

국민건강보장을 위한 효율적인 보건의료체계

—캐나다 의료보장재원의 배분과 활용을 중심으로—

한림대학교 의과대학 사회의학교실

김 병 익

〈Abstract〉

Design and Management of Health Care Financing and Delivery System

— What Can We Learn from the Canadian Experience? —

Kim, Byoung-Yik

Department of Social Medicine

Medical College, Hallym University

The Canadian experience - universal government health insurance administered by the ten provinces and two territories with some fiscal and policy variations - suggests the possibility of more effective and efficient health care delivery system. The central purpose of the Canadian health insurance was to reduce and hopefully eliminate financial barriers to medical care. In this it succeeded. But it also produced various kinds of unexpected side-effects on cost and quality. The Federal and Provincial Governments of Canada continue to exert their efforts to ameliorate these problems.

The lesson from Canada is that the health care revenue should be raised at the national level and managed at the regional level, and the regional healthcare financing organization has to take over the functions of the public health center. These alternatives is expected to make the Korean health care delivery system more effective and efficient, and to achieve health for all. This paper

이 논문은 문교부의 1990년 대학교수 국비해외파견연구에 따라 1991년 1월 부터 1992년 2월까지 캐나다에서 수행한 연구 결과임.

also discussed the policy agenda for implementing such alternatives in Korea.

Key Words : Health Care, Financing, Delivery, Regionalization

I. 서 론

우리나라가 전국민의료보장제도를 시행한지도 3년을 넘기고 있다. 이로써 모든 국민들의 의료이용에 대한 경제적 장벽이 크게 낮아지기는 하였으나, 아직도 해결되어야 할 과제들이 적지 않은 것으로 지적되고 있다. 특히 국민건강보장이라는 궁극적인 목표와 더불어 효율성과 형평성 측면에서 개선의 여지가 많다.

의료보장제도의 시행으로 지금까지 환자가 직접 지불하던 의료비의 상당 부분이 의료보장조직을 통하여 의료제공자에게로 흘러가게 되었다. 이는 지금까지 환자와의료제공자 사이의 개별적인 관계가 사회와 의료제공자 집단간의 관계로 변화되었음을 뜻하는 것이다. 따라서 우리 사회도 환자와 의료제공자간의 개별적인 관계에 영향을 미칠 수 있는 실질적인 힘을 가지게 된 것이다.

이 글은 우리나라의 보건의료체계를 효율화시키면서 국민건강증진의 효과를 증대시키기 위하여 그러한 영향력을 어떻게 사용할 것인가에 초점을 맞추고 있다. 구체적인 목적은 보건의료체계의 구성요소인 국민과 의료제공자의 행동과 그로 인한 상호작용을 바람직하게 변화시키기 위해서 의료보장재원을 어떻게 배분하고 활용할 것인가를 모색하는 것이다. 이 글이 제시하고 있는 방안들에 대한 시사는 캐나다의 경험으로부터 얻고 있다.

캐나다의 경험을 주목하고 있는 이유는 전국민을 대상으로 포괄적인 의료보장제도를 20년 넘게 시행해오면서 기존의 자유방임적 의료제공체계의 구조를 변화시키지 않고서도 의료비의 흐름만을 개인부담에서 사회공동부담으로 조절하여, 그 체계를 효율화시키고 국민건강보장에 근접할 수 있었다는 점이다(Vayda and Deber 1984, U.S. GAO 1991).

포괄적인 의료보장이 시작된 '70년대 초반 캐나다는 국민총생산의 약 7%를 보건의료비로 지출하였는데 비해, 우리나라의 보건의료비 지출은 최근 국민총생산의 6%를 넘어서는 것으로 추정되고 있다. 이처럼 전국민의료보장의 출발시점에서 그 비중이 비슷했던 캐나다의 그동안의 경험은 우리나라 의료보장제도의 발전방향과 그를 위한 효과적인 대응방안들을 강구함에 있어 많은 시사를 줄 수 있다는 점도 고려하고 있다.

캐나다의 의료보장제도를 개괄하고 있는 2장은 제도의 발전과정과 현재의 내용을 중심으로

그 성과를 분석하고 있으며, 근래 지적되고 있는 문제점들과 그에 대한 대응책들을 살펴보고 있다. 그 결과를 토대로 3장에서는 우리나라 보건의료체계를 효율화시키면서 국민건강보장의 효과를 증대시킬 수 있는 제도적 장치와 구체적 정책수단들에 대한 시사를 얻고 있다. 여기서 제시될 대안들이 우리나라에서 실행되기 위해서 필요한 조치가 무엇인지를 4장에서 강구하고 있으며, 5장에서는 그러한 조치의 실행에따를 이해당사자들의 반발을 논의하고 있다.

II. 캐나다의 의료보장제도

1. 발전과정

1947년 캐나다 최초로 사스카추완주는 전주민을 대상으로 병원진료보장을 실시하였다. 급여의 범위가 입원진료 및 병원의 외래검사로 한정된 부분적인 의료보장이기는 하나, 1957년 연방의회가 제정한 병원진료보장법(Hospital Insurance and Diagnostic Services Act)의 모델이 되었다(Andreopoulos 1975, Trahan 1981, Taylor 1990). 1948년부터 1970년대 초반까지 연방정부는 보건의료자원의 양과 질을 향상시키기 위한 국가보건지원금(National Health Grants)을 주정부에 지원하여, 보건의료조사사업의 실시, 보건의료인력의 양성 및 보건의료시설의 확충 등 전국민 의료보장을 위한 기반을 다졌다.

전주민을 대상으로 병원진료보장을 실시하는 주에 대한 연방정부의 재정지원을 규정한 병원진료보장법의 제정은 모든 주로 하여금 이를 채택 시행토록 하는 계기가되었다. 1961년 퀘벡주가 마지막으로 참여함으로써 법이 제정된지 4년만에 캐나다는 전국민 병원진료보장제도의 틀을 갖추었다(Andreopoulos 1975, Trahan 1981, Taylor 1990). 연방정부의 재정지원규모는 소요재정의 50%로 국민 1인당 평균 비용의 25%를 인구수에 곱한 금액에 실제 지출비용의 25%를 더한 수준이었다. 이러한 재정지원은 모든 주정부로 하여금 병원진료보장을 실시토록 한 강력한 유인이었다.

전국민에 대한 의사진료보장의 실시와 보건의료자원의 확충을 건의하고 있는 1964년 Emmett Hall 위원회 보고서(Canada 1964-65)는 연방의회가 1966년 제정한 2개의 의료보장 관련법의 기초가 되었다. 의사진료보장을 실시하는 주에게 필요한 비용의 50%를 연방정부가 지원하도록 규정한 의사진료보장법(Medical Care Act)과 1978년까지 12년간의 보건의료인력 교육 및 연구기관 확충을 위한 보건의료자원개발법(Health Resources Fund Act)이 그것이다.

1971년 캐나다는 명실상부한 포괄적인 전국민의료보장시대를 열었다(Andreopoulos 1975,

Trahan 1981, Taylor 1990). 이로서 의사진료보장비용의 국민 1인당 평균치의 50%를 각주의 인구수에 곱한 금액을 연방정부가 10개주에 지원하고, 나머지 비용을 주정부가 분담하여 관리하는 재원조달의 기본틀이 갖추어지게 되었다. 70년대 중반에 이르면서 의료보장을 위한 연방정부의 재정지원방식에 대한 논란이 증폭되었다. 연방정부로서는 의료보장비용의 급증에 대한 대응수단이 전무하였고, 주정부로서는 연방정부의 재정지원에 따르는 조건이 경직되어 있다는 것이 불만이었다(Taylor 1981, Trahan 1981). 이러한 불만을 해소하기 위해 연방정부와 10개의 주정부는 재정지원방식을 변경하기로 합의하였다.

1977년 부터 시작된 새로운 재정지원방식은 연방정부의 지원규모를 경제성장률과 연계시키는 대신 교부조건을 삭제한다는 원칙이 적용되었다(Trahan 1981, Taylor 1981, Health and Welfare Canada 1990). 1976년의 국민 1인당 평균비용의 50%를 기준으로 지난 3년 동안의 경제성장률 이동평균치만큼 증액한 것을 인구수에 곱해 77/78 회계연도의 지원액으로 결정하였다. 지원총액의 50%는 연방세수입중 개인 및 법인소득세 수입의 일정비율을 주정부로 이관하고 나머지를 현금으로 지원하도록 하였다(Porter 1991).

각 주에서 징수되는 개인소득세 수입의 13.5%와 법인 소득세율중 1% 포인트의 세수입을 연방정부로부터 주정부로 이관시켰는데, 지금까지도 같은 방식¹⁾이 적용되고 있다. 주정부로 이관된 세수입의 67.9%는 의료보장교부금으로 그리고 나머지는 교육 교부금으로 분류되고 있다. 결국 연방정부로부터의 의료보장 현금교부금(Cash Transfer)은 해당주에 대한 지원총액에서 세수입 이관분(Tax Transfer)을 제외한금액이 된다.

재정지원방식이 변화된 직후인 70년대 후반의 연방정부 재정지원비율은 전체 의료보장비용의 50%를 넘어서기도 하였다(Hall 1980). 그것은 의료보장비용의 증가율 보다 과거 3년 동안의 경제성장률 평균치가 높았기 때문이었다. 의료보장비용의 증가가 완만했던 이유의 하나로는 급여비의 부담을 줄여야 할 직접적인 책임을 떠맡게 된 주정부가 비용의 일부를 환자에게 전가시켰다는 점도 들 수 있다(Stratton 1979, Brown 1980). 의사진료비 추가부담제도(Extra Billing)와 입원일당 정액부담제도(User Charge)가 바로 그것이다. 전자는 보험진료수가와 관행수가의 차액²⁾을 환자에게 부담시키는 것으로, 브리티시 콜롬비아와 퀘벡주를 제외한 8개 주에서 시행되고 있었다. 의사들이 진료수가의조정에 관계없이 충분한 보상을 받을 수 있도록 한 이 제도는 의사진료보장에 대한 의사들의 거부감을 덜어주고 협조를 구하기 위한 방편이기도

1) 이 방식에 따르면 주정부로 이관되는 세수입의 증감은 과표액과 개인소득세율의 변화에 의해 결정되어 질 뿐, 법인소득세율이 변화하더라도 주정부에 이관되는 세수입은 달라지지 않는다.

2) 우리나라의 지정진료비와 유사하다.

하였다(Tuohy 1988). 한편 불필요한 병원이용을 줄이기 위해 브리티시 콜롬비아, 앨버타, 뉴브런스윅, 뉴 펀드랜드 등 4개주는 환자들이 퇴원시 입원일당 정액을 부담하는 제도를 실시하고 있었다(Hall 1980).

이같은 본인부담제도에 의한 환자 부담분의 전체 의료보장 비용에 대한 비중은 작았으나, 저소득층의 필요한 의료이용을 억제한다(Beck 1974, Boulet and Handerson 1979, Hall 1980, National Council of Welfare 1982)는 점에서 80년대 초반 사회문제로 대두되었다(Naylor 1982, Canada 1983). 이에 대한 대응이 캐나다 의료보장법(Canada Health Act, 1984)의 제정이었다(Health and Welfare Canada 1990). 기존의 병원진료보장법과 의사진료보장법을 통합하면서 환자본인부담제도를 폐지하도록 하기 위한 비유인을 규정하였다. 이 법의 시행은 의사들의 반발을 초래하여 온타리오주에서는 의사들이 25일간 파업하는 사태가 벌어지기도 하였다(Stevenson, Williams, and Vayda 1988). 그러나 환자가 직접 부담한 총액 만큼 연방정부의 현금지원금을 공제하겠다는 비유인과 함께, 3년내 그 제도를 폐지하면 공제되었던 전액을 지원하겠다는 경과조치로 인하여 1987년 모든 주에서 본인부담제도는 완전히 사라졌다(Heiber and Deber 1987).

85/86 회계연도부터 연방정부는 주정부에 대한 재정지원액을 결정하는 변수의 하나인 1인당 지원액의 인상율을 과년도 경제성장률보다 2% 포인트 낮추었다³⁾. 연방정부의 누적된 재정적자를 줄이기 위한 방편으로서 90/91 회계연도부터 94/95 회계연도까지 1인당 지원액을 89/90 회계연도 수준으로 동결시킨 바 있다(Porter 1991). 그 결과 91/92 회계연도 이후 현금지원 절대액이 감소하는 추세를 보이고 있는 데, 이같은 현상은 연방정부 지원액의 증가폭이 감소하는 대신 주정부로 이관된 세수입이 증가함에 따른 결과인 것이다.

연방정부의 현금지원액이 이처럼 감소하면서 의료보장의 원칙들이 지켜지지 않을 수 있다는 우려가 제기되고 있다(Porter 1991). 특히 의료보장비용의 절감을 위해 환자본인부담제도를 적용해야 한다는 주장들이 이같은 우려를 더욱 크게 하고 있다. 저소득층의 필요한 의료이용을 보장하기 위해 환자본인부담제도를 억지했던 비유인도 현금지원이 소멸될 때 그 효력을 잃을 수 밖에 없기 때문이다. 그러나 연방정부에 의한 재정적 비유인의 효력이 사라지더라도 주민들의 지지를 얻어야 할 주정부 및 집권당들로서는 의료보장의 기존 원칙들을 고수하지 않을 수 없을 것이라는 낙관적 견해도 있다.

3) 85/86 회계연도 재정지원액

= 주의 인구수 × 84/85 회계연도 1인당 지원액 × 증가율
단, 증가율 = $1 + (\text{경제성장률}\% - 2\%) / 100$

2 제도의 내용

캐나다 의료보장법에 규정된 의료보장의 기본원칙은 다음과 같다. 즉, 포괄적인 보건의료서비스(Comprehensiveness)를 필요로 하는 모든 국민이(Universality)아무런 제약없이(Accessibility) 어느 곳에서나(Portability) 이용할 수 있도록하며, 공공조직이 재원을 관리(Public Administration)한다는 것이다(Evans and Stoddart 1986, Health and Welfare Canada 1990). 환언하면 모든 주민들이 의학적으로 필요로 하는 모든 보건의료서비스를 어디에서나 무료로 이용하고 공공조직이 진료비를 지불함을 원칙으로 하고 있는 것이다.

의료보장제도의 운영을 위한 조직 및 재정기전을 연방정부, 주정부 및 의료제공자로 구분하여 개괄하면 다음과 같다. 먼저 연방정부는 의료보장에 필요한 총비용의 약 50%를 주정부에 지원하고 있는 데, 그 재원은 개인 및 법인소득세 등 직접세, 상품 및 서비스에 대한 부가세와 관세 등 간접세, 기타 연방정부의 수입이다. 연방정부에 대한 감독은 국민들이 선출한 연방 하원의원들이 맡고 있다.

연방정부의 재정지원은 상기한 원칙을 모든 주로 하여금 지키도록 하는 강력한유인으로 작용하여 포괄적인 전국민의료보장제도를 실현할 수 있었던 것이다. 그리하여 10개 주(Province)와 2개의 준주(Territory)로 구성되어 있는 지방분권적인 연방국가로 영어와 불어 문화권이 공존하고 있는 캐나다에서 취약한 국민적 연대감을 보강하여 사회적 통합을 이룰 수 있었음도 유념할 필요가 있다(Trahan 1981).

주정부가 관할지역의 모든 주민들에 대한 의료보장을 책임지고 있다. 세부적인 운영 내용과 방법이 주에 따라 다르기(Health and Welfare Canada 1990) 때문에 캐나다에는 12개의 각기 다른 의료보장제도가 운영되고 있다고도 할 수 있다. 모든 주가 연방정부로부터 지원금과 주정부의 일반재정으로 필요한 재원을 충당하고 있으나, 브리티시 콜롬비아와 앨버타주는 추가로 정액보험료를 징수하고 있으며, 퀘벡과 매니토바주는 인건비총액에 대한 특별세(Payroll Tax)를 고용주에 부과하고 있다. 보험료는 가구단위로 부과되고 있는 데, 부부와 18세 미만의 직계 비속 그리고 취업할 수 없는 기타 비속만을 피부양자로 인정하고 있다. 주정부에 보험료 지원을 신청하여 심사를 받은 저소득 가구의 보험료는 생활보호기금⁴⁾에서 지원되고 있으며, 피용자가구의 보험료는 고용주가 부담하고 있다(Health and Welfare Canada 1990). 주민들이 선출한 주의회 의원들이 주정부의 의료보장정책을 결정하고, 운영을 감독하고 있다.

병원은 주정부로부터 운영예산총액을 매년 배정받으며, 시설, 장비 그리고 신규서비스의 확

4) 생활보호기금은 연방정부의 보조금(Canadian Assistant Plan)에 의해 조성된다.

충을 위한 자본투자도 주정부가 배정한다(Barer, Evans, and Labelle 1988, Sutherland and Fulton 1990). 병원이 자체적으로 투자자본을 확보하여도 주정부의 승인을 받지 못하면 그 운영예산은 전혀 배정되지 않는다(Smith 1990). 병원진료에 대한 질적 감시와 그 이용 및 비용에 대한 모니터링도 주정부가 맡고 있다. 주민대표들이 이사회외의 구성원으로 병원의 운영에 직접 참여하고 있다.

개원의에 대한 진료보수는 성과불 방식에 의해 주정부의 보건부가 심사하여 지불하고 있다. 그 수가의 조정은 주정부와 주의사협회의 대표들로 구성되는 의료심의위원회(Medical Review Committee)에서 이루어진다(Vayda and Deber 1984, Barer, Evans, and Labelle 1988, Lomas et al. 1989, Sutherland and Fulton 1990). 주에 따라서는 의사 소득의 상한선 결정이나, 요양취급 의사의 지정 및 취소등 개원의들의 이해와 직결되는 모든 사항들도 이 위원회의 협의를 거쳐 시행하고 있다.

의료의 질 관리를 위한 반관반민 형태의 의학회(College of Physicians)가 주법에 의해 설치되어 운영되고 있다. 이 조직에는 모든 의사가 가입해야 하는데, 이익집단인 의사협회와는 별개이나 주에 따라서는 통합 운영되기도 한다. 의사면허관리, 의사진료표준 설정 및 의무기록양식 제정, 의사 감시 및 의료민원 처리등의 기능을 주정부로 부터 위임받아 담당하고 있다(Soderstrom 1978, Sutherland and Fulton 1990).

캐나다 국민들은 조세 및 일부 주에서 보험료를 부담할 뿐, 의학적으로 필요한 의료서비스를 무료로 이용하고 있다. 의사의 처방에 의해 1인실을 사용하는 환자들은 표준병실료의 초과분을 부담하지 않는다. 주에 따라서 급여의 범위가 같지는 않으나, 의학적으로 불필요한 서비스의 이용만을 환자 본인이 직접 부담토록 하고 있다. 초과진료를 급여에서 제외하고 있는 주가 대부분이나, 일부 주에서는 소아 또는 노인들에 대한 초과진료만을 급여에 포함시키고 있다(Health and Welfare Canada 1990). 처방전에 의한 투약의 경우도 대부분의 주에서 본인이 전액 부담하고 있다(Anderson 1990). 이같이 환자 본인이 부담해야 하는 진료비에 대해서는 상업보험상품들이 일부 주에서 개발되어 판매되기도 한다(Evans et al 1989). 하지만 대부분의 주에서는 이같은 추가보험도 주정부가 관장하고 있으며, 그 보험료는 가구당 정액제로 부과되며, 피용자 보험료는 사용자가 전액 부담하나, 자영자는 본인이 부담한다.

3. 성 과

일반적으로 의료보장제도의 실시는 국민의료비의 급증으로 귀결된다는 시각이 우세하다. 그러나 캐나다의 경험은 그러한 우려를 상당 부분 해소시키고 있다. 특히 포괄적인 전국민의료

보장이 아직까지 실시되지 않고 있는 미국과 비교할 때, 캐나다는 의료보장제도를 운영함으로써 국민의료비의 급증을 오히려 완화시킬 수 있었음이 잘 들어난다.

1990년 현재 캐나다는 국민총생산의 9.2%에 해당하는 약 600억 캐나다인 달러를 보건의료비로 지출하고 있다(Porter 1991). 국민 1인당 약 2,400 캐나다인 달러에 달하고 있는 셈이다. 의료보장제도의 발전과정에 따른 국민총생산중 국민의료비 비중의 변화를 살펴보면, 병원진료 보장만이 실시되고 있던 1960년대 10년 동안 1.6% 포인트의 증가를 보인 국민의료비 비중이 의사진료보장이 실시된 1970년대의 10년 동안 0.6% 포인트 증가에 머물고 있다. 1981년과 1982년 사이 전세계적인 경기침체로 그 비중이 7.7%에서 8.6%로 약 1% 포인트 급증한 후, 1990년까지 9% 전후의 비중을 유지하고 있어 완만한 증가추세를 보이고 있다.

국민의료비 비중의 이같은 증가 경향을 미국과 비교할 때 캐나다 의료보장제도의 성과는 확연하게 들어난다(Evans et al 1989). 1961년 모든 주에서 병원진료보장을 실시한 이후 10년 가까이 그 비중은 미국보다 높았으나, 1971년에 의사진료보장이 실시되면서 역전되어 1990년 현재 캐나다는 9.2%로 12.2%인 미국에 비하여 3% 포인트 낮은 것으로 보고되고 있다.

의료보장제도의 시행으로 보건의료재정체계(Health Care Financing System)만이 차이가 있을 뿐, 그 공급체계(Health Care Delivery System)의 골격은 큰 차이가 없었음에도, 국민의료비 비중의 양국간 격차가 이처럼 크게 벌어지게 되었다는 사실은 무엇을 시사하는가? 그것은 재정체로서의 의료보장제도가 국민의료비의 급증을 완화시키는 방향으로 보건의료수급체계의 행태를 변화시킬 수 있었다는 것이다. 특히 전주민을 대상으로 의료비의 흐름을 하나의 통로로 모음으로써, 의료제공자의 행태에 강력한 영향을 미칠 수 있는 다양한 정책수단들을 실행할 수 있었다는 점이다(Evans RG 1988).

앞서 언급한 의사진료수가의 조정으로 가격통제가 가능해진 데다, 진료비 심사 및 의사진료 수입 상한제의 적용은 과잉진료를 억제할 수 있었다. 또한 병원의 투자 승인제도와 함께 총액 예산제도는 병원의 투입자원을 제한함으로써 병원진료비의 급증을 완화할 수 있었다. 병원의 투입자원 제한으로 의사들이 사용가능한 시설 및 장비가 한정됨에 따라 의사 1인당 입원환자 진료량이 억제되는 부수적인 효과가 나타나기도 하였다(Rakich 1991).

근래 캐나다 보건의료비 지출내역별 구성비의 변화를 보면 병원진료부문의 지출은 1975년의 44.4%에서 1987년 39.2%로 그 구성비가 5% 포인트 감소한 데 비해, 의사진료지출의 구성비는 16% 전후를 유지하고 있다(Porter 1991). 그러나 의약품 지출은 8.9%에서 11.6%로 그 구성비가 늘어나 최근의 고가 신약개발 및 사용빈도의 증가추세를 반영하고 있다. 특히 재가치료와 장기요양시설부문의 지출 비중의 증가는 병원자본지출 비중의 감소와 더불어 캐나다의 의료보

장 정책방향의 전환을 시사하고 있다. 실제로 캐나다는 최근 들어 단위비용이 비싼 단기요양 시설대신 장기요양시설과 지역사회보건사업의 역할을 증대시키기 위한 정책적 노력을 강화하고 있다.

이상과 같이 보건의료비의 급증을 완화시킬 수 있었던 외에도 캐나다 의료보장제도의 성과는 필요충족도와 국민들의 선호도측면에서도 높이 평가될 수 있다. 먼저 필요한 의료서비스의 미충족 이유를 조사한 결과(Blendon and Taylor 1989)를 보면 캐나다 국민들의 의료이용에 대한 경제적 또는 비경제적 장벽이 거의 해소되어 있음을 알 수 있다. 경제적 또는 비경제적인 이유로 필요한 의료이용을 하지 못한 경우는 각각 0.6%와 3.1%에 불과하여, 75%와 5.1%인 미국과 큰 차이를 보였다.

캐나다 의료보장제도의 성과는 1988년 Harris 여론조사 결과(Blendon and Taylor 1989)에서도 잘 들어난다. 자기네 의료보장제도에 호의적인 응답자가 영국과 미국의 경우 각각 27%와 10%임에 비하여 캐나다 응답자의 56%가 호의적이라는 결과는 캐나다의료보장제도에 대한 국민적인 지지도가 매우 높음을 보여주고 있다. 더우기 캐나다 응답자의 91%와 95%가 각각 영국이나 미국의 제도보다 자기네 제도를 선호하고 있어, 영국과 미국의 응답자들의 28%와 61%가 각각 캐나다 제도를 선호하고 있는 것과 좋은 대조를 보이고 있다(Terris 1990).

결론적으로 캐나다 의료보장제도는 캐나다 국민들에게 가장 인기있는 사회제도인 것으로 평가받고 있다(Iglehart 1986a, Evans RG 1988, Health and Welfare Canada 1989). 때문에 이 제도를 파기하거나 약화시키려는 어떤 의도도 캐나다에서는 정치적으로나 문화적으로 수용될 수 없다는 지적이다(Kosterlitz 1989).

4. 문제점과 대응책

이미 언급한 바와 같이 캐나다 국민들은 의학적으로 필요한 모든 의료서비스를 무료로 이용하고 있어, 환자들의 비용인식이 결여될 수 밖에 없다. 그러나 불필요한 서비스의 이용을 억제하기 위한 수단은 모두 환자가 아닌 의료제공자, 특히 병원에 초점을 맞추고 있다. 병원에 대한 총액운영예산제 및 자본투자 승인제가 바로 그것이다. 이로서 환자의 부담능력에 따른 서비스의 배분이 아니라, 병원의 가용자원을 제한하여 필요의 크기에 따른 배분이 이루어지고 있는 것이다.

따라서 고가의 최신 의료기술의 확산이 지연될 수 밖에 없어(Ruble 1989, Levey and Hill 1989, Iglehart 1990), 이를 이용해야 할 환자 대기선의 연장이 불가피한 것이 사실이다. 심장수

술을 받기전에 사망한 환자에 관한 기사가 보도되고 이것이 사회문제화되면서, 재원의 추가배분이 정치적으로 결정되기도 한다(Barber 1989, Evans et al 1989). 정치권의 이같은 즉흥적인 개입은 재원의 효율적 배분을 왜곡시킬 수도 있다는 점에서 우려되고 있다.

환자 대기선을 줄이기 위한 조치의 하나로서 브리티시 콜럼비아 및 온타리오 주정부는 접경지역의 미국 의료기관을 요양취급기관으로 지정하고 있다(Vance 1991). 환자들에 대한 진료수는 지정병원과 주정부간의 협약에 의해 결정된다. 지리적으로 미국과 접해 있기에 이처럼 고가의 최신 의료기술 확산의 지연에 따른 결함을 부분적으로나마 줄일 수 있다는 점을 유의해야 할 것이다.

병원에 대한 총액운영예산제도는 비용절감이라는 측면에서 긍정적인 효과를 보였으나, 시행 초기 부터 예산 배분이 공평하지 못할 가능성이 있었다. 더우기 매년 배정된 예산을 집행한 결과 발생한 흑자는 주정부로 반환되고 적자분은 전액 보전됨으로써 병원 운영의 비효율화가 불가피해졌다. 이에 대한 대응의 하나로 퀘벡주는 병원운영성과 평가제도(Hospital Performance Evaluation Method)를 도입하여 개별 병원에 배정되는 예산의 과다를 평가하고 이를 근거로 예산을 재조정하고 있으며, 온타리오는 병원경영혁신화사업(Business-Oriented New Development Plan, BOND)을 시행하고 있다(Smith 1990, Sutherland and Fulton 1990).

BOND의 시행으로 개별 병원은 발생한 잉여금을 자체발전기금으로 활용할 수 있게되었으나, 적자에 대한 책임을 져야 하기 때문에 비용을 줄이기 위해 단기요양병상 등 비용이 비싼 시설들을 감축하는 경향이 나타나고 있다. 이러한 경향은 개원의사(Attending Physicians) 1인당 가용시설의 상대적인 감소 뿐 아니라 병원의 시설을 이용할 수 없는 의사들의 증가를 결과하여, 개원의사 1인당 입원환자 진료서비스 제공량을 억제하고 있다.

총액예산의 배정과는 별도로 청구 가능한 외래진료를 강화하고 있는 것도 병원의 대응의 하나인데, 병원진료업무량중 외래진료량이 차지하는 비중이 1977년 19%에서 1986년 29%로 증가했음이 이를 입증한다. 또한 단위비용을 줄이기 위해 급식세탁 등의 외주용역, 다량구매 및 병원기구의 통합해 조치도 최근 늘어나고 있으며, 호텔서비스 부문을 민간기업에 위탁 경영하거나 수개 병원을 통합 운영하는 경우도 나타나고 있다(Rauchman 1988).

BOND의 시행에 따라 예상되는 병원의 입원진료량 감축, 특히 비용이 많이 드는 환자의 입원을 기피하는 성향을 억제하기 위하여, 개별 병원의 입원진료실적과 환자의 구성을 운영예산의 배분시 감안하고 있다(Lave, Jacobs, and Markel 1991). 이같은 배분방식의 적용으로 운영예산의 배정이 보다 공평해진 것으로 평가되고 있는데, 앨버타에서도 비슷한 방식이 적용되고 있다(Botz 1991).

한편 의료보장비용의 총체적 관리책임을 지고 있는 주정부는 환자들의 비용인식결여로 불가피한 장기입원 선호경향에 대응하기 위해서 단위 비용이 저렴한 장기요양시설과 재가요양사업을 확충하고 있다. 공공재원의 배분에 있어 우선순위를 단기요양시설에서 다른 부문으로 옮기고 있는 추세다. 건강교육을 비롯한 건강증진, 재가요양 및 지역사회보건사업으로 단기요양시설의 재원, 인력 및 기술을 재배치하기 위한 정책개발 노력이 활발하다(Evans JR 1987, Premier's Council 1989).

다른 한편으로는 공공재원에 대한 의존도가 높기 때문에 나타날 수 있는 의료수급체계의 비효율성을 타파하기 위해서 부분적인 민간화가 필요하다는 의견(Stoddart and Labelle 1985, Salter 1985)도 계속 제기되고 있다. 실제로 지금도 민간부문이 소규모 노인요양원 등, 일부 장기요양시설을 운영하고 있으나, 의료수급체계의 이중화(Two-tiered System)와 의료비 급증이 불가피하다는 점에서 민간화 조치의 확대에 대한 우려의 시각(Evans RG 1984, Stoddart and Labelle 1985)이 많다.

의사에 대한 진료보수지불방식인 성과불제의 근본적인 약점을 보완하기 위해 의사진료수입에 대한 상한제가 일부 주에서 실시되고 있음은 이미 언급한 바 있다. 과잉진료를 억제하기 위해 상한선 초과분의 진료비에 대해서는 일정비율만을 지급하고 있는 이 제도는 퀘벡주 의사들의 파업을 초래하기도 하였다(Palley 1987, Evans et al 1989). 퀘벡주는 또한 개원의의 지역간 불균형 분포를 시정하기 위하여 취약지역 개원의의 진료수가를 도시지역 개원의보다 높게 책정하고 있다(Gosselin 1985).

이와는 달리 최근 앨버타는 의사협회와 합의아래 의사진료비에 대한 총액계약제를 92/93 회계연도부터 시행하고 있다(The Edmonton Journal 1992). 기존의 성과불제에 따른 의사 개인별 진료실적을 기준으로 진료비 총액을 공정하게 배분하기 위하여 의사협회는 새로운 진료수가표의 개발을 주도하였다. 흥미로운 사실은 환자상담 및 장기요양시설에서의 진료에 대한 수가를 높여야 한다는 의견이 반영되었고, 전문과목간 진료수입의 격차를 완화시키는 결과를 가져왔다는 점이다. 총액계약아래 진료비에 대한 심사도 의사집단에 위임함으로써, 과잉진료에 대한 자율적인 규제의 가능성을 높이고 있다.

또 다른 접근으로는 브리티시 콜롬비아 주의 요양취급의사 지정제를 들 수 있다. 개별적인 심사를 거쳐 요양취급의사를 지정하고 있는 데, 전주민 의료보장제도하에서 지정을 받지 못한 의사의 개원은 실제로 불가능한 것이다(Canadian Association of Interns and Residents 1987). 이에 따라 이 조치가 취업자유권에 위배된다는 헌법소원도 제기되었으나, 합헌이라는 판결을 받은 바 있다. 이 조치는 의사분포의 지역간 불균형을 줄이기 위한 수단이나,

개원의가 편중되어 있는 대도시 지역에서의 신규 개원을 규제함으로써, 의사공급과잉에 따른 의사유인수요(Physicians Induced Demand)를 억제하는 부수적인 효과도 있는 것으로 평가되고 있다.

끝으로 의료보장과 관련되어 제기되고 있는 최근의 과제들로는 의료의 질적보장(Quality Assurance), 의료기술 평가(Technology Assessment) 그리고 의료서비스를 보다 효율적으로 제공하기 위한 관리체계의 개발, 건강증진사업의 확충 등(The Task force 1986, Siler-Wells 1988, Ontario 1989, Vance 1991, Porter 1991)이다. 이들 과제에 대한 연방과 주정부의 관심은 매우 높으며 재정지원도 적극적이다. 오늘의 캐나다 의료보장제도는 이처럼 계속된 개선노력의 결실인 것이며, 문제를 해결하기 위한 국가적인 노력은 지금도 활발하다.

Ⅲ. 정책적 시사점

Ⅱ장에서 캐나다가 의료보장제도를 도입한 이래 지금까지 국민건강보장을 위한 효율적인 보건의료체계를 구축하기 위한 일련의 정책적인 노력들과 그로 인한 파급효과들을 개괄하였다. 이 장에서는 우리나라 보건의료체계의 문제점을 바탕으로 이미 살펴 본 캐나다의 경험으로부터 우리나라 보건의료체계를 효율화시키면서 국민건강증진의 효과를 극대화할 수 있는 대안들에 대한 시사를 얻고 있다.

1. 의료보장조직의 지역별 일원화

우리나라는 캐나다와 달리 의료보장조직이 다원화되어 있다. 저소득계층을 대상으로 하는 의료보호는 266개의 시군구에 의해, 그리고 의료보험은 적용대상이 구분된 421개의 보험자에 의해 운영되고 있는 것이다. 1977년 이래 의료보장의 적용대상을 단계적으로 확대해온 결과 총 687개의 조직에 의한 다원적인 분립운영체제로 고착된 것이다. 의료보장제도가 이처럼 분산 관리운영되고 있음으로 해서 보건의료체계에서 다음과 같은 문제들이 제기되고 있다.

첫째, 포괄적인 보건의료서비스의 제공이 불가능하다는 점이다. 의료보장이 국민건강보장이 라는 궁극적인 목적을 달성하기 위해서는 의료서비스 이용에 대한 급여뿐 아니라 건강의 유지 증진을 위한 사업까지 의료보장조직이 수행해야 한다. 그러나 지금과 같은 다원적인 분산관리 운영체계 아래서는 동일지역에 거주하고 있는 사람도 소속된 의료보장조직이 각기 다르고, 같은 조직에 소속된 사람들도 거주지역이 다르기때문에, 개별 의료보장조직의 포괄적인 보건의

업에 대한 관심이나 실행 가능성이 낮을 수 밖에 없다.

둘째, 계층간 갈등의 소지를 남겨 놓아, 의료보장의 사회통합 기능에 배치되고 있다. 같은 지역에 거주하는 사람들, 심지어는 한 가족내에서도 소속된 의료보장조직에 따라 보험료 부과기준, 급여 범위, 본인부담수준, 요양취급기관, 또는 진료체계 등이 다를 수 있기 때문이다. 이러한 차이는 부담과 급여의 불공평성으로 직결되어 주민들간의 위화감을 조성하고 있으며, 특히 농촌지역의료보험 및 의료보호 대상자들의 불만을 야기하고 있다.

셋째, 의료비 부담의 위험을 분산시키는 효과가 작다. 개인적으로는 의료비 부담의 위험을 예측할 수 없으나 집단적으로는 가능하며, 예측치의 정확도는 집단의 인구수와 정비례한다. 의료보장조직의 규모가 작을수록 의료비 예측치는 부정확해지기 마련이므로 재정적자의 발생 가능성도 높아진다. 다원적인 분립운영체제는 소규모의 의료보장조직을 불가피하게 할 뿐 아니라, 구조적으로 조직간 위험분산을 불가능케 한다는 점이 문제로 지적된다. 의료보험연합회에 의한 보험재정안정기금의 운영은 이러한 문제를 보완키 위한 것이나, 그 성과는 아직도 미흡하다.

넷째, 조직의 관리운영에 있어 규모의 경제를 상실한 소규모의 의료보장조직이 존재할 수 밖에 없다. 아직까지도 적용인구 1인당 관리운영비를 최소로 하는 의료보장조직의 규모에 대한 실증적 검증은 미흡하지만, 적용인구수가 너무 작거나 너무 많아지면 적용인구 1인당 관리운영비도 커지는 것으로 추정되고 있다(문옥륜외 1991). 우리나라의 의료보장조직별 적용인구수는 400여명(경기 과천시 의료보호)으로 부터 454만여명(공,교 의료보험)에 이르기 까지 매우 다양하다는 사실(의료보험연합회 1990)은 관리운영에 있어 규모의 경제를 살릴 수 없는 의료보장조직들이 존재하고 있음을 보여준다.

다섯째, 의료보장조직간 재정력의 격차를 줄이는 것이 구조적으로 불가능하다는 점이다. 의료보장조직의 분립운영은 재정의 자립을 전제로 한다. 때문에 적용인구의 소득수준이 낮아 보험료 부담능력이 취약한 조직도 필요한 재원을 자체적으로 조달해야만 한다. 따라서 의료보장조직간 재정력의 격차가 불가피하며, 소득수준이 같은사람이라 하더라도 소속된 조직에 따라서 보험료의 크기가 달라지게 된다. 이러한 문제점을 보완하기 위하여 중앙정부가 지역의료보험재정의 일부를 지원하고, 의료보험연합회가 고액진료비 재정조정사업을 위한 보험재정안정기금을 운영하고 있으나, 근본적인 해결책이라 하기는 어렵다.

여섯째, 의료보장조직에 따라 적용대상이 다르기 때문에 피보험자의 자격변동으로 인한 의료비 부담 위험의 전가가 불가피하다는 점이다. 특히 연금수급자가 아닌 직장퇴직자들이 비교적 건강한 시기에는 직장의료보험의 적용을 받다가 의료서비스 이용빈도가 높아지는 고령층이

되어 퇴직하면서 지역의료보험으로 편입되기 때문에, 지역의료보험의 급여지출을 증가시키게 된다. 앞으로 평균수명의 연장과 더불어 노인들의 의료이용도 증가할 것이므로, 이같은 자격변동은 지역의료보험의 추가적인 재정지출을 강요할 것이다.

마지막으로 분립운영체계가 갖고 있는 장점인 의료보장조직의 관료화 방지와 민주적 운영이 미흡하다. 의료보호조직인 시군구청에 대한 주민들의 의견은 지방의회를 통해서, 의료보험조직에 대한 적용인구의 의견은 운영위원회를 통해서 반영될 수 있음에도 거의 이루어지지 않고 있다. 조직의 업무를 수행하고 있는 직원들의 관료적 행태를 제어할 수 있는 기전도 마련되어 있지 않을 뿐 아니라, 조합 대표이사 선출도 비민주적이다.

캐나다는 의료보장조직을 수단위로 일원화함으로써 우리나라에서 제기되고 있는 상기한 문제들을 근원적으로 예방한다거나 적절히 대처할 수 있었다. 모든 주민들이 동일한 의료보장조직에 소속됨으로써 그 재원의 관리를 독점한 조직(Iglehart 1986b, Himmelstein and Woolhandler 1989)은 포괄적인 보건사업에 관심을 가지고 실행할 수 있었을 뿐 아니라, 지역내 보건의료체계의 효율화를 위한 각종 정책수단을 개발하여 시행할 수 있었다. 지역내 의료제공자 집단과의 지속적인 의견조정으로 병원운영예산의 총액배정과 자본투자의 승인, 의사진료비 상한선의 적용, 진료수가의 결정 및 요양취급의사의 지정 등의 조치로 의료제공자들의 행태에 직접적인 영향을 미칠 수 있었던 것이다.

의료보장조직의 일원화는 또한 지역내 계층간 갈등의 소지를 불식하여 사회통합에 기여하였고, 자격변동으로 인한 의료비 부담의 전가도 피할 수 있었다. 연방정부가 의료보장재원의 50%를 인구수에 비례하여 주정부에 배분함으로써 인구가 작은 주의 의료비 부담 위험을 전국적으로 분산시키고, 재정력의 주간 격차를 완화시킬 수 있었다. 주민들이 선출한 주의회 의원들이 일원화된 의료보장조직을 감독함으로써 운영의 민주화를 가능케 하였다.

캐나다의 이러한 경험은 우리에게 무엇보다도 다원화된 지금의 의료보장조직체계를 지역단위로 일원화하는 것이 바람직하리라는 점을 시사하고 있다. 분산관리운영체계가래서 지역내 건강문제에 대한 관심이 낮을 수 밖에 없는 개개의 의료보장조직이 전주민을 대상으로 하는 포괄적인 보건사업을 실행할 가능성은 극히 작다. 따라서 각 지역의 특수한 건강문제에 대한 주민들과 의료제공자들의 공동노력을 촉진시키고, 지역내 보건의료체계의 효율화를 위한 실질적인 수단들을 강구하여 효과적으로 실행할 수 있도록 하기 위해서는 의료보장조직의 지역별 일원화가 요구된다. 또한 그렇게 할때 지역주민들이 선출한 지방의회가 의료보장조직을 감독할 수 있어 조직의 관료화를 방지하고 민주적인 운영이 가능해질 것이다.

2 의료보장재원의 지역별 배분

우리나라의 모든 의료보장조직은 재정을 독립적으로 조달 관리하고 있다. 의료보험은 피보험자의 보험료로 필요한 재원을 조달하고 있으나, 조직에 따라 부과방식이 다르다. 의료보호기금은 국고보조금과 시도출손금으로 조성되는 데, 국고보조 비율이 50%인 서울시를 제외한 나머지 시도에 대한 지원율은 80%이다(보건사회부 1991).

한편 보험료 부과 및 징수가 어려운 지역의료보험을 안정적으로 정착시키기 위해 1988년부터 시작된 국고지원이 지금도 계속되고 있다. 1992년 현재 관리운영비 전액과 피보험자 1인당 월 1,765원을 모든 지역조합에 지원하고 있다. 또한 고액진료비부담 위험의 보험자간 분산을 위한 재보험 성격의 재정조정사업을 의료보험연합회가 실시하고 있는 데, 모든 의료보험조직으로부터 보험료 수입액의 6%를 징수 조성한기금으로 90만원 이상 고액 보험급여의 초과분을 지원하고 있어, 보험자간 재정력의 격차를 일부나마 보완하고 있다(문옥륜 1992). 우리나라 의료보장제도의 재원조달 및 재정운영과 관련하여 지적되고 있는 문제점은 다음과 같다.

첫째, 보험료부담의 형평성이 결여되어 있다. 피용자와 자영업자의료보험의 보험료부과방식이 다르고, 피용자 의료보험간에도 부과기준과 보험료율이 같지 않기 때문에 부담능력에 따른 공평한 부담이 이루어지지 않고 있다. 더우기 같은 직장조합내에서 표준보수월액이 동일한 근로자라 하더라도 자산소득의 차이에 따른 부담의 불공평이 불가피하다. 적용인구의 소득원이 다양하고 소득액을 정확하게 파악할 수 없는 지역의료보험의 경우 보험료의 공평한 부과는 기술적으로도 어렵다.

둘째, 지역의료보험의 재정력이 취약하다. 보험료 부과가 공평하지 못하다는 데 대한 불만과 정기적인 소득원의 부재로 인하여 원천징수가 불가능하다는 점이 보험료체납의 요인으로 작용하고 있다. 징수율의 저하에 따른 보험료 부과액의 인상은 더큰 불만을 야기할 수 있기 때문에, 지역의료보험조합의 자체적인 재정력 확충을 위한 보험료의 인상도 한계가 있기 마련이다. 관리운영비 전액과 피보험자 1인당 월정액을 국고에서 지원하고 있는 이유도 이 때문이다. 국고지원을 포함하더라도 1992년 3월현재 16개 농촌지역조합이 재정 적자라는 사실은 농촌지역보험의 재정력이 취약함을 잘 보여주고 있다.

셋째, 보험자간 재정조정사업이 미약하다. 의료보장의 분립운영체제로 인한 구조적인 재정력의 보험자간 격차를 줄이기 위해 재보험 성격의 재정조정사업을 운영하고 있는 데, 의료보험연합회의 고액진료비 재정조정사업이 그것이다. 그러나 보험료수입액의 6%만이 재정조정기금으로 징수되고 있어 보험자간 위험분산 기능이 충분치 못하며, 적용인구의 소득수준의 차이로

인한 보험자간 재정력의 격차 해소에도 미흡하다.

캐나다의 의료보장재원 조달방식은 주에 따른 차이만 있을 뿐으로, 같은 지역내 주민들에게는 동일한 방식을 적용하고 있어, 우리나라에서와는 달리 부담의 형평성에 대한 논란을 피할 수 있었다. 의료보장의 시행초기부터 의료보장재원의 50%를 연방정부가 주정부에 지원한 것은 모든 주정부로 하여금 전주민 의료보장제도를 시행토록한 강력한 유인이었고, 기존의 자유방임적 의료공급체계를 효율화시키면서 주민들의 건강수준을 증진시킬 수 있는 재정적 토대가 되었던 것이다. 더우기 국민 1인당 의료보장비용 평균치의 절반을 주의 인구수에 따라 지원하는 의료보장재원의 배분은 중간재정력의 격차를 보완하였다. 그리고 최근들어 인구 1인당 지원액의 인상을 국민총생산 증가율과 연동시킴으로써 의료비 급증에 대한 주정부의 구체적인 대응을 촉진시키고 있다.

이처럼 전국민이 부담능력에 따라 공평하게 부담한 재원으로 의료보장에 필요한 재원의 일부를 인구수로 측정된 필요의 크기에 따라 지역에 배분하는 것은 소득수준의 지역간 격차가 큰 우리나라에 시사하는 바가 크다. 대부분의 지역의료보험조합들이 보험료 수입만으로 급여비용을 충당치 못하고 있는 현실을 감안할 때, 의료보장재원의 지역별 배분방식은 재정력의 격차를 완화시킬 수 있다는 점에서도 바람직하다. 그렇게 함으로써 재정력이 취약하여 구성원들의 필요충족도가 낮은 지역에서 의료이용율의 제고가 가능해져, 필요충족도의 지역간 격차를 줄일 수 있을 것이다. 또한 의료보장비용의 일부만을 지원하고 지역주민들이 나머지 지출비용을 조달하도록 하는 것은 의료비의 급증을 억제하기 위한 지역단위의 다양한 노력을 강화시켜 보건의료체계의 효율화를 기할 수 있을 것이다.

3. 포괄적인 보건의료사업의 시행

우리나라의 의료보험급여는 현물급여와 현금급여로 나누어지는 데, 현물급여는 의료기관에서 의료서비스를 제공받는 것으로 요양급여, 분만급여 및 건강진단이 있고, 현금급여는 요양비, 분만비, 장제비, 분만수당, 본인부담금 보상금 등이 있다. 이중 건강진단은 공교의료보험에만 적용되고 있으며, 장제비, 분만수당 및 본인부담금 상환금의 지급 여부는 보험자에 따라 다르다. 모든 보험자의 공통적인 보험급여는 요양급여, 요양비, 분만급여 및 분만비인 셈이다. 의료보호는 요양급여와 분만급여만을 시행하고 있다. 상병수당을 지급하고 있는 의료보장조직은 없으며, 급여비의 99%가 현물급여다(이두호외 1992). 의료보장 급여와 관련하여 지적되고 있는 문제점들은 다음과 같다.

첫째, 필요충족도가 지역에 따라 다르다. 지역의료보험의 적용인구들은 다른 의료보험의 적용인구보다 의료이용의 필요가 더 많은 것으로 밝혀지고 있음에도 수진율과 급여비가 상대적으로 낮다는 것은 필요충족도의 격차를 실증한다. 또한 의사방문횟수의 도농간 차이(노인철 1992)도 필요충족도의 지역간 격차를 시사한다. 의료기관에 대한 접근도가 다름으로 해서 나타나고 있는 필요충족도의 이러한 격차는 의료이용을 했을 때에만 그 비용의 일부를 지원하는 지금의 의료보장제도로는 불식될 수 없음을 유의해야 한다.

둘째, 본인부담수준이 높다. 보험진료비의 일부를 환자 본인이 부담하도록 하는것은 불필요한 의료이용의 억제와 아울러 의료보험제정을 절감하기 위한 조치의 하나이나, 저소득계층의 필요한 의료이용을 억제하고 있다는 점에서 문제가 된다. 동일한 부담액이라 하더라도 소득수준이 낮아질수록 가계에 큰 부담이 되어, 소득계층간 필요충족도의 격차를 결과하고 있다. 필요한 의료이용이 충족되지 않을 때 질환의 조기치료를 어렵게 하여 결국 고액의 진료비를 초래하는 요인으로 작용할 수 있다.

셋째, 급여의 기간이 제한되어 있다. 폐결핵을 제외한 모든 질환의 급여기간이 180일로 제한됨으로써, 고혈압, 당뇨병 등 평생 관리를 받아야 하는 만성질환자들에 대한 지속적인 관리가 불가능하다. 이에 따라 이들 질환으로 인한 심각한 합병증들의 발생을 적절하게 예방하지 못함으로써, 국민건강이 위협을 받고 있을 뿐 아니라 고액진료비의 의료이용을 증가시키고 있다. 앞으로 인구의 노령화에 따라 만성질환 유병율도 급증할 것이라는 점을 감안하면 급여기간의 제한은 심각한 문제로 대두될 것으로 예상된다.

넷째, 급여의 범위가 제한되어 있다. 의료기술의 발전에 따라 비급여 대상 의료서비스가 계속 늘어나고 있으나, 그 수가는 어떤 형태의 통제도 받지 않고 있다. 비급여 서비스에 대한 의료기관의 선호경향과 고가의료장비의 도입이 두드러지게 나타나고 있는 이유도 이 때문이다. 비급여 서비스 이용이 계속 늘어나면서 최근 병원입원진료의 경우 총진료비의 40% 이상을 환자 본인이 부담해야 하는 현상이 나타나고 있다(문옥륜외 1991). 급여범위의 제한은 이처럼 의료보장의 본래 기능을 일탈시킬 뿐 아니라, 국민의료비의 급증을 야기하는 주요 요인의 하나로 지적되고 있다.

다섯째, 현금급여가 미흡하다. 의료보험급여비의 1% 전후만이 현금급여라는 사실에서도 우리나라 의료보장제도가 현물급여 위주임을 알 수 있다. 이는 곧 의료서비스를 이용해야 할 필요가 있을 때 그 서비스를 이용해야만 급여가 주어짐을 뜻한다. 상병수당이 없으므로 해서 일당 근로자이거나 생업에 매달려 있는 자영자들의 필요한 의료이용은 생계를 유지하기 위한 수입의 상실로 귀결되기 마련이므로, 필요충족도의 계층간 격차는 불가피한 것이다. 저소득계층

의 과중한 의료비 부담을 덜어줄 수 있는 본인부담금 상환제도를 운영하고 있는 조합도 극히 소수에 불과하다.

캐나다 국민들은 우리와는 달리 의학적으로 필요한 모든 의료서비스 이용에 대한 환자의 본인부담이 없다. 의료서비스를 필요로 하는 사람중 0.5%만이 경제적 이유로이용하지 못하고 있다는 조사 결과에서 보듯이 전체적인 필요충족도는 괄목할만 하다.

그러함에도 소득계층간 지역간 필요충족도 및 건강수준의 격차가 해소되지 않고 있다는 지적이 계속되고 있다(Beck 1973, Beck and Horne 1976, Manga 1978, Manga and Weller 1980, Sierniatycki, Richardson, and Pless 1980, Wilkins and Adams 1983, Cadman et al 1986, The Panel 1988, Badgley 1991). 건강증진사업의 강화와 재가진료사업의 확충도 바로 이에 대한 대응이라 할 수 있다. 또한 하나의 주를 몇개의 구역으로 구분하여 의료보장재원을 구역별로 관리하자는 의견도 필요충족도의 지역간 격차를 줄이기 위한 방안으로 제기되고 있다(Mustard 1974, The Financial Post 1977, Badgley 1982, Lomas 1991).

캐나다의 이러한 경험은 우리에게 두가지의 방향을 시사하고 있다. 하나는 의학적으로 필요한 모든 의료서비스를 보장해야 한다는 것이고, 두번째는 의료보장조직이 건강증진을 포함한 포괄적인 보건의료사업의 시행주체여야 한다는 것이다. 필요한 서비스를 환자 본인 부담없이 이용할 때 일반적으로 우려되는 점은 의료비의 급증이나, 캐나다의 경험은 의료비의 증가속도를 조절할 수 있었음을 보여주고 있다. 다시 말하면 의료비의 활용방안에 따라 그 증가속도가 달라질 수 있음을 실증하고 있는 것이다.

우리나라의 보건의료사업은 보건소조직에 의해 수행되고 있으나, 의료비 절감이라는 유인이 없기 때문에 사업의 적극적인 수행을 기대하기 어렵다. 이에 비하여 의료보장조직이 보건의료사업까지 관장한다면, 의료비를 절감하기 위해서도 건강증진이나 예방보건의료사업을 강화할 것이다. 지역의 의료보장재원을 치료와 예방에 어떻게 배분하는 것이 최적인가에 대해 조직이 관심을 기울리게 될 것이며, 최적 배분을 위한 노력을 기대할 수 있다. 그러한 노력은 필요충족도와 건강수준의 계층간 지역간 격차를 줄이기 위해서도 필수적인 것이다.

4. 진료비 총액계약과 자율적인 심사

우리나라의 진료비 지불방식은 행위별 수가제인 점수제다. 진료기술행위에 대해서는 그 난이도와 소요시간등을 감안하여 원가를 결정하고 적정이윤을 더한 수가를 책정하고, 약품과 재료에 대해서는 원가를 수가로 책정하여, 각각 그 빈도와 소요량을 곱하여 합산한 진료비를 지

불하는 방식인 것이다. 이처럼 의료제공자가 진료를 행한 만큼의 보상이 사후에 이루어지므로 환자진료에 최선을 다한다는 장점은 있으나, 과잉진료, 예방서비스의 기피, 진료비 청구 및 심사에 막대한 비용 소요, 의료자원의 지역적 편재 등을 초래하는 요인이기도 하다.

수가의 산정방식에 대한 논란도 계속되고 있으나, 진료기술행위에 대한 원가계산의 기술적인 어려움 때문에 실제 원가와 는 무관하게 수가를 산정하고 있다. 이는 곧 진료과목간, 진료행위간 수가의 불균형과 그로 인한 의료인력의 수급 불균형 및 진료행태의 왜곡을 초래하고 있다. 비슷한 효능의 약품이어도 제조회사에 따라 그 수가가 다르기 때문에 이윤이 보다 큰 고가의 의약품을 선호하는 성향이 있다. 한편 수가의인상율을 둘러싼 정부와 의료제공자들간의 공방도 매우 치열하며, 결정 결과에 대해 의료제공자들은 언제나 불만이다.

적정진료의 유도과 보험제정의 누수 방지를 목적으로 시행되고 있는 진료비심사의 필요성에 대해서는 보험자와 의료제공자 모두 공감하고 있으나, 심사주체를 둘러싼 갈등은 지금도 계속되고 있다. 더우기 적정진료를 유도하는 기능이 미흡하다. 의료제공자가 행한 서비스의 적정성 여부는 의료제공자들 자신이 판단할 수 있다는 점에서 동료에 의한 감시가 효과적일 것이나, 이를 위한 제도적 장치나 유인이 없다.

한편 진료량과 그 수가로 결정되는 진료비도 계속 증가하는 경향을 보이고 있다.

직장의료보험의 입원건당 보험진료비는 1984년의 236,981원에서 1990년에 389,405원으로 1.6배 증가하였고, 외래건당 진료비는 동기간 동안 10,931원에서 15,119원으로 1.4배 가까이 증가하였다(의료보험연합회 1991b). 같은 기간 동안 수가는 약 1.4배 인상되었음(문옥륜 1992)을 감안하면 환자당 입원진료량의 증가를 알 수 있다.

캐나다의 의사진료에 대한 보수지불방식은 우리나라와 같은 행위별 수가제이나, 병원에 대한 진료비 지불방식은 총액예산제이다. 따라서 배정된 예산의 범위안에서 지출을 억제해야 하는 병원으로서 입원환자 진료량을 가능한 줄이고자 하는데 비해, 의사들은 가능한 진료량을 늘리고자 한다. 이같은 병원과 진료의사의 상반된 입장이 병원진료비 증가를 완화시키고 있는 것이다. 더우기 병원의 시설과 장비에 대한 투자도 주정부로부터 승인을 받아야 하기 때문에, 경쟁적인 투자에 따른 낭비를 방지할 수 있었다. 최근들어 일부 주에서는 주정부와 의사협회가 매년 의사진료비 총액을 협정하여 의사들의 진료량에 따라 배분하는 총액계약제를 실시하고 있다. 이 제도 아래서 의사들이 자율적으로 진료비를 심사하도록 함으로써 진료내용에 대한 의사들간의 상호감시가 가능해져, 행위별 수가제로 불가피하게 나타날 수 있는 과잉진료를 억제하고 적정진료를 조장할 수 있는 것이다.

병원과 의사진료를 구분하지 않고 행위별 수가제를 적용하고 있는 우리나라에서도 진료비 총액계약과 자율적인 심사를 도입한다면 같은 효과를 기대할 수 있을 것이다. 특히 지역별로 의료보장조직과 의사협회가 진료비총액을 계약하도록 한다면 의료자원의 지역적 편재현상도 완화될 수 있을 것이다. 또한 병원의 고가 시설과 장비에 대한 투자승인제도를 도입하는 것도 경쟁적 투자에 따른 낭비를 줄일 수 있을 것이다.

5. 대체 시설과 서비스의 개발

최근들어 의원의 병상수는 감소하고 대규모 종합병원의 병상수가 계속 증가하고있다. 그러함에도 대형 종합병원에 입원하기 위해 대기하고 있는 환자들의 증가추세가 뚜렷하다. 의료 수요의 증가와 환자들의 종합병원에 대한 높은 선호도와 함께 대체시설이나 서비스가 없으므로 해서 퇴원을 미루고 있는 환자(Bed Blockers)들이 있기 때문에 나타나는 현상인 것이다. 이로 인하여 입원진료가 필요한 응급환자들 조차 적시에 입원할 수 없는 심각한 문제가 대두되고 있다.

캐나다에서도 수술이나 입원진료를 받기 위해 대기하고 있는 환자들이 적지 않은것으로 보고되고 있으나, 한편에서는 병상 공급이 과잉이라는 지적도 있다. 이처럼 모순되는 현상이 나타나고 있는 이유는 대체시설이나 서비스가 없어 퇴원하지 못하고 있는 환자들이 병원 입원환자의 20-50%를 차지하고 있기 때문인 것으로 분석되고 있다(Rachlis and Kushner 1989, Walker 1989). 대부분 노인과 지체장애 환자들로서 입원진료 보다 일상생활에 대한 보살핌이 더 필요한 환자들이라는 것이다. 바로 이러한 환자들을 병원 병상에서 조기 퇴원시켜 수용할 수 있는 장기요양기관을 확충하고 있는 것은 입원대기환자를 줄이고 병원 병상을 효율적으로 활용하기 위함이다.

그런데 장기요양기관 수용환자들중에서도 30% 이상이 일상생활에 대한 적절한 보살핌과 외래진료 수진이 가능하다면 당장 퇴원할 수 있는 환자들이라는 사실이 밝혀지면서 장기요양기관의 확충보다 지역사회 중심의 재가요양서비스 제공체계를 구축해야 한다는 의견이 최근 제시되고 있다(Seaton 1991). 이처럼 병원중심의 입원진료를 장기요양기관에의 수용과 재가요양서비스의 제공으로 대체하려는 정책적인 노력은 가용 의료자원의 효율적인 활용에 초점을 맞추고 있는 것이다(Porter 1991).

우리나라의 경우 계속 증가할 입원수요에 대비하여 충분한 병상을 확충하는 것도 중요하지만, 캐나다의 경험에서 보는 바와 같이 장기요양기관이나 재가요양서비스 등 단위비용이 저렴

한 대체 시설과 서비스의 개발도 이루어져야 할 것이다. 앞으로 노인과 지체장애 환자들이 늘어날 것이라는 전망을 감안할 때 이는 시급한 과제가 분명하며, 이들 서비스의 개발을 촉진시킬 수 있는 조치들이 선행되어야 할 것이다.

6. 건강 행태와 환경의 조성

의료보장제도의 궁극적인 목적은 국민건강증진임이 틀림없다. 그러나 의료이용의 경제적 장벽만을 없앤다고 국민건강이 보장되는 것은 결코 아니다. 근본적으로 건강문제의 발생을 극소화시켜야 한다. 그러기 위해서는 국민들의 건강행태를 조장하고 건강에 위해를 끼치는 환경적 요인들을 제거해야 한다. 우리나라의 의료보장제도는 이 점을 간과하고 있으며, 이미 발생한 건강문제로 인한 의료이용에 필요한 비용의 일부만을 보장하고 있을 뿐이다.

우리 주변에는 건강에 해로운 담배, 술 및 각종 화학연료의 소비가 늘고 있으며, 오염물질의 배출은 우리의 건강을 위협하고 있다. 그 결과 발생하는 개개인의 건강문제는 의료이용으로 귀결되어 의료보장재원을 잠식하고 있다. 이는 곧 건강한 삶의 행태를 유지하는 사람들에게 그 비용이 전가되고 있음을 말한다. 따라서 건강위해상품을 소비하는 사람과 오염물질을 배출하는 사업장에 대해 의료보장재원의 일부를 부담시켜야 함에도 아직 실행되지 않고 있다. 이러한 재정적 부담은 의료보장재원의 확충수단의 하나이기도 하지만, 건강위해상품의 소비와 오염물질의 배출을 감소시킴으로써 건강문제의 발생을 줄여 의료보장비용의 지출을 억제하는 파급효과도 있다는 점을 유의해야 한다.

캐나다의 연방정부와 주정부, 그리고 각종 민간단체들은 의료보장제도와는 별도로 건강행태 및 환경의 조성을 위한 노력을 강화하고 있다(Lalonde 1974, Angus and Manga 1986, Epp 1986, Rootman 1989). 그 예로서 담배소비세를 계속 인상하여 현재 갑당 3,000원 이상의 세금을 부과하고 있는데, 우리나라의 약 10배에 달하는 것이다. 이같은 조치로 인하여 1983년부터 담배소비가 감소하기 시작하였는데(Collishaw and Rogers 1984), 특히 청소년들의 흡연율을 크게 감소시킬 수 있었고, 그 결과 흡연이 원인이 되는 각종 질환들의 발생율이 점차 줄어들고 있는 추세에 있다. 한편 일부 주에서는 주정부가 주류 판매를 장악하고 있는데, 이 또한 그 소비를 억제하는 효과를 보이고 있다. 오염물질 배출업소에 대해 엄격한 법적 규제를 시행하여 건강한 환경을 조성하고 있다. 캐나다의 이러한 경험은 국민건강의 효과적인 증진과 의료보장비용의 절감을 위해서는 건강 행태와 환경을 조성해야 함을 보여주고 있다.

IV. 대안의 실행을 위한 검토

캐나다의 경험이 시사하고 있는 앞서의 대안들을 우리나라에서 실행하기 위해서는 어떻게 접근해야 할 것인가? 어느 사회제도이건 집단적 이해관계가 고착되어 있을 수록 개혁은 어렵기 마련이며, 보건의료체계도 그동안의 관행과 전국민의료보장제도의 실시로 이미 집단적 이해관계가 형성되어 있어, 이러한 관계를 변화시킬 수 있는 대안의 실행은 반발을 초래할 수 있다. 그러나 보건의료체계를 효율화시키면서 국민건강증진의 효과를 극대화하기 위한 제도적 변화의 당위성은 충분하다. 따라서 예상되는 반발을 최소화하면서 그러한 대안들을 실행에 옮길 수 있도록 하기 위한 우리의 과제는 무엇인지를 검토하기로 한다.

1. 의료보장조직체계의 재편

먼저 지금의 의료보장조직체계를 재편하여 지역별로 일원화하기 위해서는 다음과 같은 조치가 선행되어야 할 것이다. 단기적으로는 피용자 의료보험의 적용인구와 시군구의 의료보호대상자에 대한 현물급여기능을 거주지역 의료보험조합으로 이관하여, 모든 지역주민에 대한 현물급여기능을 지역의료보험조합이 전담하도록 한다. 이에 필요한 재원은 자영자들에 대한 보험료수입, 피용자 의료보험으로 부터의 이전수입 및 의료보호기금으로 충당한다.

피용자 의료보험조직을 계속 존속시켜, 지금과 같이 보험료를 부과 징수하여 지역의료보험의 현물급여비용을 분담하며, 본인부담금 상환, 분만수당, 장제비 등 기존의 현금급여기능을 강화하고 피용자에 대한 상병수당 지급 기능을 담당토록 한다. 의료보험연합회는 피용자 의료보험조직으로부터 현물급여에 필요한 비용을 각출하여 성별연령별 적용인구 1인당 평균 급여비를 기준으로 지역의료보험조합에 배분하며, 고액진료비에 대한 재보험 기능을 강화한다. 지역의료보험에 대한 기존의 국고지원과 중앙정부의 의료보호기금의 배분기능도 연합회가 관장한다.

최종적으로는 지역의료보험조합과 보건소를 통합한 시군구 의료보장위원회를 조직하여 관할 지역내에 거주하는 모든 주민에 대한 현물급여기능과 보건사업기능을 수행토록 한다. 시군구 의료보장위원회가 개별적으로 수행하기 어렵고 공동으로 수행해야 할 사업을 담당할 시도 의료보장위원회를 조직한다. 의료보험연합회를 전국의료보장위원회로 개편하여, 의료보장재원의 지역별 배분 기능 및 고액진료비에 대한 재보험 기능을 담당하도록 한다.

시군구 및 시도 의료보장위원회는 지방의회에서 선출한 주민대표, 그리고 의약계 대표들로

구성하며, 전국의료보장위원회는 국회에서 선출한 공익대표, 보건사회부가 지명한 인사 및 약계 대표들로 구성하여, 주요 정책 결정 및 시행 감독의 실질적 권한을 부여하고, 그 위원장은 위원회에서 호선토록 한다. 위원회의 정책 및 시행결과를 정기적으로 공개하고, 지역의료보장위원회는 보건사회부와 전국의료보장위원회의 지도감독과 지방의회의 감사를 받으며, 전국 의료보장위원회는 보건사회부의 지도감독과 국회의 감사를 받는다. 이처럼 각급 의료보장위원회의 운영을 민주화시킴으로써 주민들의 요구에 근접하는 서비스를 제공하도록 한다.

의료보장조직체계의 이와 같은 재편으로 같은 지역에 거주하는 모든 주민들에게 포괄적인 보건의료서비스가 제공되어질 수 있을 뿐 아니라, 지금까지 소속된 조직이 다르기 때문에 조성된 주민들간의 위화감이 불식될 수 있다. 지역 의료보장위원회는 급여재정을 절감하기 위해서도 건강증진사업을 비롯한 예방보건사업을 강화할 것으로 기대된다. 보건사업기능의 강화는 장기적으로 국민건강의 증진과 함께 국민의료비의 절감이라는 파급효과를 가져올 것이다. 한편 의료보장위원회 조직체계와는 별도로 피용자 의료보험조합을 존속시켜 근로자에 대한 상병수당등 기존의 현금급여기능을 계속 수행하도록 함으로써, 그동안 임금의 손실을 우려하여 의료이용이 억제되었던 저소득 계층의 의료필요를 유효수요화시켜 계층간 필요충족도의 격차를 해소할 수 있다.

2. 의료보장재원의 조달과 배분

모든 소득(근로소득 및 자산소득)에 대한 동율의 개인 부담 의료보장세와 임금총액에 대한 동율의 고용주 부담 의료보장세, 그리고 모든 건강위해상품에 대한 의료보장세로 필요한 재원을 조달한다. 그렇게 함으로써 공평한 부담의 원칙을 충족시킬 수 있으며, 건강위해 상품의 소비행태를 줄여 그로 인한 건강문제의 발생을 예방할 수 있을 것이다. 유해물질 배출 사업장에 대한 의료보장 부담금의 부과 징수권을 시군구 의료보장위원회에 부여하여 건강한 지역환경을 조성할 수 있도록 한다. 한편 피용자의료보험의 현금급여에 필요한 재원은 고용주와 피용자들로 부터의 각출금과 그동안 누적된 준비적립금의 운용수익으로 충당하도록 한다.

조달된 의료보장재원을 전국의료보장위원회가 성별 연령별 인구 1인당 평균 급여비를 기준으로 시군구 의료보장위원회에 배분하며, 보건사회부는 보건사업예산을 인구수에 비례하여 배분한다. 이처럼 필요의 크기에 따른 재원의 배분은 재정력의 지역간 격차를 줄일 것이며, 현재 의료이용에 제약을 받고 있는 지역주민들의 필요충족도를 높일 수 있는 재정력이 될 것이다. 그 재정력을 바탕으로 보건사업을 강화하여 필요의 크기를 줄이거나, 급여에 대한 본인부담수

준을 인하여 의료이용을 촉진시킬 수 있어, 필요충족도의 지역간 격차를 줄일 수 있을 것이다.

재원의 배분시 지역 의료보장위원회가 지켜야 할 기본 원칙을 명기하고, 그의 준수여부를 배분액의 규모와 연계시킴으로써, 국민건강증진이라는 의료보장의 궁극적인목적에서 일탈하지 않도록 한다. 특히 보건사업예산은 지방정부와의 분담을 조건으로 배분하되, 다른 부문으로 전용하면 그만큼 배분액을 공제하도록 한다. 그리고 건강증진사업 등 보건사업을 강화하도록 하기 위한 재정적 유인으로, 확정된 예산액 보다 많은 보건사업비를 지출한 지역 의료보장위원회에 대해서는 보건사회부가 그 일정부분을 추가로 지원한다. 또한 배분된 의료보장재원의 일부를 반드시 대체 시설과 서비스의 개발에 의무적으로 투자 또는 적립하도록 한다.

그리고 배분된 의료보장재원의 관리운영 책임을 지는 시군구 의료보장위원회로 하여금 초과 지출 발생시 추가 소요재원을 해당 지역주민들로 부터 부담능력에 맞게 공평하게 조달하거나, 지출을 억제할 수 있는 조치를 취할 수 있도록 한다. 이러한 조치는 의료보장재원의 절감을 위한 지역 단위의 노력을 촉발시킬 수 있을 것이다. 모든 시군구 의료보장위원회는 시도 단위의 공동사업과 전국 단위의 고액진료비 개정조정사업에 필요한 비용을 현물급여비의 크기에 따라 분담하도록 하여, 공동사업의 효과적인 수행과 고액진료비 발생위험의 전국적인 분산을 기한다.

3. 의료보장재원의 활용

기존 점수제를 골격으로 시군구 의료보장위원회는 지역내 의료제공자 단체와 연간 의료보장진료비 총액을 계약하고, 의료기관별 심사결정액에 비례하여 배분한다. 이같은 총액계약제의 도입은 의료이용이 많은 지역보다 의료이용이 작은 지역의 실제 수가를 상대적으로 비싸지도록 하여, 의료시설 및 인력의 지역적인 균형 분포를 촉진할 것으로 기대된다. 그리하여 의료기관에 대한 지리적 접근도의 격차를 줄임으로써 필요충족도의 지역간 격차를 완화할 수 있을 것이다.

총액계약제와 더불어 의료제공자 단체에 의한 자율적인 진료비 심사제도를 도입함으로써 동료에 의한 감시기능을 제고하여 불필요한 서비스의 제공 등 과잉진료를 제어할 것이다. 진료비 심사에 필요한 비용은 시군구의 의료보장진료비 계약총액을 기준으로 분담한다. 진료비 청구에서 지금까지 시일이 소요되므로 청구액의 일부를 청구 직후 지급하고 배분액 결정후 정산한다.

의료제공자 단체로 하여금 진료행태의 왜곡을 불식하고 적정진료를 조장할 수 있는 수가체제를 개발토록 한다. 또한 의료기관의 의약품 투여에 따른 이윤의 발생 등 의약품 남용에 대한 경제적 유인을 제거하기 위하여, 의료기관 및 약국에 대한 의약품 독점 공급권을 전국의료보장위원회에 부여하고, 동일 효능의 의약품 약가를 공개경쟁 입찰로 결정하고 약품을 구매하여 원가로 공급하도록 한다. 이러한 조치에는 처방진료와 조제료의 현실화가 전제되어야 할 것이다.

지역내 일차진료기관에 대한 주민들의 등록제도를 실시하여, 주민들이 등록기관을 이용하거나 이를 경유하여 상급 의료기관을 이용할 때에만 급여를 실시하고, 미등록 기관을 이용하는 환자는 진료비 전액을 부담하도록 한다. 이렇게 함으로써 일차진료기관을 경유한 단계적인 의료이용을 촉진시켜, 각 이용단계에서의 적정진료가 이루어질 것이다. 그리고 의사들이 의학적으로 필요하다고 판단하는 서비스만을 급여하고, 필요치 않다고 판단하는 서비스에 대해서는 환자 본인이 전액을 부담토록 한다. 또한 급여기간의 제한을 철폐하여 만성질환에 대한 지속적인 관리가 이루어지도록 한다.

V. 결 론

지금까지 캐나다 의료보장제도의 발전과정과 내용, 보건의료체계에 미친 파급효과를 중심으로 그 성과 및 근래 나타나고 있는 문제점들과 그에 대한 대응들을 살펴보고, 이를 바탕으로 우리나라 보건의료체계를 효율화시키면서 국민건강증진의 효과를 극대화할 수 있는 대안들에 대한 정책적인 시사를 얻은 후, 우리나라에서 이를 어떻게 시행할 것인가에 대하여 검토하였다. 그러나 앞서 살펴본 바와 같이 긍정적인 효과들을 기대할 수 있음에도 그 실행에는 어려움이 따를 것으로 예상된다.

특히 지역별 총액계약제와 전국의료보장위원회의 의약품 독점공급권에 대한 의료제공자 단체들의 반발이 불가피할 것이다. 첨예한 이해관계가 걸린 사안이기 때문에 더욱 그러하다. 그러나 진료비 심사기구 독립을 주장하고 있는 의료제공자 단체들의 요구를 수용하는 조건으로 지역별 총액계약제의 도입을 제시할 수 있을 것이다. 또한 전국의료보장위원회의 독점적 의약품 공급권은 자본주의 경제체제와 배치된다는 지적을 받을 수 있으나, 의료기관의 의약품 투여가 이윤 추구를 위한 것이 아니라면 그런 지적은 모순일 수 밖에 없음을 알아야 한다. 앞으로 완전의약분업을 이루기 위해서도 이 정책대안은 반드시 실행되어야 할 것이다.

한편 그동안 논란이 있었던 의료보장세의 도입에 대한 국민적 합의는 이미 암묵적으로나마 이루어진 바 있다. 국회에서 만장일치로 통과되었으나 대통령의 거부권 행사로 폐기된 전국민 의료보험법이 그것이다. 이 법에는 의료보장세와 다른 없는 재원조달방식을 명기하고 있으나, 피용자 의료보험조합의 재산권을 침해한다는 이유로 거부권이 행사되었던 것이다. 그러나 본 고에서 제시하고 있는 대안은 피용자 의료보험조합의 재산권을 인정하고 있다.

끝으로 의료보장조직의 지역별 일원화에 대한 의료보험조합 직원들의 반발도 예상된다. 왜냐하면 본 고에서 제시하고 있는 대안도 지금의 분립운영체제와 같이 이들 직원들의 자기발전 기회를 늘릴 수 없기 때문이다. 그러나 유념해야 할 점은 의료보장조직은 지역주민들을 위한 지역주민의 조직이어야 존립 타당성을 확보할 수 있으나, 전국적으로 일원화된 의료보장조직은 주민들 보다 직원들 자신을 위한 조직으로 고착될 수 있다는 점이다.

중앙정부나 지방정부, 의료제공자, 그리고 의료보험종사자 등, 우리나라 의료보장제도와 보건의료체계를 둘러싼 기존의 이해당사자들은 기득권을 고수하기 보다 모든 국민들의 건강을 보장하고 보건의료 재정 및 수급체계를 효율화시키기 위한 제도적인 변화를 수용해야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 노인철, 전국민 의료보험제도의 성과와 과제, 의료보험제도의 성과와 발전방향에 관한 세미나 자료집, 보건사회연구원, 1992
- 문옥륜, 의료보험 재정현황과 전망, 의료보험제도의 성과와 발전방향에 관한 세미나 자료집, 보건사회연구원, 1992
- 문옥륜의, 한국의료보험론, 신광출판사, 1991
- 보건사회부, 보건사회백서, 1991
- 의료보험연합회, '90 지역의료보험조합 결산현황(조합별 내역), 1991a
- 의료보험연합회, '90 의료보험통계연보, 1991b
- 이두호의, 국민의료보장론, 한림과학원 총서 5, 나남, 1992
- Anderson LJ, Provincial and Territorial Drug Reimbursement Programs, Descriptive Summary, Bureau of Pharmaceutical Surveillance, Ottawa, October 1990

- Andreopoulos S(ed.), National Health Insurance : Can We Learn from Canada ? John Wiley & Sons, N.Y., 1975
- Angus DE and Manga P, National Health Strategies: Time for a New “New Perspective”, Canadian Journal of Public Health 1986: 77: 81-84
- Badgley RF, Regionalization of Health Services in Canada, *Isr. J. of Med. Sci.* 1982: 18: 375-383
- Badgley RF, Social and Economic Disparities under Canadian Health Care, *Int. J. of Health Services* 1991: 21: 659-671
- Bare ML, Evans RG, and Labelle RJ, Fee Controls as Cost Control: Tales from the Frozen North, *the Milbank Quarterly* 1988: 66: 1-62
- Barber J, Sick to Death, *Maclean's*, Feb. 13, 1989: 32-35
- Beck RG, Economic Class and Acces to Physician Services Under Public Medical Care Insurance, *Int. J. of Health Services* 1973: 3: 341-355
- Beck RG, The Effects of Copayment on the Poor, *J. of Human Resources* 1974: 9: 129-142
- Beck RG and Horne JM, Economic Class and Risk AVOIDANCE Experience Under Public Medical Care Insurance, *the J. of Risk and Insurance* 1976: 43: 73-86
- Blendon RJ and Taylor H, Views on Health Care : Public Opinion in Three Nations, *Health Affairs*, Spring 1989: 149-157
- Botz CK, Principles for Funding on a Case Mix Basis: Construction of Case Weights(RIW), *Health Management Forum*, Winter 1991: 22-32
- Boulet J-A and Henderson DM, Distributional and Redistributive Aspects of Government Health Insurance Programs in Canada, *Economic Council of Canada Discussion Paper # 146*, Ottawa, 1979
- Brown MC, The Implications of Established Program Finance for National Health Insurance, *Canadian Public Policy* 1980: 6:521-532
- Cadman D et al. Chronic Illness and Functional Limitation in Ontario Children: Findings of the Ontario Child Health Study, *Can. Med. Assoc. J.* 1986: 135: 761-767
- Canada, Royal Commission on Health Services, Ottawa, 1964-1965
- Canada, Preserving Universal Medicare, A Government of Canada Position Paper, Minister of

Supply and Services Canada, Ottawa, 1983

Canadian Association of Interns and Residents, Control of Billing Numbers : Access to Health Care, 1987

Collishaw NE and Rogers B, Tobacco in Canada, Canadian Pharmaceutical Journal 1984: 16: 147-150

The Edmonton Journal, January 25, 1992

Epp J, Achieving Health for All : A Framework for Health Promotion, Health Promotion 1986: 1: 419-418

Evans JR(Chairman), Report of the Ontario Health Review Panel: Toward a Shared Direction for Health in Ontario, Toronto, June 1987

Evans RG, Strained Mercy : The Economics of Canadian Health Care, Butterworths, Toronto, 1984

Evans RG, We'll Take Care of It for You : Health Care in the Canadian Community, Daedalus the Journal of the American Academy of Arts and Sciences 1988: 117: 155-189

Evans RG and Stoddart GL(eds.), Medicare at Maturity ; Achievements, Lessons & Challenges, The Banff Centre, School of Management, The Univ. of Calgary Press, Calgary, Alberta, Canada, 1986

Evans RG, Lomas J, Barer ML, Labelle LJ, Fooks C, Stoddart GL, Anderson GM, Feeny D, Gafni G, Torrance GW, and Tholl WG, Controlling Health Expenditures - The Canadian Reality, New Eng. J. of Med. 1989: 320: 571-577

The Financial Post, The Nation's Health: Local Boards Should Keep a Finger on Pulse, April 30, 1977

Gosselin R, Decentralization/Regionalization in Health Care : The Quebec Experience, Health Care Management Review, Winter 1984: 10(1) : 7-23

Hall EM, Canada's National-Provincial Health Program for the 1980's : A Commitment for Renewal, Ottawa, August 1980

Health and Welfare Canada, Health and Welfare in Canada, Ottawa, 1989

Health and Welfare Canada, Canada Health Act Annual Report 1989-90, Ottawa, 1990

- Heiber S and Deber R, Banning Extra-Billing in Canada: Just What the Doctor Didn't Order, Canadian Public Policy 1987: 13: 62-74
- Himmelstein D and Woolhandler S, A National Health Program for the United States : A Physicians' Proposal, New Eng. J. of Med. 1989: 320: 102-108
- Iglehart JK, Canada's Health Care System(Part I), New Eng. J. of Med. 1986a: 315: 202-208
- Iglehart JK, Canada's Health Care System(Part II), New Eng. J. of Med. 1986b: 315: 778-784
- Iglehart JK, Canada's Health Care System Faces Its Problems, New Eng. J. of Med. 1990: 322: 562-568
- Kosterlitz J, Taking Care of Canada, National Journal 1989: 21: 1792-1797
- Lalonde M, A New Perspective on the Health of Canadians, Health and Welfare Canada, Ottawa, 1974
- Lave JR, Jacobs P, and Markel F, Ontario's Hospital Transitional Funding Initiative: An Overview and Assessment, Health Management Forum, Winter 1991: 3-11
- Levey S and Hill J, National Health Insurance - The Triumph of Equivocation, New Eng. J. of Med. 1989: 321: 1750-1754
- Lomas J, Regulating Limits to Medicine : Towards Harmony in Public- and Self- Regulation, Health Policy Commentary Series, Paper C91-2, Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, Hamilton, Ontario, 1991
- Lomas J, Fooks C, Rice T, and Labelle RJ, Paying Physicians in Canada: Minding Our Ps and Qs, Health Affairs 1989: 8: 80-102
- Manga P, The Income Distribution Effect of Medical Insurance in Ontario, Occasional Paper 6, Ontario Economic Council, Toronto, 1978
- Manga P and Weller GR, The Failure of the Equity Objective in Health: A Comparative Analysis of Canada, Britain, and the United States, Comparative Social Research 1980: 3: 229-267
- Mustard JF, Report of the Health Planning Task Forces, Toronto, 1974
- National Council of Welfare, Medicare: The Public Good and Private Practice, A Report on

Canada's Health Insurance System, Ottawa, May 1982

Naylor CD, In Defence of Medicare : Are Canadian Doctors Threatening the Health Care System ?, Canadian Forum, April 1982: 12-16

Ontario Ministry of Health, Deciding the Future of Our Health Care: An Overview of Areas for Public Discussion, Toronto, April 1989.

Palley HA, Canadian Federalism and the Canadian Health Care Program: A Comparison of Ontario and Quebec, Int. J. of Health Services 1987: 17: 595-616

The Panel on Health Goals for Ontario, Health for All Ontario, Toronto, 1988

Porter R(Chairman), The Health Care System in Canada and Its Funding: No Easy Solution, First Report of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors, and the Status of Women, House of Commons, Ottawa, June 1991

Premier's Council on Health Strategy, The Report of the Health Care System Committee: From Vision to Action, Toronto, 1989

Rachlis M and Kushner C, Second Opinion : What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix It, Collins Publishers, Toronto, 1989

Rakich JS, The Canadian and U.S. Health Care Systems: Profiles and Policies, Hospital and Health Services Administration 1991: 36: 25-42

Rauchman S, Why Canadian Hospitals Are Turning to Privatization, Canadian Doctor June 1988: 54(6): 8-9

Rootman I, Knowledge for Health Promotion: A Summary of Canadian Literature Reviews, Health Promotion 1989: 4: 67-72

Rublee D, Medical Technology in Canada, Germany, and the U.S., Health Affairs 1989: 8: 178-181

Salter M, Privatizing Public Care, Maclean's, Feb. 25, 1985: 50-51

Seaton PD(Chairman), Closer to Home : Summary of the Report of the British Columbia Royal Commission on Health Care and Costs, Province of British Columbia, Victoria, 1991

Siemiatycki J, Richardson L, and Pless IB, Equality in Medical Care under National Health Insur-

- ance in Montreal, *New Eng. J. of Med.* 1980 : 303: 10-15
- Siler-Wells GL, *Directing Change and Changing Direction : A New Health Policy Agenda for Canada*, Canadian Public Health Association, Ottawa, 1988
- Smith K, *Capital Funding of Canada's Hospitals : Policy versus Practice*, Canadian Hospital Association, Ottawa, 1990
- Soderstrom L, *The Canadian Health System*, Croom Helm, London, 1978
- Stevenson HM, Williams AP, and Vayda E, *Medical Politics and Canadian Medicare: Professional Response to the Canada Health Act*, *The Milbank Quarterly* 1988: 66: 65-104
- Stoddart GL and Labelle RJ, *Privatization in the Canadian Health System : Assertions, Evidence, Ideology and Options*, Health and Welfare Canada, Ottawa, 1985
- Stratton M, *The Challenge to Health Care in Canda*, Statement by the Board of Governors, the Canadian Council on Social Development, Ottawa, May 1979
- Sutherland RW and Fulton MJ, *Health Care in Canada : A Description and Analysis of Canadian Health Services*, The Health Group, Ottawa, 1990
- The Task Force on Health Promotion, *Objedctive: A Health Concept in Quebec*, Canadian Hospital Association, Ottawa, 1986
- Taylor MG, *THE Canadian Health System in Transition*, *J. of Public Health Policy* 1981: 2: 177-187
- Taylor MG, *Insuring National Health Care, The Canadian Experience*, The Univ. of North Carolina Press, Chapel Hill and London, 1990
- Terris M, *Lessons from Canada's Health Program*, *Technology Review*, Feb./Mar. 1990: 27-33
- Trahan M, *Health Insurance in France, Australia & Canada*, Dept. of National Health & Welfare, Ottawa, 1981.
- Tuohy CJ, *Medicine and the State in Canada: The Extr-Billing Issue in Perspective*, *Canadian Journal of Political Science* 1988: 21: 267-296
- United States General Counting Office, *Canadian Health Insurance: Lessons for the United States*, Report to the Chairman, Committee on Government Operations, House of Rep-

representatives, Washington, D.C., June 1991

Vance J, Health Policy in Canada, Current Issue Review 88-6E, Research Branch, Library of Parliament, Ottawa, May 1991

Vayda E and Deber RB, The Canadian Health Care System: An Overview, Social Science and Medicine 1984: 18: 191-197

Walker M, From Canada: A Different Viewpoint, Health Management Quarterly 1989: 11: 11-14

Wilkins R and Adams O, Healthfulness of Life. Institute for Research on Public Policy, Montreal, 1983