

OECD 국가의 보건의료개혁 : 역사적 전망과 정책적 과제*

아주대학교

이 종 찬

(Abstract)

Health Care Reform in OECD Countries: A Comparative Policy Analysis

Jong-Chan Lee

Ajou University, School of Medicine

The paper analyzes OECD health systems from the perspective of historical institutionalism. Criticizing the dependence of Korea's national health program on Pacific countries such as Japan and the U.S., it suggests that European experiences of national health programs can be a model of the Korean health system in the future. Based on an inquiry into Italian and British cases of national health systems, the author emphasizes (1) the role of local governments in national health programs, and (2) the integration of a national health program with public health programs.

Key Words : Health Care Reform, Historical Institutionalism, National Health Program, Local Autonomy, Public Health Program

* 필자가 95년 여름방학을 존스 홉킨스 보건대학원과 醫史學연구소에서 보내면서 본 연구를 진행할 수 있도록 배려를 해 주신 아주의대의 이호영 학장님께 감사를 드립니다. 이 글을 읽고 비평해 준 익명의 評者에게 감사를 드립니다.

I. 머리말

80년대 이후, 널리 사용되고 있는 보건의료개혁(health care reform)은 이제 OECD 나라에서 피부로 느낄 수 있는 일상적인 유행어가 되어버렸다. 유럽이 하나의 시장으로 통합됨에 따라 - 12개의 회원국으로 구성된 European Community - 유럽의 보건의료 시장에서도 점점 각 나라마다 정책의 차이를 드러내면서 회원국 상호간의 장점과 단점을 서로 비교하려는 경향이 더욱 두드러지고 있는 형편이다(Altenstetter, 1992). 이러한 상황에서 80년대 이후 유럽사회가 보건의료개혁을 어떻게 인식하고 대응했는가를 이해하는 것이 이 글의 목적이다.

우리가 OECD 보건의료의 개혁을 이해하고자 하는 이유는 다음과 같다. 무엇보다도 우리나라가 OECD(Organization for Economic Cooperation and Development)에 조만간 가입하기로 되어 있다는 시의적절성 때문이다. 한국사회가 앞으로 보건의료제도를 발전시키는데 필요한 발전모델을 모색하기 위해 유럽의 정책적 경험으로부터 무엇을 배울 수 있는지를 검토해야만 한다. 우리 사회는 지난 백여년 동안 미국의 의학과 일본의 의료제도를 주로 모델로 삼아왔다. 그 결과 우리는 너무나도 오랫동안 근대 서양의학의 태동 공간이며 의료보장제도의 모태 공간인 유럽의 역사적 경험을 외면해왔던 것이다. 특히 한국사회가 1970년대 후반부터 지금까지 의료보장제도를 발전시켜오면서도 유럽의 그것에 대해서는 학문적으로나 정책적으로나 깊이 천착을 하지 못했음은 결코 부인할 수 없을 것이다.

이 글에서는 OECD에 속한 24개 나라 중에서 7개 나라를 선택하여 비교의료정책의 관점에서 개혁의 현실과 과제를 검토하게 될 것이다. 선택된 7개 나라는 캐나다, 독일, 이탈리아, 일본, 스웨덴, 영국, 미국으로 선택에 있어서 다음과 같은 점들이 고려되었다. 첫째, 한 나라의 국민을 위한 의료보장이 국가의료보장(national health service), 국민의료보험(national health insurance), 민간의료보험(private health insurance) 중에서 어떠한 제도를 근간으로 삼고 있는가. 둘째, 의료제도의 시행과정에서 요구되는 재정은 사회보험, 세금, 또는 민간보험 중에서 어디에 기반을 두고 있는가. 셋째, 보건의료 생산에 있어서 생산의 주체가 민간부문과 공공부문 중에서 어디에 더 집중되어 있는가. 이러한 기준을 토대로 하여 7개의 OECD 나라를 이 연구의 분석대상으로 선정하였다.

1. 문제 인식

사실 : (1) 1970년대 유럽 복지국가의 재정적인 위기

(2) 국민 보건의료비용의 증가

이러한 현실을 타개하기 위해 다양한 정책적 실천이 이루어졌다. OECD 국가의 보건의료개혁에 대한 흐름을 보면 정책방향은 대체로 보건의료에 대한 국가의 개입을 통한 규제와 시장 논리에 따른 경쟁과 민영화(privatization) 중에서 어느 한 쪽을 선택했는가에 대해 관심의 초점이 모아진다.

그러나 1970년대 이후에 진행되고 있는 보건의료개혁의 방향을 정부의 규제 對 시장경쟁의 정책적 틀로만 이해한다면 우리는 19세기 근대 서양의 보건의료제도사에서 면면히 흘러온 보건의료개혁의 '역사적 현재성'을 인식하지 못하게 되는 혼란에 빠지게 될 것이다. 이 글의 문제 인식은 바로 1990년대 OECD 국가의 보건의료개혁을 역사제도주의(historical institutionalism)의 관점에서 인식하는 것이다. 이 글은 OECD 국가의 보건의료개혁에 대한 정책적 평가를 지방분권(local sovereignty)과 공중보건의 '역사적 현재성'이라는 맥락속에서 조망하게 될 것이다.

II. 비교의료정책의 연구 과제와 방법

이 글은 OECD 나라들의 보건의료정책에 대한 비교연구이다. 한 나라의 보건의료정책을 다른 나라의 그것과 체계적으로 비교해야 하는 이유는 무엇일까. 첫째, 오직 한 나라의 보건의료정책만을 바라보면 그것이 올바른 방향으로 가고 있는지에 대한 규범적인 판단을 내릴 수 없는 단점이 있다. 그러나, 여러 나라의 정책을 상호 비교연구 하게 되면 보다 나은 정책을 만들어내는데 하나의 지침을 발견할 수 있다. 또한, 여러나라들이 비슷한 정치적, 경제적 환경속에서도 다른 정책들을 만들어내는 이유를 연구함으로써 정책들 사이의 긍정적이고도 부정적인 점들을 대조할 수 있는 장점이 있다. 둘째, 나라마다 구체적인 보건의료 문제를 이해하는 방식이 어떻게 다르며 이를 해결하기 위한 정치적인 과정은 어떻게 다르게 일어나는가를 이해함으로써 자신이 속한 나라의 보건의료제도에 대한 보다 깊은 이해를 할 수 있게 된다. 셋째, 모든 사회 문제들이 점차 한 나라안에서만 일어나는 것이 아니라 국가간의 경계를 넘나들면서 일어나고 있기 때문에 이를 해결하려는 제도적 방법 또한 다른 나라로부터 많은 영향을 받게 된다. 보건의료제도 또한 마찬가지로서 새로운 제도적 장치를 도입하려는 경우 다른 나라의 역사적 경험으로부터 교훈을 얻기 마련이다.

비교의료정책에 대한 연구를 통하여 우리는 세 가지 중요한 문제를 탐구할 수 있다. 첫째, 나라마다 왜 특정한 의료정책을 선택하는가. 예를 들어, 미국은 산업재해보험이나 실업보험과 같은 사회보험을 실시하면서도 유럽과는 달리 국민의료보험을 선택하지 않는 이유는 무엇인가. 왜 영국은 처음에 독일의

국민의료보험제도를 받아들였다가 2차 대전후에 국가의료보장제도로 바꿨는가. 둘째, 특정한 의료정책을 추구하는 정치적 과정이 나라마다 어떻게 다르며 그 이유는 무엇인가. 예를 들어 국가의료보장제도를 발전시켜 온 영국이나 스웨덴은 국민의료보험을 발전시켜온 독일이나 캐나다의 정치적 제도와 어떻게 다른가. 셋째, 의료정책은 어느 정도로 국민들에게 실제적인 효과를 나타내는가. 예를 들어 미국은 다른 어느 나라보다도 더 많은 국민보건의료비용과 일인당 의료비를 지출하는데도 불구하고, 국민의 건강수준과 국민들의 제도에 대한 만족도가 낮은 이유는 무엇인가.

여러 나라의 보건의료정책을 비교하는데 있어서 방법론의 측면에서 볼 때, 다음과 같은 점들을 고려해야만 한다. 우선, 비교하려는 대상을 측정할 수 있는 기준이 객관적으로 타당한가 하는 점이다. 1년간 지출된 국민보건의료비용을 예로 보더라도 나라마다 국민보건의료비용의 개념이 조금씩 다르다는 것을 우리는 알고 있다. 그것은 보건의료 개념에 내포되어 있는 문화적 차이 - 전통의료와 같은 - 때문이다. 다음으로 비교하려는 대상인 정책 개념을 정확히 비교측정할 수 있는 기준을 적용하는데 따르는 어려움이다. 서로 다른 연구결과는 현실에 대한 상반된 이해 때문이 아니라, 종종 중요한 변수를 다르게 적용해서 생긴 방법론적 차이에서 비롯되기 때문이다. 시간의 차원이 데이터의 분석에서 중요한데 어느 특정 시기의 데이터는 연관성(association)과 상관성(correlation)을 보여줄 뿐이지 인과성(causation)을 나타내주는 것은 아니기 때문이다. 인과성의 차원까지 끌어올리기 위해서는 비교의 시간계열을 확대해야 할 것이다. 보건의료정책에 대한 비교분석이 보다 과학적 엄밀성을 보여주기 위해서 역사적 분석과 결합되어야 하는 이유가 바로 여기에 있다.

보건의료정책을 비교연구하는 데 사용되는 데이터의 성격을 이해하는 것은 대단히 중요하다. 소위 하드 데이터(hard data)는 보건의료에 지출된 비용과 같이 계량화가 바로 가능한 데이터를 말하는데 때로는, 비교를 위하여 몇 가지 다른 수리적 조정을 거치기도 한다. 예를 들어 나라마다 화폐의 가치가 다르거나 또는 인플레이의 정도가 다름으로써 발생하는 차이를 조정해야 할 필요가 있기 때문이다. 그러나 보건의료에 투자된 비용과 같은 하드 데이터만으로 국민의 건강상태에 대한 결과물을 모두 알아낼 수는 없다. 따라서 질병의 이환율이나 사망율과 같은 인구보건통계에 대한 자료를 수집할 필요가 있다. 이런 종류의 데이터를 우리는 미디엄 데이터(medium data)라고 부르는데 이런 종류의 데이터는 가끔 잘못된 기록하거나 기록 자체가 빠져버리는 경우가 발생할 수가 있다. 예를 들어 질병과 사망의 원인을 잘못 판단할 경우에 데이터의 타당성과 신뢰도가 떨어지는 위험이 있다.

이 연구에서는 OECD에서 매년 공식적으로 발간하는 보건의료에 대한 하드 데이터와 미디엄 데이터(OECD, 1993; 1994)를 동시에 이용한다.

Ⅲ. 보건의료제도의 역사적 모델

미국과 스위스를 제외한 OECD의 모든 나라들은 국가의료보장이든 국민의료보험이든 국가적 수준에서의 보건의료제도를 확립하고 있다. 역사적으로 볼 때, 어느 사회이든지 보건의료제도를 발전시키는데 있어서 다음 두 가지 모델 중 하나를 채택하고 있다. 하나는 비스마르크형 사회보험 모델이며 다른 하나는 비버리지형 사회보장 모델이다. 첫번째 모델이 건강을 개인적인 권리(individual rights)로 보는데 반해 두번째 모델은 건강을 公的인 財貨(public good)로 보는 특징이 있다. 건강에 대한 이러한 시각 차이는 보건의료에 대한 가치관의 차이를 반영하고 있었다. 첫번째 모델이 의료보험을 구매할 수 있는 개인의 경제적 능력을 전제로 개인의 권리를 추구한다면 두번째 모델은 공공부문이 사회 전체의 건강을 위해 의료를 제공해야 한다는 집합적인 접근을 강조한다. 다시 말해서 전자가 좁은 의미에서의 의료(medical care)를 강조한다면 후자는 넓은 의미에서의 보건의료(health care)를 강조하는 것으로 볼 수 있다. 전자의 모델을 따르는 나라들은 국민의료보험제도를 실시해 온 반면에, 후자의 모델을 선택한 나라들은 국가의료보장제도를 채택, 시행하고 있다. 이와같이 한 사회의 보건의료에 대한 가치관과 보건의료제도의 유형 사이에는 깊은 역사적 관계가 존재하는 것이다. <표 1>은 OECD의 7개 나라들이 양자 중에서 어떤 제도를 실시하고 있는가를 보여준다.

<표 1> 의료제도에 따른 분류(괄호속의 년도는 처음 실시년도)¹⁾

국가명	제 도	재 정	생 산
캐나다(1947)	NHI	조세	민간부문
독일(1883)	NHI	사회보험	민간 / 공공부문 혼합
이탈리아(1886)	NHS	조세와 사회보험의 혼합	공공부문
일본(1922)	NHI	사회보험	민간 / 공공부문 혼합
스웨덴(1891)	NHS	조세	공공부문
영국(1897)	NHS	조세	공공부문
미국	-	민간보험	민간부문

1) 캐나다는 1947년에 Saskatchewan에서 처음으로 병원환자를 위한 의료보험제도를 실시한 뒤로 1971년에 모든 주 정부에서 의료보험제도를 받아들였다. 이탈리아와 영국은 처음에는 NHI로 시작했다가 1978년과 1948년에 각각 NHS로 바뀐다.

1. 보건의료정책의 이론적 틀(theoretical framework)

어느 나라이건간에 보건의료정책을 입안하고 실시하기 위해서는 다음의 근본적인 문제를 고려해야만 한다 (Hsiao, 1992). 첫째, 그 나라의 전체 자원중에서 어느 정도를 보건의료부문에 지출할 것인가 하는 점이다. 새로운 의료테크놀로지의 발달과 인구의 노령화는 보건의료비의 급속한 상승을 가져왔고 앞으로로도 이러한 경향은 더욱 가속화 될 것이다. 이와 같이 보건의료자원에 지출할 수 있는 비용을 국가적인 수준에서 적정하게 조정해야 할 필요성이 점점 커져가고 있는 것이다. 둘째, 제한된 보건의료자원을 누구를 위해 어떻게 배분해야 하는가 하는 것이다. 보건의료자원의 배분 방식은 크게 시장경제의 원리에 따르거나 아니면 국가의 개입에 의해 이루어진다. 많은 나라들은 자원 배분에 있어서 지불할 수 있는 능력(ability to pay)을 중요한 기준으로 삼아왔다.

우리는 이러한 근본적인 문제를 다음의 세 가지 정책적 개념을 통하여 이해하고자 한다 (Aday, 1993; Doorslaer, 1993). 첫째는 보건의료에서 형평성(equity)의 개념으로써 이는 한정된 자원에서 보건의료에 대한 권리(rights to health care)를 어느 수준에서 어떻게 보장할 것인가를 의미한다. 이 형평성의 개념은 보건의료 이용의 용이성(access)을 판단하는 기준으로서 국가의료보장 또는 국민 의료보험의 재정구조와 그것의 포괄성(comprehensiveness)과 보편성(universality)의 여부, 보건의료자원의 지역적 분포, 보건의료서비스의 이용정도, 소비자의 만족도 등을 포함하고 있다. 둘째, 효율성(efficiency)은 한정된 의료자원을 가지고 어떻게 최대한의 효과를 추구할 것인가를 의미한다. 보건의료비용을 적게 지출하고도 국민의 보건의료 수준을 최대한으로 증진시킬 수 있는 나라는 효율성이 큰 의료제도를 실시하고 있는 것이다. 셋째, 효과성(effectiveness)은 한 나라의 보건의료제도가 국민들에게 어느 정도로 실제적인 혜택을 주는가 하는 점이다. 영아사망율이나 기대수명과 같은 국민 건강과 관련된 지표들이 그 기준이 된다. 이상과 같은 세 가지 개념들은 한 나라의 보건의료제도를 종합적으로 평가할 수 있는 기본적인 기준인 셈이다.

2. 의료보장의 원칙

두 가지 역사적 모델 중에서 어느 제도를 실시하던간에 의료보장의 두 가지 대 원칙은 보편성(universality)과 포괄성(comprehensiveness)이다(Brown, 1989). 전자는 의료에 대해 지불할 수 있는 능력에 상관없이 모든 국민들이 똑같이 의료를 이용할 수 있는 권리를 의미하며 후자는 국가가 국민들

의 보건의료비에 대해 재정적인 책임을 져야 한다는 것을 뜻한다. 거꾸로 말해서 한 나라의 보건의료비가 국민들에게 실제로 어떤 혜택을 제공하는가를 평가할 때, 우리는 이 두 원칙이 어느 정도로 구현되고 있는가를 보면 된다. 보편성과 포괄성이라는 두 원칙은 국민들이 시장경제의 논리에 구속되지 않고 보건의료를 이용해야 한다는 사회적 권리(social citizenship)의 맥락에서 고려된다.

OECD 7개 나라 중에서 미국을 제외한 나라들은 일단 보편성의 원칙에서 볼 때는, <표 2>가 보여주듯이, 이들 나라의 국민들이 보건의료를 이용할 수 있는 권리는 거의 비슷하여 큰 차이가 없는 듯하다.²⁾ 그러나 포괄성의 입장에서 볼 때, <표 3>은 이들 나라마다 편차가 크게 두드러짐을 알 수 있다.³⁾

<표 2> Public Coverage against Medical Care Costs (단위 : %)

국가명	1960	1970	1980	1991
캐나다	68.0	100.0	100.0	100.0
독일	85.0	88.0	91.0	92.2
이탈리아	87.0	93.0	100.0	100.0
일본	88.0	100.0	100.0	100.0
스웨덴	100.0	100.0	100.0	100.0
영국	100.0	100.0	100.0	100.0
미국	20.0	40.0	42.0	44.0

Source : OECD(1993)

<표 3> Public Share of Medical Care Billing (단위 : %)

국가명	1960	1970	1980	1991
캐나다	52.1	75.0	86.2	82.0
독일	90.0	92.0	95.0	92.0
이탈리아	80.0	80.0	81.2	75.0
일본	70.0	80.7	88.7	87.0
스웨덴	80.0	92.0	95.8	94.0
영국	93.0	93.0	93.0	93.0
미국	40.0	50.0	61.0	61.0

Source : OECD(1993)

- 2) 이 글에서는 보편성을 대신할 수 있는 척도(quasi-measure)로서 공공부문이 제도적으로 의료비를 어느 정도로 보장해주는가를 보여주는 통계자료를 선택했다.
- 3) 포괄성을 대신할 수 있는 척도로서 국민들이 실제로 의료비를 지출할 경우에 공공부문에서 어느 정도로 부담해 주는가를 보여주는 통계자료를 선택했다.

스웨덴, 영국, 독일과 같이 포괄성의 지수가 높은 나라들은 국가가 보건의료비에 대한 재정적인 부담을 많이 하고 있음을 알 수 있다.

이 두 원칙을 함께 고려하면서 한 사회가 의료보장의 원칙을 어느 정도로 실현하고 있는가를 알아보기 위해 탈상품화(decommodification)개념을 도입하기로 한다. 탈상품화는, 에스핑-앤더슨(Esping-Andersen)에 따르면, 어떤 사회서비스가 사회적 권리로 인정될 뿐 아니라, 시장경제에 의존하지 않고도 그 서비스를 이용할 수 있는 상태를 의미한다(Esping-Andersen, 1990). 본 연구의 자료가 허용하는 범위내에서 탈상품화의 개념을 조작적으로 정의(operational definition)하면 다음과 같다.⁴⁾

$$\text{보편성(U)} \times \text{포괄성(C)} = \text{탈상품화(D)}$$

〈표 4〉는 보건의료제도에서 7개 나라의 탈상품화 정도를 보여주고 있다. 탈상품화의 정도가 큰 나라일수록 국민들은 의료보장의 권리를 시장논리에 상관없이 누리고 있는 것으로 이해할 수 있다.

〈표 4〉 보건의료의 탈상품화의 정도 (단위 : %)

국가명	1960	1970	1980	1991
캐나다	35.43	75.00	86.20	82.00
독일	76.50	80.96	86.45	84.82
이탈리아	69.60	74.40	81.20	75.00
일본	61.60	80.70	88.70	87.00
스웨덴	80.00	92.00	95.80	94.00
영국	93.00	93.00	93.00	93.00
미국	8.00	20.00	25.62	26.84

Source : OECD(1993)

Ⅲ. 보건의료개혁의 ‘역사적 현재’ : 역사제도주의 (Historical Institutionalism)의 해석⁵⁾

전체적으로 볼 때, 1945년에서 1960년대 중반 사이의 변화와 1960년대 중반에서 80년대까지의 변화

4) 이 논문의 탈상품화에 대한 조작적 정의는 에스핑-앤더슨의 그것과 다르다.

5) 보건정책의 비교분석에서 역사제도주의가 지니는 의의와 이론적 적용성에 대해서는 Steinmo, S. et al., Structuring Politics : Historical Institutionalism in Comparative Analysis, Cambridge : Cambridge University Press, 1992와 Immergut, E., Health Politics : Interests and Institutions in Western Europe, Cambridge : Cambridge University Press, 1992를 볼 것.

를 구분할 필요가 있다. 2차 대전이후 영국, 스웨덴, 독일, 프랑스 등의 나라에서는 보건의료에 대한 공적인 개념이 더욱 강조되어 국민들에 대한 의료보장의 급여범위를 확대해 나갔다. 특히 전쟁 직후에 영국, 스웨덴, 프랑스, 독일 등에서는 좌파(사회주의) 정당이 의회에서 다수파가 됨에 따라 보건의료에 대한 공공 프로그램을 강화해 나갔던 것이다. 아울러 중산층에 정치적 기반을 둔 정당들도 의료의 사회화를 주장함에 따라 의료보장제도는 노동자의 권리라는 초기의 성격에서 국민대중을 위한 프로그램의 성격으로 확대 발전되었다.

그러나 이러한 의료보장의 확대는 반대 세력 - 의료인, 기업, 보험자 단체 - 의 도전을 받게 되었다. 보건의료에 대한 국가의 개입이 논쟁의 핵심적인 이슈가 아니라 개입의 양식과 한계가 바로 논쟁점이었다. 근본적인 문제는 (1) 정부의 개입이 시장의 논리를 대신할 수 있는가, (2) 정부가 병원을 비롯한 의료시설을 어느 정도로 국유화시킬 수 있는가 (3) 정부가 얼마나 많은 의사를 직접 고용할 것인가에 초점이 모아졌다. 이러한 문제들은 나라마다 다른 정치적인 양상으로 표출되었다. 영국의 경우 정부는 국가의료보장제도(National Health Service, NHS)의 재정적인 책임을 더욱 강조하고 병원시설의 국유화를 통해 자원의 배분을 조정하였다. 그럼에도 영국의 의사들은 여전히 NHS내에서 자원의 사용에 대한 정부의 정치적인 조정을 견제할 수 있었다. 스웨덴에서의 정치적 개혁의 한계는 더욱 분명했다. 스웨덴은 반세기 동안 州정부에 의해 실시되어 오던 임의보험을 1947년에 국가가 관장하는 사회보험제도로 바꾸는데 성공하였다.

그러나 1948년 사회주의 의사인 호저(Axel Höjer)가 1948년에 개혁안 - 국가가 일차의료를 직접 제공하고 의사의 소득을 월급제로 하는 등의 보다 포괄적인 국가 차원의 보건기획 - 을 제안하자 보수파와 많은 의사들은 일제히 반대를 하여 선거에서 호저의 사회민주당은 패배하였다. 이후 20년간 스웨덴은 국가가 의료개혁을 주도하는 역할을 하지 않게 된다. 독일의 상황도 비슷하여 의사단체, 민간보험회사, 임노동자들의 질병금고들은 연합하여 국가가 주도하는 보험제도에 강력히 반대하여 1949년 서독 정부가 세워진 후에 의료보험제도는 전쟁 이전의 상태로 다시 바뀌게 되었다. 특히 1959-1960년에 기독교민주당이 의료보험에서 노동자들의 본인부담금을 증가시키는 대안을 제시하자 거센 노동운동이 일어났고 결국 이 제안은 거부되었다.

이상과 같이 2차 대전 이후 20년동안 유럽에서의 보건의료에 대한 정치적 통제는 의사들의 권위에 의해 제한되었다(Starr, 1987). 그러면 보건의료개혁에 반대하는 의사들의 이러한 권위의 샘은 무엇인가. 부분적으로 이는 정부가 의사단체와 같이 조직성이 뛰어난 이익집단의 뜻을 거스를 경우에 생기는 정치적 부담일 수도 있다. 그러나 본질적으로 이는 보건의료의 문제들을 과학기술적인 것으로 규정하여

탈정치화(depolicitization)시키려는 의사들의 '문화적 권위'(cultural authority)에 근거하고 있다.⁶⁾

1960년대 후반 이후 유럽의 보건의료 상황은 이전과는 판이한 양상을 보여주는데 그것은 보건의료가 어느 나라를 막론하고 더욱 정치적인 논쟁점이 되었다는 사실이다. 이러한 양상은 두 가지 변화에 기인한다. 하나는 1960년대 후반부터 형평의 개념이 시민권의 중심으로 확고히 자리를 잡게 됨에 따라 대중들은 보건의료에 대한 권리를 당연한 것으로 받아들여지게 된다. 다른 하나는 유럽복지국가의 경제적 어려움에도 불구하고 보건의료비가 계속 증가하여 새로운 이해관계를 창출하고 있다는 점이다. 이러한 상황에서 국민들은 이전의 낡은 보건의료제도에 만족을 할 수 없게 되고 개혁 프로그램은 더욱 정치적인 성격을 띠게 되었다.

이 시기에 유럽사회에서 이루어진 보건의료개혁 중에서 가장 두드러진 것은 스웨덴의 Seven Crowns Reform이었다. 1960년대말까지만 하더라도 정부에 의해 고용된 스웨덴 의사들의 90%의 소득은 외래진료의 경우 행위별수가제에 의해 보장받았다. 보건의료비가 상당히 증가하게 되자, 의사들의 고소득은 심각한 정치적인 문제로 대두되었다. 1968년의 선거에서 압승을 거둔 스웨덴의 사회민주당은 국민의료보험의 재정에 대한 대개혁을 단행하게 된다. 이 개혁은 의사들의 소득을 평준화하는 것을 겨냥하였는데 두 가지 전략을 사용하였다. 하나는 의사들에 대한 지불방식을 행위별수가제에서 연봉제로 바꾸었으며 다른 하나는 7 귀족계급에 속하는 사람들이 부담하는 진료비가 의사한테 바로 가지 않고 질병금고에서 지방자치단체로 가도록 행정적인 제도를 마련했다. 결국 스웨덴의 이러한 개혁은 보건의료비를 규제하고 의사들의 소득을 전문과목에 관계없이 평준화하고 다른 직업에 비해 형평성을 유지할 수 있도록 하는데 성공하였다.

스웨덴의 개혁만큼 두드러지지는 않지만 영국 노동당에 의한 NHS의 재조직, 프랑스의 Reformé Debré, 스페인에서의 사회보장에 대한 의사의 의무 등은 모두 보건의료의 공적인 역할과 책임을 강조한 것이었다.

결론적으로, 1960년대와 70년대의 정치적인 상황의 변화로 인해, 2차대전 이후에 지속되어 왔던 보건의료를 과학기술적인 문제로 인식했던 탈정치화현상은 사라지고, 이를 정치적인 성격으로 규정하게 됨에 따라 다양한 이해관계에 민감한 이익집단들은 개혁의 무대에 더욱 참여하게 되었다. 따라서 전통적으로 보건의료의 개혁에서 주도적인 위치에 있던 의사단체는 예전보다 정치적 영향력이 감소될 수 밖

6) '문화적 권위'의 개념에 대해서는 Starr, P., The Social Transformation of Great Medicine, New York : Basic Books, 1982, pp. 13-5를 볼 것.

또한 출산시 기대수명을 비교해보더라도 이러한 연관성은 크게 다르지 않다. <표 8>은 남성과 여성의 출생시의 기대수명을 나타내고 있다. 미국은 남녀에 관계없이 가장 기대 수명이 짧고 일본은 가장 높게 나타났다.

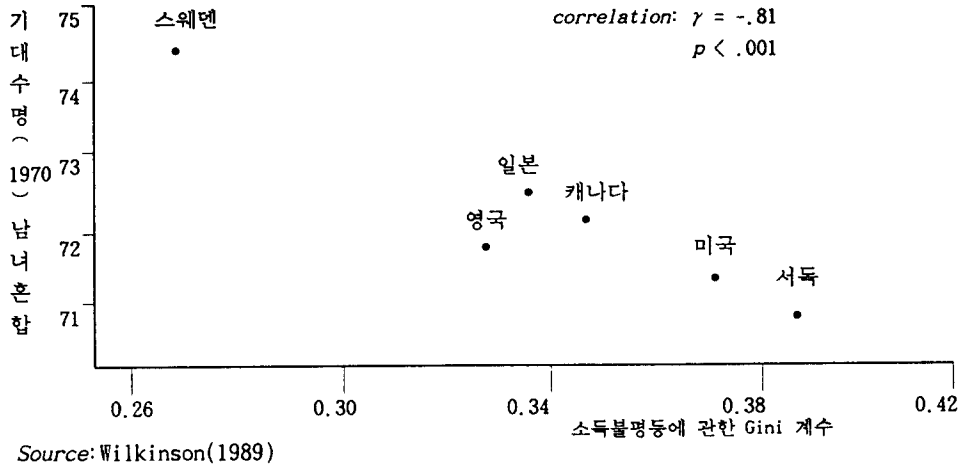
<표 8> 남성과 여성의 출생시 기대수명 (단위 : 歲)

국가명		1960	1970	1980	1990
캐나다	남성	68.4(1961)	69.3(1971)	71.9(1981)	73.8
	여성	74.3(1961)	76.4(1971)	79.1(1981)	80.4
독일	남성	66.9	67.4	69.9	72.6(1989)
	여성	72.4	73.8	76.6	79.0(1989)
이탈리아	남성	67.2(1961)	69.0(1971)	70.6	73.5(1989)
	여성	72.3(1961)	74.9(1971)	77.4	80.0(1989)
일본	남성	65.5	69.3	73.4	75.9
	여성	70.2	74.7	78.8	81.9
스웨덴	남성	71.2	72.2	72.8	74.8
	여성	74.9	77.1	78.8	80.4
영국	남성	68.3	68.6	70.2	73.0
	여성	74.2	75.2	75.9	78.5
미국	남성	66.6	67.1	70.0	72.0
	여성	73.1	74.7	77.4	78.8

Source : OECD(1993)

<그림 1>은 한 나라에서 계층간의 경제적인 차이와 건강의 정도사이의 상관관계를 보여주고 있다. 스웨덴은 계층간의 소득수준격차가 가장 작으면서도 기대 수명이 가장 높는데 비해 미국이나 독일은 계층간의 소득격차가 크면서도 기대수명은 낮음을 알 수 있다. 이 그림으로부터 우리는 한 나라의 보건의료자원의 배분의 형평성은 사회적 계급과 깊은 연관성을 맺고 있음을 알 수 있다.

이와 같은 영아사망율과 보건의료비용 사이의 연관성은 출생시의 체중에 대한 통계를 비교했을 때에도 거의 적합성을 갖는다. <표 9>는 출생시 체중이 2.5kg 이하인 신생아가 출생 100명당 차지하는 비율을 보여주고 있는데 스웨덴이 가장 낮은 4.5%를 보여주는데 비해 미국은 7.1%를 차지하고 있다. 이와 같



<그림 1> 기대수명과 소득불평등의 Gini 계수

<표 9> 출산시 2.5kg 이하 저체중아의 출산율 (단위 : %)

국가명	저체중아의 비율
캐나다	5.4(1990)
독일	5.8
이탈리아	5.6(1988)
일본	6.5
스웨덴	4.5
영국	6.4(1990)
미국	7.1

Source : OECD Health Data File(1993)

이 출생시 신생아의 체중을 서로 비교해 보더라도 미국사회가 보건의료에 사용하는 비용은 미국민의 건강 수준과 관련성이 없다는 것을 유추하게 된다.

이러한 논리적 유추는 각종 질병으로 인해 사망할 가능성이 있는 생명(potential life lost)를 비교해보더라도 그대로 타당하다. <표 10>은 남성과 여성의 YPLL을 각각 보여주는데 일본은 여성의 경우 2,131, 남성의 경우 3,684로 가장 낮고 미국은 여성이 3,877, 남성이 6,961로 가장 높게 기록했다. 이 표를 유추해서 해석한다면 미국사회에서는 보건의료에 대한 투자 비용이 건강의 증진과 아무런 상관성을 갖지 않는다는 것이다. 오히려 상대적으로 국민보건의료 비용이 적은 나라인 일본과 스웨덴이 건강 관련 지표에서 높은 기록을 보여주고 있는 것이다.

〈표 10〉 Potential Years of Data Life Lost (단위 : 명)

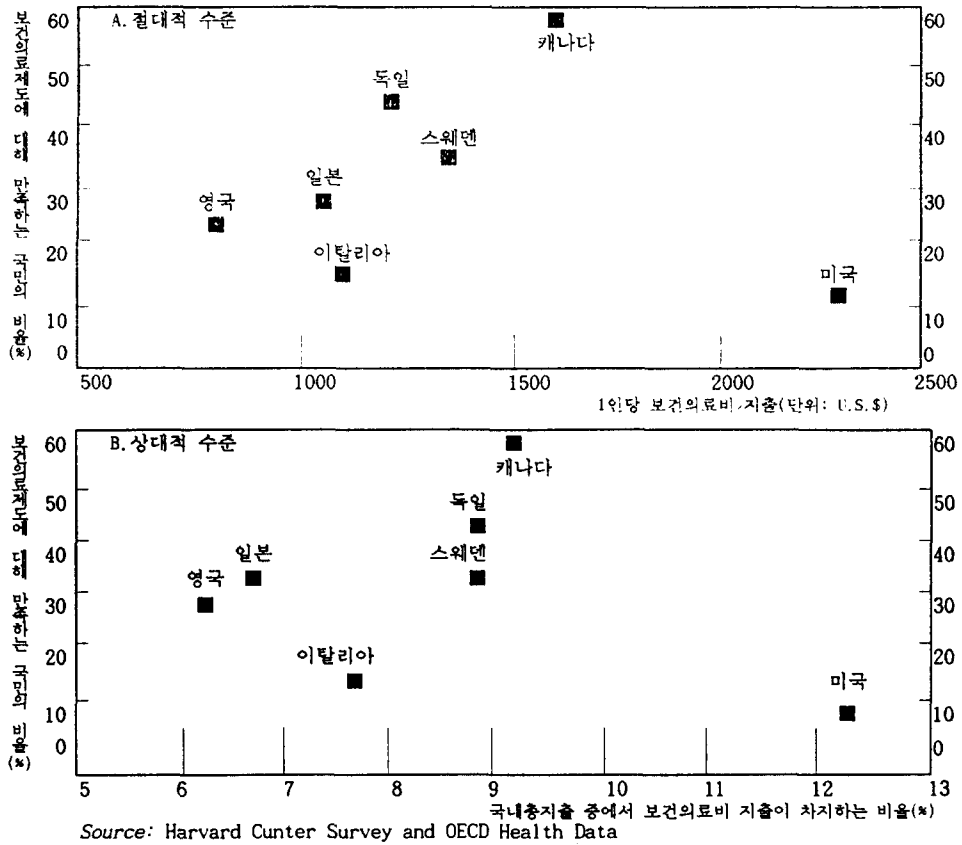
국가명		1960	1970	1980	1990
캐나다	남성	10207	8703	6684	4974
	여성	6593	5290	3803	2939
독일	남성	11102	9702	7069	5171
	여성	7425	5954	4046	2906
이탈리아	남성	12504	9723	6993	5081
	여성	9084	6372	3948	2764
일본	남성	12083	7676	4833	3684
	여성	8956	4800	2868	2131
스웨덴	남성	6741	5751	4941	3975
	여성	4741	3624	2864	2388
영국	남성	8797	7922	6309	4929
	여성	5797	5147	4073	3191
미국	남성	11281	10630	8049	6961
	여성	7084	6234	4541	3877

Source : OECD(1993)

그러면 국민들은 자신들의 보건의료제도에 대해 어느 정도로 만족하고 있는가. 〈그림 2〉는 이들 나라의 국민들이 국가가 보건의료에 지출하는 비용과 국민총비용 중에서 보건의료에 대한 비율에 대해 만족하는 정도를 잘 보여주고 있다. 이 그림에서도 미국은 1인당 보건의료 비용이 가장 높을 뿐 아니라 국내 총지출 중에서 보건의료비의 지출이 차지하는 비율이 높은 데에도 불구하고 의료제도에 만족도는 가장 낮은 것으로 나타나 있다.

앞에서도 논의했다시피, 보건의료에 대한 두가지 역사적 모델 중에서 어떤 모델을 채택하건간에 보건의료에 대한 국가의 개입은 당연하게 받아들여졌고 이에 따라 보건의료 부문에서 정부가 해야 할 역할은 점점 중대 되어왔다. 무엇보다도 보건의료의 재정구조에 있어서 정부의 역할은 매우 중요하다. 〈표 11〉은 보건의료에 대한 지출중에서 공공부문이 차지하는 비율을 보여준다. 스웨덴, 영국, 이탈리아와 같이 국가의료보장제도를 실시하는 나라는 독일, 캐나다와 같이 국민의료보험제도를 실시하는 나라에

비하여 국민보건의료에 대한 공공부문의 지출이 높다. 미국과 같이 민간의료보험에 의존하는 나라는 당연히 가장 낮은 비율을 나타내고 있다.



〈그림 2〉 보건의료비 지출에 대한 만족도

〈표 11〉 보건의료비에 대한 지출중 공공부문이 차지하는 비율 (단위 : %)

국가명	1960	1970	1980	1991
캐나다	42.7	70.2	74.7	72.2
독일	66.1	69.6	75.0	71.8
이탈리아	83.1	86.4	81.1	77.5
일본	60.4	69.8	70.8	72.0
스웨덴	72.6	86.0	92.5	78.0
영국	85.2	87.0	89.6	83.3
미국	24.5	37.2	42.0	43.9

Source : OECD Health Data File(1993)

2. 보건의료개혁의 정책적 전략과 과제

보건의료개혁을 추진하는 정책적 전략은, 경제학의 관점에서 볼 때, 크게 두가지로 나뉜다. 하나는 수요측면 전략(supply-side approach)이며 다른 하나는 공급측면 전략(demand-side approach)이다. 의료개혁을 위해 수요측 전략을 주장하는 사람들은 보건의료를 다른 상품과 같다고 가정하면서 시장경제의 경쟁 논리를 보건의료의 개혁에 적용시킨다. 이런 접근방법을 주장하는 사람들은 보건의료에 사용되는 자원의 정도를 대체로 무시하면서 소비자들이 보건의료에 대해 지불할 수 있는 능력의 여부를 중시한다. 또한 그들은 부족한 보건의료자원을 민간부문에서의 생산으로 대체하는데 동의를 한다. 따라서 이들이 보건의료개혁을 위해 구체적으로 사용하는 정책은 시장 경쟁을 강화하여 의료소비자들의 행위를 변화시키는 방법이다. 의료보험에서 입원환자와 외래환자의 본인부담금을 증가시키는 것은 그 대표적인 사례이다.

이에 반해 공급측면 방법을 더 선호하는 사람들은 보건의료를 지불 능력에 상관없이 누구나 누려야 할 기본적인 권리로 이해한다. 그들은 전자를 선호하는 사람들이 보건의료에서의 시장실패 요인을 간과하고 있다고 비판한다. 보건의료의 제공자들은 소비자들보다도 상품에 대한 훨씬 많은 정보를 갖고 있어서 유효수요를 창출하고 가격을 정할 수 있는 유리한 입장에 있다는 것이다. 따라서 후자의 입장을 지지하는 사람들은 이러한 보건의료에서의 시장실패에 정책적으로 대응하기 위해서 정부의 개입이 필요하며 이러한 개입을 통하여 보건의료자원을 배분하고 의료비를 조절할 수 있다는 것이다.

〈표 12〉가 보여주듯이, 보건의료의 개혁을 위한 정책에서 공급측면 전략과 수요측면 전략은 미시적

〈표 12〉 의료비 규제의 전략

	미시적 수준	거시적 수준
공급측 전략	<ul style="list-style-type: none"> · 인두제, DRGs 등과 같은 경제적 유인장치를 통한 생산의 효율성 제고 · 의료시설의 소유권에 대한 법적 규제 	<ul style="list-style-type: none"> · 보건의료자원에 대한 지역간, 계층간의 바람직한 배분을 위한 기획 · 보건의료 자원의 연간 총량 제한
수요측 전략	<ul style="list-style-type: none"> · 본인부담금과 같은 의료수가에 대한 환자의 인식제고 · 의사의 임상적인 결정에 대한 심사, 의료이용심사, managed care 	<ul style="list-style-type: none"> · 병원에 대한 총액 예산제 · 개원의에 대한 의료비 지출 한도제

Source : Reinhardt, U.(1990)

관리와 거시적 관리에 따라 다시 세분된다. 병원 소유에 대한 법률적인 규제나 포괄수가제 등과 같은 방법은 공급측면에서의 미시적 관리이며 보건의료자원의 지역적 배분은 공급측면에서의 거시적 관리에 속한다. 이에 반해서 본인부담제나 시장경쟁을 통한 관리나 본인부담제 등은 수요측면에서의 미시적 관리이며 총액예산제와 같이 의료비 지출을 제한하는 방법은 수요측면에서의 거시적 관리에 속한다.

어느 나라를 막론하고 수요와 공급 중에서 어느 한쪽만을 극단적으로 실시하는 나라는 없다. 대부분의 나라들은 양쪽 방법들을 혼합적으로 사용하여 당면한 보건의료 문제들을 해결하고 있다. 그러나 우리가 관심을 갖고 있는 7개 나라에서의 역사적인 경험은 수요측 방법보다는 공급측 전략이 보건의료개혁을 더욱 성공적으로 추진했음을 보여준다.

한 사회가 국민들의 건강 증진을 위해 어느 의료보장(보험)제도를 선택하던 또는 의료개혁을 위한 정책적 수단으로 수요와 공급 중에서 어느 방법을 선호하든지, 모든 국가는 네가지 구조적 수준에서 보건의료에 개입해왔다 (Heidenheimer, 1990; Hollingsworth, 1990; Immergut, 1992). (1) 보건의료의 재정을 어떻게 마련할 것인가 (2) 의료수가를 어떻게 조절하고 규제할 것인가 (3) 의료시설을 누가 소유할 것인가 (4) 의사들에 대한 지불방식을 어떻게 할 것이며 이들을 공공부문에서 어느 정도로 확보할 것인가. 이러한 네가지 문제는 실제의 보건의료 개혁과정에서 가장 첨예한 정치적, 정책적 문제점으로 서로 가치와 이익을 달리하는 집단들 사이에서 중요한 논쟁점으로 인식되고 있다.

OECD의 7개 나라들이 현재 추진하고 있는 보건의료개혁의 방향과 강조점들은 서로 다를 수 밖에 없다. 그러면 우선 이들 나라들이 공통으로 추진하고 있는 개혁의 과제가 무엇인지를 살펴 본 후에 우리나라 보건의료개혁의 방향에 많은 시사점을 주는 이탈리아와 영국의 경험을 분석하기로 한다. 의료테크놀로지와 인구의 노령화 현상으로 의료 수가는 점점 증가하여 국민의료비가 급격하게 상승하게 되었음은 이미 지적한 바와 같다. 따라서 모든 나라들이 의료비 규제(cost containment)를 위해 여러가지 방법들을 모색하고 있는데, 최근의 흐름은 크게 두 가지 방향으로 집약되고 있다. 첫번째는 보건의료 시장에 경쟁원리를 도입하여 시장경쟁을 통한 의료관리(managed competition)를 모색하는 방안이다. 이러한 논리는 소비자와 의료인들의 경제행위가 보다 시장의 경쟁 속에서 이루어지도록 하는 것으로 영국과 미국에서 가장 적극적으로 수용되고 있다. 캐나다와 독일처럼 국민의료보험제도를 실시하는 나라에서도 이러한 방법을 실시하고 있으며 심지어는 스웨덴과 같이 전통적으로 공급측면 정책 수단에 의존해오던 나라조차도 이 논리를 수용하고 있다.

두번째는 의사들에 대한 지불방식으로 많이 사용되어 왔던 행위별진료수가제(fee-for-service)가 의료비 증가에서 큰 요인으로 작용한다는 것이 밝혀짐에 따라, 포괄수가제를 이에 대한 대안으로 실시

위의 세가지 문제를 근본적으로 해결하기 위하여 개혁을 단행하였다. 1978년 개혁의 핵심은 국민에 대한 보편적이고도 포괄적인 의료를 세가지 행정 차원에서 보장하는 것이었다. 우선 중앙정부는 조세와 강제기여금을 통해 보건의료를 국가적 수준에서 기획하고 재정기반을 마련한다. 둘째, 각 지방정부는 주어진 행정구역내에서 보건의료서비스를 조직화하고 기획하는 책임을 맡는다. 셋째, 지방자치단체에서 정치적인 선거에 의해 뽑힌 위원들이 운영하는 지역보건기구(Unita Sanitarie Locali, USL)는 보건의료서비스를 직접 제공하는 역할을 담당한다.

이렇게 새로운 관리체제를 갖춘 이탈리아의 SSN은 1980년대에 시행과정에서 두 가지 문제점을 노정하였다. 하나는 USL 차원에서 이루어지는 관리는 위원들이 정당에 속해 있어서 정치적 영향에 의해 좌우되었다. 따라서 정당간의 경쟁과 이탈리아 특유의 행정관행(lottizzazione)으로 인해 비효율적인 모습을 나타내었다. 다른 하나는 중앙정부가 SSN의 재정에 대해 책임을 맡고 그 지출은 지방정부나 USL에 의해 이루어짐으로써, USL이나 지방정부가 중앙정부에서 정한 연간 사용한도액을 초과지출하게 될 경우에 이를 규제하고 조절할 수 있는 제도적 장치가 마련되지 못했다. 특히 USL 수준에서는 보건의료재정의 확보에 대해서는 책임을 느낄 필요가 없었기 때문에 이러한 현상은 더욱 심했다.

1980년대 중반부터 이러한 문제를 해결하기 위한 정책적 대안들이 제시되었다. 그 가운데 하나는 USL의 행정구조에서 정치적 영향력을 배제시켜 정당에 소속된 위원들 대신에 공적인 책임을 지닌 전문가들이 관리를 맡게 된 것이다. 또 다른 변화는 중앙정부의 기획과 재정 기능은 유지하면서도 지방정부와 USL이 재정에 대한 책임을 맡도록 하여 의료비를 규제하고 조절하는 기능에 적극적으로 참여하도록 하였다. 결과적으로 이제 지방정부와 USL은 예전처럼 의료비를 임의로 사용할 수 없게 되었고 공동의 책임을 지녀야 했다.

SSN에서의 이러한 변화를 더욱 정확히 이해하기 위해서는 이탈리아 사회가 1980년대 이후 겪고 있는 상황에 대한 정치경제학적 인식이 필요하다. 유럽 통화시장에 대한 이탈리아의 편입을 둘러싸고 기독교민주당(Democrazia Cristiana)과 공산당(Partito Comunista Italiano)이 서로 대립하면서 - 후자는 반대를 하였다 - 1978년의 SSN을 창출하는데 공헌하였던 국민연합(National Solidarity)은 붕괴를 맞는다. 이제 국민연합 대신에 자유주의자들은 1980년대 이후로 계속해서 보건성(Ministry of Health)내에서 중심적인 역할을 맡으면서 보건의료재정을 더욱 규제하고 지방정부의 공동 책임을 강조하는 정책을 실시하였던 것이다. 1980년대에 국민연합이 붕괴하면서 진보주의자들의 SSN에 대한 영향력은 점점 줄어들어 갔다. 경제적으로는 이탈리아의 유럽통화시장에 대한 편입이 인플레이션과 국제수지의 적자로 나타나면서 이탈리아의 경제적 상황은 점점 악화되어 갔고 급기야는 1992년 9월에 이탈

리아의 통화단위인 리라(lira)가 유럽통화시장에서 방출되는 재정적 위기를 맞게 된다. 이러한 상황에서 1992년에 이탈리아는 1978년 이래 지속되어 왔던 SSN의 정책 방향을 공급 주도형에서 수요측면으로 바꾸면서 시장에서의 경쟁논리를 강화하고 있다.

이러한 정책적 효과는 제약부문에 가장 확실하게 나타나고 있다. 이탈리아가 OECD 나라와 구별되는 독특한 점이 있다면, <표 14>와 <표 15>가 보여주는 것처럼, 약품 소비가 가장 많고 이로 인해 약에 지출되는 사회적 비용이 매우 많다는 사실이다. 이를 규제하기 위하여 SSN은 소비자들의 약 사용에 대한 본인부담금 비율을 계속해서 높여 왔다. 표 16은 1995년 현재 이탈리아의 약품 규제 정책의 현황을 보여준다. A 등급의 약들은 국민 질병에 매우 필수적인 약들 중에서 비싸지 않은 것으로 본인부담금이 전혀 없다. 그러나 B 등급의 약을 사용하려면 50%를 소비자가 지불해야 하며 C 등급의 약들에 대해서는 SSN에서 전혀 보조를 해주지 않고 있다. 이러한 정책은 어느 정도 성공을 거두어 <표 17>이 보

<표 14> 1인당 사용 의약품의 수 (단위 : 품목)

국가명	1980	1990
캐나다	-	-
독일	14.3	12.2(1987)
이탈리아	19.9	21.1
일본	0.5	1.2
스웨덴	4.4	5.3
영국	6.6	7.8
미국	6.1	-

Source : OECD(1993)

<표 15> Pharmaceutical Wholesale Distribution Labour Costs (단위 : 국가별 통화단위)

국가명	1988
프랑스	187644
독일	57948
이탈리아	38280570
영국	12204

Source : OECD(1993)

여주듯이 이탈리아의 처방약에 대한 SSN의 급여비율은 1970년에는 90%, 1980년에는 70.8%, 1991년에는 66.0%로 계속 감소되어 왔다. 또한 <표 18>이 보여주는 것처럼, 이런 정책이 시행되기 이전인 1965년에서 1979년 까지 약의 소비량은 12.1%나 증가했지만, 이 정책이 시행되면서 1980~1987년에는 오히려 약 소비량은 감소하게 되었다.

<표 16> 1995년 이탈리아의 본인부담금 규제 (단위 : %, 리라)

급여	본인부담금 비율	고정수가
약 제		
A 등급	없음	3,000-6,000 (약 \$2-4)
B 등급	50	3,000-6,000 (약 \$2-4)
C 등급	100	3,000-6,000 (약 \$2-4)

Source : Ferrera, M. (1995)

<표 17> 처방약에 대한 급여비율 (단위 : %)

국가명	1960	1970	1980	1991
캐나다	1.3	2.4	20.1	23.0
독일	60.0	60.0	60.0	50.0
이탈리아	68.0	90.0	70.8	66.0
일본	79.0	81.0	89.0	85.0
스웨덴	45.0	53.0	71.8	72.0
영국	88.0	90.0	92.7	91.0
미국	65.0	25.0	25.0	25.0

Source : OECD(1993)

<그림 2>에서처럼 이탈리아 국민들은 OECD의 다른 나라에 비하여 이탈리아의 보건의료제도에 대해 높은 불만을 표시하고 있다. 자유주의자들은 이를 해소하는 방법으로 원하는 국민에 한해 SSN에 가입하지 않고 민간보험을 통해 자유로이 의료를 이용할 수 있도록 하는 법률을 통과시켰다. 현재 이탈리아 국민의 10% 정도는 이렇게 의료를 이용하고 있다.

<표 18>

이탈리아의 의약품 소비량 증감

(단위 : 품목, %)

연 도	약 소비량	연간 증감율
1980	1,124,584	-
1981	1,134,980	+0.9
1982	1,137,128	+0.2
1983	1,112,666	-2.1
1984	1,062,590	-4.5
1985	1,120,950	+5.5
1986	1,120,950	-1.8
1987	1,108,716	+0.8
1991	1,000,000	-
1992	960,000	-4.0
1980-1987	-	-1.4
1965-1979	-	+12.1

Source : Ferrera(1995)

4. 영국의 보건의료개혁: 공중보건과의 통합

의료개혁에 대한 수 많은 대안들이 쏟아짐에 따라 이 대안들을 구별짓는 기준들이 애매모호해지고 있다. 대부분의 정책적 대안들은 보건의료의 재정에만 관심을 쏟고 있기 때문에 보건의료제도의 구조적 개혁이 실제로 국민들의 건강을 증진시키는데 기여하는가에 대해서는 간과하는 경향이 있다. 이러한 현상은 현대의 보건의료가 공중보건이나 예방보다는 치료위주의 방향으로 흐르고 있는 것과 무관하지 않다. 그러나, 앞에서 살펴 보았듯이, 보건의료비용에 대한 더 많은 지출이 반드시 국민의 건강수준 향상과 직결되지 않기 때문에, 수 많은 대안들 중에서 옥석을 가려내는 일은 대단히 중요하다.

그러면 옥석을 가려내는 기준은 무엇인가. 그것은 이제까지 보건의료개혁의 역사에서 거의 잊혀져 왔던 공중보건을 의료보장(보험)제도 속으로 통합하는 것이다. 사실 이러한 작업은 새삼스러운 일이 아니다. 원래 19세기부터 유럽사회에서 공중보건은 항상 의료개혁의 일차적인 수단으로 인식되어 왔다. 이러한 역사적 전통은 의료테크놀로지의 발달에 가리워 잊혀져 왔으나 이제 우리는 보건의료개혁에서 이 전통을 복원해야 할 것이다. 영국의 유명한 醫史學者인 토마스 맥퀸(Thomas Mckeown, 1979)은 이 전통에 대한 의학적 정당성을 부여했다. 그는 영국의 보건통계를 근거로 하여 예방접종이 1970-71년

에 시작되면서 홍역 환자의 신고율이 크게 감소되었음을 보여주었다.

영국의 보건의료개혁에 대한 경험은 의료보장(보험)제도에 있어서 공중보건 프로그램이 왜 그리고 어떻게 포함되어야 하는가를 잘 보여주고 있다(Freeman and Robbins, 1994). 1947년에 실시된 영국의 국가의료보장제도가 예방보건사업의 중요성을 깨닫게 된 것은 44년이 지나고 나서였다. 면역접종 비율이 잉글랜드에만 약 70%에 해당하던 것이 1991년에 90%까지 상승한 것은 영국의 국가의료보장제도(National Health Service)가 공중보건전략을 채택했기 때문이다. 이 전략은 여러가지 요소를 포함하고 있는데, 이 중에서 기존의 관례와 완전히 구별되는 것은 지불방식을 바꿔 의사가 그들의 환자에 대해 새로운 목적을 달성했을 경우 인센티브를 부가하는 것이다. 다시 말해서 오랫동안 실시되어온 인두제에 부가적으로 행위별진료수가제를 추가하여 면역접종을 실시하던 것을 두 종류의 지불방식으로 바꾸었다. 첫번째 지불방식은 70%의 접종비율을 달성한 의사들에게 이전의 행위별진료수가제에서 70%를 달성했던 의사와 같은 진료비를 지불해 주는 것이고, 두번째는 90%의 비율을 달성한 의사에게는 70%일때의 세 배에 해당하는 진료비를 지불해주는 방식이었다. 이는 지불방식을 근본적으로 개선하는 계기가 되었고, 그 결과, 접종비율은 거의 95%에 도달하게 되었다. 영국의 이러한 경험은 보건의료체계와 공중보건 사이의 협동적인 관계를 잘 보여주고 있다.

IV. 결론 : OECD의 교훈

보건의료제도에 관하여 우리나라가 OECD 나라로 부터 배워야 할 가장 중요한 사안은 보건의료에 있어서 지방분권화이다. 지방분권화의 가장 큰 특징은 지방자치단체가 중앙정부와 함께 보건의료의 재정과 서비스 전달에 대한 공동의 책임을 맡는다는 점이다. 이를 통하여 지방정부는 재정의 조달방식이 사회보험에 의한 것이든지, 조세에 의한 것이든지 또한 병원을 지방정부가 소유하든지 아니면 민간부분에서 소유하든지 간에 한정된 보건의료자원의 지역별 배분을 제도적 장치에 의해 기획(regional planning of health care resources)하는 것이다. 영국과 같은 나라에서는 1977년 이래로 자원배분방식(Resource Allocation Working Party, RAWP)에 근거하여 지역보건당국(regional health authorities)이 보건의료 서비스를 제공하고 있다.

보건의료제도의 지방분권화를 통하여 얻게 되는 가장 큰 장점은 총 국민의료비의 증가를 효과적으로 통제할 수 있을 뿐 아니라 각 지역사회에 대한 기본적인 보건의료서비스를 효율적으로 제공할 수 있게 되는 점이다. 연간 보건의료에 지출될 총액예산제의 실시를 통하여 각 지방정부는 재정에 대한 분명한

책임을 지게 되고 제한된 예산의 범위 내에서 우선순위를 정하여 서비스를 제공할 수 있는 것이다.

그렇다면 보건의료제도에서 지방분권화를 실현하기 위해서는 어떤 제도적 장치가 필요한가. 무엇보다도 전제조건은 주민대표에 의한 자치가 구현되고 지방정부가 조세권을 확보하는 것이다. 또한 지방정부는 보건의료의 수용자이면서 공급자이어야 한다. 구조적인 차원에서는 보건의료자원의 총액예산제 및 병원진료비 지출에 대한 총액예산제가 확립되어야 하고 지방정부도 보건부서를 통해 민간부문에 대해 정책적 개입을 할 수 있어야 한다. 이를 통하여 중앙정부와 지방정부는 의료수가 및 임금협상을 하게 된다.

이상의 논의를 통하여 세 가지 교훈이 더욱 명백해졌다. 첫째, 한 나라의 보건의료개혁이 성공하기 위해서는 보건의료제도의 개혁을 지속적으로 추구하는 정치적인 조직과 제도가 확립되어야 할 뿐만 아니라 보건의료제도 내부에도 개혁을 위한 내적인 동력 장치가 마련되어야 한다는 점이다. 둘째는 보건의료제도에서의 지방자치의 중요성을 인식하는 것이다. 셋째 우리는 의료보장제도에서의 공중보건사업을 일원화할 방법을 찾아야 할 것이다.

요컨대, 국가는 보건의료 자원이 각 지방자치단체의 핵심적인 공중보건사업에 사용될 수 있도록 법률적인 지원을 아끼지 말아야 한다. 이미 급세기 초에 이를 예견한 위대한 의료개혁가들은 다음과 같은 주장을 남긴 바 있다.

“수백만 달러가 의료보험의 재원으로 사용된다면, 어떤 입법기관도 보건의료부문의 예산을 증가시킬 수 없을 것이다. 이런 사실때문에 질병보험은 예방보건사업을 위해 사용될 모든 재정을 빼앗아 감으로써 지방자치단체 산하에 있는 보건부서의 존재 자체를 위협하게 될 가능성이 커지게 된다. 따라서 정치가들과 법률가들은 어떤 의료보험법이라도 공중보건사업이 실시될 수 있도록 반드시 충분하고도 적절한 조치를 세워야 한다.”(Warren과 Sydenstricker, 1919)

참 고 문 헌

명재일 외, 한국의료관리연구원, 국민의료비와 의료비 억제정책, 1995.

이규식 외, _____, 각국 의료제도 비교연구, 1994.

Aday, L.A., Equity, Accessibility, and Ethical Issues: Is the U.S. Health Care Reform Debate Asking the Right Questions? in Rosenau, Pauline V., Health Care Reform in the Nineties, London: Sage, 1994, pp. 83-104.

- Altenstetter, C., Health Policy Regimes and the Single European Market, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1992; 17 : 813-845
- Altenstetter, C. and Haywood S.C. (eds.), *Comparative Health Policy and the New Right: From Rhetoric to Reality*, New York: St. Martin's Press, 1991.
- Ashford, D.E.(eds.), *Comparative Public Policies: New Concepts and Methods*, Beverly Hills, CA: Sage, 1978.
- Bjorkman, J.W., Conclusion: Grains among the Chaff-Rhetoric and Reality in Comparative Health Policy in Altenstetter, C. and Haywood S.C.(eds.), *Comparative Health Policy and the New Right: From Rhetoric to Reality*, New York: St. Martin's Press, 1991.
- Brown, E.R., Principles for a National Health Program: A Framework for Analysis and Development, *The Milbank Quarterly*, 1989; 66 : 573-617
- Doorslaer, E.V., *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*, Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Elling, R.H., Theory and Methods for the Cross-National Study of Health Systems, *International Journal of Health Services*, 1994; 24 : 285-309
- Esping-Andersen, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton: Princeton University Press, 1990.
- Ferrera, M., The Politics of Health Reform: Origins and Performance of the Italian Health Service in Comparative Perspective in Freddi, G. and Bjorkman(eds.), *Controlling Medical Professionals: The Comparative Politics of Health Governance*, London: Sage, 1989.
- Ferrera, M., The Rise and Fall of Democratic Universalism: Health Care Reform in Italy, 1978-1994, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1995; 20 : 275-302
- Freeman, P., and Robbins, A., National Health Care Reform Minus Public Health: A Formula for Failure, *Journal of Public Health Policy*, 1994; 15 : 261-182
- Glaser, W., *Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits, and Problems*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1991.

- Heidenheimer, A.J. et al., *Comparative Public Policy: The Politics of Social Choice in America, Europe, and Japan*, 3rd ed., New York: St. Martin's Press, 1990.
- Hoffmeyer, U.K. and McCarthy, T.R., *Financing Health Care, Vols. I & II*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1994.
- Hsiao, W.C., *Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn from One Another*, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1992; 17 : 613-36
- Hollingsworth, J.R. et al., *State Intervention in Medical Care: Consequences for Britain, France, Sweden, and the United States, 1890-1970*, Ithaca: Cornell University Press, 1990.
- Hurst, J.W., *Reforming Health Care in Seven European Nations*, *Health Affairs*, 10 : 7-21, 1991.
- Immergut, E., *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- Jonsson, B., *What can the U.S. Learn from Europe in OECD, Health Care Systems in Transition*, Paris, 1990.
- Klein, R., *The Politics of NHS*, 2nd ed., London: Longman, 1989.
- Navarro, V., *Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, and the United States Has Neither*, *International Journal of Health Services*, 1989; 19 : 383-404
- Organization for Economic Cooperation and Development, *OECD Health Systems, Vols. I & II*, Paris: OECD, 1993.
- Organization for Economic Cooperation and Development, *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris: OECD, 1994.
- Reinhardt, U., *What can the U.S. Learn from Europe in OECD: Discussion*, *Health Care Systems in Transition*, Paris, 1990.
- Starr, P. and Immergut, P., *Health Care and the Boundaries of Politics in Maier, C.S., Changing Boundaries of the Political*, Cambridge: Cambridge University Press, 1987, pp. 221-254.

Steinmo, S. et al., Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis, Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

Susser, M., Health as a Human Right: An Epidemiologist's Perspective on the Public Health, American Journal of Public Health, 1983; 83 : 418-426

Warren, B.S. and Sydenstricker, E., Health Insurance, the Medical Profession and the Public Health, Public Health Reports, 1919; 34 : 775-89