



정책자료 2020-04-02

사회보장정책연구 국제화 및 국제사회보장 DB 구축 사업

한국보건사회연구원 미래전략연구실



【연구책임자】

정홍원 한국보건사회연구원 연구위원

【공동연구진】

김현진 한국보건사회연구원 전문연구원
김현경 한국보건사회연구원 연구위원
고혜진 한국보건사회연구원 부연구위원
류정희 한국보건사회연구원 연구위원
전진아 한국보건사회연구원 연구위원
노대명 한국보건사회연구원 선임연구위원
Jingwei Alex He 홍콩교육대학교 교수
Kristin Edquist 이스턴위싱턴대학교 교수
Iris Bosa 에든버러대학교 교수
Ismail Ufuk Gucbilmez 글래스고대학교 교수
Martin Albretch 독일보건사회연구소 상무
Bertram Häussler 독일보건사회연구소 소장

연구보고서 2020-04-02

**사회보장정책연구 국제화 및
국제사회보장 DB 구축 사업**

발행일 2020년 12월
발행인 조 흥 식
발행처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)
인쇄처 (사)아름다운사람들복지회

발|간|사

한국의 사회정책은 지난 20년간 매우 빠른 속도로 발전해 왔다. 하지만 여전히 현실에 주어진 많은 문제를 해결하는데 어려움을 겪고 있고, 인구고령화와 경제사회적 환경 변화 속에서 미래의 위험을 대처하는 데 많은 고민을 하고 있다. 즉, 먼저 발전된 서구 복지국가들과 다른 경제사회적 환경 속에서 제도의 성숙과 미래의 재정적 지속가능성을 함께 고민해야 하는 과제에 직면해 있다.

이것이 사회보장정책연구의 국제화사업을 추진하게 된 배경이라고 말할 수 있다. 이러한 목적에 따라 한국보건사회연구원은 2015년부터 아시아 각국의 사회보장제도에 대한 비교연구 및 협동연구를 수행하여 왔다. 지난 4년간 중국과 일본의 사회보장정책 분야의 전문연구기관 및 전문가와의 정책네트워크는 적지 않은 성과를 거두었다. 매년 1~2차례에 걸쳐 정례적으로 컨퍼런스를 개최하고 있다는 점이 이를 말해준다. 하지만 2020년은 코로나바이러스의 대유행으로 인해 물리적 이동이 사실상 불가능해진 데 반해, 대유행의 충격에 대한 사회정책적 요구는 어느 때 높았던 한 해였다. 따라서 달라진 환경에서 각국의 사회정책적 대응에 대한 다양한 사례를 영문 및 국문 자료로 수집하여 향후 현재와 같은 감염병 상황의 정책적 대응을 위한 기초자료로 삼고자 하였다. 이 자료는 각국의 현지 연구자가 집필했으며, 한국만이 아니라 다른 많은 국가들이 서로의 경험을 공유할 수 있도록 하기 위해 국문 및 영문 자료로 제공한다.

이 국제사회사업에는 한국보건사회연구원의 많은 연구자가 참여하였다. 미래전략연구실의 정홍원 연구위원, 노대명 선임연구위원, 김현경 연구위원, 김현진 전문연구원, 보건정책연구실의 전진아 연구위원, 사회서비스정책연구실의 류정희 연구위원, 소득보장정책연구실의 고혜진 부연

구위원이 참여해 많은 노력을 기울였다. 이 모든 분들의 노고에 감사드린다. 더불어 외부 집필진으로 참여하신 각국의 전문가들에게 감사의 인사를 전한다.

2020년 12월
한국보건사회연구원 원장
조 흥 식





제1장 서론	1
제1절 코로나바이러스감염증-19(COVID-19)으로 인한 국제사회의 정책적 대응	3
제2절 국제사회보장 DB 구축	5
제2장 중국내 COVID-19 전염병 이후의 의료 개혁: 그 궤도와 전망 ...	7
제1절 서론	9
제2절 중국내 코로나19 위기	10
제3절 중국 의료 시스템과 개혁	14
제4절 성과와 도전	21
제5절 포스트 코로나 시대의 의료 개혁	24
제6절 결론	31
제3장 스페인의 경제 위기 후 보건 의료 개혁과 COVID-19에 대한 정책 대응	33
제1절 서론	35
제2절 개요	36
제3절 2008년 경제 위기 후 개혁	42
제4절 팬데믹에 대한 대응	47
제5절 평가: 팬데믹으로 인한 변화	56

제4장 이탈리아의 코로나19에 대한 대항: 부채 가득한 경제와	
지역간 격차	59
제1절 서론	61
제2절 이탈리아의 의료 시스템과 글로벌 금융 위기 이후의 변화	64
제3절 코로나19 팬데믹에 대한 이탈리아의 대응	71
제4절 논의 및 결론	83
제5장 독일의 경제 위기 이후 의료 개혁과 코로나19에 대한 대응 ·	89
제1절 2008년 경제 위기 이후 의료 제도 변화와 개혁으로 인한 문제점	91
제2절 코로나의 1차 확산 대응에 현재 의료 제도가 얼마나 영향을 주었으며 그 성과는 무엇인가? 또는 상호 작용하는 요소가 있다면 무엇이었나? ·	94
제3절 코로나로 인한 의료 시스템 향상 관련 정책 및 노력에는 어떤 것들이 있었나?	98
제4절 결론	103
참고문헌	105

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 2-1〉 선별 국가 내 코로나19 발병의 통계 비교	11
〈표 4-1〉 코로나19 팬데믹 초기 유럽의 선별적 인구통계, 경제 및 건강 특성	72
〈표 4-2〉 유럽 국가 내 코로나 바이러스 확진자 및 사망자	77

그림 목차

[그림 2-1] 중국내 코로나19 누적 확진자 수 및 일일 신규 확진자수	12
[그림 2-2] 사회적 건강보험의 보장 범위, 1995-2016	22
[그림 2-3] 총 의료비 지출 및 GDP 대비 비중, 2004-2019	23
[그림 2-4] 총 의료비 지출 자금원, 2005-2019	24
[그림 3-1] 과거 공공 보건 의료 지출의 변화 (2001-2012)	43
[그림 3-2] GDP 대비 스페인의 보건 의료 지출 % (2000-2018)	45
[그림 4-1] 이탈리아의 일반 정부 부채 (GDP 대비%) 및 EU 국가 (영국 포함)의 평균 대비 정부 / 의무 의료 지출 (1인당, USD)	67
[그림 4-2] EU (영국 포함) 대비 이탈리아 인구 10만 명당 14일 누적 확진자 및 사망자 수	74
[그림 4-3] 선택된 이탈리아 지역 내 14일 누적 확진자 수	76
[그림 4-4] EU (영국 포함) 대비 이탈리아의 확진자-치사율 (%), 확장표본	79
[그림 4-5] EU (영국 포함) 대비 이탈리아 인구 10만 명당 코로나19 검사의 4주 이동 평균	82
[그림 5-1] SHI 총 지출의 증가	92
[그림 5-2] 인구 10만 명당 코로나 확진자 수	95
[그림 5-3] 인구 10만 명당 코로나 환자 사망자 수	95
[그림 5-4] 가구 유형별 65세 이상 인구 분포	96

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 코로나바이러스감염증-19(COVID-19)으로
인한 국제사회의 정책적 대응
제2절 국제사회보장 DB 구축



제 1 장 서론

제1절 코로나바이러스감염증-19(COVID-19)으로 인한 국제사회의 정책적 대응

1. 사회정책적 대응

2020년은 2019년 12월 발생한 코로나바이러스 감염증19(COVID-19)의 팬데믹(pandemic, 감염병 대유행)으로 인해 건강, 일자리, 소득, 교육 등 다양한 차원에서 사람들이 큰 변화를 겪은 한 해다. 따라서 각국의 방역체계에 대한 점검 등 의료시스템의 대응만이 아니라 팬데믹의 경제·사회적 영향에 대한 사회정책적 대응도 활발하다.

이 연구에서 각국의 사회정책적 대응에 대한 다양한 사례를 영문 및 국문 자료로 수집하여 향후 현재와 같은 감염병 상황의 정책적 대응을 위한 기초자료로 삼고자 한다. 올해와 같은 감염병으로 인한 위기, 2008년 경제위기 등은 미래에서 다시 발생할 수 있는 위기 상황으로 이에 대응하여 사회 및 경제의 복원력을 제고할 수 있는 사회정책적 대응을 준비할 필요가 커졌다. 사회정책은 위기에 대한 자동안정화 장치 기능 뿐 아니라 위기에 특히 취약한 계층이 신속히 회복할 수 있도록 지원하는 역할을 한다.

코로나19에 대응하는 주요국의 정책에 대해 OECD, ILO 등 국제기구에서도 각국의 사례를 신속히 수집하고 정리하고 있으며, 국제기구의 자원을 활용해 관련해 새로운 이슈를 발굴하고 정책적 대응을 위한 연구를 활발히 하고 있다. 하지만 각국이 처한 상황과 서로 다른 제도적 환경을 고려해 어떤 정책이 고려되었고 정책의 수행에 있어서 어떤 새로운 과제

들이 생겨났는지, 이에 대해 각국은 어떤 고민을 기울이고 있는지 맥락과 함께 정책대응을 살펴볼 때 각국 대응이 서로에게, 그리고 한국에게 주는 함의는 더욱 커진다. 따라서 소득지원 및 고용안정을 위한 사회정책적 대응을 주요 정책 대상으로 하며, 각국의 정책 대응 과정과 정책 사례를 소개한다. 이 자료는 각국의 현지 연구자가 집필했으며, 한국만이 아니라 다른 많은 국가들이 서로의 경험을 공유할 수 있도록 하기 위해 국문 및 영문 자료로 제공한다.

2. 보건정책적 대응

코로나바이러스 감염증19(COVID-19)의 팬데믹 시기에 따라 국가별 보건의료시스템의 역량에 따라 환자의 수 및 사망률이 상이하다. 직접적으로 전염병 관리에 관계된 공중보건체계와 같이 ICU병상, 보건의료인력, 개인보호장비(PPE) 등은 보건의료체계의 역량을 나타내는 주요 요인이다. 2008년 경제위기 이후 보건의료정책의 효과성의 근원과 함께 공공병원 감소와 같은 변화가 보건정책개혁에서 진행되었다.

코로나19에 따라 각국의 방역체계에 대한 점검 등 의료시스템에 대한 보건의료정책적 대응이 활발하게 진행중이다. 이 연구는 2008년 경제위기 이후 국가의 보건의료체계 이슈 및 개혁 사례를 소개하고, 코로나19에 대한 보건의료체계 대응의 주요사례를 보여준다. 또한 포스트코로나 사회에서 요구되는 보건의료정책 변화를 검토하며 이에 따라 국가의 보건의료정책적 대응에 대한 성공 및 실패사례를 소개한다. 한국 뿐만이 아닌 중국, 스페인, 이탈리아, 독일의 사례를 살펴봄에 각국이 처한 상황과 상이한 제도적 배경을 고려하여 코로나19에 대응하는 자료를 살펴보고자 한다.

제2절 국제사회보장 DB 구축

1. 사회보장정책 전문가 DB 구축

가. 구축 배경

최근까지 사회보장정책 연구는 서구 선진국을 중심으로 발전되어 왔으나 아시아의 사회보장정책의 현황과 발전방향에 대한 관심이 증대되고 있어 2019년까지 연구를 통해 아시아 사회보장정책 전문가 DB를 구축하고 있었다. 아시아 지역은 기존 선진국의 바랄 역사는 상이한 문화, 경제, 사회적 발전 역사를 가지며, 향후 사회보장정책 개발과 연구에 사회보장정책 사례에서 시사점을 얻는 것에서 나아가 아시아 국가 특수성을 반영하고자 하였다.

2019년 12월 발생한 코로나19로 인하여 기존의 지속적으로 유지하던 아시아 사회보장정책 전문가 네트워크를 위한 국제컨퍼런스를 대체하여 코로나19에 대한 사회정책적 및 보건정책적 대응을 전 세계적으로 살펴 보고자 하였다.

이에 사회보장정책 전문가 DB 구축을 아시아에 집중하여 하는 것 보다 전 세계적으로 사회정책적 전문가 및 보건정책적 전문가를 통해 연구 내용을 구축하였고, 이를 기반으로 추후 사회정책전문가 및 보건정책전문가 네트워크를 지속하고자 한다.

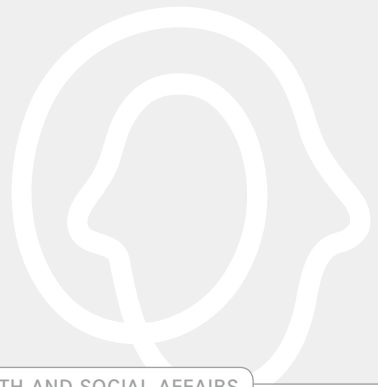
나. 구축 내용 및 활용

코로나19에 대한 사회정책적 대응 및 보건정책적 대응에 대한 국가별 사례를 제공한 연구자가 참여하는 온라인 국제 컨퍼런스 및 공동 연구를 통하여 국별 사회정책전문가 네트워크를 구축하고 최신 연구 성과를 공유 및 축적하도록 한다.

전문가 뿐만 아니라 국제기구 및 국가별 사회보장 관련 기관의 전문가 보고서를 통해 코로나19 팬데믹에 대처하는 사회보장의 변화 내용 등을 조사하여 국가별 현지 연구자와 전문분야에 대한 정보를 축적하고자 한다.

다. DB 활용

기존에 협업 경험이 없던 현지 연구진에 정책보고서 혹은 발간지의 원고를 요청하거나 컨퍼런스 발표자로 초청하여 지속가능한 사회보장정책 전문가 DB로 활용한다. 아시아 국가 뿐만 아닌 서구 국가의 사회보장서비스 시관, 국민연금공단 등 사회보장 관련 기관의 정책연구자를 섭외하여 각국의 상세하고 최신 업데이트된 정책 현황을 파악한다.



제2장

중국내 COVID-19 전염병 이후의 의료 개혁: 그 궤도와 전망

제1절 서론

제2절 중국내 코로나19 위기

제3절 중국 의료 시스템과 개혁

제4절 성과와 도전

제5절 포스트 코로나 시대의 의료 개혁

제6절 결론



제 2 장

중국내 COVID-19 전염병 이후의 의료 개혁: 그 궤도와 전망

제1절 서론

신형 코로나바이러스(코로나19) 발병은 2020년 2월 이후로 전례 없는 전염병으로 확산되며 전세계적인 비극을 초래했다. 2020년 9월 1일 현재, 전세계적으로 코로나로 인한 사망자는 854,222 명에 달하며, 확진자 수는 2,560만명에 달한다.¹⁾ 사실상, 어떠한 국가도 코로나의 파괴력에서 자유롭지 못하다. 보다 중요한 것은, 코로나가 세계 정치, 국제 무역, 사회적 불평등, 경제 성장에 미치는 광범위한 영향이 앞으로 수년간 또는 수십 년간 지속될 수 있다. 코로나19는 대부분의 국가들의 의료 시스템에 심각한 도전을 야기한다. 공공 의료 시스템은 준비가 부실했고 환자 소화 능력이 낮은 한편, 의료 시스템은 수많은 감염 환자에 압도되었다. 비록 다양한 결정 요인이 있지만 사망률이 국가마다 다르다는 것은 전염병 대응에 있어서 의료 시스템이 얼마나 효과적인지를 보여준다.²⁾

이 연구논문을 작성하는 가운데에도 세계의 수많은 의료 시스템은 여전히 코로나와의 사투를 벌이고 있다. 코로나 사태 발발로 “정지 버튼”이 가동되면서 공중 보건은 다른 많은 정책 사안을 무시하게 되었다. 코로나 사태가 지나면 그 이후, 의료 개혁 등 다양한 공공 정책 이슈들에 코로나가 어떠한 영향을 미쳤는지 드러날 것이다. 이 논문은 코로나19가 중국 의료 시스템에 미치는 영향을 전체적으로 분석하고 위기의 여파로 중국

1) Covid-19 통계, Worldometers, <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.제공

2) COVID-19로 인한 추정사망률, WHO scientific brief <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/estimating-mortality-from-covid-19>.제공

의 야심 찬 의료 개혁이 어떻게 진행될지를 설명한다. 이에 앞서 이해를 돕기 위해 중국의 코로나19 발발과 중국의 의료 개혁이 걸어온 길에 대해 간략히 서술한다.

코로나19 이전에 2007년과 2008년 글로벌 금융 위기는 많은 국가의 사회복지 시스템에 커다란 외부 충격으로 작용했고 일련의 복지 개입을 촉발했다. 비록 위기는 중국의 의료 시스템에 큰 타격을 입히지는 못했지만 중국의 국가 의료개혁과 시기가 맞물렸으며 개혁 전반에 족적을 남겼다. 이 연구 논문은 따라서 금융 위기가 중국의 의료계에 미친 영향을 간략히 서술할 계획이다.

제2절 중국내 코로나19 위기

모두들 알고 있지만 신종 코로나바이러스의 첫 발현지는 중국, 우한인데, 우한을 발원지로 확정하는 견고한 과학적 근거는 아직까지 없었다. 2019년 12월 초기 발발은 극적이었다: 내부고발자들은 질책 받았으며 지방 정부는 그 경고를 무시했다. 코로나 초기 단계에 열악한 지역적 대응은 여행객이 가장 붐비는 중국 춘절과 시기적으로 맞물려서 수많은 승객들이 우한으로 또는 우한으로부터 도착했거나 떠났다. 2020년 1월 중순 우한내의 폭발적인 코로나 발병과 대인전염의 명백한 증거 앞에서 중국의 최고 지도층은 2020년 1월 23일부터 우한을 폐쇄하는 중대한 결정을 내리게 된다. 중앙 정부가 이끄는대로 전체 관료 시스템은 신속하게 전투대형으로 전환했고 어마어마한 인적 및 물적 자원이 투입되었다. 단호한 방법과 강력한 시행력을 바탕으로 전국적으로 위기에 대응함으로써 중국은 비교적 신속하게 코로나는 억제할 수 있었다. 정부의 강압적인 조

처에 순응하는 매우 순종적, 협조적인 시민들은 코로나19에 대해 중국이 인상적인 결과를 거둘 수 있도록 중요한 역할을 했다. (He et al., 2020).

아래의 <표 2-1>은 선별된 국가별로 코로나 상황을 한눈에 비교한다. 중국은 인구 백만명당 확진자 수 및 사망자 수 면에서 최저를 기록했으며 치명률은 프랑스나 이탈리아보다 낮은 상태로 유지되었다. 그림 1은 중국 내 코로나19 발병이후 궤적을 보여준다. 신종 코로나는 2월 중순 정점을 찍고 크게 감소했다. 우한 봉쇄 이후 신종 코로나의 폭발적인 확산을 억제하기까지 약 9주간이 소요되었다. 3월 31일, 중국 정부는 코비드-19의 대규모 국내 전염이 중단되었음을 선언했고 우한은 2020년 4월 8일 봉쇄를 해제했다.

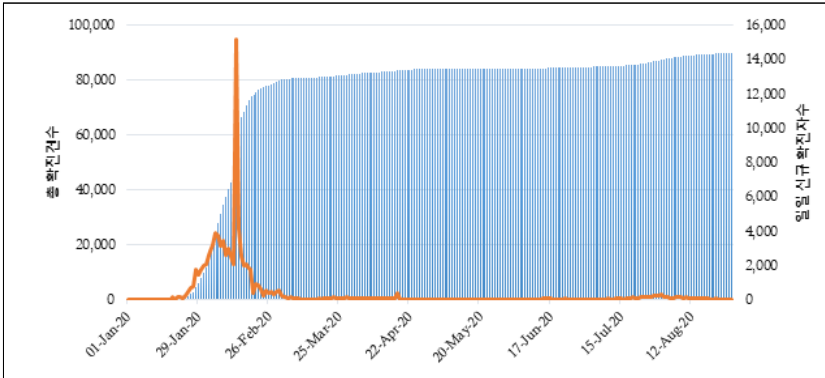
<표 2-1> 선별 국가 내 코로나19 발병의 통계 비교

	누적 확진자 수	백만명 당 확진자 수	누적 사망자 수	백만명 당 사망자 수	치명률
중국	89,814	62	4,715	4	5.2%
프랑스	267,077	3,987	30,595	457	11.5%
브라질	3,804,803	18,162	119,504	571	3.1%
이탈리아	265,409	4,389	35,472	587	13.4%
싱가포르	56,666	10,082	27	5	<0.1%
대한민국	19,400	377	321	7	1.7%
미국	6,096,186	18,632	185,901	569	3.1%

주: 2020년 8월 28일 기준.

자료: <https://coronavirus.app/map>.

[그림 2-1] 중국내 코로나19 누적 확진자 수 및 일일 신규 확진자수



주: 2020년 8월 28일 기준.

자료: <https://coronavirus.app/map>.

다른 곳에서도 볼 수 있듯이, 갑작스러운 코로나 발병으로 우한의 국공립병원이 압도되었다. 물류적인 준비가 부족했고, 감염자 수가 급격하게 증가하면서 병상 부족, 인력 부족, 수술용 마스크, 개인 보호장비, 테스트 키트 및 기타 필요 장비가 모두 부족했다. 중국의 의료 허브 중 하나인 우한은 환자가 급증하자 대처 역량에 극심한 압박을 받게 되었다. 나머지 후베이(Hubei) 성의 의료시스템이 거의 마비상태가 되면서 만약 감염 환자가 격리되지 치료받지 못할 경우 급속한 바이러스 확산 리스크가 가중될 위기에 놓였다. 이에 대해, 중국 정부 당국은 코로나가 크게 확산된 도시 지원을 위해 각 성을 배정해 일대일 지원 프로그램을 시작했다. 중앙 정부는 후베이 성내의 16개의 도시(prefectural cities)와 19개 성을 매칭했다. 매칭된 성은 책임지고 후베이에 의료팀, 의료 장비 및 그 외 필요 설비를 보내야했다. 이 같은 일대일 지원 프로그램을 바탕으로 후베이에서 환자 급증시 수용력이 향상했으며 코로나19의 진원지를 신속히 봉쇄하는데 도움이 되었다. 예를 들어, 의료 지원 팀이 우한에서 코로나19 치료를 시작한 지 얼마 안되어 중환자의 비율이 32.4에서 18%로 감소했다.

(He et al., 2020).

신종 코로나바이러스에 감염된 환자가 급증하면서 물리적인 병원의 수용력 증대가 필요했다. 중국 정부는 스포츠 경기장과 전시관을 객실 병원으로 전환하여 경미한 증상의 환자를 치료했다. 우한에 중환자 치료를 위해 두 곳의 특수 전담 병원이 매우 신속하게 지어졌다. 민간인 뿐만 아니라 군사 자원으로도 풍부한 의료 자원을 확보했다. 특히 인민해방군은 중국이 코로나19에 대처에 있어서 중추적 역할을 했다. 인민해방군은 약 4,000명의 풍부한 장비와 설비를 갖춘 군인 의료 종사자들을 우한에 파견했다. 위에서 언급한 신설 병원 중 한 곳은 군의료팀이 인수했다.

코로나19 환자 치료는 기본적으로 장기간 입원, 빈번한 진단 테스트 및 집중 약제의 투입이 필요하며 이를 합산시 의료비는 상당하다. 입원 환자의 인당 평균 치료 비용은 약 21,500 위안 정도이며, 중환자는 150,000 위안 (US \$22,000) 이상의 금액이 소요된다. 어느 것이든 가정에서 지출하기에는 금액이 치명적일 수 있다. 정부는 치료비의 상당 부분을 의료보험 기금(health insurance funds)에서 비용을 충당하도록 특별히 조치했다. 총 입원 환자 비용의 2/3가 반환되어 환자가 발생한 가구의 재정 부담이 크게 완화되었다.³⁾

요약하자면 이번 세션은 중국이 어떻게 코로나를 신속하게 억제했는지에 대한 표면적인 이야기를 반복하기 위한 것이 아니다. 대신, 중국의 성공적인 코로나19 대응에 기여한 의료 시스템 (공공 보건 시스템 대비)에 관해 두드러지는 특성을 보여준다. 다음 섹션에서는 중국 의료 시스템 및 지난 10년간의 개혁에 대한 간략한 개요를 제공한다.

3) “국립 의료 안전 관리: 규정에 따른 코로나19치료 의료 비용 환급 http://www.gov.cn/xinwen/2020-04/12/content_5501508.htm. 에서 검색

제3절 중국 의료 시스템과 개혁

1980년대에 시장 중심 개혁에 착수하기 전 중국은 광대한 인구에 비용 효과적인 치료를 제공하는 우수한 의료 시스템 (Hsiao, 1995)을 보유했다. 국영 의료 보험은 대부분의 도시 주민을 대상으로 의료 보험을 제공했고, 농촌 지역은 지역사회 리스크 분산 프로그램의 도움을 받았다. 도시의 의료 서비스는 정부와 국영 기업의 재정 지원을 받아 3단계로 제공되는 한편, 1970년대 후반까지는 두벽이 의사들이 농촌 인구를 대상으로 일차적인 치료 등을 제공했다. 중국 공산주의 계획경제 하에서의 의료 시스템은 도시와 농촌간의 격차는 있었지만 대체로 기본적인 서비스를 누구나에게 평등하게 제공했다 (Ma et al., 2008).

하지만 동일한 의료 시스템은 시장 전환으로 의료 서비스를 위한 자금 조달과 서비스 제공 구조가 심각하게 약화되면서 서비스가 악화했다. 경제의 구조적 변화로, 전통적인 건강 보험 프로그램은 해체되거나 현저히 약화되어 대다수 시민들은 의료보험 가입이 안되었다 (Grogan, 1995; Liu et al., 1995). 뉴밀레니엄이 도래하면서 중국의 의료비 지출의 약 60%는 개인이 부담하게 되었다.⁴⁾ 한편, 의료 시설을 위한 정부의 자금 지원이 줄면서 해당 시설은 자체 자금 조달을 통해 생존할 수밖에 없었다. 문제 있는 다수의 의료 기관들은 중국 의료 시스템 인센티브를 과감하게 변경했다 (Yip et al., 2010; He, 2011a; Eggleston et al., 2008). 병원과 의사들은 과잉 약제 처방과 침단 진단 테스트를 통해 이익을 추구하기 시작했다. 중국의 주요 의료 서비스 제공업자인 공공병원은⁵⁾ 열정적으로 확장하면서 의료 경쟁이 촉발되었다 (Qian et al.,

4) National Health Commission, *2018 China Health Statistical Yearbook*. Beijing: Peking Union Medical University Press.

5) 2017년, 공공 병원은 약 82%입원 환자 치료를 담당했다. National Health Commission,

2019). 반면 1차 의료 시스템은 수용능력 저하, 투자 부족 및 활용부족 등으로 악화되었다 (Yip & Hsiao, 2008).

중국의 의료 시스템 내 이 모든 주요 변화로 의료 비용이 두 자릿수 증가했으며 2000년대 초반까지 수많은 가계의 재정 접근성이 하락했다 (Liu & Hsiao, 1995; Yip & Hsiao, 2008; Liu et al., 2003). 비극적인 의료비 지출로 인해 50% 이상의 중국의 가계가 빈곤으로 고통받게 되었다 (Zhou et al., 2020). 2003년 전국적인 설문 조사 결과, 약 30%의 환자가 재정적 요인으로 의사 권고에도 불구하고 입원 치료를 거부할 것이라고 답했다. 10년 뒤 다른 전국적인 설문조사에서 약 18%의 환자들은 병원 치료가 필요하지만 비용을 감당할 수 없다고 답했다.⁶⁾ 의료 종사자들에 대한 사회적 믿음이 급격히 떨어지면서 의사-환자간 관계는 악화되는 한편 의료 분쟁은 급증했다 (He, 2014; He & Qian 2016). 이 같은 안타까운 상황은 집권당의 목표인 조화로운 사회, 인민 중심의 발전이라는 공언 목표와 확연한 대조를 이룬다. 2003년 급성 호흡기 증후군 (SARS)의 발병으로 충격을 받은 중국 정부는 공중 보건 시스템의 취약성을 인지했다. 사회적 불만이 치솟으면서 정부는 2009년 기념비적인 국가 보건 의료 개혁을 시작하여 2020년까지 보편적 의료보장을 제공하는 강력하고 공평한 의료 시스템을 구축하겠다고 다짐했다 (CPC 중앙위원회 및 국무원, 2009).

개혁은 2007-2008 글로벌 금융 위기 이후 2009년 공식적으로 시작했다. 금융 위기는 세계 여러 지역을 휩쓸고 경기 침체로 이어졌지만 서방 경제만큼 중국은 큰 타격을 입지는 않았다. 일부 전문가는 중국이 폐

2018 *China Health Statistical Yearbook*. Beijing: Peking Union Medical University Press.

6) 국가위생계획 생육위원회, 2013년 국민 의료 설문 분석보고서. 베이징: 북경 유니언 의대 2015년 발간.

쇄 금융시스템으로 인해 초토화되는 것은 피했다고 말한다 (Adas & Tussupova, 2016). 하지만 그렇다고 해서 중국이 글로벌 금융 위기의 광범위한 영향으로부터 면제되었다는 뜻은 아니다. 해외 수주가 급격히 하락하면서 중국의 수출 주도 경제에 큰 압박이 되었다. 국제 시장의 수요 감소와 금융 불확실성은 중국 경제를 견인하는 주장강 삼각지 및 양쯔강 삼각지에 경제 손실 및 실업률 증대를 가져왔다 (Liang, 2010; Chan, 2010; Wang, 2013).

격동하는 세계 경제에 맞서 중국 정부는 글로벌 금융 위기의 경제적 영향을 최소화하기 위해 엄청난 규모의 부양 정책을 선언했다. 정부는 2010년 말까지 총 4조 위안 (USD 5,860억)을 인프라와 사회복지에 투자할 것이며, 사회 복지 투자는 주로 의료, 공공주택, 교육 등을 포함하겠다고 발표했다. 부양 정책의 일환으로 8,500억 위안은 점진적으로 출범한 국민 의료 개혁 프로그램을 지원하기 위해 투입되었다. 특히 헬스케어 지출 중 상당부분은 (지역)사회 건강 보험에서 거주민의 보험료 보조금 지급에 이용되었다 (Yip et al., 2019). 시간이 지남에 따라 2008년 부양 정책의 실질적인 영향에 대한 논란이 가속화되고 있다. 일부 연구자들은 2009년 이후 정부 부채가 급증했다는 이유로 부양 정책을 비판한다. 대규모 은행 대출로 지방 정부의 부채가 악화되었고 중국의 은행 시스템에 엄청난 리스크를 야기했다고 한다 (Huang & Bosler, 2014; Pei 2012).

전체 의료 개혁 패키지는 크게 재정 (자금 조달), 의료 서비스 제공 및 제약의 세가지 핵심 분야로 구성된다. 본 연구 논문은 이 모든 특정 정책 계획을 확장 중심 정책과 억제 중심 정책 이 둘로 크게 나눈다. 전자는 사회 건강보험 뿐만 아니라 다른 프로그램으로까지 재무적인 보호 구조를 확장해 의료 서비스 제공 역량을 확대하는 것이며 후자는 서비스 제공자/이용자에게 제약을 가해 비용 억제 또는 기타 정책 목적을 달성한다. 이

같은 확장-억제 이분법적인 토대를 통해 전략적 목적에 따라 수백의 의료, 보건 정책 개입을 간단하게 분류할 수 있다.

1. 자금조달

헬스케어 자금조달 개혁은 처음에 사회 건강 보험 확대에 집중했지만 (Liu et al., 2017a; Yip et al., 2012) 최근에는 보장 확대에 비용과 노력을 기울인다. 재정 보조금 증가로 공동 보험료율이 인하되었으며 환급 상한선은 더욱 올랐다. (Liu et al., 2017a; Yip et al., 2012). 초반에는 사회적 위험공동체에서 제외되었던 외래 환자도 이제 대부분의 지자체에 포함되었다 (Yip et al., 2012). 빈곤층을 위한 추가 재정 보호 제공을 위해 2012년 추가 납입 형태로 대변동의 의료보험이 도입되었다. 사회적 의료보험 개혁을 제외하고 막대한 의료비로부터 저소득 가구를 보호하며 자산조사에 따른 의료 재정 지원 (MFA) 이 강화되어 보다 강력한 재정 보호를 제공하게 되었다 (Liu et al., 2017b). 요컨대, 이 같은 확장 중심 정책은 개인을 위한 보장 구성을 확대하고 특히 저소득층 가구 등 대부분의 사람들에게 의료 서비스를 제공했다.

제약 중심 정책은 사회의료 보험 시스템의 장기적인 지속가능성을 확보하고자 노력하며 지난 10년 동안 도입되었다. 예를 들어 많은 지자체에서 건강 보험 기금 지급으로 인해 증가하는 스트레스를 경감하기 위해 2012년 글로벌 예산이 도입되었다. 할당, 일당, 번들 지급, 혼합 등의 다양한 공급자를 위한 지급 방법 개혁이 시도되었다 (Gao et al., 2014; He et al., 2017; Jian & Guo, 2009; Jian et al., 2015; Wang et al., 2017). 지급 개혁 외에도 사회 건강 보험 당국은 전략적 구매 정신으로 확신을 갖고 의료 서비스 제공자들의 태도를 점차 규제하기 시작했다 (Xu & van de Ven, 2009; Yip & Hanson, 2009).

2. 제공

의료 서비스 제공 시스템에는 광범위한 확장 중심의 개혁을 도입했다. 3단계의 서비스 제공 네트워크는 1980년대부터 2000년대까지 크게 약화되어 상부가 무거운 특이한 구조가 되었다. 3차 의료 기관은 과도하게 사용되었지만 일차 의료 기관은 저 수용량, 투자 부족 및 인재 유출로 고통을 받고 있었다 (Yip & Hsiao, 2008). 효과적인 진료 추천 매커니즘의 부재는 중국내 의료비 지출을 두 자릿수로 증가시킨 또 하나의 중요한 요인이다 (Eggleston et al., 2008). 2009년 이래로, 중국 정부는 문제가 되는 의료 서비스 제공 시스템의 구조조정을 위해 엄청난 노력을 기울이고 있다. 인프라 시설 업그레이드를 통한 환자 수용량 증설을 위해 상당한 자원을 1차 진료 시스템에 투입했다 (Liu et al., 2015). 기존의 병원 중심 시스템 점검을 위해 로컬 수준에서 수많은 실험적 활동을 엿보였다. 예를 들어, 일부 지자체에서는 1, 2, 및 3차 의료 시설을 통합하는 의료 동맹을 추구했다 (Yip et al., 2019). 유능한 일반의들로 구성된 의료진을 교육하기 위해 상당한 노력을 기울였다.

확장 중심의 정책은 민간 의료 부문에서도 또한 추진되었다. 정책 입안자들은 경쟁을 통한 공공 병원의 실적 개선 뿐만 아니라 의료 서비스 제공 면에서 공공 병원을 보완해줄 수 있는 민간 병원의 참여 확대를 기대한다. 2012년 중앙 정부는 민간 병원이 국내 시장의 약 20% 정도를 점유할 것을 예상하며 민간 투자를 추진하기로 결정했다 (Pan et al., 2016; Yip & Hsiao, 2014). 의료 부문에서 빅데이터 기술 및 인공 지능이 놀라울 정도로 적용되면서 인터넷 병원 및 서비스도 최근 우후죽순으로 생겨나고 있었다 (Tu et al., 2015).

그러나 중국내 의료 서비스의 80%를 제공하는 공공 병원은 30년 이상 이익으로 동기부여 받아왔다. 시장중심적 개혁과 더불어 생성된 무수히 많은 잘못된 인센티브로 인해 병원 및 의사들은 과잉 처방을 장려해 엄청난 양의 폐기물과 비효율적인 처리가 만연했다 (Yip & Hsiao, 2008). 고 비용을 지불해야 받을 수 있는 의료 서비스에 대해 대중의 목소리는 커져만 갔다. 2010년 중앙 정부가 주도하는 공공 병원 개혁은 특히 의사를 위한 잘못된 수많은 인센티브 수정에 각별히 주의를 기울여 시스템을 점진 하겠다고 맹세했다 (He, 2011a). 지역 보건국은 병원에 “과학적인 목표”를 설정해 비용 상승을 엄격히 관리할 임무를 받았다 (He & Qian, 2013; He, 2011b). 의약품 제로 인상 정책, 추천제도 등의 다양한 병원 차원의 정책개입을 통해 효율적인 진단검사 및 절차를 증진하고 과다 처방을 억제하고자 했다 (Fu et al., 2018; Zhou et al., 2015). 대부분의 병원에서 임상 기준을 표준화하기 위해 임상 경로 개발이 도입되었다. (He & Yang, 2015). 다수의 병원들은 불필요한 치료 및 과잉 처방의 축소를 위한 자발적인 행동을 취하는 것으로 보고되었다 (Barber et al., 2014). 최전선에서 일하는 의사들은 이제 임상에 있어서 이전보다 더 많은 제약을 느낄 것이다.

3. 제약

중국내 의료 개혁에 있어서 제약의 중요성을 감안하면 제약 정책은 별도의 항목으로 빼는 것이 마땅하다. 잘못된 가격 설정, 부당하게 높은 이익 마진, 의약품 조달 시스템 내의 부패만연, 급증하는 의약품 가격 등은 수년간 중국 의료 시스템을 괴롭혔다 (Liu et al., 2000). 의약품 지출은 중국인들의 총 의료비 지출 중 40% 이상을 차지하며, 다른 의료 시스템

(Fu et al., 2018)에서는 찾아보기 힘든 상황이다 (Fu et al., 2018). 신약 승인을 단순화하고 연구 개발을 촉진함으로써 일반 의약품의 공급과 사용뿐만 아니라 부족한 의약품의 공급과 사용을 보장하기 위한 일련의 정책들이 도입되었다. 이러한 조치는 의약품 기반 자원의 공급을 확대하고 양질의 의약품에 개인이 접할 수 있는 여력을 높이기 위한 목적이었다 (Mossialos et al., 2016).

제약 정책의 대표적인 개혁은 2009년에 출범한 국가 필수 의약품 시스템(NEMS)이었다. 이 시스템은 필수 의약품의 안전, 품질, 공급 및 경제성을 보장하고 의료 시설과 의사 및 제약 산업 간의 악명 높은 이익 연결고리 제거를 목표로 했다. NEMS와 관련해서 지방 당국이 주기적으로 조정할 수 있는 것에 필수 의약품의 정부 약정 목록이 있다. NEMS 개혁의 가장 중요한 시사점은 1차 의료 시설에서 목록 이외에 약을 처방하는 것을 허용되지 않는 반면 2, 3차 병원은 규정에 따라 필수 약을 사용하도록 권장되는 점이다. 강력한 제약조건으로 의약품 처방에 있어서 의사들의 의약품 처방에 대한 재량권이 제한을 받는다 (Gong et al., 2016; Liu et al., 2017a).

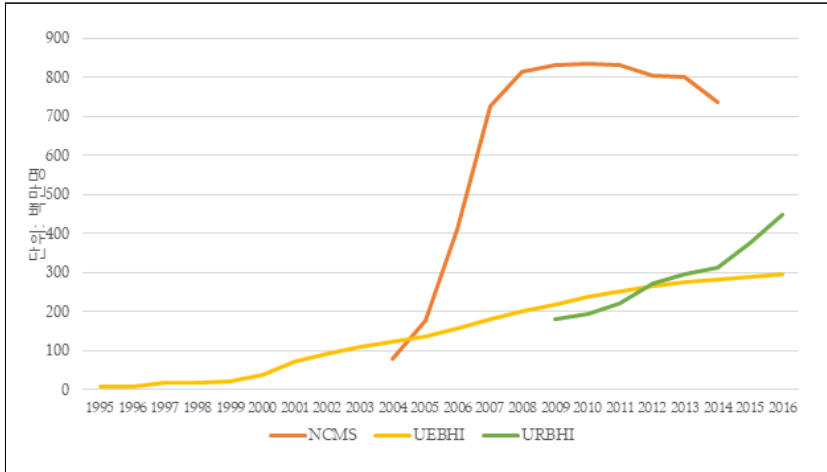
1980년대부터 2000년대까지 정부 보조금이 급격히 감소하면서 공공 병원들은 생존에 어려움을 겪게 되었다. 병원의 걱정스러운 재정 상황에 정부는 대신 병원 수입을 위해 의약품 가격을 15% 정도 올릴 수 있도록 허용했다. 의료 비용 상승 및 개인 의료비 지출 증대는 부분적으로 이 정책의 책임이라고 할 수 있다. 금번 의료 개혁에 있어서 악명높은 가격 인상은 포기했다. 의약품 가격 인상 폐지로 인한 재정 손실을 보상하기 위해 추가 재정 보조금과 의료비를 인상했다 (Zhou et al., 2015). 또한, 급격한 의약품 가격 인상을 억제하기 위해 일련의 개혁이 진행되었다. 의약품 상한제를 도입했으며, 정부는 의약품 조달 시스템을 중앙 집중화했다

(Luk, 2016; Yu et al., 2010). 특히, 의약품 가격 인하를 유도하고 다양한 유형의 부패를 척결하려는 노력의 일환으로 2개 송장을 요구하는 “2개-송장” (“two-invoice” policy) 정책이 조달 시스템에 도입되었다 (Fu et al., 2017; He, 2018).

제4절 성과와 도전

국립의료개혁 프로그램은 코로나19가 중국과 세계를 강타하기 직전인 2019년 그 10주년을 기념했다. 이 야심찬 개혁 프로그램 평가를 위해 정책 검토 및 경험적 연구가 확산되었다. 대부분의 연구는 이 10년 개혁의 놀라운 업적에 대해 칭찬한다 (Yip et al., 2019; Meng et al., 2019; Tao et al., 2019). 여기서 중요한 것은, 세 개의 대표적인 사회 건강 보험 프로그램은 시민 대다수에게 보험을 제공했다 ([그림 2-2] 참조). 경험적 증거에 따르면 지방 및 도시의 저소득층 가구의 의료 서비스 이용률이 상당히 증가했다 (Meng et al., 2012; Yip et al., 2012; Wang et al., 2014; Yip et al., 2019). 접근 장벽은 상당히 완화된 것으로 보인다.

[그림 2-2] 사회적 건강보험의 보장 범위, 1995-2016



주: URBHI와 NCMS는 2017년 통합됨.

자료: 2017 중국 건강 통계 연감, 베이징: 북경 유니온 의대 출간.

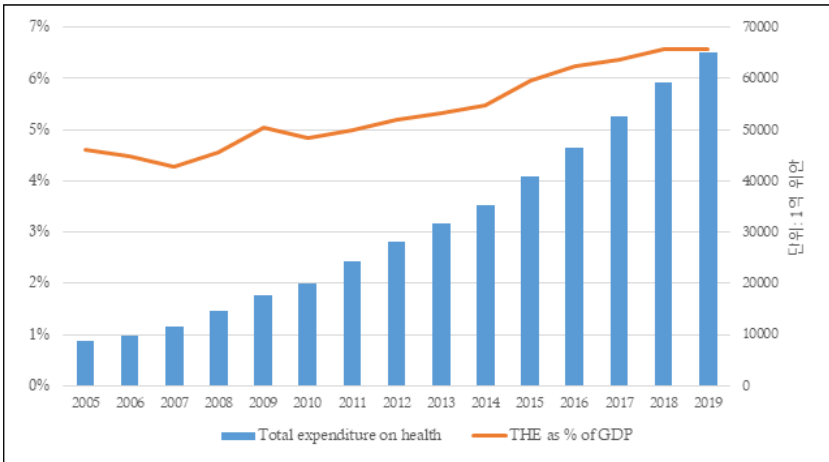
하지만 다른 증거를 보면 지속적인 의료비 증가는 수용의 증가 외에, 오래된 공급 비효율에 의한 영향이 더 컸다. GDP 대비 의료비 지출은 2008년 4.55%에서 2019년 6.58%로 증가했다 ([그림 2-3] 참조). 개인의 의료비 지출 비율은 2000년 60% 가까이 되었으나 2019년 28.4%로 감소했다 [그림 2-4].⁷⁾ 사회적 건강 보험은 2010년 이래로 일차적 의료의 자금원이 된 반면, 정부의 의료비 지출은 2015년 본인 지출을 초과했다 (Meng et al., 2019). 공급자의 과잉 공급 및 건강 보험 가입자의 의료 서비스 과다 사용의 도덕적 해이가 분명히 증가했다. 2010년~2013년 사이 외래 환자당 의료비 지출은 20% 이상 증가했다.⁸⁾ 비록 본인 부담 비율이 감소했지만 저소득층 가구의 재정적 부담이 그에 비례해 줄지

7) 국가위생건강위원회, “2019 중국 건강 통계 보고서”, <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml>. 에서 검색

8) 국가위생건강위원회, 2018 중국 건강 통계 연감. 2018 북경 유니온 의대 출간.

않았다 (Fang et al., 2018). 즉, 지속적인 비용 상승은 사회 건강 보험의 재정적 보호 효과를 부분적으로 상쇄했다 (Yang & Wu, 2015).

[그림 2-3] 총 의료비 지출 및 GDP 대비 비중, 2004-2019



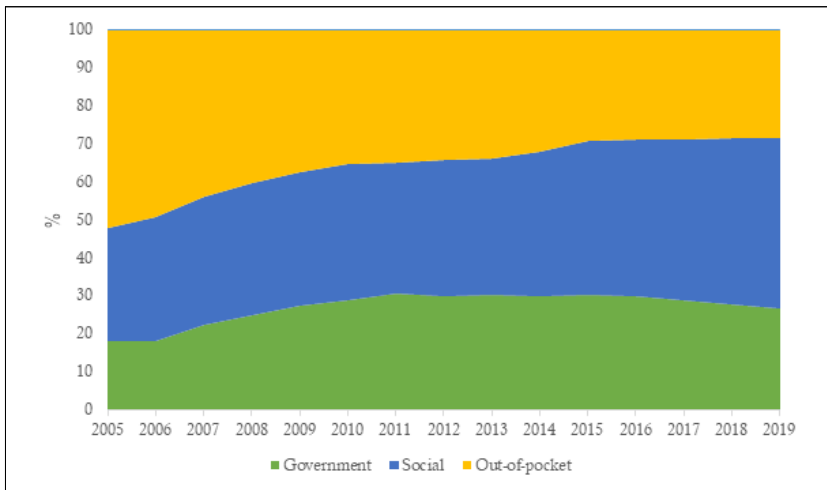
주: 파란색: 총 의료비 지출, 오렌지색: GDP 대비 의료비 지출 %

자료: 2017 중국 건강 통계 연감, 베이징: 북경 유니온 의대 출간; 2019 중국 건강 통계 보고서, <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml>에서 검색

위에서 언급한 격차는 중국 의료 시스템의 뿌리 깊은 단점을 반영한다. 첫째, 병원의 이익 추구는 근본적으로 억제되지 않았다. 영리 위주의 병원은 보험에서 유도된 수요와 더불어 의료 시스템 내에 엄청난 낭비를 초래해 의료 자금조달 지속성에 대한 리스크가 커지게 되었다. 둘째, 일차 의료에 대한 주요 투자에도 불구하고, 의료 서비스 제공 시스템은 여전히 병원 중심으로 단편적이다 (Yip & Hsiao, 2014). 중국의 고령화되는 인구를 위해 비용 대비 효과적인 치료를 제공하는 기초가 튼튼한 통합시스템으로 전환되기 위해서는 갈 길이 멀다. 셋째, 제3자를 통한 전략구매 가능성은 행정 능력 제한과 관료주의의 분열로 인해 자유롭지 못하다 (Liu

& He, 2018). 다음 섹션에서 상세히 설명하겠지만 중국 국가 의료 안보 국(NHSA)의 설립은 이 같은 장벽을 뛰어넘기 위해 크게 진일보했음을 보여준다. 의료 지배구조 개혁을 통해 의료 개혁을 위해 NHSA에 중추적인 권한이 부여되리라 예상한다.

[그림 2-4] 총 의료비 지출 자금원, 2005-2019



주: “사회”는 주로 사회적 건강 보험을 지칭함.

자료: 2017 중국 건강 통계 연간, 베이징: 북경 유니온 의과 대학 출판부; 2019 중국 건강 통계 보고서 <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml>.에서 검색

제5절 포스트 코로나 시대의 의료 개혁

두가지 이유로 코로나19는 중국 의료 개혁의 방향을 선회하지는 못했다. 첫째, 코로나 발병은 의료 시스템에 치명적인 결과를 일으키지 않고 비교적 신속하게 억제되었다. 둘째, 신종 코로나에 대한 중국의 반응은 공공 병원 시스템에 대한 정책입안자들의 믿음을 강화시켰다. 공공의 소유

의식과 보건 직원들의 영웅적 헌신은 코로나19와의 전쟁에서 승리를 이끄는 데 중추적인 역할을 한 것으로 알려졌다.⁹⁾ 보건부 차관의 말을 인용하면: “코로나19에 대한 대응은 우리 의료지배구조 시스템과 지배구조 역량에 대한 큰 시험대였다. 또한 우리의 의료 개혁 결과도 비판적 시각에서 시험했다. 중국의 공중보건 시스템, 의료 서비스 시스템, 의료 안보 (파이낸싱) 시스템 및 제약 공급 시스템 등 모두 중요한 시험을 이겨냈다. 국가 의료개혁이 방향이 정확했고 그 경로가 명확했으며, 방법이 적절했고 결과는 우수하다는 것을 증명한다.”¹⁰⁾ 향후 코로나19 이전에 시작된 세 가지 전략적 추진과제가 COVID-19 위기 이후에 계속 두드러질 것이다: 과제는 1) 종합적인 공공 병원 개혁, 2) 의료 안보 (재정) 개혁, 및 3) 의료 서비스 제공 시스템 통합이다.

1. 종합병원 개혁

입원 환자 치료의 80% 이상을 제공하는 공공 병원은 중국의 핵심 의료 서비스 제공업체이다. 이전 섹션에서 중국내 공공병원에서 비뚤어진 인센티브가 대규모 비효율성과 환자 불만을 야기함을 서술했다. 전국적인 청사진을 구상하기 힘들었던 중앙정부는 2010년 도시의 공공 병원 개혁을 위한 대규모 대형 실험적인 프로그램을 실시했다 (He, 2011a). 이 프로그램의 중요한 목적은 공공 병원의 사회복지 기능을 유지해 누구나 지불할 여력이 되는 의료 서비스를 제공받는 것이다 (Barbar et al., 2014). 안타깝지만, 초기 지역 실험은 진전이 매우 제한적이었고, 주로

9) 코로나19 팬데믹에 대응한 중국의 경험, 2020년 4월 8일자 중국 인민해방군일보 http://www.xinhuanet.com/mil/2020-04/08/c_1210548639.htm에서 검색

10) “팬데믹 방지 성과의 통합: 꾸준한 의료 개혁 추진”, 2020년 7월 29일자 인민일보 <http://politics.people.com.cn/n1/2020/0729/c1001-31801388.html>에서 검색

기술복잡성이 뒤엉키고 이해관계가 얽힌 사람들의 강한 반대에 부딪힌다 (He & Meng, 2015). 고위 지도자들이 “강직함”과 “깊은 심해지대”로 묘사한 공공 병원 개혁의 어려움은 궁극적으로 직접 재정을 책임지는 공공 병원의 이해관계자와 나머지 사회 전체간의 긴장관계에 있다 (Meng et al., 2019).

푸젠성 산밍시 현지에서 시작된 의료 개혁이 이 난관을 타계했다. 정책 기업가들에 의해 주도되어, 개혁은 초반에는 심각한 의료 금융 위기를 해결하기 위한 필요에 의해 촉발되었다 (He, 2018). 2012년 시작해서 산밍시 개혁은 공격적, 협력적 비법을 통해 다양한 면에서 인상적인 결과를 도출했다 (He, 2018; Fu et al., 2017). 위니 입(Winnie Yip) 및 공동 저자들은 산밍 모델의 핵심 요소를 아래와 같이 요약한다:

- 전력의 통합. 이전에 여러 부서에 분산된 공공 병원의 관리 권한은 하나의 위원회로 통합되었다. 산밍의 부시장이 위원장직을 맡은 위원회는 핵심 보건 정책 의사결정을 내린다.
- 성과 기반 관리보상. 병원 이사들의 성과에 대한 책임을 묻는 새로운 성과 및 보상 제도가 도입되었다. 이사는 운영 안전, 임상 품질, 시설 개발 및 비용 관리(가장 큰 비중)의 네 가지 영역에서 평가되었다. 이사의 연간 보상은 위원회가 사전에 설정한 목표와 목표 대비 병원의 성과에만 기반을 두었다. 개혁 후 병원 이사의 수입은 평균 약 70% 증가했다.
- 관리의 자율성. 병원 이사들은 호텔 운영 특히 인적자원 관리에 있어서 보다 많은 자율성이 주어졌다. 이사들은 신규 직원 고용, 자격 미달 직원 해고, 병원 부국장 임명 등의 권한을 가졌다.

- 가격 재구성. 이전의 왜곡된 가격표를 수정했다. 숙련된 의사의 진료비는 크게 인상되는 한편, 보험사와 제약회사의 협상을 통해 의약품 가격을 상당히 인하했다. 평균적으로 의약품 가격은 30% 이상 감소했고 일부는 80% 이상 가격이 하락했다.
- 의사 보상 구조조정. 의사의 보상은 병원 수익과 분리되어 기본급에 보너스 지급으로 변경했다. 새로운 보너스는 연공서열, 진료량, 업무량, 환자 만족도 등의 지표에 따른 치료 품질, 특히 비용 억제 등의 전략적 목표 달성 등과 연계되었다. 개혁 후, 산명에서 의사 소득은 100 % 이상 증가했다 (Yip et al., 2019, p. 1195).

중양 정부가 공공병원 개혁을 위한 효과적인 복제 모델을 고심하는 과정에서 산명시가 모범사례로 눈에 띄었고 중양 정부는 이를 국가적 모델로 지정했다. 2016년 중국의 최고 당국은 산명의 성공적인 혁신을 전국으로 확대할 것이라고 공식적으로 2회 발표했다. 그러나 이러한 전체론적인 개혁 패키지의 복제는 간단한 일이 아니었으며 관료적 타성, 행정 역량 부족 및 지역적 저항 등을 극복해야 했다. 2019년 11월, 국무원은 산명 모델 복제 가속화를 위해 노력한다는 내용을 대대적으로 발표했다.¹¹⁾

의사 보수 개혁은 그 중에서 우선순위가 높다. 수십년간, 중국의 보건 전문가들은 최저임금을 받아왔다. 물량 중심으로 보너스를 지급하기 때문에 의사들의 잘못된 과잉 처방이 장려되었지만 환자의 이익은 부차적인 관심사였다 (Qian & He, 2018). 개혁을 위해 새로운 보수 제도를 시험하기 위해 전국 2,800개의 공립 병원이 선정되었다. 주된 목표는 성과

11) 의료 개혁을 위한 공무원 선도 그룹: 해당 공고는 더 이상 푸젠성과 산명시의 의료 개혁 경험을 확대하지 못한다 (2019년 11월 18일), http://www.gov.cn/xinwen/2019-11/18/content_5453082.htm.에서 검색

기반 급여를 통해 의사에게 올바른 인센티브를 제공하는 한편 일반 소득을 늘리는 것인데, 이는 물질적인 이익과는 분리되어야 한다.

2. 의료 안보 (재정) 개혁

중국의 의료 금융 시스템내 공존하는 세가지 사회적 건강 보험 프로그램이 있다. 도시 직원의 기본 건강 보험 제도(URBHI)는 도시에서 고용된 개인에게 보장을 제공하며 보장 내용이 비교적 관대하다. 신규 협동 의료 계획(NCMS)은 가계단위로 대부분의 농촌 주민에게 보험을 제공한다. 도시 주민의 기본 의료 보험 제도(URBHI)는 URBHI에 가입되지 않은 도시 주민에게 보장을 제공했다. 이 세개의 프로그램이 인구의 95% 이상을 대상으로 보험을 제공했지만 시스템 분열로 인해 자금 운영에 있어서 비효율과 보험 가입 자격의 불균형을 야기했다 (He & Wu, 2017). 2017년 시작해 URBHI와 NCMS는 도시농촌주민 기본건강보험제도(URRBHI)에 점진적으로 통합되었다 (URRBHI). 얼마 안 있어, URRBHI 와 UEBMI은 병행 운영될 예정이다.

2018년, 사회 건강 보험 행정부의 관리 당국은 마침내 중앙 차원의 NHSA로 통합되었다. 지역 보건 안보 부서도 지방 및 현 차원에서 개설되었다. 공식적으로 NHSA는 두개의 대표적인 사회적 건강보험 프로그램의 관리인으로 위임되어 의료 개혁에 강력한 영향력을 행사할 수 있는 위치에 놓였다. 거대한 비전은 중국의 의료 시스템을 단일 납부자 시스템으로 변형하고 이때 NHSA가 공급자의 행동을 활용할 수 있을 만큼 강력하고 신중한 제3자 구매자 역할을 하게 하는 것이다. 설립 이래로 NHSA는 의약품의 전략적 조달에 매우 적극적인 역할을 하고 있다. 공공 병원에서 사용되는 대부분의 의약품의 도매 구매자로서 NHSA는 제약 공급업체와

협상에서 유리한 위치에 있다. 2019 년 한해만해도, 단체협상으로 신약의 평균 가격이 60.7% 하락했다. 암과 당뇨병 치료에 사용되는 주요 의약품 가격은 2/3으로 감소했다.¹²⁾

NHSA가 착수한 또 다른 전략적 추진계획은 중국 자체 진단 그룹(DRGs)의 실험 프로그램이다. 중국의 지속적인 비용 상승은 공급자에게 지불시 비용 인플레이션이 적용되는 서비스 수수료에 대한 국가 의존도가 과도하기 때문이기도 하다 (Eggleston et al., 2008; Yip et al., 2010). 균일할당, 일당, 혼합 등의 보다 과학적인 결제 방법을 분산된 소규모 그룹에서 시험해보았다. 관련 기술이 특별히 복잡하기도 하지만 지역 부처의 역량이 제한적이라는 점이 또 하나의 장애요인이다. NHSA로 전력을 집중화함으로써 대규모로 대안이 되는 결제 방법을 테스트하기 좋은 환경을 조성했다. COVID-19 이후 야심찬 전국 CHS-DRG (중국 의료 안보 진단 그룹) 테스트를 활발히 수행할 수 있을 것이다. 방대한 역사적 자료와 중국적 특성을 기반으로 개발된 CHS-DRG는 26개의 주요 진단 카테고리과 376개의 인접 진단 그룹으로 구성되어 있다.¹³⁾ CHS-DRG의 출범으로 품질 보증과 비용 억제간 균형을 이루는 몇가지 정밀한 조합으로 중국 헬스케어 시스템 공급자 결제를 이끌어 나갈 예정이다.

코로나19 위기의 여파로 인한 급속한 고령화와 경제 침체는 중국의 사회보장 시스템의 금융 안전에 의문을 제기한다. 공급 측, 수요 측의 도덕적 해이는 엄청난 낭비를 야기했다. 사기성 보험청구 및 병원과 환자간 음모와 같이 다양한 형태의 제도 남용은 사회적 건강 보험을 이용하면서 자주 발견되는 사례다. 2020년에 중국 정부 특히 NHSA는 보험 기금의

12) “국민의료 안전관리: 70가지 새로운 의약품이 건강 보험 카탈로그에 추가되었고, 평균 가격은 60.7% 인하됨 <https://finance.sina.com.cn/money/insurance/bxdt/2019-11-29/doc-iihnzhfz2413167.shtml>에서 검색.

13) “국가 의료 안전 관리 CHS-DRG의 운영 지침 및 그룹화 규약”, http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/24/art_14_1874.html에서 검색

재정 안전 보호를 매우 중요하게 생각해왔다. 빅 데이터 기술은 펀드 운영을 실시간으로 모니터링하기 위해 점진적으로 사용될 예정이다. 보다 강력한 처벌 및 강력한 법집행을 도입되고 있다.¹⁴⁾

3. 의료 서비스 제공 시스템 통합

중국의 병원 중심 의료 시스템에서는 병원 부문, 3차 진료 기관으로 자원이 크게 왜곡된다. 총 지출 중 60%는 공공 병원에서 사용되지만, 1차 및 예방 치료의 가치가 온전히 인식되지 않는다. 양방향 추천 방법은 명목상 존재한다 (Eggleston et al., 2008). 고가의 3차 진료 서비스 과다 이용과 1차 진료의 활용 부족은 비용을 폭발적으로 증대시킬 뿐만 아니라, 의료 서비스의 비용 대비 효과를 감소시킨다. 전국적인 조사에서, 환자의 대다수는 3차 병원의 혼잡과 긴 대기선에 강한 불만을 표명했다 (Sun et al., 2017). 서비스 통합을 추진하기 위한 정부 노력에도 불구하고, 이익을 추구하는 병원은 추천을 받아 방문하는 환자를 거절하면 수익 손실로 이어지기 때문에 서비스 통합에 협력할 동기가 부여되지 않는다 (He & Meng 2017).

전반적으로, 중국 헬스케어 시스템의 인센티브는 꼭 필요한 서비스의 통합과 연계되지만, 장려되지는 않는다. 치료 통합을 실현하려면 통합을 위한 환경을 만들어야 한다. 특히 의료 컨소시엄과 의료 동맹에서의 혁신은 일부 지자체에서 실험적으로 시작되었다 (Yip et al., 2019; Yip & Hsiao, 2014). 의료 동맹은 경우에 따라 행정 구역을 넘어서기도 하며 어떠한 지역에 1, 2, 3차 의료 시설을 통합한다. 동맹 내에서 양방향 추천

14) “보건 안보 기금 강화를 위한 국무원 행정실 지시”, 2020년 6월 30일 http://www.gov.cn/gongbao/content/2020/content_5528177.htm.에서 검색

이 가능해졌다. 낮은 차원 시설의 직원 교육 및 역량 증대는 3차 자매 시설이 지도한다. 통합 양식이 확산되었지만 그 결과는 다양했다. Yip과 공동저자들은 (2019) 다음의 세가지 특징이 있으면 더 나은 결과가 나타나 는 것을 알 수 있었다: 1) 글로벌 예산이나 균일 할당을 통해 동맹 비용을 결제하는 사회적 건강 보험으로 동맹에서 발생한 저축을 재분배할 수 있고, 2) 3개 차원의 시설을 IT 정보 기술 시스템으로 연결하며 3) 각 단계 에서 성과를 평가하는 책임소재 시스템을 만드는 것이다. 앞으로, 통합을 위한 정책 실험은 코로나19에 의해 중단될 가능성이 낮은 대신 그 폭과 깊이에서 개선되어 통합된 의료 서비스를 제공하기 위해 나아가고 있다.

제6절 결론

이 연구논문은 최근 10년간 중국내의 의료 개혁 트렌드를 검토하고 코로나19 이후 시대의 전망을 예상하고자 했다. 논문에서는 전염병은 국가 적으로 큰 충격을 가져오지만 중국의 국민 의료 개혁에는 큰 영향을 미치지 는 못했다고 주장한다. 전염병 이전에 시작된 주요 추진계획은 계속 진행될 예정이다. 전체적으로 볼 때, 이 같은 보건 정책에의 개입은 국가의 의료 개입이 강화되었음을 투영하며 중국의 보건 정책 철학 패러다임의 전환을 보여준다. 의료 서비스 제공 시스템에서 공공 병원의 지배적인 입지는 계속 유지될 것이며 코로나19 이후에는 오히려 강화될 수도 있다. 중국 의료 금융 제도의 특징인 사회적 건강 보험은 그 역할이 더욱 강화 될 예정이다. 새로 설립된 NHSA의 주된 임무는 비용 상승을 억제하는 한편 보장 혜택을 늘리는 것이었다. 중국의 단일 납부자를 추구하는 전략적 구매는 보다 더 분명해지고 있다. 그러나 NHSA가 규모가 크고, 탄력 있

는 공공 병원 시스템을 어느 정도로 활용할 수 있을지는 아직 두고 봐야 하겠다.

다른 의료 시스템에서 흔히 볼 수 있듯이 중국 시스템은 과도하게 강력한 치료 선호도를 보여주었다. 상부가 무겁고 하부가 취약한 구조는 대부분의 건강 정책 개입에 매우 활발하고 탄력적이었다. 따라서 걱정스러운 경향은 끊임없이 확장하는 3차 대형병원으로 대변된다 (Qian et al., 2019). 1차 및 예방 치료에 중점을 두는 하부가 탄탄한 시스템 구축은 중국에서는 보이지 않는다. 중국 의료 시스템은 급속한 인구 통계학적 변화에 비추어 중요한 개혁 없이 아마도 병원 중심, 비용 비효율적, 및 재정적으로 지속 불가능하게 계속 분열될 것이다. 의료 컨소시엄 및 의료 동맹과 같은 중국내 최근 혁신은 협력 치료를 위한 고무적인 조치를 취했다. 하지만, 이러한 개혁은 우수한 의료 자원을 보유한 부유한 지역에 대해서는 효과적일 수 있지만, 빈곤한 지역에서 어느 정도의 성공을 거둘 수 있을지 의심스럽다. 중국내 의료에서 매우 유망한 트렌드는 인터넷 의학과 빅 데이터 기술의 급속한 발전이다 (Tu et al., 2015). 중국 남서부의 가난한 구이저우 지방에 적용했을 때 고무적인 결과가 나왔다. 물리적인 인센티브가 적절히 연계된다면 앞으로 기술 혁신은 의료 시스템 혁신을 적극적으로 촉진시킬 것이다.

이 연구 논문은 조심스럽게 낙관론을 펼치고 있지만 두가지 주의 사항이 있다. 첫째, 중국의 경기 침체는 실업률 상승과 재정 감소 등 일련의 타격을 줄 수 있다. 지난 10년간의 의료 부문에 대한 상당한 재정 투자가 조만간 지속되지 않을 수 있다. 둘째, 거대 중국내 엄청난 지역간 격차는 단일 개혁안 적용에 본질적으로 제약이 될 수 있음을 잊지 말아야 한다. 따라서 지역 정책 실험은 계속 장려되어야 한다.



제3장

스페인의 경제 위기 후 보건 의료 개혁과 COVID-19에 대한 정책 대응

제1절 서론

제2절 개요

제3절 2008년 경제 위기 후 개혁

제4절 팬데믹에 대한 대응

제5절 평가: 팬데믹으로 인한 변화



제 3 장

스페인의 경제 위기 후 보건의료 개혁과 COVID-19에 대한 정책 대응

제1절 서론

2008년 세계 금융 위기 이후 스페인의 국가 의료보건제도는 상당한 개혁을 거쳤다. 재정 관점에서 공공 보건의료 급여 삭감, 공공 의료 보장에 대한 제한, 보건의료급여 패키지 재정의, 공동분담금 인상과 같은 개혁은 스페인이 보다 지속 가능한 보건의료제도를 만드는데 유용한 것처럼 보인다. 그러나 계획 관점에서 이러한 삭감은 COVID-19 팬데믹에 대한 스페인의 대응력을 저해시키고 실제로도 보편성, 무료 제공, 형평성이라는 기본적인 원칙을 지키려는 SNS의 기능을 위협하고 있다. 보다 많은 개혁이 원래대로 되돌아가고 있지만 인건비 등 모든 영역에서 예산 삭감은 원상 복구되지 않고 있다. 이는 신규 배출되는 의사들과 간호사들의 국내에 남고자 하는 의욕을 꺾고 있다. 마지막으로, 개인보호장구(PPE)가 심각한 수준으로 부족하다.

스페인의 보건의료제도는 분권화되어 있지만, 2020년 3월 발표 후 3개월에 걸쳐 반복적으로 연장된 2020년 봄 여름 국가 비상 사태 동안 스페인은 계획 측면까지는 아니더라도 법적 제한의 측면에서 사실상 중앙 집중 방식의 보건의료제도를 유지했다. 이는 광역자치주(Autonomous Community: AC)가 AC 주민의 필요성에 맞춰 구체적인 자원(AC 각각에게 제공되는 국가적 차원의 재정지원 포함)의 범위 내에서 AC의 대응을 맞춤화할 수 있다는 의미이다. 그러나 스페인 정부는 보건의료 전문가들의 교육과 자격 부여에 대한 법적 권한을 이미 갖고 있었고 이는 바뀌지 않았다. 스페인 정부는 1차 진료 인력의 만성적인 부족을 해결하려고

노력했다. 그러나 이번 팬데믹 동안 모든 보건의료 인력의 열악한 근무 조건에 추가해 인력 부족은 이번 바이러스에 대한 스페인의 대응을 저해하는 주요 요인이 되었다. 3월 중순부터 4월 초까지 스페인은 감염률을 극적으로 낮출 수 있었고 일부 지역에서는 COVID-19 환자 전용으로 만든 대형 야전 병원이나 기타 임시 병원을 신속하게 조립 및 해체할 수 있었다. 그러나 중앙 정부의 초기 지연되고 혼란을 초래한 대응, 질병 발생을 다루는데 있어 정부가 활용해야 했던 법적 조치는 보건의료 인력과 장비의 부족은 물론 의료 인력의 바이러스 감염이라는 악몽 같은 상황을 만들었고 환자 분류 작업은 '계속 진행'되었으며 한동안 세계에서 가장 높은 감염률을 기록했다. 반면 정치적인 환경은 팬데믹 이전에는 긴장 상황이었다면 지금은 중앙 정부와 지방 정부간 적대적 상태로 바뀌었다.

시간이 가면 계획 문제와 정치적 긴장을 완화시켜야 할 것이다. 정부 관리와 의사 단체간 지역별 협상이 이러한 문제의 단기적인 영향을 일부 완화할 수 있겠지만 이러한 부족의 보다 장기적인 영향은 다양한 정당과 지방 정부로부터 적극적인 지지를 받고 비상 사태 지출이 아닌 방식을 통해 국가적 차원의 관심을 필요로 할 것이다.

제2절 개요

1986년부터 스페인은 공적인 국가보건의료제도(SNS)을 채택했고 처방약을 제외하고 보편적 의료 보장을 무료로 제공해왔다. 전문 진료의 경우 스페인 인구의 약 23%는 무료 보장을 보완하는 민간 보험을 가입해 있다 (Bernal-Delgado, et al., 2018). 노인(65세 이상)에 대한 진료 방식은 차이가 있다. 노인을 위한 요양원은 별도로 재정지원을 받는다;

2009년 현재 노인을 위한 전체 요양원 중 1/4을 민간(일반적으로 비영리)에서 운영한다. 나머지는 공공에서 운영하지만 종종 공공(지역) 기금이 민간 요양원을 지원한다 (PricewaterhouseCoopers, 2010). 국민들은 자국 보건의료를 높이 평가하고 있다. 유럽연합의 (당시) 28개 회원국에 대한 2015년 조사에 따르면 주민의 3.6%가 의료 니즈가 충족되지 않고 있다고 답한 반면 스페인은 조사대상의 단 0.8%가 그렇다고 답했다 (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2015). 시간이 지나면서 스페인 보건의료제도는 중앙 통제를 축소하고 지방 자치정부에서 지역 관리 중심으로 이동하고 있다. 따라서 보건의료제도는 법적으로 그리고 기능적으로 상당히 분권화되어 있으며, 국가적 차원에서 조율을 해야 하는 압박은 있지만 대체로 지역들은 SNS 설립 후 스페인의 보건의료 중 상당 부분을 관리하고 있다.

1. SNS 관리

시간이 지나면서 SNS에 대한 권한은 분권화된 관리 모델로 대체로 옮겨가고 있다. 2002년 이후 모든 보건의료 권한은 스페인의 17개 AC로 옮겨갔다(또한 스페인에는 2개의 자치 도시, 즉 세우타와 메릴라가 있으며 여기에는 자체적인 보건부가 없기 때문에 국가건강관리원(National Institute for Health Care Management, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: INGESA)가 이들의 보건의료정책을 직접 관리한다.) 국가적 차원에서 SNS를 위한 지역간 위원회(Interterritorial Council for the SNS, Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud: CISNS)는 ‘보건의료제도의 전반적인 조율뿐 아니라 전략적 영역, 그리고 보건의료제도의 결과에 대한 전국적인 차원의 모니터링을 담당’

한다(Bernal-Delgado, et al., 2018). 2003년 이후 CISNS는 기본급여 패키지, 의약품, 보건의료 전문가, 연구, 보건의료제도 정보, 보건의료제도의 품질에 대한 기본 기준을 모니터링하고 설정하는 법적 책임을 갖고 있다. 이 모든 것은 중앙 정부와 AC 정부간 섬세한 균형유지를 필요로 한다. 이 과정을 정의하는 법의 문구가 명시하고 있는 것처럼(LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud), 중앙집중 권한은 ‘분권화된 주에 내재된 서비스의 조직, 관리, 제공의 다양성을 간섭’하는 것을 피하도록 설계되어 있다’ (Ley 16/2003, 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud., p. own translation). CISNS는 동등한 권한 기관들이 모여 회의를 함으로써 운영된다: 각 AC의 보건부 장관은 각자의 보건의료제도를 대표하고 스페인 보건부 장관은 AC 정부와 관련하여 중앙 정부를 대표한다. 한편 스페인 보건부는 국가 제도에 대한 규제 권한을 유지하며 법적 비상 사태의 상황에서 운송과 국민들의 이동에 대한 특별 권한을 갖는다.

INGESA는 전체 제도에 대해 안정적인 시장과 채용 환경을 보장하고자 한다. INGESA는 SNS 품질 기준을 수립하고 SNS 의약품과 제품의 균일화를 촉진하며 제도 전반에서 자원 확보의 효율성을 개선한다(Ministry of Health, 2020). 또한 스페인의 2개 자치 도시(각자 하나의 병원을 갖고 있는) 세우타와 메릴라의 보건의료 제도를 관리한다. 나아가, 2013년 이후 INGESA는 세우타와 메릴라를 위해 그리고 공통 서비스에 대해 공식 서명한 AC를 대신하여 일부 재화(의약품 포함)와 용역에 대한 중앙 구매와 공공 입찰을 진행하도록 위탁 받았다.

스페인 보건부 산하에는 보건의료 경보 비상 조율 센터(Centre for Coordination of Health Alerts and Emergencies: CCAES)가 있으며 그 역할은 ‘정보 관리를 조율하고 스페인 국민에게 보건의료 위협을

유발하는 국내외 높은 경보 또는 비상 상황에서 지원을 제공'하는 것이다 (Cortés García, 2012). CCAES는 2009년 돼지독감 발생, 에볼라 발생과 같은 스페인에서 과거 바이러스가 발생했을 때 모든 매체를 통해 대중에게 지침을 발행했다(Library of Congress, 2015).

2. 진료 범위

SNS는 모든 AC간 보건 의료 제공을 '조율하고 기초적인 보장을 유지'하도록 구성되어 왔다(Planas-Miret, Tur-Prats, & Puig-Junoy, 2005). CISNS는 다음과 같은 조율 기능을 제공한다: 공통적인 기본 패키지의 내용을 검토한다(García-Armesto S., Abadía-Taira, Durán, Hernández-Quevedo, & Bernal-Delgado, 2010). 그러나 지방으로 분권이 상당히 이루어진 스페인의 제도 내에서 AC는 각자의 재정과 정치 상황에 따라 급여 패키지를 재평가하고 추가 또는 새로운 급여를 제공할 수 있다(Planas-Miret, Tur-Prats, & Puig-Junoy, 2005). 이에 따라 AC는 시간이 지나면서 다양한 방식으로 진화했고 오늘날 일부 AC는 다른 AC보다 광범위한 패키지를 제공한다(Rumbold, Alakeson, & Smith, 2012, p. 27).

3. 진료를 위한 지리적 & 기능적 조직

모든 AC가 갖는 공통적인 구조는 진료를 1차 진료와 전문 진료로 구분한 것이다. 이들 진료는 각 AC 내 1차 진료 지역에 지리적으로 구성이 되어 있다. 추가적인 진료를 받으려면 각 1차 진료 지역에 위치한 1차 진료 센터 또는 클리닉을 거쳐야 한다. 각 AC마다 다수의 1차 진료 지역이 있

고 이들은 *병원 진료 지역*과 직접 연결되어 있다: 1차 진료 지역은 ‘병원 진료 지역 내에 완벽하게 포함되어 있어 설계상 진료 수준의 연속성을 원활히 한다’(Bernal-Delgado, et al., 2018, p. 23). 외래환자 진료 등 전문 진료는 병원들을 중심으로 조직되어 주로 병원에서 진행된다. 마지막으로, 병원들은 서로 연계되어 있다: ‘서비스 종류가 적은 작은 병원들은 더 큰 병원으로 군집을 형성하여 첨단 서비스를 제공하거나 가장 복잡한 사례를 인수받는다(Bernal-Delgado, et al., 2018, p. 23). 1차 진료와 전문 진료간 지리적 그리고 제도적 관계가 일반적으로 유기적으로 보이지만 2012년 연구는 2003년 법에 따른 정보 인프라의 결합 노력에도 불구하고 두 진료 제도간 전자적 기록의 상호 운용성이 부족함을 확인했다 (Ley 16/2003, 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.). 2012년 이 연구는 재정이나 기술적 장애물보다는 보건의료의 분권화가 스페인 AC에서 1차 진료와 2차 진료 제도간 소통을 개선하는데 있어 가장 큰 걸림돌이라고 결론 내렸다(Torre-Díez, González, & López-Coronado, 2013).

4. 제도의 효율성

AC간 경계가 스페인의 보건의료 제공을 형성(그리고 어찌 보면 왜곡하거나 저해)하기 때문에 병원 체계 등 SNS의 기능에 대한 연구들이 일반적으로 AC를 분석 단위로 채택하는 것은 자연스러운 일이다. 마드리드 AC의 병원 제도에 대해 서비스 품질(Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2015)과 효율성(Carrillo & Jorge, 2017)에 관한 연구를 예로 들 수 있다.

그러나 스페인 전체적으로 병원 효율성에 대한 연구도 존재한다. 예를 들어 전국 병원 체계에 대한 2004년 연구는 ‘병원들은 너무나 많은 준고정 자원을 갖고 있음’을 확인하고 스페인 전역에서 ‘병원들의 효율성에 상당한 개선 여지가 있다’고 결론 내렸다 (Rodriguez-Álvarez & Knox Lovell, 2004). 스페인의 보건의료 비용 증가 중 일부는 이러한 자본 지출에 기인하고 있을 것이다(Bernal-Delgado, et al., 2018).

5. 분권화의 장단점

따라서 중앙집중의 관점에서 보면 SNS는 중앙집중식이라기 보다는 분권화가 되어 있는 제도이다. 이러한 제도에서 문제는 SNS의 핵심 원칙인 서비스에 대한 보편적 접근에 있어 전국적으로 불평등이 존재할 수 있다는 것이다. 또한, 지역적 장벽으로 인해 비효율성이 발생할 수 있다. 예를 들어, 2016년 연구에 따르면 스페인 전역에서 지출과 자원 활용은 ‘지역별 특징, 구체적으로는 노령화, 부, ...공공 지출 정책’으로 좌우되었다’ (Pérez-Romero, Ortega-Díaz, & Ocaña-Riola, Analysis of the technical efficiency of hospitals in the Spanish National Health Service, 2016). 반면 분권화된 제도는 고정된 현지 예산 내에서 관리, 입상에 관한 재량 등 현지 자율성을 유지할 수 있다는 장점을 갖고 있다. 이는 또한 현지에서의 필요성을 기반으로 보다 유연한 대응을 가능하게 해준다(Rumbold, Alakeson, & Smith, 2012, p. 27).

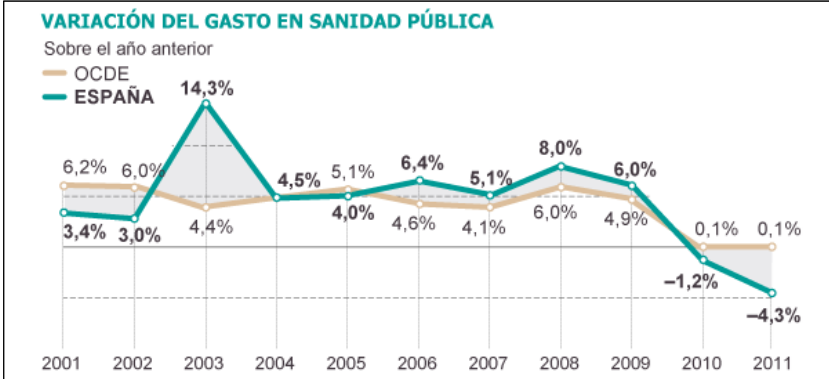
제3절 2008년 경제 위기 후 개혁

1. 2008년 개혁 이후 상황

앞서 살펴본 것처럼, 스페인에서는 주로 AC 차원에서 보건의료를 관리한다. 2000년대 초 이후 AC는 SNS에서 ‘규제, 계획, 무엇보다 재정적 자율성에 있어 보다 큰 지위를 누리고 있다’ 그러나 훗날 유로존으로 위기를 확산시켰던 2008년 전세계 금융 위기는 SNS의 AC 중심 방식에 있어 결정적 단점을 보여주었다. 즉, ‘분권화로 인해 보건의료 비용의 증가가 균일하거나 균형적이지 않게 되었고 경제 위기 발생 후 세제 수입이 급격하게 감소하자 보건의료제도의 유지가 어려워졌다’ (Bernal-Delgado, et al., 2018, p. 25).

2008년 경제 위기 후 스페인의 재정 상황은 악화되었고 2010년부터 2012년까지 정부는 상당한 지출을 삭감했다. 스페인에서 보건의료에 대한 전체 지출(공공 지출에서 73% 차지)은 2000년부터 2009년까지 평균 5.6% 증가한 반면 2010년에는 0.5%, 2011년에는 2.8% 감소했다. OECD의 2013년 보고서에는 이러한 삭감을 정부 지출의 ‘거대한 삭감’ 때문으로 보았다 (Sevillano E. , 2013). [그림 3-1]을 참고한다.

[그림 3-1] 과거 공공 보건 의료 지출의 변화 (2001-2012)



자료: OECD, (Sevillano E. , 2013) 발표

스페인은 보건 의료 인력에 대한 급여 삭감, 공동분담금 인상, 기본 급여 패키지 재정의, 미등록 이민자와 연간 10만 유로 이상 소득자에 대한 서비스 제공 제한 등 2010년부터 2012년까지 여러 개혁 조치를 도입했다. 이러한 움직임 중 가장 논란이 되는 부분이 국가법령(Real Decreto-ley 16/2012)에 포함되었다. 가장 먼저 논란이 되는 부분은 최근 선출된 인민당 정부가 당시 의회에서 절대 다수를 확보하고 있었음에도 불구하고 해당 개혁이 국가법령, 즉 공청회 없이 국회가 통과시키는 법으로 통과되었다는 것이다. 스페인 변호사협회(General Council of Lawyers)는 이 부분이 스페인의 헌법과 지역 보건 의료법에 위배될 수 있다고 보았다. RDL 16/2012는 CISNS과 정부에서 과거 결정한 내용에 기반하고 있으며 2010년 이행되었던 공동분담금 증가를 연장한 반면 이민자의 보건 의료 이용을 제한한 것이 특히 논란이 되었다. 이로 인해 약 15만 명의 미등록 이민자와 무허가 거주민은 응급, 산부인과, 소아과 진료만 볼 수 있게 되었다. 또한 이 법은 소득이 연간 10만 유로가 넘고 사회보장 납입을 하지 않는 주민들에게 치료 비용을 지불을 요구했다

(Spanish Public Healthcare System: Is it Sustainable?, 2013). 이러한 의미에서 이 법은 보건의료에 대한 보편적 접근이라는 SNS 원칙을 훼손했다(García Rada, 2012). 마지막으로, 이 법은 시민보다는 ‘보험에 가입한’ 사람에게 보건의료를 이용할 수 있도록 허용했다. 야당에서는 민간 보험사가 공공 보건의료제도에 끼어드는데 이러한 조항이 이용될 수 있다고 경고했다.

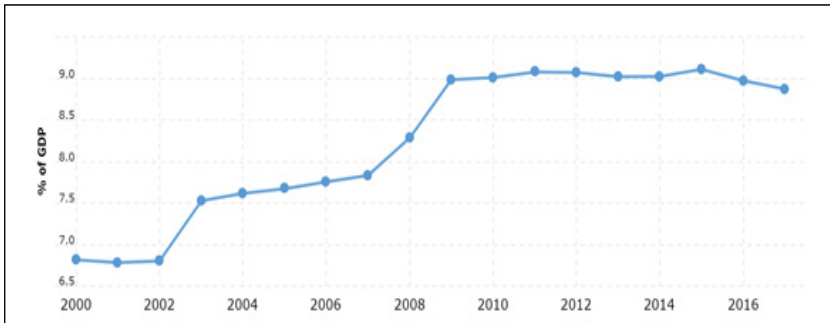
정부는 공공 보조금에서 425개 의약품 목록을 배제하는 등 다른 개혁도 실시했으며 그 결과 급격한 가격 상승을 초래했다: 해당 의약품 중 68개는 ‘매우 일반적이고 널리 사용되는 약품’이었다. 이들 가격은 2013년 1월부터 2월 사이에 거의 두 배가 되었다(Spanish Public Healthcare System: Is it Sustainable?, 2013). 의약품에 대한 공공 지원이 사라지면서 2009년부터 2015년까지 보건의료에 대한 민간 지출은 총 보건의료 비용 중 28.9%까지 증가했고(EU 평균 23.8% 대비) 일조했고 본인 부담금은 2015년 총 보건의료 지출 중 (유럽 평균 16.7%보다 높은) 23.9%를 차지했다. ‘본인 부담금이 증가한 이유는 주로 외래환자 처방약에 대한 공동분담금과 특정 의료 지원 때문이다’(Bernal-Delgado, et al., 2018, p. xxi).

가. 개혁의 효과

재정 관점에서 볼 때 지출 삭감과 RDL 16/2012 덕분에 GDP 대비 보다 안정적인 지출이 가능했다. 이에 따라 공공 보건의료 급여 삭감, 공공 의료 보장에 대한 제한, 보건의료급여 패키지에 대한 재정적, 공동분담금 인상은 스페인이 보다 지속 가능한 보건의료제도를 만드는데 기여했다(Blanco-Moreno, Urbanos-Garrido, & Thuissard-Vasallo, 2013).

스페인에서 보건의료 지출은 GDP 대비 %로 2008년 이후 비슷한 수준을 유지하고 있다. [그림 3-2]를 참고한다.

[그림 3-2] GDP 대비 스페인의 보건의료 지출 % (2000-2018)



자료: World Bank. Spain Healthcare Spending 2000-2020. www.macrotrends.net. Retrieved 2020-10-15.

그러나 계획 관점에서 이러한 삭감은 SNS에 피해를 주었다. 스페인 OMC(Collegiate Medical Organisation: 의과대학단체)에서 실시한 2018년 인구 조사에 따르면 2028년까지 의사 7만 명 이상이 은퇴할 예정이지만 현재 계획은 이 중 5만 5,000만 명의 자리만을 채우게 될 것이다. 이 문제는 AC가 레지던트(MIR) 급여를 2011년부터 2014년까지 위기 동안 11%, 즉 연간 의사당 4,000~12,000유로에 해당하는 금액을 삭감하면서 악화되었다. 실제로 젊은 의사 중 최대 63%가 해외 근무를 선호한다: 2019년부터 2018년까지 11,745명의 의사가 스페인에서 이민을 갔다(Cases, 2020). (간호사로 간주하지 않는 간호 조무사의 존재까지 고려하더라도) 의사 대비 비율이 지속적으로 낮은 간호사의 상황도 비슷하다: 스페인에서 교육 받은 간호사들이 더 나은 직업 기회를 활용하기 위해 2014년과 2015년 각각 2,000명 이상 영국으로 이주했다

(Hernández-Quevedo & Moreno-Casbas, 2019, p. 12.2). 이러한 변화는 급여를 삭감할 뿐 아니라 보건의료의 근로 조건에도 부정적으로 영향을 주었다(Gallo & Gené-Badia, 2013).

나아가 보건의료 지출에 대한 삭감은 정치적으로 격론을 불렀으며 보다 취약한 계층에게 부담은 무겁게 다가왔다. 2014년에도 SNS는 이미 스트레스를 경험하고 있었다: 외래와 수술 대기 명단은 길어졌고 일부 서비스는 주말에 제공되지 않았으며 많은 지역에서 응급 서비스에 과부하가 걸렸다. 응급 서비스에서 앰블런스를 보내지 않기로 결정하면서 2014년 3월 급성 감염에 걸린 아동 한 명이 자원 부족으로 인해 부르고스 지방에서 사망했다(Spain's huge public health deficit, 2014). 같은 해, 재정 부족 상황에서 AC 마드리드 정부는 근로자 5,000명과 일반인 120만명에게 영향을 주는 6개 병원과 27개 1차 진료 센터의 민영화를 제안하였지만 이 정책에 대한 대중 항의로 인해 중단되었다(García Rada, 2014).

2018년 총선 후 RDL7/2018는 보건의료 제공에 대한 제한을 없앴고 본질적으로 보편적 접근을 다시 정의하는 효과를 가져왔다(Bernal-Delgado, et al., 2018, p. 24). 그러나 SNS에 대한 개혁은 제도의 재정 회복력은 보여줬지만 구조적이고 정치적인 희생이 따랐다. SNS는 '구조적 긴장을 누적시켰고 비축 재정을 고갈시켰으며 긴 대기 명단과 환자들의 비난을 가져왔다. 개혁에 대한 필요성은 분명하지만 모든 주체간 불신이 만연한 상태이다'(Repullo, 2018).

요약하면 중앙 정부가 보건의료제도를 관리할 것이라는 대중의 믿음은 2008년 경제와 정치적 격변으로 인해 훼손까지는 아니더라도 심각한 도전에 직면했다. 경제 위기 후 이러한 어려움은 2016년 중앙 정부 없이 보낸 10개월, 2017년 시작된 카탈로니아의 분리주의 운동, 2019년 총선

등 스페인의 최근 정치적 동요와 합쳐져 논쟁을 초래하고 스페인에는 책임 있는 리더십이 부족하다는 인상을 주고 있다 (Repullo, 2018).

이러한 사건들은 COVID-19 팬데믹이 스페인에 발생했을 당시 정치 경제적 상황을 보여준다. 스페인의 국영 보건의료 기관인 Instituto Carlos II의 한 애널리스트는 2019년 12월 스페인의 미래 보건의료의 의제가 ‘자유-보수 모델(민간 보건의료로 중산층의 탈피가 증가하는 가운데 공공 보건의료는 정체)과 사회개혁주의자 모델(관리 모델에 논란이 있긴 하지만 보건의료에 재투자) 사이를 계속 왔다 갔다 할 것’이라고 전망했다(Repullo, 2018). 이번 코로나바이러스 팬데믹은 이러한 의제를 어느 방향으로 가게 할 것인가?

제4절 팬데믹에 대한 대응

1. 개요

SNS의 분권화 특성 때문에 중앙 정부는 팬데믹 상황에서 재량으로 이용할 수 있는 권한이 그렇게 구체적이고 세세하지 않다. 주요 권한으로는 (락다운을 통해) 병원으로 환자가 유입되는 것을 막고, 의사들을 의료 과정을 수료하기 전에 레지던트 근무 중에 현장에 투입할 수 있도록 하는 등 AC가 법률 개정을 할 수 있도록 허용하는 것이다. 이러한 권한을 제도적으로 적용하기 전 일부 AC에서는 1차 유행의 정점이 지나갔지만, 이러한 권한과 비상 사태에 따른 기타 법적 권한은 AC와 기타 필요한 현장에서 PPE와 인공호흡기를 확보하는데 중요해졌다.

스페인 정부의 종합 대응은 3월 14일 비상 사태를 선포한 것이었다. 이처럼 헌법에서 허용하는 조치를 통해 스페인 정부는 스페인 국경 내로 그리고 스페인 내에서 사람, 물자, 서비스의 이동을 제한할 수 있는 중요한 법적 권한을 갖게 되었다. 또한, 6회¹⁵⁾ 연장된 비상 사태(법적으로 이러한 선포는 2주간만 지속할 수 있으며 연장하려면 의회의 승인을 받아야 한다)는 해당 AC에 대해 수집한 요구사항을 기반으로 제약 해제를 위한 상세 가이드라인을 포함했고 이는 단계별로 구성되었다. 마지막으로, 2020년 6월 9일 스페인 정부는 AC 보건의로 당국에게 ‘공공 보건의로, 1차 진료, 병원 서비스 간 대응 역량과 조율을 보장하는 비상 계획을 갖추도록’ 요구할 수 있는 법을 통과시켰다. 또한 공공이건 민간이건 모든 1차 진료 제공자와 병원에게 ‘COVID-19와 관련된 비상 상황을 관리할 수 있는 내부 계획’을 마련하도록 요구했으며 이러한 계획은 ‘급격한 전염 확산과 그로 인한 감염 증가에 대응할 수 있는 역량을 보장’하고 대응에 있어 ‘적시에 필요한 자원을 이용하거나 설치할 수 있는 능력’을 갖추어야 한다. 마지막으로, 이러한 계획은 정상 상황으로 돌아오는데 필요한 구체적인 단계를 포함해야 한다(«BOE» núm. 163, de 10 de junio de 2020, 2020).

이러한 움직임과는 별도로, SNS와 스페인 병원 체계의 분권화 구조에서는 AC가 이번 팬데믹의 1차 유행 동안 ICU 수용 능력, 검사, 자원 조달, 환자 분류 작업에 관한 거의 모든 결정을 내렸으며 마드리드, 카탈로니아처럼 바이러스의 타격을 가장 심하게 입은 AC는 개별 병원에서 상황에 따라 그때그때 결정을 내렸다. 2020년 3월 14일 비상 사태 법령을 통해 AC가 민간 보건의로 서비스 관리를 맡도록 허용했고 공공 보건을 위

15) 6번째 선언을 통해, 락다운의 단계적 축소를 위해 3단계 기준을 달성한 AC는 단계적 축소 과정을 시작하도록 허용했다. 만약 역학적 상황이 괜찮다면 비상 사태에 대한 이러한 예외조치를 통해 해당 단계의 2주 기간을 단축할 수 있도록 AC에 권한을 주었다.

한 군 시설 활용이 허용되었다(The Lancet, 2020). 따라서, 중앙 정부는 아직 레지던트 근무를 끝내지 않은 의대생들을 현장으로 보낼 수 있었고 지방 정부는 이러한 결정에 대한 지방 병원의 불만을 다루어야 했으며 중앙 정부와 지방 정부 사이에서 누가 PPE를 주문해야 하는지에 대한 혼란이 발생함으로써 보건의료제도의 구조는 스페인의 팬데믹 비상 사태에 대한 법적 대응에 직접적으로 영향을 주었다. 이 둘의 역학관계로 인해 3차, 즉 병원 종사자들 사이에서 매우 높은 감염률이 나타났다.

4월 초가 되자 스페인은 감염률을 극적으로 낮출 수 있었고 일부 지역에서는 COVID-19 환자 전용으로 만들어진 대형 야전 병원이나 기타 임시 병원들을 신속하게 조립 및 해체할 수 있었다. 그러나 중앙 정부의 초기 지연되고 혼란을 초래한 대응은 질병을 다루기 위해 중앙 정부가 활용해야 했던 법적 조치와 함께 스페인의 대응 방식에서 중요한 역할을 했다. 지난 몇 년간의 예산 삭감으로 인해 인력과 장비 부족의 영향은 더욱 심화되었고 이는 불행히도 전세계 가장 높은 감염률 중 하나로 나타났다.

2. 비상 사태에 대한 침묵과 대응 지연

앞서 주지한 것처럼 스페인에는 국가 보건의료 비상 대응 조직인 CCAES가 있으며 CCAES의 역할은 ‘스페인 국민에게 보건의료 위험을 유발하는 국내외 높은 경보 또는 비상 상황에서 정보 관리를 조율하고 지원을 제공’하는 것이다. 또한 CCAES는 공공 보건의료 위험 시 대응 계획을 마련하고 실행한다(Cortés García, 2012). 그러나 CCAES는 이 바이러스의 확산 소식에 대해 대응이 늦었던 것 같다. CCAES의 보고를 받는 상위 기관인 보건부는 1월 30일 WHO가 발표한 대응 가이드라인을 준수했다고 주장하지만 추적 보도에 따르면 CCAES 최고책임자는 스페인이

WHO가 분류한 스페인의 질병 발생 위험 등급 ‘중상’이 아니라 ‘중’에 해당하는 위험에 직면했다고 주장함으로써 WHO의 메시지를 완화시켰다. 무엇보다 최악인 것은 WHO가 명시한 스페인의 위험에 대해 인지한 후에도 스페인 정부가 수 천명의 인파가 몰린 마드리드 시위에 대중 참여를 허용하고 심지어 장려한 것이었다. 이러한 사실들은 이번 팬데믹을 처리하는 계획이 느리게 진행되었음을 보여준다. 스페인은 2003년 SARS 유행병을 다루기 위한 대응 계획을 준비했음에도 불구하고 이번에 타격을 준 COVID-19에 대해서는 준비가 되어 있지 않았다.

3. 국가적 차원의 지침: 처음에 지연되고 혼란을 유발

3월 14일 비상 선언에 앞서 스페인 정부는 3월 10일 입원에 대한 지침을 발표함으로써 병원(그리고 ICU)으로의 환자 유입을 관리하고자 했다 (Ministry of Health, 2020). 그러나 이 지침은 이번에 환자가 너무 몰린 병원의 상황을 예상하지 못했는데 그 이유는 아마도 ICU 입원 기간을 COVID-19 환자의 28일(팬데믹에서 당시 평균)보다 짧은 환자들을 감안하여 측정했기 때문일 것이다 (Ojeda, 2020). 3월 말 스페인 과학 협회들은 일반적인 COVID-19 지침을 발표했다 (Spanish Society of Intensive and Critical Medicine and Coronary Units [Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias], 2020). 스페인 보건부는 4월 1일이 되어서야 공식 입장 보고서를 발표했다 (Ministry of Health, Consumption and Wellbeing, 2020). 상황이 이렇게 때문에 마드리드의 한 병원은 가이드라인이 필요하며 스페인 정부는 지침을 내놓는데 미온적이라는 견해를 갖고 자체 가이드라인을 발표했다(Herreros, Gella, & Real de Asua, 2020). Herreros et al.

은 중앙 정부의 조치에 대해 매우 비판적이다. 이들은 스페인 정부가 가이드라인을 발표하는 시점에 ‘마드리드의 모든 ICU가 COVID-19 급증에 무너졌고 각 센터는 각자 최선을 다해 환자 분류 기준을 관리했다고 주장한다. 실제로, 기관들을 아우르는 지침이 부족한 상태에서 많은 센터가 어떠한 체계적 기준도 없이 환자 분류를 “계속 진행”하고 있었다(Herreros, Gella, & Real de Asua, 2020).

그러나 이러한 비난에 있어 AC 차원의 대응도 부적절했던 것 같다. 이번 사태 발생 초기에 스페인 정부와 CISNS의 지역 당국은 (야전 병원을 만들거나 병원 내 수용 능력을 늘림으로써) ICU 병상 수를 늘리고 보다 많은 보건 의료 전문가를 채용하기로 결정했다 (SEMICYUC, 2020). 그러나 상황은 혼란스러워졌고 조율은 체계적이지 못했다. 2020년 3월 말, ICU 수용 능력이 두 배가 되었다거나 시급하지 않은 수술은 보류하기 위해 (AC에서) 정책적으로 비워둔 ‘다른 병동이나 심지어는 수술실 안쪽에도 중환자 진료 병상을 설치’한다는 뉴스 보도가 있었다(Sevillano & Sosa Troya, Coronavirus in Spain: Five crises rolled into one, 2020). AC 리더들은 팬데믹이 정점에 달하는 동안 병원 수용 능력을 비공식적으로 조율하고 있었다. 예를 들어, 2020년 3월 26일 카스티야라만차 AC의 최고책임자가 마드리드 AC의 최고책임자에게 카스티야라만차가 마드리드 환자들을 돌보는데 필요한 모든 병원 역량을 제안했다는 보도가 있었다 (C-LM ofrece a Madrid su capacidad hospitalaria y reparte 300 tarjetas sanitarias diarias, 2020).

ICU 병상은 지역마다 다르게 배분이 되었고 COVID-19의 타격을 심하게 입은 지역에 더 집중되어 있었다. 따라서 일부 AC에서는 ICU가 포화 상태에 이르지 않았지만 어떤 AC는 임시 응급 클리닉이나 야전 병원에까지 의존했다.

마드리드 AC는 유럽에서 가장 큰 COVID-19 야전 병원(3월 21일 개원, 5,500개의 응급 병상 포함)을 포함해 코로나바이러스로 감염된 환자의 회복을 위해 12개의 '의료 장비를 갖춘 호텔'을 지었다. 또한 카탈루냐 AC는 다음과 같이 6개의 야전 병원을 만들었다: 이구아라다 스포츠 시설에 100명 수용 가능한 병원, 발 드 헤브론 병원에 130명 수용 가능한 병원, 바달로나, 지로나, 샌트 앤드류 데 라 바르카 지역에 병원, 피라 바르셀로나 살루트에 병상 2,000개 규모의 병원. 야전 병원의 경우 발렌시아 AC에서는 라 페 병원(500 병상 규모) 옆, 알리칸테에서는 종합병원(환자 400명 수용) 옆, 카스테욘에서는 종합병원(200 병상 규모) 인근에 만들어졌다. 아라곤 AC에서는 야전 병원이 사라고사 오디토리움의 다목적실에 만들어졌고 라 페리아 시에는 환자 200~500명 위한 야전 병원이 만들어졌다. 아라곤의 수도 인근 도시 칼라타유드에서는 군용 텐트에서 응급 서비스를 제공하기 위해 에르네스트 유치 병원을 보강하였다. 세고비아(카스틸라 레온 AC)에서는 종합병원 옆 야전 병원을 통해 환자 120명을 수용할 수 있었다. 오비에도(아스투리아스 AC)에는 아스투리아스 센트럴 대학 병원 옆에 응급 병원이 위치하고 있다; 히혼에는 의료 장비를 갖춘 트럭이 있다. 스페인 해군은 800개 병상을 갖춘 갈리시아 선함을 메릴라 AC에 배치했다. 이 선함은 아포요 병원 단지 옆에 있는 또 다른 시설을 만드는데 사용되고 있다. 갈리시아 AC에는 갈리시아 보건의료 센터의 진료 붕괴를 막기 위해 2개의 야전 병원이 만들어졌다: 라코루냐의 박람회장(약 200 병상)과 100~150명을 수용하게 될 산티아고 데 콤포스텔라의 복합시설(Fernández Jara, 2020) 병원에 대해 점점 늘어가는 부담 때문에 스페인 정부는 코로나바이러스의 확산을 멈추고 스페인 ICU에서의 혼잡을 줄이기 위해 필수 부문에서 근무하는 이들을 제외한 '모든 4,700만 스페인 인구의 전체 락다운'을 하도록 3월 29일 제약조치를 강

화하였다(Marcos, 2020). 이러한 조치는 사람들의 이동을 엄격하게 제한하였고 이는 모든 유럽 국가를 통틀어 가장 극단적 조치 중 하나였다.

4. 1차 진료 부문: 인력 부족으로 인해 대응 지연

2020년 여름 스페인의 1차 진료 제공자는 양성 환자이건 의심 환자이건 COVID-19의 유입에 대응해야 한다는 스트레스를 받았다. 본질적으로 1차 보건의로 센터는 일상적으로 해 오던 역할에 추가하여 ‘전염병 통제 센터’가 되었다(Rejón, 2020).

AC의 1차 진료에 있어 주요 문제는 인적 자원의 부족이었다. 이는 적어도 2009년부터 SNS를 어렵게 만든 사안이다(Martín-Moreno, Gorgojo, Claveria, & Peiro, 2009). COVID-19 양성 환자의 유입, 다른 환자에 대한 진료 유지, 몇 년간 예산 삭감으로 인한 자원 손실에 대해 스페인의 많은 1차 진료 센터가 심각한 문제들을 보고했다. 아직 레지던트 근무를 끝내지 않은 의대생들을 현장으로 보낸다는 국가 정책의 경우 이들 의대생들의 지원 능력이 제한적이기 때문에 일부 병원에서는 인기가 없었다(Rejón, 2020). 마드리드, 카탈로니아, 발렌시아, 카스틸라 레온, 무르시아 AC의 인력들은 2020년 6월 초 인력 부족을 호소했다. 당시 마드리드 지역 인력의 노조인 CSIT는 마드리드 AC 정부가 신규 의사 335명, 간호사 249명, 행정직 109명에 대한 요구를 감당하기 ‘매우 어려울 것’이라고 예측했다. CSIT에 따르면 문제는 마드리드 정부가 불안정하고 업무량이 상당한 근로 조건을 제시한다는 것이다. 의사와 의대 레지던트 협회(Amyts)는 마드리드 정부가 미결정 지역에서 레지던트 내과의사들에게 제시한 고용 조건을 ‘쓸모 없는 계약’이라고 부른다(Rejón, 2020). 8월 이 협회는 더 나은 계약을 위해 마드리드 보건의로 당국과

‘사전 합의’를 했고 노조원들은 근로 조건이 더 나아질 것이라는 희망을 가졌다. 노조 계약이 계속 업데이트가 되기 때문에 이 계약이 스페인(또는 마드리드)의 보건의료제도에 있어 영구적인 변화라고는 할 수 없지만 AC가 보건의료 인력 지출을 늘린다는 점에서 개선을 의미한다.

간호사 부족 상황을 다루기 위해 4월 고용부는 치과 의사, 약사, 연구실 기술자는 물론 간호사 등 의료 학위를 갖고 있는 이민자에 대한 취업허가증 발급을 가속하였다(Martín M. , El Gobierno dará autorización de trabajo a inmigrantes con perfil sanitario, 2020). 고용부는 4월 14일까지 400건을 승인했다. 한편 경보 상태에 있는 동안 보건부는 해외에서 학위를 받은 전문성을 인정하는 유연한 절차를 만들었고 대학부는 의사와 간호사에 대한 승인을 우선적으로 처리했으며 이민국 국장은 신속 처리를 통해 390명의 보건의료 전문가를 허가했다. 4월 중순 동안 교육부는 간호 조무사를 중심으로 223개의 직업 훈련 자격증을 승인했다(Martín & Peinado, 2020). 이는 스페인에 거주하는 필리핀인들에게 반가운 소식으로 이들 중 상당 수가 자국에서 면허를 받았으며 스페인의 비공식 분야에서 근무하고 있었다(Sotelo Aboy, 2020).

5. 장비 부족으로 인한 보건의료 인력의 위험

3월과 4월 스페인 전역에서 ‘특히, FFP2와 FFP3 호흡보호구 등 수술용 마스크, 보호복, 장갑, 고글, 인공호흡기’ 등 의료 장비가 심각하게 부족했다 (Buxadé Villalba, 2020). 일부 도시나 지역은 물량이 과다한 반면 그렇지 않은 곳도 있어 병원에서 보고한 장비 부족은 지리적으로 차이가 있었다.

흥미롭게도 스페인 필수 의약품 관상동맥치료실 협회(Spanish Association of Critical Medicine and Coronary Units: Semicyuc)가 발행한 가이드라인은 이러한 상황을 예측하고 있었으며 3월 17일 스페인 중환자관리간호사협회(Spanish Association of Critical Care Nurses: SEEIUC)는 ‘보건의료 문제(구조적 재구성, 인적 자원과 물적 자원), 보건의료 인력의 감염 예방에 대응하는 긴급 계획을 준비할 필요’가 있다고 주장했다. 중앙 정부도 이러한 문제를 인지하고 있었고, 중앙 정부가 구매를 관리하지만 지방 정부가 자체 공급품을 조달하도록 허용하는 법령을 이미 비상 사태 전에 통과시켰다. 그러나 3월 14일에 ‘전세계 모든 곳의 조달 공무원들이 의료 공급품 확보를 위해 이미 경쟁하고 있었기 때문에’ 이러한 접근방식은 결국 실패했다’(Sevillano & Romero, 2020). 3월 29일 산체스 총리는 마스크, 인공호흡기, 검사에 대한 국가 생산과 발표했는데 (Picheta, 2020) 그전에 마드리드의 라파즈 병원은 한 공급업체로부터 인공호흡기를 구매하기도 했다(Sevillano & Sosa Troya, 2020). 4월 말이 되자 스페인 산업통상관광부는 3월 유럽의회와 유럽이사회가 3월 확인한 것과 같은 기준으로 유럽공동시장(CE) 및 CE 외 PPE를 구입할 수 있도록 허용했다. PPE 구매는 지역 업무로 유지되었고 CE 외 국가들이 원산지인 제품에 시장 규정을 적용했다.

PPE 부족은 스페인의 보건의료제도에 있어 또 다른 심각한 문제, 즉 5월 11일에 이르자 보건의료 인력이 COVID-19 전체 환자 중 24.1%를 차지하는 문제에 일조한 듯 하다. 스페인의 보건의료 인력의 COVID-19 상황에 대한 3월 21일 보고서(스페인 보건의료 당국의 지원을 받아 수행한 보건의료 인력과 COVID-19에 관한 가장 최근 보고서)에 따르면, SARS-CoV-2 경보 이래 2020년 5월 11일까지 40,921건의 보건의료 인력 COVID-19 진단 사례가 RENAVE(National Epidemiological

Alert Network: 국가 전염병 경보 네트워크)에 보고되었다. 이 숫자는 당시까지 RENAVE에 보고한 전체 COVID-19 사례 중 24.1%에 해당한다.

제5절 평가: 팬데믹으로 인한 변화

팬데믹의 1차 유행 동안의 변화, 특히 진료 역량 확대가 영구적으로 계속될 것인지 판단하기에는 이르다. 계획의 회복력 관점에서는 이러한 변화가 사실상 사라지는 것이 바람직하다. 예를 들어, 회복력 계획은 응급 클리닉처럼 1차 유행이 최고조에 달했을 때 만들어놓은 ICU 병상의 해체를 환영할 것이다. 그러나 이들 병상이 다시 필요할 수 있기 때문에 만약 그렇게 설계를 해놓았다면 그때그때 만들어낼 필요가 없을 것이다. PPE와 인공호흡기에 대한 공급망 또한 안전화된 것으로 보인다.

스페인에 있어 보다 장기적인 도전과제는 의사 면허 발행 속도를 높이고 1차 진료 인력 공급을 개선하는 것이다. 마드리드 AC와 MIR/레지던트 의사의 근로 계약은 신규 배출 의사의 해외 이민으로 인해 스페인의 보건의료 인력이 급격하게 감소하지 않을 수 있다는 지표이다. 그러나 간호 노조와 기타 보건의료 인력은 계속해서 우려를 표명하고 있으며 이는 인력 부족과 긴장 상태가 SNS의 문제가 될 것임을 암시한다. 인력에 대한 지속적인 지출이 해결책의 일부가 될 수 있지만 PPE 공급과 인력 안전에 대한 보다 많은 관심, 교대근무와 휴일 근무 일정 개선과 와 같은 근로 조건의 분명한 개선이 요구된다. 대체로 이러한 개선은 해당 AC에 달려있지만 현재 보건의료 인력에 대한 대중의 지지가 높기 때문에 이러한 변화가 생기기까지는 오래 걸리지 않을 것이다.

노인들을 위한 요양원이 안고 있는 도전과제가 매우 크지만 여기서는 이 문제를 다루지 않는다. 이 업계는 지엽적이지만 분명 SNS와 연결되어 있으며 특히 3월과 4월에 기록한 높은 사망률 등 심각한 어려움을 겪었다. 스페인은 노인 세대에서 그렇게 많은 사망자가 나온 것에 충격을 받았다 (Edquist & Martínez-Jiménez, 2020). 그러나 이 사안은 본 내용에서는 적절하게 다룰 수 없다.

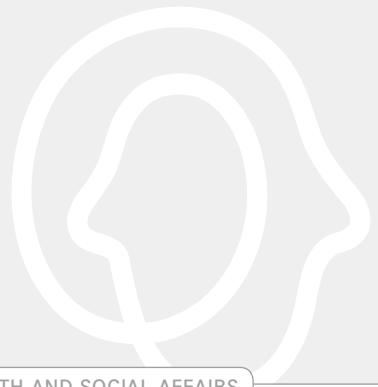
또 다른 주요 도전과제는 중앙 정부에 대한 대중의 신뢰를 회복하는 것이다. 이 부분은 팬데믹 전에도 스페인에서 중대한 문제였으며 스페인 정부의 대응 실책과 투명성의 결여는 지켜보는 많은 이들을 좌절시켰다. 본 내용을 작성하는 시점에 일부 AC에서 연장하고 있는 락다운이 특히 인기가 없는 것으로 나타났다. 첫 락다운 동안 정부의 주요 동맹 세력인 바스크국민당(PNV)조차도 지역들과 체결한 ‘공동 관리’ 합의를 비난했다. AC 정부 중 일부는 첫 락다운 동안 스페인 정부의 권한에 대해 비판적이었으며 AC 정부는 주민들에게 계속 락다운 준수를 요구하기가 어렵다는 것을 알게 될 것이다. (첫 락다운 동안 카탈로니아 정부는 AC에 대해 지나치다고 생각되는 중앙 정부의 권한, 중앙 정부가 이 유행병의 전국적인 상황을 알지 못한 채 검역 조치를 단계적으로 축소, 투명성 법안에 대한 중앙 정부의 유예, 정부 조달 조치에 대한 중앙 정부의 침묵에 관해 우려를 제기했다).

정치적 충돌, 특히 그 결과로 인해 팬데믹 상황에서 나타나는 보건의로 관리의 공공 불확실성을 피하기 위해 한 가지 제안을 하자면 ‘전국적으로 적용 가능하면서 각 지역의 특이 사항에 대해 유연하게 대처하는 공통의 규제 틀을 수립’하는 것이다. 그렇게 할 경우 현재 마드리드 AC의 경우처럼 보다 엄격한 락다운을 하려는 법적 압박에 대해 지방 정부가 저항하는 상황을 피할 수 있을 것이다. 이것은 ‘사법적 결정이 공공 보건의로 조치

를 간섭하는' 상황이다. 이 견해에 따르면, '현재 법령에 맞춰 조정한 기준을 승인하자는 공감대가 형성되었다면 마드리드 AC에 지금과 같은 "혼란의 상태"가 오지 않았을 것이다' ("España carece de marco jurídico para tomar decisiones sanitarias estables", 2020).

공통적인 법적 체계가 적합해 보이지만 현재 스페인이 직면한 정치와 경제 상황에서 그런 체계를 만드는 것은 아무리 보아도 무리일 듯 하다. 대중의 신뢰와 AC 협력에 의존할 수 있는 강하고 일관된 중앙 정부를 대중이 만드는 정치적 치유가 먼저 있어야 할 것 같다. 따라서 스페인의 SNS가 직면한 도전과제는 오늘날 스페인의 불안정한 정치적 상황을 가장 명확하게 보여주고 있다. SNS 혹은 스페인조차 이와 같은 작금의 심각한 도전과제를 어떻게 헤쳐갈 것인지 분명하지 않다.

그러나 전반적으로 2008년 경제 위기는 SNS, SNS의 팬데믹 대응에 있어 재정적 영향보다는 구조와 정치적 영향을 준 것이 분명해 보인다. 침상과 장비 부족이 2008년 예산 삭감과 관련이 있을 수 있지만 이러한 문제는 새로운 공급망 확보를 통해 그리고 AC 보건의료제도의 비공식적 협력을 통해 보다 쉽게 해결했다. 전반적인 보건의료 투자 부족이 문제였지만 보건의료제도를 특히 손상시킨 것은 1차 진료 급여에 대한 삭감으로 보인다. (SEAT가 스페인을 위해 인공호흡기를 생산하는 것처럼) 인공호흡기와 마스크는 생산 업체에게 인센티브를 제공함으로써 만들 수 있다. 그러나 의사를 배출하거나 유지하기는 그렇게 쉽지 않다. SNS를 재정비하기 위해 의사, 환자와 협력함으로써 국가 (그리고 지방) 공무원/정치인에 대한 대중 신뢰를 개선할 수 있을 것이다. 아마도 이와 같은 과정은 일부 정치적 차이도 극복할 수 있을 것이다.



제4장

이탈리아의 코로나19에 대한 대항: 부채 가득한 경제와 지역간 격차

제1절 서론

제2절 이탈리아의 의료 시스템과 글로벌 금융 위기
이후의 변화

제3절 코로나19 팬데믹에 대한 이탈리아의 대응

제4절 논의 및 결론



제 4 장

이탈리아의 코로나19에 대한 대항: 부채 가득한 경제와 지역간 격차

제1절 서론

계속되는 코로나19 팬데믹으로 지금까지 전 세계적으로 4천 5백만 명 이상의 사람들이 감염되었고 120만 명의 사망자가 발생했다.¹⁶⁾ 2019년 말 중국 중부지역에서 발생한 후 코로나19는 2020년 초 다른 국가로 확산되기 시작했다. 이탈리아는 코로나 바이러스가 중국 외부로 전파된 최초의 국가 중 하나이자 가장 큰 타격을 입은 국가 중 하나가 되었다. 2월 말부터 일일 확진자가 급증하기 시작했으며 3월 말부터 4월 초까지 1차 확산 확진자 수가 정점에 도달했다. 3월 31일 총 확진자 수는 10만 명을 약간 넘어섰고 사망자 수는 11,000명 이상이었다. 이 날 이탈리아의 확진자 수는 전체 확진자의 거의 4분의 1을 차지했으며 EU (영국 포함)에서 보고된 모든 사망자의 40% 이상을 차지했다.

본 논문에서 우리는 글로벌 금융 위기 이후 이탈리아에서 일어난 의료 개혁이 이탈리아 의료 시스템의 팬데믹 대응 역량에 어떤 영향을 미쳤는지 분석한다. 먼저 1978년 이탈리아 국가보건제도(National Health System)의 설립과 2008년 글로벌 금융 위기 사이 의료 제도 발전에 대한 간략한 개요와 함께 분석을 시작한다. 다음은 글로벌 금융 위기 및 이에 따른 유럽 국가 부채 위기 이후 실행된 개혁에 대해 논의한다. 마지막으로 1차 확산에 대한 이탈리아의 대응을 검토하고 다가오는 2차 확산에 대한 우리의 의견을 제시한다.

16) 존스 홉킨스 코로나바이러스 센터(Johns Hopkins Coronavirus Center)가 보고한 통계 기준 (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>, 2020년 10월 31일 접속 기준).

우리의 주요 연구 결과는 다음으로 요약될 수 있다. 글로벌 금융 위기 이전 몇년 동안 이탈리아의 1인당 정부/의무 의료 지출은 EU 국가 평균을 상회했다. 금융 위기 이후 국가 부채를 줄이기 위한 조치의 일환으로 의료 예산 적자 규모가 컸던 지역들은 재정 회복 계획을 따라야 했으며 의료 서비스 수입을 늘리기 위해 추가 본인부담금(co-payments)이 도입되었다. 이러한 조치들로 인해 의료 인력 및 병상이 감소했다. 하지만 GDP 대비 이탈리아 국가 부채는 2008년과 2019년 사이 감소하지 않고 오히려 크게 증가했다. 이는 부분적으로는 글로벌 금융 위기와 유럽 국가 부채 위기에 따른 이탈리아의 GDP 하락 때문이었다. 전반적으로 이탈리아는 빈약한 공공 재정과 수년 간의 엄격한 지출 제한으로 인해 의료 시스템의 자금이 부족한 상황에서 팬데믹을 맞았으며, 1인당 정부 의료 지출이 EU 평균보다 훨씬 낮아져 있었다. 더욱이 이탈리아는 중국 이외에 코로나19 확산에 직면한 최초 국가 중 하나였던 이유로 다른 EU 국가에 비해 비상 사태에 대비할 시간이 훨씬 부족했다. 또한 코로나19의 사망률이 특히 높은 연령대인 65세 이상의 인구 비율이 EU 내에서 가장 높다는 약점이 있었다.

1차 확산에 대한 이탈리아의 대응과 관련하여 우리는 다음과 같은 사항에 주목한다. 1990년대 초부터 이탈리아 의료 정책에서 “관리통제주의”와 “지역화”가 주요 동향이었다는 점이 과거 연구(예: Ferrè et al., 2014 참조)에서 강조된 바 있다. 결과적으로 팬데믹이 이탈리아를 강타했을 때 의료 자원과 의료 서비스 조직 측면에서 상당한 지역적 격차가 있었다. 우리는 팬데믹 초기 큰 타격을 받았던 북부 지역인 에밀리아-로마냐(Emilia-Romagna), 롬바르디아(Lombardy), 베네토(Veneto)의 경험을 비교한다. 롬바르디아 지역은 1차 확산 기간 동안 특히 높은 확진자-치명률(case-fatality ratio, CFR)을 보였다. 해당 지역은 팬데믹이

시작될 때 평균보다 낮은 중환자실(ICU) 수용 능력을 갖고 있었다. 또한 롬바르디아는 이탈리아에서 병원 재단(hospital trusts)가 지역 보건 당국으로부터 완전히 독립된 유일한 지역인데, 다른 지역에서는 두 당사자가 어느 정도 통합되어 있다 (Mapelli, 2007).

이와 비교하여, 베네토 지역의 확진자-치명률(CFR)은 훨씬 낮았는데, 이 지역은 팬데믹 초기 평균 이상의 ICU 수용력을 보유하고 있었다. 또한 베네토 지역은 병원 재단에 대한 의존도가 훨씬 낮은 완전히 통합된 시스템을 갖추고 있다. 또한 지역 사회 치료 제도가 상대적으로 잘 발달되어 있어 팬데믹 기간 동안 입원율을 낮추는 데 도움이 되었다. 마지막으로 에밀리아-로마냐의 CFR은 롬바르디아보다 낮았지만 베네토보다는 높았다. 베네토와 마찬가지로 에밀리아-로마냐는 팬데믹이 발생했을 때 평균 이상의 ICU 수용력이 있었지만, 베네토와는 달리 병원 재단이 상대적으로 많은 부분을 차지하는 준 통합 시스템을 가지고 있다. 이러한 지역간 비교는 팬데믹에 대응할 때 ICU 역량과 의료 서비스 조직이 공동으로 중요하다는 사실을 강조해 준다.

1차 확산이 끝났을 때, 이탈리아는 전 EU(영국 포함) 내에서 세 번째로 높은 확진자 수, 두 번째로 높은 사망자 수 및 세 번째로 높은 CFR을 기록했다. 또한 우리는 EU에서 확진자 수가 정점을 찍은 후 1개월 반 만에 CFR이 12%로 최고치를 기록하고 하락하기 시작했음을 알 수 있었다. 반면 이탈리아의 경우 확진자가 정점이 이룬 뒤 CFR이 14.5%로 정점을 기록하고 하락하기 시작하기까지 2개월 반 이상이 걸렸다. 그럼에도 불구하고 이탈리아는 5월 중순 인구 10만 명당 확진자 수를 EU 평균 이하로 낮추는 데 성공했으며, 이는 이탈리아가 팬데믹 기간 동안 직면했던 특히 어려운 상황에도 불구하고 1차 확산 동안 실행했던 조치들이 다른 일부 EU 국가들의 조치보다 상대적으로 잘 작동했음을 시사한다. 실제로 이탈

리아는 올해 상반기 대비 2020년 3분기 동안 EU 전체에서 확진자 수가 가장 많이 감소했다.

이탈리아 의료 시스템에 대한 금융 위기의 영향은 과거 연구들이 분석한 바 있다(예 : de Belvis et al., 2012 및 Ferrè et al., 2012 참조). 또한 국가 및 지역 차원에서 코로나 바이러스에 대한 이탈리아의 대응을 되돌아보기 위해 팬데믹이 시작된 이후 수 많은 연구 및 사설들이 발표되었다(예 : Armocida et al., 2020 및 Grasselli et al., 2020 참조). 우리는 이러한 연구들에 더해 이탈리아 의료 시스템의 “지역화” 정책과 글로벌 금융 위기 이후 지역 의료 예산의 적자를 줄이기 위해 도입된 강력한 조치들이 어떻게 이탈리아의 코로나 바이러스 1차 확산 대응 방식을 형성했는지에 대한 분석을 제공하고자 한다.

본 논문의 나머지 부분은 다음과 같이 구성된다. 3절에서는 먼저 2008년 금융 위기 이전 이탈리아 의료 시스템의 주요 특징을 살펴본 후, 금융 위기로 인해 시스템이 어떻게 흔들리게 되었는지 분석한다. 의료 시스템으로 인해 1차 확산에 대한 이탈리아의 대응이 어떻게 구축되었는지, 그리고 1차 확산으로 의료 시스템이 어떻게 변경되었는지는 4절에서 분석한다. 5절에서는 우리가 발견한 내용에 대한 논의와 결론을 제공한다.

제2절 이탈리아의 의료 시스템과 글로벌 금융 위기 이후의 변화

1. 배경

이탈리아 국가보건제도(National Health System)는 이탈리아어로 Sistema Sanitario Italiano (SSN)로 불린다. 법령 제883호에 의해

1978년 수립되었고 1980년에 모든 지역에서 시행되었다. 이 제도의 수립은 의료 서비스가 “indigenti” (극빈층)에게 무료로 제공되어야 하고 보건의 전체 지역사회/국가에 혜택을 주는 집단적 이익이라는 헌법 원칙에 따라 이루어졌다. SSN은 영국의 국가보건서비스(National Health Service, NHS)에서 영감을 받았다. 대부분 무료로 치료가 제공되며, 일부 서비스에서 대해 본인부담금(co-payment)이 있다. SSN은 병원, 지역, 일반의 (GP) 및 소아과 진료를 통한 치료 서비스를 감독하는 “unità sanitaria locale” (USL)라는 이름의 지역 보건 당국 내에 조직되었다.

의료 서비스에는 두 접근지점이 있다: GP나 소아과 의사, 그리고 응급실이다. 따라서 GP 및 소아과 의사는 보건 제도의 문지기 역할을 한다. 이들은 해당 지역 내 USL과 계약을 맺은 독립 전문가이다.

2. 글로벌 금융 위기 이전의 의료 개혁

SSN는 설립 이래 자금 부족난을 겪어 왔으며 의료비는 수년 동안 증가했다. 여러 요인들이 있었지만 이와 같은 자금난을 이유로 입법 법령 502/1992 및 517/1993을 통해 1992-1993년 대규모 의료 개혁이 일어났다. 이 개혁을 통해 USL은 “azienda unità sanitaria locale” (AUSL)이라고도 불리는 “azienda sanitaria locale”(ASL)로 변경되었으며, 지역과 관련된 일부 병원들은 병원 재단인 “azienda ospedaliera”(AO)로 여겨지게 되었다. “azienda”라는 단어는 “회사”를 의미하는데, 의료 관리에 대해 보다 비즈니스적인 접근방식을 취하려는 정부의 정책을 반영한다.

해당 개혁은 과도한 지출을 억제하고 ASLs 및 AOs의 예산 내 손익을 보장하는 것을 목표로 했다. 각 ASL 과 AO는 ASL/AO 성과에 책임을 지

는 CEO를 임명해야 했다. 하지만 CEO 임명 시 정치적 개입의 범위로 인해 우려가 일어났다 (예 : Troisi 및 Guida, 2018 참조).

또한 이 개혁으로 지역들이 의료 예산 및 자신들이 제공하는 치료에 대해 더 많은 통제권을 얻게 되면서 의료 제도 자치 위임의 길을 열게 되었다. 하지만 각 지역은 최저 의료 서비스 수준인 “livelli essenziali di assistenza(LEA)”를 충족해야 했으며 LEA 수준 이상의 치료를 제공하기 위해 자신들의 예산에 의존해야 했다.

이러한 개편으로 지역별 의료 시스템에 다양한 차이가 생겼다. 특히 Mapelli (2007)는 ASL과 AO 간의 구조적 분리를 기반으로 통합 수준을 네 가지로 구분했다: 완전 통합, 준 통합, 준 독립, 완전 독립이다. 베네토를 포함한 7 개 지역은 AOs가 없거나 AOs 병상의 비율이 적은 완전 통합 시스템을 실현했다. 에밀리아-로마냐를 포함한 9 개 지역은 AOs가 좀 더 지배적이지만 모두 지역에서 직접 자금을 조달하는 준 통합 시스템을 선택했다. 네 개 지역은 준 독립 시스템을 구축했다.

마지막으로 롬바르디아에서는 AOs가 완전히 독립적이며 ASLs과 AOs는 구매자-제공자로 분명하게 분리되어 있다. 우연히도 ASL과 AO 간 통합 수준이 크게 다른 롬바르디아, 베네토 그리고 에밀리아-로마냐는 팬데믹으로 가장 큰 피해를 입은 지역에 포함된다. 우리는 3장에서 이 세 지역의 서로 다른 의료 제도가 코로나 1차 확산에 대한 해당 지역의 대응에 어떤 영향을 주었는지 논의한다.

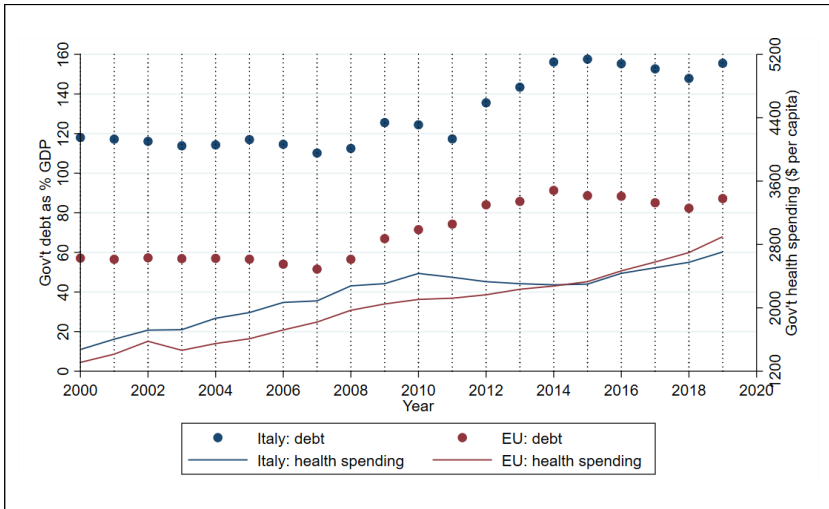
의료 서비스의 지역화는 2001년 헌법 개정으로 더욱 강화되어 의료 지출에 대한 지역 거버넌스와 책임이 강조되었다. 2004년부터 의료 예산 적자 규모가 큰 지역들의 경우 적자 감축을 위해 의료 지출 제한에 대한 큰 압박을 받기 시작했다 (Ferrè et al., 2012).

3. 글로벌 금융 위기 이후 의료 개혁

가. 글로벌 금융 위기와 이탈리아 내 위기의 여파 (2008-2010)

2007년 미국에서 서브프라임 모기지 사태가 발생했을 때 이 위기가 글로벌 금융 위기를 촉발할 것이라고 예상되지는 않았다. 그러나 2008년 9월 리먼 브라더스의 파산은 “서브프라임 위기를 치명적인 글로벌 금융 위기로 변모”(Mishkin, 2011, p. 52)시켰으며, 2008년 마지막 분기에 세계 경제 성장률이 연간 6.4% 하락했고 2009년 1분기에는 7.3% 하락했다.

[그림 4-1] 이탈리아의 일반 정부 부채 (GDP 대비%) 및 EU 국가 (영국 포함)의 평균 대비 정부 / 의무 의료 지출 (1 인당, USD)



자료: OECD (2020), 의료 지출 (지표), doi : 10.1787 / 8643de7e-en; 일반 정부 부채 (지표), doi : 10.1787 / a0528cc2-en (2020년 10월 10 일 기준).

이탈리아의 GDP는 전년 동기 대비 2008년 4분기에 3.5%, 2009년 1분기에 7.2% 하락했다. EU 평균인 2% 및 5.3%보다 큰 하락폭이었다.¹⁷⁾ 2009년 나머지 기간 동안 분기별 GDP 성장률은 마이너스를 유지했으며 EU 평균을 하회했다.

[그림 4-1]에서 분명하게 드러나듯이, 이탈리아의 정부 부채는 글로벌 금융 위기 훨씬 이전부터 이미 매우 높은 수준이었다. 2000-2008년 사이에 일반 정부 부채는 GDP의 110%에서 120% 사이였는데, EU (영국 포함) 평균의 약 두 배였다. 2009년 글로벌 금융 위기로 GDP가 하락하면서 정부 부채는 GDP의 125%를 초과하게 되었다.

de Belvis et al. (2012)에 따르면, 글로벌 금융 위기로 인한 이탈리아의 경기 침체에 대한 의료 정책 대응은 새로운 개혁을 도입하기보다는 주로 진행중인 개혁을 촉진하는 것이었는데, 이탈리아가 이미 지역별 지출을 억제하기 위해 고군분투하는 상황이었기 때문이다. de Belvis et al. (2012)은 회복 계획("Piani di Rientro")을 따라야 했던 지역들의 보건 지출이 2006년에서 2011년 사이 0.6% 감소한 반면, 나머지 지역들은 9% 이상 증가했다고 보고했다. 이들의 수치에 따르면 2001년부터 2010년까지 380억 유로의 적자가 누적되었는데 라치오(Lazio), 캄파니아(Campania), 시칠리아(Sicily)가 이 중 69%를 차지했다. Bordignon et al. (2019)는 회복 계획이 인건비 및 병상 수 감소에 초점을 맞추었다고 설명한다. Belvis et al. (2012)와 마찬가지로 Bordignon et al. (2019) 역시 회복 계획이 적자를 줄이는 데 도움이 되었으며 LEA의 보다 효율적인 제공에도 기여했다고 덧붙였다.

17) OECD (2020). 분기별 GDP (지수). doi: 10.1787/b86d1fc8-en (2020년 10월 10일 기준).

나. 유럽 국가 부채 위기와 이탈리아 내 여파 (2011-2015)

[그림 4-1]에서 2000-2010 기간 동안 이탈리아의 1인당 정부/의무 의료 지출은 증가세를 보였으며 EU 국가(영국 포함) 평균 이상을 유지했음을 볼 수 있다. 하지만 2010년부터 하락하기 시작했으며 반대로 EU 평균은 계속 상승하면서 두 수치 간의 격차가 줄어들었다. 이 격차는 2014년에 완전히 좁혀져 그 이후로 이탈리아는 EU 평균보다 뒤처지고 있다. 하지만 2010년 이후 1인당 정부 의료 지출의 하락세에도 불구하고 같은 기간 동안 정부 부채는 계속 증가하여 2019년에는 GDP의 150%를 넘어섰다.

물론 정부 지출 삭감의 주요 목적은 정부 부채를 줄이는 것이었기 때문에 이는 큰 문제다. 정부 부채 감축 목표는 달성되지 못했다. 그 주요 원인은 글로벌 금융 위기에 이은 유럽 국가 부채 위기였다. 해당 위기의 중심에는 그리스, 아일랜드, 포르투갈, 스페인이 있었지만 이탈리아는 이 위기로 인해 부정적인 영향을 받은 또 다른 대규모 유럽 국가였다. 사실, 경멸적인 약어인 “PIGS”나 “PIIGS”는 이 위기 기간 동안 해당 국가들을 지칭하기 위해 만들어졌다. 이탈리아에서는 이 위기로 인해 2011년 11월 베를루스코니가 사퇴했다. GDP는 2011년 4분기에 하락하기 시작했고 2012년과 2013년 내내 계속 하락했다. 이는 2011년부터 2014년까지 GDP 대비 정부 부채의 증가를 설명해 준다 ([그림 4-1] 참조). 전반적으로 이탈리아의 1인당 정부 의료 지출은 현재 EU 평균보다 낮지만 이탈리아는 계속해서 유럽 내 공공 부채 비율이 가장 높은 국가 중 하나다.

2010년에서 2015년 사이 정부의 1인당 보건 지출이 감소한 것은 해당 기간 동안 실시된 몇 가지 조치 때문이다. 인구 1,000명당 병상은 2010년 3.64에서 2015년 3.21로 감소했다.¹⁸⁾ 2011년 입법 법령 98/2011

는 불필요한 응급실 서비스 사용에 대해 25유로, 처방전에 대해 10유로의 추가 본인부담금을 도입했다 (Ferrè et al., 2014). 또한 2014년의 안정화법(“Legge di Stabilità”)은 지역 의료 지출을 포함한 공공 지출의 대폭 삭감을 의무화했다.

다. 팬데믹 이전의 몇년 (2016-2019)

1992-1993년의 주요 보건 개혁 이후부터 이탈리아 의료 제도의 주요 주제는 관리통제주의, 지역화 및 관리된 경쟁이었다 (Ferrè et al., 2014). 2016년에 열린 개헌 국민 투표는 이러한 추세의 전환을 시사했다. 무엇보다도 이 국민 투표에서는 중앙 정부와 지역 당국 간 권력 균형에 대한 조항인 제117조의 변경이 제안되었다. 의료와 관련하여 이는 지역의 입법 권한이 의료 서비스의 계획 및 조직으로 제한된다는 것을 의미했다. 하지만 국민 투표 결과 “반대”로 나오면서 해당 제안은 시행되지 않았다.

우연히 중국 우한 지역에서 코로나19의 첫 확진자가 나타나기 시작한 2019년 12월에 이탈리아 상원은 3년 간 (2020-2022) 75억 유로의 의료 지출 확대를 제안하는 정부 법안을 승인했다. 총 금액 중 2020년에는 20억 유로, 2021년에는 15억 유로가 예산으로 책정되었으며, 인프라 투자에는 20억 유로가 배정되었다. 또한, 2011년에 도입된 소위 “슈퍼 티켓”이라 불리는 처방전에 대한 추가 개인부담금 10유로(3절 3.나. 참조)를 폐지하기 위해 7억 4,000만 유로가 배정되었다.

18) OECD (2020), 병상 (지수). doi: 10.1787/0191328e-en (2020년 9월 20일 접속 기준).

제3절 코로나19 팬데믹에 대한 이탈리아의 대응

〈표 4-1〉에서 우리는 코로나19 팬데믹 초기의 인구통계, 경제 및 건강 특성을 기준으로 유럽 국가들을 비교했다. 처음에는 알려지지 않았지만 팬데믹이 확산되기 시작하면서 비만, 흡연, 당뇨병 및 연령 모두 코로나 19로 인한 심각한 질병 위험 증가와 관련이 있었으며 (예 : Dietz and Santos-Burgoa, 2020; Huang et al., 2020; Onder et al., 2020; Vardavas 와 Nikitara, 2020) 따라서 우리 분석에 포함되었다.

〈표 4-1〉에 제공된 수치에 따르면 코로나19가 전 세계를 강타한 시점에 이탈리아 경제는 유럽 평균 이하의 1인당 GDP 및 1인당 정부 의료 지출과 함께 유럽에서 정부 부채 수준이 두 번째로 높았던 것으로 특징지어진다. 이탈리아에서는 비만, 흡연 및 당뇨병의 유병률이 유럽 평균 대비 낮았다. 하지만 이탈리아는 전체 인구의 23%가 65세 이상으로 고령화되어 있었다. EU 국가 (영국 포함) 중에서 가장 높은 비율이다. 코로나19 관련 사망자가 해당 연령대에 집중되어 있다는 점을 감안할 때 (예: Onder et al., 2020 참조), 이탈리아가 1차 확산 기간 동안 특히 높은 사망자 수를 기록한 것은 그리 놀라운 일이 아니다. 이 문제는 4절 1.에서 자세히 논의할 것이다.

72 사회보장정책연구 국제화 및 국제사회보장 DB 구축 사업

〈표 4-1〉 코로나19 팬데믹 초기 유럽의 선별적 인구통계, 경제 및 건강 특성

국가	인구 (WB) (2019)	비만 (WHO) (2016)	흡연 (WHO) (2018)	당뇨 (WB) (2019)	65세 이상 (WB) (2019)	GDP/c (OECD) (2019*)	의료/c (OECD) (2019)	부채 (OECD) (2019**)
오스트리아	8.9	20.1	19.5	6.6	19.1	58,943	4,402	89
벨기에	11.5	22.1	18.5	4.6	19.0	54,545	4,125	118
불가리아	7.0	25.0	26.4	6.0	21.3	24,506	1,212	-
크로아티아	4.1	24.4	27.1	5.4	20.9	28,104	1,667	-
키프로스	1.2	21.8	29.2	9.0	14.0	41,318	1,269	-
체코	10.7	26.0	22.1	7.0	19.8	43,301	2,854	38
덴마크	5.8	19.7	14.6	8.3	20.0	60,195	4,663	48
에스토니아	1.3	21.2	21.0	4.2	20.0	38,968	1,916	13
핀란드	5.5	22.2	13.3	5.6	22.1	51,414	3,536	70
프랑스	67.1	21.6	24.1	4.8	20.4	49,145	4,501	122
독일	83.1	22.3	19.5	10.4	21.6	56,305	5,648	69
그리스	10.7	24.9	28.6	4.7	21.9	31,413	1,412	195
헝가리	9.8	26.4	23.1	6.9	19.7	34,503	1,542	85
아일랜드	4.9	25.3	18.4	3.2	14.2	88,496	3,919	71
이탈리아	60.3	19.9	17.5	5.0	23.0	44,218	2,706	155
라트비아	1.9	23.6	27.7	5.0	20.3	32,184	1,180	44
리투아니아	2.8	26.3	18.6	3.8	20.2	38,136	1,769	41
룩셈부르크	0.6	22.6	15.7	5.0	14.3	120,980	4,697	29
몰타	0.5	28.9	18.1	8.3	20.8	46,020	2,789	-
네덜란드	17.3	20.4	17.1	5.4	19.6	59,512	4,767	62
폴란드	38.0	23.1	21.6	6.1	18.1	33,844	1,648	64
포르투갈	10.3	20.8	17.8	9.8	22.4	36,579	2,069	136
루마니아	19.4	22.5	20.4	6.9	18.8	32,201	1,530	-
슬로바키아	5.5	20.5	22.6	6.5	16.2	34,183	1,912	63
슬로베니아	2.1	20.2	17.5	5.9	20.2	40,640	2,314	82
스페인	47.1	23.8	21.0	6.9	19.6	42,171	2,560	117
스웨덴	10.3	20.6	17.3	4.8	20.2	55,856	4,928	56
영국	66.8	27.8	14.8	3.9	18.5	48,745	3,620	117
전체	514.3	22.9	19.8	6.3	20.2	46,771	3,505	102

주: 인구는 백만 단위로 표시한 총 인구다. 비만은 성인의 비만 유병률로 BMI = 30(연령표준화 추정치) (%)이다. 흡연은 일일 담배 흡연량이다(연령표준화 추정치). 당뇨병은 제1형 또는 제2형 당뇨병이 있는 20-79세 사람들의 비율이다. 65세 이상은 전체 인구 대비 65세 이상 인구 비율이다. GDP/c는 1인당 GDP를 USD로 표시한 것이다. 의료/c는 1인당 정부/의무 의료 지출을 USD로 표시한 것이다. 부채는 GDP 대비 일반 정부 부채이다. 데이터 출처와 관찰 연도는 괄호 안에 표시되어 있다. WB: 세계은행. WHO: 세계보건기구. OECD: 경제협력개발기구.

* 크로아티아의 경우 관찰 연도는 2018년이다.

** 벨기에, 덴마크, 프랑스, 라트비아, 리투아니아 및 룩셈부르크의 경우 관찰 연도는 2018년이다.

1. 1차 확산

1월 말 이탈리아 국내에서 첫 두 명의 코로나 바이러스 확진자가 나왔다. 중국에서 로마로 여행을 온 두 명의 중국 관광객에게서 바이러스가 발견된 것으로 발표되었다. 이 때 이탈리아는 중국을 오가는 항공편을 중단했다.¹⁹⁾ 2월 5일 시민보호부(“Protezione Civile”)의 법령 371에 따라 상황 변화에 대한 공조적인 대응을 자문 및 지원하기 위해 과학 기술 위원회가 구성되었다.

다음 확진자는 2월 20일 롬바르디아 지역 중환자실에 입원했다.²⁰⁾ 다음 날 해당 지역에 긴급 태스크 포스가 조직되었다. 중환자실 수용력에 대한 우려가 즉각적으로 뒤따랐는데, Grasselli et al. (2020)이 지적한 것처럼 겨울철 중환자실 사용율이 최대 90%까지 높아지기 때문이다 (Remuzzi 와 Remuzzi, 2020 참조). Graselli et al.은 태스크 포스가 18 일 내로 ICU 병상 482개 (지역 내 74개 병원에서)를 확대했으며 코로나19 환자를 위한 공동 ICU를 만들고 (병원 내 확산을 방지하기 위해) 급하지 않은 수술을 취소하는 방식으로 대응했다고 설명한다.

3월 8일, 이탈리아 정부는 롬바르디아 및 기타 지역 10개 이상의 주에 대한 봉쇄를 발표했다. 다음날 저녁 이탈리아는 봉쇄를 전국적으로 확대하겠다고 발표하면서, 전국 봉쇄를 발표한 첫 국가가 되었다. 3월 17일에 이탈리아 정부는 의료 지출을 늘리고 신규 인력 채용 및 장비 구매를 신속하게 허용하기 위해 이른바 이탈리아 치료 법령(“Decreto Cura Italia”)을 발표했다. 의료 인력은 퇴직 연령을 넘어서까지 일할 수 있게

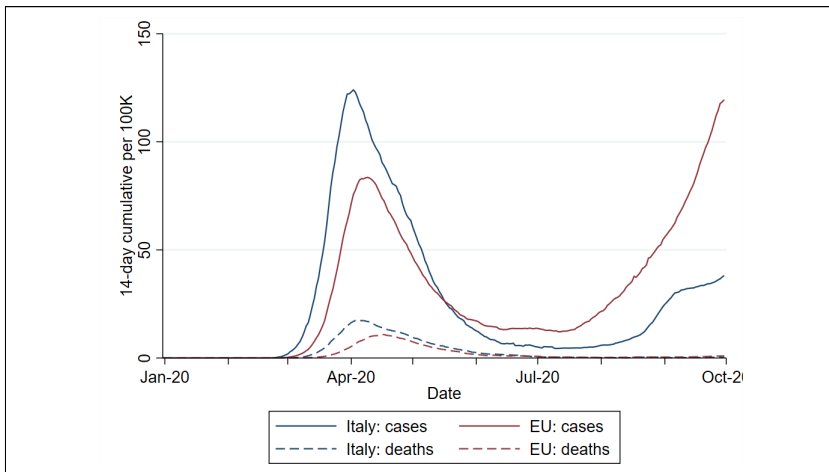
19) <https://uk.reuters.com/article/us-china-health-italy/two-first-coronavirus-cases-confirmed-in-italy-prime-minister-idUSKBN1ZT31H> (2020년 9월 1일 접속기준).

20) 이 확진자에 대한 설명은 유럽심장학회(European Society of Cardiology)가 발표했다: <https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and-Cardiology/diagnosing-the-first-covid-19-patient-in-italy-codogno> (2020년 9월 1일 접속기준).

되었고 채용 간소화 절차에 대한 합의가 이루어졌다.

Gigio et al. (2020)에 따르면, 팬데믹 전 이탈리아의 총 ICU 병상 수는 약 5,300개로 추정되었는데, 지역마다 차이가 크며 전국 평균은 인구 10만 명당 8.8개였다. 가장 인구가 많은 지역이자 코로나 바이러스가 퍼진 최초의 지역 중 하나인 롬바르디아는 인구 10만 명당 ICU 병상이 8.5개로 전국 평균보다 낮았다 (Armocida et al., 2020 및 Graselli et al., 2020년 추정치는 이보다도 더 낮은 약 7.2개로 보고된다). 역시 초기에 타격을 입었던 베네토 및 에밀리아-로마냐의 상황은 이보다는 나은 편이었다. 두 지역은 각각 10만 명당 9.9개와 10.1개의 ICU 병상을 보유하고 있었다. 4월 하반기까지 전국의 중환자실 병상 수용력은 거의 65% 증가하여 8,660개로 늘어났으며 롬바르디아, 베네토 및 에밀리아-로마냐의 수용력은 각각 인구 10만 명당 ICU 병상 16.4, 16.7 및 21.6 ICU개로 증가했다.

[그림 4-2] EU (영국 포함) 대비 이탈리아 인구 10만 명당 14일 누적 확진자 및 사망자 수



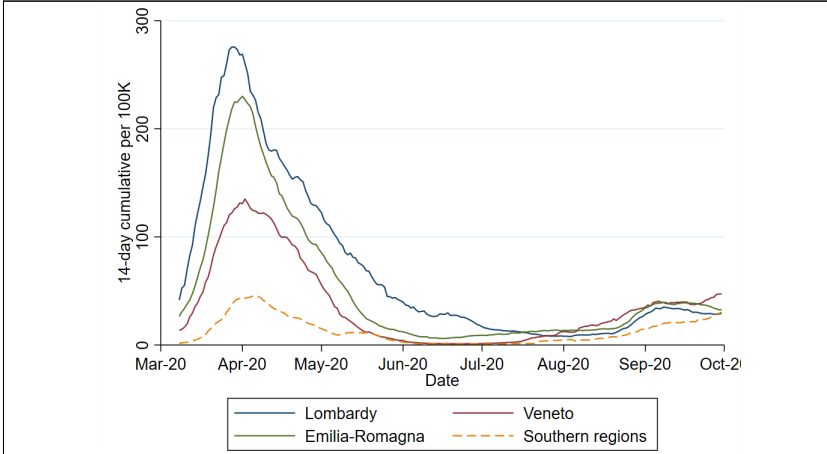
주: 일일 확진자 및 사망자 수는 유럽질병관리본부(European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) 자료다.

Gigio et al.에 따르면, 같은 기간 동안 4,000명 이상의 의사(대부분은 마취과 의사), 거의 10,000명의 간호사, 6,000명의 기술 인력 등이 고용되었다.

[그림 4-2]에서 1차 확산이 다른 유럽에 비해 이탈리아에서 더 일찍 정점에 도달했음을 알 수 있다. 더욱이 이탈리아의 정점은 유럽 다른 국가보다 상당히 높았다. 이에 대한 한 가지 중요한 이유는 이탈리아가 코로나 바이러스로 타격을 받은 최초의 유럽 국가 중 하나이기 때문이다. 따라서 대부분의 유럽 국가들은 이탈리아의 경험을 통해 배울 기회가 있었고 1차 확산이 일어나기까지 대비할 시간이 더 많았다.

이탈리아의 확진자는 지역 별로 매우 불균등하게 분포되어 있다. 앞서 언급했듯이 에밀리아-로마냐, 롬바르디아 및 베네토는 이탈리아 전체 인구의 거의 3분의 1이 거주하는 북부 지역으로 초기에 코로나 바이러스의 타격을 크게 받았다. [그림 4-3]은 남부 지역과 비교하여 이 세 지역에서 1차 확산이 어떻게 진행되었는지 보여준다. 우리는 롬바르디아의 1차 확산 규모가 베네토의 두 배였으며 에밀리아-로마냐는 이 두 지역 중간 수준이었음을 발견했다. 그러나 1차 확산은 이 세 북부 지역에 비해 남부 지역에서 훨씬 적었다.

[그림 4-3] 선택된 이탈리아 지역 내 14일 누적 확진자 수



주: 남부 지역에는 아브루초(Abruzzo), 풀리아(Apulia), 바실리카타(Basilicate), 칼라브리아(Calabria), 캄파냐(Campagna) 및 몰리세(Molise)가 포함된다. 데이터는 유럽질병관리본부(ECDC) 자료다.

<표 4-2>의 수치에 따르면 2020년 상반기 이탈리아에서는 확진자 수가 24만 명을 넘어섰는데, 이는 영국과 스페인에 이어 유럽에서 세 번째로 높은 수치이다. 사망자 수는 거의 35,000명으로 영국에 이어 두 번째로 높으며, 확진자 수 대비 사망자 수의 비율인 CFR은 14.5%로 프랑스와 벨기에 다음으로 세 번째로 높았다.

[그림 4-4]는 일반적으로 유럽 내에서, 그리고 특히 이탈리아에서 확진자 수가 정점을 찍은 이후에도 CFR이 계속 증가했음을 보여준다. 확진과 사망 사이의 시간 차이로 인해 예상되었던 것이지만, 시간 경과에 따른 CFR 변화는 유럽과 이탈리아에서 크게 다르게 나타난다. 유럽에서는 CFR이 5월 중순 12%로 최고치를 기록했는데 이는 확진자 수가 정점을 찍은 후 한 달 반이 지난 시점이다. 반대로 이탈리아에서는 CFR이 14.5%로 정점에 도달하는 데 2개월 반 이상이 걸렸으며, CFR은 5월 중순부터 8월 중순까지 3개월 동안 14% 이상으로 유지되었다.

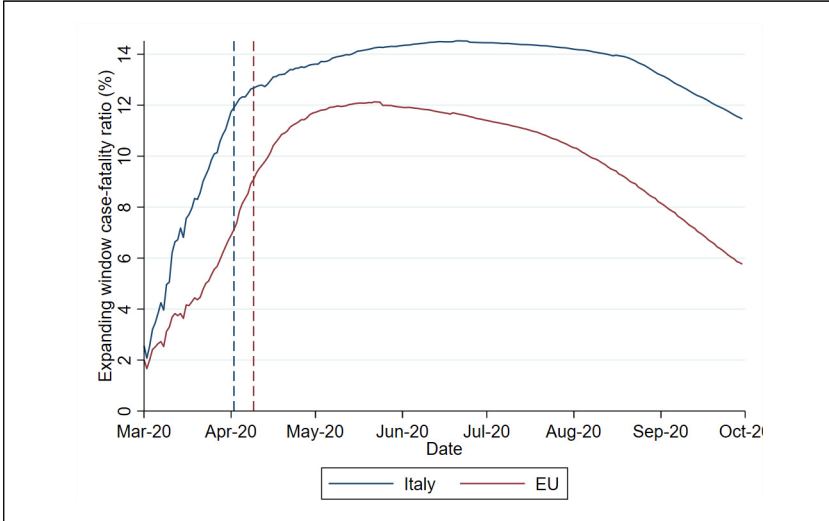
(표 4-2) 유럽 국가 내 코로나 바이러스 확진자 및 사망자

국가	2020년 1월 - 2020년 6월						2020년 7월 - 2020년 9월						10만 명당 확진자 수 변화
	확진자		사망자		CFR	확진자		사망자		CFR			
	총	10만 명당	총	10만 명당		총	10만 명당	총	10만 명당				
오스트리아	17,666	199	703	8	4.0%	26,941	304	93	1	0.3%	53%		
벨기에	61,886	540	9,627	84	15.6%	55,135	481	374	3	0.7%	-11%		
불가리아	4,831	69	223	3	4.6%	15,716	225	591	8	3.8%	225%		
크로아티아	2,725	67	107	3	3.9%	13,655	335	168	4	1.2%	401%		
키프로스	996	114	19	2	1.9%	717	82	3	0	0.4%	-28%		
체코	11,805	111	348	3	2.9%	56,038	526	288	3	0.5%	375%		
덴마크	12,751	220	605	10	4.7%	14,713	253	45	1	0.3%	15%		
에스토니아	1,987	150	63	5	3.2%	1,328	100	1	0	0.1%	-33%		
핀란드	7,209	131	328	6	4.5%	2,683	49	15	0	0.6%	-63%		
프랑스	164,260	245	29,813	45	18.1%	386,430	577	2,080	3	0.5%	135%		
독일	194,259	234	8,973	11	4.6%	94,960	114	515	1	0.5%	-51%		
그리스	3,390	32	191	2	5.6%	14,733	137	197	2	1.3%	335%		
헝가리	4,145	42	585	6	14.1%	22,316	228	180	2	0.8%	438%		
아일랜드	25,462	519	1,735	35	6.8%	10,278	210	68	1	0.7%	-60%		
이탈리아	240,436	398	34,744	58	14.5%	72,575	120	1,131	2	1.6%	-70%		
라트비아	1,117	58	30	2	2.7%	612	32	7	0	1.1%	-45%		
리투아니아	1,816	65	78	3	4.3%	2,762	99	14	1	0.5%	52%		

국가	2020년 1월 - 2020년 6월						2020년 7월 - 2020년 9월						10만 명당 확진자 수 변화
	확진자			사망자			확진자			사망자			
	총	10만 명당	CFR	총	10만 명당	CFR	총	10만 명당	CFR	총	10만 명당	CFR	
	10만 명당	총	CFR	10만 명당	총	CFR	10만 명당	총	CFR	10만 명당	총	CFR	
룩셈부르크	4,256	693	2.6%	110	18	2.6%	4,175	680	2.6%	14	2	0.3%	-2%
몰타	669	136	1.3%	9	2	1.3%	2,366	479	1.3%	25	5	1.1%	254%
네덜란드	50,223	291	12.2%	6,107	35	12.2%	67,197	389	12.2%	277	2	0.4%	34%
폴란드	34,154	90	4.2%	1,444	4	4.2%	55,808	147	4.2%	1,039	3	1.9%	64%
포르투갈	41,912	408	3.7%	1,568	15	3.7%	32,805	319	3.7%	395	4	1.2%	-22%
루마니아	26,582	137	6.1%	1,634	8	6.1%	98,832	509	6.1%	3,158	16	3.2%	272%
슬로바키아	1,665	31	1.7%	28	1	1.7%	7,909	145	1.7%	17	0	0.2%	376%
슬로베니아	1,585	76	7.0%	111	5	7.0%	3,902	188	7.0%	27	1	0.7%	146%
스페인	249,271	531	11.4%	28,355	60	11.4%	519,917	1,108	11.4%	3,436	7	0.7%	109%
스웨덴	67,060	656	8.2%	5,482	54	8.2%	25,406	248	8.2%	408	4	1.6%	-62%
영국	283,541	425	14.2%	40,341	61	14.2%	162,615	244	14.2%	1,731	3	1.1%	-43%
전체	1,517,659	296	11.4%	173,361	34	11.4%	1,772,524	345	11.4%	16,297	3	0.9%	17%

주: 일일 확진자 및 사망자 수는 유럽질병관리본부(ECDC)에서 얻은 것이다. 총 수치와 인구 10만 명당 수치를 모두 보여준다. CFR은 확진자 수 대비 사망자 수 비율로 확진자-치사율이다. 마지막 열은 두 하위 표본 기간 사이 인구 10만 명당 확진자 수의 변화를 보여준다.

[그림 4-4] EU (영국 포함) 대비 이탈리아의 확진자-치사율 (%), 확장표본



주: 특정 날짜의 확진자-치사율은 2020년 1월 1일부터 해당 날짜 사이의 확진자 수 대비 같은 기간 사망자 수의 비율로 계산한다. 수직 파선은 이탈리아 (파란색) 및 EU (빨간색)의 확진자 수 최고치를 나타낸다. 일일 확진자 및 사망자 수는 유럽질병관리본부(ECDC)에서 얻은 자료다.

한 가지 중요한 점은 이탈리아 지역 전반에 걸쳐 CFR에 대한 큰 이질성이 있었다는 것이다. 이탈리아 지역의 건강 상태에 관한 국가 관측소(National Observatory on Health Status in Italian Regions)의 데이터에 따르면 롬바르디아의 CFR은 3월 말까지 18%에 달했으며 6월 말까지 그 수준을 유지했다.²¹⁾ 반대로 베네토의 CFR은 10% 또는 그 이하, 에밀리아-로마냐에서는 15% 또는 그 이하였다. 이와 같은 차이의 한 가지 잠재적 이유는 이번 장에서 논의된 것처럼 다른 두 지역에 비해 롬바르디아의 ICU 수용력이 낮았기 때문일 수 있다. 이에 더해 1차 확산 기간

21) “Rapporto Osservasalute e COVID-19: organizzazione dei servizi sanitari regionali e indicatori di risorse e attività” 라는 제목의 해당 보고서는 다음 링크를 통해 다운로드할 수 있다: <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2019> (2020년 10월 17일 접속 기준).

동안 베네토의 입원율(10% -20%)이 롬바르디아(3월 중순까지 50% -80%, 이후 20%로 하락)에 비해 훨씬 낮아서 롬바르디아의 의료 자원에 훨씬 더 많은 압박이 가해졌다.

3절 2.에서 ASL과 AO의 통합에 대한 대조적인 접근 방식을 강조하면서 우리는 롬바르디아가 AO가 ASL에서 완전히 독립적으로 분리된 유일한 지역인 반면, 베네토는 주로 ASL 및 ASL 시스템을 기반으로 하는 완전 통합 시스템을 갖추고 있고 에밀리아-로마냐는 이 두 가지 극단적으로 다른 방식의 중간 정도에 있음을 언급한 바 있다. 롬바르디아 지역의 통합 부재는 베네토 및 에밀리아-로마냐 지역에 비해 지역에서 CFR이 높았던 또 다른 잠재적 이유일 수 있다. 실제로 Grasselli et al. (2020, p.1546)는 1차 확산 기간 동안 롬바르디아의 초기 경험을 설명하면서 ICU 네트워크의 중요성을 강조하고 “협력적 긴급 네트워크로 조직되지 않았던 의료 시스템은 이제 그렇게 바뀌어야 한다.”라고 덧붙였다.

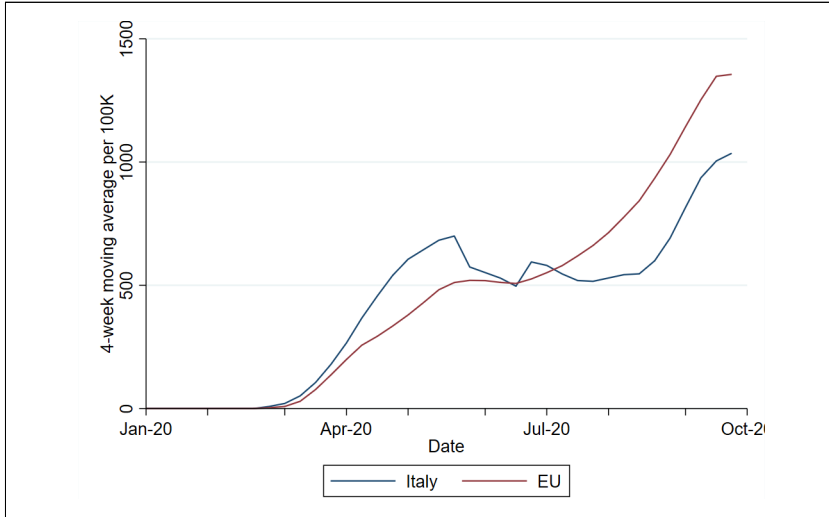
또한 1992-1993년 개혁(3절 2.) 이전 “unità sanitaria locale(지역 보건 당국)”으로 일컬어졌던 지역 보건 당국은 사회 복지가 의료 서비스의 일부로 간주되었던 베네토에서는 “unità socio-sanitaria locale(지역 사회 보건 당국)”이라고 불렸다. 이는 1차 확산 동안 베네토에서 롬바르디아에 비해 입원율이 낮았던 이유일 지도 모른다. 특히, 사회 복지를 담당하는 지역 의회와의 긴밀한 연계로 더 많은 코로나19 환자들이 병원이 아닌 지역 사회에서 치료를 받는 데 도움이 되었을 수 있다.

ICU 수용력 확대 및 신규 인력 고용과 함께, 코로나 확산에 대응하기 위해 마스크, 장갑, 가운과 같은 PPE 구매 및 검사 역량에 대한 투자가 필요했다. Gigio et al. (2020)에 따르면 시민보호부(Civil Protection Agency)는 3월 1일 전국에 PPE와 검사용 면봉 배포를 시작했다. 처음에는 가운 배포가 지연되면서 3월 중순까지 두 지역만이 가운을 수령했다.

면봉은 롬바르디, 베네토, 에밀리오-로마냐, 피에몬테(Piemonte) 등 가장 큰 타격을 받은 지역에 우선권이 주어졌으며, 이 4개 지역은 4월 중순까지 배포된 전체 면봉의 절반 정도를 받았다. 그 결과 검사율이 지역마다 크게 다르게 나타났다. 이탈리아 지역의 건강 상태에 관한 국가 관측소 분석 기준으로 일반적으로 베네토는 다른 지역에 비해 1차 확산 기간 동안 상대적으로 높은 검사율을 유지했다(각주 21 참조). 이는 또한 지역 자체적으로 검사 장비를 추가로 구매했기 때문이기도 하다 (Gabanelli와 Ravizza, 2020).

[그림 4-5]는 이탈리아와 EU (영국 포함)의 주간 코로나19 검사율을 비교하고 있다. 이탈리아와 EU에서 3월에서 5월 중순 사이 검사율이 급격히 증가한 것을 볼 수 있다. 이 기간 동안 이탈리아는 유럽보다 검사율이 매우 높다. 5월 중순 이후에 완전히 다른 모습이 나타난다. 4주 이동 평균 검사율은 EU의 경우 6월 중순까지 주민 10만 명당 500명에 가까웠지만 다시 상승하기 시작하여 10월에는 10만 명당 1,300명을 초과했다. 이와는 대조적으로 이탈리아의 검사율은 처음 5월 중순 이후 하락한 후 8월 중순 이후가 되어서야 다시 상승했다. 그 결과 이탈리아는 7월부터 유럽에 뒤처져 10월 10만 명당 1,000명을 조금 넘는 검사율에 도달했다. 이는 유럽 평균보다 23% 낮은 수준이다.

[그림 4-5] EU (영국 포함) 대비 이탈리아 인구 10만 명당 코로나19 검사의 4주 이동 평균



주: 주간 코로나19 검사 횟수는 유럽질병관리본부(ECDC)에서 얻은 자료다.

2. 2차 확산의 시작

[그림 4-2]를 통해 6월 말까지 이탈리아 및 다른 EU 지역에서 팬데믹의 1차 확산이 거의 끝났음을 알 수 있다. 하지만 코로나19 확진자는 여름에 완전히 사라지지 않는다고 EU에서는 7월 중순부터, 이탈리아에서는 8월 중순부터 다시 증가하기 시작했다. 현재 본 논문을 작성하는 시점에서 1차 확산을 왜소해 보이게 만들 것으로 예상되는 2차 확산이 빠르게 다가오고 있음을 분명히 알 수 있다.

[그림 4-2]는 또한 이탈리아가 EU보다 1차 확산을 먼저 겪었지만, EU 뒤를 이어 2차 확산에 진입하고 있음을 보여준다. 이는 주로 이탈리아가 5월 중순부터 확진자 수를 EU 평균 이하로 낮추는 데 성공했기 때문일 것이다. <표 4-2>의 마지막 열에 있는 수치는 EU의 경우 2020년 3

분기에 올해 상반기 대비 확진자 수가 17% 증가했지만, 이탈리아의 경우 같은 기간 동안 70% 감소했음을 보여준다. EU 국가 중 가장 높은 감소율이다. 이탈리아가 대부분의 다른 유럽 국가들보다 더 빨리 코로나의 타격을 받았다는 단점이 있었지만, 비교적 성공적으로 상황을 다시 제어했음을 시사한다.

2차 확산이 시작됨에 따라 한 가지 큰 차이점은 이탈리아와 유럽의 다른 지역에서 사망률이 올해 상반기에 비해 3분기에 상당히 낮았다는 것이다 (<표 4-2> 참조). 이탈리아에서는 CFR이 14.5%에서 1.6%로 떨어졌다. EU에서는 CFR이 11.4%에서 1% 이하로 감소했다. 이러한 추세는 시간이 지남에 따라 검사율이 증가하는 것으로 일부 설명될 수 있다. 팬데믹 초기에 낮은 검사율로 인해 많은 경증 확진자가 발견되지 않았을 것이다. 즉, 올해 상반기 CFR은 처음에 <표 4-2>에서 보고된 것만큼 높지는 않았을 것이다. 하지만 다른 요인들도 작용한다. 첫째, 사회적 거리두기, 격리, 마스크 착용과 같은 조치는 바이러스에 가장 취약한 사람들을 더 잘 보호할 수 있게 해주었을 가능성이 크다. 둘째, 코로나19가 바이러스로 인해 심각한 증상을 겪을 가능성이 적은 젊은 사람들 사이에서 더 널리 퍼지기 시작한 것으로 여겨진다. 이러한 모든 요인들로 CFR 하락을 설명할 수 있다.

제4절 논의 및 결론

2019년 말에 발생한 코로나19 팬데믹은 전세계적으로 엄청난 인명 및 경제적 피해를 야기했다. 팬데믹은 아직도 진행중이며 미래는 여전히 매우 불확실하다. 정부, 국제기구, 기업 및 개인들은 각자의 미래와 관련하여

여 어려운 선택에 직면해 있다. 봉쇄령, 재정 패키지, 사회적 거리두기 조치 및 의료 계획에 대한 정부 결정에 상당한 압력이 가해졌다. 엄격한 조치를 통해 팬데믹을 억제하라는 압력이 경제 활동을 유지하고 개인의 자유를 보호하려는 저항에 부딪히는 경우도 있었다. 그 결과 모든 국가들에 걸쳐 팬데믹을 해결하기 위한 다양한 대응이 있었다.

본 보고서에서 우리는 이탈리아 의료 시스템의 상황에 기반하여 팬데믹의 1차 확산에 대한 이탈리아의 대응을 살펴보았다. 우리는 글로벌 금융 위기 이후 발생한 의료 개혁에 특히 초점을 맞추었고 이러한 개혁과 팬데믹 기간 동안 취해진 행동이 코로나19 확진자 억제 및 치료에 어떤 영향을 주었는지 살펴보았다. 특히, 우리는 (1) 국가 차원의 공공 부채 감축 압력, (2) 지역 차원의 의료 서비스 조직 및 자금 조달 문제라는 두 가지 가장 중요한 문제를 강조했다.

1. 부채 비율이 높은 경제와 몇 년 간의 엄격한 지출 정책의 상황에서의 팬데믹

3절 3.가. 및 3절 3.나.에서 논의했듯이 이탈리아의 공공 부채 비율은 글로벌 금융 위기 이전부터 이미 EU 평균을 훨씬 상회하는 수준이었다. 글로벌 금융 위기 이후 몇 년 동안 일반적인 공공 지출, 특히 의료 지출을 삭감하여 정부 부채를 줄이려는 많은 노력이 있었다: 의료 예산 적자가 상당했던 지역들은 재정 회복 계획을 따라야 했으며, 이는 인력 및 병상 축소로 이어졌고 (Bordignon et al., 2019) 인상된 개인분담금 (co-payment)도 도입되었다. 강력한 조치에도 불구하고 글로벌 금융 위기와 유럽 국가 부채 위기에 따른 GDP 하락으로 인해 GDP 대비 정부 부채는 감소하지 않고 2008년 이후에도 계속 증가했다. 그 결과 이탈리아

는 그리스 다음으로 EU에서 두 번째로 높은 수준인 GDP의 155%에 달하는 공공 부채와 함께 팬데믹 상황에 진입했다.

하지만 정부 부채를 줄이기 위해 시행되었던 조치들은 의료 시스템에 큰 피해를 입혔다. 글로벌 금융 위기 이전에 이탈리아의 1인당 정부/의무 의료 지출은 EU 평균보다 상당히 높았다. 이 격차는 2014년에 사라졌고 이탈리아는 이후 몇 년 동안 EU에 뒤처졌다. 2019년 1인당 정부/의무 의료 지출은 이탈리아의 경우 2,706유로, EU는 3,505유로였다 (<표 4-1> 참조).

전반적으로 글로벌 금융 위기 이후 이탈리아의 의료 정책은 정부 부채 감축과 빠듯한 예산으로 대중들의 의료 필요를 충족해야 한다는 서로 상충되는 압력으로 형성되었다 (de Belvis et al., 2012). Armocida et al. (2020)은 2010년과 2019년 사이 삭감된 SSN 예산이 370억 유로 이상이라고 추정하고 있다. 따라서 이탈리아 전체의 의료 시스템은 코로나 바이러스가 이탈리아를 강타했을 때 그렇게 견조한 상태가 아니었다.

2. 큰 지역적 격차 상황에서 1차 확산에 대한 대응

1990년대부터 이탈리아의 의료 시스템은 장기적인 ‘관리통제주의’와 ‘지역화’ (예 : Ferrè et al., 2014 참조)의 단계에 들어서면서 지역 간 의료 서비스 제공 및 조직 측면에서 상당한 격차를 만들어 냈다. 그 격차의 한쪽 끝에는 AOs의 범위는 제한된 채 ASLs에 주로 의존하는 통합 접근 방식이 있다. 다른 쪽 끝은 완전히 독립적인 AOs로 규정된다. 1차 확산으로 초기에 타격을 받은 베네토, 에밀리아-로마냐 및 롬바르디아는 이 스펙트럼 상에서 서로 다른 지점에 위치하고 있다. 롬바르디아는 완전히 독립적인 AOs의 접근 방식을 채택한 유일한 지역이다; 반대로 베네토는

완전히 통합된 시스템으로 정반대이다; 에밀리아-로마나는 준 통합 시스템을 갖고 있다 (Mapelli, 2007).

조직적 차이와는 별도로, 팬데믹이 시작될 때 ICU 수용력 및 기타 자원 측면에서 지역 간 큰 차이가 있었다. 예를 들어 베네토와 에밀리아-로마나 모두 ICU 수용력이 롬바르디아보다 더 높았으며 롬바르디아의 ICU 수용력은 국가 평균보다 낮았다 (Gigio et al., 2020).

팬데믹의 1차 확산은 코로나 바이러스의 확산에 대처하기 위한 통합적 접근 방식의 중요성을 강조해 주었다. 그런 의미에서 서로 다른 조직 유형과 다양한 ICU 수용력을 갖춘 이탈리아의 지역화 된 의료 시스템은 지역별로 결과에 큰 차이를 가져왔다. 완전 통합 접근 방식을 채택하고 비교적 발전된 지역 사회 치료 시스템을 갖춘 베네토 지역은 입원율과 CFR이 낮았다. 반대로 완전히 독립적인 AOs를 특징으로 하고 팬데믹 초기 ICU 수용력이 평균 이하였던 롬바르디아 지역은 입원율과 CFR이 매우 높았다. 롬바르디아 지역의 초기 경험에 대해 기술한 Grasselli et al. (2020)은 ICU 병상에 대한 수요 급증에 대처하는 데 있어 협력적인 비상 네트워크의 중요성을 강조한다. 의료 제공자 간 통합은 이와 같은 시스템의 관리를 분명 더 용이하게 해줄 수 있을 것이다. Armocida et al. (2020, e253)는 더 나아가 “이탈리아 의료 서비스의 분권화와 세분화는 팬데믹 초기에 시의적절한 개입 및 효과성을 제한한 것으로 보인다”고 주장한다 (Bosa et al., 2020 참조).

또한 2020년 초 1차 확산이 발생하는 동안 각 지역들은 긴급 상황에 대처하기 위해 다양한 접근 방식을 취했는데, 지방 정부간, 또는 지방 정부와 중앙 정부간에 갈등이 발생하는 경우도 있었다. 예를 들어, 많은 지역에서 (적어도 초기에는) 경제적 여파에 대한 우려 때문에 국가적 또는 지역적 봉쇄에 반대했다.

물론 팬데믹의 1차 확산에 대해 지역별로 다양한 대응을 허용한 것으로 인한 장점도 있었다. 지역 차원에서 성공적인 접근 방식이 무엇이었는지 판단하는 데 도움이 되었으며 이는 국가 차원에서도 적용될 수 있을 것이다. 또한 지역 거주민들의 필요에 따라 지역별 대응을 맞춤화하는 데 도움이 되었다.

3. 마무리하며

이탈리아는 팬데믹 1차 확산으로 가장 큰 타격을 받은 국가 중 하나이다. 대부분의 국가보다 일찍 코로나 바이러스의 타격을 받았고 EU 내에서 65세 이상의 인구 비율이 가장 높다는 단점이 있었다. 하지만 1차 확산 기간 동안 이탈리아가 EU 내 사망자 및 CFR이 가장 높은 국가 중 하나였던 것에는 다른 요인도 있었다. 수 년에 걸친 빠듯한 의료 예산으로 팬데믹이 발병했을 때 시스템 내 자원이 부족했다. 자원 및 조직에 대한 지역적 차이는 일부 지역이 발병 기간 동안 더 많은 어려움을 겪었으며 제대로 조정된 대응을 하는 것이 더욱 어려웠다는 뜻이다.

전 세계 각국 정부들은 팬데믹에 대한 대응으로 의료 시스템에 더 많은 자원을 제공하기 위해 신속하게 행동하고 의료 지출을 늘려야만 했다. 또한 정부는 봉쇄 및 관련 조치의 영향을 완화하기 위해 기업에 다양한 수준의 지원을 제공했다. 이탈리아 정부도 예외는 아니었다. 이탈리아 정부는 추가 인력 고용과 PPE 및 기타 장비 구매를 승인했다. 또한 기업을 지원하기 위해 일시해고(furlough) 제도와 세금 우대 조치를 도입했다. 다른 정부와 마찬가지로 이탈리아도 GDP가 급격히 하락하는 와중에 이러한 지출을 감당하기 위해 차입금을 크게 늘려야했다. 이탈리아 정부가 정부 부채를 줄이기 위해 의료 예산이 적자였던 지역에 대해 수 년 간 엄격

하게 지출을 제한했음에도 이와 같은 길을 택할 수밖에 없었던 것은 극적인 일이다.

과학자들이 오랫동안 전세계 정부에 팬데믹에 대해 경고해 왔지만, 대부분의 다른 국가들과 마찬가지로 이탈리아는 2020년 초 코로나가 발병했을 때 준비가 되어 있지 않았다. 비상 계획이 마련되지 않아 혼란이 있었고 귀중한 시간이 낭비되었다. 따라서 팬데믹의 1차 확산은 전 세계 정부가 이와 같은 비상 사태에 대비하기 위해 자원에 투자해야 할 필요성을 강조해 준다. 국제 협력으로 코로나 바이러스의 확산을 훨씬 더 효과적으로 제한할 수 있기 때문에, 국가 차원 뿐 아니라 국제 차원에서의 조정 역시 필요하다. Forman et al.(2020)은 서로 단절된 여러가지 전략보다는 통일된 대응을 지지하면서 이탈리아가 회원국으로 있는 EU와 같은 지역 연합이 보전에 있어 더욱 큰 역할을 해야만 한다고 권고한다.



제5장

독일의 경제 위기 이후 의료 개혁과 코로나19에 대한 대응

제1절 2008년 경제 위기 이후 의료 제도 변화와 개혁으로 인한 문제점

제2절 코로나의 1차 확산 대응에 현재 의료 제도가 얼마나 영향을 주었으며 그 성과는 무엇인가?
또는 상호 작용하는 요소가 있다면 무엇이었나?

제3절 코로나로 인한 의료 시스템 향상 관련 정책 및 노력에는 어떤 것들이 있었나?

제4절 결론



제 5 장

독일의 경제 위기 이후 의료 개혁과 코로나19에 대한 대응

제1절 2008년 경제 위기 이후 의료 제도 변화와 개혁으로 인한 문제점

다른 국가들처럼 독일에서도 세계 금융 시스템의 붕괴가 정책의 주요 표적이었다. 즉각적인 정책으로는 어려움을 겪고 있는 은행을 지원하는 대책들이 있었으며, 이후 금융 시스템의 영향으로부터 경제를 보호하기 위한 강력한 노력이 뒤따랐다. GDP 성장률이 2009년 -5.4%에서 2010년 +4.4%²²⁾, 2011년 +3.9%로 빠르게 회복된 것은 이러한 정책 지원 덕분이었다.

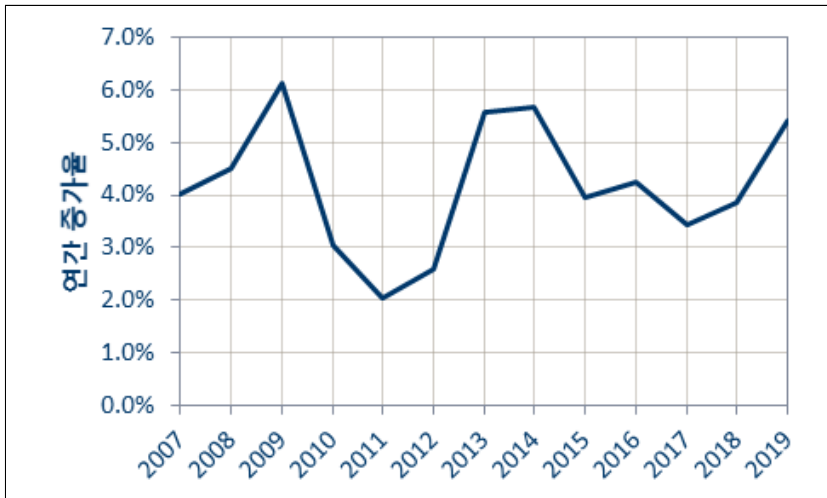
두 정책 모두 많은 비용이 들었으며 그 결과 공공 부채가 2008년 GDP의 60%에서 2010년 80%로 증가했다. 부채 증가는 연간 신규 국채 발행을 최대 GDP의 0.35%로 제한해야한다는 조항을 통해 독일 헌법을 완성하는 계기가 되었다. 이 부채 관련 규정은 독일의 모든 정치 및 행정 분야에 적용되었다. 독일의 긴축 정책의 시작을 의미하는 것으로 2018년까지 공공 부채를 60%로 감축할 수 있게 된 계기였다. 하지만 다른 많은 국가들에 비해 이 정책은 특별한 중점을 두고 고안되었다.

금융 위기가 지출에 즉각적으로 미친 영향은 2009년 사회 건강 보험(Social Health Insurance, SHI) 지출이 6.1% 증가한 것인데, 매우 높은 수준의 증가율이다. 지출이 증가한 주된 이유는 2008년 자신들의 소득을 높이기 위한 의사와 병원측의 압력이었다. SHI 비용 절감을 위한 후

22) 가격조정 1인당 GDP

속 법안으로 인해 외래 및 입원 치료에 대한 예산 한도가 설정되었으며 주로 특히 의약품의 가격이 인하되었다. 이 중 특히 의약품 가격은 전반적인 SHI 지출 증가율 감소를 가져왔다. 이후 몇 년 동안 서비스가 크게 줄어들지는 않았다. 동시에 본인부담금 (co-payment) 목록도 시간이 지남에 따라 크게 줄어들었다. 하지만 질병 기금은 2009년부터 고용주의 기여금 수준을 유지하기 위해 가입자가 납입하는 추가 기여금을 인상해야 했다. 이는 2009년부터 2013년까지 보건부를 통제할 수 있었던 자유당에 의해 추진되었다. 하지만 2011년 초 일반 보험료율이 크게 증가하면서 실질적으로 추가 기여금이 효력을 발휘하지 못했다. 2015년부터 추가 기여금이 소득과 별도로 부과되지 않을 수 있게 되었고, 2019년부터는 고용주가 추가 기여금의 절반을 납부해야만 했다. 따라서 원래 규정의 골자는 철회되었다.

[그림 5-1] SHI 총 지출의 증가



자료: 연방 보건부, SHI 재정 통계

전반적으로 연방 정부는 2008년부터 2018년까지 전체 사회 예산이 50%에서 54%로 증가하는 것을 허용했다. 이는 같은 기간 동안 이자 지급에 대한 연방 예산을 14%에서 6%로 크게 줄일 수 있었기 때문에 일부 가능했다. 이자 지급의 대폭적인 감소는 한편으로는 유로 체제의 위기로 인해 신용 평가 기관이 독일에 대해 최고 등급을 부여하여 독일 정부 부채에 대한 이자율이 낮아진 것이 원인이었다. 긴축 정책은 인프라 및 국방 관련 프로젝트로 제한되었다. 사회 지출 분야에 대한 특별한 긴축 정책은 일반적 정책 및 의료나 간호 정책에도 드러나지 않았다.

적어도 지역 차원에서 불만이 제기될 수 있는 유일한 문제는 병원 치료 분야였다. 2004년에 도입된 포괄수가제 (Diagnosis Related Groups, DRG) 기반의 새로운 병원 지급 제도는 병원 간의 경쟁을 부추겼다. 이 제도는 비정상적으로 높은 독일의 병원 및 병상 수용력을 줄이기 위한 것이었다. 하지만 의도한 효과는 나타나지 않은 채 많은 병원들이 심각한 재정난에 직면하게 되었다. 병원에서는 간호 직원의 수를 줄임으로써 이러한 문제를 일부 해결하려 했다. 그 결과 병원 진료의 품질에 대한 대중의 우려가 점점 커졌고 결국 정치 권력이 이를 인정해야만 하는 결정적 요인이 되었다. 2009년부터 병원 내 추가 간호직 일자리 창출을 위한 지원 프로그램을 시작으로 하여 명시적으로 시장 절차를 통해 통제적인 수단을 포기하는 지침과 함께 이 문제를 해결하기 위해 여러 법안이 통과되었다. 다시 한 번 언급하자면 이는 긴축 정책이 아니라 세속적인 정책의 결과였다.

전반적으로 2008년 이후 독일 인구는 개인적인 삶의 만족을 증시하는 경향이 강해졌으며 금융 위기 이전의 개인의 경제적 성공을 추구하는 태도는 버리게 되었다고 말할 수 있을 것이다. 이 변화 속에서 보건 및 의료는 중요한 문제가 되었다. 2008년 위기 이후 독일 정부의 여러 정책들은

국민들의 이러한 태도 변화를 충족시켰다. 위기 이후 의료 제도에 대한 독일인들의 만족도는 2008년 55%에서 2018년 78%로 상승했다.

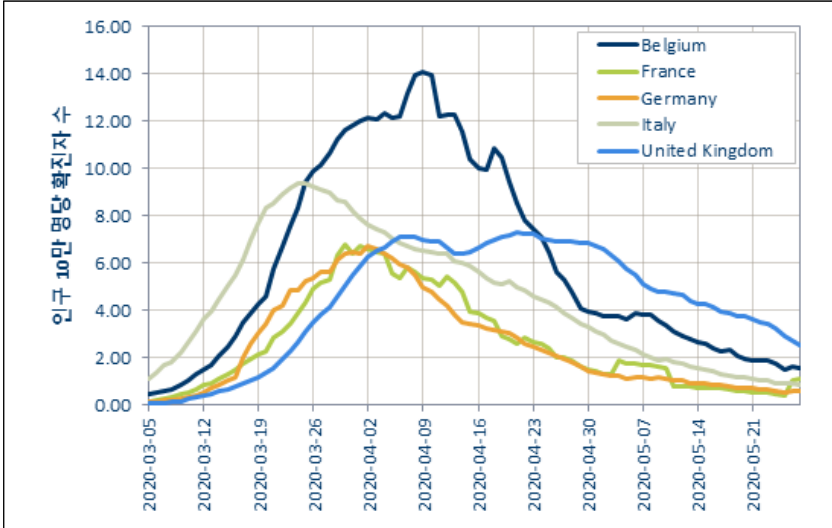
제2절 코로나의 1차 확산 대응에 현재 의료 제도가 얼마나 영향을 주었으며 그 성과는 무엇인가? 또는 상호 작용하는 요소가 있다면 무엇이었나?

주변 국가와 비교해보면 독일의 코로나 환자 발생률은 프랑스 및 영국과 비슷했다. 이탈리아의 경우 독일보다 50% 더 높았지만 독일보다 약 2주 앞서 정점을 찍으면서 모든 유럽 국가들에게 사례를 제시해 주었다. 벨기에의 발병률은 독일의 2배였다 ([그림 5-2] 참조).

독일은 현저하게 낮은 수준의 사망률을 유지했다: 사망률이 가장 높은 시기에 프랑스, 이탈리아 및 영국의 사망률은 독일 대비 약 5배였으며 벨기에는 10배였다 ([그림 5-3] 참조).

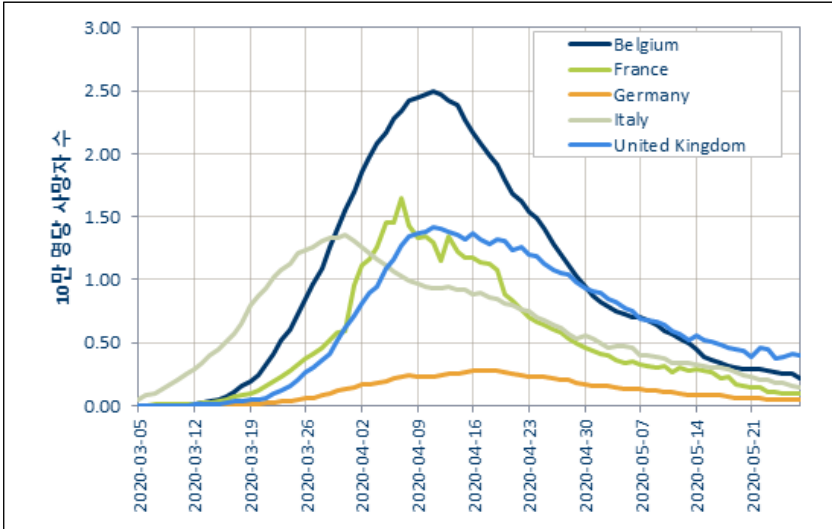
이러한 상황에서 2020년 3월과 4월 팬데믹 1차 확산 기간 동안 독일의 중환자실 및 환기 치료(ventilation therapy)에 대한 과부하의 징후가 나타나지 않았던 것이 그리 놀랍지는 않다. 독일은 의료 제도 수용 능력의 한계를 훨씬 밑도는 코로나 발병률을 유지했다. 1차 확산이 정점에 이르렀을 때 전체 중환자실 (낮은 수준의 치료(low care) 및 집중 치료(high care) 모두 포함) 수용력의 40% 미만이 사용되었다 (Al-brecht와 Häussler 2020). 따라서 독일의 병원 시스템은 전반적으로 위험한 상황이 아니었다. 또한 독일은 확진자 수가 가장 많을 때 이탈리아와 프랑스에서 온 환자들까지 치료하고 있었다.

[그림 5-2] 인구 10만 명당 코로나 확진자 수



자료: 유럽질병관리본부 (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC)

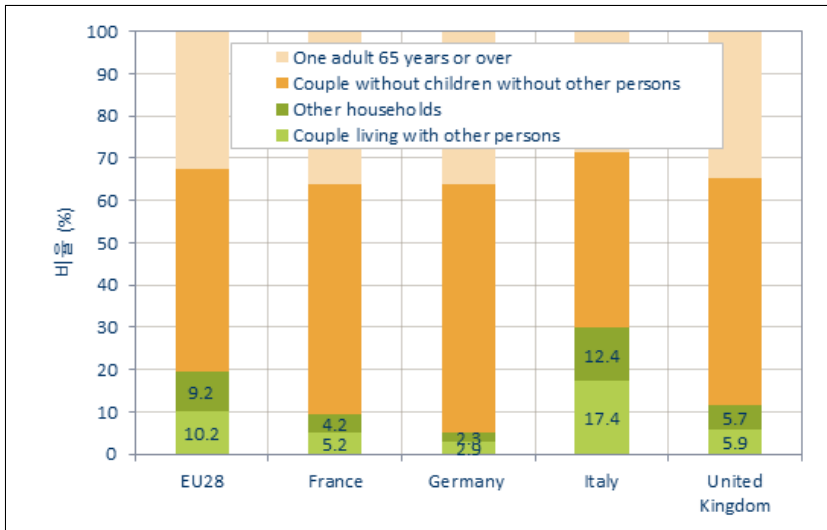
[그림 5-3] 인구 10만 명당 코로나 환자 사망자 수



자료: 유럽질병관리본부 (ECDC)

이러한 사실들을 고려하면 왜 독일에서 중증 환자 및 사망자 비율이 낮았는지에 대한 의문이 생기게 된다. 고령층 인구 비율이 높다는 것과는 무관한 것으로 보이는데, 이탈리아의 경우 2019년 기준 65세 이상 인구의 비율이 22.9%로 독일의 21.6%보다 높다 (Eurostat, 2020). 이보다는 노령층의 생활 조건일 가능성이 크다. 독일은 한 세대 이상을 포함하는 가구에 거주하지 않는 시민의 비율이 가장 낮다 (예: 이탈리아 29.8% 대비 독일은 5.2% - [그림 5-4] 참조). 독일의 낮은 사망률은 부분적으로는 외부에서 상대적으로 활발한 활동을 하여 감염 위험 역시 상대적으로 높은 자녀나 손자와 고령층을 분리하기가 매우 어려운 표준 가정 환경에서의 감염 위험이 낮기 때문인 것으로 설명될 수 있다.

[그림 5-4] 가구 유형별 65세 이상 인구 분포



자료: Eurostat, EU-SILC 설문조사, 2020년 5월 10일 기준

뿐만 아니라 독일의 외래 환자 치료 시스템은 많은 경증 환자들을 병원 시스템으로부터 분리하는 데 핵심적인 역할을 했다. 따라서 외래 진료를 받는 환자 수 감소(3절 참조)는 코로나 환자 또는 코로나 확진 의심자에 영향을 미치지 않았다. 초기 데이터 평가를 보면 병원 진료를 통해 코로나 검사를 받은 환자, 확진자 및 감염 의심자의 수가 높았던 것을 알 수 있다. 국가 법정 건강보험 의사 협회(National Association of Statutory Health Insurance Physicians)에 따르면 코로나 환자의 85%가 팬데믹의 1차 확산 정점 기간 동안 외래 진료를 받았다. 일반 환자들을 잠재적인 코로나 환자 및 코로나 확진자와 분리하기 위해 코로나 전문가 진료실, 외래 환자 클리닉, 코로나 상담 시간 및 코로나 검사 센터가 설립되었다. 이를 통해 초기 보호 장비의 부족에도 불구하고 팬데믹이 심각했던 기간 동안 일반의(GP)와 전문의 치료가 보장될 수 있었다.

독일은 한편으로는 비교적 낮은 감염률과 사망률, 다른 한편으로는 높은 의료 수용 능력 때문에 팬데믹의 1차 확산 정점 당시 많은 긍정적인 관심을 받았다. 하지만 독일이 상대적으로 유리한 위치에 있었던 이유는 다른 나라에 비해 운이 좋게 시간적인 이점이 있었기 때문이기도 하다. 이는 독일에서 코로나 검사가 조기에 가능했던 것에 더해 이탈리아와 같은 국가에서 코로나가 확산되는 것을 보고 미리 대비하여 억제 정책을 더 빨리 취할 수 있었음을 의미한다.

제3절 코로나로 인한 의료 시스템 향상 관련 정책 및 노력 에는 어떤 것들이 있었나?

2020년 1월 27일 독일에서 처음으로 코로나가 발생한 이후 코로나19의 확산을 방지하기 위해 연방, 주 및 지방 정부 차원에서 수많은 조치가 취해졌다. 독일 정부의 첫 번째 관심사는 의료진에게 필요한 개인 보호구를 조달하는 것이었다. 원칙적으로 모든 병원, 요양 시설 및 의료 시설은 개인 보호구 및 소독제를 자체적으로 조달한다. 하지만 코로나 팬데믹 초기에 여러 지역에서 보호구의 부족과 확보의 어려움이 명확히 드러났다. 따라서 연방 정부와 연방 보건부의 조달 부서가 보호구 조달에 직접 관여하게 되었다. 특히 마스크는 독일의 전체 인구가 점점 더 많이 사용해야 하는 이유로 조달에 대한 압박이 높았다.

이에 대한 법적 근거는 2020년 3월 27일의 국가적으로 중대한 전염병 상황의 국민 보호에 관한 법률(Act on the Protection of the Population in the Event of an Epidemic Situation of National Significance)이다. 연방 정부 또는 연방 보건부(Federal Ministry of Health)는 이 법에 의해 의약품, 의료 기기 및 실험실 진단에 대한 조달을 포함하여 광범위한 권한을 갖게 되었다. 처음에는 개인 보호구, 특히 호흡 마스크의 조달에 초점을 맞추었다.

연방 보건부는 단기 조달을 위해 공개 조달 절차를 선택했는데, 이로 인해 마스크 품질, 보관 및 지급 지연 등 실행 단계에서 많은 문제가 발생했다. 다양한 조달 채널을 통해 독일 정부는 2021년 말까지 다양한 품질의 마스크 약 60억 개를 확보하는 계약을 체결했다.

또한 환자 치료 및 **진단 역량 확보**에도 많은 노력을 기울였다.

예를 들어 2020년 2월, 법정 건강 보험 자치 단체는 이미 의사 재량과 RKI²³⁾ 기준에 따라 코로나 바이러스 검사 비용 지급이 가능함을 분명히 밝혔다. 관련 의료 서비스의 경우에는 계약의사(contract doctor)에 대해 합의된 총 보수 외에 추가예산으로 지급이 가능하다.

2020년 중반에는 코로나 검사 비용 보장의 기준이 되는 법정 건강 보험 기금 기준을 확대하여 증상이 없는 사람에 대한 예방적 성격의 순차적인 검사 또는 코로나 경고 앱에서 경고를 받은 사람에 대한 검사도 지급 가능하도록 했다. 동시에 의학적으로 처방된 코로나 검사에 대한 보험가(reimbursement price)가 인하되었다.

환자 치료 분야에서 초기 목표는 코로나19 환자를 위한 충분한 여유 **병원 수용력**을 만드는 것이었다. 2020년 3월 중순에 이미 연방 보건부장관은 병원이 코로나 팬데믹을 고려하여 추가 직원을 모집하고 예정된 치료를 연기해 줄 것을 요청했다. 2020년 3월 말에는 코로나19 병원 지원법(COVID-19 Hospital Relief Act)이 발효되었다.

이 법의 핵심 내용은 병원이 예정된 치료를 연기하는 것에 대해 연방 정부가 2020년 9월 말까지 임시 보상을 지급하여 병상 수용력을 확보하는 것이었다. 현재까지 거의 90억 유로가 이를 위해 사용되었다. 코로나를 위해 새롭게 만들어지거나 남겨 놓은 중환자실 병상에 대해 병상 당 5만 유로가 추가로 지급되었으며 - 마찬가지로 2020년 9월 말까지 - 현재까지 6억 3,500만 유로가 사용되었다. 병원들은 또한 중환자실 및 환기 치료 병상의 수용력과 사용 상황을 매일 새 기록부에 보고해야 한다.

또한 병원의 간호 서비스에 대한 보수가 인상되었다. 이에 더해 병원들은 법정 건강 보험 회사들과 총 예산 1억 유로에 합의하여 코로나19 환자

23) 로버트 코흐 연구소(Robert Koch Institute, RKI)는 질병 감시 및 예방 분야의 연방 정부 핵심 기관이다.

치료로 특히 스트레스를 받는 간호사들에게 최대 1,000 유로의 보험금을 지불하는 데 사용하기로 했다. 이 기금은 2020년 9월 30일까지 코로나 19 확진자 수가 최소 특정 수준에 달한 병원에 할당될 예정이다. 코로나 이전에 연방 정부는 이미 간호 보험 제도를 통해 요양원 및 외래 환자 치료와 관련된 직원들에게 최대 1,000유로의 보너스를 지원했다. 해당 보너스는 최대 1,500유로를 한도로 주정부가 보조금을 통해 추가 지원할 수 있으며, 세금 및 사회 보장 기여금 부과 대상이 되지 않는다.

병원에 대한 추가 지원을 위해 의료 보험 회사들의 병원 서비스 관련 지출 감소를 목적으로 코로나 이전에 합의되었던 정책들이 유예되었다. 추가적인 규정으로 간호 직원의 문서작성 의무, 품질 보증 요건 및 간호 직원에 대한 최소 인력 요건이 일시적으로 유예되어 병원의 부담이 완화되었다.

실제로 예정된 수술의 연기 및 병원에 대한 보상금 지급으로 사용 가능해진 병상 수용력에 더해 입원 치료가 필요한 코로나19 환자 수가 제한적이었던 이유로 병원의 치료 건수는 크게 줄어들었다. 초기 평가에 따르면 치료 건수 감소율은 2020년 3월 중순부터 4월 중순까지 최대치에 달했는데, 전년 대비 총 40% 감소했다. 연초부터 2020년 5월까지 치료 건수는 20% 감소했다. 적응증(indication) 별 평가에 따르면 치료 건수 감소는 상대적으로 긴급하지 않은 수술과 주로 관련이 있었다. 그 후 치료 건수가 다시 증가했지만 2020년 중반 병상 점유율은 여전히 이전 수준보다 훨씬 낮았다 (약 70%).

치료 건수의 급격한 하락은 2020년 상반기 지출 변화에도 반영된다. 병원 치료비 지출은 이미 2020년 1분기에 전년 동기 대비 3.0% 증가하여 평균 이하의 증가율을 보였다. 2020년 2분기에는 전년 동기 대비 35.2% 감소했다. 2020년 상반기 전체 지출은 전년 대비 16.1% 감소했

는데 전례없는 지출 감소율이었다.

이와 같은 광범위한 “보호막”에도 불구하고 많은 병원에서 재정 상황이 크게 악화되었다. 특히 대규모 최대 진료(maximum-care) 병원의 경우 “사용 가능한 병상에 대한 고정 금액” 지원이 전체 비용을 보장해주지 못했다. 수많은 병원 치료 분야에서 발생한 이익 손실 역시 지원 정책으로 충당될 수 없었다; 여기에는 특히 점점 더 광범위해지는 병원 외래 환자 치료 영역이 포함된다.

2020년 10월 감염률이 급격히 증가함에 따라 적절한 수용력에 대한 우려는 중환자실 병상 및 호흡기 병상보다는 이러한 병상을 관리할 자격이 있는 중환자실 직원의 가용성에 더 집중되었다.

코로나19 병원 지원법에는 또한 코로나 팬데믹으로 인한 이익 손실로부터 외래 환자 계약의사 및 계약 심리치료사를 보호하기 위한 조치가 포함되어 있다. 독일에서는 다른 많은 국가와 달리 개인 병원에서 의사의 **외래 진료**가 코로나19 의심사례 진단 및 규명과 경증 확진자 치료의 큰 부분을 차지했다. 하지만 코로나 팬데믹 기간 동안 계약의사들이 치료하는 전체 환자의 수 자체는 크게 줄어들었다.

계약의사에 대한 “보호막”에는 서비스의 양이 감소했음에도 불구하고 법정 건강보험 기금이 법정 건강보험 의사 협회에 정기적으로 발병률을 기반으로 하는 총 보수를 지급한다는 사실이 포함된다. 즉 건강보험 기금이 “정상적인” 시기 때와 같은 환자 치료 비용을 지급해야한다는 의미다. 이익 손실이 10% 이상인 병원 또는 팬데믹과 관련되어 치료 건수가 감소하는 경우 역시 예산외 서비스에 대한 보상을 받을 수 있다.

2020년 상반기에 법정 건강보험 제도의 계약 파트너들은 코로나19 팬데믹에 대응하기 위해 몇 가지 특별 조치에 동의했다. 예를 들어, 코로나 감염 의심자나 확진자를 위해 필요한 외래 환자 치료 관련 모든 의료 서

비스는 2020년 2월 1일부터는 발병을 기준 예산을 초과하더라도 전액 지급될 예정이다.

의사와 심리 치료사는 시간 제한없이 비디오 상담을 무제한으로 제공할 수 있다. 계약 파트너들은 비디오 상담 시간 사용에 대한 현재의 한도를 일정 기간 동안 해제했다. 이는 치료 건수나 서비스의 양에 제한이 없음을 의미한다. 비디오 상담 시간은 모든 적응증에 대해 가능하며 환자가 이전에 해당 의사의 진료를 받은 적이 없어도 제공될 수 있다. 의사의 진료실을 방문한 환자는 상당히 적었던 반면, 처음에는 드물었던 원격 의료 서비스 이용이 이후 크게 증가했다.

보호 장비 부족이나 보건 당국의 명령으로 인해 때때로 상담 시간을 단축해야만 했던 의사나 심리 치료사들도 수가 절감(fee cut)에서 면제된다. 병원이 자체적으로 조달한 보호복 비용은 대부분 건강 보험 회사에서 부담하며 경우에 따라 최대 한도가 적용된다.

마지막으로, **지역 보건 당국**은 팬데믹 대응에 핵심적인 역할을 해 왔는데, 특히 확진자 기록, 접촉자 추적 및 격리 조치를 시행하는 데 많은 역할을 했다. 이러한 이유로 연방 및 주 보건 장관들은 직원 수를 늘리고 보건소를 현대화 및 네트워크화하기 위한 “공중 보건 서비스를 위한 협정(Pact for the Public Health Service)”에 동의했다. 연방 정부와 주 정부는 2020년 9월 말 해당 협정을 채택했다. 이 협정에 따라 연방 정부는 인력 채용, 보건소 디지털화 및 현대화를 위해 40억 유로를 제공한다. 연방 정부와 주 정부는 빠르면 내년에 1차 재정 지원을 시작하기로 합의했다. 재정 지원 기간은 6년으로 설정되어 있다.

장기적으로 독일 정부는 **의약품 공급**의 안정성을 위해 유효 성분(active ingredients) 생산과 관련하여 개별 제조업체 또는 국가에 대한 의존도를 줄이려 하고 있다. 이를 위해 (재정적) 인센티브를 강화하여 적

어도 공급이 중요한 의약품의 유효 성분 생산이 유럽에서 확대될 수 있도록 할 계획이다. 독일 정부는 해당 문제를 2020년 하반기 독일 EU 이사회 의장국의 우선과제로 삼을 예정이다. 새로운 공급망을 구축하고 공급 병목 현상에 대한 투명성을 높이며 품질 관리를 확대 수행하는 것이 목표다.

제4절 결론

2009년 금융 위기로 인해 독일의 사회, 특히 보건 분야에 엄격한 긴축 정책이 나타나지는 않았다. 오히려 그 반대였다: 경제 위기 기간 동안 독일의 사회 보장 시스템은 “자동 안정화 장치”로 평가된다. 또한 금융 위기는 독일GDP 성장에 계속해서 영향을 주지는 못했다. 이는 아마도 2003년에서 2005년 사이 추진된 개혁 정책 때문일 것이다 (“아젠다 2010”). 2009년 이후 연평균 총 임금 및 급여 증가율이 4.1%에 달하는 가운데 독일의 보건 장관들은 지난 몇 년 간 법정 건강보험 제도가 비교적 안전하다고 느낄 수 있었는데, 해당 시스템이 주로 임금 기반 기여금으로 자금을 조달하기 때문이다.

따라서 제약회사에 대한 제한적이고 신속한 가격 제재 조치 외에 병원 및 의사에 대한 지출 증가율은 일시적으로 소폭 감소하는 데 그쳤다. 2013년부터는 지출 증가세가 다시 회복되었다. 최근에 - 지금까지 집권 해온 정당에 대한 지지층 감소 때문에 - 연방 정부는 의료 서비스를 국가가 운영 역량을 증명해야만 하는 전략적 분야로 규정했다.

하지만 의료 시스템에 대한 광범위한 긴축 정책 포기과 2009년 금융 위기 이후 연평균 4.0%의 상대적으로 높은 법정 건강보험 제도 지출 증

가(GDP 연평균 성장률 +3.5% 대비)는 구조적 개혁의 대상이 되지 않았다. 이는 특히 법정 건강보험 제도의 재정적 지속가능성을 확보하는 데 적용되는데, 법정 건강보험 제도는 계속해서 임금 기반 기여금을 주로 바탕으로 하고 있다. 의료는 주로 병원 분야에 영향을 미친다. 병원 분야에서 특히 코로나 팬데믹은 과잉 수용력과 서비스의 전문화 및 집중 부족의 공존으로 인한 단점을 다시 한 번 드러냈으며, 이는 궁극적으로는 간호인력 부족을 보여준다. 마지막으로, 상대적으로 유리한 재정적 환경에도 불구하고 공중 보건 서비스 역시 등한시되었다; 현재 팬데믹 상황에서는 인력 및 적절한 디지털 인프라가 부족한 상황이다.



- “España carece de marco jurídico para tomar decisiones sanitarias estables”. (8. October 2020). *Redacción Médica*. 10. October 2020 <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/-espana-carece-de-marco-juridico-para-tomar-decisiones-sanitarias-estables—4389>
- ¿Cuántos test se hacen en cada comunidad autónoma?: Navarra, La Rioja y el País Vasco, las que más realizan. (23. November 2020). *RTVE.es*. <https://www.rtve.es/noticias/20201123/tests-coronavirus-comunidades-autonomas/2013880.shtml>
- «BOE» núm. 163, de 10 de junio de 2020, «BOE» núm. 163 (Boletín Oficial del Estado 10. junio 2020).
- Adas, C. G., & Tussupova, B. (2016). Effects of the Global Financial Crisis on Chinese Economy. *International Journal of Social Science Studies*, 4(4), 136-150.
- Albrecht M, Häussler B, Javanbakht M. (2020). Einschätzung der Infektionsdynamik von Covid-19 und der Belastung des Gesundheitssystems. In: *IMK Studies no. 67*, April 2020, Düsseldorf
- Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., Palestra, F., & Missoni, E. (2020). The Italian health system and the COVID-19 challenge. *The Lancet Public Health*. 5(5), e253.
- Autoritat Catalana de la Competència. (2018). *Private Hospitals: Analysis of Concentration in Catalonia, ES 13/2016*. Barcelona: Autoritat Catalana de la Competència.
- Barber, S. L., Borowitz, M., Bekedam, H., & Ma, J. (2014). The hospital of the future in China: China’s reform of public hospitals and

- trends from industrialized countries. *Health Policy and Planning*, 29(3), 367-378.
- Bashir. (2020). Sudan's political system. *MENA politics*, 12(3), 12-25.
- Bernal, E. (2005). *VPM Atlas de Variación de la Práctica Médica*. El atlas VPM. Atlas VPM. 2. October 2020 <https://www.atlasvpm.org/en/publish-type/scientific-publications/>
- Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F., Repullo, J., Peña-Longobardo, L. M., . . . Hernández-Quevedo, C. (2018). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 20(2), 1-179.
- Bioethics Committee of Spain. (25. March 2020). *Informe del Comité de Bioética de España sobre Los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en El contexto de la crisis del coronavirus*. 16. July 2020 Bioethics Committee of Spain.: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CEE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>
- Blanco-Moreno, Á., Urbanos-Garrido, R. M., & Thuissard-Vasallo, I. J. (2013). Public healthcare expenditure in Spain: Measuring the impact of driving factors. *Health Policy*, 111, 34- 42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.012>
- Bordignon, M., Coretti, S., & Turati, G. (2019). I Piani di Rientro della sanità regionale: quali risultati finora? <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-i-piani-di-rientro-della-sanita-regionale-quali-risultati-finora> [accessed on 15 September 2020].
- Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi, M. M., Garofalo, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G., & Vainieri,

- M. (2020). Italy's Response to the Coronavirus Pandemic. <https://www.cambridge.org/core/blog/2020/04/16/italys-response-to-the-coronavirus-pandemic/> [accessed on 5 September 2020]
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020): Abschlussbericht zur Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen in den §§ 21 bis 23 auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser durch den Beirat gemäß § 24 Krankenhausfinanzierungsgesetz, Berlin
- Buxadé Villalba, J. (20. March 2020). Serious shortage of personal protective equipment in Spain. *Parliamentary questions*. Brussels, Belgium: European Commission. 28. July 2020 https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/P-9-2020-001733_EN.html
- Carrillo, M., & Jorge, J. M. (2017). DEA-Like Efficiency Ranking of Regional Health Systems in Spain. *Social Indicators Research*, 133, 1133-1149. doi:10.1007/s11205-016-1398-y
- Cases, J. M. (20. September 2020). Hablan los MIR: "No queremos ser la mano de obra barata de la sanidad". *Economía Digital*. 14. October 2020 https://www.economiadigital.es/politica-y-sociedad/hablan-medicos-mir-mano-obra-barata-sanidad_20096176_102.html
- Chan, K. W. (2010). The global financial crisis and migrant workers in China: "There is no future as a labourer; returning to the village has no meaning." *International Journal of Urban and Regional Research*, 34(3), 659-677.
- C-LM ofrece a Madrid su capacidad hospitalaria y reparte 300 tarjetas sanitarias diarias. (26. March 2020). *europapress*. <https://www.europapress.es/castilla-lamancha/noticia-lm-ofrece-madrid-capacidad-hospitalaria-reparte-300-tarjetas-sanitarias-diarias-20200326093637.html>

- Colston, P. (10. April 2020). IFEMA mobilises in Madrid to create country's largest field hospital. *Exhibition World*.
<https://www.exhibitionworld.co.uk/ifema-mobilises-in-madrid-to-create-countrys-largest-field-hospital>
- Commission of the European Communities. (28. July 2020). *Eurostat Database*.Eurostat: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/bar?lang=en>
- Cortés García, M. (20. November 2012). *¿Qué es el CCAES?* 28. July 2020Ministerio de Sanidad, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) *¿Qué es el CCAES?*:
<https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/queEsCCAES/misifunci.htm>
- CPC Central Committee and State Council. (2009). *Opinions of the CPC Central Committee and the State Council on Deepening the Health Care System Reform*. http://www.china.org.cn/government/scio-press-conferences/2009-04/09/content_17575378.htm.
- de Belvis, A.G., Ferrè, F., Specchia, M. L., Valerio, L., Fattore, G., & Ricciardi, W. (2012). The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector. *Health Policy*. 106(1), 10-16.
- Delgado, A. (25. March 2020). *Incidencia de la COVID-19 en las camas UCI en España*. Datadista: <https://datadista.com/coronavirus/camas-uci/>
- Dietz, W., & Santos-Burgoa, C. (2020). Obesity and its Implications for COVID-19 Mortality. *Obesity*, 28. 1005-1005.
- Edquist, K., & Martínez-Jiménez, M. (April-August 2020). *Spain's response to the coronavirus pandemic*. (A. Oliver, Hrsg.)HEPL blog series: Country Responses to the Covid19 Pandemic:
<https://www.cambridge.org/core/blog/2020/04/07/spains-resp>

- onse-to-the-coronavirus-pandemic/
- Eggleston, K., Ling, L., Qingyue, M., Lindelow, M., & Wagstaff, A. (2008). Health service delivery in China: A literature review. *Health Economics*, 17, 149-165.
- El Cisns acordará 'online' el reparto de 2 millones de euros.* (3. December 2019). Gaceta Médica: <https://gacetamedica.com/politica/el-cisns-acordara-online-el-reparto-de-2-millones-de-euros-nc2352539/>
- El número de pruebas PCR y test de anticuerpos realizado en España se sitúa cerca de los dos millones y medio. (9. May 2020). RTVE. <https://www.rtve.es/alacarta/videos/noticias-24-horas/numero-pcr-test-anticuerpos-espana/5572757/>
- Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). (2020). *Situación de COVID-19 en España a 17 de julio de 2020*. ISCII. 2. October 2020 https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%20ba%2035_17julio2020_ISCIII.pdf
- Estos son los mejores hospitales de España de 2019. (29. December 2019). *Consalud*. 27. July 2020 https://www.consalud.es/profesionales/mejores-hospitales-espana-2019_72445_102.html
- European Centres for Disease Control. (2011). ECDC News.
- European Commission. (2017). *State of Health in the EU: Spain: Country health profile 2017*. Brussels: Commission of the European Communities. 28. July 2020 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_es_english.pdf
- European Commission. (20. November 2019). *File: Practising nursing professionals, 2012 and 2017 (per 100 000 inhabitants)*

- Health2019.png*. 2020. July 28 Eurostat Statistics Explained: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Practising_nursing_professionals,_2012_and_2017_\(per_100_000_inhabitants\)_Health2019.png#filelinks](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Practising_nursing_professionals,_2012_and_2017_(per_100_000_inhabitants)_Health2019.png#filelinks)
- Fang, H., Eggleston, K., Hanson, K., & Wu, M. (2019). Enhancing financial protection under China's social health insurance to achieve universal health coverage. *The BMJ*, 365. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2378>.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. (2015). *XII Informe Los Servicios Sanitarios de las CCAA*. FADSP. FADSP. 11. October 2020 <http://www.fadsp.org/index.php/observatorio-ccaa>
- Fernández Jara, M. (30. March 2020). Las Fuerzas Armadas han desplegado ya 16 hospitales de campaña para luchar contra el COVID-19. *europapress española*. 2020. July 29 <https://www.europapress.es/nacional/noticia-fuerzas-armadas-desplegado-ya-16-hospitales-campana-luchar-contra-covid-19-20200330205518.html>
- Ferrè, F., Cuccurullo, C., & Lega, F. (2012). The challenge and the future of health care turnaround plans: Evidence from the Italian experience. *Health Policy*. 106(1), 3-9.
- Ferrè, F., de Belvis, A.G., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore G., Ricciardi, W., & Maresso, A. (2014). *Italy: Health System Review*. Health Systems in Transition. 16(4), 1-168.
- Fondation Robert Schuman. (2020). *Gerer le COVID-19, un Tour D'Europe: The Political Management of the Covid-19 Crisis in Spain*. Fondation Robert Schuman. 10. October 2020 https://www.robert-schuman.eu/en/doc/divers/Covid-19_Spain.pdf

- Forman, R., Atun, R., McKee, M., & Mossialos, E. (2020). 12 lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy*, 124(6), 577-580.
- Fu, H., Li, L., Li, M., Yang, C., & Hsiao, W. (2017). An evaluation of systemic reforms of public hospitals: The Sanming model in China. *Health Policy and Planning*, 32(8), 1135-1145.
- Fu, H., Li, L., & Yip, W. (2018). Intended and unintended impacts of price changes for drugs and medical services: Evidence from China. *Social Science and Medicine*, 211, 114-122.
- Gabanelli, M., & Ravizza, S. (2020). Coronavirus, pochi tamponi: ecco le ragioni mai spiegate. *Corriere della Sera Dataroom*, 24 maggio. (Accessed on 22 June 2020) <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/coronavirus-perche-italia-non-si-fanno-abbastanza-tamponi/1ba64c10-9dcb-11ea-b9b6-8e4b7089692f-va.shtml>
- Gallo, P., & Gené-Badia, J. (2013). Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*, 113(1-2), 1-7., 1(2), 1-7.
- Gao, C., Xu, F., & Liu, G. G. (2014). Payment reform and changes in health care in China. *Social Science and Medicine*, 111, 10-16.
- García Rada, A. (12. May 2012). Spain introduces public health system based on employment status. *BMJ: British Medical Journal*, 344(7856), S. 6.
- García Rada, A. (23. August 2012). Spanish doctors protest against law that excludes immigrants from public healthcare. *BMJ(345)*, S. 5716. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e5716>
- García Rada, A. (January 2014). Spain's largest healthcare privatisation plan is halted. *BMJ*, 348. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g1240>

- García-Armesto, S., Abadía-Taira, M. B., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., & Bernal-Delgado, E. (2010). *Spain: Health System Review (Health Systems in Transition, vol. 12, no. 4, 2010)*. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- García-Armesto, S., Abadía-Taira, M., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., & Bernal-Delgado, E. (2010). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(4), 1-295.
- Garrido, S., & Abad, Á. (2020). *Spain intervenes in the price of face masks and other essential products within the COVID-19 context*. HoganLovells. HoganLovells. 10. October 2020 <https://www.engage.hoganlovells.com/knowledgeservices/news/spain-intervenes-in-the-price-of-face-masks-and-other-essential-products-within-the-covid-19-context>
- Gong, Y., Yang, C., Yin, X., Zhu, M., Yang, H., Wang, Y., Li, Y., Liu, L., Dong, X., Cao, S., & Lu, Z. (2016). The effect of essential medicines programme on rational use of medicines in China. *Health Policy and Planning*, 31(1), 21-27.
- Grasselli, G, Pesenti, A, & Cecconi, M. (2020). Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: Early experience and forecast during an emergency response. *JAMA*. 323(16), 1545-1546.
- Grogan, C. M. (1995). Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Republic of China. *Social Science and Medicine*, 41(8), 1073-1084.
- Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC (Rubio Sanchíz O, Coordinadora). (18. March 2020). *Recomendaciones éticas para La toma de decisiones en La situación excepcional de crisis POR*

- pandemia covid-19 en Las unidades de cuidados intensivos*. 16. July 2020Sociedad Española de medicina Intensiva, Crítica Y Unidades Coronarias (SEMICYUC): https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf
- Gutierrez, J. (2020). *alwer a:ewjth asdjf. a:rit taoiu*, 3(1), 13-25.
- He, J. A. (2011a). China's ongoing public hospital reform: initiatives, constraints and prospect. *Journal of Asian Public Policy*, 4(3), 342-349.
- He, A. J. (2011b). Combating healthcare cost inflation with concerted administrative actions in a Chinese province. *Public Administration and Development*, 31(3), 214-228.
- He, A. J. (2012). Is the Chinese health bureaucracy incapable of leading healthcare reforms? The case of Fujian Province. *China: An International Journal*, 10(1), 93-112.
- He, A. J. (2014). The doctor-patient relationship, defensive medicine and over-prescription in Chinese public hospitals: evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen City. *Social Science and Medicine*, 123, 64-71.
- He, A. J. (2018). Manoeuvring within a fragmented bureaucracy: Policy entrepreneurship in China's local healthcare reform. *China Quarterly*, 236, 1088-1110.
- He, A. J., & Meng, Q. (2015). An interim interdisciplinary evaluation of China's national health care reform: emerging evidence and new perspectives. *Journal of Asian Public Policy*, 8(1), 1-18.
- He, A. J., & Qian, J. (2013). Hospitals' responses to administrative cost-containment policy in urban China: The case of Fujian province. *China Quarterly*, 216, 946-969.

- He, A. J., & Qian, J. (2016). Explaining medical disputes in Chinese public hospitals: the doctor-patient relationship and its implications for health policy reforms. *Health Economics, Policy, and Law*, 11(4), 359-378.
- He, A. J., Shi, Y., & Liu, H. (2020). Crisis governance, Chinese style: distinctive features of china's response to the Covid-19 pandemic. *Policy Design and Practice*, <https://doi.org/10.1080/25741292.2020.1799911>.
- He, A. J., & Wu, S. (2017). Towards universal health coverage via social health insurance in China: systemic fragmentation, reform imperatives, and alternatives. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(6), 707-716.
- He, A. J., & Yang, W. (2015). Clinical pathways in china - An evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(4), 394-411.
- He, R., Miao, Y., Ye, T., Zhang, Y., Tang, W., Li, Z., & Zhang, L. (2017). The effects of global budget on cost control and readmission in rural China: a difference-in-difference analysis. *Journal of Medical Economics*, 20(9), 903-910.
- Health Expenditure Analysis Taskforce. (July 2005). *Informe para el análisis del gasto sanitario*. Instituto de Estudios Fiscales, Ministry of Economy and Housing, Ministry of Health and Consumption. Madrid: Government of Spain. 25. August 2020
- Hernández-Quevedo, C., & Moreno-Casbas, M. T. (2019). Spain. In A. Rafferty, R. Busse, & B. Zander-Jentsch (Hrsg.), *Strengthening health systems through nursing: Evidence from 14 European countries*. Copenhagen, Denmark: European Observatory of Health Systems and Policies.

- Herreros, B., Gella, P., & Real de Asua, D. (2020). Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments. *Journal of medical ethics*, 46(7), 455-458.
- Hsiao, W. C. L. (1995). The Chinese health care system: Lessons for other nations. *Social Science and Medicine*, 41(8), 1047-1055.
- Huang, I., Lim, M.A., & Pranata, R. (2020). Diabetes mellitus is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia - A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(4), 395-403.
- Huang, Y., & Bosler, C. (2014). China's debt dilemma: Deleveraging while generating growth. *Carnegie Endowment for International Peace*. https://carnegieendowment.org/files/china_debt_dilemma.pdf.
- Jian, W., & Guo, Y. (2009). Does per-diem reimbursement necessarily increase length of stay? The case of a public psychiatric hospital. *Health Economics*, 18, S97-S106.
- Jian, W., Lu, M., Chan, K. Y., Poon, A. N., Han, W., Hu, M., & Yip, W. (2015). Payment reform pilot in Beijing hospitals reduced expenditures and out-of-pocket payments per admission. *Health Affairs*, 34(10), 1745-1752.
- Karagiannidis C et al. (2020): Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study, in: *Lancet Respiratory Medicine*, DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30316-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30316-7)
- Las residencias denuncian que los hospitales de Madrid rechazan el ingreso de mayores con coronavirus. (9. April 2020). *El Mundo*. Las residencias denuncian que los hospitales de Madrid rechazan el ingreso de mayores con coronavirus

- (kein Datum). *Ley 16/2003, 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. BOE núm. 128. BOE.
- Liang, Y. (2010). China and the Global Financial Crisis: Assessing the Impacts and Policy Responses. *China and World Economy*, 18(3), 56-72.
- Library of Congress. (February 2015). *Spain: Legal Responses to Health Emergencies*. 14. October 2020 Law Library of Congress: <https://www.loc.gov/law/help/health-emergencies/spain.php>
- Liu, G. G., Vortherms, S. A., & Hong, X. (2017a). China's Health Reform Update. *Annual Review of Public Health*, 38, 431-448.
- Liu, K., & He, A. J. (2018). Able to purchase? Agency problems in China's social health insurance system and the pitfalls of third-party strategic purchasing. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(4), 1045-1059.
- Liu, K., Yang, J., & Lu, C. (2017b). Is the medical financial assistance program an effective supplement to social health insurance for low-income households in China? A cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 16, 138. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0638-3>.
- Liu, X., & Hsiao, W. C. L. (1995). The cost escalation of social health insurance plans in China: Its implication for public policy. *Social Science and Medicine*, 41(8), 1095-1101.
- Liu, X., Liu, Y., & Chen, N. (2000). The Chinese experience of hospital price regulation. *Health Policy and Planning*, 15(2), 157-163.
- Liu, X., Zhao, S., Zhang, M., Hu, D., & Meng, Q. (2015). The development of rural primary health care in China's health system reform. *Journal of Asian Public Policy*, 8(1), 88-101.

- Liu, Y., Hsiao, W. C. L., Li, Q., Liu, X., & Ren, M. (1995). Transformation of China's rural health care financing. *Social Science and Medicine*, 41(8), 1085-1093.
- Liu, Y., Rao, K., & Hsiao, W. C. (2003). Medical expenditure and rural impoverishment in China. *Journal of Health Population and Nutrition*, 21(3), 216-222.
- Loos S, Albrecht M, Zich K. (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung, Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Gütersloh
- López, C. (1. April 2020). Cuatro comunidades tienen sus UCI saturadas, el resto puede aguantar. *La Vanguardia*. 2. October 2020 <https://www.lavanguardia.com/vida/20200401/48232823408/coronavirus-espana-situacion-ucis-colapso-comunidades-casos.html>
- Luk, S. C. Y. (2016). The evolution of the pharmaceutical distribution system in China: Implications for deepening health-care reform. *China: An International Journal*, 14(4), 159-170.
- Ma, J., Lu, M., & Quan, H. (2008). From a national, centrally planned health system to a system based on the market: Lessons from China. *Health Affairs*, 27(4), 937-948.
- Mangiapane S et al. (2020): Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin
- Mapelli, V. (2007). *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*. Formez. [Accessed on 8 September 2020] http://sanita.formez.it/sites/all/files/pdf_quaderno_57.pdf

- Marcos, J. (29. March 2020). Spanish government tightens lockdown to include all non-essential workers. *El País*. 10. October 2020 <https://english.elpais.com/politics/2020-03-28/spanish-government-tightens-lockdown-to-include-all-non-essential-workers.html>
- Martín, M. (1. April 2020). El Gobierno dará autorización de trabajo a inmigrantes con perfil sanitario. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-04-01/el-gobierno-dara-autorizacion-de-trabajo-a-inmigrantes-con-perfil-sanitario.html>
- Martín, M., & Peinado, F. (14. April 2020). Coronavirus en España: la frustración de los médicos inmigrantes que quieren trabajar, pero no los dejan. *El País*. https://tn.com.ar/internacional/coronavirus-en-espana-la-frustracion-de-los-medicos-inmigrantes-que-quieren-trabajar-pero-no-los_1060998/
- Martín, P. (20. March 2020). Las uci más saturadas comienzan a seleccionar a los pacientes. *El Periódico*. <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20200320/coronavirus-uci-seleccion-pacientes-saturacion-7898825>
- Martín-Moreno, J., Gorgojo, L., Claveria, A., & Peiro, S. (11. April 2009). Looking to Europe. Spain: A decentralised health system in constant flux. *British Medical Journal*, 338, 863-866. doi:10.1136/bmj.b1170
- Meng, Q., Mills, A., Wang, L., & Han, Q. (2019). What can we learn from China's health system reform? *The BMJ*, 365, doi: 10.1136/bmj.l2349.
- Meng, Q., Xu, L., Zhang, Y., Qian, J., Cai, M., Xin, Y., Gao, J., Xu, K., Boerma, J. T., & Barber, S. L. (2012). Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and

- 2011: A cross-sectional study. *The Lancet*, 379(9818), 805-814.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Unidad de cuidados intensivos: Estándares y recomendaciones (Intensive care units)*. Madrid: Government of Spain.
- Ministry of Health. (18. June 2020). *Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19*. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf
- Ministry of Health. (28. June 2020). *Hospitales, Camas en funcionamiento y Puestos de Hospital de Día (PHD) del Sistema Nacional de Salud (SNS), número y tasa por 1.000 habitantes y número de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) según comunidad autónoma*. Government of Spain, Ministry of Health: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla22.htm>
- Ministry of Health. (28. July 2020). Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Introducción y marco legal*. Madrid, Spain: Government of Spain. 28. July 2020 <https://www.msbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm>
- Ministry of Health. (28. July 2020). Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. *Quiénes somos?* Madrid, Spain: Government of Spain. <https://ingesa.sanidad.gob.es/quienesSomos/home.htm>
- Ministry of Health. (28. July 2020). *Organización Institucional*. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/aspectos.htm>
- Ministry of Health. (29. July 2020). *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: Aspectos Básicos*. Organización Institucional: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/aspectos.htm>

- Ministry of Health. (2020). *Ordenación sanitaria del territorio en las Comunidades Autónomas: Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*. Madrid: Government of Spain. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Ordenacion_sanitaria_2019.pdf
- Ministry of Health. (2020). *Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19*. Madrid: Government of Spain. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Documento_Control_Infeccion.pdf
- Ministry of Health. (2020). *Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) [Spain]*. Procedures, Government of Spain, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Madrid. 2020. July 28 https://www.irygis.org/media/upload/pdf/procedimiento-de-ac-tuacion-frente-a-casos-de-infeccion-por-coronavirus_1584021227.pdf
- Ministry of Health and Consumer Affairs. (2009). *Quality of ambulatory care in the Spanish National Health System: analysis of three OECD indicators and some alternatives*. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2. October 2020 https://www.atlasvpm.org/wp-content/uploads/2019/09/PQI_Spain_WP_2009.pdf
- Ministry of Health and Consumption [Spain]. (December 2006). *National pandemic influenza preparedness and response plan update*. 2. August 2020 Gobierno de España: https://www.mscbs.gob.es/gl/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/ActualizacionPlanDic2006v_ing.pdf

- Ministry of Health, Consumption, and Wellbeing. (2017). *Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2017* [Statistics on Specialised-care Health Centres: Hospitals and Outpatient Centres. Year 2017]. Government of Spain.
- Ministry of Health, Consumption, and Wellbeing. (2019). *Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud* [Human resources, professional placement and continuing education in the National Health System] [Spain]. Gobierno de España, Informes, estudios e investigación. Madrid: Government of Spain.
- Ministry of Health, Consumption and Wellbeing. (2. April 2020). *Informe del Ministerio de Sanidad sobre Los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2*. 6. April 2020 Ministerio de Sanidad [Spain]: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf
- Ministry of Health, Social Services and Equality. (2015). *Annual Report on the National Health System of Spain 2015: International comparisons*. Madrid: Government of Spain.
- Mishkin, F. S. (2011). Over the Cliff: From the Subprime to the Global Financial Crisis. *Journal of Economic Perspectives*. 25(1), 49-70.
- Mossialos, E., Ge, Y., Hu, J., & Wang, L. 2016. Pharmaceutical policy in China: Challenges and opportunities for reform. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Navarra implantará nuevos test que permitirán detectar contagios de coronavirus de manera “rápida y fiable”. (23. September 2020).

- navarra.es*. <https://www.navarra.es/es/noticias/2020/09/23/navarra-implantara-nuevos-test-que-permitiran-detectar-contagios-de-coronavirus-de-manera-rapida-y-fiable->
- OECD. (2017). *Spain: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Ojeda, D. (29. March 2020). El mapa de la ocupación de las UCI: las camas crecen un 73% para combatir el colapso. *El Confidencial*. https://www.elconfidencial.com/espana/2020-03-29/coronavirus-covid-19-camas-uci-hospitales_2523031/
- Onder, G., Rezza, G., & Brusaferro, S. (2020). Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 323(18), 1775-1776.
- Pan, J., Qin, X., & Hsieh, C. R. (2016). Is the pro-competition policy an effective solution for China's public hospital reform? *Health Economics, Policy and Law*, 11(4), 337-357.
- Pei, M. (2012, September 10). Are Chinese banks hiding "The mother of all debt bombs"?, *The Diplomat*. <https://thediplomat.com/2012/09/are-chinese-banks-hiding-the-mother-of-all-debt-bombs/>.
- Peinado, F. (9. June 2020). Hospitales de Madrid rechazaron a pacientes de residencias por su edad: "A los mayores de 75 años no nos los cogen". *El País*. <https://elpais.com/espana/madrid/2020-06-08/asi-fue-en-la-practica-el-triaje-en-los-hospitales-de-madrid-a-los-mayores-de-75-anos-no-nos-los-cogen.html>

- Pérez-Romero, C., Ortega-Díaz, M., & Ocaña-Riola, J. (29. December 2016). Analysis of the technical efficiency of hospitals in the Spanish National Health Service. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 108-115. doi:10.1016/j.gaceta.2016.10.007
- Picheta, R. (22. March 2020). Spain to extend coronavirus state of emergency as deaths soar. *CNN*. 10. October 2020 <https://www.cnn.com/2020/03/22/europe/spain-coronavirus-sunday-intl/index.html>
- Planas-Miret, I., Tur-Prats, A., & Puig-Junoy, J. (December 2005). Spanish Health Benefits for Services of Curative Care. *The European Journal of Health Economics*, 6(Supplement), S66-S72. 10. October 2020 <https://www.jstor.org/stable/20069430>
- PricewaterhouseCoopers. (2010). *Situation of Long-Term Care Services in Spain*. PricewaterhouseCoopers, Health and Pharmacy. Madrid: AESTE. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pwc-situation-01.pdf>
- Provisional hospital to be launched next week in exhibition center. (28. March 2020). *Catalan News*. 2020. July 29 <https://www.catalannews.com/society-science/item/provisional-hospital-to-be-launched-next-week-in-exhibition-center>
- Qian, J., & He, A. J. (2018). The bonus scheme, motivation crowding-out and quality of the doctor-patient encounters in Chinese public hospitals. *Public Organization Review*, 18(2), 143-158.
- Qian, J., He, A. J., & Yin, J. D. C. (2019). The medical arms race and its impact in Chinese hospitals: Implications for health regulation and planning. *Health Policy and Planning*, 34(1), 37-46.

- Rejón, R. (2. July 2020). La Atención Primaria, clave para la detección de nuevos focos de COVID-19, no tiene los refuerzos necesarios para ser eficiente. *elDiario.es*. https://www.eldiario.es/sociedad/atencion-primaria-reforzada-mantener-covid-19_1_6076185.html
- Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet*, 395(10231), 1225-1228.
- Repullo, J. R. (December 2018). Spain's health care system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state. *Anais working paper*. doi: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.252>
- Rodriguez-Álvarez, A., & Knox Lovell, C. (2004). Excess capacity and expense preference behaviour in National Health Systems: an application to the Spanish public hospitals. *Health Economics*, 13, 157-169. doi:10.1002/hec.803
- Royal Decree 10752/2018 (July 27) on universal access to the Spanish National Health System [Spain]. (30. July 2018). *BOE [Official Bulletin of the Spanish State]*(183). <https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>
- Rumbold, B., Alakeson, V., & Smith, P. C. (2012). *Rationing Health Care: Is it time to set out more clearly what is funded by the NHS?* Nuffield Trust. London: Nuffield Trust. 11. October 2020 <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/rationing-health-care-web-final.pdf>
- SEMICYUC. (17. March 2020). *La SEMICYUC presenta el Plan de Contingencia para los servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia de COVID-19*. Semicyuc: <https://semicyuc.org/2020/03/la-semicyuc-presenta-el-plan-de-contingencia-para-los-servicios-de-medicina-intensiva-frente-a-la-pandemia-de-covid-19/>

- Sevilla, B. (3. June 2019). *Número de centros hospitalarios en España por Comunidad Autónoma*. 2020. July 28 Statista.com: <https://es.statista.com/estadisticas/578374/numero-de-hospitales-en-espana-por-comunidad-autonoma/>
- Sevillano, E. (27. June 2013). España baja por segundo año su gasto sanitario, que está en la media de la OCDE. *El País*. https://elpais.com/sociedad/2013/06/27/actualidad/1372362692_437607.html
- Sevillano, E. G., & Romero, J. (21. May 2020). Bidding wars and scammers: The new life of healthcare procurement officials in Spain. *El País*. 10. October 2020 <https://english.elpais.com/society/2020-05-21/bidding-wars-and-scammers-the-new-life-of-healthcare-procurement-officials-in-spain.html>
- Sevillano, E., & Sosa Troya, M. (27. March 2020). Coronavirus in Spain: Five crises rolled into one. *El País*. 28. July 2020 <https://english.elpais.com/society/2020-03-27/coronavirus-in-spain-five-crises-rolled-into-one.html>
- Sheshabalaya, T. (2010). Healthcare in Spain. *HealthManagement*, 5(1). 29. July 2020 [HealthManagement : https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/healthcare-in-spain](https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/healthcare-in-spain)
- Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación. (17. May 2020). Recommendations for the safe restart of elective surgery after the pandemic phase COVID-19. *SENSAR, News/Protocols*. Alcorcón, Spain.
- Sotelo Aboy, S. (10. April 2020). Babysitters no more, Filipino nurses in Spain find place on COVID-19 frontlines. *ABS-CBN News online*. <https://news.abs-cbn.com/overseas/04/10/20/babysitters-no-more-filipino-nurses-in-spain-find-place-on-covid-19-frontlines>

- Spain's huge public health deficit. (28. May 2014). *Healthcare-in-Europe.com*. 15. October 2020 <https://healthcare-in-europe.com/en/news/spain-s-huge-public-health-deficit.html>
- (2013). *Spanish Public Healthcare System: Is it Sustainable?* The Barcelona Centre for International Affairs. Barcelona: The Barcelona Centre for International Affairs. https://www.cidob.org/en/articulos/spain_in_focus/february_2013/spanish_public_healthcare_system_is_it_sustainable
- Spanish Society of Cardiology (SEC). (2020). *La SEC registra una reducción del 40% en el tratamiento del infarto durante el estado de alarma*. Spanish Society of Cardiology. <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/11489-la-sec-registra-una-reduccion-del-40-en-el-tratamiento-del-infarto-durante-el-estado-de-alarma>
- Spanish Society of Intensive and Critical Medicine and Coronary Units [Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias]. (2020). *Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19*. SEMICYUC and Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.
- Stefan, O., Avbelj, M., Eliantonio, M., Hartlapp, M., Korkea-aho, E., & Rubio, N. (2017). *EU soft law in the EU legal order: A literature review*. Soft Law Research Network (SOLAR). 24. October 2018 <https://www.solar-network.eu/home/>
- Sun, T., Hu, G., & Ma, J. (2017). Consumer satisfaction with tertiary healthcare in China: findings from the 2015 China national patient survey. *International Journal of Quality in Health Care*, 29, 213-221.

- Tao, W., Zeng, Z., Dang, H., Lu, B., Chuong, L., Yue, D., Wen, J., Zhao, R., Li, W., & Kominski, G. F. (2020). Towards universal health coverage: Lessons from 10 years of healthcare reform in China. *BMJ Global Health*, 5(3), 1-9.
- The Lancet. (18. March 2020). The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 10. October 2020 <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2820%2930060-8>
- Torre-Díez, I. d., González, S., & López-Coronado, M. (2013). EHR Systems in the Spanish Public Health National System: The Lack of Interoperability between Primary and Specialty Care. *Journal of Medical Systems*, 37(9914). doi:10.1007/s10916-012-9914-3
- Troisi, R., & Guida, V. (2018). Is the Appointee Procedure a Real Selection or a Mere Political Exchange? The Case of the Italian Health-Care Chief Executive Officers. *The Journal of Entrepreneurial and Organizational Diversity*. 7(2), 19-38.
- Tu, J., Wang, C., & Wu, S. (2015). The internet hospital: An emerging innovation in China. *The Lancet Global Health*, 3(8), e445-e446.
- Valdés, I. (31. March 2020). ¿Puede Madrid derivar pacientes a otras comunidades? *El País*. 2. October 2020 <https://elpais.com/espana/madrid/2020-03-31/puede-madrid-derivar-pacientes-a-otras-comunidades.html>
- Vardavas, C. I., & Nikitara, K. (2020). COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco Induced Diseases*. 18(20), 1-4.
- Wang, M. (2010). Impact of the global economic crisis on China's migrant workers: A survey of 2,700 in 2009. *Eurasian Geography and Economics*, 51(2), 218-235.

- Wang, S., Liu, L., Li, L., & Liu, J. (2014). Comparison of Chinese inpatients with different types of medical insurance before and after the 2009 healthcare reform. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-443>.
- Wang, Y., Shu, Z., Gu, J., Sun, X., Jing, L., Bai, J., Huang, X., Lou, J., Zhang, Q., & Li, M. (2017). Evidence for capitation reform in a New Rural Cooperative Medical Scheme in Pudong New Area, Shanghai: A longitudinal study. *International Journal of Health Planning and Management*, 32(3), 307-316.
- Xu, W., & van de Ven, W.P. 2009. Purchasing health care in China: competing or non-competing third-party purchasers? *Health Policy*, 92(2-3), 305-312.
- Yang, W., & Wu, X. (2015). Paying for outpatient care in rural China: Cost escalation under China's New Co-operative Medical Scheme. *Health Policy and Planning*, 30(2), 187-196.
- Yip, W., Fu, H., Chen, A. T., Zhai, T., Jian, W., Xu, R., Pan, J., Hu, M., Zhou, Z., Chen, Q., Mao, W., Sun, Q., & Chen, W. (2019). 10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. *The Lancet*, 394(10204), 1192-1204.
- Yip, W., & Hanson, K. (2009). Purchasing health care in China: Experiences, opportunities and challenges. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 21, 197-218.
- Yip, W., & Hsiao, W. C. (2008). The Chinese health system at a crossroads. *Health Affairs*, 27(2), 460-468.
- Yip, W., & Hsiao, W. (2014). Harnessing the privatisation of China's fragmented health-care delivery. *The Lancet*, 384(9945), 805-818.

- Yip, W. C. M., Hsiao, W. C., Chen, W., Hu, S., Ma, J., & Maynard, A. (2012). Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *The Lancet*, 379(9818), 833-842.
- Yip, W. C. M., Hsiao, W., Meng, Q., Chen, W., & Sun, X. (2010). Realignment of incentives for health-care providers in China. *The Lancet*, 375(9720), 1120-1130.
- Yu, X., Li, C., Shi, Y., & Yu, M. (2010). Pharmaceutical supply chain in China: Current issues and implications for health system reform. *Health Policy*, 97(1), 8-15.
- Zalakaín, J., & Davey, V. (28. May 2020). *The [effect of] COVID-19 on users of Long-Term Care*. (CPEC-LSE, Hrsg.) 26. July 2020LTCcovid: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>
- Zhou, Y., Guo, Y., & Liu, Y. (2020). Health, income and poverty: Evidence from China's rural household survey. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1-12.
- Zhou, Z., Su, Y., Campbell, B., Zhou, Z., Gao, J., Yu, Q., Chen, J., & Pan, Y. (2015). The impact of China's Zero-Markup Drug Policy on county hospital revenue and government subsidy levels. *Journal of Asian Public Policy*, 8(1), 102-116.