

보건의료분야 인센티브제도 도입방안

김진수
신영석
황도경
김경하

보 건 복 지 부
한국보건사회연구원



제출문

보건복지부장관 귀하,

본 보고서를 「보건의료분야 인센티브제도 도입방안」 연구의 최종보고서로 제출합니다.

주관연구기관명: 한국보건사회연구원

연구 책임자 : 김진수

연 구 원 : 신영석

연 구 원 : 황도경

연 구 원 : 김경하



머리말

우리나라의 건강보험제도는 단 기간에 세계에서 그 유례를 찾아보기 힘들 정도로 빠른 성장을 거듭해왔다. 우리나라의 경우 1977년 의료보험 도입 이후 12년 만인 1989년 전 국민 의료보장을 달성하였는데 이는 독일이 127년, 이스라엘이 84년, 일본이 36년이라는 긴 시간이 필요했던 점을 감안할 때 비약적인 성장이라 아니할 수 없다. 전 국민 건강보험을 실현하는 과정에서 저부담-저급여로 체제로 출발 할 수밖에 없었으나 이제는 양적 확장에서 벗어나 질적인 발전을 추구하는 세계의 모범적인 건강보장 제도로 성장했다.

1977년 우리나라 평균수명이 52.4세에 불과하였지만, 2006년에는 79.1세로 약 27년이 증가하였고 이는 OECD 회원국 평균치 78.9세보다도 높다. 건강보험이 우리국민의 건강한 삶에 준 영향이 매우 높다는 것을 보여주는 단편적인 결과이다. 영아사망율도 1970년 출생아 1,000명당 45.0명에서 2006년에는 5.3명으로 크게 감소하는 등 OECD 평균(5.2명) 수준정도로 낮아졌다.

양적인 발전을 추구하는 과정에서는 어느 나라도 마찬가지로 비슷한 양상을 보이지만 정부주도하의 계획이 중요한 역할을 담당한 것이 사실이다. 이러한 발전과정에서는 질적 성과를 논하거나 소비자의 선택권을 확대한다는 것이 현실적으로 매우 어려웠다. 그러나 우리나라의 건강보장제도가 더욱 성공한 제도로 발전하기 위해서는 양적 확장에서 벗어나 질적 성장을 추구하여야 할 것이며 또한 가입자인 소비자의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는 제도로 발전을 거듭해야 할 것이다. 이러한 변화는 세계적인 추세이다. 그리고 질적 변화를 추구하는 과정이나 소비자의 다양한 선택권을 보장하기 위해서는 정확한 질 평가에 따른 보상과, 소비자의 선택권을 보장해주

기 위한 인센티브 고려가 필요한 것으로 판단된다.

이러한 취지에 맞춰 본 연구에서는 외국에서는 보건의료분야 관련 인센티브제도가 어떻게 활용되고 있는지 그 장·단점을 분석하고 우리나라에 적합한 제도도입 방안을 모색하기 위한 시사점을 도출하고자 하였다.

본 연구는 김진수 연구위원의 책임 하에 신영석, 황도경, 김경하 연구원의 공동연구로 수행되었다. 연구진은 연구진행과정에서 많은 도움을 주신 관계 전문가 여러분 그리고 본 보고서를 세심히 읽고 많은 조언을 해준 000박사, 000박사에게 사의를 표한다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자들의 의견이며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2011년 03월
한국보건사회연구원장
김 용 하

목차

요약.....	1
제1장 서론.....	21
제2장 연구방법.....	25
제3장 이론적 고찰.....	29
제 1절 일반적 관점.....	29
제 2절 보건의료 관점.....	35
제4장 주요국의 인센티브제도 운영현황.....	45
제1절 일본.....	45
제2절 미국.....	60
제3절 독일.....	76
제4절 네덜란드.....	92
제5절 영국.....	102
제6절 스웨덴.....	113
제7절 프랑스.....	122
제8절 호주.....	130
제9절 싱가포르.....	142
제10절 스위스.....	155
제5장 시사점 및 제도 도입방안.....	167

참고문헌	172
------------	-----

부록 1: 이나기시(稲城市)의 사례 요약』	183
-------------------------------	-----

표 목차

〈표 3-1〉 Maslaw의 5단계 욕구	30
〈표 3-2〉 행위자의 행동을 변화시키거나 가능하게 하는 인센티브 모형	36
〈표 3-3〉 인센티브 모형별 시사점	40
〈표 4-1〉 보험조합별 가입자 현황	46
〈표 4-2〉 보험조합별 보험료/국고부담비율	47
〈표 4-3〉 전체 보건의료비 지출 중 환자본인부담금의 비율(%)	48
〈표 4-4〉 보건의료 전문 인력의 변화	50
〈표 4-5〉 급성기 병원, 정신과, 장기요양 병상 수의 변화	51
〈표 4-6〉 개호 지원 자원봉사의 대상이 되는 사업 및 활동의 지정 요건	53
〈표 4-7〉 평가 포인트 평가 포인트의 부여 기준	54
〈표 4-8〉 개호 지원 자원봉사 평가 포인트 전환 교부금의 산정 기준	55
〈표 4-9〉 2007년도 결산액수 464, 908엔 (시에서 예산 계상)	57
〈표 4-10〉 2008년도 결산액수 830, 848엔 (관리 기관에의 위탁)	57
〈표 4-11〉 2009년도 결산 전망액수 1, 104, 458엔 (관리 기관에의 위탁) ·	58
〈표 4-12〉 2010년 예산액수 1, 675, 000엔 (관리 기관에의 위탁)	58
〈표 4-13〉 미국 민간의료보장 관리의료 프로그램 개요	63
〈표 4-14〉 역할 및 책임	72
〈표 4-15〉 California P4P 측정 평가 (25개에서 67개로 증가)	73
〈표 4-16〉 케어의 질 측정 영역	75
〈표 4-17〉 가입자 현황	77
〈표 4-18〉 급여 종류 및 금액 비율	78
〈표 4-19〉 법정급여 현황(금액 및 비율, 2007년 기준)	78
〈표 4-20〉 Barmer 보너스 프로그램에서의 중재 및 보상	85
〈표 4-21〉 모성보호수당의 재원 및 지급금액	91
〈표 4-22〉 보건의료 지표의 비교	93

〈표 4-23〉 질적 보상 체계에서의 포인트 계산	107
〈표 4-24〉 ASTRO(09)-PU (비용기반) 가중치	111
〈표 4-25〉 ASTRO(09)-PU (품목 기반) 가중치	111
〈표 4-26〉 영국 NHS 중 의약품 비용 추세	111
〈표 4-27〉 부문별 지출목표와 실제지출, 1997년~2004년	124
〈표 4-28〉 유럽 국가들의 일차의료 의사 현황	126
〈표 4-29〉 프랑스 보험 체계	127
〈표 4-30〉 재원에 의한 총보건 지출(국민의료비)의 추이	134
〈표 4-31〉 일반의의 예방접종 인센티브 지급을 위한 중요한 날짜	136
〈표 4-32〉 민간부문 근로자, 비연금수급 공무원의 중앙적립기금 기여율(2006년)	146
〈표 4-33〉 근로자의 중앙적립기금 적립액 상한(2006년)	148
〈표 4-34〉 연령별 Medishield 보험료(2006년 기준)	149
〈표 4-35〉 싱가포르 MSA 인센티브 운영현황 개요	153
〈표 4-36〉 보건의료재원의 구성	158
〈표 4-37〉 국가별 보건의료 분야 인센티브 정책의 종류와 시사점	161

그림목차

[그림 2-1] 연구 절차	25
[그림 3-1] 대리인 인센티브 모형(Andersen Model의 적용)	37
[그림 4-1] 홍보를 위한 신문매체 활용 예	56
[그림 4-2] 조직도	71
[그림 4-3] P4P 측정전개과정	72
[그림 4-4] ACO를 통해 추구하려는 정책의 목표	74
[그림 4-5] 건강기금 운영 현황	79
[그림 4-6] 네덜란드 건강보험 체계	94
[그림 4-7] 2008년도 재정 흐름도 (단위: 억€)	95
[그림 4-8] 영국 NHS 구조	104
[그림 4-9] 개편 될 NHS 전달체계	105
[그림 4-10] 영국 도매 물가와 의약품 가격 물가지수 비교	112
[그림 4-11] 영국 및 세계 주요 국가의 1인당 연간 의약품 수요 (2003)	113
[그림 4-12] 스웨덴 보건의료체계 개관	116
[그림 4-13] 싱가포르 보건의료시스템의 구조	144
[그림 4-14] 중앙적립기금의 구조	145
[그림 4-15] 보건의료비 재원별 구성	150
[그림 4-16] 국내 총생산 대비 국민의료비 지출 비중	151
[그림 4-17] 싱가포르의 의료제공체계	152
[그림 5-1] 인센티브모형 흐름도	171

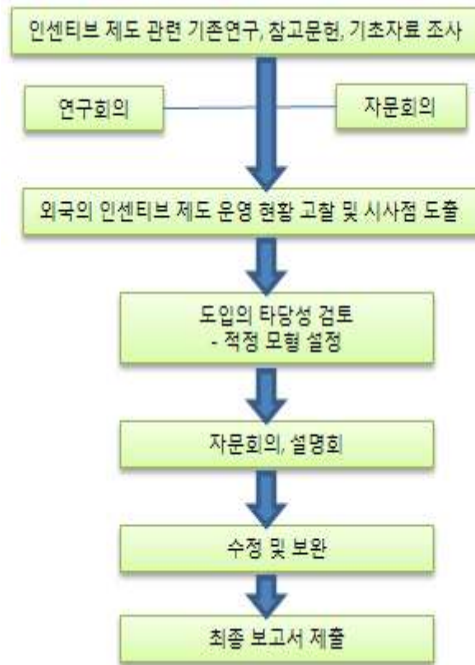
요약

I. 연구의 필요성 및 목적

- 고령화 사회 도래 및 식생활 변화 등에 따른 만성질환 증가로 보건의료분야의 패러다임이 ‘치료’중심에서 ‘예방’중심으로 변화될 필요성이 제기되고 있음.
 - 그러나 우리나라의 현재 보건의료보장은 급성기 질환·치료 중심일 뿐 아니라 국민 스스로 건강관리를 유도하는 인센티브 기전 마련이 미비함. 또한, 만성질환의 비중이 커져 국민의료비가 점차 증가하는 추세를 감안할 때 질환의 초기 진단 및 사전 예방적 건강관리가 매우 중요함.
- 이와 관련해서 보건의료분야 인센티브 제도의 도입 필요성 및 제도 마련의 필요성이 증대되고 있음.
 - 특히, 해외 사례 분석, 예방-치료-요양의 단계에 따른 구체적 제도 도입방안의 필요성이 제기되고 있어 본 연구에서는 외국의 보건의료관련 인센티브제도 활용방안을 분석하고 우리나라 의료보장제도에 적합한 인센티브제도 도입방안을 모색하고자 함.

II. 연구방법

- 인센티브제도 관련 이론적 고찰, 관련 전문가 지문회의 등을 통해 이루어 졌으며 그 절차는 아래 와 같음.



III. 이론적 고찰

□ 일반적 관점

1. 동기부여이론

- 인센티브 수단과 관련된 대표적인 이론은 동기부여 이론인데, 이것은 사람과 직무를 하나 되게 하여 조직의 목표달성을 위하여 더욱 열심히 그리고 계속적으로 일하도록 하는 힘을 넣어주는 과정을 말함.
 - － 개인, 직무, 상황적 요인 등 사람의 동기를 유발시키는 요인에 초점을 맞추고, 사람들의 결핍된 욕구를 채워줌으로써 동기를 부여할 수 있다고 보며 내용론은 욕구 계층론, 동기 위생요인으로 대표됨.

가. Maslaw의 욕구 계층론

- Maslaw의 욕구 계층론은 생리적 욕구, 안전 욕구, 사회적 욕구, 존중 욕구,

자기실현 욕구 등 욕구 형태를 5개로 나누고 하나의 계층 구조를 형성, 하위 계층의 욕구가 충족되어야 상위계층의 욕구를 달성할 수 있다는 이론임.

나. Alderfer의 ERG(Existence-Relatedness-Growth) 욕구 계층론

- Maslaw의 욕구이론을 수정하여 조직체 환경 하에서의 개인의 욕구동기를 보다 현실적으로 설명하고 있는데 이 이론에서 동기는 욕구결핍에 의하여 발생하고 동기에 의하여 행동이 작동된다고 보고 있음. 하위수준의 욕구가 충족될수록 상위욕구의 자극은 더욱 강하게 나타나고, 상위욕구가 충족되지 않을수록 하위욕구의 강도는 더욱 커지는 이론임.
 - Maslaw 이론과의 차이는 존재(Existence), 관계(Relatedness), 성장(Growth)의 3가지 기본욕구가 계층구조를 형성한다는 것임.

다. Herzberg 이론

- 일에 대해 만족감을 가져다주는 요인과 불만을 야기하는 요인은 다르다고 여기고 동기부여를 만족감을 가져다주는 요인으로, 위생을 불만을 야기하는 요인으로 구분함. 이것이 동기 위생 2요인 이론인데, 욕구가 충족되었다고 해서 모두 동기부여로 이어지는 것이 아니고, 어떤 욕구는 충족되어도 단순히 불만을 예방하는 효과밖에 없다는 것임.

2. 과정론

- 과정론에는 Vroom의 기대이론(Expectancy Theory), 공정성이론(Equity Theory), Locke의 목표설정이론(Goal-setting Theory) 등이 있음.

가. Vroom의 기대이론(Expectancy Theory)

- 자신이 중요하게 추구하는 결과물에 대한 기대에 따라 동기의 정도가 결정된

다고 본다는 이론으로 기대이론의 요소로는 기대감(Expectancy), 유의성(Valence), 결과 또는 보상(Outcome or Reward), 수단성(Instrumentality), 행동선택(Choice Behavior)이 있음.

나. 공정성이론(Equity Theory)

- 개인이 지각하는 자기 자신의 산출(Outcome)/투입(Input) 비율을 다른 사람과 비교함으로써 느끼는 공정성으로 행동동기가 영향을 받는다는 이론으로, 비교의 대상은 비율대상 또는 준거인물(Referent Others)로, 같은 작업집단이나 같은 조직체 또는 다른 조직체에서 자기 자신과 비슷한 상황에 있는 사람들임.

다. Locke의 목표설정이론(Goal-setting Theory)

- 개인의 목표는 그의 행동동기에 직접적인 요인으로 작용한다는 전제하에 조직 구성원의 의식적인 목표(Conscious Goal)와 과업성과(Task Performance) 간의 관계를 설명한 이론임.

□ 보건의료관점

- Scott D. Halpern 등(2009)은 사람들은 건강증진을 위한 목표달성에 자주 실패한다는 점에서 전통적 합리성 이론은 금연, 운동과 같은 건강실천행위를 설명할 수 없다고 하였음. Pla M. Johansson 등(2009)은 지역사회에서 건강증진목표 달성에는 지역주민들의 참여가 중요한 요소로 작용하고 참여를 유도하기 위해 자원이 동기부여요소로 작용하는데(Resource Mobilization), 이러한 목적으로 쓰이는 재정적인 자원이 인센티브라고 설명하고 있음.

1. 인센티브 종류

○ 공급자 성과기준 인센티브

- 측정 가능한 어떤 성과를 기준으로 한 보상방식으로 대표적인 방식으로 Pay-For-Performance(P4P)를 들 수 있음. 양질의 의료서비스 제공, 공급자의 서비스 제공 행태 변화를 유도해 보건의료 자원의 낭비를 예방하고, 진료의 성과에 근거한 인센티브를 통해 전달 체계의 순기능적 전환을 장려하는 제도임. 보건의료서비스 시스템의 각 단계에 적용 가능하며 비재정적 방법과도 결합될 수 있는 폭넓은 지불 방법 중 하나로 평가받고 있음.

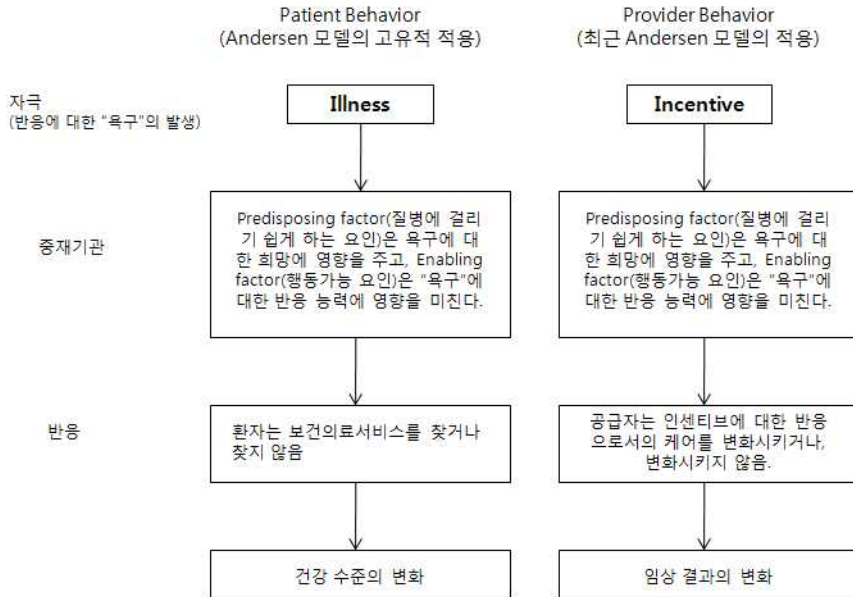
○ 행위자 행동 변화 촉진 인센티브

- 좋은 성과를 내기 위한 요인으로 수행능력, 정보의 이용가능성, 대리인의 동기를 들고 있으며 수행성과를 높이기 위한 목적으로, 인센티브를 이용하고 있음. 행위자 행동변화 인센티브는 P4P와 같이 공급자들의 능력강화를 통한 양질의 보건의료의 제공을 지향하는 것 뿐만 아니라 소비자의 행동에 대한 보상을 통해 소비자의 건강한 삶과 효율적 재정운영에 기여하고자 하는 것이 목적임.

○ 대리인 모형 인센티브

- 대리인 이론(Principal-agent Theory)은, 구매자들과 제공자 사이에 결정을 내리는 데 필요한 정확한 정보의 전달과 소통이 부족하다는 점에서 보건의료체계에서 설명 가능한 이론임.

대리인 인센티브 모형(Andersen Model의 적용



2. 인센티브의 성과

- 유럽산업안전보건청(EU-OSHA, 2010)은 기업이 위험 예방을 목적으로 하는 경제적 인센티브 제도는, 근로와 관련된 수많은 사고와 질병들을 막을 수 있도록 한다는 점에서 재해 발생에 대한 규제나 재해 발생 후의 보상보다 더 비용효과적인 선택이라고 주장하고 있음.
- 이 발표에 따르면 보건의료체계에서의 경제적 인센티브는 근로자 개인이나 해당 기업에서 지출하는 비용 뿐 아니라, 사회적 비용도 절감하는 효과를 기대할 수 있다고 설명하고 있음.
- 건강실천 행위관련 인센티브제도의 성과를 분석한 장수미(2006)의 연구에서는 인센티브 제도가 알콜 남용자에게 단주에 대한 동기를 유발시켜 치료 개입단계 중반부터 음주이용이 감소하는 결과가 나타났으며, 심장질환을 가진 환자군 중에서 운동 실천에 따른 인센티브를 지급한 집단에서는, 그렇지 않은 집단과 비교하였을 때 심장질환으로 인한 사망과 입원이 감소한 것으로 분석하고 있음(T Kiran et al, 2010).
- Kara Hanson and William Jack(2010)는 에디오피아에 있는 의사와 간호사

를 대상으로 임금, 근무환경, 주거혜택, 훈련기회 등의 요소들이 조합된 가설을 바탕으로 인센티브 지급 실험을 설계하였으며 연구결과 의사에게는 높은 임금과 주거혜택이 마을에서 근무할 의지에 가장 강력한 영향을 미치는 요소였고, 간호사에게는 의료장비와 용품의 가용성의 향상이 해당되는 것으로 나타났다.

- 이 연구는 인센티브의 성과를 증명해주었으나, 동시에 지급할 인센티브의 종류는 의료 인력이 처한 상황과 그들에 특성에 따라 다르게 고려되어야 한다는 점도 암시하고 있음.

3. 인센티브 도입 시 고려 사항

- Scott D. Halpern et al(2009)에 따른 인센티브 제도의 단점을 살펴보면 인센티브는 첫째, 개인의 자율적 의사결정권을 침해한다는 점, 두 번째로는 계층 간의 불균형적인 적용효과를 들고 있음. 셋째로는, 인센티브를 위해 궁극적 목표가 건강보다 돈이 되어 사회적인 가치의 타락을 우려하고 있으며 네 번째는, 프라이버시와 관련된 우려를 주장하고 있음.
- Lois Snyder 등(2007)은 성과기반 보상방식은 의료의 전문성이라는 목표와 부합할 때 Care의 질을 향상시키는 데 도움을 주지만, 단일 질환이 아닌 여러 만성질환을 가진 노인이라면 문제가 복잡해지는 점을 단점으로 들고 있음.
- Friedberg(2010)는 취약집단에 대한 P4P 프로그램의 영향에 대한 연구에서, P4P 프로그램이 오히려 의료취약 인구에 대한 의료불균형을 악화시킬 수 있다고 주장함.
- Hasnain-Wynia et al(2009)의 연구에서도 P4P 프로그램은 취약집단에게 잠재적으로 의도하지 않은 불균형 문제를 야기할 위험이 있다고 지적하고 있으며 프로그램은 이러한 의료불균형 문제를 해결할 수 있는 방향으로 설계되어야 한다고 주장하고 있음.

인센티브 모형별 시사점

인센티브 모형		시사점
직접적	재정 인센티브 모형 보너스	성과를 높이는 데 기여했으나, 장기적으로 적용하는 데에는 적합하지 않으며 그 이유는 다음과 같음. - 새로운 비용으로 보건의료비용을 증가시키는 것은 현실적이지 못함. - 기존의 자금을 재분배하는 것은 공급자에게 접근성과 자본에 있어서의 위험성을 증가시킴.
	억제에 기반한 성과(Performance based withhold)	성과를 높이는 데 부분적으로 기여함. -사람들은 평균적으로 수익보다 손실에 더 많은 가치를 두는 경향이 있으므로, 이것은 더 큰 인센티브로 작용될 수 있는 만큼, 성과가 없다면 손해로 작용할 수 있음. - 기능적이지 못한 결과를 초래하는 공급자로부터 저항이 발생될 우려가 있음.
	요금표에 기반한 성과(Performance-based fee schedule)	성과를 높이는 데 부분적으로 기여함.
	활동에 대한 보상	성과를 높이는 데 부분적으로 기여함. - 기존의 행동들을 동결해버릴 위험이 있음. - 보상은 성과를 증가시킨다는 근거가 있어야 할 것임.
	저축에 대한 계약 공유	성과를 높이는 데 부분적으로 기여함. - 저축은 의미 있는 인센티브를 형성할 수 없으며 예상과 실제의 소비 차이로 해마다 혹은 일부 성과에서 저축을 할 수 없게 되기 때문임.
	행동수행의 증가에 따른 정기적인 보상	성과를 높이는 데 부분적으로 기여함. - 주로 공급자에게 추가비용이나 기존 자금의 재분배는 필요하지 않더라도, 위험에 있어서 더 높은 수익배상을 요구하게 됨. ‘그 위험도는 환자를 돌보기 위해 의도하지 않은 위험을 최소화하는 정도로, 상대적으로 낮은 수준임. - 상대적으로 적은 자금 때문에, 공급자들의 저항은 최소화될 수 있다.
	질적 부여/수행성과 기금	수행성과를 높일 수 있는 근거 없음. - 이것은 혁신을 격려하거나 하부조직 투자, 능력 발달촉진을 위한 도구로 종종 이용됨. - 관리자에게는 단순한 사항이 아님. - 보건의료 구매자를 위한 강력한 자원(예를. 사정과 평가에 적합한)이 필요함.
	재정적 보상	수행성과를 높일 수 있는 근거 없음. - 혁신을 자극하고 우수한 수행을 위한 도구로서 이용됨. 그 이유는 제도의 개편으로 인한 잘못된 편성을 극복하지 못하는 1회적 보상이기 때문임.
	자동적 할당	Ontario에서 실현 가능한지에 대한 연구결과가 발견되지 않음.
	비재정적 인센티브 모형 -공식 보고/표창 (행위자 교유의 동기에 호소)	수행성과를 촉진시키는 근거가 발견됨. - 공공의 이미지는 성과를 촉진시키는 동기부여의 단서로서 작용하게 됨. 비록 전문적인 프라이드가 동기부여요소라고 해도, 더 구체적인 재정적 인센티브 또한 병원의 재정을 늘리고 뛰어난 의사와 간호사를 보유하는 등의 평판으로부터 영향을 받기도 함. - 성과율의 유효성과 관련된, NHS에서 병원관리단계에서의 의혹

인센티브 모형		시사점
		이 일부 있음에도 불구하고 이는 staff의 행동에 영향을 미치는 지 랫대로 작용한다는 점이 발견됨.
	자율성 획득	- 성과를 높일 수 있는 근거 없음. - 이해관계자들은 큰 자유에 감사하겠지만, 그 효과는 매우 의존적 임.
	관리자의 교체	아무런 근거가 발견되지 않음.
간접적	재정적 인센티브 모델 수령인에 대한 차등적인 비용 지불	연구결과 없음.
	비재정적 인센티브 모델 - 공식 보고/표창 (공급의 질을 위한 환자들의 선택에 기반한 접근)	성과를 높일 수 있는 근거가 발견되지 않음.

IV. 주요국의 인센티브제도 운영현황

- 보건의료에서의 인센티브는 크게 재정적인 측면, 질 관리 측면, 추가 서비스
제공에 대한 공급자 측면의 인센티브 그리고 제도 변경을 통한 소비자 비용
인식측면의 인센티브 제공 등 다양한 형태로 활용되고 있으며 제도별 시사점
은 아래와 같음.

국가별 보건의료 분야 인센티브 정책의 종류와 시사점

국가	인센티브 종류	시사점
일본	아나기시의 개호 지원 자원봉사 제도	보험료 억제효과와 관점에서, 2008년도를 기준으로 제도 실시에 대한 비용 이득은 연액 9, 314, 652엔으로 추정됨. 한 명 당 1개월 가량으로 환산하면 11. 1엔의 개호보험료 억제 효과가 있는 것으로 나타남. 즉, 개호 지원 자원봉사 제도에 필요로 하는 비용을 제외해도 개호 예방 효과에 의해, 시내의 모든 고령자의 개호보험료에 대한 감액 효과가 있는 것으로 분석됨.
	저가구매 인센티브제도	보험자가 정한 상한가격보다 저렴하게 의약품을 구입한 경우 그 차액을 요양기관과 약국의 수익으로 인정하는 제도로써, 2년마다 약가를 개정하고 있음. 1981년에 18.6%, 1984년에 16.6%의 약제비를 인하시킬 수 있었고, 2006년에는 6.7%, 2008년에 5.2%의 약제비 인하 효과가 있었음.
	특정건강, 보건지도의 성과에 따른 경제적인 인센티브 부여	특정건강진단의 실시율, 특정보건지도의 실시율, 대사증후군 해당자·예비군(특정보건지도대상자)의 감소율에 대한 평가가 이루어지며, 건강검진 실시율이 낮거나 보건 지도 비율이 낮아 성과를 얻지 못한 경우 의료보험자는 경제적인 페널티를 부담하게 됨.
미국	메디케이드(Medicaid) 프로그램 수급자 대상 인센티브 제공(현물 인센티브, 휴연과 비만 감소를 위한 인센티브, 개인의 건강행위에 따른 메디케이드 급여 조건적 확대)	인센티브 제도에 건강 증진행위 증가 및 위해 행위 감소를 추구하려는 의지가 담겨 있는 것이 특징임. 그러나 Medicaid 제도의 경우, 각종 기준을 충족하여야 수급 대상이 되는데, 약 60%의 미국인들이 기준 미충족으로 메디케이드의 혜택을 받지 못하고 있음. 그리고 수급 대상이 된다고 하더라도, 그 제도의 효과는 명확히 검증되지 않았음. 실제로, 휴연과 비만 인구수가 인센티브 제도를 통해 그 수가 감소하였는지 여부가 명확히 증명되지 않았고, 메디케이드 수급자들이 인센티브 제도를 통해 예방서비스에 적극적으로 참여한다는 것에 대해서도 검증된 연구결과가 없음. 그리고 실제 재정적 보상이 개인의 보건관련 행태에 미치는 영향에 대한 구체적인 연구 또한 미흡함. 따라서 중장기적 모니터링과 효과 극대화 방법에 대한 구체적인 연구가 필요한 것으로 나타남.
	California P4P	캘리포니아 P4P의 경우, 건강의 질을 향상시키는 데 도움을 준 것으로 분석되고 있음. 그러나 질 평가를 통한 인센티브로 재정절감에 기여하려는 프로그램의 의도와는 달리, 재정을 효율적으로 관리하려던 정책은 실패한 것으로 평가 받고 있음.
	CMS ; the Centers for Medicare and Medicaid Services	기존의 California P4P에서 지적된 비용절감 실패의 문제를 보완하기 위해 중앙정부 차원에서 고안된 제도로, 보건의료에서 케어의 질은 향상시키되 프로그램에 대한 비용 지출은 감소시킬 수 있는 효과가 기대되고 있음.

국가	인센티브 종류	시사점
미국	PCMH(Primary Care Medical Home)	BlueCross BlueShield 협회에서 만들어진 제도로, CMS와 마찬가지로 진료의 질 향상 대비 증가하는 의료비용의 지출을 절감해줄 것으로 기대되고 있음.
	고용주 인센티브	케어에 대한 접근이 공평하게 이루어져야 한다는 관점에 근거하여, 사업장에서 건강보험혜택을 적용받는 근로자들이 증가할 것으로 분석됨.
독일	건강인식 행동을 위한 인센티브(Barmer 질병금고의 치과 검진을 위한 인센티브, Barmer 질병금고의 건강인식 행위를 위한 인센티브, Barmer 질병금고의 보건의료 서비스 이용의 최소화를 위한 인센티브, 만성질환의 조기검진 및 진료)	<p>독일 건강보험의 인센티브 제도는 증가하는 만성질환자의 개인 행태에 초점을 두어 건강 향상을 목적으로 하고 있음. 개인행태에 초점을 두는 것은 보건의료체계의 효율적인 운영을 위함임. 또한 가입자는 질병금고를 선택할 자유를 가지고 있기 때문에, 질병조합 간 경쟁의 강화를 모색할 수 있음. 그러나 이러한 목적의 인센티브 제도에서도 한계점이 존재한다. 먼저 인센티브 및 디스인센티브 제도는 ‘당근과 채찍’의 의도로 이용되지만, 가입자 입장이나 관계자 입장에서 그 구분이 명확하지는 않음. 또한 새로운 부가적인 인센티브 프로그램 개발을 만들어 낼 수 있으며, 추가 급여를 확대하거나 손해가 발생하는 것을 막을 수 없는 단점이 있음.</p> <p>두 번째로, 인센티브 프로그램이 오히려 고소득자를 유인한다는 점에서 형평성 문제도 야기됨.</p> <p>세 번째로, 의사가 프로그램 참여로 얻은 성과를 증명하려는 목적을 가지고 있을 경우, 진단의 진위성이 불분명함.</p> <p>마지막으로 질병금고 간의 경쟁은 비용효과성과 건강증진 결과에 대한 정보 공유 문제를 낳기 때문에 결국은 1가지 방식으로 귀결되어 다원성의 상실과 가입자의 참여의 저조문제를 야기할 것이라는 우려가 있음.</p>
	처방인센티브 제도	의약품 비용을 통제하기 위한 목적으로 실시된 이 제도로 인해 필수적 의약품 사용의 억제와 잠재적인 개인 의료비용의 증가 문제가 우려됨. 그리고 의도와는 달리, 처방예산은 전년도의 약제비 지출을 기준으로 책정되기 때문에 예산을 절감하려는 노력에 대한 동기부여 또한 충분하지 않아 비용절감 효과도 크지 않을 수 있다는 분석도 있음.
	모성보호제도(산전 후 휴가수당, 육아휴직)	자녀 양육과 모성보호를 촉진시키기 위한 목적으로 만들어진 제도임. 직업을 가진 부모가 경제적 문제 때문에 출산을 꺼리는 것을 막기 위해 육아휴직 수당 제도가 도입되었으며, 출산 전후의 여성을 법적으로 보호하려는 의도가 담겨 있음.

국가	인센티브 종류	시사점
네덜란드	민간 보험사들의 경쟁(환급제도 운영, 가입자의 공급자 선택권 부여 등)	가입자들의 선택을 통해 보험사의 경쟁이 이루어지는 기전이 네덜란드 제도의 핵심이었음. 개혁 초기인 2006년에는 보험사를 이동한 가입자는 4분의 1수준으로 높았으나, 이듬해인 2007년에는 이동 비율이 6%에 그침. 가입자들의 보험사 이동을 통해 얻을 수 있는 비용이 크지 않거나 대동소이하여 가입자로 하여금 이동의 원인을 제공하고 있지 못하다는 평가가 있었음. 또한 가입자의 선택 보험사가 집중되는 현상이 나타나고 있어 효과적인 경쟁 기전이 흔들리는 양상을 보임. 또한 경쟁을 위한 보험사의 정보(보험료 수준, 급여 패키지, 서비스 등) 공유가 부족하다는 평가를 받고 있음. 그리고 4개의 메이저 보험사가 가입자의 88%를 잠식하고 있어 효율적인 경쟁기전이 이루어지고 있지 못함.
영국	일반 의료 서비스 계약 - 질과 성과 체계(General Medical Services Contract - Quality and Outcomes Framework ; QOF)	영국에서의 P4P로, 의사들의 열악한 근무환경을 해결하기 위해 정부차원에서 보건의료서비스의 현대화 및 케어의 질 향상을 목적으로 고안된 제도임. 이 제도의 도입으로 질 향상 성과가 있었으나, 의사들이 복잡한 척도를 이해하지 못하여 발생하는 부작용 및 성과와 거리가 먼 척도의 배제 문제, 그리고 형평성 측면에서의 윤리적 문제 등이 지적되었음.
	의약품 처방 인센티브 제도	1993년부터 인구학적 특성을 고려한 가중치 부여를 통한 인두방식의 예산 설정방식을 통해, 안정적으로 의약품 비용을 관리할 수 있는 효과를 얻었음.
스웨덴	출산장려 인센티브(육아휴직제도, 휴직급여 지원)	1960년대 중반 이후부터 1970년대까지 출산율의 급격한 하락이 도입배경이 되었고, 고용적인 측면에서의 양성평등의 생활화와 보편적 복지제도 완비로 일과 가정의 병행을 제도적으로 지원하고 있음. 그 결과, 여성취업률 80% 이상을 달성하였고, 2007년 출산율의 경우 독일, 이탈리아 등 다른 유럽 국가들의 약 1.3명보다 높은 1.85명을 기록하였음.
프랑스	처방인센티브 제도	의약품에 대한 환자의 실제 본인부담이 거의 없고, 직접 의약품을 사용하는 의사에 대한 예산과 금전적 인센티브가 적용되지 않기 때문에 목표예산을 통한 비용절감 효과를 기대하기 어려움. 게다가, 프랑스는 다른 유럽 국가들에 비해 일차의료에 대한 통제가 적고, 제네릭 의약품 사용이 원칙적으로 장려되지만 적절한 경제적 인센티브가 없어 제네릭 의약품 사용 비율이 5% 미만으로 낮음. 따라서 의약품 비용이 높고, 의약품을 효율적으로 사용할 인센티브 또한 부족한 실정임.
	출산 장려 인센티브(가족수당 제도, 공동 육아시설 확충)	제도의 실시로 출산율이 최저치를 기록했던 1993년 1.66명에서 2008년 2.02명으로 상승하는 효과가 있었음. 이 때의 출산율은 ‘미니 베이비붐’이라고 불릴 정도로 1981년 이후 최고치를 기록함.

국가	인센티브 종류	시사점
호주	일반 진료의 예방접종 인센티브	7세 이하의 어린이들을 대상으로 하는 예방접종을 통한 완전면역 최소 90% 이상을 달성하게 하기 위한 재정적 인센티브로, 다수가 공평하게 진료의 혜택을 받아 건강 유지 및 증진을 꾀할 수 있도록 하는데 목적이 있음.
	진료 인센티브 프로그램(PIP ; Practice Incentives Program)	행위별 수가에서 나타나는 문제점 - 진료 대기 시간을 축소시키고 불필요한 처방이나 검사 등 - 을 개선하기 위해, 환자에 대한 케어의 질을 향상시키고자 의사들에게 인센티브를 지급하는 제도임.
	정신건강 간호사 인센티브 프로그램(MHNIP ; The Mental Health Nurse Incentive Program)	지급되는 인센티브에는 정신보건간호사의 모집, 훈련, 편의, 왕래, 장비 비용과 같은 조직차원에서의 MHNIP 관련비용 설계 보조, 뿐만 아니라, 간호사 개인의 급여, 개인비용, 휴양 비용 등이 포함되어 있음. 공적으로는 간호사의 업무에 대한 자금 보조의 역할을 수행하고, 사적으로는 간호사의 동기부여를 촉진시키는 역할을 수행하는 데 기여함.
싱가폴	MSA 제도	의료이용의 도덕적 해이를 방지하기 위해 개인의 계좌에 기금을 조성하여 자신의 책임 하에 의료비를 통제하도록 운영하는 것으로, 불필요한 의료 이용을 방지하고 가족 내 또는 자신의 생애주기별 위험분산 효과를 꾀하려는 특징을 가지고 있음. 그러나 중대한 질병의 경우, 위험분산의 효과가 보장되지 못하며 집 단별, 계층별 재분배 효과도 미흡함. 그리고 이러한 미흡한 재분배 효과는 오히려 국민의 건강수준을 낮추는 부작용 문제를 야기할 수 있음.
스위스	비용절감을 위한 프로그램(질 낮은 의료서비스를 제공하는 공급자에 대한 처벌, 보험료 환급, 지정된 의료기관에 한한 본인 부담 일부 인하 등)	비용절감을 위한 경제적 기전 도입, 공급자간 경쟁의 강화, 건강보험의 법적 책임감 증대를 목표로 한 스위스의 인센티브 제도는 위험균등화 프로그램을 토대로 관리된 경쟁 모델의 적용을 통해 보다 공정한 입장에서 보험사간 경쟁을 유도하는 것이 목적임. 그러나 건강한 사람에게 더욱 건강함을 부여하고, 건강하지 못한 사람들에게는 부작용으로 작용하는 문제점이 지적되고 있음. 또한 가입자들의 건강관리, 복약지도 및 만성질환 관리 등으로 보험사가 얻는 이익이 상대적으로 적기 때문에 급여확대 축소나 의료 이용을 제한할 수도 있는 단점이 존재함. 마지막으로 지역별 특성이나 개인 편차를 완전히 반영할 수 없기 때문에 보험사간의 보이지 않는 역 선택의 유혹이 여전히 남아있음.

13

요약

V. 시사점 및 제도 도입방안

- 전체적으로 인센티브 제공 방법과 관련해서 나타나는 특징은 현금서비스 제 공에서 벗어나 포인트를 제공하는 형태로 변화되고 있음을 알 수 있음.
- 다시 말해서 인센티브제공과 관련해서 그 효과가 어떻게 나타나는지 분명

하지 않은 상태에서 인센티브로 제공한 현금서비스가 사용목적 이외에 또 다른 형태로 이용되는 것을 방지하기 위한 대책으로 현금제공은 지양하고 포인트 형태로 제공하는 것이 일반적인 추세이며 인센티브 제공시 사용 용도를 분명하게 제시하고 있는 점도 하나의 특징으로 볼 수 있음.

- 보건의료에서의 인센티브는 크게 재정적인 측면, 질 관리 측면, 추가 서비스 제공에 대한 공급자 측면의 인센티브 그리고 제도 변경을 통한 소비자 비용 인식측면의 인센티브 제공 등 다양한 형태로 활용되고 있음
- 재정관련 인센티브 제공은 주로 증가하고 있는 약제비를 효율적으로 관리하기 위한 방안으로 저가 약 구매 시 인센티브를 제공하는 방안, 전년도 총액 약제비를 기준으로 예산이 초과하지 않는 경우 지급되는 처방 인센티브제도가 주를 이루고 있음. 저가 약 구매 인센티브 제도는 이미 우리나라에서 활용되고 있는 제도이고 총액기준의 처방전 인센티브제공은 지불제도 자체가 변경되지 않는 상태에서는 현실적으로 도입이 어려운 것으로 판단됨.
- 또한 예방서비스를 강화하여 가입자의 태도변화를 유도하고 이런 것이 장기적으로는 소비자의 의료비 지출을 억제하고 국가적으로는 보건의료비 지출을 감소시킬 수 있다는 명목 하에 특정 건강진단관련((대사중후군 등 만성질환), 비만과 흡연관련 인센티브/페널티를 제공하는 제도도 운영되고 있는데 이 역시 연구결과 그 효과가 명확하게 긍정적으로 나타나고 있지 않아 각 국가별로도 제도를 계속 유지하는 것에 대해 깊은 고민을 하고 있는 것으로 보여짐.
- 질 관리 측면에서의 인센티브제도와 관련해서는 선진 외국에서는 질 평가를 통한 인센티브를 제공하고 이러한 제도 도입을 통해 궁극적으로는 재정절감효과를 기대했지만 이에 대한 연구결과를 보면 긍정적 평가가 아직 이루어지지 않은 상태임. 이러한 점과 관련하여 제도 보완을 통한 새로운 시범사업을 실시하고 있는 중임을 감안하면 논의자체가 매우 어려운 과제로 판단됨.
 - 미국의 경우 질 평가를 통한 재정절감방안을 마련하기 위해 전장에서 언급한 바와 같이 또 다른 시범사업을 실시중인 것을 감안할 때 질 평가를 통한 제도 도입이 소비자의 만족도를 증가 시키는 데에는 기여할 수 있지만 또 다른 재원 마련의 문제점을 안고 있는 점을 고려할 필요가 있으며 현재

- 의 재정 여건을 감안할 경우 이러한 방안을 우리나라에 도입하는 것은 쉽지 않은 것으로 보여 짐.
- 오히려 우리나라에서는 현재 시행되고 있는 질 관리 평가가 제대로 적정하게 수행될 수 있도록 지속적으로 모니터링하고 이러한 평가가 재정 절감정책에 제대로 반영될 수 있도록 제도 기반을 구축하는 것이 필요한 단계로 판단됨.
 - 다음으로 고민 할 수 있는 대안은 의료 서비스 공급자의 추가 서비스 제공에 대한 인센티브 제공 방식으로 야간이나 공휴일에 제공하는 서비스에 대해 인센티브를 제공하는 것을 대표적인 사례로 들 수 있음.
 - 이미 보건복지부의 2011년 업무보고에서 야간·공휴일 진료에 대해 인센티브를 강화해 의료서비스의 접근성을 확보하겠다고 보고된바 있으며 주요 내용은 현재 야간·휴일에 발생하는 비 응급 일반 환자의 의료접근성이 크게 낮아 대다수 동네의원이 문을 닫는 저녁 8시 이후나 휴일의 진료공백이 생겨 상급종합병원 응급실의 대기시간이 길어진다는 판단에서 가산을 산정과 같은 방식으로 인센티브제도 도입을 검토하고 있음.
 - 건강보장제도 시스템 변경을 통한 인센티브제도 도입방안으로는 의료저축구좌 (Medical saving accounts), 육아휴직제도, 상병수당 도입 등은 인센티브 차원보다는 제도의 틀을 변경한다는 점을 감안하여 많은 논의가 필요한 과제로 판단됨.

구분	제도	비고
재정적인 측면	저가약 구매, 처방전	도입되어 활용되고 있음.
질관리 측면	P4P, PCMH	질 평가를 통한 인센티브를 제공하고 이러한 제도 도입을 통해 궁극적으로는 재정절감효과를 기대했지만 이에 대한 긍정적 평가가 아직 이루어지지 않은 상태임.
추가서비스제공에 대한 공급자측면	야간진료 등	제도도입 논의 중임.
건강관리 측면	비만, 흡연	효과가 분명하게 나타나지 않음.
제도 변경을 통한 소비자 비용인식측면	MSA, 상병수당, 육아휴직 등	이미 일부 시행되고 있거나 건강보장 제도자체를 변경해야하는 과제임.
자원봉사 개념	개호보호등과 관련된 자원봉사	자원봉사차원에서 이루어지는 것이 바람직함.

○ 위에서 제기된 여러 사항과 건강보험 재정 상황을 감안할 때 우리나라에서 현실적으로 도입방안으로 검토될 수 있는 대안은 예방차원의 인센티브를 제외하고는 그리 걱정하지 않은 것으로 보여짐.

— 물론 예방차원의 인센티브제도를 도입하는 방안과 관련해서 연구결과 역시 그 효과가 명확하게 긍정적으로 나타나고 있지는 않지만 우리나라에서 급속하게 진행되고 있는 고령화 속도, 그리고 사후 질병 치료보다는 사전적 의미의 질병예방의 중요성이 강조되고 있는 점을 감안하면 예방차원의 인센티브와 관련해서는 좀 더 많은 논의를 거쳐 대안을 마련해볼 필요성은 있음.

○ 예방차원 측면에서 인센티브제도 도입이 가능한 경우를 살펴보면 자가 노력으로 예방이 가능하거나 사후적으로도 예방을 통해 치료가 가능한 질병을 대상으로 접근하는 방법임.

— 그러나 현재의 재정 여건을 감안해서 모든 질환을 대상으로 하기보다는 특정 질환 고혈압이나 당뇨 환자를 대상으로 실시하고 이를 기반으로 예방이나 사후적 예방을 통해 치료가 가능한 만성질환을 대상으로 확대하는 방안이 필요하다고 판단됨.

- 구체적 실시 방안과 관련해서는 물론 예방차원의 인센티브 지급효과와 관련해서 효과성에 대한 긍정적 측면과 부정적 측면의 연구가 공존하고 있는 상황이지만 고혈압, 당뇨등과 같이 효과가 확실하게 들어날 수 있는 사업과 관련해서는 다음과 같은 차원의 접근방법이 가능할 것으로 판단됨.
 - － 먼저 고혈압이 이나 당료로 판정을 받은 대상자가 고혈압이나 당뇨 관련 예방 프로그램에 가입하거나 교육 운동 등을 통해 고혈압이나 당뇨수치를 적정 수준으로 조절하였을 경우 다음 년도에 한해서 일정 부분 건강보험료를 경감해주거나 일정액을 포인트로 제공해 복지차원에서 활용할 수 있도록 하는 방안임.
- 인센티브 제공방안과 관련해서는 다음의 두 가지 대안이 가능할 것으로 생각됨.
 - － 먼저 보험료 경감방안으로 건강보험 운영상 재정운영의 방해가 되지 않는 범위 내에서 고혈압이나 당뇨수치를 적정 수준으로 조절한 대상자의 가구원수나, 보험료 분위를 고려하는 방안이 고려될 수 있을 것으로 보여짐.
 - － 이러한 경감방안은 또 다른 재원 확보 없이 인센티브를 제공한다는 장점이 있으나 인센티브 제공이 또 다른 재정 감소로 연결될 수 있기 때문에 현재와 같은 재정위기상황에서는 좀 더 많은 고민이 필요할 것으로 판단됨.
 - － 다음으로 포인트(point) 제공방안을 고려할 수 있는데 재정수입 감소로 이어질 수 있는 보험료 경감보다는 포인트를 제공하는 방안으로 포인트를 제공하는 방안 역시 건강보험 운영상 재정운영의 방해가 되지 않는 범위 내에서 고혈압이나 당뇨수치를 적정 수준으로 조절한 대상자에게 일정 포인트를 인센티브로 제공하는 방안임.
 - － 그리고 제공된 포인트 인센티브는 일정한 목적이외에는 사용할 수 없도록 하고 누적사용이 가능하도록 운영할 수 있음. 이 방안 역시 대상자의 가구원수나, 보험료 분위를 고려하는 방안이 고려될 수 있을 것으로 보여짐.
 - － 이와 같은 인센티브 제공은 보험료 경감방안과 같이 수입 축소를 가져오지는 않지만 재원 또 다른 재원 마련이라는 어려움이 있음. 따라서 건강증진 기금이나, 정부 지원, 건강보험 보험료 수입의 이자배당금 등을 통해 일정

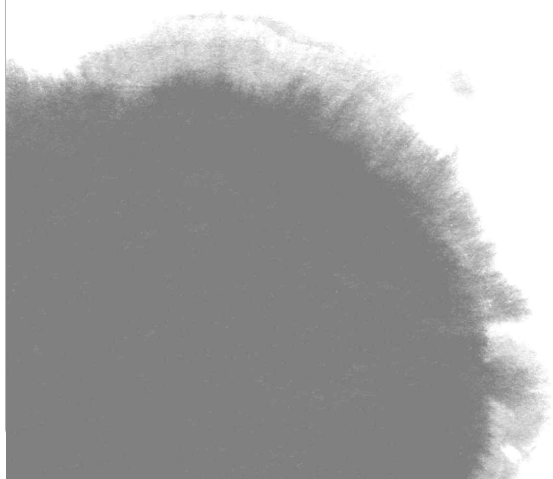
소액으로 인센티브제도를 운영하고 사업의 효과를 분석한 다음에 사업을 점차 확대하는 방안이 가능한 것으로 판단됨.

- 본 연구가 주요국의 인센티브제도 고찰을 통해 우리나라에서 활용가능한 제도 도입방안을 모색하는 것에 중점을 두고 있어 좀 더 구체적이고 실증적인 도입방안 분석은 다음과제로 남기고자 함.

01

K
I
H
A
S
A

서론



제1장 서론

목표하는 바를 달성하기 위해서는 제도적으로 기반이 잘 구축되어야 하며 이에 충분한 재정적, 인적 구성의 뒷받침이 필요하다. 이러한 제도적 기반이 구축되어 있다면 큰 장애 없이 사업을 추진할 수 있을 것이다. 그러나 사업을 추진하는데 있어서 실제로 많은 제약이 존재하며 가장 큰 제약은 재정적 측면에서나, 인적자원 측면에서 충분한 지원이 어렵다는 점이다. 즉 한정된 재원으로 사업을 추진해야하는 점이다. 그러나 한정된 재원으로 사업을 추진한다고 하여도 수요자를 질 좋은 제품으로 만족시키지 못한다면 그 사업은 실패한 사업으로 평가 받을 수밖에 없을 것이다.

현대는 경쟁사회이고 이미 많은 분야에서 사업을 추진하는데 있어 경쟁요소인 성과평가를 중시하고 있다. 우리나라에서도 거의 모든 사업 분야에서 성과평가를 통한 경쟁이 이루어지고 있는 상황이고 이에 따른 인센티브 또한 필요불가결하게 활용되고 있다. 보건의료분야와 관련해서는 사업의 특수성을 감안 성과평가가 제대로 시행되지 않았지만 의료서비스의 직접적 대상이 국민이라는 점과 사업의 특수성을 고려 질 평가가 먼저 이루어져 왔다. 외국에서는 이미 질 평가와 관련해서는 많은 성과가 있었으며 보건의료 분야의 재정부담 문제가 겹치면서 질 평가를 통한 인센티브 제공을 통해 재정지출을 효율화하려는 노력을 기울여 오고 있다. 이와 더불어 건강증진 향상을 위한 노력에 인센티브를 제공해 장기적으로 재정 지출을 효율적으로 감소시키기 위한 다 방면의 인센티브제도 제도 도입이 이루어지고 있는 실정이다.

그러나 우리나라의 경우를 보면 짧은 기간에 전 국민건강보험을 양적으로 확대하는 과정에서 서비스 확대에 치중하는 정책을 중심으로 보건의료 정책이 집행되어왔고 상대적으로 인센티브제도 도입 등을 통한 경쟁시스템을 구축하기에는 시기적으로

무리가 있었던 것이 사실이다. 학문적으로 인센티브는 좋은 성과를 내기 위한 동기 부여의 수단으로 활용되고 있으며, 인센티브의 궁극적인 목적은 목표로 하는 성과를 달성하는 것이다.

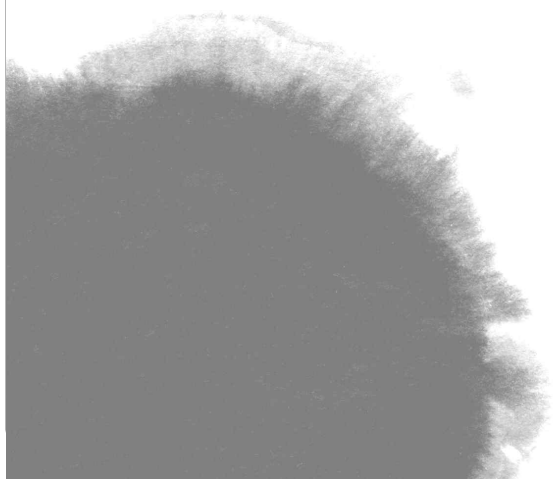
우리나라의 경우 고령화 사회 도래 및 식생활 변화 등에 따른 만성질환 증가로 보건의료분야의 패러다임이 ‘치료’중심에서 ‘예방’중심으로 변화될 필요성이 제기되고 있다. 그러나 우리나라의 현재 보건의료보장은 급성기 질환·치료 중심일 뿐 아니라 국민 스스로 건강관리를 유도하는 인센티브 기전 마련이 미비하고 또한, 만성질환의 비중이 커져 국민의료비가 점차 증가하는 추세로, 질환의 초기 진단 및 사전 예방적 건강관리의 중요성이 커지고 있다.

이와 관련해서 보건의료분야 인센티브 제도의 도입 필요성 및 제도 마련을 위한 대안마련의 필요성이 증대되고 있다. 특히, 해외 사례 분석, 예방-치료-요양의 단계에 따른 구체적 제도 도입방안의 필요성이 제기되고 있어 본 연구에서는 외국의 보건의료관련 인센티브제도 활용방안을 분석하고 우리나라 의료보장제도에 적합한 인센티브제도 도입방안을 모색하고자 하였다.

02

K
I
H
A
S
A

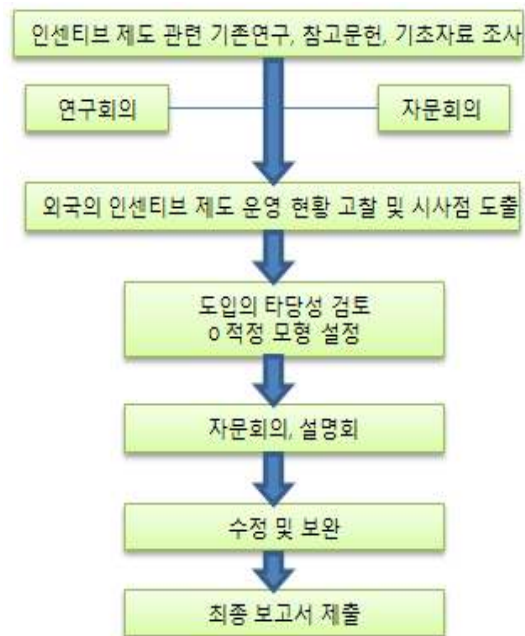
연구방법



제2장 연구방법

본 연구의 목적은 보건의료분야 인센티브제도 관련 이론적 검토 및 주요 외국의 인센티브제도 운영 현황 및 시사점 분석결과를 토대로 마련된 기초자료를 중심으로 우리나라 보건의료분야에 적합한 인센티브제도 도입 방안을 모색하기 위함이다. 연구는 인센티브제도 관련 이론적 고찰, 관련 전문가 자문회의 등을 통해 이루어 졌으며 그 절차는 아래 [그림 2-1]과 같다.

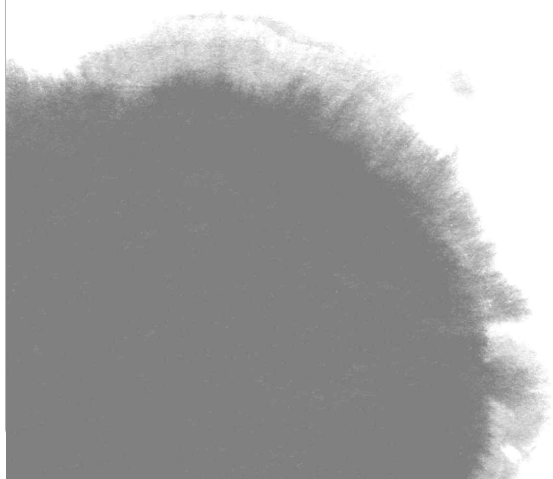
[그림 2-1] 연구 절차



03

K
I
H
A
S
A

이론적 고찰



제3장 이론적 고찰

제 1절 일반적 관점

1. 동기부여이론

일반적으로 인센티브는 좋은 성과를 내기 위한 동기부여의 수단으로 활용되고 있으며, 인센티브의 궁극적인 목적은 목표로 하는 성과를 달성하는 것이다. 이와 관련하여 Eatwell 등(1987)은 인센티브는 경제운용의 핵심이라 하였으며, Milgrom and Roberts(1992)는 인센티브제도를 사업목적에 맞게 달성할 수 있는 방법은 어떻게 성과 평가시스템을 잘 활용하는가에 달려있다고 주장하고 있다.

인센티브 수단과 관련된 대표적인 이론은 동기부여 이론인데, 이것은 사람과 직무를 하나 되게 하여 조직의 목표달성을 위하여 더욱 열심히 그리고 계속적으로 일하도록 하는 힘을 넣어주는 과정을 말한다.

목표지향성과 자율성은 동기부여이론의 특성이라 할 수 있다. 자율성이란 스스로 일의 중요성을 느끼고 적극적이고 즐거운 마음으로 직무에 임하는 자세이다. 따라서 동기부여 정도가 높은 사람일수록 근무성과가 높고 조직의 생산성 향상에 기여한다고 볼 수 있다.

2. 동기부여이론의 유형

□ 내용론

내용론에서는 개인, 직무, 상황적 요인 등 사람의 동기를 유발시키는 요인에 초점을 맞추고, 사람들의 결핍된 욕구를 채워줌으로써 동기를 부여할 수 있다고 보고 있다. 내용론은 욕구 계층론, 동기 위생요인으로 대표되며 구체적인 내용은 아래와 같다.

가. Maslaw의 욕구 계층론

Maslaw의 욕구 계층론은 생리적 욕구, 안전 욕구, 사회적 욕구, 존중 욕구, 자기 실현 욕구 등 욕구 형태를 5개로 나누고 하나의 계층 구조를 형성, 하위계층의 욕구가 충족되어야 상위계층의 욕구를 달성할 수 있다는 이론이다(표 3-1 참조).

〈표 3-1〉 Maslaw의 5단계 욕구

5단계 - 자아실현욕구 (Self-Actualization Needs)	자기가 가진 능력을 충분히 개발하고 발휘하고 싶어 하는 욕망으로, 조직체에서는 자율성, 보람 있는 직무, 능력 개발, 성취적 행동에 대한 관심에서 나타난다.
4단계 - 존경욕구(Esteem Needs)	타인으로부터 인정받고 싶거나, 책임을 가지고 싶은 욕구로, 조직체에서는 개인의 신분이나 지위에 대한 관심에서 나타난다.
3단계 - 애정의 욕구(Love Needs)	상호간 교제, 친분, 소속감 등으로 좋은 인간관계를 얻고자 하는 욕구로 조직체에서는 다른 구성원에게 받아들여지고 집단에 소속되기를 원하는 행동에서 나타난다.
2단계 - 안전의 욕구(Safety Needs)	육체적 안전과 심리적 안정(Security)에 대한 욕구로서, 신체적 보호와 안정된 직업 그리고 생계에 대한 보장 등 이에 관한 조직구성원의 관심이 안전욕구의 예이다.
1단계 - 생리적 욕구 (Physiological Needs)	먹고, 마시고, 잠을 자는 등의 기본적인 욕구로, 조직체에서는 주로 이를 충족시킬 수 있는 경제적 보상에 대한 관심에서 나타난다.

자료 :이학중(1997), 제 4판 조직행동론 - 이론과 사례연구 -, 세경사.

나. Alderfer의 ERG(Existence-Relatedness-Growth) 욕구 계층론

이 이론에서는 Maslaw의 욕구이론을 수정하여 조직체환경하에서의 개인의 욕구 동기를 보다 현실적으로 설명하였다. 이 이론에서 동기는 욕구결핍에 의하여 발생하고 동기에 의하여 행동이 작동된다고 보고 있다. 하위수준의 욕구가 충족될수록 상위욕구의 자극은 더욱 강하게 나타나고, 상위욕구가 충족되지 않을수록 하위욕구의 강도는 더욱 커지는 이론이다.

Maslaw 이론과의 차이는 존재(Existence), 관계(Relatedness), 성장(Growth)의 3가지 기본욕구가 계층구조를 형성한다는 것이다. 여기서 존재(Existence)는 욕구 단계론에서 생리적 욕구, 안전욕구에 해당하며 경제적 보상과 안전한 작업조건 등을 포함한다. 두 번째로 관계(Relatedness)는 욕구 계층론에서 애정욕구와 존경욕구에 해당하며 개인 간의 사교와 소속감, 자존심 등을 포함한다. 마지막으로 성장(Growth)은 욕구 계층론에서 자아실현 욕구에 해당하며 개인의 능력개발과 창의성, 성취감 등을 포함한다. 5가지로 세분화 되어 구분되던 욕구를 3가지로 보다 크게 나눔으로써 개인 행동을 보다 현실적으로 설명하였으며, 고차원적 욕구에서 저차원적 욕구로 내려가는 좌절-퇴행(Frustration-regression)도 설명함으로써 Maslaw에 비하여 비교적 현대적인 분석이론으로 평가 받고 있다.

그러나 이 이론에도 한계점은 존재한다. 첫 번째로, 하위계층의 욕구에 관계없이 상위의 욕구를 추구하는 경우도 있으며 두 번째로는 욕구는 사람마다 다르고, 욕구 간에 상충관계가 발생할 수 있는 점을 해결할 수 없다는 점이다.

다. Herzberg 이론

허즈버그(Herzberg)는 일에 대해 만족감을 가져다주는 요인과 불만을 야기하는 요인은 다르다고 여기고 동기부여를 만족감을 가져다주는 요인으로, 위생을 불만을 야기하는 요인으로 불렀다. 이것이 동기 위생 2요인 이론인데, 욕구가 충족되었다고 해서 모두 동기부여로 이어지는 것이 아니고, 어떤 욕구는 충족되어도 단순히 불만을 예방하는 효과밖에 없다는 것이다.

동기요인(Motivators)이란 욕구충족이 동기부여의 효과를 가져 올 경우로 직무 수행과 관련한 성취감, 책임감, 승진의 기회, 타인의 인정(마슬로우 이론에서 자기실현욕구와 존중욕구 충족에 해당)이 해당된다. 이 요인은 주로 직무 내재적(Intrinsic Job Condition) 성격을 지니고 있다.

위생요인(Hygiene Factors) 또는 불만족요인(Dissatisfier)은 단순히 불만예방효과만 가져오는 요인들로, 직무수행에 수반되는 외재적이고 부수적인 조건들로 보수, 기관의 정책, 신분보장, 작업조건, 대인관계, 상관의 감독방식과 내용 등이 포함된다.

이 요인은 주로 개인의 직무환경과 관련된 직무 외재적(Extrinsic Job Condition) 성격을 지니고 있다.

허츠버그는 동기요인을 부여하면 만족감을 높이고 동기부여를 향상시킬 수 있지만, 위생요인은 불만을 해소시킬 수는 있어도 만족감이나 동기를 높일 수는 없다고 하였다. 그러나 동기요인과 위생요인은 사람마다 다르며, 내면적 동기요인이 외재적 위생요인에 비해 동기부여 측면에서 항상 더 효과적인 것은 아니라는 한계점이 존재한다.

라. 맥그리거(D.M. McGregor)의 X이론-Y이론

X이론에서는 인간은 본래 게으르고 책임을 회피하려는 성향이 있다고 보고, Y이론에서는 인간은 본래 근면하고 자발적으로 일하며 책임감이 있다고 보는데, 최근에는 Y이론이 더 설득력을 얻고 있는 추세이다.

마. McClelland의 성취동기이론(Achievement Motive Theory)

성취동기가 강한 사람들은 다른 사람들에 비하여 목표설정, 성과피드백의 추구, 동료관계에 대해 더 관심이 많다는 이론이다.

□ 과정론

과정론에서는 동기요인이 어떻게 실제 일의 성과로 이어지는지에 대한 과정에 대해 설명한다. 과정론에는 Vroom의 기대이론(Expectancy Theory), 공정성이론(Equity Theory), Locke의 목표설정이론(Goal-setting Theory) 등이 있다.

가. Vroom의 기대이론(Expectancy Theory)

이 이론에서는 자신이 중요하게 추구하는 결과물에 대한 기대에 따라 동기의 정도가 결정된다고 본다. 기대이론의 요소로는 기대감(Expectancy), 유의성(Valence),

결과 또는 보상(Outcome or Reward), 수단성(Instrumentality), 행동선택(Choice Behavior)이 있다.

기대감(Expectancy)은 노력과 목표달성간의 관계에 대한 인식, 노력하면 어떤 성과목표를 달성할 수 있을 것인가에 대한 주관적 확률(0~1 값)을 말한다. 그리고 유의성(Valence)은 보상이 자신에게 얼마나 바람직한 것인가에 대한 주관적 믿음의 강도(5점 혹은 10점 척도)로서 보상, 승진, 인정과 같은 적극적 유의성(Positive Valence)과 과업과정에서의 압력과 벌 등의 부정적 유의성(Negative Valence)으로 구분된다. 결과 또는 보상(Outcome or Reward)은 개인행동의 성과와 같은 1차적 결과(First-level Outcome)와 성과에 따른 보상과 승진 등 2차적 결과(Second-level Outcome)로 구분된다. 수단성(Instrumentality)은 개인이 지각하는 1차적 결과와 2차적 결과와의 상관관계로서 성과와 보상 간을 수치로 표현 가능하며, 행동선택(Choice Behavior)은 개인이 행동대안과 기대되는 결과 및 그 중요성을 모두 비교, 평가하여 적절한 행동을 선택하는 것을 말한다.

이 이론의 특성으로는 첫째, 동기부여에 개인의 능력이나 가치관 또는 처한 상황을 고려한다는 것이며, 둘째, 동기부여가 잠재적 가능성 상태에서 결정되는 것이고, 셋째, 성과목표나 보상이 구체적일수록 동기부여 효과가 크다고 보는 것이다.

기대이론에서의 동기관리는 관리를 통해 조직하고 통제할 수 있는 대상은 기대치와 수단치로, 기대치를 높이려면 개인의 능력과 직무수행의 성과목표를 일치시키고 교육훈련과 성과목표를 명확하게 설정하여야 한다고 주장한다.

수단치 차원의 관리전략은 성과와 보상의 상관성을 높이고, 적절한 보상을 하는 것이다. 그리고 평가와 보상의 신뢰성이 확보되어야 한다.

나. 공정성이론(Equity Theory)

개인이 지각하는 자기 자신의 산출(Outcome)/투입(Input) 비율을 다른 사람과 비교함으로써 느끼는 공정성으로 행동동기가 영향을 받는다는 이론으로, 만약 불공정하다고 생각되면 형평이 이루어지도록 행동을 수정한다. 여기서 비교의 대상은 비율대상 또는 준거인물(Referent Others)로, 같은 작업집단이나 같은 조직체 또는 다

른 조직체에서 자기 자신과 비슷한 상황에 있는 사람들이다.

형평의 인지와 반응에서는 자신의 $O/I < \text{다른 사람의 } O/I$ (과소보상)의 경우 문제가 된다. 불공정을 인지한 상태에서 사람들은 그 긴장과 불안정을 해소하기 위하여 더 큰 보상 요구 혹은 보상에 대한 인지를 준거인물의 투입과 산출의 변경, 투입과 산출의 인지적 왜곡, 준거인물의 변경, 이직, 해소방법의 선택의 방법으로 변경함으로써 평형상태로 옮겨가는 노력을 한다.

그러나 투입-보상에 포함되는 요소나 비율에 대하여 각 개인이 느끼는 주관에 전적으로 의존하게 되며, 과소보상을 받고 있는 쪽으로 비교대상을 정하기 쉽다. 또한 자체 이론의 정교성보다는 보상의 형평성에 대한 중요성을 강조하는 수준이고, 각 개인의 형평에 대한 인지는 주관적이므로 관리자나 감독관은 투입요소나 보상에 대한 충분한 이해를 시키는 노력이 필요하다.

Christopher M. Barnes 등(2010)에 따르면, 공정성 이론은 팀에 배한 개인의 분배와 보상에서의 차이를 구분한다. 그러나 사회적 상호의존 이론은 구성원의 동등한 보상으로 팀의 협동을 최대화 시키는 것을 강조한다. 일부 조사자들은 인센티브를 기반으로 한 개인적 한계의 상쇄와 집단 기반의 인센티브를 옹호하기도 한다. 집단 기반의 인센티브와 비교한다면, 개인과 집단 혼합 인센티브에서는 빠른 성과를 냈으나 정확도가 떨어졌으며 그들 자신의 할당된 업무에서의 손실에 중점을 두는 경향이 있었다. 이는 개인의 관심과 집단의 관심이 상충하기 때문으로 볼 수 있다.

다. Locke의 목표설정이론(Goal-setting Theory)

개인의 목표는 그의 행동동기에 직접적인 요인으로 작용한다는 전제하에 조직구성원의 의식적인 목표(Conscious Goal)와 과업성과(Task Performance) 간의 관계를 설명한 이론이다.

목표-성과의 주요요소로는 첫 번째로 목표의 구체성이 있다. 두 번째로 목표수준이 있는데, 목표를 높은 수준으로 설정할수록 과업성과가 올라가지만, 그 이상의 달성가능성이 없는 수준에서는 구성원이 노력을 포기하여 오히려 성과가 저하되는 경향이 있다. 세 번째로 구성원의 참여가 있는데, 전체적인 참여도 뿐 아니라, 개인의

특성도 효과에 영향을 미친다. 나머지 요소로는 결과에 대한 피드백과 목표에 대한 수용도가 있다.

목표설정을 통하여 구성원의 동기행동이 실제로 형성되는 데에는 구조적 요소(보상, 과업구조, 기술 등), 관리자의 리더십행동, 구성원들 간의 개인적 차이(성취동기, 교육수준의 차이) 등의 상황적인 요소가 작용한다고 보고 있다.

제 2절 보건의료 관점

1. 정의

Scott D. Halpern 등(2009)은 사람들은 건강증진을 위한 목표달성에 자주 실패한다는 점에서 전통적 합리성 이론은 금연, 운동과 같은 건강실천행위를 설명할 수 없다고 하였다. 그래서 법인과 정부에서는 재정적 인센티브나 다른 건강증진 프로그램과 같은 부가적 동기유인책을 개발하여 적용시켜 나가도 있는데 이러한 동기 유인책을 인센티브라고 보고 있다.

Pla M. Johansson 등(2009)은 지역사회에서 건강증진목표 달성에는 지역주민들의 참여가 중요한 요소로 작용하고 참여를 유도하기 위해 자원이 동기부여요소로 작용하는데(Resource Mobilization), 이러한 목적으로 쓰이는 재정적인 자원이 인센티브라고 설명하고 있다.

2. 인센티브 종류

□ 공급자 성과기준 인센티브

측정 가능한 어떤 성과를 기준으로 한 보상방식으로 대표적인 방식으로 Pay-For-Performance(P4P)를 들 수 있다. 양질의 의료서비스 제공, 공급자의 서비스 제공 행태 변화를 유도해 보건의료 자원의 낭비를 예방하고, 진료의 성과에 근거한 인센티브를 통해 전달 체계의 순기능적 전환을 장려하는 제도이다. 보건의료서비스 시스템의 각 단계에 적용 가능하며 비재정적 방법과도 결합될 수 있는 폭넓은

지불 방법 중 하나로 평가받고 있다.¹⁾

□ 행위자 행동 변화 촉진 인센티브²⁾

좋은 성과를 내기 위한 요인으로 수행능력, 정보의 이용가능성, 대리인의 동기를 들고 있으며 수행성과를 높이기 위한 목적으로, 인센티브를 이용하고 있다. 행위자 행동변화 인센티브는 P4P와 같이 공급자들의 능력강화를 통한 양질의 보건의료의 제공을 지향하는 것뿐만 아니라 소비자의 행동에 대한 보상을 통해 소비자의 건강한 삶과 효율적 재정운영에 기여하고자 하는 것이다.

〈표 3-2〉 행위자의 행동을 변화시키거나 가능하게 하는 인센티브 모형

	재정적	비재정적
직접적	<ul style="list-style-type: none"> - 보너스 - 활동에 대한 보상 - 성과의 향상에 따른 정기적인 보상 - 질적 부여/성과 기금 - 재정적 보상 	<ul style="list-style-type: none"> - 공식 보고/표창 (행위자 고유의 동기에 호소) - 자율성 획득 - 관리자의 교체
간접적	수령인에 대한 차등적인 비용 지불	공식 보고/표창 (공급의 질을 위한 환자들의 선택을 기반으로 한 접근)

자료 : Thomas Custers et al.(27, March, 2008), Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance, *BioMed Central*, 8, 66.

□ 대리인 모형 인센티브

대리인 이론(Principal-agent Theory)은, 구매자들과 제공자 사이에 결정을 내리는 데 필요한 정확한 정보의 전달과 소통이 부족하다는 점에서 보건의료체계에서 설

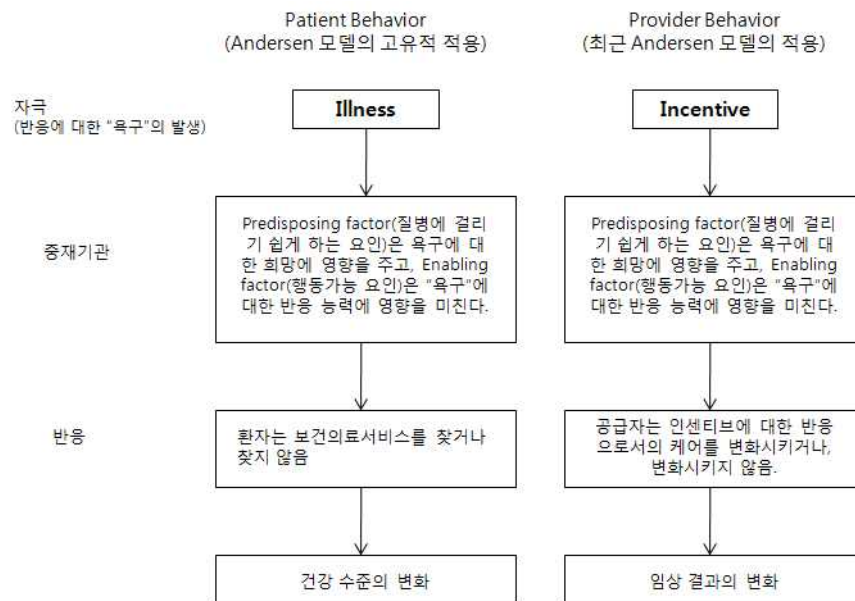
1) 데일리메디, 2010년 6월 19일자 기사에서 인용함.

2) Thomas Custers et al.(27, March, 2008), Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance, *BioMed Central*, 8, 66.

명이 가능한 이론이다.

주인-대리인 관계는 주인이 정해진 범위 내에서 의사결정권을 자신을 대신하는 다른 사람에게 의뢰함으로써 형성된다. 이들 간에는 정보의 불균형, 감시의 불완전성 등으로 인해 역 선택(적절하지 못한 대리인의 선택을 말하며, 주인이 대리인을 정확하게 파악하지 못한 경우 발생)이나 도덕적 해이(계약체결 이후 계약내용을 제대로 이행하지 않는 것을 말하며, 주인에게 대리인의 행위에 대한 정보를 가지고 있지 않아서 발생)의 문제가 발생하게 된다. 따라서 이러한 문제점을 해결하기 위해서 대리인이 중간에 개입하고 이에는 대리인 비용이 수반되는 모형이다. 3)

[그림 3-1] 대리인 인센티브 모형(Andersen Model의 적용)



자료 : R. Adams Dudley(July, 2004), *Strategies To Support Quality-based Purchasing: A Review of the Evidence*, AHRQ Publication, pp.1-61.

3. 인센티브의 성과

유럽산업안전보건청(EU-OSHA, 2010)은 기업이 위험 예방을 목적으로 하는 투

3) 황혜신(2005), 계약관리능력이 민간위탁 성과에 미치는 영향 - 주인 대리인 이론의 적용 -, 한국행정논집 Vol.17 No.1, pp.1-37.

자를 격려하는 경제적 인센티브 제도는, 근로와 관련된 수많은 사고와 질병들을 막을 수 있도록 한다는 점에서 재해 발생에 대한 규제나 재해 발생 후의 보상보다 더 비용효과적인 선택이라고 하였다. 이 발표에 따르면 보건의료체계에서의 경제적 인센티브는 근로자 개인이나 해당 기업에서 지출하는 비용 뿐 아니라, 사회적 비용도 절감하는 효과를 기대할 수 있다고 설명하고 있다. 4)

건강실천 행위관련 인센티브제도의 성과를 분석한 장수미(2006)의 연구에서는 인센티브 제도가 알콜 남용자에게 단주에 대한 동기를 유발시켜 치료 개입단계 중반부터 음주이용이 감소하는 결과가 나타났으며, 심장질환을 가진 환자군 중에서 운동 실천에 따른 인센티브를 지급한 집단에서는, 그렇지 않은 집단과 비교하였을 때 심장질환으로 인한 사망과 입원이 감소한 것으로 분석되고 있다(T Kiran et al, 2010).

보건 의료 인력 관련 인센티브제도를 통한 동기 부여 면에서도 성과가 나타난 것으로 분석되고 있다. Kara Hanson and William Jack(2010)는 에디오피아에 있는 의사와 간호사를 대상으로 임금, 근무환경, 주거혜택, 훈련기회 등의 요소들이 조합된 가설을 바탕으로 인센티브 지급 실험을 설계하였으며 연구결과 효과가 있는 것으로 나타났다. 의사에게는 높은 임금과 주거혜택이 마을에서 근무할 의지에 가장 강력한 영향을 미치는 요소였고, 간호사에게는 의료장비와 용품의 가용성의 향상이 해당되었다. 이 연구는 인센티브의 성과를 증명해주었으나, 동시에 지급할 인센티브의 종류는 의료 인력이 처한 상황과 그들에 특성에 따라 다르게 고려되어야 한다는 점도 암시하고 있다.

4. 인센티브 도입 시 고려 사항

Scott D. Halpern et al(2009)에 따른 인센티브 제도의 단점을 살펴보면 인센티브는 첫째, 개인의 자율적 의사결정권을 침해한다는 점과, 두 번째로는 계층 간의 불균형적인 적용효과를 들 수 있다.5) 따라서 인센티브의 설계 시 계층 간 균형 있

4) <http://www.issa.int/About-ISSA/International-Prevention-Sections/Section-on-Prevention-in-the-Mining-Industry/Announcements/Economic-incentives-pay-dividends-for-workplace-safety-and-health>

5) Scott D. Halpern et al(2009), The Ethics of Using Financial Incentives in the War on Unhealthy

게 적용될지의 여부도 고려해보아야 할 것이다. 셋째, 인센티브를 위해 궁극적 목표가 건강보다 돈이 되어 사회적인 가치의 타락을 우려하고 있다. 그리고 네 번째는, 프라이버시와 관련된 우려이다. 금연에 인센티브를 지급한다고 가정했을 때, 금연을 입증하기 위해 타액이나 코티닌을 측정하는 등의 방법이 이용될 것이다. 인센티브 프로그램은 강제적이지 않으므로, 보상보다는 프라이버시에 가치를 두고 있는 사람들은 이러한 문제점을 이유로 실천을 우려할 수 있다.

Lois Snyder 등(2007)은 성과기반보상방식은 의료의 전문성이라는 목표와 부합할 때 Care의 질을 향상시키는 데 도움을 주지만, 단일 질환이 아닌 여러 만성질환을 가진 노인이라면 문제가 복잡해진다. 프로그램의 초점이 ‘환자’가 아닌, ‘측정’ 그 자체에 두게 될 수도 있는 것이다(De-selection of Patients). 이 결과로 불필요한 처치와 의료비용이 발생할 수 있다. 보건의료에서는 제한된 측정을 기반으로 한 보상도, 성과도 아닌 환자에 초점을 맞추어야 하는 것이다.

신은규(2009)의 연구에서, 국내의 경우 민영건강보험사들은 가입자 선택 인센티브 감소 효용이 큰 것으로 나타났다. 즉, 현재시점에서 보험자는 가입자 선택에 의해 보험자의 지불능력을 확보하는 것이다. 가입자와의 계약 이후 진료비 절감을 위한 노력보다는, 보험자 입장에서 가입자선택에 의해 보험사의 위험을 줄이는 것이 손쉬운 운영방안이기 때문이다. 이는 기왕증을 가지고 있거나 위험한 직업군에 종사하는 사람들에게 발생하게 될 의료비용의 보장이 제한적으로 이루어지게 되는 요인이다. 두 번째로, 가입자 선택인센티브가 큰 상황에서 위험균등화가 도입되면 적정 진료비 유지를 위한 시장효율성에 대한 효용 가중치는 감소하는 것으로 나타났다. 이는 위험균등화로 인해 모든 보험자가 건강보험 시장에서 모든 가입희망자들을 수용함으로써 보험자의 선택모형에 대한 진료비 예상이 제한되므로 적정진료비 유지 등의 효율성이 감소하게 됨을 의미한다. 6)

한 편, P4P 제도에 대한 우려도 있다. Friedberg(2010)는 취약집단에 대한 P4P 프로그램의 영향에 대한 연구에서, P4P 프로그램이 오히려 의료취약인구에 대한 의료불균형을 악화시킬 수 있다고 하였다. 그는 ‘만약 비용을 효율적으로 통제하지

Behaviors, Journal of the American Heart Association.

6) 이러한 문제와 관련 Enthoven(1988)과 이규식, 정기택 등(2008)은 보험자간의 경쟁을 통해 극복할 수 있음을 주장.

않는다면 이 프로그램은 불균형을 악화시키는 잠재력을 가지고 있을 것'이라고 덧붙였다. Hasnain-Wynia et al(2009)의 연구에서도 P4P 프로그램은 취약집단에게 잠재적으로 의도하지 않은 불균형 문제를 야기할 위험이 있다고 지적하고 있다. 따라서 프로그램은 이러한 의료불균형 문제를 해결할 수 있는 방향으로 설계되어야 한다고 주장한다. 7)

아래 <표 3-3>은 인센티브 모형별 적용결과를 설명해 주고 있다.

<표 3-3> 인센티브 모형별 시사점

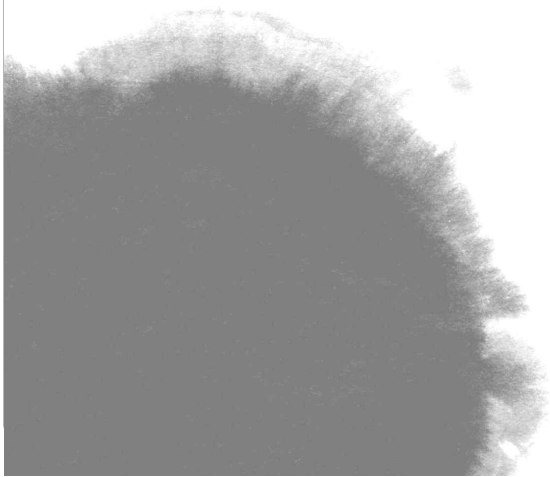
인센티브 모형		시사점
직접적	재정 인센티브 모델 보너스	성과를 높이는 데 기여했으나, 장기적으로 적용하는 데에는 적합하지 않으며 그 이유는 다음과 같음. - 새로운 비용으로 보건의료비용을 증가시키는 것은 현실적이지 못함. - 기존의 자금을 재분배하는 것은 공급자에게 접근성과 자본에 있어서의 위험성을 증가시킴.
	역제에 기반한 성과(Performance based withhold)	성과를 높이는 데 부분적으로 기여함. -사람들은 평균적으로 수익보다 손실에 더 많은 가치를 두는 경향이 있으므로, 이것은 더 큰 인센티브로 작용될 수 있는 만큼, 성과가 없다면 손해로 작용할 수 있음. - 기능적이지 못한 결과를 초래하는 공급자로부터 저항이 발생될 우려가 있음.
	요금표에 기반한 성과(Performance-based fee schedule)	성과를 높이는 데 부분적으로 기여함.
	활동에 대한 보상	성과를 높이는 데 부분적으로 기여함. - 기존의 행동들을 동결해버릴 위험이 있음. - 보상은 성과를 증가시킨다는 근거가 있어야 할 것임.
	저축에 대한 계약 공유	성과를 높이는 데 부분적으로 기여함. - 저축은 의미 있는 인센티브를 형성할 수 없으며 예상과 실제의 소비 차이로 해마다 혹은 일부 성과에서 저축을 할 수 없게 되기 때문임.
	행동수행의 증가에 따른 정기적인 보상	성과를 높이는 데 부분적으로 기여함. - 주로 공급자에게 추가비용이나 기존 자금의 재분배는 필요하지 않더라도 위험에 있어서 더 높은 수익배상을 요구하게 됨. '그 위험도는 환자를 돌보기 위해 의도하지 않은 위험을 최소화하는 정도로, 상대적으로 낮은 수준임. - 상대적으로 적은 자금 때문에, 공급자들의 저항은 최소화될 수 있다.
	질적 부여/수행성과	수행성과를 높일 수 있는 근거 없음.

7) <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/05/100504074843.htm>

인센티브 모형		시사점
	기금	<ul style="list-style-type: none"> - 이것은 혁신을 격려하거나 하부조직 투자, 능력 발달촉진을 위한 도구로 종종 이용됨. - 관리자에게는 단순한 사항이 아님. - 보건의료 구매자를 위한 강력한 자원(예를. 사정과 평가에 적합한)이 필요함.
	재정적 보상	<p>수행성과를 높일 수 있는 근거 없음.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 혁신을 자극하고 우수한 수행을 위한 도구로서 이용됨. 그 이유는 제도의 개편으로 인한 잘못된 편성을 극복하지 못하는 1회적 보상이기 때문임.
	자동적 할당	Ontario에서 실현 가능한지에 대한 연구결과가 발견되지 않음.
	비재정적 인센티브 모델 - 공식 보고/표창 (행위자 고유의 동기에 호소)	<p>수행성과를 촉진시키는 근거가 발견됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 공공의 이미지는 성과를 촉진시키는 동기부여의 단서로서 작용하게 됨. 비록 전문적인 프라이드가 동기부여요소라고 해도, 더 구체적인 재정적 인센티브 또한 병원의 재정을 늘리고 뛰어난 의사와 간호사를 보유하는 등의 평판으로부터 영향을 받기도 함. - 성과율의 유효성과 관련된, NHS에서 병원관리단계에서의 의혹이 일부 있음에도 불구하고 이는 staff의 행동에 영향을 미치는 지렛대로 작용한다는 점이 발견됨.
	자율성 획득	<ul style="list-style-type: none"> - 성과를 높일 수 있는 근거 없음. - 이해관계자들은 큰 자유에 감사하겠지만, 그 효과는 매우 의존적임.
	관리자의 교체	아무런 근거가 발견되지 않음.
간접적	재정적 인센티브 모델 수령인에 대한 차등적인 비용 지불	연구결과 없음
	비재정적 인센티브 모델 - 공식 보고/표창 (공급의 질을 위한 환자들의 선택에 기반한 접근)	성과를 높일 수 있는 근거가 발견되지 않음..

현재까지는 인센티브관련 이론적 배경을 살펴보았고 다음 장에서는 주요 국가별로 건강보험제도 운영현황과 어떠한 인센티브제도가 운영되고 있으며 그 효과가 무엇인지 시사점을 도출해보고자 한다.

주요국의 인센티브제도 운영 현황



제4장 주요국의 인센티브제도 운영현황

제1절 일본

1. 보건의료체계

가. 개관

일본 건강보험은 사회보험방식으로 독일의 영향을 많이 받았으며, 우리나라에 적지 않은 영향을 주었다. 현행 일본의 건강보험은 다보험자 방식으로 지역별, 가입자별 또는 직업별 보험자 유형이 상이하고, 동일보험 내에서도 복수의 보험자가 존재하는 형태이다.

2차 대전이후 근대 사회보장제도가 도입된 이래 1961년부터 시행된 국민건강법에 의해 전 국민건강보험이 시행되어 전 국민 확대에 36년이 소요되었다. 제도에 대한 거버넌스 체계는 후생노동성이 건강보험제도 전반에 대한 감독과 운영의 책임을 가지고 있으며, 보험자는 크게 직장, 지역 그리고 고령자 의료보험으로 구분되며 각 조합의 보험자는 건강보험 실무를 담당하고 있다.

보다 세분화하여 구체적으로 살펴보면, 직장 건강보험은 크게 건강보험과 선원보험, 그리고 공제조합으로 구분되는데, 건강보험은 다시 정부관장보험과 조합관장보험 및 기타 보험으로 구분된다. 정부관장보험은 700인 미만 사업장을 대상으로 하고 보험자는 국가가 담당하고 있다. 2007년 3월 기준 피보험자수는 3,594만 명이다. 700인 이상 대규모 사업장을 담당하는 조합관장보험은 기업의 사업주가 보험자 역할을 수행하며 1,541개의 조합과 3,047만 명의 피보험자로 구성되어 있다. 기타 보

험은 일용직 근로자 조합으로 국가가 보험자 역할을 수행하며 약 2만 명이 가입되어 있다.

선원보험은 언어가 의미하는 바와 같이 어선 및 외항 관계 선원들을 위한 보험으로 국가가 보험자를 담당하고 약 16만 명이 가입하고 있다. 공제조합은 과거 우리나라의 공무원 및 사립학교교직원 조합과 같은 개념으로 총 76개 조합으로 구성되어 있고, 국가중앙공무원 조합이 21개, 지방공무원조합이 54개, 사립학교교직원조합이 1개로 구성되어 있다. 각각 피보험자수는 246만 명, 613만 명 그리고 85만 명의 가입자를 두고 있다.

지역 건강보험은 국민건강보험이라는 이름으로 구성되어 있으며 보험자는 시정촌 담당 조합이 1,818개, 자영자 등 국민건강보험조합이 165개로 구성되어 있다.

끝으로 후기고령자 의료제도는 75세 이상 노인을 대상으로 도도부현 단위의 광역연합 47개 조합으로 구성되어 있다. 대상자는 약 1,300만 명이 가입하고 있는 것으로 파악된다.

〈표 4-1〉 보험조합별 가입자 현황⁸⁾

제도명			대상 피보험자	보험재(수)	피보험자수
직역 (피용자)	건강보험	정부관장	소규모 기업의 피용자	국가(1)	3,594만 명
		조합관장	일정규모 이상 기업의 피용자	기업의 사업주 (1,541)	3,047만 명
		기타	일용직 근로자	국가(1)	2만 명
	선원보험		선원	국가(1)	16만 명
	공제조합		국가공무원 지방공무원 사립학교교직원	21개 조합 54개 조합 1개 조합	246만 명 613만 명 85만 명
지역	국민건강보험		농업종사자 자영업자, 학생	市町村(1,818) 국보조합(165)	4,738만 명 389만 명
후기고령자 의료제도	장수의료제도		75세 이상	都道府縣 단위의 광역연합(47)	약 1,300만 명

자료 : 후생노동성보험국조사과, 후생성, 2009.1.

건강보험의 재원지급을 위한 급여심사기구는 직장 건강보험은 사회보험진료보수

8) 2007년도 3월말 기준임.

지불기금이 형성되어 중앙에 1개 지부에 47개로 나누어 심사 기능을 수행하고 있으며, 지역 건강보험의 경우에는 국민건강보험중앙회 산하 ‘국민건강보험단체연합회’가 이를 수행하고 있다.

나. 재원조달

사회보험방식으로 운영하기 때문에 주요 재원은 역시 보험료이다. 가입자들 즉, 피보험자는 각 보험조합에 보험료를 납부하고, 정부는 그에 상응하는 국고보조를 지원하는 형태를 유지하고 있다. 크게 직장조합의 경우는 피보험자의 보험료로만 운영되며, 일부 정부가 보험자 기능을 수행하는 경우에는 정부의 비용이 지출되는 것으로 파악되었다.

정부관장보험의 경우 국가가 부담하는 비율은 평균 13.0%이며, 나머지 비용에 대한 보험자와 피보험자의 평균 부담률은 82.0%에 해당된다. 선원보험의 경우에는 국고부담이 정액인 30억 엔(2006년 기준)이 지원되고 있다. 반면 지역보험은 국고부담 비율이 43%에까지 이르고 있다.

〈표 4-2〉 보험조합별 보험료/국고부담비율

제도명			보험료 부담 비율·부담액			국고부담 비율
			사업주	피보험자	계	
직역 (직장)	건강 보험	정부관장	41.0%	41.0%	82.0%	13.0%
		조합관장	40.4%	32.7%		
		기타	80~1,630엔	50~1,010엔	130~2,640엔	13.0%
	선원보험		65.5%	45.5%	111.0%	30억 엔
	공제보험		34.9%	34.9%	69.8%	
지역	소계		185,773엔(가구당 평균 보험료)			급여비의 43%

주: 1) 2008년부터 도입된 후기고령자의료제도의 경우 결산 자료가 아직 나와 있지 않으며, 그 전신인 노인보건제도는 보험료를 0%임.
 2) 보험료 부담 비율·부담액은 각 보험조합의 보험료율을 단순 평균한 값임.
 3) 2006년도 말 기준임.
 자료 : 후생노동성보험국조사과, 후생성, 2009.1.

재원조성에 한 축인 본인부담 수준은 일본 역시 본인 부담 비율을 30%수준으로 유지하고 있으며, 영유아와 70세 이상 노인의 경우에는 10~20%의 본인부담을 지우

고 있다. 하지만 2008년 이전에는 노인들의 본인부담이 없이 운영되었고, 이로 인해 노인의료비가 급증되자 본인부담제도를 도입하게 되었다.

일본 건강보험의 보장성 수준은 OECD Health Data에 보고된 공공지출 비율에서도 나타나듯이 매우 높다. 실효 급여율은 2004년 이래 83% 수준을 유지하고 있으며, 70세 이상 피보험자의 경우 90%에 가까운 수준이다. 이는 일본의 경우 법정 비급여가 존재하지 않기 때문에 상대적으로 높게 나타나는 것으로 판단된다.

〈표 4-3〉 전체 보건의료비 지출 중 환자본인부담금의 비율(%)

지표	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
전체 보건의료지출 중 민간 지출 비율(%)	18.7	18.3	18.5	18.5	18.3	17.3	18.7
민간 보건의료지출 중 환자본인부담금 비율(%)	90.1	89.9	93.3	82.8	83.5	82.4	80.8
전체 보건의료지출 중 환자본인부담금 비율(%)	16.9	16.5	17.3	15.3	15.3	14.3	15.1

자료 : OECD Health Data, 2009.

끝으로 재원조성에는 민간보험의 영역이 포함된다. 일본의 경우 민간보험은 진료비에 대한 개념보다는 소득보전에 의미가 강하다. 2006년 현재 민간의료보험 지출에 소요되는 비용이 전체 국민의료비에서 차지하는 비중은 2.6%로, 한국의 3.4%와 OECD 21개국 평균 6.2%보다는 낮은 수준이다(OECD Health Data, 2009).

다. 지불방식 및 상환가격 결정

공급자에 대한 지불방식은 입원, 외래, 약국 모두 행위별 수가 제도를 기본으로 하고 있다. 즉, 의료행위별 항목에 대응하는 진료보수점수에 따라 보험자가 의료기관에 진료보수를 지불하는 형태이며, 행위별수가제에 더해 2003년부터 진단군의 분류에 따른 포괄수가제(DPC)를 실시하고 있다. 이는 특정기능병원인 대학병원, 국립 순환기병 센터, 국립암센터 등 82개 병원을 대상으로 먼저 도입되어, 2004년부터는 62개 일반병원에도 순차적으로 도입되었다.

적용부분은 입원기본료, 검사, 투약, 주사 및 행위별수가 1000점미만의 처치 등이 포함되며, 행위별수가제가 그대로 적용되는 경우는 수술, 마취, 방사선치료, 지도관

리, 1000점 이상의 처치, 재활, 정신과전문요법, 내시경검사 등의 의사의 기술적 부분에 해당하는 시술 등이 해당된다.

지급금액의 산정은 진단군의 분류별 1일당 점수에 의료기관별 계수를 곱하고, 여기에 입원일수를 다시 곱하여 생성한다.

한편, 후생노동성은 “중앙사회보험의료협의회”의 지문을 받아 행위의 진료보수, 의약품 및 치료재료의 가격을 결정·고시하고 있다. 먼저 진료행위에 대한 보수의 결정은 후생노동성이 “중앙사회보험의료협의회”의 심의를 거쳐 결정하며 2년에 한 번씩 개정하고 있으며, 검토 내용은 기술 및 서비스와 의약품 가격 그리고 각각의 기술 및 서비스를 점수화하여 점수 당 단가를 곱하여 결정한다. 의과 및 치과 그리고 조제 보수로 세분류하고 있다.

의약품 및 치료재료의 가격결정은 후생노동성이 “중앙사회보험의료협의회”의 심의를 거쳐 급여 대상이 되는 제품을 정하고 그 가격을 고시하는 “약가기준제도”이다. 요양기관이 고시된 약가보다 저렴한 가격으로 구입한 경우 “약가차액”이 발생하는 데 이를 보전해주는 시장형 실거래가 상환제도를 운영하고 있다. 약가기준에 등재된 모든 의약품의 실거래가격을 정기적으로 조사하여 거래량 가중 평균 가격에 2% 조정 폭을 더한 값을 새로운 가격으로 고시함으로써, 실거래가격을 약가기준에 반영하여 “약가차액”을 줄이는 방안도 함께 운영하고 있다.

라. 의료전달체계 및 공급자 현황

일본의 공급체계는 공공과 민간 모든 영역에서 제공하는 형태를 취하고 있다. 이 용자 입장에서는 민간과 공공 모두 서비스 질적 차원에서 차등이 없는 것으로 만족하고 있다. 병원과 진료소는 의료법의 통제를 받으며, 후생노동성과 광역자치단체의 관리 하에 운영되고 있다. 한편, 의료전달체계가 잘 갖추어지지 않았지만 나름대로 지역별 의원과 병원의 단계를 거치고 있다. 다만 의뢰 또는 상위 서비스 선택과 관련해서는 제약을 받지 않고 있다.

최근 일본은 예방과 검진서비스를 강화하기 위한 노력들이 시행되고 있다. 2008년 대상증후군 중심의 특정 건강검진 및 보건지도 서비스가 시행되고 있으며, 이를

위해 개별 보험자는 보험자의 특정건강검진 및 보건지도 실시를 의무화하고 있다. 이를 통해 당뇨병 등의 생활 습관병 이환자 및 고위험 환자를 25%까지 감소시키는 목표를 설정하고 5년에 한 번씩 평가를 시행하고 있다. 보험자가 목표기준치를 달성하지 못할 경우 보험자에게는 경제적 패널티가 부과되도록 제도를 설계하고 있다.

일본의 공급자 현황을 살펴보면, 일본의 인구 1,000명당 의사 수는 1996년 1.84명에서 2006년 2.09명으로, 간호사수는 1996년 6.99명에서 2006년 9.35명으로 증가하였다.

〈표 4-4〉 보건의료 전문 인력의 변화

인력 수	1996	1998	2000	2002	2006
의사 수 1,000명당	231,4251.84	238,7711.89	245,3151.93	251,8891.98	266,4312.09
간호사수 1,000명당	879,9556.99	922,6517.29	959,9017.56	993,6287.60	1,194,1219.35
조산사수 1,000명당		24,2020.19	24,5110.19	24,3400.19	25,7750.20
치과의사수 1,000명당	64,9040.66	85,6170.68	88,4160.70	90,5100.71	94,6080.74
약사 수 1,000명당	118,8540.94	130,2591.03	142,9101.13	154,4281.21	174,2181.36

자료 : OECD Health Data, 2009.

한편 일본에서 급성기병상은 1993년에 인구 1000명당 12.3병상에서 2006년 8.2병상으로 감소하였고, 인구 1000명당 장기요양병상은 2000년 2.1병상에서 2006년 2.9병상으로 증가하였다.

〈표 4-5〉 급성기 병원, 정신과, 장기요양 병상 수의 변화

	1993	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2006
급성기 병원 병상 수	1,534,900	1,481,461	1,454,767	1,405,819	1,305,571	1,219,278	1,182,208	1,139,934	1,051,107
인구 1000명 당	12.3	11.8	11.5	11.1	10.3	9.6	9.3	8.9	8.2
정신과 병원 병상 수	362,436	360,896	359,776	359,159	359,449	358,153	357,385	355,966	352,437
인구 1000명 당	2.9	2.9	2.9	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8
장기요양 병상 수						263,946	295,901	325,731	371,814
인구 1000명 당						2.1	2.3	2.9	2.9

자료: OECD Health Data 2009.

주요 의료장비는 OECD 국가들 중 가장 높은 수준이다. CT는 인구 백만 명당 92.6개(2004년)이고, PET는 인구 백만 명당 2.2개(2007년)이며, MRI는 인구 백만 명당 40.1개(2007년)로 모두 OECD 국가들 중 가장 높은 수준으로 나타나고 있다.

마. 보건의료서비스 개혁 논의

최근 일본 건강보험의 개혁 방향은 급속한 고령화의 진전으로 의료비가 급증함에 따라, 건강보험제도를 미래에도 안정적이고 지속가능하게 하기 위한 구조개혁이 2006년부터 본격적으로 실시되었다. 그 주요내용으로 새로운 후기고령자의료제도의 도입과 의료비 적정화를 위한 종합대책 추진이다.

최근의 의료비 증가율은 국민소득의 신장률을 상회하고 있으며, 이는 급속한 고령화의 진전 등 의료비를 둘러싼 환경이 변화하는 가운데, 의료보험제도를 미래에도 안정적이고 지속가능하게 하기 위한 구조개혁이 지속적으로 실시되고 있다.

더불어 개호보험제도의 효율적 운영과 연계하여 재정절감을 위한 예방사업 강화가 화두가 되고 있다. 이를 위해 개호보험제도에서는 지역포괄지원센터를 설립하여 예방은 물론 건강보험과의 서비스 연계까지를 모색하고 있다. 다음절에서 다룰 재정절감을 위한 인센티브제도 운영현황은 한 사례가 될 것이다.

2. 인센티브제도 운영 현황

가. 이나기시의 개호 지원 자원봉사 제도

□ 도입배경

이나기시의 개호 지원 자원봉사 제도는, 개호보험법(헤세이 9년 법률 제 123호) 제 115조의 44 제 1항에 규정하는 개호 예방 사업으로서 고령자 자신의 사회참가 활동을 통한 개호 예방을 추진하기 위해서 실시하는 사업이다.

구체적으로는, 고령자의 개호 지원 자원봉사 활동의 실적을 평가해 평가 포인트를 부여하고 자원봉사 평가 포인트 전환 교부금을 교부하는 것이다.

이 개호 지원 자원봉사의 대상이 되는 고령자는, 이나기시 개호보험 제 1호 피보험자로, 개호 지원 자원봉사의 대상이 되는 사업 및 활동은 시장이 지정하는 것으로 한다. 또, 개호 지원 자원봉사는, 시장의 지정을 받은 개호 지원 자원봉사 수입 기관 등으로 개호 지원 자원봉사 활동을 실시하고 있다.

□ 운영현황

1) 기본 방침

- 개호 지원 자원봉사 제도는, 고령자의 자원봉사 정신을 존중해, 고령자 스스로 개호 예방을 추진하도록 하여야한다.
- 개호 지원 자원봉사 제도의 실시에 있어서는, 개인 정보 보호에 유의해야 한다.
- 개호 지원 자원봉사 제도의 운영에 있어서는, 다음의 효과를 올릴 수 있도록 배려해야 한다.
 - (1) 지역 케어의 추진에 불가결한 주민참가에 관한 인식이 높아지는 것.
 - (2) 사회참가 활동 등에 참가하는 건강한 고령자가 증가하는 것.
 - (3) 요양 간호 고령자등에 대한 개호 지원 자원봉사 활동에 관심이 높아지는 것.
 - (4) 개호 급부비등의 억제로 연결되는 것.

2) 관리 기관

이나기시의 개호 지원 자원봉사 제도에서는, 개호 지원 자원봉사의 등록, 개호 지원 자원봉사 수첩의 교부, 개호 지원 자원봉사 평가 포인트의 부여 및 관리, 개호 지원 자원봉사 평가 포인트 기금 관리의 업무는 개호 지원 자원봉사 관리 기관이 실시한다. 이 관리 기관은 이나기시 사회 복지 협의회로, 이나기시로부터의 위탁을 받아 관리 기관으로서의 업무를 실시한다.

3) 개호 지원 자원봉사 수입 기관 등

이나기시 개호 지원 자원봉사 제도에서는, 개호 지원 자원봉사의 활동처는 시장이 지정을 실시한다. 이 활동처를 「개호 지원 자원봉사 수입 기관 등」이라고 칭해, 개호 지원 자원봉사의 대상이 되는 사업 및 활동에 대한 지정을 받는다.

〈표 4-6〉 개호 지원 자원봉사의 대상이 되는 사업 및 활동의 지정 요건

1. 이나기시 내의 시설 또는 장소에 있어서의 활동인 것. 2. 개호보험 사업에 관한 활동인 것. 3. 봉사원 제도로 실시해야 할 업무의 대체가 아닌 것. 4. 사업소등이 본래 실시해야 할 업무의 대체가 아닌 것. 5. 활동의 결과, 일정한 개호 예방의 효과가 전망되는 것.

수입 기관 등이 이 지정을 받으려고 할 때는, 시장에게 신청해야 한다. 시장은 이 신청에 근거해 지정해 또는 각하 했을 때는 신청자에게 통지한다.

또, 시장은, 이미 지정을 받고 있던 개호 지원 자원봉사의 대상이 되는 사업 및 활동에 대해서 그 지정을 취소했을 때는 지정을 받고 있던 사람에게 통지한다.

수입 기관 등은 개호 지원 자원봉사가 활동을 실시했을 경우 해당 활동시간 등에 따라 회수를 단위로서 평가하는데 개호 지원 자원봉사 활동 1시간에 대해 1회로서 평가한다. 다만 개호 지원 자원봉사 활동을 1일당 2시간 이상 했을 경우 또는 2곳 이상 갔을 경우에 대해서는 해당 활동을 2회까지로서 평가한다.

이 평가의 방법은 개호 지원 자원봉사 수첩에 활동 확인 스탬프를 날인 하는 것에 의해서 실시한다. 다만 일부 자원봉사는 계속적인 활동에 대해 주 1회 이상의 활동을(회수와 관련 없이) 1회로서 평가하는 것으로 한다.

4) 개호 지원 자원봉사 활동 실적의 파악

개호 지원 자원봉사 활동을 실시하고자 하는 사람은 개호 지원 자원봉사 등록 신청서를 관리 기관에 제출하고 관리 기관은 개호 지원 자원봉사에 대해 개호 지원 자원봉사 수첩을 교부한다.

관리 기관은 전년도의 활동 실적에 대해서, 개호 지원 자원봉사 수첩에 날인 된 스탬프의 수에 따라 평가 포인트를 부여할 수 있다. 평가 포인트의 부여를 실시했을 때는 개호 지원 자원봉사 수첩에 개호 지원 자원봉사 활동 평가 포인트 부여 인증표를 날인 한다.

개호 지원 자원봉사 수첩에는 오리지날의 마크를 포함하여 이 개호 지원 자원봉사 제도를 응원하고 있는 J리그 축구 팀 「도쿄 베르디」의 로고가 들어 있다.

개호 지원 자원봉사 수첩에는 개호 지원 자원봉사의 편리를 도모하기 위해, 등록 사항, 제도 해설, Q&A, 자원봉사 활동에 대한 마음가짐, 자원봉사 활동 보험, 이나 기사 개호 지원 자원봉사 제도 실시 요강, 스탬프 날인란 페이지, 평가 포인트 기록부, 개호 지원 자원봉사 등록 신청서, 개호 지원 자원봉사 활동 평가 포인트 활용신청서가 수록되어 있다.

〈표 4-7〉 평가 포인트 평가 포인트의 부여 기준

활동실적	부여하는 평가 포인트
10회부터 19회까지	1,000포인트
20회부터 29회까지	2,000포인트
30회부터 39회까지	3,000포인트
40회부터 49회까지	4,000포인트
50회 이상	5,000포인트

활동 실적 및 평가 포인트는 제삼자에게 양도할 수 없다. 관리 기관은 개호 지원 자원봉사에게 부여한 평가 포인트 수, 활용 포인트 수 및 공제된 잔고 포인트 수에

대해서, 해당 포인트를 부여받은 날로부터 개호 지원 자원봉사 제도 이후 2년이 경과할 때까지 계속적으로 관리하는 것으로 한다.

5) 평가 포인트 전환 교부금

평가 포인트를 활용해 평가 포인트 전환 교부금의 교부를 받으려고 하는 개호 지원 자원봉사자의 경우, 개호 지원 자원봉사 수첩을 더해 시장에게 신청하여 교부받는 것으로 한다. 다만, 개호 지원 자원봉사의 개호보험료 미납 또는 체납이 있는 경우, 해당 평가 포인트 전환 교부금은 교부하지 않는다.

시장은 개호보험료와 관련되는 미납 또는 체납이 없을 때, 개호 지원 자원봉사 수첩을 첨부 후, 관리 기관에 전달하는 것으로 한다. 그리고 관리 기관은 이 전달에 근거하여, 그 평가 포인트 활용의 신출자의 축적한 평가 포인트를 환금해, 연도마다 5,000엔을 한도로서 평가 포인트 활용의 신출자에 대해서 개호 지원 자원봉사 평가 포인트 전환 교부금을 교부한다.

개호 지원 자원봉사 평가 포인트 전환 교부금의 산정 기준은 다음과 같다.

〈표 4-8〉 개호 지원 자원봉사 평가 포인트 전환 교부금의 산정 기준

평가 포인트	개호 지원 자원봉사 평가 포인트 전환 교부금
1,000포인트	1,000엔
2,000포인트	2,000엔
3,000포인트	3,000엔
4,000포인트	4,000엔
5,000포인트	5,000엔

6) 홍보 방법

신문보도를 통한 이나기시 홍보(헤세이 21년 4월 15일 개호 예방 특집호, 8월 15일호, 11월 1일호)를 하였다.

〔그림 4-1〕 홍보를 위한 신문매체 활용 예

表1 介護支援ボランティアの活動範囲について、今後拡大したほうがよいと思うものはどれですか。(いくつでも回答可)(有効回答数208人)

①こみ出しなどの在宅高齢者の方へのちょっとした支援	115人	55.3%
②市外の介護施設での活動	17人	8.2%
③介護支援以外(例：子育てや障害者支援)の活動	57人	27.4%
④その他※	11人	5.3%

※その他は、今までのまま。ひとり暮らし病人・高齢者の安否確認、観光灯交換など。粗大こみ出し。市立病院での活動。パソコンなど。

表2 介護支援ボランティア活動として、この活動を始める前と現在では、健康面や精神面に変化はありましたか。(いくつでも回答可)(有効回答数187人)

①張り合いが出てきた	96人	51.3%
②健康になったと思う	29人	15.5%
③変わらない	68人	36.4%
④体調をくずした	3人	1.6%
⑤その他※	14人	7.5%

※その他は、友達ができてよかったなど。

表3 介護支援ボランティア制度について、どのように思っていますか。(ひとつのみ回答)(有効回答数187人)

①良い制度だと思う	145人	77.5%
②普通な制度だと思う	8人	4.3%
③見直しが必要だと思う	19人	10.2%
④その他	2人	1.0%
無回答	13人	7.0%

19年9月から全国に先駆け介護支援ボランティア制度を開始しました。開始当初から注目され、新聞・テレビ・ラジオなどで紹介されたり、全国各地の議員、行政職員や学生など100を超える団体がこの制度の現状のため当市を訪れています。今では全国7都府県の数カ所の市町村で実施され、全国的な広がりをみせています。

活動範囲の拡大について表1参照
過半数の登録者が、こみ出しなどの在宅高齢者の方へのちょっとした支援の拡大を希望しています。



▲乾いた洗濯物の整理の様子



▲東京ヴェルディ試合観戦(介護支援ボランティア500ポイント取得者とご家族)

稲城発 新しい介護予防事業 介護支援ボランティア

▷問い合わせ 高齢福祉課介護保険係

介護支援ボランティア登録者アンケート
市内300人近くの高齢の方が介護支援ボランティアの登録をし、市内の介護施設など18機関で介護支援ボランティアとして活動していただいています。
この登録者の方々の対象に、21年1月に活動の状況やこの制度に対する感想・要望などについてのアンケート調査を実施しました。結果の一部を紹介しましょう。

▽回収結果 38人(73.2%)
▽登録結果 29人
※調査結果については、「稲城市介護支援ボランティア制度実施報告書」本稿実施後の運用状況について、に掲載しています。市ホームページ、市役所情報公開コーナー、各図書館などでご覧いただけます。

望んでいます。
張り合いが出てきたとの回答が過半数。平成20年に実施したアンケート結果とほぼ同じ傾向を示しています。
制度の改善(表3参照)
良い制度だと思ふとの回答が8割近くあり、平成20年実施のアンケート結果(70.5%)と比べ上昇しています。
平成18年に稲城市が「(仮称)介護支援ボランティア特区」の指定を受け、この指定を契機に19年5月に介護予防事業として実施することが認められました。
○稲城市介護予防事業は、サッカーチーム東京ヴェルディの応援を受けています。

た場合、活動実績に応じてポイントが与えられ、これに対して交付金年間最大5千円を支給する制度です。

高齡の方の介護予防を目的としたボランティア活動を通じて、参加活動をする中で、より元氣に、そしてイキキとした地域社会になることを目指しています。

7) 2009年 ~ 2010년 활동내역

- 2009년 4월 : 관리 기관 위탁계약(이나기사 관리 기관(사회 복지 협의회)).
 - 평가 포인트 부여 개시
- 2009년 7월 : 평가 포인트 전환 교부금 신청 접수 개시 8월 전환 교부금 교부 개시
 - 활동 기념상품(선 바이자 집안) 배부
 - 개호 지원 자원봉사 수입 기관 등 의견교환회 실시 10월 이나기시 개호 지원
 - 자원봉사 제도의 방향성을 검토하기 위한 전화 앙케이트 조사 실시
 - 등록자를 위한 연수회(자원봉사 입문 강좌)
- 2009년 11월 : 이나기시 개호 지원 자원봉사주간 실시, 도쿄 베르디 시합 관전 특별 플랜 무료 초대
- 2010년 1월 : 등록자를 위한 실시 상황 앙케이트 조사 실시

- 2010년 2월 : 등록자를 위한 연수회(경청 자원봉사 강좌)
- 2010년 3월 : 개호 지원 자원봉사 수락 기관 앙케이트 조사 실시, 지역
지원 사업 교부금 정산(이나기사·관리 기관(사회 복지 협의회))

8) 2007년부터 2009년 결산 및 2010년 예산액

〈표 4-9〉 2007년도 결산액수 464, 908엔 (시에서 예산 계상)

구 분	금 액
보상비 개호 지원 자원봉사 제도 평가 위원회 위원 보상	178,200엔
수용비(소모품 비용) 사무용 소모품 용지, 잉크, 파일등)	155,983엔
수용비(인쇄, 제본비용) 개호 지원 자원봉사 제도 평가 위원회 보고서등 인쇄	130,725엔

〈표 4-10〉 2008년도 결산액수 830, 848엔 (관리 기관에의 위탁)

구분	금 액
수용비(소모품 비용) 사무용 소모품 용지, 잉크, 파일등)	244,708엔
역무 비용 입금 수수료 우송료	61,200엔 27,840엔
사용료 및 임차료 (PC 리스료)	44,100엔
부담금 보조 및 교부금 전환 교부금(153명)	453,000엔

〈표 4-11〉 2009년도 결산 전망액수 1, 104, 458엔 (관리 기관에의 위탁)

구 분	금 액
수용비(소모품 비용) 사무용 소모품 (용지, 잉크, 파일등)	218,379엔
역무 비용 입금 수수료 우송료	91,640엔 27,920엔
사용료 및 임차료 (PC 리스료)	44,100엔
부담금 보조 및 교부금 전환 교부금(207명)	705,000엔
소비세	17,419엔

〈표 4-12〉 2010년 예산액수 1, 675, 000엔 (관리 기관에의 위탁)

구 분	금 액
수용비(소모품 비용) 사무용 소모품 (용지, 잉크, 파일등)	194,000
역무 비용 입금 수수료 우송료	113,000엔 38,000엔
사용료 및 임차료 (PC 리스료)	45,000엔
부담금 보조 및 교부금 전환 교부금(207명)	1,099,000엔
사무관리비	148,000엔
소비세	38,000엔

□ 성과

이나기시 개호 지원 자원봉사 제도의 개호 예방 효과를 보험료 억제라고 하는 관점에서 어느 정도의 효과를 가져 오는지 2008년도를 기준으로 계산하였다. 그 결과, 이나기시 개호 지원 자원봉사 제도 실시로 발생한 비용 이득은 연액 9, 314, 652엔이 되어, 한 명 당 약 1개월로 환산하면 11.1엔의 개호보험료 억제 효과를 가져 온 것으로 추정되고 있다.

즉, 개호 지원 자원봉사 제도에 필요로 하는 비용을 제외해도 개호 예방 효과에 의해, 시내의 모든 고령자의 개호보험료에 대한 감액 효과가 있는 것으로 분석되었다(부록 1 참조).

가. 저가구매 인센티브제도⁹⁾

보험자가 정한 상한가격보다 저렴하게 의약품을 구입한 경우 그 차액을 요양기관과 약국의 수익으로 인정하는 제도로, 의약품 실거래가격을 약가기준에 반영하기 위해 후생노동성이 이를 조사하여 그 결과에 따라 2년마다 약가를 개정하고 있다.

이 제도의 효과로 1981년에 18.6%, 1984년에 16.6%의 약제비를 인하시킬 수 있었고, 2006년에 6.7%, 2008년에 5.2% 인하한 것으로 나타났다.

나. 특정검진, 보건지도의 성과에 따른 경제적인 인센티브 부여¹⁰⁾

2008년 4월 이후, 도도부현 단위로 설립되는 후기 고령자 의료 광역합이 75세 이상자에 대한 의료보험자의 역할을 맡게 되었다. 75세 이상인 자에 대한 보험료와 75세 미만의 자가 가입하는 의료보험자로부터 전체의 약 40%의 비용을 지원금이라고 하는 형태로 후기고령자의료광역연합으로 지출하도록 하였다.

각 의료보험자는 규모에 따라 지원금을 부담하도록 되어 있는데, 부담액이 「특정건강·보건지도의 실시 및 성과」에 의해 $\pm 10\%$ 의 범위에서 가산 혹은 감산되는 인센티브가 제안되었다.

이 제도의 활용방법은 다음과 같다. 특정건강진단의 실시율, 특정보건지도의 실시율, 대시중후군 해당자·예비군(특정보건지도대상자)의 감소율에 대한 평가가 이루어지며, 건강검진 실시율이 낮거나 보건 지도 비율이 낮아 성과를 얻지 못한 경우 의료보험자는 경제적인 페널티를 부담하게 된다.

9) <http://www.hkn24.com/news/articleView.html?idxno=41023>

10) 2009. 8. 28 국제정책 심포지움 한국과 일본의 건강보장제도 평가와 시사점, 국민건강보험공단.

제2절 미국

1. 보건의료체계

가. 개관

미국은 인구 3억 명에 1인 당 GDP는 46,859\$이고, 전체 인구 중 65세 이상 노인인구 비중은 13.0%이다. 미국은 전 국민을 대상으로 하는 공적인 의료보장체계가 성립되어 있지 않으며, 2010년 오바마 대통령의 개혁입법안을 통해 새로운 건강보험체계를 도입하고자 추진 중에 있다. 하지만 200여 년 동안 논쟁을 거듭해온 건강보험 개혁이 쉽게 추진되지 않는 양상을 보이고 있다.

전체 인구 중 18%인 47백만 명이 공적이든 사적이든 의료보장 서비스를 받지 못하는 사각지대이며, 이들 중 81%가 근로자 가정이고, 80%가 성인이며, 52~59%가 저소득 가정으로 분류되고 있다. 또한 이들 중 50%가 소수민족이고, 79%가 미국 시민권 지위를 갖고 있는 것으로 나타났다.

미국 의료보장 및 민간의료보험 체계를 대별하면, 공적의료보험은 노인들을 주 대상으로 하는 메디케어(Medicare)와 빈곤자를 대상으로 하는 메디케이드(Medicaid)로 구성되어 있고, 민간보험은 기업의 집단보험과 개인이 가입하는 개별보험 등으로 구분된다. 대표적인 민간보험사가 Blue Cross, Blue Shield, HMOs, PPOs, POS, 기타 일반 보험 등이 존재한다.

나. 의료보장제도 유형

1) 메디케어

먼저 메디케어는 65세 이상 노인을 대상으로 하며, 장애인과 말기신부전 환자 등이 포함된다. 노인의 경우는 10년 이상 사회보장세(Payroll Tax)를 납부하여야 자격을 얻을 수 있으며, 장애인은 심사과정을 통과하여야 자격을 얻을 수 있다. 프로그램은 입원서비스를 담당하는 Part A와 외래부분을 담당하는 Part B, 보다 나은 서

비스 제공을 위한 Part C 그리고 처방약 급여 프로그램인 Part D가 존재한다.

Part A의 입원서비스는 입원비용과 전문요양시설 그리고 호스피스 프로그램의 급여를 제공한다. Part B는 가정방문서비스, 의사진료 외래환자 치료, 예방서비스, 영구의료장비 보조, 정신과 진료 등이 포함된다.

Part C는 관리의료 부분으로 HMO, PPO 등이 해당되는데 입원비, 외래진료 시 본인부담, 외래 수술 및 응급이송 서비스, 검사 및 방사선 등이 포함된 프로그램을 운영한다. Part D는 약제비의 정액보장 프로그램이다.

2) 메디케이드

메디케이드는 다른 사회보장프로그램에 적용받고 있지 않은 저소득계층으로 의학적으로 취약한 계층이 주 대상이 된다. 연방정부에서 사회보장법으로 보장하는 12가지 프로그램이 여기에 속한다.

메디케어의 기본 급여는 12가지로 의사진료 서비스, 임상검사와 방사선, 입원 및 외래 서비스, 예방, 진단, 치료 서비스, 농촌진료소 및 조산원 서비스 그리고 가정진료 등이 포함된다.

3) 민간보험

고용주가 가입하는 집단보험과 개인이 직접 가입하는 개별보험으로 구분되며, 개인의 과거병력 등으로 역 선택이 일어나는 부작용이 심각하다. 고용주가 가입하는 보험의 종류에 따라 급여서비스가 달라지는 차등이 이루어지며, 이로 인해 미국 의료보장제도의 불 형평성에 반대하여 오바마 개혁 법안이 통과되는 배경이 되었다.

다. 재원조성

공적의료보험인 메디케어와 메디케이드는 연방정부와 주정부의 조세로 충당하게 되는데 이는 결국 근로자들이 납부하는 사회보장세의 일부가 의료보장 기금으로 조성되는 것이다. 더불어 메디케어의 경우에는 일정부분의 본인부담과 공제제도가 운

영되고 있으나, 메디케이드는 본인부담이 없는 구조이다. 메디케어의 경우 입원 1일당 본인부담이 75달러(1~6일까지)이며, 6일부터 90일까지는 1일당 본인부담이 없는 구조이다. 즉 중증의 경우에는 부담을 완화하고 있다.

외래 진료의 경우 일반의는 건당 5달러, 전문의는 건당 10달러를 부담하고 있으며, 약제비의 경우는 환자 25%본인부담이 있으며, 6,155달러 이상일 경우에는 본인부담이 5%에 그치도록 운영하고 있다.

민간보험의 경우 기업이나 개인의 조건에 따라 보험료 수준과 공제제도 자체가 달라질 수 있는데 기업에서는 근로자와 퇴직자까지도 급여해주는 과도한 체계는 기업 경쟁력에 영향을 미치기도 하여 사회문제화 되었다.¹¹⁾

라. 급여 내용

메디케어의 급여는 입원, 외래, 약국에 필수 서비스가 포함되며 수혈, 가정방문 간호서비스, 의료보장구, 전문요양시설, 호스피스 등의 장기요양 급여도 일부 포함되어 있다. 수혈의 경우는 최초 3파인트는 100%본인부담이지만 그 이상일 경우에는 본인부담이 20%로 낮아진다. 가정방문서비스는 100회까지 본인부담 없이 제공되며, 보장구는 20%의 본인부담을 하고 있다.

메디케이드는 12가지 기본 서비스가 제공되는데, 가족계획 및 물품 서비스, 보건 센터 진료, 농촌진료서비스, 조산원 서비스, 21세 이상 요양시설 서비스 및 가정진료 등이 해당된다.

민간보험의 경우는 기본 급여에 선택사항이 있어 보험료 수준에 따라 차등화 되어 있다.

마. 지불제도

민간 의료보장은 의원급은 행위별 수가제를 기반으로 매년 연동하는 RBRVS 방

11) GM 자동차 회사의 대외 경쟁력에서 자동차 1대당 150달러의 의료보험 추가비용이 추가되어 중국에는 기업이 부도를 맞게 됨.

식으로 지불수가를 결정하는 방식을 채택하고 있다. 또한 관리의료(Managed Care)의 영향으로 인두제 방식의 지불제도로 확산되고 있는 추세이다.

병원 급은 포괄수가제와 인두제, 총액계약제 방식이 적용되고 있으며, 관리의료 방식은 HMO, PPO, POS 등의 형태로 운영되고 있다. 주요 특징은 아래 표와 같다.

〈표 4-13〉 미국 민간의료보장 관리의료 프로그램 개요

구 분		관리의료 프로그램		
		HMO	PPO	POS
수가방식		사전인두방식	사후청구방식	사후청구방식
네트워크		○	○	○
담당 관리의사		○	×	선택가능
의료기관 접근	네트워크 內	담당 관리의사	담당 관리의사	담당 관리의사
	네트워크 外	불가	가능	가능
보험일관 급여율	네트워크 內	100%(본인부담)	90%	100%(본인부담)
	네트워크 外	10%	80%	70%
전통형 프로그램에 대한 보험료 삭감률		19%	9%	13%

바. 개혁동향

오바마 대통령은 대선 공약 사항으로 전 국민 건강보험 도입을 주장하였으며 이를 위해 대국민 여론 설득과정을 거쳐 2010년 7월 일부 수정된 법안이 통과되었다.

오바마 정부의 건강보험 개혁 원칙은 크게 세 가지로 기존 건강보험 가입자의 안정적 서비스 제공, 둘째 건강보험 미가입자 해소 및 셋째 전 국민 건강보험 도입이다. 기존 건강보험 가입자들에게는 기왕력에 의해 차별대우를 금지하고, 병력에 의해 보험사로부터 가입을 금지당하는 일이 없도록 하며, 예방과 메디케어 제도 보호 및 처방약 보험에 Donut Hole를 제거하는 것이다.

두 번째 원칙인 미가입자 건강보험 가입과 양질의 서비스 제공에서는 새로운 보험거래소를 도입하고, 무보험자 및 소기업 근로자를 보호하고, 기왕력자와 무 보험자를 대상으로 저비용 보험 상품을 국가가 제공하는 방안이다. 보건의료비 증가 억제 를 위해 보험 남용 및 악용을 방지하고, 환자의 우선진료를 확립하며, 재정을 기업과 분담하는 방식을 채택하였다.

실제 개혁법안의 주요 골자를 살펴보면, 첫째 건강보험 의무가입을 명시화하였다. 미(美)국민과 합법적 이주자는 건강보험 의무가입을 명시하였고, 미가입시 벌금을 부과하도록 하였다. 이와 더불어 고용주는 건강보험제공을 의무화하여 근로자에게 건강보험 혜택이 돌아갈 수 있도록 하였다. 대기업 근로자의 건강보험 자동가입을 200인 이상 사업장으로 명시하고, 자동 가입되도록 하였다.

소득이 연방 빈곤선(133%~400%)에 해당하는 개인 및 가구의 경우에 보험료에 대한 세금을 공제해 주고 있다. 또한 본인부담을 지원하여 연방 빈곤선 100~400% 이하의 가구와 개인에게 본인부담에 대한 재정을 보조하고 있다.

이 밖에도 다양한 법안의 내용이 적용을 앞두고 있으나 중간선거 결과에 따라 하원과 상원의 점유율이 공화당으로 넘어가 후속 조치들이 이루어지는데 난항이 예상되고 있다.

2. 인센티브제도 운영현황

가. 메디케이드(Medicaid) 프로그램 수급자 대상 인센티브 제공

□ 도입배경

메디케이드(Medicaid) 프로그램을 운영하면서 개별 주별로 다양한 인센티브 및 디스인센티브 제도를 운영하고 있다. 인센티브 제도가 도입된 배경은 이러한 제도가 수급자의 건강을 향상시키고, 보건의료비용을 절감할 수 있다는 것을 기반으로 하고 있다. 미국의 플로리다와 아이오와 주에서는 개인의 특정 건강 행태에 대해 메디케이드 프로그램에서 수급자에게 인센티브를 제공하는 프로그램을 시작하였다.¹²⁾

개인의 건강행동을 위해서 금전적 인센티브의 제공이 일정부분 긍정적 영향을 미친다는 것에 대해 일반적으로 공감되고 있다. 따라서 메디케어나 메디케이드를 운영하는 주 정부에서는 건강검진을 받는 수급자의 수를 증가시키고자 노력하며, 흡연이

12) 이 밖에도 캘리포니아 주, 켄터키 주, 미시간 주, 미주리 주, 펜실베이니아 주, 텍사스 주와 위스콘신 주, 그리고 웨스트 버지니아 주 등이 인센티브 제도를 도입을 고려하고 있음.

나 비만 인구의 감소를 위해 노력하고자 한다. 인센티브 제도는 이러한 건강 증진행위 증가 및 위해 행위 감소를 추구하려는 의지가 담겨 있다.

□ 운영현황

1) 건강관리를 위한 현물 인센티브

필라델피아 주정부는 예방접종을 받은 아동에게 기저귀나 신발 구매를 위해 10달러를 부모들에게 제공하였으며, 인센티브 도입이후 예방접종을 받는 아동의 수가 통계적으로 유의미한 증가를 보이고 있다.

캘리포니아 주의 경우 메디케이드 매니지드 케어 계획에 따라 아동보건진료를 위해 아이를 데려온 부모와 방문한 사춘기 청소년들에게 영화티켓을 제공하였다. 2004년 기준 청소년은 145,000명이 선물을 받았으며, 부모는 약 3,000명과 2,000명이 각각 보상을 받은 것으로 나타났다.

플로리다 주는 메디케이드 수급자가 독감예방접종부터 금연 등과 같은 프로그램에 참여하면 15~25달러의 크레딧(Credit)을 제공하고, 이를 OTC(Over The Counter)의약품 또는 보건관련 상품들로 교환할 수 있도록 하고 있다. 2006년 9월에서 11월 사이에 57,000명의 수급자가 230만 달러의 크레딧을 축적하였으나 정작 상품들로 교환한 금액은 2,000명의 수급자가 약 50,000달러 상당인 것으로 나타났다.¹³⁾

2) 흡연과 비만 감소를 위한 인센티브

비만과 흡연으로 인한 해악과 비용에 대한 연구는 다양하게 보고되고 있다 (Finkelstein 외, 2004; Strum, 2002). 따라서 정부 당국은 건강을 위해하는 행위를 줄이도록 하는 인센티브 프로그램을 도입하고 있다.

하지만 체중 관리와 금연을 위한 행위는 단기간에 성과를 얻기는 쉽지 않다. 또

13) 플로리다 주 정부는 본 프로그램을 민간업체에 위탁하였는데 소요 비용이 110만달러를 이룸.

한 재정적 보상이 흡연자 자신을 돕는 상품으로 금연을 위해 노력하게는 할 수 있으나 결과적으로 금연에 성공할 것이라고는 확신하지 못하는 것이 현실이다. 결과적으로 주정부와 당국은 보너스 상품보다는 상담과 행동 치료를 통해 금연을 이루도록 하는 것이 더 효과적이라는 보고가 있다(Fiore 외, 2000). 따라서 오레건 주의 경우에는 금연 치료를 메디케이드에 도입하는 프로그램을 채택하였으며, 38개주에서 임신한 여성에게 담배 의존치료를 제공하였다(Centers for Disease Control, 2006). 플로리다 주는 금연 또는 체중감량 프로그램의 참여할 경우 크레딧으로 25달러를 제공하고 흡연이나 체중감량에 6개월 동안 성공하였을 경우 15달러를 추가로 크레딧으로 제공하고 있다.

The Idaho Behavioral Preventive Health Assistance Program"

- 흡연자가 의사를 방문하여 그들의 상태를 치료하는 계획에 동의하는 즉시, 100달러의 가치가 있는 100포인트를 제공 받음
- 흡연자는 바우처(voucher)로서 제공받은 이 포인트를 상담, 패치와 껌 같은 니코틴 대체 상품 또는 약제를 구입하는데 이용할 수 있음
- 프로그램 참여 흡연자가 의사와 동의된 중간목표에 도달하면, 또 다른 100달러 가치의 포인트를 보상 받음. 연간 200달러의 상한이 있음

3) 개인의 건강행위에 따른 메디케이드 급여 조건적 확대

다른 인센티브 방법에 비해 비교적 적은 인기를 보이고 있지만 여러 주에서 인센티브 자체를 메디케이드의 급여를 확대하는 것을 도입하고 있다. 웨스트버지니아 주의 경우 아동과 가족에 대한 메디케이드 프로그램 자체를 인센티브로 구성하고 있다. 2007년 현재 아동과 부모들에게 급여규모가 축소된 프로그램을 제공하고, 예약이나 투약을 잘 지킬 경우 부가적으로 급여 서비스를 확대하는 형태의 인센티브를 제공한다.

하지만 부모가 예약이나 투약 등에 참여하지 않거나 게을리 할 경우 아동을 상당한 위험에 빠지게 할 부작용도 있다(Solomon, 2006). 또한 정신적으로 문제가 있을 경우 위와 같은 프로그램에 제대로 참여하는 것 자체가 어렵기 때문에 제도에 운영에 문제가 있을 수 있다. 따라서 제대로 운영하기 위해서는 환자가 참여하지 못한 이유에 대해서도 조사를 실시할 필요가 있다고 보고되고 있다.

한편, 이 같은 벌칙 프로그램은 주정부가 메디케이드 예산을 모두 소진하고도 목표를 달성하지 못할 위험을 내포하고 있다. 또한 환자의 건강상태까지 악화된다면 최악의 결과를 초래하는 것으로 볼 수 있다.

□ 효과 및 문제점

인센티브 제도가 가지고 있는 가장 중요한 문제점은 도입한 인센티브 프로그램이 실제로 추구하는 목표를 달성 하였는가 이다. 실제로, 흡연과 비만 인구수가 인센티브 제도를 통해 그 수가 감소하였는지 여부는 명확하게 증명되지는 못하였다.

메디케이드 수급자들이 인센티브 제도를 통해 예방서비스에 적극적으로 참여한다는 것에 대해 검증된 연구결과가 없으며, 실제 재정적 보상이 개인의 보건관련 행태에 미치는 영향에 대한 구체적인 연구가 미흡한 것이 사실이다(Christianson, 2007). 최근 연구에 따르면 개인의 단순한 건강 행위(예시로서 의사 방문)에 대하여 상품 또는 서비스에 대한 쿠폰과 같은 보상 제공이 효과적으로 나타났지만, 표본의 크기 문제 등으로 일반화하기에는 무리가 있다(Jepson, 2000; Kane, 2004). 또한, 메디케이드(Medicaid) 인센티브 프로그램의 효과성을 연구한 문헌은 아직 그렇게 많은 편이 아니다.

현물 보상의 경우 공인된 간호사의 가정방문, 교통보조 및 지속적 교육의 제공을 포함하는 전체적인 프로그램의 일부로서 제공되었기 때문에 선물권 제공 그 자체가 같은 결과를 도출할지 여부는 명확하지 않다는 것이다.

플로리다 주에서 제공하고 있는 비만과 흡연 조정 프로그램 참여에 따라 매달 2.50달러에 상당하는 가치가 수급자들에게 금연이나 체중감량을 촉진할 지는 명확하지 않다. 특히, 건강한 삶을 위한 생활습관과 적당한 치료방법에 대한 확보의 어려움을 생각하면 인센티브의 인과성은 더욱 불투명한 것으로 나타나고 있다.

현재 웨스트 버지니아 주에서 실행하고 있는 디스인센티브 프로그램은 오히려 환자의 건강을 위협할 수 있다. 왜냐하면, 환자가 주(State)의 행태 변화 요구에 순응하지 않을 경우에 메디케이드(Medicaid) 급여를 철회하는 벌칙이기 때문이다. 또한 이러한 프로그램 운영은 예산 절감에 큰 도움이 되지 않고, 저소득계층의 건강을 위

협하는 요소로 작용할 수 있다.

Medicaid 제도의 경우, 제도의 혜택을 받기 위해서는 소득 수준 뿐만 아니라 미국시민권자나 등록된 외국인이어야 하는 등 다른 여러 기준들에 적합해야 하는데, 이 기준을 충족하지 않는다는 이유로 대략 60%의 미국인들이 메디케이드의 혜택을 받지 못하고 있다.¹⁴⁾

메디케이드는 연방정부와 주정부가 공동으로 운영하는 프로그램으로 연방정부의 부담비율은 관리비용의 50%와 각 주 거주자들의 소득을 감안하여 결정된 비율에 따라 50%에서 83%까지 지원규모가 결정된다. 예외적으로 연방정부가 주정부의 메디케이드 관리운영비의 50%를 보조하는 경우도 있다. 각 주 별로 평균 16.8%의 주정부예산을 사용하고 있는데, 2008년 기준으로 메디케이드는 4900만 명에게 의료 혜택을 주고 있고 이 숫자는 점점 늘어나 연방정부와 주정부예산에 부담이 되고 있다. 그리하여 대부분의 주에서 메디케이드의 비용을 보험회사에 매달 일정금액씩 제공하는 대신 보험회사에서 메디케이드 수혜자에게 보험을 제공하도록 하고 있다.

2008년 11월 25일에 메디케이드에 관한 새로운 지침이 만들어졌는데 주로 하역금 메디케이드 수혜자들에게 비용을 일부 청구 할 수 있게 하는 것으로 이로 인해 정부의 예산부담은 줄어들 수 있지만 메디케이드 수혜자들의 부담이 늘어나게 되었다.

따라서, 중장기적인 모니터링과 효과 극대화를 위한 방법을 보다 더 구체적으로 모색할 필요가 있을 것이다.

나. Pay-For-Performance (P4P)¹⁵⁾

보건의료에서 Pay for Performance(P4P)는, 측정가능한 성과를 기반으로 한 재정적/비재정적 인센티브로, 의사와 다른 공급자들에게 보상을 해주는 방식이다.

성과의 측정 기준으로 임상에서의 질과 안전(Clinical Quality and Safety), 효율성(Efficiency), 환자의 경험(Patient Experience), 의료정보기술의 채택(Health Information Technology Adoption), 조정된 당뇨 관리(Coordinated Diabetes

14) 김병환 외(2010), 건강보험의 이론과 실제(제 7판), 계축문화사.

15) <http://www.ihf.org/>

Care)등이 있으며, P4P의 후원 프로그램은 전형적으로 정부기관, 사회보험, 고용주(사용자), 보건의료 제공자, 기타 다양한 제휴 등을 포함하게 된다.

Non-compliant 환자나 다양한 건강문제를 가진 환자에 대한 회피, 의료 불균형 등의 잠재적으로 의도하지 않은 결과가 초래되는 것에 대한 우려가 높아지고 있으나 아직 이러한 우려에 대한 정확한 증거들은 보고되지 않고 있다. P4P 프로그램이 가장 활발하게 도입되어 운영 중인 캘리포니아 프로그램의 주요 내용은 아래와 같다.

□ California P4P

1) 캘리포니아 P4P의 주요 내용

1990년대 후반동안, 비용이 포함된 진료방식에 대한 반발이 있었다. 이러한 움직임은 의사, 사용자, 소비자, 그리고 조정자들에게도 영향을 미쳤고, 일부 캘리포니아의 건강보험에서는 전통적인 인센티브를 보너스에 기반을 둔 질적 변화로 대체하기 시작하였다. 그리고 의사들과 높은 성과를 내는 집단을 비교한 Report Cards¹⁶⁾도 출판되기 시작했다. 이후 2000년 7월, IHA(Integrated Healthcare Association; 통합보건협회) 산하의 건강보험 이해관계자들은 주 전체에 걸쳐 임상적 질(Clinical Quality), 환자의 경험(Patient Experience), 정보기술의 이용, 공급자의 성과 측정 및 향상을 위한 노력을 측정하기 시작하였다.

□ 5가지의 측정영역¹⁷⁾

－ 임상적 질

- 예방 : 유방암, 자궁경부암, 대장암 검진, 클라미디아 검진, 아동기 및 청소년 예방접종
- 급성질환 : 상기도 감염, 기관지염, 인두염, 허리 아래 통증(Low Back

16) 소비자들의 정보에 대한 요구로, 공급자들의 결정, 건강보험, 사용자들과의 제휴, 정부기관들은 비용과 치료성과의 질을 공개하고 있음. 공개발표는 평판(Reputation)에 영향을 미치므로, 공급자 의 행동을 변화시킬 수 있음.

17) http://www.iha.org/pdfs_documents/p4p_california/P4PFactSheet%20_September2010.pdf

Pain)

- 만성질환 : 천식, 당뇨, 심혈관질환
- 환자의 경험
 - 환자가 의료집단 내에서 의사나 다른 공급자들로부터 받은 케어의 양에 대한 측정을 말한다(예: 의사와의 커뮤니케이션, 적절한 시기의 진료, 전문가적 접근, 전반적인 치료평가 등)
- 정보화된 기술 체계
 - 정보화된 기술을 이용한 체계적인 진료를 위해 노력하는 의사들에 대한 성과를 측정하고 보상
- 조정된 당뇨 관리
 - 임상적 발전을 위해 당뇨 진료에 대한 과정을 재설계하고 포괄적이고 조화된 접근을 촉진하는 데 중점을 둔다. 이 영역에서는 등록된 환자를 대상으로 진료를 실시하는 의사 개인별로, 당뇨와 관련된 모든 과정과 결과를 측정
- 자원의 이용
 - 보건의료비용과 건강보험료의 증가에 따라, 2009년 IHA는 P4P 프로그램의 측정에서 자원의 이용부분을 추가시켰다. 이러한 측정영역으로는 재입원환자, 입원 환자 현황, 외래환자 현황, 응급환자, 처방 등이 있는데, 이들은 P4P의 질 측정에서 자원 이용에 대한 추가정보를 제공해주기도 한다 (특정 기간 동안 특정 환자 인구를 치료하는 데 사용되는 총 자원뿐만 아니라, 특정 분야의 자원 활용도 등에 대한 의사들의 성과에 대한 포괄적인 평가를 제공하고, 의료비용 가치를 평가할 수 있도록 해 줄 것이다).

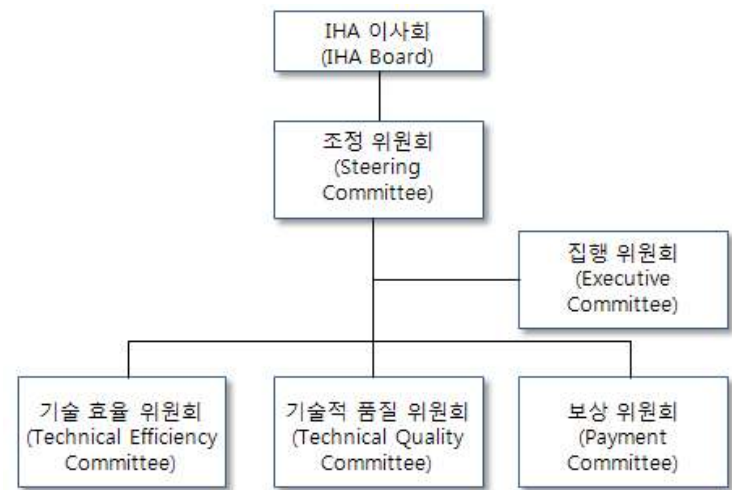
이와 같이 운영되던 초기 P4P 프로그램은 이후 행동과 발전 면에서 중요한 의미가 있는 인센티브는 포함되어있지 않아 변화하는 과정을 거치게 되며 이를 위해 3가지의 목표가 설정되었다. 첫째, 국가적 표준이나 의료실천을 기반으로 한 측정단서들로부터 의사들의 성과를 측정하도록 하는 주 전체적인(Statewide) 초기 모델을

만들어낸다. 둘째, 건강보험에서 성과를 기반으로 한 의료조직에 대한 인센티브 방식을 개발한다. 셋째, 신뢰할 수 있는 공개 발표를 위한 표본 크기를 증가시키기 위해 노력한다.

계획단계와 초기모델에 대한 실제 측정설계는 2001년 후반에 완성되었고, California Health Care Foundation(CHDF)에 의한 기금설립과 리더십은 프로그램의 탄생과 운영에 중요하게 기여하였다. 그리고 질적 성과의 측정과 단일한 Public Report Card의 형식을 채택하기 위해 캘리포니아의 주요 건강보험으로 의사들을 모으는 과정도 있었다. 합의 후, Aetna, Blue Cross of California, Blue Shield of California, CIGNA Health Care of California, Health Net, and PacifiCare (현재의 United Health Care)의 6개의 건강보험이 승인되었다. 이 그룹은 이후에 Western Health Advantage와 Kaiser Permanente (Public Reporting Only)에 합류하였다.

IHA의 P4P 프로그램 하에서, 측정의 결과는 의사들에게 보건의료 인센티브 지급, 의사들의 성과에 대한 공개 발표, 상 수여자의 결정의 3가지 목적으로 이용된다.

[그림 4-2] 조직도



〈표 4-14〉 역할 및 책임

부서 명칭	역할 및 책임
IHA Board of Directors(이사회)	조직적인 관리와 감시
P4P Steering Committee(운영위원회)	전략과 정책의 결정
P4P Executive Committee(집행위원회)	전체적인 프로그램의 방향 설정
P4P Technical Quality Committee (기술품질위원회)	임상, 환자의 경험, 체계에 대한 측정개발
P4P Technical Efficiency Committee (기술효율성위원회)	측정에 대한 효율성 개발
P4P Payment Committee(결제위원회)	비용방식에 대한 제안
IHA Staff	정부 보조 및 프로젝트 관리
NCQA (IHA 하부기관)	자료수집, 종합, 기술지원
Thomson Reuters	효율성 측정

〔그림 4-3〕 P4P 측정전개과정



초기 IHA P4P 측정도구는 위에서 기술된바와 같이 3개의 카테고리(임상적 질, 환자의 경험, 의료정보기술(HIT : Health Information Technology)의 채택)로 분류되었다. 그러나 HIT 영역에서 2007년에는 IT사용체계, 2008년에는 당뇨치료, 2009년 적절한 자원의 사용이 추가됨으로써, 현재는 총 5개 항목으로 구성되어 있다. 그리고, 일부 기존의 측정도구들은 65세 이상의 메디케어 대상의 노인들을 위한 새로운 영역을 개발하는데 이용되기도 하는데, 이들은 의사들의 보상지급에는 영향을 미치지 않고, 단지 공개적으로 발표하기 위한 목적으로만 존재한다.

측정기준으로서 이 영역에 대한 평가는 해마다 다듬어지고, 더해지고, 삭제됨으로서 역동적인 특징을 보인다. IHA에서의 P4P 측정도구는 평가에 근거하고, 캘리포니아의 소비자들과 관련된 측정기준으로 설계된다. 해마다 측정의 수는 빠르게 증가하고 있으며, 측정도구는 더 정교해지고 있다(표 4-15 참조).

〈표 4-15〉 California P4P 측정 평가 (25개에서 67개로 증가)

측정 영역	2003	2009
임상적 예방	8	14
임상적 만성	3	5
급성	0	4
환자의 경험	6	9
정보 기술 (IT)	8	11
체계성	0	7
조정된 당뇨 관리	0	11
효율성/자원 사용	0	6
총합	25	67

2) P4P 프로그램의 성과¹⁸⁾

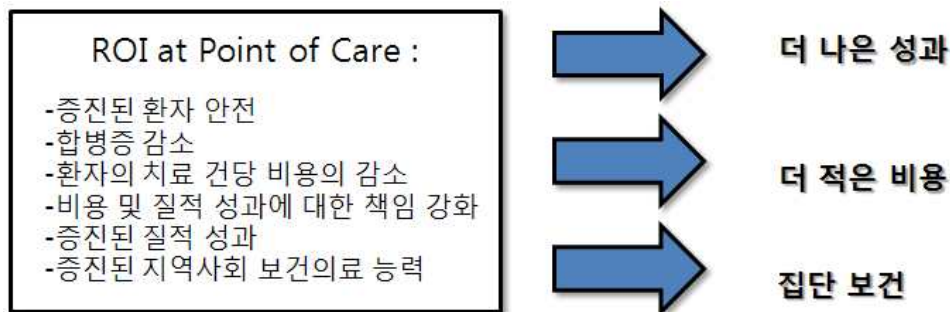
캘리포니아의 P4P 프로그램 도입목적은 질 평가를 통한 인센티브를 통해 재정절감에 기여하려는 의도가 있었다. 프로그램 도입은 건강의 질을 향상시키는 데 도움을 준 것으로 분석되고 있다. 2008년 캘리포니아의 8개 지역에서 임상, 환자의 경험, 정보이용기술, 당뇨병 관리의 4가지 영역에 대한 성과점수를 비교 발표하였는데, 전체적인 향상 부문에서는 성과에서 상당한 지역별 편차가 있었고(특히 임상의 질에서) 의사들의 정보기술의 사용은 더 개선된 임상의 질과 관련이 있다는 결과가 나타났다. 그러나 질 평가를 통한 인센티브 제공을 통해 재정을 효율적으로 관리하려던 정책은 실패한 것으로 평가 받고 있다.

현재 California P4P는 경제 하락과 잠재적인 보건개혁의 기점에서 불확실한 상황에 놓여있다. 따라서 미래의 P4P 프로그램이 보완 및 재설계되어야 하는데, 먼저 비용과 질을 경제성 및 새로운 경제상황에 접근 가능하도록 통합하는데 중점을 두고 개혁을 추진하고 있다. 이러한 문제점을 타파하기 위해 민간보험회사와 주정부는 각각 질 평가를 통한 인센티브제공을 통해 재정절감에 기여할 수 있는 새로운 대안을 추진하고 있다. 그 2가지 대안은 유사한 내용으로서 주 정부에서는 ACO(Accountable Care Organizations)와 민간보험회사에서는 PCMH(Primary Care Medical Home)라는 이름하에 운영되고 있다. ¹⁹⁾

18) http://www.iha.org/pdfs_documents/related_resources/P4P%202008%20Results_Report.pdf

기존의 California P4P에서 지적된 비용절감 실패의 문제를 보완하기 위해 중앙 정부 차원에서 고안된 제도이다. 보건의료에서 케어의 질은 향상시키되 프로그램에 대한 지출은 감소시키기 위한 목적으로 2010년 Protection and Affordable Care 법 내에서 만들어진 제도이다. 이 법은 또한 2012년 1월까지 CMS가 책임 진료기관들(ACOs; Accountable Care Organizations)을 위한 자발적인 프로그램을 만들도록 하고 있으며 이 기관들은 CMS에서의 중심으로, 증가하고 있는 만성질환을 가진 미국인들에게 비용 효과적 의료서비스 제공을 할 수 있는 잠재적 능력이 있는 기관들로 구성되어있다. 2011년-2019년의 소요비용으로 약 100억 달러를 추산하고, 이후의 10년 동안에도 같은 액수가 들 것으로 예상된다. ACO를 통해 추구하려는 정책목표를 요약하면 아래 [그림 4-4]와 같다.

〔그림 4-4〕 ACO를 통해 추구하려는 정책의 목표



라. PCMH(Primary Care Medical Home)

CMS와 마찬가지로 진료의 질 향상 대비 증가하는 의료비용 문제를 보완하기 위해 BlueCross BlueShield 협회에서 만들어진 제도로 민간협회라는 점이 CMS와의

19) 프로그램 모두 Integrated Health Care의 일종으로 볼 수 있으며 "Return on Investment from Innovation" 아래 추진 중임. 차이점은 PCMH가 Primary care 의사들로 구성된 반면에 ACO는 전문의도 포함됨.

차이점이다. 또 특이한 점이라면 CareFirst에서는 전자의무기록에서의 별도의 투자나 추가적 고용, 위험 떠안기, 일차의료 의사의 위험 감수, NCQA(National Committee for Quality Assurance ; 미국 의료보험품질보장위원회) 자격을 요구하지 않는다는 것이다.

프로그램의 인센티브는 참여 인센티브(Participation Incentive), 치료 계획 인센티브(Care Plan Incentive), 결과 보상 인센티브(Outcome Award Incentive)의 3가지 종류가 있다. 참여 인센티브에서는 등록 시마다 12% 포인트의 요금 기준표가 증가하게 된다. 그리고 치료 계획 인센티브는 치료계획 개발 및 추적에 대한 새로운 요금을 의미하고, 결과 보상 인센티브는 의료서비스 및 의약품 공급에서의 질적인 면의 효율성을 기초로 지급하는 의미 있는 보상을 말한다.

이 프로그램에서는 질병의 중증도에 따라, 표적 집단을 5단계로 나누고 질병 부담 평가 점수(Illness Burden Score)의 기준 범위를 설정해 놓았는데, 중증도가 높아질수록 더 높은 Percent 비용의 가중치를 부과하였다. 한 편, 케어의 질을 측정하는 포인트를 중점 영역별로 나누어 아래와 같이 점수별로 분류하였다.

〈표 4-16〉 케어의 질 측정 영역

포인트	중점 영역
30 포인트	참여의 정도
20 포인트	이용의 적절함
20 포인트	예방적 검사
20 포인트	환자 접근
10 포인트	구조적 기능

마. 고용주 인센티브

□ 도입배경²⁰⁾

James C. Capretta(2008)는 인센티브의 필요성을 역설함과 동시에 케어에 대한 접근은 수입이 아닌, 보건의료에서의 필요를 기반으로 하여 공평하게 이루어져야 한

20) <http://www.thenewatlantis.com/blog/diagnosis/financial-incentives-and-health-care>

다고 주장한다. 가장 큰 문제로 고용주가 보험료를 근로자에게 지급할 때, 지급액이 얼마이든 그 금액은 근로자에게 수입으로 계산되지 않는다는 점이다. 이러한 점을 간안 2010년 3월 10일, 소규모 사업장의 고용주(25명 미만의 근로자 + 근로자의 평균임금 5만 달러 이하)들이 근로자들에게 건강보험을 제공할 수 있도록 세액을 공제하는 보건의료개혁 법안이 제정되었다. 2010년부터 2013년까지, 모든 자격기준의 영세 사업장의 고용주는 근로자들이 의료보험에서 세금을 공제받을 수 있도록 최소 50%의 프리미엄을 지급하게 된다. 비영리법인의 고용주는 그들이 근로자에게 지급하거나 원천징수할 세금의 25%까지 공제를 받게 된다. 그리고 근로자는 원천 징수액의 전액을 공제받는다. 영리법인의 고용주는 35%까지 근로자들의 건강보험을 위해 소득공제를 받는다.

제3절 독일

1. 보건의료체계

가. 개관

독일은 이미 1883년 의료보험제도를 도입하였으며, 순차적으로 1884년에 산재보험, 1889년에 연금보험 그리고 1891년에 실업보험을 도입하여 4대 사회보험을 완성하였고, 1995년에 장기요양보험을 시행하여 명실공히 사회보장 국가로 틀을 갖추었다.

비스마르크방식의 사회보험방식은 전 국민을 대상으로 보험료를 납부하고, 그에 상응하는 지불방식을 활용하고 있다. 관리운영은 자율적이고 독립적인 자치운영권이 부여되어 있으며, 다보험자 방식으로 운영되고 있고, 정부는 주요한 규제자 또는 감독자로 기능하고 있다.

독일 건강보험의 대상은 전 국민으로 하고 있지만 일정한 제한이 있다. 우선 소득 상한이상자는 강제가입을 하지 않아도 된다. 월 4,050유로이상 소득자는 강제가입이 면제된다. 연금수혜자와 실업자 그리고 학생, 농민은 강제가입이며, 자영업자와 소득 상한이상의 근로자는 공적보험과 사적보험의 선택이 가능하게 된다. 더불어 가입자의

소득이 없는 배우자와 자녀는 부양가족으로 보험료 납부 없이 급여대상자가 된다.

보험료는 소득기준에 따라 개별 보험자별로 각기 달리 부과되었으나, 2008년 전국 단일의 보험료율을 적용하고 있다. 14.0%의 보험료율을 적용하되 피용자인 근로자는 0.9%의 추가보험료율이 적용되고 있다.

가입자 가입 유형을 살펴보면, 법정건강보험 가입현황은 2008년 기준 독일 전체 인구 약 8,221만 명(가입자 5,074만 명, 피부양자 3,147만 명) 기준으로 87.7%인 7,209만 명이 가입하고 있으며, 민영보험은 9.7%인 약 797만 명이 가입하고 있다. 공무원 등 특정인 보험은 1.1% 약 90만 명이 가입하고 있으며, 미가입자는 0.2%, 16만에 해당된다.

〈표 4-17〉 가입자 현황

구 분	가입자 현황 (명, 2007)	비율	재정지출현황 (십억유로)	비율
AOK(지역)	17,848,957	35.2%	55.5	38.45%
BKK(직장)	9,843,946	19.4%	24.8	17.19%
IKK(수공업자)	4,050,749	8.0%	9.1	6.31%
EAR(사무직노동자)	1,192,421	2.3%	3.0	2.09%
EAN(생산직노동자)	15,972,674	31.5%	45.0	31.21%
기 타	1,834,357	3.6%	6.8	4.74%
합 계	50,743,104	100.00%	144.2	100.0%

2007년 기준 재정규모는 1억 4,420만유로(한화 230조원)규모이며, 이중 약 12%인 146억 유로(한화 26조원) 규모가 재정공동사업으로 사용되고 있다. 물론 2009년부터 생성된 건강기금 등의 운영으로 총 재정의 90%까지 공동사업 재정으로 운용하여 사실상 통합재정을 운용하고 있다고 보는 것이 타당하다.

2010년 1월 현재 법적 보험자수는 169개로 전 국민의 90%가 가입하고 있는 것으로 파악되었다. 앞서 언급한 건강기금을 제외한 재정에 대해서는 보험자간 경쟁요소가 강화되어 질과 효율을 높이고자 노력하고 있다. 다만 급여서비스는 보험자 모두 동일한 조건이다.

나. 보험급여 서비스

독일 다보험자는 모두 포괄적 급여 패키지를 적용하고 있으며, 현물급여를 원칙으로 하고 있다. 입원, 외래, 약국으로 구분할 수 있으며 공급자를 자율적으로 선택하여 진료를 받을 수 있다.

보험급여의 제공은 보험자와 공급자간 계약으로 통제하며 집단적 그리고 선택적으로 보험자와 공급자를 선택, 규제하고 있다. 본인부담금은 비교적 완만하게 부담하고 있고, 높은 보장성 수준을 보여주고 있다.

〈표 4-18〉 급여 종류 및 금액 비율

유형	현물급여	현금급여
비율	95%	5%
대상	· 진단 및 치료 등, 입원, 투약, 출산, 치과치료, 보철, 검진, 예방, 재활, 보장구, 가정간호, 이송	· 상병수당(6주), · 출산수당

〈표 4-19〉 법정급여 현황(금액 및 비율, 2007년 기준)

구 분	금액	비율	전년대비 증감율
병 원	49,241	33.9%	1.26%
의 원	24,832	17.1%	4.10%
치과 및 보철	10,716	7.4%	4.07%
약제비	27,759	19.1%	7.29%
치료재 및 보조재	8,655	6.0%	4.41%
상병수당	6,012	4.1%	5.63%
재활, 이동, 재가요양, 예방 등	10,043	6.9%	18.39%
관리운영비	8,132	5.6%	0.89%
합 계	145,390	100.0%	

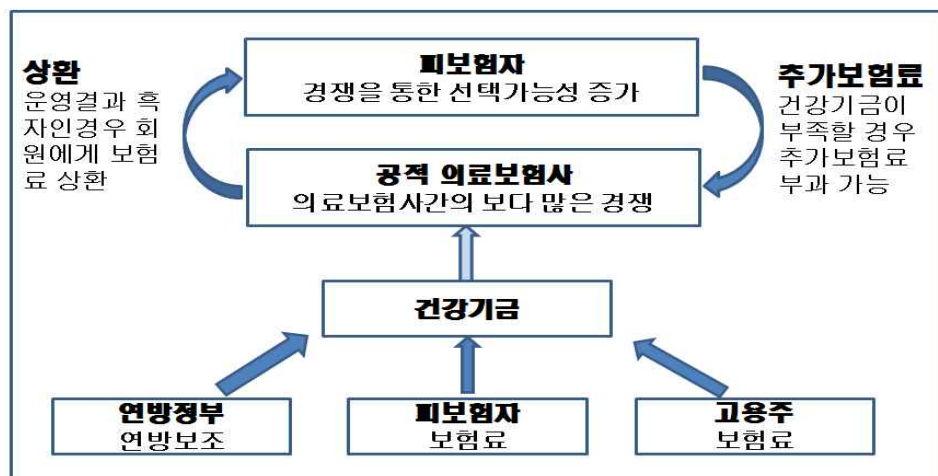
GDP 대비 국민의료비 지출 비중은 2007년 기준 독일이 10.4%이고, 한국이 6.8%이며, OECD 평균은 8.9%에 이르고 있다. 전체 국민의료비 중 공공지출 비중은 76.7%로 매우 높은 편이다.

다. 재원조성 및 건강기금 운용

보험료와 일부 국고보조 그리고 본인부담으로 재원이 조성되고 운영된다. 물론 민간보험 영역도 한 축을 담당하고 있다. 2009년부터 동일 보험료율을 적용하고 있으며, 14.9%의 보험료율 중에서 0.9%는 피보험자가 추가 부담하는 보험료이며, 재정난을 이유로 2011년에는 추가보험료를 정액으로 징수할 수 있도록 법령을 개정하였다(독일연방보건부, 2010). 따라서 수입은 적어도 예방비용의 95%를 충당하여야 하며 이를 위협받으면 보험료율을 조정 또는 인상할 수 있다. 정부는 일반조세에서 추가보험료에 대하여 보조해줄 수 있으나, 일정액 이외에는 보험자가 개별적으로 충당하도록 하여 보험자가 경영을 소홀히 하여 재정 적자가 발생하고 이를 피보험자로 하여금 부담하도록 할 경우에 피보험자는 다른 보험자를 선택할 수 있도록 하여 보험자간 경쟁을 강화하고 있다.

2012년 세금으로 보조할 공공재원은 약 140억 유로이다. 신설된 독일의 건강기금은 재정의 투명성 및 확인가능성을 보장하고, 위험분산의 극대화를 목적으로 한다.

[그림 4-5] 건강기금 운영 현황



건강기금의 위험조정배당액이 부족한 경우, 보험사는 추가보험료를 부과 할 수 있다. 피보험자 수입의 1%, 월 최대 8유로 까지 피보험자 수입의 심사 없이 부과 가능하다. 월 상한액을 초과 시 피보험자의 수입심사가 필요하며, 부과 시 기초생활수급자 및 생활보조지원대상자(한국의 의료수급권자 해당)에 대한 추가보험료는 지자체가 부담하도록 되어 있다. 하지만, 일정액 이상 추가금액에 대해서는 질병금고

가 보험료를 인상하게 되며, 가입자는 추가보험료에 대해 부담이 될 경우 다른 보험자를 선택할 수 있도록 하여 보험자, 질병 금고 간 경쟁을 강화하고 있다.

※ 공적 질병보험료의 변화

- 2008.12.31까지 : 11.3~16.0% 보험료율을 170여개의 보험자들이 적용.
- 2009.1.1 ~ 6.30 : 1883년 이래 처음으로 일률적인 보험료를 적용, 15.5%.
 - 고용주: 7.3%, 피보험자: 7.3%+ 0.9% = 8.2% 고용주 부담 배려/일자리 보장.
- 2009.7.1 ~ 현재 : 일률적인 보험료 적용 6개월 후 경제침체로 보험료를 인하↓.
 - 15.5% → 14.9% : 고용주: 7%, 피보험자: 7%+ 0.9% = 7.9%.
- 2011.1.1부터 : 현재의 14.9%에서 경제위기 전 수준인 15.5%로 인상↑.

※ 추가보험료 발전 추이

- 2008.7.1: 보험자 별로 부과할 수 있는 추가보험료 제도 도입.
 - 피보험자 소득의 1%, 월 최대 8유로 까지 피보험자 수입의 심사 없이 부과 가능.
 - 초과 시 피보험자의 소득심사가 필요하며, 부과 시 기초생활 수급자 및 생활보조지원대상자(한국의 의료수급권자 해당)에 대한 추가보험료는 지자체가 부담.
 - 보험자 사전통보의무: 추가보험료 부과 시 사전에 피보험자에게 통보, 피보험자는 추가보험료가 없거나 더 적게 부과하는 보험자로 변경 할 권리가 있음.

※ 현 제도에서 질병금고간의 경쟁

- 추가보험료 미 징수.
- 운영결과에 따라 피보험자에게 운영흑자를 프리미엄 형태로 상환.
 - 예) 분기별 25유로, 또는 월 8유로 등 지급.
- 각 보험사의 추가보험료 부과, 상환프리미엄, 추가급여내용 현황 등에 대한 목록은 인터넷에 공개되어 있음 ... 비교가능.
- 저렴한 의약품 제공을 통한 약제비 절감 : 각 질병금고는 개별적으로 의약품 생산업체와 약가협상가능, 이런 경우 약사는 보험자와 협약한 약을 우선 제공해야 함.

라. 지불제도 및 의료공급체계

현행 독일의 의료 시스템의 과제는 인구 고령화에 따른 요양필요성이 증가하는 반면 감소하는 수입을 어떻게 보전할 것인가에 있다. 또한 복합적인 질환에 대한 양질의 케어 제공을 위한 방안을 모색하고 있다. 또한, 의학학적 혁신을 통한 공급체계의 대응 역시 중요한 과제로 보여진다.

더불어 급여제공의 질과 효과 및 효율성 개선을 위한 노력 역시 중요한 개선과제로 제시되고 있다. 만성질환에 초점을 두고, 분산된 케어의 분절적 서비스를 극복

하여 통합 조정할 수 있도록 하는 통합케어가 대두되고 있는 것이다. 또한 공급 및 지불제도에 대한 이해당사자 간 갈등과 조정이 필요한 것으로 분석되고 있다.

마. 개혁동향

독일의 보건의료 개혁방향은 모든 국민을 포괄하는 제도로서 보건의료서비스의 질은 높은 수준으로 보장되어야 함을 강조하고 있다. 또한 필요한 곳에 적정 비용이 제공되어야 함도 강조하여 재정의 지속가능성을 강조하고 있다.

주요 개혁내용은 "4개의 개혁을 하나로" 라는 취지하에 전 국민 의료보험을 확고히 하고, 의료서비스를 개선하며, 공보험 및 사보험의 현대화와 건강기금을 신설하여 통합재정의 위험분산을 극대화하고 있다. 전 국민 건강보험 확고히는 약 20만명에 이르는 미가입자에 대한 의료보장의 강화를 목적으로 한다. 이들에 대한 지자체의 부담가중을 극복하려는 것도 또 하나의 목적이 되고 있다.

의료서비스는 이번 개혁으로 급여를 제한하는 것이 아니라 그 반대로 필요한 곳에 적극적으로 확대 하는 것을 의미한다. 암이나 에이즈 등 특수 중증 질환의 환자에게는 앞으로 일반 병원에서도 외래급여가 가능하도록 하여 최상의 치료를 제공하도록 하였다. 또한 가정에서도 존엄성을 갖춘 죽음을 보장하기 위해 중증의 환자에 대한 가정간호 호스피스 보장, 어린이 호스피스 또한 재정적인 부담을 덜어주도록 하였다. 이 밖에도 예방접종, 휴양 그리고 가정간호 및 재활치료 등의 확대를 통해 서비스 다양화 및 강화를 추구하고 있다.

공보험 및 사보험의 현대화부분에서는 피보험자의 보험사 선택권 강화로 경쟁을 추구하고, 기본보험료 외 추가 보험 상품에 대한 선택이 가능하도록 하여 개별적인 욕구에 맞춘 추가급여가 보장되도록 하였다. 더불어 개별 보험자인 질병금고의 통폐합을 허용하여 직종별로 구분된 보험자의 M&A를 허용하였다.

2. 인센티브제도 운영현황

가. 건강인식 행동을 위한 인센티브

□ 도입배경

1989년 치과진료에서 정기적인 검진자에게 본인부담을 낮추려는 의도에서 인센티브제도를 도입하였고, 이후 많은 인센티브 방안이 소개되었다. 공적보험에 인센티브제도를 도입하는 것에 대해 찬반이 있으나 영국을 비롯한 국가들에서 독일의 경험을 주시하고 있다.

독일 건강보험의 인센티브 제도의 목적은 크게 세 가지이다. 첫째, 독일은 만성질환자가 증가하고 있으며, 비록 사회적 요인들이 건강에 미치는 역할이 크다고 하지만, 개인의 삶의 행태가 이러한 환경적 요인을 극복하고 건강을 증진시킬 수 있다고 믿는 것이다. 따라서 개인 행태에 초점을 두어 건강을 향상시키기 위한 노력에 집중하고 있다.

둘째, 서비스 효율화 극대화인데, 개인행태는 보건의료체계의 효율적인 운영을 위해 중요한 함의를 갖고 있다. 즉, 자원 활용의 극대화를 추구하도록 하는 인센티브를 제공하는 것을 의미한다.

셋째, 질병 조합 간 경쟁의 강화이다. 독일의 질병금고는 200여개로 구성되어 있으며, 가입자는 질병금고를 선택할 자유를 갖고 있다. 즉, 인센티브 프로그램의 제공은 가입자를 남게 하거나 유인하는 수단으로 작동하고 있다. 현재 이용되고 있는 인센티브 제도는 위의 세 가지 목적을 모두 충족하는 것도 있으나 1~2가지의 목적에 부합한 경우가 많다.

독일 질병금고가 제공하는 인센티브는 사회보장법(Sozialgeszbuch V) 제 5장 제 65조a '건강인식 행동을 위한 인센티브'에 기반하며, 자세한 사항은 아래 내용과 같다.

① 건강 인식 행위를 위한 인센티브(65조)

질병금고는 건강증진, 예방, 검진 프로그램에 참여할 경우 “보너스”를 제공할 수 있다. 보너스 기금은 질병금고 보험료가 아닌 증진, 검진, 예방 프로그램 참여를 통해 발생한 수익을 통해 조성된다. 각 금고는 적어도 매 3년마다 프로그램 운영실적을 통해 적립된 기금계정을 보고해야 한다. 그리고 기금이 조성된 이후에 보너스 지급이 가능하다.

② 치과 정기 검사 순응을 위한 인센티브(55조 및 56조)

질병금고는 필수 치과진료 비용의 50%를 부담하고 있으며, 가입자는 나머지 반을 부담하고 있다. 만약 가입자 중 성인이 지난 5년이상 연간 치과검진 프로그램에 참여하면, 질병금고는 최대 20%까지 더 부담한다. 또한 지난 10년간 검진 프로그램에 지속하여 참여하였다면 금고 추가 부담률은 30%까지 가능하다. 단, 18세 미만 미성년일 경우는 2년에 한 번씩 참여할 경우로 조건을 달리한다.

③ 만성질환자의 조기검진 및 진료를 위한 인센티브(62조)

만성질환자나 암 질환자가 예방 및 조기검진에 참여할 경우 역시 본인부담이 감면된다. 차궁정부, 대장 그리고 유방암에 대한 상담과정에 참여한 후 동일 질병이 발병한 경우 현행 개인 연 소득의 2%까지 부담하도록 되어 있는 본인부담 상한액을 개인의 연소득 1%까지 감면받을 수 있다²¹⁾. 이러한 인센티브 프로그램은 다른 암 질환에도 적용할 계획이다.

④ 보건의료 자원의 활용의 최소화를 위한 인센티브(53조)

질병금고는 가입자가 지출을 절감할 수 있거나 유병율을 감소시킬 수 있는 프로그램에 참여할 경우 보험료와 본인부담 중 선택하여 감면시킬 수 있다. 즉, 특정질병 관리프로그램이나 보건의료 서비스 이용을 최소화할 수 있는 프로그램의 참여를 의미한다.

또한, 질병금고는 병원을 연간 한 번도 이용하지 않은 경우에 no-claim bonus를 제공할 수 있으며, 최대 연간 개인 보험료의 20%까지 감면시킬 수 있으며, 금액으로는 600유로까지가 상한액이다.²²⁾

구체적으로 기술하는 것은 독일 질병금고 중 가장 큰 부류에 속하는 Barmer Ersatzkasse 금고(조합원 680만 명, 전체 인구의 10% 가입)의 프로그램을 중심으로 인센티브 제도를 구체적으로 소개하고자 한다.

1) Barmer 질병금고의 치과 검진을 위한 인센티브

현행 독일 질병금고는 필수 치과 재건 비용에 50%를 부담하고 있다. 만약 질병

21) 물론 현재 모든 만성질환자의 경우 조건에 상관없이 연간 개인소득의 1%를 본인부담 상한으로 하고 있음.

22) 하지만 다른 인센티브 프로그램과 연계될 경우에는 상한액을 초과할 수 있음.

금고 가입자인 성인이 5년 이상 매년 검진에 참여할 경우 역시 최대 20%까지 질병 금고가 비용을 부담한다.²³⁾ 10년간 지속적으로 참여할 경우 최대 30%까지 금고가 부담을 하게 되며, Barmer 조합의 경우는 참여자에게 부클릿(Booklet)을 송부하고 치과의사로부터 사인을 받도록 하고 치과 진료 시 이를 제출하면 본인부담을 경감해주는 방식을 채택하고 있다. 실제 부클릿을 가지고 있는 사람의 경우 검진에 참여할 비율이 부클릿을 가지고 있지 않은 사람의 경우보다 약 8.2배가 더 높은 것으로 나타났다.(오즈비 8.2, 95% 신뢰 구간 6.3~10.6)

2) Barmer 질병금고의 건강인식 행위를 위한 인센티브

건강증진, 예방, 검진 프로그램에 참여한 가입자를 위해 보너스를 제공할 수 있다. 보너스는 현금, 보험료 감면, 현물(운동 도구 등)이 있다. 보너스 제공을 위한 재원은 프로그램 참여를 통해 얻어진 기금이며, 보험료에서는 충당할 수 없다. 각 질병 금고는 관계당국에 재원조성에 대해 적어도 매 3년마다 보고하도록 되어 있다.

Barmer 질병금고는 만성질환 검진 및 면역증강 같은 법령에 근거하여 17개의 각기 다른 행위에 보너스 포인트를 제공하고 있다. 참여자는 당국이 지정한 권위자(의사나 프로그램 진행자)로부터 해당 크레딧 포인트를 얻기 위해 노력한다. 누구든 2년간 500포인트 또는 그 이상의 포인트를 얻을 경우 이를 특정 현물이나 현금으로 교환할 수 있다. 현물 보너스로는 가방, 사이클, 헬멧, 주방용 그릇, 스포츠 시계 등이 있으며, 짧은 휴가의 비용으로 충당할 수 있다. 가족의 경우 이러한 보너스를 통합하여 물건을 구매할 수 있다. 예를 들어 닌텐도 WiiFit 콘솔(게임 팩)을 구입(1500포인트)할 수 있다. 대안적으로 현금으로 받을 수도 있다. 개인의 경우 연간 30유로를 교환할 수 있으며, 가족 단위는 120유로까지 가능하다.

최근의 보너스 형태는 공제프로그램(Deductible)도 존재하는데, 앞서 언급한 인센티브 외에 개인이 혈압, 혈당, 콜레스테롤 및 체중감소 목표가 1년 안에 달성될 경우 부가적으로 70유로를 더 받을 수 있다.

23) 18세 미만일 경우 매 6개월마다 검진에 참여할 경우로 조건을 제시함.

〈표 4-20〉 Barmer 보너스 프로그램에서의 중재 및 보상

(단위 : 월, 유로)

중재	보상 점수
35세 이후부터의 만성질환(당뇨, 심혈관 질환, 신장 질환)의 연 검진 및 측정	검진마다 200점
산전관리	임산마다 200점
어린이 건강 검진 ^{주1)}	각 검진마다 200점
금연	150점
영양 교실	150점
남성 암 검사(>45 years) ^{주2)}	200점
여성 암 검사(> 25 years) ^{주3)}	200점
대장암 검사	200점
권장 백신 접종	1년에 100점
공인 운동 교실	프로그램 당 100~150점
허가된 스포츠 클럽에서 활동하는 회원	1년에 150점
공인된 fitness studio에서 활동하는 회원	1년에 150점
독일 스포츠 배지(badge)의 획득	1년에 150점
Germany Moves part I ^{주4)}	100점
헌혈	150점
전문 치과 진료	100점
휴식 교실	100~150점
Germany Moves Part II ^{주4)}	150

주1) 어린이의 출생시부터 사춘기까지 신체적, 정신적 발달의 비정상을 검사하기 위한 건강검진의 종류를 구성하고 있다.

2) 45세 이상의 남성은 피부, 전립선, 고환암 검진의 연간 검진을 받을 수 있는 자격이 된다.

3) 20세 이상의 여성들은 자궁경부암에 대한 연간 검진을 받을 수 있는 자격조건이 된다. 그리고 30세 이상의 여성은 피부암과 유방암 검진을 매년 받을 수 있다. 50~60세의 여성은 격년으로 유방촬영술(Mammography) 검사를 받을 수 있도록 서면으로 권고 받는다.

4) 이러한 보상을 받기 위해, 지구력, 체력 단련, 조정, 강도와 관련된 7가지의 테스트를 통과해야 한다. 그리고 그 결과는 개별 운동프로그램 작성에 이용된다. Germany Moves II 에서의 테스트들은 Germany Moves I보다 더 발전된 것들이다.

Barmer 조합은 보너스 프로그램을 통해 얻을 수 있는 절감 비용 평가에 면역증강, 검진, 예방, 운동 그리고 교육 프로그램에 초점을 두고 있다. 가입자의 10% 이상이 1개 이상의 보너스 프로그램에 참여하고 있다.

실제 코호트 분석에서 70,429명(대조군 동일 인구)을 분석한 결과 연간 순 절감 금액이 참여자 1인당 97.14유로(90% 신뢰구간 10.45유로에서 104.73유로)로 나타났다. 이러한 결과는 다른 질병금고의 사례에서도 동일하게 보고되고 있다.

3) Barmer 질병금고의 보건의료 서비스 이용의 최소화를 위한 인센티브

Barmer 질병금고는 2007년부터 3년 주기를 두고 2가지 제도를 운영하고 있다. 첫째, 가입자가 연간 입원, 외래 이용을 한 번도 하지 않았을 경우 보험료 중 80~200유로를 돌려주는 제도이다. 둘째, 각기 다른 9개의 프로그램이 혼합된 경우 인데 가입자로 하여금 보너스 프로그램에 참여하여 건강을 유지함으로써 1년간 자신이 병에 걸려 소모하게 될지도 모를 보건의료비용의 일부를 리베이트로 받는 제도이다. 비용은 80~500유로이며, 높은 비용을 절감할 것에 동의하면 리베이트 금액이 올라가는 형태이다. 몇몇 프로그램은 모두에게 개방되어있으나, 일부 프로그램은 고소득자에게 한정되기도 한다. 예를 들어, 서비스 이용 금액이 매 10유로이고 상한 금액이 150유로의 경우에는 연간 100유로의 교환 금액에 모두 가입할 수 있다. 하지만, 월 소득이 4000유로 이상인 가입자는 연간 500유로를 환급할 수 있는데, 조건은 2년 동안 첫해에 혹시 발생할 수 있는 병의원 이용금액의 45%를 부담할 수 있고, 이듬해에는 발생할 수 있는 병의원비용의 40%까지 부담할 것을 동의한 경우에 한해서 연간 500유로 환급 프로그램에 참여할 수 있다.

보너스 프로그램이 운영되지만 일정 부분의 보건의료이용에 대한 공제는 이루어지고 있어 의료이용을 완전히 제한하는 것은 아니다. 즉, 기초예방, 검진, 백신접종, 치과 기초검진 등이 여기에 해당된다.

4) 만성질환의 조기검진 및 진료

법령에서 정한 내용을 Barmer 질병금고에서는 지난해에 적용하였고 아직 구체적인 성과 평가가 이루어지지 못하였다.

□ 효과 및 문제점

1) 인센티브 또는 디스인센티브

건강증진을 위한 인센티브 행위는 당근 정책이며, 디스인센티브는 채찍의 형태가 될 수 있다. 현재 독일에서 이용되고 있는 인센티브 프로그램은 좋은 행동을 야기하기 위한 당근 형의 정책이지만 가입자 입장이나 관계자 입장에서는 그 구분이 명확하지는 않다. 예를 들어, 암 질환자 발생 비율은 1%에서 2%로 증가한 반면 예방 프로그램에 참여해서 인센티브 혜택을 얻는 경우는 오히려 감소하기 때문이다.

또한, 이런 인센티브 제도는 새로운 부가적인 인센티브 프로그램 개발을 만들어 낼 수 있으며, 또한 추가 급여를 확대하거나 손해가 발생하는 것을 막을 수 없는 단점이 있다.

2) 형평성 문제

질병금고는 인센티브 프로그램을 통해 고소득자를 남게 하거나 유인하게 된다. 질병금고 입장에서는 고소득자가 많은 보험료를 납부하고 건강을 유지하여 급여비를 적게 쓰기 때문에 경쟁적으로 가산점을 부여하고 있다. 또한 고소득계층이 저소득계층보다 더 많이 예방, 증진, 검진 프로그램에 참여하게 되어 건강 격차는 더욱 발생하게 되어 문제가 야기된다. Braun의 실증분석에 따르면, 15분위로 구분하여 분석한 결과 1분위(11%) 계층보다 15분위(19%) 계층에서 보다 2배 가까이 더 많이 보너스 프로그램에 참여하는 것으로 나타났다.

또 다른 문제는 특정 보너스 프로그램의 경우에는 참여하는데 위험이 없으나(예를 들어, 치과 검진이나 운동 프로그램), 보건의료 자원 이용의 최소화 프로그램처럼 의료이용을 억제할 경우에는 오히려 건강을 악화시킬 수 있다는 부작용이 있다. 또한 저소득계층은 보너스를 받기 위해 필요한 의료서비스를 포기할 수도 있는 문제가 있다.

3) 의사와 환자 간 관계

인센티브 프로그램에서 의사는 가입자나 환자가 프로그램에 참여하였으며, 일정한 성과를 거두었다는 증명을 해야 하기 때문에 새로운 관계가 조성될 수 있다. 즉, 만

성질환의 조기검진 및 진료를 위해 의사는 보다 빨리 병을 진단할 수 있기 때문에 실제 질환을 앓고 있는지 여부에 논란이 있을 수 있다. 또한 정부정책에 반대하는 의사의 경우 정부의 입장에 반대하며, 단지 환자가 치료를 거부한 경우에만 신고할 가능성이 있다.

4) 비용 절감 또는 건강증진

독일의 보너스 프로그램은 비용 절감이 우선이며, 재원 역시 프로그램 운영을 통해 조성하도록 되어있다. 하지만 결과론적 입장에서 비용절감 효과가 긍정적인가에 대해서는 의문이 많다. 즉, 장기적으로 길어진 수명과 좋은 건강은 생애 후반기에 더 악화되거나 치명적인 질병을 유발하여 비용을 상승시킬 수 있기 때문이다.

5) 경쟁과 국민건강

보너스 프로그램의 기능을 강화하기 위한 질병금고 간 경쟁은 국민건강 증진에 부작용을 야기할 수 있다. 현물과 현금 보너스가 가져오는 비용효과성과 건강증진 결과에 대해서 질병금고 간 정보가 공유되고 보다 좋은 보너스 방식이 활용될 것이며, 이는 결국 1가지 방식으로 귀결되어 다원성을 상실하게 되고 가입자의 참여를 저조하게 만들 것이다.

□ 소결

독일의 실험적인 인센티브 정책은 당근과 채찍 같은 형태로 적용되면서 일부 성과를 거두고 있다. 하지만 참여자들의 지속적인 건강 행위를 유지하는 것이 중요하며, 계층 간 인센티브 제도가 만들어 내는 부작용을 최소화하려는 노력이 필요한 것으로 분석된다.

□ 처방인센티브 제도²⁴⁾

1) 도입배경

독일정부는 의약품 비용을 통제하기 위한 목적으로 1977년부터 의료비를 통제하기 위한 법으로부터 시작하여 1989년에 참조 가격제 도입을 통해 본격적으로 의약품 비용통제를 위한 정책을 시작하였다. 또한 1993년 보건의료구조법(Health Care Structure Act)을 통해 처방 예산제를 실시하여 의사 처방에 대한 재정적 인센티브를 도입하였다. 의료 영역별 예산을 책정하고 의약품 비용에 대해서도 별도의 예산을 두었으며, 예산을 초과할 경우 지역단위의 벌금을 부과하는 제도로써, 이를 통해 보다 적극적인 의약품 비용통제 정책을 펼치게 되었다.

2) 활용방법

가) 처방예산의 설정

- 특정의약품과 특정질병을 위한 의약품을 제외한 나머지 예산을 전년도 처방량(Prescription Volume)을 기준으로 하여 전문과목별로 할당한다. 이를 다시 처방량의 비중에 따라 은퇴자와 비 은퇴자로 보다 세부적으로 나누고, 마지막으로 진료소별 목표예산을 나누게 된다. 이 때, 진료소별 목표예산은 은퇴자/비 은퇴자의 건당 예산에 전체 치료건수(은퇴자/비 은퇴자 각각)를 곱한 값으로 결정된다.

나) 처방에 대한 평가

의사가 과도한 처방을 한다고 여겨질 경우, 먼저 지역의사협회는 해당 의사의 처방이 비효율적인지 검토하게 된다. 이 때 비효율적인 처방으로 판단되면 해당 의사에게 경고 후, 2년간 더 엄격한 관리를 하게 된다. 그러나 정당하지 못한 처방이 지

24) 허순임, 허재현(2008), 외국의 약제 처방 인센티브 제도에 관한 연구, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원

속되고 예산의 15%를 초과하면 벌금이 부과된다.

3) 효과

처방 예산 범위 내로 비용을 제한하려는 노력이 오히려 역효과를 초래할 수 있다. 먼저 가격을 이유로 필수적 의약품의 사용이 저해될 수 있다. 또한 잠재적으로 개인의 의료비용이 증가할 우려가 있다. 비독일 제약 산업협회(The Federal Association Of The German Pharmaceutical Industry)에서 위탁한 조사 보고에 따르면 경제적 이유로 자신의 의사에게서 의약품을 처방받지 않은 환자의 29%가 다른 의사를 방문한 것으로 나타났으며, 19% 이상의 환자들은 의약품을 처방하지 않는 것을 이유로 들어 의사를 바꿀 수 있다고 하였다(Schwermann 외, 2003). 또한 처방예산은 전년도 의약품 지출을 기준으로 책정되기 때문에 예산을 절감하려는 노력에 대한 동기부여 또한 충분하지 않아 비용절감 효과도 크지 않을 수 있다.

처방전 수의 경우, 1991년부터 1996년까지의 독일 외래서비스에서의 1993년의 처방전 수는 지역별 의약품 예산제(Regional Drug Budgets) 도입 후 1991년의 수치보다 낮게 나타났으나, 1994년 이후부터는 처방전의 수가 다시 증가하기 시작하여 1995년에는 처음으로 23개 지역 중 9개 지역에서 지출수준이 예산을 초과하였다(Delnoij와 Brenner, 2000 ; Schwermann 외, 2003).

의사 처방 행태에서도 변화가 일어났다. 지난 10년간 전체 처방 의약품의 수는 일정 수를 유지하거나 1993년 이전에는 증가하다가 예산제도 도입 이후 감소한 것으로 드러났다. 이는 제도 도입 이후 의사들이 효과에 논란이 있는 의약품의 처방은 일정 수준으로 유지하면서, 효과에 논란이 있는 의약품(Drugs With Disputed Effectiveness)의 처방을 지속적으로 감소시켰기 때문인데, 그 결과 1992년부터 2002년까지 10년 간 효과에 대한 논란이 있는 의약품에 대한 법정보험의 지출이 30억 유로가 절감된 것으로 추정되었다.

전문의 진료와 병원 입원으로의 이송 비율(Referral Rate)도 증가했다. 1992년 1월 42%를 보였던 이송비율은 1993년 1월 46.7%로 증가하였고 다른 연구도 유사한 추정치를 보였다(Schoffski & Schulenburg, 1997). 이송비율의 증가는 처방비

용을 절감하려는 의도가 원인인데, 그 결과 전반적으로 생산성이 감소하는 문제점이 우려된다.

□ 모성보호제도

1) 산전 후 휴가수당(Mutterschaftgeld)

독일의 모성보호법(Mutterschutzgesetz) 제3조 제2항 및 제6조 제1항에 의하여 출산 전 6주에서 출산 후 8주(조산 및 쌍둥이 출산이 12주) 동안은 근로금지 기간으로 근로를 해서는 안 되며, 이 기간의 임금을 보전하기 위해 산전후 휴가수당(Mutterschaftgeld)를 지급하고 있다.

〈표 4-21〉 모성보호수당의 재원 및 지급금액

구 분	재원 및 지급금액
법정 의료보험 가입 근로자	우선, 의료보험조합이 근로자의 지난 3개월간 평균 실질수입에 따라 차등지급(일일 최고 13유로) 실질수입이 일일 13유로보다 많을 경우에는 그 차액의 지급을 사용자에게 요구할 수 있음
법정 의료보험 가입 자영업자	의료보험조합이 질병보조금(Krankengeld)에 상응하는 금액을 지급(보호기간 시작 전 순수입의 70%)
실업급여 수급중인 실업자	실업급여 I 수급자는 고용보험기금에서 보호기간 시작 전 받았던 실업급여 금액만큼 수령 실업급여 II 수급자는 연방정부의 재원(일반회계)에서 보호기간 시작 전 받았던 실업급여 금액만큼 수령
사보험 가입자 및 보험에 가입하지 않은 자로서 보호기간 시작당시 근로자인 경우	연방정부(연방보험청)의 부담으로 최고 210유로 지급

자료 : 고용노동부 홈페이지(2008), <http://www.moel.go.kr/>.

2) 육아휴직제도(Elternzeit)

독일의 남녀 근로자는 자녀 양육을 위해 최대 3년까지 육아휴직(Elternzeit)을 신청할 수 있다.

육아휴직으로 감소한 소득에 대해서는 2007.1.1 이후 출생한 자녀에 한해 12개월 동안 순수입 감소 금액의 67%를 지급(최고 1,800유로, 최저 300유로)하는 육아휴

직수당(Elterngeld) 제도를 운영하고 있다.

육아휴직수당제도는 직업을 가진 부모가 경제적 문제 때문에 출산을 꺼리는 것을 막기 위해 도입된 제도로써 연방정부 예산에서 부담한다(연간 약 40억 유로 지출).

2007. 1. 1 이전 출생한 자녀의 양육을 위해 육아휴직을 한 경우 기존 연방육아보조금법(Bundeserziehungsgeldgesetz, 2008.12.31까지 적용)이 계속해서 적용되어, 출산이후 24개월간 육아보조금(Erziehungsgeld)이 지급된다(자녀 당 월300유로).

3) 산전후휴가 미부여시 벌칙조항

- － 사업주는 여성근로자가 출산 전 6주, 출산 후 8주의 기간 동안 근로에 종사하도록 해서는 안 된다(모성보호법 제3조 제2항, 제6조 제1항).
- － 동 규정을 위반하여 여성근로자를 근로에 종사도록 한 사업주에게는 15,000 유로 이하의 과태료(Geldbusse)를 부과한다(모성보호법 제21조 제2항).
- － 동 규정을 고의로 위반하여 근로금지 기간 동안 근로에 종사도록 하고 이로 인해 해당 여성근로자의 노동력 또는 건강에 위해를 강한 경우에는 1년 이하의 징역 또는 벌금형에 처할 수 있다(모성보호법 제21조 제3항).

제4절 네덜란드

1. 보건의료체계

가. 개관

2009년 현재 인구 약 1,653만 명으로 남성이 49.5%이고 여성이 50.5%의 비중을 차지하고 있다. 총 인구 중 65세 이상 노인인구는 2000년 13.6%에서 2006년 14.3% 그리고 2030년에는 25.6%로 예측되고 있다(네덜란드 통계청, 2009).

건강수준을 나타내는 지표로서 영아 사망 비율은 OECD 평균 5.3명보다 낮은 4.9명임(OECD, 2008)이며, 평균수명은 2006년 현재 OECD 평균 78.6세보다 높은 79.4세이다. 주요 사망원인은 남성의 64.0%, 여성의 58.5%가 심혈관계 질환과 암

으로 나타났다.

보건의료 관련 총 지출은 전체 GDP의 9.0%를 차지하고 있다. 이중 공공부문 지출이 차지하는 비중은 62.5%(OECD 평균 72.5%)로 나타났다. 한국 및 OECD 평균과의 비교는 아래 〈표 4-22〉와 같다.

〈표 4-22〉 보건의료 지표의 비교

구 분		네덜란드	OECD	대한민국
건강 상태	평균 수명(년)	79.4	78.6	78.5
	영아사망률(출생1,000명당)	4.9	5.4	5.3
	건강상태 양호생각 비율(%)	77.1	68.6	47.4
의료 행태	주류 소비량(1인당, ℓ)	9.7	9.5	8.1
	흡연인구 비율(%)	31.0	24.3	25.3
	과체중과 비만인구 비율(%)	44.9	47.6	30.5
보건 의료 재원	국민의료비 GDP 대비(%)	9.2	9.0	6.0
	공공지출 비율(%)	62.5	72.5	53.0
	가계지출 비율(%)	7.7	19.3	37.7
	의약품지출 비율(%)	11.5	17.2	27.3
	1인당 국민의료비 지출(\$)	3,094	2759.0	1318.0

네덜란드 보건의료 체계는 매년 그 특성과 모순 해결을 위해 개혁을 시도하여 왔다. 우선, Cutler(2002)의 보건의료 개혁 목표는 첫째, 모든 국민들의 보편적인 의료 서비스에 대한 접근성(Accessibility)을 향상시키고, 둘째, 정부규제를 기반으로 한 비용절감(Cost Containment) 기전을 마련하고, 셋째, 분권화되고 인센티브(Incentive)를 기반으로 한 시장기전을 도입하는 것이었다.

하지만 맹목적인 효과 경쟁(Effective Competition)의 증대 자체가 목적은 아니다. 가입자의 접근가능성(Accessibility)을 높이고, 적정한 부담가능성(Affordability)을 살피며, 의료 서비스의 질(Quality)을 개선하는 것 역시 중요한 개혁의 과제였다.

순차적인 개혁 법안을 보면, 2006년 Health Insurance Act(ZVW) : 보험자 영역 정의(2006), 2005년 Hospital Entry Act(WTZi) : 의료기관 진입·퇴출 기전 마련(2005), Health Care Market Organization Act(WMG), 2006년 네덜란드 보건의료 감독원 설립(2006) 등이 있다.

가장 최근인 2006년 이후 보건의료 개관을 보면 우선 민간보험사에 공보험의 역

할을 부여하여 선택과 경쟁을 강화하였고, 그럼에도 불구하고 공적 강제보험의 기능은 여전히 유지하여 공공성을 보전하였다는 점이 전반적인 특징이다. 개괄적인 보험 체계를 도식화하면 아래 그림과 같다.

[그림 4-6] 네덜란드 건강보험 체계

<div>보충형 건강보험(가입자 선택)</div> <div>제3영역</div>
<div>공보험(전국민 의무가입)</div> <div>제2영역</div>
<div>건강보험(의료비제외, 전국민 의무가입)</div> <div>제1영역</div>

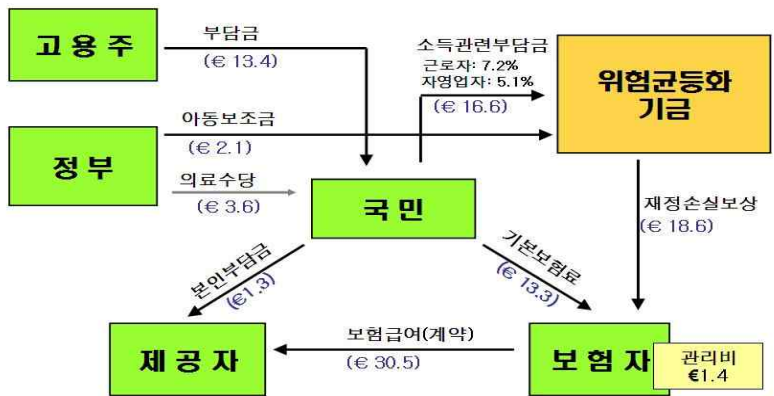
네덜란드 건강보험 시장의 특징은 법적으로 모든 국민이 의무적으로 건강보험에 가입하여야 하고, 모든 국민에게 동일한 건강보험 급여혜택을 제공하도록 정부에서 결정하고, 규제한다는 것이다. 한편, 보험회사는 가입자선택(Risk Selection)을 할 수 없고, 보험료 차등화(Premium Differentiation) 없이 급여서비스 제공하도록 의무화하여 규제된 경쟁(Managed Competition)을 추구하고 있다.

나. 재원조달 방식

2006년 개혁을 통해 2008년부터는 전체 보험료의 50%에 해당하는 재정을 정액 보험료로 가입자가 선택한 민간보험사에 납부한다. 보험사는 일정부분 경영수지에 따라 보험료를 차등화 할 수 있으나 개인적으로 보험료를 차등화할 수는 없다. 나머지 50%는 정률보험료로 납부하는데 이는 소득에 비례해서 부과하고 주정부에서 징수하도록 하여, 재정위험에 공동대처할 수 있는 기전을 마련하였다. 즉, 소득재분배 및 재정이전을 통한 위험분산 기능을 수행하도록 한 것이다. 더불어 실제 위험균등화(Risk Adjustment) 시스템을 강화하여 가입자와 보험자 모두 위험선택(Risk-Selection)으로 인한 경제적 손실을 방지하여 공정한 경쟁이 이루어질 수 있

도록 보완장치를 강화하였다. 위험균등화 프로그램의 취지는 고비용 가입자 선택으로 인한 비용지출에 대한 손실을 보충하고, 보험회사는 위험선택보다는 효율성을 증가시키기 위해 노력하며, 보험회사 간 공정한 경쟁이 가능하도록 하는 것이다. 구체적으로 사전에 가입자의 연령, 성, 소득수준, 거주 지역, 만성질환 등을 고려하여 재정을 재배분하는 방식이며, 사후적으로는 의료비용 변화 및 고비용 환자 발생 등에 대해서도 재정을 재배분하는 방식도 보완하고 있다.

[그림 4-7] 2008년도 재정 흐름도 (단위: 억€)



제1 영역의 공보험(Public Insurance, 제1 영역)은 모든 국민이 의무적으로 가입하고 있고, 우리의 장기요양보험과 비슷한 기능을 수행하는 것으로 가정간호, 너싱홈, 장애인 요양비용 등의 서비스가 제공되고 있다. 연간 €200억이 사용되고 있다.

제 2영역으로 개인 기본보험(Private Basic Insurance, 제2영역)이 건강보험 영역으로서 모든 국민이 의무적으로 가입하고, 일반의(GP), 병원진료, 의약품 비용을 급여하고 있으며, 2008년부터 정신과 진료비용까지 포함(공보험에서 이전)하고 있다. 연간 €320억의 재정이 소요되는 것으로 보고되고 있다.

제 3영역으로 개인보충보험(Private Supplementary Insurance, 제3영역)은 필수 의료 이외에 대한 부분으로 치과진료, 물리치료, 미용요법 등이 포함되고 있다. 본인 부담은 선택한 연간 일정공제액(€150~€650)을 부담한 이후 거의 없도록 설계하였다. 총 보건 의료 지출비용 중 본인부담비율은 8%(2007년 기준)수준이다.

전체 국민의료비는 GDP 대비 12.4% (낮 병동, 공공보건 포함)이고, 연간 7.7% 증가 추세(1998년 이후)에 있다.

다. 관리운영

이론적으로는 민간보험회사는 공급자와 선택적 계약을 통해 의료이용을 통제할 수 있는 기전을 갖고 있다. 다만, 민간보험사는 충분한 의료서비스를 제공할 수 있어야 하고, 공급자마다 지불보상수가를 달리 적용할 수 있고, 가입자는 보험자 선택에 따라서 개인별로 다른 본인부담을 적용받을 수 있도록 되어 있다. 따라서 실제로는 모든 보험회사는 모든 공급자와 계약을 맺고 있고, 공급자별로 지불보상 수준을 달리 적용하고 있으나, 개인별로 본인부담(Deductible) 수준을 달리 적용하고 있지는 않다. 이것은 공급자 간의 의료서비스 질의 차이가 투명하지 않고, 소비자들은 낮은 본인부담 수준보다는 선택권에 더 큰 가치를 부여하고 있다는 것으로 인식된다.

네덜란드 건강보험 가입자 만족도(Euro Health Consumer Index 2009)는 "European Index the Health Consumer Powerhouse"에서 2005년 이후 최상위 3위를 기록하고 있다.

라. 보건의료서비스 전달체계 및 지불제도

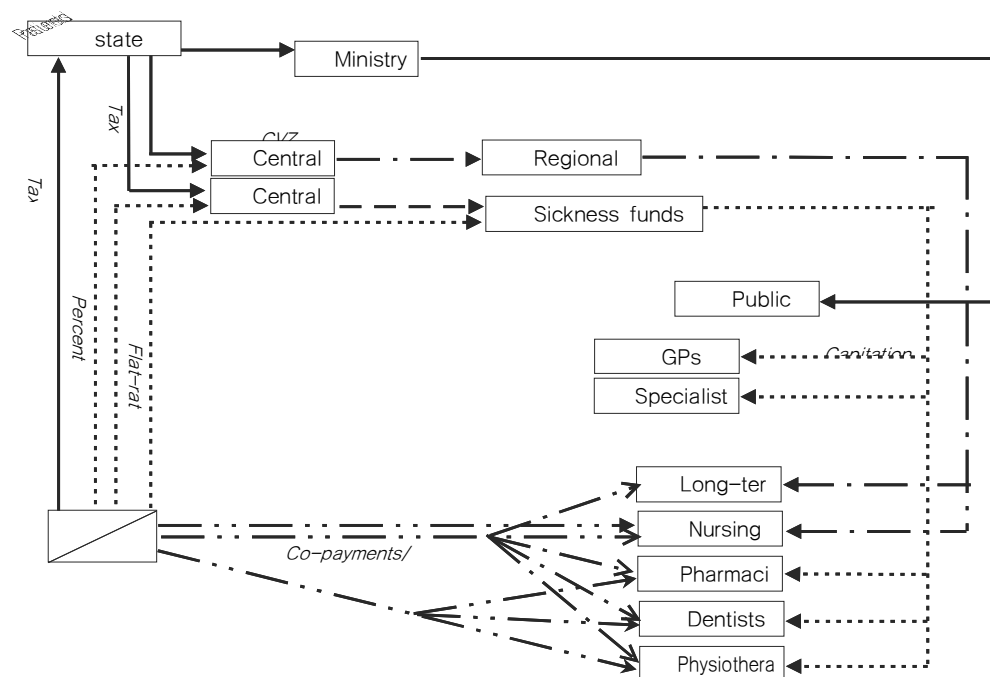
네덜란드 보건의료 서비스 전달체계는 아래 그림과 같이 장기요양과 건강보험으로 구별되고, 건강보험부분은 일반의(GP)와 전문의(Specialist)로 구분된다. 일반의 경우는 인두제 방식으로 지불하고 있으며, 전문의와 입원의 경우는 DTC²⁵⁾ 등 개선된 포괄수가제 형태를 따르고 있다.

보험급여는 민간보험사들이라고 하더라도 국가가 정하는 표준급여 기준을 준수하며 각 보험사간 표준급여 내용은 동일하다. 표준급여의 항목은 ZN에서 타당성, 비

25) DTC는 DRG와 유사한 개념으로 진단 및 치료의 조합으로 구성된 사례중심(case-based) 지불체계임.

용효과성 등을 검토한 후 최종적으로 국가가 결정하고 있으며, 표준급여는 외래, 입원, 투약, 의료기구, 재활, 예방, 정신보건, 18세 미만의 치과 진료 등을 포함한 포괄적 급여를 제공하고 있다. 표준급여에 일부 부가급여를 추가하여 보충 형태의 보험을 판매하고 있으며, 이를 통해 보험자는 일부 수익을 창출하고 있다.

보건의료 수가는 보험감독원(NZA)이 유관 이익단체 들과 협의 후 결정, 공시하며, 주치의에 대한 진료비는 기본적으로 인두제로 결정되고, 상담, 방문, 전화 상담 등은 DTC로 결정된다. 주치의에 대한 DTC는 시간당 고정 비율이 적용(20분 단위로 적용)되고 있다. 병원은 총액예산제이며, 진료 행위에 대해서는 포괄수가제 형태인 DTC로 지불하고 있다.



마. 보건의료 공급체계

2005년 기준 인구 1,000명당 등록의사는 3.7명이고, 전문의는 1.0명, 일반의는 0.5명, 간호사는 8.9명, 치과의사는 0.5명, 약사는 0.2명이다. 의사인력이 지난 20여 년 간 크게 증가하여, 현재 인구 1000명당 의사 수는 OECD 평균 3.1명 보다 높은

수준을 보이고 있다. 약사는 엄격한 공급조절 정책으로 유럽연합 국가에 비해서 훨씬 적은 수준이다. 의사는 의과대학 졸업 후 의원에서 1년 동안의 수련을 마치면 일반의사로 개원할 자격을 갖게 된다.

전문 과정을 마친 전문의는 주로 병원에서 활동하며, 병원에 고용되어 있는 자와 계약만 맺고 있는 자로 구성된다. 전문의들은 소규모의 집단을 형성하여 병원 내에서 입원 진료, 외래진료, 주간 진료 등을 담당하고 있다. 간호사는 보건의료인력 중 가장 많은 수를 차지하며, 일차보건의료 강화에 따라 지역사회센터에 근무하는 간호사의 역할을 점차 확대하고 있다.

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2005*
의사	2.22	2.51	-	3.22	3.28	3.15	3.7
일반의	0.49	0.46	0.46	0.49	0.49	0.50	0.5
치과 의사	0.49	0.50	0.47	0.47	0.47	0.47	0.5
약사	0.13	0.15	0.16	0.19	0.20	-	0.2
간호사	6.00	8.63	-	12.97	13.28	-	8.9

자료: WHO Regional Office for Europe Health for All Data Base(2004), * OECD Health Data, 2008.

보건의료시설은 공중보건, 1차 의료, 2차 의료, 3차 의료서비스를 제공하는 기관이 각각 분리되어 있다. 건강검진, 예방접종, 환경보건, 건강증진 등 기본적 공중보건서비스는 국가예산으로 운영되는 지역보건기관에서 제공하고, 1차 의료서비스는 일반의가 단독 또는 사회복지사나 물리치료사 등과 공동으로 개원한 기관에서 제공한다. 2,3차 의료서비스는 전문 의사 3~6인이 함께 진료하는 집단개원 또는 민간비영리병원에서 제공하고 있다. 네덜란드에는 2006년 기준 총 136개 병원이 있으며 이중 100개는 일반 병원, 8개는 대학병원, 28개는 특수병원이다(WHO, 2006). 의료장비 중 CT는 인구 백만 명 당 8.2대로 OECD 평균 21.8대 보다 적고, MRI도 6.6대로 OECD 평균 10.2대 보다 적다(OECD Health Data, 2008).

바. 개혁동향

네덜란드는 여전히 더 많은 경쟁이 필요하고, 보험료 차이를 줄여야 하는 과제를 갖고 있다. 세부적으로 의료서비스의 투명성과 질 확보를 위한 Health Indicator 개발이 필요하고, 보험사의 공급자 선택계약의 범위를 확대할 필요가 있다. 또한 경쟁에서의 소비자 관심 감소에 따른 효과를 분석하여 그 효과성을 파악할 필요성이 제기되고 있다.

최근 네덜란드 사례가 우수 개혁사례로 소개되는 경우도 있지만 실제 성과부분에서는 그 효과성에 의문을 제기하는 논문도 발표되고 있다(0000, 2010). 따라서 보다 세밀한 분석과 검토이후에 벤치마킹이 요구된다.

2. 인센티브제도 운영현황

□ 도입배경

2006년 개혁을 추진하게 된 근본적인 배경은 경쟁체계의 활용에 있다. 네덜란드의 보건의료 비용은 경제규모의 20%를 잠식할 만큼 급속하게 성장하였으며, 전체 지출의 3분의 1 규모가 공적 영역에서 증가하였다. 개혁 전 일정 소득 이하자들은 정부가 제공하는 30개 질병금고에 국한되어 비효율적인 서비스를 제공받고 있었다.

개혁은 41개 민영보험사에 사회보험 보험자 기능을 부여하고, 가입자는 보험자를 선택하도록 하여 경쟁을 강화시키고자 하였다. 가입자는 6주에 한 번씩 보험사를 선택하여 변경할 수 있기 때문에 민간보험사는 가입자 유치를 위해 경쟁하게 된다.

따라서, 민간보험사는 다양한 인센티브제도와 제도운영 프로그램을 도입하여 비용 절감을 위한 노력을 기울이게 되는 것이다.

□ 운영현황

전체 인구의 98%가 가입하고 있으며, 민간보험사 중 4개의 보험사가 전체 인구의 80%를 가입자로 운영 중에 있다. 주요 메이저 민간보험회사는 Achmea/Agis,

UVIT, CZ/OZ/Delta Lloyd, Menzis, Multizorg, De Friesland, Zorg en Zekerheid, Salland 이며, 이 중 De Friesland, Zorg en Zekerheid, Salland를 제외한 5개 회사가 전체 네덜란드 보험시장에서 가입사의 87.9%를 점유하고 있다.

민간보험사(보험자)	가입자 수(천명)	시장 점유율	비고
Achmea/Agis,	4,700	29%	4개 보험사의 점유율 88%
UVIT	4,200	26%	
CZ/OZ/Delta Lloyd	3,310	20%	
Menzis	2,150	13%	
Multizorg	1,000	6%	
De Friesland	500	3%	
Zorg en Zekerheid	365	2%	
Salland	88	1%	
합계	16,313	100%	

자료: GGZ, Overzicht Zorgverzekeraars", at <http://www.ggzbeled.nl>.

이처럼 민간보험사의 치열한 경쟁은 가입자들의 선택으로 평가받게 되는 것이다. 민간보험사들은 가입자들을 유치하기 위해 각기 비용 절감 노력을 기울이게 되는데 대표적인 예를 찾아 기술해 보면 다음과 같다.

1) 환급제도 운영(No Claim Bonus)

불필요한 의료이용을 감소시키기 위한 목적으로 도입하였으며, 연 단위로 계산하여 의료이용을 하지 않는 경우 가입자에게 최대 €255까지 환급하는 제도이다. 하지만 필수 의료이용을 보장한다는 취지에서 의료이용 여부에 GP 방문은 포함되지 않는다. 2007년 기준 약 4백만 명이 상환을 받았다. 메이저 보험사를 제외한 일부 보험자는 재정 악화로 환급이 제대로 이루어지지 못하는 실정이다.

2) 의료비 절감을 위한 보험사의 노력

가입자가 공급자를 선택하고, 각종 인센티브제도를 계약하고 있다. 또한 민간보험

사는 비용 절감을 위한 프로토콜 개발 등을 위해 노력하고 있다.

보다 구체적으로 살펴보면, Menzis 보험사는 비용 절감을 위해 일차의료기관을 직접 운영하며, 의사가 비싼 약 대신에 상표 없는 저렴한 약을 처방할 경우 보너스를 제공하는 방법을 적용하고 있다.

UVIT 보험사는 의료의 질에 의거하여 병원의 순위를 정하고 의료이용에 참고하도록 정보를 제공하고 있으며, 이를 통해 비용을 절약할 수 있도록 하고 있다. 또한, 일부 보험회사는 특정질환에 대해서 고급의 진료와 상대적으로 저렴한 비용이 드는 다른 나라에 가서 진료를 받게 하고 있다.

UVIT는 자국에서 진료를 받을 경우 상대적으로 높은 진료비가 청구되는 진료에 대해서 해외에서 진료 받을 수 있도록 알선하는데 대표적인 예가 고관절 대체술의 경우로 독일에서 진료, 수술 및 재활치료까지 마치는데 소요되는 비용은 19,000\$인데 네덜란드에서는 이 비용으로 수술 및 기본치료밖에 받을 수 없는 수준이다. 따라서 가입자와 보험사 입장에서는 인접 국가의 원정 진료에 훨씬 비용 효과적인 것이다.

UVIT를 비롯한 보험사들은 생활습관 개선을 통해 만성질환자 관리를 추구하고 있으며, 생활습관을 개선할 경우 인센티브 제공을 통해 의료비를 절감하고 있다. UVIT는 저콜레스테롤 요거트, 버터, 우유 등을 구입하는 가입자들에게 할인 바우처를 제공하는 정책을 사용하고 있다. 끝으로 만성질환자 사례관리 프로그램을 제공하여 심장질환, 당뇨 및 기타 질환자들에 대해 맞춤형 서비스를 제공하고, 비용 절감 노력을 하고 있다.

□ 효과 및 문제점

가입자들의 선택을 통해 보험사의 경쟁이 이루어지는 기전이 네덜란드 제도의 핵심이었으나, 개혁 초기인 2006년에 보험사를 이동한 가입자는 4분의 1수준으로 높았다. 하지만 이듬해인 2007년에는 이동 비율이 6%에 그치고, 가입자의 선택 보험사가 집중되는 현상이 나타나고 있어 효과적인 경쟁 기전이 흔들리고 있다. 또한 경쟁을 위한 보험사의 정보(보험료 수준, 급여 패키지, 서비스 등) 공유가 부족하다는

평가를 받고 있다(Lynch & Broek, 2010: 9).

둘째, 가입자들의 보험사 선택은 그로 인해 얻을 수 있는 비용이 있어야 함에도 불구하고 보험사 이동을 통해 얻을 수 있는 비용이 크지 않거나 대동소이하여 가입자로 하여금 이동의 원인을 제공하고 있지 못하다.

셋째, 4개의 메이저 보험사가 가입자의 88%를 잠식하고 있어 효율적인 경쟁기전이 이루어지고 있지 못하다. 즉, 과점이 나타나 경쟁보다는 제공되는 서비스가 수렴되는 현상이 나타나는 문제가 있다.

제5절 영국

1. 보건의료체계

가. 개관

2차 대전 이전까지 영국에서는 자유당의 개혁입법의 일환으로 1911년부터 사회보험형의 국가의료보험(NHI)과 빈민을 중심으로 한 의료부조라는 이중 의료체계를 갖고 있었다. 그러나 두 차례의 대전으로 인해 정치행정제도가 보다 집권화되고 노동당이 등장하는 등 국내정치역학이 변동하게 되고 새로운 안정과 보장을 요구하는 국민들의 대대적 지지에 힘입어, 1942년 베버리지 보고서를 실현하는 한 프로그램으로 국민보건의료서비스(National Health Service, NHS)가 성립된다. 이로서 그간 노동자 일부에 국한되던 서비스 범위가 전 국민으로 넓혀지고, 조세를 재원으로 중앙정부에서 통합적으로 관리하게 되었으며, 기본적인 의료서비스를 보장받을 수 있게 되었다(김경희, 2001).

NHS는 모든 국민을 대상으로 하는 무상의료제도로, 자원조달방식은 조세에 기반을 두고 있다. 그러나 낮은 의료서비스와 환자 대기시간의 지연, 보건의료인력의 부족 등의 문제점들을 지적받고 있기도 하다.

NHS의 도입 배경을 살펴보면, 1911년 국민건강보험(NHI)이 그 시초라 할 수 있다. NHI 도입으로 가난한 노동자는 무상의료를 제공할 수 있었지만 일부 직종의 노동자에 국한됐고 부양가족도 제외되는 문제점도 있었다. 이러한 문제점을 개선

하기 위해 1948년 도입된 것이 NHS이다. NHS는 모든 국민에게 포괄적인 의료서비스를 제공하게 된다.

NHS는 6개월 이상의 비자를 가진 외국인을 포함하여 영국 내 거주자에게 대부분 무료로 주치의 서비스, NHS 상설진료소, NHS 보건의료전화상담 및 병원 응급실, 입원, 외래서비스 등을 이용할 수 있도록 보장하고 있다. 약국과 치과의원, 안경점 등을 이용할 때는 본인부담 비용이 있으나 대부분 예외조항이 적용되어 국민 대다수가 무료 혹은 할인혜택을 받고 있다. 아울러 개인은 의무적으로 일차의료소의 주치의를 등록하여 주치의에 의해 의료서비스를 제공 또는 조정 받도록 하고 있다. 영국의 일차 의료소는 몇 명의 일반의와 간호사, 조산사, 물리치료사, 심리치료사 등으로 구성된 팀이 지역사회 일차의료소의 운영권을 PCT에서 부여받아 운영한다.

나. 보건의료 전달체계

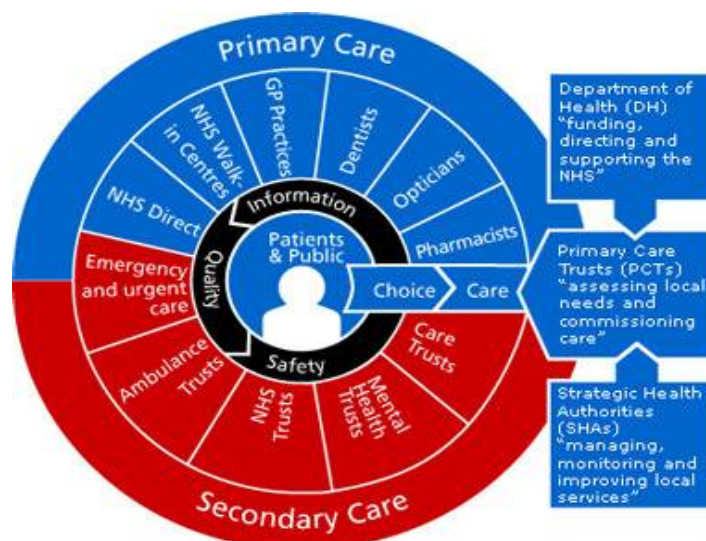
영국의 보건부(Department of Health, DOH)는 보건부장관(Secretary of State for Health)의 지휘 하에 있고, 3개의 주요 파트로 구성되어 있다. 첫째는 각각의 특별 전문영역에 대한 책임을 지고 있는 부서이고, 둘째는 Chief Medical Officer로, 이 부서는 전체 부서에 대해 전문적인 의료조언을 제공하는데 책임을 지고 있으며, 마지막 부서는 Chief Executive로서 NHS 체계의 관리와 관계에 대한 모든 책임을 지게 된다.

2008년 기준으로, NHS 조직은 NHS의 자금조달, 기획, 지원 등을 담당하는 1개의 보건부(Department of Health, 이하 DH)와 그 하부기관인 10개의 전략보건의료기구(Strategic Health Authority, 이하 SHA)로 구성되어 있었다. 그러나 2010년 7월, 보건부에서는 기존의 PCT를 GP Commissioning Consortia로 개편하여 GP들의 책임과 결정권을 더욱 높이는 방향으로 개편된 NHS 전달체계를 발표하였다. 그리고 이러한 전달체계에 대해서는 아직까지 찬반 의견이 분분하다.

각 SHA(Strategic Health Authority; 전략 보건 의료기구) 하에는 다양한 트러스트들이 존재하여 지역사회의 의료서비스 전달을 책임지고 있다. 이 중 하나인 152개의 일차의료트러스트(Primary Care Trust, PCT)는 NHS의 중심이며, NHS 전체

예산의 약 80%를 관리한다. 이들은 29,000명의 일반의와 18,000명의 NHS 치과의사를 포함하고 있으며 실제로 일차진료소, 치과의원, 안경점, 약국, NHS 상설진료소(NHS Walk-in Centers), NHS 보건의료전화상담(NHS Direct), 환자 수송 등 지역사회 주민을 위한 의료서비스의 제공과 전달을 책임지며 관리한다.

[그림 4-8] 영국 NHS 구조



자료 : <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>.

105



영국의 의료서비스는 전반적으로 지역사회에서 제공하는 공공보건의료, 일반 개업의를 통한 외래치료, 보건당국이 관리하는 입원치료의 세 가지 요소로 구성된다. 그러나 예외적으로 대학병원은 보건부에서 관리한다. 의료 서비스 중 대부분 고용주의 부담액으로 운영되고 있으며, 치과 서비스의 경우에는 민간 고용주 부담이 80%이다. 안과는 거의 대부분 민간 부담이며 조제에 대해서는 처방비가 청구된다.

제약업계에서는 일반 개업의가 처방할 수 없는 의약품 목록과 특수 약품의 처방을 위한 사전 정의된 조건이 포함된 목록이 존재한다. 또, 보건부에서 의사들에게 적정한 가격의 처방을 촉진하기 위한 대체 상품의 가격 비교표를 배포한다. 품질보증을 위해 설립된 National Institute for Clinical Excellence(NICE)의 전달반이 의약품의 비용과 편익을 평가하는데, 약품의 가격은 제약협회와 보건부 간에 합의된다. 의약품 비용 통제 측면에서 처방 예산제 이외에 중요한 정책은 연간 1백만 파운드 이상 매출 브랜드 의약품에 대해 수익률을 제한함으로써 비용을 통제하는 것이

다. Commission for Health Improvement(CHI)는 품질보증에 관해 의료시설을 정기적으로 점검한다.

2. 인센티브제도 운영현황

가. 일반 의료 서비스 계약 - 질과 성과 체계(General Medical Services Contract - Quality and Outcomes Framework ; QOF)

□ 개념 ²⁶⁾

영국에서의 P4P(Pay for Performance)로, National Health Services(NHS)에서 2004년에 ‘일반 의료 서비스 계약 - 질과 성과 체계’(General Medical Services Contract - Quality and Outcomes Framework ; QOF)을 발족시켰다. 주로 GP(General Practitioner)들이 활동하는데, 이들은 의대 졸업 후 5년 동안 트레이닝을 받고 2~6명이 집단을 이루어 의료 활동을 하는 의사이며 그들의 수입은 국가로부터 지급받고, 영국의 거의 모든 국민들이 GP에 등록되어있다. ²⁷⁾

□ 도입배경

Tim Doran과 Martin Roland(2010)에 따르면, 1950년대는 침체기로, 정부는 개혁을 통한 케어의 질 향상 방법을 모색해야만 했다. 그러나 2001년까지, 의사들의 90%가 열악한 근무환경(오버타임, 낮은 임금 등)에 시달렸고, 이러한 문제점을 해결하기 위해 정부는 1998년에 보건의료서비스의 현대화를 계획하고 개혁을 시작하였다. NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)는 이 때 질 향상을 목적으로 법제화되었다. 2000년에는 GDP의 6.7%(유럽 평균 8%)를 보건의료

26) http://www.ihp.org/p4p_international.html.

27) Tim Doran and Martin Roland, Lessons From Major Initiatives To Improve Primary Care In The United Kingdom, 10.1377/hlthaff.2010.0069 HEALTH AFFAIRS 29, NO. 5 (2010): 1023 - 1029.

기금으로 소비했다. 그리고 2004년, 의사들의 직무만족, 보수, 조건들을 향상시키고 의사의 모집과 수, 진료의 질 유지를 목표로 하는 새 계약의 협정에 성공했다. 계약은 개인의사가 아닌, 일반의(General Doctor)의 동의로 이루어졌으며 오전 8시부터 저녁 6시 30분까지의 ‘Core Hours’ 동안 진료의 책임이 있고, 시간 외 근로수당으로 연 6,000파운드(현재 9,600 파운드)를 수령할 수 있는 선택권을 가질 수 있게 되었다. 진료에 대한 성과측정지표는 질과 성과 체계(Quality and Outcomes Framework ; QOF)로 구체화되었는데, 질의 측정은 전자기록시스템과 밀접한 관련이 있다. Peter C. Smith and Nick York(2004)에 따르면, 초기에는 146개의 질 평가 척도와 최대 1,050 Point까지의 질 평가 점수가 포함되어 있었다.

□ 활용방법 28)

아래의 틀에서는, 임상, 조직, 부가적 서비스와 환자 경험 영역에서의 성취 목표에 따른 진료 점수를 얻게 된다. 그 점수는 다음 표와 같다.

〈표 4-23〉 질적 보상 체계에서의 포인트 계산

28) Chantal Simon(2008), The Quality and Outcomes Framework, InnovAiT, Vol. 1, No. 3, pp. 206-213.

총 점수의 구성요소	포인트	각각의 포인트를 계산하는 방법	
임상적 지표	655	설정된 표준을 달성할 경우	
		<div><div>- 흡연</div><div>- 선천성 심질환</div><div>- 심부전</div><div>- 심방 세동</div><div>- 뇌졸중 및 일과성 허혈발작</div><div>- 고혈압</div><div>- 갑상선기능저하증</div><div>- 당뇨</div><div>- 만성 신질환</div></div>	<div><div>- 치매</div><div>- 학습의 어려움</div><div>- 우울</div><div>- 정신 건강</div><div>- 만성 폐쇄성 폐질환</div><div>- 천식</div><div>- 간질</div><div>- 암</div><div>- 비만</div><div>- 고식적 치료</div></div>
조직적	181	설정된 표준을 달성할 경우	
		<div><div>- 환자에 대한 기록과 정보</div><div>- 환자를 위한 정보</div><div>- 교육과 훈련</div><div>- 의약품 관리</div><div>- 치료 관리</div></div>	
부가적 서비스	36	설정된 표준을 달성할 경우	
		<div><div>- 자궁 경부 검사</div><div>- 아동보건 감독</div><div>- 모성 서비스</div><div>- 피임 서비스</div></div>	
환자의 경험	108	설정된 표준을 달성할 경우	
		<div><div>- 환자 조사</div><div>- 진찰 시간의 길이</div></div>	
총체적 관리	20	획득한 포인트의 비율(1~10)측면에서 임상적 지표 순위를 계산함으로써, 임상 지표에 걸친 성취의 범위가 반영된다. 세 번째로 낮은 순위(7위)의 포인트 비율은 총체적 관리로 얻을 수 있는 비율이다.	
총 가능한 포인트	1000		

In 2006 -. 07 and 2007 -. 08, the average value of 1 point = £124.60.

성취수준은 QOF 점수로 변환 가능하고, 점수는 화폐로 변환 가능하다. 그리고 성취수준의 척도는 매년 4월 PCO(Practice's Primary Care Organization)로 통보된다.

□ 효과

Pachiappan 등(2006)은 North Warwickshire에서 2004년 기존의 GMS(General Medical Services ; 일반 의료서비스)와 2005년에 새롭게 도입된 GMS의 성과를

비교한 연구 수행결과, 새로운 GMS에서 거의 모든 품질지표의 상당한 성과가 있음을 밝혀내었다. 그러나 이 제도에서 긍정적 성과만 있는 것은 아니었다. 연구결과를 통해 밝혀진 다양한 문제점과 우려의 목소리에도 주목할 필요가 있다.

먼저 Peter C. Smith and Nick York(2004)는 이 제도의 잠재적인 위험요인에 대하여 언급하였다. 첫째, 도식의 복잡함 때문에 의사들이 척도를 완전히 이해하지 못하는 문제가 발생할 수 있다. Tim Doran과 Martin Roland(2010)도 크고 복잡한 인센티브 도식이 오히려 역효과를 낼 수도 있다는 점에서 유사한 문제점을 제기한 바 있다. EHR(Electronic Health Record System : 전자의무기록시스템)의 발달은 자료 수집을 촉진시킨다는 점에서 성과에 기여했으나, 이는 환자들의 욕구보다는, 의사들이 목표에 더 중점을 두게 되는 결과와 관련이 있다. 성취수준은 점점 높아지고, 2007~2008년에는 실제로 평균성취수준이 지표의 최대기준을 초과하기도 하였다. 그래서 NICE에서 최대성취수준을 높일 것을 제안했으나, 많은 의사들은 이에 반발했다.

둘째, 일부는 정신건강과 같이 중요한 영역임에도 불구하고 도식에 포함되지 못할 수도 있다. 그리고 성과에 좋지 않은 영향을 미칠 수도 있는 환자나 진료를 배제할 가능성이 있다. 진료의 중요도가 더 높아질수록, 사회적으로 혜택을 받지 못하는 영역에 있는 의사들이 그에 알맞는 진료활동을 할 수 있도록 격려해주지 못한 점을 문제로 지적하고 있다.

한편, 윤리적 측면에 대한 우려도 있다. 장기적 관점에서, 공유된 목표는 협동을 증진시키지만, 그로 얻게 되는 보상이 공정하게 공유되지 않는다면 문제가 된다. 또한 인센티브 없는 활동에 소홀해질 수가 있으며, 질에 대한 보고는 정부의 정치적인 간섭으로 이어질 수 있다. 유사한 연구로, L. A. Sigfrid 등(2006)은 당뇨병환자를 대상으로, QOF를 사회경제적 박탈과 관련지어 설명하였다. 연구 결과, 표준화된 당뇨병유병율은 박탈율이 가장 높은 집단에서 가장 낮은 집단과 비교할 때 26%가 높았으며, 예외보고와 박탈은 유의한 상관관계가 있었다. 이는 QOF 목표의 달성과 어떤 관계도 없지만, 진료에서의 환자에 대한 박탈이 높을수록 QOF 척도의 예외보고에 해당할 가능성이 더 높았다. 이 연구들로, 보건의료 불평등 전략수립을 위한 고려가 필요함을 알 수 있다.

나. 의약품 처방 인센티브제도²⁹⁾

□ 도입배경

영국은 1991년 의약품 처방 예산제를 실시하면서 처방 인센티브제도를 도입하였다. 의약품 처방 예산제는 의약품 처방 비용에 대한 예산을 책정하여 예산 내에서 비용이 지출되면 차액만큼 인센티브를 제공하고 반대의 경우 다음 해 예산을 삭감하는 방식이다. 이외에도, 처방인센티브 제도 도입 이전부터 영국의 GP들이 보편적으로 제네릭 의약품 사용을 많이 하고 있었으며, 유럽의 다른 국가에 비해 신약 사용에 있어 신중한 것으로 나타나 의약품 비용 통제 정책이 큰 저항 없이 실시될 수 있는 환경이 어느 정도 갖추어져 있었다고 볼 수 있다.

□ 활용방법

1993년부터 인구학적 특성을 고려한 인두방식의 예산 설정방식인 ASTRO-PUs(Age, Sex, Temporary Resident Originated Prescribing Units)가 도입되어 현재까지 사용되고 있다(Roberts&Harris, 1993). 진료소에 등록된 환자의 연령, 성별, 임시 거주자의 구조에 따라 가중치를 부여하여 1인당 의약품 비용을 계산하여 진료소 등록 인구에 대한 예산을 계산하는 방식인데, 처방 항목의 수보다는 비용을 기반으로 해 왔다. 비용을 기반으로 한 ASTRO-PUs는 NHS와 보건당국에 의한 처방의 할당 방법론으로서, 처방비용의 비교 시 적절한 분모로서 지속적으로 이용되고 있다.

ASTRO-PUs는 1997년, 2001년, 2004년에 개정되었으며 2009년 7월에 마지막으로 개정되었다. ³⁰⁾

29) 허순임, 허재현(2008), 외국의 약제 처방 인센티브 제도에 관한 연구, 건강보험심사평가원, 한국보건의사회 연구원

30) <http://www.ic.nhs.uk/services/prescribing-support-unit-psu/using-the-service/reference/measure/patient-denominators/astro-pus>.

〈표 4-24〉 ASTRO(09)-PU (비용기반) 가중치

연령군 (연령)	ASTRO-PUs(남성)	ASTRO-PUs(여성)
0-4	1.0	0.8
5-14	1.1	1.0
15-24	1.4	2.0
25-34	1.8	2.8
35-44	2.9	4.0
45-54	4.9	6.1
55-64	9.2	9.6
65-74	15.9	14.5
75세 이상	21.1	18.5

〈표 4-25〉 ASTRO(09)-PU (품목 기반) 가중치

연령군(연령)	ASTRO-PUs(남성)	ASTRO-PUs(여성)
0-4	4.5	3.9
5-14	2.6	2.4
15-24	2.3	4.4
25-34	2.7	5.6
35-44	4.5	7.5
45-54	7.9	10.8
55-64	15.8	17.8
65-74	29.6	30.6
75세 이상	43.5	30.6

자료:

<http://www.ic.nhs.uk/services/prescribing-support-unit-psu/using-the-service/reference/measures/patient-denominators/astro-pus/astro-pus-weightings>.

□ 제도의 효과

아래 의약품 비용에 대한 표와 그림을 통해, 전반적으로 의약품 비용이 안정적으로 관리되고 있음을 알 수 있다.

〈표 4-26〉 영국 NHS 중 의약품 비용 추세

연도	전체 NHS 비용	일인당 NHS 비용(£)	전체 NHS 의약품 비용	일인당 NHS 의약품 비용(£)	전체 비용 중 의약품 비중(%)
1991	32,078	558	3,343	58.20	10.4
1992	35,436	616	3,729	64.78	10.5
1993	37,231	646	4,091	70.94	11.0
1994	39,715	687	4,365	75.52	11.0
1995	41,853	722	4,711	81.33	11.3
1996	43,522	750	5,096	87.80	11.7
1997	45,660	783	5,448	93.65	11.9
1998	48,138	826	5,788	99.26	12.0
1999	52,264	894	6,328	108.21	12.1
2000	57,067	973	6,723	114.64	11.8
2001	62,892	1,065	7,299	124.06	11.6
2002	70,196	1,185	8,059	136.57	11.5
2003	78,636	1,323	8,787	147.86	11.2

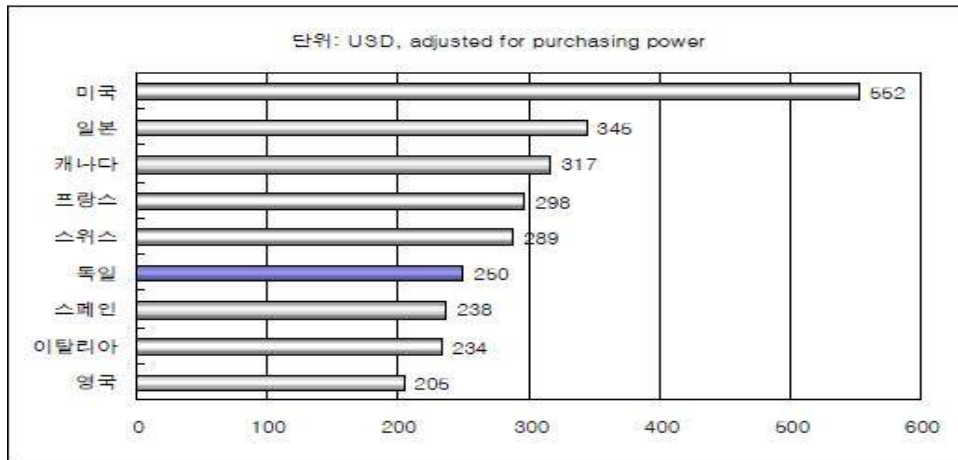
자료 : OHE compendium, 2004/05.

[그림 4-10] 영국 도매 물가와 의약품 가격 물가지수 비교



자료 : 2005 보건산업백서, 한국보건산업진흥원.

[그림 4-11] 영국 및 세계 주요 국가의 1인당 연간 의약품 수요 (2003)



자료 : IMS Health, OECD.

영국의 의약품에 대한 연간 지출 규모는 약 290억 유로(2003년)로, 처방전의 약품(POM)에 대한 지출은 약 170억 달러, 비 처방전 의약품에 대한 지출은 약 120억 달러 규모인 것으로 추정된다. 또한 1인 당 연간 의약품 수요는 2003년 205달러(실질 구매력 기준)인 것으로 추정된다(그림 4-11 참조).

수요 측면에서 영국 NHS 의료비 증가 추세와 더불어, 처방전 건수가 매년 증가함에도 불구하고, 의약품에 대한 지출액은 전체 NHS의료비에서 차지하는 비중이 11-12% 정도로 안정적인 비율을 차지하고 있다(매년 6억 5천만 건이 처리되고 있으며, 건당 비용은 평균 11파운드 정도임).³¹⁾

제6절 스웨덴

1. 보건의료체계

가. 개관

1882년 주정부(County Council)가 성립되면서 스웨덴의 보건의료제도가 시작되

31) 2005 보건산업백서, 한국보건산업진흥원

었다. 1928년 병원진료제공의 책임을 맡게 되었고, 1930년대에는 병원진료 이외의 서비스도 제공하기 시작하였다. 1946년 국민건강보험법(National Health Insurance Act)이 제정되면서 의사진료, 처방약, 상병수당 등에 대해서도 적용 범위를 넓혔다. 제 2차 세계 대전 후 에는 병원을 중심으로 보건의료가 크게 확장되었는데, 1970년에 공공병원의 외래진료에 대한 책임이 주정부로 이전되었고, 1980년대에 보건의료 기획에 대한 책임이 주어졌다. 또한 1980년대 후반에는 내부시장개혁(Internal Market Reform)이 시작된다. 1992년에는 노인에 대한 케어의 책임이 주정부(County)에서 자치체(Municipality)로 이전되었다.

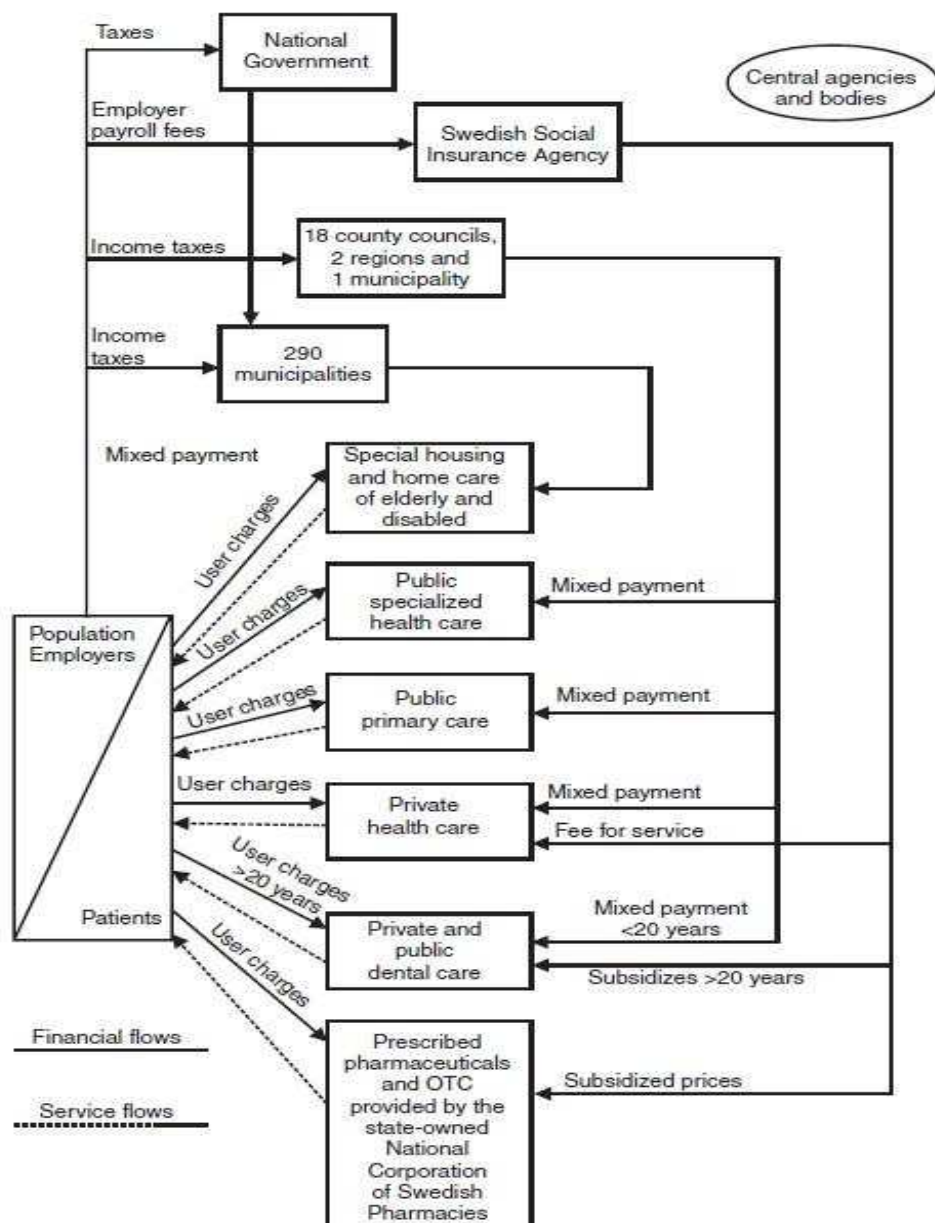
자유-보수 연합은 1991년부터 1994년 동안 지속적으로 집권을 유지해왔던 사회민주당 정부를 대신하여 시장 지향적 의료개혁(Market-Oriented)을 시도하게 된다. 개혁을 시도하게 된 배경에는 여러 가지 이유가 있는데 보건의료부문이 지닌 관료주의, 낮은 효율성, 환자들의 선호에 대한 둔감성 등이 주로 지적되어왔기 때문인데, 보수당이 복지국가에 있어서 ‘선택권의 혁명(Choice Revolution)’을 내걸었고, 이들이 집권하자 개혁이 가속화되었다. 이는 또한 ‘유사시장(Quasi-Market)’이 비용을 감소시키고 서비스 이용자에게 더 많은 선택권을 주리라고 믿는 지방 정책결정권자들의 주도로 도입된 것이기도 하다. 이 개혁은 영국에서 진행되었던 유사한 개혁으로부터 주로 영향을 받은 것이었고, 비록 1994년에 사회민주당이 재집권함으로써 약화되었으나 스웨덴의 보건의료 및 복지에 민간부문의 역할이 크게 증대되는 계기를 마련하였다. 그 예로, 스웨덴의 보건의료 부문에서 민간인력(Privately Employed Health-Care Staff)의 비율은 1993년 4.8%에서 2000년에 7.2%로 증가한 것을 들 수 있다. 민간부문의 역할은 대도시에서 특히 급증하였고, 급증한 대부분은 영리의료기관(For-Profit Care Providers)이었다.

스웨덴의 보건의료개혁 조치들은 모두 체계의 관리와 조직적인 측면에서 개선을 가져왔으나 개혁의 시행과정에서의 조정문제, 지방정부에 대한 과도한 분권화, 자치체 수준에서의 과도한 운영비(Transaction Cost)와 불충분한 능력 등의 문제점을 야기하기도 하였다. 1990년대 초반기에 효율성 문제가 대두되었다면, 1990년대 후반은 보건의료조직과 전달에서의 구조적인 변화의 문제가 대두되었다.

나. 보건의료전달체계

스웨덴의 보건의료전달체계는 크게 일차보건의료, 공중보건서비스, 이차 및 삼차 의료, 사회의료, 인적 자원과 훈련으로 분류할 수 있다. 주민들의 의료서비스 보장은 주 차원에서 책임지는 매우 분권화된 방식으로, 의료 서비스 전달의 가장 주요한 주체라고 할 수 있으며 병원과 의료기관을 대부분 소유하고 운영하고 있기도 하다. 이처럼 스웨덴 보건의료체계에서 지방정부의 역할은 지방정부협회(Federation of County Councils)를 통해 전국적 차원에서 핵심적 주체로 가능하며, 중앙정부는 보건사회부(Ministry of Health and Social Affairs)를 통해 일반적인 보건관련 입법 기능과 모니터링 및 조정역할을 총괄한다. 가장 큰 비율을 차지하는 재원은 주 의회에서 걷는 소득세로서 전체 재원의 약 61%를 차지하며, 재정조정을 위한 교부금이나 다른 연구 등의 목적으로 지원하는 교부금도 약 30% 정도이다.

[그림 4-12] 스웨덴 보건의료체계 개관



자료 : Health Care Systems in Transition - Sweden, 2005(민혜영(2009), 우리나라 일차의료 활성화를 위한 모델 구축에서 재인용).

1) 1차 보건의료와 공중보건의료서비스

1차 보건의료서비스는 지역보건소(Local Health Centers)와 병원 외래를 통해 치

료서비스와 예방서비스를 모두 제공하는데, 환자 스스로 진료장소를 선택할 수 있다. 스웨덴은 다른 유럽국가에 비해 1차 보건의료의 비중이 낮는데, 1차 진료의 46%가 보건소가 아닌 병원에서 이루어지고 있다. 일차의료를 담당하는 모든 의사는 일반의료 전문의(Specialists in General Practice)여야 하고, 일반의(General Practitioner - 치료 및 의학적 조언, 질병예방 등을 담당)란 가정의(Family Physician)이나 지역 의(District Physician)를 말한다. 그리고 의사를 제외한 일차의료 인력으로는 간호사, 조산사, 물리치료사, 산부인과 의사가 있다. 스웨덴은 환자 1인당 접촉 의사가 적은 편으로, 2003년 기준으로 외래 환자 1인당 약 2.8명의 의사를 방문한 것으로 나타났다.

자치체가 예방서비스의 핵심적인 역할을 담당하고 있으며, 1992년에 중앙정부에 국립 보건부(National Institute of Public Health)를 설치되었다. 이 기구는 건강증진과 질병예방의 관리를 주로 담당하고 있으며, 특히 사회계층간 건강수준 격차를 줄이는 역할을 담당하고 있다.

스웨덴의 건강증진 및 질병예방프로그램 운영에 관한 책임은 국립 보건부에 있으며, 국립 보건복지위원회(the National Board of Health and Welfare)는 지방의회와 자자체의 공중보건의료 활동에 관하여 감독 및 감시의 특정 역할을 한다. 역학센터(The Centre for Epidemiology)는 인구집단의 보건상태와 사회 환경을 감시하고 분석하는 역할을 하고, 질병예방 및 식품의 질 평가 등의 주요 지역 환경 정책은 자자체가 담당한다.

예방 및 공공 중심의 보건의료는 일차보건의료에 통합된다. 입원치료가 필요한 경우 지역병원(County and Regional Hospitals)에서 의료서비스가 제공되며, 병원 크기와 전문화 정도에 따라 자치지역병원(District County Hospital), 중앙자치지역병원(Central County Hospital), 지역병원(Regional Hospital)으로 분류된다. 지역 당 1~2개의 지역병원이 존재하며, 그것들은 1백만 명~2백만 명의 주민의 Care를 하고 있다.

2) 2차 의료와 3차 의료

2, 3차 의료서비스는 지역병원(Regional Hospital), 중앙자치지역병원(Central County Hospital), 자치지역병원(District County Hospital)을 통해 제공되고, 일차 보건의료서비스와 마찬가지로 환자는 병원을 선택할 권리가 있다. 6개의 보건행정지역(Administrative Health Care Region)이 상호 협력하여 지역병원을 통해서 고도로 전문화된 진료를 제공한다.

3) 사회서비스(Social Care)

1992년 이후 노인의 거주간호(Residential Care 즉 Nursing Home)에 대한 책임이 자치체(Municipality)로 이관되었고, 자치체의 50% 정도는 가정간호에 대한 책임도 주정부(County Council)로부터 이관 받아, 이 곳에서 노인과 장애인, 정신질환자의 간호에 대한 책임을 지고 있다. 자치체는 자신이 제공하는 서비스에 대해 비용을 받지만 이 비용은 보조를 받으며, 소득에 따라 차등을 두며, 실제 가격을 초과할 수 없다. 1990년 동안에는 내부 시장에 대한 강조로 인해 자치 서비스(Municipal Service)를 외주를 주고 있다(Contracting out).

4) 인적자원과 훈련

1998년에 보건 분야 근무자의 92%는 공공기관에 고용되어 있다. 보건부문의 피고용자는 1970년대와 1980년대 초기에 크게 증가하였으며, 1990년대에는 정체를 보여주었다.

한 편, 의료 인력의 수는 부족한 실정이다. 1997년에 의사 수는 유럽연합 평균보다 10% 적었으며, 고립된 농촌지역에 의사 부족현상이 나타났고 특별한 기술을 가진 간호사의 전반적인 부족현상이 나타났다. (1997년 보건부문 종사자는 225,000명으로 전체 피고용자의 6%를 차지함.)

다. 약제

다른 유럽국가와 달리 스웨덴은 전체 의료비의 12.7%로, 낮은 약제비 지출을 보

여주고 있다. 약제비는 1990년대에 새로운 약과 노인인구의 수요증가로 인해 증가하였다. 정부는 스웨덴 제약공사 (National Corporation of Swedish Pharmacies ; NCSP)을 통해 독점적인 도매업 운영권을 가지고 있으며, 이 기관에서 국가 전체의 유통을 유지하고 약국의 수와 위치를 결정하며 모든 병원 약국을 운영한다. 약제에 대한 비용 상환은 국립 사회보험청(National Social Insurance Board(상환가를 결정)와 공공 및 민간부문 의료공급자에서 NCSP로 직접 이루어진다. 약제 혜택 제도 (Drug Benefit Scheme)로는 약제비 본인부담 상한액을 1년에 약 200유로(1,800 SEK)로 제한하고 있다.

1993년 약제법에서는 약제를 처방약, 비 처방약, 클리닉에서만 사용할 수 있는 약제로 구분하였는데, 약제 소매 거래법(Act on Retail Trade in Drugs)은 국가가 스웨덴 제약공사(National Corporation of Swedish Pharmacies)를 통해 소매의 독점권을 가지도록 하였다.

1999년 약제수당은 총 190억 SEK, 이 중에서 주정부가 149억을 현금지불비용 (Out-of-Pocket)으로 44억을 부담한다. 약제 수당의 증가는 주요한 이슈 중 하나로, 2000년 이를 평가하기 위한 정부차원에서의 팀이 만들어져 이를 평가하고 대안을 제시하였다.

라. 재정자원 배분

중앙정부가 주 정부에 배정하는 국고의 배분공식은 성, 연령, 결혼 상태, 직업, 소득, 주거와 건강욕구에 대한 다른 지표 등을 고려한 가중 인두제(Weighted Capitation)에 의해 이루어진다. 이는 욕구에 따라 자원을 배분함으로써 모든 주 정부가 서비스 제공에서 동일한 조건을 가질 수 있도록 하기 위한 것이다.

1) 병원에 대한 비용 지불

대부분의 주 정부는 재정책임의 많은 부분을 총액예산(Global Budget)의 형태로 보건의료구역(Health Care District)으로 이관하였다. 절반 정도의 주 정부는 구매-

공급자 조직(Purchaser-Provider Organization)을 가지고 있고, 서비스 제공자와 케이스 당 고정된 잠재적 지불(Fixed Prospective per Case Payments)을 근거로 하여 가격 및 양의 최대 한도 및 질 구성요소(Price and Volume Ceilings and Quality Components)를 계약하였다. 정신질환, 노인질환, 응급서비스 등은 총액 예산으로 계약하고, 고도로 전문화된 지역병원의료서비스(Regional Hospital Health Services)에 대해서는 흔히 행위별 수가제와 관련된 소급 적용환자(Retrospective Patient Related Fee-For-Service)로 상환하였으며, 1차 보건의료에 대해서는 총액 예산이나 인두제로 보상하였다. 1993~4년에 가정의(Family Doctor)에 관한 법이 도입된 후 인두제가 증가하였다.

주 정부는 외래진료(공공과 계약을 맺은 민간 모두)의 재정에 대한 책임 또한 지고 있다.

2) 의사에 대한 비용 지불

공공기관의 의사는 주 정부에 고용되어 월급을 받는데, 과외 근무에 대해서는 별도의 수당을 받고 등록된 환자에 따라 정해진 액수를 추가로 받기도 한다. 또한, 민간의료기관에 근무하는 의사는 행위별 수가제로 보상을 받게 된다.

2. 인센티브제도 운영현황

가. 출산장려 인센티브

□ 도입배경

1960년대 중반 이후부터 1970년대까지 출산율의 급격한 하락이 이 제도의 도입 배경이 되었다.

□ 활용방법

육아휴직제도 및 휴직급여 지원을 통해 고용적으로 양성평등의 생활화와 보편적 복지제도 완비로 일과 가정의 병행을 제도적으로 지원하고 있다.

1) 육아휴직

이 제도는 1974년 처음 도입되었는데, 이 시기에는 육아휴직을 부부가 반반씩 나눠 사용하는 것이 권장되었다. 1995년에는 아버지의 육아휴직 기간을 30일로 의무화하여 어머니 뿐 아니라 아버지에게도 양육의 책임을 지웠다는 점에서 획기적인 의미를 가진다고 할 수 있다. 이어 2002년에는 육아휴직 기간을 기존의 4백50일에서 4백80일로 늘렸는데, 부부는 1백20일 중 절반인 60일을 각각 나눠 쓰고, 나머지 3백60일은 한 사람이 몰아 쓸 수 있게 되었다. 2008년 7월부터는 남성의 부모휴가 사용을 증가시키기 위해 성 평등 보너스(Gender Equality Bonus) 제도도 실시되었으며, 현재는 자녀 출생 60일 전부터 8세까지 육아휴직 사용이 가능하다. 만약 자녀 출생 60일 이전 임신부에게 건강상의 문제가 있다면 50일간의 임신출산 휴가사용도 가능하다. 이외에도 병간호 휴가(12세 이하의 자녀가 아파 가정에서 돌봐야 할 때 받을 수 있는데 최대 1백20일까지 가능함. 특별한 경우에는 부모 대신 제3자가 이들 권리를 행사할 수도 있음.)와 아버지 휴가 제도가 있다. 이 휴가제도에서는 아이를 출산했거나 입양했을 때 10일간 사용가능하며, 특별한 경우 아버지 대신 제3자가 사용이 가능하다. 급여로는 소득의 80%가 지급된다.

2) 휴직급여

1998년부터 소득의 80퍼센트를 육아휴직 급여로 지급하였다. 그리고 2009년부터는 아버지의 육아휴직 비율을 늘리기 위해 부모가 절반씩 육아휴직을 쓰면 총 1만3천5백 크로나(약 2백15만원)까지 세금감면을 돕는 경제적 혜택도 함께 부여되고 있다.

3) 무상 검진혜택

임산부는 무상으로 태아검진을 받을 수 있고, 모든 취학 전 아동들은 아동건강진료소(Child Health Clinics)에서 정기검진을 받을 수 있다.

□ 효과

이 제도의 실시로, 여성취업률 80% 이상, 2007년 출산율 1.85명을 기록하였다. 스웨덴의 출산율은 독일, 이탈리아 등 다른 유럽 국가들은 약 1.3명과 비교했을 때 높은 수치임을 알 수 있다.

제7절 프랑스

1. 보건의료체계

가. 개관

프랑스는 세계보건기구(WHO)가 ‘전반적인 국민 건강 수준’, ‘국내 계층 간 의료 혜택의 형평성’, ‘환자의 만족도와 의료체계 효율성 간 연관도’, ‘소득 수준과 의료 서비스 단계의 대비’, ‘국내총생산(GDP) 대비 1인당 의료 비용분담’ 등의 평가기준을 바탕으로 세계 각국의 의료 체계에 대해 세부적으로 분석한 「World Health Report 2000」에서 전반적으로 가장 높은 성과를 지닌 나라로 평가된 국가이다. 이러한 성과를 대표하는 프랑스의 보건의료제도로는 모든 자국 거주민에 대한 보편적 의료제공, 자유로운 공급자 선택, 취약계층 무료의료 혜택, 후 상환 제도 등이 있다.

프랑스의 보건의료는 비스마르크식에서 개혁을 통해 점차 비버리지 모형의 접목을 통한 제도적인 보완을 해 왔으며, 점차 국가와 의회로, 중앙에서 지방으로 힘이 분권화되는 양상을 보이고 있다. 특히 1996년 Juppe 정권에서의 개혁 이후 많은 영향을 받았다. 보건의료개혁의 목적은 비용절감과 공공안전을 위한 보건의료시스템을 구축하고 형평성을 달성하는 것이었다.

1996년의 Juppe 개혁은 프랑스 보건의료시스템에 대한 책임의 균형을 변화시켰다. 이것은 중앙에서 지방으로의 분권화와 보건의료기금에서 국가로의 균형의 이동

을 특징으로 한다. 지방으로의 분권화가 진행 중에 세 개의 기구가 새로 구성되었는데, 이들은 병원 계획과 재정자원 할당에 대한 책임을 지는 지역병원협회, 지역수준에서 3개의 주요 의료보험 틀을 함께 가져가는 의료보험기금의 지역연합회, 지역보건의 욕구를 평가하고 공중보건에 대한 지역의 우선순위를 결정하는 지역 보건 컨퍼런스이다.

1997년~1998년에 시행한 개혁은 문지기 역할의 일차의료진에게 위탁하는 제도가 소개되었고, 2001년도에는 일차의료의사들에게 의학수련을 시행하여 전문의 자격을 부여하는 개혁이 단행되었다. 그리고 2002년도에는 일차의료의사와 건강보험기금 간에 좋은 치료를 제공하는데 대한 보상 인상안이 체결되었다.

2003년 자크 시락 대통령은 보건의료 인력의 적절한 수급을 위해 국가보건의료인력 연구팀(National Observatory of Health Professions; ONDPS)을 신설하여 인력추계를 하도록 하였는데, 특히 의과대학에 일차의료교육과정을 마련하고, 대학병원 외에서의 수련방안과 일차의료에 대한 홍보방안을 포함하였다. 그리고 이를 토대로 2006년 의사가 부족한 지역에서 진료할 경우 인센티브를 제공하고, 진료환경을 개선하고, 일반의를 포함한 의사공급확대방안을 포함한 새로운 계획을 발표하였다(이재호, 2007).

2004년에는 건강보험개혁에 관한 Douste-Blazy법에 따라 중복진료감소, 컴퓨터 의무기록개발, 16세 이상의 환자에 대한 금전적 인센티브, 만성질환관리의료팀구성, 의료서비스 조정기능을 목표로 하는 이른바 ‘국가주도형 관리의료’개혁이 시도되었다. 그리고 8월에는 환자가 일차의료의사를 선택할 수 있는 ‘선호 의사(Preferred Doctor Scheme)’ 제도가 시행되기도 했다. 이 제도에서 주어지는 인센티브로, 의사는 만성질환 환자의 추적관리에 대해 1인당 매년 40유로를 지급 받았고, 환자는 중증 만성질환자의 경우 모든 본인부담이 면제되었다. 또한 환자가 선호의사 등록을 하지 않는 경우 건강보험 기금의 보상비율을 70%에서 60%로 감소시켰다(이재호, 2007).

나. 보건의료비 지출 및 재원조달

1) 보건의료비 규모 및 재원 조달 구조

2007년 프랑스의 보건의료비지출은 전체 GDP의 11.0%에 해당하였으며, 이 중 공공재원이 77.9%, 민간재원이 22.1%였다. 2007년 기준으로 프랑스의 보건의료 재원 구조는 사회보험 76.6%, 정부 보조금 1.4%, 민간보험 13.6%, 가계지출 8.5%로 사회보험이 차지하는 비율이 가장 높았다.

〈표 4-27〉 부문별 지출목표와 실제지출, 1997년~2004년

(단위 : 십억€)

구분	1997년		2000년		2001년		2002년		2003년		2004년	
	목표	결과	목표	결과	목표	결과	목표	결과	목표	결과	목표	결과
사적진료	39.9	39.8	44.5	47.0	47.6	50.0	51.7	54.4	57.8	57.9	60.5	60.6
공공병원	37.1	37.1	39.8	39.9	41.1	41.2	43.2	44.1	46.1	46.2	48.0	48.2
민간병원	6.2	6.2	6.4	6.5	6.7	6.8	7.0	7.3	7.5	7.8	8.0	8.2
의료복지	6.1	6.2	7.2	7.1	7.7	7.5	8.3	8.4	9.0	9.0	9.8	9.7
기타	2.2	2.1	2.5	2.5	2.6	2.6	2.6	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
ONDAM	91.5	91.4	100.4	103.0	105.7	108.1	112.8	114.3	120.5	120.9	126.4	126.9

자료 : Competes de la Sécurité, 1998~2005. (최기준, 「2006년 외국의 보건의료체제와 의료보장제도 연구」에서 재인용).

2) 공공재원

프랑스 보건의료재원의 종류에는 조세(Taxation), 사회보험 보험료(Social Health Insurance Contributions), 민간보험 보험료와 본인부담금의 4가지가 있다.

1998년 이후 사회보장제도의 재원기반 확충 목적의 일환으로 총소득에 근거한 일반사회각출금(CSG : Contribution Sociale Généralisée)이 도입되면서, 사회보험 재원의 구성 중 사용자와 피고용자에 의한 보험료는 2005년 기준 약 50%, CSG를 포함한 조세의 비율은 약 40%를 차지하고 있다.

다. 보건의료서비스 공급체계

1) 보건의료시스템의 특징

프랑스 보건의료시스템은 비스마르크와 비버리지, 공공과 민간, 그리고 중앙 집중

과 탈 중앙 집중의 고유의 방식으로 혼합되어있다. 환자들은 원하는 의사를 선택할 자유가 있고, 전문의에 대해서도 치료의 자유가 있는 특징을 가진 공적으로 재정이 지원되는 시스템이다. 환자는 서비스를 받는 시점에서 직접 의사에게 진료비를 지불하고 나중에 진료비 보상을 받았다. 또한 이들 시스템은 정부와 의료보험재정에 의해 공동 관리되었는데, 보건행정과 정책에 관해서는 중앙 집중화된 특징을 보인다.

그러나 약점도 지적되고 있다. 프랑스의 의사들은 다른 선진국들에 비해 조직화되어있지 않고, 임상분야와 이념에 의해 나뉘어 있어 건강보험기금과의 협상에서 불리한 위치에 놓여 있다. 독립된 전문의에 의해 제공되는 치료의 계속성과 조정이 부족하다는 이러한 약점은, 중복처방과 자원의 낭비로 이어질 수 있고 또한 부적절한 치료경로와 불충분한 질로 연결될 수 있다. 또한 부족한 조정의 문제는 지역전문의 뿐만 아니라, 병원치료와 외래치료, 보건의료와 사회복지, 특히, 장애인이나 노인에게서도 문제가 되고 있다.

2) 보건의료인력

프랑스에서는 1971년과 2001년 사이에 의대생 수 감소, 주당 35시간 근무제도 도입, 의대생 중 여학생 증가, 젊은 층의 직업에 대한 태도 변화 등의 이유로 full-time 근무 의사 수가 감소하는 추세이다. 2005년 일반의 수련 정원이 600명이나 미달되었고, 성적이 저조한 학생들도 일차의료(일반의) 수련과정보다는 전문의 수련을 위한 재시험을 선택했는데, 이는 학생들의 일차의료에 대한 부정적인 견해를 반영하는 현상이라 할 수 있다(2007, 이재호).

〈표 4-28〉 유럽 국가들의 일차의료 의사 현황

	일차의료 의사 현황(활동 총 일반의 중 %)			의대 졸업자 중 일차의료의사 %	
	수련 받은 일반의(가정의)	연수교육 일반의(가정의)	수련 받지 않은 일반의	연간 의대 졸업자 수(명)	연간 일반의 배출 비중(%)
영국	75	0	25	4,500	44
네덜란드	85	0	15	1,500	24
덴마크	100	0	0	600	30
핀란드	50	0	50	500	18
스페인	50	0	50	5,000	38
노르웨이	51	0	49	550	36
스웨덴	80	0	20	600	17
독일	72	0	28	10,000	18
벨기에	100	0	0	700	43
프랑스	40	0	60	4,000	50
오스트리아	65	34	1	1,110	64
알바니아	3	32	65	175	10

자료 : EURACT(2004), 이재호(2007), 「프랑스 보건의료개혁과 선호의사제도」에서 재인용.

의사들은 그들이 치료할 곳을 선택할 수 있으나, 이로 인해 북부와 남부 사이의 의사 수가 두 배의 차이가 난다. 지역적 불균형문제가 존재하고 있다. 그러나 민혜영(2009)에 따르면 이러한 문제점에도 불구하고, 프랑스 사람의 84%는 적어도 한 명의 일반의가 시에 살고 있고 일반의와의 평균거리는 7km이며, 도달시간은 8분 정도이다.

다. 보험체계

프랑스의 사회보험제도는 강제적(Compulsory)인 성격을 가진다. 또한 프랑스의 사회보험은 직종에 따라 다른 체계를 갖게 되며, 프랑스 거주 여부와 소득 수준에 따라 보험적용이 결정된다. 또한 가입자의 가족도 혜택을 받을 수 있다. 사회보험은 직종에 따른 3개의 주요 질병금고(일반제도, 자영업자제도, 농업자영업자제도)가 전 국민의 95%를 보장해주고 있으며, 약 5%의 인구(선원, 국가공무원, 지하철공사 등)는 직종별로 별도의 질병금고가 있다. 전 국민의 약 85%는 일반제도의 적용을 받는 데, 보험료는 임금의 12.8%는 사용자가, 0.75%는 노동자가 부담하고 있다. 소득이 연간 6600유로 이하인 경우, 전 국민 건강보험의 보험료가 없다.

일반제도 내에는 보편적 질병급여(CMU : Couverture Maladie Universelle)가

포함되어 있다. CMU는 2000년에 도입된 제도로 프랑스 거주 취약계층을 위한 사회보험이며 약 0.4%의 인구에 적용된다. 이 제도의 도입으로 사실상 전 국민 의료보장을 달성하게 된다.

법정사회보험은 의료비용의 전액을 지불하지 않으며, 나머지는 환자에 의해 지불되는데, 2006년 기준으로 환자가 직접 지불한 본인부담금은 전체 의료비 재원의 약 8%에 해당하였다. (Cost Sharing) 이러한 법정급여의 일부를 보충적으로 보장하는 민간보험을 보충형 민간보험(Complementary Voluntary Health Insurance)이라 하고, 취약계층을 제외한 프랑스 국민의 약 92%가 가입되어 있다. 보충형 민간보험자는 상호부조조합, 공제기관, 민간영리회사의 3가지 유형이며, 2007년 기준으로 시장 점유율은 각각 59%, 17%, 24%였다. 취약계층에 대해서는 보충형 민간보험 대신 CMU-C가 보충형 보험의 역할을 하게 된다.

프랑스에는 ‘임의보험제도(Voluntary Health Insurance)’가 존재하는데, 상호부조조합, 공제기관, 민간보험회사의 3가지 종류가 있다. 상호부조조합은 비영리 기관으로서 국가의 관리를 받으며, 공제기관은 노동조합과 고용주가 운영하는 기관이다. 임의 보험은 주로 고용주나 고용기관에서 가입하기 때문에 임의보험 가입은 고용으로부터 영향을 받는다.

〈표 4-29〉 프랑스 보험 체계

	직장인 제도 (84%)	일반제도 특별제도	일반 상공업 고용자 공무원, 학생, 군인
	자영자 제도 (7.2%)	자영업자, 성직자	
사회보험 (96%)	농업 제도 (5%)	농민, 농업관련 종사자	
임의보험 (85.7%)	상호부조(50%)	-	
	공제조합(14%)	-	
	민간보험(18%)	-	

자료 : 주요 OECD 국가의 건강증진정책에 대한 연구(2006), OECD 아시아 사회정책센터 ; 건강증진사업지원단.

2. 인센티브제도의 운영 현황

가. 처방인센티브 제도³²⁾

□ 주요 개념 및 활용방법

프랑스에서 실시한 처방 인센티브 제도는 진료 가이드라인을 활용한 것으로, 의약품에 대한 예산을 정하고 있으나, 의사에 대한 처방 인센티브 제공과는 상관없이 운영되고 있다. 의사의 처방에 영향을 주고, 인센티브를 제공하는 정책은 진료 가이드라인(RMO)을 기초로 하고 있는데, 이러한 진료 가이드라인은 의사대표와 국가의료보험기금 사이에 처음 협의가 이루어진 1994년 65개 권고사항 중 17개, 1997년에는 77개로 개정되었다.

국민의 84%가 가입된 직장의료보험조합(CNAMTS)은 1998년부터 의사활동내역을 평가하고 있는데, 그 내용에는 진료활동내역, 처방전, 환자유형 및 총 진료비용을 포함한다. 진료정보시스템을 이용하여 의사에게 6개월마다 통보하는 진료평가 5대 항목 중 3항목이 의약품에 대한 것이며, 각 의약품에 대한 분명한 목표를 제시하고 있고 지역 의사의 처방행태를 비교하여 제시함으로써 각 의사의 처방행태를 알 수 있게 하였다. 또한 제네릭 의약품 처방 비율을 피드백하고 있다. 그러나 이 제도에서 금전적인 인센티브 제공은 하지 않는다.

□ 효과

환자의 실제 본인부담이 거의 없고, 직접 의약품을 사용하는 의사에 대한 예산과 금전적 인센티브가 적용되지 않기 때문에 목표예산을 통한 비용절감을 기대하기 어렵다. 게다가, 다른 유럽 국가들에 비해 일차의료에 대한 통제가 적고, 제네릭 의약품 사용이 원칙적으로 장려되지만 적절한 경제적 인센티브가 없어 제네릭 의약품 사용 비율이 5% 미만으로 낮다. 이러한 이유들로 다양한 의약품 정책을 실시하고 있음에도 불구하고, 의약품 비용이 높고, 의약품을 효율적으로 사용할 인센티브가 부족하다. 실제로, 2000년부터 2005년까지 연 4.4%의 성장률로 약제비가 29% 증가

32) 허순임, 허재현(2008), 외국의 약제 처방 인센티브 제도에 관한 연구, 건강보험심사평가원, 한국보건의사회 연구원

하였고 2006년 319.42억 유로를 차지했다. 인구 1인당 약제비는 2000년 427유로에서 2006년 521유로로 연 3.8%씩 증가했는데, 이는 의약품부문의 구조적 효과, 의학의 발달 및 점차 고가화 되는 신약 때문으로 부분적인 설명이 가능하다. 이렇게 소비 수량을 제한하려는 인센티브를 시행함에도 불구하고 소비 수량 역시 가격상승의 일부 원인이 된다(김성옥, 2010).

나. 출산장려 인센티브

□ 도입배경

스웨덴과 마찬가지로, 1970년대 이후로 계속된 저 출산 현상이 제도의 도입배경이 되었다.

□ 활용방법

1) 30여 가지의 다양한 가족수당제도 도입

자녀가 태어나기 이전부터 이후 출산, 보육, 취학 등 자녀 양육에 필요한 거의 모든 시점에 맞추어 가족수당을 지급한다. 가족수당은 CAF(Caisses d'Allocations Familiales)에서 지급하는데, 그 재원은 사회보장기금 징수처(URSSAF : Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et D'allocations Familiales)에서 징수한 사회보장기금이다. 이 기금을 소득과 자녀 수에 따라 수당의 유형을 결정한 후 차등 지급하는 것이다. 친자녀 이외에 입양자녀, 또는 프랑스에 거주하지만 다른 나라 국적을 가진 자녀들도 혜택의 대상이 되는 것이 특징이다. 출생·입양 특별수당 등이 있는데, 임신 7개월까지 8백55유로(약 1백34만원)를 수령하게 된다. 만약 다태(多胎) 임신일 경우에는 태어날 아이의 수에 이 액수를 곱한 금액을 받을 수 있다. 입양을 했거나 입양이 예정된 아이가 있다면 1천7백10유로(약 2백60만원)를 받게 된다.

2명 이상의 아이를 낳는 사람에게는 가족수당에 일정액 추가. 자녀가 2명이면 약 19만원, 3명이면 약 42만원을 더 지급한다. 또 자녀들이 11세 이상이면 약 5만원, 16세 이상이면 약 9만원을 추가로 지급하고, 3명 이상의 자녀를 둘 경우 가족보조금이라는 특별수당 지급 대상이 된다.

2) 공동 육아시설 확충

생후 3개월부터 3세 미만의 아이들은 공동 육아시설 ‘크라시(어린이집)’에 맡길 수 있다. 크라시는 공립 크라시, 부모들의 협조로 꾸려지는 자발적 크라시, 사립 크라시 등으로 나뉘는데 공사립 모두 국가 지원을 받을 수 있다.

□ 효과

이 제도의 실시로, 출산율이 최저치를 기록했던 1993년 1.66명에서 2008년 2.02명으로 상승하는 효과가 있었다. 이때의 출산율은 ‘미니 베이비붐’이라고 불리었는데, 이는 1981년 이후 최고치이며, 유럽 국가들의 평균 출산율이 1.5명임을 감안하면 매우 높은 것으로 보여 진다.

제8절 호주

1. 보건의료체계

가. 개관

호주의 보건의료시스템은 세금으로 운영되는 공공의료보험인 메디케어(Medicare)와 개인의료보험으로 구성된 복잡한 형태를 갖고 있다. 공공병원 무상치료와 함께 가입자가 자발적으로 가입할 수 있는 민간보험의 형태가 공존하는 것이다. 메디케어 도입 전, 1974년까지는 민간펀드에 의해 제공되는 임의건강보험에 의존하여 왔다. 그리고 그 해에 메디뱅크(Medibank)라는 전 국민 건강보험이 도입되기도 하였으나

제도가 지속되지는 못하였다.

호주의 건강보험의 시초는 1888년 독일의 비스마르크 모델을 기초로 한 ‘산업재해 및 건강보험 제도’라고 할 수 있다. 이후 1926년 화이트칼라 근로자 보험법, 1927년 블루칼라 근로자 보험법, 1928년 농업 노동자 보험법 등의 제정을 통해 지속적으로 확대되어 1946년까지 인구의 2/3정도가 보험적용을 받았다. 농민 건강보험(1967년), 공무원 건강보험(1967년) 등의 도입과 더불어 적용인구가 크게 확대되어 1980년에 이르러서는 인구의 96%가 적용을 받았다. 그리고 1984년에 메디케어(Medicare)제도가 처음 도입되었다.

호주의 보건의료개혁은 1980년대 이후부터 시작되었고, 연방과 주정부 간의 균형과 조절로 변화의 양상이 급진적이기보다는 점진적인 것이 특징이다. 개혁의 목적은 비용효과적인 성과가 높게 유지되는 보건의료서비스를 제공하는 의료시스템을 구축하고, 서비스의 공급과 재정에서의 조정과 책임을 향상하고 공공부분이 사적 영역으로 보완되도록 하고, 모든 호주인의 건강을 향상시키는 것이다.³³⁾

한 편, 호주는 GDP 대비 국민의료비가 9.5%로 다른 OECD 국가들보다 상대적으로 높아, 의료비의 효율성은 낮은 편이다. 이러한 문제점을 보완하기 위해 현재 65% 이상의 공적재원을 바탕으로 건강보험제도를 통하여 규제와 유인정책을 효과적으로 사용하고 있으며, 점진적으로 형평성을 문제를 보완하기 위해 공보험 의료보장체계 내의 장치들을 발전시키려는 노력을 하고 있다. 공적 재원을 바탕으로 국민들이 무료 진료서비스를 받을 수 있으며, 1차 의료기관 이용 시 취약계층의 본인부담금이 면제된다. 그러나, 최근 호주 연방정부의 재정유인정책의 결과, 국민의 45%가 민간보험에 가입하였는데 이러한 현상은 형평성 문제 발생의 우려 소지는 남아있다.

일차의료서비스에서는, 2002년과 2003년 사이에 정부 지출이 급격하게 증가하였다. 그래서 연방정부는 지출을 조정하기 위해, 1990년대 중반부터 일반의의 공급을 감소시키는 것으로부터 개혁을 시작하였다. 또한 그 다음 해인 2004년에는 메디케어의 행위 당 서비스 관련 재정 개혁을 시도하고 있다.

민간영역은 일차의료와 보험 내 전문의 진료이 대부분, 개인병원 운영 및 대체의

33) 민혜영(2009), 우리나라 일차의료활성화를 위한 모델구축:의료이용자의 지속적인 건강관리를 위한 실천전략, 의료정책포럼 제7권 1호 통권25호 (2009년 3월), pp.112-135 1598-7523 대한의사협회 의료정책연구소

료가 포함되며, 공공영역은 공공병원, 공공보건 프로그램, 약간의 일차의료가 포함된다. 공공병원은 무료로 접근이 가능하다. 그러나 지난 10년 동안 공공영역을 줄이려는 시도 중에 있다.

나. 보건의료전달체계

1) 연방정부

국가전체의 건강증진과 보건의료에 관한 자원조달 등의 정책을 입안하고 연방정부의 정책을 실행하며 이 전에 지역사회가족복지부(Department of Family and Community Services)에서 담당하던 장애인 재활서비스를 추가로 분담하고 있다. 1921년에 시초라 할 수 있는 보건부(Department of Health)가 창설되었는데, 당시에는 전염병 예방과 격리, 퇴역군인의 보건에 대한 업무 수행에 국한되어있었다. 그러나 1964년 개정헌법이 연방정부에 제약, 질병수당, 입원수당, 의료와 치과 등에 대한 책임을 지게 되는 등 그 역할이 점차 확대되어왔다. 보건부에서 시작한 명칭은 2001년 보건 및 노령화 관리부(Department of Health and Aged care)로, 그리고 호주 연방보건고령부(Department of Health and Ageing; DoHA)으로 바뀌어 현재까지 유지되고 있다.

2) 주정부 및 지방정부

주정부 및 지방정부 지역사무소(State and Territory Offices)는 보건고령부의 관심을 반영하고 주·지방정부와 연방정부간의 보건의료서비스에 통합을 적절히 조정하는 역할을 한다. 또한 지역이익집단과 연계하여 각 지역사회의 욕구와 상황에 따른 다양한 사업프로그램을 제공하고, 각 사업프로그램 사이의 중복과 누락을 조정함과 동시에 관련 정책을 돕는 역할도 수행한다. 주정부 및 지방정부 지역사무소는 8개가 있다.

3) 보건의료인력

호주는 인구 1,000명당 의사가 약 2.5명이며, 일반의와 전문의 비율이 36,700 : 16,000(일반의가 69.6%)이다. 호주에서의 일반의는 문지기 역할로, 대기 시간 및 병원 진료에 대한 정보를 제공하며, 환자가 대기를 원치 않을 경우 민간 영역에 속한 전문의에게 대신 의뢰할 수 있다. 선택한 일반의는 본인부담금이 없거나 100% 환급을 받을 수 있다. 일반의가 환자를 전문의에게 의뢰할 경우에는 본인부담의 75%를 환급받거나 비용이 무료인 병원에 외래를 방문할 수 있다. 그리고 대기 시간 발생 시 일반의가 필요한 약물을 처방할 수 있는데, 공공병원의 경우 약 3개월, 입원과 수술까지 평균 92일의 대기시간이 소요되는 것으로 보고되고 있다.

다. 보건의료 지출 및 재정

호주의 보건의료 부문의 재정은 일반세 및 건강보험징수액으로 충당되고 있다. 재원별 구성 비율을 살펴보면 46%는 중앙정부가, 22%는 지방정부가, 32%는 개인비용이다.

또한 보건의료서비스의 종류에 따라 호주의 주요 재원에 따른 지출이 다르게 나타나는데, 2003~2004년 기준으로 연방정부는 높은 수준의 거주간호(74.8%), 의료서비스(76.8%), 보건연구(66.6%)에 대해서, 주와 자치령정부는 지역보건서비스(91.9%)에 대한 주요 재원출처이다. 의약품의 경우는 연방정부(52.0%)와 민간부문(4.0%)이 함께 비용을 분담한다. 공공병원 재정은 연방정부(52.0%)와 주정부(47.5%)가 함께 부담하고, 민간병원은 민간부문의 재원(59.9%)이 대부분을 차지한다.

〈표 4-30〉 재원에 의한 총보건 지출(국민의료비)의 추이

(단위 : %)

연도	공공			민간				총계
	연방정부	주/지방정부	소계	건강보험 기금	본인부담	기타	소계	
1993-94	45.1	21.3	66.4	11.0	17.0	5.7	33.6	100.0
1994-95	44.8	21.6	66.3	10.7	17.1	5.9	33.7	100.0
1995-96	45.2	22.0	67.2	10.5	16.0	6.3	32.8	100.0
1996-97	43.7	22.9	66.7	10.4	16.6	6.3	33.3	100.0
1997-98	44.4	23.8	68.2	8.8	16.6	6.3	31.8	100.0
1998-99	46.1	21.9	68.0	7.5	18.1	6.4	32.0	100.0
1999-00	47.1	22.9	70.1	6.5	17.2	6.2	29.9	100.0
2000-01	46.8	22.7	69.4	6.7	18.6	5.3	30.6	100.0
2001-02	46.2	22.2	68.4	7.5	19.3	4.9	31.6	100.0
2002-03	46.2	22.6	68.8	7.3	19.6	4.3	31.2	100.0
2003-04	45.5	22.6	68.0	7.1	20.3	4.6	32.0	100.0

자료 : AIHW health expenditure database, 김종인(2006), 『호주의 의료제도』에서 재인용.

메디케어 제도에서 주 정부는 연방정부의 보조금과 지방세의 약 1/3을 보건의료 비로 지출한다. 또한 1차의 의료기관의 재원마련을 위한 목적으로 일정소득 이상의 거주자는 소득의 1.25%(고소득자는 2.5%)를 별도로 부담하는데, 이렇게 소득의 일 정율을 부담하는 보험료와 정부가 조세로 부담하는 것이 71.2%로 비교적 높은 비 율을 차지하고 있다. 그리고 환자본인부담금이 16.2%, 민간보험이 7.1%, 자선단체 기부금 등 기타 재원이 5.5%를 차지한다. 본인부담의 비율은 1차 의료기관 이용 시 부담하는 15%와 약국급여에서의 본인부담금으로 구성되어 있는데, 대부분의 2차 의 료를 담당하고 있는 공공병원의 경우 제공되는 의료서비스에 대해서는 본인부담금이 없다.

건강보험료가 아닌 일반 조세에 의해서 운영되는 호주의 건강보험방식은 지역에 서 1차 의료기관 환자에게 제공되는 ‘민간의료 진료비’의 85%를 환불해주고, 민간 병원 진료비는 75%, ‘공공병원서비스’는 100% 커버하여 무료로 제공되고 있으며, 약국의 경우 84%가 보조된다.³⁴⁾

호주는 현재 의료서비스에 대한 지불보상제도로써 행위별 수가제(Fee-For-Service

34) 김종인(2006), 호주의 의료제도, 전북발전포럼. 통권 제2호 (2006. 7), pp.67-70, 전북발전연구원

: FFS)방식을 채택하고 있는데, ‘Medicare’는 행위별 수가제하에서 보험급여의 대부분을 지불하고 있다. 그러나 현재 많은 주들이 병원 지불보상체계에서 포괄수가제(Diagnosis Related Group : DRG) 요소들을 병합하여 사용하고 있다. 이를 통해 공공병원에서의 효율성을 강화와 입원기간 단축, 진료량 증대 효과를 기대해 볼 수 있다.

라. 건강보험제도

1) 메디케어(Medicare)

이 제도의 자격조건은 다음과 같다. 호주 거주자로서, 호주 또는 뉴질랜드 시민권 소유자와 현재 영주권자이거나 영주권을 신청한 자이다. 또한 호주 정부와 "상호보건의료협약(Reciprocal Health Care Agreements)"을 체결한 국가들로부터 방문한 자의 경우에는 제한된 의료 이용 자격을 제공한다.

호주의 75% 가량의 병원이 주정부에 의해 소유되고 운영되는 공공병원으로, 호주의 영주권자나 시민권자들의 기본적 의료비와 공공병원비 등의 기본적인 의료혜택은 메디케어가 부담한다. 단, 그러나 입원과 수술 등의 진료 과정에서 개인이 특별히 지정하는 의사의 진료를 원할 경우 개인의료보험에 가입하여 의료비 전액을 개인이 부담해야 한다. 또한 소득이 일정수준 이상인 국민은 소득의 일정비율을 메디케어 제도의 유지를 위한 ‘메디케어 부과(Medicare Levy)’로 납부해야 할 의무가 있다.

2) 개인의료보험

개인의료보험 가입은 선택적이지만, 실제로는 여러 가지 유인책 또는 강제적인 방법의 개입 결과라고 할 수 있다. 비록 의무는 아니지만, 정부에서는 재정유인정책(Financial Incentives) 등으로 국민들이 개인보험에 가입하는 것을 장려하고 있기 때문이다. 그 결과 1997년 32%였던 가입률이 최근 들어 다시 45%까지 상승하였다. 환자가 의사나 전문의를 직접 선택하여 진료를 받을 수 있고, 민간병원이나 공공병원 모두에서 치료를 받을 수 있으며, 진료대기 시간도 짧은 것이 장점이지만,

가입자는 매주 약 40AU달러의 보험료를 지불해야 한다.

개인의료보험은 연방정부에 의해 규제되고, 급여는 연방과 주정부의 협상으로 제공된다.

2. 인센티브제도 운영현황

가. 일반 진료의 예방접종 인센티브 개요(GPII ; General Practice Immunisation Incentives Scheme)

□ 개요

7세 이하의 어린이들에게 적절한 예방접종 서비스를 제공하기 위한 일반 진료에 대한 재정적 인센티브를 말한다. GPII의 목표는 진찰을 받는 최소한 90%의 7세 이하의 어린이들이 최소 90% 이상 완전 면역이 되게끔 진료를 받게 하는 것이다.

□ 일반진료의 예방접종에서 지급받는 인센티브

자격요건이 되는 진료의 경우, 분기당 WPE(Whole Patient Equivalent)당 3.50 달러의 금액을 지급받게 된다.

금액을 지급받기 위해서는 'Point in time'에 있는 분기당 전체 지급요건을 만족시켜야 하며, 7세 이하 어린이가 90% 이상의 예방접종 비율을 달성해야한다. 또한 WPE(Whole Patient Equivalent) 10 이상이 되어야 한다.

〈표 4-31〉 일반의의 예방접종 인센티브 지급을 위한 중요한 날짜

기준 기간 ³⁵⁾	'Point in time' ³⁶⁾ 진료 가격 평가	예방 접종 현황 및 지불 분기의 평가
10월 10일-9월 30일	1월 31일	2월
1월 1일-12월 31	4월 30일	5월
4월 1일-3월 31일	7월 31	8월
7월 1일-6월 30일	10월 31일	11월

자료 : <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/gpii/files/gpii-guidelines.pdf>.

나. 진료 인센티브 프로그램(PIP ; Practice Incentives Program)

행위별 수가 하에서 환자의 대기 시간을 감소시키고 진료에 대한 케어의 질을 향상시키고자 PIP제도가 인센티브로 도입되었다.

프로그램을 통해 지불한 금액은 다른 소득 이외에 환자 수당 및 메디케어 할인과 같은 일반의(GPs : General Practitioners)와 일반진료에 의해 적립된다.

인센티브를 받을 자격조건의 진료를 하기 위해, 의사들은 공인되거나, RACGP의 일반진료표준에 적합해야 한다. 완전히 승인받은 진료이거나 12개월 동안 등록승인된 진료일 때 적용받을 수 있다. 그리고 인센티브 비용은 주로 진료의 크기(환자 관점에서)에 따라 결정된다.

PIP 지급 형식의 기본적인 것은 General Practice Financing Group (GPF)과 의 상담으로 정해지게 된다.

현재, 13개의 진료항목들이 PIP의 인센티브 자격으로서 적용되고 있다.

1) After Hours Incentive(시간 외 인센티브)

이 인센티브는 근무 시간 외의 진료서비스 질을 높이는 역할을 하는데, 이 제도는 진료시간 증가에 대한 보상적인 의도 또한 포함되어 있다. 농촌과 같은 경우에는, 환자들을 보호하기 위해 더욱 이 제도가 필요하다.

2) Practice Nurse Incentive (PNI ; 간호사 인센티브)

일반진료와 농촌 및 원거리 지역의 주민을 대상으로 한 의료서비스를 제공할 간호사 및 실무자 고용을 격려하기 위한 목적으로 제공되는 인센티브이다.

35) Medicare에서 진료 받으러 오는 어린이들을 12개월 단위로 분류한 것임.

36) 매 분기별 지급 달 이전의 마지막 날이 포함된다. 예를 들어, 8월 분기에 인센티브를 지급받기 위한 진료 조건으로, 일단 5월~7월의 모든 진료자격요건을 충족해야 하고 Point in time은 위의 표를 참고하면 7월 31일임을 알 수 있음.

3) Quality Prescribing Incentive (QPI ; 질 처방 인센티브)

약품 사용의 질에 대한 최근의 정보를 보존하기 위해 PIP 진료를 보조할 때 적용 받을 수 있다.

4) Teaching(교육)

학부생의 현장실습 지도 시 인센티브를 지급받을 수 있다.

5) Rural loading

지리적 크기와 거리를 기준으로 하는 지방(Rural), 원거리 및 대도시 지역 분류(Remote and Metropolitan Area classification ; RRMA)에 따라, 진료의 인센티브를 지급한다.

RRMA number and category	Rural loading
1. 수도	0%
2. 다른 대도시 중심	0%
3. 대규모 지방 중심	15%
4. 소규모 지방 중심	20%
5. 다른 지방지역	40%
6. 원거리 중심	25%
7. 다른 원거리 지역	50%

자료 : <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/payment-formula/rurality.jsp>.

6) Cervical Screening Incentive(자궁경부검사 인센티브)

이 검사에서의 인센티브는 다음의 항목에 따라 지급된다.

- Sign-on Payment : 검사가 등록된 지역에서의 진료에 대하여 일회성으로 지급

- Outcomes Payment : 지난 30개월 동안 검사를 받은 20~69세의 여성의 지정된 비율에 진료 시 지급한다.
- Services Incentive Payment: 지난 4년간 자궁경부세포 검사를 받지 않은 20~69세 여성을 대상으로 진료를 하는 의사에게 지급

7) Asthma Incentive(천식 인센티브)

다음의 항목에 따라 지급한다.

- Sign-on Payment: 중등도에 따른 진료의 이행에 따라 일회성으로 지급한다.
- Service Incentive Payment : PIP의 중등도에서 심한 수준의 천식을 가지고 있는 환자에 대한 천식 진료주기(Asthma Cycle of Care)를 준수한 치료자에 대한 보상으로, 환자 1인당 1회 지급된다.

최소한, 천식 진료주기에는 다음이 포함되어야 한다.

- 최소 12개월 내에 천식의 중등도와 관련된 상담
- 최소 1회 이상 재방문(재상담)
- 천식의 조절단계와 중등도에 대한 문서화된 진단 및 평가
- 천식약과 관련된 약품이나 장치에 대한 환자의 이용 및 접근에 대한 평가
- 환자에 대한 작성된 활동계획 제공(만약 환자가 이것을 사용할 수 없는 경우에는 액션플랜제공 방법과 환자의 의료계획서 사용에 대하여 환자와 상의하도록 한다.)
- 환자에 대한 천식의 자가 관리교육과 작성된(또는 문서화된) 액션플랜에 대한 평가

8) Diabetes Incentive(당뇨 인센티브)

다음의 항목에 따라 지급한다.

- Sign-On Payment: 등록 체계 내에서 수행하는 진료에 대한 일회성 인센티브 지급
- Outcomes Payment: 목표비율의 당뇨환자를 대상으로 1년 진료주기를 완수할 경우에 지급한다.
- Service Incentive Payment: 환자마자 1년에 한 번, 당뇨환자 각각의 연간 진료주기에 대하여, PIP 진료범위 내에서 인센티브 지급

9) Procedural GP Payment(절차적 인센티브)

농촌과 원거리 지역에서의 진료는 넓은 의료서비스 전달범위(산부인과, 수술, 마취 등 도시에서는 전문가로부터 수행되는)를 요구하게 된다. 이 항목의 자격요건을 갖추기 위해서는, RRMA's 분류에 따른 지역에 위치해 있어야 하고, 1회 이상의 절차적 서비스를 공급할 수 있는 최소 1인의 진료의사가 있어야 한다.

10) Domestic Violence Incentive(가정폭력 인센티브)

RRMA's(Rural, Remote and Metropolitan Areas)에 따라 가정폭력 지원 서비스에 대한 알선 이행에 대한 인센티브 지급이다.

11) Aged Care Access Incentive(노인 간호 인센티브)

여기서는 일반진료에 대한 접근개선과 노인 의료 시설의 거주자에 대한 보건의료 서비스 제후를 돕는다.

12) eHealth Incentive

기술발전에 따라 환자의 각종 정보가 전자문서형태로 교환 되는데, 이 항목의 인센티브는 eHealth에서의 최신상태를 유지하기 위한 진료를 권장하고 있다.

13) Indigenous Health Incentive

호주 원주민에 대한 의료서비스제공(만성질환에 대한 모범사례관리도 포함)에 대한 인센티브이다.

다. 정신건강 간호사 인센티브 프로그램(MHNIP ; The Mental Health Nurse Incentive Program)

정신건강 간호사 인센티브 프로그램 (MHNIP ; The Mental Health Nurse Incentive Program)에서는 일반진료, 개인 심리치료, 임상에서 환자의 중증도에 따른 정신건강간호사의 협조를 위한 조직을 기반으로 기금을 적립한다.

이 프로그램에서는 상당한 기간 동안의 심각한 정신건강문제가 있는 환자들을 대상으로 지원이 제공되고, 이러한 단계를 벗어난다면 프로그램을 종료해야 한다.

1) 설립 지급(Establishment Payments)

정신보건간호사 모집, 훈련, 편의, 왕래, 장비 비용과 같은 조직차원에서의 MHNIP 관련비용 설계를 보조하기 위해 일회성으로 지급된다.

- A \$10,000 GST free Establishment Payment : 6개월 동안 주 5~10회 정신보건간호사가 활동하는 조직에 지급된다.
- A \$5000 GST free Establishment Payment : 6개월 동안 주 1~4회 정신보건간호사가 활동하는 조직에 지급된다.

2) 청구 인센티브 지급(Claim Incentive Payments)

회당 240달러가 모든 청구에 적용된다. 이 수치는 모든 정신보건간호사의 급여, 개인비용, 휴양비용 일체가 포함된 가격이다.

제9절 싱가포르

1. 보건의료체계

가. 개관

싱가폴은 1965년 영국으로부터 독립하였으며, 그에 대한 영향으로 영국식 NHS제도를 모태로 하는 보건의료체계를 가지고 있었다. 따라서 보건의료서비스는 무상으로 제공되었으며, 재원은 조세수입에 의해 조성되었다. 하지만, 지속되는 재정불안과 국민들의 의료에 대한 도덕적 해이 등에 대한 개혁요구로 1983년 국가보건의료계획(National Health Plan)이 수립되어 보건의료시스템의 구조적 변화가 시작되었다.

우선적으로 보건의료비용에 대한 재정 부담을 국가로부터 사회구성원 개인으로 이전시키는 것이 골자로 1984년 의료저축계정(Medisave Program)을 도입하였다. 이어 1990년 보다 중증 질병위험(Catastrophic Disease)에 대비하기 위한 프로그램인 Medishield Program을 도입하였다. 자구능력이 없는 사람에 대한 기금을 조성하여 지원하는 Medfund Program은 1993년에 도입되었고, 2001년 노인 및 중증장애를 위한 Eldersshield Program이 도입되었다.

이와 같은 프로그램들은 기본적으로 재원조달의 책임을 국가가 아닌 개인이 1차적으로 지도록 하는데 그 초점이 있다. 이와 함께 1985년 공공병원 재 조직화를 통해 Medisave Program의 적용을 원활히 하였다. 공공병원을 강화하면서 자율성을 부여하는 것은 물론 효율성 개선을 위해 자체적인 노력을 촉구하였다. 이에 따라 인력채용 및 인건비 배분, 병원의 전략적 활동 등 경영부분의 자율성이 부여되었다.

하지만, 국가 소유의 공공병원 운영 골격은 유지되었고, 수가설정이나 운영비 등 핵심적인 부분에 대한 정부 승인권은 유지하여 병원에 대한 통제권을 확보하였다. 공공병원은 정부지원으로 저렴한 의료서비스를 제공하였고, 정부로부터 연간 보조금을 지원받아 경영수지를 맞추어 왔다. 이는 병원이 사회적 의무에 충실할 수 있도록 한 정책에서 비롯된다.

2000년 싱가포르 공공부문 보건의료서비스 제공에 있어 통합진료네트워크를 구축하였으며, 네트워크 내에서 1, 2, 3차 진료연계가 통합적으로 제공할 수 있도록 하였

다. 또한 네트워크 간 경쟁을 촉진하여 효율성을 극대화하고 있다.

싱가폴의 보건의료정책은 자유시장경쟁의 원칙과 정부의 세심한 통제를 보완하여 적용하고 있다. 시장 기전에 의해 운용되는 전략위에 보건의료시장의 특수성을 감안하여 정부가 부분적으로 개입하는 형태이다. 이를 위해 공급측면의 유인 및 재정지출 낭비 요인을 최소화하고, 수요측면에서는 가입자, 국민의 책임성이 강조되었다.

재원조달 역시 사회연대성 원리보다는 개인의 자조성을 강조함으로써 공공정책의 재정지속가능성에 대해 개인 책임을 전가한 부분도 일부 있다. 그럼에도 불구하고 Medisave Program은 개인의 보험료를 적립하여 개인과 가족 간의 재정이전을 도모함으로써 위험분산의 크기를 한정시켰다는 비판도 받고 있다.

하지만 공급측면에서 공공기관의 점유율을 높여 시장기전을 통제하는 형태는 앞서 언급한 재원조성의 개인 책임성에 대한 일부 문제를 보완하는 형태를 띠게 되는 것이다. 또한 사회적 약자에 대한 철저한 정부지원은 제도가 가지고 있는 모순점등을 보완하는 척도로 작동되고 있다.

더불어 조세를 재원으로 주로 건강증진이나 예방보건프로그램에 더 많이 할애함으로써 의료재원조달 및 공급부문의 정부지출을 줄이고 건강증진이나 예방을 통해 국민건강을 비용-효과적으로 달성하고자 노력하는 것이 주요 특징이다.

나. 자격관리 및 관리운영

싱가폴 보건의료 시스템 전반적인 정책과 규제는 보건부가 담당하고 있다. 서비스 공급은 민간영역과 공공부분으로 이원화되어 있으나 공공부분의 비중이 보다 높다.

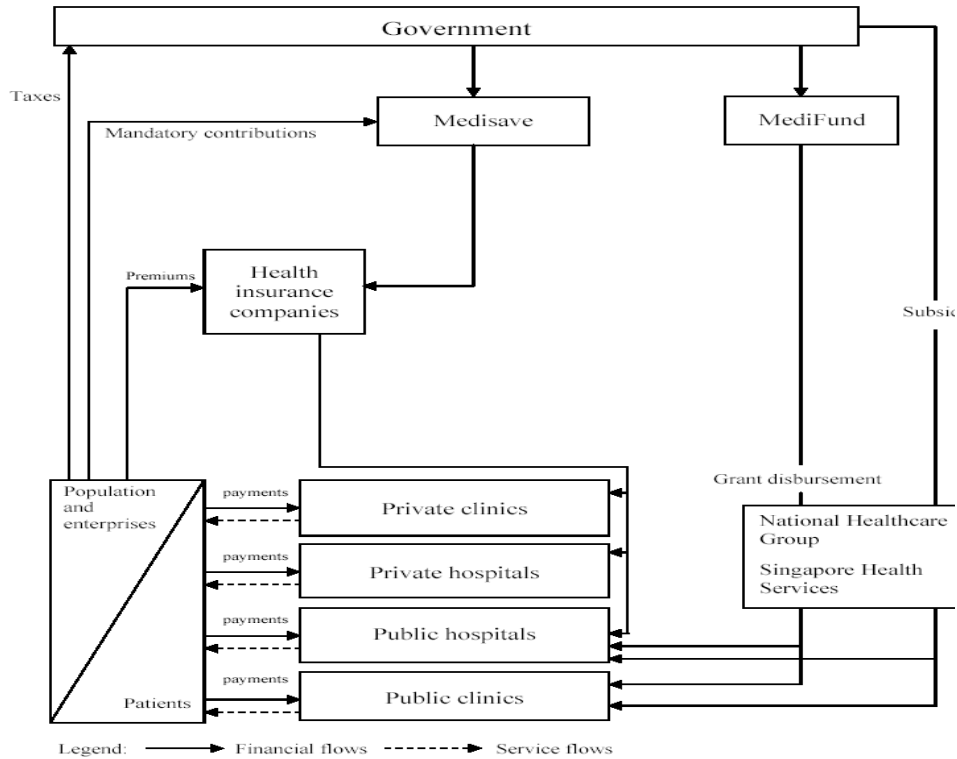
공공부분은 National Health Group(NHG)과 Singapore Health Services(SingHealth)의 2개 그룹으로 통합·분리되어 1차 서비스를 제공하는 통합진료소(Polyclinic)에서부터 3차 서비스를 제공하는 공공병원까지 모두 연계되고 있다. 정부에서는 NHG와 SingHealth에 운영비를 보조하고 성과에 따라 보조수준을 차단함으로써 관리감독하고 있다.

정부의 보조금은 다시 해당 그룹 내의 개별 공공병원에 흡수되어 실제 환자가 서비스를 이용할 때 경제적 지원의 역할을 한다. 민간영역은 민간병원과 민간의원이

국민에게 서비스를 제공하고 있다.

주요 시스템은 주로 MSA(Medical Saving Accounts, 의료저축계정)이다. 정부에 의해 강제되는 개인저축구조로 재원의 성격상 민간재원이며, 이를 중앙신용기금(Central Provident Fund, CPF, 연금과 건강보험 그리고 주택부금 모두를 관장)에서 관리한다. 고용주와 피고용인인 국민, 정부가 모두 일정한 비율로 기여한다. Medifund는 보건의료비용을 스스로 지불할 수 없는 사람들을 지원하는 일종의 사회안전망으로 전적으로 정부의 재원으로 운영되며, 추가적으로 민간의료보험이 재원으로서 기능하고 있으나 큰 부분을 차지하지는 못한다. 의료저축계정이나 민간의료보험을 가지고 있더라도 불필요한 의료이용 방지를 위해 정부가 설정한 공제액과 본인부담금은 개인이 직접 지불하는 형태를 취하고 있다.

[그림 4-13] 싱가포르 보건의료시스템의 구조



보건부는 싱가포르 보건의료시스템에 대한 관리, 기획, 통제의 주된 책임이 있으며,

정책 방향은 건강증진 및 질병의 감소, 양질의 저렴한 서비스에 대한 접근성 보장, 우수한 의료서비스 추구의 3가지로 세분화할 수 있다.

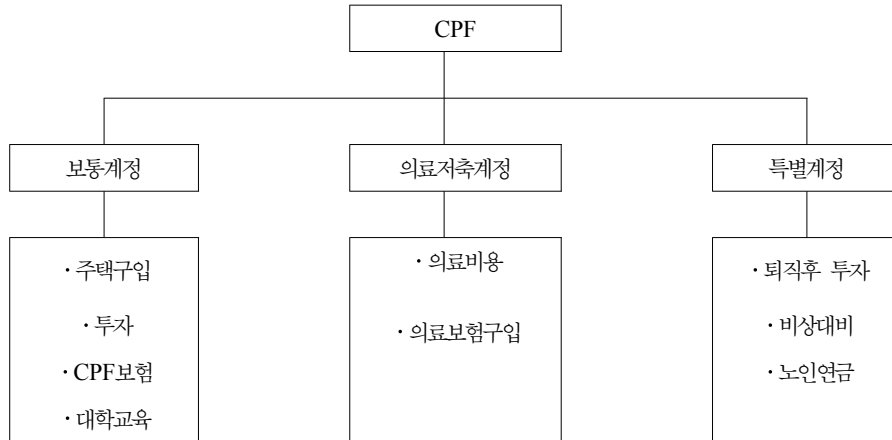
다. 재원조달

앞서 간략하게 언급한 것처럼 싱가포르의 보건의료 재원은 조세수입(Tax), Medisave를 통한 강제저축, 민간의료보험(Private Medical Insurance), 본인직접부담(Out of Pocket Payment)에 의해 충당되고 있다. 의료저축계정은 (Medical Savings Account, MSA)은 정부가 강제하는 개인 소유 저축계좌로 공공자금의 성격이 강한 개인 자산으로 볼 수 있다. 개인 계좌의 자산이지만 정부가 개입하여 개인과 가족의 의료비 지출로만 사용하도록 용도가 제한되어 있다.

저축계정의 재원은 외래 및 입원 중 발생확률이 높은 일반 진료비에 대비하기 위한 용도이며, 근로자, 고용주, 정부가 모두 기여하고 있다. 앞선 언급한 것처럼 의료저축계정은 중앙적립기금(Central Provident Fund: CPF)³⁷⁾의 연금, 주택기금, 교육자금 등과 함께 관리된다.

[그림 4-14] 중앙적립기금의 구조

37) 1955년 강제저축제도 운영을 위해 만들어진 기금으로 정규직 근로자 및 특정 비정규직에 종사하는 근로자는 의무적으로 가입해야 한다. 자영업자 역시 의무적인 것은 아니나 가입이 권장되고 있다. 중앙적립기금 가입자는 월 소득의 일정비율을 의무적으로 적립하여야 하고 근로자의 경우 근로자와 고용주가 정해진 비율로 적립액을 나누어 분담한다. 적립액은 개인 단위로 평생에 걸쳐 모아지고 주택, 교육, 보험, 의료, 퇴직 후 투자 등 특별한 목적(주로 복지적 목적)으로만 사용이 가능하다. 2001년 기준으로 중앙적립기금 가입자는 290만명, 이 중 실제 활발히 적립을 하고 있는 가입자는 130만 명으로 생산인구의 61%를 점하고 있다. 중앙적립기금의 운영은 중앙적립기금 운영회가 담당하고 있다. 의무적인 CPF 적립 비율은 1955년 소득의 5%에서 점차 25%~30% 수준까지 증가하였다(CPF 홈페이지, 2006). 중앙적립기금은 고용주와 근로자 모두 중앙적립기금에 정해진 만큼의 기여를 하고 중앙적립기금 위원회(CPF board)는 기여금을 모아서 다시 3개의 하위 개인계좌로 분산예치한다. 여기서 3개의 하위 개인계좌는 각각 일반계정(ordinary account), 특별계정(special account), 의료저축계정(Medical Savings Account)으로 각각의 계정별로 사용처가 정해져 있다.



자료: CPF 홈페이지, 2010.

중앙적립기금에의 기여율과 할당 비율은 근로자의 종류와 연령에 따라 달라지는데, 개인 근로자의 기여율이 더 높다. 사용자와 근로자의 기여금을 모두 합하여 월 급여의 10%~30% 정도를 충당하고 할당 비율에 따라서 의료저축계정에는 월 급여의 4.5%~8.5%까지 저축하게 된다. 하지만 월 급여에 부과하는 기금에는 상한이 존재하며, 월급여 상한은 개인당 월별 S\$4,500(2006년 기준)이다. 또한 Medisave는 퇴직 이전 시점까지 적립해야 하는 적립액의 상한액과 최소액의 규정이 있다³⁸⁾.

Medisave 적립액 상한수준을 넘어서면 초과분은 개인의 중앙적립기금 일반계정으로 들어가 주택, 투자, 교육 등의 목적으로 사용이 가능하기 때문에 개인들이 이를 적극 활용할 수 있다. 자영자들은 근로자와 분리하여 운영되는데 과거에는 연간 S\$2,400 이상 소득자는 Medisave 적립을 해야 했으나 2002년부터는 연간 S\$6,000 이상자로 상향조정되었다. 적립률은 6~8%로 동일하다.

〈표 4-32〉 민간부문 근로자, 비연금수급 공무원의 중앙적립기금 기여율(2006년)

38) 본래 CPF 적립금은 퇴직연령으로 인정되는 55세 이후부터 인출하는 것이 가능하다. 이때 인출은 3개의 하위계좌에서 모두 가능한데 다만 MSA에 대해서는 퇴직 이후 의료비를 충당하기 위한 최소 금액이라고 인정되는 S\$27,500을 초과하는 금액만을 인출할 수 있도록 하고 있다. 또한 MSA는 최소보유액 기준이 있어서 MSA 적립금이 S\$8,300 이하인 경우 나머지 두 계좌에서 돈을 인출하기에 앞서 MSA 금액을 먼저 맞출 수 있도록 금액을 이전해야 한다. 물론 나머지 두 계좌에 초과 저축액이 없을 경우에는 MSA 최소 한도액을 맞추지 않아도 된다.

연령	고용주 부담 (급여의 %)	근로자 부담 (급여의 %)	총부담율 (급여의 %)	각 계정별 할당율		
				일반계정 %	특별계정 %	의료저축계정 %
35세 이하	13	20	33	22	5	6
36 - 45				20	6	7
46 - 50				18	7	8
51 - 55	9	18	27	12		
56 - 60	6	12.5	18.5	10.5	0	8.5
61 - 65	3.5	7.5	11	2.5		
66세 이상		5	8.5	0		

자료: CPF homepage(2006).

〈표 4-33〉 근로자의 중앙적립금 적립액 상한(2006년)

연령	고용주 기여 상한액	근로자 기여 상한액	기여 상한총액	각 계정별 월 최대기여액		
				일반계정	특별계정	의료저축계정
35세 이하	S\$585	S\$900	S\$1,485	S\$990	S\$225	S\$270
36 - 45				S\$900	S\$270	S\$315
46 - 50				S\$810	S\$315	S\$360
51 - 55	S\$405	S\$810	S\$1,215	S\$540		
56 - 60	S\$270	S\$562.5	S\$832.5	S\$472.5	S\$0	S\$382.5
61 - 65	S\$157.5	S\$337.5	S\$495	S\$112.5		
66세 이상		S\$225	S\$382.5	S\$0		

싱가폴은 공공 계정이외에 Medishield라는 추가 민간보험을 운영하고 있다. 즉, Medisave 승인보험은 Medisave 계좌의 저축액을 해당 보험의 보험료 지불에 사용할 수 있도록 승인받은 보험을 말한다. Medishield와 Integrated Medishield(소득보장이 포함된 Medishield임.), ElderShield가 포함된다. 이 같은 용도의 연간 인출 상한은 일인당 보험 1개당 S\$800이고 이를 초과하는 보험료는 본인이 직접 내야한다. Medishield는 1990년 7월에 도입된 중증질환 및 고비용 의료비에 대비한 보험으로 Class B2와 C의 경우 Medisave만으로 충분한 보장이 안 될 때 유용하게 활용할 수 있다.

Medisave가 본인과 가족으로 위험분산의 범위를 한정하고 있는 반면, Medishield는 동시대를 살고 있는 질병의 위험이 있는 모든 사람들의 위험분산을 목적으로 한다. Medishield 보험료는 가능한 낮게 설정되어 그 가입을 촉진하고 있다. 2006년 기준 30세 이하는 연간 \$30이고 연령별로 보험료가 높아지는데 84~85세는 연간 \$705까지 올라가도록 설계하였다.

〈표 4-34〉 연령별 Medishield 보험료(2006년 기준)

연령	연간보험료
30세 이하	\$ 30
31 - 40	\$ 40
41 - 50	\$ 80
51 - 60	\$160
61 - 65	\$225
66 - 70	\$265
71 - 73	\$335
74 - 75	\$375
76 - 78	\$420
79 - 80	\$510
81 - 83	\$600
84 - 85	\$705

주) 76세 이상자의 보험료는 75세 이전 가입하여 76세 이상에 도달하였을 때 보험료임.

자료: <http://mycpf.cpf.gov.sg/>

다음으로 ElderShield는 2002년 6월 도입된 중증장애보험으로 현재 보건부가 선정한 2개의 민간보험사(NTUC Income과 Great Eastern)에서 위탁 운영하고 있다. Medisave 보유자에게 적용되는 선택적 탈퇴방식으로 40세에 도달하고 Medisave를 보유하고 있는 사람은 자동적으로 Eldershield에 가입되고 원하지 않을 경우 탈퇴신청에 의해 탈퇴하는 방식이다. 2006년 현재 가입 최대연령은 69세로 가입 연령제한이 있다. 이 보험은 우리의 장기요양보험과 성격이 유사하다.

기타 Medisave가 승인하여 운영하는 보험으로 Medishield외에 추가적으로 공공병원 Class A, B1, 민간병원 서비스를 제공받을 수 있다. 고용주에 의한 보험(Employer Sponsored Scheme)은 고용주가 피고용인에게 의료비 혜택 프로그램을 제공할 수 있도록 세제혜택을 부여하고 있어 이를 위해 제공될 수 있도록 하는 일종의 기업복지 차원의 보험 프로그램이다.

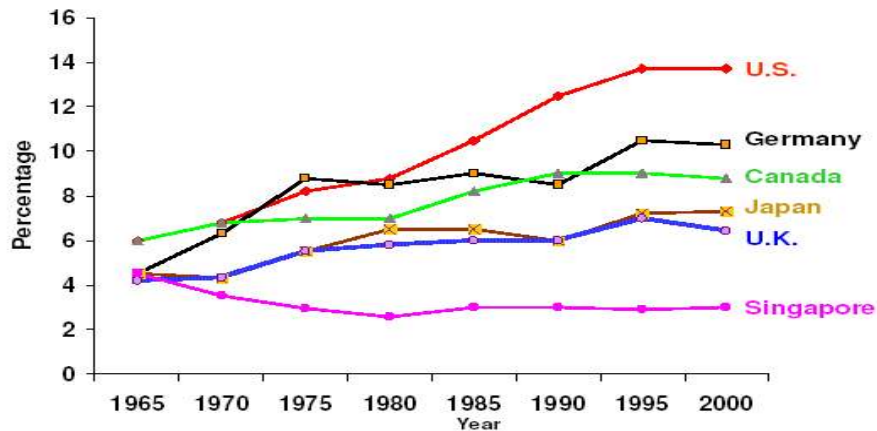
전체적으로 싱가포르의 보건의료 재원별 구성 비율을 살펴보면, 가장 큰 항목 구성요소는 고용주 급여, 본인부담, 정부지원이다. 물론 민간재원에서 2/3 이상을 차지하는 가장 큰 구성비는 개인의 직접 부담과 고용주 급여혜택이 된다.

A 3D pie chart illustrating the distribution of health insurance funding sources. The chart is divided into six segments of varying colors and sizes, each labeled with its corresponding funding source and percentage. The segments are: Employer benefit (35%, light blue), OOP (25%, dark blue), Gov. subsidy (25%, yellow), Private Insurance (5%, red), Medisave & Medifund (2%, green), and Medishield (8%, orange). The chart is presented in a 3D perspective, giving it depth.

Funding Source	Percentage
Employer benefit	35%
OOP	25%
Gov. subsidy	25%
Private Insurance	5%
Medisave & Medifund	2%
Medishield	8%

싱가폴의 GDP 대비 보건의료비 지출액은 3.7%~4.5% 수준을 유지하고 있어 세계적으로 보건의료비 지출액 수준이 매우 낮은 편이다. 참고로 우리나라의 GDP 대비 보건의료비 지출 비율은 2007년 기준 6.8%이다. 싱가포르 총 보건의료비 지출 중 정부부문 비중이 35~40%를 차지하고 민간부문은 60~65%를 차지하여 대부분의 OECD 국가와는 재원 구성이 다른 양상을 보이는 것이 특징이다.

[그림 4-16] 국내 총생산 대비 국민의료비 지출 비중



자료 : 싱가포르 보건부, 2006.

라. 의료전달체계

싱가폴의 1차 보건의료서비스의 생산은 민간부문인 개인의원이나 공공부문인 통합진료소(Polyclinic)에서 제공하는데 민간부문이 주된 역할을 담당하고 있다. 2005년 기준 일차의료부문에서 전체 환자방문의 78%는 민간의원이 차지하고 22%는 공공진료소가 차지하는 것으로 나타났다. 2·3차 보건의료서비스는 공공부문이 80%, 민간부문이 20%이다. 하지만, 환자의 의료기관 선택에 있어 제약은 없으며, 환자가 원하면 공공과 민간을 구분하지 않고 어느 곳에서나 진료를 받을 수 있도록 운영되고 있다.

[그림 4-17] 싱가포르의 의료제공체계

1차 의료	공공부문		민간부문	환자는 자유롭게 선택 공공 / 민간 시설차이 없음
	폴리클리닉(18개)		민간의원 (1,400여개)	
	1차 의료공급의 22%		1차 의료공급의 78%	
2·3 차 의료	공공부문		민간부문	
	공공병원(7개)	특수센터(6개)	민간병원(16개)	
	2개의 Cluster 2·3차 의료공급의 80%		2·3차 의료공급의 20%	

마. 개혁논의

의료비용 지출이 많지 않음에도 불구하고 평균수명이나 영유아 사망률 및 질병구조 등은 국민의 건강수준은 매우 높은 편으로 도시국가의 잘 관리된 건강보험제도의 특성을 보여주고 있다.

그럼에도 불구하고 개인의 재원조성 책임을 강조하면서도 정부의 충분한 재정정보를 통해 의료이용에 있어 기본적으로 형평적인 접근이 이루어질 수 있도록 구조화되어 있는 특징은 공공기반이 취약한 우리현실에 시사해 주는 바가 크다.

의료이용에 있어 환자의 만족도는 85% 수준으로 높은 편이며, 모든 의료기관에 대한 정부의 개입이나 관리가 용이한 것도 역시 주요 특징이며, 시사점이다. 정부의 홈페이지나 기타 수단을 통해 개별 의료기관의 진료비에 대한 정보가 사전적으로 투명하게 공개되며 관리되고 있다.

2. 인센티브제도 운영현황

□ 도입배경

제도 개괄에서 언급한 것처럼 싱가포르 MSA 제도 자체가 NHS 시스템의 비효율성을 극복하고자 도입된 제도이다. 이는 NHS가 가지고 있는 비용의식의 미비, 도덕적 해이 등으로 재정지출이 증가하여 제도의 지속가능성에 문제가 클 것이라고 인식한 싱가포르 정부 당국의 특별한 결정이 제도 탄생에 기여한다.

개인의 계좌에 기금을 조성하여 자신의 책임 하에 의료비를 통제하도록 운영하는 것으로 가족 내 또는 자신의 생애주기별 위험분산이라는 독특한 구조를 창출한다. 결국 제도 자체가 인센티브 제도로 볼 수 있을 것이다.

□ 운영현황

제도 운영 및 재원조성에 언급하였듯이 본인 월 급여액이나 자영자의 소득에서 일정 비율을 보험료로 기여하고, 정부와 고용주가 함께 부담하는 방식으로 재원이 적립되는데 사용에 있어서 외래 및 입원 시 사용이 가능하나 말 그대로 본인이 사용하지 않을 경우 연간 적립되어 추후 사용이나 일정액 이상 자금에 대해서는 교육, 연금, 주택구입 자금으로 전용이 가능하도록 하여 그 자체가 건강한 삶을 유지하고, 조성된 자금을 활용할 수 있도록 한 인센티브 제도로 운영되고 있다.

〈표 4-35〉 싱가포르 MSA 인센티브 운영현황 개요

구 분	싱가폴
주 목적	자원(자금) 이동과 개인책임의 증가
대상 집단	전체 싱가포르 국민
가입유형	강제가입
MSA기금 운영자(보험자)	정부(CPF)
기여형태	상·하한이 결정된 소득에 대한 정률
기여자	사업주와 근로자
세금공제(인센티브)	기여와 이자에 세금공제
MSAs 비용 인출(인센티브)	가입자와 가족, 단 입원 서비스에만 지출
의료비용 이외의 자금 인출 허용 여부	허용 않됨
중증(대)질병보험과의 조화	선택적, 정부 또는 민간에서 제공
자금조성형태	1) 실제 본인부담, 2) Medisave, 3)Medishield, 4) Medifund

자료: Piya, "Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience", EIP/HFS/PHF Discussion Paper No. 52. 2002., pp. 29.

□ 효과 및 문제점

하지만 MSA의 최대의 단점은 중대 질병에 노출되었을 때 자신이 적립한 금액으로 위험에 대처할 수 없다는 것이다. 물론 싱가포르의 경우 Medishield, Eldersshield, Medifund 와 같은 2중, 3중 보완장치가 마련되어 있으나, 역시 중증 질환에 대비하는 위험분산 효과는 미흡한 것을 알 수 있다.

또한 건강한 사람과 건강하지 못한 사람 그리고 고소득자와 저소득자간의 소득재분배가 이루어지지 않아 사회보장제도라기보다는 개인보장 상품으로 기능하는 것을 알 수 있다. 사회통합에 기여하는 사회보장제도의 기능은 사실상 작동하기 어렵다는 점을 들 수 있다. 싱가포르에서 MSA 제도가 성공할 수 있었던 이유는 아마도 화교 상권의 높은 저축열과 가족중심의 문화 등이 작용했기 때문이다.

종합적으로 싱가포르 MSA 제도의 장단점을 통해 인센티브 제도의 문제점을 짚어 보기로 한다. 먼저 MSA 제도는 의료이용의 도덕적 해이를 방지하기 위해 개인 계좌에서 진료비가 빠져나가도록 설계함으로써 불필요한 의료 이용을 방지하고자 하려는 목적을 갖는 인센티브 제도이다. 싱가폴은 물론이고 시범사업을 하고 있는 중국이나 미국 역시 MSA제도가 사회보험의 원리인 위험분산이나 소득재분배를 목적으로 하지 않고 개인의 책임을 더 강조하여 도덕적 해이 방지에 더 많은 관심을 두고 있다(CPF, 2002). 그러나 가입자의 의료이용 억제가 MSA제도의 본연의 목적이고 인센티브 그 자체이지만 실제, 싱가포르의 경우 공급자인 병원이나 의사들이 가격경쟁을 하지 아니하고, 의료기술에 더욱 노력하여 비용을 유발한다는 연구결과가 있어 그 실효성에 의문이 제기되기도 한다(Teh-wei Hu, 1999).

둘째, 적용범위에 대한 사항으로 전 국민을 강제 또는 임의(선택) 가입할 수 있는 방법이 제시되고 있으나, 전 국민이 아닌 일부 계층이나 지역으로 국한할 수도 있는 문제점이 있으며, 싱가포르의 Medishield 제도처럼 가입하지 않은 사람들은 의료비용이 높은 중대질병 위험에 노출될 수 있고, 인센티브의 목적에도 부합하지 못한다. 반대로 MSA 제도 자체를 건강하고 소득이 높은 사람들이 이용할 경우 소득역진 현상이 발생할 수 있고, 인센티브 제도가 소득재분배 또는 재정이전의 실현이라는

사회보장제도의 근본을 훼손할 수 있는 문제를 갖고 있다.

셋째, 보험료 기여에 대한 인센티브로 세제혜택이나 공제 등이 주어지는데 이 역시 건강한 사람과 고소득자에게 유리하여 역진 현상이 발생할 수 있다. 급여 측면에서도 개인이 스스로 질병에 대해 책임을 지려고 하기 때문에 중증으로 전환되는 경우가 발생할 수 있어 금전적 인센티브가 오히려 국민의 건강수준을 낮추는 부작용을 초래할 수도 있다.

제10절 스위스

1. 보건의료체계

가. 개관

스위스 보건의료 제도는 보편적 보장성(Universal Coverage) 제공을 기반으로 한다. 모든 국민이 기본급여(Basic Package)에 강제적으로 가입하도록 되어 있다. 각 주정부 개념인 Canton은 자치 주민들이 기본급여(Basic Package) 구입을 강제하고 있다. 가입개방(Open Enrollment) 정책을 기초로 강제건강보험(Compulsory Health Insurance)에 대하여 보험사들은 피보험자들의 건강상 위험요인을 이유로 가입 거부를 하지 못하도록 통제하고 있다.

더불어, 가입 거부 규정에 대해서 보험사들이 지킬 수 있도록 지역별, 인구별 위험요소를 균등화 할 수 있는 위험균등화(Risk Equalization Solidarity Body)프로그램을 운영하고 있다. 즉, 위험 요인이 높은 피보험자들이 많은 보험사들에게 기금을 분배하는데 이를 정부가 강제로 운영하게 된다.

각 Canton은 보험료를 납부하지 못하는 주민들에게 자산평가(Means-tested)를 통해 조세 재원으로 보조금을 지급함으로써 저소득계층에 대한 지원을 동시에 하고 있다. 전체 국민의 32.7%, 보험료는 전체의 19.1% 수준에 Canton의 재정적 보조금을 지원받고 있다. 피보험자들이 보험자 선택의 자유를 보장하고 있다. 각 개인은 1년에 두 번의 보험자를 자유롭게 선택할 수 있으며, 보험자 변경에 대해서는 사전에 반드시 보험자에게 통보해야 한다.

국민들은 자신이 거주하고 있는 지역(Canton)에 등록되어 있는 보험사를 선택하도록 되어 있으며, 추가적으로 필요한 서비스에 대해서는 보충형 보험에도 가입(임의적)할 수 있도록 허용하고 있다. 보험료는 정부가 설정한 범위 내에서 결정되며, Community Rate를 적용한다.

나. 자격 및 관리운영

강제건강보험(Compulsory Health Insurance)을 제공하는 민간 보험사는 반드시 연방사회보험청(The Federal Office of Social Insurance)에 등록되어야 하며, 이를 통해 정부는 보험사들을 규제하게 된다.

강제건강보험(Compulsory Health Insurance)을 제공하는 보험사는 1993년 207개, 1999년 109개, 현재는 87개 보험사가 등록되어 있다. 규모가 크고 효율적으로 운영되는 보험사로 합병이 계속적으로 이루어지고 있어 네덜란드의 경우처럼 몇 개의 메이저 보험회사가 대다수의 국민을 포괄하는 수렴현상이 나타날 수도 있을 것이다. 강제건강보험(Compulsory Health Insurance)을 제공하는 보험사는 이윤추가가 법적으로 금지되어 있다. 다만, 프로그램 운영을 통해 비용 절감을 위한 노력들이 이루어지고 있어, 비공식 경쟁이 이루어진다고 볼 수 있다.

보충형 보험시장에서 강제건강보험(Compulsory Health Insurance)을 제공하는 보험사들의 시장점유율이 높으며, 일부 보충형 보험료를 과도하게 높게 설정하는 경향이 있다. 이에 대해 정부는 보충형 보험에 부과되는 총 보험료의 50%를 넘지 못하게 규제하고 있다. 보충형 보험(Supplementary Health Insurance)은 강제 보험이 아니며, 개인의 선호에 따라 선택할 수 있다. 보충형 보험 시장은 연방민간보험청(The Federal Office of Private Insurance)에 의해 관리되며, 서로 경쟁을 통한 자유시장체제로 운영된다.

보충보험의 경우 보험료는 개인의 위험도에 따라 자유롭게 설정되며, 단 기본급여(Basic Package) 상품과 혼합된 상품의 판매는 법으로 금지되어 있다.

다. 급여내용

스위스 보건의료제도에는 기본급여(Basic Package)가 있고, 꾸준히 확대되어 왔으며, 대표적인 항목은 다음과 같다. 첫째, 거주 지역 Canton의 일반병상의 입원, 둘째, Semi-inpatient 치료, 예) 안과 또는 정신과 치료 그리고 외래진료, 간호(Nursing Care) 또는 Nursing Home 치료에 일주일에 최대 60시간이용, 내과 의사, 지압사(Chiropractor)에 의한 환자 집에서의 검사, 치료, 간호 및 의사의 요청에 의해 건강휴양(Health Resort)를 포함한 재활(일당 최대 CHF 10(\ 13,050 수준)), 당뇨병 진료, 정신의학 진료, 해외응급 의료 등이 포함되고 있다. 여기에 이송 및 응급 구출 비용 등이 함께 제공된다.

더불어, 법적으로 인정한 유산, 산모관련 비용³⁹⁾, 치과진료, 안과 및 콘택트렌즈 비용⁴⁰⁾ 등도 포괄하여 기본급여의 범위가 상당히 넓음을 알 수 있다.

라. 재원조성 및 구성현황

스위스의 기본 보험의 보험료율은 지역사회 요율(Community Rate)을 적용하며, 연방사회보험청(The Federal Office of Social Insurance)에서 관리감독을 하지 않는 영역에 대해 가격 경쟁은 허용하고 있다. 이는 소비자들이 선택한 보험의 형태에 따라 보험료 차이가 발생하는 것을 의미한다.

공제액(Deductible) 제도가 존재하는데 보험자에 의해 지불되어야 하는 진료비용의 기준을 제시하며, 대부분의 의료비용은 공제되는 비용을 초과하고 있다. 정부에서 최대 최고 공제액 범위를 정해 놓고 있으며, 최소 공제제도는 300스위스 프랑으로 전체 가입자의 48%가 이를 선택하고 있으며, 최대 공제제는 1,500스위스 프랑으로 전체 가입자 중 9%만이 이를 선택하고 있다.

한편, 고정금(Fixed Fee)제도도 함께 병용하는데 공제액 초과한 비용에 대하여 10% 본인부담을 하고 있다. 과도한 본인부담을 줄이기 위하여 Canton은 연간 700스위스 프랑을 상한으로 정하고 있다.

39) 일상적인 7가지 출산 관련 검사 및 산전 검사, 3회의(Breast-feeding Consultation)

40) 유아 일년에 CHF 180(\ 234,900수준), 성인 5년에 CHF 180(\ 234,900수준).

스위스의 총 보건의료 재원은 CHF 49,880 million 이다. 여기에서 사회보험 CHF 20,225 Million(40.5%)로 전체 의료비에서 차지하는 비중이 가장 높다. 본인 부담 CHF 15,744 Million(31.6%), 중앙정부 CHF 8,948 Million(17.9%), 보충형 보험 CHF 4,478 Million(9.0%), 기타 CHF 485 Million(1.0%)로 구성된다.

〈표 4-36〉 보건의료재원의 구성

재원	백만 CHF	비율
총액	49,880	100.0%
중앙정부	8,948	17.9%
사회보험	20,225	40.5%
보충형 보험	4,478	9.0%
본인부담	15,744	31.6%
기타	485	1.0%

자료: 스위스 보건부, 2008.

마. 보건의료 전달체계 및 수가산정

스위스 보건의료 전달체계는 1차 진료 공급자들은 보험자로부터 받는 상환액(Reimbursement)을 통해 재원을 조달한다. 대부분의 피보험자들은 병원 또는 의원(Clinic)에 등록되어 있지만, 피보험자들은 Canton에 등록된 모든 1차 의료기관을 선택해서 치료받을 수 있다. 수가는 행위별 수가를 원칙적으로 사용하며, 공급자와 건강보험조합연합회간의 협상에 의해 결정되고, 협상이 결렬되면 Canton 지방정부가 수가를 결정하는 구조를 갖고 있다. 다만, 수가결정에 이의가 있는 경우는 연방위원회에서 결정하는 보완적 방법도 마련해 놓고 있다.

2·3차 진료 역시 Canton에서 상당부분 규제하는 형태이다. Canton은 지역 내 전반적인 의료계획을 수립하며, 전반적인 규제를 실행한다. 공공병원과 비영리 민간병원은 적자 부분에 대하여 정부로부터 보조금(대체적으로 전체 수익의 50% 수준)을 지급 받지만, 영리 민간병원은 그렇지 못하다. 정부 보조금 없이 운영되며, 수가체계는 새롭게 도입된 가격체계(Tarmed)에 의해 결정된다. 전국적으로는 상대적 가격 수준 체계로 구성되어 있으며, Canton별로는 단일 가격 체계로 운영하고 있다.

2003년 기준으로 공공병상 규모는 80.9%이며, 민간병상은 19.1%로 높은 공공성

을 유지하고 있다.

바. 개혁동향

2008년 스위스 보건의료 체계의 개혁의 한 방안으로 낮은 비용으로 질 높은 서비스를 제공하기 위하여 2007년 비용경쟁(Cost of Competition) 측면의 정책에 대하여 국민투표를 실시하였다. 소득과 부를 기초하여 보험료를 산정하고, 증가되는 관리운영비를 감소시키는 취지에서 단일 보험자(Single Insurer)로 보험사를 통합하는 제안에 대하여 국민투표를 실시하였으나, 투표결과 부결되었다. 단일보험자에 대한 보험사의 독점화가 개혁에 반대할 것을 우려하였고, 서비스 질 개선이 이루어지지 않아 부유층만이 추가적인 보험 상품을 구입하여 보장혜택을 더 받을 것이라는 국민들의 의견으로 채택되지 못하였다.

2. 인센티브제도 운영현황

□ 도입 배경

스위스는 매년 공보험의 비용증가에 대해 우려의 목소리가 증대되었고, 2003년 건강보험법 개정을 통해 개혁을 시도하였으나 실패하여 새로운 대안 마련이 요구되었다. 이에 정치적으로 건강보험에 대한 비용절감, 단일보험자 및 연방회의 법안 발의 등을 통해 비용절감을 실현하고자 새로운 노력이 실현되었다. 이를 위해 비용절감을 위한 경제적 기전 도입, 공급자간 경쟁강화, 건강보험의 법적 책임감 증대를 목표로 수립하였다.

□ 운영현황

스위스의 비용절감을 위한 프로그램은 공급자와 가입자로 구분할 수 있다. 공급자 측면에서는 주정부 Canton이 공급자 처벌대상을 확대한 것이다. 2004년 연방의회에

서 비경제적이거나 질 낮은 의료서비스를 제공하는 공급자에 대한 강력한 처벌을 결정하는데 경고, 진료비 환수, 범칙금 부과, 면허 중단 및 박탈의 조치가 취해진다.

가입자에 대해서 민영보험사는 다양한 방법을 활용하여 건강유지 지원, 만성질환 투약관리 등의 서비스를 제공함으로써 진료비 절감 노력을 기울이고, 병원을 이용하지 않은 대상자에 대한 보험료 환급(No Claim Bonus) 프로그램을 운영하고 있다. 한편, 보험사가 권유하는 의료기관을 이용할 경우 본인부담의 일부를 인하하고 있으며, 보험료도 인하할 수 있도록 하고 있다. 더불어 의료서비스 질 확보를 위해 가입자와 공급자 모두가 노력하고 있다.

□ 제도운영의 효과와 문제점

위험균등화 프로그램을 토대로 관리된 경쟁 모델을 적용하여 보다 공정한 입장에서 보험사간 경쟁이 이루어질 수 있도록 하였다. 하지만, 근본적으로 인센티브 제도가 오히려 건강한 사람에게 더욱 건강함을 부여하고, 건강하지 못한 사람들에게는 부작용으로 작동될 수 있음을 인식하여야 한다.

가입자들의 건강관리, 복약지도 및 만성질환 관리 등으로 보험사가 얻는 이익이 상대적으로 적기 때문에 급여확대 축소나 의료이용을 제한할 수 있는 부작용도 지적할 수 있을 것이다. 역 선택을 방지하고, 위험균등화 프로그램을 운영하지만 지역별 특성이나 개인 편차를 완전히 반영할 수 없기 때문에 보험사간 보이지 않는 역 선택의 유혹은 남아 있게 된다.

현재까지 국가별로 건강보험 체계와 인센티브제도 운영을 살펴 보았다. 각 국가별 인센티브 제도의 종류와 시사점을 요약하면 아래 〈표 4-37〉과 같다.

〈표 4-37〉 국가별 보건의료 분야 인센티브 정책의 종류와 시사점

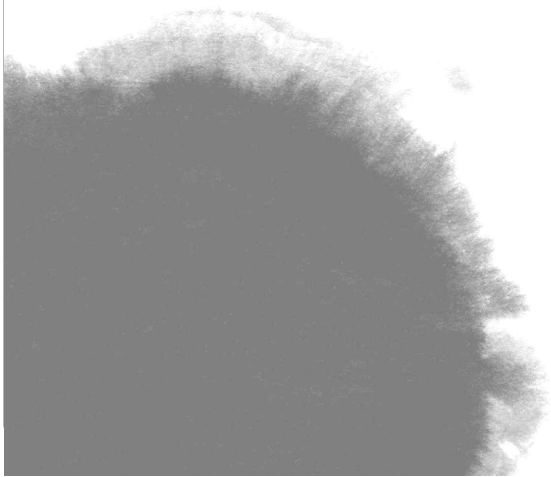
국가	인센티브 종류	시사점
일본	아나기시의 개호 지원 자원봉사 제도	보험료 억제효과와 관점에서, 2008년도를 기준으로 제도 실시에 대한 비용 이득은 연액 9, 314, 652엔으로 추정됨. 한 명 당 약 1개월로 환산하면 11. 1엔의 개호보험료 억제 효과가 있는 것으로 나타남. 즉, 개호 지원 자원봉사 제도에 필요로 하는 비용을 제외해도 개호 예방 효과에 의해, 시내의 모든 고령자의 개호보험료에 대한 감액 효과가 있는 것으로 분석됨.
	저가구매 인센티브제도	보험자가 정한 상한가격보다 저렴하게 의약품을 구입한 경우 그 차액을 요양기관과 약국의 수익으로 인정하는 제도로서, 2년마다 약가를 개정하고 있음. 1981년에 18.6%, 1984년에 16.6%의 약제비를 인하시킬 수 있었고, 2006년에는 6.7%, 2008년에 5.2%의 약제비 인하 효과가 있었음.
	특정건강, 보건지도의 성과에 따른 경제적인 인센티브 부여	특정건강진단의 실시율, 특정보건지도의 실시율, 대사증후군 해당자·예비군(특정보건지도대상자)의 감소율에 대한 평가가 이루어지며, 건강검진 실시율이 낮거나 보건 지도 비율이 낮아 성과를 얻지 못한 경우 의료보험자는 경제적인 페널티를 부담하게 됨.
미국	메디케이드(Medicaid) 프로그램 수급자 대상 인센티브 제공(현물 인센티브, 휴연과 비만 감소를 위한 인센티브, 개인의 건강행위에 따른 메디케이드 급여 조건적 확대)	인센티브 제도에 건강 증진행위 증가 및 위해 행위 감소를 추구하려는 의지가 담겨 있는 것이 특징임. 그러나 Medicaid 제도의 경우, 각종 기준을 충족하여야 수급 대상이 되는데, 약 60%의 미국인들이 기준 미 충족으로 메디케이드의 혜택을 받지 못하고 있음. 그리고 수급 대상이 된다고 하더라도, 그 제도의 효과는 명확히 검증되지 않았음. 실제로, 휴연과 비만 인구수가 인센티브 제도를 통해 그 수가 감소하였는지 여부가 명확히 증명되지 않았고, 메디케이드 수급자들이 인센티브 제도를 통해 예방서비스에 적극적으로 참여한다는 것에 대해서도 검증된 연구결과가 없음. 그리고 실제 재정적 보상이 개인의 보건관련 행태에 미치는 영향에 대한 구체적인 연구 또한 미흡함. 따라서 중장기적 모니터링과 효과 극대화 방법에 대한 구체적인 연구가 필요한 것으로 나타남.
	California P4P	캘리포니아 P4P의 경우, 건강의 질을 향상시키는 데 도움을 준 것으로 분석되고 있음. 그러나 질 평가를 통한 인센티브로 재정절감에 기여하려는 프로그램의 의도와는 달리, 재정을 효율적으로 관리하려던 정책은 실패한 것으로 평가 받고 있음.
	CMS ; the Centers for Medicare and Medicaid Services	기존의 California P4P에서 지적된 비용절감 실패의 문제를 보완하기 위해 중앙정부 차원에서 고안된 제도로, 보건의료에서 케어의 질은 향상시키되 프로그램에 대한 비용 지출은 감소시킬 수 있는 효과가 기대되고 있음.

국가	인센티브 종류	시사점
미국	PCMH(Primary Care Medical Home)	BlueCross BlueShield 협회에서 만들어진 제도로, CMS와 마찬가지로 진료의 질 향상 대비 증가하는 의료비용의 지출을 절감해줄 것으로 기대되고 있음.
	고용주 인센티브	케어에 대한 접근이 공평하게 이루어져야 한다는 관점에 근거하여, 사업장에서 건강보험혜택을 적용받는 근로자들이 증가할 것으로 분석됨.
독일	건강인식 행동을 위한 인센티브(Barmer 질병금고의 초과 점진을 위한 인센티브, Barmer 질병금고의 건강인식 행위를 위한 인센티브, Barmer 질병금고의 보건의료 서비스 이용의 최소화를 위한 인센티브, 만성질환의 조기검진 및 진료)	<p>독일 건강보험의 인센티브 제도는 증가하는 만성질환자의 개인 행태에 초점을 두어 건강 향상을 목적으로 하고 있음. 개인행태에 초점을 두는 것은 보건의료체계의 효율적인 운영을 위함임. 또한 가입자는 질병금고를 선택할 자유를 가지고 있기 때문에, 질병 조합 간 경쟁의 강화를 모색할 수 있음. 그러나 이러한 목적의 인센티브 제도에서도 한계점이 존재한다.</p> <p>먼저 인센티브 및 디스인센티브 제도는 ‘당근과 채찍’의 의도로 이용되지만, 가입자 입장이나 관계자 입장에서는 그 구분이 명확하지는 않음. 또한 새로운 부가적인 인센티브 프로그램 개발을 만들어 낼 수 있으며, 추가 급여를 확대하거나 손해가 발생하는 것을 막을 수 없는 단점이 있음.</p> <p>두 번째로, 인센티브 프로그램이 오히려 고소득자를 유인한다는 점에서 형평성 문제도 야기됨.</p> <p>세 번째로, 의사가 프로그램 참여로 얻은 성과를 증명하려는 목적을 가지고 있을 경우, 진단의 진위성이 불분명함.</p> <p>마지막으로 질병금고 간의 경쟁은 비용효과성과 건강증진 결과에 대한 정보 공유 문제를 낳기 때문에 결국은 1가지 방식으로 귀결되어 다원성의 상실과 가입자의 참여의 저조문제를 야기할 것이라는 우려가 있음.</p>
	처방인센티브 제도	의약품 비용을 통제하기 위한 목적으로 실시된 이 제도로 인해 필수적 의약품 사용의 억제와 잠재적인 개인 의료비용의 증가 문제가 우려됨. 그리고 의도외는 달리, 처방예산은 전년도 약제비 지출을 기준으로 책정되기 때문에 예산을 절감하려는 노력에 대한 동기부여 또한 충분하지 않아 비용절감 효과도 크지 않을 수 있다는 분석도 있음.
	모성보호제도(산전 후 휴기수당, 육아휴직)	자녀 양육과 모성보호를 촉진시키기 위한 목적으로 만들어진 제도임. 직업을 가진 부모가 경제적 문제 때문에 출산을 꺼리는 것을 막기 위해 육아휴직 수당제도가 도입되었으며, 출산 전후의 여성을 법적으로 보호하려는 의도가 담겨 있음.

국가	인센티브 종류	시사점
네덜란드	민간 보험사들의 경쟁(환급제도 운영, 가입자의 공급자 선택권 부여 등)	가입자들의 선택을 통해 보험사의 경쟁이 이루어지는 기전이 네덜란드 제도의 핵심이었음. 개혁 초기인 2006년에는 보험사를 이동한 가입자는 4분의 1수준으로 낮았으나, 이듬해인 2007년에는 이동 비율이 6%에 그침. 가입자들의 보험사 이동을 통해 얻을 수 있는 비용이 크지 않거나 대동소이하여 가입자로 하여금 이동의 원인을 제공하고 있지 못하다는 평가가 있었음. 또한 가입자의 선택 보험사가 집중되는 현상이 나타나고 있어 효과적인 경쟁 기전이 흔들리는 양상을 보임. 또한 경쟁을 위한 보험사의 정보(보험료 수준, 급여 패키지, 서비스 등) 공유가 부족하다는 평가를 받고 있음. 그리고 4개의 메이저 보험사가 가입자의 88%를 잠식하고 있어 효율적인 경쟁기전이 이루어지고 있지 못함.
영국	일반 의료 서비스 계약 - 질과 성과 체계(General Medical Services Contract - Quality and Outcomes Framework ; QOF)	영국에서의 P4P로, 의사들의 열악한 근무환경을 해결하기 위해 정부차원에서 보건의료서비스의 현대화 및 케어의 질 향상을 목적으로 고안된 제도임. 이 제도의 도입으로 질 향상 성과가 있었으나, 의사들이 복잡한 척도를 이해하지 못하여 발생하는 부작용 및 성과와 거리가 먼 척도의 배제 문제, 그리고 형평성 측면에서의 윤리적 문제 등이 지적되었음.
	의약품 처방 인센티브 제도	1993년부터 인구학적 특성을 고려한 가중치 부여를 통한 인두방식의 예산 설정방식을 통해, 안정적으로 의약품 비용을 관리할 수 있는 효과를 얻었음.
스웨덴	출산장려 인센티브(육아휴직제도, 휴직급여 지원)	1960년대 중반 이후부터 1970년대까지 출산율의 급격한 하락이 도입배경이 되었고, 고용적인 측면에서의 양성평등의 생활화와 보편적 복지제도 완비로 일과 가정의 병행을 제도적으로 지원하고 있음. 그 결과, 여성취업률 80% 이상을 달성하였고, 2007년 출산율의 경우 독일, 이탈리아 등 다른 유럽 국가들의 약 1.3명보다 높은 1.85명을 기록하였음.
프랑스	처방인센티브 제도	의약품에 대한 환자의 실제 본인부담이 거의 없고, 직접 의약품을 사용하는 의사에 대한 예산과 금전적 인센티브가 적용되지 않기 때문에 목표예산을 통한 비용 절감 효과를 기대하기 어려움. 게다가, 프랑스는 다른 유럽 국가들에 비해 일차의료에 대한 통제가 적고, 제네릭 의약품 사용이 원칙적으로 장려되지만 적절한 경제적 인센티브가 없어 제네릭 의약품 사용 비율이 5% 미만으로 낮음. 따라서 의약품 비용이 높고, 의약품을 효율적으로 사용할 인센티브 또한 부족한 실정임.
	출산 장려 인센티브(가족수당 제도, 공동 육아시설 확충)	제도의 실시로 출산율이 최저치를 기록했던 1993년 1.66명에서 2008년 2.02명으로 상승하는 효과가 있었음. 이 때의 출산율은 ‘미니 베이비붐’이라고 불릴 정도로 1981년 이후 최고치를 기록함.

국가	인센티브 종류	시사점
호주	일반 진료의 예방접종 인센티브	7세 이하의 어린이들을 대상으로 하는 예방접종을 통한 완전면역 최소 90% 이상을 달성하게 하기 위한 재정적 인센티브로, 다수가 공평하게 진료의 혜택을 받아 건강 유지 및 증진을 꾀할 수 있도록 하는 데 목적이 있음.
	진료 인센티브 프로그램(PIP ; Practice Incentives Program)	행위별 수가에서 나타나는 문제점 - 진료 대기 시간을 축소시키고 불필요한 처방이나 검사 등 - 을 개선하기 위해, 환자에 대한 케어의 질을 향상시키고자 의사들에게 인센티브를 지급하는 제도임.
	정신건강 간호사 인센티브 프로그램(MHNIP ; The Mental Health Nurse Incentive Program)	지급되는 인센티브에는 정신보건간호사의 모집, 훈련, 편의, 왕래, 장비 비용과 같은 조직차원에서의 MHNIP 관련비용 설계 보조 뿐만 아니라, 간호사 개인의 급여, 개인비용, 휴양 비용 등이 포함되어 있음. 공적으로는 간호사의 업무에 대한 자금 보조의 역할을 수행하고, 사적으로는 간호사의 동기부여를 촉진시키는 역할을 수행하는 데 기여함.
싱가폴	MSA 제도	의료이용의 도덕적 해이를 방지하기 위해 개인의 계좌에 기금을 조성하여 자신의 책임 하에 의료비를 통제하도록 운영하는 것으로, 불필요한 의료 이용을 방지하고 가족 내 또는 자신의 생애주기별 위험분산 효과를 꾀하려는 특징을 가지고 있음. 그러나 중대한 질병의 경우, 위험분산의 효과가 보장되지 못하며 집단별, 계층별 재분배 효과도 미흡함. 그리고 이러한 미흡한 재분배 효과는 오히려 국민의 건강수준을 낮추는 부작용 문제를 야기할 수 있음.
스위스	비용절감을 위한 프로그램(질 낮은 의료서비스를 제공하는 공급자에 대한 처벌, 보험료 환급, 지정된 의료기관에 한한 본인 부담 일부 인하 등)	비용절감을 위한 경제적 기전 도입, 공급자간 경쟁의 강화, 건강보험의 법적 책임감 증대를 목표로 한 스위스의 인센티브 제도는 위험균등화 프로그램을 토대로 관리된 경쟁 모델의 적용을 통해 보다 공정한 입장에서 보험사간 경쟁을 유도하는 것이 목적임. 그러나 건강한 사람에게 더욱 건강함을 부여하고, 건강하지 못한 사람들에게는 부작용으로 작용하는 문제점이 지적되고 있음. 또한 가입자들의 건강관리, 복약지도 및 만성질환 관리 등으로 보험사가 얻는 이익이 상대적으로 적기 때문에 급여확대 축소나 의료이용을 제한할 수도 있는 단점이 존재함. 마지막으로 지역별 특성이나 개인 편차를 완전히 반영할 수 없기 때문에 보험사간의 보이지 않는 역 선택의 유혹이 여전히 남아있음.

시사점 및 제도 도입방안



제5장 시사점 및 제도 도입방안

지금까지 각 국가별로 인센티브 제도운영현황 및 개요를 살펴보았다. 전체적으로 인센티브 제공 방법과 관련해서 나타나는 특징은 현금서비스 제공에서 벗어나 포인트를 제공하는 형태로 변화되고 있음을 알 수 있다. 다시 말해서 인센티브제공과 관련해서 그 효과가 어떻게 나타나는지 분명하지 않은 상태에서 인센티브로 제공한 현금서비스가 사용목적 이외에 또 다른 형태로 이용되는 것을 방지하기 위한 대책으로 현금제공은 지양하고 포인트 형태로 제공하는 것이 일반적인 추세이다. 또한 인센티브 제공시 사용 용도를 분명하게 제시하고 있는 점도 하나의 특징으로 볼 수 있다.

보건의료에서의 인센티브는 크게 재정적인 측면, 질 관리 측면, 추가 서비스 제공에 대한 공급자 측면의 인센티브 그리고 제도 변경을 통한 소비자 비용인식측면의 인센티브 제공 등 다양한 형태로 활용되고 있음을 알 수 있다. 이중 재정관련 인센티브 제공은 주로 증가하고 있는 약제비를 효율적으로 관리하기 위한 방안으로 저가약 구매 시 인센티브를 제공하는 방안, 전년도 총액 약제비를 기준으로 예산이 초과하지 않는 경우 지급되는 처방 인센티브제도가 주를 이루고 있다. 저가약 구매 인센티브 제도는 이미 우리나라에서 활용되고 있는 제도이고 총액기준의 처방전 인센티브제공은 지불제도 자체가 변경되지 않는 상태에서는 현실적으로 도입이 어려운 것으로 판단된다. 또한 예방서비스를 강화하여 가입자의 태도변화를 유도하고 이런 것이 장기적으로는 소비자의 의료비 지출을 억제하고 국가적으로는 보건의료비 지출을 감소시킬 수 있다는 명목 하에 특정 건강진단관련((대사증후군 등 만성질환), 비만과 흡연관련 인센티브/페널티를 제공하는 제도도 운영되고 있는데 이 역시 연구결과 그 효과가 명확하게 긍정적으로 나타나고 있지 않아 각 국가별로도 제도를 계속

유지하는 것에 대해 깊은 고민을 하고 있는 것으로 보여 진다 .

다음으로 질 관리 측면에서의 인센티브제도와 관련해서는 선진 외국에서는 질 평가를 통한 인센티브를 제공하고 이러한 제도 도입을 통해 궁극적으로는 재정절감효과를 기대했지만 이에 대한 연구결과를 보면 긍정적 평가가 아직 이루어지지 않은 상태이다. 이러한 점과 관련하여 제도 보완을 통한 새로운 시범사업을 실시하고 있는 중임을 감안하면 논의자체가 매우 어려운 과제로 판단된다. 미국의 경우 질 평가를 통한 재정절감방안을 마련하기 위해 전장에서 언급한 바와 같이 또 다른 시범사업을 실시중인 것을 감안할 때, 질 평가를 통한 제도 도입이 소비자의 만족도를 증가 시키는 데에는 기여할 수 있지만 또 다른 자원 마련의 문제점을 앓고 있는 점을 고려할 필요가 있다. 그리고 현재의 재정 여건을 감안할 경우 이러한 방안을 우리나라에 도입하는 것은 쉽지 않은 것으로 보여 진다. **오히려 우리나라에서는 현재 시행되고 있는 질 관리 평가가 제대로 적절하게 수행될 수 있도록 지속적으로 모니터링하고 이러한 평가가 재정절감정책에 제대로 반영될 수 있도록 제도 기반을 구축하는 것이 필요한 단계로 판단된다.**

다음으로 고민 할 수 있는 대안은 의료 서비스 공급자의 추가 서비스 제공에 대한 인센티브 제공 방식으로 야간이나 공휴일에 제공하는 서비스에 대해 인센티브를 제공하는 것을 대표적인 사례로 들 수 있다. 이미 보건복지부의 2011년 업무보고에서 야간·공휴일 진료에 대해 인센티브를 강화해 의료서비스의 접근성을 확보하겠다고 보고한바 있다. 주요 내용은 현재 야간·휴일에 발생하는 비 응급 일반 환자의 의료접근성이 크게 낮아 대다수 동네의원이 문을 닫는 저녁 8시 이후나 휴일의 진료 공백이 생겨 상급종합병원 응급실의 대기시간이 길어진다는 판단에서 가산을 산정과 같은 방식으로 인센티브제도 도입을 검토하고 있는 상황이다.

건강보장제도 시스템 변경을 통한 인센티브제도 도입방안으로는 의료저축구좌(Medical saving accounts), 육아휴직제도, 상병수당 도입 등은 인센티브 차원보다는 제도의 틀을 변경한다는 점을 감안했을 때 많은 논의가 필요한 과제로 판단된다.

구분	제도	비고
재정적인 측면	저가약 구매, 처방전	도입되어 활용되고 있음.
질관리 측면	P4P, PCMH	질 평가를 통한 인센티브를 제공하고 이러한 제도 도입을 통해 궁극적으로는 재정절감효과를 기대했지만 이에 대한 긍정적 평가가 아직 이루어지지 않은 상태임.
추가서비스제공에 대한 공급자측면	아간진료 등	제도도입 논의 중임.
건강관리 측면	비만, 흡연	효과가 분명하게 나타나지 않음.
제도 변경을 통한 소비자 비용인식측면	MSA, 상병수당, 육아휴직 등	이미 일부 시행되고 있거나 건강보장 제도자체를 변경해야하는 과제임.
자원봉사 개념	개호보호등과 관련된 자원봉사	자원봉사차원에서 이루어지는 것이 바람직함.

위에서 제기된 여러 사항과 건강보험 재정 상황을 감안할 때 우리나라에서 현실적으로 도입방안으로 검토될 수 있는 대안은 예방차원의 인센티브를 제외하고는 그리 적정하지 않은 것으로 보여 진다. 물론 예방차원의 인센티브제도를 도입하는 방안과 관련해서 연구결과 역시 그 효과가 명확하게 긍정적으로 나타나고 있지는 않지만 우리나라에서 급속하게 진행되고 있는 고령화 속도, 그리고 사후 질병 치료보다는 사전적 의미의 질병예방의 중요성이 강조되고 있는 점을 감안하면 예방차원의 인센티브와 관련해서는 좀 더 많은 논의를 거쳐 대안을 마련해볼 필요성은 있다고 생각된다.

예방차원 측면에서 인센티브제도 도입이 가능한 경우를 살펴보면 자가 노력으로 예방이 가능하거나 사후적으로도 예방을 통해 치료가 가능한 질병을 대상으로 접근하는 방법이다. 그러나 현재의 재정 여건을 감안해서 모든 질환을 대상으로 하기보다는 특정 질환 고혈압이나 당뇨 환자를 대상으로 실시하고 이를 기반으로 예방이나 사후적 예방을 통해 치료가 가능한 만성질환을 대상으로 확대하는 방안이 필요하다고 판단된다.

구체적 실시 방안과 관련해서는 물론 예방차원의 인센티브 지급효과와 관련해서 효과성에 대한 긍정적 측면과 부정적 측면의 연구가 공존하고 있는 상황이지만 고혈

압, 당뇨등과 같이 효과가 확실하게 들어날 수 있는 사업과 관련해서는 다음과 같은 차원의 접근방법이 가능할 것으로 판단된다.

먼저 고혈압이 이나 당뇨로 판정을 받은 대상자가 고혈압이나 당뇨 관련 예방 프로그램에 가입하거나 교육 운동 등을 통해 고혈압이나 당뇨수치를 적정 수준으로 조절하였을 경우 다음 년도에 한해서 일정 부분 건강보험료를 경감해주거나 일정액을 포인트로 제공해 복지차원에서 활용할 수 있도록 하는 방안이다. 인센티브 제공방안과 관련해서는 다음의 두 가지 대안이 가능할 것으로 생각된다.

가. 보험료 경감방안

먼저 건강보험 운영상 재정운영의 방해가 되지 않는 범위 내에서 고혈압이나 당뇨수치를 적정 수준으로 조절한 대상자의 가구원 수나, 보험료 분위를 고려하는 방안이 고려될 수 있을 것으로 보여 진다. 이러한 경감방안은 또 다른 재원 확보 없이 인센티브를 제공한다는 장점이 있으나 인센티브 제공이 또 다른 재정 감소로 연결될 수 있기 때문에 현재와 같은 재정위기상황에서는 좀 더 많은 고민이 필요할 것으로 판단된다.

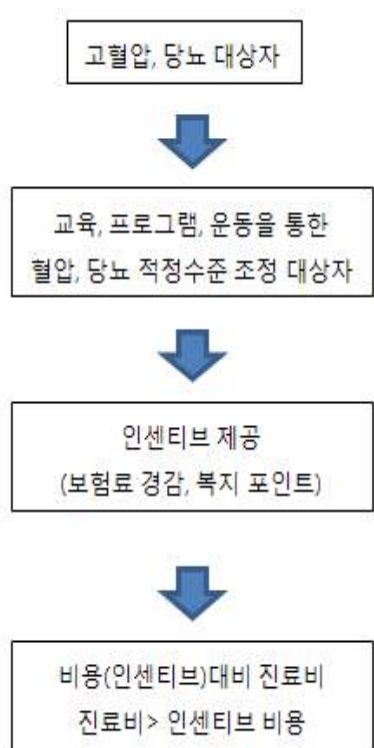
나. 포인트(point) 제공방안

다음으로 고려할 수 있는 대안으로는 또 수입 감소로 이어질 수 있는 보험료 경감보다는 포인트를 제공하는 방안이다. 포인트를 제공하는 방안 역시 건강보험 운영상 재정운영의 방해가 되지 않는 범위 내에서 고혈압이나 당뇨수치를 적정 수준으로 조절한 대상자에게 일정 포인트를 인센티브로 제공하는 방안이다. 그리고 제공된 포인트 인센티브는 일정한 목적이외에는 사용할 수 없도록 하고 누적사용이 가능하도록 운영할 수 있다.⁴¹⁾ 이 방안 역시 대상자의 가구원 수나, 보험료 분위를 고려하는 방안이 고려될 수 있을 것으로 보여 진다. 이와 같은 인센티브 제공은 보험료 경감방안과 같이 수입 축소를 가져오지는 않지만 재원 또 다른 재원 마련이라는 어려움이 있다. 따라서 건강증진기금이나, 정부 지원, 건강보험 보험료 수입의 이자배당금 등을 통해 일정 소액으로 인센티브제도를 운영하고 사업의 효과를 분석한 다음에 사

41) 복지포인트 등에 적립시키는 방안등도 활용될수 있음.

업을 점차 확대하는 방안이 가능한 것으로 판단된다. 구체적인 적용방안을 그림으로 도식화 하면 아래 [그림 5-1]과 같다.

[그림 5-1] 인센티브모형 흐름도



현재까지 고혈압과 당뇨의 경우만을 가정해 인센티브 제공방안을 고려해 보았다. 본 연구가 주요국의 인센티브제도 고찰을 통해 우리나라에서 활용가능한 제도 도입 방안을 모색하는 것에 중점을 두고 있어 좀 더 구체적이고 실증적인 도입방안 분석은 다음과제로 남기고자 한다.

참 고 문 헌

- 강형호(2001. 6), "사회보험에 대한 도전: 의료저축계정", 의료평론, 4, 한국의료권
설팅. pp.179-185.
- 국회입법조사처(2009), 일·가정 양립정책의 문제점과 개선방안.
- 김경삼(2000. 10), 미국의 의료저축계정(MSA) 도입에 관한 논의, 건강보험동향,
17, 국민건강보험공단.
- 김경희(2001. 11), 제도적 맥락에서 본 의료체계의 특성 : 영국과 스웨덴의 의료체
계 비교 고찰, 연세사회과학연구, 7, pp.91-118.
- 김성옥 역(2008), 프랑스 의약품 가격결정 및 상환정책, 국민건강보험공단 건강보험
정책연구원.
- 김수산(2002), 한국건강보험제도와 MSA(Medical Saving Accounts) 도입의 효과
에 관한 연구, 석사학위논문, 전북대 대학원.
- 김종인(2006. 7), 호주의 의료제도, 전북발전포럼, 전북발전연구원, 통권 제 2호,
pp.67-70.
- 문무경(2006), 스웨덴의 육아정책 : 유아교육과 보육, 학교교육의 통합을 중심으로,
육아정책개발센터.
- 문성보(2002), 건강보험 재정 안정화와 제도 개혁에 관한 연구, 석사학위논문, 동아
대 정책과학 대학원.
- 민혜영(2009. 3), 우리나라 일차의료활성화를 위한 모델구축:의료이용자의 지속적인
건강관리를 위한 실천전략, 의료정책포럼, 대한의사협회 의료정책연구소, 7(1),
25, pp.112-135.

배성일(2008), 호주의 건강보험제도와 최근 동향", 건강보험포럼, 국민건강보험공단
건강보험연구원, 7(2), pp.44-55.

신은규(2009), 한국건강보험시장에서 위험균등화의 도입효과에 대한 실증연구, 경희
대 대학원, 박사학위논문, pp.1-100.

안태식(2008), 정부기관 성과관리의 인센티브 관점에서의 분석, 관리회계연구, 7(3),
pp.97-103.

유민봉(2006), 한국행정학, 박영사.

윤자영(2010), OECD 국가의 고령자 고용정책, 베이비붐세대고용대책위원회 제 7차
전체회의 발표자료, 2010. 8. 18.

이상일(2009), 복지국가 의료개혁의 보건 관련 성과와 의료 탈 상품화의 정치 : 영
국, 미국, 스웨덴, 이탈리아의 의료개혁 비교연구, 한국 사회학, 43(5), pp
275~310.

이재호(2007. 5), 프랑스 보건의료개혁과 선호의사제도, 가정의학회지, 28(5), 313,
pp.329-338.

이학중(1998), 조직행동론 -이론과 사례연구 -, 세경사.

장수미 외(2006. 11), 단일체계설계를 활용한 알코올남용 인센티브치료 효과성 연구,
한국사회복지학, 58(4), pp. 291-312.

정미라, 조희연, 안재진(2009), 프랑스의 육아정책, 육아정책개발센터.

조성혜(2009. 3), 독일의 고령자 고용촉진법제, 노동법학, 제 29호 pp.289-324.

OECD 아시아 사회정책센터 ; 건강증진사업지원단(2006), 주요 OECD 국가의 건
강증진정책에 대한 연구.

최기춘(2006), 2006년 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구, 국민건강보험공
단.

최인덕, 백운국(2004), MSA(Medical Savings Accounts)제도의 외국 사례 고찰,
건강보험포럼, 국민건강보험공단.

한국보건산업진흥원(2009), 투자개방형 의료법인 도입 필요성 연구.

한국보건산업진흥원(2005), 2005 보건산업백서.

한국형 대안 모델을 위한 첫걸음, 스웨덴 모델을 보면서, UNI KLC/대안연대회의

공동 토론회 / 국제사무직 노조연합 한국협의회 ; 대안연대회의, 2003.

허순임, 허재현(2008), 외국의 약제 처방 인센티브 제도에 관한 연구, 건강보험심사
평가원, 한국보건사회연구원

홍석표(2009), 유럽의 능동적 복지정책 비교연구, 한국보건사회연구원.

황혜신(2005), 계약관리능력이 민간위탁 성과에 미치는 영향 - 주인 대리인 이론의
적용 -, 한국행정논집, 17(1), pp.1-37.

국외

건강보험정책연구원(2008), 네덜란드 해외출장 보고자료, 국민건강보험공단.

국민건강보험공단(2010), 싱가포르 MSA 제도의 운영 및 시사점, 내부보고 자료

국민건강보험공단(2008), 유럽 출장자료

국민건강보험공단(2010), 유럽 출장자료

American College of Physicians.(1996), Medical Savings Accounts, Annual
International Medicine, 125(4), pp.333-340.

Bishop, Gene and Brodkey, Amy(2006), Personal Responsibility and Physician
Responsibility, New England Journal of Medicine, 355: 8.

Chantal Simon(2008), The Quality and Outcomes Framework, InnovAiT, 1(3),
pp. 206 - 213.

Christianson, J.(2007), Consumer Incentives: A Review of the Literature and
Options for Medicaid Case Management, University of Minnesota,
presentation to the "Quality Improvement and Performance Measurement
in Medicaid Care Management", Agency for Healthcare Research and
Quality, U.S. Department of Health and Human Services.

Diana Delnoij, Gerhard Brenner(2000), Importing budget systems from other
countries: what can we learn from the German drug budget and the
British GP fundholding?, Health Policy, 52, 3, pp. 157-169.

(허순임, 허재현(2008), 외국의 약제 처방 인센티브 제도에 관한 연구, 건강보험심사

- 평가원, 한국보건사회연구원.에서 재인용.)
- Eatwell. J.. M. Milgate and P. Newman. eds.(1987), "Incentive Contracts." in the New Palgrave : A Dictionary of Economics : Vol . 2 (London: The MacMillan Press, 1987) , pp.744-48.
- (안태식(2008), 정부기관 성과관리의 인센티브 관점에서의 분석, 관리회계연구, 7(3), pp.97-103.에서 재인용.)
- Ehrlich, I., and G. Becker.(1972). Market Insurance, Self-Insurance and Self-Protection, Journal of Political Economy, 80(4), pp.623-648.
- (Inas Rashad Sara Markowitz(2007), Incentives in obesity and health insurance, National Bureau Of Economic Research.에서 재인용.)
- Department of Health(2010), Equity and excellence: Liberating the NHS
- Finkelstein, Eric A., Fiebelkorn, Ian C., and Guijing Wang(2004), "State-Level Estimates of Annual Medical Expenditures Attributable to Obesity", Obesity Research, 18.
- Fiore, Michael C. et al.(2000), Treating Tobacco Use and Dependence-Clinical Practice Guideline, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Gingrich, Newt(2006), Real Change Requires Real Change, Testimony to the Medicaid Commission by The Center for Health Transformation.
- Groot(2009), Quality improvement and cost containment through managed competition in the Dutch system, International Policy Network.
- Hasnain-Wynia et al(2009), Filling the gaps between performance incentive programs and health care quality improvement, Health services research, 44(3), pp.777-783.
- Hellinger FJ.(Apr 27, 1998), The effect of managed care on quality: a review of recent evidence. Arch Intern Med. 158(8), pp. 33-841.
- Health Care Systems in Transition - Sweden(2005).
- (민혜영(2009. 3), 우리나라 일차의료활성화를 위한 모델구축:의료이용자의 지속적인

건강관리를 위한 실천전략, 의료정책포럼, 대한의사협회 의료정책연구소, 7(1), 25, pp.112-135.에서 재인용.)

IHA(June, 2009), The California Pay For Performance Program, The Second Chapter Measurement Years 2006-2009.

Jepson, R. et al.(2000), The Determinants of Screening Uptake and Interventions for Increasing Uptake: A Systematic Review, Health Technology Assessment. 4, 14.

Kane, Robert L. et al.(2004), A Structured Review of the Effect of Economic Incentives on Consumers' Preventive Behavior, American Journal of Preventive Medicine, 24, 4.

Kevin G. et al (2008), Financial Incentive -Based Approaches for Weight Loss, JAMA. 300(22), pp.2631-2637.

Lingwen Zheng and Mildred Warner(2010), Business Incentive Use Among U.S. Local Governments: A Story of Accountability and Policy Learning, Economic Development Quarterly, 24(4), pp.325 -336.

Lynch & Broek(July 22, 2010), The Drawbacks of Dutch-Style health care rules: lessons for Americans, Backgrounder, The Heritage Foundation.

Micael S., Barr, Sandra M. Foote, Randall Krakauer, and Patrick H. Mattingly(July 2010), Health Affairs : Lessons for the New CMS Innovation Center from The Medicare Health Support Program, www.healthaffairs. org

Milgrom. P. and J. Robers(1992), Economics, Organization, and Management. Practice Hall.

(안태식(2008), 정부기관 성과관리의 인센티브 관점에서의 분석, 관리회계연구, 7(3), pp.97-103.에서 재인용.)

Pachaiappan K Jaiveer, Saraswathy Jaiveer, Sagar B Jujavarapu, John Morrissey, Juelene White, Roger Gadsby and Vinod Patel(2006), Improvements in clinical diabetes care in the first year of the new

- General Medical Services contract in the UK, *British Journal of Diabetes & Vascular Disease* January, 6(1), pp.45-48.
- Peter C. Smith and Nick York(2004), *Quality Incentives: The Case Of U.K. General Practitioners*, *HEALTH AFFAIRS*. 23(3), pp.112-118.
- PIA M. JOHANSSON 외(2009), "Participation, resource mobilization and financial incentives in community-based health promotion: an economic evaluation perspective from Sweden", *Health Promotion International*, 24(2).
- Piya(2002), *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience*, EIP/HFS/PHF Discussion Paper, No. 52.
- R Adams Dudley et al.(July, 2004), *Strategies To Support Quality-based Purchasing: A Review of the Evidence*, AHRQ Publication.
- RAND Corporation (May 10, 2010), *Pay-for-performance programs may worsen medical disparities, study finds*. ScienceDaily. Retrieved.
- Roberts S, Harris Conrad M(1993), Age, sex and temporary resident originated prescribing units (ASTRO-PU): new weightings for analysing prescribing of general practices in England, *British Medical Journal*, 307, pp.485-488.
- Schmidt, Gerber, Stock(2009), What can we learn from German health incentive scheme?, *BMJ*, 339; b3504.
- Schoffski O, Graf von der Schulenburg JM.(1997), Unintended effects of a cost-containment policy: results of a natural experiment in Germany. *Social Science and Medicine*, 45, pp.1537-1539.
- (허순임, 허재현(2008), *외국의 약제 처방 인센티브 제도에 관한 연구*, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 에서 재인용.)
- Schwermann T, Greiner W, and vd JM Schulenburg(2003), *Using Disease Management and Market Reforms to Address the Adverse Economic Effects of Drug Budgets and Price and Reimbursement Regulations in*

Germany, Value In Health, 6(1), pp. S20-S30.

(허순임, 허재현(2008), 외국의 약제 처방 인센티브 제도에 관한 연구, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 에서 재인용.)

Scott D et al.(2009), The Ethics of Using Financial Incentives in the War on Unhealthy Behaviors, Journal of the American Heart Association.

Sigfrid, L. A.; Turner, C.; Crook, D.; Ray, S.(September, 2006), Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management, J Public Health, 28 (3), pp.221-225.

Solomon, Judith(2006), West Virginia's Medicaid Changes Unlikely to Reduce State Costs or Improve Beneficiaries' Health, Center on Budget and Policy Priorities.

Stanley Feld,(2007), Properly Designed Pay-for-Performance Models Can Support Medical Professionalism, Mechanism Design and the Healthcare System.

(Lois Snyder et al(2007), Pay-for-Performance Principles that Ensure the Promotion of Patient Centered Care --An Ethics Manifesto, Position Paper of the American College of Physicians.에서 재인용.)

Stephem M. Shortell, Lawrence P. Casalino, and Elliott S. Fisher(2010), How the center for Medicare and Medicaid Innovation Should test Accountable Care Organizations, Health Affairs, 29(7), pp.1293-1298, www. healthaffairs.org

Stock et al(2010), Financial incentive in the German Statutory health insurance: New findings, new questions, health policy, 96, pp.51-56.

Teh-wei Hu(1999), Health care reform: Health Financing and Delivery-Options and Public Choice, The Forum of Hongkong Policy Research Institute, City university of Hongkong.

T Kiran et al.(2010), The association between quality of primary care,

deprivation and cardiovascular outcomes: a cross-sectional study using data from the UK Quality and Outcomes Framework, J Epidemiol Community Health, 64, pp.927-934.

Thomas Custers et al.(2008), Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance, BioMed Central, 8, 66.

Tim Doran and Martin Roland(2010), Lessons From Major Initiatives To Improve Primary Care In The United Kingdom, HEALTH AFFAIRS, 29(5), pp.1023 - 1029.

Washingtonpost 2009년 10월 16일자 기사.

국제노동정책팀(2008), [독일]모성보호관련 벌칙조항, 고용노동부.

<http://www.moel.go.kr/>

국제사회보장협회(2010), Economic incentives pay dividends for workplace safety and health, 29.09.2010.

<http://www.issa.int/About-ISSA/International-Prevention-Sections/Section-on-Prevention-in-the-Mining-Industry/Announcements/Economic-incentives-pay-dividends-for-workplace-safety-and-health>

데일리메디(2010), '진료성과 인센티브제(P4P)' 효용론 대두 : 심평원, 체계적 문헌 고찰 통한 평가, 2010. 6. 19 기사.

http://www.dailymedi.com/news/opdb/index.php?cmd=view&dbt=article&code=119054&page=1&sel=&key=&cate=class_all&rqn=&term=

산업보건연구회(2003), 영국 NHS 분석을 통한 우리나라 공공의료의 앞날.

<http://sanboyon.jinbo.net/bbs/zboard.php?id=bbs2&no=1062>

싱가폴 보건부(2010). <http://www.moh.gov.sg/>

이나기시(2010), 이나기시 개조 지원 자원봉사제도 실시 보고 - 21년도 운영 상황에 대하여.

<http://www.city.inagi.tokyo.jp/kurashi/fukushi/kaigohoken/kaigosien/houkoku/index.html>

정책공감(2010), 아빠 출산휴가만 30일? 프랑스, 스웨덴의 저출산 극복기!

<http://blog.daum.net/hellopolicy/6979615>

통합보건의료협회(2010). <http://www.iha.org/>

김동욱(2010.10.7.), 英총리 "약속 깨고 육아수당 삭감 죄송" : 긴급 진화 나섰지만
반발 거세, 한국경제신문.

<http://www.hankyung.com/news/app/newsview.php?aid=2010100652421>

Independent Sector(2010), Health Care Reform: Employer Incentives.

http://www.independentsector.org/employer_incentives_health_care

Medicare Australia(2010), General Practice Immunisation Incentive (GPII).

<http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/gpii/index.jsp>

Medicare Australia(2010), Practice Incentives Program (PIP).

<http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/index.jsp>

Medicare Australia(2010), Mental Health Nurse Incentive Program.

<http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/mental-health.jsp>

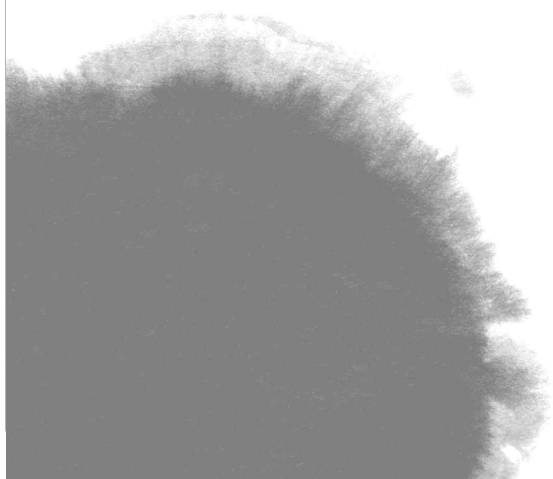
NHS(2009), Age, Sex and Temporary Resident Originated Prescribing Units
(ASTRO-PUs).

<http://www.ic.nhs.uk/services/prescribing-support-unit-psu/using-the-service/refere>
nce/measures/patient-denominators/astro-pus

ScienceDaily(May 10, 2010), Pay-for-Performance Programs May Worsen
Medical Disparities, Study Finds.

<http://www.sciencedaily.com/releases/2010/05/100504074843.htm>

부 록





부록

부록 1: 이나기시(稲城市)의 사례 요약

□ 개요

고령자의 개호 지원 자원봉사 활동 실적을 평가한 위에 평가 포인트를 부여해, 해당 고령자의 신출에 의해, 해당 평가 포인트를 환급한 「개호 지원 자원봉사 평가 포인트 전환 교부금」을 교부하는 제도(일정한 사회참가 활동을 한 사람에 대해, 활동 실적에 따르고, 실질적으로 보험료 부담을 경감하는 것.)

□ 목적

고령자가 개호 지원 자원봉사 활동을 통해서 지역 공헌하는 것을 적극적으로 장려·지원해, 고령자 자신의 사회참가 활동을 통한 개호 예방을 추진하기 위해(때문에), 시민의 공동 연대의 이념에 근거해 이나기시 개호 지원 자원봉사 제도를 제정해 가지고 가 살아로 한 지역사회가 되는 것을 목적으로 한다.

□ 내용

제도근거	개호보험법 제 115조의 44 제 1항, 지역 지원 사업 실시 요강 별기 1(2) 이(이)③, 이나기시 개호보험 조례 제 15조의 6, 이나기시 개호 지원 자원봉사 제도 실시 요강	
개호 지원 자원봉사	이나기시의 개호보험 제 1호 피보험자 미리 관리 기관에 등록이 필요	
개호 지원 자원봉사 활동	이나기시장이 지정하는 개호 지원 자원봉사 사업 및 활동	
	사업	활동
	① 개호보험 대상 시설 ② 이나기시가 위탁하는	① 레크리에이션등의 지도, 참가 지원 ② 차이고나 식당내의 상을 차리는 알·하선등의 보조원사업

	<div> <div>지역 지원사업</div> <div>③ 만남 센터</div> <div>④ 고령자 회식 모임</div> <div>⑤ 그 외 행사의 심부름</div> </div> <div> <div>(개호 예방 사업)</div> <div>③ 찾집 등의 운영 보조</div> <div>④ 산책, 외출, 관내 이동의 보조</div> <div>⑤ 모의점, 화장 설명, 이용자의 이동 보조, 예능 피로등의</div> <div>⑥ 대화 상대</div> <div>⑦ 그 외 시설 직원과 함께 실시하는 경미하고 보조적인 활동 (예) 풀베기, 세탁물의 정리, 시트 교환 등)</div> <div>⑧ 그 외 (예)-쓰레기 나가려고 할 때 어느 약간의 자원봉사 등)</div> </div>
활동실적의 파악	개호 지원 자원봉사가 지참하는 개호 지원 자원봉사 수첩에 활동 확인 스탬프를 날인
평가 포인트의 부여	개호 지원 자원봉사 수첩에 날인 된 스탬프의 수에 따라 최대 5,000포인트를 부여
평가 포인트 전환 교부금	개호 지원 자원봉사 수첩을 더하고, 평가 포인트 활용을 신청한다. 교부 금액은, 연간 최대로 5,000엔
그 외	개호보험료의 미납 또는 체납의 경우, 적용하지 않는다.

□ 재원 등, 시로부터 관리 기관에 교부하는 개호보험 지역 지원 사업 개호 예방 사업
: 일반 고령자 시책과 관련되는 지역 지원 사업 교부금을 활용한다.

□ 관리 기관 : 이나기시 사회 복지 협의회(평가 포인트의 관리, 부여 등)

□ 시행일 : 헤세이 19년 9월 1일