

OECD 국가를 중심으로 한 의료개혁 동향과 교훈

이 규 식[†], 김 주 경
연세대학교 보건행정학과

<Abstract>

Health Care Reform in OECD and It's Lessons

Kyu Sik OLee[†], Ju Kyeong Kim
Dept. of Health Administration, Yonsei University

Health policies in many countries have come under critical scrutiny in recent years. This is because of increasing national health expenditures. Also many persons in health sector have been the perception that resources allocated to health services are not always deployed in an optimal fashion. And they believe that the scope of resources in health services is limited, there is need to search for ways of using existing resources more efficiently. A further concern has been the desire to ensure access to healthcare of various groups on an equitable basis. In some European countries this has been linked to a wish to enhance patient choice and to make service providers more responsive to consumers, while Korea integrated health insurance funds into single fund in 2000.

Many European countries are under considerable pressure to review and restructure their health care systems. There are several reasons of pressure to reform. There are

* 이 논문은 2002년도 연세대학교 학술연구비 지원에 의해 수행되었으며, 2002년 11월 한국보건행정학회 후기 학술대회에서 특강으로 발표된 원고를 대폭 수정한 것이다.

† 교신저자 : 이규식(011-9718-6343, kslee02@yahoo.co.kr)0

demographic changes, pattern of disease change, advances in medical sciences will also give rise to new demands within the health services, public expectations of health services are rising as those who use services demand higher standards of care. These circumstances require the change of health care delivery system based on hierarchical regionalism, which was basis of health care delivery since 1920s.

Korea is also under similarly pressure to restructure our own health care systems. We will have good learning from OECD experiences. In this paper we reviewed and compared among OECD countries' various experiences.

Key Words : Health Care Reform, OECD

I. 서 론

지난 몇 년 동안 우리나라는 건강보험을 통합하고 의약분업을 단행하는 등의 의료개혁을 진행하였다. 현 단계에서 개혁을 평가하는 것이 이룰지 몰라도 외국의 사례에 비추어 볼 때 그 결과를 낙관하기가 어렵다. 대부분의 국가들이 개혁을 통해 경쟁을 강조하거나 정부 개입을 강하게 하더라도 경쟁을 도외시 하지 않는데 반하여 우리의 경우는 규제의 강화라는 형태로 개혁이 이루어졌다. 의약분업과 건강보험의 통합으로 건강보험재정위기를 초래하고 급기야는 국민의료비 부담이 증가¹⁾한 것을 놓고 본다면 우리의 개혁이 바람직한 결과를 낳았다고 보기 어렵다.

그런데 더 큰 문제는, 국민의료비 증가 추세가 지속되는 가운데 의료에 대하여 의료소비자나 의료공급자 모두 만족해하지 않는다는 점이다. 그리하여 지불제도의 변경이나, 공공의료기관의 확충 등과 같이 정부의 통제를 더욱 강화시키는 의료개혁의 지속적 추진이 지배적으로 주장되고 있다.

1) GDP 대비 국민의료비의 비중을 보면 장영식의 연구에서는 1999년 5.3%이던 것이 2001년에 6.2%로 증가하였으며, 정형신의 연구에서는 4.8%에서 5.9%로 증가하여 의료개혁을 거치면서 예년에 비하여 의료비가 크게 증가하였음을 알 수 있다.

이 논문은 OECD를 중심으로 한 유럽 국가들의 개혁 동향을 살펴보면서 우리나라 의료개혁에서 고려해야할 사항들을 정리하였다. OECD 국가들의 의료개혁은 수렴(convergency)하는 경향과 함께 각국이 처한 특수 사정에 기인하여 다양한 형태로 발산(divergency)하기도 한다. 여기에서는 각국의 특수한 개혁 동향보다는 수렴되는 공통적인 개혁 동향을 살펴보기로 한다.

II. 의료개혁의 배경

유럽은 의료 공급을 정부의 책임으로 생각하는 전통이 있다. 특히 1880년대 사회의료보험 제도의 도입은 의료서비스를 국민 기본권의 하나로 인식하는 계기가 되었고 이후 보건의료 분야에 대한 정부의 개입이나 규제는 당연한 것으로 받아들여졌다. 미국은 유럽 국가들과는 달리 의료분야에서의 정부 역할이 제한적임에도 불구하고²⁾ 1970년대 말까지 보건의료분야에 대한 정부 개입을 당연하게 받아들여 면허제도나 필요면장(Certificate of Need)제도를 도입하고, 의약품에 대한 통제, 의학교육에 대한 개입, 건강보험 내용에 대한 개입, 의학연구에 대한 개입, 병원의 건축 및 운영에 대한 규제 등의 정책을 실시하였다(Haglund and Dowling 1993, Phelps 1992).

정부개입을 당연하게 생각하던 의료분야에서 1970년대부터 새로운 흐름이 등장하여 1980년대의 의료개혁으로 등장한 바, 개혁의 배경은 다음과 같다.

첫째, 1970년대 규제의 경제이론이 등장하여 시장에 대한 정부의 개입을 비판하기 시작하면서 의료분야에서도 개혁이 모색되었다. 1930년대에 등장한 케인즈 경제이론은 시장에 대한 정부개입의 시발점이 되었다. 이것이 영국의 베버리지 보고서를 탄생시키고 이어 NHS 제도를 채택한 계기가 되었다. 1970년대 들어 Stigler(1971), Jordan(1972), Posner(1974) 등이 제시한 규제의 경제이론은, 규제가 소비자 보호보다는 오히려 잠재가능 경쟁자로부터 규제대상 기업을 보호한다고 보아 정부 개입보다는 경쟁의 강화를 주장하게 된다. Enthoven(1977)이나 Greenberg(1978) 등이 의료분야에서의 경쟁원리 도입을 주장하여 경쟁의 강화가 1980년

2) 미국의 경우 원주민·군인·원호대상자를 위한 서비스 공급에는 연방 정부가, 정신병원이나 결핵 병원의 운영에는 주 정부가 관여하긴 하지만, 일반병원은 주로 민간자원에 의존(1990년 현재 일반병원의 73%가 민간자원임. AHA 1991)하고 있다.

대 말 이후 의료개혁의 핵심 과제가 되었다.

둘째, 인구학적 요인이나 의료기술의 발전과 같은 의료를 둘러싼 사회적 환경 변화 요인을 들 수 있다(Saltman, Figueras and Sakellarides 1998). 선진국들은 1970년대에 이미 고령 사회로 접어들었으며 임상의료기술의 발전도 이 시기에 급속하게 이루어졌다. 소득 증가와 고령화, 의료기술의 발전이 소비자의 기대감을 촉발시켜 국민의료비를 증가시켰기 때문에 대부분의 국가는 의료비 증가를 적절히 관리할 수 있는 방안으로서 효율성 제고를 위한 의료 개혁을 모색하게 되었다.

셋째, 소비자들의 의료에 대한 기대감이 권리신장으로 표출되고, 이를 충족시키기 위하여 의료개혁이 대두되었다(Saltman, Figueras and Sakellarides 1998). 소비자 권리 신장은 서비스 제공에서 보다 환자 중심적인 접근법과 의료의 질 및 치료 기관에 대한 선택권 요구로 표출되었고 이로 인해 새로운 의료체계를 모색하는 것이 불가피하였다.

넷째, 계층적 지역주의(hierarchical regionalism)를 토대로 하는 의료체계의 한계성이 개혁의 배경이 되었다. Fox(1998)는 1920년대 이후 의료체계의 발전을 계층적 지역주의라는 개념으로 설명하고 있다³⁾. 계층적 지역주의는 1차 기관이나 일반의(GP)들로 자원의 대부분을 구성하고 2, 3차 기관이나 전문의의 비중은 낮게 책정하되 전달체계를 통하여 자원의 효율적 활용을 기하고자 하였다. 그러나 대부분 국가들에서 1960년대에 이미 병원이나 전문의들이 보건의료분야 예산의 약 2/3를 흡수할 정도로 팽창되어 계층적 지역주의는 현실과 부합하지 못하였다. 더구나 인구구조와 상병구조가 변화함에 따라 자원수요 구조가 달라져 계층적 전달체계의 틀이 아닌 새로운 의료체계를 모색하기 위한 개혁이 제기되었다⁴⁾.

다섯째, 경쟁을 강조하는 21세기의 새로운 이데올로기가 의료분야에서도 개혁을 요구하였다(Saltman, Figueras and Sakellarides 1998). 1981년 미국에서 시작된 시장 역할에 대한 재강조는 지역보건기획기구를 폐지하고⁵⁾ 정부개입의 폭을 줄이며, NHS제도에서는 내부시장이

3) 이 이론은 의료서비스의 수준을 1차, 2차, 3차로 구분함과 동시에 진료권과 연결하고 있다. 계층의 최 상층부는 대진료권과 결부시켜 핵심에 대학병원이나 지역의료센터와 같은 시설이 위치하며, 중진료권에는 병원들이, 그리고 최 하층부는 가정의, 일반의, 그리고 공중보건요원 등이 예방사업과 함께 1차 진료를 담당하며 환자 후송의 중심 역할을 한다.

4) 만성병은 현재의 의료지식하에서는 완치가 불가능하기 때문에 가정을 중심으로 한 관리가 최선이다. 이러한 만성질환을 계층적 지역주의에 입각하여 1,2,3차의 전달체제로 병의원에서 관리할 경우 의료비만 증가하는 문제가 있어 통합의료와 같은 새로운 체계가 모색되고 있다.

5) 종래까지 미 연방정부는 1974년에 제정된 HSA법(The National Health Planning and Resources Development Act)에 의거하여 지역단위 의료계획을 반드시 요구하였다. 특히 10만불이상의 고가장비를 구입하려면 병원은 반드시 지역의료계획당국(HSA)으로부터 필요면장(Certification of Needs)을 발급받아야 했다. 레이건 행정부는 비용절감을 이유로 CON제도를 인정하지 않게 되었

라는 새로운 모델을 통하여 경쟁원리를 도입토록 하는 개혁의 촉매가 되었다. 더욱이 Marmor와 Plowden(1991)이 '국제적인 제트 기류'라 표현한 바 있는 정보통신의 발전이 보건 의료 개혁과 관련된 정책 대안을 전 세계적으로 확산시키는 결과를 낳았다.

III. 의료개혁의 목표

OECD 각국들은 1980년대 국민의료비 증가라는 공통적 문제를 지녔으며 그 외에도 다음과 같은 과제들을 안고 있었다. 주요 과제는 (1) 서비스의 접근성 및 질과 관련하여 불형평 문제가 여전히 해소되지 않고 있으며, (2) 임상적 서비스의 상당 부분(대략 30%정도로 추산)이 비용-효과성 및 적절성에서 문제가 있으며, (3) 미시적 차원에서 의료기관들의 경영효율이 높지 않으며, (4) 의료 서비스 질에 문제가 있다는 것(Saltman, Figueras and Sakellarides 1998) 등이다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 각국이 제시한 의료개혁 목표를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

뉴질랜드는 의료체계의 배분적(allocative) 및 기술적(technical) 효율성 제고, 서비스의 접근성과 공급에서의 혁신, 의료 질 개선, 소비자의 선택권 확대 등을 목표로 1991년 개혁을 시작하였다(Ashton 1997). 오스트레일리아는 비용-효과적인 서비스를 제공함으로써 의료체계의 성과를 제고하고, 민간부문에 의해 보완되는 공공부문을 유지하며, 농촌이나 오지지역 주민들의 건강수준을 개선시키는 것을 개혁의 목표로 하였다(EOHCS Australia 2001).

스웨덴은 의료에 대한 접근성 제고(입원환자 대기 적체 방지), 의료의 질 향상, 환자의 권리(선택권) 신장, 의료비 절감 등을 개혁의 목표로 두었다(EOHCS Sweden 2001). 스페인은 1990년 개혁에서 증가하는 의료비 통제와 국민만족도 개선이 목표라고 공개적으로 천명하였다(EOHCS Spain 2001).

네덜란드는 전 국민에게 동일한 기본 보험급여⁶⁾를 도입하여 형평을 도모(재원조달원을 단일화)하고 보험자와 의료공급자 간의 경쟁(regulated or managed competition)을 도입하여

다. 결과 수많은 주에서 CON발급 업무를 전담하는 지역의료계획기구를 없애게 된다.

6) 자격이 부여된 누구에게나 제공되는 핵심서비스(core service) 목록으로 구성된 기본급여(basic benefit package)를 정의하려는 시도들은 여러 나라에서 볼 수 있다. NHS국가의 경우에는 한정된 예산으로부터 더 많은 급여를 주는 것을 달성하도록 노력하였으며 NHI국가의 경우에는 보험자가 제공하는 최소기본급여를 표준화하도록 하였다(Björkman & Altenstetter, 1997).

제도의 효율성을 제고시키고자 하였다. 독일은 의료비 증가억제(cost-containment)와 전국민 건강유지가 개혁의 목표였다(EOHCS Germany 2000).

이러한 각국의 목표들을 Hurst(1991)는 다음과 같이 몇 가지로 정리하고 있다. (1) 의료의 접근에 대한 적정성(適正性)과 형평성(衡平性) 보장, (2) 질병치료비로부터 소득보호, (3) 거시적(巨視的) 효율성 달성, (4) 미시적(微視的) 효율성 제고, (5) 소비자의 치료처 선택권 보장, (6) 공급 행위와 관련한 공급자의 자율성 보장이다.

IV. OECD 주요국의 의료개혁 동향

1980년대 후반부터 현재까지 진행 중인 유럽의 OECD 국가들의 의료개혁 내용은 (1) 경쟁 개념의 도입, (2) 분권화(Decentralization), (3) 민영화(Privatization), (4) 환자의 권리 강화를 위한 선택권 확대, (5) 서비스 전달체계의 변혁과 공급자의 자율성 제고, (6) 지불제도의 변화, (7) 공중보건의 역할 재정립 등으로 요약할 수 있다.

1. 경쟁 개념의 도입⁷⁾

1) 베버리지형 국가에서의 경쟁

조세로 재원을 조달하는 베버리지형 국가들은 계약제나 내부시장 모형으로 경쟁원리를 발현시켰다. 계약제는 사회보험형 국가에서 이미 채택하고 있는 제도이다⁸⁾. 계약방식은 무상의료를 제공하던 구 공산권 국가들도 사회보험으로 전환하면서 채택한 개혁이다.

계약제보다 한 단계 높은 개혁은 내부시장(internal market)을 통한 경쟁이다. 영국의 개혁은 내부시장을 조성하여 정부가 의료기관에 예산을 배정하던 방식에서 벗어나 정부가 의료구매자⁹⁾에게 예산을 배정하고 이들이 의료공급자와 경쟁토록 하는 시장모형이었다¹⁰⁾. 공급

7) 여기서 논의되는 경쟁이란 완전경쟁을 의미하는 것은 아니며, 의료시장 내에 인위적으로 경쟁조건을 만들어 놓고 이를 통하여 시장기제를 회복시키는 것으로 이러한 예로는 관리하의 경쟁, 내부시장 등의 모형이 있다.

8) 사회보험에서 서비스를 제공하는 방법은 네덜란드나 독일형의 계약제(contract model)가 있으며, 둘째는 프랑스와 벨기에가 택하는 상환제(reimbursement model)방식이 있다(Hurst 1991).

9) 영국의 내부시장에서의 의료구매자는 의료소비자와는 다른 개념이다. 1989년 영국 의료개혁의 핵심은 주민들에게 의료구매자를 선택하도록 하는데 있었다. 구매자들은 가입자 확보를 위한 경쟁

자인 병원도 경쟁을 위해 독자적 운영이 가능토록 NHS Trust 병원으로 전환시켰다.

스웨덴도 1989년부터 내부시장 개혁을 시작하여 1993년에 8개 지역에서, 1999년에는 전체 주의 절반에서 구매자-공급자 분리가 도입되었다¹¹⁾. 지역보건당국이 구매자 역할을 담당하였기 때문에 주민에게는 선택권이 없었다.¹²⁾ 구매자들이 진료권이나 구매권을 사용하는 방법은 주마다 달랐다. 스웨덴의 내부시장도입은 1차 의료의 권한을 상대적으로 확대하여 다른 서비스에 대한 예산도 1차 의료로 위임하는 분권화와 함께 진행되었다.

이후 스웨덴에서는 1990년대 후기부터 2000년대 초반에 걸쳐 구매자-공급자 분리 추진을 완화하였다(Hjortsberg and Ghatnekar 2001). 이는 경쟁과 인센티브가 비용과 행위 모두를 상승시킨다는 인식에 따라 보건의료분야 주요 종사자들에게 경쟁보다 협력을 증진시키는 방향으로의 정책 선회라 하겠다.

뉴질랜드도 1993년 7월부터 내부시장원리를 도입하였다(Bloom 2000). 4개의 광역지역 보건청(Regional Health Authority: RHA)을 신설하여 의료구매자 기능을 부여하였다. 의료구매자가 의료공급자(병원이나 1차 의사 등)와 계약을 맺어 주민에게 서비스를 제공하게 함으로써 의료체계 내에 경쟁을 촉진시키고 비효율적인 공급자는 시장에서 퇴출되는 기전을 만들었다. 공공부문병원을 사회적 책임 수행과 함께 상업적 목적도 추구할 수 있는 공영책임경영병원(Crown Health Enterprise)과 지역보건 책임경영단(Community Trust)으로 재구성하였다. 공공병원의 의료장비를 민간병원이 임차할 수 있게 하여 낭비요인을 제거하였다. 1999

을 하는데 그러기 위해서는 공급자들을 경쟁시켜 유리한 계약을 함으로써 가입자들에게 혜택을 주어야만 하였다. 의료구매자에는 두 가지 종류가 있다. 첫째는 개업한 GP 가운데서 회계에 대한 기본지식과 경영 능력을 갖추고 일정 수 이상의 주민들을 등록을 받은 GP Fund Holder들이다(처음에는 11,000명이상의 주민의 등록을 받아야만 GP Fund Holder가 되었지만 그 뒤에는 차츰 등록 하한선을 낮추어 5,000명까지 됨). 구역보건청은 GP Fund Holder(기금소유 의사)들에게 등록받은 사람 수에 따라 1년간 의료비를 배정해주었으며, GP Fund Holder는 1차 의료서비스는 물론 2차 의료서비스까지 등록받은 주민을 대신하여 구매해 주는 책임이 있다. 또 다른 구매자로는 GP Fund Holder를 선택하지 않는 주민들을 위한 구매자로 구역보건청이 있다.

10) 의료재원을 조세로 조달하는 영국의 경우, 소비자의 입장에서 어떤 구매자를 선택하더라도 보혐료가 낮아지는 것과 같은 가시적인 이득이 없고, 단지 서비스의 질에서만 차이가 발생할 수 있다. 소비자는 서비스 질 차이를 판단할 능력이 부족하기 때문에 구매자를 합리적으로 선택할 동기가 줄어든다. 소비자가 거주지 부근에 있는 구매자를 선택함에 따라 NHS제도 전반에 걸쳐 경쟁이 활성화되지 못하였다. 그리하여 영국은 블레이 정부가 들어서면서 내부시장에서 통합의료로 전환하게 되었다.

11) 스웨덴의 지방행정구역은 23개의 county와 3개의 municipality로 구성되어 있다.

12) 영국은 구매자 선택권을 주민에게 허용하였지만 뉴질랜드와 스웨덴은 보건당국이 구매자 기능을 맡았다. 스웨덴 Bohus 주의 경우는 1차의료구역 당국(14개)이 구매자 기능을 맡았고 Stockholm에서는 보건의료구역 당국(9개)이 구매자 기능을 맡았다(Anell 1996).

년 공영책임경영병원은 24개 병원서비스단(Hospital and Health Services)으로 바뀌었다. 지역 주민들에게는 보건의료기금청(1999년 RHA를 보건의료기금청으로 전환)과 민영보험(Health Care Plan: HCP) 중에서 구매자를 선택할 수 있는 자유를 주어 구매자가 의료시장에서 공급자와 경쟁할 수 있는 기전을 마련하였다. 구매자 선택권은 결국 공공병원에 대한 소비자 선택권을 강화하는 것으로 공공재원을 사용하면서도 공공의료기관 이외의 다른 민영보험 이용을 가능하게 하여 환자가 원하는 서비스를 공급할 유인을 부여한 것이다¹³⁾.

2) 비스마르크형 국가에서의 경쟁

정보의 비대칭성이 존재하는 의료시장에서 소비자를 공급자와 직접 경쟁시키면, 공급자는 시장 여건이 불리해질 때 불합리한 대리인(imperfect agent) 기능을 하여 수요를 창출하므로(Evans 1974) 공정한 경쟁이 성립될 수 없다. 의료시장에서 소비자가 공급자와 공정하게 경쟁하기 위해서는 소비자에게 의료와 관련하여 정보를 수집하고 정보를 해석할 수 있는 능력을 갖춘 대리자가 있어야 한다.

1990년대 들어 사회보험제도를 갖는 국가들이 택한 경쟁모형은 관리하의 경쟁(managed competition)으로 소비자를 대리하는 대리인 기능을 질병금고에 부여하였다. 이러한 방법을 강구한 대표적인 나라는 네덜란드, 독일, 벨기에 등이다.

네덜란드의 Dekker 의료개혁안은 질병금고가 수요자를 대리하는 모형으로, 수요자에게 질병금고를 선택할 권리를 부여하여 질병금고가 보다 많은 피보험자를 확보하기 위해 경쟁적으로 보험료를 낮추도록 유도하였다. 보험제정의 85%는 소득기준 특별세로 거두어 중앙기금에서 관리하고, 나머지 15%는 보험료로 각 질병금고가 징수하도록 하여 소비자들은 보험료의 크기를 기준으로 질병금고를 선택하게 된다. 보험자는 값싸고 양질의 서비스를 공급하는 의료기관과 계약을 체결해야만 하고 의료기관은 원가절감을 통하여 많은 질병금고와 계약을 맺을 때 생존이 가능하였다. 이 안은 나중에 Simons 개혁안으로 이관되어 점진적인 변화를 이루었으며 1997년 이래 질병금고간의 보험료 경쟁은 치열해져 보험료가 비싼 금고와 가장 낮은 금고간의 차이는 무려 25%에 이르게 되었다(van Doorslaer and Schut 2000)¹⁴⁾.

13) 영국은 내부시장이라도 뉴질랜드나 여타 조세로 재원을 조달하는 국가와는 달리 단순히 구매자와 공급자를 분리한 것이 아니라 비록 성과는 얻지 못하였지만 구매자를 선택할 수 있는 권리를 소비자에게 부여하여 구매자가 소비자를 대리하여 의료시장에서 공급자와 경쟁하도록 시도하였다.

14) 네덜란드는 크게 3개 부분으로 재원조달이 이루어지고 있다. 첫째는 장기돌봄에 해당하는 부분이 전체 보험의료비의 약 43%(1997년 기준)를 차지하며 단일보험자에 의한 정부 독점상태로 관리된다. 둘째는 일반적인 의료서비스에 해당하는 부분으로 의료비의 53%를 차지하며 질병금고

독일도 1993년부터 소비자에게 질병금고를 선택할 수 있는 권한을 주었으며 소비자가 선택하지 않는 비효율적인 질병금고는 퇴출시켜 1993년 1,241개이던 질병금고가 1999년에는 467개로 대폭 줄어들었다(高智英太郎, 1999). 그러나 소비자에게 질병금고를 선택할 권한은 주었지만 질병금고와 의료기관이 의료시장에서 직접 경쟁할 수 있는 제도로는 발전시키지 못하였다. 2000년도 의료개혁에서는 통합의료(integrated care)개념을 도입하여 의료기관 간의 경쟁을 유도하고자 하였다. 일반 국민들에게는 질병금고 선택권을 부여하고 대리인인 질병금고가 의료조직¹⁵⁾을 경쟁시키면 미국형의 관리하의 의료(managed care)가 실현된다고 할 수 있다. Jost(1998)는 독일의료개혁의 다음 단계는 미국형의 관리된 의료(managed care)를 택하는 것이라고 하였다¹⁶⁾. 그러나 통합의료의 도입과 같은 변화를 독일 건강보험제도를 점진적으로 미국화하는 것이라며 비판하는 학자들도 있다(Wiegand 2000).

한편 벨기에에서 네덜란드와 같은 선언적인 경쟁모형의 도입은 찾기 어렵지만 관리하의 경쟁이 가능한 요소가 내재되어 있다. 소득비례 보험료를 중앙기금(National Office of Social Security)에서 일괄 징수하여 질병금고로 배정하는 것이나, 각 금고에서 가입자에게 정액(위험비례)의 보험료를 재정 적자에 대비하여 징수한다는 점이 경쟁을 가능하게 하였다(van Doorslaer and Schut 2000). 또한 피보험자는 질병금고에 대한 선택권을 가지고 있다(EOHCS Belgium 2000). 1995년 질병금고의 재원의 일부를 위험비례정액으로 조달함에 따라 질병금고에 재정책임을 넘기기 시작하였는데 당시 1.5% 정도에서 1998년에는 4%로 증가되었다¹⁷⁾. 그런데 질병금고들이 수가 협정에서 서로 협력하여 경쟁요소를 둔화시키기도 하였다.

미국의 경쟁모형과 유럽의 사회보험에서의 경쟁모형에서의 차이는 다음과 같다(van Doorslaer and Schut 2000). 첫째, 유럽의 사회보험은 경쟁원리를 도입하여도 사회적 연대성을 뒷받침하는 형평을 더욱 중시한다. Dekker 모형에서처럼 보험재정의 85%를 중앙기금에서 조달하여 사회연대를 도모하고, 나머지 15%만을 질병금고가 정액보험료로 징수하여 경

에 의하여 관리되는데 이 부분에 관리하의 경쟁이 도입되었다. 셋째는 민영보험분야로 자유시장 원리에 의하여 운영되고 있다.

- 15) 독일의 경우는 미국의 HMO와는 달리 보험자가 공급자와 분리되어 있기 때문에 여기서 의료조직은 1차 의료와 2차 의료, 또는 입원의료와 외래의료를 묶은 공급자 단이 될 것이다.
- 16) 독일이 쉽게 미국형이 되기는 어려운 요인이 있다. 미국은 관리하의 경쟁 모형의 이행을 시장에 맡기는 반면에 독일은 조합선택권만 부여할 따름이지 의료비관리를 위하여 병원에 대한 총액예산제나 약제비에 대한 총액예산제와 같은 정부 통제를 강화시키고 있어 대리인과 공급자들이 경쟁을 통하여 의료비 증가를 억제하는 미국과 많은 차이가 있다.
- 17) 벨기에는 보험재정의 약 4%, 네덜란드는 15% 수준이지만 네덜란드는 의료비의 54% 정도만이 관리하의 경쟁 대상이기 때문에 벨기에의 4%도 결코 적은 부분이라 하기는 어렵다.

쟁을 유발하는 반면 미국의 managed care에서는 보험재정 전부를 경쟁의 대상으로 하였다¹⁸⁾. 둘째, 유럽은 '경쟁 전략(competition engineering)'의 책임을 정부에 맡기는 반면에 미국은 보험회사나 구매조합(purchasing cooperatives)에 맡긴다.

2. 분권화(Decentralization)

중앙집중화는 자원배분이나 우선순위와 관련된 의사결정을 중앙정부가 하는 시스템으로 강력한 정부규제에 의해 보건의료분야가 운영되는 것을 의미한다. 반면에 분권화는 기업적인 가치(entrepreneurial philosophy)에 의한 시장 형태의 기전(market-style mechanism)을 토대로 소비자의 선택을 상대적으로 중시한다. 분권화는 의료서비스의 제공에서의 개선을 촉진하고, 주민들의 니드에 부합하게 자원을 보다 더 잘 배분할 수 있게 해주며, 의료에서의 우선순위 선정에 지역사회의 참여를 용이하게 하고, 건강과 관련한 불평등을 개선하는데 유효한 수단이 된다. 특히 정보 시스템의 급속적인 진보는 분권화의 기술적 가능성을 증대시키고 있다(WHO Europe 1997).

분권화는 일반적으로 행정적인 분산화(deconcentration), 정치적인 분권화로서 권한의 이양(devolution), 업무의 위임(delegation), 민영화(privatization)의 네 가지 형태로 나누어진다(Cheema and Rondinelli 1983).

일반적으로 베버리지형 국가에서는 중앙집중적인 형태가 지배적이며 비스마르크형 국가에서는 분권화가 이루어져 있다(Saltman, Figueras and Sakellarides 1998). 따라서 1990년대 의료개혁에서 분권화를 추진한 국가들 대부분이 베버리지형이라는 특징이 있다.

영국의 내부시장에서 등장하는 GP Fund Holder(기금소유회사) 제도는 사회보험제도에서의 보험자와 유사한 기능을 할 수 있도록 업무위임을 한 사례라 하겠다. 2002년 영국의 NHS 기획위원회(NHS Plan)는 국가 기준의 진료표준 수립과 지방 또는 일선 실무자들로의 권한 위임을 통해 의료전달체계를 재편하고 있다. 이는 공급의 다양성과 다원성을 더 많이 보장하기 위한 것이다(Ministry of Health UK 2002). NHS 예산의 75%정도가 PCTs에 배정될 정도로 분권화되었다.

스웨덴은 주(county) 단위로 의료가 관리된다. 병원서비스는 물론 예방서비스의 전달체계

18) 사회보험에서 경쟁을 강조하면 미국 제도를 실례로 들어 비판하지만 미국은 보험재정 전부를 경쟁의 대상으로 하는데 반하여 사회보험에서는 재정의 일부만을 경쟁의 대상으로 하기 때문에 미국형 운운은 비판을 위한 비판에 불과하다.

에 대한 책임과 병원에 대한 감독과 민간보건의료시장에 대한 규제업무도 주정부에 이양되어 있다. 주 의회가 보건의료서비스의 구매기능을 책임지고 구매자로서의 역할을 하거나 구매기능을 다른 대리인에게 넘길 수 있다. 스웨덴은 1992년 Ädel 개혁으로 중앙에서 지방으로의 권한 위임을 더욱 확대시켰는데, 이 개혁은 병원이 노인 환자를 진료할 때 병원 입원 중에 치료를 완전히 끝내버리면 이에 대한 경제적 책임을 시 자치체가 지도록 하는 것을 골자로 하였다. 이 개혁으로 1차 의료와 사회복지 서비스에 대한 책임은 보다 하급기관으로 위임되었고 시 자치체가 노인을 위한 요양시설과 장기돌봄 시설의 확대를 추진하게끔 하는 결과를 낳았다(Hjortsberg and Ghatnekar 2001).

핀란드도 1993년도의 개혁을 통하여 중앙정부의 기능을 지방으로 대폭 이양시켰다. 특히 의료재정에서 중앙정부가 차지하던 비중을 개혁 전의 35%에서 18%로 대폭 감소시켰다(Rico and Wisbaum 2002).

스페인인 2001년부터 분권화를 본격적으로 추진하고 있다(Rico and Leon 2002). 보다 하부 행정단위인 289개의 지방자치체(municipality)로 장기돌봄과 사회복지 서비스에 대한 책임을 넘겼다.

1993년에서 1999년 사이에 구매자-공급자 분리를 하여 영국 NHS 트러스트 병원과 유사한 형태인 병원서비스 단을 재조직하였던 뉴질랜드는 1999년에 노동당연립 정부가 집권하면서 구매자-공급자 분리를 철회하고 보건의료자원의 분배를 분권화하였다. 2000년에는 중앙의 보건기금당국을 없애고 21개 지역보건위원단을 만들어 자원조달과 의료전달에 대한 책임을 지게 하였다. 자원조달은 중앙에서 하고 의료서비스의 공급은 지역에서 하는 1980년대의 모형에서 준시장(quasi-market)모형 내에서 서비스에 대한 표준과 책임에 초점을 두는 1990년대 모형으로 구조개혁을 하고 있다(French, Old and Healy 2001).

3. 민영화(Privatization)

민영화는 자원조달과 서비스 제공의 측면에서 고려할 수 있다. 자원조달과 관련한 민간부문의 역할 증대란 공공 지출을 줄이고 소비자에게 부담을 넘기는 것이다. 여기에 포함될 수 있는 조치들로는 첫째, 민영보험의 역할을 증대시키고 둘째, 진료비에 대한 본인부담제도를 강화시키며 셋째, 공적재원으로 조달되는 서비스의 범위를 줄이도록 하는 것이다. 이렇게 함으로써 정부는 세금을 올리거나 보험료를 올리지 않고도 공적으로 제공하는 서비스의 수요와 공급을 적정화시킬 수 있다(WHO 2002).

서비스의 제공과 관련한 민영화 논의는, 공공부문은 관료화되고 비효율적이며 소비자의 관심에 부응하지 못하고 오직 조직원 자신들의 목적을 위하여 존재하는 점을 개선하기 위한 대안으로 등장하였다. 따라서 민영화가 경쟁을 유도하여 효율을 제고하고, 비용-효과적이며 양질의 서비스 제공을 제공하며, 소비자의 요구에도 부응할 수 있다는 점을 강조하고 있다 (WHO 2002).

보건분야에서 사용되는 민간(private)이라는 용어가 복합적인 의미를 가짐에도 불구하고 단순하게 보건의료자산의 민간소유라는 뜻으로 오도되어 왔다 (WHO 2002). 소유권에 초점을 둔 민간부문이라는 용어나 민영화는 보건의료분야의 기업가적인 행태(entrepreneurial behavior)와는 구분된다. 민영화란 기업가주의를 조장하기 위한 하나의 전략이지 단순하게 소유권 이전만을 의미하는 것은 아니다. 기업가주의란 공적부문이든 민간부문이든 간에 제도의 효율성과 서비스의 질을 제고하기 위한 혁신으로 시장의 뜻을 받든(market-inspired) 광범위한 노력을 내포한다는 의미이다. 기업가주의에는 성과와 관련짓는 지불제도, 내부시장, 공공기관의 법인화, 공급자 선택, 민간부문과 계약, 또는 서비스나 기능의 이전 등이 포함된다(Saltman et al 2002). 그러나 사유화되었다고 해서 반드시 경쟁적 요소를 가지고 있는 것은 아니다. 수많은 민간기업이 독점화되어 경쟁을 저해하는 것도 현실이다. 반면에 영국이나 스웨덴, 핀란드 등에서 공공소유로 된 기관들이 시장에서나 또는 그들 간에 경쟁을 하는 것도 볼 수 있다.

1) 사적 공급(private provision)

사적 공급은 의료기관을 민간 소유로 하는 것, 의료서비스를 민간에서 제공하는 것, 민간 부문으로 취업계약을 이전시키는 것(고용에서의 민영화), 서비스 일부를 외주하는 것 등으로 나눌 수 있다.

북 유럽의 조세방식 의료보장 국가들은 대부분의 병원이 공공소유로 되어있고 민간병상은 10%미만이다. 같은 조세방식이라도 남부 유럽에 위치한 국가들은 민간 병상의 비중이 20-30%에 이르고 있으며, 민간 병상의 절반 정도는 영리병원에 속한다. 과거 동구권 국가들의 병원 대부분은 국가나 지방정부에 귀속되어 있다. 이들 국가에서 내부시장이 도입되고, 구 공산권 국가들에 있어서는 사회보험을 도입함에 따라 병원구조의 변혁이 일어나고 있다 (WHO 2002). 대부분의 혁신은 經營性과 자율성(governance and autonomy)을 제고하는데 초점을 두었다. 자율기관(autonomous institution), 법인기관, 민영기관으로의 전환이 그 예이다. 다양한 자율경영 병원들이 구매자, 보험자 또는 보건당국과의 계약을 통해 경쟁하면서

구조적인 변혁을 이루고는 있지만 소유권의 변혁이나 민영화로 가는 경우는 적다. 병원분야에서 보다 자율적인 경영 구조를 갖는 병원이 명령과 통제로 운영되는 병원에 비하여 성과가 높다는 증거들은 이미 제시되고 있으나 병원을 민간에게 소유권을 이전한 경우의 장점과 단점에 대한 증거는 아직도 제시되지 않고 있다(WHO 2002).

사회보험형 국가들의 민간병상의 비율은 조세형 국가에 비하여 높다. 프랑스의 경우 공공병상의 비중이 65%이며, 영리적인 민간병상의 비중이 무려 20%에 이른다. 네덜란드는 민간병상은 허용되지만 영리병원은 허용되지 않고 있다. 사회보험에서는 제도적으로 구매자와 공급자가 분리되어 있기 때문에 공공병원이라 하더라도 어느 정도의 경영상 자율권이나 독립성이 있으며 어떤 경우에는 법인화된 형태를 갖기도 한다.

1차 진료의사는 공공부문에의 고용, 공공부문과 계약을 통한 자영, 공공부문과 독립적인 개인개원 등으로 구분할 수 있다. 일반적으로 사회보험 국가들에서 일반의들은 보험자와의 계약 하에서 자영형태를 유지하며, 영국 NHS제도에서도 일반의들은 자영형태이며, 포르투갈과 핀란드에서는 정부의 피용자 신분이다.

1차 진료의사들 대부분이 공적부문에 속해 있었지만 지난 1990년대에 자율성은 크게 신장되어 기업가적 행태가 진전되었다. 그리고 민간 1차 진료의사의 경우에는 개인 전문의, 공동개업, 협력(cooperative), 네트워크, 자원조직(voluntary organizations), 자조그룹(self-help groups), 상업적 기업의 형태가 등장하는 변화를 경험하였다.

구 공산권 국가들의 경우에는 과거에 1차 진료의사들이 정부의 피용자였는데 사회보험을 도입함에 보험자와 계약하는 자영자 신분으로 전환되고 있으며 독자적으로 간호사를 채용하고 있다. 몇몇 연구 결과는 구 공산권 국가들에서 1차 의사의 신분 전환이 효율성, 질, 소비자의 반응을 모두 개선시키고 있음을 입증하고 있다(WHO 2002).

스웨덴의 경우 1998년 선거에서 몇 개 주에서 자유연합당이 승리함에 따라 공공영역 내에서 민간공급자의 역할을 확대하고 공적 공급체계 내에 민간과 유사한 원리를 도입하는 것을 강조하였다. 전문가에게 진료 받기 위한 최초의 환자 진입지점에 계약되지 않은 민간 공급자를 포함시켜 환자의 선택권을 확대시키는 등 민간영역의 계약 의사를 늘리는 것이 지속되었다. 1999년에 스톡홀름 종합병원을 주 의회가 민간기업(Capio BA)에 매각하였다. 이 기업은 스칸디나비아 여러 국가들과 영국, 폴란드, 스위스 등지에서 공공병원보다 7-12% 짝 가격으로 정부와 계약을 맺어 의료를 공급한다. 그러나 스웨덴 중앙정부의 강력한 반발로 2001년부터는 공공병원이 민간에 넘겨지는 것을 금지하고 있다.

2) 사적 재원조달(private funding)

사적 재원조달은 민영보험과 본인부담(본인일부부담, 직접전액부담, 비공식적인 지불)으로 나누어진다. 그리스, 이탈리아, 포르투갈, 스위스에서는 총의료비의 30% 이상이 사적으로 조달(주로 본인부담)되고 있다. 프랑스와 네덜란드에서는 민영보험이 활성화 되어있지만 다른 OECD 국가들은 그렇지 못하여 본인부담의 비중이 민영보험의 비중보다도 높다(WHO 2002).

민영보험이 스위스에서처럼 강제적 보험 역할을 하는 경우도 있다. 1996년 이래 스위스 국민들은 공공이든 민영이든 보험구매할 것을 법적으로 강제받는다. 보험자는 사회보험연방청에 등록하여 회계감사나 행정감사를 받는다. 보험회사는 강제보험에서 이윤을 창출해서는 안 되며 보험료는 지역사회단위로 집단률(community rate)로 책정된다.

민영보험에는 대체적인 성격의 보험과 보충적 또는 보완적인 성격의 보험이 있다. 대체적 성격의 보험은 독일과 네덜란드에서 볼 수 있다. 이 두 나라는 일정 소득이상의 사람을 사회보험의 적용에서 제외시킨다. 사회보험에서 제외된 이들이 구매하는 보험이 대체적 보험(substitutive insurance)이다. 보완적인 보험(complementary insurance)은 사회보험에서 적용되지 못한 서비스를 위하여 가입하는 경우이며, 보충적인 보험(supplementary insurance)은 서비스를 더 빠르게 받기 위한 목적이나 소비자의 선택을 보장받기 위하여 지불하는 진료비를 충당하기 위한 것이다.

민영보험에 대한 정책은 나라마다 다르다. 뉴질랜드에서는 보건의료지출에서 민영보험이 차지하는 비율이 6.2%로 지난 20년 동안 약 6배 가까이 증가하였다. 오스트레일리아는 민영보험 확대를 위하여 가입자에게 소득세 감면 혜택 등을 부여하기도 한다. 프랑스도 보충적 보험이 정부로부터 지원을 받고 있어 가입인구의 비중이 높다. <표 1>은 주요 OECD 국가들에 있어서 민영보험의 형태와 가입인구 및 의료비에서의 비중을 나타낸 것이다. 민영보험이 적절한 규제없이 임의적일 때 접근성과 형평성 같은 가치의 문제와 더불어 비용통제나 효율성의 문제를 제기할 수도 있기 때문에 유럽에서 민영보험은 재원조달의 원천으로 중요한 역할을 하지는 못하고 있다.

사적 재원조달의 다른 요소로 본인부담(out-of pocket payments)이 있다. 본인부담은 의료비 전액의 본인부담, 비용일부분인부담, 비공식적인 지불로 구분할 수 있다. 전액본인부담은 사회보험이나 NHS에서 제공되지 않는 서비스의 이용에 대한 지불이다. 공적서비스에서 진료비의 일부를 본인에게 부담시키는 제도는 불필요한 수요를 억제시키기 위해서 시행된다. OECD 국가들의 절반은 환자가 첫 접촉하는 서비스에 대하여 본인부담을 시키고 나

머지 절반은 외래에 대하여 본인부담을 시킨다. 그리고 약제비에 대해서는 거의 모든 국가들이 본인부담제도를 택하고 있다.

뉴질랜드의 경우 개혁의 일환으로 2차 의료에 대해서도 본인부담제를 확대하였으며 본인부담을 소득에 비례시켜 부담시키는 방법을 도입하였다. 구 공산권국가들도 1990년대에 사회보험을 도입하면서 본인부담제도를 도입하고 있다. 이 제도가 수요자가 주도하는 의료이용에 한해서만 수요억제 효과가 있음에도 불구하고 계속 유지되는 것은 본인에게 비용 일부를 부담시키는 것만큼 공적의료비가 절감되기 때문이다. 비공식적인 지불이란 의료이용 시 공급자에게 선물이나 촌지를 제공하는 것을 말한다.

<표 1> 주요 OECD 국가의 민영보험 가입인구비율 및 민영보험의 성격(2000)

국가	민영보험재정의 비중(%)	가입인구 비율(%)	민영보험의 성격
오스트레일리아	7.9	45	mostly supplementary
덴마크	1.6	28	mostly complementary, some supplementary
프랑스	12.6	90	mostly complementary
독일	7.1	9	substitutive
네덜란드	17.5	10(of SHI)	supplementary and/or complementary
		29	substitutive
뉴질랜드	6.2	93(of SHI)	mostly complementary
		33-37	complementary and supplementary
스웨덴	0.1	1-1.5	supplementary
영국	3.5	11.5	complementary and supplementary

주 : 1) 민영보험 재정의 비중이란 국민의료비에서 차지하는 민영보험재정의 비중임.

2) SHI는 사회보험적용인구 가운데서 차지하는 비율을 의미함.

3) 독일과 네덜란드의 경우 고소득자는 사회보험의 적용에서 제외되기 때문에 이들은 민영보험을 대체적(substitutive) 보험으로 구매함.

자료 : WHO, Europe(2002), European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*

4. 환자권리 강화를 위한 선택권 확대

환자권리 강화란 의료기관 선택, 진료과정 결정, 지역단위 보건의료 체계 내의 의사결정과

정에서 환자의 발언권이 보다 커지는 것을 의미한다(Saltman and Figueras 1998). 환자의 권리와 관련하여 여러 국가들이 환자 권리 장전을 제정하거나 환자들의 ombudsman제도를 택하거나 아니면 의료서비스의 질 보장을 위한 제도적 장치를 강구하고 있다.

소비자 선택은 의료공급자를 선택하는 것과 보험조합을 선택하는 것으로 나눌 수 있다. 보험조합을 선택하는 문제는 경쟁원리의 도입과 관련하여 앞서 논의한 바 있다.

의료공급자에 대한 선택은 일반의 또는 가정의를 선택하는 것과 전문의를 선택하는 것으로 나누어진다. 대부분 국가에서 일반의에 대한 자유로운 선택은 허락하고 있다. 그러나 한번 선택한 일반의에 대해서는 일정기간 그 의사만을 단골로 방문해야 하는 제한을 두고 있는 국가가 많은데, 독일은 3개월, 덴마크는 1년으로 하고 있다(WHO Europe 1997). 전문의 선택을 환자에게 맡겨야 한다는 주장과 일반의가 의료이용체계 내에서 문지기 역할을 해야만 한다는 주장이 여전히 논란의 대상이 되고 있다(Saltman and Figueras 1998).

병원 선택에 대하여 일반적인 유형은 없으나 많은 국가들이 환자 적체를 해소하고 만족도를 제고하기 위하여 선택의 폭을 넓히는 추세에 있다. 현재까지는 제한된 선택을 주기보다는 선택의 자유를 보다 확대하는 것이 병원의 생산성이나 환자의 만족도, 환자 적체 해결에 있어서 보다 유효하다고 평가되고 있다(WHO Europe 1997).

영국은 2002년 개혁 안에서, 대기시간과 치료 방법에 대한 정보에 접근할 수 있도록 하여 대기환자들이 대안적인 공급자를 선택할 수 있는 기회를 갖게 되는 스칸디나비아식 개혁을 채택하였다(Ministry of Health, UK, 2002). 영국 NHS 환자들이 일반의에게서 의뢰서를 받아서 전문의에게 진료받기까지의 대기시간은 진료과목마다 달랐다. 새로운 인센티브의 축이 되는 것은 환자의 선택권이다. 정부는 병원이 환자에 의해 선택되는지 여부에 따라 예산이 배분되도록 개혁하여 병원의 수용능력을 키우고 있다. 영국은 이러한 개혁을 '병원이 더 이상 환자를 고르지 못하도록 하고 환자가 병원을 선택하도록 하는 개혁'이라고 평가하고 있다.(Ministry of Health, UK, 2002).

스웨덴은 환자가 의료공급자의 선택 폭을 넓히는 방향으로 개혁을 전개하여 1989년에 개혁안을 통과시켰고 1999년에는 이를 더욱 확대하는 쪽으로 법률을 개정하였다. 스웨덴에서는 환자가 최초의 공급자를 선택할 때 민간 영역의 의사나 공공 영역의 의사 중 아무나 선택할 수 있다. 다만 환자가 자기가 거주하는 주를 벗어나서 공급자를 선택할 경우에 적용하는 특별한 규칙들을 정해두었다. 1992년에는 최대 대기기간을 3개월로 설정하고 이 기간을 초과할 경우에 다른 병원, 다른 주에 속한 병원, 또는 민간병원으로의 이송을 허용하였으며 1993년에 모든 주 의회는 1차 진료처의 자유 선택권을 인정하고 병원선택권과 함께 다른 주의 병

원도 선택할 수 있도록 하였다(Anell 1996). 또한 환자가 Health Center를 방문한 경우 방문 당일에 간호사에게 진료 받을 수 있어야 하고, 일반의에게 예약을 한 경우라면 8일 안에, 그리고 전문의에게 진료를 예약한 경우라면 3개월 안에 진료 받을 수 있어야 하는 것을 1997년부터 법률로 보장하고 있다. 이것은 스웨덴 보건의료체계의 중요한 문제 중 하나인 대기환자 적체로 인한 낮은 질을 개선하고자 한 것이다.

그런데 각 주의 지역이기주의가 환자의 선택권을 제약하고 있다. 1992년 개혁안에서 일정 기간 내에 입원이 어려우면 다른 주의 병원에 입원하는 것이 가능토록 하였으나 환자가 유출되는 지역에서는 주 경계를 넘는 환자의 진료비를 통제함으로써 자기 주 내에서 진료하도록 유도하고 있기 때문이다(Anell 1996). 현재 스웨덴에서는 대부분의 병원이 공공병원인 의료체계 내에서 영리민간병원을 금지하는 것을 법률에 명시해야 하는가에 대한 논쟁이 진행되고 있다(Hjortsberg and Ghatnekar 2001).

덴마크에서도 환자에 대한 권리를 강화시키는 개혁이 이루어졌다. 1993년 이전까지 덴마크 환자들은 자신들이 거주하고 있는 주의 병원만을 이용할 수 있도록 제한을 받았으나, 1993년부터는 전문화 정도가 같은 동급의 병원을 이용하는 경우에는 어느 주에 있는 병원이든 선택이 허용되었다. 또한 민간영역의 공급자를 찾는 대안도 허용되었다. 2000년에는 악성종양과 심장질환을 가진 심각한 환자에게 임상검사, 진료 및 추후 관리 등을 위한 대기시간이 각각 2주를 넘기지 않도록 하는 것을 법률로 보장하였으며, 2002년 7월부터는 급성질환이 아닌 경우 두 달 안에 진료받는 것을 보장하고 있다.

5. 전달체계의 변화

전달체계(delivery system)는 계층적 지역주의에 입각하여 환자에게 제공되는 서비스의 난이도 및 전문성의 정도를 기준으로 1, 2, 3차의 의료기관들을 의뢰제도(referral)로 연계시켜 단계적으로 이용토록 함으로써 한정된 자원을 효율적으로 이용하기 위하여 구축되었던 것이다. 이러한 체계는 상병구조가 급성질환이던 시기에 발전되었던 것인데 1990년대에 이러한 통념과 규칙에 변화가 나타나기 시작했다.

주요한 변화를 요약하면 첫째, 환자가 의료전달체계에 진입하는 지점(entry point)이 다양화되어 반드시 1차 의사를 거치지 않고도 전문화된 서비스에 접근하는 것을 허용하는 방향이며 둘째, 진입지점의 다양화를 실현하기 위한 전제 조건으로 병원의 역할이 변화하고 있으며 셋째, 다양한 형태로 나타나는 '통합의료(integrated care)'라는 새로운 개념이 등장하

는 것 등이다.

1) 진입지점의 다양화¹⁹⁾

영국은 2002년 개혁에서 NHS가 보건의료서비스의 지불 및 사용 주체인 수요자의 니드에 대해 보다 민감하게 반응하고 환자에게 더 많은 권한이 주어지도록 진입지점의 다양화를 기하고 있다(Ministry of Health, UK, 2002). 영국이 2005년부터 도입하기로 한 on-line 진료에 약제는 일반의들과 상담을 통하여 지역 NHS병원을 포함하여 진단 및 처치센터, 민간병원, 해외병원까지가 모두 포함하여 진료를 받을 수 있도록 하고 있다. 이 제도는 여러 병원들의 대기시간을 비교하고, 일반의와 어떤 병원이 더 많은 환자를 더 빨리 수용할 능력이 있는지 on-line 상에서 상의하고 예약도 가능토록 하고 있다.

스웨덴의 경우는 영국보다 한발 앞서 1990년대 초반에 공급자에 대한 환자의 선택권 보장을 통하여 진입지점을 다양화하였다. 현재 스웨덴에서는 환자가 처음 진료받을 때 1차 의료센터와 병원외래 중 어디나 선택할 수 있으며 스웨덴 외래진료의 약 50%가 병원에서 이루어진다. 스웨덴에서는 본인부담금 차이를 통하여 환자의 진료체계를 조정할 따름이다. 즉 병원외래를 찾거나 전문의 진료를 직접 원하는 경우, 본인이 지불하는 본인부담금을 1차 의료센터를 방문했을 때보다 높게 책정하여 환자의 선택에 영향을 미치고 있을 뿐이다.

스칸디나비아 국가들과 영국의 진입지점의 다양화가 공급자의 자율성(autonomy)도 또한 증진시키는 결과를 낳고 있는 것으로 보인다. 의료전달체계의 문지기로서 1차 의사의 역할이 종전보다는 줄어든 대신 병원외래와 진단 및 처치 전문센터에 대한 이용률이 높아지고 있으며 병원의 기능 분화와 다양화 및 전문화를 촉진시키는 등 의료전달체계 상에 변화가 나타나고 있다.

2) 병원역할의 변화

의료개혁에서 병원 역할의 변화를 빼 놓을 수 없다. 그것은 병원이 의료체계에서 차지하는 역할이 그만큼 중요하기 때문이다.

McKee and Healy(2002)는 병원의 중요성을 다음과 같이 설명하고 있다. 첫째, 자원사용과 관련하여 병원이 의료체계 내에서 차지하는 비중이 높다. 병원에는 한나라 의사의 절반 이상이, 간호사의 4분의 3이 고용될 정도로 비중이 크다. 둘째, 병원은 단지 환자를 치료만 하는 곳이 아니라 교육과 연구를 수행하는 곳이며 지역경제에 영향을 미친다. 셋째, 인구

19) 진입지점의 다양화는 결과적으로 환자의 공급자 선택권과 결부된다.

구조의 변화, 새로운 질병의 출현과 질병 및 사망 패턴의 변화, 신약과 신기술 개발로 인한 치료 가능성 및 기회의 확대 등이 병원의 역할을 바꾸게 된다. 넷째, 보건의료서비스와 복지서비스의 접점이 변화하면서 치료의 패턴이 바뀌고 입원치료보다는 통원치료가 많아진다. 다섯째 병원에 대한 새로운 지불방식이 등장하고, 성과에 대한 규제가 많아지고, 지배방식에 있어서도 새로운 모형이 등장함으로써 인해 병원은 리엔지니어링 되고 있다.

1990년대를 거치면서 병원의 변화를 살펴보면(McKee and Healy 2002) 병상 규모가 작아지고²⁰⁾ 평균재원일수가 짧아지고 있다. 구 소련 연방에 속해 있었던 15개 국가들은 급성질환 병원과 만성질환 병원 둘 다 병상규모 면에서 최고였는데 1990년대 들어 병상규모를 줄이기 시작하였으며, OECD국가들에서도 <표 2>에서 볼 수 있는 바와 같이 1980년 이후 꾸준히 급성질환 병상 수를 감소시켜 왔다.

<표 2> 1980년과 1995년의 주요 OECD국가의 병상수 비교 (인구1,000명당)

국 가	1980	1995
네덜란드	12.3	11.3
독 일	11.5	9.7
프 랑 스	11.1	8.9
벨지 움	9.4	7.6
스 웨 덴	15.1	6.3
영 국	8.1	4.7
아일랜드	9.6	5.0

자료 : OECD Health Data, 1997; and WHO Health for All Database.

이러한 변화는 장기돌봄 및 간호요양시설의 증가, 지역사회에 기반한 보건서비스와 복지

20) 1980년에서 1995년 사이에 서유럽국가 대부분에서 병원 병상수가 유의하게 줄어들었다. 이는 아마도 비용억제 정책과 의료기술상의 변화 그리고 1차의료와 복지서비스(social care)에 대한 의존도가 늘어났기 때문일 것이다(Saltman and Figueras, 1998). 현재 유럽전체 병원 수는 약 15,000개 정도인데 이 중 8,000개 정도가 급성기 환자를 받는 종합병원(acute/general hospital)이고 6,000개 정도가 장기요양 및 재활병원이며, 나머지 1,000여개는 정신병원이다. 병원의 규모는 매우 다양하나 약 200병상 규모에 4-5개 진료과를 운영하며 30여명의 의사와 100여명의 간호사가 고용된 형태가 평균적이다. 이보다 작은 규모인 100병상이하의 병원이 전체의 약 40%이며 100-199병상 규모의 병원이 21%정도를 차지하고 이러한 병원들의 대부분은 교외에 위치한다(Stroetmann A.K and Stroetmann N.V, 2003).

서비스 제공, 외과 영역에서의 기술 진보로 인한 침습적(invasive) 수술 최소화 등 복합적인 요인들에 기인한다. 또한 case manager가 진료 경로를 조정함으로써 입원일수를 단축하고 병상수를 감소시키는데 기여하였다. 어떤 병원들은 외래, 재활 낮병원, 간호시설 같은 다른 영역의 서비스를 포함하여 수직적으로 통합된 형태로 변모하고 있다.

3) 통합의료의 등장

의료 전달체계상의 가장 큰 변화는 '통합의료(integrated care)'의 등장이다. 통합의료란 진단, 치료, 돌봄, 재활 및 건강증진과 관련된 서비스 생산을 위해 자원의 투입, 전달(delivery), 관리(management) 및 조직화를 한데 모아 놓은 개념으로서 통합은 접근성, 질, 이용자 만족과 효율성의 측면에서 서비스를 향상시키기 위한 수단이다(Gröne and Garcia-Barbero 2001).

통합의료의 기본 개념은 미국의 관리의료에서 기원을 찾을 수 있으며²¹⁾, 현재 유럽에서도 쟁점이 되고 있다(Stefan Greß et al, 2001). 통합의료는 진료의 연속성과 포괄성을 보장하기 위한 환자 중심적 접근이라는 공통점을 가지고 있으며, 의료전달체계 상의 변화를 통해 구현되고 있다(Simoens and Scott 1999).

통합의료의 등장하게 된 배경은 첫째, 수요측면에서 인구고령화와 질병양상의 변화, 국민들의 의료에 대한 기대감 증대, 환자권리의 신장을 들 수 있으며 공급측면에서는 의료기술과 정보시스템의 발전, 정책적 측면에서는 증가하는 의료비를 억제해야 한다는 경제적인 압력을 들 수 있다(Gröne and Garcia-Barbero, 2001).

둘째, 노인을 둘러싸고 여러 종류의 의료전문가들이 관여함에 따라 한 조직이 여러 서비스를 조화시켜 노인의 니드에 부합하는 서비스를 제공할 필요성이 제기되었다. 그리고 노인들은 병원이나 다른 시설에서 서비스를 받기보다 자신의 집에서 서비스를 받기를 원하며 정부는 의료비 증가를 억제할 목적으로 병원이나 다른 시설에서 제공하는 서비스를 지역사회에서 제공할 수 있도록 새로운 시스템을 강구해야만 했다(Boydell 1996).

통합의료는 비용 대비 효과를 촉진하고 질을 보장하며 서비스 제공에서의 단절·중복·과잉을 줄이며, 서비스의 전 스펙트럼을 조정하여 제공하는 개념이다. 통합의 형태는 (1) 진료

21) managed care의 전형은 HMO에서 찾을 수 있다. 여기에는 일반의나 가정의, 그리고 전문의들이 함께하며, 입원시설도 갖추어 1,2,3차 기능을 모두 갖고 있다. 환자가 HMO를 찾으면 case manager(초기에는 일반의였으나 최근에는 간호사를 이용)가 환자의 증상을 참작하여 일반의에게 보내거나 전문의에게 바로 보내기도 한다. 물론 일반의에게 간 환자가 필요하면 자체 HMO 내의 전문의에게 후송된다. HMO는 보험자와 통상 인두제로 진료비를 계약한다.

과목 간의 통합, 의료기관들 간의 통합 등으로 나타나는 수평적 통합(horizontal integration)과 (2) 재활·치료·예방·돌봄·요양 등의 서비스가 통합되거나 공급자와 보험자가 통합되는 것 또는 난이도와 전문성의 정도가 다른 서비스를 제공하는 병원과 의원이 통합되거나, 진료서비스와 복지서비스가 통합되어 네트워크를 구축하는 등의 수직적 통합(vertical integration)으로 분류할 수 있다(Gröne and Garcia-Barbero, 2001).

영국은 1997년 노동당 정부에서 《The New NHS : modern, dependable (Secretary of State)》란 보고서를 통해 내부시장을 통합의료로 전환하였다. 통합의료를 위하여 PCTs²²⁾를 만들고 각 PCTs가 약 인구 10만명 정도를 담당하게 하였다. PCTs로의 전환은 과거 내부시장에서 강조하였던 구매자 기능보다는 1차 의료서비스와 복지서비스의 연계와 통합을 강조하여 이 두 서비스 영역 간의 코디네이터 기능을 강화하였다²³⁾.

독일은 2000년에 의료개혁법(Health Care Reform 2000)을 제정하여 의료기관간의 협력을 강조하는 통합의료(integrated care) 개념을 도입하였다. 독일이 도입한 통합의료는 1차 의료와 병원의료의 조화 그리고 외래, 입원, 재활부문간의 협력을 강화하여 효율을 기하고자 하는 모형이다(Wiegand 2000).

덴마크 정부는 지난 1993년에 DRGs 분류체계와 보건의료분야에서의 정보화기술 전략에 대한 정책 제안을 한 바 있으며, 2000년에는 전국단위의 보건의료 질 평가 지표와 활동기준 재정배분(activity-based financing)에 대해서도 발의하였다(Vallgards et al 2001). 지방정부 수준에서는 병원표준심사(accreditation) 및 질 보장 프로그램에 대해 정책제안이 있었으며, 하나의 통합된 전달구조 내에서 여러 진료과의 의사들이 연계되어 있는 matrix 구조를 가진 기능 중심 단위를 근간으로 하는 새로운 전달체계를 모색 중에 있다(Busse R. et al, 2002).

네덜란드는 1994년 이래 통합의료의 한 형태인 'trans-mural care'를 발전시켜왔다. Trans-mural care는 1차 의료 제공자와 전문의 간에 전체적인 책임은 공동으로 지며 각자가 위임받은 책임은 구체화하여 협력과 조화를 기초로 제공되는 서비스로 정의된다(Babara et al. 2001). 이것의 목적은 서비스의 산출물과 생산과정의 질을 향상시키기 위한 것으로 특히

22) PCTs에는 개업 일반의(GPs), 치과의사, 약사, 간호사, 사회복지사 등으로 구성된 지역사회를 바탕으로한 조직체이다. 그리고 PCTs는 지역보건당국(Health authority)이나 사회서비스를 제공하는 다른 조직과 연계되어 활동한다. PCTs의 주요 기능은 지역주민에게 1차의료와 사회복지서비스를 제공하고 병원서비스를 구매(commissioning)하는 활동을 하고 있다.

23) 내부시장은 구매자와 공급자의 분리를 통한 시장경쟁에 초점을 둔 반면, 통합의료는 지역사회 단위로 PCTs를 만들어 1차의료와 사회복지서비스를 제공하고 병원서비스의 구매를 하는 기능을 부여하여 1차와 2차간의, 외래와 입원의료 간의, 보건의료와 지역사회 복지 서비스 간의 상호협력을 강조한다.

효과성, 소비자 중심, 연속성, 접근성, 통합성, 서비스의 효율을 제고하는데 있었다(Babara et al. 2001).

통합의료의 다른 한 형태는 미국에서 흔히 볼 수 있는 수직적 통합이다. 수직적 통합은 기능이 다른 여러 의료기관의 통합을 의미한다. 수직적 통합이 포괄적이 되는 경우는 의료보험과 서비스공급 기능을 관리의료조직(managed care organization)속으로 결합시킬 때이다(Chase 2002). 수직적인 통합에는 소유권을 바탕으로 하는 통합, 전략적인 협력이나 공동 투자자의 형태를 통한 사실상의 통합(virtual integration)이 있다. 미국에서 수직적 통합이 이루어진 배경은 경쟁의 심화, 클린턴 개혁안의 영향, 보험에서 지불방법의 변경²⁴⁾, Anti-trust 법의 영향 등을 들 수 있다(Chase 2002).

수직적 통합의료를 실현시킨 전형적인 사례는 미국의 HMO에서 볼 수 있다. HMO는 보험자 기능을 보유하면서 1차 의사와 병원, 그리고 전문의는 물론 최근에는 간호사까지 참여시켜 간호사에게 case manager 기능을 부여하여(Feldstein 1999) 비용절감을 통하여 경쟁의 우위를 점하려 노력하고 있다.

6. 진료비 지불방법의 개혁

지불방법의 변경은 자원배분의 재구성을 위한 전략이다. 지불방법의 변경은 1차 진료의사에 대한 것과 병원에 대한 것이 있다. 독일은 1차 진료비는 과거부터 사용하던 총액예산제를 통하여 서비스의 양과 서비스의 혼합(service mix)을 통제하고 지출총액을 통제하고 있다.

병원에 대한 지불방법을 보면 조세로 재원을 조달하는 국가들에 있어서는 과거의 일방적인 통보방식의 통제적 접근법에서 벗어나 보다 실적위주의 접근법(performance-related approach)으로 바꿈으로써 병원간의 경쟁을 유도하는 방안을 채택하고 있다. 과거에는 주로 전년도 예산을 기준으로 증액하는 통제적인 방식을 택하였으나 최근에는 DRGs방법과 유사한 활동기준 사전예산제(activity-adjusted prospective budgeting)로 바꾸고 있다. 그리고 사회보험을 택한 국가들은 병원의 입원일수나 입원건수와 같은 활동을 기준으로 하는 사전총액예산제(prospective global budget system)를 택하고 있다. 진료비 지불자는 이러한 방법을 통하여 병원들에 대하여 비용통제나 자원 사용의 효율화와 같은 구체적인 목적의 달성을 요구하게 되었을 뿐만 아니라 병원간의 경쟁도 부채질하는 방안을 택하고 있다.

24) Health Plan이 공급자에게 총액인두지불방식(global capitated payment)을 선호함에 따라 공급자들은 생존을 위하여 통합의 길로 나가는 결정적인 요인이 되었다.

독일은 1993년 의료구조개혁법을 제정하여 질병금고와 병원간에 협상을 통하여 총액예산 방식으로 병원진료비를 배분하고 있다. 신투석, 소아종양, 집중진료실은 특별 1일당진료비가 적용된다. 신장이식, 간이식, 심장수술 등과 같은 질환은 DRGs와 유사한 건당진료비 방식으로 진료비를 지불한다. 약제비에 대해서도 총액예산제를 도입하였다.

영국의 경우 정부가 예산을 병원에 할당하는 방식(budget rationing)이었는데, 1991년 내부 시장 모형이 채택된 후에는 병원은 전년도의 실적을 기준으로 구매자와 예산총액을 협상하는 방식으로 전환하였다(World Bank 2000).

네덜란드는 Dekker 개혁안이 나오기 이전에 1차 의사는 인두제로, 병원은 예산할당제에 의하여 진료비를 지불받았다. Dekker 개혁안은 의료공급자가 질병금고와의 독자적인 계약을 통하여 진료비를 받을 수 있도록 하였기 때문에 의료기관들에게 자율적 경영이 가능해지는 경제적인 인센티브가 주어졌다.

스웨덴도 공급자들에 대하여 새로운 지불방법인 DRGs를 도입하였다. DRGs는 입원 서비스에 한정하였으며 외래 서비스에 대해서는 주 의회 나뉠대로의 분류 방법에 따라 진료비를 지불하도록 하였으나 1개 주에서는 외래서비스에 DRGs를 혼합하여 사용하였다(Anell 1996). 핀란드도 병원은 DRGs로 진료비를 지불받고 있다(Rico and Wisbaum 2002). 영국도 Health Related Groups이라 알려진 DRGs와 유사한 지불방법을 행위와 지불을 기록하기 위하여 개발하는 중이다(Ministry of Health, UK. 2002).

7. 공중보건의 역할 재정립

의료개혁의 또 다른 중요한 주제는 의료수요를 원천적으로 줄이도록 공중보건의 역할을 증가시키는 것이다(WHO Europe 1997, Figueras, Mckee, Cain and Lessof 2004). 유럽에 속한 대부분의 OECD 국가들에 있어서 급성전염병들은 이미 1960년대를 거치면서 거의 퇴치됨에 따라 그 동안에 공중보건의 중요성이 간과되었다. 그러다 인구고령화와 함께 상병구조가 만성질환 구조로 바뀜에 따라 만성질환을 예방하는 건강증진사업의 중요성이 대두되기 시작하면서 공중보건에 대한 새로운 자각으로서 개혁이 모색되었다.

만성질환은 현존하는 의료지식으로는 발병원인도 모르고, 발병시기도 모르며, 완치가 어려운 것으로 알려져 있다(Strauss and Corpin 1988). 그럼에도 불구하고 만성질환이 생활습관과 관련이 있다는 점에 보건학자들이 동의하고 있다. 인간의 건강을 결정짓는 요인에 대하여 이미 1974년 Lalonde는 건강장 개념으로 설명한 바 있다. 최근에는 건강 결정요인으로 연령,

성, 유전적 요인과 같은 생물학적 요인과 개인의 라이프 스타일, 생활습관에 좌우되는 행태적 요인이 있으며, 개인의 이러한 행태는 사회적인 규범, 지역사회 네트워크에 의하여 좌우되며 생활조건, 작업조건, 보건의료환경 등의 요인에 영향을 받는 것으로 알려져 있다(Bobak et al 2002). 따라서 만성질환은 병의원을 중심으로 하는 의료적 서비스보다는 생활관습을 바꾸는 것이 오히려 유효하다는 것이다. 이러한 생활관습의 변화를 개인에게만 맡겨 둘 수 없고 국가적인 차원에서 노력하자는 것이 바로 건강증진사업이라 하겠다.

이에 1986년 캐나다 Ottawa에서 열린 세계보건기구 총회에서는 만성질환에 대비한 예방사업으로서 건강증진의 중요성을 인정하고 이를 공중보건사업으로 각국에 권유하는 결의안을 채택하면서 종래 전염병관리를 중심으로 하던 공중보건과 구분하기 위하여 신공중보건(New Public Health)으로 개념을 정의하였다. 이런 배경이 종래의 위생-역학적인 서비스(sanitary-epidemiological services) 중심의 공중보건에서 탈피하여 생활관습을 바꾸는 건강증진을 중심으로 하는 신공중보건 개념을 탄생시켰다(Saltman and Figueras 1998). 특히 영국, 독일, 프랑스, 네덜란드 등에서 공중보건에 대한 새로운 인식이 대두되고 있다. 이는 지역별로 조기사망률의 차이가 크고 보건의료의 질에서도 차이가 많기 때문이다. 또한 식품·환경·약물과 관련하여 안전성 문제에 여론이 집중되어 이러한 요구에 부응하기 위하여 중앙정부 및 각 지역차원에서 조직화된 프로그램을 증가시키고 있다(Busse R. et al, 2002). 또한 1990년대 이후 구 공산권 국가의 의료개혁에서 공중보건의 중요성이 강조되고 있다(Bobak 2002). 그러나 공중보건 부문에 대한 정부 역할 확대 경향에 대하여 지나치게 규범적인 가치관에 의한 관리라는 비판도 있다(Kieke 1999).

V. OECD국가 의료개혁의 시사점

지금까지 고찰한 OECD 국가들의 최근 개혁 동향을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 경쟁체계를 통하여 의료체계 전반에 대한 효율성 제고를 모색한다는 점이다. 경쟁을 도입하기 위하여 베버리지 모형의 국가들에서는 내부시장을 통하여 소비자를 대신하는 구매자 조직을 만들었고, 비스마르크 모형의 국가들에서는 소비자를 대신하는 조직으로 질병금고를 활용하였다. 정부가 주민에 대한 의료공급을 책임지는 전통을 갖는 국가들에서 이러한 개혁 노력이 단기간에 성과를 얻기는 어렵지만, 의료체계에서도 경쟁이 필요하다는 인식을 갖

고 새로운 틀을 모색하였다는 것이 큰 변화가 아닌가 여겨진다.

둘째, 분권화의 모색이다. 중앙집권적인 명령(command and control model)이 갖는 비효율성에 대해서는 대부분의 유럽의 OECD 국가들이 인식을 하는 것 같았다. 이에 대한 개혁으로 중앙정부에서 하위수준의 행정기구로 행정적·재정적 책임이 이양되고 있다. 이는 자원배분방식을 ‘중앙집권적 명령’ 모형에서 협상에 의해 계약을 체결하는 모형인 ‘위험분담 조정(risk-sharing arrangements)’ 모형으로 변화시킨 것이다. 이미 비스마르크형의 국가들은 분권화가 많이 이루어졌으나 베버리지 형 국가에서의 내부시장의 모색은 이러한 분권화의 한 형태라 하겠다.

셋째, 유럽에 있는 OECD국가들은 공급자에 대한 개개환자들의 선택의 폭을 넓히는 것을 포함하여 정책과정에서 소비자의 대표성을 증가시키고 입법을 통해 환자의 권리를 보호하는 등 소비자의 권한 강화에 역점을 두고 있다.

넷째, 민영화의 모색이다. 민영화는 재원조달과 서비스 공급이라는 양 측면에서 추진되고 있다. 재원조달에서는 민영보험의 강조보다는 본인부담을 통한 공적재정의 부담을 낮추는 것이, 서비스 공급에서는 소유권의 민간이전이 아니라 기업가주의를 도입하는 것이 강조되고 있다.

다섯째, 인구구조와 상병구조 변화에 대처하여 의료전달체계에 대한 개혁으로 통합의료모형이 제기되었으며, 또한 의료수요를 근본적으로 줄일 수 있는 방안으로 공중보건을 재정립하여 건강증진 중심의 신 공중보건을 강화시키는 개혁을 진행하고 있다.

여섯째, 비록 경쟁원리와 분권화, 민영화 추진되어도 정부의 개입을 통하여 의료비를 절감할 수 있는 분야에서는 오히려 정부의 규제가 강화되었다는 점이다. 이것은 주로 지불제도 등의 개혁에서 볼 수 있다.

OECD 국가들의 개혁에서 우리가 얻을 수 있는 교훈은 다음과 같다.

첫째, 정부에 의한 통제방식은 소비자의 기대에 대한 반응에서의 문제, 의료 질에서의 문제, 의료체계의 효율에서의 문제 등을 초래하므로 보완적인 조치들로 의료분야에서도 경쟁을 모색할 필요가 있다. 시장실패 논리에만 천착하기 보다는 정보의 비대칭성을 교정할 수 있는 방법으로 경쟁원리를 도입하는 것도 가능하다는 시각에서 정부의 역할, 의료관리의 패러다임을 바꾸는 학술적 논쟁이 필요한 시점에 이르렀다고 판단된다. 이러한 논쟁을 통하여 우리에게 적합한 의료체계를 구상할 수 있을 것이다.

둘째, 경쟁을 위하여 NHS 국가마저도 구매자와 공급자를 분리하고 구매자와 공급자간의 계약을 통하여 서비스를 제공한다는 점에 주목해야 한다. 우리의 경우 의료보험제도 도입 초

기부터 지금까지 모든 의료기관을 요양기관으로 강제지정하고 정부의 지침에 의하여 서비스가 제공되는 시스템을 고수하고 있어 의료서비스의 왜곡이나 서비스 질 향상에 문제를 만들고 있는 것은 아닌지 검토해 볼 필요가 있다. 사회보험을 택하더라도 일부 의료기관은 자비 부담환자를 볼 수 있는 여지를 두어 사회보험의료와 민영의료 간에 경쟁도 하고 의료서비스의 수준도 관리하는 방법을 모색할 때가 아닌가 여겨진다.

셋째, OECD 국가에서 통제 중심에서 경쟁을 보완적으로 활용하는 방향으로 개혁이 이루어짐에 따라, 병원에 대하여 예산을 할당(global budgeting)하는 과거의 방식에서 계약기준이 되는 성과를 향상시키기 위하여 DRGs와 같은 지불방법으로 전환되고 있다. 우리의 경우 최근에 보험재정위기의 타개책으로 예산할당제가 거론된 바 있는데, 이 방식은 정부 통제시스템을 지향하는 것이다. 지불제도에 대하여도 과연 예산할당제와 같은 방법이 효율을 제고하고 서비스의 수준을 향상시키는데 부합하는지 논쟁이 필요한 때이다.

넷째, 의료공급체계와 관련하여서도 새로운 체계를 모색할 필요가 있다. 유럽에서는 인구 고령화, 상병구조변화, 정보기술의 발달 등으로 인해 새로운 전달체계가 모색되고 있다. 그 중 하나가 One-stop 서비스가 가능한 통합모형이다. 우리는 지난날의 전달체계에 대한 고정관념에 매여 주치의 제도를 통한 서비스의 단계적 이용에 골몰하고 있지는 않는지 생각해 볼 때이다. 우리는 현재의 공급시스템으로 21세기를 대처해나가는 소비자들로부터 환영받지 못하는 의료체계를 유지하게 될 것이다. 우리도 독립적인 의료기관들 간에 이루지는 단계적인 서비스 이용패턴이 비용증가적임을 인식하고 통합의료와 같은 새로운 공급체계를 통하여 하나의 조직체 내부에서 이루어지는 자발적인 전달체계와 같은 시스템²⁵⁾도 검토할 때가 되었다고 하겠다.

다섯째, 공공의료와 관련해서도 새로운 논의가 필요한 때이다. 지금까지 우리는 공공의료를 공공기관이 설립한 의료기관에서 제공하는 서비스에 한정하여왔다. 그런데 정부가 정한 수가를 받고, 정부가 설립한 심사평가원에서 서비스 내용을 심사받는 건강보험요양기관에서 제공하는 서비스를 단지 설립자가 민간자본이라는 사실만을 근거로 민간의료로 분류할 수 있는지 논의가 필요한 시점이다. 그리고 공공지본에 의하여 설립된 의료기관은 자본비용을 전부 공공재정에서 지원받는데, 자비부담환자를 전혀 받지 못하는 요양기관으로서 단지 설립

25) 과거 독립적인 단계적인 전달체계와 통합의료 내부에서의 전달체계는 그 의미가 다르다. 과거에는 병이 나면 일단 1차 의료를 거쳐 의뢰서를 갖고 2차, 3차를 이용하지만, 통합의료에서는 care manager가 필요에 따라 바로 2차나 3차 전문의에게 보내기도 하고 1차에서 끝내기도 하는 다양한 전달체계를 경제적인 인센티브에 따라 운영한다. 그리고 반드시 1, 2, 3차 의료기관만으로 구성하는 것이 아니라 1차의료와 복지서비스가 결합되는 형태의 통합의료도 생각할 수 있다.

자가 민간이라는 사실만으로 정부의 지원에서 차등을 받아야 하는지 의료체계의 방향설정을 위하여 논의가 필요한 시점이라 하겠다.

여섯째, OECD 각국은 의료수요의 근본적인 억제를 위하여 건강증진을 신공중보건사업의 차원에서 추진하고 있다. 우리도 1997년부터 건강증진사업을 추진하고 있으나, 아직은 신공중보건사업이라기 보다는 기존 공중보건사업의 추가적인 사업 정도로 인식되고 있다. 보건소가 주민들을 대상으로 진료기능에 주력을 두는 현재의 전략에서 벗어나 의료수요를 근본적으로 억제할 수 있는 건강증진사업에 보다 주력해야하는 시점이 아닌가 여겨진다.

일곱째, 의료재원의 조달에 있어서 공공재정의 비중이 50% 정도에 지나지 않고 나머지는 환자의 부담으로 하고 있는 실정에서 가장 시급한 개혁은 공공재정의 비중을 높여 의료의 공공성을 제고하는 일이다. 그와 함께 자비부담 비중이 높은 현실을 직시하여 공보험의 역할만을 강조하는 것은 환자들의 어려움은 외면하는 결과로 귀결될 수도 있기 때문에 민영보험의 역할도 재원조달과 관련하여 논의할 필요가 있는 시점이다. 비록 유럽의 OECD 국가들이 민영보험을 강조하지는 않지만 이미 상당부분의 재정이 민영보험에서 조달되고 있음을 볼 때 우리가 민영보험을 무조건 외면하는 것도 소비자에게 도움이 되지 못함을 인식할 필요가 있겠다.

여덟째, 경쟁을 중심으로 하는 세계화와 같은 새로운 이데올로기에 부합하는 의료체계의 개혁이 필요한 때이다. 한 나라의 의료체계는 그 나라의 경제나 사회시스템을 운영하는 이데올로기와 부합될 때 효율을 발휘하게 된다. OECD 각국들은 21세기를 대비하여 분권화, 민영화, 경쟁을 모색하는데 우리는 여전히 형평논리가 중심 과제가 되고 있다. 전국민이 의료보장권에 있다는 사실보다 더 형평적인 것은 없다. 형평성 제고는 공공재정의 비중 증대를 통하여 해결토록 하고, 모든 문제를 형평이란 잣대에만 매달리면 의료체계가 발전하기 어렵다. 이제는 어떠한 패러다임이 소비자에게 질 높은 서비스를 제공하고 우리 의료가 발전할 수 있을지에 대하여 활발한 논쟁이 필요한 때이다. 우리의 의료체계에서 효율을 개선하기 위한 노력을 기울인다 해도 전국민이 의료보장권에 있는 우리의 의료체계는 결코 미국형이 될 수 없음을 명심하여 보다 과감한 사고의 전환이 필요하다고 하겠다.

참 고 문 헌

- 高智英太郎(1999). “ドイツ・「保険者選擇の自由化」から三年の軌跡をたどる,” 《健康保険》, 9
月號: 40-47
- Anell A.(1995). “Implementing Planned Markets in Health Services: The Swedish Case,” in
*Implementing Planned Markets in Health Care : Balancing Social and Economic
Responsibility*, edited by R.B. Saltman and C. von Otter, Buckingham: Open University
Press: 209-226
- Anell A.(1996). “The Monopolistic Integrated Model and Health Care Reform: the Swedish
Experience,” *Health Policy*, Vol 37: 19-33
- Ashton T.(1997). “Contracting for Health Services in the New Zealand: A Transaction Cost
Analysis,” *Social Science and Medicine*, Vol 43, No. 3: 357- 67
- Babara A. et al.(2001). “Integration of Care in The Netherlands: the Development of
Trans-mural Care Since 1994,” *Health Policy*, Vol. 55: 11-120
- Bloom A.L.(2000). “Context and Lead-up to Health Reform,” in *Health reform in Australia
and New Zealand*, edited by A.L. Bloom, South Melbourne: Oxford University Press
- Bobak M et al.(2002). *Advancing Public Health: 10 years of transition in central and eastern
Europe and the newly independent states of the former Soviet Union*, A background
paper prepared for USAID Conference, Washington, DC 29-31 July
- Boydell L.(1996). “European Prototype for Integrated Care,” *International Journal of Health
Care Quality Assurance*, Vol 9, No. 4: 30-32
- Busse R, and Dixon A et al.(2002). *Health Care Systems in Eight Countries : Trends and
Challenges*, European Observatory on Health Care Systems, April
- Chase C.(2002). “Physician and Health System Integration,” *Health Affairs*, Vol. 21. No. 1:
203-210
- Cheema G and D. Rondinelli.(1983). *Decentralization and Development*, Newbury Park: Sage
- Enthoven A.C.(1977). “Consumer Choice Health Plan: A National Health Insurance
Proposal”(Memorandum to HEW Secretary Joseph Califano, 22 September 1977),
reprinted in “Consumer Choice Health Plan: A National Health Insurance Proposal
based on Regulated Competition in the Private Sector” *The New England Journal of*

- Medicine, Vol 298(1978), No 12 and 13 : 650-58, 709-20
- European Observatory on Health Care Systems(2002), Health Care Systems in Eight Countries : Trends and Challenges, April
- European Observatory on Health Care Systems(EOHCS)(2001), Health Care System in Transition Australia
- European Observatory on Health Care Systems(EOHCS)(2000), Health Care System in Transition Belgium
- European Observatory on Health Care Systems(EOHCS)(2000), Health Care System in Transition Germany
- European Observatory on Health Care Systems(EOHCS)(2001), Health Care System in Transition Spain
- European Observatory on Health Care Systems(EOHCS)(2001), Health Care System in Transition Sweden
- Evans R.G.(1974). Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. In M. Perlman, ed., The Economics of Health and Medical Care. New York, Halstead, 1974 : 162-173
- Feldstein P.J.(1999). Health Care Economics, 5th ed. Delmar Publishers Inc
- Figueras J., M. Mckee, J. Cain and S Lessof ed.(2004). Health Systems in Transition: learning from experience, European Observatory on Health Systems and Policies, Denmark: WHO Regional Office for Europe
- Fox D.M.(1998)."Health Policy and the History of Welfare States: A Reinterpretation," Journal of Policy History, Vol. 10, No. 2: 239- 256
- French S., A. Old, J Healy(2001). Health Care Systems in Transition: New Zealand, European Observatory on Health Care Systems
- Greenberg W.(1978) Competition in the Health Care Sector : Past, Present and Future, Aspen Systems
- Gröne O. and M. Garcia-Barbero(2001)."Integrated Care, A position paper of the WHO European Office for integrated health care services" International Journal of Integrated Care, Vol. 1, Issue 3:
- Haglund C.L. and W.L. Dowling(1993). "The Hospital," in Introduction to Health Services,

- edited by S.J. Williams and P.R. Torrens, 4th ed., Delmar Publishers Inc.: 134-176.
- Hjortsberg C. and O. Ghatnekar(2001). Health Care Systems in Transition: Sweden, Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems
- Hurst J. W.(1991)> "Reforming Health Care in Seven European Nations," Health Affairs, Fall : 7-22
- Jordan W.(1972). "Producer Protection, Prior Market Structure and the Effects of Government Regulation", Journal of Law and Economics, April
- Jost T.(1998). "German Health Care Reform: The Next Steps," Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 23, No. 4, August: 698- 711
- Kieke G.H.O.(1999). "European Health Care Reform: Book Review," Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 24. No. 4: 835-840
- Marmor T.R and W. Plowden(1991). 'Rhetoric and Reality in the intellectual Jet Stream: The Export to Britain from America of Questionable Ideas,' Journal of Health Policy, Politics and Law, Vol 16: 807-12
- Mckee M. and J. Healy(2002). Hospitals in a Changing Europe, European Observatory on Health Care Systems Series
- Ministry of Health, UK(2002). Delivering the NHS Plan : next steps on investment, next steps on reform, April
- Posner R.A.(1974). "Theories of Economic Regulation", Bell Journal of Economics and Management Sciences, Autumn
- Rico A. and W. Wisbaum(2002). "Radical Devolution in Finnish Health Care," Euro Observer, Vol. 4, No. 2: 6-7
- Saltman R.B. and J. Figueras(1998). "Analyzing The Evidence on European Health Care Reform," Health Affairs, Vol. 17, No. 2, March/April: 85-108.
- Saltman R.B., J. Figueras and C. Sakellarides ed.(1998). Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Buckingham: Open University Press
- Saltman R.B. et al.(2002). Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems, Buckingham: Open University Press(European Observatory on Health Care Systems series)
- Simoens S. and A. Scott(1999). Towards a Definition and Taxonomy of Integration in

- Primary Care, HERU Discussion Paper
- Stigler G.J.(1971). "The Theory of Economic Regulation", Bell Journal of Economics and Management Science, Vol. 2, No.1 : 3-21
- Stefan Greß et al(2001). Managed Competition in Health Care in the Netherlands and Germany-Theoretical Foundation, Empirical Findings and Policy Conclusions
- Strauss A. and J.M. Corbin(1988). Shaping a New Health Care System, San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Stroetmann A.K, and N.V. Stroetmann(2003). ICT & e-Business in the Health and Social Service Sector, The European e-Business Market Watch Sector Report
- Vallgards S. et al(2001). Health Care System in Transition: Denmark, European Observatory on Health Care Systems(EOHCS)
- van Doorslaer E. and F.T. Schut(2000). Belgium and the Netherlands Revisited, Journal of Health Politics, Policy and Law", Vol. 25, No. 5, October: 875-887
- Wiegand M.(2000). "Social Health Insurance System in Germany", International Symposium on the National Health Insurance, Korea Health and Welfare Forum, Seoul, June 9
- WHO Europe(1997). European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies, WHO Regional Publications, European Series, No. 72
- WHO Europe(2002). The Role of The Private Sector and Privatization in European Health Systems, Regional Committee for Europe, Fifty-second session, Copenhagen, 16-19 September
- World Bank 2000, Entering the 21th Century, World Development Report 1999/2000