

영국 NHS내부시장도입 실패인가 성공인가?

한 동 운

한양대학교 의과대학 예방의학교실
한양대학교 보건의료연구소

1. 서론

21세기에 접어들면서, 세계각국은 국가 경쟁력의 증대에 초미의 관심을 기울이고 있다. 최근 싱가포르의 “아시아 의료허브”프로젝트가 우리나라 보건의료계에 작지 않은 충격을 주고 있다. 또한 WTO하의 시장개방의 여파로 의료시장개방, 의료경쟁력강화, 의료시장 활성화, 영리의료기관제도 도입, 민간의료보험제도 도입과 같은 용어의 범람은 우리나라의료시장에의 변화가 요구되고 있음을 의미한다.

또한 보건의료부문에서의 형평성 및 공공보건의료 강화와 같은 일련의 정부정책의 흐름은 의료시장에서의 민간과 공공부문, 정부/보험자의 역할이 어떠해야 하는 지에 대한 논의가 필요함을 시사한다고 할 수 있다.

이를 위하여 영국의 국가주도의 보건의료서비스 (National Health Services: NHS) 제도에서 시도 되었던 시장개념의 도입이후 경험을 논의하는 것은 매우 시의 적절하다고 볼 수 있다. 왜냐하면, 이를 통하여 영국의 의료시장에서의 변화와 그 경험은 국가의료제도의 효율성 측면에서 과연 국가개입의 정도가 어떠하여야 하는가에 대한 논의를 해볼 수 있는 기회를 제공하고 있기 때문이다.

2. 본 연구의 목적 및 방법

본 연구의 목적은 영국 의료제도 (the British NHS) 개혁 중 영국NHS내부시장도입이 NHS제도 내에서 정착되었는지를 평가하기 위함이다. 이를 위하여 영국 NHS제도의 특징 소개에 이어, 영국 NHS제도에 있어 시장결합에 관한 논의의 시작과 내부시장의 개념과 도입배경, 이어 NHS내부 시장의 형태, 특징과 그 기전을 기술하였다. 마지막으로 영국NHS내부시장도입이 실패인지 성공인지를 평가하였고, 이러한 경험이 우리에게 주는 시사점이 무엇인지를 논의하였다. 이를 위하여 영국의 GP fundholding (예

산보유 일반의)제도 평가 관련 문헌의 체계적 고찰 을 하였다.

3. 영국의 국가보건의료서비스(National Health Service: NHS)의 특징

영국은 1948년에 영국의 국가보건의료서비스 (National Health Service: NHS) 제도를 처음 도입하였고, 보건의료서비스 제공에 있어서 국제적인 이정표가 되어 왔다. 50여년이 지난 지금도 시작 당시의 NHS의 기본 원칙- 포괄적인 의료서비스의 제공, 영국에 거주하는 모든 사람은 이를 이용할 수 있는 권리가 있고, 그 제공에 있어 지불 능력에 의하지 않고 필요에 따른 제공- 을 유지하기 위하여 국가적인 노력을 기울이고 있다.

1990년 초반 이전의 NHS제도 내에서는 지역보건 당국 (health authority)이 중앙정부에서 할당된 보건의료 예산으로 해당 지역의 보건의료기관 (병원, 지역보건의료서비스 제공 기관 등)의 운영을 직접 관장하며, 주민에 대한 보건의료서비스 제공 대한 책임을 지고 있었다. NHS에 의해서 제공되어지는 서비스에 있어서는 기본적으로 병원, 지역보건의료서비스 및 가정의 서비스(일반의, 치과의, 약사 및 안경사)를 포함한다.

특히 병원부문의 의사들 (consultants)은 봉급제로 고용되어 있고, 일차의료 부문의 의사 (general practitioner: GP)는 주로 병원에 제공되고 있는 전문의료서비스에 대한 gate-keeper 역할을 하며, 정부와 계약에 의하여 자신에게 등록된 주민에게 의료서비스를 제공한다. 이 GP에 대한 진료보수 지불방식은 봉급제, 인두제 및 일부 행위당 수가제 등의 혼합적인 형태를 취하고 있다.

4. 영국 NHS제도에 있어 시장결합에 관한 논의의 시작

1948년에 도입된 영국의 국가 보건의료 서비스 (NHS)는 세가지 주요 특징- 의료서비스 이용의 무료, 보편성 및 포괄성-이 있다. 이 제도 하에 의료서비스는 그 재원과 서비스공급에 있어서 주로 공공부문에 의존하고 있다. 모든 보건의료서비스를 중앙정부에 의해 제공하고 있는 영국은 보건의료부문에 대한 정부의 개입이 NHS 제도 도입 이전부터 있어 왔으며, 그 개입의 정도에 있어서 다른 나라에 비하여 상당히 높다고 볼 수 있다.

그러나 서구의 선진국들에 있어 오랫동안 논의를 거듭하고 있는 주요 의제들 중의 하나는 의료서비스전달체계와 그 제정 충당 방안이다. 이에 대한 논의는 국가주도의 제공을 선호하는 그룹과 시장기능에 맡기는 자들 쪽의 양극화 현상을 보이고 있고, 이들 양 그룹간의 지속적인 논쟁이 거듭되어 지고 있다.

특히 영국에서는 이러한 논의가 1948년 NHS제도 도입 직후 시작되었고, 이후 이 제도 대한 뜨거운 찬반논쟁은 1952년의 “건강의 비용 (The Cost of Health)”이라는 책에서 다루었으며, 이후 50년대, 60년대, 70년대 까지 이러한 논쟁은 거듭되어 왔다. 물론 이러한 시기동안 NHS제도 내에서 조직변화가 없었던 것은 아니었으나 “시장결합”의 실행 가능성에 관한 논의는 이 기간 동안에 거의 사장되었다.

그러나 1980년대의 Griffith Report에 의해 제기된 NHS의 매우 관료적인 관리조직과 보건의료서비스 전달체계상의 모든 보건의료조직에 내재된 문제에 대한 해결 방안으로 NHS에 있어 시장메카니즘 접목과 관련된 논의가 재 부상하였다.

5. 영국 의료개혁과 영국NHS내부시장 도입 배경과 그 개념

전통적 NHS제도 하의 형평성 측면에서 보면, 타 선진국에 비하여 의료비의 급격한 증가 없이 모든 국민에게 필요에 따른 포괄적인 의료서비스에 대한 접근성이 보장되어 왔다. 즉 영국의 의료 정책에 있어서는 개개인의 지불 능력에 보다는 의료 수요에 따른 의료서비스의 분배라는 이용에 대한 사회계층간의 형평성 추구가 주요한 핵심으로 추구되어 왔다.

그러나 영국 NHS제도가 도입된 1948년 이후 지속적으로 지적되어 왔던 고질적인 문제로는 NHS조직의 관리 운영에 있어서의 비 효율성과 국가보건의료비의 지속적인 증가였다. 특히 효율성 측면에서는, 영국 의료부문에서 NHS도입시기부터 의료서비스 공급 측면의 비 효율성은 고질적인 문제로 지적되어 오고 있었다. 그 예로 외래환자의 대기시간과 대기자 수의 증가에도 불구하고 이에 대한 정확한 자료를 구할 수 없었고, 이러한 자료의 숨김과 같은 정치적인 논란들이 가중되었다. 특히 전국적으로 100만명이 넘는 수술 대기 환자명단 (waiting list)은 국민에게는 불만과 고통을 주고 있으며, 이는 영국 정치권에도 많은 부담을 주고 있다.

또한 1980년대 들면서 NHS재원의 부족으로 관련 기관의 운영자금조달상의 위기가 여러 차례 수반되었고, 결국 1987년후반기에는 전국적으로 4000병상이 폐쇄되었고, 이에 대한 정부의 긴급한 대책마련이 요구되었다. 이와 같이 1980년대 정부 재정의 문제로 인하여 늘어나는 보건의료부문의 지출에 대한 대응방안으로 세금이외의 재원조달방안 - 의료보험제도의 시행과 같은- 을 강구하기도 하였으나 그 기본 골격은 유지하기로 하였다. 보건의료부문의 정부재정의 안정화를 위하여 대처정부에서 일부 60세 이상의 노인계층에 세금 감면혜택을 통한 사보험 가입을 장려하기도 하였으나 그

와 같은 대처정부의 정책기조는 뚜렷한 변화를 유도하지는 못했다.

그러나 서비스 공급에 있어 조세방식에 의한 공공부문이 주도하였음에도 NHS제도의 전통적인 틀에 변화가 일어나고 있었다. 1981년에 국민의 7%가 사보험에 가입하였고, 응급수술을 제외한 대기수술의 13%는 민간부분에서 시행되었다. 이후 1986년의 경우 그 수적 증가하여 9%, 17%를 차지 하였고, 1991년에는 11%, 20%를 차지하였다. 또한 민간 의료기관의 수적 증가 등 보건의료부문에 민간부문의 역할이 증대되고 있다. 이로 인하여 민간부문에 의한 재정부담율은 이미 80년대 후반에 14%를 넘어서고 있었다.

이후 대처정부는 재원조달 방법의 변화를 모색하기도 하였으나, 지속되는 문제에 대한 대응 방안으로 보건의료서비스전달제도에 대한 새로운 보건의료정책 수립과 시행에 관심을 두었다. 증대되는 국민의 불만과 의료수요 증가에 따른 의료비의 지속적인 증가에 대한 대책의 일환으로 1990년대 초반 영국의 보수당 정부는 보건부분내 예산에 관한 부문간의 벽을 허물어, 서비스 제공자들이 더 필요한 예산에 대한 지원을 하였다.

이 중 가장 혁신적인 방안으로는 미국의 경제학자인 Alain Enthoven에 의해 제공된 아이디어인, “NHS내부시장” (NHS Internal Market) 제도의 도입이 그것이다. 그는 당시 NHS에 내재된 고질적인 문제에 대한 해결방안으로 제의하였고, 그 예상되는 효과로는 “[이 시스템의 도입은] NHS 조직의 매니저들이 [해당기관에] 할당된 자원을 가장 효율적으로 활용할 수 있을 것이며, [보건의료서비스]제공자들이 팔려고 내어 놓은 [보건의료]서비스를 좋은 가격으로 구매할 수 있을 것”이었다.

그러나 내부시장의 개념은 기존 시장개념과는 시장에서의 수요와 공급에 있어 다르기 때문에 Le Grand (1991)는 이를 Quasi-market (유사 또는 準 시장)이라고 불렀다. 즉 공급측면에서 서비스 공급자들간에 경쟁은 있으나, NHS 조직들은 그들의 이윤을 최대화하려는 노력을 할 필요가 없다. 또한 수요측면에서는 구매결정에 대한 선택을 하고자 하는 소비자당사자가 아니었다. 이는 환자들의 이익을 대변하는 제 삼자인 지역 보건 당국이나 GP들에게 그들의 선택권이 위임되어 있다.

Quasi-market은 서비스전달의 효율성을 개선하기 위하여 계획되었다. 이는 보건의료부문에 쓰여질 총재원의 결정에 있어 배분적인 효율성을 확립하기 위함은 아니다. 그러나 이 시장은 제한된 예산 한도 내에서 환자의 복지를 극대화 시키는 측면에서 제한된 NHS의 자원을 배분하는데 있어 구매자들을 도울 수 있다는 것이었다. 완전시장에 있어서 당연시 되는 결과로는 효율적인 행태이다. 즉 소비자 만족이 최소비용에서 극대화될 수 있다는 것이다. 시장은 근본적으로 공급과 수요에 있어 조정기능

(adjustment mechanism)을 하며 이로 인하여 소비자와 공급자들간의 상품과 서비스를 교환할 수 있게 한다. 시장들은 가격지표를 이용하여 조정된다. 주어진 시장가격에서 생산자들은 그들의 생산물들을 팔려고 내어 놓고, 소비자들은 그들의 욕구에 따라 자유로이 쓸 수 있는 소득을 소비하는 것이다.

6. 영국NHS내부시장의 도입

영국NHS내부시장제도의 도입은 의료서비스 구매자 (Purchaser: 보건 당국과 예산보유 일반의)와 의료서비스 제공자 (Provider: 병원과 지역 보건의료서비스 제공단체)의 분리를 통한 영국NHS내부의 효율적 제도 정착을 위한 인센티브제도의 도입이었다. 이러한 제도의 도입은 영국보건의료 시장에서 의료서비스제공자인 병원부문 및 지역의료서비스 제공조직과 구매자인 일차의료조직과 지역보건당국의 구성과 역할에 많은 변화가 있었고, 이러한 여파로 일차의료조직, 보건당국, 병원, 지역보건서비스기관에의 변화는 오늘날까지도 지속되고 있다. NHS내부 시장의 형태, 특징과 그 기전은 다음과 같다.

가. 영국내부시장에서의 key players

(1) Hospital trusts 및 community trust (Providers)

아래 그림 1에서 보는 바와 같이 NHS산하의 병원과 지역서비스는 분리되었으며, 병원의 관리 운영은 “hospital trusts”라는 반자치적인 기관으로 탈 바꿈을 하였다. 이에 따라 병원의 전문의사들(consultants), 간호사들과 이외의 스태프들은 이전의 봉급에 의한 고용형태를 유지하였으나, 이러한 스태프의 급여는 해당 트러스트의 예산 범위 내에서 자체기관의 자유재량에 맡겨져 있다.

				Department of Health																			
				NHS Executive																			
				Regional Health Authorities																			
Community Health Councils				District Health Authorities				NHS Trusts				Local Authority Services											
Family Health Services Authorities				Fundholding General Practitioners																			
				PURCHASING				PROVIDING				LOCAL AUTHORITY											

<그림-1> 1990년이후의 영국 NHS의 조직 구조

(2) 일반의 (general practitioner: GP)와 예산 보유 일반의 (GP fundholding):
Purchasers

내부 시장의 공급자간의 경쟁유발을 위하여 일차의료 부문에서의 예산보유 일반의 (GP fundholding) 제도를 도입하였다. 이 제도 도입 전에는 기존의 일반의 (GP)들은 주로 해당 지역의 일차의료기관 (health center) 에서 NHS의 근간을 유지하는 일차의료 제공자로 NHS와 계약에 의해 진료하는 의사였고, 앞서 설명한 바와 같이 병원을 기반으로 한 이차의료기관 (전문의: consultant)이나 전문기관 치료에 대한 gate-keeper 역할을 하고 있었다.

그러나 보수당 정부는 내부시장의 구매자로서 예산보유 일반의 (GP fundholding)

의 성공적인 도입을 위하여 초기에는 비교적 단순형에서 복잡한 형태에 이르기 까지 여러 형태의 GP fundholding 제도를 제안하여 많은 일반의들의 참여를 얻어 내었다.

또한 일반의들 (GP) 경우도 예외가 아니었다. 근본적으로는 NHS와의 계약에 의한 관계를 유지하였으나, 새로운 계약에서는 이들에 대한 보상체계에 있어 specific performance targets의 도달여부에 따른 보상체계를 연계시켰다.

나. NHS 내부시장의 특징

NHS내부 시장의 도입은 보건의료서비스 시장에서 그 재원에 있어 조세에 의존하지만 구매자와 공급자의 구분을 통한 공급자들 간의 경쟁이 그 요체이다. 즉 “NHS 내부 시장” (Internal Market)”도입은 행정관리체계에 의한 공공서비스 제공 시스템 (administered public service) 에서 시장과 계약이 서로 결합된 형태 즉 경영 (management) 로의 보건의료시장 형태의 변화를 시도하였다.

이 제도 하에서의 구매자로서, 이 제도 시작 초기에는 지역보건 당국 (health authority)이 해당 지역의 주민을 위하여 서비스를 의료서비스 공급자와 계약을 하였다. 이후 해당 지역의 일반의들 가운데 일정한 요건을 갖춘 일반의(들)에게 해당 등록된 주민들을 위하여 비 응급수술을 포함한 일정한 병원 서비스 및 지역사회 의료 서비스를 구매할 수 있는 예산보유 일반의 (GP fundholding)에게 예산을 지급하였고, 남은 예산에 대하여 자신들의 서비스 개선 등에 사용할 수 있는 권한을 부여하였다.

공급자로는 새롭게 도입된 병원 트러스트와 지역사회 서비스 트러스트인데, 이는 기존의 NHS 병원들과 지역사회 서비스 공급자를 묶어 일정 규모의 트러스트를 설립하여, 이 신 제도 도입이전에는 보건당국이 이들을 직접 운영하였으나 이후에는 운영의 독립성과 책임과 책무가 부여되고 있다. 이를 통하여 트러스트의 매니저들은 이러한 시장 메커니즘을 통한 병원의 의사들 (consultants)의 진료행태에 대한 변화를 시도 하였으며, 의사들의 병원경영과정에서의 참여를 유도하였다.

다. NHS 내부시장과 고식적 시장과의 차이

NHS내부시장은 공급과 수요측면에서 고식적인 시장과는 차이가 있다. 내부시장이 서비스전달의 효율성을 개선시키기 위해서는 다음과 같은 조건이 요구된다. 즉 구매자들이 가격을 통해 가장 효율적 공급자들과 계약에 의하여 서비스를 구매하며, 공급자들간의 경쟁이나 새로운 공급자 시장 진입과 같은 경영상의 위기 요소를 통해 공급자들의 경영효율 증대를 촉진시켜야 한다.

NHS 내부시장의 경우, 구매자와 제공자가 해당 지역을 많이 벗어 날 수 없고, 새로운 경쟁자의 신규 시장 진입이 용이하지 않아 제공자의 경우 지역 독점이 있어 오히려 지역의 전문의들의 입장이 강화될 여지가 많았다. 또한 내부시장 도입 초반, 구매자와 제공자간에 Block contracts 가 초기에 주를 이루었고, 병원의 수입은 그들의 활동과는 무관하여 내부시장 도입전과 비슷한 운영형태를 보였다.

이후에도 실제 계약에 있어 구매 서비스의 비용과 양, 전문영역별 case-mix에 대한 고려 등 현안문제에 대한 명확한 지침이나 경험의 부족으로 많은 혼선이 있었다. 이에 대한 해결방안으로 아래의 표 1과 같은 변화가 있었다. 또한 구매자들이 NHS의 자원의 효율적인 배분을 위해서는 공급자들의 다양한 서비스제공의 비용이 적절히 반영되어야 한다.

그 계약에 있어서도 보건의료서비스의 양과 그 질을 감안한 서비스제공의 장기적인 측면에서 그 비용이 반영되어야 한다. 그러나 NHS에 쓰여질 총 비용은 중앙정부에서 정해져 있기 때문에 계약과정이 정부재정이나 지방정부의 재정수준에 의해 영향을 받기 때문에 NHS내부시장에서는 배분적인 효율을 달성하기가 어렵다고 할 수 있다.

<표-1> The Internal Market Continuum

	1991	Mid1990s
FORM OF CONTRACT	—————▶ Block	Cost and volume Cost per case
PRODUCT DEFINITION	—————▶ Speciality	Procedure (based on grouping of treatment plans)
COST METHODS		
Basic approach	—————▶ Top-down	Bottom-up
Direct treatment	—————▶ Few Cost	Departmental Cost Systems
Services	Systems	Intermediate product costs:
		* Determined by standards for all major direct patient treatment services
		* RVUs Used for less significant services
		* Analysis of fixed & variable elements

Overheads	<p>→ Allocated or apportioned according to available apportionmentbases (often direct to contracts)</p>	<p>Influenced by direct patient treatment Assigned to direct patient treatment department Included in intermediate product cost</p> <p>Remote Overheads Remain at hospital level Recovered by a percentage uplift to assigned costs</p>
PERFORMANCE MONITORING	<p>→ Limited to intermediate output measures</p>	<p>Systems for measuring final outcomes Systematic Medical Audit Utilization Review Programme</p>
	<p>→ Departmental budgets</p>	<p>Budget structures based on product lines, flexed according to contracts. Variance analysis at procedure level.</p>

Source: Cost Method for NHS Healthcare Contracts, Ellwood(1992)

또한 구매자와 공급자간의 상호간의 가격 결정의 경우, 완전 시장에서는 최소의 비용으로 소비자의 만족을 극대화 시키는 효율적인 행태가 있다. 그러나 NHS내부 시장의 경우 병원관리자들이 가격에 대해 결정할 수 있는 것이 아니라 모든 구매자와 공급자들간의 상호작용에 의하여 결정된다. 이는 NHS내부시장의 경우 제한된 정부 예산 범위 내에서 가격경쟁을 해야 하며, 앞서 지역 공급자 독점이라 특징지어지는 지역계획에 의하여 불가피하게 가격이 결정된다.

구매자측면에서도 구매하고자 하는 서비스에 대한 여러 결정들에 대한 선택에 있어 서비스를 이용할 당사자가 결정하는 것이 아니라 환자들의 이익을 보호 (Guardian)하는 역할을 하는 제삼의 기관 (a third-party: 지역보건당국이나 기금보유 일반의)에게 그 결정을 위탁하는 것이다. 또한 구매자들은 그들의 가용 재원이 한정되어 있어 NHS 자원배분의 효율보다는 제한된 예산범위내에서 환자들의 복지를 극대화 시킬 수는 있는 방향으로 더 관심을 갖게 되었다.

7. 토의

앞서 소개한 바와 같이, 영국은 NHS내부시장제도 도입을 통한 효율성을 확보하고자 하였다. 영국NHS내부시장 도입을 둘러싼 제반의 문제는 기금보유일반의 제도를 폐지하기에 이르렀고, 이후 일차의료그룹 (PCG)/일차의료트러스트 (PCT)와 같은 제도를

도입하였다.

이는 현 노동당 정부가 보수당 정부에 의해 도입된 내부시장의 GP fundholding제도의 부정적인 측면 분절성, 형평성의 저하 및 높은 거래비용 등을 부각시키면서, “경쟁을 통한 NHS 효율성 증대”중심의 의료제도에서 “협조적이고 통합적인” 의료제도로의 변화를 추구하고 있음을 시사한다. 또한 영국 정부의 정책이 시장제도의 도입과 이의 발전 보다는 일차보건의료부문의 개혁을 통한 미국의 managed care와 비슷한 제도를 통한 효율성을 추구하고 있다고 볼 수 있다.

그렇다면 영국 NHS내부시장경험이 보여주는 문제점과 의의는 무엇인가? 앞서 언급한 바와 같이 완전 시장에서는 최소의 비용으로 소비자의 만족을 극대화 시키는 효율적인 행태가 있다. 그러나 NHS내부시장의 경우 완전 시장과는 많은 다른 양상을 띠고 있다고 볼 수 있다.

이러한 문제를 당시 영국 NHS내부시장의 형성을 위한 정부측의 주요 정책결정내용을 중심으로 살펴 보면 다음과 같다.

첫째, 병원과 지역의료서비스 제공기구들의 self-governing조직으로의 변화이다. 이러한 변화를 유도하기 위하여 보수당 정부는 NHS trust들에 강력하고 보수가 높은 경영팀을 지원한 반면에, 보건당국에게는 구매자로서의 역할을 약화시켰고, 재원도 삭감 시켰다.

둘째, 해당 트러스트들에게 그들 자체의 데이터시스템을 갖추게 하였고, 구매자들에게 제공되어야 하는 데이터를 요구하였다. 그러나 각 트러스트가 서로 다른 컴퓨터 시스템이나 소프트웨어 시스템을 구매하였고, 각 기관은 이러한 개별적인 시스템 구축과 관리 운영에 있어 잦은 실수로 인하여 비용이 많이 들었고, 이후에도 잘 작동하지 않았거나 데이터 누설과 같은 스캔달을 초래하였다. NHS내부시장의 핵심인 관리된 경쟁 (managed competition)은 이러한 필수적인 데이터가 있어야 하나, 데이터의 부족, 불완전, 손실 등으로 인하여 실제적인 제공자간의 경쟁을 야기시키는데 있어 많은 부작용이 일어났다.

셋째, 대부분의 평가 (업무 평가)에 대한 자금 지원을 하지는 않았다. 이로 인하여 여러 연구가 있었으나 서로 상반된 평가를 하고 있어, 내부시장의 도입으로 인하여, 시장이 효율적이었는지 아닌지에 대한 정확한 진위를 파악하기 어렵다고 볼 수 있다.

넷째, GP fundholder 나 병원의 consultants 등의 보건의료 전문인력에 대한 인센티브가 충분하지 않아 이들의 행태를 변화시키기에는 한계가 있었다.

이러한 제반 정책은 시장을 활성화 시키는데 있어, 구매자와 공급자들이 시장에서의

주연으로써 요구되는 기술이나 실제 시장에서의 각자의 역할을 하고자 하지 않았다. 이 제도를 도입한 대처정부는 시장의 성공은 제공자에 의해서가 아니라 강력하고, well-informed 구매자에 의함이라는 사실을 간과하였다.

이러한 고려 없이 시작한 내부시장제도의 실시는 시장도입의 초기부터 부작용이 나타났다. 즉 구매자가 이러한 조건을 갖추지 못함을 이용하여, 공급자들이 시장에서 나쁜 역할 즉 속이거나, 거래를 방해하는 등의 부작용이 나타났고, 지역에서의 병원과 전문의들은 그들의 독점적인 지위를 강화시킨 경험이 그것이다.

또한 정부재정의 부족은 구매자와 공급자간의 계약에 있어 서비스비용을 충분히 반영하지 못하였고, 장기적인 측면에서의 질과 양에 따른 거래가 잘 이루어 지지 못하여, 시장 경쟁을 통한 공급자의 경영효율이나 이를 통한 NHS재원 배분의 효율을 달성하기에는 내부시장의 한계임이 지적되고 있다.

결과적으로 영국의 경우 이러한 시장구조에 내재된 문제로 인하여 영국NHS내부시장은 경쟁제도의 약화, 힘을 가진 서비스 제공자, 압도된 구매자와 같은 구도를 갖게 되었다. 이는 영국과 같이 중앙정부에 의하여 엄격하게 운영되거나 재원자체가 적은 의료시스템에서 경쟁은 제공자들의 수적 감소나 의료비의 증가를 억제할 수 있는 메커니즘이 작동하기가 매우 어려움을 시사하고 있다.

8. 결론 - NHS내부시장도입 실패인가 성공인가?

본고는 영국 의료제도 (the British NHS) 개혁 중 내부시장의 도입배경과, 그 영향 및 이후의 변화와 이러한 경험이 우리에게 주는 시사점이 무엇인지를 논의하였다. 이는 앞서 언급한 바와 같이, 영국의 의료시장에서의 변화와 그 경험이 우리가 당면하고 있는 국가의료제도의 효율성 측면에서 과연 국가개입의 정도가 어떠하여야 하는가에 대한 논의를 해볼 수 있는 기회를 제공하고 있기 때문이다.

사실 선진국 뿐만 아니라 개도국들에서 직면하고 있는 중요한 의료계의 현안은 “어떻게 보건의료제도를 좀더 적절하고, 효율적이며 형평성 있게 만들 것인가?”이다. 또한 이들은 보건의료제도상의 형평성과 효율성이라는 두 가지 명제를 놓고 고민을 하고 있으며, 이를 위하여 의료 부문의 개혁은 계속되고 있다. 이는 영국도 예외가 아니었음을 알 수 있다. 1990년대 영국에서 시도된 NHS내부시장도입은 NHS라는 제도와 시장이라는 개념의 접목이 가능하냐는 의문에 대한 답을 줄 수 있을까? 즉 NHS내부시장도입 실패인가 성공인가?

영국의 NHS내부시장도입 시도는 실패인가 성공인가? 이에 대한 질문에 대한 답을 하기 위해서는 NHS내부시장도입이 영국보건의료부문에 미친 영향과 그 파급효과를 우선 평가하여야 한다. 그러나 앞서 언급한 바와 같이 이 제도 도입시 영국 정부는 이 제도 평가 관련 연구비를 제공하지도 않았고, 이에 대한 평가를 반대하였다. 또한 일부 연구가 있으나 그 영향평가의 연구 방법상의 어려움 - 혼란요인, 시간의 지체, 측정상의 문제 등- 이 내재되어 있다. 따라서 1990년 초에 도입된 의료개혁의 영향 - 특히 NHS내부에 경영마이드의 도입이 서비스 제공에 있어 개선되었는가? 등등- 에 대한 연구는 수적으로 부족하기 때문에 변화의 영향을 결정하기가 매우 어렵다.

그러나, 기존의 연구 결과를 종합해보면, NHS제도의 효율성, 형평성, 선택 및 반응성 측면에서 보면 효율성 측면과 선택 및 반응성 측면에서 일부 긍정적인 평가가 있으나, 대체적으로 부정적인 결론을 도출하고 있어, NHS내부시장의 도입이 우선 영국 NHS제도 개선에 많은 기여를 하지 못함을 시사한다.

또한 앞서 언급한 바와 같이 시장 메커니즘 작동을 위한 정부 측의 이해 부족과 내부 시장의 주 player - 공급자들과 구매자들- 에 대한 충분한 지원이나 인센티브가 충분하지 않은 상태에서 강요된 역할을 하게 했음을 알 수 있다. 이는 영국의 내부시장 도입의 경험은 내부시장이라는 개념의 도입이 있었지만, 그 NHS내부시장이 실제적인 내부시장이라고 볼 수가 어렵다고 볼 수 있다. 결국 Le Grand가 주장한 바와 같이 “시장경쟁”과 “정부통제”사이의 지난 여러 해간의 투쟁에서 “정부의 통제”가 승리를 거둔 격이라고도 볼 수 있을 것이다. 이는 어떤 의미에서는 정부가 내부 시장도입을 시도 하지 않았다고도 볼 수 있어, 실패냐 성공이냐 라는 질문이 성립하지 않을 수도 있다.

결론적으로 1990년 초부터 지난 약 십여년 동안 NHS와 공공부문에 의해 민간 부문의 관리체제에서 강조되고 “가치”를 강조했음에도 불구하고, NHS내부시장도입은 시장 구조 개편의 측면과 그 기능 측면에서 명백한 실패를 했다고 볼 수 있고, 이는 영국정부 때문인지, 앞서 언급한 내부시장의 주 players 내부의 저항때문인지, 민간-공공부문의 내재된 불합치 때문인지는 명확치 않다. 그러나 명확한 것은 내부시장도입 시도 이후에도 이어진 일련의 영국정부의 정책을 통하여 보건의료부문에서의 중앙정부의 통제력 보유를 강화하고 있다는 점이다.

참고문헌

- Coulter A. Evaluating general practice fundholding in the UK. *European Journal of Public Health* 1995, 5:233-239.
- Department of Health. *The New NHS, Modern, Dependable*. The Stationery Office, London, 1997.
- Dixon J, Glennerster H. What do we know about fundholding in general practice? *British Medical Journal* 1995, 308:772-775 .
- Dixon J, Holland P, Mays N. Developing primary care gatekeeping, commissioning and managed care. *BMJ* 1998; 317: 125-128.
- Glendenning C. GPs and contracts: bringing general practice into primary care, *Policy and Administration*, 1999, 33:2:115-131.
- Glennerster H, Matsaganis M, Owens P. *Implementing GP fundholding: wild card or winning hand?* Open University Press, Buckingham, 1994.
- Goodwin N, Mays N, Mcleod H, Malbon G, Raftery J. Evaluation of total purchasing pilots in England and Scotland and implications for primary care groups in England, *BMJ* 1998; 317:256-259.
- Griffiths C, Sturdy P, Naish J, Omar J, Dolan S, Feder G. Hospital admissions for asthma in east London: associations with characteristics of local general practices, prescribing, and population. *BMJ* 1997; 314: 482-486.
- Lewis R, Gillam S. Back to the market: yet more reform of the National Health Service. *Int J Health Serv.* 2003;33(1):77-84
- Le Grand J. Competition, cooperation, or control? *Tales from the British National Health Service Health Affairs* 1999 18 (3) 27-39.
- Majeed A, Malcolm L. Unified budgets for primary care groups. *BMJ* 1999; 318: 772-776.
- Majeed A. Adapting routine information systems to meet the needs of primary care groups. *Pub Health Med* 1999; 1: 4-11.
- Malcolm L. GP budget holding in New Zealand: lessons for Britain and elsewhere. *BMJ* 1997; 314: 1890-1892.
- Milne RG, Torsney B. Financial incentives, competition and a two tier service: lessons from the UK National Health Service internal market *Health Policy*.

- 2003 64(1):1-12. National Health Service Executive. Developing Primary Care Groups. NHS Executive, Leeds, 1998.
- National Health Service Executive. Personal Medical Services Pilots under the NHS (Primary Care) Act 1997: a comprehensive guide. NHS Executive, Leeds, 1997.
- National Health Service Executive. Towards a Primary Care Led NHS. NHS Executive, Leeds, 1995.
- NHS Confederation. Primary care groups: hopes and fears survey. NHS Confederation, Birmingham, 1999.
- NHS Executive. Primary Care Trusts. Department of Health website, 2001.
- Pollock AM. Will primary care trusts lead to US-style health care BMJ 2001; 322: 964-967.
- Robinson R, Steiner A. Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service. Open University Press, Buckingham, 1998.
- Saltman R, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Open University Press, Buckingham, 1998.
- Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ 1998; 316: 39-42.
- Secretary of State for Health. The NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform, The Stationery Office, London, 2000.
- Smith J, Regen E, Goodwin N, McLeod H, Shapiro J. Getting into their stride: interim report of the national evaluation of Primary Care Groups. Health Services Management Centre, University of Birmingham, 1999
- Smith P, Sheldon T, Carr-Hill R, Martin S, Peacock S, Hardman G. Allocating resources to health authorities: results and policy implications of small area analysis of use of in-patient services. BMJ 1994; 309: 1050-1054.
- Walsh N, Allen L, Baines D, Barnes M. Taking off: a first year report of the Personal Medical Services (PMS) Pilots in England. Health Services Management Centre, University of Birmingham, 1999.
- Wilkin D, Gillam S, Smith K. Tracking organizational change in the new NHS BMJ 2001; 322: 1464-1467.