

자체-보건의료-2013-164

청년[·]세상

의료서비스산업 동향 및 정책연구

2013 · 12

제 출 문

본 보고서를 한국보건산업진흥원 자체사업인 『의료서비스산업 동향 및 정책 연구』 사업의 최종보고서로 제출합니다.

2013. 12.

한국보건산업진흥원
원장 고 경 화

- 주관연구기관명 : 한국보건산업진흥원
- 연구책임자 : 이 윤 태 (한국보건산업진흥원)
- 연구자 : 김 은 영 (한국보건산업진흥원)

차 례

제1장 서론 / 1

- 1. 연구의 배경 1
- 2. 연구의 구성 2

제2장 의료서비스 자원 및 이용현황 / 3

- 1. 의료서비스 자원현황 3
- 2. 의료서비스 이용현황 17
- 3. 장기요양보험 현황 26
- 4. 소결 33

제3장 국민의료비 및 의료서비스산업 동향 / 34

- 1. 국민의료비의 정의와 구성 34
- 2. 국민의료비 동향 38
- 3. 의료서비스산업 동향 45

제4장 주요국의 의료서비스산업 동향 및 정책 / 49

- 1. 미국 49
- 2. 영국 95
- 3. 캐나다 138

제5장 국민의료비와 의료서비스산업의 예측 / 171

- 1. 개요 171
- 2. 분석절차 171
- 3. 분석자료 172
- 4. 추정결과 174

제6장 주요국의 의료서비스산업 / 180

1. 개요	180
2. 주요국의 국민의료비 규모	180
3. 주요국의 의료서비스산업 규모	186
4. 주요국의 의료서비스자원	189
5. 소결	200

제7장 의료서비스산업 성과지수 / 201

1. 개요	201
2. 성과측정방법	201
3. 성과측정결과	206
4. 소결	235

제8장 결론 / 236

• 참고문헌 / 239

표차례

표 2-1	연도별 요양기관 현황	4
표 2-2	지역별 요양기관 현황	5
표 2-3	설립구분별 요양기관 현황	6
표 2-4	표시과목별 의원수	7
표 2-5	의료기관 개폐업 현황	8
표 2-6	병상 및 병실현황	9
표 2-7	요양기관 종별 의사인력현황	10
표 2-8	요양기관 소재지별 의사인력현황	11
표 2-9	전문과목별 전문의 현황	12
표 2-10	연도별 간호사 인력 현황	13
표 2-11	연도별 전문간호사 현황	14
표 2-12	연도별 면허 약사수 현황	14
표 2-13	의료기관 종별 특정 의료장비 현황	15
표 2-14	의료기관 종별 의료장비 현황	16
표 2-15	연도별 의료보장인구 적용현황	17
표 2-16	연도별 건강보험 재정현황	19
표 2-17	연도별 보험료 현황 추이	20
표 2-18	요양기관종별 요양급여실적	22
표 2-19	연도별 수진횟수 및 입내원 1일당 급여비 추이	24
표 2-20	노인진료비의 변화	25
표 2-21	장기요양보험료 현황	26
표 2-22	장기요양 신청자수	27
표 2-23	장기요양 인정자수	27
표 2-24	장기요양기관수 현황	28
표 2-25	장기요양기관 전문인력	30
표 2-26	장기요양 급여비 현황(2012. 연도말기준)	31

표 2-27	장기요양 요양급여비 현황(2012년)	32
표 3-1	OECD의 국민의료비 기능별 분류	37
표 3-2	국민의료비의 규모	38
표 3-3	국민의료비 규모의 추이	40
표 3-4	2011년 국민의료비의 기능별 구성	41
표 3-5	국민의료비의 기능별 구성의 추이	42
표 3-6	2011년 국민의료비의 재원별 구성	43
표 3-7	국민의료비의 재원별 구성 추이	44
표 3-8	OECD의 국민의료비 기능별 분류	45
표 3-9	2011년 의료서비스산업의 규모	46
표 3-10	의료서비스산업 규모의 추이	47
표 4-1	의료 인력과 시설 및 장비 현황	51
표 4-2	미국의 2014년 보건의료분야 유망직종 선정 사례	52
표 4-3	미국의 병원 현황	55
표 4-4	의료비 지출 현황	57
표 4-5	주요 의료서비스 이용 현황	58
표 4-6	Affordable Care Act 법안의 추진 일정(2010-2018)	59
표 4-7	Affordable Care Act 주요 세부조항의 내용 및 추진 현황(2010-2013)	62
표 4-8	Managed Care 1.0과 Managed Care 2.0의 주요 차이점 비교	83
표 4-9	캐나다의 경제, 인구, 의료분야 주요 지표 현황	139
표 4-10	캐나다 대표 의료관광 에이전시	142
표 4-11	질환별 총 진료비 및 총 진료비에서 차지하는 비율 (2004-2005)	151
표 4-12	질병 군별 입원환자 및 입원당 진료비 (2004-2005)	152
표 4-13	캐나다 자치주와 준주의 건강보험 프로그램	155
표 4-14	한국과 캐나다의 교역량	157
표 4-15	캐나다 제약산업의 인력 현황	157
표 4-16	캐나다 제약사의 매출 현황	158
표 4-17	캐나다 제약기업의 R&D 지출	159
표 4-18	캐나다 제약산업의 수출입 현황	160
표 4-19	캐나다 상위 10개 제약사 및 매출	160

표 4-20	캐나다 상위 10개 제약품 및 매출액	161
표 4-21	상위 10개 의료기기 시장	164
표 4-22	캐나다 상위 10종의 수입 의료기기	165
표 4-23	캐나다 상위 10종의 수출 의료기기	165
표 4-24	캐나다 의료기기 수출 품목 (2008~2012)	166
표 4-25	캐나다 의료기기 수입 품목 (2008~2012)	166
표 4-26	의료기기의 분류 및 내용	167
표 4-27	대캐나다 수출입 동향(2008-2012)	169
표 5-1	본 추정에 사용된 자료	172
표 5-2	의료서비스산업 규모와 비중	174
표 5-3	국민의료비 규모와 비중	176
표 5-4	의료서비스산업의 연도별 경제기여율 추이	179
표 6-1	주요국의 GDP대비 국민의료비 비중	181
표 6-2	주요국 국민의료비의 기능별 분류(2011, 국민의료비=100)	182
표 6-3	주요국 국민의료비의 재원별 분류(2011, 국민의료비=100)	184
표 6-4	주요국의 GDP대비 의료서비스산업 규모	186
표 6-5	주요국의 국민의료비 대비 의료서비스산업 규모(국민의료비=100)	187
표 6-6	주요국의 인구천명당 병상수 현황	189
표 6-7	주요국의 인구천명당 급성병상수 현황	190
표 6-8	주요국의 인구천명당 장기요양병상수 현황	192
표 6-9	주요국의 인구천명당 정신병상수 현황	193
표 6-10	주요국의 인구천명당 활동의사수 현황	194
표 6-11	주요국의 인구천명당 활동간호사수 현황	196
표 6-12	주요국의 인구천명당 활동치과의사수 현황	197
표 6-13	주요국의 인구천명당 활동약사수 현황	197
표 6-14	주요국의 인구백만명당 CT 현황	198
표 6-15	주요국의 인구백만명당 MRI 현황	199
표 7-1	의료서비스산업 성과 결정요인과 측정변수	203
표 7-2	의료서비스산업 성과측정변수와 측정방법	205
표 7-3	각 지표별/국가별 효율성 표준화지수	206

표 7-4	지표별/국가별 효율성 표준화지수 변화추이	207
표 7-5	각 지표별/국가별 형평성 표준화지수	210
표 7-6	지표별/국가별 형평성 표준화지수 변화추이	211
표 7-7	각 지표별/국가별 접근성 표준화지수	214
표 7-8	지표별/국가별 접근성 표준화지수 변화추이	215
표 7-9	각 지표별/국가별 건강수준 표준화지수	218
표 7-10	지표별/국가별 건강수준 표준화지수 변화추이	219
표 7-11	각 지표별/국가별 산업수준 표준화지수	222
표 7-12	지표별/국가별 산업수준 표준화지수 변화추이	223
표 7-13	의료서비스산업 성과지수의 국가별 비교(50점 만점)	226
표 7-14	국가별 성과지수의 변화추이(50점 만점)	228
표 7-15	우리나라의 성과지수 구성요소의 변화	229
표 7-16	주요국의 효율성 성과지수 구성요소의 변화(10점 만점)	230
표 7-17	주요국의 형평성 성과지수 구성요소의 변화(10점 만점)	231
표 7-18	주요국의 접근성 성과지수 구성요소의 변화(10점 만점)	232
표 7-19	주요국의 건강수준 성과지수 구성요소의 변화(10점 만점)	233
표 7-20	주요국의 산업수준 성과지수 구성요소의 변화(10점 만점)	234

그림차례

그림 2-1	지역별 건강보험료 연도별 추이	20
그림 2-2	연도별 수진횟수 및 입내원 1일당 급여비 현황	24
그림 2-3	연도별 건강보험 노인진료비 비율 및 1인당 월평균 진료비 추이	25
그림 2-4	장기요양 시도별 요양기관수 현황(2013년)	29
그림 3-1	국민보건계정의 기본테이블 구조	35
그림 3-2	국민의료비 및 국민소득 증가율 추이	39
그림 3-3	국민의료비 및 의료서비스산업 증가율 추이	48
그림 4-1	미국의 건강보험거래소(HIX) 모형	71
그림 4-2	주별 건강보험거래소(HIX) 보험상품 가입현황(2014년 2월 1일 현재)	73
그림 4-3	주별 건강보험거래소(HIX)의 시장경쟁 현황(2013년 10월 2일 현재)	74
그림 4-4	미국의 국민의료비 증가율 추이(1990-2010)	85
그림 4-5	NHS 개혁 전후 구조 비교	113
그림 4-6	주별 진료 대기시간	140
그림 4-7	캐나다 의료기기시장 SWOT 분석	143
그림 4-8	인구천명당 활동 의사수	148
그림 4-9	평균 재원일수	148
그림 4-10	의사대 간호사 비율	149
그림 4-11	인구 천명당 병상수	149
그림 4-12	고혈압제 및 항콜레스테롤제 소비량	153
그림 4-13	항생제 및 항우울제 소비량	153
그림 4-14	캐나다 의료기기시장 현황(2009-2013, 단위 : 백만달러)	162
그림 4-15	캐나다 의료기기시장 현황 및 전망	163
그림 4-16	캐나다 의료기기 제품현황	163
그림 4-17	한국-캐나다 의료기기무역수지(2008-2012) (1000USD)	168
그림 5-1	의료서비스산업 규모의 예측 추이	175
그림 5-2	국민의료비의 예측 추이	177

그림 6-1	주요국의 GDP대비 국민의료비 비중(2011년)	181
그림 6-2	주요국의 국민의료비의 기능별 분류(2011년)	183
그림 6-3	주요국의 국민의료비의 제원별 분류(2011년)	185
그림 6-4	주요국의 GDP대비 의료서비스산업 비중(2011년)	186
그림 6-5	주요국의 GDP대비 의료서비스산업 비중	187
그림 6-6	주요국의 국민의료비 대비 의료서비스산업 비중(2011년)(%)	188
그림 6-7	주요국의 국민의료비 대비 의료서비스산업 비중(%)	188
그림 6-8	주요국의 인구천명당 총병상수 현황(2010년)	189
그림 6-9	주요국의 인구천명당 총병상수 현황	190
그림 6-10	주요국의 인구천명당 급성병상수 현황(2011년)	191
그림 6-11	주요국의 인구천명당 급성 병상수 현황	191
그림 6-12	주요국의 인구천명당 장기요양병상수 현황(2011년)	192
그림 6-13	주요국의 인구천명당 정신병상수 현황(2011년)	193
그림 6-14	주요국의 인구천명당 정신병상수 현황	194
그림 6-15	주요국의 인구천명당 활동의사수 현황(2011년)	195
그림 6-16	주요국의 인구천명당 활동의사수	195
그림 6-17	주요국의 인구천명당 활동간호사수 현황(2011년)	196
그림 6-18	주요국의 인구백만명당 CT 현황(2011년)	198
그림 6-19	주요국의 인구백만명당 MRI 현황(2011년)	199
그림 7-1	국가별 평균재원일수의 표준화지수 변화추이	208
그림 7-2	국가별 병상이용율의 표준화지수의 변화추이	208
그림 7-3	국가별 병상회전율의 표준화지수의 변화추이	209
그림 7-4	국가별 사회보장기금 비중의 표준화지수의 변화추이	212
그림 7-5	국가별 공공부문 비중의 표준화지수의 변화추이	212
그림 7-6	국가별 본인부담률 표준화지수의 변화추이	213
그림 7-7	국가별 인구천명당 의사수의 표준화지수의 변화추이	216
그림 7-8	국가별 장기요양 병상수의 표준화지수의 변화추이	216
그림 7-9	국가별 급성 병상수의 표준화지수의 변화추이	217
그림 7-10	국가별 평균수명의 표준화지수의 변화추이	220
그림 7-11	국가별 영아사망률의 표준화지수의 변화추이	220

그림 7-12	국가별 잠재수명 손실년수의 표준화지수의 변화추이	221
그림 7-13	국가별 부가가치 비중의 표준화지수의 변화추이	224
그림 7-14	국가별 보건의료연구개발 지출의 표준화지수의 변화추이	224
그림 7-15	국가별 의료시설 투자의 표준화지수의 변화추이	225
그림 7-16	의료서비스산업 성과지수의 국가별·항목별 비교(50점 만점)	227
그림 7-17	국가별 성과지수의 변화추이	228
그림 7-18	우리나라의 성과지수 구성요소의 변화	229
그림 7-19	주요국의 효율성 성과지수 구성요소의 변화	230
그림 7-20	주요국의 형평성 성과지수 구성요소의 변화	231
그림 7-21	주요국의 접근성 성과지수 구성요소의 변화	232
그림 7-22	주요국의 건강수준 성과지수 구성요소의 변화	233
그림 7-23	주요국의 산업수준 성과지수 구성요소의 변화	234

제1장 서론

1. 연구의 배경

- 의료서비스산업은 국가핵심전략산업으로 의료기술의 발전으로 건강한 삶과 생명 연장에 대한 사회적 관심과 욕구가 다양하게 표출되면서 보건산업의 중요성이 증대되고 있음
- 보건의료산업은 새로운 성장 동력 창출, 일자리 확대, 타산업과의 융합을 통한 성장 등 다양한 경제적 효과를 창출하고 있음
 - 고부가가치와 높은 고용창출로 국가 경제에 기여하고 있으며 향후 시장규모 또한 확대될 것으로 예상됨
- 그러나 인구고령화와 소득수준 향상 등에 따른 의료서비스 자원 및 이용의 급격한 증가는 의료서비스산업의 성장에 긍정적으로 작용하나 의료비 증가의 문제를 유발함. 특히 우리나라의 국민의료비는 OECD국가 중 가장 빠른 속도로 증가하고 있는 현실임
- 따라서 의료서비스산업의 성장과 동시에 의료비 지출을 적정선으로 유지해야 한다는 서로 상충되는 두가지 정책을 모두 달성해야 함. 이에 의료서비스산업의 주요한 지표를 통해 보건의료산업의 동향을 지속적으로 모니터링 하고 이를 통해 정책적 대안과 방향을 설정하는 것이 필요함

2 의료서비스산업 동향 및 정책연구

- 본 연구는 보건의료산업 특히 그중에서도 의료서비스산업의 동향을 파악하고 기본적인 자료를 제공함으로써 의료서비스산업의 정책과제를 발굴하고 대안을 제시하기 위해 수행되었음

2. 연구의 구성

- 본 연구의 구성은 의료서비스산업의 전반적인 동향으로 구성되어 있으며 미시적 자료를 파악하는 것에서부터 시작하여 거시적인 자료를 파악하는 형태로 나아가도록 구성되었음
- 2장에서는 의료서비스산업의 자원과 이용에 대한 기초자료를 이용하여 그 현황을 파악하였음
 - 의료서비스산업의 자원은 기본적으로 시설, 인력, 장비이며 각각의 현황과 분포를 파악하였음
 - 의료서비스 이용은 건강보험 주요지표를 통해 건강보험 재정의 추이 및 진료비의 변화를 파악하였음
- 3장과 4장은 우리나라 국민의료비 및 의료서비스산업의 규모를 추정하여 제시하였음
 - OECD Health Data를 이용하여 의료서비스산업의 규모를 파악하고 과거부터의 추이를 제시하였음
 - 우리나라의 국민의료비와 의료서비스산업의 성장률과 규모를 예측하여 제시
- 5장은 주요국의 보건의료 동향을 요약하고 의료서비스산업의 혁신 노력들을 살펴봄으로써 우리나라 의료서비스산업에 주는 시사점을 도출하고자 함
- 6장과 7장은 우리나라 의료서비스산업과 OECD 주요국의 동향을 비교하여 전반적인 추세와 문제점을 파악하고자 하였음
 - 의료서비스산업 성과지수 산정에는 여러 한계점이 있으나, 성과를 지수화하여 주요 선진국과 비교하는 것은 우리나라 의료서비스산업의 위치를 파악하고 향후 개선점을 도출할 수 있다는 점에서 의의가 있음

제2장 의료서비스 자원 및 이용현황

1. 의료서비스 자원현황

1.1 요양기관 현황

- 2012년말 현재 우리나라의 총 요양기관 수는 83,811개소임. 이 중에서 의료기관이 62,853개, 약국이 20,958개임
 - 의료기관의 종별 분포를 보면 상급종합병원이 44개, 종합병원, 278개, 병원 2,524개, 치과병원 201개, 한방병원 201개, 병원급이상 의료기관이 2,846개소임
 - 의원급 의료기관은 의원 28,033개, 치과의원 15,365개, 한의원 12,705개소로 총 56,103개소임
 - 모든 의료기관이 매년 지속적으로 증가하고 있는 가운데 조산원은 매년 지속적으로 감소하고 있음. 2000년 126개소였던 조산원은 2012년에는 33개소로 거의 1/4수준으로 감소하였음

4 의료서비스산업 동향 및 정책연구

표 2-1 연도별 요양기관 현황

(단위 : 개)

구분	계	상급 종합 병원	종합 병원	병원	의원	치과 병원	치과 의원	조산원	보건 의료원	보건소	보건 지소	보건 진료소	한방 병원	한의원	약국
2000년	61,776	43	245	681	19,688	60	10,592	126	17	230	1,270	1,910	141	7,243	19,530
2001년	62,714	43	234	705	21,342	72	10,783	86	17	229	1,267	1,879	140	7,563	18,354
2002년	65,549	42	241	783	22,760	90	11,157	82	18	228	1,266	1,878	149	8,128	18,727
2003년	67,960	42	241	871	23,559	103	11,556	70	17	231	1,270	1,887	152	8,699	19,262
2004년	70,394	42	241	970	24,301	108	12,083	63	17	232	1,272	1,895	156	9,176	19,838
2005년	72,921	42	249	1,112	25,166	124	12,548	52	17	234	1,274	1,897	149	9,761	20,296
2006년	75,108	43	253	1,322	25,789	136	13,002	51	17	237	1,276	1,907	145	10,297	20,633
2007년	76,803	43	261	1,639	26,141	153	13,339	51	17	237	1,282	1,909	142	10,859	20,730
2008년	78,461	43	269	1,883	26,528	168	13,750	51	17	239	1,286	1,914	146	11,334	20,833
2009년	80,270	44	269	2,039	27,027	183	14,242	49	17	239	1,292	1,914	158	11,782	21,015
2010년	81,681	44	274	2,182	27,469	191	14,681	46	17	240	1,296	1,916	168	12,061	21,096
2011년	82,948	44	275	2,363	27,837	199	15,058	40	17	240	1,294	1,917	184	12,401	21,079
2012년	83,811	44	278	2,524	28,033	201	15,365	33	15	243	1,301	1,910	201	12,705	20,958

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

- 2012년 요양기관의 분포현황을 지역별로 나누어 보면 서울(20,969개)·경기지역(16,953개)에 전체 요양기관의 45.2%가 집중되어 있음
- 서울·경기에 광역시까지 포함하면 전체 요양기관의 70.7%(59,264개)가 분포하고 있어 의료자원의 지역별 불균형이 크게 나타나고 있음

표 2-2 지역별 요양기관 현황

(단위 : 개)

구분	계	상급 종합 병원	종합 병원	병원	의원	치과 병원	치과 의원	조산 원	보건 의료원	보건소	보건 지소	보건 진료소	한방 병원	한의원	약국
서울	20,969	17	41	293	7,427	71	4,581	4	-	25	2	-	31	3,434	5,043
부산	6,111	4	23	274	2,086	12	1,127	7	-	16	11	5	9	1,017	1,520
대구	4,494	4	8	159	1,552	15	752	1	-	8	9	9	5	782	1,190
인천	3,835	2	14	98	1,372	3	744	2	-	10	26	24	13	547	980
광주	2,517	2	19	98	846	8	518	1	-	5	1	10	52	305	652
대전	2,748	1	7	82	997	6	475	1	-	5	8	8	5	467	686
울산	1,637	-	4	80	531	5	337	-	-	5	8	11	3	278	375
세종	167	-	-	7	52	-	20	-	-	1	9	6	-	21	51
경기	16,953	5	50	502	5,776	38	3,385	8	1	45	124	164	33	2,489	4,333
강원	2,299	2	13	73	576	2	331	2	2	18	96	129	2	325	629
충북	2,443	1	10	72	779	1	334	1	-	13	95	160	4	350	623
충남	3,231	2	10	107	984	9	438	-	2	14	150	234	5	459	817
전북	3,464	2	11	143	1,077	3	468	-	4	10	148	241	18	462	877
전남	3,160	1	21	131	894	5	403	4	3	19	214	331	9	339	786
경북	4,107	-	18	166	1,182	9	555	-	2	23	219	313	7	581	1,032
경남	4,749	1	23	226	1,482	14	744	1	1	20	171	218	4	707	1,137
제주	927	-	6	13	321	-	153	1	-	6	10	47	1	142	227

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

6 의료서비스산업 동향 및 정책연구

- 2012년 요양기관의 분포를 설립구분별로 살펴보면, 전체 요양기관의 대부분이 개인(93.0%)이며, 공립(4.2%), 의료법인(1.3%)의 순으로 분포하고 있음
- 약국을 제외한 의료기관으로만 한정할 경우 개인의료기관이 전체 의료기관의 90.6%(56,072개)이며, 공립 5.7%(3,559개), 의료법인 1.8%(1,117개)의 분포를 보이고 있음. 약국의 경우는 100% 개인약국임

표 2-3 설립구분별 요양기관 현황

(단위 : 개)

구분	계	국립	공립	학교법인	특수법인	종교법인	사회복지법인	사단법인	재단법인	회사법인	의료법인	개인	군병원	기타
계	83,811	33	3,559	153	359	6	118	221	200	91	1,117	77,906	43	5
의료기관	소계	62,853	33	3,559	153	359	6	118	199	91	1,117	56,949	43	5
	상급종합병원	44	-	-	30	10	-	1	-	1	-	2	-	-
	종합병원	278	1	30	36	19	-	1	-	22	-	102	67	-
	병원	2,524	9	43	21	75	1	146	14	37	1	755	1,500	20
	의원	28,033	18	8	20	143	3	57	162	95	77	156	27,291	3
	치과병원	201	-	1	9	4	1	-	-	2	-	8	172	4
	치과의원	15,365	4	2	4	26	1	2	27	5	12	19	15,260	3
	조산원	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	-
	보건의료원	15	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	보건소	243	-	243	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	보건지소	1,301	-	1,301	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	보건진료소	1,910	-	1,910	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	한방병원	201	-	1	28	11	-	-	-	3	-	38	120	-
	한의원	12,705	1	5	5	71	-	11	18	34	1	37	12,506	13
약국	20,958	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	20,957	-	

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

○ 표시과목별로 의원의 분포를 보면 내과, 소아청소년과, 이비인후과 등이 많은 분포를 보이고 있음. 특히 성형외과의 경우 전체 799개소 가운데 절반이 넘는 411개소가 서울에 집중되어 있으며 피부과도 전체 1,079개중에서 서울에 431개소가 집중되어 있음

표 2-4 표시과목별 의원수

(단위 : 개)

구분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
계	28,033	7,427	2,086	1,552	1,372	846	997	531	52	5,776	675	779	984	1,077	894	1,182	1,482	321
내과	3,967	941	330	283	196	129	152	73	6	798	102	108	131	177	120	170	215	36
신경과	155	36	10	15	7	4	10	-	1	20	5	7	11	11	5	8	4	1
정신건강의학과	755	239	64	37	32	21	44	11	1	163	12	22	63	27	8	15	27	8
외과	1,024	199	78	75	51	30	36	15	5	177	33	34	65	27	36	75	54	12
정형외과	1,798	428	136	106	109	29	70	39	3	401	48	56	15	51	39	83	94	21
신경외과	373	51	31	34	22	15	8	8	1	71	15	17	4	71	13	21	25	6
흉부외과	49	6	6	3	2	2	4	4	1	6	-	3	13	20	4	1	3	-
성형외과	799	411	67	56	21	22	25	12	-	93	13	9	33	-	8	11	17	6
마취통증의학과	766	165	69	56	24	26	26	15	1	135	17	18	49	15	32	49	50	10
산부인과	1,457	411	82	91	72	46	53	35	2	302	35	48	75	40	24	60	71	21
소아청소년과	2,180	514	160	116	132	57	68	44	615	46	51	61	42	55	74	107	26	4
안과	1,408	402	99	86	59	40	38	26	2	281	34	33	41	30	43	64	89	16
이비인후과	2,099	572	163	138	107	68	67	40	2	500	41	50	41	65	48	75	102	20
피부과	1,079	431	81	60	36	45	33	16	-	210	14	17	19	31	19	21	40	6
비뇨기과	968	227	85	76	40	29	42	24	3	190	24	29	36	25	30	41	61	6
영상의학과	174	47	14	8	3	3	9	4	-	41	8	4	7	9	2	4	10	1
방사선종양학과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
병리과	23	8	2	4	-	2	2	-	-	3	-	-	-	-	-	-	2	-
진단검사의학과	13	4	-	2	-	-	2	-	-	3	1	-	-	1	-	-	-	-
결핵과	6	-	2	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
재활의학과	281	93	9	6	17	8	28	4	1	56	11	7	14	9	3	4	7	4
핵의학과	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
가정의학과	739	175	29	35	26	45	29	12	5	141	10	36	26	75	26	31	33	5
응급의학과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
산업의학과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
예방의학과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
전문과목 미표시전문의	5,139	1,462	350	194	288	138	147	90	7	1,101	120	114	188	135	226	230	283	66
일반의	2,780	605	218	71	128	87	103	58	7	468	86	116	142	131	178	145	187	50

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

8 의료서비스산업 동향 및 정책연구

○ 의료기관 개폐업은 한방병원이 19.0%로 높았으며, 의과의 요양병원도 13.6%의 폐업율을 보임. 신규 개업률 또한 한방병원이 28.3%로 높았으며, 의과의 요양병원은 25.2%를 보임

표 2-5 의료기관 개폐업 현황

(단위 : 개)

구분		2011년말 기준 기관수 (A)	2012년도 신규기관수 (B)	2012년도 폐업기관수 (C)	2012년도말 기준 기관수 (A+B-C)	폐업률 (C/A)	신규개업률 (B/A)
의과	병원	1,674	204	155	1,723	9.3%	12.2%
	요양병원	988	249	134	1,103	13.6%	25.2%
	의원	27,834	1,821	1,625	28,030	5.8%	6.5%
한방	한방병원	184	52	35	201	19.0%	28.3%
	한의원	12,387	1,184	880	12,692	7.1%	9.6%

자료 : 의료기관 입원환경 현황조사 결과분석(한국보건산업진흥원, 2013)

1.2 병상현황

- 병상자원은 입원진료 제공을 위한 핵심적 자원으로서 인력, 장비, 지식, 기술 등 여타의 보건의료자원을 수반하므로, 병상자원의 체계적 관리와 효율적 운영은 보건의료체계에 미치는 영향이 큼

표 2-6 병상 및 병실현황

(단위 : 개, 병상)

구분		계	상급 종합 병원	종합 병원	병원	의원	치과 병원	치과 의원	조산원	보건 의원원	보건소	보건 지소	보건 진료소	함방 병원	한의원	
입원 실	병실	계	145,764	11,330	23,503	69,877	36,723	123	32	75	110	-	-	-	3,153	838
		상급	54,616	6,785	12,087	18,659	15,304	41	0	37	27	-	-	-	1,371	296
		일반	82,396	4,291	10,831	43,990	20,742	82	23	38	83	-	-	-	1,780	536
		정신과 폐쇄	8,752	254	585	7,228	677	-	-	-	-	-	-	-	2	6
	병상	계	589,167	38,728	89,847	352,201	92,624	303	48	79	398	-	-	-	12,125	2,814
		상급	99,947	12,987	24,460	37,201	21,540	59	11	40	50	-	-	-	2,894	705
		일반	432,381	24,747	61,917	266,366	67,371	244	37	39	348	-	-	-	9,228	2,084
		정신과 폐쇄	56,839	994	3470	48,634	3,713	-	-	-	-	-	-	-	3	25
중환 자실	계	병실	877	246	405	205	10	-	-	-	2	-	-	-	5	4
		병상	10,309	3,340	5,292	1,605	26	-	-	-	3	-	-	-	26	17
	성인 소아	병실	764	197	354	192	10	-	-	-	2	-	-	-	5	4
		병상	8,905	2,541	4,740	1,552	26	-	-	-	3	-	-	-	26	17
	신생 아	병실	113	49	51	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		병상	1,404	799	552	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
격리병실	병실	827	133	316	361	16	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
	병상	1,782	351	669	728	321	-	-	-	2	-	-	-	-	-	
무균치료실	병실	215	168	46	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	병상	330	268	61	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
강내치료실	병실	14	9	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
	병상	15	9	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
방사성우소 입원치료실	병실	157	88	65	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	병상	164	92	68	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
응급실	병실	1,119	58	314	468	263	1	-	-	13	-	-	-	1	1	
	병상	9,837	1,575	4,547	3,207	416	1	-	-	89	-	-	-	1	1	

주 : 1) 정신과폐쇄는 2008년 7월 이후로 추가되었으며 집중치료실의 기타는 삭제됨

2) 집중치료실에서 중환자실로 명칭변경

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

1.3 의료인력 현황

○ 2012년 현재 의료기관에 종사하고 있는 총의사수는 모두 126,002명으로서 이중에서 일반의사가 86,761명(68.9%)으로 대부분을 차지하고 있으며, 치과의사는 21,888명(17.4%), 한의사는 17,353명(13.7%)임

표 2-7 요양기관 종별 의사인력현황

(단위 : 명)

구분	계	의사					치과 의사	한의사				
		소계	일반의	인턴	레지 던트	전문의		소계	일반의	일반 수련의	전문 수련의	전문의
소계	126,002	86,761	4,934	2,745	11,508	67,574	21,888	17,353	15,120	253	389	1,591
상급종합병원	47,963	19,837	89	1,746	7,688	10,314	682	2	-	-	-	2
종합병원	57,529	16,729	185	989	3,676	11,879	527	15	9	-	-	6
병원	49,277	13,115	832	1	141	12,141	115	1,140	1,022	12	2	104
의원	48,657	34,955	2842	2	2	32,109	3	-	-	-	-	-
치과병원	2,120	16	-	-	-	16	1,970	2	2	-	-	-
치과의원	18,589	-	-	-	-	-	18,091	-	-	-	-	-
보건의료원	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
보건소	398	149	15	1	-	133	26	23	16	1	-	6
보건지소	3,786	662	260	2	1	399	235	275	243	3	-	29
한방병원	3,045	80	31	-	-	49	-	1,419	296	206	385	532
한의원	15,072	-	-	-	-	-	-	13,925	13,022	27	2	874

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

- 의사인력의 지역별 분포를 보면 의료기관에 종사하는 일반의사의 48%(41,703명)가 서울·경기지역에 분포하고 있음. 이는 대부분의 의료기관이 수도권지역에 밀집되어 있는 것과 연관 지을 수 있음
- 치과의사의 경우도 서울·경기지역에 50.2%(10,987명), 한의사는 44.1%(7,658명)이 서울·경기지역에 집중되어 있음

표 2-8 요양기관 소재지별 의사인력현황

(단위 : 명)

구분	계	의사					치과 의사	한의사				
		소계	일반의	인턴	레지 던트	전문의		소계	일반의	일반 수련의	전문 수련의	전문의
계	279,053	86,761	4,934	2,745	11,508	67,574	21888	17,353	15,120	253	389	1,591
서울	75,851	25,331	863	1,048	4,753	18,667	6565	4,393	3,699	71	153	470
부산	22,432	6,928	371	238	950	5,369	1484	1,376	1,210	18	32	116
대구	15,330	5,013	135	212	852	3,814	1117	938	858	6	14	60
인천	11,782	3,739	213	118	457	2,951	1001	729	654	7	2	66
광주	10,599	3,023	128	107	437	2,351	848	557	452	25	6	74
대전	9,733	3,180	159	127	439	2,395	696	739	533	18	32	56
울산	5,259	1,447	103	24	109	1,211	438	360	318	7	2	32
세종	279	86	14	-	-	72	27	27	27	-	-	-
경기	51,238	16,372	783	460	1,764	13,365	4422	3,265	2,862	39	61	303
강원	8,261	2,350	202	54	323	1,771	575	463	402	12	8	41
충북	6,776	2,108	187	55	199	1,667	468	502	435	6	16	45
충남	8,626	2,684	293	54	265	2,072	763	677	605	7	12	53
전북	10,630	3,148	260	79	378	2,431	753	766	633	12	30	91
전남	10,715	2,791	393	43	119	2,236	621	622	551	5	8	58
경북	12,449	3,232	335	11	82	2,804	772	852	789	3	5	55
경남	15,905	4,468	422	87	275	3,684	1,150	1,012	925	17	8	62
제주	3,188	861	73	28	46	714	188	175	166	-	-	9

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

12 의료서비스산업 동향 및 정책연구

표 2-9 전문과목별 전문의 현황

(단위 : 명)

구분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
계	67,574	18,667	5,369	3,814	2,951	2,351	2,395	1,211	1,252	12,291	1,779	1,694	2,097	2,387	2,293	2,903	3,452	668
내과	12,106	3,459	1,053	724	525	406	436	206	8	2,300	330	282	327	442	389	446	653	120
신경과	1,299	344	98	93	42	42	61	15	1	235	34	30	46	42	44	58	94	20
정신과	2,831	627	218	148	115	92	97	47	3	605	88	88	104	104	105	157	205	28
외과	5,400	1,298	466	338	250	190	156	85	9	999	164	148	204	208	238	285	308	54
정형외과	5,007	1,200	422	290	256	166	175	92	4	1,054	151	125	167	179	171	217	284	54
신경외과	2,274	529	168	144	108	98	78	45	5	432	73	76	68	83	82	198	149	27
흉부외과	968	279	72	44	36	25	47	22	2	170	24	28	32	33	40	49	52	13
성형외과	1,435	650	109	92	40	32	48	26	-	186	30	29	30	35	27	46	42	13
미취통증 의학과	3,538	1,014	272	199	129	133	116	63	4	649	99	87	107	134	140	162	190	40
산부인과	5,322	1,431	444	284	251	193	194	116	5	1,111	127	125	159	174	143	213	293	59
소아 청소년과	4,914	1,180	365	286	235	201	169	106	1,184	110	118	145	170	126	183	282	50	4
안과	2,675	839	222	165	110	82	92	50	2	476	62	59	75	93	72	106	141	29
이비인후과	3,264	937	255	177	161	115	102	62	2	714	80	77	81	93	92	121	163	32
피부과	1,750	682	125	98	59	70	65	23	-	340	31	29	32	54	31	33	64	14
비뇨기과	2,233	575	180	138	95	74	79	44	4	452	56	55	84	79	70	101	126	21
영상의학과	2,910	1,027	208	136	86	92	101	56	1	556	72	58	76	95	103	89	129	25
방사선 종양학과	220	87	19	11	6	2	10	2	-	35	6	2	5	7	11	9	5	3
병리과	694	266	60	49	25	21	29	9	-	116	15	11	11	17	12	17	31	5
진단검사 의학과	672	223	51	39	26	29	22	4	1	112	24	14	16	22	29	20	30	10
결핵과	82	25	9	1	3	-	2	2	-	16	5	2	4	2	4	2	4	1
재활의학과	1,386	355	90	62	65	45	70	19	2	297	40	42	49	54	47	51	77	21
핵의학과	156	61	12	15	4	6	8	1	-	22	1	1	4	6	8	2	4	1
가정의학과	4,992	1,298	375	226	243	175	188	76	15	1,000	95	144	184	260	190	226	249	48
응급의학과	955	209	41	29	58	48	32	16	-	219	41	22	35	36	40	58	47	24
산업의학과	319	38	21	13	19	6	14	18	-	46	6	13	22	4	16	32	50	1
예방의학과	172	34	14	13	4	8	4	6	-	39	7	2	5	5	6	12	12	1

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

표 2-10 연도별 간호사 인력 현황

(단위 : 명)

구분	면허간호사	활동간호사 ³⁾	활동간호사 비율(%)	병원 ¹⁾	의원 및 조산원 ²⁾	보건소	보건지소	보건진료소
2001년	170,845	73,044	42.75	59,607	8,406	2,797	419	1,815
2002년	181,800	80,304	44.17	64,694	10,545	2,755	476	1,834
2003년	192,480	83,333	43.29	66,834	11,485	2,700	463	1,851
2004년	202,012	87,731	43.43	68,986	13,566	2,816	500	1,863
2005년	213,644	91,608	42.88	71,739	14,560	2,894	539	1,876
2006년	223,781	96,327	43.05	75,784	15,083	2,994	588	1,878
2007년	235,687	101,321	42.99	80,341	15,398	3,121	600	1,861
2008년	246,840	107,343	43.49	86,081	15,602	3,179	654	1,827
2009년	258,568	111,409	43.09	89,997	15,717	3,127	675	1,893
2010년	270,274	116,637	43.16	95,187	15,616	3,206	739	1,889
2011년	282,656	118,554	42.01	97,992	15,522	2,577	585	1,878
2012년	295,254	121,095	41.00	99,976	15,297	3,183	773	1,866

주 : 1) 병원은 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 정신병원, 결핵병원, 한센병원을 포함

2) 의원 및 조산원은 의원, 치과의원, 한의원, 부속의원, 조산원을 포함

3) 활동간호사는 의료기관에 종사하고 있는 간호사를 의미

자료 : 보건복지통계연보(각년도) 재분석

- 우리나라의 면허 간호사 수는 2012년 현재 약 29만명이며, 이중에서 41.0%인 12만 명이 의료기관에 종사하고 있음. 활동간호사 중에서 82.6%(99,976)가 병원에서 종사하고 있으며, 12.6%(15,297명)는 의원 및 조산원에서 근무하고 있어 전체 활동간호사의 대부분이 병의원에 근무하고 있음
- 전문간호사수는 총 12,854명이며 전문간호사 중에서는 가정간호사와 보건간호사가 가장 많은 비중을 차지하고 있음
- 연도별 면허 약사수는 꾸준히 증가하고 있음

14 의료서비스산업 동향 및 정책연구

표 2-11 연도별 전문간호사 현황

(단위 : 명)

구분	계	마취	보건	가정	정신	감염 관리	노인	산업	응급	중환자	호스 피스	종양	아동	임상
2000년	4,679	517	1,702	2,460	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2001년	5,454	528	1,792	3,134	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002년	6,571	543	1,896	3,944	188	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2003년	7,467	557	2,048	4,674	188	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2004년	8,136	567	2,034	5,349	186	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2005년	8,507	574	2,034	5,713	186	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2006년	9,617	572	2,033	6,105	232	40	259	73	57	111	54	81	-	-
2007년	10,205	574	2,033	6,115	260	89	515	88	87	191	93	160	-	-
2008년	11,137	578	2,032	6,155	324	138	970	103	129	287	176	245	-	-
2009년	11,582	588	2,033	6,206	346	162	1,132	106	157	345	210	285	12	-
2010년	11,947	587	2,027	6,258	346	162	1,291	106	157	386	195	316	22	30
2011년	12,449	598	2,026	6,302	395	195	1,416	113	187	432	286	398	34	67
2012년	12,854	596	2,024	6,338	395	195	1,576	113	187	477	332	476	34	111

주 : 해외거주자 포함

자료 : 보건복지통계연보(각년도)

표 2-12 연도별 면허 약사수 현황

(단위 : 명)

구분	계	남	여
2000년	50,623	19,600	31,023
2001년	51,872	19,919	31,953
2002년	53,168	20,249	32,919
2003년	54,381	20,626	33,755
2004년	53,492	19,344	34,148
2005년	54,829	19,760	35,069
2006년	55,845	19,958	35,887
2007년	57,176	20,405	36,771
2008년	58,363	20,821	37,542
2009년	59,717	21,363	38,354
2010년	60,956	21,885	39,071
2011년	62,245	22,418	39,827
2012년	63,647	22,914	40,733

주 : 해외거주자 포함

자료 : 보건복지통계연보(각년도)

1.4 의료장비 현황

○ 의료기관 종별 의료장비 보유대수는 고가의 의료장비의 기준으로 많이 사용되는 장비인 CT와 MRI는 각각 총 1,854대, 1,173대가 보급되어 있음

표 2-13 의료기관 종별 특정 의료장비 현황

(단위 : 대)

구분	계	CT스캐너	자기공명 영상기 (MRI)	유방 촬영용장치 (MAMMO)	초음파 영상진단기	영상저장 및 전송시스템
계	28,465	1,854	1,173	2,741	21,301	1,396
상급종합병원	2,380	201	132	104	1,881	62
종합병원	4,062	410	339	358	2,661	294
병원	5,568	718	487	689	3,066	608
의원	16,233	514	202	1,583	13,578	356
치과병원	24	4	-	-	3	17
치과의원	28	-	-	-	1	27
조산원	5	-	-	-	5	-
보건의료원	35	4	-	3	26	2
보건소	74	-	-	4	55	15
보건지소	4	-	-	-	1	3
보건진료소	-	-	-	-	-	-
한방병원	52	3	13	-	24	12
한의원	-	-	-	-	-	-

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

16 의료서비스산업 동향 및 정책연구

표 2-14 의료기관 종별 의료장비 현황

(단위 : 대)

구분	계	검사장비	방사선진단 ·치료장비	이학요법 장비	수술 및 처치장비	치과장비	한방장비
계	691,152	191,053	106,712	229,162	58,199	26,185	79,841
상급종합병원	39,639	21,273	4498	4007	9478	357	26
종합병원	72,081	34,975	8600	13380	14524	380	222
병원	110,366	93,065	12759	47126	9774	44	1826
의원	302,865	111	41370	145394	21557	-	1479
치과병원	2,653	39	1142	188	169	1029	14
치과의원	64,282	2	36823	841	2531	24041	7
조산원	10	2	5	3	-	-	-
보건의료원	834	319	121	277	54	10	53
보건소	5319	1286	736	2799	59	81	358
보건지소	2762	311	508	1550	20	242	131
보건진료소	346	219	-	126	-	-	1
한방병원	7448	219	149	1675	21	1	5383
한의원	82547	397	1	11796	12	-	70341

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

2. 의료서비스 이용현황

2.1 건강보험 일반현황

- 우리나라의 건강보험 적용인구는 총 50,004천명이며, 의료급여 적용인구는 1,507천 명임. 건강보험 적용인구는 인구의 증가와 함께 매년 지속적으로 증가하고 있지만 의료급여 적용인구는 2007년 이후 지속적으로 감소추세에 있음

표 2-15 연도별 의료보장인구 적용현황

(단위 : 천명, 세대)

구분	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년			
총인구	48,138	48,372	48,598	48,949	49,182	49,410	49,779	50,004			
의료보장	49,154	49,238	49,672	50,001	50,291	50,581	50,909	51,169			
건강 보험	계	47,392	47,410	47,820	48,160	48,614	48,907	49,299	49,662		
	직장소계	소계	27,233	28,445	29,424	30,417	31,413	32,384	33,257	34,106	
		가입자	9,746	10,415	11,175	11,617	12,146	12,764	13,397	13,991	
		파부양자	17,488	18,030	18,250	18,800	19,267	19,620	19,860	20,115	
	근로자	소계	22,561	23,724	24,749	25,774	26,761	27,747	28,650	29,527	
		가입자	8,283	8,912	9,652	10,086	10,584	11,189	11,810	12,388	
		파부양자	14,279	14,812	15,097	15,688	16,178	16,558	16,840	17,138	
	공·교	소계	4,672	4,721	4,676	4,642	4,651	4,637	4,607	4,579	
		가입자	1,463	1,503	1,523	1,531	1,562	1,574	1,587	1,602	
		파부양자	3,209	3,218	3,153	3,111	3,089	3,062	3,020	2,977	
	지역	소계	가입자	20,159	18,965	18,395	17,743	17,201	16,523	16,043	15,556
			(세대수)	8,384,173	8,107,304	8,141,761	8,058,086	8,110,855	7,940,227	7,887,563	7,834,587
		군지역	가입자	2,135	2,038	1,982	1,895	1,847	1,791	1,727	1,713
			(세대수)	904,189	885,778	891,236	876,923	898,224	886,246	873,473	913,375
		도시	가입자	18,023	16,926	16,413	15,848	15,354	14,732	14,316	13,843
			(세대수)	7,479,984	7,221,526	7,250,525	7,181,163	7,212,631	7,053,981	7,014,090	6,921,212
	의료 급여	계	1,762	1,829	1,853	1,841	1,677	1,674	1,609	1,507	
1종		996	1,029	1,062	1,025	1,036	1,072	1,087	1,058		
2종		765	800	790	816	641	603	522	449		

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

- 연도별 건강보험 재정현황을 보면 2012년에 건강보험 총수입은 약 42.5조원, 지출은 약 39.1조원을 기록해 약 3.4조원의 흑자를 기록하고 있음. 건강보험의 수입과 지출의 차이를 나타내는 당기차액 추이는 2010년을 제외하고는 2005년부터 흑자를 보임
- 연간 적용인구 1인당 보험료는 2005년 432,368원에서 2010년 683,228원, 2012년 843,173원으로 2005년에 비해 약 2배 증가하였음
- 연간 적용인구 1인당 급여비는 2005년 388,017원, 2010년 692,159원, 2012년 759,290원으로 2005년에 비해 약 2배 증가하였음
- 보험료 대 급여비 비율은 2005년 89.7%에서 2010년 101.3%로 꾸준히 증가하였으나 2011년 94.4%, 2012년 90.1%로 최근 2년간 감소하였음

표 2-16 연도별 건강보험 재정현황

(단위 : 천원)

구분		2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
수입	계(A)	21,091,073,771	23,263,082,769	26,049,843,138	29,787,148,719	31,500,393,381	33,948,880,393	38,761,068,391	42,473,652,817
	보험료(C1)	16,927,713,937	18,810,579,314	21,728,699,897	24,973,026,443	26,166,081,793	28,457,726,348	32,922,109,942	36,389,962,619
	국고지원금	3,694,802,000	3,836,190,000	3,671,794,907	4,026,244,600	4,682,831,080	4,856,096,000	5,028,322,763	5,343,180,300
	-보험재정국고지원금(C2)	2,643,000,000	2,756,500,000	2,704,200,000	3,002,299,600	3,656,585,080	3,793,034,000	4,071,546,000	4,335,900,000
	-관리재정국고지원금	126,500,000	113,270,000	-	-	-	-	-	-
	-담배부담금(C3)	925,302,000	966,420,000	967,594,907	1,023,945,000	1,026,246,000	1,063,062,000	956,776,763	1,007,280,300
	기타	468,557,834	616,313,455	649,348,334	787,877,676	651,480,508	635,058,045	810,635,686	740,509,898
지출	계(B)	19,979,956,408	22,817,757,142	25,888,501,743	28,273,326,469	31,189,152,469	34,926,339,447	37,258,746,902	39,152,044,404
	보험급여비	18,393,587,366	21,587,979,615	24,560,092,366	26,654,304,738	30,040,870,810	33,749,302,672	35,830,249,261	37,581,294,601
	보험급여비(실급여비)(D)	(18,393,587,366)	(21,587,979,615)	(24,560,092,366)	(26,654,304,738)	(30,040,870,810)	(33,749,302,672)	(35,830,249,261)	(37,581,294,601)
	-요양급여비	18,055,562,137	21,125,483,754	24,017,960,319	25,917,712,501	29,228,497,172	32,828,448,405	34,782,840,853	36,412,260,566
	-요양급여비(실급여비)	(18,055,562,137)	(21,125,483,754)	(24,017,960,319)	(25,971,712,501)	(29,228,497,172)	(32,828,448,405)	(34,782,840,853)	(36,412,260,566)
	-장제비	49,158,750	46,238,750	49,470,005	3,805,324	109,750	26,750	-	-
	-본인부담액보상금	53,926,124	58,843,616	65,363,184	148,162,364	572,861	240,549	149,446	120,532
	-건강진단비	234,940,355	357,413,495	427,298,857	584,624,549	708,774,738	801,372,727	880,820,346	958,503,466
	-임신출산전진료비	-	-	-	-	102,916,289	119,214,241	166,438,616	210,410,037
	관리운영비	758,917,694	778,517,262	719,610,196	672,030,189	659,722,664	675,095,179	611,160,200	614,424,605
기타	827,451,348	451,260,265	608,799,182	946,991,542	488,558,995	501,941,596	817,337,441	956,325,198	
총수지율(B/A)	94.7	98.1	99.4	94.9	99.0	102.9	96.1	92.2	
보험료대급여비비율(D/(C1+C2+C3))	89.7	95.8	96.7	91.9	97.4	101.3	94.4	90.1	
당기차액(A-B)	1,111,117,363	445,325,627	161,341,395	1,513,822,250	311,240,912	△977,459,054	1,502,321,489	3,321,608,413	
이월금	3,456,394,117	3,882,962,905	4,110,178,433	4,270,967,188	4,586,651,937	4,887,762,338	5,789,741,227	6,063,791,091	
누적준비금적립금(E)	995,407,608	995,407,608	895,068,293	2,227,783,531	2,227,783,531	959,258,215	1,560,023,785	4,575,743,575	
적립률(E/D)	5.4	4.6	3.6	8.4	7.4	2.8	4.4	12.2	
연간적용인구1인당보험료(원)	432,368	475,304	532,722	604,139	637,156	683,228	772,415	843,173	
연간적용인구1인당급여비(원)	388,017	455,360	515,096	555,286	620,467	692,159	729,262	759,290	

주: 1) 2003.7월 재정통합으로 직역 구분하지 않음
 2) 2005년 이후 지출항목 기타에는 대손상각비와 보험료 환급비용이 포함됨
 3) 2007년부터 사업경비와 경상경비로 예산집행을 구분
 4) 2006년까지 지역재정 지원 국고지원금이 재정건전화특별법 만료로 2007년부터 총재정에 지원
 5) 건강진단비는 급여비에 포함하고 지급준비금 상계 전 실 급여비는 ()로 표시하였음
 자료 : 건강보험통계연보(각년도)

20 의료서비스산업 동향 및 정책연구

- 보험료 총부과금액은 35조 4,934억원으로서 이중에서 직장보험료가 약 28조원으로 79.7%를 차지하고 있으며, 지역보험료가 7조 1,979억원으로 20.3%를 차지하였음
- 건강보험 세대당 월평균 보험료(개인부담기준)는 직장 가입자가 89,028원, 지역 가입자가 75,209원임

표 2-17 연도별 보험료 현황 추이

구분	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
보험료(억원)	169,277	188,106	217,287	249,730	261,661	284,577	329,221	354,934
- 직장	121,209	138,975	163,485	190,297	202,377	220,831	261,416	282,955
- 지역	48,068	49,141	53,802	59,434	59,284	63,746	67,806	71,979
세대당 월보험료(원)	50,080	53,773	59,278	66,217	66,916	70,989	78,822	84,040
- 직장	52,956	57,092	62,430	69,169	70,250	73,399	82,802	89,028
- 지역	46,871	49,688	55,054	61,982	61,902	67,168	72,139	75,209
1인당 월보험료(원)	19,104	20,851	23,690	26,837	27,620	29,765	33,670	36,536
- 직장	18,999	20,713	23,449	26,304	27,049	28,659	33,009	36,156
- 지역	19,237	21,050	24,065	27,736	28,652	31,899	35,022	37,357

주 : 1인당 월보험료는 개인부담보험료 기준
 자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)



그림 2-1 직역별 건강보험료 연도별 추이(단위:억원)

자료 : 2012 건강보험주요통계(2013)

2.2 건강보험 보험급여 현황

- 요양기관의 총진료비는 약 47조원이었으며, 이 중에서 의료기관에서 지출된 진료비가 약 36조원(73.9%), 약국에서 지출된 진료비가 약 11.7조원(26.1%)으로 집계되고 있음
- 요양기관의 총진료비 중에서 급여비가 차지하는 비중은 75%(약 35조)임

표 2-18 요양기관종별 요양급여실적

구분		내원일수(일)	급여일수(일)	진료비 (천원)	급여비 (천원)	내원1일당		급여1일당		
						진료비(원)	급여비(원)	진료비(원)	급여비(원)	
총계	소계	95,1794,129	6,83,1885,900	47,839,184,796.39	35,714,595,777.914	50,282	37,523	7,002	5,228	
	입원	114,280,728	169,359,974	16,179,083,227.68	13,231,170,455.96	141,573	115,778	95,531	78,125	
	외래	837513401	6,662,525,926	31,660,101,568.71	22,483,425,321.954	37,803	26,845	4,752	3,375	
의료 기관	소계	소계	950,615,487	1,357,244,626	36,043,899,452	27,204,797,899	37,916	28,618	26,557	20,044
		입원	114,280,728	169,359,974	16,179,083,228	13,231,170,456	141,573	115,778	95,531	78,125
		외래	836,334,759	1,187,884,652	19,864,816,224	13,973,627,443	23,752	16,708	16,723	11,763
	상급 종합병원	소계	49,033,931	118,742,944	7,464,334,354	5,836,189,509	152,228	119,023	62,861	49,150
		입원	13,739,686	31,330,821	4,598,502,733	3,993,240,399	334,688	290,635	146,772	127,454
		외래	35,294,245	87,412,123	2,865,831,621	1,842,949,111	81,198	52,217	32,785	21,083
	종합병원	소계	76,668,528	172,991,638	7,058,894,603	5,318,129,369	92,070	69,365	40,805	30,742
		입원	23,421,210	42,601,304	4,454,635,767	3,658,071,121	190,197	156,186	104,566	85,868
		외래	53,247,318	130,390,334	2,604,258,836	1,660,058,247	48,909	31,176	19,973	12,731
	병원	소계	86,973,851	132,874,899	4,772,738,257	3,550,534,168	54,876	40,823	35,919	26,721
		입원	30,201,035	44,994,486	3,224,619,916	2,554,357,620	106,772	84,578	71,667	56,770
		외래	56,772,816	87,880,413	1,548,118,341	996,176,547	27,269	17,547	17,616	11,336
	요양병원	소계	36,575,426	40,653,708	2,598,642,525	1,969,483,578	71,049	53,847	63,921	48,445
		입원	33,680,798	34,155,135	2,511,884,557	1,905,573,129	74,579	56,577	73,543	55,792
		외래	2,894,628	6,498,573	86,757,969	63,910,449	29,972	22,079	13,350	9,835
	의원	소계	532,218,410	636,926,256	10,450,957,413	7,833,354,218	19,637	14,718	16,408	12,299
		입원	11,028,249	14,030,123	1,265,526,540	1,026,404,697	114,753	93,071	90,201	73,157
		외래	521,190,161	622,896,133	9,185,430,872	6,806,949,521	17,624	13,060	14,746	10,928

구분	내원일수(일)	급여일수(일)	진료비 (천원)	급여비 (천원)	내원1일당		급여1일당			
					진료비(원)	급여비(원)	진료비(원)	급여비(원)		
치과병원	소계	2,755,648	2,793,446	97,103,542	60,319,714	35,238	21,889	34,761	21,593	
	입원	22,627	48,153	4,586,656	3,806,252	202,707	168,217	95,252	79,045	
	외래	2,733,021	2,745,293	92,516,886	56,513,462	33,852	20,678	33,700	20,586	
	치과의원	소계	52,598,602	52,625,310	1,493,060,006	1,052,765,942	28,386	20,015	28,372	20,005
		입원	117	117	7,453	5,947	63,702	50,829	63,702	50,829
		외래	52,598,485	52,625,193	1,493,052,553	1,052,759,995	28,386	20,015	28,371	20,005
	조산원	소계	3,542	3,724	784,888	764,892	221,594	215,949	210,765	205,395
		입원	3,542	3,724	784,888	764,892	221,594	215,949	210,765	205,395
		외래	-	-	-	-	-	-	-	-
보건기관	소계	15,796,934	95,601,264	175,204,427	135,723,113	11,091	8,592	1,833	1,420	
	입원	23,388	33,877	1,713,414	1,352,918	73,260	57,847	50,577	39,936	
	외래	15,773,546	95,567,387	173,491,014	134,370,195	10,999	8,519	1,815	1,406	
한방병원	소계	5,189,743	5,697,903	180,022,850	125,416,926	34,688	24,166	31,595	22,011	
	입원	2,030,432	2,032,122	112,209,389	84,095,341	55,264	41,417	55,218	41,383	
	외래	3,159,311	3,665,781	67,813,461	41,321,585	21,465	13,079	18,499	11,272	
한의원	소계	92,800,872	98,333,534	1,752,156,587	1,322,116,469	18,881	14,247	17,819	13,445	
	입원	129,644	130,112	4,611,915	3,498,138	35,574	26,983	35,446	26,886	
	외래	92,671,228	98,203,422	1,747,544,673	1,318,618,331	18,857	14,229	17,795	13,427	
약국	소계	488,002,623	5,474,641,274	11,795,285,344	8,509,797,879	24,171	17,438	2,155	1,554	
	처방	486,823,981	5,470,594,998	11,788,104,190	8,505,457,237	24,214	17,471	2,155	1,555	
	직접	1,178,642	4,046,276	7,181,155	4,340,641	6,093	3,683	1,775	1,073	

주 : 1) 지급기준, 2) 수진당시의 월별기준으로 발취, 3) 반올림 관계로 총계와 내용의 합이 다를 수 있음, 4) 약국의 처방조제 내원일수는 합계의 내원일수에서 제외함
 자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

24 의료서비스산업 동향 및 정책연구

○ 연도별 수진횟수는 매년 지속적으로 증가하고 있으며 2005년 15.3회에서 2011년에는 19.2회로 증가하였음. 입내원 1일당 급여비도 2005년 약 24천원에서 2012년 약 38천원으로 증가하였음

표 2-19 연도별 수진횟수 및 입내원 1일당 급여비 추이

구 분	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
수진횟수(일)	15.3	16.0	16.6	16.8	18.0	18.5	18.8	19.2
입내원 1일당 급여비(원)	24,560	26,844	29,723	31,345	32,898	35,507	36,914	37,916
수가 인상율(%)	2.99	3.58	2.30	1.94	2.22	2.05	1.64	2.20

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

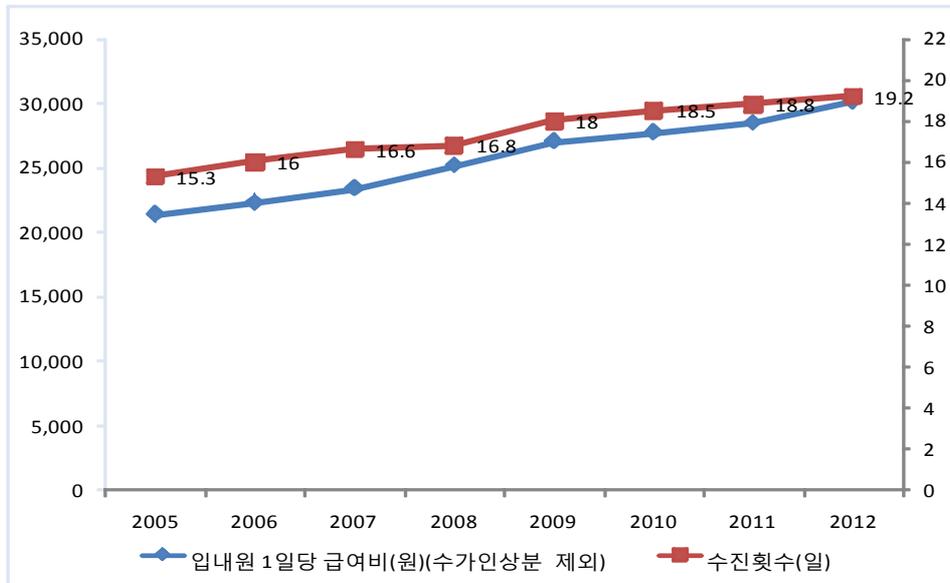


그림 2-2 연도별 수진횟수 및 입내원 1일당 급여비 현황

자료 : 2012 건강보험 주요통계(2013)

- 노인진료비는 약 16조원으로 전체 총진료비의 약 34.4%를 차지하고 있음. 총진료비에서 노인진료비가 차지하는 비중은 매년 증가하고 있는데 2005년 24.4%이던 노인진료비 비중은 2012년 34.4%까지 상승하였음. 이러한 추세는 급격한 고령화와 함께 더욱 심화될 것으로 예상됨
- 노인 1인당 월평균 진료비도 2005년 약 13만원에서 2012년에는 약 25만원으로 급격하게 증가하였음

표 2-20 노인진료비의 변화

구 분	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년
적용인구(천명)	47,392	47,410	47,820	48,160	48,614	48,907	49,299	49,662
노인인구(천명)	3,919	4,073	4,387	4,600	4,826	4,979	5,184	5,468
비율 (%)	8.3	8.6	9.2	9.6	9.9	10.2	10.5	11.0
총진료비(억원)	248,615	284,103	323,892	348,690	393,390	436,281	462,379	478,391
노인진료비(억원)	60,731	73,504	91,189	107,371	124,236	140,583	153,768	164,495
비율 (%)	24.4	25.9	28.2	30.8	31.7	32.2	33.3	34.4
노인1인당 월평균 진료비(원)	129,124	150,400	173,217	194,513	214,507	235,305	247,166	250,692

자료 : 2012 건강보험통계연보(2013)

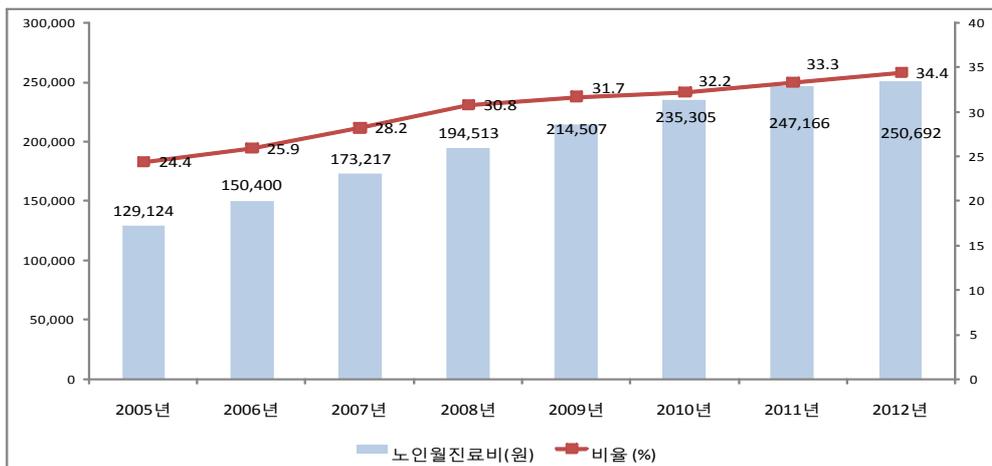


그림 2-3 연도별 건강보험 노인진료비 비율 및 1인당 월평균 진료비 추이

자료 : 2012 건강보험주요통계(2013)

3. 장기요양보험 현황

3.1 장기요양 보험료 현황

- 2012년의 장기요양보험료는 약 2.4조원이며, 이중에서 직장보험료가 1.9조원, 지역 보험료가 약 4,582억원임
- 1인당 월평균 보험료는 2,381원으로 직장보험료는 2,352원, 지역보험은 2,442원이었음

표 2-21 장기요양보험료 현황

구 분	2010년	2011년	2012년				
			전체	1분기	2분기	3분기	4분기
보험료(억원)	18,316	21,423	23,697	5,407	6,701	5,807	5,782
- 직장	14,140	16,994	19,114	4,245	5,557	4,688	4,625
- 지역	4,176	4,429	4,582	1,162	1,144	1,119	1,157
1인당 월평균 보험료(원)	1,923	2,192	2,381	6,654	7,932	6,994	6,988
- 직장	1,835	2,146	2,352	6,351	8,228	6,892	6,758
- 지역	2,092	2,288	2,442	7,287	7,300	7,217	7,499

주 : 1인당 월평균 보험료는 개인부담보험료 기준
 자료 : 2012 장기요양보험 주요통계(2013)

3.2 장기요양보험 신청 및 인정 현황

- 장기요양 신청자수는 643,409명으로 일반 신청자가 467,510명, 기초수급 133,143명, 의료급여 8,787명, 경감 33,969명이었음
- 연령별로는 65세 미만 신청자 39,320명(6.1%), 65세 이상 신청자 604,089명(93.9%)이었음

표 2-22 장기요양 신청자수

구 분		일반	경감	의료급여	기초수급	2011년	2012년
신청자수		467,510	33,969	8,787	133,143	617,081	643,409
65세 미만	계	24,386	2,628	270	12,036	37,968	39,320
	남자	13,553	1,670	190	7,420	22,096	22,833
	여자	10,833	958	80	4,616	15,872	16,487
65세 이상	계	443,124	31,341	8,517	121,107	579,113	604,089
	남자	116,879	6,267	2,488	24,602	145,753	150,227
	여자	326,254	25,074	6,029	96,505	433,360	453,862

주 : 연도말 자격유지자 기준(사망건 제외)

자료 : 2012 장기요양보험 통계연보(2013)

- 장기요양 인정자수는 2012년에 341,788명으로 일반 249,963명, 기초수급 57,410명, 의료급여 4,302명, 경감 30,113명으로 구성되어 있음
- 등급별로는 3등급이 232,907명으로 68.0%를 차지하고 있으며, 2등급 20.6%(70,619명), 1등급 11.4%(39,262명)로 구성되어 있음

표 2-23 장기요양 인정자수

(단위 : 명)

구 분	1등급	2등급	3등급	2011년	2012년
인정자 계	38,262	70,619	232,907	324,412	341,788
일 반	28,179	52,706	169,078	236,523	249,963
경감	3,162	6,195	20,756	56,650	30,113
의료급여	479	865	2,958	4,281	4,302
기초수급	6,442	10,853	40,115	26,958	57,410

주 : 연도말 현재 인정자격 유지자 기준(사망건 제외)

자료 : 2012 장기요양보험 통계연보(2013)

3.3 장기요양기관 및 인력현황

- 2012년 장기요양 기관수는 총 15,056개소로 정원은 총 159,206명임. 이 중에서 재가 요양기관은 10,730개소, 시설요양기관은 4,326개소임. 2011년 14,918개소에서 2012년 15,056개소로 증가하였음
- 전체 요양기관 중에서 38.2%(5,749개소)가 서울·경기지역에 집중되어 있음

표 2-24 장기요양기관수 현황

구 분	요양기관(개소)			정원(명)
	소계	시설	재가	
계 (2011년)	14,918	4,061	10,857	147,082
(2012년)	15,056	10,730	4,326	155,611
서울	2,285	1,809	476	17,910
부산	873	728	145	7,095
대구	779	576	203	6,984
인천	808	561	247	8,046
광주	512	416	96	4,114
대전	499	395	104	4,192
울산	201	161	40	1,899
세종	39	27	12	437
경기	3,464	2,210	1,254	39,673
강원	567	345	222	8,002
충북	537	300	237	6,868
충남	753	515	238	8,251
전북	785	571	214	8,450
전남	838	567	271	8,708
경북	1,016	718	298	11,744
경남	925	709	215	9,834
제주	176	122	54	3,404

자료 : 2012 노인장기요양보험 통계연보(2013)

(단위 : 개소)

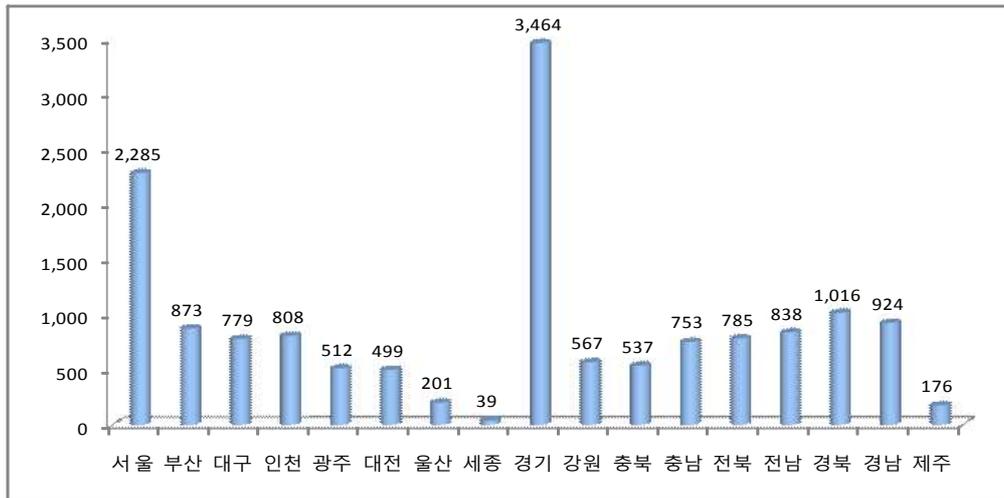


그림 2-4 장기요양 시도별 요양기관수 현황(2013년)

자료 : 2012 장기요양보험 주요통계(2013)

- 요양기관에 근무하고 있는 전문 인력중에는 요양보호사가 압도적으로 많아 약 24만명이 근무하고 있으며, 다음으로 조무사를 포함한 간호사(9,766명), 사회복지사(7,054명)가 많이 분포하고 있음

표 2-25 장기요양기관 전문인력

(단위 : 명)

구 분	사회 복지사	의사 (촉탁포함)	간호사 (조무사포함)	치과 위생사	물리/ 작업치료사	요양 보호사
계	6,751	1,142	9,295	7	1,626	233,459
서울	1,047	150	1,480	2	201	44,007
부산	407	39	396	-	86	16,097
대구	309	38	446	1	67	11,050
인천	357	51	489	-	78	13,585
광주	246	28	227	1	46	8,609
대전	178	32	238	-	50	9,327
울산	104	18	110	-	23	3,191
세종	11	11	23	-	3	519
경기	1,482	312	2,358	2	397	53,000
강원	307	49	432	-	76	8,193
충북	213	48	396	1	62	6,791
충남	317	87	448	-	84	11,767
전북	403	59	425	-	87	9,707
전남	378	68	511	-	91	10,414
경북	437	89	664	-	127	15,939
경남	442	67	502	-	106	15,161
제주	124	23	181	-	44	2,846

주 : 요양보호사는 취득유예자 포함

자료 : 2012 노인장기요양보험 주요통계(2013)

3.4 장기요양 급여실적

- 2012년 장기요양 총 요양비는 1조 5,192억원이며, 이중 재가 총요양비는 15,117억원, 시설 총요양비는 16,138억원이었음.
- 요양실인원 1인당 월평균 요양비는 956,986원으로 재가 732,868원, 시설 1,318,441원으로 시설요양비가 재가요양비에 약 1.8배 비싼 것으로 나타남
- 장기요양 요양비 총액은 3조 1256억원이며, 이중 재가 총요양비가 1조 5,117억원, 시설 총요양비가 1조 3,874억원이었음

표 2-26 장기요양 급여비 현황(2012. 연도말기준)

구 분	소계	재가	시설
요양실인원(명)	369,587	249,204	145,736
요양일수(만일)	8,034	4,343	3,691
요양비(억원)	31,256	15,117	16,138
급여비(억원)	27,177	13,303	13,874
급여율(%)	87.0	88.0	86.0
1인당 월평균 요양비(원)	956,986	732,868	1,318,441
1인당 월평균 급여비(원)	832,132	644,915	1,133,527

자료 : 2012 장기요양보험 주요통계

표 2-27 장기요양 요양급여비 현황(2012년)

(단위 : 억원, %)

구 분	일반	기초	의료급여	경감	2011	2012
장기요양 요양급여비 계	18,172	6,126	319	2,561	25,882	27,178
재가급여						
- 방문요양	7,697	1,887	145	994	11,415	10,723
- 방문목욕	523	103	9	72	712	707
- 방문간호	52	10	1	6	58	69
- 주야간보호	781	103	10	63	837	957
- 단기보호	74	7	0	8	67	89
- 복지용구	517	162	11	65	614	755
시설급여						
- 노인요양시설(현행법)	4,838	1,865	88	761	5,646	7,552
- 노인요양시설(구법)	458	364	7	84	1,139	913
- 노인전문요양시설(구법)	1,479	1,135	22	229	3,111	2,865
- 노인요양공동생활가정	1,029	342	15	186	1,268	1,572
- 노인요양시설(단기보호전환)	706	147	10	94	1,014	957

주 : 노인요양시설(단기보호전환)은 2010년 3월부터 시행

4. 소결

- 모든 의료기관이 매년 지속적으로 증가하고 있으나 조산원은 매년 지속적으로 감소함
- 요양기관의 분포는 서울, 경기지역에 전체 요양기관의 45%가 집중되어 있으며, 광역시까지 포함하면 전체 요양기관의 약 70%가 분포하여 의료자원의 지역별 불균형이 크게 나타나고 있음
- 의사인력 역시 요양기관 분포에 의해 서울, 경기지역에 대부분 분포함
- 장기요양기관의 대부분은 서울, 경기지역에 집중되어 있음
- 요양기관에서 근무하고 있는 전문인력 중에는 요양보호사가 압도적으로 많음
- 건강보험 적용인구는 인구증가와 함께 매년 지속적으로 증가
- 연간적용인구 1인당 보험료와 연간적용인구 1인당 급여비는 매년 지속적으로 증가하고 있으나, 보험료대비 급여비 비율은 2005년 이후 지속적인 증가를 보이다가 2011년부터 감소추세를 보임
- 장기요양보험의 월평균 보험료는 증가하였음
- 요양실인원 1인당 월평균 요양비는 시설요양기관의 요양비가 재가요양기관에 비해 2배 가까이 비싼 것으로 나타남

제3장 국민의료비 및 의료서비스산업 동향

1. 국민의료비의 정의와 구성

1.1 국민의료비의 정의

- 국민의료비(Total Health Expenditure; THE)는 ‘보건의료서비스와 재화의 소비를 위한 국민 전체의 1년간의 지출 총액’으로 정의됨¹⁾
- 국민의료비는 ‘지출(expenditure)’의 개념으로서 의료재화나 의료서비스의 생산 또는 그러한 생산을 위한 요소소득의 분배를 측정하는 것이 아니고 “판매자가 제공하는 재화나 서비스와 교환해서 구매자가 지불하는 것의 가치”를 화폐적으로 측정하는 것임
 - 지출은 최종소비 단계에서 지불되는 돈을 합하는 것이기 때문에 생산을 위한 중간비용(자본, 노동투입 등)이 이미 포함되어 있는 개념임
 - 비시장적 의료생산물에 대한 지출은 투입요소를 구입하기 위해 실제로 지출한 비용을 합하여 산출함(예. 정부의 예산에 의해서 이루어지는 공중보건사업)
 - 가계의 자가소비생산은(own-account production) 국민계정(National Account)

1) 한 나라 의료비의 총량을 지칭하는 용어로는 OECD Health Data에서 사용하는 ‘Total Health Expenditure (THE)’ 또는 ‘Total Expenditure on Health(TEH)’가 가장 많이 사용되어 왔음. 국내에서는 이를 ‘국민의료비’로 지칭하고 있음

에서는 생산으로 간주되지 않지만, 보건계정(Health Account)에서는 재가의료 서비스의 제공자에 대한 보상으로 민간 가계가 얻게 되는 현금의 이전소득 (transfer)은 의료의 가계생산으로 간주함

- 또한 국민의료비는 ‘국민’의 의료비 총량규모를 지칭하는 것으로서, 자연적인 지리적 경계(geographical boundary)가 아닌, 인적 경계로서의 내국인을 중심으로 한 개념임
 - 자국의 거주민이 임시로 외국에서 지출한 비용과 해외지사가 의료의 생산을 위한 투입요소에 지불한 비용이 국민의료비에 포함되며, 반면에 외국인이 국내에서 소비한 것은 의료의 ‘수출’로 처리되어 국민의료비에는 포함되지 않음

1.2 국민의료비의 구성

- OECD Health Data의 분류는 기본적으로 다음과 같은 세 개의 축으로 나누어 볼 수 있음
 - 자원별 분류 : 돈이 어디서 흘러오는가
 - 공급자별 분류 : 돈이 어디로 흘러가는가
 - 기능별 분류 : 어떠한 서비스가 수행되고 어떠한 재화가 구매되는가



그림 3-1 국민보건계정의 기본테이블 구조

- 자원별 분류는 공급자에게 지불하는 단계의 자원인 소위 지불대리인 내지 중간재원(financing agents)을 구분하는 것임. 최근에는 이를 ‘프로그램별 자원(financing

programs)’으로 부르는 경우가 많음

- OECD의 재원에 따른 분류는 국민계정의 부문별 구분, 즉 정부, 사회보장, 민간 등의 구분에서 출발하고 있음

○ 공급자별 분류는 어떤 공급자에서 의료비가 지출되는지를 보여줌(who provides). 이는 공급자들로서는 각자의 수입규모를 의미함

- 즉, 보건의료의 산업별 분류라고 할 수 있음

○ 기능별 분류는 제공되는 서비스 유형별로 지출액을 구분하는 분류체계(what type of service)로서 세 가지 분류 기준 중 가장 기본이 되는 기준이라고 할 수 있음.

‘보건의료(health care)’는 ‘기능’에 따라 정의되는데, 이는 질병예방, 보건증진, 치료, 재활, 장기돌봄 등 의료가 수행되는 목표에 해당하기 때문임

- 기능별 분류는 누가 공급하는가(who does it)보다는 무엇이 수행되는가(what is done)에 초점이 맞추어짐

- 건강을 증진하고 질병을 예방하는 것
- 질병을 치료하고 조기사망을 줄이는 것
- 간호가 필요한 만성질환자를 돌보는 것
- 간호가 필요한 장애인을 돌보는 것
- 존엄스럽게 임종을 맞도록 돕는 것
- 공중보건을 제공하고 관리하는 것
- 보건프로그램/건강보험 등을 제공하고 관리하는 것

○ 현재 국민의료비는 경상의료비(Current Health Expenditure)와 자본형성(capital formation)의 합으로 이루어지며, 경상의료비는 개인의료비(personal health expenditure)와 집합보건의료비(collective health expenditure)의 합으로 구성됨

표 3-1 OECD의 국민의료비 기능별 분류

ICHA code	분류
Personal Health Expenditure(PHE)	개인의료비(=HC.1+...+HC.5)
HC.1	치료서비스
HC.2	재활서비스
HC.3	장기요양서비스
HC.4	부수적 의료서비스
HC.5	외래환자에 분배된 의료용품
Collective Health Expenditure	집단의료비(=HC.6+HC.7)
HC.6	예방 및 공공보건
HC.7	보건행정관리
Current Health Expenditure(CHE)	경상의료비(=HC.1+...+HC.7)
Capital Formation	의료시설 투자
Total Health Expenditure(THE)	국민의료비(=CHE+Capital Formation)

- 개인의료비는 개인에게 직접 주어지는 재화 및 서비스에 대한 지출을 의미함. 흔히 병의원 등의 의료기관이나 약국 등에서 이루어지는 재화 및 서비스에 대한 지출로, 보통의 의료비는 이러한 개인의료비를 지칭함
- 집합보건의료비는 공중을 대상으로 하는 보건의료 관련 지출로 크게 예방 및 공중 보건사업이나 보건행정관리비로 구분됨
- 자본형성이란 공장, 기계, 건물 등 고정자본과 원료재고품 등을 포함한 자본의 합계가 사회적으로 증가하는 것을 말함. 특히 건물 등 고정자본의 증가만을 가리켜 ‘고정자본형성(fixed capital formation)’이라고 함. 보건의료관련 신규건물(병원, 보건소 등)의 건설 또는 증축, 대형장비의 구입 등이 이에 해당함

2. 국민의료비 동향

2.1 국민의료비 추이

- 우리나라의 국민의료비는 91.2조원으로서 GDP대비 7.4%에 해당하는 규모임
- 국민의료비 중 경상의료비로 지출된 규모가 약 87조원으로 국민의료비의 95.5%를 차지하고 있으며, 81.2조원의 개인의료비(국민의료비 중 89.0%)와 5.9조원의 집단 의료비(국민의료비 중 6.5%)로 구성되어 있음
- 총 자본형성 규모는 4.1조원으로 전체 국민의료비의 4.5%를 차지하고 있음

표 3-2 국민의료비의 규모

구분	규모	비중
국민의료비	91.2조원	100%
경상의료비	87.1조원	95.5%
개인의료비	81.2조원	89.0%
집합보건의료비	5.9조원	6.5%
자본형성	4.1조원	4.5%
국민의료비/GDP	7.4%	

자료 : OECD Health Data 2013

- 우리나라의 국민의료비는 자료가 집계되기 시작한 1980년 1.4조원에서 매년 지속적으로 증가하여 왔음
- 지난 10년 동안 국민의료비는 국민소득(GDP) 성장률보다 빠르게 증가하여 왔으며, 이는 GDP 대비 의료비 비중이 증가했음을 뜻하는 것임
- 최근 10년간 국민의료비 증가는 일부 연도를 제외하고는 매년 두자리수 증가율을 보임. 이러한 추세는 지속적으로 국민의료비 증가속도가 국민소득의 증가속도를 상회한다는 의미임

○국민의료비의 비중이 급격하게 증가한다는 것은 산업의 규모가 점차 커지고 있으며, 경제내에서 그 중요성이 점차 커지고 있는 것을 보여줌

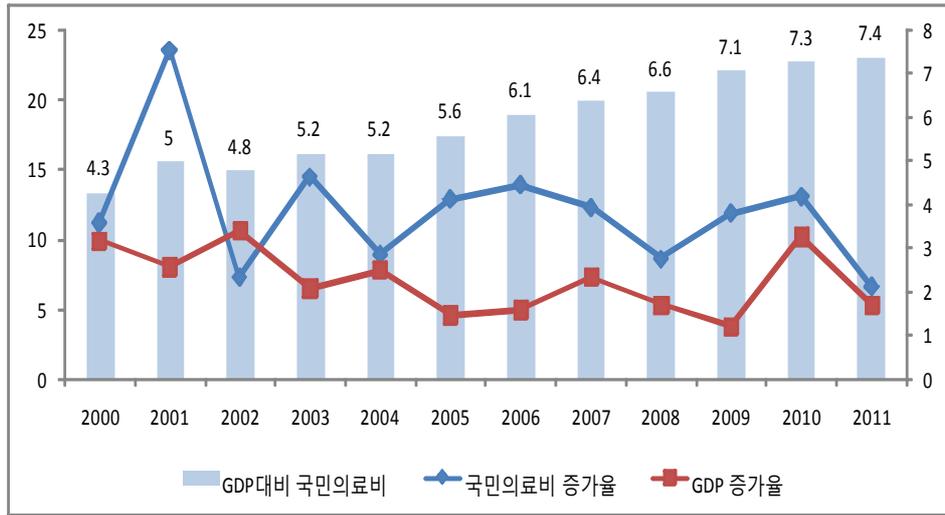


그림 3-2 국민의료비 및 국민소득 증가율 추이

자료 : OECD Health Data 2012

표 3-3 국민의료비 규모의 추이

연도	국민의료비		GDP		GDP대비 국민의료비 (%)
	백만원	증가율(%)	백만원	증가율	
1980년	1,412,741	-	39,109,600	-	3.6
1981년	1,831,454	29.6	49,305,700	26.1	3.7
1982년	2,124,387	16.0	56,676,800	14.9	3.7
1983년	2,431,527	14.5	66,685,100	17.7	3.6
1984년	2,661,558	9.5	76,523,500	14.8	3.5
1985년	2,999,981	12.7	85,699,100	12.0	3.5
1986년	3,327,991	10.9	100,254,100	17.0	3.3
1987년	3,804,458	14.3	117,938,200	17.6	3.2
1988년	4,772,331	25.4	140,524,800	19.2	3.4
1989년	6,141,873	28.7	158,620,100	12.9	3.9
1990년	7,406,307	20.6	191,382,800	20.7	3.9
1991년	8,634,834	16.6	231,428,200	20.9	3.7
1992년	10,425,949	20.7	263,993,200	14.1	3.9
1993년	11,528,714	10.6	298,761,600	13.2	3.9
1994년	13,391,594	16.2	349,972,600	17.1	3.8
1995년	15,333,763	14.5	409,653,600	17.1	3.7
1996년	18,057,688	17.8	460,952,600	12.5	3.9
1997년	19,948,224	10.5	506,313,600	9.8	3.9
1998년	20,202,741	1.3	501,027,200	-1.0	4.0
1999년	23,457,416	16.1	549,005,000	9.6	4.3
2000년	26,094,436	11.2	603,236,000	9.9	4.3
2001년	32,258,401	23.6	651,415,300	8.0	5.0
2002년	34,599,265	7.3	720,539,000	10.6	4.8
2003년	39,613,848	14.5	767,113,700	6.5	5.2
2004년	43,125,555	8.9	826,892,700	7.8	5.2
2005년	48,689,431	12.9	865,240,900	4.6	5.6
2006년	55,450,441	13.9	908,743,800	5.0	6.1
2007년	62,262,684	12.3	975,013,000	7.3	6.4
2008년	67,601,844	8.6	1,026,451,810	5.3	6.6
2009년	75,636,833	11.9	1,065,036,800	3.8	7.1
2010년	85,544,159	13.1	1,173,274,900	10.2	7.3
2011년	91,166,981	6.6	1,235,160,500	5.3	7.4

2.2 기능별 분류에 의한 추이

- 기능별 분류는 제공되는 서비스 별로 국민의료비의 지출액을 분류하는 기준으로 서 국민의료비 분류체계 중에서 가장 기본이 되는 분류체계임
- 2011년 국민의료비 약 91조원 가운데 입원서비스로 지출된 규모가 30.0조(32.9%), 외래서비스로 지출된 규모가 28.2조(30.9%), 의약품 및 의료재화로 지출된 규모가 20.2조(22.1%)에 이르고 있음

표 3-4 2011년 국민의료비의 기능별 구성

구분	규모(조원)	비중(%)
입원서비스*	30.0	32.9
외래서비스	28.2	30.9
기타서비스**	2.8	3.1
의약품 및 의료재화	20.2	22.1
예방 및 공중보건	2.7	3.0
보건행정관리	3.2	3.5
자본형성	4.1	4.5
합계(국민의료비)	91.2	100

주 : * 입원환자의 원내처방과 보조의료서비스(임상병리검사, 진단영상, 환자수송/응급구조 등이 포함)는 입원의료비에 포함되어 있음

** 기타서비스에는 재가서비스, 당일입퇴원서비스, 보조의료서비스가 포함

자료 : OECD Health Data 2012

표 3-5 국민의료비의 기능별 구성의 추이

(단위 : 백만원)

연도	개인 의료비					집단 의료비			고정 자본형성	국민 의료비
	입원* 서비스	외래 서비스	기타** 서비스	의약품 및 의료재화	소계	예방 및 공중보건	보건행정 관리	소계		
1980년	449,180	468,797	2,009	307,381	1,227,368	48,595	50,359	98,954	86,419	1,412,741
1985년	1,008,842	983,982	3,931	661,776	2,658,529	60,219	113,063	173,282	168,170	2,999,981
1990년	2,596,923	2,330,357	8,973	1,647,139	6,583,393	135,563	395,030	530,593	292,321	7,406,307
1991년	2,304,713	3,388,897	11,076	1,973,752	7,678,438	104,678	481,229	585,908	370,489	8,634,834
1992년	2,758,523	3,995,738	12,987	2,402,436	9,169,684	158,264	570,345	728,610	527,656	10,425,949
1993년	3,130,011	4,308,104	15,140	2,695,330	10,148,585	156,976	621,731	778,707	601,422	11,528,714
1994년	3,537,844	4,732,145	19,114	2,976,395	11,265,498	189,564	718,031	907,596	1,218,500	13,391,594
1995년	4,437,451	5,446,430	29,073	3,375,013	13,287,967	257,482	763,009	1,020,491	1,025,306	15,333,763
1996년	5,224,048	6,314,382	38,318	3,863,938	15,440,685	327,049	1,047,750	1,374,798	1,242,204	18,057,688
1997년	6,204,303	6,512,425	47,885	4,246,005	17,010,619	335,561	1,190,571	1,526,131	1,411,474	19,948,224
1998년	6,657,230	6,584,499	54,276	4,120,746	17,416,751	359,881	1,245,635	1,605,516	1,180,473	20,202,741
1999년	7,657,969	7,949,584	71,351	4,705,380	20,384,285	366,323	1,208,014	1,574,337	1,498,794	23,457,416
2000년	7,774,112	9,111,306	79,495	5,815,979	22,780,893	468,116	1,382,766	1,850,882	1,462,661	26,094,436
2001년	8,519,426	12,677,722	92,085	7,145,303	28,434,537	501,027	1,434,081	1,935,108	1,888,756	32,258,401
2002년	9,071,619	13,498,144	107,755	7,750,724	30,428,242	582,493	1,508,701	2,091,194	2,079,830	34,599,265
2003년	10,362,079	14,365,712	435,268	9,880,129	35,043,189	690,756	1,653,180	2,343,936	2,226,724	39,613,848
2004년	11,407,173	15,594,597	514,997	10,845,923	38,362,690	708,587	1,726,008	2,434,595	2,328,270	43,125,555
2005년	13,547,349	17,148,600	664,748	11,884,477	43,245,174	930,086	1,874,021	2,804,107	2,640,150	48,689,431
2006년	15,576,137	19,369,221	822,827	13,439,608	49,207,792	1,167,705	2,027,341	3,195,047	3,047,602	55,450,441
2007년	19,207,223	20,241,055	933,770	14,563,795	54,945,844	1,351,079	2,171,948	3,523,027	3,793,814	62,262,684
2008년	21,023,487	21,926,911	977,564	15,793,415	59,721,377	1,665,257	2,264,949	3,930,205	3,950,261	67,601,844
2009년	23,873,743	24,412,303	2,064,921	16,756,138	67,107,105	2,276,697	2,522,718	4,799,415	3,730,313	75,636,833
2010년	27,296,836	26,463,386	2,758,859	19,103,517	75,622,599	2,563,061	3,119,374	5,682,435	4,239,126	85,544,159
2011년	29,961,572	28,221,768	2,824,612	20,187,868	81,195,821	2,671,368	3,224,477	5,895,846	4,075,314	91,166,981

주 : * 입원환자의 원내처방과 보조의료서비스는 입원의료비에 포함되어 있음

** 기타서비스에는 재가서비스, 당일입퇴원서비스와 보조의료서비스가 포함됨

2.3 자원별 분류에 의한 추이

- 국민의료비의 자원별 분류에 따른 구성을 보면 공공부문의 재원으로 지출된 비중이 55.3%(50.4조원)이며, 민간부문의 재원으로 지출된 비중이 44.7%(40.9조원)를 차지하고 있음
 - 공공부문 재원의 대부분은 사회보장기금(건강보험)에서 차지하고 있으며(39.8조원), 민간부문 재원에서는 가계직접부담(본인부담)이 32.0조원으로 가장 많은 비중을 차지하고 있음
 - 민영보험에서 지출된 비중은 국민의료비 대비 5.8%(5.3조원)로 아직까지 큰 비중은 차지하지 않고 있지만, 그 비중이 매년 지속적으로 증가하고 있음

표 3-6 2011년 국민의료비의 자원별 구성

구분	규모(조원)	비중(%)	
		국민의료비 대비	GDP 대비
공공재원	50.4	55.3	4.1
정부*	10.7	11.7	0.9
사회보장기금	39.8	43.6	3.2
민간재원	40.8	44.7	3.3
민영보험	5.3	5.8	0.4
가계직접부담	32.0	35.1	2.6
기타**	3.5	3.8	0.3
합계(국민의료비)	91.2	100.0	7.4

주 : * OECD/SHA의 “financing programme/financing agent”에 따른 분류 원칙에 따라 건강보험에 대한 정부지원은 정부 재원이 아닌 사회보장기금 재원으로 분류되어 있고, 역으로 의료급여재원은 정부재원으로 분류되어 있음

** 기타에는 민간비영리단체와 기업이 포함됨

자료 : OECD Health Data 2012

- 공공부문 지출은 건강보험의 보장성 확대, 인구증가 등으로 인해 매년 증가되어 1990년에는 39.5%, 2000년에는 50.4%로 증가하고 2011년 55.3%까지 증가하였음
- 반면에 민간부문의 지출 비중은 매년 지속적으로 감소하였으며, 이는 가계직접부담의 감소에 의한 결과임. 민간부문 비중감소 가운데 민영보험은 지속적으로 그 비중이 증가하고 있어 민간보험시장이 지속적으로 확대되고 있음을 알 수 있음

표 3-7 국민의료비의 자원별 구성 추이

(단위 : 백만원)

연도	공공자원			민간자원				국민의료비
	소계	일반정부	사회보장기금	소계	민영보험	가계직접부담	기타*	
1980년	312,392	139,245	173,147	1,100,350	6,013	1,036,402	57,935	1,412,741
1981년	401,804	172,600	229,204	1,429,650	7,956	1,351,185	70,509	1,831,454
1982년	524,024	171,889	352,136	1,600,362	9,553	1,456,599	134,211	2,124,387
1983년	679,286	196,168	483,118	1,752,241	12,537	1,601,107	138,597	2,431,527
1984년	825,318	212,129	613,190	1,836,240	17,312	1,688,842	130,086	2,661,558
1985년	964,075	232,817	731,258	2,035,906	22,956	1,850,804	162,146	2,999,981
1986년	1,026,525	292,580	733,945	2,301,466	28,346	2,133,411	139,709	3,327,991
1987년	1,192,657	343,976	848,681	2,611,800	37,180	2,411,602	163,019	3,804,458
1988년	1,598,475	441,017	1,157,457	3,173,856	49,682	2,896,713	227,461	4,772,331
1989년	2,110,915	549,560	1,561,355	4,030,958	75,136	3,707,809	248,012	6,141,873
1990년	2,925,998	638,046	2,287,952	4,480,309	88,646	4,128,393	263,270	7,406,307
1991년	3,186,486	737,630	2,448,856	5,448,348	117,626	5,012,973	317,750	8,634,834
1992년	3,772,356	844,232	2,928,124	6,653,592	138,509	5,999,106	515,977	10,425,949
1993년	4,241,424	927,602	3,313,822	7,287,290	272,731	6,409,785	604,774	11,528,714
1994년	4,826,972	1,042,860	3,784,112	8,564,622	363,459	6,972,985	1,228,178	13,391,594
1995년	5,913,545	1,214,708	4,698,838	9,420,218	441,209	7,948,657	1,030,352	15,333,763
1996년	7,541,498	1,543,748	5,997,750	10,516,189	530,070	8,828,622	1,157,497	18,057,688
1997년	8,812,764	1,848,894	6,963,870	11,135,459	666,047	9,196,185	1,273,228	19,948,224
1998년	9,950,757	2,122,012	7,828,746	10,251,983	957,535	8,241,505	1,052,943	20,202,741
1999년	11,747,381	2,782,475	8,964,907	11,710,035	967,962	9,526,404	1,215,669	23,457,416
2000년	13,146,663	2,988,005	10,158,659	12,947,772	1,307,932	10,289,853	1,349,988	26,094,436
2001년	18,092,530	3,725,250	14,367,280	14,165,871	1,281,202	11,260,459	1,624,210	32,258,401
2002년	19,021,576	4,100,627	14,920,949	15,577,689	1,329,524	12,422,814	1,825,351	34,599,265
2003년	20,838,452	4,410,609	16,427,843	18,775,397	1,638,667	14,970,793	2,165,936	39,613,848
2004년	22,832,491	4,844,626	17,987,865	20,293,064	1,652,417	16,328,742	2,311,905	43,125,555
2005년	25,934,648	5,956,103	19,978,545	22,754,783	1,897,440	18,253,941	2,603,401	48,689,431
2006년	30,397,448	7,276,160	23,121,288	25,052,993	2,127,479	20,125,037	2,800,477	55,450,441
2007년	34,296,713	8,104,868	26,191,845	27,965,971	2,427,243	22,156,601	3,382,127	62,262,684
2008년	37,073,163	8,643,884	28,429,278	30,528,681	2,968,311	23,980,183	3,580,188	67,601,844
2009년	42,904,504	9,928,135	32,976,369	32,732,329	3,842,393	25,881,124	3,008,812	75,636,833
2010년	48,293,994	10,886,579	37,407,415	37,250,165	4,619,753	29,214,581	3,415,832	85,544,159
2011년	50,448,418	10,667,104	39,781,314	40,718,563	5,038,977	32,084,727	3,594,858	91,166,981

주 : * 기타에는 민간비영리단체와 기업이 포함됨

자료 : OECD Health Data 2012

3. 의료서비스산업 동향

3.1 의료서비스산업의 범위

- 일반적으로 의료서비스산업의 규모를 추계하고 국가별로 비교하기 위해서 사용되는 분류체계는 OECD Health Data의 기능별 분류체계임
- OECD Health Data는 국민계정체계와 일관성을 유지하면서 각 국가들의 의료비의 표준적 총량규모를 동일한 기준에 의해 체계적으로 구축한 자료로 국가간 의료서비스산업의 규모를 파악하고 비교하기에 용이한 자료임

표 3-8 OECD의 국민의료비 기능별 분류

ICHA code	분류	비고
TPHE	총 개인보건의료(=HC.1+...+HC.5)	
HC.1	치료서비스	의료서비스산업
HC.2	재활서비스	
HC.3	장기요양서비스	
HC.4	부수적 의료서비스	
HC.5	외래환자에 분배된 의료용품	
HC.6	예방 및 공공보건	집단의료비(HC.6+HC.7)
HC.7	보건행정관리	
TCHE	총 경상의료비(=HC.1+...+HC.7)	
Invest	의료시설 투자	
THE	국민의료비(=TCHE+Invest)	

- 본 연구에서 정의하는 의료서비스산업은 의약품, 의료기기 등에 해당하는 범위를 제외한 것으로 국민의료비 구조에서 개인보건의료(HC.1-4)에 해당함. 즉 총개인보건의료비(TPHE)에서 의료용품에 지출된 비용(HC.5)을 제외한 비용임
 - 진료서비스(HC.1)는 급성질환을 치료하거나 경감시키기 위한 의료서비스로 입원, 통원, 외래, 자가진료서비스로 구분됨
 - 재활서비스(HC.2)는 질환이나 부상으로 신체의 기능이 저하된 환자의 기능 향상을 목적으로 제공하는 서비스로 입원, 통원, 외래, 자가재활서비스로 구분됨
 - 장기요양서비스(HC.3)는 만성질환으로 장기적인 도움이 필요한 환자에게 제공

- 되는 서비스로 입원, 통원, 장기요양서비스로 구분됨
- 부수적의료서비스(HC.4)는 의사의 감독과 지시하에 다른 의료인력이 행하는 서비스로 임상병리검사, 진단검사, 환자수송, 기타로 구분됨
- 의약품 및 의료용구(HC.5)는 의료기관²⁾외에서 개인과 가정에 제공되는 의약품 및 의료용구로 의약품 및 의료용품, 의료용구로 구분되며, 의약품 및 의료용품은 다시 전문의약품, 일반의약품, 그 외 의료용품으로 구분되고, 의료용구는 안경관련 용구, 보철구, 보청기, 휠체어, 기타로 구분됨

3.2 의료서비스산업의 규모와 추이

- 우리나라 의료서비스산업의 규모는 약 61.0조원으로 국민의료비 91.2조원의 66.9%에 해당하며, GDP의 4.9%를 차지하는 규모임

표 3-9 2011년 의료서비스산업의 규모

구분	규모	비중
국민의료비	91.2조원	100%
경상의료비	87.1조원	95.5%
개인의료비	81.2조원	89.0%
의료서비스산업 규모	61.0조원	66.9%

자료 : OECD Health Data 2012

- 1980년에 9,200억원 규모이던 의료서비스산업은 매년 큰 폭으로 증가하여 1990년에 4조 9천억, 2000년에 16조 7천억, 2011년에는 61조원으로 급격하게 증가하였음. 이에 따라 GDP에서 차지하는 비중도 1980년 2.4%에서 2011년에는 4.9%로 2배 이상 증가하였음
- 의료서비스산업의 증가속도는 국민의료비의 증가속도보다 더 빠르게 증가해 오고 있으며, 이러한 사실은 국민의료비를 구성하는 의약품, 의료기기, 시설투자 등의 증가속도에 비해서 의료서비스산업의 규모가 상대적으로 더욱 빠르게 성장해 오고 있음을 보여줌

2) 종합전문요양기관, 종합병원, 병원, 의원, 치과병원, 치과의원, 한방병원, 한방의원, 보건의료원, 보건소, 보건지소, 보건진료소를 '의료기관'으로 정의

표 3-10 의료서비스산업 규모의 추이

연도	국민의료비		의료서비스산업		국민의료비 대비 의료서비스산업 (%)	GDP대비 의료서비스산업 (%)
	백만원	증가율(%)	백만원	증가율		
1980	1,412,741	-	919,987	-	65.1	2.4
1981	1,831,454	29.6	1,205,425	31.0	65.8	2.4
1982	2,124,387	16.0	1,381,044	14.6	65.0	2.4
1983	2,431,527	14.5	1,591,034	15.2	65.4	2.4
1984	2,661,558	9.5	1,752,231	10.1	65.8	2.3
1985	2,999,981	12.7	1,996,754	14.0	66.6	2.3
1986	3,327,991	10.9	2,219,387	11.1	66.7	2.2
1987	3,804,458	14.3	2,556,025	15.2	67.2	2.2
1988	4,772,331	25.4	3,218,709	25.9	67.4	2.3
1989	6,141,873	28.7	4,162,619	29.3	67.8	2.6
1990	7,406,307	20.6	4,936,253	18.6	66.6	2.6
1991	8,634,834	16.6	5,704,686	15.6	66.1	2.5
1992	10,425,949	20.7	6,767,248	18.6	64.9	2.6
1993	11,528,714	10.6	7,453,255	10.1	64.6	2.5
1994	13,391,594	16.2	8,289,103	11.2	61.9	2.4
1995	15,333,763	14.5	9,912,954	19.6	64.6	2.4
1996	18,057,688	17.8	11,576,747	16.8	64.1	2.5
1997	19,948,224	10.5	12,764,613	10.3	64.0	2.5
1998	20,202,741	1.3	13,296,005	4.2	65.8	2.7
1999	23,457,416	16.1	15,678,905	17.9	66.8	2.9
2000	26,094,436	11.2	16,964,913	8.2	65.0	2.8
2001	32,258,401	23.6	21,289,234	25.5	66.0	3.3
2002	34,599,265	7.3	22,677,518	6.5	65.5	3.1
2003	39,613,848	14.5	25,163,060	11.0	63.5	3.3
2004	43,125,555	8.9	27,516,766	9.4	63.8	3.3
2005	48,689,431	12.9	31,360,697	14.0	64.4	3.6
2006	55,450,441	13.9	35,768,185	14.1	64.5	3.9
2007	62,262,684	12.3	40,382,049	12.9	64.9	4.1
2008	67,601,844	8.6	43,927,962	8.8	65.0	4.3
2009	75,636,833	11.9	50,350,967	14.6	66.6	4.7
2010	85,544,159	13.1	56,519,081	12.3	66.1	4.8
2011	91,166,981	6.6	61,007,953	7.9	66.9	4.9

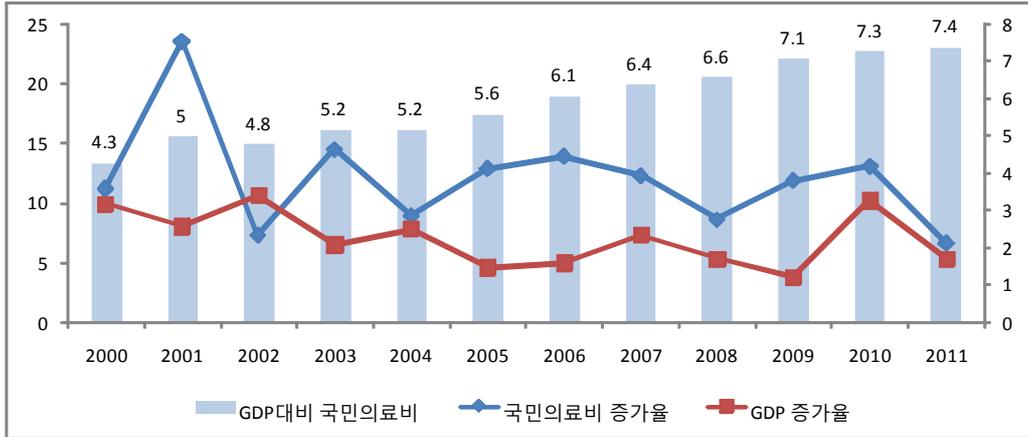


그림 3-3 국민의료비 및 의료서비스산업 증가율 추이

제4장 주요국의 의료서비스산업 동향 및 정책

1. 미국

1.1 서론

- 미국의 보건의료체계는 복잡하고 분절적이며 비싼 비용을 요구하는 체계임. ‘체계(system)’라고 할 수 없을 정도로 분절화가 심하기 때문에 어떤 면에서는 의료산업에 대한 규제 속에서 개별 환자나 집단에게 서비스를 제공하는 의료조직의 집합체라고 보는 것이 타당하다는 의견도 있음
- 미국은 현재 국내총생산(GDP) 대비 보건의료비 지출이 17.7%에 달하며, 오바마케어(Obamacare)라고 불리는 의료개혁 덕분에 최근 증가 추세가 둔화되기는 하였으나, 2020년까지 매년 5.8%가 증가할 것으로 예측되고 있음
 - 보건의료는 미국의 연방정부와 주정부 예산은 물론, 의료보험을 제공해야 하는 기업의 경상운영비와 평균적인 가계의 지출항목 중에 가장 빠르게 증가하고 있는 항목
- 따라서 낮은 비용으로 더 나은 서비스를 제공하는 신규 진입자들이 보건의료산업에 주목하고 있으며, 의료서비스 산업 내에서도 접근성과 의료의 질 향상, 비용 절감, 관리효율의 제고, 국민의 편의성 증진을 위한 여러 가지 혁신적인 시도들이

계속되고 있음.

- 여기서는 미국 보건의료체계의 현황과 보건의료개혁 동향을 간단히 요약하고, 시장 환경의 변화에 적응하고 혁신하기 위한 의료서비스 산업의 노력들을 살펴봄으로써 우리나라 의료서비스 산업에 주는 시사점을 도출하고자 함

1.2 의료시설과 자원 현황

1) 의료 인력과 주요 설비 현황

- 2013년 OECD Health Data에 보고된 미국의 의료 인력과 주요 설비 현황 자료는 항목에 따라 가장 최근연도가 2011년 또는 2010년의 수치로, 매년 국가 단위에서 종합적인 통계가 보고되고 있지는 않은 상황임(표 1)
- 2011년 현재 미국의 활동 의사 수는 인구 천 명당 2.5명으로 OECD 평균인 3.2명보다는 적으나 우리나라의 2.0명보다는 많음. 인구 천 명당 활동 간호사 수는 2011년 현재 11.1명으로 OECD 평균 8.7명보다 많으며, 우리나라의 4.7명보다는 3배 가까이 많은 상황으로, 미국 내부에서도 간호인력의 부족현상에 대한 우려가 높은데도 불구하고 우리나라보다는 상황이 양호한 편임. 반면, 인구 10만 명당 의과대학 졸업생 수는 미국(6.6명)과 한국(8.0명)이 모두 OECD 평균(10.6명)보다 낮음
- 인구 천 명당 병상 수는 미국이 3.1개(2010년)로, OECD 평균인 4.8개보다 낮으며, 이는 의료기술의 발달로 인한 외래 통원 수술과 당일 수술의 확대, 보험자의 엄격한 재원일수 관리, 비급성 병상과 다양한 간호 및 장기요양시설의 확대 등에 따른 것임
 - 이에 비해 우리나라는 2011년 현재 인구 천 명당 병상 수가 9.6개로 매우 높으며, 이마저도 병상 수(특히 급성병상 수)가 점차 줄고 있는 다른 나라와 달리 우리나라의 경우는 해마다 증가 추세에 있어 이에 대한 제도적 개선이 시급함을 알 수 있음
 - 인구 천 명당 급성 병상 수는 미국이 2.6개(2010년), OECD 평균이 3.4개, 한국이 5.9개(2011년)로, 전체 병상 수의 차이와 유사한 경향을 나타내고 있음
 - 한편, 정신과 병상 수도 미국이 0.3개(2010년), OECD 평균이 0.7개, 한국이 0.9개

(2011년)로, 전체 병상 규모나 급성 병상 수에서와 같은 양상을 보이고 있음

- 대표적인 의료장비로는 CT와 MRI를 들 수 있는데, 인구 백만 명당 MRI 보유대수는 미국이 34.5대(2012년)로 매년 증가하고 있으며, OECD 평균(13.2대, 2011년)이나 한국(23.5대, 2012년)에 비해서도 월등히 높은 수준임. CT의 경우는 미국(2011년)이 인구 백만 명당 40.9대(2011년)로 역시 OECD 평균(23.2대, 2011년)에 비해 거의 두 배 가까이 많고, 고가의료장비를 많이 보유하고 있는 것으로 알려진 우리나라(37.1대, 2012년)에 비해서도 높은 수준임

표 4-1 의료 인력과 시설 및 장비 현황

항목	미국 (2010년)	미국 (2011년)	한국 (2011년)	OECD평균 (2011년 또는 최근년도)
의사 수(인구 1천 명당)	2.4	2.5	2.0	3.2
간호사 수(인구 1천 명당)	10.9	11.1	4.7	8.7
의과대학졸업생 수(인구 10만 명당)	6.6	6.6	8.0	10.6
병상 수(인구 1천 명당)	3.1	-	9.6	4.8
급성 병상 수(인구 1천 명당)	2.6	-	5.9	3.4
정신과 병상 수(인구 1천 명당)	0.3	-	0.9	0.7
MRI 보유대수(인구 1백만 명당)	31.5	34.5*	23.5*	13.2
CT 보유대수(인구 1백만 명당)	-	40.9	37.1*	23.2

주 : *2012년 수치

자료 : OECD Health Data 2013

2) 미국의 의료서비스 분야 일자리 전망

- 미국의 의료서비스 산업은 꾸준하고 지속적인 고용 성장세를 나타내고 있는데, 의료서비스 분야의 일자리는 경제여건과 상관없이 지속적으로 증가하고 있음
 - 미국의 노동통계국(Bureau of Labor Statistics, BLS) 자료에 따르면, 2012년 현재 의료서비스 분야는 총 1,430만 개의 일자리를 제공하고 있으며, 2012년 11월까지 신규 일자리는 총 170만 개로 그 중에서 의료서비스 일자리가 29만 개에 달함
 - 오바마 집권 초기에 제정된 의료개혁법안(Affordable Care Act)이 예정대로 추진된다면 2020년까지는 연평균 3.2%의 성장률을 보여 의료서비스분야에 총 560만 개의 새로운 일자리가 창출될 것으로 전망되고 있음

- 미국의 노동통계국(BLS)이 내놓은 2010년부터 2020년까지의 직종별 고용 성장률 전망치에 따르면 고용 성장률이 가장 높을 것으로 예상되는 20개 직종 중에 절반 가량이 의료서비스 분야 일자리에 해당됨.
 - 가장 성장률이 높을 것으로 전망되는 직군은 요양보호사(personal care aides), 방문보건인력(home health aides), 물리치료사보조(physical therapist assistants) 등임
- 매년 직종별 연봉과 고용성장률, 근무환경지수, 스트레스지수 등을 비교하여 다음의 유망직종을 선정해 발표하고 있는 미국의 커리어 정보 사이트 커리어캐스트닷컴(Careercast.com)에 따르면, 2014년에 미국의 보건의료산업 분야에서 가장 유망할 것으로 예측된 직종은 생명공학자를 제외하면 1위부터 12위까지 모두가 의료서비스 분야에 종사하는 직종이 차지하고 있음(표 2)
 - 대표적인 유망직군은 치과위생사, 작업치료사, 검안사, 물리치료사 등이 포함되었음

표 4-2 미국의 2014년 보건의료분야 유망직종 선정 사례

순위	헬스케어 분야 유망직종	총점	연봉 (중위수)	BLS 고용성장률 (-2020)	근무환경 지수	스트레스 지수
1	Biomedical Engineer	133	\$86,960	62%	49	16
2	Dental Hygienist	161	\$70,210	38%	53	12
3	Occupational Therapist	166	\$75,400	33%	52	13
4	Optometrist	166	\$97,820	33%	53	17
5	Physical Therapist	199	\$79,860	39%	58	14
6	Chiropractor	216	\$66,160	28%	55	13
7	Speech Pathologist	218	\$69,870	23%	51	12
8	Pharmacist	268	\$116,670	25%	57	15
9	Podiatrist	299	\$116,440	20%	59	18
10	Respiratory Therapist	350	\$55,870	28%	60	19
11	Medical Records Technician	354	\$34,610	21%	44	7
12	Physician Assistant	414	\$90,930	30%	72	31

자료: Careercast.com, December 3, 2013.

3) 병원

- 2012년 현재 미국병원협회(American Hospital Association, AHA)에 등록되어 있는 병원은 총 5,723개로, 2010년(5,754개)에 비해 31개소가 줄어들었음(표 3). AHA에 등록되는 기준은 AHA에서 요구하는 병원시설 등록기준을 충족한 병원으로서 회원병원뿐만 아니라 비회원병원까지도 포함하고 있음
- 지역사회병원(Community hospital)은 총 4,999개로 증가율은 둔화되고 있으나 여전히 증가 추세에 있음
 - 지역사회병원에는 연방정부병원이 아닌 병원시설로서, 대학병원과 기타 비정부수련병원, 단기요양종합병원 및 기타 전문병원 등이 모두 포함되며, 감옥병원이나 학교진료시설과 같이 일반대중이 이용할 수 없는 병원시설은 제외됨. 기타 전문병원에는 산부인과, 이비인후과, 재활의학과, 정형외과, 그밖에 개별 전문병원이 포함됨
 - 소유주체별로 지역사회병원 현황을 살펴보면, 비정부 비영리 지역사회병원이 2,894개소로 가장 많고, 그다음이 투자자 소유(영리) 지역사회병원(1,068개소), 주 정부 및 지방 정부 지역사회병원(1,037개소) 순임
 - 여기서 주목할 점은 공공 및 비영리 지역사회병원이 현재로서는 높은 비율을 유지하고 있으나 점차 그 수가 감소하고 있는 반면, 투자자 소유(영리) 지역사회병원은 해를 거듭할수록 증가하는 추세를 나타내고 있다는 점임
- 연방 정부 병원은 2012년 현재 211개소, 비정부 정신 병원은 413개소, 비정부 장기요양병원은 89개소로, 모두 감소하는 추세에 있음. 반면, 감옥병원이나 학교진료시설과 같은 타 기관 부속 병원시설은 2012년 현재 11개소로 2009년 20개소에서 2010년에 10개소로 크게 줄어든 이후 큰 변동을 나타내고 있지 않음
- 시골지역에 위치한 지역사회병원은 1,980개소로, 도시지역의 지역사회병원(3,019개소)의 2/3에 불과함. 게다가 해마다 시골의 지역사회병원은 감소하는 반면, 도시의 지역사회병원은 증가하고 있어 우리나라와 같이 미국에서도 지역 간 의료자원의 불균형 현상이 두드러지고 있음
- 최근 들어 미국에서는 여러 규모의 병원이나 의사집단 간에 시스템이나 네트워크를 형성하는 등 제휴나 합병 사례가 빈번해지고 있는데, 이는 수익성의 증대, 자본

시장에 대한 접근성 강화, 관리운영의 효율화를 목적으로 하는 경우도 있지만, 의료개혁 법안(ACA)에서 의료의 질 향상과 비용 절감을 위해 책임의료조직(Accountable Care Organization)의 설립과 지원 방안이 마련됨에 따라 더욱 강화되고 있는 추세에 있음

○ 이러한 추세는 지역사회병원에서도 나타나고 있는데, 미국병원협회(AHA)에서는 시스템 형태의 지역사회병원과 네트워크 형태의 지역사회병원을 구분하여 등록현황을 공개하고 있음. 시스템 형태의 지역사회병원은 2012년 현재 3,100개소로 2011년에 비해 증가한 반면, 네트워크 형태의 지역사회병원은 2012년 현재 1,508개소로 지난 5년간 변화가 없는 상태임.

- 시스템은 미국병원협회가 정한 다병원체제(multihospital) 또는 다각화된 단일병원시스템을 의미하며, 다병원체제는 하나의 중앙조직이 둘 이상의 병원을 소유하거나 리스, 후원, 계약의 형태를 띠고 있는 경우를 말함. 독립된 단일 병원이 25% 이상의 비중을 유지하면서 병원급이 아닌 셋 이상의 급성기 이전(pre-acute) 또는 급성기 이후(post-acute) 진료를 담당하는 보건의료조직을 소유하거나 리스를 한 경우도 시스템으로 간주되며, 시스템에 포함되어 있다고 해서 병원네트워크에 참여할 수 없는 것은 아님
- 한편, 네트워크는 여러 병원과 의사, 기타 의료제공자들, 보험회사, 지역사회에 광범위한 서비스를 제공하고 함께 협업하는 지역사회조직들의 집단을 의미하며, 네트워크에 참여한다고 해서 시스템에 속할 수 없는 것은 아님

표 4-3 미국의 병원 현황

항목	2007년	2010년	2012년
* 총 등록병원(Registered Hospital) ¹⁾	5,747	5,754	5,723
• 지역사회병원(Community Hospital) ²⁾	4,927	4,985	4,999
- 비정부 비영리 지역사회병원	2,919	2,904	2,894
- 투자자 소유(영리) 지역사회병원	899	1,013	1,068
- 주 정부 및 지방 정부 지역사회병원	1,119	1,068	1,037
• 연방 정부 병원	221	213	211
• 비정부 정신 병원	451	435	413
• 비정부 장기요양병원	128	111	89
• 타 기관 부속 병원시설(예: 감옥병원, 학교진료시설 등)	20	10	11
* 시골지역의 지역사회병원	2,001	1,987	1,980
* 도시지역의 지역사회병원	2,926	2,998	3,019
* 시스템 ³⁾ 형태의 지역사회병원	2,755	2,941	3,100
* 네트워크 ⁴⁾ 형태의 지역사회병원	1,508	1,508	1,508

주 : 1) 등록병원은 미국병원협회(AHA)의 병원시설 등록기준을 충족한 병원으로, 미국병원협회 회원병원뿐만 아니라 비회원병원까지 포함함

2) 지역사회병원은 연방정부병원이 아닌 병원시설과 단기요양종합병원 및 기타 전문병원을 모두 포함하며, 기타 전문병원에는 산부인과, 이비인후과, 재활, 정형외과 및 기타 개별 전문병원이 포함됨. 지역사회병원에는 대학병원과 기타 비정부 수련병원이 포함되며, 감옥병원이나 학교진료시설과 같이 일반대중이 이용할 수 없는 병원시설은 제외됨

3) 시스템은 미국병원협회가 정한 다병원체제(multihospital)나 다각화된 단일병원시스템을 의미함. 다병원체제는 하나의 중앙조직이 둘 이상의 병원을 소유하거나 리스, 후원, 계약을 맺은 형태를 의미함. 독립된 단일 병원이 25% 이상의 비중을 유지하면서 셋 이상의 비병원 급성기 이전(pre-acute) 또는 급성기 이후(post-acute) 진료를 담당하는 보건의료조직을 소유하거나 리스를 한 경우도 시스템으로 간주됨. 시스템에 포함되어 있다고 해서 병원네트워크에 참여할 수 없는 것은 아님

4) 네트워크는 여러 병원과 의사, 기타 의료제공자들, 보험회사, 지역사회에 광범위한 서비스를 제공하고 함께 협업하는 지역사회 기관들의 집단을 의미하며, 네트워크에 참여한다고 해서 시스템에 속할 수 없는 것은 아님

자료: Fast Facts on US Hospitals 각 년도, American Hospital Association.

1.3 의료비 지출 현황

- GDP 대비 국민의료비 비중은 2011년 현재 17.7%로 OECD 평균인 9.3%와 우리나라의 7.5%에 비해 매우 높은 수준이었으나, 전년대비 국민의료비의 실질증가율을 보면 2010년 2.5%에서 2011년 1.8%로 증가 추세는 최근 둔화되고 있으며, 2000년부터 2011년까지의 연평균 실질증가율 면에서도 OECD 평균 수준인 4.0%로 안정적이라고 할 수 있음(표 4)
 - 반면, 우리나라의 경우는 2011년 대비 2012년에 실질증가율이 4.2% 수준이었고, 2000-2011년의 국민의료비 연평균 실질증가율이 9.3%로 다른 나라에 비해 최근의 증가 추세가 매우 두드러지고 있음
- 국민 1인당 의료비(2011년도 구매력지수를 보정한 미국달러화 기준)는 8,508달러로 OECD 평균의 약 2.6배, 우리나라의 약 3.7배 수준이며, 지속적으로 증가하고 있음
- 전체 국민의료비 중 공공의료비 지출은 47.8%(2011년)로, 이는 OECD 평균인 72.2%에 비해 현저히 낮으며, 우리나라의 54.4%(2012년 기준)보다도 낮은 수준임. 한편, 전체 국민의료비 중 본인부담금의 비중은 11.7%로, OECD 평균인 19.6%보다 낮아, 실제 지출되는 의료비의 상당부분은 보험과 공공재정에서 조달되고 있음을 알 수 있음
 - 우리나라의 경우 본인부담금 비율은 36.1%(2012년)로 선진국과 비교했을 때 상대적으로 매우 높은 수준임
- 전체 국민의료비 중 약제비 비중은 11.8%로 OECD 평균인 16.4%와 우리나라의 20.2%에 비해 매우 낮은 수준을 보이고 있음

표 4-4 의료비 지출 현황

항목	미국		한국 (2011)	OECD평균 (2011년 또는 최근년도)
	(2010)	(2011)		
GDP대비 국민의료비 비중(%)	17.7	17.7	7.5*	9.3
1인당 국민의료비(US\$ PPP)	8,247	8,508	2,315.4*	3,322
전년대비 국민의료비 증가율(%실질)	2.5	1.8	4.2*	-
2000-2011 국민의료비 연평균증가율(%실질)	-	4.0	9.3	4.0
전체 국민의료비 중 공공의료비 지출(%)	47.6	47.8	54.4*	72.2
전년대비 공공의료비지출 증가율(%실질)	3.3	2.2	2.5*	-
국민 1인당 공공의료비(US\$ PPP)	3,923	4,066	1,260.3*	2,426
전체 국민의료비 중 본인부담금 비중(%)	11.7	11.6	36.1*	19.6
국민 1인당 본인부담 의료비(US\$ PPP)	967.9	987.4	834.8*	562.4
전체 국민의료비 중 약제비 비중(%)	11.8	11.7	20.2	16.4
국민 1인당 약제비(US\$ PPP)	972.7	995.0	444.9	497.0

주 : *2012년 수치

자료 : OECD Health Data 2013

1.4 의료서비스 이용 현황³⁾

- 국민 1인당 외래진료건수는 미국이 4.1건(2009년)으로 OECD 평균인 6.6건(2011년)과 한국의 13.2건(2011년)에 비해 현저히 낮은 수준임(표 5)
- 인구 10만 명당 병원입원건수는 미국이 13,091건으로 OECD 평균인 15,561건과 한국의 14,739건(2012년)에 비해 낮으며, 평균재원일수는 4.8일(2010년)로 OECD 평균인 7.5일과 한국의 16.4일(2012년)에 비해 낮은 편임
- 한편, 고가의료장비의 사용 현황을 보면, 인구 천 명당 CT와 MRI 촬영건수는 각각

3) 미국의 경우 의료서비스 이용에 관한 지표 중에서 국제간 비교가 가능한 일부 자료가 상대적으로 늦게 집계되고 있어 국민 1인당 외래진료건수나 평균재원일수, 제왕절개건수 등은 다른 나라에 비해 2~3년 정도의 시차가 발생하고 있음.

273.8건과 102.7건으로, 모두 OECD 평균(CT 128.2건, MRI 48.3건)에 비해 2배 이상 높았음

- 우리나라의 경우 인구 천 명당 CT 촬영건수(129.3건, 2012년)는 OECD 평균 수준이나, MRI 촬영건수(19.6건, 2012년)의 경우 OECD 평균의 절반에도 미치지 못하고 있음
- 우리나라의 CT와 MRI 보유대수가 매우 높은 수준임을 감안할 때, 이는 고가장비의 사용에 대한 우리나라의 낮은 건강보험급여 보장성에 기인한 것으로 풀이되며, 고가장비의 무분별한 도입과 함께 장비가 임상현장에서 효율적으로 활용되지 못하고 있는 현실을 반영하는 대목임

표 4-5 주요 의료서비스 이용 현황

	미국 (2010)	미국 (2011)	한국 (2011)	OECD평균 (2011년 또는 최근년도)
국민 1인당 외래진료건수	4.1 [†]	-	13.2	6.6
MRI 촬영건수(인구 1천 명당)	97.6	102.7	19.6*	48.3
CT 촬영건수(인구 1천 명당)	264.8	273.8	129.3*	128.2
병원입원건수(인구 10만 명당)	-	13,091	14,739.3*	15,561
평균재원일수	4.8	-	16.4*	7.5
제왕절개건수(출생아 1천 명당)	313.6	-	346.1	267.2

주 : † 2009년 수치, * 2012년 수치

자료: OECD Health Data 2013

1.5 보건의료개혁과 의료서비스 산업정책의 최근 동향

1) 보건의료개혁법안(Affordable Care Act)의 전체 추진 일정

- 일명 ‘오바마케어(Obamacare)’ 정책의 근거 법령인 Affordable Care Act(ACA법안, 2010년 제정)는 건강보험 급여적용인구 확대, 의료진달체계와 성과(outcome)의 향상, 비용 통제를 위한 조항들이 포함돼 있다. 일부 조항은 이미 시행되었지만

2014년에는 가장 중요한 변화를 초래할 조항들의 시행이 예정돼 있음

- 아래 소개될 ACA법안의 추진일정은 2012년 6월 28일에 나온 대법원 판결내용을 반영한 것으로, 핵심 사업의 추진내역과 관련 조직의 신설, 산업규제방안, 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)의 주요 변화 등 2010년부터 2018년까지 시행되는 핵심 보건의료개혁 조항들을 요약한 것으로, 의료서비스 산업에 영향을 미치는 조항들만 발췌하였음

표 4-6 Affordable Care Act 법안의 추진 일정(2010-2018)

년도	접근성(Access) 관련	질(Quality) 관련	비용(Cost) 관련
2010	<ul style="list-style-type: none"> • 200인 이상 직장에 건강보험 당연적용★ • 건강보험 web portal 구축◆ • 건강보험 적용시장 보호(계약해지 금지, 평생급여상한 폐지, 과거질병 내력에 따른 아동의 보험가입 예외조항 폐지, 연간급여상한설정의 제한, 표준 이의신청절차 신설, 성인피부양자 자격을 26세까지 확대)◆★● • Medicaid와 아동건강보험(CHIP)의 운영관리유지◆ • 건강보험 구매하는 일부 소규모 기업에 세금감면●★ • 조기퇴직자를 위한 임시 보험 재가입 프로그램 실시★● 	<ul style="list-style-type: none"> • CMS 혁신센터 설립●●♣ • Patient Centered Out-comes Research Institute(PCORI) 설치●● • Medicare와 Medicaid 이중수급자 관리 향상을 위한 Federal Coordinated Health Care Office 설치● • U.S. Preventive Services Task Force에 의해 예방보건서비스(A,B등급)에 대한 민간보험 급여적용 및 환자본인부담금 폐지● 	<ul style="list-style-type: none"> • 병원(급성 및 장기요양 입원)과 입원재활시설에 대한 market basket 0.25% 인하조치♣ • 연간보험료율 심사 의무화● • Medicare self-referral disclosure protocol 확립♣ • PCORI 재원확보를 위한 Health Insurance Tax 도입 • 지방근무 의료인력 지원금 확대◆ • Medicaid 의약품 리베이트를 Medicaid managed care plan으로 확대●● • Medicaid 총액계약제 시범사업◆
2011	<ul style="list-style-type: none"> • 의료취약지역의 일차진료의사와 일반외과의사에게 10%의 Medicare 가산수가 지급♣ • 급여범위와 심사결정에 대한 직장의 이의신청절차 수립★ • Medicaid 만성질환 예방 인센티브◆ • Health insurance exchange(HIX) 계획수립 지원금●◆ • Medicaid Community First Choice Option◆ • Medicaid 만성질환자 홈헬스◆♣ 	<ul style="list-style-type: none"> • 의료서비스전달, 환자건강 결과, 인구집단건강 향상을 위한 국가전략 수립♣● • 의사소유 개인병원의 Medicare 신규계약 금지♣ • 예방가능한 질병상태에 대한 Medicaid 수가 인하♣ 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강저축계좌(HSAs), 변동지출계좌(FSAs), 건강상환제도(HRAs)의 일반의약품 급여 제외★●● • Medicare Advantage(MA)의 본인부담을 행위별수가 수준으로 제한● • MA 수가를 2010년 수준으로 동결하고 2012년부터 적용할 수가기준 개정● • 연간 웰니스 서비스를 Medicare 급여화●♣ • 최소 의료손실율(MLR) 규정●

년도	접근성(Access) 관련	질(Quality) 관련	비용(Cost) 관련
			<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 예방서비스 본인부담 철폐♣
2012	<ul style="list-style-type: none"> • 건강보험조직과 고용주로 하여금 피보험자 모집 및 재가입 시 통일된 급여항목 및 보험적용범위 요약본 배포 의무화★● • 고용주로 하여금 W-2양식에 건강급여의 가치 명시 의무화★ 	<ul style="list-style-type: none"> • MA에 질 성과급 도입● • Medicaid 소아과 책임의료기관(ACO) 시범사업♣◆ • Medicare 급성입원병원에 대한 가치기반구매(VBP) 적용♣ • Medicare Shared Savings ACO 프로그램 실시♣ • 예방가능한 재입원에 대한 Medicare 급성입원병원 수가 인하 조치♣ 	<ul style="list-style-type: none"> • 최대 8개주에서 Medicaid에 병원 및 의사 수가의 통합 시범사업◆♣ • 병원입원진료, 급성기이후 진료, 장기요양시설의 market basket 개정 시 생산성 연동 조정♣ • 의료손실율(MLR) 리베이트 분배 개시●
2013	<ul style="list-style-type: none"> • 고용주로 하여금 건강보험거래(HIX) 및 기타 보험적용방안을 직원에게 고지토록 의무화★ • Medicaid 예방서비스 본인부담금을 철폐한 주에 대한 연방정부 재정 지원 비율(FMAP) 인상● • Medicaid 일차의료 수가를 2013년과 2014년의 Medicare 수가 이하로 인하♣ 		<ul style="list-style-type: none"> • 행정 간소화(3개년 계획 중 제 1차년도)● • Medicare Part D 보조금으로 상쇄되는 퇴직자 약제급여 비용의 공제 폐지★ • Medicare 전국 포괄수가 자율 참여 시범사업 시행(2013년 1월 1일자)♣ • 변동지출계좌(FSA)의 연간 불입금을 2,500달러로 제한★●● • 의사의 소유권 또는 투자지분 투명공개 의무화♣
2014	<ul style="list-style-type: none"> • 소비자 운영/주도형 보험(CO-OPs) 선택방안 운영● • 고용주로 하여금 직원과 정부에 건강급여혜택 정보 제공 의무화★ • 필수건강급여 벤치마크플랜 활성화; 본인부담금을 건강저축계좌(HSA) 수준으로 제한●●◆ • 건강보험거래(HIX) 운영개시◆★● • 개인의 건강보험 가입 의무화● • 건강보험거래(HIX) 보험급여 비용 분담 및 개인 세제혜택●● 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격을 갖춘 보험조직에 대한 품질 및 환자 만족 데이터를 건강보험거래소(HIX)에 공개● • 병원입원진료 중 병원감염 발생 시 수가 1% 인하조치♣ 	<ul style="list-style-type: none"> • 독립적 지불자문기구(Independent Payment Advisory Board, IPAB)의 첫 권고사항 제시♣ • 건강보험공급자에 대한 annual fee 부과● • MA 보험상품의 의료손실율을 85%로 유지토록 강제●

년도	접근성(Access) 관련	질(Quality) 관련	비용(Cost) 관련
	<ul style="list-style-type: none"> • 보험적용 시장 보호조치(보험개시 및 재가입 보장, 등급제한, 연간상한 금지)★● • Medicaid 수급자격을 연방빈곤선(FPL)의 133%으로 확대(참여하는 주에 한해 적용)◆●● • Medicaid, CHIP, HIX 피보험자 모집절차 개선● • 개인 및 소규모 시장에 대한 임시 재보험 시행◆● • 웰니스 프로그램 참여 인센티브(고용주 및 최대 10개 주의 개별 시장에 한해 적용)★● 		
2015	<ul style="list-style-type: none"> • CHIP에 대한 연방지원금 증액◆ • 연방빈곤선 133-200% 개인에게 주 정부의 기초건강보험제공 허용◆● • 고용주의 보험제공 책임조항★● 	<ul style="list-style-type: none"> • Physician Quality Reporting System에서 요구하는 지표 보고 불이행시 Medicare 수가 인허조치♣ 	
2016	<ul style="list-style-type: none"> • 주 경계를 넘어 보험을 제공하기 위한 계약(Health Care Choice Compacts) 체결 허용● 		
2017	<ul style="list-style-type: none"> • 100인 이상 사업장까지 건강보험거래(HIX) 확대 가능(각 주별로 재량 사항임)●◆ • 주 프로그램 혁신 유예◆ 		
2018			<ul style="list-style-type: none"> • 고용주가 비용을 부담하는 고용 비용 직장건강보험급여에 소비세(excise tax) 부과★●

주 : • 전체 법안 중에서 의료서비스 산업에 직·간접적으로 영향을 미칠 수 있는 조항만 발췌하였음.

• 항목 우측의 도형은 해당 조항으로부터 영향을 받는 정책효과 파급대상을 의미함.

(♣의료기관, ●건강보험조직, ★직장(고용주), ◆주 정부, ●제약기업)

자료: Deloitte Center for Health Solutions, July 3, 2013.

2) 의료서비스 산업 관련 ACA 세부조항의 시행 및 추진 현황

- 2010년부터 2013년까지 추진일정이 정해진 ACA 법안 중에서 의료서비스 산업에 관련된 세부조항들의 내용과 추진 현황을 정리해보면 다음과 같음
- ACA 법안이 발효된 첫해인 2010년에 시행이 예정되었던 26개 세부조항은 모두 일정에 맞춰 시행되었으며, 2011년은 20개 중 18개, 2012년은 11개 중 10개, 2013년은 14개 중 11개가 각각 추진되고 있음

표 4-7 Affordable Care Act 주요 세부조항의 내용 및 추진 현황(2010-2013)*

년도	주요 세부조항의 내용 및 추진 현황	시행 여부
2010 (26:26)*	<p>건강보험료 인상에 대한 정부심사절차 마련</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 연방정부가 주정부와 협력하여 민간보험회사의 비합리적인 보험료 인상조치에 대해 정당성을 입증하도록 하는 절차를 만들도록 규정하고, 주정부의 심사절차에 소요되는 비용을 지원하기로 함. • 시행시기: 2010년 • 추진사항: 2010년 8월 16일에 보건부(HHS)장관이 워싱턴D.C.와 45개주에 민간보험회사의 건강보험료 인상에 대한 심사절차를 개선하도록 4천6백만달러를 지원하고, 12월 21일에는 심사절차 세부시행안을 발표함; 2011년 2월 24일에는 주지원금 1억 9천9백만달러 지원계획을 발표했고, 5월 9일에는 심사절차의 최종 세부시행규칙을 공표했음; 2011년 7월 7일부터 각주별 절차 추진현황을 조사해 정기적으로 발표하고 있음. 	○
	<p>Medicare 의료행위수가 조정</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 병원의 입원및외래진료, 장기요양병원, 입원재활시설, 정신병원및정신과시설 등에 대한 연간비용환산지수(annual market basket)를 하향조정하고, 지불금액을 생산성과 연동시킴. • 시행시기: 2010 회계연도부터 시행; 생산성에 따른 조정은 2012년부터 적용함. • 추진사항: CMS는 몇 차례 시행안을 거쳐 의료기관 유형별로 연간비용환산지수를 인하하는 최종시행안을 발표했고, 병원입원진료는 2010년 8월 16일에, 장기요양 병원은 2010년 8월 16일에 각각 최종시행규칙을 발표하였으며, 입원재활시설과 정신병원/정신과시설의 경우는 2011년 1월 27일에 시행안을 입법예고하였음. 	○
	<p>예방 및 공중보건기금 재원 마련</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 2010-2014 회계연도 기간동안 총 50억달러, 이후 회계연도에는 매년 20억달러를 예방 및 공중보건 프로그램에 지원하도록 예산에 반영하기로 함. • 시행시기: 2010 회계연도 개시일부터 기금 조성. 	○

년도	주요 세부조항의 내용 및 추진 현황	시행 여부
	<ul style="list-style-type: none"> 추진사항: 보건부는 예방 및 공중보건 기금으로 2010 회계연도에 5억달러의 예산을 배정했음; 예산의 절반은 일차의료의사의 공급을 개선하는 데 사용하도록 하고, 나머지 절반은 공중보건과 예방 우선분야에 지원하기로 함; 2011년 2월 11일에 보건부는 7억5천만달러의 기금을 조성해 흡연, 비만, 심장질환, 뇌졸중, 암 등의 예방과 예방접종의 확대를 지원하겠다고 발표함. 	
	<p>Medicare 및 Medicaid 이중수급자에 대한 의료관리방안 마련</p> <ul style="list-style-type: none"> 주요내용: Medicare와 Medicaid 이중수급자에 대한 의료관리를 강화하기 위해 Federal Coordinated Health Care Office(FCHCO)를 설립하도록 함. 시행시기: 2010년 3월 1일 추진사항: 2010년 9월 FCHCO 설립 인가; 2010년 12월 30일에 CMS가 설립방안을 담은 고시 제정; 2011년 5월 11일에 CMS는 각 주별로 이중수급자를 위한 새로운 통합의료모형을 설계하도록 최고 1백만달러의 사업자금을 지원한 내용을 담은 보도자료를 배포함. 	○
	<p>비영리병원의 지역사회 필요 사정 의무화</p> <ul style="list-style-type: none"> 주요내용: 비영리병원으로 하여금 지역사회 필요 사정(community needs assessment)을 수행하고 재정지원정책을 마련하도록 강제함; 이를 위반할 시 매년 5만달러의 세금을 부과하도록 관련규정을 개정함. 시행시기: 2010년 3월 23일 추진사항: 2010년 5월 27일에 국세청(IRS)이 비영리병원에 대한 지역사회 필요 사정 의무화 방안에 대해 입법예고함; 2012년 6월 22일, 국세청은 자선병원에 대한 의료비지원, 응급의료정책, 보험 청구 및 지급 등에 관한 자선병원의 의무사항을 담은 시행방안을 발표함. 	○
	<p>무자녀 성인에 대한 Medicaid 급여 적용</p> <ul style="list-style-type: none"> 주요내용: 각 주에 연소득이 연방빈곤선 133% 이내이면서 자녀가 없는 저소득층을 대상으로 원한다면 Medicaid 급여를 받을 수 있도록 하는 선택방안을 마련함. (2014년부터는 선택방안 도입이 의무화됨) 시행시기: 2010년 4월 1일 추진사항: 현재 Connecticut, 워싱턴D.C., Minnesota 주가 이러한 선택적 급여방안의 제공을 승인받았음. 	○
	<p>기존 병력을 가진 보험 미가입자에 대한 임시 급여적용 방안(Pre-existing Condition Insurance Plan, PICP)</p> <ul style="list-style-type: none"> 주요내용: 최소 6개월 이상 보험 미가입 상태인 기존 병력을 가진 사람들에게 한시적으로 연방 또는 주 정부가 건강보험급여를 제공하도록 함. 	○

년도	주요 세부조항의 내용 및 추진 현황	시행 여부
	<ul style="list-style-type: none"> • 시행시기: 2010년 7월 1일 연방급여에 대한 등록이 시작됨; 주정부 급여계획의 시행일자는 주마다 다름. • 추진사항: 연방정부는 23개와 워싱턴D.C.에서 PICIP 프로그램을 운영중이며, 나머지 주는 각자 자체 프로그램을 운영하고 있음; 2010년 7월 30일 보건부는 PICIP 임시운영규칙을 발표했고, 11월 5일에는 2011년부터 연방정부프로그램의 보험료를 낮추는 등의 새로운 계획을 발표하였음; 2011년 3월 현재 1만8천명이 PCIP 프로그램에 등록하였음. 	
	<p>만26세까지의 성인자녀에게 건강보험 피부양자 자격 확대</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 모든 건강보험 프로그램에서 만26세까지의 성인자녀에게 피부양자 자격을 확대함. • 시행시기: 2010년 9월 23일 또는 그 이후에 개시되는 보험급여에 적용함. • 추진사항: 2010년 5월 13일 소비자정보 및 보험감독국(Office of Consumer Information and Insurance Oversight, OCIO)은 만26세까지의 성인자녀에게 부모의 건강보험에서 피부양자 자격을 유지할 수 있도록 하는 법안을 발표함; 이 조항은 2010년 9월 23일 이후 개시되는 신규 보험상품의 약관과 기존의 보험상품의 약관개정 시부터 적용됨. 	○
	<p>신규보험에 예방급여 포함 의무화</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 새로 도입되는 건강보험급여에는 반드시 미국 공중보건서비스 테스트 포스(USPSTF)가 지정한 A 또는 B 등급에 해당하는 최소한의 예방서비스를 본인 부담없이 제공하도록 의무화함; 영유아와 소아, 청소년에 대한 예방진료 및 여성에 대한 추가적인 예방진료와 선별검사 등이 권고대상임. • 시행시기: 2010년 9월 23일 또는 그 이후에 개시되는 보험급여에 적용함. • 추진사항: 2010년 7월 19일 소비자정보 및 보험감독국(OCIO)은 새로운 예방급여 적용 의무방안을 시행함; 2010년 8월 1일에 USPSTF는 권고대상 예방서비스 항목을 발표함; 2011년 8월3일 보건부는 일부 종교의 신도에 대한 예외조항과 함께 본인 부담없이 산아제한 서비스를 포함하도록 보험자 의무조항을 고시함; 2012년 2월 15일 보건부는 5천4백만명이 예방급여의 혜택을 받았다고 보도자료를 냄; 보건부는 2012년 8월 1일자로 피임도 예방급여에 추가하는 방안을 발표하면서 현재까지 4천7백만명의 여성이 해당 급여의 혜택을 받았다고 보도자료를 냄. 	○
	<p>지역보건소와 국가보건서비스단 지원계획</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 연방정부가 인증하는 지역보건소와 국가보건서비스단(National Health Service Corps, NHSC: 보건부 산하 조직으로서 우리나라에서 군복무를 대체해주는 공보의 제도와 유사하며, 정확히는 의사와 정골의사, 치과의를 대상으로 대학 재학기간 중 최대 4년간 장학금을 지급하거나 일정액의 대출금을 상환해주는 	○

년도	주요 세부조항의 내용 및 추진 현황	시행 여부
	<p>대신 졸업 후 의료취약지역에서 일차의료에 종사하도록 함)에 2015년까지 재정지원을 늘리는 방안임.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 시행시기: 2010 회계연도 개시일부터 재원 확보 • 추진사항: 2010년 10월 8일 보건부는 143개 지역보건소의 인프라 개선을 위한 7억 2천7백만달러의 예산지원계획을 발표하고, 10월 26일에는 기존의 지역보건소들의 의로서비스 확대를 위해 2억3천5백만달러의 예산을 추가로 확보하겠다고 발표함. <p>Medicaid의 지역사회 기반 서비스 제공 확대</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: Medicaid 주 급여계획을 개정해 일정한 자격요건을 갖춘 개인에게 가정과 지역사회 기반의 서비스를 제공하는 방안을 선택사항으로 추가하고, 각 주의 급여계획 하에서 가정과 지역사회 기반 서비스를 받는 개인에게 완전한 Medicaid 급여를 확대적용할 수 있도록 허용함. • 시행시기: 2010년 10월 1일 	○
2011 (20:18)	<p>보험회사의 최소 의료손실율(MLR) 준수 의무화</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 보험자가 임상서비스와 질향상, 기타 비용 등에 사용한 보험료 수입금액의 비율을 보고하도록 강제하고, 의료손실율이 일정 비율(대규모 집단보험 시장의 보험회사는 85%, 개인보험 및 소규모 집단보험 시장의 보험회사는 80%) 미만인 경우는 가입자에게 환급(rebate)을 해주도록 함. • 시행시기: 환급 의무조항은 2011년 이후 계약 건부터 적용하고, 발생한 환급액은 다음 해에 지급함. <p>Medicare 일차의료 가산수가 도입</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: Medicare 일차의료서비스에 대해 10%의 가산수를 지급하고, 의료취약지역의 일반외사에게도 10%의 Medicare 가산수를 지급함. • 시행시기: 2011년 1월 1일부터 2015년 12월 31일까지 	○
	<p>예방서비스에 대한 Medicare 급여 확대</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 미국 공중보건서비스 테스트포스(USPSTF)가 제안한 A 또는 B 등급의 Medicare 예방서비스에 대한 본인부담금을 폐지하고 결장직장암 검사에 대한 Medicare 공제를 철회함; 포괄적인 건강위험평가를 포함하는 개인맞춤형 예방급여에 대한 Medicare 급여적용을 승인함. • 시행시기: 2011년 1월 1일 • 추진사항: 2010년 11월 29일 CMS는 환자의 예방계획을 수립할 목적으로 1년에 한번 하는 “초기 예방 신체검진(Initial Preventive Physical Examination)”에 대해 Medicare 급여를 개시한다는 내용의 고시를 발표하고, 12월에는 의료개혁법안에 따라 2011년부터 본인부담없이 이용가능한 서비스를 포함해 예방서비스에 대한 소비자 가이드를 발간함; CMS는 2011년 10월 6일 현재 2천50만명이 본인부담없 	○

년도	주요 세부조항의 내용 및 추진 현황	시행 여부
	이 무료로 연간 웰니스 방문(Annual Wellness Visit) 또는 기타 예방서비스를 이용했다고 보고했음.	
	메디케어 및 메디케이드 혁신센터(CMMI) 설립 <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 의료의 질을 유지하거나 향상시키면서도 비용을 절감하기 위한 새로운 지불모형과 의료전달체계를 검증하기 위해 메디케어 및 메디케이드 혁신센터(Center for Medicare and Medicaid Innovation, CMMI)를 설립함. • 시행시기: 2011년 1월 1일에 센터 설립 • 추진사항: 2010년 11월 17일 CMS는 CMMI 설립 추진계획을 발표했고, 2012년 1월 26일 센터가 추진중인 시범사업(initiatives)의 개요를 밝히는 보고서를 발간함. 	○
	Medicare Advantage 보험수가 개편 <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 행위별수가 방식의 Medicare 비중을 점진적으로 낮추는 방안의 일환으로 민영 Medicare Advantage의 보험수가를 개편하며, 2011년 수가를 2010년의 수가 수준으로 동결함; Medicare Advantage 보험이 일부 Medicare 급여에 대해서 기존의 행위별수가 프로그램 하에서 요구되는 것보다 높은 수준으로 본인부담을 올리는 것을 금지함. • 시행시기: 2011년 1월 1일 	○
	Medicaid Health Homes 선택옵션 도입 <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 일부 Medicaid 수급자를 대상으로 특정 의료제공자를 헬스홈(Health Home)으로 지정할 수 있도록 하는 새로운 Medicaid 선택옵션을 도입하고, 이 선택방안을 채택하는 주에는 2년간 헬스홈 관련 서비스 비용에 대해 90%의 연방정부 매칭펀드를 지불함. Health Home 지정제도는 일종의 '의료보호 대상자를 위한 단골주치의 제도'로 볼 수 있음. • 시행시기: 2011년 1월 1일 • 추진사항: 2010년 11월 11일 CMS는 각 주의 Medicaid 책임자에게 health home 제도에 관한 지침을 전달함; 2013년 3월 현재 CMS는 8개주의 health home state plan을 승인하였으며, 다른 몇 개 주에서는 health home 계획을 개발중임. 	○
	Medicaid 만성질환 예방 프로그램 <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: Medicaid 수급자에게 포괄적인 건강 라이프스타일 프로그램에 참여하고 건강행위 목표를 달성하도록 인센티브를 제공하는 프로그램을 개발하는 주에 3년간 연방지원금을 제공함. • 시행시기: 2011년 1월 1일 • 추진사항: 2011년 2월 24일 CMS는 1억달러의 예산 지원계획을 발표하고, 2011년 9월 13일 도시와 농촌 지역을 아우르는 주 전체 지역을 대상으로 만성질환 예방 프로그램을 도입한 10개 주에 연방지원금을 지급하였음. 	○

년도	주요 세부조항의 내용 및 추진 현황	시행 여부
	<p>국가품질전략(National Quality Strategy)의 수립</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 보건부장관으로 하여금 매년 보건의료서비스 전달체계와 환자건강결과, 인구집단보건의 향상을 위한 우선순위 등을 포함하는 '국가품질향상전략'을 수립하도록 의무화함. • 시행시기: 2011년 1월 1일까지 초기전략을 국회에 제출하도록 함. • 추진사항: 	○
	<p>웰니스 프로그램 수립 지원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 웰니스(wellness) 프로그램을 도입하는 소규모 직장에 최대 5년간 지원금을 제공함. • 시행시기: 예방과 공중보건기금에 관한 예산 논의가 마무리되지 못해 지원예산이 아직 마련되지 못한 상황임. 	×
	<p>전공의 수련 보건소(Teaching Health Center) 설립</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 지역사회에 기반한 외래 환자진료센터(Ambulatory patient care center)에서 일차의료 전공의 수련 프로그램을 운영하는, 이른바 "전공의 수련 보건소"를 설립하고 수가를 지불함. • 시행시기: 2011 회계연도 개시일부터 5년간 예산 확보 • 추진사항: 2010년 11월 29일 HRSA는 일차의료 전공의 수련 프로그램을 운영하는 지역사회 기반 외래 환자진료시설에 대해 수련 보건소 설립을 위한 사업 안내 지침을 발간함; 2011년 1월 25일 보건부가 11개의 수련 보건소를 신규 지정함. 	○
	<p>건강보험거래소(HIXs) 도입 지원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 개인과 영세기업 고용주의 보험 구매를 촉진할 미국 건강급여거래소(American Health Benefit Exchanges)와 영세기업 건강옵션 프로그램 거래소(Small Business Health Options Program Exchanges) 설립계획을 수립하는 주에 예산을 지원함. • 시행시기: 2011년 3월 23일부터 예산지원 시작; 10월 15일까지 지원사업 신청 가능. • 추진사항: 2010년 9월 30일 보건부는 각 주에 건강보험거래소 설립을 돕기 위해 4천9백만달러의 예산을 지원함; 2011년 2월 17일 보건부는 7개주에 "선도혁신지역(early innovator)" 지원금을 지급함; 2013년 4월 현재까지 보건부는 총 36억달러를 지원하였음. 	○
	<p>병원감염 발생 시 Medicaid 연방예산 지원 삭감</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: Medicaid 서비스와 관련해 병원감염(hospital-acquired infections)이 발생 시 연방정부는 주에 지급하는 Medicaid 지원예산을 삭감함. • 시행시기: 2011년 7월 1일 	○

년도	주요 세부조항의 내용 및 추진 현황	시행 여부
	<p>Medicaid 장기요양서비스에 대한 연방정부의 차등지원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: Medicaid에서 장기요양서비스를 입소시설이 아닌 지역사회에 기반한 요양보호서비스(community-based attendant support service)를 더 늘리는 방향으로 연방정부의 매칭펀드 지원을 강화하기 위해 주 균형인센티브 프로그램(State Balancing Incentive Program)을 실시하고, Medicaid에서 일부 장애인에게 지역사회 기반 요양보호서비스를 제공하는 것을 골자로 하는 지역사회 일차선택 옵션(Community First Choice Option)을 도입함. • 시행시기: 2011년 10월 1일 • 추진사항: 2011년 10월 1일 현재 CMS는 9개주의 균형인센티브 프로그램을 승인함. 	○
2012 (11:10)	<p>Medicare에 책임의료조직(ACO) 시범사업 도입</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 자발적으로 Medicare에서 정한 품질 요건을 충족한 의료제공자들이 비용절감액을 공유하기 위해 책임의료조직(Accountable Care Organization)을 구성할 수 있도록 허용함. • 시행시기: 2012년 1월 1일 • 추진사항: 2011년 4월 7일 보건부는 ACO의 지배구조, 법적 형태, 투명성, 근거중심의학의 활용, 품질 기준 등을 지정한 고시안을 발표하고, 연방거래위원회(Federal Trade Commission)와 법무부는 ACO의 반독점 이슈에 관한 합동방침을 발표함; 2011년 5월 20일 CMS는 질 향상과 비용절감을 입증할 충분한 능력을 보유한 조직을 대상으로 선도형 책임의료조직 시범사업(Pioneer ACO Program)의 신청서 접수를 시작함; 2011년 12월 19일 CMS는 32개 보건의료조직을 선정하여 발표함; 2013년 1월 10일 보건부는 106개의 ACO가 Medicare Shared Savings Program에 새롭게 참여해 ACA 법안 발효 후 총 250개의 ACO가 시범사업에 참여했다고 발표함. 	○
	<p>Medicare Independence at Home 시범사업</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 일부 일차의료 수요가 높은 Medicare 수급자를 대상으로 가정에서 서비스를 제공받을 수 있도록 하는 Independence at Home 시범사업(일종의 재가 일차의료 시범사업)을 도입함. • 시행시기: 2012년 1월 1일 • 추진사항: 2011년 12월 21일 CMS는 “의사와 진료간호사(nurse practitioner) 주도의 재가 일차의료팀”을 활용하는 새로운 시범사업을 도입한다는 내용을 주요골자로 하는 고시를 발표함. 	○
	<p>Medicaid 진료 건별 통합수가 시범사업</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 최대 8개 주를 대상으로 Medicaid 진료에서 입원을 포함하는 전체진료(episode of care) 건별 통합수가(bundled payment) 방식의 새로운 시범사업을 실 	×

년도	주요 세부조항의 내용 및 추진 현황	시행 여부
	<p>시하고, 소아과 의료공급자들의 ACO 구성을 허용함.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 시행시기: 2012년 1월 1일부터 2016년 12월 31일까지 • 추진사항: 아직 입원을 포함하는 진료 건별 통합수가와 소아과의 ACO 참여에 관한 예산이 확보되지 못한 상황임. <p>Medicare Value-Based Purchasing 프로그램 도입</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: Medicare에 참여하는 병원을 대상으로 질 지표 성과에 기반하여 수가를 조정하는 병원 가치기반 구매(hospital value-based purchasing) 프로그램을 도입하고, 보험자로 하여금 전문간호시설(skilled nursing facility)과 가정방문진료조직(home health agency), 외래수술센터(ambulatory surgical center)에 대해 가치기반 구매 프로그램을 개발하도록 의무화함. • 시행시기: 2012년 10월 1일 <p>병원 재입원에 대한 Medicare 수가 삭감</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 과도하게 발생하는 (즉, 예방가능한) 병원 재입원에 대해 Medicare 수가를 삭감함. • 시행시기: 2012년 10월 1일 	<p>○</p> <p>○</p>
2013 (14:11)	<p>Medicare 통합수가 시범사업</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 병원의 급성 및 입원 진료와 외래진료, 의사서비스, 하나의 진료건(episode of care)에 대한 급성기 이후 의료서비스(post-acute care service) 등에 대한 전국단위의 Medicare 시범사업을 실시함. • 시행시기: 2013년 1월 1일 • 추진사항: 2011년 8월 24일 CMS는 시범사업의 내용을 설명하는 고시안을 발표함; 2013년 1월 31일 CMS는 진료개선을 위한 통합수가(Bundled Payment for Care Improvement) 시범사업에 참여할 500개 이상의 의료조직이 선정되었다는 내용의 보도자료를 발표함. <p>Medicaid 예방서비스에 대한 연방 매칭펀드 1%P 증액지원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 미국 공중보건서비스 테스크포스의 권고안에 따라 A 또는 B 유형의 서비스와 권고 예방접종 항목을 본인부담없이 제공하는 Medicaid 프로그램에 대해 연방 매칭펀드 지원을 1% 포인트 증액함. • 시행시기: 2013년 1월 1일 <p>Medicaid 일차의료서비스 수가 인상</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: 일차의료 의사가 제공하는 Medicaid 일차의료서비스의 수가를 2013년과 2014년 Medicare 수가와 동일한 수준으로 인상함(100% 연방재원). • 시행시기: 2013년 1월 1일부터 2014년 12월 31일까지 	<p>○</p> <p>○</p> <p>○</p>

년도	주요 세부조항의 내용 및 추진 현황	시행 여부
	<p>Medicare 빈곤층 환자 과다 병원(DSH)에 대한 재정 지원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: Medicare 빈곤층 환자 과다 병원(Disproportionate Share Hospital, DSH)에 대한 재정지원을 초기에는 75% 수준으로 낮추고, 보험 미가입자 비율과 미보상 진료비에 따라 점차 인상하도록 함. • 시행시기: 2013년 10월 1일 • 추진사항: 2013년 5월 10일 CMS는 2014 회계연도의 Medicare 병원 입원 사전지불체계(Inpatient Prospective Payment System)에 대한 개정안을 제출해놓고 있는 상황이며, 이 개정안에는 ACA 법안에서 규정한 빈곤층 환자 과다 병원(DSH)에 대한 새로운 수가 조정방안을 포함하고 있음. 	×
	<p>Medicaid 빈곤층 환자 과다 병원(DSH)에 대한 재정 지원</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주요내용: Medicaid 빈곤층 환자 과다 병원(Disproportionate Share Hospital, DSH)에 대한 주 정부의 재원부담을 줄이고, 보건부장관으로 하여금 감소된 재정 부담금 감소방법을 마련하도록 함. • 시행시기: 2013년 10월 1일 • 추진사항: 2013년 5월 15일 CMS는 주 정부의 Medicaid DSH 연간 재정분담금 감소방안을 제시한 고시안을 제출한 상태임. 	×

주 : * 2010~2013년까지 시행하기로 했던 ACA 법안의 조항 중에서 의료서비스 산업에 직접적으로 영향을 미치는 법안 내용을 중심으로 발췌하였음.

† 괄호 안의 숫자는 해당 년도에 시행하기로 했던 전체 조항 수 대비 실제 시행된 법안의 수를 나타낸 가령, 2011년에 20개 조항 중 18개가 시행된 경우 (20:18)로 표기하였음.

자료 : Health Reform Implementation Timeline. The Henry J. Kaiser Family Foundation.
<http://kff.org/interactive/implementation-timeline/> (2014년 2월 20일 접속)

1.6 건강보험거래소(HIX)의 추진 현황

1) 개요

○ 2010년 제정된 미국의 오바마 의료개혁법안인 Patient Protection and Affordable Care Act(일명 ACA, 또는 Obamacare)에 따르면, 2014년부터 모든 미국인이 건강보험에 의무적으로 가입해야 하는데, 이때 연방정부에서는 건강보험을 구매하는 일정 소득 이하의 개인에게 지원금을 지급하도록 되어 있음

- 그동안 미국의 의료비가 급증하면서 소규모 사업장 근로자나 자영업자는 대기업

중심의 민간 직장건강보험시장에서 구매력이 없어 건강보험에 가입하지 못하거나 가입되어 있다 하더라도 급여혜택을 제대로 누리지 못했음. 이러한 건강보험의 접근성 문제를 해소하기 위해 오바마 행정부는 의료개혁법안에 개인의 건강보험가입을 의무화하는 대신 가입자에게 연방정부의 지원금을 지급하는 조항을 포함하였음

- 연방정부의 지원금 수급대상자는 연소득이 미국의 연방빈곤선(Federal Poverty Level, FPL) 133~400%인 가구를 대상으로 하며, 2019년까지 약 2천9백만 명이 건강보험에 새로 가입하게 될 것으로 전망됨

○ 건강보험거래소(Health Insurance Exchanges, HIX)는 ACA법안에 따라 각 주별로 개인의 건강보험 구매를 촉진하기 위해 설치된 조직으로, 건강보험거래시장(Health Insurance Marketplace)이라고 부르기도 함

- 건강보험거래소는 거래시장에서 개인이 건강보험상품의 가격(보험료)과 급여범위 등을 비교할 수 있는 “One-Stop Shop”의 역할을 하도록 설계되었으며, 그 기능상 개인투자자를 위해 마련된 온라인 주식거래시장(Online Stock Exchange)과 같은 역할을 수행함
- 건강보험거래소는 온라인 거래시장(일종의 포털사이트)으로, 원칙적으로는 온라인을 통해서 개인이 보험가입을 하도록 되어 있지만, 실제로는 온라인, 전화, 서면제출, 중개인 등을 통해 가입이 가능함



그림 4-1 미국의 건강보험거래소(HIX) 모형

- 건강보험거래소(HIX)는 각 주별로 설치되며, 연방정부가 직접 관장하거나 연방정부가 제시한 표준요건을 충족하는 건강보험상품들이 등록되고 이들 중에서 개인이 선택적으로 보험상품에 가입하면 연방정부로부터 지원금을 받을 수 있음
- 각 주별로 설치되는 건강보험거래소는 늦어도 2014년 1월 1일까지 연방정부가 정한 요건을 모두 갖추고 운영을 개시하여야 하도록 법에 규정되어 있으며, 개인의 보험가입은 1차로 2013년 10월 1일부터 2014년 3월 31일까지 6개월간 진행하도록 되어 있음
- 건강보험거래소에 등록되는 민간 건강보험상품(qualified private health plan)은 보험료나 보험급여범위, 자기우선부담금(deductible) 수준 등에서 다양하지만, 기본적으로 성별이나 연령, 질병 과거력 등을 이유로 보험가입을 거부하거나 차별을 할 수 없으며, 법에서 정한 필수건강급여(essential health benefits)를 제공하여야 하는데, 필수건강급여에는 예방서비스를 포함해 다음과 같은 총 10개의 의료서비스항목이 반드시 포함되어야 함
 - 외래진료(Ambulatory patient services)
 - 응급의료서비스(Emergency services)
 - 병원입원진료(Hospitalization)
 - 모성 및 신생아 진료(Maternity and newborn care)
 - 정신건강 및 행동치료요법을 포함한 약물중독치료(Mental health and substance use disorder services, including behavioral health treatment)
 - 처방의약품(Prescription drugs)
 - 재활훈련 서비스 및 보조용구(Rehabilitative and habilitative services and devices)
 - 임상병리검사(Laboratory services)
 - 예방 및 웰니스 서비스와 만성질환관리(Preventive and wellness services and chronic disease management)
 - 구강 및 안과 진료를 포함한 소아과 서비스(Pediatric services, including oral and vision care)

2) 주별 보험가입 현황

- 2013년 10월 1일부터 건강보험거래소(health insurance exchange, HIX)의 제1차 공개모집이 시작되면서, 연방 혹은 각 주가 운영하는 건강보험거래소에 개별 등록 현황이 건강보험시장과 의료서비스 산업에 미치는 영향을 파악하기에 분주함
- 아래는 2014년 2월 1일 현재 건강보험거래소의 건강보험을 선택한 개인의 수를 주별로 파악한 연방정부의 정례조사 결과를 나타냄
 - 현재까지 수급자격을 갖춘 개인 330만 명 정도가 보험에 가입하였음
 - 이 지도에는 주정부가 직접 운영하는 경우(state-based)와 주정부와 파트너십을 맺은 경우(state-partnership), 연방정부의 지원을 받은 경우(federally-facilitated) 등을 구분하여 표기해놓았음

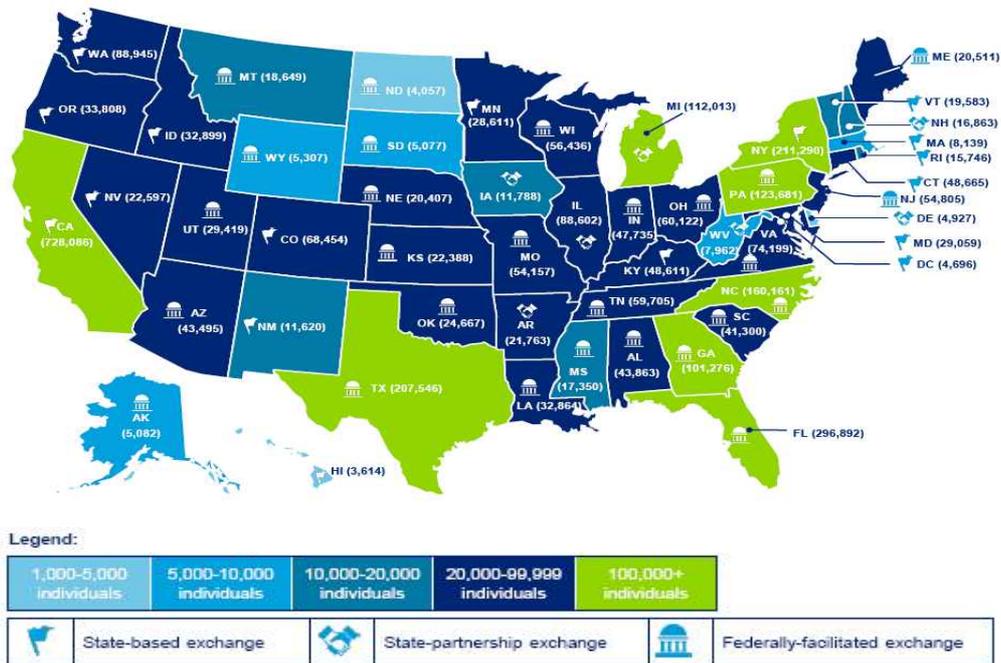


그림 4-2 주별 건강보험거래소(HIX) 보험상품 가입현황(2014년 2월 1일 현재)

자료: Health Insurance Marketplace, HHS, February 12, 2014.

3) 건강보험거래소(HIX)의 개별시장 경쟁 현황

○ 2013년 10월 2일 현재, 요건을 갖춘 건강보험회사들의 건강보험거래소 등록 현황을 근거로 딜로이트(Deloitte)가 분석한 각 주별 건강보험거래소 경쟁현황은 아래 (그림 4-3)과 같음

- 각 주별로 최소 1개의 보험회사만 등록된 경우(New Hampshire주, West Virginia주)에서부터 최대 16개 회사가 경쟁하는 경우(New York주)까지 경쟁 상황이 매우 다양함
- 이 지도에는 주정부가 직접 운영하는 경우(state-based)와 주정부와 파트너십을 맺은 경우(state-partnership), 연방정부의 지원을 받은 경우(federally-facilitated)를 구분하여 표기해놓았음

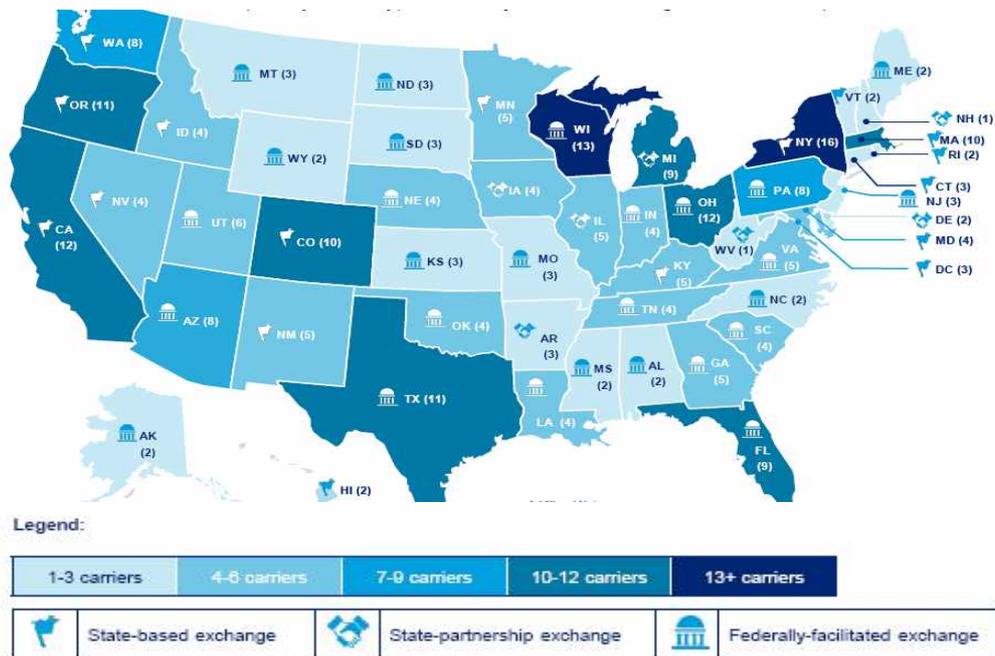


그림 4-3 주별 건강보험거래소(HIX)의 시장경쟁 현황(2013년 10월 2일 현재)

자료 : Deloitte Center for Health Solutions, February 3, 2014.

1.7 의료서비스 산업의 최근 동향

1) 의료서비스 산업의 핵심이슈와 전망⁴⁾

- 의료비 절감과 질 향상을 목표로 하는 개혁법안의 본격적인 시행과 함께 IT 기술의 발전으로 인해 미국 의료서비스 산업에서는 조직의 형태나 의료서비스 전달모형, 플랫폼 등 여러 가지 변화들이 나타나고 있는데, 그 중에서 특징적인 몇 가지를 정리해보면 다음과 같음

2) 의료개혁 이후 의료서비스 분야 관련 조직들의 변화

- 의료개혁법안(Affordable Care Act)에 따른 예산압박과 복잡한 규제변화, 그리고 의료산업 전체에 불어 닥치고 있는 소비자주의(consumerism)의 강화로 인해 새로운 보건의료경제 생태계가 형성되고 있으며, 이는 의료산업분야에 새로운 파트너십과 비즈니스 모델에 전략적인 투자의 형태로 절제된 실험을 요구하고 있음
- 2014년에는 특히 보험자들이 비용관리와 가입자의 높아진 기대를 충족해야 하는 절박한 상황에 놓여 있으며, 건강보험시장에 신규 진입자도 많아질 전망이다
- 이에 따라 많은 보험자들이 비용통제를 위한 일차적인 수단으로서 의료전달체계에 대한 감독을 강화하고 있으며, 자체적으로 의료서비스전달체계를 조직하는 현상이 발견되고 있음
 - 가령, 2013년에 뉴욕주의 가장 큰 보험자 중 하나인 EmblemHealth는 400명의 의료공급자를 회원으로 거느린 뉴욕시 광역지역의 4개 의료그룹으로 구성된 AdvantageCare Physicians라는 의료조직을 설립했음
 - 이 조직에 참여하는 의사들은 일정한 지표를 충족하고 정해진 처치 프로토콜을 따르고 전자건강기록(EHR)에 투자하는 대가로 성과급을 받게 됨
 - 이를 통해 EmblemHealth는 의료공급비용을 줄이는 동시에 고객경험을 주도적으로 관리할 수 있게 되어 가입자 유치에 큰 성과를 거두고 있음
- 한편, 기존의 의료기관이 직접 건강보험회사를 설립하는 경우도 발생하고 있는데,

4) 본 절은 <Top health industry issues of 2014: A new health economy takes shape. PwC Health Research Institute, December 2013>의 내용 중 의료서비스 산업에 관한 부분을 발췌하여 요약하고 일부 보완한 것임.

이는 업계가 과거의 행위별수가 계약에서 사전협약에 의한 포괄수가 지급 형태로 변화하면서 수익감소에 직면한 의료기관으로서는 자연스러운 현상일 수 있음

- 캘리포니아에서 시장점유율이 가장 높은 Kaiser Permanente(보험자/의료공급자 통합조직)와 경쟁하기 위해 2013년에 건강유지기구(HMO) 설립허가를 취득한 캘리포니아 사크라멘토(Sacramento)의 의료공급조직 Sutter Health가 그 대표적인 예라고 할 수 있음.

○ 의료기관이나 보험자뿐만 아니라 소매점 체인도 의료서비스 산업에 뛰어들고 있음.

- Walgreens는 체인점에 건강관련 제품과 서비스 투자를 확대해 건강과 웰니스 서비스 전문 소매업체로서 새롭게 브랜드를 구축하고 있음. 자사가 관리하는 리테일 클리닉(retail clinic, 진료간호사가 간단한 일차진료를 제공하는 소매업의 원)에는 천식이나 당뇨병과 같은 만성질환의 진단과 관리 서비스를 추가했음.

- 또 다른 소매점 체인 CVS Caremark는 최근 사우스캐롤라이나에 있는 28개의 자사 리테일 클리닉에서 Medicaid 환자를 받기 시작했음. CVS Caremark는 미국 전역에 720개의 리테일 클리닉을 운영하고 있으며 2013년에 전년대비 매출액이 18%나 성장한 것으로 보고했음.

3) 직장가입자의 민영 건강보험거래소(HIX) 참여 확대

○ 미국 전역에서 ACA 법안에 따른 주정부 관장 건강보험거래소 설립과 가입자 모집이 한창인 가운데, 민영 건강보험거래소(Health Insurance Exchanges, HIX)가 직장건강보험 시장으로 확대되는 현상이 주목받고 있음.

○ 건강보험거래소 시장이 아직은 초기단계이지만 각종 설문조사 결과에 따르면 민영 건강보험거래소 시장에서 IBM이나 Walgreens, Sears 같은 대형 직장가입자들의 관심을 받으면서 건강보험급여 제공형태에 급격한 변화가 일고 있음. 급증하는 의료비 부담으로부터 벗어나고 싶은 고용주들에게 민영 건강보험거래소가 주목받는 이유는 그것이 예산의 불확실성과 과도한 행정부담을 줄여 일종의 “확정기여형(defined contribution)” 급여로 이행하는 전단계로 인식되고 있기 때문임.

○ 오늘날 1억5천6백만명 이상의 미국인이 직장을 통해 건강보험에 가입되어 있어 해당 시장의 규모가 매우 크고, IT 기술의 발달로 가격비교와 고객서비스지원이 한

층 용이해져서 민영 건강보험거래소가 직원과 퇴직자에게 급여를 제공해야 하는 고용주에게는 건강급여를 제공해야 할 의무를 해결할 수 있는 저렴한 대안으로 떠오르고 있음.

- 민영 건강보험거래소 시장은 보험자와 고용주뿐만 아니라 보험중개업자, 컨설팅업체, 기술업체 등 이들을 연결해줄 다양한 관련업계의 참여기회를 제공하겠지만, 아직은 민영 건강보험거래소 시장이 보건의료비를 정말 감소시킬 수 있을지 아니면 단순히 급여비용명세서의 이동방향을 바꾸는 정도에 그칠지는 미지수임.

4) 가격 투명성 요구의 증가

- 소비자가 가격과 품질을 중심으로 의로서비스를 비교하고 고를 수 있어야 한다는 생각은 보건산업은 오래전부터 있어왔지만 그동안 실현되지 못했는데, 2014년에는 그 양상이 변할 것으로 보임.
- 의료개혁법안에 따라 정부가 비교적 흔한 질환이나 처치에 대해서 병원의 의료비 정보를 공개하도록 요구하고 있고, 근로자에게 저렴한 비용으로 더 많은 가치의 의료를 제공할 목적으로 고액공제보험(high-deductible health plan)을 제공하려는 고용주가 늘고 있음. 또한 의료비에 대한 가계지출이 커지고 비용인식을 제고하기 위한 여러 가지 제도(건강저축계좌 포함)로 인해 직접적인 의료비 부담이 커지면서 의료기관의 가격 인하와 가격 투명성(price transparency)에 대한 소비자들의 요구가 커지고 있음.
- 이러한 가격 정보의 공개는 보험자에게는 비용절감을, 반대로 의료기관에게는 가격인하 압력으로 작용함으로써 수익감소를 초래할 수 있으며, 이것은 실제 CalPERS 보험회사에서 나타난 현상임.
 - 캘리포니아의 CalPERS가 퇴직자를 위한 건강보험급여항목 중 무릎·고관절 대체술 지불상한을 3만불로 책정하자, 대상이 되는 가입자들은 보험네트워크에 소속된 의료공급자들의 가격정보를 찾아보기 시작했고, 환자 유치를 위해 경쟁해야 하는 의료기관들은 수술가격을 인하했음. 결국 CalPERS는 2년 만에 550만달러를 절감할 수 있었고, 수술가격은 26%나 떨어져 약 9천달러 수준으로 인하되었음.

5) 정보기술과 의무기록의 통합에 따른 새로운 의료서비스모델 출현

- 최근 몇 년 동안 소매업과 금융, 부동산 분야에서는 소셜과 모바일과 분석기법, 클라우드 기술 등이 통합돼 유례없이 높은 수준의 고객서비스를 제공하고 있으며, 그러한 서비스에 눈높이가 높아진 소비자들은 의료서비스 산업에도 똑같은 기대와 요구를 가지게 되었음.
- 특히 이러한 추세는 낮은 비용으로 의료를 제공하고 건강관리를 책임져야 하는 의료기관으로 하여금 다른 의료기관과, 그리고 환자와의 상호작용 방식을 근본적으로 변화시켜 새로운 의료서비스모델을 개발하도록 자극하고 있음.
 - 건강보험회사 Aetna는 자사의 모바일 앱 iTriage를 회원관리시스템과 연결시켜 회원들이 네트워크에 속한 의사를 검색해 찾을 수 있도록 했음.
 - 의료공급조직 Partners Healthcare는 통합보건의료센터(Center for Connected Healthcare)를 설치해 홈모니터링 시스템(home monitoring system)을 자사의 전자건강기록(EHR) 시스템에 통합시켰으며, 조만간 의사결정지원 및 분석 기법 도구와도 연결시킬 예정임.
 - 한편, 몇몇 보험자들은 의료비를 절감하기 위해 전통적인 방식에서 탈피하고 있음. 일부 보험회사는 스마트폰 앱 처방으로 만성질환을 관리하는 의료행위에 대해 지불보상을 하는 방식을 고려중인 것으로 알려져 있음.
 - WellDoc이라는 회사가 BlueStar라는 이름의 당뇨관리를 위한 스마트폰 앱(app)을 개발했는데, 전통적인 약물치료를 받은 대조군에 비해 당뇨관리 앱을 사용한 환자군에서 혈당수치가 더 낮게 유지되었다는 임상시험 결과 자료를 FDA에 제출해 최근 의료기기 허가를 받았음. 참고로 이 앱의 가격은 오리지널 당뇨약에 비해 1/3~1/2에 불과함.

6) 원격의료의 확대 및 의료인력의 IT 활용능력 제고의 필요성 증가

- ACA 법안의 시행이 본격화되면서 수백만 명의 신규 소비자들의 제도권 편입과, 질 성과에 기반한 지불보상제도의 성장, 소비자 의식 향상으로 인해 미국의 보건의료체계는 일대 변혁을 경험하고 있음.
 - 법안 시행 후 9년 간에 걸쳐 최대 2천5백만 명의 신규 보험가입환자들의 제도권

유입과 인구노령화는 의료전문직의 서비스 제공방식에 변화가 없다면 향후 보건의료인력의 부족현상을 더욱 심화시킬 것임.

- 이에 보건의료조직들은 진료제공방식을 새롭게 정의하기 위해 여러 가지 테크놀로지를 도입하고 있으며, 이러한 환경변화에 따라 전통적인 임상적 역할을 넘어 보다 편리하고 소비자에 초점을 맞춘 기술에 대한 보건의료인력의 새로운 역량 강화가 중요한 과제로 대두되고 있음.
- 앞서가는 의료조직들은 다른 산업에서 성공적으로 활용하고 있는 소셜, 모바일, 애널리틱(analytics) 기술들을 성공적으로 통합하여 기존의 의료인력의 기능을 확대하고 보완해나가고 있음.
 - Johns Hopkins HealthCare는 소매업 분야에서 개발된 고객관계관리(CRM) 소프트웨어를 활용해 의료서비스 이용자와의 커뮤니케이션을 강화하고 환자 스스로 자신의 건강관리에 주도적으로 참여하도록 유도함으로써 전체 고객군의 건강수준을 향상시키고 있음.
 - 모바일과 원격진료와 같은 온라인 테크놀로지를 활용해 서비스 지역을 확장해 실시간 검사를 제공하고 지리적 위치에 상관없이 환자와 커뮤니케이션하는 의료조직도 늘고 있음. 가령, 미네소타에 위치한 의료조직 Health Partners는 알고리즘을 활용하는 “Virtuwell” 기술을 개발해 40개가 넘는 종류의 질환에 대해 진단과 맞춤형 치료계획을 40달러의 비용에 온라인으로 제공하고 있음.
 - 의료조직은 의료인력의 기능 확대, 비용절감, 질 향상을 위해 데이터 분석기법에도 투자를 늘리고 있음. 버지니아주 리치몬드에 있는 Bon Secours St. Mary’s Hospital은 예측분석모형을 활용해 환자의 병원재입원 가능성을 예측하고 고위험군을 집중적으로 관리하고 있음.
 - 이러한 전략을 잘 구사하기 위해서는 정보기술과 온라인 커뮤니케이션에 능숙한 의료인력이 반드시 필요함.

7) Medicaid Managed Long-Term Care의 확산

- 10년 전에는 Medicaid에서 managed long-term care 프로그램이 도입된 경우는 8개 주에 불과하였으나, 2013년에는 인구고령화에 따른 주 정부의 비용부담의 증가

로 인해 26개 주로 늘어났음. Managed long-term care의 확산은 새로운 고객이 늘어난다는 점에서 보험자와 의료공급자에게는 기회이지만, 그렇다고 위험요소가 없는 것은 아님.

- 85세 이상의 미국 고령인구는 2050년에 이르러 지금의 3배로 늘어나 거의 1천8백만 명에 달할 것으로 전망됨. 미국의 고령화가 진행될수록 결코 비용이 만만치 않을 복잡한 장기요양서비스에 대한 수요 또한 급증하게 될 것임.
- PwC Health Research Institute가 수행한 2013년 소비자 설문조사 결과에 따르면, 전체 응답자의 25%만이 장기요양서비스 비용할 돈이 충분히 마련되어 있다고 답한 반면, 대다수는 장기요양서비스를 구매할 경험이 없거나 그럴 계획이 없다고 답했음. 결과적으로 현재 대략 4백만 명이 장기요양서비스 수요를 해결하기 위해 Medicaid에 의존하고 있으며, 이로 인해 연간 1,300억달러 이상의 Medicaid 비용이 장기요양서비스에 지출되고 있는 상황임. 이러한 비용의 상당부분은 Medicare와 Medicaid 이중수급자에게 지출되고 있으며, 이들에게 지급되는 장기요양서비스 비용이 Medicaid 지출의 65%를 차지하고 있음.
- 이러한 이유로 Medicaid 운영의 책임을 지고 있는 각 주 정부는 비용절감을 위해 managed care에 관심을 가지고 있는 상황임.
 - 그러나 기관입소를 중심으로 하는 장기요양서비스는 비용을 통제하는 데 한계가 있는 상황이므로, 정부는 지역사회 기반의 장기요양서비스에 주목하고 있음.
 - 너싱홈(nursing home)의 반독립적(semi-private) 병실 하나에 들어가는 연간 비용 중위수는 75,405달러인 반면, 가정 혹은 지역사회 기반 서비스는 가정요양보호사(home health aide)를 이용할 경우에 시간당 비용이 19달러가 들며, 성인주간보호센터(adult day center)를 이용할 경우 일당 65달러가 소요됨.
 - 장기요양서비스의 제공방식에 따른 비용의 차이를 감안한다면 당연히 가정이나 지역사회 중심의 장기요양서비스를 적극 활용하는 방향으로 정책 방향이 가닥을 잡을 것으로 전망됨.

8) Managed Care 2.0⁵⁾ 시대의 의료서비스 산업

- Affordable Care Act(ACA)는 미국의 보건의료에 새로운 시대를 여는 무대가 되고 있음. ACA 법안의 조항들은 책임의료기관(Accountable care organization, ACO)과 같은 의료전달체계의 개혁을 통해 더 적은 비용으로 더 나은 의료를 제공할 경우 재정적 인센티브를 부여하도록 규정하고 있으며, 이러한 보건의료 재정지출과 공급방식의 진화를 “Managed Care 2.0”이라고 부를 수 있음.
- 일각에서는 ACA 법안에 의한 개혁이 오히려 1990년대 Managed Care 시절로 의료서비스산업을 후퇴시키는 결과, 즉 이른바 “Managed Care 1.0”로의 회귀를 초래할 것이라는 냉소적인 비판도 있음.
 - 즉, ACA 법안이 불필요한 비용을 없애고 진정으로 더 나은 결과를 만들어내는 진료의 재설계와 같은 정책효과의 실현이 기대되기보다는, 전문의료 이용의 엄격한 제한(소위 ‘문지기역할’을 의미함, gate-keeping), 환자의 선택권 제한, 광범위한 서비스 거부로 대표되는 “Managed Care 1.0” 시대로의 회귀를 초래할 것이라고 우려하는 것임.
- 그러나 ACA 법안을 옹호하는 측의 주장에 따르면, ACA 법안의 목표가 보건의료 전달의 통합과 조정이라는 점에서 1990년대의 건강유지기구(HMO)들의 목표와 같지만 여러 측면에서 과거에 실패한 “Managed Care 1.0”과는 다르고, 성공가능성도 지금이 훨씬 크다고 주장함.

9) 책임의료: Managed Care 2.0의 토대

- 보건의료전달체계의 문제점을 해결하기 위한 방안으로 일부 민간보험회사들의 지지를 받고 있는 ACA법안의 핵심사항은 책임의료기관(ACO)이라고 하는 새로운 형태의 의료공급조직을 도입하는 것임.
 - 기존의 의료공급자들이 ACO를 구성하기 위해서는 통상적으로 일련의 환자집단에 대한 의료책임을 받아들여야 함. ACO의 목표는 환자진료의 조정과 서비스 중복의 제거, 궁극적으로 응급실 이용과 병원 입원과 같은 고비용 서비스의 필요

5) 본 절은 <Managed Care 2.0: everything old is new again? Considering the evolution. Health Care Industry Post, Ernst & Young LLP., 2013>의 내용을 요약하고 일부 보완한 것임.

성을 감소시킬 예방적 노력을 장려하는 데 있음.

- 비용을 절감하고, 책임지고 있는 환자에 대한 의료의 질 목표를 달성하는 ACO에 대하여 Medicare와 기타 제도에 참여하는 민간보험회사들이 재정적 보상을 제공하는 대신, 예측한 것보다 비용지출이 많아지면 ACO가 재정적 손실을 입게 되는 것임.
- Medicare의 핵심 ACO사업이라고 할 수 있는 Medicare Shared Savings Program은 2010년에 제정된 ACA법안에 근거해 2012년에 도입되었는데, 책임지고 있는 Medicare 환자 집단에 대해 비용을 절감하고 의료의 질을 향상시킨 병원과 의료그룹에게 재정적 인센티브를 부여하도록 규정하고 있음.
 - 미국 메디케어 및 메디케이드 서비스센터(CMS)에 따르면, 이 프로그램을 통해 향후 4년간 최대 10억 달러의 Medicare 재정절감이 기대된다고 함.
 - 2013년 3월 현재, CMS는 250개소 이상의 Medicare ACO를 조직하고 자격인증을 마쳤으며, 이들 ACO는 전체 Medicare 환자인구의 약 8%에 해당하는 4백만 명의 수급자에게 의료를 제공하고 있음.
- Medicare 프로그램과 함께 많은 민간보험회사들도 ACO와 유사한 형태의 지불모형을 개발해 의료공급자들과 협약을 맺고 있음.
 - 그동안 “가치-기반(value-based)” 상환모형은 일정한 질 지표 요건을 충족하는데 따른 보상으로 비교적 작은 규모의 인센티브를 제공하는 것에 그쳤지만, 이제는 160개 이상의 ACO가 출현해서 재정적 목표와 질 목표에 기초하여 상당한 규모의 위험을 공유하고 있음.
- Managed Care 구조에 대한 관심이 되살아나는 가운데 의료서비스 산업에서는 과거에 실패한 경험으로부터 배운 교훈을 되새기고 있음. 주로 의료에 대한 비용 지불방식, 비용의 관리에 초점을 두었던 1990년대식의 Managed Care와는 달리, 책임의료모델은 의료전달방식과 가치극대화방안에 초점을 두고 있으며, 비용절감에만 집중하기보다는 질 지표와 인구집단의 건강관리, 환자의 심층적 참여를 강조함(표 4-8).

표 4-8 Managed Care 1.0과 Managed Care 2.0의 주요 차이점 비교

구분	Managed Care 1.0 (1990년대)	Managed Care 2.0 (2010년대)
실행주체	보험자가 주도	책임의료전달그룹(CMS, 병원시스템, 의사집단, 보험자 등 개별 또는 합작 파트너십 포함)이 주도
비용통제	의료이용에 대한 집중, 전문의에 대한 접근성 제한, 병원 입원일수 제한 등을 통한 비용절감에 초점을 맞춤	의료의 향상, 진료의 중복과 낭비의 감소를 통한 비용절감에 초점을 맞춤
위험공유	종종 포괄적 인두제 계약을 통해 보험자에게서 공급자로 위험 전가	의사 및 병원과의 협력을 통해 보험자가 위험 관리
의료관리	보험자 주도의 질병관리 관행과 의료의 단절	건전한 가이드라인, 근거기반 의사결정과 진료표준, 프로토콜을 통해 의료의 연속성과 진료조정 추구
의료의 질	양질의 의료 평가 및 제공에 대한 인센티브 부재	성과보상과 연동되는 지표를 통해 질을 평가하고, 공급자가 특정 질 지표의 성취에 책임을 짐
정보기술	환자결과와 서비스이용, 의사와 등에 대한 정보의 제한	임상적 의사결정 지원과 임상경로 채택 및 품질 보고를 위한 전자건강기록(EHR)의 사용 증가; 예측모델링과 집단건강관리에 정보기술 활용
환자참여	환자참여의 제한; 온정적 접근방식(paternalistic approach)	환자중심 메디컬홈(PCMH)의 발전; 근거중심 의사결정에 환자의 적극적인 참여

자료: EY analysis, 2013.

10) Managed Care 2.0의 특징

- 보건의료개혁이 진행되면서 더 낮은 비용으로 더 나은 의료를 제공하는 것은 단순히 “따라야 할 목표”라기보다는 경쟁시장에서 우위를 차지하기 위한 대명제로 자리잡아가고 있음.
- Managed Care 2.0 시대에는 공급자들이 협력하여 개별 환자와 인구집단(가입자군)을 관리하는 한편으로 가장 비용-효과적이고 의학적으로 적절한 의료를 제공함으로써 모든 측면의 임상적, 재정적 리스크를 제대로 관리해야만 의료서비스 산업에서 우위를 차지할 수 있음.

- 1990년대식 Managed Care에 비해 Managed Care 2.0의 구조적 차이점을 정리하면 다음과 같음.

가. 리더십(실행주체)

- Managed Care 1.0 시대에는 보험자가 환자진료를 관장하고 때로는 제한하는 표준을 설정해 비용관리와 의료전달의 규칙을 지배했음.
 - 의사들은 수많은 검사와 의학적 처치를 하기 위해 사전승인(pre-authorization)을 받아야 했고, 결과적으로 이는 환자에게 필요한 서비스를 제공하지 못하게 하는 보험회사들을 비난하는 구실이 되었음.
- Managed Care 2.0 시대에는 의사리더들이 지배권을 갖고 적절한 의료의 기준을 제시함. ACO 규정에는 ACO를 관장하는 조직관리기구의 구성원 중 적어도 75%는 참여하는 의료공급자를 반드시 포함하도록 하고 있음.
- 근거와 프로토콜에 기반한 의료를 제공하기 위해 건전한 가이드라인뿐만 아니라 환자의 의료이용과 의사의 성과에 관한 데이터를 활용함으로써 의사들은 책임의료(accountable care)를 주도할 수 있는 충분한 수단을 보유하게 되었으며, 실제로 의료제공에 대해 더 많은 통제권을 가지게 된 의사들이 ACO 형태의 의료제공계약을 추구하는 경우가 늘고 있음.
 - 최근 Medscape에서 수행한 연구에 따르면 2013년 현재 의사들은 4명 중에 한 명 꼴(24%)로 현재 ACO이거나 1년 이내에 ACO가 될 의료조직에 종사하고 있는 것으로 조사되었으며 이 수치는 전년도에 비해 16%가 증가하였음.

나. 비용통제기전

- Managed Care가 확산되었던 1990년대에는 보험자들이 비용을 통제하는 데 혈안이 되어 있었고 통계수치를 보면 그러한 노력이 성공을 거두었다는 것을 보여주고 있음. 즉 Managed Care 1.0의 전성기였던 1994년과 1998년 사이에 국민의료비 증가율은 연평균 5.5% 수준에 머물러 있었음.
- 그러나 그러한 Managed Care의 성과는 통합적인 의료를 제공한 덕분이 아니라 병원의 병상수를 줄이고 의료수가를 점진적으로 인하한 데 따른 것이라는 지적이 많

음. 당시 가장 중요한 전략은 진정으로 관리된 양질의 의료 서비스를 제공하기보다는 비용 지급을 줄이는 것이었음.

- 보험자와 의료공급자에게 있어 비용을 통제하는 핵심은 중증환자그룹을 파악해서 관리하는 것으로, 이들에 대한 의료비 지출이 가장 빠르게 증가하고 있기 때문임.
 - 미국 전체 인구의 45%에 해당하는 1억3천3백만 명이 적어도 한 개 이상의 만성 질환을 가지고 있으며, 이에 대한 의료비는 전체 국민의료비의 75% 이상을 차지하고 있음.
 - Managed Care 2.0 시대에 비용통제의 초점은 만성질환자들의 입원과 응급실 이용을 줄이기 위해 이들에게 적절한 외래서비스를 제공하는 것으로, 고위험군을 조기에 파악하여 적극적인 사례관리를 실시함으로써 환자관리를 개선하고 불필요한 의료비 지출을 줄이는 것임.
- (그림 4-4)는 미국의 의료개혁 논의가 활발해진 2008년부터 국민의료비 증가 추세가 둔화되고 있음을 보여주는데, 이는 의료개혁법안(ACA)이 비용을 통제하는 작용을 하고 있음을 시사함.
 - 2010년에 국민의료비 증가율은 전년대비 3.9% 증가하는 데 그쳐 지난 50년 동안의 기간 중에서 3년 연속으로 최저치를 기록했고, 10년 만에 처음으로 국민의료비 증가율이 다른 모든 분야의 증가율을 밑돌았음.

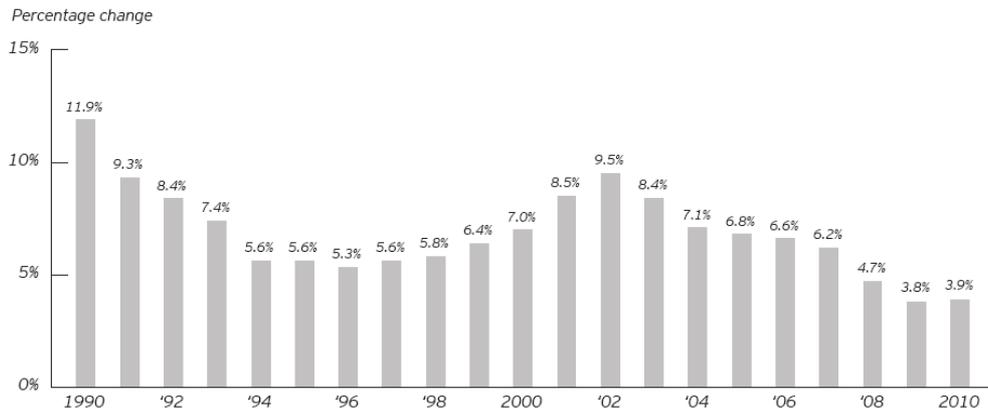


그림 4-4 미국의 국민의료비 증가율 추이(1990-2010)

자료 : CMS, Office of the Actuary data, January 9, 2012.

다. 위험공유방식

- 1990년대에 건강유지기구(HMO)의 증가와 인두제(capitated payment) 지불방식의 확대에 대응하여 미국에서 유행했던 위험공유전략은 의사와 병원 간에 제휴를 맺는, 이른바 의사-병원 조직(physician-hospital organization, PHO)이었음.
 - PHO는 기본적으로 인두제 환경 하에서 의료서비스의 과다이용을 통제하기 위해 팀을 이루는, 이른바 ‘관리의료 공동계약(joint managed care contracting)’의 일환이었음.
 - 의사의 인력수급을 안정시키고 수익 공유 방법을 단순화하기 위해 개별 개원의나 개원의집단으로부터 외래진료(physician practices)를 구매하는 공격적인 전략을 펼치는 병원도 나타났음.
- 그러나 1990년대의 병원과 의사 간 제휴는 몇 가지 치명적인 결함을 가지고 있었음.
 - 개원의그룹으로부터 외래진료를 선점하기 위한 병원 간 경쟁이 치열해지는 한편, 인력관리 측면에서 의사와 기타 병원인력 간의 차이를 인식하지 못했고, 고소득의 단과 개원 전문의의 경우 PHO에 참여할 유인이 없었음.
 - 병원은 성과와 상관없이 참여하는 의사들에게 일정한 소득을 보장해야 했고, 이로 인해 비용은 증가하는 한편 생산성은 향상되지 않는 결과가 초래되었음.
 - 권한구조에 있어서도 병원이 전면에 나서고 협약을 맺은 개원의들은 찬밥 신세가 되면서 개원의들의 참여율이 점차 낮아지게 되었음.
 - 게다가 PHO 제휴의 목표는 Managed care 보험회사로부터 좋은 의료수가를 받는 것이었지만 보험회사는 오히려 병원이나 외래진료의사들과 개별적으로 협상하는 것을 선호했기 때문에 결국 PHO는 사양길을 걷게 되었음.
- 그러나 이제 ACA 개혁법안에 따라 병원과 개원의들의 협약이 새로운 양상을 띠고 있음.
 - 개혁법안의 핵심인 책임의료기관(ACO)과 메디컬홈(Patient-centered medical home, PCMH)의 구성, 가치기반 구매(Value-based purchasing, VBP), 예방 가능한 재입원에 대한 관리 등에 관한 조항으로 인해 환자진료의 질과 효율성을 향상시켜야 하는 새로운 수준의 임상통합이 요구되고 있기 때문임.
 - 보험회사와 의료제공자 모두 의료비절감액 공유 인센티브 프로그램(shared-savings

incentive program)과 행위별수가제의 대안으로 떠오르는 다양한 위험연동 지불 제도(risk-payment models)에 관심을 가지고 있고, 의료의 임상적 책임과 재정적 위험을 동일한 주체가 관리해야 한다는 점에서 과거와 다르다고 할 수 있음.

라. 의료관리기전

- 1990년대에는 보통 하나의 병원이나 의원을 중심으로 단일한 질환 또는 처치 수준에서 의료관리를 하는 것에 초점을 맞추었음. 말로만 통합진료(integrated care)를 내세웠지 병원과 개원의 간의 협력이 강제되거나 진료가 분절적으로 이루어지는 경우가 많았음.
- Managed Care 2.0에서는 환자가 적절한 시설에서 필요로 하는 서비스를 받을 수 있도록 진료관리의 연속성을 보장하기 위해 포괄적인 접근이 이루어짐.
 - 이를 위해 협약이나 인수합병을 통해 입원시설과 외래진료, 홈케어(home care) 등을 아우르는 서비스의 네트워크나 지리적 네트워크가 구축되고 있음.
 - 케어플랜(care plan), 임상경로, 환자등록관리 등은 의료공급자가 적합한 수준의 의료서비스를 선택할 수 있게 하고 목표로 정한 품질과 비용 수준을 달성할 수 있도록 하는 핵심수단이 되고 있음.
- 이제 보험자와 의료공급자는 효과적인 가입자군 건강관리(population health management, PHM) 프로그램을 만들고 효율적인 의료관리 인프라를 구축하기 위해 협력하고 있음.
 - 본래 보험자는 가입자에 대한 유용한 데이터를 수집하고 분석하는 데 투자를 해왔고, 의료공급자는 풍부한 임상데이터와 분석능력을 갖추고 있음
 - 보험자의 요양급여비용 청구데이터와 자료 분석역량이 의료기관의 실시간 정보 및 고객 관계 관리 역량과 접목되면 보다 유용한 정보의 생산과 맞춤형 환자관리가 가능해질 것으로 기대됨.
- 건강보험거래소(HIX)의 도입과 2천5백만 명의 환자가 신규로 보험적용대상이 됨에 따라 효과적인 의료관리의 필요성은 더욱 커지고 있음.
 - 2013년 10월 1일부터 건강보험거래소에 보험상품의 신규 등록과 가입자 모집이 시작되었음.

- HIX 도입 초기에는 보험자가 가입자의 자격관리나 우수한 고객경험가치의 제공 등 보험운영 측면에서 주도권을 잡겠지만, 양질의 의료 제공과 효과적인 의료관리의 책임은 결국 의료기관이 져야 하므로, 전통적으로 상반된 이해관계를 가졌던 보험자와 의료기관이 공동의 이해를 위해 상호 협력할 수 있게 됨.

마. 의료의 질

- Managed Care 1.0 시대의 초점은 비용을 측정하는 것이었음.
 - 대부분의 임상기록이 종이로 되어 있었고 질 관리 과정(quality process)과 환자의 결과(patient outcome)가 즉각적으로 측정되지 못했기 때문에 성과급과 보상은 의료의 질이 아니라 비용만을 기준으로 했음.
 - 개별 보험자가 협약을 맺은 의사에 대한 지불수가를 결정하는 방식이 서로 달라서 진료계약이 복잡했고, 진료 거부나 전문의료 이용 제한, 입원일수 제한 등과 같은 당시의 제도를 통해 알 수 있듯이 의료의 질도 낮았음.
- 한편, Managed Care 1.0 시대에는 질 향상 수준의 측정은 반드시 따라야 할 원칙이 되었음.
 - 품질과 비용을 연동시킨 책임지불보상구조(accountability payment structure)와 함께 삼중목표(Triple Aim)⁶⁾를 통한 질 향상 목표의 달성과 의료제공방식에 의미 있는 변화를 장려하기 위해 ACO 제도가 마련되었다고 볼 수 있음.
 - 의료비뿐만 아니라 질 관리 과정, 환자의 결과에 대한 측정이 필수가 되었음. 품질 지향적 활동을 했는지를 입증할 자료가 전자건강기록(electronic health record)에 포함되고, 질 지표가 지불상환공식에 포함됨.
 - 의료공급자는 환자들의 건강을 향상시키고 의료이용을 줄이도록 만드는 양질의 의료 제공함으로써 재정적인 보상을 받게 됨.
- 가령, CMS(메디케어 및 메디케이드 서비스 센터)에서 시범적으로 추진하고 있는 Medicare Shared Savings Program에서는 33개의 질 지표에 따라 참여하는 ACO가 의료비절감액 공유 성과급을 받을 자격이 있는지를 결정하고 이에 따라 지불상환금액을 정하도록 하고 있음.

6) 삼중목표(Triple Aim)는 개별 환자에 대한 더 나은 진료, 인구집단(가입자군)에 대한 더 나은 건강관리, 제공하는 의료전반에 대한 비용 절감을 의미함.

- 질 지표는 크게 다음과 같은 4개의 영역으로 구성되어 있음.
 - 환자/간병인의 경험(Patient/caregiver experience)
 - 진료조정과 환자안전(Care coordination and patient safety)
 - 예방보건서비스(Preventive Health)
 - 위험군 관리(At-risk population)
- CMS 내에 신설된 메디케어&메디케이드 혁신센터(Center for Medicare & Medicaid Innovation)가 주관하는 Pioneer ACO Program에 따라 32개의 의료기관으로 구성된 ACO 1개가 최근 1차년도 사업을 완료했는데, 그룹에 소속된 모든 의료기관이 질 지표 보고를 했고, 그에 따라 CMS가 참여한 의료기관에 성과급을 지급했음. 분석결과, 전반적으로 참여한 의료기관들의 질 지표는 행위별 수가제로 요양급여비용을 지급받은 다른 Medicare 요양기관에 비해 우수한 것으로 나타났음.
- Managed Care 2.0은 의료수가를 질 수준에 연동하는 것과 함께, 의료기관으로 하여금 질 평가 지표와 의료비를 공표하도록 하고 있음.
 - CMS의 병원 비교 사이트(CMS Hospital Compare)⁷⁾와 같은 정보공개는 소비자가 병원들이 자발적으로 공개하는 일련의 데이터를 기초로 지역의 병원들을 비교할 수 있게 도와줌.
 - 환자들은 이와 같은 비교수단을 활용해 양질의 의료에 대한 정보를 통해 더 나은 의사결정을 할 수 있고, 의료기관은 자신의 성과를 다른 기관과 비교할 수 있음.

바. 정보기술(IT)의 활용

- 1990년대 당시에는 정보기술 인프라가 취약해서 적정진료를 유도하고 의료전달체계의 성과를 관리할 수 없었음.
- 관리의료조직(Managed care plan)은 임상결과와 의료이용, 전체의료비 등에 대한 일관된 데이터를 확보할 수 없었으며, 병·의원과 그러한 데이터를 체계적으로 공유하지도 않았음.

7) www.hospitalcompare.hhs.gov/ (우리나라의 건강보험심사평가원이 홈페이지에 공개하고 있는 “병원 평가정보”와 유사함)

- 물론 자료의 투명성이나 의사결정에 활용하는 데 대한 적합성, 즉각적인 접근성 등의 측면에서도 미흡한 수준이었음.
- 따라서 의사들은 진료과정에서 근거중심의 의사결정을 할 수가 없었음.
- 오늘날의 보건의료정보기술은 1990년대와 근본적으로 달라졌음.
 - Managed Care 2.0 시대에는 정보의 수집과 가공 능력이 급속하게 발전하고 있어, 보험자와 의료기관이 비용에만 초점을 맞추는 근시안적 관점에서 벗어나 의료의 제공방식과 환자중심의 건강관리전략을 포괄하는 시스템적 관점을 가지게 됨.
 - 전자건강기록(EHR)은 효율성을 높이고 환자와 의사의 관계를 강화시킴으로써 의료혁신을 이루게 할 수단으로서 주목받고 있음. 최근의 조사결과에 의하면, 의료인의 40%가 전자건강기록을 활용하고 있는 것으로 나타났으며, 이는 2009년에 비해 12%나 증가한 수치임. 위협에 근거한 지불보상제도 하에서 진료를 해야 하는 병원과 의사들에게 인증받은 EHR 기술의 활용은 적절한 보상을 위한 전제 조건이 되고 있음.
 - 전자건강기록 외에도 우수한 비즈니스 분석기법과 데이터 관리능력을 통해 인구 집단의 분석과 여러 수준에서 제공되는 의료활동의 분석, 미충족 의료영역의 확인, 적절한 의료적 개입의 적용, 결과의 추적, 리스크의 측정과 관리 등이 가능해졌음.
 - 데이터는 의사가 올바른 시기에 올바른 단계의 진료를 제공하는 등의 구조화된 의사결정을 할 수 있도록 촉진함. 의료진은 임상정보를 필요할 때 즉각적으로 활용할 수 있고, 보험자는 보다 정확하게 환자의 서비스 이용 양상과 의사의 성과를 추적할 수 있음. 이러한 테크놀로지에 힘입어 행위별수가제로부터 가치 중심의 지불보상체계로의 이행이 가능해짐.

사. 환자의 적극적인 참여

- Managed Care 1.0 시대에 환자는 시스템에 참여하는 대상이기보다는 그저 시스템(고용주와 보험회사)으로부터 영향을 받는 존재에 불과하였으며, 사실 보험급여는 환자의 선택권을 제한하거나 일차의료의 이용을 강제하고 공급자 네트워크 내에서만 의료를 이용할 수 있게 했기 때문에 환자의 적극적인 참여가 불가능했음.

- 그러나 새롭게 확산되고 있는 가치 중심의 지불보상체계 하에서는 재정적 책임 이행을 위해 과거에 비해 유례없이 높은 수준의 환자 참여, 그리고 환자의 이익을 위한 의사와 환자의 협력이 요구되고 있음. 결국 책임의료(Accountable care)는 협진(collaborative care)을 의미한다고 할 수 있으며, 협진의 결과로서 환자는 더 많은 정보를 갖고서 자신의 의료이용 과정에 깊이 관여하도록 동기부여됨.

1.8 결론

- 그동안 공공과 민간의 복잡한 분절적 체제로 발전해온 미국의 보건의료체계는 인구고령화와 급증하는 의료비 부담으로 인해 국가경제가 위협받는 상황에 직면하였고, 이러한 국가적 위기 상황 속에서 집권한 오바마 행정부는 2010년 술한 반대와 저항을 뚫고 소위 오바마케어(Obamacare)로 불리는 보건의료개혁법안(Patient Protection and Affordable Care Act, 가칭 ACA)을 제정하였음.
- 건강보험 적용인구 및 급여범위 확대, 의료전달체계의 성과 향상, 비용 통제를 위한 조항들이 포함된 ACA 법안은 2010년부터 2018년까지 총 9년에 걸쳐 의료서비스 산업과 건강보험산업, 의약품과 의료기기산업 등 보건의료산업 전반을 아우르는 포괄적 개혁의 성격을 띠고 있어 미국의 보건의료체계와 의료시장의 급격한 변화는 불가피할 전망이다.
- 이미 시행에 들어간 2010년부터 2013년까지의 ACA 세부 조항들 중에서 의료서비스 산업에 상당한 영향을 줄 수 있는 것들은 연도별로 요약하면 다음과 같음.
 - 2010년에 시행된 주요 조항
 - 민간보험회사의 비합리적인 건강보험료 인상조치에 대한 주 정부의 심사절차 마련 및 소요비용 지원
 - 병원의 입원 및 외래 진료, 장기요양병원, 입원재활시설, 정신병원 및 정신과 시설 등에 대한 Medicare 의료행위수가(연간비용환산지수, annual market basket) 하향 조정 및 생산성 연동
 - 2010-2014년에 걸쳐 예방 및 공중보건기금 50억달러 조성 및 이후 매년 20억 달러를 예산에 반영
 - Medicare 및 Medicaid 이중수급자에 대한 의료관리방안 마련

- 비영리병원의 지역사회 필요 사정(community needs assessment) 의무화
 - 무자녀 성인에 대한 Medicaid 급여 적용
 - 기존 병력을 가진 보험 미가입자에 대한 임시보험인 Pre-existing Condition Insurance Plan(PICP) 적용
 - 만26세까지의 성인자녀에게 건강보험 피부양자 자격 확대
 - 신규보험에 예방급여 포함 의무화
 - Medicaid의 지역사회 기반 서비스 제공 확대
- 2011년에 시행된 주요 조항
- 보험회사의 최소 의료손실율(MLRO 준수 의무화
 - Medicare 일차의료 가산수가 도입
 - 예방서비스에 대한 Medicare 급여 확대
 - Medicare Advantage 보험수가 개편
 - Medicaid Health Homes 선택옵션 도입
 - Medicaid 만성질환 예방 프로그램
 - 전공의 수련 보건소(Teaching Health Center) 설립
 - 건강보험거래소(HIXs) 도입 지원
 - 병원감염 발생 시 Medicaid 연방예산 지원 삭감
 - Medicaid 장기요양서비스에 대한 연방정부의 차등지원
- 2012년에 시행된 주요 조항
- Medicare에 책임의료조직(ACO) 시범사업 도입
 - Medicare Independence at Home (일종의 재가 일차의료) 시범사업 실시
 - Medicare Value-Based Purchasing 프로그램 도입
 - 병원 재입원에 대한 Medicare 수가 삭감
- 2013년에 시행된 주요 조항
- Medicare 통합수가 시범사업 실시
 - Medicaid 예방서비스에 대한 연방 매칭펀드 1% 포인트 증액지원
 - Medicaid 일차의료서비스 수가 인상
 - Medicare 및 Medicaid에 적용받는 빈곤층 환자 과다 병원(DSH)에 대한 재정 지원

- 이와 같은 의료개혁법안의 시행과 의료환경의 변화로 인해 미국의 의료서비스 산업에서 나타나고 있는 최근의 핵심이슈를 요약하면 다음과 같음.
 - 개혁법안의 시행에 따른 규제변화와 예산압박, 소비자 주권주의 확대 등이 정보통신기술의 발전과 맞물리면서 보건의료산업에 새로운 형태의 비즈니스 모델이 나타나고 있는데, 보험자가 의료공급조직을 설립하거나 기존의 의료기관이 직접 건강보험회사를 설립하는 경우, 의료기관이나 보험자뿐만 아니라 소매점 체인도 기존의 리테일 클리닉(retail clinic)의 의료서비스를 더욱 강화하고 있음.
 - 근로자에게 건강보험급여를 제공해야 하는 고용주에게 의료비의 급증은 점차 해결하기 어려운 과제가 되고 있는 가운데, 대형 기업을 중심으로 민영 건강보험거래소(private HIX) 옵션을 활용해 직장건강보험을 제공하려는 움직임이 확대되고 있음.
 - 의료비의 증가에 대응하기 위해 소비자가 가격과 품질을 중심으로 서비스를 비교하고 비용효과적인 의료를 선택하려는 경향이 증가함에 따라 보험료나 진료비 가격 정보 공개 요구가 커지고 있음. 특히 의료개혁법안에서 의료기관의 가격 정보 공개가 의무화됨에 따라 건강보험 가입자들과 의료이용자들의 가치기반구매(value-based purchasing) 행태가 더욱 강화되고 있음. 이러한 경향은 장기적으로 미국의 의료비 증가추세를 둔화시키고 의료의 질을 향상시키는 데 기여할 것으로 보임.
 - 소셜, 모바일, 애널리틱스, 클라우드 기술 등 IT기술이 보험자의 가입자 관리 시스템이나 의료기관의 의무기록, 고객관리시스템과 통합되면서 이용자의 편의증진은 물론 환자와의 소통방식이나 의료제공방식에도 변화가 나타나고 있음.
 - 원격의료기술의 확대로 의료인력의 IT 활용능력 향상이 중요한 과제로 대두되고 있음. 정보통신기술을 활용해 기존의 부족한 의료인력의 기능을 확장하고 고객에 필요에 따라 맞춤형 서비스를 제공함으로써 고객서비스 가치를 향상시키기 위해서는 정보기술과 온라인 커뮤니케이션에 능숙한 의료인력이 요구됨.
- GDP 대비 17.7%(2011년)나 되는 높은 수준의 국민의료비 지출과 함께 낮은 접근성과 의료의 질적 저하, 의료서비스의 낭비 문제를 해결하기 위해 미국에서는 의료개혁법안(ACA)의 시행을 추진 중에 있는데, 특히 진료의 연속성을 제공하고 질

평가 및 성과연동형 보상제도(Pay for performance)를 통해 보험자와 의료기관이 재정적 위험을 공유하려는 전략이 자리를 잡아가고 있음.

- 노인과 장애인을 위한 Medicare, 저소득층을 위한 Medicaid 등 정부 건강보장 프로그램은 물론 민간보험회사에도 1990년대에 유행했던 것과 유사한 Managed Care에 주목하고 있는데, 최근에 논의되고 있는 Managed Care 형태는 비용관리에만 초점을 맞추었던 1990년대식(Managed Care 1.0)과는 달리 비용통제뿐만 아니라 의료의 연속성 확보와 질 향상, 환자의 적극적인 참여, IT기술의 통합에 의한 서비스 및 고객가치 증진에 두루 초점을 두고 있다는 점에서 Managed Care 2.0으로 불림. 포괄적 통합의료전달모형인 책임의료조직(Accountable Care Organization, ACO)이나 주치의 중심의 일차의료제공모형인 Patient-Centered Medical Home(PCMH), 보험자와 의료기관 간 의료비 절감액 공유 인센티브(Shared Savings Incentive) 프로그램 등은 Managed Care 2.0 시대의 대표적인 의료제공 및 의료관리 모형이라고 할 수 있음.

○ 사회보험방식으로 전국민 건강보장을 제공하고 있는 우리나라는 큰 틀에서 보면 미국의 보건의료제도와 다르다고 할 수 있지만, 구체적인 부분에서는 의료의 질 향상이나 비용관리, 접근성 불균형 등의 측면에서 유사한 종류의 미시적 문제점을 미국과 공유하고 있음. 따라서 미국의 의료개혁 동향과 그것이 의료서비스 산업에 미치는 파급효과를 지속적으로 모니터링하고 분석함으로써 우리나라의 의료환경과 제도적 여건에 맞는 효과적인 정책을 개발하여야 할 것임.

2. 영국

2.1 보건의료제도의 특성

1) 보건의료체계⁸⁾

2) 1.1 영국 NHS의 특성

○ 보편적인 무상의료서비스

- 영국의 의료체계인 NHS(National Health Service)는 간단하게는 모든 국민에게 보편적인 의료서비스를 무상으로 제공하는 체계를 말함
- 즉, 누구나, 무료로, 의료 수요에 근거하여 의료서비스를 받을 권리를 보장해야 한다는 의미이기도 함
 - 영국에서 통상 6개월 이상 거주하는 사람이면 의료상의 이유로 따로 돈을 지출할 일이 거의 없다는 것을 의미하며, 몇 가지 예외적인 경우를 제외하면 NHS의 의료기관이 제공하는 모든 의료서비스는 무상으로 제공됨
 - 예외적으로 비용을 지출하는 경우는 외래환자의 약제비, 검안, 치과치료 등이지만 일정액으로 제한되어 있으며, 외래환자의 약값은 1회 처방 당 약 1만 원 가량임
 - 만성질환 등으로 자주 약을 필요로 하는 경우에는 등록하여 연간 약 18만 원 정도 수준에서 제한 없이 처방약을 구입할 수 있음
 - 16세 이하 아동, 18세 이하 재학생, 임산부나 출산 후 12개월 이내인 산모, 특정 만성질환자나 중증장애인, 공공부조 수급권자 및 저소득층은 약값도 면제를 받게 됨
- NHS는 단일보험자방식(Single-Payer System)으로 정부가 단일 보험자로서 전 국민을 단일 의료보험 조직에 가입시키고 조세로 이루어진 재원을 이용하여 국민 개인의 소득 및 건강상태와 상관없이 저비용 혹은 무료로 일정 종류의 의료

8) 이 부분은 영국 보건부(The Department of Health) 자료를 기초로 하고, 조흥준 울산의대 교수가 민주노동당 홈페이지에 기고했었던 “영국 NHS(National Health Service) 도입의 역사와 교훈” (2005)의 일부분을 참조함

서비스에 대해서 의료비를 지불하는 제도를 말함(김주영, 2008)

○ 조세 방식(비버리지방식)

- NHS 방식은 정부가 일반 조세로 재원을 마련하여 모든 국민에게 무상으로 의료를 제공하는 국가의 직접적인 의료관장 방식으로 일명 조세 방식 또는 비버리지 방식⁹⁾이라고도 함(자세한 내용은 NHS의 재원 부분을 참조)

○ 주치의제도

- 영국의 NHS 제도는 잘 확립된 주치의제도를 기반으로 하고 있으므로 개인과 가족의 의무기록이 체계적으로 한 주치의에 의해 관리되어 과거력 및 가족력의 관리가 용이함
- 특정 질환이 없을 경우에도 GP(General Practitioner, 일반의)를 통해 정기검진 및 상담 등을 받을 수 있음
- 중증질환의 경우에는 GP를 통해 전문의에 의뢰되어 보다 전문적인 진료를 받을 수 있음

○ 엄격한 통제 방식

- 영국에서 NHS가 가능한 이유는 국민들이 성실하게 세금을 내기 때문인데, 영국은 연간 2,000파운드(한화 360만원)의 보험료를 내고 있으며, 이는 다른 나라의 건강보험료에 비해 상당히 비싼 수준임
- 대신 NHS는 지출을 엄격하게 통제함. 국민들이 자신들이 낸 세금이 어디에, 어떻게, 얼마나 쓰이는지 정확하게 알 수 있도록 하고 있으며, 이런 연유로 영국은 무상의료서비스를 제공함에도 불구하고 영국 전체 의료비 지출은 GDP 대비 9.4% 수준으로 미국이나 프랑스 등 많은 선진국들에 비해 낮은 편임
 - 이는 GP들이 많은 비용이 들어가는 입원 진료를 제어할 수 있는 역할, 즉 필터 역할을 해주고 있기 때문이며,
 - 또한, 기본적으로 인두제 방식이 적용되어 진료비를 지불하기 때문에 비용 지출이 적어지는 특성을 보이는 것임¹⁰⁾

9) 제2차 세계대전 직후 새로운 사회에 대한 국민적 열망이 ‘요람에서 무덤까지’로 유명한 「Beveridge Report」에 근거하여 복지국가 건설에 대한 희망으로 표출되면서 노동당이 이를 전면적으로 시행하겠다고 선언하게 되었고, 급기야 1948년 영국의 전 거주민 무상의료서비스 NHS가 탄생하게 되었음

10) NHS는 일반의와 병원에 근무하는 월급제 의사들이 의료 인력의 주축을 이루고 있는데, 일반의는 인두제(Capitation)와 기본 진료수당 그리고 예방접종, 자궁경부암 검사, 간단한 외과수술 등에 해당하는 일부 행위별

3) 영국 NHS 조직 및 운영

○ 명확한 의료전달체계 확립

- 영국은 1948년에 국가보건서비스(National Health Service, NHS)제도를 채택하여 정부의 일반 재정에 의해 의료비를 충당하고 직접 병원 의료서비스를 제공하는 의료제도를 운영하고 있음
- 이 제도 하에서 일반 주민은 명확하게 구분된 의료전달체계에 따라 의료기관을 이용하며 의료서비스는 무료로 제공됨(김요은a, 2012)
- 영국은 1, 2, 3차 의료의 기획을 지역별 인구수에 따라 배분하는 엄격한 의료전달체계를 갖추고 있음
- 거주지 내 1차 진료의의 진료의뢰서가 있어야 2차 진료를 받을 수 있고, 2차 진료의의 진료의뢰서가 있어야 3차 진료를 받을 수 있음

○ 1차 의료

- 1차 의료체계는 NHS의 근간을 이루며, 대체로 각기 관할 지역과 유사한 개념을 가지고 있는데, 통상적으로 거주민들은 주소지에서 가장 가까운 GP에 등록을 하게 됨
- 책임 정도에 따른 수준별 1차 의료 집단을 지역별로 운영하고 있음. 즉 1차 의료 집단(Primary Care Groups)은 인구 10만 명 정도의 지역을 단위로 하여 일반의(GP) 약 50명과 보건부가 참여하고 그 지역의 임상 진료 및 재정 책임을 맡고 있음(보건복지부, 2011)
- 1차 의료기관인 GP는 주로 일반의와 간호사 등 전문 의료 인력으로 구성된 민간 진료팀이 소유하고 운영하며 NHS와 계약을 맺고 있음
- 1차 의료는 1차 의료기관(GP), 치과의원, 약국, 안경점, NHS Walk-in Centres¹¹⁾ 및 NHS Direct¹²⁾ 등을 통해 의료서비스가 이루어짐

수가를 받음. 병원에 근무하는 월급제 의사는 병원이 일정 작업량 총액에 대해 보건당국과 계약하고 그만큼의 업무를 달성하는 조건으로 월급을 받게 되는데, 한마디로 일정 지역 내에 일정한 시민의 건강을 책임지는 조건으로 의사에게 돈을 주는 것이므로 당연히 병원 문턱은 낮아지면서도 의료비 지출은 줄어들 수밖에 없음

11) NHS Walk-in Centres는 NHS 상설진료소로서 사전 예약 없이 방문하여 간단한 질병을 치료할 수 있는 곳으로 서비스 전달의 신속성을 높이기 위해 개설하였음. 전문간호사에 의한 평가가 이루어지며, 감기나 가벼운 상처에 대한 치료, 건강관리에 대한 조언, 병원 및 1차 의료기관 근무시간 외 의료서비스 등을 시행함(의료정책연구소, 2010)

12) NHS Direct는 전화 또는 인터넷 상에서 건강 관련 정보 및 보건 관련 정보를 받을 수 있는 곳으로 365일 24시간 연결이 가능함. 간호사 및 전문상담사가 활동하며, 전화서비스, on-line 서비스, 디지털 TV서비스 등이 제공됨(의료정책연구소, 2010)

- 주로 GP가 담당하는 1차 의료는 일상적인 건강 상담, 가벼운 질병 진단 및 치료에서부터 예방 접종, 금연 지원 등 광범위한 보건정책을 포괄함
- GP는 전문적인 진단 및 치료를 요하는 경우에는 환자를 2차 의료기관으로 의뢰할 수 있음. 즉, 환자를 2차 의료기관으로 의뢰하는 것도 GP들의 주요 역할이며, 거주지 내 GP의 진료의뢰서가 있어야 2차 의료기관 진료를 받을 수 있음
 - 2차 의료기관으로 의뢰되는 경우에도 환자는 NHS가 투자하는 어떤 병원이라도 선택할 수 있으며, 예약 날짜와 시간까지도 선택이 가능함

○2차 의료

- 2차 의료는 주로 NHS 병원으로 이루어져 있으며, 인구 12~30만 지역마다 1개소 정도 설치되어 있음
- NHS 병원은 주로 공공의료기관으로 병원 운영기구인 NHS 트러스트(Trust)가 NHS와 계약을 맺고 의료서비스를 제공함
 - NHS 트러스트는 병원 내 의사, 간호사, 물리치료사 등 전문의료인력과, 관리자, IT 전문가 등 비의료인력 등의 고용주이기도 함
 - 높은 수준의 서비스를 인정받은 NHS 트러스트는 재정과 운영에 있어 보다 많은 자율성을 행사할 수 있는 NHS 파운데이션 트러스트(Foundation Trust)의 지위를 얻을 수도 있음
- 2차 의료는 전문의 제도로 운영되며, GP가 의뢰한 환자에 대해 입원 진료 기능을 주로 담당하므로, 원칙적으로 외래환자는 진료하지 않는데, 비응급치료(elective care)와 응급치료(emergency care)가 있음
 - 비응급치료는 1차 의료기관으로부터 의뢰된 의료서비스로 계획에 따라 전문 의료인력에 의해 제공되는 검진, 시술, 수술 등을 말하는 것임
 - 응급 치료는 사고나 상해 등으로 긴급한 치료가 필요할 경우 제공되는 의료서비스를 말함
- 다시 말해서, GP에서 병원으로 의뢰하면 2차 의료에서는 각종 검진부터 수술까지 가능한 한 모든 의료서비스를 제공하게 되며, 약제비, 식사 등을 포함하여 병원 내 거의 모든 서비스는 무상으로 제공됨¹³⁾

13) 무상이 아닌 경우는 의복, TV, 전화 정도임(김보영, 2008)

○ Primary Care Trust(PCT)

- Primary Care Trust(PCT)는 1, 2차 의료기관을 비롯하여 해당 지역 의료서비스와 보건정책을 총괄하는 기구임
- 통상 하나의 Primary Care Trust(PCT)가 GP 등 1차 의료기관과 NHS 트러스트 등 2차 의료 운영기관과의 계약을 맺는 주체임. 따라서 PCT는 NHS 전체 예산의 80%를 담당할 정도로 NHS의 중추 조직이라고 할 수 있음
- 2012년을 기준으로 잉글랜드 지역 내에 151개의 PCT가 있음
- 각 PCT는 지역 주민의 의료 수요에 대한 실사, 1, 2차 의료서비스 배치 및 계약을 통한 위임, 지역 사회의 전반적 건강 수준 향상, 모든 주민의 보건의료서비스 접근성 보장, 주민의 보건의료서비스에 대한 의견 청취·반영, 지방 정부 및 민간단체와 지역 사회 장기요양서비스 보장 등에 대한 협력에 책임을 지고 있음

○ 전략건강기구(Strategic Health Authority)

- 전략건강기구(Strategic Health Authority)는 Primary Care Trust(PCT)의 상급 기관으로서 10개가 있음
- 전략건강기구(Strategic Health Authority)는 보건부와 NHS 서비스 간의 매개 역할을 하며, 주로 NHS 서비스에 대한 전략적 방향과 운영의 책임을 지고 있음
 - 지역 내 Primary Care Trust(PCT)를 모니터링하여 필요한 조치를 취함
 - 정보기술전략 등 지역 내 보건의료서비스 발전을 위한 계획을 수립함
 - 의료인력을 확보하며 훈련을 실시하는 등 보건의료서비스 자원을 관리함
 - 암이나 심장질환에 대한 서비스 개선과 같은 정부의 핵심 정책이 NHS를 통해 실현되도록 하는 역할을 담당함

○ 보건부(The Department of Health)

- NHS 조직의 정점에는 보건부(The Department of Health)가 있음
- 보건부 장관은 의원내각제인 영국의 다른 장관과 마찬가지로 국회의원 중 1인이 총리에 의해 임명되며, 국민의 건강증진, 질병 예방 등 포괄적 책임을 지고 있음
- 보건부는 전반적인 NHS에 대한 관리·감독뿐만 아니라 NHS의 전체적인 전략적 발전 방향을 설정함
- 암, 심장질환, 정신보건 등 국가 정책상 우선순위 영역을 비롯하여 각 서비스 영역에 국가서비스기준(National Service Framework)과 같은 서비스의 질적 향상

에 대한 국가적 기준을 설정함

- NHS가 이 같은 기준을 충족할 수 있도록 충분한 예산을 확보하고, 지역전략기관인 Strategic Health Authority(SHA), 의료기관 규제 기구인 보건의료위원회(Healthcare Commission) 등 유관 기관과의 긴밀한 협력을 담당하고 있음

4) 영국 NHS의 재원

○NHS의 재원 조달 방식

- NHS의 재원은 일반 조세에 의해 조달됨
- NHS 예산의 80%는 각 지역별로 Primary Care Trust(PCT)에 지역별 인구와 의료 수요 등의 요소를 고려하여 배분됨
 - 이를 위해 사용되는 것이 가중 균등할 공식(Weighted Capitation Formula)임
 - 가중 균등할 공식에 따라 각 Primary Care Trust(PCT)당 목표 재원이 설정되고, Primary Care Trust(PCT)는 이 목표 재원을 근거로 각 병원 및 GP 등과 계약을 맺게 되는 것임
 - Primary Care Trust(PCT)와 각 의료기관과의 계약은 보통 일괄 계약(block contract) 방식이며, 포괄적으로 규정된 서비스에 대해 그 총액을 지불하는 방식임. 하지만 최근 들어 그 구체적 비용을 추적하기 위해서 환자 중심 정보 및 비용 산출 시스템(Patient-level Information and Costing System)이나 성과 중심의 배분 시스템인 결과에 의한 급여(Payment by Results, 능률급 지급제도) 등이 시행되고 있음(김보영, 2008)

능률급 지급제도는 NHS의 만성적인 대기 시간 문제를 해결하는 데에 적지 않은 기여를 한 것으로 보여 짐¹⁴⁾ 능률급 지급 제도는 효율적인 진료를 통해 의로서비스 제공자들의 진료 활동을 더욱 활성화시키고 밀려 있는 환자의 대기자 명단을 줄이는 데에 일조하였음. 이 제도를 적용할 경우 병원 체류 기간에 대한 가이드라인은 환자가 퇴원을 빨리 할수록 보다 효율적인 것으로 간주하기 때문에 병원이 이 가이드라인에 따르면 짧은 기간에 많은 환자를 치료할 수 있게 된다는 장점이 있는 것임. 능률급 지급제도를 시행하지 않은 스코틀랜드는 아직도 잉글랜드에 비해 상대적으로 훨씬 긴 대기 시간을 보이고 있는 것으로 나타남(김성욱, 2012)

○NHS의 보수 지불 방식

- NHS의 보수 지불 방식은 병원에서 근무하는 보건의료 전문인의 경우에는 일정 작업량의 총량을 기준으로 계약을 하여 봉급으로 지불이 됨
- GP의 경우에는 혼합형 지불 보상 방식이 적용됨
 - 이 방식에 따르면 개별 진료소는 진료소별 총액 계약(Global budget)과 양질의 의로서비스 제공 및 운영 개선 노력 등에 따른 인센티브(Quality and Outcomes Framework), 그리고 지역 특화 공중보건사업(Locally Enhanced Services) 등이 혼합되어 지불받게 됨
 - GP 개인은 기본 진료 수당과 NHS 등록 카드의 수, 월간 처방전 발행 수 및 야간 왕진·아동보건사업 등 특별 서비스에 대한 별도의 수가 등에 의해 보상 받음¹⁵⁾

○NHS 예산

- NHS 예산은 그동안 보건의료서비스에 대한 정부의 투자로 인해 지속적으로 증가해 왔음
- 영국 정부는 2010년 10월 발표한 재정지출계획(spending review)에서 잉글랜드 지역 NHS 예산을 앞으로 4년 동안 106억 파운드 인상하기로 함. 이는 정부가 NHS를 보호하고 보건의료서비스에 대한 지출을 인상하겠다는 의지를 보여준 것임
 - 계획된 NHS에 대한 지출은 2010/11 회계연도에 1,038억 파운드였으며, 정부는 이를 2014/15 회계연도에 1,144억 파운드로까지 인상하겠다고 함
- 영국 연립 정부는 NHS에 대한 예산 지출을 늘리는 한편, 효율성 증대를 위한 조치 역시 함께 강구하겠다고 밝힘

14) 다만, 영국 NHS에서 실시된 능률급 지급 제도는 대기 시간 단축뿐만 아니라 단기적인 비용 절감에도 성공한 측면이 있지만, 장기적으로는 지속가능하지 않으며 결과적으로는 NHS의 비용을 증가시킬 것으로 많은 전문가들이 예견하고 있어 2011년부터 영국 보건부 장관은 능률급 지급 제도의 한계점을 언급하며, 국가 요금제는 '평균 비용'이 아닌 '모범 사례(Best Practice)'를 기반으로 하여야 한다고 함. 모범 사례 요금제(Best Practice Tariff; BPT) 프로그램은 전국의 NHS에서 치료한 환자의 사례를 수집하여 이를 바탕으로 최적화된 요금제를 도입하는 것으로(김성욱, 2012), 영국 보건부에서는 모범 사례 요금제를 위해 구체적인 모델을 구상 중이며 향후 몇 년 안에 도입할 계획인 것으로 알려지고 있음(www.healthbusinessuk.net)

15) 이 내용은 영국 보건부(<http://www.dh.gov.uk>), NHS(<http://www.nhs.uk>) 및 NICE(<http://www.nice.org.uk>) 자료 등을 참조함

- ‘효율성 증대를 통한 예산 절감 프로그램’을 통해 정부는 2014/15 회계연도가 끝날 때까지 200억 파운드의 절감을 이루어 낼 것을 목표로 하고 있음. 이를 달성하려면 NHS는 매년 4%의 예산 절감을 실현해야 함
 - 정부가 이처럼 ‘효율성’을 강조하는 것은 의로서비스의 생산성을 높여야 한다는 판단 때문임
 - NHS에 대한 정부 지출 증가는 병원 대기 시간 단축¹⁶⁾, 기대수명 연장, 사망률 축소 등과 같은 의로서비스의 질 향상과 긴밀히 맞닿아 있음. 특히, 영국 정부는 NHS에 대한 예산 투자가 지속적으로 증가해 왔음에도 다른 나라들과 비교할 때 서비스의 질 향상률이 저조할 뿐만 아니라 지출이 증가한 기간 동안 생산성은 오히려 더 떨어졌다고 지적함(이정희, 2011)
- 하지만, 영국 정부가 생산성이 떨어졌다고 비난하고 있는 NHS에 대해 영국 국민들의 만족도는 매우 높은 것으로 나타남
- 국립사회조사센터(National Centre for Social Research)가 2011년 12월 제출한 영국인들의 사회 태도에 관한 보고서에 따르면, NHS에 대한 만족도는 사상 최고로 높았음. 노동당이 정권을 잡은 지난 1997년, 오직 34%만이 NHS에 대해 만족한다고 답했음. 이는 1983년 이 조사가 시작된 이래 가장 최저치였음. 하지만 2009년까지 만족도는 거의 2배가 되었고, 2010년 12월 조사 당시 만족한다는 답변은 64%에 이르고 있음. 이 같이 높은 만족도를 보이는 이유

16) 영국 정부의 지속적 투자와 개혁을 통해 NHS의 고질적인 문제점이었던 대기 시간(waiting time)의 문제는 상당 부분 진전된 모습을 보이고 있음. 대부분 GP의 경우는 예약한 지 이틀 이내에 의사의 진료를 받을 수 있으며, 2007년 8월 현재 GP 내에서 치료를 받을 경우 76%가 18주 이내에 완료되고 있음. 병원으로 의뢰되는 경우 의뢰되는 시점부터 치료 완료까지 56%가 18주 이내에 완료되고 있음. 영국 정부는 2008년 말까지 모든 치료를 18주 이내에 끝마치는 것을 목표로 추진하였음. 4개월 반 정도에 해당하는 이 기간은 길어 보이지만 최초 진단으로 의뢰 받은 후 세부 검진을 거쳐 수술 일정을 잡고 수술을 완료하기까지의 기간임을 생각해 본다면 그다지 긴 기간은 아닐 수도 있을 것임. 영국 의료에서의 대기 시간이 문제가 되기는 하지만, 영국에서는 누구든 응급한 상황일 경우 응급실을 바로 이용할 수 있고 생명을 위협받는 상황이면 대기 없이 바로 치료를 받을 수 있음. 또한, NHS의 고질적인 문제였던 대기 시간의 경우 획기적인 개선을 이루어 낸 데에는 병원별 평가 및 공개와 같은 강력한 수단이 큰 영향을 끼친 것으로 나타났음. 다시 말해서, NHS 웹사이트(<http://www.nhs.uk/>)와 지역 도서관을 통하여 각 병원별로 대기 시간, 병원 내 감염 수준, 서비스 만족도 등을 포함한 종합 평점이 별점으로 공개되고 있으며, 전공 분야별·질병별로 대기 시간, 입원기간, 치료 환자 수, 재입원 비율 등을 열람할 수 있음. 더불어 환자들은 예전에는 GP에서 상급병원으로 의뢰될 경우 해당 지역병원만을 이용할 수 있었으나, 투명하게 공개된 자료를 바탕으로 지역 내 3~4개의 NHS 병원과 전국 파운데이션 트러스트 병원 및 NHS와 계약된 민간 병원 중 치료 희망 병원을 선택할 수 있게 됨(김보영, 2008)

중 하나는 잉글랜드 지역 NHS에 대한 정부 지출 규모 때문인 것임. 1997~2010년까지 NHS에 대한 지출 상승폭이 가장 컸으며, 당시 정부는 매년 평균 48억 파운드의 지출 증가를 꾀했고, 이를 통해 새롭게 병원을 설립하고 최신 장비를 사들였음. 또한 이 기간 동안 의사와 간호사 인력을 각각 57%, 31%씩 늘려 대기 시간을 축소시키는 데 큰 기여를 하였으나, 2010년 이후의 지출 증가폭은 거의 변동이 없는 상황임. 물론 현 정부는 NHS에 대한 지출을 계속 증가시켜 나가겠다고 밝혔지만 예산청이 2010년 11월에 내놓은 GDP 디플레이터를 적용하면 NHS 예산은 더 이상 실질적으로 인상되지 않는 셈인 것임 (이정희, 2011)

- 또한, 미국의 커먼웰스펀드의 2011년 조사에 의하면, 영국은 스위스와 함께 환자들이 자국의 의료제도를 가장 긍정적으로 평가하는 국가인 것으로 나타났는데, 이는 영국 정부가 의료시설의 현대화를 추구하고, 의료의 질 향상을 위한 정책적 지원을 했으며, 정기적인 환자 설문조사 결과를 의료인들에게 환류하는 등 환자의 의견을 수렴하려고 노력했기 때문인 것으로 보여짐¹⁷⁾(라포르 시안, 2013. 3. 5)

2.2 영국 의료 이용의 시대적 특성

1) 19세기 영국의 의료 이용

○ 19세기 중엽에는 불평등한 의료 이용 행태를 보였음

- 19세기 중엽에는 환자의 진료비 지불능력에 따라 진료 장소가 결정되었음
 - 중산층이나 고소득자들은 자신의 집에서 진료비를 지불하고, 전문의(Royal College of Physician이나 Royal College of Surgeon의 회원)에게 진료를 받을 수 있었음
 - 덜 부유한 사람들은 일반의(General Practitioner)에 의해 진료를 받았으며, 노

17) 영국에서는 헬스워치라는 새롭게 설립된 소비자(환자)옹호기구가 있는데, 이 헬스워치는 중앙조직과 지방조직으로 이분화되어 있으며, 지방조직에서는 해당 지역의 서비스 이용자(환자) 의견을 수렴하여 중앙조직에 제공하고, 중앙조직에서는 이를 정책에 반영하는 역할을 맡고 있음. 또한, 헬스워치에서 수집된 정보는 장관은 물론 관계 보건당국에서도 업무에 적용하고 있음(선우덕 외, 2013)

동계급이나 가난한 사람은 병원에서 진료를 받았음

- 다만, 이 당시에는 노동계급이나 가난한 사람들이 겪는 의료이용의 불평등이 건강에 큰 영향을 주지 않았을 것으로 판단되는데, 이는 당시의 의학 수준이 매우 낮아서 치료 효과를 기대하기 어려웠기 때문임

○ 19세기 후반 이후 의료비 지출 증가 현상이 나타남

- 19세기 후반 이후 건강의 중요성에 대한 인식이 확대되고, 의학기술의 발달로 의료비 지출이 증가함. 특히 정교한 의학기술을 사용하는 병원 진료비가 크게 증가하였음
- 이로 인해 병원에서는 환자에게 진료비의 일부를 부담지우기 시작함

2) 1911년 국민건강보험(National Health Insurance)의 도입

○ NHI(National Health Insurance)의 도입

- NHI의 도입으로 연 소득이 250 파운드 이하인 노동자에게 일반의에 의한 의료 서비스와 상병 급여를 제공하였음
- NHI의 재원 조달을 위해 노동자가 주당 4페니, 고용주가 3페니, 국가가 2페니를 지불하였음

○ NHI의 문제점 발생

- NHI는 행정 조직의 측면에서 중앙기구에 의해 통합된 행정이 이루어지지 못했음. 2만 여 개의 공인조합(approved society)과 보험위원회에 의해 분산적으로 운영되어 효율적인 의료서비스 제공이 불가능했음
- NHI를 적용 대상의 측면에서 보면, 일부 직종의 노동자만 포함하고, 부양가족을 적용 대상에서 제외함으로써 국민의 일부만 혜택을 볼 수 있었음. 만성질환을 앓고 있는 사람의 가입을 강제하지 못했기 때문에 보호가 필요한 사람이 적용에서 제외되는 경우가 있었음
- NHI를 재정 조달 측면에서 보면, 우선 국가의 재정 지원이 적었으며 소득 수준과 관계없이 동일한 보험 기여금을 내도록 되어 있어 소득재분배 효과가 없었음
- NHI 적용을 받는 환자의 서비스가 진료비를 본인이 부담하는 환자에 비해 더욱 좋지 않다는 증거도 있었음

- 그럼에도, NHI는 국가가 노동계급의 건강을 위해 의료서비스를 제공한 영국 최초의 시도로서 보다 포괄적인 제도로 전진하기 위한 첫 단계라는 데 그 의의가 있다고 하겠음
- 본격적인 NHS 도입의 배경
 - 영국에서 본격적인 NHS가 도입되기 전에는 대부분의 영국 병원들은 자선병원과 지방정부 운영 병원이었으며, 이들은 서로 경쟁하거나 대립하였음
 - 자선병원은 1930년대까지는 모금한 기금으로 재원을 확보하였으나 이 재원은 전체 수입의 20~30%에 불과하였고, 이 때문에 지불능력이 있는 환자에게 진료비의 50%를 부과하였음
 - 2차 대전 발발로 자선병원은 전쟁사상자를 위한 응급병상을 운영하여 정부로부터 대규모의 재정 지원을 받게 되었고, 이로 인해 자선병원은 스스로 생존이 어렵게 되었으며, 이는 국유화가 가능하게 되는 필요조건이 되었음
 - 또한, 1938년 제2차 세계대전을 앞두고 전국적인 병원 조사가 이루어졌는데, 당시의 산만한 병원체계로는 전쟁으로 인한 의료 수요에 대처할 수 없다는 결론에 이르러 국가에 의해 전국적인 응급의료망이 구축되었으며, 여기에는 지방병원과 자선병원이 모두 포함되었음. 이러한 경험이 병원과 서비스의 연계망을 만들어 운영하는 것이 가능하다는 믿음을 확산시키게 된 계기를 제공하였던 것임

3) 1948년 국가보건서비스(National Health Service)의 시행

- 국가보건서비스(NHS) 제도 시행
 - 상기에서 언급된 과정을 거치면서 1946년 11월 노동당 정부 하에서 국가보건서비스(NHS)법이 국회를 통과하였고, 1948년 7월 5일 제도가 시행되었음
 - 이로써 모든 국민에게(universal) 포괄적인(comprehensive) 서비스를 무료로(free) 제공하는 의료체계가 도입된 것임
- NHS의 기본적인 내용
 - 국가보건서비스(NHS)의 기본적인 내용은 병원의 국영화, 병원종사자의 공무원화, 개업의와 국가 간 청부계약의 체결 등에 의한 의료 공급의 사회화였음
 - NHS는 필요 경비의 대부분을 국가의 일반 재원에 의해 조달하고, 모든 주민에

게 원칙적으로 무상 의료를 보장할 것을 규정하였음

4) 1962년 병원 계획의 수립¹⁸⁾

- NHS 설립 당시 병원에 대한 투자는 전무하였으며, 설립 이후에도 재정부에서는 자본 투자를 제한하였으므로 19세기에 세워진 병원에서 현대의로서비스를 제공해야만 하는 상황이었음
 - 다시 말해서, 이 시기에는 전 국가적으로 주요 의료기관에서 환자에 대한 치료 및 상담이 행해지고 있음에도 불구하고 그들이 이용하고 있는 기술은 오래된 것이었고, 전쟁으로 파손된 병원 건물에서의 서비스 제공이었음
- 이에 대한 개선 방안으로 1962년에 출간된 Enoch Powell의 병원 계획에서 약 125,000명의 인구 당 해당 지역에 지역 종합병원들의 계획을 승인하고, 이를 실제적으로 건립하게 하여 미래의 의료 수요에 대비하고자 하였음. 이러한 NHS를 위해 10년 간의 프로그램이 개발되었음
- 이에 1962년 당시 보수당의 보건부 장관이었던 Powell이 잉글랜드와 웨일즈에 1971년까지 90개의 새 병원을 신축하고, 134개 병원을 증·개축하기 위하여 5억 파운드를 투자하기로 계획을 수립함
 - 병원 계획의 핵심은 지역거점병원(District General Hospital)으로, 이는 향후 10년 간에 걸쳐 인구 10만~15만 명당 600~800병상의 종합병원을 운영하도록 한 부분이었음
 - 이와 같이 지역 종합병원들의 계획을 승인하고, 이를 실제적으로 건립하게 하여 미래의 의료 수요에 대비하고자 하였던 것임
- 다만, 이 병원 계획은 소요될 비용과 시간이 과소 추정되었다고 평가되었으나, 미래의 NHS를 위한 의료 인력 훈련 기관이 설립되었다는데 그 의의가 크다고 하겠음(Powell, 1966; 한국보건사회연구원, 2012에서 재인용)

18) 이 부분은 한국보건사회연구원에서 2012년 발간한 「주요국의 사회보장제도(영국편)」 및 라포르시안(2012. 1. 9)에 게재된 윤태호 부산대학교 교수의 저술 내용 등을 참조한 것임

5) 대처 정부의 병원서비스 개혁¹⁹⁾

- 오일쇼크로 인해 발생한 경제위기 극복을 국정과제로 삼은 대처정부 시절 NHS 개혁은 긴축재정과 경쟁을 통한 효율성 제고로 요약할 수 있는데, NHS 병원은 그대로 유지하였으나 강도 높은 긴축재정과 시장 경쟁 체제를 도입함
- NHS의 모든 조직과 모든 병원에 일반 경영자를 두도록 조치하였으며, 이들은 이후에 NHS Trust의 최고경영자(Chief Executives)가 되었으며, 이를 통해 NHS 병원은 일반 기업과 같은 방식의 경영이 이루어지도록 했음
- 대처 정부 시절 NHS 개혁의 핵심은 보건의료에 대한 예산과 병원 및 지역사회 보건서비스를 통합적으로 관리하였던 지역보건당국(DHAs)의 기능을 구매하는 기능과 제공하는 기능으로 분리하는 방식의 계약 시스템으로 전환한 것이었음
 - 이를 위해 병원 부문에서는 자치권을 부여한 완전히 새로운 조직인 NHS Trust를 만들어서 지역보건당국이 해당 주민들에게 필요한 보건의료서비스를 구매하는데 집중을 하도록 했음
- 더불어 기금보유일차진료의(GP Funderholder)제도를 신설하여 지역보건당국 외에 정해진 서비스에 대하여 병원서비스를 구매할 수 있도록 하고 지역보건당국과 기금보유일차진료의 모두가 NHS Trust와 계약이 가능하도록 함
- 이와 같이 구매와 서비스 제공의 책임을 분리함으로써 공급자 간의 경쟁을 촉발시키는 것이 바로 내부 시장(Internal Market)²⁰⁾의 핵심 내용이었음
- NHS Trust²¹⁾ 창설
 - 대처 정부에서 병원 개혁의 핵심은 NHS Trust를 창설한 것으로 1991년에서 1995년에 걸쳐 모든 NHS 병원이 공공 소유의 자치기구인 NHS Trust로 전환함
 - 각 트러스트는 직원의 고용, 계약 조건과 서비스 내용, 자산의 소유와 처분, 이윤의 보유, 정부와 민간 부문으로부터 자금을 빌릴 수 있는 권한을 부여 받았으며,

19) 이 부분은 라포르시안(2012. 1. 9)에 게재된 윤태호 부산대학교 교수의 저술 내용을 참조한 것임

20) 내부시장(Internal Market)은 의료서비스를 제공하는 공급자(병원트러스트, 지역사회서비스 트러스트)와 구매자(지역보건당국, Health Authorities)가 계약을 통해 의료서비스를 제공하는 방식으로, 이 제도 도입 이전에는 지역보건당국과 공급자 조직이 분리되지 않았으며, 보건당국이 공급자 조직을 직접 운영함(김대중 외, 2013)

21) NHS Trust는 자율성을 부여받았지만, 관리·감독의 책임자는 보건부장관이었음. 이는 이후 노동당 정부에서 만들어졌고, 보건부장관의 직접적 관리를 받지 않는 Foundation Trust와 대비되는 점임

지역보건당국과 기금보유일차진료의와의 계약을 통해 수익을 얻음

- 이러한 내부 시장 도입은 효율성에서는 약간의 개선이 있었으나, 의료서비스의 질이나 반응도에는 별 개선이 없었음

6) 블레어 정부의 NHS 변화²²⁾

- 토니 블레어 정부는 보수당 정부에서의 NHS 개혁의 대표적 부작용이었던 기금보유 일차진료의 제도를 폐지하고, 모든 일차진료의들을 포괄하는 일차의료그룹(Primary Care Group)을 만들
- 노동당 정부는 「새로운 국가보건서비스(The New NHS)」 백서를 통해 다음과 같은 6가지 원칙을 천명함
 - NHS가 진정한 국가 서비스(National Service)가 되도록 새롭게 정비함
 - 지역의 책임성을 강조하고, 새로운 국가 표준에 부합하는 보건의료서비스의 전달을 확립함
 - 파트너십에 근거한 NHS 활동을 강화함
 - 더욱 확고한 수행 능력 향상 및 관료화의 축소를 통한 효율성 제고
 - 의료의 질에 초점을 두어서 모든 환자들에게 최선의 서비스를 보장함
 - 공공서비스로서 NHS에 대한 국민의 신뢰를 회복함
- 의료의 질을 상향 표준화하기 위해 NICE(National Institute for Clinical Excellence)를 창설하였고, 국가에서 중점적으로 관리해야 할 서비스 영역에 대하여 National Service Framework을 만들
- 대처 정부에서의 내부 시장 개념 중 구매자-공급자 분리는 그대로 두었고, NHS Trust도 유지했으며, 매우 강력한 구매자인 일차의료트러스트(Primary Care Trust)를 만들었고, NHS Trust보다 더 많은 자치 기능을 부여한 Foundation Trust²³⁾를 신설함

22) 이 부분은 라포르시안(2012. 1. 10)에 게재된 윤태호 부산대학교 교수의 저술 내용, BBC News(2006. 4. 12) 및 메트로 뉴스(2009. 12. 1)를 참조한 것임

23) NHS Foundation Trust는 영국 보건부(The Department of Health)와 지역 NHS 전략건강기구(Strategic Health Authority)로부터 독립적인 지위를 보장받게 되는데(Wikipedia), Foundation Trust는 지역 주민의 요구에 맞게 지역 관리자, 직원, 주민 등에 의해 운영되는 새로운 형태의 NHS 병원임(송윤희, 2010)

- 민간투자사업(Private Finance Initiative)을 NHS 병원 신축 등에 대폭 참여하도록 하였으며, 민간(영리, 비영리)병원의 참여 또한 장려함
- NHS Plan(2000)을 통한 시설 및 인력 투자 계획을 수립함
 - 정부는 병원과 Intermediate care에 7,000개의 추가 병상을 마련하고, 2010년까지 100개 이상의 신규 병원을 설치하며, 500개의 새로운 원스톱 일차의료센터를 설립함
 - 3,000개 이상의 GP를 현대화하고, 250개를 신규 설치했으며, 병원 식사의 질을 개선하는 한편 모든 병원과 GP 의원에 현대적 IT 시스템을 도입함
 - 7,500명의 컨설턴트와 2,000명 이상의 GP 및 2만 명의 간호사와 6,500명의 치료사(therapists)를 추가 확보했으며, 의과대학 신입생 수도 1,000명 이상 확대함. 또한 100개의 어린이집을 설치해 NHS 스태프를 위한 보육 지원도 마련함
- 이러한 개혁을 통해 NHS 병원 등이 현대화되고, 대기시간이 획기적으로 감소하고, 국민들의 서비스에 대한 만족도가 높아지는 등 과거와 분명히 구분되는 NHS 체계에서의 발전이 있었음²⁴⁾
 - 그러나, 지나친 민간 자본에의 의존은 민간 자본의 이윤을 보장해 주기 위해 NHS 재정 상태가 악화되는 부작용을 감수해야만 했으며, 전반적인 민영화 분위기는 노동당 이후 들어선 보수당-자민당 연립정부에서 NHS 민영화를 더욱 가속화시키는 계기를 조성해 주었다는 비판도 있음
- 진료비 지불 방식의 변화
 - 병원에 대한 지불 구조를 병원의 활동량을 제대로 반영하지 않았던 기존의 총액 계약 방식에서 병원의 진료 활동량이 많으면 많을수록 더 많은 수입을 얻을 수 있는 방식인 'Payment by Result'²⁵⁾로 전환함
 - 이 방식은 진단군별 포괄수가제(DRGs)와 유사한 방식으로 보건 의료자원그룹(Healthcare resource groups)을 정한 후, 이 그룹에 해당하는 평균 시장가격을 정한 다음 각 병원의 활동량과 병원이 소재하고 있는 지역의 가중치를 곱하여

24) 토니 블레어 정부는 특히 암, 심장병, 정신건강, 응급의료 서비스 등에 중점을 두었는데, 환자들 입장에서 많은 부분 개선 효과가 있었던 것으로 나타남(메트로 뉴스, 2009. 12. 1)

25) Payment by Results(능률급 지급제도)는 NHS에서 2002년에 도입한 임금 지급 시스템으로서 의로서비스 제공자, 즉 병원들이 수행한 각 치료에 대해 표준 가격 혹은 요금(Tariff)으로 미리 산정되어 있는 보수를 지급하는 시스템을 말함(<http://www.unison.org.uk/file/A5259.pdf>)

총 수입을 결정하는 방식임

2.3 최근 보건 의료 개혁 및 의료서비스산업 동향

1) 최근 연합정부의 보건 의료 개혁²⁶⁾

2) 영국 NHS 개혁의 배경

- 영국에서는 2009년 경제 위기 이후 더욱 심각해진 재정 적자 문제를 해결하기 위해 2010년 5월 정권을 잡은 보수당-자민당 연립정부가 들어서면서 모든 부처의 지출을 평균 20% 감축하는 내용의 긴축재정안(Comprehensive Spending Review)을 내놓았음
- 이러한 상황 하에서 최근 다른 선진국들과 마찬가지로 영국에서도 인구 고령화 및 그로 인한 의료비 지출 증가 현상이 두드러지고 있는 가운데, 무상의료체계를 대표하는 영국 NHS(National Health Service; 국가보건서비스)도 재정적 위기에 직면하게 되었고, 이 거대한 재정적 위기를 극복하기 위해서 NHS에 관한 개혁을 실시하기에 이르렀음(영국 가디언지, 2011. 4. 5)
- 이런 연유로 영국 정부에서는 적극적으로 의료 개혁을 추진하고자 하는데, 그 동인으로는 몇 가지를 들 수 있을 것임
 - 우선 고령화 사회로 접어들면서 지속적인 의료비의 부담이 가중²⁷⁾되고 있는 가

26) 의료 개혁과 관련하여 「The Innovator's Prescription(파괴적 의료혁신)」을 저술한 하버드 비즈니스 스쿨의 클레이튼 크리스텐슨 교수에 의하면 의료에 있어 혁신은 의료의 질을 떨어뜨리지 않으면서 의료비 지출을 줄이는 것을 말하는데, 의료의 질은 환자 안전, 효율성, 환자 중심, 시의 적절성, 능률성, 공정성 등을 포함하게 된다고 함(이 내용은 청년의사(2012. 5. 14)가 2012년 4월 UC Berkeley에서 있었던 Global Healthcare Leadership Forum(이하 GHLF)에서 UC Berkeley 보건대학 학장인 Stephen M. Shortell 교수의 강연 내용을 게재한 것 중 일부를 사용한 것임)

27) 영국도 고령화로 인한 문제를 겪고 있으며, 특히 의료 분야는 문제가 심각함. NHS를 처음 시행할 때보다 평균수명이 늘어났고 그만큼 노인성 질환도 늘어나고 있음. 그런데, 문제는 환자들이 병원에서 나가려고 하지 않는다는 점임. 의학적인 치료 자체가 무의미한 사람들도 병원에 있으려고 하기 때문에 정작 의료서비스가 필요한 사람들이 피해를 입고 있음. 요양시설에 들어가면 막대한 비용이 발생하는데 모두 환자가 부담해야 하기 때문임. 그래서 영국에서는 환자에게 추가적인 비용을 받지 않고 치료를 해 줄 수 있는 한계점은 어디인가에 대한 논의를 하고 있는데, 이것은 형평성의 문제 때문임. 추가적인 재원을 마련하거나 아니면 다른 방법을 찾아야 하는데, 자원을 효율적으로 배분할 수 있는 방법을 모색하는 과정에서 NHS를 CCGs(Clinical Commissioning Groups)에 일부 이양하는 방식을 고려하게 된 것임(라포르시안, 2012. 5. 14)

운데 비만 증가 등에도 적절하게 대처해야 할 시점이 되었음

- 환자 증가에 의한 대기 시간 문제 발생
 - NHS 시스템에서는 일반의와 병원에 근무하는 월급제 의사들이 의료인력의 주축을 이루고 있는데, 일반의는 인두제(Capitation)와 기본 진료수당 그리고 예방접종, 자궁경부암 검사, 간단한 외과수술 등에 해당하는 일부 행위별 수가를 받고, 병원에 근무하는 월급제 의사는 병원이 일정 작업량 총액에 대해 보건당국과 계약하고 그만큼의 업무를 달성하는 조건으로 월급을 받게 됨. 다시 말해서, 일정 지역 내에 일정한 시민의 건강을 책임지는 조건으로 의사에게 돈을 주는 것이므로 당연히 병원 문턱은 낮아지게 되어 병원에 환자들이 넘쳐나고 상급병원에서 특진을 받으려면 짧게는 몇 달에서 길게는 몇 년이 걸리는 문제도 발생하고 있음(라포르시안, 2012. 5. 14)
- NHS가 너무 중앙집권화되고 관료화되어 의료서비스의 질이 저하되었기 때문에 환자에게 병원의 선택권을 주면서 병원들 간의 경쟁을 유도해 의료서비스의 질을 제고시키고자 의료 개혁안을 마련하게 된 것임(이정희, 2011)
- 의료자원을 좀 더 효율적으로 배분할 수 있는 방법을 모색하는 과정에서 NHS 기능의 일부를 CCGs(Clinical Commissioning Groups)에 이양하는 방식을 고려하게 된 것임(라포르시안, 2012. 5. 14)
- 영국 NHS 개혁의 목표로는 환자들이 이끄는 NHS 창조, 의료서비스 성과 증진 및 NHS 안에서의 자율성과 책임 증진 등 세 가지를 들고 있으며, 이 세 가지 목표 달성에 따르는 개혁 내용은 다음에서 언급되어질 것임

3) 영국 NHS 개혁의 내용

- 영국은 2012년 3월 공공의료 개혁안('Health and Social Care Act')이 의회를 통과했는데, 이 개혁안은 지난 1948년 NHS가 설립된 이래 가장 전면적인 변화로 이해되고 있음
- 앞에서 언급되었던 NHS 개혁의 세 가지 목표를 달성하기 위해 영국 정부는 다음과 같은 개혁을 추진하고자 함
 - '환자들이 이끄는 NHS 창조'를 달성하기 위해 환자 중심의 의사결정과 GP 선택

권을 부여함

- ‘의료서비스 성과 증진’을 위해서는 ‘효율성 증대를 통한 예산 절감(Efficiency Savings) 프로그램’을 추진하고자 함
- ‘NHS 안에서의 자율성과 책임 증진’을 위해서는 Primary Care Trust(PCT)와 Strategic Health Authority(SHA) 같은 NHS 구조상 중심 역할을 담당했던 기관들을 없애고 GP들에게 거의 모든 권한을 부여함으로써 관료 조직의 비효율성을 제거하고 환자들과 직접 대면하는 일선 의료서비스 제공자들인 GP들의 책임을 높이겠다는 것임

○Clinical Commissioning Groups(CCGs) 중심의 NHS가 형성됨

- 지역 개원의 중심 컨소시엄인 ‘CCGs’(Clinical Commissioning Groups)가 NHS의 핵심적인 역할을 맡는 쪽으로 변화됨
- 공공의료 개혁안에 따라 2013년부터 Clinical Commissioning Groups(CCGs)가 일차의료 트러스트 대신 600억 파운드(한화 108조원)의 예산을 받아 1차 의료와 2·3차 병원과의 연계서비스를 제공하게 됨
 - 즉, 그동안 NHS 예산의 약 80%를 운영해 온 Primary Care Trust(PCT)와 PCT의 상급기관인 Strategic Health Authority(SHA)를 없애고 대신 GPs(일반의) 컨소시엄인 CCGs를 형성하여 PCT와 SHA가 해오던 업무를 대신하게 되는 것임

○2013년까지 300여 개의 GP 컨소시엄을 형성시킬 것임

- 영국 정부는 2013년까지 전국적으로 300여 개의 GP 컨소시엄을 형성시켰고, 컨소시엄이 설립된 후에 GP들은 NHS 예산의 80% 가량을 책임지게 됨

○독립적인 위원회(Independent Board)가 설립됨

- 독립적인 위원회(Independent Board)가 설립되는데, 이 위원회는 GP 컨소시엄에 의해 집행되지 않는 다른 서비스들, 즉 전국적 또는 지역적 수준에서 행해지는 전문적인 서비스, 치과치료, 기초건강서비스 등과 같은 업무를 담당함

The structure of the NHS

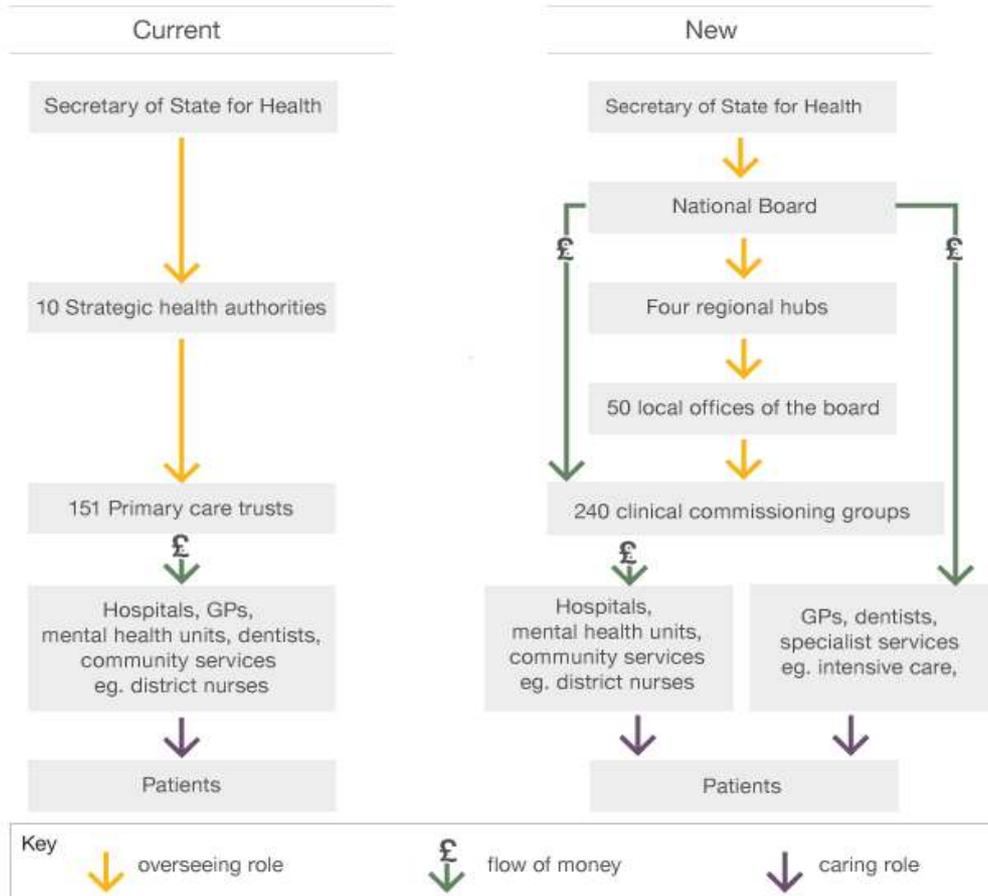


그림 4-5 NHS 개혁 전후 구조 비교

자료 : BBC News, Q&A: The NHS Shake-up, 2012. 4. 3

○ 민간부문에 계도 문호를 개방함

- NHS 개혁의 큰 변화 중의 하나는 NHS가 민간부문에 계도 문호를 개방한 것
입28)

28) 물론 PFI(Private Finance Initiative) 프로그램에 따라 민간 회사들의 컨소시엄이 특정 병원 시설과 건물 등에 투자해서 NHS 병원에 장기적으로 대여하는 경우는 많았음. 하지만 이는 건물과 각종 시설에 대한 관리일 뿐 의료서비스를 직접 제공하는 방식은 아닌 것이어서 기존에는 민간 회사들이 NHS와 연계를 맺는 것은 상당히 제한적이었음(이정희, 2011)

- 새롭게 제안된 방안에 따르면 민간 병원들은 환자들을 상대로 NHS 트러스트들과 동등한 자격으로 경쟁할 수 있게 됨. 앞으로 GP들의 컨소시엄이 보건의료서비스를 제공받을 공급자들을 결정할 책임을 지게 되는데, 이때 민간 회사로부터 제공받아도 상관없기 때문임. 의료서비스를 제공할 의지가 있는 공급자는 누구나 서비스를 공급할 수 있도록 하겠다는 것이 영국 정부의 방안인 것임
- 국민들에게 GP 선택 권리를 부여함
 - NHS 개혁에 의해 국민들은 자신들이 선택할 수 있는 GP의 범위가 넓어짐. 다시 말해서, 거주지와 관계없이 자신이 원하는 GP를 찾아서 등록을 할 수 있게 된 것임
- 의료자원의 효율성 제고
 - 그동안 NHS로 인해 병원 문턱이 낮았었기 때문에 병원은 환자들이 많아졌고, 2·3차 병원의 진료를 원하는 경우 몇 년씩 기다려야 하는 상황도 생겼었음
 - 그러나, CCGs에 시스템을 이양하면 처음부터 2·3차 병원에서도 진료를 받을 수 있는 경제적 여유가 있는 사람이나 급히 상급병원을 가야하는 사람들을 배려할 수 있게 됨
 - 따라서 소비자(환자)를 배려하는 것뿐만 아니라 의료자원의 공정한 분배가 일부 가능해질 것임

2.4 의료서비스산업의 동향

1) 의료서비스 관련 동향

가. DCMQC(The Developing Care Markets for Quality and Choice) 프로그램 도입

- 영국 보건부(the Department of Health)는 2012년 9월 18일 의료서비스의 질 향상 및 보다 많은 선택 기회를 부여하는 새로운 프로그램을 도입함
 - 이 프로그램은 영국 보건부에 의해 재정 지원이 됨
 - 이 프로그램은 국민들에게 선택의 폭을 넓혀 주고, 맞춤형 진료(care) 서비스를 해주고, 치료 성과(outcome)에 주안점을 두고 있음(The Department of Health)
 - DCMQC 프로그램의 시행으로 국민들의 다양한 요구에 부응하는 양질의 의료

(Care) 서비스가 제공될 것이며, 국민들의 의료(care) 서비스 선택의 폭은 더욱 넓어지게 될 것인데, 지방 (보건) 당국이 이러한 의무와 책임을 담당하게 되는 것임

- 이 새로 도입된 프로그램인 DCMQC(The Developing Care Markets for Quality and Choice) 프로그램은 지방 (보건) 당국이 다양하면서도 역동적인 양질의 서비스를 제공할 수 있는 Social Care Service(사회보장서비스) 마켓을 형성할 수 있도록 지원할 것임
 - 지방 (보건) 당국은 DCMQC 프로그램을 통해 마켓 포지셔닝에 기반하여 시장 형성 능력을 향상시킬 수 있을 것임. 즉, 지방 (보건) 당국은 이 프로그램을 활용하여 현재와 미래의 의료서비스에 대한 수요를 파악하고, 목표 (치료) 성과를 설정하며, 지방 의료기관들이 인적·물적으로 적절하게 대응할 수 있도록 조치를 할 수 있을 것임(The Department of Health)
- 하지만, 2013년 4월부터 CGS(Clinical Commissioning Groups)를 중심으로 의료서비스가 제공되고, 각 지역 단위마다 필요에 따라 예산 조정도 가능하므로 향후 의료서비스의 지역적 불평등을 야기할 가능성이 높다고 볼 수 있음

나. 변화된 2013/14년 GP 계약 시스템 채택²⁹⁾

- 영국에서 2013/14년도 GP 계약 시 변화되는 사항들은 다음과 같음
 - GMS(The General Medical Services) 계약 관련 예산을 1.5% 증액함
 - 2014년 4월부터 GP(practice)에 치료 환자 수(환자의 니즈 및 업무량 등 고려)를 토대로 공평한 자금 지원을 할 것임
 - 환자에 대해 장기적 관점에서의 의료서비스 개선 및 불필요한 응급 입원을 방지하기 위한 새로운 조치들을 고려함
 - NICE(The National Institute for Health and Clinical Excellence)에 의해 제시되어 새로 설정되었거나 (기존의 것을) 대체하는 임상 지표들을 구현하기 위해 QOF(The Quality and Outcomes Framework)에 변화를 시도하고, QOF 기준을 상향 조정하며, 이러한 증거 기반 의료서비스 제공에 힘입어 많은 환자들의 삶의

29) The Department of Health(2012. 10. 23)에서 제공한 자료를 참조함

질이 향상되고, 사망률은 감소되어질 것임

- 우수한 의료기관들은 당연히 철저한 의무기록 유지·관리 및 원내 교육 등을 실시하게 되므로 이러한 의료기관 차원의 업무에 대한 추가적인 보상은 중단될 것임
 - 이에 따라 절감되는 비용은 대신 GP들이 환자들에게 제공하는 의료서비스의 질에 대한 보상 부문에 지원될 것임
- 혈압 관리 및 콜레스테롤 수치 조절 등 환자에 대한 효율적 관리를 통해 의료서비스의 질적 향상을 도모하게 될 것임
 - 이것은 특히 의료 수요가 많거나 접근성이 좋지 않은 환자들에게 주어지는 혜택이 많아지게 되는 것을 의미함
- 이처럼 변화된 계약 시스템을 통해 전체 NHS 자원의 효율성을 향상시킬 수 있을 것임
- 하지만, 이러한 내용들은 NHS(보건부)와 영국의사협회 간의 협의를 통해 조정되기도 함

2) 의료서비스산업 관련 고용 동향³⁰⁾

가. 영국의 사회서비스 고용 현황

- 선진 복지국가에서 보건의료 및 사회복지 부문을 포함한 사회서비스³¹⁾ 부문의 일자리 창출은 최근 고용을 하락 속에서 고용 창출의 견인 역할을 하고 있으며, 2000년 이후 지속적으로 상승하는 경향을 보이고 있음
- ILO(국제노동기구)의 2010년 자료를 통해 볼 때, 영국의 전체 산업 대비 ‘보건 및 사회복지서비스업’의 취업률은 13.2%를 보여 미국보다는 취업률이 낮으나 우리나라나 일본에 비해서는 높은 편임
 - 우리나라의 전체 산업 대비 ‘보건 및 사회복지서비스업’의 취업률은 4.8%, 일본의 취업률은 10.4%, 독일은 12.3%, 미국은 23.5%로 나타남

30) 이 부분은 박수지 외, 「사회서비스 일자리 창출 방안 연구」, 한국보건사회연구원, 2013 및 OECD Health Data 2013을 참조함

31) 영국의 사회서비스 개념은 주로 복지, 돌봄(요양), 보육 등 전통적인 대인사회복지서비스(Personal Social Services)를 의미하는 것이지만, 여기에서는 이와 함께 보건의료 관련 서비스 직종도 사회서비스 고용의 범주에 포함시킴(박수지 외, 2013)

- 2001년 사회서비스 관련 직종 종사자는 총 333만 여 명이었으나, 거의 매년 증가하여 2012년에는 사회서비스직 종사자 수가 440만 여 명에 이르는 것으로 나타남
 - 최근 10년 동안 사회서비스 부문에서만 1백 만 개 이상의 일자리가 창출된 것으로 볼 수 있음
- 특히, 2008년 글로벌 금융위기 이후 전반적인 고용 여건이 급격히 악화되었음에도 불구하고, 사회서비스 부문의 고용은 여전히 증가 추세를 지속해 갔다는 것이 매우 특징적인 요소임
 - 글로벌 금융위기 직전인 2008년 2분기 사회서비스 관련 직종 종사자 수는 4백 22만 명 수준이었고, 이듬해인 2009년 2분기는 종사자 수가 4백 27만 5천 여 명으로서 약 5만 5천 여 명 증가한 것으로 나타남
- 또한, 영국의 전체 근로자 천 명당 보건종사인력(보건의료 및 사회복지)은 61.7명(2012년 기준)으로 OECD 평균인 46.5명에 비해 높은 수준을 보이고 있음 (OECD, 2013)
- 사회서비스 관련 세부 직종을 살펴보면, 사회서비스 관리직 중 보건의료 관련 관리직 종사자는, 2001년 7만 9천 여 명에서 2006년까지 10만 명 이상으로 증가했지만, 2011년 종사자 수가 감소함³²⁾
- 사회서비스 전문직의 경우, 보건의료 부문의 전문직 종사자는 최근 10여 년 간 크게 증가한 반면, 사회서비스 부문의 전문직 고용 규모는 정체된 상태임
 - 의료 전문직은 2001년 27만 8천 명에서 2012년 47만 3천 여 명으로 크게 증가하였으며, 간호 전문직 역시 같은 기간 49만 여 명에서 61만 명으로 증가함
 - 반면, 사회복지 전문직은 2001년 16만 명에서 2010년 20만 명 선으로 증가하였다가 2011년 이후에는 16~17만 명 수준으로 감소함
- 사회서비스 준전문직의 경우, 보건의료와 사회서비스 부문 모두 고용 규모가 상당히 증가되어 왔음
 - 보건의료 관련 준전문직은 최근 11년 간 9만 명에서 15만 명 수준으로, 사회복지 준전문직은 18만 명에서 27만 명으로 대략 50% 이상 고용 규모가 증가함

32) 이러한 감소는 새로운 표준직업분류 도입과도 관련 있는 것으로 보여지며, 사회서비스 관련 관리직도 2001년 9만 2천 여 명에서 2010년까지 11만 4천명으로 증가하였고, 새로운 직업분류가 도입된 2011년 10만 명 아래로 감소함(박수지 외, 2013)

- 대인·돌봄서비스 직종의 경우, 보건의료와 사회서비스 부문 모두 고용 규모가 증가한 추세를 보임
 - 보건의료 관련 대인서비스직은 2001년 28만 명에서 2012년 33만 명으로, 아동보육 관련 종사자는 57만 명에서 79만 명으로, 돌봄 관련 서비스 종사자는 62만 명에서 83만 명으로 증가함
- 특히, 보건과 복지 분야의 사회서비스 관련 직종을 중심으로 사회서비스 고용에서, 2012년 현재 사회서비스 관련 종사자 4백 4십 만 명 중 여성의 비율이 77%를 차지하고 있음

나. 영국 사회서비스 고용의 특징

- 영국의 사회서비스 부문은 여성의 일자리 창출에 큰 기여를 해 왔으며, 남녀 간의 임금 격차도 다른 업종에 비해 크지 않음
- 구체적으로 최근 10년간의 세부 직종별 일자리 창출 정도를 정리하면 다음과 같음
 - 보건의료 부문의 경우 전문직 종사자 규모가 크게 증가한 반면, 사회서비스 부문에서는 준전문직과 대인·돌봄서비스직 등 하위 직종 종사자의 규모가 크게 증가함
 - 최근 10여 년간의 사회서비스 부문에서 두드러지게 고용이 성장한 직종들은 보건의료 부문의 전문가 및 준전문가, 그리고 사회복지 준전문직 등임
- 영국의 사회서비스 부문의 고용 증가를 견인한 것이 비정형(파트타임) 고용일 가능성도 제기되었으나, 사회서비스 고용의 파트타임 비중은 2001년 38%에서 2012년 34%로 감소하는 추세를 보임
 - 사회서비스 고용의 증가는 전일제 여성 고용의 증가에 의해 견인된 것으로 분석되어, 최근 10년간 영국의 사회서비스 부문은 임금 수준과 종사상 지위를 기준으로 여성들에게 괜찮은 일자리를 제공해 왔다고 분석될 수 있음
- 이러한 사회서비스 일자리의 증가는 영국의 보건 및 복지 지출의 증가와 그 맥을 같이한 것임
 - 특히, 2001년부터 영국의 신노동당 정부가 NHS 현대화를 내세우며 보건의료 지출을 크게 확대하면서 보건의료 전문직의 고용이 크게 증가한 것임

- 1980년대 중반 이후 영국 사회서비스 정책 및 제도 변화의 가장 큰 방향은 지방정부가 사회서비스의 계획·재정·규제를 담당하되, 영리 부문을 비롯한 민간 부문이 사회서비스를 직접 공급하는 역할 분담 체계를 확립하는 것이었음
 - 이에 따라 영리 부문을 비롯한 민간 부문 서비스 제공자의 비중이 크게 확대되었고, 이에 따라 사회서비스 부문의 고용 역시 민간 부문에 대부분 의존하는 구조를 가지게 되었음
 - 1997년 집권한 신노동당 정부 역시 이러한 정책 기조에 변화가 없었고, 개별화 정책을 통하여 사회서비스 이용자가 직접 서비스를 구매하고 비용을 직접 지불하도록 현금을 제공하는 직접 비용 지불 방식을 도입함
 - 직접 지불 방식 및 개별 예산 제도 등의 사회서비스 정책 방향은 2009년 출범한 보수당 정부에서도 유지·확대되고 있음
- 이러한 민간 부문, 특히 영리사업자 중심의 사회서비스 고용 구조는 사회서비스 종사자들의 낮은 처우(임금)로 이어졌으며, 또한 사회서비스 인력에 외국인의 비중이 높아지는 결과를 초래하였음
 - 영리 부문을 비롯한 민간 영역에서 지난 4년간 22만개의 일자리가 창출된 반면, 지방정부가 직접 운영하는 사회서비스 일자리는 2만개가 감소하였음
 - 보건의료 인력의 임금 수준은 높은 편이나, 직접 서비스를 제공하는 인력의 임금 수준은 매우 낮은 편이고, 특히 사회서비스 고용의 대부분을 제공하는 영리 부문의 임금 수준이 비영리 부문이나 공공 부문에 비하여 매우 낮은 것으로 나타남
 - 또한, 최근 사회서비스 인력의 다문화 현상이 빠른 속도로 진행되고 있어, 2008년 현재 주요 사회서비스 직종의 20% 정도가 외국인 출신인 것으로 나타나고 있음
- 결국, 사회서비스 인력의 주요 현황과 쟁점 사항은 민간 중심의 사회서비스 고용, 낮은 수준의 임금, 그리고 사회서비스 인력의 외국인 비중 증가 등으로 요약할 수 있을 것임

다. 영국 사회서비스 고용의 우리나라에의 시사점

- 영국의 사례는 여성의 일자리 창출에 크게 기여할 수 있는 것이 바로 사회서비스 분야라는 것을 보여주고 있음

- 우리나라 역시 사회서비스에 대한 예산 투입이 증대되면 절대적인 고용 규모는 증가하게 될 것이나, 문제는 여성을 중심으로 한 사회서비스 일자리의 '질' 적인 측면이라고 할 수 있을 것임
- 영국의 경우 사회서비스 고용은 파트타임의 비중이 크지 않고 오히려 그 비중이 감소해 왔음
 - 남녀 임금 격차도 크지 않아, 집객업이나 도소매업 등 다른 저임금 서비스 직종에 비해 비교적 양질의 일자리를 제공하는 원천이 되어 왔음
 - 그러나, 우리나라에서 사회서비스 일자리는 '저임금'의 단기간 계약에 의한 불안정한 고용을 의미하는 경우가 대부분이므로 안정적인 고용을 보장할 수 있는 사회서비스 직종을 개발할 필요가 있을 것임
- 영국에서는 사회서비스 공급자로서 영리(민간) 부문이 크게 확대되어 왔으며, 이에 따라 영리(민간) 부문에 의해 사회서비스 일자리의 대부분이 창출되었음
 - 그러나, 영리 부문은 비영리 혹은 공공 부문에 비교하여 임금 수준이 매우 낮은 문제를 낳고 있음
 - 종사자의 낮은 처우는 낮은 서비스의 질로 귀결되므로, 사회서비스에서 만큼은 영리 부문 보다는 공공 부문이나 비영리 부문의 서비스를 선호하는 경향이 나타나게 됨
 - 우리나라에서도 보육, 장기요양 등에서 민간(혹은 개인) 영리사업자의 서비스 공급 비중이 크게 확대되고 있으나, 국공립 보육시설의 긴 대기기간에서 볼 수 있듯이 공공 부문의 사회서비스를 선호하는 현상이 마찬가지로 나타나고 있음
 - 이것은 영리 사업자들이 종사자에게 낮은 임금을 제공함으로써 이윤을 극대화하려는 경향을 보이는 것으로, 영리 부문 종사자의 임금 수준 및 서비스 품질을 감독할 수 있는 국가의 관리 체계가 필요하며, 이를 통하여 영리 부문의 고용의 질을 지속적으로 관리하여야 할 것임
 - 나아가, 비영리 민간 부문 및 지방정부의 사회서비스 공급 비중을 확대하여 보다 양질의 일자리가 창출되도록 할 필요가 있을 것임
- 영국의 경우 사회서비스 종사자의 다문화 현상이 최근 급격히 진행되고 있음
 - 우리나라에서도 장기요양 분야를 중심으로 외국인(주로 중국 교포)의 고용이 크

게 증가하고 있음

- 사회서비스 일자리의 처우가 낮고, 근무 여건이 열악하여 내국인들이 이러한 일자리를 기피하는 현상은 더욱 심화될 것이므로, 우리나라에서도 돌봄 노동자의 다문화 현상에 적극적으로 대처하는 정책적 노력이 요구됨

○ 영국의 경우 2000년 이후 NHS의 현대화라는 명목으로 대규모의 투자가 이루어지면서 보건의료 전문직 고용이 크게 확대되었음

- 우리나라 역시 보건의료 분야 서비스를 강화하여 전문직 혹은 준전문직 등 양질의 일자리를 창출할 필요가 있음
- 특히, 간호사 자격증을 소지한 여성이 많은 우리나라에서는 영국 NHS 체계에서 제공하고 있는 재가 조산서비스(midwifery service), 즉 조산간호사(midwife)가 임신·출산·수유기 여성을 방문하여 통합적인 보건의료 및 돌봄·교육 서비스를 제공하는 사례를 고려해 볼 수 있을 것임

▣ 영국의 조산사(midwife) 직종 사례 : 우리나라에의 적용 가능성

○ 영국은 전 국민 무상보건의료체계인 NHS에서 임신·출산·수유기 여성에게 조산간호사(midwife)가 통합적이고 체계적인 서비스를 제공하도록 하고 있음

- 주요 산전 검사와 분만 등은 병원에서 의사에 의한 서비스가 제공되지만, 별다른 문제가 없는 건강한 임신 여성 및 산모에게 전문적인 도움과 조언을 임신기부터 제공하는 역할은 주로 조산간호사가 담당함
- 조산간호사는 정상적인 임신부에 대한 산전 관리(antenatal care)를 전담하며, 임상적 검사는 물론 고위험 임신에 대한 일차적인 진단을 담당하고, 여성의 출산을 실질적으로 돕는 서비스를 제공함
- 이와 함께 출산 이후, 특히 첫 아이를 출산한 어머니들을 대상으로 어떻게 아기를 돌보고 먹이는 지 등 기초적인 육아법을 교육하는 역할을 수행하는 등, 임신 직후부터 아기 출생 후 1개월까지 포괄적인 보건의료 및 돌봄·교육서비스를 제공함
- 무엇보다도, 조산간호사는 임신부와 산모에게 서비스를 제공하므로 전문적인 보건의료서비스와 함께 감정적이고 심리적인 교류의 필요성을 강조하는 등 상담자로서의 역할까지 수행함

3) 의료산업 관련 동향

가. 바이오산업(바이오클러스터³³⁾³⁴⁾)

- 영국을 비롯한 유럽 지역은 1990년대부터 클러스터 육성 정책을 기술 혁신과 지역 경제 개발의 주된 전략으로 활용해 오고 있으며, 유럽의 바이오산업은 주로 중소기업 중심으로 운영되고 있음
- 영국 정부는 기술 이전 활성화를 목적으로, 대학 기관이 산학 협력 기능을 더욱 활성화하여 신기술 분야에서 기초 연구에 대한 투자 회수 및 고등 교육의 확장 등의 효과를 거두도록 장려함
- 영국의 주요 바이오클러스터로는 Cambridge Science Park, Edinburgh Science Triangle 및 Oxfordshire Biocluster 등이 있음
- Cambridge Science Park
 - 위치 : 영국 캠브리지
 - 면적 : 61.5만m²
 - 입주 기관 수 : 약 100개
 - 특징
 - 영국 캠브리지는 1970년대 초 케임브리지 시정부가 첨단 산업 지역으로 육성하기 위해 도시계획을 변경하고, 캠브리지대학이 교수의 지적재산권 보유를 허가하면서 교수 창업이 시작되었음
 - 캠브리지 대학 및 트리니티대학을 중심으로 스피노프 벤처기업 및 제약기업 연구소가 집중된 클러스터임
 - 캠브리지 지역에 첨단 기업들이 집적되기 시작하자 1976년 캠브리지대학은 첨단 기업들을 보육하기 위한 캠브리지 사이언스 파크를 설립함
 - 세계적 수준의 의학과 유전학 연구, 단일세포 항체 분야의 노벨상 수상자 배출로 캠브리지는 생명공학 연구의 중심으로 부상함

33) 클러스터는 부가가치를 창출하는 생산사슬에 연계된 독립성이 강한 기업들과 지식창출기관(대학, 연구기관, 지식제공 기업), 연계 조직(지식집약 사업서비스, 브로커나 컨설턴트 등), 고객의 네트워크를 말함(한국보건산업진흥원, 2010)

34) 영국의 바이오클러스터 관련 자료는 한국보건산업진흥원에서 발간한 「세계 각국의 바이오 클러스터」(2010)를 참조하였음

- 창업자 가운데 17%가 대학으로부터 직접 온 교수, 연구자, 졸업생 등이었으며, 그들은 캠브리지대학 때문에 이 곳에서 창업함
 - 특히 캠브리지는 대규모 고객과 자금 지원 기업들이 인접해 있다는 점에서도 매우 유리한 입지 조건을 가지고 있음
- 주된 분야 : 생체 공학, 과학 연구 및 개발, 과학 분야 산학 연계

○Edinburgh Science Triangle

- 위치 : 영국 에든버러
- 면적 : 37만m²
- 입주 기관 수 : 100개 이상
- 특징 :
 - 2004년 에든버러 시를 세계적 수준의 과학 명소이자 지식 교류 및 R&D의 중심지로 발전시키려는 목적으로 설립함
 - 스코틀랜드 정부 주도로 에든버러대학 및 로슬린연구소 등을 중심으로 바이오기업이 집적되어 있음
 - 에든버러 시의 중심에서 30분 거리 내 위치하는 7개의 사이언스 파크와 협력하고 있으며, 주변에는 다양한 대학 시설 및 연구 기관들이 있음
 - 적극적인 파트너십과 꾸준한 기존 사업 연구 및 신사업 개발로 유럽에서 상위 10위 안에 드는 R&D 지역이며, 정보학 분야의 중심지이자 전 세계 5위 안에 드는 생명 과학 연구 중심지임
- 주된 분야 : 생명과학³⁵⁾, 기술 이전(산학 협력)

○Oxfordshire Biocluster

- 위치 : 영국 옥스퍼드(옥스퍼드셔)
- 면적 : 142만m²
- 입주 기관 수 : 정회원 34개, 준회원 130개((Oxfordshire Bioscience Network))

35) 1996년 로슬린 연구소(Roslin Institute)에서 세계 최초의 포유동물 복제에 성공하여 복제양 'Dolly(돌리)'가 탄생함

- 특징 :

- 1999년 Lord Sainsbury에 의해 Oxfordshire Bioscience Network가 설립되었으며, 설립 목적은 바이오 클러스터를 통합하여 개방적이고 효율적인 비즈니스 네트워크를 유지하고, 일대일 파트너십 기회를 포함한 회원사 간의 커뮤니케이션 활동을 장려하는 데 있음
- 옥스퍼드대학을 중심으로 스핀오프된 벤처기업 및 제약기업 연구소가 집적되어 있음
- 2008년에는 Oxford BioCluster가 영국에서 가장 급속히 성장 중인 생명 과학 클러스터로 선정됨

- 주된 분야 : 생명공학³⁶⁾, 의료공학

나. 합성생물학 로드맵³⁷⁾

- 합성생물학은 생물학적 기반을 가진 새로운 부품·기기·시스템을 설계·제작하거나, 기존에 자연계에 존재하는 생물학적 시스템을 재설계하는 분야임
 - 합성생물학은 생화학, 분자생물학, 단백질설계, 대사공학, 계놈학, 시스템생물학 등 다양한 기초학문을 연계한 플랫폼기술이자 중개기술(translational technology)임
 - 합성생물학은 바이오센서, 진단·치료, 재생의학, 석유화학, 소재, 농업 등에 적용
- 합성생물학 로드맵의 배경
 - 합성생물학이 보건, 에너지, 환경 등의 글로벌 과제에 대응하고 전문직 일자리 창출에 기여할 것으로 예상되면서 각국의 관심이 증대됨
 - 이에 영국 정부는 그동안 생명공학, 엔지니어링, 정보통신 등에서 구축한 역량을 바탕으로 합성생물학 분야에서 성장 및 고용 창출, 응용개발에서 유리한 고지 점령 및 공공의 편익 달성 등을 위해 합성생물학 로드맵을 발표함
- 합성생물학 현황
 - 분자생물학, 시스템생물학 등의 성과를 바탕으로 발전한 합성생물학은 역사가

36) 전립선 암 진단 조사에서 민감도 및 특이성 모두 90% 이상인 표본으로부터 전립선 암을 구분할 수 있는 일련의 생물지표를 규명함(한국보건산업진흥원, 2010)

37) 영국의 합성생물학 로드맵 관련 자료는 한국보건산업진흥원에서 발간하는 글로벌 보건산업동향(2012. 8. 16)을 참조하였음

10년 남짓해 아직은 발전 초기단계에 머물러 있는 상황이지만,

- 현재 40개국 약 5백 개 자금지원기관에서 합성생물학 연구를 지원하고 있으며, 연구 인력은 3천 명 정도로 추정됨
- 2011년 전 세계 합성생물학 시장 규모는 약 16억불로 추산되며, 2016년경에는 108억불로 성장할 전망이다

○영국의 발전 요인

- 영국은 일찍이 합성생물학의 중요성을 인식하고 공공 부문의 학술 연구 지원, 다분야 전문가(multidisciplinary expertise) 확충 등을 통해 합성생물학 분야의 기반을 확립함
- 전 세계에서 '사업하기에 좋은 국가' 상위 5% 내에 들 정도로 기업 활동을 위한 건전한 생태계가 구축되어 있음
- 생명공학, 엔지니어링, 물리학 분야에서 세계적인 역량을 보유하고 있으며, 혁신 문화도 정착되어 있는 등 합성생물학을 위한 학술 기반이 확고함
- 합성생물학 응용 분야에서 강력한 국제 산업 네트워크를 확립함
- 연구위원회(Research Councils) 등 자금 지원 기관들의 신속하고 책임 있는 대응으로 2007년 이후 합성생물학에 6천 2백 만 파운드(9천 5백 만불) 이상이 지원됨
- 연구 개발과 관련된 윤리 규정 및 규제 체도가 마련되어 있으며, 국제적으로도 영국의 관련 규제는 체계가 탄탄하며 균형이 잘 이루어져 있는 것으로 평가되고 있음

○합성생물학 로드맵의 개요

- 합성생물학 로드맵은 영국 합성생물학의 비전을 구축하고, 비전의 실현에 필요한 프로세스를 규정함
- 영국 기업기술혁신부의 요청에 따라 전문가 패널이 작성한 이 로드맵은 상세한 사업 계획이 아닌 향후 혁신적인 발전을 위한 핵심 요소들을 정리해 놓은 것임

○합성생물학 로드맵의 핵심 주제

- 합성생물학 로드맵에서는 ① 기초 학문 역량, ② 책임 있는 연구·혁신, ③ 기술 상용화, ④ 성장시장·응용 분야 발굴, ⑤ 국제협력 추진 등을 핵심주제로 선정함
- 기초 학문 역량 : 합성생물학이 가지는 기초기술적인 잠재성을 인식하고 영국

내 기초 학문 역량을 구축하기 위해 연구센터에 대한 투자를 확충하고 교육·훈련을 강화함

* 사례 :

- 연구센터 설립 지원 : 임페리얼 대학교 합성생물학혁신센터(공학물리학연구위원회)
- 연구 컨소시엄 구축 : 임페리얼 대학교, 캠브리지 대학교, 에든버러대학교, 뉴캐슬 대학교, 킹스 칼리지 런던 등

- 책임 있는 연구 : 합성생물학 분야의 획기적인 성과가 의도하지 않은 결과를 유발할 수 있기 때문에, 규제 경각심 제고, 훈련, 엄격한 규제 준수 등을 통해 책임 있는 연구 혁신이 추진될 수 있도록 노력함

* 사례 :

- 2010년 생명공학생물학연구위원회(BBSRC)와 공학물리학연구위원회(EPSCRC)는 합성생물학에 관한 시민 토론을 개최함

- 기술 상용화 : 합성생물학 관련 기술의 상용화를 위해서는 산업적 중개 과정 구축, 실증사업 활성화, 상업적·기술적 리스크 감축, 학계 및 산업계 개척자들의 커뮤니티 결성, 클러스터 구축, 지식재산권 보호 및 다양한 적용이 가능한 기술 개발에 대한 투자 등이 필요함

- 성장시장 및 응용 분야 : 영국이 미래 시장과 산업적 응용의 기회를 잡을 수 있는 분야는 보건의료³⁸⁾, 정밀화학·특수화학, 에너지, 환경, 센서³⁹⁾ 및 농업·식품 분야 등임

- 국제 협력 : 영국은 합성생물학을 통해 글로벌 과제에 대응할 수 있도록 연구위원회·학술기관의 적극적 국제 협력, 국제 정책 및 자금 지원 기관에 참여, 국제 표준 수립, 세계 시장 및 공급 사슬 구축 등을 추진함

○ 합성생물학 로드맵에서는 ① 다학문적 연구센터의 네트워크 투자, ② 전문가와 재

38) 합성생물학은 바이오의약품이나 소분자 약리활성화물질(API) 양 부문 모두에서 생산이 쉽지 않아 가격이 높아지는 의약품들의 제조 공정을 개선해 환자들의 관련 의약품 이용 확대가 가능해짐. 현재 개발 및 임상평가 단계에 있는 합성생물학 기반 약물은 약 20종임

39) 생물 시스템은 매우 민감도가 높아 극소량의 표적 물질도 추적해낼 수 있는 특성을 지니는데, 이러한 특성에 기반한 센서 시스템을 통해 치료 시기가 매우 중요한 폐혈증과 같은 질병을 조기 추적하거나 박테리아, 바이러스, 병원체, 독소 등의 출현을 조기 경고하는 것이 가능함

정 지원이 뒷받침된 커뮤니티 구축, ③ 책임감 있는 기술 사업화 추진, ④ 국제적으로 주도적 역할 수행 및 ⑤ 전담 대표위원회 설치 등이 권고됨

- 합성생물학의 기초·응용 연구 확대와 사업 기회 탐색을 위해서는 다학문적 연구센터 네트워크 구축이 필요한데, 이미 구축되어 있는 첨단학술연구기관과 기업 연계 혁신지식센터(IKC)와 기존의 고등교육기관 등을 활용함
- 혁신 담당 기관인 기술전략위원회(Technology Strategy Board)나 연구위원회 등에 폭넓은 합성생물학 커뮤니티를 구축할 수 있는 다양한 메커니즘을 도입함
- 합성생물학이 발전 초기 단계에 있기 때문에 명확한 가치 제안이나 사업 모델 제시가 어렵기 때문에 관련 기관들은 기업들이 책임감 있는 방식으로 합성생물학의 잠재성을 시장에 증명할 수 있도록 지원함
 - * 사례 : 기업의 전문가·연구시설 접근 활성화, 시장 수요를 촉발할 수 있는 전략 타깃 설정, 응용 아이디어를 시험할 수 있는 소규모 타당성 연구 추진, 기술 실증을 위한 대규모 R&D 사업 투자, 연구 커뮤니티와 위험 규제 당국 간의 상호작용 수준 제고 등
- 영국의 강점을 바탕으로 글로벌 과제에 대응할 수 있도록 기여하고 국제 표준이나 향후 규제 수립에 있어 국제적으로 주도적인 역할을 수행함

2.5 우리나라 의료서비스산업 발전에의 시사점

1) 결론

- 영국의 일반적인 의료서비스 현황을 간략히 언급하면,
 - 병상 자원 현황 : 인구 천명 당 병상 수(급성병상 수 및 정신병상 수도 포함)는 OECD 평균에 미치지 못함
 - 의료 인력 자원 현황 : 인구 천명 당 활동의사 수 및 활동간호사 수는 OECD 평균 보다 낮은 수준임
 - 고가 의료 장비 현황 : 인구 백만명 당 MRI 및 CT 보유대수는 OECD 평균에 비해 매우 낮은 수준을 보임
 - 의료서비스 이용 현황 : 환자 1인 당 평균 재원일수 및 국민 1인 당 의사 외래

진료는 OECD 평균에 비해 낮은 수준을 나타냄

- 국민 의료비 동향 : GDP 대비 국민 의료비 비중은 OECD 평균과 유사하나, 대부분의 선진국들에 비해서는 낮음. 국민 1인 당 의료비는 OECD 평균 보다 약간 높으나, 미국 보다는 현저히 낮음. 국민 의료비 중 공공 지출 비율은 OECD 평균 보다 높은 반면, 국민 의료비 중 가계 지출 비율은 OECD 평균에 비해 현저히 낮은 수준을 보임
- 건강 수준 : 영국의 출생아 천명당 영아사망율은 OECD 평균에 비해 약간 높은 수준을 보이며, 기대수명은 OECD 평균보다는 다소 긴 편인 것으로 나타남
- 영국의 NHS는 서구사회에서 전 국민을 대상으로 무상의 보건의료서비스를 제공한 최초의 예이며, 기여에 따라 자격이 부여되는 보험 원칙에 기반 하지 않고 모든 국민에게 국가가 의료서비스를 제공하는 최초의 포괄적인 보건의료체계였으며, 시장경제체제를 유지하는 국가 중에서 집단적으로 보건의료를 제공하는 최초의 국가였음
- 영국은 1948년에 국가보건서비스(National Health Service, NHS) 제도를 채택하여 정부의 일반 재정에 의해 의료비를 충당하고 국가가 모든 국민에게 보편적인 의료서비스를 무상으로 제공하는 의료제도를 운영하고 있음
- 이 제도 하에서 일반 주민은 명확하게 구분된 의료전달체계에 따라 의료기관을 이용하고 있으며, 잘 확립된 주치의제도를 기반으로 개인과 가족의 병력이 체계적으로 관리되며, GP를 통해 질병 치료뿐만 아니라 정기검진 및 상담 등도 받을 수 있음. 물론 중증질환의 경우에는 GP를 통해 전문의에 의뢰되어 보다 전문적인 진료를 받을 수 있도록 제도화 되어 있음
- 그런데, 최근 몇 년 사이에 무상의료체계의 대표적인 국가로 손꼽히고 있는 영국에서도 NHS(National Health Service; 국가보건서비스)가 직면하고 있는 거대한 재정적 위기를 극복하기 위해서 NHS에 관한 개혁을 실시하기에 이르렀음
- 즉, 영국은 국가에서 직접 관리·운영하는 의료제도를 실시하고 있기 때문에 NHS를 우선시해야 할 국가 정책 중의 하나로 설정하고 보건의료서비스의 효과성 및 효율성 제고, 의료서비스의 질적 향상 등을 위한 개혁을 지속적으로 추진해 오고 있었는데, 2012년 3월 공공의료 개혁안('Health and Social Care Act')이 의회를

통과하였고, 2013년부터 점차적으로 시행해 오고 있는 상황임

- 무엇보다도 이 개혁안은 1948년 NHS가 설립된 이래 가장 전면적인 변화를 초래하는 의료 개혁이라고 할 수 있겠음
- 다시 말해서, 영국에서는 2009년 경제 위기 이후 더욱 심각해진 재정 적자 문제를 해결하기 위해 2010년 5월 정권을 잡은 보수당-자민당 연립정부가 들어서면서 모든 부처의 지출을 평균 20% 감축하는 내용의 긴축재정안(Comprehensive Spending Review)을 내놓았고,⁴⁰⁾ 이와 관련되어 2012년 공공의료 개혁안이 의회를 통과한 것이었음. 지역 개원의 중심 컨소시엄인 ‘CCGs’ (Clinical Commissioning Groups)가 NHS의 핵심적인 역할을 맡게 되었으며, 공공의료 개혁안에 따라 2013년부터 CCGs가 일차의료 트러스트 대신 600억 파운드(한화 108조원)의 예산을 받아 1차 의료와 2·3차 병원과의 연계서비스를 제공하게 됨
- 영국이 대대적인 의료 개혁을 하게 된 배경으로는 다음과 같은 몇 가지 요인들을 들 수 있음
 - 우선 인구고령화 등으로 인한 의료비 증가에 적절하게 대처하고 비용 효율성·효과성을 제고시키는 방안이 필요했음
 - 비만 등을 포함하여 만성질환에 대한 집중적인 관리의 필요성도 제기되고 있었음
 - 의로서비스의 중앙집권화 및 관료화로 인해 야기된 의로서비스의 질적 저하를 저지해야 할 상황에 이르게 되었음
 - 영국은 이 새로운 개혁안을 시행함으로써 국민(환자)에게 선택권을 부여하고, 병원 간 경쟁을 유도하여 의로서비스의 질을 향상시키고자 하는데 그 목표를 두었음
 - 물론 이러한 배경의 등장 근저에는 최근 전 세계에 불어 닥치고 있는 재정 압박이 자리 잡고 있음을 무시할 수는 없을 것임
- 하지만, 영국 정부의 개혁안에 대한 여론은 그리 긍정적이지만은 않음
 - 영국의 현 정부의 개혁은 혁명이 아닌 점진적인 개혁이 아니라는(revolution not evolution) 것임
 - 노동조합이나 야당인 노동당, 일부 의료전문가 그룹은 반대 입장을 분명히 함

40) 최근 영국 정부는 건강보험의 재정난을 덜기 위해 외국인에 대한 의로서비스를 일부 유료화하기로 함. 영국 보건부는 외국인 이주민에 대한 응급진료와 처방 서비스 등을 유료화하여, 연간 5억 파운드(8천 6백억 원)를 절감하겠다고 밝힘(KBS뉴스, 2013. 12. 31)

(이정희, 2011)

- 공공부문 최대노조이자 NHS 노동자들 중 40만 명 이상이 소속된 유니슨 (UNISON)을 포함, 영국의사협회(BMA), 영국간호사노조(RCN) 등은 정부의 개혁 법안은 NHS 와해와 광범위한 민영화를 초래할 것이라며 반대함
 - UNISON은 보건의료서비스가 환자보다는 이윤, 서비스의 질보다는 비용, 지속성보다는 혼란을 초래하게 될 것이라고 주장함
 - 특히, 가장 큰 우려는 민영화에 따라 환자들의 접근권이 차단되고, 비용 부담이 증가되며, 보편적 의료서비스로서의 NHS가 뿌리째 흔들릴 것이라는 점인데, 이는 민간 회사들은 상대적으로 치료하기 쉽고 비용이 많이 남는 환자들만 골라 치료할 가능성이 높기 때문인 것임⁴¹⁾
 - 결국 이는 병원 서비스를 불안정하게 할 뿐만 아니라 이윤을 창출하지 못하는 기관은 문을 닫을 수도 있다는 것을 의미하는 것이기도 함
- 이처럼 효율성 증대를 통한 예산 절감이 자칫 의료서비스 축소를 가져올 수도 있는 상황으로서, 건축 재정으로 인한 수술 지연, 입원 경쟁, 응급의료 지연 및 일부 의료서비스의 민간 영역 아웃소싱 증가뿐만 아니라 계층 간 또는 지역 간 의료서비스 혜택의 불평등을 야기할 수 있을 것임
- 의료 개혁안이 시행되면서 계층 간 의료서비스 혜택에 있어서도 차이가 발생할 수도 있을 것임. 즉, 부유한 계층은 최상의 진료와 보다 많은 의료서비스를 받게 될 것이나, 반면 저소득계층은 의료서비스 혜택 면에서 오히려 더 불리해질 수도 있을 것임
 - 더불어 NHS 개혁은 지역 개원의 중심 컨소시엄인 CCGs(Clinical Commissioning Groups)를 중심으로 의료서비스가 제공되므로 각 지역 단위마다 필요에 따라 예산의 증축을 가능하게 하는데, 이러한 점은 의료서비스의 지역적 불평등을 야기할 가능성이 높은 것임
- 게다가 캐머런 정부는 ‘효율성 증대를 통한 예산 절감 프로그램’ 등에 따라 NHS에 대한 대대적인 개혁을 통해 200억 파운드의 지출을 삭감하였고, 이러한 지출 삭감은 인력 감축으로 이어지게 되었음. RCN(영국간호사노조)은 행정 업무 담당자

41) 예를 들어서, 시력 상실이나 관절염, 불임 등과 같이 당장 생명과 직결되지 않거나 장기 치료를 필요로 하는 경우 “당신에 대한 치료는 우선순위가 아니라” 며 치료를 거절당할 여지도 충분히 있는 것임(이정희, 2011)

뿐만 아니라 의료서비스를 직접 담당하는 인력 역시 해고 대상이 되고 있다고 지적함. 실제 21개 NHS 트러스트에서 없어진 1만 개의 일자리 중 과반(54%)은 최일선에서 근무하는 의사, 간호사, 조산원 등이었음. 이러한 연유로 일선 간호 인력의 부족 및 의료서비스의 축소 내지 의료서비스의 질적 저하가 개혁안의 귀결점이 될 것이라는 우려도 더욱 커지고 있음(이정희, 2011; 라포르시안, 2013. 3. 5)

- 나아가서 NHS 개혁으로 민간부문에게도 문호를 개방하게 되었는데, GP들의 컨소시엄이 보건의료서비스를 제공받을 공급자들을 결정할 책임을 지게 되고, 이때 민간 회사로부터 제공받아도 상관없기 때문에 자칫 잘못되면 영국의 의료서비스가 PHS(Privatised Health Service)가 될 수도 있다는 예견을 해 볼 수도 있을 것이나,⁴²⁾ 궁극적으로 영국 정부의 개혁안에서 NHS를 CCGs에 일부 이양하는 방식을 사용하는 등 방법은 약간 변했다하더라도 국민 건강이 우선이기 때문에 CCGs에 NHS의 기능 일부를 이양한다고 해서 기존의 모든 시스템이 무너지지는 않을 것이라고 보는 견해가 지배적임
- 다시 말해서, NHS 시스템은 오랜 세월동안 만들어져 왔으며, NHS에 고용되어 일하고 있는 수많은 인력이 있고, 엄격한 의료시스템으로 운영되기 때문에 최근 영국인들이 우려하고 있는 것처럼 NHS가 민영화 되지는 않을 것으로 예견하는 입장이 아직까지는 보다 우세하다고 할 수 있음
 - 물론 영국 정부가 주도한 NHS 개혁의 이면에는 양적 성장을 위한 경쟁과 경영 효율에 대한 지나친 집착이 자리하고 있으나, 그동안 행해졌던 NHS 개혁이 부정적이라거나 NHS 무용론으로까지 결론을 내리는 것은 지나치게 성급하고 잘못된 것일 수 있음. 왜냐하면 최근 의학적 서비스를 통해 피할 수 있는 사망률이 다른 유럽 국가들에 비해 훨씬 가파르게 감소하였고, NHS에 대한 국민들의 만족도 역시 증가하였으며, 영국의 환자들은 자국의 의료제도를 가장 긍정적으로 평가하고 있는 것으로 나타났기 때문임⁴³⁾

42) 런던 퀸 메리 대학의 보건학 교수인 엘리슨 폴락도 새로운 개혁 법안에는 NHS 서비스를 사유화하려는 목적이 숨겨져 있다고 하면서, 혼합된 재정 시스템을 도입하고 세금 기반의 전 국민 의료 보장을 폐지하는 것이 새로운 법안의 목표라고 함. 결국 GP들은 이윤 창출을 위해 비용이 많이 드는 환자를 배제할 것이라는 것이며, 이는 환자의 치료 접근을 막는 장애물이 될 것이라는 것임(김성욱, 2012)

43) 이 조사 결과는 라포르시안(2013. 3. 5)에 게재되었던 내용임

2) 시사점

- 최근 들어 영국을 비롯한 다른 선진국들과 마찬가지로 우리나라에서도 인구 고령화 및 그로 인한 의료비 지출 증가 현상이 나타나고 있으며, 의료자원의 비효율적 사용 및 의료서비스의 지역 불균형 현상뿐만 아니라 높은 중증질환 본인부담률(2008년 기준 26.7%, OECD 평균 9.0%⁴⁴⁾)을 보이고 있어⁴⁵⁾ 의료 자원의 효율성 제고, 합리적인 의료비 지출 및 건강보험 재정의 건전성 확보가 요구되고 있는 시점임
- 이에 다음에서는 상기에서 살펴보았던 영국의 보건의료체계의 특성과 최근의 NHS 개혁 및 의료서비스산업 및 고용 동향 등을 토대로 우리나라가 보건의료체계 및 관련 제도를 개선함에 있어서 그 방향성을 제시해 줄 수 있는 사안들에 대해 간략히 언급해 보기로 하겠음
- 국가(보험자)와 공급자 간 관계 개선이 필요함
 - 보건의료의 경제적 특성으로 인해 이용자의 행동 변화는 공급자에 거의 전적으로 의존할 수밖에 없음. 영국에서 이루어진 최근의 개혁 조치들은 이용자에게 대해서는 권리를 보장하는 방식이 적용되었으며, 각종 규제는 공급자를 직·간접적으로 겨냥한 방식이었음. 영국에서 이루어진 공급 부문 개혁의 특징은 공급자를 나쁜 사마리아인으로만 인식하지 않았다는 점이라고 하겠음. 즉, 공급자들이 국가에서 정한 목표를 달성하도록 노력하는 만큼 상당히 정교화된 방식으로 적절한 보상이 뒤따랐고, 그들의 의견을 충분히 수렴했다는 것임. 이러한 점을 고려할 때, 현재의 적대적인 국가(보험자)-공급자 관계를 바꾸기 위한 노력이 우리나라에서 보건의료 개혁을 추진하는데 반드시 고려되어야 할 요소일 것임
- 일차 의료 및 진료 의뢰·회송체계 활성화 등을 통해 균형 잡힌 의료진달체계⁴⁶⁾를 확립해야 할 것임

44) 이것은 민주통합당의 보편적 복지 기획단에서 마련한 「보편적 복지 재원조달방안」에 있는 통계 수치를 사용한 것임

45) 우리나라의 높은 중증질환 본인 부담금을 고려할 경우, 만약 무상의료를 점증적·단계적으로 시행한다 할지라도, 자칫 과중한 진료비로 인해 가정경제의 파탄까지도 초래할 수 있는 중증질환 진료비에 대한 지원부터 우선적으로 시행해 나가는 것이 필요하리라 생각됨

46) 우리나라 보건복지부에서 권장하는 바람직한 의료진달체계는 의원급 의료기관은 주로 외래환자를 대상으로 하며, 병원급 의료기관은 입원환자 치료를 주 대상으로 하고, 상급종합병원은 중증질환에 대해 난이도가 높은 의료행위에 주안점을 두어야 한다는 것임

- 영국은 엄격한 의료전달체계 및 주치의 제도 등을 통해 일차 의료를 강화함으로써 GP들이 gatekeeper 역할을 충실하게 수행하여 의료자원의 적정 분배뿐만 아니라 건강 관리 및 예방적 의료서비스 제공 등을 통해 의료의 질 향상은 물론 의료비 절감 및 환자 만족도 제고 효과를 가져다 준 점을 경험삼아 우리나라도 일차 의료 활성화 및 주치의 제도 도입, 진료 의뢰·회송체계 활성화 등을 통해 균형 잡힌 의료전달체계를 확립함으로써 의료 자원의 적정 분배 및 양질의 의료 서비스 제공은 물론 예방 및 건강 관리를 통한 의료비 저감 효과에 의해 건강보험의 경제적 효율성을 확보할 수 있을 것임
- 의료서비스는 국민(환자) 중심의 서비스를 지향해야 할 것임
 - 최근 우리나라에서 빈번히 거론되고 있는 의료(건강보험) 보장성 확대의 경우 무엇보다도 ‘국민(환자) 중심의 서비스’를 우선시하는 관점에서 논하는 것이 가장 중요할 것임
 - 즉, 가장 중요한 것은 국민 건강이고, 국민에게 양질의 의료서비스를 제공해야 하는 것을 가장 먼저 고려하고, 그 다음으로 비용 효율성을 고려해야 할 것임
 - 우리나라도 재정적 측면을 포함하여 의료 현실 및 보건의료의 패러다임 변화 등이 제대로 반영된 환자 중심의 정책을 실시한다면, 궁극적으로 의료의 질 향상과 의료비의 효율성 제고라는 두 마리 토끼를 동시에 잡을 수 있는 날도 그리 멀리 있지는 않다고 사료됨
 - 즉, 과거 치료 위주의 의료서비스 제공 행태에서 건강 관리 및 예방 차원의 의료서비스 정책과 패러다임 전환에 따른 선제적 의료 환경 인프라 구축 및 제도화 등을 통하여, 적절한 만성질환 관리가 이루어질 수 있도록 함으로써 고령화 사회에서 의료비 급등을 사전에 방지해야 할 것임
 - 의료(건강보험) 보장성 확대의 걸림돌이 되고 있는 재원 및 부담금의 문제를 단순히 기존 건강 재정의 스톡 문제로 본다면 해결의 실마리를 찾기가 어려울 것임. 하지만 동태적인 보건의료정책과 패러다임의 변화를 통한 건강 관리 및 예방 차원의 의료서비스 제공과 결부될 경우, 이를 통한 비용 효율성 제고 및 건강보험 재정 건전성 확보로 의료(건강보험) 보장성 확대의 실마리를 찾을 수 있을 것으로 판단됨

- 더불어 우리나라도 영국처럼 효율적인 의료진달체계가 실현된다면, 건강보험 재정 안정화에도 큰 기여를 할 수 있을 것이며, 특히 고령화사회 진입 등과 함께 급증하는 만성질환 관리의 효과도 더욱 향상될 수 있을 것으로 판단됨
- 의료 보장성 확대를 위한 재원 마련의 관건은 신뢰감 확보라는 점을 염두에 두어야 할 것임
 - 사실상 건강보험 보장성 확대 정책을 실시하는 데에 있어서 매우 중요한 점 중의 하나가 재원 확보일 것임. 이 점에 있어서 영국은 이미 NHS에 국가 일반 조세에서 80% 정도를 지원해 주고 있기 때문에 재정적 측면에서 안정성이 담보되고 있다고 하겠으나, 우리나라의 경우에는 영국과는 상황이 많이 다르기 때문에 만약 건강보험 보장성을 급격하게 강화할 경우 자칫 잘못하면 국민의 세금 부담을 급증시킬 우려도 상존하고 있는 것임
 - 물론 점진적인 세금이나 건강보험료 인상은 불가피할 수도 있으나, 다만, 그러한 경우에도 문제는 국민들이 세금을 낼 준비가 되어 있느냐 하는 것이 관건일 것임. 증세를 하려면 ‘내가 낸 세금은 반드시 복지 혜택으로 돌아온다’는 국민적 확신이 있어야 하는 것임. 환언하면, 조세나 복지, 의료 보장성 등은 신뢰의 함수라는 점을 정부를 비롯한 의료서비스의 이해관계자들은 명심해야 할 것임⁴⁷⁾
- 지역보건행정체계의 확립과 지역거점병원 중심으로 병원 운영·관리체계를 재편해야 할 것임
 - 우리나라는 현재의 취약한 지역보건행정체계를 보다 강화하는 방식으로 재편해야 할 것이며, 영국의 지역보건의료의 커미셔닝 기관으로서의 일차의료트러스트의 기능을 우리나라의 지역보건행정에 접목하는 방안을 고려할 필요가 있을 것임. 영국의 경우, 대부분의 병원을 국유화하여 NHS가 1948년에 탄생되었음에도 불구하고, 병원에 대한 계획 수립은 한참이 지난 후인 1962년에 이르러서야 이루어졌는데, 이 당시 계획의 핵심은 지역거점병원(Community General Hospital)을 중심으로 한 체계를 만드는 것이었음
 - 따라서, 우리나라 정부 차원에서 논의되고 있는 지역거점병원을 단순히 민간 병원의 공공성 강화라는 차원에서 바라볼 것이 아니라, 진료권별 병원체계를 어떻

47) 이 내용은 뉴스룸이 김용하 전 한국보건사회연구원장과 한 인터뷰 내용 중 일부를 발췌한 것임(뉴스룸, 2012. 3. 8)

- 게 만들어 나갈 것인가라는 관점에서 접근하는 것이 바람직할 것으로 보여짐
- 주민과 환자를 병원 운영의 중심에 참여시켜 윈-윈 전략을 추구해야 할 것임
 - 영국 정부는 의료기관에 정치적 영향력으로부터 비교적 자유롭게 운영을 할 수 있도록 자율성을 획기적으로 부여해 준만큼, 이사회(Board of Governor)에 주민 및 환자가 과반수 이상 되도록 의무화하고, 파트너들의 참여를 강화함으로써 병원의 자율성 확대에 의해 나타날 수 있는 부작용을 감소시키고자 노력하였음. 이와 비슷한 우리나라 국립대학교병원의 이사회는 관료들 및 병원과 관련된 파트너 인사들로만 대부분 구성되어 있으며, 주민과 환자의 참여는 원천적으로 배제된 상태인데(라포르시안, 2012. 1. 12), 영국처럼 매우 직접적이고도 중요한 이해관계자인 주민과 환자를 병원 운영에 참여시킨다면 병원과 환자 모두 만족도가 제고될 것이며, 보다 자발적인 보건의료서비스 개혁도 가능할 것으로 생각됨
 - 의료서비스산업 활성화를 통해 일자리 창출을 도모할 필요가 있을 것임
 - 영국의 경우 최근 NHS의 현대화라는 명목으로 대규모의 투자가 이루어지고, 민간 부문의 의료서비스 공급이 확대되면서 다수의 일자리가 창출되었다는 점에 비추어, 우리나라에서도 안정적인 고용을 보장할 수 있도록 의료서비스산업을 활성화시키는 것이 필요한 시점이라고 판단됨
 - 다시 말해서, 우리나라의 공공 및 민간 부문의 보건의료서비스⁴⁸⁾ 공급 비중을 확대하여 보다 양질의 일자리가 창출되도록 해야 할 것이며, 나아가 민간 부문 종사자의 임금 수준 및 서비스 품질 등을 감독할 수 있는 국가의 관리 체계 구축 등을 통해 민간 부문의 고용의 질을 지속적으로 관리해 나가야 할 것임
 - 무엇보다도, 우리나라의 경우 의료서비스의 비용 효율성을 제고시키고 건강보험 재정 건전성을 확보하는 것이 물론 시급한 과제이기는 하지만, 동시에 보편적 의료서비스 제공이라는 우리나라 제도가 가진 강점을 그대로 유지시켜 나가야 할 것이며, 더 나아가서 의료서비스의 질적 향상을 도모하면서도 국민 부담은 최소화할 수 있는 바람직한 의료서비스 방안이 마련될 수 있도록 충분한 정책적·재정적 뒷받침이 있어야 할 것임
 - 다음에서는 본 고에서 언급되었던 영국 의료서비스산업과 관련된 정책들과 최근

48) 간병서비스 및 노인장기요양서비스 등도 포함한 개념임

우리나라 의료서비스 부문에서 거론되고 있는 주요 이슈들을 연계시켜 우리나라에 적용해 볼 수 있는 시사점들을 도출해 보고자 함(표 참조)

우리나라 의료서비스(산업) 관련 이슈	영국 의료체계의 특성	우리나라에 주는 시사점
일차 의료 활성화 및 주치의 제도 확립	엄격한 의료전달체계(확고한 진료 의뢰·회송체계 포함) 및 주치의 제도 등을 통해 일차 의료를 강화함으로써 GP들이 gatekeeper 역할을 적절하게 수행하여 의료자원의 적정 분배뿐만 아니라 건강 관리 및 예방적 의료서비스 제공을 통해 의료의 질 향상은 물론 의료비 절감 효과를 가져옴	우리나라도 영국의 경험을 토대로 일차 의료 활성화 및 주치의 제도 도입, 진료 의뢰·회송체계 활성화 등을 통해 균형 잡힌 의료전달체계를 확립함으로써 의료 자원의 적정 분배 및 양질의 의료서비스 제공은 물론 예방 및 건강 관리를 통한 의료비 감소에 의해 건강보험 재정 건전성을 확보할 수 있을 것임
의료(건강보험) 보장성 확대에 따른 재원 마련	무상의료를 실시하는 데에 있어서 영국은 이미 NHS에 국가 일반 조세에서 80% 정도를 지원해 주고 있기 때문에 재정적 측면에서 안정성이 담보되고 있다고 하겠음. 그러나, 무엇보다도 영국에서 막대한 재원 마련의 토대가 된 것은 내가 낸 세금은 반드시 복지 혜택으로 돌아온다는 국민적 확신이 있다는 점일 것임	우리나라의 경우에는 영국과는 상황이 많이 다르기 때문에 의료(건강보험) 보장성 확대 정책을 시행하는 경우에도 자칫 잘못하면 국민의 세금 부담을 급증시킬 우려도 상존하고 있는 것이기 때문에 의료 보장성 확대 정책을 추진함에 있어서도 반드시 국민적 합의를 이끌어 내야만 할 것임. 영국의 경험에서 보듯이 국민들에게 납부한 세금이 의료 및 복지로 보상받을 수 있다는 확신을 심어줄 수 있는 것이 가장 중요한 요소일 것임. 환언하면, 조세나 복지, 의료 보장성 등은 신뢰의 함수라는 점을 정부를 비롯한 의료서비스의 이해관계자들은 명심해야 할 것임
지역거점병원 중심의 병원관리체계 확립	1962년 수립된 병원계획부터 시작하여 영국의 병원계획은 지역거점병원(Community General Hospital)을 중심으로 한 체계를 확립해 왔으며, 이러한 지역거점병원 활성화를 통해 효율적인 NHS를 구축할 수 있었고, 무엇보다도 의료서비스의 지역 간 균형을 도모하려는 지속적인 노력을 경주해 왔음	우리나라는 현재의 취약한 지역보건행정 체계 및 지역거점병원을 보다 강화하는 방식으로 재편해야 할 것이며, 영국의 지역보건의료의 커미셔닝 기관으로서의 일차의료트러스트의 기능을 우리나라의 지역보건행정에 접목하는 방안을 고려할 필요가 있을 것임. 따라서, 우리나라 정부 차원에서 논의되고 있는 지역거점병원을 단순히 민간 병원의 공공성 강화라는 차원에서 접근하는 것이 아니라, 진료권별(지역별) 병원체계를 어떻게 만들어 나갈 것인가라는 관점에서 접근하는 것이 바람직할 것임

우리나라 의료서비스(산업) 관련 이슈	영국 의료체계의 특성	우리나라에 주는 시사점
<p>의료서비스산업 관련 고용 창출</p>	<p>i) 최근 영국에서는 의료서비스를 포함한 사회서비스 공급자로서 영리(민간) 부문이 크게 확대되어 왔으며, 이에 따라 영리(민간) 부문에 의해 사회서비스 일자리의 대부분이 창출되었음. 다만, 영리 부문은 비영리 혹은 공공 부문에 비교하여 임금 수준이 매우 낮다는 문제를 낳고 있음</p> <p>ii) 영국의 경우 2000년 이후 NHS의 현대화라는 명목으로 대규모의 투자가 이루어지면서 보건의료 전문직 고용이 크게 확대되었음</p>	<p>i) 우리나라에서 사회서비스 일자리는 '저임금'의 단기간 계약에 의한 불안정한 고용을 의미하는 경우가 대부분이므로 안정적인 고용을 보장할 수 있는 사회서비스 직종을 개발할 필요가 있을 것임. 우리나라에서도 보육, 장기요양 등에서 민간(혹은 개인) 영리사업자의 서비스 공급 비중이 크게 확대되고 있으나, 공공 부문에 비해 양호하지 못한 근로조건을 제시하는 경우가 많은데, 이것은 영리사업자들이 종사자에게 낮은 임금을 제공함으로써 이윤을 극대화하려는 경향을 보이는 것으로, 민간 부문 종사자의 임금 수준 및 서비스 품질을 감독할 수 있는 국가의 관리 체계가 필요하며, 이를 통하여 민간 부문의 고용의 질을 지속적으로 관리하여야 할 것임. 나아가, 비영리 민간 부문 및 지방정부의 보건의료서비스 공급 비중을 확대하여 보다 양질의 일자리가 창출되도록 할 필요가 있을 것임</p> <p>ii) 우리나라도 보건의료 분야 서비스를 강화하여 전문직 혹은 준전문직 등 양질의 일자리를 창출할 필요가 있을 것임. 특히, 간호사 자격증을 소지한 여성이 많은 우리나라에서는 영국 NHS 체계에서 제공하고 있는 재가 조산서비스(midwifery service), 즉 조산간호사(midwife)가 임신·출산·수유기 여성을 방문하여 통합적인 보건의료 및 돌봄·교육 서비스를 제공하는 사례를 도입해 볼 수 있을 것임</p>

3. 캐나다

3.1 의료시장 현황

1) 개요 및 보건의료체계

가. 국가 개요

○규모, 경제

- 997만 km²의 세계 3위의 국토면적을 가지고 있으나 인구수는 인구는 3,488만명으로 면적에 비해 적은 편
- 1인당 GDP는 \$43,146, 국가 GDP는 1.821 trillion USD. 이 GDP 규모는 세계 11위이고, 2008년에서 2013년까지 GDP는 연 평균 3.4%로 성장. 이는 미국, EU와 동등한 경제수준임
- 2012년 기준 경제성장률2%, 물가상승률2% 이며 무역 규모는 수출 4,546억 USD, 수입액 4,621억
- 10개의 주와 3개의 준주로 구성됨. 주와 준주의 차이점은 법률적 권리에 있는데 주는 캐나다 헌법에서 자치권을 명시하고 있으나 준주는 연방정부에서 모든 권한을 가지고 있음. 각 주는 자율적으로 삼권분립 원칙에 따라 입법부, 행정부, 사법부를 구성할 수 있고 각 주는 캐나다 정치체제의 최상위 단계인 연방정부와 상호 협력하는 것을 기본으로 하여 주의 법률은 연방 법률에 어긋나지 않는 것을 원칙으로 함

○인구, 보건

- 출생 시 기대수명은 81세로 (2011년 기준) OECD 기대수명인 80.1보다 높은 편이고 국가 노령화 지수는 100.1
- 고령화 추세는 계속되어 향후 20~30년 내에 노인층이 캐나다 전체인구의 25%를 차지할 전망. 이와같은 고령화 추세가 진행됨에 따라 건강에 대한 관심과 의료시설 이용이 증가될 것이라 예상

표 4-9 캐나다의 경제, 인구, 의료분야 주요 지표 현황

구분	항 목	2008	2009	2010	2011	2012	2013	CAGR ('08-'13)
경제	GDP (US\$ billions)	1,543	1,373	1,614	1,780	1,821	1,820	3.4%
	실질 GDP 성장률(%)	1.2	-2.7	3.4	2.5	1.7	1.7	n/a
	1인당 GDP (US\$)	46,235	40,682	47,281	51,595	52,266	51,733	2.3%
	의료비(US\$ billions)	154.3	152.8	179.4	194.2	198.9	198.4	5.2%
	1인당 의료비(US\$)	4,624	4,527	5,256	5,631	5,708	5,639	4.1%
	GDP에서 의료비 비중(%)	10.0	11.1	11.1	10.9	10.9	10.9	1.7%
인구	인구수 (millions)	33.4	33.8	34.1	34.5	34.8	35.2	1.1%
	인구성장률 (%)	1.2	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	n/a
	65세 이상 인구비중(%)	13.6	13.9	14.2	14.5	14.8	15.2	2.2%
의료	병원수 (일반/특별)	618	613	608	603	598	593	-0.8%
	인구 천 명당 병원 수	2.3	2.3	2.2	2.2	2.1	2.1	-1.9%
	의사수(Physicians)	65,440	68,101	69,699	72,529	74,099	75,703	3.0%
	인구 천 명당 의사 수	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.2	1.9%
	간호사수	261,889	266,341	268,512	270,724	274,012	277,340	1.2%
	인구 천 명당 간호사 수	7.8	7.9	7.9	7.8	7.9	7.9	0.1%
	치과 의사수	19,613	19,951	20,432	20,789	21,220	21,659	2.0%
	인구 천 명당 치과 의사 수	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.9%
	약사수	29,344	30,553	31,389	32,465	33,465	34,497	3.3%
	인구 천 명당 약사 수	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0	2.2%

자료 : BMI espicom, Canada Medical Devices Report Q4 2013, 2013.10.1

2) 캐나다 보건의료체계의 특성

- 공공재원 민간제공체계
 - 보건의료재원의 대부분이 정부예산을 통해 조달되고 의료서비스의 공급은 (비영리)민간공급자에 의해 주도되고 있음
- 보건의료의 계약모형(contract model)
 - 지불자, 구매자, 그리고 공급자가 명확히 구분되어 있음
 - 정부는 지불자로서의 기능을 하며 재원의 대부분을 조달하기 때문에 병원과 의료서비스 공급자의 입장에서 보면 정부는 독점 지불자가 됨

- 병원서비스와 의사서비스(외래서비스)의 무상공급
 - 1984년 캐나다 의료보장법을 통해 병원진료와 의사진료를 완전히 보장하고 각 주별로 서로 다른 기준이 적용되던 본인 부담제를 완전히 폐지함
- 긴 진료대기시간으로 인한 의료시설 감소 추세
 - 환자가 전문의에게 진료를 받기까지 긴 대기시간 필요. 2011년 전문의 진료를 위한 평균 대기시간은 9.5주로 나타남
 - 주별 평균 진료대기시간은 온타리오주가 14주로 가장 짧은 대기시간을 보였고, 브리티시컬럼비아주가 19주, 프린스 에드워드주가 44주로 가장 오래 걸리는 것으로 나타남
 - 특히 정형외과 수술, 척추 수술, 성형 및 심장 수술 등의 수술 대기시간이 더욱 긴 편임
 - 이로 인해 각 지역정부는 원격진료나 화상진료(Telemedicine and tele-health)등을 개발 및 보급하여 문제를 해결하려고 노력하고 있음
 - 병상 수의 경우 수 년간 지속적으로 감소하여 2008년 기준 병상수는 인구 1,000명당 2.7병상을 기록. 이는 OECD 회원국 평균인 3.6병상을 한참 밑도는 실정임

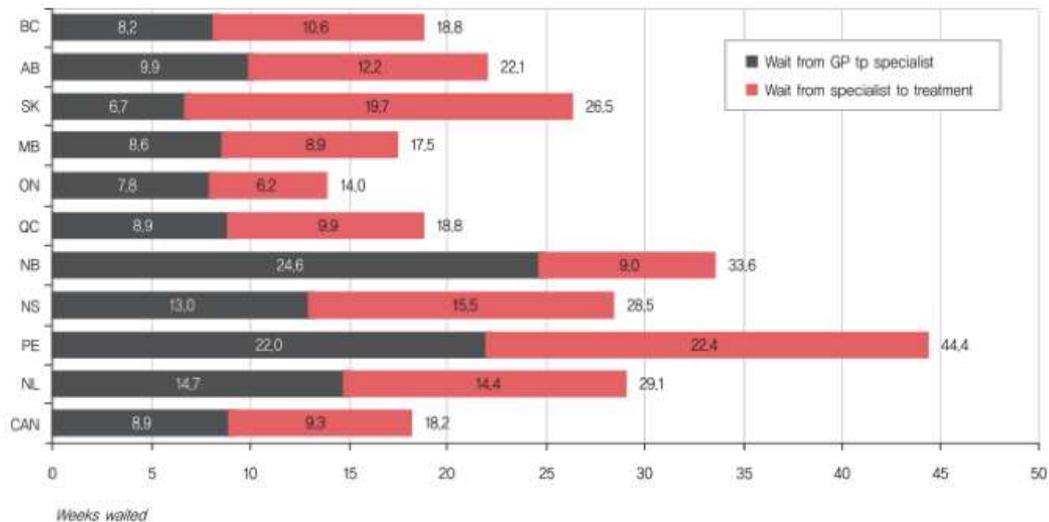


그림 4-6 주별 진료 대기시간

자료 : 프레이저 연구소 설문 조사, 2010

○ 해외 진료

- 캐나다의 연구기관인 Fraser Institute에 따르면 2011년에 46,169명의 캐나다인이 미국 등 해외에서 진료를 받은 것으로 나타남. 이는 캐나다 내 의료자원 부족, 의료기술 부족 등에 기인함
- 주된 의료관광 대상국은 멕시코나 미국 등 인접 국가 뿐 아니라 인도나 독일, 코스타리카 등도 포함이 됨
- 캐나다인이 외국에서 받는 의료서비스는 정형외과 수술, 신경외과 수술, 성형수술, 신장이식, 시험관 시술, 암치료 등 다양하게 분포. 이 중 정형외과 수술이 가장 많은 것으로 파악되며 경우에 따라 메디케어의 수혜를 받기도 함. 이는 캐나다에서는 짧게는 6개월에서 길게는 2년까지 걸리는 대기시간 때문으로 보이며 일부 주(온타리오, 브리티시컬럼비아, 알버타) 등에서는 의료관광을 권유하기도 함
- 정형외과 수술 외에도 비난관련 치료나 동맥경화 관련 질환 등으로 인한 의료관광 사례가 보고되고 있음
- 현재 캐나다에는 수십여개의 의료관광 에이전시가 있으며 대부분의 경우 캐나다인들은 이러한 에이전시를 이용함. 2007년 기준 캐나다 내 의료관광 에이전시는 약 15개로 파악되었고 지속적으로 늘어나고 있음. 특히 브리티시컬럼비아의 경우 상대적으로 인구가 많은 지역이고, 외국인이 많이 거주하고있어 해외 여행이 수월하기 때문에 에이전시가 증가하고 있는 것으로 보임
- 에이전시의 경우 대기시간이 없는 진료, 높은 서비스의 질을 홍보하고 있고 이는 저비용을 내세워 홍보하는 미국과 달리 대기시간이 긴 캐나다 실정으로 인한 것으로 보임
- 대기시간으로 인해 캐나다 내에서도 다른 주로 의료관광을 하는 소비자도 2%에 이름
- 2008년 설문에 따르면 응답자 중 69%가 메디케어 지원을 받을 수 있다면 거주지를 벗어나 의료서비스를 받겠다고 응답

표 4-10 캐나다 대표 의료관광 에이전시

기관명	기관 홈페이지	위치
Cambie Surgery Center	www.csc-surgery.com	Vancouver, BC
Canadian Health Care International Corp	www.canadaheals.com	Ontario
Choice Medical Services	www.choicemedicalservices.com	Winnipeg, Manitoba
Cleveland Clinic in Canada	www.clevelandcliniccanada.com	Toronto, Ontario
Debson Medical Tourism, Inc.	www.debsonmedicaltourism.com	Montreal
International Health Care Providers	www.ihcproviders.com	Windsor, Ontario
MedExtra	www.medextra.com	Quebec
Medipassion Healing Inc.	www.medipassionhealing.com	Quebec
Meditours	www.meditours.org	BC
Parkway Group Health Care	www.parkwayhealth.com	Vancouver, BC
Passport Medical	www.passportmedical.com	Vancouver, BC
Star Hospitals.net	www.starhospitals.net	
Surgical Tourism Canada	www.surgicaltourism.ca	Vancouver and Toronto
Timely Medical Alternatives	www.timelymedical.ca	Vancouver, BC

○ 의료인력의 부족

- 2009년 기준 인구 천명당 의사 수가 2.4명으로 OECD국가의 평균인 3명에 미치지 못하는 수준으로 나타남. 이는 의료인력의 증가가 인구성장 증가를 따라오지 못한데 기인. 특히 1988년부터 1997년까지 약 10여년간 인구성장에 비해 절대적으로 부족한 의료인력 증가세를 보임
- 주마다 의료인력 부족현상이 다르게 나타나고 있으며 특히 서부 주의 인력 부족이 심각한 상황
- BC주의 부족현상이 심화되어 가정의가 있는 인구비율이 2001년 90.2%에서 2011년 85.2%로 감소. 앨버타주는 79.3%, 새스캐치완주는 81.2%로 나타남
- 퀘벡주의 경우 79.3%의 부족현상을 겪고 있는데 이는 불어 사용 지역이라는 언어적 특수성에 기인하는 것으로 보임
- 2003년 캐나다 정부는 가장 중요한 정책과제로 보건의료인력 확충을 추진함
- 의료인력의 부족과 더불어 현 의료인력의 고령화도 캐나다 의료체계에서 문제로

인식되고 있는데 2009년 기준 진료의사의 평균 연령은 49.7세로 1995년의 42.6세, 2005년의 46.3세에 비해 큰 폭으로 상승하고 있음. 의료인력의 고령화는 의료사고 위험성 증가 가능성도 가지고 있지만 더 심각한 문제점은 50세 이상의 의료인이 진료시간을 지속적으로 줄이고 있어 상대적으로 타 의료인에게 진료부담이 가중되는 현상을 나타내고 있다는 것. 고령 의료인 이외에도 2006년기준 약 33.3%를 차지하고 있는 여성 의료인력도 출산과 육아로 인해 진료시간을 줄이는 경향이 강하게 나타나고 있음

- 캐나다의 등록 간호인력 수는 2009년 총 348,499명으로 이 중 76.4%가 RN (Registered Nurse), 22.1%가 LPN(Licensed Practical Nurse), 1.5%가 RPN (Registered Psychiatric Nurse)임. 간호인력 역시 고령화가 문제로 여겨지고 있는 상황이고 전체 간호인력의 평균연령은 45세 전후로 40세에서 59세 사이의 간호인력이 총 간호인력의 58% 정도를 차지함
- 중앙정부의 지원 하에 실질적으로 각 주정부가 보건의료제공의 책임을 맡고 있음. 각 주정부는 독자적인 건강보험플랜을 운영함



그림 4-7 캐나다 의료기기시장 SWOT 분석

자료 : BMI espicom, Canada Medical Devices Report Q4 2013, 2013.10.1

3) 캐나다의 의료보장제도

- 의료보장법제도의 운영
 - 각 주별로 독자적인 제도를 운영하며 실제적인 보험자 역할을 수행함

- 연방정부는 법령의 제정, 일반세입에 의한 국고지원 및 각주의 제도운영에 대한 기술지원, 조언 및 협조 제공
- 제도의 운영원리 도입: 캐나다보건법(1984)에서 명시한 연방정부에서 주 정부로의 재정지원의 조건으로 아래의 5가지를 제시함
 - 공공성: 주 의료보험이 주정부가 부여한 공적권위에 의해 보건사업을 비영리사업으로서 경영되는 것을 의미함
 - 포괄성: 병원, 개업의, 치과의, 기타의료직에 의해 모든 의료서비스를 제공
 - 보편성: 관할 전주민은 동일한 기준과 조건하에서 등급자격 인정
 - 이동성: 일시적인 타주(3개월 이내)로의 이전 시에도 수급권이 유지되도록 보장
 - 용이성: 직·간접적으로 진료비 등 금전적인 이유로 수급자의 의료이용에 어떠한 제약이나 규제가 없어야 함
 - 연방정부: 의료보장에 필요한 총비용의 약 50%를 주정부에 지원. 재원은 개인 및 법인소득세 등 직접세, 상품 및 서비스에 대한 부가세와 관세 등 간접세, 기타 연방정부의 수입으로 충당됨
 - 주정부: 관할 지역의 모든 주민들에 대한 의료보장을 책임지고 있음. 세부적인 운영 내용과 방법이 주마다 다르기 때문에 12개의 각기 다른 의료보장제도가 운영됨
 - 병원: 주정부로부터 운영예산총액을 매년 배정받으며, 시설, 장비 그리고 신규 서비스의 확충을 위한 자본투자도 주정부가 배정. 병원이 자체적으로 투자자본을 확보하여도 주정부의 승인을 받지 못하면 그 운영예산은 전혀 배정되지 않고 병원진료에 대한 질적 감시와 그 이용 및 비용에 대한 모니터링도 주정부가 맡고 있음. 주민대표들이 이사회(의)의 구성원으로 병원의 운영에 직접 참여
 - 개원의에 대한 진료보수는 성과불 방식에 의해 주정부의 보건부가 심사하여 지불. 그 수가의 조정은 주정부와 주의사협회의 대표들로 구성되는 의료심의위원회(Medical Review Committee)에서 이루어짐
 - 의료의 질 관리를 위한 반관반민 형태의 의학회(College of Physicians)가 주법에 의해 설치되어 운영. 이 조직에는 모든 의사가 가입해야 하고, 이익집단인 의사협회와는 별개이나 주에 따라서는 통합 운영되기도 함. 의사면허관리,

의사진료표준 설정 및 의무기록양식 제정, 의사 감시 및 의료민원 처리 등의 기능을 주정부로부터 위임 받아 담당하고 있음

- 국민들은 조세 및 일부 주에서 보험료를 부담할 뿐, 의학적으로 필요한 의료 서비스를 무료로 이용하고 있으며 의학적으로 불필요한 서비스의 이용만을 환자 본인이 직접 부담토록 하고 있음. 치과진료를 급여에서 제외하고 있는 주가 대부분이나, 일부 주에서는 소아 또는 노인들에 대한 치과진료만을 급여에 포함시키고 있음. 환자 본인이 부담해야 하는 진료비에 대해서는 상업보험 상품들이 일부 주에서 개발되어 판매되기도 하지만 대부분의 주에서는 이 같은 추가보험도 주정부가 관장하고 있으며, 그 보험료는 가구당 정액제로 부과되며, 피용자 보험료는 사용자가 전액 부담하나, 자영자는 본인이 부담함

○ 보험료

- 피보험자: 부담 없음(온타리오, 알버타, 브리티시 콜롬비아 주는 일정 수입이 있는 자로부터 정액으로 약간 부담)
- 사용자: 퀘벡주는 지불 급료의 3%, 기타 주는 노동조합이 임의로 결정
- 개인은 직장에서 Group benefit(치과, 약값, 안경 등에 적용)의 일종으로 건강보험항목으로 일정액을 부과하는 경우도 있음

○ 정부부담

- 연방정부: 비용의 50%보조
- 주정부: 보험료와 연방정부부담금을 제외한 나머지 부담

○ 의료비

- 수가기준에 의거 주정부에서 일반재정에서 직접 지급
- 연방정부채원과 기업(사용자)에 부과되는 근로자 건강세 등의 목적세, 그리고 조세수입 일부 충당

○ 환자본인부담 없음(연방정부에서 환자본인 부담금만큼 지원감액)

- 의료비 상승에 따라, 일부 주 정부는 환자본인 부담 도입 인정 요구

○ 수급자격

- 해당주의 주민등록 절차를 마치는 것으로 수급자격을 줌
- A주의 주민이 B주로 이주한 경우 B주에서 정한 대기기간(3개월 범위 내에서 주

별로 정함)동안 A주의 의료보험 적용

○ 의료보장제도 범위에서 제공받을 수 있는 의료서비스 유형

- 가정의(family Doctor)와 그가 지정하는 전문의의 진찰
- 임산부검진 (가정의나 전문의)
- X-ray 검사와 시험실 검사
- 외과 수술 마취(병원에서 시술한 치과 구강 포함)
- 검안 및 안과 치료 등
- 기타 접골사, 식이요법사, 물리치료사, 족병의사 등의 시술 비 일부 보조
- 장애인, 만성 병약자의 방문 간호, 물리치료, 시가 사 및 파출부 가사 정리
- 대부분의 예방접종
- 앰블런스 서비스 비용
- 조제약
- 치과치료
- 안경, 콘택트렌즈 비용

4) 약가제도(Pharmacare)

○ 지원제도

- 입원환자 및 외래 처방약에 대해 정부가 재정적으로 지원함
- 가구당 매년 최대 2,000달러의 약값을 부담하나 2,000달러가 넘게 되면 정부가 대신 지불 및 2,000달러 이하라도 저소득 층, 노인, 어린이 등에 대해서는 정부가 약값을 지불하고 있음
- 직장을 다니는 경우에는 benefit의 적용을 받아 조제비는 제외됨

○ 약값은 의료보험의 적용 대상이 아니라 환자가 부담하여야 하며 처방약 1개당 조제비가 부과되어 약값부담이 클 수 있음

○ 약가비용에 대한 정부의 재정적 부담이 점차 증가하는 추세임

- 인구 증가 및 노인인구의 증가로 처방약 자체가 증가함
- 다국적 제약회사에 의해 생산되는 약값의 고가화 추세
- 신기술에 의한 고가 약 등장

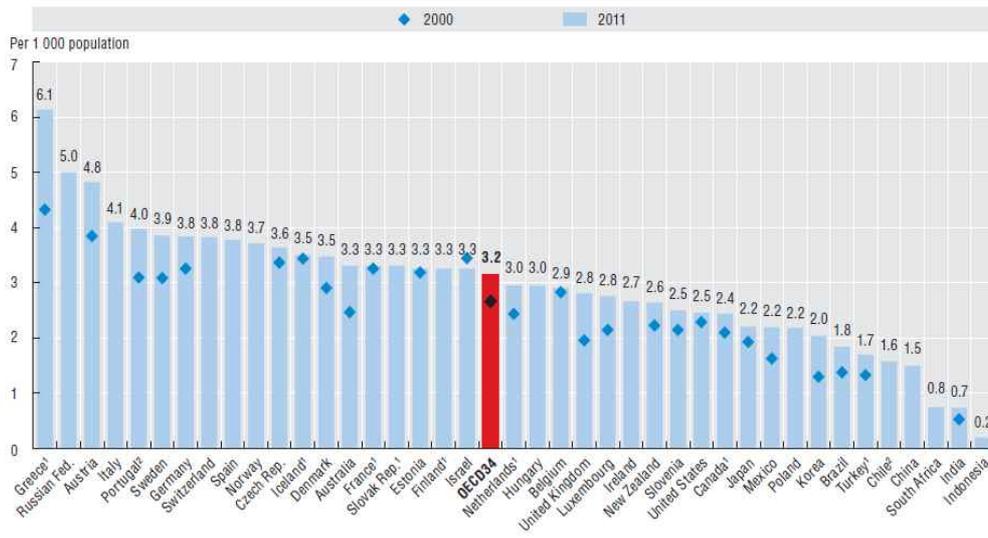
5) 보건의료자원 현황

가. 캐나다 보건의료이용 현황

- 정부의 의료분야에 대한 예산 삭감 정책
 - 2013년 기준 캐나다의 총 의료부문 지출은 약 2,110억 달러였으나 국가 부채 증가와 함께 현 정부는 의료부문에 대한 예산을 삭감하는 정책을 펼치며 의료산업에 대한 지원 예산은 향수 감소할 것으로 예상 됨
- 낮은 진료와 재원일수
 - 캐나다의 국민 1인당 의사 외래 진료건수는 7.4건으로 한국의 13.2건에 비해 현저히 낮음. 환자 1인당 평균재원일수 또한 7.7일로 OECD 평균 8일, 한국 16.7에 비해 낮음
- 인구 천 명당 활동 의사 수
 - 캐나다의 인구 천 명당 활동 의사 수는 2011년 기준 2.4명으로 한국의 2.0명 보다는 많으나 OECD 평균 3.2명보다는 적음
- 인구 천 명당 활동 간호사 수
 - 캐나다의 인구 천 명당 활동 간호사 수는 2011년 기준 9.3명으로 한국의 4.7명과 OECD 평균 8.8명보다 많음
 - 활동 의사 수에 대한 간호사 수는 2011년 기준 4.3명으로 한국의 2.3명과 OECD 평균 2.8명보다 두 배 정도 많음

	01년	02년	03년	04년	05년	06년	07년	08년	09년	10년	11년
캐나다	10.0	9.5	8.5	8.5	8.7	8.8	9.0	9.1	9.3	9.3	9.3

3.1.1. Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2011 (or nearest year)

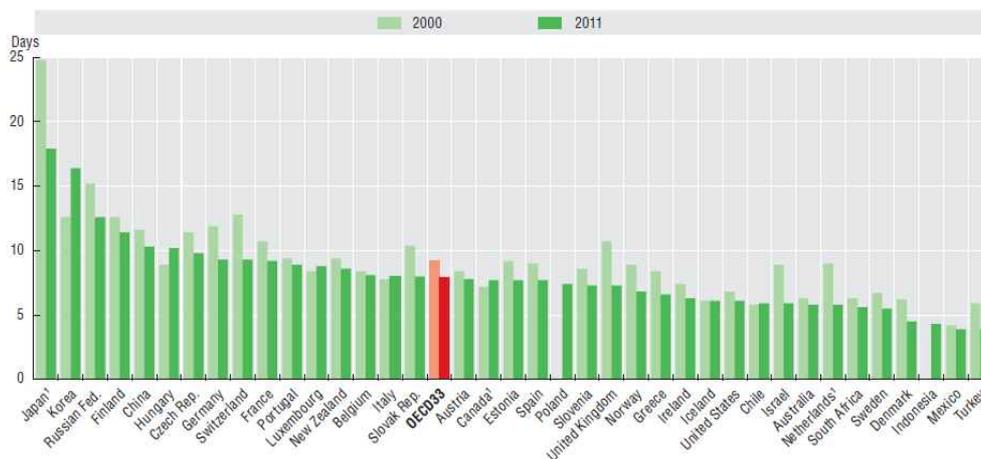


1. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).
 2. Data refer to all doctors licensed to practice (resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors in Portugal).
 source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932916800>

그림 4-8 인구천명당 활동 의사수

4.5.1. Average length of stay in hospital, 2000 and 2011 (or nearest year)



1. Data refer to average length of stay for curative (acute) care (resulting in an under-estimation).
 Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917446>

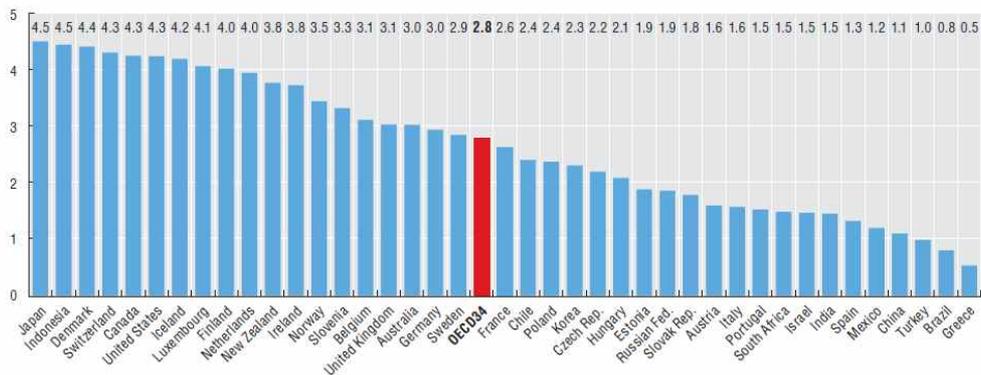
그림 4-9 평균 재원일수

○인구 천 명당 총 병상 수

- 캐나다의 인구 천 명당 총 병상 수는 2011년 기준 2.9병상으로 한국의 9.4병상과 OECD 평균 5.3병상에 비해 매우 적음

	01년	02년	03년	04년	05년	06년	07년	08년	09년	10년	11년
캐나다	3.7	3.6	3.5	3.4	3.4	3.4	3.3	3.3	3.2	-	2.8

3.7.2. Ratio of nurses to physicians, 2011 (or nearest year)

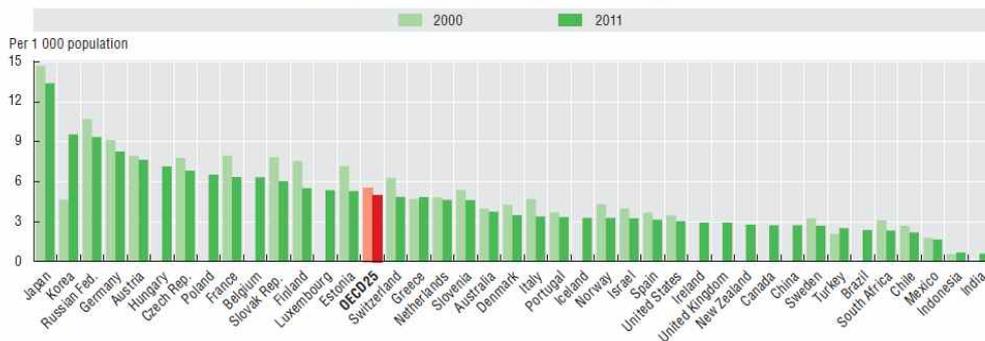


Note: For those countries which have not provided data for practising nurses and/or practising physicians, the numbers relate to the same concept ("professionally active" or "licensed to practice") for both nurses and physicians, for the sake of consistency.
Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917085>

그림 4-10 의사대 간호사 비율

4.3.1. Hospital beds per 1 000 population, 2000 and 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917332>

그림 4-11 인구 천명당 병상수

○ 의료 장비 현황

- 인구 백만명 당 MRI 보유대수

	01년	02년	03년	04년	05년	06년	07년	08년	09년	10년	11년
캐나다	4.2	-	4.7	4.9	5.7	6.2	6.7	-	7.9	8.2	8.5

- 인구 백만명 당 CT 보유대수

	01년	02년	03년	04년	05년	06년	07년	08년	09년	10년	11년
캐나다	9.8	-	10.3	10.7	11.6	12.0	12.7	-	13.8	14.2	14.6

6) 보건의료지출 현황

○ 보건의료비 지출 현황

- 최근 5년간 1인당 의료비 지출은 평균 6.7%의 성장률을 보이고 있으며 2013년 1인당 의료비 지출은 5,988달러. 지속적인 의료비 지출의 증가는 신규 의료기기 산업 활성화로 이어질 것으로 예상됨
- GDP 대비 의료비 지출은 2011년 기준 11.2%로 한국의 7.4%와 OECD 평균 9.3% 보다 높음
- 국민 1인당 의료비 지출은 4,522달러로 한국의 2,198달러와 OECD 평균 3,322달러 많음

3.2 의료제도 현황

1) 의료수가 현황

○ 질환별 현황

- 2004-2005년 퀘벡 주와 해외별 수가를 제외한 총 입원환자의 의료비는 17,046,6백만 불인데 이중 가장 많은 총 입원 의료비를 지출한 분야는 순환기계 질환으로 3,294,2백만 불이며 이는 전체 입원의료비용의 19.3%을 차지. 이후로 상해·중독·다른 외부 요인에 의한 질환(17,043,9백만 불, 10.2%), 호흡기계 질환(1,619,3백만 불, 9.5%), 종양(1,594,2백만 불, 9.4%), 소화기계 질환(1,570,6백만 불, 9.2%) 순임. 이상의 5개 질환들이 차지한 비율은 전체입원환자 의료비의 57.6%를 차지
- 입원 당 진료비의 경우 선천성 기형과 염색체 이상이 13,822달러로 첫 번째를 차지

표 4-11 질환별 총 진료비 및 총 진료비에서 차지하는 비율 (2004-2005)

(단위: 백만 달러, %)

질환	총금액	비율
순환기계 질환	3,294.1	19.3
상해·중독	1,743.9	10.2
호흡기계 질환	1,619.3	9.5
종양	1,594.2	9.4
소화기계 질환	1,570.6	9.2
정신행동질환	1,117.7	6.6
근골격계 질환	914.2	5.4
임신, 출산	859.7	5.0
건강상태와 관련된 요인들	825.3	4.8
생식, 비뇨기계 질환	637.5	3.7

〈출처〉 Discharge Abstract Database, Canadian MIS Database, CIHI: Ontario Case Costing Initiative; Alberta Case-Costing Database (퀘벡 주 진료비, 의사에 대한 진료비와 추가 의료비는 제외됨)

표 4-12 질병 군별 입원환자 및 입원당 진료비 (2004-2005)

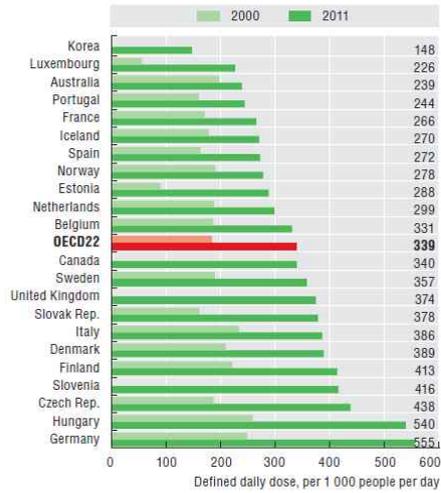
(단위: 건, USD)

질환	입원 건 수	입원 당 진료비
선천성 기형 등	14,904	13,822
순환기계 질환	292,562	12,260
종양	149,683	10,650
감염성 질환	34,938	10,586
신경계 질환	36,259	9,837
상해·중독	184,475	9,405
정신행동질환	125,898	8,878
호흡기계 질환	187,660	8,629
내분비계, 영양 대사질환	52,758	8,449
근골격계 질환	110,195	8,297

(출처) Discharge Abstract Database, Canadian MIS Database, CIHI; Ontario Case Costing Initiative; Alberta Case-Costing Database (퀘벡 주 진료비, 의사에 대한 진료비와 추가 의료비는 제외됨)

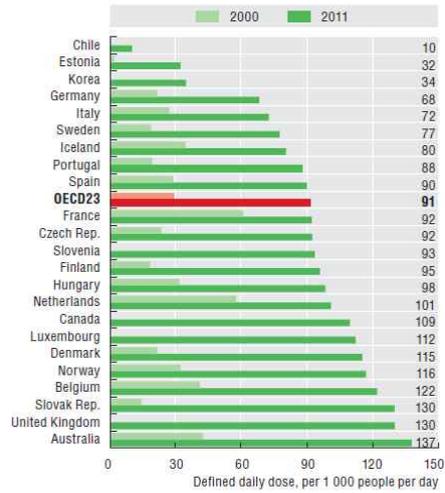
- 캐나다의 인구 천 명당 고혈압으로 인해 조제되는 약의 양은 340g으로 한국의 148g와 OECD 평균 339g보다 많음
- 캐나다의 인구 천 명당 콜레스테롤 질환으로 인해 조제되는 약의 양은 109g로 한국의 34g와 OECD 평균 91g보다 많음
- 캐나다의 인구 천 명당 당뇨병으로 인해 조제되는 약의 양은 69g로 한국의 62g보다 많음
- 캐나다의 인구 천 명당 우울증 치료로 인해 조제되는 약의 양은 86g으로 한국의 13g와 OECD 평균 56g보다 많음

4.10.1. Hypertension drugs consumption, 2000 and 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917693>

4.10.2. Anticholesterols consumption, 2000 and 2011 (or nearest year)

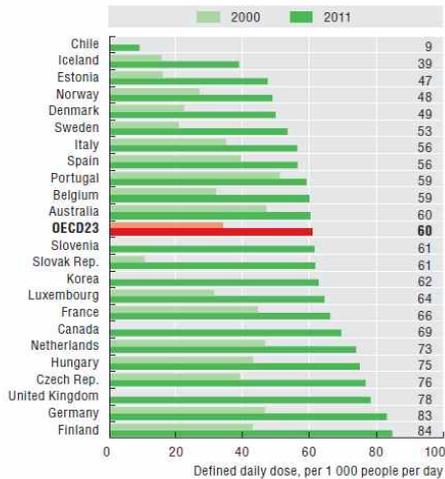


Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917712>

그림 4-12 고혈압제 및 항콜레스테롤제 소비량

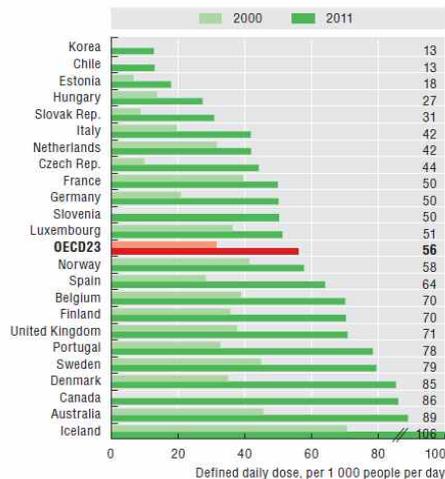
- 캐나다 인구 천 명당 하루에 조제되는 항생제의 양은 19.6g으로 한국의 27.9g과 OECD 평균 20.5g보다 적음

4.10.3. Antidiabetics consumption, 2000 and 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917731>

4.10.4. Antidepressants consumption, 2000 and 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932917750>

그림 4-13 항생제 및 항우울제 소비량

2) 의료보험 및 의료제도 특징

○ 의료보험제도

- 지역 단위로서 공중보건은 1946년 사스카추완, 1950년 앨버타 지역을 시작으로 확대됨. 국가 단위로서는 1957년 통과된 법안인 HIDS(Hospital Indurance and Diagnostic Services Act)에 의해 시작되었고 이는 1961년부터 적용되기 시작
- 1957, 1966, 1984년에 통과된 법안으로 만들어진 정부 지원의 공적 의료 보장 제도. 일반 조세에 기초한 보편급여로서 캐나다 복지국가의 상징처럼 여겨지고 있음
- 개인과 가족의 보험은 여러 보험사들을 통해 개인이 책임져야 하고, 여력이 없는 대상에 한해서만 정부가 도움을 줘야 한다는 의견 때문에 도입 초기에 반대에 부딪히기도 함
- 미국의 메디케어는 고령자에게만 해당되는 반면, 캐나다의 메디케어 시스템은 모든 시민이 혜택을 받을 수 있음
- 대부분의 국가들에서는 사회보장 프로그램 중 연금의 비중이 가장 큰 비중을 차지하는 것과 달리 캐나다에서는 의료서비스의 비중이 가장 큰 상황
- 보험에 대한 재정지원은 캐나다의 지역별 예산이 담당하고 이는 Canada Health Transfer로부터 도움을 받음
- 캐나다에서는 연금 등의 사회보험은 연방정부 관할이지만 의료보장제도는 연방 정부의 재정지원을 받아 주정부가 운영하고 있어 정치세력의 영향을 받기 쉬움
- 캐나다 보건법에 의하여 메디케어는 완전한 의료보장을 실시하고 있지만 외래환자의 의약품비는 본인 부담. 자치주마다 본인 부담 수준이 다르며 대부분의 자치주에서는 노인과 빈자의 외래처방에 대한 급여를 완전보장하고 있음

○ 독립적 건강보험제도

- 캐나다 보건법에 따라 각 주들은 독립적인 건강보험제도 활용. 정책적 의사결정 역시 각 주에서 자치적으로 담당

표 4-13 캐나다 자치주와 준주의 건강보험 프로그램

	주 구분	건강보험
자치주	Alberta	Alberta Health Care Insurance Plan
	British Columbia	Medical Services Plan
	Manitoba	Manitoba Health
	New Brunswick	Medicare
	Newfoundland and Labrador	Newfoundland and Labrador Medical Care Plan
	Nova Scotia	Medical Service Insurance
	Saskatchewan	Saskatchewan Medical Care Insurance Plan
	Ontario	Ontario Health Insurance Plan
	Prince Edward Island	Medicare
	Quebec	Assurance Maladie(RAMQ Medicare)
준주	Northwest Territories	NWT Health Care Insurance Plan
	Nunavut	Nunavut Health Care Plan
	Yukon	Yukon Health Care Insurance

자료: [http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(Canada\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(Canada)), 2009.

○ 조세를 중심으로 하는 재원 조달 방식

- 캐나다 의료보장 제도의 재정은 주로 조세(연방/주 개인소득세, 법인세)에 의해 조달되나 주에 따라서 보험료 부과, 복권판매를 통한 세금 등을 통해 재정 충당을 하기도 함. 알버타(Alberta), 브리티시 컬럼비아(British Columbia:BC)의 경우 주민에 대해 보험료를 부과하고 있으며, 기타 주는 고용주에 대한 고용세 등으로 메디케어 재정을 충당하기도 함
- 자치주 간에 발생하는 재정적 차이가 의로서비스에 영향을 주지 않게 하기 위하여 재정연방주의 방식을 통해 부유한 주의 재정으로 다른 주의 재정을 지원함
- 캐나다 의료비는 공공부문 재원이 70%, 민간부문 재원이 27%, 사회보험기금이 3%를 담당하고 있으며 민간부문의 경우 민간의료보험이 12%, 환자 직접 지불하는 금액이 15% 차지하고 있음
- 캐나다에서 공보험, 민간 보험 양자 공급시스템(private and public)이 지지되지 못하는 이유는 민간 의료보험은 현재 캐나다의 공보험 체계가 직면한 의료비용의 증가를 해결할 수 없고 오히려 의로서비스 접근에 대한 불평등을 초래할 것이라는 믿음으로부터 기인. 캐나다 연방정부는 이러한 공공재정 방식은 효과적인 재정관리를 통해 가능하다고 보고, 예상 가능한 자금 할당에 의존하고 있으나 지속적인

로 증가하는 총 의료비용으로 인해 비용억제의 압박이 증가하고 있는 실정

○ 의사면허 관리기구

- 내국인이나 외국인이나 의사면허를 취득하였다 할지라도 한번 부여된 면허가 평생을 보장하는 면허가 아니고 면허의 부여 시점뿐만 아니라 실제로 의료 활동을 해나가는 과정에서도 면허 관리 제도를 도입하여, 면허소지자에 대한 질적 평가를 지속하고 있음
- 캐나다에는 영국의 전통을 이어받아 설립된 민간공공기구인 ‘The College of Physicians and Surgeons’* 를 지방자치 단위마다 두고 있음

* 의사들이 사회구성원과 함께 구성한 입법 공익단체. 이 단체의 역할은 의사들이 전문인으로서의 자율규제를 시행하여 의사라는 전문직에 대한 사회의 신뢰와 자신들에 대한 명예를 스스로 지키도록 하는 것임.

3) 의료정책 이슈

○ 10개년(2004.9~2014) 보건의료 계획 수립

- 2004년 캐나다 정부에서는 국민들의 다양한 보건 수요에 대응하기 위해 보건분야에 대한 8가지 계획에 대해 10개년 보건의료개발 계획과 관련 국회 결의안에 서명
- 8가지 계획은 다음과 같은데, 고위험질환에 대한 진료대기시간 감소 방안 마련, 의료분야 전문가 양성, 홈헬스케어 강화, 의료개혁(2011년까지 캐나다인의 50%가 무휴서비스를 이용), 접근성이 떨어지는 지역에 대한 의료서비스 강화, 약물치료에 관한 경제적 부담 감소, 감염병 및 유아면역력에 대한 예방과 증진 및 공중보건 계획, 혁신적인 과학/기술 및 연구를 위한 투자 등임

○ 한국-캐나다 FTA 공식 재개

- 2008년 3월 13차 협상 이후 무기한 연기된 한국-캐나다 FTA가 공식적으로 재개. 14차 협상은 2013년 서울에서 진행되었으며 전 분야에서의 잔여 쟁점에 대한 절충안 모색
- 2011년 한국과 캐나다의 교역량은 최고 기록인 115억 달러를 기록하였으나, 한-미 FTA 발효 이후인 2012년 교역량은 전년대비 12% 감소한 101억달러로 나타남

표 4-14 한국과 캐나다의 교역량

연도	2011	2012	2013.10	CAGR(%)
수출액	4,928	4,828	4,373	-5.8
수입액	6,612	5,247	4,009	-22.1
교역량	11,540	10,075	8,382	-14.8

자료 : 한국무역협회

3.3 의료산업 현황

1) 제약산업

○산업의 규모와 구조

- 캐나다의 제약산업은 세계시장의 2.5%를 차지하고 있으며 이는 8번째로 큰 수치임
- 2013년 27,000명의 인력을 고용했고 최근 10년간 고용은 1.6% 증가
- 산업은 주로 밴쿠버, 몬트리올, 토론토 등 도심 지역을 중심으로 클러스터를 형성하고 있음

표 4-15 캐나다 제약산업의 인력 현황

Year	Employment
2001	23,468
2002	24,318
2003	26,515
2004	27,610
2005	27,923
2006	30,083
2007	29,935
2008	28,634
2009	28,557
2010	28,041
2011	26,259
2012	26,923
2013	26,945

Source: Statistics Canada, Monthly Labour Force Survey, CANSIM table 281-0023, Yearly employment is 12 month trailing average from July 2013.

○ 제약사 매출 현황

- 2001년부터 2013년 사이, 캐나다 제약업의 총 매출은 약 2배가 되어 총 \$21.6 billion에 달하게 됨. 이 중 89%는 약국에서, 11%는 병원에서 매출이 발생. 정부가 42%, 그리고 개인이 나머지 58%의 매출을 발생시킴
- 캐나다 국내 제약 생산량은 줄어드는 추세로 2011년 \$7.7 billion이었음. 이는 2004년부터 성장률이 1.7% 줄어든 결과. (Statistics Canada CANSIM Table 301-0006)
- 2000년에서 2003년 사이 미국으로의 제약 판매가 급격하게 증가했으나 2011년 이 수치는 2% 감소한 \$103 million 이었음

표 4-16 캐나다 제약사의 매출 현황

Year	Patented	Non-Patented	Total
2001	7.6	4.1	11.7
2002	8.9	4.3	13.2
2003	10.2	3.8	14.0
2004	11.0	4.2	15.2
2005	11.5	4.8	16.3
2006	11.9	5.7	17.6
2007	12.3	7.2	19.5
2008	12.6	7.8	20.4
2009	12.9	8.9	21.8
2010	12.4	9.7	22.1
2011	12.9	8.7	21.6
2012	12.8	8.8	21.6

Source: 2012 PMPRB Annual report

○ R&D 현황

- 2011년 캐나다 제약기업들의 R&D비용은 \$1 billion 이하로 감소. 2001년부터 2012년동안 산업의 R&D비용은 15.6% 감소
- 하지만 비즈니스모델의 변화로 인해 파트너십을 통한 외부 R&D가 행해지고 있음. 이는 중소기업의 투자, 벤처펀드, 캐나다의 성장하고 있는 SCP sector와의 협업 등을 들 수 있음. Rx&D 와 KPMG에 의해 시행된 설문조사에 따르면 이러한 종류의 투자는 2012년 \$221M에 해당한다고 함

- R&D강도 측면에서 보면 제약산업은 IT산업에 이어 두번째로 높음. Research Infosource's Top 100 Corporate R&D Spenders 2013 in Canada중 22개가 제약/바이오 기업임
- 제약당 R&D 평균 비용은 약 12-13년간 US\$605 million임(Tufts Center for the Study of Drug Development). 제네릭 약품의 경우 평균적으로 \$3~\$10 million의 비용과 약 2~3년의 R&D투자가 필요

표 4-17 캐나다 제약기업의 R&D 지출

Year	Expenditures (in \$ billions)
2001	1.06
2002	1.20
2003	1.19
2004	1.17
2005	1.23
2006	1.21
2007	1.33
2008	1.31
2009	1.27
2010	1.18
2011	0.99
2012	0.89

Source: 2012 PMPRB Annual Report

Region	R&D Distribution (%)
Ontario	42.6%
Quebec	43.0%
West	13.9%
Maritimes	2.5%

Source: 2012 PMPRB Annual Report

○수출입 현황

- 2001년부터 2012년까지, 캐나다 제약산업의 수출규모는 136%, 수입규모는 93% 증가했음
- 절반 이상의 캐나다 약제품이 수출되었고 그 중 대부분은 미국으로 수출됨. 또한 상당부분의 캐나다 시장은 해외로부터 수입됨 (미국으로부터의 수입이 34%, EU로부터의 수입이 44%)

표 4-18 캐나다 제약산업의 수출입 현황

Year	Domestic Exports	Imports	Trade Deficit
2001	2.2	7.0	4.7
2002	2.4	8.1	5.5
2003	3.2	9.0	5.6
2004	3.7	9.6	5.5
2005	3.9	10.0	5.7
2006	5.1	10.4	5.7
2007	6.5	12.3	5.5
2008	6.5	12.7	5.9
2009	7.2	14.5	7.0
2010	5.7	13.3	7.2
2011	4.9	13.5	7.7
2012	5.2	13.5	8.0

Source: Statistics Canada & US Census Bureau, Global Trade Atlas

○주요 기업 및 제품

- 2012년 상위 10개의 제약사가 캐나다 총 제약 매출의 53.3% 차지. (IMS Health Pharmafocus 2017)

표 4-19 캐나다 상위 10개 제약사 및 매출

Rank	Leading Companies	Total Sales (\$ billions)	Market Share (%)
1	Johnson & Johnson	1.89	8.6
2	Pfizer	1.60	7.2
3	Apotex	1.27	5.7
4	AstraZeneca	1.22	5.5
5	Merck	1.11	5.0
6	Teva	1.03	4.7
7	Novartis	0.99	4.5
8	Abbott	0.95	4.3
9	GlaxoSmithKline	0.95	4.3
10	Pharmascience	0.77	3.5

Source: IMS Health Pharmafocus 2017

- 상위 10개의 제약품이 2012년 기준 캐나다 총 매출의 14% 차지. 상위 품목은 신경치료, 심장질환, 위장질환에 관한 품목

표 4-20 캐나다 상위 10개 약품 및 매출액

Rank	Leading Products	Therapeutic Subclass	Total Sales (\$ millions)	2012 Growth (%)	Company
1	Remicade	Anti-arthritic	564.4	2.6	Schering
2	Crestor	Cholesterol Reducer	411.6	1.9	AstraZeneca
3	Humira	Anti-arthritic	373.5	1.7	Nycomed
4	Enbrel	Anti-arthritic	315.8	1.4	Amgen
5	Lucentis	Vision loss	286.4	1.4	Novartis
6	Lyrica	Seizure Disorders	235.8	1.1	Pfizer
7	Cipralex	Antidepressant	215.2	1.0	Purdue
8	Nexium	Stomach acid control	210.1	1.0	Astrazeneca
9	Advair	Asthma Therapy	203.9	0.9	Abbott
10	Rituxan	Autoimmune	200.0	0.9	Roche

Source: IMS Pharmafocus 2017

2) 의료기기 산업

○산업의 규모와 구조

- 의료기기 제품들은 microelectronics, biotechnology, and software and informatics 등의 다양한 기술들과 융합되어 더욱 복잡해지는 추세를 갖게 됨
- 여러 대학과 연구소, 병원, 그리고 의료기기 제조업체 등이 서로 유기적으로 연결되어 세계적으로 획기적인 연구 산업을 이루고 있음. 이들은 온타리오, 퀘벡, 브리티시컬럼비아 등 세 곳의 지역을 중심으로 발달되어 있고 특히 80%에 해당하는 의료기기 산업이 온타리오와 퀘벡에 자리잡고 있음

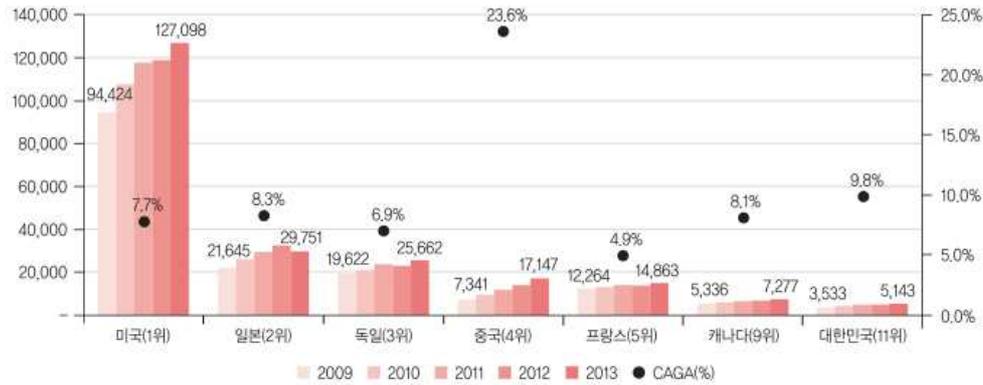


그림 4-14 캐나다 의료기기시장 현황(2009-2013, 단위 : 백만달러)

자료 : BMI espicom, Canada Medical Devices Report Q4 2013, 2013.10.1

○ 시장 현황

- 세계 의료기기 시장은 \$327.7 billion 정도로 추정되고 캐나다는 2013년 기준 약 73억달러 규모로 세계 9위 시장을 형성. 대부분의 수출은 미국과 이루어지고 있고 수입은 독일, 멕시코, 중국 등을 통해 이루어지고 있음
- 2013년부터 2018년까지 3.5%인 86억달러 규모로 성장할 것으로 보이며 특히 정형외과/보철기기 시장은 최소 7.6% 이상 성장할 것으로 예상
- 2008년부터 2012년까지 정형외과/보철기기 분야에서 10.1%의 성장률을 보였으며 치과용기기 및 용품 7.2%, 의료소모품 6.0%, 환자보조기 4.9%, 영상진단기기 2.0% 이 뒤를 이음
- 정형외과/보철기기 부양에서는 최근 인공관절의 성장률이 24.5%로 강세를 보이고 있는데 2018년까지 다소 감소한 14.2%의 성장률을 보일 것으로 예상
- 영상진단기기 분야에서는 MRI가 11.8%의 성장률을 보이고 있으며 향수 다소 감소한 8.3%의 성장률이 예상됨

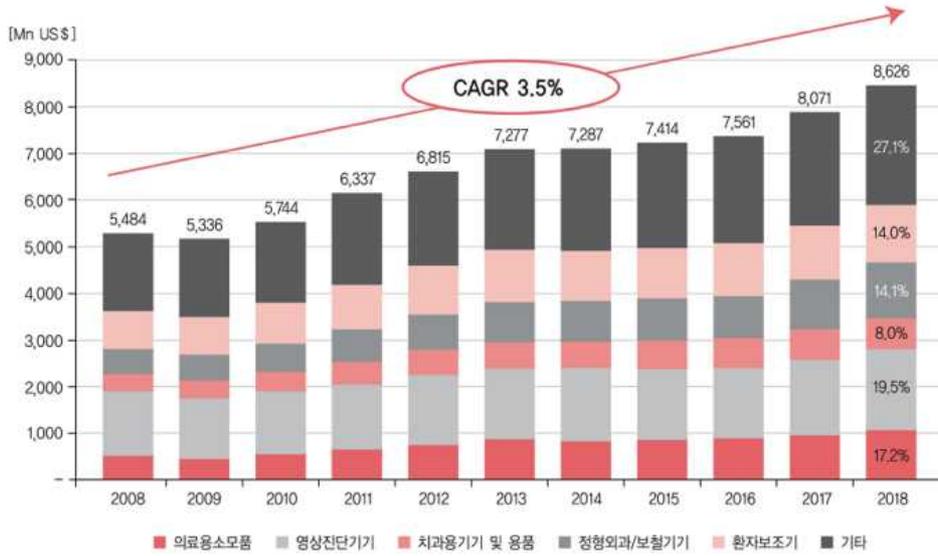


그림 4-15 캐나다 의료기기시장 현황 및 전망

자료 : BMI espicom, Canada Medical Devices Report Q4 2013, 2013.10.1

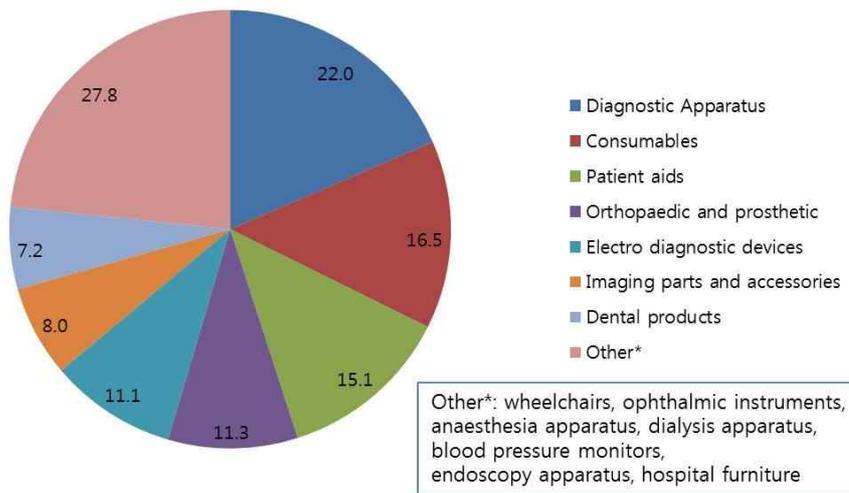


그림 4-16 캐나다 의료기기 제품현황

- 미국이 \$188.9 billion으로 세계 의료기기 시장의 36.3%를 차지하여 가장 큰 시장을 차지하고 있음

표 4-21 상위 10개 의료기기 시장

Top ten medical device markets by sales revenue, 2012 ¹			
Rank	Country	Estimated sales revenue (US\$ billion)	Market share (%)
1	United States	118.9	36.3
2	Japan	32.4	9.9
3	Germany	23.1	7.0
4	China	14.1	4.3
5	France	13.5	4.1
6	United Kingdom	9.9	3.0
7	Italy	8.6	2.6
8	Russia	6.8	2.1
9	Canada	6.8	2.1
10	Brazil	5.3	1.6
World total (67countries)		327.7	100

Source: Espicom, *The World Medical Market Book 2013* does not include *in vitro* diagnostic sales.

¹ Revenue estimates are based on 67 countries

○수출입 현황

- 캐나다 의료기기 시장의 약 80%는 수입에 의존하고 있음
- 2007년부터 2012년 사이 캐나다의 의료기기 수출액은 \$1.7 billion에서 \$1.8 billion으로 증가. 수입비용은 \$5.4 billion에서 \$7.0 billion으로 증가
- 의료기기 수출입 차이는 \$3.8 billion(2007년)에서 \$5.2 billion(2012년)으로 약 35% 이상 증가
- 최대 수입 대상 국가는 미국으로 캐나다 의료기기 수입의 50.9% (\$3.6billion)을 차지하고 있고, 그 다음으로 중국(7.0%), 독일(6.3%), 멕시코(4.7%)가 차지 (2012년 기준)
- 의료기기 수출의 64.7(\$1.2 billion)을 미국이 차지하며 다음으로 독일(4.5%), 중국(3.1%), 프랑스(2.7%)가 캐나다 의료기기 수출 시장을 차지 (2012년 기준)
- 상위 10종의 의료기기가 캐나다 총 수입의 약 40%를 차지 (2012년 기준)
- 수출은 연평균 0.6% 증가하고 있으나 수입은 6.1% 증가하여 무역 수지 적자는 지속적으로 증가 추세

표 4-22 캐나다 상위 10종의 수입 의료기기

Top ten Canadian medical device imports			
Commodity	Harmonized System Code	2012 Imports (Value of Shipments)	% of Total Medical Device Imports
Laboratory reagents	3822000020	\$520,561,808	7.4
Instruments & appliances parts	9018909090	\$493,728,085	7.1
Bougies, catheters, drains, sondes, and parts	9018390010	\$296,013,162	4.2
Artificial parts of the body	9021390000	\$294,396,764	4.2
Antisera & other human blood fractions for diagnostic purposes	3002100010	\$225,159,236	3.2
Artificial joints	9021310000	\$207,557,435	3.0
Orthopaedic & fracture appliances	9021100000	\$202,579,485	2.9
Mechano-therapy appliances	9019100010	\$195,962,690	2.8
Instruments and appliances, used in dental science	9018490000	\$191,919,927	2.7
Therapeutic respiration apparatus	9019200000	\$181,238,586	2.6
Total Top 10 Imports		\$2,809,117,178	40.1

Source: World Trade Atlas

- 상위 10종의 의료기기가 캐나다 총 수출의 약 73%를 차지 (2012년 기준)

표 4-23 캐나다 상위 10종의 수출 의료기기

Top ten Canadian medical device exports			
Commodity	Harmonized System Code	2012 Exports (Value of Shipments)	% of Total Medical Device Imports
Composite diagnostic or laboratory reagents	38220000	\$396,524,653	21.5
Medical, surgical, dental or veterinary furniture	94029000	\$138,359,491	7.5
Instruments and appliances, other	90189000	\$125,287,391	6.8
Computed tomography apparatus, Other	90229000	\$122,931,646	6.1
Radioactive elements & isotopes and compounds, excluding Cobalt 60	28444019	\$112,673,536	6.1
Electro-cardiographs	90181100	\$107,449,572	5.8
Needles, catheters, cannulae, etc.	90183900	\$94,969,040	5.1
Cobalt 60 radioactive elements, isotopes and compounds	28444011	\$89,245,978	4.8
Mechano-therapy appliances	90191000	\$88,055,867	4.8
Electro-diagnostic apparatus	90181900	\$78,637,302	4.3
Total Top 10 Exports		\$1,354,134,476	72.8

Source: World Trade Atlas

- 캐나다에서 직접 제조하여 수출까지 이어지는 의료기기는 대부분 높은 기술수준을 필요로 하는 영상진단장치 등 고부가 가치 제품군이 주를 이루고 있음

표 4-24 캐나다 의료기기 수출 품목 (2008~2012)

분류	2008	2009	2010	2011	2012	CAGR
의료용소모품(CONSUMABLES)	109,012	115,048	115,963	137,173	151,376	8.6%
영상진단기기(DIAGNOSTIC IMAGING)	662,104	579,455	694,561	672,649	659,117	-0.1%
치과용기기 및 용품 (DENTAL PRODUCTS)	117,571	105,349	101,538	118,602	121,925	0.9%
정형외과/보철기기 (ORTHOPAEDICS & PROSTHETICS)	57,135	63,143	67,959	74,722	72,033	6.0%
환자보조기(PATIENT AIDS)	222,937	169,301	200,440	210,707	209,612	-1.5%
기타 의료기기(OTHERS)	411,707	371,694	392,504	437,869	402,782	-0.5%
합계	1,580,466	1,403,990	1,572,965	1,651,722	1,616,845	0.6%

자료 : BMI espicom, Canada Medical Devices Report Q4 2013, 2013.10.1

표 4-25 캐나다 의료기기 수입 품목 (2008~2012)

분류	2008	2009	2010	2011	2012	CAGR
의료용소모품(CONSUMABLES)	820,286	791,650	853,881	951,910	1,041,487	6.2%
영상진단기기(DIAGNOSTIC IMAGING)	859,026	771,538	833,908	893,386	945,114	2.4%
치과용기기 및 용품 (DENTAL PRODUCTS)	341,570	343,101	362,353	387,162	450,666	7.2%
정형외과/보철기기 (ORTHOPAEDICS & PROSTHETICS)	476,151	496,995	552,536	621,824	704,720	10.3%
환자보조기(PATIENT AIDS)	698,876	679,682	736,916	799,636	850,972	5.0%
기타 의료기기(OTHERS)	1,176,362	1,190,327	1,284,198	1,464,586	1,539,123	7.0%
합계	4,372,271	4,273,293	4,623,792	5,118,504	5,532,082	6.1%

자료 : BMI espicom, Canada Medical Devices Report Q4 2013, 2013.10.1

○ 정부 지원

- 건강 관련 연구를 돕는 기구인 CIHR(Canadian Institutes for Health Research), NFC(National Research Council), NSERC(Natural Sciences and Engineering Research Council), IRAP(Industrial Research Assistance Program)등이 있고 그 외에 SR&ED(Scientific Research and Experimental Development) tax incentive program등을 통해 캐나다에서 이루어지는 산업 R&D 연구를 정부에서 후원함
- Export Development Canada는 수출 신용 대리점으로, 수출업자에게 수출입의 과정에서 발생하는 신용 보험과 다른 위험 관리 서비스 등을 제공
- Business Development Bank of Canada는 캐나다 내에 있는 100개 이상의 사무실의 재정적인 문제에 대한 도움을 제공. 특히 제조, 수출, 혁신 및 지식개발에 관련된 중소기업에 집중함
- 캐나다의 의약품은 Food and Drugs Act as a Class I, II, III or IV에 의해 규제받는데, Class I는 가장 낮은 위험성을, Class IV는 가장 높은 위험성을 가진 제품들에 해당됨

표 4-26 의료기기의 분류 및 내용

분류	Risk	내용		EU Council Directive 93/42/EEC(MDD)
Class I	Lowest	문제가 발생하더라도 인체에 위험이 매우 낮은 경우	X선필름, 휠체어, 흡인기, 의료용품(개구기 등) 등	Class I
Class II	Low	문제가 발생하더라도 인체에 위험이 상대적으로 낮은 경우	MRI장치, 콘택트렌즈, 임신테스트기 등	Class II a
Class III	Moderate	문제가 발생하면 인체에 위험이 상대적으로 높은 경우	정형외과용 임플란트, 혈당모니터링장치, 치과용임플란트, 투석기 등	Class II b
Class IV	High	환자의 생명과 직결되는 위험도가 높은 경우	페이스메이커, 심혈관용 카테터, 동맥류 클립 등	Class III

자료 : KOTRA

- 캐나다 보건부(Health Canada)의 건강제품사무국 TPD(Therapeutic Products Directorate) 내의 의료기기부서 MDB(Medical Devices Bureau)에서 의료기기

인증 업무를 담당. 안전성, 유효성 및 성능의 적합성 보장 등을 검토

- 캐나다 표준협회(Canadian Standard Association)에서는 전기/전자 제품의 안전성 검사 및 인증 발급업무를 수행. 캐나다 전역에서의 판매를 목적으로 수입된 모든 전기/전자 제품은 캐나다 전기안전조항에 따라 공인된 기관에서 발급한 안전 인증을 취득하도록 함

○ 한국과의 교역 현황

- 한국과의 의료기기 교류 규모는 최근 5년간 20.5%로 증가해옴. 캐나다를 대상으로한 의료기기 수입액은 2.4%, 수출액은 41.1%로 증가. 특히 2012년 수출이 1천 1백만달러를 기록하며 2009년 대비 4배 증가하였고 무역수지는 지속적인 흑자를 유지하고 있음
- 2012년 한국이 캐나다에 수출한 의료기기 규모는 약 10.5 백만달러. 수출금액 기준으로는 개인용저주파자극기(35.8%), 의료용프로브(23.4%), 광선조사기(4.9%) 등이 주 수출 품목으로 나타났으며 이 품목들이 전체 수출의 64% 이상을 차지
- 2012년 한국이 캐나다에서 수입한 의료기기 규모는 약 5.4 백만달러. 수입금액 기준으로는 조직수복용생체재료(13.7%), 추음파영상진단장치(12.1%), 의료용크로마토그래피장치(10.6%), 방사선혈액조사장치(10.1%), 분사식주사기(6.3%) 등이 주 수입 품목으로 나타났으며 이 품목들이 전체 수입의 50% 이상을 차지

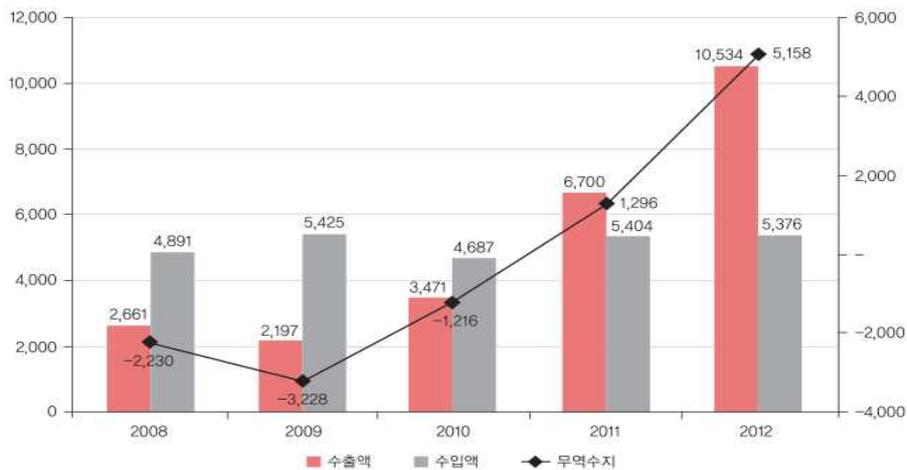


그림 4-17 한국-캐나다 의료기기무역수지(2008-2012) (1000USD)

자료 : 식품의약품안전처, 의료기기 생산, 수출입 실적보고, 각년도

표 4-27 대캐나다 수출입 동향(2008-2012)

(단위 : 달러, %)

연도	2008	2009	2010	2011	2012	CAGR ('08~'12)
수출액	2,661,021	2,197,068	3,471,484	6,699,553	10,534,149	41.1%
수입액	4,891,390	5,425,101	4,687,412	5,403,601	5,376,394	2.4%
무역수지	-2,230,369	-3,228,033	-1,215,928	1,295,952	5,157,755	-

자료 : 식품의약품안전처, 의료기기 생산, 수·출입 실적보고, 각 연도

3.4 시사점

- 캐나다는 포괄적인 의료보장제도를 20년 넘게 시행해오면서 의료부담을 개인부담에서 사회공동부담으로 전환, 체계를 효율화시키고 국민건강보장에 근접하게 됨 (Vayda and Deber, U.S. GAO, 1991).
- 캐나다와 달리 우리나라는 의료보장조직이 다원화되어 있어 여러 문제가 발생할 수 있음
 - 다원적인 분산관리 운영체계에서는 포괄적인 보건의료서비스의 제공이 힘들 수 있음
 - 같은 지역에 거주하는 사람들 내에서도 계층간 의료보장 조직이 달라 사회통합에 배치되는 면이 있음
 - 다원적인 분립운영체계는 소규모의 의료보장조직을 불가피하게 하고 구조적으로 조직간 위험을 분산시키는 효과가 작음
 - 의료보장조직에 따라 적용대상이 다르기 때문에 피보험자의 자격변동으로 인한 의료비 부담 위험의 전가가 불가피하며 의료보장조직의 관료화 방지와 민주적 운영이 미흡함 (김병익, 1992).
- 의료보장재원 조달방식의 개선 필요
 - 캐나다의 의료보장재원 조달방식은 같은 지역 내 주민들에게 동일한 방식을 적용하고 있어 부담의 형평성에 대한 논란을 피할 수 있었음. 의료보장의 시행초기부터 재원의 50%를 연방정부가 주정부가 지원하였고 국민 1인당 의료보장비용 평균치의 절반을 주의 인구수에 따라 지원하는 의료보장재원의 배분은 주간재

정력의 격차를 보완

- 우리나라의 경우 피용자와 자영자의료보험의 보험료부과방식이 다르고 피용자 의료보험간에도 부과기준과 보험료율이 같지 않기 때문에 부담능력에 따른 공평한 부담이 이루어지지 않고 있고 이로인해 보험료부담의 형평성이 결여됨
- 보험료 부과가 공평하지 못하다는 데 대한 불만과 정기적인 소득원의 부재로 인하여 원천징수가 불가능하다는 점이 보험료체납의 요인으로 작용하여 지역의료보험의 재정력이 취약함. 보험료수입액의 6%만이 재정조정기금으로 징수되고 있어 보험자간 위험분산 기능이 충분치 못하며 보험자간 재정조정사업이 미약함 (김병익, 1992)

○ 의료보장제도와 별도로 건강한 환경 조성을 위한 노력 필요

- 캐나다의 경우 정부와 각종 단체들은 건강행태나 환경을 조성하기 위한 노력을 강화하고 있음(Lalonde, 1974, Angus and Manga 1986, Epp 1986, Rootman 1989). 이와 관련하여 캐나다는 담배소비세를 지속적으로 인상하여 우리나라의 약 10배에 해당하는 한 갑당 3,000원 이상의 세금을 부과. 이로 인해 1983년부터 담배소비가 감소하기 시작함(Collishaw and Rogers 1984)

제5장 국민의료비와 의료서비스산업의 예측

1. 개요

- 본 장은 의료서비스산업과 국민의료비의 규모와 성장률을 예측함으로써, 향후 의료서비스산업의 변화를 파악하고 경제주체들의 의사결정에 필요한 지표를 제공하는데 목적이 있음

2. 분석절차

- 본 연구에서 예측하게 될 의료서비스산업의 성장률은 아래의 절차를 거쳐 모형을 선정, 예측을 실시하였음
 - 시계열 자료가 불안정적(non-stationary)일 경우 기존의 회귀분석이론에 입각한 추정 및 검정, 예측에 오류가 발생하게 되므로 단위근 검정을 통한 자료의 안정성 여부를 확인하였으며
 - 공적분 검정(cointegration test)을 통한 변수간의 공적분 관계를 확인하여, 공적분 관계가 있는 경우 벡터오차수정모형(VECM)을 이용하여 추정을 실시함

3. 분석자료 및 모형

- 본 예측에 활용된 자료는 OECD Health Data 2013을 중심으로 구축되었음. OECD Health Data는 현재 생산되는 국가별 보건의료 관련 자료 중에서 표준화된 산출방법을 가지고, 오랫동안 시계열로 꾸준히 제공되고 있는 유일한 자료임
- 우리나라의 OECD Health Data는 보건의료 관련 자료의 경우 변수에 따라 다소 차이는 있지만 1980년부터 자료가 수록되어 2013년 현재 2011년까지의 Health Data가 제공되고 있음
- OECD Health Data를 중심으로 구성된 자료에 국민건강보험통계연보에서 제공하고 있는 수가인상률과 한국은행의 국민총소득 등의 기타 지표들을 추가적으로 포함시켜 시계열 자료를 구축하였음

표 5-1 본 추정에 사용된 자료

자료	연도	출처
GDP 대비 국민의료비	1980~2011	OECD Health Data
65세 이상 노인인구비율	1980~2011	
GDP	1980~2011	
인구천명당 활동의사수	1981~2011	
GDP 대비 의약품 및 의료용품비	1980~2011	
GDP 대비 의료서비스산업(의료서비스산업규모)	1980~2011	
GDP 디플레이터	1980~2011	
수가인상률	1980~2011	건강보험통계연보
1인당 국민총소득(GNI)	1980~2011	한국은행

- 변수들 사이에 공적분 관계가 존재할 경우 벡터오차수정모형(Vector Error Correction Model; VECM)을 이용하여 추정하게 되며, VECM의 일반형식은 다음과 같음

$$\langle \text{식 5-1} \rangle \Delta Y_t = \alpha + \gamma \hat{\epsilon}_{t-1} + \sum_{i=1}^n (\delta_i \Delta X_{t-i}) + \sum_{i=1}^n (\theta_i \Delta Y_{t-i}) + \nu_t$$

여기서,

- $\hat{\epsilon}_{t-1} = Y_{t-i} - \beta X_{t-1}$; 오차수정항
- ΔX_{t-i} ; 시차설명변수
- ΔY_{t-i} ; 시차종속변수

○ 분석에 활용된 자료가 2011년까지의 자료이므로, 2014년의 의료서비스산업 규모와 국민의료비를 예측하기 위해서 3개년의 동태적 예측(dynamic forecasting)을 실시하였음

4. 추정결과

1) 의료서비스산업의 규모

- 2012~2014년까지의 의료서비스산업 규모를 예측한 결과 2012년은 GDP대비 5.1%(약 68조원), 2013년은 5.3%(약 74조원), 2014년은 5.5%(약 81조원)가 될 것으로 예측되었음
- Upper bound의 값은 최대로 예측되는 규모이며, 이 경우 2012년 5.4%(약 69조원), 2013년 5.8%(약 76조원), 2014년 6.1%(약 84조원)까지 예측되고 있음

표 5-2 의료서비스산업 규모와 비중

(단위 : %, 백만원)

연도	GDP대비 의료서비스산업 비중	GDP대비 의료서비스산업 비중 (upper bound)	의료서비스산업 규모	의료서비스산업 규모 (upper bound)
1980년	2.4	.	919,987	.
1985년	2.3	.	1,996,754	.
1990년	2.6	.	4,936,253	.
1995년	2.4	.	9,912,954	.
2000년	2.8	.	16,964,913	.
2005년	3.6	.	31,360,697	.
2006년	3.9	.	35,768,185	.
2007년	4.1	.	40,382,049	.
2008년	4.3	.	43,927,962	.
2009년	4.7	.	50,350,967	.
2010년	4.8	.	56,519,081	.
2011년	4.9	.	61,007,953	.
2012년*	5.1	5.4	67,771,710	69,317,195
2013년*	5.3	5.8	74,103,946	76,311,276
2014년*	5.5	6.1	80,759,676	84,117,178

주 : *는 예측치임

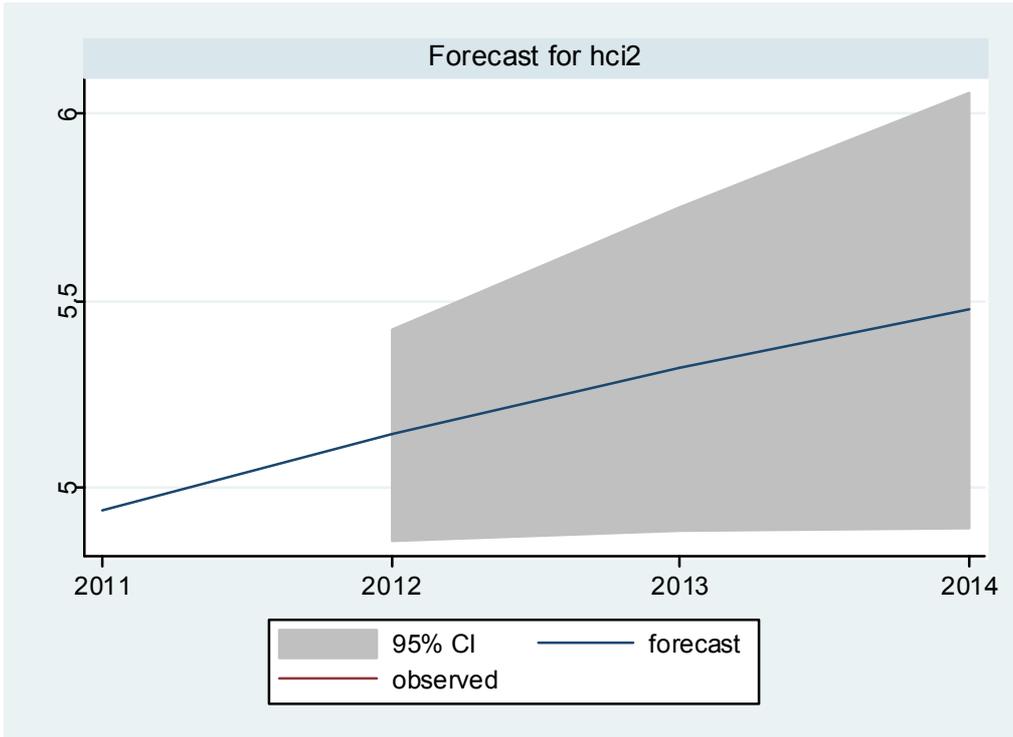


그림 5-1 의료서비스산업 규모의 예측 추이

2) 국민의료비 규모

○ 2012~2014년까지의 국민의료비 규모를 예측한 결과 2012년은 GDP대비 7.7%(약 100조원), 2013년은 7.9%(약 109조원), 2014년은 8.1%(약 118조원)가 될 것으로 예측되었음

- Upper bound의 값은 최대로 예측되는 규모이며, 이 경우 2012년 8.0%(약 103조원), 2013년 8.5%(약 112조원), 2014년 8.9%(약 123조원)까지 예측되고 있음

표 5-3 국민의료비 규모와 비중

(단위 : %, 백만원)

구분	GDP대비 국민의료비 비중	GDP대비 국민의료비 비중 (upper bound)	국민의료비 규모**	국민의료비 규모** (upper bound)
1980년	3.6	.	1,412,741.3	.
1985년	3.5	.	2,999,981.1	.
1990년	3.9	.	7,406,306.7	.
1995년	3.7	.	15,333,763	.
2000년	4.3	.	26,094,436	.
2005년	5.6	.	48,689,431	.
2006년	6.1	.	55,450,441	.
2007년	6.4	.	62,262,684	.
2008년	6.6	.	67,601,844	.
2009년	7.1	.	75,636,833	.
2010년	7.3	.	85,544,159	.
2011년	7.4	.	91,166,981	.
2012년*	7.7	8.0	100,400,000	102,900,000
2013년*	7.9	8.5	109,100,000	112,500,000
2014년*	8.1	8.9	118,300,000	123,300,000

주 : *는 예측치임

**는 KDI의 경제성장률 예측치를 이용하여 산출

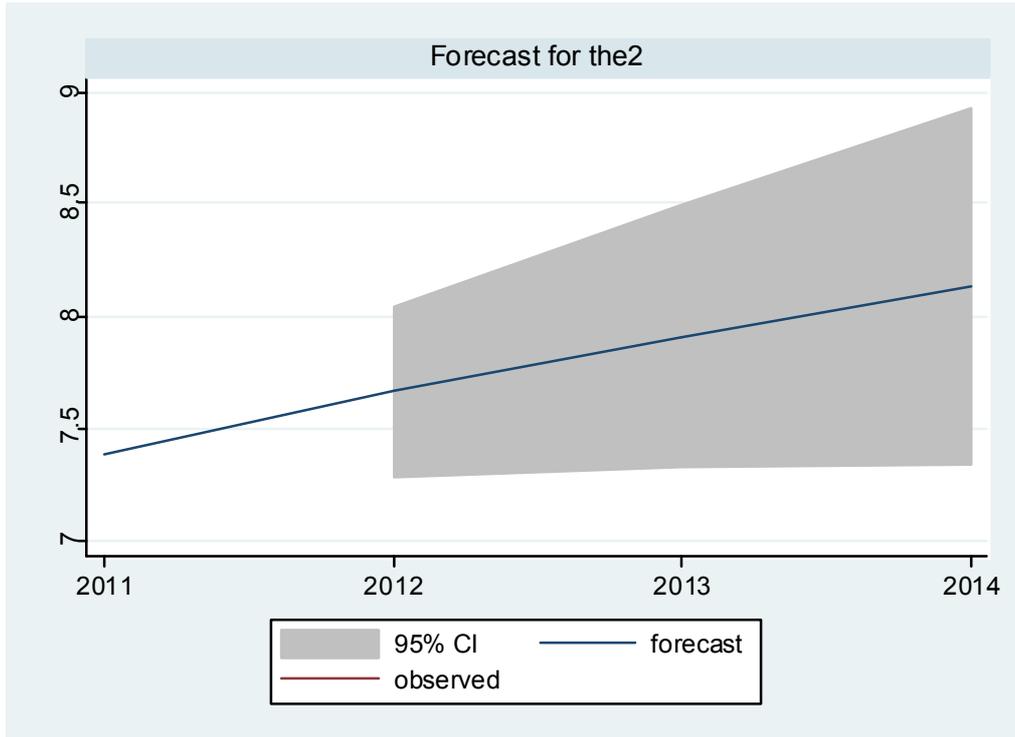


그림 5-2 국민의료비의 예측 추이

3) 의료서비스산업의 경제기여율

- 의료서비스산업의 경제성장에 대한 기여율은 다음과 같이 정의됨

$$\text{기여율} = \frac{\text{의료서비스산업 규모 증감액}}{\text{경제전체 규모 증감액}} \times 100$$

- 경제전망치는 예측기관에 따라 조금씩의 차이를 보이고는 있기 때문에, 본 예측에서는 한국개발연구원(KDI)의 내년도 경제전망치를 각각 이용하여 경제기여율을 산출하였음
- 한국개발연구원은 2013년의 경제성장률을 2.8%로 낮게 전망하였으며, 2014년 경제성장률은 상반기 3.9%, 하반기 3.9%로 연간 3.7%의 경제성장률을 기록할 것으로 예상하고 있음.
- 이러한 경제전망에 따라 의료서비스산업이 경제전체의 성장에서 차지하는 기여율은 2012년에 18.1%에서 2013년은 17.8%, 2014년 13.8%로 예측되었음
 - 예측된 3개년의 경제기여율을 보면 의료서비스산업의 경제기여율이 급격하게 증가할 것으로 예측되었는데, 이는 급격하게 증가하는 의료비 지출에 비해 경제성장률이 낮기 때문임
 - 다만 KDI의 전망치대로 2014년 경제성장률이 다소 상승할 경우 의료서비스산업의 기여율 역시 다소 하락할 것으로 예측되고 있음

표 5-4 의료서비스산업의 연도별 경제기여율 추이

구분	GDP(십억원)	GDP증감액	의료서비스(십억원)	의료서비스증감액 (십억원)	기여율(%)
1981년	49,306	10,196	1,205	285	2.8
1982년	56,677	7,371	1,381	176	2.4
1983년	66,685	10,008	1,591	210	2.1
1984년	76,524	9,839	1,752	161	1.6
1985년	85,699	9,175	1,997	245	2.7
1986년	100,254	14,555	2,219	222	1.5
1987년	117,938	17,684	2,556	337	1.9
1988년	140,525	22,587	3,219	663	2.9
1989년	158,620	18,095	4,163	944	5.2
1990년	191,383	32,763	4,936	773	2.4
1991년	231,428	40,045	5,705	769	1.9
1992년	263,993	32,565	6,767	1,062	3.3
1993년	298,762	34,769	7,453	686	2.0
1994년	349,973	51,211	8,289	836	1.6
1995년	409,654	59,681	9,913	1,624	2.7
1996년	460,953	51,299	11,577	1,664	3.2
1997년	506,314	45,361	12,765	1,188	2.6
1998년	501,027	-5,287	13,296	531	-10.0
1999년	549,005	47,978	15,679	2,383	5.0
2000년	603,236	54,231	16,965	1,286	2.4
2001년	651,415	48,179	21,289	4,324	9.0
2002년	720,539	69,124	22,678	1,389	2.0
2003년	767,114	46,575	25,163	2,485	5.3
2004년	826,893	59,779	27,517	2,354	3.9
2005년	865,241	38,348	31,361	3,844	10.0
2006년	908,744	43,503	35,768	4,407	10.1
2007년	975,013	66,269	40,382	4,614	7.0
2008년	1,026,452	51,439	43,928	3,546	6.9
2009년	1,065,037	38,585	50,351	6,423	16.6
2010년	1,173,275	108,238	56,519	6,168	5.7
2011년	1,235,161	61,886	61,008	4,489	7.3
2012년*	1,272,460	37,299	67,772	6,764	18.1
2013년*	1,308,089	35,629	74,104	6,332	17.8
2014년*	1,356,488	48,399	80,760	6,656	13.8

주 : 1. 명목가격 기준 2. *는 예측치임 3. 한국개발연구원(KDI)의 경제성장률 및 예측치를 이용하여 산출

제6장 주요국의 의료서비스산업

1. 개요

- 본 장에서는 주요 OECD 선진국들의 의료서비스산업 현황과 추이를 우리나라와 비교해 봄으로서 우리나라의 추세와 현 상황이 선진국과 어느 정도의 차이를 보이고 있는지 파악하고자 하였음
- 의료서비스산업을 파악하는 주요지표로는 국민의료비 및 의료서비스산업 규모, 의료서비스 자원(시설, 인력, 장비) 등이 포함됨

2. 주요국의 국민의료비 규모

2.1 국민의료비 비중

- 우리나라의 국민의료비 규모는 2011년 현재 GDP대비 7.4%로 OECD평균인 9.3%에 비하면 낮은 수치이지만, 그 증가속도는 매우 빠른 상황임. 국민의료비 비중이 가장 높은 국가는 미국으로서 GDP대비 17.7%이며, 일본이 9.6%, 캐나다, 프랑스, 독일은 11%대의 수준을 유지하고 있음

표 6-1 주요국의 GDP대비 국민의료비 비중

(단위 : %)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
캐나다	8.8	9.3	9.6	9.8	9.8	9.8	10.0	10.0	10.3	11.4	11.4	11.2
프랑스	10.1	10.2	10.6	10.8	11.0	11.0	11.0	10.9	11.0	11.7	11.7	11.6
독일	10.3	10.5	10.7	10.9	10.7	10.8	10.6	10.5	10.7	11.8	11.5	11.3
일본	7.7	7.8	7.9	8.0	8.0	8.2	8.2	8.2	8.6	9.5	9.6	-
한국	4.5	5.0	4.8	5.2	5.2	5.6	6.1	6.4	6.6	7.1	7.3	7.4
영국	7.0	7.3	7.6	7.8	8.0	8.3	8.4	8.5	9.0	9.9	9.6	9.4
미국	13.7	14.3	15.2	15.7	15.8	15.8	15.9	16.2	16.6	17.7	17.7	17.7
OECD	7.8	8.0	8.3	8.6	8.6	8.7	8.6	8.6	8.9	9.6	9.5	9.3

자료 : OECD Health Data 2013

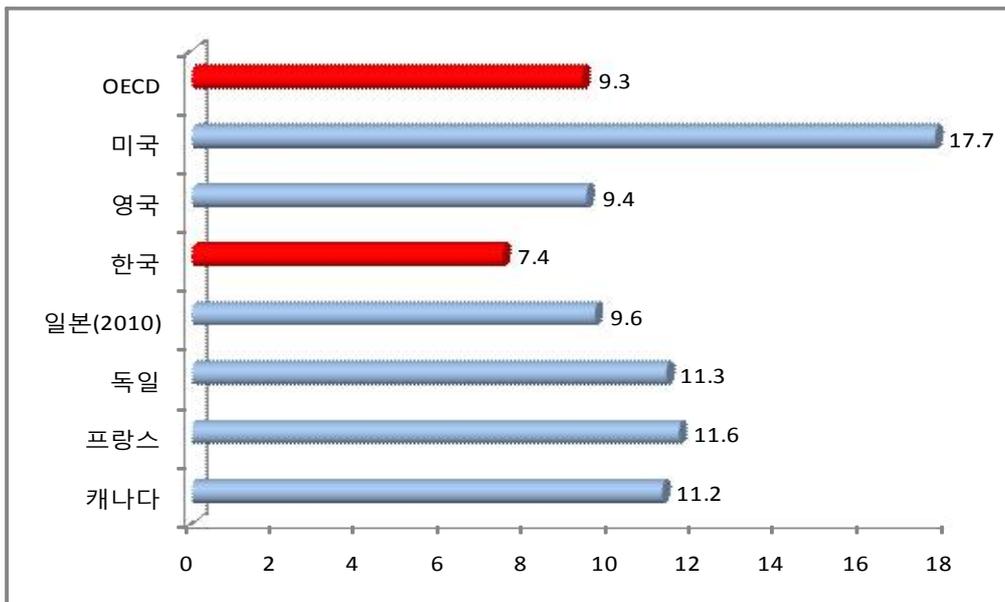


그림 6-1 주요국의 GDP대비 국민의료비 비중(2011년)

자료 : OECD Health Data 2013

2.2 국민의료비의 기능별 분류

- 국민의료비를 기능별로 분류하면, 우리나라는 개인의료비가 전체 국민의료비 중에서 89.1%를 차지하고 있으며, 집단의료비 6.5%, 고정자본형성 4.5%로 구성되어 있음
- 국민의료비 중에서 개인의료비의 비중이 가장 높은 국가는 일본으로 94.5%를 차지하고 있으며, 다음으로 독일(88.1%), 한국(89.1%), 프랑스(87.8%), 미국(85.8%)의 순임
- 개인의료비를 구성하는 입원과 외래서비스의 지출비용을 비교해보면 미국은 외래서비스의 비중이 입원서비스보다 높은 반면에 다른 국가들은 모두 입원서비스의 비중이 외래서비스의 비중보다 높은 편임
- 의약품 및 의료재화에 지출되는 비용은 일본이 21.4%로 가장 높으며 우리나라는 20.2%로 다른 국가에 비해 높은 수준임

표 6-2 주요국 국민의료비의 기능별 분류(2011, 국민의료비=100)

(단위 : %)

구분	캐나다	프랑스	독일	일본(2010)	한국	미국
총개인의료비	85.3	87.8	88.1	94.5	89.1	85.8
입원서비스	28.6	37.1	34.8	30.8	32.9	23.3
외래서비스	26.5	15.9	22.4	29.7	31.0	46.5
기타서비스*	11.0	19.2	16.8	12.6	25.2	2.8
의약품 및 의료재화	19.2	15.6	14.1	21.4	20.2	13.2
집단의료비	9.6	8.7	8.6	4.6	6.5	10.3
예방및공중보건	5.8	1.9	3.3	3.0	2.9	3.2
보건행정관리	3.3	6.7	5.3	1.6	3.5	7.1
고정자본형성	5.0	3.6	3.3	0.9	4.5	3.9

주 : * 기타서비스=day care+home health care+ancillary service+therapeutic appliances and other medical durables

자료 : OECD Health Data 2013

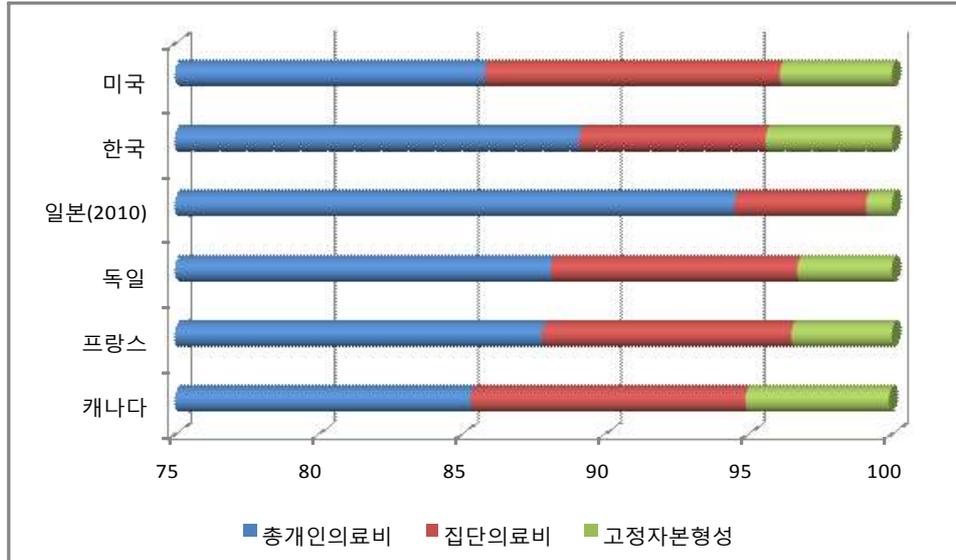


그림 6-2 주요국의 국민의료비의 기능별 분류(2011년)

자료 : OECD Health Data 2013

2.3 국민의료비의 자원별 분류

- 주요국의 국민의료비를 자원별로 분류해 비교해보면, 비교국 가운데에서는 미국이 유일하게 민간부문의 지출(52.2%)이 공공부문의 지출(47.8%)보다 높은 비중을 차지하고 있음
 - 공공부문의 지출이 높은 국가는 영국 82.8%, 일본 82.1%, 프랑스 76.8%, 독일 76.5%, 캐나다 70.4%의 순임
- 우리나라는 공공부문의 비중(55.3%)이 민간부문(44.7%)보다 높기는 하지만 아직까지 OECD 국가 중에서는 공공부문의 지출이 낮은 국가에 속함. 특히 우리나라는 본인부담금의 비중이 국민의료비 중에서 35.2%를 차지하고 있는데 이는 비교국 가운데 가장 높은 수치임

표 6-3 주요국 국민의료비의 자원별 분류(2011, 국민의료비=100)

(단위 : %)

	캐나다	프랑스	독일	일본(2009)	한국	영국	미국
공공부문	70.4	76.8	76.5	82.1	55.3	82.8	47.8
일반부문	69.0	3.6	8.6	10.2	11.7	82.8	6.3
사회보장금고	1.4	73.1	67.9	71.9	43.6	-	41.4
민간부문	29.6	23.2	23.5	17.9	44.7	17.2	52.2
본인부담금	14.7	7.5	13.2	14.4	35.2	9.9	11.6
비급여본인부담	-	-	-	5.3	22.3	-	-
법정본인부담	-	-	-	9.2	12.9	-	-
민간보험	12.3	13.9	9.4	2.4	5.5	3.0	33.8
비영리단체	-	0.0	0.5	-	0.6	3.8	3.6
기업	2.6	1.9	0.5	1.0	3.4	-	3.1

자료 : OECD Health Data 2013

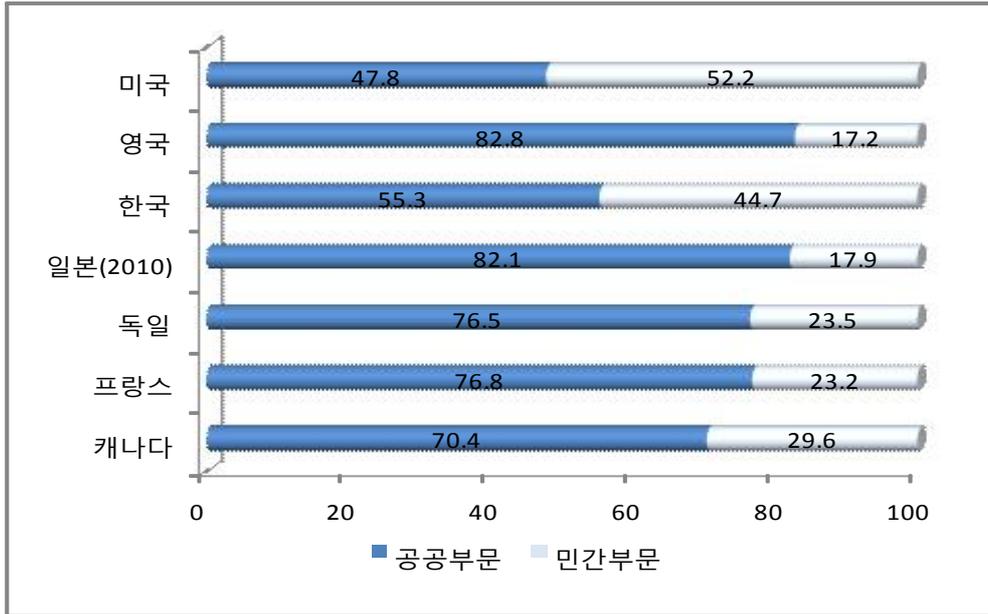


그림 6-3 주요국의 국민의료비의 제원별 분류(2011년)

자료 : OECD Health Data 2013

3. 주요국의 의료서비스산업 규모

- 의료서비스산업은 개인의료비에서 의약품 및 의료용품에 지출된 비용을 제외한 지출규모임. 의료서비스산업의 규모를 국가별로 비교하기 위해 GDP대비 비중을 살펴 보면 우리나라의 의료서비스산업 규모는 GDP대비 4.9%로서 비교국가 중에서는 가장 낮은 수준이지만 국민의료비의 증가와 마찬가지로 그 증가세는 매우 높은 편임
- 미국은 의료서비스산업의 비중이 GDP대비 12.8%로 가장 높았으며, 프랑스(7.9%), 독일(7.3%), 캐나다(7.4%), 일본(7.0%, 2010년기준)의 순임

표 6-4 주요국의 GDP대비 의료서비스산업 규모

(단위 : %)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
캐나다	6.1	6.3	6.3	6.3	6.3	6.4	6.4	6.6	7.3	7.4	7.4
프랑스	6.8	7.1	7.3	7.4	7.5	7.5	7.4	7.5	8.0	7.8	7.9
독일	7.1	7.2	7.3	7.3	7.2	7.2	7.1	7.2	7.9	7.9	7.3
일본	5.8	5.9	5.9	6.0	6.0	6.0	6.0	6.3	6.9	7.0	-
한국	3.1	3.0	3.2	3.2	3.5	3.8	4.0	4.1	4.5	4.6	4.9
미국	10.4	10.9	11.2	11.3	11.3	11.3	11.4	11.8	12.8	12.8	12.8

자료 : OECD Health Data 2013

(단위: %)

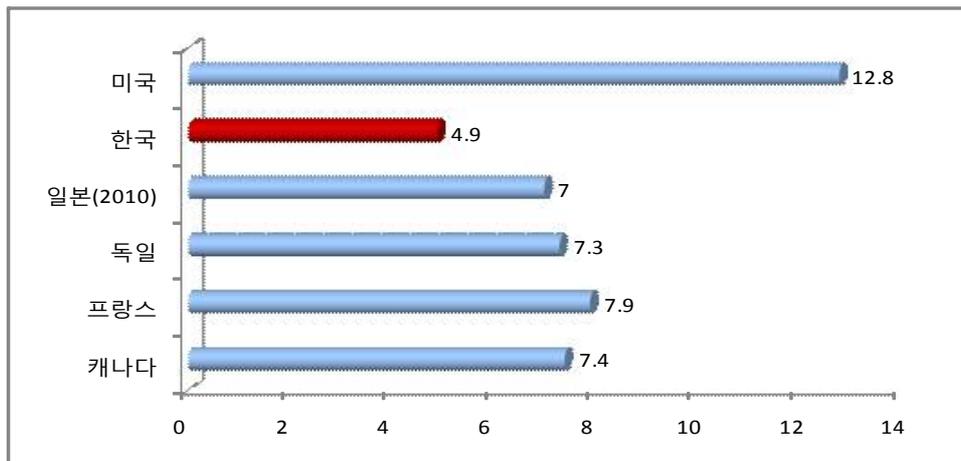


그림 6-4 주요국의 GDP대비 의료서비스산업 비중(2011년)

자료 : OECD Health Data 2013

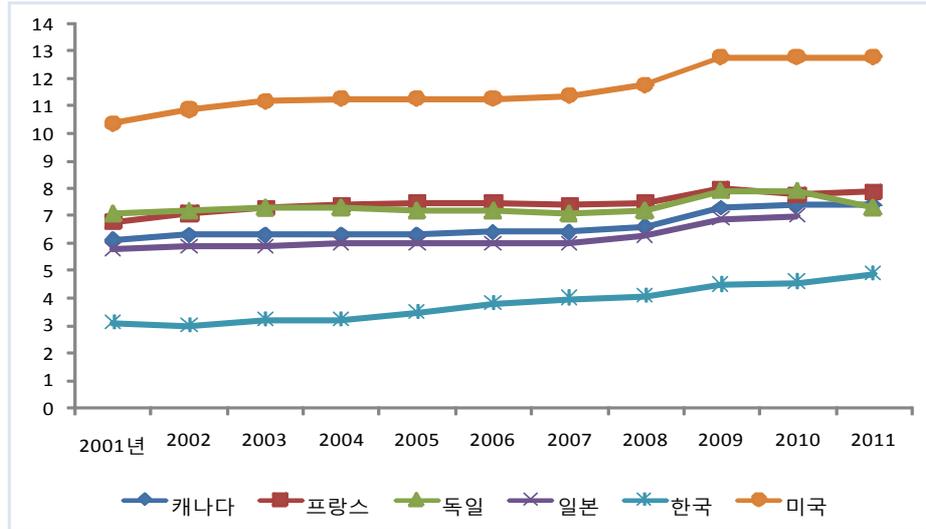


그림 6-5 주요국의 GDP대비 의료서비스산업 비중

○ 의료서비스산업이 국민의료비에서 차지하는 비중은 일본(73.2%)과 미국(72.6%)이 70% 이상으로 높은 편에 속했으며, 나머지 국가들은 65~68%수준으로 비슷한 규모를 보이고 있음. 우리나라는 66.9%로 캐나다와 비슷한 비중을 보이고 있음

표 6-5 주요국의 국민의료비 대비 의료서비스산업 규모(국민의료비=100)

(단위 : %)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
캐나다	65.9	65.5	64.6	64.9	64.4	64.2	64.1	64.3	64.2	65.1	66.1
프랑스	67.0	67.4	67.3	67.2	67.2	67.6	67.5	67.7	68.0	66.9	67.6
독일	68.3	68.0	67.5	68.7	67.5	68.0	67.8	67.7	68.0	68.4	69.2
일본	72.5	73.8	72.9	73.7	73.2	72.8	73.2	73.8	72.4	73.2	-
한국	62.2	61.3	61.3	61.6	62.1	62.5	62.8	63.0	64.5	64.8	66.9
미국	72.5	71.6	71.2	71.4	71.6	71.2	71.1	71.4	71.9	72.3	72.6

자료 : OECD Health Data 2013

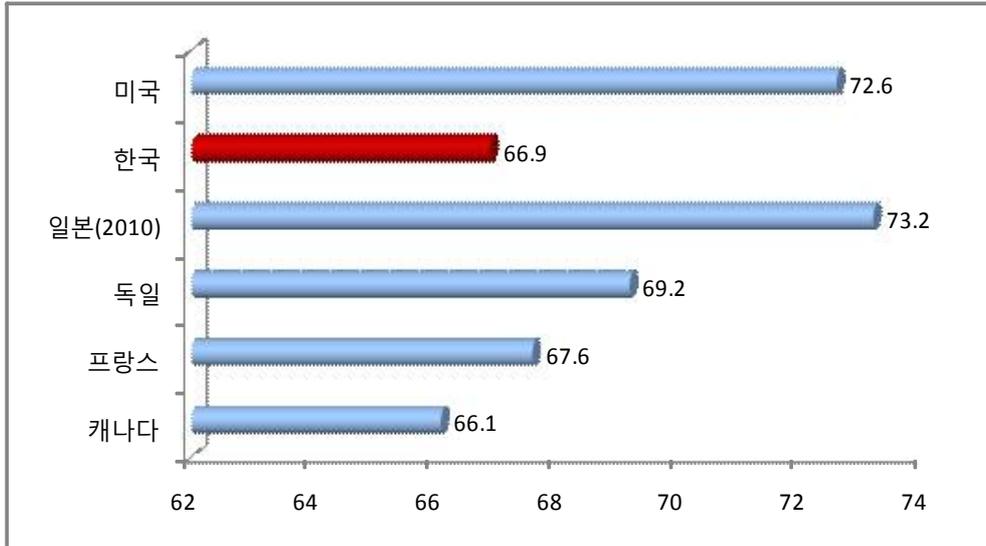


그림 6-6 주요국의 국민의료비 대비 의료서비스산업 비중(2011년)(%)

자료 : OECD Health Data 2013

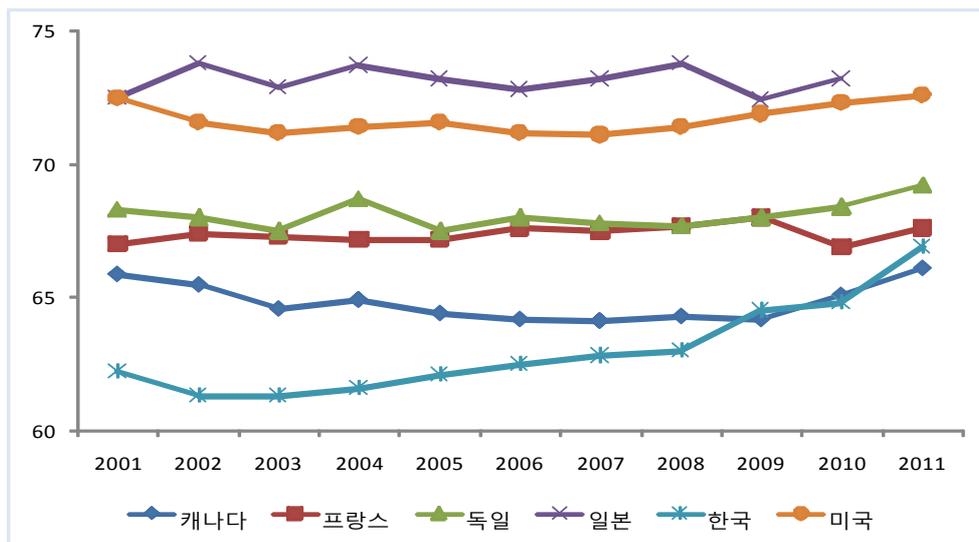


그림 6-7 주요국의 국민의료비 대비 의료서비스산업 비중(%)

4. 주요국의 의료서비스자원

4.1 병상자원

- 인구천명당 총병상수 지표를 보면 우리나라는 8.8병상으로 일본의 13.4병상 다음으로 비교국 가운데 가장 많은 병상수를 보유하고 있는 국가임
 - 미국과 캐나다는 인구천명당 병상수가 각각 3.3병상, 3.2병상으로 가장 낮은 수준이었으며, 독일(8.3병상), 프랑스(6.4병상)의 순이었음
- 우리나라의 병상수는 다른 선진국에 비해 높은 수준이며 매년 증가하고 있음

표 6-6 주요국의 인구천명당 병상수 현황

(단위 : 병상)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
캐나다	3.7	3.6	3.5	3.4	3.1	3.0	2.9	2.7	2.7	2.8	-
프랑스	7.8	7.7	7.6	7.4	7.2	7.1	7.1	6.9	6.7	6.4	6.4
독일	9.0	8.9	8.7	8.6	8.5	8.3	8.2	8.2	8.2	8.3	8.3
일본	14.6	14.4	14.3	14.2	14.1	14.0	13.9	13.8	13.7	13.5	13.4
한국	4.5	4.8	5.1	5.4	5.9	6.5	7.3	7.7	8.2	8.8	9.6
미국	3.5	3.4	3.3	3.3	3.2	3.2	3.1	3.1	3.1	3.1	-

자료 : OECD Health Data 2013

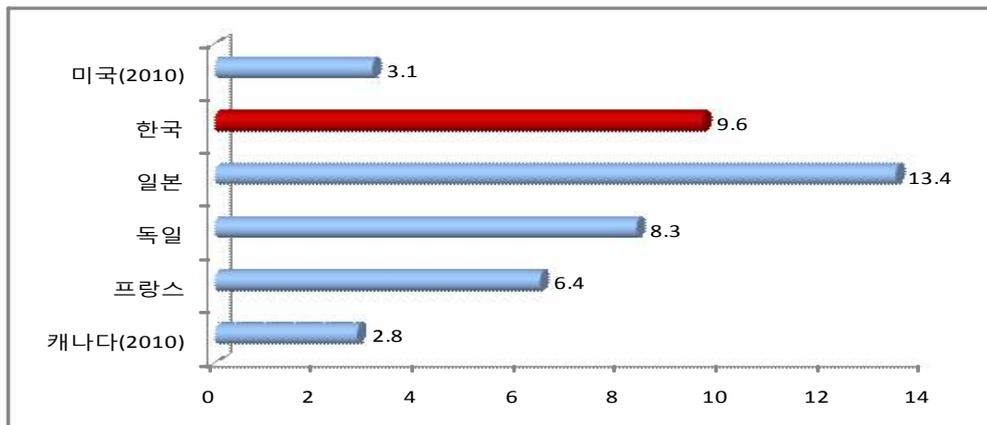


그림 6-8 주요국의 인구천명당 총병상수 현황(2010년)

자료 : OECD Health Data 2013

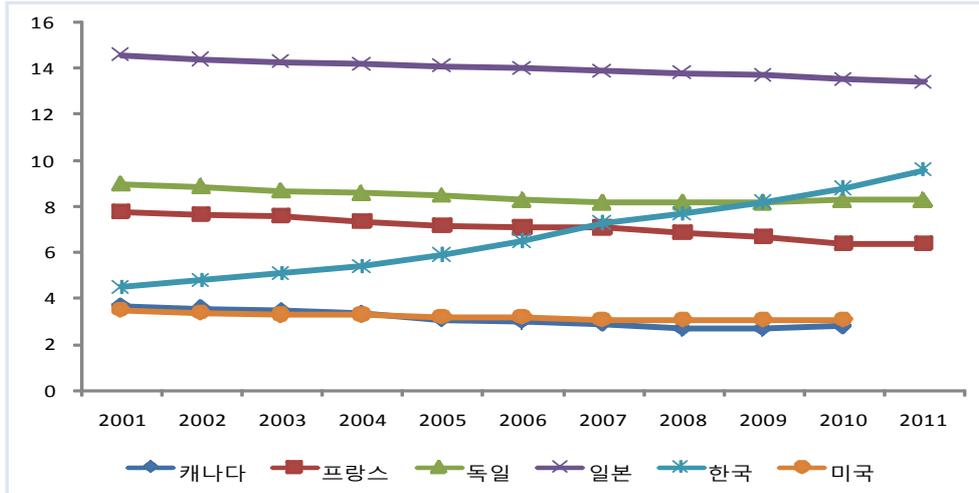


그림 6-9 주요국의 인구천명당 총병상수 현황

- OECD주요국의 인구천명당 급성병상수를 보면 우리나라는 인구천명당 5.9병상으로 일본(8.0병상)과 독일(5.3병상)에 비해서는 낮지만, 미국(2.6병상), 프랑스(3.4병상), 캐나다(1.7병상)에 비해서는 높은 수준임
- 특히 우리나라는 다른 비교국가와는 반대로 매년 급성병상수가 증가하고 있는 추세이므로, 이러한 추세대로라면 빠른 시간내에 독일을 넘어설 것으로 보이며 일본의 수준에 근접할 것으로 예상되고 있음

표 6-7 주요국의 인구천명당 급성병상수 현황

(단위 : 병상)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
캐나다	3.1	3.1	2.9	2.9	2.5	1.8	1.8	1.8	1.7	1.7	-
프랑스	4.0	3.9	3.8	3.7	3.7	3.6	3.6	3.5	3.5	3.5	3.4
독일	6.0	5.9	5.8	5.7	5.6	5.4	5.4	5.4	5.4	5.3	5.3
일본	9.3	9.0	8.5	8.4	8.2	8.2	8.2	8.2	8.1	8.0	8.0
한국	3.8	4.2	4.2	4.4	4.6	4.8	5.1	5.3	5.5	5.5	5.9
미국	2.9	2.9	2.8	2.8	2.7	2.7	2.7	2.6	2.6	2.6	-

자료 : OECD Health Data 2012

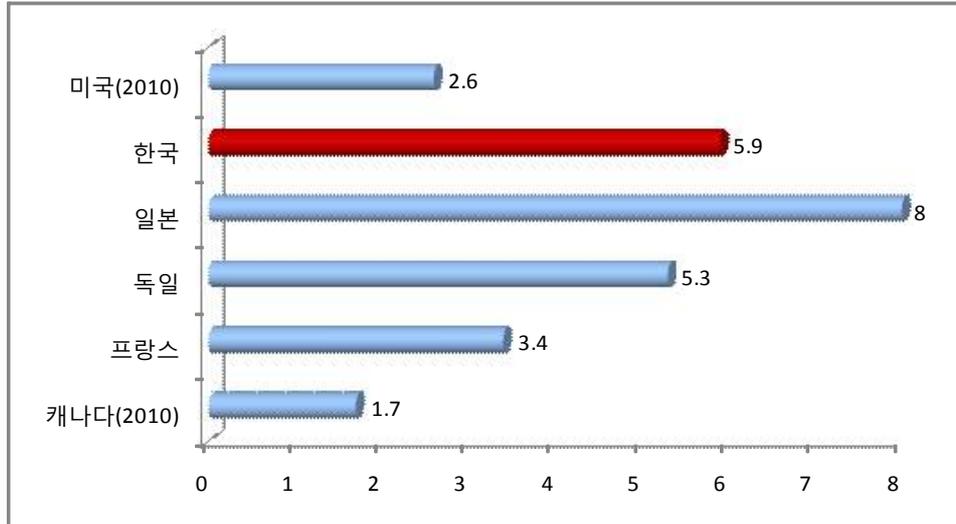


그림 6-10 주요국의 인구천명당 급성병상수 현황(2011년)

자료 : OECD Health Data 2012

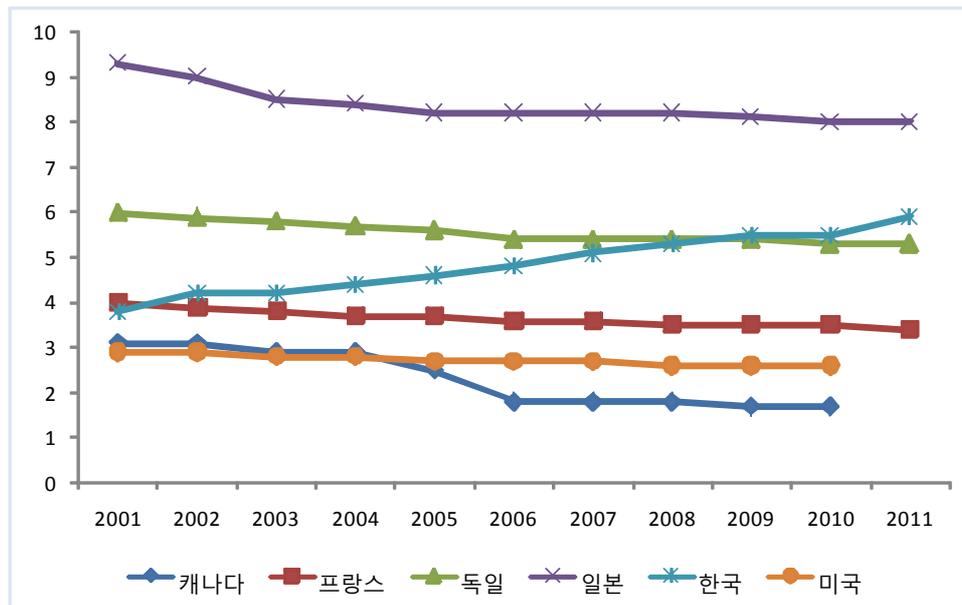


그림 6-11 주요국의 인구천명당 급성 병상수 현황

- 최근 우리나라에서 급격하게 증가하고 있는 장기요양병상은 2010년 현재 인구천 명당 2.7병상 수준이며, 2003년 0.2병상인 것을 고려하면 매우 폭발적인 증가추세 라고 할 수 있음
- 우리나라의 2.7병상은 일본과 동일한 수준임. 프랑스의 경우는 0.5병상, 캐나다 0.5 병상, 미국은 0.1병상 수준임을 볼 때 우리나라의 장기요양 병상은 높은 편임

표 6-8 주요국의 인구천명당 장기요양병상수 현황

(단위 : 병상)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
캐나다	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.7	0.6	0.5	0.5	0.5	-
프랑스	1.4	1.3	1.3	1.2	1.2	1.1	1.1	1.0	0.7	0.5	0.5
일본	2.3	2.6	2.9	2.9	3.0	2.9	2.8	2.8	2.8	2.7	2.7
한국	-	-	0.2	0.2	0.5	0.9	1.4	1.6	1.8	2.3	2.7
미국	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	-

자료 : OECD Health Data 2013

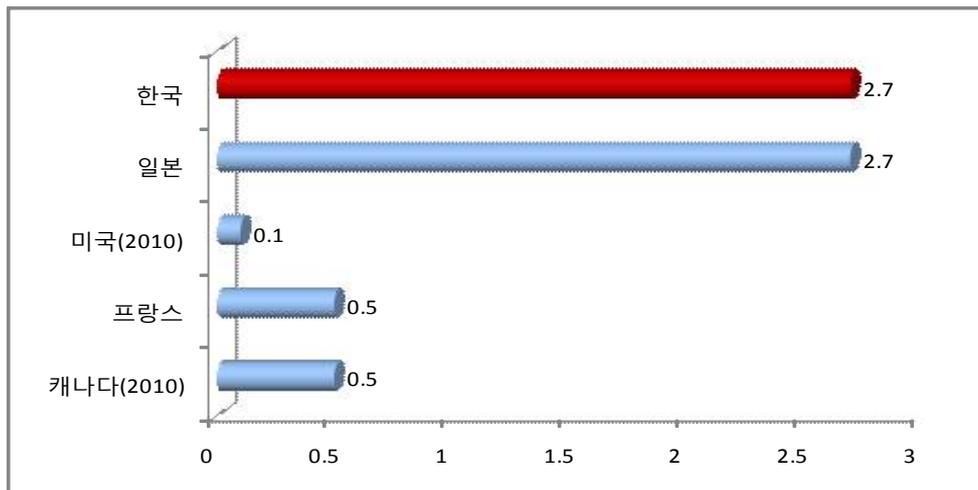


그림 6-12 주요국의 인구천명당 장기요양병상수 현황(2011년)

자료 : OECD Health Data 2012

- 우리나라의 인구천명당 정신병상수는 0.9병상으로 독일, 일본에 비하여 적은 수준이나 다른 주요 국가와는 비슷한 수준임
- 전체적으로 주요 국가들의 정신병상은 매우 완만한 추세로 감소하거나 유지되고 있는 추세임

표 6-9 주요국의 인구천명당 정신병상수 현황

(단위 : 병상)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
캐나다	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	-
프랑스	1.0	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
독일	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2
일본	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.7	2.7	2.7	2.7
한국	0.6	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9
미국	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	-

자료 : OECD Health Data 2013

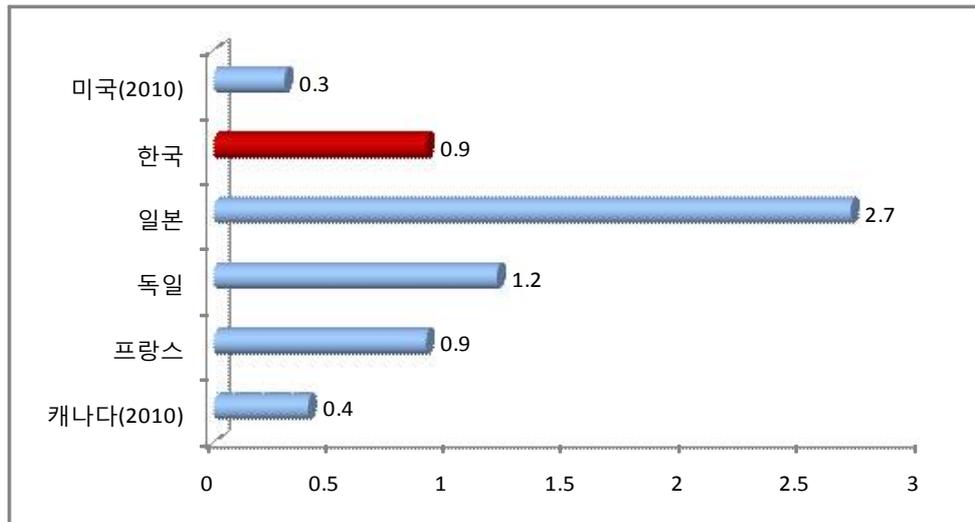


그림 6-13 주요국의 인구천명당 정신병상수 현황(2011년)

자료 : OECD Health Data 2012

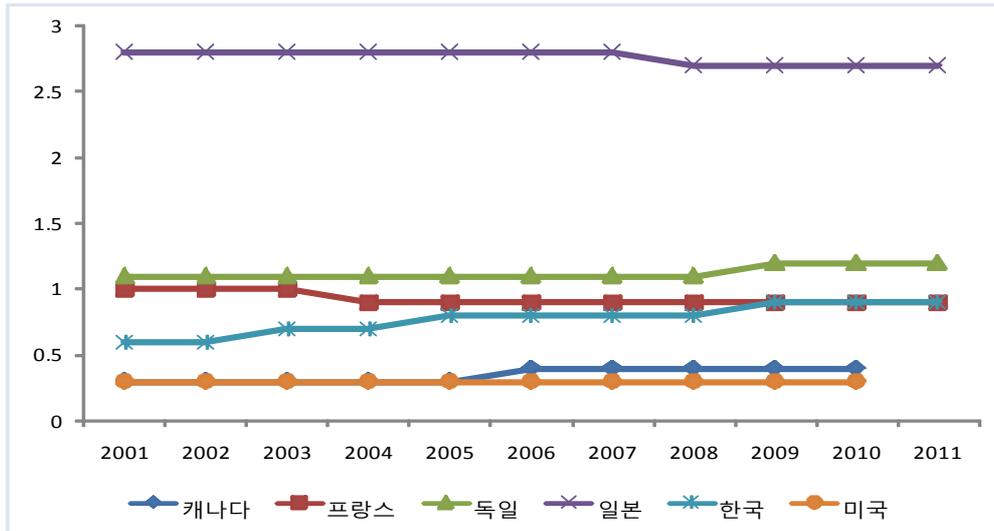


그림 6-14 주요국의 인구천명당 정신병상수 현황

4.2 인력자원

- 우리나라의 활동의사수는 매년 지속적으로 증가하는 상황이지만, 아직까지 주요 선진국에 비하면 의사수가 부족한 수준임. 2010년 우리나라의 인구천명당 활동의사수는 2.0명으로 비교국가 가운데 가장 낮은 수준임
- 주요국의 활동의사수 현황은 독일 3.8명, 영국 2.5명, 미국 2.5명, 일본 2.2명(2010년 기준)의 수준임

표 6-10 주요국의 인구천명당 활동의사수 현황

(단위 : 명)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
독일	3.3	3.3	3.4	3.4	3.4	3.5	3.5	3.6	3.6	3.7	3.8
일본	-	2.0	-	2.0	-	2.1	-	2.2	-	2.2	-
한국	1.4	1.5	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	1.9	1.9	2.0	2.0
영국	2.0	2.1	2.2	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.5
미국	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.5

자료 : OECD Health Data 2013

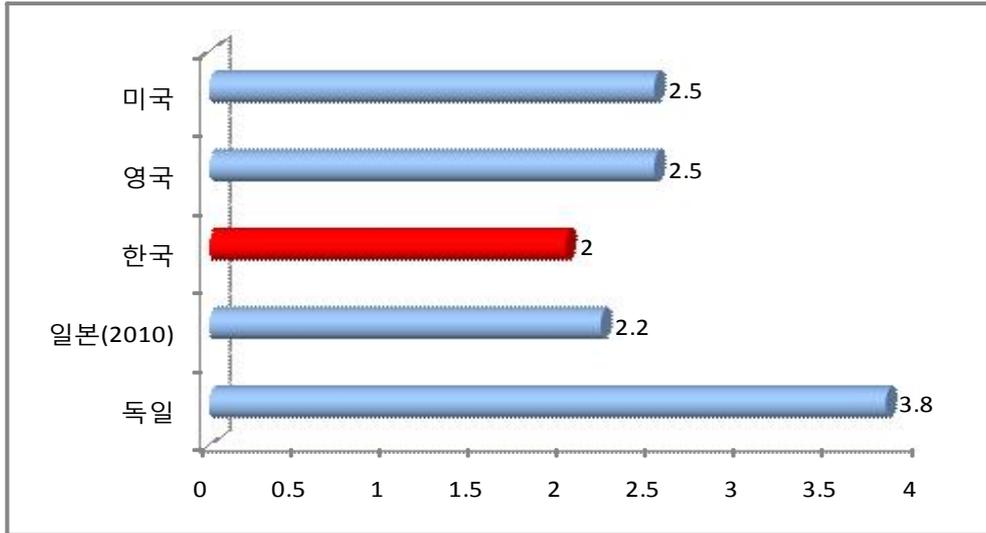


그림 6-15 주요국의 인구천명당 활동의사수 현황(2011년)

자료 : OECD Health Data 2012

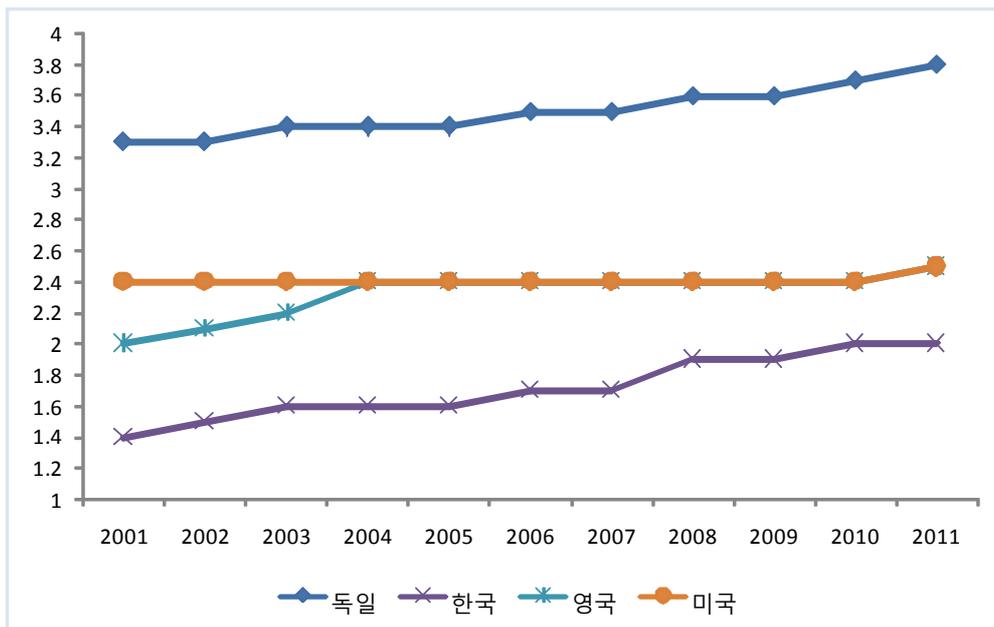


그림 6-16 주요국의 인구천명당 활동의사수

○ 우리나라의 활동간호사수 역시 매년 지속적으로 증가하고는 있지만, 주요 선진국에 비하면 절반수준에 머물고 있음. 우리나라의 인구천명당 활동간호사수는 4.7명으로 독일 11.4명, 일본 10.0명, 캐나다 9.3명의 절반수준임

표 6-11 주요국의 인구천명당 활동간호사수 현황

(단위 : 명)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
캐나다	10.0	9.5	8.5	8.5	8.7	8.8	9.0	9.1	9.3	9.3	9.3
독일	9.7	9.8	10.0	10.1	10.2	10.4	10.5	10.7	11.0	11.2	11.4
일본	-	8.4	-	8.7	-	9.1	-	9.5	-	10.0	-
한국	3.2	3.4	3.5	3.8	3.9	4.0	4.2	4.3	4.5	4.6	4.7
영국	-	-	-	-	-	-	9.8	9.8	10.0	9.7	8.6

자료 : OECD Health Data 2013

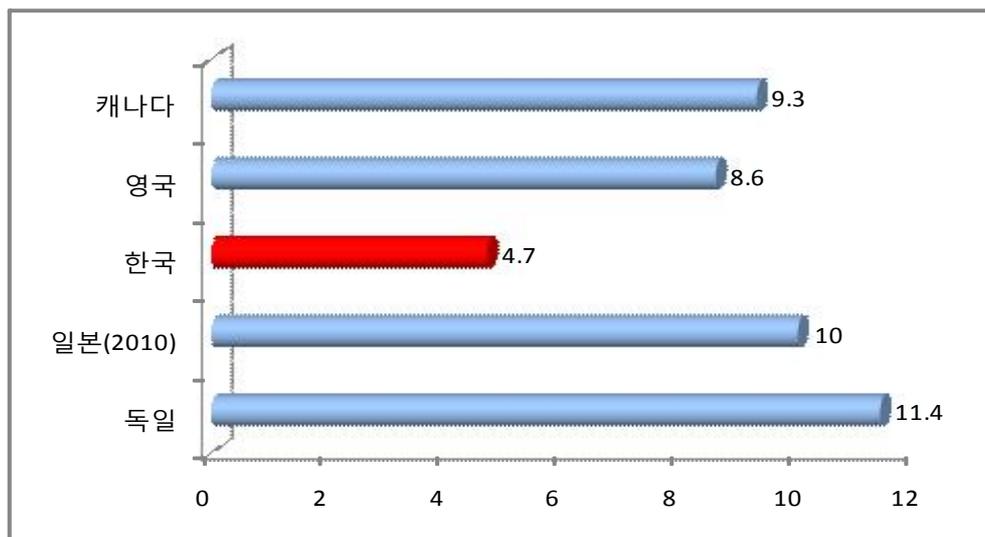


그림 6-17 주요국의 인구천명당 활동간호사수 현황(2011년)

자료 : OECD Health Data 2012

○ 우리나라의 인구천명당 활동의사수는 2011년 현재 0.43명으로 선진국에 비해 다소 적기는 하지만, 크게 차이가 나지 않는 수준임. 영국의 인구천명당 활동의사수는 0.54명, 일본 0.77명, 독일은 0.80명 수준임

표 6-12 주요국의 인구천명당 활동치과의사수 현황

(단위 : 명)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
독일	0.74	0.74	0.75	0.75	0.76	0.76	0.77	0.77	0.78	0.79	0.80
일본	-	0.71	-	0.73	-	0.74	-	0.76	-	0.77	-
한국	0.31	0.33	0.34	0.36	0.37	0.38	0.39	0.4	0.42	0.42	0.43
영국	-	-	-	-	-	-	0.49	0.51	0.52	0.53	0.54

자료 : OECD Health Data 2013

○ 인구천명당 활동약사수 역시 선진국과 비교하여 유사한 수준임. 우리나라의 인구천명당 활동약사수는 2011년 현재 0.68명으로 영국의 0.66명, 독일의 0.62명과 유사한 수준임

- 일본은 1.54명으로 활동약사수가 선진국 중에서도 높은 수준임

표 6-13 주요국의 인구천명당 활동약사수 현황

(단위 : 명)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
독일	0.58	0.59	0.58	0.58	0.58	0.59	0.6	0.61	0.61	0.62	0.62
일본	-	1.21	-	1.29	-	1.36	-	1.46	-	1.54	-
한국	-	-	-	0.62	0.64	0.65	0.64	0.65	0.65	0.65	0.68
영국	-	0.59	0.6	0.62	0.61	0.63	0.63	0.64	0.65	0.66	0.66

자료 : OECD Health Data 2013

4.3 고가의료장비

- 고가의료장비의 대표적인 지표로는 CT와 MRI 보유대수가 주로 이용되고 있음.
- 우리나라는 고가의료장비를 상대적으로 많이 보유한 국가에 해당함
- 우리나라의 인구백만명당 CT 보유대수는 35.9대로서 일본의 101.3대 다음으로 가장 높은 보유대수를 보이고 있음
 - 미국의 경우는 34.3대, 프랑스 12.5대, 캐나다는 14.6대의 수준임

표 6-14 주요국의 인구백만명당 CT 현황

(단위 : 대)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
캐나다	9.8	-	10.3	10.7	11.6	12.0	12.7	-	13.8	14.2	14.6
프랑스	7.4	7.6	8.1	8.8	10.0	10.4	10.3	10.8	11.1	11.8	12.5
일본	-	92.6	-	-	-	-	-	97.3	-	-	101.3
한국	27.3	31.0	31.9	31.5	32.3	33.7	37.0	36.5	36.	35.3	35.9
영국	6.9	7.3	6.9	7.1	7.6	7.7	-	7.4	-	8.3	8.9
미국	28.9	-	29.3	32.3	-	34.0	34.3	-	-	-	40.9

자료 : OECD Health Data 2013

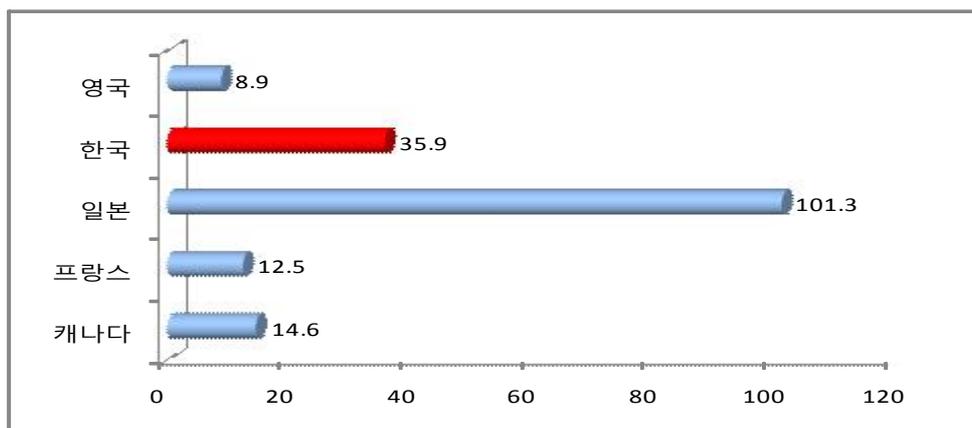


그림 6-18 주요국의 인구백만명당 CT 현황(2011년)

자료 : OECD Health Data 2012

○인구백만명당 MRI 현황 역시 우리나라는 21.3대로 일본의 46.9대, 미국의 31.5대에 이어 많이 보유하고 있음. 캐나다의 경우는 8.5대, 프랑스 7.5대, 영국은 5.9대로 일본, 미국, 우리나라와는 상당한 격차를 보이고 있음

표 6-15 주요국의 인구백만명당 MRI 현황

(단위 : 대)

구분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
캐나다	4.2	-	4.7	4.9	5.7	6.2	6.7	-	7.9	8.2	8.5
프랑스	1.8	2.4	3.2	3.9	4.8	5.2	5.5	6.1	6.4	7.0	7.5
일본	-	35.3	-	-	40.1	-	-	43.1	-	-	46.9
한국	6.8	7.9	9.0	11.1	12.1	13.6	16.0	17.5	18.8	19.9	21.3
영국	6.2	5.0	4.6	5.1	5.5	5.7	-	5.6	-	6.0	5.9
미국	20.1	-	22.0	26.7	-	26.6	25.9	-	-	31.5	-

자료 : OECD Health Data 2013

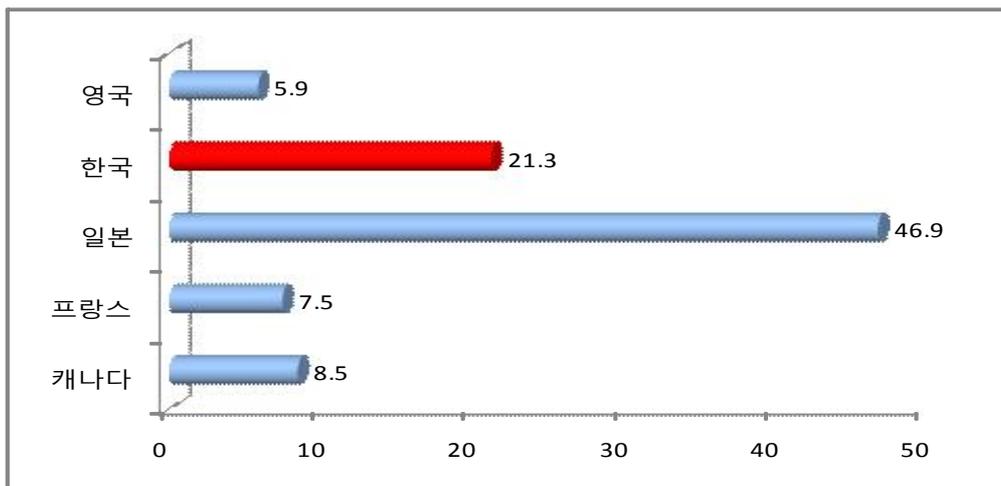


그림 6-19 주요국의 인구백만명당 MRI 현황(2011년)

자료 : OECD Health Data 2012

5. 소결

- 주요국의 GDP대비 국민의료비 비중은 지속적으로 증가하고 있음
 - 미국이 17.7%로 가장 높았으며, 프랑스 11.6%, 일본 9.6%이었음. 우리나라는 7.4%로 주요국에 비해 낮은 수준으로 OECD 평균치보다도 낮은 수치를 보임
- 국민의료비 중에서 개인의료비의 비중이 가장 높은 국가는 일본으로 94.5%를 차지하고 있으며, 우리나라는 89.1%임. 우리나라의 의약품 및 의료재화에 지출되는 비용은 20.2%로 다른 국가에 비해 높은 수준임
- 우리나라의 의료서비스산업 규모는 GDP대비 4.9%로 주요 선진국에 비해 낮은 수준이나 증가세는 매우 높은 편임 의료서비스산업이 국민의료비에서 차지하는 비중은 일본과 미국이 높은 편이었으며 우리나라는 66.9%로 캐나다와 비슷한 수준임
- 우리나라의 병상수는 다른 선진국에 비해 높은 수준으로 매년 증가하고 있음. 주요국의 병상수는 급성기병상, 장기요양병원수가 감소추세에 있음
- 우리나라의 활동의사수와 활동간호사수는 매년 지속적으로 증가하는 상황이지만, 아직까지 우초 선진국에 비하여 의사수가 부족한 수준임
- 고가의료장비인 CT, MRI 현황은 우리나라가 일본 다음으로 가장 높은 보유대수를 보임

제7장 의료서비스산업 성과지수

1. 개요

- 우리나라 의료서비스산업의 성과정도를 지속적으로 측정하여 성과의 향상정도 및 선진국과의 차이를 비교하기 위하여 의료서비스산업의 성과에 대한 국가간 비교를 시행함
- 매년 지속적으로 성과지수가 측정되어 비교된다면 우리나라 의료서비스산업의 성과를 시계열적으로 추적할 수 있을 뿐만 아니라 선진국과의 격차를 지속적으로 모니터링 할 수 있음

2. 성과측정방법

2.1 성과측정부문

- 본 연구에서는 의료서비스산업의 성과를 측정하기 위한 영역으로 효율성(efficiency), 형평성(equity), 접근성(access to health service), 건강수준(health level), 산업수준(industrialization)의 5가지 영역을 선정하였음
- 효율성 지수는 의료서비스산업에서 투입되는 자원이 어느 정도 효율적으로 관리되

- 고 있는지, 자원의 공급이 얼마나 적절하게 이루어지고 있는지를 파악할 수 있음
 - 효율성을 나타내는 자료로는 각 국가의 평균재원일수(average length of stay), 병상이용률(occupancy rate), 병상회전율(turnover rate)을 선정하였음
- 형평성(equity)⁴⁹⁾은 재원조달의 형평성 및 의료이용의 형평성을 반영하기 위해 비교 국가의 사회보장계획(social security scheme), 국민의료비 대비 공공부문 지출비중, 개인의료비지출 중 본인부담률을 적용하였음
- 의료서비스의 접근성(access to health service)은 의료서비스를 얼마나 쉽게 이용할 수 있는지를 보여주는 척도로 의료서비스산업의 접근성을 평가할 수 있는 지표로서 인구천명당 활동의사수, 인구천명당 장기요양 병상수, 인구천명당 급성 병상수를 선정하였음
- 자원의 투입과 그에 따른 산출의 효율적 관계를 파악하여 의료서비스산업의 수준을 파악하기 위해서 건강수준을 포함
 - 건강수준을 나타내는 지표는 평균수명, 영아사망률, 잠재수명 손실년수를 선정하였음
- 산업수준(industrialization)은 의료서비스산업의 산업적인 수준과 역량을 파악하기 위함이며 세부측정 변수로는 산업의 부가가치 비중, 보건의료분야의 연구개발 지출, 의료시설 투자를 이용하였음
- 이상의 지표들을 토대로 우리나라 및 OECD 주요 선진국 의료서비스산업의 성과를 측정한 후 이를 비교하여 각 국가별 성과의 차이와 연도별 추이를 비교하였음
 - 비교 선진국가로서는 일본, 미국, 영국, 독일, 프랑스를 선정하였음
- 의료서비스산업의 성과지수를 측정을 위한 영역별 최적의 지표값(기준값)은 각 국가의 평균적인 값을 이용하였음

49) 일반적으로 형평성은 의료서비스의 접근성과 밀접한 상호관계를 갖고 있으나, 형평성과 접근성과의 관계를 완벽하게 분리한다는 것은 현실적으로 어려움

표 7-1 의료서비스산업 성과 결정요인과 측정변수

성과측정 항목	측정변수	정의	자료출처
효율성	평균재원일수	입원환자의 평균재원일수(일수)	OECD Health Data
	병상이용률	급성병상 이용률(%)	OECD Health Data
	병상회전율	급성병상 회전률(%)	OECD Health Data
형평성	사회보장계획	국민의료비 중 사회보장 지출비중(%)	OECD Health Data
	공공부문지출비율	국민의료비 중 공공부문 지출비중(%)	OECD Health Data
	본인부담율	국민의료비 중 본인부담 비중(%)	OECD Health Data
접근성	인구천명당 의사수	인구천명당 활동 의사수(명)	OECD Health Data
	장기요양 병상수	인구천명당 장기요양 병상수(개)	OECD Health Data
	급성 병상수	인구천명당 급성병상수(개)	OECD Health Data
건강수준	평균수명	0세(출생시) 기대여명	OECD Health Data
	영아사망률	출생아 천명당 1세 미만에 사망한 수(명)	OECD Health Data
	잠재수명 손실년수	조기사망으로 인하여 생존가능기간까지 살지 못한 손실년수(년)	OECD Health Data
산업수준	부가가치	보건의료산업의 부가가치 기여율(%)	OECD Country Statistical Profile
	보건의료연구개발지출	국민의료비 대비 보건의료R&D지출 비중(%)	OECD Health Data
	의료시설 투자	국민의료비 대비 의료시설 투자비중(%)	OECD Health Data

2.2 지수산정방법

- 부문별 측정변수의 지표는 같은 척도로 비교하기 위하여 표준화를 시행하여 10점 척도로 변환하였음. 지표의 산출은 측정변수의 특징에 따라 크게 두 가지 방식으로 나누어 측정하였음
- 첫 번째 경우는 측정변수에 적절한 목표값이 존재하는 경우 OECD국가의 평균값을 목표값으로 이용하여 목표값에 가까워질수록 10점 만점에 가까운 점수가 나오도록 지수산정식이 도출됨

$$\text{<식 7-1> } Z = \frac{x - \bar{x}}{\sigma}$$

$$\text{<식 7-2> } \text{scale} = 10 - |Z|$$

- 여기서, x 는 각 국가별 지표값, \bar{x} 는 지표별 목표값, σ 은 표준편차를 의미함
- <식 7-1>을 이용하여 각 지표값을 표준화 한 후, <식 7-2>를 이용하여 10점 척도로 변환하였음

- 두 번째 경우는 측정변수에 특정한 목표값을 설정하기 어려운 변수로서 높을수록 좋거나 낮을수록 좋은 특성을 갖는 측정변수를 지수화하는 경우임

$$\text{<식 7-3> } \text{Standardized index(10점 척도)} = \left\{ \frac{(x - \min x)}{(\max x - \min x)} \right\} \times 9 + 1$$

$$\text{<식 7-4> } \text{Standardized index(10점 척도)} = \left\{ \frac{(x - \max x)}{(\min x - \max x)} \right\} \times 9 + 1$$

- ※ 1) 여기서 $\max x$ 는 비교국가 중에서 가장 높은 값을, $\min x$ 는 가장 낮은 값을 의미함. 2) <식 7-3>은 높을수록 좋은 지표의 산출시, <식 7-4>는 낮을수록 좋은 지표의 산출시에 적용됨

- <식 7-3>과 <식 7-4>는 각각의 측정지표를 10점 척도값을 환산하는 식이며 비교국가 중에서 가장 높은 값을 갖는 국가에게 10점, 가장 낮은 값을 갖는 국가에게 1점이 부여되는 상대적인 비교지수임
- 따라서 전체 OECD 국가를 대상으로 상대적인 지수값을 산출한 후, 그 중에서 비교 대상 국가들의 지수를 비교하였음
- <식 7-1>~<식 7-4>를 통해서 산출된 각 측정변수별 지수를 각 국가별로 평균하여 성과측정항목의 지수를 산출하였음

표 7-2 의료서비스산업 성과측정변수와 측정방법

성과측정항목	측정변수	측정방법
효율성	평균재원일수	<식7-1>, <식7-2>
	병상이용률	
	병상회전율	
형평성	사회보장계획	
	공공부문지출비율	
	본인부담율	
접근성	인구천명당 의사수	
	장기요양 병상수	
	급성 병상수	
건강수준	평균수명	
	영아사망률	<식7-4>
	잠재수명 손실년수	<식7-4>
산업수준	부가가치	<식7-3>
	보건의료 연구개발지출	<식7-1>, <식7-2>
	의료시설 투자	

3. 성과측정결과

3.1 효율성

○ 의료서비스산업의 성과를 측정하는 효율성 영역의 측정변수에 대해 산정한 국가별 지수는 아래의 표와 같음

표 7-3 각 지표별/국가별 효율성 표준화지수

지표	국가	지표	표준화 지수
평균재원일수(일) 목표 : 8.6	한국	16.4	8.41
	일본	32	5.23
	미국	6.1	9.49
	영국	7.3	9.74
	독일	9.2	9.88
	프랑스	9.2	9.88
병상이용률(%) 목표 : 76.8	한국	71.6	9.50
	일본	76.1	9.93
	미국	64.4	8.82
	영국	84.3	9.30
	독일	79	9.80
	프랑스	75	9.83
병상회전율(%) 목표 : 45.5	한국	23.2	8.35
	일본	15	7.79
	미국	44.1	9.83
	영국	49.6	9.34
	독일	37.3	9.41
	프랑스	52.3	9.51

표 7-4 지표별/국가별 효율성 표준화지수 변화추이

구분		2010년	2011년	2012년	2013년
평균재원일수	한국	8.8	8.47	8.88	8.41
	일본	5.8	5.27	5.20	5.23
	미국	9.4	9.52	9.52	9.49
	영국	9.7	9.81	9.82	9.74
	독일	10.0	9.80	-	9.88
	프랑스	9.4	9.22	9.80	9.88
병상이용률	한국	9.6	9.53	9.57	9.50
	일본	10.0	9.91	9.95	9.93
	미국	9.0	8.90	8.89	8.82
	영국	9.0	9.17	9.20	9.30
	독일	9.9	10.00	9.99	9.80
	프랑스	9.9	9.82	9.90	9.83
병상회전율	한국	8.1	8.33	8.35	8.35
	일본	7.4	7.72	7.79	7.79
	미국	9.9	9.89	9.83	9.83
	영국	9.4	9.70	9.27	9.34
	독일	9.4	9.38	9.41	9.41
	프랑스	9.2	9.50	9.50	9.51

- 의료서비스산업의 효율성을 구성하는 세부 영역의 변화추이는 다음과 같음
- 평균 재원일수의 표준화지수에서 우리나라는 상승과 하락을 반복하고 있으나, 일본은 하락 추세, 미국과 프랑스는 상승추세임
 - 병상이용률에서는 미국과 일본이 하락추세이며, 우리나라는 일정수준을 유지하고 있음
 - 병상회전율은 우리나라와 일본, 프랑스는 상승추세이며, 미국은 일정수준을 유지함

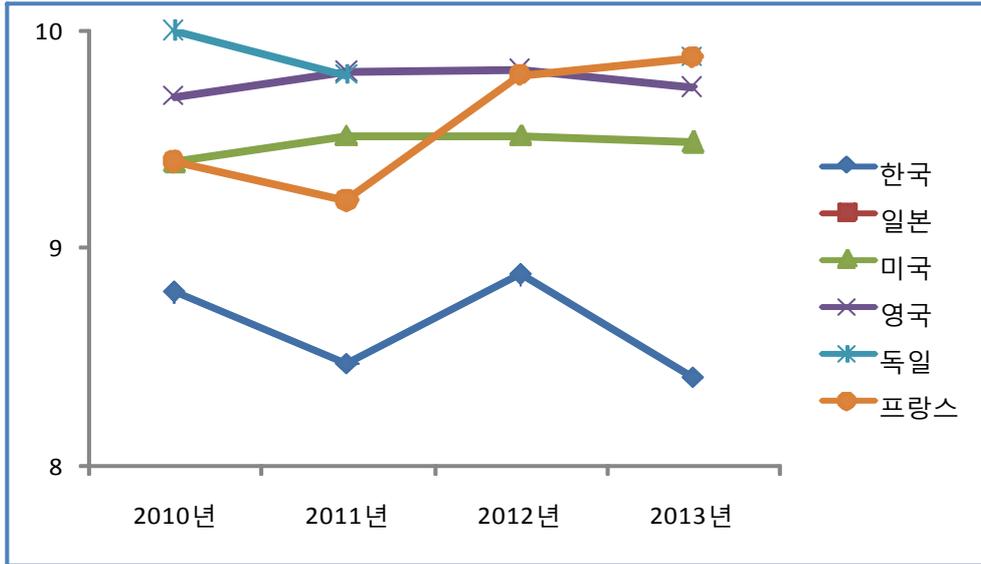


그림 7-1 국가별 평균재원일수의 표준화지수 변화추이

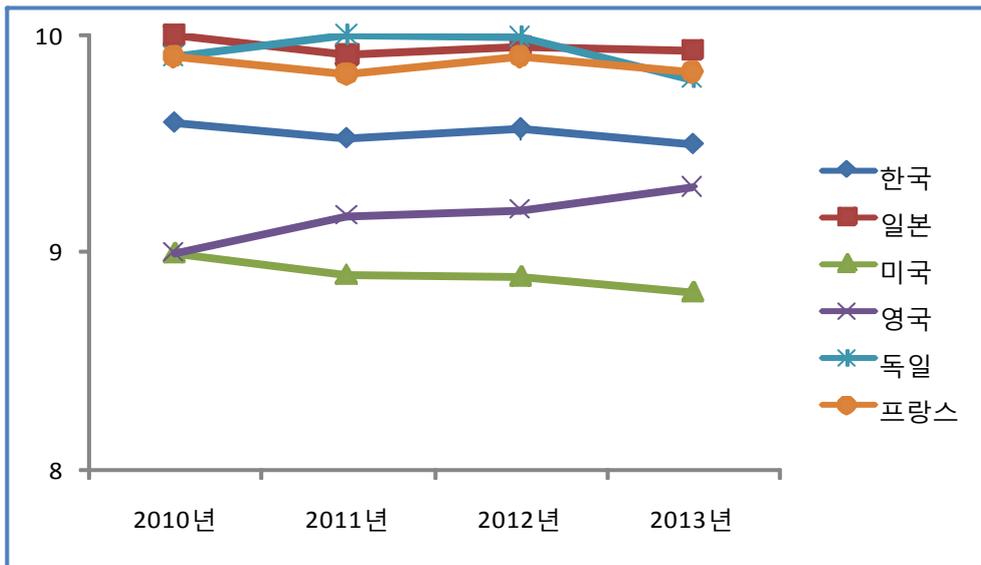


그림 7-2 국가별 병상이용율의 표준화지수의 변화추이

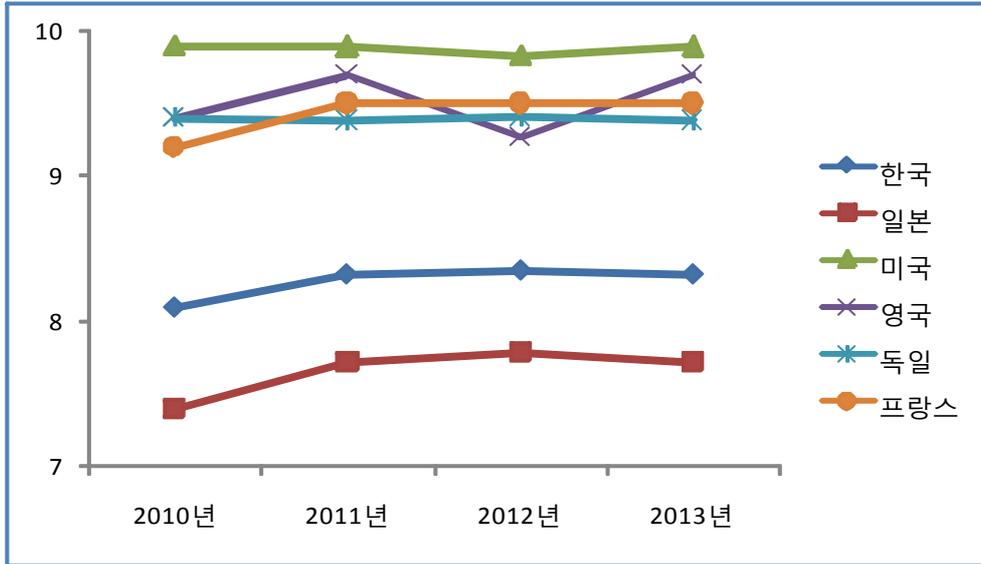


그림 7-3 국가별 병상회전율의 표준화지수의 변화추이

3.2 형평성

○ 의료서비스산업 성과지수를 구성하는 형평성 영역의 측정변수에 대한 지수화 결과는 다음과 같음

표 7-5 각 지표별/국가별 형평성 표준화지수

지표	국가	지표	표준화 지수
사회보장기금 비중(%) 목표 : 39.9	한국	43.6	9.86
	일본	71.9	8.81
	미국	41.4	9.94
	영국	-	-
	독일	67.9	8.97
	프랑스	73.1	8.77
공공부문 지출비중(%) 목표 : 71.6	한국	55.3	8.50
	일본	82.1	9.03
	미국	47.8	7.81
	영국	82.8	8.96
	독일	76.5	9.55
	프랑스	76.8	9.52
본인부담률(%) 목표 : 19.6	한국	35.2	8.26
	일본	14.4	9.42
	미국	11.6	9.11
	영국	9.9	8.92
	독일	13.2	9.29
	프랑스	7.5	8.64

표 7-6 지표별/국가별 형평성 표준화지수 변화추이

구분		2010년	2011년	2012년	2013년
사회보장기금 비중	한국	9.8	9.79	9.77	9.86
	일본	9.0	8.78	8.89	8.81
	미국	9.1	9.92	9.92	9.94
	영국	-	-	-	-
	독일	8.9	8.89	8.93	8.97
	프랑스	8.7	8.72	8.81	8.77
공공부문 비중	한국	8.4	8.77	8.84	8.50
	일본	9.1	9.14	9.29	9.03
	미국	7.6	7.80	7.90	7.81
	영국	9.1	8.83	8.92	8.96
	독일	9.6	9.50	9.55	9.55
	프랑스	9.5	9.40	9.52	9.52
본인부담률	한국	8.1	8.48	7.91	8.26
	일본	9.6	9.58	9.69	9.42
	미국	9.3	9.17	9.14	9.11
	영국	9.2	8.96	8.75	8.92
	독일	9.4	9.26	9.16	9.29
	프랑스	8.8	8.59	8.50	8.64

- 의료서비스산업의 형평성을 구성하는 세부 영역의 변화추이는 다음과 같음
- 사회보장기금의 비중은 우리나라는 일정수준을 유지하며, 미국은 하락추세임
 - 공공부문은 비중은 우리나라는 상승하다가 2013년 감소하였으며 미국은 상승, 영국은 하락추세임
 - 본인부담률은 타국가에 비해 우리나라의 표준화지수가 낮으며 미국, 영국, 독일, 프랑스는 표준화지수가 하락추세임

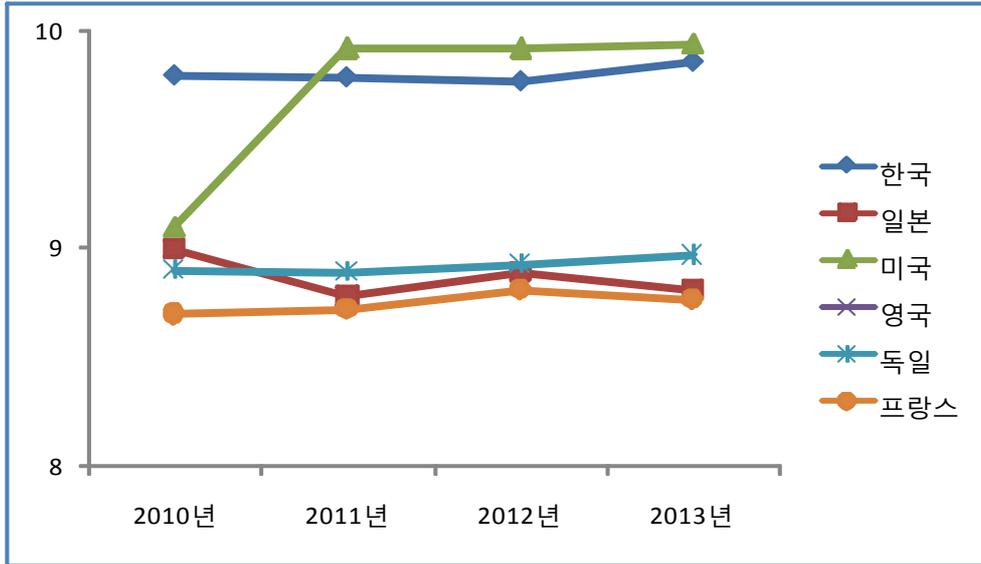


그림 7-4 국가별 사회보장기금 비중의 표준화지수의 변화추이

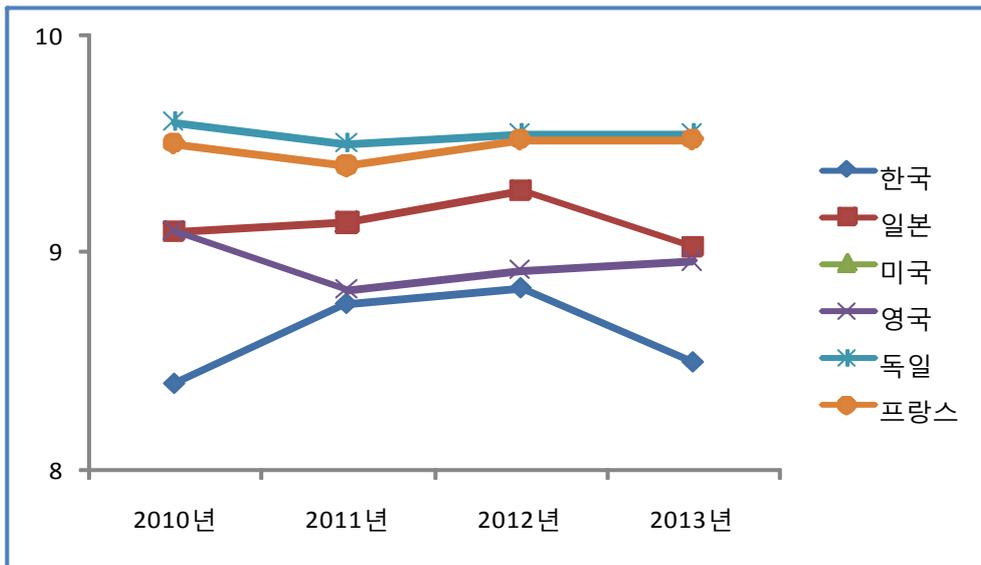


그림 7-5 국가별 공공부문 비중의 표준화지수의 변화추이

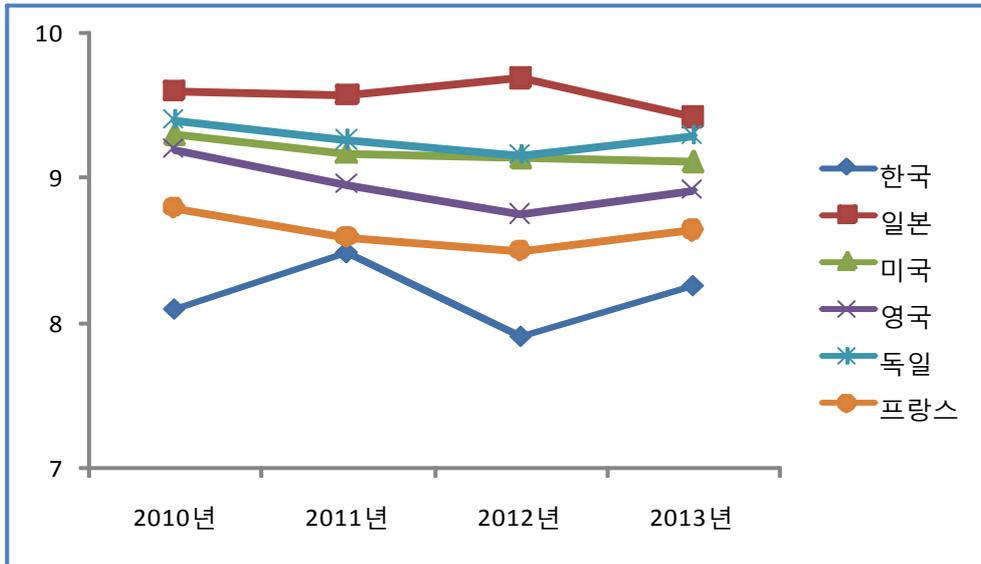


그림 7-6 국가별 본인부담률 표준화지수의 변화추이

3.3 접근성

○ 의료서비스산업의 성과를 측정하기 위한 접근성 영역의 측정변수에 대한 국가별 결과는 아래의 표와 같음

표 7-7 각 지표별/국가별 접근성 표준화지수

지표	국가	지표	표준화 지수
인구천명당 의사수(명) 목표 : 3.1	한국	2.0	8.51
	일본	2.2	8.74
	미국	2.5	9.09
	영국	2.8	9.57
	독일	3.8	9.00
	프랑스	3.1	9.93
급성 병상수(개) 목표 : 3.4	한국	5.9	8.22
	일본	8.0	6.77
	미국	2.6	9.43
	영국	2.4	9.29
	독일	5.3	8.63
	프랑스	3.4	9.98
장기요양 병상수(개) 목표 : 0.7	한국	2.7	7.51
	일본	2.7	7.55
	미국	0.1	9.23
	영국	-	-
	독일	-	-
	프랑스	0.5	9.73

표 7-8 지표별/국가별 접근성 표준화지수 변화추이

구분		2010년	2011년	2012년	2013년
인구천명당 의사수	한국	8.3	8.32	8.40	8.51
	일본	8.7	8.63	8.74	8.74
	미국	9.1	9.06	9.04	9.09
	영국	9.4	9.46	9.42	9.57
	독일	9.3	9.18	9.13	9.00
	프랑스	-	-	-	9.93
장기요양 병상수	한국	9.1	8.59	7.89	8.22
	일본	7.6	7.34	7.28	6.77
	미국	9.0	9.04	9.19	9.43
	영국	-	-	-	9.29
	독일	-	-	-	8.63
	프랑스	9.3	9.93	9.78	9.98
급성 병상수	한국	8.8	8.59	8.54	7.51
	일본	6.9	6.81	6.78	7.55
	미국	9.4	9.40	9.44	9.23
	영국	9.4	9.41	9.28	-
	독일	8.5	8.52	8.45	-
	프랑스	9.9	9.96	9.97	9.73

- 의료서비스산업의 접근성을 구성하는 세부 영역의 변화추이는 다음과 같음
- 인구천명당 의사수의 표준화지수에서 우리나라는 상승추세에 있으나 주요 선진국에 비하여 낮은 표준화지수를 보임
 - 장기요양병상수의 표준화지수는 일본과 우리나라가 하락추세이며 두 국가는 주요 선진국에 비하여 낮은 표준화지수를 보임

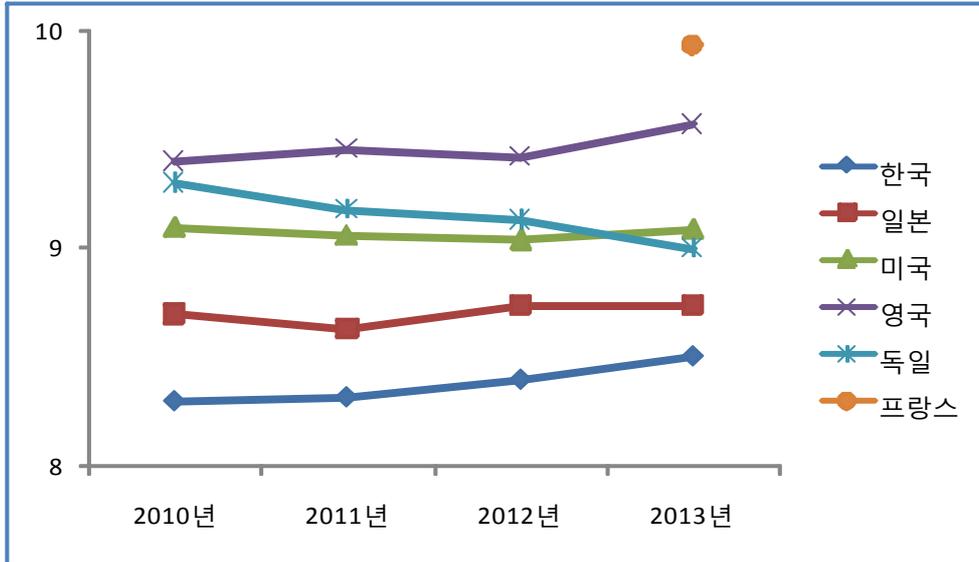


그림 7-7 국가별 인구천명당 의사수의 표준화지수의 변화추이

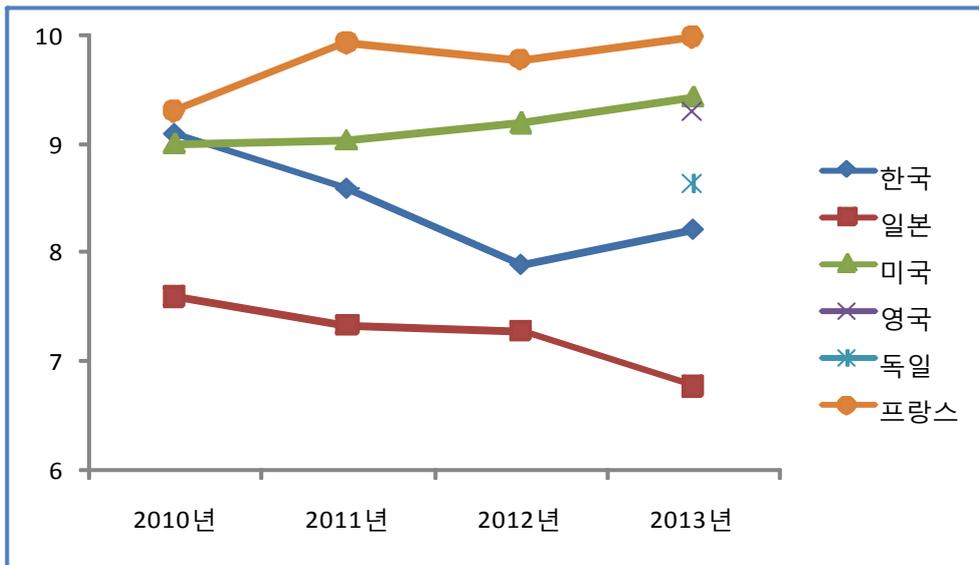


그림 7-8 국가별 장기요양 병상수의 표준화지수의 변화추이

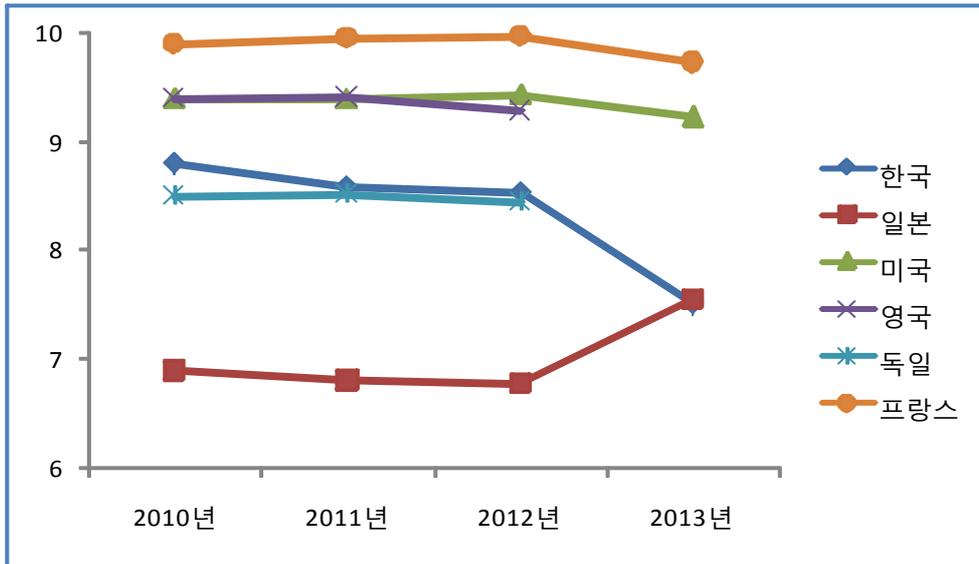


그림 7-9 국가별 급성 병상수의 표준화지수의 변화추이

3.4 건강수준

○ 의료서비스산업의 성과를 측정하기 위한 건강수준 영역의 측정변수를 지수화하여 국가별로 비교한 결과는 아래의 표와 같음

표 7-9 각 지표별/국가별 건강수준 표준화지수

지표	국가	지표	표준화 지수
평균수명(년) 목표 : 높을수록 우수	한국	81.1	8.22
	일본	82.7	9.90
	미국	78.7	5.71
	영국	81.1	8.22
	독일	80.8	7.91
	프랑스	82.2	9.37
영아사망률 (명/출생아 1,000명) 목표 : 낮을수록 우수	한국	3.0	8.51
	일본	2.3	9.01
	미국	6.1	6.31
	영국	4.3	7.59
	독일	3.6	8.09
	프랑스	3.5	8.16
잠재수명 손실년수(년) 목표 : 낮을수록 우수	한국	3095.1	8.63
	일본	2779.2	9.26
	미국	4870.3	5.04
	영국	3259.2	8.29
	독일	3069.8	8.68
	프랑스	3507.5	7.79

표 7-10 지표별/국가별 건강수준 표준화지수 변화추이

구분		2010년	2011년	2012년	2013년
평균수명	한국	7.2	7.36	7.62	8.22
	일본	10.0	10.00	10.0	9.90
	미국	5.3	5.30	5.55	5.71
	영국	7.0	7.46	7.52	8.22
	독일	7.5	7.36	7.41	7.91
	프랑스	8.3	8.04	8.24	9.37
영아사망률	한국	8.6	8.81	9.24	8.51
	일본	9.5	9.58	9.92	9.01
	미국	7.1	6.72	7.05	6.31
	영국	8.3	8.05	8.49	7.59
	독일	9.0	8.81	9.09	8.09
	프랑스	8.8	8.53	8.94	8.16
잠재수명손실 년수	한국	7.6	8.81	8.32	8.63
	일본	9.2	9.47	9.59	9.26
	미국	4.4	4.87	5.04	5.04
	영국	7.6	8.07	8.29	8.29
	독일	8.1	8.27	8.56	8.68
	프랑스	7.7	7.91	7.79	7.79

- 의료서비스산업의 건강수준을 구성하는 세부 영역의 변화추이는 다음과 같음
 - 건강수준과 관련한 평균수명, 영아사망률 및 잠재수명 손실년수의 표준화지수는 미국이 가장 낮았으며, 우리나라는 상승추세에 있음

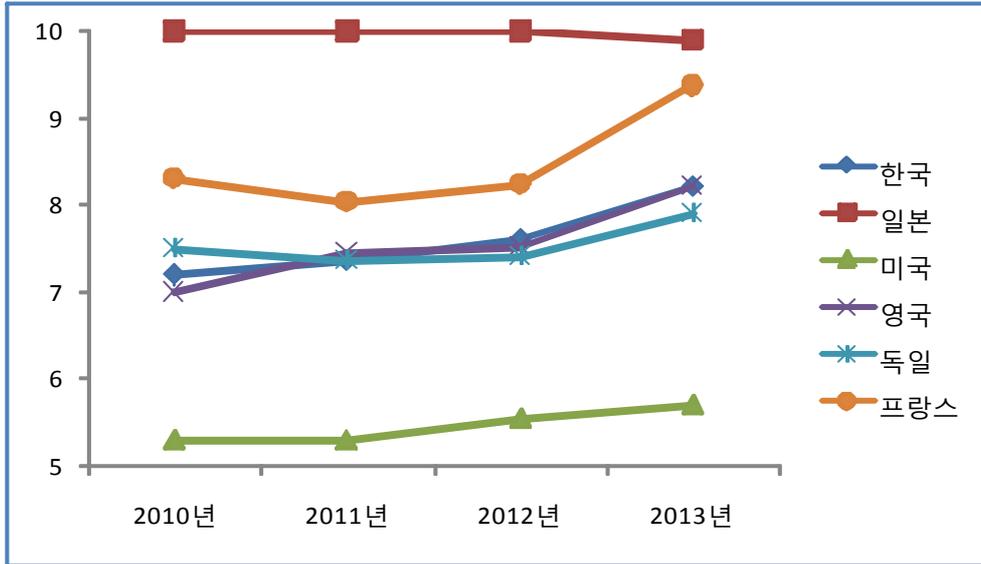


그림 7-10 국가별 평균수명의 표준화지수의 변화추이

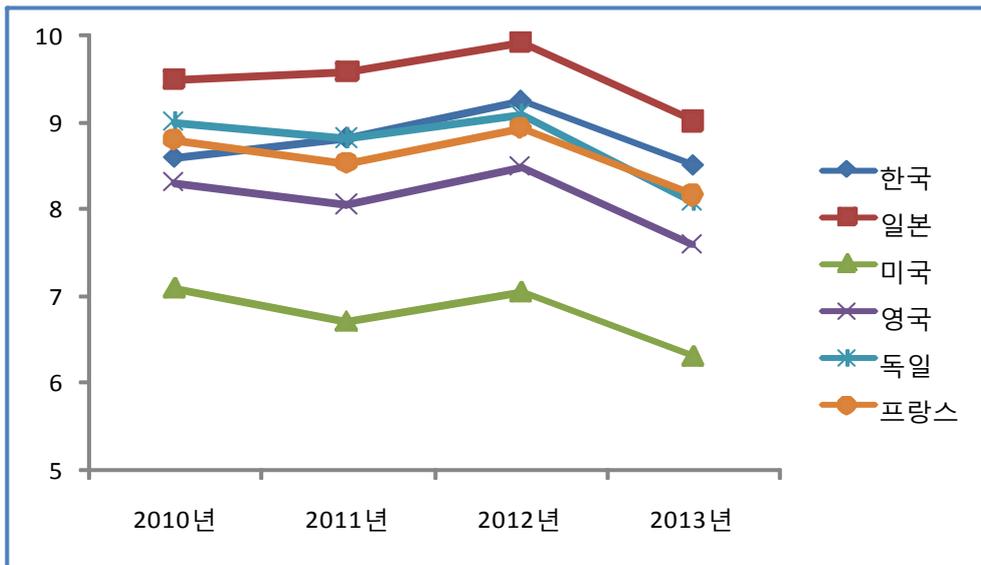


그림 7-11 국가별 영아사망률의 표준화지수의 변화추이

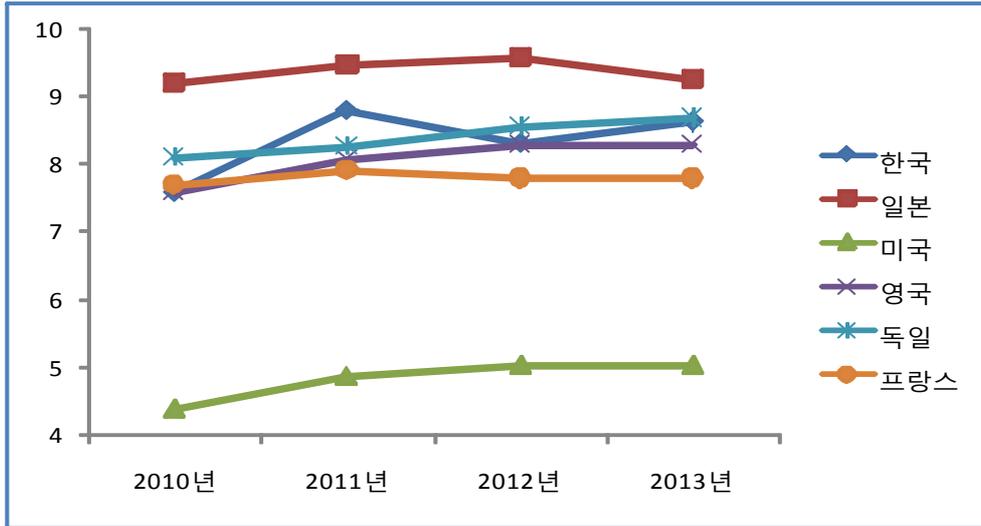


그림 7-12 국가별 잠재수명 손실년수의 표준화지수의 변화추이

3.5 산업수준

○ 의료서비스산업의 성과지수를 측정하기 위한 산업수준 영역의 측정변수를 지수화하여 국가별로 비교한 결과는 아래의 표와 같음

표 7-11 각 지표별/국가별 산업수준 표준화지수

지표	국가	지표	표준화 지수
부가가치 비중(%)* 목표 : 높을수록 우수	한국	20.18	5.23
	일본	25.72	8.21
	미국	27.09	8.94
	영국	23.07	6.79
	독일	23.82	7.19
	프랑스	26.97	8.88
보건의료 연구개발지출(%)* 목표 : 1.24	한국	1.66	9.60
	일본	-	-
	미국	1.94	9.34
	영국	-	-
	독일	1.19	9.96
	프랑스	3.35	7.99
의료시설 투자(%) 목표 : 4.04	한국	4.47	9.78
	일본	0.89	8.38
	미국	3.91	9.94
	영국	3.67	9.81
	독일	3.30	9.62
	프랑스	3.58	9.77

* 해당 지표가 발표되지 않아 2012년 수치를 활용하여 산출

표 7-12 지표별/국가별 산업수준 표준화지수 변화추이

구분		2010년	2011년	2012년	2013년
부가가치비중	한국	4.8	5.63	5.23	5.23
	일본	5.0	7.97	8.21	8.21
	미국	6.8	8.74	8.94	8.94
	영국	8.3	6.97	6.79	6.79
	독일	7.1	7.28	7.19	7.19
	프랑스	7.9	8.63	8.88	8.88
보건의료연구 개발지출	한국	9.9	9.58	9.60	9.60
	일본	-	-	-	-
	미국	9.5	9.38	9.34	9.34
	영국	-	-	-	-
	독일	9.8	9.97	9.96	9.96
	프랑스	8.0	7.87	7.99	7.99
의료시설투자	한국	9.4	9.71	9.57	9.78
	일본	8.6	8.51	8.78	8.38
	미국	9.8	9.97	9.83	9.94
	영국	9.7	9.70	9.50	9.81
	독일	9.4	9.47	9.62	9.62
	프랑스	9.1	9.06	9.63	9.77

- 의료서비스산업의 산업화를 구성하는 세부 영역의 변화추이는 다음과 같음
- 부가가치비중의 표준화지수는 주요 선진국에 비해 우리나라가 낮은 표준화지수를 보였음. 일본과 미국, 프랑스는 상승추세이며 영국은 하락추세임
 - 의료시설투자의 표준화지수는 우리나라는 상승과 하락을 반복하는 추세임

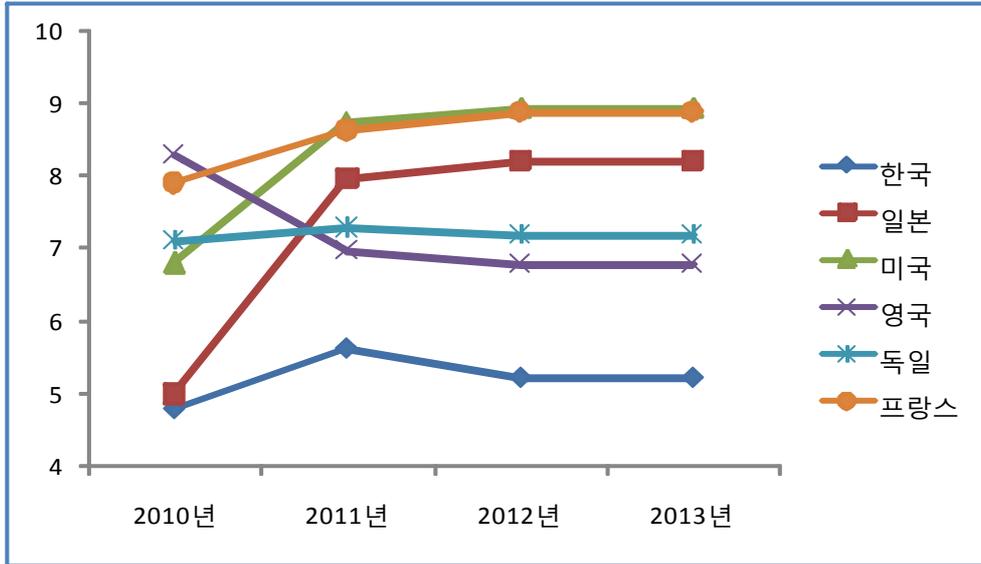


그림 7-13 국가별 부가가치 비중의 표준화지수의 변화추이

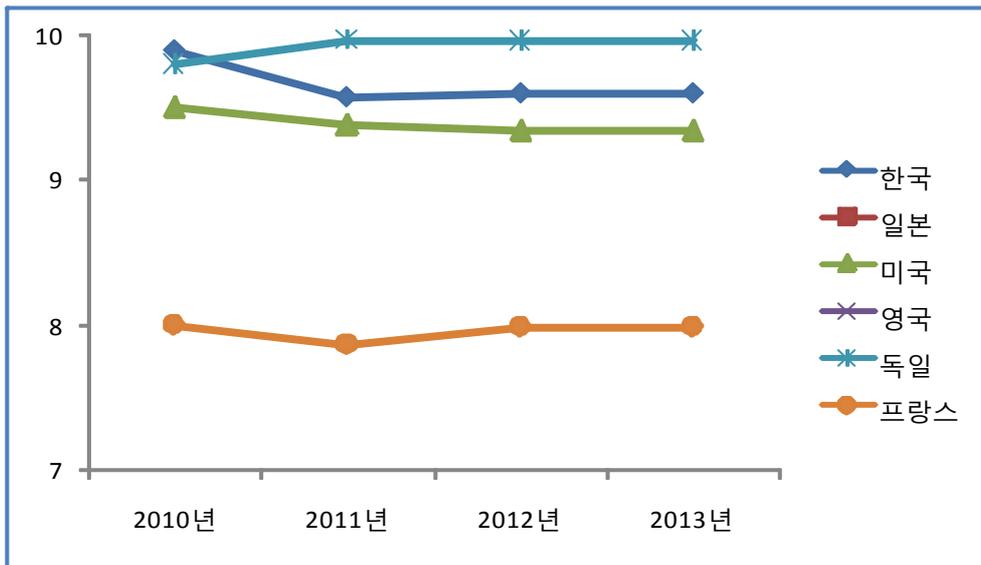


그림 7-14 국가별 보건의료연구개발 지출의 표준화지수의 변화추이

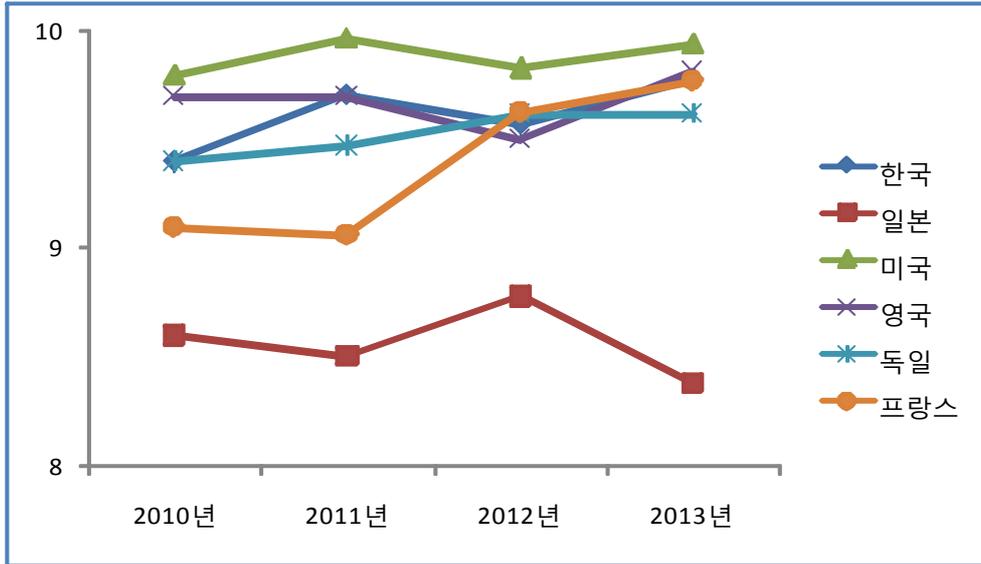


그림 7-15 국가별 의료시설 투자의 표준화지수의 변화추이

3.6 종합

- 효율성, 형평성, 접근성, 건강수준, 산업수준과 같은 각 영역은 각 영역을 구성하는 3개의 측정변수의 평균값으로 측정되었으며, 각 영역별 지수값을 합산하여 전체적인 성과지수를 산출하였음
- 우리나라의 의료서비스산업 성과지수 측정 결과는 50점 만점에 42.5점으로 일본(42.2점), 미국(42.7점)과 비슷한 수준이며 독일(44.9점), 프랑스(45.9점)에 비해서는 낮은 것으로 측정되었음
- 유럽 국가들의 경우 의료서비스산업의 각 영역별로 고른 점수를 획득하였으며, 이것이 전체적인 총점에 반영되어 높은 점수를 얻게 되었음. 일본의 경우는 건강수준과 형평성 측면은 매우 높지만 효율성과 접근성에서 다소 낮은 점수를 받았으며, 미국은 효율성, 산업수준에서는 매우 높은 점수를 받았으나 건강수준에서 낮은 점수를 받아 전체적인 평가에서 다소 밀리는 결과가 되었음

표 7-13 의료서비스산업 성과지수의 국가별 비교(50점 만점)

영역	한국	일본	미국	영국	독일	프랑스
효율성	8.8	7.7	9.4	9.5	9.7	9.7
형평성	8.9	9.1	9.0	8.9	9.3	9.0
접근성	8.1	7.7	9.3	9.4	8.8	9.9
건강수준	8.5	9.4	5.7	8.0	8.2	8.4
산업수준	8.2	8.3	9.4	8.3	8.9	8.9
총계	42.5	42.2	42.7	44.1	44.9	45.9

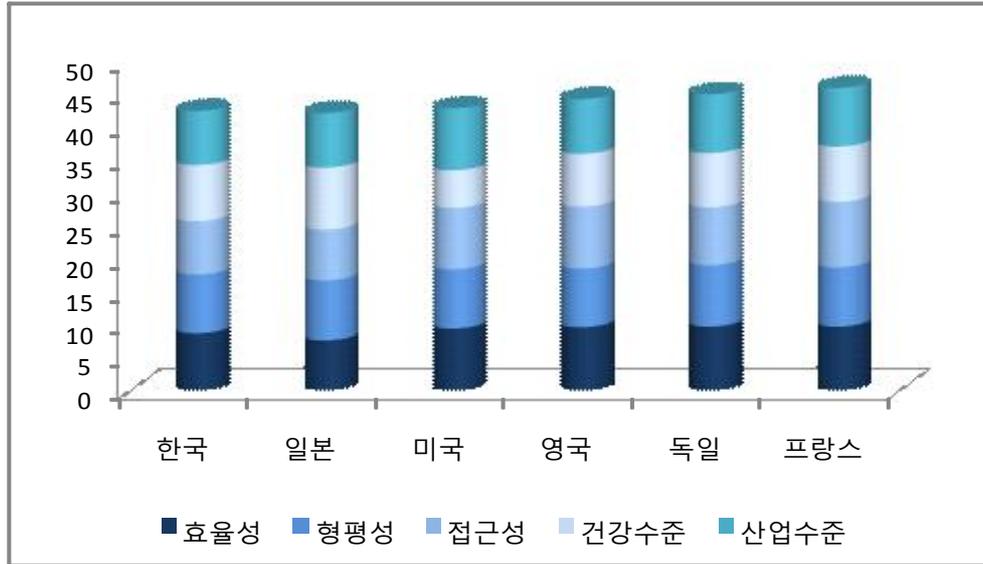


그림 7-16 의료서비스산업 성과지수의 국가별·항목별 비교(50점 만점)

○ 비교 국가별로 의료서비스산업 성과지수의 연도별 변화를 보면 우리나라는 매년 조금씩 성과가 상승하였으나 2012년 이후에 다소 하락함. 반면에 일본은 2010년까지 다소 하락하다가 2011년 이후 상승하고 있음

표 7-14 국가별 성과지수의 변화추이(50점 만점)

구분	한국	일본	미국	영국	독일	프랑스
2010년	42.2	41.1	41.5	44.5	45	44.7
2011년	42.7	42.3	42.6	43.9	44.8	45.1
2012년	42.6	42.9	42.9	43.9	45.0	45.5
2013년	42.5	42.2	42.7	44.1	44.9	45.9

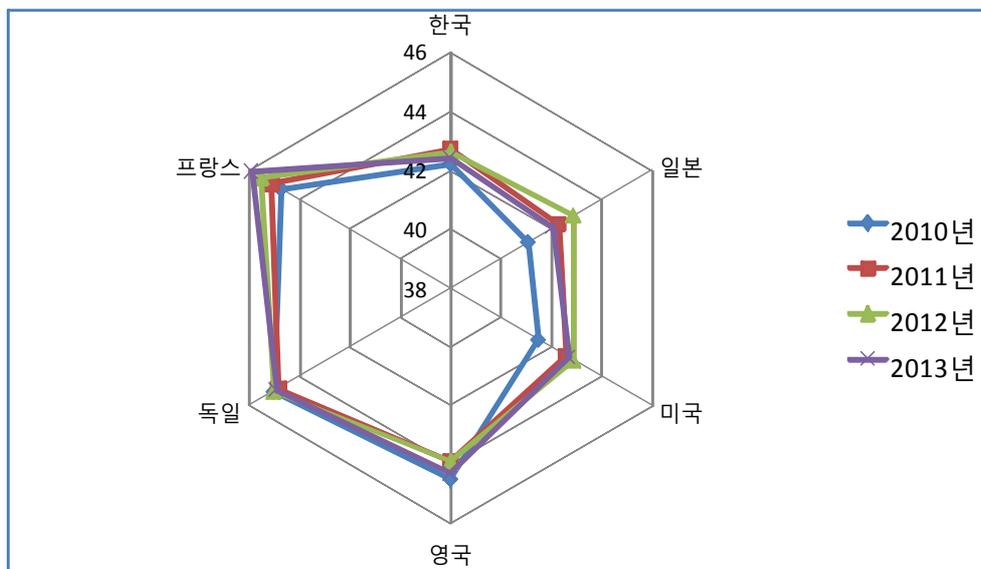


그림 7-17 국가별 성과지수의 변화추이

- 우리나라 의료서비스산업의 성과를 구성하는 각 영역별 지수의 추이를 보면, 효율성, 형평성은 큰 차이가 없음. 접근성은 매년 하락하고 있으나, 건강수준은 매년 지속적으로 상승하고 있음을 확인할 수 있음
- 따라서 건강수준과 산업수준 영역의 지속적 발전이 우리나라 의료서비스산업의 성과를 향상시키게 된 원동력이라고 할 수 있음

표 7-15 우리나라의 성과지수 구성요소의 변화

구분	효율성	형평성	접근성	건강수준	산업수준
2010년	8.8	8.8	8.7	7.8	8.0
2011년	8.8	9.0	8.5	8.1	8.3
2012년	8.9	8.8	8.3	8.4	8.1
2013년	8.8	8.9	8.1	8.5	8.2

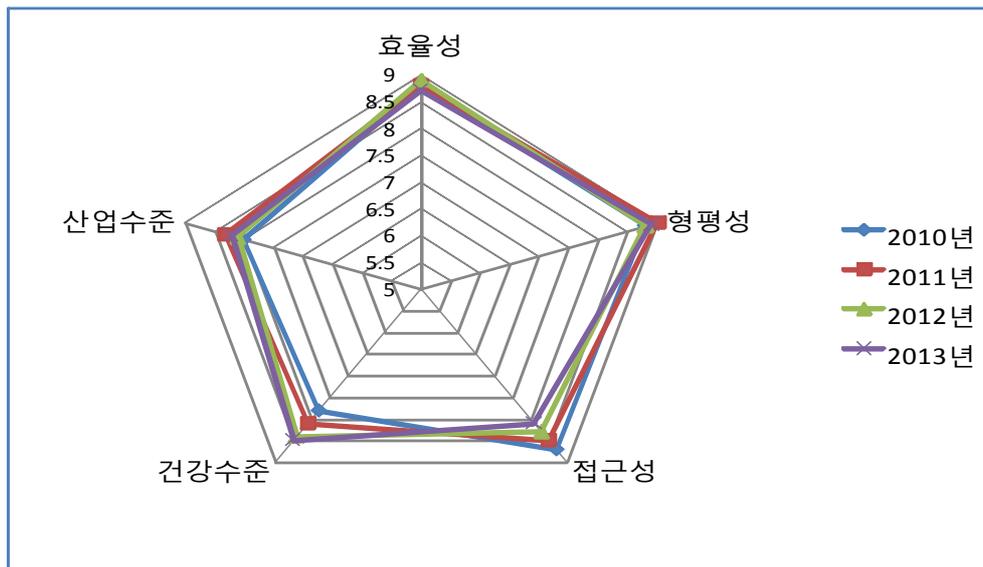


그림 7-18 우리나라의 성과지수 구성요소의 변화

○ 주요국의 효율성 성과지수의 추이를 보면, 영국과 프랑스는 최근 4년간 지속적으로 증가하였으며, 우리나라는 하락과 상승을 반복함

표 7-16 주요국의 효율성 성과지수 구성요소의 변화(10점 만점)

구분	한국	일본	미국	영국	독일	프랑스
2010년	8.8	7.7	9.4	9.4	9.8	9.5
2011년	8.78	7.63	9.44	9.56	9.73	9.51
2012년	8.93	7.65	9.41	9.45	9.73	9.53
2013년	8.8	7.6	9.4	9.6	9.7	9.7

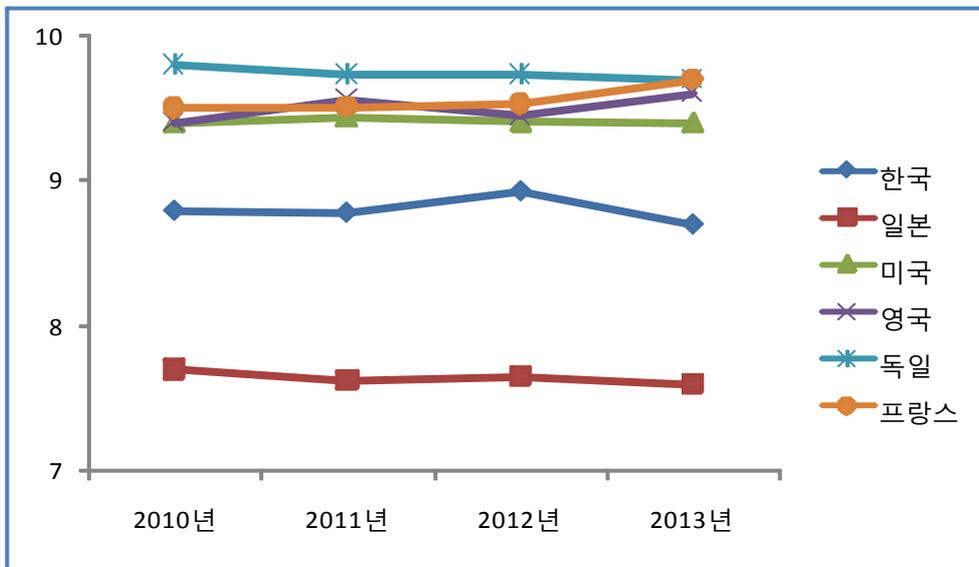


그림 7-19 주요국의 효율성 성과지수 구성요소의 변화

○ 주요국의 형평성 성과지수의 추이를 보면, 미국은 최근 4년간 지속적으로 증가하였으나 한국은 상승과 하락을 반복하였으나 2010년에 비해 2013년에 형평성 성과지수가 상승하였음

표 7-17 주요국의 형평성 성과지수 구성요소의 변화(10점 만점)

구분	한국	일본	미국	영국	독일	프랑스
2010년	8.8	9.2	8.6	9.1	9.3	9.0
2011년	9.01	9.17	8.96	8.76	9.22	8.90
2012년	8.84	9.29	8.99	8.84	9.21	8.94
2013년	8.9	9.1	9.0	8.9	9.3	9.0

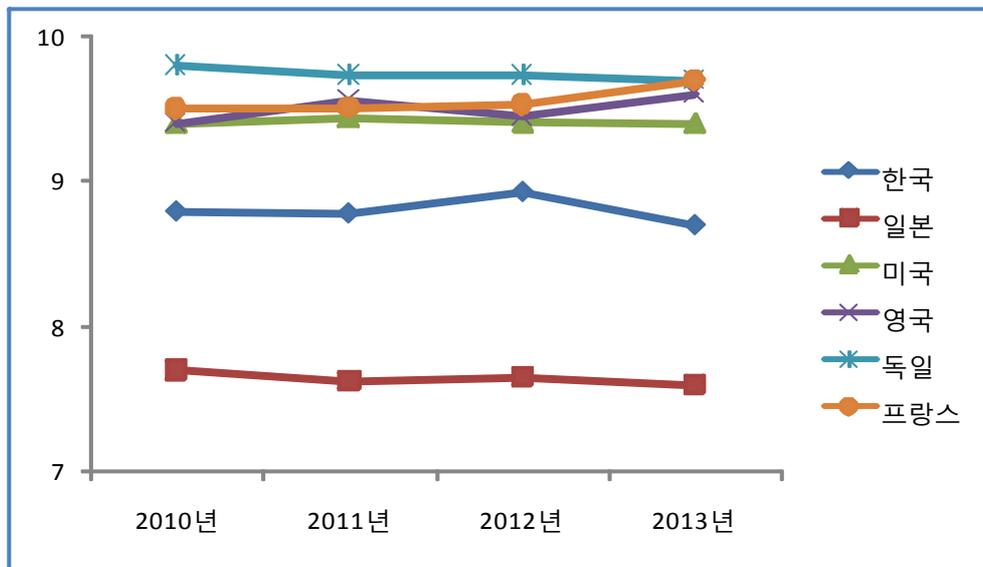


그림 7-20 주요국의 형평성 성과지수 구성요소의 변화

○ 주요국의 접근성 성과지수의 추이를 보면, 한국과 일본, 독일은 최근 4년간 하락하였음

표 7-18 주요국의 접근성 성과지수 구성요소의 변화(10점 만점)

구분	한국	일본	미국	영국	독일	프랑스
2010년	8.7	7.8	9.2	9.4	8.9	9.6
2011년	8.50	7.59	9.17	9.43	8.85	9.95
2012년	8.28	7.60	9.22	9.35	8.79	9.88
2013년	8.1	7.7	9.3	9.4	8.8	9.9

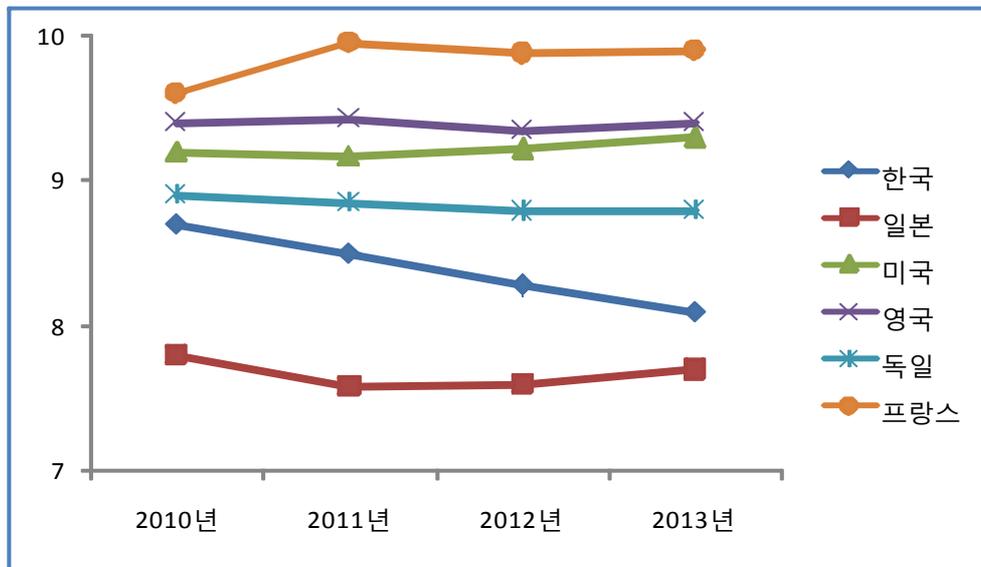


그림 7-21 주요국의 접근성 성과지수 구성요소의 변화

○ 주요국의 건강수준 성과지수의 추이를 보면, 우리나라와 미국은 2010년 이후 꾸준히 상승하였으나 일본은 하락 추세를 보임

표 7-19 주요국의 건강수준 성과지수 구성요소의 변화(10점 만점)

구분	한국	일본	미국	영국	독일	프랑스
2010년	7.8	9.6	5.6	7.6	8.2	8.3
2011년	8.12	9.68	5.63	7.86	8.15	8.16
2012년	8.39	9.84	5.88	8.10	8.35	8.32
2013년	8.5	9.4	5.7	8.0	8.2	8.4

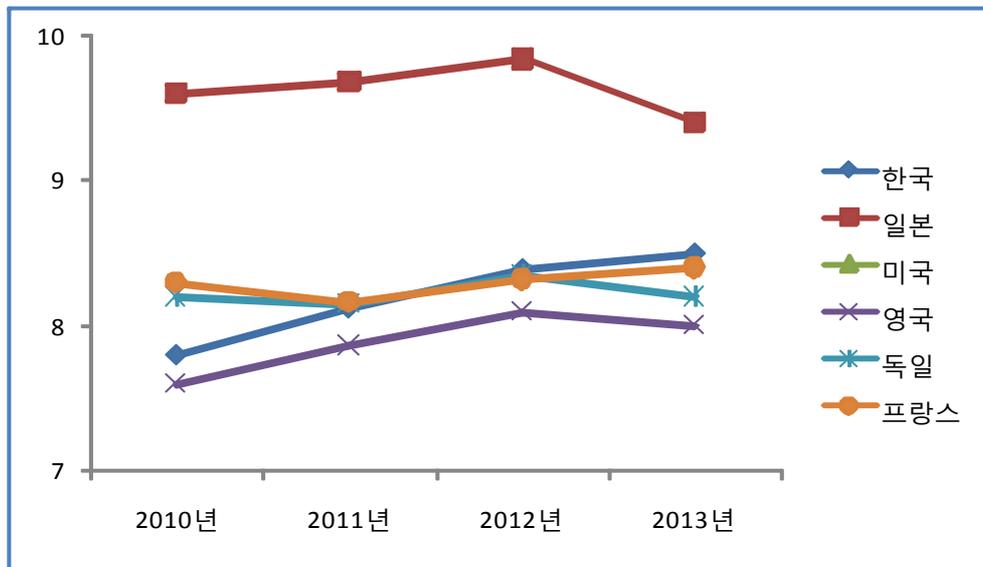


그림 7-22 주요국의 건강수준 성과지수 구성요소의 변화

○ 주요국의 산업수준 성과지수의 추이를 보면, 미국과 프랑스는 2010년 이후 꾸준히 상승하였으며, 우리나라는 상승과 하락을 반복함

표 7-20 주요국의 산업수준 성과지수 구성요소의 변화(10점 만점)

구분	한국	일본	미국	영국	독일	프랑스
2010년	8.0	6.8	8.7	9.0	8.8	8.3
2011년	8.30	8.24	9.37	8.34	8.91	8.52
2012년	8.13	8.50	9.37	8.15	8.92	8.83
2013년	8.2	8.3	9.4	8.3	8.9	8.9

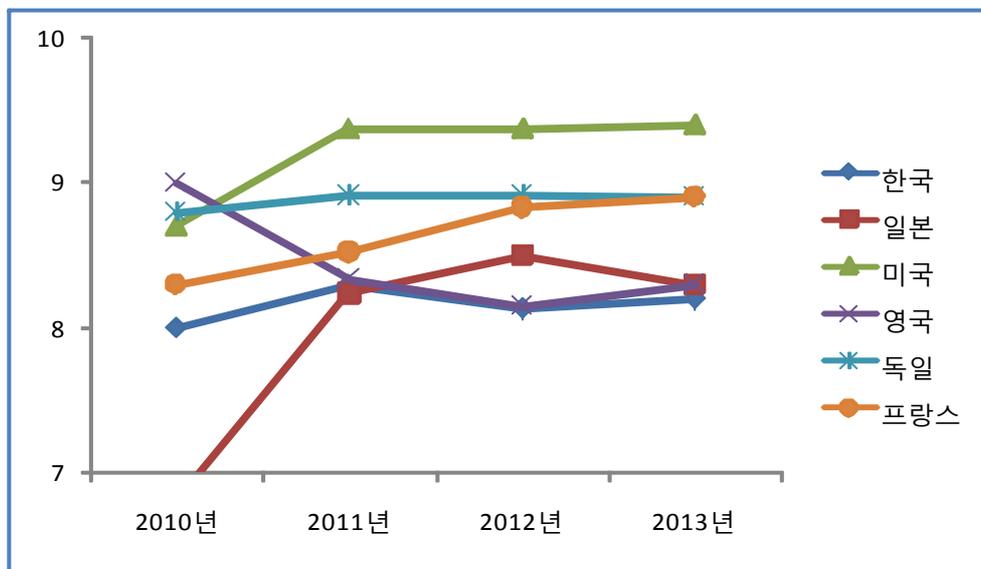


그림 7-23 주요국의 산업수준 성과지수 구성요소의 변화

4. 소결

- 의료서비스산업의 성과를 측정한 결과 우리나라는 일본, 미국과 비슷한 수준이나 독일, 프랑스에 비해 낮은 것으로 측정됨. 이러한 결과는 우리나라 의료서비스산업의 성과와 선진국과의 격차를 파악하는 수준으로 그 의미를 이해해야하며 절대적으로 우리나라의 의료서비스산업 수준이 낮다고 단정 지어서는 안됨
- 우리나라 의료서비스산업의 성과를 구성하는 각 영역별 지수의 추이를 보면, 효율성, 형평성, 접근성은 큰 차이가 없으나 건강수준과 산업수준이 매년 지속적으로 상승하고 있음을 확인할 수 있음
- 따라서 건강수준과 산업수준 영역의 지속적 발전이 우리나라 의료서비스산업의 성과를 향상시키게 된 원동력이라고 할 수 있음
 - 산업수준은 우리나라의 수준이 선진국에 크게 뒤떨어지지 않으나 부가가치 수준에서 비교국 중 최하위에 머물고 있음. 보건의료분야는 고부가가치 산업으로 고용창출 측면에서도 잠재력이 높은 분야로 인식되고 있음. 따라서 보건의료분야의 투자는 경제성장에의 기여뿐 아니라 고용창출에 있어서도 큰 기여를 할 수 있을 것임. 물론 이에 따른 결과가 단기간에 드러나지 못하므로 지속적인 개선의 노력이 필요함

제8장 결론

- 의료서비스 자원 및 이용의 급격한 증가에 따라 우리나라 의료서비스산업은 매년 국민소득을 상회하는 급격한 성장을 보이고 있음. 의료서비스산업의 규모를 파악할 수 있는 국민의료비는 OECD 국가들 가운데 가장 빠른 속도로 증가하고 있는 상황임
 - 의료서비스자원의 공급과 이용의 급격한 증가는 우리나라 의료서비스산업의 성장을 견인하였음
- 우리나라는 모든 의료기관이 매년 지속적으로 증가하고 있으나 대부분의 의료기관이 서울, 경기지역에 분포하고 있으며, 의사인력 역시 대부분 서울, 경기지역에 분포하여 지역적 불균형을 보임
- 연간적용인구 1인당 보험료와 연간적용인구 1인당 급여비는 매년 지속적으로 증가하고 있으나, 보험료대비 급여비 비율은 2005년 이후 지속적인 증가를 보이다가 2011년부터 감소추세를 보임
- 2011년 현재 우리나라의 국민의료비는 GDP대비 7.4%로 약 91.2조원의 규모에 이르르고 있음. 국민의료비의 증가속도는 국민소득의 증가를 크게 앞지르고 있음
 - 현재 국내 GDP대비 국민의료비 비중인 7.4%는 선진국에 비해 낮은 수치이나 전반적인 서비스산업 비중의 증가 등을 고려할 때 향후 지속적으로 증가할 것으로 예측됨

- OECD 국가의 평균 국민의료비 비중이 9.5%임을 감안하면 아직까지 우리나라는 선진국의 수준에는 미치지 못하고 있지만 현재의 증가추세라면 조만간 선진국 수준에 육박할 것으로 예상됨
- 우리나라의 의료서비스산업 규모는 전체 GDP대비 5.1%(2012년)수준으로 추정됨
 - 의료서비스산업의 규모는 2011년 현재 61.0조원으로 국민의료비의 66.9%를 차지하고 있으며, GDP대비로는 4.9%에 해당하는 규모임
 - 선진국의 GDP대비 의료서비스산업 규모는 미국 12.8%, 일본 7.0%, 프랑스 7.9% 수준으로 주요 선진국에 비해 낮으며 적절수준으로 유지되고 있는 것으로 생각됨
- 의료서비스산업의 경제기여율은 2012년 18.1%, 2013년 17.8%, 2014년 13.8%로 추정되었음. 이는 2011년 의료서비스산업의 경제기여율 7.3%에 비하여 급격히 상승한 수치임
 - 본 연구에서 분석된 의료서비스산업의 경제기여율은 14.2%(최근 3년간 평균)로 의료서비스산업이 우리나라 경제에 기여하는 바가 큼을 의미하는 것으로 경제의 지속적 성장을 위해서는 의료서비스산업 위주의 투자활성화, 소비기반 확충 등이 필요함
- 의료서비스산업의 성과를 지표화하여 측정된 결과 우리나라의 의료서비스산업의 성과는 전반적으로 조금씩 상승하는 추세이나 2012년은 전년에 비해 다소 하락함. 우리나라는 아직까지 유럽의 선진국(영국, 독일, 프랑스)에는 미치지 못하지만, 미국, 일본과는 유사한 수준의 의료서비스산업 성과를 보임
 - 우리나라 의료서비스산업의 성과를 구성하는 각 영역별 지수의 추이를 보면, 효율성, 형평성은 큰 차이가 없으나 건강수준은 매년 지속적으로 상승하고 있음을 확인할 수 있음
 - 산업수준의 경우, 우리나라의 수준이 선진국에 크게 뒤떨어지지 않으나 부가가치 수준에서 비교국 중 최하위에 머물고 있음
- 최근 정부에서는 5대 유망 서비스산업을 선정하여 서비스산업 육성대책을 마련하였음. 5대 서비스산업 중 보건의료산업은 낮은 점유율에도 불구하고 높은 노동생산지수와 생산유발계수를 보여 산업간 연관 효과 증대와 고용창출이 가능할 것으로 예상됨. 또한 의료서비스산업은 고령화와 건강에 대한 사회적 관심 증대 등으로

성장가능성이 높고 지속적으로 고용창출이 가능할 것으로 기대됨

- 향후 의료서비스산업 활성화를 위해서는 보건의료 R&D 투자확대, 제약 산업 및 의료기기 산업시장 등 의료서비스산업 육성책 마련, 미래 고부가가치 전략산업인 제약 산업, 의료기기 산업시장 등을 집중 육성해야 할 것임. 또한 의료서비스산업의 생산유발효과 극대화과 지속적인 고용창출이 가능하도록 의료서비스업에 대한 집중 육성책의 마련이 필요할 것임

■ 참고문헌

- 국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각년도.
- _____, 『2011 건강보험 주요통계』, 2012.
- _____, 『2011 장기요양보험 주요통계』, 2012.
- 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각년도.
- 유근춘 외, 『국민의료비 변동요인 분석과 비용효과성 제고방안』, 한국보건사회연구원 연구보고서, 2003.
- 이운태 외, 『의료기관 운영실태 조사분석』, 한국보건산업진흥원 연구보고서, 2010.
- _____, 『2012 의료서비스산업 동향·이슈조사 및 분석』, 한국보건산업진흥원 연구보고서, 2012.
- _____, 『2011 의료서비스산업 동향·이슈조사 및 분석』, 한국보건산업진흥원 연구보고서, 2011.
- _____, 『2009 의료서비스산업 동향·이슈조사 및 분석』, 한국보건산업진흥원 연구보고서, 2009.
- 이종원, 『경제예측론』, 해남, 2006.
- 정형선, 『2010년 국민의료비 및 국민보건계정』, 보건복지가족부·연세대학교 의료복지연구소, 2012.
- 한국개발연구원, 『KDI 경제전망』, 2012.
- 현대경제연구원, 금융위기 이후 산업별 일자리 창출력변화, 경제주평 516호, 2012.
- OECD, *OECD Health Data 2012*, 2012.
- _____, 『OECD 보건·사회지표 용어 해설집』, 2006.

의료서비스산업 동향 및 정책연구

발행처 / 한국보건산업진흥원

발행인 / 고 경 화

발행일 / 2013년 12월 30일

인쇄처 / 도서출판 한학문화

전화 : 02) 313-7593

KOREA HEALTH INDUSTRY
DEVELOPMENT INSTITUTE

www.khidi.or.kr

한국보건산업진흥원
Korea Health Industry Development Institute

(363-700) 충북 청원군 오송읍 오송생명2로 187 오송보건의료행정타운
TEL : 043) 713-8000(대) <http://www.khidi.or.kr>

Korea

Health

Industry

Development

Institute