

보건의료체계의 거버넌스 개혁

최병호

서울시립대학교 도시보건대학원, 한국보건행정학회 제15대 회장

Reform of Health System Governance in South Korea

Byongho Tchoe

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

The objectives of this study were to evaluate the current state of governance structure and management of the health system to achieve the goals of the health system in South Korea, and to propose reform plan. This study drew implications from the governance of United Kingdom, Germany, and Netherlands, based on the principle of health system proposed by World Health Organization. The presidency and the health ministry should make macroscopic decision-making. The government has to decentralize the enforcement by municipality to operate public health and national health insurance (NHI), and to distribute the centralized NHI fund by municipality. The front line health centers and community centers should provide integrated health and social services. The government has to establish diversified regulatory bodies to enhance both the patient-centered care and the efficiency and equity of health care, and to provide mechanisms for ensuring autonomy of providers. The governance of the health system should be composed of the centralization of macro decision-making, the decentralization of implementation by municipality, the integration of health and social services on the front line, and the well-balanced regulation and autonomy on both consumers and suppliers.

Keywords: Health system; Governance; Decentralization; Health system reform

서론

1. 보건의료체계와 거버넌스

보건의료체계의 거버넌스는 보건의료체계가 지향하는 목표를 잘 달성할 수 있는 보건의료체계의 정태적인 조직(hardware)과 동태적인 관리 운영(software)에 관한 기전이다. 보건의료체계는 건강을 증진, 회복, 유지하는 모든 조직과 인력 및 활동으로 구성된다. 직접적으로 건강을 증진하는 활동뿐 아니라 건강의 결정요인(determinants)에 영향을 미치는 노력들을 포함한다[1]. 보건의료체계의 목표를 좀 더 구체화하면, 건강수준의 향상(good health), 기대에 대한 반응성(responsiveness to the expectations of the population), 그리고 재원조달의 공평성(fair means of funding operations)을 들 수 있다. 이러한 목표를 달성하기 위한 4가지 기능으로는 보건

의료서비스의 제공, 보건의료자원의 생성, 재정운영, 그리고 스투어드십(거버넌스)이 있다[2-4]¹⁾. 보건의료체계의 목표를 달성하는 과정에서 의료의 질, 효율성, 접근성 및 공평성을 제고하는 원리가 적용되어야 한다.

거버넌스를 다음 몇 가지 관점에서 이해해보자. 거버넌스를 가장 쉽게 이해하자면 전반적인 법체계로 보아도 좋다. 보건의료체계 내의 주요 기관 및 단체들(main actors)의 역할과 책임, 각각의 의사결정의 힘, 그리고 다른 체계(경제, 정치, 환경, 교육 등)와의 연계, 사회서비스(social care)와의 연계와 협조 등을 포함한다[5]. 거버넌스를 행정적 구조로 접근하면, 수직적 계층구조와 지역적 분권으로 나눌 수 있다. 먼저 행정적 구조는 보건부 및 타 부처, 관련 공공기관, 지방정부와 지방공공기관, 민간부문, 환자(소비자)단체, 의료공급자단체, 직능단체 등으로 구성된다. 다음으로 분권과 집권(decen-

1) 스투어드십이 거버넌스보다는 넓은 개념으로 정의되고 있지만, 사실상 거의 구분 없이 혼용하여 쓰이고 있다[3]. 자세한 논의는 Lee [4]를 참고하라.

tralization and centralization)으로서 권한과 재정의 분권화 정도이다. 통상 4가지 형태의 분권화로 분류할 수 있다. 첫째로 “deconcentration”이다. 중앙정부의 행정적 권한을 중앙정부의 지방사무소로 이전하는 것이다. 두 번째로 “devolution”은 책임과 독립성(자율성)을 지방정부로 이양(재정권한의 이전을 포함 혹은 불포함)하는 것이다. 세 번째로 “delegation”으로 중앙정부의 책임을 지방사무소(혹은 준공공 지방조직)에 이전(단, 중앙정부의 간접적 통제권한은 보유)하는 것이다. 네 번째로 “privatization”으로 소유권과 공적기능을 민간부문(자발적 조직, 비영리, 혹은 영리조직)으로 이전하는 것이다. 보건의료 거버넌스는 타 부문과의 관련성(intersectorality)을 중시한다. 모든 정책에서 건강이 고려되어야 하며(health in all policies), 부문 간 혹은 여러 부문에 걸쳐 기획되고 집행되는 기전이다. 건강영향평가(health impact assessment)의 절차와 기전을 포함한다. 그 밖에 식품안전과 농업, 산업안전과 작업환경(workplace safety and working conditions) 관련 정책, 응급 시 계획(환경적 위협, 테러, 전쟁, 자연재해), 담배, 알코올, 식품에 대한 과세 및 판매 규제정책, 환경정책, 도로안전 등 교통정책, 비정부기구(non-governmental organization)와 시민사회와의 관련, 민간부문(비보건의료)과의 관련을 포함하여야 한다. 거버넌스는 의료정보의 관리(health information management)를 포함하여야 하는데, 의료관리를 위한 정보수집, 공개, 분석시스템을 포괄하고, 의료서비스 활동, 서비스수준(대기시간, 환자만족 등), 의료의 질(건강수준, 건강결과, 의료부작용 및 사고), 의료기술평가(health technology assessment) 시스템을 관할한다. 거버넌스는 규제(regulation)를 포함한다. 정부가 국가와 지역수준에서 규제를 하는 정도이며, 제3자 지불기관에 대한 규제와 거버넌스, 의료공급자에 대한 규제와 거버넌스, 보건의료인력의 자격등록과 공급계획, 의약품의 규제, 의료기기와 재료에 대한 규제, 자본투자에 대한 규제를 포함한다. 마지막으로 거버넌스는 환자에 대한 권한 부여(patient empowerment)를 포함한다. 환자에 대해 의료접근성 등 가용한 정보의 제공(patient information), 환자의 보험자, 의료공급자 및 치료방법에 대한 선택(patient choice), 환자권리(patient rights), 환자의 불만처리 절차(complaints procedures), 시민(환자)의 의료서비스 구매결정 등에서의 참여(public participation)를 포함한다.

2. 보건의료 거버넌스와 개혁의 필요성

보건의료체계의 거버넌스 중에서 주요한 몇 개 부문에 대해서 현황과 개혁의 필요성을 논한다. 우선 보건의료의 중심을 차지하고 있는 건강보험의 거버넌스부터 보자. 건강보험의 굴곡진 변천은 우리나라의 보건의료 거버넌스의 역사를 대변한다. 1977-1989년 사이는 의료보험 도입 당시의 1977 패러다임, 소위 ‘3저(저수가-저급

여-저보험료)’가 유효하게 작동한 시기이다. 이 기간 동안에는 지역적으로, 직장별로 분권화된 조합방식을 채택하였다. 이 방식은 적용대상을 안정되고 급속하게 확대하는 데에 유효하였다. 그 결과 12년 만에 전국민보험을 달성하게 되었다. 보험시장의 급속한 확대에 따라 의료자원(물적, 인적)의 인프라도 빠르게 갖추어졌다. 1989-2000년 사이에는 의료수요가 급증하였고 1977 패러다임으로 대응하기에 역부족이었다. 정부는 의료수요의 풀림을 분산하기 위해 진료의뢰체계가 구축되어야 한다고 판단했으나 환자들은 동의하지 않았고 정부는 이를 포기했다. 전국민보험하에서 부유한 조합과 가난한 조합 간의 격차가 발생했다. 이를 해소하기 위한 위험균등화기전(재정공동사업, 국고차등보조)을 도입하였으나, 그기전이 매우 허약하게 설계되었기 때문에 조합방식(decentralized system)은 자멸하였다. 2000년 이후 단일보험자(통합)방식으로 전환하여 조합 간의 재정격차는 원천적으로 해소하였다. 그러나 지역간, 소득계층 간 의료접근성의 격차는 여전히 존재한다[6]²⁾. 또한 1977 패러다임(3저)은 여전히 해결되지 않는 과제로 남아있다. 그동안 보장성 강화, 지불제도 개혁, 보험료부과방식 개혁 등이 부분적인 성과는 있었지만 제대로 추진되지 못하였다. 2017년 8월 9일, ‘비급여 완전 해소를 골자로 하는 문제인케어가 발표되었다. 1977 패러다임을 전환하는 획기적인 선언이다. 그 목표를 달성하는 데에는 수많은 숙제들이 있고, 그 숙제들은 긴밀히 얽혀있는 칩닝쿨 같다. 하나하나의 정책수단의 개발보다는 해법을 찾아나가는 거버넌스가 더 중요하다.

2000년 의료보험통합 당시에 구축된 건강보험의 거버넌스는 비교적 공고하게 자리를 잡고 있다. 여러 조직들의 기득권이 어렵사리 균형을 맞추고 있기 때문이다. 현재의 거버넌스의 대략은 다음과 같다. 건강보험공단(건보공단)이 법적 보험자이나 보건복지부가 실질적으로 보험자 기능을 수행한다. 복지부 내의 최고 의사결정기구인 건강보험정책심의위원회(건정심)를 통해서 대부분의 정책결정이 내려진다. 건정심은 가입자 8인, 공급자 8인, 공익 8인으로 구성되어 있다. 복지부차관이 위원장을 맡고 있으며, 정부가 공익위원을 임명하기 때문에 사실상 정부의 영향력이 크다고 본다. 공급자 측은 위원 구성이 정부 편향적으로 되어 있기 때문에 가입자와 공급자 동수로 구성되어야 한다고 주장한다. 한편, 건강보험 업무를 집행하는 공단과 건강보험심사평가원(심평원)의 관계에서 공단이 법적 보험자임에도 불구하고 심평원이 사실상의 보험자(구매자) 기능을 더 많이 수행하고 있다. 즉 의료서비스에 대한 심사와 평가를 통해 서비스의 구매량과 보상가격을 판정하고 의료서비스의 질 평가도 수행한다. 건정심 산하의 행위-약제-재료 전문위원회를 심평원이 운영한다. 전문위원회에서 대부분 행위, 약제, 재료의 보험등재 여부와 보험수가를 결정한다. 지불제도의 중심인 행위수가의

2) 건강행정학회 등의 연구에 의한 기대수명의 격차를 보면 최고는 경기도 과천시 86.3세, 최저는 경북 영양 78.9세이다. 건강수명의 경우 최고는 성남시 분당구 74.8세, 최저는 경남 하동 61.1세로 더욱 격차가 벌어진다. 소득수준까지 감안한 건강수명은 분당구의 상위 20% 소득층은 78.5세, 전남 신안군 하위 20% 소득층은 52.0세에 불과하다[6].

구조를 논의하는 ‘상대가치기획단’도 운영한다. 또한 허위/부당청구를 조사하는 감독기능도 수행한다. 건보공단의 보험자 기능은 취약하다. 공단이 의료공급자단체와 수가계약의 당사자이긴 하나 계약은 환산지수(단가)에 그치며, 그나마 계약이 부결되면 건정심으로 넘어가 최종 결정된다. 의료서비스에 대한 구매자로서의 기능은 거의 없다고 봐야 한다. 이러한 복지부-건보공단-심평원 3층구조 혹은 공단-심평원의 2원구조의 효율성에 대한 모호함이 오랫동안 지속되고 있다.

건강보험과 의료급여의 이원화의 장단점에 대한 평가도 필요하다. 의료급여는 그 성격과 운영원리가 공적부조보다는 건강보험에 가깝다. 미국과 일본을 제외하면 의료급여제도를 별도로 두는 국가는 거의 없다. 의료급여는 전국적으로 일원화된 국가의 제도이지만 지자체가 법적 보장기관이다. 그러나 의료급여재정의 대부분은 중앙정부가 부담하므로 지자체의 책임감은 약하다. 지자체는 주로 대상자 선정에 한정된 업무를 할 뿐이다. 상당한 업무는 건보공단과 심평원에 위탁한다. 심평원이 진료비를 심사하고 건보공단이 급여비를 의료기관에 지불한다. 중앙정부-지자체-건보공단-심평원 4자가 관련되어 있어 각자의 역할과 책임이 모호한 상태에서 운영되어 왔다. 저소득자이지만 의료급여 대상자로 선정되지 못하면 건강보험에 가입할 수밖에 없고, 이들 차상위계층은 보장의 사각지대로 남아있을 수밖에 없는 문제가 지속되고 있다.

요양케어 부문(long-term care)은 제도적으로 이원화된 상태에 놓여 있다. 요양병원에 입원하는 환자는 건강보험의 적용을 받고, 장기요양시설에 입소하는 자는 장기요양보험의 적용을 받는다. 환자가 요양병원 혹은 요양시설 중 어떤 선택을 하든 제약이 없다. 소비자의 자유로운 선택을 존중할 것인지, 요양병원과 요양시설의 시설기준에 합당한 환자의 선별이 필요할 것인지, 현재 어느 쪽도 분명하지 않은 어정쩡한 상황에 처해 있다. 요양병원에 대한 심사는 심평원이 담당하지만 요양시설에 대해서는 건보공단이 전적으로 운영한다. 요양시설에 입소하는 많은 환자들은 의료적 서비스보다는 돌봄이 필요한 경우가 많아 환자의 가정이나 거주지역에서 돌봄 서비스를 받는 게 더 효과적이라는 커뮤니티케어(community care)가 근래에 중요하게 대두되고 있다. 커뮤니티케어의 대상이 될 경우 건보공단이 운영하기보다는 지자체(읍면동, 보건소) 단위에서 다양한 사회서비스와 함께 운영하는 게 효과적일 수 있다.

보건정책의 주무부처는 보건복지부이지만는 하나 타 부처 및 국회 등 총체적인 정부시스템과 조화를 이루어야 한다. 복지부는 국회의 국정감사와 감사원의 감사, 기획재정부의 예산편성, 행정자치부의 인력 및 조직관리 등 다양한 통로를 통해 견제를 받는다. 복지부 뿐 아니라 건보공단, 심평원에 대한 감사도 이루어진다. 건강정책은 부처 간 견제보다는 연계/협조(health in all policies)가 더 중요한데도 그다지 협조는 원활하지 않다. 특히 건강영향평가는 보건부가 아닌 환경부에서 수행하고 있는 실정이다.

의료정보관리(health information management)의 시스템도 미흡하다. 건보공단, 심평원, 질병관리본부, 식약처, 암센터, 타 부처 산하기관 등 보건 의료 관련기관들 간의 정보공유가 이루어지지 않고 있다. 정보의 생산자인 의료공급자는 의료의 질 관련 정보의 공개에 소극적이다. 의료기술평가도 아직 틀을 갖추기 못하고 있다. 식약처는 신기술(의료기기, 의약품, 재료)의 안전성과 유효성을 검증하고, 보건 의료연구원(신의료기술평가위원회)은 의료행위에 한정된 안전성과 효과성을 검증하고, 심평원은 신기술(의료행위, 의약품, 재료)의 등재 여부를 검토함으로써 의료기술평가의 운영 효율성에 대한 재검토가 필요하다.

보건 의료 자원에 대한 정부의 규제는 취약하다. 의료 자원의 공급량과 분포(병의원, 병상, 기기, 의사, 간호사 등)는 시장에 맡겨져 있을 뿐 정부의 계획은 거의 없다. 시장에서 발생하는 문제에 그때 그때 대처하는 미봉책에 그치는 경우가 많아 시장의 실패로 인한 왜곡에 대해서는 거의 평가되지 않고 있다. 또한 의료인력의 자격과 질에 대해서도 상당 부분 방임상태에 놓여 있다. 의약품, 의료기기, 재료에 대한 규제 또한 취약한 상태이다.

환자 중심 의료(patient empowerment)의 수준은 보건 의료 선진화의 척도이나 우리는 아직 시작단계에 있다. 환자에 대한 정보제공이 아직 낮은 수준에 머물러 있다. 그나마 제공되는 정보도 신뢰성, 객관성, 투명성에 대한 문제를 안고 있다. 환자의 선택이 자유로워 보이지만 내실 있는 선택을 돕는 정보는 부족하다. 환자의 권리 보호와 의료분쟁의 해결의 절차와 신뢰는 여전히 미흡하다. 환자(시민)의 의사결정 참여도 아직 낮은 수준이다.

선진 3개국의 보건 의료 거버넌스

우리나라에 참조가 될 만한 국가로서 중앙집권형 통합적 보건 서비스 방식의 United Kingdom, 사회보험방식의 대표적 국가인 독일, 사회보험방식에 기초하되 경쟁원리를 도입한 네덜란드를 선택하였다.

1. United Kingdom의 거버넌스

United Kingdom은 잉글랜드, 스코틀랜드, 웨일즈, 북아일랜드로 이루어진 국가연합형태로서 조세방식의 National Health Service (NHS) 시스템을 근간으로 병원이 공공화되어 있고 무상 의료의 원칙에 기반을 두고 있다. United Kingdom 정부는 잉글랜드에는 직접 재원을 배분하고, 스코틀랜드, 웨일즈, 북아일랜드에는 포괄보조금을 교부하여 스스로 정책 결정권을 가지도록 하였다. 통상 의료 서비스는 NHS가 제공하고, 사회 서비스는 지방정부가 담당한다. 비정부기구인 National Institute for Health and Care Excellence (NICE)가 의료와 공중보건, 사회 서비스에 대한 질적 표준과 검증, 그리고 비용효과성을 판정한다.

국가의 보건부 산하에 다양한 역할의 조직들 간에 상호 견제와 균형이 치밀하게 이루어지도록 설계한 점은 우리에게 시사하는 바가 크다. 행정기구로서 보건부 산하에 공공보건국(Public Health)을 두고, 의료서비스는 보건부와 다소 독립된 형태의 조직인 NHS로 운영하고, 사회서비스는 지방정부에서 운영하도록 하였다. NHS Commissioning Board라는 중앙이사회를 두고, 이사회에서 NHS England, NHS Wales, NHS Scotland, NHS Northern Ireland 간의 협의조정을 도모한다. 지역단위로 의사들의 집단인 Clinical Commissioning Groups (CCGs)를 형성하고, CCGs가 지역주민들에 대한 의료서비스 제공을 책임지도록 한다. NHS는 각 CCGs에게로 재원을 배분한다. 규제기구로서 의료의 질을 감시하는 Quality Control Committee (CQC)가 있고, 소비자들이 의료부정을 감시할 수 있는 HealthWatch를 두었다. 눈여겨 봐야 할 점은 CQC와 HealthWatch가 의료서비스뿐 아니라 사회서비스까지도 범위에 포함시키고 있는 것이다. Monitor라는 조직이 수가를 산정하는 등 경제적인 규제기구로서 독립된 기구이다. 의료정보의 공유와 공개를 위해 NHS Digital을 설립하였고, 이 기구에서 환자, 의사, 기관, 연구자에게 정보와 데이터를 제공한다[7] (Figure 1).

2. 독일의 거버넌스

사회보험방식의 전통을 이어온 대표적 국가인 독일의 연방과 주 정부는 조합과 공급자단체(corporatist bodies)에게 자율적 권한을

부여(delegation)한다. 연방보건부가 통제/감독권을 갖고, 주정부가 집행권을 갖지만 정부의 개입은 필요한 최소한에 그치는 것이 원칙이다. 연방조합연합회, 조합, 연방보험의사협회, 병원협회 간의 계약과 협업에 의해 건강보험이 운영된다. 기본적으로 조합과 의사단체는 건강보험(statutory health insurance)의 재정과 급여를 자율적 계약에 의해 운영한다. 다만, 정부와 조합대표, 공급자대표로 구성된 연방위원회(Federal Joint Committee)에서 가장 중요한 의사결정이 내려진다. 특이한 점은 민영보험(private health insurance)이 공무원과 자영자, 고소득근로자 등 인구의 11%에 적용된다. 가입자는 조합과 공급자에 대한 선택권이 있다. 고용주/가입자의 보험료와 연방보조로 조성된 중앙건강기금(health fund)이 조합의 재정적 위험에 비례하여 재원을 배분하며, 조합의 재정부족분은 조합에서 추가적으로 보험료를 징수한다. 전자건강카드(electronic health card)는 1995년에 도입되었고, 2014년에 완전히 적용되었다[8] (Figure 2).

3. 네덜란드의 거버넌스

네덜란드는 2006년 개혁으로 3개 부문에서 관리된 시장(managed markets) 기전을 도입하였다. 즉 보편적 건강보험급여시장, 의료구매시장, 의료공급시장이다[9] (Figure 3). 가입자는 보험자를 선택할 수 있고, 보험자는 공급자를 선택할 수 있고, 공급자는 보험자를 선택할 수 있다. 그러나 보험자와 공급자는 가입자를 선택할

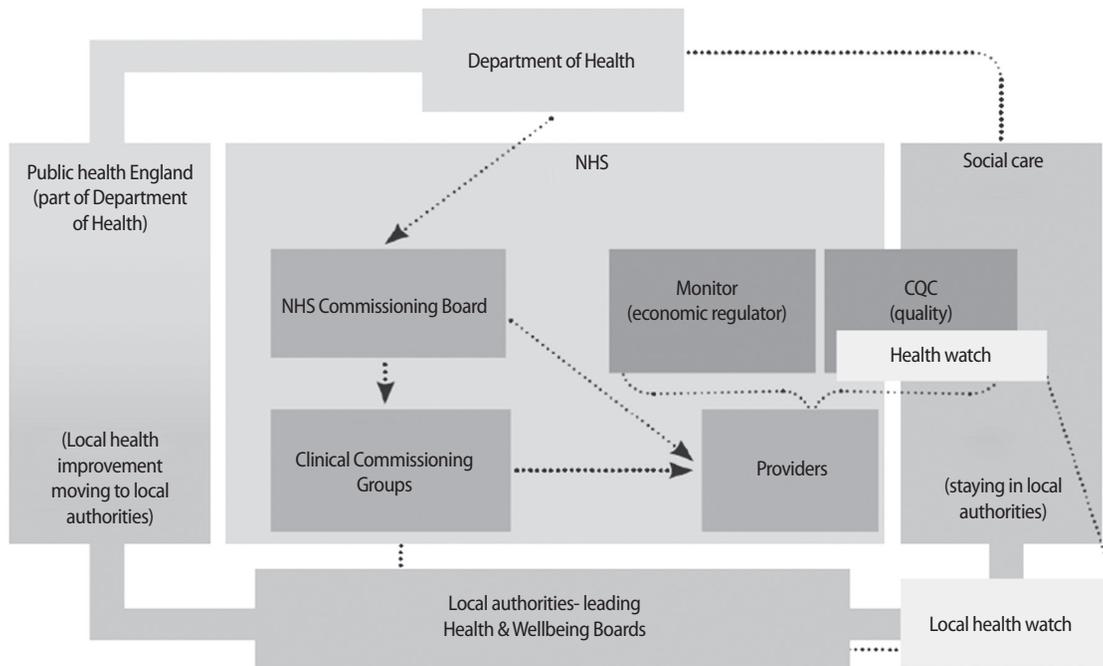


Figure 1. Governance of health and social care system in England. From Byeon et al. The status of National Health Service of United Kingdom and reform trend [Internet]. Wonju: National Health Insurance Service, Health Insurance Policy Research Institute; 2014 [cited 2018 May 16]. Available from: https://academic.naver.com/article.naver?doc_id=128444231 [7]. NHS, National Health Service; CQC, Care Quality Commission.

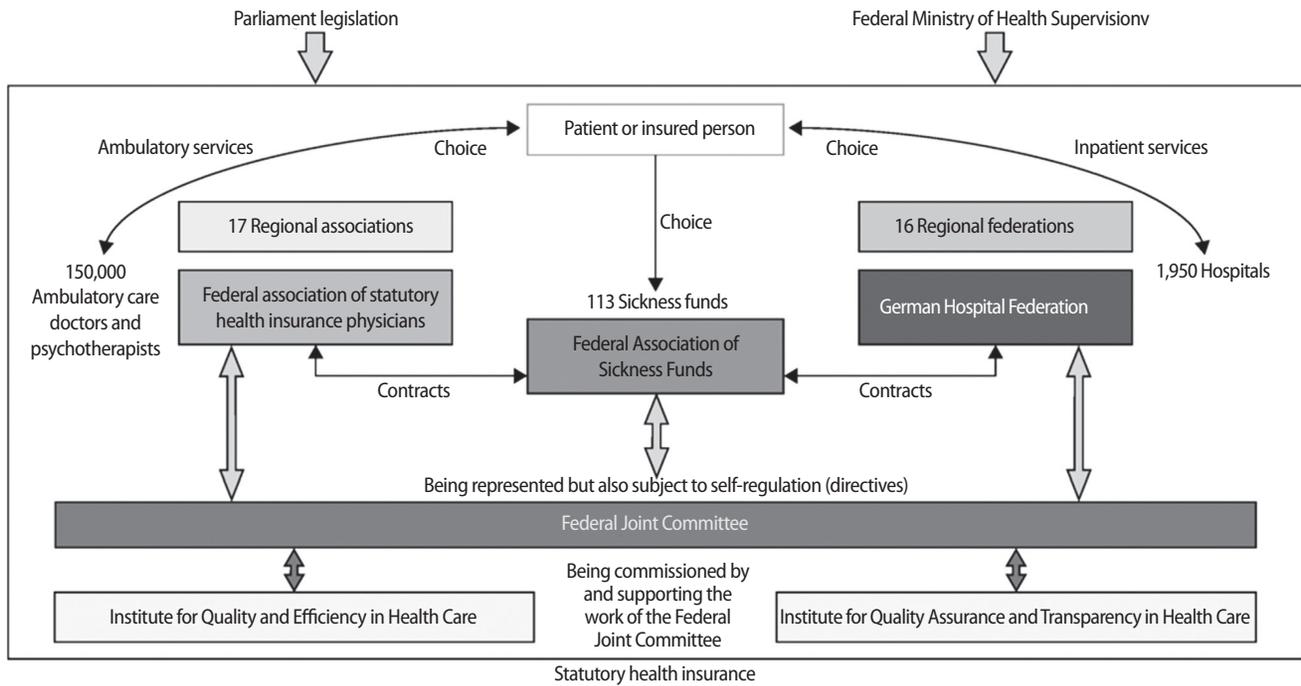


Figure 2. Central actors in Germany's statutory health insurance system. From Busse et al. Lancet 2017;390(10097):882-897 [8].

수 없다. 정부는 진료량과 가격을 직접 통제하지 않으면서 3개 시장의 감독자 역할을 한다. Care Institute Netherlands에서 건강보험 패키지와 의료의 질을 감독하고, Dutch Healthcare Authority는 보험자와 공급자 간 공정경쟁을 감독하며, National Institute for Public Health and the Environment는 공중보건에 대한 리포트를 작성한다. 보험자와 공급자가 합병하는 추세이며, 4개 보험사가 시장의 90%를 장악하고 있다. 정부는 환자의 공급자 선택에 도움을 주는 웹사이트를 운영한다.

의료공급자는 전자환자기록(electronic patient records)을 사용하며, 전자처방시스템(electronic prescription system)까지 도입했다. 그러나 환자정보보호 문제 때문에 전국적 시행에는 한계에 부딪혔다. 국세청이 보험료(정률)를 징수하여 중앙기금을 조성하며 중앙기금이 각 보험자에게 위험에 비례하여 재원을 배분한다. 보험자(조합)는 각자 정액보험료를 징수한다. 다만, 저소득가입자에 대해서는 국세청이 보험료를 일부 보조한다. 정부의 규제기구로서 건강보험감독청(Health Insurance Supervisory Agency), 의료의 질 감독청(Service Quality Monitoring Agency), 건강보험공정경쟁청(Health Insurance Competition Regulatory Authority)이 있다. 자문기구로서 건강위원회(Health Committee), 공공보건위원회(Public Health Committee), 건강보험위원회(Health Insurance Committee)를 두고 있다.

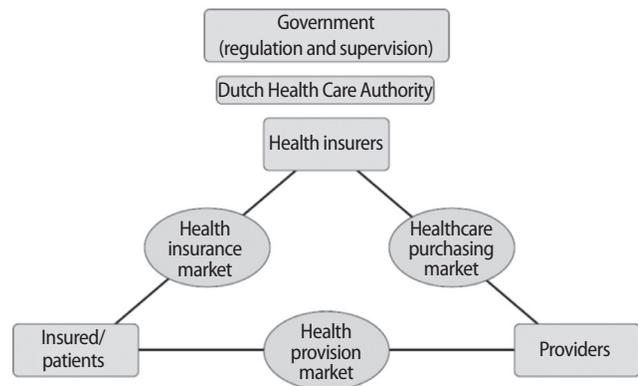


Figure 3. Actors and markets in the Dutch healthcare system since 2006. From Kroneman et al. Health Syst Transit 2016;18(2):1-240 [9].

4. 3개국으로부터 시사점

United Kingdom, 독일, 네덜란드 3개국의 보건의료시스템의 거버넌스가 지향하는 바는 보편적인 보장(universal health coverage)과 비용통제, 그리고 의료의 질 세 가지를 확보하는 데에 있다. 이 세 가지를 효율적이고 형평성 있게 달성하도록 하는 데에 정부가 직접 통제·관리하기보다는 간접적으로 통제·감독하고 보험자에게 권한을 위탁(delegation)하는 방향으로 운영한다. 또한 가능하면 공급자단체의 자율규제를 권장한다. 책임(accountability)과 권한(authority)을 하부(지역이나 단체)로 이전하는 특징이 뚜렷하며, 보험자, 공급자, 환자(시민) 3자가 주요 의사결정에 참여하도록 한

다. 즉 거시적인 틀에서는 정부가 통제력을 갖고 공정경쟁을 감시하되, 미시적으로는 시장원리와 인센티브에 의해 시스템이 작동하도록 한다. 재원조달은 일원화된 방식(소득비례)으로 주로 운영하며, 국세청이 징수를 담당한다. 보건부와 보험자는 공동구성된 재원(중앙건보기금)을 형평하게 배분하는 데에 역점을 둔다.

결론: 거버넌스 개혁의 방향

우리가 지향해야 할 보건의료 거버넌스의 원칙을 다음과 같이 제안한다. (1) 포괄적 보장과 적정비용, 그리고 질 향상은 효율적이고 형평적으로 달성되어야 한다. (2) 보험자는 전략적 구매자(strategic purchasing)의 역할을 해야 한다. (3) 정부는 간접적으로 통제하고 감독하되 책임과 권한을 하부에 이양해야 한다(delegation). (4) 정부의 거시적 관리와 보험자-공급자-환자 간 관리된 경쟁(managed competition)이 균형을 이루어야 한다. (5) 환자(시민)-보험자-공급자 간 참여와 합의에 의해 의사결정이 이루어져야 한다. (6) 재원조달의 일원화(국세청에 의한 소득비례보험료)와 건강보험기금의 형평 배분이 이루어져야 한다. (7) 통합적 보건의료(integrated health care)와 통합적 보건-사회서비스(integration of health and social care)가 이루어져야 한다. (8) 지역 간-계층 간 격차가 잘 조정되어 건강형평성을 이루어내야 한다. (9) 환자중심의료를 지향하며, 의료기술의 발전과 비용관리에 역점을 두어야 한다.

이러한 거버넌스의 원칙을 실현하기 위한 거버넌스의 틀을 다음과 같이 구상한다. 먼저 의사결정기구로서 대통령 직속으로 국가안전보장회의(National Security Council)와 유사한 국가보건회의(National Health Council)를 두어 국가적으로 중차대한 보건위기에 대응하고 국민의 건강향상과 미래의 보건의료 발전을 위한 큰 틀의 결정을 한다. 다음으로 복지부에 '건강정책위원회'를 두어 건강결정요인과 관련한 여러 부처와 전문가, 의료계와 시민이 참여하여 주요한 합의를 한다. 건강정책위원회 산하에 건강보험정책심의위원회, 공공보건정책심의위원회, 보건환경/산업정책심의위원회를 운영한다.

집행기구로서 건보공단과 심평원, 질병관리본부, 식약처가 최상위의 중앙집행조직이 된다. 여기서 식약처는 복지부의 산하로 두는 게 효율적이다. 건보공단과 심평원은 통합하여 '건강보험중앙기금'의 역할을 하도록 한다. 광역단위의 집행조직으로 건강보험기금과 공공보건 조직이 필요하다. 중앙조직은 광역단위로 관리를 위탁하여 운영의 자율성을 부여한다. 광역단위의 건강보험기금이 보험자 역할을 하며, 중앙건보기금이 재원을 광역건보기금별로 배분한다. 광역건보기금이 전략적 구매자의 역할을 수행하도록 한다. 광역건보기금은 시군구 단위의 의료공급자단체와 계약을 맺고 기금을 배

분할 수 있다. 계약의 내용은 포괄적 일차의료서비스, 질병관리(disease management program), pay-for-performance 등을 포함할 수 있다. 시군구 단위의 의사협회가 일차의료의 관리를 담당하게 되면 건보기금은 의사협회에 대해 진료비의 심사평가를 지원하게 될 것이다. 또한 건보기금은 광역단위 병원협회나 시군구 병원협의회와 다양한 구매계약을 맺을 수 있다.³⁾

광역단위의 공공보건조직이 필요하며, 공공보건조직은 지역보건의 기능뿐 아니라 질병관리, 식품의약품안전, 환경보건 등 포괄적인 기능을 갖추도록 한다. 이를 위해서 광역단위로 '건강기금'이 배분되고 운영되어야 한다. 기존의 건강증진기금은 건강기금으로 혁신적인 전환이 필요하다. 보건소는 광역공공보건기구의 일선 집행조직의 기능을 하도록 한다. 광역단위로 건강보험기금, 공공보건(public health), 보건의료자원의 공급 및 관리, 사회서비스 간 연계와 협력이 이루어져야 한다. 보건의료의 지역분권이 이루어지고, 지역이 책임성(accountability)을 갖도록 함으로써 지역 간 불형평성을 해소해나가도록 한다.

시군구 단위의 건강보험지사와 보건소는 가능하면 한 장소에 집합되어야 한다. 보건소는 복지기능을 포함하여 가칭 '건강복지센터'로 확대되도록 한다. 사회서비스 관련 기구들도 한 장소에 있어야 효율적이다. 읍면동 단위의 주민센터는 최일선의 창구역할과 간단한 서비스를 제공하는 역할을 해야 한다. 주민센터는 행정기능을 대폭 줄이고 보건복지 관련 포괄적인 정보의 대민제공자 역할을 담당하고 간단한 서비스 제공이나 현금지급 업무를 직접 담당하도록 한다. 구체적인 정보문의와 상담은 시군구 단위의 건강복지센터(보건소)에 인계하도록 한다.

새로운 자율성을 부여한 거버넌스 조직을 운영하려면 다원적인 규제(지원)기구의 설립을 통한 견제-균형이 필요하다. 예를 들면 기존의 보건의료연구원은 의료기술평가원으로 전환하고 수술, 기기, 의약품, 재료 등에 대한 안전성, 효과성, 경제성을 평가하는 권한을 가진 기구가 되어야 한다. 의료의 질과 효율성을 제고하는 기구의 설립이 필요하다. 이 기구는 기존의 의료기관인증원을 포괄하고 의료인력의 자격을 엄격히 관리해야 한다. 의료와 건강의 형평성을 검증하고 기획하는 기구가 필요하다. 의료소비자 기구를 설립하여 환자중심의 정보-권리-선택을 보장하고 아울러 소비자에 대한 감시도 필요하다. 의료정보원을 설립하여 산재된 의료정보를 공유하고 공개하고 개인단위의 통합정보시스템(health electronic record)을 구축해야 한다. 의료부정(사기)감독원의 설립과 의료의 공정경쟁기구의 설립으로 환자분쟁조정과 공급자 간 분쟁을 조정해야 한다. 건강영향평가 기구를 설립하여 포괄적인 건강정책을 수립(health for all policies)해야 한다. 독립된 수가산정 기구를 설립하여 지불제도를 꾸준히 개발해야 한다. 의과학기술원을 설립하여

3) 수도권 대형병원 이용을 제한하지 않는 상황에서 광역/시군구 단위 건보의 재정운영이 얼마나 실효성이 있을까? 지역 내의 환자를 타 지역에 뺏기지 않으려는 노력과 이에 수반하는 재정적 인센티브가 주어질 때에 변화는 시작될 것이다. 지역을 관장하는 보험관리자와 지역 내 의료공급자 단체 간의 효과적인 협치가 중요한 기제가 된다.

첨단과학기술 및 혁신적인 의료기술을 선도하도록 지원해야 한다.

끝으로 보건의료 거버넌스의 개혁은 문재인케어를 그 계기로 활용할 수 있다. 보장성이 획기적으로 강화되면 예측하기 힘든 의료 수요의 급증과 재정위기, 대형병원으로의 쏠림과 중소병원 및 의원급의 위축, 더불어 공공병원의 외면 등 여러 가지 어려운 상황이 누적될 수 있다. 자칫하면 문재인케어는 위기의 늪에 발목을 잡힐 수 있다. 거시적인 보건의료체계의 동학(dynamics)을 예측하면서 큰 틀의 거버넌스 개혁, 보장성 강화, 공급체계의 개편이 조화롭게 이루어져야 한다.

ORCID

Byongho Tchoe (professor): <https://orcid.org/0000-0003-3115-534X>

REFERENCES

1. World Health Organization. World health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. World Health Organization. Stewardship/governance of health systems in the WHO European Region. Proceedings of the Regional Committee for Europe fifty-eighty session; 2008 Sep 15-18; Tbilisi, Georgia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
4. Lee KS. Stewardship in health care system [Internet]. Seoul: Korea Institute for Health and Welfare Policy; 2017 [cited 2018 Jun 20]. Available from: http://www.kihaw.org/bbs/board.php?bo_table=sub3_5&wr_id=28.
5. Rechel B, Thomson S, von Ginneken E. Health systems in transition: template for authors [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies; 2010 [cited 2018 Mar 13]. Available from: <http://www.mateina.com.uy/clientes/omss/sites/default/files/hit%20template%20Observatorio%20europeo.pdf>.
6. Park JW. Current status of regional health inequality. Health Welf Forum 2018;(260):7-19.
7. Byeon JY, Lee HY, Kim KA, Ahn SJ. The status of National Health Service of United Kingdom and reform trend [Internet]. Wonju: National Health Insurance Service, Health Insurance Policy Research Institute; 2014 [cited 2018 May 16]. Available from: https://academic.naver.com/article.naver?doc_id=128444231.
8. Busse R, Blumel M, Knieps F, Barnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. Lancet 2017;390(10097):882-897. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1).
9. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. Netherlands: health system review. Health Syst Transit 2016;18(2):1-240. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf.