

연구보고서 2004-07

보건의료시장의 특성과 문제점 및 제도개선 방향
- 공급자 행태분석 및 전문가 인식조사를 중심으로 -

정 영 호
박 하 영
권 순 만
이 건 직
고 속 자

한 국 보 건 사 회 연 구 원

머 리 말

1980년대 후반부터 세계 주요 선진국에서는 효율성, 형평성, 그리고 의료의 질을 향상시키기 위해 보건의료체계를 개혁하기 위한 노력을 기울이고 있으며, 우리나라 또한 효과적이고 효율적인 의료체계를 구현하기 위한 제도를 모색하고 있다. 바람직한 보건의료체계를 구축하고 보건의료부문의 성과(효율성, 형평성)를 제고하기 위해서는 보건의료 정책에 방향성과 구체성을 부여하기 위한 노력이 필요한 시점이라 할 수 있을 것이다. 그러나, 현재 우리나라는 의료시장과 관련한 정책방향에 대해 이해집단간의 갈등이 심화되고 있고, 보건의료정책 형성에 주도적인 영향을 미치고 있는 전문가들의 견해가 공식적으로 표방되고 집단간 비교되어지고 있지 않아 의료시장에 대한 기본적인 인식과 최근의 이슈가 되고 있는 의료정책에 대한 입장, 그리고 향후 정책방향 등에 대한 정책결정의 참고자료가 미흡한 실정이다. 보건의료에 대한 기본 시각의 사회적 미합의, 집단간의 인식의 차이 등으로 각종 정책 현안마다 갈등이 노정되고 있고 이해집단간 극한투쟁으로 과도한 사회적 비용이 지출되고 있다고 할 수 있다.

현재, 우리는 개방화, 고령화 등 인구구조의 변화, 의료기술의 발달, 소득의 증가, 새로운 비전 및 가치의 등장과 같은 환경변화에 직면하고 있어 우리 실정에 맞는 보건의료서비스부문의 제도 개선 방향을 도출하여 보건의료체계의 구축을 도모하는 노력이 요구되고 있다.

본 보고서는 이러한 필요성에 따라 본원의 정영호 부연구위원의 책임하에, 박하영 가톨릭대학교수, 권순만 서울대학교수, 이견직 협성대학교수, 그리고 본원의 고속자 주임연구원이 참여하여 완성되었다. 바쁘고 어려운 여건속에서도 연구에 참여한 외부 교수들께 감사드린다. 본 연구진은 워크숍 및 검토과정에서 많은 조언과 논평을 해준 상지대의 서정석 교수, 경희대의 정기택 교수, 그리고, 원내의 조재국 선임연구위원, 이의경 선임연구위원께 감사한다. 그리고 기꺼이

설문조사에 협조를 해준 보건행정학회, 사회보장학회, 보건경제·정책학회, 병원 경영학회 관계자 및 회원들께 사의를 표한다. 또한, 병원협회관계자 및 소속 회원병원들께 감사하고 있다. 이와 함께, 자료 수집 및 정리에 많은 도움을 준 방 송통신대의 김은주양과 전화조사요원들께 고마움을 전한다.

끝으로, 본 보고서의 모든 내용은 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해 가 아님을 밝혀둔다.

본 연구진은 연구수행 초기부터 많은 조언과 귀중한 자료를 제공해 주신 故 권순원 덕성여대 교수님의 명복을 빕니다.

2004년 12월

한국보건사회연구원

원 장 박 순 일

목 차

요 약	13
I. 서론	52
1. 연구의 필요성 및 목적	52
2. 연구내용 및 방법	54
II. 보건의료시장의 특성관련 문헌고찰	56
1. 외부성	56
2. 소비자 무지	58
3. 불확실성	74
4. 정부규제와 시장경쟁	78
III. 우리나라 보건의료시장에 관한 실증분석: 병원을 중심으로	84
1. 시장정의와 병원경쟁 및 시장 특성	84
2. 병원의 시장지향성 현황 및 경영성과	116
IV. 우리나라 보건의료시장에 대한 인식조사: 전문가집단을 중심으로	146
1. 조사개요	147
2. 조사 결과 분석	150
V. 우리나라 보건의료시장 제도개선을 위한 정책방향	198
1. 주요 외국 보건의료개혁의 배경 및 동향	198
2. 보건의료시스템의 규범적 고찰	228
3. 보건의료제도 개선을 위한 정책 방향	243

VI. 결론	261
참고문헌	267
부 록	285
설문지 I	287
설문지 II	292

표 목 차

〈표 II- 1〉 자유주의자(libertarian)와 평등주의자(egalitarian)의 견해 비교	79
〈표 II- 2〉 이상적 보건의료시스템: 민간 대 공공	81
〈표 II- 3〉 실질적 보건의료시스템: 민간 대 공공	82
〈표 III- 1〉 자료 출처	92
〈표 III- 2〉 행정구역 정의	93
〈표 III- 3〉 병원별 변동반경 시장을 구성하는 행정구역수의 분포	94
〈표 III- 4〉 변수의 정의	95
〈표 III- 5〉 회귀모형	100
〈표 III- 6〉 행정구역 단위 시장 특성 변수의 서술통계치	102
〈표 III- 7〉 행정구역 단위 시장 특성 변수간 피어슨 상관계수	103
〈표 III- 8〉 변동반경 시장 특성 변수의 서술통계치	105
〈표 III- 9〉 변동반경 시장 특성 변수간 피어슨 상관계수	106
〈표 III-10〉 연구 대상 병원 특성 변수의 서술통계치	107
〈표 III-11〉 분석 대상 병원의 설립주체 분포	108
〈표 III-12〉 분석 대상 병원의 종별 분포	108
〈표 III-13〉 청구진료비 고가도의 회귀분석 결과	110
〈표 III-14〉 병상가동률의 회귀분석 결과	111
〈표 III-15〉 100 병상당 직원수의 회귀분석 결과	112
〈표 III-16〉 시장 의료이용 수준 회귀분석 결과	113
〈표 III-17〉 변동반경 시장 크기의 회귀분석 결과	114
〈표 III-18〉 종별 현황	124
〈표 III-19〉 허가병상수	125
〈표 III-20〉 설립형태	125

〈표 III-21〉 병원위치	126
〈표 III-22〉 응답자의 인구사회학적 특성	127
〈표 III-23〉 병원의 시장지향성 변수 및 기술통계분석	129
〈표 III-24〉 병원규모별 마케팅 담당자 보유도	131
〈표 III-25〉 병원의 성과변수 및 기술통계분석	132
〈표 III-26〉 시장지향성에 관한 요인분석결과	134
〈표 III-27〉 성과에 관한 요인분석결과	137
〈표 III-28〉 시장지향성요인 및 측정변수간 관계	138
〈표 III-29〉 성과요인 및 측정변수간 관계	139
〈표 III-30〉 시장지향성과 성과간 관계 (전체병원의 경우)	140
〈표 III-31〉 시장지향성과 성과간 관계 (중소병원의 경우)	141
〈표 III-32〉 시장지향성과 성과간 관계 (대형병원의 경우)	142
〈표 IV- 1〉 조사내용	149
〈표 IV- 2〉 설문기간 및 응답률	150
〈표 IV- 3〉 응답자의 일반현황	151
〈표 IV- 4〉 소속기관	152
〈표 IV- 5〉 과거 2년간 정부 및 관련위원회 참여횟수	153
〈표 IV- 6〉 전공별 분포	153
〈표 IV- 7〉 보건의료시장의 특성에 대한 견해의 기술통계량	157
〈표 IV- 8〉 보건의료 정책현안에 대한 견해의 기술통계량	164
〈표 IV- 9〉 보건의료시스템 기본 가치관의 기술 통계량	166
〈표 IV-10〉 보건의료시장 특성에 대한 전공별 동의수준	169
〈표 IV-11〉 보건의료 정책현안에 대한 전공별 동의수준	171
〈표 IV-12〉 보건의료시장 특성에 관한 엔트로피 지수	174
〈표 IV-13〉 보건의료 정책현안에 관한 엔트로피 지수	176
〈표 IV-14〉 보건의료시스템 기본 가치관에 대한 엔트로피 지수	178
〈표 IV-15〉 평등(자유) 가치관 지수의 기술통계량	180
〈표 IV-16〉 문항과 평등(자유) 가치관 지수간 상관계수	181

〈표 IV-17〉 KMO와 Bartlett의 검정결과	184
〈표 IV-18〉 요소의 고유치과 관련 통계량	185
〈표 IV-19〉 보건의료시장 특성 및 정책현안에 관한 인식의 요인분석	188
〈표 IV-20〉 의료시스템 가치관 index 및 요인점수와의 상관관계	189
〈표 IV-21〉 응답자의 사회경제적 변수 및 가치관의 회귀분석결과	190
〈표 IV-22〉 쌍대비교의 척도	191
〈표 IV-23〉 보건의료 정책현안의 우선순위	193
〈표 IV-24〉 전공별 보건의료 정책현안의 우선순위	194
〈표 IV-25〉 소속기관별 보건의료 정책현안의 우선순위	195
〈표 V- 1〉 의료비규제전략	201
〈표 V- 2〉 보건의료의 탈상품화 수준	204
〈표 V- 3〉 보건의료시장개혁의 형태	206
〈표 V- 4〉 보건의료시스템 개혁: 정책수준, 목적 및 이슈	208
〈표 V- 5〉 보건의료체계형태와 분권화	211
〈표 V- 6〉 의료제도에 대한 견해	229
〈표 V- 7〉 보건의료부문 정부 및 민간(비)영리부문의 장단점	246
〈표 V- 8〉 민간부문에 영향을 주기위한 정부개입 도구	249
〈표 V- 9〉 공공 및 민간보건의료부문의 상대적인 장단점	251
〈표 V-10〉 보건의료부문의 전략적 계약	252
〈표 V-11〉 계약의 편익 및 한계점	253

그림 목차

[그림 III-1]	분석의 개념적 틀	91
[그림 III-2]	연구모형 구조	137
[그림 III-3]	시장지향성과 성과간 관계 (전체병원의 경우)	140
[그림 III-4]	시장지향성과 성과간 관계 (중소병원의 경우)	142
[그림 III-5]	시장지향성과 성과간 관계 (대형병원의 경우)	143
[그림 IV-1]	경력별 분포	152
[그림 IV-2]	스크리 도표	186
[그림 IV-3]	보건의료정책의 상대적 중요도 평가항목	192
[그림 V-1]	관리하의 경쟁모델	216
[그림 V-2]	효율성과 형평성의 조합	231
[그림 V-3]	파레토 효율과 45도선	232
[그림 V-4]	보건의료부문에서 PPP의 개념적 구조	247
[그림 V-5]	보건의료부문에서 PPP 형성을 위한 조건	247
[그림 V-6]	위험대처단계와 사회보험 및 민간보험의 역할	255
[그림 V-7]	건강보험 및 민간보험의 역할 보완영역	257

Abstract

A study on the characteristics of health care markets and policy directions for the reform of health care systems

Since the middle of the 1980s, health care reform has been one of the top policy initiatives among most Western industrialized states. Korea also has considered to build policy directions for health care reform to promote health care outcomes: efficiency, equity, and quality of care. Around the circumstances of health care such as ageing populations, globalization, advancements in high-technology, growth of incomes, and emerging of new paradigms on health care, it has made necessary to change to new health care visions and institutions. The purpose of this study is to recommend the visions and policy directions for the reforms of health care systems based on the analysis of the characteristics of health care markets.

For this purpose, this study discusses the characteristics of health care markets and provides empirical evidences applied to the Korean hospitals. It is analyzed that the impacts of supplier behavior on competition, ownership, and characteristics of suppliers and the effects of market orientation. Also, we analyse the experts opinions, and provides some implications for reforms of health care systems to examine opinions and the extent of experts consensus about health care issues. This study is expected to provide useful information on policy directions in the health care sector and on how to balance among the diverse values of efficiency, equity, freedom, and security.

요 약

I. 서론

1. 연구의 배경 및 목적

- 세계 주요 선진국에서는 1980년대 후반부터 효율성, 형평성, 그리고 의료의 질을 향상시키기 위해 보건의료체계를 개혁하기 위한 노력을 기울이고 있음(OECD, 1994, 2003).
 - 보건의료개혁에 있어 시장기능을 중시하는 조류가 확대되고 있다고 하지만, 지금도 여전히 시장기능을 중시하는 견해와 정부 개입을 중시하는 견해는 상존하고 있음.
 - 특히 이러한 견해의 차이가 나타나는 이유는 어떤 문제를 보는 관점이나 여기에 부여하는 가치가 상이하기 때문에 협상과 타협보다는 대립과 갈등이 표출되기 쉬움.
- 우리나라 보건의료체계와 수준을 논하기 이전에 보건의료가 내포하고 있는 정치적, 경험적인 측면에서 합의된 입장이 있는지 고려해 볼 필요가 있음.
 - 즉, 사회적 갈등을 가져오는 여러 가지 보건의료 관련 문제에 대한 견해 차이를 살펴봄으로써 우리사회에서 컨센서스(consensus)를 위한 이해의 폭을 넓히고자 함.
- 효과적인 보건의료체계로 개선하고 보건의료부문의 성과(효율성, 형평성)를 도모하기 위해서 보건의료 정책에 방향성과 구체성을 부여하기 위한 노력이 필요한 시점이라 할 수 있을 것임.
 - 개방화, 고령화 등 인구구조의 변화, 의료기술의 발달, 소득의 증가, 새로

운 비전 및 가치의 등장 등에 따른 환경변화에 맞춰 보건의료서비스부문의 제도 개선 방향을 도출하여 우리의 실정에 맞는 보건의료체계의 구축을 도모하는 작업이 요구되고 있음.

- 본 연구는 이러한 필요성에 따라 보건의료부문의 바람직한 지향점을 모색하기 위하여 다음의 목적으로 수행하고자 함.
 - 우리나라 보건의료시장의 특성을 고찰하고, 경제적 분석을 통하여 의료공급자의 행태에 대한 이해도를 제고하고자 함.
 - 보건의료시장의 병원규모에 따른 시장지향성과 성과의 관련성을 분석하여 병원산업이 경쟁환경 속에 노출하는 것이 효율적인가를 살펴봄.
 - 또한, 전문가 집단의 의료시장에 대한 인식 및 견해 등을 분석하여 보건의료시장에서의 바람직한 제도 개선을 위한 방향을 제시하고자 함.
 - 마지막으로 본 서에서의 분석결과를 토대로 보건의료부문의 바람직한 제도 개선방향을 논하고자 함.

2. 연구내용 및 방법

- 본 서는 앞 절에서 논의한 연구목적을 달성하기 위해 다음과 같이 구성되어 있음.
 - II장에서는 보건의료시장의 특성과약을 위한 이론 및 실증분석 문헌을 고찰함.
 - III장에서는 보건의료시스템의 성과에 가장 큰 영향을 미치는 의료제공자를 대상으로 우리나라 보건의료시장의 특성에 관한 실증적 분석을 시행
 - 첫째, 보건의료시장의 특성 특히, 의료기관간 경쟁과 법적 소유형태가 공급체계의 효율성과 형평성에 미친 영향을 실증적으로 분석하기 위해 병원시장을 정의하고 Stepwise Selection을 통한 회귀분석을 활용함.
 - 둘째, 기업생존의 수단이자 혁신의 방향이 되고 있는 경영전략이며 철학인 시장지향성(market orientation)을 우리나라 병원산업에 적용하여 그 현황을 분석하기 위해, 병원의 시장지향성 정도가 병원의 성과

- 에 미치는 영향을 분석하기 위한 구조방정식을 활용함.
- IV장에서는 보건의료제도 개선에 있어 전문가 집단간의 가치차이(value difference)로 효과적인 정책결정을 내리지 못하고 있다는 인식하에, 전문가들 간에 보건정책결정에 있어서 목표 또는 가치를 정의하는 방식에서의 차이를 살펴보고 이러한 차이로 정책에 관해 상이한 견해를 이끌어 내고 있음을 제시하고자 함.
 - 그리고 이들이 가치를 부여하고 있는 다양한 견해들 간의 차이를 좁혀 정책의 불확실성을 감소시킬 수 있는 대안을 모색.
 - V장에서는 앞서 논의한 결과와 주요 선진국들의 의료개혁동향을 토대로 보건의료제도 개선방향을 논함.

II. 보건의료시장의 특성관련 문헌고찰

1. 외부성

- Culyer and Simpson(1980)은 보건의료부문의 외부성에 관한 경제분석의 발전 단계를 3 단계로 제시하고 있음.
 - 첫 번째 단계에서 경제학자는 외부효과가 의사 및 병원진료와 같은 일반 의료서비스에서는 미미하거나 또는 나타나지 않는다고 주장
 - 두 번째 단계에서는 정책과 관련된 외부효과를 지니고 있는 일반 의료서비스에 대한 연구가 활발하게 진행됨.
 - 세 번째 단계에서는 보건의료부문의 외부성을 다른 사람의 건강상태에 대한 우려로부터 유도된 것으로 보고 있음.
- 외부효과에 대한 이와 같은 설명은 이전에 고려되지 않던 정책적 함의를 낳음.
 - 건강상태에 영향을 미치는 정도에 따라 보건의료서비스는 외부효과를 발생하기 때문에, 보건의료 요구에 대한 이용과 관련된 상호의존성이 재정,

조직, 전달에 있어 공공의 역할을 정당화시키고 있음.

- 그리고 의료요구에 대한 접근 및 이용을 보장하기 위해 의료제공자의 분포 및 공급규제, 적절한 서비스 전달, 민간부문에서 충분히 제공하지 못하는 보건의료서비스에 대한 공공부문의 제공 등이 요구되고 있음 (Culyer and Simpson, 1980).

2. 소비자 무지

가. 정보의 비대칭성과 대리인 관계

정보의 비대칭성

- 정보의 비대칭성(informational asymmetry)이란 경제행위의 두 당사자 중에 한쪽은 객관적 사실을 알고 있거나 상대방의 행위를 관찰할 수 있는데 반해 다른 한쪽은 이에 대한 정보가 없는 경우를 말함(김영세, 1998).
- 이와 같은 시장실패를 보정하기 위해 소비자에게 관련 정보를 제공하는 수요측면의 정책을 고려할 수 있음.

대리인관계

- 주인-대리인관계는 주인(principal: 예를 들어, 환자)이 의사결정권한을 대리인(agent: 예를 들어, 의사)에게 위임한 경우 형성되는 것으로, 의사-환자간 관계에 있어서 환자(principal)는 의사(agent)에게 권한을 위임하고 의사는 보건의료서비스를 제공하게 됨.
- Grossman and Hart(1986), Hart, Shleifer, and Vishny(1997)는 잔여통제권(residual rights of control)으로 이를 논의하고 있음.
- Jeffrey Harris(1977)는 환자와 의사간의 대리인관계와 두 번째 단계에서의 의사와 병원간의 대리인관계를 병원의 이중적 계층구조로 논의하고 있음.
- 의료제공자는 자신의 이기심을 무시하고 환자선호를 위해 행동하는 완전한 대리인일 수는 없으므로, 이용량 검토(utilization review), 자격인증 사전프로그램(pre-certification programs), 진료가이드라인 등 다수의 규제안

이 제기되고 있음.

- 소비자정보와 가격 및 질
 - 보건의료시장의 독점적 경쟁(Monopolistic competition)
 - 평판에 의한 상품(Reputation Goods)
 - 정보와 가격 및 질에 대한 균형
 - 의사간 가격경쟁
 - 질 경쟁(Quality competition)과 MAR(medical arms race)
 - 사전지불 하에서 질 선택(quality choice under prospective payment)

나. 불완전 정보

- 불완전 정보(imperfect information)로 인해 다음의 문제가 발생하게 됨.
 - 첫째, 의사들은 환자들보다 더 많은 정보를 지니고 있기 때문에 의사가 개인의 이익을 위한 수요를 유도해내기 위해 환자들과의 대리인관계를 남용할 경우 공급자유인수요(supplier-induced demand: SID) 현상이 나타남.
 - 둘째, 일인당 진료비율, 의사 방문, 입원을 등에 있어서 의사가 완전대리인(perfect agent)으로 행동할 때 보다 더 큰 편차가 발생하는 소규모지역 간 변이(Small Area Variation: SAV)가 나타남.

3. 불확실성

가. 보험의 후생개선 효과

- 불확실성이 존재하는 하에서 위험회피적인 사람은 위험을 분산(risk-pooling)시킴으로써 후생을 증대시킬 수 있음.

나. 규모의 경제

- 보험풀(insurance pool) 설정 및 리스크보정 보험료(premium)를 계산하는 것과 관련된 고정비용은 규모의 경제를 낳음.

다. 위험선택

- 역선택(adverse selection: 위험성이 낮은 개인이 보험가입을 회피하고 위험성이 높은 개인만이 보험에 가입하게 되는 과정)은 보험 구매자가 보험사보다 자신의 위험수준에 관해 더 많은 정보를 가질 때 나타나게 되며, 시장은 개인의 위험도에 따른 보험계약을 할 수 없기 때문에 배분적 효율성이 감소됨.

라. 도덕적 해이(Moral Hazard)

- 소비자들은 질병 및 이로 인한 손실에 대해 불확실성(uncertainty)을 보유하기 때문에 의료보험을 수요하게 됨.
 - 그러나 질병 및 적절한 치료에 대해 정확히 판단하기 어려운 것과 같이, 소비자와 보험자 사이에 정보의 비대칭성이 존재하며 이는 결국 도덕적 해이를 초래함.

4. 정부규제와 시장경쟁

가. 의료시장에 대한 가치관

- Donabedian(1971)은 보건의료공급에 관한 이데올로기적 이슈를 자유주의자(libertarian)와 평등주의자(egalitarian)로 나누어 제시하고 있음.
 - 자유주의자(libertarian)는 보건의료에 대한 접근이 사회 보상시스템(reward system)의 일부로, 남보다 자신의 소득 및 부를 이용하여 더 많이 그리고 더 높은 수준의 보건의료를 제공받을 수 있어야 하는 것으로 보고 있음.
 - 이에 반해 평등주의자(egalitarian)는 보건의료의 접근은 모든 시민들의 권리로, 소득 및 부에 영향을 받아서는 안 된다고 보고 있음.

나. 의료시장에서의 민간 대 공공

- 앞서 언급한 자유주의자의 견해와 평등주의자의 견해는 민간(private)위주의 시스템과 공공(public)위주의 시스템에서 다음과 같이 제시될 수 있음.

- 민간시스템(private system)은 보건의료에 대한 접근이 지불의사(willingness-to-pay) 및 지불능력(ability-to-pay)에 의해 결정되며, 생산자는 경쟁시장에서의 균형가격에 의해 수익적 동기를 가지고 소비자의 수요에 대해 행동하게 됨.
- 반면, 공공시스템(public system)은 보건의료에 대한 접근이 요구(need)에 의해 결정되며, 생산자는 사회적으로 합의된 시스템을 토대로 한 양적 배분에 의해 인도주의적(humanitarian) 동기로 행동하게 됨.

Ⅲ. 우리나라 보건의료시장에 관한 실증분석: 병원을 중심으로

1. 시장정의와 병원경쟁 및 시장 특성

가. 연구 배경 및 필요성

- 의료시장 개방과 영리법인의 허용과 같이 관련 이해 당사자들이 참여한 시각 차이를 보이고 있는 문제를 해결하기 위해, 전통적으로 민간에 의해 운영되는 의료공급체계가 정부 주도의 행위별수가제를 근간으로 하는 재정체계에 의해 자금이 조달되는 우리 보건의료시장의 특성을 파악하고, 주요 플레이어, 특히 의료제공자의 행태를 이해할 필요가 있음.
 - 의료이용에 있어서의 소규모 지역간 변이 분석을 통해 공급체계 요인이 의료이용 수준에 미치는 영향을 분석한 연구들이 일부 있으나, 시장 경쟁이나 설립주체 요인을 분석한 연구가 미흡함.

나. 연구 목적 및 범위

- 본 연구의 1차 목적은 우리나라 의료시장 내 병원의 경쟁수준 측정을 위한 도구를 개발하는데 있음.
- 2차적으로는 우리나라 병원 시장의 구조 및 경쟁 특성을 조사하고, 이들 특

성이 의료체계의 효율성에 미치는 영향을 분석하고자 함.

다. 문헌고찰

□ 시장의 정의와 경쟁의 측정

- 시장을 정의하는 방법은 크게 아래와 같은 3가지로 나누어 경쟁을 측정할 수 있음.
 - 행정구역에 의한 정의
 - 고정반경(fixed radius)에 의한 정의
 - 변동반경(variable radius)에 의한 정의

□ 경쟁의 영향

- 공급자와 소비자간 정보의 비대칭성에 의해 소비자 무지가 큰 보건의료의 특성상 소비자의 합리적 선택이 어렵기 때문에 의료공급자간 경쟁이 제대로 작동하기 어렵다는 견해가 오랫동안 존재해 왔음.
 - 병원들이 주로 고가의료장비와 첨단치료기법을 도입하는 방법으로 비용 절감보다는 의료의 질을 높이는 경쟁을 함으로써 과도한 시설과 장비 투자가 야기되어 병원 간 경쟁이 오히려 사회적 비용을 증가시키는 비효율을 야기함(Joskow, 1980; Luft et al., 1986; Noether, 1988; Robinson and Luft, 1985).
 - 병원 간 경쟁의 증가는 병원들에게 의료비용 감소의 강한 압력을 주게 되면서 이제 병원들이 비용과 가격을 인하하기 위해 치열하게 경쟁하게 되어 병원 간 경쟁의 강화가 비용 감소와 사회적 효율의 증대로 귀결되고 있음(Dranove, Shanley and Simon, 1992; Dranove, Shanley and White, 1993; Feldman, Chan, et al., 1990; Melnick and Zwanziger, et al., 1992; Zwanziger and Melnick, 1988).
- 우리나라 병원들은 외국의 경우와는 달리 순수한 비영리 병원이 소수이므로 경쟁의 양상이 일반적인 산업과 비슷할 수도 있지만, 반면 진료비 지불제도가 병원들로 하여금 비용을 절감하고 효율성을 높일 경제적 유

인을 크게 주지 못하므로 병원 간 경쟁이 사회적 효율을 높이지 못할 가능성도 있음.

라. 연구방법

분석모형

- 의료이용 행태는 시장 단위에서 측정된 이용 행태와 병원 단위에서 측정된 이용 행태의 2가지로 구분되어 연구되었음.
 - 병원의 행태로 의료이용 행태와 함께 병원운영 특성인 병상 가동률이 분석에 포함됨.
 - 시장 단위에서 측정된 의료이용 행태는 시장 특성의 영향을 받으며, 병원 행태는 시장 특성과 함께 병원 특성의 영향을 받음.

자료

- 2002년 환자조사 기관 자료
- 2002년 환자조사 퇴원환자 자료
- 건강보험 요양기관 현황자료 (2002년)
- 건강보험 청구자료 (2002년 1월 발생, EDI 청구 분)
- 통계청 인구자료 (2002년)
- 지방자치단체 통계 자료 (2002년)

방법

- 시장의 정의
 - 행정구역에 의한 정의와 변동반경에 의한 정의
- 변수의 정의
 - 대부분의 규모 변수들은 시장의 인구 크기로 보정됨.
 - 경쟁은 HHI(Herfindahl-Hirschman Index)에 의해 측정됨.
 - 건강수준은 전체의 5세 단위로 구분된 연령대별 사망자 수를 이용하여 측정된 표준사망률을 이용하여 인구 연령의 영향이 반영된 기대

사망자 수 대비 실제 사망자수로 측정함.

－ 분석방법

- 시장 구조 및 경쟁 특성: 서술통계치와 변수 간 상관계수 결과를 이용
- 의료체계 효율성: 회귀분석법 이용

마. 연구결과

□ 시장구조 및 경쟁특성

－ 행정구역 단위시장

- 각 시장별 자체충족률의 평균이 41.82%, 최대값이 89.89%로 시·군·구 단위로 시장을 정의할 경우 60%에 가까운 수요를 충족시킨 의료제공자가 경쟁 측정에 반영되지 못함.
- 입원 수요의 60% 가까이가 우리나라에서는 거주지 행정구역 밖에 소재한 의료기관에서 충족되고 있으므로 경쟁 등의 분석을 위해 시장을 시·군·구 단위 행정구역으로 정의하는 것은 적절치 않은 것으로 결론 지을 수 있음.

－ 변동반경 시장

- 경쟁 측정 지표인 HHI의 평균값이 549개 병원 분석에서 762.23, 816개 병원 분석에서 607.18로 행정구역 단위 시장에서의 값보다 적었음.
- 이는 시장 크기가 확대됨으로 해서 경쟁이 강화되었기 때문인 것으로 해석해 볼 수 있음.
- 549개 병원 시장 특성 변수들 간의 피어슨 상관계수를 살펴보면, 자체충족률과 HHI가 양의 상관관계를 보였고, 시장의 인구 당 병상수와도 양의 상관관계를 보였음.

□ 병원 특성

－ 연구 대상 병원 816개와 변동반경 시장 크기가 4개 이하인 549개 병원의 특성변수 서술통계치는 다음과 같음.

- 청구진료비 고가도 자료를 가지고 있는 168개 병원의 고가도 평균값

은 0.9458이었고 최대값은 1.455이었으며, 시장의 크기를 제한한 549개 병원 분석에서의 93개 병원 고가도 평균은 0.9054이었음.

□ 병원 행태와 의료체계 효율성

－ 변동반경 시장

- 청구진료비 고가도: 허핀달 지수가 청구진료비 고가도와 $\alpha=0.05$ 수준에서 유의한 양의 연관성을 가지고 있어, 병원 간 경쟁이 낮아질수록 진료비 수준이 높아짐을 알 수 있었음.
- 병상가동률: 경쟁을 제외한 의료공급체계 변수를 제외한 선형모형 분석에서 법인($\alpha=0.05$)이나 개인병원($\alpha=0.01$)들이 국·공립·특수법인 병원들보다 병상가동률이 높은 것으로 분석되었으며, 이들 설립주체 구분이 시장경쟁과 유의한 상호작용을 하고 있는 것으로 분석되었음.
- 100병상당 직원수: 의료법인이나 개인병원들이 타 설립주체 병원들에 비해 $\alpha=0.01$ 수준에서 유의하게 낮은 100병상당 직원수를 가지고 있었으며, 시장의 인구 1인당 병상수, 급여환자 구성비도 100병상당 직원수와 $\alpha=0.01$ 수준에서 유의한 음의 연관성을 가지고 있었음. 시장의 입원수요 자체 충족률이 큰 지역에 위치한 병원일수록 높은 100병상당 직원수를 가지고 있었음($\alpha=0.01$).

－ 행정구역 단위 시장

- 인구 1인당 병상수, 지역의 전문의 비율과 급여환자 구성비가 $\alpha=0.01$ 수준에서 의료이용 수준과 유의한 양의 연관성을 가지고 있었으며, 인구밀도는 $\alpha=0.05$ 수준에서 유의한 양의 연관성을 가지고 있었음.
- 병상의 공급이 의료이용을 높이는 것으로 나타나, 시장의 의료공급체계 변수가 의료이용 수준 변수와 기대되는 방향으로의 연관성을 가지고 있었으나, 경쟁 변수와의 연관성은 찾아볼 수 없었음.

－ 변동반경 시장 크기

- 의료인력 투입 강도가 높은 병원일수록 포괄하는 시장의 크기가 큰 것으로 나타남.

- 반면 병원의 지역환자 구성비는 $\alpha=0.01$ 수준에서 유의한 음의 연관성을 가지고 있었음
- 설립주체가 국·공립·특수법인인 병원들도 다른 병원들에 비해 $\alpha=0.01$ 수준에서 시장크기가 유의하게 적었음.

바. 소결 및 고찰

- 연구 결과 경쟁이 진료비를 낮추는 효과는 가지고 있었으나, 병상 운영 효율성에는 부정적인 효과를 가지고 있었음.
 - 그 밖에 100병상당 직원수, 행정구역 단위 시장 분석에서의 의료이용 수준에는 병원 간 경쟁이 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타남.
 - 이는 우리나라 병원 시장에 있어서 병원 간 경쟁이 실제로 병원의 행태와 의료체계에 중요한 영향을 미치지 않은 결과일 수도 있지만, 시장의 정의와 경쟁의 측정에 있어서의 어려움이 반영된 결과이기도 함.
- 우리나라 병원시장에서 경쟁의 측정과 관련하여 또 다른 중요한 요소는 병원과 의원의 관계임.
 - 실제로 의원들이 병상을 보유하고 있는 우리나라의 현실에서 의료공급자 간 경쟁이 병원과 의원 간 분리되어 있는지 혹은 의원과 병원 간 상호 경계를 넘어 경쟁이 발생하고 있는지 분명하게 밝히기 어려움.
- 향후 경쟁 변수의 내생성을 고려한 실증 분석이 필요하리라 생각됨.
 - 향후 병원 시장에서 경쟁의 정도를 결정하는 회귀식을 일차적으로 추정 한 후, 추정된 경쟁 변수 도구변수(instrumental variable)로 이용해 두 번째 회귀식을 추정하는 좀 더 정교한 계량경제적 분석 방법이 필요하리라 예상됨.

2. 병원의 시장지향성 현황 및 경영성과

- 본 절에서는 기업에서 이미 기업생존의 수단이자 혁신의 방향이 되고 있는

경영전략이며 철학인 시장지향성(market orientation)에 대해 우리나라 병원산업에 적용하여 그 현황을 분석해 보고자 함.

- 시장지향성은 환자를 포함해 가치사슬상에 존재하는 다양한 시장주체와의 관계를 더욱 돈독하게 하기 위해 관련된 정보를 창출하고 전파하고 이에 반응함을 조직 전반적 문제로 확대한 개념으로 이해할 때 이는 곧 경영효율화의 주요 척도가 됨.

본 장에서의 주요 연구 목적 및 내용은 다음과 같음.

- 우선 병원급 이상의 의료기관을 대상으로 시장지향성 현황을 살펴보고 성과와의 관련성을 분석하고자 함.
- 특히, 중소병원과 대형병원으로 분류하여 규모에 따른 경영 전략적 활동 간에도 규모에 따른 차이가 있는지를 분석하고자 함.

가. 이론적 배경

시장지향성의 개념 및 중요성

- 기존의 마케팅 지향적 패러다임인 마케팅 개념과 비교하였을 때 시장지향성은 철학적인 마케팅 개념의 구체적 실행으로 다음과 같은 보다 광범위한 시장관리 지향적 특성을 내포하고 있음.
- 시장지향성은 기업이 경영활동에 필요한 소비자나 경쟁 기업에 관한 정보를 조사하여 입수하고, 이를 기업 내의 필요한 각 부서에 효과적으로 전달해서, 각 부서가 전달된 정보를 바탕으로 구체적으로 대응행동을 취할 수 있도록 해주는 경영체계를 의미함.

시장지향성을 측정하기 위해 Narver and Slater(1990), Jaworski and Kohli(1993), Slater and Narver(1995) 등이 측정지표를 개발하고 있음.

- 특히, 시장정보의 창출, 확산 및 반응 등 3가지 요인으로 구성된 시장지향성에 초점을 맞추어 Kohli et al.(1993)에 의해 개발된 MARKOR(a measure of MARKet ORientation)를 우리나라 병원산업의 환경과 실정을

고려하여 수정 보완한 변수를 통해 병원산업 시장지향성을 연구함.

□ 병원산업에서의 시장지향성

- 병원산업에서 시장지향성과 성과와의 관계를 분석한 연구로는 Raju et al.(1995), Bhuian and Abdul-Gader(1997), Raju et al.(2000), White et al.(2001), Tsai(2003) 등이 있음.
- 앞서의 연구에서 병원성과는 전통적으로 활용되고 있는 수익률, 순이익 및 운영에 따른 현금흐름 등 계량적이고 객관적인 재무지표 외에 경쟁 병원과 비교된 결과를 반영하도록 하는 주관적이고 판단적인 요인을 첨가하여 측정하였음.

나. 자료 및 연구방법

□ 자료 및 응답 병원의 특성

- 2004년 7월 현재 대한병원협회에 등록된 1,048개 회원병원을 모집단으로 하여 2004년 7월 15일부터 8월 15일까지 한 달간 우편에 의한 자기 기입식 설문조사를 실시하였음.
- 응답한 병원의 특성을 살펴보면 다음과 같음.
 - 종별분류로는 3차 의료기관이 13개소로 응답병원의 5.7%를 차지하였으며 종합병원과 병원이 각각 64개소, 153개소로 27.8%, 66.5%를 나타냄.

다. 분석 및 결과

〈기술분석〉

□ 병원 시장지향성 관련

- 서비스의 질을 평가하기 위하여 일년에 최소 한번 이상 설문조사를 실시하는 경우(t값=3.90), 규정에 따라 고객 만족에 대한 자료를 병원의 모든 계층에게 유포하고 있는 정도(t값=3.47) 및 환자가 필요로 하는 병원 서비스를 파악하기 위하여 최소한 일년에 한번 이상 환자와의 만남을 갖고

- 있는 정도(t 값=3.18) 등은 유의수준 1% 수준에서 중소병원에 비해 대형 병원이 압도적으로 우월한 활동을 하고 있는 것으로 분석되었음.
- 환자 선택에 영향을 주는 사람과 대화 및 설문조사를 실시하고 있는 정도(t 값=2.50), 환자가 필요로 하는 병원 서비스 변화에 대해 적극적인 대응하는 것(t 값=2.11)도 대형병원이 보다 우수한 것으로 나타남.
 - 병원의 홍보/기획/마케팅 전문가가 다른 부서와 함께 환자의 미래 욕구에 대해 토론하는 시간을 갖고 있으며(t 값=1.91) 환자에 영향을 미치는 환경(정부규제 등)변화로 인한 영향을 주기적으로 검토하고 있는 것(t 값=1.74) 또한 대형병원이 적극적인 것으로 나타남.
 - 이에 반해 중소병원이 대형병원에 비해 상대적으로 적극적으로 펼치고 있는 시장지향적 활동으로는 시장 경향 및 발전에 대한 토론을 위해 부서 간 모임을 최소 분기당 한번이상 갖고 있는 것(t 값=2.11)으로 분석되었음.
 - 일반적으로 대형병원일 수록 마케팅 담당자와 전담부서를 설치하고 있음.

병원성과 관련

- 병원성과에 있어 대형병원이 중소병원에 비해 통계적으로 유의미하게 탁월한 성과를 나타낸 항목으로는 지난 3년간의 수익 증가율(t 값=2.33, $p<0.01$)이며 장비 구입 또는 시설 투자비(t 값=1.91, $p<0.10$)와 투자수익률(t 값=1.86, $p<0.10$)이 상대적으로 우수한 성과를 나타낸 것으로 분석되었음.
- 이에 반해 중소병원이 대형병원에 비해 보다 우수한 성과를 나타낸 항목은 하나도 없었을 뿐 아니라 오히려 의료사고율 또는 의료분쟁률(t 값=1.77, $p<0.10$)이 대형병원에 비해 높은 것으로 나타남.

〈구조방정식 분석〉

- 병원의 시장지향성 정도가 병원의 성과에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 공변량구조분석을 실시하였음.
- 시장지향성 및 성과에 관한 요인분석

- 탐색적 요인분석(exploratory factor analysis: EFC)을 실시함.
- 확정적 요인분석은 측정변수가 잠재변수를 얼마나 잘 측정하고 있는지를 나타내는 집중타당성을 평가하기 위해 활용하였으며 요인내 측정변수들이 단일 요인에 의해 영향을 받고 있음에 대한 내적 일치도(신뢰성)를 평가하기 위하여 Cronbach 알파 계수를 산출하였음.
- 연구 모형의 구조: 4가지 시장요인이 병원 시장지향성에 의해 영향을 받으며 이는 3가지 성과요인에 영향을 미치는 병원성과와 인과관계를 형성하는 것으로 나타남.

□ 시장지향성과 성과간의 관계

- 계수는 표준화된 계수를 사용하였으며 각 요인별 1개의 측정변수는 공변량구조식의 해를 구하기 위하여, 즉, 추정을 위하여 그 계수를 1로 고정하였음.
- 병원 시장지향성에 의해 영향을 받는 시장요인으로, 첫 번째 요인은 ‘시장정보 창출 및 확산’, 두 번째 요인은 ‘시장에 대한 소극적 대응성’, 세 번째 요인은 ‘시장(고객)에 대한 적극적 대응성’, 네 번째 요인은 ‘외부환경에 대한 적극적 대응성’으로 명하였음.
- 병원성과를 결정하는 주요 요인을 크게 ‘재무성과’, ‘시장 및 제품 개발력’, 그리고 ‘진료 성과’로 명명하였음.
- 병원의 시장지향성은 성과에 강한 긍정적인 영향(0.825)을 미치고 있으며 병원의 시장지향성이 성과의 68.0%를 설명하고 있는 것으로 분석되었음.
 - 한편 상대적으로 시장지향성이 크게 영향을 미치는 요인으로는 시장에 대한 소극적 대응성으로서 전체 변이의 70.0%가 시장지향성에 의해 설명되고 있는데 시장지향성과 시장에 대한 소극적 대응성과는 역의 관계를 갖고 있음을 볼 수 있음.
 - 다음으로 시장지향성은 시장의 정보 창출 및 확산 변이의 59.6%를, 외부환경에 대한 적극적 대응성의 46.6%를 설명하는 것으로 나타났음.
 - 또한 성과는 시장 및 제품 개발력 전체 변이의 86.3%로 크게 설명하고

있는 것으로 분석되었음.

- 중소병원의 경우는 전체 병원의 경우보다 병원의 시장지향성이 성과에 더욱 강한 긍정적인 영향(0.860)을 미치고 있으며 병원의 시장지향성이 성과의 73.9%를 설명하고 있는 것으로 분석되었음.
- 대병병원 역시 병원의 시장지향성이 성과에 강한 긍정적인 영향(0.747)을 미치고 있으나 중소병원이나 전체병원의 경우에 비해 상대적으로 성과에 대한 병원의 시장지향성 설명력이 낮음(55.9%)을 볼 수 있음.

라. 소결

- 병원의 시장지향성은 성과와 강한 긍정적 관계를 갖고 있으며 성과를 설명함에 있어 시장지향성이 갖는 비중(68.0%)은 매우 큼.
 - 다시 말하면, 병원의 시장지향성은 병원성과의 2/3 이상을 설명하고 있어 어떻게 병원이 시장지향성을 제고할 것인지는 병원경영 효율화에 주요 전략이 될 수 있음.
- 시장지향성을 도모하고자 하는 병원 조직의 입장이 병원 규모별로 서로 뒤바뀌어 있음.
 - 중소병원의 경우 현실적으로는 시장지향적이지 않으나 성과에 있어 시장지향성이 설명하는 부분이 큼(73.9%).
 - 중소병원의 경영압박은 허술한 의료전달체계로 인해서도 기인하겠지만 경영성과를 설명하는 시장지향성의 크기를 고려해 볼 때 시장지향적이지 못함이 경영압박에 일정수준 이상의 영향을 미치고 있다고 판단됨.
 - 대형병원의 경우 현실적으로는 시장지향적이거나 성과를 설명함에 있어 시장지향성이 차지하는 비중은 중소병원에 비해 상대적으로 크지 않음을 볼 수 있음(55.9%).
- 우리나라 의료개혁의 한 방향은 병원산업을 보다 시장지향적으로 유인할 필요가 높을 것임.

- 이는 경영역량이 보다 열악한 중소병원에 대한 정부의 지원강화 방안과 함께 중소병원 스스로의 자구노력 마련차원에서 보다 적극적으로 논의되어야 함.

IV. 우리나라 보건의료시장에 대한 인식조사: 전문가집단을 중심으로

- 보건의료를 크게 상품(commodity)으로 보는 견해와 공공의 과제(public work)로 보는 견해로 나눌 수 있으며, 이러한 두 견해에 의해 보건의료제도 개혁을 위한 방향을 논의함에 있어 상이한 결론(또는 정책)을 도출할 수 있음.
 - 보건의료제도 개선에 있어 전문가 집단간의 가치차이(value difference)와 인식차이(perception difference)로 인해 효과적인 정책결정을 내리지 못하고 있다는 판단 하에, 전문가들간에 보건정책결정에 있어서 목표 또는 가치를 정의하는 방식에서의 차이를 살펴보고 이러한 차이로 정책에 관해 상이한 견해를 이끌어 내고 있음을 제시하고자 함.
 - 그리고 이들이 가치를 부여하고 있는 다양한 견해들의 의견을 좁혀나갈 수 있는 대안을 모색하여 보건의료제도의 개선방향을 논의하고자 함.

1. 조사개요

가. 기존문헌

- Fuchs(1996)는 경제학자들 뿐 아니라 모든 시민 전체의 가치차이(value differences)로 인해 효과적인 정책 결정에 주요 장애가 되고 있다고 생각하여, 설문조사를 통하여 이와 관련된 견해를 구하고 있음.
- Feldman and Morrissey(1990)는 보건경제학자를 대상으로 유인수요, 비용전가, 의료보험으로 인한 의료서비스의 과소비, 완전경쟁모델의 보건의료에 적용 가능 여부, 캐나다와 미국의 보건의료시스템 성과 비교 등에 관한 항목을 중심으로 설문조사를 통해 인식의 차이를 분석하고 있음.

나. 조사내용

- 우리나라 보건의료부문의 전문가 집단을 대상으로 하여 다음과 같은 내용으로 구성되어 있음.
- 이상적 보건의료시스템을 도출하기 위한 기본 가치관, 보건의료시장에 관한 기본적 견해, 주요 현안문제에 관한 견해로 분류되어 있음.

다. 조사대상 및 기간

- 한국보건행정학회, 한국사회보장학회, 한국보건경제·정책학회, 한국병원경영학회 회원 852명을 대상으로 2004년 10월 20일부터 12월 15일까지 실시한 결과, 응답률 65.5%를 달성하였음.

2. 조사 결과 분석

가. 응답자의 일반사항

- 조사응답자의 주요 일반현황을 살펴보면 다음과 같음.
- 응답자의 최종출신학교지역은 우리나라가 79.9%로 가장 많았고, 소속기관은 대학 및 연구기관에 소속되어 있는 응답자는 전체의 63.3%로 가장 높았음.
 - 전공별로 응답자의 분포를 살펴보면, 경제·경영이 23.7%, 행정·정책이 26.0%, 사회·사회복지가 13.8%, 그리고 의약이 26.7%로 구성되어 있음.

나. 기술통계 분석결과

- 보건의료시장의 특성에 관한 전문가들의 견해를 묻는 항목에 대한 조사결과는 다음과 같음.
- 보건의료부분에 시장경쟁모델을 적용해야 한다는 것에 응답자 대다수(86.4%)가 동의하는 것으로 나타남.
 - 정부규제에 대한 사회적 비용이 편익보다 높음(동의 55.4%)에도 불구하고

고 우리나라 보건의료시장은 규제수준이 높아서(동의 69.2%), 규제에 대한 비용효과의 측면에서 우리나라 보건의료제도에 다소 문제점을 지니고 있음을 제시하고 있음.

- 의료시스템(예: 영국)이 민간위주의 의료시스템(예: 미국)보다 우수하다는 질문에 대해서 동의하지 않는다는 견해(전혀 동의하지 않음 11.1%, 동의하지 않음 43.4%)가 다수를 차지함.
- ‘공급자 유인수요’에 대해 우리나라 보건의료 전문가들은 거의 80%에 이르는 사람들이 공급자 유인수요가 나타나고 있다고 봄.
- 의료이용자의 도덕적 해이에 관한 견해에 대해 동의한다는 의견이 54.5%로 나타남.

□ 보건의료 정책현안에 관해 전문가 집단의 견해를 구하는 문항들의 기술통계량은 다음과 같음.

- 의료시장을 개방함에 따라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화(동의함이 58.1%, 전적으로 동의함이 13.4%)시키며 의료소비자들은 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있다(동의함이 55.0%, 전적으로 동의함이 13.1%)고 여기는 것으로 나타남.
- 대체민간보험 도입에 대해서 전적으로 동의함이 15.9%, 동의함이 41.6%이며, 요양기관 강제지정제를 폐지함으로써 접근성에 부정적인 영향을 주게 될 것이라는 문항에 대해 동의함이 41.2%, 전적으로 동의함이 9.3%인 것으로 나타남.
- 건강보험 급여확대에 대한 문항 13의 질문에 대해 84.0%가 동의하는 것으로 나타남.
- 노인요양비용을 공공보다는 민간이 책임져야한다는 것에 대해서 86.0%가 동의하지 않는 것으로 나타났으며 의료급여 대상인구를 차상위 계층까지 포함시켜야 확대되어야 한다는 문항에 동의하는 의견이 80.6%로 나타남.
- 현재의 행위별 수가제 변경에 관해서 동의함이 46.6%이고 전적으로 동의함은 17.2%로 나타남.

- 우리나라 의료체계에 공공기능이 확대되어야 한다는 견해에 대해서는 80.6%가 동의하며, 공공의료기관 병상 수 확대에도 70.6%가 동의하는 것으로 나타남.
 - 우리나라 보건의료정책 수행의 목표로 형평성보다는 효율성이 우선적으로 검토되어야 한다는 문항 20에 대해 동의(전적으로 동의함 포함)가 67.9%, 동의하지 않음(전혀 동의하지 않음 포함)이 29.7%, 그리고 의견없음이 12.0%인 것으로 나타남.
- 보건의료시스템에 관한 기본 가치관을 알아보기 위하여 두 가지의 대립되는 평등주의자의 견해와 자유주의자의 견해를 제시하고 5 Likert scale로 측정함.
- 대체로 평등주의자의 견해와 자유주의자의 견해가 고루 나뉘어 있으나 평등주의자의 견해 쪽으로 약간 기울어져 있음을 알 수 있음.
 - 이는 보건의료시장이 기본적으로는 사회나 정부의 역할이나 책임에 대한 견해를 인정하면서도, 우리나라의 경우에는 시장실패보다는 정부실패에 대한 우려가 반영되는 것이라 추론할 수 있을 것임.

다. 보건의료시장의 특성 및 정책현안에 관한 전공별 동의수준

- 보건의료시장의 특성을 제시하는 문항 1에서 문항 7까지의 경우를 보면 다음과 같음.
- 경제·경영을 전공한 집단에 대해서는 관찰된 분할과 50-50분할이 다르다는 가설이 $p < 0.01$ 에 의해 기각되어 상당히 의견일치 수준이 높은 것으로 나타남.
 - 행정·정책을 전공한 집단에서도 문항 3에서 $p < 0.05$ 로 의견일치 수준을 보이는 것을 제외하고는 $p < 0.01$ 에서 유사한 견해를 지니고 있는 것으로 나타났으며, 의약학을 전공한 집단에서는 문항 3과 문항 5의 경우를 제외하고는 집단내에 유사한 의견을 지니고 있는 것으로 나타남.
 - 그러나 사회·사회복지학을 전공한 집단의 경우 문항 1과 문항 2에서는 유사한 견해를 가지고 있지만 나머지 문항인 문항 3, 4, 5, 6, 7에서는

의견이 상이한 것으로 나타남.

- 보건의료 정책현안에 관해 집단간 의견일치 수준을 살펴보면 다음과 같음.
 - 경제·경영을 전공한 집단의 경우 13개 문항 중 10개 문항이 $p < 0.01$ 수준에서 그리고 1개 문항은 $p < 0.05$ 수준에서 유의한 것으로 나타나 의견일치 수준이 높았음.
 - 행정·정책을 전공한 집단에서는 2개 문항을 제외하고 $p < 0.01$ 수준에서 유의한 것으로 나타났으며, 사회·사회복지를 전공한 집단의 경우 3개 문항을 제외하고 유의한 것으로 나타났으나, 의학의 경우 5개 문항에서 의견일치 수준이 상대적으로 낮게 나타남.
 - 의료저축계정의 도입 필요성에 관한 문항 15에 대해서는 전체적으로 그리고 전공별로도 의견이 모여지지 않는 것으로 나타남.

라. 보건의료시장의 특성 및 정책현안에 관한 엔트로피 지수 분석

- 보건의료시장 특성에 관한 상대 엔트로피 분석 결과, 다음과 같음.
 - 보건의료부문의 시장경쟁모델 적용(문항1), 공급자 유인수요(문항2), 우리나라 보건의료시장의 높은 규제수준(문항4)의 항목에서 엔트로피 지수가 0.79 이하로 합의수준이 비교적 높은 것으로 나타남.
 - 그러나 정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템의 우수성(문항3), 정부규제의 비용과 편익(문항5), 건강보험으로 인한 소비자의 의료서비스 과소비(문항6), 의료기술발전의 국민의료비 증가요인(문항 7)에 대해서는 의견 일치수준이 상대적으로 낮은 것으로 나타남.
- 전문가 집단내에 보건의료 정책현안에 관한 의견 일치수준을 살펴보면, 다음과 같음.
 - 의료기관의 영리법인 허용의 비용과 편익(문항10), 대체민간보험도입(문항 11), 요양기관강제지정폐지(문항12), 의료저축계정도입(문항15), 보건의료정책 수행의 목표(문항20) 등에서는 엔트로피지수가 0.80이상으로 나타나 의견 일치가 이루어지지 않고 있으므로 많은 논의가 요구되고 있음을 알 수 있음.

- 그러나 의료시장개방을 통한 보건의료서비스 경쟁력 강화(문항8), 의료시장개방으로 의료의 질 향상(문항9), 건강보험급여 확대(문항13), 행위별 수가제 변경(문항14), 노인요양비용의 공공 또는 민간 책임(문항16), 의료급여확대(문항17), 의료체계의 공공기능 확대(문항18), 그리고 공공의료기관 병상수 확대(문항19)에서 상당부분 의견이 일치되고 있는 것으로 나타남.

□ 의료시장의 특성 및 현안문제를 보는데 영향을 주게 되는 가치관에 대한 조사결과는 다음과 같음.

- 형평성을 강조하는 가치관을 기준으로 하여 엔트로피 지수를 살펴보면, 0.91에서 0.99로 높게 나타나 상이한 견해를 지니고 있음을 제시함.

마. 보건의료시스템의 기본가치관과 정책결정의 상관관계 분석

□ 보건의료시스템에 대한 기본가치관이 정책에 내재된 역할에 관한 견해를 얻기 위해, 그리고 이러한 기본가치관이 보건의료정책결정에 부여하는 가치 차이를 살펴보기 위해 가치관 지수를 개발하였음.

□ 보건의료체계 내에 설문응답한 각 전문가들이 지니는 기본가치관 지수와 보건의료시장 특성 및 정책현안의 응답과의 상관관계를 살펴본 결과 다음과 같음.

- 대체로 $p < 0.05$ 또는 $p < 0.01$ 에서 유의한 것으로 나타나, 보건의료시장의 특성과 정책현안에 대한 응답자들의 견해는 자신의 평등 또는 자유에 부여하는 중요도 및 가치관이 내재되어 있음을 알 수 있음.
- 우리나라 보건의료체계에 있어 평등이라는 기본가치관에 높은 점수를 부여한 전문가들은 보건의료시장의 특성에 대해 정부의 역할이 중요하게 작동되는 의료시스템이 우수하다고 여기고, 시장경쟁모델의 적용에 부정적이고, 우리나라 보건의료시장의 규제수준이 높은 것은 아니며 정부규제로 비용보다는 편익이 높다고 생각하는 것으로 추론할 수 있으며, 또한 의사들의 유인수요를 인정하지 않으며 건강보험으로 인해 소비자들이 필요이상으로 의료서비스를 소비하지는 않는다는 견해를 지닌 것으로 해석됨.

- 반면에, 우리나라 보건의료체계에 자유라는 기본가치관에 높은 점수를 부여한 전문가들은 민간위주의 의료시스템이 우수하며, 시장경쟁모델이 적용되어야하고, 규제수준이 높으며, 정부규제는 편익보다는 비용이 높다는 견해를 보이는 것으로 볼 수 있을 것이며, 그리고 의사들의 유인수요를 인정하며, 소비자들의 보험으로 인한 도덕적 해이가 발생한다는 입장을 보임.
- 특히 의료시스템에 정부역할의 중요성과 우리나라 보건의료시장의 높은 규제수준에 대해서는 상관계수가 각각 0.49, -0.49로, 가치관과 상대적으로 강한 상관관계를 지는 것으로 나타났으나, 의사들의 유인수요에 대한 상관계수는 -0.10으로 상대적으로 약한 상관관계를 지니고 있었음.
- 보건의료 정책현안에 대해 보건의료체계 내에 평등이라는 기본가치관에 높은 점수를 부여한 전문가들은 요양기관 강제지정제가 폐지된다면 접근성에 부정적인 영향을 미치고, 건강보험급여 확대, 행위별 수가제의 변경, 의료급여 대상인구의 확대, 의료체계의 공공기능 확대, 공공의료기관 병상수의 확대에 대해서는 긍정적인 견해를 지니고 있는 것으로 제시됨.
- 반면, 자유라는 기본가치관에 높은 점수를 부여한 전문가들은 의료시장 개방으로 보건의료서비스의 국제경쟁력이 강화되고 의료의 질적 수준이 향상된다는 견해에 긍정적이며 또한 의료기관의 영리법인 허용, 대체민간보험제도 도입, 의료저축계정 도입, 노인요양비용의 개인책임에 긍정적인 인식을 지니고 있는 것으로 해석할 수 있음.
- 특히, 보건의료정책의 수행목표로 형평성보다는 효율성이 우선되어야 한다는 문항에 대한 상관계수가 -0.53으로 나타나, 평등을 강조하는 가치관 지수와 상대적으로 강한 상관관계를 지니고 있었으나, 의료저축계정의 도입에 대해서는 상관계수가 -0.09로 나타나 상대적으로 약한 상관관계를 지니고 있었음.

바. 보건의료부문 전문가 견해에 대한 요인분석

요인분석결과 5가지 요인으로 나타났으며, 이를 구체적으로 살펴보면 다음

과 같음.

- 설명력이 가장 높게 나타나는 요인 I에 높은 점수를 부여하는 사람은 정부 규제보다는 시장경쟁에 따른 가격시스템이 효율적이며 보건의료자원을 효과적으로 배분한다고 여기는 것으로 볼 수 있어 효율성을 지향하는 가치관을 지닌 시장주의자로 간주할 수 있을 것이며, 반대로 요인 I에 낮은 점수를 부여하고 있는 사람은 시장경쟁에 따른 가격시스템보다는 정부의 역할을 강조할 것이므로, 요인 I을 ‘가치관요인’이라 명명함.
- 요인 II의 경우, ‘시장개방요인’이라 하고, 요인 III의 경우, ‘공공성 및 보장성요인’, 요인 IV의 경우, 의료 소비자의 ‘도덕적 해이 요인’, 마지막으로 요인 V의 경우 의료 공급자의 ‘유인수요 요인’이라 함.

응답자의 보건의료에 대한 기본 가치관이 사회경제적 변수에 영향을 받을 수 있다는 가정 하에 사회경제적 변수를 독립변수로 하고 가치관 요인의 요인점수를 종속변수로 하여 회귀분석 함.

- 분석결과, 전공별 더미변수(subject_admi, 행정·정책전공; subject_soci, 사회·사회복지전공; subject_medi, 의약전공)의 계수가 -0.35, -0.86, -0.44로 나타나, 다른 변수가 모두 일정하다면 준거집단인 경제·경영집단에 비해 가격시스템을 중시하는 가치관에 음(-)의 영향을 미친다고 할 수 있음.

사. 보건의료 정책현안의 우선순위

보건의료부분과 관련된 정책현안의 우선순위 설정을 위해 계층분석법 (Analytic Hierarchy Process: 이하 AHP)을 활용함.

- 6개의 보건의료정책현안에 관한 우선순위에서 공공의료확충이 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 우선순위가 높은 정책현안은 지불체계(행위별 수가제), 영리법인 병원도입 관련, 요양기관 강제지정관련, 민간보험 도입관련의 순으로 정책현안의 중요도를 가지는 것으로 나타남.
- 보건의료 정책현안의 우선순위를 전공별로 살펴보면, 경제·경영을 전공한 집단에서는 영리법인 병원도입과 관련된 정책이 가장 중요하게 고려

되어야 하는 것으로 나타난 반면, 나머지 전공 집단의 경우 공공의료확충에 높은 우선순위를 부여하고 있는 것으로 나타남.

- 응답자의 소속기관별로 살펴보면, 소속기관에 상관없이 공공의료 확충에 가장 높은 우선순위를 부여하는 것으로 나타남.

아. 소결

□ 보건의료관련 정책결정에 있어 가치가 중요한 역할을 한다면 이것이 지니는 함의는 가치에서의 차이를 명료히 해야 하며, 이를 해결할 수 있는 방안을 모색해야 함.

- 정책결정에 있어 가치가 매우 상이한 경우 각각의 정책에 내재되고 있는 실증적인 문제를 명료하게 제시해야 함.
- 즉, 보건의료정책을 결정함에 있어 이 정책에 내재된 실증적인 문제를 분석한다면, 정책결정에 따르는 불확실성을 줄일 수 있고, 그래서 정책결정에 나타나는 가치의 차이를 좁힐 수 있을 것임.
 - 건강보험급여 확대, 노인요양비용의 공공책임, 의료체계에 공공기능 확대 등 의료의 공공성 및 보장성에 대해서는 전문가 집단 내에서 강하게 의견이 수렴되고 있는 분야로, 이에 대해 정책적으로 보다 많은 노력을 기울여야 할 분야일 것임.
 - 한편, 영리법인허용, 대체민간보험제도 도입, 요양기관 강제지정제 폐지, 의료저축계정의 도입의 경우에 있어 각 전문가 집단 내에 의견을 달리 하고 있는 부분으로, 이것과 관련해 지속적인 실증 분석이 이루어진다면 정책에 부여하는 견해의 차이를 좁히는데 기여할 수 있을 것임.
 - 또한, 의료저축계정의 도입, 행위별수가제 변경, 영리법인병원 허용, 의료기술발전으로 인한 국민의료비 증가, 규제의 편익과 비용과 같이 ‘의견없음(no opinion/no decision)’이라고 답한 비율이 높은 문항에 대해서도 좀 더 심도있는 연구가 요구되는 부분이라 할 것임.
- 한편, 본 서에서는 요인분석을 수행하여 전문가들의 견해특성을 파악한

결과, 5가지 요인들 중 설명비율이 가장 낮은 요인을 제외하면 다른 요인들은 보건의료부문에 대한 기본가치관과 통계적으로 유의한 수준 ($p<0.05$)에서의 상관관계를 보이고 있는 것으로 나타남.

V. 우리나라 보건의료시장 제도개선을 위한 정책방향

1. 주요 외국 보건의료개혁의 배경 및 동향

가. 주요 외국 보건의료개혁 배경

국민의료비 증가

- 국민의료비 증가가 보건의료개혁을 위한 정당성을 부여하고 있지만 보건의료비 지출에 대한 적절한 수준은 명료하지 않음.
- 다만 총의료비 지출이 증가함에 따라 나타나게 되는 우려는 정부재정 지출 및 비효율성에 대한 우려로 볼 수 있음.

정부재정의 급격한 지출

- 공공부분의 재정적자 증가로 인해 보건의료개혁을 위한 필요성이 제기되고 있음.
- 의료보험시장의 ‘역선택’, ‘도덕적 해이’, ‘유인수요’ 등으로 공적의료보험 및 보건의료부문에서의 공공 규제와 더불어 민간의료보험시장에 대한 의존도를 높이고 있음.
- 다른 한편으로 보건의료시장에 경쟁원리를 도입하여 시장경쟁을 통한 관리하의 경쟁(managed competition)을 모색하고 있음.

보건의료서비스 공급에서의 비효율성

- 다양한 재정, 계약, 규제조항 그리고 이와 관련된 인센티브 구조는 각 국가마다 당면하고 있는 보건의료의 재정 및 전달체계 상에서의 문제점이 각기 상이하게 나타나고 있음.

□ 정부의 역할 변화

- 정부개입에 대한 비판이 제기되면서 보건의료부문에 개혁이라는 새로운 흐름이 모색되었음.
- 보건의료부문을 개혁하려는 견해는 크게 두 가지로 나누어는데, 하나는 수요측면접근방식(demand-side approach)이고 다른 하나는 공급측면접근방식(supply-side approach)임.
 - 수요측면접근방식은 보건의료를 다른 상품과 동일하다고 가정하면서 시장경쟁의 경쟁논리를 보건의료개혁에 적용하고 있음.
 - 반면에 공급측면접근방식은 보건의료에 내재하는 시장실패에 효과적으로 대응하기 위해서는 정부의 개입이 필요하며 이러한 개입으로 보건의료자원을 배분하고 의료비를 조정할 수 있다는 견해를 지니고 있음.

□ 접근성 문제

- 환자 및 시민들이 서비스에 접근할 능력과 제공된 서비스 질에 대한 우려가 한 요인으로 작용하게 됨.
- 1970년대 후반을 시작으로 단일지불시스템(single-payer system)은 병원폐쇄 및 병상수 감축으로 지출 증가를 감소시킨 결과로 대기목록 및 시간이 길어지면서 보건의료시스템이 환자 및 사회의 요구에 대응하지 못하고 있다는 공감대를 낳음.
- 이는 미국, 네덜란드와 같은 민간자본에 대한 의존도가 높은 시스템을 지닌 국가에서도 보험의 접근성에 대한 문제가 제기되고 있음.

나. 주요 외국 보건의료개혁 동향

〈보건의료시장개혁의 유형〉

□ 보건의료시스템개혁은 관료개혁(bureaucratic reform)과 시장개혁(market reform)을 구분하는 정책의 맥락에서 정의되고 있음.

- 관료개혁(bureaucratic reform)은 1) 새로운 보건당국(health authorities)의 신설, 분권화(decentralization)와 같은 구조적 변화, 2) 의료보험의 도입 및

개정과 같은 재정개혁, 3) 의료서비스 선택을 위한 비용-효율적인 방법의 도입과 같은 정책과정(policy process) 개선, 4) 의사결정에 있어 병원에 보다 많은 자율권을 부여하는 등의 보건의료관리(health management) 개선 등으로 분류하고 있음.

- 시장개혁(market reform)은 공공기관 내에 내부시장(internal market)을 만들거나 또는 민간부문이 관련하도록 하여 공공서비스 내에 시장을 도입하려는 것으로, 경쟁에는 의료공급자 또는 민간보험과 같은 재정기관(financing agency)이 포함될 수 있음.

Frank(1994)는 포괄적인 의료개혁을 다음 네 가지에서의 변화로 살펴보고 있음.

- 체계적(systemic), 실용적(programmatic), 조직적(organizational), 도구적(instrumental)인 수준에서의 변화를 제안함.
- 또한 포괄적인 개혁은 의료개혁에서의 재정 및 공급에서의 수준 이상의 실질적인 변화, 즉, 경제부문에서의 건강한 정책(healthy policy)형성, 사회 부문에서 건강증진을 위한 지원 및 모니터링을 통한 개혁을 제시함.

〈의료개혁동향〉

분권화

- 현재 나타나고 있는 개혁의 주된 특성은 분권화(decentralization) 및 민영화(privatization)로의 이동으로 개혁 혹은 수렴하고 있음.
- 그러나 미국의 경우 최근의 개혁방향은 민간시스템을 대신하여 사회보험을 보다 강조하는 형태로 나타나고 있음.

민영화

- 보험 및 보건의료전달체계에 있어서 민영화는 보건의료서비스를 공공으로 제공하는 일부국가에서 주요 개혁전략이 되고 있음.
- 민영화는 의료의 질, 효율성 인센티브, 조직혁신, 경쟁, 다원주의(pluralism) 증대, 의료제공자의 소득 증가 등을 위해 추진해 나가고 있음.

□ 경쟁형태의 도입

- 관리하의 경쟁(managed competition) 및 관리의료(managed care)
 - 보건의료공급자간 경쟁을 증가시키기 위한 개혁은 준시장(quasi-market)을 만드는데 중점을 두고 있음.
 - 제3의 구매자(third-party purchasers)는 공급자와 의료의 질, 양 및 가격에 대해 협상하며 이러한 제3의 구매자(third-party purchasers)에 의한 선택적인 계약은 공급자간 경쟁을 강화시키게 됨.
 - 관리하의 경쟁(managed competition) 시스템은 위험회피보다는 비용 및 질에 기반하여 보험자간에 경쟁하도록 고안되어 있으며, 대개 사전적으로 재원이 지불됨.
- 보험사(insurers)간 경쟁
 - 일부국가들은 의료시장에 효율성 및 혁신을 창출하기 위해 대안적인 보험(insurance alternatives)을 만들어 보험자간 경쟁을 유도하고 있음.
 - 단독 보험모델과 비교할 경우 운영비 및 마케팅 비용이 다소 높다는 측면을 가지고 있긴 하지만, 보험사는 보건의료공급자와 선택적 계약을 함으로써 보건의료공급자간 경쟁을 증가시킬 수 있어서 좀더 효율적으로 보건의료서비스를 제공하도록 유도할 수 있음.
 - 민간보험제도를 활용하여 경쟁을 도입하는 있는 일부 선진국에서는 전국민 대상의 사회보험과 민간보험을 통합시키고 있음.
- 구매자와 공급자간 기능분리
 - 국가보건서비스(National Health Service: NHS)를 제공하는 국가(예를 들어, 핀란드, 뉴질랜드, 러시아, 스웨덴, 영국 등)에서 보건의료에 대한 공공재정이 보건의료공급자와 제3의 구매자(third-party purchasers; 예를 들어, 지역보건당국 및 보험기관)간의 계약관계로 변화되고 있음.

□ 지불제도개선

- 구매자가 이용할 수 있는 정보량에 따라 다양한 계약방식이 사용되고 있는데, 개별병원서비스의 비용에 대한 상세한 정보가 없을 경우에 계약은

대개 총액예산제(global budgets)의 형태를 취하고 있으며 때로는 서비스 질과 수준에 관한 지표를 결합하기도 함.

- 한편, DRG에 의한 지불시스템이 행위별수가제에 비해 보험자 대 개별 병원간에 경쟁적인 계약을 체결하는 데에 용이하기 때문에 DRG시스템을 도입하는 국가가 증가하고 있음.

□ 의무가입 의료보험(Mandatory health insurance)

- 1980년대에 보편적 의료보험(universal health insurance)은 호주, 그리스, 이탈리아, 포르투갈, 스페인에서 시행되었으며, 1990년대에는 아일랜드, 이스라엘, 스위스 등으로 확대되었으며, 네덜란드, 터키, 미국에서도 논의되고 있는 사항임.

□ 서비스전달체계: 일차의료 강화

- 핀란드, 독일, 그리스, 이탈리아, 네덜란드, 스웨덴("Family Doctor Reform", 1994), 영국, 그리고 미국(managed care plans) 등 많은 국가에서 일차의료 기능을 강화시키려 하고 있음.

□ 의료공급자에 대한 소비자 선택(consumer choice of provider)

- 보건의료시장에서 의료소비자들과 이들의 대리인(agents)인 일반의와의 정보차이를 제거함으로써 일반의는 환자들의 선호체계를 효과적으로 제시함으로써 효율성을 향상시킬 수 있음.
- 환자선택권 강화로 환자권한을 향상시키며 더구나 환자가 의사를 자유롭게 선택할 수 있는 능력을 보유한 경우 의사들로 하여금 의료서비스 질을 향상시키도록 인센티브를 부여하게 되며, 이는 환자들에게 선택권을 부여함으로써 환자들을 위한 일반의간 경쟁을 증대시킴.

다. 소결

- 많은 국가에서 보건의료개혁을 위해 정부가 주도적인 역할을 하고 있는데 이는 정부지출의 급격한 증가에 따른 것이라 볼 수 있음.

- 미국, 네덜란드와 같이 민간재정수준이 높은 국가에서는 접근성에 관해 관심이 증대하고 있음.
- 정부가 의료비를 강하게 통제하고 있는 국가, 즉, 영국 및 뉴질랜드 등의 국가에서는 대기목록 및 대기시간 증가에 따른 접근성 문제, 자원배분 문제, 의사들의 자유재량권 문제 등이 제기되고 있음.

□ 의료비 증가를 제한하기 위한 개혁에 따른 경험으로부터 다음과 같이 제안할 수 있음.

- 첫째, 공공재원, 단일지불자체계(single-payer system)는 전반적으로 의료비를 쉽게 통제할 수 있지만 다수지불자체계(multiple-payer system: 사회보험과 민간보험제도의 혼합)는 의료비증가를 감소시키기는 다소 어려움. 둘째, 예산상한선은 지출을 억제하는데 성공적이었으나 예산배분방식에 문제가 나타나고 있으며 특히 효율성을 향상시키기 위한 인센티브를 제한하고 있음.
- 보건의료서비스공급에 효율성 증가는 예산압력을 완화시키는데 도움을 줄 수 있고 서비스를 향상시키기 위해 자원을 보다 잘 활용할 수 있음.
- 개혁에는 보건의료공급자, 환자들이 보건의료서비스를 보다 효율적으로 이용하고 생산성을 높이도록 인센티브를 부여하기 위하여 지불체도를 개정하는데 초점을 두고 있음.

□ OECD국가의 보건의료개혁으로부터의 경험을 다시 살펴보면 다음과 같이 요약할 수 있을 것임.

- 첫째, 병상수를 줄이고 비용을 통제하기 보다는 시스템 인프라를 개발하고 접근성을 향상시키는 것이 용이할 수 있음.
- 둘째, 모든 그룹을 위해 접근성을 증대시키지만 여전히 사회경제적 그룹 간에는 실질적인 차이가 존재하며, 이는 의료수혜를 많이 받지 못하는 인구집단을 위한 정책이 요구됨.
- 셋째, 국민의료비 지출에서의 증가가 보건의료성과향상과 긴밀히 관련되

어 있는 것은 아님.

- 넷째, 거시적인 비용통제전략이 미시적 효율성을 보장하는 것은 아님.
- 다섯째, 행정비용은 국가보건서비스를 기반으로 한 시스템과 관리하의 경쟁(managed competition), 관리의료(managed care)보다 민간 및 사회보험을 기반으로 하는 시스템에서 높게 나타날 수 있음.

2. 보건의료시스템의 규범적 고찰

가. 보건의료시스템 선택을 위한 경제적 규범

보건의료의 형평성과 효율성의 상충관계

- Okun(1975)은 사회를 right domain과 dollar domain으로 구분하고 있는데, 이들 두 분류의 주요 특성은 형평성(equality)과 효율성(efficiency)임.
- 정책입안자들은 right domain의 경우, 시민의 권리를 보장하기 위한 노력을 기울이게 되며, dollar domain에서는 규제되지 않은 시장에서 발생할 수 있는 부작용을 최소화하게 되는데, 여기에서 규제되지 않은 시장은 경제성장을 유도하지만 모든 시민들에게 혜택이 고루 돌아가는 것은 아님.
- 이와 같이 일반적으로 형평성과 효율성은 역의 상관관계가 존재하는 것으로 인식되고 있음.

효율성과 형평성의 통합

- 형평성과 효율성이 상충관계(trade-off)를 지니는 것이 아니라 positive 혹은 negative sum game이 존재할 수 있음.
- Culyer는 공리주의자와 평등주의자의 규칙을 통합한 경우를 고려하고 있는데, 이는 모든 사람들에게 최소한 보건의료 자원을 동일한 최소의 적정수준(minimally adequate share)으로 부여하는 것임.

나. 보건의료단일체계의 한계점 및 혼합보건의료체계

단일체계의 한계

- 자유시장경쟁체제는 시장경제의 필수요건 및 경제주체가 시장행위에 대한 합리적인 결정을 한다는 보장이 없으며, 완전한 정보제공이 이루어지고 있지 않다는 문제를 들고 있음.
- 정부개입의 단일체계에서는 인간의 위험을 국가가 모두 책임진다는 것은 불가능할 뿐 아니라 오히려 역효과를 가져와 비효율성이 증가하는 등의 바람직하지 못한 결과를 초래할 수 있음.

혼합보건의료체계(mixed health care system)

- 혼합체계의 유형
 - mixed motives를 가지는 단일 시스템
 - 두 개의 독립적인 시스템이 자유롭게 경쟁하도록 하는 혼합형태
 - 한 시스템을 지배적 역할을 하도록 하며, 나머지 시스템은 제한된 범위내에 최소한의 역할을 하도록 하는 방식
- 미국, 네덜란드, 뉴질랜드, 영국 보건의료제도에 내재된 철학적 접근방식
 - 미국은 최소주의자(minimalist), 네덜란드는 solidarity, 뉴질랜드와 영국에서는 의료는 지불능력이 아니라 요구를 기본으로 배분되어야 한다는 것에 철학적 기초를 두고 있음.

3. 보건의료제도 개선을 위한 정책 방향

가. Public-Private Partnership(P3)

Public-private partnership의 필요성

- 첫째, 재정압박에 직면하고 있는 정부는 효과적으로 재원을 할당해야 하는데, 다양한 연구에서 효율성이 존재한다는 것을 제시하고 있음.
- 둘째, 비영리 또는 영리의 민간 공급자는 사회서비스를 제공하는데 중요한 역할을 하고 있는데, 대개 정부는 이를 소홀히 다루고 있음.
- 셋째, 정부, 영리기관, 비영리기관은 각기 상이한 장점 및 단점을 가지고 있지만 이들이 상호보완적으로 사회서비스를 제공할 것인지에 대한 논

의가 활발히 이루어지고 있으며 기관간 협력을 위한 방안모색에 관심이 모이고 있음.

- PPP를 위한 외주(contracting out)가 어떻게 보건의료시스템을 향상시키는지
에 관해서 다음 두 측면으로 논의되고 있음.
 - 첫째, 경제적 측면으로 구매자와 공급자간의 계약관계에 의한 직접적, 계
급적 관리구조를 대체하는 것은 가격, 양, 질의 투명성을 높이고 효율성
을 확보할 수 있는 경쟁을 증가시킴.
 - 둘째, 정치적 측면으로 후생의 맥락에서 중앙에서 지방으로 서비스를 분권
화시키는 것은 서비스를 결정하고 실행하는데 참여자를 증가시킬 수 있음.
 - 그러나 협상, 관리, 구매독점에 따른 비용손실, 형평성문제로 야기되는
사회적 비용 등의 거래비용을 증가시키는 측면도 있음.

나. 계약을 통한 공공부문에 민간부문의 참여

- 정부도구로서의 계약(contracting)
 - 계약은 정부가 경쟁을 도입함으로써 의료부문의 개혁을 강화하는 전략으
로 이용될 수 있으며 형평성 및 의료의 질을 향상시키는 등의 목적을 달
성하기 위해서도 활용될 수 있음.
 - 또한 계약은 일정한 가격으로 주어진 양과 질을 제공하도록 하는 관리과
정의 일종으로도 볼 수 있음.
- 보건의료부문의 전략적 계약
 - 공공 및 민간부문에서 정보의 흐름은 환자와 보건의료공급자간에 그리고
의료공급자와 정부 관료들간에 부적절하게 보유함으로 인해 효과적으로
공공서비스 전달과정을 관리하기 어렵게 됨.
 - 정부는 계약을 통해 계획 또는 목표된 시장을 구축할 수 있음. 계약과정
을 통해 민간부문이 국가의 목표를 이행하는데 기여하도록 정부는 시장
메커니즘을 활용할 수 있음.

다. 건강보험에서 민간보험의 역할 확대

- 현재 우리나라 의료보험구조는 ‘저부담 저보장’ 구조로 보험료부담은 상대적으로 낮으나 본인부담 비중이 높아 의료보험의 한계성을 지니고 있어, 이와 같이 사회보험 단일체계로는 모든 위험에 대처하는 데는 제한점이 존재함.
 - － 이러한 저보장체계하에서는 사회보험과 민간보험을 활용하여 역할분담을 통해 보장범위를 확대시키는 것이 고려되어야 함.
 - － 따라서 사회보험은 전국민을 대상으로 시장경제체제에서 발생하는 여러 가지 문제를 보정하는 역할을 담당하며 반면에, 민간보험은 사회보험이 보장하는 범위 이외에 보장기능을 할 수 있는 역할과 기능을 발휘함으로써 상호간에 효율적인 상호보완의 역할이 이루어져야 함.
- 민간보험이 건강보험을 보완하여 국민건강에 기여할 수 있도록 하기 위해서는 건강보험의 기초통계 공개를 통해 보험회사의 건강보험시장 진입에 따른 위험을 최소화해야 할 것이며 언더라이팅 및 급여지급심사평가기법을 지원하여 민간보험이 건전하게 발전할 수 있도록 유도해야 할 것임.

라. 기술평가를 위한 인프라 확충

- 의료기술의 장점 및 단점에 대해 알려져 있더라도 어떤 방법이 비용효과적인지에 관해서 판단하는 데에는 아직 많은 장벽이 존재하고 있음.
 - － 이러한 문제를 다루기 위해 기술평가를 위한 민간센터를 설립하여 과편화되어 있는 보건의료기술평가에 대한 연구를 중앙집중적으로 접근하는 노력이 요구됨.

마. 통합된 보건의료시스템 제공

- 통합된 보건의료시스템(integrated health care system)은 일반적으로 비용효과적인 치료를 제공하는 최선의 방안을 보여주고 있음.
 - － 통합시스템에서 의사들이 비용효과적인 방법으로 의사결정하는 데 요구

되는 인센티브, 정보 및 인프라를 가지게 되며, 또한 고비용의 장비 및 인적자원의 초과수용을 회피할 수 있는 이점을 지니고 있음.

VI. 결론

- 보건의료 정책에 바람직한 방향성과 구체성을 부여하여 효과적인 보건의료 체계로의 개선을 모색하고 보건의료부문의 성과(효율성, 형평성)제고를 도모하여야 할 것임.
 - 세계 주요 선진국에서는 효율성, 형평성, 그리고 의료의 질을 향상시키기 위한 보건의료체계의 개혁에 지속적인 노력을 기울이고 있음.
 - 한편, 우리나라 보건의료체계의 성과를 평가한 결과에 따르면 191개국 중 건강수준면에서는 107위, 그리고 종합성과면에서는 58위로 나타나(WHO, 2000) 매우 취약한 상황임.
- 본 연구는 이러한 필요성에 따라 보건의료부문의 제도개선 방향을 도출하기 위한 목적하에 다음과 같은 분석을 수행하였음.
 - 문헌고찰을 통해 보건의료시장의 일반적인 특성을 논의하였음.
 - 실증분석을 통하여 우리나라 보건의료시장의 특성을 분석하기 위하여 우리나라 의료시장 내 병원의 경쟁수준을 측정하였으며, 보건의료시장의 병원규모에 따른 시장지향성과 성과의 관련성을 분석함.
 - 보건의료공급체계에서 경쟁이 제대로 작동하는지 파악하기 위한 실증 분석 결과, 병원간 경쟁이 병원의 행태에 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타났는데, 이는 병원간 경쟁이 실제로 병원의 행태와 의료 체계에 중요한 영향을 미치지 않은 결과일 수도 있지만, 시장의 정의와 경쟁의 측정에 있어서의 어려움이 반영된 결과이기도 함.
 - 보건의료시장의 병원규모에 따른 시장지향성과 성과의 관련성을 분석한 결과, 중소병원의 경우 대형병원에 비해 보다 치열한 경쟁적 환경

속에 놓여져 있고 조직전체가 시장을 지향하기에 규모가 작고 유연할 뿐 아니라 병원성과에 보다 큰 영향을 미치고 있었으므로, 따라서 우리나라 의료개혁의 한 방향은 병원산업을 보다 시장지향적으로 유인할 필요가 높다 할 것임.

- 보건의료를 보는 견해, 즉, 평등주의자(egalitarian)와 자유주의자(libertarian)의 견해에 의해 보건의료제도 개혁방향에 상이한 결론(또는 정책)을 도출하게 되므로 이에, 전문가 집단의 보건의료시장에 대한 인식 및 견해 등을 분석하였음.
 - 건강보험급여 확대, 노인요양비용의 공공책임, 의료체계에 공공기능 확대 등 의료의 공공성 및 보장성에 대해서는 전문가 집단 내에서 강하게 의견이 수렴되고 있어, 정책적으로 보다 많은 노력을 기울여야 할 분야로 나타남.
 - 전문가들의 견해특성을 파악하기 위하여 요인분석을 수행한 결과, 설명비율이 가장 높은 요인에 높은 점수를 부여하는 전문가들은 정부 규제보다는 시장경쟁에 따른 가격시스템이 바람직하다는 견해를 지닌 시장주의자 또는 자유주의자로 명명할 수 있었음.
 - 보건의료정책현안에 관한 우선순위에서는 공공의료확충과 관련한 항목이 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 지불체계(행위별 수가제) 관련, 영리법인 병원도입 관련, 요양기관 강제지정관련, 민간보험 도입 관련, 대외의료시장개방의 순으로 나타남.

□ 이상에서 논의된 결과를 토대로 본 서에서는 다음과 같이 보건의료부문의 바람직한 제도 개선방향을 논함.

- 우선, 주요 선진국의 의료개혁동향을 분권화, 민영화, 경쟁형태의 도입 등의 측면에서 살펴보았으며, 형평성과 효율성이 상충관계를 지니는 것이 아니라 통합될 수 있음을 제시하였음.
- 개혁과정에 고려할 주요요소는 다음과 같음.
 - 민간과 공공의 파트너십 강화를 통해 재정압박을 극복하고 정부, 영

리기관, 비영리기관 각각이 가지는 장점을 강화하면서 단점을 보완할 수 있는 기전을 마련함.

- 중앙단위에 지방으로 의사결정권을 이양시킴으로써 지역사회 수준에서 보건의료서비스를 계획하고 관리, 통제하는 형태로 변화시키는 것임.
 - 공공과 민간의 혼합체계 즉, 공공과 민간에서의 역할 변화를 고려해야 함.
 - 민간부문이 참여하고 공공부문과 보완 및 경쟁할 수 있는 체계를 형성함으로써 국민들의 사회적 위험관리 비용을 최소화하는 접근방식도 고려되어야 함.
- 이외에도 의료기술의 효과에 대한 불확실성을 감소시키기 위한 기술평가를 위한 센터를 설립이 요구됨.

□ 우리나라 보건의료시장의 제도개선을 위한 출발점은 자유와 평등의 가치 스펙트럼하에서 우리가 어떤 지향점을 가지고 바람직한 체계를 구상하고 있느냐에 있다고 판단됨.

- 이념이나 가치는 본 연구에서 수행한 전문가 인식조사 결과에서 나타나듯이 사회구성원들 간에 서로 다를 수 있으나, 중요한 것은 이러한 가치관의 차이를 명백히 하고 생산적인 논쟁 또는 논의를 통해 사회적 통합을 이룰 수 있는 합의를 도출하는 것이라 할 수 있음.
- 따라서, 가치의 차이를 명료하게 하고 이를 해결하는 방안을 마련하는 것이 필요함.

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

1980년대 후반부터 세계 주요 선진국에서는 효율성, 형평성, 그리고 의료의 질을 향상시키기 위해 보건의료체계를 개혁하기 위한 노력을 기울이고 있으며(OECD, 1994, 2003), 우리나라 또한 효과적이고 효율적인 의료체계를 구현하기 위한 제도를 모색하고 있다. 최근 들어 보건의료개혁에 있어 시장기능을 중시하는 조류가 확대되고 있다고 하지만(Lassey et al., 1997; Flood, 2000), 지금도 여전히 시장기능을 중시하는 견해와 정부 개입을 중시하는 견해는 상존하고 있다.주1)

특히 이러한 견해의 차이가 나타나는 이유는 어떤 문제를 보는 관점이나 여기에 부여하는 가치가 상이하기 때문에 협상과 타협보다는 대립과 갈등이 표출되기 쉽다.주2) 현재 우리나라는 의료시장과 관련한 정책방향에 대해 이해집단간의 갈등이 심화되고 있고, 보건의료정책 형성에 주도적인 영향을 미치고 있는 전문가들의 견해가 공식적으로 표방되고 집단간 비교되어지고 있지 않아 의료시장에 대한 기본적인 인식과 최근의 이슈가 되고 있는 의료정책에 대한 입장, 그리고 향후 정책방향 등에 대한 정책결정의 참고자료가 미흡한 실정이다. 보건의료에 대한 기본 시각의 사회적 미합의, 집단간의 인식의 차이 등으로 각종 정책 현안마다 갈등이 노정되고 있고 이해집단간 극한 대립과 갈등으로 과

주1) 시장기능 활성화를 통한 의료개혁방향이 제시되고 있기도 한 반면(이규식, 1998), 보건의료 부문의 시장실패로 인한 정부기능 강화를 강조하는 견해도 상존해 있음(김용익, 1998; 김창업 등, 2003)

주2) 정의(justice)의 개념을 크게 Spencer의 경쟁시장모형에 근거한 시장의 정의와 Kropotkin의 연대적 공동사회모형에 입각한 사회정의의 개념으로 보는 견해도 있으며, 전자의 경우 가격기능의 효율성과 정당성을 옹호하며 경제적, 법률적 사회체제도 개인적·형식적 자유의 보장으로 충분한 것으로 보고 있음. 반면에 후자의 경우 각 개인간의 연대와 상호협조, 도덕심 등의 자발적인 수단에 의존해야함을 강조하고 있음(문창진, 1990).

도한 사회적 비용이 지출되고 있다고 할 수 있다.

정부는 보건의료에 있어 형평성과 효율성이라는 문제를 해결하기 위해 많은 종류의 공적 규제수단들을 사용하고 있는데, 이것이 접근성, 질, 비용에 어떠한 영향을 주는지 명확하지는 않지만 각 변수들 간에 어느 정도 상충관계(trade-off)가 성립할 수 있다. 이에 우리나라 보건의료체계와 수준을 논하기 이전에 보건의료가 내포하고 있는 정치적, 경험적인 측면에서 합의된 입장이 있는지 고려해 볼 필요가 있다. 즉, 사회적 갈등을 가져오는 여러 가지 보건의료 관련 문제에 대한 견해 차이를 살펴봄으로써 우리사회에서 컨센서스(consensus)를 위한 이해의 폭을 넓히고자 하는 것이다.

이와 같이 효과적인 보건의료체계로의 개선을 모색하고 보건의료부문의 성과(효율성, 형평성)를 제고하기 위해서 보건의료 정책에 방향성과 구체성을 부여하기 위한 노력이 필요한 시점이라 할 수 있을 것이다.

바람직한 보건의료체계의 구축을 위해서는 의료시장의 특성 파악이 전제되어야 한다. 합리적이고 적정(optimal)한 정책 수립을 위해서는 완전경쟁을 이루기 위한 조건들을 충족시키지 못하고 있는 보건의료시장의 고유한 특성을 고찰하여 동 부문에 대한 이해도를 제고하여야 하여야 하는데, 이러한 보건의료시장이 가지는 특성으로 비대칭정보, 탐색비용, 불확실성, 도덕적 해이 리스크가 내재된 시장성(marketability) 등과 같은 불완전경쟁시장을 구성하고 있다고 할 수 있다. 이러한 우리나라 보건의료시장의 특성을 논의함에 있어 대부분이 주로 기술적이고 이념적인데 그친 한계가 있으며 실증적 분석이 미흡한 점이 문제시되고 있다. 이와 함께, 개방화, 고령화 등 인구구조의 변화, 의료기술의 발달, 소득의 증가, 새로운 비전 및 가치의 등장 등에 따른 환경변화에 맞춰 보건의료서비스부문의 제도 개선 방향을 도출하여 우리의 실정에 맞는 보건의료체계의 구축을 도모하는 작업이 요구되고 있다.

본 연구는 이러한 필요성에 따라 보건의료부문의 바람직한 지향점을 모색하기 위하여 다음의 목적으로 수행하고자 한다. 우선 보건의료시장의 특성을 고찰하고, 실증분석을 통하여 우리나라 보건의료시장의 공급자의 행태에 대한 이해도를 제고하고, 동 부문의 제도 및 정책을 논의한다. 그리고 보건의료시장의

병원규모에 따른 시장지향성과 성과의 관련성을 분석하여 병원산업이 경쟁환경 속에 노출되는 것이 보다 효율적인가를 살펴본다. 또한, 전문가 집단을 중심으로 보건의료부문에 대한 인식 및 바람직한 보건의료체계와 제도에 대한 견해를 분석하고자 한다. 마지막으로 본 서에서의 분석결과를 토대로 보건의료부문의 바람직한 제도 개선방향을 논하고자 한다.

2. 연구내용 및 방법

본 서는 앞 절에서 논의한 연구목적을 달성하기 위해 다음과 같이 구성되어 있다. 우선 서론인 I장에 이어 II장에서는 보건의료시장의 특성과약을 위한 이론 및 실증분석 문헌을 고찰하였다. 보건의료시장의 특수성에 대한 인식의 차이에 따라 정책적인 함의도 상이하게 나타나게 되는데, 이에 관해서 외부성, 정보의 비대칭성, 불확실성 등의 측면에서 살펴봄으로써 동 주제에 대한 기본적인 이해도를 제고하고자 하였다.

III장에서는 보건의료시스템의 성과에 가장 큰 영향을 미치는 의료제공자를 대상으로 우리나라 의료시장의 특성에 관한 실증적 분석을 수행하였다. 본 장은 크게 두 부분으로 나뉘어 있는데 첫째, 의료시장의 특성 특히, 경쟁과 소유형태 및 공급자 특성이 공급자 행태에 미치는 영향에 관해 즉, 의료기관간 경쟁과 법적 소유형태가 공급체계의 효율성과 형평성에 미친 영향을 실증적으로 분석함으로써, 현재 논의가 되고 있는 정부(공공, 규제) 대비 시장(민간, 규제완화)의 역할에 관한 정책적 함의를 도출하고자 하였다. 이를 위해 본 서에서는 병원시장을 정의하고 Stepwise Selection을 통한 회귀분석을 활용하였다. 이 때에 종속변수로는 진료비고가가 사용되었으며, 독립변수로는 병원시장경쟁수준(허핀달지수), 소유형태, 열외군비율, 급여환자비, 진료권 전문의비율, 인구밀도 등이 사용되었다. 둘째, 기업에서 이미 기업생존의 수단이자 혁신의 방향이 되고 있는 경영전략이며 철학인 시장지향성(market orientation)에 대해 우리나라 병원산업에 적용하여 그 현황을 분석하였다. 시장지향성은 경영효율화의 주요

척도로, 이의 개념을 병원산업에 적용하여 병원의 생존과 지속적 성장을 위하여 시장지향성을 살펴보았다. 이를 위해 시장지향성 변수와 성과변수가 포함된 설문조사를 통해 병원의 시장지향성 정도가 병원의 성과에 미치는 영향을 분석하기 위한 구조방정식을 활용하였다.

IV장에서는 보건의료제도 개선에 있어 전문가 집단간의 가치차이(value difference)로 인해 효과적인 정책결정을 내리지 못하고 있다는 인식하에, 전문가들 간에 보건정책결정에 있어서 목표 또는 가치를 정의하는 방식에서의 차이를 살펴보고 이러한 차이로 정책에 관해 상이한 견해를 이끌어 내고 있음을 제시하고자 하였다. 그리고 이들이 가치를 부여하고 있는 다양한 견해들 간의 차이를 좁혀 정책의 불확실성을 감소시킬 수 있는 대안을 모색하였다. 보건의료부분의 전문가 집단을 대상으로 한 설문분석을 위해 표준화된 상대적 엔트로피 지수를 비교하여 의견의 합의 수준을 보았으며, 상관관계 및 요인분석을 통해 전문가 집단내 보건의료시장의 특성과 정책현안, 그리고 여기에 내재된 가치관을 살펴보았다. 그리고 계층화 분석법을 활용하여 보건의료 정책현안의 우선순위를 검토하였다.

V장에서는 앞서 논의한 결과와 주요 선진국들의 의료개혁동향을 토대로 보건의료제도 개선방향을 제시하였다. 정부의 역할을 강조하는 입장과 시장의 역할을 강조하는 입장에서의 형평성과 효율성이라는 상충되는 규범을 조화롭게 이루어나갈 수 있는 방안을 논하였으며, 공공 및 민간중심의 단일체계가 지니는 한계점을 지적하고 공공과 민간의 혼합체계 즉, 공공과 민간에서의 역할 변화를 통한 우리나라 보건의료제도의 개선을 위한 정책방향을 도출하였다. Private-Public Partnership(P3)의 필요성과 전략적 계약을 통한 공공부문에 민간부문의 참여, 건강보험에서 민간보험의 역할확대, 그리고 보건의료정책의 효율성을 기하기 위한 보건의료기술평가를 위한 인프라 확충을 강조하였다.

마지막으로 VI장에서는 결론 및 요약부분으로, 이상에서 논의한 연구결과를 요약하고 시사점을 도출하여 제시하였다.

II. 보건의료시장의 특성관련 문헌고찰

보건의료가 다른 재화와 상이한 특성을 지니고 있다는 것에 관한 문제제기는 1950년대 이후 활발히 진행되었다(Mushkin, 1958; Arrow, 1963; Klarman, 1963; Culyer, 1971; Pauly, 1978; Pauly, 1988; Folland et al., 1996). 보건의료부문에 나타나는 보건의료의 특수성으로 다음의 특성이 강조되고 있다. 첫째, 보건의료는 외부성을 지니고 있다. 둘째, 보건의료 공급자와 환자간에 정보의 비대칭성이 존재한다. 이로 인해 보건의료공급자들이 필요이상의 의료서비스를 제공하는 공급자 유인수요가 나타나기도 한다. 셋째, 보건의료에 대한 요구(needs)와 효과에 관한 불확실성이 존재한다.

이러한 보건의료시장의 특수성에 대한 인식의 차이에 따라 정책적 함의도 상이하게 나타나게 되는데 이에 관해서 외부성, 정보의 비대칭성, 불확실성 등의 측면에서 살펴보고자 한다.

1. 외부성

Culyer and Simpson(1980)은 보건의료부문의 외부성에 관한 경제분석의 발전 단계를 3단계로 제시하고 있다. 첫 번째 단계에서 경제학자는 외부효과가 의사 및 병원진료와 같은 일반 의료서비스에서는 미미하거나 또는 나타나지 않는다고 주장한다. 정책과 관련된 외부성으로는 사람들 간에 직접적으로(예, 천연두, 매독) 또는 간접적으로(예, 결핵, 소아마비) 전염되는 질병을 예방하는 것과 관련된 물리적 건강 효과에 한정되고 있다(예, Weisbrod, 1961; Lees, 1960, 1962, 1967). 어떤 한 개인의 행동(예, 전염병 예방을 위한 예방접종, 치료)은 다른 사람들의 건강에 직접적인 편익(즉, 질병발생률 감소)을 만들어 낸다고 할 수 있다. 이러한 긍정적인(+) 외부효과를 고려하지 않을 경우 개개인의 행동은 사회

최적 수준 보다 미흡할 수 있기 때문에 초기 보건경제학자들은 경제적 효율성을 분석하는데 관심을 기울였다.

두 번째 단계에서는 정책과 관련된 외부효과를 지니고 있는 일반 의료서비스에 연구가 활발하게 진행되었다. 외부성(externality)은 자신의 효용함수에 타인의 의료 서비스에 대한 소비가 포함되는 재화 특수적인 효용 상호의존성(utility interdependency)이 발생하는 모형으로 제시되고 있다. 의료는 외부효과를 발생하는 다른 사람의 소비와 관련된 변수를 제외하면 표준적인 재화로써 효용함수에 포함되어진다. 따라서 의료 소비자는 의료의 가치를 판단할 수 있다고 가정되고 직접 변수로서 의료는 효용함수에 포함된다. 결과적으로, 이러한 구조로부터 유도되는 후생극대화 정책은 전통적인 외부성과 관련한 분석에서와 같이 의료서비스의 소비를 촉진하기 위한 가격 보조금에 있다고 보고 있다.

세 번째 단계에서는 보건의료부문의 외부성을 다른 사람의 건강상태에 대한 우려로부터 유도된 것으로 보고 있다. 즉, 타인의 보건의료 소비 그 자체가 관심의 대상이 아니라 건강상태가 관심의 대상이 된다는 것이다. 이와 같은 관점 하에서는 보건의료는 건강의 결정요인 중 하나이므로 의료서비스의 접근성을 보장하는 것이 외부성에 대한 정책 중 하나가 됨을 제시하고 있다.

외부효과에 대한 이와 같은 설명은 이전에 고려되지 않던 정책적 함의를 낳았다. 건강상태에 영향을 미치는 정도에 따라 의료서비스는 외부효과를 발생하기 때문에, 소비자들은 다른 소비자들이 단순히 의료서비스를 수요하는 것이 아닌, 필요한 보건의료서비스를 받고 있다는 것을 아는 것으로부터 편익을 얻게 된다. 이러한 인식변화로 보건의료 요구에 대한 이용과 관련된 상호의존성이 재정, 조직, 전달에 있어 공공의 역할을 정당화시키고 있다. 그리고 의료요구에 대한 접근 및 이용을 보장하기 위해 의료제공자의 분포 및 공급규제, 적정한 서비스 전달, 민간부문에서 충분히 제공하지 못하는 의료서비스에 대한 공공부문의 제공 등이 요구된다(Culyer and Simpson, 1980).

2. 소비자 무지

가. 정보의 비대칭성과 대리인 관계

1) 정보의 비대칭성

정보의 비대칭성(*informational asymmetry*)이란 경제행위의 두 당사자 중에 한 쪽은 객관적 사실을 알고 있거나 상대방의 행위를 관찰할 수 있는데 반해 다른 한쪽은 이에 대한 정보가 없는 경우를 일컫는다(김영세, 1998). 보건의료부문의 경우, 이러한 정보의 비대칭성은 의사(의료공급자)와 환자사이에, 그리고 의료보험부문에 나타나게 된다. 본 절에서는 의사와 환자를 중심으로 보건의료부문에 존재하는 정보의 비대칭성과 정보의 불완전성과 관련하여 논의하고자 한다.^{주3)}

보건의료부문의 경우 정보 비대칭성은 주로 의료제공자와 환자간에 질병진단 및 치료, 효과 등에 관한 정보에 있어 나타나게 된다. 질병과 치료효과에 대한 의료제공자와 환자간의 정보의 비대칭성은 시장실패를 일으키게 된다. 다시 말해서 만약 환자가 정보를 더 많이 가지고 있다면 환자는 의료를 구매하기가 어려울 것이며, 환자가 정보를 가지지 못한다면 구매하지 않았을 의료를 구매하게 될 것이다. 여기에서 정보를 더 많이 가지고 있다는 것은 완전한 정보를 가지고 있다는 것을 의미하는 것이 아니라 의료제공자만큼 정보를 가지게 되는 수준을 말한다. 이러한 정보의 비대칭성으로 소비자에 의해 의료의 양 및 질이 잘 감지되지 않아 의료제공자는 자신의 이득을 위해 이를 이용할 수 있는 유인을 제공해 줄 수 있다.

이와 같은 시장실패를 보정하기 위해 소비자에게 관련 정보를 제공하는 수요 측면의 정책을 고려할 수 있다. 이러한 정책은 신고전학과 방법을 옹호하는 경제학자에 의해 제안되고 있다. 이들은 정보 비대칭성이 심각하지 않으며 보건 의료는 다른 일반상품과 많이 다르지 않다고 여기고 있으며, 자원배분에 있어 시장지향적인 접근방식에 호의적이다(Pauly, 1978, 1988).

주3) 보험부문에서 발생하는 주요 이슈는 다음 절에서 논의하고자 함.

소비자 선택을 위해 정보를 제공하는 주요 국가는 미국이며, OECD 국가 중 민간의료시장 의존도가 가장 높다. 그러나 이러한 정보제공 노력은 치료를 위해 환자와 의료제공자간 선택문제에 초점을 두고 있는 것이 아니라, 치료를 받기 위해 보건의료계획(health care plan) 또는 공급자 조직의 선택에 중심을 두고 있다. 즉, 의료제공자/환자간 치료에 관한 정보의 격차를 언급하는 것이 아니라 다수 보건의료계획(multiple health care plans) 중에 의료보험시장의 선택을 나타내는 것이다.

2) 대리인관계

정보의 비대칭성에 대한 또 다른 접근방식은 대리인(agent)의 역할이다. 주인-대리인관계(Principal-Agency Relationship)는 주인(principal: 예를 들어, 환자)이 의사결정권한을 대리인(agent: 예를 들어 의사)에게 위임한 경우 형성되는 것으로, 의사-환자간 관계에 있어서 환자(principal)는 의사(agent)에게 권한을 위임하고 의사는 보건의료서비스를 제공하게 된다. 이러한 권한 위임이 나타나게 되는 동기는 주인이 상대적으로 의사결정을 위해 보다 적절한 정보를 가지고 있는 대리인에게 권한을 위임함으로써 비효율적인 측면이 가장 최적으로 개선될 수 있다는 논거에서 비롯된다.^{주4)}

보건의료부문의 경우 환자의 대리인으로서 의료제공자는 자신의 이익이 아니라 환자의 이익을 위해 행동할 것으로 기대된다는 연구가 있다(Evans, 1984; Mooney and Ryan, 1993). 즉, 여기서의 대리행위에 대한 개념은 기존문헌에서 제시하는 주인-대리인 문제와는 구별되는 것이다. 일반적인 문헌에서 제시하고 있는 주인-대리인분석에서는 주인과 대리인이 완전히 이기적이라고 가정되고, 주인이 대리인을 완벽하게 모니터링하지 못하는 정보문제이며, 주인과 대리인 간에 효율적이고 상호양립할 수 있는 인센티브를 구축하기 위한 문제를 다루고

주4) 이와 같은 대리관계 현상이 일어나는 이유를 Arrow의 분석에 의하면, 의사들은 주로 정보를 판매하는데, 이때의 정보는 일반상품에 비해 특수자산의 성격을 가짐. 소비자는 의사와의 상담을 통해, 진단결과가 무엇이며, 어떤 치료를 받아야 하는지에 관한 불확실성을 해결하게 되는데, 이러한 정보의 비용(의학교육 및 훈련을 받는데 걸리는 시간 및 비용)은 매우 높아서 환자들이 자신의 진단과 처방을 직접 결정하는 것은 매우 비효율적이기 때문임. 따라서 의사들의 의료서비스 공급은 소비자의 이러한 고정비용 및 효율성에 따른 결과로 볼 수 있을 것임.

있다고 할 수 있다(Sappington, 1991). 그러나 의료제공자-환자간의 대리(agency) 관계는 제공자가 자신의 이익만을 위해서 행동하는 것은 아니라는 측면에서 중요한 차이점을 지닌다. 이러한 대리관계는 의사의 목적함수나 또는 제약조건을 통해 여러 방법으로 의사행위에 관한 모형으로 제시되고 있다(Evans, 1976; Woodward and Warren-Boulton, 1984; Dionne and Contandriopoulos, 1985).

그러나 소비자의 정보문제를 완전히 해결하는 데는 두 가지 문제가 따른다. 첫째, 대리인으로 행동하는 1차 진료의사(primary care physician)의 능력이 다양하다. 만약 소비자가 1차 진료의사(primary care physician)의 도움으로 우수한 전문의를 선택할 수 있다면 효용이 증가하기 때문에, 1차 진료의사의 선택에 관한 정보를 가진다면 훨씬 효용을 증가시킬 수 있을 것이다. 다시 말해서, 소비자는 전문의(medical agent)를 선택하기 위한 1차 진료의사를 선택하기 위해, super agent(1차 진료의사에 관한 정보원)를 사용하게 된다. 둘째, 소비자가 선택한 1차 진료의사가 우수하더라도, 소비자가 이용할 수 있는 의료공급자의 범위, 질, 가격에 관한 정보를 완전히 보유할 수는 없다. 의사는 환자가 상호교류하는 다른 의사들의 질에 관해 판단할 수는 있지만, 의사동료들이 소수에 불과하며 이들의 판단은 선례와 개인간 관계에 의존한다.

Grossman and Hart(1986), Hart, Shleifer, and Vishny(1997)는 잔여통제권(residual rights of control)으로 이를 논의하고 있다. 대리인이 제공하는 서비스를 계약서에 완벽히 작성하는 것은 실질적으로 불가능하기 때문에, 대리인의 성과를 계약상으로 설정할 수 없다면 잔여권(residual right)은 결과에 가장 많은 영향을 미치는 대리인에게 부여되어야 한다고 논하고 있다. 한편, 자원을 적시적소에 배분하는 경영 및 논리적 이슈는 행정관리인에게 부여된다.

Dranove and White(1987)는 왜 의사들이 환자의 건강상태의 개선정도에 따라 보상을 받지 않는지에 대해 설명하고 있다. 정보의 비대칭성으로 인해 보건의료부문에서 주인과 대리인의 이해관계를 결합할 수 있는 계약을 설정하는데 계약이 따르기 때문이다. 또한 Dranove and White는 보건의료 전달조직의 특성을 설명하기 위해 대리인 이론을 적용하기도 한다. 환자들은 의사와 오랜 관계를 맺게 되며 의사들에게 행위별 수가제로 지급하게 되는 이러한 현상을 정보이론

을 통해 논의한다. 환자와 의사간의 지속적인 관계로 환자들은 의사를 모니터 할 정보를 증가시킬 수 있다. 이러한 정보로 의사들이 대리관계의 책임(agency responsibility)에서 벗어나지 않도록 제약하고 있으며, 모니터링 또한 의사들이 다른 의사들에게 적정하게 의뢰를 하도록 강제하고 있음을 제시하고 있다.

보건의료에서 대리인 관계는 두 가지 단계인 (1) 환자와 의사간 대리인 관계, (2) 의사와 병원간 대리인 관계로 볼 수 있다. 상위 수준(top level)에는 환자를 치료할 책임이 있는 의사가 있고, 이들은 그 다음 수준의 대리인(second level agent)인 병원, 실험실, 물리치료센터, 외래방사선센터 등과 관련되어 있다. 두 번째 단계에서의 대리인(second level agent: 예를 들어, 병원)은 의사가 지시한 사항을 수용해서 처방 및 테스트를 수행하는 한편, 서비스를 제공할 때 독립적으로 자신의 전문기술을 행사한다. Jaffrey Harris(1977)는 환자와 의사간의 대리인관계와 두 번째 단계에서의 의사와 병원간의 대리인관계를 병원의 이중적 계층구조로 논의하고 있다. 병원은 일반적으로 행정관리인에게 자원배분결정을 담당하도록 하고 있으나, 특정환자의 서비스에 자원을 어떻게 제공할 것인지에 관해서는 의료진에게 위임되어있다. 병원 자원은 한정되어 있으며, 환자에게 어떤 치료를 해야 하고 누구에게 긴박한 결과가 초래되는지에 관해 부적절한 결정을 내리는 경우에 복잡한 문제가 발생하므로, 이러한 조건하에서는 행정관리인보다 의사에게 최종 의사결정권을 위임하는 것이 보다 효율적이기 때문이다.

한편, 대리(agency)행위는 다음의 두 전략 즉, agency를 강조하는 직업문화를 창출하는 전략과 의료제공자들에게 경쟁시장압력을 감소시키는 전략을 통해서 발전된다. 첫째, agency를 강조하는 직업문화를 창출함으로써, 이기심으로 인해 이윤을 추구한다고 가정되는 공급자와는 다르게 행동하는 의료제공자를 사회화 하는 것이다. 다시 말해서, 불완전한 정보를 지닌 환자의 대리인으로서 의료제공자는 환자가 의료제공자와 동일한 정보를 가졌을 경우에 요구하게 될 서비스를 제공하게 된다. 그러나 제공자가 경쟁환경에 놓여 있다면, 생존을 위해 제공자가 이기적으로 행동하게 될 것이다.

둘째, 의료제공자들이 환자의 이익보다는 자신의 이익을 우선시 여기게 하는 경쟁적인 시장압력을 줄이는 것이다. 의료제공자 특히 의사는 면허와 같은 공

급측 규제, 광고제한, 그리고 제공자간의 경쟁을 감소시키는 여타 직업적 규범(norms)을 통해 경쟁압력으로부터 보호받고 있는데, 이는 불완전정보를 지닌 소비자가 질적 수준이 낮은 의료서비스를 선택하지 않도록 하기 위함이다. 그러나 이는 의료제공자에게 독점력을 부여함으로써 후생을 감소시킬 수도 있다.

규제에 관한 공공-효용접근방식(public-utility approaches) 내에, 균형은 피 규제자의 행동을 감독하는 규제자에 의해 유지된다. 그러나 일반적으로 비전문가는 의료제공자가 공공의 이해와 부합하는 방법으로 행동하는지 판단할 전문적 기술을 갖고 있지 못하다. 이러한 비대칭성으로 정부는 의료제공자 특히 의사에게 자율 규제를 부여하고 있다(Tuohy and Wolfson, 1978).

의료제공자는 자신의 이기심을 무시하고 환자선호를 위해 행동하는 완전한 대리인일 수는 없으므로, 이용량 검토(utilization review), 자격인증 사전프로그램(pre-certification programs), 진료가이드라인 등 다수의 규제안이 제기되고 있다.

정보의 비대칭성으로, 최근 의료개혁에서는 구매자와 제공자를 가진 "내부 시장"을 창출하여 경쟁을 도입하고 있다(예, Shackley and Healy, 1993). 정보의 비대칭성으로 인해, 개별환자 수준에서의 수요측면 경쟁을 배제하는 대신에, 구매자(예를 들어, 영국의 경우 지역보건당국 또는 GP fundholder)에게 자신의 서비스를 판매해야하는 의료제공자들로 경쟁을 국한시킨다. 의료제공자는 환자와의 대리인관계를 제한하며 다소 정보를 많이 지닌 구매자와 거래한다.

3) 소비자정보와 가격 및 질

의료서비스에서의 가격 및 질에 대한 불완전 정보로 어떤 영향을 미치며 소비자의 정보부족이 시장의 경쟁력을 감소시키는 것인지, 의사의 접근성 증가로 경쟁이 증가되고 가격이 하락하는지, 의료의 질에는 어떤 영향을 미치는지, 소비자는 정보를 어떻게 획득하고 사용하는지 등도 보건의료부문의 주요 연구 테마라 할 수 있을 것이다.

소비자 정보와 경쟁에 관한 이슈는 Satterthwaite(1979)와 Pauly and Satterthwaite(1981)에 의해 소개되었다. 이들은 일차의료를 평판이 강하게 영향

을 미치는 상품(reputation good)으로 설명하고 있다. 다시 말해서 소비자들은 시장에서 이용할 수 있는 다양한 서비스 중 동료, 이웃 등이 제공하는 정보에 의존하여 선택한다는 것이다. 그리고 의료서비스를 제공하는 개별 병원은 다른 병원과 차별화된 서비스를 제공하며 따라서, 시장은 독점적 경쟁의 형태를 지니게 된다.

[보건의료시장의 독점적 경쟁(Monopolistic competition)]

앞에서 논의한 대리인(agent)은 의료공급자간 수직적 관계를 정의하는 반면, 경쟁은 다음 세 가지 제도적 체계의 수평적 관계와 관련된다. 첫 번째 체계는 비용보상을 받는 병원(cost-reimbursed hospital)과 독립적으로 활동하는 의사(independent physician)에 관한 것으로, 병원은 의사의 질적인 측면을 기반으로 경쟁하며, 의사는 환자에 대해 가격 및 질적인 측면을 기반으로 경쟁한다. 두 번째 체계는 사전적으로 보상을 받는 병원(cost constrained hospital)과 가격이 규제된 의사(price constrained physician)에 관한 것으로, 이 경우에는 비가격 요소로 경쟁한다. 세 번째 체계인 관리의료(managed care) 하에서는 가격, 행정편의, 공급자 네트워크를 기반으로 경쟁하며, 병원과 의사는 가격 및 질적인 측면을 기반으로 경쟁한다. 이러한 세 가지 체계에 차이가 존재하지만, 공급자간 경쟁은 독점적 경쟁과 같은 일반모형을 통해 이해가능하다.

보건의료는 지리적으로 분리된, 더구나 공급자 형태별로 더욱 세분화된 시장을 구성하게 된다. 보건의료공급자는 차별화된 제품을 판매하는데, 이때 소비자는 실질적 혹은 인식 차이로^{주5)} 특정한 공급자를 다른 공급자보다 더 선호하므로 어느 정도의 독점적 지위를 가진 공급자들은 자신의 환자를 다른 공급자들에게 빼앗기지 않고 가격을 증가시킬 수 있다(혹은 질을 감소시킬 수 있음). 대부분의 보건의료 공급자들은 자신의 서비스에 대해 완전 대체제가 아닌 다수의 공급자들과 분할된 시장에서 경쟁하므로, 공급자는 다른 경쟁자의 전략을 주어진 것으로 받아들여, 경쟁자의 행동에 대한 최선의 반응(best response)을 선택하고자 한다.

주5) 의료공급자의 능력 혹은 의료공급자 특유의 서비스 결합 등이 포함된다고 할 수 있음.

보건의료측면에 있어 소비자의 수요는 공급자의 가격에 대해 비탄력적이어서 가파르게 우하향하는 기울기를 나타낸다. 소비자는 보건의료서비스를 필수재로 여기므로 구매된 양은 이들이 지불하는 가격에 민감하지 못하다. 보건의료 공급자를 선택할 때 소비자는 비가격요소를 고려하여, 우수한 경험 또는 명성을 가진 공급자를 선택할 것이며, 의료서비스에 불만이 없는 한 미미한 가격절감 효과를 위해 공급자를 바꾸지는 않을 것이다. 보험으로 인해, 소비자는 공급자들간에 나타나는 가격차이(높은 가격을 제시하는 공급자 vs. 낮은 가격을 제시하는 공급자)를 모두 부담하지 않으므로, 이로써 공급자 선택에서 고려되는 결정요소 중 가격의 상대적 중요성이 감소하게 된다.

[평판에 의한 상품(Reputation Goods)]

소비자들은 시장에서 이용할 수 있는 다양한 서비스 중 의료공급자를 선택하기 위하여 동료, 이웃 등이 제공하는 정보에 많이 의존한다고 할 수 있다. 이러한 조건하에서 Satterthwaite(1979)와 Pauly and Satterthwaite(1981) 등은 공급자 수가 증가할 경우 가격이 증가할 수 있음을 제시하고 있다. 이를 구체적으로 살펴보면, 의사 수가 증가할 경우 이들에게 진단받게 되는 동료, 이웃의 수가 평균적으로 감소하게 되어 이용할 수 있는 정보가 감소하게 된다. 그래서 소비자의 가격 및 진료 특성에 대한 반응성이 이용할 수 있는 정보 양으로 제한된다. 그러므로 소비자의 정보감소는 병원수요곡선의 가격탄력성을 떨어뜨려 균형가격을 증가시키게 되며, 의료공급자에 추가적인 독점력을 부여하게 되는 경향이 존재한다는 것이다.

그러나 이들의 주장처럼 불완전 정보가 가격을 높일 수는 있지만, 이러한 현상은 실제로 제한되어 있다. 상당부분 보험이 도입된 보건의료시장에서, 환자는 의료공급자의 선택에 있어 가격에 민감하지 않으며 보험자와 같은 제3자의 지불자가 감시기능을 가지고 있다. 따라서 선택적 계약이나 기타 지불방식을 통해 실질적인 보상이 의료공급자가 요구하는 수준보다 낮게 지급되기도 한다.

[정보와 가격 및 질에 대한 균형]

Dranove와 Satterthwaite(1992)는 질(quality) 경쟁 정도에 관한 이슈를 다루었다. 독점적 경쟁 모델은 구매자가 상대적으로 가격에는 민감하지 않고 질에 민감할 때, 질의 균형수준은 높다는 것을 제시하고 있다. 예를 들어, 가격(p), 의료의 질(x), 환자편의(y)에 대해 이윤극대화수준을 선택하는 공급자를 고려할 경우, 이 공급자의 수요는 $q(p, x, y)$ 이며 p가 감소할 때, x와 y는 증가하게 된다.

$$C(q, x, y) = q(a + bx + cy) + F$$

여기서 a, b, c는 양수이고, $(a+bx+cy)$ 는 추가적 치료 한 단위를 생산해내는 불변한계비용(constant marginal cost)이며, F는 고정비용이다. 만약 공급자가 이윤을 극대화한다면, 목적함수는

$$\begin{aligned} \Pi(p, x, y) &= pq(p, x, y) - C[q(p, x, y), x, y] \\ &= q(p, x, y)(p - a - bx - cy) - F \\ P^* &= \frac{an_b^q}{1 + n_b^q + n_x^q + n_y^q} = \frac{(a + bx^* + cy^*)n_b^q}{1 + n_b^q} \\ x^* &= \frac{an_x^q}{b(1 + n_b^q + n_x^q + n_y^q)} = \frac{p^*}{b} \frac{n_x^q}{n_b^q} \\ y^* &= \frac{an_y^q}{c(1 + n_b^q + n_x^q + n_y^q)} = \frac{p^*}{c} \frac{n_y^q}{n_b^q} \end{aligned}$$

이 식은 어떻게 시장정보구조의 변화가 공급자의 균형선택에 영향을 주는지에 관한 균형효과(equilibrium effect)를 나타내고 있는데, 가격에 대한 정보가 불완전하다면, 공급자의 수요는 비탄력적으로 될 것이고 균형가격과 비용에 대한 가격마진을 증가시킬 것이다. 정보문제는 질의 균형수준인, x^* , y^* 를 매우 높이거나 낮게 할 것인데, 이는 정보의 불완전성이 주어진 의료서비스에 대한 균형을 어떻게 왜곡시킬 수 있는지를 나타낸다.

[의사간 가격경쟁]

병원간 경쟁과 전문의간 경쟁은 보험가입자, 정보를 덜 가지고 있는 환자, 그리고 이들의 1차 진료의사에 의해 유도되며 Dranove 등(1993)은 이를 “환자유인경쟁”(patient-driven competition)으로 설명하고 있다.

환자유인경쟁(patient-driven competition)에 관한 이론적 연구는 거의 없지만, 실증분석은 상당부분 존재한다. Feldstein(1970)은 의사들이 영구적인 초과수요를 유도해내기 위하여 의도적으로 가격을 낮게 유지해서 자신의 이해에 맞는 진료만을 한다는 것을 제시하였다. Evans(1974), Fuchs(1978)는 의사서비스에 대한 가격이 의사들의 일인당 공급량과 정(+)의 상관관계를 가진다는 실증분석을 언급하였고, 특히 Fuchs(1978)는 파생수요를 토대로 설명하였다.

Evans(1974)에 의하면, 의사는 목표 소득을 가지고 있어, 만약 의사들의 공급이 수요에 비해 증가한다면, 의사는 자신의 목표소득을 유지시키기 위해 가격을 증가시킨다고 제시하고 있다. 반면에 Satterthwaite(1985)는 반대의 견해를 제시하고 있는데, (1) 의사는 소득을 최대화하고, (2) 의사 개인이 직면한 수요의 가격탄력성은 외생적인 이유로 시장에 따라 다양하게 나타난다는 것을 제안하고 있다. Pauly and Satterthwaite(1981)는 의사에 관한 정보의 대리변수 즉, 인구 밀도(정보를 증가시킴), 최근 이 지역으로의 유입(정보를 감소시킴), 공공 교통수단의 이용가능성(정보를 증가시킴)과 같은 대리변수를 개발하여, 각각의 변수가 ‘정보증가’와 ‘낮은 가격’이 상호관련이 있다는 측면을 제시하고 있다.

Gaynor and Polachek(1994)은 Stigler(1996)가 불완전 소비자 정보하에서 가격편차가 심해진다는 견해를 바탕으로 프론티어 회귀(frontier regression)를 활용하여 구매자 및 공급자의 정보부족 수준을 측정하였다. 가격편차를 불완전한 구매자 정보, 불완전한 판매자의 정보, 그리고 기타(random noise)로 분류하여, 환자와 의사 모두 불완전 정보를 보유하고 있으며 의사보다 환자들이 1.5배 이상의 정보부족을 지니고 있다는 사실을 밝혔다. 또한 Juba(1979)는 비교적 경쟁적인 시장보다 그렇지 않은 시장에서 의료비(physician fee)에서의 편차가 큼을 제시하였다.

[질 경쟁(Quality competition)과 MAR(medical arms race)]

의료의 질은 쉽게 감시(monitor)될 수 없기 때문에, 소비자들의 정보탐색비용은 상당히 높을 수 있고 이로 인해 의료의 질이 하락될 수 있다. 그러므로 비대칭 정보에도 불구하고 환자들은 자신의 탐색비용을 감소시키기 위해 면허 및 인증, 의료소송의 위협, 질보증체계 등의 수단을 수반한다. Dranove and White(1987)는 소비자들이 의사-대리인 관계를 통해 환자들이 의료제공자를 모니터하고 의사들에게 적절한 수준으로 의뢰하도록 할 수 있다고 제시하고 있다. 많은 전문가들은 의뢰된 환자에 의존하므로 이들 전문가들은 의료의 질을 유지 및 개선시킬 인센티브를 보유하게 된다는 것이다.

그런데 이때에 전문가들이 양질의 의료서비스를 제공함으로써 높은 가격을 받을 수 있을 것인가에 관한 문제에 대해, 만약 소비자들이 의료의 질에 관한 차이를 인식할 수 있을 경우, 양질의 의료서비스에 대한 수요가 증가하고 그래서 가격이 오를 것이라 제안되기도 한다. Haas-Wilson(1990)은 이를 검토하기 위하여 심리치료서비스(psychotherapy) 시장의 데이터를 사용하여, 보건의료제공자 및 전문가 등의 정보원으로부터의 의뢰수가 심리치료서비스 가격에 영향을 미치는지에 관해 조사하였다. 그 결과 양질의 의료수준 및 정보를 위해 정보원(보건의료제공자 및 전문가)을 활용한 환자들은 높은 가격을 지불하는 것으로 나타났다.

Luft 등(1990)은 7가지 외과조건 및 5가지 의료조건을 가진 환자들이 질에 관한 지표 및 기타 변수들에 대해 병원선택에 미치는 영향을 조사하였다. 질관련 지표로 교육(teaching status), 의뢰패턴, 의과대학제휴, 다양한 성과지표 등이 포함된다. 연구결과, 의과대학제휴가 선택확률을 높이는 반면 기대에 미치지 못한 성과지표는 선택확률은 떨어뜨리는 것으로 나타났다.

MAR(Medical Arms Race)가설은 의사가 병원치료를 받고자 하는 환자에 대한 대리인으로 행동해서, 병원선택에 영향을 줄 수 있다는 것이다. MAR 가설은 (1)시장에서 판매자 수의 증가는 판매자가 직면하는 질에 대한 수요 탄력성을 증가시키며, (2) 시장에서 판매자 수의 증가는 질적 수준을 향상시킨다는 측면

이 있음을 제시한다. 이러한 MAR은 질(quality)적 수준의 선택이 사회적 최적수준을 초과하는 비가격경쟁의 대표적인 예로 제시된다.

Enthoven(1978) 등은 비가격 경쟁은 비용을 상승시키며, 사회적으로 최적 수준 이상으로 존재한다고 언급하고 있다. Robinson and Luft(1985)는 MAR에 관해 미국 한 병원의 15마일 내에 있는 모든 병원을 대상으로 이 병원이 직면하는 경쟁자수를 계산한 결과 경쟁자 수가 많은 병원은 입원(admission)당 비용이 높은 것으로 나타났다. 1970년대와 1980년대 초에 경쟁자 수가 많았던 병원은 환자대비 직원 수가 많은 편이었으며(Robinson, 1988), 혈관형성술(angioplasty)과 관상동맥이식(coronary bypass)시설이 더욱 많은 것으로 나타났고(Robinson, Garnick, and McPhee, 1987), 유방조영술(mammography), 응급, 코발트치료(cobalt therapy), 심장 수술 및 카테터 서비스가 더 많이 제공된 것으로 나타나(Luft et al., 1986), 이러한 연구 모두 MAR가설을 뒷받침하고 있다.

[사전지불 하에서 질 선택(quality choice under prospective payment)]

사전적 보상시스템(Prospective Payment System: PPS)은 행위별수가제(fee-for-service)를 사전적 보상제도(prospective system)로 교체함으로써, 병원은 비용을 감소시킬 인센티브를 가지게 되며 또한 의사에게 요구되는 시설투자를 통해 환자에 대해 간접적으로 경쟁할 인센티브를 보유하게 된다는 것이다.

Langa and Sussman(1993)은 캘리포니아의 심장동맥재개통술(coronary revascularization) 공급에 관한 메디케이드(Medicaid) 보상의 감소효과를 연구하였는데, 메디케이드 환자들은 민간보험에 가입한 환자들보다 비용이 높은 치료를 많이 받지 못하고 있음을 밝혔다.

Dranove and White(1998)는 메디케이드 보상에 상당히 의존하는 캘리포니아 병원은 1980년대 메디케이드 보상이 감소됨에 따라 메디케이드 환자의 서비스 수준을 감소시켰다는 것을 제시하였으며, Gertler(1989)는 메디케이드 보상이 삭감되었을 때, 가정간호(nursing home)의 질을 향상시키는 한편, 민간 입원을 증가시킬 인센티브를 가지게 된다는 것을 제시하였다.

Cutler(1995)는 병원/DRG보상에서의 변화를 계산하여 보상수준 변화와 병원 내 사망률의 변화에 부(-)의 상관관계(보상 삭감은 입원환자의 사망률 증가와 관련됨)가 있음을 밝히고 있다.

나. 불완전 정보

불완전 정보(imperfect information)^{주6)}로 인해 다음의 두 가지 문제가 발생하게 되는데, 첫째, 의사들은 환자들보다 더 많은 정보를 지니고 있기 때문에 의사가 개인의 이익을 위한 수요를 유도해내기 위해 환자들과의 대리인관계를 남용할 경우 공급자유인수요(supplier-induced demand: SID) 현상이 나타난다. 둘째, 일인당 진료비율, 의사 방문, 입원을 등에 있어서 의사가 완전대리인(perfect agent)으로 행동할 때 보다 더 큰 편차가 발생하는 소규모지역간 변이(Small Area Variation: SAV)가 나타난다. 이러한 SID와 SAV는 정책적으로도 중요한 이슈가 되고 있으며, 보건경제학자들간에 유일한 가설이 없기 때문에, 다양한 가설 및 논쟁이 되고 있는 분야이기도 하다.

1) 공급자유인수요(SID)

보건의료제공자는 자신의 이익을 위해 수요에 영향을 주도록 자신의 우수한 지식, 즉, 정보 차이를 이용한다. 다시 말해서 공급자 유인수요는 공급자가 환자의 의료수요곡선을 이동시키는 현상을 나타내는 것으로, 이는 의료제공자가 재정적 이기심으로 인해 환자에게 적정수준 이상의 서비스를 추천함으로써 대리관계를 위반하는 상황을 말한다. 의사와 환자가 동일한 정보를 보유하고 있고 의사가 항상 환자의 후생만을 고려한 완전한 대리인으로서 행동할 경우 SID는 발생하지 않을 것이다. 그러나 일반적으로 의료공급자는 수요를 유도하도록 영향력을 남용한다고 논의되고 있다. SID는 최초로 Shain and Roemer(1959)와 Roemer(1961)에 의해 제안되었다. 이들은 인구천명당 단기 일반

주6) 불완전정보란 각 경제행위 주체가 자신의 경제행위를 선택할 때 상대방이 어떠한 행동을 취했는지 모르는 경우의 상태를 의미함.

병원의 병상과 인구천명당 입원일 간에 양(+)의 상관관계가 있음을 밝혔으며 이러한 현상은 ‘a bed built is a bed filled’, 소위 Roemer’s Law로 알려져 있다. Reinhardt(1989)는 보건의료시장이 일반적인 수요-공급모델에 따라 기능할 수 있는지에 대한 의문을 던지고 있다. 일반적인 모델에서 생산된 재화 및 서비스의 양과 종류는 소비자의 수요에 반응한다. 그러나 소비자의 수요가 공급자에 의해 강하게 영향을 받게 된다면, 시장은 가격, 의료소비를 제한하지 못하고 자원을 잘 배분하지 못하게 된다. 그래서 SID가 주요한 문제라면 Reinhardt는 규제를 통해 조정해야 함을 논의하고 있다.

환자의 대리인으로 행동하는 제공자는 환자에게 제공하는 서비스 “요구”에 중요한 영향을 미치며, 이러한 공급자 유인수요의 논의를 위해 많은 실증분석 결과들이 존재한다(Rice and Labelle, 1989; Labelle, Stoddart and Rice, 1994).

비록 직관적으로는 의사들이 대리인으로서의 역할을 남용하여 환자로부터 수요를 창출하는 것이 가능할 지라도, 실증적으로 현저하게 나타나는 현상인지는 분명치 않다.^{주7)} 그러나 여기에서 고려되어야 할 문제는 경쟁으로 인해 공급자 유인수요가 더 커지는지에 대해 살펴보아야 한다. 의사의 유인수요를 검증하기 위한 가장 일반적인 시도 중 하나는 가격을 일인당 의사 수로 회귀분석하는 것이다. 이는 시장이 경쟁적일 때 더 많은 의사가 공급되고 따라서 가격이 낮다는 것을 의미한다. 반면에 유인수요는 의사의 진입이 많을수록 의사당 평균 환자수가 감소되고, 따라서 의사들은 자신의 소득을 증대시키기 위해 수요를 유인하게 되는 방식으로 나타난다고 가정할 수 있다.

한편 의사들의 이윤 극대화를 설정한 모델에서는 경쟁이 유인을 감소시키거나 제거한다는 결론을 내고 있다. Stano(1987)는 이익을 극대화하려는 의사들은 가격과 유인수준을 선택한다는 모델을 개발하여, 한계유인비용이 일정하다면 시장진입으로 의사가 직면하는 수요의 가격 탄력성이 증가하고 시장진입은 유인수준을 감소시킨다는 사실을 보여주고 있다. Stano의 모델은 진입에 의해 의사들이 지역 시장을 떠나거나 다른 곳으로 이동하는 것을 가정하지 않는다. 지

주7) 이에 대한 실증적 문헌들은 심각한 방법론적 오류를 가지고 있어 어떤 존재나 그 범위에 대한 유용한 증거를 제시하지 못하고 있음(McGuire 2000; Gaynor, 1994; Frech, 1996)

역시장에서의 퇴출이 산업에서의 퇴출을 의미하지 않으므로 새로운 시장으로 이동함으로써 나타나는 손해는 한 지역시장에 진입하는 비용 즉, 새로 개원하는 비용일 뿐이다.

의사들은 이익을 극대화하며 지속적인 한계비용과 고정된 생산능력이 있으며, 개별 의사들간에 상이한 한계비용을 가지고 있다. 이들은 변동이익(variable profits)이 진입을 위한 고정비용보다 크다면 시장에 진입한다. 시장수요가 증가함에 따라 한계비용이 낮은 순서대로 시장에 진입하게 될 것이다. 이때 가격이 한계비용에서 설정된다 하더라도, 의사가 많은 시장에서 가격은 더 높을 것이다. 이는 가격과 진입사이의 정(+)의 관계를 보이고 있는 것이지만, 그러나 유인수요에 대한 의미는 부여하지 못한다.

의사들이 자신의 이윤을 극대화하는 것이 아니라 효용을 극대화하는 것이라면, 소득효과로 인해 진입에 대해 유인을 증대시킬 수 있다. 이에 관한 분석이 아직 논의 중에 있지만, McGuire and Pauly(1991)는 소득효과가 대체효과를 능가할 때 독점자들은 가격하락에 대응해서 유인을 발생시킨다는 것을 제시하고 있다. 의사들의 노동공급에 소득효과가 존재한다는 증거는 매우 미약하지만 (Sloan, 1975; Hurdle and Pope, 1989; Lee and Mroz, 1991; Rizzo and Blumenthal, 1994), 그러나 Rizzo와 Blumenthal의 연구결과는 임금변화에 따른 대체효과가 소득효과를 능가한다는 것을 보이고 있다. 따라서 의사가 이익보다 효용을 극대화한다고 하더라도, 진입과 가격하락에 대응하여 유인을 증가시킨다는 근거와 일관되지는 않는다. 정보의 비대칭성 및 대리인문제로 인해 어느 정도의 유인이 존재하는 것 같지만(Darby and Karni, 1973), 이론과 현재의 실증분석 결과를 통해 본다면, 경쟁이 시장의 불완전성으로부터 발생하는 왜곡을 심화시킨다고 말할 수 없을 것 같다.

한편, Feldman과 Sloan(1989)은 공급자 유인 수요와 관련된 주요 정책 문제를 다음과 같이 언급한다. 문제의 중심은 소비자가 충분한 정보를 가지고 있다면 구매하지 않았을 서비스를 의사가 구매하도록 권유했느냐에 있는 것이 아니라, 의료가 양적으로 중요한지와 유인수요의 양이 의사공급과 같은 변수에 체계적으로 변하는지에 있음을 언급하고 있다.

Labelle et al.(1994)은 정책목적을 위해 공급자 유인이라는 개념의 동기에 초점을 두는 것이 아니라, 대리관계(서비스를 추천하는데 환자 선호를 반영하는 제공자)와 유인서비스의 효과(서비스는 건강상태를 개선하는가)를 고려하는 식의 관심범위를 확장시켜야 함을 제시하고 있다.

2) 진료 편차(variation)

본 서에서는 비대칭정보 및 대리관계에 있어 환자들의 정보부족에 따른 영향을 강조했고 또한 의사들의 공급자 및 대리인으로서의 이중적 역할을 강조하였다. 그러나 지금까지 모든 치료대안들에 대한 상대적 효과와 결과(outcomes)에 관해 완전히 알고 있지 못하다는 측면을 고려하지 못하였다. 다양한 치료방법에 대해 의사들 간에 상이한 정보를 가지고 있을 것이라는 것은 쉽게 생각할 수 있을 것이다. 의사들의 의료 이용률에 있어 나타나는 지리적 편차가 이러한 정보문제와 연관되어 있는지 그리고 지리적 편차가 내포하고 있는 의미는 무엇인지에 관해 고려해 보고자 한다.

SID는 의사와 환자간의 정보차이로 발생하게 되지만, small area간에 진료형태에서의 차이는 의사의 의료행태에 관한 불확실성 및 무지(ignorance)로 인해 발생한다. 그러므로 의사들이 완전한 대리인(perfect agent)으로 행동하더라도 의사들 간의 정보차이로 나타나는 결과 또한 검토되어야 한다.

SAV에 관해 관심을 보이기 시작한 것은 영국지역의 병원시장을 연구한 Wennberg 등(1973, 1977, 1982)에 의해서이다. 작은 서비스 시장간에 나타나는 편차의 크기를 많은 요소로 제시하였다. 그럼에도 불구하고 이러한 편차의 원인은 여전히 논의의 대상이 되고 있다. 그 중에서도 의사의 진료방식(practice style)에 관해 그리고 관찰되는 편차가 부적정한 진료인지에 관해 관심이 모이고 있다. 만약 이러한 편차가 환자들의 성과에 관한 과학적 연구를 통해 감소될 수 있다면 상당히 사회의 후생을 증대시킬 수 있다는 측면에서 정책적으로도 중요한 이슈라 할 수 있다.

SAV는 상대적으로 동질적인 인구를 가진 소규모 병원시장의 서비스 이용률

을 중심으로 분석한다. 이 방식에서는 시장간 편차를 보기 위한 자료로 인구의 특성(예를 들어, 건강상태, 교육, 소득 등)을 제외하였다. 초기연구에서 인구특성은 편차를 그다지 잘 설명하는 것은 아닌 것으로 제안되었기 때문에 어떤 연구자들은 SAV를 부분적으로는 SID에 의해 나타나는 현상으로 보기도 하였다.

Wennberg(1984)는 관찰되고 있는 상당부분의 편차는 진단 및 치료에 관한 의사들의 불확실성과 밀접하게 관련되어 있는 것으로 논의하고 있다. 진료절차에 관한 효과 및 가치에 관해 동의가 거의 이루어지지 않을 때, 다양한 형태의 의사들의 진료 방식은 의사 자신이 보유한 정보 내에서 고려되어지며, 진료에 관한 의사들의 습관, 믿음, 행동양식 등 자신의 방식(style)으로 행해진다. 그러므로 진료방식 및 이용률이 시장마다 상이하게 나타난다고 제시하고 있다.

Wennberg and Fowler(1977)는 미국 Vermont주의 여섯 개 지역에서 이용률 및 인구특성을 연구하였다. 유병율과 사회경제적 변수가 통계적으로 유의하지 않다는 결과를 도출한 이후, 이용률에서의 차이는 지역간 진료형태의 차이에서 비롯된다는 결론을 도출하였다.

반면에, Green and Becker(1994)는 미시건주의 인구분포가 유사한 두개의 지역을 비교하였는데, 급성심장허혈(ACI) 퇴원율이 세 가지 요인에 의해 상이하게 나타났다. 입원율에서 나타나는 큰 차이는 의사들의 의사결정에서 오는 차이가 아니라 병원 응급부로 들어간 ACI환자비율에서의 차이에 기인된 것으로 나타났다. 이들은 이와 같은 분석을 통해 지역 편차(area variation)가 진료방식에서의 차이만이라고는 할 수 없다는 결론을 도출하였다.

사회경제적 변수를 사용한 다중회귀분석연구는 실질적인 지역간 편차의 양을 설명한다. 개별과정에서 소지역 수준에서의 다중회귀분석은 대체로 편차를 잘 설명하지는 못하였다. 그럼에도 불구하고 Phelps and Parente(1990)은 134개의 진단분류에 대한 연구에 있어 수요공급 변수가 편차의 40%에서 75%정도를 설명한다는 것을 제시하였다. Escarce(1993)은 메디케어 인구 중 백내장 수술 비율에서 나타나는 편차의 43%는 사회경제적 변수에 의해 설명되고 있음을 제시하였다.

이와 같이 진료방식은 어떤 과정에서 중요한 측면을 내포하고 있으며 또한 다른 변수들도 영향을 미치는 요인들임을 보여주고 있다. Escarce가 보여준 바

와 같이, 이용률에 편차를 보이는 것이 진료형태 때문인 것으로 귀결하는 것은 오류를 범하는 것이며 경제적, 인구적인 영향력도 함께 고려되어야 한다.

3. 불확실성

Arrow(1963)는 의료와 관련된 불확실성을 의료수요에서의 불확실성과 치료 효과에 관한 불확실성으로 제시하고 있다.

가. 보험의 후생개선 효과

불확실성이 존재하는 하에서 위험회피적인 사람은 위험을 분산(risk-pooling) 시킴으로써 후생을 증대시킬 수 있다. 보험이 개인에게 후생을 개선시킬 수 있다면, 정책 관점에서 중요한 문제는 어떻게 보험시장을 잘 조직하는지에 관심이 모아질 것이다. 여기에서 보험시장은 규모의 경제, 역선택, 도덕적 해이^{주8)}로 현저한 시장실패가 나타난다는 측면이 고려되어야 한다.

나. 규모의 경제

보험풀(insurance pool)^{주9)} 설정 및 리스크보정 프리미엄(premium)을 계산하는 것과 관련된 고정비용은 규모의 경제를 낳는다. 다수의 소규모 기업은 평균비용보다 낮은 산출수준으로 운영하는 것과 같이 기술적 비효율성을 낳을 수 있다. 반면, 하나 혹은 소수기업에게는 독점적 관행에 관련된 비효율성을 낳을 수 있다. 이렇게 양측면의 경우에 공평한 프리미엄(fair premium)으로 보험을 구매

주8) 역선택(adverse selection), 도덕적 해이(moral hazard) 등과 같은 주제도 각 경기자간의 정보의 비대칭성에서 발생하는 문제라 할 수 있을 것임. 본 절에서는 이러한 주제를 의료시장이 갖는 특성 중 불확실성이라는 관점에서 보험부문이 갖고 있는 주요 이슈를 Arrow(1963)가 제시한 것에 따라 논의하고자 하였음.

주9) 보험자가 인수하는 보험에 대하여 둘 이상의 회사가 공동으로 기업동맹을 결성하고 거액의 인수보험금액의 소화를 기도하는 조직(www.yahoo.co.kr 경제용어사전에서 발췌)

하고자 하는 개인은 보험을 구매할 수 없으며 이는 배분적 효율성을 감소시키는 것이다. 그러므로 규모의 경제는 기술적 비효율성 및 배분적 비효율성으로부터 시장실패를 초래하게 된다.

규모의 경제에 대응할 수 있는 방법 중 하나로 단일지불자(조세를 통한 재원 조달의 공공시스템)가 기술적 효율성을 담보할 수 있다. 단일지불자 체계하에서는 수입을 모으기 위해 요구되는 별도의 하부구조가 필요하지 않으며(조세체계 안으로 통합되어 있음), 전체적으로 보험료를 설정할 필요도 없고, 경쟁기업에 대해 광고도 요구되지 않음으로 관리비용을 감소시킬 수 있다. 예를 들어, Woolhandler and Himmelstein(1991)은 미국의 보건의료체계 내에서 복수 지불자(multi-payer)에 대한 보건의료지출의 19-24%가 관리비용인 반면, 캐나다 보건의료체계 내에서의 단일 지불자(single-payer)는 8-11%인 것으로 분석하였다.

다. 위험선택

위험 선택(risk selection)은 피보험자와 보험자간의 정보의 비대칭성으로 발생된다. 역선택(adverse selection: 위험성이 낮은 개인이 보험가입을 회피하고 위험성이 높은 개인만이 보험에 가입하게 되는 과정)은 보험 구매자가 보험사보다 자신의 위험수준에 관해 더 많은 정보를 가질 때 나타나게 되며, 시장은 개인의 위험도에 따른 보험계약을 할 수 없기 때문에 배분적 효율성이 감소된다.

Rothschild와 Stiglitz(1976)는 경쟁적인 보험시장이 역선택에 의해 실패할 수도 있다는 사실을 보여주고 있다. 개인들은 자신의 위험수준을 알고 있지만 보험사는 그렇지 못하기 때문에 단일보험계약(single insurance contract)에서 양측이 비분리된 균형(Pooling equilibrium)은 존재하지 않는다. 단지 위험수준이 높은 사람은 완벽한 보험을 그리고 위험수준이 낮은 사람은 불완전한 보험을 구매하는 분리된 균형이 존재하는 것이다. 그러나 소수의 고위험자가 있다면 균형은 존재하기가 어렵다. Stiglitz(1977)는 역선택에 직면해 있는 독점회사에 의해 제공된 보험계약의 균형을 분석하였다. 독점하에서는 분리된 균형은 존재하지 않는다. 분리 균형(separating equilibrium)에서 위험수준이 높은 사람은 완전히 커

버되는 보험을, 위험수준이 낮은 사람은 보험을 일부만 구매하거나 아예 보험에 구매하지 않는다. 위험수준이 낮은 사람들에게 부여되는 계약의 조건은 보험을 드는 것과 안 드는 것에 무차별적이라는 것이다.

의료보험시장의 운영방식에 대해 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 거래비용 및 규제 등으로 인해 보험회사는 위험에 따라 차별적으로 가격을 책정하고 있지 않다. 결과적으로 개인의 역선택에 관한 분석보다는 낮은 위험성을 추구하고 높은 위험성은 피하는 보험회사의 행태('cream skimming'이나 'cherry picking'이라 불리는데)에 대해 관심이 모이고 있다(Pauly, 1986; Newhouse, 1996). 둘째, HMO와 전통적인 보험계획(insurance plan)에 가입한 숫자로 보면 위험 선택이 있는 듯 하지만(Hellinger, 1995; Newhouse, 1996), 소비자는 지속적으로 보험계획을 선택하고 있음을 나타내는 근거도 제시되고 있다(Neipp and Zeckhauser, 1986; Madrian, 1994).

역선택에 대응할 수 있는 전략의 하나는 공공보험 의무가입 또는 고용인 지원 계획(employee-sponsored plans)과 같은 그룹별로 리스크를 다각화함으로써 리스크를 비분리하는 것이다.

위험선택의 또 다른 문제는 cream-skimming이다. cream-skimming하에서 보험자는 고의적으로 위험성이 낮은 사람을 선택함으로써 높은 수익을 얻으려 한다. 이는 위험 선택행위를 통제하는 규제적인 접근방식을 이용하거나 리스크 보정 보험료를 개발함으로써 리스크를 선택할 인센티브를 감소시킬 수 있다.(Giacomini et al., 1995; Newhouse, 1996, 1998; van den Ven and Ellis, 2000).

라. 도덕적 해이(Moral Hazard)

소비자들은 질병 및 이로 인한 손실에 대해 불확실성(uncertainty)을 보유하기 때문에 의료보험을 수요하게 된다. 그러나 질병 및 적정한 치료에 대해 정확히 판단하기 어려운 것과 같이 소비자와 보험자 사이에 정보의 비대칭성이 존재하며 이는 결국 도덕적 해이를 초래한다.

보건의료시장에서 가장 중요한 불완전성 중 하나는 의료보험으로 인한 소비에서의 도덕적 해이다(Arrow, 1963; Pauly, 1968; Zeckhauser, 1970). 거래된 대부분의

보건의료서비스는 보험에 의해 보상되는데, 이는 소비자가 비용의 일부만을 부담하고 나머지는 제3의 지불자가 부담한다는 것을 의미한다. 보험가입으로 인해 부상 또는 질병을 관리할 인센티브가 감소하므로, 결국 보험이 존재하지 않을 때보다 총비용이 더욱 상승하게 될 수 있다. 도덕적 해이와 관련된 지출증가는 환자 또는 의료제공자의 행동에 의해 초래된다. 의료에 대해 보조금이 지급된다는 것을 알고 있는 환자들은 의료수요를 증가시킬 것이며, 환자들이 총비용을 부담하지 않음을 알고 있는 의료제공자들은 치료의 양 및 서비스가격을 증가시키게 될 것이다.

도덕적 해이는 과다소비를 주도하므로, 보건의료서비스를 공급하는 일부 기업은 서비스 공급을 감소시킴으로써 시장 지배력을 증대시킬 수 있다(Crew, 1969; Frech, 1996). 사실 경쟁적인 가격으로 보건의료 재화 및 서비스를 필요이상으로 소비하는 고정 보험료를 추구하는 정책하에서, 경쟁수준 이상으로 보건의료 재화 및 서비스 가격을 높이는 것은 후생을 증가시킬 수 있다(Crew, 1969).

그러나 보험시장이 경쟁적이라면 보건의료시장에서 한계비용으로 가격을 책정하는 것은 차선이다. 보험시장은 보건의료시장에서 가격에 대비하여 소비자 후생을 최대화하는 보험을 판매할 것이다.

도덕적 해이의 또 다른 형태로는 소비자가 가장 낮은 가격을 탐색할 인센티브가 감소된다는 것이다(Newhouse, 1978). 그러나 보험은 가격대를 크게 분포하도록 하는 경향이 있어, 최저 가격을 제시하는 의료서비스를 이용할 경우 소비자에게 수익이 돌아오기 때문에 소비자들은 최저가격을 탐색할 인센티브가 증가하는 측면도 있을 수 있다. 반면에 소비자들은 비용의 일부만을 지불하므로 낮은 가격을 찾는 대가는 비용을 초과하지 않는다.

따라서 보건의료시장에서 보험은 경쟁적인 요인으로 질적인 측면이 강조되며, 소비자가 탐색할 경우 의료의 질에 중심을 두게 된다. Dranove and Satterthwaite(1992)는 가격과 질에 대해 불완전 정보가 존재하고 질에 대한 정보만이 향상 될 때, 가격과 질 모두가 최적수준으로 향상된다는 것을 보여준다. Dranove and Satterthwaite(1992)는 가격정보의 향상이 후생을 증대 혹은 감소시키는지에 관해 제시하고 있다. 만약 가격정보만 개선될 경우, 소비자 후생은 감소할 수도 있다. 가격이 하락하여 소비자에게 이득을 주게 될 것이나, 기업의

수익은 질을 떨어뜨릴 정도로 하락하여 결국은 소비자 순 후생이 감소되는 결과를 초래할 수 있다. 반면에 가격하락에 따른 후생 증대가 질 저하에 따른 후생감소를 초과할 경우, 전체적으로 후생을 증가시킬 수도 있다.

이러한 결과는 소비자가 구매의 총비용을 부담할 때 나타난다. 가격정보가 향상될 경우 대부분의 소비자가 보험에 가입되어 있는 시장에서 현저한 가격하락을 이끌 수 있을지는 분명하지 않다. Hibbard and Weeks(1989)는 보험으로 인해 가격정보의 개선이 소비자의 결정에 있어 큰 영향을 끼치지 못함을 제시하고 있다. 그럼에도 불구하고 Dranove and Satterthwaite의 결과는 고도로 가격에 민감한 관리의료계획에서 나타난다.

이러한 이유 등으로 최적보험은 환자에게 일정수준의 본인부담을 제공함으로써 균형적인 후생효과를 가져 올 수 있다(Zeckhauser, 1970). 도덕적 해이를 완화시키기 위해 수요측면에서 환자에게 본인부담을 적용시키는 방법 이외에, 공급측면에서 부적절한 의료이용을 감소시키는 방안이 존재한다. 근거기반진료(evidence-based practice), 관리의료(managed care)와 관련된 규제(이용량 검토, 사전허가 프로그램, 진료가이드라인), 그리고 의료제공자에게 효율성 문제로 인센티브를 제공하는 재원 조달모델 등이 제시되고 있으며, 이는 1990년대에 의료개혁에서 나타난 사례이다.

보건의료의 특징들을 개별적으로 분석할 경우 정책제안에 한계가 따를 수 있다. 보건의료는 어떤 처방이 비효율성을 개선할 수 있다는 보장을 할 수 없는 차선의 세계이다. 의료의 특성을 통합적으로 분석할 경우 의료시장은 의료시장을 개별적으로 분석하는 것과는 다른 정책적 처방을 유도해 낼 수 있을 것이다.

4. 정부규제와 시장경쟁

가. 의료시장에 대한 가치관

Donabedian(1971)은 보건의료공급에 관한 이데올로기적 이슈를 자유주의자(libertarian)와 평등주의자(egalitarian)로 나누어 제시하고 있다. 자유주의자

(libertarian)는 보건의료에 대한 접근이 사회 보상시스템(reward system)의 일부로, 남보다 자신의 소득 및 부를 이용하여 더 많이 그리고 더 높은 수준의 보건료를 제공받을 수 있어야 하는 것으로 보고 있다. 이에 반해 평등주의자(egalitarian)는 보건의료의 접근은 모든 시민들의 권리로, 소득 및 부에 영향을 받아서는 안 된다고 보고 있다.

다음의 <표 II-1>은 개인의 책임감, 사회적 관심, 자유, 평등의 측면에서 각자의 견해를 요약·제시하였다.

<표 II-1> 자유주의자(libertarian)와 평등주의자(egalitarian)의 견해 비교

	자유주의자(libertarian)의 견해	평등주의자(egalitarian)의 견해
개인적 책임	<ul style="list-style-type: none"> 성과달성을 위해 개인의 책임이 매우 중요하며, 보상이 주어지지 않는다면 개인의 책임있는 행위는 감소될 것임. 더구나 보상이 주어지지 않는다면 경제적 안녕을 위한 동기를 떨어뜨리게 됨. ⇒도덕적 안녕과 성취력 간에 긴밀한 연관성이 존재하기 때문에 도덕적 안녕(moral well-being) 또한 약화시키게 됨. 	<ul style="list-style-type: none"> 개인의 성취동기가 바람직하나, 경제실패가 도덕적 위해 또는 사회적 무가치(worthlessness)와 동일한 것은 아님.
사회적 관심	<ul style="list-style-type: none"> 사회적 진화론(Darwinism)은 어느 수준에 이를 수 없는 사람의 비율이 형식상 중요한 것은 아니라고 언급하고 있음. 극빈층에게는 자선이 올바른 매개체가 될 수 있으나, 신중하게 정한 조건하에 행사되어야 함. 	<ul style="list-style-type: none"> 사적인 자선행위에 장벽이 있어서는 안되며 다만 도덕적으로 잠재적인 위험이 있는 것으로 간주되어야 함(왜냐하면, 자선행위로 인해 수혜자 및 기부자가 왜곡된 행위를 할 수 있기 때문에). 사회적으로 명백하고 공평하게 규제된 권한으로 올바른 규칙에 따라 접근할 수 있도록 하는 사회적 메커니즘을 만드는 것이 보다 바람직할 수 있음.
자유	<ul style="list-style-type: none"> 자유는 그 자체로 우수한 미덕으로 추구되어야 함. 억압(또는 강제)은 개인의 책임과 자발적인 사회적 관심을 감소시킴. 국가의 지나친 통제로 보건료계획이 집중화되는 반면 민간의료진, 보건전문가, 그리고 의뢰인의 역할 및 비중이 감소될 수 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> 자유는 실질적인 선택의 기회라고 간주됨. 경제적인 제약이 정치적인 제약보다 강제적이지는 못하지만, 선택에 있어서 실질적이고 효과적인 제약일 수 있음. 자유는 분할할 수 없는 것이 아니라 보다 큰 자유를 위해 희생될 수 있는 것임. 정부는 사회 내의 개인에게 외적인 위협이 아니라, 개인이 보다 넓은 범위에서 행동(즉, 보다 큰 자유)할 수 있게 하는 수단임
평등	<ul style="list-style-type: none"> 법 앞의 평등은 자유와 평등이 대립될 경우라도 자유가 평등보다 우선시 될 수 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> 보상(rewards)을 배분하기 위해 개인의 성취결과를 활용하는 것에 대한 도덕적 정당성은 모든 사람들이 성취를 위해 동일한 기회를 가지는 것에 있기 때문에, 평등한 기회가 강조되어야 함. 평등은 소수만이 향유하던 자유를 다수에게 확장시키는 것으로 간주됨.

자료: Donabedian(1971)

이러한 이데올로기가 보건의료의 우선순위 설정에서 가지는 함의는 다음과 같다. 보건의료공급에서 자유중심의 시스템은 지불의사(willingness-to-pay), 지불능력(ability-to-pay)이 지배적 논리이므로, 민간시스템(private system)에 의한 시장에서 가장 잘 달성될 수 있다. 반면에, 형평성 중심의 시스템에서는 보건의료의 동일한 요구(needs)에 대해 접근기회가 동일해야한다는 논리로, 치료비용을 누가 부담할 것인가와는 별도로 보건의료의 요구(needs)에 대해 사회적 순위가 부여되어야 하며, 그래서 공공부문의 공급(public provision)을 중시하고 있다.

나. 의료시장에서의 민간 대 공공

앞서 언급한 자유주의자의 견해와 평등주의자의 견해는 민간(private)위주의 시스템과 공공(public)위주의 시스템에서 다음과 같이 제시될 수 있다. 민간시스템(private system)은 보건의료에 대한 접근이 지불의사(willingness-to-pay) 및 지불능력(ability-to-pay)에 의해 결정되며, 생산자는 경쟁시장에서의 균형가격에 의해 수익적 동기를 가지고 소비자의 수요에 대해 행동하게 된다. 반면, 공공시스템(public system)은 보건의료에 대한 접근이 요구(need)에 의해 결정되며, 생산자는 사회적으로 합의된 시스템을 토대로 한 양적 배분에 의해 인도주의적(humanitarian) 동기로 행동하게 된다. 이와 같은 각각의 보건의료시스템에 대한 특성을 구체적으로 제시하자면 다소 복잡하지만 다음의 표와 같이 볼 수 있을 것이다.

〈표 II-2〉 이상적 보건의료시스템: 민간 대 공공

	민간	공공
수요	<ul style="list-style-type: none"> · 개인이 자신의 후생에 대한 최선의 판단 자임 · 우선순위는 자신의 지불의사 및 지불능력에 의해 결정됨. · 수요에 대한 왜곡된 속성은 민간보험에 의해 조정됨. · 형평성 관련 문제는 여타 영역(예를 들어, 세금 및 사회안전시스템)에 의해 다루어 짐. 	<ul style="list-style-type: none"> · 질병이 있을 때, 개인들은 자신의 후생을 판단하기에 불안전할 수 있음. · 우선순위는 요구(need)에 대한 사회적 판단으로 결정됨. · 수요에 나타나는 왜곡된 속성은 서비스를 무료로 제공하는 것과는 무관한 것임. · 소득분배는 보건의료에 대한 요구(need)와 관련하여 형평하지 못할 수 있기 때문에, 시스템은 이러한 영향력에서 벗어나 있어야 함.
공급	<ul style="list-style-type: none"> · 이익(profit)은 공급자가 수요자의 요구에 반응하도록 동기를 부여하는 올바른 효과적 방법임. · 우선순위는 지불의사 및 지불능력 그리고 욕구를 충족시키는 데에 소요되는 비용에 의해 결정됨. · 공급자들은 최소의 비용으로 공급하는 방법을 채택할 인센티브를 가짐. 	<ul style="list-style-type: none"> · 공공서비스에 대한 직업윤리 및 헌신이 적절한 동기이며, 성공적으로 치료하고 돌보기 위한 핵심임. · 가장 효과적인 치료개선이 있는 곳에 우선순위가 부여됨. · 사전에 가용자원을 제약함으로써 공급자가 최소의 비용으로 공급하는 방식을 채택할 인센티브를 가짐.
조정메커니즘	<ul style="list-style-type: none"> · 다수의 경쟁적인 공급자들은 가격을 하락시켜 비용에 반영시키고자 함. · 많은 정보를 보유한 소비자는 자신의 치료에 대해 가장 비용 효과적인 형태를 추구할 수 있음. · 의료시장의 가격하에 진료가 수익성이 있다면, 의료에 참여하고자 하는 사람이 증가할 것이며, 그래서 공급은 수요에 민감해 질 것임. · 반대로, 진료에 수익성이 없다면, 시스템이 균형에 이를 때까지 퇴출하게 될 것임. 	<ul style="list-style-type: none"> · 행위에 대한 중앙 검토(central audit)를 통해 서비스공급의 효율성을 감시하며, 시스템을 비용효과적으로 유도하기 위해 경영감시함. · 정보를 보유한 의료진은 개별 환자에 대해 가장 비용효과적인 형태로 처방할 수 있음. · 의료진 및 시설에 어떤 압력을 행사한다면, 자원이 효율적인 방향으로 유도할 수 있음. · 의료진 및 시설에 대한 압력이 완화된다면 자원이 불필요한 곳에 이용될 수 있음.
성공기준	<ul style="list-style-type: none"> · 소비자는 자신이 수요하고자 하는 것, 그리고 언제, 어디서, 어떻게 획득할 수 있는지에 대한 능력에 의해 시스템을 판단할 것임. · 생산자는 자신의 생활수준에 의해 시스템을 판단할 것임. 	<ul style="list-style-type: none"> · 시민들은 배분된 자원과 관련하여 구성원들의 건강상태를 얼마나 개선시키는 지의 수준에 의해 시스템을 판단함. · 생산자는 자신이 비용효과적이라고 생각하고 있는 치료를 제공하도록 할 수 있는 구조에 의해 시스템을 결정함.

자료: Donabedian(1971)

두 시스템이 가지는 견해에는 의사들이 환자들의 완전대리인(perfect agents)이 아니므로, 환자들의 요구수준에 벗어나는 이익을 추구할 수 있어서 각각의 시스템에는 한계점이 존재한다고 볼 수 있을 것이다. 즉, 민간시스템에서는 보건의료 서비스를 과잉 공급하는 경향이 있으며, 공공시스템에는 보건의료서비스를 과소 공급하는 경향이 나타나게 된다. 그러므로 앞서 제시한 이상적인 특성과 비교하여 실제적으로는 어떻게 나타나는 지를 살펴보면 다음 <표 II-3>과 같다.

<표 II-3> 실질적 보건의료시스템: 민간 대 공공

	민간	공공
수요	<ul style="list-style-type: none"> · 의사는 소비자를 대신하여 수요(demand)를 전달하는 대리인으로서 행동함. · 우선순위는 보험기금의 보상규정에 의해 결정됨. · 민영보험의 보상범위는 그 자체로 이익추구활동이며, 일정 위험수준을 회피하므로, 보상범위는 불완전하고 불공평하여 개인의 지불의사 및 지불능력을 왜곡시킬 수 있음. · 소득분배를 변화시키려는 일련의 시도는 인센티브(부유계층이라면 양질의 의료서비스를 더 많이 구매하려는 능력있는 자임)를 훼손하는 것으로 간주됨. 	<ul style="list-style-type: none"> · 의사는 환자를 대신하여 요구(need)를 확인하는 대리인으로서 행동함. · 우선순위는 의사자신의 직업상 상황에 의해 그리고 환자의 상태에 대한 평가와 환자들의 질병에 대한 예측성향에 의해 결정됨. · 직접적인 재정적 기여(분담액)가 없다면, 환자들은 바람직하지 못한 상태의 치료를 받을 수 있음. · 보건의료서비스 접근에 대한 차별성을 보정하기 위해 사회 및 경제시스템에서의 불공평을 시정하려는 시도는 비용효과적인 대안이 없는 상황에서도 보건의료를 제공할 수 있음.
공급	<ul style="list-style-type: none"> · 공급자의 수익성 추구 행위가 소비자의 이해와 상반된 것일 수 있으며, 소비자 혹은 공급자가 소비자에게 유리한 행위가 무엇인지에 관해 명료하지 않을 수 있기 때문에, 공급자에게 자유재량권을 부여하게 됨. · 우선순위는 소득에 따른 소비자 분류 그리고 수요형태를 만족시키는 비용에 의해 결정됨. · 이익추구동기가 시장을 분할하고 가격을 차별화하며 여타 전문가와의 답합을 유도할 강한 인센티브를 낳을 수 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 만약 타인을 위한 헌신이 없는 사람들이 자기추구행위를 통해 윤택하게 살아간다고 여겨진다면 개인의 직업적 헌신과 공공을 위한 동기는 악화되거나 냉소주의로 빠질 수 있음. · 우선순위는 직업 만족도에 의해 결정됨. · 비용효과성이 바람직한 의료의 책무로 받아들여지는 것은 아니기 때문에, 이러한 압력은 단지 professionals 과 managers간의 긴장감만 조성함.

〈표 II-3〉 계속

	민간	공공
조정 메커 니즘	<ul style="list-style-type: none"> · 직업윤리규정은 공개경쟁을 하지 못하는데 이용될 수 있음. · 의료의 질에 대한 충분한 정보를 보유하지 않은(보험에 가입되었기 때문에) 소비자는 의사와 담합하여(보험업자에 대해) 비용을 상승시킬 수 있음. · 의사로의 진입이 어려우며 의사 수도 수익성 유지를 위해 제한되어 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> · 비용청구 목적을 위해 복잡한 비용 데이터가 요구되는 것은 아니므로, 비용 상의 유용한 정보가 생산되지는 못함. · 의료진은 비용에 관한 정보를 거의 가지지 않으며, 왜곡된 인센티브(예를 들어, 비용감축은 생활을 어렵게 할 수 있다거나 주어지는 보상이 감소될 수 있음)나 이와 유사한 정보를 토대로 행동할 직접적인 유인은 없음. · 다양한 치료법에 대한 상대적인 비용효과성에 관해서는 거의 알려진 바 없으며, 비록 있다하더라도 의사는 일반적으로 합의가 이루어질 때까지 이러한 정보에 따라 행동하는데 주의를 기울임. · 시설의 중복투자가 빈번하지 않으며, 수혜자의 범위가 확대됨.
성공 기준	<ul style="list-style-type: none"> · 소비자는 자신의 요구에 대해 의학적으로 결함이 없도록 그리고 리스크를 역전시키도록 하는 사람을 찾는 능력에 의해 시스템을 판단함. · 생산자는 자신의 생활이 얼마나 우수한지에 의해 시스템을 판단할 것임. 	<ul style="list-style-type: none"> · 건강상태를 측정하는 가장 쉬운 측면은 기대수명이기 때문에, 사망률 데이터 및 상해 치료에 대한 사망 리스크로 평가됨. · 비용효과성에 대한 정확한 데이터가 없을 경우 생산자는 만족스러운 치료를 전달할 수 있는 수준에 의해 시스템을 판단함.

자료: Donabedian(1971)

Ⅲ. 우리나라 보건의료시장에 관한 실증분석: 병원을 중심으로

본 장에서는 우리나라 보건의료시장의 특성과 의료제공자 행태에 관한 실증적 분석을 시행한다. 지금까지 우리나라 의료시장에 대한 논의가 없었던 것은 아니나 대부분의 논의들이 주로 기술적이고 이념적인데 그친 한계가 있다.

본 연구에서는 의료시장의 특성 특히, 경쟁과 소유형태 및 공급자 특성이 공급자 행태에 미치는 영향에 관한 실증 분석을 시도하고자 한다. 즉, 의료기관간 경쟁과 법적 소유형태가 공급체계의 효율성과 형평성에 미친 영향을 실증적으로 분석함으로써 현재 논의가 되고 있는 정부(공공, 규제) 대비 시장(민간, 규제 완화)의 역할에 관한 정책적 함의를 도출하고자 한다.

이와 함께, 본 장에서는 우리나라 병원산업의 시장지향성을 평가하고 문헌으로 발표된 주요국 병원산업의 시장 지향성 정도를 간접비교하고자 한다. 시장 지향성이란 조직이 경영활동에 필요한, 소비자나 경쟁자에 관한 정보를 조사하여 입수하고, 이렇게 입수된 정보를 기업 내의 필요한 각 부서에 효과적으로 전달해서, 각 부서가 전달된 정보를 바탕으로 구체적으로 대응행동을 취할 수 있도록 해주는 경영체계를 의미하는 것으로 세계적으로 병원산업 효율화의 척도로 평가받고 있다.

1. 시장정의와 병원경쟁 및 시장 특성

가. 연구 배경 및 필요성

지난 1-2년간 우리나라 보건의료정책 분야에서 활발히 논의 되고 있는 주요 이슈 중의 하나가 의료시장 개방과 영리법인의 허용이다. 2005년 시행 일정의

로 2002년부터 논의가 본격화된 WTO(World Trade Organization) DDA(Doha Development Agenda)의 의료시장 개방 이슈는 2004년 경제특구 내 외국 의료기관 개설이 정부에 의해 본격화되며 DDA와는 다른 차원에서 이슈화되고 있으며, 이와 함께 영리법인의 허용 여부도 커다란 쟁점이 되고 있다. 의료제공자 단체인 대한병원협회와 대한의사협회, 노동자 단체, 시민 단체, 그리고 행정부의 보건복지 부처와 재정경제 부처들이 서로 다른 이해와 시각에서 첨예하게 대립하고 있다.

이 같은 정책 이슈와 함께 우리 보건의료체계에 커다란 변화를 가져올 수 있는 주요 요인으로 급격한 인구 노령화와 의사수의 증가를 들 수 있다. 세계에서 유례를 찾을 수 없이 빠른 속도로 인구의 노령화가 진행되고 있으며, 인구 노령화는 의료수요와 의료비의 증가를 의미한다. 우리나라 건강보험의 2002년 1월 진료비 청구자료를 보면 16~30세 연령대 인구의 인구 1000명당 1개월 간 종합병원급 이상 병원 입원일수가 21일인데 반해 65세 이상 인구의 입원일수는 200일 이었다. 건강보험심사평가원에 따르면 2003년 1년간 65세 이상 노인 인구가 사용한 건강보험 진료비는 총 4조 3723억 원으로 전체 진료비의 21.3%이었으며, 이는 전년도에 비해 18.8% 증가한 규모이었다. 한편 1990년 대 있었던 의과대학 신설의 남발로 매년 3,000 여명의 의사가 새로이 배출되고 있으며, 한 의사치과 의사 또한 매년 각 800여 명씩 배출되고 있다. 이로 인해 의료계의 경영이 어렵다 함에도 의원과 병원의 수는 매년 10% 전후의 증가를 보이고 있다.

그러면 이와 같은 환경 속에서 의료시장 개방과 영리법인의 허용과 같이 관련된 이해 당사자들이 참여한 시각 차이를 보이고 있는 문제는 어떻게 풀어야 하는 것인가? 이를 위해서는 전통적으로 민간에 의해 운영되는 의료공급체계가 정부 주도의 행위별수가제를 근간으로 하는 재정체계에 의해 자금이 조달되는 우리 보건의료시장의 특성을 파악하고, 주요 플레이어, 특히 의료제공자의 행태를 이해할 필요가 있다. 의료공급자간 경쟁은 어떤 양상을 띠고 발생하는가? 그리고 의료부문에서의 경쟁은 어떻게 측정할 것인가? 공급자 수가 증가하여 경쟁이 심해지면 공급자 유인 수요가 발생하여 의료체계의 효율성에 부정적인 영향을 줄 것인가? 아니면 여타 산업에서처럼 병원 간 경쟁이 높아질수록 가격경쟁

을 통해 비용절감의 노력을 증가시키고 소비자 만족도를 높이기 위해 노력하게 되어 의료체계의 효율성이 높아질 것인가? 병원 간 경쟁에 직면하여 병원들의 행태는 설립주체에 따라 다를 것인가? 이 같은 질문들에 답할 수 있어야 한다.

그러나 이 같은 질문에 답할 수 있는 실증적 연구 결과가 우리나라에 많지 않은 것이 현실이다. 의료이용에 있어서의 소규모 지역간 변이 분석을 통해 공급체계 요인이 의료이용 수준에 미치는 영향을 분석한 연구들이 일부 있으나, 시장 경쟁이나 설립주체 요인을 분석한 연구는 많지 않다. 예를 들어 김윤미 등(2004)은 항문 및 주위수술, 서혜 및 대퇴부 탈장수술, 충수절제술의 지역별 수술률 분석에서 항문 및 주위 수술률이 경쟁이 높은 지역일수록 그리고 공공 병상 비율이 낮은 지역일수록 증가한다는 결과는 얻었으나 나머지 두 가지 수술은 이들 변수의 영향을 받는 않는다는 결과를 얻었다.

나. 연구 목적 및 범위

본 연구의 1차 목적은 우리나라 의료시장 내 병원의 경쟁수준 측정을 위한 도구를 개발하는데 있다. 우리나라에서 병원의 경쟁이 어떤 양상을 띠고 있는지 그리고 경쟁이 병원의 행태와 의료체계의 효율성에 어떤 영향을 미치는지 파악하기 위해서는 우선 병원산업에서 시장이 어떻게 정의되고 그 시장에서의 경쟁을 어떻게 측정할 것인지를 검토하여야 한다. 2차적으로는 우리나라 병원 시장의 구조 및 경쟁 특성을 조사하고, 이들 특성이 의료체계의 효율성에 미치는 영향을 분석하고자 한다. 즉, 정보의 비대칭성과 소비자 무지라는 특성을 가지는 보건의료공급체계에서 과연 경쟁이 제대로 작동하는지 고찰하기 위해서 병원 간 경쟁이 병원의 진료비 수준, 병상가동률, 병상 당 인력과 같은 병원의 행태에 어떤 영향을 미치는지 분석하고자 한다.

본 연구는 전국의 병원급 이상 급성기 병원의 입원 진료 시장만을 대상으로 한다. 따라서 요양병원, 정신병원, 군병원 등 장기 만성질환 및 특수 병원은 연구에서 제외되었다. 또한 유병상 의원도 연구에서 제외되었으나 시장에서의 이들 유병상 의원 병상규모는 분석에 포함되었다.

다. 문헌고찰

1) 시장의 정의와 경쟁의 측정

의료제공자들은 환자들이 이들이 서로 대체 가능하다고 인식할 때 경쟁관계를 갖게 된다. 즉, 한 병원의 질이 낮아지거나 가격이 오르면 환자들이 대신 다른 병원을 찾게 될 때 이들 두 병원이 경쟁관계를 갖는 것이다. Baker(2001)는 연구자나 정책결정자들이 경쟁을 측정함에 있어 주의해야 할 요소들을 5가지로 정리한 바 있다. 이들은 분석의 대상이 되는 제품(진료)과 경쟁종류, 시장의 정의, 경쟁측정 척도, 경쟁구조에 영향을 주는 변화, 관리의료(managed care)의 역할 등이다. 여기서 관리의료의 역할은 우리의 경우에는 고려하지 않아도 되는 요소이다.

일반적으로 경쟁은 제공자 수준에서 측정되는데 경쟁의 측정과 그 영향의 평가에 있어서 시장의 정의가 출발점이 된다. 즉, 공급자간 경쟁은 주어진 시장에서의 경쟁을 의미하기 때문이다. 예를 들어 시장의 지역적 범위가 너무 넓게 정의되면 병원 간 경쟁이 매우 높은 것으로 나타날 것이고 반대로 시장이 너무 좁게 정의된다면 거의 모든 병원들이 독점적 지위를 점하고 있는 것으로 보일 수 있다.

시장을 정의하는 방법은 크게 아래와 같은 3가지로 나눌 수 있다.

- 행정구역에 의한 정의
- 고정반경(fixed radius)에 의한 정의
- 변동반경(variable radius)에 의한 정의

행정구역에 의한 시장의 정의는 많은 자료들이 행정단위 별로 정리되어 있기 때문에 자료 획득의 용이성이라는 큰 장점을 가지고 있으나 실제 병원 시장이 반드시 행정구역과 일치하지 않으므로 한계를 가진다. 특히 행정구역상 경계 주변에 소재하는 병원의 경우는 하나의 행정구역만을 시장으로 정의할 때 그 병원의 실제 시장이 제대로 포착될 수 없다. 미국의 경우 Joskow(1980)와 Noether(1988)의 연구에서는 SMSA(Standard Metropolitan Statistical Area)라는 시장의 정의를 이용한바 있다.

고정 반경에 의해 시장을 정의할 경우 행정구역에 의한 정의에 비해 실제 시

장에 가깝게 시장이 정의되는 장점이 있으나 자료의 구득이 상대적으로 어려워질 수 있다. 나아가 고정된 반경에 의해 시장을 (고정적으로) 정의할 경우 병원 소재지역의 특성(예, 산이나 강과 같은 지형적 특성, 교통망의 차이에 따른 지역적 특성 등)에 따라 동일한 반경 내의 시장의 의미가 달라질 수 있는 단점이 있다. 예를 들어 동일한 반경이라 하더라도 도시와 농촌에 따라, 인구밀도의 차이에 따라 혹은 교통망과의 접근성의 차이에 따라, 정의되는 시장의 수요의 크기나 경쟁의 양상이 동질적이지 않을 것이다. Luft et al.(1986)이나 Robinson and Luft(1985) 등의 연구에서는 5마일(mile) 반경 혹은 15마일 반경 등의 시장 정의를 사용하였다.

이러한 단점을 보완하기 위한 방법인 변동반경에 의한 시장의 정의는 환자의 흐름을 중심으로 시장의 크기를 탄력적으로 정의하는 방법이다. 예를 들어 3차 의료기관은 1, 2차 의료기관에 비해 환자가 더 많은 지역으로부터 오게 되므로 시장이 더 넓게 정의될 필요가 있다. 하지만 이럴 경우 대규모 병원 혹은 3차 의료기관의 시장이 지나치게 넓게 정의될 가능성이 높고 또 시장이 지역적으로 연결되지 않는 불연속적인 모습을 띠게 될 것이다. Gresenz 등(2004)은 변동반경 방법에 의해 시장을 정의하고, 이 방법에 의해 정의된 반경의 크기와 의료제공자 특성 간의 연관성을 분석함으로써 변동반경법에 의한 시장 정의 방법의 내생성(endogeneity)을 조사하였다.^{주10)}

2) 경쟁의 영향

공급자와 소비자간 정보의 비대칭성에 의해 소비자 무지가 큰 보건의료의 특성상 소비자의 합리적 선택이 어렵기 때문에 의료공급자간 경쟁이 제대로 작동하기 어렵다는 견해가 오랫동안 존재해 왔다. 특히 소비자가 의료보험의 존재로 인하여 의료비용을 모두 부담하지 않는 상황에서는 환자는 가격보다는 의료의 질에 더욱 관심이 많고, 따라서 병원들이 가격 경쟁 대신 질 경쟁을 하게

주10) 시장 정의에 대한 구체적인 논의는 Dranove and Shanley(1989), Frech(1996), Luft, et al.(1989) 참조.

되어 시장에서 병원들의 경쟁이 높아질수록 의료비용이 더욱 증가한다는 견해이다. 또 병원의 소유주체 유형 중 높은 비중을 차지하고 있는 비영리병원들이 영리병원에 비해 영리추구와 효율성 증진에 대한 노력을 덜 기울이는 것도 경쟁의 양상에 영향을 미칠 수 있다. 나아가 의료기관에 대한 비용후불제(cost-based reimbursement)에서는 의료기관에서 환자를 치료하는데 소요된 비용을 보험자가 사후적으로 보상해주므로 병원의 비용절감에 대한 경제적 유인이 더욱 없었다. 따라서 병원들이 주로 고가의료장비와 첨단치료기법을 도입하는 방법으로 비용 절감보다는 의료의 질을 높이는 경쟁을 함으로서 과도한 시설과 장비 투자가 야기되어 병원 간 경쟁이 오히려 사회적 비용을 증가시키는 비효율을 야기하였다(Joskow, 1980; Luft et al., 1986; Noether, 1988; Robinson and Luft, 1985). 이러한 환경에서 병원의 신설은 규제되는 것이 바람직하고 병원 간 인수 합병을 통해 사회적 효율을 증가시킬 수 있다. 만일 이처럼 병원 간 경쟁이 다른 산업과는 달리 비효율적인 것이라면, 시장에서 병원의 수가 증가할수록 가격 경쟁보다는 질 경쟁에 의해 진료비 수준은 증가하고 중복 투자와 과잉 시설 투자에 따라 병상가동률은 감소할 수 있으며 병상 당 인력 수준도 증가할 것이다.

그러나 미국의 경우 진단명(DRG: Diagnosis Related Group)기준 포괄수가제가 도입되면서 실제 발생한 비용에 관계없이 보험자가 지불하는 금액이 미리 결정되게 되므로 병원은 비용을 절감해야 하는 강한 경제적 유인을 가지게 되었다. 또 전통적인 보험자와는 달리 관리의료와 같은 민간보험자는 의료공급자와의 계약 시 가격을 매우 중요한 조건으로 삼게 되었다. 이러한 환경에서는 병원 간 경쟁이 증가할수록 비용의 절감을 통한 가격 경쟁력의 향상이 병원의 생존에 있어 핵심적인 역할을 하게 된다. 따라서 병원 간 경쟁의 증가는 병원들에게 의료비용 감소의 강한 압력을 주게 되면서 이제 병원들이 비용과 가격을 인하하기 위해 치열하게 경쟁하게 되어 병원 간 경쟁의 강화가 비용 감소와 사회적 효율의 증대로 귀결되고 있다(Dranove, Shanley and Simon, 1992; Dranove, Shanley and White, 1993; Feldman, Chan, et al., 1990; Melnick and Zwanziger, et al., 1992; Zwanziger and Melnick, 1988). 우리나라 병원들은 외국의 경우와는 달리 순수한 비영리 병원이 소수이므로 경쟁의 양상이 일반적인 산업과 비슷할

수도 있지만, 반면 진료비지불제도가 병원들로 하여금 비용을 절감하고 효율성을 높일 경제적 유인을 크게 주지 못하므로 병원 간 경쟁이 사회적 효율을 높이지 못할 가능성도 있다. 만일 병원 간 경쟁이 다른 산업과 같이 효율적이고 따라서 사회적 후생의 증가를 가져온다면, 시장에서 병원의 수가 증가할수록 진료비 수준은 감소하고 적정 수준의 시설 투자로 인해 병상가동률이 증가할 수 있으며 병상 당 인력 수준도 적정화될 것이다.

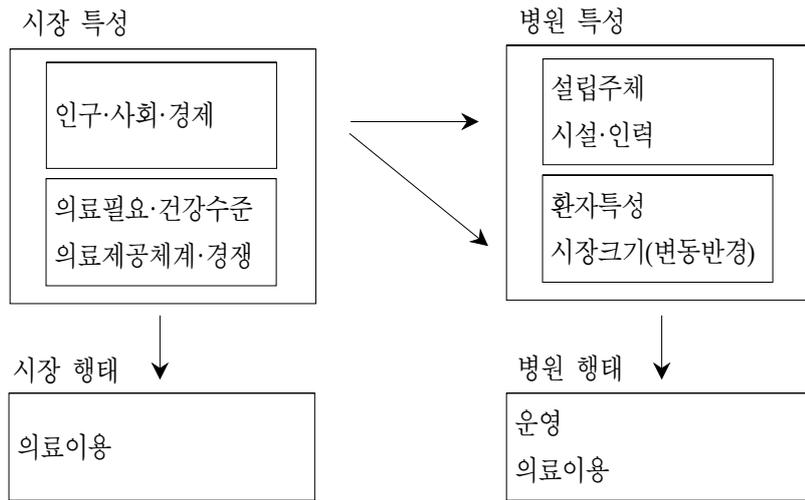
라. 연구방법

1) 분석모형

본 연구에서의 분석의 개념적 틀은 [그림 III-1]에 제시된 것과 같다. 시장 특성은 우선 해당 지역 거주자의 인구학적 및 사회경제적 특성에 의해 결정된다. 한편 거주자의 건강상태 및 의료 필요정도, 해당 시장의 의료제공 체계와 경쟁정도도 시장 특성을 나타내는 변수이며, 이들은 해당 시장 거주자의 인구학적 및 사회경제적 특성의 영향을 받는다. 병원 특성은 우선 설립주체와 투입 시설 및 인력의 규모와 질에 의해 결정된다. 또한 해당 병원에서 진료하는 환자 특성도 병원 특성을 결정하며, 환자 특성은 투입시설 및 인력의 규모와 질의 영향을 받는다. 한편 이들 병원 특성은 해당 병원 시장 특성의 영향을 받는다.

본 연구의 관심인 의료이용 행태는 시장 단위에서 측정된 이용 행태와 병원 단위에서 측정된 이용 행태의 2가지로 구분되어 연구되었다. 병원의 행태로 의료이용 행태와 함께 병원운영 특성인 병상 가동률이 분석에 포함되었다. 시장 단위에서 측정된 의료이용 행태는 시장 특성의 영향을 받으며, 병원 행태는 시장 특성과 함께 병원 특성의 영향을 받는다.

[그림 III-1] 분석의 개념적 틀



2) 자료

본 연구에서 사용된 자료의 출처는 <표 III-1>에서와 같다. 2002년도 보건복지부·한국보건사회연구원 환자조사의 퇴원환자 자료 총 365,654건 중 병원급 이상 특수병원을 제외한 단기 급성기 병원 총 816개 의료기관에서 2002년 9월 중 퇴원한 환자들의 자료 313,472건이 기준 자료가 되었다(보건복지부·한국보건사회연구원, 2003). <표 III-2>에서와 같은 2002년 현재 시군구 총 243개 중 이들 816개 의료기관이 위치한 223개 지역이 분석에 포함되었다. 본 연구의 기본 자료가 된 퇴원환자 자료의 신뢰성은 전체 퇴원환자수의 경우 상대 표준오차가 1.13% 수준으로 보고되었다.

이들 의료기관의 의료이용 행태를 나타내는 청구진료비 고가도 자료는 건강보험의 EDI 청구자료로부터 얻었으며, 지역의 의원 병상수 포함 총 병상수, 총 의사수 및 전문의 수는 건강보험 요양기관 현황자료로부터 얻었다. 그 밖에 지역별 인구수, 인구밀도, 사망자 수는 통계청 인구자료로부터 얻었으며, 지역별

대학이상 졸업자수와 지방세 자료는 각 지방자치단체 통계자료로부터 얻었다. 이들 통계자료는 각 부처 홈페이지에서 전자자료 형태로 다운 받아 사용하였다.

〈표 III-1〉 자료 출처

자료	항목
2002년 환자조사 기관 자료1	병원별 병상수, 의사수, 직원수
2002년 환자조사 퇴원환자 자료1	퇴원 건별 환자 거주지, 입원일수 진료비 지불방법, 이용 병원
건강보험 요양기관 현황자료 (2002년)	요양기관별 소재지, 의사수, 전문의 수, 설립주체
건강보험 청구자료 (2002년 1월 발생, EDI 청구 분)	요양기관별 청구진료비 고가도
통계청 인구자료 (2002년)2	지역별 연령대별 성별 인구수, 지역별 인구밀도, 지역별 연령대별 사망자수
지방자치단체 통계자료 (2002년)	지역별 대학이상 졸업자수, 지방세

1 보건복지부·한국보건사회연구원, 2003

2. <http://www.stat.go.kr>

〈표 III-2〉 행정구역 정의

구시군	구시군	구시군	구시군	구시군
서울특별시	인천광역시	여주군	보령시	경상북도
종로구	중구	화성시	아산시	포항시 남구
중구	동구	광안리	서산시	포항시 북구
용산구	남구	영유동	논산시	경주시
성동구	북구	포천군	금산군	김천시
대문구	서구	가평군	연기군	안동시
성북구	남동구	양평군	부여군	구미시
봉곡구	연수구	안성시	서천군	영주시
도봉구	계양구	김포시	청양군	영천시
은평구	강화군	수원시	홍성군	경주시
서대문구	옹진군	성남시	예산군	문성군
마포구	광주광역시	성남시	당진군	경산시
강서구	동구	안양시	태안군	경상남도
구로구	서구	안양시	전라북도	진주시
영등포구	북구	부천시	완산구	원산시
동작구	광산구	부천시	전주시	전주군
관악구	남구	부천시	전주군	군산시
강동구	대전광역시	강원도	익산시	익산시
송파구	중구	춘천시	정읍시	정읍시
강원구	동구	강원도	남원시	김제시
노원구	서구	강릉시	완주군	진안군
서초구	유성구	동해시	무주군	무주군
양천구	대덕구	태백시	장수군	임실군
강북구	울산광역시	속초시	순창군	고창군
광진구	중구	삼척시	고창군	부안군
금천구	남구	홍천군	순창군	경상남도
부산광역시	동구	영월군	고창군	마산시
중구	동구	평창군	부안군	진주시
서구	북구	정선군	전라남도	창원시
동구	경기도	화천군	목포시	통영시
영도구	장안구	양구군	여수시	사천시
부산진구	수원시 권선구	인제군	순천시	밀양시
동래구	수원시 팔달구	고성군	광양시	거제시
남구	의정부시	양양군	담양군	양산시
북구	광명시	양양군	곡성군	의령군
해운대구	동두천시	충청북도	구례군	창녕군
사하구	구리시	청주시 상당구	고흥군	고성군
금정구	평택시	청주시 흥덕구	보성군	남해군
강서구	안산시	충주시	화순군	하동군
연제구	과천시	충주시	강진군	산청군
수영구	오산시	충주군	해남군	함양군
사상구	군포시	보은군	영암군	거창군
기장군	의왕시	옥천군	무안군	합천군
대구광역시	시흥시	영동군	함평군	제주도
중구	남양주시	진천군	장성군	제주시
동구	하남시	괴음면	완도군	서귀포시
서구	고양시	진천군	진도군	북제주군
남구	이천시	당진군	신안군	남제주군
북구	용인시	충청남도		
수성구	파주시	충청남도		
달성군	양주군	충청남도		

3) 방법

① 시장의 정의

본 연구에서 시장은 행정구역에 의한 정의와 변동반경에 의한 정의, 두 가지 방법에 의해 정의되었으며, 두 가지 정의에 의한 시장의 특성이 조사되었다. 행정구역은 2002년 9월 현재 시군구 단위로 <표 III-2>와 같으며, 총 243개 시군구가 시장으로 정의되었다.

변동반경 시장은 Gresenz 등(2004)에서와 유사한 방법으로 정의하였다. 즉, 각 병원별로 앞에서의 시군구 단위로 파악된 환자의 주소지별 구성비가 큰 순서대로 누적 집계하여 누적 구성비가 80%를 충족시키는 시군구들 중 단일 시군구 구성비가 1% 이상인 곳을 해당 병원의 시장으로 정의하였다. 시장을 구성하는 시군구, 즉, 주민료권 행정구역 수(시장의 크기)의 분포는 <표 III-3>에서와 같으며, 최대 시군구 숫자는 39개 이었다.

<표 III-3> 병원별 변동반경 시장을 구성하는 행정구역수의 분포

행정구역수	병원수	누적 %
1	216	26.47
2	125	41.79
3	130	57.72
4	78	67.28
5	43	72.55
6~10	126	87.99
11~15	45	93.50
16~20	33	97.55
21~25	9	98.65
26~30	6	99.39
31~35	4	99.88
36~40	1	100.00

② 변수의 정의

본 연구에서 분석된 변수의 정의는 <표 III-4>에서와 같다. 대부분의 규모 변수들은 시장의 인구 크기로 보정되었다. 경쟁은 HHI(Herfindahl-Hirschman Index)에 의해 측정되었으며, 정의된 시장 밖의 병원에서 이용된 입원일수는 측정에서 제외되었다. 따라서 HHI는 실제 값 보다 과소 추정되는 오류를 가지게 된다. 건강수준은 우리나라 전체의 5세 단위로 구분된 연령대별 사망자 수를 이용하여 측정된 표준사망률을 이용하여 인구 연령의 영향이 반영된 기대 사망자 수 대비 실제 사망자수로 측정하였다. 따라서 건강수준 값이 클수록 해당 시장의 건강수준은 낮아진다. 시장의 의료이용 수준도 유사하게 인구의 연령과 성의 영향을 보정하였다. 즉, 분석 대상 병원 전체에서 발생한 연령대별 성별 인구 당 입원일수를 구한 후 이를 이용하여 해당 시장의 기대 입원일수를 구하였다. 따라서 의료이용 수준 변수 값이 클수록 의료이용 강도는 높아지게 된다. 설립주체는 국립, 국립대학, 공립, 특수법인 등 공공병원, 의료법인과 개인의 개인병원, 기타 학교, 종교 등 특수법인과 의료법인을 제외한 법인들로 구성되는 법인병원의 3개 범주로 구분하였다.

<표 III-4> 변수의 정의

변수	정의	자료 출처
· 시장의 인구 및 사회경제적 특성		
인구밀도	km ² 당 인구수	통계청 인구자료
교육수준	인구 중 대학졸업 이상 학력자 구성비	지방자치단체 통계자료/ 통계청 통계자료
지방세	인구 1인당 지방세 납부액	지방자치단체 통계자료/ 통계청 통계자료
급여환자 구성비 (시장)	시장에서 발생한 총 입원환자 중 급여환자 구성비	복지부 환자조사 퇴원환자 자료

〈표 III-4〉 계속

변수	정의	자료 출처
· 시장의 의료필요		
건강수준	연령 보정 기대 사망자수 대비 실제 사망자수 주: 지표값이 클수록 실제건강수준은 낮아짐.	통계청 인구자료
· 시장의 의료제공체계 특성		
경쟁 (HHI)	$\sum_i S_i^2$, S_i = 시장에서 발생한 총 입원일수 중 해당 시장에 위치한 i 요양기관에서 진료한 입원일수 구성비	복지부 환자조사 퇴원환자 자료
자체충족률	시장에서 발생한 총 입원환자 중 해당 시장에 위치한 요양기관에서 진료 받은 환자 구성비	복지부 환자조사 퇴원환자 자료
총병상수 (시장)	인구 1인당 병상수 (의원 병상 포함)	건강보험 요양기관 현황자료/통계청 인구자료
개인병상 구성비	시장에 위치한 병원 병상수 중 의료법인 및 개인병원 병상 구성비	건강보험 요양기관 현황자료
전문의수 (시장)	인구 1인당 전문의수 (의원 전문의 수 포함)	건강보험 요양기관 현황자료/통계청 인구자료
의사수 (시장)	인구 1인당 의사수 (의원 의사수 포함)	건강보험 요양기관 현황자료/통계청 인구자료
전문의 비율 (시장)	총 의사수 대비 총 전문의 수	건강보험 요양기관 현황자료
유병상 의원수	인구 1인당 유병상 의원수	건강보험 요양기관 현황자료/통계청 인구자료

〈표 III-4〉 계속

변수	정의	자료 출처
의원 병상수	인구 1인당 의원 병상수	건강보험 요양기관 현황자료/통계청 인구자료
의원 전문의수	인구 1인당 의원 전문의 수	건강보험 요양기관 현황자료/통계청 인구자료
· 시장의 의료이용 행태		
의료이용 수준	연령, 성 보정 기대 입원일수 대비 실제 이용 입원일수	복지부 환자조사 퇴원환자 자료/통계청 인구자료
· 병원 특성		
설립 주체	(국·공립·국립대학·특수법인), (학교·종교·사회복지·재단·사단·회사 법인), (의료법인 및 개인)	건강보험 요양기관 현황자료
요양기관 종별	병원, 종합병원, 종합전문병원	건강보험 요양기관 현황자료
병상수 (병원)	총 가동병상수	복지부 환자조사 기관자료
100병상당 의사수	가동병상 100병상당 의사수	복지부 환자조사 기관자료
100병상당 직원수	가동병상 100병상당 직원수	복지부 환자조사 기관자료
급여환자 구성비 (병원)	총 입원환자 중 급여환자 구성비	복지부 환자조사 퇴원환자 자료

〈표 III-4〉 계속

변수	정의	자료 출처
지역환자 구성비	총 퇴원환자 중 병원 소재지역 거주 환자	복지부 환자조사 퇴원환자 자료
변동반경 시장 크기	변동반경 시장에서 시장에 포함되는 시·군·구 수	복지부 환자조사 퇴원환자 자료
병상가동률	(퇴원환자 총 입원일수)*30*가동병상수 *재원일수 60일 미만 환자 자료만 포함	복지부 환자조사 퇴원환자 자료
청구진료비 고가도	$(\sum_j C_{ij} n_{ij}) / (\sum_j C_j n_{ij})$ n_{ij} = i 요양기관 j 질병군 환자수 C_{ij} = i 요양기관 j 질병군 평균진료비 C_j = j 질병군 표준진료비	건강보험 청구자료

병상가동률은 복지부 환자조사 자료를 이용하여 측정하였다. 본 자료가 1개월 간 퇴원 기준으로 수집되어 장기 입원환자에 의한 영향이 상대적으로 커질 수 있으므로 60일 이상 입원환자는 병상가동률 추정에서 제외하였다. 청구진료비 고가도는 KDRG로 분류된 질병군별 표준진료비를 이용하여 해당 병원의 퇴원환자 질병 구성을 감안했을 때 기대되는 총 진료비 대비 실제 청구 진료비로 정의하였다. 따라서 청구진료비 고가도가 1보다 큰 병원은 퇴원환자의 질병 구성을 감안해도 진료 강도가 표준 진료 강도 보다 높은 병원이다. 청구진료비 고가도 측정에서 청구진료비가 극단적으로 크거나 적은 열외군은 제외되었다.

③ 분석방법

〈시장 구조 및 경쟁 특성〉

행정구역과 변동반경의 2가지 방법에 의해 정의된 시장에서의 분석변수들의 서술통계치와 변수 간 상관계수 결과를 이용하여 시장 구조 및 경쟁의 특성을

파악하였다. 또한 시장 단위 분석에서 사용되는 변수들도 같은 방법으로 분석되었다.

〈의료체계 효율성〉

병원 및 시장 단위에서의 의료이용 행태와 병상이용률, 그리고 병원 투입자원 크기에 영향을 주는 변수들을 파악하기 위해 회귀분석법이 이용되었다. 분석된 회귀모형은 <표 III-5>에서와 같다. 회귀분석 이전에 독립변수간의 다중공선성(multicollinearity)을 진단하기 위해 독립변수 행렬(matrix)의 최대 및 최소 고유값(eigenvalue)의 비율을 검토하였다. 대부분의 모형에서 최대 고유값과 최소 고유값의 비가 100에 가깝게 큰 것으로 분석되어 단계적(stepwise) 방법에 의해 회귀모형에 포함되는 독립변수 들이 선택되었다. 모형에 포함되는 조건으로 p-값 0.1 기준을 사용하였다. 한편 독립변수들 중 경쟁과 높은 상관관계를 가지고 있는 병상수, 의사수 등 공급 규모 변수를 제외한 후 각 독립변수와 함께 경쟁과 설립주체와의 상호작용(interaction)을 포함하는 일반 선형모형을 회귀분석 하였다.

〈표 III-5〉 회귀모형

분석단위	종속변수	독립변수
병원	청구진료비 고가도 (단계적 회귀분석)	인구 및 사회·경제적 특성, 건강수준, 의료제공체계, 경쟁, 병원설립주체, 병원 시설·인력, 병원 환자특성
	청구진료비 고가도 (일반 선형모형)	인구 및 사회·경제적 특성, 건강수준, 경쟁, 병원설립주체, 병원 시설·인력, 병원 환자특성, 경쟁*병원설립주체
병원	병상가동율 (단계적 회귀분석)	인구 및 사회·경제적 특성, 건강수준, 의료제공체계, 경쟁, 병원설립주체, 병원 시설·인력, 병원 환자특성
	병상가동율 (일반 선형모형)	인구 및 사회·경제적 특성, 건강수준, 경쟁, 병원설립주체, 병원 시설·인력, 병원 환자특성, 경쟁*병원설립주체
병원	시장크기 (변동반경)	병원설립주체, 병원 시설·인력, 병원 환자 특성
병원	100병상당 직원수	인구 및 사회·경제적 특성, 건강수준, 의료제공체계, 경쟁, 병원설립주체
시장	의료이용 수준	인구 및 사회·경제적 특성, 건강수준, 의료제공체계, 경쟁

확정된 모형의 분석 자료별 잔차를 구한 후 잔차의 절대값이 모형 표준오차의 3배 값보다 큰 자료를 열외군으로 정의하였다. 이들 열외군을 제외한 후 회귀분석 모형을 다시 분석하여 최종 모형을 확정하였다.

병원 단위의 변동반경 시장 분석의 경우 환자 거주지별 구성비가 1% 이상이며, 진료환자의 80%를 구성하는 시장이 여러 개의 시군구로 광범위하게 정의되는 경우, 해당 시장의 특성이 구성 시군구간 동질성(homogeneity)을 유지하기 어렵다. 이 경우 시장 특성과 병원 특성 및 행태와의 연관성 또한 약화될 수밖

에 없다. 따라서 시장이 5개 이상 시군구로 구성되는 병원 들은 이 분석에서 제외하였다. 결과적으로 816개 분석 대상 병원 중 66.28%에 해당하는 549개 병원이 변동반경 시장 분석에 포함되었다. 시장 단위 분석은 행정구역 시장 정의만을 이용하였다.

본 연구에 사용된 변수들이 병원 설립주체를 구분하는 가변수(dummy variable)를 제외하고 대부분 비율지표 변수이다. 따라서 가변수를 제외한 모든 독립변수와 종속변수를 대수(log) 변환한 후 회귀분석을 수행하였다.

마. 연구결과

1) 시장구조 및 경쟁특성

① 행정구역 단위시장

행정구역 단위로 정의된 223개 시장 특성 변수의 서술통계치는 <표 III-6>에 서와 같다. 각 시장별 자체충족률의 평균이 41.82%, 최대값이 89.89%로 시·군·구 단위로 시장을 정의할 경우 60%에 가까운 수요를 충족시킨 의료제공자가 경쟁 측정에 반영되지 못 함을 알 수 있었다. 결과적으로 경쟁 측정 지표인 HHI의 평균이 856.84로 매우 낮았으며, 최대값도 5939.45에 그치고 있었다. HHI 값이 이같이 낮은 이유는 경쟁이 심해서라기보다는 행정구역 단위 시장이 너무 좁게 정의되어 이것이 시장 정의로 적절치 못해서인 것으로 해석되어야 한다. 이 같은 결과를 통해 입원 수요의 60% 가까이가 우리나라에서는 거주지 행정구역 밖에 소재한 의료기관에서 충족되고 있으므로 경쟁 등의 분석을 위해 시장을 시·군·구 단위 행정구역으로 정의하는 것은 적절치 않은 것으로 결론지을 수 있었다. 현재 많이 사용되고 있지는 않으나 의료전달체계 수립 시 정의된 중진료 권 138개 정의를 시·군·구에 정의의 대안으로 검토해 볼 필요가 있다.

의원 병상 포함 인구 1인당 병상수의 평균은 0.0045이었으며, 연구 대상 병원 들의 병상 중 의료법인 및 개인 병원 병상의 구성 %는 평균 68.25이었다. 의사 나 의원 공급도 병상과 같이 시장 간에 커다란 차이가 있음을 알 수 있었다.

연령 보정 기대 사망자수 대비 실제 사망자 수로 측정한 건강수준의 평균값은 1.03이며, 표준편차는 0.16으로 변이계수는 15.28%이었고, 의료이용 수준의 변이계수 46.82% 보다 낮았다. 본 연구에서 도시농촌 구분의 대리 변수로 사용된 인구밀도는 평균 4567.95 명/km² 이었고 변이계수는 148.26%로 매우 높았다. 지역 경제수준을 나타내는 1인당 지방세는 평균 519,815.72만원 이었으며, 또 다른 경제수준을 나타내는 변수인 입원환자 중 급역환자 구성비는 평균 10.41%에 표준편차는 0.058로 지방세 변이 정도 보다 변이 정도가 낮았다.

〈표 III-6〉 행정구역 단위 시장 특성 변수의 서술통계치

변수	평균	표준편차	최소값	최대값
의료이용 수준	1.22067	0.57121	0.57467	6.48336
경쟁 (HHI)	856.84064	826.52286	4.55407	5939.44639
자체충족률	0.41820	0.19686	0.01824	0.89893
총병상수 (시장)	0.00449	0.00382	0.00048	0.03031
개인병상 구성비	0.68050	0.35151	0.00000	1.00000
전문의수 (시장)	0.00034	0.00048	0.00002	0.00436
의사수 (시장)	0.00056	0.00110	0.00003	0.00918
전문의 비율 (시장)	0.80987	0.18079	0.37135	1.00000
유병상 의원수	0.00002	0.00002	0.00000	0.00012
의원 병상수	0.00037	0.00036	0.00000	0.00250
의원 전문의수	0.00004	0.00004	0.00000	0.00030
건강수준	1.03139	0.15759	0.12809	2.26751
인구밀도	4567.94709	6772.55234	20.10000	27951.10000
교육수준	0.11952	0.05964	0.00392	0.35454
지방세	519815.71567	406045.95121	152482.69757	4713872.00000
급역환자 구성비 (시장)	0.10405	0.05782	0.01783	0.29064

이들 시장 특성 변수들 간 피어슨 상관계수는 <표 III-7>에 제시된 바와 같다. 앞에 서술된 바와 같이 의료수요의 많은 부분이 시장 밖에서 충족됨으로

〈표 III-7〉 행정구역 단위 시장 특성 변수간 피어슨 상관계수

변수	경쟁	자체 충족률	병상수 (시장)	개인 병상 구성비	전문의수 (시장)	의사수 (시장)	전문의 비율 (시장)	유병상 의원수	의원 병상수	의원 전문의 수	건강 수준	인구 밀도	교육 수준	지방세	급여 환자 구성비
의료이용 수준	0.4962 (0.0001)	0.1608 (0.0162)	0.2683 (0.0001)	-0.0417 (0.5358)	0.0386 (0.5660)	0.0188 (0.7796)	0.0385 (0.5674)	-0.0458 (0.4964)	-0.0604 (0.3695)	-0.0527 (0.4335)	0.1975 (0.0031)	-0.1701 (0.1110)	-0.2075 (0.0018)	-0.1618 (0.0156)	0.2299 (0.0005)
경쟁		0.5557 (0.0001)	0.1776 (0.0079)	-0.1700 (0.0110)	0.0021 (0.9747)	-0.0302 (0.6534)	-0.0751 (0.2639)	0.0744 (0.2687)	0.0698 (0.2994)	0.0284 (0.6729)	0.1543 (0.0212)	-0.2603 (0.0001)	-0.1599 (0.0168)	-0.1398 (0.0370)	0.2554 (0.0001)
자체충족률			0.3293 (0.0001)	-0.2672 (0.0001)	0.2838 (0.0001)	0.2269 (0.0006)	-0.2824 (0.0001)	0.1940 (0.0036)	0.1514 (0.0237)	0.1947 (0.0035)	-0.0266 (0.6930)	-0.1061 (0.1140)	0.1087 (0.1054)	0.0437 (0.5163)	0.0279 (0.6783)
병상수 (시장)				-0.3247 (0.0001)	0.8359 (0.0001)	0.8105 (0.0001)	-0.4087 (0.0001)	0.3743 (0.0001)	0.2735 (0.0001)	0.4098 (0.0001)	0.0016 (0.9913)	0.0366 (0.5870)	0.0762 (0.2570)	0.2936 (0.0001)	0.0729 (0.2784)
개인병상 구성비					-0.4431 (0.0001)	-0.4350 (0.0001)	0.5265 (0.0001)	-0.3511 (0.0001)	-0.3484 (0.0001)	-0.3558 (0.0054)	0.1859 (0.0001)	-0.2567 (0.0001)	-0.2634 (0.0001)	-0.2291 (0.0006)	0.2198 (0.0010)
전문의수 (시장)						0.9884 (0.0001)	-0.5603 (0.0001)	0.4376 (0.0001)	0.3172 (0.0001)	0.5270 (0.0001)	-0.1679 (0.0121)	0.2254 (0.0007)	0.2782 (0.0001)	0.4993 (0.0001)	-0.1273 (0.0578)
의사수 (시장)							-0.5895 (0.0001)	0.4094 (0.0001)	0.3012 (0.0001)	0.4888 (0.0001)	-0.1728 (0.0097)	0.2413 (0.0003)	0.2814 (0.0001)	0.4743 (0.0001)	-0.1373 (0.0405)
전문의 비율 (시장)								-0.2326 (0.0005)	-0.1823 (0.0063)	-0.2528 (0.0001)	0.3437 (0.0001)	-0.4889 (0.0001)	-0.4867 (0.0001)	-0.3366 (0.0001)	0.4256 (0.0001)
유병상 의원수									0.9166 (0.0001)	0.8935 (0.0001)	-0.0524 (0.4361)	0.0276 (0.6816)	0.1698 (0.0111)	0.1119 (0.0955)	-0.1572 (0.0188)
의원 병상수										0.8287 (0.0001)	-0.0097 (0.8859)	-0.0370 (0.5821)	0.1147 (0.0874)	0.0371 (0.5816)	-0.1410 (0.0354)
의원 전문의수											-0.0902 (0.1794)	0.0472 (0.4830)	0.2297 (0.0005)	0.1395 (0.0373)	-0.1453 (0.0301)
건강수준												-0.4483 (0.0001)	-0.5515 (0.0001)	-0.3575 (0.0001)	0.4671 (0.0001)
인구밀도													0.5857 (0.0001)	0.2285 (0.0006)	-0.5380 (0.0001)
교육수준														0.3906 (0.0001)	-0.6384 (0.0001)
지방세															-0.3447 (0.0001)

주: () p-값

해서 자체충족률과 HHI가 양의 상관관계를 보였고, 시장의 인구 당 병상수와
도 양의 상관관계를 보였다. 경쟁이 낮은 지역일수록 건강수준 지표 값은 높

았으며, 즉, 기대 사망자수 대비 실제 사망자수 비율이 커졌으며, 경쟁이 낮은 지역일수록 인구밀도가 낮고, 교육수준이 낮으며, 지방세 부담액이 낮고, 급여환자 구성비는 높았다. 개인병상 구성비는 경쟁, 자체충족률, 병상수 및 의사수, 인구밀도, 경제·사회 변수 모두와 음의 상관관계를 보였는데, 이는 의료법인 및 개인병원들이 상대적으로 병상수가 적고 의료공급 체계가 취약한 지역에 위치하는 경향이 있기 때문인 것으로 해석된다. 시장 인구 1인당 병상수는 모든 의사나 의원 공급 지표들과 유의한 상관관계를 가지고 있었으며, 상관관계의 방향은 전문의 비율을 제외하고 모두 정의 방향이었다. 인구밀도가 높고, 교육수준이 높고, 지방세 부담이 크면, 급여환자 구성비나 지역의 건강 수준 지표 값이 낮은 경향, 즉, 기대 사망자수 대비 실제 사망자수가 낮은 경향을 보였다. 그 밖에 인구밀도, 교육수준, 경제수준 변수들 간에 예측할 수 있는 방향의 상관관계가 관찰되었다.

② 변동반경 시장

병원별 변동반경 시장 정의에 의해 정의된 시장 특성 변수의 서술통계치는 <표 III-8>에서와 같다. 표에는 전체 연구대상 816개 병원과 4개 이하의 시·군·구를 시장으로 갖는 549개 병원의 시장 특성이 함께 제시되었다.

경쟁 측정 지표인 HHI의 평균값이 549개 병원 분석에서 762.23, 816개 병원 분석에서 607.18로 행정구역 단위 시장에서의 값보다 적었다. 이는 시장 크기가 확대됨으로 해서 경쟁이 강화되었기 때문인 것으로 해석해 볼 수 있다. 한편 549개 병원 분석에서의 경쟁값이 816개에서의 값보다 큰 것은 시장 크기를 제한함으로써 해서 경쟁이 높은 큰 시장을 갖는 병원들이 분석에서 제외되었기 때문인 것으로 해석할 수 있다. 시장크기가 상대적으로 적은 549개 병원 시장이 816개 병원 시장에 비해 상대적으로 도시화가 덜 된 지역이므로 건강수준, 인구밀도, 교육수준, 경제수준 등이 낮은 편이었다. 또한 의원 병상수나 전문의 비율을 제외한 의료제공자 지표는 유사하거나 564개 병원 시장에서 낮은 편이었다.

<표 III-8> 변동반경 시장 특성 변수의 서술통계치

변수	시장 크기 ≤ 4				전체 병원			
	평균	표준편차	최소값	최대값	평균	표준편차	최소값	최대값
경쟁	762.23075	622.33186	4.71589	5939.44639	607.17735	568.20440	4.71589	5939.44639
자체충족률	0.56353	0.19708	0.04337	0.91692	0.60579	0.18925	0.04337	0.94681
병상수 (시장)	0.00550	0.00207	0.00164	0.01536	0.00548	0.00180	0.00164	0.01536
전문의원수(시장)	0.00067	0.00025	0.00018	0.00246	0.00073	0.00024	0.00018	0.00246
의사수 (시장)	0.00087	0.00044	0.00019	0.00371	0.00098	0.00044	0.00019	0.00371
전문의 비율(시장)	0.80332	0.10021	0.47990	1.00000	0.77790	0.09744	0.47990	1.00000
유병상 의원수	0.00014	0.00004	0.00000	0.00035	0.00014	0.00003	0.00000	0.00035
의원 병상수	0.00180	0.00071	0.00000	0.00510	0.00177	0.00063	0.00000	0.00510
의원 전문의원수	0.00042	0.00013	0.00000	0.00144	0.00045	0.00013	0.00000	0.00144
건강수준	1.01911	0.13449	0.12809	2.26751	0.99720	0.12487	0.12809	2.26751
인구밀도	3333.51293	5288.05459	20.10000	27951.10000	4005.44539	5321.18376	20.10000	27951.10000
교육수준	0.12694	0.04855	0.00392	0.35454	0.14097	0.04764	0.00392	0.35454
지방세	513168.6270	232403.7898	181631.8827	2471402.0000	542992.1227	230097.3270	181631.8827	2471402.0000
급여환자 구성비	0.09362	0.04887	0.01783	0.29064	0.08473	0.04418	0.01783	0.29064

549개 병원 시장 특성 변수들 간의 피어슨 상관계수는 <표 III-9>에 제시된 바와 같다. 변동반경 시장에서의 경쟁 측정 지표인 HHI는 시장특성 변수들과 행정구역 단위 시장에서의 유사한 형태의 상관관계를 가지고 있었다. 즉, 자체충족률과 HHI가 양의 상관관계를 보였고, 시장의 인구 당 병상수와도 양의 상관관계를 보였다. 경쟁이 낮은 시장일수록 시장의 전문의 비율이 낮았으며, 인구 1인당 유병상 의원수와 의원 병상수가 높았으나 인구 1인당 의원 전문의 수는 낮았다. 경쟁이 낮은 시장일수록 건강수준, 인구밀도, 교육수준, 인구 1인당 지방세 부담액이 낮고, 급여환자 구성비는 높았다. 단, 건강수준의 경우 인구 1인당 병상수가 높은 지역에서 낮았으나, 인구 1인당 의사수는 반대 방향의 상관관계를 가지고 있었다.

한편, 인구 1인당 병상수와 의사수는 각각 인구 및 사회·경제 변수들과 서로 다른 방향의 상관관계를 가지고 있었다. 의사수는 인구밀도, 교육수준, 경제수준 변수들과 정의 상관관계를 가지고 있었으나 병상수는 부의 상관관계를 보여, 사회·경제적으로 취약한 지역의 인구 당 병상수가 그렇지 않은 곳 보다 상

대적으로 높은 것으로 분석되었다. 이를 통해 의사들의 개업이 병원들에 비해 시장의 사회·경제적 특성에 더 민감하게 반응하고 있음을 알 수 있었다.

〈표 III-9〉 변동반경 시장 특성 변수간 피어슨 상관관계수

변수	자체 충족률	병상수 (시장)	전문의 수 (시장)	의사수 (시장)	전문의 비율 (시장)	유병상 의원수	의원 병상수	의원 전문의 수	건강수 준	인구 밀도	교육 수준	지방세	급여 환자 구성비
경쟁	0.3824 (0.0001)	0.3298 (0.0007)	0.0369 (0.3876)	0.0552 (0.1965)	-0.1597 (0.0002)	0.0854 (0.0455)	0.0989 (0.0205)	-0.1164 (0.0063)	0.1882 (0.0001)	-0.2823 (0.0001)	-0.2456 (0.0001)	-0.1679 (0.0001)	0.3652 (0.0001)
자체충족률		0.4353 (0.0001)	0.4792 (0.0001)	0.4405 (0.0001)	-0.3226 (0.0001)	0.1320 (0.0019)	0.1256 (0.0032)	0.2720 (0.0001)	-0.0326 (0.4457)	-0.1151 (0.0070)	0.1755 (0.0001)	0.0311 (0.4673)	-0.0413 (0.3341)
병상수 (시장)			0.4702 (0.0001)	0.4832 (0.0001)	-0.2936 (0.0001)	0.3966 (0.0001)	0.3279 (0.0001)	0.1977 (0.0001)	0.1738 (0.0001)	-0.1154 (0.0068)	-0.0376 (0.3787)	-0.1094 (0.0103)	0.2232 (0.0001)
전문의수 (시장)				0.9602 (0.0001)	-0.4839 (0.0001)	0.3973 (0.0001)	0.1789 (0.0001)	0.8499 (0.0001)	-0.2754 (0.0001)	0.3827 (0.0001)	0.6360 (0.0001)	0.3553 (0.0001)	-0.2568 (0.0001)
의사수 (시장)					-0.6620 (0.0001)	0.3479 (0.0001)	0.1510 (0.0004)	0.7229 (0.0001)	-0.2403 (0.0001)	0.3849 (0.0001)	0.5371 (0.0001)	0.2934 (0.0001)	-0.2086 (0.0001)
전문의 비율 (시장)						-0.1397 (0.0010)	-0.0763 (0.0742)	-0.1962 (0.0001)	0.1382 (0.0012)	-0.2724 (0.0001)	-0.1619 (0.0001)	-0.0333 (0.4357)	0.0782 (0.0670)
유병상 의원수							0.7958 (0.0001)	0.5269 (0.0001)	0.1155 (0.0068)	0.0461 (0.2813)	0.1399 (0.0010)	-0.0676 (0.1137)	0.0290 (0.4984)
의원 병상수								0.3155 (0.0001)	0.1020 (0.0169)	-0.0201 (0.6382)	0.0550 (0.1984)	-0.0384 (0.3688)	-0.0740 (0.0831)
의원 전문의수									-0.3369 (0.0001)	0.4185 (0.0001)	0.7476 (0.0001)	0.4081 (0.0001)	-0.3829 (0.0001)
건강수준										-0.4156 (0.0001)	-0.5157 (0.0001)	-0.4878 (0.0001)	0.4968 (0.0001)
인구밀도											0.5697 (0.0001)	0.2140 (0.0002)	-0.4515 (0.0001)
교육수준												0.5024 (0.0001)	-0.6144 (0.0001)
지방세													-0.4823 (0.0001)

주: () p-값

2) 병원 특성

연구 대상 병원 816개와 변동반경 시장 크기가 4개 이하인 549개 병원의 특성변수 서술통계치는 <표 III-10>에 제시된 것과 같다. 예상할 수 있는 것과 같이 549개 병원은 상대적으로 규모가 작은 병원들이므로 특성변수의 서술통계치가 이를 반영하고 있었다. 청구진료비 고가도 자료를 가지고 있는 168개 병원의 고가도 평균값은 0.9458이었고 최대값은 1.455이였으며, 시장의 크기를 제한한 549개 병원 분석에서의 93개 병원 고가도 평균은 0.9054이었다. 병상가동률은 평균 46% 수준이었으며 최대값은 100%를 훨씬 상회했다. 이는 본 분석에서 사용한 복지부 환자조사 퇴원환자 자료의 제한점을 나타내는 결과로 해석할 수 있다. 2002년 9월 1개월 이라는 비교적 짧은 기간 동안 퇴원한 환자를 대상으로 하므로 이 기간 중 장기재원 환자가 많이 퇴원했던 병원에서는 이 같이 높은 가동률을 보이고, 반면 장기 재원 환자가 많은 병원들 중 이 기간 중 퇴원 환자가 적은 곳은 실제 보다 낮은 가동률을 보이게 된다. 장기 재원 환자의 영향을 줄이기 위해 60일 이상 재원환자 자료를 가동률 산정에서 제외했음에도 이 같은 결과를 얻었다. 추후 1년 정도의 충분한 기간 동안 자료에서 얻은 가동률 변수를 이용한 분석이 필요하다.

<표 III-10> 연구 대상 병원 특성 변수의 서술통계치

변수	시장 크기 ≤ 4					전체 병원				
	자료수	평균	표준편차	최소값	최대값	자료수	평균	표준편차	최소값	최대값
청구진료비 고가도	93	0.905372	0.19562	0.211901	1.455496	168	0.945817	0.180174	0.211901	1.455496
병상가동률	549	0.467581	0.223831	0.002151	1.374444	816	0.465147	0.238961	0	1.538636
변동반경 시장크기	549	2.127505	1.088321	1	4	816	4.903186	5.432842	1	39
지역환자 구성비	547	0.716464	0.194372	0.105263	1	813	0.57765	0.270822	0.002804	1
급역환자 구성비 (병원)	549	0.121459	0.144884	0	1	816	0.124382	0.160061	0	1
병상수 (병원)	549	158.4135	140.9664	30	960	816	214.4534	234.0346	30	2140
100병상당 의사 수	549	71.78721	32.86248	4.575163	272.7273	816	79.53157	44.2492	4.575163	350
100병상당 직원 수	549	8.048793	6.164053	0	43.27485	816	10.3972	10.3207	0	66.66667

분석대상 병원의 설립주체 및 요양기관 종별 분포는 각각 <표 III-11>, <표 III-12>에서와 같다. 설립 주체는 개인이 가장 많아 대상 병원의 50% 정도를 차지했으며, 종별로는 병원이 전체 표본의 경우 그리고 시장크기를 제한했을 때 각각 67.03%와 71.58%로 가장 많았다. 시장크기를 제한함에 따라 규모가 큰 국립병원과 학교법인 병원들이 많이 제외되었고, 종별로는 종합전문병원들이 많이 제외되었다. 시장 크기 제한에서 국립병원은 모두 제외되었으며, 종합전문요양기관은 86% 병원이 분석에서 제외되었다.

<표 III-11> 분석 대상 병원의 설립주체 분포

설립 주체	병원수 (전체)	병원수 (시장크기≤4)
국립	2 (0.25)	0 (0.00)
공립	37 (4.53)	29 (5.28)
학교법인	70 (8.58)	30 (5.46)
특수법인	23 (2.82)	7 (1.28)
종교법인	3 (0.37)	3 (0.55)
사회복지법인	14 (1.72)	5 (0.91)
사단법인	2 (0.25)	1 (0.18)
재단법인	41 (5.02)	23 (4.19)
회사법인	1 (0.12)	1 (0.18)
의료법인	229 (28.06)	158 (28.78)
개인	394 (48.28)	292 (53.19)

주: () %

<표 III-12> 분석 대상 병원의 종별 분포

종별 구분	병원수 (전체)	병원수 (시장크기≤4)
종합전문병원	43 (5.27)	6 (1.09)
종합병원	226 (27.70)	150 (27.32)
병원	547 (67.03)	393 (71.58)

주: () %

3) 병원 행태와 의료체계 효율성

① 변동반경 시장

〈청구진료비 고가도〉

80% 이상 입원환자의 거주지가 4개 이하 시·군·구로 시장이 형성되는 549개 병원을 대상으로 청구진료비 고가도와 연관성을 갖는 시장 및 병원 특성 변수들에 대한 단계적 회귀분석을 수행한 결과는 <표 III-13>에서와 같다. 모든 분석변수들을 대상으로 단계적 회귀분석 한 결과 병원의 병상수가 $\alpha=0.01$ 수준에서 유의한 양의 연관성을 가지고 있었다. 또한 허핀달 지수가 청구진료비 고가도와 $\alpha=0.05$ 수준에서 유의한 양의 연관성을 가지고 있어, 병원 간 경쟁이 낮아질수록 진료비 수준이 높아짐을 알 수 있었다. 한편 시장의 전문의 비율은 청구진료비 고가도와 $\alpha=0.01$ 수준에서 유의한 음의 연관성을 가지고 있었다.

공급규모 변수 중 경쟁만을 포함하는 일반 선형모형에서 법인병원들이 국공립이나 개인병원들 보다 청구진료비 고가도가 낮은 것으로 분석되었다 ($\alpha=0.01$). 그러나 이들 중 경쟁이 낮은 시장을 갖는 병원들은 그렇지 않은 병원들 보다 진료비 수준이 높았다 ($\alpha=0.01$). 시장의 전문의 비율은 앞의 단계적 회귀분석 결과와 유사했다.

이 같은 결과들은 우리나라에서는 병원 간 경쟁이 일반 산업에서와 같이 가격을 낮추는 효과가 있음을 암시한다. 또한 설립주체에 따라 다른 효율성을 가지고 있었으며, 경쟁이 설립주체가 가격에 갖는 효과에 영향을 주고 있음을 알 수 있었다. 병원의 병상수가 커짐에 따라 진료비 고가도가 높아진다는 결과는 동일 상병이라도 대형병원에서의 진료 강도가 높다는 일반적 인식을 확인시켜 주는 결과로 시설과 고가장비의 투자가 불필요한 의료비 지출을 유발할 수 있음을 암시한다.

〈표 III-13〉 청구진료비 고가도의 회귀분석 결과

모형	변수	계수 추정치	표준오차	p-값
단계적 회귀 분석	병상수 (병원)	0.08294	0.02358	0.0007
	경쟁 (HHI)	0.06410	0.03178	0.0468
	인구 1인당 지방세	0.11936	0.06419	0.0663
	전문의 비율 (시장)	-0.45542	0.16759	0.0079
R-square = 0.2639				
일반 선형 모형	법인 병원	-1.44670	0.45411	0.0021
	전문의 비율 (시장)	-0.47069	0.19183	0.0163
	HHI * 법인병원	0.21165	0.06485	0.0016
R-square = 0.3680				

〈병상가동률〉

앞에서와 같은 549개 병원 대상의 병상가동률 회귀분석 결과는 <표 III-14>에 서와 같다. 100병상당 직원수, 급여환자 구성비(병원), 지역환자 구성비, 시장의 입원환자 자채충족률, 인구 1인당 의원 병상수가 $\alpha=0.01$ 수준에서 병상가동률 과 양의 연관성을 가지고 있었다. 병원의 병상수, 인구 1인당 병상수는 $\alpha=0.01$ 수준에서, 인구 1인당 지방세는 $\alpha=0.05$ 수준에서 음의 연관성을 가지고 있었다.

경쟁을 제외한 의료공급체계 변수를 제외한 선형모형 분석에서 법인($\alpha=0.05$) 이나 개인병원($\alpha=0.01$)들이 국·공립·특수법인 병원들보다 병상가동률이 높은 것으로 분석되었으며, 이들 설립주체 구분이 시장경쟁과 유의한 상호작용을 하 고 있는 것으로 분석되었다. 즉, 설립주체가 같은 법인이나 개인병원들이라도 경쟁이 낮은 시장을 갖는 병원들의 병상가동률이 그렇지 않은 경우 보다 낮았 다. 일반적으로 경쟁이 낮은 시장 병원들의 병상가동률이 그렇지 않은 지역 병 원들보다 높았다($\alpha=0.05$). 이는 경쟁이 높은 시장에서 가동률이 낮아짐을 의미 하므로 경쟁이 병상에의 과잉 투자를 유발할 수 있음을 의미한다. 100병상당

<표 III-14> 병상가동률의 회귀분석 결과

모형	변수	계수 추정치	표준오차	p-값
단계적 회귀 분석	병상수 (병원)	-0.1176	0.03233	0.0003
	100병상당 직원수	0.75943	0.04707	0.0001
	급여환자 구성비 (병원)	0.03792	0.00799	0.0001
	지역환자 구성비	0.27845	0.06874	0.0001
	자체충족률	0.40166	0.06410	0.0001
	인구 1인당 병상수	-0.22591	0.07574	0.0030
	인구 1인당 의원 병상수	0.13069	0.04334	0.0027
	인구 1인당 지방세	-0.15506	0.06410	0.0159
R-square = 0.4202				
일반 선형 모형	법인병원	1.41538	0.74313	0.0574
	개인병원	2.12082	0.75914	0.0054
	급여환자 구성비 (병원)	0.05052	0.00881	0.0001
	100병상당 의사수	0.35275	0.02977	0.0001
	경쟁 (HHI)	0.22460	0.10686	0.0360
	자체충족률	0.41576	0.07958	0.0001
	인구밀도	0.08503	0.02425	0.0005
	교육수준	-0.38125	0.08790	0.0001
	전문의 비율 (시장)	0.37174	0.18831	0.0489
	HHI * 법인병원	-0.20355	0.11027	0.0655
	HHI * 개인병원	-0.34016	0.11250	0.0026
R-square = 0.3138				

의사수, 급여환자 구성비, 자체충족률, 인구밀도, 시장의 의사 중 전문의 비율 등이 병상가동과 앞의 단계적 회귀분석 결과와 유사하게 $\alpha=0.01$ 수준에서 유의한 양의 연관성을 가지고 있었는데, 이는 시장의 수급 특성상 예측 가능한 결과들이다. 시장의 교육수준은 병상가동율과 $\alpha=0.01$ 수준에서 유의한 음의 연관성을 가지고 있었다.

이 같은 결과들은 병원 간 경쟁이 병원 운영의 효율성(병상가동률)을 낮출 수 있음을 의미한다. 한편 국·공립·특수법인 병원들의 운영 효율성이 다른 설립주체 병원들 보다 낮다는 결과는 현재 정부에서 추진 중인 공공병원 확충 정책의 시행 시 고려해 볼 필요가 있다. 또한 진료비 고가도 분석 결과와 같이 경쟁과

설립주체가 병상가동률에 유의한 상호작용을 가지고 있어 시장의 경쟁 정도에 따라 설립주체의 병상가동률에의 영향이 다르게 나타나고 있음을 알 수 있었다.

〈100병상당 직원수〉

앞에서와 같은 549개 병원 대상의 100병상당 직원수 회귀분석 결과는 <표 III-15>에서와 같다. 의료법인이나 개인병원들이 타 설립주체 병원들에 비해 $\alpha = 0.01$ 수준에서 유의하게 낮은 100병상당 직원수를 가지고 있었으며, 시장의 인구 1인당 병상수, 급여환자 구성비도 100병상당 직원수와 $\alpha = 0.01$ 수준에서 유의한 음의 연관성을 가지고 있었다. 시장의 입원수요 자체 충족률이 큰 지역에 위치한 병원일수록 높은 100병상당 직원수를 가지고 있었다 ($\alpha = 0.01$).

설립주체가 의료법인 혹은 개인병원인 경우 이윤극대화의 동기가 다른 유형의 병원에 비해 강하기 때문에 비용절감을 위해 병상 당 적은 규모의 인력을 고용하는 것으로 보인다. 시장의 급여환자 구성비가 높은 것은 해당 시장의 소비자 구매력이 낮은 것을 의미하므로 병원의 병상 당 직원수가 적게 될 것이다. 인구 당 병상수가 높은 지역에 있는 병원일수록 병상 당 직원 수가 적은 것으로 분석되었는데, 이는 앞의 상관관계 분석 결과에서 언급된 것과 같이 사회·경제적으로 취약한 지역의 인구 당 병상수가 높은 것과 연관이 있는 것으로 보인다.

〈표 III-15〉 100 병상당 직원수의 회귀분석 결과

변수	계수 추정치	표준오차	p-값
설립주체=의료법인, 개인	-0.26581	0.04510	0.0001
자체충족률	0.22640	0.04708	0.0001
인구 1인당 병상수	-0.23885	0.03700	0.0001
급여환자 구성비 (시장)	-0.16981	0.03700	0.0001

R-square = 0.1508

② 행정구역 단위 시장

행정구역 단위 (시·군·구) 시장의 연령·성 보정 기대 입원일수 대비 실제 입원일수(의료이용 수준)의 회귀분석 결과는 <표 III-16>에서와 같다. 인구 1인당 병상수, 지역의 전문의 비율과 급여환자 구성비가 $\alpha=0.01$ 수준에서 의료이용 수준과 유의한 양의 연관성을 가지고 있었으며, 인구밀도는 $\alpha=0.05$ 수준에서 유의한 양의 연관성을 가지고 있었다. 인구 1인당 의원 전문의 수는 의료이용 수준과 $\alpha=0.01$ 수준에서 유의한 음의 연관성을 가지고 있었으며, 1인당 지방세는 $\alpha=0.05$ 수준에서 유의한 음의 연관성을 가지고 있었다. 일인당 지방세가 높은 지역의 병원일수록 예상과는 달리 의료이용 수준이 낮았다. 병상의 공급이 의료이용을 높이는 것으로 나타나, 시장의 의료공급체계 변수가 의료이용 수준 변수와 기대되는 방향으로의 연관성을 가지고 있었으나, 경쟁 변수와의 연관성은 찾아볼 수 없었다. 이는 앞에서 서술된 바와 같이 시·군·구 단위 시장 정의가 부적절했기 때문인 것으로 추정해 볼 수 있다.

<표 III-16> 시장 의료이용 수준 회귀분석 결과

변수	계수 추정치	표준오차	p-값
인구 1인당 병상수	0.21320	0.02819	0.0001
인구 1인당 의원 전문의수	-0.07072	0.02108	0.0009
전문의 비율 (시장)	0.23175	0.08428	0.0065
인구 밀도	0.02713	0.01216	0.0267
1인당 지방세	-0.09735	0.04272	0.0237
급여환자 구성비 (시장)	0.14450	0.04809	0.0030

R-square = 0.3718

③ 변동반경 시장 크기

변동반경 시장 정의에서 시장의 크기에 영향을 주는 변수들을 조사하기 위한 회귀분석 결과는 <표 III-17>에 제시된 것과 같다. 본 분석에는 연구 대상 병원 816개 모두가 포함되었다. 우선 병원의 투입 자원 변수인 100 병상당 직원수

($\alpha=0.01$)가 입원 내원 환자의 80%를 구성하는 환자 거주지 시·군·구 수와 양의 연관성을 가지고 있었다. 즉, 예상대로 의료인력 투입 강도가 높은 병원일수록 포괄하는 시장의 크기가 큰 것으로 나타났다. 반면 병원의 지역환자 구성비는 $\alpha=0.01$ 수준에서 유의한 음의 연관성을 가지고 있었으며, 이는 변수의 정의에 따라 예상할 수 있는 결과이다. 설립주체가 국·공립·특수법인인 병원들도 다른 병원들에 비해 $\alpha=0.01$ 수준에서 시장크기가 유의하게 적었다.

〈표 III-17〉 변동반경 시장 크기의 회귀분석 결과

변수	계수 추정치	표준오차	p-값
설립주체=국·공립·특수법인	-0.18935	0.06608	0.0043
100병상당 직원수	0.10301	0.03005	0.0006
지역환자 구성비	-1.15415	0.02585	0.0001

R-square = 0.7228

바. 소결 및 고찰

실증 분석 결과 핵심적인 변수인 병원 간 경쟁이 청구진료비 고가도와 병상 가동률에 유의한 영향을 미치고 있었으며, 설립주체와 유의한 상호작용을 하고 있었다. 연구 결과 경쟁이 진료비를 낮추는 효과는 가지고 있었으나, 병상 운영 효율성에는 부정적인 효과를 가지고 있었다. 그 밖에 100병상당 직원수, 행정구역 단위 시장 분석에서의 의료이용 수준에는 병원 간 경쟁이 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타났다. 이는 우리나라 병원 시장에 있어서 병원 간 경쟁이 실제로 병원의 행태와 의료체계에 중요한 영향을 미치지 않은 결과일 수도 있지만, 시장의 정의와 경쟁의 측정에 있어서의 어려움이 반영된 결과이기도 하다.

본 연구에서 경쟁이 낮은 지역일수록 기대 사망자수 대비 실제 사망자의 비율이 높고, 인구밀도와 교육수준이 낮으며 지방세 부담이 낮고 급역환자 구성비는 높았다. 즉, 경쟁의 정도가 경쟁 그 자체보다는 해당 시장의 사회 경제적

특성을 너무도 잘 반영하는 변수일 가능성이 높다. 이러한 경우 병원간의 경쟁은 그 자체로 내생(endogenous)변수일 가능성이 매우 높고 따라서 외생변수로 측정될 경우 경쟁이 병원의 행태와 의료체계의 효율성에 미친 영향을 제대로 파악하는데 한계가 있을 것이다. 특히 지역간 이동 시간이 그리 크지 않아서 환자들의 이동성이 비교적 크면서도 동시에 지역간 사회 경제 수준의 격차가 여전히 존재하는 우리나라의 현실에서 병원시장을 제대로 정의하는데 있어 많은 어려움에 직면할 수밖에 없다.

우리나라 병원시장에서 경쟁의 측정과 관련하여 또 다른 중요한 요소는 병원과 의원의 관계이다. 실제로 의원들이 병상을 보유하고 있는 우리나라의 현실에서 의료공급자간 경쟁이 병원과 의원 간 분리되어 있는지 혹은 의원과 병원 간 상호 경계를 넘어 경쟁이 발생하고 있는지 분명하게 밝히기 어렵다. 실제로 본 연구에서 시장에서의 전문의 비율, 인구 1인당 의원 병상수, 인구 1인당 의원 전문의 수가 의료이용 행태에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 병원들이 시장 내의 병원만이 아니라 의원들을 포함한 시장에서의 전반적인 의료공급자들과 경쟁을 하고 있다는 증거일 수도 있고, 혹은 병원 간 경쟁을 측정하는데 있어서의 한계 때문에 이들 변수가 실제 영향보다 더 큰 통계적 유의성을 보인 결과일 수도 있다. 일반적으로 의원과 병원의 기능이 분리된 외국의 경우에는 의사 수는 의원들의 경쟁만을 측정하는 변수이지만 우리나라의 경우 다른 양상을 보이고 있어서 향후 의원과 병원 간 경쟁 관계에 대한 좀 더 구체적인 측정과 실증 분석이 필요하다.

향후 경쟁 변수의 내생성을 고려한 실증 분석이 필요하리라 생각된다. 즉, 병원 간 경쟁이, 병원의 행태에 큰 영향을 미치는 해당 시장의 주요 변수들과 직접적인 관계를 가지고 있을 때에는 경쟁변수가 순수한 경쟁의 효과만을 측정할 수 없을 것이다. 병원들은 시장에 진입할 때 해당 시장의 특성을 충분히 고려할 것이고 이렇듯 병원의 진입결정 혹은 설립 입지의 결정이 내생적일 때에는 그 결과로 시장에서 병원 간 경쟁 역시 내생 변수화 될 것이다. 따라서 향후 병원 시장에서 경쟁의 정도를 결정하는 회귀식을 일차적으로 추정한 후, 추정된 경쟁 변수를 도구변수(instrumental variable)로 이용해 두 번째 회귀식을 추정

하는 좀 더 정교한 계량경제적 분석 방법이 필요하리라 예상된다.

또 진료비 고가도, 병상가동률, 병상당 인력과 같은 변수들 외에 실제 발생한 비용이나 이윤에 대한 자료가 있다면 이들 비용과 이윤 자료를 통해 병원 간 경쟁이 의료비용과 사회적 후생에 미친 영향을 직접 파악할 수 있을 것이다. 나아가 모든 영역을 포괄하는 변수(aggregate variable)로는 경쟁의 영향을 분석하는데 한계가 있을 것이다. 따라서 특정 시술이나 의료서비스를 중심으로 경쟁의 효과를 분석한다면 더 의미 있는 결과와 함의를 얻을 수 있을 것이다. 즉, 동일한 병원이라 하더라도 시술의 특성에 따라 경쟁 시장이 다르게 정의될 필요가 있다. 특히 병원들의 전문화와 특화의 경향이 증가하는 추세에서 그러한 분석의 필요성은 더욱 커진다.

마지막으로 몇 가지 자료의 제한점을 언급할 필요가 있다. 첫째 본 연구의 주 자료원이 된 보건복지부·한국보건사회연구원의 환자조사 자료는 2002년 9월 1개월간 퇴원환자 자료로 구성되어 있어, 병상가동률 산정에서 나타난 것과 같이 자료의 안정성 측면에서 문제를 가지고 있다. 추후 좀 더 충분한, 신뢰성 있는 자료를 이용한 연구가 필요하다. 둘째, 진료비 고가도는 건강보험 급여진료비만을 대상으로 추정되었다. 물론 급여진료비 분석 결과만으로도 정책 결정에 의미를 가질 수 있지만 건강보험의 급여 범위가 충분치 않은 우리나라 현실에서 급여진료비 분석 결과만으로는 시장 경쟁의 전체 국민의료비에의 영향을 논하기 어렵다. 또한 환자 질병구성(case mix)의 진료비에의 영향을 보정하기 위해 KDRG 분류를 이용하였으며, KDRG 분류체계의 분류 정확성이 외국 분류체계 정확성과 비교할 수 있는 정도이기는 하나, 건강보험 청구 진단명의 부정확성은 본 연구 결과에도 제한점일 수밖에 없다(신영수 등, 1993; 강길원 등, 2004).

2. 병원의 시장지향성 현황 및 경영성과

보건의료체계의 큰 변화를 예측하게 하는 두 가지 큰 사건이 다가 오고 있다. 그 첫 번째가 1인당 국민소득의 향상이다. 우리나라의 경우 2002년에 1인당

국민소득 만불시대에 재진입하였으며, 2012년경에 2만불시대를 앞두고^{주11)} 경제적으로 이를 달성하기 위한 방안마련이 분주하다 하겠다. 이와 같은 시기는 세계 선진국의 경험을 토대로 볼 때 보건의료수요의 질적 양적 확대가 급격하게 이루어지는 시점이기 때문이다. 두 번째가 저출산·고령화로 대변되는 인구구조의 변화이다. 통상 노인의료비가 젊은층에 비해 2~3배에 이른다는 점으로 인해 정부의 재정위협이 가속화될 것으로 전망되지만 저출산을 동반함으로써 인해 잠재적 경제성장이 더욱 둔화될 것이라는 점을 함께 고려하면 보건의료부문에 대한 효율화 압박은 더욱 불거질 것으로 예상할 수 있다.

국민소득 증가에 따른 차별화 고급화된 의료수요에 대한 욕구 증대, 저출산·고령화 시대에서의 예상되는 재정 위기를 극복하기 위한 효율화 압박 등으로 우리나라 의료계는 내용적인 측면뿐 아니라 형식적인 측면에서도 큰 변화를 예상할 수 있다. 즉, 현재도 내용적으로 영리적 행위를 하고 있는 우리나라 병원계가 향후 위에서 언급한 요인으로 인해 형식까지도 영리적일 가능성이 점차 높아지고 있다 하겠다.^{주12)} 설사 영리법인 병원 허용이라는 합의에 도달하지 못한다 하더라도 환자의 만족을 제고하기 위한 의료공급자의 움직임은 불가피할 것으로 예단할 수 있어 이에 대한 관심과 투자는 급진전할 것이다.

이러한 배경에 따라 본 절에서는 기업에서 이미 기업생존의 수단이자 혁신의 방향이 되고 있는 경영전략이며 철학인 시장지향성(market orientation)에 대해 우리나라 병원산업에 적용하여 그 현황을 분석해 보고자 한다. 시장지향성을 환자를 포함해 가치사슬 상에 존재하는 다양한 시장주체와의 관계를 더욱 돈독하게 하기 위해 관련된 정보를 창출하고 전파하고 이에 반응함을 조직 전반적 문제로 확대한 개념으로 이해할 때 이는 곧 경영효율화의 주요 척도가 된다. 그러나 병원산업에 있어 시장지향성 개념은 물론 마케팅 개념을 도입하여 경영효율화를 도모하려는 시도는 외국의 경우에 있어서도 여타 산업에 비해 늦을 뿐 아니라 우리나라의 경우에는 아직 그 구체적인 개념조차 소개되고 있지 못한 현실이다.

주11) LG주간경제727호.

주12) 현재 우리나라는 영리법인 병원은 의료법상 허용되고 있지 않음.

병원산업에 있어서도 병원의 생존과 지속적 성장을 위하여 시장지향성의 본질을 이해하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 따라서 병원조직도 그 설립형태가 영리화를 추구하든 그렇지 않든 이와 관계없이 효율성과 효과성을 추구해야 하는 조직 경영의 차원에서 그 현황을 살펴보는 일은 의미가 있다 하겠다. 더욱이 의료서비스 시장 개방을 목전에 두고 있을 뿐 아니라 앞에서 지적한 빅뱅(big bang)적 환경변화까지 고려했을 때 이에 대한 연구 필요성은 배가된다.

이와 함께 병원의 성과에 대한 이해와 이에 대한 측정도 중요한 연구대상이 유지하다시피 병원의 성과는 단순한 경제적 요인 외에 보건의료서비스라는 보편적 서비스의 제공을 통한 공익적 가치의 실현이라는 사명에도 충실해야 하기 때문이다. 따라서 병원산업의 성과는 다차원적으로 설정되고 충족되어야 할 것이다.

한편 논의의 초점을 병상규모(300병상)를 중심으로 구분된 중소병원과 대형병원간 시장지향성 정도 및 성과에 차이가 있는지도 분석하여 현재 중소병원의 경영압박요인을 무너진 의료전달체계 등의 외적 요인으로 경영 전략적 차이에 기인하는지도 살펴보고자 한다. 일반적으로 병원의 규모는 시장지향성에 대한 관심도가 서로 다를 것으로 가정할 수 있다. 이는 경쟁자와의 관계, 가치체인상의 협상력, 고객에 의한 인식도, 환경변화에 대한 대응력 등 산업내 경쟁우위 형성에 영향을 미치는 다양한 집단간 힘의 균형 유지력에 차이가 있기 때문이다. 따라서 이를 고려하여 시장지향성과 성과간의 관계를 분석함이 보다 유익할 것이다.

본 절에서의 주요 연구 목적 및 내용은 다음과 같다. 우선 병원급 이상의 의료기관을 대상으로 시장지향성 현황을 살펴보고 성과와의 관련성을 분석하고자 한다. 특히, 중소병원과 대형병원으로 분류하여 규모에 따른 경영 전략적 활동 간에도 규모에 따른 차이가 있는지를 분석하고자 한다. 병원산업에 있어 시장지향성과 성과와의 관계에 대한 주요 이슈는 다음과 같다 하겠다.

그 첫째가 시장지향성을 구성하는 다차원은 어떤 내용이어야 할 것인가?

둘째가 성과를 구성하는 다차원은 어떤 내용이어야 할 것인가?

셋째는 시장지향성과 성과간의 관계는 어떻게 되는가?

넷째, 중소병원과 대형병원 중 누가 더욱 시장지향적이며 시장지향적이어야

할 것인가?

다섯째, 병원규모의 차이는 시장지향성 및 성과에 어떠한 영향을 미칠 것인가?

마지막으로 병원경영자 및 연구자에 있어 이 관계가 의미하는 바는 무엇인가?

이를 위해 2004년 7월 현재 대한병원협회에 등록된 회원병원을 대상으로 우편설문조사를 통해 관련 자료를 분석하고자 한다. 병원 규모별 시장지향성 및 성과 차이를 분석하기 위하여 독립표본 t 검정법을 활용하고자 하며 시장지향성과 성과간의 관계를 분석하기 위하여 공변량구조분석(structural equations modeling: SEM)을 실시하고자 한다. 분석을 위한 통계패키지로 SPSSWIN(ver. 12.0)과 AMOS(ver. 5.0)를 활용하였다.

가. 이론적 배경

1) 시장지향성의 개념 및 중요성

1950년대 고객 욕구 충족을 통해 이윤을 창출하고자 했던 기업경영철학인 마케팅 개념(marketing concept)이 주로 마케팅 기능 및 최종고객만을 강조함으로써 실제 기업 경영효율화에 기여하지 못하는 한계를 극복하기 위하여 이의 실천적 측면을 강조한 시장지향성이 등장하였다.

Shapiro(1988)와 Kotler and Clarke(1987) 등의 초기 연구에서는 시장지향성을 고객철학(customer philosophy), 통합된 마케팅 조직(integrated marketing organization), 적절한 마케팅 정보(adequate marketing information), 전략적 지향성(strategic orientation) 및 운영효율성(operational efficiency)으로 구성된다고 보았으나 이후 Narver and Slater(1990), Kohli and Jaworski(1990), Jaworski and Kohli(1993), Slater and Narver(1994) 등에 의해 보다 체계화되어졌다.

Narver and Slater(1990)는 시장지향성의 핵심은 고객에게 보다 우월한 가치를 창조하고 지속적 경쟁우위를 유지하는 것으로 보았으며 이는 고객지향성(customer orientation), 경쟁자지향성(competitor orientation), 부서간 조정(interfunctional coordination)과 같은 세 가지 행위적 요소들로 구성되었다고 보았다. Kohli and Jaworski(1990)는 미국내 4개시의 62명의 경영자를 심층 인터뷰

한 결과에 기초하여 시장지향성을 ‘현재와 미래의 고객욕구를 충족시키기 위해 시장 정보를 전 조직차원에서 창출하고 창출된 정보를 조직간 서로 확인하고 이에 전체 조직차원에서 반응하는 것’으로 정의하면서 정보창출(intelligence generation), 정보확산(intelligence dissemination) 및 반응(responsiveness)을 3대 구성요소로 보았다. 여기서 시장정보의 창출이라 함은 이전까지 주로 고려하였던 고객의 표현된 욕구뿐만 아니라 미래 욕구 및 선호에 관한 정보와 유통업자를 포함한 포괄적 고객에 영향을 미치는 경쟁자, 정부규제, 기술 등 외부적 요인에 대한 정보를 생성하고 평가하는 활동을 의미한다. 또 정보 확산은 조직 내의 관련부서와 개인들에게 의사소통시키고, 공유하고, 분석함을 의미하며 이는 조직내 수직적, 수평적으로 또한 공식적 비공식적으로 확산되는 것이 중요하다. 시장정보에 대한 전사적 반응은 창출되어지고 전파되어진 정보에 대한 반응으로 취해진 행동을 의미하는 것으로 표적시장을 선정하고 현재의 욕구와 잠재적 욕구에 따라 마련된 제품 및 서비스를 생산, 분배 및 촉진 등 구체적인 마케팅 활동의 형태로 나타냄을 말한다. 또한 이학식 등(1998)은 ‘기업이 고객들에게 가치를 제공하고 시장내에서 장기적인 수익을 올리기 위한 전략적이고 실천적인 경영철학’으로 정의하였다.

이들의 정의에서 엿볼 수 있듯이 기존의 마케팅 지향적 패러다임인 마케팅 개념과 비교하였을 때 시장지향성은 철학적인 마케팅 개념의 구체적 실행으로 다음과 같은 보다 광범위한 시장관리 지향적 특성을 내포하고 있다.

첫째, 시장지향성은 시장정보의 창출에 있어서 마케팅부서만이 아닌 조직 전체가 참여하고 그 정보를 확산하며 전사적으로 반응하는 것이며 둘째, 마케팅 부서만이 아닌 조직 전체 부서의 책임을 강조하고 있으며 셋째, 시장의 범위에 최종 고객 외에 유통업자 등 이에 영향을 미치는 모든 조직을 포함시키고 있다 (Park and Zaltman 1987; Kohli and Jaworski, 1990).

그러므로 시장지향성은 기업이 경영활동에 필요한 소비자나 경쟁 기업에 관한 정보를 조사하여 입수하고, 이를 기업 내의 필요한 각 부서에 효과적으로 전달해서, 각 부서가 전달된 정보를 바탕으로 구체적으로 대응행동을 취할 수 있도록 해주는 경영체계를 의미한다. 따라서 지속적인 경쟁우위를 달성하고 시

장요구에 경쟁자들보다 더 잘 대응하며 시장요구의 변화를 보다 정확히 예측하기 위해서는 기업은 시장지향적이어야 하며 이는 곧 기업 경영이 효율적으로 수행되고 있다고 평가 가능하다 하겠다.

한편, 시장지향성을 측정하기 위해 Narver and Slater(1990), Jaworski and Kohli(1993), Slater and Narver(1995) 등이 측정지표를 개발하고 있다. 특히, 시장정보의 창출, 확산 및 반응 등 3가지 요인으로 구성된 시장지향성에 초점을 맞추어 Kohli et al.(1993)에 의해 개발된 MARKOR(a measure of MARKet ORientation)가 폭넓게 활용되고 있다. MARKOR는 원래 제조업을 대상으로 작성되었기 때문에 본 연구에서는 이를 우리나라 병원산업의 환경과 실정을 고려하여 수정 보완한 변수를 통해 병원산업 시장지향성을 연구하고자 한다.

2) 시장지향성의 선·후행 요인

이상의 시장지향성에 대한 개념 연구와 함께 시장지향성의 선·후행변수, 특히 시장지향성과 성과(performance)에 대한 연구가 다양한 산업에 적용되어 진행되고 있으며 많은 연구에서 시장지향성이 높으면 긍정적인 성과를 발생시키고 있다고 발표되고 있다(Jaworski and Kohli, 1993; Slater and Narver, 1994; Hunt and Morgan, 1995; Greenly, 1995; Dobni and Luffman 2000).

시장지향성은 시장과 관련된 정보의 창출, 확산 및 반응의 효율화를 도모하고 있으나 이는 수많은 선행요인들에 의해 강화될 수도, 또는 그 반대일 수 있어 후행변수인 성과에 다양한 영향을 미치게 된다. 일반적으로 시장지향성에 영향을 미치는 것으로 밝혀진 주요 선행요인으로는 시장내 경쟁강도, 소비자 기호 등의 환경적 특성, 최고경영층의 성향 및 특성, 부서간 갈등 및 연계성 정도, 조직의 구조적 요인, 평가·보상시스템 등의 조직적 요인, 조직 구성원의 개인적 요인 등이 소개되고 있다(Kohli and Jaworski, 1990; Slater and Narver, 1994; Greenly, 1995).

또한 마케팅 개념의 실천적 측면을 강조한 시장지향성 또한 후행변수로 기업의 수익성에 긍정적 영향을 미칠 것으로 기대할 수 있다. 성과측정과 관련된 연구(Narver and Slater, 1990; Jaworski and Kohli, 1993)와 시장지향성과 전략과

관련된 연구(Slater and Narver, 1994; Hunt and Morgan, 1995; Dobni and Luffman 2000) 등이 활발하게 진행되고 있다. 이에 관한 주요 연구결과로 Narver and Slater(1990)는 앞에서 지적한 시장지향성의 세 가지 행위적 요소들이 장기적 초점(long-term focus)과 수익성(profitability)이라는 두 가지 기업의 성과에 미치는 영향을 분석하면서 시장지향성이 기업의 수익성에 중요한 결정요소라고 강조하였다. Jaworski and Kohli(1993)는 시장지향성에 영향을 주는 선행요소로 최고경영층의 강조점과 위험회피, 부서상호간 동태성의 갈등과 결속, 조직시스템의 공식화·집중화·분권화·보상시스템 등 크게 세 가지 요인을, 후행요소로 종업원의 조직몰입 및 기업정신, 사업성과를 보고 시장지향성이 사업성과에 미치는 영향에 있어 환경적 상황을 매개변수로 설정하는 모형을 발표하였다. Slater and Narver(1994)는 시장지향성은 고객서비스, 품질, 혁신과 같은 핵심능력에 영향을 주고 이는 고객충성도, 신제품 성공, 시장점유율과 같은 경쟁적 우위에 영향을 주어서 궁극적으로 수익성과 판매증대로 나타나는 사업성과에 영향을 미친다는 시장지향성, 고객가치, 그리고 성과간의 관계에 대한 개념적 모형을 제시하였다.

3) 병원산업에서의 시장지향성

시장지향성에 대한 개념은 병원산업에서도 그대로 적용가능한 특성을 내포하고 있다. 병원산업 또한 점차 치열한 경쟁 환경속에 놓여지게 되어 시장지향성에 대한 이해를 바탕으로 고객에게 보다 우월한 가치를 제공하며 이를 통해 지속적 성장을 달성하고자 하는 노력이 그 어느 때보다 절실히 요구된다 하겠다.

따라서 오늘날 경영혁신 방안을 찾고 있는 병원계에 있어 시장지향성에 대한 이해를 바탕으로 병원조직 전반을 리스트럭처링(restructuring)하는 전략은 그 유효성이 크다 하겠다. 이와 함께 병원성과에 대해 효율성과 형평성 제고에 관한 재무적이고 비재무적인 지표의 균형적 개발과 측정 및 이와 시장지향성과의 관계 분석은 대단히 유의하다 하겠다.

병원산업에서 성과에 대한 연구는 총체적 품질관리(TQM) 차원에서 주로 논의되었다. 이에 따르면 성과는 효과성과 효율성 항목으로 인지될 수 있는데 효

과성이란 병원이 보다 우수한 품질의 보다 적절한 서비스를 체계적으로 제공할 수 있는지의 여부와 관련이 있으며 효율성이란 이런 향상된 서비스를 제공함에 있어 보다 저렴한 비용으로 가능한가와 연관되어 있다. Counte et al.(1995)은 효율성은 재무적, 운영적 및 인적자원 측면에서 평가될 수 있으며 효과성은 이 세 가지 영역 외에 시장측면에서 평가될 수 있다고 보았다. 이는 병원산업에서 성과는 다차원적으로 구성됨을 시사하고 있다 하겠다.

병원산업에서 시장지향성과 성과와의 관계를 분석한 연구로는 Raju et al.(1995), Bhuian and Abdul-Gader(1997), Raju et al.(2000), White et al.(2001), Tsai(2003) 등이 있다.

Raju et al.(1995)는 MARKOR 설문지를 활용하여 미국 중부 176개소 병원의 293명의 담당자를 통해 병원산업의 시장지향성과 성과간의 관계를 분석하였다. 특히 경쟁에 관한 반응정도가 다양하게 측정된 성과에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 밝혀냈다. Bhuian and Abdul-Gader(1997) 또한 MARKOR 설문지를 활용하여 미국 전역의 237개 비영리병원을 대상으로 두 관계를 분석하였다.

또한 Raju et al.(2000)은 역시 MARKOR 설문지를 활용하여 병원 규모에 따른 시장지향성과 성과의 차이를 규명하고자 하였다. 분석결과 병상수에 따른 병원 규모는 시장지향성 및 성과간에 통계적으로 유의미한 차이를 발견하지 못하였으며 중소병원이 대형병원에 비해 성과의 변이 중 시장지향성에 의해 설명되는 부분이 더욱 큼을 확인하였다. 또한 병원의 경영책임자는 병원성과 향상을 위해 광고 및 고객만족 등과 같은 마케팅 지향적인 특성을 포함해 시장정보창출, 경쟁자 및 고객에 대한 반응 등과 같은 시장지향적 특성에 보다 확대된 관심을 가져야 할 것으로 권장하고 있다.

앞서의 연구에서 병원성과는 전통적으로 활용되고 있는 수익률, 순이익 및 운영에 따른 현금흐름 등 계량적이고 객관적인 재무지표 외에 경쟁병원과 비교된 결과를 반영하도록 하는 주관적이고 판단적인 요인을 첨가하여 측정하였다.

계량적 재무지표의 경우 대외 공표를 꺼리는 병원이 많고 공표하더라도 공표된 시점과 실제 병원 상황과의 시차로 인해 현재 상황을 적절하게 설명해 주지 못하는 문제도 발생한다. 무엇보다 공표된 수치의 정확성에 의구심이 커서 활용에 적지 않은 제약이 따른다. 이에 반해 경쟁병원과 상대적 비교에 의해 획득될 수

있는 주관적 성과지표는 경우에 따라서 보다 정확한 성과지표로의 기능을 수행할 수 있어 성과 측정을 위한 변수로 양자간의 적절한 구성이 필요하다 하겠다.

이상의 이유로 인해 재무적 지표 외에 새로운 제품과 서비스의 개발, 혁신을 위한 R&D 투자 및 시장 개발과 같은 시장 및 제품개발력(market/product development), 의료사고, 종업원 이직률 등과 같은 병원조직내적 품질(internal quality) 등이 주요 병원성과변수로 활용되고 있다.

나. 자료 및 연구방법

1) 자료 및 응답 병원의 특성

국내 병원산업의 시장지향성을 분석하기 위하여 2004년 7월 현재 대한병원협회에 등록된 1,048개 회원병원을 모집단으로 하여 2004년 7월 15일부터 8월 15일까지 한달간 우편에 의한 자기 기입식 설문조사를 실시하였다. 응답한 병원은 230개소로 21.9%의 응답률을 나타내었다. 응답된 자료에서 발견된 결측값은 조사원에 의한 전화 통화를 통해 응답자의 이해를 제고하기 위한 추가적 설명을 실시하여 적절한 응답을 추가로 얻고자 하였다. 이를 통해 223개의 유효 응답수를 기록하였고 최종 결측률은 3.04%이며 이는 해당 변수의 평균값으로 대체하여 분석에 활용하였다.

응답한 병원의 특성을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 종별분류로는 3차 의료기관이 13개소로 응답병원의 5.7%를 차지하였으며 종합병원과 병원이 각각 64개소, 153개소로 27.8%, 66.5%를 나타내었다(표 III-18 참조).

〈표 III-18〉 종별 현황

구분	개소	비율(%)
3차 의료기관	13	5.7
종합병원	64	27.8
병원	153	66.5
합계	230	100.0

허가병상수를 300병상 기준으로 분류하였을 경우 300병상 이하의 중소규모 병원이 172개소로 74.8%를 차지하였으며 301병상 이상의 대형병원이 58개소, 25.2%를 나타내었다(표 III-19 참조).

〈표 III-19〉 허가병상수

구분	개소	비율(%)
300병상 이하	172	74.8
301병상 이상	58	25.2
합계	230	100.0

응답병원의 설립형태는 개인병원이 84개소(36.5%)로 가장 많았으며 다음으로 의료법인이 70개소로 30.4%, 학교법인이 20개소로 8.7%를 나타내며 그 뒤를 이었다(표 III-20 참조).

〈표 III-20〉 설립형태

구분	개소	비율(%)
개인	84	36.5
의료법인	70	30.4
학교법인	20	8.7
지방공사	11	4.8
사회복지법인	9	3.9
재단법인	8	3.5
군병원	8	3.5
특수법인	6	2.6
공립	5	2.2
국립	2	0.9
국립대학	2	0.9
사단법인	1	0.4
기타	4	1.7
합계	230	100.0

응답병원의 지리적 위치로는 경기도에 소재한 병원이 32개소(13.9%)로 가장

많았으며 다음으로 서울 27개소(11.7%), 부산 23개소(10.0%), 경남 22개소(9.6%) 순으로 상대적으로 많은 응답을 하였다(표 III-21 참조).

〈표 III-21〉 병원위치

구분	개소	비율(%)
경기	32	13.9
서울	27	11.7
부산	23	10.0
경남	22	9.6
대구	17	7.4
전남	16	7.0
경북	16	7.0
전북	12	5.2
강원	11	4.8
충남	11	4.8
인천	10	4.3
광주	10	4.3
충북	8	3.5
울산	7	3.0
제주	5	2.2
대전	3	1.3
합계	230	100.0

<표 III-22>는 응답자의 인구사회학적 특성을 나타내고 있다. 230명의 응답자 중 남자가 215명(93.5%)으로 절대다수를 차지하였으며 연령대는 40대와 30대가 각각 41.3%와 38.3%로 대다수를 나타내었다. 교육수준은 약 70%가 대학교 졸업수준 이상의 학력을 나타내었으며 현 병원 근무기간은 약 과반수 정도가 5년 이하로 나타나 사회진출시기를 고려했을 때 상대적으로 높은 이직 경험이 있는 것으로 판단된다.

조사대상 병원의 32.2% 정도만이 마케팅 담당자를 보유하고 있어 아직도 우리나라 병원에 마케팅에 대한 관심이 저조한 수준에 머물고 있음을 단적으로 살펴볼 수 있다.

<표 III-22> 응답자의 인구사회학적 특성

	구분	명(%)
성	남자	215(93.5)
	여자	15(6.5)
연령	29세 이하	7(3.0)
	30~39세	88(38.3)
	40~49세	95(41.3)
	50세 이상	40(17.4)
교육수준	고등학교 이하	14(6.1)
	전문대 졸	54(23.5)
	대학교 졸	113(49.1)
	대학원 졸(석사)	37(16.1)
	대학원 졸(박사)	12(5.2)
현재 병원 근무기간	5년 이하	112(48.7)
	6~10년	54(23.5)
	11~15년	32(13.9)
	16~20년	22(9.6)
	21년 이상	10(4.3)
마케팅 담당자 유무	있음	74(32.2)
	없음	156(67.8)
합계		230(100.0)

다. 분석 및 결과

1) 기술분석

가) 병원 시장지향성 관련

병원의 시장지향성과 관련된 변수는 총 30문항으로 리커트 5점 척도로 측정되었다. <표 III-23>은 설문문항별 평균 및 표준편차로 측정된 기술통계와 병원 규모별 평균 동일성에 대한 t-검정 결과를 나타내고 있다. 비교집단인 중소병원과 대형병원은 각각 독립된 표본으로 t-검정을 시행하기 위해 두 비교집단이 동일 분산을 가져야 하므로 Levene의 등분산성 검정을 우선 실시하였다. 분석 결

과 모든 문항에서 예외없이 등분산성 가정을 기각하지 못하는 것으로 나타났다.

시장지향성 변수 중 병원규모에 따라 차이를 나타내는 항목으로는 서비스의 질을 평가하기 위하여 일년에 최소 한번 이상 설문조사를 실시하는 경우(t 값=3.90), 규정에 따라 고객 만족에 대한 자료를 병원의 모든 계층에게 유포하고 있는 정도(t 값=3.47) 및 환자가 필요로 하는 병원 서비스를 파악하기 위하여 최소한 일년에 한 번 이상 환자와의 만남을 갖고 있는 정도(t 값=3.18) 등은 유의수준 1% 수준에서 중소병원에 비해 대형병원이 압도적으로 우월한 활동을 하고 있는 것으로 분석되었다. 이와 함께, 환자 선택에 영향을 주는 사람과 대화 및 설문조사를 실시하고 있는 정도(t 값=2.50), 환자가 필요로 하는 병원 서비스 변화에 대해 적극적인 대응을 하는 것(t 값=2.11)도 대형병원이 보다 우수한 것으로 나타났다. 아울러 병원의 홍보/기획/마케팅 전문가가 다른 부서와 함께 환자의 미래 욕구에 대해 토론하는 시간을 갖고 있으며(t 값=1.91) 환자에 영향을 미치는 환경(정부규제 등)변화로 인한 영향을 주기적으로 검토하고 있는 것(t 값=1.74) 또한 대형병원이 적극적인 것으로 나타났다.

이에 반해 중소병원이 대형병원에 비해 상대적으로 적극적으로 펼치고 있는 시장지향적 활동으로는 시장 경향 및 발전에 대한 토론을 위해 부서간 모임을 최소 분기당 한번이상 갖고 있는 것(t 값=2.11)으로 분석되었으나 환자가 필요로 하는 병원서비스 변화에 상대적으로 소극적 경향(t 값=2.11)을 보이고 있는 것으로 나타났다. 이상의 변수 외에 병원규모에 따라 유의수준 10% 수준 안에서 통계적으로 유의미한 시장지향적 활동이 있지는 않은 것으로 분석되었다.

〈표 III-23〉 병원의 시장지향성 변수 및 기술통계분석

항목	평균 (표준 편차)	병원규모별 평균 동일성비교		
		중소 병원	대형 병원	t값
(M1) 우리 병원에서는 환자가 필요로 하는 병원 서비스를 파악하기 위하여 최소한 일년에 한번 이상 환자와의 만남을 갖고 있다.	3.47(1.11)	3.34	3.86	3.18***
(M2) 병원 직원들은 환자에게 더 좋은 서비스를 제공하기 위해 환자와 직접적인 상호작용을 하고 있다.	3.83(0.75)	3.79	3.95	1.39
(M3) 우리 병원에서는 자체적으로 여러 차례 시장조사를 실시하고 있다.	3.24(1.00)	3.21	3.34	0.89
(M4) 우리 병원은 환자가 선호하는 병원 서비스 변화에 대한 파악이 느린 편이다.	2.48(0.95)	2.52	2.36	1.12
(M5) 우리 병원은 우리가 제공하는 병원 서비스의 질을 평가하기 위하여 일년에 최소 한번 이상 설문조사를 실시하고 있다.	3.55(1.20)	3.38	4.07	3.90***
(M6) 우리 병원은 종종 우리 환자의 선택에 영향을 주는 사람과 대화 및 설문조사를 실시하고 있다.	3.47(1.01)	3.38	3.76	2.50**
(M7) 우리 병원은 비공식적 수단을 통하여 병원산업에 대한 정보를 수집하고 있다.	3.30(0.95)	3.25	3.45	1.38
(M8) 우리 병원은 병원산업의 근본적 변화에 대한 파악이 느린 편이다.	2.54(0.85)	2.54	2.53	0.05
(M9) 우리 병원은 환자에 영향을 미치는 환경(정부규제 등)변화로 인한 영향을 주기적으로 검토하고 있다.	3.49(0.86)	3.43	3.66	1.74*
(M10) 우리 병원은 시장 경향 및 발전에 대한 토론을 위해 부서간 모임을 최소 분기당 한번이상 갖고 있다.	3.81(1.03)	3.90	3.57	2.11**
(M11) 우리 병원의 홍보/기획/마케팅 전문가는 다른 부서와 함께 환자의 미래 욕구에 대해 토론하는 시간을 갖고 있다.	3.28(1.00)	3.21	3.50	1.91*
(M12) 우리 병원은 우리 환자에 대한 정보를 제공하는 내부 문건을 주기적으로 회람하고 있다.	3.22(0.99)	3.18	3.36	1.24
(M13) 주된 고객 또는 시장에서 중요한 사건이 발생하였을 때, 이를 빠른 시일 안에 병원의 모든 사람에게 주지시키고 있다.	3.80(0.76)	3.84	3.69	1.28

〈표 III-23〉 계속

항목	평균 (표준 편차)	병원규모별 평균 동일성비교		
		중소 병원	대형 병원	t값
(M14) 고객 만족에 대한 자료는 규정에 따라 병원의 모든 계층에게 유포하고 있다.	3.51(0.95)	3.39	3.88	3.47***
(M15) 시장 개발과 관련하여 홍보/마케팅과 행정부서간 의사소통이 적은 편이다.	2.63(0.79)	2.65	2.55	0.86
(M16) 한 부서가 경쟁 병원에 대해 어떤 중요한 사실을 알았을 때, 이를 다른 부서에 알려줌이 늦은 편이다.	2.39(0.83)	2.39	2.40	0.08
(M17) 우리 경쟁 병원의 가격 변화(비급여 등)에 대한 대응 결정이 늦은 편이다.	2.59(0.87)	2.58	2.61	0.23
(M18) 시장 세분화의 원칙은 병원의 새로운 제품 개발 노력을 촉진하고 있다.	3.38(0.88)	3.36	3.45	0.74
(M19) 우리 병원은 환자가 필요로 하는 병원 서비스 변화에 대해 무시하는 경향이 있다.	2.07(0.75)	2.13	1.90	2.11**
(M20) 우리 병원은 환자가 무엇을 원하는지를 파악하기 위하여 병원 서비스 개발을 주기적으로 검토하고 있다.	3.60(0.85)	3.56	3.71	1.11
(M21) 우리 병원의 사업계획은 시장 조사에 의하기보다 기술진보에 더욱 영향을 받는다.	2.84(0.82)	2.84	2.84	0.01
(M22) 몇몇 부서들은 경영환경의 변화에 대처하기 위한 계획을 주기적으로 공동 수립한다.	3.35(0.83)	3.34	3.38	0.34
(M23) 우리 병원이 제공하는 서비스는 실제 시장의 필요에 의하기보다는 내부적 판단에 더욱 의존한다.	3.09(0.92)	3.14	2.93	1.49
(M24) 주된 경쟁 병원이 우리의 환자를 대상으로 강도 높은 캠페인을 전개한다면 우리 병원은 이에 즉시 대응할 것이다.	3.88(0.81)	3.88	3.89	0.15
(M25) 우리 병원내 다른 부서간 활동은 잘 조정되고 있다.	3.71(0.73)	3.70	3.76	0.55
(M26) 우리 병원에서는 고객의 불평을 들음에 있어 귀가 어두운 편이다.	2.13(0.88)	2.16	2.03	0.93
(M27) 우리 병원이 실제 훌륭한 마케팅 계획을 수립한다 할지라도 이를 적시에 실행하지는 못 할 것이다.	2.69(0.96)	2.73	2.57	1.15
(M28) 우리 병원은 경쟁병원의 가격체계(비급여 등)의 의미있는 변화에 대해 신속히 반응한다.	3.43(0.84)	3.42	3.45	0.21
(M29) 우리 병원은 환자가 서비스 질에 대해 불만족함을 알았을 때, 즉시 이를 해결하기 위한 행동을 취한다.	3.96(0.70)	3.92	4.07	1.42
(M30) 우리 병원이 제공한 서비스에 대해 환자가 수정하기를 원한다면 해당 부서는 그렇게 하도록 노력한다.	3.93(0.63)	3.91	4.02	1.16

주: 전혀그렇지않다(1), 그렇지않다(2), 그저그렇다(3), 그렇다(4), 매우그렇다(5)

***: p<0.01, **: p<0.05, *: p<0.10

이상을 종합할 때 우리나라 병원산업의 경우 대형병원이 중소병원에 비해 더욱 적극적으로 다양한 시장지향적 활동을 전개하고 있는 것을 알 수 있다. 이는 병원조직에서 경영효율화를 도모하기 위한 노력도 등 현실적 상황에 대한 이해를 전제로 하였을 때 사전적으로 예상가능했던 현상이라 하겠다. 일반적으로 대형병원일 수록 마케팅 담당자와 전담부서를 설치하고 있음을 볼 수 있는데 이는 본 조사 결과에서도 확인할 수 있다(표 III-24 참조).

〈표 III-24〉 병원규모별 마케팅 담당자 보유도

(단위: 개소, %)

구분		병원규모		전체
		중소병원	대형병원	
마케팅 담당자	있음	48(27.9)	26(44.8)	74(32.2)
	없음	124(72.1)	32(55.2)	156(67.8)
전체		172(100.0)	58(100.0)	230(100.0)

응답병원에 있어 병원규모에 따라 마케팅 책임자를 두고 있음에 차이가 있는가에 분석하기 위하여 교차분석을 실시하였다. 카이제곱 검정결과 Pearson의 카이제곱값은 5.691로 이때의 점근유의확률은 0.017이 된다. 이는 유의수준 5%에서 병원규모별에 따라 마케팅 담당자 보유분포는 차이가 없다는 귀무가설을 기각하게 되어 병원규모에 따라 마케팅 담당자의 보유 정도는 서로 차이가 있다 하겠다. 즉, 대형병원일수록 마케팅 담당자의 보유하고 있음을 알 수 있다.

한편 30개의 병원 시장지향성 활동 항목 중에서 중소병원과 대형병원간 뚜렷하고 일관된 차이를 나타내고 있는 항목은 8개에 불과하며 항목별 평균이 4점 미만인 점을 고려했을 때 병원산업이 시장지향적 활동을 적극적으로 추진하고 있다고 평가하기에는 미흡하다고 판단된다. 이는 아직도 시장지향성에 대한 의료기관의 인식과 전략이 전체 조직차원에서 체계적으로 마련되어있지 못한 결과에 기인한다 하겠다.

나) 병원성과 관련

병원의 성과와 관련된 변수는 총 20문항의 리커트 5점 척도로 병원산업 전반과 상호비교한 주관적 판단에 의해 측정되었다. 표 8은 설문문항별 평균 및 표준편차로 측정된 기술통계와 병원 규모에 따른 평균 동일성에 대한 t-검정 결과를 나타내고 있다. 시장지향성 항목과 동일하게 등분산성 검정을 실시하였으며 모든 문항에서 등분산성 가정을 기각하지 못하는 것으로 나타났다.

〈표 III-25〉 병원의 성과변수 및 기술통계분석

변수	평균(표준편차)	병원규모별 평균 동일성비교		
		중소병원	대형병원	t값
(P1) 지난 3년간의 수익 증가율	2.95(0.92)	2.86	3.19	2.33**
(P2) 환자에 의해 인지된 서비스 품질	3.59(0.68)	3.55	3.69	1.36
(P3) 지난 3년간 시장 점유율	3.23(0.80)	3.20	3.32	0.94
(P4) 장비 구입 또는 시설 투자비	3.55(0.79)	3.49	3.72	1.91*
(P5) 순 이익	2.74(0.89)	2.74	2.75	0.05
(P6) 투자수익률(ROI)	2.78(0.82)	2.73	2.96	1.86*
(P7) 주요 환자군에 의한 병원 명성도	3.74(0.69)	3.71	3.81	0.95
(P8) 독특한 경쟁 우위를 개발할 능력	3.42(0.81)	3.37	3.56	1.52
(P9) 수익대비 이익률	2.76(0.74)	2.76	2.77	0.06
(P10) 병원 운영에 따른 현금흐름	2.98(0.80)	3.01	2.91	0.76
(P11) 새로운 병원 서비스 개발	3.34(0.75)	3.30	3.43	1.11
(P12) 새로운 환자군 개발	3.16(0.71)	3.12	3.28	1.51
(P13) 의료사고율(의료분쟁률)	3.63(0.95)	3.70	3.44	1.77*
(P14) 총자본의료이익률	2.86(0.74)	2.83	2.94	1.04
(P15) 종업원 이직	3.00(0.89)	2.99	3.00	0.04
(P16) 입원환자수	3.25(0.79)	3.23	3.28	0.38
(P17) 환자 순수익 비중	2.87(0.70)	2.89	2.82	0.65
(P18) 외래환자 초진율	2.96(0.82)	2.99	2.88	0.93
(P19) 병상이용률	3.25(0.84)	3.23	3.29	0.47
(P20) 평균재원일수	3.20(0.74)	3.17	3.28	0.94

주: 매우나쁘다(1), 나쁘다(2), 그저그렇다(3), 좋다(4), 매우좋다(5)

***: $p < 0.01$, **: $p < 0.05$, *: $p < 0.10$

병원성과에 있어 대형병원이 중소병원에 비해 통계적으로 유의미하게 탁월한 성과를 나타낸 항목으로는 지난 3년간의 수익 증가율($t_{값}=2.33$, $p < 0.01$)이며 장

비 구입 또는 시설 투자비(t 값=1.91, $p<0.10$)와 투자수익률(t 값=1.86, $p<0.10$)이 상대적으로 우수한 성과를 나타낸 것으로 분석되었다. 이에 반해 중소병원이 대형병원에 비해 보다 우수한 성과를 나타낸 항목은 하나도 없었을 뿐 아니라 오히려 의료사고율 또는 의료분쟁률(t 값=1.77, $p<0.10$)이 대형병원에 비해 높은 것으로 나타났다.

전반적으로 20개의 성과 항목 중 4개 항목만이 병원 규모에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타나 병원 규모에 따라 다양한 측면에서 성과 차이가 발생하지는 않는 것으로 해석된다.

2) 구조방정식 분석

본 절에서는 병원의 시장지향성 정도가 병원의 성과에 미치는 영향을 살펴보고자 한다. 이를 위하여 공변량구조분석을 실시하였다. 이와 같이 여러 항목들(measurement variable, 측정변수)간 인과관계를 분석하는 경우 항목별로 공통의 원인이 되는 요인(factor), 이른바 잠재변수(latent variable)를 찾아 항목수를 축소, 통합하고 잠재변수사이에서 인과관계를 분석하며 수많은 측정변수를 직접 취급하는 것보다 통계적 효율성이 증가하게 된다. 이렇게 인과분석을 위해 공통 원인이 측정변수에 미치는 영향을 (요인)분석하는 측정방정식과 요인간의 인과관계를 (회귀)분석하는 구조방정식을 동시에 개선적으로 결합한 방법을 공변량구조분석이라 한다. 즉, 이는 확정적 요인분석(confirmative factor analysis: CFA)을 통해서 측정오차가 없는 잠재요인을 발견하고 이를 회귀분석하는 방법이라 하겠다. 따라서 이 분석방법은 여러 항목들간의 인과관계를 종합적으로 분석함에 있어 유익한 접근이 되고 있다.

가) 시장지향성 및 성과에 관한 요인분석

먼저 여러 항목들이 공통의 요인에 의해 영향을 받고 있음을 밝히기 위하여 탐색적 요인분석(exploratory factor analysis: EFC)을 실시하였다. 시장지향성에 대한 탐색적 요인분석 결과가 <표 III-26>에 나타나 있다.

〈표 III-26〉 시장지향성에 관한 요인분석결과

요인	고유값	% 분산	% 누적분산	
1	10.079	33.6%	33.6%	
2	1.883	6.3%	39.9%	
3	1.629	5.4%	45.3%	
4	1.506	5.0%	50.3%	

문항	요인1	요인2	요인3	요인4	Cronbach 알파값
(M5) 우리 병원은 우리가 제공하는 병원 서비스의 질을 평가하기 위하여 일년에 최소 한번 이상 설문조사를 실시하고 있다.	0.765				0.843
(M1) 우리 병원에서는 환자가 필요로 하는 병원 서비스를 파악하기 위하여 최소한 일년에 한번 이상 환자와의 만남을 갖고 있다.	0.691				
(M2) 병원 직원들은 환자에게 더 좋은 서비스를 제공하기 위해 환자와 직접적인 상호작용을 하고 있다.	0.691				
(M6) 우리 병원은 종종 우리 환자의 선택에 영향을 주는 사람과 대화 및 설문조사를 실시하고 있다.	0.671				
(M3) 우리 병원에서는 자체적으로 여러 차례 시장조사를 실시하고 있다.	0.539				
(M12) 우리 병원은 우리 환자에 대한 정보를 제공하는 내부 문건을 주기적으로 회람하고 있다.	0.500				
(M14) 고객 만족에 대한 자료는 규정에 따라 병원의 모든 계층에게 유포하고 있다.	0.444				
(M19) 우리 병원은 환자가 필요로 하는 병원 서비스 변화에 대해 무시하는 경향이 있다.		0.700			0.826
(M8) 우리 병원은 병원산업의 근본적 변화에 대한 파악이 느린 편이다.		0.627			
(M4) 우리 병원은 환자가 선호하는 병원 서비스 변화에 대한 파악이 느린 편이다.		0.582			
(M20) 우리 병원은 환자가 무엇을 원하는지를 파악하기 위하여 병원 서비스 개발을 주기적으로 검토하고 있다.*		0.548			
(M23) 우리 병원이 제공하는 서비스는 실제 시장의 필요에 의하기보다는 내부적 판단에 더욱 의존한다.*		0.542			
(M15) 시장 개발과 관련하여 홍보/마케팅과 행정부서간 의사소통이 적은 편이다.		0.535			
(M26) 우리 병원에서는 고객의 불평을 들음에 있어 귀가 어두운 편이다.		0.529			

〈표 III-26〉 계속

문항	요인1	요인2	요인3	요인4	Cronbach 알파값
(M29) 우리 병원은 환자가 서비스 질에 대해 불만족함을 알았을 때, 즉시 이를 해결하기 위한 행동을 취한다.			0.743		0.759
(M30) 우리 병원이 제공한 서비스에 대해 환자가 수정하기를 원한다면 해당 부서는 그렇게 하도록 노력한다.			0.712		
(M25) 우리 병원내 다른 부서간 활동은 잘 조정되고 있다.			0.661		
(M24) 주된 경쟁 병원이 우리의 환자를 대상으로 강도 높은 캠페인을 전개한다면 우리 병원은 이에 즉시 대응할 것이다.*			0.565		
(M7) 우리 병원은 비공식적 수단을 통하여 병원산업에 대한 정보를 수집하고 있다.				0.628	0.704
(M18) 시장 세분화의 원칙은 병원의 새로운 제품 개발노력을 촉진하고 있다.				0.599	
(M28) 우리 병원은 경쟁병원의 가격체계(비급여 등)의 의미있는 변화에 대해 신속히 반응한다.				0.596	
(M9) 우리 병원은 환자에 영향을 미치는 환경(정부규제 등)변화로 인한 영향을 주기적으로 검토하고 있다.				0.567	
(M22) 몇몇 부서들은 경영환경의 변화에 대처하기 위한 계획을 주기적으로 공동 수립한다.				0.438	

주: 요인적재값(factor loadings) 0.4 이상만을 포함시켰음.

*는 신뢰성분석결과 제외된 문항임.

유의미한 요인의 수를 결정하기 위하여 고유값(eigenvalue)이 1 이상이며 최소 각 5%의 변이를 설명할 수 있는 요인으로 한정하였으며 총 4개가 선정되었다. 이들의 고유값은 최소 1.5 이상이며 전체 변이 중 50.3%가 이들에 의해서 설명되는 것으로 나타났다. 또한 개별 요인에 의해 공통으로 영향을 받고 있는 관련 문항으로는 요인적재값이 0.4 이상인 항목만을 포함하였다.

한편, 설문문항이 자기기입식에 의거하여 측정된 관계로 측정하고자 하는 잠재변수들을 제대로 측정하였는지를 검증하기 위해 문항들의 타당도와 신뢰도를 분석하였다. 확정적 요인분석은 측정변수가 잠재변수를 얼마나 잘 측정하고 있는지를 나타내는 집중타당성을 평가하기 위해 활용하였으며 요인내 측정변수들이 단일 요인에 의해 영향을 받고 있음에 대한 내적 일치도(신뢰성)를 평가하

기 위하여 Cronbach 알파 계수를 산출하였다. Cronbach 알파값이 0.9 이상일 경우 신뢰성이 매우 높은 것으로 평가할 수 있으며 전통적으로 0.7 이상을 최소 기준으로 활용하고 있다(Nunnally, 1978). 본 연구에서 시장지향성에 관한 요인의 Cronbach 알파값은 0.843, 0.826, 0.759 및 0.704로 이 기준을 충족시키고 있다.

또한 요인내 개별 항목 중 특정 항목을 제외시 전체 Cronbach 알파값이 커지는 경우에 그 특정 항목은 제외함을 통해 내적 일치도를 제고하였다. 이로 인해 두 번째 요인에서 ‘우리 병원은 환자가 무엇을 원하는지를 파악하기 위하여 병원 서비스 개발을 주기적으로 검토하고 있다(M20)’는 항목과 ‘우리 병원이 제공하는 서비스는 실제 시장의 필요에 의하기보다는 내부적 판단에 더욱 의존한다(M23)’는 항목이, 세 번째 요인에서는 ‘주된 경쟁 병원이 우리의 환자를 대상으로 강도 높은 캠페인을 전개한다면 우리 병원은 이에 즉시 대응할 것이다(M24)’는 항목이 제외되었다.

다음으로 병원성과에 대한 요인분석결과가 <표 III-27>에 나타나있다. 이 역시 동일기준에 의해 3개의 요인의 선정되었으며 이는 전체 변이의 57.6%를 설명하는 것으로 분석되었다.

공통요인에 의해 영향 받고 있는 항목의 선정은 요인적재값이 0.5 이상인 경우만 포함하였으며 세 개 요인의 Cronbach 알파값은 최소 0.822 이상으로 나타났다.

이상을 기준으로 [그림 III-2]와 같은 연구 모형의 구조를 도출하였다. 즉, 4가지 시장요인이 병원 시장지향성에 의해 영향을 받으며 이는 3가지 성과요인에 영향을 미치는 병원성과와 인과관계를 형성하는 것으로 나타났다.

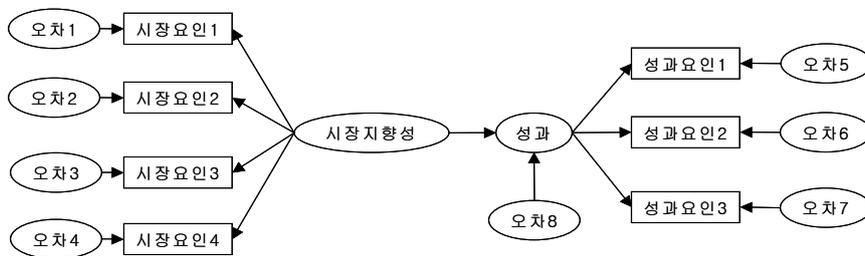
〈표 III-27〉 성과에 관한 요인분석결과

요인	고유값	% 분산	% 누적분산
1	8.072	40.4%	40.4%
2	2.198	11.0%	51.4%
3	1.232	6.2%	57.6%

문항	요인1	요인2	요인3	Cronbach 알파값
(P5) 순 이익	0.857			0.919
(P9) 수익대비 이익률	0.839			
(P14) 총자본의료이익률	0.836			
(P6) 투자수익률(ROI)	0.794			
(P17) 환자 순수익 비중	0.692			
(P10) 병원 운영에 따른 현금흐름	0.688			
(P1) 지난 3년간의 수익 증가율	0.671			
(P11) 새로운 병원 서비스 개발		0.842		0.822
(P12) 새로운 환자군 개발		0.803		
(P8) 독특한 경쟁 우위를 개발할 능력		0.712		
(P2) 환자에 의해 인지된 서비스 품질		0.670		
(P4) 장비 구입 또는 시설 투자비		0.591		
(P19) 병상이용률			0.788	0.835
(P20) 평균재원일수			0.731	
(P16) 입원환자수			0.710	
(P18) 외래환자 초진율			0.563	

주: 요인적재값(factor loadings) 0.5 이상만을 포함시켰음.

[그림 III-2] 연구모형 구조



나) 시장지향성과 성과간의 관계

<표 III-28>은 시장지향성 요인 및 개별 측정변수간의 관계를 나타내고 있다. 계수는 표준화된 계수를 사용하였으며 각 요인별 1개의 측정변수는 공변량구조식의 해를 구하기 위하여, 즉, 추정을 위하여 그 계수를 1로 고정하였다.

<표 III-28> 시장지향성요인 및 측정변수간 관계

문항	계수* (t값)	R-square
*시장정보 창출 및 확산 (시장요인1)		
(M5) 우리 병원은 우리가 제공하는 병원 서비스의 질을 평가하기 위하여 일년에 최소 한번 이상 설문조사를 실시하고 있다.	0.665(8.05)	0.442
(M1) 우리 병원에서는 환자가 필요로 하는 병원 서비스를 파악하기 위하여 최소한 일년에 한번 이상 환자와의 만남을 갖고 있다.	0.741(8.68)	0.550
(M2) 병원 직원들은 환자에게 더 좋은 서비스를 제공하기 위해 환자와 직접적인 상호작용을 하고 있다.	0.736(8.64)	0.542
(M6) 우리 병원은 종종 우리 환자의 선택에 영향을 주는 사람과 대화 및 설문조사를 실시하고 있다.	0.596(7.41)	0.356
(M3) 우리 병원에서는 자체적으로 여러 차례 시장조사를 실시하고 있다.	0.648(7.89)	0.420
(M12) 우리 병원은 우리 환자에 대한 정보를 제공하는 내부 문건을 주기적으로 회람하고 있다.	0.653(7.94)	0.427
(M14) 고객 만족에 대한 자료는 규정에 따라 병원의 모든 계층에게 유포하고 있다.	0.617(-)	0.381
*시장에 대한 소극적 대응성 (시장요인2)		
(M19) 우리 병원은 환자가 필요로 하는 병원 서비스 변화에 대해 무시하는 경향이 있다.	0.661(8.32)	0.437
(M8) 우리 병원은 병원산업의 근본적 변화에 대한 파악이 느린 편이다.	0.725(8.94)	0.526
(M4) 우리 병원은 환자가 선호하는 병원 서비스 변화에 대한 파악이 느린 편이다.	0.784(9.41)	0.615
(M15) 시장 개발과 관련하여 홍보/마케팅과 행정부서간 의사소통이 적은 편이다.	0.662(8.33)	0.438
(M26) 우리 병원에서는 고객의 불평을 들음에 있어 귀가 어두운 편이다.	0.663(-)	0.439
*시장(고객)에 대한 적극적 대응성 (시장요인3)		
(M29) 우리 병원은 환자가 서비스 질에 대해 불만족함을 알았을 때, 즉시 이를 해결하기 위한 행동을 취한다.	0.811(8.06)	0.657
(M30) 우리 병원이 제공한 서비스에 대해 환자가 수정하기를 원한다면 해당 부서는 그렇게 하도록 노력한다.	0.755(-)	0.570
(M25) 우리 병원내 다른 부서간 활동은 잘 조정되고 있다.	0.601(7.73)	0.362
*시장(외부환경)에 대한 적극적 대응성 (시장요인4)		
(M7) 우리 병원은 비공식적 수단을 통하여 병원산업에 대한 정보를 수집하고 있다.	0.470(5.40)	0.221
(M18) 시장 세분화의 원칙은 병원의 새로운 제품 개발노력을 촉진하고 있다.	0.498(5.63)	0.248
(M28) 우리 병원은 경쟁병원의 가격체계(비급여 등)의 의미있는 변화에 대해 신속히 반응한다.	0.559(6.11)	0.312
(M9) 우리 병원은 환자에 영향을 미치는 환경(정부규제 등)변화로 인한 영향을 주기적으로 검토하고 있다.	0.715(6.80)	0.511
(M22) 몇몇 부서들은 경영환경의 변화에 대처하기 위한 계획을 주기적으로 공동 수립한다.	0.616(-)	0.380

주: (-)는 추정을 위하여 고정됨을 나타냄. † : 계수는 표준화되었음.

첫 번째 요인은 시장 정보를 얻기 위한 설문조사, 환자와의 만남, 시장조사 등을 수행하고 있는 항목과 문건의 주기적 회람 및 유포 등의 항목이 포함되어 요인의 이름을 ‘시장정보 창출 및 확산’으로 하였다. 두 번째 요인은 환자와 병원산업 전반에 대한 각종 변화 파악이 느린 항목들로 구성되어 있어 요인명을 ‘시장에 대한 소극적 대응성’으로 하였다. 세 번째 요인은 시장, 주로 고객인 환자를 대상으로 그들의 욕구변화에 적절히 파악하고자 하는 항목들로 구성되어 요인명을 ‘시장(고객)에 대한 적극적 대응성’으로 하였으며 네 번째 요인은 병원산업, 경쟁병원 등 외부환경에 대한 병원의 반응인 관계로 ‘외부환경에 대한 적극적 대응성’으로 명하였다.

<표 III-29>는 병원성과요인 및 개별 측정변수간의 관계를 나타내고 있다. 앞서와 같이 계수는 표준화된 계수를 사용하였으며 방정식의 모수 추정을 위한 계수 고정치가 있다.

<표 III-29> 성과요인 및 측정변수간 관계

문항	계수† (t값)	R-square
◦재무 성과 (성과요인1)		
(P5) 순 이익	0.888(13.92)	0.789
(P9) 수익대비 이익률	0.860(13.43)	0.739
(P14) 총자본의료이익률	0.803(12.45)	0.645
(P6) 투자수익률(ROI)	0.796(12.33)	0.634
(P17) 환자 순수익 비중	0.759(11.50)	0.576
(P10) 병원 운영에 따른 현금흐름	0.692(10.56)	0.479
(P1) 지난 3년간의 수익 증가율	0.745(-)	0.555
◦시장/제품 개발력 (성과요인2)		
(P11) 새로운 병원 서비스 개발	0.815(9.06)	0.664
(P12) 새로운 환자군 개발	0.775(8.84)	0.600
(P8) 독특한 경쟁 우위를 개발할 능력	0.668(8.02)	0.493
(P2) 환자에 의해 인지도된 서비스 품질	0.618(-)	0.382
(P4) 장비 구입 또는 시설 투자비	0.599(7.38)	0.359
◦진료 성과 (성과요인3)		
(P19) 병상이용률	0.840(13.24)	0.777
(P20) 평균재원일수	0.649(10.02)	0.438
(P16) 입원환자수	0.831(-)	0.635
(P18) 외래환자 초진율	0.572(8.66)	0.293

주: (-)는 추정을 위하여 고정됨을 나타냄. † : 계수는 표준화되었음.

병원성 성과를 결정하는 주요 요인을 크게 순이익(0.888), 수익대비 이익률(0.860) 등의 공통요인으로 ‘재무성과’를, 새로운 병원 서비스 개발(0.815), 새로운 환자군 개발(0.775) 등의 공통요인으로 ‘시장 및 제품 개발력’을, 그리고 병상이용률(0.840), 입원환자수(0.831) 등의 공통요인으로 ‘진료 성과’로 명명하였다.

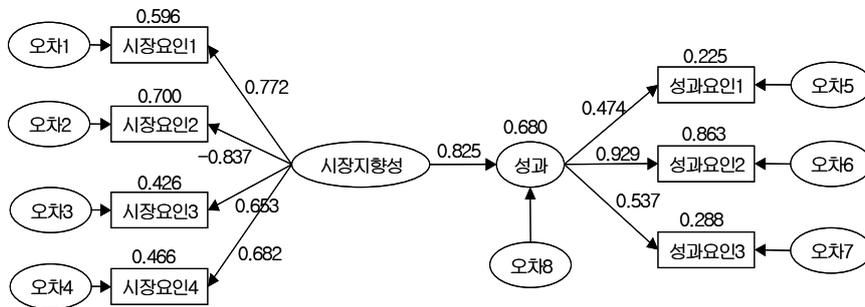
<표 III-30>은 전체 병원의 시장지향성과 성과간의 인과관계를 나타내고 있는데 병원의 시장지향성은 성과에 강한 긍정적인 영향(0.825)을 미치고 있으며 병원의 시장지향성이 성과의 68.0%를 설명하고 있는 것으로 분석되었다. 이는 유의확률 0.1% 수준에서도 유의한 것으로 분석되었다(그림 III-3 참조).

<표 III-30> 시장지향성과 성과간 관계 (전체병원의 경우)

구분	전체			
	계수†	t값	R-square	
시장지향성-성과	0.825	5.78**	0.680	
시장정보창출/확산-시장지향성	0.772	9.68**	0.596	
시장에 대한 소극적 대응성-시장지향성	-0.837	10.21**	0.700	
시장(고객)에 대한 적극적 대응성-시장지향성	0.653	-	0.426	
시장(외부환경)에 대한 적극적 대응성-시장지향성	0.682	8.79**	0.466	
재무성과-성과	0.474	-	0.225	
시장/제품개발력-성과	0.929	6.84**	0.863	
진료성과-성과	0.537	5.85**	0.288	
모형적합도	GFI	CFI	IFI	RMSEA
	0.874	0.890	0.891	0.0634

주: -는 추정을 위하여 고정됨을 나타냄. **: p<0.001. † : 계수는 표준화되었음.

[그림 III-3] 시장지향성과 성과간 관계 (전체병원의 경우)



한편 상대적으로 시장지향성이 크게 영향을 미치는 요인으로는 시장에 대한 소극적 대응성으로서 전체 변이의 70.0%가 시장지향성에 의해 설명되고 있는데 시장지향성과 시장에 대한 소극적 대응성과는 역의 관계를 갖고 있음을 볼 수 있다. 다음으로 시장지향성은 시장의 정보 창출 및 확산 변이의 59.6%를, 외부환경에 대한 적극적 대응성의 46.6%를 설명하는 것으로 나타났다. 또한 성과는 시장 및 제품 개발력 전체 변이의 86.3%로 크게 설명하고 있는 것으로 분석되었다.

전체 모형의 적합도는 GFI(Goodness of Fit Index), CFI(Comparative Fit Index), IFI(Incremental Fit Index) 등이 0.9에 가깝고 RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)가 0.05에 가까워 고려한 모형이 자료와 비교적 높은 적합도를 나타내고 있다고 평가할 수 있다. 참고로 GFI, CFI, IFI는 1에 가까울수록, RMSEA는 0에 가까울수록 우수한 모형이라 할 수 있다.

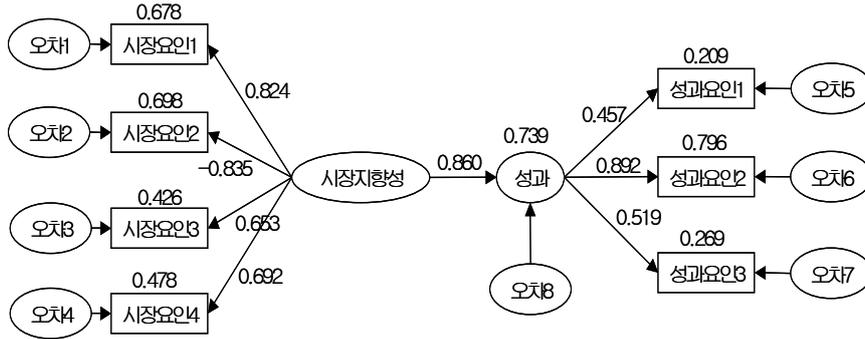
<표 III-31>은 중소 병원의 시장지향성과 성과간의 인과관계를 나타내고 있다. 중소병원의 경우는 전체 병원의 경우보다 병원의 시장지향성이 성과에 더욱 강한 긍정적인 영향(0.860)을 미치고 있으며 병원의 시장지향성이 성과의 73.9%를 설명하고 있는 것으로 분석되었다(그림 III-4 참조). 이 모형 또한 자료와 비교적 높은 적합도를 나타내고 있음을 볼 수 있다(GFI=0.874, CFI=0.894, IFI=0.896, RMSEA=0.0612).

<표 III-31> 시장지향성과 성과간 관계 (중소병원의 경우)

구분	중소병원		
	계수†	t값	R-square
시장지향성-성과	0.860	4.94**	0.739
시장정보창출/확산-시장지향성	0.824	8.86**	0.678
시장에 대한 소극적 대응성-시장지향성	-0.835	8.95**	0.698
시장(고객)에 대한 적극적 대응성-시장지향성	0.653	-	0.426
시장(외부환경)에 대한 적극적 대응성-시장지향성	0.692	7.75**	0.478
재무성과-성과	0.457	-	0.209
시장/제품개발력-성과	0.892	5.64**	0.796
진료성과-성과	0.519	4.73**	0.269
모형적합도	GFI	CFI	IFI
	0.874	0.894	0.896
			RMSEA
			0.0612

주: -는 추정을 위하여 고정됨을 나타냄. **: p<0.001. † : 계수는 표준화되었음.

[그림 III-4] 시장지향성과 성과간 관계 (중소병원의 경우)



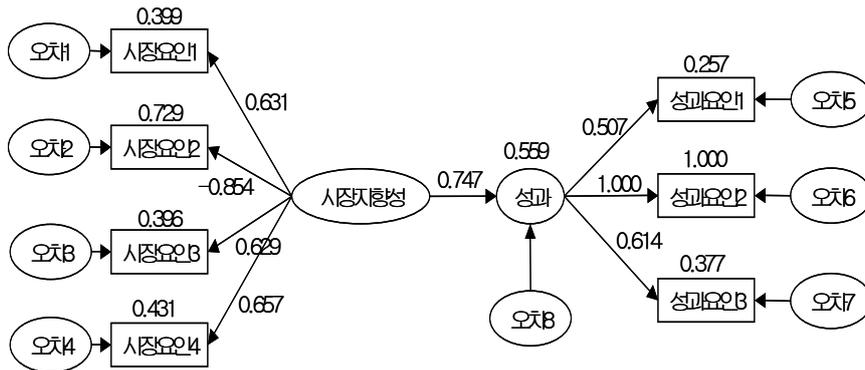
<표 III-32>는 대형 병원의 시장지향성과 성과간의 인과관계를 나타내고 있다. 대병병원 역시 병원의 시장지향성이 성과에 강한 긍정적인 영향(0.747)을 미치고 있으나 중소병원이나 전체병원의 경우에 비해 상대적으로 성과에 대한 병원의 시장지향성 설명력이 낮음(55.9%)을 볼 수 있다(그림 III-5 참조). 이 모형 또한 자료와 비교적 높은 적합도를 나타내고 있음을 볼 수 있다(GFI=0.822, CFI=0.882, IFI=0.888, RMSEA=0.0682).

<표 III-32> 시장지향성과 성과간 관계 (대형병원의 경우)

구분	대형병원			
	계수†	t값	R-square	
시장지향성-성과	0.747	2.91*	0.559	
시장정보창출/확산-시장지향성	0.631	3.94**	0.399	
시장에 대한 소극적 대응성-시장지향성	-0.854	4.78**	0.729	
시장(고객)에 대한 적극적 대응성-시장지향성	0.629	-	0.396	
시장(외부환경)에 대한 적극적 대응성-시장지향성	0.657	4.06**	0.431	
재무성과-성과	0.507	-	0.257	
시장/제품개발력-성과	1.000	3.85**	1.000	
진료성과-성과	0.614	3.56**	0.377	
모형적합도	GFI	CFI	IFI	RMSEA
	0.822	0.882	0.888	0.0682

주: -는 추정을 위하여 고정됨을 나타냄. **: p<0.001, *: p<0.01, † : 계수는 표준화되었음.

[그림 III-5] 시장지향성과 성과간 관계 (대형병원의 경우)



라. 소결

본 연구는 병원산업이 과거 그 어느 때보다 대고객 지향적이고 시장지향적이어야 할 시점에서 수행되었다는 점에서 시기의 적절성이 높다 하겠다. 전체적으로 세간에 널리 회자되었던 병원이 시장지향적이어야 하는가와 병원 성과는 무엇이 되어야 하며 시장지향적이면 높은 성과를 올릴 수 있는가에 대해 이해도를 제고할 수 있다고 기대된다. 또한 시장지향적이기 위해서 조직이 어떻게 변화되어야 하는가에 대한 물음에도 적절한 힌트를 제공하고 있다고 판단된다.

결론적으로 말하면 병원 또한 시장지향적이어야 한다. 여기서 시장지향적이라 함은 고객, 경쟁자, 병원산업 및 외부경제 환경 전반에 걸쳐 시장 정보를 창출하고 이를 조직 전반으로 확산하고 그에 적극적으로 대응하는 것을 말한다. 이러한 적극적 행동은 병원의 재무적 성과는 물론 새로운 시장 및 제품의 개발력을 제고하고 진료성과를 보다 높일 수 있음을 살펴보았다. 이러한 흐름은 병원의 병상수를 기준으로 한 규모에 상관없이 모두 유의미한 기능을 수행하고 있음을 알 수 있다. 즉, 병원의 시장지향성은 성과와 강한 긍정적 관계를 갖고 있으며 성과를 설명함에 있어 시장지향성이 갖는 비중(68.0%)은 매우 크게 나타났다. 다시 말하면, 병원의 시장지향성은 병원성과의 2/3 이상을 설명

하고 있어 어떻게 병원이 시장지향성을 제고할 것인지는 병원경영 효율화에 주요 전략이 될 수 있다.

이와 더불어 본 연구에서 도출된 중요한 결과 하나에 적지 않은 의미를 부여하고자 한다. 이는 시장지향성을 도모하고자 하는 병원 조직의 입장이 병원 규모별로 서로 뒤바뀌어 있다는 점이다. 실제 대형병원이 중소병원보다 시장지향적인 면모를 보이고 있는데 반해 연구 결과에서는 중소병원이 시장지향적인 경우 보다 높은 성과를 얻을 수 있음을 나타내고 있다. 즉, 중소병원의 경우 현실적으로는 시장지향적이지 않으나 성과에 있어 시장지향성이 설명하는 부분이 크다(73.9%). 중소병원의 경우 대형병원에 비해 보다 치열한 경쟁적 환경속에 놓여져 있고 조직전체가 시장을 지향하기에, 즉, 시장정보를 창출하고 확산하고 대응하기에 그 규모가 작고 유연할 뿐 아니라 병원성과에 보다 큰 영향을 미치고 있다. 그럼에도 불구하고 실제로는 시장지향적이지 못하기 때문에 이로 인하여 경영압박을 받는 부분이 크다고 할 수 있다. 따라서 중소병원의 경영압박은 허술한 의료전달체계로 인해서도 기인하겠지만 경영성과를 설명하는 시장지향성의 크기를 고려해 볼 때 시장지향적이지 못함이 경영압박에 일정수준 이상의 영향을 미치고 있다고 판단된다.

또한 대형병원의 경우 현실적으로는 시장지향적이나 성과를 설명함에 있어 시장지향성이 차지하는 비중은 중소병원에 비해 상대적으로 크지 않음을 볼 수 있다(55.9%). 대형병원의 경우 소비자로부터의 강한 선호 및 가치체인 상의 강력한 협상력 등을 갖고 있어 상대적으로 시장지향성이 떨어지더라도 성과에 크게 영향을 미치지 않을 수 있다. 또한 전공의 등에 대한 의료교육의 제공, 의료기술의 연구와 개발, 공공보건수준 향상 등 병원성과에 있어 시장지향적 활동 이외에도 다양하고 폭넓은 역할과 기능을 수행할 것을 요구받고 있다.

따라서 우리나라 의료개혁의 한 방향은 병원산업을 보다 시장지향적으로 유인할 필요가 높다 하겠다. 이는 경영역량이 보다 열악한 중소병원에 대한 정부의 지원강화 방안과 함께 중소병원 스스로의 자구노력 마련차원에서 보다 적극적으로 논의되어야 한다.

병원의 지속적 성장 또한 현란한 경영기법이나 정보시스템의 도입 등과 같은 외형적 변화에 놓여있지 않다. 이는 그 어떠한 기법이나 시스템의 도입이 실제

적으로 경쟁우위의 본질인 ‘조직이 비용의 효율성을 달성할 수 있는지’와 ‘조직의 전략적 포지셔닝을 강화할 수 있는지’ 그 여부를 충족시켜주어야 할 것이다.

본 연구결과가 중소병원으로 하여금 시장지향적 경영이 지속적 성장을 도모함에 주요 열쇠임을 새삼 인식하여 시장지향적 활동을 통해 비용의 효율성 달성과 전략적 포지셔닝을 강화하여 병원성과 향상에 일조하기를 기대한다.

IV. 우리나라 보건의료시장에 대한 인식조사: 전문가집단을 중심으로

보건의료를 크게 상품(commodity)으로 보는 견해와 공공의 과제(public work)로 보는 견해로 나눌 수 있으며, 이러한 두 견해에 의해 보건의료제도 개혁을 위한 방향을 논의함에 있어 상이한 결론(또는 정책)을 도출할 수 있다.^{주13)} 보건의료를 보는 견해에 따라 공공/민간 재정 메커니즘상에, 그리고 분배 및 형평성에 관한 평등주의자(egalitarian)와 자유주의자(libertarian)의 스펙트럼 상에 놓이게 된다. 이 두 경쟁적인 견해로 현재 보건의료제도에 관한 상당부분의 규범적인 논쟁이 진행되고 있으며 정책결정에 이슈로 작용하고 있다.

보건의료시장의 특성에 대한 인식과 정책방향에 대해 우리나라는 관료, 의료인, 학자 등 전문가 집단간에 인식의 차이가 커 각종 정책 현안마다 갈등이 노출되고, 경우에 따라서는 이해집단간 극한투쟁으로 인해 과도한 사회적 비용이 지출되고 있는 실정이다. 그러나 그 동안 각 전문가 집단의 인식과 견해가 주로 개별적 차원이나 이해집단의 관점에서 피력되었을 뿐 공정하고 객관적인 입장에서 전문가 집단의 견해가 정리, 분석된 사례가 없었다.

또한 보건의료시장의 특성에 대한 인식의 차이와 함께, 최근에 공공의료확충, 의료시장개방, 영리법인병원 허용 여부, 민간보험도입, 의료기관 강제지정제 폐지, 노인요양보험 도입, 의료저축계정 도입, 의료급여구조 개선 등과 같은 이슈와 관련해서 정책의 타당성, 시기의 적절성, 실행방법의 현실성 등에 대한 다양한 의견들 가운데, 이러한 의견들이 합리적으로 수렴, 조정되기보다는 갈등과 대립만을 불러오고 있다는 우려가 제기되고 있다.

한편, 보건의료체계의 우선순위 설정에는 이데올로기를 반영하므로, 민간보건

주13) Bruce and Hanson, Commodity or Public Work? Two Perspectives on Health Care, Bioethics Forum, 1995, pp.3~11.

의료체계와 공공보건의료체계가 지닌 이데올로기적 견해를 살펴볼 필요가 있을 것이다. 앞서 II장의 문헌고찰부분에서 언급한 바와 같이, 민간 및 공공시스템에 관한 이데올로기와 이들 시스템이 직면하게 되는 문제점에 대한 논의를 통해, 각각의 시스템에 관한 성과 및 정책결정에 대한 평가를 제시하고, 최선의 보건의료시스템이 어떤 것인지 결정할 수 있는 구조(들)에 관해 살펴볼 필요가 있을 것이다.

본 연구에서는 보건의료제도 개선에 있어 전문가 집단간의 가치차이(value difference)와 인식차이(perception difference)로 인해 효과적인 정책결정을 내리지 못하고 있다는 판단하에, 전문가들간에 보건정책결정에 있어서 목표 또는 가치를 정의하는 방식에서의 차이를 살펴보고 이러한 차이로 정책에 관해 상이한 견해를 이끌어 내고 있음을 제시하고자 한다. 그리고 이들이 가치를 부여하고 있는 다양한 견해들의 의견을 좁혀나갈 수 있는 대안을 모색하여 보건의료제도의 개선방향을 논의하고자 한다.

이를 위해 기본이념을 포함하여 최근의 다양한 정책적 이슈에 대해 객관적으로 선정된 전문가 집단의 의견 수렴을 위한 체계적인 설문조사를 실시하였다. 설문지는 우리나라 보건의료시장의 특성에 대한 기본적인 인식과 보건의료제도의 방향성, 그리고 최근의 보건의료 정책현안에 대한 전문가들의 견해를 묻는 내용으로 구성되었다.

1. 조사개요

가. 기존문헌

보건의료정책을 결정하는 과정에서 전문가들 간의 견해 차이와 이들이 정책 각각에 부여하고 있는 가치차이로 보건의료개혁이 효과적으로 실행되고 있지 못함을 제시하는 몇몇의 연구결과들이 있다. 예를 들어, Fuchs(1996)는 보건경제학자들의 질적, 양적 증가와 이들의 연구결과를 통해 얻을 수 있는 편익

(benefit)에도 불구하고, 1993-1994년間に 보건의료에 관한 논쟁으로부터 도출된 보건의료개혁에 많은 영향력을 가지지 못한 이유에 대해 문제제기를 하고 있다. 이는 경제학자들 뿐 아니라 모든 시민 전체의 가치차이(value differences)로 인해 효과적인 정책 결정에 주요 장애가 되고 있다고 생각하여 이에 관한 분석을 시도하고 있는데, 설문조사를 통하여 이와 관련된 견해를 구하고 있다. 총 설문항목은 20개로 구성되어 있으며, 보건경제학자, 경제이론가, 활동의사를 대상으로 하고 있다. 설문문항은 각기 다른 대학에 있는 세 명의 전문가로부터 20개의 문항 중에 상대적으로 가치중립적인(positive question) 문항과 실질적인 가치(policy-value question)를 지니는 문항으로 분류하게 하여 분석하고 있다.

한편, Feldman and Morrissey(1990)는 1989년에 518명의 보건경제학자를 대상으로 유인수요, 비용전가, 의료보험으로 인한 의료서비스의 과소비, 완전경쟁모델의 보건의료에 적용 가능 여부, 캐나다와 미국의 보건의료시스템 성과 비교 등에 관한 항목을 중심으로 설문조사를 통해 인식의 차이를 분석하고 있다.

나. 조사내용

본 연구에서는 우리나라 보건의료부문의 전문가 집단을 대상으로 하여 이들이 보건의료시장의 특성 및 주요 정책현안을 어떻게 바라보고 있는지에 관한 내용으로 구성되어 있으며, 이는 크게 이상적 보건의료시스템을 도출하기 위한 기본 가치관, 보건의료시장에 관한 기본적 견해, 주요 현안문제에 관한 견해로 분류되어 있다(표 IV-1참조). 설문항목을 만들기 위해서 본 연구진이 1차 설문지를 작성하였고, 이에 대해 다른 전문가들에게 사전검토 및 정책간담회를 통하여 설문문항에 대한 수정·보완작업을 거쳐 완성하였다¹⁴⁾.

조사응답자에게는 총 26개의 문항에 응답하도록 하였는데, 1번에서 20번까지 문항에 대해서 ‘전적으로 동의함’(strongly agree), ‘동의함’(agree), ‘의견없음’(no opinion/no decision), ‘동의하지 않음’(disagree), 그리고 ‘전혀 동의하지 않

주14) 보건경제학자, (공중)보건학자, 정치학자, 의료사회학자, 의료경영학자, 사회복지학자로 구성된 전문가들과 사전검토 및 정책간담회를 통해 수정·보완됨.

음'(strongly disagree)에 선택하도록 하였다. 21번 문항에 대해서는 보건의료정책의 상대적 중요도에 따라 1번부터 9번 중에 선택하도록 하였으며, 22번 문항에서 26번 문항까지는 대립되는 양측의 견해 중에 해당되는 번호에 응답하도록 하였다. 또한 설문이후에는 코멘트를 작성하도록 하였으며, 응답자에게 익명성이 보장되었다.

〈표 IV-1〉 조사내용

구분	이상적 보건의료시스템을 도출하기 위한 기본 가치관	보건의료시장에 관한 기본적 견해	주요 현안문제에 관한 견해
항목	<ul style="list-style-type: none"> - 건강의 책임 - 수요(demand) 또는 필요(need) - 조정 메커니즘 - 공급자의 동기 - 자유와 평등의 기본이념 (가치관) 	<ul style="list-style-type: none"> - 시장실패관련 - 유인수요관련 - 보건의료체계에 대한 기본시각관련 - 정부실패관련 - 도덕적 해이관련 - 의료기술관련 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료시장 개방 - 의료기관의 영리법인허용 - 대체민간보험제도 도입 - 요양기관강제지정제 폐지 - 건강보험급여 확대 - 지불구조변경 - 의료저축계정 도입 - 노인요양보험도입 - 의료급여 확대 - 공공의료 확충 - 보건의료정책 수행목표

다. 조사대상 및 기간

우리나라 보건의료부문의 전문가 집단을 대상으로 하여 이들이 보건의료시장의 특성 및 주요 정책현안을 어떻게 바라보고 있는지에 관한 견해를 얻기 위해 한국보건행정학회, 한국사회보장학회, 한국보건경제·정책학회, 한국병원경영학회 회원을 대상으로 우편조사를 실시하였다.주15) 2004년 10월 20일부터 12월 15일까지 실시한 결과, 852부 중에 558부가 수거되어 응답률 65.5%를 달성하였다(표 IV-2참조).

주15) 학회에 중복가입된 경우를 확인하여 중복되지 않도록 함.

〈표 IV-2〉 설문기간 및 응답률

설문대상	한국보건행정학회, 한국사회보장학회, 한국보건경제·정책학회, 한국병원경영학회
수거기간	2004. 10. 20 ~ 2004. 12. 15 (57일간)
총배포	852부
총수거	558부
응답률	(65.5%)

2. 조사 결과 분석

가. 응답자의 일반사항

조사응답자의 일반현황을 살펴보면 다음의 <표 IV-3>과 같다. 우선, 성별로 조사응답자의 현황을 보면, 남성이 74.6%, 여성이 25.3%로 구성되어 있다.

그리고 45세 이상 49세 이하의 응답자가 전체의 26.3%로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 그 다음으로는 40세 이상 44세 이하의 응답자가 전체의 21.1%로 40대에서 절반정도의 비중을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 응답자의 거주지 분포를 보면, 서울이 39.4%, 경기지역이 15.1%로, 응답자가 서울과 경기지역에 거주하는 경우가 절반이상인 것으로 나타났다.

응답자의 최종출신학교지역은 우리나라가 79.9%로 가장 많았고, 그 다음은 미국으로 전체 응답자의 12.4%를 차지하고 있었으며 유럽에서 최종적으로 학교를 졸업한 응답자는 전체의 3.6%정도인 것으로 나타났다.

〈표 IV-3〉 응답자의 일반현황

(단위: 명, %)

구분		명	비율
성별	남	416	74.6
	여	141	25.3
	무응답	1	0.2
연령	29세 이하	15	2.7
	30~34세	46	8.2
	35~39세	80	14.3
	40~44세	118	21.1
	45~49세	147	26.3
	50~54세	66	11.8
	55~59세	41	7.3
	60~64세	25	4.5
	65세 이상	12	2.2
	무응답	8	1.4
거주지	서울	220	39.4
	광주	18	3.2
	대구	28	5.0
	부산	50	9.0
	울산	5	0.9
	인천	15	2.7
	대전	24	4.3
	강원	14	2.5
	경기도	84	15.1
	경남	18	3.2
	경북	34	6.1
	전남	6	1.1
	전북	15	2.7
	제주	3	0.5
	충남	11	2.0
	충북	5	0.9
	무응답	8	1.4
출신학교지역	국내	446	79.9
	미국	69	12.4
	유럽	20	3.6
	기타	20	3.6
		무응답	3
계		558	100.0

소속기관은 대학 및 연구기관, 정부기관, 의료기관, 공공기관, 그리고 기타로 분류하였는데, 이중에 대학 및 연구기관에 소속되어 있는 응답자는 전체의 63.3%로 가장 높았으며 그 다음으로 의료기관이 22.8%, 공공기관이 6.5%, 정부기관이 6.3%정도로 구성되어 있다(표 IV-4참조).

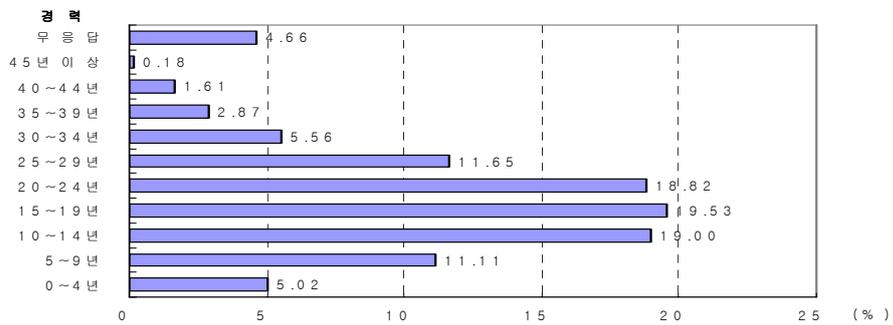
〈표 IV-4〉 소속기관

(단위: 명, %)

구분	명	비율
대학/연구기관	353	63.3
정부기관	35	6.3
의료기관	127	22.8
공공기관	36	6.5
기타	3	0.6
무응답	4	0.7
계	558	100.0

응답자의 총 경력 연수를 살펴보면, 15~19년의 경력을 지닌 응답자가 19.5%, 10~14년이 19.0%, 20~24년이 18.8%인 것으로 나타났으며(표 IV-5참조), 과거 2년간 정부 및 관련위원회의 참여횟수에 있어, 1~4회 참가한 응답자 비중이 26.7%로 가장 높았던 한편, 참여횟수가 없었던 응답자의 비중은 전체의 23.7% 정도인 것으로 나타났으며 무응답 또한 29.7%로 나타났다(그림 IV-1참조).

[그림 IV-1] 경력별 분포



〈표 IV-5〉 과거 2년간 정부 및 관련위원회 참여횟수

(단위: 명, %)

구분	명	비율
0회	132	23.7
1~4회	149	26.7
5~9회	40	7.2
10~14	42	7.5
15~19회	5	0.9
20~24회	17	3.1
30~34회	5	0.9
40회이상	2	0.4
무응답	166	29.7
계	558	100.0

전공별로 응답자의 분포를 살펴보면, 경제·경영이 23.7%, 행정·정책이 26.0%, 사회·사회복지가 13.8%, 그리고 의약이 26.7%로 구성되었다(표 IV-6참조).

〈표 IV-6〉 전공별 분포

(단위: 명, %)

구분	명	비율	
사회 과학	경제학&경영학	132	23.7
	행정학&정책학	145	26.0
	사회학&사회복지학	77	13.8
	기타	24	4.3
의약학	149	26.7	
기타	21	3.8	
무응답	10	1.8	
계	558	100.0	

나. 기술통계 분석결과

우리나라 전문가 집단내 보건의료시장의 특성에 대한 견해 및 주요 정책현안, 그리고 의료제도의 방향성에 관한 문항에 대해 5점 척도를 적용하였다. ‘전적으로 동의함’(strongly agree)에 5의 값을, ‘동의함’(agree)에 4의 값을, ‘의견 없음’(no opinion/no decision)에 3의 값을, ‘동의하지 않음’(disagree)’에 2의 값을, 그리고 전혀 동의하지 않음(strongly disagree)’에 1의 값을 부여하였다.

<표 IV-7>은 보건의료시장의 특성에 관한 전문가들의 견해를 묻는 항목으로 구성되어있다. 즉, 보건의료시장에도 시장원리를 도입하는 경쟁모델이 바람직한지, 아니면 시장실패가 발생하는 보건의료시장에는 정부의 역할이 강조되어야 하는지에 대한 전문가 집단의 견해를 추론할 수 있을 것이라 기대된다. 이와 함께, 제2장의 문헌고찰에서 논의한 유인수요의 문제, 도덕적 해이의 문제, 그리고 의료기술의 진전에 따른 의료비 상승 등 보건의료시장의 실증적 이슈와 관련한 문항이 포함되어 있다.

구체적인 조사결과는 다음과 같다. 우선 ‘보건의료부분에도 시장경쟁모델이 적용되어야 한다’는 문항1에 대해 전적으로 동의함이 47.5%, 동의함이 38.9%로, 보건의료부분에 시장경쟁모델을 적용해야 한다는 것에 응답자 대다수가 동의하는 것으로 나타났다. 그리고 ‘보건의료부분에서 정부규제는 편익에 비해 사회적 비용을 더 많이 유발시킨다’는 문항 5에 대해 동의하는 견해는 55.4%(전적으로 동의함이 11.1%, 동의함이 44.3%)로 동의하지 않는 견해(31.7%; 전혀동의하지 않음 2.7%, 동의하지 않음 29.0%)보다 높게 나타났으며, ‘우리나라 보건의료시장은 전반적으로 규제수준이 높다’는 문항 4에 대해서도 높은 동의수준(전적으로 동의함 24.6%, 동의함 44.6%)을 보이고 있다. 이는 정부규제에 대한 사회적 비용이 편익보다 높으며 우리나라 보건의료시장은 규제수준이 높아서, 규제에 대한 비용효과의 측면에서 우리나라 보건의료제도에 다소 문제점을 지니고 있음을 제시하고 있다. 이와 같은 견해를 해석하면 보건의료부분에 규제수준완화를 통한 시장경쟁모델이 보건의료시장에 비용효과성을 증가시킬 수 있음을 지지한다고 해석할 수도 있을 것이다.

문항2의 ‘공급자 유인수요’에 관해서는 전문가들 간에 많은 논쟁을 불러일으키는 이슈로(Feldman and Sloan, 1988; Reinhardt, 1989), 만약 공급자 유인수요를 지지하는 사람일 경우 의료공급자의 도덕적 해이를 막기 위해 시장에 기반한 정책(예를 들어, 의료보험정책에서 공제(deductible) 또는 행위별 수가제)에는 부정적일 것이다. ‘공급자 유인수요’에 대해 우리나라 보건의료 전문가들은 동의함에 58.2%, 전적으로 동의함에 21.5%로, 거의 80%에 이르는 사람들이 공급자 유인수요가 나타나고 있다고 보며, 13.9%는 공급자 유인수요가 발생하지 않는다고 여기는 것으로 나타났다. 공급자 유인수요를 지지하는 견해를 보이고 있는 전문가들은 현재의 행위별 수가체계가 주를 이루고 있는 지불체계의 변화가 필요하다는 의견을 지닐 것으로 추론할 수 있을 것이다.

보건의료의 정부 또는 민간의 역할과 관련된 문항 3인 ‘정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템(예: 영국)이 민간위주의 의료시스템(예: 미국)보다 우수하다’는 질문에 대해서 동의하지 않는다는 견해(전혀 동의하지 않음 11.1%, 동의하지 않음 43.4%)가 동의한다는 견해(전적으로 동의함 8.4%, 동의함 26.3%)보다 다수를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 문항 1, 4, 5와 연계하여 결과를 해석하면, 규제의 정도가 높은 우리나라 보건의료시장에서는 시장실패의 보정을 위한 정부의 역할보다는, 규제수준을 낮추고 경쟁모델을 도입하는 정책을 지지하는 비중이 높다고 할 수 있다.

문항 2에서 의료공급자의 유인수요에 대한 견해와 대비하여, 문항 6에서는 의료이용자의 도덕적 해이에 관한 견해를 제시하고 있다. ‘건강보험으로 인해 소비자들은 필요이상으로 의료서비스를 소비한다’는 문항에 대해 동의한다는 의견(전적으로 동의함 9.0%, 동의함 45.5%)이 동의하지 않는다는 의견(전혀 동의하지 않음 4.3%, 동의하지 않음 32.8%)보다 높게 나타났다. 이러한 도덕적 해이가 질환별로 상이하게 나타난다면 도덕적 해이가 높은 질환의 경우 본인부담을 증가시켜 도덕적 해이를 보정하며 도덕적 해이가 낮은 질환의 경우 보험급여구조를 개편하여 급여수준을 확대해 나가는 것이 환자들의 경제적 부담을 감소시키면서 효율성을 달성할 수 있는 방법 중 하나일 것이다.

문항 7은 ‘의료기술발전이 국민의료비를 증가시키는 가장 큰 요인이다’라는

문항에 대해 동의하지 않는다는 의견(전혀 동의하지 않음 6.5%, 동의하지 않음 49.3%)이 동의한다는 의견(전적으로 동의함 4.5%, 동의함 27.8%)보다 높게 나타났다.

이상의 문항에 대해서 응답자들은 보건의료부문에 시장경쟁모델이 적용되어야 하며 의료이용자의 도덕적 해이가 나타난다고 생각하고 있는 바와 같이 어느 수준에서는 가격시스템에 대해서 긍정적인 반면, 이와 동시에 공급자 유인수요가 존재한다고 생각한다. 이러한 견해는 다소 일관성이 부족하며 오히려 대립되는 견해를 동시에 지니고 있다고도 볼 수 있다. 그러나 보건의료시장에는 시장실패가 발생한다는 인식을 가지고 있으면서도 경쟁모델을 도입하는 것이 바람직하다는 견해를 보이고 있는 것은, 우리나라 보건의료시장에 규제정도가 심하여 오히려 정부 실패를 우려하는 목소리로 받아들여야 할 것이라 사료된다. 또한, 내부시장(internal market)을 염두에 둔 견해라는 추론도 가능할 것이다.^{주16)}

한편, ‘보건의료부문에서 정부규제는 편익에 비해 사회적 비용을 더 많이 유발시킨다’는 문항 5와 ‘의료기술발전이 국민의료비를 증가시키는 가장 큰 요인이다’는 문항 7의 경우 상대적으로 의견없음의 비율이 10% 이상으로 높게 나타났다. 이러한 문항은 정책적인 가치를 지니는 규범적인 문항이라기보다는 실증적 분석을 통해 결과를 도출할 수 있는 실증적 문항이라 볼 수 있다. 그런데 의견없음에 대한 비율이 높다는 것은 보건의료부문의 성과평가에 대한 실증분석 결과가 전문가들이 견해를 보일 정도로 충분하지 않은 상황을 반영한다고 할 수 있을 것이다. 보건의료의 성과(outcome) 및 지출의 측면에 있어서 국민의료비 증가에 대한 의료기술발전의 중요성을 고려해 본다면 우선순위가 높은 연구분야 중 하나 일 것이다. 또한 보건의료부문에 있어서 정부규제가 가지는 사회적 후생 및 비용에 대한 연구도 보건의료정책을 행함에 있어 선행되어야 할 중요한 과제로, 이에 대한 연구가 활발히 이루어진다면, 이를 바탕으로 정책을 시행할 때 다수의 의견을 좁힐 수 있는 역할을 할 수 있을 것이다.

주16) 이와 관련하여 관리경쟁(managed competition)에 대한 자세한 논의는 제5장 참조

〈표 IV-7〉 보건의료시장의 특성에 대한 견해의 기술통계량

(단위: 명, %)

문항	전혀 동의 하지 않음	동의 하지 않음	의견 없음	동의 함	전적 으로 동의 함	무응 답	계
1. 보건의료부문에다 시장경쟁모델이 적용되어야 한다.	8 (1.4)	47 (8.4)	19 (3.4)	217 (38.9)	265 (47.5)	2 (0.4)	558 (100.0)
2. 의사들은 경제적 인센티브로 인해 환자들에게 자신의 의료서비스를 더 많이 수요하도록 유도한다.	8 (1.4)	70 (12.5)	34 (6.1)	325 (58.2)	120 (21.5)	1 (0.2)	558 (100.0)
3. 정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템(예: 영국)이 민간위주의 의료시스템(예: 미국)보다 우수하다.	62 (11.1)	242 (43.4)	57 (10.2)	147 (26.3)	47 (8.4)	3 (0.5)	558 (100.0)
4. 우리나라 보건의료시장은 전반적으로 규제수준이 높다.	10 (1.8)	120 (21.5)	41 (7.3)	249 (44.6)	137 (24.6)	1 (0.2)	558 (100.0)
5. 보건의료부문에서 정부규제는 편익에 비해 사회적 비용을 더 많이 유발시킨다.	15 (2.7)	162 (29.0)	71 (12.7)	247 (44.3)	62 (11.1)	1 (0.2)	558 (100.0)
6. 건강보험으로 인해 소비자들은 필요이상으로 의료서비스를 소비한다.	24 (4.3)	183 (32.8)	47 (8.4)	254 (45.5)	50 (9.0)	-	558 (100.0)
7. 의료기술발전이 국민의료비를 증가시키는 가장 큰 요인이다.	36 (6.5)	275 (49.3)	66 (11.8)	155 (27.8)	25 (4.5)	1 (0.2)	558 (100.0)

보건의료 정책현안에 관해 전문가 집단의 견해를 구하는 문항으로 구성된 문항 8에서 문항 20은 의료시장개방, 영리법인병원 허용 여부, 대체민간보험 도입 여부, 요양기관 강제지정제 관련, 건강보험 급여확대의 필요성, 지불구조개선, 의료 보장성 및 공공성 강화의 측면으로 나누어 볼 수 있다.

우선, 우리나라 의료시장개방에 따른 영향을 살펴보고 있는 문항8(의료시장 개방으로 우리나라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시킬 수 있다)과 문항 9(의료시장 개방으로 국민들은 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있다)에서 동

의하는 의견(문항 8에 대해 동의함이 58.1%, 전적으로 동의함이 13.4%이며 문항 9에 대해서는 55.0%, 13.1%로 나타남)이 높게 나타나, 의료시장을 개방함에 따라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시키며 의료소비자들은 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있다고 여기는 것으로 나타났다(표 IV-8참조).

영리법인병원 허용에 관해서는 동의하는 비율이 50.8%로 나타난 반면, 다른 문항에 비해 상대적으로 의견없음의 비율이 12.9%로, 다소 높게 나타났다. 이는 영리법인병원의 경제적 효과에 대해 다수의 분석이 존재하지만, 그 실증적인 내용에 있어 의견이 여전히 상충되고 있는 것에 기인한다. 예를 들어, 한 측면에서는 경쟁이 병원서비스 시장에서 비용을 감소시키고, 질을 향상시키며, 생산효율성을 증가시킨다고 보고 있다(Melnick et al., 1992; Dranove et al., 1992; Vistnes, 1995; Town and Vistnes, 1997). 그러나 다른 측면에서는 병원간 경쟁심화는 사회후생을 감소시킨다고 논의하고 있다(Feldstein, 1971; Held and Pauly, 1983; Robinson and Luft, 1985). 한편, Sloan 등(1998)의 연구결과에 따르면 영리병원과 비영리병원을 몇 가지 질병에 관하여 비용 및 의료의 질을 분석한 결과, 이들의 차이는 거의 유사하였고 그리고 Farsi(2001)가 1990년에서 1998년간 캘리포니아병원이 비영리법인에서 영리법인으로 된 이후의 의료서비스의 질적 측면을 분석한 결과, 영리법인으로의 전환에 따른 의료질의 향상여부를 단정하기는 힘들다는 것을 제안하기도 하였다. 이와 같이 많은 실증분석 문헌들은 민간 비영리병원을 중심으로 여타의 소유형태와 비교하여 병원의 행태(hospital behavior)를 분석하고 있다. 일반적으로 영리의료기관이 비영리의료기관에 비해 동일한 의료서비스를 보다 낮은 비용으로 제공할 것으로 예상할 수도 있으나, 기존의 연구결과에서는 영리병원과 비영리 병원간의 비용-효율성의 차이는 적거나 거의 없는 것으로 나타나고 있다. 이와 같이 영리법인화와 관련된 경제적 평가는 실증적으로 검증되기 어려워 아직도 영리추구 의료기관을 정책적으로 지지할 것인지의 여부를 판단할만한 충분한 자료를 제공하지 못하고 있는데, 이러한 요소가 작용한 결과로 볼 수 있을 것이다. 의료기관의 영리법인 허용여부는 경제자유구역내의 의료기관 설립형태문제, 의료시장 개방에 따른 이슈 등과 결부되는 중요한 제도의 문제로 동 제도와 관련된 정책방향 설정을 위한 연

구와 논의가 활발하게 이루어져야 할 것이다.

대체민간보험 도입에 대해서 전적으로 동의함이 15.9%, 동의함이 41.6%인 반면, 전혀 동의하지 않음이 11.1%, 동의하지 않음이 24.0%인 것으로 나타났다. 대체민간보험의 도입에 동의하는 근거와 반대하는 근거에 대해서는 다음과 같이 요약될 수 있을 것이다. 우선 민간보험도입에 찬성하는 논거로는 첫째, 공보험이 의료수요의 다양성을 충족시켜주는데 미흡하다는 점이다. 사회보험은 형평성의 장점을 지니고 있는 반면, 획일성으로 국민들의 다양한 의료수요에 대응할 수 없다는 측면을 지니고 있다. 둘째, 민간메커니즘은 유연하고 이윤을 추구하기 때문에 기술혁신을 촉진시키고 효율을 강조함으로써 공보험 서비스개선의 촉매제 역할을 수행할 수 있다는 것이다. 셋째, 의료서비스 질의 하향평준화, 저수가에 의한 가격통제, 이에 따른 과잉진료 등의 왜곡현상을 시정할 수단으로 거론될 수 있다. 넷째, 우리나라 의료시장에서의 의료공급은 민간에 의해 소유·경영되고, 소비자 또한 공급자 선택에 별 제한이 없다는 점 때문에 공급자 규제가 어려운 의료시장에서 공보험의 공공성은 한계를 보일 수밖에 없다는 것이다. 마지막으로 보험시장의 해외개방에 대비하기 위해 그리고 경쟁을 통해 의료산업을 활성화하기 위해 대체민간보험의 도입이 필요하다고 제시하고 있다. 반면에 대체민간보험을 반대하는 논거를 살펴보면, 첫째, 대체민간보험이 활성화되면 공보험의 확대를 반대하는 민간보험회사의 압력으로 공보험이 위축될 수 있다는 것이다. 둘째, 민간보험가입자들은 주로 중산층 이상이 되므로 의료기관에서 민간보험 가입자를 우대하게 되어 계층간 위화감이 발생할 우려가 있다. 셋째, 의료의 상품화를 촉진함으로써 필요이상으로 상업화, 고급화 경쟁이 가속화되어 의료비가 증가할 가능성이 있다. 넷째, 민간보험의 상품판매비용, 복잡한 계약비용 등 많은 거래비용이 발생하여 사회적 비용이 커질 가능성이 있다. 다섯째, 의료서비스 질과 환자 유치에 있어 우위에 있는 대학병원, 종합병원이 유리해지고, 의료시설과 인력 양면에서 열세에 있는 개원가는 상대적으로 소외될 가능성이 있다.

요양기관 강제지정제를 폐지함으로써 접근성에 부정적인 영향을 주게 될 것이라는 문항 12에 대해 동의함이 41.2%, 전적으로 동의함이 9.3%인 반면, 동의

하지 않음이 34.9%, 전혀 동의하지 않음이 4.5%인 것으로 나타났다. 요양기관 강제지정제도는 저수가 체계를 뒷받침하여 전국민의료보험을 조기달성할 수 있게 함으로써 의료의 형평성제고에 기여한 제도로 평가받을 수 있다. 그러나 의료공급자간 경쟁을 배제시킴으로써 의료의 질 문제와 의료체계의 성과를 낮추는데 결정적인 작용을 했으며 오늘날에는 의료공급자를 보호하는 기능을 하고 있다고 보고, 요양기관 강제지정제를 고수하기 보다는 계약제로 바꾸어야 할 필요성이 제시되기도 한다.^{주17)} 계약제 도입과 관련하여 정부(보험자)입장에서 국민(가입자)에게 적정 수준의 의료제공에 필요한 공급수준을 정하고, 그 범위 내에서 요양기관 단위별로 의료의 공급방법과 보상수준에 대한 계약을 맺는 방안이 제기되기도 한다.^{주18)} 다시 말해서, 보험자는 가입자를 대리하여 의료서비스를 제공하는 ‘주인-대리인’의 관계에 따라 의료서비스를 적절히 제공할 수 있는 요양기관을 선별하여 계약기관으로 지정하게 되며, 이때에 환자들에게 적절한 의료서비스를 제공하고 있는지 평가하여 건강보험 지정기관을 해지할 수 있다. 반면에 건강보험을 취급하기를 원하지 않을 경우 요양기관 강제지정에서 제외를 검토할 수 있는데, 이 경우 전국적인 요양기관 분포를 고려하여 특정지역내 일정한 범위의 요양기관이 강제지정되도록 하는 것이 요구된다. 우리나라의 요양기관 강제지정제에 대해 의료계는 이의 부당성을 지적하고 위헌소송을 제기하였으나 헌법재판소는 합헌결정을 내린 바 있다. 이로 법률상으로 강제지정제가 계약제로 이행하는 것은 어려울 수 있으나 정책적으로 협상과정에서 계약제로의 전환이 허용될 수 있는 가능성도 존재한다. 다만, 의료공급자들과 가입자간의 사회적 합의정도에 달려있다 할 것이다.

건강보험 급여확대에 대한 문항 13의 질문에 대해 84.0%가 동의하는 것으로 나타났으며, 건강보험급여확대를 위한 재원조달을 위해 응답자(n=466) 중 보험료인상이 22.1%, 국고보조가 41.2%, 목적세가 16.7%, 기타가 10.6%(중복응답자 포함)인 것으로 나타났다. 이와 같이 건강보험 급여확대에 대해서는 대다수가 동의하고 있는데, 이는 우리나라 의료보험에 비급여 항목이 많고 급여항목에

주17) 이규식, “요양기관계약제와 의료개혁”, 제6회 의료와 사회포럼, 2004.

주18) 정영호 등(2003)

대해 환자의 본인부담금이 높는데 기인한다고도 볼 수 있다. 그리고 보장성 강화를 위한 재원조달에는 국고보조로 이루어져야 한다는 의견이 많았으며, 보험료 인상을 통한 보장성 강화를 지지하는 견해도 상당히 나왔음을 알 수 있다.

또한 노인요양비용을 공공보다는 민간이 책임져야한다는 문항 16에 대해서 86.0%가 동의하지 않는 것으로 나타났으며, 의료급여 대상인구를 차상위 계층까지 포함시켜야 확대되어야 한다는 문항 17에 동의하는 의견이 80.6%로 나타나 우리나라 의료체계에 보장성 강화를 위한 요구가 높음을 알 수 있다. 즉, 보건의료부문의 보장성 강화를 위하여 건강보험, 저소득층, 노인 등 광범위한 노력이 필요하다는 견해가 압도적인 것을 알 수 있다.

한편, 현재의 행위별 수가제 변경에 관해서 동의함이 46.6%이고 전적으로 동의함은 17.2%인 반면, 동의하지 않음은 14.3%, 전혀 동의하지 않음은 1.8%인 것으로 나타났다. 현재 우리나라의 건강보험제도에서 채택하고 있는 행위별수가는 의료 공급자에게 적절한 진료를 효율적으로 제공하려는 유인을 주지 못하고, 의료서비스 제공량의 확대를 유도함으로써 전체적으로 의료비 상승을 가속화 시키는 구조적인 제약점을 갖고 있다. 또한 의료기관과 지불자 모두 청구 심사 지불과정에 많은 인력과 비용을 투입하고 있고 심사지불기간도 1개월 이상 걸리고 있는데, 특히 보험진료비 심사는 임상 고유영역의 개별 의료행위를 대상으로 하기 때문에 의학의 전문성과 진료의 자율성에 대한 시비가 끊이지 않고 있어 의료인과 보험자간의 마찰과 갈등의 요인이 되고 있는 측면도 존재한다. 또 다른 문제점으로 행위별수가는 개별 행위를 지불단위로 하고 있어 약 40,000여개에 달하는 품목별로 수가기준 및 항목별 수가 인상률을 결정하여야 하는 어려움이 있고 이들 서비스 항목간 수가수준의 상대적 불균형으로 상대적으로 수익성이 높은 서비스항목이나 비급여분야에 투자가 집중됨으로써 의료공급행태와 진료패턴의 왜곡이 심화되고 있는 실정에 대한 우려를 반영하는 것이라고도 볼 수 있다. 이러한 행위별 수가제를 대체하여 실제 진료비와 관계없이 환자의 진단명에 따라 정액의 진료비만을 의료기관에게 지불하는 포괄수가제나 등록된 환자수에 따라 주치의에게 환자 일인당 예상 의료비용만을 미리 지불하는 인두제, 그리고 일정 기간 동안에 의료기관에게 지불 가능한 총의료

비용을 정하여 그것을 초과하는 의료비용의 지출을 통제하는 총액계약제의 필요성이 제안되고 있다.^{주19)}

문항 15에 제시된 의료저축계정(Medical Savings Account)은 강제저축으로, 개인의 일생을 통하여 소요되는 의료비를 충당할 목적으로 개인별로 별도의 자유저축계정에 정기적으로 적립한 다음, 의료비지출이 필요할 때 인출하여 사용하는 제도이다. 급여확대 및 구조개편을 위한 현실적인 어려움을 극복하기 위한 대안으로서 제한된 범위내에서 의료저축계정의 도입이 고려되기도 한다.^{주20)} 또한 사회보험만으로 국민들의 모든 복지수요를 충족시키는 데에는 한계가 있기 때문에 사회보험으로서의 의료보험제도와 의료저축제도, 그리고 민영보험을 포함한 다원적 체제가 바람직하다고 보는 견해도 있다.^{주21)} 중증질환에 대한 확실한 보장을 전제로 외래진료나 가벼운 입원진료 등 경질환에 대한 보장을 위해서는 현행 사회보험방식을 당분간 유지하되, 단계적으로 의료저축계정(MSA)으로 이행하는 한편, 초기단계에서는 의료저축계정에 적립이 이루어지기 어렵기 때문에 소액진료비에 대한 공제제도(deductible)를 도입하여(예: 의원 1만원, 병원 2만원, 3차병원 3만원) MSA 계정으로부터 진료비가 충당되도록 하고, 이후 MSA 계정에 적립이 이루어지기 시작하면서 그 대상을 확대하는 방안을 제안되고 있기도 한다.^{주22)} 의료저축계정에 대한 견해는 동의하는 비율과 동의하지 않는 비율이 각각 50% 미만^{주23)}으로 나타났으며, 의견없음의 비율은 23.5%를 보이고 있다. 이는 의료저축계정에 대한 이해가 부족하여 도입의 찬반 의견을 제시하지 못한 것이 아닌가 생각된다. 따라서 의료저축계정이 우리나라 보건의료부문에 적용되는 것이 바람직한지에 대한 검토가 이루어 질 수 있도록 동 분야에 대한 충분한 연구가 선행되어야 할 것이다.

우리나라 의료체계에 공공기능이 확대되어야 한다는 견해에 대해서는 80.6%

주19) 최병호·신윤정, 『국민건강보험 총액예산제 도입방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.

권순만, 『건강보험재정 건전화 방안: 행위별수가제가 문제다』, 『나라경제』 5월호, 2001.

주20) 권순만, 『보험급여의 문제점과 정책과제』, 『대한병원협회지』, 2001. 3·4.

주21) 전경련, 『FKI리뷰: 건강보험 개혁방안 정책토론회』, 2001.5.

주22) 전계서

주23) 동의하는 비율과 동의하지 않는 비율이 각각 40.8%, 35.5%로 나타남.

가 동의하는 것으로 나타났으며 공공의료기관 병상 수 확대에도 70.6%가 동의하는 것으로 나타났다. 우리나라의 공공의료 비중이 OECD 국가의 최하위 수준인 15.2%로 민간주도의 의료체계를 지닌 미국이 33.2%, 일본이 35.8%에 비해 상당히 떨어지는 수준에 머물러 있음을 직시하고 최근에 공공보건의료를 확충하기 위해 공공의료기관 병상 수의 30% 수준으로 확충하려 하고 있다. 의료체계에 공공기능의 확대와 병상 수 확충은 다소 상이한 개념으로도 해석할 수 있어, 공공기능의 확대와 공공의료기관의 병상 수 확대에 대해 상관관계를 조사한 결과, 상관계수가 0.612($p < .000$)로 나타나 우리나라 의료체계에 공공기능이 확대되어야 한다고 여기는 사람은 공공의료기관의 병상 수 확대에도 긍정적으로 생각하고 있는 것으로 나타났다.

마지막으로 우리나라 보건의료정책 수행의 목표로 형평성보다는 효율성이 우선적으로 검토되어야 한다는 문항 20에 대해 동의(전적으로 동의함 포함)가 67.9%, 동의하지 않음(전혀 동의하지 않음 포함)이 29.7%, 그리고 의견없음이 12.0%인 것으로 나타났다. 형평성과 효율성이라는 정책의 우선순위 설정은 기본적인 가치관 또는 이념과 결부되는 중요한 정책방향 이슈라 할 수 있을 것이다. 보건의료시장의 특성에 대한 인식과 정책방향에 대해 우리나라는 관료, 의료인, 학자 등 전문가 집단간에 인식의 차이가 커 각종 정책 현안마다 갈등이 노출되고, 경우에 따라서는 이해집단간 극한 대립으로 인해 과도한 사회적 비용이 지출되고 있는 실정이다. 그러나 그 동안 각 전문가 집단의 인식과 견해가 주로 개별적 차원이나 이해집단의 관점에서 피력되었을 뿐 공정하고 객관적인 입장에서 전문가 집단의 견해가 정리, 분석된 사례가 없었다.

〈표 IV-8〉 보건의료 정책현안에 대한 견해의 기술통계량

(단위: 명, %)

문항	전혀 동의 하지 않음	동의 하지 않음	의견 없음	동의 함	전적 으로 동의 함	무응 답	계
8. 의료시장 개방으로 우리나라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시킬 수 있다.	25 (4.5)	100 (17.9)	34 (6.1)	324 (58.1)	75 (13.4)	-	558 (100.0)
9. 의료시장 개방으로 국민들은 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있다.	25 (4.5)	117 (21.0)	36 (6.5)	307 (55.0)	73 (13.1)	-	558 (100.0)
10. 의료기관의 영리법인 허용은 사회 전체적으로 비용대비 편익이 높다.	33 (5.9)	169 (30.3)	72 (12.9)	233 (41.8)	50 (9.0)	1 (0.2)	558 (100.0)
11. 사회보험이 아닌 민간보험으로 대체·가입할 수 있는 대체민간보험제도의 도입이 필요하다.	62 (11.1)	134 (24.0)	40 (7.2)	232 (41.6)	89 (15.9)	1 (0.2)	558 (100.0)
12. 요양기관 강제지정제가 폐지된다면, 환자들의 의료이용 즉, 접근성에 부정적인 영향을 주게 된다.	25 (4.5)	195 (34.9)	55 (9.9)	230 (41.2)	52 (9.3)	1 (0.2)	558 (100.0)
13. 현재의 건강보험급여는 확대되어야 한다.	5 (0.9)	48 (8.6)	28 (5.0)	298 (53.4)	171 (30.6)	8 (1.4)	558 (100.0)
14. 현재의 행위별 수가제는 다른 형태로 바뀌어야 한다.	10 (1.8)	80 (14.3)	89 (15.9)	260 (46.6)	96 (17.2)	23 (4.1)	558 (100.0)
15. 의료저축계정의 도입이 필요하다.	47 (8.4)	181 (32.4)	131 (23.5)	170 (30.5)	28 (5.0)	1 (0.2)	558 (100.0)
16. 노인요양비용은 공공보다는 민간 혹은 개인 책임져야 한다.	148 (26.5)	332 (59.5)	30 (5.4)	40 (7.2)	7 (1.3)	1 (0.2)	558 (100.0)
17. 의료급여 대상인구는 차상위 계층까지 포함하여 확대되어야 한다.	17 (3.0)	77 (13.8)	62 (11.1)	333 (59.7)	67 (12.0)	2 (0.4)	558 (100.0)
18. 우리나라 의료체계에 공공기능을 확대시켜야 한다.	19 (3.4)	60 (10.8)	28 (5.0)	278 (49.8)	172 (30.8)	1 (0.2)	558 (100.0)
19. 공공의료기관 병상 수가 확대되어야 한다.	29 (5.2)	93 (16.7)	41 (7.3)	256 (45.9)	138 (24.7)	1 (0.2)	558 (100.0)
20. 우리나라 보건의료정책 수행의 목표로 형평성보다는 효율성이 우선적으로 검토되어야 한다.	22 (3.9)	144 (25.8)	67 (12.0)	236 (42.3)	87 (15.6)	2 (0.4)	558 (100.0)

<표 IV-9>는 보건의료시스템에 관한 기본 가치관을 알아보기 위하여 두 가지의 대립되는 평등주의자의 견해와 자유주의자의 견해를 제시하고 5 Likert scale로 측정하였다.^{주24)} 사회운영원리로서의 “자유”와 “평등”이라는 대립되는 가치관에 따라 각 전문가들이 지향하는 이상적인 보건의료시스템이 규정되고, 이상적 시스템을 구현하기 위해 정책이나 제도가 어떻게 설정되어야 하는 지 나타나기 때문에 사회구성요소들의 기본가치관의 파악은 매우 중요한 의미를 지닌다고 할 수 있을 것이다.

응답 결과를 보면 본 조사에 참여한 전문가집단은 대체로 평등주의자의 견해와 자유주의자의 견해가 고루 나뉘어 있으나 평등주의자의 견해 쪽으로 약간 기울어져 있음을 알 수 있다. ‘건강은 사회의 책임이다(vs. 건강은 개인의 행위에 의해 결정되므로 개인의 책임이다)’라는 문항에 대해 평균 3.4로 나타나, 건강이 개인의 책임이라기보다 사회의 책임이라 보는 견해가 약간 더 높았다. 그리고 의료수요(demand) 또는 필요(need)와 관련된 문항 23의 ‘보건의료이용은 소득수준과 상관없이 의료요구에 의해 결정되어야 한다(vs. 보건의료이용은 개인의 지불의사 및 지불능력에 의하여 결정되어야 한다)’는 질문에 대해서도 개인의 지불의사 및 능력보다는 의료요구에 의해 보건의료이용이 결정되어야 한다는 견해가 조금 더 높았다.

보건의료시장의 조정 메커니즘으로 정부개입과 경쟁의 효율성을 묻는 문항에 대해서는 경쟁보다는 정부개입으로 의료시장의 효율성을 담보할 수 있다는 견해가 조금 더 높았으며, 공급자의 동기에 대한 문항인 ‘공공서비스에 대한 직업윤리 및 헌신이 의료공급자에게 중요한 동기이며, 환자들을 성공적으로 치료하기 위한 핵심이다(vs. 이윤이라는 동기는 의료공급자가 수요자의 요구에 반응할 수 있는 올바르고 효과적인 방법이다)’라는 질문에 대해 의료공급자의 이윤 동기보다는 직업윤리 및 헌신을 보다 중요시하고 있는 것으로 나타났다.

마지막으로 자유와 평등의 기본이념(가치관)에 관한 질문에 있어서는 거의 양분되는 견해를 보이고 있는 것으로 나타났다.

주24) 보건의료시장의 기본가치관에 대한 논의는 제2장 4절을 참조

이와 같은 결과는 앞의 설문응답 분석과는 다소 차이가 있는 것을 알 수 있다. 이는 보건의료시장이 기본적으로는 사회나 정부의 역할이나 책임에 대한 견해를 인정하면서도, 우리나라의 경우에는 시장실패보다는 정부실패에 대한 우려가 반영되는 것이라 추론할 수 있을 것이다.

본 절에서의 분석은 본 설문조사에 참여한 전문가들의 인식을 나타내는 것으로 이 결과를 일반화 시키는 것은 무리라 할 것이다. 본 절의 목적은 전반적인 응답결과를 설명하는 것에 있으며, 이러한 결과를 우리나라의 정책이나 제도 개선에 반영하는 것에는 세심한 주의가 요구된다.

〈표 IV-9〉 보건의료시스템 기본 가치관의 기술 통계량

(단위: 명, %)

문항	중요도1	중요도2	중요도3	중요도4	중요도5	무응답	응답수	평균
22. 건강은 사회의 책임이다. (vs. 건강은 개인의 행위에 의해 결정되므로 개인의 책임이다)	21 (3.8)	95 (17.0)	15 (28.5)	193 (34.6)	87 (15.6)	3 (0.5)	558 (100.0)	3.41
23. 보건의료이용은 소득수준과 상관없이 의료요구에 의해 결정되어야 한다. (vs. 보건의료이용은 개인의 지불의사 및 지불능력에 의하여 결정되어야 한다)	27 (4.8)	122 (21.9)	107 (19.2)	189 (33.9)	110 (19.7)	3 (0.5)	558 (100.0)	3.42
24. 의료시장의 효율성을 담보하기 위해서는 정부가 개입해야한다. (vs. 다수 공급자들의 경쟁이 의료시장을 효율적으로 작동시킬 수 있는 조정체계이다)	41 (7.3)	141 (25.3)	109 (19.5)	198 (35.5)	67 (12.0)	2 (0.4)	558 (100.0)	3.20
25. 공공서비스에 대한 직업윤리 및 헌신이 의료공급자에게 중요한 동기이며, 환자들을 성공적으로 치료하기 위한 핵심이다 (vs. 이윤이라는 동기는 의료공급자가 수요자의 요구에 반응할 수 있는 올바른고 효과적인 방법이다)	27 (4.8)	152 (27.2)	121 (21.7)	191 (34.2)	65 (11.6)	2 (0.4)	558 (100.0)	3.21
26. 개인의 자유는 사회적 이익을 위해 희생될 수 있으며, 평등은 소수만이 향유하던 자유를 다수에게 확장시키는 것이다. (vs. 개인의 자유는 그 자체로 절대적 미덕이며 법 앞의 평등이라해도 자유가 평등위에 있다)	28 (5.0)	135 (24.2)	165 (29.6)	192 (34.4)	33 (5.9)	5 (0.9)	558 (100.0)	3.12

주: 중요도는 1에서 5로 갈수록 높아짐.

다. 보건의료시장의 특성 및 정책현안에 관한 전공별 동의수준

지금까지 각 문항에 대한 전반적인 기술 통계량을 살펴보았는데, 이는 각 문항에 대해 전문가 집단 내에 보건의료시장의 특성을 바라보는 견해 또는 정책 현안에 관해 유사한 의견을 지니고 있는지를 판단하기에는 미흡하며, 동의하지 않는 또는 동의하는 등의 서술적인 비율만을 제시하고 있을 뿐이다. 이러한 결과는 전문가들의 특성에 따른 견해차이를 파악할 수 없게 된다. 이러한 제한점을 극복하기 위하여 설문조사 응답자를 전공에 따라 분류하여 각 전공집단간에 인식이나 견해에 차이가 있는지를 분석하였다.^{주25)} 이를 통하여 집단간의 가치 차이(value difference)와 인식차이(perception difference), 그리고 정책에 관한 다양한 견해 여부를 파악하는데, 일조하기를 기대한다.

본 연구에서는 각 집단 내에 견해의 방향을 같이하는지, 견해의 방향을 달리 하는지, 혹은 어떤 견해도든 의견이 모아지지 않는지를 보다 일목요연하게 분석하기위해, 각 문항에 대한 동의율이 50-50분할과 상이한지에 대한 카이제곱 검정을 이용하였다. 이 때에 ‘의견없음’의 응답은 동의함 또는 동의하지 않음에 어느 쪽으로도 치우쳐지지 않는 것으로 간주하여 제외하고 분석하였다. 또한 전적으로 동의함, 동의함, 동의하지 않음, 전혀 동의하지 않음으로 구성된 설문 응답 분류(response categories)를 동의함, 동의하지 않음이라는 두 분류로 하여 집단내 의견이 상이한지에 대해 분석하였다.

아래의 <표 IV-10>에서는 전공별로 각 문항에 대한 동의율을 제시하고 있다. 우선, 보건의료시장의 특성을 제시하는 문항 1에서 문항 7까지의 경우를 보면 경제·경영을 전공한 집단에 대해서는 관찰된 분할과 50-50분할이 다르다는 가설이 $p<0.01$ 에 의해 기각되어 상당히 의견일치 수준이 높은 것으로 나타났으며,

주25) 응답자의 특성에 따라 의료시장의 특성과 정책을 보는 견해가 상이할 것이라는 가설을 생각할 수 있으며, 전문가의 특성분류는 사회경제적 변수들을 고려할 수 있을 것임. 본 연구에서는 사회경제적 변수(전공, 소속기관, 최종출신학교지역 등)를 독립변수로, 기본가치관과, 요인분석을 통한 문항1에서 문항20으로 이루어진 요인점수를 종속변수로 활용하여 회귀분석을 수행하였으며, 전공 관련 변수가 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 분석되어 전공별로 구분하여 분석하고자 함. 회귀분석에 대한 자세한 내용은 <표 IV-21>을 참조하기 바람.

행정·정책을 전공한 집단에서도 문항 3에서 $p<0.05$ 로 의견일치 수준을 보이는 것을 제외하고는 유사하게 $p<0.01$ 에서 유사한 견해를 지니고 있는 것으로 나타났다. 그리고 의약학을 전공한 집단에서는 문항 3과 문항5의 경우를 제외하고는 집단내에 유사한 의견을 지니고 있는 것으로 나타났다. 그러나 사회·사회복지학을 전공한 집단의 경우 문항 1과 문항 2에서는 유사한 견해를 가지고 있지만 나머지 문항인 문항 3, 4, 5, 6, 7에서는 의견이 상이한 것으로 나타났다.

이를 문항별로 구체적으로 살펴보면, 문항 1과 문항 2의 경우 전공과는 상관 없이 모든 집단내에 의견이 $p<0.01$ 수준에서 유의한 것으로 나타나 유사한 의견을 보유하고 있음을 알 수 있다. 그러나 문항 3의 경우에, 경제·경영의 동의율은 26.0%, 행정·정책의 동의율은 39.8%로 이들 집단내에서는 정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템(예: 영국)이 민간위주의 의료시스템(예: 미국)보다 우수한 것은 아니라고 보고 있다. 반면, 사회·사회복지를 전공한 그룹의 동의율은 유의한 수준은 아니지만 58.0%를 보이고 있어 경제·경영, 행정·정책학을 전공한 그룹과는 상이한 견해를 제시하고 있다. 이외에도 문항 5(보건의료부문에 정부규제는 편익에 비해 사회적 비용을 더 많이 유발시킨다)와 문항 6(건강보험으로 인해 소비자들은 필요이상으로 의료서비스를 소비한다)에 대해서도 사회·사회복지를 전공한 사람들은 경제·경영, 행정·정책, 의약을 전공한 사람과 반대되는 의견을 보이고 있는 것으로 나타났다.^{주26)}

주26) 이상의 연구결과는 Fuchs(1996)가 미국의 보건경제학자(n=46), 경제이론가(n=44), 그리고 의사(practicing physicians, n=42)를 대상으로 한 설문조사결과와 비교하여 참고할 수 있음. 이들의 분석결과에 따르면, 제3자에 의한 지불방식으로 환자들은 자신의 비용보다 편익을 초과하여 의료서비스를 이용하며 이는 총 보건의료비용의 5%정도를 차지한다는 문항에 대해 보건경제학자는 84%만큼 동의하였으며, 경제이론가는 93%, 그리고 의사는 73%로 나타난 결과가 있음. 또한 의사들이 환자들에게 의료서비스를 더 많이 구매하도록 영향력을 미치며 이용량에 영향을 미치는 경향은 수요에 따라 다양하게 나타난다는 문항에 대해 보건경제학자는 68%정도 동의하였으며, 경제이론가는 77%, 의사는 67%정도 동의하는 것으로 나타남. GDP중 보건의료부문이 차지하는 비중이 증가한 주요원인이 의료기술변화 때문이라는 문항에 대해 보건경제학자는 81%, 경제이론가는 37%, 의사는 68%로 상반되는 견해를 보이는 것으로 나타남.

〈표 IV-10〉 보건의료시장 특성에 대한 전공별 동의수준

(단위: %)

문항	경제&경영학 (n≤132)	행정&정책학 (n≤145)	사회&사회복지학 (n≤77)	의약학 (n≤149)
1. 보건의료부분에도 시장경쟁모델이 적용되어야 한다.	93.0**	92.2**	77.3**	91.5**
2. 의사들은 경제적 인센티브로 인해 환자들에게 자신의 의료서비스를 더 많이 수요하도록 유도한다.	94.5**	88.1**	71.2**	83.1**
3. 정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템(예: 영국)이 민간위주의 의료시스템(예: 미국)보다 우수하다.	26.0**	39.8*	58.0	43.0
4. 우리나라 보건의료시장은 전반적으로 규제수준이 높다.	81.5**	80.6**	54.7	68.8**
5. 보건의료부분에서 정부규제는 편익에 비해 사회적 비용을 더 많이 유발시킨다.	78.2**	69.4**	41.8	55.1
6. 건강보험으로 인해 소비자들은 필요이상으로 의료서비스를 소비한다.	66.9**	63.0**	42.3	59.4*
7. 의료기술발전이 국민의료비를 증가시키는 가장 큰 요인이다.	29.7**	36.1**	42.9	38.0**

주: * p<0.05에서 유의함.

** p<0.01에서 유의함.

한편, 보건의료 정책현안에 관해 집단간 의견일치 수준(표 IV-11 참조)을 살펴보면, 경제·경영을 전공한 집단의 경우 13개 문항 중 10개 문항이 p<0.01수준에서 그리고 1개 문항은 p<0.05수준에서 유의한 것으로 나타나 의견일치 수준이 높았다. 행정·정책을 전공한 집단에서는 2개 문항을 제외하고 p<0.01수준에서 유의한 것으로 나타났으며, 사회·사회복지를 전공한 집단의 경우 3개 문항을 제외하고 유의한 것으로 나타났다. 그러나 의약의 경우 5개 문항에서 의견일치 수준이 상대적으로 낮게 나타났다.

의료저축계정의 도입 필요성에 관한 문항 15에 대해서는 전체적으로 그리고 전공별로도 의견이 모여지지 않는 것으로 나타났다.

문항 12(요양기관 강제지정제가 폐지된다면, 환자들의 의료이용 즉, 접근성에 부정적인 영향을 주게 된다)와 관련한 결과는 사회·사회복지전공 집단은 95% 유의수준에서 67.2%의 동의율을 보이고 있는 반면, 타 전공 집단은 통계적으로 유의한 수준의 동의율이 나타나지 않고 있다. 그러나 경제·경영은 45.3% 수준의 동의율을 보이고 있어, 다른 전공 집단의 결과와 상반되는 견해를 엿볼 수 있다.

한편, 의료시장 개방과 관련한 문항 8과 문항 9에 대해서는 전문가 집단들간에 대체로 동의하는 것에 의견이 수렴되고 있다고 할 수 있을 것이다. 즉, 의료시장 개방으로 우리나라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시킬 수 있다는 견해에 대해서는 전공에 관계없이 모두 동의하는 의견으로 모아졌으며 의료시장 개방으로 국민들이 양질의 의료서비스를 제공 받을 수 있을 것이라는 것에 대해서도 의약학을 전공한 집단을 제외하면 대체로 긍정적인 견해를 가지는 것으로 나타났다.

문항10(의료기관의 영리법인허용은 사회전체적으로 비용대비 편익이 높다)에 대해서도 경제·경영을 전공한 집단의 동의율은 74.2% 행정·정책은 61.8%로 동의하는 쪽으로 의견의 일치를 보이고 있으나, 비록 통계적으로 유의하지는 않지만 사회·사회복지와 의약의 동의율은 42.6%, 46.8%로 상반된 견해를 가지고 있음을 알 수 있다. 그리고 이와 유사하게 문항 11(사회보험이 아닌 민간보험으로 대체·가입할 수 있는 대체민간보험제도의 도입이 필요하다)에 대해서도 경제·경영을 전공한 집단의 동의율은 74.4%, 행정·정책은 68.1%의 비율로 동의하고 있지만 사회·사회복지를 전공한 집단과 의약학을 전공한 집단과는 의견을 달리하고 있다. 요양기관 강제지정제의 폐지로 접근성에 부정적인 영향을 줄 것이라는 논의에 대해서는 사회·사회복지학을 전공한 집단 내에서만 유의수준 $p<0.01$ 에서 유의미한 것으로 나타나 의견이 수렴되고 있다.

한편, 건강보험급여의 확대(문항 13), 노인요양비용의 공공책임(문항 16), 의료급여 대상인구의 확대(문항 17), 의료체계에 공공기능 확대(문항 18), 공공의료기관의 병상 수 확대(문항 19)에서는 전공과 관계없이 $p<0.01$ 에서 유의미한 것으로 나타나, 우리나라 의료체계에 보장성 강화와 공공성 확대해야 한다는 측면에는 모두 의견이 수렴되고 있는 것으로 나타났다. 또한 행위별 수가제 변경(문항 14)에 대해서도 높은 수준으로 의견이 수렴되고 있는 것으로 나타났다. 그러나 의료저축계정의 도입 필요성에 대해서는 앞에서 언급하였듯이 어느 집단 내에서도 의견이 수렴되고 있지 않았다.

우리나라 보건의료정책 수행의 목표로 형평성보다는 효율성이 우선적으로 검토되어야 한다는 논의에 대해서 전공별로 본 각 집단내에 모두 의견이 수렴되

고 있는 것으로 나타났으나, 내용의 측면에서는 의견이 각기 상이한 것으로 제시되었다. 경제·경영, 행정·정책, 의약을 전공한 집단은 효율성이 형평성보다 우선적으로 검토되어야 한다고 보고 있는 반면, 사회·사회복지를 전공한 집단 내에서는 효율성보다는 형평성이 우선적으로 검토되어야 한다고 보고 있어 상이한 결론을 도출하고 있다.

〈표 IV-11〉 보건의료 정책현안에 대한 전공별 동의수준

(단위: %)

문항	경제&경영학 (n≤132)	행정&정책학 (n≤145)	사회&사회복지학 (n≤77)	의약학 (n≤149)
8. 의료시장 개방으로 우리나라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시킬 수 있다.	83.7**	83.5**	67.1**	64.5**
9. 의료시장 개방으로 국민들은 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있다.	84.9**	79.7**	64.4*	55.0
10. 의료기관의 영리법인 허용은 사회 전체적으로 비용대비 편익이 높다.	74.2**	61.8**	42.6	46.8
11. 사회보험이 아닌 민간보험으로 대체·가입할 수 있는 대체민간보험제도의 도입이 필요하다.	74.4*	68.1**	41.2	48.5
12. 요양기관 강제지정제가 폐지된다면, 환자들의 의료이용 즉, 접근성에 부정적인 영향을 주게 된다.	45.3	55.4	67.2**	56.9
13. 현재의 건강보험급여는 확대되어야 한다.	88.5**	89.2**	94.3**	89.4**
14. 현재의 행위별 수가제는 다른 형태로 바뀌어야 한다.	72.6**	81.0**	87.9**	80.8**
15. 의료저축계정의 도입이 필요하다.	45.0	47.3	43.1	51.8
16. 노인요양비용은 공공보다는 민간 혹은 개인 책임져야 한다.	15.0**	7.4**	6.8**	7.9**
17. 의료급여 대상인구는 차상위 계층까지 포함하여 확대되어야 한다.	74.6**	81.1**	90.1**	80.5**
18. 우리나라 의료체계에 공공기능을 확대시켜야 한다.	79.0**	80.9**	95.9**	86.7**
19. 공공의료기관 병상 수가 확대되어야 한다.	71.2**	74.3**	91.8**	72.7**
20. 우리나라 보건의료정책 수행의 목표로 형평성보다는 효율성이 우선적으로 검토되어야 한다.	82.8**	74.6**	32.8**	58.6*

주: * p<0.05에서 유의함

** p<0.01에서 유의함

라. 보건의료시장의 특성 및 정책현안에 관한 엔트로피 지수 분석

이상에서 전공별로 집단을 분류하여 각 집단 내에 의료시장의 특성 및 정책 현안에 대해 어떤 의견을 지니고 있는지 그리고 집단 내에서 공통된 의견을 보유하고 있는지에 대해 살펴보았다. 그러나 이 경우에 동의함과 동의하지 않음으로 제시된 분할과 50-50분할을 활용하여 검증할 경우, ‘의견없음’이라는 항목이 제외되었다. ‘의견없음’이라는 응답 또한 전문가들이 각 문항에 대해 지니고 있는 견해라는 측면을 반영한다고도 볼 수 있을 것이다. 이와 같이 응답항목의 ‘의견없음’에 포함된 정보를 반영하여 전문가 집단내에 보건의료시장의 특성 및 정책현안에 대한 합의수준(consensus)을 보기 위해, 표준화된 상대 엔트로피(ρ)를 적용하였다. 이는 응답항목에 포함된 정보를 하나의 값으로 압축시켜 제시해 주기 때문에 의견의 합의 수준을 분석하는데 상대 엔트로피가 많이 활용되고 있다(Alston 등, 1992; Frey 등, 1984; Aiginger 등, 1998).

표준화된 상대엔트로피(standardized relative entropy: ρ)는 여러 개의 응답항목을 하나의 지표로 제시하는 것으로, 응답자간의 견해 차이를 제시해 준다(Frey et al., 1984).^{주27)} 상대엔트로피를 측정하기 위해서 Shannon's entropy를 활용하였다. 확률 p_1, \dots, p_n 을 가지는 discrete random variable $X = x_1, \dots, x_n$ 은

$$H(X) = - \sum_{k=1}^n p_k \ln p_k$$

여기에서 p_i 는 특정응답항목 i 의 확률(probability of a particular response category i)을 나타낸다. 그리고 상대엔트로피는 다음의 식과 같이 정의한다.

$$\text{relative entropy}(\rho) = (\text{actual entropy})/(\text{maximum possible entropy})$$

이 때에 maximum possible entropy는 모든 그룹이 한 문항에 대한 최대가능한 점수를 말하는데, 한 문항에 대해서 완전한 uniform distribution을 지니고 있는 경우를 나타낸다. 이 경우 응답자간에 견해가 완전히 일치할 경우(perfect

주27) Frey 등, "Consensus and dissension among economists: An empirical inquiry", *The American Economic Review*, vol.74, no.5, 1984, pp.986~994.

consensus), 상대엔트로피는 0이며, 응답자간에 견해가 완전히 상이할 경우(no consensus), 상대엔트로피는 1이 된다. 다시 말해서, 응답자간에 유사한 견해를 보유하고 있을 경우에 상대엔트로피(ρ) 수치는 낮아지게 되며, 견해가 상이할 경우에는 상대엔트로피(ρ) 수치가 높아지게 된다. 이 때에 상대엔트로피는 비선형(nonlinear)으로 제시되므로 따라서 0.5가 완전일치(perfect consensus)와 완전불일치(complete dissension)의 중간 값은 아니다.

본 서에서는 이러한 방법을 활용하기 위해 응답분류(response categories)를 앞서 분석한 동의함과 동의하지 않음에 ‘의견없음’이라는 응답을 포함시켜 3scale로 나누어 분석하였다.

보건의료시장 특성에 관한 상대 엔트로피 분석 결과, 보건의료부문의 시장경쟁모델 적용(문항1), 공급자 유인수요(문항2), 우리나라 보건의료시장의 높은 규제수준(문항4)의 항목에서 엔트로피 지수가 0.8 미만으로 나타나 의견 일치수준이 높은 것으로 나타났다^{주28)}(표 IV-12참조). 그러나 정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템의 우수성(문항3), 정부규제의 비용과 편익(문항5), 건강보험으로 인한 소비자의 의료서비스 과소비(문항6), 의료기술발전의 국민의료비 증가요인(문항 7)에 대해서는 의견 일치수준이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다.

상대엔트로피 지수를 전공별로 살펴보면, 보건의료부문의 시장경쟁모델 적용(문항1), 공급자 유인수요(문항2)에 대해서는 전공과는 상관없이 집단내에 대부분 견해를 같이 하는 반면, 의료기술 발전이 국민의료비의 증가요인(문항 7)에는 집단 내에 견해를 달리하는 것으로 나타났다. 정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템의 우수성(문항3)에 대해서는 경제·경영을 전공한 집단 내에서는 의견이 일치하는 것으로 나타났지만 행정·정책과 사회·사회복지, 의약 집단 내에서는 견해를 달리하는 것으로 나타났다.

정부규제의 비용과 편익(문항5)에 대해서는 경제·경영을 제외하고는 집단 내에 의견을 달리하고 있으며, 우리나라 보건의료시장의 높은 규제수준(문항4)에 대해서는 사회·사회복지에서만 의견일치 수준이 낮은 것으로 나타났다. 그리고

주28) 엔트로피지수가 0.8 미만일 경우 합의수준이 높음을 제시하는 명확한 기준은 없으나, 대체로 0.80 미만일 경우 합의수준이 높은 것으로 봄(Alston et al., 1992).

건강보험으로 인한 소비자의 의료서비스 과소비(문항6)에 대해서는 사회·사회 복지, 의약 집단 내에서는 견해를 달리하는 것으로 나타났다.

〈표 IV-12〉 보건의료시장 특성에 관한 엔트로피 지수

문 항	경제&경영학 (p)	행정&정책학 (p)	사회&사회복지학 (p)	의약학 (p)	전체 엔트로피 (p)
1. 보건의료부분에도 시장경쟁모델이 적용되어야 한다.	0.32*	0.34*	0.58*	0.42*	0.43*
2. 의사들은 경제적 인센티브로 인해 환자들에게 자신의 의료서비스를 더 많이 수요하도록 유도한다.	0.31*	0.54*	0.70*	0.64*	0.57*
3. 정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템(예: 영국)이 민간위주의 의료시스템(예: 미국)보다 우수하다.	0.71*	0.81	0.82	0.90	0.85
4. 우리나라 보건의료시장은 전반적으로 규제수준이 높다.	0.62*	0.59*	0.92	0.76*	0.72*
5. 보건의료부분에서 정부규제는 편익에 비해 사회적 비용을 더 많이 유발시킨다.	0.72*	0.86	0.88	0.91	0.87
6. 건강보험으로 인해 소비자들은 필요이상으로 의료서비스를 소비한다.	0.79*	0.79*	0.82	0.81	0.83
7. 의료기술발전이 국민의료비를 증가시키는 가장 큰 요인이다.	0.80	0.81	0.93	0.88	0.86

주: * 합의수준이 높은 항목(p<0.80)
 응답자간에 견해가 완전히 일치할 경우(perfect consensus), 상대엔트로피는 0이며, 응답자간에 견해가 완전히 상이할 경우(no consensus), 상대엔트로피는 1이 됨.

전문가 집단내에 보건의료 정책현안에 관한 의견 일치수준을 살펴보면, 의료기관의 영리법인 허용의 비용과 편익(문항10), 대체민간보험도입(문항11), 요양기관강제지정폐지(문항12), 의료저축계정도입(문항15), 보건의료정책수행의 목표(문항20) 등에서는 엔트로피지수가 0.80이상으로 나타나 의견 일치가 이루어지지 않고 있으므로 많은 논의가 요구되고 있음을 알 수 있다(표 IV-13 참조). 그러나 의료시장개방을 통한 보건의료서비스 경쟁력 강화(문항8), 의료시장개방으로 의료의 질 향상(문항9), 건강보험급여 확대(문항13), 행위별 수가제 변경(문항14), 노인요양비용의 공공 또는 민간 책임(문항16), 의료급여확대(문항17), 의

료체계의 공공기능 확대(문항18), 그리고 공공의료기관 병상수 확대(문항19)에서 상당부분 의견이 일치되고 있는 것으로 나타났다. 더구나 건강보험급여 확대(문항13), 노인요양비용의 공공 또는 민간 책임(문항16), 의료체계의 공공기능 확대(문항18)에서는 엔트로피 지수가 0.5 이하로 의견 일치수준이 매우 높은 것으로 나타났다.

여기에서 주의해야 할 사항은 엔트로피 지수는 어느 한 쪽으로 의견이 수렴되는 수준을 제시하는 것이지, 각 문항에 대해 동의하는 쪽으로 의견이 수렴되는 것을 나타내는 것은 아니다. 따라서 의견에 대한 일치수준이 높다고 하더라도 각 문항에 대해 동의하는 쪽으로 혹은 동의하지 않는 쪽으로 의견이 모여질 수 있다. 예를 들어, ‘노인요양비용은 공공보다는 민간 혹은 개인 책임져야 한다’는 문항 16번의 경우 앞서 제시한 기술통계량을 보면, 이 문항에 대해 동의하지 않는 쪽으로 의견이 모여지고 있음을 알 수 있다. 그러나 나머지 문항에 대해서는 각 문항이 제시하고 있는 질문과 동일한 방향으로 의견이 수렴되고 있다.

한편, 전공별로 상대엔트로피 지수를 살펴본 결과, 건강보험급여 확대(문항 13), 노인요양비용의 공공 또는 민간 책임(문항16), 의료체계의 공공기능 확대(문항18)는 전공에 관계없이 각 집단내에 상당부분 의견이 일치되고 있는 것으로 나타났다.

의료시장개방을 통한 보건의료서비스 경쟁력 강화(문항8)에 대해서는 사회·사회복지를 제외하고 대체로 의견이 일치되고 있으며, 의료시장개방으로 의료의 질 향상(문항9)에 대해서는 의약학을 제외하고 대체로 집단내 의견을 같이 하는 것으로 나타났다. 의료기관의 영리법인 허용의 비용과 편익(10)에 대해 경제·경영만이 의견이 일치되고 있으며, 대체민간보험도입(문항11)의 경우, 경제·경영, 행정·정책 집단 내에서는 의견을 같이하고 있는 것으로 나타났다.

한편, 경제·경영을 전공한 집단 내에서 우리나라 의료체계의 공공기능 확대(문항18)의 측면에는 의견을 같이하고 있으나, 공공의료기관의 병상 수 확대의 측면에서는 의견을 다소 달리하는 것으로 나타났다. 이들 집단의 경우 공공기능 확대와 병상 수 확대를 다소 상이한 정책방향으로 여기고 있음을 추론할 수

있다. 또한 우리나라 보건의료정책의 수행목표에 대해서는 경제·경영을 전공한 집단만 대체로 의견이 수렴되고 있으나, 다른 전공집단에 대해서는 의견이 모두 상이한 것으로 나타났다.

〈표 IV-13〉 보건의료 정책현안에 관한 엔트로피 지수

문항	경제&경영학 (p)	행정&정책학 (p)	사회&사회복지학 (p)	의약학 (p)	전체엔트로피 (p)
8. 의료시장 개방으로 우리나라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시킬 수 있다.	0.49*	0.63*	0.80	0.79*	0.68*
9. 의료시장 개방으로 국민들은 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있다.	0.54*	0.61*	0.75*	0.89	0.72*
10. 의료기관의 영리법인 허용은 사회 전체적으로 비용대비 편익이 높다.	0.68*	0.84	0.96	0.92	0.89
11. 사회보험이 아닌 민간보험으로 대체·가입할 수 있는 대체민간보험제도의 도입이 필요하다.	0.68*	0.72*	0.87	0.84	0.80
12. 요양기관 강제지정제가 폐지된다면, 환자들의 의료이용 즉, 접근성에 부정적인 영향을 주게 된다.	0.88	0.86	0.85	0.83	0.86
13. 현재의 건강보험급여는 확대되어야 한다.	0.50*	0.44*	0.41*	0.47*	0.47*
14. 현재의 행위별 수가제는 다른 형태로 바뀌어야 한다.	0.91	0.68*	0.73*	0.73*	0.79*
15. 의료저축계정의 도입이 필요하다.	0.94	0.97	0.97	0.99	0.98
16. 노인요양비용은 공공보다는 민간 혹은 개인 책임져야 한다.	0.52*	0.44*	0.33*	0.46*	0.45*
17. 의료급여 대상인구는 차상위 계층까지 포함하여 확대되어야 한다.	0.81	0.72*	0.49*	0.71*	0.71*
18. 우리나라 의료체계에 공공기능을 확대시켜야 한다.	0.71*	0.55*	0.30*	0.50*	0.55*
19. 공공의료기관 병상 수가 확대되어야 한다.	0.80	0.70*	0.40*	0.72*	0.70*
20. 우리나라 보건의료정책 수행의 목표로 형평성보다는 효율성이 우선적으로 검토되어야 한다.	0.70*	0.80	0.82	0.86	0.85

주: * 합의수준이 높은 항목($p < 0.80$)

응답자간에 견해가 완전히 일치할 경우(perfect consensus), 상대엔트로피는 0이며, 응답자간에 견해가 완전히 상이할 경우(no consensus), 상대엔트로피는 1이 됨.

의료시장의 특성 및 현안문제를 보는데 영향을 주게 되는 가치관에 대한 조사결과는 다음의 <표 IV-14>에 제시되고 있다. 보건의료시스템을 바라보는 기본 가치관을 건강의 책임소재(문항22), 수요(demand) 또는 필요(need)(문항23), 조정 메커니즘(문항24), 공급자의 동기(문항25), 자유와 평등에 관한 견해(문항 26)로 구성하여 대립되는 두 가치관을 제시하였다. 형평성을 강조하는 가치관을 기준으로 하여 엔트로피 지수를 살펴보면, 0.91에서 0.99로 높게 나타나 상이한 견해를 지니고 있음을 제시하고 있다.

이를 좀더 구체적으로 살펴보면, 건강이 사회의 책임이라고 보는 견해와 개인의 책임으로 보는 견해의 조사 결과, 평균이 3.4로 건강이 사회의 책임으로 보는 견해가 좀 더 많았지만, 엔트로피지수는 0.94로 전문가 전체의 의견을 반영한다고 보기는 어렵다. 특히, 경제·경영을 전공한 집단의 경우 엔트로피지수가 1로 나타나, 문항 22에 대한 의견이 완전히 양분되고 있음을 알 수 있다. 보건의료이용은 소득수준과 상관없이 의료요구에 의해 결정되어야 한다는 견해와 개인의 지불의사 및 지불능력에 의하여 결정되어야 한다는 견해에 대해서도 평균이 3.4로 소득수준과 상관없이 의료요구에 의해 결정되어야 한다고 생각하는 전문가들이 보다 많지만 엔트로피지수가 0.91로 이들 전체의 견해를 대변한다고 보기는 어렵다. 또한 의료시장의 효율성을 담보하기 위해 정부가 개입해야 한다는 견해와 다수 공급자들의 경쟁이 의료시장을 효율적으로 작동시킬 수 있는 조정체제로 보는 견해(문항24)에 대해서, 공공서비스에 대한 직업윤리 및 헌신이 의료공급자에게 중요한 동기이며, 환자들을 성공적으로 치료하기 위한 핵심으로 보는 견해와 이윤이라는 동기는 의료공급자가 수요자의 요구에 반응할 수 있는 올바르고 효과적인 방법으로 보는 견해(문항25)에 대해서, 그리고 개인의 자유는 사회적 이익을 위해 희생될 수 있으며, 평등은 소수만이 향유하던 자유를 다수에게 확장시키는 것이라 보는 견해와 개인의 자유는 그 자체로 절대적 미덕이며 법앞의 평등이라해도 자유가 평등 위에 있다고 보는 견해(문항 26)에 대해서도 유사한 결론을 내릴 수 있다. 다만, 대체로 집단내에 의견을 달리하고 있으나 사회·사회복지 전공집단의 경우, 문항 23과 문항 24에서 의견이 수렴되고 있는 것으로 나타났다.

〈표 IV-14〉 보건의료시스템 기본 가치관에 대한 엔트로피 지수

문항	경제&경영학 (ρ)	행정&정책학 (ρ)	사회&사회복지학 (ρ)	의약학 (ρ)	전체 엔트로피 (ρ)
22. 건강은 사회의 책임이다. (vs. 건강은 개인의 행위에 의해 결정되므로 개인의 책임이다)	1.00	0.95	0.81	0.88	0.94
23. 보건의료이용은 소득수준과 상관없이 의료요구에 의해 결정되어야 한다. (vs. 보건의료이용은 개인의 지불의사 및 지불능력에 의하여 결정되어야 한다)	0.95	0.90	0.76*	0.85	0.91
24. 의료시장의 효율성을 담보하기 위해서는 정부가 개입해야한다. (vs. 다수 공급자들의 경쟁이 의료시장을 효율적으로 작동시킬 수 있는 조정체계이다)	0.95	0.98	0.78*	0.89	0.94
25. 공공서비스에 대한 직업윤리 및 헌신이 의료공급자에게 중요한 동기이며, 환자들을 성공적으로 치료하기 위한 핵심이다 (vs. 이윤이라는 동기는 의료공급자가 수요자의 요구에 반응할 수 있는 올바르고 효과적인 방법이다)	0.93	0.92	0.84	0.96	0.96
26. 개인의 자유는 사회적 이익을 위해 희생될 수 있으며, 평등은 소수만이 향유하던 자유를 다수에게 확장시키는 것이다. (vs. 개인의 자유는 그 자체로 절대적 미덕이며 법앞의 평등이라 해도 자유가 평등위에 있다)	0.97	0.99	0.84	0.98	0.99

주: * 합의수준이 높은 항목($p < 0.80$)

응답자간에 견해가 완전히 일치할 경우(perfect consensus), 상대엔트로피는 0이며, 응답자간에 견해가 완전히 상이할 경우(no consensus), 상대엔트로피는 1이 됨.

마. 보건의료시스템의 기본가치관과 정책결정의 상관관계 분석

앞에서 논의한 바와 같이 전문가들 간의 보건의료시스템에 대한 기본 가치관은 상당히 상이하게 나타나고 있음을 알 수 있다. 이러한 규범적 가치는 실증분석을 통해 견해를 좁힐 수 있는 측면도 있지만, 정책 결정에 있어 실증분석만으로 조정될 수 없는 가치차이가 대립되는 견해에 내재되어 있을 수 있다. 보건정책결정에는 자유, 평등, 효율성, 형평성, 안전, 정의 등의 개념이 중요한 함의를 지니고 있으며 이들의 목표가 모두 바람직하다고 여기지만 여기에 부여하고 있

는 가치 또는 이를 정의하는 방식에 따라 정책을 보는 견해가 상이할 수 있다.

이에 보건의료시스템에 대한 기본가치관이 정책에 내재된 역할에 관한 견해를 얻기 위해, 그리고 이러한 가치관이 보건의료정책결정에 부여하는 영향 정도를 파악하기 위하여 가치관 지수(index)를 개발하였다. 문항 22번에서 문항 26번을 토대로 하여 평등을 강조하는 문항에 높은 점수를 부여하기 위해, 응답 1에 1의 값을, 응답2에 0.75의 값을, 응답3에 0.5의 값을, 응답4에 0.25의 값을, 그리고 5에 0의 값을 부여하였다. 이 경우, 응답1은 평등이라는 가치관에 대해 '중요도 5'이며 응답5는 '중요도 1'을 나타내므로 지수(index)의 값을 부여할 때에 평등의 가치관에 높은 중요도를 부여하는 응답에 높은 수치를 설정하여 분석의 편의를 기하였다. 이들 값의 합을 5로 나누어 1(5문항에 모두에 응답1)에서 0(5문항 모두에 응답5)사이의 범위에 분포하도록 하여 평등(자유)의 가치관을 나타내는 지수를 도출하였다.

이 지수의 기술통계량을 우선 살펴보면, 사회·사회복지를 전공한 집단 내에서는 index=1의 비율이 5.2%로 가장 높게 나타난 반면 index=0의 비율은 나타나지 않았다(표 IV-15 참조). 그러나 경제·경영을 전공한 집단 내에서는 index=0의 비율이 1.5%로 타 집단에 비해 가장 높게 나타났다. 또한, 기본가치관의 인덱스 평균값을 보면, 전체적으로는 0.56으로 나타났으며, 경제·경영학 전공자 집단은 0.47, 행정·정책학 전공자 집단은 0.57, 의약학 전공 집단은 0.60, 그리고 사회·사회복지학 전공 집단은 0.67을 보이고 있다. 즉, 전체적으로는 자유와 평등이라는 가치관의 스펙트럼 중 중도에 해당하는 입장을 나타내고 있다고 할 수 있다. 그리고 전공집단 간에는 사회·사회복지학 전공 집단과 경제·경영학 전공 집단 간에 입장차이가 어느 정도 있다는 것을 추론할 수 있을 것이다.

〈표 IV-15〉 평등(자유) 가치관 지수의 기술통계량

	경제&경영학 (n≤132)	행정&정책학 (n≤145)	사회&사회복지학 (n≤77)	의약학 (n≤149)	전체 (n≤558)
평균	0.47	0.57	0.67	0.60	0.56
평균의 표준편차	0.017	0.017	0.023	0.014	0.009
index=1의 비율(%)	1.5	4.1	5.2	0.7	2.3
index=0의 비율(%)	1.5	0.7	-	0.7	0.9

보건의료체계 내에 설문응답한 각 전문가들이 지니는 기본가치관과 정책현안에 대한 견해가 어떠한 관계를 보이고 있는지 기본가치관 지수와 보건의료시장 특성 및 정책현안의 응답과의 상관관계를 살펴보았다(표 IV-16 참조). <표 IV-16>의 결과에서 나타나듯이 대체로 $p<0.05$ 또는 $p<0.01$ 에서 유의한 것으로 나타나, 보건의료시장의 특성과 정책현안에 대한 응답자들의 견해는 자신의 평등 또는 자유에 부여하는 중요도 및 가치관이 내재되어 있음을 알 수 있다.

이를 구체적으로 살펴보면, 우선 우리나라 보건의료체계에 있어 평등이라는 기본가치관에 높은 점수를 부여한 전문가들은 보건의료시장의 특성에 대해 민간위주의 의료시스템보다는 정부의 역할이 중요하게 작동되는 의료시스템이 우수하다고 여기고, 시장경쟁모델의 적용에 부정적이고, 우리나라 보건의료시장의 규제수준이 높은 것은 아니며 정부규제로 비용보다는 편익이 높다고 생각하는 것으로 추론할 수 있다. 또한 의사들의 유인수요를 인정하지 않으며 건강보험으로 인해 소비자들이 필요이상으로 의료서비스를 소비하지는 않는다는 견해를 지닌 것으로 해석된다. 반면에, 우리나라 보건의료체계에 자유라는 가치관에 높은 점수를 부여한 전문가들은 민간위주의 의료시스템이 우수하며, 시장경쟁모델이 적용되어야 하고, 규제수준이 높으며, 정부규제는 편익보다는 비용이 높다는 견해를 보이는 것으로 볼 수 있을 것이다. 그리고 의사들의 유인수요를 인정하며, 소비자들의 보험으로 인한 도덕적 해이가 발생한다는 입장을 보인다.

<표 IV-16> 문항과 평등(자유) 가치관 지수간 상관계수

설문 문항	경제&경영학 (n≤132)	행정&정책학 (n≤145)	사회&사회복지학 (n≤77)	의약학 (n≤149)	전체 (n≤158)
1. 보건의료부분에도 시장경쟁모델이 적용되어야 한다.	-0.35**	-0.23**	-0.47**	-0.36**	-0.35**
2. 의사들은 경제적 인센티브로 인해 환자들에게 자신의 의료서비스를 더 많이 수요하도록 유도한다.	-0.08	0.05	-0.12	-0.09	-0.10*
3. 정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템(예: 영국)이 민간위주의 의료시스템(예: 미국)보다 우수하다.	0.53**	0.34**	0.43**	0.63**	0.49**
4. 우리나라 보건의료시장은 전반적으로 규제수준이 높다.	-0.53**	-0.51**	-0.32*	-0.45**	-0.49**
5. 보건의료부분에서 정부규제는 편익에 비해 사회적 비용을 더 많이 유발시킨다.	-0.40**	-0.35**	-0.50**	-0.46**	-0.45**
6. 건강보험으로 인해 소비자들은 필요이상으로 의료서비스를 소비한다.	-0.25**	-0.04	-0.41**	-0.16	-0.21**
7. 의료기술발전이 국민의료비를 증가시키는 가장 큰 요인이다.	0.02	0.14	-0.19	0.05	0.07
8. 의료시장 개방으로 우리나라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시킬 수 있다.	-0.25**	-0.25**	-0.48**	-0.51**	-0.37**
9. 의료시장 개방으로 국민들은 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있다.	-0.20*	-0.27**	-0.36**	-0.45**	-0.35**
10. 의료기관의 영리법인 허용은 사회 전체적으로 비용대비 편익이 높다.	-0.42**	-0.45**	-0.51**	-0.50**	-0.47**
11. 사회보험이 아닌 민간보험으로 대체·가입할 수 있는 대체민간보험제도의 도입이 필요하다.	-0.41**	-0.40**	-0.51**	-0.45**	-0.47**
12. 요양기관 강제지정제가 폐지된다면, 환자들의 의료이용 즉, 접근성에 부정적인 영향을 주게 된다.	0.15	0.19*	0.38**	0.38**	0.29**
13. 현재의 건강보험급여는 확대되어야 한다.	0.26**	0.31**	0.29*	0.26**	0.27**
14. 현재의 행위별 수가제는 다른 형태로 바뀌어야 한다.	0.01	0.26**	0.31*	0.24**	0.20**
15. 의료저축계정의 도입이 필요하다.	-0.10	-0.02	-0.12	-0.18*	-0.09*
16. 노인요양비용은 공공보다는 민간 혹은 개인 책임져야 한다.	-0.39**	-0.06	-0.16	-0.31**	-0.24**
17. 의료급여 대상인구는 차상위 계층까지 포함하여 확대되어야 한다.	0.18*	0.20*	0.41**	0.13	0.23**
18. 우리나라 의료체계에 공공기능을 확대시켜야 한다.	0.40**	0.42**	0.35**	0.34**	0.39**
19. 공공의료기관 병상 수가 확대되어야 한다.	0.44**	0.29**	0.38**	0.34**	0.35**
20. 우리나라 보건의료정책 수행의 목표로 형평성보다는 효율성이 우선적으로 검토되어야 한다.	-0.43**	-0.48**	-0.67**	-0.51**	-0.53**

주: * p<0.05에서 유의함.
 ** p<0.01에서 유의함

이와 같이 보건의료시장의 특성을 보는 견해에는 평등 또는 자유라는 기본가치관이 작용하고 있으며, 특히 의료시스템에 정부역할의 중요성과 우리나라 보건의료시장의 높은 규제수준에 대해서는 상관계수가 각각 0.49, -0.49로, 가치관과 상대적으로 강한 상관관계를 지는 것으로 나타났다. 그러나 의사들의 유인 수요에 대한 상관계수는 -0.10으로 상대적으로 약한 상관관계를 지니고 있었다. 한편, 실증적 문항이라 할 수 있는 문항7(의료기술발전이 국민의료비를 증가시키는 가장 큰 요인이다)의 경우는 유의하지 않은 것으로 나타나 이 문항에 대해서는 평등 또는 자유라는 가치관과는 연관성이 없는 것으로 나타났다.

보건의료 정책현안에 대해 보건의료체계 내에 평등이라는 기본가치관에 높은 점수를 부여한 전문가들은 요양기관 강제지정제가 폐지된다면 접근성에 부정적인 영향을 미치고, 건강보험급여 확대, 행위별 수가제의 변경, 의료급여 대상인구의 확대, 의료체계의 공공기능 확대, 공공의료기관 병상수의 확대에 대해서는 긍정적인 견해를 지니고 있는 것으로 제시되었다. 그러나 의료시장개방으로 보건의료서비스의 국제경쟁력이 강화되고 의료의 질적 수준이 향상된다는 견해에 부정적이며 의료기관의 영리법인 허용, 대체민간보험제도 도입, 의료저축계정 도입, 노인요양비용의 개인책임에 부정적인 인식을 지니고 있는 것으로 추론할 수 있다. 특히, 보건의료정책의 수행목표로 형평성보다는 효율성이 우선되어야 한다는 문항에 대한 상관계수가 -0.53으로 나타나, 평등을 강조하는 가치관 지수와 강한 상관관계를 지니고 있었다. 그러나 의료저축계정의 도입에 대해서는 상관계수가 -0.09로 나타나 상대적으로 약한 상관관계를 지니고 있었다.

이와는 반대로, 자유라는 기본가치관에 높은 점수를 부여한 전문가들은 위에서 언급한 것과 상반되는 견해를 지니고 있는 것으로 해석할 수 있을 것이다. 이들은 요양기관 강제지정제가 폐지된다고 해서 접근성에 부정적인 영향을 미치는 것은 아니며, 건강보험급여 확대, 행위별 수가제의 변경, 의료급여 대상인구의 확대, 의료체계의 공공기능 확대, 공공의료기관 병상수의 확대에 대해서는 부정적인 견해를 지니고 있었다. 그러나 의료시장개방으로 보건의료서비스의 국제경쟁력이 강화되고 의료의 질적 수준이 향상된다는 견해에 긍정적이며 또한 의료기관의 영리법인 허용, 대체민간보험제도 도입, 의료저축계정 도입, 노인요

양비용의 개인책임에 긍정적인 인식을 지니고 있는 것으로 해석할 수 있다.

보건의료시장 특성에 관한 문항 및 보건의료 정책현안에 관한 문항과 평등을 강조하는 기본가치관 지수와의 상관관계를 전공별로 살펴보면, 각 문항에 대한 평등이라는 가치관 지수와의 상관관계가 대체로 유사하게 나타났으나, 실증적 문항이라 할 수 있는 견해에는 다소 다른 결과를 보이고 있다고 할 수 있다. 구체적으로 살펴보면, 문항2(의사들은 경제적 인센티브로 인해 환자들에게 자신의 의료서비스를 더 많이 수요하도록 유도한다)의 경우 유의하지 않아 의료체계의 기본 가치관(평등 또는 자유)이 의료공급자의 유인수요에 대해 생각하는 견해와는 연관성이 그다지 없는 것으로 나타났다. 그리고 문항 6(건강보험으로 인해 소비자들은 필요이상으로 의료서비스를 소비한다)의 경우에 있어서는 경제·경영과 사회·사회복지를 전공한 집단 내에서는 의료수요자들의 도덕적 해이라는 측면과 가치관이 상관관계가 있음을 보이고 있지만, 행정·정책과 의학을 전공한 집단 내에는 평등(또는 자유)을 지향하는 가치관과 상관관계가 없는 것으로 나타나 이 문항에 대해서는 가치관이 내재되어 있다고 보기는 어려운 것으로 추론된다. 또한 경제·경영을 전공한 집단에서는 요양기관 강제지정제의 폐지, 행위별 수가제의 변경, 의료저축계정도입에 평등 또는 자유라는 가치관을 부여하고 있지 않으며, 행정·정책과 사회·사회복지를 전공한 집단의 경우 의료저축계정 도입, 노인요양비용의 개인책임에 대해 평등(또는 자유)이라는 가치를 부여하지 않는 것으로 나타났다. 한편, 보건의료정책의 수행목표로 형평성보다는 효율성이 우선적으로 검토되어야 한다는 문항에 대해서는 전공별로 최소한 -0.43 이상의 상관계수를 지니고 있어 평등(또는 자유)이라는 가치가 상대적으로 강하게 내재되어 있다고 볼 수 있다.

바. 보건의료부문 전문가 견해에 대한 요인분석

보건의료시장을 바라보는 기본적인 견해 및 정책현안에 대해 전문가들의 의견일치수준을 전공별로 나누어 살펴보았으나, 전공에 국한되지 않고 전문가 전체 집단의 견해특성을 제시하기 위해 문항1에서 문항20까지를 대상으로 요인분

석을 실시하였다.^{주29)}

먼저 현재 분석되는 자료가 요인분석을 실행하기에 적합한지를 판단하기 위해 KMO와 Bartlett 검정을 실시하였다(표 IV-17 참조). KMO측도는 표본적합도를 나타내는 값이며, 0.5 이상 정도이면 자료가 요인분석에 적합하다고 판단할 수 있는데, 본 자료의 분석결과치가 0.852이므로 자료가 요인분석에 적합하다고 볼 수 있다.^{주30)} 또한 공통된 요인이 존재하는지에 대한 확인 단계로 요인분석 모형의 적합성 여부를 나타내는 Bartlett 구형성 값을 확인하였는데, Bartlett 구형성 검정치는 2509.5($p < .000$)으로 요인분석이 적용가능하다고 볼 수 있다.

<표 IV-17> KMO와 Bartlett의 검정결과

표준형성적절성의 Kaiser-Meyer-Olkin 측도		0.852
Bartlett의 구형성 검정	근사 카이제곱	2664.248
	자유도	190
	유의확률	.000

요인수를 결정하기 위해 주요요소분석(principal component analysis)에 의거한 요소분석을 실행하여 각 요소의 고유치와 표본총분산 중 개별요소가 설명하는 비율과 선행요소와 해당요소가 설명하는 누적비율을 <표 IV-18>에 제시하였다. 고유치(eigenvalue)가 1보다 큰 요인을 선택한 결과 5개의 요인이 추출되었으며, 이때 총 누적 설명변량은 53.3%로 각 요인별 설명력은 요인 I 이 25.2%, 요인 II가

주29) 요인분석(factor analysis)은 많은 변수들의 상호 관련성을 소수의 요인(factor)으로 추출하여 전체변수들의 공통요인을 찾아내 각 변수가 받는 영향의 정도와 그 집단의 특성을 규명하는 방법으로 즉, 공통요인을 이용해서 변수간의 상관관계를 설명하고, 공통요인과의 관계에 의해 각 변수의 성질을 간결한 형태로 기술하는 방법 중 하나임.

주30) Kaiser-Meyer-Olkin의 표본 적합성 측도는 관측된 상관계수들의 값과 편상관계수들의 값을 비교하는 지수로서 Kaiser(1974)에 의하면, KMO측도의 값이 0.90보다 큰 경우를 매우 우수한(marvelous) 경우로, 0.80~0.89인 경우를 가치있는(meritorious) 경우로, 0.70~0.79인 경우를 중급의(middling) 경우로, 0.60~0.69인 경우를 평범한(mediocre) 경우로, 0.50~0.59인 경우를 빈약한(miserable) 경우로, 0.5 이하를 수용하기 힘든(unacceptable) 경우로 분류함.

9.2%, 요인Ⅲ이 6.8%, 요인Ⅳ가 6.5%, 요인Ⅴ가 5.7%인 것으로 나타났다.^{주31)}

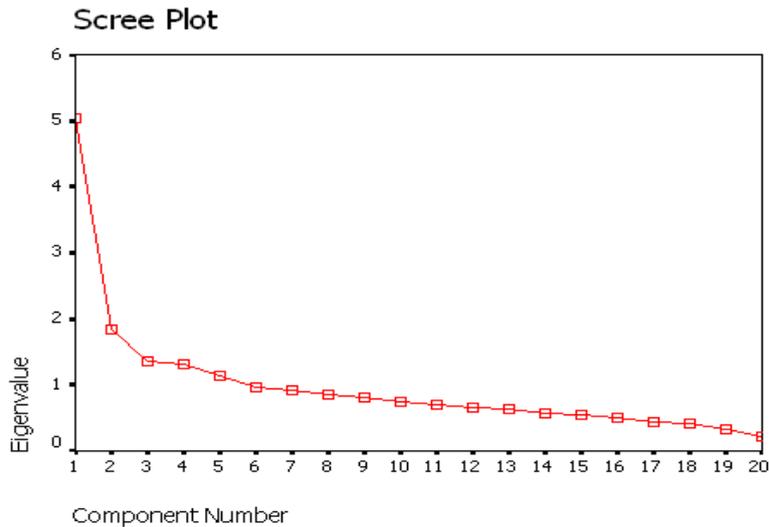
〈표 IV-18〉 요소의 고유치과 관련 통계량

요소	고유치	설명비율(%)	누적설명비율 (%)
1	5.03	25.2	25.2
2	1.84	9.2	34.4
3	1.35	6.8	41.2
4	1.30	6.5	47.7
5	1.13	5.7	53.3
6	0.97	4.8	58.2
7	0.91	4.6	62.7
8	0.86	4.3	67.0
9	0.81	4.0	71.1
10	0.75	3.7	74.8
11	0.71	3.5	78.4
12	0.66	3.3	81.6
13	0.64	3.2	84.9
14	0.57	2.9	87.7
15	0.56	2.8	90.5
16	0.50	2.5	93.0
17	0.44	2.2	95.2
18	0.42	2.1	97.3
19	0.33	1.7	98.9
20	0.21	1.1	100.0

요인의 적정 개수에 대한 추가적인 판단을 위해 스크리 도표(scree plot)를 아래의 [그림 IV-2]와 같이 제시하고 있다. 경사의 변화가 거의 없는 점을 선택할 수 있는 최대한의 요인 수라 할 수 있는데, 스크리가 6개의 요인으로부터 경사의 변화가 거의 없으므로 5개의 요인을 선택하는 것이 타당함을 보여주고 있다.

주31) 공통성을 검토해 본 결과 문항 7, 12, 17이 0.30에서 0.40사이로 나타나 이들 변수를 분석에서 제외할 근거로 쓸 수도 있지만, 본 연구에서는 포함시켜 분석하였음.

[그림 IV-2] 스크리 도표



요인은 Varimax 회전을 사용하여 요인 부하량을 도출하였으며, 요인부하량이 ± 0.40 이상인 것을 추출하였다. 요인부하량은 각 항목과 요인간의 상관관계를 나타내는 것으로 요인부하량의 일반적인 기준은 ± 0.40 이상이면 의미있다고 본다 (Nunnally, 1978; Waltz & Bausell, 1981).^{주32)}

다음의 <표 IV-19>는 요인 I에서 요인 V의 요인을 제시하고 있다. 요인 I의 경우, 보건의료시장의 특성에 있어 보건의료부문에 도 시장경쟁모델이 적용되어야 하고 우리나라 보건의료시장이 전반적으로 규제수준이 높고 보건의료부문에 서 정부규제가 편익에 비해 사회적 비용을 더 유발시키며 민간위주의 의료시스템이 우수하다고 보고 있는 전문가들은 의료기관의 영리법인 허용, 대체민간보험의 도입이 필요하며 요양기관 강제지정의 폐지가 접근성에 부정적인 영향을

주32) Hair 등(1998)에 따르면 검정력 0.8, 유의수준 0.05, 요인적재값의 분산이 상관계수의 분산의 2배라는 가정하에서 제시한 요인적재값의 기준으로, 표본수가 350 이상일 경우 ± 0.3 을, 250 이상일 경우 ± 0.35 , 200 이상일 경우 ± 0.40 , 150 이상일 경우 ± 0.45 , 120 이상일 경우 ± 0.5 등으로 제시하고 있음.

주는 것은 아니라고 여기는 것으로 나타났으며, 또한 우리나라 보건의료정책 수행의 목표로 효율성보다는 형평성이 우선적으로 검토되어야 한다고 생각하고 있는 것으로 나타났다. 요인 I에 높은 점수를 부여하는 사람은 정부 규제보다는 시장경쟁에 따른 가격시스템이 효율적이며 보건의료자원을 효과적으로 배분한다고 여기는 것으로 볼 수 있으므로, 효율성을 지향하는 가치관을 지닌 시장주의자로 간주할 수 있을 것이다. 반대로 요인 I에 낮은 점수를 부여하고 있는 사람은 시장경쟁에 따른 가격시스템보다는 정부의 역할을 강조할 것이므로, 요인 I을 ‘가치관요인’이라 명명하였다. 이는 형평성 지수와 요인점수1의 상관관계를 살펴보면^{주33)}, $p < 0.01$ 에서 유의하며 다른 계수보다 가장 강한 상관성을 지니고 있고(표 IV-20 참조), 앞서 살펴본 문항과 형평성지수간의 상관관계에 있어서도 전공별 집단과 상관없이 상관관계가 유의미한 것으로 나와 이를 내포하고 있다는 의미에 근거하여 요인을 명명하였다.

요인 II의 경우, 의료시장개방으로 우리나라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시킬 수 있으며 국민들이 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있다고 생각하는 전문가의 경우 의료기관의 영리법인이 허용됨으로써 비용보다는 편익이 높을 것이라 여기는 것으로 나타나, ‘시장개방요인’이라 명명하였다.

요인 III의 경우, 우리나라 의료체계에 공공기능을 확대시켜야 하고 공공의료 기관 병상 수의 확대에 동의하는 전문가들은 의료급여 대상인구 확대, 건강보험 급여확대, 노인요양비용의 공공책임에 동의하는 것으로 나타나, ‘공공성 및 보장성요인’이라 명명하였다.

요인 IV의 경우, 건강보험으로 소비자들이 필요이상의 의료서비스를 소비한다고 여기는 바와 같이 의료이용자들의 도덕적 해이에 동의하는 전문가들은 노인요양비용을 개인이 책임지고 현재의 건강보험급여가 확대될 필요가 없다고 여기는 것으로 나타나, 이를 의료 소비자의 ‘도덕적 해이 요인’이라 명명하였다. 마지막으로 요인 V의 경우 의사들이 경제적 인센티브로 환자들에게 자신의 의료서비스를 더 많이 수요하도록 유도하는 공급자 유인수요가 나타난다고 생

주33) 5개의 회전된 요인에 의해 회귀기법(regression method)에 따라 5개의 요인점수(factor score)를 산출하였으며 이를 요인점수1에서 요인점수5라 설정하였음.

각하는 전문가들은 현재의 행위별 수가제가 다른 형태로 바뀌어야 하며, 의료 기술발전이 국민의료비를 증가시키는 한 요인으로 생각하는 것으로 나타나, 이를 ‘유인수요 요인’이라 명명하였다.

〈표 IV-19〉 보건의료시장 특성 및 정책현안에 관한 인식의 요인분석

문항	요인 I	요인 II	요인 III	요인 IV	요인 V
5. 보건의료부문에서 정부규제는 편익에 비해 사회적 비용을 더 많이 유발시킨다	0.74				
4. 우리나라 보건의료시장은 전반적으로 규제수준이 높다.	0.71				
20. 우리나라 보건의료정책 수행의 목표로 형평성 보다는 효율성이 우선적으로 검토되어야 한다.	0.67				
11. 사회보험이 아닌 민간보험으로 대체·가입할 수 있는 대체민간보험제도의 도입이 필요하다.	0.66				
3. 정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템(예: 영국)이 민간위주의 의료시스템(예: 미국)보다 우수하다	-0.64				
12. 요양기관 강제지정제가 폐지된다면, 환자들의 의료이용 즉, 접근성에 부정적인 영향을 주게 된다.	-0.53				
10. 의료기관의 영리법인허용은 사회전체적으로 비용대비 편익이 높다.	0.50				
1. 보건의료부문에도 시장경쟁모델이 적용되어야 한다.	0.49				

주: 요인추출방법: principal component analysis

회전방법: Kaiser 정규화가 있는 베리맥스

요인적재값 ≥ 0.40

<표 IV-19> 계속

문항	요인 I	요인 II	요인 III	요인 IV	요인 V
9. 의료시장 개방으로 국민들은 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있다.		0.87			
8. 의료시장 개방으로 우리나라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시킬 수 있다.		0.86			
10. 의료기관의 영리법인허용은 사회전체적으로 비용대비 편익이 높다.		0.54			
19. 공공의료기관 병상 수가 확대되어야 한다.			0.79		
18. 우리나라 의료체계에 공공기능을 확대시켜야 한다.			0.76		
17. 의료급여 대상인구는 차상위 계층까지 포함하여 확대되어야 한다.			0.53		
13. 현재의 건강보험급여는 확대되어야 한다.			0.45		
16. 노인요양비용은 공공보다는 민간 혹은 개인 책임져야 한다.			-0.44		
15. 의료저축제정의 도입이 필요하다.				0.61	
6. 건강보험으로 인해 소비자들은 필요이상으로 의료서비스를 소비한다.				0.60	
16. 노인요양비용은 공공보다는 민간 혹은 개인 책임져야 한다.				0.49	
13. 현재의 건강보험급여는 확대되어야 한다.				-0.43	
14. 현재의 행위별 수가제는 다른 형태로 바뀌어야 한다.					0.64
2. 의사들은 경제적 인센티브로 인해 환자들에게 자신의 의료서비스를 더 많이 수요하도록 유도한다.					0.60
7. 의료기술발전이 국민의료비를 증가시키는 가장 큰 요인이다.					0.45

주: 요인추출방법: principal component analysis, 회전방법: Kaiser 정규화가 있는 베리맥스
 요인적재값≥0.40

<표 IV-20> 의료시스템 가치관 index 및 요인점수와 의 상관관계

	요인점수 1	요인점수 2	요인점수 3	요인점수 4	요인점수 5
형평성 index	-0.56**	-0.26**	0.34**	-0.09*	0.06

주: * p<0.05에서 유의함, ** p<0.01에서 유의함.

응답자의 보건의료에 대한 기본 가치관이 사회경제적 변수에 영향을 받을 수 있다는 가정 하에 사회경제적 변수를 독립변수로 하고 가치관 요인의 요인점수 1을 종속변수로 하여 회귀분석을 하였다. 분석결과, 전공별 더미변수(subject_admi, 행정·정책전공; subject_soci, 사회·사회복지전공; subject_medi, 의약전공)의 계수가 -0.35,

-0.86, -0.44로 나타나, 다른 변수가 모두 일정하다면 준거집단인 경제·경영집단에 비해 가격시스템을 중시하는 가치관에 음(-)의 영향을 미친다고 할 수 있다. 이는 앞서 50-50분할과 엔트로피 지수를 분석하기 위해 전공별로 분류한 것에 타당한 근거도 제시한다. 한편, 유럽에서 최종학위를 받은 사람은 국내에서 받은 사람보다 가격시스템을 중시하는 가치관에 음(-)의 영향을 미친다고 할 수 있다. 또한 형평성 지수를 종속변수로 하여 회귀분석한 결과, 전공별 더미변수의 계수(subject_admi, 행정·정책전공; subject_soci, 사회·사회복지전공; subject_medi, 의약전공)가 0.13, 0.22, 0.15로 나타나, 다른 변수가 동일하다면 경제·경영을 전공한 집단에 비해 형평성을 중시하는 가치관에 양(+)의 영향을 미치고 있음을 제시하고 있다.

〈표 IV-21〉 응답자의 사회경제적 변수 및 가치관의 회귀분석결과

독립변수	종속변수= 요인점수 1		종속변수= 형평성지수	
	계수(β)	표준편차	계수(β)	표준편차
constant	-0.31	0.46	0.42	0.09
sex_fem	0.05	0.13	0.04	0.03
years	0.01	0.01	0.003	0.00
school_jap	-0.29	0.28	0.04	0.05
school_us	0.00	0.16	-0.02	0.03
school_euro	-0.61*	0.28	0.10	0.05
school_other	-0.15	0.51	-0.15	0.10
career	0.01	0.01	-0.006*	0.00
work_govern	-0.02	0.17	-0.01	0.03
work_medic	0.54**	0.16	-0.03	0.03
work_other	1.66*	0.70	-0.05	0.14
committee	-0.003	0.01	-0.001	0.00
subject_admi	-0.35*	0.16	0.13**	0.03
subject_soci	-0.85**	0.17	0.22**	0.33
subject_medi	-0.43**	0.16	0.15**	0.03
subject_other	-0.42	0.23	0.10*	0.05
R-square=0.40, F=4.23(sig. = 0.00)		R-square=0.43, F= 5.36(sig.=0.00)		

주. 준거집단=최종학교출신지역이 국내이며 대학연구기관에 소속된 경제경영을 전공한 남자
 독립변수= years(연령), career(경력연수), committee(위원회참여회수), sex_fem(더미변수-여성), school_jap(더미변수-최종학위수여자: 일본), school_us(더미변수-최종학위수여자: 미국), school_euro(더미변수-최종학위수여자: 유럽), school_other(더미변수-최종학위수여자: 기타), work_govern(더미변수-근무자: 정부 및 공공기관), work_medic(더미변수-근무자: 의료기관), work_other(더미변수-근무자: 기타), subject_admi(더미변수-전공: 행정정책학), subject_soci(더미변수-전공: 사회·사회복지학), subject_medi(더미변수-전공: 의약학), subject_other(더미변수-전공: 기타)
 * p<0.05에서 유의함, ** p<0.01에서 유의함

사. 보건의료 정책현안의 우선순위

보건의료부분과 관련된 정책현안의 우선순위 설정을 위해 계층분석법(Analytic Hierarchy Process: 이하 AHP)을 활용하였다.^{주34)} 계층분석법(AHP)은 의사결정문제를 계층구조화하고, 이원비교를 기초로 평가기준들의 가중치(상대적 중요도)와 각 평가기준 하에서 대안들의 상대적 선호도를 도출한 수, 이를 계층구조에 따라 종합화하여 비교 대안들의 종합적인 선호도 및 평가순위를 도출하는 방법이다. AHP는 다목적 의사결정의 문제를 해결함에 보다 유효한 기법으로 특히, 질적 문제에 관한 우선순위 설정에 과학적인 기준을 제공한다. 대안선정을 위해서는 주관적인 개개인의 주장을 객관적 절차를 통해 검증해야 하는데, 이때 AHP가 이러한 검증 기준으로 사용될 수 있다. 이는 평가기준이 다수의 요소로 나누어져 있는 경우 통합적 평가를 위해 가장 적합한 기법이라 볼 수 있다. 의사결정 요소들 간의 쌍대 비교를 통하여 상위요소에 기여하는 정도는 다음의 표와 같이 9점 척도로 중요도를 부여하여, 의사결정요소들의 상대적인 가중치를 추정하였다(표 IV-22 참조).

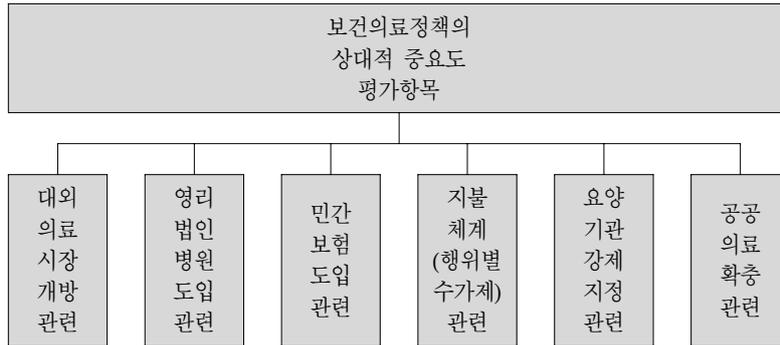
〈표 IV-22〉 쌍대비교의 척도

중요도	정의	설명
1	비슷함 (equal important)	어떤 기준에 대하여 두 활동이 비슷한 공헌도를 가진다고 판단됨
3	약간 중요함 (moderate importance)	경험과 판단에 의하여 한 활동이 다른 활동보다 약간 선호됨
5	중요함 (strong importance)	경험과 판단에 의하여 한 활동이 다른 활동보다 강하게 선호됨
7	매우 중요함 (very strong importance)	경험과 판단에 의하여 한 활동이 다른 활동보다 매우 강하게 선호됨
9	극히 중요함 (extreme importance)	경험과 판단에 의하여 한 활동이 다른 활동보다 극히 선호됨
2,4,6,8	위 값들의 중간값	경험과 판단에 의하여 비교값이 위 값들의 중간값에 해당한다고 판단될 경우 사용함
역수값	활동a가 활동b에 대하여 위의 특정값을 갖는다고 할 때, 활동b는 활동a에 대하여 그 특정값의 역수값을 갖음.	

주34) 계층분석법은 다수의 속성들을 계층적으로 분류하여 각 속성의 중요도를 파악함으로써 최적 대안을 선정하는 기법(Saaty, T., *The Analytic Hierarchy Process* McGraw-Hill, 1980)임.

보건의료정책의 상대적 중요도를 평가하기 위한 항목으로는 대외의료시장개방관련, 영리법인병원도입관련, 민간보험도입관련, 지불체계(행위별수가제)관련, 요양기관강제지정관련, 공공의료확충관련의 6항목을 설정하여 분석하였다(그림 IV-3 참조). 본 조사에서는 의사결정자가 다수 존재하기 때문에 의사결정은 다수의 평균치를 가지고 분석이 되어야 하는데, 이때에 평균값은 계산하기 쉽고 간단한 산술평균보다는 기하평균을 가지고 분석하는 것이 이론적으로 우월성을 지니기 때문에, 기하평균을 이용하여 다수 의사결정자의 중요도 척도를 평균화하였다.

[그림 IV-3] 보건의료정책의 상대적 중요도 평가항목



보건의료정책의 상대적 중요도 평가항목에 AHP를 적용하여 분석한 결과, 6개의 보건의료정책현안에 관한 우선순위에서 공공의료확충이 가장 높게 나왔다. 이는 앞서 엔트로피 지수를 통해 살펴본 전문가 집단의 의견일치 수준에서 문항18(우리나라 의료체계에 공공기능을 확대시켜야 한다)과 문항19(공공의료기관 병상 수가 확대되어야 한다)의 엔트로피 지수가 각각 0.55와 0.70으로, 상당한 의견 일치수준을 보이고 있는 항목이다. 그 다음으로 우선순위가 높은 정책현안은 지불체계(행위별 수가제)와 관련된 것으로 이 또한 엔트로피 지수가 0.79로 전문가 집단내에 의견이 수렴되고 있는 정책과제라 할 수 있을 것이다. 그 다음의 정책현안 우선순위는 영리법인 병원도입 관련, 요양기관 강제지

정관련, 민간보험 도입관련의 순으로 정책현안의 중요도를 가지는 것으로 나타났다. 마지막으로 대외의료시장 개방과 관련해서 문항8(의료시장 개방으로 우리나라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시킬 수 있다)과 문항9(의료시장 개방으로 국민들은 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있다)의 엔트로피 지수는 앞서 살펴본 바와 같이 0.68, 0.72로 나타나 전문가 집단내에 의견일치 수준이 상당히 높은 항목으로 의료시장 개방을 통한 편익을 인정하고는 있지만, 다른 보건의료 정책현안들보다 상대적으로 우선순위가 낮은 것으로 나타났다.

〈표 IV-23〉 보건의료 정책현안의 우선순위

구분	대외의료 시장개방	영리법인 병원도입	민간보험 도입	지불체계	요양기관 강제지정	공공의료 확충	weight	순위
대외의료 시장개방	1.00	1.08	0.78	0.50	0.66	0.36	0.097	6
영리법인 병원도입	0.93	1.00	6.00	0.55	0.71	0.35	0.163	3
민간보험 도입	1.28	1.21	1.00	0.58	0.78	0.40	0.116	5
지불체계	2.02	1.83	1.72	1.00	1.51	0.56	0.188	2
요양기관 강제지정	1.51	1.42	1.28	0.66	1.00	0.39	0.134	4
공공의료 확충	2.80	2.83	2.48	1.78	2.54	1.00	0.302	1

보건의료 정책현안의 우선순위를 전공별로 살펴보면, 우선순위에 있어 약간의 차이를 보이고 있는 것으로 나타났다. 경제·경영을 전공한 집단에서는 영리법인 병원도입과 관련된 정책이 가장 중요하게 고려되어야 하는 것으로 나타났으며, 그 다음으로는 공공의료확충, 그리고 지불체계(행위별 수가제)와 관련된 정책 순으로 중요도를 부여하고 있어 공공의료확충에 가장 높은 우선순위를 부여한 전체의 견해와는 다소 상이하게 나타났다. 그러나 이들 가중치가 각각 0.219, 0.201, 0.191로, 현저한 차이를 보이고 있는 것은 아니다. 그 다음의 정책

우선순위로는 민간보험도입, 요양기관 강제지정, 대외의료시장개방과 관련된 정책의 순으로 중요도를 부여하고 있는 것으로 나타났다.

행정·정책, 사회·사회복지, 그리고 의약학을 전공한 집단의 경우 공공의료확충, 그 다음으로는 지불체계(행위별 수가제)에 높은 우선순위를 부여하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 나머지 우선순위에 있어 행정·정책을 전공한 집단의 경우 영리법인 병원도입, 대외의료시장개방, 민간보험도입, 그리고 요양기관 강제지정의 순으로 중요도를 부여하고 있는 것으로 나타났으며, 사회·사회복지를 전공한 집단의 경우, 요양기관 강제지정, 영리법인 병원도입, 대외의료시장개방, 민간보험도입의 순으로 중요도를 부여하고 있는 것으로 나타났다. 사회·사회복지학을 전공한 집단에서는 요양기관 강제지정과 관련하여 상대적으로 높은 우선순위를 부여하고 있는 반면, 행정·정책학을 전공한 집단에서는 우선순위에 있어 상대적으로 낮은 중요도를 부여하고 있는 것으로 나타났다.

그리고 의약학을 전공한 집단의 경우, 사회·사회복지학을 전공한 집단과 전반적으로 거의 유사하게 정책현안에 대해 중요도를 부여하고 있는 것으로 나타났다. 의약학을 전공한 집단의 경우 대외의료시장개방에, 그리고 사회·사회복지학을 전공한 집단은 민간보험 도입과 관련해서 가장 낮은 중요도를 부여하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 IV-24〉 전공별 보건 의료 정책현안의 우선순위

구 분	경제&경영학 (n≤132)		행정&정책학 (n≤145)		사회&사회복지 (n≤149)		의약학 (n≤158)	
	weight	순위	weight	순위	weight	순위	weight	순위
대외의료 시장개방	0.127	5	0.129	4	0.096	5	0.088	6
영리법인 병원도입	0.219	1	0.177	3	0.130	4	0.148	3
민간보험도입	0.149	4	0.127	5	0.078	6	0.110	5
지불체계	0.191	3	0.192	2	0.209	2	0.197	2
요양기관 강제지정	0.114	6	0.116	6	0.174	3	0.125	4
공공의료확충	0.201	2	0.259	1	0.313	1	0.332	1

한편, 보건의료 정책현안의 우선순위를 응답자의 소속기관별로 살펴보면, 소속기관에 상관없이 공공의료 확충에 가장 높은 우선순위를 부여하는 것으로 나타났으며, 그 다음으로는 의료기관을 제외하고 지불체계에 높은 중요도를 부여하였다. 의료기관의 경우 지불체계와 관련된 사항보다는 영리법인 병원도입에 보다 높은 가중치를 부여하였으며 그 다음으로 지불체계가 중요한 것으로 보았다. 대학 및 연구기관과 정부기관에서는 보건의료 정책현안과 관련하여 우선순위를 보는 견해가 유사한 것으로 나타났으며, 공공기관도 민간보험도입과 요양기관강제지정과 관련된 항목에서 나타난 순위변동을 제외하면 이와 거의 유사한 것으로 나타났다. 의료기관의 경우 요양기관 강제지정과 관련된 정책에서 우선순위가 상대적으로 낮은 것으로 나타났다.

〈표 IV-25〉 소속기관별 보건의료 정책현안의 우선순위

구 분	대학 및 연구기관 (n≤353)		정부기관 (n≤35)		공공기관 (n≤36)		의료기관 (n≤127)	
	weight	순위	weight	순위	weight	순위	weight	순위
대외의료 시장개방	0.110	6	0.093	6	0.100	6	0.134	5
영리법인 병원도입	0.164	3	0.142	3	0.149	3	0.211	2
민간보험도입	0.112	5	0.107	5	0.123	4	0.149	4
지불체계	0.211	2	0.179	2	0.182	2	0.158	3
요양기관 강제지정	0.133	4	0.116	4	0.121	5	0.113	6
공공의료 확충	0.270	1	0.364	1	0.325	1	0.234	1

아. 소결

보건의료관련 정책결정에 있어 가치가 중요한 역할을 한다면 이것이 지니는 함의는 가치에서의 차이를 명료히 해야 하며, 이를 해결할 수 있는 방안을 모색해야 한다는 것이다. 보건의료정책에 있어 소위 효율성 측면과 형평성 측면,

다시 말해서 총 소득을 보다 크게 할 것인지 아니면 소득의 형평성을 보다 크게 할 것인지와 같은 다양한 형태로 가치가 상이하게 나타날 수 있다. 예를 들어, 동일한 소득수준을 가지는 사람들에게도 경제·사회적인 변수, 자신의 건강관련 행태에 따라 의료의 비용 및 편익을 다양한 측면에서 바라볼 수 있다. 또한 효율성의 이점을 모두 인정한 전문가 집단 내에서도 분배적인 측면에 관해 다른 견해를 가질 수 있으며 또한 효율성과 형평성에 부여하는 가중치도 다를 수 있다.

이와 같이 정책결정에 있어 가치가 매우 상이한 경우 각각의 정책에 내재되고 있는 실증적인 문제를 명료하게 제시해야 한다. 즉, 보건의료정책을 결정함에 있어 이 정책에 내재된 실증적인 문제를 분석한다면, 정책결정에 따르는 불확실성을 줄일 수 있고, 그래서 정책결정에 나타나는 가치의 차이를 좁힐 수 있다. 예를 들어, 앞서 살펴본 본 엔트로피지수에서 건강보험급여 확대(문항13), 노인요양비용의 공공책임(문항16), 의료체계에 공공기능 확대(문항18) 등 의료의 공공성 및 보장성에 대해서는 전문가 집단 내에서 강하게 의견이 수렴되고 있는 분야로, 이에 대해 정책적으로 보다 많은 노력을 기울여야 할 분야일 것이다. 한편, 영리법인허용(문항10), 대체민간보험제도 도입(문항11), 요양기관 강제 지정제 폐지(문항12), 의료저축계정의 도입(문항15)의 경우에 있어 각 전문가 집단 내에 의견을 달리하고 있는 부분으로, 이것과 관련해 지속적인 실증 분석이 이루어진다면 정책에 부여하는 견해의 차이를 좁히는데 기여할 수 있을 것이다.

또한, 의료저축계정의 도입(문항15), 행위별수가제 변경(문항14), 영리법인병원 허용(문항10), 의료기술발전으로 인한 국민의료비 증가(문항7), 규제의 편익과 비용(문항5)과 같이 ‘의견없음’(no opinion/no decision)이라고 답한 비율이 높은 문항에 대해서도 좀 더 심도있는 연구가 요구되는 부분이라 할 것이다. 특히, 보건성과(outcomes) 및 지출의 관점에서 의료기술변화의 중요성, 지불체계 등을 고려해 본다면, 이는 우선순위가 높은 연구분야임이 명백하다 할 것이다.

한편, 본 서에서는 요인분석을 수행하여 전문가들의 견해특성을 파악하고자 하였다. 분석결과에 따르면, 5가지 요인들 중 설명비율이 가장 낮은 요인을 제외하면 다른 요인들은 보건의료부문에 대한 기본가치관과 통계적으로 유의한 수준($p < 0.05$)에서의 상관관계를 보이고 있는 것으로 나타났다. 특히, 설명비율이

가장 높은 요인은 기본가치관과의 상관계수가 다른 요인들에 비해 가장 높은 것을 알 수 있다. 이 요인에 높은 점수를 부여하는 전문가들은 정부규제보다는 시장경쟁에 따른 가격시스템이 바람직하다는 견해를 지닌 시장주의자 또는 자유주의자로 명명할 수 있는 반면, 낮은 점수를 부여하는 전문가들은 정부의 역할을 강조하는 평등주의자라고 할 수 있을 것이다.

V. 우리나라 보건의료시장 제도개선을 위한 정책방향

보건의료제도를 개혁 또는 개선하기 위한 노력은 우리나라뿐 아니라 외국에서도 주요 국가 아젠다(Agenda)로 지속적으로 진행하고 있음은 주지의 사실이다. 의료비의 급격한 증가와 정부재정의 압박, 접근성 및 배분의 문제, 보건의료체계의 성과도 제고를 위한 비용·효과성 문제 등은 주요 선진국이 경험하고 있는 주요 이슈들이라 할 수 있을 것이다. 우리나라 역시 이와 같은 문제들에 직면하고 있으며, 기본적으로는 사회운영원리의 이념이 반영된 의료체계의 구축 방향에 대한 사회적 합의가 미흡하다고 할 수 있다. 그런데, 우리나라 보건의료체계의 바람직한 방향 설정을 위한 논의는 대중적인 요법의 제시가 아닌 기본적인 시각에서 진행될 필요가 있다 하겠다. 본 장에서는 이러한 관점을 가지고 우리나라 보건의료체계의 제도개선을 위한 정책방향을 논의하고자 한다. 이를 위하여 먼저 주요 선진국들의 경험을 고찰하여 우리에게 주는 정책적 시사점을 모색하였다. 이어 정부의 역할을 강조하는 입장과 시장의 역할을 강조하는 입장에서의 형평성과 효율성이라는 상충되는 규범을 조화롭게 이루어나갈 수 있는 방안을 논의하고자 하였다. 이러한 논의를 기초로 본 장의 마지막 절에서는 우리나라 보건의료제도의 개선을 위한 정책방향을 도출하였다.

1. 주요 외국 보건의료개혁의 배경 및 동향

가. 주요 외국 보건의료개혁 배경

선진국에 대두되고 있는 보건의료개혁은 다음과 같은 요인들이 작용하고 있다.

- 보건의료서비스에 대한 총지출 증가
- 정부재정지출의 급격한 증가

- 접근성 및 배분 문제
- 보건의료서비스 공급의 비용·효과성 문제

1) 국민의료비 증가

다수 국가에서 국민의료비가 증가하고 있는데, 1972년에서 1982년간 미국, 뉴질랜드, 영국, 네덜란드에서 보건의료비 증가율은 36%, 30%, 26%, 25%로 증가하였으며, 1982년에서 1992년간에는 네덜란드가 2%증가를 보였지만 미국, 뉴질랜드, 영국은 36%, 12%, 20%로 여전히 증가하는 추세를 보이고 있다. 이러한 증가가 오일쇼크 이후의 영향을 부분적으로 받아 나타난 측면도 있겠으나 고령화, 소득증가에 따른 양질의 의료서비스 요구 증가, 선진 의료기술 이용, 보험급여범위(insurance coverage) 확대 등에 있다고 볼 수 있다.

일반적으로 소득이 증가함에 따라 보건의료에 대한 수요 역시 증가한다. 이에 관해 소득에 관한 수요탄력성을 제시하는 연구가 많이 진행되고 있는데, 미국의 경우 자주 언급되고 있는 보건의료에 대한 소득탄력성은 RAND Health Insurance Experiment에 의해 분석된 0.2인 것으로 알려지고 있다^{주35)}(Manning 등, 1987). 또한, OECD 국가 중 미국 및 스위스를 제외하고 1960년대 이후 사회보험으로 의료급여를 제공하는 국가들이 점차 증가해 왔다. 1960년대부터 1990년대까지 공공보험에 의해 보장되는 의료비 분담은 58%에서 83%로 약 25%포인트 정도 증가하였는데, 이러한 총의료급여(total insurance cover)에서의 증가는 개별 소비자의 의료비감소와 연관된다. 전체 의료비에 주는 영향을 평가하기 위해서는 수요의 가격탄력성을 추정해야 하는데, 예를 들어, 미국의 경우 가격변화효과를 사용해서 살펴보면, 1960년대에서 1990년대 동안 급여범위의 증가로 인한 영향력은 보건의료비의 총 증가분에 10퍼센트를 차지하는 것으로 나타나고 있다(Manning 등, 1987). 이와 같은 수요측면 이외에도 의료기술발전, 의료인력 및 시설 증가, 보건의료가격에서의 증가 등과 기타 여러 가지 요인으로도 나누어 살펴볼 수 있다(OECD, 1994). 여기에서 기타 여러 가지 요인

주35) 보험이 커버되는 부분은 동일하다는 가정함.

은 보건의료의 소비자가 직면하기 보다는 공급자가 직면하게 되는 보건의료 관련 인센티브측면이라 할 수 있을 것이다. 다시 말해서 시장불완전성, 공급규제, 인센티브 규제 등의 크기에 따라 영향을 받을 수 있다(OECD, 1994).

사회 전체적으로 GDP 중에 의료비 증가의 추세가 반드시 부적절한 것만은 아니다. 각 국가의 정부가 직면하고 있는 딜레마는 적절한 의료비가 어느 수준 인지를 판단하는 것에 있다. 보건의료서비스에 대한 수요가 소득보다 급격히 증가하는 추세에 있는 경우라면, 그리고 의료기술변화에 대한 비용에 비해 의료의 질 향상으로 보상받을 수 있는 것 이상이라면 정부의 재정지출 증가로 사회후생이 향상될 수 있다.

이와 같이 국민의료비 증가가 보건의료개혁을 위한 정당성을 부여하고 있지만 보건의료비 지출에 대한 적절한 수준은 명료하지 않다. 다만 총의료비 지출이 증가함에 따라 나타나게 되는 우려는 급격한 정부재정지출로 인한 재정적자 및 비효율성에 대한 측면으로 볼 수 있다.

2) 정부재정의 급격한 지출

대부분의 OECD국가에서 정부는 보건의료비의 상당부분을 지불하고 있어, 보건의료비는 정부지출의 중요한 요소가 되고 있다. 급격한 정부재정지출로 인한 공공부문의 재정적자 증가로 보건의료개혁의 필요성이 제기되고 있다.

보건의료부문의 재정은 대부분 보험을 기반으로 하고 있으며, 이러한 의료보험시장의 재정은 점차 악화되고 있는 실정이다. 보험을 통해 위험을 분산시키려는 의도는 위험이 높은 사람에게 호의적으로 변모하게 되는 소위 ‘역선택’이 나타나게 되며, ‘도덕적 해이’로 사회적 최적수준 이상으로 의료서비스를 소비하게 된다. 또한 보험자(insurers)보다 치료방법에 대한 실질적 수요에 관해 더 자세한 정보를 보유한 보건의료공급자는 의료서비스를 더 많이 수요하도록 유도하는 유인수요로 인해 의료선택에 영향을 주고 있다.

이러한 이유 등으로 모든 OECD 국가들은 공적의료보험 및 보건의료부문에 서의 공공 규제와 더불어 민간의료보험시장에 대한 의존도를 높이고 있다. 실

제로 공공부문은 보건의료서비스를 공급하기 위한 재정부분에 주도적인 역할을 해왔다. 그러나 1960년대에서 1970년대를 거치면서 의료비가 급격히 증가하여 대부분의 국가에서 의료비 증가를 통제하려는 방안을 모색하였으며, 다수의 국가들이 다양한 거시경제적 제약을 통해 의료비를 제한하려 하였다. 그러나 이것 또한 보건의료부문의 공급에 문제점을 낳고 있으므로 최근에는 의료서비스를 보다 효율적으로 전달하려는 추세로 전환되고 있긴 하지만 많은 OECD 국가가 여전히 경제성장률을 상회하는 의료비 증가를 경험하고 있다.

다른 한편으로 보건의료시장에 경쟁원리를 도입하여 시장경쟁을 통한 관리하의 경쟁(managed competition)을 모색하고 있다. 이는 소비자와 보건의료제공자들이 시장의 경쟁 속에서 보다 효율적으로 행동하도록 유도하는 것으로, 영국과 미국 등에서 수용되고 있다. 반면 행위별수가제(Fee-For-Service)를 주로 사용해 왔던 국가에서는 행위별수가제가 의료비를 상승시키는 주된 원인으로 인식됨에 따라 이에 대한 대안으로 포괄수가제를 검토 및 실시하는 국가가 증가하고 있다.

〈표 V-1〉 의료비규제전략

	미시적 수준	거시적 수준
수요측 접근방식	<ul style="list-style-type: none"> · 본인부담금과 같은 의료수가에 대한 환자의 인식제고 · 의사의 임상적인 결정에 대한 심사, 의료이용심사, 관리의료 (managed care) 	<ul style="list-style-type: none"> · 병원에 대한 총액예산제 · 개원의에 대한 의료비 지출 한도제
공급측 접근방식	<ul style="list-style-type: none"> · 인두제, DRGs 등과 같은 경제적 유인장치를 통한 생산의 효율성 제고 · 의료시설의 소유권에 대한 법적규제 	<ul style="list-style-type: none"> · 보건의료자원에 대한 지역간, 계층간 바람직한 배분을 위한 계획 · 보건의료 자원의 연간 총량 제한

자료: Reinhart, U.(1990).

3) 보건의료서비스 공급에서의 비효율성

제한된 예산과 더불어 비용에서의 비효율성으로 인해 다수의 OECD국가들이 보건의료부문의 개혁을 고려하는 원인 중 하나로 작용하고 있다. 의료비는 지속적으로 상승하고 있지만 성과(outcomes)에 있어서는 그렇지 못하는데, 이에 보건경제학자들은 많은 보건의료서비스에 대한 비용효과성의 근거가 부족하다는 측면을 강조하고 있으며, 경제학자들은 성과의 미흡문제를 의사들에 의한 배분결정의 결과로 보고 있다. 다시 말해서, 의사들은 자신이 공급하거나 추천한 서비스의 비용 및 편익에 관해 민감한 인센티브를 가지지 못하는 것으로 설명한다. 이는 유사한 의료수요(needs)를 가진 사람들에게 전달되는 보건의료서비스의 종류에 큰 편차가 나타나고 있다는 분석결과를 통해 제시하고 있다. 그러므로 보건의료수요에 대한 현재의 자원배분과 환자들의 요구를 충족시키는데 이용되는 보건의료서비스는 사회적 관점에서 최적이라기보다는 의료인의 관점에서 최적임을 반영한다는 우려를 낳고 있다.

그렇다면 왜 자원배분이 의사들에 맡겨지게 되었는지에 관해서는 역사적으로 공공 및 민간보험이 의사들에 의해 제공된 서비스에 요금을 지불하는 수동적인 정액수혜제의 보험자(indemnity insurers)라는 측면을 고려해 볼 수 있다. 공공 및 민간보험은 의사들에게 의약품, 입원, 의뢰 등에 관해 의사들이 결정하는 서비스 공급 및 권유내용을 구체화시키지 못하였고 그래서 상대적으로 의사들에게 보건의료서비스를 비용효과적으로 전달하도록 하는 압력을 행사하지 못하였다. 또한 다양한 보건의료 수요에 대해 최적의 자원배분을 보장하는 효과적인 관리가 거의 미흡하였다.

이러한 측면을 반영한 개혁방향이 모든 국가에서 동일하게 나타나는 것은 아니다. 이는 다음의 두 가지 요인으로 고려될 수 있다. 첫째, 개혁의 출발시점이다. 다양한 재정, 계약, 규제조항 그리고 이와 관련된 인센티브 구조는 각 국가마다 당면하고 있는 보건의료의 재정 및 전달체계 상에서의 문제점이 각기 상이하게 나타나고 있음을 의미한다. 예를 들어, 병원서비스에 대해 월급제의 지불구조를 가진 영국 및 스웨덴과 같은 국가에서는 대기시간을 줄이는 등의 효

과성에 개혁의 초점을 두고 있다. 이와는 반대로 미국, 독일, 프랑스 등 병원 및 의사들에게 행위별수가제를 적용하는 국가에서는 의료전달의 질적 수준을 유지하면서 전반적인 의료비 지출을 억제하는데 개혁의 주안점을 두고 있다. 또한 미국 등의 국가에서는 보건의료공급에 대한 접근성 및 형평성이 개혁을 위한 주요 논의사항으로 되고 있다. 둘째, 각 국가마다 목표에 대한 가중치를 달리하고 있으며 보건의료공급자, 환자 및 일반국민에 대한 정치적 영향력을 달리하고 있다. 그러므로 유사한 문제를 지니는 국가에서도 개혁은 다른 형태를 나타낸다. 그래서 각 국가가 지니고 있는 목표간에 상충관계가 나타날 수 있는데, 예를 들어 정부지출을 감소시키기 위해 보건의료공급자의 소득을 제한하거나 또는 환자들에게 본인부담을 증가시키는 형태를 지닐 수 있으나 이는 보건의료에 대한 접근성에서 상충된 결과를 낳게 되며 또한 성과(output) 감소, 대기시간 증가, 소비자 만족도 저하 등도 유발할 수 있다.

4) 정부의 역할 변화

보건의료시장이 가지는 특수성으로 정부의 개입이나 규제는 당연한 것으로 받아들여왔다. 즉, 시장실패(market failure)로 완전경쟁이라는 가정이 잘 성립되지 않는 특성을 지니며, 이러한 시장실패가 존재할 경우 시장메커니즘은 보건의료서비스의 수요 및 공급을 최적으로 제공하도록 유도하지 못한다는 것이 일반적인 견해였다. 보건의료시장의 특수성은 앞서 논의한 바와 같이 크게 외부성 존재(presence of externality), 불완전한 지식(imperfect knowledge), 불확실성(uncertainty) 등으로 나누어 볼 수 있다.

이러한 이유 등으로 미국을 제외한 OECD 주요국은 국민들이 시장경제의 논리에 구속되지 않고 보건의료를 이용할 수 있도록 해야 한다는 맥락에서 국가가 국민들의 보건의료비를 책임지는 형태를 취하였다. 다음의 표에서 제시하는 것은 보편성(universalism)^{주36}과 포괄성(comprehensiveness)^{주37}의 개념으로 나타

주36) 의료에 대해 지불할 수 있는 능력에 상관없이 모든 국민들이 똑같이 의료를 이용할 수 있는 권리를 의미함.

주37) 국가가 국민들의 의료비에 대해 재정적인 책임을 져야한다는 것을 의미함.

낸 탈상품화 수준을 보여주고 있다.^{주38)} 이는 탈상품화의 정도가 큰 나라일수록 국민들의 의료보장은 시장논리와는 상관없이 의료를 이용토록 하는 것으로 이해할 수 있다.

〈표 V-2〉 보건의료의 탈상품화 수준

(단위: %)

국가명	1960	1970	1980	1991
캐나다	35.43	75.00	86.20	82.00
독일	76.50	80.96	96.45	84.82
이탈리아	69.60	74.40	81.20	75.00
일본	61.60	80.70	88.70	87.00
스웨덴	80.00	92.00	95.80	94.00
영국	93.00	93.00	93.00	93.00
미국	8.00	20.00	25.62	26.84

자료: OECD(1993), OECD Health System, vol I & II, Paris, OECD.

더구나 보건의료분야에 있어서 정부의 역할이 제한되며 탈상품화 수준이 낮고 민간자원의 의존도가 높은 미국에서도 보건의료분야의 경우 정부 개입은 당연한 것으로 받아들여졌다.^{주39)} 예를 들어, 의사인력에 대한 면허제도의 도입, 병원이 자본투자를 위해서는 지역보건기획당국(HSA)으로부터 필요면장(Certificate of Need)을 발급받아야 하고, 메디케어(Medicare)나 메디케이드(Medicaid)에서는 수가를 고시하여 통제하는 정책을 사용하는 등의 규제정책을 실시하였다. 보건의료분야에서의 시장실패의 결과에 대해 정부는 정책개입(policy intervention)을 통해 대응하려 하였다.

그러나 보건의료부문의 국가 개입에 대한 논쟁이 야기되면서 자연스럽게 받아들여졌던 정부개입에 비판적인 목소리가 대두되기 시작하였다. 정부의 개입이 시장의 논리를 대신할 수 있는가, 정부가 병원을 비롯한 의료시설을 어느 정도

주38) OECD(1993)의 자료에 의하면, 탈상품화를 나타내기 위해 보편성과 포괄성의 곱으로 제시하였으며, 이때에 보편성은 공공부문이 제도적으로 의료비를 보장해 주는 비율로, 포괄성은 국민들이 실제로 의료비를 지출할 경우 공공부문이 부담해 주는 비율을 말함.

주39) 이규식(2003), OECD를 중심으로 한 유럽의 의료개혁 동향과 교훈

로 국유화시킬 수 있는가, 정부가 얼마나 많은 의사를 직접 고용할 것인가 등에 관하여 새로운 인식전환이 일어나기 시작하였고, 정부개입에 대한 비판이 제기되면서 보건의료부문에 개혁이라는 새로운 흐름이 모색되었다.

보건의료부문을 개혁하려는 견해는 크게 두 가지로 나누어진다. 하나는 수요측면접근방식(demand-side approach)이고 다른 하나는 공급측면접근방식(supply-side approach)이다.^{주40)} 수요측면접근방식은 보건의료를 다른 상품과 동일하다고 가정하면서 시장의 경쟁논리를 보건의료개혁에 적용하고 있다. 이들의 접근방식에는 소비자들이 보건의료에 대해 지불할 수 있는 지불능력을 중요시 여기며, 부족한 보건의료자원을 민간부문에서 생산하는데 동의한다. 즉, 입원 및 외래환자들의 본인부담금 증가와 같이 능력에 따른 보건의료이용을 중시하면서 시장경쟁을 강화하여 의료소비자들의 행태를 변화시키려는 내용을 포함하고 있다.

반면에 공급측면접근방식은 보건의료를 지불능력에 상관없이 누구나 누려야 할 기본적인 권리로 보고 있으며, 보건의료부문에서의 시장실패를 간과하는 수요측면접근방식에 비판적이다. 보건의료 공급자들은 소비자들보다 상품에 대해 보다 많은 정보를 보유하고 있기 때문에 수요를 유인하고 가격을 결정할 수 있는 유리한 입장에 있을 수 있다. 그리하여 보건의료에 내재하는 시장실패에 효과적으로 대응하기 위해서는 정부의 개입이 필요하며 이러한 개입으로 보건의료자원을 배분하고 의료비를 조정할 수 있다는 견해를 지니고 있다.

5) 접근성 문제

마지막으로 개혁을 필요로 하는 요인 중에 다소 작은 부분을 차지하지만 환자 및 시민들이 서비스에 접근할 능력과 제공된 서비스 질에 대한 우려가 한 요인으로 작용하게 되었다. 1970년대 후반을 시작으로 단일지불시스템(single-payer system)은 병원폐쇄 및 병상수 감축으로 지출 증가를 감소시켰다. 이 결과로 대기목록 및 시간이 길어지면서 보건의료시스템이 환자 및 사회의

주40) 이종찬, 『OECD 국가의 보건의료개혁: 역사적 전망과 정책적 과제』, 보건행정학회, vol.6, no.1, 1996, pp.1~28.

요구에 대응하지 못하고 있다는 공감대를 낳았다. 이는 미국, 네덜란드와 같은 민간자본에 대한 의존도가 높은 시스템을 지닌 국가에서도 민간보험시장에서 제외되었거나 높은 프리미엄을 부담해야 하는 질병위험이 높은 사람들을 위한 보험의 접근성에 대한 문제가 제기되고 있다.

이와 같이 정부지출, 비효율성, 접근성 및 의료의 질 감소에 대한 우려와 정부 역할 및 정부프로그램을 재고하려는 정책이동이 보건의료개혁과 결합되고 있다.

나. 주요 외국 보건의료개혁 동향

1) 보건의료시장개혁의 유형

보건의료시스템개혁은 관료개혁(bureaucratic reform)과 시장개혁(market reform)을 구분하는 정책의 맥락에서 정의되고 있다. Mills(1997)에 의하면 관료개혁(bureaucratic reform)은 1) 새로운 보건당국(health authorities)의 신설, 분권화(decentralization)와 같은 구조적 변화, 2) 의료보험의 도입 및 개정과 같은 재정개혁, 3) 의료서비스 선택을 위한 비용-효율적인 방법의 도입과 같은 정책과정(policy process) 개선, 4) 의사결정에 있어 병원에 보다 많은 자율권을 부여하는 등의 보건의료관리(health management) 개선 등으로 분류하고 있다. 반면에, 시장개혁(market reform)은 공공기관 내에 내부시장(internal market)을 만들거나 또는 민간부문이 관련하도록 하여 공공서비스 내에 시장을 도입하려는 것이다. 경쟁에는 의료공급자 또는 민간보험과 같은 재정기관(financing agency)이 포함될 수 있다.

〈표 V-3〉 보건의료시장개혁의 형태

		경쟁	
		공급자	재정
참여	공공기관	내부시장 (internal market)	구매 (purchasing)
	민간기관	민간계약 (private contracting)	민간보험 (private insurance)

자료: Mills(1997)

Gonzalez Block(1997)은 관료개혁(bureaucratic reform)이 시장개혁 이전에 행해진다고 보고 있는데, 예를 들어, 영국에서 국가보건서비스(National Health Service: NHS)를 창설하였고, 그 이후 1970년대에 예산규제를, 1980년대에 관리개입(management intervention)을 실시하였다는 것이다. 또한 남미에서도 social and ministry of health institution을 만든 이후 분권화(decentralization)를 시도하였다.^{주41)} 그는 개혁시행을 세 가지 단계로 보고 있는데, 1) 구조적 통합(structural consolidation), 2) 관리변화(managerial changes), 3) 시장(market pressure)의 도입으로 제시하고 있다.

Frank(1994)는 포괄적인 의료개혁을 다음 네 가지에서의 변화로 살펴보고 있다.^{주42)} 체계적(systemic), 실용적(programmatic), 조직적(organizational), 도구적(instrumental)인 수준에서의 변화를 제안한다. 또한 포괄적인 개혁은 의료개혁에서의 재정 및 공급에서의 수준 이상의 실질적인 변화, 즉, 경제부문에서의 건강한 정책(healthy policy)형성, 사회부문에서 건강증진을 위한 지원 및 모니터링을 통한 개혁을 제시하고 있다.^{주43)} 사회, 인구, 정치, 경제적 이슈의 진단을 토대로 한 효율성, 형평성, 질을 향상시키기 위한 포괄적인 접근이다.

체계적 수준(systemic level)에서는 서비스 규제, 재정, 전달에 관한 제도적 장치를 구체화함으로써 시스템의 구조 및 기능을 다룬다. 실용적 수준(programmatic level)에서는 보건의료개입(intervention)과 같은 우선순위를 구체화함으로써 시스템의 실질적인 내용을 언급한다. 조직적 수준(organizational level)에서는 질 보증 및 기술효율성과 같은 이슈에 초점을 둠으로써 서비스의 실질적 생산에 관여한다. 마지막으로 도구적 수준(instrumental level)에서는 정보, 연구, 기술혁신, 인적자원개발 등을 통한 시스템 성과를 향상시키기 위한 제도적 장치를 고려한다.

주41) Gonzalez Block M. A. "Comparative research and analysis methods for shared learning from health system reforms", *Health Policy* 42(1997) pp.187~209.

주42) Frank J., "Dimensions of health system reform", *Health policy* 127, 1994, pp.19~34

주43) Cassels A., "Health sector reform: Key issues in less developed countries", *Journal of International Development*, 7, 1995, pp.229~348.

〈표 V-4〉 보건의료시스템 개혁: 정책수준, 목적 및 이슈

정책수준	주요 목적	이슈
systemic	형평성, 질, 효율성	- 제도적 장치 · 보건의료관련 공공기관 · 정부 · 공공-민간혼합 · 인구구성원 연관성 · 재원 · 보건에 효과를 주는 다른 부문
programmatic	배분적 효율성	- 우선순위 설정 - 정책개입의 비용효과성
organizational	기술적 효율성 및 의료의 질	- 조직설계 및 인센티브 - 조직개발 - 생산성 및 성과
instrumental	성과향상	- 정보시스템, - 과학적 연구

자료: Frank(1994)

2) 의료개혁동향

다수의 국가에서 중요한 정책적 아젠다(Agenda)로 다루어지고 있는 의료개혁은 일관되고 확실적인 방향이 설정되어 있는 것은 아니지만 주요한 내용으로 다음과 같이 고려해 볼 수 있을 것이다.^{주44)} 재정부분에 있어서 정부의 공공지출을 감축하고 있으며, 지출에 있어도 세금기반 시스템(tax-based system)에서 사용자부담, 민간 보험 등으로 선택폭을 확대시키는 방향으로 나아가고 있다. 또한 보건의료공급자와 구매자를 분리시키며, 공공부문 내에 관리하의 시장(managed market)과 계약관계 개발, 민간역할 증대, 분권화, 그리고 사용자 선택의 도입 등과 같은 형태가 정책에 고려중이거나 실행 중에 있다. 또한 지불체계변경을 통해 보건의료지출의 비용효과성을 고려하고 있으며 의무가입 의료보험제도를 확대 실시하고, 1차 의료의 역할을 증대시키고 있다. 그리고 의료의 비

주44) Collins C. 등, "Health sector reform and the interpretation of policy context", *Health Policy*, 47, 1999, pp.69~83.

대칭적인 정보문제를 감소시키기 위해 소비자의 선택권을 강화시키고 있다.

이에 본 서에서는 이상의 개혁동향을 분권화, 민영화, 경쟁형태 도입의 측면과 더불어 지불체계 변경, 의무가입 의료보험 확대, 1차 의료의 역할 증대, 소비자 선택권 확대의 측면에서 살펴보고자 한다.

가) 분권화

보건의료시스템의 조직 형태는 전달체계에서의 연관성, 재정 등에 정부의 관여수준이 낮은 것에서 집중화된 정부통제, 재정 및 관리가 이루어지는 것에 이르기까지 다양한 범위에서의 형태가 존재한다. 대부분의 국가들은 정부의 개입 정도가 다양하지만 공공보건서비스를 제공하기 위해 정부의 역할이 강조되고 있다. 그러나 예방, 진단, 질병치료 등에 있어 공공 및 민간이 혼합된 형태로의 역할이 증대되고 있는 추세이다.

보건의료시스템의 형태를 통제, 재정, 관리 측면에서 집권화 수준으로 유형을 분류해 보면 1) 집권화된 계획 및 관리, 2) 공공 및 민간 혼합형 국가보건서비스(mixed public/private national health service), 3) 공공 및 민간 혼합형 사회보험(mixed public/private social insurance), 4) 분권화 혹은 다원주의적 형태로 나누어 볼 수 있다.^{주45)}

[형태 I: 집권화된 계획 및 관리]

집권화된 계획 및 관리형태는 1930년대 USSR에 의해 행해졌으며 중국을 제외한 공산주의 국가에서 나타난 특징이다. 모든 주요한 의사결정은 중앙정부 수준에서 이루어지며 재정 또한 중앙정부로부터 배분된다. 서비스도 다양한 수준의 정부에 의해 소유 및 관리되며 개별 의료서비스 제공자 및 시민들은 서비스를 선택할 수 있는 자유가 제한된다.

주45) Lassey M. 등, Health care systems around the world: Characteristics, issues, reforms, Prentice Hall, 1997.

[형태Ⅱ: 공공 및 민간 혼합형 국가보건서비스]

공공 및 민간 혼합형 국가보건서비스는 1940년대 영국에서 시작되었으며 스웨덴 및 스칸디나비아 국가에서 나타나고 있는 특징이다. 중앙정부가 보건의료 시스템을 계획 및 관리하는 반면, 많은 특수 기능은 정부 하위조직에 분권화된 형태이다. 의료공급자는 다소 독립적이거나 어느 정도는 정부에 의해 관리·감독되며 시민들은 지역수준에서 의료공급자를 제한적으로 선택한다.

[형태Ⅲ: 공공 및 민간 혼합형 사회보험]

공공 및 민간 혼합형 사회보험은 1880년대에 독일에서 시작되었으며 유럽 및 일본에서 나타나고 있는 특징이다. 정부는 보건의료계획부분을 담당하고 있으며 모든 시민들의 보건의료 접근성을 보장하도록 강조한다. 준정부(quasi-government) 사회보험이 재정을 담당하고 의료서비스는 독립적인 의사 혹은 자발조직(voluntary organization)에 의해 개별적으로(privately) 전달된다.

[형태Ⅳ: 분권화 혹은 다원주의적 형태]

일반적으로 분권화된 형태는 1965년 미국에서 메디케어, 메디케이드 법안이 통과되기까지의 형태로 볼 수 있다. 정부는 직접 운영과 관리에 있어 최소한의 역할만 담당하며 노인, 저소득층, 군인 등과 같은 사회적 특수 영역에서의 보건의료에 대해 재정 및 관리, 규제에 주요한 역할을 담당한다. 일반적으로 서비스가 전달될 때, 재정은 민간이 담당하며, 계획 및 관리는 대체로 민간영리기업에 의해 수행된다. 개인 및 기업의 의료서비스 제공자는 서비스를 제공하는 방식을 결정하는데 매우 큰 자유가 부여되며 모든 사람이 의료서비스를 이용할 수 있는 접근성에 대한 노력에는 미온적이다.

아래의 <표 V-5>에서 제시되고 있는 바와 같이 위에서 언급한 네가지 유형에 완벽하게 동일한 형태는 거의 없고 개혁 혹은 수렴의 방향으로 이동하고 있음을 볼 수 있다. 현재 나타나고 있는 개혁의 주된 특성은 분권화(decentralization) 및 민영화(privatization)로의 이동이다. 그러나 미국의 경우 최근

의 개혁방향은 민간시스템을 대신하여 사회보험을 보다 강조하는 형태로 나타나고 있다. 이러한 변화는 주(state) 수준에서 선택적으로 나타나고 있으며 저소득층의 의료접근성 및 의료보험 급여범위 증가를 위한 요구가 증대되고 있다. 한편, 이전에 집권화된 국가는 거의 모두 유연하면서 소비자 중심 시스템으로 변모하고 있다.

〈표 V-5〉 보건의료체계형태와 분권화

형태	I	II	III	IV
국가	집권화된 정부통제 및 재정, 관리	← 공공/민간 혼합형태 →	→	분권화된 정부통제 및 재정, 관리
		정부지원		
		보건 서비스	사회 보험	
미국			T	← X
일본			X	X
캐나다			X	X
독일			X	X
네덜란드			X	→ T
프랑스			X	
영국		X	→ T	→ T
스웨덴		X		
체코	X	→	T	→ T
헝가리	X	→	T	→ T
러시아	X	→	T	→ T
중국		X	X	→ T
멕시코		X	→ T	→ T

주: X: 주요형태, T: 최근 이동방향
 자료: Lassey M. 등(1997)

가장 분권화된 국가 혹은 집권화된 국가들은 중간형태 혹은 공공/민간 혼합형 시스템으로 이동하고 있다. 그러나 대부분의 국가들은 보건의료서비스의 전달 및 관리가 분권화되어 있다고 하더라도 보건의료전달을 위한 규정을 만들 경우 정부가 주요한 정책적 역할을 담당하게 된다.

나) 민영화

보험 및 보건의료전달체계에 있어서 민영화는 보건의료서비스를 공공으로 제공하는 일부국가에서 주요 개혁전략이 되고 있다. 민영화라는 개념은 넓은 의미에서는 소유, 관리, 재정 또는 통제의 측면에서 공공부문으로부터 민간부문으로 자산이 이동하는 것을 의미한다. 또는 중앙정부 및 공공부문의 철회(withdrawal)를 의미하기도 하는데, 여기서 공공부문은 중앙정부, 지역당국, 사회보험 등에 의해 제공된 재정 및 서비스를 말한다. 국가개입(state intervention)의 감소는 재정, 서비스공급, 규제 등의 근본적인 영역에서 나타날 수 있다. 어떤 서비스의 경우에 공공재정(public financing)이 민간재정(private financing)으로 대체될 수 있는데, 예를 들어 강제적 사회보험에 있어 치과서비스에 대해서는 보험이 적용되지 않는 경우를 들 수 있다. 그러나 민영화라는 개념은 공공재정이 전부 민간으로 이양되는 것이 아니라 단지 감소되는 측면이라고 볼 수 있다. 예를 들어, 사회보험으로 제공되던 가격보조금 수준을 감소시켰을 때 이는 의료비의 급격한 증가로 이어지고 그 결과로 환자들은 높은 처방비를 부담해야 하는데, 이러한 과정 또한 민영화 개념의 일부라 볼 수 있는 것이다.

국가마다 환자의 본인부담(cost-sharing) 수준은 다양하지만 1980년대부터 특히, 1990년대에 환자 본인부담은 공통의 특징이 되고 있다(OECD, 2003). 오스트리아(1988, 1996, 1997), 벨기에(1992-95), 프랑스(1970년대, 1980년대), 독일(1990년대), 이탈리아(1995), 포르투갈 및 스웨덴(1990년대) 등의 국가에서 본인부담을 증가시키는 제도를 도입하였다. 본인부담은 주로 의약품 구매에 영향을 주고 있으며 입원 및 의사방문에 대한 환자의 지불수준에는 이보다 적게 영향을 미치고 있다. 본인부담 수준을 높이기 위해 많은 국가에서 처방전에 대한 정액지불제(flat-rate payments per prescription) 및 참조가격제(reference price system)를 도입하고 있다. 이는 브랜드 제품 혹은 비용이 높은 제품을 사용할 경우 개인의 본인부담을 증가시키는 것이다.

본인부담 증가를 통해 총의료비에서 공공의료비의 비중이 감소하고 있으나, 치료를 위한 가계 수요 및 소비에 있어 이러한 정책의 효과는 제한적인 것으로

나타나고 있다. 한 실증분석 결과를 살펴보면, 보건의료에 대한 수요탄력성은 병원치료 수준에서 매우 적게 나타나 -0.2에서 -0.3의 범위에 존재한다(Manning 등, 1987). 수요에 상당한 영향을 줄 만큼의 정액부담제(co-payment)에서의 증가는 접근성에 바람직하지 못한 결과를 가질 수 있으며 또한 사회적 비용을 증가시킬 수도 있다. 이 때문에 실제로 많은 국가들이 빈곤층, 노인 등 사회취약계층에 대해서는 예외사항으로 두어 접근성에 미치는 영향을 완화시키거나 혹은 스웨덴과 같이 개인 혹은 가계의 연간 의료비의 상한선을 설정해 두기도 한다. 또는 프랑스 등과 같이 본인부담 증가분을 커버하기 위해서 보완적인 보험(complementary insurance)^{주46)}을 허용하기도 한다. 한편, 이와 같이 많은 예외조항이나 상한선을 두게 되면 행정비용이 증가하게 되고 예산절감분이 감축될 수 있는 측면도 존재한다.

그러나 의료의 질, 효율성, 인센티브, 조직혁신, 경쟁, 다원주의(pluralism) 증대, 의료제공자의 소득 증가 등을 위해 민영화를 추진해 나가고 있는데, 새로운 민간 비영리 보험기관은 소비자들을 위한 의료서비스 질을 향상시키기 위해 민간 일차진료의사와 결합하고 있다. 초기결과를 보면 중앙집중식의 체계보다 효과(effectiveness)는 더욱 크지만 상대적으로 비용은 높은 것으로 제시되고 있다.^{주47)}

다) 경쟁형태의 도입

중앙집중식의 국가의료보험제도를 가진 몇몇 국가들은 보건의료시장에 경쟁의 도입으로 효율성 및 보건의료서비스 공급자의 반응성(responsiveness) 증대라는 이점을 누리고 있다.^{주48)} 물론 경쟁이 자유시장체제(free-market system)에서 접근성, 효율성을 원활히 제공할 수 있는 개념은 아니지만, 정부관리(government management) 수준에서 경쟁은 양질의 의료 서비스, 비용통제를 달

주46) 보완적인 보험은 사회보험에서 적용되지 못한 서비스를 위하여 민간보험에 가입하는 경우이며, 보충보험(supplementary insurance)은 서비스를 더 빨리 받기 위한 목적이나 소비자의 선택을 보장받기 위해 지불되는 진료비를 커버하기 위한 것임(이규식, 2003).

주47) Lassey M. 등, *Health care systems around the world: Characteristics, issues, reforms*, Prentice Hall, 1997.

주48) 전계서

성할 수 있는 잠재성을 지니고 있다. 새로운 경쟁형태에 대한 다양한 시도가 나타나고 있으며 보험자(insurers)와 의료제공자(provider)에게 선택의 폭을 넓혀 주는 형태도 다음과 같이 나타나고 있다.

- 관리 경쟁(managed competition) 및 관리의료(managed care)
- 보험자간 경쟁증대
- 의료구매자와 공급자의 분리

① 관리하의 경쟁(managed competition) 및 관리의료(managed care)

보건의료공급자간 경쟁을 증가시키기 위한 개혁은 준시장(quasi-market)을 만드는데 중점을 두고 있다. 이러한 시도는 대개 국가보건서비스(통합모델, integrated model)를 가진 국가이거나 혹은 단일 지불자구조(single-payer arrangement)를 가진 국가에서 나타나고 있다. 이는 제한된 경쟁형태를 통해 그리고 예산제약의 강화를 통해 공급자에게 영향력을 행사하려는 의도를 내포하고 있다. 의료공급자간 경쟁은 독일, 이스라엘, 네덜란드, 뉴질랜드, 스웨덴, 영국 등 많은 국가에서 나타나고 있는데, 이러한 추세는 자유시장을 지향하는 것이 아니라 규제하의 경쟁(regulated competition)으로 제시된다. 기존의 명령·통제(command-and-control)식의 정부규제에서 벗어나 경쟁지향적인 정책을 시행하고 있다. 제3의 구매자(third-party purchasers)는 공급자와 의료의 질, 양 및 가격에 대해 협상하며 이러한 제3의 구매자(third-party purchasers)에 의한 선택적인 계약은 공급자간 경쟁을 부추기게 된다.

Enthoven은 1970년대 후반에 관리하의 경쟁(managed competition)에 관한 모델을 제시하였다. 그 이후로 관리하의 경쟁(managed competition)에 관한 다양한 모델이 제시되고 있는데, 네덜란드에서는 Dekker Committee가 1987년 3월에 보고서를 제출하여 네덜란드 보건의료시스템의 관리하의 경쟁(managed competition) 개혁이 제안되었으며 오늘날 개혁이 진행 중에 있다. 또한 Clinton 정부에서도 1993년에 미국의 보건의료시스템을 위하여 관리경쟁개혁(managed competition reform)이 제안되기도 하였다. 이 제안은 결국 성공하지는 못하였지

만 여기에 제시된 중요한 개혁의 내용들이 관리의료(managed care) 성장을 촉진시켰으며 미국 보건의료시스템을 변화시키는데 중요한 역할을 하였다.

관리하의 경쟁(managed competition) 시스템은 위험회피보다는 비용 및 질에 기반하여 보험자간에 경쟁하도록 고안되어있다. 보험자들은 보험기능과 마찬가지로 구매 및 관리기능도 중요시 여기게 되는 또 다른 기능이 부여되고 현재 민간 보험자들과는 상당히 다르게 행동하게 되는데, 관리하의 경쟁(managed competition)의 맥락에서 민간보험자의 보험기능과 구매기능을 반영하기 위해 보험자/구매자로 언급한다.

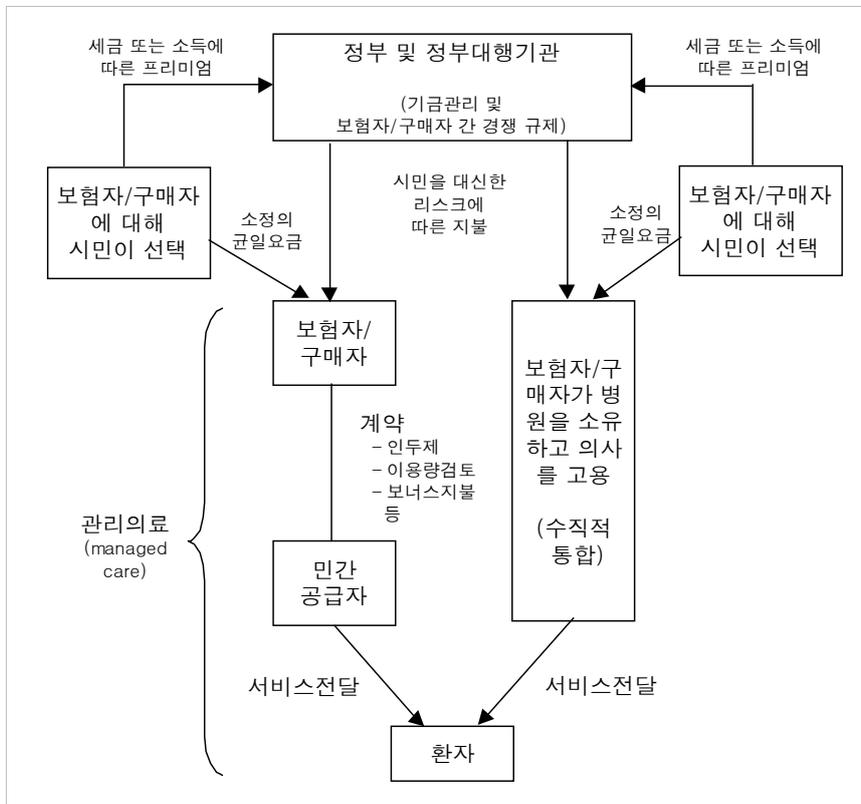
관리하의 경쟁(managed competition) 시스템은 대개 사전적으로 재원이 지불된다. 관리하의 경쟁(managed competition)이 미국 스타일의 개혁과 혼동할 수 있으나 모든 국민을 포괄하지 못하는 미국의 관리경쟁(managed competition)모델과는 상당한 차이가 존재한다. 보건의료서비스가 보장되는 범위는 모든 시민을 대상으로 하는 것으로 지불능력이 아닌 요구(need)를 근간으로 하여 포괄적인 의료서비스가 제공된다.

관리하의 경쟁(managed competition)하에서 보험자/구매자는 일부 예외를 제외하고는 직접적으로 프리미엄을 받지 않고 대신에 정부대리기관 혹은 정부가 일반세 혹은 소득세로부터 기금을 확보한다. 이 시스템 하에서 개인들은 일정 기간마다 보험자/구매자를 선택하게 된다. 이 때 정부는 이러한 과정 속에서 비용 및 질의 측면에서 경쟁하도록 유도한다. 정부는 시민들을 위해 선택된 보험자/구매자에게 위험이 보정된 총계로 지불하게 되며 시민들은 어떤 보험자를 선택하는지에 상관없이 동일한 소액의 균일요금(flat fee)을 선택된 보험자에게 지불하게 된다. 관리된 경쟁의 상황 하에서 의사 및 병원 의료서비스 공급자 그룹은 민간 혹은 공공 보험조직(insurance organization)과 계약을 하고 효율성과 질을 향상시키기 위한 재정인센티브를 제공받게 된다. 환자 수에 따라 비용을 상환받기 때문에 환자를 유인하기 위해 공급자간 경쟁이 발생하고, 그래서 공급자는 많은 수의 환자들에게 양질의 의료서비스를 제공하려 노력하며 배정받은 예산(capitated fee)을 보다 낮은 비용으로 의료서비스를 제공하여 소득을 증가시키게 된다. 이러한 결과로 보험자/구매자는 등록자 수를 증가시키기 위해 서비

스의 질로 경쟁하며 비용효과적으로 운영하게 될 인센티브를 가지게 된다.

아래의 그림인 관리하의 경쟁(managed competition) 시스템의 구조에서 제시하고 있는 바와 같이, 보험자/구매자는 수직적으로 통합(예를 들어, 병원소유 및 의사고용)되든지 아니면 병원, 의사 등과 계약하는 형태를 지닌다.

[그림 V-1] 관리하의 경쟁모델



자료: Flood C.M.(2000)

예를 들어, 1990년대 초에 뉴질랜드와 영국은 정부에 소속된 공급자로부터 보건의료를 구매하는데 유사한 접근방식을 설정하였다. 영국에서 구매는 지역 보건당국(District Health Authorities: 주요구매자)과 기금일반의(General Practice

Fundholder)로 양분되며, 뉴질랜드에서 GP 그룹은 기능을 유지하는 일정 예산을 보유한다. 스웨덴에서 경쟁은 대개 스톡홀름으로 제한되며, 여기에서는 아홉 개의 반자치적인 지역보건당국(semi-autonomous district health authorities)이 의료 및 공공보건을 위한 구매를 책임지도록 설립되었으며, 공급자들이 의료의 양과 질을 구체화시키는 계약을 체결한다.

관리된 경쟁으로 공급자의 생산성을 증대시키고 환자들의 대기시간(waiting list)을 감축시키며 병원이용률을 줄인다는 근거가 제시되기도 한다. 병원에서 입원환자 서비스는 감소시키는 반면 외래환자 서비스를 증가시켜 병원의 초과수요를 감소시킴으로써 효율성(efficiencies)을 달성하기도 하며, 생산성이 향상되고 대기시간이 감소되지만, 업무량은 1차진료의사, 전문가들에게 증가하는 경향이 제시되기도 한다.^{주49)}

관리의료(managed care)는 보험자/구매자(정부, 민간보험자, 병원, 의사 등이 될 수 있음)가 보건의료서비스 공급에 있어 비용, 양, 질에 영향을 미치도록 하는 것이다. 이는 최근에 재정 및 전달 시스템의 통합으로 언급되기도 하는데, 보험자/구매자는 서비스 전달 및 의사의 권유사항을 모니터하고 검토하며 다음과 같은 특성을 지니고 있다.

- 보험자/구매자는 계약으로 선택된 공급자에 한해 소비자의 공급자 선택을 제한할 수 있으며 계약하지 않은 공급자를 선택한 소비자에게 추가요금을 부과할 수 있음.
- 보험자/구매자는 일차의료 및 예방의료를 개선시키기 위해 의사들과 계약하거나 또는 고용하게 됨.
- 보험자/구매자는 의사 혹은 의사그룹 등에게 인두제를 기반으로 지불하게 됨.

내부시장(internal market) 개혁과는 달리 관리의료는 구매자/공급자를 분리시켜야 하는 것은 아니다. 보험자/구매자는 보건의료전달을 위해서 시장에서 계약의 형태를 취하는 것이 아니라 필요한 병원을 소유하고 의사를 고용하기도

주49) Ham 등, "Why travel broadens the mind", *Health services journal*, 1994, 104:24~25

한다(수직적 통합). 미국에서 관리의료조직(managed care organization)의 세 가지 주요 형태로는 건강유지기구(Health Maintenance Organization: HMOs), Preferred Provider Organizations(PPOs), Point of Service Networks(POS Networks)가 있다.

앞서 언급한 바와 같이 관리하의 경쟁(managed competition)과 관리의료(managed care)는 종종 개념이 혼동되게 사용되고 있다. 관리하의 경쟁(managed competition)은 모든 사람을 포괄하고 지불능력보다는 의료요구(needs)에 기반을 두며 포괄적인 보건의료서비스를 제공하는데 궁극적인 목표를 두는 전반적인 개혁시스템 모델이다. 이에 반해 관리의료(managed care)는 관리하의 경쟁(managed competition)의 주요 특성을 지니고 있지만, 모든 사람을 포괄하는 것이 아닌 다른 형태의 시스템의 특성을 지니고 있다.

② 보험사(insurers)간 경쟁

일부국가들은 의료시장에 효율성 및 혁신을 창출하기 위해 대안적인 보험(insurance alternatives)을 만들어 보험사간 경쟁을 유도하고 있다. 보험시장에서의 경쟁은 다음 두 가지 방식으로 효율성을 증대시킬 수 있다(OECD, 2003). 첫째, 단독 보험모델과 비교할 경우 운영비 및 마케팅 비용이 다소 높다는 측면을 가지고 있긴 하지만, 보험사는 행정비용을 최소화하며 보험가입자들에게 양질의 의료서비스를 제공하도록 한다. 복수보험(alternative insurance) 계획이 제안되는 경우 보험급여에 있어 소비자들은 다양한 선택이 가능하므로 소비자 후생을 높일 수 있다. 둘째, 보험사는 보건의료공급자와 선택적 계약을 함으로써 보건의료공급자간 경쟁을 증가시킬 수 있으며 이는 좀 더 효율적으로 보건의료서비스를 제공하도록 유도할 수 있다. OECD 국가 중 몇몇 국가는 의료비 증가에 대한 우려로 의료보험시장에 경쟁을 도입하기 위해 다수의 보험사(multiple insurer)를 두고 있다(벨기에, 체코, 네덜란드, 독일). 민간보험제도를 활용하여 경쟁을 도입하고 있는 일부 선진국에서는 전국민 대상의 사회보험과 민간보험을 통합시키고 있다.

보험사간 경쟁을 통해 행정비용을 감소시키도록 하며 보험사에게 소비자의 요구나 만족도를 위해 양질의 서비스를 제공하는데 더 많은 관심을 기울이게 한다.

벨기에에서는 보험사에 의한 행정비용감소로 감소분만큼 보험대상자의 영역을 확대시키고 있으며(OECD, 1999), 네덜란드에서는 국가질병금고와 민간보험회사가 서로 합병하거나 협력하여 행정비용측면에서 높은 비용절감 효과를 보고 있다.

한편, 보험이 성립하기 위해서는 보험가입자가 당면하는 의료요구의 차이를 고려하여 사전적으로 위험을 조정해야 한다. 위험수준이 높은 가입자에 대해서는 위험수준이 낮은 가입자로 교차보조를 받을 수 있다. 그러나 이러한 리스크 보정시스템은 위험성에서 실제 나타나는 차이를 극복하기에는 매우 미흡하므로 모든 보험사는 건강한 사람을 가입시키려는 인센티브를 가지게 된다(cream skimming). 실제로 cream skimming은 수익성을 보장하기 위한 용이한 방법이기 때문에 보건의료공급자에게 비용을 감소시킬 인센티브가 줄어든다. 이러한 측면으로 정부는 개별보험사가 직면한 리스크를 완화시키는 방안을 쓰기도 하는데, 예를 들어 보험재정적자에 대한 사후보상이나 고비용 환자에 대한 추가 지불의 형태가 나타나기도 한다. 그러나 이 또한 보험사가 비용효과적인 치료를 위해 공급자를 탐색하도록 하는 인센티브를 감소시키는 단점도 지니고 있다.

보험사간 경쟁을 통하여 공급자 행태에 다소간의 영향을 주고 있긴 하지만 공급자 행태 변화를 유도하기 위해 보험시장에 경쟁형태의 영향력을 행사하는데 한계가 따른다. 일반적으로 보험사는 공급자들의 가격, 질, 진입 및 퇴출을 규제한다. 보험사는 공급자 개인을 선택하기 보다는 공급자그룹과 협상하여 가격, 보상범위 등을 결정하며 모든 공급자와 보험사가 직면하게 되는 가격 및 보상범위가 거의 동일하게 적용되기 때문에(독일, 스위스, 네덜란드의 병원), 보험시장 경쟁을 공급자 시장으로 과급하여 의료비용에 영향을 주는 데는 한계가 있다. 더구나 보험사는 정보비대칭성 문제에 직면하기 때문에 관리의료(managed care)를 도입하여 규제에 변화를 시도하는 경우에도 경쟁을 지속시키기 가 다소 어려울 수 있다. 다시 말해서, 비용수준이 낮은 보험사가 좀더 많은 고객을 모으게 되면 점진적으로 보험사 수가 감소될 것이며, 이는 결국 의료보험시장이 분할된 형태를 보일 수 있다. 위험성이 낮은 사람들이 점차 관리의료에 모이게 되는 반면 전통적인 정액수혜제(indemnity) 형태의 보험급여 비용은 증가하게 될 것이다. 그래서 국민들 간의 위험분담(risk-sharing)은 감소되어 보

협시장의 일부분이 붕괴될 우려도 존재한다.

이와 같이 보험사간 경쟁은 긍정적인 측면과 부정적인 측면이 혼재되어 있다. 그러나 고의적으로 의료보험을 단일기관으로 제한함으로써 지불구조에서의 효율성을 높이고 모든 시민들에게 공평한 치료를 제공해 줄 수 있는 이점이 존재하기도 하지만, 경쟁의 부재로 인해 장기적으로 비용을 증가시킬 수 있으며 혁신이 발생하지 못하고 대안서비스나 다양한 보험선택이 심각하게 제한될 수 있다(OECD, 1994:48).

③ 구매자와 공급자간 기능분리

일반적으로 국가보건서비스(National Health Service: NHS)를 제공하는 국가(예를 들어, 핀란드, 뉴질랜드, 러시아, 스웨덴, 영국 등)에서 보건의료에 대한 공공재정이 보건의료공급자와 제3의 구매자(third-party purchasers; 예를 들어, 지역보건당국 및 보험기관)간의 계약관계로 변화되고 있다.^{주50)} 즉, 기존의 수직적으로 통합된 시스템(vertically integrated system)에서 의료공급자와 구매자를 분리시키는 형태로 변모하고 있다. 예전에 국가보건서비스(NHS)에서 지역보건당국(Regional Health Authorities: RHA)이 보건의료의 구매와 공급을 동시에 담당함으로써, 의료의 수요독점적 구매자와 판매자의 결합으로 공급자 지배(provider capture)라는 위험을 낳게 되었다. 이로 인해 보건의료시스템은 소비자를 위한 시스템이라기보다 공급자를 위한 시스템으로 변형되어 효율성(efficiency)과 반응성(responsiveness) 모두 취약하게 되었다.

이러한 한계점을 극복하고 소비자를 위한 조직을 만들기 위해 구매기능과 공급기능을 분리하였다. 스웨덴, 영국, 체코, 헝가리 등에서의 국가보건서비스 시스템은 전통적으로 구매자와 보험이 통합되어 단일조직으로 운영되었으나, 지속적인 비효율성, 의료의 질 문제 등으로 현재, 구매자를 공급자로부터 분리시키기 위해, 정부구매조직(보험기관)은 의료서비스를 제공하는 의사 및 병원과 계약을 한다. 예를 들어, 보험기관은 환자들에게 일차의료서비스를 제공하는 의

주50) Wynand 등(1999)은 이를 공공계약모델(public contract model)로 언급하기도 함.

사그룹에게 환자 수에 따라 재원을 할당하며, 또한 2차 및 3차 의료를 구매하여 환자들에게 서비스를 제공하도록 관리한다. 상당수의 환자리스트를 가진 의사그룹은 호의적인 조건으로 협상할 수 있으며 진료 및 관리, 운영을 개선하여 절감한 비용을 다른 부문에 사용할 수 있다. 그러나 이러한 제도 하에서는 환자들의 선택권이 매우 제한될 수 있다.

라) 지불제도개선

각국의 정부는 보건의료부문에서의 지불구조에 구축된 부적절한 인센티브가 현재 문제점을 양산하도록 하였음을 점차적으로 인식하게 되었으며 이러한 이슈를 변화시키려는 개혁적인 시도가 도입되고 있다. 구매자가 이용할 수 있는 정보량에 따라 다양한 계약방식이 사용되고 있는데, 개별병원서비스의 비용에 대한 상세한 정보가 없을 경우에 계약은 대개 총액예산제(global budgets)의 형태를 취하고 있으며 때로는 서비스 질과 수준에 관한 지표를 결합하기도 한다. 예를 들어 프랑스의 경우 지방병원청이 전국 22개 공공병원에 대하여 지역내 병원별로 예산을 배분한다. 공공병원이 전년도 실적을 근거로 시설투자계획과 예산, 질병군별 진료비자료(프랑스식 DRG)를 지방병원청에 제출하면 지방병원청에서는 질병군별 진료비자료에 근거한 관리회계기법을 사용하여 차년도 예산을 결정한다. 민간영리 및 비영리 병원의 의사진료비는 개원의 협약요금에 준하여 지불하고, 병원진료비는 지방병원청과 병원과의 개별계약에 의해 1일당 정액과 1일(회)당 포괄지불제를 병용한다.

한편, DRG에 의한 지불시스템이 행위별수가제에 비해 보험자 대 개별 병원 간에 경쟁적인 계약을 체결하는 데에 용이하기 때문에 DRG시스템을 도입하는 국가가 증가하고 있다. 오스트리아와 이탈리아는 일당정액지불제에서 DRG 시스템으로 전환하였고, 오스트리아의 경우, 병원 외래에 대해서도 DRG를 적용하고 있으며, 덴마크 역시 DRG 적용을 더욱 확대하고 있다. 노르웨이는 총액예산제로 병원을 운영하고 있는데 1997년 7월부터 건당지불방식(activity-based)을 추가하였다.

독일과 프랑스는 통상 병원 입원환자에 대해 1인당 1일 평균비용을 지불하는 시스템을 사용하고 있다. 이는 의료비의 예측가능성을 높이고, 환자수에 비례한 예산할당으로 비용을 적절하게 통제하려는 메커니즘에 입각하고 있다. 다만, 수술 등 의사와 직접 관련된 비용은 서비스 대가를 지불하도록 하였다. 독일은 1996년에 1일당 정액과 1건당 포괄지불제의 혼합방식으로 전환하였다. 일당지불제나 건당지불제 모두 예산상 제약과 투입비용을 절감하려는 유인을 제공하는 지불방식이다. 일당지불제가 보다 단순하고 예산제약을 강화하는 반면에 의료공급자가 질병종류별로 자율적인 진료를 하는 데에는 제약이 많이 따른다.

사전지불방식은 병원부문에서 비용효율성을 증대시키기 위해 나타나고 있다. 다른 지불방식과 비교해 보면, 사전지불방식을 따르고 있는 병원의 평균재원일수가 상대적으로 낮다는 것이 제시되고 있다(Chalkey and Malcolmson, 2000). 그리고 스웨덴에서 사전지불방식을 사용한 지역과 그렇지 않은 지역을 비교해 본 결과, 비용에서 10%정도의 차이가 나타났다(Gerdtham 등, 1999). 그러나 이러한 지불방식의 사용은 의료비 지출통제와는 다소 상충되는 개념일 수 있다. 예를 들어, DRG를 도입한 스톡홀름에서는 의료비가 급격히 증가하였고 그래서 제한된 이용량을 초과할 경우 패널티를 부과하였으며, 중앙이 다시 지출을 통제하는 사례가 나타나기도 하였다.

마) 의무가입 의료보험(Mandatory health insurance)^{주51)}

1980년대와 1990년대에 나타나는 대표적인 의료개혁동향 중의 하나는 강제적 의료보험을 들 수 있다. 1980년대에 보편적 의료보험(universal health insurance)은 호주, 그리스, 이탈리아, 포르투갈, 스페인에서 시행되었으며, 1990년대에는 아일랜드, 이스라엘, 스위스 등으로 확대되었다. 이러한 의무가입 의료보험의 확대는 네덜란드, 터키, 미국에서도 논의되고 있는 사항이다.

주51) Wynand M and Van De Ven, "Market-oriented health care reforms: Trends and Future options", *Soc. Sci. Med.*, vol.43, no.5, 1996, pp.655~666.

바) 서비스전달체계: 일차의료 강화

핀란드, 독일, 그리스, 이탈리아, 네덜란드, 스웨덴("Family Doctor Reform", 1994), 영국, 그리고 미국(managed care plans) 등 많은 국가에서 일차의료기능을 강화시키려 하고 있다. 일차진료의(General Practitioners: GPs)는 전문의치료, 병원치료 및 약처방과 같은 이차진료를 위한 문지기(gatekeeper)로서의 기능을 하게 된다. 1991년 이후 영국에서의 GP는 자발적으로 GP 기금의(fundholder)가 될 수 있도록 하였으며, 1996년에는 영국인구의 약 40%가 이차진료에 대한 구매의 재정부분을 책임지고 있는 GP 기금의에 소속되어 있다. 기금의 잉여분은 GP들의 진료에 투자될 수 있다. 독일에서는 1994년에 응급의료의의 연합으로 자신의 서비스에 대한 예산과 처방약에 대한 예산을 받을 수 있게 되었으며, 처방약에서 발생하는 손실분을 서비스 급여분 삭감으로 보완할 수 있게 되었다. 핀란드에서는 200개의 일차진료센터가 일정한 인구수에 요구되는 이차진료를 구매하는 형태가 나타나게 되었고, 예산을 보유하게 된 일차진료센터의 형태가 미국에서도 HMOs(Health Maintenance Organizations)와 같은 형태로 나타나고 있다.

사) 의료공급자에 대한 소비자 선택(consumer choice of provider)

일반의는 보건의료시장에 존재하는 정보의 불완전성을 완화시키는데 중요한 역할을 한다. 건강 및 질병과 관련된 문제는 잠재적인 환자들이 자신에게 발생된 질병의 원인에 대해 그리고 요구되는 치료형태에 대해, 치료를 잘 받을 수 있는 방법 내지는 통로 등에 대해 잘 알지 못한다. 이러한 정보부족은 보건의료에 대한 수요가 명확히 정의되지 못하고 시장이 잘 기능하도록 하는 신호체계의 역할이 부족하며 자원배분이 비효율적일 수 있다는 것을 의미한다. 그런 상황 하에서 환자(주인(principals))으로 고려될 수 있음들은 보건의료 시장에서 이들의 대리인(agents)인 일반의와 접하게 된다. 정보차이를 제거함으로써 일반의는 환자들의 선호체계를 효과적으로 제시함으로써 효율성을 향상시킬 수 있다.

보건의료전달체계의 핵심에 있는 주인-대리인의 관계로, 환자들의 대리인 선택문제는 상당히 중요한 부분을 차지한다. 실제로 의사-환자간의 관계는 두 당사자들의 만족도뿐만 아니라 환자들의 자가치료(self-care) 및 건강수준(health outcomes)에도 영향을 주게 된다. 환자 개인은 다양한 치료형태 및 자문에 따라 다르게 반응하기 때문에 환자들이 의사를 선택하고 교체하는 것에 대한 제한된 능력은 의사들의 치료성과를 감소시킬 수 있다.^{주52)}

환자선택권 강화로 환자권한을 향상시키며 더구나 환자가 의사를 자유롭게 선택할 수 있는 능력을 보유한 경우 의사들로 하여금 의료서비스 질을 향상시키도록 인센티브를 부여하게 된다. 이는 환자들에게 선택권을 부여함으로써 환자들을 위한 일반의간 경쟁이 증대됨을 언급하는 것이다.

예전에 영국의 경우 의사들에 대한 환자들의 선택은 제한되어 있었다. 왜냐하면 의사들은 시간이 지날수록 자신의 등록환자들의 의학적, 사회경제적 환경에 대해 보다 잘 이해할 수 있고 지속적인 치료를 제공할 수 있을 것이라 여겼기 때문이다. 그러나 영국은 2002년 개혁안에서 환자들이 대기시간과 치료방식의 선택에 대한 변화를 주기 위해서 스웨덴, 덴마크와 같이 스칸디나비아 국가들이 추진하고 있는 환자 선택권 강화를 위한 개혁조치를 받아들였다. 즉, 환자들은 대기시간과 치료에 대한 다양한 방식의 선택에 관한 정보를 접할 수 있으며 대기 환자들은 대안적으로 공급자에 대한 선택의 기회를 가질 수 있도록 하는 개혁을 채택한 것이다.

덴마크의 경우 환자에 대한 권리를 강화시키기 위해 1993년 이전까지는 덴마크 환자들이 자신의 거주지 병원만을 사용할 수 있도록 제한하던 것을 1993년부터 전문화 정도가 같은 동급의 병원인 경우 어느 병원이든 선택하도록 하는 개혁이 실시되었으며, 다른 주나 민간영역의 의료공급자를 선택할 수 있도록 선택 폭이 확대되었다(이규식, 2003).

이와 같이 의료공급자를 선택하기 위한 소비자의 자유선택이 증가되고 있다. 덴마크, 영국, 그리고 스웨덴의 경우 지역에 국한해서 의료공급자를 선택하던

주52) Gage H. and Rickman N., *Patient Choice and Primary Care*, University of Surrey, 2000.

범위를 넓혔으며, 이를 통해 의료공급자간 소비자유치경쟁을 유도하고 있다.

다. 소결

보건의료개혁은 급격한 의료비 증가에 대한 우려로 거의 모든 OECD 국가에서 진행 중에 있다. 많은 국가에서 정부가 주도적인 역할을 하고 있는데 이는 정부지출의 급격한 증가에 따른 것이라 볼 수 있다. 정부재정지출 증가는 보건의료요구 및 수요 만족도에 있어 국민들의 높은 기대치와 고령화에 따라 나타나고 있다. 또한 민간보험이 보험료를 지불할 여력이 없는 높은 프리미엄을 부과하거나 리스크가 높은 사람에게 보험을 제공하지 않으려 하면서 미국, 네덜란드와 같이 민간재정수준이 높은 국가에서는 접근성에 관해 관심이 증가되고 있다. 정부가 의료비를 강하게 통제하고 있는 국가, 즉, 영국 및 뉴질랜드 등의 국가에서는 대기목록 및 대기시간 증가에 따른 접근성 문제, 자원배분문제, 의사들의 자유재량권 문제 등이 제기되고 있다.

의료비 증가를 제한하기 위한 개혁에 따른 경험으로부터 다음과 같이 제안할 수 있다. 첫째, 공공자원, 단일지불자체계(single-payer system)는 전반적으로 의료비를 쉽게 통제할 수 있지만 다수지불자체계(multiple-payer system: 사회보험과 민간보험제도의 혼합)는 의료비증가를 감소시키기는 다소 어렵다. 둘째, 예산상한선은 지출을 억제하는데 성공적이었으나 예산배분방식에 문제가 나타나고 있으며 특히 효율성을 향상시키기 위한 인센티브를 제한하고 있다.

보건의료서비스공급에 효율성이 제고되면 예산압박을 완화시키는데 도움을 줄 수 있고 서비스를 향상시키기 위해 자원을 보다 잘 활용할 수 있다. 개혁에는 보건의료공급자, 환자들이 보건의료서비스를 보다 효율적으로 이용하고 생산성을 높이도록 인센티브를 부여하기 위하여 지불제도를 개정하는데 초점을 두고 있다. 이러한 개혁을 평가하기 위한 주요사항은 다음과 같다.

우선 공공통합체계(public-integrated system)를 지닌 국가에서는 효율성 관련 개혁은 다음의 내용을 포함한다.

- 구매 및 공급기능의 분리

- 계약을 통해 목적달성이 용이하도록 인센티브 부여
- 의사결정의 분권화
- 공급자간 경쟁증가

이러한 정책의 긍정적인 영향은 중앙통제, 의료비 지출제한, 공급제한에 의해 희석되는 경우도 있지만 많은 국가에서 지속적으로 시행하고 있다. 공급자간 경쟁은 다소 성공적이지 못하였는데 이는 지역보건의료시장에서 공급자들이 지니고 있는 독점적 위치와 구매자의 역량부족에 기인한다고 볼 수 있다. 경쟁으로부터 긍정적인 결과를 도출하기 위해서는 경쟁을 위한 시장조건 확립, 성숙한 구매역량, 계약 및 모니터링에 필요한 정보확충이 요구된다.

한편, 지불제도 개선으로부터 생산성을 향상시킬 수 있다. 예를 들어 관련 단가가 올바르게 설정되고 공급자 행태와 질을 잘 관리할 수 있다면, 산출물 관련 사전지불방식은 공급자로 하여금 환자치료에 불이익을 주지 않고 비용을 감소시킬 수 있다.

보험사간 경쟁증가로부터 유도해 낼 수 있는 경험은 혼재되어 있다. 보험시장 경쟁증가는 보험사간에 프리미엄을 낮춤으로써 그리고 양질의 서비스를 제공하고 행정비용감소를 위한 인센티브를 구축함으로써 긍정적인 효과를 가진다. 뿐만 아니라, 미국과 같이 경쟁적인 공급자간 선택적 계약과 가격협상으로 구매자는 비용증가를 억제해 왔으며, 관리의료제도와 같이 비용을 감소시킬 수 있다. 그러나 한 가지 중요한 이슈는 어떻게 보험시장을 분할하지 않고 보험사간 경쟁을 촉진할 수 있는지와 보험사가 위험성이 높은 사람을 회피하게 되는 부적절한 리스크 조정 메커니즘을 감소시킬 수 있는냐에 있다.

마지막으로 예산통제와 시스템 효율성간에는 상충관계가 존재함을 언급하고자 한다. 1980년대에 많은 OECD 국가들은 자국의 보건의료시스템에서 이용되는 자원의 총량을 제한함으로써 의료비 증가를 통제하고자 하였다. 단일지불자 체계하에서는 정부지출에 상한선을 두거나 병원에게 모든 비용에 대해 보상하는 지불방식에서 연간 예산을 사전적으로 지불하는 방식으로 변화시키거나 병원수, 병상수, 그리고 보건의료공급자 수를 감소시킴으로써 정부지출을 억제하

였다. 이러한 거시적 비용통제접근방식(macro cost-containment approach)은 보건의료서비스에 대한 지출이 보건의료공급자의 소득과 일치한다는 경제적 직관에 근거를 두고 있다. 보건의료 공급자는 실질적인 보건의료요구와는 관계없이 자신이 제공하는 보건의료서비스의 총량을 증가시킬 인센티브를 지니고 있다. 그러므로 이론적으로 보면 대부분의 보건의료시스템내의 비효율 때문에 정부는 건강에 결정적인 영향을 주지 않는 범위내에서 자원의 양을 삭감하거나 상한선을 두게 되며 다른 공급자들은 점차적으로 비용효과적인 서비스를 선택하고 보건의료요구에 적절하게 우선순위를 두게 된다.

거시적 비용통제 접근방식을 통해 비용을 억제하는 효과적인 측면도 존재하지만 영국, 뉴질랜드 시스템에서는 비용이 감소되기보다는 이전될 수 있다는 가설도 제기되고 있다. 즉, 비용은 대부분 공공부문의 환자에게로 이전되고 있는데, 공공병원에 비용급수술의 대기목록 증가, 치료시간보다 의사진찰을 위해 대기하는 시간의 증가로 인한 소득손실, 가정에서 환자를 돌보기 위해 소요되는 보호자 비용 증가 등으로 비용이 이전되고 있다는 것이다. 그러므로 소위 단일지불자 체계에서 사회적 비용이 높지 않을 것이라 생각할 수 있으나 실제로는 비용이 겉으로 표출되지 않고 있다는 것으로도 볼 수 있다.

보건개혁을 위한 거시적 비용통제 접근방식은 또한 다음과 같은 상반된 가정에 기초하고 있다. 제한된 자원에 직면했을 경우, 의사들은 서비스를 가장 비용효과적으로 선택할 것이며 그래서 보건요구에 적절하게 우선순위를 두게 될 것이라는 가정을 두고 있다. 단순히 특정 시스템에서 이용할 수 있는 자원을 제한하는 것이 반드시 가장 비용효과적인 서비스를 선택하여 최적의 생산프론티어로 이동하게 된다는 결론에 이를 수 있다는 것은 아닐 것이다. 예를 들어 영국에서 서비스공급은 캐나다보다 영국에 소요되는 보건의료자원이 훨씬 낮은 수준임에도 불구하고 캐나다보다 좀더 비용효과적인 측면이 존재한다는 근거는 존재하지 않는다.

오래된 진료관행을 변화 및 개선시키기보다는 현상태를 유지하기가 더 쉽다는 것을 인지하고 있는 일부 보건의료공급자는 비용전가를 선택할 수 있다. 이들은 대기순번 장기화 혹은 반응성이 결여된 서비스 등으로 다른 지불자 혹은

환자들에게 비용을 전가할 수 있는 것이다. 그러므로 한가지 목적을 달성하기 위해 도입된 정책은 예상치 못한 비용에 의해 상쇄되지 않도록 신중한 고려가 요구된다.

이와 같이 OECD국가의 보건의료개혁으로부터의 경험을 다시 살펴보면 다음과 같이 요약할 수 있을 것이다.^{주53)} 첫째, 병상수를 줄이고 비용을 통제하기 보다는 시스템 인프라를 개발하고 접근성을 향상시키는 것이 용이할 수 있다. 둘째, 모든 그룹을 위해 접근성을 증대시키지만 여전히 사회경제적 그룹간에는 실질적인 차이가 존재하며, 이는 의료수혜를 많이 받지 못하는 인구집단을 위한 정책이 요구된다. 셋째, 국민의료비 지출에서의 증가가 보건의료성과 향상과 긴밀히 관련되어 있는 것은 아니다. 넷째, 거시적인 비용통제전략이 미시적 효율성을 보장하는 것은 아니다. 다섯째, 행정비용은 국가보건서비스를 기반으로 한 시스템과 관리하의 경쟁(managed competition), 관리의료(managed care)보다 민간 및 사회보험을 기반으로 하는 시스템에서 높게 나타난다.

2. 보건의료시스템의 규범적 고찰

가. 보건의료시스템 선택을 위한 경제적 규범

보건의료시장을 보는 견해는 크게 정부의 역할을 강조하는 측면과 시장의 역할을 강조하는 측면으로 나누어 볼 수 있다.

예를 들어, 의료비 결정방법에 대한 이론에 있어 큰 논쟁이 되고 있는 것은 공급자유인수요이론과 경쟁시장이론(competitive market theory)의 대립을 들 수 있다. Evans(1976)는 이러한 문제를 가지고 보건경제학자를 넓은(broad) 경제학자와 좁은(narrow) 경제학자라는 유형으로 분류하여 제시하고 있는데, 좁은 보건경제학자는 의료서비스의 수요가 스스로의 이익을 추구하는 것이지 의사에

주53) Schieber G. J., "Preconditions for health reform: experiences from the OECD countries", *Health Policy* 32, 1995, pp.279~293.

의해 수요가 창출되는 것은 아니라고 보고 있어, 이것이 ‘경쟁시장이론’이라 불리는 것이다. 반면에 넓은 경제학자는 의료제공자가 의료서비스의 이용에 관하여 결정적인 힘을 가지고 있고, 소비자 또는 환자들의 의료서비스 선택에 영향을 미친다고 보고 있어, 이것이 공급자유인수요라 불린다. 참고로 Evans가 ‘넓은’ 혹은 ‘좁은’이라는 용어를 사용하는 것은 좁은 경제학자가 종래의 고전적인 경쟁이론의 틀을 고집하는 한계를 지적하려는 의도에 있다.

이들 두 이론이 가지는 배후의 이데올로기는 평등주의자(egalitarian)와 자유주의자(libertarian)의 견해가 경쟁하고 있다. 실제로 보건의료정책을 둘러싸고 있는 논쟁의 핵심에는 보건의료정책자들의 비전(vision), 즉, 평등주의자(egalitarian)의 비전과 자유주의자(libertarian)의 비전이 혼재되어 경쟁하고 있다.

경제학적 관점에서 의료관계자들의 경제 시스템에 대한 견해에 있어 발생하는 오류 중 하나는 공평성과 효율성에 대한 견해의 차이 혹은 이해부족을 들 수 있다(문옥륜·김주환, 1992). 미국 의료관계자의 바람직한 의료제도에 대한 견해에 대해 Reinhardt는 다음과 같이 정리하고 있는데, 주54) 의료제공자의 이상향에서 볼 수 있는 견해는 정부개입을 배제하고 예산에 의한 통제나 비용의 통제를 배제하는 것이나 이것이 평등주의자의 견해와 양립시키기는 것과 관련된 모순이 제시되고 있다.

〈표 V-6〉 의료제도에 대한 견해

제도의 형태	평등주의	의료행위의 가격과 의료행위에 대한 정부개입의 부정	예산에 의한 통제 및 비용통제
의료제공자의 이상향	찬성	찬성	반대
국가의료보험제도	찬성	반대	찬성
가격에 의한 경쟁 시스템	반대	찬성	찬성

자료: Reinhardt, "Future Trends in the Economics of Medical Practice and Care", *American Journal of Cardiology*, 1985, vol.56. 문옥륜·김주환(1992) 재인용.

주54) 문옥륜·김주환(1992) 재인용

보건의료에 대한 평등주의와 자유주의간의 경제이론적 시각차이는 보건의료 정책에 영향을 주게 되므로, 보건의료제도 개선방향을 논의할 할 경우 보건의료정책에 영향을 미치는 보건의료를 보는 시각에 대해 우선적으로 살펴볼 필요가 있다. 그러나 여기에서 고려되어야 할 사항은 자유와 평등을 근거한 극단적 대립현상이 이론적 측면에서 강하게 제기되고 있으나 현실적으로 어느 한 측면이 보다 우수하다고 하기는 어렵다. 즉, 보건의료제도를 시장기구에 전적으로 의존하거나 전체를 국가계획에 따라 운영하여야 한다는 주장은 바람직하지 않으며, 실제로 한 가지 논리에 치우친 정책보다는 시장체제라는 메커니즘과 정부개입이 혼합되어 운영되는 경우를 종종 볼 수 있다. 다만, 국가마다 정부개입 수준 및 개입부문이 사회·경제·정치 등 제반환경에 따라 다양하게 나타나고 있다.

본 절에서는 보건의료를 이해하는 견해를 우선 살펴보고 이 두 견해의 대립관계(trade-off)가 아닌 균형 또는 통합의 측면에서 고찰해 보고자 한다. 그리고 이를 토대로 바람직한 보건의료제도 개선방향에 대해 모색해 보고자 한다.

1) 보건의료의 형평성과 효율성의 상충관계

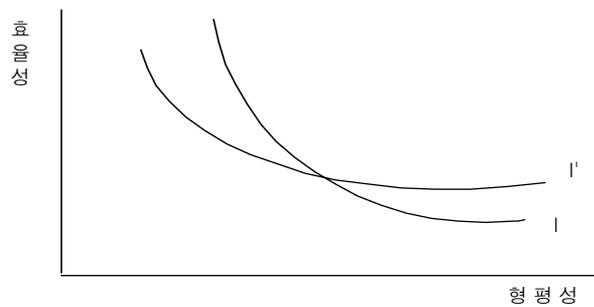
Okun(1975)은 사회를 right domain과 dollar domain으로 구분하고 있는데, 이들 두 분류의 주요 특성은 형평성(equality)과 효율성(efficiency)이다. right domain에서 정치·법적 제도는 보편적으로 모든 시민들의 평등을 보장할 권리를 부여한다. 그러나 dollar domain에서 사회의 경제제도는 시민들 간에 실질적인 불평등을 양산해내는 시장에서 결정된 소득(market-determined income)에 많은 영향을 받는다. 그러므로 일정정도의 불평등은 시장의 경쟁측면으로 보장되고 있으며 이윤 및 소비자 후생을 극대화할 동기를 지닌 시장에서 효용 및 이윤극대화 행위는 가장 효율적인 성과를 만들게 된다.

한편, 정책입안자들은 이들 두 영역에 개입하게 되는데, right domain의 경우, 시민의 권리를 보장하기 위한 노력을 기울이게 되며, dollar domain에서는 규제되지 않은 시장에서 발생할 수 있는 부작용을 최소화하게 된다. 여기에서 규제되지 않은 시장은 경제성장을 유도하지만 모든 시민들에게 혜택이 고루 돌아가

는 것은 아니다. 정책입안자들은 *dollar domain*내에서 균등한 분배와 더욱 대립되고, 다른 한편으로는 권리의 범위를 확대시키기 위해 효율성과 상충될 수 있는 문제에 직면하게 된다.

이와 같이 일반적으로 형평성과 효율성은 역의 상관관계가 존재하는 것으로 인식되고 있다. 이러한 역의 상관관계를 무차별 곡선을 이용하여 제시하면 다음의 그림과 같다.

[그림 V-2] 효율성과 형평성의 조합



Rawls(1971)에 따르면 무차별곡선(I, I')는 형평성과 효율성의 조합을 나타내고 있다. 사회는 배분적 정의 개념에 따라 형평성 및 효율성에 각각의 가중치를 부여할 수 있으며 이는 평등주의자(egalitarian), Rawlsian, 공리주의자(utilitarian), 자유주의자(libertarian) 등으로 나타난다. 한 점에서 무차별곡선의 기울기는 효율성과 형평성에 부여된 상대적 가중치를 나타내는데, 수직적 곡선(I)은 형평성에 상대적으로 높은 가치를 부여하고 있으며 수평적 곡선(I')은 효율성에 상대적으로 높은 가치를 부여하고 있다.

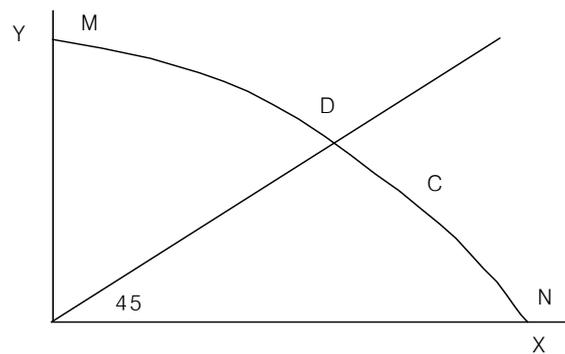
이러한 맥락에서 형평성은 인구 구성원들간의 건강수준(health outcome)에서의 편차를 측정함으로 평가될 수 있으며, 효율성은 투입에 대한 건강수준의 총 생산을 측정함으로 평가될 수 있다. 한 명의 공정한 분배자(impartial distributor)와 두 명의 수혜자인 X, Y를 고려해 보자. 공정한 분배자(impartial distributor)는 어떤 건강수준을 생산해 내기 위해 필요한 보건의료자원을 분배하게 되는데,

이러한 결과물은 유병률 및 사망률(QALYs 또는 기대여명)에서의 감소로 측정될 수 있다. 다음의 그림에서 MN선은 파레토 효율의 궤적을 나타내고 있다. MN곡선상의 각각의 점에서 건강수준의 파레토 효율적인 배분(예를 들어, QALYs)이 존재하게 된다. 건강수준의 파레토 효율적인 배분은 더 이상 어느 누구도 더 건강하게 만들 수 없는 즉, 다른 사람의 건강수준을 떨어뜨리지 않고 어떤 한 사람을 더 건강하게 재배분하는 것은 불가능하다는 것을 말한다.

파레토주의자들의 견해에 따르면, 형평성의 개념이 도입되지 않고 효율성에 따라서만 궤적이 그려지고 있다. Y축의 M은 X축의 N과 동일하게 효율적인 것으로 여겨지지만, 여기에서 M과 N 중에 어떤 부분이 형평성이 높은지에 대해서는 제시하지 못하고 있다. 파레토주의자들은 견해는 개인간의 보건의료에 대한 요구측면을 배제하였기 때문에 X와 Y의 요구를 비교하는데 한계가 따른다.

한편, 보건자원의 동일한 배분을 나타내는 45°선을 추가하여 자원 및 결과물(outcomes)이 비례적임을 제시할 수 있고, 그래서 형평성의 측면을 고려할 수 있다. 예를 들어 점C와 점D를 고려해 볼 때, 두 점 모두 파레토 효율적이지만 점C보다는 점D의 배분이 더 좋다는 것으로 볼 수 있다.

[그림 V-3] 파레토 효율과 45도선



2) 효율성과 형평성의 통합

위의 [그림 V-3]에서 살펴본 바와 같이 항상 형평성과 효율성이 상충된다는 전제에는 다소 오류가 존재한다. 그렇다고 해서 효율성과 형평성이 상호간에 균형을 이루고 있다는 것은 아니지만, C에서 D로의 이동은 형평성을 향상시킬 수 있는 반면에 동일한 파레토 효율을 유지하고 있다.

실제로 상충관계(trade-off)를 지니지 않는 분배법칙도 존재한다. 다시 말해서, 제로섬게임(zero-sum game)이 아니라 포지티브-섬 게임(positive-sum game) 혹은 네거티브-섬 게임(negative-sum game)이 형평성 및 효율성간에도 존재할 수 있다. 이에 관해 Culyer(1990)^{주55)}는 총액예산제를 토대로 세 가지 분배규칙에 관한 상충관계(trade-off)의 함의를 제시하고 있다. 효율성 정도는 지출된 단위 재원당 인구구성원의 건강수준(health outcome)으로 측정하고 형평성은 인구구성원의 건강수준에 대한 편차로 측정한다.

첫째, 급진적인 평등주의자의 분배규칙(radically egalitarian distribution rule)에 의하면, 인구구성원간의 건강수준(health outcome)을 균등화시키는 것이다. 이는 개인에 따라 보건의료 요구(needs) 수준이 다르다는 측면을 고려한다면, 이러한 분배법칙은 자원을 적정하게 분배하지 못할 수 있음을 의미한다. 다시 말해서, 인구구성원간의 보건의료요구의 초기분포에 따라 자원을 배분할 경우, 건강수준을 거의 균등하게 분포시키는 것은 어떤 사람들에게는 건강 성과수준(outcomes)을 증가시키며(예를 들어, 중증질환자의 경우), 반면에 다른 어떤 사람들의 건강 성과수준(outcomes)을 떨어뜨릴 수도 있다(예를 들어, 초기에 건강한 사람). 이와 같이, 이러한 규칙은 건강한 사람의 건강수준을 낮추어 낮은 수준으로 균등화되는 결과를 낳을 수 있다. 인구구성원의 전반적인 건강 성과수준은 초기 가장 건강한 사람이 약간 건강한 사람이 얻게 되는 것보다 건강손실이 더 클 수 있다. 그래서 Culyer는 급진적 평등주의를 비효율적인 자원배분의

주55) Culyer, "Commodities, characteristics of commodities, characteristics of people, utilities and the quality of life", in S. Baldwin, C. Proper, and C. Godfrey(eds.) *Quality of Life Perspectives*, London: Routledge, 1990.

로 언급하고 있다.

둘째, Culyer는 공리주의자(utilitarian)의 분배법칙이 건강 성과수준의 총합을 극대화시키는데 목표를 두고 있다는 것을 고려한다. 이 규칙은 Culyer의 효율성 정의로 볼 경우, 단위당 투입에 대한 성과가 최대이므로 최대의 효율성을 지닌다고 할 수 있을 것이다. 그러나 효율성에서의 이득은 형평성에서의 손실로 상쇄(offset)된다. 즉, 인구구성원간에 건강 성과수준의 편차가 증가하고 초기의 중증질환자는 그대로 유지 혹은 악화될 수 있으며 건강한 사람은 보다 건강해질 수 있다. 그러므로 Culyer는 공리주의자의 효율성을 자원 및 성과 둘다의 측면에서 공평하지 못한 배분으로 언급하고 있다.

마지막으로 Culyer는 공리주의자와 평등주의자의 규칙을 통합한 경우를 고려하고 있는데, 이를 절충적인 자원균등화(compromise resource equalization)로 부른다. 이는 모든 사람들에게 최소한의 보건의료 자원을 동일한 최소의 적정수준(minimally adequate share)으로 부여하는 것이다. 사람들은 보건관련 선호체계에 따라 자원을 처분할 수 있어 사회적인 보건의료자원의 효용은 사람들 간에 상이한 선호, 초기 건강상태를 반영하게 된다. 만약 동일한 자원으로 시작할 경우 보건의료 시장배분은 사람들의 선호 및 초기 건강상태에 따라 어떤 사람에게는 많은 혜택이 돌아갈 것이고 어떤 사람들은 처음 가진 자원보다 적은 혜택이 돌아가게 될 것이다. 그래서 보건의료자원에 대한 접근성은 인구 구성원에게 고루 확산된다. 그러나 건강 성과수준은 상이하게 분배되는데 이는 자원으로부터 혜택을 받는 개인의 능력이 상이하기 때문이다. 그러나 배분의 불공평성은 공리주의자의 경우 나타나게 되는 결과보다는 낮다. 또한 자원의 균등한 배분은 급진적 평등주의자들의 배분보다 효율적이다. 이러한 자원균등화(resource equalization)의 통합은 형평성과 효율성이 반드시 상충되는 것은 아님을 의미한다.

나. 보건의료단일체계의 한계점 및 혼합보건의료체계

우리나라는 소득수준 증가, 양질의 의료서비스에 대한 요구증가와 더불어 급격한 고령화의 진전 등 환경적 요인이 변화함에 따라 향후 이에 부응하기 위한

의료제도 구축이 중요한 과제로 대두되고 있다. 그러나 국민들의 의료에 대한 요구를 모두 충족시키기에는 자원의 제약이라는 한계가 있기 때문에, 정부의 역할이 강조되었던 의료시장에 경쟁을 유도하는 것은 우리나라뿐만 아니라 다른 선진국에서도 공통적으로 이루어지고 있는 실정이다. 경제이론적 시각에서 민간부문 및 공공부문의 상호대립 또는 경쟁적인 입장은 자유주의자와 평등주의자 간의 인식의 차이에서 기인한다. 이러한 경제이론적 시각 차이는 국가가 국민에 대한 의무로서 국민의 기본권인 자유와 평등에 대한 철학적 입장 차이에서 기인하고 있으며(이덕훈 외, 1998), 그 입장에 따라 민간부문과 공공부문의 역할에 차이가 존재하게 된다.

자유시장주의적 입장은 시장경제에 대한 국가의 개입이 개인의 정당한 재산권을 침해할 뿐만 아니라 국가개입에 의한 운영은 정부실패를 초래할 가능성이 높다는 점을 부각시킴으로써 국가개입을 반대하고 있다. 반면에 평등주의적 입장은 인간의 존엄성을 인정하고 생존권을 보장하는 것이 국가의 책임이라는 논리로써, 평등을 위해 자유를 부분적으로 제한할 수 있다는 점에 근거를 두고 있으며, 시장실패를 지적함으로써 국가개입의 정당성을 주장하고 있다.

이러한 자유와 평등을 근거로 한 극단적 대립현상은 이론적 측면에서 강하게 제기되고 있으나 현실적 측면에서는 시장기구에 전적으로 의존하거나 전체를 국가계획에 의해 운영하여야 한다는 주장은 바람직하지 않으며 설득력을 갖기도 어려운 것이 사실이다.

한편, 우리나라의 경우 보건의료부문에서는 민간위주로 의료서비스가 공급되고 있으며 이는 때때로 정부 및 보건의료시스템의 실패로 제기되기도 한다. 이것이 긍정적인지 부정적인지에 관한 판단은 남겨두고서라도 민간위주의 의료공급체계에서 공공으로 서비스를 대체하여 전달하기 위한 일련의 시도들이 제기되고 있다. 그러나 성과가 높은 의료체계를 가진 국가에서는 민간공급자가 중요한 역할을 하고 있으며 이들은 일반적으로 정부의 재정적인 역할을 직·간접적으로 행하는 등의 혼합전달체계를 보이고 있다. 이러한 공공민간 혼합체계(public-private mix)에 대한 견해는 민간위주의 공급체계를 가진 국가에서 좀더 면밀히 검토해 볼 필요성이 제기된다. 지금까지 공공정책을 민간보건의료공급

자들이 더욱 효과적으로 제공할 수도 있다는 사실과 인구구성원의 건강수준향상이라는 목표를 성취하기 위한 통합적인 수단으로써 민간공급자와 함께 협력하는 방안이 간과되어왔다.

이에 본서에서는 앞서 논의한 평등주의와 자유시장주의 입장을 대변하는 단일체계의 한계를 살펴보고 이를 통하여 공공과 민간이 조화될 수 있는 의료제도의 개선방향에 관해 살펴보고자 한다.

1) 단일체계의 한계

가) 자유시장경쟁 단일체계의 한계

일반적으로 자유시장경쟁체제는 시장의 불능성 혹은 부족성⁵⁶⁾ 등으로 인해 국가개입의 근거를 제공해 주고 있다. 즉, 시장경제의 필수요건 및 경제주체가 시장행위에 대한 합리적인 결정을 한다는 보장이 없으며, 완전한 정보제공이 이루어지고 있지 않다는 문제를 들고 있다. 예를 들어, 보건의료시장 내에서 환자들은 자신의 건강 및 질환에 관해 정확한 판단을 할 수 있는지는 의심의 여지가 있다. 의사인 의료공급자와 환자 또는 그 가족인 의료수요자 사이에는 의료정보에 대한 현격한 차이가 있어 자유시장경쟁의 기본 조건인 공급과 수요에 대한 정보공유가 제대로 이루어지고 있지 못하다는 것이다.

또한, 경제주체 간에 정보가 비대칭적이어서, 보험자가 보험가입자의 상태를 알기 위해 높은 경비를 지불해야 하거나 알기 힘든 경우에 보험가입자 중 높은 위험을 가진 사람은 자신이 지불할 가격보다 낮은 가격에서 계약을 체결하게 되며, 이로 인해 보험시장은 가격체계를 상실하게 되어 낮은 위험을 가진 사람이 보험시장을 떠나고 높은 위험을 가진 사람만 가입하게 되는 역선택의 문제가 나타날 수 있다. 그리고 보험시장에 계약은 세대간에 이루어지는 경우가 있으므로 시장에서 가격결정이 형성되기 어려울 수 있다. 계약이 이루어진 이후

주56) 시장의 불능성은 시장에서 어떤 구체적인 경우에 결과를 내지 못하거나 공정한 결과를 갖지 못하는 경우를 말하고, 시장의 부족성은 시장에서 공정한 결과를 만들어냈다고 하더라도 최선이 아닌 차선의 경우를 말함.

에 보험가입자는 도덕적 해이로 인해 의료수요를 증가시키게 되는 문제도 발생하게 된다.

이와 같이 보건의료를 이용하는 소비자는 자신의 질병에 대한 지식이 거의 없어 의료공급자의 판단에 의존할 수밖에 없다. 즉, 지식의 비대칭적 관계로 인해 보건의료에서는 다른 상품이나 서비스와는 달리 소비자의 주권이 잘 성립되지 않는다. 또한 공급자가 판매할 상품의 종류와 수량 등을 모두 결정하는데, 이는 보건의료서비스 전반에 나타나는 것으로 보건의료서비스의 중요한 특징이라 할 수 있다. 그리고 건강증진, 질병예방의 필요(needs)와 관련해서 통상적으로 사회적으로 바람직한 수준보다 낮은 수준으로 소비되며 개인의 소비만으로는 사회적으로 바람직한 수준에 이르지 못하므로 정부개입을 정당화시킨다. 만약 의료인의 윤리수준이 낮을 때, 공급자 유인수요 등의 문제가 발생할 수 있다. 의료시장에서는 면허를 가진 자만이 시장에 참여할 수 있어 공급자의 시장 진입이 자유롭지 못해 독점적 권한이 발생하며 또한 병원은 어느 정도의 시설을 필요로 하므로 지리적인 자연독점이 발생할 수 있다. 농촌지역에서는 의원도 비슷한 독점이 일어날 수 있다.

이러한 보건의료시장은 여러모로 불완전한 측면을 갖고 있어, 사회의 모든 위험을 자유시장경쟁체계로 보장할 수 없다. 그렇다고 해서 정부개입체계가 이러한 문제점을 해결해 줄 수 있다고 할 수도 없는데, 이에 대해 살펴보면 다음과 같다.

나) 정부개입체계의 한계점

자유시장주의자들은 개인능력에 따라 취득한 자원에 대해서는 재산권이 침해당할 수 없는 정당한 권리로 인정되어야 하며 정부는 이에 대해 강제적인 재분배를 요구할 권리가 없다는 입장을 가지고 있다. 국가개입에 의한 소득재분배는 정당한 소득을 인정하지 않는다는 근본적인 문제점과 자원배분의 비효율을 유발한다는 것으로 인식한다. 즉, 경제활동에 의한 불균등한 소득분배는 개인의 능력에 따른 한계생산성의 차이에 기인한 것인 반면, 강제적인 재분배는 개인

의 능력에 따른 차이를 무시하는 것이며 정당하게 발생한 소득격차를 줄이는 것이 불공평한 것으로 간주한다.

국가의 자유시장체계에 대한 개입으로 나타나는 또 다른 문제점은 관료주의 및 경쟁제한에서 발생하는 비효율성을 들 수 있다. 즉, 국가의 사회정책 틀 안에 각 사회제도가 조정기능을 발휘하지 못하여 제도 간 중복 등 비효율이 나타나며 위험관리능력이 떨어지는 등의 문제가 나타날 수 있다. 이러한 문제는 선진국의 경우 오랜 기간동안 경험에 의해 개선되고 있으나 상당한 시행착오와 왜곡현상이 여전히 발생하고 있다.

이러한 정부개입의 단일체계에서는 자유시장경쟁체제와 마찬가지로 인간의 위험을 국가가 모두 책임진다는 것은 불가능할 뿐 아니라 오히려 역효과를 가져와 비효율성이 증가하는 등의 바람직하지 못한 결과를 초래할 수 있다. 결국 정부개입의 단일체계와 자유시장경쟁체제는 경쟁적 입장에서 대립관계로는 해결하기 어려우며, 이들 상호간의 역할분담을 어떻게 적절히 할 것인가에 논의의 초점을 두어야 할 것이다.

2) 혼합보건의료체계(mixed health care system)

가) 혼합체계의 유형

민간보건의료체계와 공공보건의료체계를 비교해 보면, 다음과 같은 사항을 논의할 수 있다. 민간보건의료체계는 미시적 수준에서 비용최소화를 위한 동기가 강하지만, 공급량을 컨트롤할 수 없기 때문에 거시적 수준에서 비용통제(cost-containment)를 하기 어려운 측면을 지니고 있다. 공공보건의료체계는 세금 등의 공공재정에 의한 사전적 지불로 거시적 수준에서 비용통제문제를 원활히 해결할 수 있지만, 재정적 인센티브가 낮아 미시적 수준에서 비용절감(cost-consciousness)이 어려운 측면을 지니고 있다.

그래서 이들 시스템 중에 최선의 방식을 결합하는 혼합체계(mixed system)로 나아가자 하는 노력이 시도되고 있다. 혼합체계(mixed system)로 다음의 세 가지 형태를 볼 수 있다.

- 혼합된 동기(mixed motives)를 가지는 단일 시스템
- 두 개의 독립적인 시스템이 자유롭게 경쟁하는 혼합형태
- 한 시스템이 지배적 역할을 하며, 나머지 시스템은 제한된 범위내에 최소한의 역할을 하는 방식

우선 혼합된 동기(mixed motives)를 가지는 단일 시스템의 경우를 살펴보면, 보건의료공급의 어떤 한 영역에서는 우선순위 설정에 ‘요구(need)’가 유일한 방법이며, 어떤 다른 영역에서는 지불의사(willingness-to-pay) 또는 지불능력(ability-to-pay)이 유일한 방법일 수 있다. 예를 들어, 병원치료에는 요구(need)에 의해 결정되는 반면, 일차진료에서는 지불의사(willingness-to-pay), 지불능력(ability-to-pay)에 의해 결정될 수도 있을 것이다(역도 성립). 그러나 일차진료는 일차적인 의료의 역할을 하며 병원치료를 위한 여과기능을 하므로 이들 둘을 구분짓는 기준이 명확하지 못하여, 상이한 방식으로 운영하는 데는 어려움이 따르게 된다. 또한, 편의(amenity) 측면에서 치료(예를 들어, 병원치료에서의 편의)와 클리닉(clinic) 측면에서의 치료(예를 들어, 치료를 위한 수술 및 의약품)로 구분할 경우에도 분류기준이 모호해 진다. 예를 들어 간호(nursing care)의 경우 일부는 편의(amenity) 측면이며 일부는 클리닉(clinic) 측면이어서, 두 가지가 혼재되어 있다. 또한 대기시간의 경우 클리닉 차원의 우선순위(모든 사람에게 동일하게 적용)의 문제인지, 아니면 편의차원에서 우선순위(지불의사, 지불능력에 의해 최선의 날자 및 시간을 설정)의 문제인지에 관해 결정해야 하는 문제에 직면할 수 있으며, 이러한 한 조직 내에 상충되는 문제를 결합하는 작업이 다소 어려울 수 있다.

두 개의 시스템이 동일사회에 병렬적으로 운영되는 시스템을 고려해 보면, 사용여부와 상관없이 모든 사람이 공공시스템(public system)의 비용을 부담해야 하는지, 그리고 공공시스템의 재정규모 수준에 관한 이슈가 제기될 수 있다. 일반적으로 부유한 사람이 생각하는 공공시스템의 수준이 민간시스템 수준보다 높지 못하다면 공공시스템에서 빠져나가게 된다. 그리고 민간시스템이 공공시스템보다 수익률이 높다면, 의사들은 민간시스템으로 이동하게 될 것이고 공공

시스템에서는 행하지 않은 수익성이 높은 진료에 집중할 인센티브를 가지게 될 수 있다. 또한 부유한 사람은 공공시스템을 이용할 의향이 없지만 최소한의 공공시스템 기여분이 요구될 경우, 공공시스템을 벗어나 민간시스템으로 이동할 인센티브를 가지게 된다. 이와 같이 상이한 두 개의 시스템이 의료서비스 공급자 및 소비자 모두 만족스럽게 동일 조건으로 병행해 나갈 수 있는 방안을 모색하는 것은 다소 어려울 수 있다.

마지막으로 한 시스템을 지배적인 것으로, 다른 시스템을 최소한의 역할을 하도록 하는 시스템에 대해 살펴보면, 혼합체계(mixed system) 형태 중에 가장 실질적인 시스템이라는 것을 알 수 있다. 지배적인 이데올로기가 모든 사람을 포괄하지는 못하지만, 비록 제한된 범위일지라도 소수의 견해가 반영되는 시스템일 수 있다. 각각의 시스템은 이데올로기적 특성을 지니고 있으며, 이와 동일하게 독특한 문화를 만들어 낸다. 민간부문의 문화는 회계, 기업경영에 관한 것이며, 평가기법은 수익성동기(profit motive)의 속성을 반영하는 조직형태를 지닌 재정분석, 관리 등을 중심으로 이루어진다. 수익성이 있는지, 구매력에 따른 다양한 수요를 만족시키는데 관해 고려하는 것이다. 이에 반해 공공부문의 문화는 경제학, 정치학에 관한 것이며, 평가기법은 비용-편익분석, 정부 틀 속에서의 다양한 조직 구조 등을 중심으로 이루어진다. 즉, 최소의 비용으로 환자들의 요구를 만족시키는데 관해 고려한다.

만약 효율성과 비용억제(cost-containment)에 관한 상충관계의 문제에 직면하게 되면, 각각의 시스템이 가지는 목적을 충족시킬 수 있는 혼합된 조직형태가 존재하는 지에 관한 의문이 발생할 수 있을 것이다. 이에 대해 민간시스템에서는 리스크를 분산시킴으로써 가난한 사람들의 요구를 만족시킬 수 있는 보험기전(insurance mechanism)을 개발하고자 하며, 보상기전(reimbursement mechanism)을 통해 의사들의 행동변화를 유도하고자 한다. 그리고 공공시스템에서는 의사들에게 비용을 최소화하고 자원을 효율적으로 사용하도록 컨트롤하는 분권형 예산체계(decentralized budgeting system)를 도입 내지는 시행한다. 이러한 의미에서 어떤 이데올로기적 수렴을 반영하는 것은 아니지만 이는 두 시스템간에 조직적 수렴(organizational convergence)이라는 측면으로 볼 수 있을 것이다.

나) 주요국 의료제도에 내재된 철학적 접근방식 및 혼합체계의 성과

미국, 네덜란드, 뉴질랜드, 영국이 지니고 있는 의료제도에 내재된 철학적 접근방식과 보건의료부문에 공공-민간 혼합체계가 보건의료재원에 미치는 영향을 비교해 보고 이의 성과를 살펴보고자 한다.^{주57)}

우선 공공-민간의 혼합체계라는 개념에 대해 네 가지 기본적인 모델을 고려해 볼 수 있으며 미국, 네덜란드, 뉴질랜드, 영국, 캐나다의 사례와 연관지어 볼 수 있다.

① 공공과 민간시스템의 병렬구조: 서비스 범주내에서 공공부문의 대안으로 별도의 민간재정시스템이 존재한다. 영국, 뉴질랜드의 경우 사람들은 민간보험 또는 본인부담으로 민간병원에 갈 수 있으며 공공부문을 이용하기 위해 소요되는 대기시간을 피해 의료서비스를 제공받을 수 있는 이중구조(two-tier) 시스템의 형태를 지니고 있다. 민간부문에서 제공된 서비스는 주로 선택적 수술(selective surgery)이다.

② 정액부담제(co-payment): 의료재정부담은 부분적으로 공공부문에 의해 보조가 되며 나머지 부분에 대해서는 사용자 부담(본인부담) 및 민간보험을 통해 재원이 조달된다. 정액부담제(co-payment)의 수준은 환자들의 소득수준에 따라 달리하는데, 뉴질랜드의 경우 가정의 서비스에 대해서는 상당한 정액부담제(co-payment)를 적용시키고 있어서 환자들은 상당부분을 사용자부담으로 지불해야한다. 그러나 인구구성원의 약 37%가 민간보험을 통해 커버하고 있다. 미국

주57) OECD 국가 중 미국, 네덜란드, 뉴질랜드, 영국은 민간/공공자본과 민간/공공전달체계 수준에서 한 연속체(continuum)를 형성하고 있음. 한 쪽 끝의 스펙트럼에서 미국은 민간 자본과 민간공급에 가장 높은 수준의 의존도를 보이고 있으며, 다른 한쪽 끝의 스펙트럼에서 영국은 공공재정 및 공급에 가장 높은 수준의 의존도를 보이고 있음. 네덜란드의 경우 이러한 연속체에서 미국쪽에 가까이 기울어지지만, 접근성에 있어서 근본적이고 중요한 차이점을 지니고 있음. 네덜란드는 규제를 통해 빈곤층으로부터 인구의 60%에 해당하는 국민들에게 포괄적인 의료(comprehensive care)를 제공하고 있으며, 예외적인 의료비(exceptional medical expenses)를 통해 인구전체가 의료보험의 혜택을 받고 있음. 뉴질랜드는 연속체에서 영국 쪽에 가까이 있지만, 뉴질랜드는 일차의료서비스의 공급을 위해 상대적으로 민간자본에 대한 의존도가 높다는 측면에서 구별됨.

에서는 Medicare 및 Medicaid 프로그램으로 제공된 서비스는 몇몇의 예외를 제외하고는 정액부담(co-payment)을 요구하고 있다.

③ group-based: 인구구성원의 일부는 public coverage의 자격이 주어지면 다른 구성원들은 민간보험을 이용한다. 예를 들어, 네덜란드와 미국이 이러한 시스템을 지니고 있는데, 그러나 네덜란드는 다수의 사람들이 강제사회보험에 포함되어 있는 반면 미국은 대부분의 사람들이 민간보험에 가입하거나 보험에 가입하지 않고 있는 측면에서 상당히 다르다.

④ sectoral: 어떤 보건의료부문은 완전히 공공에 의해 재원이 조달되는 반면, 다른 부문에서는 민간에 의해 조달된다. 예를 들어, 캐나다의 경우 병원 및 의사서비스(physician services)에 대해서는 100%가 공공으로 재원이 조달되는 반면 약물, 유전자요법(gene therapy), 홈케어(home care) 등과 같은 서비스에 대해서는 민간이 차지하는 비중이 상당히 높다.

미국, 네덜란드, 뉴질랜드, 그리고 영국의 경우 공공-민간의 혼합형태로 재원을 조달하는 것에 따른 성과와 각 국가들이 보건의료를 바라보는 철학적 접근 방식을 살펴보면 다음과 같다.

보건의료를 배분하는데 대해 미국이 지니는 철학적 접근방식은 최소주의자(minimalist)로 가장 잘 표현될 수 있다. 보건의료서비스에 최소한으로 필요한 집단에 공공재원을 지출하는 것은 65세 이상의 노인층 및 장애인 등 특정 집단에 국한시키고 있다. 이러한 그룹에 속해있지 않은 사람들은 민간보험 또는 본인이 직접 부담해야하며 의료보험으로부터 소외된 인구가 15%를 넘고 있다.

네덜란드의 보건의료배분에 관한 철학적 접근방식을 “사회적 연대”(solidarity)로 언급하기도 하는데, 이는 지불능력이 아니라 요구를 기반으로 보건의료의 접근성을 보장하는 체계를 지니고 있기 때문이다. 네덜란드가 민간보험에 많이 의존하고 있다는 사실과 비교해 본다면 다소 의문점을 제기할 수 있지만, 그러나 네덜란드는 solidarity를 보장하기 위해 민간보험에 규제를 사용하고 있다. 그러나 민간보험을 이용한다고 해서 대기시간을 감소시킬 수 있는 것은 아니며 민간보험환자의 여부에 상관없이 환자들은 동일한 병원에서 같이 치료를 받는다.

뉴질랜드에서 보건의료를 보는 철학적 접근 방식은 의료가 지불능력이 아니라 요구를 기본으로 배분되어야 한다는 것이다. 그러나 이러한 원칙이 적용되기에는 한계가 있는데, 가정의 서비스에 대해서는 사용자부담으로 하고 있으며 고소득자 및 민간보험자는 공공시스템에서의 대기시간을 피해 민간부문에서 전문의 치료 및 선택적 수술을 받을 수 있는 이중구조(two-tier) 시스템이 존재한다.

영국은 공공부분에 의해 지불되는 보건의료비율이 감소하고 있지만, 여전히 OECD 국가 중에 공공부분에 의해 보건의료서비스가 지불되는 비율이 가장 높은 국가 중 하나이다. 영국의 국가보건서비스(NHS)가 지니고 있는 철학적 원칙은 의료는 능력이 아닌 요구에 의해 배분되어야 한다는 데 있다. 그러나 어떻게 상이한 보건의료 요구간에 우선순위를 두어야 할지에 관한 기준은 부재하다.

3. 보건의료제도 개선을 위한 정책 방향

보건의료제도는 변화하고 있는 경제, 정치, 사회, 국제적 추이, 그리고 질병패턴의 변화 등에 따라 발전하게 된다. 이러한 변화들이 보건의료부문의 정책 및 제도에 관해 기본적으로 지속적 일 때, 보건의료부문의 개혁(health sector reform)이라 할 수 있을 것이다.

개혁은 인구구성원의 건강을 증진시키기 위함이지만, 또한 국가 가용 재원이 적정한 보건의료서비스를 유지, 제공하는데 충분하지 못할 경우에 제기되기도 한다. 일반적으로 개혁의 목적은 접근성 및 의료의 질 향상, 공평한 서비스 분배, 필수서비스의 효과성 및 지속성 향상 등에 두고 있다. 이러한 보건의료개혁을 위한 올바른 접근방식 및 방향을 설정하는 것은 어렵지만, 변화를 수용하는 이해관계자의 동기 및 역량뿐만 아니라 국가보건의료의 상황 및 이용가능한 자원 등이 고려되어야 한다.

개혁과정에 주요한 요소를 고려해 보면 우선 분권화를 들 수 있다. 중앙단위에서 지방으로 의사결정권을 이양시킴으로써 지역사회 수준에서 보건의료서비스를 계획하고 관리, 통제하는 형태로 변화시키는 것이다. 또한 공공과 민간의

혼합체계 즉, 공공과 민간에서의 역할 변화를 들 수 있다. 민간영리조직, 민간 비영리조직을 민간으로 볼 수 있으며, 이들은 최근의 시장지향적인 정책 추세와 더불어 보건의료서비스의 재정 및 공급에서 일정부분 자율이 주어지며 보건 서비스를 제공하기 위해 정부에 의해 재원을 조달받기도 한다.

가. Public-Private Partnership(P3)

Public-private partnership은 다음의 세 가지 측면에서 제기되고 있다. 첫째, 재정압박에 직면하고 있는 정부는 효과적으로 재원을 할당해야 하는데, 다양한 연구에서 효율성을 위한 잠재성이 존재한다는 것을 제시하고 있다. 둘째, 비영리 또는 영리의 민간 공급자는 사회서비스를 제공하는데 중요한 역할을 하고 있으며, 이들의 역할은 대개 정부에 의해 소홀히 다루어졌다. 셋째, 정부, 영리기관, 비영리기관은 각기 상이한 장점 및 단점을 가지고 있지만 이들이 상호보완적으로 사회서비스를 제공할 것인지에 대한 논의가 활발히 이루어지고 있으며 기관간 협력을 위한 방안모색에 관심이 모이고 있다.

PPP의 개념은 영국의 대처정부 및 미국의 레이건 정부시대에 제기된 것으로 거슬러 간다. 서비스의 민영화, 탈규제, 그리고 새로운 공공 관리가 행정개혁의 주요영역이었으며 이들 정책의 중심부에 공공부문 지출 억제, 민간영리부문으로 유입, 지역공공재를 제공하기 위한 노력 등이 있었다. PPP는 정부와 영리기관간의 관계에 초점을 두고 있었으며 최근에는 공공서비스를 제공하기 위해 비영리기관의 역할에 관심을 두고 있다. 미국에서 PPP의 개념은 지방정부에 의해 공공재를 생산할 경우 시민개인의 자발적 참여를 강조하던 것에서 점차적으로 민간부문의 기업 등을 포함하여 범위를 넓히고 있다. 영국에서는 사회서비스 제공에 있어 복수제공자의 관리조정과 더불어 혼합경제의 제도적, 관리적 결과물이라는데 초점을 두고 있다. 이와 같이 PPP의 개념은 상당히 혼재되어 사용되고 있다. 자선단체 및 정부는 PPP를 구축하는데 민간기업에게 민영화 및 보조금을 장려한다. 그러나 Mitchell-Weaver and Manning(1991)은 민영화는 민영화이고 보조금은 보조금이니 이것은 PPP가 아니라고 지적하고 있다. 이들은 PPP가 민간

부문과 시민사회에서 정부와 영리, 비영리기관간의 제도적 관계 설정으로 정의하고 있다. PPP는 자유시장경제의 진전과는 동일한 개념이 아니며, 따라서 정부와 민간영리 또는 민간 비영리간의 제도적 관계라 할 수 있고 여기에서 공공 및 민간부문은 목적, 방법, 실행에서의 합의수준을 정하는데 함께 참여한다.

보건의료정책에 있어서 PPP에 대한 논의는 주로 공공부문이 행하던 활동들을 민간부문에 외주하는 “contracting out”에 있다. 민간부문은 정부의 직접적인 통제하에 있지 않고 다른 목적 및 규범에 따라 기능할 수 있다. 민간제공자는 제공할 서비스를 선택하고 투입 및 비용수준, 질을 결정하게 된다.

contracting out이 어떻게 보건의료시스템을 향상시키는지에 관해서 다음 두 측면으로 논의되고 있다. 첫째, 경제적 측면으로, 구매자와 공급자간의 계약관계에 의한 직접적, 계급적 관리구조를 대체하는 것은 가격, 양, 질의 투명성을 높이고 효율성을 확보할 수 있는 경쟁을 증가시킨다. 둘째, 정치적 측면으로, 후생의 맥락에서 중앙에서 지방으로 서비스를 분권화시키는 것은 서비스를 결정하고 실행하는데 참여자를 증가시킬 수 있음을 제안하고 있다.

그러나 이러한 이점에도 불구하고 비용측면이 간과되어서는 안된다. contracting out과 PPP는 협상, 관리, 구매독점에 따른 비용손실, 형평성문제로 야기되는 사회적 비용 등의 거래비용을 증가시킨다. 이러한 직접비용뿐만 아니라 보건의료시스템에도 영향을 주게 되는데 Mill(1995)이 언급한 바와 같이 계약의 도입은 공공보건의료시스템내의 조정력을 약화시키고 파편화를 초래할 수 있으며, 특정부문에 희소자원이 집중될 수 있다.

다음은 보건의료부문에서 정부 및 영리, 비영리기관의 장점 및 단점을 요약하여 제시하였다. +, -는 절대적인 장단점이 아니라 상대적인 장단점을 언급한다. 정부는 보험에서 나타나는 역선택, 공변인 위험(covariate risk)^{주58)}에 상대적으로 장점을 지니고 있으며, 민간영리부문은 비용효율성 및 의료의 질에, 그리고 민간비영리부문은 도덕적 해이를 통제하는데 상대적인 장점을 지니고 있다.

주58) 시장위험(예를 들어 투입물, 산출물에서의 가격변화), 외부환경적 위험 등으로 발생할 수 있음.

〈표 V-7〉 보건의료부문 정부 및 민간(비)영리부문의 장단점

	도덕적해이	역선택	공변인 위험	비용효율성	질	접근의 형평성
공공	--	+++	+++	--	-	++
민간영리	+	--	++	++	+++	---
민간비영리	++	-	?	+/-	+/-	++

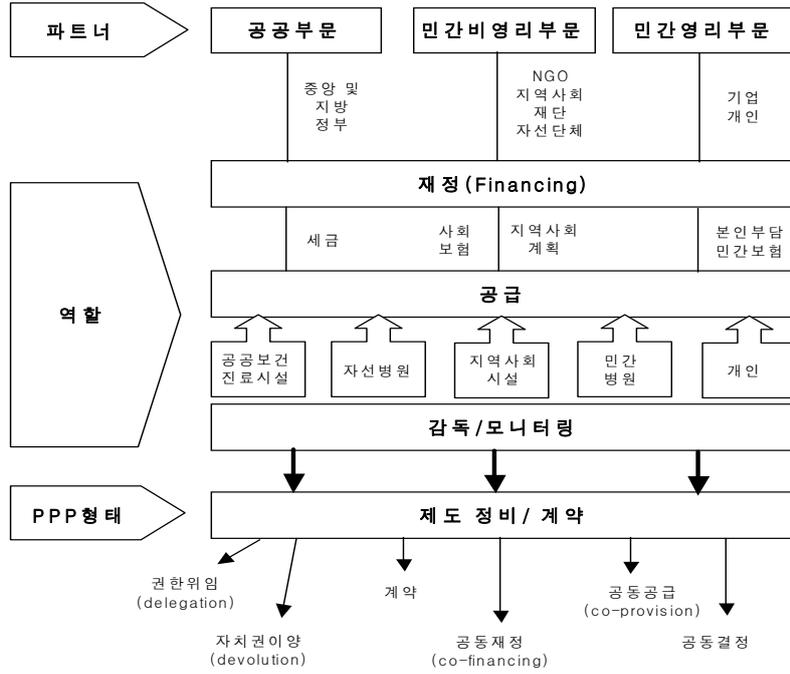
주: +++ 상대적으로 강한 장점, --- 상대적으로 강한 단점

자료: Jütting(2000)

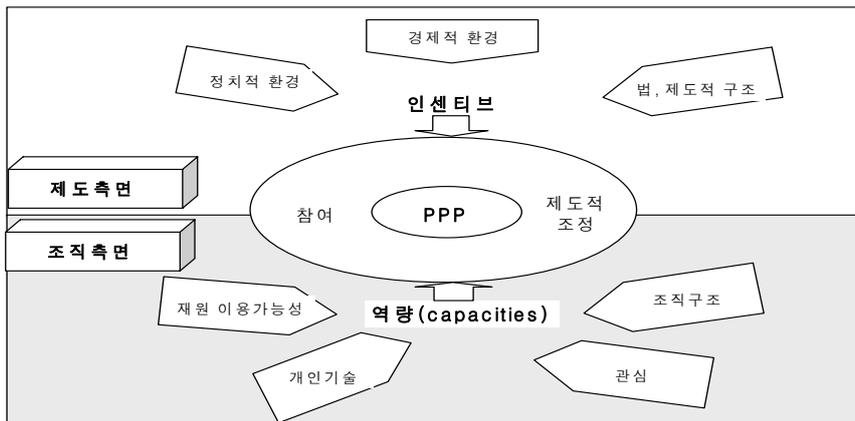
PPP를 구축하기 위해서는 다음과 같은 조건이 갖추어져야 한다. 미시적 수준에서 PPP를 구축하기 위한 인센티브에 해당하는 것과 거시적 수준에서 유능한 파트너로 행하기 위한 행위자들의 역량과 관련된 것이다. 민간 영리 및 비영리 활동에 호의적인 정치적 환경이 주어지지 않는다면 실질적인 파트너십은 구축되기 어렵다. 그러나 중장기적으로 빈곤층에게 지속적으로 공공서비스를 지원 하는 정부의 역할도 필요하다. 그리고 행위자간에 협력을 위한 투명성 제고도 PPP가 원활히 진행될 수 있도록 중요한 역할을 한다.

미시적 수준에서는 효율적이고 공평한 서비스를 제공하도록 하는 참여자의 관심이 있어야 하며 더불어 서비스를 제공하는 개인의 기술(skill), 서비스 공급을 위한 재정적 역량, 전반적인 조직 및 관리구조가 고려되어야 한다.

[그림 V-4] 보건의료부문에 PPP의 개념적 구조



[그림 V-5] 보건의료부문에 PPP 형성을 위한 조건



PPP는 보건의료서비스의 재정, 공급 및 관리에 행위자를 참가시킴으로써 공공부문에 경쟁을 증가시킨다. 이는 보건의료공급의 효율성, 형평성 및 질에 긍정적인 효과를 가져 올 수 있다.

지역사회에 권한을 부여하는 것이 중요하다. 지역사회의 능동적인 참여없이 지속가능한 보건의료시스템이 기능하기는 어렵다. 지역사회에서 서비스를 계획하고 공급하고 감시하는 기능이 통합된 보건의료시스템이 비대칭정보와 도덕적 해이문제를 더 잘 다룰 수 있다. 더구나 자발적인 참여를 유도할 수 있어서 서비스를 낮은 비용으로 공급할 수 있다.

마지막으로 PPP를 구축하고 모니터링하는 비용측면이 고려되어야 한다. 경쟁을 증가시킴으로써 얻게 되는 PPP의 효율성 이득은 투명한 비용구조를 더욱 요구하게 되므로, 이러한 활동은 모니터링 및 협상을 위한 거래비용을 증가시킬 수 있다. 그러므로 구체적으로 PPP를 설정할 경우 발생하는 비용과 더불어 모니터링 할 경우 발생하는 비용을 어떻게 감소시킬 수 있는지에 대한 분석도 요구된다.

나. 계약을 통한 공공부문에 민간부문의 참여

이론적으로 또는 현실적으로 정부는 인구구성원들에게 공공의료서비스를 제공하기 위한 책임이 부여되어 있다고 가정되었다. 그리고 서비스 공급에서 민간부문의 역할은 상대적으로 무시되었고 실제로 제한되기도 하였다. 그러나 최근에 많은 개도국에서 보건의료서비스를 제공하는데 민간부문이 실질적인 역할을 하고 있다는 것이 인식되고 있으며 선택적으로 민간부문을 활용하고자 하는 움직임이 일고 있다. 정부는 보건서비스의 직접공급을 위한 대안으로 보건목표를 달성하기위해 계약을 통해 민간공급자를 활용하고자 하고 있다.

그러나 이러한 노력에도 불구하고 얼마나 많은 재원을 선택된 보건의료서비스에 할당해야할지 또는 이를 통한 편익수준은 어느 정도인지에 관해 명확히 제시되고 있는 것은 아니지만, 민간부문에 영향을 줄 수 있는 방안으로 직접적인 공급에서 정보만 제공하는 등의 다양한 범위에 이르기까지 영향을 행사할

수 있다(Musgrove, 1996).

〈표 V-8〉 민간부문에 영향을 주기위한 정부개입 도구

개입수준	도구	적용
높은 수준의 개입	직접 공급	- 공공병원 및 진료실(의료비수혜지역) - 예방서비스
	재정	- 예산지원 - 보조 - 계약
	규제	- 세급 - 라이선스 - 신입(accreditation) - 고용주 의료보험
최소한의 개입	정보	- 연구: 제품테스트 - 공급자정보 - 소비자정보: 공급자 질 비교, 소비자권리, 흡연의 위험 등

자료: Musgrove(1996).

정부는 보건서비스를 제공할 책임을 가지는 반면에 이러한 서비스를 직접적으로 제공할 것인지 혹은 민간과의 계약 등을 통해 간접적으로 제공할 것인지에 대한 선택권도 가지고 있다.

계약은 정부가 경쟁을 도입함으로써 의료부문의 개혁을 강화하는 전략으로 이용될 수 있으며 형평성 및 의료의 질을 향상시키는 등의 목적을 달성하기 위해서도 활용될 수 있다. 또한 계약은 일정한 가격으로 주어진 양과 질을 제공하도록 하는 관리과정의 일종으로도 볼 수 있다.

한편, 보건의료서비스 공급자로서 정부의 역할은 지속적, 이데올로기적, 이론적, 실제적인 이유 등으로 계약을 활용하는 것에 소극적이다. 이데올로기적으로 정부는 모든 시민들에게 보건의료를 공급할 의무가 부여된다. 보건의료는 모든 시민의 권리이며 정부는 보증인으로 간주된다. 또한 민간부문에서 빈곤층을 위한 의료서비스는 원활히 제공되지 않는다고 여겨진다. 경제이론에 따르면, 다수의 건강관련 행위들은 공공재 혹은 외부성을 지니고 있으므로, 정부에 의해 공급되지 않는다면 이것을 이용할 수 없고 다수 소비자들에게 혜택이 돌아가지

않는다고 보고 있다. 더구나 민간부문에 의해 빈곤층 혹은 도서벽지지역에서는 의료서비스가 공급되지 않는 시장실패로 보건의료서비스의 정부에 의한 공급을 정당화시키고 있다. 실제로 이미 공공병원 및 진료소, 보건프로그램을 운영하고 있으며 예산이 배정되고 있다. 또한 정부는 민간공급자가 제공하는 서비스 질에 대해 잘 파악하고 있지 못하여 효과적인 계약을 하기가 더욱 어렵다.

결과적으로 정부는 제한된 자원을 제한된 시설에 배분하고 있다. 보건의료서비스를 제공함에 있어 정부는 정책개발 및 규제, 적절한 정보제공, 공공재를 위한 적절한 재원조성 등을 통하여 의료시스템을 관할하지 못하고 있다. 그래서 정부의 실패는 민간부문에서의 시장실패와 같이 일상적인 것이 되고 있다.

모든 시민들의 가치가 동질적이지 않은 곳에서는 인구전체의 이해관계를 반영하기는 어렵다. 본 연구에서 수행한 전문가 대상으로 한 설문조사결과를 보면 기본가치관에 대한 견해는 상이하게 나타나는 것을 알 수 있다. 그리고 시민들은 한편으로 정부의 책임을 원하면서도 다른 한편으로 개인의 주권을 유지하기를 원하는 대립된 가치를 지닐 수 있다. 또한 공공부문에서 보건의료의 재원 및 전달은 이해집단의 정치력에 좌우된다. 정부 및 정치가들이 공공성을 위한 책임이 결여되어 공공재원을 효율적으로 배분할 인센티브가 결여될 수 있으며 효율성을 향상시키기 위한 노력들이 강력한 이해관계자들에 의해 제한될 수 있다.

공공 및 민간부문에서 정보의 흐름은 환자와 보건의료공급자간에 그리고 의료공급자와 정부관료들간에 부적절하게 보유된다. 정부관료들은 실제로 전달되는 서비스의 질 및 치료 방법 등에 대해 거의 알지 못한다. 이러한 차이로 인해 공공서비스 전달과정이 효과적으로 관리하기 어렵게 된다.

정부는 계약을 통해 계획 또는 목표된 시장을 구축할 수 있다. 이러한 계획된 시장이 내부시장(정부계약의 대리자가 있는 형태)이 될 수 있고 또는 외부시장(정부가 민간공급자와 계약하는 형태)이 될 수 있다. 계약과정을 통해 민간부문이 국가의 목표를 이행하는데 기여하도록 정부는 시장메커니즘을 반영할 수 있다.

정부당국은 민간자원을 이용하는 것과 직접 공급하는 형태 중에 장단점을 비교하여 결정을 내릴 수 있는데, 공공 및 민간부문의 장단점에 대해 정리하면 다음과 같다.

〈표 V-9〉 공공 및 민간보건의료부문의 상대적인 장단점

	공공부문관점	민간부문관점
형평성 및 접근성	<ul style="list-style-type: none"> · 빈곤층을 위한 목표서비스 · 지리적 형평성 고려 	<ul style="list-style-type: none"> · 지불능력이 있는 사람에 호의적 · 인구집중지역을 중심으로 한 서비스제공
공공보건, 예방 및 치료서비스	<ul style="list-style-type: none"> · 예방 및 공공서비스 강조 · 병원 및 치료를 위한 포괄적 시스템 유지 	<ul style="list-style-type: none"> · 특별한 인센티브가 없다면 예방 및 공공보건서비스를 잘 고려하지 않음 · 지불능력이 있는 사람을 중심으로 한 치료서비스 강조
관리	<ul style="list-style-type: none"> · 정치 및 법적 방항에 의존 · 우수한 관리자 채용이 어려움 · 책임이 분산된 관료주의 · 개인적 이해관계와 타협된 공공서비스 제공 · 재량권제한, 유연성 및 혁신제한 	<ul style="list-style-type: none"> · 의사결정 및 계획에 대한 정보에 의존 · 비용편익을 고려한 관리자 채용 · 집중된 권한 구조 · 사업 및 개인이익간의 시너지 · 자유재량, 유연성, 혁신의 범위가 넓음
소비자 기반	<ul style="list-style-type: none"> · 다양한 기대를 가진 이질적 구성 · 소비자 편의에 제한된 관심 · 소비자 만족에 간접적 책임 	<ul style="list-style-type: none"> · 소비자의 요구에 초점을 둠 · 소비자의 편의 고려 · 소비자 만족에 직접적 책임 · 빈곤층 및 중증질환자를 배제할 수 있음
유연성	<ul style="list-style-type: none"> · 시설소유의 광범위한 인프라 · 고용 및 지불의 유연성 제한 · 시장조건변화에 둔감 	<ul style="list-style-type: none"> · 렌트나 리스를 통한 인프라 · 유연한 고용 및 지불구조 · 시장조건변화에 민감
재정	<ul style="list-style-type: none"> · 세금 또는 국고보조 · 비용효율에 대한 인센티브 약함 · 전년대비 예산배분 · 민간자본에 대한 접근 제한 	<ul style="list-style-type: none"> · 판매 또는 계약을 통한 수익 의존 · 비용 및 가격 고려 · 비수익 서비스 제외 · 수익이 많이 창출되는 곳에 예산 배분 · 교차보조 및 비용전가에 민감 · 자본시장에 접근
경쟁	<ul style="list-style-type: none"> · 규제 및 보조에 의한 독점가능성 	<ul style="list-style-type: none"> · 공공 및 민간공급자에 의한 경제적 압력 · 시장진입시 경험성증가를 고려하며 성공시 경험성감소에 관심

공공부문은 민간부문과 비교해볼 때, 빈곤층에 대한 접근성을 보다 잘 고려할 수 있는 반면, 민간부문은 관리 및 재정상의 성과가 높으며 가격 및 기술변화에 대한 조정에서도 공공부문보다 우수하다고 여겨진다. 또한 민간부문은 수요변화에 대한 유연성이 보다 높은 편이다.

정부가 계약을 하고자할 때, 전략적인 목적을 토대로 서비스를 구매하여야 하며 선택에 있어서 잠재적인 편익이 평가되어야 한다.

〈표 V-10〉 보건의료부문의 전략적 계약

목표 영역	전략적 목적	계약
정부 행정	<ul style="list-style-type: none"> · 전략적으로 계획하기 위한 역량 강화 · 계약과정을 관리하기 위한 역량 강화 · 계약결과를 감시 및 평가하기 위한 역량 강화 · 민간보건의료부문의 적절한 성장을 위한 규제강화 	<ul style="list-style-type: none"> · 관리정보 및 비용회계시스템을 설정하기 위한 기술적 조언 획득 · 정책형태, 계획, 계약관리 및 모니터링 교육을 위한 계약 · 비정부 조직으로부터 계약관리서비스 구매 · 지역 및 기관에 계약을 위임 및 분권화 · 기존 규제 구조를 연구하기 위한 기술적 조언 획득
시설 및 자본 투자	<ul style="list-style-type: none"> · 시설계획의 질 향상 · 설계 및 건설비용 통제 및 감소 · 자본투자 · 공공병원의 기능 및 시설확충 	<ul style="list-style-type: none"> · 건축전문기업과 계약 · 설계 관리 서비스와 계약 · 민간으로부터 시설 임대
병원	<ul style="list-style-type: none"> · 급성공공병원의 수 및 규모축소 · 공공병원에서의 입원기간 단축 · 전문진료서비스의 접근성 및 질 향상 · 지원서비스의 효율성 및 질 향상 · 공공병원관리 강화 	<ul style="list-style-type: none"> · 합리적인 병원시스템을 위한 기술적 조언 · 관리전문가와 계약 · 내부관리역량 및 시스템 강화교육을 위한 계약 · 세탁, 청소 등 외주 · 입원, 회계 등 사업기능 외주 · 병원방사선, 임상실험실, 기타 진단서비스에 대해 민간공급자에 프랜차이즈
일차의료 및 예방 서비스	<ul style="list-style-type: none"> · 일차의료서비스의 접근성 향상 · 아동기 예방강화 · 흡연감소 	<ul style="list-style-type: none"> · 일차의료서비스 관리를 위한 비정부조직과의 계약 · 예방서비스를 제공하기 위한 민간외사와 계약 · 금연 social marketing 캠페인과 계약
진단 서비스	<ul style="list-style-type: none"> · 전문화된 진단서비스 이용 증가 · 첨단의료장비의 자본투자 회피 	<ul style="list-style-type: none"> · 민간진단센터와 계약 · 민간실험실에 의뢰
장기 요양	<ul style="list-style-type: none"> · 만성질환자를 위한 장기요양서비스 이용 증가 · 병원에 장기입원한 노인 수 감소 	<ul style="list-style-type: none"> · 장기요양시설과 계약 · 노인요양시설과 계약 · 가정간호서비스 제공하기 위해 계약
응급 의료	<ul style="list-style-type: none"> · 응급차에 대한 투자 감축 · 응급대기시간 감소 	<ul style="list-style-type: none"> · 계약하에 응급차 임대 · 지정지역에 응급서비스 제공을 위한 민간 응급서비스와 계약
인력교육 및 훈련	<ul style="list-style-type: none"> · 의사 및 간호사 등의 이직률 감소 · 의학 및 간호교육의 질 향상 · 질병예방에 대한 개인의 책임감 고취 	<ul style="list-style-type: none"> · 치료 프로토콜을 개발하기 위한 의학협회와 계약 · 커리큘럼 개발을 위한 기술적 조언제공 · 예방서비스를 위한 social marketing 캠페인과 계약

계약을 행할 경우의 장점은 세 가지 측면으로 나누어 고려해 볼 수 있다. 첫째, 정부는 공급자에게 어떤 위험을 이전시킬 수 있으며, 둘째, 계약인센티브로 서비스 양, 효율성, 질, 공급자행동에 변화를 유도할 수 있다. 셋째, 지속적으로 계약이 연장될 경우에는 공급자의 투자가 보호될 수 있다. 그러나 이와는 반대되는 측면도 존재하는데, 이에 대해 정리하면 다음의 표와 같다.

〈표 V-11〉 계약의 편익 및 한계점

	공공부문관점	민간부문관점
계약의 편익	<ul style="list-style-type: none"> 경쟁의 도입으로 공공 및 민간이 서비스 및 가격에서 성과를 향상시키도록 함 계약은 서비스 양, 질, 비용, 반응성 등에 대한 정보를 향상시킴으로써 정책개발 및 계획을 혁신시킴 계약은 정부에 의해 요구되는 역역에 민간 부문이 서비스를 제공하도록 확장시킴. 계약은 정부가 필요가 보건서비스를 구매하기 위해 가격예측 등의 메커니즘을 제공함. 정부에게 추가적인 자본투자를 조달하는 수단을 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 공공부문을 포함하여 시장을 확대시킴. 계약이 안정적인 수익성을 담보할 수 있어 질 및 혁신을 지원하는데 필요한 투자를 증대시킴. 계약으로 민간공급자들이 다른 경쟁자들로부터 보호받을 수 있음.
계약의 한계점	<ul style="list-style-type: none"> 우수한 민간공급자가 이용하지 못할 수 있음. 경쟁이 약화되거나 존재하지 않을 수 있음. 정부는 공급자에게 너무 많은 위험을 전시킬 수 있음. 계약을 협상할 정부의 역량이 약할 수 있음. 정부의 관료주의적 비용이 증가할 수 있음. 정부가 이득이 없는 계약에 동의할 수 있음. 장기계약이 정부의 유연성을 제한할 수 있음. 비용이 기대한 것보다 높을 수 있음 소비자 선택이 제한될 수 있음 공급자가 위험수준이 낮은 환자를 선택할 경우 형평성이 위협받을 수 있음 공공병원이 민간병원처럼 행동할 수 있음 	<ul style="list-style-type: none"> 정부와 경쟁하기 위한 시장진입비용이 높음 시장이 불안정하거나 계약기간이 짧음 거래비용, 계약관리비용이 높음 정부가 지불하는 가격이 운영비를 커버하기에 부적절할 수 있음

계약을 할 때 유의할 사항 중 하나는 구매자의 전략목적과 지불구조를 결합시켜야 한다는 것이다. 지불방식에 따라 공급자가 각기 상이한 행동을 나타낼

수 있기 때문에 공급자들이 효율적이고 비용효과적으로 행동하도록 유도할 수 있는 메커니즘을 고려해야 한다.

다. 건강보험에서 민간보험의 역할 확대

현재 우리나라 건강보험구조는 ‘저부담 저보장’ 구조로 보험료부담은 상대적으로 낮으나 본인부담 비중이 높아 의료보험으로서의 한계성을 지니고 있어, 이와 같이 사회보험 단일체계로는 모든 위험에 대처하는 데는 제한점이 존재한다. 본 연구에서 살펴본 대체민간보험이 필요한지에 대한 전문가들의 견해를 보면 합의수준을 나타내는 엔트로피지수는 0.8 정도로 나타나지만, 전공별 동의 수준은 다른 양상을 보이고 있어 동 주제에 대한 심도있는 논의가 필요하다고 하겠다. 현재와 같은 저보장체계하에서는 사회보험과 민간보험을 활용하여 역할분담을 통해 보장범위를 확대시키는 것이 고려되어야 한다. 즉, 질병으로 인한 비용발생에 대한 부담을 부분적으로는 민간보험에서 커버하도록 하는 접근이 요구되고 있다. 따라서 사회보험은 전국민을 대상으로 시장경제체제에서 발생하는 여러 가지 문제를 보정하는 역할을 담당하며 반면에, 민간보험은 사회보험이 보장하는 범위 이외에 보장기능을 할 수 있는 역할과 기능을 발휘함으로써 상호간에 효율적인 상호보완의 역할이 이루어져 한다.

이덕훈(1998)에 의하면 위험에 대응하기 위한 단계를 4단계로 분류하고 있다. 제1단계에서는 위험을 피할 수 있는 방법을 모색하고, 제2단계에서는 위험을 축소하는 방안을 찾게 되며, 제3단계에서는 축소된 위험을 제3자에게 전가하는 방안을 검토하며, 제4단계에서는 본인 스스로 감내하는 단계로 이루어지고 있다고 제시하고 있다.

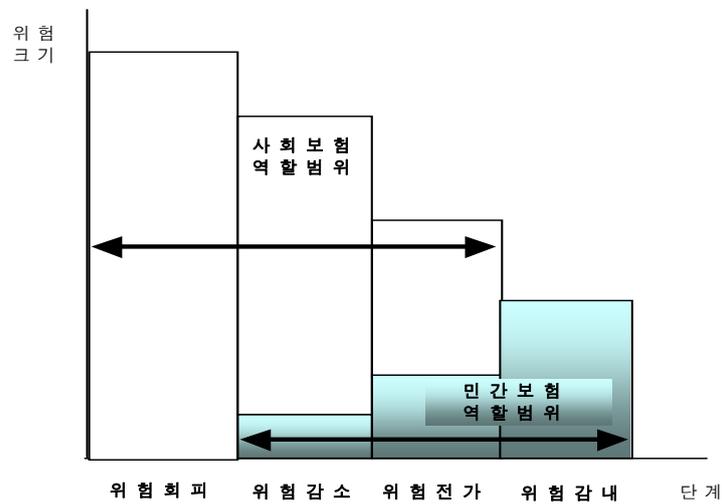
이러한 위험대처단계를 사회보험과 민영보험의 역할로 구분하여 보면 다음과 같다. 제1단계의 위험회피는 위험발생을 근본적으로 차단하는 것을 의미하며 이에 대해 정부의 강력한 개입을 통해 관리가 이루어져야 할 영역이 된다. 제2단계인 위험감소단계에서는 위험을 사전에 예방할 수 있는 조치를 제도화하고 있는데, 예를 들어 의료보험에서 질병의 조기발견을 위한 건강진단과 같은 것

을 들 수 있다. 한편, 민간보험 역시 건강진단을 유도하는 상품을 개발할 수는 있을 것이나 적극적인 위험감소에 대해 한계가 따른다.

제3단계의 위험전가는 사회보험과 민간보험이 적절히 보완되어 조화를 이룰 수 있는 단계로, 민간보험은 사회보험이 담보하고 있는 위험수준을 전가하지 못하는 부분에 대해 계약을 통해 위험을 커버하는 역할을 할 수 있을 것이다. 또한 민간보험은 고가의 의료서비스를 요구하는 소비자의 만족을 충족시키기 위해 또는 사회보험의 발전미비로 커버되지 못하는 위험에 대해서도 보완이 이루어질 수 있다.

제4단계에서는 개인이 전가할 수 없는 위험을 본인 스스로 부담하는 경우로, 사회보험의 경직성으로 유연한 대처가 이루어지지 못하는 영역에 대해 민간보험이 적극적으로 상품을 개발하여 위험을 커버함으로써 개인의 위험을 감소시키는 역할을 할 수 있게 된다.

[그림 V-6] 위험대처단계와 사회보험 및 민간보험의 역할



주: 이덕훈(1998)을 수정·보완함.

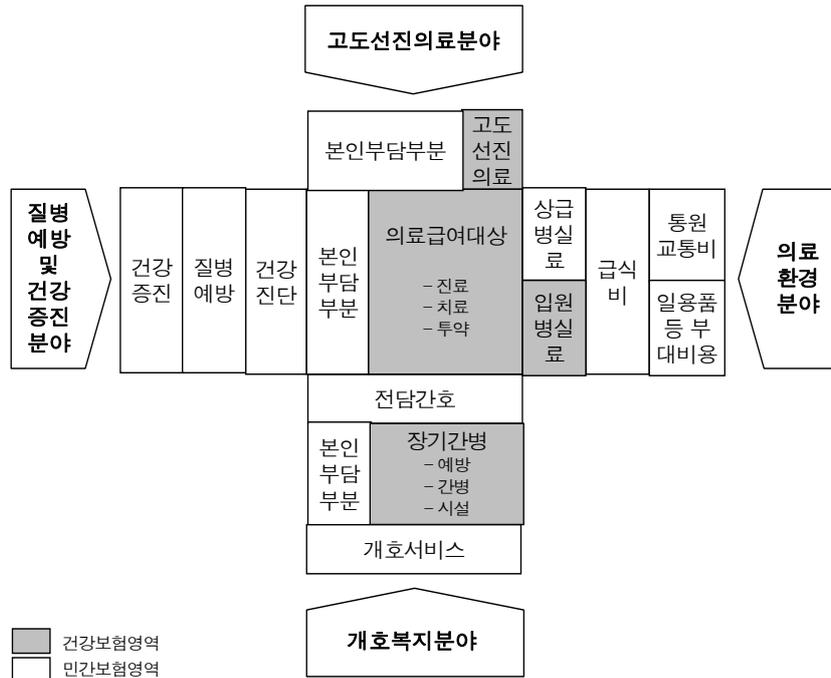
이와 같이 사회보험은 단순히 공공부문이 전담하여야 하는 생각에서 벗어나 민간부문이 참여하고 공공부문과 보완 및 경쟁할 수 있는 체계를 형성함으로써 국민들의 사회적 위험관리 비용을 최소화하는 접근방식도 고려되어야 한다. 그러나 이것이 사회보험을 민간이 대체하여야 한다는 것이 아니라 사회보험과 민간보험간에 기능 및 역할 설정으로 민간보험의 사회보험 관련분야에 대한 추가 보장 및 보완을 통한 관리능력을 향상시켜야 한다는 측면이다.

우리나라는 공적건강보험제도의 제도적 미비로 국민들의 장기간병비용을 보장하는 공적장기간병보험제도가 부재하며 사회보험의 성격상 급여종류와 수준을 제한하고 있기 때문에 국민들의 필요(needs)를 충족시키기에는 한계가 존재한다. 이에 국민들의 의료서비스 개선 기대를 충족시키기 위해 공적건강보험을 보완할 수 있는 민간보험의 역할을 검토해 보아야 할 것이다(박홍민·김경환, 2001).

보험회사가 향후 의료보험으로 확대 가능한 영역으로는 현재 국민건강보험에서 보상되지 않는 본인희망에 의한 건강검진분야, 예방접종과 같은 질병예방분야와 운동시설이용 등과 같은 건강증진분야, 입원에 따른 상급병실료나 대식분야, 일용품 등의 부대비용분야, 고도선진의료분야, 치과특별재료분야 등을 들 수 있다.

또한 고령화의 진전에 따라 장기간병보험 중에 본인부담금이나 지급한도를 초과하는 서비스 및 노인요양보험의 급여대상에서 제외되는 서비스 등이 민간보험의 영역이라 할 수 있을 것이다.

[그림 V-7] 건강보험 및 민간보험의 역할 보완영역



자료: 박홍민·김경환(2001)을 수정함.

민간보험이 건강보험을 보완하여 국민건강에 기여할 수 있도록 하기 위해서는 건강보험의 기초통계 공개를 통해 보험회사의 건강보험시장 진입에 따른 위험을 최소화해야 할 것이며 언더라이팅 및 급여지급심사평가기법을 지원하여 민간보험이 건전하게 발전할 수 있도록 유도해야 할 것이다. 한편 보험회사는 보험시장 활성화에 대비하여 사전에 상품개발 및 운영에 필요한 선진기법 및 전문인력 확보에 노력하여야 한다. 국민들의 니즈(needs)를 충족시킬 수 있는 상품개발방안을 마련하여 국민건강에 대한 기여 및 건강보험의 보완적 역할을 수행하며 과학적인 언더라이팅 및 심사평가업무로 역선택 및 도덕적 위험을 방지하여 국민들의 비용 부담을 최소화할 수 있도록 전략을 구축하는 노력이 요구된다 할 것이다.

라. 기술평가를 위한 인프라 확충

최근에 우리나라의 국민의료비는 급증하고 있다. 이러한 GDP 중 보건의료가 차지하는 비중의 증가원인을 설명하는 중요한 요인 중 하나는 기술변화에 있다. 의료기술발전으로 수명 및 삶의 질을 향상시키는 긍정적인 측면이 있지만 이에 반해 환자의 편익이상의 비용이 소요되는 부정적인 측면, 예를 들어 과잉진료 등의 폐해가 지적되고 있다. 또한 많은 의료기술들 중에 의료기술의 효과에 대한 불확실성이 내재되어 있다. 즉, 의료기술의 장점 및 단점에 대해 알려져 있더라도 어떤 방법이 비용효과적인지에 관해서 판단하는 데에는 아직 많은 장벽이 존재하고 있다.

이러한 문제를 다루기 위해 기술평가를 위한 민간센터를 설립하는 것이 바람직 할 것이다. 개별 의사 및 병원은 신기술을 평가하는데 요구되는 자원을 충당할 인센티브 및 능력이 부족할 것이며, 대규모의 보험회사도 개별적으로 보건의료시장의 작은 부분만을 담당하고 있으므로 모든 사람들에게 편익을 주기 위해 기술평가비용을 지출하는 데에는 한계가 따를 것이다. 또한 정부기관도 노력하고 있으나 규모면에서 아직 협소한 단계에 있다. 이러한 측면을 고려해 본다면 민간센터를 설립하여 파편화되어 있는 보건의료기술평가에 대한 연구를 중앙집중적으로 접근하는 노력이 요구된다.

보건의료기술평가센터는 다음과 같은 주요기능을 지닌다. 첫째, 연구지원 및 출판, 컨퍼런스 등의 포괄적 프로그램을 통해 의료기술의 비용효과성에 관한 체계적 지식을 개발 및 유포할 수 있다. 센터는 특정 전문분야 내의 연구역량을 보유하게 될 것이며, 연구의 상당부분은 의과학대학, 병원 및 연기관에서 수행하게 될 것이다. 그리고 보건전문가들에게 임상진료를 평가하고 향상시키기 위한 정보를 제공하며 기본계획에 포함되어야 하는 서비스유형을 결정하기 위한 합리성을 제공해 줄 것이다.

두 번째의 중요한 기능은 비용효과적인 의술을 위한 타당성을 제공하는데 있다. 보건계획관리자 및 의사들은 보다 비용효과적인 방법으로 시술할 수 있다는 것을 알고 있으나 근거가 없는 상태에서 시술하지는 못하기 때문에 제약이

따른다. 의사들은 비용에 관계없이 최신의 기법을 사용한 곳에서 수련을 받은 동료들에 영향을 받으며, 환자들은 이들이 접한 미디어 및 이들에게 어떤 경험을 이야기한 친구 및 친척들의 말을 토대로 기대를 가지게 된다. 그래서 환자들은 의료사고의 위협에 노출될 수 있다. 그러므로 이 센터의 주요기능은 좀더 비용효과적인 방법으로 진료하는 의사들에게 권위를 부여하고 타당성을 부여하는데 있다.

마지막으로 희소한 의료자원의 제약하에서 효과를 극대화시키기 위해 정책입안자들에게 적절한 자원배분을 결정하도록 하는 정보를 제공해 주는 기능을 하게 된다. 근거에 기반한 정책입안의 중요성 및 필요성이 제기되고 있는 상황 하에서, 한정된 재원을 효율적으로 이용하기 위해 비용-효과적인 프로그램의 우선순위를 설정하도록 하는 기초자료를 제공하여 정책적 효과를 최대화시킬 수 있도록 제시하는 역할을 하게 된다.

다. 통합된 보건의료시스템 제공

오늘날 보건의료 정책 입안자들이 범하는 오류 중 하나가 시장 경쟁 또는 정부규제가 보건의료를 통제하는데 이용될 수 있는 유일한 도구라 여기는 것이다. 그러나 보건의료에 대한 포괄적인 정부통제는 앞서 살펴본 바와 같이 어떤 설정하에서는 잘 작동하지 않는다. 정부차원에서의 활동을 수반하는 규정, 규제, 관료적 통제는 양질의 비용효과적인 보건의료를 제공하는데 방해가 될 수 있다. 그래서 보건의료재정에 있어 정부가 깊이 관여하는 영국과 스웨덴과 같은 국가는 의사들에게 상당한 부분을 자율에 맡기도록 다시 거슬러가고 있다. 한편, 시장경쟁체제는 수익증대로 각 부문의 성공을 판단하는 기업정신에 의해 관리하며 성과를 판단하게 된다. 또한 의사위주의 시스템도 비용에 관심을 가지며, 의사들은 소득확보에 관심을 가지게 된다.

이론 및 경험에서 통합된 보건의료시스템(integrated health care system)은 일반적으로 비용효과적인 치료를 제공하는 최선의 방안을 보여주고 있다. 이는 의료분야에서 의사들이 의사결정의 중심적인 역할을 하기 때문인데, 의사들은 환

자들을 병원에 입원시키며, 테스트 및 기타 절차를 의뢰하고, 퇴원시기를 결정한다. 그리고 약을 처방하며 환자를 다른 의사들에게 컨설팅 및 치료를 의뢰하기도 하므로, 의사들의 결정이 의료비용에 주요 결정요인으로 작용하는 것이다. 그런데 통합시스템에서 의사들은 비용효과적인 방법으로 의사결정하는 데 요구되는 인센티브, 정보 및 인프라를 가지게 되며, 또한 고비용의 장비 및 인적자원의 초과수용을 회피할 수 있는 이점을 지니고 있다. 한편, 환자는 이용량에 따라 소액의 정액부담(copayment)을 하도록 하여 보건의료의 낭비적인 사용을 감소시키기 위한 유인을 제공하는 것도 필요할 것이다.

VI. 결 론

세계 주요 선진국에서는 효율성, 형평성, 그리고 의료의 질을 향상시키기 위한 보건의료체계의 개혁에 지속적인 노력을 기울이고 있다. 한편, 우리나라 보건의료체계의 성과를 평가한 결과에 따르면 191개국 중 건강수준면에서는 107위, 그리고 종합성과면에서는 58위로 나타나(WHO, 2000) 매우 취약한 상황이며, 소비자와 공급자들의 불만이 점점 증폭되고 있는 등 심각한 문제점을 내포하고 있다. 따라서 보건의료 정책에 바람직한 방향성과 구체성을 부여하여 효과적인 보건의료체계의 개선을 모색하고 보건의료부문의 성과(효율성, 형평성) 제고를 도모하여야 할 것이다. 본 연구는 이러한 필요성에 따라 보건의료부문의 제도개선 방향을 도출하기 위한 목적하에 다음과 같은 분석을 수행하였다.

우선, 문헌고찰을 통해 보건의료시장의 일반적인 특성을 논의하였다. 본 서에서는 외부성, 보건의료 공급자와 환자간의 정보 비대칭성과 이로 인한 공급자 유인수요, 보건의료에 대한 요구(needs)와 효과에 관한 불확실성, 그리고 보건의료공급에 관한 이데올로기적 이슈인 자유주의자(libertarian)와 평등주의자(egalitarian)의 가치관을 토대로 한 경쟁과 규제의 측면을 살펴보았다.

이어, 실증분석을 통하여 우리나라 의료시장의 특성을 분석하고자 하였다. 이를 위하여 첫째, 우리나라 의료시장 내 병원의 경쟁수준 측정하였다. 우리나라 병원 시장의 구조 및 경쟁특성을 조사하고, 이들 특성이 의료체계의 효율성에 미치는 영향을 분석하였다. 즉, 정보의 비대칭성과 소비자 무지라는 특성을 가지는 보건의료공급체계에서 과연 경쟁이 제대로 작동하는지 파악하기 위해서 병원간 경쟁이 병원의 진료비 수준, 병상가동률, 병상당 인력과 같은 병원의 행태에 어떤 영향을 미치는지 분석하였다. 실증 분석 결과 핵심적인 변수인 병원간 경쟁이 (병상가동률의 경우를 제외하고) 병원의 행태에 유의한 영향을 미치지 않은 것으로 나타났다. 이는 우리나라 병원 시장에 있어서 병원간 경쟁이

실제로 병원의 행태와 의료체계에 중요한 영향을 미치지 않은 결과일 수도 있지만, 시장의 정의와 경쟁의 측정에 있어서의 어려움이 반영된 결과이기도 하다. 또한 특정 시술이나 의료서비스를 중심으로 경쟁의 효과를 분석한다면 더 의미있는 결과와 함의를 얻을 수 있을 것이다. 즉, 동일한 병원이라 하더라도 시술의 특성에 따라 경쟁 시장이 다르게 정의될 필요가 있으며, 이를 고려한 분석이 향후에 이루어지기를 기대한다.

둘째, 보건의료시장의 병원규모에 따른 시장지향성과 성과의 관련성을 분석하여 병원산업이 경쟁환경 속에 있는 것이 보다 효율적인가를 살펴보았다. 여기서 시장지향적이라함은 고객, 경쟁자, 병원산업 및 외부경제 환경 전반에 걸쳐 시장 정보를 창출하고 이를 조직 전반으로 확산하고 그에 적극적으로 대응하는 것을 말한다. 분석결과, 병원의 시장지향성은 성과와 강한 긍정적 관계를 갖고 있으며 성과를 설명함에 있어 시장지향성이 갖는 비중(68.0%)은 매우 크게 나타났다. 한편, 중소병원의 경우 현실적으로는 시장지향적이지 않으나 성과에 있어 시장지향성이 설명하는 부분이 컸다(73.9%). 중소병원의 경우 대형병원에 비해 보다 치열한 경쟁적 환경속에 놓여져 있고 조직전체가 시장을 지향하기에, 즉, 시장정보를 창출하고 확산하고 대응하기에 그 규모가 작고 유연할 뿐 아니라 병원성과에 보다 큰 영향을 미치고 있었다. 따라서 우리나라 의료개혁의 한 방향은 병원산업을 보다 시장지향적으로 유인할 필요가 높다 하겠다. 이는 경영역량이 보다 열악한 중소병원에 대한 정부의 지원강화 방안과 함께 중소병원 스스로의 자구노력 마련차원에서 보다 적극적으로 논의되어야 할 것이다.

한편, 보건의료를 보는 견해에 따라 공공/민간 재정 메커니즘 상에, 그리고 분배 및 형평성에 관한 평등주의자(egalitarian)와 자유주의자(libertarian)의 스펙트럼 상에 놓이게 되며, 이러한 두 견해에 의해 보건의료제도 개혁을 위한 방향을 논의함에 있어 상이한 결론(또는 정책)을 도출하게 된다. 이에, 전문가 집단의 보건의료시장에 대한 인식 및 견해 등을 분석한 결과, 건강보험급여 확대(문항13), 노인요양비용의 공공책임(문항16), 의료체계에 공공기능 확대(문항18)

등 의료의 공공성 및 보장성에 대해서는 전문가 집단 내에서 강하게 의견이 수렴되고 있는 분야로, 이에 대해 정책적으로 보다 많은 노력을 기울여야 할 분야인 것으로 나타났다. 반면, 영리법인허용(문항10), 대체민간보험제도 도입(문항11), 요양기관 강제지정제 폐지(문항12), 의료저축계정의 도입(문항15)의 경우에 있어 각 전문가 집단 내에 의견을 달리하고 있는 부분으로, 이것과 관련해 지속적인 실증 분석이 이루어진다면 정책에 부여하는 견해의 차이를 좁히는 데 기여할 수 있을 것이다.

보건의료시스템에 대한 기본가치관이 정책에 내재된 역할에 관한 견해를 얻기 위해 개발된 형평성 지수(index)와 보건의료시장의 특성 및 정책현안과의 상관관계를 살펴본 결과, 우리나라 의료체계에 있어 형평성을 지향하는 전문가들은 정부의 역할이 중요하게 작동되는 의료시스템이 우수하다고 여기는 반면, 시장경쟁모델의 적용에 부정적이고, 의사들의 유인수요를 인정하지 않으며 건강보험으로 인한 소비자의 도덕적 해이에 동의하지 않는 견해를 지닌 것으로 나타났다. 또한 보건의료 정책현안에 관해서 보건의료체계 내에 형평성을 지향하는 전문가들은 요양기관 강제지정제가 폐지된다면 접근성에 부정적인 영향을 미치고, 건강보험급여 확대, 행위별 수가제의 변경, 의료급여 대상인구의 확대, 의료체계의 공공기능 확대, 공공의료기관 병상수의 확대에 대해서는 긍정적인 견해를 지니고 있는 것으로 제시되었다.

전문가들의 견해특성을 파악하기 위하여 본 연구에서는 요인분석을 수행하였으면, 그 주요 결과는 다음과 같다. 5가지 요인들 중 설명비율이 가장 낮은 요인을 제외하면 다른 요인들은 보건의료부문에 대한 기본가치관과 통계적으로 유의한 수준($p < 0.05$)에서의 상관관계를 보이고 있는 것으로 나타났다. 특히, 설명비율이 가장 높은 요인은 기본가치관과의 상관계수가 다른 요인들에 비해 가장 높은 것을 알 수 있다. 이 요인에 높은 점수를 부여하는 전문가들은 정부규제보다는 시장경쟁에 따른 가격시스템이 바람직하다는 견해를 지닌 시장주의자 또는 자유주의자로 명명할 수 있는 반면, 낮은 점수를 부여하는 전문가들은 정부의 역할을 강조하는 평등주의자라고 할 수 있을 것이다. 본 연구는 이 요인

을 ‘가치관요인’이라 칭하였다. 이러한 가치관요인 이외에 ‘시장개방요인’, ‘공공성 및 보장성요인’, ‘도덕적 해이 요인’, ‘유인수요 요인’이 도출되었다.

보건의료정책현안에 관한 우선순위에서는 공공의료확충과 관련한 항목이 가장 높게 나타났으며, 그 다음으로 우선순위가 높은 정책현안은 지불체계(행위별 수가제) 관련, 영리법인 병원도입 관련, 요양기관 강제지정관련, 민간보험도입관련의 순으로 정책현안의 중요도를 가지는 것으로 나타났다. 마지막으로 대외의료시장 개방과 관련해서 전문가 집단내에 의견일치 수준이 상당히 높은 항목으로 의료시장 개방을 통한 편익을 인정하고는 있지만, 다른 보건의료 정책현안들보다 상대적으로 우선순위가 낮은 것으로 나타났다.

본 연구에서의 분석결과와 주요외국의 의료개혁 동향분석을 통한 시사점으로부터 우리나라 보건의료부문의 바람직한 제도개선 방향을 논의하였다. 외국의 동향을 살펴보면, 기존에 정부의 역할이 강조되었던 국가에서는 경쟁의 개념을 도입하여 효율성을 제고하면서 한편으로 접근성을 강화하기 위한 방안들을 추진하고 있으며, 민간주도의 의료체계를 지닌 국가에서는 공공성 및 보장성을 강화하기 위한 노력을 기울이는 등 통합된 의료체제로 수렴되고 있다고 할 수 있다. 이러한 변화 속에서 형평성과 효율성이 상충관계를 지니는 것이 아니라 통합될 수 있음을 인지하고 균형 또는 통합의 측면에서 우리나라 의료체계 개선방향을 논하였다.

이와 같은 정책방향 하에 제도개선의 주요한 요소를 고려해 보면 다음과 같다. 첫째, 본 서에서는 Public-Private Partnership(P3)의 필요성을 제시하였다. 우리나라 의료자원의 대부분이 민간부문으로 구성되고 있는 측면을 고려하면, 민간과 공공의 파트너십 강화를 위한 정책방안을 적극적으로 고려할 필요가 있다. 이를 통하여 재정압박을 극복하고 정부, 영리기관, 비영리기관 각각이 가지는 장점을 강화하면서 단점을 보완할 수 있는 기전이 마련될 수 있을 것이다. 둘째, 분권화를 들 수 있다. 중앙단위에 지방으로 의사결정권을 이양시킴으로써 지역사회 수준에서 보건의료서비스를 계획하고 관리, 통제하는 형태로 변화시키는 것이다. 셋째, 공공과 민간의 혼합체계 즉, 공공과 민간에서의 역할 변화를

들 수 있다. 넷째, 민간부문이 참여하고 공공부문과 보완 및 경쟁할 수 있는 체계를 형성함으로써 국민들의 사회적 위험관리 비용을 최소화하는 접근방식도 고려되어야 한다. 그러나 이것이 사회보험을 민간이 대체하여야 한다는 것이 아니라 사회보험과 민간보험간에 기능 및 역할 설정으로 민간보험의 사회보험 관련 분야에 대한 추가보장 및 보완을 통한 관리능력을 향상시켜야 한다는 측면이다.

이외에도 정책연구 및 기술평가를 위한 인프라의 구축이 필요하다. 주요 정책이슈에 대한 합리적 판단을 위해서는 충분한 검토가 이루어져야 하나, 많은 경우 축적된 관련연구결과가 미흡하여 불확실성에 따른 정책결정의 혼란을 경험하고 있다고 할 수 있다. 한편, GDP 중 보건의료가 차지하는 비중의 증가원인을 설명하는 중요한 요인 중 하나는 기술변화에 있다. 의료기술발전으로 수명 및 삶의 질을 향상시키는 긍정적인 측면이 있지만 이에 반해 환자의 편익이상의 비용이 소요되는 부정적인 측면, 예를 들어 과잉진료 등의 폐해가 지적되고 있다. 또한 많은 의료기술들 중에 의료기술의 효과에 대한 불확실성이 내재되어 있다. 즉, 의료기술의 장점 및 단점에 대해 알려져 있더라도 어떤 방법이 비용효과적인지에 관해서 판단하는 데에는 아직 많은 장벽이 존재하고 있다. 따라서 의료기술평가를 위한 센터를 설립하여 의료기술의 비용효과성을 제고하는 노력이 요구된다 할 것이다.

우리나라 보건의료시장의 제도개선을 위한 출발점은 자유와 평등의 가치 스펙트럼 하에서 우리가 어떤 지향점을 가지고 바람직한 체계를 구상하고 있는가에 있다고 판단된다. 그런데, 이념이나 가치는 본 연구에서 수행한 전문가 인식조사 결과에서 나타나듯이 사회구성원들 간에 서로 다를 수 있다. 중요한 것은 이러한 가치관의 차이를 명백히 하고 생산적인 논쟁 또는 논의를 통해 사회적 통합을 이룰 수 있는 합의를 도출하는 것이라 할 수 있다. 각종 현안문제에 대한 견해에 상당한 영향을 미치는 가치는 정책이나 제도개선 방향에 대한 갈등이나 대립의 주요한 원인이기 때문이다. 따라서 가치의 차이를 명료하게 하고 이를 해결하는 방안을 마련하는 것이 필요하다. 이러한 과정이 없이는 주요 이슈에 대한 근본적인 해결책을 기대하기 어려우며, 현재의 갈등과 대립을 봉합

하는 미봉책에 불과할 위험이 크기 때문이다. 앞으로는 대립하는 가치의 화해와 조화를 위한 논의가 활발하게 이루어지고, 가치와 정책과의 연계를 분석하는 연구가 활성화되어 보건의료부문 체계의 방향성 확립과 제도의 수립을 위한 노력이 전개되기를 기대한다.

참고문헌

- 강길원·박하영·신영수, 「한국형진단명기준환자군의 개선과 평가」, 『보건행정학 회지』 14(1), 2004, pp.121~147.
- 김영세, 『게임이론 - 전략과 정보의 경제학-』, 박영사, 1998, p.249
- 김용익, 「의료개혁과 정부 기능의 강화」, 『건강보장연구』, 통권2호, 1998.
- 김윤미·양봉민, 「일반외과 영역 다빈도 수술률의 소규모 지역간 변이」, 『보건행정학회지』, 14(2), 2004, pp.138~162.
- 김창엽 등, 『빈곤과 건강』, 한울아카데미, 2003.
- 남은우·전기영, 「영국의 NHS 개혁 및 의료시장 동향에 관한 연구」, 『병원경영학회지』 제8권 제 4호.
- 문옥륜·김주환, 『현대의료경제론』, 신광출판사 1992.
- 문창진, 『보건의료사회학』, 신광출판사, 1990.
- 박홍민·김경환, 『건강보험에서의 보험회사 역할 확대방안』, 보험개발원 보험연구소, 2001.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 『2002년도 환자조사보고서』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 신영수·박하영·염용권·이영성, 「한국형 진단명 기준 환자군의 개발과 평가」, 『예방의학회지』 26(2), 1993, pp.293~309.
- 이규식, 『OECD를 중심으로 한 유럽의 의료개혁 동향과 교훈』, 2003.

- 이규식, 「시장기능 활성화를 통한 의료개혁」, 『건강보장연구』, 통권2호, 1998.
- 이덕훈 외, 『사회보험과 민영보험의 효율적 연계방안』, 한국개발연구원, 1998.
- 이종찬, 「OECD 국가의 보건의료개혁: 역사적 전망과 정책적 과제」, 『보건행정학회』, Vol.6, No.1, 1996, pp.1~28.
- 이학식·김영·이용기, "시장지향성과 성과: 사원만족, 고객만족, 기업이미지의 매개적 역할," 한국경영학회, 『경영학 연구』 27(1), 1998: 157~184.
- 정영호 등, 『WTO 도하개발아젠다에 따른 보건의료서비스부문의 협상쟁점 및 경쟁력 강화 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 최병호, 신윤정, 『국민건강보험 총액예산제 도입방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.
- Aiginger et al., "Objectives, topics and methods in industrial organization during the nineties: Results from a survey", *International Journal of Industrial Organization*, Vol.16, 1998, pp.799~830.
- Alston et al., "Is there a global economic consensus?: Is there a consensus among economists in 1990's?", *The American Economic Review*, Vol.82, No.2. 1992; pp.203~209.
- Anell, The Monopolistic Integrated Model and Health Care Reform: the Swedish Experience, *Health Policy*, Vol.37, 1996, pp.19~33.
- Arrow, K., "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review* 53(5), 1963, pp.941~973.
- Baker L. C., "Measuring Competition in Health Care Markets," *Health Services Research* 36, 2001, pp.223~251.

- Bhuiyan, S. and A. Abdul-Gader, "Market Orientation in the Hospital Industry", *Marketing Health Services* 17(4) 1997, pp.36~45.
- Bruce and Hanson, "Commodity or Public Work? Two Perspectives on Health Care", *Bioethics Forum*, 1995, pp.3~11.
- Cassels A., "Health sector reform: Key issues in less developed countries", *Journal of International Development* 7, 1995, pp.229~348.
- Collins C. et al., "Health sector reform and the interpretation of policy context", *Health Policy*, 47, 1999, pp.69~83.
- Counte, M. A., G. L. Glandon, D. M. Oleske and J. P. Hill, "Improving Hospital Performance: Issues in Assessing the Impact of TQM Activities", *Hospital and Health Services Administration* 40(1), 1995, pp.80~94.
- Crew, "Coinsurance and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 59(5), , 1969, 906~908.
- Culyer and Simpson, "Externality models and health: A Ruckblick over the last twenty years", *Economic record* 56, 1980, pp.222~230.
- Culyer, "The nature of the commodity 'health care and its efficient allocation", *Oxford Economic Paper*, 23, 1971, pp.189~211.
- Culyer, "Commodities, characteristics of commodities, characteristics of people, utilities and the quality of life", in S. Baldwin, C. Proper, and C. Godfrey(eds.) *Quality of Life Perspectives*, London: Routledge, 1990.
- Cutler, D. "The incidence of adverse medical outcomes under prospective payment", *Econometrica*, 63, 1995, pp.29~50.

- Dionne and Contandriopoulos, "Doctors and their workshops: a review article", *Journal of Health Economics*, 4, 1985:21~23.
- Donabedian, A. "Social Responsibility for Personal Health Services An Examination of Basic Values" *Inquiry* 8:3~19, June 1971.
- Dranocce, D. and M. Shanley, "A Note on the Relational Aspects of Hospital Market Definitions," *Journal of Health Economics* 8, 1989, pp.473~478.
- Dranove and Satterthwaite, "Monopolistic Competition when price and quality are imperfectly observable", *Rand Journal of Economics*, 23, 1992, pp.518~534.
- Dranove and White, "Agency and the organization of health care delivery", *Inquiry*, 4(4), 1987, pp.405~415.
- Dranove and White, "Medicaid-dependent hospitals and their patients: How have they fared?", *Health Services Research*, 33, 1998, pp.163~185.
- Dranove, D., "Pricing by nonprofit institutions: The case of hospital cost-shifting", *Journal of Health Economics*, 7, 1988, pp.47~57.
- Dranove, D., et al., "Is Hospital Competition Wasteful?" *RAND Journal of Economics*, XXIII, 1992, pp.247~262.
- Dranove, D., M. Shanley and C. Simon, "Is Hospital Competition Wasteful?," *Rand Journal of Economics* 23(2), 1992, pp.247~261.
- Dranove, D., M. Shanley and W. White, "Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch from Patient-Driven to Payer-Driven Competition," *Journal of Law and Economics* 36, 1993, pp.179~204.
- Enthoven, A. "Consumer choice health plan", *New England Journal of Medicine*,

298, 1978, pp.650~658.

Escarce, J., "Would eliminating differences in physician practice style reduce geographic variations in cataract surgery rates?", *Medical Care* 12, 1993, pp.1106~1118.

European Commission Eurobarometer results listed in Key Figures on Health Pocketbook, 2001.

Evans and Wolfson, "Faith, hope and charity: health care in the utility function", Discussion Paper, University of British Columbia, 1980, pp.20~46.

Evans, "Supplier-induced demand", in: M. Perlman ed., *The Economics of Health and Medical Care*, Macmillan, London, 1974, pp.162~173.

Evans, R. G., "Modelling the economic objectives of the physician", in Fraser ed., *Health Economics Symposium: Proceedings of the First Canadian Conference*, 1976, pp.33~46.

Evans, R. G., *Strained Mercy: the economics of canadian health care*, Butterswroth, 1984

Farsi, M., "Changes in Hospital Quality after Conversion in Ownership Status", USC Center for Law, Economics & Organization Research Paper No. Co1-18, 2001.

Feldman and Morrissey, "Health Economics: A report on the field, Journal of Health Politics", *Policy and Law*, Vol.15, No.3, 1990, pp.627~646.

Feldman and Sloan, "Reply form Feldman and Sloan", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14(3), 1989, pp.621~625.

Feldman, R., H. Chan, J. Kralewski, et al., "Effects of HMOs on the Creation of Competitive Markets for Hospital Services," *Journal of Health Economics* 9,

1990, pp.207~222.

Feldstein, Martin S., "Hospital Price Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics," *American Economic Review*, LXI, 1971, pp.853~872.

Feldstein, MS., "The rising price of physicians' services," *Review of Economics and Statistics*, 52, 1970, pp.121~133.

Fisher, E. S., et al., "Associations among Hospital Capacity, Utilization, and Mortality of U.S. Medicare Beneficiaries-Controlling for Sociodemographic Factors, *Health Services Research*, 1999.

Flood C. M., *International Health Care Reform: A legal, economic and political analysis*, Routledge, London and New York, 2000

Folland et al., *The economics of health and health care*, Prentice Hall, 1996.

Frank J., "Dimensions of health system reform", *Health policy* 27, 1994, pp.19~34.

Frech, H. E., *Competition and Monopoly in Medical care*, Washington, DC, AEI Press, 1996.

Frey et al., "Consensus and Dissension among Economists: An Empirical Inquiry", *The American Economic Review*, Vol.74, No.5, 1984, pp.986~994.

Fuchs, V., "Economics, values, and health care reform", *American Economic Review*, 1996, pp.1~24.

Fuchs, V., "The supply of surgeons and the demand for operations", *Journal of Human Resources* 13(Supplement), 1978, pp.35~56.

Gage H. and Rickman N. "Patient Choice and Primary Care", University of Surrey, 2000.

- Gaynor M. and Polachek, "Measuring information in the market: An application to physician services," *Southern Economic Journal*, 60, 1994, pp.815~831.
- Gertler, P., "Subsidies, quality and the regulation of nursing homes", *Journal of Public Economics and Management Strategy*, 3: 71~92.
- Giacomini et al., "Risk-adjusting community rated health plan premiums: a survey of risk assessment literature and policy applications", *Annual Review of Public Health* 16, 1995, pp.401~30.
- Giurgescu Patricia, "Entropy considerations in the noncommutative setting", *Internat. J. Math & Math. Sci.* Vol.24, No.12, 2000, pp.807~819.
- Gonzalez Block M. A., "Comparative research and analysis methods for shared learning from health system reforms", *Health Policy* 42, 1997, pp.187~209.
- Green, L. A. and Becker, M., "physician decision making and variation in hospital admission rates for suspected acute cardiac ischemia," *Medical Care*, 32, 1994, pp.1086~1097.
- Greenley, G. E., "Market Orientation and Company Performance: Empirical Evidence from UK Companies", *British Journal of Management* 6(1), 1995, 1~23.
- Gresenz C. R., Rogowski J., Escarce J. J., "Updated Variable-Radius Measures of Hospital Competition," *Health Services Research* 39, 2004, pp.417~430.
- Grossman and Hart, "The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration", *Journal of Political Economy*, 94, 1986, pp.691~719.
- Hair et al., *Multivariate Data Analysis*, 5th edition, New Jersey: Prentice-Hall, 1998.
- Ham et al., "Why travel broadens the mind", *Health services journal*, 104, 1994,

pp.24~25.

Harris, J., "The internal organization of hospitals: Some economic implications", *Bell Journal of Economics*, 8, 1977, pp.467~482.

Hart, Shleifer, and Vishny, "The proper scope for government: Theory and an application to prisons", *Quarterly Journal of Economics*, 112, 1997, pp.1127~1162.

Hass-Wilson, "The relationships between the dimensions of health care quality and price: the case of eye care", *Medical care*, 32(2), 1990, pp.175~182.

Held, Philip J., and Mark V. Pauly, "Competition and Efficiency in the End Stage Renal Disease Program", *Journal of Health Economics*, 11, 1983:95~118.

Hellinger, "Selection bias in HMOs and PPOs: A review of the evidence", *Inquiry*, 32, 1995, pp.135~142.

Hibbard and Weeks, "Does the dissemination of comparative data on physician fees affect consumer use of services?", *Medical Care*, 17, 1989, pp.1167~1174.

Hurdle and Pope, "Physician productivity: Trends and determinants", *Inquiry* 26, 1989, pp.100~115.

Hurst J. W., *The reform of health care. Comparative analyses of seven OECD countries*. Paris: OECD, 1992.

Jaworski, B. and J. Jaworski, "Market Orientation: The Construct, Research Propositions, and Management Implications", *Journal of Marketing* 54(April), 1990, pp.1~18.

Joskow, Paul L., "The Effects of Competition and Regulation on Hospital Bed Supply and the Reservation Quality of the Hospital," *Bell Journal of Economics*,

- XI(1980), pp.421~447.
- Kaiser, H. F., "An index of factorial simplicity," *Psychometrika* Vol.39, 1974, pp.31~36
- Klarman, H. E., "The distinctive economic characteristics of health economics", *Journal of health and human behaviour*, 44, 1963, pp.44~49.
- Kohli, A., K. Bernard, J. Jaworski, and A. Kumar, "MARKR: A Measure of Market Orientation", *Journal of Marketing Research* 30, 1993, pp.467~477.
- Koska, M. T., "High-Quality Care and Hospitals," 64(March 5), pp.62~63. Kotler, P.(1988), *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*, 6th ed. 8th ed. Prentice-Hall, Inc, 1990.
- Kotler, P. and R.N. Clarke, *Marketing for Health Care Organizations*, Prentice-Hall, NJ, 1987.
- Labelle, Stoddart and Rice, "A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand," *Journal of Health Economics*, 13, 1994, pp.347~368.
- Langa and Sussman, "The effect of cost-containment policies on rates of coronary revascularization in California", *New England Journal of Medicine*, 329, 1993, pp.1784~1789.
- Lassey M., et al., *Health care systems around the world: Characteristics, issues, reforms*, Prentice Hall, 1997.
- Le Grand, J., "Competition, Cooperation or Control? Tales from the British National Health Service," *Health Affairs*, 18, 1999, pp.27~39.
- Lee and Mroz, "Family structure and physicians' hours in large, multispeciality

- groups", *Inquiry*, 28, 1991, pp.366~374.
- Lees D. S., "The logic of the British national health services", *Journal of Law and Economics*, 5, 1962, pp.111~18.
- Lees D. S., "Efficiency in government spending: social services", *Public Finance* 22, 1967, pp.176~89.
- Lees D. S., "The economics of health services", *Lloyds Bank Review*, 56, 1960, pp.26~41.
- Lindsay, C. M., "Medical care and the economics of sharing", *Economica*, 36(144), 1969, pp.531~7.
- Luft et al., "Does quality influence choice of hospital?", *Journal of the American Medical Association*, 263, 1990, pp.2899~2906.
- Luft et al., "The role of specialized clinical services in competition among hospitals", *Inquiry*, 23, 1986, pp.83~94.
- Luft, H., C. Phibbs, et al., "Rejoinder to Dranove and Shanley," *Journal of Health Economics* 8, 1989, pp.479~483.
- Luft, H., J. Robinson, D. Garnick, et al., "The Role of Specialized Clinical Services in Competition among Hospitals," *Inquiry* 23, 1986, pp.83~94.
- Lynk, "The Creation of Economic Efficiencies in Hospital Mergers," *Journal of Health Economics* 14, 1995, pp.507~530.
- Madrian, B. C., "Employment-based health insurance and job mobility: Is there evidence of job-lock?" *Quarterly Journal of Economics*, 109, 1994, pp.27~54.
- Manning et al., "Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a

- randomized experiment", *American Economic Review*, 77, 1987, pp.251~277.
- McGuire and Pauly, "Physician response to fee changes with multiple payers," *Journal of Health Economics*, 10, 1991, pp.385~410.
- Melnick, G., J. Zwanziger, et al., "The Effects of Market Structure and Bargaining Position on Hospital Prices," *Journal of Health Economics*, 11, 1992, pp.217~233.
- Mills A., "Current policy issues in health care reform from an international perspective: the battle between bureaucrats and marketeers", In Nitarayumphong S., editor. *Health Care Reform. At the Frontier of Research and Policy Decisions*. Nontavuri, Thailand: Ministry of Public Health, 1997.
- Mooney and Ryan, "Agency in health care: getting beyond first principals", *Journal of Health Economics*, 12(2), 1993, pp.125~135.
- Musgrove, *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*, Human Development Department, World Bank, Washington, D.C., 1996.
- Mushkin, S., "Toward a definition of health economics", *Public Health Reports*, 73(9), 1958, pp.785~93.
- Narver, J. C. and S. F. Slater, "The Effect of a Market Orientation on Business Profitability", *Journal of Marketing*, 54, 1990, pp.20~35.
- Neipp and Zeckhauser, "Persistence in the choice of health plans", *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 6, 1986, pp.47~72.
- Newhouse, "Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection", *Journal of Economic Literature*, 34, 1996, pp.1236~63.
- Newhouse, "The structure of health insurance and the erosion of the medical

- marketplace" in Greenberg, W., ed., *Competition in the Health Care Sector: Past, Present, and Future*, Aspen Publishers, Germantown, MD, 1978.
- Newhouse, "Risk adjustment: where are we now?", *Inquiry*, 35, 1998, pp.122~31.
- Noether, M., "Competition among Hospitals," *Journal of Health Economics* 7, 1988, pp.259~284.
- Nunnally, J. C., *Psychometric theory*(2nd ed.) New York, MacGraw-Hill, 1978.
- OECD Health System, vol I & II, Paris, OECD, 1993.
- OECD, *Health care reform: Controlling spending and increasing efficiency*, OECD/GD(94)101.
- OECD, *Health care systems: Lessons from the reform experience*, ECO/WKP(2003)28, 2003.
- OECD, *The reform of health care systems: A review of seventeen OECD countries*, Paris, OECD, 1994
- OECD, *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Health Polity Studies no 2. 1992.
- Okun, A., *Equality and Efficiency: The big Trade-Off*, Washington DC: The Brookings Institution, 1975.
- Park, C. W. and G. Zaltman, *Marketing Management*, Chicago, IL: Dryden Press, 1987.
- Pauly and Satterthwaite, "The pricing of primary care physicians' services: A test of the role of consumer information", *Bell Journal of Economics*, 12, 1981, pp.488~506.

- Pauly, M. "Is medical care different? Old question, new answers," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13, 1988, pp.227~37.
- Pauly, M. "Is medical care different?," in W. Greenberg, ed., *Competition in Health Care Sector* (Aspen Systems, Germantown, MD) 1978, pp.11~35.
- Pauly, M. "The economics of moral hazard: comment", *American Economic Review*, 58, 1968, pp.531~537.
- Pauly, M., "Managed care, market power, and monopsony", *Health Services Research*, 33, 1998, pp.1439~1460.
- Phelps and Parente, "Priority setting in medical technology and medical practice assessment," *Medical Care*, 28, 1990, pp.703~723.
- Raju, P., S. Lonial, Y. Gupta and C. Ziegler, "The Relationship between Market Orientation and Performance in the Hospital Industry: A Structural Equation Modeling Approach", *Health Care Management Science* 3(3), 2000, pp.237~247.
- Rawls, J., *A. Theory of justice*, Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 1971.
- Reinhardt, "Economists in Health Care: Saviors, or Elephants in a Porcelain Shop?," *American Economic Review*, 79, 1989, pp.337~342.
- Reinhardt, "Future Trends in the Economics of Medical Practice and Care", *American Journal of Cardiology*, Vol.56, 1985.
- Rice and Labelle, "Do physicians induce demand for medical service?," *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 14, 1989, pp.587~600.
- Rizzo and Blumenthal, "Physician labor supply: Do income effects matter?," *Journal*

of Health Economics, 33, 1994, pp.433~453.

Robinson and Luft, "The impact of hospital market structure on patient volume, average length of stay, and the cost of care", *Journal of Health Economics*, 4, 1985, pp.333~356.

Robinson et al., "Market and regulatory influences on the availability of coronary angioplasty and bypass surgery in US hospitals", *New England Journal of Medicine*, 317(2), 1987, pp.85~90.

Robinson, J. and H. Luft, "The Impact of Hospital Market Structure on Patient Volume, Average Length of Stay, and the Cost of Care," *Journal of Health Economics* 4, 1985, pp.333~356.

Robinson, J., "Market structure, employment, and skill mix in the hospital industry", *Southern Economic Journal*, 55, 1988, pp.315~325.

Roemer, "Bed supply and hospital utilization: A national experiment," *Hospitals*, J.A.H.A. 35, 1961, pp.988~993.

Rothschild and Stiglitz, "Equilibrium in competitive insurance markets: An essay on the economics of imperfect information", *Quarterly Journal of Economics*, 90, 1976, pp.629~650.

Saaty, T., *The Analytic Hierarchy Process* McGraw-Hill, 1980.

Sappington, D. E., "Incentives in principal-agent relationships", *Journal of Economic Perspectives*, 5(2), 1991, pp.45~66.

Satterthwaite, "Competition and equilibrium as a driving force in the health services sector", in: R. Inman ed., *Managing the Service Economy* (Cambridge University Press, Cambridge), 1985.

- Satterthwaite, "Consumer information, equilibrium industry price, and the number of sellers", *Bell Journal of Economics*, 10, 1979, pp.483~502.
- Schieber G. J., "Preconditions for health reform: experiences from the OECD countries", *Health Policy* 32, 1995, pp.279~293.
- Shackley and Healy, "Creating a market: an economic analysis of the purchaser-provider model", *Health Policy*, 25, 1993, pp.153~168.
- Shain and Roemer, "Hospital costs relate to the supply of beds," *Modern Hospital*, 92, 1959, pp.71~73.
- Shapiro, B. P., "What the Hell is 'Market Oriented'?", *Harvard Business Review* 66, 1988, pp.119~125.
- Slater, S. F. and J. C. Narver, "Does Competitive Environment Moderate the Market Orientation-Performance Relationship?", *Journal of Marketing* 58, 1994, pp.46~55.
- Sloan, "Physician supply behavior in the short run", *Industrial and Labor Relations Review*, 28, 1975, pp.549~569.
- Sloan, Picone, Taylor, Chou, "Hospital ownership and cost and quality of care: Is there a dime's worth of difference?", *NBER working paper series*, 1998.
- Stano, "A further analysis of physician inducement controversy," *Journal of Health Economics*, 6, 1987, pp.227~238.
- Town, Robert, and Gregory Vistnes, "Hospital Competition in HMO Networks: An Empirical Analysis of Pricing Behavior," draft, 1997.
- Tsai, Y., "Research on the Relationship between Market Orientation and Service

- Quality: An Empirical Assessment of the Medical Industry in Central Taiwan", *Journal of American Academy of Business* 3, 2003, pp.381~385.
- Tuohy and Wolfson, "Self-regulation: who qualifies?", in: Slayton and Trebilcock ed., *The Professions and Public Policy*, University of Toronto Press, 1978, pp.111~22.
- van den Ven and Ellis, "Risk adjustment in competitive health plan markets" in Culyer and Newhouse, eds., *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam, chp.4, 2000.
- Vistnes, Gregory, "Hospital Mergers and Antitrust Enforcement," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, XX(1995), pp.175~190.
- Weisbrod, B., *The economics of public health*, University of Pennsylvania Press, 1961.
- Wennberg and Fowler, "A test of consumer contribution to small area variations in health care delivery," *Journal of the Maine Medical Association*, 68, 1977, pp.275~279.
- Wennberg et al., "Professional uncertainty and the problem of supplier-induced-demand," *Social Science and Medicine*, 16, 1982, pp.811~824.
- Wennberg et al., "Small area variations in health care delivery," *Science*, 182, 1973, pp.1102~1108
- Wennberg et al., "Variations in medical care among small areas," *Scientific American* 246, 1982, pp.120~134.
- Wennberg, J. E., "Dealing with medical practice variations: A proposal for action,"

Health Affair 3, 1984, pp.6~32.

What can the U.S. Learn from Europe in OECD: Discussion, Health Care Systems in Transition, Paris, 1990.

White, J., *Competing Solutions: American Health Care Prospects and International Experience*, Washington, DC, Brookings Institution, 1995.

White, K., "Hospital Marketing Orientation and Managed Care Processes: Are They Coordinated?", *Journal of Healthcare Management* 46(5), 2001, pp.327~336.

Woodward and Warren-Boulton, "Considering the effects of financial incentives and professional ethics on appropriate medical care", *Journal of Health Economics*, 3(3), 1984, pp.223~37.

Woolhandler and Himmelstein, "The deterioration efficiency of the U.S. health care system", *New England Journal of Medicine* 324, 1991, pp.1253~58.

Wynand M. and Van De Ven, "Market-oriented health care reforms: Trends and Future options", *Soc. Sci. Med.* Vol.43, No.5, 1996, pp.655~666.

Zeckhauser, R., "Medical insurance: a case study of the tradeoff between risk spending and appropriate incentives", *Journal of Economic Theory*, 2(1), 1970, pp.10~26.

Zwanziger, J. and G. Melnick, "The Effects of Hospital Competition and the Medicare PPS Program on Hospital Cost Behavior in California," *Journal of Health Economics* 7, 1988, pp.301~320.

부 록

부록 1. 설문지 Ⅰ / 287

부록 2. 설문지 Ⅱ / 292

부 록 1. 설문지 I

병원 시장지향성(Market Orientation)에 관한 설문 조사서

안녕하십니까?
국민의 질병진료와 건강증진을 위하여 노심초사하시는 귀원의 노고에 심심한 경의를 표합니다.

저희 연구원에서는 의료시장의 대외 경쟁력 강화 방안 마련에 관한 연구의 일환으로 병원의 시장지향성에 관해 조사를 실시하고 있습니다. **병원의 시장지향성**이란 병원이 경영활동에 필요한 소비자나 경쟁 병원에 관한 정보를 조사하여 입수하고, 이를 병원 내의 필요한 각 부서에 효과적으로 전달해서, 각 부서가 전달된 정보를 바탕으로 구체적으로 대응행동을 취할 수 있도록 해주는 경영체계를 의미하는 것으로 **병원 경영 효율화의 한 척도**로 평가받고 있다.

본 조사에 응답해 주시면 귀 병원의 시장지향성 정도와 병원산업 전체 평균치를 제공해 드리겠습니다.

다소 번거로우시더라도 보다 밝은 병원산업의 미래를 위하여 많은 도움을 주시기 바랍니다.

끝으로 귀원의 무궁한 발전을 기원합니다. 감사합니다.

한국보건사회연구원장
2004. 7

번호	문항	code
A1	병원 명: () 병원	-
A2	병원 위치: (01)서울 (02)부산 (03)대구 (04)인천 (05)광주 (06)대전 (07)울산 (08)경기 (09)강원 (10)충북 (11)충남 (12)전북 (13)전남 (14)경북 (15)경남 (16)제주	<input type="checkbox"/>
A3	종별: (1)3차 의료기관 (2)종합병원 (3)병원	<input type="checkbox"/>
A4	설립구분: (01)국립 (02)국립대학 (03)공립 (04)학교법인 (05)특수법인 (06)종교법인 (07)사회복지법인 (08)사단법인 (09)재단법인 (10)회사법인 (11)의료법인 (12)개인 (13)지방공사 (14)군병원 (15)기타	<input type="checkbox"/>
A5	허가 병상수: () 병상	<input type="checkbox"/>

대한병원협회 대한병원행정관리자협회
한국보건사회연구원

다음 사항은 **원장님** 또는 **기획/홍보/마케팅 책임자**께서 직접 작성해 주시기 바랍니다. 각 질문에 대해 귀하의 경우와 가장 가까운 곳에 기재하시거나 표시 (√)해 주시기 바랍니다.

☞ 다음은 귀 병원의 **시장 지향성**을 측정하기 위한 질문입니다.

번호	질문	① 전혀 그렇지 않다	② 그렇지 않다	③ 그저 그렇다	④ 그렇다	⑤ 매우 그렇다	code
B1	우리 병원에서는 환자가 필요로 하는 병원 서비스를 파악하기 위하여 최소한 일년에 한번 이상 환자와의 만남을 갖고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B2	병원 직원들은 환자에게 더 좋은 서비스를 제공하기 위해 환자와 직접적인 상호작용을 하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B3	우리 병원에서는 자체적으로 여러 차례 시장조사를 실시하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B4	우리 병원은 환자가 선호하는 병원 서비스 변화에 대한 파악이 느린 편이다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B5	우리 병원은 우리가 제공하는 병원 서비스의 질을 평가하기 위하여 일년에 최소 한번 이상 설문조사를 실시하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B6	우리 병원은 종종 우리 환자의 선택에 영향을 주는 사람과 대화 및 설문조사를 실시하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B7	우리 병원은 비공식적 수단을 통하여 병원산업에 대한 정보를 수집하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B8	우리 병원은 병원산업의 근본적 변화에 대한 파악이 느린 편이다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B9	우리 병원은 환자에 영향을 미치는 환경(정부규제 등)변화로 인한 영향을 주기적으로 검토하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B10	우리 병원은 시장 경향 및 발전에 대한 토론을 위해 부서간 모임을 최소 분기당 한번이상 갖고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B11	우리 병원의 홍보/기획/마케팅 전문가는 다른 부서와 함께 환자의 미래 욕구에 대해 토론하는 시간을 갖고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B12	우리 병원은 우리 환자에 대한 정보를 제공하는 내부 문건을 주기적으로 회람하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B13	주된 고객 또는 시장에서 중요한 사건이 발생하였을 때, 이를 빠른 시일 안에 병원의 모든 사람에게 주지시키고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>

번호	질 문	① 전혀 그렇 지 않다	② 그렇 지 않다	③ 그저 그렇 다	④ 그렇 다	⑤ 매우 그렇 다	code				
B14	고객 만족에 대한 자료는 규정에 따라 병원의 모든 계층에게 유포하고 있다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B15	시장 개발과 관련하여 홍보/마케팅과 행정부서간 의사소통이 적은 편이다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B16	한 부서가 경쟁 병원에 대해 어떤 중요한 사실을 알았을 때, 이를 다른 부서에 알려줌이 늦은 편이다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B17	우리 경쟁 병원의 가격 변화(비급여 등)에 대한 대응 결정이 늦은 편이다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B18	시장 세분화의 원칙은 병원의 새로운 제품 개발노력을 촉진하고 있다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B19	우리 병원은 환자가 필요로 하는 병원 서비스 변화에 대해 무시하는 경향이 있다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B20	우리 병원은 환자가 무엇을 원하는지를 파악하기 위하여 병원 서비스 개발을 주기적으로 검토하고 있다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B21	우리 병원의 사업계획은 시장 조사에 의하기보다 기술진보에 더욱 영향을 받는다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B22	몇몇 부서들은 경영환경의 변화에 대처하기 위한 계획을 주기적으로 공동 수립한다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B23	우리 병원이 제공하는 서비스는 실제 시장의 필요에 의하기보다는 내부적 판단에 더욱 의존한다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B24	주된 경쟁 병원이 우리의 환자를 대상으로 강도 높은 캠페인을 전개한다면 우리 병원은 이에 즉시 대응할 것이다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B25	우리 병원내 다른 부서간 활동은 잘 조정되고 있다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B26	우리 병원에서는 고객의 불평을 들음에 있어 귀가 어두운 편이다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B27	우리 병원이 실제 훌륭한 마케팅 계획을 수립한다 할지라도 이를 적시에 실행하지는 못 할 것이다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B28	우리 병원은 경쟁병원의 가격체계(비급여 등)의 의미 있는 변화에 대해 신속히 반응한다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B29	우리 병원은 환자가 서비스 질에 대해 불만족함을 알았을 때, 즉시 이를 해결하기 위한 행동을 취한다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>
B30	우리 병원이 제공한 서비스에 대해 환자가 수정하기를 원한다면 해당 부서는 그렇게 하도록 노력한다.	①	-	②	-	③	-	④	-	⑤	<input type="checkbox"/>

☞ 다음은 귀 병원의 성과에 대한 질문입니다. 경쟁 병원 또는 병원산업 전반과 비교하여 응답해 주시기 바랍니다.

번호	질 문	① 매우 나쁜 다	② 나쁜 다	③ 그저 그렇 다	④ 좋다	⑤ 매우 좋다	code
C1	지난 3년간의 수익 증가율	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C2	환자에 의해 인지된 서비스 품질	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C3	지난 3년간 시장 점유율	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C4	장비 구입 또는 시설 투자비	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C5	순 이익	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C6	투자수익률(return on investment)	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C7	주요 환자군에 의한 병원 명성도	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C8	독특한 경쟁 우위를 개발할 능력	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C9	수익대비 이익률	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C10	병원 운영에 따른 현금흐름	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C11	새로운 병원 서비스 개발	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C12	새로운 환자군 개발	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C13	의료사고율/의료분쟁율	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C14	총자본의료이익율(return on assets)	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C15	종업원 이직	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C16	입원환자수	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C17	환자 순수익 비중	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C18	외래환자 초진율	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C19	병상이용율	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>
C20	평균재원일수	① - ② - ③ - ④ - ⑤					<input type="checkbox"/>

✎ 작성해 주신 분의 **일반적 인적사항**에 관련된 질문입니다.

D1	귀 병원은 마케팅 책임자(전문가)가 있습니까?	① 예 ② 아니오	<input type="checkbox"/>
D2	현 직위는 무엇입니까?	① 원장 ② 기획 책임자 ③ 홍보 책임자 ④ 마케팅 책임자 ⑤ 기타(구체적:)	<input type="checkbox"/>
D3	귀하의 성별은?	①남자 ② 여자	<input type="checkbox"/>
D4	귀하의 나이는?	() 세	<input type="text"/>
D5	귀하의 최종학력은?	① 고졸 이하 ② 전문대졸 ③ 대졸 ④ 대학원졸(석사) ⑤ 대학원졸(박사)	<input type="checkbox"/>
D6	귀하께서 현재의 병원에 근무하신 기간은?	약 ()년	<input type="text"/>

기타 궁금하신 사항이 있으시면 최인호 연구원에게 문의바랍니다.

전화: 031-299-0980

핸드폰: 011-9276-9963

팩스: 031-297-3697

e-mail: trychoi@empal.com

끝까지 응답해주셔서 진심으로 감사드립니다.

부록 2. 설문지 II

조사표 일련번호		

보건의료시장의 특성 및 제도개선 방향에 관한

전문가 인식조사 설문지

인 사 말 씀

안녕하십니까? 저희 한국보건사회연구원에서는 2004년 기본연구과제의 하나로 『보건의료시장의 특성과 문제점 및 법·제도 개선방향에 관한 연구』를 수행하고 있습니다. 이 연구는 바람직한 보건 의료체계를 구축하기 위해서 의료시장의 특성을 파악하고 공급자 및 소비자의 행태에 대한 이해도를 제고하여 이를 토대로 현재의 제도 및 법이 갖는 실효성에 대해 검토하려는 데 목적이 있습니다.

현재 의료시장과 관련한 정책방향에 대해 보건의료정책 형성에 주도적인 영향을 미치고 있는 전문가들의 견해가 공식적으로 표방되거나, 집단간 비교가 이루어지지 않고 있는 실정입니다. 이러한 배경 하에서 본 조사를 통하여 의료시장에 대한 기본적인 인식과 최근의 이슈가 되고 있는 의료정책에 대한 입장, 그리고 정책방향 등에 관해 전문가들의 의견을 수렴하고자 합니다.

모쪼록 연구의 중요성을 이해하시어 적극 협조해 주시면 감사하겠습니다.

특히, 본 조사결과는 익명으로 통계처리 되어 정책분석 및 개발에만 사용할 뿐 그 이외 다른 목적에는 사용하지 않음을 밝혀 둡니다.

2004년 월
한국보건사회연구원장

★ 설문지를 작성하셔서 등봉하여 보내드리는 반송용 봉투를 이용하시거나 FAX로 보내주시기 바랍니다.

★ 설문지 작성과정 중 의문사항이 있으시면 아래로 연락주시기 바랍니다.

OOO TEL: (02) FAX: (02) 353-0344 E-mail:

서울특별시 은평구 불광동 산 42-14

한국보건사회연구원 보건의료연구실

한국보건사회연구원

보건의료시장에 관한 기본적 견해

아래 문항들은 보건의료시장의 전반적인 특성 및 지향점과 관련하여 귀하의 견해를 조사하고자 하는 것입니다. 좌측의 문항을 읽으신 후에 해당되는 칸에 해 주시기 바랍니다.

【 문 항 】	① 전격으로 동의함 (strongly agree)	② 동의함 (agree)	③ 의견 없음 (no opinion/ no decision)	④ 동의 하지 않음 (disagree)	⑤ 전혀 동의하 지 않음 (strongly disagree)
1. 보건의료부문에 시장경쟁모델이 적용되어야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 의사들은 경제적 인센티브로 인해 환자들에게 자신의 의료서비스를 더 많이 수요하도록 유도한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 정부의 역할이 중요하게 작동하는 의료시스템(예: 영국)이 민간위주의 의료시스템(예: 미국)보다 우수하다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 우리나라 보건의료시장은 전반적으로 규제수준이 높다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 보건의료부문에서 정부규제는 편익에 비해 사회적 비용을 더 많이 유발시킨다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 건강보험으로 인해 소비자들은 필요이상으로 의료서비스를 소비한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 의료기술발전이 국민의료비를 증가시키는 가장 큰 요인이다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

주요 현안문제에 관한 견해

아래 문항들은 현재 우리나라 보건의료 현안 과제들에 대한 귀하의 의견을 조사하고자 하는 것입니다. 좌측의 문항을 읽으신 후에 우측 해당되는 칸에 해 주시기 바랍니다.

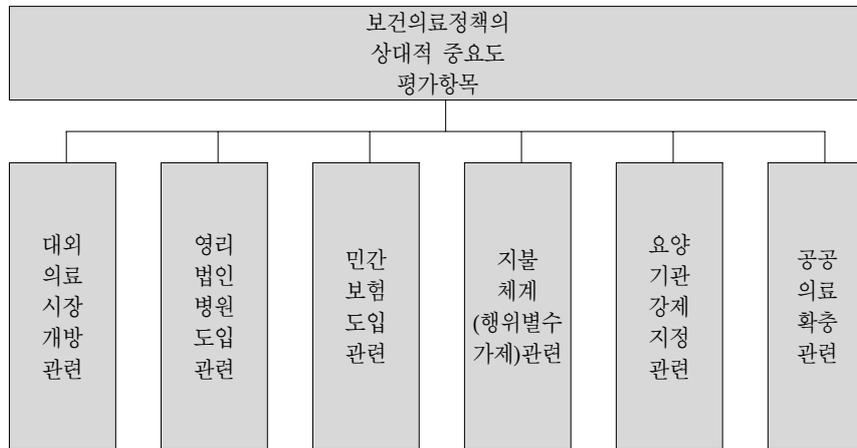
【 문 항 】	① 전적으로 동의함 (strongly agree)	② 동의함 (agree)	③ 의견 없음 (no opinion/ no decision)	④ 동의 하지 않음 (disagree)	⑤ 전혀 동의하 지 않음 (strongly disagree)
8. 의료시장 개방으로 우리나라 보건의료서비스의 국제경쟁력을 강화시킬 수 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 의료시장 개방으로 국민들은 양질의 의료서비스를 제공 받을 수 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 의료기관의 영리법인* 허용은 사회전체적으로 비용대비 편익이 높다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 영리법인: 구성원의 사익을 도모하고 의료법인의 사업이익이 구성원에게 배당되는 형태					
11. 사회보험이 아닌 민간보험으로 대체·가입할 수 있는 대체민간보험제도*의 도입이 필요하다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 대체민간보험제도: 공보험가입을 의무화하지 않고 민간보험에 가입하도록 한 제도					
12. 요양기관 강제지정제*가 폐지된다면, 환자들의 의료이용 즉, 접근성에 부정적인 영향을 주게 된다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 요양기관 강제지정제: 모든 의료기관이 국가에 의해 사회보험인 국민건강보험급여의 제공의무가 있는 요양기관으로 강제지정된 제도					

【 문 항 】	① 전적으로 동의함 (strongly agree)	② 동의함 (agree)	③ 의견 없음 (no opinion/ no decision)	④ 동의 하지 않음 (disagree)	⑤ 전혀 동의하 지 않음 (strongly disagree)
13. 현재의 건강보험급여는 확대되어야 한다.					
☞ 13번문항에 ① ②를 응답해 주신 분은 아래의 13-1에 <input checked="" type="checkbox"/> 해 주시기 바랍니다. (13번문항의 ③ ④ ⑤ 응답자는 14번으로 이동)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-1 건강보험급여 확대를 위한 재원조달은 <input type="checkbox"/> ① 보험료인상 <input type="checkbox"/> ② 국고보조 <input type="checkbox"/> ③ 목적세 <input type="checkbox"/> ④기타 _____로 충당되어야한다.					
14. 현재의 행위별 수가제는 다른 형태로 바뀌어야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 의료저축계정*의 도입이 필요하다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 의료저축계정: 강제저축으로 본인의 의료비지출을 위해 사용할 수 있는 개인 계좌					
16. 노인요양비용은 공공보다는 민간 혹은 개인이 책임져야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 의료급여 대상인구는 차상위 계층*까지 포함하여 확대되어야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 차상위계층: 수급자가 아닌 자로 실세소득이 최저생계비의 120% 미만인 자. 즉, 소득이 최저생계비의 100%~120% 사이에 있는 잠재적인 빈곤층					
18. 우리나라 의료체계에 공공기능을 확대시켜야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 공공의료기관 병상 수가 확대되어야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 우리나라 보건의료정책 수행의 목표로 형평성보다는 효율성이 우선적으로 검토되어야 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. 다음과 같은 보건의료정책 중 우선적으로 결정해야 할 필요성(상대적 중요도)이 높은 정도를 해당되는 칸에 표시하여 주시기 바랍니다.(아래에 제시된 상대적 중요도 및 예시를 참조하여 주십시오)

예시) 보건의료정책의 우선순위를 설정할 경우 대의의료시장 개방관련 사항이 민간보험도입관련사항보다 **매우 중요하다**고 생각하시면 아래와 같이 기입하시면 됩니다.

평가항목	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	평가항목								
대의의료시장개방관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	민간보험도입관련



평가항목	절대 중요	매우 중요	중 요	약간 중요	같		약간 중요	중 요	매우 중요	절대 중요	평가항목							
					다	다												
대의 의료시장 개방관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	영리법인병원 도입관련
대의 의료시장 개방관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	민간보험 도입관련
대의 의료시장 개방관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지불체계(행위별 수가제)관련
대의 의료시장 개방관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	요양기관 강제지정관련
대의 의료시장 개방관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	공공의료 확충관련
영리법인병원 도입관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	민간보험 도입관련
영리법인병원 도입관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지불체계(행위별 수가제)관련
영리법인병원 도입관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	요양기관 강제지정관련
영리법인병원 도입관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	공공의료 확충관련
민간보험 도입관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	지불체계(행위별 수가제)관련
민간보험 도입관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	요양기관 강제지정관련
민간보험 도입관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	공공의료 확충관련
지불체계(행위 별수가제)관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	요양기관 강제지정관련
지불체계(행위 별수가제)관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	공공의료 확충관련
요양기관 강제지정관련	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	공공의료 확충관련

이상적 보건의료시스템 도출을 위한 기본 가치관

아래 문항들은 보건의료와 관련된 기본 가치관을 알아보려고 하는 것입니다. 양측의 견해를 읽으시고 옳다고 생각되는 번호에 ✓해 주시기 바랍니다.

22.	건강은 사회의 책임이다.	건강은 개인의 행위에 의해 결정되므로 개인의 책임이다.
	□1 □2 □3 □4 □5	
23.	보건의료이용은 소득 수준과 상관없이 의료요구에 의해 결정되어야 한다.	보건의료이용은 개인의 지불의사 및 지불 능력에 의하여 결정되어야 한다.
	□1 □2 □3 □4 □5	
24.	의료시장의 효율성을 담보하기 위해서는 정부가 개입해야한다.	다수 공급자들의 경쟁이 의료시장을 효율적으로 작동시킬 수 있는 조정체계이다.
	□1 □2 □3 □4 □5	
25.	공공서비스에 대한 직업윤리 및 헌신이 의료공급자에게 중요한 동기이며, 환자들을 성공적으로 치료하기 위한 핵심이다.	이윤(profit)이라는 동기는 의료공급자가 수요자의 요구에 반응할 수 있는 올바르고 효과적인 방법이다.
	□1 □2 □3 □4 □5	
26.	개인의 자유는 사회적 이익을 위해 희생될 수 있으며, 평등은 소수만이 향유하던 자유를 다수에게 확장시키는 것이다.	개인의 자유는 그 자체로 절대적 미덕이며 법 앞의 평등이라해도 자유가 평등 위에 있다.
	□1 □2 □3 □4 □5	

응답자의 일반사항

아래 문항들은 분석을 위한 일반사항을 조사하는 문항들입니다. 해당되는 항목에 해 주시기 바랍니다.

- 1. 성별 1. 남 2. 여
- 2. 연령(2004년 8월 현재) 만 _____ 세
- 3. 거주지역 _____ 시·도 _____ 시·군·구
- 4. 최종출신학교지역

아시아	아메리카	유럽	오세아니아	기타
<input type="checkbox"/> a. 한국	<input type="checkbox"/> e. 미국	<input type="checkbox"/> h. 영국	<input type="checkbox"/> l. 호주	n. _____
<input type="checkbox"/> b. 일본	<input type="checkbox"/> f. 캐나다	<input type="checkbox"/> i. 독일		
<input type="checkbox"/> c. 중국		<input type="checkbox"/> j. 프랑스		
<input type="checkbox"/> d.기타_____	<input type="checkbox"/> g.기타_____	<input type="checkbox"/> k.기타_____	<input type="checkbox"/> m.기타_____	

- 5. 최종학력 1. 학사 2. 석사 3. 박사
- 6. 총 경력연수 약 _____ 년
- 7. 현직 근무연수 약 _____ 년
- 8. 현재 소속(검직시 복수응답으로 해 주시기 바랍니다.)

대학 및 연구기관	정부기관	의료기관	공공기관	기타
<input type="checkbox"/> 1. 교수 또는 강사	<input type="checkbox"/> 6. 보건복지부 공무원	<input type="checkbox"/> 8. 의사	<input type="checkbox"/> 13. _____	<input type="checkbox"/> 14. 기업
<input type="checkbox"/> 2. 석·박사과정생		<input type="checkbox"/> 9. 간호사		<input type="checkbox"/> 15. 기타
<input type="checkbox"/> 3. 정부산하연구기관	<input type="checkbox"/> 7. 보건복지부외 공무원	<input type="checkbox"/> 10. 약사		_____
<input type="checkbox"/> 4. 민간연구기관		<input type="checkbox"/> 11. 행정직		
<input type="checkbox"/> 5. 기타		<input type="checkbox"/> 12. 기타		

- 9. 과거 2년간 정부 및 관련위원회 참여횟수: _____ 회

10. 전공

전공		세부전공		
사회 과학	<input type="checkbox"/> 경제학	<input type="checkbox"/> 경제학일반 <input type="checkbox"/> 수리/미시경제 <input type="checkbox"/> 거시경제 <input type="checkbox"/> 노동경제 <input type="checkbox"/> 재정/공공경제	<input type="checkbox"/> 금융(화폐)경제 <input type="checkbox"/> 소비자/소비경제 <input type="checkbox"/> 국제/세계경제 -분야별경제 <input type="checkbox"/> 후생복지/보건/후생경제	<input type="checkbox"/> 법경제 <input type="checkbox"/> 자원/환경경제 <input type="checkbox"/> 인구문화 <input type="checkbox"/> 기타분야별경제 <input type="checkbox"/> 기타경제학 _____
	<input type="checkbox"/> 행정학	<input type="checkbox"/> 행정학일반 <input type="checkbox"/> 재무행정 <input type="checkbox"/> 행정조직/관리 <input type="checkbox"/> 인사행정 <input type="checkbox"/> 도시/지방행정 <input type="checkbox"/> 비교/발전행정	<input type="checkbox"/> 행정정보 <input type="checkbox"/> 계량행정 <input type="checkbox"/> 국제/외무행정 -분야별행정 <input type="checkbox"/> 보건위생행정 <input type="checkbox"/> 사회복지행정	<input type="checkbox"/> 사법/법무행정 <input type="checkbox"/> 노동행정 <input type="checkbox"/> 환경행정 <input type="checkbox"/> 기타분야별행정 <input type="checkbox"/> 기타행정학 _____
	<input type="checkbox"/> 사회학	<input type="checkbox"/> 사회이론/사상사 <input type="checkbox"/> 사회학연구방법론 <input type="checkbox"/> 사회사/역사사회학 <input type="checkbox"/> 경제/조직사회학 <input type="checkbox"/> 신업/노동사회학 <input type="checkbox"/> 인구/노인/지역사회학	<input type="checkbox"/> 의료/복지사회정책 <input type="checkbox"/> 비교사회학/세계지역연구 사회변동/발전사회학 <input type="checkbox"/> 환경사회학 <input type="checkbox"/> 사회계층/계급 <input type="checkbox"/> 정치사회학/사회운동론 <input type="checkbox"/> 정보/과학기술사회학	<input type="checkbox"/> 사회심리/일탈과범죄사회학 <input type="checkbox"/> 문화/종교사회학 <input type="checkbox"/> 가족성(gender)의사회학 <input type="checkbox"/> 교육/직식사회학 <input type="checkbox"/> 북한사회및통일연구 <input type="checkbox"/> 기타 _____
	<input type="checkbox"/> 사회복지학	<input type="checkbox"/> 사회복지학일반 <input type="checkbox"/> 영유아복지 <input type="checkbox"/> 아동복지 <input type="checkbox"/> 청소년복지 <input type="checkbox"/> 가족복지 <input type="checkbox"/> 여성복지	<input type="checkbox"/> 노인복지 <input type="checkbox"/> 장애인복지 <input type="checkbox"/> 학교사회복지 <input type="checkbox"/> 산업/노동복지 <input type="checkbox"/> 교정복지 <input type="checkbox"/> 의료사회복지	<input type="checkbox"/> 정신보건사회복지 <input type="checkbox"/> 동양아시아사회복지 <input type="checkbox"/> 동아시아사회복지 <input type="checkbox"/> 서양유럽사회복지 <input type="checkbox"/> 오세아니아사회복지 <input type="checkbox"/> 기타 _____
	<input type="checkbox"/> 정책학	<input type="checkbox"/> 정책학일반 <input type="checkbox"/> 인사정책 <input type="checkbox"/> 국방안보정책 <input type="checkbox"/> 노동/법률정책	<input type="checkbox"/> 재정/경제정책 <input type="checkbox"/> 문화/사회/보건복지정책 <input type="checkbox"/> 산업통상정책 <input type="checkbox"/> 과학기술/정보통신정책	<input type="checkbox"/> 환경/자원정책 <input type="checkbox"/> 학술/교육정책 <input type="checkbox"/> 농림수산정책 <input type="checkbox"/> 기타 _____
	<input type="checkbox"/> 경영학 _____ <input type="checkbox"/> 법학 _____ <input type="checkbox"/> 정치외교학 _____ <input type="checkbox"/> 기타 _____	* 세부전공을 직접 기입해 주시기 바랍니다.		
	의약 학	<input type="checkbox"/> 예방의학 <input type="checkbox"/> 치의학 <input type="checkbox"/> 수의학 <input type="checkbox"/> 간호학 <input type="checkbox"/> 한의학 <input type="checkbox"/> 약학 <input type="checkbox"/> 기타 _____		
기타	<input type="checkbox"/> 인문과학 <input type="checkbox"/> 자연과학 <input type="checkbox"/> 공학 <input type="checkbox"/> 기타 _____			

* 보건의료제도와 관련하여 코멘트가 있으시면 기입해 주시기 바랍니다.

☞ 설문에 응답하여 주셔서 감사합니다 ☞

