

# 글로벌 의료 네트워크 거버넌스 모형과 의료경쟁력 “JCI 인증사례를 중심으로”

## I. 서론

20세기 후반 이후 전 지구적으로 확산되고 있는 세계화의 추세는 무역과 금융 뿐만 아니라 다양한 인간생활의 영역에 걸쳐 커다란 영향을 미치고 있다. 이러한 세계화는 기술진보, 국가정책 혹은 경제적인 요인 등과 결합하여 새로운 교역형태 및 조직을 출현시키고 있으며, 과거 공공재 및 비상업적 영역으로서 대외정책에서 큰 비중을 차지하지 않았던 보건부문에도 상당한 영향을 미치고 있다. 특히 보건의료부문은 세계경제에 있어 가장 급속히 성장하고 있는 부문 중 하나이며, OECD 국가의 경우 보건의료비 지출액이 평균 4조 달러를 넘어서고 있다.<sup>1)</sup> 또한 개방화와 정보기술의 발전은 국가 간 소비자의 이동 증가와 정보통신 수단을 통

1) UNCTAD Secretariat(1998), OECD국가가 세계 보건의료비의 90%정도의 비중을 차지하고 있음. 저개발국의 경우 일인당 의료지출비가 연간 5달러인 반면 미국은 연간 3,500달러를 차지해 상당한 편차가 존재함. GDP에서 차지하는 동분야의 비중은 국가마다 상당히 상이한데, 저개발국의 2~3%에서 선진국의 10%까지 나타남.



글·유 태 규  
연세의료원

한 보건의료서비스의 국경 간 공급증가 등 보건의료부문의 세계화에 영향을 주고 있다.<sup>2)</sup>

최근 들어 선진국 뿐 아니라 개도국에서도 보건의료서비스의 교역기회 및 교역형태 그리고 외국인 직접투자에 상당한 성장이 이루어지고 있다. 이러한 일련의 과정은 WTO/DDA(도하개발어젠다) 협상이 시작된 이후 가속화, 의료시장의 개방 압력으로 이어지기 시작했다. 결국 개별 국가들의 의료서비스 및 정책결정과정은 이미 국민국가의 관할권을 넘어서 글로벌 의료 거버넌스의 체제 속으로 편입되는 과정이라고 할 수 있다.

현재, 국가 간 보건의료서비스의 시장선점의 필요성과 구체적인 방안들이 싱가포르와 태국의 의료산업 발전이 JCI와 같은 국제적인 인증사업을 통해 발전해 왔음을 경험한 아시아 국가들을 중심으로 국제 의료기관 평가에 대한 관심이 증대되고 이는 기존 산업의 한계를 인식한 많은 국가들로 하여금 자체평가방식에서 벗어나 좀 더 공신력있는 국제인증평가를 통해 의료산업발전을 지향하고 있는 추세를 만들고 있다.

따라서 본 연구는 이러한 국내외적인 관심을 계기로 국내 의료기관들이 좀 더 국제적인 의료경쟁력을 확보하기 위해서 국제 의료기관 평가를 이해함은 물론, 단순히 평가방식과 기계적인 매뉴얼 습득을 목표로 하기보다는 좀 더 심층적인 의료 거버넌스 메커니즘을 이해함으로써 장기적·단기적 필요를 구분하고, 나아가 이러한 의료 환경의 급속한 변화에 대처할 수 있는 대처방안과 정부의 적절한 정책을 이끌어내는데 기여하고자 한다. 하지만 지금까지, 의료분야에서의 글로벌 의료 거버넌스에 관한 논의는 피상적인 수준에서 다루져 왔을 뿐, 다양한 정책상황의 대처방안 마련이나 이를 가능케하는 이론적 토대 마련에 실패하였다.

따라서 본 연구는 이러한 한계를 극복하여 글로벌 의료 거버넌스의 이론 확립에 기여함과 동시에 장기적으로 우리나라 의료산업발전에 기여할 수 있는 정책 모형을 제시하고자 한다. 이를 위해 구체적으로, 글로벌 의료평가 표준화 유형에서 나타난 글로벌 의료 네트워크 거버넌스의 모형과 해당 모형의 메커니즘이 글

2) 정보화 시대의 전도사인 마누엘 카스텔(Manuel Castells)은 일찍이 다양한 기술이 서로 상승효과를 일으킴으로써 특정한 임계치를 넘어서게 된 1970년대부터 정보화와 세계화의 추세가 나타나기 시작했다고 보았지만 대부분의 사람들은 세계화의 추세가 냉전이 끝난 1990년대에 들어와서 본격적으로 시작된 것으로 봄(Castells 1996).

로별 차원에서 개별국가에 어떠한 내재화 과정을 거쳐 의료관광사업 등 의료정책에 영향을 미치는지 그 총체적인 메커니즘을 살펴보고자 한다.

## II. 글로벌 의료 거버넌스의 개념과 대두배경

글로벌 거버넌스는 국제체제 수준의 정치, 외교, 안보, 경제, 문화, 환경, 교육 등과 연관된 거버넌스를 다루고 세계화와 정보화의 흐름 속에 국가 또는 다양한 행위자간의 협력 및 문제해결에 초점을 두고 있다.<sup>3)</sup> 현실적으로 국제사회는 세계 정부를 구성하는데 많은 문제점을 지니고 있어 권위를 발휘하는 황국가적 문제해결의 집단적 행위의 경우, 글로벌 거버넌스 기제는 더욱 빛을 발하게 된다.

결국 정부없는 지배(governance)라는 구상이 무정부적 상태의 국제관계 질서의 대안적 형태로 각광을 받아 많은 연구가 진행되어 왔으며, 글로벌 거버넌스는 냉전이후 발생하는 다양한 지구촌의 문제와 과제를 해결하기 위한 주체를 국가 또는 유엔과 같은 전통적인 국제정치 행위자에만 국한하는 것이 아니라 유엔 산하 다양한 기관들, 국제적 NGO, 지식공동체(epistemic community), 비확산 레짐 등 새로운 초국가적 행위자들도 포함시키는 새로운 패러다임을 제시하고 있다.

이러한 맥락에서 국가간 혹은 국제적 이슈와 연계된 개별국가의 의료문제 해결을 위한 국가 간 협의체를 글로벌 의료 거버넌스라 정의할 수 있으며<sup>4)</sup>, 크게 두 가지의 대두배경을 가지고 있다.

첫 번째, 글로벌 의료 거버넌스는 의료과오 문제에서 그 필요성이 나타나기 시작했다. 댄즌(Danzon, 1985)은 1974년, 캘리포니아에서 의료사고와 과오에 관해 병원의 의료기록부를 사용하여 상호간의 관계를 분석한 연구로 의료사고와 의료과

3) “글로벌 거버넌스는 점차 글로벌 이웃이 되고 있는 세계에서 자원, 이슈, 갈등과 가치들을 집단적으로 관리하고 통치하는 과정으로 느슨하게 정의될 수 있다.” 지구적 문제들을 관리하는 과정, 방법, 그 구조와 행위자 사이의 상호작용 패턴(합쳐서 메커니즘) 등으로 글로벌 거버넌스를 이해하면 된다고 생각한다. 유현석(2002), “글로벌 거버넌스에서 국가와 지구시민사회”, 한국정치학회보 39(3), pp333-34에서 참조, 정리

4) The Commission on Global Governance, “A New World,” in Rorden Wilkinson, ed., The Global Governance Reader (London: Routledge, 2005), p. 26.에서 참조.

오 그리고 의료분쟁과의 관계를 보여준 바 있다.<sup>5)</sup> 이후 IOM 보고서 및 유사한 연구결과들이 발표되면서 미국 및 유럽의 의료선진국에서는 의료과오 및 의료서비스의 질적 수준에 대한 관심이 의료서비스 제공자뿐만 아니라 환자들 간에도 급격하게 증가하게 되었고 환자안전을 제고할 수 있는 다양한 방법에 대한 관심이 증가하게 되면서 이러한 인간의 오류를 극복, 예방할 수 있는 시스템을 구축하는 것이 가장 중요한 과제이자 국제적인 의료문제로 부상하게 된다.

특히 IOM에서 의료과오에 대한 경고이후, 보건의료의 질에 대한 관심이 전 세계적으로 증가하게 되었고 이는 전 세계적으로 의료기관 평가제도가 활성화되는 계기를 마련하게 된다. 1951년 미국에서 Joint Commission on Accreditation of Hospitals(JCAH)가 평가를 시작한 이후 40년간 캐나다, 오스트레일리아(ACHS), 미국(AAAHC), 대만, 오스트레일리아(QIC), 뉴질랜드, 영국(AP)의 8개 사업이 시작되었으며, 그 후 급속하게 증가하여 2000년에는 33개의 신입 사업이 운영되고 있고 1990년 이후에 시작된 의료기관 평가제도의 반 이상이 유럽에서 시작되게 된다.

두 번째는 WTO/DDA의 확산을 통해 글로벌 의료거버넌스가 급속하게 형성되게 된다. 상기에서 지적한 대로 세계화는 기술진보, 국가정책 혹은 경제적인 요인 등과 결합하여 새로운 교역형태 및 조직을 출현시키고 있으며, 이로 인해 이전에 공공재 및 비상업적 성격을 가지고 있어 대외정책에서 예외적으로 간주되었던 보건부문 또한 세계화로 상당한 영향을 받게 될 분야 중 하나로 인식되고 있다.(Yasmin et al., 2002; Kaul and Faust,2001)

특히 보건의료서비스의 세계화는 많은 요인으로 유도된다. 이러한 요인으로는 보건의료부문에 있어서 공공부문지출의 감소, 민간부문의 참가 증가, 보험 및 정보통신과 같은 관련부문의 자유화, 여행비용 감소 및 여행의 편의성으로 인한 소비자 및 보건의료공급자의 이동 증가, 그리고 보건의료서비스의 국경 간 공급을 가능하게 해주는 기술진보 등을 들 수 있다.<sup>6)</sup> 또한 국가 간 보건의료서비스의 비

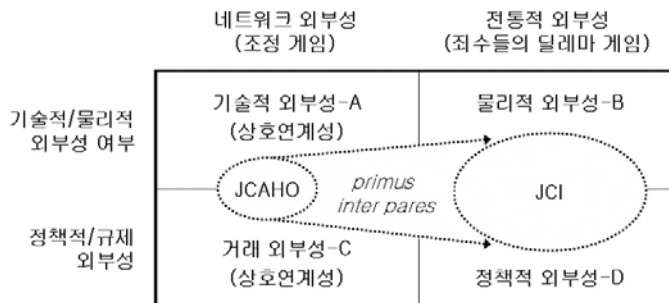
5) 23개 캘리포니아 병원에 입원했던 3백만 명의 환자들 중에 140,000명이 의료상해를 경험하였고 그들 중 24,000명이 의료인의 부주의에 의한 것이었다고 주장함. 한국사회학 제32집(여름호, 1998), pp395-398

6) 보건의료서비스부문에서의 외국인 직접투자의 규모를 보면, 미국의 경우(1999년 기준) 외국인 직접투자를 통한 유입은 5억 6백만달러, 해외 직접투자를 통한 유출은 7천 2백만 달러인 것으로 나타나고 있으며, 몽고와 같은 개도국에서도 해외 직접투자를 통한 유입이 6만달러에 이르는 것으로 나타남(WHO, 2002).

용 및 의료의 질적 수준차이, 투자규제자유화로 인한 보건의료부문의 투자기회 출현, 소득수준 향상 및 고령화 사회로 인한 보건의료서비스의 수요 증가 등으로 보건의료서비스의 세계화를 촉진하고 있다. 이러한 세계화 추세와 병행하여, 보건의료분야는 자유무역과 관련한 중요한 계기를 맞이하게 된다. 즉, 2001년 11월 도하개발아젠다(DDA)가 출범함에 따라 WTO 회원국은 최종협상안을 타결시키기 위한 협상국면에 돌입하면서 보건의료서비스분야 역시 서비스 이사회에서 채택된 “협상지침 및 절차”에 따라 보건의료서비스분야의 협상을 위한 본격적인 논의가 진행되게 된다.

### III. 글로벌 의료평가 표준화 네트워크 거버넌스 구조와 유형 ; JCI 인증사업을 중심으로

Abbot & Sindal은 글로벌 의료평가 표준화 네트워크 거버넌스를 4가지 형태로 유형화하고 있다. 우선 외부성을 야기하는 원인의 속성에 따라, 첫 번째 기준은 재화로부터 벗어난 외부성이 기술적, 물리적으로 다른 나라에 직접적인 영향을 주는 (A), (B)의 영역과 정책적 차원에서 간접적인 영향을 미치는 (C), (D)의 영역으로 구분하고 있다. <그림 1> 참조



<그림 1> 글로벌 의료평가 표준화 네트워크 거버넌스의 유형화

가령, 1951년 미국에서 시작된 의료기관 신임평가의 경우, 미국의 신임사업이 후 호주, 대만, 영국, 프랑스 등 각국에서 경쟁적으로 도입되게 되면서, 이는 국가별로 매우 다양한 목표를 전제로 하고 있지만 무엇보다도 자국민에게 제공하는 의료의 질을 높이고 이를 통해, 의료 효율성을 높이려는 의료개혁적인 성향을 지니고 있었다. 이는 각국이 당면한 외부성을 극복하려는 네트워크 조정게임인 (A)와 (C)의 중간적 양상을 나타낸다고 볼 수 있다.<sup>7)</sup> 그러나 1990년대 이후 급속하게 늘어나기 시작한 각국의 의료의 질 평가사업에도 불구하고 여전히 의료과오로 인한 사망자는 줄어들지 않았고 각국은 이러한 상황에서 의료서비스시장의 개방압력(WTO/DDA체제)에 처하게 되면서 의료서비스 교역에 대한 합의 도달 필요에 공감하면서도 그 대안이 무엇인가에 대해서 의견이 다른 전통적인 외부성 문제에 봉착하게 되었다. 이는 결국 어떤 방식으로든 국제적인 의료서비스 교역 기준에 대해, 특별히 의료평가 표준안에 대한 합의에만 도달할 수 있다면 의료과오 및 의료사고의 위험없이 의료서비스를 국가 간 자유롭게 교역하고 의료자본의 이익을 담보할 수 있으며, 나아가 세계의료시장의 잉여 의료설비와 의료인력에 대한 활용을 동시에 얻을 수 있다는 사실을 알고 있다. 하지만 그러한 과정 속에서 자국의 의료자본과 의료산업의 이익을 극대화할 수 있는 기회를 양보하고 싶지 않는 상황이 발생한 것이다. 이것이 바로 전형적인 “죄수들의 딜레마 게임 (Prisoner's Dilemma Game)” 구조라 볼 수 있으며, 이것이 (B)의 영역인 것이다.

만약 글로벌 의료 표준화 거버넌스가 이러한 구조를 띠는 것이라면 합의점에 도달하는 일은 훨씬 더 험난한 과정이 예상된다. (C)영역의 경우, 기술적인 선도와 우위성으로 (A)영역의 모습을 보이고 있으면서도 국가 간 상대적으로 쉬운 표준화 과정을 통해 경쟁이 치열해지면서 국가수준에서 정책적으로 지원을 하는 경우라면, (D)영역의 경우, (B)영역과 같이 죄수의 딜레마 게임을 거쳐 표준화가 정착되었으나 보호무역과 같은 정책적인 개입으로 국가 간의 이해관계의 충돌이

7) 예를 들어 글로벌 시장에 등장하는 여러 가지 유사 기술의 호환성(compatibility) 문제를 해결하기 위해서는 특정한 하나의 기술양식이 표준모델이 될 필요가 있다. 가장 이상적인 방법은 기술적으로 가장 우수한 기술이 네트워크 내 조정양식, 즉 상호연계성을 통해 (A)와 같이 표준모델이 되는 경우이다. 이러한 경우를 일컬어 ‘네트워크 외부성’이라고 부른다. 여기에서는 구성원들 모두가 특정한 표준모델을 선호하는데 일치하기 때문에 적절한 조정만으로도 원하는 결과를 얻을 수 있다. 합리적 선택이론에서 말하는 “조정 게임 (Coordination Game)”의 구조인 것이다. 이러한 구조에서는 사회적 선택의 문제가 심각하지 않기 때문에 “외부성”이라는 표현 대신 “상호연계성”이라는 표현을 사용하기도 한다.

다시금 일어나는 영역이다. 이는 기술적 외부성과 거래 외부성이며, 모두 조정의 전제하에 성립한다. 이러한 글로벌 의료평가 표준화 네트워크 거버넌스 구조는 WHO, WORLD BANK, WTO/DDA, ISQua 등 국제 비정부기구 혹은 국제기구 간 네트워크 구조를 살펴보면, 더욱 분명해진다. 가령, WHO내 신자유주의적인 보건의료정책을 중용하던 World Bank 등의 다자간 무역주의 세력과 막대한 분담금과 WTO의 영향력을 통해 WHO의 사업에 영향력을 행사하던 미국이 자국 내 의료자본의 수익률을 높이기 위해서는 WTO/DDA의 협상과는 별도로 보건의료 서비스의 국가 간 교류의 전제조건으로 상호 인정할 수 있는 의료서비스의 글로벌 표준화과정에서 자국의 신임기준안을 국제 의료평가 표준안으로 유도하는 것이 자국의 의료자본 수익률의 증가를 위해서 중요한 문제였고 이를 반영한 것이 <그림1-1>이다. 더구나 의료과오로 인한 사망자의 증가로 의료의 질 관리가 국제적 이슈로 다가서자, 미국은 오랜 역사의 의료 질 평가체계를 많은 선진국들의 평가표준으로 자리 잡도록 지원한 경험과 해당 국가들의 암묵적인 지원, WHO와의 협력사업(WWAPS), 의료신임기구의 평가기구인 ISQua와 JCAHO의 국제의료기관 평가법인인 JCI간 협력체를 구성 등 국제 의료평가 표준화를 위한 글로벌 의료 거버넌스의 primus inter pares적 지위를 통해 글로벌 의료 거버넌스의 네트워크를 장악하는데 온 힘을 기울였고 결국 자국의 신임체계를 사실상의 글로벌 의료평가 표준안으로 자리매김 시키게 된다.<sup>8)</sup> 즉, 네트워크 조정게임 양상을 보이던 각국의 의료평가 제도의 (A)-(C)적 양상은 국가별 경쟁과 최소의 딜레마 게임적 양상을 보이는 (B)-(D)의 방향으로 옮겨지게 되면서 실질적인 글로벌 의료평가 표준화 거버넌스 형성과정은 사전에 WHO와의 협력사업과 ISQua와의 협업체 구성 등 네트워크의 연결망을 장악하고 미국의 의료평가 표준안을 도입한 국가들의 암묵적·적극적인 지원, 전 세계 많은 수의 인증기관을 확보한 JCAHO의 영향력 등이 실질적인 글로벌 네트워크 거버넌스의 메커니즘을 형성하게 됐음을 짐작케 한다. 그 결과, 국제 의료문제에 있어서 핵심적인 아젠다를 개발하고 자국의 이익과 부합하는 실행정책들을 국제기구의 협력체 자력

8) 따라서 1946년 알마타이 선언 당시, WHO의 순수성을 회복할 수 있는 계기를 마련해 준 의료과오-환자안전 문제는, 이제 World Bank나 UNDP 같은 다자간 무역기구들, 미국의 영향력 아래서 WHO 주도의 '의료 질'에 관한 형식적인 거버넌스 메커니즘을 무력화시키고 primus inter pares적 지위를 통한 실질적인 글로벌 거버넌스 메커니즘이 작용, 미국의 의료평가 신임표준안이 JCI를 통해 전 세계적으로 확산되게 된다.

으로 실행하면서 글로벌 의료평가 표준화 거버넌스 메커니즘은 더욱더 견고해져 간다.

결국, 미국의 의료신임 표준안이 글로벌 의료서비스 평가 표준안으로 선정되는 과정은 글로벌 행위자들의 암묵적인 동의 내지는 적극적인 동조를 이끌어 내기가 용이한 네트워크의 구조가 글로벌 의료평가 표준안을 채택하는 글로벌 네트워크 거버넌스 과정에서 더욱 구조화 됐다는데 있고 나아가 단순히 이상적인 표준방식이 글로벌 표준으로 선택되기 보다는 합리적 선택이론에서 말하는 “조정게임(Coordination Game)”의 구조, 즉 협력 네트워크 거버넌스의 “상호연계성”을 통해서만이 글로벌 의료평가 표준화 거버넌스 과정에서의 실질적인 거버넌스 메커니즘을 지배할 수 있다는 것을 알 수 있게 됐다.

#### IV. 글로벌 의료 네트워크 거버넌스 메커니즘과 의료경쟁력 제고를 위한 정책모형

결론적으로 상기 Abbot & Sindal은 글로벌 의료 거버넌스 메커니즘을 통해, 의료평가 표준화 문제가 의료과오 문제를 해결하기 위한 국가 간 협력관계임을 고려하거나 특정 의료의 질 평가체계를 선택하는데 국한된다기 보다는 (A)와 (C)의 중간적인 형태를 이해하고 균형을 견지해야 함을 역설하고 있다.<sup>9)</sup> 이는 일련의 글로벌 의료평가 표준화 선점과정에서 네트워크내 연결망을 선점하고 primus inter pares적 지위를 지닌 미국과 JCAHO(JCI)는 ‘죄수들의 딜레마 게임’을 통해 자신들의 의료평가 신임기준을 실질적인 국제 표준안으로 채택하기 위해, 초국가적 단체와의 네트워크를 적극적으로 활용하고 자국의 의료평가 체계를 주요 의료서비스 시장에서 수용되도록 관철시켰다는 점에서 (B)영역이 강하게 나타나고 있다. 하지만 여전히 이 부분에서도 국가별로 이러한 미국의 표준안에 대해 정책적인 대응을 고려하는 유럽과 일부 아시아 국가들의 견제요소가 나타나

9) 이는 미국의 표준이 상대적으로 많은 국가에 확산되어져 있다는 측면에서 (A)영역에 가깝지만, 국가마다 고유한 의료평가체계를 유지해 오고 있다는 정책적인 입장이 개입되어져 있다는 점에서 (C) 영역의 요소도 가지고 있다.

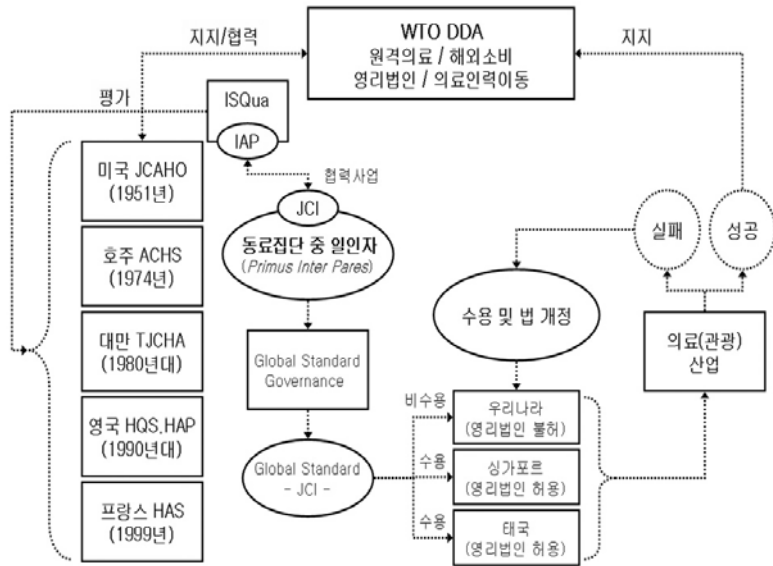


고 있는 만큼 (D)의 영역을 배제할 수도 없다.<sup>10)</sup>

결국 글로벌 의료평가 표준화 네트워크 거버넌스 과정은 명확하게 (A)와 (B)의 영역에 일치한다기 보다는 (A-C)의 중간 입장에서 (B-D)의 중간적 입장으로 나아가고 있으며, 이러한 결과는 WTO/DDA협상과정이 결국 글로벌 의료 거버넌스의 실제적 과정임을 인식할 수 있는 계기가 된다. 국가별로 다양한 하지만 유럽의 경우, 글로벌 의료평가 표준화 거버넌스 과정에서 미국의 표준안을 채택하기 보다는 적극적으로 자국의 의료평가 체계를 고수하는 등 '죄수의 딜레마 게임적' 양상이 지속되고 있음을 볼 때, 의료서비스 평가기준을 채택하고 그 채택과정을 Abbot & Sindal의 4가지 영역에 국한시켜 이해하는 것은 아직 시기상조이다. 하지만 글로벌 의료평가 표준화 거버넌스 이론이 아직 명확하거나 정착되지 않은 상황임을 고려할 때, 본 유형화를 통해 글로벌 의료평가 표준화 메커니즘을 이해하고 더불어 글로벌 의료 거버넌스의 이론적 기틀 마련에 본 연구가 기여할 수 있다는데 중요한 이론의 의미를 찾을 수 있다. 이제 글로벌 의료 네트워크 환경에서 행위자 간 네트워크가 활성화되면서 다양한 행위자들 간의 복합적인 상호작용이 일어나는 상황은, 기존의 핵심적인 행위자였던 국가나 정부가 점차로 "공동화(hollowing out)" 되어온 것에서 벗어나 정부의 역할이 참여의 포럼을 형성하는데 필수적이며, 글로벌 거버넌스의 복합 네트워크 속에서 정부와 다양한 비정부 행위자들은 서로 협력하면서도 전통적인 근대국가의 자국중심주의를 지속하고 확산시키는데 전력을 다하고 있는 것이 현실이다.

지금까지 JCI 인증사업 사례를 통해, 글로벌 네트워크 거버넌스의 메커니즘을 살펴보고 이제 의료경쟁력 제고를 위한 정책모형을 <그림 2>과 같이 제시한 뒤, 마무리하고자 한다.

- 
- 10) 결국 네트워크 거버넌스가 확산되면서 전통적인 정치행위자들 사이에 역할변화와 권력 관계 재편이 중요한 이슈로 떠오르고 있지만, 정부의 역할이 그중에서도 중심적인 위치를 차지할 것이라는 진단에는 틀림이 없다(Bogason and Musso 2006, 6-7).
  - 11) 글로벌 차원에서 네트워크 거버넌스가 활성화되면서 전통적인 근대국가가 점차로 "공동화(hollowing out)" 되어온 것이 사실이다(Rhodes 1997, 100-110).
  - 12) 이러한 정부의 기능을 "프레임 구축(framing)"이라고 부르기도 한다. 정부의 역할이 과거와 같이 정책을 주도하는 것은 아닐지라도 다양한 행위자들 사이에 대화의 장이 마련되는 기반을 구축해주는 중심적인 것이라는 데에는 이견이 없다. 이런 방식으로 정부의 기능은 새로운 환경의 변화에 적응하면서 변화해나간다(Bogason and Musso 2006, 7).



〈그림 2〉 글로벌 의료 네트워크 거버넌스 모형

상기 〈그림 2〉에서 나타났듯이 의료과오로 인한 사망자의 증가로 의료의 질 관리가 국제적 이슈로 다가서자, 미국 내 의료평가표준의 국외법인인 JCI는 오랜 역사의 의료 질 평가체계를 많은 선진국들의 평가표준으로 자리 잡도록 지원한 경험과 이들 해당 국가들의 암묵적인 지원, WHO와의 협력사업(WWAPS), 의료신임기구의 평가기구인 ISQua와 JCAHO의 국제의료기관 평가법인인 JCI간 특수한 관계 및 협력체 구성 등을 기반으로 글로벌 의료 거버넌스 네트워크내 primus inter pares(동료 중 일인자)적 지위를 발휘, 글로벌 의료평가 표준화가 자국의 의료신임 표준으로 통용될 수 있도록 조정게임(coordination game)을 벌이고 결국 아시아 국가들의 의료서비스 표준화의 대표적인 체제로 자리매김하게 된다.

아시아 의료산업화 정책의 경우, 의료허브를 지향하고 있는 싱가포르와 태국을 중심으로 글로벌 의료 네트워크 거버넌스의 특징을 나타내고 있다. 미국은 WHO와의 협력관계, JCAHO의 자체평가방식의 확산노력, ISQua와의 협력체 결성 등 글로벌 의료 거버넌스의 복합 네트워크 속에서 정부와 다양한 비정부 행위자들 간 협력관계를 지향하면서도 전통적인 자국중심주의를 지속하고 확산시키는데 primus inter pares의 지위를 이용하여 네트워크를 장악해 나가면서 현재와 미

래의 의료자본 수익률 제고를 위해, 자국의 의료신임 표준안을 글로벌 의료평가 표준안으로 선정하려는 목적을 가지고 글로벌 의료 네트워크 거버넌스 메커니즘의 내재화를 시도하였고 결국 이러한 글로벌 의료 거버넌스의 내재화는 글로벌 의료평가 표준화를 적극적으로 수용한 싱가포르와 태국에겐 의료관광산업의 활성화라는 긍정적인 결과를 가져온 반면, 글로벌 의료평가 표준화를 무시하고 자체 의료평가기준을 적용한 우리나라의 경우, 의료관광산업의 활성화나 의료경쟁력 제고에 긍정적인 변화를 수반하지 못하게 된다.

따라서 이제 우리는 무조건적인 글로벌 표준의 도입도 지양해야 하겠지만 단순히 이상적이고 우리만의 방식임을 내세워 글로벌 환경에서 요구하는 표준방식과 메커니즘을 거부하기 보다는 실제 우리나라 의료산업 발전에 도움이 될 수 있는 글로벌 표준방식을 선택하는데 개방적인 사고를 가져야 할 것이다. 이를 위해선 국민국가 수준의 거버넌스적 이해를 벗어나 합리적 선택이론에서 말하는 “조정 게임(Coordination Game)”의 구조, 즉 협력적 네트워크 거버넌스의 “상호연계성”을 통한 글로벌 거버넌스 과정에서 형성되고 내재화되는 실질적인 글로벌 거버넌스 메커니즘을 적극적으로 수용하고 이를 국내 의료기관과 의료산업에 체화하려는 자세를 견지하는 것이 향후 WTO/DDA 타결과 FTA 시대에 맞이하는 의료정책 담당자 및 의료산업 종사자 모두가 가져야 할 올바른 자세임을 잊지 말아야 할 것이다. **KHA**

※ 참고문헌

강병구. 2006. “고령화에 따른 복지지출 전망.” 『사회보장연구』, Vol. 22, No. 3.  
 김상구 · 최병대. 2004. “정책과정에서의 NGO 역할에 관한 실증적 연구,” 『한국정책학회보』, Vol. 13, No. 1.  
 김석준 외. 2001. “거버넌스의 정치학,” 법문사.  
 김의영. 2003. “국민건강보험 분야의 결사체 거버넌스와 NGO,” 『시민정치학회보』, Vol. 6, 67-96.  
 권순만 · 이주선. 2005. 『의료체계 경쟁력 강화를 위한 규제개혁 방안 연구』, KERI.

- 문옥륜 외. 1997. “21세기 삶의 질 향상을 위한 의료보장 정책,” 『사회보장연구』, Vol. 13, No. 2, 259~274.
- 문재우. 2002. 『보건정책론』. 서울: 계축문화사.
- 신영전. 2005. “미국 보건의료부문 영리화가 우리나라 일차 의료에 주는 정책적 함의,” 『가정의학회지』, Vol. 26, No. 11, 95~108.
- 안병철. 2001. “정책형성과정의 정치적 성격과 특성 - 의약분업정책의 사례분석,” 『한국정책학회보』, Vol. 10, No. 2, 23~55.
- 양봉민. 1997. “아시아 국가의 보건의료 재원조달,” 『보건학논집』, Vol. 34, No. 1, 35-55.
- 원석조. 2003. “건강보험통합의 이념성 고찰,” 『사회복지정책』, Vol. 17, 33~54.
- 이명석. 2002. “거버넌스의 개념화,” 『한국행정학보』, Vol. 36, No. 4, 321~338.
- 이계문. 2005. 『최근 태국의 의료서비스 산업 발전 현황과 시사점』, 주태국대사관 보고자료.
- 이현실·이준협·임국환·최만규. 2006. “의료사고와 의료분쟁에 대한 의료이용자들의 의식 조사,” 『한국병원경영학회지』, Vol. 11, No. 1, 217~236, 526~527.
- 이현출. 2001. “거버넌스와 NGOs: 의약분업 사례를 중심으로,” 『한국정치학회보』, Vol. 35, No. 3, 1~30.
- 오경택. 2001. “글로벌 거버넌스에 있어서 유엔과 NGO 의 파트너십 연구,” 『한국동북아논총』, Vol. 21, 171~187.
- 유인환. 1996. “한국 의료보험 논쟁사의 재조명,” 『사회복지정책연구』, Vol. 3, 157~174.
- 유현석. 2002. “글로벌 거버넌스에서 국가와 지구시민사회,” 『한국정치학회보』, Vol. 39 No. 3.
- 윤현숙 외. 2001. 『의료사회사업론』. 서울: 나남출판.
- 전창배 외. 2005. 『의료기관 영리성에 관한 연구』, 서울: 국민건강보험공단.
- 진영찬·문상호. 2006. “대한민국의 의료거버넌스 고찰: 국가의료보험제도의 발전을 중심으로,” 『서울행정학회보 하계학술대회논문집』, 319~321.
- 조병희. 2001. “보건의료분야에 있어서 시민단체의 역할과 과제 — 의약분업정책을 중심으로,” 『보건과 사회과학』, 5~35.

- 정재완. 2001. 『싱가포르의 知識基盤經濟 이행전략과 시사점』, KIEP. No 01-01.
- 정영호 · 고숙자. 2005. “WTO/DDA 보건의료서비스부문의 협상쟁점 및 영향력 고찰,” 『국제지역연구』, Vol. 9, No. 2. 108~139.
- \_\_\_\_\_. 1998. 한국사회학 제32집 (여름호,1998), 395-398
- Castells, Manuel. 1996. “The Rise of the Network Society: The Information Age: Economy, Society and Culture,” Volume I. Oxford. Blackwell.
- Rorden Wilkinson. 2005. “A New World in, ed., The Global Governance Reader – The Commission on Global Governance,” London: Routledge, 26.
- WHO, 2001. “Proposed programme budget,” Version, 2002-2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005. “NEWS RELEASE-World Health Organization With Joint Commission and Commission International to eliminate Medical errors worldwide.”
- WHO, 2003. “신임 사업 운영 현황 (1958-2001),” DATA.
- World Health Organization. 2005. “NEWS RELEASE-World Health Organization With Joint Commission and Commission International to eliminate Medical errors worldwide.”
- Bogason, Peter and Juliet A. Musso. 2006. “The Democratic Prospects of Network Governance,” American Review of Public Administration, Vol. 36, No. 1, 3~18.
- Rhodes, R. A. W. 1997. “Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability,” Buckingham: Open University Press.