

1차 의료 정책의 국가간 비교연구

: 1970년 ~ 2002년 OECD 국가를 중심으로

김 보 린(서울대학교 대학원 사회복지학과)

본 연구는 OECD국가를 대상으로 1차 의료(primary care) 정책의 강도를 분석하고, 이를 바탕으로 1차 의료 정책의 효과성과 의료비 증가 억제성, 효율성을 분석한 것이다. 이 연구는 기존에 의료서비스의 전달체계의 특성을 배제한 채 이루어진 의료보장제도의 재정 중심적 논의를 비판하고, 재정적 요인과 독립적으로 1차 의료 정책의 강화가 의료 보장의 효과성과 의료비 증가 억제성에 긍정적인 영향을 미친다는 것을 입증하는 데 그 목적이 있다.

의료 정책, 의료 보장의 성패는 국민들이 해당 의료 체계에서 건강한 삶을 영유할 수 있는지, 건강한 삶을 유지하기 위해서 지불하는 비용이 적절한지에 따라 결정된다고 할 수 있다. 의료과학기술이 눈부신 발전을 이루었고, 계속해서 신기술이 개발되고 있지만, 이것이 국민 모두의 건강을 보장해 주지는 않는다. 오히려, 각 선진국들은 첨단 의료 기술의 발전과 함께, 급속한 국민 의료비 증가와 비효율성의 문제를 떠안게 되었다. 첨단 기술을 사용하는 전문적인 의학기술은 분명 국민 건강에 긍정적이지만, 모든 질환이 고도의 기술을 요구하는 것은 아니기 때문이다. 특히, 현대 사회는 늘어나는 노인 인구로 말미암아 급성질환보다는 만성질환 환자가 더욱 늘어나, 병원 내에서의 전문의 중심의 진료보다 환자의 생활 중심인 지역사회에서의 일반적이면서도 꾸준히 진료 받을 수 있는 의료서비스 체계가 요구 된다. 의료 서비스의 효과성과 효율성을 저해하고, 의료비의 증가를 야기하는 다른 원인은 의료시장의 심각한 정보 비대칭성이다. 다른 소비재와는 달리, 의료서비스는 전문적인 지식을 기반으로 하기 때문에, 서비스의 소비자인 환자는 독립적으로 자신의 소비량을 결정할 수 없다. 자신이 얼마의 서비스를 필요로 하는지 알 수 없기 때문이다. 따라서 의료서비스의 소비는 공급자인 의사에 의해 결정되는데, 이 과정에서 의사는 자신의 효용을 극대화하기 위해 '유인수요'를 창출한다. 이러한 불필요한 의료서비스를 최소화하기 위해서는, 의료시장의 정보 비대칭을 최소화할 수 있는 의료정책이 필요하다.

본 연구에서 중요하게 다룬 1차 의료정책(primary care)은 지역사회에서, 환자의 환경 맥락을 중시하면서, 지속적인 의료 서비스를 제공한다는 점에서 만성질환에 더욱 적합하다. 그리고 1차 의료진이 환자의 의료 시장 진입에 문지기(gate-keeper)역할을 하여, 환자의 의료소비

에 대한 대리인이 되어 정보 비대칭을 완화한다. 이는 환자의 불필요한 의료 소비를 억제하여 의료서비스의 효과성, 비용 억제성을 증진시킬 수 있다.

이러한 문제의식을 바탕으로, 본 연구는 18개의 OECD 선진국들을 대상으로 1970년부터 2002년 까지 33년의 기간동안 1차 의료 정책의 효과성과 비용 억제성, 효율성을 결합시계열회귀분석(pooled time series cross section regression)을 사용하여 분석하였다. 1차 의료 정책의 강도의 점수화는 European Observatory on Health Care System와 OECD Health Data 2004, Starfield(1998), 미국사회보장국(Social Security Administration)과 일본후생노동성(厚生労働省)의 자료를 바탕으로 이루어졌다. 한편, 점수화를 제외한 대부분의 데이터는 OECD Health Data 2004를 사용하였으며, 연구 목적에 맞게 조작된 변수를 사용한다.

1차 의료 정책의 강도는 1차 의료 정책의 특성을 10가지 지표로 조작하여 각 0~2점을 부여한 후, 총점으로 계산하였다. 10가지 지표는 1차 의료 자원 배분에 대한 정부의 규제(regulation), 1차 의료 공급자의 유형, 인구 1천 명당 1차 의료 공급자 수, 환자 기록의 관리 여부, 1차 의료서비스 진입에 있어 반드시 거쳐야만 하는 과정이며 1차 공급자가 정보 제공 등의 문지기 역할을 하는지의 여부, 1차 의료의 포괄성(예방, 정신건강, 출산관련 등의 진료를 모두 포함하는지의 여부), 1차 의료의 적용 범위(모든 국민에 포괄적으로 적용되는지의 여부), 1차 의료와 2, 3차 의료 간 정보 이동·지침의 공유와 연계의 여부, 진단과 치료에 있어 가족환경, 지역 환경 고려 여부로 구성된다(<표1> 참조). Starfield(1994;1998)의 선행연구는 재정체계의 유형을 1차 의료 정책의 점수에 포함시켰으나, 본 연구에서는 전달체계로서 1차 의료 정책의 효과성과 효율성을 분석하기 위하여, 재정체계를 분리시켜 점수화하였다. 즉, Starfield는 세금을 재정으로 사용하는 국가 정책에는 더욱 높은 점수를 부여하고, 민간 재원을 사용하는 국가 정책에는 낮은 점수를 부여하여 분석하였으나, 본 연구는 점수화의 과정에서 재정적인 측면을 제외하고 대신 통제변수로 사용하였다.

분석결과는 다음과 같다. 첫째, 1차 의료 정책의 강도를 평가한 결과에 따르면, 각국의 정책은 경로의존성을 가지는 것으로 나타났다. 즉, 덴마크, 네덜란드, 영국, 노르웨이, 호주, 스페인, 핀란드 등이 대상 기간(1970년~2002)년 동안 지속적으로 높은 점수를 유지한 반면, 룩셈부르크, 벨기에, 스위스, 프랑스, 미국, 독일 등은 낮은 점수를 나타내었다. 그리고 대부분의 국가들이 1차 의료 정책지향적인 의료 개혁을 대상 시기 중 단행하였으며, 그 정도의 차이는 있었다(<표2> 참조). 둘째, 1차 의료 정책은 국민의 Potential Years of Life Lost(모든 질병원인, 순환계 질병, 호흡기 질병, 전염병)를 낮추고, 수명을 연장하며, 영아 사망률을 낮추는데 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타나, 의료서비스의 효과성을 증진시키는 것으로 증명되었다(<표3> 참조). 셋째, 의료비 증가에 대해서도, 1차 의료 정책은 의료비 증가 정도와 증가율을 모두 유의미하게 낮추는 것으로 나타났다. 한편, 재정 체계는 민간 재원의 의료 정책을 가진 국가가 의료비 증가율에 양적 관계를 나타낸 것을 제외하고는, 의료비 증가 정도와 증가율 모두에 대체적으로 통계적으로 유의미하지 못하였다(<표4> 참조).

이러한 분석결과는 이론적, 정책적 함의를 지닌다. 먼저, 이론적으로 본 연구는 의료 전달

체계로서 1차 의료 정책의 독립적인 영향을 검증하였다. 의료 정책의 효과성과 효율성을 결정하는 데 1차 의료 정책은 강력한 영향을 미치며, 이는 재정적인 요소와는 독립적인 것이다. 이는 기존의 1차 의료 강조론을 실질적으로 검증한 것인 동시에, 재정요소를 분리한 보다 순수한 전달체계로서의 1차 의료 정책의 효과성과 효율성을 증명한 것이다. 한편, 본 연구는 보건 정책의 방향에 대한 정책적 함의를 지닌다. 본 연구의 결과에 따르면, 보건 정책의 효과성과 효율성을 달성하기 위해서는 1차 의료 정책의 강화는 불가피하다. 그리고 의료비 증가 억제에 있어서, 1차 의료 정책은 통계적으로 유의미한 영향을 가지는 것으로 검증된 반면, 보건 의료의 재정 형태는 통계적으로 유의미하지 않다는 결과는 현재 급증하고 있는 보건의료비의 억제 방안으로서 재정정책의 조정보다 1차 의료 정책의 강화가 더욱 효과적임을 제시하고 있다.

<표 1> 1차 의료 정책의 점수화에 사용한 점수표

변수	내용	점수화			
		0	1	2	
1	규제	1차 의료 자원 배분에 대한 정부의 규제	규제없음	제한적규제	강한규제
2	1차의료 공급자	1차 의료 공급자의 유형	전문가	소아과 의사 일반개업의	일반의
3	접근성	인구 1천 명 당 1차 의료 공급자 수	1명 미만	1명이상2명미만	2명 이상
4	연속성	환자 기록의 관리	없음	제한된 사용	사용일반화 강제적사용
5	1차 접촉	1차 의료가 의료 서비스 진입에 있어 반드시 거쳐야만 하는 과정이며, 1차 공급자가 정보 제공 등의 문지기 역할(gate-keeper)을 하는 지의 여부	없음	제한된 인구만	강제적
6	포괄성	예방, 정신건강, 출산관련 등 모두 포함	비포괄적	대부분포함	포괄적
7	보편성	모든 국민에 적용	매우제한	일부 제한	보편적
8	통합성	1차 의료와 2,3차 의료 간 refer에 대한 정보 이동, 지침의 공유와 연계	없음	제한적	있음
9	가족 중심	진단과 치료에 가족환경 고려	없음	가끔	항상
10	지역지향	지역주민 중심	없음	가끔	항상

<표 2> 시기별 각국의 1차 의료 정책 점수

1970 ~1980			1981~1990			1991~2002		
국가	점수	표준편차	국가	점수	표준편차	국가	점수	표준편차
Denmark	16.32	0.25	Denmark	16.50	0.00	UK	16.83	1.03
UK	15.00	0.00	Netherlands	16.00	0.00	Denmark	16.50	0.00
Netherlands	15.00	0.00	UK	15.00	0.00	Netherlands	16.21	0.26
Norway	12.00	0.00	Norway	12.50	0.00	Spain	12.92	1.06
Australia	10.50	0.00	Australia	11.40	0.77	Finland	12.67	1.97
Spain	9.00	0.00	Italy	10.20	0.75	Norway	12.54	0.14
Italy	8.64	0.23	Finland	9.45	0.72	Australia	12.00	0.00
Finland	8.50	0.00	Spain	9.00	0.00	Italy	11.33	0.25
Sweden	7.50	0.00	Canada	8.95	0.44	Canada	10.42	0.29
Japan	7.00	0.00	Sweden	7.50	0.00	Sweden	9.46	0.14
Canada	6.50	0.00	Japan	7.00	0.00	Japan	6.92	0.29
Portugal	6.00	0.00	Portugal	6.30	0.26	Portugal	6.50	0.00
Luxembourg	3.00	0.00	Luxembourg	3.50	0.00	Belgium	3.92	0.19
Switzerland	3.00	0.00	Belgium	3.45	0.16	Luxembourg	3.50	0.00
Belgium	2.45	0.52	Switzerland	3.00	0.00	Switzerland	3.00	0.00
France	1.73	0.26	France	2.35	0.24	US	2.83	0.98
US	1.50	0.00	US	1.50	0.00	France	2.50	0.00
Germany	1.00	0.00	Germany	1.40	0.39	Germany	2.00	0.00
평균	7.48		평균	8.06		평균	9.00	
표준편차	4.88		표준편차	4.93		표준편차	5.20	

<표 3> 1차 의료정책의 효과성에 대한 회귀분석결과

	Potential Years of Life Lost (all cause)	Potential Years of Life Lost (순환기 질환)	Potential Years of Life Lost (호흡기 질환)
상수	8637.780*** (.000)	1335.779*** (.000)	531.254*** (.000)
1차 의료 점수	-101.701*** (.000)	-11.470*** (.000)	-0.406* (0.039)
GDP	0.006* (.043)	1.5E-5 (.841)	-0.00011*** (.000)
공공의료지출	-9.105*** (.000)	0.737 (.061)	-2.253*** (.000)
총 의료지출비	-1018581*** (.000)	-0.275*** (.000)	-0.098*** (.000)
민간재원이용	-878.820*** (.000)	-162.950*** (.000)	-58.215*** (.000)
건강보험	144.554*** (.000)	-25.331** (.029)	77.003*** (.000)
R-square	0.7286	0.5631	0.2538

	Potential Years of Life Lost (전염병)	기대여명	영아 사망률
상수	359.246*** (.000)	72.968*** (.000)	21.557*** (.000)
1차 의료 점수	-0.254* (0.048)	0.0746*** (.000)	-0.160*** (.000)
GDP	-0.00005 (.366)	8.237E-7 (.112)	-3.25E-6* (.022)
공공의료지출	-2.562*** (.000)	8.237E-7* (.016)	-0.066*** (.000)
총 의료지출비	-0.034*** (.000)	0.002*** (.000)	-0.004*** (.000)
민간재원이용	-13.062 (.668)	0.043* (.041)	2.542*** (.000)
건강보험	54.845*** (.000)	-0.618*** (.000)	1.347*** (.000)
R-square	0.2530	0.6905	0.3476

연구 국가 수 18국, 연구 연도 수 32년

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

<표 4> 1차 의료정책과 의료비 증가의 관계에 대한 회귀분석결과

	의료비 증가율		의료비 증가 정도	
상수	3.15 ***	<.0001	-17.54	0.202
1차 의료점수	-0.13 *	0.015	-0.68 **	0.002
노인인구 비율	0.61 ***	<.0001	2.19 ***	<.0001
GDP	0.00 **	0.003	0.00 ***	<.0001
공공의료비율	0.06 **	0.009	0.55 **	0.010
민간재원	0.60	0.578	32.45 **	0.001
건강보험재원	0.57	0.074	-1.33	0.672
R-square	0.18		0.2872	

연구 국가 수 18국, 연구 연도 수 32년

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈 참고 문헌 〉

Starfield, B. (1992) *Primary care : concept, evaluation, and policy*, New York: Oxford University Press

Starfield, B. (1994) "Is primary care essential?" *Lancet*, 344(8930): 1129-1133.

Starfield, B. (1998), *Primary Care : Balancing Health needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press.

일본 보건노동복지성 <http://www.mhlw.go.jp>

OECD <http://www.oecd.org>