

OECD 국가의 입원 서비스 정책



정설희 연구위원
심사평가연구소 급여정책연구팀

1. 시작하는 말

우리나라의 입원 1건당 평균 재원일수는 2008년도를 기준으로 할 때 16.7일로 일본의 33.8일에 이어 두 번째이며, 인구 1,000명당 병상수도 2009년도에 8.3개로 일본에 이어 두 번째로 많다(OECD, 2011). 또한 증가세도 두드러져 재원일수와 병상 수 모두가 증가하는 국가는 우리나라가 유일하다.

2005년부터 2009년도까지의 건강보험 청구자료를 분석한 결과 전체 진료비는 연평균 12.3%, 내원일수는 연평균 4.3% 증가하였으며, 이 중 입원진료비는 연평균 17.4%로 외래 9.8%, 약국 11.1%에 비해 높은 증가율을 보이고 있다. 입원 내원일수는 2005년도에 비하여 2009년도에 13.4% 증가하여, 외래 4.0%보다 매우 높은 것으로 나타났다.

이러한 입원의료 이용량의 증가와 그에 따른 진료비의 지속적인 증가는 건강보험 재정안정성을 저해하고 있다. 특히 우리나라의 경우 병상규제 등 입원의료를 억제할 기전이 충분하지 않기 때문에 입원의료 이용의 증가는 앞으로도 지속될 것으로 보인다. 이에 본 원고에서는 경제협력개발기구(Organisation for Economic Co-operation and Development, 이하 OECD)에 속한 국가들이 채택하고 있는 입원의료 이용에 영향을 미칠 수 있는 정책들을 살펴보고자 한다.

* 이 글은 2011년도에 수행된 정설희 등(2011)의 '요양형 장기입원 적정관리방안' 연구에 기술된 일부 내용을 발췌·정리 한 것이다.

2. 입원의료 이용에 영향을 미칠 수 있는 정책

1) 진료비지불제도

진료비지불제도는 제공되는 서비스의 양, 질뿐만 아니라 병원의 생산 효율성에도 영향을 미친다. 병원에 대한 진료비지불제도는 크게 총액예산(계약)제도, 정액교부금제도, 일당 진료비지불제도, 행위별수가제도, 진단명기준 건당 진료비지불제도로 구분할 수 있다. OECD 국가의 사례를 조사한 결과에 따르면, 많은 국가들이 특정 지불제도 하나를 사용하기보다는 여러 지불제도를 혼용하여 사용하고 있다(Paris 등, 2010).

입원진료에 대한 지불방법으로 행위별 수가제도를 채택하고 있는 국가는 우리나라, 일본, 벨기에, 체코이다. 우리나라는 대부분의 입원서비스가 행위별수가제로 지불되고 있으며 일부 질환에 대하여 DRG(Diagnosis Related Groups, 이하 DRG) 시범사업을 시행하고 있다. 일본은 2003년도에 일당 질병군별 포괄수가제도인 DPC(Diagnosis Procedure Combination System) 제도를 도입하였으며, 2010년 7월 1일 현재 전체 급성기 병원의 약 50.4%가 이 제도의 적용을 받고 있다(후생노동성, 2011). 벨기에는 약 41%가 행위별수가제로 지불되고 있으며, 체코는 전체 병원진료비의 8%만을 행위별수가제를 통해 지불받고 있다.

표1. OECD 국가들의 병원에 대한 진료비 지불제도

국 가	지불 제도
호주	총액예산제도+진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG
오스트리아	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG(47%)+후향적 진료비 지불제도(48%)
벨기에	진단명 기준 건당진료비지불제도(45%) + 행위별수가제도(41%) + 의약품에 대한 지불(14%)
캐나다	총액예산제도(79%) + 진단명 기준 건당진료비지불제도(9%) + 일당정액제(9%)
체코	총액예산제도(75%) + 진단명 기준 건당진료비지불제도(15%) + 행위별수가제도(8%)
덴마크	총액예산제도(80%) + 진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG(20%)
핀란드	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG
프랑스	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG
독일	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG
그리스	일당정액제 및 후향적 진료비 지불제도
헝가리	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG

국 가	지불 제도
아이슬란드	총액예산제도
아일랜드	총액예산제도(60%) + 진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG(20%) + 일당정액제(20%)
이탈리아	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG
일본	행위별수가제+ 진단명 보정 일당 정액제
한국	행위별수가제+ DRG
룩셈부르크	총액예산제도
멕시코	총액예산제도(60%) + 정액교부금제도(30%) + 행위별수가제(10%)
네덜란드	보정 총액예산제(80%) + 진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG(20%)
뉴질랜드	총액예산제도 + 진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG
노르웨이	총액예산제도(60%) + 행위별수가제(40%)
폴란드	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG
포르투갈	총액예산제도
슬로바키아	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG
스페인	정액교부금
스웨덴	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG(55%) + 총액예산제도
스위스	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG(2/3 cantons) + 총액예산제도
터키	정액교부금
영국	진단명 기준 건당진료비지불제도/DRG(70%) + 총액예산제도(30%)

출처: Paris et al, 2010

주: Prospective global budget 또는 global budget 총액예산제, payment per case 진단명 기준 건당 진료비 지불제도(질병군 별포괄수가제가 해당됨), per diem 일당정액제, payment per procedure/service 행위별수가제, retrospective reimbursement of costs 후향적으로 투입된 비용을 보전해주는 상환방법, line-item budget 정액교부금

2) 시설 및 장비 도입에 대한 규제정책

병원이나 병상수의 증가는 재원일수의 증가에 영향을 미치며, 의료장비의 도입 역시 의료이용에 영향을 미친다. OECD(2010)의 보고서에 따르면, 병원 또는 시설의 개설이나 병상 증감, 제공되는 서비스 유형, 고가의의료장비 공급에 대한 규제가 없는 곳으로 조사된 국가에는 우리나라, 핀란드, 그리스, 아이슬란드, 폴란드가 있다. 그러나 이들 국가 중 우리나라를 제외하고는 모두 총액예산제나 DRG 제도를 병원에 대한 진료비 지불제도로 사용하고 있다. 체코와 슬로바키아는 병원이나 시설을 개설 및 병상 증·개설에 대한 규제가 없으나 체코는 고가의의료장비 도입 시, 슬로바키아는 암진료 등 특정 유형의 서비스를 공급하는 데 있어서 규제가 존재하였다.

또한 두 국가 모두 진료비 지불제도로 진단명기준 진료비 지불제도를 채택하고 있으며, 체코는 총액예산제도를 채택하고 있다(표 1). 조사대상 국가 중 덴마크, 핀란드, 뉴질랜드, 스페인, 영국은 공공시설에 대해서만 규제정책이 적용되나, 이들 국가들의 경우 전체 급성 병상 중 공공병상의 비율이 덴마크 96.7%, 핀란드 89%, 뉴질랜드 81%, 스페인 74.2%, 영국 96%로 매우 높다(Paris 등, 2010). 규제유형은 호주, 캐나다, 이탈리아, 일본처럼 광역수준에서의 한도(quota)가 정해져 있는 경우와 오스트리아, 벨기에, 멕시코, 노르웨이처럼 중앙정부 수준에서 한도를 설정하는 경우가 있다(Paris 등, 2010).

병상수에 있어서도 호주, 캐나다, 헝가리, 이탈리아, 일본은 광역단위에서, 오스트리아, 벨기에, 헝가리, 룩셈부르크, 뉴질랜드는 중앙정부 단위에서 한도를 정해놓고 있다. 체코, 핀란드, 그리스, 아이슬란드, 한국, 네덜란드, 룩셈부르크, 네덜란드, 뉴질랜드, 폴란드, 슬로바키아, 스웨덴, 영국을 제외하고는 광역 또는 중앙 단위의 계획이 수립되어 있다(Paris 등, 2010). 벨기에는 일반 서비스의 경우 인구 1,000명당 2.9병상, 산과서비스의 경우 출생아 1,000명당 32병상 등으로 병상수에 대한 구체적인 목표를 설정해 놓고 병원개설이나 병상 증설 시 승인을 받도록 하고 있다(Gerkens & Merkur, 2010).

표 2. OECD 국가의 병원 및 고가의료장비 및 서비스에 대한 규제 여부

병원 또는 시설 개설	병상 공급 증가/감소	암진료 등 특정 유형의 병원 서비스 공급	고가의료장비 도입	국 가
X	X	X	X	핀란드, 그리스, 아이슬란드, 한국, 폴란드
X	X	X	○	체코
X	X	○	X	슬로바키아
X	○	X	X	
○	X	X	X	뉴질랜드, 영국
○	X	○	○	노르웨이, 스웨덴
○	○	X	X	일본, 네덜란드
○	○	○	X	스위스
○	○	○	○	호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 덴마크, 프랑스, 독일, 헝가리, 아일랜드, 이탈리아, 룩셈부르크, 멕시코, 포르투갈, 스페인, 터키

출처: Paris V, Devaux M, Wei L. Health systems institutional characteristics: A survey of 29 OECD countries. OECD Health Working Paper. 2010; OECD. Value for Money in Health Spending. 2010에서 재인용.

3) 급성기 병원 진료서비스 물량 통제 정책

OECD 국가 중 호주, 오스트리아, 덴마크, 프랑스, 독일에서는 급성기 병원 진료서비스에 대한 연간 한도를 설정하여 입원량을 통제하고 있다(Paris 등, 2010).

호주와 오스트리아는 병원의 입원 물량이 증가하면 DRG당 수가를 감소시키는 정책을 통해 입원량을 통제하고 있다. 덴마크는 총액예산을 통해 광역단위로 진료비를 배분하고, 지방자치단체나 시에서 해당 지역의 대부분의 보건서비스를 공급하고 있다. 그러나 보건부와 각 지역의 의회가 합의한 연간 보건의료지출 한도액 내에서 서비스를 제공해야 한다. 병원의 서비스 물량의 상한이 존재하고, 상한을 초과하는 경우 해당 병원은 진료비를 상환받지 못한다.

프랑스는 의회가 매년 예산을 승인한다. 수량-가격 연동제를 시행하여 당해연도 물량이 증가하면 다음 연도에 DRG 수가가 낮아지게 된다. 독일은 DRG로 진료비를 상환받고 있으며, DRG 점수(weight)는 연방정부 수준에서 설정되나 수가(rate)는 병원이나 지역에 따라 달라질 수 있다. DRG 예산에 상한이 설정되어 있어 목표 예산을 초과하는 경우 DRG 점수가 낮아진다. 헝가리는 2004년 초 이후, 병원은 이전 연도 예산의 98%에 대해서만 DRG 가격 총액을 상환받으며, 물량이 그것을 초과하는 경우 DRG 수가가 60%에서 10%까지 감소하는 체계를 갖고 있다.

아일랜드는 병원진료비 총액의 20%를 DRG로 상환하고 있으며 점차 그 비율을 확대하고 있다. DRG를 통한 자원조달은 재정중립이어야 한다. 이탈리아는 광역단위에서 매년 우선순위에 따라 연간예산을 설정하고 있다. 일본은 재원기간에 따라 일당 수가가 점차 낮아지는 제도를 시행하고 있다. 스웨덴의 스톡홀름과 터키는 진료비를 통제하기 위하여 예산상한제도를 시행하고 있다. 터키의 경우 상한을 초과하는 부분에 대해서는 진료비를 상환하지 않는다.

영국은 응급입원에 대해서 수량-가격 연동제(volume-price agreement)를 시행하고 있다. 병원은 이전 연도의 물량에 기초하여 설정한 한도까지는 각 입원에 대하여 전체 수가를 모두 보상하나 한도를 넘는 경우에는 50%만 보상하고 있다. 다만, 선택적 시술(elective activity)에 대해서는 한도가 설정되어 있지 않으며 병원은 일차의료트러스트의 사전승인 없이 물량을 증가시킬 수 있다.

표 3. OECD 일부 국가에서 시행하고 있는 급성진료병원서비스에 대한 물량 통제 정책

국 가	물량 통제
호주	물량에 대한 상한 존재. 물량이 늘면 수가 인하(빅토리아 주)
오스트리아	물량이 증가하면 수가 인하
덴마크	연간 예산한도 설정. 병원 서비스 물량이 상한을 넘는 경우, 상환하지 않음.
프랑스	global price-volume regulation. 당해연도 물량이 증가하면 다음 연도 수가 낮아짐.
독일	예산 상한. 예산을 초과하면 DRGs 점수가 낮아짐.
헝가리	이전연도 물량의 98%는 DRGs 수가 전부 보상. 초과하는 경우, DRGs 수가의 60%에서 10%까지 감소됨.
아일랜드	DRG를 통한 자원조달은 재정중립이어야 함.
이탈리아	광역단위로 연간 예산 설정
일본	특정 입원기간에 따른 일당 수가 체감
스웨덴	예산상한제(스톡홀름)
터키	예산상한제
영국	응급입원에 대해서 수량-가격 연동제(volume-price agreement)

출처: Paris et al, 2010

주 1: 벨기에: 보건부가 전체 예산을 설정하고 개별 병원에 배분.

2: activity를 물량으로, point와 weight는 점수, point value와 rate는 수가로 번역하였음.

4) 입원진료에 대한 본인부담제도

호주(The Commonwealth Fund, 2009), 캐나다(OECD, 2004), 덴마크(Strandberg-Larsen 등, 2007), 헝가리(Gaal, 2004), 이탈리아(Lo Scalzo 등, 2009), 아이슬란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 스페인, 폴란드, 터키(OECD, 2004), 슬로바키아(Szalay 등, 2011), 영국(Boyle, 2001)은 진료비 본인부담이 없는 것으로 조사되었다. 그 외 국가들의 본인부담 현황은 (표 4)와 같다.

한 가지 유의할 점은 다른 국가들의 경우 입원의료비에 대한 본인부담 금액이 없거나 낮더라도 각 국가가 채택하고 있는 병원에 대한 지불제도, 병상 또는 의료장비 도입에 대한 규제 등 여러 기전을 통해 입원의료를 통제할 수 있으나 우리나라의 경우에는 입원기간에 따른 입원료 차등제와 본인부담제도만이 억제기전으로 기능하고 있다는 것이다. DRG 지불제도를 일부 질환에 대하여 시행하고는 있으나 전체 요양급여비용 중 약 2.2%에 불과해(공인식, 2011), 정책적 효과를 거두기에는 미약하다고 할 수 있다.

표 4. OECD 국가의 입원 진료비 본인부담 현황

국 가	입원료 본인부담 내용	출 처
오스트리아	피보험자(가입자): 입원일당 최대 €10 피부양자: 진료비의 10% 추가 부담 * 약제비 본인부담 없음.	AFMH, 2010
벨기에	• 피부양자가 없는 환자 : 첫날 €41.41, 2일째부터 €14.14 • 피부양자가 있는 환자 : 첫날 €41.41, 2일째부터 €14.14, 91일째부터 €5.02 * 약제비 별도 * 사회기금 적용대상자는 별도 금액 적용	Gerkens & Merkur, 2010
체코공화국	입원일당 €2.40 * 신생아, 저소득층, 만성질환 어린이, 감염병 질환자, 임산부, 장기 기증자, 예방서비스 접종자는 본인부담 없음. ※ 2009년 기준	Bryndová 등, 2009
핀란드	• Health centre: 입원일당 €26 : 일차의료서비스를 제공하는 기관으로 외래와 입원진료를 모두 함. • 병원: 입원일당 €26(정신병원은 입원일당 €12) • long-term hospital 또는 시설에서의 진료: 환자 월수입(income)의 최대 80% 수준까지만 본인부담시킬 수 있음. 진료비를 지불한 이후에도 최소한 환자에게 €80가 있어야 함. * 검사, 치료, 의약품, 식대 포함 ※ 2007년 기준	Vuorenkoski 등, 2008
프랑스	• 입원료의 20%와 입원일당 €1 정액부담. : 31일 이상 입원, 산과진료에 대해서는 본인부담 없음. • 입원료와 별도로 식대(catering fee)로 일당 €18 본인부담. : 보충건강보험(CMU-C) ¹⁾ 수급자, 18세 미만 아동, 임신 6개월 이상 여성은 면제.	Chevreur 등, 2010
독일	• 입원일당 €10 부담하며, 최대 연간 28일로 제한. 28일을 초과하는 경우 본인부담 없음. • 본인부담을 연소득(gross income)의 2%로 제한하는 본인부담상한액을 실시(만성질환자의 경우는 소득의 1%). 18세 미만 자에 대하여는 본인부담 없음 ※ 2009년 기준	국민건강보험공단, 2010
그리스	• 공공병원에 입원하는 경우, 본인부담 없음. * 병실료 차액과 같은 진료비, 일부 약제비, 병리 또는 진단 검사 등에 일부 본인부담 존재	Economou, 2010
아일랜드	• 저소득자 중 유형 1은 본인부담 비용 없음 • 저소득자 중 유형 2는 12개월 동안 최대 US\$166의 범위 내에서 입원일당 US\$17을 부담함 • 일정 수준을 넘는 비급여 의료지출에 대한 세금 감면 혜택 적용	OECD, 2004
일본	정률제 적용(본인부담 30%, 3세 미만은 본인부담 20%) 70~75세 미만: 20%(일정 수준 소득 이상 30%), 75세 이상 10%(일정수준 이상의 고소득 노인에 대해서는 30% 본인부담 적용)	후생성, 2011
룩셈부르크	€10~€15 사이의 정액제	OECD, 2004

1) 프랑스에 3개월 이상 거주하고 있는 대상자 중에서 일정 소득 이하의 계층을 대상으로 기본적인 건강보험 급여뿐만 아니라 병원입원비, 외래서비스를 추가 본인부담 없이 무료로 이용할 수 있는 제도. 의료부조(medical assistance) 제도이다.

국 가	입원료 본인부담 내용	출 처
네덜란드	2009년부터 모든보건료비용에 대한 강제적 공제제도 시행(일반의 진료, 산부인과 진료, 22세 미만 치과진료는 공제제도에서 제외). 공제금액: 강제공제액 € 165+자발적 공제액(€ 100~€ 500 범위에서 선택)	Schafer 등, 2010
포르투갈	US\$30	OECD, 2004
스웨덴	지방의회(county councils)별로 연령, 소득수준 등에 따라 다소 차이가 있지만 입원일당 80크로나(약 18,000원) 최대 US\$10을 본인 부담함. 최대 입원금액(maximum inpatient fees) 또한 지역적으로 차이가 있을 수 있음. ※ 2007년 기준	국민건강보험공단, 2010
스위스	입원일당 CHF 10(약 US\$7)에 추가로 어른에 대해서는 연간 정액으로 CHF 300 부과, 어린이에게는 CHF 0 적용. 1986년부터 보험료를 적게 내는 대신 본인부담을 CHF 1500까지 많이 부담시키는 제도 시작. 본인부담률은 소득수준이 일정 이상인 자는 20% 본인부담, 그 외에는 10%의 본인부담 적용	OECD, 2004
미국	의료기관 유형에 따라 달라짐. 병원의 경우 다음과 같음(2011년 기준). • 입원 1~60일 : 이 기간동안 총 \$1,132까지 본인부담(deductible) • 입원 61~90일 : 하루당 \$283의 본인부담 • 입원 91~150일 : 하루당 \$566의 본인부담 • 입원 151일 이상 : 전액 본인부담 • 정신병원에서의 정신과 입원은 190일까지	CMS, 2011

주: OECD 보고서(2004)에 제시된 자료는 1990년대 후반기 당시의 US 달러와 Euro화를 기준으로 가격을 표시한 것임.

5) 기타 관련 정책

위에서 제시한 정책들 이외에도 일본은 2008년에 시행한 의료비 적정화 계획의 하나인 의료기관의 입원기간을 단축시키기 위해 의료기관의 기능 분화·연계 추진, 재택의료·지역 케어 추진 및 요양병상 재편성 정책을 시행하고 있다(후생노동성, 2011b). 또한 일본은 전원을 포함해 입원기간이 180일 넘으면 사회적 입원으로 간주하여 선정요양으로 구분하여 해당 비용은 환자가 전액 부담하도록 하고 있으며(후생노동성, 2011c), 미국은 입원기간이 151일 이상인 경우 모든 진료비를 전액 부담하도록 하고 있다(CMS, 2011).

3. 마치며

우리나라의 평균재원일수는 앞에서 기술한 바와 같이 OECD 국가 중 일본에 이어 두 번째로 길며, 입원건수도 지속적으로 증가하고 있다. 특히 진료비 지불제도로 행위별수가제도를 채택

하고 있고, 병상수가 지속적으로 증가하는 경향이 있음을 감안하면 입원량의 증가와 이로 인한 입원진료비의 증가도 향후 지속될 것으로 보인다. 더구나 다른 국가들과는 달리 병원과 병상의 신·증설 및 의료장비의 도입에 대한 규제도 없는 실정이다. 이렇게 행위별수가제도를 통해 물량을 늘릴 수 있는 여지가 충분히 존재함에도 불구하고 기관 또는 병상의 개설이나 증설²⁾ 등과 관련하여 공급자에 대한 규제가 없는 국가는 우리나라가 유일하다고 봐야 할 것이다. 따라서 건강보험의 재정지속가능성을 확보하기 위해서는 입원의료를 관리하기 위한 다양한 정책 방안을 검토할 필요가 있다. 

2) 의료법 제60조에서는 보건복지부 장관으로 하여금 병상의 합리적인 공급과 배치에 관한 기본시책을 수립하고, 시·도지사는 이 기본시책에 따라 지역 실정을 고려하여 특별시·광역시 또는 도 단위의 병상 수급계획을 수립한 후 보건복지부장관에게 제출하도록 하고 있다. 보건복지부 장관은 병상수급계획의 조정을 권고할 수는 있으나, 복지부장관이나 시·도지사 모두 병상 신·증설에 대한 실질적인 규제로는 작용하지 못하고 있다.

참고문헌

1. 공인식. 건강보험 지불제도 개편과 신포괄수가제도 발전방향. HIRA정책동향 2011; 5(5):6p.
2. 국민건강보험공단. 국외출장(유럽 5개국) 결과보고서; 오스트리아·스웨덴·덴마크·벨기에·영국. 2010.8.
3. 국민건강보험공단. 독일·프랑스·오스트리아 재정안정 사례조사 국외출장 결과보고서. 2011.2.
4. 후생노동성. 2009년도 「DPC 도입의 영향 평가에 관한 조사 결과 및 평가」. 2011a.
5. 후생노동성. 전국의료비적정화계획의 진보상황에 관한 평가(중간평가), 2011b.
6. 후생노동성. 국민건강보험제도의 개요(2011c). available from: USL: http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/seido/dl/kokumin_nenpou01.doc

7. Austrian Federal Ministry of Health. The Austrian Health Care System: Key Facts. 2010.6.
8. Bryndová L, Pavloková K, Roubal T, Rokosová M, Gaskins M, van Ginneken E. Czech Republic: Health system review. Health Systems in Transition. 2009.
9. CMS. Medicare & you 2011. 2011.
10. Economou C. Greece: Health system review. Health Systems in Transition, 2010.
11. Gaal P. Health care systems in transition: Hungary. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
12. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. Health Systems in Transition, 2010.
13. Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. Italy: Health system review. Health Systems in Transition, 2009.
14. OECD. Health Data 2011. 2011.
15. OECD. Towards High-Performing Health Systems. The OECD Health Projects. Policy Studies. 2004.
16. OECD. Value for Money in Health Spending. 2010.
17. Paris V, Devaux M, Wei L. Health systems institutional characteristics: A survey of 29 OECD countries. OECD Health Working Paper. 2010.
18. Sean Boyle: United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition. 2011.
19. Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgåda S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 2007.
20. Szalay T, Pazitny P, Szalayová, Frisová S, Mrvay K, Petrovič M, van Ginneken E. Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition. 2011.
21. The Commonwealth Fund. The Australian Health Care System. 2009.
22. Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. Finland: Health system Review. Health Systems in Transition. 2008.