결과

		친복지적 이익집단의 영향력 (반복지적 이익집단의 영향력)	
		높음(낮음)	낮음(높음)
정부의 성향 (정부당파성)	좌파정당 집권 혹은 의회 다수 선점	A. 확대 지향의 의료 개혁 또는 정책 변화	B-1. 좌파정당 우세기 현상유지 B-2. 반복지적 이익집단 우세기 축소 지향의 정책변화
	우파정당 집권 혹은 의회 다수 선점	C-1. 우파정당 우세기 현상유지 C-2. 친복지적 이익집단 우세기 확대 지향의 의료개혁 혹은 정책변화	D. 축소지향의 의료개혁 혹은 정책변화

* 출처: 최중호(2012b, 2013)에서 재구성

〈표 1〉의 A 유형은 좌파정부가 집권하거나 좌파정당이 의회에서 다수를 차지했을 때(좌파정당의 영향력이 우파정당보다 클 때)이며, 좌파정당이 친복지적 이익집단들과 유인동기를 공유하고 있는 상태이다. 이 경우 의료정책의 확대지향적 개혁이 쉽게 추진된다. 즉, 의료보험의 공공성을 확보하려는 정책으로 변화가 일어날 가능성이 크고, 복지수혜자에게 보편적인 특성을 보이는 의료개혁 혹은 정책의 변화가 일어날 가능성이 크다. D 유형은 A 유형과 정반대의 경우로, 우파정당과 반복지 이익집단이 유인동기를 공유하는 관계이다. 이 경우 의료혜택은 일부 저소득 계층에게 선별화될 가능성이 크며, 공적재원으로 지급되었

던 의료급여가 본인부담으로 전환되는 등의 의료개혁 혹은 정책의 변화가 일어날 가능성이 크다.³⁾

B와 C 유형은 서로 그 특성이 상반되는 두 세력(좌파정당-반복지적 이익집단, 우파정당-친복지적 이익집단)의 영향력이 우세할 경우이며, 상황에 따라 두 가지 상이한 결과가 나타날 수 있다. 좌파정당이 반복지 이익집단의 힘보다 우세할 경우(B-1 유형), 기존의 의료정책의 변화가 없는 현상유지 상태가 일어날 가능성이 크다. 반면, 좌파정당보다 반복지적 이익집단의 힘이 우세할 경우(B-2 유형), 축소지향의 의료정책 개혁이 추진될 가능성이 크다. C 유형은 우파정당과 친복지적 이익집단의 영향력이 각각 우세한 경우이며, 현상유지(C-1 유형)와 확대지향의 의료정책 변화(C-2 유형)라는 두 가지의 결과를 야기할 수 있다.

〈표 2〉는 〈표 1〉의 A 유형과 D 유형이 제도적 맥락과 어떻게 맞물리는지를 설명하기 위한 분석틀이다.⁴⁾ 일반적으로 국가 내에 존재하는 제도적 거부점(veto point) 수가 적은 경우(A와 C 유형), ‘이익집단 복지정치’를 구성하는 연합(좌파정당-친복지 이익집단, 우파정당-반복지 이익집단)의 복지개혁 시도는 의도한대로 성공할 가능성이 크다. 우선 A 유형은 정부 국가 내에 비토포인트의 수가 적은 경우이다. 이 경우 의료정책에서 확대지향적인 변화가 가능하다. 마찬가지로 ‘이익집단 반복지정치’가 우세하고 제도적 비토포인트의 수가 적은 C 유형의 경우, 현존하는 보편적 프로그램에 선별적 요소를 추가하거나, 현존하는 선별적인 프로그램을 더 선별적으로 심화시키는 개혁을 실시하고 성공할 가능성이 크다. 반면, 비토포인트의 수가 많은 경우(B와 D 유형), 복지개혁의 지향은 변화하지 않지만 의도한 개혁이 좌절되거나 그 범위가 좁아질 가능성이 크다.

3) 복지정책 혹은 복지프로그램의 개혁은 보편적 복지 지향(universalism-oriented)과 선별적 복지 지향(targeting-oriented)의 개혁으로 구분할 수 있다. 보편적 복지는 국가가 소득수준이나 자산과 관계없이 보편적인 사회급여를 제공하는 것을 의미한다. 따라서 누구에게나 보편적인 서비스를 제공하는 프로그램으로의 개혁을 지향한다. 반대로 선별적 복지 지향은 빈민이나 저소득층 등에 복지를 선별화하고, 자격요건을 강화하는 프로그램을 지향하는 것이다(최종호 2012b).

4) 복지국가의 의료정책 변화에서 서로 상반된 성향을 가진 정당과 이익집단 간 힘의 분배를 보여주는 B와 C 유형의 사례 역시 다양한 국가의 흥미 있는 사례가 많아 심층적 연구가 필요하지만 이는 차후 연구로 미뤄두고자 한다.

〈표 2〉 ‘이익집단 복지정치’와 제도적 요인의 조건부 효과

		제도적 요인(비토포인트)	
		적음	많음
정부- 이익집단 관계	좌파정당- 친복지적 이익집단 우세시	A. 보편적 혹은 확대지향의 의료개혁과 정책변화	B. 보편적 혹은 확대지향적 의료개혁과 정책변화 (*개혁실패 또는 정책 변 화의 범위가 좁아짐)
	우파정당- 반복지적 이익집단 우세시	C. 선별적 혹은 축소지향의 의료개혁과 정책변화	D. 선별적 혹은 축소지향적 의료개혁과 정책변화 (*개혁실패 또는 정책 변 화의 범위가 좁아짐)

출처: 최종호(2012b, 2013)에서 재구성

다음 절부터는 1980년대 미국과 영국의 의료정책 변화과정의 사례를 이익집단의 행태와 제도적 맥락의 조건부적 효과를 적용한 이론적 분석틀에 적용하여 서술한다.

IV. 축소의 시기 영국과 미국의 의료정책 변화 과정

이 절에서는 1980년대 이후부터 1990년대 중반까지의 미국과 영국의 건강보호 프로그램의 개혁과정을 이익집단의 행태와 제도적 맥락에 초점을 두면서 탐색한다. 주지하다시피 이 시기는 미국과 영국에서 신자유주의 정권이 등장하여 사회정책 전 부문에 대해 축소를 지향하는 개혁을 시도한 시기이다. 따라서 이 시기를 ‘축소의 시기’라고 정의한다. 의료 및 건강보호 분야에서도 축소 지향의 정책변화가 두드러졌다. 두 국가에서 모두 보수주의 정당이 집권하였고, 반복지적 이익집단과의 유인동기 공유를 통해 축소 지향의 개혁이 진행되었다. 영국의 대처(Thatcher) 정부는 NHS의 내부시장 도입 등 예산 삭감을 위한 축소가 성공했으며, 레이건(Reagan) 정부도 미국의 유일한 공공부문이었던 메디케이드와 메디케어 삭감을 성공했다.

1. 영국과 미국의 의료체계의 상이성

미국과 영국의 건강보호 체계는 매우 상이한 체계이다. 영국은 NHS를 제공하는 공공재정 및 공급에 가장 높은 수준의 의존도를 보이고 있으며, 정액급여와 정액기여의 원칙아래 전 국민에게 최소한의 의료서비스를 제공한다. 이에 반해 미국의 의료체계는 민간자본과 민간공급에 의존도가 아주 높다. 미국의 공적인 의료보험의 범위는 노인과 장애인 등에 제공되는 메디케어와 저소득층에 공공부조(public assistance)의 형태로 제공되는 메디케이드로 이루어져 있다. 두 국가는 의료체계의 스펙트럼 상에서 극단적인 지점에 위치해 있는 것이다. <표 3>은 자원조달의 원천과 의료체계의 소유권으로 구분한 의료체계 유형을 보여준다. 미국의 의료체계는 <표 3>의 유형에 들어가지 않는데, 미국의 의료체계 유형은 거의 온전하게 사적부문으로만 구성되어 있는 아주 예외적인 사례이기 때문이다(Hacker 2004). 5)

<표 3> 자원조달과 소유권에 따른 의료체계 유형

		자원조달	
		단일지불제도	다층지불제도
소유권	공적체계	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강서비스(NHS) - 조세조달체계, 임금/인두제 - 대표국가 : 영국 	- 없음
	공사 혼합체계	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험(NHI) - 행위별수가제 - 대표국가 : 캐나다, 한국 	<ul style="list-style-type: none"> - 조합주의 의료보험 - 급여세 적립 - 행위별 수가제 - 대표국가: 독일

출처: Hacker (2004)

영국의 NHS는 제도적으로 성숙된 복지국가 프로그램의 가장 두드러진 영국적 실례라고 평가되며, ‘왕관에 박힌 진주(Jewel in the crown)’라고 불리우기도 했다(Pierson 1994).

5) 임머거트(Immergut 1992)와 해커(Hacker 2004)는 이러한 예외적인 건강보호 시스템은 미국과 같이 연방주의, 엄격한 행정과 사법의 권력분립 같은 많은 제도적 비토포인트가 존재하는 국가에서나 가능하다는 입장을 견지한다.

이 제도는 1911년 국민건강보험(National Health Insurance: NHI)을 도입하면서 시작되었다. 이후 NHI는 좀 더 포괄적인 제도인 NHS로 재구성되었다.⁶⁾ NHS는 보건부 산하 NHS 집행부(NHS Management Executive)가 관리·운영하는데 중앙집권적으로 운영되고, 계층적인 구조로 구성되어 있다. 재원 역시 일반조세 수입을 통해 중앙집권적으로 조달한다. 따라서 조세를 담당하는 영국의 재무성이 의료정책 결정에 깊숙이 관여하게 되는 시스템이다. NHS의 재원은 일반조세 수입이 80%가 넘고, 나머지는 국민보험으로부터의 기여와 보조금 등으로 충당된다. NHS에서 의사와 약사는 독립적으로 개업하고, NHS와 계약을 체결한다. 이러한 개업의(general practitioner:GP)는 1차 진료 의사로서 주치의로 활동하고 등록된 환자의 수에 따라서 진료비용을 NHS로부터 상환 받는다. NHS하에서 의료기관은 모두 국유화되고, 병원은 배정된 예산을 통해 비용을 조달받게 된다. 특히 재원조달, 진료비 지불, 의료서비스 전달방식이 국가기관을 통해 조직적으로 연계되어 통합되고, 중앙집권적인 체계로 구성되었다(Kingdon 2011; 김경희 2001). 그렇지만 보장의 수준은 최소한이다.

미국은 거의 완벽한 사적 의료체계이며 따라서 국가의 개입이 소극적이고 잔여적이다. 그러나 작은 부분을 담당하는 메디케어와 메디케이드라는 공공의료보장제도가 있는데, 메디케어는 사회보장법에 의해 수급자격이 인정된 노인과 장애인들에게 보호를 제공하는 의료보장제도이며, 메디케이드는 아동부양가족부조(Aids for dependent children: AFDC)와 보충적 소득보장의 수급권자들을 대상으로 하는 자산조사형 의료보장제도이다(최성은 2006).⁷⁾ 두 공공 의료보장제도에 가입되지 않은 인구는 고용여부 등에 따라 다양한 민간보험에 가입할 수 있다. 그러나 가입에 법적인 강제성이 없어 의료보험 미가입자 비율이 2011년 기준으로 4,630만명에 이르고 있다.

유일한 공적부문인 메디케이드와 메디케어는 근로자에 의해 각출되는 재원인 사회보장세, 민간보험료, 본인부담분 등 다양한 재원으로 충당되지만, 관리와 운영에 있어서

6) NHI 도입당시에는 노동자 중 일부만 혜택을 받고, 국가의 재정지원 수준도 낮아서 충분한 의료보장이 이루어지지 않아 소득 재분배 효과가 없었기 때문에 영국정부는 이를 보완하기 위해 NHS로 재편하였다. NHS로 재편되면서 노동자 일부에 국한되던 인구범위를 전체 국민으로 넓혀 중앙정부에서 통합적으로 관리하게 되었는데 이후 영국 국민들은 포괄적인 범위의 의료서비스를 제공받을 수 있게 되었다.

7) 메디케어는 연방정부에서 운영하는 사회보장 프로그램인 노령, 유족, 장애인 건강보험(Old Age, Survivors and Disability Health Insurance; OASDHI)에 포함되어 있다. 미국 최초의 사회보장법에서는 노령연금(Old Age Insurance)만 포함되었으나 1939년 유족보험, 1956년 장애보험 마지막으로 1965년에는 노인들을 대상으로 하는 의료보험이 포함되어 현재의 OASDHI로 포함되었다(최성은 2006).

그 주체는 공공부문과 민간부문, 연방정부와 주정부 등 여러 차원으로 분리되어 있어 통합이나 조정이 어렵다(김경희 2001). 특히 메디케어와 메디케이드의 혜택을 받는 사람이라도 민간 의료 공급구조하에서는 의료소비자의 수혜는 접근성을 제한될 수 밖에 없다.

〈표 4〉 영국과 미국의 의료체계 비교

	영국	미국
보편성	넓음(국민의 기본권리)	좁음(국민의 선택권리)
급여범위와 수준	기본적 수준	가입에 따라 제한적
재분배	높음	낮음
관리운영	중앙정부	사적 민간 보험회사
민간의료시장 범위	낮음	높음

출처: 김경희(2001)에서 재구성

〈표 4〉에서 보듯이 영국은 소득이나 기여에 무관한 기본 권리로서 의료를 보장하는 보편화의 원리를 채택하고 있다. 급여의 범위는 포괄적이지만 그 수준은 가장 기본적인 수준이다. 따라서 재분배성은 상대적으로 높고, 통합성도 높으며, 민간의료시장의 범위는 좁다. 반면, 미국의 경우 메디케이드와 메디케어를 포함해서 공적 개입의 범위는 낮고, 의료부문에 경쟁을 통한 시장의 원리를 도입하고 있다. 따라서 재분배성도 매우 낮고, 병원과 의료산업등 의료자본의 침투가 높기 때문에 민간의료시장의 범위가 넓다.

2. 대처 정부 시기 의료정책 변화 과정에서의 이익집단과 제도의 역할

최악의 경제위기에 직면해있던 1979년, 영국에서는 보수당의 대처 정부가 등장하였고, 과거 좌파정당과 친복지적 이익집단에 영향력에 움츠려있던 반복지적 이익집단의 세력이 점차 확장되기 시작한다. 제도적 제약요인이 미국보다 낮은 영국은 두 세력이 합세해 NHS의 축소 지향적 개혁을 시도하고 성공하였다. 그럼에도 불구하고 이 개혁은 집권후반기에야 성공했다.

대처 정부 이전까지 노인단체인 에이지 컨선(Age concern)과 노동조합인 영국노조회의(TUC) 등이 정상조직(peak association)으로 활동하면서 그 하위에 질병별로 분절화되었지만 강력하게 응집되어 있는 의료소비자 이익집단⁸⁾들이 영향력을 발휘하여 NHS의 공공성

을 강화하는데 큰 역할을 발휘했다. 그러나 1970년대 후반 2차 오일쇼크 이후 NHS의 비효율성으로 인한 국가재정 부담의 문제를 지속적으로 제기한 대처 정부와 반복지적 이익집단들의 의해 그 세력이 점차 쇠퇴하였다. 영국의 NHS를 둘러싼 반복지적 이익집단은 영국의사협회(BMA)와 400여개의 병원 트러스트, 그리고 민간 보험업자들의 연합이었다. 이들은 대처정부의 축소 지향적 개혁이 필요하다고 믿고 있었다.

대처정부는 집권 초기부터 NHS에 대한 광범위한 축소를 기획하였다. 집권 초기인 1982년, 예산을 축소하는 것을 포함하는 NHS 체계의 재조직화를 시도했고 강제적으로 민간보험을 도입하는 안(젠킨스안)⁹⁾을 국민들에게 제시하였다. 이는 공공부문이 강조되어 온 NHS의 근본적 구조를 바꾸면서 점감적(decremental)적인 축소를 동시에 추구하는 전략이었다(Pierson 1994). 영국 국민들에게는 NHS의 인기가 높았기 때문에 의료소비자 집단들의 조직적이고 광범위한 반발에 부딪혔고, 그 결과 논쟁이 진행되는 동안 정부는 법안을 철회하였다. 이는 NHS의 예산이 삭감되는 효과가 있지만, 민간보험을 도입할 경우 대처 정부의 열렬한 지지자들인 고용주들의 보험료 부담이 높아지고, 이를 지원하기 위한 정부지출이 늘어나기 때문이었다. 무엇보다도 NHS의 인기가 높았기 때문에 자신의 정치적인 위기를 자초할 수 있었다. 1982년 젠킨스안을 철회한 이후에는 NHS 개혁을 추진하기 매우 어려워졌다. 그럼에도 불구하고 1980년대 중반까지 정부는 NHS의 예산만이라도 삭감하려는 노력을 지속했다.

그러나 1980년대 중반 이후, 보수당 정부는 그들을 지지하는 반복지 이익집단과 연계하여 NHS의 원칙을 훼손하지 않는 선에서 개혁을 다시 추진하기 시작한다. 이는 의료비의 상승으로 인한 국가재정 압박을 해소하고 NHS의 비효율성을 해소하고자 한 것이다.¹⁰⁾ 결국 1989년, 개업의와 내부시장을 도입하는 내용의 국가보건서비스 및 지역사회보호

8) 의료소비자 집단은 국가적 수준에서 환자와 간병인의 이익을 대표하고 증진하는 것을 추구하는 자발적 조직으로 정의할 수 있다(Allsop, Jones and Baggott 2004). 이들은 같은 경험을 가진, 특별한 질병의 조건을 가진 사람과 그 가족들이 모여 자발적으로 구성된 집단들이며, 이들간의 네트워크의 형성은 대처정권의 집권 초반인 1980년대부터 더 명백해지고, 강력해졌다. 올슈 외(2004)는 영국의 39개 의료소비자 집단 연구를 통해 이 의료소비자 집단들이 전통과 기원, 크기, 수입 그리고 내부적 조직구성이 다르지만 공통적으로 질병에 대한 환자와 보호자의 이익과 관련된 이슈에 관심이 있었고, 이들은 NHS와 연관된 정책이슈에 온 힘을 집중하고 있다는 점에서 응집될 수 있었다고 설명한다.

9) 당시 사회보장장 장관 젠킨스(P. Jenkins)가 제안한 안이다(Pierson, 1994).

10) 당시 NHS 서비스의 비효율성 문제는 매우 심각한 수준이었다. 환자들이 질이 낮은 의료서비스를 오래도록 기다려서 받아야 하는 문제가 가장 중요했고, 또한 1차 의료의 수요가 증가하게 되어, 1차 보건 의료 부문의 업무량이 증가하게 되는 문제도 있었다(김경희 2001).

법'(NHS and Community Care Act 1990)을 통과시켰다(Hacker 2004). 이 개혁내용은 세 가지의 내용을 담고 있었다. 첫째, 내부시장의 도입이다. 내부시장은 의료 구매자와 공급자의 구분을 통해 공급자들 간의 경쟁을 유도하면서 국가 의료서비스 전달의 효율성을 개선하고자 하는 목적이었다. 기존에는 정부가 공급자와 구매자의 역할을 모두 담당했는데 의료서비스를 구매하는 구매자 역할만으로 한정하겠다는 것이다. 둘째, 예산보유 개업의와 NHS 트러스트를 도입했다. 셋째, 민간 의료보험을 적극적으로 장려했다. 이는 대처가 활용 가능한 민간자원의 효율적 동원을 목표로 한 것이었다(Pierson 1994). 공공서비스인 의료에 민간부문을 참여시킨다는 점에서 대처의 1989년 개혁은 명백히 축소 지향적이었다.

중요한 점은 대처 정부의 부분적 개혁이 장기적인 경기침체 하에서 공공재원의 감소와 의료수요가 점진적으로 증가하고, 각종 사회복지 지출에 대한 전면적인 재검토가 필요한 시점인 1980년대 후반에 와서야 실행되었다는 점이다. 이는 NHS의 정치적 상징성이 매우 컸기 때문이며, 이와 동시에 집권 초기의 젠킨스 개혁안이 이미 좌절되었던 경험이 있었고, NHS의 축소지향적 개혁에 대해 친복지적 이익집단과 반복지적 이익집단의 갈등이 극단적으로 심화되었기 때문이다. 결정적으로 개혁 시기가 늦춰진 이유는 대처의 개혁 시도에 대해 친복지적 이익집단들 의료 소비자 운동(health consumer movement)를 형성하고 조직적으로 저항했기 때문이다. 의료 소비자 운동을 추진한 집단들은 집단 간 가치와 담론을 공유하고, 광범위한 네트워킹을 통해 수많은 공식, 비공식적 동맹(alliance)를 맺고 대응하였다. 이들이 특히 대처의 개혁에 강력히 반발했던 이유는 NHS에 내부시장이라는 준시장적 원칙(quasi-market principle)을 도입했기 때문이었다. 이 집단들은 대처 정부의 개혁 시도는 공공성이 핵심인 NHS의 완전민영화의 첫걸음으로 인식했다. 그러나 이러한 조직적 대응에도 불구하고 대처 정부는 NHS의 축소개혁을 성공시켰다. 이는 영국의 독특한 제도적인 맥락(정책변화가 용이한 낮은 수의 비토포인트)과 맞물렸기 때문이었다. 그렇지만 개혁 통과 후 대처정부는 광범위한 국민적 저항에 적절한 비난회피(blame avoidance)를 하기 어려워졌고, 대처를 이은 메이저(Major)의 짧은 집권 시기를 거쳐 노동당에 정권을 내주게 되었다.

요약하면, 축소의 시기 영국에서는 친복지적 이익집단(의료 소비자 집단)들이 우파정당과 반복지 이익집단의 강력한 축소 의도에 저항하였다. NHS의 효율성에 따르는 어느 정도 이들은 보수주의 정권에 영향력을 행사하여 대처정부의 축소지향적 개혁을 시기를 늦추고, 개혁의 범위를 줄이는 역할을 했다.

3. 레이건 정부 시기 의료정책 변화 과정에서의 이익집단과 제도의 역할

1980년, 영국의 보수당 정권에 이어 공화당의 레이건이 대통령에 당선되었다. 레이건 정부는 대처 정부처럼 복지의 축소를 노골적으로 추진하였다. 우선 공공부문 의료인 메디케어와 메디케이드에 급진적 삭감을 시도하였는데 이 과정에서 반복지적 이익집단들과의 우호적 관계가 공고화 되었다.

미국에서 의료정책을 둘러싸고 있는 친복지적 이익집단의 정상조직은 노인단체인 전미 은퇴자협회(AARP)와 노인단체지도자협의회(LCAO), 그리고 노동조합인 미국노동조합-산별노조회의(AFL-CIO)였다. 그리고 그 아래에 질병별로 분절화된 수많은 이익집단들이 존재하였다. 친복지적 이익집단이 어느 정도 세력을 형성하고 있었지만, 미국은 사적부문이 거의 전부인 의료 체계였기 때문에 관련된 반복지적 이익집단은 그 세력이 압도적인 단체들로 구성되어 있었다. 미국의 반복지적 이익집단은 미국보험협회(AIA), 의사협회(AMA), 미국의료보험협회(HIAA), 미국병원협회(AHA), 미국제조업협회(NAM), 미국제약기업협회(PMA), 전미자영업연맹(NFIB) 등을 들 수 있는데, 다른 집단들에 비해 정치권에 로비를 압도적으로 진행할 수 있었다. 결과적으로 당시의 친복지적 이익집단은 더 강력한 반복지적 이익집단과 강력한 보수주의 정부의 공공의료 제도의 삭감 시도를 막기 어려웠다.

미국이 이른바 비토포인트의 수가 많은, 즉 정책의 변화가 어려운 제도적 제약요인이 많은 국가임에도 불구하고 레이건 정부의 메디케어와 메디케이드의 축소 시도가 성공했던 이유는 두 제도의 특별한 발전 과정에서 찾아볼 수 있다. 메디케어와 메디케이드는 대공황 시기에 도입되어 1950년대 이후 복지국가의 황금기에는 예산 긴축에 구애받지 않는 선에서 적용대상자와 급여범위가 확대되었다. 그러나 이 제도는 정치인들이 인기를 유지하기 위한 도구로서도 활용되었다. 정치인들이 다음 선거에서 당선되기 위해 즉흥적인 선심성 증액이 매년 대폭적으로 이루어졌다. 그러나 1970년대 중반 오일쇼크 때 메디케어와 메디케이드의 비용이 급증하여 국가재정에 부담을 주게 되었다. 이는 불필요하게 과다 투입되는 의료비 규제의 필요성을 증가시켰다. 당시의 의료비는 물가에 비해 빠르게 상승했고, 사후에 의료비용을 정산하는 방식이었기 때문에 급증하는 비용을 억제할 수 있는 통제장치가 없었다. 따라서 집권 전부터 공화당과 반복지적 이익집단들은 두 제도의 비효율성에 강력히 문제를 제기했고, 이 문제를 국가 재정적자의 문제로 부각시켜서 공약으로 내걸었다.

점차 메디케어와 메디케이드의 적용을 받지 않는 무보험자의 비율이 커지고, 의료보험 급여가 적용되는 범위도 줄어 본인부담률이 높아짐에 따라 친복지적 이익집단들도 이

제도의 개혁을 요구할 수밖에 없었다. 이에 따라 레이건 정부는 집권하자마자 쉽게 삭감을 기획하고 추진할 수 있었다. 레이건 정부는 즉각적인 예산절감을 일차적인 목표로 하고, 이를 점차 소비자에게 비용을 떠넘기는 전략을 수행했는데 이는 1980년대 초반에 건강보호 비용이 인플레이션보다도 훨씬 빠른 속도로 계속 증가하는 추세를 해결하고자 한 것이다.

레이건 정부의 메디케어와 메디케이드 축소의 결정판은 재정적자 감축을 위해 진료원가에 기초한 건당 진료비 지불제도를 폐지하고 포괄수가제(system of prospective payments)를 실시한 것이다. 포괄수가제로의 전환은 메디케어가 도입된 이후 가장 급진적인 개혁이었다. 이를 통해 메디케이드 약 5십만 가구가 메디케이드의 수급자격을 박탈당했다.

레이건 정부의 축소 개혁으로 인해 민간 의료 시장은 더욱 확대되었고, 의료산업 관계자와 의사 집단들의 시장 지배력이 강화되었으며, 로비를 통해 의회정치에서도 강력한 힘을 발휘하기 시작했다. 의료관련 이익집단들은 이합집산을 통해 의료산업복합체(medical industrial complexes)로 거듭났다. 이에 따라 친복지 이익집단 세력이 급격히 약화되었다. 당시의 의료비 폭증과 재정적자라는 우호적 환경의 조성, 그리고 반복지 이익집단의 전폭적인 정치적 지원이 높은 수준의 제도적 제약요인과 친복지 이익집단의 반발을 극복한 결과라고 할 수 있다. 결국 레이건 정권의 의료 개혁 이후 의료의 민영화와 상업화가 더욱 심화되었고, 많은 반복지적 이해관계자의 네트워크가 더욱 공고화되어 포괄적인 전국민 의료보험 도입과 같은 개혁은 더욱 어려워지게 되는 결과를 가져왔다.

V. 일상적 긴축의 시기 영국과 미국의 의료정책 변화 과정

이 절에서는 1990년대 중반 이후 2010년대인 현재까지의 미국과 영국의 의료개혁 과정을 이익집단의 행태와 제도적 맥락에 초점을 두면서 탐색한다. 이 시기는 서구 복지국가에서 경기침체가 지속되고, 이에 따라 사회 전 부문에 대해 국가재정의 효율화를 고려하면서 국가별로 독특한 의료정책이 기획된 시기이다. 이 시기를 ‘일상적 긴축의 시기’라고 정의한다(Pierson 2001). 이 시기에는 양국 모두 급격한 개혁보다는 국가재정에 부담을 주지 않는 선에서 의료제도의 효율성을 추구하는 정책으로의 변화를 시도했다.

1. 영국: 블레어 정부 시기 의료정책 변화 과정에서의 이익집단과 제도의 역할

영국의 NHS는 국영 의료체계의 전형이었고, 재정은 조세로 이루어졌으며, 공적으로 운영되었기 때문에 권한이 주로 중앙정부에 집중되었다. 이러한 공적 제도의 단점은 제도의 효율성이 저하되는 것이었다. 대처 정부시절 내부시장이라는 경쟁적인 시스템을 도입한 이유도 결과적으로는 공적 제도의 효율성을 높이려는 의도였다. 보수당 정부에 이어 등장한 블레어의 신노동당 정부 역시 NHS의 효율성을 높이하고자 했다.¹¹⁾ 그러나 블레어와 신노동당은 대처정부가 효율성을 이유로 도입한 내부시장을 폐지하는 방향으로 개혁을 추진했다.¹²⁾ 블레어 정부는 NHS가 공공서비스이기 때문에 내부시장 같은 경쟁 시스템보다는 개업의 (GP)와 보조 병원 트러스트간의 협력적 구조로 개혁하는 것이 효율적이라고 보았다. 대처정부가 도입한 내부시장의 핵심적 제도인 예산보유 개업의 역시 폐지하였다. 예산보유 개업의 제도는 지방 보건당국과 관리인들에게 권한을 이양하는 형태였기 때문에, 이를 폐지하면서 의료의 재정 및 진료 등 일차 의료를 구축할 권한과 책임을 중앙정부로 다시 환수할 수 있었고, 이를 통해 NHS의 공공성을 회복할 수 있었기 때문이다. 또한 블레어 정부는 NHS의 고질적인 문제였던 진료 대기 시간의 문제도 해결하고자 했으며, NHS 관련 의료예산을 증가시켰다. 이 예산으로 보건의료위원회라는 규제기관을 설립하여 의료 기관에 대한 엄밀한 평가를 한 후 이를 공개해 병원 간 경쟁의식을 촉진시킴으로써 서비스의 질적 향상을 이루어냈다.

신노동당의 NHS 개혁 결과 민간보험의 증가율은 눈에 띄게 줄어들었다. 1996년 블레어가 취임하기 전에는 사적보험에 의존했던 비율이 16%정도였으나 2003년에는 12%로 둔화되었다.¹³⁾ 블레어의 NHS 확대지향적 정책이 성공했던 이유는 친복지적 이익집단이 적극적으로 과거에 침식되었던 NHS 공공성 회복을 열렬히 지지했기 때문이었다. 낮은 수준의 제도적 제약 요인(비토포인트) 역시 정책의 급격한 변화를 가능하게 했다. 우선 NHS를 강력히 지지하는 의료소비자 집단들은 이전보다 더 많은 혜택을 누릴 수 있는 노동당의 개혁에

11) "Blair makes new year resolution to cure NHS", The Guardian, 1998/01/01.

12) 신노동당이 당시 추진한 NHS의 개혁을 대처의 신자유주의 정책 기조의 유지로 보는 연구도 있다. 예를 들어 쇼(Shaw 2007)는 블레어 정부의 정책이 이전 보수당 정부의 정책을 거의 모두 다 수용했으며, NHS도 예외가 아니었고, 심지어 몇몇 분야에서는 보수당보다 더욱 강력한 시장주의적 정책들이 시행되었다고 주장한다.

13) 보수당 정권의 집권초기의 민간 의료보험 비율이 4.5%였고, 보수당 집권 후반부까지 지속적으로 증가하였던 것에 비추어 본다면 이 같은 감소는 괄목할만한 것이었다.

힘을 실어주었다(Allsop, Jones and Baggott 2004). 또한 노인단체인 에이지 컨선과 노동조합인 TUC, 빈곤구제 이익집단인 poverty lobby도 이를 지지했다.

반면 BMA와 400여개의 병원트러스트, 민간보험자들 같은 반복지적 이익집단은 이에 효율적으로 대응하지 못했다. 특히 BMA는 블레어가 개혁안을 들고 나왔을 때, 초기에는 반대했다. 하지만 내부의 격렬한 논쟁 후 일반의와 예산보유 개업의와의 수입 불평등을 해소할 수 있는 방안이라고 판단하여 찬성으로 돌아섰다. 사용자 단체인 영국산업연맹(CBI)은 NHS의 효율성 강화와 확대가 노동자의 의료보험 비용 중 사용자 부담분을 줄일 수 있었기 때문에 개혁안을 지지했다. 민간보험과 관련된 이익집단들만이 이 개혁안에 반대했다. 그러나 민간보험업자들의 정상조직인 영국보험협회(ABI)는 역사가 짧았기 때문에(1985년 설립), 노동당 정부에 직접적으로 영향력을 행사하기에는 취약한 현실이었다. 결과적으로 블레어정부를 이은 브라운 총리 시기까지 노동당은 친복지 이익집단의 지지와 반복지 이익집단의 영향력 쇠퇴로 NHS의 공공성을 강화하기 위한 노력을 지속하였다.

2. 영국: 캐머런 정부 시기 의료정책 변화 과정에서의 이익집단과 제도의 역할

2008년 금융위기는 유로존 경제에 심각한 타격을 주었고, 더불어 영국의 재정적자를 계속 심화시켰다. 경제위기를 계기로 2010년 5월 보수당은 자유민주당과의 연립정부 구성을 통해 정권을 교체한다. 10여년 동안의 신노동당 집권 시기 친복지적 이익집단에게 광범위한 지지를 받았던 NHS가 다시 축소의 국면을 맞이하게 되었다.

캐머런(Cameron) 정부는 2010년 집권하자마자 정부의 긴축재정을 목표로 하고, NHS의 대대적인 개혁을 시도했다. 캐머런 총리는 ‘영국의 NHS 개혁은 우주공간에서 볼 수 있는 유일한 것이 될 것’ 이라고 공언했다.¹⁴⁾ 그동안 NHS 예산의 약 80%를 운영해온 기초 건강보호 트러스트(primary care trust:PCT)와 PCT의 상급기관인 전략 건강 기구(strategic health authority: SHA)를 없애고 대신 임상위임기구(clinical commissioning groups)를 구성하여 운영하겠다는 안이다(김계원 2011).

캐머런 정부의 NHS의 개혁안 내용은 다음과 같다. 첫째, 예산 집행의 자율성을 부여하는 예산보유 개업의를 부활시키고, 둘째, NHS와 연계가 제한적이었던 민간병원들에게 문호를

14) 캐머런 정부의 NHS 축소 의도는 NHS 백서의 부제 ‘Equity and Excellence: Liberating the NHS’에서 잘 드러난다. Financial Times, 2011/01/19.

개방하고,¹⁵⁾ 셋째, 국민들이 선택할 수 있는 일반의의 범위를 넓히며 넷째, 능률급 지급제도 (payment by results)¹⁶⁾를 확대하는 것이다(김성욱 2012). 캐머런 정부의 이 개혁안은 의료서비스를 제공할 의지가 있는 공급자는 누구나 서비스를 공급할 수 있도록 하겠다는 의도였다. 즉, 의료서비스를 받는 소비자의 선택에 달려 있게 된다는 원칙에 입각하여 NHS 병원을 민간병원과 경쟁시키겠다는 것이다. 마지막으로 NHS 예산 중 매년 예산에서 4% 재정(2200억 파운드)을 긴축하는 안을 포함시켰다.

캐머런 정부의 개혁안은 노동당과 친복지적 이익집단들의 강력한 반발에 직면했다. 특히 밀리반드(Miliband) 노동당 당수는 예산 긴축에 대해 강력히 반발했다. 그는 “NHS의 200억 파운드 재정 절감은 NHS의 상당한 서비스를 환자로부터 뺏어가는 것”이라고 비판했고, TUC 등 노동관련 단체, 의료인력 및 의료소비자 그리고 일반 국민들의 커다란 반발에 부딪혔다. 이들은 NHS support federation이라는 정상조직을 통해 ‘Save our NHS’라는 슬로건을 내걸고 조직적으로 대응했다.¹⁷⁾ 이러한 광범위한 반발에도 불구하고 유로존 경제위기 극복을 위한 재정긴축 상황을 강조한 보수당 정부는 2011년 10월 법안을 통과시켰다. 이후 2015년 영국의 선거에서도 NHS의 개혁안에 대해 여러 가지 문제가 제기되었지만, 보수당 정권의 승리로 인해 축소 개혁안은 계속 추진되고 있다. 결과적으로 전세계적 금융위기 등에서 등장한 보수당 정부는 20여년 전 대처 정부와 마찬가지로 NHS에 시장의 논리를 끌어들이기 위해 개혁을 추진했으며, 이는 현재까지 영국사회에 다양한 논쟁거리를 만들고 있다.

3. 미국: 클린턴 정부 시기 의료정책 변화 과정에서의 이익집단과 제도의 역할

메디케어와 메디케이드라는 미약한 공공의료체계가 레이건 정부에 의해 더욱 축소되었고, 강화된 민간의료체계의 심화는 관리의료(managed care)라는 독특한 시스템을 만들어

15) 개혁 전 NHS에서는 엉덩이와 무릎 수술 등 몇 개에 한해서만 제한적으로 민간병원과 자선기관들이 개입할 수 있었으며, 비용면에서도 NHS 예산 중 1/20 정도만 투입되고 있었다.

16) 능률급 지급제도는 신노동당 시절인 2002년 도입된 임금지급제도로 병원들이 수행한 치료에 대해 표준 가격으로 미리 산정되어 있는 보수를 지급하는 시스템이다. 병원의 진료활동을 증진시킨다는 긍정적 평가도 있지만, 병원간 불공정 경쟁을 조장한다는 평가도 있었다(김성욱 2012).

17) 친복지적 이익집단 연합인 NHS support federation(<http://www.nhscampaign.org/>)을 중심으로 2011년 7월 이후 영국 곳곳에서 동시다발적으로 'Save Our NHS' 시위가 진행되기도 했다.

났다.¹⁸⁾ 1992년 보수주의 정부를 교체한 클린턴 정부는 미국 의료체계의 공공성을 회복하고자 하는 목적으로 대통령 후보 시절부터 전국민 의료보험을 도입을 공약했다. 포괄적 공공의료보험 도입을 목표로 하는 클린턴의 개혁은 1935년의 루즈벨트 대통령 시기에 제정된 사회보장법을 의료부문까지 확장하여 이를 제도적으로 완성하려 했던 시도였다. 민주당을 지지하는 다수의 소수인종 이익집단, 그리고 메디케어의 축소에 불만을 가진 노인단체, 노동조합의 개혁 지지에도 불구하고, 이 개혁은 공화당이 1994년 중간선거에서 승리하면서 좌절했다. 의회(하원)에서 다수를 차지한 공화당의 보수파들과 병원과 보험사들을 중심으로 하는 거대 이익집단들의 거센 저항을 극복하지 못한 것이다(Hacker 2004; 조찬수 2006). 클린턴 정부에게는 미국의 높은 수준의 제도적, 당파적 제약요인이 또 하나의 장벽이었다.

당시 클린턴 정부는 사적 의료보험의 문제점, 즉 낮은 의료접근성과 높은 의료비용의 문제, 낮은 공공의료수준의 질과 효과성의 문제점을 인식하고,¹⁹⁾ 전국민 의료보험 개혁안을 제시하였다. 이 개혁안은 사업주 부담의 의무가입 형태는 그대로 두고, 실업자에 대해서는 국가에서 보험료를 부담하며, 소규모 영세기업은 국가에서 일정부분 보조금을 지급하는 형태를 추가했다. 현재 한국의 국민건강보험의 구조와 유사한 형태로 변형시키는 것이었다. 이렇게 된다면, 국민의 대부분이 의료보험 혜택을 받을 수 있었다. 재원 마련은 신설조세가 아니라 의료비 지출 상한선을 도입하여 당시 메디케어와 메디케이드에 지출되는 과도한 의료비용을 줄임으로써 확보하는 것이었다(강성도 2001). 또한 지역과 직장 단위로 의료서비스 이용자들을 집단화하는 의료연합(health alliance)을 구성하여, 의료보험자와 병원을 네트워크로 묶는 의료플랜들이 보험을 제공하는 것을 기획하였다. 지역과 직장 의료연합들은 경쟁적인 의료 플랜 중에서 하나를 선택할 수 있어 비용 절감을

18) 관리의료는 민간 의료보험을 골격으로 한 미국식 의료보장 체계라고 정의할 수 있는데, 일종의 사보험사인 관리의료조합(managed care organization:MCO)이 제공하는 보험과 의료서비스를 말한다. 관리의료의 특징은 의료비용 절감과 의료서비스 질 향상이라는 명목으로 관리의료조합이 의료서비스 제공과정에 개입하여 의료이용의 적절성을 관리한다는 것이다. 1980년대부터 연평균 20%이상 성장하였다. 본래 관리의료조합은 1930년대 보험기능과 의료서비스 제공기능을 통합한 선지불 진료체계(prepaid group practice)체계로, 비영리 보험을 추구했다. 전후에는 의료공급자와 환자 양측의 부정적 반응으로 인해 더딘 성장세를 보이다가, 의료비가 폭증한 1960년대 말부터 MCO에 관심을 보이기 시작하였고, 대표적으로 HMO라는 관리의료 방식이 1973년 HMO 법령제정과 세제혜택으로 인해 활성화되면서, 폭발적 성장세를 이어갔다(김경희 2007).

19) 미국의 전체적 의료의 질은 비용에 비해 결코 높지 않다(김영순 외 2010). 이는 민간 의료보험 회사들이 자신들에게 불리한 사람들을 가입시키지 않기 위해, 그리고 이미 가입한 가입자들에 대한 지출을 최소화하기 위해 엄청난 행정비용을 지출하기 때문이었다.

유인하고, 의료서비스 이용자들의 구매력과 교섭력을 높이며, 덧붙여 광범위한 무보험자층을 포섭하려는 의도였다.²⁰⁾

노인단체인 AARP와 LCAO, 그리고 노동조합인 AFL-CIO는 클린턴의 포괄적 의료보험 도입을 강력히 지지했다. 당시 회원수가 3천 3백만명으로 상당한 정치적 영향력을 가지고 있었던 AARP는 장기요양 보호 개혁안에서 부분적으로 의견을 달리했지만,²¹⁾ 궁극적으로 클린턴의 의료개혁안이 과다한 의료비용을 제어하면서, 의료범위를 확장할 수 있는 '대담하고 구조적인 개혁안(bold and structural plan)'이라고 평가했고 전폭적인 지지를 약속했다.²²⁾ 또한 당시 AFL-CIO 의장인 커클랜드(Kirkland)는 "대통령이 옳은 개혁 방향에 핵심을 짚었다"고 평가했다.²³⁾ 그러나 오랫동안 사적체계를 유지하고 있었고 그만큼 반복적 이익집단들의 영향력이 우세했기 때문에 1994년 중간선거에서 공화당이 의회를 장악하게 되면서 법안통과가 쉽지 않게 되었다. AIA, AHA, AMA, HIAA와 같은 의료부문의 반복지적 이익집단들과 NAM, PMA, NFIB 등의 사용자단체 이익집단들은 의회를 장악한 공화당에 개혁안 저지를 위한 로비를 광범위하게 진행하였고, 민주당 행정부에 대해 지속적인 압력을 가하였다. 무엇보다도 의료관련 이익집단들은 의료비용을 통제하는 것에 대해 반발했다. AMA는 공식적으로 클린턴의 의료개혁안이 고용자들이 노동자에 대한 기본적인 의료 혜택을 제공하는 것은 좋은 아이디어이지만 의료비용 통제에 대해서는 반대입장을 표명하였고, 실제로 개혁안의 통과를 무산시키기 위해 노력하였다.²⁴⁾ AHA와 PMA도 민간분야의 경쟁을 강화시키는 입장은 지지하지만, 가격 통제라는 부분에서는 강력히 반대했다. HIAA와 NFIB는 보험금 지급능력과 기업의 고용보험료 부담 능력이 현저히 저하될 것이라고 보았다. HIAA는 납입 보험료에 상한선을 두는 것은 보험 회사들의 보험금 지불 능력을 위협하고, NFIB는 종업원 5인 미만의 영세 자영업자들이 피고용인의 보험료 부담이 늘어나게 될 것을 우려하였다(강성도 2001).

20) 일부 학자들은 의료플랜 간 경쟁을 유도하는 것과 서비스 이용자들의 선택권을 높인다는 점에서, 클린턴의 의료개혁안은 사실상 시장친화적 개혁이라고 평가한다. 클린턴의 의료개혁안이 연방정부가 비용 지불을 총괄하는 캐나다식의 의료보험과는 다르게, 각 지역별로 보험사들이 최상의 의료보험 상품을 내놓도록 규율하는 역할을 떠맡는 이른바 관리경쟁의 원칙이 존재했기 때문이다 (Hacker and Skocpol 1997).

21) "Influential Group Says Health Plan Slight The Aged" The New York Times. 1993/10/24.

22) "Clinton Asking Elderly To Support Health Plan" The New York Times. 1994/02/17.

23) "Hailing Health Plan but denouncing Trade Pact, Big Labor is heard Again", The New York Times. 1993/09/16.

24) "Groups Laud Health-Care Reform in Theory, but Clash on Practice" The New York Times. 1993/03/30.

클린턴 정부의 의료 개혁안은 반복지 이익집단의 강력하고도 거대한 로비와 의회 내 다수를 차지하고 있던 공화당에 의해 좌절되었다. 민주당 정부는 의료개혁안의 통과가 불가능하며, 결국 사장될 것이라고 인정했다. 의료개혁이 좌절된 후부터 미국의 사적 의료보험 체계는 더 심화되었는데, 당장 이듬해인 1995년, 킹그리치(Gingerich) 하원 의장의 주도 아래 1995년 2천 7백억 달러에 달하는 의료보장 예산을 삭감하였다. 이러한 사적 체계의 심화는 부시(Bush) 정부를 거쳐 오바마 정부가 들어설 때까지 지속되었다.

4. 미국: 오바마 정부 시기 의료정책 변화 과정에서의 이익집단과 제도의 역할

미국의 의료부문에서의 참여한 이익집단-정당 연합 간 대립은 독특한 이익집단 정치를 만들어냈다. 미국의 대다수 국민이 의료개혁의 필요성에 공감했지만, 역대 행정부의 포괄적 의료개혁 시도는 잘 조직화된 반복지적 이익집단들과 이에 힘을 얻은 보수적 정치인들에 의해 번번이 무산되었다(Pierson and Skocpol 2007). 클린턴의 개혁이 실패한 순간이 미국 복지국가 발전의 결정적인 기점으로 간주될 만큼 미국에서 전 국민이 혜택을 보는 건강보험 도입은 어려웠다. 총론에서는 모두 개혁에 찬성하지만, 비조직화된 소수자들은 침묵하고, 강력한 홍보력을 가진 의료산업 이익집단들은 이 상황을 이용하여 문제를 새로운 틀로 정리해내며, 결국 현상유지 쪽으로 여론을 반전시키는 것이 미국의 의료산업 개혁의 법칙으로 규정되기 때문이다(김영순 외 2010).

클린턴 이후 공화당의 부시가 집권하고, 8년 동안의 임기동안 미국 의료보험의 사적체계는 급격히 심화되었고, 보험료와 의료비용은 급격히 증가했다. 2008년 정권을 되찾아온 민주당의 오바마는 이러한 문제를 인식하고, 미국 사적 의료보험 체계를 수술하는 작업을 시작했다. 오바마 당선 시 집권 민주당은 상원과 하원을 모두 장악하고 있었기 때문에 개혁안을 통과시킬 절호의 기회이기도 했다. 공화당과 반복지적 이익집단, 그리고 오바마 정부와 친복지적 이익집단의 극심한 정치적 대립 끝에 2010년 두 개의 법안으로 구성된 이른바 오바마케어(Obamacare)법²⁵⁾이 상하원의 복잡한 입법 절차를 거쳐 통과되었다.

오바마가 개혁안을 제시했을 때부터 민주당-친복지적 이익집단, 공화당-반복지적 이익집단은 극심한 갈등에 휩싸였다. 공화당과 의료산업집단은 개혁을 하더라도 보험 가입시

25) 오바마케어법의 정확한 명칭은 “The Patient Protection and Affordable Care Act”이다.

세계혜택을 주고 보험가입의 의무를 부과하지 않는 최소한의 개혁을 주장했다. 반면 민주당과 의료소비자 집단은 정부가 보증하는 공공보험과 민간보험을 혼합한 형태, 혹은 공보험을 확대하는 형태, 그리고 고용주나 근로자 빈곤층에 보조금을 주어 공공 및 민간보험을 선택하여 구입하도록 하는 형태 등 이전의 사적 의료체계의 기반을 침식시키는 공공보험의 도입을 주장했다.

지난한 논쟁 끝에 2009년 3월 하원의 재무, 보건, 에너지상무 위원회와 상원의 재무 보건위원회에서 개혁법안의 초안을 작성하여 제시했다. 개혁안의 초안을 둘러싼 사회적 갈등은 더욱 깊어졌다. 오바마가 기자회견을 통해 국민들에게 개혁안의 통과를 설득하고, 민주당 상하원 의원들을 결집시킨 노력의 결과 2009년 11월에 하원을 통과하고, 12월 24일 상원을 통과하였다. 법안의 최종 공포를 위한 상하 양원 합동 회의의 절차를 남겨놓고 있었는데, 2010년 1월 메사추세츠 상원의원 선거에서 민주당이 의석을 잃게 되어 법안 통과에 안정 의석수인 60석이 무너졌다. 그럼에도 불구하고 오바마는 양당을 초청하여 TV 토론을 제안하고, 개혁의 타협안을 제시하였다. 그리고 예산법안과 의료개혁 수정법안을 부가하여 통과시키는 전략을 통해 상원의 과반수만 확보하면 개혁안이 통과될 수 있게 만들었다. 결국 3월 25일 의회에서의 법적 절차를 완료하였다(최병호 2011).

통과된 오바마케어는 보험혜택을 받지 못하는 국민들에게 연방정부에서 소득수준에 따라 보험료 일부를 보조해 주면서 이른바 건강보험 거래소(HIX)라는 온라인서비스 기관을 통해 자신에게 맞는 보험을 구매하도록 하는 것이 핵심 내용이다. 오바마케어는 의료접근성, 비용의 통제, 의료의 질 향상을 목표로 했는데, 통과 이후에도 공공부문과 민간부문의 역할, 고용자 보험 강화 여부, 주정부의 역할, 메디케이드 변화 범위 등의 무수히 많은 사회적 쟁점을 만들어 냈다. 그러나 가장 핵심적 쟁점은 의료보험 가입 강제화 조항이었다. 병원과 의료보험 업체는 법이 의료 보험 가입을 강제화하는 것이 개인의 자유를 침해한다는 것이 쟁점의 골자였다.

오바마케어 통과 과정에서 일어난 이익집단 정치의 미국의 사적 의료보험 체계가 얼마나 공고화된 권력이었는지 잘 보여준다. 오바마케어는 민간보험사와 경쟁하는 공보험을 설립하는 것이 원래 의도였다. 의료개혁을 통해 현재의 경제적, 사회적 위기를 극복하여 더 강한 미국을 재건하는 것이 핵심이었다.²⁶⁾ 개혁의 과정에서 의료관련 이익집단들은 다양하

26) 오바마는 의료개혁의 세 가지 방향으로 국민을 설득시키고자 했다. 첫째, 4,700만 무보험자를 위한 것 뿐만 아니라, 무서운 질병 혹은 실직과 이직으로 보험을 잃을 위기에 처해 있는 모든 시민을 위한 것을 강조했다. 둘째, 해고를 당하면 보험을 잃거나 보험 급여범위가 축소될지 모르는 영세기업근로자들과 비정규직을 위한 것으로 서민을 위한 정책임을 강조했다. 셋째,

게 개혁안에 영향력을 행사하였다. 그러나 가장 중요한 이익집단인 AMA의 내부 의견이 갈렸고, 응집되지 못했다. 또한 AHA는 오히려 오바마케어법에 찬성했다. 이는 빈곤층에 포괄적인 의료보험을 제시함으로써 병원이 이전보다 이익이 증가하기 때문이었다. 한편, 기업관련 이익집단들은 그들이 고용하는 노동자들의 증가하는 의료보험료에 대한 부담을 줄일 수 있는 세제혜택을 원했다. AIA는 미국 의료보험 체계의 효율화 필요성은 인정했지만 의료의 체계를 바꾸는 공공보험의 도입에 반대했다.

친복지 이익집단들은 의료개혁안을 전폭적으로 지지했다. 의료개혁은 전통적으로 민주당과 공화당의 이념적 차이에 기반하여 평행선을 달러왔고 레이건과 클린턴이 그랬던 것처럼 오바마 정부에서도 침묵하게 대립했다. 결국 미국에서 의료정책 및 의료체계의 변화는 항상 대선의 이슈로 등장하였고, 항상 이익집단들이 침묵하게 대립하는 정치의 장이었다.

VI. 결 론

의료정책의 변화나 의료개혁은 항상 정치적으로 결정된다. 이 정치적 과정에는 개혁을 지지하는 이익집단과 개혁에 반대하는 이익집단들이 존재하며 더 조직화된 이익집단이 집권정당의 개혁을 지지하면 게임에서 승리할 가능성이 높다. 그러나 현재 정책을 고수하려는 성향이 다른 이익집단의 반발과, 정책이 변화되기 어려운 제도적 제약요인을 가지고 있다면, 의료정책의 변화를 이끌어내기 어렵고, 변화를 이끌어낸다고 해도 당초 생각했던 변화와는 차이가 있다.

지금까지 1980년대 복지 축소의 시기 이후에 정부와 이익집단 그리고 제도적 요인을 포함하는 이론적 분석틀을 세우고, 미국과 영국의 의료정책 변화과정에서 나타난 이익집단 정치와 제도적 요인의 역할을 살펴보았다. <표 5>은 이 논문의 이론적 분석틀을 보여주는 <표 2>에 미국과 영국의 의료정책 변화 사례를 적용시킨 결과이다.

연방적자에 가장 큰 요인인 메디케어의 치솟는 비용을 통제하여 재정건전성을 확보하기 위해서도 중요하다라는 점을 강조하였다(최병호 2011).

〈표 5〉 이론적 분석틀에 적용한 미국과 영국의 의료정책 변화 사례

		제도적 제약요인(비토포인트)	
		적음	많음
정부- 이익집단 관계	좌파정당 -친복지적 이익집단 우세시	A. 영국 - NHS 내부시장 폐지 (블레어 정부)	B. 미국 - 포괄적 의료개혁 실패 (클린턴 정부) - 오바마케어의 부분적 성공 (오바마 정부)
	우파정당 -반복지적 이익집단 우세시	C. 영국 NHS 내부시장 도입(대처 정부) NHS 예산 삭감 및 민간에 대한 문호 개방(캐머런 정부)	D. 미국 - 메디케이드, 메디케어의 점진적 삭감(레이건 정부)

A 유형과 C 유형은 제도적 제약요인인 비토포인트의 수가 적은 영국의 사례, B와 D 유형은 비토포인트가 많은 미국의 사례이다. A 유형은 블레어 정부의 NHS 내부시장 폐지 사례에 적용할 수 있고 C 유형은 이전 대처정부의 NHS 내부시장 도입 사례에 적용할 수 있다. B 유형의 경우는 클린턴 정부의 포괄적 의료개혁 실패 사례와 오바마케어 법안 통과 사례에 적용시킬 수 있을 것이다. D 유형은 레이건 정부 시기의 메디케이드와 메디케어 삭감 사례를 들 수 있다. 레이건 시기의 메디케이드와 메디케어의 삭감 성공, 그리고 오바마케어 법의 통과를 들 수 있다.

이 논문은 1980년대 이후 미국과 영국의 의료정책의 변화 과정에서 이익집단과 제도적 요인을 강조하고, 이익집단의 행태와 제도적인 요인의 정당과 이익집단이 주도적으로 참여하여 변화를 이끄는 과정을 두 국가의 심층적인 사례분석을 통해 보여주고자 하였다. 의료정책의 변화 혹은 의료개혁은 정부와 함께 이익집단이 주요행위자라는 점을 밝히고자 했다는 것 그리고 국가 내에 고유한 제도적 요인이 정책변화의 속도와 방향을 결정할 수 있다는 점을 부분적으로 밝혔다는 점에서 이 논문의 의미를 찾을 수 있다. 따라서 이 논문은 몇 가지 중요한 함의를 제시해준다. 첫째, 지금까지 진행되어왔던 복지정책 변화에 대한 연구가 주로 권력자원적 접근과 제도주의적 접근을 통해 설명되었지만, 이 연구는 새롭게 주목받는 이익집단을 통해 설명하고자 했다는 점이다. 둘째, 두 국가의 의료정책 변화 과정의 결과는 정부와 이익집단이 만들어내는 정치의 결과이며, 또한 국가 내에 존재하는 제도적 맥락에도 영향을 받을 수 있다는 점이다. 즉, 행위자와 제도의

융합적인 접근을 시도했다는 점에서 그 함의가 있다. 셋째, 기존의 이익집단 연구가 복지혜택을 받는 친복지적 이익집단만을 강조하여 단편적인 분석을 했던 반면에 이 논문에서는 두 가지 서로 다른 성격의 이익집단의 행태를 모두 분석하고자 했다는 점이다.

그러나 이 논문은 여전히 많은 한계를 가진다. 가장 먼저 지적될 수 있는 것은 이익집단 정치의 포착의 어려움 때문에 직면하는 한계이다. 이익집단의 정치과정을 포착하는 것은 공식적 조직인 정부의 정치과정을 포착하는 것보다 더 어렵다. 이는 이익집단이 정부의 정책결정과정에 미치는 영향력의 통로가 공식적이기 보다는 비공식인 경우가 더 많고, 그 과정이 다차원, 다수준에서 일어나기 때문이다(최종호 2013). 따라서 이익집단이 개혁과정에서 어떠한 의도를 가졌는가를 잘못 포착할 오류의 가능성이 존재한다. 둘째, 이 논문은 이론적 분석틀의 단순화를 통해서 이익집단과 제도의 역할을 큰 틀에서 이해하고자 했지만 정치의 행위자는 정부와 이익집단 뿐 아니라 다양한 행위자들의 정치의 결과일 수 있으며, 이러한 복잡한 정치과정은 이 논문의 이론적 분석틀로는 포착할 수 없다. 셋째, 이 논문의 이론적 분석틀은 미국과 영국 같은 다원주의적인 국가의 한정될 수 밖에 없다. 서구 유럽의 복지국가들은 전통적으로 조합주의적 특성(이익집단과 정당의 일체화)으로 인해 독자적 행위자로서 이익집단의 역할이 두드러지지 않는다. 이 같은 한계에도 불구하고 이 논문은 향후 이익집단이 주도하는 의료개혁의 정치적 과정을 밝히고자 하는 발전적 연구를 위한 의미 있는 기초가 될 수 있을 것이다.

- 강명세. 2008. “미국 복지국가의 특수성.” 『세종정책연구』 4(1), 252-276.
- 강성도. 2001. “미국 의료보험의 정책연구-다원주의 이론적 접근.” 『산업경제연구』 14(6), 1-19.
- 김경희. 2001. “영국과 미국의 의료체계 비교 연구 - 제도적 특성, 정치적 상호작용과 의료체계.” 한국정책학회 2001년 하계 학술대회 발표논문집, 한국정책학회. pp. 583-604.
- 김경희. 2007. “미국의 생산레짐과 의료정책의 다이내믹스.” 『한국행정학보』 41(3), 399-420.
- 김영순·조형재. 2010. “개혁의 법칙을 넘어: 미국 의료보험 개혁의 정치.” 『경제와사회』 87, 104-133.
- 김성욱. 2012. “영국 NHS 개혁과 쟁점 및 논란.” 『국제노동브리프』 9(5), 56-66.
- 정영호. 2007. “보건의료부문의 거버넌스 적용 및 필요성.” 『보건복지포럼』 131, 110-119.
- 조찬수. 2006. “노동없는 복지정치와 미국 예외주의.” 『아세아연구』 49(2), 147-177.
- 최병호. 2011. “미국 의료개혁의 정치경제학.” 『보건경제와 정책연구』 17(1), 71-101.
- 최성은. 2006. “미국의 고령화 문제와 연금제도 현황.” 『국제사회보장동향』 여름, 76-85.
- 최종호. 2012a. 『선진 민주주의 국가의 이익집단 복지정치 연구: 미국과 영국의 복지개혁 사례를 중심으로』 고려대학교 박사학위논문.
- 최종호. 2012b. “이익집단 반복지정치의 경험적 분석: 선진민주주의 18개국의 사례를 중심으로.” 『한국정치학회보』 46(2), 187-215.
- 최종호. 2013. “누가 연금개혁을 이끄는가? 미국과 영국의 이익집단 연금정치 연구.” 『한국사회정책』 20(1), 83-121.
- Allsop, J., K. Jones, and R. Baggott, (2004). “Health consumer groups in the UK: A new social movement?” *Sociology of Health & Illness*, 26(6), 737-756.
- Baron, D. 2002. “Review of Grossman and Helpman’s special interest politics.”

Journal of Economic Literature 40(4): 1221-1229.

- Bentley, A. F. 1908. *The Process of Government*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Beyers, J, R. Eising and W. Maloney. eds. 2009. *Interest Group Politics in Europe: Lessons from EU Studies and Comparative Politics*. London: Routledge.
- Bonoli, G. 2000. *The Politics of Pension Reform: Institutions and Policy Change in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dur, A. 2008. "Measuring interest groups influence in the EU: a note on methodology." *European Union Politics* 9(4), 559-576.
- Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Grossman, G. and Helpman, E. 2001. *Special Interest Politics*. Cambridge : The MIT Press.
- Hacker, J. 2004. "Privatizing risk without privatizing the welfare state: The hidden politics of social policy retrenchment in the United States." *The American Political Science Review* 98(2), 243-260.
- Hacker, J. and T. Skocpol. 1997. "The new politics of US health policy." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 22(2), 315-338.
- Huber, E., Ragin, C. and Stephens, J. D. 1993. "Social democracy, christian democracy, constitutional structure and the welfare state." *American Political Science Review* 99(3), 711-749.
- Huber, E. and Stephens, J. D. 2001. *Development and Crisis of the Welfare State: Parties and Policies in Global Markets*. Chicago: University of Chicago Press.
- Immergut, E. 1992. *Health Politics : Interest and Institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kingdon, J. W. 2011. *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2nd, updated ed. London: Longman.

- Korpi, W. 1978. *The Working Class in Welfare Capitalism: Work, Unions and Politics in Sweden*. London: Routledge/Thoemms Press.
- Korpi, W. 1983. *The Democratic Class Struggle*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Laham, N. 1993. *Why The United States Lacks a National Health Insurance Program*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Navarro, V. 1989. "Why Some Countries have National Health Insurance, Others have National Health Services, and The US has Neither." *Social Science and Medicine* 28(9), 887-898.
- Obinger, H. 2002. "Veto players, political parties and welfare state-retrenchment in Austria." *International Journal of Political Economy*. 32(2), 44-66.
- Pampel, F. and J. Williamson. 1989. *Age, Class, Politics, and the Welfare State*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Pierson, P. 1994. *Dismantling the Welfare State: Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, P. 1996. "The new politics of the welfare state." *World Politics* 48(2), 143-179.
- Pierson, P. 2001. "Coping with permanent austerity" In P. Pierson eds. *The New Politics of the Welfare State*. Oxford : Oxford University Press. 410-456.
- Pierson, P. and T. Skocpol. 2007. *The Transformation of American Politics: Activist Government and The Rise of Conservatism*. Princeton : Princeton University Press.
- Schmitter, P. C. 1974. "Still the century of corporatism?" *The Review of Politics* 36(1), 85-131.
- Shaw, E. 2007. *Losing Labour's Soul?: New Labour And The Blair Government 1997-2007*. London: Routledge.

- Truman, D. B. 1951. *The Governmental Process*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Tsebelis, G. 2002. *Veto Players: How Political Institutions Work*. Princeton: Princeton University Press.

| 신문기사 출처 |

- The New York Times.
- The Guardian.
- Financial Times.

● 투고일: 2015. 7. 5. ● 심사일: 2015. 7. 9. ● 게재확정일: 2015. 8. 1.

| Abstract |

The Analysis of the Interest Group Politics and Institutional Context in the Health-care Reform : The Cases of U.K. and the U.S.

Jongho Choi

(Seoul National University)

This paper aims to investigate ‘health-care politics of interest groups’ in the U.K. and the U.S. This paper argues that the interest group is a primary actor who leads the health-care reform by sharing incentive with government. However, different ‘interest group politics’ of both countries is affected by a country-specific institutional context.

In the era of retrenchment(post-1980s period), the health-care reform of both countries under the conservative government(Thatcher and Reagan) with retrenchment-oriented characteristics have been successfully implemented. however, health-care reform exhibit different outcomes since their ‘interest group politics’ interacted with country-specific institutional veto points.

In the era of permanent austerity(after the mid 1990s period), expansion-oriented reform under the Blair administration was implemented and succeeded, while that of Clinton administration failed due to the strong influence of anti-welfare interest groups and institutional veto points. After the 2010s, health-care reforms under the Cameron and Obama administration dramatically changed and diverged because of different government partisanship, diverse patterns of incentive sharing of interest groups and institutional characteristics.

<Key words> health-care reform, health-care policy, social policy, interest groups, institutional context, veto point.