

네덜란드의 의료개혁 : 개혁 전후의 변화

Rudy Douven, Adriaan van Hien, Marco Ligthart, Hein Mannaerts, Esther Mot
(네덜란드 경제정책국(CBP) 연구원)

2006년 1월 1일 네덜란드는 보건의료제도를 관리경쟁체제로 전환하기 위한 첫 발자국을 떴다. 개혁의 주요 목적은 의료보험사와 의료기관의 경쟁을 촉진함으로써 효율성을 제고하는 것이다. 개혁 이전 정부는 공급관리를 통해 보건의료제도를 통제하였으나 개혁 이후에는 자유시장 경쟁을 확대할 수 있는 길이 열렸다. 본고에서는 먼저 개혁 이전 네덜란드의 보건의료제도에 대해 개략적으로 살펴보고 보건의료 개혁을 불가피하게 한 문제점을 제시해 보고자 한다. 이후 개혁 단행 이후 네덜란드 보건의료제도에서 나타나기 시작한 개혁의 결과물에 대해서 설명하도록 한다.

■ 개혁 이전 네덜란드의 보건의료제도

네덜란드의 보건의료제도는 3개의 중심축으로 구성되어 있다(그림 1 참조). 이들 3대 축은 간호서비스(care services), 기본적 치료서비스(basic cure services), 추가적 치료서비스(additional cure services)이다.

1대 축인 간호서비스에는 가정간호, 양로원, 장애 및 정신간호 등이 포함된다. 간호서비스는 공공제도를 통해 보험 혜택을 받게 되고 그 조건은 정부가 결정한다. 1대 축인 특별의료비 지출제도(AWBZ)는 전체 인구를 대상으로 한다. 보험은 의무사항이다. 소위 질환기금이라고 하는 공공

[그림 1] 네덜란드의 보건의료제도 개혁



보험기금과 민영보험사는 운영기구의 역할을 수행했다. 보험료는 소득세제의 일환으로 부과되었다. 따라서 보험료는 소득에 따라 달라졌으며 위험이나 보험사에 따른 차이는 없었다. 2003년 간호서비스에 지출된 총 비용은 전체 의료보건 서비스 비용의 약 45%를 차지했다.

2대 축인 기본적 치료서비스에는 병원 및 전문의 치료, 제약, 일반의, 보건의 등이 포함된다. 이러한 기본적 치료서비스는 2개의 공공 제도와 그 밖에 다양한 민간 제도로 운영되었다. 먼저 의료보험(ZFW)은 공공제도로서 네덜란드 전체 인구의 약 2/3에게 제공되는 보험을 규제하였다. 대상자는 근로소득이 일정 수준 이하인 가구이다. 기본적 치료서비스를 위한 보험제도는 표준화되었으며 의무사항으로서 다수의 독립 질환기금에 의해 운영되었다. ZFW 피보험자는 기본보험료와 추가보험료 등 2가지 종류의 보험료를 납부했다. 기본보험료는 소득에 따라 결정되며 질환과 상관없이 동일하게 적용된다. 추가보험료는 개별 질환기금에 의해 결정되며 지역 등급(community rating)에 따라 다르다. ZFW 보험은 유자격자에게는 의무사항이다. 또다른 공공제도인 표준형 건강보험(WTZ)은 ZFW 보험 적용을 받지 않은 65세 이상 고령자를 위한 보험이다. 보

협료는 WTZ 제도 피보험자에게 동일하다. ZFW나 WTZ 제도의 가입 기준에 부합하지 않은 사람들은 민간시장의 보험에 가입해야 한다. 이들 보험제도의 보험료는 회사 및 위험에 따라 다르다. 보험이 의무규정이 아님에도 불구하고 실제로 보험에 가입하지 않은 사람은 매우 적다. 2003년 기본적 치료서비스의 총비용은 보건의료서비스 전체 비용의 약 50%를 차지했다.

3대 축에는 치과, 준의료, 대안의료 서비스 등과 같은 보건의료서비스가 포함되었다. 이들 보건의료서비스에서 보험 혜택을 받으려면 민영보험사와 질환기금이 제공하는 보험에 반드시 가입해야 한다. 비용은 전체 보건의료서비스 비용의 약 5%를 차지했다.

■ 구보건의료제도하에서의 문제점

구보건의료제도는 수년간 잘 운영되어 왔으나 새천년을 맞이 십 수년 전부터 2대 축에서 문제점이 누적되기 시작했다.

구보건의료제도의 성격은 정부 규제를 통한 보건의료비용 억제로 규정할 수 있다. 일례로 병원의 예산책정 제도가 1983년 도입되었다. 병원으로서는 비용 억제의 인센티브는 분명했으나 생산 또는 혁신을 위한 어떠한 재정적 인센티브도 갖지 못하는 상황이었다. 물론 이러한 조치를 통해 보건의료 비용의 증가를 비교적 성공적으로 제한할 수 있기는 했으나 만성적 대기시간의 문제가 야기되었고 열악한 보건의료서비스라는 인식이 확대하는 결과를 낳았다.

또한 2대 축에 존재하는 3가지 제도의 납부제도가 크게 상이했기 때문에 결속이라는 문제도 발생했다. 납부제도는 복잡다단했고 다양한 교차보조가 존재했다. 특히 WTZ 제도는 많은 위험을 안고 있었을 뿐 아니라 WTZ 피보험자가 부담하는 보험료는 보건의료비용에 턱없이 부족한 실정이었다.

또 다른 문제는 보건의료제도에 효율성이 떨어진다는 인식이었다. 병원 예산책정 제도는 효율성 제고에 인센티브가 될 만한 요소가 없었고 질환기금도 재정 위험을 부담하지 않아 보건의료서비스의 효율적 전달을 위한 자극제가 없는 셈이었다.

이러한 문제들로 인해 정부는 관리경쟁에 기반한 새로운 보건의료 제도를 고안하여 효율성 제고에 필요한 인센티브를 제공하기로 결정하기에 이른다. 그러나 보건의료제도의 결속을 유지하

기 위해 전체 인구에게 보건의료서비스의 접근이 보장되어야 했다. 이러한 제도는 시장 제도의 우수한 점과 정부 규제의 우수한 점을 결합할 때 가능하다고 판단되었다. 시장의 힘은 보건의료 제도의 경쟁력과 효율성을 제고하고 수요에 대한 대응력을 강화하는 반면, 정부는 질과 형평성을 규제하고 감시할 수 있다.

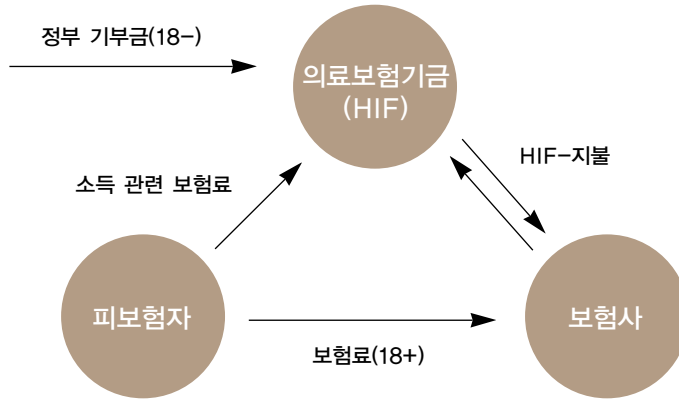
관리경쟁 요소를 도입한 단일 보건의료보험제도에 관한 의견은 1987년 데커 위원회(Dekker Committee)에 의해 이미 제안된 바 있다. 이 보고서에 따르면 중앙정부에 의한 계획제도는 의료 보험사가 회원을 대신하여 분별있는 구매자 역할을 하는 제도로 대체되어 한다. 2006년 실제로 개혁이 단행되기까지 거의 20년이라는 세월이 걸렸지만 그 이전에도 이미 점진적인 변화가 진행되어 왔다. 실례로 명목 보험료나 ZFW의 위험 균등화 제도 등의 변화가 도입되었다.

■ 개혁 이후 네덜란드의 보건의료제도

앞의 [그림 1]에서는 2대 축과 관련하여 단행된 개혁을 설명해 준다. 2대 축에서 존재하던 3개의 제도는 전체 네덜란드 인구를 위한 의무적 성격의 단일 민간 의료보험제도로 융화되었다. 이러한 단일 제도하에서는 모든 국민이 의료보험사를 선택할 때 선택의 자유를 보장받으며 의료보험사는 연간 공개가입 신청기간 중 모든 신청인의 가입을 허용해야 할 의무가 있다. 게다가 의료보험사는 신청인 모두에게 동일한 명목보험료(지역등급)를 부과해야 한다. 보험료 관련 이러한 제약으로 인해 의료보험사는 의료비용이 높은 가입자에 대해 손실이 발생할 것이라는 것을 예상할 수 있게 되었다. 따라서 네덜란드 정부는 위험균등화제도를 시행하여 의료보험사측의 의료비용에 예상되는 격차를 보상하도록 했다. 위험균등화제도의 개발은 1991년 ZFW와 관련하여 처음 시도되었고 이후에도 지속적으로 보완되었다.

[그림 2]에서는 네덜란드 보건의료의 재정조달제도에 대해 설명하고 있다. 18세 미만 아동을 제외한 모든 네덜란드 국민은 소득에 따라 보험료를 납부해야 하며 이러한 보험료는 조세당국에 의해 부과되어 의료보험기금(HIF)으로 납부된다. 의료보험기금은 정부 기부금의 원조를 받는다(18세 미만 아동을 위한 경비). 그림 오른쪽을 보면 의료보험기금이 위험 균등화를 적용한 후 각 보험사에게 이러한 기금을 지급하는 흐름을 볼 수 있다. 그림 아래쪽에는 모든 소비자가 자신의

[그림 2] 기본적 치료서비스의 지불 제도



보험사에게 직접 명목보험료를 납부하는 것을 보여준다. 그 이유는 소비자가 보험사의 실적에 만족하지 못할 경우 보험료 납부 거부라는 카드를 사용함으로써 보험사를 징계할 수 있게 한 것이다. [그림 2]의 재정조달제도는 개혁 이전에도 ZFW에 이미 존재하던 것이기는 하나 명목보험료의 규모가 소득에 따른 보험료 규모에 비해 훨씬 작았다. 새로운 보건의료제도하에서 관련법에서는 모든 비용의 50%는 소득에 따른 보험료로, 나머지 50%는 명목보험료도 충당되어야 한다고 규정되어 있다. 이로 인해 저소득층 사람들의 명목보험료가 2005년 350유로에서 2006년에는 1,050유로로 크게 증가하게 되었다. 명목보험료를 높인 이유는 사람들이 높은 보건의료비용에 대해 자각하도록 하려는 취지였다. 실제로는 명목보험료 상승은 저소득층 가구의 구매력 상실이라는 결과를 낳아 현재 정부는 500만 명 이상에게 월간 소득별 보조금을 지급하고 있다.

보건의료시장의 효율성 제고는 녹록하지 않은 과제이다. 보험사는 의료기관이 보다 효율적으로 움직이도록 자극할 수 있는 인센티브와 수단이 필요하다. 가능한 한 많은 인센티브를 만들어 내기 위해 네덜란드 정부는 유럽위원회 경쟁법 제3차 상해보험 지침의 범위 내에서 민간 의료보험제도를 선택하였다. 보험사간 경쟁을 허락함으로써 소비자를 유치할 수 있는 다양한 수단을 확보하였다. 기본적인 급부패키지와 관련하여 보험사는 가격 경쟁을 하고 있으며 단체계약에 대해서 보험료 할인이 허용되었다(할인율은 유사한 개별보험의 10%로 한도를 두었다). 또한 연간 100~500유로 사이의 자발적 공제를 선택한 사람에 대해서도 보험료 할인이 가능해졌다. 이러한

공제액은 전체 인구에 대해 연간 150유로를 의무적으로 공제하는 것에 추가적으로 하는 것이다. 의료보험사는 또한 추가보험패키지, 서비스 수준, 다양한 종류의 우선 의료기관 네트워크에 대해서도 경쟁할 수 있다. 특히 후자의 경우 보험사가 의료기관과 유리한 계약을 협상할 수 있도록 한다. 이렇게 한 이유는 보험사가 양질의 서비스를 제공하는 효율적 의료기관에 가입자를 보냄으로써 보건의료서비스 제공의 효율성이 제고될 것이라는 것이다. 물론 이를 위해서는 무엇보다도 진료의 수준에 대한 정보를 쉽게 얻을 수 있어야 할 것이다. 현재로써는 신뢰할 만한 양질의 정보가 부족한 수준이다. 그러나 정부뿐 아니라 민간단체에서도 이들 정보 수집을 위한 노력에 박차를 가하고 있다.

의료기관의 자유화가 보험시장의 자유화보다 뒤늦게 시행되기는 하였으나 경쟁을 제고하기 위한 수많은 변화가 이미 진행 중이다. 법규 관련 신규 진입장벽을 낮추어 지난 수년간 다수의 개인 병원이 시장에 진출하였다. 행위별 수가제에 기반한 신병원운영제도를 도입함으로써 보험사와 병원 간의 병원 서비스에 대한 협상을 활성화하였다. 이러한 협상 과정에 익숙해지기 위해 병원과 보험사는 2008년부터 병원서비스의 양, 가격, 질의 약 20%에 대해 협상을 시작할 것이다. 나머지 80%의 병원서비스는 여전히 규제를 받게 된다. 그러나 정부가 병원서비스를 추가적으로 자유화할 계획이어서 향후 병원과 보험사 간의 협상은 병원서비스의 70%까지 확대될 것이다.

■ 개혁 단행 1년 후 첫 평가

개혁 이후 가장 눈에 띄게 달라진 점은 의료보험사가 보험료 전쟁을 시작한 것이다. 고객이 보험사를 갈아타겠다는 으름장을 높을 수 있다는 자체가 보험사의 보험료 책정에 심각한 영향을 미치게 되었다. 특히 단체보험의 보험료는 손익분기점에도 미치지 못하는 수준에서 책정되었다. 첫 2년 동안 의료보험사는 기본급부 제공시 피보험자 1인당 약 40~50유로 정도의 손실을 본 것으로 추정된다. 의료보험사(특히 대규모 의료보험사)가 개혁 당시 상당한 재정적립금을 확보하고 있던 터라 대부분의 의료보험사에게 이 정도의 손실은 감당할 만한 것이었다.

두 번째 예기치 못했던 결과는 네덜란드 인구의 약 20%가 보험사를 변경했다는 사실이다. 이러한 수준의 보험사 변경은 과거에는 듣도 보도 못한 일이었다. 개혁과 언론의 보험료 격차에 대

한 대대적인 보도를 통해 네덜란드인의 보험사 변경의 가능성에 대한 인식이 확대된 것으로 보인다. 많은 사람들이 2005년 개별 보험에서 2006년 단체보험으로 변경하였다. 단체보험 선택의 폭이 넓었을 뿐 아니라 대부분의 보험사에서 단체보험의 보험료를 대폭 인하해 주었다(평균적으로 단체보험의 보험료가 개별 보험보다 약 6.5% 낮았다). 이러한 단체보험은 고용에 기초한 경우 뿐 아니라 노조, 스포츠연맹, 대형 상호은행처럼 대상 피보험자의 수가 많은 단체에게 제공되었다. 단체보험은 노인을 위한 이해단체나 만성질환(예 : 당뇨 및 류마티스관절염)을 앓고 있는 환자단체에게 제공되기까지 했다. 의료보험사는 위험균등화 제도를 통해 예상되는 비용을 보상받을 수 있기 때문에 이러한 보험계약도 가능하다.

개혁으로 의료보험시장에서는 여러 가지 반응이 터져 나왔다. 한 보험사는 의료보험 제공으로 손실이 발생했다고 발표하고 직원 수를 줄이고 행정비용을 삭감하기 시작했다. 비용절감을 위해 위험 선별을 하기도 했다. 몇몇 보험사의 경우 유리한 단체계약을 확보함으로써 위험조정제도의 결함을 이용할 수도 있었을 것이다. 위험 선별을 위한 수단에는 추가보험을 통하는 것도 있다. 그러나 보험사는 2006년과 2007년 추가보험 신청자 전원을 가입시키겠다고 발표했다. 보험사들은 합병을 발표하였고 네덜란드의 경쟁당국은 이를 승인하였다. 합병이 완료된다면 90%에 달하는 네덜란드 인구가 4대 보험사 중 하나를 통해 보험 혜택을 받게 되며 나머지 10%는 몇몇 지역의 소형 의료보험사를 통해 보험에 가입하게 될 것이다.

■ 진정한 의미의 개혁 시험대는 아직 시작되지 않았다

진정한 의미에서 개혁의 시험대는 보건의료서비스의 효율적인 제공이다. 보험사가 선별적 계약이라는 새로운 기회를 활용하게 될 때 보건의료서비스의 효율적인 제공도 있게 될 것이다. 그러나 현재까지는 보험사가 이러한 기회를 활용하는 것 같아 보이지 않는다. 첫째 이유는 병원과 협상을 하는 인센티브가 그다지 강력하지 않다. 무엇보다도 2008년 병원서비스의 20%만이 자유로이 협상될 수 있었으며 또한 보험사 간의 병원비 차이는 가입자당 약 50유로 수준을 초과할 수 없다. 후자의 경우 신병원운영제도의 일시적 결함 때문에 발생할 수 있는 병원비의 높고 낮음에 대해 보험사가 위험을 감수하는 것을 방지하기 위해 도입되었다. 보다 근본적인 문제는 아직 이

유기가능한 양질의 정보가 충분하지 않다는 점과 협상으로 비용을 낮춘다는 것은 질의 저하(실제가 되었던 생각상으로 되었건)를 암시한다는 점이다. 세 번째 이유는 보험사가 병원을 대상으로 유리한 계약을 할 수 있을 만큼 협상력이 충분하지 않다는 점이다. 병원은 의료서비스의 비용과 질에 관한 정보에서 우위를 점하고 있을 뿐 아니라 특히 병원 수가 많지 않은 지역의 경우 시장에서 영향력을 발휘할 수 있기도 하다. 네 번째 이유는 보험사가 가입자를 우선의료기관으로 몰아가는 것이 어렵다는 점이다. 가입자의 경우 우선의료기관 네트워크와 계약이 되어 있다 하더라도 추가비용을 다소 부담할 경우 그 밖에서도 의료기관을 선택할 수 있기 때문이다.

다만, 지금은 효율성에 관해 뭐라 단정짓기는 시기상조이다. 보건의료 구매시장과 관련하여 경쟁을 위한 조건을 확보하기 위해서는 아직도 해야 할 일이 많이 남아 있다. 관련 정책 계획의 상당수가 이미 초안을 잡아 놓은 상태이다. 구매시장에서 경쟁촉진에 중요한 조건은 보험사의 재정위험 확대, 병원의 새로운 자원조달제도, 보건의료 질에 관한 정보 확대 등이 포함된다. 그러나 이러한 필수조건이 갖추어졌다고 해도 보건의료 구매시장의 순조로운 운영이 보장될지는 불확실하다. 보건의료 개혁을 성공적으로 이끌기 위해서 보험사는 가입자를 위한 효율이 높고 양질의 의료서비스를 구매하도록 힘써야 할 것이다. 병원 의료수가에 대한 규제완화 계획과 보험사의 재정위험 확대의 도입이 단행된다면 보험사는 효율 높은 보건의료 구매를 위한 보다 많은 수단과 인센티브를 갖추게 되는 셈이다. 그렇다 하더라도 보건의료 질에 관한 정보 사용의 위험은 존재하게 된다. 개혁은 이제 막 시작되었다. 보건의료의 질에 관한 보다 나은 정보는 이제부터 수집되어야 할 것이다. 보험사와 의료기관에게도 새로운 상황에 대한 적응기간이 필요할 것이다. 게다가 아직 선별적 계약과 의료관리를 위한 인센티브를 확대하기 위한 정책이 모두 집행된 것도 아니다.

■ 비용 증가

새천년의 시작과 함께 만성적인 대기시간의 문제를 촉발한 총액예산제는 중지되었다. 이러한 정책으로 대기시간은 줄어 든 반면 보건의료 비용은 증가하였다. 비용 증가는 네덜란드 개혁에 압박이 되었다. 네덜란드 개혁이 성공하려면 효율성 증대로 보건의료 비용의 상승 압력을 끌어내

려야 할 것이다. 병원서비스의 일부 자유시장 부문에서 2006년 병원서비스 비용의 상승 속도 감소를 목격하기도 했지만 동시에 병원서비스 양의 증가가 수반되기도 했다.

개혁의 성공과 보험의료비용의 증가는 바로 효율, 생산, 보건의료서비스 질의 향상을 의미하기 때문에 이 둘은 함께 움직일 수 있다. 그러나 국민은 비용 증가를 개혁의 실패, 효율성 부족의 신호로 해석할 수도 있기 때문에 정부는 비용 증가에 대해서 국민이 신뢰할 수 있도록 설명해야 할 것이다. **KLI**

참고문헌

- Dekker Committee (1987), Willingness to change, The Hague: Dekker Committee (in Dutch).
- Douven R., Mot E. and M. Pomp (2007), Health care reform in the Netherlands, Die Volkswirtschaft 3, pp.31–33, 2007.
http://www.cpb.nl/nl/org/homepages/rcmhd/reform_german.pdf
- Douven R., Ligthart M., Mot E. and M. Pomp (2007), Early experiences with the Dutch health care reform, Annex 2 – EUROFRAME–EFN Autumn 2007 Report.
http://www.euroframe.org/fileadmin/user_upload/euroframe/efn/autumn2007/Annex2_CPB.pdf
- Leu, R.E, F. Rutten, W. Brouwer, P. Matter, C. Rüttschi (2008), A tale of two systems, The Swiss and Dutch health care system compared, Report produced for the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sports, the Swiss Federal Office of Public Health and the Swiss Secretary of State for Economic Affairs.
- Westerhout, E. (1999), The future of the Dutch health insurance system, CPB Report 99/4, pp.22–26.
http://www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/cpbreport/1999_4/s2_2.html