

# 정책 전문가의 인식을 통해 본 한국 보건의료정책 거버넌스: 신포괄수가제 사례에 관한 심층면접 결과

손창우 · 권순만 · 유명순

서울대학교 보건대학원

## Policy Elites' Perception of Health Policy Governance: Findings from In-depth Interviews of Korean New Diagnosis Related Group Payment

Changwoo Shon, Soonman Kwon, Myoungsoon You

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

**Background:** Engaging and involving stakeholders who have different interests in changing health care policies are difficult task. As the literature on the governance in Korean health care field is rare, this study aims to provide empirical evidence of 'governing health policy'-the way health care policy is made, implemented, and evaluated from a political perspective.

**Methods:** The authors of this study conducted interviews with elites in policy and clinical areas, which was considered to be the most effective approach to gather in-depth information about the background of changing payment policy as well as the barriers or contributors for making the policy sustainable. A total of 14 experts (3 government officials, 2 representatives from medical profession, 3 professors from academic field, and 6 healthcare providers from New DRG pilot program hospitals) participated in 2 hour long interviews.

**Results:** There was a perception gap of the feasibility and substantiality of new payment system among elites. The score was higher in government officers than those in scholars or clinical experts. Next, the interviewees indicated that Korean New DRG might not sustain without significant efforts to improving democratic aspects of the governance. It is also notable that all interviewees except healthcare providers provided negative expectation of the contribution of new payment system to increase administration efficiency. For clinical efficiency, every stakeholders perceived there was no increased efficiency after introduction of New DRG payment. Like general perception, there was a wide gap between the perception of stakeholders in quality change after implementing the new payment system. Finally, interview participants negatively assumed about the likelihood of New DRG to remain a case of successful reforms.

**Conclusion:** This study implied the importance of social consensus and the governance of health policy.

**Keywords:** Governance; In-depth interview; New Diagnosis Related Group; Diagnosis Related Group; Prospective payment system

### 서론

#### 1. 연구배경

전국의 모든 병·의원급 의료기관을 대상으로 한 '7개 질병군 포

괄수가제(7개 Diagnosis Related Group, DRG)'의 강제시행을 불과 며칠 앞둔 2012년 6월, 대한안과의사회는 백내장 수술 거부를 선언했다. 그 후 2103년 6월, 종합병원급 의료기관을 포함한 전체 의료기관에 포괄수가제 강제시행을 목전에 두고 또다시 대한산부인과

Correspondence to: Myoungsoon Yoo

Graduate School of Public Health, Seoul National University, 1 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 151-742, Korea

Tel: +82-2-880-2774, Fax: +82-2-762-2888, E-mail: msyoo@snu.ac.kr

\*본 논문은 2012년 진행된 서울대학교 보건대학원과 국민건강보험공단의 '신포괄수가제도 모형평가 및 개선방안 연구'의 사례를 활용하여 작성되었음.

Received: October 11, 2013 / Accepted after revision: December 25, 2013

© Korean Academy of Health Policy and Management

학회와 전국의과대학 산부인과 교수들이 복강경 수술을 거부하겠다고 선언했다. 물론 여론의 반대, 환자의 불편, 의료법 위반 논란 등의 이유로 실제 실행에까지 이르지지는 못했지만, 의약분업사태 이후 또다시 수술거부라는 극단적인 대응양상이 나타나게 된 것이다. 과연 포괄수가제도의 도입과정에 어떤 요소들 때문에 이렇게 극단적인 대응이 나타나게 된 것일까? 그에 대한 답을 하기 위해선 제도란 무엇인가에 대한 이해가 필요하다.

제도(institution)란 사회의 구성원 사이에서 여러 가지 생활영역을 중심으로 한 규범이나 가치체계에 바탕을 두고 형성되는 복합적인 사회규범의 체계라고 할 수 있다. 학술적 측면에서 Scott [1]은 사회적 행동에 대해 인지적(cognitive)·규범적(normative)·법적(regulative) 측면에서 의미를 부여하고, 그 행위가 안정적으로 지속될 수 있게 하는 것이라고 하였고, Shepsle [2]는 이러한 행위들을 지속할 수 있게 하는 행위자들(actors)<sup>1)</sup> 간 협력을 촉진하고, 합의를 이룰 수 있도록 하는 사전적 약속이라고 제도를 정의한 바 있다. 즉 새로운 제도를 성공적으로 정착시키기 위해서는 이해집단들의 합의가 전제되어야 한다는 것을 의미한다. 물론 제도를 둘러싼 집단 간에는 이해를 둘러싼 갈등이 존재하기 때문에 서로가 만족할 만한 합의에 도달하는 것이 쉬운 일은 아니다.

교육, 사회, 정치 등 사회 어느 분야를 막론하고 이해 집단 간 대립과 갈등은 존재한다. 그중에서도 특히 보건의료영역은 이해집단 간의 갈등이 큰 분야로 알려져 있는데, 갈등의 원인은 크게 세 가지로 나뉘 볼 수 있다. 첫째, 보건의료서비스가 공공의 성격을 갖는 재화이기 때문이다. 그러나 우리나라 의료서비스의 공급은 대부분이 민간영역에서 이루어지는 반면, 의료서비스 이용에 있어서는 아픈 사람 누구에게나 형평적인 서비스가 제공되어야 한다는 두 논리가 부딪히고 있다. 둘째, 의사와 환자 간 '정보의 비대칭성'으로 인한 정부의 개입이다. 의학적 지식을 기본으로 한 의사와 환자 간의 정보의 불균형은 보건의료분야의 시장실패(market failure)의 가능성을 높이고, 이러한 문제를 최소화하고자 정부가 국민(principal)의 대리인(agency) 역할을 수행하면서 의료계와의 갈등이 야기된다. 셋째, 보건의료를 둘러싼 이해관계자의 대부분이 전문가들이기 때문이다. 의사, 약사, 간호사를 비롯한 모든 의료인들은 국가로부터 자격을 부여받은 전문직들이며, 이들은 직업의식으로서의 전문가주의(professionalism)를 가진다. 전문가 주의란 특정 직업의 구성원들로 하여금 특정한 지식과 기술을 바탕으로 자율적으로 직업 생활을 운영, 유지해 갈 수 있도록 하는 일단의 제도와 가치를 의미한다고 볼 수 있다[3]. 예를 들어, 의료전문가주의(medical professionalism)란 의사의 사회적 지위와 역할 정당화하는 특성이나 정신, 태도라 할 수 있는데[4], 이는 궁극적으로 환자의 필요를 판단하는 것과 같은 상당한 재량권을 갖게 되는 것을 뜻한다[5]. 그러나 이 경우 역시 정부는 전문직의 자율권이 방종이 되지 않도록 그들에

대한 감시와 통제의 역할을 수행해야 하기 때문에 이로 인한 갈등이 야기된다.

이렇듯 갈등으로 인해 이해집단 간 합의에 이르지 못하고 제도가 도입된 보건의료분야의 대표적인 사례를 꼽자면, 보건의료분야에서는 의약분업과 포괄수가제라고 볼 수 있을 것이다. 먼저 지난 2000년 의약분업정책은 정부가 의약품의 공급구조와 의료이용 행태의 변화를 목적으로 하여 진행하였으나, 이는 의사와 약사의 직무영역의 재조정, 국민들의 의료이용 패턴에 있어서 상당한 변화를 가져오는 제도였다. 이러한 제도 변화의 영향력만큼이나 제도 도입과정에서의 이해관계자들의 갈등으로 인해 사상 초유의 의사파업이라는 적지 않은 시간과 비용이 수반되었고[7], 지금까지도 정부와 의료계 사이의 갈등의 골은 좁혀지지 않고 있는 실정이다. 또 다른 예인 포괄수가제의 경우, 97년부터 5년간 시범사업을 거쳐, 2002년부터 10년간 정부는 7개 질병군을 대상으로 의료기관의 자발적 참여를 바탕으로 제도를 도입했으며, 2013년 이후로는 모든 의료기관에 대해 강제 적용하고 있다. 이와는 별도로 2009년부터 국민건강보험공단 일산병원(이하 일산병원)의 20개 질병군을 대상으로 신포괄수가제도 시범사업을 시작하였으며, 현재 일산병원을 비롯한 40개 지방의료원의 550개 질병군을 대상으로 신포괄수가제 시범사업이 시행 중에 있다. 그러나 포괄수가제 도입과정에서 이해관계자 간 합의를 이루지 못하였고, 의료계는 정부의 포괄수가제 시행 발표가 나올 때마다 그에 맞서 포괄수가 반대결의대회, 포괄수가제 반대집회를 개최하는 등[8,9], 새로운 지불제도를 둘러싸고 정부와 극렬히 대립하는 양상을 보였다.

그렇다면 왜 우리나라는 진료비 지불제도의 개혁 논의가 있을 때마다 이해관계자들이 서로 갈등을 빚는 것일까? 그리고 진료비 지불제도가 정부, 의료계, 국민에게는 어떠한 의미가 있기에, 이해관계자들 사이의 합의가 어려운 것일까? 진료비 지불제도는 의사 입장에서는 사회활동에 대한 보상이며[10], 정부 입장에서는 전체 국민의료비에 직접적인 영향을 주는 요소이다. 여기서 우리가 주목할 점은 진료비 지불제도가 의료제공자의 진료행태에 영향을 주어 환자의 건강결과에까지 영향을 미칠 수 있다는 점이다. 그렇기 때문에 진료비 지불제도의 개혁에 있어서, 그 이유나 필요성에서부터 구체적인 지불방식, 나아가 제도개혁으로 기대되는 보건의료의 적정성 수준에 이르기까지 의료제공자, 정부, 국민 사이의 사회적인 합의가 전제되어야 하는 것은 당연하다. 그러나 아직까지 한국의 보건의료연구 풍토에서는 지불제도를 개혁하는 데 있어, 이해집단 간의 합의가 중요한 문제라고 인식하기보다는 양적 자료분석을 통해 더 정교한 지불제도 모형을 제시하는 데 더 큰 노력을 기울였던 것이 사실이다. 그러나 지난 30여 년 동안 포괄수가제도를 도입했던 미국과 유럽의 사례에서도 알 수 있듯이, 포괄수가제는 정당이 존재하는 하나의 모델이 아니며, 국가마다 개혁의 목적, 환경, 수가수

1) 여기서 행위자들이란 제도의 지배논리 형성과 구현, 그리고 재생산에 참여하는 개인과 집합을 통칭한다[54].

준, 기대효과도 서로 다르다[11]. 이렇듯 진료비 지불제도의 개혁은 정교한 지불제도 모형으로 성공할 수 있다기보다는 이해집단 간에 '게임의 규칙(rule of game)'에 대한 합의와 거버넌스의 문제라고 보는 것이 더 타당하다.

그동안 한국의 지불제도 개혁을 위해 지난 10여 년간 각계각층의 전문가들이 모여, 포럼, 공청회, 토론회 등을 통해 지속적으로 지불제도의 합리적 개혁방향에 대해서 논의가 이루어져 왔지만, 이해관계자 간의 합의, 거버넌스와 같은 거시적 관점에서 이러한 내용들을 체계적으로 정리하여 결과를 제시한 연구는 없었다. 따라서 이번 연구는 신포괄수가제도라는 사례를 바탕으로 지불제도 개혁의 시작과 진행에 핵심적으로 참여한 인물을 대상 심층면접을 실시하여, '왜, 무엇을, 어떻게'의 문제를 던지고 응답을 들음으로써 기존의 양적 연구에서는 얻을 수 없는 맥락상 풍부한 자료(contextually rich data)를 얻고자 하였다[12]. 인터뷰의 대상이 되는 정책엘리트들은 제도의 도입·진행·평가의 전 과정에 걸쳐 결정적이거나 실질적인 역할을 담당한 인물들로, 이들이 보건정책 의사결정에 끼친 영향력과 전문성을 심층면접을 통해 반영할 수 있었다. 이외에 제도를 가장 가까이에서 경험하고 있는 시범사업 의료기관의 의료인들에 대한 인터뷰를 통해 본래 제도도입의 목적과 실제와의 차이와 같은 현장에서의 목소리를 담아내고자 하였다. 이 결과를 바탕으로 한국의 새로운 지불제도 도입과정에서의 문제, 제도의 성과, 향후 기대와 전망을 살펴보고, 새로운 지불제도의 정착을 위해 이해관계자 간 적절한 거버넌스를 제시하고자 이번 연구를 수행하였다.

## 2. 이론적 배경

### 1) 거버넌스란 무엇이고, 어떻게 측정하는가?

거버넌스의 개념과 논의는 학자에 따라, 학문의 영역에 따라, 주제에 따라, 국가에 따라 다양하게 형성되어 왔다. 예컨대, 거버넌스는 공치, 협치, 관리, 조정, 조정 등의 다양한 개념들로 정의되고 있으며[13,14], 아직까지도 거버넌스에 대한 일반화된 개념적 정의를 내려지지 않았다. 이는 기본적으로 거버넌스라는 것은 '개념'에 관한 것이고, 그 정의들이 각국의 고유한 현실을 반영하고 있으며[15], 아직까지 세계적으로도 거버넌스에 관한 논의가 불과 20여 년 밖에 되지 않았다는 것에 그 이유를 찾을 수 있다[16]. 그러나 그동안 논의된 거버넌스에 관한 개념들을 종합해 볼 때, 거버넌스란 정치적 게임의 공식적·비공식적 규칙을 관리하는 것이며, 이는 권력행사의 규칙을 결정하고 그러한 규칙과 관련한 갈등을 해소하는 방법을 의미한다[17]. 다시 말하면 거버넌스는 정부보다는 광범위한 의미를 담고 있으며, 그것은 조정(setting)과 게임의 규칙(rule of the game)이라고 할 수 있다[18].

일반적으로 알려진 거버넌스를 평가하는 지표는 세계은행(Worldbank)에서 개발한 World Governance Indicators (WGI)이다. 이 지표는 1) 목소리와 책무성(voice and accountability), 2) 정치

적 안정성(political stability), 3) 정부 효과성(government effectiveness), 4) 법의 지배(rule of law), 5) 규제 질(regulatory quality), 6) 부패 관리(control of corruption)의 총 6가지 요소를 기준으로 국가수준의 거버넌스 점수를 산출하고 있다. 이러한 지표들은 제3세계 국가의 공적개발원조(Official Development Assistance, ODA) 연구나 거버넌스 연구에 주로 사용되고 있다[19-21]. 또한 Savedoff와 Gottret [22]은 보건의료분야에서 국민건강보험의 거버넌스 측정지표로 1) 권한, 책무, 역량의 부합도(coherent decision making structure), 2) 이해당사자 참여(stakeholder participation), 3) 투명성과 정보(transparency and information), 4) 감독과 규제(supervision and regulation), 5) 일관성과 지속성(consistency and stability)의 5가지를 제시한 바 있다.

### 2) 거버넌스에 관한 선행연구

#### (1) 국내·외 선행연구를 통해서 본 거버넌스의 개념

1990년대 초, 영국과 미국 등을 비롯한 서구사회에서 다양한 학자들에 의해 거버넌스 연구가 시작되었다. 영국과 미국 등에서 정부와 행정분야에서 거버넌스 이론에 대한 관심이 커진 것은 공공정책에 있어서 관료제가 갖는 부작용을 극복하기 위해서였다[23]. 그러나 아직까지도 거버넌스에 대한 개념적 정의에 대해서는 모두가 동의하는 일치된 견해가 없는데, 이러한 거버넌스 논의의 경향에 대해 살펴보고자 한다.

1990년대의 거버넌스 이론 구축에 가장 큰 공헌을 한 학자 중 하나인 Rhodes [23]는 그의 연구를 통해서 거버넌스는 '작은 정부(the minimal state)', '기업 거버넌스(corporate governance)', '신공공관리(new public management)', '굿거버넌스(good governance)', '사회자동조절 시스템(socio-cybernetic system)', '자기 조직화를 위한 네트워크(self-organizing network)'의 6가지로 사용될 수 있다고 하면서, 이 중 마지막 관점을 따라, 거버넌스는 자기 조직적 상호조직적인 네트워크를 통해서 수행되는 것이라고 정의 내린 바 있다.

2000년대에 들어서는 다양한 분야의 많은 학자들에 의해서 거버넌스가 연구되고 있는데, 이는 일반적 거버넌스, 로컬 거버넌스, 참여적 거버넌스, 협력적 거버넌스 등으로 나눌 수 있다. 첫째, 일반적 거버넌스는 '심각한 외부 및 내부 제약조건하에서 집합적 이익을 추구하는 정부의 사회 내에서의 변화하는 역할이자 역량'이라고 정의할 수 있다[24]. 2000년 이후에는 이러한 일반적 거버넌스의 활용이 경제개발, 국제기구분야, 기업 거버넌스, 신공공관리의 성장, 네트워크 거버넌스로 확대되게 된다[25]. 둘째, 로컬(local) 거버넌스는 지역수준에서의 집합적 의사결정을 위한 새로운 형식이라고 정의할 수 있는데[26], 이러한 관점에서 Miller 등[27]은 지방주의자, 개인주의자, 동원, 집권 주의자의 관점에서의 지역 거버넌스 모델을 제시한 바 있다. 셋째, 참여적(participatory) 거버넌스는 공공 정책과정을 정부부문, 연관부문, 사업부문의 다양한 행위 주체

가 목적을 달성하기 위해 서로 밀접한 관계를 가지고 상호 작용하고 있다고 보았다[28]. 셋째, 협력적(collaborative) 거버넌스는 기존의 거버넌스 이론이 현대 행정과는 맞지 않는다는 문제가 지적되면서 새롭게 등장한 개념으로, 지역개발, 공공의료, 공공교육, 수자원 관리 등의 공공정책에 있어서의 문제해결을 위한 대안이 되고 있다고 보았다[29].

그렇다면 우리나라의 거버넌스 논의는 언제 시작되었을까? 우리나라에서 거버넌스에 대한 개념을 이용하여 연구가 시작된 것은 1990년대 후반부터라 할 수 있다[13,30]. 한국 역시 서구사회와 마찬가지로 기존의 국가나 시장에 의한 국가 운영에 어려움이 생기고, 이해관계자 간의 경계가 허물어짐과 동시에 협력이 요구되면서 부터라고 할 수 있다[13]. 그러나 본격적인 거버넌스 연구가 진행된 것은 2000년대 이후라 할 수 있는데, 2000년대 초반까지는 거버넌스의 개념을 네트워크라고 가정하고 진행한 연구가 주를 이루었으며, 한국의 경우, 정부·시장·시민사회 간의 파트너십이 거버넌스의 대표적인 형태로 강조되었다[31]. 이 외에 신공공관리(new public management) 등의 광의적 차원에서 접근한 연구, 거버넌스라는 용어를 사용한 연구들이 있었으나 그 정의가 명확하지 않고 모호한 연구들이 많았다. 또한 이 당시까지만 해도 거버넌스의 대한 개념에 대한 소개보다는 외국사례의 소개 또는 한국사례의 경험적 분석이 연구의 주를 이루었다[16].

2000년대 중반 이후로는 많은 외국 문헌과 함께 거버넌스에 관한 개념이 소개되기 시작하였으며, 특히 2003년 이후로는 지방분권화 정책의 등장을 배경으로 ‘로컬 거버넌스’의 개념을 이용한 연구들이 수행되었고[6,32-39], 민주주의의 발달과 함께 시민단체 또는 non-government organization (NGO)의 정책 참여에 초점을 맞춘 거버넌스 연구들이 수행되었다[40-43].

2000년대 후반 이후로는 그 개념이 더 넓어져 국가 단위의 거버넌스, 동아시아를 포함한 글로벌 거버넌스에 대한 실증적 연구 및 주요 선진국의 글로벌 거버넌스에 관한 연구가 소개되기 시작하면서 다양한 분야에서 다양한 주제의 연구들이 이루어져 오고 있다 [44-46]. 그러나 최근까지도 거버넌스 연구는 행정학, 국제관계학, 정치학, 정책학, 사회학 등의 분야에서 주로 이루고 있으며[13], 보건의료영역에서의 거버넌스에 대한 연구는 상대적으로 매우 미흡한 실정이다.

(2) 보건의료영역에서의 국내 거버넌스 연구

보건의료영역에서의 거버넌스 연구는 2000년대 이후 본격적으로 연구되기 시작하여 지금까지 대략 10편의 논문을 찾아볼 수 있었다. 이렇듯 국내 논문의 경우 연구가 많지 않아 아래의 표로 정리하였다. 이를 주제별로 나뉘보면 거시적으로는 지방정부의 역할을 강조한 로컬 거버넌스 연구, 의료 거버넌스 연구, 의약분업을 둘러싸고 나타난 거버넌스 형태에 관한 연구, 건강보험 재정문제의 해

결을 위한 거버넌스 연구 및 의료관광 국가들의 거버넌스 비교 연구가 수행되었으며, 미시적으로는 의료기관을 둘러싼 이해관계자들 사이의 거버넌스 체계 구축에 관한 연구가 수행되었다. 주제의 구분은 주제어(key word)와 논문의 제목을 기준으로 하였으며, 연구의 유형은 질적 및 양적 연구의 형태로 구분한 후 세분류를 하였다(Table 1).

먼저 로컬 거버넌스 연구를 살펴보면, Shin [47]은 발전도상국인 필리핀과 잠비아의 보건의료서비스분야에서의 로컬거버넌스 사례를 통해 민주화, 분권화, 정부 및 주민의 적극적 참여가 성공적인 거버넌스에 중요한 역할을 담당하고 있음을 확인하였다. 이처럼 보건의료서비스분야에서의 로컬 거버넌스는 정부와의 협력관계, 책무 이전에 관한 법규 제정을 바탕으로 지방정부, 주민 및 비영리단체, 민간의료영리단체 간의 공감대가 커져야만 성공할 수 있다고 보았다. 이 연구는 대부분의 로컬 거버넌스에 관한 연구들이 선진국 지방정부를 중심으로 이루어진대 반해, 발전도상국의 로컬 거버넌스 사례를 다뤘다는 점에서 의의가 있으며, 고소득 국가와는 달리, 소득수준이 낮은 국가에서는 민간부분이 거버넌스 형성에 큰 의미가 없음을 보여주었다. Hwang [48]은 부산시를 중심으로 부산지역 시민의 건강증진과 유지, 불평 등에 관한 문제해결을 위해 지역 관계자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 연구를 통해 보건의료 거버넌스 모형을 제시하였고, 의료인들과 시민들에 대한 협력적 거버넌스 개념 홍보, 거버넌스 추진 전담기구의 설치, 지방정부의 조정자 역할의 확립 등을 통해 성공적인 거버넌스 모형을 구축하고자 하였다.

의료 거버넌스에 관한 연구의 경우, Jin과 Moon [49]이 건강보험 통합과 의약분업을 사례를 바탕으로 거시적 차원에서 정부·시민사회·시장이 공통의 의료문제를 위해 함께 문제를 해결하고, 미시적 차원에서 지방정부, 지역주민 및 비영리단체, 민간 영리단체(공급자)를 포함한 로컬 거버넌스 구축을 강조한 연구가 있다. 연구결과, 건강보험 통합논의과정에서는 시민단체가 의제형성부터 정책대안 제시에 이르기까지 주도적 역할을 하였다는 것에 기반하여 거버넌스가 발전하였다고 평가한 반면, 의약분업과정을 통해서서는 불명확한 책임소재, 시민단체의 전문성 부족 및 정치화로 인해 거버넌스 측면에서의 한계가 존재한다고 지적하였다. Jung [50]은 영리를 목적으로 하고 주주가 존재하는 ‘기업 거버넌스(corporate governance)’와 대비하여, 주주가 아닌 이해관계자의 개념으로 확대한 ‘사회적 거버넌스(social governance)’의 개념을 제시하면서 의료기관 운영에 있어서 ‘사회적 거버넌스’의 필요성을 제시하였다. 주장의 근거에는 병원의 경영감사가 다른 분야에 비해 엄격하지 않다는 점, 이를 통해 서비스 제공 및 의료의 질 향상이 가능하다는 점을 들었다. 또한 주요 선진국인 일본, 미국, 프랑스, 네덜란드의 비영리 의료기관의 거버넌스 구조를 비교 분석하여 제시한 Jung [51]의 연구에서는 지역주민대표의 참여, 임원구성에서의 친족 규제, 지역으로의 정보공개, 감사 등과 같이 아직까지는 갖춰져 있지 않은 국내

**Table 1. Governance research in health sector (Korea)**

Subject	Author (yr)	Type of research	Main policies	Institutional actors	Institutional logic
Local governance	Shin [47]	Qualitative research: case study	Decentralization	-Local government -Community members, NGOs -Private and for-profit institution	Decentralization, democratization, vitalization of regional economy
Healthcare governance	Hwang [48]	Quantitative research: survey	Health promotion	-Public officials -Health professionals and medical institution -Community members	Perception of governance, public relations
Healthcare governance	Jin et al. [49]	Qualitative research: case study	Health insurance system integration, separation of drug prescribing and dispensing	-Macro perspective (state governance): central government, interest group, civil society -Micro perspective (local governance): local government, community members & nonprofit organization, profit organization	Accessibility to healthcare, health insurance coverage, fiscal equity, medical professional
Healthcare governance	Jung [50]	Reinterpretation of the existing research	Nonprofit sector management	-Owner -Board of directors -Manager -Consumer	Social solidarity, worthy goods
Healthcare governance	Jung [51]	Qualitative research: case study	Nonprofit organization management	-Board of directors -Internal consumer -Stake holders	Quality of care, efficiency, responsiveness, accessibility, equity, morality of providers
Healthcare governance	Kim et al. [54]	Qualitative research: case study	Health insurance system integration, separation of drug prescribing and dispensing	-National Health Insurance Corporation -Health Insurance Review & Assessment Service -Large-sized hospitals -Private insurance company/civil society -Multinational pharmaceutical company	Health insurance coverage, sustainability of institution, medical industrialization & advance, efficiency of organization, quality of care
Separation of drug prescribing and dispensing	Lee [52]	Qualitative research: case study	Separation of drug prescribing and dispensing	-Government -Market -NGOs	Expansion of participation, strengthen of efficiency
Health insurance finance	Kwak [53]	Mixed method: survey, in-depth interview	Separation of drug prescribing and dispensing	-Government -Civil society -Medical institutions (Korean Medical Association, Korean Hospital Association) -Korean Pharmacists Association	Participation, transparency, responsiveness, policy effectiveness, professionalism, network moderation
Health insurance finance	Kim [14]	Qualitative research: case study	National health insurance system integration	-Government -Consumer, civil society -Healthcare and pharmaceutical field	Fairness, accountability, professionalism
Medical tourism	Yu [55]	Qualitative research: case study	Medical tourism	-Government -Medical institutions -Consumer	Industrialization, de-regulation, quality of care

의료기관에도 이와 같은 거버넌스 구조를 갖추어야 한다는 인식의 필요성을 강조하였다.

의약분업을 주제로 한 연구들은 의약분업이 이루어진 직후인 2001년과 10년 후인 2010년에 집중적으로 수행되었다. Lee [52]는 의약분업 사례를 통해 거버넌스와 NGO의 관계를 고찰하였는데, NGO가 참여하게 되는 거버넌스 형성과정은 의약품 오남용 등과 같은 정부 실패에 따른 당연한 결과이며, 훌륭한 거버넌스로 발전하지 못한 것은 정부와 NGO 간의 파트너십이 원활하지 못한 것에 원인이 있다고 설명하면서 거버넌스의 성공을 위해 행위주체 간의 파트너십의 중요성을 강조하였다. Kwak [53]은 의약분업 사례를 중심으로 한국 보건의료정책의 거버넌스를 도입과정의 민주성(참여성, 투명성, 반응성)과 효율성(정책 효과성, 전문성, 네트워크, 조정력)의 관점에서 거버넌스 구조를 분석하였다. 그 결과, 참여성이 높은 것처럼 보이나 의견수렴에 있어서 수평적이지 않았고, 정책 효과성 측면에서는 의약분업의 공감대 형성이 되지 못한 것이 본래의 목적을 달성하지 못한 큰 원인이라고 분석하였으며, 의료정책의 경제성, 선택성, 양질성, 책임성 역시 취약하다고 평가하였다. 또한 정부와 시민단체 간의 네트워크 역시 신뢰에 기반하지 못했기 때문에 성공적인 거버넌스 체계를 갖추지 못한 사례로 지적하였다. Kim 등[54]은 지난 50년간의 한국의 보건의료환경의 변화에 대해 제도적 로직, 행위자, 거버넌스가 어떻게 변화해 왔는지, 그리고 그러한 변화가 보건의료 필드에 어떠한 영향을 미쳤는지 본 연구에서, 1950년대 이후 줄곧 의료제공자 단체 및 정부가 중심이 되던 거버넌스 구조가 의약분업을 기점으로 의료의 접근성과 보장성 강화라는 논리로 의약분업과정의 주요 행위자로 등장한 시민단체로 인해 큰 변화를 맞았고, 이와 같은 시민단체의 참여는 의약분업뿐 아니라, 건강보험급여 우선순위 결정과 같은 보장성 확대정책에서도 지속적으로 나타나고 있음을 강조하였다.

건강보험 재정을 주제로 한 거버넌스 연구는 Kim [14]이 국민건강보험의 재정통합 사례의 정치적 변화과정을 분석함과 동시에 국민건강보험에서 NGO(비영리단체)의 활동을 중심으로 의료소비자 참여체계(consumerism)의 구축을 강조하였다. 즉, 건강보험 정책에 있어서, 미시적 차원인 의료수가 협상에서의 의료소비자 참여는 물론, 거시적 차원인 정부와 의료소비자 단체와의 파트너십 형성을 강조하였다. 마지막으로 의료관광 주제로 한 You [55]의 연구에서는 의료관광으로 알려진 대표적인 국가인 태국, 싱가포르와 우리나라와의 보건의료시스템 거버넌스 구축형태를 비교한 연구에서, 정부주도형이라는 공통점은 있지만, 우리나라는 비교국가들과는 다르게 관료제 중심의 계층제적 질서와 하의상달방식의 거버넌스 체계를 지니고 있으며, 경제적 논리에 기반한 편향된 정부 주도 하의 거버넌스가 의료관광산업에 부정적인 영향을 미친다고 언급하며, 관리 및 정책결정에 있어서 정부 중심이 아닌 시장 및 탈규제 거버넌스 모형을 갖추어야 한다고 보았다.

### (3) 보건의료 영역에서의 국외 거버넌스 연구

국내 거버넌스 연구의 출현이 2000년대 들어서라면, 국외의 거버넌스 연구는 그보다 조금 앞선 1990년대 중후반부터라고 할 수 있다. 1997년 영국 보건부에서는 의료제공에서 비효율성의 문제에 직면하면서, 이와 같은 임상 거버넌스(clinical governance)라는 개념을 처음 소개하였다. 이는 National Health Service 조직들이 제공하는 의료서비스의 질에 대한 책무를 부여하는 틀이라고 정의하면서[56], 임상에 대한 감사(audit)와 표준화, 근거에 기반한 효과성, 경험에 근거한 위험관리, 의사의 지속적 자기개발, 자기규제, 질 보장 및 연구개발과 같은 거버넌스 요소를 제시하였다. 이러한 임상 거버넌스는 의료현장에서도 큰 영향력을 미쳤는데[57-59], 이후 임상 거버넌스의 개념과 효과에 대한 연구들이 지속적으로 수행되었다[60-63].

또한 경제적, 군사적, 환경문제, 사회문화적 세계화 현상을 겪으면서[18], 국가 수준에서의 관리를 뛰어 넘는 국제관계를 관리하는 글로벌 거버넌스(global governance)의 개념이 출현하게 되었으며 [64-67], 이와 함께 2000년대 들어서는 ODA의 핵심요소인 보건의료영역과 관계된 글로벌 보건의료거버넌스(global health governance)의 개념이 등장했다[68-71]. 이러한 연구는 미국과 같은 ODA 원조국이 수원국인 중·저소득 국가를 대상으로 주로 연구가 수행되었는데, 그 이유는 그동안 원조와 정부지출을 바탕으로 이들 국가에서 보건의료분야에 전례 없는 재정 확대가 이루어졌고 [72], 이들 국가의 보건의료체계는 외부 주도로 이루어졌기 때문에 그 거버넌스를 둘러싼 이해관계가 복잡했기 때문에 성공적인 거버넌스 구조를 갖추는 것이 중요했기 때문이었다. 또한 경제 위기로 양적측면의 원조가 줄어들면서[73], 자원 배분의 투명성에 대한 관심이 증가하게 된대도 원인을 찾을 수 있다[74]. 이와 관련된 연구들에서는 지역사회 보건의료요구(needs)와 정부 및 의료제공자의 부패에 대한 평가와 함께 보건의료체계의 탈중앙화와 지방정부의 역량강화, 정부와 국민과의 관계, 책무성 향상, 인센티브 변화를 통해 수원국의 거버넌스 역량 강화에 초점을 맞추고, 궁극적으로 건강결과와의 관련성을 연구하였고[75], 최근 이와 같은 중저소득 국가의 거버넌스는 Millennium Development Goals (MDGs) 달성뿐 아니라, 경제발전, 사회발전, 전반적인 개발의 핵심 결정요인으로 간주되고 있다[76].

이와 같이 보건의료분야의 거버넌스 연구가 늘어나면서 보건의료에서의 거버넌스 정의 및 이를 측정하는 많은 틀이 제안되었다. 그중 대표적인 것이 World Health Organization [77]의 정의인데, 보건의료시스템에서의 거버넌스는 전략적인 정책 틀을 가지고, 감시, 연계, 규제를 효과적으로 혼합하고, 책무성을 포함하여야 한다고 하였으며, 이때 정부는 인구집단의 건강수준을 향상시킨다는 맥락 속에서, 의료이용 기회의 형평, 서비스의 질, 환자관리를 향상시키는 것을 염두하고, 공공·민간·시민단체와 관계된 책임과 역

할을 다해야 한다고 보았다. 그러나 이와 같이 여러 연구자를 통해 보건으로 거버넌스의 틀이 제시되었으나, 현실적이지 않은 지표로 인해 적용이 어렵다든지, 제한적인 실증연구로 인해 일반적이고 복잡한 결론이 나온다든지 하는 한계가 존재하였다[74].

이에 현재는 제한된 환경, 자원 속에서 보건으로 체계를 강화하기 위한 목적을 가지고, 다양한 연구자들에 의해 더 포괄적이고, 체계적인 관점에서의 거버넌스를 측정하는 틀이 제시되고 있다. 최근 World Health Organization [78]은 보건으로 거버넌스를 정부 또는 다른 행위자가 건강이라는 목적을 지닌 커뮤니티, 국가 또는 조직을 조정하는 시도라고 정의하면서, 지난 10여 년간 제시된 거버넌스 메커니즘을 참고하여 이해관계자 간 새로운 역할과 협력을 통해 시너지를 내는 메커니즘과 구조의 유형을 제시하였는데, 이를 위해 보건영역과 비보건영역 간, 공공과 민간부분 간의 협력의 중요성을 강조하였다. 또한 위와 같은 협력을 통한 시너지를 갖는 거버넌스를 'smart governance'라고 일컬으며, 'collaboration', 'engagement', 'a mixture of regulation and persuasion', 'independent agencies and expert bodies', 'adaptive policies, resilient structures and foresight'의 5가지의 영역을 제시하였다.

## 방 법

### 1. 연구의 접근방법과 문제

여러 가지 접근법 중에서 본 연구는 심층 인터뷰를 통한 질적 사례 연구방법을 선택했다. 구체적으로 본 연구에서는 질적 접근방법을 취할 때의 장점을 최대한 살리기 위해 심포괄수가제에 실제 참여하였거나, 도입과정에 영향을 미친 정책엘리트들을 대상으로 반구조화된 인터뷰(semi-structured interview)를 실시하였고, 이후 거버넌스 측면에서의 성과를 10점 척도로 질문하였다.

연구의 분석방법을 선정한 뒤에는 구체적인 인터뷰 질문을 개발하였다. 본 연구는 각 정책엘리트들이 인식하고 있는 최초 심포괄

수가제도에 대한 기대와 거버넌스 관점에서의 성과에 대한 평가, 마지막으로 제도의 향후 전망 순으로 질문을 구성하였다. 이를 위해 심포괄수가제도의 명분, 의료의 질 및 진료·행정의 효율화, 향후 성공적 정착에 대한 기대 및 바람직한 지불제도 개혁의 모델을 핵심 인터뷰 문제로 선정하였다.

정책엘리트들을 대상으로 한 심층 인터뷰의 질문 문항은 아래와 같다(Table 2). 이해관계가 첨예하게 얽혀 있는 주제이니 만큼, 본 인터뷰 전에 심포괄수가제도가 아닌 과거의 다른 보건으로제도 도입 경험에 대한 질문을 우선 배치하여, 이후 자연스럽게 본 질문으로 넘어갈 수 있게끔 하였다. 그리고 마지막으로는 바람직한 한국의 진료비 지불제도 개혁 방향에 대해 마무리 질문을 하였다.

실제 인터뷰에 앞서 2012년 10월, 심포괄수가제를 담당하고 있는 정부관계자 및 심포괄수가제도 시범사업 의료기관(심포괄수가 의료기관)의 관계자 각각 1명을 대상으로 예비 인터뷰를 실시하였고, 여기서 도출된 내용을 토대로 최초의 인터뷰 대상자 선정과 인터뷰 질문내용을 수정·보완하였다. 이후 최종 수정을 거친 뒤, 2013년 1월부터 6월까지 인터뷰를 실시하였다. 인터뷰는 일반적으로 10개에서 15개 정도의 주제를 3시간 이내에 다루는 것이 좋다는 기존 연구의 권고에 따라 인터뷰 당 약 1시간 30분에서 2시간에 걸쳐 진행하였다. 인터뷰 내용은 사전 동의를 구한 뒤 녹음했고, 이후 녹취를 풀어 텍스트 파일로 저장한 후 스크립트를 완성하였다.

인터뷰를 마친 후 거버넌스 관점에서의 평가와 그 결과의 표준화의 의미를 부여하고자 약식 설문조사를 진행하였다. 설문 항목은 좋은 거버넌스와 민주적 거버넌스 측면에서의 평가였다. 인터뷰와 동일하게 약식 설문조사 역시 참여자의 동의를 구한 뒤 실시하였고, 응답은 인터뷰 대상자가 자가기입(self-reported)하도록 요청하였다.

본 연구는 인터뷰를 동반한 질적 연구로서, 연구의 내용과 전진행과정에 대하여 서울대학교 보건대학원 연구윤리심의위원회(institutional review board)의 승인을 득한 후 연구를 진행하였다.

Table 2. Interview questions

구분	순서	유형	질문내용
과거의 경험	1	Q	과거 정부가 시도한 정책 중 이해관계자들과 상호 수용이 잘 되었다고 평가하는 정책은 무엇인가?
제도의 명분	2	Q	7개 질병군 DRG와 심포괄수가제도 도입에 내건 주요 명분은 무엇인가?
제도의 성과	3	Q	제도 도입으로 인해 의료기관의 진료 및 행정 효율화가 발생하였나?
	4	Q	제도 도입 후 의료의 질은 어떻게 변했나?
	5	Q	'적정진료'란 무엇이라고 생각하는가?
향후 전망	6	M	좋은 거버넌스 측면에서의 본 제도는 어느 정도의 성과가 있는가?
	7	M	민주적 거버넌스 측면에서의 본 제도는 어느 정도의 성과가 있는가?
	8	Q	의료의 질을 확보하기 위해 모니터링해야 하는 것은?
	9	M	심포괄수가제가 성공적인 보건정책의 사례로 남을 가능성은?
	10	Q	7개 질병군 DRG와 심포괄수가제도는 향후 수가제도 개혁에서 어떠한 방향으로 가야 하나?

Q, qualitative method로서 제시한 질문만 하였음; M, mixed method로서 제시한 질문 후, 10점 척도의 미니 설문을 함께 병행하였음.

**Table 3. Interviewer characteristics**

Interviewed personnel	Position	License	No. of years worked (current position)
A	Government/ public institution	Nurse	28
B		Doctor	6
C		-	20
D	Medical provider	Doctor	1
E		Doctor	30
F	New Diagnosis Related Group hospital	Doctor	4
G		Medical record technician	22
H		Nurse	28
I		Nurse	14
J		Doctor	16
K		Doctor	13
L	Academia	Doctor	16
M		-	6
N		-	11

**2. 연구대상 선정**

심층 인터뷰 대상은 총 14명이었으며, 이들은 정부, 의료계, 학계, 그리고 신포괄수가 의료기관의 의료인으로 구성하였다. 정부에 포함된 인터뷰 대상자는 보건복지부, 건강보험심사평가원(이하 심평원), 국민건강보험공단 관계자로 한정하였으며, 의료계는 대한의사협회 및 대한병원협회 임원을 역임한 자로 한정하였다. 그리고 학계는 의과대학 의료관리학, 보건과학대학(원) 등의 관련 계열 교수로 선정하였다.

인터뷰 대상자 선정은 눈덩이 표집(snowball sampling)과 같은 방식으로 실시하였다. 즉 최초 2명의 예비 인터뷰를 포함한 16번의 인터뷰 과정에서 신포괄수가제도의 도입 또는 지불제도 개혁과정에서 큰 영향을 미치고 있다고 생각되는 인물을 5인씩 추천받아 정부관계자, 의료계, 학계로 구분하여 가장 많이 중복 추천을 받은 인물로 인터뷰 대상자를 선정하였다. 최종적으로 인터뷰를 실시한 대상자에 관한 기본적인 정보는 Table 3과 같다.

**3. 분석방법**

녹취를 푼 면담 내용을 인터뷰 질문구성 시 적용한 분류체계를 토대로 재구성하여 분석하였다. 면담내용의 재구성과 함께 면접 대상자들에게서 언급된 내용에 대한 검증(probing)작업을 거쳤다. 또한 약식설문에서 구득한 자료는 일반적인 코딩을 거쳐 비교·분석하였다.

**결 과**

**1. 인터뷰를 통해 본 신포괄수가제도 도입의 명분**

인터뷰 결과 신포괄수가제도의 도입 명분에 대한 이해관계자들

의 인식이 일관되어 있지 못함을 확인하였다. 이들이 인식하고 있는 신포괄수가제도의 도입 명분을 요약하면 크게 4가지 정리할 수 있다. 먼저 의료계의 수용성이 더 커지기 때문이라는 인식, 둘째, 질병군을 확대를 위한 전략적 선택이라는 인식, 셋째, 기존의 7개 DRG처럼 의료비 증가에 대한 부담 때문이라는 인식, 마지막으로 행위별 수가제하에서의 왜곡된 진료행태를 개선하고자 했기 때문으로 보았다. 위와 같은 관점에서 본 각 이해관계자들의 도입 명분에 대한 인식은 다음과 같았다.

1) 정부는 왜 신포괄수가제도를 도입하고자 하였는가?

(1) 정책적 수용성이 클 것이라는 기대

정부는 2002년부터 시작된 의료기관의 선택적 참여를 바탕으로 하는 ‘7개 DRG’로는 의료계의 공감대를 얻어 의료기관 전체로 확대하는 것이 불가능하다고 판단했고, 절치부심(切齒腐心)한 끝에 포괄수가모형에 행위별수가제 요소를 혼합한 일본 Diagnosis Procedure Combination (DPC)제도와 유사한 신포괄수가제 모형을 개발하였다. 이를 통해 정부는 행위별 요소가 포함되어 있는 새로운 제도라면 일부 의료기관만 참여하는 현재의 포괄수가제가 아니라 전체 의료계가 참여하는 지불제도가 될 수 있을 것으로 판단하였다.

“신포괄 같은 경우엔 이게 구포괄이 굉장히 시범사업을 몇 년 하고 심평원이 평가를 하고 분석하기로 했는데 의료계가 너무나무반대를 하니 복지부가 건널 수가 없었어요. 그 강을.”(A)

또한 현재 신포괄수가 의료기관들 역시 정부와 같은 정책적 수용성 측면에서 도입 명분을 인식하였으며, 이렇듯 일반적인 의료계의 의견과 다른 의견이 도출된 것은 시범사업 대상기관이 정부 및 지자체에서 운영하는 공공병원이었기 때문으로 판단된다.

“정부입장에서는 하도 의료계가 반대를 하니까 이걸로는(7개 질병군 DRG) 어렵겠구나라고 해서 다시 이제 의료계가 수용할 수 있는 모델로 개발을 한 것이 신포괄이예요.”(K)

(2) 행위별 수가제가 야기하는 의료비 증가에 대한 억제책

신포괄수가제도 도입의 명분은 행위별 수가제하에서 지속적으로 증가하는 국민의료비를 억제하기 위한 목적이었으나, 의료계와의 직접적인 마찰을 피하고자 이 같은 명분을 표면화하지 못한 것이라고 인식하고 있었다.

“우리나라도 사실은 재정목적이 있었을 거예요. 재정목적이 있었는데 그렇게 이야기 하면 의료계나 이해당사자가 굉장히 반발을 하니까...(중략)... 실질적으로도 행위별 수가제의 과잉진료라든지 그런 여러 문제점들을 좀 보완해 보자라는...”(A)

신포괄수가 의료기관 역시 의료비를 억제하기 위한 목적을 갖고 있다고 인식하고 있었으며, 정부의 입장을 대변하여 행위별 수가제 하에서 증대되는 행위량에 대한 걱정을 갖고 있었다.

“의료비 통제예요. 왜냐하면 행위별수가제로는 늘어나는 행위량을 도저히 통제 못 하거든요. 그런데 지금 의사들이 이야기하는 것은 행위별 수가제로 충분히 통제를 받고 있다고 얘기를 하긴 하지만 정부입장에서 보면 이게 통제가 아니거든요.”(I)

2) 의료계가 인식한 신포괄수가제도의 도입 명분은 무엇이었나?

(1) 도입 명분에 대한 인식의 부재

의료계는 신포괄수가제도 도입에 대한 명분을 묻는 질문에 냉소(冷笑)에 가까운 태도를 보였다. 정부는 제도 도입을 위해서라면 의사에게 무조건적으로 강요하는 집단이고, 의사는 정부가 시키면 시키는 대로 하는 사람들이라고 자신들을 평가하고 있었다.

“(신포괄수가제도 역시) 정부에서 갑자기 하자고 해서 하는 거지. 무슨 명분이 있어?”(D)

또한 명분이라는 것은 정부가 만들 때 내세우는 것이기에 자신들은 잘 모르며, 기존 연구결과에 따라 7개 DRG가 부적절한 지불제도이기 때문에 신포괄수가제가 도입된 것이 아닌지 추론하고 있었다.

“지금 7개 질환을 하는데 그게 번들링하는 게 너무 한 번에 확 묶어서 적용을 하다 보니까 7개 질환은 뭐 어떻게 되겠지만 전 의료수가의 진료비 지불제도를 채택하기 어렵다는 서울대학교 연구결과가 아마 나왔을 걸...(중략)...그래서 그럼 신포괄로 연구할 필요성이 있다고...”(E)

3) 학계가 인식한 신포괄수가제도 도입 명분은 무엇이었나?

(1) 행위별 수가제가 야기하는 왜곡된 진료행태의 개선

행위별 수가제하에서 발생하는 의료서비스의 과다제공 인센티브를 줄이고, 한국의 의료현장에서 벌어지는 비급여 진료의 문제를 해결하기 위해 신포괄수가제도를 도입한 것이라는 인식이 존재하였다.

“우리나라 수가제도의 잘못된 점들은 정말 필요한 진료들을 못 하게 만들고 불필요한 진료들을 부추기는 그런 방식이거든요. 급여에서는 모자란 수가, 비급여에서는 엄청난 추가비용이 존재하는...(중략)... 그런 잘못된 행태를 좀 개선해 보자.”(L)

“행위별 수가제가 가지고 있는 불륨의 문제라든가 하는 것들을 해결해야겠다고 안에서 합리적으로 운영이 되게끔 해야겠다...”(N)

그러나 학계의 인식처럼 왜곡된 진료행태의 개선이라는 대의(大義)가 있다고 인식하는 의료계(시범사업 의료기관 포함) 관계자는 없었고, 이러한 명분에 대해서도 전혀 공감할 수 없다는 입장을 보여주었다.

(2) 질병군 확대를 위한 전략적 선택

7개 DRG와 같은 단순한 외과 질병군을 지속적으로 발굴해서 개별적으로 포괄수가를 도입한다는 것이 현실적으로 어렵고, 외과 수술 외에 내과 질병군도 포함하려면 의료계와의 공감대 형성 및 지불 모형의 적합성 등이 요구되는데, 이러한 전략적 이유로 인해 신포괄수가제도가 도입되었다고 인식하고 있었다.

“지금 7개 DRG 했던 식으로 질병을 더 찾기도 쉽지도 않고, 그런 식으로 해서 될 것 같지도 않고. 게다가 특히 내과 질환 같은 경우에는 더욱더 이제 난제고, 그러니까 아마 이제 그런 신포괄 같은 것을 제안을 했던 것 아닌가 저는 그렇게 이해를 해요.”(M)

2. 인터뷰를 통해 본 신포괄수가제도 도입의 성과

1) ‘행정효율화’에 대한 서로 다른 기대

포괄수가제하에서는 진료비 청구 등의 행정처리가 단순화되어 행정 효율성이 높아진다는 기존 연구들에 의거하여 그 체감하는 효과에 대한 답변을 기대하였으나, 제도 도입 당시부터 시범사업 의료기관을 제외하고는 어떤 이해집단도 행정 효율화를 기대하고 있지 않았다. 특히, 정부는 그동안 한국의 의료행정이 제대로 되어 있지 않았기 때문에, 이를 바로 잡는 과정에서 행정에서는 오히려 더 큰 부담이 될 것이라고 생각하고 있었다.

“그동안 병원에 대한 평가를 거의 안하고 있어서...(중략)... 그런 기존에 했어야 하는데 안 하고 있었던 부분 때문에 행정비용이 좀 더 과다하게 보일 수는 있을 것 같습니다.”(B)

“행위별 수가제가 복잡한 만큼 신포괄수가제도도 복잡한 제도예요...(중략)... 문제는 똑같은 행정적 부담을 하더라도 제대로 된 관리를 하는 것하고 제대로 되지 않은 관리를 하는 건 다릅니다.”(L)

학계 역시 한국의 보건의료 발전을 위해 행위별수가제와 동일하거나 더 자세한 의료서비스 제공 내역 제출을 의무화해야 한다고 생각하고 있었으며 그것에 대한 보상이 이루어진다면 행정업무의 부담은 의료기관이 당연히 져야 할 책무라고 인식하고 있었다.

“일본 DPC는 참여하는 조건이 이러한 정보를 다 내야 해요. 그 정보는 공급자들은 불만일지 모르지만...(중략)... 제도를 정상적으로 하기 위해서는 당연히 알아야 되고 그게 바로 소비자를 보호

해주는 공공기관이 할 수 있는 역할이고...”(N)

그러나 이와는 반대로, 신포괄수가 의료기관 관계자들은 신포괄수가제 도입 후 행정의 효율화, 청구과정의 간소화를 기대하였으나, 현재의 제도하에서는 그 목적을 달성할 수 없을 뿐 아니라 오히려 행정에서의 과도한 부담이 된다고 토로하였다. 특히 실제 청구 및 심사를 담당하는 의료인들은 기존 행위별 수가제에 비해 더욱 과도한 행정 부담에 대한 어려움을 느끼고 있었다. 이는 과거 행위별수가제도의 청구행태에 익숙한 의료기관이 새로운 제도에 적응하는데 따르는 비용과 함께, 신포괄수가제도 시범사업 대상기관이 민간병원에 비해 인적·물적 자원이 상대적으로 열악한 공공의료기관이었기 때문에 행정 부담을 더 크게 느끼고 있는 것으로 판단되었다.

“해보니까 아닙니다. 행정적으론 엄청 일이 더 많아졌고.”(F)

“아... 행정에서는 정말로, 도입목적하고 반대예요. 우리 식구들이 그전에는 그렇게 불평을 안 했습니다. 근데 이것을 도입하고 나서...(한숨)...(중략)... 행위별 수가제일 때 저희가 심사를 하면서 삭감된 것을 분석을 하면서 이의신청까지 해도 그 때는 그렇게 힘들다고 안 했습니다. 그런데 지금은 진짜...(한숨)”(G)

“행정, 행정가중, 업무가중, 그게 제일 힘든 부분입니다. ...(중략)... 신포괄에서는 사전에 퇴원했을 때와 사후에 청구했을 때 금액이 같아야 합니다. 신포괄에서는 정상군이 있고 상단열외군이 있잖아요. 상병은 분명 정상군과 상단열외군은 어쨌든 같이 묶이기 때문에 상병이 똑같아야 합니다. 근데 한 군데 상병이 한 개가 빠졌으면 그럼 그게 불능으로 떨어지는 거예요.”(H)

또한 이들 의료계 및 시범사업 의료기관은 포괄수가제로 적용되는지 행위별로 적용되는지가 사후에 결정되는 모형 자체가 갖고 있는 한계로 인해, 행정비용이 더 많이 발생한다고 인식하고 있었다. 반면 실제 경영 또는 행정 업무와 관계되지 않은 의사의 경우, 행정에서의 추가적인 부담에 대해 민감하지 않은 모습을 보였다.

“해보니까 행정비용이 엄청나게 많이 들어가고, 현행수가대로면 포괄수가제로 할 거냐, 행위별로 할 것인가가 퇴원 당시에 결정돼. 현재는 미리 결정되는 게 아니라...”(D)

“저의 입장에서선 전혀 모르겠구요...(중략)...행정업무가 많이 줄 가능성이 많다고 이렇게 얘길 들었거든요, 처음엔. 그런데 사실 실제로는 그렇지 못하다고 얘기도 많이 듣고 있어요.”(G)

## 2) 제도가 야기하는 낮은 '진료 효율성'

정부관계자는 신포괄수가제도 모형 자체의 문제(10만원 이상 재

료 별도 보상, 행위별 수가 요소 포함, 일당정액제 추가보상 등)로 인해 진료에서의 효율성이 달성되기 어려울 것이라고 판단하고 있었다.

“일선에서도 좀 헛갈릴 것 같아요. 완전 포괄 같은 경우에는 아, 이게 다 포괄돼 있구나. 내가 진료는 이렇게 다 줄여야 되겠다, 이렇게 생각할 수 있는데, 신포괄은 행위별 수가제로 넘어가는 것도 있잖아요. 그게 의사에 따라서는 굉장히 복잡할 수 있거든요.”(A)

이에 반해 실제 신포괄수가 의료기관 관계자는 동시에 한 가지 이상의 수술을 하는 데 있어서 보상 예외규정이 없어 진료에 있어서의 효율성이 크게 저해되고 있다고 인식하고 있었다. 또한 일부 의료인들은 의사라는 직종은 고도의 전문직이 모인 집합체로서, 제도에 따라 진료의 행태가 변하는 것이 아니며, 진료의 효율성을 말하기 전에 진료라는 것을 의료인에게 전적으로 맡길 수 있는 환경이 되어야 한다고 말하며 전문가주의(professionalism)의 입장에서 자신들의 행태를 설명하고 있었다.

“백내장 수술을 하는데 수술비를 백만 원을 줬어. 그 다음에 탈장 수술이 있어. 그러면 한꺼번에 두 개, 세 개 하는 사람도 있어요. 하다 보면...(중략)... 규정대로 하면 하나밖에 (진료비를) 못 받아.”(I)

“진료 쪽에도 의료란 건 아주 고도의 전문직종 아닙니까. 그런데 그 전문직을 한 사람이 하는 것도 아니고...(중략)... 다 분업이 돼서 서로 감시체계가 되어 있다고 보고 있거든요. 의사가 조금 엉터리 짓을 하면 우선 환자가 안 갑니다...(중략)... 그렇기 때문에 그런 자정능력이나 이런 걸 우리가 너무 우습게 보는 것 같아요.”(F)

## 3) 의료의 질에 대한 서로 다른 입장

### (1) 의료의 질을 논하기는 어렵다는 정부

이해관계자의 관점에 따라, 질을 측정하는 지표의 수준에 따라, 신포괄수가제도가 의료의 질에 미치는 영향의 정도를 서로 다르게 보고 있기 때문에 의료의 질에 대한 합의가 이루어지지 못하고 있었다. 정부는 신포괄수가제도하에서 측정해야 하는 의료의 질에 대해 사회가 합의가 선행되어야 하며, 의사들에게 수가만 적절히 책정된다면 의사집단은 양심에 기대어, 현재 의료계가 주장하는 의료의 질 저하는 발생하지 않을 것으로 생각하고 있었다.

“질에 대해서도 어느 정도가 우리가 용인하는 떨어지지 않는 질 범위 안에 들어가는가에 대한 것조차도 사실 아무도 합의를 한 적은 없는 거죠.”(B)

“DRG 같은 경우엔 수가에 대한 문제거든요. 의료의 질을 의료계에선 들고 나오지만 사실 최정점에 있는 것은... 수가만 이제 적

정하게 자기네들이 가져갈 수 있으면 그 안에서 의료의 질이라는 것은... 의사들이 양심 있는 집단들인데 그걸 무슨 뭐 장사같이 그렇게 하겠어요?”(A)

(2) 의료의 질이 향상될 여지가 있다는 학계

학계에서는 현재 행위별 수가제하에서의 의료의 제공이 환자의 필요(needs)에 비해 고급화되어 있고, 과잉진료의 여지가 크다는 점을 지적하면서, 이러한 부분을 줄이는 것이 근본적 질의 향상일 수 있다는 관점을 견지하고 있었다.

“이제 의료제도를 생각하는 입장에서는 고급의료를 한다는 게 꼭 질은 아니라고 보는 거지. 질은 좀 더 나아질 수 있는 효과, 그런 부분들이 비용들과 같이 고려되어야 된다는 것이고...(중략)... 지금의 과잉진료의 가능성, 과잉검사 이런 것들을 통해서 오히려 본질적인 질이 줄어들 수가 있다고...”(N)

(3) 질 평가 관점에 따라 다르게 인식하는 시범사업 의료기관

반면 시범사업 대상 의료기관의 의료인들은 신의료기술의 도입을 어려울 수 있다는 점, 특히 현실적인 부분에서 현재 협진에 대해 수가를 인정해 주지 않는 등 진료위축현상이 나타나게 될 우려가 매우 커서 의료의 질이 현저히 저하되고 있다고 인식하였다.

“종합병원의 장점이 뭐니까? 협진이죠. 여러 사람이 협의해서 진료를 잘 해줄 수 있는 게 종합병원 아닙니까? 근데 그게 제약을 받으니까 그게 어마어마하게 환자들한테도 미안하고...”(F)

“진료위축 올 수 있어요. 환자가 오면 consult 할 일이 있잖아요? 그러면 consult를 하려고 해도 그게 수가에 반영이 안 된다 말입니다. 그래서 그런 게 이제 굉장히 예민하게 반응을 하시고...”(G)

그러나 일부 의료기관 관계자들은 시포괄수가제도의 장점인 비급여가 급여화됨으로써 야기되는 본인부담금 감소 등으로 인해 환자로부터의 민원이 줄어들고, 환자의 만족도가 향상되는 긍정적인 측면이 분명 존재한다고 대답하였다.

“실무에 있어서 민원은 줄어들었어요. 질문은 병동이나 이런 데서 좀 하겠지만 의외로 진료비에 대해서 민원은 좀 줄어든 편이에요. 왜 그러냐 하면 비급여가 일단 법정비급여를 주로 하고...”(H)

(4) 의료 질의 현격한 저하를 초래한다고 인식하고 있는 의료계

의료계는 의료의 질이 현저하게 나빠질 것이라 생각하고 있었는데, 시범사업 의료기관에서 제기했던 ‘협진’과 같은 문제보다도 정부기관에서 제시하는 포괄수가제도를 모니터링하는 질 지표에 대

해 강한 불만을 가지고 있었다.

“질은 당연히 나빠져...(중략)... (정부에서 제시하는 수치는) 통계 장난이고, 당연히 나빠지고...(중략)... 아이를 평가한다면, 하루에 몇 번 올었나, 잘 잤나, 이렇게 해서 잘 자면 A, 이 점수 나온 것이 그게 평가됐어 그게? 평가지표라는 것은 정말로 웃기는 거야.”(D)

“국회 토론회 나와서 보건복지부 ○○○가 질이 안 변한대서 왜 안 변하니냐가 사망률이 차이가 없다. 아니 무슨 사망률의 차이가... 그냥 아무렇게나 해도 차이가 없겠어. 죽어 그게? 7개 질환 자체가 사망률이 없는 병이야. 근데 사망률이 차이가 없다 그게.”(E)

3. 약식 설문을 통해 본 시포괄수가제의 거버넌스와 향후 성공가능성

앞의 인터뷰를 통해 시포괄수가제도의 명분, 행정, 진료에서의 효율성 및 의료의 질에 미치는 영향에 대해 각 이해관계자들의 인식을 들었다. 이 장에서는 인터뷰와 함께 거버넌스 측면에서의 성과를 객관화하여 제시하기 위해 간단한 설문조사를 실시하여 얻은 결과를 제시하고, 향후 성공가능성에 대한 결과를 이어서 제시하였다. 설문에 대한 응답은 모두 10점 척도로 측정되었다.

1) 거버넌스 측면에서 본 시포괄수가제도 평가

(1) 좋은 거버넌스 측면에서의 성과

좋은 거버넌스(good governance)란 간단히 정의하면 권력을 행사할 때 규칙이 얼마나 잘 잡혀있는지에 대한 것이다. 시포괄수가제도하에서 구체적으로는 시포괄수가제도 실행 시, 각 이해관계자(정부, 학계, 의료계)의 권한과 역량의 조화, 제도의 안정성, 정보의 투명성, 이해관계자의 참여, 적절한 모니터링 측면에서 거버넌스 수준이 어떠한지에 대한 성과 평가라고 할 수 있다[78]. 특히, 시포괄수가제도를 둘러싼 갈등을 얼마나 잘 관리하는지 즉, 갈등관리 측면과 권력 행사의 규칙, 이 두 가지 측면에서 살펴본 시포괄수가제도의 수준을 10점 척도로 물었다.

현재 시포괄수가제도를 둘러싼 거버넌스 수준을 정부는 가장 높은 6.3점을 주었고, 의료계는 가장 낮은 2.5점을 주었는데, 오히려 시포괄수가 의료기관에서는 이보다 높은 점수(3.8점)를 주었다. 이는 실제 시포괄수가제도를 시행 중인 의료인들이 의사협회 및 병원협회를 포함한 의료계보다는 시포괄수가제의 거버넌스 구조를 높게 평가하고 있다고 볼 수 있겠다. 그러나 정부관계자를 제외한 모든 이해관계자들은 이러한 좋은 거버넌스 점수에서 5점보다 낮은 점수를 주어 시포괄수가제를 둘러싼 거버넌스가 매우 좋지 않다고 인식하고 있었다(Figure 1).

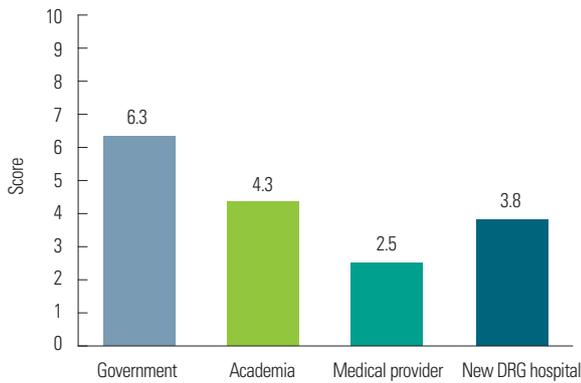


Figure 1. Evaluation of 'good governance' of New Diagnosis Related Group (DRG).

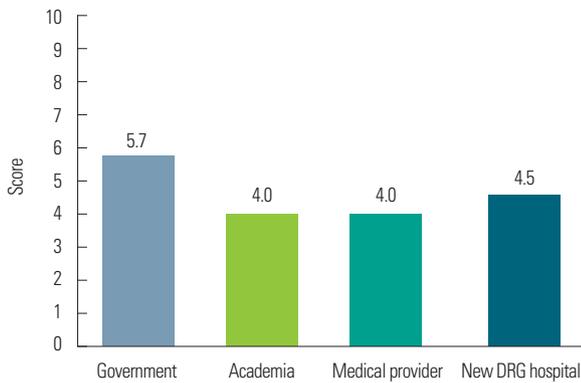


Figure 2. Evaluation of 'democratic governance' of New Diagnosis Related Group (DRG).

(2) 민주적 거버넌스 측면에서의 성과

민주적 거버넌스의 개념을 이해관계자들이 협력하고, 서로 간에 서로 민주적인 대화나 공론의 장이 있었는지, 또는 의사결정을 이루는 데 있어서 서로 합의를 통해서 되고 있는지에 대한 것으로 정의하였다. 이러한 관점에서 이해관계자들이 서로 협력하고, 동반의 정치를 하고 있는지, 또는 서로 파트너십이 있는지의 관점에서 거버넌스 수준에 대한 점수를 10점 척도로 물었다.

좋은 거버넌스의 평가 결과와 유사한 경향을 보였으나, 특징적으로 의료계와 신포괄수가 의료기관에서는 민주적이고 협력적인 거버넌스 구조가 좋은 거버넌스 평가점수보다는 후한 점수를 주었다. 이는 신포괄수가 의료기관이 공단일산병원을 포함한 지방의료원에 한정되어 있어서 제도를 운영과정에서 정부와 의료기관 사이에서 비교적 많은 회의를 거쳤기 때문인 것으로 판단된다.

그럼에도 불구하고 정부를 제외한 나머지 이해관계자들의 점수가 5점 미만으로 나타난 것은 그동안 이루어졌던 수많은 회의의 결과가 피드백되지 못하여 신포괄수가 의료기관에서 경험적으로 자신들의 의견이 시범사업에 반영되지 않는다고 느끼는데 그 원인을 찾을 수 있었다(Figure 2).

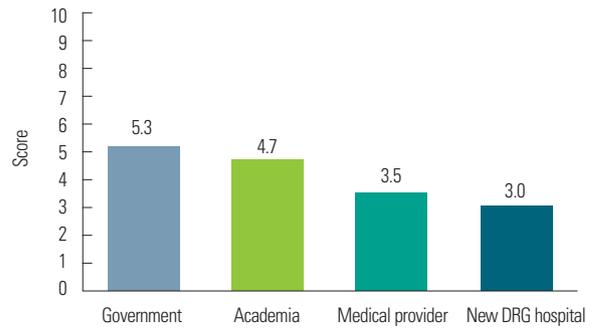


Figure 3. Perceived probability of successful settlement of New Diagnosis Related Group (DRG).

2) 정책엘리트들이 바라본 신포괄수가제도의 향후 전망

현 신포괄수가제도의 성공가능성을 10점 척도로 물어본 응답에서는 모든 이해관계자들이 대체적으로 성공가능성이 낮다고 평가하고 있었으며, 제도를 운영하고 있는 정부 관계자가 이해관계자 중 가장 높은 점수를 주었고(5.3점), 학계(4.7점), 의료계(3.5점), 신포괄수가 의료기관(3.0점) 순이었다. 정부의 입장에서는 신포괄수가 제도가 기존의 '7개 질병군 DRG'에 비해서는 수용성 측면에서 더 높은 제도라고 인식하고 있었음에도 불구하고, 이 역시도 성공가능성을 절반 정도로 낮게 보고 있어 정부 역시 신포괄수가제도의 지속가능성에 대해 반신반의하는 모습을 보이고 있었다. 특히 현재 신포괄수가 의료기관 관계자를 대상으로 한 응답에서는 의료계의 예상보다도 더 비관적으로 미래 성공가능성을 내다보고 있어 향후 지불제도의 지속가능성을 높이기 위해서는 이에 대한 고려가 선행되어야 할 것으로 판단된다(Figure 3).

고 찰

1. 연구결과의 함의

위와 같은 연구결과를 바탕으로 적정진료 및 의료의 질을 바라보는 서로 다른 관점, 지불제도 개혁을 위한 선행요건의 확인의 측면에서 아래와 같은 함의를 살펴보았다.

1) 동일한 용어를 바라보는 서로 다른 인식

(1) '적정진료'에 대한 서로 다른 이해

정부와 학계는 적정진료라는 개념에 대해 최소한의 비용을 투입하여 최대의 효과, 즉 최대의 질을 얻어내는 진료를 적정진료라고 믿고 있는 반면, 의료인들은 환자에게 해 줄 수 있는 최선의 진료(best practice)를 적정진료라고 생각하고 있었고, 특히 환자가 원하면 받게 해주는 것이 적정한 진료라고 인식하고 있었다. 이렇듯 각 이해관계자별로 적정진료에 대한 인식의 차이로 인해 정부가 주장하는 신포괄수가제도가 가져오게 될 긍정적 측면 중 하나인 “적정

한 진료를 하게 된다”의 의미를 의료계가 전혀 공감하지 못하고 있다고 볼 수 있다.

“Optimal의 개념은 가장 적은 비용과 최대의 질을 얻어 낼 수 있는 지점이다라고 하죠...(중략)... 그게 바로 의료관리하는 사람과 임상하는 사람의 차이입니다. 임상하는 사람은 한 사람을 살리는 게 중요하지만 의료관리하는 사람은 그 돈이면 두 사람을 살릴 수 있기 때문에 그렇거든요.”(L)

“골든 스탠다드가 있는 건 아니고. 건강보험에서 행위별 수가제나 시포괄수가제나 하여간 이제 경제적인 진료를 해야 하는 거잖아요. 그 범위 내에서.”(A)

“환자를 직접 보는 사람의 입장에서는 질이 떨어지는 건 전혀 받아들일 수 없는 거예요. 그게 만약 잘못하면 환자가 죽는 거거든요...(중략)... 의사들은 거기에 평생을 오리엔테이션 된 사람들이기 때문에, 좀 더 나은 질을 추구하기 위해서 뭔가가 새로운 것들이 자꾸 도입되는 면에서는 당연히 그래야 된다고 생각하고...”(K)

“적정진료라는 것은 과잉진료에 반하는 말이거든요. 다른 말로 하자면 교과서적 진료. ...(중략)... 어차피 자본주의사회이고, 본인이 원하면 원해서 하는 것은 해줄 수 있는 길을 터주는 것이 좋다. ...(중략)... 상품은 아니지만 소비자의 기호를 충분히 반영하면 그게 적정하다고 봅니다.”(F)

(2) '의료의 질'에 대한 서로 다른 기준

포괄수가제도 논쟁의 핵심인 의료의 질에 대해 이해관계자간 공감대를 갖고 지표의 합의를 이루는 것은 무엇보다도 중요한 과정이라고 할 수 있는데, 현재 정부가 모니터링하고 있는 사망률, 항생제 처방률, 재입원율 등을 의료의 질을 모니터링하기 위해 필요한 요소로 보고, 이에 대한 결과로 포괄수가제 도입 이후 의료의 질이 저하되지 않고 있다고 인식하고 있다. 그러나 의료계는 사망률, 재입원율 등 거시적인 지표와 함께 환자관점에서의 지표, 의사 관점에서의 지표도 함께 고려되기를 원하고 있었다. 특히 지표 선정에 있어서 진료과별 학회의 교수가 아닌, 현장에서 진료를 하는 임상 의사가 주도하여, 지표 선정, 수정 및 보완을 하여야 적절한 질 관련 모니터링이 된다고 생각하고 있었다.

“의료의 질은 엄청나게 많은 게 있어요. 사망률 물론 있지. 수술 후 컴플리케이션, 불만족, 그리고 의사의 애티튜드...(중략)... 임상 의사가 모니터링하고 문제점을 임상 의사가 찾고, 값도 정하고, 의료인이 리더가 돼야 돼”(E)

2) 인터뷰를 통해 확인된 지불제도 개혁을 위한 선행요건

(1) 약한(weak) 거버넌스 구조 개선 및 신뢰의 회복

현재 시포괄수가제도 및 7개 질병군 DRG와 같은 지불제도 개혁 논의에서 공통된 걸림돌은 현재 가지고 있는 미약한 거버넌스 구조 및 이해당사자 간 신뢰의 상실이다. 인터뷰를 통해 확인된 시포괄수가제도를 둘러싼 거버넌스 구조를 살펴보면, 시범사업 의료기관과 심평원 사이의 피드백과정에 형식적으로 정해진 절차는 존재했지만, 시범사업 대상 의료기관 입장에서 자신들의 의견이 반영되고 있다고 인식하는 사람은 거의 없었다. 2009년 시범사업 시작 이후 지금까지 시포괄수가 의료기관 의료인들이 요구하는 수준의 피드백이 적시에 이루어지지 못하였고, 시범사업 초기에 적극적으로 제도 형성에 참여(active voice)했던 의료인들도 피드백이 단절되는 시간이 계속될수록 제도를 반대하는 목소리를 내게 되었고(negative voice), 현재는 제도 개혁과정에서 냉소(cynic)와 침묵(silence)을 보이고 있다고 판단된다.

결과적으로 우리나라처럼 정부와 의료계의 신뢰가 낮은 상태에서 새로운 지불제도를 도입함에 있어 피드백 과정이 공식화되어 있지 않다면, 이해당사자 간 신뢰는 더 낮아지게 될 것이다. 또한 이러한 신뢰의 상실은 향후 정교한 질병분류체계, 합리적 수가를 개발한다 하더라도 포괄수가제 도입 명분과 당위성에 대해 의료계와의 공감대를 형성하는 데 장애요인이 될 것이다.

“통보하듯이. 그래 놓고 의사들이 이야기하기를 형식적으로 조사지 뿌려놓고, 반영되지 않을 거 의견 받았다는 거죠. ‘의사들의 의견을 충분히 반영해서 했다’ 이런 식으로 하니까...(중략)... (의사들이) 불만은 있지만 얘기하신 대로 가려운 데를 긁어주지만 하면 충분히 협조할 분들이세요.”(I)

“우리가 이미 돈을 다 받고, 환자는 다 갓습니다, 이미. 그런데 6개월 뒤에 통보가 내려와서 행위별 추정건 해서 확인을 하라고 합니다...(중략)... 행위별로 청구를 하는 거지요. 그러면 또 돈이 달라지잖아요...(중략)... 어떤 경우는 사망 환자에게 전화를 한 거예요. 3만원 더 나왔다고. 그러면 뭐 욕이 나옵니다. 이거를 제가(심평원에) 질의를 엄청 많이 했습니다. 그런데 (피드백은) 없습니다.”(G)

(2) 숨겨진 명분 또는 이중 메시지의 제거

제도를 도입하는 데 있어, 이해관계자들 사이에서 불만이 나오고, 협력이 잘 되지 않는 이유 중 하나로 이중 메시지(double message), 숨겨진 메시지(hidden message)를 꼽을 수 있다. 말하는 것과 실제 하는 것이 다르다고 판단되면, 이해관계자들은 불만을 갖게 되고 그 불만이 표출하기도 하며, 시간이 흐르면 냉소와 침묵의 단계로 진입하게 되는 것이다. 이후에는 정부가 어떠한 얘기를 해도 냉소하는 단계에 이르게 되는데, 현재 시포괄수가제도는 이러한 위

기 상황에 있다고 판단된다. 예를 들어, 정부는 신포괄수가제도의 도입명분을 제도의 정책적 수용성, 재정절감, 왜곡된 진료행태의 개선 등으로 인식하고 있는 반면, 의료계는 행위량 억제, 의료비 절감 등으로만 제도 도입의 명분을 인식하고 있었고, 특히 그 이면에 의료계를 압박하기 위한 또 다른 생각이 있을 것이라 여기고 있었다. 반면 지방의료원의 경우 신포괄수가제도는 지방의료원의 경쟁력 제고를 위해 만들어졌다고 인식하였고, 정부의 제도 추진에 있어서도 그 배후에 다른 명분이 있을 것이라고 인식하고 있었다.

“공급자를 대상으로 한 명분에서는 당신들 비용 줄이기 위해서 한다는 얘기를 할 수가 없는 거지. 그러나 일반인들에게는 왜 그걸 바쁘느냐하면 비용 얘기를 해야만 어쩔을 할 수 있는 거지.”(N)

“보건복지부에서 지방의료원들의 경쟁력 강화를 위해서 새로운 평가, 포괄수가제도를 만들어서 제도적으로 뒷받침해 주겠다고 해서 이게 만들어진 것으로 알고 있어요.”(H)

(3) 이해관계자 간 합의에 따른 의료의 질 지표 선정

앞서 본 것처럼 이해관계자의 관점에 따라 신포괄수가제도에서 의료의 질을 바라보는 시각이 다른 것으로 알 수 있었는데, 정부는 질이 더는 저하되지 않는 범위하에서 비용 대비 효과를 극대화할 수 있는 진료를 원하고 있었고, 의료의 질 보장을 의사의 양심에 기대어 이야기하는 경향을 보였다. 향후 의료의 질 지표 선정에 있어 현재의 지표처럼 비교적 거시적인 질 지표와 함께 일선 의료인을 포함하여 의료제공자 입장에서 지표 및 환자 입장에서의 지표를 개발하여 제도에 적용한다면 신포괄수가제도의 수용성이 더욱 높아질 수 있을 것이다. 또한 이러한 제도 수용성을 높이는 데 필수적인 관련 데이터의 신뢰성, 타당성향상을 위해 진단명, 상병명, 행위명 등의 입력력과 보고에 있어서 좀 더 강제화할 수 있는 규정이 요구된다.

(4) '합의'라는 것에 대한 합의의 필요성

과거의 보건의료정책들 중 각 이해관계자들이 서로 합의를 이끌어내서 상호 수용하여 성공적으로 지금까지 운용되고 있는 보건의료제도의 예를 들어달라는 질문에 각 이해관계자들은 합의에 대해 서로 다른 관점을 보이고 있었다. 특히 대부분의 의료인들은 이해관계자들이 참여할 수 있는 거버넌스 구조를 갖춘 제도는 없다고 인식하고 있었다. 그러나 일부 정부 및 학계 관계자들은 각 이해관계자들의 합의에 의해 제도가 만들어진 사례가 있다고 생각하고 있었고, 그 대표적인 예로 '국민건강보험' 도입을 꼽았다. 학계는 전국민 건강보험제도가 이해관계자들의 합의의 거버넌스 구조를 갖추고, 지금까지 잘 운영되고 있는 제도라고 본 반면, 의료계는 처음 보험을 도입할 때는 수가 인상을 약속해 놓고 나중에 그 약속을 이행하지 않았기 때문에 합의가 없이 흘러온 제도라고 인식하고 있었다.

“건강보험제도의 확산 1977-1989년까지 확산과정이 다 성공적인 합의에 의해서 나온 제도죠. 89년도에 전국민의료보험 달성할 때 1988-1989년도에 지역의료보험 확산 어마어마한 제도가 성공을 한 거지. 그 당시에는 반대하는 사람들도 있었어. 그럼에도 불구하고 그것은 일단은 전국적으로 했으니까 일단은 성공사례고...”(N)

“전국민의료보험을 하고 향후 부족하지만은 이제 앞으로 많은 재정을 투입해 주겠다고 정부가 약속을 한 거지. 이제는 이제 물에 빠진 사람 보따리 내놓으라는 식이지. 약속대로 보험재정 증가되지 않고, 의료계에게는 수용한다고 하면서 선거 나가니까 국민 눈치 봐야 되니까 보험료 올려야 된다고 다 말하면서 올리지는 못하고, 선거 때문에 못 올리고, 다 알잖아. 그걸 왜 새삼스럽게...”(D)

그렇다면 보건의료제도에서 각 이해관계자들이 이해하고 있는 '합의를 이루었다'란 무엇을 의미할까? 정부가 생각하는 합의는 암묵적 합의는 포괄적이고, 상호 암묵적인 동조의 수준을 '합의'라고 인식하고 있었고, 학계의 경우, 제도 도입 초기에 여러 저항이 있더라도 지금까지 제도가 운영되고 있다면 합의를 이룬 것으로 간주해야 한다고 인식하고 있었으며, 의료인들은 지금까지 이렇다 할 합의를 이룬 적이 없다고 인식하고 있었는데, 그 이유로 제도의 도입 명분과 의사결정과정에 있어서 투명성이 매우 낮기 때문이라며 개혁 과정에 대한 불만을 보였다.

“건강보험으로 얘기하면 건강보험정책심의위원회라고 하는 최고의사결정 기구에 가입자 대표, 공급자 대표 이렇게 참여하잖아요? ... (중략) ... 그때(2011년) 당시 (재정안정종합대책)계획 짤 때도 보면 총 절감액을 참여하는 그룹이 이렇게 분담하도록. 그래서 의료계, 약계, 병원계, 가입자, 정부 이렇게 각자들 분담하는 모습을 보였고, 그 큰 틀에서 합의가 됐었던 거예요.”(C)

“합의에 이르기 전까지는 불안기가 있는 거지. 그러나 제도가 일단 갔다고 한다면 합의가 된 거야. 제도가 진행이 되었다면... 왜냐? 저항을 했던 어떻게 했던, 일단은 제도가 가는 거고, 당초에 저항은 있지.”(N)

“문제는 떠오르는 게 없어요. 근데 근본적인 건 아까도 눈에 탁 들어오는 게, 저게 트랜스패런시(transparency)가 없는 거예요. 사실 선진국이랑 후진국의 차이는 그거거든요.”(E)

이와 같은 현재 대한민국의 진료비 지불제도 개혁 논의를 둘러싼 이해관계자들 간에는 낮은 신뢰, '합의'에 대한 서로 다른 이해에서 비롯된 약한 거버넌스 구조가 나타나고 있었다. 특히 제도 개혁에서 상호 간 신뢰를 형성시켜주는 요소인 이해관계자들의 참여와 그

에 따른 피드백과정에 대한 개선 노력이 시급히 요구된다. 이와 함께 각 이해집단의 책무와 권한 사이의 균형 유지를 위한 노력과 정부의 지속적이고 일관적인 제도 개혁의 방향 및 모니터링 방안 제시가 뒷받침된다면 제도 개혁으로 인해 초래되는 집단 간 갈등과 시간적·경제적 비용을 줄일 수 있을 것이다.

## 2. 결론

보건의료영역은 서로 상충되는 이해를 지닌 여러 이해관계자들을 갖고 있는 분야이다. 그러나 지금까지의 한국의 보건의료제도는 주로 정부 주도하에 형성되어 왔다. 특히 보험료율, 수가, 지불제도 개혁논의 등 건강보험 재정과 관련된 논의에서는 정부는 건강보험 재정 안정이라는 거시적인 목표를 제시하여, 관련 제도 형성에 있어 더욱 주도적인 역할을 할 수 있었다[79]. 물론 정부가 주도하는 정책 거버넌스는 여러 이해관계자 간의 갈등 속에서도 비교적 빠른 시간에 제도를 도입 또는 개혁할 수 있다는 장점을 갖지만, 우리사회가 겪었던 의약분쟁, 양·한방 간의 갈등, 건강보험수가 결정 및 포괄수가제 도입에서 나타난 갈등 양상에 비춰볼 때 지속가능한 거버넌스 구조라고 보기는 어렵다.

그러나 그동안의 연구들은 진료비 지불제도 개혁 논의를 포함하여 제도를 둘러싼 이해집단 간 갈등을 해결하기 위하여, 의료제공자·정부·국민 사이의 사회적인 합의의 중요성에 초점을 맞추기보다는 데이터를 이용한 양적 분석에 초점을 맞춰왔던 것이 사실이다. 이에 본 연구는 이러한 보건의료 연구풍토하에서 지속가능한 지불제도 개혁을 위해서 거버넌스의 중요성을 환기시키고자 심층면접을 수행하였다.

연구결과 포괄수가제도를 둘러싼 각각의 이해관계자가 인식하고 있는 제도의 도입 명분에 대한 인식에서 차이가 존재했다. 정부는 1) 전 의료기관 확대 측면의 정책적 수용성과, 2) 의료비 역제를 위해 제도를 도입했다고 인식하고 있었던 반면, 의료계는 제도 도입에 대한 명분을 인지하지 못하였으며, 학계는 보다 근본적인 원인인 1) 현 행위별 수가제하에서의 왜곡된 진료행태를 개선하고, 2) DRG를 7개 이상으로 확대시키기 위한 전략적 선택이라고 인식하고 있었다.

포괄수가제도의 도입으로 인한 효과에 대해 질문한 결과, 시범사업 대상의료기관에서는 행정효율화를 기대했던 데 반해 정부, 학계 모두 포괄수가제도를 통한 행정 부문의 효율화는 없을 것으로 보았고 오히려 정확한 자료 제공 등 행정 부문의 업무과중이 필연적으로 수반될 것으로 보는 의견도 존재하였다. 또한 제도 도입으로 인한 진료의 효율화 정도를 알아본 결과, 정부는 포괄수가제도가 지니고 있는 모형상의 문제인 단가 10만 원 이상 항목의 별도 지불, 상당열외군의 행위별수가 적용 등으로 인해 진료의 비효율성이 발생할 것으로 예상하고 있었고, 시범사업 의료기관은 지불제도의 예외 규정의 인정 등의 제도적 뒷받침이 있지 않는 한 효율

성 향상은 기대하기 어렵다고 인식하고 있었다.

포괄수가제도가 의료에 질에 미치는 영향에 대한 인식 조사결과, 정부는 의료의 질에 대한 사회적인 합의의 선행을 강조하였고, 적정 수가 책정을 통해 의료의 질 문제는 상당 부분 해결 가능할 것으로 인식하고 있었다. 반면 의료계는 정부가 제시하고 있는 질 지표가 적정하지 않다고 인식하고 있었으며, 제도 도입으로 인해 현격한 질 저하를 초래한다고 인식하고 있었다. 특히 시범사업 의료기관에서는 ‘협진’이 불가능한 것을 예를 들며 지속가능한 제도가 되려면 이러한 모형의 문제를 개선해야 한다고 지적하였다. 그러나 제도를 경험한 환자의 만족도가 개선되는 것은 이 제도가 가지는 장점이라고 평가하고 있었다.

거버넌스의 측면에서는 좋은 거버넌스(good governance)와 민주적 거버넌스에 대한 평가를 알아보았다. 좋은 거버넌스 관점에서는 정부관계자가 가장 높게 평가를 하였고, 의료계는 가장 낮게 평가를 하였다. 민주적 거버넌스의 관점에서의 평가결과, 전반적으로 좋은 거버넌스 관점에서의 평가결과와 유사한 경향을 보였다. 주목할 점은 시범사업 의료기관이 매우 낮은 평가 점수를 주었는데, 이는 개선 의견을 수렴하는 절차는 존재하지만, 자신들이 제시한 개선 의견들이 시범사업 동안 반영되지 못하고 있다고 인식하기 때문인 것으로 판단된다.

마지막으로 포괄수가제도의 향후 전망에 대한 인식을 알아본 결과, 정부를 제외한 모든 이해관계자들이 성공적으로 정착할 가능성을 매우 낮게 보고 있었다. 이러한 결과는 포괄수가제도가 성공하기 위해서는 이해관계자 간의 신뢰구축, 공감대 형성, 거버넌스 구조 확립과 동시에 그것들을 가능하게 하는 의료법의 개정, 지불제도 개혁 전담 조직의 설립과 같은 인프라 구축이 선행되어야 한다는 것을 함의하고 있다고 판단된다. 또한 포괄수가 의료기관이 바라보는 제도의 성공가능성을 대한의사협회, 대한병원협회와 같은 의료계의 인식보다도 낮게 전망하고 있어, 현재 지불제도 개혁과정은 우리에게 시사하는 바가 크다고 하겠다. 따라서 향후 제도 확대 시 시범사업 의료기관을 대상으로 추가적이고 심층적인 의견 수렴과정이 필요할 것으로 보인다.

지금까지 지불제도 개혁에 있어서 좋은 거버넌스를 갖추고 있는 것이 어떻게 보면 복잡하고 개혁을 더디게 만드는 것처럼 보일 수 있지만 개혁에 따르는 부작용을 최소화할 수 있는 방안이라는 관점에서 거버넌스의 중요성을 포괄수가제도의 사례를 통해 강조하였다. 그러나 이러한 연구 결론을 얻는 과정에서 본 연구는 몇 가지 한계를 지닌다. 첫째, 인터뷰 대상자가 인식하고 있는 거버넌스의 개념에 이해의 정도를 확인하기 어려웠다. 인터뷰 중에는 거버넌스라는 단어를 낯설어하거나, 관습적으로 당연하게 여기고 있는 면접대상자도 존재했으며, 특히 ‘거버넌스(governance)’라는 단어를 사용했다라도 실제 거버넌스의 의미가 아닌, 매니지먼트(management)라고 이해하고 사용하고 있을 가능성도 존재하였다. 향후 이

러한 개념에 관련된 인터뷰 연구에서는 더욱 신중한 면접계획과 분석이 필요할 것으로 판단된다. 둘째, 인터뷰 대상의 반응효과로 인한 편이(bias)의 가능성이다. 즉 인터뷰 대상이 된다는 생각 때문에 평상시 본인의 생각과는 다르게 좋은 쪽으로만 대답하거나 혹은 그와 반대로 좋지 않은 쪽으로만 대답하게 될 가능성이 있다. 예를 들면 자신이 정부관계자이기 때문에 실제 자신의 생각이 아닌 정부를 대변하여 이야기하게 될 가능성이 존재한다. 셋째, 인터뷰 대상자 선정에 따른 일반화의 오류 가능성이 존재한다. 이러한 문제 해결을 위해 본 연구에서는 신포괄수가제도에 가장 큰 영향을 미치는 정책엘리트를 선정하고자 각 이해집단별 다수의 중복 추천받은 인물들을 대상으로 인터뷰 대상자를 선정하여 대표성을 확보하고자 하였으나, 여전히 선택편이(selection bias)의 가능성이 남아 있기 때문에 결과 해석에 유의해야 할 것이다.

이러한 한계가 있음에도 불구하고, 본 연구는 진로비 지불제도에 강력한 영향을 미치는 정책엘리트를 대상으로 신포괄수가제도에 대해 어떤 기대와 요구를 가지고 있고, 거버넌스 측면에서 어떻게 평가하고 있는지에 대한 최초의 접근이라는 점에서 기여가 있다. 정책적으로는 향후 지불제도 개혁을 위해 필요한 사회적 합의와 거버넌스의 중요성을 제시하였다. 특히 지불제도 개혁에 있어서는 제도 개혁의 명분, 기대, 예견되는 의료의 질에 이르기까지 이해관계자 간의 합의가 선행되지 않으면 제도의 지속가능성을 담보하기 어렵다는 것을 보여주었다. 또한 학술적으로는 한국에서의 보건 의료제도 연구에서의 거버넌스 연구를 진행할 때 참고할 만한 자료와 의의를 제시했다. 예컨대 향후 연구에서는 객관화된 거버넌스 분석틀을 이용하여 새로운 지불제도의 거버넌스 구조분석이 필요함을 시사한다. 이미 세계적으로 세계은행(Worldbank)이 개발한 WGI 지표를 이용하여 제3세계 ODA 연구는 여러 차례 진행된 바 있고[19-21], 최근 보건의료분야의 거버넌스 측정을 위해 개발된 Savedoff와 Gottret [22]의 거버넌스 분석틀을 이용하여 계량화된 수치를 통한 거버넌스 국제비교 연구도 시도할 수 있을 것이다. 향후 추가적인 연구를 통해 한국 보건의료제도의 거버넌스에 관한 구체적인 증거제시와 함께 사회적으로도 거버넌스에 관한 보다 공론화된 논의가 있기를 희망한다.

## REFERENCES

1. Scott WR. Institutions and organizations. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 2001.
2. Shepsle KA. Studying institutions: some lessons from the rational choice approach. *J Theor Politi* 1989;1(2):131-147.
3. Freidson E. Professionalism: the third logic. London: Polity; 2001.
4. Baek HJ. New medical professionalism. *J Rheum Dis* 2012;19(6):316-325.
5. Park HJ. The concept of medical professionalism as for self-employed physicians in Korea. *J Korean Med Assoc* 2011;54(11):1154-1163.
6. Kang HG. Changes in central-local relations and self responsibility in lo-

- cal finance in Japan: with a particular reference to bankruptcy of Yubari and policy lessons for local government in Korea. *Korean Assoc Gov Stud* 2008;20(2):23-47.
7. Lee KH, Kwon SM. Separation of drug prescribing and dispensing. *Korean Assoc Policy Stud* 2004;13(5):255-278.
8. Korean Medical Association. Resolution rally for anti-DRG introduction. Announced news. 2012 Jun 8.
9. Korean Intern Resident Association. Best practicing is die. Announced news. 2013 Jul 1.
10. Kim CY. Theory of health security. Seoul: Han-ul Academy Press; 2009.
11. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press; 2011.
12. Boyce C, Neale P. Conducting in-depth interviews: a guide for designing and conducting in-depth interviews for evaluation input. Watertown (MA): Pathfinder International; 2006.
13. Kim SJ, Kang IH, Kim JY, Kang JS, Moon BG, Lee JY, et al. Understanding governance. Seoul: Dae young Co. Press; 2002.
14. Kim EY. Governance and NGO in national health insurance sector. *Korean J Citiz Polit* 2003;6:67-96.
15. Kim JY. The future of government for the governance: new public management and policy network. *Korean Assoc Admin Stud* 2000;34(1):21-39.
16. Choi SW. The research trend of governance in Korea: a critical review from new governance perspective. *Korean Assoc Gov Stud* 2003;10:111-125.
17. Joseph RA. State, conflict, and democracy in Africa. Boulder (CO): Lynne Rienner; 1999.
18. Kjaer AM. Governance. Malden (MA): Polity Press; 2004.
19. Andrews M. Good government means different things in different countries. *Governance* 2010;23(1):7-35.
20. Olafsdottir AE, Reidpath DD, Pokhrel S, Allotey P. Health systems performance in sub-Saharan Africa: governance, outcome and equity. *BMC Public Health* 2011;11:237.
21. Davis KE, Kingsbury B, Merry SE. Indicators as a technology of global governance. *Law Soc Rev* 2012;46(1):71-104.
22. Savedoff WD, Gottret PE. Governing mandatory health insurance: learning from experience. Washington (DC): The World Bank; 2008.
23. Rhodes R. The new governance: governing without government. *Politi Stud* 1996;44(4):652-667.
24. Pierre J, Peters BG. Governance, politics and the state. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2000.
25. Hirst P. Democracy and governance. In: Pierre J, editor. Debating governance: authority, steering, and democracy. Oxford: Oxford University Press; 2000.
26. Goss S. Making local governance work: networks, relationships, and the management of change. New York: Palgrave; 2001.
27. Miller WL, Dickson M, Stoker G. Models of local governance: public opinion and political theory in Britain. New York: Palgrave; 2000.
28. Lovan WR, Murray M, Shaffer R. Participatory governance in changing world. In: Lovan WR, Murray M, Shaffer R, editors. Participatory governance: planning, conflict mediation and public decision-making in civil society. Aldershot: Ashgate Publishing; 2004. pp. 1-21.
29. Tang S, Mazmanian D. An agenda for the study of collaborative governance. [Unpublished Working Paper]; 2008.
30. Jung YD. Seeking for Korean governance paradigm: governance and state capacity. The Korean Association for Public Administration Conference; 2005; Dec 9-10; Seoul, Korea.
31. Kim KW. Partnership and effective state administration. Seoul: Beob-

- moomsa Press; 2000.
32. Moon TH. An analysis of the determining factors in the successful cultural policy governance for the regional innovation: the case of the executive committee. *Korean Association of Governmental Studies* 2005;17(2):337-358.
  33. Bae EH. Local governance: from conflict to collaboration. *Local Admin Stud* 2005;19(2):188-215.
  34. Kim I. Impacts of governance structure on performance in public service delivery: a comparative study by service type. *Korean Assoc Admin Stud* 2006;40(4):51-75.
  35. Kim DH, Jung JG. Achievements and limits of local governance in Ulsan metropolitan city: a case study on participatory budgeting and civil jury system. *Korean Assoc Policy Stud* 2006;15(3):131-159.
  36. You JW, Lee SM. Hierarchy, market, network: an empirical analysis of governance of ward office in Seoul. *Korean Assoc Admin Stud* 2008; (42)3:191-213.
  37. Choi SH, Roh JH, Sung JS. The study of the success factors of cooperative local governance: case of Dohwa knoll in Jinan-gun. *J Local Gov Stud* 2009;23(1):499-522.
  38. Jung SH, Jung CH. The impact of crisis of governance on increasing debt of local government. *Korea Public Admin J* 2011;20(3):125-161.
  39. Yang GY. Changing on social service delivery system and public character: focus on community service and the governance. *Korean Public Manag Rev* 2013;27(3):89-114.
  40. Bok MS. Partnership in governance era and reflection upon the regional NGOs. *Korean Gov Rev* 2005;12(1):25-51.
  41. Ra MG. Governance, NGO, and community: focusing on NGO in Cheong-ju area. *Korean Gov Rev* 2006;13(3):227-254.
  42. Jeon YS, Back HB. A research on role possibilities of public officials' labor unions in governance system: focused on structural analyses of the public servants' cognition about governance in the central and local government. *Korean J Local Gov Stud* 2012;26(2):183-216.
  43. Jeon YS. Analyze of the cognitions and the attitudes of local public servants in Chungju city and Hongcheon county about local governance. *J Local Gov Stud* 2013;25(1):117-143.
  44. Lee SJ, Kim HK, Choi JK. Social capital and formation of policy governance. *Korean Assoc Admin Stud* 2008;4(1):149-170.
  45. Jung MA. The role of civil society and new governance between Korea and Japan. *J Asia-Pacific Stud* 2011;18(2):17-41.
  46. Choi DO, Ju HH. A consideration on Yellow Sea governance of Korea and China. *J Korean Soc Mar Environ Saf* 2013;19(1):186-192.
  47. Shin HJ. Local governance of medical and health sector in developing country: focus on the Philippines and Zambia. *Korea Assoc Policy Stud* 2002;6(3):93-112.
  48. Hwang SK. A study on the modeling of local healthcare governance. *Korean J Local Gov Stud* 2012;16(4):137-161.
  49. Jin YC, Moon SH. A study of health care governance in Korea: focus on national health insurance. *The Korean Association for Governance Conference*; 2006; June 16-17; Gwangju, Korea.
  50. Jung YH. On the governance of health care. *Health Welf Policy Forum* 2007;131:110-119.
  51. Jung YH. A study on the governance of non-profit health care organizations in selected countries. *Health Welf Policy Forum* 2009;149:116-129.
  52. Lee HC. Governance and NGOs: a case study of the new drug prescription system, the separation of pharmacy and dispensary. *Koran Polit Sci Stud Rev* 2001;35(3):217-236.
  53. Kwak JY. Searching for good governance of Korean medical policy: case study of the separation of dispensary from medical practice. *Korean Party Stud Rev* 2010;9(1):149-180.
  54. Kim SJ, Kwon SM, You MS. An institutional and ecological analysis of the healthcare environment in Korea: focus on institutional logic, actors, governance. *J Public Health* 2011;21(3):457-492.
  55. Yu TK. Healthcare system's governance construction type in medical tourism advanced. *Korean Public Manag Rev* 2009;23(4):257-280.
  56. Department of Health. A first class service: quality in the new NHS. London: Department of Health; 1998.
  57. Wilson J. Clinical governance. *Br J Nurs* 1998;7(16):987-988.
  58. Butterworth T, Woods D. Clinical governance and clinical supervision: working together to ensure safe and accountable practice. Manchester: School of Nursing, Midwifery and Health Visiting, University of Manchester; 1999.
  59. Crinson I. Clinical governance: the new NHS, new responsibilities? *Br J Nurs* 1999;8(7):449-453.
  60. Goodman NW. Clinical governance. *BMJ* 1998;317(7174):1725-1727.
  61. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998;317(7150):61-65.
  62. The King's Fund. What is clinical governance? London: Briefings; 1999.
  63. Paris JA, McKeown KM. Clinical governance for public health professionals. *J Public Health Med* 1999;21:430-434.
  64. Finkelstein L. What is global governance? *Glob Gov* 1995;1(3):367-372.
  65. Frechette L. What do we mean by global governance? London: Overseas Development Institute; 1998.
  66. Kudrle, R. Three types of globalization: communications, market, and direct. In: Vayrynen R, editor. *Globalization and global governance*. Lanham: Rowman & Littlefield; 1999. pp. 127-149.
  67. Hewson M, Sinclair TJ. Approaches to global governance theory. Albany (NY): State University of New York Press; 1999.
  68. Buse K, Walt G. Global public-private health partnerships: part II, what are the health issues for global governance? *Bull World Health Organ* 2000;78(5):699-709.
  69. Fidler DP. Architecture amidst Anarchy: global health's quest for governance. *Glob Health Gov* 2007;1(1):1-17.
  70. Savedoff WD. Governance in the health sector: a strategy for measuring determinants and performance. Portland: Social Insight; 2009.
  71. Ng NY, Ruger JP. Global health governance at a crossroads. *Glob Health Gov* 2011;3(2):1-37.
  72. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health 2010: development assistance and country spending in economic uncertainty. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington; 2010.
  73. Feachem R, Yamey G, Schrade C. A moment of truth for global health. *BMJ* 2010;340:c2869.
  74. Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. *BMC Int Health Hum Rights* 2011;11:13.
  75. Brinkerhoff DW, Fort C, Stratton S. Good governance and health: assessing progress in Rwanda. TWUBAKANE Decentralization and Health Program Rwanda Report. Chapel Hill: IntraHealth International; 2009.
  76. Siddiqi S, Masud TL, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy* 2009;90:13-25.
  77. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
  78. World Health Organization. Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Geneva: World Health Organization; 2011.