



보건의료환경 이해하기: 보건의료체계

1. 보건 의료의 사회경제적 특성

1) 정보의 비대칭성

- 질병의 원인이나 치료방법, 의약품 등에 관한 지식과 정보는 매우 전문적인 내용이어서 의사나 약사, 간호사 등 의료인력을 제외하고, 소비자는 거의 알지 못하는 경우가 대부분임. 이러한 현상을 정보의 비대칭성 혹은 소비자 무지(consumer ignorance)라고 함

2) 면허제도에 의한 법적 독점

- 면허제도는 의료시장에서 법적 독점권을 부여하는 장치이며, 또한 관련학과 졸업자만 면허시험에 응시할 수 있으므로 의료서비스 공급시장에 대한 진입장벽을 높이는 원인이 된다.

1. 보건 의료 체계

3) 수요와 치료의 불확실성

- 질병 발생은 매우 불확실하기 때문에 의료서비스에 대한 수요 역시 불확실함.
- 일반적인 상품에 대한 수요는 소비자의 구매의지에 의해 결정되지만 의료에 대한 수요는 질병이 발생해야 나타나기 때문에 수요를 예측하기가 매우 어려움

4) 우량재

- 우량재 (merit goods)는 인간의 생존에 필수적이며 인간이 인간다운 생활을 하기 위해 반드시 향유되어야 하는 재화를 의미하는데, 의식주와 기초교육이 대표적임
- 의료서비스 역시 인간의 생존에 필수적인 재화이며, 이 때문에 헌법에서도 건강권을 기본으로 규정하고 있음
- 우량재는 소득수준, 사회적 지위, 지역, 사회계층을 막론하고 모든 국민에게 기본적으로 제공되어야 하는 재화이기 때문에 국가가 담당하지 않으면 안됨. 즉, 우량재의 공급을 시장에 맡겨두면 구매능력이 없는 계층은 소외되어 인간다운 생활이 불가능하기 때문에 사회정의와 형평성의 실현을 위해 국가가 적극적으로 개입해야 함

1. 보건 의료 체계

5) 외부효과의 존재

- 외부효과(external effect)는 한 사람의 행위가 다른 사람에게 일방적으로 이익을 주거나 손해를 끼치는 경우를 말함
- 보건 의료 분야에서 외부효과가 나타나는 사례는 흔하지 않으나, 일단 발생하면 큰 영향을 미치는 전염병이 대표적임
- 외부 효과가 존재하는 경우에 이를 시장에 맡겨두면 외부효과가 제대로 제거되지 않으므로 전염병 관리는 정부가 강제로 개입하여 해결해야 함

6) 소비적 요소와 투자적 요소의 혼재

- 소비자는 의료서비스를 구입하고 진료비를 지불하는데, 이 금액만큼 다른 재화의 소비에 지출할 소득이 감소하고, 저축할 여력이 줄어들게 되므로 의료서비스에 대한 지출은 소비자의 소비로 분류됨
- 환자가 건강을 회복하는데 지출하는 비용은 미래를 위한 투자라는 개념도 가능한데, 근로자가 건강하면 생산성이 증가하고 산업발전에 긍정적으로 기여하므로 건강에 대한 지출은 곧 투자라는 논리임
- 아동이 건강하게 자라도록 의료비를 지출하는 것은 두말 할 것도 없이 미래세대의 생산인력에 대한 투자임. 이러한 관점에서 본다면 국민을 건강하게 하여 삶의 질을 높이고, 건강한 노동력을 유지하도록 적절한 의료비를 지출하는 것은 인적 자본(human capital)을 증가시키는 투자로 해석될 수 있음

2. 의료시장의 구조와 정책

1) 독과점 시장

- 일반적으로 시장은 상품을 판매하는 기업의 수, 판매하는 상품의 동질성, 자원의 완전한 이동, 완전한 정보의 공유라는 4가지 조건이 충족되는지의 여부에 따라 완전경쟁시장, 과점시장, 독점시장으로 분류됨
- 의료시장은 정보의 비대칭성, 면허제도에 의한 진입장벽, 의료서비스의 비동질성 등의 특성이 있으므로 경쟁시장은 아니며, 독과점시장으로 분류될 수 있음
- 예) 중증질환의 수술에 대해서는 대학병원이 중소병원이나 동네의원에 비해 독점적 위치에 있고, 단순한 치과질환의 경우에는 치과대학병원과 치과의원이 서로 경쟁하는 과점시장이라고 볼 수 있음. 의약품의 경우 신약은 특허법에 의해 20년간 독점판매권이 보장되므로 독점시장에 속하고, 특허가 만료된 복제약은 과점시장에 속한다.

2. 의료시장의 구조와 정책

표 8-1 보건의료시장의 구조

		완전경쟁시장 (Perfect competition)	과점시장 (oligopoly)	독점시장 (monopoly)
시장조건	공급자의 수	무수히 많음	둘 이상 소수	하나
	상품의 동질성	동일	동일 혹은 차별	동일
	자원의 완전한 이동 (시장 진입)	자유	제한	제한
	완전한 정보	공급자와 수요자가 공유	제한	제한
유사한 사례		배추, 쌀, 생선	자동차, TV, 냉장고, 에어컨, 소주, 화장품, 병원, 복제약	전기, 철도, 지역적병원, 특허의약품

'건강한 사회를 꿈꾸는 예비 나이팅게일을 위한 입문서' 간호학개론(2012) 8. 보건의료환경 이해하기(p328)

의료시장은 다수의 공급자가 차별화된 상품을 공급하는 독점적 경쟁(monopolistic competition) 시장에 더 가깝다고 볼 수 있는데 편의상 독과점으로 분류함.

2. 의료시장의 구조와 정책

2) 공급자의 행동과 시장성과

- 의료시장의 독과점 구조는 의료공급자의 행태에 많은 영향을 미침. 예를 들면, 의료정보에 대한 소비자 무지는 의사의 과잉진료를 유발하고, 제약회사에 의한 의약품의 과대, 과장 광고 등을 초래함. 한편, 건강보험은 의료이용에서 환자의 도덕적 해이를 유발하고, 공급자로 하여금 고가의 의료장비의 도입을 촉진하기도 함. 또 공급자는 독점력을 이용하여 고소득층에게 비싼 진료비를 받고 저소득층에게는 진료비 할인을 해준다든지, 단체 검진에 대해 낮은 검진수가를 적용하는 등 가격차별을 하기도 함.
- 공급자의 행태는 다음 단계로 의료시장에서 자원배분의 효율성, 형평성, 의료기술의 발달에 직접적인 영향을 미치기도 함.
- 경험적으로 볼 때 시장이 독과점적 구조로 되면 시장성과는 저하되는 것으로 알려져 있음. 따라서 의료시장의 효율성과 형평성을 제고하고 의료기술의 발달을 촉진하기 위해서는 시장구조를 경쟁적으로 만들어주고, 의료시장에서 바람직하지 못한 행태를 규제하는 정책이 필요함. 의료부분에 대한 국가개입의 근거는 바로 여기에서 찾을 수 있음. 즉, 의료시장이 경쟁시장의 조건을 충족하지 못하고 독과점적 구조로 되어 있기 때문에 정부가 적극적으로 개입하여 시장성과를 제고하고자 하는 것임.

2. 의료시장의 구조와 정책

표 8-2 의료시장의 성과

성과	측정지표 예시
효율성	<ul style="list-style-type: none"> - 효율성 = 산출/투입비용 • 산출 : 평균수명, 사망률, 의료서비스의 질, 소비자만족도 • 투입 : 국민의료비/GDP 비율
형평성 (equity)	<ul style="list-style-type: none"> - 비용 부담 측면 : 소득계층별 의료비 부담, 과부담 의료비 가구비율 - 건강수준 측면 : 소득계층별 건강수준 - 접근성 측면 : 소득계층별 의료 이용량 (need 충족률)
기술진보 (technical progress)	<ul style="list-style-type: none"> - 의료기술 (의료기기, 의약품, 치료재료)의 개발 및 확산

'건강한 사회를 꿈꾸는 예비 나이팅게일을 위한 입문서' 간호학개론 (2012) 8. 보건의료환경 이해하기 (p329)

2. 의료시장의 구조와 정책

3) 보건의료정책의 기초

- 각국이 채택해온 보건의료정책의 내용을 살펴보면, 사회경제적 환경이나 정치적 요인, 보건의료 제도의 차이에 따라 다양하게 전개되어 왔음을 알 수 있음
- 미국과 같이 민간의료중심의 시장원리를 최대한 작동시킴으로써 정책목표를 달성하고자 한 국가가 있는가 하면, 영국처럼 보건의료자원의 사회화를 통해서 국가가 추구하는 정책목표를 효과적으로 실현한 국가도 있음
- 각국이 취하고 있는 보건의료정책의 다양성에도 불구하고 각국의 정책은 각기 뚜렷한 정책기조를 바탕으로 깔고 있는데, 크게 둘로 나누어 보면 규제와 경쟁이 그것임. 즉, 기본적으로 보건의료부문에서는 시장실패(market failure)가 존재한다는 전제하에 의료부문에 대한 정부규제를 통해 시장실패를 보완하는 정책이 그 하나이고, 또 다른 하나는 규제보다는 시장원리에 충실하면서 경쟁을 촉진하고자 하는 정책임.
- 미국의 HMO(Health Maintenance Organization)나 PPO(Preferred Provider Organization)는 경쟁정책의 산물이고, 독일의 의료보험 조합 선택권도 조합간 경쟁을 유도함으로써 비용절감을 도모하는 경쟁정책의 하나임. 영국의 고가장비에 대한 엄격한 도입 제한이나 의약품의 이윤 규제, 스웨덴의 완전의약분업 등은 규제정책의 대표적인 예임.
- 규제정책과 경쟁정책은 각기 나름대로의 장단점을 가지고 있으며, 그 때문에 그 동안 규제정책을 취해온 국가는 경쟁을 도입하려는 경향이 있고 경쟁정책을 취해 온 국가는 규제를 강화하려는 경향이 있음. 이러한 경향은 규제정책과 경쟁 정책이 배타적인 것이 아니라 상호보완적임을 의미.

3. 보건 의료 체계의 유형

- 보건 의료 부문에 대한 국가 개입의 근거는 보건 의료 서비스 시장의 독과점적 구조로 인해 발생하는 의료 자원 배분의 효율성과 형평성의 저하를 개선하고 헌법에 규정된 국민의 기본권으로서의 건강권을 보장하기 위해서임
- 보건 외교 부문에서 국가 개입의 형태는 시장 구조에 대한 규제, 소비자에게 의료 정보 제공, 보건 의료 서비스의 직접 공급, 자원 조달, 건강 보험 제도 운영 등 다양한 종류가 있다. 이 중에서 자원 조달, 진료비 지불 제도, 의료 서비스의 제공 형태는 보건 의료 체계를 구성하는 핵심적 요소임
- 일반적으로 보건 의료 체계는 의료비를 조달하는 방법, 공급자에 대해 의료비를 지불하는 방법, 의료 서비스를 공급하는 주체를 기준으로 분류할 수 있는데 가장 단순한 분류는 공공 통합 모형, 공공 계약 모형, 민간 의료 모형이 3가지 유형이

표 8-3 보건 의료 체계의 유형

		공공 의료 기관	민간 의료 기관
의료비 재원	공공 재원 (조세, 공공 보험료)	<공공 통합 모형> 아일랜드, 덴마크, 스웨덴, 핀란드, 노르웨이, 호주 (공공 병원), 이탈리아, 그리스, 포르투갈, 스페인, 영국, 뉴질랜드	<공공 계약 모형> 캐나다, 일본, 프랑스, 독일, 한국, 네덜란드, 호주, 공공 통합 모형이 아닌 유럽 국가
	민간 재원 (민간 보험료, 환자 본인 부담)		<민간 의료 모형> 미국, 멕시코, 스위스

3. 보건 의료 체계의 유형

- 영국의 보건경제학자 컬리어는 보건 의료 정책 이념에 따라 보건 의료 체계를 X체계와 Y체계로 분류하고 있음. X체계는 보건 의료 서비스도 다른 상품과 마찬가지로 시장 원리에 따라 배분되어야 한다는 정책 이념에 근거한 체계, Y체계는 건강권을 기본권으로 인식하는 체계임.
- 컬리어의 분류에 의하면 X체계는 건강 보장 제도가 민간 보험과 공공 보험으로 이원화되어 공공 보험은 소외 계층에 대한 의료비 보장을 담당하는데, 미국의 Medicare와 Medicaid가 대표적임. X체계의 문제점으로는 환자 부담금이 높아 빈곤층이 의료 이용을 제대로 하지 못하고, 과잉 진료나 고가의 의료 장비의 사용 증가로 의료비가 양등하는 점을 들 수 있음. 특히 경제적 장벽으로 필수적인 의료 서비스 이용을 못하므로 건강 불평등이 발생함
- Y체계는 모든 국민에게 의료 이용과 기회의 평등이 보장되어 보건 의료 서비스에 대한 보편적 접근이 가능하므로 X체계보다 효율적으로 국민 건강을 개선하는 것으로 평가되고 있는데, 영국이나 스웨덴의 NHS(National Health Service)가 대표적이다. Y체계의 문제점으로는 의료 자원의 지리적 불균형 분포, 가격 장벽을 제거하였음에도 불구하고 사회 계층간 의료 이용 및 건강 상태의 차이가 여전히 존재하고, 의사의 생산성 저하, 대기 시간의 증가 등이 지적되고 있음

4. 진료비 지불제도

1) 공급자(의료인)에 대한 보상방법

- 공급자의 진료에 대한 보상으로 진료비를 지불하는 방법에는 여러 가지가 있는데, 크게 행위당수가제 (fee-for-service), 인두제 (capitation), 봉급제 (salary), 포괄수가제 (case payments)의 4가지 유형으로 분류됨
- 행위당수가제는 개개의 의료행위에 대해서 각각 가격이 설정되어 지불되는 방식
- 인두제는 특정 의사에게 등록된 사람별로 연강 등록자 1인당 일정액을 지급하는 방식
- 봉급제는 의료인에게 매월 고정급을 지불
- 포괄수가제(건수불제)는 특정 환자에게 필요한 모든 진료를 제공한 대가로 진료건당 미리 책정된 일정액의 진료비를 지불하는 방법임. 포괄수가제의 한 형태로서 진단군 (diagnosis related group, DRG)에 따른 수가제가 있음
- 행위당수가제는 의료의 질이 개선되고 생산성이 높아지는 장점이 있는 반면 과잉진료, 비용인상, 불필요한 진료를 유발하는 단점이 있음. 이에 비해 인두제는 진료비용을 최소화하려는 유인이 존재하고, 행정관리가 용이한 장점이 있는 반면, 고위험 환자를 거절하려는 동기가 있고, 의료서비스의 과소 공급이 문제가 되고 있음.

4. 진료비 지불제도

2) 의료기관에 대한 보상방법

- 의료기관에 대한 보상방법은 선불제 (prospective reimbursement)와 후불제 (retrospective reimbursement)로 구분됨
- 선불제는 진료비의 크기가 진료시점 이전에 미리 결정되는 방식인데, 실제 진료비 지불은 진료 이후에도 가능함. 선불제의 대표적인 유형으로는 연간 지불할 진료비 총액을 사전에 미리 계약에 의해 결정하거나 국가예산으로 확정하는 방식인 총액계약제 혹은 총액예산제 (global budget), 포괄수가제 (DRG), 입원일당 고정된 금액을 지불하는 일당제 (per diem)가 있음
- 후불제 (retrospective reimbursement)는 진료비의 크기와 지불이 모두 진료행위가 종료된 이후 결정되는 제도로써 행위당수가제가 대표적임. 우리나라는 현재 행위당수가제를 기본으로 하고, 7개 입원질환에 대해 포괄수가제를 실시하고 있으며, 요양병원에 대해서는 일당 정액제를 적용하고 있음.

5. 의료공급체계

1) 의료자원

- 한국의 의료산업은 세계적으로 보기 드물게 민간의료기관이 다수를 차지하는 특성을 지니고 있음
- 미국, 일본 등 일부 국가를 제외한 대부분의 나라에서는 공공병원이 다수를 차지하고 있는데, 이는 2차대전 후 선진국에서 복지국가체제의 발전에 따라 국가가 의료산업의 주요 부분을 떠맡았기 때문임. 영국, 프랑스의 경우 80~90%가 공공병원이며, 호주의 경우 60%, 미국과 독일은 35%, 일본은 20%의 병원이 공공병원으로 구성되어 있음.
- 반면 한국은 10%가 공공병원이고 90%가 민간병원임

표 8-4 주요국의 공공병상 비율

	한국	미국	일본	독일	프랑스	호주
공공병상	19.3	29.6	32.9	54.3	64.8	66.7
민간병상	80.7	70.4	67.1	45.7	35.2	33.3

5. 의료공급체계

2) 의료자원의 국제비교

- 의료자원의 국제비교를 통해 한국의 위치를 살펴보면 인구당 병상 수 및 급성기 병상 수는 OECD 국가의 평균에 비해 많은 것으로 나타나고, 인구당 의사 수 및 활동 의사 수는 OECD 국가의 평균에 비해 아직 상당히 부족한 것으로 보임. 인구당 활동간호사수 역시 OECD 국가의 평균보다 적은 것으로 평가되고 있음
- 인구당 CT나 MRI 대수는 OECD 평균보다 많고 또 더 빠르게 증가하고 있음. 이러한 현상은 행위당수가제 및 민간병원 중심의 의료전달체계와 밀접한 관련이 있음

6. 우리나라 보건의료체계의 성과

- 우리나라의 보건의료체계는 민간의료기관이 의료서비스 공급의 90% 이상을 담당하고, 국민 의료비의 절반 정도를 공공재원(주로 건강보험)으로 조달하고 있으며, 진료비 지불제도는 행위별 수가제를 기본으로 채택하고 있음. 따라서 보건의료체계의 유형으로는 민간의료모형에 가까운 형태라고 볼 수 있는데, 이에 따른 의료의 상업화가 문제점으로 지적되고 있음
- 1960년대 이후 급속한 경제성장에 따른 국민소득의 증가, 영양상태의 개선, 의료인력 및 의료 시설의 발전, 건강보험제도의 시행 등에 힘입어 보건의료체계의 성과는 전반적으로 저비용으로 상당히 높은 수준의 건강수준으로 달성한 것으로 평가되고 있음
- 최근의 국제적 평가에 의하면 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 소속 24개국 회원국에 대한 보건의료체계의 성과 평가에서 우리나라는 5위로 평가된 바 있음

참고문헌

- 건강보험심사평가원 홈페이지 (<http://www.hira.or.kr/intro.jsp>)
- 국민건강보험공단 홈페이지 (<http://www.nhic.or.kr/portal/site/main>)
- 김진현(2009). 전국민 건강보험 20년 평가와 발전방향. 한국사회복지정책학회 추계학술대회.
- 김태성(2007). 사회보장론. 서울: 청목출판사.
- 김해동, 정홍익(1988). 사회행정. 서울 : 한국방송통신대학.
- 남궁근(1998). 비교정책연구. 서울 : 법문사
- 남궁근(2008). 정책학: 이론과 경험적 연구. 서울: 법문사.
- 노화준(2007). 정책학원론. 서울: 박영사
- 양봉민(2007). 보건경제학. 서울: 나남.
- 정정길(2001). 정책학원론. 서울: 대명출판사

참고문헌

- Arrow, Kenneth J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," American Economic Review 53.
- Bodenheimer, T.S. and Grumbach, K. (2011). Understanding Health Policy. McGraw-Hill Co.
- Culyer, A.J., Maynard, A. and A. Williams (1981). "Alternative Systems of Health Care Provision: An Essay on motes and Beams," A New Approach to the Economics of Health Care, ed. By Mancure Olson, American Enterprise institute for Public policy Research1.
- Esping-Andersen, G. (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. Polity Press.
- Mason, D.J., Leavitt, J.K. and Chaffee, M.W.(2010). Policy and Politics in Nursing and Health Care. Saunders.
- OECD (2002). Health Care System in Eight Countries : Trends and Challenges, ed. By Anna Dixon and Elias Mossialos.
- OECD (2010). HEALTH DATA.