

중·저소득 국가의 건강보장제도에서 이용자 부담 도입과 효과: Realist Review 방법을 활용한 탐색적 연구

손경복 · 김창엽

서울대학교 보건대학원

The User Fee Introduction and Its Effect in the Health System of Low and Middle Income Countries: An Exploratory Study Using Realist Review Method

Kyung Bok Son, Chang-Yup Kim

Graduate School of Public Health, Seoul National University, Seoul, Korea

Background: The purpose of this exploratory study is to explain where, when and how the introduction of user fee system works in low and middle income countries using context, mechanism, and outcome configuration.

Methods: Considering advanced research in realist review approach, we made a review process including those following 4 steps. They are identifying the review question, initial theory and mechanism, searching and selecting primary studies, and extracting, analyzing, and synthesizing relevant data.

Results: User fee had a detrimental effect on medical utilization in low and middle income countries. Also previous and current interventions and community participation were critical context in user fee system. Those contexts were associated with intervention initiation and recognition and coping strategies. Such contexts and mechanisms were critical explanatory factors in medical utilization.

Conclusion: User fee is a series of interventions that are fragile and dynamic. So the introduction of user fee system needs a comprehensive understanding of previous and new intervention, policy infrastructure, and other factors that can influence on medical utilization.

Keywords: Realist review; User fee; Cost recovery; CMO configuration

서 론

건강보장제도에서 이용자 부담(user fee)이란 보건의료 재화 및 서비스 이용자가 이에 상응하는 금액의 전부 혹은 일부를 부담하는 것이다. 재정적인 측면에서 이용자 부담은 다음과 같은 특징을 가지고 있다. 첫째, 이용자 부담은 의료 서비스를 이용할 때 지불하는 비용이다. 즉, 이용자 부담은 보험료 등과 같이 의료이용 전에 미

리 지불하는 것이 아니라 의료이용과 동시에 혹은 이용 후에 지불한다. 둘째, 이용자 부담에는 위험을 분산하는 기능이 없다. 이용자 부담은 의료를 이용한 사람이 지불하는 것이기 때문에 위험이 인 구집단으로 분산되지 않는다. 이용자 부담에는 의약품 및 의료기기 비용, 그리고 진찰료 등 서비스 이용에 따른 비용이 포함될 수 있다. 이러한 비용은 방문 당 혹은 질병에 따라 산정할 수 있다.

중·저소득 국가에서는 1980년대부터 이용자 부담에 대한 논의

Correspondence to: Chang-Yup Kim

Graduate School of Public Health, Seoul National University, 1 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 08826, Korea

Tel: +82-2-880-2722, Fax: +82-2-880-2707, E-mail: cykim@snu.ac.kr

Received: July 18, 2015 / Revised: September 21, 2015 /

Accepted after revision: September 24, 2015

© Korean Academy of Health Policy and Management

It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permit unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

가 보건의료와 교육 등의 분야에서 활발하게 있었다. 고소득 국가에서의 이용자 부담이 불필요한 의료이용을 억제하기 위한 방안이었다면[1], 중·저소득 국가에서의 이용자 부담은 재정위기에 대응하기 위한 방안으로 세계은행(World Bank), United Nations Children's Fund (UNICEF), 국제통화기금(International Monetary Fund) 등의 국제기구를 중심으로 제기되었다[2]. 세계은행은 이용자 부담 제도를 도입하면 의료이용의 합리성이 높아지고, 민간부문의 자원을 건강보장제도에 동원할 수 있으며, 지역사회(communitiy)의 참여를 촉진할 수 있을 것으로 기대하였다[3]. 또한 민간부문의 자원 동원으로 취약계층의 의료이용이 증가하고, 공공부문의 자원이 비용-효과적인 예방서비스 등으로 이동할 수 있다는 주장이 제기되었다[2].

하지만 이용자 부담 제도의 효과에 대한 결과는 혼재되어 있으며, 체계적 문헌 고찰(systematic review) 방법을 통해서도 일관된 결론을 도출하기가 어렵다[4]. 이는 이용자 부담 제도가 복잡하고, 긴 과정을 통하여 의료 이용자 및 의료 제공자에게 인지되고 실행되기 때문이다. 본 연구는 이러한 맥락에서 *realist review* 방법을 활용하여 중·저소득 국가의 이용자 부담 도입과 그 효과를 탐색적으로 살펴본다. 구체적으로 본 연구는 이용자 부담 제도의 효과와 기제(mechanism)를 맥락(context)을 고려하여 설명한다. 본 연구의 연구 질문은 다음과 같다. 첫째, 분석대상 논문에 포함된 이용자 부담 제도의 특징과 효과는 무엇인가? 1차 효과 지표는 의료이용이며, 2차 효과 지표는 의료이용의 형평성이다. 둘째, 긍정적 혹은 부정적 효과를 초래한 맥락과 여기에 내재된 기제는 무엇인가? 셋째, 중·저소득 국가에서 이용자 부담 제도 도입 시 고려해야 할 사항은 무엇인가?

이론적 배경

1. 이용자 부담 제도

건강보장제도에서 이용자 부담 제도가 논의되는 배경에는 여러 가지가 있지만 전통적으로 도덕적 위해(moral hazard)가 제시되고 있다[5]. 도덕적 위해에 대한 논의는 건강보장제도 내에서 급속한 의료비 지출의 증가로 확대되었다. 예를 들어 랜드건강보험실험(RAND Health Insurance Experiment)은 1970년대 미국 메디케이드의 비용 절감을 위하여 이용자에게 어느 정도 비용을 부담시킬 것인가에 대한 논쟁에서 비롯되었다[6]. 일부에서는 불필요한 의료 이용을 억제하기 위하여 이용자 부담 제도를 도입해야 한다고, 다른 한편에서는 이용자 부담 제도가 의료이용에 장애가 될 수 있다는 이유로 도입을 반대하였다.

중·저소득 국가에서의 이용자 부담 제도 논의는 고소득 국가와는 다른 맥락에서 발생하였다. 고소득 국가에서의 논의가 급속한

의료비 지출의 증가와 이에 따른 불필요한 의료이용을 억제하기 위한 방안으로 내부에서 제기되었다면, 중·저소득 국가에서의 논의는 재정 위기에 대응하기 위한 방안으로 세계은행 등의 국제기구를 중심으로 외부에서 제기되었다. 세계은행은 중·저소득 국가의 이용자 부담 제도의 도입으로 의료이용의 합리성이 높아지고, 민간부문의 자원을 건강보장제도에 도입할 수 있으며, 지역사회의 참여를 촉진할 수 있다고 주장하였다[3]. 또한 고소득 국가에서와는 다르게 중·저소득 국가에서의 이용자 부담은 민간부문 자원 동원으로 취약계층의 의료이용이 증가하고, 공공부문의 자원이 비용-효과적인 예방서비스 등으로 이동할 수 있다는 주장이 제기되었다[2].

여러 연구들은 이용자 부담이 늘어나면 의료이용이 감소할 것으로 예상한다[1]. 하지만 이용자 부담 제도의 효과에 대한 연구는 효과를 측정하는 데에 어려움이 있다. 이는 연구설계에 기인한 것인데, 다른 요인을 제거하고 이용자 부담의 효과를 분리하는 것이 매우 어렵기 때문이다. 이용자 부담의 효과를 제시한 기존 연구들은 연구 설계에서 제한점을 가지고 있는데, 랜드건강보험실험 정도가 이러한 제한을 극복한 것으로 평가된다[7]. 중·저소득 국가의 이용자 부담의 효과에 대한 가장 포괄적인 연구는 Lagarde와 Palmer [4]의 연구이다. 이들은 체계적 문헌 고찰방법을 사용하여 중·저소득 국가에서 이용자 부담의 효과를 통합하여 설명할 수 있는 메타 분석을 시도하였다. 하지만 이 연구는 제도들의 다양성과 제도 환경의 이질성으로 이용자 부담의 효과에 대한 일관된 결론을 도출하지 못하였다. 다만, 이들은 이용자 부담 제도를 도입, 폐지, 증가, 감소로 분류하고 제도의 효과를 내러티브 방법으로 설명하였다. 즉, 동 연구는 체계적 문헌고찰방법을 사용하여 이용자 부담 제도의 효과를 합성하려고 하였지만, 분석대상 국가의 다른 맥락 등의 이유로 개별 연구의 효과를 통합하지 못하였다.

2. 실재론적 과학관과 Realist Review

실증주의적 과학관¹⁾에서 과학이란 관찰되는 현상들이 모든 시간과 장소에 적용되는 보편적인 것임을 보이고, 관찰 가능한 현상들을 설명하고 예측하는 활동이다[8]. 이러한 견해는 상당한 기간 동안 과학의 이상적인 모습을 보여주는 것으로 인정되었다. 하지만 관찰을 통한 경험의 지위가 의심받으면서 실증주의 과학관은 일부에서 붕괴의 조짐을 보이기 시작했고, 이에 맞추어 협약주의적 과학관이 제시되었다. 협약주의적 과학관이란 과학에서의 결론은 경험 혹은 경험적 증거로 판정되는 것이 아니라 협약(conventions)에 따라 이루어진다는 것이다. 예를 들어 쿤(Kuhn)은 과학은 경험에 기초하는 것이 아니라 패러다임에 따르는 활동이라고 제시하였다. 이러한 협약주의적 과학관은 사회과학의 실제 연구방법에 혼란을 가져왔다. 과학적 작업이 협약에 따라 수행된다는 주장은 '귀납의 일반화→법칙정립→연역에 의한 설명과 예측'의 연구방법의 포기

1) 여기서 소개한 실증주의적 과학관, 협약주의적 과학관, 실재론적 과학관은 Lee [8]의 논문을 참조하였음.

를 추구하는 것이기 때문이다.

한편 실재론적 과학관은 실증주의적 과학관과 협약주의적 과학관의 이분법적 틀에서 벗어나, 과학활동과 과학적 지식의 특징을 해명하고자 했다. 실재론적 과학관에서는 ‘과학적 탐구의 대상들은 인간의 탐구와 무관하게 존재한다[9].’고 본다. 그러므로 실재론적 과학관에서는 실증주의적 과학관에서 주장하는 경험이 아니라 객관적 실제 자체가 객관성의 준거가 된다. 이러한 입장은 세계의 성질이 인간의 파악이나 이해와 관계없는 특정의 상태라고 규정하는 ‘존재론적 객관주의’라고 부를 수 있다[10]. 실재론적 과학관의 중요한 가정은 다음과 같다.

첫째, 실재하는 객체와 사유 속의 객체는 구별된다. 둘째, 세계는 실재적(the real) 영역, 현실적(the actual) 영역, 경험적(the empirical) 영역으로 층화할 수 있다(실재적 영역은 존재하는 것 자체의 영역으로 실제들, 기제들, 구조들 등으로 이루어짐. 현실적 영역은 실재하는 것들의 운동 결과로 나타난 사건으로 이루어짐. 경험적 영역은 사건들에 대한 인간의 경험들로 이루어짐). 셋째, 객체들은 그 자체의 독특한 성질, 인과적 힘, 발생기제 및 구조들을 가지고 있다.

인과관계(causal inference)에 대한 질문은 자연과학뿐 아니라 사회과학 연구의 핵심질문이다. 특히 정책의 영역에서 인과관계에 대한 해석은 의사결정(정책결정)과 밀접한 관계를 맺고 있다. 하지만 사회과학에서 인과관계는 여전히 논란의 영역이다. 인과관계를

어떻게 정의하고 규명하는지에 대한 논쟁은 여전히 진행되고 있기 때문이다[11].

임상시험(clinical trial) 등에서는 실험(treatment)적 상황에서 원인 X가 변화하였을 때 결과 Y가 변화하였다면 인과관계가 있는 것으로 파악한다. 반면 실재론에서는 두 사건 X, Y의 인과관계를 나타내기 위해서 개입 X (intervention)와 효과 Y (outcome)를 연결하는 기제, 기제가 발생하는 맥락이 필요하다고 본다. 예를 들어 직업교육과 실업률의 인과관계를 파악하기 위해서 실재론자는 직업교육으로 기술 및 취업 동기가 어떻게 변화하였는지에 대한 기제, 지역의 노동력 공급 부족 등과 같은 맥락을 함께 고려한다. 이러한 측면에서 realist review는 맥락-기제-효과²⁾의 관계²⁾에 대한 가설이자, 가설검증의 과정으로 볼 수 있다. 그러므로 임상시험 등에서의 연구 질문을 ‘X가 Y에 어떠한 영향을 주는가?’라고 한다면 실재론에서의 연구 질문은 ‘어떠한 맥락에서, 어떠한 기제를 통하여 개입 X의 효과 Y가 발생하는가?’라고 할 수 있다. 그렇다면 임상시험 등에서의 실험과 실재론에서의 개입의 차이는 무엇인가? Pawson 등[12]은 실험과 대비되는 개입의 특징으로 이론성, 활동성, 단계성, 비단선성, 손상가능성, 차용가능성, 열린 구조를 제시하고 있다. 이상의 특징을 종합하면 개입이란 복잡한 과정에서 역동적으로 작동하는 체계이며, 적응-협상-저항 및 차용이 가능한 체계로 볼 수 있다.

Realist review는 실재론적 과학관의 영향을 받은 연구방법론으

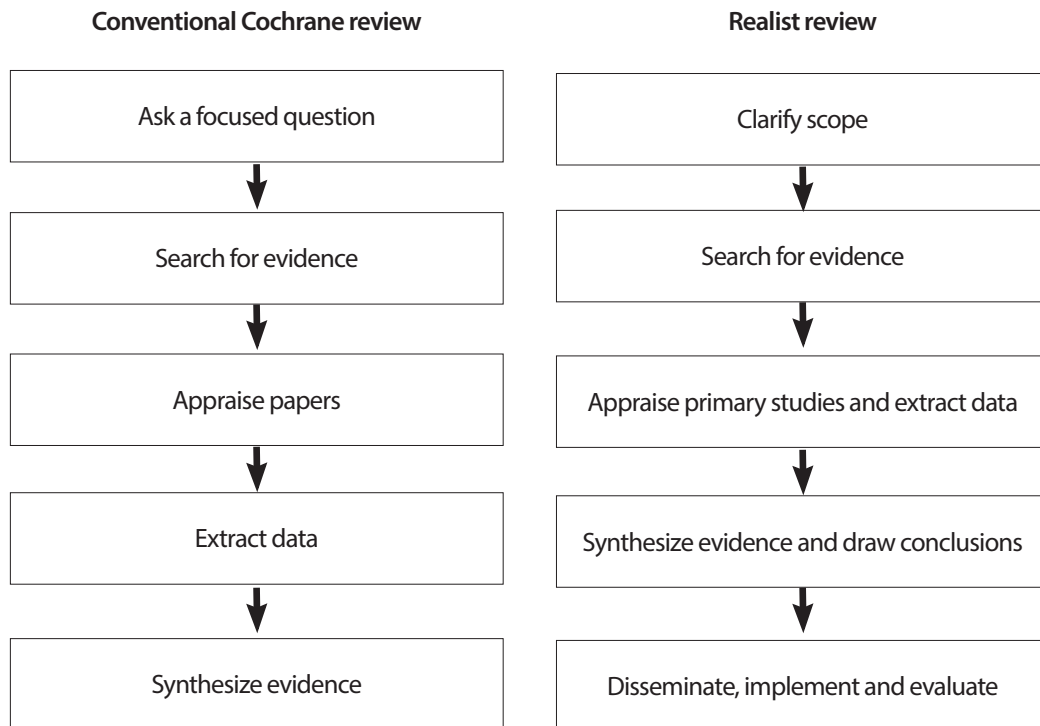


Figure 1. Conventional Cochrane review and realist review process [12].

2) 맥락(configuration, C)-기제(mechanisms, M)-효과(outcome, O)를 CMO configuration이라고 함.

로 판단(judgement)이 아닌 설명(explanation)에 초점을 두고 개별 연구결과를 합성한다[12]. 또한 특정한 맥락과 상황에서 복잡한 개입이 어떻게 작동하는지 혹은 왜 실패하는지의 기제를 설명한다. 이 과정에 맥락, 기제, 효과는 설명에 중요한 역할을 한다. 한편 보건학의 영역에서 널리 쓰이는 체계적 문헌고찰은 realist review를 이해하는 데 도움을 준다. 체계적 문헌고찰은 ‘무엇이 혹은 어떠한 실험이 작동하는지?’의 문제를 다룬다. 즉, 체계적 문헌고찰은 간단한 혹은 개별적인 실험의 효과를 판단하는 것을 연구목적으로 한다. 반면 realist review는 복잡한 개입(intervention)이 어떠한 상황에서 어떻게 작동하는지를 설명하는 것을 연구목적으로 한다. 전자가 통계를 중심으로 한 합성 혹은 메타분석을 주된 연구방법으로 한다면, 후자는 이론을 중심으로 한 자료해석을 연구방법으로 한다. 다음의 Figure 1은 체계적 문헌고찰의 근간이 되는 전통적인 Cochrane review의 단계와 realist review의 단계를 보여준다. 전통적인 Cochrane review의 단계는 realist review 이해의 좋은 출발점인데, 차이가 있다면 realist review에서는 전술한 바와 같이 복잡한 개입을 맥락-기제-효과로 분리하는 작업을 수행하고 이에 근거하여 근거를 합성한다는 점이다[12].

3. 보건학에서 Realist Review의 활용

보건학 분야에서 realist review 연구방법을 활용한 연구는 많지 않는데[13], 주요 국외 연구를 소개하면 다음과 같다. Robert 등[14]은 아프리카 중·저소득 국가의 의료이용에서 본인부담금 면제(exemption)의 효과를 realist review 방법으로 분석하기 위한 프로토콜을 제시하였다. 이들은 본인부담금 면제의 효과를 파악하기 위한 세 가지 연구 질문을 제시하였다. 첫째, 아프리카에서 실시한 본인부담금 면제의 효과는 무엇인가? 둘째, 왜 이러한 결과가 발생하였는가? 셋째, 어떠한 맥락적 요소가 작동하였는가? 즉, 이들의 연구는 본인부담금 면제라는 제도를 맥락-기제-효과 관점에서 파악하고자 하였다. 이들은 프로토콜의 단계를 분석 틀의 형성, 1차 자료의 수집, 수집된 자료의 질 평가, 분석 틀에 근거한 자료의 추출, 추출된 자료의 합성의 다섯 단계로 제시하였다.

Dieleman 등[15]은 농촌, 오지 지역의 보건의로 인력 유지정책(retention policy)의 효과를 파악하기 위하여 realist review 방법론을 사용하였다. 동 연구는 보건의로 인력 유지정책의 종류를 개괄하고, 개별정책의 맥락과 기제를 규명하고, 정책의 효과를 파악하였다. 또한 이를 통하여 향후 보건의로 인력 유지정책 도입의 시사점을 도출하였다. 이들은 보건의로 인력 유지정책을 교육정책, 규제정책, 재정적 유인정책, 개인적 혹은 전문가적 지원 등으로 나누고 개별 정책의 특징, 효과, 맥락, 기제를 제시하였다. 또한 Dieleman 등[15]은 중·저소득 국가에서 보건의로 인력의 성과를 향상시키기 위한 정책을 realist review 방법으로 평가하였다. 저자들은 보건의로 인력 정책에 대한 논문들을 검토하면서 어떤 정책들이 어떠한

환경에서 어떻게, 그리고 왜 작동하는지를 제시하였다. 이는 보건의로 인력 정책들을 평가하기 위한 첫 번째 시도였는데, 분석결과 보건의로 인력정책은 보건의로 인력의 성과를 강화하였지만 맥락에 따라 다른 효과를 발생시키는 것으로 나타났다. 효과 발생의 가장 주요한 맥락은 지방정부의 참여, 지역사회 현황에 대한 고려, 지역사회의 참여였다. 또한 효과를 발생시키는 기제는 지식과 기술, 보건의로 종사자의 의무감과 동기였다.

이상의 사례들이 realist review 방법을 사용하여 정책이나 개입의 효과를 파악하였다면, Marchal 등[13]의 연구는 지역 병원의 성과관리를 실재론적으로 평가(a realist evaluation)하였다. 저자들은 아프리카 가나(Ghana)의 지역 병원을 사례로 선정하였다. 실재론적 평가의 틀은 가설의 설정, 자료수집, 자료분석, 관찰된 자료의 합성의 단계로 이루어졌다. 자료를 수집하기 위하여 혼합연구방법이 사용되었는데, 여기에는 인터뷰, 관찰연구, 문서분석이 포함되었다. 분석결과 협동, 인정, 신뢰가 조직을 구성하는 중요한 요소로 나타났다. 또한 저자들은 실재론적 방법들이 성과관리가 어떠한 상황에서 어떻게 작동하는지를 판단하는 데 도움을 줄 수 있다고 제시하면서 개입, 기제, 효과를 연결하는 것은 제도의 현실 설명력을 향상시킬 수 있다고 주장하였다.

최근에 발표된 realist review 사례로는 Carrey 등[16], Molnar 등[17], O'Campo 등[18]의 연구가 있다. Carrey 등[16]은 정신질환 위험인자를 가지고 있는 학령기 이전 아동 개입 효과를 설명하기 위한 연구 프로토콜을 제시하였다. Molnar 등[17]은 실업보험이 빈곤과 건강에 미치는 효과를 설명하기 위한 연구 프로토콜을 제시하였다. 동 연구들의 프로토콜은 연구범위의 선정, 근거의 탐색, 일차 근거자료의 평가 및 자료 추출, 근거의 합성, 연구문제의 답변의 반복되는 5개의 단계로 구성되어 있다. 한편 O'Campo 등[18]은 전술한 Molnar 등[17]의 프로토콜을 바탕으로 실업보험이 빈곤과 건강에 미치는 효과를 제시하였다. 저자들은 실업보험이 빈곤과 건강에 미치는 영향들을 맥락-기제-효과로 제시하고, 이에 대한 검증을 시도하였다.

방 법

본 연구는 Pawson 등[12], Pawson [19]의 realist review 이론과 주요 선행연구들인 O'Campo 등[18], Molnar 등[17], Robert 등[14], Dieleman 등[15]의 연구를 참조하여 Figure 2와 같은 연구 단계를 선정하였다.

1. 연구 질문의 확립

본 연구의 목적은 중·저소득 국가의 건강보장제도에서 이용자 부담 제도 도입의 효과를 파악하는 것이다. 구체적인 연구 질문은 다음과 같다. 첫째, 분석대상 논문에 포함된 이용자 부담 제도의 특징과 효과는 무엇인가? 1차 효과 지표는 의료이용이며, 2차 효과 지표

는 의료이용의 형평성이다. 둘째, 긍정적 혹은 부정적 효과를 초래한 맥락과 여기에 내재된 기제는 무엇인가? 셋째, 중·저소득 국가에서 이용자 부담 제도 도입 시 고려해야 할 사항은 무엇인가?

2. 초기 이론과 기제

본 연구의 목적은 중·저소득 국가의 이용자 부담 제도의 맥락, 기제, 효과를 설명하는 것으로 이를 위하여 중심 변수를 다음과 같이 선정하였다³⁾. 맥락의 중심 변수는 이용자 부담 제도와 이용자 부담 제도가 발현되는 틀로의 보건의료제도이다. 이용자 부담 제도에서는 이용자 부담 제도가 도입되기 전, 후의 제도를 모두 포함하였으며, 보건의료제도에서는 보건의료전달체계와 의사결정에서의 참여를 포함하였다. 기제란 객체들이 가지고 있는 독특한 성질과 인과적 힘으로 볼 수 있는데[8], 이를 고려하여 기제의 중심 변수로 이용자 부담 제도의 개시(initiation), 이에 대한 의료 이용자 및 제공자의 인지(recognition), 의료이용자의 대응전략(coping strategy)을 선정하였다. 마지막으로 효과에서는 의료이용, 의료비 지출, 의료의 질, 환자의 만족도를 선정하였는데, 의료이용과 의료비 지출에서는 수준(level)뿐만 아니라 분포(distribution)를 고려하였다(Table 1).

3. 분석대상 논문의 검색과 논문의 선택

Lagarde와 Palmer [4]는 중·저소득 국가에서 이용자 부담 제도의 효과를 체계적 문헌고찰방법으로 분석하였다. 하지만 제도들의

다양성과 제도 환경의 이질성으로 모든 연구결과를 통합하는 메타 분석을 수행하지는 못하였다. 다만, 이들은 제도를 특징별로 분류하고 제도의 효과를 내러티브 방법으로 설명하였다. 이번 연구는 Lagarde와 Palmer [4]의 연구를 보완하여, 이용자 부담 제도 도입의 효과를 realist review 방법으로 설명하는 것이다. 분석대상 논문은 Lagarde와 Palmer [4]의 분석에 포함된 논문 중 2000년 이후에 발표된 논문 9편, Lagarde와 Palmer [4]의 분석에서 제외된 논문 중 2000년 이후에 발표된 논문 7편, 이상 16편의 논문을 읽고 추가로 찾아낸 3편의 연구 등 총 19편의 논문 가운데 이용자 부담 제도의 도입을 다루고 있는 7편의 연구이다.

4. 관련 자료의 합성

이용자 부담 제도의 효과를 realist review 방법으로 설명하기 위하여 전술한 맥락, 기제, 효과의 중심 변수에 대한 내용을 수집하였다. 제도는 이용자 부담의 도입, 이용자 부담의 증가, 이용자 부담의 감소, 이용자 부담의 폐지 중 이용자 부담의 도입으로 한정하였다. 맥락의 분석에서는 제도가 도입된 배경, 기존의 제도, 제도의 도입 수준과 대상 등을 서술하였다. 또한 개별 국가의 건강보장체계, 보건의료체계에 대한 내용도 주요 중심 변수로 선정하였다. 기제에서는 논리적 인과관계를 고려하여 이용자 부담 제도의 개시, 인지, 대응전략으로 파악하였다. 결과에서는 중심 변수와 더불어 제도 도입의 의도하지 않은 효과 등을 서술하였다.

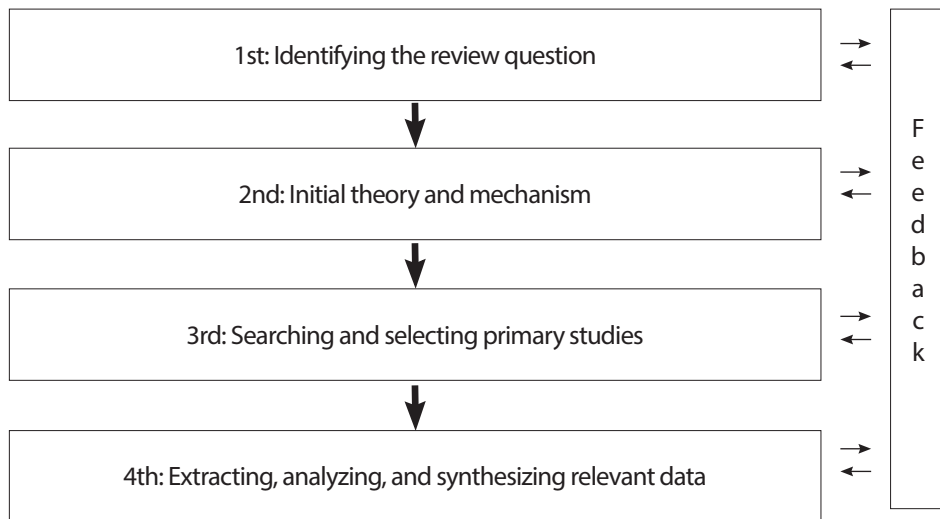


Figure 2. Realist review process and feedback.

Table 1. Focal variables in context, mechanism, and outcome

Context	Mechanism	Outcome
Intervention: Previous and Current	Intervention initiation Intervention recognition	Medical Utilization: Level and Distribution Medical Expenditure: Level and Distribution
Health System: Delivery system: Decision making	Coping strategy	Medical Quality Patients satisfaction

3) 맥락, 기제, 효과의 중심 변수는 Figure 2에서와 같이 1, 2, 3, 4단계와 그 환류의 과정을 통하여 선정되었음.

결 과

선정된 7편의 연구를 개관하고, 도입된 제도 및 연구방법에 대한 기초 분석 및 평가를 수행하였다. 또한 관찰된 현상과 현상에 내재된 기제를 분석하였는데, 관찰된 현상에서는 효과와 맥락을, 현상에 내재된 기제에서는 효과와 맥락을 통하여 파악할 수 있는 기제를 이용자 부담 제도의 개시 및 인지, 환자의 대응 측면에서 제시하였다.

1. 분석대상 논문

1) 연구 개관

이용자 부담의 도입을 다루고 있는 연구는 7편으로, 부르키나파소(Burkina Faso) 2편, 캄보디아 1편, 케냐 1편, 탄자니아 1편, 우간다 1편, 잠비아 1편이었다. 모든 연구들은 2000년 이후에 발표되었으나 실제 제도의 도입은 2000년 전에 이루어졌다.

중·저소득 국가에서 이용자 부담에 대한 논의는 1980년대부터 활발히 진행되었는데, 잠비아는 1993년, 탄자니아는 1994년, 부르키나파소와 캄보디아는 1997년, 케냐는 1998년 이용자 부담 제도를 구역(district) 혹은 국가에 도입하였다. 모든 국가는 재정적인 이유로 이용자 부담을 새롭게 도입하였다. 이는 재정위기를 경험하고

있는 중·저소득 국가들에 대한 세계은행 등의 처방에 근거한 것으로 볼 수 있다[3]. 구체적으로 우간다는 재정적인 어려움으로 보건 의료 제공자의 임금을 제공할 수 없어 이용자 부담을 도입하였다 [20]. 케냐는 학교의 구충 사업(primary school deworming project)의 일환으로 이용자 부담(deworming fee)을 도입하였는데, 새로운 수입은 의약품 구입하는 비용으로 사용되었다[21].

대부분의 연구는 산출물(output) 지표로 의료이용과 의료비율, 산출결과(outcomes) 지표로 산출물 지표의 분포(형평성), 의료의 질(quality), 환자 만족도 등을 사용하였다(Table 2) [20-26]. 구체적으로 Riddle [22]은 의료이용의 형평성을, Akashi 등[23]은 의료이용의 형평성, 의료기관의 수입(혹은 의료비 지출), 의료의 질, 환자 만족도를 산출결과 지표로 활용하였다. 의료이용은 다양한 분야를 포함하고 있었다. 외래, 입원뿐만 아니라 예방서비스, 치과서비스, 모자보건서비스, 의약품을 포함하였다. Matee와 Simon [24]은 탄자니아에서 이용자 부담 제도의 도입에 따른 치과 서비스 이용의 효과를, Kremer와 Miguel [21]은 케냐에서 이용자 부담 제도의 도입에 따른 예방서비스 이용의 효과를 분석하였다. 또한 개별 연구들은 산출물, 산출결과와 더불어 이용자 부담 제도의 도입에 따른 의도하지 않은 결과들도 수집하였다. 이는 이용자 부담 제도를 도

Table 2. Overview of selected papers

Study	Analysis unit	Intervention year	Output	Outcome	Intended and un-intended sequences
Mugisha et al. (2002) [25]	Nouna district in Burkina Faso	NA	Expenditure	-	Compete with other treatment options
Ridde (2003) [22]	Kongoussi district in Burkina Faso	1997	Utilisation: rate, new consultations	Equity in utilisation	Patients' coping strategy
Akashi et al. (2004) [23]	A public hospital in Cambodia	1997	Utilisation: outpatient, inpatient	Equity in utilisation Revenue (expenditure) Quality Patient satisfaction	Staffs' work attitudes Run away patients
Kremer and Miguel (2007) [21]	Busia district in Kenya	1998	Utilisation: drug (prevention)	-	Deny to pay
Matee and Simon (2000) [24]	Tanzania (17/20 regions)	1994	Utilisation: dental treatment	-	-
Kipp et al. (2001) [20]	Kabarole district in Uganda	NA	Utilisation: outpatient	-	Improved quality
Blas and Limbambala (2001) [26]	Zambia	1993	Utilisation: general attendance, measles vaccination, general admissions, deliveries	-	Compete with other treatment facilities

NA, not available

Table 3. Research design of selected papers

Study	Quantitative	Qualitative
Mugisha et al. (2002) [25]	Expenditure analysis: descriptive analysis	-
Ridde (2003) [22]	Case-control study with pre and post lines	Documents and archives Individual and group interview
Akashi et al. (2004) [23]	Before-after study Provider survey	Patient and provider survey Provider focus group discussion
Kremer and Miguel (2007) [21]	Randomized controlled trial	-
Matee and Simon (2000) [24]	Before-after study	-
Kipp et al. (2001) [20]	Before-after study	-
Blas and Limbambala (2001) [26]	Impact analysis: only after	-

Table 4. Intervention output and outcomes of selected papers

Intervention in details		Output	Before or control (without fee)	After or case (with fee)
Mugisha et al. (2002) [25]	Bamako Initiative (universal accessibility to primary health care)	Expenditure	15.7% (introduced year)	Spend less on malaria treatment
Ridde (2003) [22]	Bamako Initiative (universal accessibility to primary health care)	Utilisation rate	17.2% (after 1 yr)	21.5% (introduced year)
			17.5% (after 2 yr)	24.6% (after 1 yr)
		New consultations (compared with index year)	Increase	27.1% (after 2 yr)
			1,334 (introduced year)	Decrease
			2,356 (after 1 yr)	4,534 (introduced year)
			2,681 (after 2 yr)	4,517 (after 1 yr)
				4,594 (after 2 yr)
Akashi et al. (2004) [23]	Prepaid just before delivery of care, exemption scheme was available	Outpatient	–	Doubled (after 2.5 yr)
		Inpatient: average bed occupancy rate	50.6% (before)	58.8% (after 2 yr)
		Prevention	–	69.7% (after 3 yr)
		Revenue (expenditure)	–	Increased (after 2.5 yr)
		Patient satisfaction: complain area	Unofficial payment	Increased
Kriemer and Miguel (2007) [21]	Deworming fee was set on a per-family basis	Prevention: pharmaceutical	–	Staff attitude
Matee and Simon (2000) [24]	Registration fee (0.42-1.43\$), annual per capita income (210\$)	Dental attendance	211,730 (before)	Decreased 58% points (introduced year)
		Referral case	–	137,275 (after 1 yr)
			–	Increased 14.5 times
Kipp et al. (2001) [20]	Fee was determined by local level, exemption scheme was available	Outpatient	–	Decreased 21.3%
		In urban/semi-urban	–	All patients: decreased 40.6%
		In rural	–	Malaria patients: decrease 43.5%
			–	All patients: increased 20.7%
			–	Malaria patients: increase 27.5%
Blas and Limbambala (2001) [26]	Health care reforms including decentralization, separate payment system between health center and hospital	General attendance & general admissions As % of health centers	–	Decrease about 1/3 (after 2 yr) Measles vaccination: increase up 40%
			–	Admission: increased up 25%
			–	Deliveries: increase up 60%

입하면서 의도한 결과들과 의도하지 않은 결과들이 혼재되어 나타난 것을 의미한다.

2) 연구평가

이용자 부담과 의료이용의 인과관계를 정확하게 파악하는 것은 매우 어렵다. 이는 의료이용에 영향을 미치는 다른 요인들로부터 이용자 부담의 효과를 분리하는 것이 어렵기 때문이다. 원인 X가 변화하였을 때, 결과 Y가 변화하였다면 인과관계가 있는 것으로 볼 수 있는데, 이는 결과 Y에 영향을 줄 수 있는 다른 변수 Z가 고정되어 있다고 가정하는 것이다. 하지만 실제로 다른 변수 Z를 고정하는 것은 어려운 일이다. 이용자 부담과 의료이용의 관계를 다루고 있는 대부분의 선행연구들은 이러한 점에서 한계가 있다[7]. 또한 의료이용의 전 단계인 의료 수요에는 이용자 부담뿐만 아니라 다른 요인들이 작용한다는 것도 중요한 한계로 작용한다[27]. 예를 들어 인구 집단의 소득 및 건강 분포, 대체제 및 보완제의 비용과 이용가능성, 의료의 질, 의료의 공급, 의료서비스의 인지된 효용 등이 의료 수요에 영향을 주는데[28], 다양한 요인의 존재는 이용자 부담과 의료이용의 인과관계 파악을 더욱 어렵게 한다.

이용자 부담의 효과를 분석하기 위한 연구설계로 모든 연구가 양적 연구방법을 사용하였다(Table 3) [20-26]. 대부분의 연구는 준실험적(quasi-experimental) 연구방법인 사례-대조군(case-control)과 사전-사후(before-after) 연구방법을 사용하였다. Ridde [22]은 이용자 부담 제도를 도입한 의료기관과 도입하지 않은 의료기관의 의료이용을 분석하였다. 반면 Akashi 등[23], Matee와 Simon [24], Kipp 등[20]은 이용자 부담 제도를 도입한 의료기관의 사전-사후 의료이용을 분석하였다. Kremer와 Miguel [21]은 randomized controlled trial 방법을 통하여 이용자 부담의 효과가 의료이용에 미치는 영향을 분석하였다. 비록 실험군과 대조군의 사전 의료이용 자료가 존재하지 않지만, 이들의 연구는 비뚤림(bias)을 최소화한 것으로 평가할 수 있다. 이 밖에도 비실험적(non-experimental) 연구로 단순하게 지출을 분석한 연구[25], 제도 도입 후 의료이용의 변화를 제시한 연구[26]가 있다. 두 연구는 대조군이 설정되지 않아 제도 도입의 효과를 판단하기 어려운 점이 있다. 이러한 이유에서 이 연구들은 Lagarde와 Palmer [4]의 연구에서는 제외되었다. 한편 Riddle [22], Akashi 등[23]은 양적 연구방법뿐만 아니라 질적 연구방법도 사용하였다. 질적 연구에서는 의료 제공자 및 의료 이용자와의 인터뷰, 문헌 및 자료 수집방법이 사용되었다.

2. 관찰된 현상과 현상에 내재된 기제

1) 효과

이용자 부담 제도의 도입을 다루고 있는 7편의 연구 중, 6편의 연구에서 이용자 부담 제도의 도입으로 비교군 혹은 사후의 의료이용이 감소하였다(Table 4) [20-26]. 예외적으로 캄보디아에서는 이

용자 부담 제도의 도입 후 외래, 입원, 예방서비스 이용이 증가하였다[23]. 선행연구에 따르면 이용자 부담이 의료 접근성에 미치는 영향에 대한 주장은 혼재되어 있지만, 이용자 부담이 저소득층의 의료이용에 재정적 장벽으로 작동하는 것은 분명하다[29]. 그렇다면 캄보디아에서 이용자 부담이 의료이용에 긍정적인 영향을 준 이유는 무엇일까?

캄보디아에서는 이용자 부담 제도의 도입으로 의료기관의 수입이 늘어났고, 이는 의료 제공자, 의료기관 종사자의 급여 인상으로 이어졌다. 급여 인상은 의료 제공자, 의료기관 종사자의 근무행태에 긍정적인 영향을 주었는데, 이 때문에 의료의 질이 향상되고 환자의 만족도가 높아졌다. 특히 캄보디아에서는 공무원의 낮은 급여가 의료 제공자의 근무행태에 큰 영향을 주었다. 당시 캄보디아 공무원의 월 급여는 \$15였는데, 5인 가족의 월 생계비용인 \$200-\$300에 턱없이 못 미치는 금액이었다. 몇몇 의료 제공자들은 생계비용을 비공식적 이용자 부담 혹은 의료 이용자의 자발적인 부담에 의존하였으며, 공공 병원 밖에서 환자를 진료하기도 하였다[23]. 우간다에서도 이용자 부담 제도의 도입으로 의료의 질이 향상되었다. 의료의 질이 향상된 경로는 전술한 캄보디아의 사례와 비슷했다. 우간다에서도 의료 제공자 및 의료기관 종사자의 급여는 매우 낮았다. 월 급여가 의사의 경우 \$50, 간호사의 경우 \$10이었는데, 낮은 급여도 제때 지급되지 않는 경우가 많았다. 하지만 이용자 부담 제도가 도입되면서 의료 제공자 및 의료기관 종사자의 급여가 인상되었고 지체 없이 지급되었는데, 이러한 요소들이 보건의료 제공자의 근무행태에 긍정적인 영향을 주었다[20].

이용자 부담이 의료이용에 긍정적인 영향을 준 다른 사례로 카메룬의 사례가 있다. 카메룬에서는 이용자 부담의 도입과 이에 따른 의료의 질 향상으로 의료이용이 증가한 것으로 나타났다. 특히 저소득층의 의료이용이 고소득층의 의료이용보다 많이 증가하였다[30]. 하지만 카메룬의 분석대상 기관은 외부로부터 상당한 지원을 받았기 때문에 이 연구결과를 일반화하는 것은 한계가 있다. 캄보디아의 경우도 일본국제협력기구로부터 지원을 받았는데, 여기에는 금전적인 지원뿐만 아니라 교육 및 병원운영 같은 비금전적인 지원이 포함되었다. 상당한 외부 지원을 받은 캄보디아, 카메룬은 다른 국가들과는 분명 다른 사례이다. 또한 캄보디아의 사례에서는 분석단위(analysis unit)와 병원의 지위(position) 및 위치(location)가 의료이용에 영향을 주었을 수 있다. 캄보디아의 사례는 일개 공공병원을 분석단위로 한 것인데, 이용자 부담에서 분석단위는 분석대상의 비용 회복률(cost recovery)에 영향을 미친다는 점을 고려해야 한다. 예를 들어 아프리카의 사례에서 국가 단위 평균 비용-회복률은 5%로 나타났는데, 일개 병원과 독립된 지역에서는 비용-회복률이 이보다 높은 수준으로 나타났다[2]. 더욱이 캄보디아의 국립 모자보건센터는 가장 상위의 의료기관이고, 캄보디아의 수도에 위치해 있기 때문에 다른 의료기관보다 비용-회복률이 높을 수 있다.

캄보디아의 사례를 제외한 다른 연구들에서는 이용자 부담 제도의 도입으로 의료이용 및 의료비 지출이 감소하였다. 부르키나파소에서는 이용자 부담 제도의 도입으로 개인 의료비 지출이 감소하였다[25]. 이는 상당수의 환자들이 의료비에 대한 부담으로 자가치료(self treatment)를 선택하였기 때문이다. 또한 다른 연구에서 이용자 부담 제도가 도입되면서 부르키나파소의 의료이용률, 신규 환자가 감소하였다[22]. 이용자 부담 제도의 도입은 예방 서비스(의약품)와 치과 서비스에도 영향을 주었다. 케냐에서는 이용자 부담 제도의 도입으로 당해 의약품 수령이 58%p 감소하였다[21]. 탄자니아에서는 치과서비스에서 1인당 연간 소득의 0.2-0.6% 규모의 본인 부담금이 도입되었는데 이로 인하여 치과 이용이 35% 감소하였다[24].

Kipp 등[20]과 Blas와 Limbambala [26]의 연구는 각각 이용자 부담 제도 도입에 따른 도시와 농촌, 의료기관 중별 의료이용 차이를 보여준다. 우간다 Kabarole 구역에서는 이용자 부담이 도시와 농촌에서 다르게 도입되었다. 구역 전체에서는 이용자 부담 제도로 의료이용이 감소하였지만 도시와 농촌에서 다른 양상이 나타났다. 도시의 경우 의료이용이 모든 환자군과 말라리아 환자군에서 각각 40.6%, 43.5% 감소하였지만, 농촌에서는 오히려 의료이용이 모든 환자군과 말라리아 환자군에서 각각 20.7%, 27.5% 증가하였다. 저자들은 이러한 차이가 발생한 원인을 지역사회 참여로 설명하고 있다[20]. 잠비아에서는 병원(hospital)과 보건기관(health center)에서 이용자 부담 제도가 다르게 도입되었다. 전반적으로 이용자 부담 제도의 도입으로 의료이용이 감소하였으나, 전체 의료이용에서 보건기관이 차지하는 비중이 증가하였고, 예방서비스와 출산에서는 오히려 보건기관의 의료이용이 증가하였다[26].

이용자 부담이 도입되면 정도의 차이가 있지만 의료이용이 감소할 것으로 쉽게 생각할 수 있다. 이러한 예상은 분석대상 논문에서도 확인할 수 있다. 이용자 부담이 의료이용에 미치는 경로로는 첫째, 의료이용을 아예 시작하지 않음, 둘째, 의료이용을 하지만 의료 제공자의 권고를 덜 따름, 셋째, 의료이용을 중단함이 있을 수 있다 [1]. 또한 이와 더불어 넷째, 이용자 부담이 적은 의료기관 및 다른 치료방법으로의 이동이 있을 수 있다. 고소득 국가의 경우 이용자 부담이 어떠한 경로로 의료이용에 영향을 주는지에 대해서는 잘 알려져 있지 않다[7]. 중·저소득 국가의 경우도 어떠한 경로를 통하여 이용자 부담이 의료이용에 영향을 주는 지 파악하기 어렵다. 다만, 이러한 경로들이 복합적으로 작용하여 의료이용이 감소한 것으로 해석할 수 있다. 부르키나파소의 신규 환자 감소, 케냐의 의약품 수령 감소, 부르키나파소의 자가치료, 잠비아의 보건기관으로의 환자 이동은 전술한 첫째, 둘째, 셋째, 넷째의 사례를 잘 보여준다. 이에 더하여 중·저소득 국가에서는 의료이용을 하고도 이용자 부담의 지불을 거부하는 경우가 있었는데, 이는 제도가 새로 도입되면서 발생한 제도의 인지 문제로 볼 수 있다.

2) 맥락

본 연구에서는 맥락의 중심 변수로 개별 국가에서 도입한 이용자 부담 제도와 보건의료제도를 선정하고 이에 대한 분석을 수행하였다. 몇몇 연구들은 이용자 부담 제도의 도입 배경과 구체적인 제도의 내용을 설명하고 있었다.

부르키나파소에서는 이용자 부담 제도가 Bamako Initiative에 의하여 도입되었다. Bamako Initiative의 맥락을 이해하기 위해서는 1980년대, 1990년대 아프리카의 상황을 고려할 필요가 있다. 1980년대 지역사회에 기반을 둔 재원 마련(community based funding)은 일차의료 정책의 실행을 위한 주요 기제였다. 이러한 조치의 하나로 아프리카 국가에서는 이용자 부담 제도가 새롭게 도입되거나 확산되었다. 하지만 1980년대 아프리카 국가가 당면한 경제 문제는 인구집단의 건강보장과 일차의료의 실행에 부정적인 영향을 주었다. 이에 World Health Organization (WHO)와 UNICEF는 전술한 정책을 수정한 대안과 영유아 및 모자 건강을 향상시키기 위한 방안을 제시하였는데, 이것이 Bamako Initiative이다. 1988년 Bamako Initiative는 아프리카 보건부 장관들의 동의하에 각 국가들에서 이행되었다. 기존 정책과 유사하게 Bamako Initiative는 이용자 부담 제도를 포함하였다. 하지만 기존 정책이 단순히 의료기관의 수입을 고려한 조치였다면, Bamako Initiative는 의료의 질과 의료이용의 형평성을 고려한 조치로 이해할 수 있다. 예를 들어 Bamako Initiative에서는 필수 의약품이 기부 등의 방법으로 제공되는데, 이렇게 제공된 의약품은 이윤을 고려하여 판매된다. 이윤은 의약품 재구매나 의료의 질 및 의료이용의 형평성 향상에 사용된다[25]. 1993년 부르키나파소는 일차의료 강화하기 위한 국가 전략으로 Bamako Initiative를 이행하였다. 이에 따라 보건제도가 구역⁴⁾을 중심으로 조직되었으며, 제네릭 필수 의약품 조달을 위한 구매처가 만들어졌다. 1996년에는 구역의 상위조직으로 지역보건 이사회(regional health directorate)가 조직되었는데, 11개의 지역보건 이사회가 53개의 구역을 관리하게 되었다[22]. 부르키나파소의 사례를 분석한 Mugisha 등[25]과 Ridde [22]은 각각 Nouna와 Kongoussi 구역(district)에서 이용자 부담 제도 도입의 효과를 분석하였다.

Akashi 등[23]은 캄보디아의 국립모자보건센터(National Maternal and Child Health Center)에서 이용자 부담 제도의 효과를 분석하였다. 국립모자보건센터는 캄보디아의 수도인 프놈펜(Phnom Penh)에 위치하며, 캄보디아 내에서 가장 상위의 모자보건 의료기관이다. 국립모자보건센터의 이용자 부담 제도는 1997년 일본국제협력기구(Japan International Cooperation Agency)의 지원으로 시범적으로 도입되었다. 캄보디아의 사례는 전술한 부르키나파소와 다르게 직접적인 원조를 받은 일개 의료기관에서 이용자 부담 도입의 효과를 다루고 있다. Kremer와 Miguel [21]은 케냐 농촌지

4) 본 연구에서는 지역사회(community)와 구역(district)을 지역(region)의 하위 단계로 파악하였음.

역 학교에서 이용자 부담 제도의 도입에 따른 구충제 복용의 변화를 분석하였다. 이 사업은 국가 차원의 학교 보건사업의 일종으로 비정부기구(non-governmental organization)의 재정 지원을 받았다. Matee와 Simon [24]은 이용자 부담 제도의 효과를 치과서비스를 중심으로 분석하였다. 분석단위는 탄자니아의 지역(region)이었는데, 20개의 지역 중, 17개의 지역을 포함하였다. 탄자니아는 1960년 독립과 함께 보건의료와 교육 등의 사회서비스를 무상으로 제공하였다. 하지만 1980년대부터 사회 서비스의 수요 증가 및 재원 부족으로 인하여 사회서비스의 제공이 어려워졌다. 1993년 탄자니아 정부는 국제통화기금, 세계은행의 권고안을 수용하여 공공기관에서 제공하는 사회서비스에 이용자 부담을 도입하였다. 보건의료 분야에서 이용자 부담 제도는 1994년 시행되었는데, 재정 수입의 증가와 의료의 질 향상을 정책 목표로 하였다.

Kipp 등[20]은 우간다의 Karbarole에서 이용자 부담 제도의 효과를 분석하였다. 분석대상은 Karbarole 구역의 11개 보건의료기관이었는데, 저자들은 보건의료기관을 소재지에 따라 도시와 농촌으로 구분하였다. 우간다는 이용자 부담을 보건의료 제공자의 낮은 급여를 충당하기 위한 목적으로 도입하였는데, 다른 국가들과 다르게 이용자 부담 제도가 중앙정부가 아닌 지역사회를 중심으로 도입되었다. Blas와 Limbambala [26]는 잠비아에서 이용자 부담 제도의 효과를 분석하였다. 분석대상은 잠비아의 17개 구역이었으며 포함 인구는 2,600,000명⁵⁾이었다. 1993-1998년 잠비아는 일차 의료를 강화하기 위한 개혁을 시작하였다. 이는 WHO가 주창한 알마아타 선언과 'Health for All'의 영향을 받은 것이었다. 하지만 개혁이 진행되는 과정에서 발생한 재정위기로 세계은행이 제시한 방안의 영향을 받아 내용이 일부 수정되었다. WHO가 제시한 개혁의 목표가 일차의료의 관점에서 나타난 문제점들을 해결하는 방식으로 기존 제도를 정비하는 것이었다면, 세계은행이 제시한 개혁의 목표는 비용-효과성(cost-effectiveness)과 재정의 지속가능성(sustainability)을 우선시한 것이었다[31].

일반적으로 이용자 부담 제도의 도입은 의료이용을 줄이는 효과가 있다. 하지만 효과를 해석하는 과정에서 다음의 세 가지 맥락을 고려할 필요가 있다. 첫째 요소는 이용자 부담 제도 도입 전에 존재했던 비공식적 이용자 부담이다. 캄보디아에서는 이용자 부담 제도가 도입된 후에도 외래서비스, 입원서비스, 예방서비스 이용이 증가하였다[23]. 외래서비스는 제도 도입 2.5년 후, 서비스 이용량이 2배로 증가하였다. 상대적으로 비용이 높은 입원서비스의 병상점유율도 50.6%에서 2년, 3년 후 각각 58.8%, 69.7%로 증가하였다. 이는 이용자 부담 제도가 도입되기 전부터 존재하였던 비공식적 이용자 부담의 영향으로 볼 수 있다. 제도 도입 전, 보건의료 제공자는 낮은 급여를 보충하기 위하여 개인적으로 환자들에게 비공식적인 비용을 징수하였다. 이러한 비공식적인 비용은 의사마다 차이가 있어

환자들은 어느 정도의 금액을 지불해야 하는지 혼란스러워 했다. 하지만 공식적인 이용자 부담 제도가 도입되면서 병원이 이용자 부담금을 관리하게 되었다. 병원은 공식적인 이용자 부담금을 보건의료 제공자의 사적인 소득이 아닌 병원서비스 향상에 사용하였으며, 이로 인하여 환자의 만족도가 증가하였다. 또한 이용자 부담 제도가 도입되기 전에는 보건의료 제공자가 추가적인 수입을 얻기 위하여 병원 밖에서 환자를 진료하는 사례가 있었다. 하지만 본인 부담 제도가 도입되면서 보건의료 제공자들은 사적인 수입보다 병원 내 환자의 진료에 관심을 갖기 시작하였다. 이는 이용자 부담의 일부가 보건의료 제공자의 수입으로 이동하면서 이들의 업무 만족도가 증가한 것과 관련이 있다. 이와 더불어 보건의료 제공자는 병원 내에서 환자를 진료해야 한다는 등의 내용을 담은 업무규정이 만들어 졌다[23].

둘째 요소는 새롭게 도입된 제도의 내용이다. 여기에는 이용자 부담 제도와 이용자 부담 면제가 포함된다. 비록 분석 대상 연구들은 이용자 부담의 내용에 대하여 자세히 서술하지는 않았지만 이용자 부담의 지불시점, 지불내용, 지불방법 등은 제도 설계의 중요한 내용으로 알려져 있다[32]. 잠비아에서는 보건기관과 병원의 지불 제도를 다르게 운영하였다. 이용자 부담 제도가 도입되면서 보건기관에는 접수비, 병원에는 접수비와 치료비가 도입되었다. 이렇게 이용자 부담 제도의 내용을 다르게 도입한 목적은 병원에 집중된 환자를 보건기관으로 분산시키기 위함이었다. 이용자 부담 제도가 분리되어 운영되면서 입원 건수, 홍역 예방접종 건수, 출산 건수에서 보건기관이 차지하는 비중이 증가하였다[26]. 이와 같이 이용자 부담 제도의 구체적인 내용은 의료이용에 영향을 줄 수 있다. 이용자 부담 면제도 이용자 부담에서 중요한 내용이다. 이용자 부담 면제 제도는 저소득층의 의료이용을 보장하기 위한 조치이기 때문이다. 캄보디아의 모자보건센터와 우간다의 Kabarole 구역에서는 이용자 부담 제도 도입과 동시에 이용자 부담 면제 제도를 도입하였다. 이용자 부담 면제 제도의 도입과 관련해서는 대상자, 면제의 범위, 면제 여부의 결정 등이 중요한 내용이다[33]. 이용자 부담 면제 제도의 수혜자는 저소득 계층 환자인데, 제도 운영에서 저소득 계층 환자의 식별이 문제가 될 수 있다. 그런데 몇몇 연구에서는 지역 사회 차원에서 이용자 부담 제도를 도입한 경우 식별이 어렵지 않은 것으로 나타났다[20]. 이는 중앙정부에서 면제 제도를 관리할 경우 자산조사 등을 통하여 대상자를 식별해야 하나, 지역사회에서 제도를 관리할 경우 해당하는 사람의 경제적 상황 등을 쉽게 알 수 있기 때문이다. 또한 지역사회의 참여를 통하여 면제의 범위와 결정기준을 미리 선정하는 것이 제도의 투명한 운영에 필요한 것으로 나타났다.

셋째 요소는 지역사회의 참여이다. 우간다에서는 이용자 부담 제도의 도입과정에서 지역사회의 참여를 중요한 요소로 선정하였

5) 당시 잠비아 인구의 30% 정도 수치임.

고, 이에 따라 이용자 부담 제도가 구역의 하위단위인 지역사회를 중심으로 도입되었다[20]. 지역 이사회(local council)는 지역사회에서 선출되었는데, 지역 보건의로 관리자와 함께 이용자 부담 제도의 도입을 지역 주민에게 알리고 제도 도입의 효과와 함의를 지역 주민과 논의하였다. 또한 지역 이사회 대표, 보건의로 제공자, 지역사회 구성원 등이 참여한 보건관리위원회(health unit management committee)가 조직되었다. 이용자 부담금액은 보건관리위원회에서 지역 이사회와 협의하여 공표하였다. 이용자 부담금은 보건관리위원회와 지역 이사회에서 관리하였으며 주로 보건의로 제공자의 급여로 사용되었다. 한편 우간다에서는 이용자 부담 제도의 도입결과 외래이용이 21.3% 감소하였다. 하지만 지역에 따라 변화의 정도와 양상이 상이하였는데, 도시에서는 의료이용이 감소하였고 농촌에서는 의료이용이 증가하였다. Kipp 등[20]은 농촌에서 의료이용이 증가한 이유를 지역의 참여로 설명하였다. 즉, 농촌에서는 도시와 다르게 이용자 부담 제도가 아래로부터의 접근방식으로 도입되었는데, 이에 따라 제도가 도입되는 과정에서 지역사회의 의견이 충분히 반영되었다.

3) 기제

이용자 부담 제도의 정책 목표는 자원 조달과 의료이용의 측면에서 생각해 볼 수 있다. 자원 조달의 측면에서 의료기관은 이용자 부담을 통하여 부족한 자원을 확보할 수 있으며, 의료이용의 측면에서는 이용자 부담을 통하여 불필요한 의료이용 및 도덕적 위해를 방지할 수 있다. 본 연구에서는 이러한 측면을 고려하여 이용자 부담 제도의 기제를 파악하였다. 자원 조달의 측면에서는 제도의 도입을, 의료이용의 측면에서는 제도의 인지와 이에 따른 이용자의 대응을 중심으로 살펴보았다.

자원 조달의 측면에서 이용자 부담 제도는 다음의 요소를 고려해야 한다. 첫째, 이용자 부담 제도는 어떻게 도입되었으며, 누가 제도를 운영하고 있는가? 중·저소득 국가에서 이용자 부담 제도는 국제통화기금 및 세계은행의 권고로 외부로부터 도입되었다. 새로운 제도의 도입은 기존의 의료이용 관행과는 다른 것으로 의료 이용자는 이용자 부담 제도의 인지에 어려움을 겪을 수 있다. 예를 들어 부르키나파소에서 의료 이용자는 처방전 등의 종이에 돈을 지불해야 하는 것을 이해하지 못하였다. 또한 의료 제공자 및 의료기관 종사자들도 병원의 파산을 두려워하였지만, 병원의 재정상황 및 이익과 손실에 대해서는 큰 관심이 없었다[22]. 이러한 맥락에서 이용자 부담 제도를 도입하기 전, 이용자 부담 제도 및 병원의 재정상황을 이해하는 과정이 필요하다. 이해와 교육은 지역사회의 참여와 외부의 교육을 통하여 이루어질 수 있는데, 전술한 우간다의 사례는 이용자 부담 제도 운영에서 지역사회 참여의 중요성을 보여준다[20]. 또한 캄보디아의 사례는 교육의 중요성을 보여준다. 캄보디아의 국립모자보건센터는 일본국제협력기구의 원조를 받았는데, 일본인

들은 이용자 부담 제도를 도입하기 전, 다양한 부서를 대상으로 교육을 실시하였다. 교육에는 이용자 부담 제도에 대한 교육뿐만 아니라 예약과정, 진료과정에 대한 내용이 포함되었다[23].

둘째, 이용자 부담 제도의 도입으로 병원의 수입이 얼마나 증가하였으며, 증가된 수입은 어디에 사용되었는가? 이는 이용자 부담 제도의 인지와 이에 따른 실제 의료이용과 관련 있다. 분석대상 연구들은 이용자 부담 제도의 도입으로 병원의 수입이 얼마나 많이 증가하였는지 구체적으로 밝히지 않고 있었다. 하지만 부르키나파소의 사례에서 이용자 부담으로 병원의 자금(cash fund)이 대체로 증가한 것을 확인할 수 있었다[22]. 또한 대부분의 연구에서는 증가된 수입이 어디에 사용되었는지를 제시하지 않고 있었다. 다만, 캄보디아의 국립모자보건센터에서는 증가된 수입의 20%가 의약품 및 의료기기 구매, 50%가 의료 제공자 및 의료기관 종사자의 급여, 30%가 병원 운영비용으로 사용되었음을 제시하고 있었다. 이에 따라 병원 내에서 의약품 이용가능성이 향상되었다. 또한 이용자 부담은 의료 제공자와 의료기관 종사자의 급여에도 사용되었는데, 이에 따라 의료서비스의 질(quality)뿐만 아니라 병원의 청결도가 향상되었다[23]. 의약품 이용가능성, 의료서비스의 질, 병원의 청결도 향상은 환자의 만족도에 긍정적인 영향을 주었고, 이용자 부담에 대한 반발을 일부 상쇄하였을 가능성이 있다.

셋째, 이용자 부담 제도의 도입에 따른 이용자의 대응전략은 무엇인가? Ridde [22]은 이용자 일부 부담 제도의 도입에 따른 환자들의 대응전략을 치료의 연기, 본인 부담금이 낮은 의료기관으로 이동, 본인 부담금 지불을 위한 자산의 처분, 치료의 포기, 죽음으로 제시하였는데, 이러한 대응전략은 이용자 부담 제도를 도입한 국가에서 설명력이 높았다. 부르키나파소에서는 이용자 부담 제도의 도입으로 자가치료 환자가 증가하였다[25]. 또한 환자는 기존에 무료로 제공되었던 서비스에 비용을 지불해야 하는 것을 쉽게 받아들이지 못하였다[22]. 이러한 현상은 케냐에서도 나타났다. 이용자 부담 제도가 도입되자 환자들은 이용자 부담의 지불을 거부하였다[21]. 잠비아에서 환자들은 이용자 부담이 적은 보건기관으로 이동하였다[26]. 캄보디아에서는 이용자 부담 제도가 도입되면서 병원 의료진의 만족도는 향상되었으나, 이용자 부담금을 지불하지 못하는 입원 환자가 병원을 몰래 빠져나가는 현상이 증가하였다[23].

고찰 및 결론

1. 고찰

본 연구는 중·저소득 국가의 건강보장제도에서 이용자 부담 제도의 도입과 이에 따른 효과를 realist review 방법을 활용하여 설명하였다. 이용자 부담 제도는 복잡하고 긴 과정을 거쳐 실행되는 정책 개입이다. 또한 개별 국가에서 도입된 제도들의 다양성과 제도 환경의 이질성으로 제도의 효과를 측정하는 데 어려움이 있다. 이러한

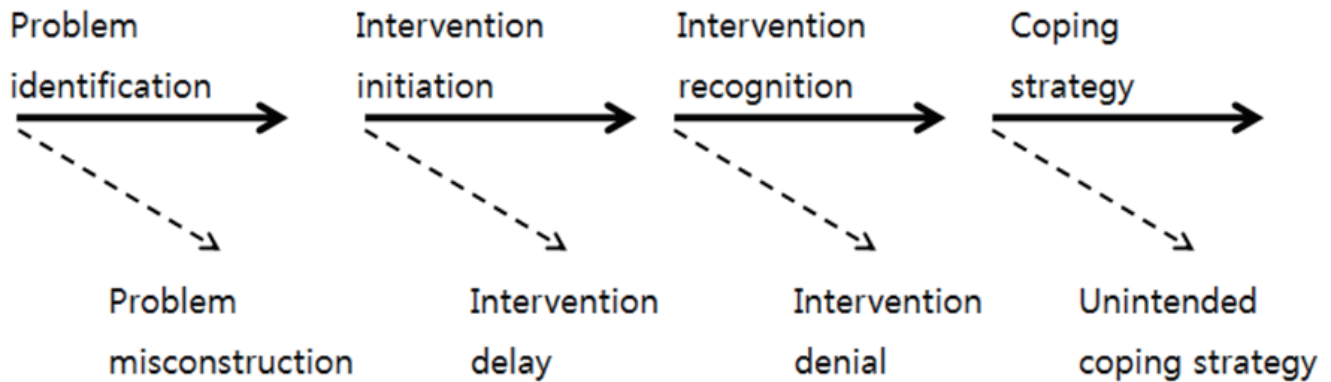


Figure 3. Proposed theory of user charge.

문제인식을 바탕으로 본 연구는 realist review 방법을 활용하여 이용자 부담 제도의 도입효과를 맥락과 기제의 측면에서 설명하고자 하였다. 본 연구는 분석대상 논문이 7편으로 제한되었고, 이에 따른 자료의 제한 등으로 해당 국가의 맥락, 기제, 효과의 중심 변수를 충분히 담아내지 못했다는 한계가 있다. 하지만 이러한 시도는 국제 보건의 실천적인 측면에서 현실성 있는 제도의 도입과 정책 권고 사항의 도출, 보건학의 학문적인 측면에서 새로운 연구방법의 소개라는 의의를 갖는다.

이용자 부담 제도의 효과, 맥락, 기제를 고려할 때, 이용자 부담 제도의 도입에 대하여 다음의 설명이 가능하다. 첫째, 중·저소득 국가의 의료이용은 경제적 요소의 영향을 많이 받는다. 이로 인하여 이용자 부담 제도의 도입은 중·저소득 국가의 의료이용을 줄인다. 그러므로 중·저소득 국가에서 이용자 부담 제도를 도입할 때는 취약계층의 의료이용을 보장하기 위한 본인 부담금 면제도 같이 도입해야 한다. 한편 의료이용의 감소 정도는 개별 서비스에 따라 상이한데, 일반적으로 외래, 치과, 예방서비스가 입원에 비하여 감소의 폭이 크다.

둘째, 중·저소득 국가에서 이용자 부담 제도의 도입은 기존의 제도를 충분히 고려하면서 이루어져야 한다. 비공식적인 이용자 부담이 존재하고 부담이 상당할 때, 공식적인 이용자 부담의 도입이 오히려 이용자 부담의 불확실성을 감소시키고, 의료이용 및 의료의 질을 향상시킬 수 있다. 비공식적인 이용자 부담은 보건의료 제공자의 사적인 수입이나 공식적인 이용자 부담은 병원의 공적인 수입이기 때문이다. 반대로 비공식적인 이용자 부담이 존재하지 않거나 그 부담이 작은 경우, 공식적인 이용자 부담 제도의 도입은 새로운 제도에 대한 이해에 부정적인 영향을 줄 수 있다.

셋째, 중·저소득 국가에서 이용자 부담 제도의 도입은 지역사회의 참여를 요구한다. 중·저소득 국가에서는 중앙정부에서 도입한 제도를 지역사회에서 운영하기가 쉽지 않다. 중앙정부에서 도입한 제도가 지방정부로 이동하면서 제도의 목적이나 내용이 변화할 수

있기 때문이다. 실제로 다른 연구에서는 중앙정부가 제시한 제도에 응하지 않은 병원이 있었다[34]. 또한 중앙정부가 제시한 제도는 지역사회의 상황을 고려하지 못할 가능성이 높다. 그러므로 중·저소득 국가에서는 중앙정부에서 지시한 정책 혹은 위로부터 도입된 정책보다는 지역사회에 기반을 둔, 지역사회 주민의 참여를 바탕으로 한 제도가 도입되어야 한다. 이러한 방식으로 제도를 도입함으로써 부수적으로 새로운 제도에 대한 지역주민의 이해를 높일 수 있다.

2. 결론

중·저소득 국가의 이용자 부담 제도는 재정위기에 대응하기 위한 방안으로 국제기구를 중심으로 논의가 시작되었다. 분석결과 이러한 논의는 다음의 4가지 단계를 가정하고 있었다(Figure. 3). 첫째, 중·저소득 국가의 의료이용은 합리적이지 않으며, 민간부문의 자원을 건강보장제도에 문제없이 동원할 수 있다. 둘째, 국제기구 및 중앙정부를 통하여 위로부터 도입된 이용자 부담 제도는 중·저소득 국가의 지역사회에서 실행이 가능하다. 셋째, 지역사회에서 의료 이용자와 의료 제공자는 도입된 이용자 부담 제도의 목적과 내용을 충분히 인지할 수 있다. 넷째, 이러한 인지를 바탕으로 의료 이용자와 제공자는 제도의 목적에 상응하는 행동을 취한다.

하지만 실제로 이용자 부담 제도는 이와 다르게 존재하고 작동하고 있었다(Figure 3). 첫째, 중·저소득 국가의 의료이용은 합리적이지 않으나 이는 과다이용이 아닌 과소이용에 의한 것이며, 민간부문의 자원 동원은 전반적인 의료이용에 부정적인 영향을 주었다. 둘째, 중·저소득 국가의 지역사회는 이용자 부담 제도를 도입하기 위한 정책, 제도 등의 인프라가 구축되어 있지 않았다. 그러므로 국제기구 및 중앙정부가 제시한 정책이 의도한대로 지역사회에서 시행될 것이라는 보장을 할 수 없다. 또한 중앙정부의 상황과 사회의 상황은 서로 다른데, 중앙정부가 사회의 요구에 적절히 대응하는 것도 한계가 있다. 셋째, 의료 이용자와 의료 제공자는 이용자 부담 제도의 목적과 내용을 충분히 인지하지 못할 수 있다. 예

를 들어 이용자 부담 제도가 존재하지 않았던 국가에서 무료로 의료를 이용하는 것은 문화나 관행으로 여겨질 수 있는데, 비용을 지불하고 의료를 이용하는 것을 이해하지 못할 가능성이 있다. 넷째, 이용자 부담 제도를 인지하고 있는 의료 이용자와 의료 제공자는 다양한 방법으로 이용자 부담 제도에 대응할 수 있다. 이는 의료이용이 다양한 요소의 영향을 받기 때문이다.

이러한 측면에서 이용자 부담 제도를 도입하기 위해서는 다음의 요소를 고려할 필요가 있다. 첫째, 중·저소득 국가의 현재 의료이용 현황은 어떠한가, 민간부문의 자원 동원이 의료이용에 어떠한 영향을 줄 것으로 예측되는가? 둘째, 중앙정부가 이용자 부담 제도를 책임감 있게 이행하기 위한 제도의 기반을 구축하고 있고, 지역사회의 요구에 적절히 반응할 수 있는가? 만약 그렇지 않다면 지역사회의 참여를 우선적으로 고려해볼 수 있다. 셋째, 이용자 부담 제도를 의료 이용자와 의료 제공자가 충분히 이해할 수 있는가? 무료로 의료를 이용하는 것이 관행처럼 된 국가에서는 이용자 부담 제도의 목적과 내용을 충분히 설명하는 것이 필요하다. 이 과정에서 지역사회의 참여와 교육이 유용한 수단이 될 수 있다. 넷째, 이용자 부담 제도 이외의 요소에 대한 고려가 필요하다. 기존의 비공식적인 이용자 부담 현황, 의료기관의 질과 접근성은 주로 이용자 부담 제도 도입을 위하여 일차적으로 고려해야 할 요소이다.

REFERENCES

- Kim CY. Theories of health security. Seoul: Hanul; 2009.
- Sepehri A, Chernomas R. Are user charges efficiency-and equity-enhancing?: a critical review of economic literature with particular reference to experience from developing countries. *J Int Dev* 2001;13(2):183-209. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jid.726>
- World Bank. Financing health services in developing countries: an agenda for reform. New York (NY): Oxford University Press; 1993.
- Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? *Bull World Health Organ* 2008;86(11):839-848. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/blt.07.049197>.
- Pauly MV. The economics of moral hazard: comment. *Am Econ Rev* 1968;58(3):531-537.
- Newhouse JP; Insurance Experiment Group. Free for all?: lessons from the RAND health insurance experiment. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1993.
- Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. *JAMA* 2007;298(1):61-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.298.1.61>.
- Lee KH. Realism in science and its application to social science researches. *Econ Soc* 1998;39:178-205.
- Bhaskar R. A realist theory of science. Hassocks: Harvester Press; 1978.
- Beed C, Beed C. Realism and a Christian perspective on economics. *Rev Polit Econ* 1997;9(3):313-333. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/751245298>.
- Pearl J. Causal inference in statistics: an overview. *Stat Surv* 2009;3:96-146. DOI: <http://dx.doi.org/10.1214/09-ss057>.
- Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review: a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy* 2005;10 Suppl 1:21-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/1355819054308530>.
- Marchal B, Dedzo M, Kegels G. A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana. *BMC Health Serv Res* 2010;10:24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-24>.
- Robert E, Ridde V, Marchal B, Fournier P. Protocol: a realist review of user fee exemption policies for health services in Africa. *BMJ Open* 2012;2(1):e000706. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000706>.
- Dieleman M, Kane S, Zwanikken P, Gerretsen B. Realist review and synthesis of retention studies for health workers in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Carrey NJ, Curran JA, Greene R, Nolan A, McLuckie A. Embedding mental health interventions in early childhood education systems for at-risk preschoolers: an evidence to policy realist review. *Syst Rev* 2014;3(1):84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/2046-4053-3-84>.
- Molnar A, O'Campo P, Ng E, Mitchell C, Muntaner C, Renahy E, et al. Protocol: realist synthesis of the impact of unemployment insurance policies on poverty and health. *Eval Program Plan* 2015;48:1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.09.002>.
- O'Campo P, Molnar A, Ng E, Renahy E, Mitchell C, Shankardass K, et al. Social welfare matters: a realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Soc Sci Med* 2015;132:88-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.025>.
- Pawson R. Evidence-based policy: a realist perspective. Thousand Oaks (CA): Sage publications; 2006.
- Kipp W, Kamugisha J, Jacobs P, Burnham G, Rubaale T. User fees, health staff incentives, and service utilization in Kabarole District, Uganda. *Bull World Health Organ* 2001;79(11):1032-1037.
- Kremer M, Miguel E. The illusion of sustainability. *Q J Econ* 2007;122(3):1007-1065. DOI: <http://dx.doi.org/10.1162/qjec.122.3.1007>.
- Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bull World Health Organ* 2003;81(7):532-538.
- Akashi H, Yamada T, Huot E, Kanal K, Sugimoto T. User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitudes. *Soc Sci Med* 2004;58(3):553-564. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00240-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00240-5).
- Matee M, Simon E. Utilisation of dental services in Tanzania before and after the introduction of cost-sharing. *Int Dent J* 2000;50(2):69-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/j.1875-595x.2000.tb00801.x>.
- Mugisha F, Kouyate B, Gbangou A, Sauerborn R. Examining out-of-pocket expenditure on health care in Nouna, Burkina Faso: implications for health policy. *Trop Med Int Health* 2002;7(2):187-196. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-3156.2002.00835.x>.
- Blas E, Limbambala M. User-payment, decentralization and health service utilization in Zambia. *Health Policy Plan* 2001;16 Suppl 2:19-28. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/heapol/16.suppl_2.19.
- Yang BM, Kim JH, Lee TJ, Bae EY. Health care economics. Seoul: Namsam; 2013.
- World Health Organization. The influence of financial participation by the population on the demand for health care: an analytical tool for countries in greatest needs. Geneva: World Health Organization; 1994.
- Creese A, Kutzin J. Lessons from cost recovery in health. In: Colcough C, editor. Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage. Oxford: Clarendon Press; 1997. pp. 37-62.
- Litvack JI, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Soc Sci Med* 1993;37(3):369-383. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90267-](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(93)90267-)

- 8.
31. Kalumba K. Towards an equity-oriented policy of decentralization in health systems under conditions of turbulence: the case of Zambia. Geneva: World Health Organization; 1997.
32. Shepard DS, Hodgkin D, Anthony YE. Analysis of hospital costs: a manual for managers. Geneva: World Health Organization; 2000.
33. Barnum H, Kutzin J. Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing. Baltimore: The John Hopkins Press; 1993.
34. Bratt JH, Weaver MA, Foreit J, De Vargas T, Janowitz B. The impact of price changes on demand for family planning and reproductive health services in Ecuador. *Health Policy Plan* 2002;17(3):281-287. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/17.3.281>.