연구보고서 2007-31

2007 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구

최 인 덕
김 영 숙
노 상 윤
배 성 일
이 용 갑

국민건강보험공단
National Health Insurance Corporation

머 리 말

세계 각국은 각 국가의 사회경제, 정치상황에 따라 다양한 사회보장제도를 발전시켜 왔다. 건강보장제도 역시 사회보장으로서의 기능을 수행함에 적용범위, 급여자격, 재원조성 등에서 제도설계가 이루어지거나 국가별 특성에 맞도록 변형되었다.

국가별 제도도입과 제도변천을 파악함으로써 향후 건강보장제도와 건강보험체계의 방향을 설정하는데 시사점을 제공할 것임은 자명하다. 본 연구에서도 이같은 함의를 파악하고자 기존 사회보장제도의 수출국에서 벗어나 제도를 수입하여 자국 환경에 맞도록 변화발전시킨 국가를 중심으로 제도조사를 실시하였다.

국가보건서비스방식(NHS)의 건강보장제도를 도입하되 변형 발전시킨 호주와 뉴질랜드 그리고 캐나다를 조사하였고, 사회보험방식(SHI)의 제도를 변형 발전시킨 칠레, 멕시코를 분석하였다.

국가별 정치경제상황과 제도가 만들어지고 변형되면서 어떠한 특성과 장단점이 있는지 파악하는 것은 우리에게도 보다 많은 발전을 위해서 필요한 부분일 것이다.

특히, 민간보험이 활성화 되어있는 칠레와 멕시코의 경험, 국가보건서비스방식의 단점을 잘 보완하여 발전시킨 캐나다나 호주, 그리고 뉴질랜드의 사례는 각기 시사하는 바가 클 것으로 보인다. 본 연구를 통해 보다 많은 추후 연구들

이 이루어지고, 우리 제도의 발전을 도모하는데 도움이 되었으면 한다.

본 연구를 위해 검독 및 조언을 아끼지 않으신 김철웅 교수님, 박형근 교수님께 깊은 사의를 표한다. 끝으로 본 연구보고서의 내용은 저자들의 개인적인 의견이며 공단의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2008年 3月

國民健康保險公團 理 事 長 李 在 庸

健 康 保 險 硏 究 院 長 姜 岩 求

목 차

Ⅰ. 서 론 ····· 1

1. 연구의 배경과 필요성 ····· 1

2. 연구 목적 ····· 2

3. 연구 내용 및 방법 ····· 3

Ⅱ. 호 주 ····· 5

1. 서론 ····· 5

2. 관리운영체계 ····· 13

3. 재원조성 및 재정현황 ····· 23

4. 급여 및 혜택 ····· 37

5. 의료공급구조와 전달체계 ····· 45

6. 결론 ····· 56

참고문헌 ····· 62

Ⅲ. 캐나다 ····· 65

1. 서론 ····· 65

2. 관리운영체계 ····· 67

3. 재원조성 및 재정현황 ····· 72

4. 급여 및 혜택 ····· 90

5. 의료공급구조와 전달체계 ····· 95

6. 결론 ····· 113

참고문헌 ····· 117

Ⅳ. 뉴질랜드 ····· 121
1. 서론 ····· 121
2. 관리운영체계 ····· 124
3. 재원조성 및 재정현황 ····· 130
4. 급여 및 혜택 ····· 132
5. 의료공급구조와 전달체계 ····· 134
6. 결론 ····· 138
참고문헌 ····· 139

Ⅴ. 칠레 ····· 140
1. 서론 ····· 140
2. 개혁이후 칠레의 의료보장체계 ····· 142
3. 칠레 의료보장체계의 함의 ····· 155
참고문헌 ····· 158

Ⅵ. 멕시코 ····· 160
1. 서론 : 멕시코 보건의료체계에 대한 국제비교 ····· 160
2. 멕시코의 의료보장체계 ····· 175
3. 멕시코 의료보장체계의 함의 ····· 186
참고문헌 ····· 207

표 목 차

<표 Ⅱ-1> 호주 건강보험의 도입의 역사 ····· 6
<표 Ⅱ-2> 호주 연방정부의 재정유인정책(Financial incentives) ····· 22
<표 Ⅱ-3> 재원에 의한 총보건지출(국민의료비)의 추이 ····· 24
<표 Ⅱ-4> 호주 연방/주 정부의 보건재정 협약 기간 ····· 24
<표 Ⅱ-5> 호주 연방정부의 메디케어 부과수입과 총 세수(당해년 가격) 27
<표 Ⅱ-6> 재원에 따른 호주 보건지출 (2003-04년도) ····· 29
<표 Ⅱ-7> 재원에 따른 호주 보건지출 (2003-04년도) ····· 30
<표 Ⅱ-8> 연도별 메디케어 급여 관련 통계 ····· 36
<표 Ⅱ-9> 의료비용의 보장 ····· 40
<표 Ⅱ-10> 일반의의 표준진료상담에 대한 의료비용의 예시 ····· 42
<표 Ⅱ-11> 호주의 보건의료기관 현황 ····· 53
<표 Ⅱ-12> 호주의 병원수와 침상수 추이 ····· 55
<표 Ⅲ-1> 캐나다보건의료법의 5가지 기본 조건(1984년) ····· 67
<표 Ⅲ-2> 주정부에 대한 연방정부 지원금(1999년-2003년) ····· 72
<표 Ⅲ-3> 보건의료지출의 재원별 구성비율(1975년-2004년) ····· 73
<표 Ⅲ-4> 각 주별 의사에 대한 진료비 지불방법(2002년-2003년) ····· 79
<표 Ⅲ-5> 보건의료인력 현황(1991년-2002년) ····· 95
<표 Ⅲ-6> 각 주별 의사 인력(2000년 및 2004년) ····· 97
<표 Ⅲ-7> 각 주별 외국 의과대학 졸업생 수(2003년) ····· 98
<표 Ⅲ-8> 캐나다 병원 수 변화(1999년-2004년) ····· 101
<표 Ⅲ-9> 진단영상 장치 수(1990년-2004년) ····· 102

<표 Ⅳ-1> 재정 수지 현황(2006년 6월 30일 기준) ····· 131
<표 Ⅳ-2> 병원 및 병상 수 추이 ····· 137
<표 Ⅴ-1> 연도별 건강보험 적용현황(%) ····· 143
<표 Ⅴ-2> 칠레 민간보험회사 가입자 현황 및 보험료징수현황 ····· 145
<표 Ⅴ-3> 칠레 의료보험제도의 개혁 전후 비교 ····· 146
<표 Ⅴ-4> 5분위 소득계층의 보험 가입 현황(2003년 기준) ····· 148
<표 Ⅴ-5> 성별 및 연령별 가입현황(2003년 기준) ····· 149
<표 Ⅵ-1> 사회보장체계에 의한 의료보장 프로그램 ····· 179
<표 Ⅵ-2> 사회보장체계에서 제외된 자들에 대한 공공의 자발적 의료보장 프로그램 ····· 181
<표 Ⅵ-3> 사회보장체계에서 제외된 자들에 대한 국가의 의료보장 프로그램 ····· 182
<표 Ⅵ-4> 라틴아메리카 국가들의 국민 1인당 GDP 및 GDP 대비 국민의료비 비율 ····· 186
<표 Ⅵ-5> 공공 보건의료비 지출 현황(1995-2002년) ····· 187
<표 Ⅵ-6> 공공 보건의료비 분배(2002년) ····· 188
<표 Ⅵ-7> 보장 인구 1인당 보건의료비 지출규모와 보장인구(2002) ····· 189
<표 Ⅵ-8> Ramo 12 보건의료비 지출비율(2002) ····· 190
<표 Ⅵ-9> 보건의료 자원 ····· 192
<표 Ⅵ-10> 공공부문의 보건의료 인력 및 시설 비율(%) ····· 193
<표 Ⅵ-11> 보건의료 인력의 분류 ····· 200
<표 Ⅵ-12> 제도유형별·보건의료 서비스 형태별 보건의료 지출 ····· 203

그 림 목 차

<그림 Ⅱ-1> "보건 및 노령부(Department of Health and Ageing)" 조직도 ····· 15
<그림 Ⅱ-2> NSW 보건부(Department of Health) 조직도 ····· 17
<그림 Ⅱ-3> 2003-04년도 재원출처에 따른 보건의료 서비스 경상지출 ·· 25
<그림 Ⅲ-1> 주 및 준주정부 보건의료지출 중 연방이전금 비율(1989/1990 to 2005/06) ····· 74
<그림 Ⅲ-2> 의사에 대한 총괄 수가계약의 주요 요소 ····· 83
<그림 Ⅲ-3> 국가별 활동 의사 수(1980년~최근까지) ····· 97
<그림 Ⅲ-4> 활동 간호사 수(1970년 ~ 2004년) ····· 99
<그림 Ⅲ-5> 국가별 급성기 병상수(1980 년~2004년) ····· 101
<그림 Ⅲ-6> 보건의료서비스 부문별 지출(2005년) ····· 105
<그림 Ⅲ-7> 국가별 공중보건 및 예방 비용(2003년) ····· 108
<그림 Ⅳ-1> 뉴질랜드 의료 관리운영기구 ····· 126
<그림 Ⅳ-2> 2005/2006 보건부 부문별 재정지출 내역 ····· 130
<그림 Ⅴ-1> 칠레 건강보험의 재원조성 및 공급구조 ····· 147
<그림 Ⅴ-2> 소득 및 질병위험에 대한 공보험과 민간보험 기능 ····· 148
<그림 Ⅵ-1> GDP 대비 국민의료비 비율, 2005년 ····· 161
<그림 Ⅵ-2> 국민 1인당 국민의료비, 2005년 ····· 162
<그림 Ⅵ-3> 국민의료비 대비 공공보건지출 비율, 2005년 ····· 163
<그림 Ⅵ-4> 국민의료비 대비 본인부담 비율, 2005년 ····· 164
<그림 Ⅵ-5> 국민의료비 대비 의약품 지출 비율, 2005년 ····· 165

<그림 VI-6> 인구 1,000명당 의사 수, 2005년 ····· 166
<그림 VI-7> 인구 천 명당 간호사수, 2005년 ····· 167
<그림 VI-8> 인구 천 명당 급성기 의료병상 수, 2005년 ····· 168
<그림 VI-9> 환자 1인당 평균 급성기 의료 이용 재원일수, 2003년 ····· 169
<그림 VI-10> 환자 1인당 평균 입원일수, 2003년 ····· 170
<그림 VI-11> 생존 태아 천 명당 제왕절개 건수, 2004년 ····· 171
<그림 VI-12> 2005년도 국민 1인당 평균 기대수명 (27개 국가) ····· 172
<그림 VI-13> 2002년도 영유아 사망률 (30개 국가) ····· 173
<그림 VI-14> 2005년도 전체 국민 중 건강 상태가 양호한 인구 비율 ·· 174
<그림 VI-15> 멕시코 의료보장체계의 전체 흐름, 2003년 ····· 176
<그림 VI-16> 수직적으로 통합된 멕시코의 보건의료체계 ····· 177

I. 서 론

1. 연구의 배경과 필요성

의료보장제도 역시 각 국가의 정치와 사회적 환경에 따라 많은 변화와 발전을 거듭한다. 초기 비버리지 방식과 비스마르크 방식에서 출발한 사회보장제도는 주변의 국가들로 전파되면서 각국의 이해와 경제조건에 따라 다양한 형태로 제도가 정착 또는 발전되었다.

의료보장제도에서 영국의 비버리지방식은 영연방 국가에도 전파되어 정착 후 발전하였으나 영국의 제도형태를 그대로 유지하는 국가는 없다. 캐나다, 호주, 뉴질랜드 등 영국의 영향을 받았지만 나름대로 독특한 비버리지방식의 변형을 보이고 있다. 독일의 비스마르크방식은 주변 국가는 물론 일본이나 대만, 한국까지 영향을 미쳤으나 현재는 일본만 비슷한 제도를 운영할 뿐 대만과 한국은 통합된 사회보험방식을 운영하고 있어 오히려 더 발전적인 모습을 보이고 있다. 또한 남아메리카의 대부분 국가들은 초기 유럽의 의료보장제도로서 비스마르크방식의 건강보험을 유지하다가 미국의 영향을 받아 민영보험을 활성화시키는 등 변형된 비스마르크방식의 건강보험을 운영하고 있다.

이처럼 비버리지방식과 비스마르크방식에서 변형된 국가들의 제도별 특성과 발전과정을 살펴보면 향후 제도발전의 방향을 가늠할 수 있을 뿐 아니라 세계화와 민영화의 거센 파고에도 대처할 수 있을 것으로 판단된다. 국민건강보험공단은 매년 외국의 보건의료체계와 의료보장제도를 연구하여 국

가별 제도의 특성과 함의를 찾고 있으며 이러한 노력들은 한국의 국민건강보험 발전에 시사하는 바가 클 것으로 보인다.

2 연구 목적

최근 의료보장제도의 화두는 재정안정을 유지하면서 지속가능한 제도를 어떻게 운영하는가에 초점이 맞추어져 있다. 보험재정의 수입을 유지하거나 늘리는 방법에서 지출을 감소시키고 의료비 상승을 억제할 수 있는 대안들이 국가별로 제시되고 실제 운영되고 있다. 그럼에도 획기적인 대안보다는 자국의 제도를 변형하고 혁신하여 재정안정을 유지하면서 지속가능한 제도를 추구하고자 한다.

이에 본 연구에서는 전통적인 의료보장제도에서 벗어나 국가별 특성에 맞게 변형하여 발전시킨 국가의 의료보장제도를 살펴보고 그 함의를 도출함으로써 우리나라 건강보험의 발전에 방향성을 제시하고자 한다.

우선, 비버리지방식의 국가보건서비스(NHS)방식의 변형된 제도를 운영하고 있는 영연방 국가의 의료보장제도를 살펴본다. 대표적인 국가로는 캐나다, 호주, 뉴질랜드로서 비버리지방식의 국가보건서비스 의료보장제도를 운영하고 있는 국가를 선택하였다. 이들 국가들은 영국의 국가보건서비스 방식으로 의료보장제도를 운영하되 각기 국가별로 독특한 형태로 제도를 보완하고 있다. 이들 국가들의 제도가 본래 비버리지방식의 국가보건서비스방식과 어떻게 차이가 나며 어떠한 장단점을 가지고 있는지 살펴보도록 한다.

다음으로 민간보험을 도입하여 경쟁과 효율을 강화시킨 국가모형을 살펴보는데 대표적인 국가가 남미의 칠레와 멕시코이다. 물론 이들 국가의 자료접근에 한계가 있어 풍부한 자료를 파악하기는 어려우나 주어진 여건에서

파악된 자료만으로도 그 함의는 클 것으로 판단된다. 왜냐하면 최근 한국의 건강보험을 둘러싼 이해당사자 중 민간보험의 영향력이 강력해지고 있고, 의료산업화와 더불어 민간보험의 역할론이 강하게 대두되고 있기 때문에 이들 민간보험을 운영하는 국가의 특성과 제도운영의 장단점은 시사하는 바가 다른 남다를 것으로 판단된다.

종합하면, 국가보건서비스방식의 변형된 제도를 운영하는 국가들 중 캐나다, 호주, 뉴질랜드의 의료보장제도 특성을 파악하고, 둘째, 민영보험을 도입하여 운영하는 남미의 칠레와 멕시코를 통해서 민간보험과 공보험의 역할과 기능분담의 가능성을 분석하도록 한다.

3. 연구 내용 및 방법

1) 연구의 내용

국가보건서비스(NHS) 방식의 변형모델을 운영하는 호주, 캐나다, 뉴질랜드를 선정하여 국가별 의료보장제도 관리운영체계, 재원조성 및 재정운영현황, 급여 및 혜택, 의료공급구조에 대한 상세한 사항을 파악하고, 국가별 특징을 분석한다. 분석을 위한 조사는 문헌조사, 각국의 인터넷 사이트 접속 및 관련 전문가 인터뷰 등을 활용한다.

한편, 민영보험을 운영하는 칠레와 멕시코의 경우도 문헌연구와 인터넷 사이트 접속과 관련 전문가 인터뷰 등을 통해 조사하고 함의를 도출한다. 먼저 NHS 변형국가를 다루고 민영보험 도입국가를 순차적으로 기술한다.

종합적으로 국가별 자료를 정리하고, 각 국가의 특성과 함의를 요약하여 한국 건강보험 발전에 함의를 찾는다.

2) 연구 방법

문헌 조사 및 연구는 각 국가에서 공식적으로 출판한 기록을 중심으로 하며, 국제기구에 제출한 출판물을 주로 활용한다. 이를 위해 WHO, OECD, European observatory 등을 활용하였다.

또한, 공단에서 운영하고 있는 특파원 및 파견연수생을 활용하여 국가별 최근 동향까지 포함하도록 한다. 분석기간은 최근 연도에 생산된 각 국가별 자료이며, 지표는 제도운영의 내용으로 하여 국제비교를 추가적으로 수행한다.

Ⅱ. 호 주

1. 서론

1) 호주 의료보장제도 역사

식민지 시대 초기에 죄수와 군대에 대한 의료의 정부공급으로부터 시작하여, 19세기와 20세기동안 공공의료와 민간의료공급의 혼합에 이르기까지 호주에서는 전통적으로 정부가 의료서비스에 대한 책임을 져왔다. 호주도 다른 나라와 마찬가지로 국가 보건정책 수립 시 정치적 권력에 의해 좌우되어 왔다.

호주의 건강보험은 1888년 독일의 비스마르크 모델을 기초로 한 "산업재해 및 건강보험 제도" 도입이 시초였다. 다음으로 1926년 화이트칼라 근로자 보험법, 1927년 블루칼라 근로자 보험법, 1928년 농업 노동자 보험법 등의 제정을 통해 지속적으로 확대되어 1946년까지는 인구의 2/3정도가 보험의 적용을 받았다. 그 후 농민 건강보험(1967년), 공무원 건강보험(1967년) 등의 도입과 더불어 적용인구가 크게 확대되어 1980년에 이르러서는 인구의 96%가 적용을 받았다.

전 국민이 적용되는 현행 메디케어(Medicare) 제도는 1984년에 도입되었는데 1974년까지 호주는 민간기금에 의해 제공되는 임의건강보험에 의존하여 왔다. 동 임의보험은 1953년 호주보건법의 규정에 따라 운영되었으며 정부의 보조(회계 적용상의 이점과 재정 인센티브를 줌)를 받았다. 지역단위

위험도(risk) 산정을 통해서 개인별 건강수준에 기초해 보험료 산정이 이루어지는 것을 막았고, 가입을 개방시킴으로써 차별 없이 모든 사람이 가입할 수 있도록 하였다. 한편, 상당기간 동안 정부의 재정부담 문제에 대한 논의가 있었고, 1974년에는 Medibank라는 전 국민 건강보험이 도입되기도 하였으나 제도가 지속되지는 못하였다. 현행의 메디케어(Medicare)는 1984년에 전 국민 건강보험으로 재도입된 제도로서 공공병원 무상 치료를 근간으로 한다.

호주의 건강보험과 관련하여 관심을 끄는 것은 무엇보다 현재 전 국민을 대상으로 시행하고 있는 보건의료제도인 메디케어(Medicare)가 1984년에 시행되었다는 점인데, 이는 대부분의 선진국들이 2차 대전 이후 서둘러 보편적인 건강보험제도를 도입한 것에 비하면 흔한 케이스가 아니라는 것이며 다른 하나는 70~80년대 불어 닥친 세계화로 많은 부분에서 이루어진 대대적인 개혁이 사회정책에 어떤 영향을 미쳤는지 관찰할 수 있다는 점이다.

다시 말해, 호주의 의료제도를 통해 짧은 기간 동안 보건의료제도 자체가 어떻게 발전하였는가를 볼 수 있는 한편, 어떻게 세계화에 대응하였는지를 엿볼 수 있다는 점에서 의미가 크다.

<표 Ⅱ-1> 호주 건강보험의 도입의 역사

① 의료보장 형성 전기 (1901년~1943년) - 1901년: 공포된 헌법에서 사회보장제도를 최초로 언급하였으나, 1946년 헌법개정 전까지 중요한 역할을 확립하지 못함. - 1938년: 노동당의 반대에도 불구하고 자유당에 의해 민간의료보험을 촉진하는 National Health and Pension Bill이 7월에 시행됨. - 1941년: 호주노동당이 집권, 호주 최초의 국가적인 보건급여 프로그램이 착수

② 의료보장 입법기 (1944년~1948년, 노동당 정권)

- 1944년: 약제급여법 통과
- 1945년: 병원 급여법, 실업질병급여법 통과
- 1946년: 헌법 개정으로 호주의 보건의료지원과 관련하여 연방정부가 "조약 및 질병과 입원 관련 재정, 의료 및 치과 서비스"를 제공하여야 한다고 명시함. 이 개정안의 의미는 행위별 수가제에 의한 보수지불이 아니라 봉급을 받거나 정부의 공식형식에 따라 처방을 하는 의사라도 연방정부에 의해 특정서비스 제공에 있어서 간섭을 받지 않게 됨. 이는 사적 의료행위의 법적 보장을 의미함.
- 1948년: 국민보건서비스법 제정

③ 의료보장 정착 발전기 (1949년~1971년, 자유·민주당 연합)

- 1950~53년: 약제, 병원급여, 의료급여, 연금 수령자 의료서비스 도입
- 1953년: National Health Act에 의해 정부가 병원과 의료보험에 대한 재정을 지원함. 전 국민의 15~20%가 민간의료보험조직의 성장에 따라 의료보험적용을 못 받음.

④ 강제적용 시도기 (1972년~1975년, 노동당 정권)

- 1974년: 국민건강보험위원회 설립하여 단일 의료기금으로서의 새로운 의료보험제도인 Medibank 프로그램 입안
- 1975년: Medibank 프로그램 시행. Medibank와 민간의료보험이 함께 공존하였는데 Medibank의 역할은 제한적이고 보충적임.

⑤ 민간기금 부활기 (1976년~1979년, 자유·민주당 연합) 및 민간보험 확정기 (1980년~1983년 자유·국민당 연합)

- 1975~81년: Medibank가 공공복지로 대체되었으며 이러한 수정들을 Medibank 1, Medibank 2로 불리워짐. 1975년 이전에 존재했던 것과 비슷한 자발적인 보험기구로 되돌아 감

⑥ 강제적용 시행기 (1984년 이후, 노동당 정권)

- 1984년: 노동당 정부는Medicare로 알려진 포괄적 보건의료 지원체계를 도입

2) 호주 의료보장체계 개요

호주는 강제적이고 세금으로 운영되는 메디케어(Medicare)가 있으며 자격

이 적합한 모든 거주자들을 보장한다. 메디케어(Medicare) 보장의 범위는 제공되는 서비스 종류에 따라 다르다. 또한, 가입자가 자발적으로 가입할 수 있는 민간의료보험이 있으며, 이것은 민간보험이 공보험(Medicare)과 함께 존재한다는 것을 의미한다. 민간보험은 가입자들이 원할 경우 공보험(Medicare)에 부가하는 보험적용 서비스를 구매할 수 있다.

(1) 의료 서비스

호주는 현재 의료서비스에 대한 지불보상제도로서 주로 행위별 수가제(fee-for-service: FFS)를 채택하고 있다. 메디케어(Medicare)는 행위별 수가제 하에서 보험급여의 대부분을 지불하고 대부분의 외래서비스는 민간 의사들[1]에 의해 제공되며 행위별 수가제로 지불되는 비용은 제공되는 서비스에 따라 다르다. 지난 10년 동안 연방정부는 일반의들에 대해서 행위별 수가제를 줄이고 다른 형태로 보상하는 혼합지불체계('blended' payment system)를 도입하려 노력해왔다.

호주의 메디케어(Medicare)는 또한 메디케어 급여 계획(Medicare Benefits Schedule)이라는 고유의 수가제도를 가지고 있다. 메디케어 급여는 이러한 수가에 기초하여 지불되며, 지불비율은 환자, 의료기관, 의료서비스의 종류에 따라 다르게 산정된다. 예를 들어서 민간환자[2]에 대한 입원 의료서비스의 메디케어 급여는 수가의 75%이다. 이때 의사는 수가에 구애 받지 않고 의료비를 환자에게 청구 가능하다. 즉, 의사에게는 수가에 대한 강제성이 없으며, 따라서 우리나라와 달리 수가에 의한 의료비 가격조절기능이 없다.

1) 민간의료기관에 종사하는 의사를 칭함.
2) 민간의료기관에서 진료를 받는 환자 또는 공공의료기관에서 환자의 선택에 의하여 민간환자로서 치료를 받을 수 있음.

즉, 환자는 의사가 실제로 환자에게 청구하는 금액에서 메디케어 급여(수가의 85% 또는 75%)를 뺀 차액(Gap)을 직접 부담해야한다.

민간보험을 관장하는 규정에 따르면 민간보험자는 입원에 대한 의료 서비스에 한해서 메디케어 급여와 수가의 차액(15 또는 25%)을 보장하도록 규정되어 있다. 최근에는 의료 소비자와 공급자사이에 동의(Medical Purchaser-Provider Agreement)가 있을 시 민간보험에서 수가와 의사에 의해서 실제로 청구되는 가격과의 차액까지도 보장할 수 있으며, 이러한 경우에는 환자가 의료서비스에 대해서 본인부담을 전혀 지불할 필요가 없게 된다. 이러한 동의는 민간보험자가 의사와 의료비를 적극적으로 협상하도록 설계되었으며 병원에서의 본인부담금에 대한 불확실성을 줄여 민간보험에 대한 선호를 초래하게 한다. 다만, 병원 외 의료기관에서 제공되는 의료서비스의 경우에 민간보험에서는 어떠한 차액도 보장하지 않는다. 또한 메디케어 급여계획에는 중증 질환의 발생에 대하여 적극적인 재정적 보호를 제공하는 안전망 제공도 포함한다.

(2) 병원 서비스

우리나라와 달리 호주에서는 대부분의 병원(75%)이 주정부에 의해 소유되고 운영되는 공공병원이다. 연방정부로부터 재정지원을 받는 주정부는 공공환자들을 공공병원에서 무상으로 치료 받을 수 있도록 해야 한다.

공공환자의 자격은 환자의 선택에 달려 있다. 즉, 메디케어(Medicare)에 의해 보장되는 환자는 누구나 공공환자가 될 수 있다. 공공환자는 의사 선택권을 갖지 못하며 공공 환자들의 치료에서 주로 진료 대기 상황이 발생한다. 특히 예약(elective) 치료의 경우에서 주로 발생한다.

또한, 환자는 공공병원에서 민간환자의 자격으로 치료를 받을 수 있도록 선택할 수 있다. 이러한 경우에 환자는 민간환자로서 의사 선택권을 갖고 병원과 치료서비스에 대해서 비용이 청구된다. 이때, 민간 병원에서의 치료는 메디케어(Medicare)에서 보장되지 않으며 환자가 직접 지불하거나 민간보험에 의해서 보장된다. 즉, 민간보험의 주역할은 공공병원이나 민간병원에서 민간 환자의 치료비용에 대한 보장성을 제공하는 것이다.

많은 주들이 현재 병원에 대한 지불보상체계에서 포괄수가제(Diagnosis Related Group: DRG) 요소들을 병합하여 사용하고 있다. 공공병원에서 공공환자들에 대한 치료가 무상이기 때문에 이러한 혁신은 환자에게 직접적인 재정효과를 제공하지는 못하지만 공공병원이 직면하는 경제적 동기에 영향을 미친다. 일반적으로 포괄수가제에 의한 지불이 공공병원에서의 효율성을 강화시키고, 입원기간을 줄이며 진료량을 증대시키는 요인들 중의 하나로 인식되어지고 있다.

(3) 약제

호주인에게 의약품의 사용은 일반적인 건강 관련 행위이다. 처방의약품(2004년에 233백만건수), 진통제나 기침약과 같은 비처방의약품(2003-04년에 17억AU달러 소비) 또는 비타민, 미네랄과 기타 보조의약품(2004년에 8억AU달러 소비)과 같은 전체 의약품 소비는 호주 보건시스템에서 매우 중요한 구성요소이며, 2003-04년에 총경상보건지출의 14%를 차지하였다.

처방의약품은 대부분 지역사회 약국과 병원에서 제공되며, 비처방의약품과 보조의약품은 약국과 기타 소매상점에서 구매할 수 있다.

호주인들은 의약품급여제도(Pharmaceutical Benefits Scheme: PBS)에 의

하여 적당한 가격에서 필수적이고 비용효과적인 의약품을 이용 가능하도록 처방의약품에 대해 다양한 범위의 비용을 보조받는다. 2005년 12월 기준으로 2,138종의 형태와 강도(품목)로 이용되고 3,659종의 상품(브랜드)으로 판매되는 804종의 약재(제네릭 의약품)가 PBS에 의해서 보장된다. 이와 더불어, 송환의약품급여제도(Repatriation Pharmaceutical Benefits Scheme: RPBS)는 퇴역군인과 부양자에게 보조를 제공한다. 이는 일반적으로 PBS의 무료수혜자의 경우와 비슷하나 약간 더 넓은 범위의 의약품에 대해서 보장한다.

의약품이 PBS에 의해 보조되기 전에 호주 의약품 급여자문위원회(Pharmaceutical Benefits Advisory Committee: PBAC)는 의약품급여제도에 등재될 의약품들을 추천하거나 의약품에 등재불가의 결정을 한다. 의약품이 PBAC에 의해 추천되면, 의약품 급여 가격공사(Pharmaceutical Benefits Pricing Authority)에 의해 고려되며, 생산자와 연방정부의 고령 및 보건부 사이에 가격이 협상되고, 다음으로 연방정부에 의해 등재가 고려된다.

호주거주민과 상호보건의료협약을 체결한 국가로부터의 방문자는 PBS 급여의 자격이 된다. 이때 환자들은 일반(general)과 무료(concessional)의 두 그룹으로 나뉘어진다. 2006년 1월 1일 기준으로 일반환자는 처방전 1매당 29.50AU달러를 지불하였다. 저소득자 또는 보건의료카드를 소유한 질환수혜자와 같은 무료환자는 처방전 1매당 4.70AU달러의 본인부담금을 지불하였다. 이러한 본인부담액은 매년 1월 1일에 인상되며, 대부분의 인상 수준은 소비자물가지수에 따라 결정된다. 2005년 1월 1일에는 일반환자에 대해서 23.70AU달러에서 28.60AU달러로, 무료환자에 대해서는 3.80AU달러에서 4.60AU달러로 각각 인상된 바 있다.

개인과 가족은 PBS에 등재된 의약품에 대한 막대하고 전반적인 소비로부터 안전망(safty nets)을 통해 보호를 받는다. 일반환자 또는 그 가족이 1

년 이내에 960.10AU달러를 지출했다면, 환자의 본인부담액은 처방전 1매당 4.70AU달러의 무료비율로 인하된다. 무료환자에 대해서는, 1년 이내에 PBS 품목의 소비가 253.80AU달러를 초과하면 4.70AU달러의 본인부담액이 전액 면제된다. 이러한 계산은 2006년도에 대해서 적용되었다.

1990년대 초반까지 무료환자는 본인부담금이 없었다. 반면, 무료환자는 대부분이 고령자였으며 본인부담금이 없을 경우 의약품소비가 막대하여 본인부담금의 도입이 절대적으로 필요하였다. 무료환자에 대한 본인부담금 도입 시에 연방정부는 정치적 반대를 효과적으로 막기 위해 사회보장급여를 동시에 증가시켰다. 지역사회 약국은 약사가 소유해야 한다고 규정되어 있으며, 등록된 약사가 아닌 자(의사 포함)는 지역사회 약국을 소유할 수 없다. 현재는 규정에 의해 (우리나라의 의약분업 목적인) 처방과 조제의 구분이 잘 진행되고 있다.

2. 관리운영체계

1) 관리운영기구

(1) 개요

호주의 보건의료체계는 다양한 서비스 공급자들, 재정범위 및 규제메커니즘 등에 있어서 상당히 복잡한 체계를 지니고 있다. 호주의 보건의료제도는 크게 공공부문과 민간의료부문으로 나누어지고 있지만 여기에 정부의 역할이 중요하게 차지한다.

정부는 연방정부, 주정부, 지방정부가 제각각 다른 기능을 수행하고 있다. 우선, 연방정부는 보건정책수립과 자원배분의 역할을 하며 메디케어(Medicare)를 실행하고 있다. 주정부는 공공병원을 운영하고 공중보건서비스와 건강증진에 관한 임무를 수행하며, 주차원의 정책 및 예산을 결정·집행하는 역할을 하고 있다. 다음으로 지방정부의 역할은 주에 따라 다양하지만 대체로 예방접종실시, 하수도, 식품위생 등의 공중보건분야의 법률을 이행하고 지역사회수준에서 지원서비스를 담당한다.

의사들의 지불체계는 행위별 수가제로 운영되고 있으며, 의료비 수가는 정부에 의해 통제를 받고 있다. 보건의료 재원은 소득에 대한 과세, 연방정부의 일반재정 및 주정부의 세금, 민간부문에서 지출되는 의료비(본인부담) 등이 있으며, 특히 소득에 부과되는 세금이 주재원으로 되고 있다. 주 정부는 메디케어(Medicare)를 통해 중앙정부의 재정지원을 받으며, 이 지원금과 주정부가 조성한 기금으로 병원, 지역사회보건, 그리고 기타 서비스를 제공

하고 있다. 지방정부 역시 연방정부와 주정부의 재정지원을 받고 있다.

마지막으로 공공의료부분보다 민간의료부문은 가장 많은 지역사회기반의 의료와 치과서비스를 제공하므로 호주에는 커다란 민간의료시장이 존재하고 있다.

(2) 보건행정체계

가. 연방정부

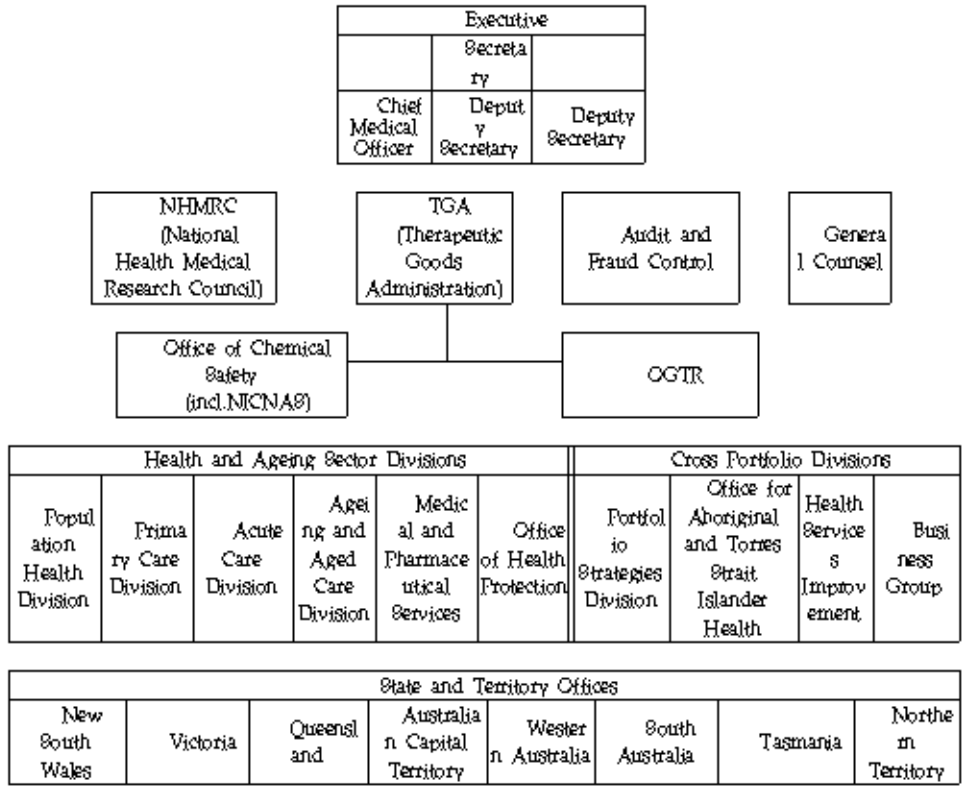
우리나라의 보건복지부와 비슷한 역할을 하는 연방정부 기관인 "보건부(Department of Health)"는 1921년에 창설되었으며, 업무는 전염병 예방과 격리, 퇴역군인의 보건에 대한 업무를 수행하는 것으로 국한되어 있었다. 그러나 1964년의 개정헌법이 연방정부에 제약, 질병수당, 입원수당, 의료와 치과 등에 대한 책임을 부여함으로써 보건부의 기능이 활성화되었고, 연방정부의 보건체계 내 역할확대를 가능하도록 만들었다.

보건부는 이후 몇 차례 명칭을 바꾸어 오다가 2001년에 "보건 및 노령화 관리부(Department of Health and Aged Care)"에서 "보건 및 노령부(Department of Health and Ageing)"로 명칭이 바뀐 후 현재에 이르며, 이 부처는 국가전체의 건강증진과 보건의료에 관한 재원조달 등 관련 정책을 입안하고 연방정부의 정책을 실행하며 이 전에 "가족 및 지역사회 서비스부(Department of Family and Community Services)"에서 담당하던 장애인재활서비스를 추가로 분담하게 되었다.

호주 연방정부의 "보건 및 노령부(Department of Health and Ageing)"의 기본 목표는 원주민을 포함한 모든 호주인에게 더 나은 건강상태로 활동

적인 노년기를 보내도록 하는 것이다. "보건 및 노령부(Department of Health and Ageing)"의 조직은 [그림 2-1]과 같이 장관과 두 명의 차관, 그리고 한 명의 수석의료관리관(Chief Medical Officer)으로 구성된 집행위원회와 14개의 부서로 이루어져 있다.

<그림 Ⅱ-1> "보건 및 노령부(Department of Health and Ageing)" 조직도



자료: http://www.health.gov.au

나. 주정부 및 자치령정부

총 8개의 "주정부 및 자치령 지역사무소(State and Territory Offices)"는 주·자치령 정부 차원에서 연방정부 기관인 "보건 및 노령부(Department of Health and Ageing)"의 관심사를 반영하고 주·자치령정부와 연방정부간의 보건의료서비스에 대한 적절한 통합을 책임진다.

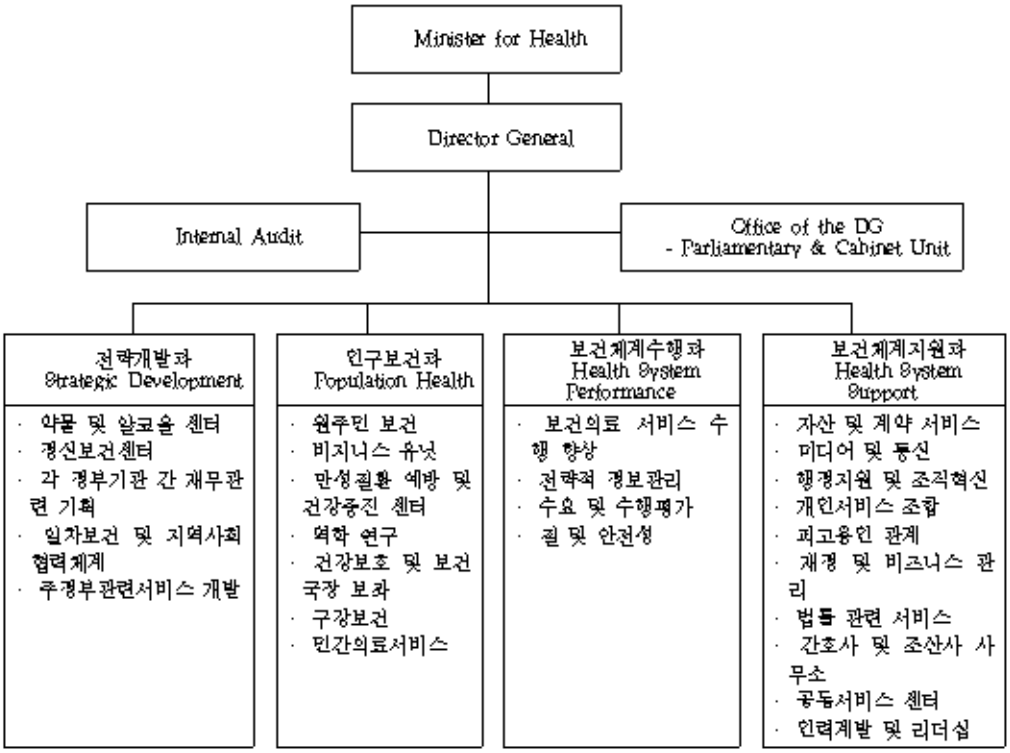
"주정부 및 자치령 지역사무소(State and Territory Offices)"는 지역이익 집단과 연계하여 각 지역사회의 욕구와 상황에 따른 다양한 사업프로그램을 보건부를 통해 제공한다. 이와 더불어, "주정부 및 자치령 지역사무소(State and Territory Offices)"는 각 사업프로그램 사이에 중복과 누락을 조정함과 동시에 관련 정책을 돕는 역할을 수행한다. 본 보고서에서는 8개의 "주정부 및 자치령 지역사무소(State and Territory Offices)" 중에서 New South Wales(NSW) 주의 체계를 살펴보도록 하겠다.

① 주정부 - New South Wales(NSW)

New South Wales(NSW) 주의 "보건부(Department of Health)"는 전략개발과(Strategic Development), 인구보건과(Population Health), 보건체계수행과(Health System Performance) 및 보건체계지원과(Health System Support)의 네 개 분과로 구성되어 있으며, 각 분과별 주요활동업무는 [그림 2-2]에 제시하였다. NSW 보건부는 연방정부기관인 "보건 및 노령부(Department of Health and Ageing)"에서 제시한 광범위한 서비스들을 제공할 책임이 있으며, 특히 주·지방정부는 공공병원체계와, 정신병원체계, 공공보건체계를 포함한 공공의료서비스의 주된 책임을 맡고 있다.

주·지방정부의 역할은 일반적으로 다음과 같이 세 가지로 정리해 볼 수 있다. 첫째, 공공병원을 소유하고 운영하며 공중보건서비스와 건강증진에 관한 일을 수행하며, 둘째, 주정부 차원의 정책결정·예산책정과 재정에 대한 감사와 계획수립·실행의 표준을 만드는 일을 수행한다. 셋째로 병원서비스를 비롯하여 정신건강프로그램, 치과보건서비스를 관리하는 것은 물론 각종 가족보건 서비스, 여성건강프로그램, 건강증진 사업 등 지역사회 중심의 각종 서비스를 직접 제공하기도 하고 여러 가지 보건의료 서비스와 관련한 규제, 감시, 허가 등을 수행하고 있다.

<그림 Ⅱ-2> NSW 보건부(Department of Health) 조직도



자료: http://www.health.nsw.gov.au

② 지역사회

New South Wales(NSW) 주의 경우, 주를 4개의 도시지역(Northern Sydney/Central Coast, South Eastern Sydney/Illawarra, Sydney, Sydney South West, Sydney West)과 4개의 해안벽지(Greater Southern, Greater Western, Hunter/New England, North Coast)로 총 8개의 공중보건지역(Public Health Unit)으로 나누어 지역사회 보건서비스를 실시하고 있다.[3)]

지역보건서비스 사무소: 지방정부의 보건에 관한 책임은 주에 따라 다양하지만, 주로 공공보건서비스를 주관하는 역할을 한다. New South Wales 주의 South Eastern Sydney지역에 있는 "South Eastern Sydney 지역보건서비스 사무소(South Eastern Sydney Area Health Service)"는 보건사업의 높은 윤리적·기술적 기준, 적절하고 접근 가능하며 효율적인 서비스, 지역사회에 대한 책임을 바탕으로 지역주민들에게 다양한 보건의료서비스를 제공한다. Hunter지역에 있는 "지역보건서비스 사무소(Hunter Area Health Service)"는 Hunter지역 내의 가장 큰 보건의료조직으로 뉴캐슬대학과 연계되어 있으며, 다양한 보건의료전문가의 양성 및 교육에도 기여를 한다. 포괄적 지역사회 중심의 공공보건서비스를 제공하고 있으며, 이를 위하여 22개의 병원과 가정간호사업소 등을 운영하고 있다.

보건소(Public Health Unite): 각각의 지역보건서비스 사무소 산하에는 보건소가 있는데 보건소는 보건의료제공자들, 기타 기관들과 함께 공중보건에 관한 감시와 중재활동을 수행하고, 공중보건의 향상을 위한 연구와 홍보활동을 한다. 직원들은 건강 관련 민원에 대하여 조사를 수행한다. 보건소는

3) Area Health Service Public Health Units. New South Wales Department of Health. <http://www.health.nsw.gov.au/public-health/phus/phus.html>

전염병팀 · 환경보건팀 · 식품위생팀 · 연구팀 · 관리팀으로 구성되어 있다. 보건소는 지역협의회(local council) · 일반의(GPs) · 병원과 기타 의료서비스기관 · 병리실험실 · 학교 · 대학교 · 기타 정부기관 등과 연계하고 있다.

2) 건강보험의 자격 및 적용범위

호주의 보건의료시스템은 정부 재원에 의한 공공의료보험인 메디케어(Medicare)와 민간(Private) 의료보험으로 구성된 복잡한 형태이다. 각각의 의료보험에 대한 자격 및 적용범위는 1953년에 통과된 "국가 보건법(the National Health Act)"에 기초되어 규정된다.

(1) 메디케어(Medicare)

1984년에 도입된 메디케어(Medicare)는 호주의 보편적인 건강보험체계로서 그 목적은 다음과 같다. 첫 번째로 모든 호주인들에게 보건의료 서비스를 이용가능하게 하고, 두 번째로는 필요에 따라 우선적으로 보건의료서비스를 제공하기 위해서이며, 마지막으로는 높은 질의 치료서비스를 제공하기 위해서이다.

이러한 목적으로 제공되는 메디케어(Medicare)에 대한 자격조건은 다음과 같다. 호주에서 거주하는 자로서, 호주 또는 뉴질랜드 시민권 소유자와 현재 영주권자이거나 영주권을 신청한 자이다. 또한, 호주 정부와 "상호보건의료협약(Reciprocal Health Care Agreements)"을 체결한 국가들로부터 방문한 자의 경우에는 제한된 의료 이용 자격을 제공한다.

이와 같은 메디케어에 대한 자격요건을 만족할 경우, 메디케어 신청을

위한 등록을 해야하며 신청은 "메디케어 오피스(Medicare Office)"에 개인적으로 할 수 있다. 만일 신청을 원하는 자가 "메디케어 오피스(Medicare Office)"에 방문할 수 없는 경우에는 132-011에 전화를 하여 신청 형식을 요청할 수 있다. 또한 메디케어 등록을 할 때, 신청자는 자격요건을 만족하는 문서상의 증거(예로서 출생 증명서 또는 여권)를 제시해야 한다. 이와 관련하여 신청자는 132-011에 전화를 하거나 "메디케어 오피스(Medicare Office)"에 직접 방문하여 필요한 사항을 확인할 수 있다.

호주의 영주권자나 시민권자들의 기본적인 의료 혜택은 메디케어(Medicare)라고 부르는 공보험이 부담하고 있어, 기본적인 의료비와 공공병원비를 지불해주며, 또한, 소득이 일정수준 이상인 사람들은 모두 소득의 일정비율을 메디케어 제도의 유지를 위한 "메디케어 부과(Medicare Levy)"로 납부해야 한다.

병원에 입원하거나 수술을 해야 할 경우, 메디케어는 공공병원비를 부담하지만, 병원에서 지정하는 의사가 진료하는 것에 동의해야 하며, 민간병원을 택하거나 공공병원에서라도 개인이 특별히 지정하는 의사의 진료를 원할 때에는 의료비 전액을 개인이 부담해야 한다. 따라서 이런 경우의 의료비 지불을 위해서는 민간 의료보험에 가입해야 한다.

(2) 민간 의료보험

호주인들은 민간 의료보험에 선택적으로 가입할 수 있으나, 실제로는 보는 관점에 따라 여러 가지 유인책 또는 강제적인 방법을 이용하여 가입하게 한다고 할 수 있다. 정부에서는 국민들이 민간보험에 가입하는 것을 장려하고 있으나 민간보험에 꼭 가입할 필요는 없다. 응급시에는 공공병원에서 치

료를 받을 수 있고, 병원치료가 필요한 경우, 가정의의 소개로 병원에서 치료를 받을 수 있다. 민간보험 가입의 의미는 병원치료에 있어 의사나 전문의를 직접 선택할 수 있고 민간병원이나 공공병원에서 민간환자로서 치료를 받을 수 있다는 것이다.

민간의료보험은 주로 병원 보장, 보조나 추가(extra)보장, 복합보장과 같은 형태로서 구분되며, 민간의료보험 체계는 많은 옵션과 초과 보장수준에 따라 폭넓게 다양하다.

민간보험의 급여는 공공 및 민간 급성병원에서 개인환자에게 제공되는 부가적 서비스에 대한 것이며 병원시설 같은 부가적 서비스 시설에 대해 급여하고 의사 선택에 의한 의료서비스에 대해 수가표의 25%를 급여한다. 민간보험 가입자는 의사에 대한 선택권이 있으며, 진료대기 시간이 짧은 것이 장점이나 매주 약 40AU달러의 보험료를 지불해야한다.

민간 의료보험은 연방정부에 의해 규제되며, 급여는 연방과 주정부의 협상으로 제공된다.

세부적으로 살펴보면, 민간 의료보험은 정부의 철저한 규제 하에서 운영(Health Insurance Act 1973)되며, Private Health Insurance Administration Commission에서 관리하고, 가입거부 금지, 가입자 특성에 따른 보험료 차등부과 금지 등이 관리영역에 포함된다. 전국적으로 약 44개의 민간 의료보험회사가 운영되고 있으며, 대형보험회사 3개사(Medibank, Medical Benefits Fond of AU, National Mutual Health Insurance)가 전체시장의 60%이상을 차지하고 있다.

1984년 전 국민 대비 50%에 이르던 가입율이 1997년 32%로 하락하였다가 다시 최근 45%까지 상승(연방정부는 민간건강보험 가입촉진정책을 강력 추진)하였는데 연방정부가 도입한 재정 유인정책(Financial incentives)에 의

해 가입률이 상승하였다(표 Ⅱ-2 참조).

<표 Ⅱ-2> 호주 연방정부의 재정유인정책(Financial incentives)

○ 1997년 7월: 연소득 35,000AU달러 이하 가입자 보조금 지급 및 연소득 50,000AU달러 이상 미가입자 1% Medicare 부가금 부과(1997.7)

○ 1999년 1월: 민간보험 가입자에 대한 30% 세액공제
- 현재는 30% 보조금제(30% Rebate)로 대체

○ 2000년 7월: 민간보험 조기 가입 및 유지 유도정책 시행
- Life time cover: 30세 이상자 가입시 30세 이후 매년마다 2%씩 보험료 증가

○ 재정유인정책(Financial incentives)에 의한 효과
- 전 국민 30.15%(1998년) → 45.1%(2001년)
- 65세 이상 노령인구 85.9%(2000년) → 98.2%(2001년)

3. 재원조성 및 재정현황

1) 보건 지출 재원

(1) 보건서비스 재정협약

호주에서는 연방과 주 정부가 보건에 많은 양의 재원을 지출한다. 1993-94와 2003-04년도 사이에 전체 보건지출(국민의료비)에서 공공재원은 66.4%에서 68.0%로 증가하였다(표 Ⅱ-3 참조).

공공병원과 주에서 제공하는 보건 서비스와 관련된 몇몇 서비스들에 대한 정부재원은 호주 연방정부와 각각의 주·자치령 사이의 일련의 5년 기간 협약들(agreements)에 의해 결정되었다(표 Ⅱ-4 참조). 이 협약들은 호주 보건 재정의 전반적인 수준에 대해 중요한 영향을 미쳐왔다.

<표 Ⅱ-3> 재원에 의한 총보건지출(국민의료비)의 추이

(단위: %)

연도	공공			민간				총계
	연방 정부	주/지방 정부	소계	건강보험 기금	본인 부담	기타	소계	
1993-94	45.1	21.3	66.4	11.0	17.0	5.7	33.6	100.0
1994-95	44.8	21.6	66.3	10.7	17.1	5.9	33.7	100.0
1995-96	45.2	22.0	67.2	10.5	16.0	6.3	32.8	100.0
1996-97	43.7	22.9	66.7	10.4	16.6	6.3	33.3	100.0
1997-98	44.4	23.8	68.2	8.8	16.6	6.3	31.8	100.0
1998-99	46.1	21.9	68.0	7.5	18.1	6.4	32.0	100.0
1999-00	47.1	22.9	70.1	6.5	17.2	6.2	29.9	100.0
2000-01	46.8	22.7	69.4	6.7	18.6	5.3	30.6	100.0
2001-02	46.2	22.2	68.4	7.5	19.3	4.9	31.6	100.0
2002-03	46.2	22.6	68.8	7.3	19.6	4.3	31.2	100.0
2003-04	45.5	22.6	68.0	7.1	20.3	4.6	32.0	100.0

자료: AIHW health expenditure database.

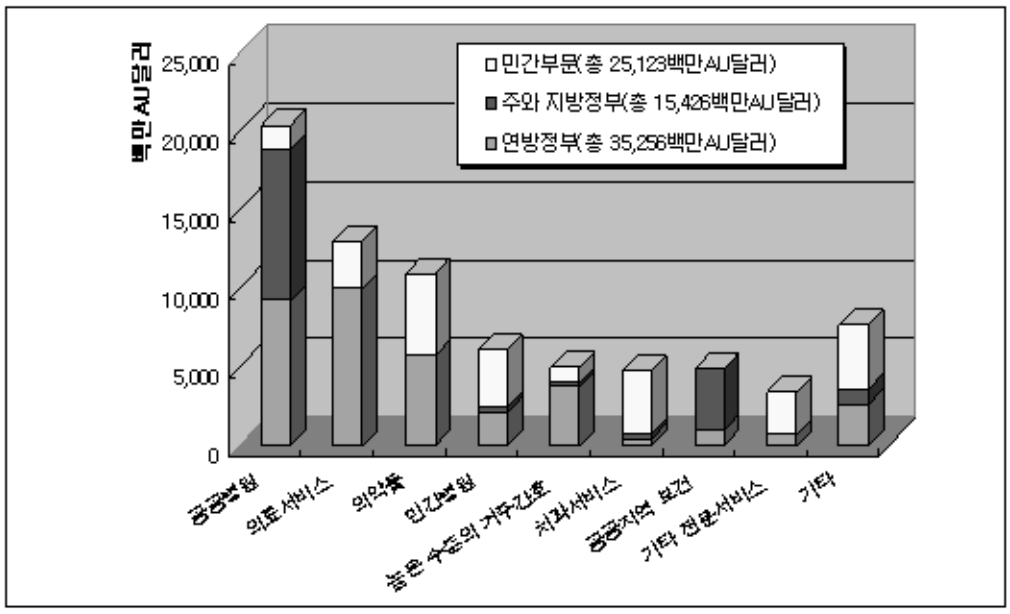
<표 Ⅱ-4> 호주 연방/주 정부의 보건재정 협약 기간

1. 첫 번째 메디케어 (보상) 협약: 1984년~1988년 6월
2. 두 번째 메디케어 협약: 1988년 7월 1일~1993년 6월 30일
3. 세 번째 메디케어 협약: 1993년 7월 1일~1998년 6월 30일
4. 첫 번째 호주 보건의료 협약: 1998년 7월 1일~2003년 6월 30일
5. 두 번째 호주 보건의료 협약: 2003년 7월 1일~2008년 6월 30일

자료: AIHW 2006b.

호주의 주요 재원에 따른 지출은 보건의료서비스의 종류에 따라 다르게 나타난다. <그림 Ⅱ-3>의 2003-04년도 재원출처에 따른 보건의료서비스 지출 현황을 살펴보면, 연방정부는 높은 수준의 거주간호(74.8%), 의료서비스(76.8%), 보건연구(66.6%), 주와 자치령정부는 지역보건서비스(91.9%)에 대한 주요 재원출처이다. 반면에 의약품에 대해서는 연방정부(52.0%)와 민간부문(48.0%)이 함께 비용을 분담한다. 공공병원에 대한 재정은 연방정부(52.0%)와 주정부(47.5%)가 함께 부담하고, 민간병원은 민간부문의 재원(59.9%)이 대부분을 차지한다.

<그림 Ⅱ-3> 2003-04년도 재원출처에 따른 보건의료 서비스 경상지출



주: 지출액은 당해년 가격으로 산정
자료: AIHW Health Expenditure Database

(2) 재원 조성

가. 공공 재원

① 연방정부

2003-04년도에 연방정부의 경상보건재정의 절반이상이 두 종류의 보건서비스에 이용되었다. 연방정부의 전체 경상보건재정 중 28.2%와 26.1%가 의료서비스와 공공병원(정신병원 제외)에 각각 이용되었으며, 이 외에 의약품(16.1%)과 높은 수준의 거주간호(10.6%)도 연방정부 재원의 주요 지출부문이다.

보건서비스에 대한 모든 호주정부의 재정출처는 영국의 NHS와 같이 일반세입이며, 그 일부는 보건관련 "메디케어 부과(Medicare Levy)"이다. 메디케어 부과는 1984년에 도입되었으며 원래 과세대상 소득의 1.0%로 결정되었으나 그 이후로 몇 차례 증가하였다가 현재는 과세대상 소득의 1.5%로 설정되었다. 또한 연방정부의 비보건사업 시행을 부담하기 위하여 때때로 일회성의 부가징수가 행하여졌으며, 1997년 10월 이후로 고소득자에게 과세대상 소득의 1.0%가 부가로 징수되어왔다. 연방정부의 메디케어 부과는 2003-04년도에 56억AU달러였으며, 이는 연방정부의 총보건재원의 15.6%를 차지한다(표 Ⅱ-5 참조).

<표 Ⅱ-5> 호주 연방정부의 메디케어 부과수입과 총 세수(당해년 가격)

(단위: 백만 AU달러, %)

연도	메디케어 부과	총 세수	총세수 대비 메디케어부과 (%)
1984-85	1,223	52,970	2.3%
1990-91	2,480	92,739	2.7%
1992-93	2,415	88,760	2.7%
1994-95	3,080	104,921	2.9%
1996-97	3,664	124,559	2.9%
1998-99	4,100	141,105	2.9%
2000-01	4,605	146,056	3.2%
2002-03	5,000	160,661	3.1%
2003-04	5,560	172,243	3.2%

자료: Commonwealth of Australia Budget Papers, various years.

② 주/지방 정부

주정부는 지방정부에 보건 재정지원을 하며 이는 주정부의 재원으로 계산된다. 이와 마찬가지로 연방정부는 주정부에 보건 재정지원을 하며, 이는 연방정부의 재원으로 여긴다.

주/지방정부의 대부분 재원은 공공병원(2003-04년도에 총 주/지방정부 재원의 54.5%인 97억AU달러)에 이용되며, 주/지방정부의 재원으로 구성된 자본지출의 많은 부분이 공공병원시설에 투자가 된다(표 3-6-1 참조).

나. 민간 재원

호주의 보건재화나 서비스에 대한 대부분의 민간재원은 개인의 본인부담금으로 충당된다. 2003-04년도에 보건재화와 서비스의 지출에서 총 민간재원의 64.5%인 162억AU달러가 본인부담금이었으며, 민간의료보험기금은 동

기간에 22.3%인 56억AU달러를 지출하였다. 나머지 13.2%인 33억AU달러는 다른 민간 출처(주로 의무가입의 자동차 보험과 상해보험)에서 지출되었다 (표 Ⅱ-7 참조).

모든 호주인들은 직접적인 개인비용의 지불 없이 공공병원에서 공공환자로 치료를 받을 수 있으며, 민간건강보험기금은 공공 또는 민간병원에서 민간환자로 치료를 받을 수 있도록 선택을 하는 민간보험 가입자에게 보장을 해준다. 또한 민간보험기금은 가입자에게 일정범위의 다른 급여를 제공한다.

1997년에 민간 건강보험 보조금계획이 도입된 이후에 민간보험 가입자의 보건지출에 대한 재원은 아래와 같은 두 종류의 방법으로 충당된다.

① 민간보험 가입자의 보험료

② 민간보험 가입에 대한 유인책으로서 연방정부에 의한 민간 보험의 보험료 환불

<표 Ⅱ-6> 재원에 따른 호주 보건지출 (2003-04년도)

(단위: 백만 AU달러)

보건 서비스 형태	공공 지출		
	연방정부	주와 지역	총액
병원	11,302	9,986	21,288
공공 병원(정신병원 제외)	9,191	9,152	18,343
공공 정신병원	-	512	513
민간병원	2,111	321	2,432
높은 수준의 거주간호	3,729	225	3,955
구급차와 기타 필요 서비스	146	423	569
총 제도적 서비스	15,178	10,634	25,811
의료 서비스	9,950	-	9,950
기타 전문서비스	669	-	669
의약품	5,690	-	5,690
급여 지불 의약품	5,628	-	5,628
기타 품목	62	-	62
의료보조기구	246	-	246
기타 비제도적 서비스	2,522	4,633	7,155
지역 보건과 기타	274	3,301	3,575
공공보건	664	599	1,263
치과 서비스	397	326	723
보건 관리	1,187	407	1,594
연구	1,001	159	1,160
총 비제도적 서비스	20,078	4,792	24,870
총 경상 지출	35,256	15,426	50,682
자본 지출	151	1,215	1,366
자본 소비	31	1,090	1,121
총 보건 지출	35,437	17,731	53,168

자료: AIHW Health Expenditure Database.

<표 Ⅱ-7> 재원에 따른 호주 보건지출 (2003-04년도)

(단위: 백만 AU달러)

보건 서비스 형태	민간지출				전체 총액
	건강보험 재원	개인	기타	총액	
병원	3,036	649	1,440	5,126	26,413
공공 병원(정신병원 제외)	316	341	821	1,477	19,820
공공 정신병원	-	17	5	21	534
민간병원	2,721	292	615	3,627	6,059
높은 수준의 거주간호	-	1,030	-	1,030	4,985
구급차와 기타 필요 서비스	89	417	88	594	1,168
총 제도적 서비스	3,126	2,096	1,528	6,750	32,561
의료 서비스	543	1,598	869	3,010	12,961
기타 전문서비스	343	1,989	376	2,709	3,378
의약품	49	5,091	104	5,244	10,935
급여 지불 의약품	-	1,037	-	1,037	6,665
기타 품목	49	4,055	104	4,208	4,270
의료보조기구	253	2,187	56	2,496	2,742
기타 비제도적 서비스	1,289	3,251	29	4,569	11,724
지역 보건과 기타	1	-	17	17	3,598
공공보건	-	-	-	-	1,268
치과 서비스	708	3,251	12	3,971	4,694
보건 관리	581	-	-	581	2,174
연구	-	-	344	344	1,504
총 비제도적 서비스	2,477	14,117	1,778	18,373	43,243
총 경상 지출	5,603	16,213	3,306	25,123	75,804
자본 지출	n.a.	n.a.	n.a.	307	1,673
자본 소비	..	..	..	..	1,121
총 보건 지출	n.a.	n.a.	n.a.	25,430	78,598

자료: AIHW Health Expenditure Database.

2) 재정수지현황

메디케어(Medicare)는 일반세입과 "메디케어 부과(Medicare Levy)"라는 목적세에 의한 재원으로 의료서비스 지출을 충당하므로 재정수지라는 의미가 없으며, 따라서 본장에서는 민간의료보험에 대한 재정수지현황만을 고려하였다.

2003-04년도에 민간 의료보험기금을 통해 급여된 보건서비스에 대한 총재원(민간보험 가입자의 보험료와 연방정부의 보험료 환불액을 모두 포함)은 8,133백만AU달러였다. 이것은 국민의료비의 10.3%를 차지한다. 전체 총액(8,133백만AU달러) 중 31.1%인 2,530백만AU달러는 연방정부의 민간보험료에 대한 환불액이다. 따라서 민간보험기금에서 지출된 순수 총재원은 5,603백만AU달러가 된다.

기금 자체의 수입으로부터의 보건서비스 재원은 2002-03년도의 5,268백만AU달러에서 2003-04년도의 5,603백만AU달러로 증가되었다.

한편, 2000-01년도의 초기에 민간보험 가입자가 급증하였으며, 이는 2000년 7월에 도입된 평생건강보장제도(lifetime health cover arrangements)로 인한 것이다. 2000-01년도에 급여 자격을 갖기 위한 법정 대기기간과 더불어 새로운 가입자들의 유입으로 기금에 의한 순수입이 순 보건관련 급여와 관리비용을 11억AU달러까지 초과하였다. 이에 따라, 기금의 2000-01년도 영업이익은 852백만AU달러로 1999-00년도의 381백만AU달러 보다 훨씬 높았다. 이후 2003-04년도에는 영업이익이 447백만AU달러를 기록하였다.

3) 진료지불방식

(1) 지급방식

호주에서는 두 가지의 진료비 청구방식이 이용된다. 첫 번째로는 대량청구방식(Bulk billing)이라 하여, 이러한 경우는 의사가 환자 치료 후 메디케어(Medicare)에 직접 진료비를 청구하는 경우로, 이때는 병원에서 진료 후 해당 양식의 서류를 환자에게 주면, 환자는 메디케어 카드를 보여주고 서류에 서명을 하면 된다.

또 다른 지불 형태로는 청구서 발행(Accounts)이라 하여, 의사가 환자로부터 직접 지불을 요청하는 경우로, 이때는 병원에서 받은 청구서를 가까운 메디케어 오피스(Medicare Office)에 가서 소정의 양식을 작성하면 메디케어에서 담당의사 혹은 병원 앞으로 해당 수표를 발행하며 다른 방법으로는 환자가 병원 청구서에 따라 먼저 금액을 지불하고 지불한 영수증을 나중에 메디케어 오피스에 제출하여 환불 받는 형식이다.

(2) 의료비 지급

가. 일반의(GP)-개원의

개업의는 행위별수가제(fee-for-service)에 의해 진료비를 지급 받으며 환자에게 직접 청구하거나 대량청구(bulk-billing) 방식(기준수가의 85% 수용)에 의해 메디케어(Medicare)에 청구한다. 일반의(GP)가 대량청구를 하는 경우, 환자는 추가부담이 없으나 환자에 직접 청구하는 경우에는 청구액이 수

가보다 클 경우 그 차액을 본인이 부담(민간보험 가입자는 민간보험에서 차액 지불)한다.

나. 병원

공공병원에 대한 재정지원은 연방정부와 호주보건의료협약(Australian Health Care Agreement)을 통한 간접적인 방식이다. 주정부는 공공병원을 위한 재원의 전체적인 수준과 관련된 조건들을 결정한다. 주정부는 협약 기간인 5년 동안 수요나 공급의 변화로 인한 위험들을 감수하여야만 하기 때문에 비용 효율에 관해 매우 큰 관심을 보이고 있다. 지난 십년 동안 공공병원이 소요재원을 마련하는 데서 중대한 변화가 있었다.

구매자의 특별한 요구와 공급자의 책임성이 증가하였다. 때때로 주정부는 아주 세부적인 서비스 구입계약에 근거하여 민간 의료 공급자로부터 병원 서비스를 구입하기도 한다. 민간병원 의료 서비스에 대한 연방정부의 직접지원은 의료서비스에 대한 메디케어 급여계획 수가(medicare benefits schedule fee)의 75%를 상환해 주는 것으로 제한되어 있다.

민간 보험은 민간 병원 숙식과 의료 서비스, 입원 진료 서비스 등에 대해 보장할 수 있다. 민간 보험자는 환자가 공공병원이나 민간병원의 민간시설을 이용하는 경우 이에 대해 비용을 지불해준다. 그러나 때때로 민간환자는 본인부담금을 지불해야 하는 경우가 있다.

대체로 민간병원활동의 63%가 민간보험기금에 의해 충원된다. 지금까지 호주의 민간보험 산업은 미국과 같은 방식의 managed care를 채택하고 있지는 아니하다.

대부분의 공공병원은 독립된 조직으로서 주정부로터 받은 재원을 관리

할 책임을 진다. 주정부가 직접 공공병원에 재원을 지급하는데 그 방식은 주마다 약간씩 서로 다르다. 대체로 주정부는 총액예산(global prospective budgets) 방식과 일종의 호주식 진단군별 포괄수가제인 patient casemix payments 방식으로 재정을 공공병원에 지급하고 있다.

다. 호주식 포괄수가제(casemix payment)

병원에서 치료되는 질병에 대해 표준가격을 병원에 지불하는 방식이다. 호주는 1985년 미국식의 진단군별 포괄수가제(Diagnosis Related Group: DRG)를 시범사업으로 도입한 이래 15년이 넘는 경험을 축적해왔다. 이에 대한 결과로서 667개 항목별로 분류된 the Australian national diagnostic related groups 라 불리는 표준 분류체계를 만들어 냈다.

연방정부의 강력한 압력 하에, New South Wales 주를 제외한 모든 주는 DRG시스템에 근거하여 공공병원에 재정을 제공한다. 병원이 재정적인 압력 하에 놓여 있음에도 불구하고 병원 입원이 계속 증가하자 DRG 지불방식이 채택되었다. 최초로 casemix funding을 도입하였던 Victoria 주와 South Australia 주는 병원예산이 감소된 상황에도 불구하고 치료 환자수를 증가시킬 수 있었다.

반면에 구체적으로 어떻게 포괄수가제를 적용하는가는 주마다 다르다. 각 주는 공공환자에게 병원 서비스를 제공하기 위해 의사들을 고용한다. 계약조건과 의사들이 받는 보상은 주마다 다르다. 병원의 고용인으로 분류되는 salaried medical officer는 병원에 온종일 근무하면서 봉급을 받는다. 병원과 계약 관계에 놓여 있는 visiting medical officer는 각 진료행위에 대해 행위별수가제에 근거하여 보수를 받거나 시간제 방식으로 지불 받는다.

라. 약제비(PBS : Pharmaceutical Benefits Scheme) 지불 방식

호주 정부가 합리적인 가격으로 약품구매를 유도하기 위해 1950년 도입한 정책으로 연방정부는 PBS를 통해 조제 약사들에게 비용을 지불하고 있다. 이는 약제의 안전한 공급과 소비자들이 가장 낮은 가격으로 필요한 약제를 구입할 수 있도록 하기 위함이며 정부가 보조하는 약품들에서 발생하는 공급가와 보급가의 차액에 대해 약사들은 건강보험협회(HIS)에 청구해 보상받고 있다.

98~99년도에 PBS를 통해 지불된 비용은 34억AU달러이다. 전년도 대비 3%가 증가해 처방에 대한 정부 비용은 10%가 증가한 것으로 나타났는데, 이는 신약과 고가약의 증가에서 기인한 것으로 파악된다.

이 외에 호주 정부는 퇴역군인과 그 가족의 약품구입비를 보조하는 프로그램을 운영하는데 RPBS로 무료대상자(Concessional Beneficaries)와 일반대상자(General Beneficiaries)로 환자를 구분하여 관리하고 있다. 특별대상자들은 98년부터 항목당 3.2AU달러의 기부금을 내야하며 일반대상자들은 항목당 최고 20AU달러의 기부금을 내고 있다.

<표 Ⅱ-8> 연도별 메디케어 급여 관련 통계

구분	건수, 의사수	연도	출처
메디케어 급여자 당 제공받은 의료서비스 수 (건)	10.9 11.0 11.2 11.1	1999-2000 2000-2001 2001-2002 2002-2003	Department of Health and Ageing Medicare Benefits Statistics <http://www.health.gov.au/haf/medstats/index.htm>
메디케어 급여 서비스를 제공한 일반의 수 (명)	15,106 15,089 15,382 15,351	1999-2000 2000-2001 2001-2002 2002-2003	Department of Health and Ageing, Medicare Benefits Branch
메디케어 급여 서비스를 제공한 전문의 수 (명)	11,008 11,244 11,649 11,995	1999-2000 2000-2001 2001-2002 2002-2003	Department of Health and Ageing, Medicare Benefits Branch
의약품 급여 처방 수 (백만 건)	142.9 148.1 155.0 159.0	1999-2000 2000-2001 2001-2002 2002-2003	Department of Health and Ageing <http://www.health.gov.au>

4. 급여 및 혜택

1) 급여종류 및 보장성 수준

(1) 메디케어(Medicare)

메디케어(Medicare)의 급여에 포함되는 서비스는 전문의를 포함한 일반의 진료 상담비, 병 진단을 위해 필요한 X-ray 촬영 및 기타 병리 검사비, 검안사에 의한 시력검사비, 일부 치과 치료비, 대부분의 수술, 공공 병원의 입원비(단, 병원에서 지정한 의사의 진료를 받아야 함) 등이 해당된다. 메디케어의 급여서비스에 포함되지 않는 것으로는 아래의 사항 등이다.

○ 공공/민간병원에서 환자 본인이 치료해 줄 의사를 지정할 경우에 드는 추가 치료 비용 및 입원비

○ 치과 검사비 및 치료비

○ 앰블런스 서비스

○ 거택 간호 비용

○ 물리치료, 직업병 치료, 언어 장애 치료, 눈 치료, 척추 지압 치료, 발 치료, 심리 치료

○ 담당의의 상담 및 치료목적이 아닌 기타 침술 치료

○ 안경 및 콘택트 렌즈

○ 보청기나 기타 청각 장애용 용품

○ 의족, 의치 등의 보철비용

○ 메디케어의 의약품급여제도(PBS)에 포함되지 않는 일부 의약품 비용
○ 해외에서 발생한 의료와 입원비
○ 기타 보험이나, 고용자, 정부기관 등이 부담해야 하는 의료 비용
○ 임상용으로 필요치 않은 의료 서비스 비용
○ 미용 성형 수술비
○ 생명보험 혹은 연금 가입을 위한 의료 검사비

(2) 민간의료보험

다음으로 개인이 선택적으로 구매할 수 있는 민간 의료보험은 메디케어(Medicare)와 공존하고 환자들에게 급여를 제공한다. 이때 환자가 민간보험에 가입했다고 해서 모든 의사의 진료상담비나 의료서비스에 대해서 지불을 하지 않아도 된다는 것을 의미하지는 않는다.

가. 병원보장(hospital cover)

메디케어(Medicare)와 달리 민간의료보험은 의사나 전문의에게 직접 지불을 하지 않는다. 메디케어(Medicare)는 병원에서 제공하는 서비스(in-hospital services)에 대해서 수가의 75%를 환불해주고, 민간보험의 병원보장(hospital cover)이 보통 메디케어에서 지불하고 남은 25%를 보장한다. 한편, 의사나 전문의가 수가 이상을 청구하였을 경우, 민간보험이 수가와 청구액의 차액(gap)에 대하여 전체나 일부를 보장하지 않는 한 환자 본인이 차액(gap)을 직접 지불해야한다.

민간의료보험의 병원보장(hospital cover)은 의사나 전문의의 치료 비용

이나 입원비용을 지불하는데 도움이 되며, 이와 더불어 병원에서 이루어진 수술, 병리검사 및 재활치료의 비용도 보장이 된다. 이때, 가입한 민간의료보험의 형태에 따라 병원에서 발생된 모든 비용이 병원보장에 의해 환불되지 않을 수도 있으며, 이 때 환자가 직접 본인부담비용을 지불해야 한다.

2007년도의 변경된 민간의료보험 규정은 민간의료기금(private health funds)이 병원보장 내에서 넓은 범위의 서비스를 제공할 수 있도록 하였다. 변경된 규정에 따르면, 기금이 병원 밖에서 안전하게 수행될 수 있는 투석과 화학치료와 같은 서비스를 포함할 수 있도록 하고 있다.

나. 추가보장(extra cover)

보조보장으로 알려진 추가보장은 병원 외에서 제공되는 서비스(out-of-hospital services)에 대해 지불하는데 도움이 된다. 여기에서 병원 외 서비스에는 물리치료, 안과, 치과, 족질환 치료와 접골, 침술, 자연요법과 같은 보충요법이 포함된다. 몇몇 민간의료보험은 운동시설 회원과 요가 코스에 대해 환불을 해준다. 추가보장에 대한 상환액은 같은 기금 내에서도 보장정도에 따라 다르게 나타난다.

(3) 보장성 수준

아래의 <표 Ⅱ-9>은 병원과 환자 및 의료서비스의 종류에 따른 의료보장을 나타낸 것이다. 공공병원의 공공환자의 경우에 메디케어(Medicare)에서 대부분을 보장하며, 민간환자의 경우는 민간보험이나 본인부담에 의해 의료비용을 해결해야 함을 보여준다.

〈표 Ⅱ-9〉 의료비용의 보장

구분	의사와 전문의	병원입원	수술비	병원 내 의약품	엠불런스 비용	응급실/외래 서비스
공공병원의 공공환자	메디케어에서 전체 보장	메디케어에서 전체 보장	메디케어에서 전체 보장	메디케어에서 전체 보장	정부연금이나 healthcare 카드 소유자는 무료 사고피해자는 수백 AU달러를 지불할 수 있음	무료
공공병원의 민간환자	메디케어에서 수가의 75% 상환. 민간의료기금에서 최소한 수가의 나머지 25% 보장. 민간 기금 차액(Gap) 보장에서 수가와 의사 청구액의 일부 또는 전체를 상환	메디케어가 보장하지 않으며, 민간보험회사에서 일부 또는 전체를 보장	메디케어에서 보장하지 않으며, 민간보험에서 보장	메디케어에서 보장하지 않으며, 민간보험에서 보장	민간보험에서 보장하나, 주마다 다름.	무료
민간병원의 민간환자	메디케어에서 수가의 75% 상환. 민간의료기금에서 최소한 수가의 나머지 25% 보장. 민간 기금 차액(Gap) 보장에서 수가와 의사 청구액의 일부 또는 전체를 상환	메디케어가 보장하지 않으며, 민간보험회사에서 일부 또는 전체를 보장	메디케어에서 보장하지 않으며 민간보험에서 보장	메디케어에서 보장하지 않으며 민간보험에서 보장	민간보험에서 보장하나, 주마다 다름.	민간병원은 응급실이 거의 없음. 외래에 대해서는 민간보험회사에서 일부 또는 전체 비용을 보장

자료: myDr: http://www.mydr.com.au/default_new.asp?article=4059.

2) 본인부담수준

재원조달의 측면에서 호주는 영국의 NHS와 같이, 조세를 재원으로 하고 부담능력에 관계없이 의료를 제공받는데, 주 정부는 연방정부의 보조금과 지방세의 약 1/3을 보건의료비로 지출한다. 또한 메디케어(Medicare)의 재원마련을 위해 소득의 1.5%(고소득자는 2.5%)를 별도로 부담하게 되는데, 이는 일종의 목적세로 1차 의료기관의 진료비를 위한 목적으로 지출된다. 2000년 기준, 소득의 일정률을 부담하는 보험료와 정부가 조세로 부담하는 것 즉, 공적재원조달 비율이 전체 재원의 71.2%로 비교적 많은 비율을 차지하고 있다.

이밖에 환자본인부담금이 16.2%, 민간보험이 7.1%, 자선단체 기부금 등 기타 재원이 5.5%를 차지하고 있다. 본인부담은 1차 의료기관 이용시 부담하는 15%와 약국급여에서의 본인부담금이 주를 이루고 있다. 그러나 대부분의 2차의료를 담당하고 있는 공공병원에서 제공되는 서비스에 대해서는 본인부담금이 없다.

대부분의 일반의 진료상담에 대해, 메디케어(Medicare)는 계획 수가(Schedule fee)의 100%를 상환한다. 이러한 경우에도, 의사는 환자에게 계획수가(Schedule fee)보다 더 많은 액수를 청구하기 때문에, 환자는 본인부담으로서 일정액(차액: Gap fee)을 지불해야만 한다. 일반의에 의한 대부분의 의료서비스에 대해서 메디케어 상환액은 계획수가(Schedule fee)의 85%이다. 또한, 대부분의 전문의 상담은 단지 85%를 상환한다.

실제로 이러한 시스템이 작동하는지에 대한 예로서, 일반의가 표준 진료상담에 대해 환자에게 45AU달러를 청구한다고 가정하자. 메디케어(Medicar)에서는 32.10AU달러를 상환하고 환자 본인이 12.90AU달러의 차액을 지불해

야만 한다(표 Ⅱ-10 참조).

<표 Ⅱ-10> 일반의의 표준진료상담에 대한 의료비용의 예시

구분	비용
의사의 진료상담비	45.00AU달러
메디케어 계획수가	32.10AU달러
환자에게의 메디케어 상환 (계획수가의 100%)	32.10AU달러
환자 본인부담	12.90AU달러

다음으로 전문의 상담에 대해서 환자는 계획수가인 133.35AU달러의 85%(즉, 113.35AU달러)를 상환 받는다. 전문의가 대량청구(bulk-bills)를 하지 않는 한, 환자는 113.35AU달러와 전문의의 청구액 사이의 차액을 본인이 직접 부담해야 한다. 즉, 대량청구(bulk-bills)가 이루어지지 않는 경우에, 환자는 의사에게 전체 청구 금액을 지불하고 메디케어(Medicare)로부터 계획수가를 상환받을 수 있도록 신청해야 한다. 이러한 과정은 개인적으로 Medicare Office에 직접 방문하거나 또는 우편으로 행하여질 수 있다. 몇몇의 일반의 수술에 대해서는 수술예약 후에 바로 메디케어(Medicare)에 신청할 수 있으며, 며칠 이내에 환자의 계좌에 상환액이 입금된다. 이러한 과정은 EFTPOS 시스템에 연결되어 빠른 상환을 처리할 수 있다.

(1) 대량청구(Bulk-billing)

대량청구는 의사가 제공한 의료서비스에 대한 전체지불액으로서 메디케어 급여(계획수가의 85 또는 100%)를 인정하는 경우를 말한다. 이 때, 환자는 차액(gap)을 전혀 지불할 필요가 없다. 보통, 대량청구가 행하여질 경우,

환자는 병원에서 본인의 메디케어 카드를 보여주고 서류에 서명을 한다. 환자는 어떠한 금액도 지불할 필요가 없으며, 의사는 메디케어(Medicare)에서 직접 계획수가의 85 또는 100%를 지급 받는다.

정부에서는 1996-7년에 최고로 높았다가 계속 감소한 대량청구 비율을 향상시키기 위한 유인책으로서, 메디케어(Medicare)는 연금수혜자, healthcare 카드 소유자 및 16세 이하의 아동에 대하여 대량청구를 할 때마다 의사에게 별도의 비용을 지불한다.

(2) 메디케어 안전망(Medicare safety nets)

메디케어(Medicare)는 2종류의 다른 차액(gap)을 보장하는 안전망(safety nets)을 제공하고 있다. 여기에서 2가지의 다른 차액(gap)은 계획수가(Schedule fee)와 메디케어 상환 사이 그리고 계획수가(Schedule fee)와 의사의 실제 청구액 사이의 차액(gap)을 말한다. 이러한 안전망들은 환자가 연간 지불하는 의료비용의 상한액을 결정하며, 그 종류와 설명은 다음과 같다.

메디케어 안전망은 많은 의료이용에 따른 막대한 액수의 차액 의료비를 지불해야만 하는 만성질환자를 보호하기 위한 장치이다. 일단 계획수가(Schedule fee)와 메디케어 상환 사이의 차액이 1년 이내에 일정한 액수까지 누적되면, 첫 번째 안전망에 대한 자격 적격자가 된다. 이러한 경우에 특정 의료서비스에 대한 메디케어 급여가 계획수가의 100%가 된다. 그러나 의사가 계획수가(Schedule fee) 이상을 청구한다면 환자는 여전히 그 차액을 지불해야만 한다.

다음으로 본인부담비용이 첫 번째 상한 이후 또 다른 상한에 도달하면, 그 이상의 안전망에 적용된다. 또 다른 상한액에 도달하면, 메디케어

(Medicare)는 그 해의 나머지 기간 동안 발생한 그 이상의 본인부담비용에 대해서 80%를 보장한다. 이러한 본인부담비용에는 메디케어 계획수가 이상의 비용도 포함된다. 두 번째 안전망에 대한 상한은 개인, 가족 및 특별 카드 소유자에 따라 다르며, 물가상승률에 따라 매년 변동한다.

5. 의료공급구조와 전달체계

1) 공급구조

(1) 개요

호주의 의료제도는 공공과 민간부문의 의료공급자의 혼합의 형태로 서비스가 제공된다. 의료서비스의 질은 양쪽 부문 모두 높다고 보고되고 있다.

의사의 대다수는 개원의이며, 나머지는 연방, 주 또는 지방정부에 고용된다. 월급을 받는 공공병원의 전문의는 종종 자신의 환자를 개인병원의 환자처럼 치료할 수 있는 권리가 있다. 비용을 환자에게 부담시키고 이 소득의 일부를 병원에 지급하는 방식이다. 다른 의사들도 의료서비스를 제공하기 위해 공공병원과 접촉할 수 있다. 여기에서는 많은 독립적인 진단과 병리학의 영상서비스가 제공된다.

호주에서는 의사와 Paramedical(임상병리사, 물리요법사, 약제사 등)의 연합으로 이루어진 자영병원이 중요한 비중을 차지하며, 다른 의사들은 주로 주나 지방정부의 기관에 고용된다. 공공병원은 정부에서 설립한 병원을 포함하며 종교단체나 자선단체에서 설립하고 정부에서 지원해주는 형태의 것도 포함한다. 반면에 민간회사가 설립하고 운영하면서도 주정부의 관리 아래 공공병원 서비스를 제공하는 병원의 숫자는 적다.

대부분의 급성기 병상과 응급통원환자를 위한 클리닉은 공공병원안에 있다. 시골에 있는 대형 공공병원은 광범위한 처치와 주요한 외과수술, 장기

이식, 혈액투석, 전문의가 운영하는 내원 클리닉 등으로 이루어진 다양한 형태의 서비스를 제공한다.

민간병원은 일반적으로 회사에 의해서 혹은 종교단체, 민간보험기금에 의한 영리 또는 비영리 기관의 형태로 소유된다. 과거에는 민간병원들이 비교적 덜 복잡한 비응급 서비스를 제공하였으나 현재는 복합적이고 하이테크적인 서비스의 비중을 점차적으로 늘리고 있는 추세이다.

공공부문에서 전문정신건강에 대한 처치는 따로 분리된 정신병원, 종합병원(general hospitals) 및 지역사회 병원(community based settings)에서 제공된다. 역사적으로 정신건강서비스는 건강서비스의 주류와는 분리되어 제공되어 왔으나 연방, 주와 자치령 정부는 정신건강 서비스를 주류화하기 위하여 국가정신건강 전략(the National Mental Health Strategy)의 계획하에 일하고 있다.

(2) 보건의료자원

가. 호주의 보건의료인력

호주의 보건의료인력에 대한 특성을 살펴보면, 도시지역에 일반의(GP)의 과잉공급 및 전문의 부족, 그리고 지방(농촌)에는 일반의(GP) 및 전문의 부족이라고 할 수 있다. 또한, 향후 인구고령화에 따른 의료수요증가로 전문의에 대한 수요부족이 더욱 심화될 것이라 예상되고 있다.

성별, 연령별 보건의료인력의 특성을 살펴보면, 남성 의료인력이 고령화되어 가는 추세에 있는 반면, 젊은 의사들 중 여성의 참여가 점차 증가하고 있다. 연령별로는 1998년에 45세 미만의 의사는 51.7%이며 65세 이상의 의

사는 9.4%인 것으로 나타났다. 전체 의사수에서 65세 이상의 의사가 차지하는 비율은 1차 진료의사의 경우 1993년에 10.3%에서 1998년 10.8%로, 그리고 전문의는 9.9%에서 10.6%로 증가하였다. 2004년도 기준 인구 천 명당 활동 의사수는 2.7명으로 OECD 평균인 3.0명보다 낮은 상태이며 의료인력의 부족으로 해외로부터 의사를 충원하고 있다(OECD, 2007).

이와 같이 호주 의사인력의 특징은 일반의사의 비중은 많지만 전문의의 비중이 적다는 것과 주요 도시 이외에는 의사인력이 충분하지 않다는 점을 들 수 있겠다. 이와 동시에 여성의사의 비율도 증가추세이며 호주출신이 가장 많은 비중을 차지하고 아시아계의 비중도 점차 증가추세이다.

나. 호주의 의료인력계획

현재 호주의 일반적인 의료인력 공급정책의 기조는 국가적인 자급에 두고 있으며, 그 이유로는 의료인력의 불균형 때문이며, 특히 도시 및 벽지 지역간 불균형 때문에 관심을 가지고 있다. 이에 대하여 외국인 의료인력의 고용으로 보완하는 정책을 시행하고 있다.

2차 세계대전 이후 호주 인력공급 정책의 중심은 다음과 같다.

○ 지속적 증가 (1945년~1970년 중반)
○ 공급증가 (1970년대 중반~1980년대)
○ 공급과잉관리 (1980년대 중반~1990년대 중반)
○ 인력분포 향상 (1990년대 중반~)
○ 공급증가 (1990년대 후반~)

1994년까지 의료인력계획은 향후 인구구성원들이 의료서비스에 적절히

접근할 수 있도록 정부차원에서 행하여졌다. 이와 관련하여, 특정 전문서비스에 대한 이용가능성, 의료인력 공급의 분포 및 전반적인 수준에 대한 이슈 및 논의의 결과로 1994년 10월 호주보건국자문위원회(Australian Health Minister Advisory Council: AHMAC) 회의에서 새로운 국가보건의료인력기관을 설립할 것을 결정한 바 있다. 이러한 결과로 "호주의료인력전문자문위원회(Australian Workforce Advisory Committee: AMWAC)"가 창설되었다.

AMWAC는 호주의 의료인력계획에 관한 전략적인 핵심요소를 개발하기 위해 1995년에 국가자문위원회로 설립되었으며, 다음과 같은 요구사항을 반영하여 설립되었다.

○ 국가 차원에서 의료인력의 장기계획
○ 주요 이해관계자들(정부, 전문의료인, 서비스제공자, 소비자, 교육자 등)이 파트너십으로 일하는 전문가 집단 필요
○ 건전한 데이터 사용 및 분석, 일관된 계획 및 실행

AMWAC는 "호주보건부컨퍼런스(Australian Health Ministers' Conference)"에 보고하며 다음과 같은 내용으로 운영된다.

○ 의료인력문제에 관해 AHMAC에 어드바이스를 제공
  - 의료인력에 관한 구조, 균형 및 지리적 분포
  - 의료인력 수급
  - 공급패턴, 인구구성원의 건강상태, 전략개발, 보건의료모델 변경 등의 제안을 통해 미래수요를 충족시키기 위한 교육 및 수련의 수·분포 검토
○ 향후 보건의료인력 요구량을 예측하기 위한 모델개발, 의료인력통제(국가차원, 지역내, 지역간) 및 고용을 위해 지표 및 벤치마킹과 같은

방법론에 관한 어드바이스 제공

- ○ 의료인력관련 데이터 수집 개발 및 검토, 보건의료인력계획을 위한 데이터 분석 및 보고
- ○ 의료인력수요와 대안적인 인력구조간 관계 평가에 있어 AHWOC와 공동작업
- ○ 최선의 의료실행모델, 서비스전달 및 인력개발, 의료인력을 위한 동태적 시나리오 계획에 대해 AHWAC에 자문제공
- ○ 근거기반 결과를 토대로 한 정보로 계획 및 자문제공
- ○ 의료인력의 질적 측면에서 바람직한 인력공급을 달성하기 위한 접근방법의 강점 및 약점에 관해 AHWAC에 자문제공

인력정책관련 조직은 AMWAC, AIHW, AHWOC 등이 있으며, 전반적으로 인력관리에 있어서 수급의 균형을 엄격히 달성하고 있지는 못하지만 인력계획의 주요목표인 수급간 차이를 최소화하기 위한 계획을 지속시키고 있다.

또한, 의료인력 관련 주요 연구결과로서 24개의 의료인력 리뷰를 완성하였는데, 이들 리뷰의 목표는 인력의 특성을 서술하고 인력의 적정함을 평가하며 인력수급을 예측하는 것이다.

- ○ 절대부족 : 예를 들어 방사선과, 흉부의학, 종양학
- ○ 방치된다면 부족하게 될 분야 : 비뇨기과, 이비인후과, 정형외과 수술
- ○ 절대과잉 : 일반 소아과
- ○ 상대적으로 새로운 전문영역이나 감소예상분야 : 응급의료
- ○ 서비스에 대한 수요증가가 예상되지는 않으나 노령화된 의료인력의 퇴직으로 인력보완이 요구되는 분야 : 일반수술, 이비인후과 수술

다. 호주의 의료인력분포 완련 정책

호주정부는 인력분포의 불균형을 개선하기 위해 지방에 의사들의 공급을 증가시키고 지방의 의과대학 학생들을 지원 및 채용하기 위한 방안을 검토하고 있다. 또한 의료인력 공급의 부족현상을 완화하기 위해 외국인 의사(OTD)를 고용하고 있으며, 인력불균형이 심화된 지역 혹은 분야로 제한하고 있다. 외국인 의사(OTD)의 영구거주는 매우 제한되어 있으며 일반적으로 벽지지역 및 공공병원부문과 같은 인력이 부족한 영역에서 근무하고자 하는 의사들에게 비자를 발급하고 있다. 외국인 의사(OTD)는 면허시험을 치르는 대신에, 5년간 벽지지역에서 시술함으로써 호주 의과교육과정 5년으로 인정받아 호주학위로 인정되도록 하는 정책을 고려하고 있다.

Postgraduate(일반의 혹은 전문의) 자격을 얻기 이전에 졸업생들은 벽지지역의 대진의사(locums)로 감독 및 통제를 받는 위치에서 근무한 경우에만 상환(rebate)을 받을 수 있다. 이와 같은 정책은 수련을 하지 않고 민간 일반의원 및 병원에서 감독 및 통제없이 근무하는 것을 방지함으로써 의료서비스의 질적 향상을 도모하고자 함이며, 젊은 의사들을 공공병원시스템 속에서 봉직의로 근무하거나 수련프로그램에 참여하도록 권장하기 위함이다. 이와 같은 정책으로 1996년에 4,000명에서 1999년에 2,000명 정도로, 대도시지역의 일반의(GP) 과잉 공급을 감소시켰다. Rural Locum Relief Program하에서 지방에 의사를 제공하고 있으며, 수련과 경험을 요구하는 명료한 원칙으로 1차진료를 확립하고 있다.

라. 호주의 의료인력관리

서구선진국에서는 의사들의 의료활동능력에 관한 기준을 유지하는 중요성이 점차 증가하고 있다. Royal Austrailan college of Obstetricians and Gynaecologists는 매 3년마다 면허를 갱신하고 있다. 반면, 다른 분야의 경우에는 "의사기준유지 프로그램(Maintenance of professional standards programme)[4]"에 참가했을 때 자격인정(Certification)을 부여하고 있기는 하지만 이것이 면허(fellowship diploma)와 직접 연관되어 있는 것은 아니다.

"의사기준유지 프로그램"은 1994년에 도입되었다. 이 프로그램은 의무사항이 아니며 불참한다 하더라도 의사자격을 잃게 되는 것은 아니지만, "의사기준유지 프로그램"에 참여하여 매년 자격인정을 받도록 요구하는 병원들이 점차적으로 증가하고 있다. 이러한 자발적인 프로그램을 제공하는 대학(College)에 참가하는 비율은 30%에서 70% 이상 정도의 범위에 분포해 있고, 산부인과 의사(obstetrician and gynaecologist)는 100%에 이르고 있으며, 일반의의 참가율은 90% 이상에 이르고 있다.

"의사기준유지 프로그램"의 기본적인 매커니즘은 매년 자신의 활동을 기록하고 5년동안 500점을 얻는 것이다. 의사는 log book과 같은 레코드에 기록을 하고, 전자적으로 읽을 수 있는 기계장치에 제출을 한다. 이러한 과정은 파트타임의 의사들에게도 동일하게 적용된다. 제출된 보고서 중 임의로 5% 정도는 감사를 실시한다.

4) 의사들의 재교육 프로그램

2) 전달체계

의료의 제공면에서, 1차의료는 주로 민간의료기관의 GP(일반개업의)에 의해서 제공되고, 행위별수가제에 의한 보상을 받는다. 주로 예방과 상담을 포함하여 간단한 수술도 시행한다는 점에서 여타 국가의 1차 의료기관의 기능과 같다. 다만 특이한 점은 1차 의료기관이 일정기준 이상의 예방접종을 한 경우 별도의 인센티브가 주어진다는 점이다. 반대로 병원급 의료기관은 대부분 국영으로 전체 병원급 의료기관의 70%를 차지하고 있다. 민간병원은 대부분 규모가 영세하여 병상 규모가 50~100병상이며, 주로 당일 입원하여 수술을 받고 당일 퇴원하는 진료를 많이 담당하고 있다.

병원급 의료기관 및 대학병원의 진료비지불제도는 80~90년대를 거치면서 많은 변화를 겪었다. 요약하면, 총액예산제로 연방정부로부터 자금을 배정받은 후 주 정부는 개별의료기관에 DRG방식으로 진료비를 지급하는 체계이다. 연방정부가 진료비를 5년 기간으로 과거의 진료실적과 의료의 질 등을 고려하여 총액으로 주 정부에 배정한다. 주 정부는 총액예산의 범위 내에서 병원진료비를 집행해야 한다.

이런 과정에서 주 정부는 5년 단위로 총액예산 내에서 집행해야 하기 때문에 최대한 효율적인 방안을 강구하지 않을 수 없게 되므로 진료비를 억제하게 된다. 이는 마치 독일의 진료비지불과 같은 기능을 부여받는다. 독일이 연초 총액진료비를 배정한 후 연방의사협회는 점당단가에 따라 총액예산의 범위 내에서 각 의사에게 배분함으로써 진료비를 효율적으로 사용하게 하여 비용절감적 방향으로 운용되고 있기 때문이다. 이런 점에서 호주는 총액예산제와 DRG를 혼합하는 방식을 사용한다고 볼 수 있다.

<표 Ⅱ-11> 호주의 보건의료기관 현황

구분		보건의료기관수	연도	출처
공공병원		749	2000-2001	AIHW Australian Hospital Statistics
		746	2001-2002	2001-2002, Table 2.1
민간병원		516	2000-2001	AIHW Australian Hospital Statistics
		560	2001-2002	2001-2002, Table 2.1
독립 낮 병원		217	2000-2001	AIHW Australian Hospital Statistics
		246	2001-2002	2001-2002, Table 2.1
공공병원 침상수		52,410	2000-2001	AIHW Australian Hospital Statistics
		51,461	2001-2002	2001-2002, Table 2.1
민간병원 침상수		26,153	2000-2001	AIHW Australian Hospital Statistics
		27,407	2001-2002	2001-2002, Table 2.1
인구 천명당 병원 침상수	공공병원	2.72	2000-2001	AIHW Australian Hospital Statistics 2001-2002, Table 2.1
		2.68	2001-2002	
	민간병원	1.36	2000-2001	
		1.40	2001-2002	
거주형 장기요양시설		148,547	2008. 6. 30	Aged and Community Care Division, Department of Health and Ageing
탄력적 장기요양 시설		2,520	2008. 6. 30	Aged and Community Care Division, Department of Health and Ageing
공공정신 병원		23	2000-2001	AIHW Australian Hospital Statistics
		22	2001-2002	2001-2002, Table 2.1
공공 지역사회 정신보건 시설		232	1999-2000	AIHW Mental Health Services
		233	2000-2001	2000-2001 Table 5.10

가. 공공병원(public hospital)

공공병원은 국립보건법에 따라 정부의 재정지원을 받는다. 모든 호주인과 일정범위에 속하는 여행자는 직접적인 부담금 없이 공공 병원에 입원할 수 있고 해당 병원이 지정한 의사에게 진료를 받을 수 있다. 메디케어(Medicare)에 대한 무료 진료와 응급환자, 부상자들을 치료한다.

급성병상(Acute care bed)의 대부분을 차지하는 공공 병원은 호주보건의

료협정(Australian health care agreement)에 의해 연방정부나 주정부에게서 지원 받고 일부 민간환자에게서도 수입을 얻는다. 큰 도시의 공공병원들은 중요한 외과수술, 장기이식, 신장투석, 집중치료 같은 좀 더 복잡한 의료의 대부분을 차지한다. 공공병원은 내부에 약국을 가져서 입원환자에 대해 무료로 약을 제공하며 연방정부로부터 약제비 급여계획(Pharmaceutical Benefits Scheme: PBS)에 의한 지원을 받지 않는다. 공공병원에서 급료를 받는 전문의는 병원에서 약간의 민간환자들을 치료할 수 있고, 이는 병원수입에 일부 기여도 한다. 그 밖의 의사들은 의료서비스 공급을 위해 공공병원들과 계약할 수 있다.

나. 민간병원(Private hospital)

민간병원은 의료 서비스에 대한 의료비를 부과하여 그 수익으로 운영된다. 또한 직·간접적으로 정부보조금을 받으며 민간소유 요양시설(privately owned nursing homes)은 노인장기요양침상(long-term aged care beds)의 대부분을 공급하는 등, 보건의료에 있어 중요한 역할을 담당한다. 과거에 민간병원들은 간단한 선택적 수술 같은 덜 복잡하고 비응급의 의료서비스를 제공했으나, 점차 복잡한 첨단기술 서비스들을 더 공급하고 있다.

민간부문에는 다수의 의사들과 준의료인을 포함하며, 이들은 일반진료, 전문의 서비스, 병리학, 그리고 물리요법 같은 각종 서비스를 공급한다. 민간부문에 의해 소비되는 대부분의 처방약들은 약제비 급여계획(PBS)을 통해 정부에 의해 직접 지불되며 민간환자에 대한 치료비의 일부 또는 전부는 또 다른 중요한 보건체계인 민간의료보험에 의해 지불된다.

다. 급성병원(Acute care hospitals)

2005~06년 기준으로 호주에는 736개의 공공 급성병원이 있다. 여기에는 24시간 상주하는 전문의료진이 내과와 외과, 산부인과 서비스를 제공하지만 재활이나 정신치료, 말기환자의 치료는 하지 않는다.

공공병원의 인구 천명당 급성기병상은 2000년 이후 점차 증가추세를 보이고 있는데 2001-02년에 2.51 병상에서 2005~06년에는 2.55 병상으로 증가함을 볼 수 있다.

<표 Ⅱ-12> 호주의 병원수와 침상수 추이

구분	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06
병원					
공공병원	746	748	761	759	755
공공 급성기 병원	724	729	741	739	736
공공정신병원	22	19	20	20	19
민간병원	560	549	525	532	536
민간 독립 낮 병원	246	248	234	247	252
기타 민간 병원	314	301	291	285	284
총계	1,306	1,297	1,286	1,291	1,291
인구 천명당 침상수					
공공병원	2.64	2.65	2.68	2.73	2.67
공공 급성기 병원	2.51	2.52	2.55	2.60	2.55
공공정신병원	0.13	0.13	0.13	0.12	0.12
민간병원	1.40	1.33	1.33	1.31	1.33
민간 독립 낮 병원	0.09	0.10	0.10	0.10	0.10
기타 민간 병원	1.31	1.24	1.23	1.20	1.23
총계	4.04	3.98	4.01	4.03	4.00

자료: AIHW 2007.

6. 결론

1) 호주의료제도의 최근 동향

(1) 메디케어로도 치과치료가능 (04. 03.19)

앞으로 메디케어(Medicare)에 의해서도 치과 치료가 가능할 것으로 보여 심각한 치아 질병을 앓고 있으나 경제적 이유로 치료를 받지 못하고 있는 노약자나 저소득층 환자들이 많은 혜택을 입게 된다.

토니 아보트 연방 보건장관은 24억AU달러 규모의 "Medicare Plus package"예산에 새로이 4억AU달러를 추가 배정하기로 결정 하면서 공공보험 혜택을 치과치료까지로 확대하기로 했다. 이는 연방 보건부가 추진하고 있는 "메디케어 안전망"에 관한 입법을 연방상원에서 통과시키기 위해서는 무소속 상원의원들의 동의가 절대 필요하다는 정부 여당의 인식하에 이들 무소속 의원들과의 마라톤 협상을 통해 이같이 최종 결정하게 되었다. 이로써 메디케어(Medicare)는 제한적이긴 하지만 치과치료를 비롯하여 물리치료 및 족병(podiatry)치료까지로 그 혜택 범위가 확대되었다.

한편, 이보다 앞서 4명의 무소속 연방상원 의원들은 일반의들(GPs)이 전체 치아 건강에 영향을 미칠 수 있는 심각한 구강 질병을 앓고 있는 환자들에 대해서 치과 전문의에게 소개할 수 있도록 하는 새로운 의료제도 개선안을 제출한 바 있다. 특히 무소속 상원 의원들은 이번 협상에서 여당을 설득, 일반 진료비가 500AU달러 내지 1,000AU달러를 넘을 경우 피보험자가 전체

진료비의 80퍼센트를 환급 받을 수 있도록 하는 여당 측의 기존 방안을 300AU달러와 700AU달러로 각각 하향 조정 하도록 합의한 것으로도 알려졌다. 또한 연방 정부는 환자들의 진료비 부담을 줄이기 위한 다른 방안의 하나로 의료진이 부족해 상대적으로 진료비가 비쌌던 지역의 의사들에게 진료비를 낮추는 대신 일종의 "인센티브"를 제공하는 방안을 고려하고 있는 중인 것으로 알려졌다.

호주 의료 협회 빌 그라슨 회장은 정부 측의 최종 합의 안에 대해서 "매우 고무적이다"라고 반기고 전체 건강상태에 영향을 미칠 수 있는 심한 구강질병을 앓고 있는 가난한 환자들에게 큰 도움이 될 것이라고 말했다.

(2) 메디케어 환급금 24시간 내 온라인 입금 (06. 08.13)

호주 연방정부는 내년부터 메디케어 환급금을 받기 위해 환자들이 Medicare Office에 가서 줄을 서지 않아도 될 것이라고 13일 발표했다. 존 하워드 총리는 내년에 도입할 새로운 환급방식에 따라 환자들은 의사의 진찰을 받은 후 24시간 이내에 환급금이 자신의 은행계좌로 입금될 것이라고 밝혔다. 현재 호주에서는 전국적으로 매일 8만명이 Medicare Office에 가서 줄을 서고 있는 것으로 추산되고 있는데 새 방식의 도입으로 줄을 서는 사례가 크게 줄게 되며 의사들의 메디케어 환급금도 24시간 내에 전자적으로 처리될 전망이다.

하워드 총리는 "환자는 의원에서 이 모든 것을 처리할 수 있다. 한번 메디케어 카드를 그으면 끝난다"면서 "전자 IT(정보기술) 시대에 아주 절실하고도 매우 바람직한 방식이라고 본다"고 말했다.

조 하키 연방복지부장관은 메디케어 직원들이 환급금 처리업무가 크게

줄어 가족수당이나 출산보너스, 노인연금 신청 등 그 밖의 대면 서비스에 치중할 수 있게 될 것이라면서 Medicare Office의 폐쇄나 직원의 감원 조치는 없을 것이라고 말했다.

(3) 메디케어 적용을 받게 되는 정신과 치료 (06. 10.31)

메디케어 환급 시스템이 총 5억3천8백만AU달러를 들여 확장되면서 빠른 시일내에 많은 정신과 환자들에게도 지급 가능하게 된다. 존 하워드 총리는 정신 질환과 관련해 GP(일반가정의)의 조기 중재, 진단 그리고 관리를 받는 환자들에게도 지급이 가능해 질 것이라고 밝히며, "새로운 제도가 실시되면, GP로부터 개인 및 그룹 치료세션을 위한 정신과 전문의를 추천 받은 환자들과 처음으로 정신과 의사를 찾는 환자들 또한 메디케어 환급을 받을 수 있는 자격이 주어질 것"이라고 주간 라디오 메시지를 통해 전했다.

또한 "이 새로운 계획은 그 동안 호주에서 정신 건강 문제를 위해 치료를 제공하던 방법을 크게 재편성하는 것"이라고 밝혔다. 시스템 확장은 향후 5년간 계속되며 이는 호주 정신 질환 치료 개선을 위한 19억AU달러 사업의 일환이다. 하워드 총리는 "호주의 건강 전문의들은 세계 최고 수준이다. 메디케어(Medicare)의 주요 개선은 전문의들이 정신 장애를 가진 호주 국민들을 더욱 실질적으로 도울 수 있도록 지원할 것이다"라고 포부를 밝혔다.

(4) 호주병원 수술실패율 20%, 병원감염 심각 (06. 11.15)

호주 공공/민간 병원의 수술 실패율이 20%에 달해 수십억AU달러의 추

가 의료비용과 개인의 건강보험료 상승을 초래하는 것은 물론 환자들의 생명을 위험에 빠뜨리고 있다는 지적이 나왔다.

2006년 11월 11일자 호주언론에 따르면 호주 병원에서 시술된 수술 가운데 감염과 의료과실 및 엉덩이와 무릎의 인공관절 품질 불량으로 인한 문제를 교정하기 위해 재수술을 받아야 하는 경우가 5건 중 1건에 달하고 있다는 것이다. 호주 최대의 민간보험사인 메디뱅크 프라이빗의 통계자료에 따르면 병원에서의 감염 발생률이 종전의 추정치에 비해 2배 이상 높은 것으로 나타났다.

조지 사비데스 메디뱅크 대표는 "이는 환자들에게 매우 값비싸고 불편하고 때로는 매우 위험한 것"이라면서 흔히 같은 의료인이 공공과 민간 병원에서 시술하기 때문에 수술 실패율이 공공과 민간 병원이 동일하다고 지적했다. 사비데스 대표는 호주가 이러한 실패율의 반감을 목표로 해야 한다면서 "민간병원에서만 의료과실로 인해 연간 3억AU달러 가량이 낭비되고 있는 만큼 병원 전체를 통틀어 훨씬 더 많은 비용이 들 것"이라고 말했다. 그는 이러한 의료비용을 15%만 줄여도 개인의 민간보험 보험료를 2년간 동결시키고 메디케어 부과(Medicare Levy)금의 인상도 막을 수 있을 것이라고 말했다.

한편 캔버라 병원의 감염질환 책임자 피터 콜리뇽 씨는 잠재적으로 치명적인 감염으로 인한 합병증 발생률을 줄이기 위해 의사들이 충분히 소임을 다하지 않고 있다면서 환자들이 병원에서 감염으로 사망할 경우 철저한 조사가 이뤄져야 한다고 주장했다.

2) 결론 : 호주의 의료제도 평가

첫째, 총 보건의료비(국민의료비) 지출규모가 2004년 기준 GDP 대비 9.5% 수준(OECD 평균은 8.9%)으로 비교적 낮은 효율성을 유지하고 있다. 이는 민간주도의 의료제공체계, 분산적인 관리시스템 등 비효율적인 요소들을 갖고 있는 점이 중요한 원인이라 할 수 있다. 반면에 호주 보건의료체계의 긍정적인 면은 규제와 유인정책을 적절히 사용한다는 점이다. 총 의료비 지출의 65% 이상을 점하는 공적재원을 근간으로 보험자가 의료기관에 대한 구매독점력(monopsony power)을 행사할 수 있다. 또한 간호사의 기능 확대를 통한 효율적인 의료자원 사용을 들 수 있다. 간호사는 예방접종, 건강검진, 건강상담은 물론 제한된 영역에서 처방까지 하고 있으며, 의료기관 내에서는 물론 독립하여 대체진료 기능을 수행하기도 한다. 다만, 분산적 관리체계로 과도한 관리운영비 지출요인을 안고 있는 것이 흠이다. 즉, 복잡한 연방정부와 주 정부 간의 관리기능 중첩, 그리고 특수한 기능을 수행하기 위해 별도로 설립한 기관들이 무수히 많아 효율성을 저하시킬 가능성이 많다.

둘째, 형평성을 제고하는 장치들을 가지고 있다. 우선 대부분의 재원이 조세로 조달된다는 점에서 형평성을 확보하고 있다. 진료비가 많이 소요되는 병원서비스를 언제든지 무료로 받을 수 있기 때문이다. 그리고 1차 의료기관 이용 시 환자가 부담하는 본인부담금을 취약계층에 대해서는 면제하고 있다. 또한 농어촌 등 취약지역의 의료접근성 제고를 위해 그곳 소재 의료기관에 대한 별도의 인센티브를 제공하고 있다. 그러나 최근 민간보험 확대로 국민의 45%가 가입한 점은 형평성의 문제를 야기할 가능성이 있다.

셋째, 의료의 질 관리라는 측면에서도 상당한 수준을 유지하고 있다. 의료기관 인증제를 시행하여 의료의 질을 향상시킬 수 있도록 기여하고 있

다. 독립적인 기관들로 구성된 위원회에서 증거에 근거한 임상진료 지침을 개발하여 모든 의사에게 정기적으로 제공함으로써 의료의 질을 향상시키는 데 기여한다.

마지막으로 호주의 보건의료제도와 관련하여 관심을 끄는 것은 세계화와의 관계에서 보는 것이다. 사실, 아시아권 국가들 중 호주와 뉴질랜드가 70년대 이후 세계화의 영향을 많이 받았으며 많은 부분에서 큰 변화를 겪었다. 그러나 호주의 경우 보건의료분야는 여전히 정부의 강력한 규제가 그대로 존속되고 있는데 이는 상당한 의미를 갖는다. 그만큼 건강보험에서 경쟁과 선택이라는 가치는 한계를 가진다는 것을 반증하고 있다.

참고문헌

(1) 국내문헌

김종인 2006. 호주의 의료제도. 전북발전포럼.

전창배. 세계의 의료제도: 8.호주의 보건의료제도. 국민건강보험공단.

정영호 외 2004. 보건의료인력 현황 추이 및 정책방향: OECD 주요국의 사례연구를 중심으로. 한국보건사회연구원.

(2) 국외문헌

ABS(Australian Bureau of Statistics) 2006. National Health Survey: Summary of Results Australia 2004~2005. Cat. no. 4364.0. Canberra: ABS.

ABS & AIHW 2005. The Health and Welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. Cat. no. 4704.0. Canberra: ABS.

AIHW(Australian Institute of Health and Welfare) 2006a. Australian's Health 2006. Cat. No. AUS 73. Canberra; AIHW.

AIHW 2006b. Health Expenditure Australia 2004-05. Cat. No. HWE 35. Canberra; AIHW.

AIHW 2007a. Australian Hospital Statistics 2005-06. Cat. no. HSE 50. Canberra: AIHW.

AIHW 2007b. Health Expenditure Australia 2005-06. Cat. No. HWE 37. Canberra; AIHW.

AIHW 2007c. National Public Health Expenditure Report 2004-05. Cat. no. HWE 36. Canberra: AIHW.

DoHA(Department of Health and Ageing) 2000. The Australian Health Care System: An Outline. Cat. no. 2545.0. Canberra: DoHA.

DoHA 2004. Australia: Selected Health Care Delivery and Financing Statistics-May 2004.

OECD 2006. OECD Health Data 2006. Paris: OECD.

OECD 2007. OECD Health Data 2007. Paris: OECD.

Reinhard Busse et 2002. Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges. European Observatory on Health Care Systems.

WHO 1946. Constitution of the WHO. Reprinted in: Basic documents (37th edn). Geneva: WHO.

(3) Web

주호주대사관: http://www.mofat.go.kr

Area Health Service Public Health Units. New South Wales Department of Health:
http://www.health.nsw.gov.au/public-health/phus/phus.html

Department of Health and Ageing: http://www.health.gov.au

Medicare Australia:

http://www.medicareaustralia.gov.au/providers/programs_servic
es/ about_medicare.shtml

myDr: http://www.mydr.com.au/default_new.asp?article=4059

NSW Department of Health: http://www.health.nsw.gov.au

WHO: http://www.who.int/countries/aus/en/

Ⅲ. 캐나다

1. 서론

본 장은 공공성이 높다고 평가되는 캐나다 의료제도의 재원조달과 제공체계를 조사 연구하는 것을 목적으로 한다. 나아가 최근 우리나라에서 의료제도의 주요 이슈가 되고 있는 주제인 민간보험의 역할, 영리의료기관에 대한 캐나다의 의료보장정책에 대해 고찰을 하고자 한다. 전 국민을 포괄하고 있지만 보장성이 약하고 의료제공체계의 공공성 역시 매우 취약한 우리나라의 의료보장제도는 국민의 건강 수준을 효율적으로 향상하는데 한계를 보이고 있다. 최근 보장성 강화에 대한 많은 발전이 있지만 국민의 기대와 요구에는 역부족으로 민간보험의 역할과 영리의료기관의 도입에 대한 논란이 지속되고 있다.

캐나다의 의료보장제도는 국경을 접하고 있는 미국의 의료제도에 비해 국민의 만족도와 형평성, 접근성의 면에서 성공적이라는 평가를 받고 있으며 많은 캐나다 국민의 지원을 받고 있는 대표적인 공공제도이다. 캐나다의 의료제도는 의료적 필요(medical necessity)로 정의되는 서비스에 대해 본인 부담 없이 포괄적인 의료보장을 제공하고 있어서 보장성 강화라는 큰 과제를 안고 있는 우리나라 의료보장제도에 큰 교훈을 주고 있다. 흔히 시장의 역할을 강조하는 자유주의적 복지국가(liberal welfare state) 중의 하나로 분류되는 캐나다에 있어서, 의료보장제도만은 가장 사민주의(social democratic) 성격을 지닌 제도라고 할 수 있다. 하지만 의료제도에 대한 캐나다 국민들

의 만족도는 연방정부의 예산 지원이 감소한 1990년대 중반부터 급격하게 감소하다가 2000년대 들어 다시 회복세를 보이고 있어 의료제도에 대한 정부 재정 지원의 중요성을 보여주고 있다. 캐나다의 의료보장은 재정이 주로 조세에 의해 조달되는데, 그와 함께 의료공급자들에게 지불되는 총 의료비용의 크기에 제한을 가하는 총액계약제를 통해 의료비용의 증가 역시 적정 수준으로 통제하고 있어서 우리나라 의료제도에 시사하는 바가 매우 크다.

본 장에서는 캐나다 의료제도에 있어서 크게 관리운영체계, 재원조성 및 재정현황, 급여 및 혜택, 의료공급구조와 전달체계로 구분하여 그 내용을 고찰하고자 한다. 우선 캐나다의 관리운영체계를 설명함에 있어 연방정부와 각 주 및 준주 정부의 역할과 의료전달체계, 그리고 자격 및 적용범위에 대해 기술하고 지역보건국의 역할을 설명한다.

다음으로 재원조성과 재정현황을 살펴보는데, 주정부와 연방정부의 일반조세로 구성되는 의료보장 재원구성에 대해 알아보고, 모든 병원이 전형적으로 민간 비영리 기업형태이고, 주로 주 보건행정부와의 협상을 통해서 결정되는 총액예산제에 따라 매년 자금지원이 일어나고 있는 재정지출 및 진료비 지불체계에 대해서 알아본다. 이어서 상한선을 넘는 초과분을 의사가 모두 보상해야 하는 예산상한과 초과분을 정부와 의사가 함께 책임지는 예산목표의 형태가 주에 따라 공존하는 예산제도에 대해 알아보고, 병원서비스에 대한 지불체계 및 보건의료인력에 대한 지불체계 등 진료비 지불체계에 대해서 정리한다. 제4절에서는 캐나다의 의료개혁과 공공성 및 민간보험과 영리병원의 특징을 살펴보면서 몇 가지 주요한 민간보험 관련사례들을 소개한다. 끝으로 캐나다의 의료공급구조와 전달체계를 설명함으로써 본 장을 마무리 한다.

2. 관리운영체계

연방체제 국가인 캐나다는 10개의 주(province)와 3개의 준주(territory)로 이루어져 있고, 헌법에 의해 연방정부와 주 및 준주정부 간의 보건의료에 관한 역할과 책임이 구분되어 있다. 현재의 캐나다 보건의료체계는 1947년 사스캐치원(Saskatchewan)주에서 병원의료서비스에 사회보험(공적자금으로 설립된 병원보험프로그램)을 도입함으로써 시작되었다. 이후 병원진료보장법과 의사진료보장법이 각 주별로 운영되다가 1984년, 환자 본인부담제를 폐지하고 기존의 병원진료 보장법과 의사진료 보장법을 통합하여, 제반 보건의료서비스프로그램에 대한 지원을 포함하는 캐나다 보건의료법 (Canada Health Act)이 제정되었다. 이 법에서는 주 및 준주정부에서 운영하는 의료보험이 준수해야 할 원칙 5가지(포괄성, 보편성, 이동성, 공공관리, 접근성)를 명시하여 이를 지켜야 연방정부의 재정 지원을 받을 수 있도록 하였다.

<표 Ⅲ-1> 캐나다보건의료법의 5가지 기본 조건(1984년)

조건	각 주 의료보험은 다음과 같아야 한다:
공적 운영 (Public administration)	각 주의 건강보험 계획에 대한 책임과 권한은 주 정부에게 있으며 비영리적으로 관리되고 운영되어야 한다.
포괄성 (Comprehensiveness)	보험은 병원과 의사 또는 치과의사(수술서비스)에 의해 공급되는 의학적으로 필수적인 서비스를 보장한다. 또한 각 주에서 정한 법에서 급여서비스로 정한 보건의료서비스도 포함된다.
보편성 (Universality)	모든 대상자에게 건강보험에서 보장하는 보건의료서비스를 동일한 비용과 조건으로 제공해야 한다.
이동적용성 (Portability)	거주자들은 캐나다 내에서 다른 주로 이사할 때나 캐나다 내 또는 해외로 여행 할 때도 의료 서비스를 받을 수 있는 권리가 있다.
접근성 (Accessibility)	의료서비스의 가격 혹은 기타 다른 수단에 의해 직접적으로나 간접적으로 접근이 제한되는 경우가 없게끔, 보험급여되는 보건의료서비스에 대해서는 적절한 접근이 보장되어져야 한다.

자료: Canada Health Act(1984); Health Canada(2004); Health systems in transition(2005)

1) 관리운영기구

연방 정부가 법률에 의거하여 보건의료비용의 분배와 자금 이전 권한을 갖고 있는 데에 반해, 각 주 및 준주정부는 의료보장을 포함한 사회보장의 대부분을 책임지면서도 세금에 있어서는 권한이 제한되어 있다. 또한 캐나다 보건의료법에 의거한 보건의료체계의 기본틀이 확정되어 있지만, 각 주 및 준주별 보건의료구조, 계획, 규정, 재원 및 급여 형태와 내용은 국가법의 기본원칙을 준수하는 범위 내에서 각기 다양한 것이 특징이다.

각 주 및 준주 정부는 지역내 건강보험의 행정과 병원 및 의사서비스, 유사의료서비스, 병원과 보건소에서 제공하는 처방약 서비스에 대한 보험급여계획, 지불 및 평가, 그리고 보건의료전문가에 대한 수가 지불 계획 협상 등을 담당한다.

대부분의 주 및 준주 지역에서는 지역보건국(Regional Health Authority)에서 관할 지역의 보건의료체계를 관리하고 예산을 분배한다. 예산 설정 및 분배 방법은 지역별로 다양한데, 일반적으로는 과거의 지출을 고려하여 총액예산을 설정하며, 서부지역에 위치한 몇몇 주에서는 지역별 보건의료수요와 인구수를 평가하여 예산을 분배한다. 지역보건국은 주 보건부에 예산을 제출하는데 주 또는 준주 정부 예산이 형성 또는 확정되기 전에 제출해야 한다.

2) 의료전달체계

보건의료서비스 제공에 있어 일차보건의료와 공중보건의 경우 일반적으로 캐나다 국민들은, 자신이 거주하는 지역을 관할하는 주 또는 준주 정부에서 운영하는 건강보험에 의해 필요한 보건의료서비스를 제공받고 비용을 지불한다. 의원이나 병원에서 제공하는 거의 모든 서비스에 대해 환자 본인 부담금은 없고 메디케어에서 급여를 제공한다. 일차적 의료서비스는 가정의에 의해 제공되고, 이들은 대부분 명세표에 따라 주와 준주 정부로부터 행위별수가제에 의해서 비용을 지불받는다.

대부분의 의사들은 독립적 또는 집단 진료기관에서 일하고 있는 민간 의사들로, 지역사회 보건소(community health centres)에서 일하거나, 병원 또는 병원 외래환자 담당부서와 제휴하여 일하고 있다. 지역사회 보건소(Community Health Service)를 통해서도 일차보건의료가 일부 이루어지기도 한다. 그 외 캐나다원주민과 에스키모 등 특정 주민에 대한 보건의료서비스 공급에 있어서는 연방정부, 주 및 준주정부, 그리고 원주민조직(Aboriginal organization)이 각자의 역할과 책임을 구분하여 담당하고 있다.

캐나다 공중보건(Public health)은 전염성 질환의 관리, 공중위생의 확보 및 보건교육 보급을 위해 설립되었다. 그러나 전염성 질환 발생이 줄어들고 치료가 가능해짐에 따라 기능이 변화되었다. 최근에는 만성질환을 예방하고 사고를 예방하며 공중보건 응급상황에 대처하면서 건강증진 서비스와 예방접종 서비스에 주력하고 있다. 연방 보건부 내 공중보건기관(Public health Agency of Canada)과 6개 지역 산하에서 이를 담당하고 있다.

2, 3차 보건의료(Beyond Primary Health Care)의 경우, 캐나다 병원 대부분은 지역사회 이사회(community boards of trustees), 자선단체, 지방자치

단체가 운영을 맡고 있다. 병원은 매년 주 및 준주 보건당국이나 지역보건기관이나 이사회와 예산을 협상하고 이에 따라 재원 조달받는다.

3) 자격 및 적용범위

응급의료 전문의는 일반의와 같은 형태로 응급의료서비스를 제공하고, 전문의는 그 분야에서 전문훈련과정을 받고 자격을 얻게 된다. 자격증 취득 후 개인적으로 활동하기도 하고 병원이나 외래진료소가 갖추어진 병원과 제휴하여 일하기도 한다. 전문의에게 환자를 보내야 하는 의사결정에는 의사, 병원, 지역사회 보건기관, 지역 거주자들이 참여하고, 급성기 질병 치료를 위해 집이나 지역사회시설, 장기요양이나 만성치료가 필요한 경우 이를 위해 설립된 기관에서 보건의료서비스를 받게 된다.

지역보건국은 지역 주민 건강을 위해 직접 서비스를 공급할 지 아니면 외부 보건의료기관과의 계약을 통해 주민에게 서비스를 공급할 지를 결정해야 한다. 그러나 의사예산(physician budgets)과 처방약 공급계획은 주 정부 차원에서 관리하고 있어 실제적으로 지역보건국의 역할은 제한적인 측면이 있다 (Marchildon, 2005). 간호시설이나 장기요양시설은 지역보건국이 직접 운영하거나, 지역보건국과 계약을 맺은 기관에 의해 운영된다.

지역사회 서비스는 다시 시설서비스와 가정간호서비스로 구분해 볼 수 있다. 시설서비스는 주로 노인과 거동이 불편한 사람들에게 장기요양 및 만성질환에 대한 간호서비스를 제공하고, 가정간호서비스에는 의사방문, 전문간호 서비스, 식사배달 서비스 및 노인복지(Day-care)가 포함된다. 이러한 서비스는 여러 기관을 통해 제공되는데 일부 주에서는 이러한 기관을 조직화하여 한 기관에서 모든 서비스를 이용할 수 있는 원스톱형식

(one-stop-shopping)으로 제공하고 있다.

4) 지역보건국의 역할

지역보건국(Regional health authority)과 보건의료서비스를 실제로 공급하는 의사나 병원 등과의 관계는 계약 관계와 계층적 성격을 복합적으로 띠고 있다. 보건의료체계 내에서 지역보건국은 보건의료서비스의 공급자일 뿐 아니라 소비자로서의 역할을 한다. 지역보건국은 의사, 간호사부터 기술보조 인력까지 봉급을 받는 보건의료인력을 관리하고, 급성기 치료시설의 대다수는 직접 운영하며, 응급치료서비스 공급을 위해 민간 공급자와 계약을 하기도 한다(CUPE 2004). 지역보건국은 지역 주민 건강을 위해 직접 서비스를 공급할 지 아니면 외부 보건의료기관과의 계약을 통해 주민에게 서비스를 공급할 지를 결정해야 한다. 그러나 의사예산(physician budgets)과 처방약 공급계획은 주 정부 차원에서 관리하고 있어 실제적으로 지역보건국의 역할은 제한적인 측면이 있다(Marchildon, 2005).

간호시설이나 장기요양시설은 지역보건국이 직접 운영하거나, 지역보건국과 계약을 맺은 기관에 의해 운영된다. 지역보건국에서 지역 주민의 보건의료서비스를 공급하기 위해 외부시설을 이용하는 경우에는 지역보건국과의 법적 계약에서 정한 합의된 금액을 해당 시설에 이전시켜준다. 가정간호, 지역사회 보건서비스, 대체요법서비스를 제공하는 기관의 운영도 이러한 계약을 기반으로 한 운영이 일반적이다.

3. 재원조성 및 재정현황

1) 의료보장 재원구성

캐나다 의료보장제도의 주된 재원은 주정부와 연방정부의 일반조세이다. 주정부는 2004년 현재 전체 의료비의 64%를 부담하여 공공부문의 전체 부담액의 90% 이상을 차지하고 있다. 다만, 주정부 부담금 가운데 33%는 연방정부의 현금이전(cash transfer) 및 과세이전(tax transfer)이었으며, 이것들과 연방정부 직접 지출분을 합할 경우 캐나다 의료보장제도의 재정 가운데서 연방정부가 부담하는 비율은 약 25%에 달한다.

<표 Ⅲ-2> 주정부에 대한 연방정부 지원금(1999년-2003년)

(단위: 백만달러)

회계연도	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03
현금이전(Cash)	14,500	15,500	18,300	19,100
세금이전(Tax Points)	15,605	16,383	15,948	16,615
총 이전분	30,105	31,883	34,248	35,715
균형지원(Equalization)	10,900	10,861	10,218	10,348
준주지역 재정지원 (Territorial Formula Financing)	1,335	1,205	1,458	1,344
총 정부지원금	40,942	42,660	44,660	45,988

자료: Health Canada, 2006

보다 상세히 살펴보면, 캐나다의 전체 보건의료 지출 중 약 70%는 연방, 주 및 준주 정부의 개인 소득세, 소비세, 법인세 등의 재원(general revenue funds)으로 이루어진다. 앨버타, BC(British Columbia) 주, 온타리오 주에서

는 정기적인 소득세 수입과는 별도로 일정 소득 이상의 개인과 가족을 대상으로 일정한 보험료를 세금의 형태로 부과하여 재원을 조달하기도 한다.

지방정부에서 시(city) 단위별로 공중보건 부문에 사용할 재원을 세금으로 징수하기도 한다. 공공 재원은 주 정부에 의해 의사나 병원서비스 등 의학적으로 필요한 서비스의 급여에 사용된다.

민간부문 재원으로 소비자 직접 지불한 규모는 보건의료지출의 약 15%이고, 민간보험이 약 12%를 차지하며, 나머지 3%는 산재보험급여를 위한 사회보험기금(Social insurance funds), 보건기관 설립이나 병원 장비 구입, 연구를 위한 자선기금 등으로 구성된다. 대체요법이나 보완요법, 안과치료, 비처방약 구입에는 소비자의 직접 지출이 매우 주요한 재원이 된다.

<표 Ⅲ-3> 보건의료지출의 재원별 구성비율(1975년-2004년)

(단위: %)

	주정부(연방 이전금포함)	연방 정부	지방 정부	사회보장 기금	총공공부문	총민간부문
1975년	71.4	3.3	0.6	1.0	76.2	23.8
1980년	70.8	2.6	1.0	1.0	75.5	24.5
1985년	70.8	2.9	0.7	1.2	75.5	24.5
1990년	69.6	3.2	0.6	1.1	74.5	25.5
1995년	66.1	3.6	0.5	1.1	71.3	28.7
1999년	64.8	3.7	0.6	1.3	70.5	29.5
2000년	64.8	3.6	0.6	1.4	70.4	29.6
2001년	64.2	3.8	0.7	1.4	70.1	29.9
2002년	64.0	3.8	0.7	1.4	69.9	30.1
2003년	63.8	3.9	0.7	1.4	69.9	30.1
2004년	64.0	3.6	0.8	1.4	69.9	30.1

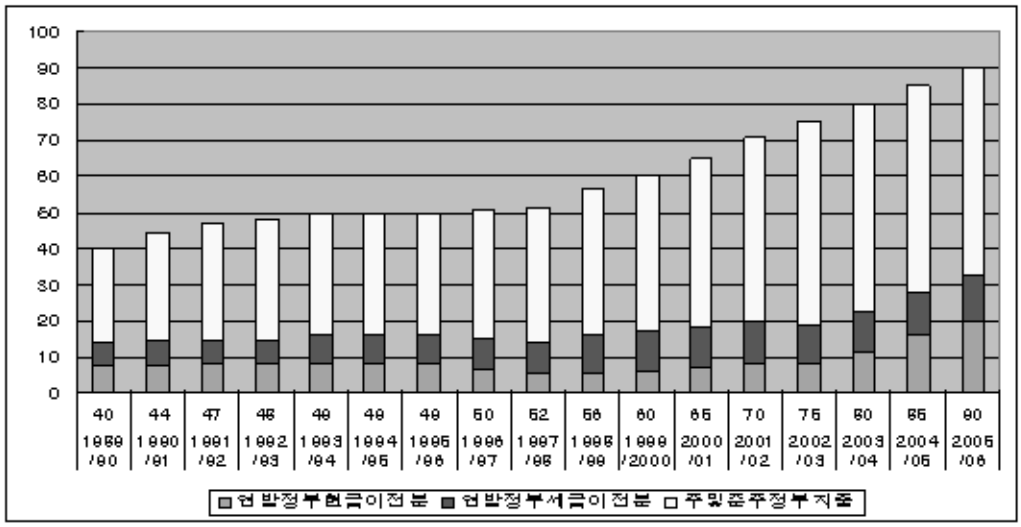
주: 2003년과 2004년은 예측치임.
자료: CIHI 2004c

그 외, 주 산재보험과 같은 사회보장이 보건의료재원을 구성하는 한 요소가 되는데, 주 근로자 상해보상 위원회(Provincial workers' compensation boards, WCBs)에 의해 관리되는 보건의료비용은 전체 공공부문의 보건의료 지출 중 약 2%에 이르는 것으로 추정된다. 또한 기부금은 공중보건과 보건 분야 연구에 있어서 주요 재원이 된다.

연방정부의 지원은 각 지역의 메디케어 운영에 매우 중요한 재원으로, 지방정부의 예산 지원이 감소한 1990년대 중반부터 급격하게 감소하다가 2000년대 들어 다시 회복세를 보이고 있어 의료제도에 대한 정부 재정 지원의 중요성을 보여주고 있다.

<그림 Ⅲ-1> 주 및 준주정부 보건의료지출 중 연방이전금 비율 (1989/1990 to 2005/06)

(단위: 십억캐나다달러)



주: 회계연도 2006/2004 이후부터 추정된 연방정부의 현금이전이 급상승한 것으로 나타난 것은, 연방정부가 전체 확정금 이전에서 연방정부 지원금 총액의 62%를 보건부분에 할당한 결정을 고려하여 총 이전규모의 43%를 배정하는 것으로 가정하였기 때문임.

자료: Finance Canada, 2004CIHI 2004c

2) 재정지출 및 진료비 지불체계

진료비 지불방식을 알아보기 위한 첫걸음으로 병원 서비스에 대한 지불체계를 살펴보면, 모든 병원이 전형적으로 민간 비영리 기업 형태이고, 주로 주 보건행정부와의 협상을 통해 결정된 총액예산제에 따라 매년 자금 지원을 받고 있다. 만성질환과 재활 병원은 거의 공공재정이나 관리를 받지 않아, 장기요양 시설비용이나 총경비는 이용자들이 부담하지만 모든 보건서비스와 입원시 의약품 비용은 보험급여혜택을 지급받고 있다.

최근 지역사회 서비스(community-based care)에 대한 공공 급여가 증가하고 있으며, 대부분의 주에서 단기적인 사후급성기 질환에 대한 가정간호(Transient post-acute home care)와 만성적 가정간호서비스(chronic home support service)에 대해 공공재원을 지출하는데 세부 내용은 주 별로 다양하다. 치과 서비스는 입원환자 수술에만 보험이 적용되고, 시력교정은 굴절이나 수정렌즈의 일부분에 대해 보험이 가능하다.

다음으로 보건의료인력에 대한 지불체계를 살펴보면, 전문의나 일반의 대부분은 행위별 수가제(fee-for-service schedules)를 적용받고, 지역보건국 또는 주 보건부와 직접 근로계약을 맺고 있으나 지역사회 의료기관에서 일하는 의사(Community clinic physicians)는 봉급(salary)을 받고 있다. 최근에는 가정의나 일반의와 계약을 통해 지불체계를 운영하는 주 정부도 있고, 봉급, 인두제, 행위별 수가제가 복합된 지불모델도 생겨났다.

의사를 제외한 대부분의 보건의료 전문가들은 보건기관에서 제공하는 봉급을 받고, 일반 및 전문 간호사들은 간호사단체(the nurses' unions)와 주 고용자 단체(province-wide employer organizations) 간의 집단 협상에 의해 정해지는 조건과 규정에 따라 급여가 지불된다.

지역보건국의 지불체계는 가정간호, 지역사회 보건서비스, 대체요법서비스 등의 보건의료서비스를 공급하기 위해 외부시설을 이용하는 경우에는 지역보건국과의 법적 계약에서 정한 합의된 금액을 해당 시설에 이전시켜준다.

의사에 대한 진료비 지불체계는 의사 단체와 주 정부 사이에 진료비지불에 대한 쌍방독점적 계약을 맺는다. 구체적인 협상의 구조와 과정은 주에 따라 각기 다른 형태를 가지고 있지만, 기본적으로 총액계약의 형태를 가진다. 1990년대 초부터는 보험자와 의사회 간의 협상에 의해 예산 총액이 결정되면 의사회가 행위별수가제에 의해 예산을 개별 의사들에게 배분하는 진료비 지불제도를 갖고 있고, 평균수준에서 크게 벗어난 의료 이용도나 진료행태를 보이는 의사를 의사회가 감시 또는 제재한다. 협상의 대상이 되는 의사서비스비용은 의료단위당 가격(수가), 의사 일인당 의료서비스량, 그리고 의사수(공급)의 곱에 의해 결정된다.

3) 예산제도

예산제도에는 상한선을 넘는 초과분을 의사가 모두 보상해야 하는 예산상한(8개 주)과 초과분을 정부와 의사(집단이나 개인)가 함께 책임지는 예산목표(2개 주)의 형태가 있다. 의료비상한의 수준을 결정하는 요인들, 초과분을 보상하는 방법, 분쟁을 해결하는 공식적인 방법도 주에 따라 각각 다르게 나타나며, 초과분을 보상하는 방법도 각 주마다 다른데 그 구체적인 방법은 협상에 의해 결정된다. 의료비 협상의 주체와 범위, 과정은 주마다 차이가 있으며, 이는 각 주의 의료체계와 협상과정의 역사적 배경의 차이 등에 기인한다.

4) 진료비지불제도

병원과 의원 등 기관 중심의 재원 공급(institution-specific funding)에서 다양한 보건의료서비스에 대한 공공재원 조달이 증가하면서 진료비 지불제도가 변화하고 있다 (McKillop, 2004).

(1) 병원 서비스에 대한 지불체계

모든 병원이 전형적으로 민간 비영리 기업 형태이며, 주로 주 보건행정부와의 협상을 통해 결정된 총액예산제에 따라 매년 자금 지원을 받고 있다. 요양시설(Nursing home)은 일부 민간소유가 있어 공공과 민간의 재정 지원이 혼합된 형태이다. 만성질환과 재활 병원은 거의 공공재정이나 관리를 받지 않아, 장기요양 시설비용이나 총 경비는 이용자들이 부담하지만 모든 보건서비스와 입원시 의약품 비용은 보험급여를 받고 있다. 최근 지역사회 서비스(community-based care)에 대한 공공 급여가 증가하고 있으며, 대부분의 주에서 단기적인 사후급성기 질환에 대한 가정간호(Transient post-acute home care)와 장기가정간호서비스(chronic home support service)에 대해공공재원을 지출하는데 세부 내용은 주 별로 다양하다.

대부분의 캐나다 사람들은 보충적 민간보험을 가지고 있어 처방약 또는 치과 서비스에 대해 민간보험을 적용받는다. 치과 서비스는 입원환자 수술에만 보험이 적용되며, 시력교정은 굴절이나 수정렌즈의 일부분에 대해 보험이 가능하다.

(2) 보건의료인력에 대한 지불체계

전문의나 일반의 대부분은 행위별 수가제(fee-for-service schedules)를 적용받으며, 지역보건국 또는 주 보건부와 직접 근로계약을 맺고 있는데, 전문의는 다른 보건의료인력에 비해 비교적 규제를 덜 받는 편이다. 그러나 지역사회 의료기관에서 일하는 의사(Community clinic physicians)는 봉급(salary)을 받고 있다. 최근에는 가정의나 일반의와 계약을 통해 지불체계를 운영하는 주 정부도 있으며, 봉급, 인두제, 행위별 수가제가 복합된 지불모델도 생겨났다. 예를 들면, 온타리오 주의 가정보건의료네트워크(family health networks)에 대한 지불방법에서는 의사가 예방적 보건의료서비스와 만성질환 관리서비스를 제공할 경우에 대해 인센티브를 제공한다 (Government of Ontario 2004). 등록된 거주자들을 기준으로 인두세를 매기고, 대부분의 서비스에 대해 주정부에 의해 10% 정도의 행위별 수가를 적용받으며, 몇 가지 예방서비스에 대해 보너스를 받고, 새로운 환자가 등록되면 그에 대해 보수를 받을 수도 있다. 또한 의학관련 보수교육을 위한 지원금, 몇 가지 임상진료에 대한 보수, 정부에 의해 보수가 지불되는 간호인력을 이용하는 등의 조건을 갖고 있다(Martin and Hogg 2004). 암이나 정신치료와 같은 전문가들에 대해서는 행위별수가제가 아닌 방법으로 지불되기도 하거나(British Columbia 2003), 정규 근무시간 외에 의사가 환자에 대해 서비스를 공급한 부분에 대해서는 행위별수가제가 아닌 다른 지불방법에 의해 보수를 주기도 한다.

의사를 제외한 대부분의 보건의료 전문가들은 보건기관에서 제공하는 봉급을 받는다. 이러한 봉급을 받는 보건의료인력 중 다수는 등록간호사(registered nurses), 임상면허가 있는 간호사(licensed practical nurses), 정신

요법간호사(psychiatric nurses) 등 간호사들이다. 일반 및 전문 간호사들은 간호사단체(the nurses' unions)와 주 고용자 단체(province-wide employer organizations) 간의 집단 협상에 의해 정해지는 조건과 규정에 따라 급여가 지불된다.

캐나다보건의료법(Canada Health Act)은 단지의사와 병원 서비스에 대해서만 효력이 있으므로, 그외 다른 서비스에 대한 주정부의 급여 비용 분담이나 급여 형태에 대해서는 다양한 방법이 이용될 여지를 두고 있다. 그러므로 실제 모든 병원들이 공공/비영리에 의해 소유되어 있지만, 장기요양시설의 소유나 관리는 다양한 것이특징이며, 주정부는 의사서비스와 전체 병원 비용에 대한 급여를 확장하기 위해 노력하고 있다. 또한, 행위별수가에 따른 과잉진료의 우려가 지적되면서 의사지불체계에 대한 개혁을 추구하고 있지만 현재까지는 행위별수가체계가 의사 지불방법의 83%를 차지하고 있다(CIHI 2004a).

<표 Ⅲ-4> 각 주별 의사에 대한 진료비 지불방법

(회계연도 2002년-2003년)

	행위별수가제	기타 지불제도
브리티시컬럼비아	80.8%	19.3%
앨버타	91.4%	8.6%
사스케차완	86.6%	13.4%
마니토바	64.1%	35.9%
온타리오	87.8%	12.2%
퀘벡	77.4%	22.6%
뉴브런즈윅	81.5%	18.5%
노바스코티아	68.4%	31.6%
프린스에드워드섬	78.5%	21.5%
뉴펀들랜드/라브라도	63.3%	36.7%
전체	82.8%	17.2%

주: Manitoba 주 등 몇몇 주에서는 부분적으로 행위별수가와 그외 지불방법(alternative payment)에 따른 보수를 받는 의사들은 그외 지불방법을 받는 것으로 분류하였다.
자료: CIHI, 2004a

5) 의사에 대한 진료비 지불제도: 총액계약제

캐나다는 의사 단체와 주 정부 사이에 진료비지불에 대한 (쌍방독점적) 계약을 맺는다. 구체적인 협상의 구조와 과정은 주에 따라 각기 다른 형태를 가지고 있지만, 기본적으로 총액계약의 형태를 가진다. 의료보험의 초기에는 정부와 공급자와의 계약의 대상은 수가에 국한되었다. 그 당시의 (즉 총액계약제가 도입되기 이전의) 수가 협상은 비교적 쉬었는데 이는 의료보험으로 인하여 의료수요가 증가하고 또 환자로부터 의료비 회수가 용이하여 의사들의 소득이 인상되었기 때문이다. 따라서 지방정부와 의사회와의 협상은 비공식적이고 우호적이었다.

그러나 1980년대 말부터 국가의 전반적 경제사정이 악화되고 따라서 중앙정부로부터 지방정부에 주어지는 의료보험 재정 지원이 감소하였다. 정부재정 적자의 확대, 비용상승에 따른 의료비용 통제 필요성에 대한 국민들의 공감대가 커지고, 타 분야에서 임금이 크게 삭감되면서 의료 분야에도 고통분담의 필요성에 대한 공감대가 생기게 되었다. 그 결과로 기존의 수가 협상은 1980년대 말부터 예산목표(soft cap)로 바뀌었고 1990년대 초부터는 예산상한(hard cap) 즉 총액계약으로 바뀌었다(Lomas, Charles and Greb, 1992). 보험자와 의사회 간의 협상에 의해 예산 총액이 결정되면 의사회가 행위별수가제에 의해 예산을 개별 의사들에게 배분하는 진료비 지불제도를 갖고 있으며, 평균수준에서 크게 벗어난 의료 이용도나 진료행태를 보이는 의사를 의사회가 감시 또는 제재한다.

협상의 대상이 되는 의사서비스비용은 의료단위당 가격(수가), 의사 일인당 의료서비스량, 그리고 의사수(공급)의 곱에 의해 결정된다. 주정부와 의사회의 협상내용이 가격에서 총 의료비용으로 변화함에 따라 총의료비용을

억제하기 위한 다양한 방법들이 협상의 대상이 되고 있다. 이에 따라 협상의 당사자가 보건부처에서 재정부처로 변화하고 의료이용도, 의사수급, 고소득 의사 등의 이슈에 대한 관심이 증가하고 있다.

의료비용을 억제하기 위한 협상의 핵심은 예산을 초과하는 비용분을 정부와 공급자 사이에 어떻게 배분할 것인가의 문제이다. 즉 인구 증가, 노령화, 의사 증가 등에 의한 의료비용 증가와 같이 정당화될 수 있는 비용증가분의 크기가 어느 정도인가의 문제이다. 의료비용의 크기 혹은 정당화될 수 있는 비용증가분의 양에 대한 관심은 그 구체적인 내용을 분석하기 위한 자료분석체계 및 정보체계의 중요성을 높이고, 의료이용도 심사, 기술평가, 진료지침, 의료의 질 등에 관한 논의를 촉발시켰다. 나아가 의사공급 과잉, 의사간 소득 형평성 (많은 환자를 진료하는 의사가 의료비용을 많이 유발하는 문제) 등에 대한 논의도 확대되어 의사 공급 제한, 의사의 개별 소득 상한제 등이 시행되고 있다.

예산제도에는 상한선을 넘는 초과분을 의사가 모두 보상해야 하는 예산상한과 초과분을 정부와 의사(집단이나 개인)가 함께 책임지는 예산목표의 형태가 있는데, 캐나다의 10개의 주 정부 중에서 1995년 현재 Quebec, Saskatchwan 등 2개의 주가 예산목표제를, Newfoundland, Nova Scotia, Prince Edward Island, New Brunswick, Ontario, Manitoba, Alberta, British Columbia 등 8개의 주가 예산상한제를 시행하고 있다(Hurley and Card, 1996). 그리고 의료비상한의 수준을 결정하는 요인들, 초과분을 보상하는 방법, 분쟁을 해결하는 공식적인 방법도 주에 따라 각각 다르게 나타난다. 예를 들어 1995년 현재 Nova Scotia와 Alberta의 경우 의료비상한을 결정하는 요인이 정부재정 목표인데 비해, New Brunswick은 새로운 의사, 협상된 수가, 새로운 서비스에 의해 결정되며 Newfoundland는 인구증가와 노령화,

새로운 기술, 의사수급의 변화 등에 의해 의료비상한이 결정된다.

초과분을 보상하는 방법도 각 주마다 다른데 그 구체적인 방법은 협상에 의해 결정된다. Ontario와 Saskatchewan의 경우는 사후적으로 수가를 일정률 삭감하는 방법을 사용한다. 최근에는 정밀한 예측 기법들이 개발되어 실제의료비와 목표의료비의 비교를 통한 사전적 수가 조정이 일반적이다. 현실적으로는 대부분 첫 6개월이 지난후 수가조정이 이루어지는데 예산 연도가 끝난후 최종 정산을 하고 필요시 재조정을 한다. British Columbia, New Brunswick, Prince Edward Island, Newfoundland에서는 의사에게 지불할 의료비용의 일부를 미리 떼어 놓았다가 실제 의료비가 목표액을 초과시 이를 충당하는 방법을 시행한다. 또 Ontario, Quebec, Nova Scotia, Prince Edward Island, Newfoundland 주에서는 개별 의사들에 대해서 소득상한을 두고, 소득상한을 초과할 경우 의료서비스 당 수가를 낮추어 지급하고 있다.

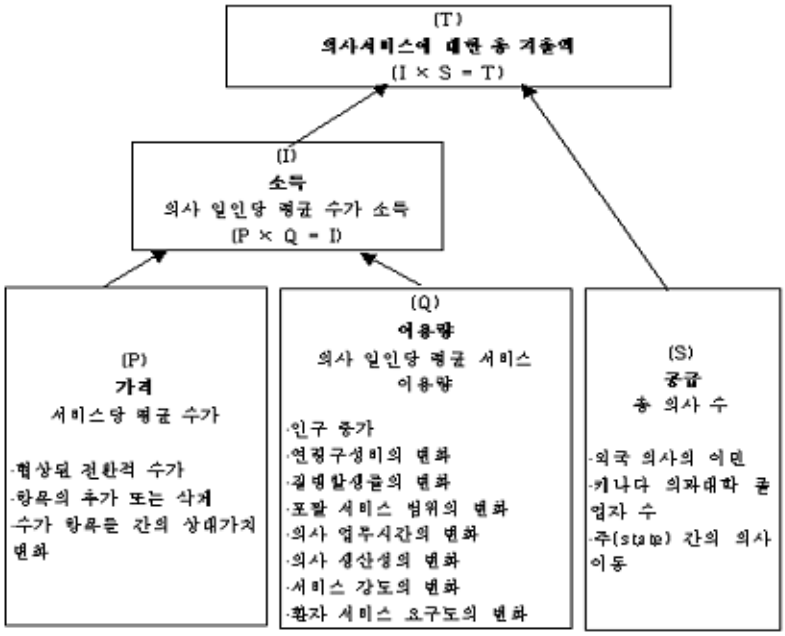
6) 주(Province)별 계약의 내용

캐나다에서 주 정부와 의사협회간 협상의 초점들은 다음과 같이 변해왔다(<그림 Ⅲ-2>참조). 초기에는 주 정부들과 의사협회들은 의사서비스에 대한 수가 인상만을 협상에서 논의하기로 결정하였다(<그림 Ⅲ-2>에서 "가격"). 그러나, 매 해 평균 서비스 양의 증가로 의료비 지출이 예측 불가능해 지고 지속적으로 증가하게 되었다(<그림 Ⅲ-2>에서의 "이용량"). 따라서 협상의 초점이 평균 의사 임금으로 전환되었고 이용량(utilization creep)을 고려하게 되었으며 의사들이 환자에게 추가로 비용을 청구하는 것(extra-bill)을 법으로 규제하여 협상된 수가만이 의사들의 잠재적 수입의 유일한 결정요인이 되도

록 하였다.

위와 같은 방법으로 정부(사회)의 의료비 지출에 대한 예측성은 다시 증가되었지만, 전체 의사 수를 통제할 수 없었으므로 의사 서비스로 인한 총 지출을 통제하기가 여전히 어려웠다. 따라서 협상의 이슈들이 의사 공급의 통제와 의사서비스에 대한 총 지출의 분포 및 비용 통제로 확장, 분산되었다(<그림 Ⅲ-2>에서의 "총 지출액"). 비록 협상의 초점이 수가이긴 하지만, 실제로는 이들 외에 상대적 수가들 간의 조정, 보상 방식, 질 관리, 임상지침서 등에 대한 내용들도 포함되게 되었다.

<그림 Ⅲ-2> 의사에 대한 총괄 수가계약의 주요 요소



자료: Lomas, J., C. Charles, and J. Greb, "The Price of Peace : The Structure and Process of Physician Fee Negotiations in Canada," CHEPA, McMaster University, 1992, p3 figure 1.1 인용

의료비 협상의 주체와 범위, 과정은 주마다 차이가 있는데, 이는 각 주의 의료체계와 협상과정의 역사적 배경의 차이 등에 기인한다. 여기서는 캐나다 7개 주의 수가인상 결정 요인, 과정 및 기타 요인들에 대해 간략히 살펴보고자 한다.

(1) PRINCE EDWARD ISLAND

Prince Edward Island(PEI)의 병원과 보건의료 서비스 위원회(Hospital and Health Services Commission of PEI; HHSC of PEI)와 PEI의 의사협회(Medical Society of PEI; MSPEI)는 다양한 현안에 대해 주기적으로 모임을 갖고 있다. 협상의 핵심인 수가 등에 대한 구체적 협약은 이러한 모임에서 이뤄지는 질 보장, 임상 가이드라인, 분쟁조정, 개별 수가 항목 등에 대한 논의 및 개별 수가 항목의 분포나 폭넓은 보건의료 정책 이슈들에 대한 논의를 바탕으로 한다.

주기적 모임에서 의료이용량이나 개별 항목 변화 등이 재정에 미치는 영향 등이 토론될 수 있는 포럼이 이뤄진다. 개별 항목 수가에 대한 논의는 반드시 수가 인상으로 이어지는 것이 아니라 그 항목에 대한 수가 인하나 동결로 결론지어지기도 한다. 수가체계의 변화는 다양한 방식으로 조율될 수 있다. 예를 들어 새로운 시술이 학습곡선(learning curve)에 의해 결과적으로 가치가 높게(over-valued) 평가되는 것으로 자료상 나타난다거나, 수가코드가 항목간 중복될 때, 바람직한 결과를 위해 수가체계가 개선될 필요가 있을 때에는 수가가 인하되기도 한다.

수가 인상, 특정 수가 항목 추가?삭제, 장애인 보험 관련 사항 등의 재정적 이슈는 협상의 후반부에 이뤄진다. 의료량 통제를 위한 명확한 공식은

없고 오히려 의사 내부에서 동료간 압력에 의해 암묵적으로 이뤄지는데 이는 주 내의 의사수가 작아 개개인의 청구 행태가 좀 더 명확히 드러나며, PEI의 의사협회(MSPEI)가 이러한 구체적인 사안들을 다루는데 있어 정부와 협력하고 있기 때문이다.

(2) NOVA SCOTIA

협상의 핵심은 행위별수가제로 보상받는 의사들을 위한 단가의 증가이다. 최근 들어서는 다양한 수가 간 상대적 가치를 논의하는 것이 중요해지고 있다. 새로운 수가 항목의 추가는 수가 협상의 내용은 아니지만, 추가적 재정 부담을 요구하는 사안이므로 이를 위한 원칙은 협상을 통해 결정된다. 최근에는 새로운 수가 항목의 추가시 3년 간의 검토가 정례화되고 있는데, 이는 이들이 초기 도입기를 지나 정례화되면 초기 도입시의 가치가 기술 향상 등으로 인해 변할 수 있기 때문이다.

Nova Scotia의 수가 인상은 1) 예상 인플레, 2) 의료 이용량의 증가, 3) 주 내외의 다른 공공 서비스 도입 여부를 고려하여 결정한다. 의료이용량 증가에 대한 예측은 최종 합의에 명확히 포함되는 내용은 아니지만 정부는 서비스 구성, 인구 증가, 인구 구조의 변화를 고려한 후에 사용량의 증가로 인한 영향이 전체 재정의 1% 이하 수준을 유지하게 하려고 노력하고 있다. 따라서, 정부는 수가 인상 분에 이용량 증가 추정치를 합한 값을 의사의 수입 증가분으로 간주하며 이를 추정 인플레 율과 비슷하게 맞추려 노력하고 있다(대개 Nova Scotia에서 수가 인상분은 인플레율 이하이다).

(3) NEW BRUNSWICK

의사를 위한 포괄적인 수가 수준에 대한 협상에서 주요한 두 이슈는 계약 기간 동안 의사 서비스의 목표지출액의 결정과 세부 항목 간 비용 분배이다. 지출 증가분의 계산 공식이 앞으로는 협상 과정 중의 한 부분으로 포함 되어야겠지만, 현재는 독립적인 자문을 의뢰해 이뤄진다. 다음은New Brunswick에서 의사 서비스 비용의 증가 요인으로 고려되어 이들을 기준으로 의사서비스의 목표 지출이 결정되는 요인들이다: 1) 협상된 수가 인상, 2) 모든 새로운 의사의 첫 3년 동안의 실제 청구 추가분과 의사직을 떠난 의사의 청구 제외분 3) 인구의 증감에 의한 추가비용, 4) 수가 지불 대상에 추가된 새로운 서비스의 비용, 5) 비용 증가를 가져올 것으로 예상되는 기타 요인들을 고려하여 책정한 유예 기금(flexibility fund).

(4) QUEBEC

협상이 금전적 이슈에 초점이 있지만 협상내용을 전통적인 수가인상에 제한하지 않고 포괄적이고 융통성 있게 다양한 의료전반에 걸친 이슈들을 다룬다. 이러한 융통성은 수가결정에도 적용되어 복합 보상법(hybrid remuneration approaches)을 쓴다. 그 한 예로 환자 수가 적은 응급실에 근무하는 의사에 대한 보상 방식에서 전체를 행위별 수가 보상방식으로 청구하는 것과 75%의 행위별 수가보상 청구와 밤 번 8시간에 대해서는 $330 정액제의 방식을 결합하는 것 중 한 보상방식을 선택하도록 하는 것이다.

의사 소득 목표액과 피드백을 위한 요소들 때문에 이전 해의 실제 의사에게 지불된 비용, 의사 수에 대한 자료가 완성되지 않고는 다음 해의 협상

이 이뤄질 수 없다. 따라서,지불내역 자료가 매우 중요하며, 이 자료의 신뢰성과 자료의 해석에 대한 양 협상 주체의 동의가 협상의 첫 단계가 된다. 이러한 합의는 대개 협상 테이블 밖에서 이뤄지는 것들로 실제 협상과 함께 최종 협상 안을 도출하는데 이용된다.

(5) MANITOBA

행위별수가제 하에서 의사서비스에 대한 보상을 위한 포괄적 수가 인상이 협상의 핵심이다. 의료량 통제에 초점을 두어 서비스 이용량의 증가를 통제 가능요인(attributed)과 통제 불가능요인(unattributable)으로 구분하고 수가 인상률은 통제가능요인의 이용량에 의해서 감소된다. 그러나, 이를 위한 공식이 매우 복잡한 것에 비해 이러한 방법의 효과는 매우 적어 의료량 통제는 계약의 내용에서 제외되어 중재위원회에서 고려해야할 항목으로 되었다.

일반적으로 포괄적 수가 인상 규모에 영향을 미치는 요인은 1) 재정 투입 우선 요인들(budget priorities), 2) 주요 과목 의사 모집 및 유지 문제의 심각성, 3) 재정위원회의 재정 가이드, 4) 타 지방 협상의 결과, 5) 의료시술 비용, 6) 순 의사임금, 7) 의료이용, 8) 의료 인력 이슈, 9) 의사들 간의 임금 불균형 정도 등이다.

(6) SASKATCHEWAN

행위별 수가제 하의 보상과 목표지출액 설정이 계약의 초점이다. 따라서, 수가와 의료량에 대한 책임 분배가 계약의 내용이며 이는 의사 통제가

능 요소(서비스 강도 증가)와 통제 불가능 요소(인구 수 증가 등)를 고려해서 결정된다. 신기술에 대한 재정은 의료량에 대한 논의에서 제외되고 정부가 진료비지불검토위원회(Payment Schedule Review Committee)를 통해 Saskatchewan 의사협회(SMA)와 협상을 하여, 추가재정 산정을 통해 해결한다.

인구당 의료 이용 증가율이 2%가 넘으면 이전 해의 평균수가 인상의 2/3만 증가시키는데 새로운 시술이나 방사선과 검사 서비스는 이용 서비스에 포함시키지 않는다. 예외적이긴 하지만, 인구 당 의료 이용 증가율이x-1해에 x-2해에 비해 5% 증가하면x해에는 수가 증가율을1% 감소시킨다. 이는 허용치인 2%를 넘어선 3% 중 1/3인 1%를 감소시킨다는 논리에서 나온 것이다. 일부 해에서는 이러한 보정을 통해 협상된 수가 조정은 4% 감소로 나타났다. 이외에도 다른 주와 증가폭을 비교하여 수가 인상 계획을 결정해야 하는 원칙이 적용되기도 한다.

(7) BRITISH COLUMBIA

British Columbia에서 포괄적 수가 인상의 규모에 영향을 미치는 요소들은1) 정부의 지불능력, 2) 일반적 경제지표. 3) 타 공공부문 및 보건부문 근로자의 임금상승 규모 등이다. British Columbia 의사협회는 최근들어 포괄적 수가 인상율 상승을 거부하고 대신 복리후생비(의료교육기금, 의료사고보험)의 증가를 요구하였다.

7) 보건의료지출 추이

캐나다 보건의료지출의 추이를 살펴보면, 전반적인 보건의료 지출은 증가하고 있다. 성장률은 지역별로 다양하지만 물가상승률 보정한 결과, 의료비 지출은 1985년에 비해 2005년에는 50% 이상 증가하였다. 전체 보건의료 지출에서 병원, 의약품, 의사 서비스는 가장 많은 부문을 차지하고, 2005년 현재, 이들 3개 부문의 합이 보건의료지출의 약 60%를 이루고 있다. 그러나 의사와 병원 서비스의 증가 정도는 지난 10년간 다른 보건의료부문에 비해 적은 편이다.

기계, 장비, 구조, 소프트웨어의 구입비용 등 자본비용의 연간 성장률은 물가상승률을 보정하지 않았을 때 평균 10.2%로, 주요 보건의료 지출 분야 중 가장 높은 성장률을 나타냈으며, 의약품 소비가 같은 기간 연간 평균 9.4% 증가하였다. 캐나다의 총 보건의료지출 비용은 2004년 기준 GDP 대비 9.8%로 OECD 국가평균(8.9%)보다 약 1% 포인트 높다.

캐나다의 보건의료 지출에 있어서 공공부문이 차지하는 비중은 1975년 76.2%, 1990년 74.5%에서 2004년 약 70% 수준으로 감소하였는데, 이는 2004년 OECD 평균 73%보다도 약간 낮은 것으로 드러났다. 최근 지난 5년간 보건의료재원의 공공 부문과 민간 부문의 성장률을 비교할 때, 민간부문은 평균 6.0%, 공공부문은 4.9%로 드러나 민간부문의 지출이 더 커질 것으로 예측된다.

4. 급여 및 혜택

1) 의료개혁과 공공성

캐나다의 의료개혁과 공공성을 살펴보면, 보건의료서비스 전달 방법, 재정 압박, 베비이붐 세대의 노령화, 보건의료신기술의 높은 가격 등과 같은 변화에 대처하기 위해 캐나다 정부 차원에서 주로 연방정부의 재정 지원과 합리적인 보건의료서비스 공급을 위한 통합, 지역화 등의 노력을 기울여 왔다.

이러한 과정은 크게 두 단계로 구분해 볼 수 있는데, 1988년-1996년을 보건의료개혁 1단계로, 1997년부터 현재까지를 2단계로 나눌 수 있다. 첫번째 단계는 정부 부채가 커짐에 따른 재원 감소가 특징으로 주정부 차원에서 그 다음에는 연방정부 수준에서 보건의료부문 재정에 압박이 가해졌다. 병상수 감소 및 병원 부문에 대한 인적 공급이 감소하였으며, 서비스 전달의 합리화를 위해 주 정부에서 지역보건국(regional health authorities)으로의 보건의료부문에 대한 권한 이양이 이루어졌다. 또한 지속적이고 적절한 보건의료서비스 제공을 위해 보건의료서비스 재구조화를 시도하였다.

두번째 단계는 국가 경제가 활기를 찾고 공공부채가 줄어들면서 다시 보건의료에 대한 지출이 증가한 것이 특징이다. 공중보건의료에 대한 관심 증가를 비롯해 공공부문의 지출이 증가하였으며, 민간재원이나 서비스 공급과 같은 시장 중심 개혁에 대한 논의가 진행되었다. 긴 대기시간과 서비스에 대한 불만족의 증가를 해소하고자 주 정부 차원에서 관할 지역내 보건의

료체계의 문제점, 예를 들어 인력이나 의료장비 부족 등을 해결하기 위해 노력하였다.

개혁의 방향 등에 대해 자문하기 위한 위원회, 특히 Romanow Commission은 캐나다 보건의료의 미래를 구상하기 위한 위원회로서, 연방정부의 재정지원 증가, 정신보건 부문의 가정간호, 퇴원후 말기환자서비스(post-acute and palliative care), 국가의약품목록(national drug formulary), 고비용 의약품에 대한 보험급여(catastrophic drug coverage) 등 여러 가지의 목표들을 제시하였다.

2) 민간보험과 영리병원의 특징

캐나다 민간보험과 영리병원의 특징을 살펴보기 위해 민영화 과정을 보건의료 재원 조달과 서비스 공급 부문으로 나누어 살펴보면, 우선 보건의료 재원 조달 측면에서 나타나는 민영화 유형으로 하나는 능동적으로 공공보건의료지출을 줄이는 방법, 또 다른 하나는 기존의 의료기관에서 제공하던 보건의료서비스를 가정 및 지역사회로 이전하는 수동적인 방법이다.

보건의료 서비스 공급에 있어서 존재하는 민간의료기관은 준민간 의료기관(Semi- private)과 완전독립 민간의료기관(fully-private)으로, 전자는 주의료보험 하에서 의학적으로 필요한 서비스를 제공하고 공공재원을 지급받는데 시설이용료(facility fee) 등을 환자에게 부과한다. 이들 중류층 민간에서 전적으로 서비스를 공급하고 비용부담을 하는 부문은 공공 운영 체계의 운영이나 유지에 있어서 매우 위협적인 존재로 인식되기도 한다.

현재 캐나다보건의료법에서는, 주정부가 민간보건의료공급자를 허용하는 것을 막고 있지 않으며, 환자가 직접 비용 부담하지 않는 한, 민간 또는 영

리 공급자가 공공보험의 급여대상인 서비스를 제공하고 공공보험으로부터 비용을 지불받는 것을 금지하고 있지 않다.

3) 민간보험 관련사례들

민간보험 관련 사례중 Chaoulli 소송과 캐나다 대법원 판결에서 Chaoulli소송은, 메디케어 비참여의사인 Jacques Chaoulli와 그의 환자 Georges Zeliotas가 고관절 수술 (hip replacement)을 기다리는 공공대기리스트에서 시간을 소요한 것에 대해 퀘벡 정부를 상대로 소송을 제기한 것으로, 이에 대해 캐나다대법원은 퀘벡 주정부가 양질의 시의적절한 메디케어 서비스 제공이 불가능한 상황에서 메디케어 서비스를 보장하는 민간보험을 금지하는 것은 인권(Human Rights)과 자유(Freedoms)를 보장하는 퀘벡 헌장에 의한 생명의 권리(right of life)와 개인 안보(personal security)에 반하는 것이라고 판결하였다. 당시 판결은 퀘벡 주 정부의 헌장을 기준으로 내려진 것이었으며, 이후 퀘벡 주는 우선 고관절, 무릎 치환술과 백내장 수술 등 3개의 시술에 있어 6개월 이상의 대기시간이 요하는 경우 민간보험 구입을 허용하는 법안을 통과시켰다. 그러나 메디케어 제도 밖의 의사가 메디케어 환자를 치료하는 것은 금하였으며, 상기 언급한 시술 이외의 메디케어 서비스에 대한 민간보험은 허용하지 않는 등 민간부문이 공공재원의 보건의료체계를 보완하는 방향으로 변화하였다.

Chaoulli 판결 후, 앨버타 주지사인Ralph Klein은 Chaoulli 판결을 민간지불 요소를 도입할 수 있는 기회로 여겼으며, 민간보험을 금지하고, 의사가 민간과 공공부문 둘 다에서 근무하는 것을 막고 있는 현 규제를 모두 없애는 방안을 강구하고 있으나, 아직 논의의 수준을 벗어나지 못하고 있다.

최근 새로 집권한 보수 정부는 Chaoulli 판결 이후 지역분권화나 1차 의료개혁과 같은 관리 중심의 변화에서 대기시간을 좀더 잘 관리하는 등의 세부적인 문제에 관심을 두기 시작하면서, 주 정부와 함께 환자대기시간을 국가 차원에서 보장하는 노력(Patient Wait Times Guarantee)을 하고 있다.

아직 대법원 결정이 미치는 영향을 정확히 평가하는 것은 어려우나, 법정의 판결 중 치료를 위해 기다릴 수 있는 합리적 수준의 대기시간(reasonable time)에 대한 정의를 내리지 못하고 있어 결국 다른 주에서도 퀘벡 주와 유사한 소송이 일어날 수 있는 여지를 제공할 수 있다는 우려를 낳고 있다.

- 영리병원 : 앨버타 주 사례 등

캐나다에서는 법적으로 영리 병원을 금하지는 않는다. 캐나다에서 보건의료재원과는 달리, 정부가 서비스 공급을 직접 맡고 있지 않아, 민간이나 비영리기관(병원, 지역사회시설, 장기요양시설) 또는 의사들이 독립적으로 정부와 계약을 하고 서비스를 공급한다. 일부 주에서는, 공공재원으로 조달되는 서비스의 상당 부분을 영리 기관 특히 가정간호나 요양서비스와 같은 시설에서 제공한다. 다만, 캐나다 법은 의사들이 공공시스템 내에서 활동할 지를 선택하도록 하고 있으며, 공공 재원이 민간 보건의료서비스 기관의 서비스 공급에 대해 재원을 조달하는 상황이 발생하지 않도록 해왔다.

앨버타 주 정부는 입원환자의 의료 및 수술 서비스를 위해 지역보건국(Regional health authorities)이 영리회사와 계약하여, 이들 서비스에 대해서는 공공재원으로 지불할수 있도록 하는 정책을 발표하고 입법과정을 거쳐 2000년 보건의료보호법(Health Care Protection Act, Bill 11)을 제정하였다. 앨버타 주정부의 법 제정은 다른 주의 보건의료공급체계에 대해서도 영향을 미쳤다. 온타리오 주정부가 앨버타 모델을 도입하기 위해 공공재원 조달 체

계를 유지하면서 서비스 공급을 비영리에서 영리조직으로 옮기는 P3(public-private-partnership)와 같은 병원 설립을 계획하였다. 캐나다 공공성의 대표인 메디케어 체계에 대한 위험 요소들 중 가장 가까운 시일내에 일어날 위협적인 변화는, P3병원과 같은 공공과 민간의 혼합방식 등을 통해 병원을 민영화하는 것이라고 지적되기도 한다.

앨버타 법안은 북미자유무역협정(NAFTA)을 통해 캐나다 공공성을 중시하는 메디케어 제도의 존재에 더 위협적인 요인으로 작용할 것으로 예상된다. 전문가들은 앨버타 주의 영리병원 관련 법안이 자유무역협정을 통해 활성화되어 미국 기업이 앨버타 주의 보건의료체계에 진입하게 되면, 외국 민간기업의 세력이 확장되는 것을 막기는 어렵고 이는 비단 앨버타 주뿐 아니라 캐나다 전역에 걸쳐 확산될 것이라고 예상하였다. 서비스의 무역 자유화는 외국(미국) 기업에게 캐나다 국내 기업과 동등한 대우를 받을 권리와 서비스 분야에 있어서 분쟁 조정 기전을 갖게 하였다.

5. 의료공급구조와 전달체계

1) 공급구조

(1) 보건의료인력

보건과 사회서비스에서 일하는 사람은 150만명이 넘어 캐나다 피고용노동자의 10% 정도에 이른다. 보건의료인력에는 의사와 간호사가 가장 많은데 캐나다 보건의료인력에는 공인된 전문가뿐 아니라 비공식적이거나 자원봉사자로 서비스를 제공하는 사람들도 포함된다.

<표 Ⅲ-5> 보건의료인력 현황(1991년-2002년)

(단위: 명/인구 천명)

	1991	1995	2000	2001	2002
가정의	1.07	1.03	1	1	1.01
전문의	1.05	1.08	1.1	1.1	1.1
등록간호사	-	7.93	7.58	7.46	7.36
치과의사	0.52	0.54	0.56	0.57	0.57
약사	0.71	0.76	0.8	0.83	0.84
물리치료사	0.39	0.43	0.47	0.47	0.48
검안사	0.1	0.1	0.11	0.11	0.11
실험기사	0.7	0.65	0.58	0.58	0.59
방사선기사	0.5	0.49	0.47	0.47	0.47
작업치료사	0.19	0.24	0.29	0.3	0.31
심리상담사	0.33	0.38	0.41	0.42	0.43
지압사	0.14	0.15	0.18	0.2	0.2
조산사	0	0	0.01	0.01	0.01

자료: CIHI, 2005

보건의료인력교육 프로그램을 졸업한 학생 수는 시간에 따라 변화하는데, 1990년대 초부터, 전문의 규모가 가정의보다 더 커지기 시작했다. 1990년대에 비해 2004년 카이로프래틱(chiropractic), 치위생사(dental hygiene), 작업치료(occupational therapy), 물리치료사(physiotherapists)가 증가하였다. 이에 반해 치과, 시력측정, 약학 분야의 졸업자는 큰 변화가 없어 보인다. 보건의료인력 현황은 캐나다 내 지역별로 인구의 건강수준, 인구수, 지역별 고용 능력 등에 따라 다양하다. 뉴펀들랜드와 라브라도는 2004년 현재 1인당 등록간호사 (Registered Nurses)수가 인구 십만명 당 1,055명으로 가장 높았으며, 브리티시컬럼비아 주의 등록간호사 수는 인구 십만명 당 670명으로 가장 적었다.

(2) 의사

캐나다는 보건의료지출 규모에 비해 다른 OECD 국가에 비해 1인당 의사 수가 적고, 의사들 또한 의사 수 부족을 호소하고 있어 대부분의 주정부에서는 의대 학생수를 증가하는 정책을 채택하고 있다(CIHI, 2003). 2002년 현재, 인구 1000명당 활동 의사 수는 2.1명으로OECD평균 3.0명에 비해 비교적 낮고, 캐나다의 북쪽과 같은 먼 지역이나 시골에는 도시에 비하여 의사가 훨씬 적은 실정이다(OECD, 2006). 2003년 OECD국가의 1인당 활동의사 수를 비교할 때 국가간 차이가 크며, 특히 캐나다, 영국은 1인당 활동의사수가 상대적으로 적은 국가로 드러났다. 1990년 이후 모든 국가에서 인구 대비 의사수의 비는 증가하였으나, 예외적으로 캐나다는 일정하게 유지되었다.

<표 Ⅲ-6> 각 주별 의사 인력(2000년 및 2004년)

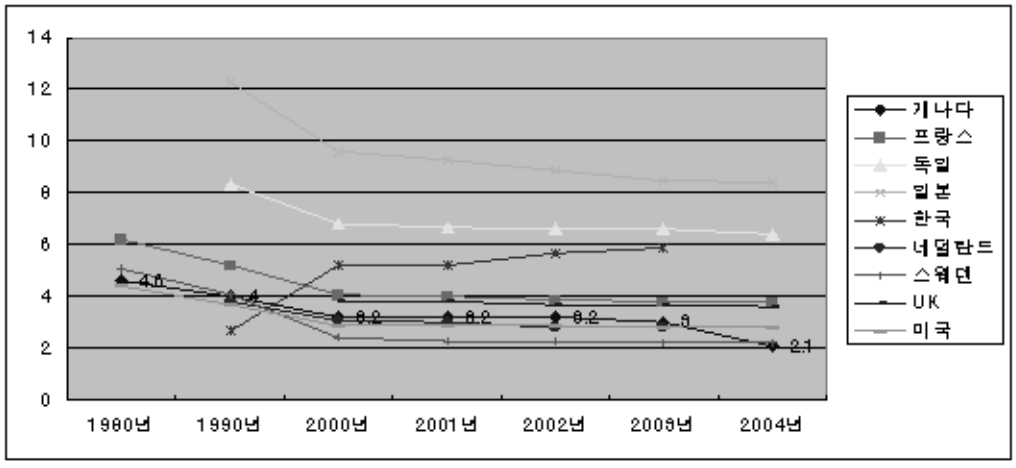
(단위: 명/인구 십만명)

	가정의			전문의		
	2000	2004	변화율% (00-04)	2000	2004	변화율% (00-04)
뉴펀들랜드/라브라도	109	121	11	68	71	4.4
프린스에드워드섬	77	95	23.4	54	57	5.6
노바스코티아	102	115	12.7	101	98	-3
뉴브런즈윅	91	100	9.9	63	67	6.3
퀘벡	106	108	1.9	108	105	-2.8
온타리오	85	86	1.2	95	92	-3.2
마니토바	92	92	0	89	85	-4.5
사스케차완	93	95	2.2	63	58	-7.9
앨버타	86	99	15.1	79	85	7.6
브리티시컬럼비아	107	108	0.9	89	88	-1.1
유콘준주	116	176	51.7	20	19	-5
노스웨스트준주	71	86	21.1	44	33	-25
누나부트준주	22	24	9.1	4	0	-100
캐나다	94	98	4.3	98	91	-2.2

자료: Health Indicators, CIHI, 2006b

<그림 Ⅲ-3> 국가별 활동 의사 수(1980년~최근까지)

(단위: 명/인구천명)



자료: OECD health data, 2006

<표 Ⅲ-7> 각 주별 외국 의과대학 졸업생 수(2003년)

	의사 수 (인구천명당)	캐나다의과대학 졸업자 수	외국의과대학 졸업자 수	외국의과대학 졸업자 비율
브리티시컬럼비아	2	6,088	2,308	27.7
앨버타	1.83	4,242	1,492	31.8
사스케차완	1.58	721	797	52.5
마니토바	1.77	1,337	573	30
온타리오	1.77	16,541	5,187	23.9
퀘벡	2.07	13,788	1,711	11
뉴브런즈윅	1.68	952	269	22
노바스코티아	2.09	1,427	524	26.9
프린스에드워드섬	1.41	159	29	15.4
뉴펀들랜드/라브라도	1.88	552	372	40.3
유콘	1.75	33	11	31.3
노스웨스트	1.02	35	8	14.6
누나부트	0.34	7	4	30
캐나다	1.87	45,832	13,407	22.5

주: 전체 의사수(total physicians)에는 가정의/일반의, 전문의 뿐 아니라 인턴과 레지던트도 포함되어 있음.
자료: CIHI 2004a

역사적으로 캐나다는 외국 인력에 보건의료를 의존하는 경향이 높았다. 1970년대에는 의사의 30%가 해외에서 교육받은 인력이었다. 외국 의사의 비율은, 2003년 현재 캐나다 의사의 약 22.5%로 과거에 비해 낮아졌지만, 같은 해 등록된 간호사의 7%, 면허받은 임상간호사의 2%만이 외국 학교 출신인 데에 비해서 외국의과대학을 졸업한 의사의 비율은 여전히 높은 것으로 나타났다. 특히 인구밀도가 낮은 시골이나 외딴 지역인 사스케차완이나 뉴펀들랜드, 라브라도에서 활동하는 의사 중 외국 출신 의사는 각각 52.5%, 40.3%를 차지하고 있어 외국 인력에 보건의료를 의존하는 정도가 매우 높다. 외국 대학을 졸업한 의사가 캐나다에서 진료를 하기 위해서는 주별로 요구하는 조건을 충족하고 국가 시험을 치뤄야 하는데, 몇몇 주에서는 임상

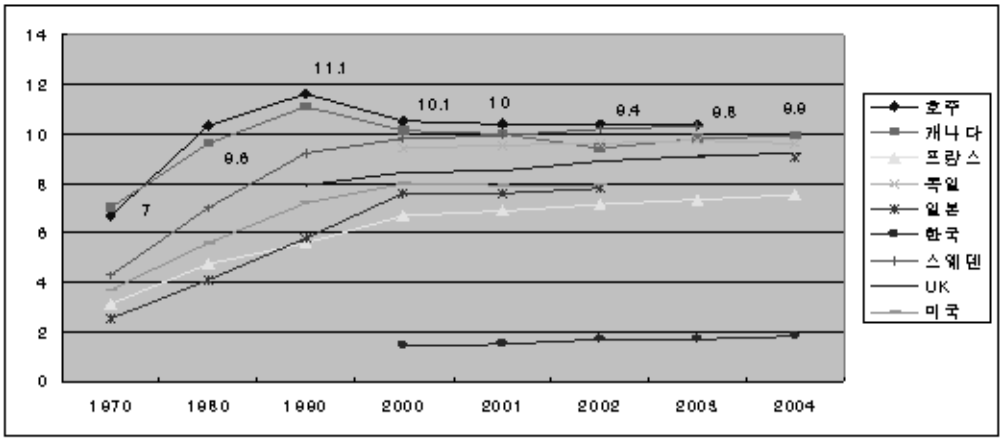
의사의 부족현상을 완화하기 위해 외국 출신 의사가 캐나다에서 활동할 수 있는 단기 면허시험(fast-track licensure)과정을 도입하기도 한다(Marchildon, 2005).

(3) 간호사

캐나다 간호사는 등록간호사(Registered nurses, RNs), 임상면허간호사(Licensed practical nurses, LPNs) 그리고 등록정신간호사(registered psychiatric nurses, RPNs)의 세 종류로 구분된다. 보건의료 전문가중에서 가장 많은 수를 차지하고 있으며, 응급실, 병원의 급성치료, 장기요양기관의 치료, 가정에서의 보건활동 등의 영역을 담당하고 있다. 등록간호사의 다수가 병원 등 급성기 치료시설에서 주로 근무하며 최근 가정간호나 공중보건 등 지역사회 보건에 종사하는 간호사가 증가하는 추세이다.

<그림 Ⅲ-4> 활동 간호사 수(1970년 ~ 2004년)

(단위: 명/인구천명)



자료: OECD health data, 2005

1990년 이후로는 그 수가 감소함에도 불구하고2004년 현재 인구 1,000명당 캐나다 내 간호사는9.9명으로OECD 평균 8.9명보다 높다. 다른 나라들에 비해 인구당 간호사 수가 많은 편이지만 감소 추세는 다른 나라에서는 인구 1,000명당 간호사 수가 증가하고 있는 것과 상반된 현상이다. 과거에 비해 인구당 간호사 수가 감소한 것은 간호학교를 졸업하고 등록한 사람의 감소를 의미하는 것으로 병상 수의 감소와도 관련된다. 이러한 감소 경향은 2002년 이후부터 사라져 1인당 간호사 수가 다시 증가하는 것으로 보인다.

2) 시설 및 장비

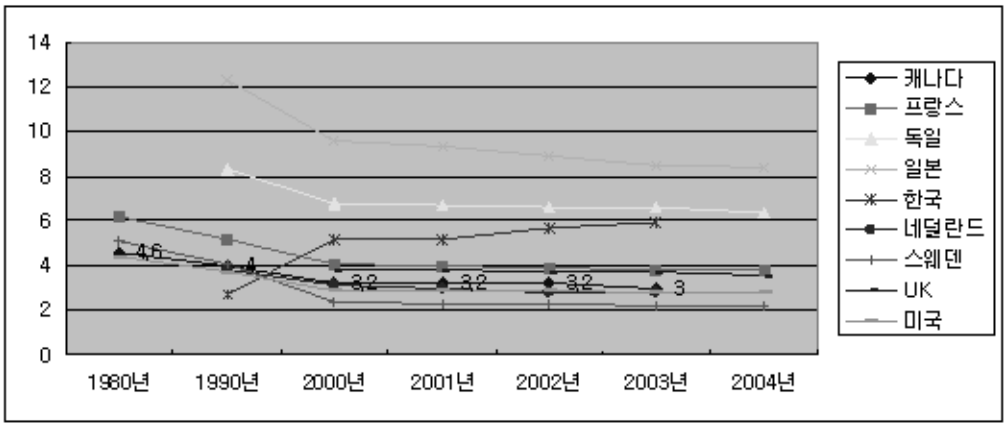
(1) 병의원 및 병상 수 등 시설

급성기 병상 수는 2003년 인구 천명당 3.0개로 미국의 2004년 인구 천명당 2.8개에 비해서는 높다. 그러나 OECD평균적으로는 인구 천명당 4.1개의 병상을 가지고 있으므로 비교적 적은 편이며, 대부분의 OECD국가들과 마찬가지로 캐나다의 인구당 병상수도 지속적으로 감소하고 있다.

캐나다 병원은 일반적으로 비영리 민간의 형태로 지역사회 위원회의 지도 하에 운영된다. 병원신임기관(Canadian Council for Health Facility Accreditation)에서는 병원의 기준 충족을 감사하여 기준을 준수하지 못한 경우엔 등급 변화, 교육병원의 자격 박탈, 자금 삭감등을 행한다. 병원은 상당한 자율성이 보장되며 지방정부는 계획과 예산 배정에만 관여한다. 연방정부는 군인을 위한 병원, 원주민을 위한 시설, 재향군인을 위한 병원을 운영하고 있다.

<그림 Ⅲ-5> 국가별 급성기 병상수(1980 년~2004년)

(단위: 병/인구천명)



자료: OECD health data, 2005

<표 Ⅲ-8> 캐나다 병원 수 변화(1999년-2004년)

회계연도	병원 수
1999-2000	780
2000-2001	751
2001-2002	750
2002-2003	745
2003-2004	726

자료: OECD health data, 2006

상기 표와 그림에서 나타나는 병원이나 병상수의 감소 추세는 입원 치료 중심의 서비스 제공에서 외래 수술로의 이행에 대한 정부 차원의 관리와 규제로 인한 것으로 생각할 수 있다. 보건의료비용을 절감하기 위한 정부 노력에 따라, 병원은 재구조화, 전문화, 서비스의 합병의 변화를 겪었으며, 대부분의 주에선 병원을 닫거나 병상 수를 줄일 수 밖에 없었으며, 이러한

급성기 병원부문 축소는 지역사회 및 가정간호서비스 요구의 증가로 이어지게 된다.

(2) 진단 및 의료장비

과거 십년 간 CT와 MRI와 같은 진단장치의 이용이 OECD 전반적으로 증가하였다. 캐나다에서도 점차 증가하여 2004년 현재 인구 백만명당 10.6대의 CT, 4.8대의 MRI를 보유하고 있는 것으로 드러났는데, OECD 평균값인 18.0대(CT), 8.0대(MRI)를 고려할 때 그 증가 속도는 비교적 낮다고 판단된다.

<표 Ⅲ-9> 진단영상 장치 수(1990년-2004년)

(단위: 대 수/인구 백만명)

	1990	1995	2000	2004
자기공명영상장치(MRI)	0.7	1.3	2.5	4.8
전산화단층촬영(CT)	7.1	8	9.5	10.6
양전자단층촬영(PET)	-	-	-	0.5

자료: CIHI 2004b

이들 최신의 의료장비는 주로 각 주별 교육수련병원에 집중되어 있고, 지역병원에까지 보급되어 있지 않다. 캐나다 병원들은 의료 시설 등 자본비용의 지출에 대해 주정부의 승인을 받아야 하며, 주정부는 지역의 요구도를 파악하여 지출 요구를 승인한다. 이러한 규제는 과다한 의료기기 및 의학기술의 확산을 통제하여 보건의료비 지출의 상당부분을 억제할 수 있다는 측면에서는 유용하지만, 주요 의료기술에 대한 이용가능성이 미국에 비해

떨어져, 인접국가인 미국에서의 의료서비스이용이 늘어나는 문제점도 제기되고 있다.

공공지불의 강화와 개인 지불의 방지와 같은 캐나다식 접근법의 우수성은 캐나다 내 소득 계층간 보건의료 서비스 이용에 있어서 메디케어 서비스 이용수준과 소득 간의 상관성이 낮다는 여러 연구결과들을 통해 입증되었다. 반면, 치과서비스와 같은 비메디케어 서비스 이용에서는 소득간 서비스 이용 차이가 존재하였다. 일차보건의료, 공중보건을 중시하는 정책을 펴나간 결과, 2000년부터 최근 4년간, 일상에서 질병이나 건강상태를 잘 관리하면 예방할 수 있는 일부 질환들의 발생이나 병원입원 건수가 감소하는 것으로 나타나, 비교적 긍정적인 성과를 가져오는 것으로 여겨지지만, 좀더 장기적으로 관찰할 필요가 있다. 캐나다 보건의료시스템 전반에 대한 캐나다 국민의 만족도는 높은 것으로 보인다. 2003년 15세이상의 캐나다 내 거주자들에 대해 주 및 준주지역별로 가정의 등 의사서비스에 대한 만족도를 조사한 결과에서 90% 정도가 매우 만족 또는 좋음의 긍정적인 평가를 내렸으며, 2000년 이후 긍정적인 평가가 소폭 증가한 것으로 나타났다.

캐나다의 건강수준을 살펴보면, 1970년 이후로 인구 고령화가 진행되고 있으나, 유럽국가나 일본에 비해서는 젊은 편이고, 부양율(age dependency ratio)은 호주, 프랑스, 스웨덴, 영국, 미국에 비해 낮다. 2003년 현재 65세이상 인구수는 12.8%에 이르렀고, 2025년에는 20%에 이를 것으로 추정하고 있다.

출산율은 1970년 당시 여성 1인당 2.3명이던 것에서 2002년 약 1.5명으로 감소했고, 2003년 출생시 기대여명이 79.9년으로 OECD평균보다 2년 정도 높으며, 영아사망률은 2003년 현재 5.3명으로 과거에 비해 감소하는 추세이나 2000년 이후로는 큰 변화가 없다. 누나부트 준주 지역에서는 영아사망

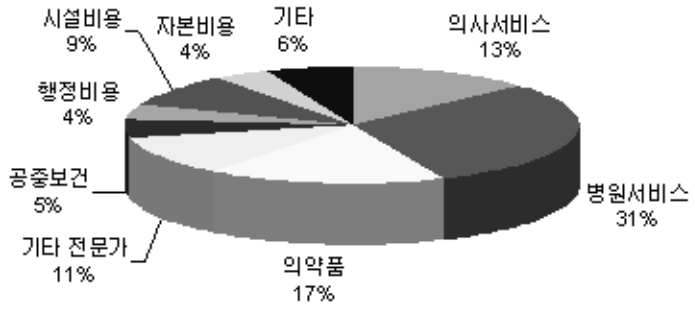
률이 19.8로 나타나 지역별로 편차가 심한 것 같다. 캐나다의 사망률은 1996년도 이후로 1,000명당 7.2명에서 7.3명 수준을 유지하고 있으며, 2004년에는 7.67명으로 추정되고 있다.

2000년도 캐나다의 주요사망원인은 암(28.7%), 심장질환(25.3%), 뇌혈관질환(7.1%) 순이다. 흡연율은 1980년 34%에서 2004년 15%로 상당 부분 감소한 것으로 나타났으나, 비만율은 25년 전과 비교할 때, 12-17세 미만 어린이의 경우 3배, 성인 25-34세와 75세이상 노인 인구에서는 2배 이상 증가하였다. 비만 시작 시점과 이와 관련된 건강 문제 (예. 당뇨병, 심혈관질환, 천식 등)이 발병하는 시점과의 시간 간격을 비교해 보면, 비만 증가는 미래에 상당한 보건의료지출의 증가를 가져올 것으로 예상된다.

3) 보건의료서비스 부문별 지출

병원, 의약품, 의사 서비스는 보건의료지출의 가장 많은 부문을 차지하며, 2005년 현재, 이들 3개 부문의 합이 보건의료지출의 약 60%를 이루고 있다. 그러나 의사와 병원 서비스의 증가 정도는 지난 10년간 다른 보건의료 부문에 비해 적은 편이다. 1995년과 2005년을 비교할 때 병원과 의사 서비스는 연간 각각 평균 5.2%, 5.5%(물가상승률 보정 안 함) 하였으나, 공중보건, 의약품 소비, 자본 및 행정 비용은 9% 이상의 증가율을 나타냈다.

<그림 Ⅲ-6> 보건의료서비스 부문별 지출(2005년)



주: 1. 상기 내용은 추정치이므로 총 합계가 100%가 안 됨.
2. 기타전문가(Other professional)에는 민간시술 치과의사, 시력검사, 마사지요법, 족병 치료학, 심리치료사, 카이로프락틱 등이 포함됨
자료: National Health Expenditure Database, CIHI 2006c

(1) 의사 서비스

2005년 의사서비스는 181억 달러로 추정되며 보건의료지출에서 3번째로 높은 비중을 차지한다. 과거 10년간 의사서비스는 연간 평균 5.5% 성장했는데, 총 보건의료에서 차지하는 비중은 1975년 15.1%에서2005년 12.8%로 병원서비스와 함께 상대적 비용에서는 감소하였다. 2005년 현재 의사서비스의 89%는 공공부문에서 지불하며, 비보험 서비스나 행정비용 등과 같은 비용에 대해서는 일반 개인이나 민간보험에서 부담한다. 총 의사서비스의 80.5%가 정부의 행위별 수가 지불 계획에 의해 이루어지며, 그 외 19.5%는 급료나 계약과 같은 다른 지불 계획에 따른 것이다. 행위별 수가에서 전문의서비스가 54%, 가정의 서비스가 46%를 차지하며, 전문의 서비스에 대한 지불계획

은 상담(consultation)과 시술(procedure)이 구분되어 있지만 가정의 서비스는 상담료 명목으로 지불된다.

(2) 병원서비스

병원은 2005년 현재 424억 달러로, 전체 보건의료지출의 29.9%로 캐나다 보건지출의 가장 큰 부분을 차지하는데, 병원비의 91% 즉 387억 달러는 공공부문에서 지출된다. 병원비는 꾸준히 상승하지만 전체 보건의료비용 상승률에 비해서는 그 증가폭이 적다. 그 결과 1975년과 2005년을 비교할 때 병원부문 의료비가 전체 보건의료비용에서 차지하는 비중은 44.7%에서 29.9%로 감소하였다.

시간이 지남에 따라 병원내 서비스 간 자원 분배양상도 변화하였다. 입원간호 서비스는 여전히 병원 서비스의 높은 비중을 차지하고 있으나 과거에 비해 상대적 크기는 감소하였다. 응급서비스, 진단 및 치료, 수술실과 지역사회서비스 등이 빠르게 증가하고 있으며, 당일 수술(same-day surgery)이 2002-2003년에는 1995-1996년에 비해 50% 이상 증가하였다(CIHI 2006b).

(3) 의약품 소비

2005년 처방약과 비처방약의 소매 판매는 총 248억 달러이다. 병원비에 이어 두 번째로 보건의료지출이 많은 부분이다. 1975년에 비해 2005년에는 물가상승을 고려하지 않을 때 7억 7200만 달러에서206억 달러로 그 비용이 증가하였다. 의약품 소비 중 처방약이 차지하는 비중이 83%로 30여년 전 72%에 비해 더 증가하였다. IMS Health Canada자료에 의하면, 가장 많이

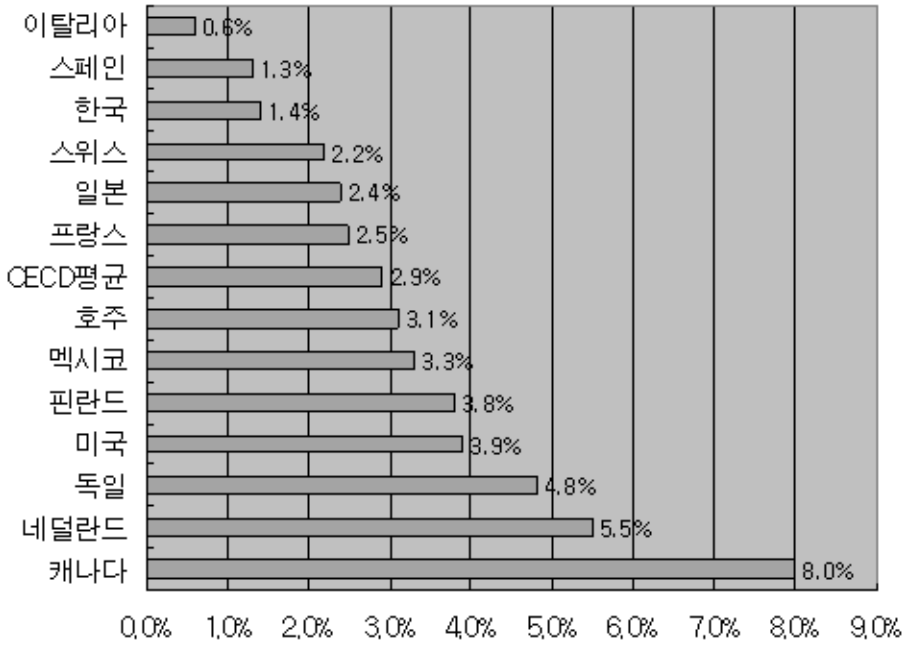
처방된 약은 심장혈관계 약으로 15%, 정신병약 12%, 호르몬제 6%, 항생제 6% 순이었다. 2003년 캐나다의 총 처방약 비용 중 88억 달러, 약 53%가 민간부문에서 지출되었다. 민간보험은 이들 금액의 64%를 담당하였고 개인이 지불한 비용이 나머지 36%를 차지한다. 반대로 비처방의약품(over-the-counter, OTC)과 구강청정제 등 건강용품 비용은 2003년 현재 36억 달러인데, 이는 전적으로 민간부문에서 주로 개인이 직접 지불하였다(CIHI 2006b).

(4) 공중보건(Public health)

중증급성호흡기증후군(SARS)나 조류독감(avian flu)의 확산 등 최근 일어난 질병 유행은 공중보건체계 강화해야 하는 매우 중요한 이유가 된다. 2004년 CIHI는 보건의료지출에서 공중보건 부문을 별도로 발표하였는데, 공중보건에 대한 지출은 대부분이 정부에서 재정을 관리하고 있다. 2005년 공중보건비용은 78억 달러에 이를 것으로 추정되며, 이는 전체 보건의료의 5.5%, 공공부문 보건의료지출의 7.9%에 해당한다. 이는 1975년 당시 공중보건에 대한 지출이 전체 지출비용에서3.3%, 공공부문 지출의 4.4%였던 것에 비해 상당히 증가한 것이다. 아래는 전체 보건의료지출 중에서 공중보건과 예방에 대한 지출 크기를 국가별로 비교한 그림인데, 캐나다가 2003년 현재 8.0으로 OECD 평균(2.9)보다도 2.75배 정도 높다.

<그림 Ⅲ-7> 국가별 공중보건 및 예방 비용(2003년)

(단위 보건의료지출 중 %)



자료: OECD health data, 2005

(5) 자본 비용

자본비용은 보건의료지출에서 큰 부분을 차지하는 것은 아니지만 꾸준히 증가하고 있다. 2005년 자본 지출은 약 60억 달러에 이르며, 전체 보건의료부문 중 4%를 차지하는데, 공공부문에서 47억 달러(78%)를 지출하고 민간이 13억 달러(22%)를 지출한다. 지난 10년간 자본 비용의 연간 성장률은 물가상승률을 보정하지 않았을 때 평균 10.2%로, 주요 보건의료 지출 분야 중 가장 높은 성장률을 나타냈다(그 다음으로는 의약품 소비가 같은 기간 연간

평균 9.4% 증가하였다). 자본 비용에는 기계, 장비, 구조, 소프트웨어의 구입 비용 등이 속한다. 지난 15년간, 캐나다에서의 의료영상 장비의 공급이 크게 증가하였는데, 1990년과 비교할 때 2005년 자기공명장치(MRI)와 컴퓨터단층 촬영장치(CT)는 각각 157대, 163대로서 각각 826%, 82% 증가하였다.

4) 캐나다의 의료이용

공공지불의 강화와 개인 지불의 방지와 같은 캐나다식 접근법의 우수성은 메디케어가 소득 계층간 보건의료 서비스 이용에 대한 여러 연구들을 통해 보여지고 있다 (Birch and Gafni 2005). Manga(1987)의 연구에서는 메디케어 대상이 아닌 치과 서비스 이용에 있어서 가장 부유한 가구에 비해 저소득층의 치과 이용이 절반 수준으로 나타나 소득계층간 의료 이용의 차이가 존재함을 보여줬다. 경제적 수준에 따른 치과서비스 이용 정도의 차이에 반해 가정간호 서비스 이용은 모든 소득 계층에서 동일하게 나타났다. 그러나 정상활동에 제한이 되는 건강문제를 가진 사람 수가 가장 빈곤한 계층이 가장 부유한 집단보다 2.5배 많음을 고려할 때, 건강 문제가 더 많음에도 의료이용이 더 많지는 않은 것으로 보여 의료이용에 차이가 존재하고 있음을 짐작할 수 있다.

메디케어 서비스인 가정의와 병원서비스 이용에 대한 연구에서는 다른 결과가 나타났다. Birsh 등(1993)이 일차의료인 가정의 서비스 이용에 대해 소득과 의료이용 간의 연관성을 살펴본 결과, 가정의 서비스 이용과 소득 수준 사이에는 유의한 관계가 없는 것으로 나타났다. 또한 Newbold 등(1995)의 병원서비스 이용에 대한 연구 결과에서도, 역시 의학적 필요와 다른 인구사회학적 변수들을 통제했을 때, 병원 입원 (admission to hospital)

은 저소득 가구에서 높게 나타났으며, 재원기간에 있어서는 소득과 무관한 것으로 나타났다.

메디케어 프로그램의 가격이 올라가고 경기 침체 등으로 재정압박이 심해진 1980년대 후반, 정부는 공급량(병원침상수, 의사수)과 총비용에 대한 규제 등 정부는 보건의료 지출 억제를 위해 노력하였었다. Eyles 등(1995)은 재정 압박이 심했던 당시의 의료 서비스 이용과 소득의 연관성을 살펴 보기 위해 1985년과 1991년 두 개 년도를 비교 연구하였다. 그 결과 소득별 서비스 이용 패턴은 1985년과 유사한 것으로 나타났는데, 치과 서비스는 소득 수준별로 이용 정도가 다르지만, 메디케어 서비스인 의사서비스 이용 수준은 소득과 무관한 것으로 나타났다.

국민의 건강을 합리적으로 관리하기 위한 방편으로 캐나다에서는 공중보건을 중시하고 있다. 최근 캐나다보건의료정보원(Canadian Institute for Health Information, CIHI)는 보건의료체계의 성과를 측정할 수 있는 지표를 개발하였다. 아래 표에 있는 항목들이 그 예인데, 각 항목은 일상생활의 관리와 보건교육 등 일차보건의료 강화를 통해 그 발생을 막을 수 있는 것들이다. 즉, 폐렴, 천식, 고혈압, 협심증, 당뇨병, 간질 질환을 가진 환자는 응급상황이 발생할 수 있는데, 이러한 긴급한 상황을 모두 예방할 수는 없지만, 일상에서 질병이나 건강상태를 잘 관리하면 질병의 악화나 발작 등을 예방할 수 있다. 이와 유사하게 폐렴이나 인플루엔자로 병원에 입원하는 경우도 예방프로그램이나 보건교육과 일차보건의료서비스를 통해 미리 예방할 수 있다. 또한 고관절골절은 노인 인구에서 많이 발생하는데 장기요양시설이나 질높은 간호 서비스를 통해 발병 또는 골절이 일어나더라도 입원하지 않고 생활할 수 있다. 상기 항목들에 대해 2000년부터 최근 4년간의 발생 건수를 살펴 볼 때, 그 정도가 꾸준히 감소하고 있어 비교적 일차보건의료를 중심

으로 한 보건의료체계가 긍정적인 성과를 가져오는 것으로 여겨지지만, 좀 더 장기적으로 관찰할 필요가 있다(Marchildon 2005).

홍역과 DPT 예방접종 프로그램은 주 및 준주 정부 또는 지역보건국에 따라 다양하게 운영되고 있어 예방접종 사업이 어느 정도 잘 이루어지고 있는지는 일관된 평가를 하기 어렵다. 캐나다의 2세 이상 어린이에 대한 홍역 예방접종 수준은 OECD 국가 중 7위로 높은 편이나, DPT예방접종은 19위로 낮은 편이다. 이에 1999년부터 국가 예방 접종률을 높이기 위한 전략 마련을 위해 연방, 주 및 준주 보건부 차관 회의(Conference of Federal, Provincial and Territorial Deputy Ministers of Health)가 운영되었다(Marchildon 2005).

한편, 질병을 가진 성인을 대상으로 보건의료서비스 경험을 조사한 결과, 비응급 수술을 받기 위해 4개월 이상 기다린 경우, 전문의 진료를 받기 위해 4주 이상 기다리는 경우가 영국을 제외한 다른 나라에 비해 캐나다가 더 많았다. 또한 일반 가정의 진료를 받기 위해서도 다른 나라에 비해 더 많이 기다려야 하는 것으로 드러났다(Schoen, Osborn et al. 2005). 그 외에도 Coyte 등(1994)의 연구에서는 1980년대, 캐나다 사람들이 정형외과 상담을 받는 데에 걸린 시간(5.4주)이 미국(3.2주)에 비해 더 길었으며, 진료 후 수술까지의 시간에서도 미국은 4.5주 인데 비해 캐나다는 13.5주로 나타났다. Collins-Nakai 등(1992)의 연구에서는 1990년 당시 캐나다 사람들이 심장카테터시술을 받으려면 2.2개월, 혈관우회로술은 5.5개월 기다리는 데 반해, 미국은 1달 이상 기다리지 않는 것으로 나타났다.

그러나 대기시간이 상대적으로 긴 것에 비해, 보건의료체계의 성과는 나쁘지 않은 것으로 판단된다. 2002년 자료로 조기 진단과 치료가 환자의 5년 생존에 큰 영향을 미치는 대장암의 유병률과 사망률을 비교한 결과, 미국을

제외한 OECD 28개 국가 중 캐나다는 스위스 다음으로 두 번째로 낮은 수치를 갖는 것으로 확인되었다(Ferlay, Bray et al. 2004). 또 2001년 23개국의 보건의료에 의한 사망률(Mortality amenable to health care)을 비교했을 때, 프랑스, 일본, 호주 다음으로 낮게 나타나, 보건의료체계의 효과와 효율성이 비교적 높은 것으로 판단된다(Esmail and Walker 2006; WHO 2006) .

긴 대기시간에 대한 불만이 존재하지만 본인부담없이 의학적으로 필요한 서비스를 이용할 수 있고 공공성을 지향하는 캐나다 보건의료시스템 전반에 대한 캐나다 국민의 만족도는 높은 것으로 보인다. 2003년 15세 이상의 캐나다 내 거주자들에 대해 주 및 준주지역별로 가정의 등 의사서비스에 대한 만족도를 조사한 결과에서 86.8% 가 매우 만족 또는 좋음의 긍정적인 평가를 내렸으며 만족도는 2001년에 비해 조금 증가하였다.

6. 결 론

전 국민을 대상으로 의사와 병원에서 제공되는 서비스를 거의 무료로 보장해주는 포괄적인 캐나다의 공공의료보험제도는 국민의 만족도와 형평성, 접근성의 면에서 성공적이라는 평가를 받고 있다. 재정은 공공부문에 의해 전적으로 조달되지만 의료서비스는 주로 민간(비영리)부문에 의해 제공된다. 전 국민에게 포괄적인 의료서비스를 제공하고, 또 제공 체계가 (물론 공공성이 매우 강한 비영리이기는 하지만) 민간임에도 불구하고, 캐나다 의료보장 체계는 총 의료비용의 크기에 제한을 가하는 총액계약제를 통해 의료비용의 증가 역시 적정 수준으로 통제하고 있어 지속 가능성 또한 여타 선진국들에 비해 높은 편이다. 주로 조세에 의해 의료보장이 이루어지고 있고 10개의 주(province)정부는 각자 의료보장제도에 대한 관할권을 갖고 있으며 연방 정부에서 제시하는 요건(보편성, 포괄성, 접근성, 이동성, 공공관리) 을 충족하는 의료보장을 제공하는 대가로 연방정부로부터 큰 재정 지원을 받는다.

병원의 경우 법적인 소유 주체는 민간비영리 기관이 대다수이지만, 포괄적인 의료보장 제도로 인하여 정부로부터의 예산이 병원 수입의 거의 전부를 차지하므로 실제로는 공공기관이나 다름없다. 영리병원의 허용 여부에 대한 논란이 지속되고 있으나(특히 Alberta 주), 아직까지 영리병원의 역할은 제한적이다. 민간보험 역시 공공보험에서 급여하는 서비스에 대한 급여의 제공이 금지 혹은 제한되어 있는 결과, 의료적인 필요가 있는 영역에 있어서 민간보험의 역할은 거의 없다. 즉 민간의료보험이나 영리의료기관은 공공보험에서 급여하지 않는 분야에 한정되어 있어 그 역할이 매우 제한적이다. 민간부문의 역할을 공공부문에서 급여하지 않는 잔여적인 부문에 한정

한다는 것은 캐나다 제도가 사회적 연대성을 매우 큰 가치로 여긴다는 것을 의미한다.

전반적으로 의료기술이 발전하고 소비자의 욕구가 증가함에 따라 의료에 대한 욕구와 수요가 증가하고 그에 따른 공공의료보장체계에 대한 재정 압박이 증가하고 있다. 최근 퀘벡 주의 경우에서 보듯이 정부의 재정이 제한되어 의료보장에 대한 투자가 한계를 보일 경우 민간보험에 대한 규제는 향후 조금씩 조심스레 완화될 가능성도 있다. 캐나다 의료보장제도는 경제적 장애 요인 없이 즉 개인의 소득수준에 관계없이 의료적 필요(medical need)에 의해 의사와 병원의 의료서비스를 이용할 수 있게 해주는 반면, 의료적인 필요라는 기준에서 벗어나는 서비스는 포괄적인 공공의료보장의 대상이 아니기 때문에 주 정부의 정책에 따라 많은 차이를 보이고 있다.

캐나다의 의료보장/사회보장정책의 변화에 있어 핵심적인 이슈는 연방-주 정부간 재정 관계(intergovernmental fiscal relations)이다. 이러한 역사적 전통과 주 정부의 경제적 유인을 고려할 때, 연방 정부 차원의 재정 지원이 수반되지 않는 한, 의약품에 대한 (현재의 제한적인) 급여와 (역시 제한된) 노인요양보장체계에 획기적인 변화를 기대하기는 쉽지 않으리라 예상된다.

이러한 재정 상황에서 사회보험제도의 목적세(ear-marking)적 특성이 가진 높은 정치적 실현(수용)가능성을 이용해, 새로이 사회보험을 도입해 (기존의 의료보장제도에서 제대로 급여하지 않는) 의약품이나 노인장기요양을 급여하자는 주장 역시 제시되고 있다. 즉 의약품이나 노인장기요양에 대한 민간보험이나 본인부담의 비중이 커지고 있는 현실보다는, 사회보험제도를 도입하는 것이 오히려 공공성의 확보라는 측면에서 더 장점이 많다는 주장이다. 만일 이러한 주장이 수용된다면 캐나다의 의료/요양 보장제도는 조세와 사회보험의 혼합 모형이 될 것이다.

민간의료보험의 역할 강화와 영리병원의 진입과 관련된 논의에 있어서도 정부의 규제와 함께 공공의료보장체계의 충분한 보장성이 매우 중요한 역할을 수행한다. 캐나다에서는 민간보험과 영리의료기관의 영업 자체가 금지되는 것은 아니지만, 공공의료보장체계에의 참여가 제한되고 있을 뿐이다. 하지만 공공의료보장체계의 급여가 매우 포괄적이므로, 공공보장체계가 보장하지 않은 잔여적인 부분에 참여한다는 것은 곧 민간의료보험과 영리의료기관의 영역이 제한적일 수밖에 없음을 의미한다. 만일 공공의료보험의 보장성이 취약한 상황에서 (예를 들어 급여의 범위가 제한적이거나 혹은 본인부담의 크기가 상당하거나) 이러한 규제가 존재한다면 국민들의 불만은 커지고 따라서 이러한 형태의 민간보험에 대한 진입 규제는 (정치적으로) 지속가능성이 낮다.

캐나다와 같이 공공보험의 보장성이 매우 큰 상황에서, 민간보험이 영업을 할 수 있는 영역은 공공보험이 커버하지 않는 잔여적인 부분으로서 그 규모가 매우 적기 때문에 민간보험의 입장에서도 진입의 경제적 유인이 매우 높지 않다. 따라서 Quebec 주에서의 최근 결정 역시 공공의료보장체계의 근간을 흔드는 결과를 낳기보다는 오히려 (대기시간을 감소하기 위한 노력을 통해) 공공보장체계를 더 정비하는 계기가 될 수도 있으리라 예상된다. Alberta 주에서 시도하는 영리병원 체계 해당 주뿐 아니라 다른 주에서도 그리 호응이 높지는 않다. 반면 우리나라의 경우에는 건강보험의 보장성이 충분하지 못해서 민간의료보험의 역할에 대한 논쟁이 지속되는 경향을 보이고 있다. 우리나라의 경우에는 건강보험의 급여가 캐나다에 비해 제한적이므로, 민간보험이나 영리의료기관이 공공보험에서 급여하지 않는 잔여적인 부분에만 참여한다고 하더라고 그 역할이 상당히 클 수 있다. 오히려 우리나라에서 영리의료기관이 허용된다면 그러한 영리병원들은, 의료 수가 규제

가 존재하지 않은, 즉 건강보험이 급여하지 않는 분야에서 영업을 하기를 바랄 것이다. 따라서 우리나라에서 건강보험의 보장성을 강화하는데 시간이 많이 소요되고, 충분한 보장성이 담보되기 이전에 영리의료기관이 허용된다면, 이러한 의료기관이 공공의료보장체계에 참여하도록 의무화하여야 할 것이다. 즉 영리의료기관이라 하더라도 건강보험 환자를 진료하여야 하고 또 건강보험 급여에 포함되는 의료서비스에 대해서는 다른 비영리의료기관과 동일하게 수가 규제의 대상이 되어야 할 것이다. 캐나다의 예에서 볼 수 있듯이 보건의료에 있어서 규제적 접근만으로는 한계가 있으며, 공공 부문이 재원조달에 있어서 역할을 강화함으로써 공급 부문을 효과적으로 통제 가능할 때, 정부 정책의 효과는 극대화될 수 있을 것이다. 즉 공공의료보장체계의 충분한 보장성은 국민들을 질병으로 인한 경제적 재난으로부터 구하는 역할 뿐 아니라, 공공부문이 재원조달에 있어서의 영향력을 이용하여 의료공급체계를 효율화함으로써 궁극적으로는 의료보장체계의 경제적/정치적 지속 가능성을 높여줄 것이다.

참고문헌

(1) 국내문헌

전창배, 고수경 (2001). 주요국의 총액예산제 운영실태와 쟁점, 국민건강보험공단 사회보장센터.

OECD아시아사회정책센터 (2006). 한 눈에 보는 OECD 보건지표 2005 - Health at a Glance OECD INDICATORS 2005, OECD 아시아사회정책센터.

권순만, 캐나다 보건의료제도와 공공성에 관한 연구, 서울대학교 보건대학원·국민건강보험공단, 2006

(2) 국외문헌

CIHI (2003). Health Care in Canada. Ottawa, Canadian Institute for Health Information.

CIHI (2004a). Average payment per physician report, Canada 2002-2003. Ottawa, Canadian I nstitute for Health Information.

CIHI (2004b). Medical imaging in Canada. Ottawa, Canadian Institute for Health Information.

CIHI (2004c). National health expenditure trends, 1975-2003. Ottawa, Canadian Institute for Health Information.

CIHI (2005). Hospital Trends in Canada: Results of a Project to Create

a Historical Series of Statistical and Financial Data for Canadian Hospitals Over Twenty-Seven Years, Ottawa, Canadian Institute for Health Information.

CIHI (2006a). Drug expenditure trends, 1975-2005. Ottawa, Canadian Institute for Health Information.

CIHI (2006b). Health Care in Canada. Ottawa, Canadian Institute for Health Information.

CIHI (2006c). National health expenditure trends, 1975-2006. Ottawa, Canadian Institute for Health Information.

Department of Health Policy and Communications (2005). Issues Note: Private-Public Health Care Debate in Canada, The College of Family Physicians of Canada.

Diemer, U. (1995). "Ten Health Care Myths: Understanding Canada's Medicare Debate." Parliamentary Names & Numbers 2(2).

Dobbin, M. (2005). Canada's Deadly 'P3' Hospital Boondoggles : Zooming costs, worse care, more deaths. 'State of the Nation' editied by The Tyee.
(http://thetyee.ca/Views/2005/10/27/HospitalBoondoggles/)

Dressel, H. (2006). Has CanadaGot the Cure? YES! Magazine.Posted on August 29, 2006, Printed on August 30, 2006(http://www.alternet.org/story/40951)

Economics Division Parliamentary Research Branch (2004). The Canada Health Act: Overview and Options, Library of Parliament.

Federal/provincial/territorial Ministerial Task Force on the National

Pharmaceuticals Strategy (2006). National Pharmaceuticals Strategy Progress Report, Health Canada.

Finance Canada. 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. Health Finance.
<http://www.fin.gc.ca/budget03/booklets/bkheae.htm>

OECD (2006). OECD Factbook 2006 -Economic, Environmental and Social Statistics OECD.

Senate Committee (2002). The health of Canadians the federal role. Final report on the state of the health care system in Canada. Volume six. Recommendations for reform. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

WHO (2006). WHO Mortality Database, WHO.

(3) web

http://www.statcan.ca/english/freepub/82-401-XIE/2002000/tables/pdf/bt006_en.pdf

http://www.cihi.ca

http://www.hc-sc.gc.ca

http://www.fin.gc.ca/fin-eng.html

http://www.statcan.ca

http://www.parl.gc.ca/

http://www.cadth.ca/index.php/en/home

http://www.phac-aspc.gc.ca/

http://www.awcbc.org

http://www.cacc-acssc.com

http://www.cprn.org

Ⅳ. 뉴질랜드

1. 서론

구 영연방 국가인 뉴질랜드의 의료보장제도는 영국의 의료보장제도인 국가보건서비스방식(NHS) 형태를 변형한 제도에 해당된다. 뉴질랜드 의료의 근간은 1938년에 공포된 사회보장법(Social Security Act)으로, 그 기본취지는 정부가 조세로 재원을 조달하여 전 국민에게 골고루 의료(Health Care)와 공중의료(Public Health) 서비스를 공급한다는 데 있다. 그러나 의사단체의 강력한 반발로 의료서비스의 상당부분이 민간부문의 사업영역으로 남겨져 있는 상태이다.

1930년대 의료체계 발족 이후 뉴질랜드의 의료체계의 가장 큰 특징은 의료행정 업무의 분화이다. 특정 사업을 수행하는 행정기구가 생기고 지역자치단체가 의료 서비스의 관리와 공급에 깊숙이 참여하게 되었다.

뉴질랜드에 유럽인이 정착한 시기부터 정부와 민간부문에서 의료 서비스를 공급해 왔다. 보건의료체계는 정착한 유럽인들에게 익숙한 영국식 모델을 기본으로 하고 있다.

공중의료위원회(Public Health Boards)가 지역별로 조직되었고 1900년 공중보건법(Public Health Act)에 의해 공중의료국(Department of Public Health)이 설립되었다. 공중의료국은 이후 뉴질랜드의 보건의료와 관련된 폭넓은 기능을 담당하게 된다.

20세기 중반까지, 병원은 뉴질랜드 보건의료체계의 핵심 요소였다. 의학

지식과 기술의 발달로 인해 병원은 단순히 치료를 넘어선 보다 효율적인 처치를 제공할 수 있게 되었고, 중증 환자를 집에서 치료하는 일은 없어졌다. 의료비 중 정부지출비율은 점차 증가한 반면, 환자가 부담하는 비율은 감소했다.

뉴질랜드의 첫 번째 노동당 정부(1935~1949)는 1930년대 대공황 이후 복지국가이념을 기초로 하여 현재의 보건의료체계를 세웠다. 1938년 공포된 사회보장법은 조세를 재원으로 하여 전 국민에게 평등하게 무료로 의료서비스를 공급하고 정부가 의료비를 보조한다는 취지를 명확히 밝히고 있다. 그러나 일반개업의들이 민간부문의 독립적인 사업영역으로 남아있기를 주장했고, 행위별 수가제로 보상받기를 주장했다. 그러나 1947년 뉴질랜드는 대부분 조세로 재원을 조달하는 보건의료체계를 확립했고, 공공과 민간 의료공급자가 제공하는 대부분의 의료서비스는 무료로 환자에게 제공되게 되었다.

1970년대 초반 보건국(Department of Health)에서 발간한 자료인 A Health Service for New Zealand(Department of Health, 1974)에서 당시의 보건의료서비스가 포괄적인 국가 보건의료체계에 적합하지 않음을 지적했고, 1970년대 후반 보건부 장관이 보건의료서비스에 대한 특별자문위원회(Special Advisory Committee on Health Services Organization)를 조직하여 보건의료서비스를 국가 보건의료체계라는 하나의 통합된 틀 안에서 제공할 수 있는 방안을 강구하도록 했다. 그 결과 1983년에 지역위원회법(Area Health Boards Act)이 제정되고 지역위원회(Local Boards) 설립의 근거를 제공했다. 지역위원회는 선출직 위원과 장관에 의한 임명직 위원으로 구성되며, 각 지역의 보건의료서비스 전달체계를 계획하고 운영하는 역할을 수행한다.

뉴질랜드의 보건의료체계는 1940년대 중앙정부가 재원을 조달하고 운영

을 맡았던 형태에서 1970년대와 1980년대에는 보다 지방분권적인 형태로 변화하였고, 그 후에는 지역위원회가 위원장을 직접 임명하는 수준까지 분권화되었다.

2. 관리운영체계

1) 관리운영기구

(1) 개요

뉴질랜드 정부는 보건의료수준을 향상시키기 위해 일차 의료의 역할을 특히 강조하고 있다. 관리운영기구의 구조는 <그림 Ⅳ-1>과 같다. 비영리기구인 일차보건기구(Primary Health Organization: PHOs)를 도입, 일차의료공급자가 중심이 되어 등록된 가입자의 전반적인 의료를 관리하고 있다.

일차보건기구는 일차 의료 서비스에 대한 접근성을 높이고, 가입 인구의 보건의료수준을 향상시키고 질병을 예방하기 위해 2001년 새롭게 설립되었다.

지구보건위원회는 각 지역 주민의 건강과 자립성을 개선하고 보호하는 책임을 가지고, 일차보건기구를 설립하고 재원을 조달하고 감독하는 책임을 진다.

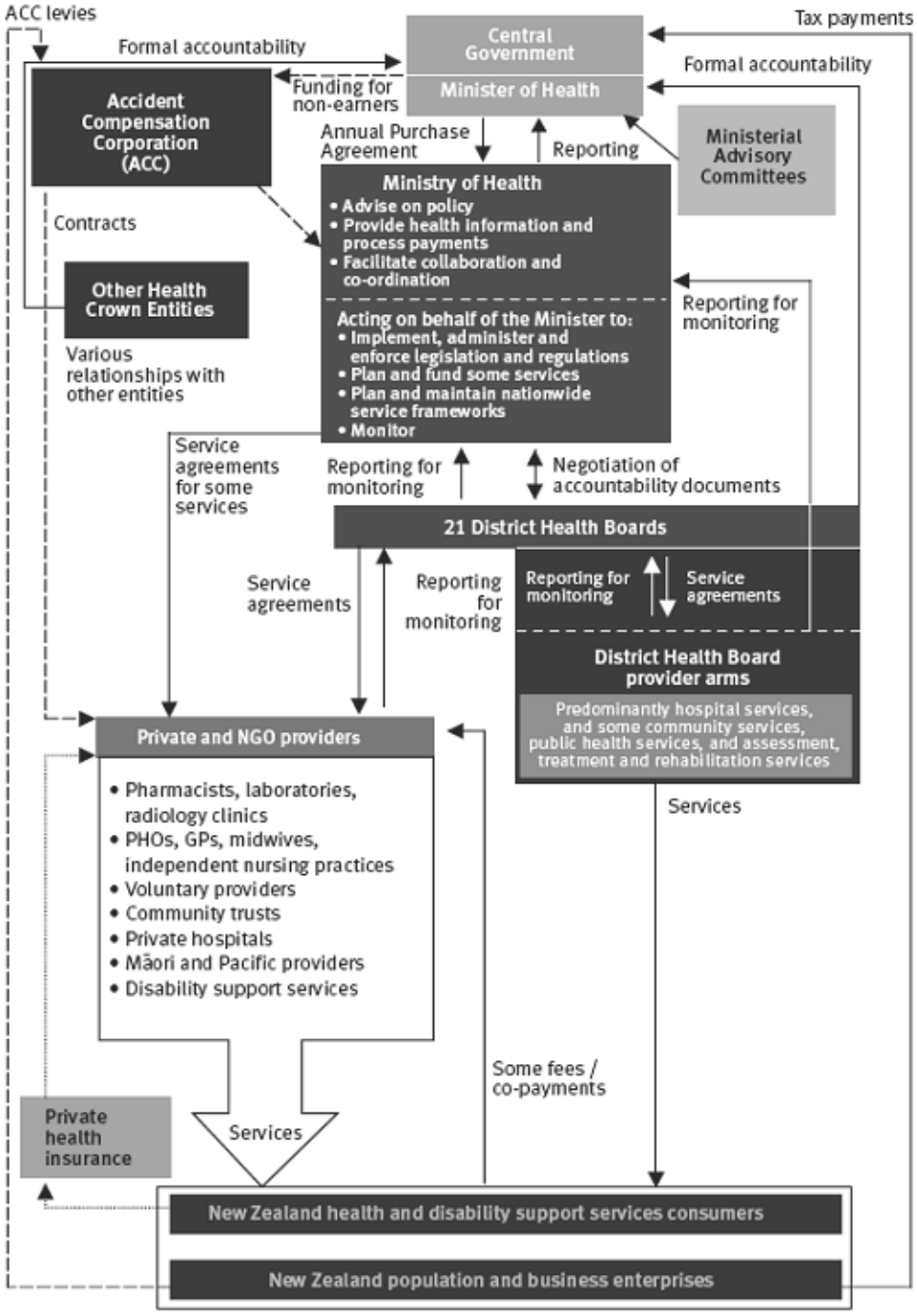
보건부(Ministry of Health)는 보건의료 및 장애지원시스템에 대한 전반적인 책임을 진다. 보건부 장관은 보건의료분야의 전반적인 정책방향을 제시하는 New Zealand Health Strategy (NZHS)의 내용을 결정하고, 지구보건위원회의 책임성 확보하고, 얼마만큼의 공공자금이 공공서비스의 전달에 사용될 것인지에 대해 정부관료들의 합의를 도출한다. New Zealand Health Strategy에 설정된 13개 건강 증진 목표는 아래와 같다.

○ 흡연율 감소
○ 영양 증진
○ 비만 감소
○ 운동량 증가
○ 자살 및 자살 시도율 감소
○ 알코올, 기타 불법적인 약물로 인한 폐해 감소
○ 암 발병률 감소
○ 심장질환 발병률 감소
○ 당뇨병 발병률 감소
○ 구강 건강의 증진
○ 가족, 학교, 지역사회에서 일어나는 폭력행위 감소
○ 심각한 정신 질환을 가진 사람들의 건강 증진
○ 적절한 어린이 보건의료 서비스의 접근성 확보

일차보건기구는 지구보건위원회(District Health Board: DHB)와의 계약을 통해 의료서비스를 제공하고 있다. 주로 보건교육, 질병예방, 진찰 치료, 방문 간호, 재활 진료 등 종합적인 의료서비스를 제공한다.

의료서비스를 제공하는 기관에는 국·공립병원, 민간 및 비정부기관에 해당하는 약국, 임상병리기관·방사선치료기관·일차보건기구, 개업의·개업간호사·자선단체의료기관, 지역공제조합·민영병원 및 장애자 지원서비스기관 등이 있다.

<그림 Ⅳ-1> 뉴질랜드 의료 관리운영기구



(2) 보건행정체계

가. 보건부(Ministry of Health)

보건부(Ministry of Health)는 뉴질랜드의 보건의료 및 장애지원시스템(Health and Disability Support System)이 제대로 작동하도록 감독하고 관리한다. 보건부는 보건의료정책과 장애지원서비스에 대한 정부의 1차 자문기관이기도 하다. 보건부의 주요업무는 다음과 같다.

○ 보건사업의 성과향상, 불형평성 완화 및 지구보건위원회와 보건유관기관의 업무감독
○ 관련법률 및 규정 제정
○ 보건정보의 제공 및 비용의 지급
○ 보건분야 협력 및 조정
○ 전국적인 보건계획수립 및 제도 유지
○ 공공보건 및 장애자 지원업무 계획 및 재원조달 업무

나. 지구보건위원회(District Health Board: DHB)

전국의 총 21개 지구보건위원회는 보건의료 및 장애지원 서비스(의료기관에서 제공되는 서비스 포함)를 공급하기 위해, 계획을 수립하고 재원을 조달하고 서비스 공급을 보증하는 책임을 가진다. 2000년 제정된 뉴질랜드 보건 및 장애자 지원법 제19조에 의거 2001년에 설치되었으며, 2004년 말 기준 총 21개로 보건부 장관의 업무 감독을 받는다.

각 위원회는 11명의 위원으로 구성되며 대표성과 전문성을 적절하게 조화시키기 위해 7명의 지역대표자와 4명의 임명직 위원으로 구성되며, 임명직 위원은 보건부장관에 의해 임명된다.

지구보건위원회는 관할지역 내 주민에 대한 보건 및 장애서비스의 계획을 수립하고, 이를 위한 재원조달과 운영을 담당하며, 주민의 건강과 독립적인 생활의 증진 및 향상 그리고 보호에 대한 책임을 진다.

지구보건위원회의 운영을 위한 재원은 중앙정부로부터 조달되는데, 각 지역의 인구를 기준으로 배분받는다.

다. 일차보건기구(Primary Health Organization: PHO)

일차의료를 제공하고 등록환자의 건강관리를 담당하는 조직인 일차보건기구는 뉴질랜드 전역에 총 77개가 분포한다. 2005년 4월 현재 총 인구의 95%인 380만 명이 일차보건기구에 가입되어 있다.

지구보건위원회가 인정하는 일차보건기구가 되기 위한 조건은 다음과 같다.

- ○ 일정 수 이상의 회원 확보
- ○ 운영과정에 지역공동체 대표 참여
- ○ 일정 수 이상의 분야별 의료제공자 확보
- ○ 비영리조직과 공공재원에 대해 총체적이고 공개적인 책임성 확보
- ○ 잉여자금은 건강증진과 소정의 의료서비스 제공에 사용
- ○ 상시 의료서비스 제공 조직을 갖추어야 함

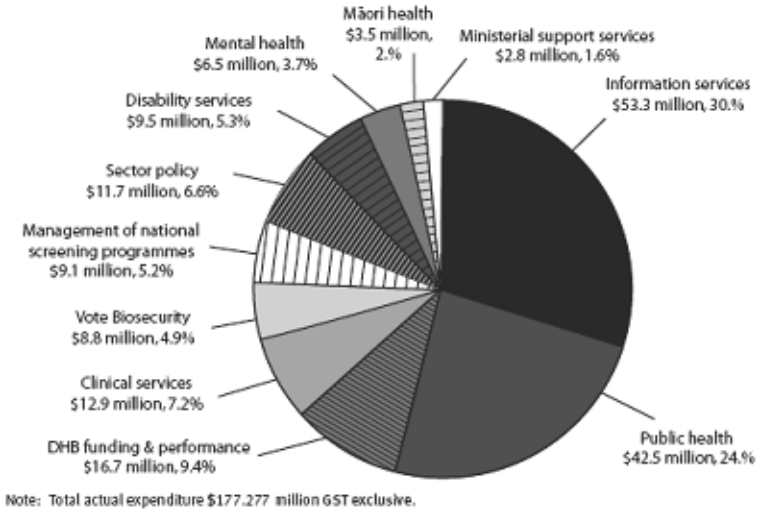
2) 건강보험의 자격 및 적용범위

공적 의료보험의 적용대상은 뉴질랜드 국민과 2년 이상 뉴질랜드에 거주한 외국인이다. 2004년 현재 전체 인구 3백 80만 명 중 약 3백 70만 명이 일차보건기구에 가입되어 있다.

민간 의료보험제도가 있으나 국가보건서비스에서 제공되지 않는 의료서비스와 사립병원 진료비 지급 등 한정된 급여를 제공하는 등 공적제도의 보충적 위치에 있다.

3. 재원조성 및 재정현황

<그림 Ⅳ-2> 2005/2006 보건부 부문별 재정지출 내역



주: GST는 Goods and Services Tax를 의미한다.
자료: The Annual Report 2005/06 including the Health and Independence Report

보건부는 재정지출을 통해 지구보건위원회와 비정부기구를 포함한 의료서비스 공급기관의 재원을 조달한다. 전술한 의료체계가 분권화되고 지구보건위원회가 일차의료의 재원 조달에 대한 권한을 갖게 됨에 따라, 보건부가 직접 사용할 수 있는 재원의 비중은 점점 감소하고 있다. 실제로 보건부 재정지출 중 지구보건위원회의 운영 및 일차의료공급을 위해 이양되는 지출비중은 전체의 9.4%에 해당된다(<그림 Ⅳ-2> 참조). 2006년 6월 30일 현재 재정수지 현황은 <표 Ⅳ-1>과 같다.

<표 Ⅳ-1> 재정 수지 현황(2006년 6월 30일 기준)

Actual 30/06/05 $000		Note	Actual 30/06/06 $000	Main estimates 30/06/06 $000	Supp. estimates 30/06/06 $000
	Revenue				
155,809	Crown		168,810	149,423	168,810
694	Department		1,520	1,405	1,728
9,348	Other	2	10,074	7,408	9,583
165,851	Total operating revenue		180,404	158,236	180,121
	Expenditure				
80,295	Personnel costs	3	89,728	66,493	80,837
63,747	Operating costs	4	69,197	70,192	81,018
8,865	Depreciation	5	9,683	12,368	11,466
5,399	Rentals and leasing		7,224	6,688	5,399
986	Capital charge	6	1,128	2,190	1,128
273	Audit fees		297	290	273
43	Fees to auditors for other services provided		22	–	–
(17)	Bad debts expense		(2)	–	–
159,591	Total expenses		177,277	158,221	180,121
6,260	Net surplus		3,127	15	–

진료지불방식은 일차보건기구 가입여부에 따라 다르다. 일차보건기구에 소속하지 않은 환자에 대한 경우 행위별 수가제가 적용되는 반면, 일차보건기구에 대해서는 소속된 가입자 수를 기준으로 한 인두제 방식으로 진료비가 지불된다. 단, 입원의 경우에는 포괄수가제 방식이 적용된다.

4. 급여 및 혜택

1) 국고지원

(1) 일반개업의 진료

일차보건기구에 가입하지 않았거나, 가입자가 거주지역을 떠나 타지역 소재 일차보건기구 소속 의사에게 진료를 받은 경우에 해당된다.

1회 진료 당 지원 금액을 살펴보면, 6세 미만은 35달러까지 국고지원을 받을 수 있다. 또한 연간세전소득 20,275~32,069달러인 자에게 발급되는 지역서비스카드 소지자나 연간 12회 이상 진료를 받아야 하는 중증환자에게 발급되는 고이용보건카드 소지자는 15달러의 지원을 받을 수 있다. 이와 같은 카드를 소지하지 않은 경우 국고지원은 받을 수 없다. 6세 이상인 경우는 20달러, 17세 미만인 경우만 15달러를 지급받는다.

(2) 일차보건기구 진료

일차보건기구에 가입한 경우에는, 진료제공 횟수나 양에 관계없이 등록 가입자 수에 따른 인두제 방식으로 국고지원을 받을 수 있다. 지원금의 계산방식은 다음과 같다.

연령대별 연평균 수진횟수(추정치) × 등록 가입자 수 × (1회 당 진료비 + 간호비)

2005년 현재 1회 당 진료비는 6세 미만 36.4달러, 그 외의 경우는 26달러이다. 일차보건기구의 재원은 지구보건위원회로부터 조달되는 데, 각 기구에 등록된 가입자 수를 기준으로 일차보건기구를 3개 그룹으로 나누어 등록환자 관리비용을 지원하고 있다. 비용은 1인당 5.25달러에서 9.46달러 정도이다.

2) 본인부담 수준

(1) 의료비

일반개업의는 진료비 설정권한을 가지고 있으며, 진료비 중 국고지원금을 초과하는 비용은 전액 환자에게 부과한다. 일차보건기구에 소속되지 않은 일반개업의의 경우, 성인진료비는 45~55달러이고, 야간 및 주말진료인 경우 10~20달러가 가산된다. 일차보건기구에 가입되어 있는 경우, 일반개업의에 비해 상대적으로 많은 국고지원금을 받을 수 있으므로, 본인부담금은 없거나 매우 낮은 수준이다. 공공병원에서의 입원진료 및 응급의료의 경우 본인부담금은 없으며, 사립병원인 경우 전액 환자가 비용을 부담해야 한다.

(2) 약제비

약제비는 건당 3~15달러이고, 연간 20건을 초과하는 경우 본인부담금은 없어진다. 6세 미만에 대한 약제비는 무료이고, 지역서비스카드나 고이용보건카드 소지자의 경우 건당 3달러가 부과되며 연간 20건을 초과하는 경우 역시 본인부담금은 없다.

5. 의료공급구조와 전달체계

뉴질랜드의 의료서비스는 4가지 종류로 구분된다. 즉, 일차 의료 서비스, 공중 의료 서비스, 병원· 전문의에 의한 이차 의료서비스, 그리고 장애 지원 서비스로 구분된다.

일차 의료 서비스는 건강 교육, 질병 예방, 자가치료에 대한 지원, 진단, 치료 및 재활 등으로 구성된다.

공중 의료 서비스는 질병 예방과 생명 연장 및 건강 증진을 도모하기 위한 사회적이고 조직적인 노력의 일환이다. 공중 의료 서비스에는 식품 및 식수 위생 증진사업, 자궁경부암 검사와 같은 질병예방검사, 건강한 생활습관의 홍보 등이 있다.

이차 의료 서비스는 주로 병원의 입원 및 외래 치료 서비스, 민간 병원의 전문의에 의해 제공되는 서비스를 말한다. 병원은 급성 질환자를 위한 치료 서비스를 주로 제공한다.

장애 지원 서비스는 신체적· 정신적 장애를 가진 사람들의 자립을 촉진하기 위한 치료 서비스, 지원, 정보 제공 등을 포함한다. 이러한 서비스의 공급은 기관에서가 아닌 지역사회를 기반으로 하고 있다. 여기서는 따로 다루지 않는다.

1) 일차 의료 서비스

일차 의료 서비스는 대부분 일반개업의에 의해 제공된다. 2000년 현재 3,166명의 개업의가 활동하고 있으며, 이 중 27%의 개업의는 순수 민간 기관(21%) 혹은 대학(6%)에서 의료 서비스를 제공하고 있다.

일차 의료 서비스는 진단서비스, 약품 조제서비스, 그리고 치료 서비스 세 가지로 분류된다. 진단 서비스에는 임상시험과 화상진단 등이 있고, 약품 조제 서비스는 각 지역의 약국을 통해 공급되는 모든 종류의 약품을 포함한다. 치료서비스는 물리치료, 언어치료, 식이요법, 재택 치료자에 대한 식사배달 서비스 등을 포함하며, 어떤 종류의 치료서비스는 의사의 진단이 필요한 경우도 있다.

일차 의료는 주로 일반개업의들에 의해 제공되고 있지만, 진단이 가능한 간호사와 조산사의 비중도 최근 높아지고 있다. 그러나 환자들은 일차 의료 서비스를 받기 위해 일반개업의를 주로 방문하는 것으로 나타났다. 1996/1997년 보건부의 조사에 따르면 총 인구의 약 80%가 해당 연도에 적어도 한번 일반개업의를 방문한 것으로 나타났다. 전문의로부터 이차 의료 서비스를 받기 위해서는 일반개업의의 진단이 필요하다. 환자는 의사를 자유롭게 선택할 수 있다.

2) 공중 의료 서비스

공중 의료 서비스는 1983년 지역위원회법(Area Health Boards Act) 제정 이래로 보건의료체계의 주요부문으로 편입되었다. 공중 의료 서비스는 지구 보건위원회와 전문의 그리고 일차 의료 서비스 공급자에 의해 공급된다. 공

중 의료 서비스는 환경 및 전염병 관리, 예방 서비스, 그리고 건강 증진 및 교육 서비스 세 가지로 분류된다.

3) 이차 의료 서비스

응급 의료 서비스는 공공 혹은 민간 병원의 전문의에 의해 제공된다. 대부분의 전문의는 공공 병원에 고용되어 있으나 그들 중 많은 의사가 자신의 병원을 소유하고 있다. 입내원 서비스는 주로 지구보건위원회에 의해 운영되는 공공병원에 의해 제공된다.

2001년 현재 뉴질랜드에는 23,741개 병상, 444개 병원이 있다(<표 Ⅳ-2> 참조). 이 중 84개 공공병원이 통 병상의 52%에 해당하는 12,364개 병상을 보유하고 있다. 이에 비해 민간병원은 360개나 되지만 보유하고 있는 병상 수는 전체의 48%에 해당하는 11,377개에 지나지 않는다. 민간병원은 비교적 간단한 수술과 노인 장기요양 환자에 대한 서비스를 주로 제공하고, 고도로 전문화되거나 기술이 필요한 치료 서비스는 제공하지 않는다. 1988/1989년에서 2001년까지 민간병원의 병상 수가 전체 병상 수에서 차지하는 비중은 45% 까지 증가했다. 민간병원 수도 역시 증가 추세에 있는 데, 그 이유는 공공부문의 서비스를 이용하던 노인 장기요양 환자가 민간병원이나 너싱홈을 이용하게 된 데 있다.

〈표 Ⅳ-2〉 병원 및 병상 수 추이

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2001
병원							
민간병원	200	205	207	249	263	285	360
공공병원	109	131	138	119	116	109	84
민간병원 비율	65%	61%	60%	68%	69%	72%	81%
병상							
민간병상	7,149	7,881	7,218	7,218	8,658	9,156	11,377
공공병상	15,897	16,295	15,555	15,270	14,980	14,298	12,364
민간병상 비율	31%	33%	32%	32%	37%	39%	48%

자료: Sian French, Andrew Old and Judith Healy 2001, Health Care Systems in Transition: New Zealand, European Observatory on Health Care systems

5. 결론

이상에서 살펴본 바와 같이 뉴질랜드의 의료정책은 종합적인 일차의료 제공을 통해 국민의 보건향상을 달성한다는 목표아래 일차의료(Primary Health Care)제공에 역점을 두고 있다. 이에 따라 뉴질랜드는 2000년 보건의료개혁을 통해 의료이용의 불균형 개선 및 불필요한 입원 감소와 더불어 전반적인 국민 건강 향상을 위해 일차보건기구를 도입했다. 또한 개인 위주의 건강관리에서 인구 전체 건강관리로의 전환하고 있는 추세이다. 그리고 지불보상제도와 관련해서는, 행위별 수가제가 적용되는 경우 본인부담금을 줄이는 동시에 일차보건기구의 경우 가입자 수에 기초하여 재원을 배분하는 인두제 방식을 도입했다.

뉴질랜드는 이처럼 초기정착단계에 있는 일차보건기구를 통한 보건의료체계의 발전을 위해서는 정확한 최신 정보자료의 구축, 보다 명확한 일차보건기구의 관리운영비 산출 등을 앞으로의 개혁과제로 삼고 있다.

참고문헌

(1) 국내문헌

배준호 1997. 뉴질랜드 사회보장 개혁의 내용과 시사점, 한신 논문집 제 14집

(2) 국외문헌

The Annual Report 2005/06 including the Health and Independence Report

Statistics New Zealand 2006. Births and Deaths June 2006 Quarter, Wellington: Statistics New Zealand.

Sian French, Andrew Old and Judith Healy 2001. Health Care Systems in Transition: New Zealand. European Observatory on Health Care systems

(3) web

주한 뉴질랜드 대사관: http://www.nzembassy.com/home.cfm?c=8

WHO: http://www.wpro.who.int/countries/nez/

V. 칠레

1. 서론

칠레는 1980년 사회보장제도를 개혁하여 1981년부터 연금, 건강보험, 그리고 기타 사회보장제도의 민영화를 주도하였다. 이러한 칠레의 사회보장제도 개혁은 칠레뿐만 아니라 남미제국까지 영향을 미쳤으며, 아르헨티나와 멕시코 역시 사회보장제도의 민영화를 시도하였다.

본 연구에서는 칠레의 건강보험제도가 가지는 특징을 살펴보고, 공보험 성격의 건강보험과 민영건강보험이 공존하는 칠레의 현황과 문제점을 도출하여 우리에게 주는 시사점을 찾고자 한다. 특히, 민영 건강보험의 역할과 기능을 놓고 첨예한 대립과 긴장이 고조되고 있는 시점에서 칠레의 경험은 많은 교훈을 줄 것으로 판단된다. 본 연구는 칠레 사회보장제도 개혁이전의 건강보험 시스템과 개혁이후 민영 건강보험 도입에 따른 개요를 살펴보고, 칠레 건강보험제도의 실증적인 분석들을 조사하여 함의를 찾고자 한다.

유럽과는 달리 대부분의 라틴 아메리카 국가들의 사회보장프로그램은 사회보험방식으로 출발하였다(Mesa Lago, 1991). 칠레의 사회보험방식 건강보험은 사회보험으로서 Cajas de Prevision 이라고 명명되었으며, 보험료를 기여할 수 있는 특정 노동자 집단들을 대상으로 하기 때문에 보편주의 방식은 아니었다.

소득에 비례하여 징수한 기금과 급여는 특정 상관성을 갖게 되는 것이

다. 본래 Cajas de Prevension은 장례비용, 노령연금, 산업재해보상보험부터 적용되었고, 후에 실업급여와 가족수당으로 확대되었으며, 나아가 치료적이고 예방적인 질병보험까지를 포괄하게 되었다.

한편, 정부는 공적으로 재원을 조성하여 보험을 가입할 수 없는 대상자들에게 제한적인 급여를 제공하였다. 2차 대전이후 사회보험 급여와 적용범위는 크게 확대되었고, 칠레나 아르헨티나 등 라틴제국의 복지수준도 도시를 중심으로 유럽수준으로 향상되었다.

본래 칠레의 사회보험 조합(Fund)은 1920년부터 기원하며, 범주화된 노동자집단에게 연금을 지급하도록 규정되어 있었다. 1940~1950년대 예방과 치료를 위한 건강보험제도가 시행되었으며, 사무노동자(White collar)를 위한 건강보험인 Servicio Medico Nacional de Empleados(SERMENA)의 예방위주(preventive) 보험급여가 1942년 도입되었고, 1968년에 치료적인(curative) 보험급여로 확대되었다.

한편, 육체노동자(blue collar)를 위한 건강보험인 Servicio Nacional de Salud(SNS)가 1952년에 시행되었다(A. Barrientos, 2000: 418). 따라서 칠레의 건강보험급여는 육체노동자와 사무노동자로 이원화되었으며, 육체노동자는 SNS 공급자로부터 직접적인 급여혜택을 받았으나, 사무노동자의 경우는 SERMENA 또는 민간 공급자 중에서 선택하여 급여혜택을 받도록 되어 있었다. 이러한 기본적인 건강보험 골격이 민간보험의 급여확대를 촉진하는 계기가 되었다. 1990년대 단행된 칠레 건강보험의 개혁과 개요에 대해서는 2장에서 다루도록 한다.

2. 개혁이후 칠레의 의료보장체계

1) 제도개혁 및 적용대상

칠레는 국가경제발전과 함께 사회보장프로그램 전면적인 개혁을 추진하였으며, 1980년 건강보험분야에서도 대대적인 개혁을 추진하였다(Miranda, 1994).

주요 개혁의 초점은 민간 영역의 역할과 기능 확대로서 자원배분의 증진, 공공기금분야의 탈집중화를 모색하는 것이었다. 첫 번째 개혁추진은 육체노동자들에게 민간 공급자를 활용할 수 있는 기회를 확대하는 것이었으며, 이를 위해 기존 육체노동자의 보험자 역할을 했던 SNS를 탈집중화시켜 27개지역으로 분할하고, 자치경영의 독립적인 보험자단위로 재구성하였다.

이러한 조직 개혁은 민간 보험자의 소개와 연계되었으며, 1981년 ISAPREs라는 민간보험으로 재탄생하였다. 즉, 가입자로 하여금 공적보험을 떠나 민간보험을 선택할 수 있도록 하였으며, 기여와 급여가 분리되는 보험영역구분을 창출하였다.

한편, 1986년에 이르러 육체노동자와 사무노동자의 보험료율을 수입의 7%로 통일하면서, 급여차이를 없앤 강제 건강보험이 도입되었는데, 바로 Fondo Nacional de Salud(FONASA)이다. 이는 공적영역의 강제보험으로서 가입자들로부터 보험료를 징수하고, 공급자에게 급여를 제공하는 기능을 하고 있다. 장애인, 보험료를 기여할 수 없는 노동자 역시 공적영역 건강보험인 FONASA에 적용을 받는다. 이렇게 하여 1998년 기준 전체 인구 중

FONASA의 적용을 받는 비율은 62%에 해당되고, 민간보험에 적용을 받는 대상자는 33%에 해당된다. 기타 공무원 및 경찰로서 공보험의 적용을 받는 비율이 2%이고, 나머지 3%는 비가입 적용대상자이며, 이들은 소득이 아주 높아 미국의 민간보험을 가입하는 경우도 있는 것으로 나타난다.

칠레 피노체트 정권의 경제팀은 민간 자본의 도입과 운영을 통해 공적 영역의 기능을 분산하고자 하는 취지에서 민간보험으로 확대하였다. 먼저, 칠레는 건강보험에 이원화 시스템을 도입하는데 민간보험을 담당하는 ISAPREs, 와 공적보험을 담당하는 FONASA이며, 도입 초부터 민간보험이 확장되어오다가 1996년을 정점으로 줄어들어 2003년에는 16.3%가 민간보험의 적용을 받고 있다.

<표 Ⅴ-1> 연도별 건강보험 적용현황(%)

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2003
공적보험(FONASA)	67.7	62.7	68.5	59.7	61.9	66.5	72.1
민간보험(ISAPRE)	15.0	20.0	23.6	24.6	23.0	19.8	16.3
비적용자	11.9	12.3	8.0	11.0	10.9	9.7	7.2
기 타	5.4	5.0	4.9	4.7	4.2	4.0	4.4
합 계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: www.mideplan.cl

2) 재원조성 및 재정규모

재원은 공보험인 FONASA는 앞서 언급한 것처럼 7%의 보험료율을 유지하지만, 민간보험은 소득과 급여 범위, 피부양자에 따라 달라질 수 있다.

또한 일반조세에서 재원을 지원하고 있는데, 민간보험에는 일반조세 지원 중 35%를 지원하고, 공보험인 FONASA는 65%를 지원하고 있다. 재원조성과 관리운영의 이원화로 위험분산 역시 공보험 영역과 민간보험 영역으로 이원화 되어 있다. 또한 약 3%에 해당하는 비가입자의 경우는 위험분산 기능이 적용되지 않고 있다. 칠레의료보험에서 재분배효과가 나타나고 있는 곳은 공보험인 FONASA의 누진적인 본인부담을 통해서 이다.

연도별 재정지출 증가현황을 살펴보면, 1995년에 전체 의료비 464,136백만달러 중에 공적의료비는 157,616백만달러이었는데, 2002년에는 전체 의료비가 1,326,894백만달러 중에 596,673백만달러로 확대되었다. 이는 대략 7년 기간 동안 전체 금액은 186%가 성장하였고, 공적 의료비 증가는 279%에 달하는 것이다. 2002년의 의료비 지출규모는 GDP의 2.9%이고, 전체 공적지출에 12%에 해당하는 규모이다. 공적의료비 재원 구성은 48%는 국고로 지원하고, 33%는 가입자가 기여한 조세이고, 17%가 기타 재원으로 구성된다. 1인당 의료비 지출 규모는 2001년 기준 303달러이고, 전체 의료비 중 공적의료비 비중은 44%이며, 이는 전체 공적지출 중에 12.7%를 차지하는 수준이다. 반면, 사적의료비 비중은 54%이고 민영 보건영역에서 민영건강보험이 부담하는 비중은 40.3%이고, 실제본인부담 비중은 59.6%에 달하고 있어, 민영건강보험의 보장성 수준도 매우 낮은 것을 알 수 있다(Borzutzky, 2006: 151~152).

2006년 11월 현재, 칠레 국민들 중 민간보험가입자는 2,535,742명이고, 8개의 민간보험회사를 선택하여 가입하는데 이들 중 83%가 4개 회사에 집중하여 가입하고 있다. 이들의 보험료 징수액은 76,237백만칠레달러(1,425억원)이다.

<표 V-2> 칠레 민간보험회사 가입자 현황 및 보험료징수현황

(2006년기준)

	가입자			보험료		
ISAPRE 회사	가입자	비율	누적비율	기금합계	비율	누적비율
Isapre Banmedica	626,831	24.72	24.72	17,411	22.84	22.84
Consalud S.A.	570,659	22.50	47.22	13,158	17.26	40.10
ING Salud S.A.	526,221	20.75	67.98	16,152	21.19	61.28
Colmena Golden Cross	381,162	15.03	83.01	14,829	19.45	80.74
Mas Vida	212,820	8.39	91.40	6,877	9.02	89.76
Vida Tres	140,387	5.54	96.94	6,388	8.38	98.13
Normedica	49,684	1.96	98.89	1,175	1.54	99.68
Sfera	28,028	1.11	100.0	247	0.32	100.0
합 계	2,535,742	100.0		76,237	100.0	

자료: www.sisp.cl

이상 개혁 전후의 일련의 과정과 제도 변화에 대하여 아래 <표 V-3>에 정리하였다.

<표 Ⅴ-3> 칠레 의료보험제도의 개혁 전후 비교

구 분	보험자 역할 및 급여범위
개혁이전 보험자	- 원천징수 보험료 기금조성 - 사무노동자보험(SERMENA) - 육체노동자보험(SNS)
비가입자	- SNS
기록과 개혁의 범위	- 1981~1986 ISAPREs(민간보험)와 FONASA(공보험)
재원조성	- 공보험의 경우 보험료율 7% - 일반조세충당(ISAPRE 35%, FONASA 65%까지 충당)
질병위험 분산	
(1) 공보험	- 모든 대상(재원의 한계 있음)
(2) 민간보험	- 기본급여에 부가급여(선택사항)
적용범위	- (1998년 기준)
(1) 사회보험	- 62%
(2) 민간보험	- 33%(ISAPRE 23%, 기타 10%)
(3) 기타	- 2%(공무원 및 경찰) FONASA
(4) 비가입자	- 3%
GDP 대비 국민의료비	
(1) 전체	4.22% 1996년 기준, 약국과 본인부담 제외
(2) 민간	1.7% 1996년기준
관리운영비	
(1) 공보험	지출의 1.8%
(2) 민간보험	지출의 1.8%
재분배효과	본인부담을 통한 FONASA 누진적임

자료: A. Barrientos, 2000

3) 공급구조와 칠레 의료보장제도의 함의

칠레의 의료공급 구조는 국가가 직접 제공하는 비율이 절반보다는 약간 높게 나타나고 있다 정부차원에서 공급은 정부산하기관의 의료시설과 공공병원비율이 비교적 높고 민간 의료시설의 공급도 절반에 육박하고 있어, 민영화의 문제점을 내포하고 있다. 민간보험과 공급에 따른 칠레 건강보험의 양극화 문제를 중심으로 살펴보도록 한다.

<그림 Ⅴ-1> 칠레 건강보험의 재원조성 및 공급구조

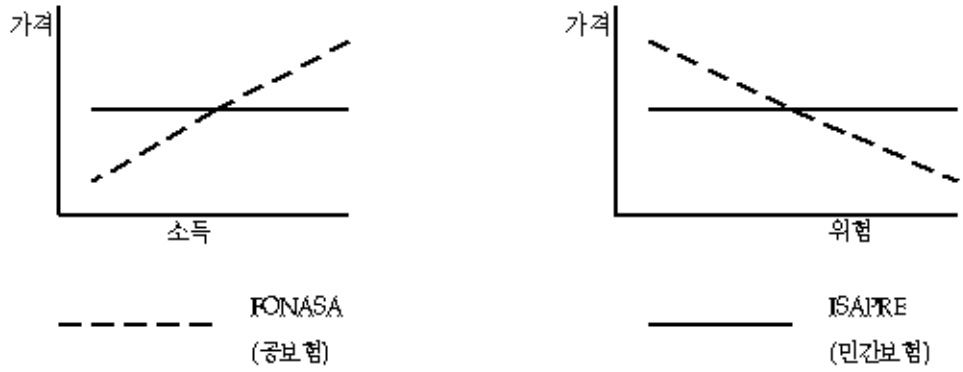
<table>
<tr><td>재원조성
(Revenue collection)</td><td colspan="2">일반조세</td><td colspan="2">사회보험 보험료</td><td>본인부담</td></tr>
<tr><td>위험분산(Pooling)</td><td colspan="3" rowspan="2">공적건강보험(FONASA)</td><td rowspan="2">민영건강보험
(ISAPREs)</td><td rowspan="2">비가입자
개인구매</td></tr>
<tr><td>구매형태(Purchasing)</td></tr>
<tr><td>공급(Provision)</td><td>기타 정부공급</td><td>국가보건서비스
(National health service)</td><td colspan="3">민영공급</td></tr>
</table>

자료: WHO, 2000에서 재인용

칠레 건강보험 가입자들은 자신의 임금에서 7%를 보험료로 납부하지만 가입자들은 공보험과 민간보험 중에서 선택할 수 있다. 또한 민간보험의 경우 자신이 필요한 급여를 위해 추가적인 보험료를 납부하고 선택할 수 있는 것이다. 이러한 연유 때문에 공보험은 소득에 따라 보험료부과액이 증가하지만 민영보험은 소득에 상관없이 보험료가 결정된다. 따라서 공보험은 보험료 부담의 누진성이 발생하여 소득재분배가 이루어지지만 민영보험에서는 그렇지 못하다. 또한, 공보험은 질병위험이 낮을수록 보험료 수준이 높고 질

병이 높을 경우 보험료 부담이 낮게 설계되어 있으나, 민간보험은 질병위험에 상관없이 동일한 보험료를 부담하기 때문에 건강보험의 위험분산 기능을 제대로 수행한다고 보기는 어렵다.

<그림 Ⅴ-2> 소득 및 질병위험에 대한 공보험과 민간보험 기능



따라서, 민간보험은 기본 보험료에 추가 급여에 대한 선택이 가능하기 때문에 소득수준이 높은 가입자들이 많고, 공적보험은 상대적으로 소득수준이 낮은 계층이 집중하는 경향을 보이고 있다. 칠레의 소득계층별 보험 가입현황을 보면, <표 Ⅴ-4> 와 같다.

<표 Ⅴ-4> 5분위 소득계층의 보험 가입 현황(2003년 기준)

(단위: %)

	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위
공보험제도	87.5	80.1	67.0	53.4	29.6
ISAPRE	3.1	7.8	17.6	29.5	54.2
비가입자	8.5	9.7	10.0	10.3	10.4
공무원 및 경찰	0.5	1.6	4.4	5.6	4.8
기타	0.1	0.3	0.3	0.6	0.6
알수없음	0.4	0.6	0.7	0.6	0.4
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: www.mideplan.cl

칠레의 보험료 책정에는 두 가지 중요한 요소가 작동하는데, 연령과 성별이다. 즉, 여성과 노인들은 남성이나 젊은이에 비해 의료비용이 많은데 실제, 민간보험이 노인들에게 제한적으로 적용되고 있음을 다음 <표 V-5>에서 알 수 있고, 건강위험이 높은 경우 민간보험료 수준도 높아져 질병위험 분산의 핵심 기능이 작동된다고 보기 어렵다.

<표 V-5> 성별 및 연령별 가입현황(2003년 기준)

		0-4	5-19	20-39	40-54	55-69	70세이상	합계
남성	공보험	75.6	74.6	62.0	65.7	74.4	83.5	69.5
	민간보험	16.9	16.1	19.7	18.6	13.1	5.5	17.0
여성	공보험	76.9	74.4	71.2	72.6	79.9	84.7	74.5
	민간보험	15.9	16.8	17.8	17.2	10.6	4.9	15.7

자료: www.mideplan.cl

요컨대, 칠레의 건강보험은 민영보험의 기능 확대를 통해 가입자 및 위험분산기능의 양극화를 초래하고 있어 의료보장의 기본 역할 수행과 사회보장원리가 훼손되고 있는 것을 알 수 있다.

4) 의료보장개혁 입법에 관한 찬반 논쟁[5]

2004년 칠레의 보건의료 개혁에서는 4가지 주요 보건 정책들이 시행되었다. 첫째, 보건정책은 보장된 현물급여 40개를 기존의 공시된 가격으로 배

5) Borzutzky, 2006, Cooperation or Confrontation between the State and the Market?, After Pinochet, University press of Florida에서 정리함

제없이 제공하고, 둘째, 모든 민간 보건정책은 중대상병(catastrophic)을 포함하며, 셋째, 건강보험은 상병수당을 포함하고, 넷째, 건강보험 정책은 몇몇 부가급여까지 포괄하도록 규정하고 있다.

이러한 개혁의 시행을 위한 과정에서 제시된 AUGE 계획은 입법과정에서 찬반이 팽팽하게 대립된 경우이다. 칠레 의료보장제도의 이해와 민간보험 이원화된 의료보장제도의 장단점을 이해하는데 AUGE 계획에 대한 찬반 논쟁이 도움이 될 수 있기에 소개한다.

2002년 칠레 보건부는 의회에 새로운 계획서(법안)를 제출한다. 본 계획서에는 급여가 이루어지는 보험적용 급여항목을 56개 기본질병으로 하고 이의 진단을 위한 1600개의 확장 진단방법이 포함되어 있었다. 이름하여 AUGE[6] 계획은 상당한 논쟁을 초래하였고, 결국 의회에서 변경되어 통과되어 서두에서 제시한 내용을 담게 된다.

가. AUGE 계획 초안

칠레정부가 제시한 AUGE 계획 초안에는 우선 민영, 공적 보건체계의 조화를 강조하고 있다. 계획서의 핵심은 국가가 지정한 56개 상병에 대해 공적, 사적 영역의 보건의료체계가 총 동원되어 신속하게 대처한다는 것이다. 따라서, 산전후 진료, 영유아기 진료, 환자진료 및 당뇨, 고혈압, 간질, 에이즈, 암, 신경질환 등에 대한 신속하고 확실한 진료를 목표로 하고 있다. 왜냐하면 이들 질환에 대한 진료비는 전체 진료비의 80%를 차지하고 있으며, 이들 상병이 사망원인에 80%를 차지하고 있기 때문이다.

하지만 이 계획서에는 새로운 질병에 대한 적용여부가 포함되어 있지

6) 스페인어로 auge는 힘, 존엄, 영광이라는 뜻임

않다. 그리고 이미 칠레의 의료제도는 민간영역과 공적영역이 분담하여 공급과 진료를 담당하지만 공적영역이 담당하지 못하는 부분이 존재할 뿐만 아니라, 민간영역이 거부하는 문제가 이미 지적되고 있었기 때문에 실효성이 의심되었다.

한편, 계획된 법안에서 제시한 또 다른 현황은 (1) 접근성 보장, (2) 기회의 보장, (3) 의료의 질 보장, (4) 재정지원(본인부담 20% 한정)이다. 이를 위해 초안에서 제시한 재원확보방안은 가솔린, 담배, 술에 대해 0.5%의 부가가치세를 거둬들이는 것이었다.

본 계획 초안의 가장 큰 쟁점은 ISAPRES에 조세기여율 7% 중에 0.6%를 사회연대기금(Solidarity Fund)으로 조성하고자 하는 것이었다. 이 기금은 본래 산전후 진료를 위해 국가가 임산부에게 제공하고자 확보한 기금이었으며, AUGE 계획에서는 이를 공적영역의 노인과 환자를 위해 사용하고자 하였다. 정부의 취지는 고소득계층(ISAPRES 가입자)에서 저소득계층(FONASA 가입자)으로 재원이 이전되므로 사회연대와 형평성을 강화할 수 있다는 것이었다. 결국 정부는 AUGE 계획이 칠레 공적 보건의료체계를 개선 할 수 있을 것으로 판단하였고, 공적영역과 민간영역의 조화를 추진할 수 있을 것으로 보았다.

나. AUGE 법안에 대한 반대입장

정부가 내놓은 AUGE 계획안에 대하여 ISAPRES, Colegio Medico de Chile(Chilean equivalent of the American Medical Association) , 보수당, 기타 정부부서(특히 재정부) 등이 적극 반대하고 나섰다. 가장 강력한 반대를 주장했던 단체는 Colegio Medico de Chile로 반대의 요지는 계획자체가

재정적자를 초래할 것이라는 것이다. 또한 재정억제를 위한 정부의 많은 행정규제가 이미 이루어지고 있으며, 이로 인해 자신들의 수입이 줄어들고 있다는 주장이다.

또한, 많은 의사들은 계획에서 제시한 상병의 선택 기준과 목적에 대해 의문을 갖게 되었다. 예를 들어, 드물게 발병하지만 고액진료비가 초래되는 특수질병에 대해서는 어떠한 혜택도 주어지지 못하는 계획안에 대해 수용할 수 없다는 입장이었다.

다른 입장에서는 AUGE 초안이 최근 보건의료체계의 민영화를 위한 초석이라고 인식하였다. 왜냐하면 초안에서 병원간 경쟁을 제시하고 있기 때문이다. 이를 통해 정부는 자원 활용을 효율화한다는 취지이지만 병원의 경쟁은 현행 50%수준의 공적공급체계마저 민영화를 초래할 수 있다는 것이 이들의 입장이다.

민영건강보험인 ISAPRES의 입장은 사회연대기금은 중산층에게 재원부담을 지우는 것이기 때문에 소득재분배가 잘 이루어지지 않을 뿐아니라 민영건강보험의 와해를 위한 것이라고 AUGE 계획안을 반대하였다. 또한 이들은 의회가 사회연대기금을 통과시킨다면 헌법소원을 제기하겠다고 위협하였다.

다. 최종 통과된 AUGE 법안

일련의 논쟁은 수개월간의 논의 끝에 2004년 7월에 의회 보건상임위원회에서 통과하였으며, 보수당의 찬성을 얻기 위해 초안에서 사회연대기금 조성은 삭제되었다. 또한, 수정 통과된 법안에는 2005년에 기본 상병이 25개, 2006년에는 40개, 2007년에는 56개로 점차 확대되도록 개정되었고, 실제 진

료비의 본인부담 20%상한을 상향하는 것으로 조정하였으며, 의료사고에 대한 중재제도도 삽입하였다.

사회연대기금은 정부의 재정전략 뿐만 아니라 형평성 강화에도 중요한 척도였으나 좌절되었다. 또한 의사들의 반발은 초기 계획서에는 자신들의 독립성을 저해하고, 특정질병에 대한 급여혜택 강화로 보건의료체계가 와해된다는 것이 이들의 주된 주장이었다.

끝으로 재정관련 정부부서들은 AUGE 계획안의 통과로 인해 소요될 재원에 대한 우려 때문에 반대입장을 제시하였다. 이에 따라 ISAPRES에서 마련하고자 했던 재원조성 계획은 계속하여 논의를 진행하기로 하였으며, 이상의 논의를 통해 조정된 법안은 최종적으로 2005년 1월 의회에 승인을 얻어 통과되었지만 관건은 재원마련 방법에 달려있다.

라. 병원 민영화 법안(Privatize New Hospitals)

라고스 정부의 여러 가지 개혁입법 중에는 병원 민영화에 관련된 법안도 포함되었다. 새로운 병원의 민영화에 대한 생각은 매년 6억달러 규모의 정부기금 부족에서 출발한다. 또한 민영화를 통해 병원시설의 개선, 효율적인 자원관리 등에 대한 기대감도 함께 작용하고 있다.

행정부(Ministry of Public works)는 이러한 목적으로 향후 20년간 5개의 새로운 병원을 민간자본으로 건설하여 민영화시키고자 하였다. 이는 칠레정부가 추진하는 도로와 교도소 건설의 민영화와 같은 방식이다. 즉, 도로이용요금을 징수하듯 병원이용에도 사용자 부담을 징수한다는 취지인 것이다.

이러한 법안에 대한 강력한 반대 움직임이 대두되었는데, Colegio Medico는 칠레 국민이 보험료 부담 뿐만 아니라 사용자 부담까지 생기게

되면 보건의료체계 자체가 붕괴될 것이라고 주장하면서 법안에 반대 입장을 표명하였다. 이러한 민영화 움직임은 공적 보건의료체계에 악영향을 미칠 것이고, 정부기관 내에서 법안 통과가 좌절 될 것이라고 주장하였다. 특히 좌파 성향의 정당은 강력한 반대를 제시하였다.

결과적으로 라고스 대통령은 내각에 법안에 대한 사전의 충분한 검토와 논의를 지시하였다. 따라서, 사용자 부담이 있는 병원 민영화 계획은 일단 연기되었으나, 경쟁과 자립을 추구하는 민영화의 아이디어는 지속되고 있다. 왜냐하면 민영화를 통한 경쟁이 의료비용 감소에 효과가 있다고 믿는 경제 관료의 입장이 여전하기 때문이다. 끝으로 라고스 정부는 보건의료체계에 행정감독기구를 재구조화했다. 이를 통해 라고스 정부는 민간보험과 공적보험간의 조화와 협력을 꾀하고자 하였다.

3. 칠레 의료보장체계의 함의

칠레는 1980년대 이후 의료보장체계의 민영화, 지방분권화를 통해 효율화를 꾀하고자 하였다. 또한 공보험과 민영보험으로 이원화시켜 효율과 형평을 공존하고자 노력하였으며, 이를 위해 국가의 규제 역할을 강화하였다.

지방분권화는 중앙정부에 집중된 의료보장체계의 역할을 지방정부로 다원화하는 노력을 하였는데, 우선 중앙정부의 보건부에서는 법규정, 규제와 감독의 역할을 수행하되 의료보장의 전달체계와 기능은 26개 지방정부로 이양하였다. 또한 명목상으로도 지방정부의 의료서비스 전달체계는 독립적이고 자율성을 보장하였다. 하지만 피노체트 정권이후 민주화를 통해서 칠레 정부는 보건의료 개혁을 주도하게 되는데, 주된 원인은 기존의 의료보장체계가 공적 보건의료체계의 인프라 구축과 의료의 질까지 저해하였기 때문이다. 이러한 양상은 불확실한 정보, 행정체계, 경험 없는 정책결정자, 부적절한 공적자원의 배분 등에 기인한 것으로 볼 수 있다.

피노체트 정권 이후의 개혁은 공적의료체계에 대한 투자를 확대하여 의료비 지출을 크게 확대시켰고, 1차 의료 개선과 지방정부와 중앙정부의 네트워크를 강화하였다. 또한 공적보건체계의 행정력을 강화하고 재정관련 개혁으로는 전향적 재원조성체계를 90년대에 도입하여 공적보건 공급자들의 효율성을 개선시켰다. 끝으로 민영건강보험에 대한 규제를 강화하고자 하였다.

이러한 개혁 실현에 힘입어 칠레의 보건의료 성과는 국제적으로 매우 많은 발전을 인정받았다. WHO의 보고서에 따르면, 191개 국가 중에 칠레의 보건의료체계의 성과는 33위이고, 건강수준은 23위를 차지한 것으로 보고되

었다. 그러나 재정부담의 형평성(FFC 지수) 순위는 168위로 매우 불형평한 것으로 나타났다. 따라서 칠레 보건의료체계의 개선여지가 아직 남아 있으며 새로운 도전은 크게 3가지로 정리할 수 있다. 우선 새로운 도전은 인구사회적 및 역학적 측면이고 나머지 사항은 제도의 형평과 효율성 개선을 위한 사항이다.

첫째, 인구구조의 변화와 만성질병의 증가는 의료비지출증가 요인이며 예방과 조기진료 등의 사업 강화가 필요하다. 둘째, 현행 칠레 의료보장체계가 전국민을 보장하고 있으나 보장수준이 양극화되고 있는 문제점이 남아 있다. 즉, 부자들은 민영보험인 ISAPRES에 가입하고, 빈자들은 공보험인 FONASA에 가입하여 위험분산과 소득재분배가 제대로 이루어지지 못하고 있다. 즉, 공적영역에서만 소득재분배와 위험분산이 제대로 기능을 하고 있기 때문에 이원화된 제도의 불형평 개선이 시급하다. 셋째, 민영보험과 공보험의 존재는 비효율성을 초래하고 있다. 민간보험의 경쟁과 잦은 이동은 예방사업의 혜택을 받지 못하게 된다. 또한 민영보험의 높은 행정비용을 초래하여 가입자 부담이 높아지고, 급여비 지출에서도 행위별 수가제인 민영보험의 지출억제가 이루어지지 못하는 형국이다.

요컨대, 효율성을 추구하고자 했던 칠레의료보장체계의 민영화 분권화 정책은 기대효과를 제대로 달성하지는 못하고 있는 것으로 판단된다. 오히려 계층간 양극화와 불형평성을 강화하는 문제를 가속하고 있음을 알 수 있다. 의료산업화를 통해 보건의료발전과 민영건강보험의 역할을 주장하고 있는 현 시점에서 칠레 의료보장체계의 현실은 많은 함의를 줄 것으로 판단된다. 공적 보험의 인프라확대, 공공성 확보 그리고 형평성 강화 없이 민영보험의 도입, 활성화 또는 일정 역할을 기대하는 것은 칠레의 경험을 비춰볼 때 부작용이 더 클 것으로 보인다. 따라서 보다 신중한 정책적 접근이 필요

할 것이다.

참고문헌

WHO, 2000, Word health report

Holst et al, 2004, Chilean health insurance system: a source of inequity and selective social insecurity, Public health 12: 271~282

Ossandon, 2006, Selling risk in private health insurance in Chile, Centre for Cultural Studies, Goldsmiths, University of London

Barrientos and Lloyd-Sherlock, 2000, Reforming health insurance in Argentina and Chile, Health Policy and Planning; 15(4): 417~423

Borzutzky, 2006, After Pinochet, The Chilean Road to Democracy and the Market, University of Florida

Sanhueza and Ruiz-Tagle, 2002, Choosing health insurance in a dual health care system: The Chilean case, Journal of Applied Economics, Vol V, No. 1. pp.157~184

Escobar, 2000, Health Insurance Issues: Old age and Catastrophic Costs in Chile,

Sapelli, 2005, Risk Segmentation, Moral Hazard and Equity in a Mandatory Health Insurance System, Cristian Aedo Aristides Torche and Bernardita Vial, World Bank

Word Bank, 2006, Health Financing Revisited

Jack, 2000, The Evolution of Health Insurance Institutions: Theory and

Four Examples from Latin America, World Bank

Manuel, 2002, The Chilean Health System: 20 Years of Reforms, Salud publica de mexico/ vol 44, no.1

Ⅵ. 멕시코

1. 서론 : 멕시코 보건의료체계에 대한 국제비교

1) 멕시코의 국민의료비 지출에 대한 국제비교

대통령을 국가원수와 정부수반으로 하는 연방공화국인 "멕시코 합중국(United Mexican States)은 라틴 아메리카 국가들 중 가장 북쪽에 위치하고 있다.[7] 다양한 천연자원을 보유하고 있는 멕시코는 특히 석유 매장량이 세계 7위로 연방정부 수입의 약 1/4이 석유판매에 의해 조달된다. 2006년 현재 멕시코의 인구는 약 1억 870만 명으로 추산되며, 인구증가율은 OECD국가들 중 상당히 높은 수준이며, 지역별 인구편재가 심각한 수준으로 전체 인구의 약 3/4 이상이 멕시코시티, 과달라하라, 사우다드네사왈코요틀, 몬테레이 등 도시에 집중되어 있다.

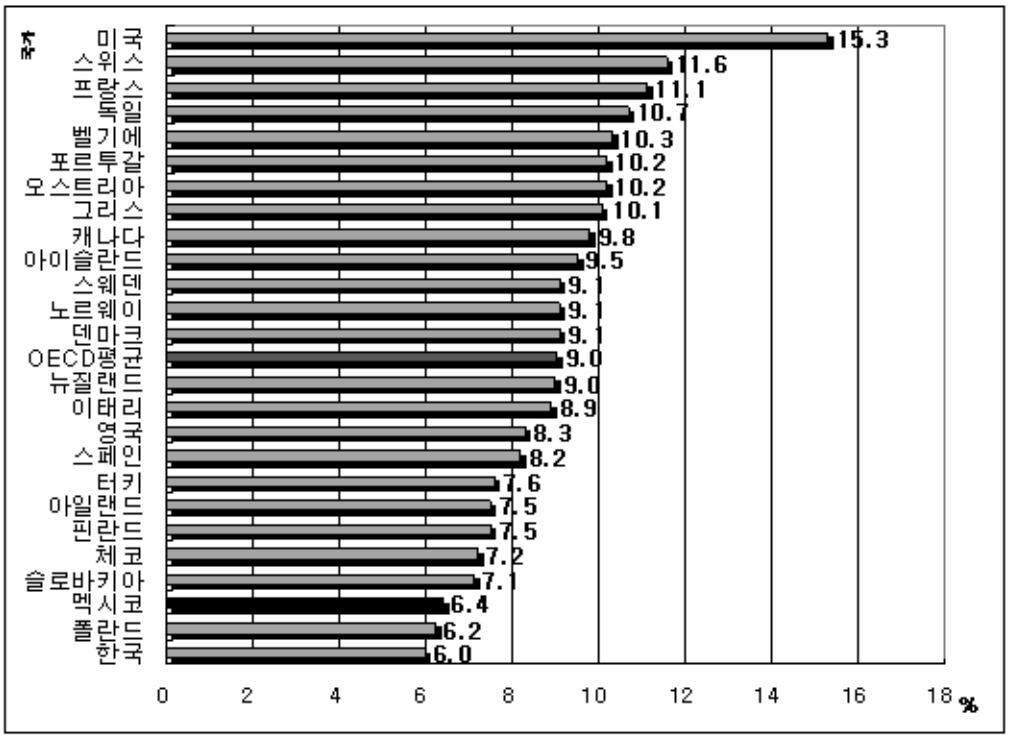
보건의료 시설과 장비는 인구밀집지역인 대도시지역에 몰려 있어 지방의 경우 보건의료시설과 장비가 부족한 상황이다. 연평균 약 25℃부터 10℃이하인 지역까지 다양한 기후대가 존재하는 멕시코의 자연조건은 보건의료제도가 지속적으로 개선되고 있음에도 불구하고 결핵, 호흡기질환, 말라리아 등을 가능하게 하고 있다(Rios, 2006 참조).

---

7) 멕시코 연방공화국을 구성하는 32개 연방주는 다음과 같다: Aguacalientes, Baja California Norte, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Mexico, Michoacan, Morelos, Nayarit, Nuevo Leon, Oaxaca, Puebla, Queretaro, Quintana Roo, San Luis Potosi, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamalipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatan, Zacatecas,

멕시코의 GDP 대비 국민의료비(공공지출과 민간지출 모두 포함) 비율은 2005년 6.4%로 OECD 25개 국가들 중 하위집단에 해당되며(<그림 VI-1> 참조), 2001년 6.0%, 2003년 6.2%, 2004년 6.5%와 큰 변화가 없다고 할 수 있다(OECD Health Data 2004, 2005 및 2006 참조).

<그림 VI-1> GDP 대비 국민의료비 비율, 2005년

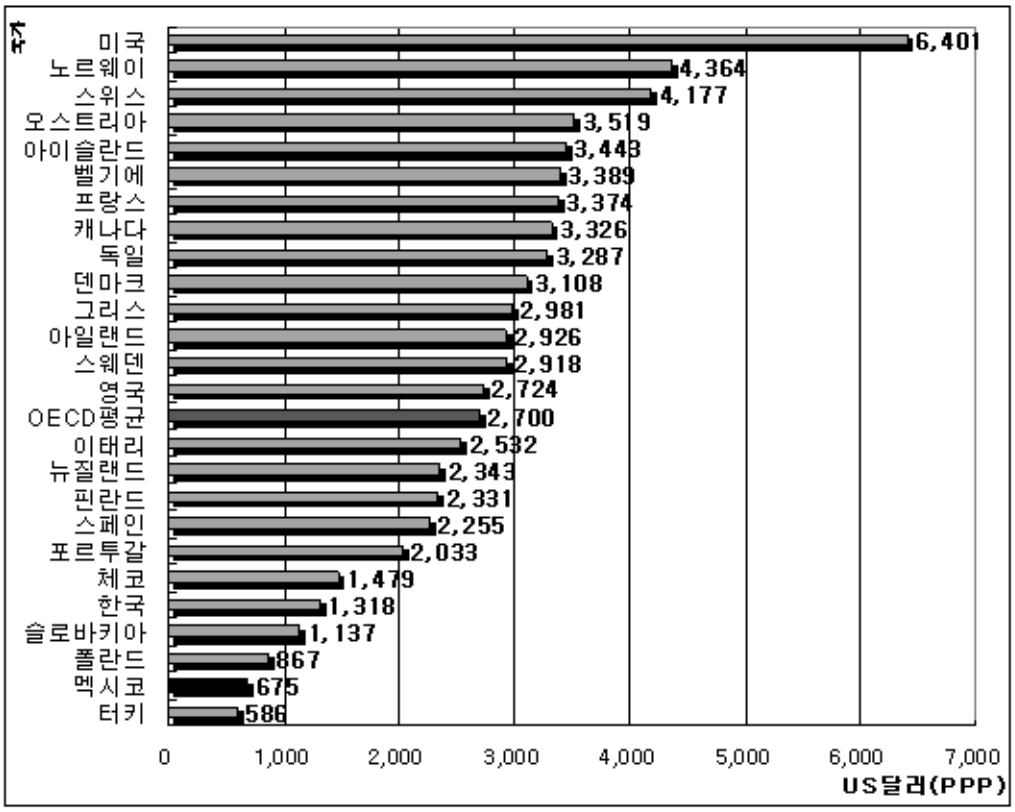


출처: OECD Health Data 2007

2005년 현재 국민 1인당 GDP가 10,537 PPP USD인 멕시코의 국민 1인당 국민의료비 지출액은 675 PPP USD이다(<그림 VI-2> 참조). 2005년도 OECD 국가의 국민 1인당 평균 GDP가 30,419 PPP USD임을 고려한다면 OECD 국가의 국민 1인당 국민의료비 지출액 2,700 PPP USD보다 멕시코의 국민 1인당 국민의료비 지출액이 낮

은 수준인 것을 이해할 수 있을 것이다(OECD Health Data 2007).

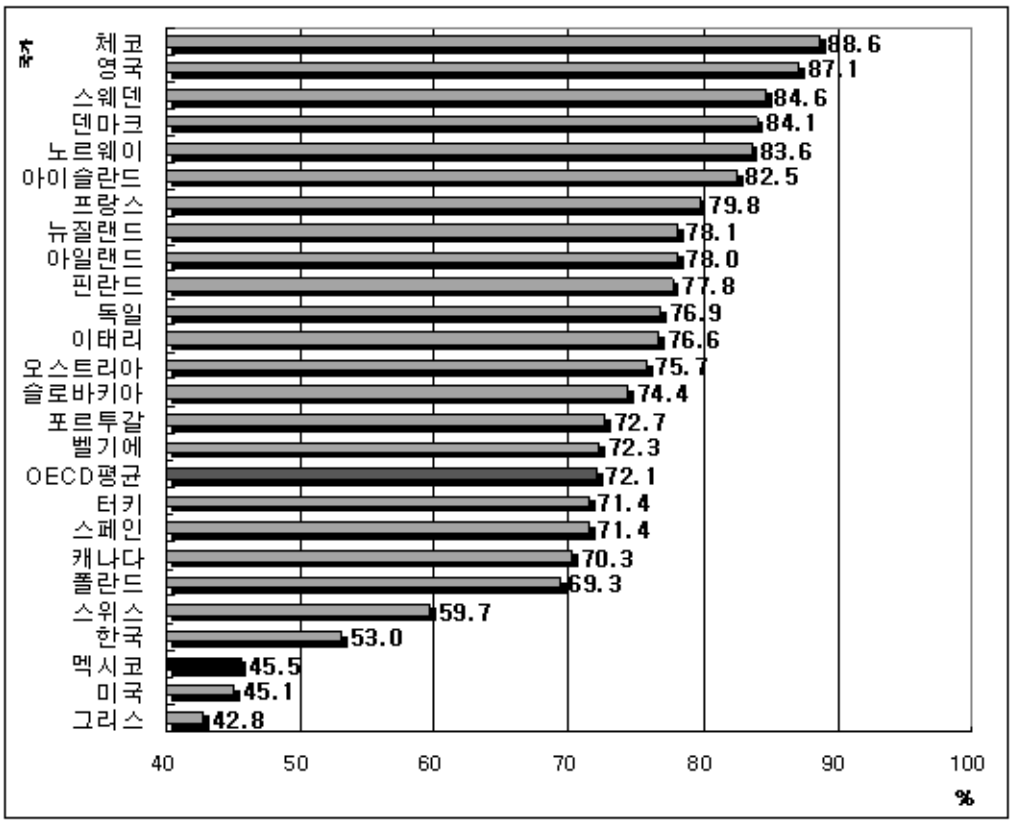
<그림 Ⅵ-2> 국민 1인당 국민의료비, 2005년



출처: OECD Health Data 2007

멕시코의 전체 국민의료비 중 공공부문의 비율은 2005년 현재 45.5%로(<그림 Ⅵ-3> 참조), 2001년 44.6%, 2003년 46.4%, 2004년 46.4%와 큰 변동이 없다고 할 수 있다(OECD Health Data 2004, 2005, 2006 참조).

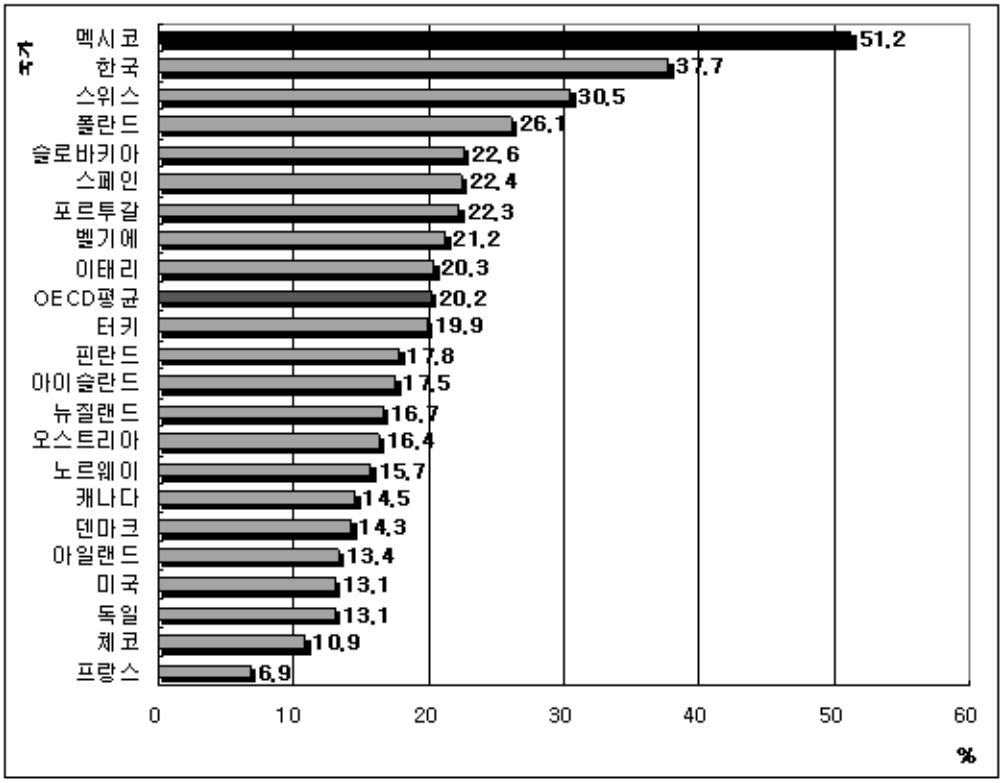
<그림 VI-3> 국민의료비 대비 공공보건지출 비율, 2005년



출처: OECD Health Data 2007

멕시코의 국민의료비 중 공공부문의 지출이 절반도 되지 못하는 것은 2005년 현재 51.2%인 높은 가계의 본인부담금 때문이다(<그림 VI-4> 참조).

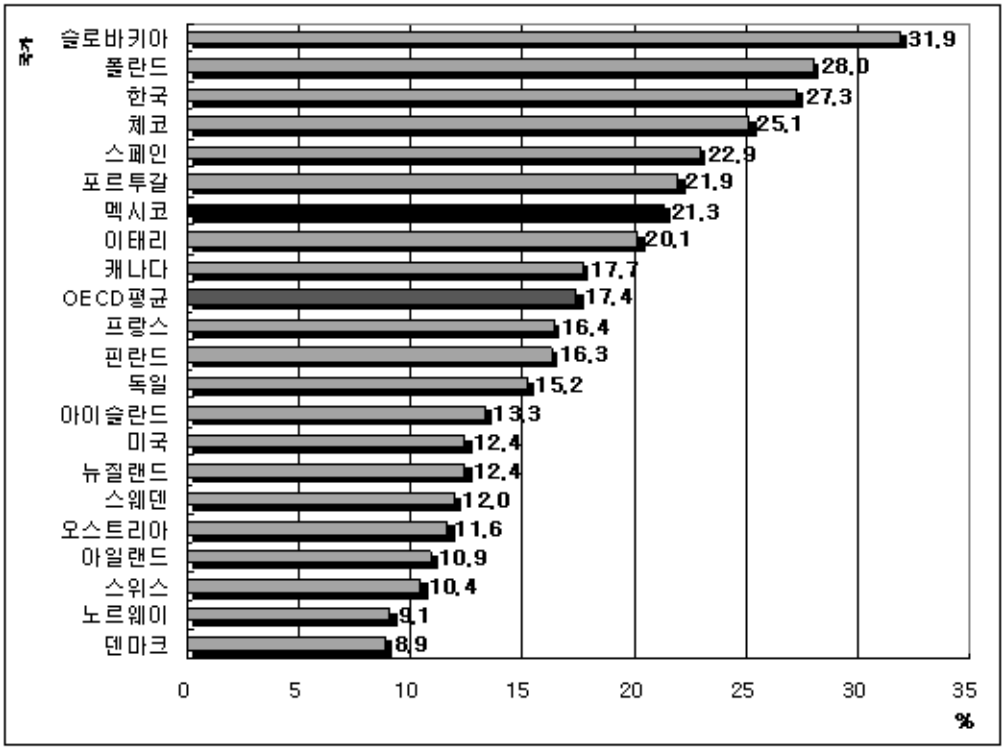
<그림 Ⅵ-4> 국민의료비 대비 본인부담 비율, 2005년



출처: OECD Health Data 2007

멕시코가 OECD 국가들 중 상대적으로 높은 수치를 보이는 분야는 국민의료비 대비 의약품 지출 비율이다. 2005년 멕시코의 국민의료비 대비 의약품 지출 비율은 21.3%로서 OECD 21개 국가들 중 일곱 번째로 높다(<그림 Ⅵ-5> 참조).

<그림 VI-5> 국민의료비 대비 의약품 지출 비율, 2005년

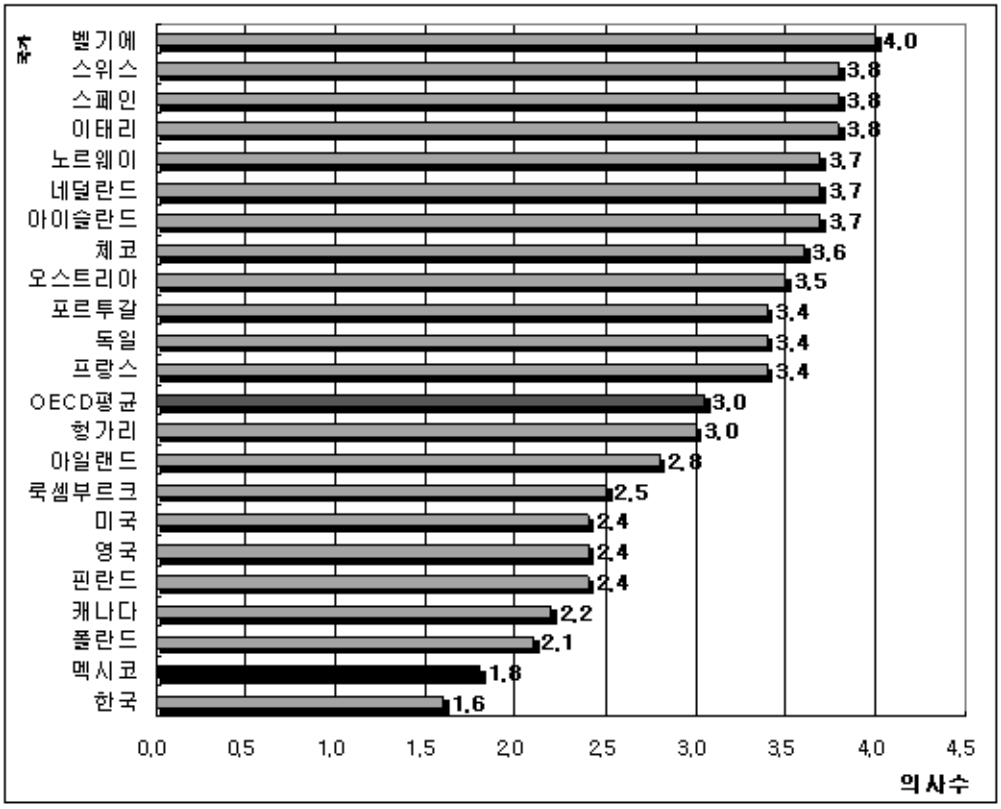


출처: OECD Health Data 2007

2) 멕시코의 보건의료 자원에 대한 국제비교

2005년 현재 멕시코의 인구 1,000명당 진료의사 수는 우리나라보다 많은 1.8명으로(<그림 VI-6> 참조), 2002년의 1.5명, 2003년의 1.5명 및 2004년의 1.6명에서 상대적으로 증가한 규모이다(OECD Health Data 2004, 2005, 2006 참조). 하지만 OECD 평균인 3.0명에는 절반 정도의 수준이다.

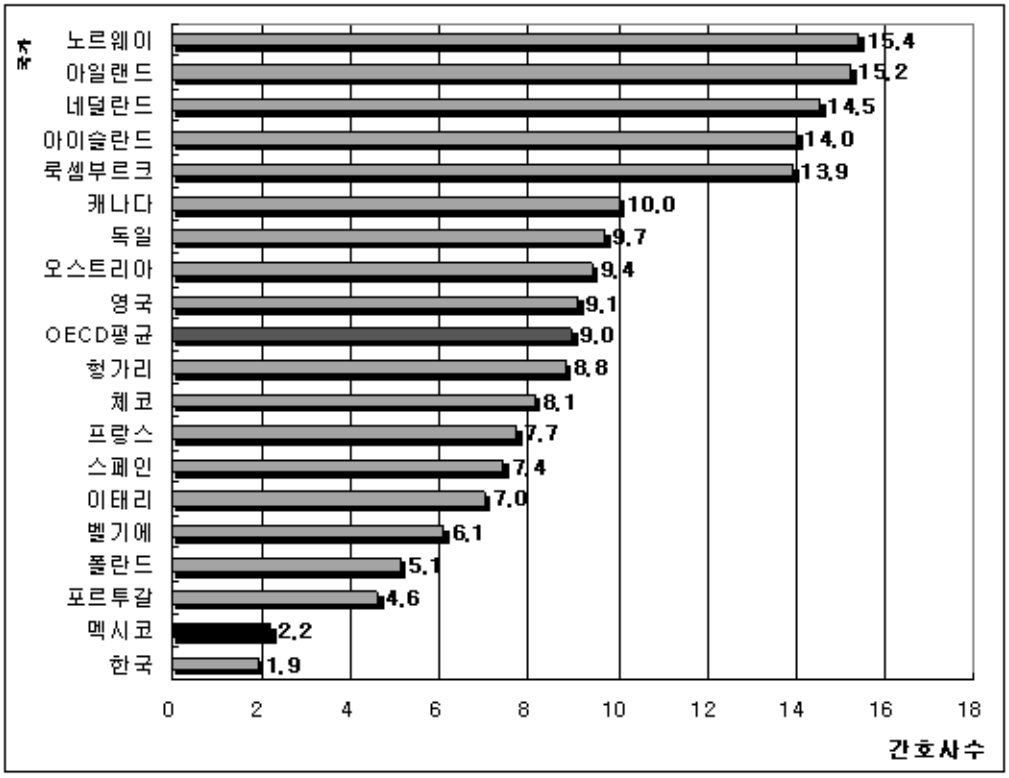
<그림 VI-6> 인구 1,000명당 의사 수, 2005년



출처: OECD Health Data 2007

의사의 경우에서처럼 멕시코의 인구 1,000명당 간호사수는 2005년 현재 우리나라보다 많은 2.2명으로(<그림 VI-7> 참조), 2002년의 2.2명, 2003년의 2.1명 및 2004년의 2.2명에서 큰 변화가 없는 규모이다(OECD Health Data 2004, 2005, 2006 참조). 하지만 OECD 평균인 9.0명에는 크게 못 미치는 수준이다.

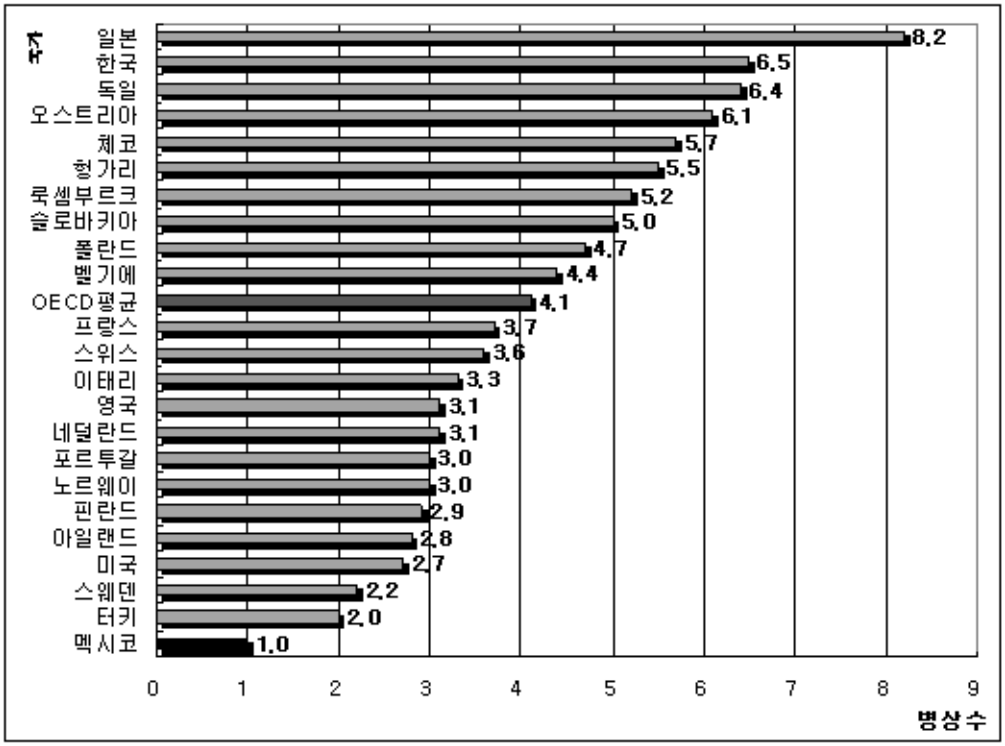
<그림 VI-7> 인구 천 명당 간호사수, 2005년



출처: OECD Health Data 2007

대표적인 의료 인력인 의사와 간호사 수도 적지만, 멕시코 보건의료체계에서 가장 큰 문제 중의 하나는 급성기 진료에 필요한 병상이 절대적으로 부족하다는 것이다. 2005년 현재 멕시코의 인구 1,000명당 급성기 의료 병상 수 1.0병상으로(<그림 VI-8> 참조), 2002년부터 2005년까지 변화 없이 1.0병상이었다(OECD Health Data 2004, 2005, 2006 참조). 그 결과 멕시코는 OECD 국가들 중 가장 적은 병상규모를 유지하는 국가이다.

<그림 Ⅵ-8> 인구 천 명당 급성기 의료병상 수, 2005년



출처: OECD Health Data 2007

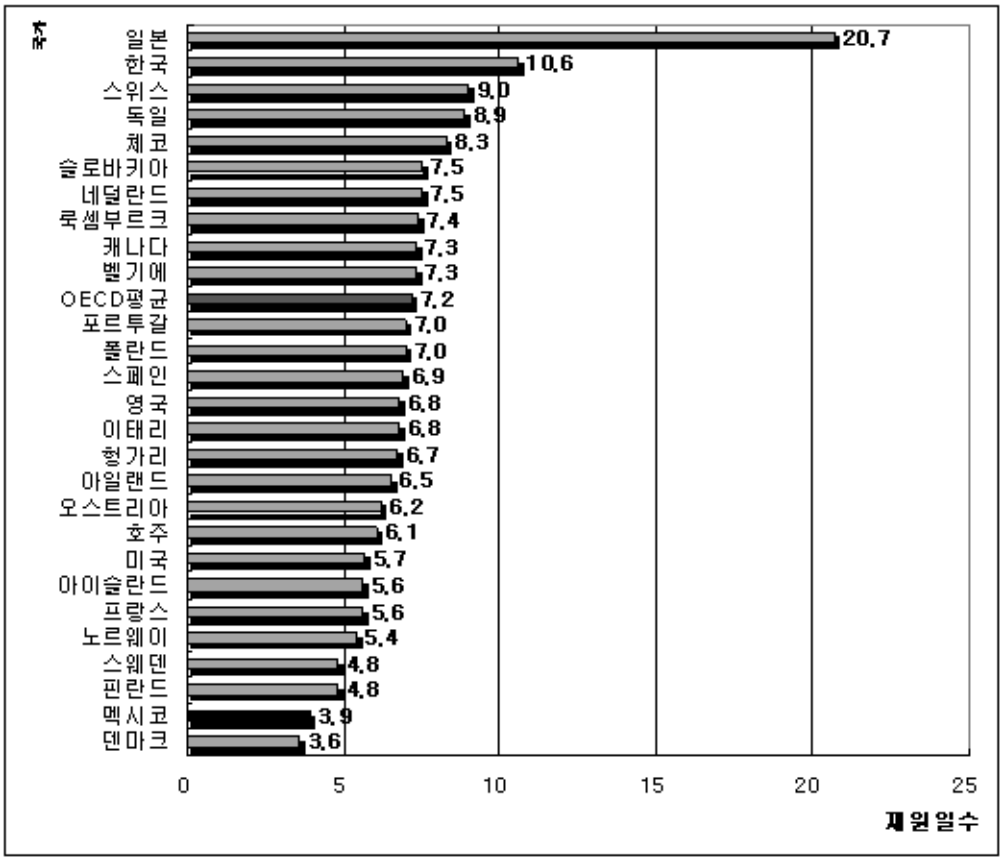
OECD 국가들 중 급성기 병상, 진료의사 및 활동 간호사 수가 최하위권인 멕시코의 경우도 다른 OECD 국가들과 경우와 마찬가지로 신의료기술에 의한 고가 의료장비는 지속적으로 증가하였다. 인구 100만명당 CT의 수는 2002년 2.6대에서 2004년 3.1대, 2005년 3.4대로 증가하였으며, 인구 100만명당 MRI의 수는 2002년 1.1대에서 2004년 1.7대로 증가하였다(OECD Health Data 2004, 2005, 2006, 2007 참조). 하지만, 멕시코는 OECD 국가들 중에서 고가 의료장비의 보유규모도 여전히 최하위 국가이다.

3) 멕시코의 의료이용에 대한 국제비교

2004년 현재 멕시코 국민 1인당 의사 방문 횟수는 OECD 평균인 연간 6.8회의 약 37%수준인 2.5회이다(OECD Health Data 2006 참조).

2003년 멕시코 환자 1인당 평균 급성기 의료이용 재원일수는 3.9일로 OECD 국가들의 평균인 7.2일의 약 절반 수준이다(<그림 VI-9> 참조).

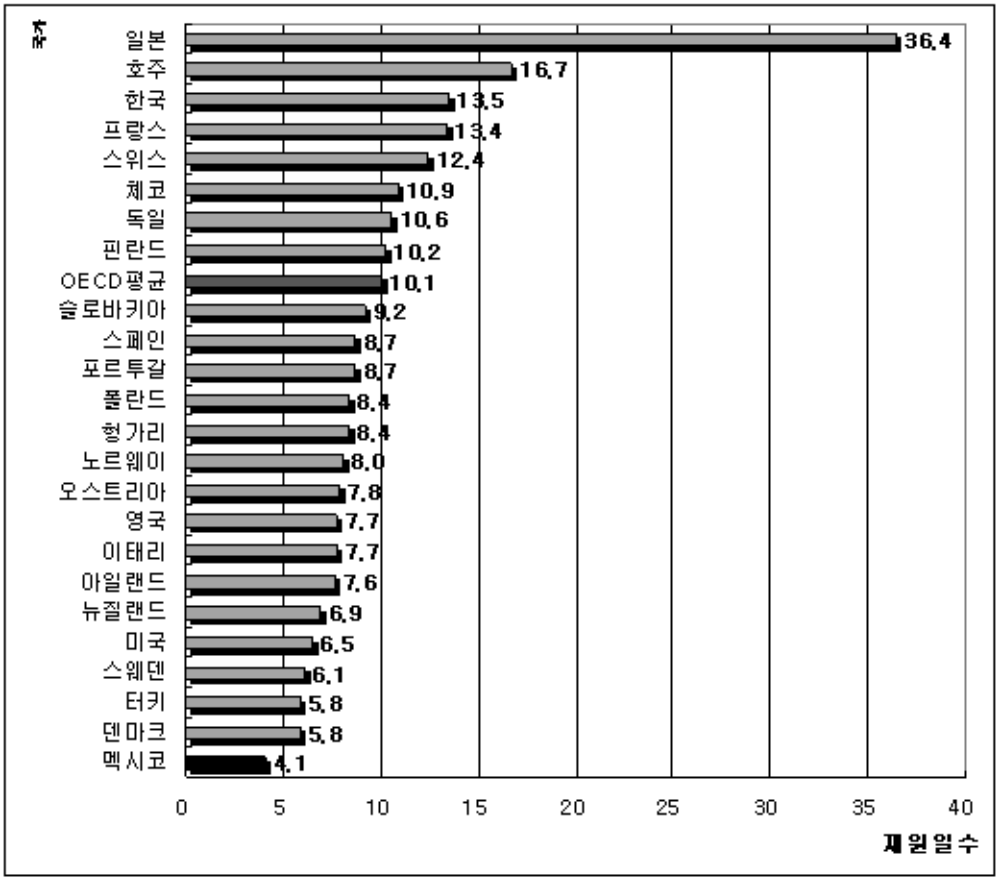
<그림 VI-9> 환자 1인당 평균 급성기 의료 이용 재원일수, 2003년



출처: OECD Health Data 2007

2003년 멕시코 환자 1인당 평균 입원일수는 4.1일로 OECD 국가들의 평균인 10.1일의 절반에도 미치지 못하는 수준이다(<그림 VI-10> 참조).

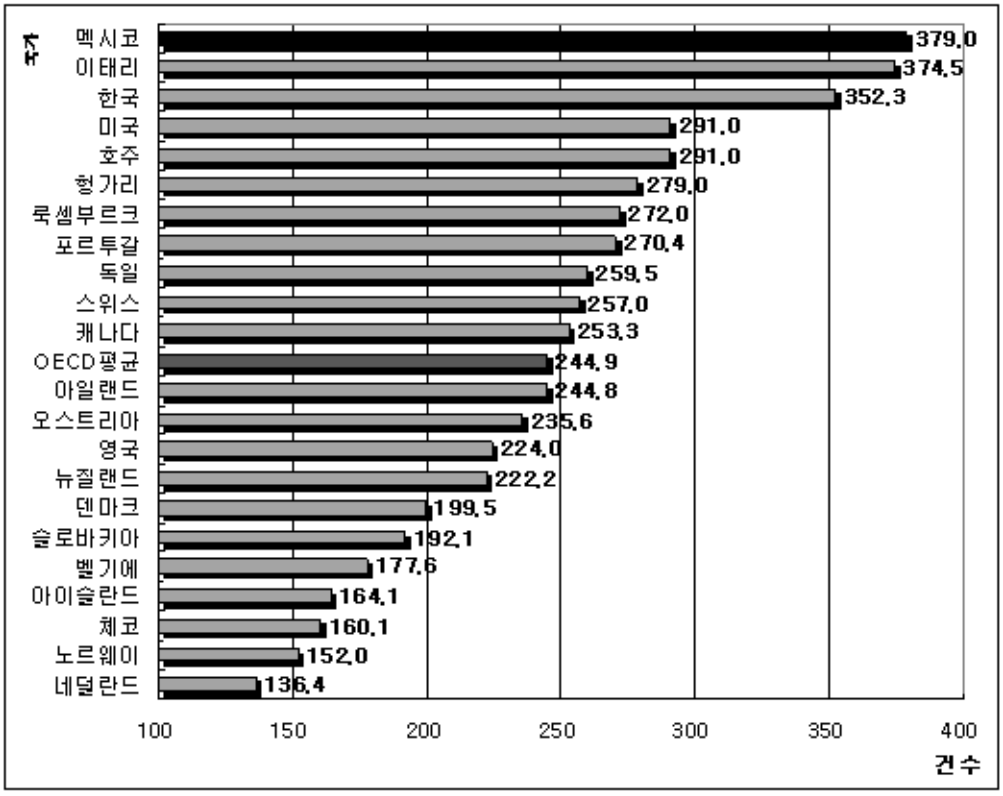
<그림 VI-10> 환자 1인당 평균 입원일수, 2003년



출처: OECD Health Data 2007

멕시코 환자 1인당 평균 입원일수와 평균 급성기 의료이용 재원일수가 OECD 평균에도 미치지 못하는 것은 보건의료의 관점에서는 기본적으로 병상수가 절대적으로 부족하기 때문이라고 밖에 할 수 없다.

<그림 VI-11> 생존 태아 천 명당 제왕절개 건수, 2004년



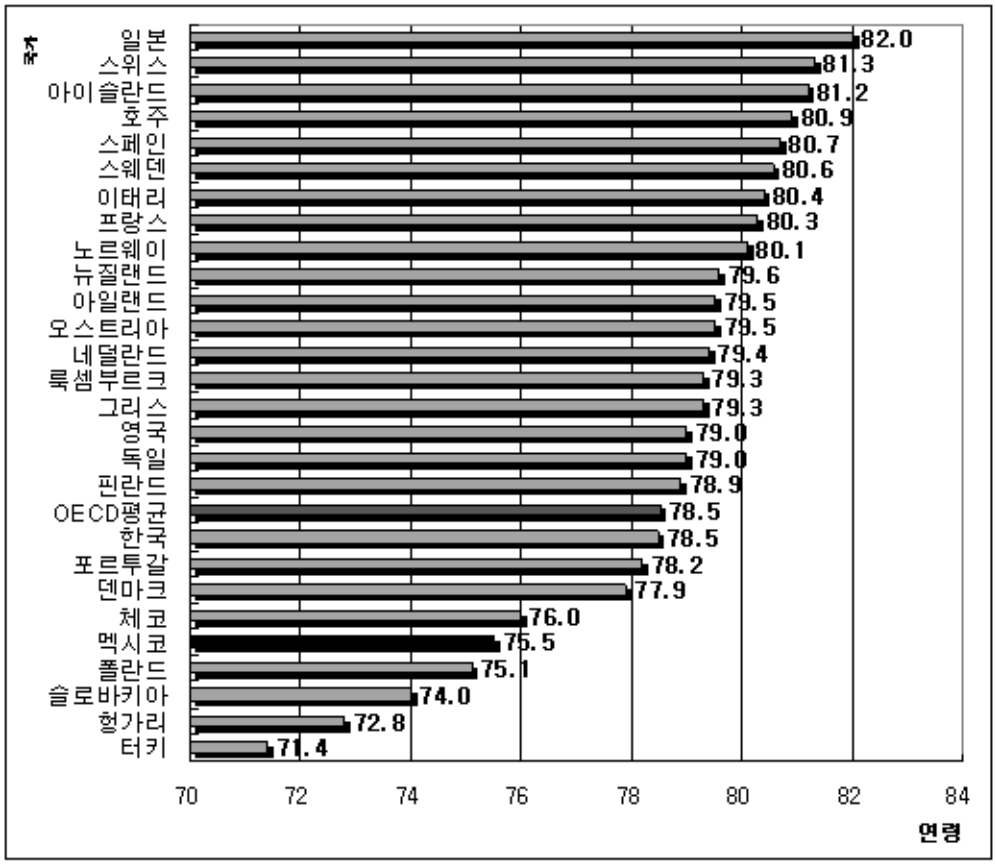
출처: OECD Health Data 2007

멕시코 보건의료체계에 대한 OECD 회원국을 대상으로 한 국제비교에서 가장 두드러진 것은 거의 모든 관점에서 멕시코가 최하위국가에 해당되지만, 제왕절개 건수만은 최상위국가라는 것이다. 2004년도 기준 멕시코의 생존 태아 1,000명당 제왕절개 건수는 379.0건으로 OECD 22개 국가들 중 첫 번째로 많았다(<그림 VI-11> 참조)

4) 멕시코의 건강 수준에 대한 국제비교

주거환경의 개선, 공공건강정책 및 의료기술의 향상 때문에 대부분의 OECD 국가들에서 지난 40년 동안 기대수명이 증가하여 왔다. 멕시코의 경우도 출생시 기대수명은 2001년 74.4세에서 2005년 75.5세로 증가하였다(Meyer, 2001 및 OECD Health Data 2004, <그림 VI-12> 참조). 하지만, 멕시코인의 출생시 기대수명은 여전히 OECD국가들의 평균보다 낮은 수준이다.

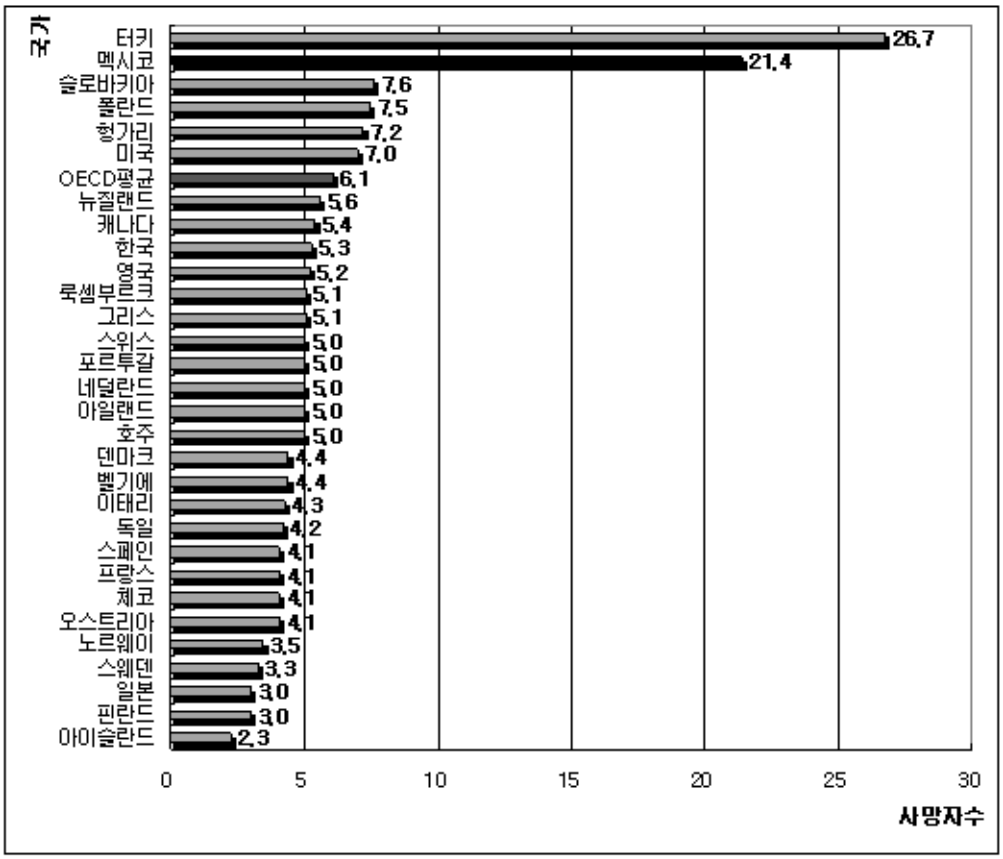
<그림 VI-12> 2005년도 국민 1인당 평균 기대수명 (27개 국가)



출처: OECD Health Data 2007

태어난 지 1년 이내에 발생한 영유아의 사망수로서 출생 1,000명당 사망자수로 정의되는 영유아 사망률은 출생시 기대수명과 함께 대표적인 건강수준 지표이다. 멕시코의 영유아 사망률은 2002년 현재 OECD 평균인 6.1명의 약 3.5배 수준인 21.4명이다(<그림 VI-13> 참조).

<그림 VI-13> 2002년도 영유아 사망률 (30개 국가)



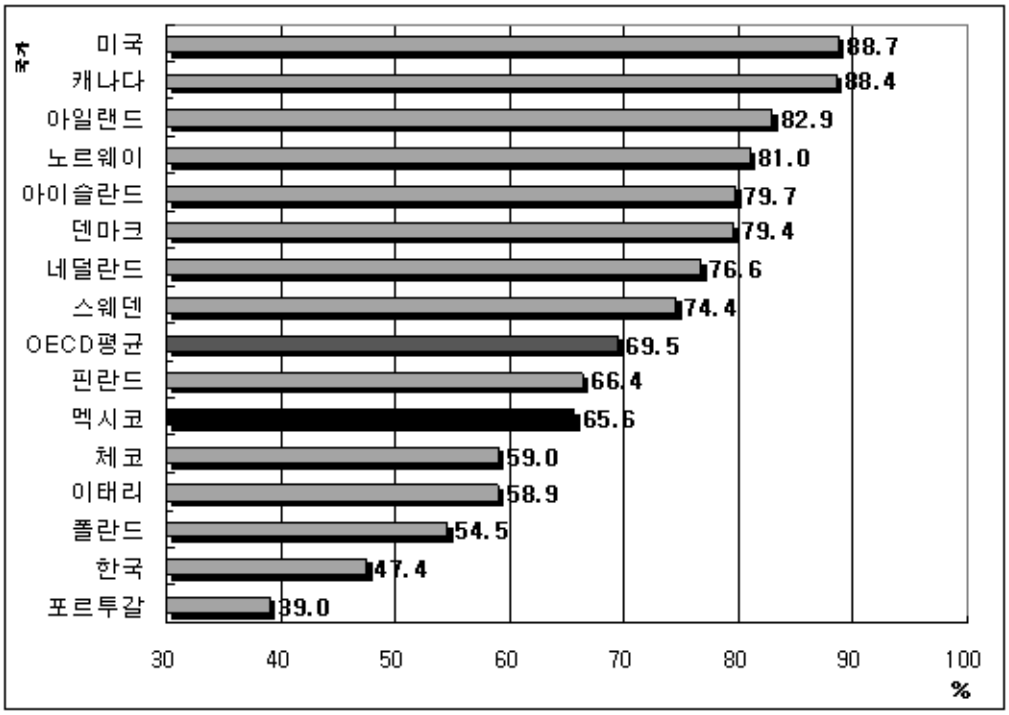
출처: OECD Health Data 2007

OECD 회원 국가들은 국민의 건강상태를 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨과 매우 나쁨의 5가지 상태로 조사하여 이들 중에서 좋음 이상을 응답한 인구 비율을 측정하

고 있다. 2005년 현재 멕시코 인구 중 건강상태가 양호한 인구 비율은 65.6%로 OECD 평균인 69.5% 수준에 근접하고 있다(<그림 Ⅵ-14> 참조).

<그림 Ⅵ-14> 2005년도 전체 국민 중 건강 상태가 양호한 인구 비율

(15개 국가)



출처: OECD Health Data 2007

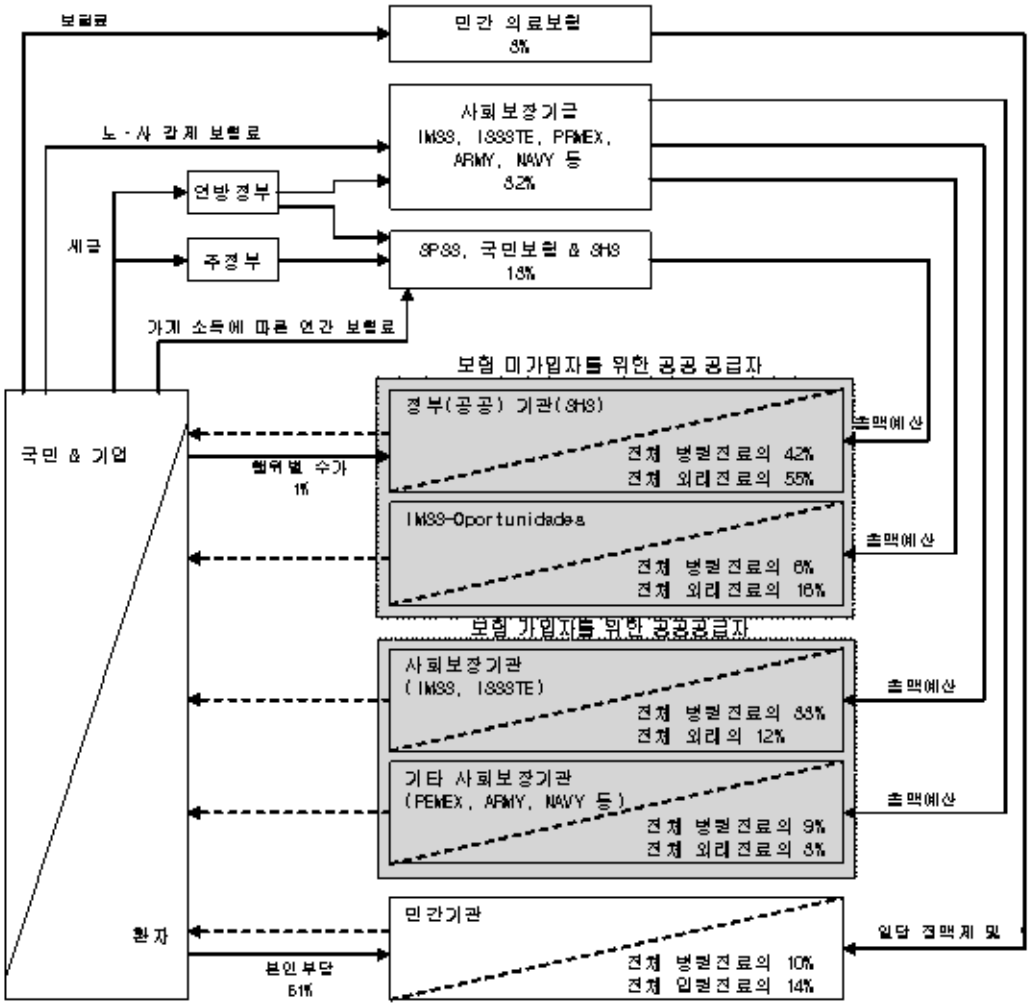
2. 멕시코의 의료보장체계

1) 분절화된 의료보장체계

멕시코의 보건의료체계는 국가의 후원으로 성장하기 시작하였다. 1930년대에 복지는 국가의 의무로서 저소득취약계층에 대한 공공부조로 인식되기 시작하였으며, 이에 따라 보건의료는 국민의 보편적 권리로 논의되기 시작하였다. 1937년 전 국민에 대한 보건의료서비스 제공을 목적으로 중앙정부는 전염병 예방과 관리, 의료 미충족 지역에 대한 1차 의료 증진, 가족계획 등의 보건의료정책을 실시하였다.

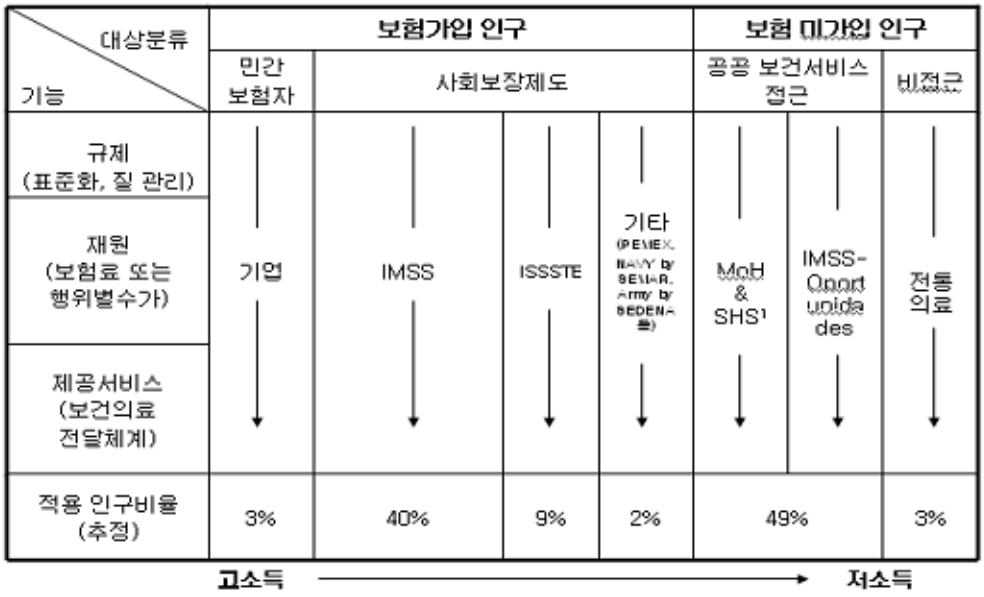
1940년대 경제성장과 함께 공식부문의 임금노동자에 대한 보건의료 서비스 제공은 큰 변화를 경험하게 된다(Meyer, 2001 참조). 1943년 성립된 사회보장기관인 '멕시코 사회보장원(IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social)은 노조와 기업을 기반으로 이미 존재하고 있던 수많은 보건의료서비스 조직을 수직적으로 통합하였다(Rios, 2006 참조). 동시에 1937년 전 국민에 대한 보건의료서비스 제공을 목적으로 보건부(SSA: Secretaría de Salubridad y Asistencia)가 설치되었다. 멕시코 근로자에 대한 보건의료서비스와 사회보장은 기존의 IMSS가 그 적용범위를 확대하였으나, 특정 직업집단의 경우 독자적인 프로그램을 창출하였다. 그 결과 1960년 연방정부 근로자를 위한 독자적인 사회보험기관인 ISSSTE(Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)가 등장하였으며, 그 후 국영석유기업인 PEMEX(Petróleos Mexicanos)와 같은 특정 산업부문 또는 기업 등은 고유의 보건의료서비스와 사회보장 프로그램을 운영하게 되었다.

<그림 Ⅵ-15> 멕시코 의료보장체계의 전체 흐름, 2003년



출처: OECD, 2005a

<그림 VI-16> 수직적으로 통합된 멕시코의 보건의료체계



출처: OECD, 2005a

2) 3분된 멕시코의 의료보장체계

(1) 사회보장체계

크게 3부분으로 구분되는 멕시코 의료보장제도 중 공식부문의 임금근로자들에게 강제적으로 적용되는 의료보장제도는 의료서비스 이외에 출산휴가, 노령연금, 장애, 생명보험, 산재 및 자녀양육과 관련한 급여를 제공하는 사회보장체계이다. 사회보장체계 중 핵심은 '멕시코 사회보장원(IMSS)'과 '공무원 사회보장제도(ISSSTE)'이다(<표 VI-1> 참조). IMSS는 민간 공식부문에 고용된 임금근로자와 그 가족에게 다양한 사회적 보호를 제공하며,[6] ISSSTE는 주로 연방 정부 공무원과 주 정부 공무원들과 그

가족에게 사회보장을 제공한다.[9] 사회보장체계에는 이외에도 해군에 고용된 사람들에게 사회보장을 제공하는 SEMAR, 국방부가 직업군인과 그 가족에게 제공하는 사회보장제도인 SEDENA, 국영 석유회사인 PEMEX가 근로자와 그 가족에게 제공하는 사회보장제도가 있으며, 몇 몇 주정부는 독자적인 사회보장제도를 운영하고 있다. 공식 통계에 의하면 사회보장제도에 의한 의료보장을 제공받는 보험가입자은 전체 인구의 약 51%인 5,250만명이다.

사회보장제도의 재원은 고용주와 근로자가 납부하는 보험료와 연방정부의 보조금이다. 1995년 개혁에 따라 1997년 중반에 실시된 IMSS의 재정개혁에 따라 재정적 안정상태가 유지되고 있으며, 개혁은 연방정부가 상병수당과 출산수당의 지급을 보장하고 있다(World Bank, 2004b 참조). IMSS의 재원조달구조 개혁은 1995년 사회보장법에 따라 1997년에 실시되었다. 개혁은 두 가지를 목표로 하였다. 첫째, 1980년대 후반에 질병과 출산에 대한 보험료를 인상한 결과 IMSS 보호대상 중 공식부문 근로자의 증가와 비공식부문 근로자의 감소가 발생하였다. 이에 따라 1997년의 IMSS 개혁은 IMSS의 보호를 받지 못하는 광범위하게 산재한 비공식부문의 근로자와 제대로 등록되지 않은 고용주와 그의 근로자들을 대상으로 실시되었다. 둘째, IMSS의 의료보장분야 적자는 노령연금분야의 흑자를 이전받아 수지균형을 유지하고 있었다. 개혁이전 의료보장분야의 보험료는 근로자가 3.125%, 고용주가 8.75%로 총 12.5%였으며, 정부보조금은 0.625%였다. 1997년 개혁결과 IMSS 의료분야의 재원조달은 보다 다양한 요소로 구성되게 되었다: 첫째, 1997년 연방관할 지역의 최저임금에 대한 물가인상율을 보전하는 13.9%의 연방정부 보조금; 둘째, 최저임금의 20.4%에 해당되는 고용주의 정율 보험료; 셋째, 최저임금의 3배를 획득하는 근로자 임금의 1.5% 수준에서 소득비례 보험료; 넷째, 최저임금의 3배를 획득하지 못하는 근로자에 대한 보

8) 2004년 4월/5월 현재 IMSS는 보건의료인력과 행정인력 등 총 408,283명을 고용하고 있다. IMSS의 고용인력 중 22,498명은 IMSS-Oportunidades 담당인력이다(Informe de Servicios Personales, Junio 2004, www.imss.gob.mx).

9) ISSSTE는 연방정부 공무원, 주정부 공무원의 대부분뿐만 아니라 연방정부 소유 공기업의 근로자에게 의료보장을 제공한다.

험료부과는 없음(OECD, 1998 참조).

<표 VI-1> 사회보장체계에 의한 의료보장 프로그램

	IMSS	ISSSTE	PEMEX, Semar, Sedena
도입년도	1943	1960	1940-1950
보장형태	사회보장제도	사회보장제도	사회보장제도
적용대상	공식부문 민간기업 근로자 (제외: 자영업자, 비공식부문 근로자, 실업자)	국가 공무원 (연방·주정부)	군인, 국영기업(PEMEX)
자격	- 보험료 납부 근로자 - 가족(배우자, 부모, 자녀) (IMSS: 16세까지, 기타제도: 18세까지, 학생: 25세까지, 장애인: 나이 제한 없음)		
급여	- 사회보장법은 포괄적인 급여 서비스를 제공함 (예방적·치료 서비스 등, 1·2·3차 진료서비스 등) - 현물급여: 근로자가 질병 또는 사망에 의해 근로할 수 없는 경우		
재원조달	- 정부: 최저 임금의 13.9% (1997) → 14.5%(2004) - 사용자: 최저 임금의 13.9% (1997) → 20.4%(2007) - 근로자/사용자는 임금에 따라 차등부과	- 사용자(=국가): 6.75% - 공무원: 2.75%	
시설이용	- 각 제도별 의원과 병원을 소유 운영함 - 응급상황인 경우 환자는 자율적으로 다른 제도의 시설을 이용 할 수 있음		
비용분담	- 사회보장법에 따라 본인부담이 없음		

출처: OECD, 2005a

ISSSTE의 경우 국가는 고용주로서 자신의 보험료를 납부하고 있으며, 전체 보험료의 30%는 고용된 공무원이, 나머지 70%는 고용주인 국가가 납부하고 있다.

공식부문의 민간기업에 고용된 근로자 및 공무원에 대한 사회보장체계가 제공하는 의료서비스는 해당 프로그램의 재정적 능력에 따라 급여범위와 수준이 차별적이다.[10] 하지만 사회보장법과 기타 관련 법률에 따라 본인부담금은 없다.

(2) 사회보장체계에서 제외된 자들에 대한 공공의 자발적 의료보장 프로그램

1997년 사회보장개혁이후 멕시코 사회보장원(IMSS)은 IMSS, ISSSTE 및 PEMEX, Semar, Sedena으로 구성된 기존의 사회보장체계에서 제외된 자영자와 비공식부문의 근로자를 위한 의료보장 프로그램인 가족의료보험 SSF(Seguro de Salud para la Familia)을 운영하기 시작하였다.[11] SSF의 급여는 기본적으로 IMSS가 제공하는 의료보장과 유사하다. 재원은 정부와 가입자가 부담하는 데, 초기에는 정액보험료가 부과되었으나, 2001년부터 가족구성원의 성과 연령을 조정한 보험료가 부과된다(<표 VI-2> 참조).[12]

중소기업 근로자 및 가족경영기업 종사자, 예술가, 재택근로자 등과 같은 독립 근로자들은 IMSS가 운영하는 자발적인 프로그램인 IVRO(Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio)이 의료보장을 제공한다. IVRO에 가입된 사람들은 근로자와 고용주 및 연방정부가 최저임금을 기준으로 동일한 보험료를 납부한다. 급여는 의료보장뿐만 아니라 출산, 장애, 사망 및 노령연금을 지급한다. 하지만, 치과진료, 안경, 임신관련 진료, 예방 등과 같은 몇 몇 진료는 급여범위에서 제외된다.

---

10) IMSS로부터 의료보장을 제공받는 사람들의 경우 현금급여인 상병수당도 지급받는다. 하지만, SSP의 경우 현물급여만 제공한다.

11) SSP가 의료보장을 제공하는 인구집단은 자영자, 소상공인, 가내 도우미, 가족 근로자 및 해외근로 멕시코인 등이다.

12) SSP에 대한 연방정부의 보조금은 연방정부가 IMSS에 지불하는 방식과 같다. 즉, 1997년 연방권할 지역의 최저임금에 대한 물가인상율을 보전하는 13.9%의 연방정부 보조금.

<표 VI-2> 사회보장체계에서 제외된 자들에 대한 공공의 자발적 의료보장 프로그램

	Seguro de Salud para la Familia(SSF)	Seguro Popular de Salud(SP)
도입 년도	1995	시범사업: 2001-2003, 재원체계 수정과 본 사업: 2004
보장형태	IMSS가 자발적 공적 건강보험 운영	보건부가 자발적 공적 건강보험 운영
적용대상	공적 건강보험에 자발적으로 가입할 의사가 있는 기존 사회보험 미가입자	사회보장체계에서 제외된 자 중 자발적 공적 건강보험에 자발적으로 가입할 의사가 있는 자
자격	SSF 보험료의 납부에 따라	소득에 따라 가입한 가족 당 연간 진료비에 따라
급여	IMSS와 비슷한 급여 서비스를 제공 (단, 기존의 질병, SSL에 따라 대기기간의 적용은 제외)	1·2차 의료기관의 필수 진료 서비스, 특정한 고비용 3차 의료기관 서비스
재원조달	- 2001년 이후 연방정부: 최저임금의 13.9%(물가인상율에 따라 인상됨) 가족구성원: 연령대에 따라 보험료 부과	- 3자 재원조달구조 · 연방정부: 사회적 할당(Social Quota) - 연방과 주정부의 연대보조금 - 소득수준별 가족 보험료
시설이용	IMSS에 의해 운영되고 있는 시설	- 국영 보건의료시설 및 NIH와 같은 보건부와 연계된 시설 - 다른 제도의 시설 이용도 허용함
비용분담	없음	- 없음 (2004) (법으로는 비용분담이 가능함)

출처: OECD, 2005a

(3) 전체 사회보장체계에서 제외된 자들에 대한 국가의 의료보장 프로그램

사회보장체계의 보호를 받지 못하는 국민들은 기본적으로 보건부와 멕시코의 공공보건체계인 SHS의 보건의료시설이 제공하는 의료보장 프로그램으로부터 보호를 받고 있다. SHS의 보건의료시설은 원칙적으로 모든 멕시코 국민이 이용할 수 있으며, 이용시 본인부담금을 지불한다(<표 VI-3> 참조).

<표 VI-3> 사회보장체계에서 제외된 자들에 대한 국가의 의료보장 프로그램

	국가보건의료(SHS) 및 보건부 시설	IMSS-Oportunidades	PAC	Oportunidades
도입 년도	1943	1979 (과거 IMSS-Solidaridad)	1996-2003년에 운영 (재원을 점차 주정부로 이전)	1997 (이전 Progresa)
보장 형태	공공 통합제도	- 지리적 소외계층에 제공되는 기초 보건의료 서비스 프로그램 - IMSS가 운영 - 재원은 연방정부가 부담	- 지리적 소외계층에 제공되는 기초 보건의료 서비스 프로그램 - SHS가 운영 - 재원은 연방정부가 부담	- 자산조사를 통해 소득지원과 사회서비스 제공 - SEDESOL이 재원조달 및 운영
적용 대상	사회보장체계에서 제외된 국민	- 기초 보건의료 서비스에의 접근이 용이하지 않은 농촌지역의 소외계층	- 농촌지역 또는 오지 지역 계층	- 극빈계층
자격	- 보건부와 SHS시설 이용가능 - 본인 부담금	- 소외계층 수준을 고려한 지리적 기준 - IMSS-Oportunidades (17개 연방주) 지역 주민	- 지리적 수준 고려 - PAC가 운영되는 지역의 주민	- 자산조사를 통한 극빈계층 가족 - 이용자 신분증 발급
급여	보건법(1984)에 의한 보편적 급여서비스 (예방, 진료서비스 등)	입원·외래 서비스	13개 진료를 포함한 기초적 보건의료 서비스	- PAC와 같은 기초적 보건의료 서비스를 무료로 이용 - 영양공급 또는 보건교육이 제공됨
재원 조달	- 연방정부 예산: Ramo12 (MoH), Ramo33 (FASSA) - 주정부 자원: Ramo33	예산은 연방 정부에 의해 할당됨	재무부와 세계은행이 2003년까지 재원 지원	- 연방정부가 재원 조달 - Oportunidades에 필요한 자원은 Ramo12를 통해 조달됨

	과 주정부 수입 혼합 -환자 본인부담금(SP에 등록되지 않는 국민)			
시설 이용	SHS 및 기타 보건부 시설	IMSS-Oportunidades 시설(3,540개의 의원, 69개의 2차 진료기관)	주 정부 보건의료 서비스 시설	IMSS-Oportunidades과 주정부 서비스 시설
비용 분담	- 재무부는 가계소득에 따라 비용분담율 명시 - 실제 부담율은 각 주 정부 또는 시설이 결정, 그 차이는 매우 다양함	없음	없음	없음

출처: OECD, 2005a

보건부와 SHS 보건의료시설만을 이용하는 사회보장체계의 보호를 받지 못하는 국민들은 전체적으로 어느 특정 사회집단으로 분류하기는 어렵다. 하지만, 이들은 일반적으로 보건의료시설로의 접근성이 부족한 농촌지역 주민이나 극빈계층인 도시빈민들이라고 할 수 있다.

가. 사회보장체계로부터 제외된 사람들의 의료보장을 위한 국가 프로그램

사회보장체계로부터 제외된 사람들의 의료보장을 위한 국가적 프로그램은 우선적으로는 크게 IMSS-Oportunidades, 적용범위확대 프로그램인 PAC(Programa de Amplicación de Cobertura), Oportunidades 세 가지이다(<표 VI-3> 참조).[13] 이 세 가지 프로그램은 제공되는 보건의료서비스와 적용대상의 관점에서는 중첩적이기도 하다.

연방정부가 재원을 부담하며 IMSS가 운영하는 IMSS-Oportunidades은 보건의료시설이 절대적으로 부족한 지역의 주민들에게 외래진료, 병원 입원진료 및 의약품을 무상으로 제공한다. 2002년의 경우 IMSS-Oportunidades은 전체 보건의료지출액의

13) 이 세 가지 프로그램 이외에도 국가원주민보호기관인 INI(Instituto Nacional Indigenista)는 원주민들에게 특정 보건의료 서비스를 제공하며, DIF(Sistema para del Desarrollo Integral para la Familia)는 가족계획과 장애인지원 서비스를 제공한다.

약 2.4% 수준인 42억 MXN으로 약 1,100만명에게 기초적인 보건의료 서비스를 제공한다(World Bank, 2004b 참조).

농촌지역 주민과 원주민들의 보건의료 서비스 접근권을 확대하기 위한 적용범위 확대 프로그램인 PAC(Programa de Amplicación de Cobertura)은 1996년부터 2003년까지 운영되었다(<표 VI-3> 참조). PAC는 기초 보건의료 서비스, 외래 시술, 재활 서비스 및 원격진료와 의료인의 이동에 대한 재정을 지원하였다.[14] PAC의 재원은 연방정부와 주정부의 기여금 및 World Bank가 분담하였다. 2003년 PAC를 위한 재원은 연방정부 보조금 형태로 주정부로 제공됨으로써 운영이 종료되었다.

기존의 Progresa에서 출발한 Oportunidades는 최저 극빈계층에 대한 소득지원 및 사회복지 서비스와 보건의료 서비스를 제공하는 빈곤예방 프로그램이다(<표 3> 참조). 연방정부의 사회개발부(SEDESOL)가 운영하는 Oportunidades는 빈민들의 인력자원 개발을 목적으로 하는 프로그램이다. Oportunidades는PAC, SHS의 보건의료시설과 IMSS-Oportunidades에 포함된 기본적 보건의료서비스와 동일한 급여를 최저 빈곤계층에게 제공한다.

나. 보건의료에서 사회보호제도(SPSS) 와 대중적 의료보험(SP)

2003년 개혁에 따라 '보건의료에서 사회보호제도(SPSS: Sistema de Protección Social en Salus)'와 '대중적 의료보험(SP: Seguro Popular de Salud)이 2004년부터 시범적으로 실시되었다. 연방 정부와 주 정부의 지원금 및 소득에 기반을 둔 가입자의 보험료로 재원이 조달되는 SP의 경우 사회보장제도의 보호를 받지 못하는 사람들에게 의료보험 가입을 지원하기 위한 공적 프로그램으로 2004년 말 현재 약 150만 가구가 등록하였다. SP는 가입자를 확대하여 2010년까지 사회보장제도의 보호를

14) PAC의 급여범위는 다음과 같이 광범위하다: 가족계획, 출산전후 서비스, 영유아 발달 관찰과 영양공급 프로그램, 예방접종, 소아마비 방지, 대사질환 치료, 호흡기질환 치료, 고혈압·당뇨병·결핵의 예방과 치료, 사고 예방, 자궁경부암 예방 등.

받지 못하는 모든 사람들을 가입시킬 계획이다. SP의 급여범위는 1차 의료뿐만 아니라 2차 의료인 병원진료, 몇 개의 고가 의료시술과 의약품 처방도 포함된다.

다. 민간 의료보험

멕시코 인구의 약 3%는 민간 의료보험에 가입되어 있으며, 이 들 중 약 절반은 고용주가 제공하는 단체보험에 가입되어 있다.[15] 민간 의료보험 가입자는 일반적으로 고소득계층으로 높은 수준의 보험료가 일반인들이 민간 의료보험에 가입할 수 있는 기회를 봉쇄하고 있다.

멕시코의 민간 의료보험시장은 치명적 의료보험(GMM: Gastos Médicos Mayores를 판매하는 두 개의 보험사가 전체 시장의 약 50%를 점유하고 있는 과점상태이다. 병원진료 비용과 기타 진단비용을 지불하는 실손보상형 민간 의료보험인 GMM은 개인보험의 경우 가입자의 성과 연령, 단체보험의 경우 가입자집단의 과거 의료비 지출 규모와 계약조건에 따라 보험료가 차별적이다. 자녀가 두 명인 가족의 보험료는 지역의 보건의료서비스를 이용하는 경우 일반적으로 연간 3,000 USD이며, 주변 지역에 산재한 네트워크 보건의료서비스를 이용하는 경우 연간 4,000 USD이다. GMM은 다양한 공제액제도도 실시하고 있다.

이 밖에도 전문 의료보험 기관들(ISES)이 HMO형태의 민간 의료보험을 판매하고 있다. 1999년 이전에 보험사들은 합법적인 틀 밖에서 선지불방식의 HMO형태의 민간 의료보험을 운영하였으나, 이들 중 몇 몇 기관이 파산하였다. 그 결과 민간 의료보험 가입자에 대한 보호가 사회적 관심사가 되어 1999년 '보험기관과 상호회사에 관한 일반 법'에 따라 별도의 독자적으로 설립된 기관인 ISES가 선지불방식의 HMO형태의 민간 의료보험을 합법적으로 운영할 수 있게 되었다. 민간 보험사의 파산과

15) 고용주는 공적 의료보장제도와 중복형(duplicate) 민간 의료보험을 자신의 근로자에게 제공할 수 있다. 1994년에 실시된 전국 보건의료조사(ENSA) 결과 민간 의료보험 가입자의 약 50%가 IMSS의 의료보장을 제공받는 것으로 나타났다(OECD, 2005a 참조).

재정운영능력과 위험관리에 대한 책임을 가지는 '국가 보험보증 위원회(CNSF)'가 HMO 형태의 민간 의료보험을 운영하는 ISES를 규제한다. 2004년 현재 12개의 ISES가 HMO 형태의 민간 의료보험을 판매하고 있으며, 전체 멕시코 민간 의료보험 시장에서 ISES의 점유율은 2002년 현재 2.9%로 크지 않다.

3) 멕시코 의료보장제도의 재원

(1) 멕시코 의료보장제도의 재원의 특징

21세기 초 멕시코는 라틴 아메리카 국가들 중 중간 수준의 경제력을 보유하고 있지만, 보건의료비는 경제력을 고려할 경우 상대적으로 적은 수준으로 지출하는 국가이다(<표 VI-4> 참조).

<표 VI-4> 라틴아메리카 국가들의 국민 1인당 GDP 및 GDP 대비 국민의료비 비율

구분	국민 1인당 GNP(USD PPP)[1)]	GDP 대비 국민의료비 비율(%)[2)]
멕시코	8,540	6.1
아르헨티나	9,230	9.5
브라질	7,250	7.6
콜롬비아	5,870	5.5
코스타리카	8,260	7.2
칠레	9,180	7.0

1) 2000년 기준; 2) 2001년 기준
출처: 1) World Bank(2004), World Indicators, Washington;
2) World Health Organization(2000), World Health Report, Geneva,
(OECD, 2005a에서 재인용)

2000년 현재 국민 1인당 GNP 8,540 USD PPP로 아르헨티나와 칠레보다는 낮은 수준이지만, 브라질보다는 확실히 높은 수준의 국가이다. GDP대비 국민의료비 지출 비율은 2001년 현재 6.1%로 국민 1인당 GDP가 유사한 국가인 코스타리카의 7.2%, 국민 1인당 GDP가 낮은 브라질의 7.6%보다도 낮은 수준이다.

OECD 국가들과의 비교에서 뿐만 아니라 라틴 아메리카 국가들과의 비교에서도 상대적으로 낮은 GDP대비 보건의료비 비율은 보건의료에 지출된 공공지출의 규모로도 확인할 수 있다. 1995년부터 2002년까지 공공지출은 2,904억 멕시코 페소(MXN)에서 1조 789억 MXN로 증가하였지만, 전체 보건의료비 지출 중 공공지출의 비중은 같은 기간 동안 14.0%에서 12.3%로 감소하였다.

<표 VI-5> 공공 보건의료비 지출 현황(1995-2002년)

(단위 : 10억 멕시코 페소(MXN); %)

구분	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
공공 지출	290.4	403.4	528.1	600.6	711.2	864.7	937.2	1,078.9
(실질) 변화율	-15.6	6.3	11.2	-1.5	3.1	9.8	4.0	10.1
전체 지출대비 비율	14.0	12.9	13.4	14.7	15.5	14.1	14.5	12.3

출처: Secretaria de Hacienda y Credito Publico(2001,2002), Cuenta de la Hacienda Publica Federal(2001, 2002), Mexico, (OECD, 2005a에서 재인용)

연방정부와 주정부가 운영하는 분산된 공중보건체계와 공식 민간부문의 근로자에 대한 사회보험은 임금을 기반으로 근로자들이 납부하는 재원으로 형성된 기금이 재원이다. 반면에 국가나 사회보험으로부터 의료보장을 제공받지 못하는 사람들은 시장가격에 대한 본인부담금으로 의료서비스를 제공받는다. 환자들이 지불하는 본인부담금이 전체 의료비지출의 50% 정도이며, 고용주와 근로자가 납부하는 조세와 사회보험료가 나머지 절반인 50%의 재원을 충당하고 있다.

(2) 공공부문의 보건의료비

멕시코의 보건의료체계가 파편화되고 분절되어 있다는 것을 고려한다면 멕시코 의료보장체계의 재원구조도 다양한 공적 프로그램들과 민간 자원으로 구성된다는 것을 이해할 수 있다. 사회보장기관들은 2002년 현재 전체 보건의료비 지출액의 약 66%를 지출하였다. 이들 기관들은 연방정부로부터 일반조세를 재원으로 한 다양한 보조금을 지원받는데, 예를 들면 2002년 IMSS에 지원된 연방정부의 보조금은 IMSS가 보건의료관련 지출액의 약 30%에 해당되는 금액이었다. 특히 21세기로 전환되면서 연방정부와 주정부의 사회보장기관에 대한 보조금 지급은 증가하고 있다.

<표 VI-6> 공공 보건의료비 분배(2002)

전체 공공 보건의료비의 분배	
IMSS	52%
Ramo 33	16%
IMSS-Oportunidades	2%
INI	0.01%
SHE	6%
Ramo 12	11.6%
PEMEX	3%
ISSSTE	9%
연방주 정부의 공공 보건의료비 분배	
Ramo 33	44%
Ramo 12	32.6%
SHE	16%
INI	0.03%
IMSS-Oportunidades	7%
사회보장기관 기준 공공 보건의료비 분배	
IMSS	81%
ISSSTE	14%
PEMEX	5%

출처: OECD, 2005a

그 결과 2002년 현재 전체 공공 보건의료비는 크게 IMSS에 52%, 사회보장체계로부터 의료보장을 제공받지 못하는 사람들을 위한 공적 프로그램에 대한 연방정부의 보조금 Ramo 33에 16%, 주정부에 대한 연방정부의 보조금인 Ramo 12에 11.6%, ISSSTE에 9%가 분배되었다(<표 VI-6> 참조).

연방정부와 주정부가 지급하는 보건의료 보조금은 전체적으로 Ramo 33에 44%, Ramo 12에 32.6% 및 IMSS-Oportunidades에 7%가 분배되었다(<표 VI-6> 참조).

공공 보건의료비의 분배를 사회보장기관을 기준으로 분석하면 81%는 IMSS에, ISSSTE에 14%, 그리고 PEMEX에 5%가 분배되었다(<표 VI-6> 참조).

<표 VI-7> 보장 인구 1인당 보건의료비 지출규모와 보장인구(2002년)

구분	제도별 지출액(1,000 MXN)	보장인구(명)	1인당 지출(MXN)
Ramo 12	20,127,347	50,507,097	399
Ramo 33	27,411,293	50,507,097	543
주정부 지출액	10,000,370	50,507,097	198
연방정부 + 주정부	**57,539,010**	**50,507,097**	**1,139**
IMSS	91,020,087	40,930,315	2,224
ISSSTE	15,101,493	9,128,315	1,654
PEMEX	5,671,721	599,128	9,467
전체 사회보장	**111,793,301**	**52,532,867**	**2,128**

출처: MoH(2004), Boletin de Informacion Estadistica, Secretaria de Salud 2002, Mexico(재인용, OECD, 2005a)

2002년 연방정부와 주정부가 보건의료에 지출한 금액은 전체 사회보장비용 1,117.9 MXN의 51.5%인 총 575.4억 MXN으로, 국가와 공공 사회보장기관으로부터 의료보장을 제공받는 약 5,051만명 1인당 1,139 MXN을 지출하였다(<표 VI-7> 참조). 멕시코 인구 중 보건의료비 지출액이 가장 많은 인구집단은 국영석유회사가 운영하는 사회

보장프로그램인 PEMEX의 보호를 받는 근로자들로서 2002년 현재 연간 9,467 MXN을 지출하였으며, 그 다음으로는 IMSS의 보호를 받으면서 연간 2,224 MXN을 지출한 공식부문의 민간기업에 근무하는 근로자들이며, 연방정부와 주정부의 공무원들도 연간 1,654 MXN을 지출함으로써 상대적으로 보호받는 인구집단이다(<표 VI-7> 참조).

(3) 연방과 주정부 차원의 보건의료 재원조달

연방정부차원에서 주정부에 지급하는 보건의료관련 보조금인 Ramo 12는 보건부의 예산, Oportunidades 중 보건의료비, 공중보건 프로그램에 대한 재원, 대중적 의료보험인 SP의 재원, 국립보건원 및 연방정부가 운영하는 대형 병원에 대한 보조금이 포함된다(<표 VI-8> 참조). 과거에는 Ramo 12에는 IMSS-Oportunidades에 대한 보조금도 포함되었으나, 현재는 연방재무부(SHCP)가 IMSS-Oportunidades에 대한 보조금을 지급한다.

<표 VI-8> Ramo 12 보건의료비 지출비율(2002)

구분	비율(%)
Decentralised Organisms	53
Deconecentrared Organs	14
Seguro Popular	1
Cruzada por la Calidad De lis Servicios de Salud	0.1
Comunidades Saludables	0.41
Central Administrative Unite	17
Dederal Entities	15

출처: MoH(2004), Boletin de Informacion Estadistica, Secretaria de Salud 2002, Mexico(재인용, OECD, 2005a)

연방정부는 Ramo 33이라는 예산 항목으로 '보건의료 서비스 분배 기금 FASSA(Fondo de Aportaciones para los Servicious de Salud)'을 통해 주정부에 지출목적이 확정된 예산을 지원한다. 개별 주정부에 대한 지원금인 FASSA 규모의 연간 총액은 연방재무부(SHCP)가 해당 주의 보건의료상황을 평가하여 재정조정법에 따라 확정하고, 의회가 이를 매년 승인한다. 지원되는 FASSA 규모는 주로 현재 근무중인 보건의료 인력과 운영비용에 기초하고, 부분적으로는 투자를 고려하여 연방재무부(SHCP)가 확정한다.

연방정부는 Ramo 28이라는 예산항목으로 주정부에 지출목적이 확정되지 않은 보건의료예산을 지원한다. 예산확정방법은 개별 주의 인구규모와 보건의료관련 재정부담능력을 고려하여 결정하며, 이 예산의 지출은 주정부가 선정정한 목적에 따라 해당 주 정부가 자유롭게 결정한다.

주정부의 보건의료관련 재원확보는 두 가지 방법으로 이루어진다. 주정부는 조세, 서비스 이용료 부과 등으로 자체적 재원을 확보할 수 있으며, 또한 보건의료활동에 대한 재원부담을 통해 사후적으로 재원을 확보할 수 있다. 2002년 현재 Ramo 28과 함께 주정부 자체의 재원으로 보건의료에 지출되는 주정부의 지출액은 사회보장체계에서 제외된 사람들을 위한 연방정부와 주정부 지출액의 약 16%이다.

4) 멕시코 보건의료 서비스 전달체계

(1) 분절화되고 지방분권화된 멕시코 보건의료 서비스 전달체계

멕시코의 각 의료보장제도와 기관들은 개별적으로 보건의료기관을 소유하고 운영하며, 필요한 보건의료 인력을 고용하고 있다. 사회보장체계는 멕시코 전체 활동 의사의 41.2%, 간호사의 47.8%를 고용하고 있으며, 병상의 38.0%와 병원의 11.5%를 운영하고 있다(<표 VI-9> 참조).

사회보장체계 중 가장 많은 규모의 보건의료인력을 고용하고, 보건의료시설을 운영하는 제도는 IMSS이다. IMSS는 멕시코 전체 활동 의사의 29.9%, 간호사의 36.0%를 고용하고 있으며, 병상의 26.5%와 병원의 6.5%를 운영하고 있다(<표 VI-9> 참조).

<표 VI-9> 보건의료 자원

구분	의사	간호사	병상	병원
1. 전체	**184,587**	**223,461**	**109,752**	**4,048**
공공부문	140,235	190,255	76,653	993
민간부문	44,352	33,206	33,099	3,055
인구 1,000명 기준	1.8	2.2	1.1	-
2. 사회보장체계 적용인구 기준	**76,037**	**106,539**	**41,737**	**464**
IMSS	55,176	80,520	29,039	262
ISSSTE	15,524	19,887	6,778	105
PEMEX	2,417	2,685	958	23
Sedena	1,845	2,388	4,174	42
Semar	1,075	1,059	788	32
인구 1,000명 기준	1.4	2.0	0.8	-
3. 사회보장체계 미적용 인구 기준	**64,198**	**83,716**	**34,916**	**529**
MoH	58,513	76,137	32,207	454
IMSS-Op.	5,029	6,813	2,181	69
대학교 학생	656	766	528	6
인구 1,000명 기준	1.3	1.7	0.7	-

출처: MoH(2004), Boletin de Informacion Estadistica, Secretaria de Salud 2002, Mexico(2004) (OECD, 2005a 재인용)

사회보장제도에서 제외된 인구집단에 대한 보건의료 서비스를 제공하는 경우 연방보건부가 가장 큰 기관이다. 멕시코 전체 활동 의사의 31.7%, 간호사의 34.1%를 고용하고 있으며, 병상의 29.4%와 병원의 11.2%를 운영하고 있다(<표 VI-9> 참조).

연방보건부가 NHI와 수도인 멕시코시티의 3개 연방종합병원에 대한 재원조달과 관리운영을 책임지고 있지만, 연방보건부가 제공의 책임을 가지는 공중 보건서비스를 포함한 대부분의 보건의료 서비스는 주정부차원의 보건의료시설들(SHS)이 실질적으로 제공하고 있다. 이러한 의미에서 멕시코 보건의료 서비스의 전달체계는 각 사회보장기관별로 분절화되어 있을 뿐만 아니라, 주정부로 지방분권화되어 있다.

<표 VI-10> 공공부문의 보건의료 인력 및 시설 비율(%)

구분	의사	간호사	급성기 병상
IMSS-Op.	3.6	3.6	2.8
대학교 학생	0.5	0.4	0.7
MoH	41.7	40.0	42.0
Semar	0.8	0.6	1.0
Sedena	1.3	1.3	5.4
PEMEX	1.7	1.4	1.2
ISSSTE	11.1	10.5	8.8
IMSS	39.3	42.3	37.9

출처: MoH(2004), Boletin de Informacion Estadistica, Secretaria de Salud 2002, Mexico(OECD, 2005a에서 재인용)

사회보장체계와 연방보건부 및 주정부차원의 보건의료시설들(SHS)은 1차·2차 및 3차 보건의료 서비스를 제공한다. 사회보장체계가 고용한 보건의료인력과 운영하는 병상이 상대적으로 더 많기 때문에 정부부문보다 보건의료 서비스에 대한 접근성이 더 높다(<표 VI-10> 참조). 하지만, 연방보건부 및 주정부차원의 보건의료시설들(SHS)의 3차 진료시설과 고도로 전문화된 진료기관은 정부의 재원, 기금 및 환자의 본인부담금으로 운영되며, 사회보장체계는 독자적인 3차 진료수준의 고도의 전문화된 보건의료기관을 운영하고 있다. NHI는 공공부문 내에서 보건의료시설을 독자적으로 운영하고 있다. 환자들은 자신에게 의료보장을 제공하는 조직이 운영하는 보건의료시설로부터 의료서비스를 제공받는 것이 일반적 관행이지만, 2000년에 실시된 전국 보건의료조사(Encuesta Nacional de Slaud 2000) 결과 환자들은 다른 조직이나

기관의 보건의료시설뿐만 아니라 민간소유의 보건의료시설도 이용하는 것으로 나타났다(OECD, 2005a 참조).

멕시코의 의료장제도가 사회보장체계, 국가부문, 민간부문으로 구분되어 있으며, 멕시코 국가 자체가 연방국가임을 고려한다면 보건의료 서비스 전달체계가 파편화되고 지방분권화된 것은 어느 정도 예측 가능한 사실이다. 하지만, 멕시코 보건의료서비스 전달체계가 지방분권화된 것은 외환위기와 공공부문 예산 삭감을 경험하게 되는 1980년대의 1차 보건의료개혁과 1990년대의 2차 보건의료개혁의 결과이다. 그 결과 주 정부는 해당 지역에 소재한 보건의료자원에 대한 접근권과 통제권한이 부여되고, 연방정부는 보건의료자원의 유지와 운영에 필요한 예산에 대한 통제권을 가지게 되었다(Merino, 2003 참조; OECD, 2005a에서 재인용).

다른 연방주들과 비교하여 상대적으로 행정능력이 있으며 자원이 풍부한 연방주들은 자신들의 행정능력과 자원을 동원하여 보건의료서비스 전달체계의 지방분권화를 성공적으로 완료하였다. 반면에 다른 연방주들과 비교하여 상대적으로 행정능력과 자원이 부족한 연방주에서는 보건의료서비스 전달체계의 지방분권화가 지체되었다. 그 결과 1988년 주민 1인당 소득수준이 상대적으로 높은 14개 연방 주에서 보건의료서비스 전달체계를 지방분권화가 완료되었다.[16] 지방분권화의 첫 단계에서 1차 의료기관과 2차 의료기관인 병원의 운영 책임과 특정 행정적 책임이 연방정부로부터 주정부로 이관되었다. IMSS-Oportunidades의 전신인 IMSS-COPLAMAR는 각 주에 존재하는 보건부산하 보건의료서비스체계로 통합되었다. 지방분권화의 첫 단계에서 주정부는 보건의료예산을 해당 주 전체 예산의 20%까지 증액하기로 연방정부와 합의하였다. 하지만, Aguacalientes, Distrito Federal, Morelos, Tabasco 등과 같은 상대적으로 부유한 주에서 보건의료예산은 연방정부와 합의한 20%를 상회하였으나, Chiapas, Oaxaca, Durango 등과 같이 상대적으로 빈곤한 주의 보건의료예산은 5%

16) 보건의료서비스 전달체계가 지방분권화된 주들은 전체적으로 산업화 수준이 높고, 사회보장제도가 완비되었으며, 주민의 보건과 영양에서 문제가 적은 다음과 같은 14개 연방주들이다: Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, Estado de México, Guanajuato, Aguascalientes, Quintana Roo

미만이었다. 연방정부는 보건의료 서비스 전달체계에서 예산과 인력에 대한 통제권을 보유함으로써 여전히 멕시코 전체 보건의료체계에 대한 영향력을 행사하였다.

멕시코 보건의료 서비스 전달체계 지방분권화의 두 번째 단계는 1990년대 중반에 실시되었다. 두 번째 단계의 핵심은 재정적 통제권은 여전히 연방정부가 행사하지만, 주정부의 행정적 독립을 더욱 강화하는 것이었다. 하지만, 1980년대에 실시되었던 지방분권화 첫 번째 단계에서와 달리 IMSS-Oportunidades는 주정부로부터 독립성을 획득하게 되었다.

외환위기와 공공부문 예산 삭감과정에서 두 차례에 걸쳐 실시된 보건의료 서비스 전달체계의 지방분권화는 결과적으로는 멕시코 보건의료체계가 가진 다음과 같은 문제들을 해결하는 과정이었다: 의사결정과 정책집행의 관료성과 과도한 중앙집중화; 수요와 연계되지 못하는 부적합한 자원분배; 의료보장을 제공받지 못하는 국민들에게 보건의료 서비스를 제공하는 보건의료인력들간의 미약한 조정.

멕시코 보건의료체계에서 연방정부와 주정부의 책임은 명확하게 차이가 있다. 연방정부는 보건의료정책의 목적을 설정하며, 전체 보건의료체계가 제대로 작동할 수 있는 법적 기반을 조성하며, 보건의료정책의 계획과 집행에서 각 기관과 조직의 역할과 기능을 조정하고 결과를 관찰한다. 개별 연방 주는 연방 보건부장관과 주정부의 보건부 장관으로 구성된 국가보건의료위원회(CNS: Consejo Nacional de Salud)의 틀 내에서 연방정부와 협력하지만, 정책집행에서는 자율성과 책임을 갖는다. 국가보건의료위원회(CNS)는 주정부가 집행하는 보건의료정책을 강화하는 데 중요한 역할을 수행하며, 최근에는 확정된 멕시코 전 지역을 고려한 보건의료 서비스 제공을 위한 "보건의료 인프라와 서비스 제공 기본계획"이 CNS 주도하의 연방정부와 주정부간의 협력성과이다.

연방정부와 주정부간의 보건의료 서비스 제공의 지방분권화와는 별도로 IMSS 운영의 지방분권화도 진행되었다. IMSS 운영의 지방분권화는 보건의료 서비스 공급자를 과거 보다 더 많이 고려한 의사결정 및 IMSS가 가지는 보험자와 의료서비스 공

급자간의 기능과 역할의 분리를 목적으로 진행된 것이다. 그 결과 IMSS 제도와 전체 운영에 관한 중요한 결정권한은 본부가 여전히 행사하지만, 보건의료 서비스 제공에 대한 일상적인 결정은 공급자가 행사하게 되었다. 네 개 지역으로의 분할 된 IMSS는 조직적으로는 본부의 운영형태를 그대로 반영하며, 담당 지역의 보건의료 서비스 제공자들에 대한 감독권 및 보건의료 서비스 제공에 대한 전략적 계획과 통제권한을 행사한다. IMSS 운영의 지방분권화 에 따라 고도로 전문화된 병원들은 의료장비, 의약품 계약에 대한 자율권을, 규모가 적은 병원들은 고용인력에 대한 근로계약에서 자율권을 행사한다. 보건의료 서비스 제공자들은 과거 진료실적에 기초한 예산을 배정받는다. IMSS 본부는 분기별로 4개 IMSS 관할 지역에서 총액을 배정받은 보건의료서비스 제공자들의 예산 배정과 지출을 평가한다.

(2) 외래진료 부문

멕시코 보건의료체계에서 외래진료부문의 공공영역에서 가장 중요한 역할을 담당하는 기관은 통상적인 1차 진료뿐만 아니라 치과진료, 가족계획 및 의약품 분배 및 간단한 시술의 경우 제한적인 입원진료도 제공하는 보건소(centros de salud)로 불리는 1차 진료소이다. 사회보장기관과 IMSS-Oportunidades가 제공하는 1차 진료는 무상이며, 의약품도 제공한다. 연방 보건부와 주정부차원의 보건소는 제공되는 진료와 의약품에 대하여 적은 금액의 본인부담금을 징수한다.

주정부가 운영하는 1차 진료소는 통상적으로 사회보장체계의 미적용인구에게 보건의료서비스를 제공하지만, 사회보장체계의 적용을 받는 사람들도 자신의 선택에 따라 이 기관으로부터 진료를 제공받을 수 있다. IMSS-Oportunidades는 빈민층 거주지에 많은 규모의 1차 진료소를 운영하고 있다. 1999년 현재 전체 1차 진료소의 71%는 사회보장체계 미적용자들에게 보건의료서비스를 제공하며, 17.5%는 사회보장체계가 운영하고, 나머지 약 11%는 민간부문의 1차 진료소이다.[17]

지난 10여년 동안 1차 의료는 농촌지역주민의 보건의료서비스 접근권을 향상시키기 위한 정책의 결과 획기적으로 확대되었다.[16] 주정부의 보건의료서비스체계에 의한 보건소는 특정 지역을 포괄하도록 조직화되었으며, 각 지역을 담당하는 보건소는 약 300~500가구의 사회보장체계 미적용자들에게 보건의료서비스를 제공하고 있다.

공공부문의 모든 외래진료기관들은 진료의뢰체계를 구축하고 있다. 진료의뢰절차에 따라 1차 진료를 담당하는 의사는 같은 사회보장기관이 관장하는 종합병원 또는 전문병원에 환자 진료를 의뢰한다. IMSS 병원은 응급의료 또는 해당 지역에 연방보건부의 입원진료 시설이 없는 경우에만 사회보장체계 미적용자들에 대한 입원진료를 제공한다. 환자가 전문병원의 진료를 요구할 경우 의사는 사회보장기관의 허가를 받아야만 환자의 요구를 수용할 수 있다.

보건의료기관의 운영은 사회보장기관마다 차별적이다. IMSS는 의사들에게 특정 규모의 환자를 배정하고 있으며, 연방보건부와 주정부의 보건의료시설은 책임자급 의사 1인과 그를 보조하는 의사와 간호사 몇 명의 소규모 단위로 운영된다. 대규모로 운영되는 보건의료시설은 대학에서 2년의 전문교육을 받은 보건의료 기술자를 고용하고 있다. IMSS-Oportunidades 진료소는 소규모로 운영되는데, 일반적으로는 인구 5,000명 미만의 지역에서 진료와 예방 및 지역보건 프로그램을 무상으로 제공한다.

민간부문의 외래진료기관은 영리 또는 비영리로 운영된다. 영리를 목적으로 운영되는 민간부문의 외래진료기관은 단독 개원 또는 의사가 소유한 소규모 진료소 형태로 운영된다. 하지만, 운영비용의 절감을 위하여 공동개원이 점차 일반화되고 있다. 비영리로 운영되는 민간부문의 외래진료기관은 주로 대도시에 소재하고 있으며, 많은 경우 소아·청소년에 대한 진료를 담당한다.

---

17) 민간부문에 대한 자료는 15병상 미만의 기관을 포함한 자료이다.
18) 사회보장제도의 적용을 받는 사람들의 약 82%는 도시에 거주하는 반면, 사회보장제도 미적용자의 경우는 50%만 도시에 거주한다.

(3) 병원 입원진료부문

멕시코의 병원 입원진료부문은 각 병원이 제공하는 보건의료 서비스의 질, 병원의 지역적 분포, 병원의 형태 등의 관점에서 이질적이다. 그 결과 공공부문과 민간부문의 몇 몇 전문병원은 미국과 비교할 수 있을 정도의 고도의 보건의료 서비스를 제공하지만, 기타 종합병원과 민간부문의 병원은 낙후된 보건의료 서비스를 제공하고 있다.

공공부문에서 병원은 두 종류가 존재한다. 종합병원은 사고 피해, 응급 진료, 출산 및 특정 진료 등을 포함한 2차 진료인 병원 입원진료를 제공한다. 전문병원은 가능한 한 모든 범위의 보건의료 서비스를 제공하는 3차 보건의료 서비스를 제공한다. 전문병원은 연방보건부가 소유한 병원, 연방정부가 운영하는 병원 및 자율적을 운영되는 전문 보건진료소 및 교육과 연구기능을 담당하는 의학연구소 등이다.대부분의 3차 의료기관은 수도인 멕시코시티 및 대도시에 소재하고 있다. 병원의 운영책임자는 의사이며, 병원에 근무하는 의사는 임금을 받는 공공부문의 근로자이다.

외래진료에서와 마찬가지로 병원도 사회보장기관에 따라 보건의료 서비스 제공이 차별적이다. 2001년 현재 멕시코 전체 공공부문 병상의 약 40%는 IMSS가 운영하고 있다. 일반적으로 IMSS 병원은 다른 사회보장기관이 운영하는 병원보다도 규모가 크며, 종합병원이 대다수이다. 반면에 3차 의료기관인 전문병원의 주로 연방정부와 주정부가 운영한다. IMSS-Oportunidades도 2차 의료서비스를 제공하는 소규모 병원을 지역차원에서 운영하고 있다.

멕시코 전체 병상의 약 34%는 민간부문 병원이 제공하고 있다. 하지만, 멕시코 민간부문의 병원들은 공공부문과 비교하여 대단히 적은 규모로 전체 민간병원의 약 15%만 15병상 이상의 병원이며, 약 3%만 50병상 이상의 병원이다. 민간 병원의 27%는 의사가 소유한 5병상 미만의 진료소 규모의 병원이다. 민간 병원의 약 50% 이상이 X-선 촬영기를 보유하고 있지 않으며, 1/3은 전일 근무 의사가 없으며, 전일

근무 간호사를 고용하고 있는 민간병원도 소수에 불과하다. 보건의료자원이 빈약한 이러한 민간병원의 역할은 외래진료, 기초적인 외과시술 및 진료의뢰에 국한되고 있는 실정이다. 하지만 몇 몇 거대 민간병원의 경우 고도의 전문화된 보건의료 서비스를 제공하고 있다.

민간병원의 지역적 분포도 대단히 불균형적이다. 1999년 현재 전체 병원 또는 진료소의 약 10%가 연방구역에 소재하고 있다. 상대적으로 부유한 연방주는 민간병원에 대한 접근도가 쉬운 상황이다.

멕시코에서 민간부문의 병원, 진료소 및 약국의 개설에 대한 법적 규제는 거의 없다. 개설 장소, 보건의료 서비스 제공 활동 및 처방에 대한 규제는 없으며, 또한 제공되는 보건의료 서비스의 질에 대한 규제도 없다. 다만, 거대 민간병원의 경우 인증이 필요할 뿐이다.

(4) 보건의료 인력

멕시코에서 보건의료분야는 가장 규모가 큰 고용부문이지만, 의대 졸업생 수는 공공부문에서 필요한 의사인력의 규모를 초과하고 있다(NERA, 1998; Frank et al., 1991). 그 결과 다수의 의사들이 전문의학지식이 필요 없는 보건의료이외의 영역에서 일하고 있으며, 의사로 근무 중인 인력도 저임금과 불안정 고용상태에 처해 있다.[19]

19) 의과대학 졸업생의 약 30%는 학위나 면허를 받지 않으며, 2000년 노동시장조사(ENEU) 결과 2000년의 경우 의사의 약 28%가 실업상태 또는 단시간 근로 또는 보건의료와 관련이 없는 분야에서 근무한다고 밝히고 있다(OECD, 2005a 참조).

<표 VI-11> 보건의료 인력의 분류

구분	전체 공공부문	사회보장 미적용자	연방보건부 + 주정부	IMSS -Op.*	사회보장 적용자	IMSS	ISSSTE	PEMEX
1 활동의사	**92,277**	**58,269**	**53,341**	**4,928**	**34,008**	**17,004**	**14,755**	**2,249**
일반의	30%	27%	30%	n.a	34%	37%	26%	41%
전문의	38%	30%	30%	n.a	45%	43%	53%	54%
기타**	32%	44%	40%		21%	20%	22%	5%
2. 간호사	**186,042**	**82,950**	**76,137**	**6,813**	**103,092**	**80,520**	**19,887**	**2,685**
일반 간호사	41%	42%	45%	n.a	41%	41%	39%	43%
전문 간호사	11%	6%	6%	n.a	15%	13%	23%	14%
기타**	48%	52%	48%		44%	46%	37%	43%

* IMSS-Oportunidades의 경우 보건의료 서비스를 제공하는 의사의 절대 다수, 즉 78%는 학부과정을 마치고 일반의 자격을 받기 위하여 병원에서 실습하는 "pasantes"이며, 간호사의 87%는 간호보조원임

** 의사인 경우 활동의사, 인턴, 치과의사, 간호사인 경우 대부분 간호보조원 포함

출처: MoH(2004), Boletin de Informacion Estadistica, Secretaria de Salud 2002, Mexico(OECD, 2005a에서 재인용)

공공부문이 멕시코 보건의료 인력의 최대 고용주로 전체 인력의 약 3/4를 채용하고 있다. IMSS는 공공부문에 고용된 전체 의사의 약 40%, ISSSTE가 11%, 그리고 연방정부와 주정부가 44%를 고용하고 있다(<표 VI-11> 참조). 공공부문에 고용된 간호사의 경우도 유사한 양상이다. 공공부문에 근무하는 의사, 간호사 및 약사는 고정급을 지급받으며, 근로시간이 정해져 있고, 각종 사회보장제도의 보호를 받고 있다.

민간부문은 보건의료 인력과 약사의 약 1/3을 고용하고 있다. 의사의 활동 부문에서 공공부문과 민간부문의 차이는 민간부문의 경우 전문의가 일반의보다 많다는 것이다.

(5) 의약품

멕시코 보건의료체계에서 의약품이 차지하는 비중은 2002년 현재 GDP의 1.2%, 전체 보건의료비 지출의 약 1/5로 표현할 수 있다. 정부와 사회보장기관이 환자에게 제공하는 의약품은 국가기관인 보건의료위원회(CSG: Consejo de Salubridad General)이 결정한 처방 허용 의약품목록인 "Cuadro Basico"에 등재된 의약품이다. "Cuadro Basico"는 효과, 질, 안전성 및 접근성의 관점에서 결정된 776개의 제네릭 의약품을 수록하고 있다.

멕시코 의약품시장에서 판매량을 기준으로 할 경우 공공부문과 민간부문의 구매량은 거의 동일한 규모이지만, 판매가격을 기준으로 할 경우 공공부문의 구매량은 전체 판매가격의 20%에 불과하다(González Pier & González Hernández, 2004; OECD, 2005a에서 재인용).[20] 공공부문 내부의 경우 IMSS가 공공부문 의약품 구입의 약 80.3%, ISSSTE가 14.2%를 차지하는 반면에 연방정부와 주정부의 보건의료기관은 전체 공공부문 의약품 구입의 5.4%만을 차지할 뿐이다. 사회보장기관과 정부기관간의 의약품 구입량의 차이는 보건의료체계에서 의약품공급의 문제를 반영하고 있다. 공공부문과 민간부문에서의 의약품가격의 차이는 공공부문에서 혁신의약품과 특허의약품 구매의 부족과 의약품 도소매에서의 이윤의 부재 등 다양한 요소와 관련된다. 사회보장기관과 연방보건부와 같은 공공부문의 구매자는 중앙집중적으로 의약품을 구매한다. 연방보건부는 예방백신과 기타 필수 의약품만을 중앙집중적으로 구매하는 반면에, 주정부는 기타 의약품의 구매에서 재정적이며, 관리적인 혜택을 향유한다. 그 결과 연방정부는 서로 다른 의약품에 대하여 확실히 고정된 가격을 제시하지만, 주정부는 주정부들간의 평균가격에서의 다양한 차이를 고려한 가격을 제신한다.

멕시코의 최근 의약품정책은 의약품의 질을 향상시키고 통제하는데 초점이 맞추

20) OECD는 멕시코의 공공부문 의약품 구매는 전체 의약품 구매액의 10%로 추산하고 있다(OECD, 2004c 참조).

어져있다. 공공부문은 보건의료위원회(CSG)가 승인한 대체가 가능하고 생물학적 동등성을 가진 제네릭의약품 목록에 등재된 의약품만 구매하고 있다. 생물학적 동등성을 확보한 의약품이 부재한 경우 공공부문의 의약품 구매자는 질에 대하여 통제를 받은 의약품만 구매한다.[21]

(6) 부문별 진료비 지출

2002년 현재 멕시코 보건의료체계는 전체 지출액의 33%를 입원진료부문에, 외래진료부문에 31%, 의약품부문에 21.6%를 지출하였다. 이러한 지출구조는 OECD 국가의 평균과 비교할 경우 의약품에 대한 지출이 높은 수준이며, 입원진료에 대한 지출 수준은 낮은 것이라고 할 수 있다(OECD Health Data 2004). 2002년 현재 OECD 21개 국가의 부문별 전체 보건의료비 지출비중의 평균은 다음과 같다: 37.1%는 입원진료부문, 외래진료부문은 28.9%, 의약품부문은 17.7%. 같은 해 우리나라의 비율은 입원진료부문이 22.9%, 외래진료부문이 42.1%, 그리고 의약품부문이 22.4%였다(OECD Health Data 2004).

공공부문과 민간부문에서 의료보장 주체간의 부문별 보건의료비 지출 비중은 큰 차이가 없다. 다만 민간 의료보험의 경우 의약품비 지출 비중이 공공부문보다 높은 수준이다(<표 VI-12> 참조).

21) 멕시코 의약품 시장에서 생물학적 동등성을 가진 제네릭 의약품은 적은 규모이다. 2002년 현재 생물학적 동등성을 가진 제네릭 의약품은 가격기준으로는 0.3%, 판매량기준으로는 0.7%에 불과하다. 반면에 생물학적 동등성을 갖지 못한 제너릭 의약품은 전체 의약품시장의 36% 규모이다(González Pier & González Hernández, 2004 참조: OECD, 2005a에서 재인용).

<표 VI-12> 제도유형별·보건의료 서비스 형태별 보건의료 지출

구분	정부지출 (사회보장 제외)	사회보장 지출	민간 의료보험	본인부담
입원진료	43.0%	83.1%	59.5%	19.4%
외래진료	12.2%	n.a.	n.a.	43.1%
의약품	0.6%	n.a.	3.6%	37.5%
예방 및 공공보건	20.6%	n.a.	n.a.	n.a
관리운영 및 건강보험	23.6%	16.9%	36.9%	n.a
전체	100%	100%	100%	100%

출처: Merino-juarez, M.P., Alarcon-Gomez, M.G, and Lozano-Ascencio, R.(2004), "SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Mexico-National Health Accounts 2001:, OECD Health Technical Paper, No. 8, OECD, Paris.

(7) 진료비 지불제도

멕시코에서 진료비 지불제도는 공공부문과 민간부문에서 서로 차별적이다. 공공부문의 의사와 간호사는 자신을 고용한 기관에서 지불하는 임금을 받는 봉급제이며, 병원의 경우 과거 진료실적에 기초한 총액예산을 지불받는다. 반면에 민간부문의 보건의료인력은 행위별수가제를 적용받는다.

공공부문이 보건의료인력에 지불하는 임금은 연공서열에 기초하며, 임금수준은 일반적으로 낮다. 그 결과 공공부문에 근무하는 의사의 임금은 평균임금보다 낮다. 공공부문에서 보건의료인력에 지불하는 임금은 사회보장기관별로 차별적이며, 또한 사회보장기관이 사회보장 미적용 인구에게 의료보장을 제공하는 기관보다 상대적으로 높은 수준의 임금을 지불한다. 공공부문의 낮은 수준의 임금은 보건의료인력이 공공

부문에서 보건의료서비스를 지속적으로 제공할 수 있는 동기를 감소시키고 있다(Cercone et al., 2001 참조). 공공부문에서 근무하는 간호사의 임금도 평균임금보다 1/3정도 낮은 수준이다(Aguliar et al., 2003 참조; OECD, 2005a에서 재인용).

공공부문의 병원은 연간 총액예산을 지급받는다. 총액예산은 과거의 진료실적을 기초로 결정되며, 그 결과 해당 병원의 효율성, 환자에 대한 반응성 또는 진료결과는 고려되지 못하고 있다. 개별 병원에 배정되는 예산의 가장 큰 부분은 인건비로, IMSS 병원의 경우 인건비가 전체 예산의 약 80%수준이다. 고용한 보건의료인력의 임금수준, 고용규모, 근로조건 등이 노조와의 협의를 거쳐 중앙에서 결정되기 때문에 개별 병원이 인건비에 대한 통제 또는 관리는 불가능하다. IMSS 병원의 경우 배정된 전체 예산 중 20%만 진료에 사용되고 있는 실정이다. 병원의 관리운영자는 진료의 경우에서도 어떤 진료부문에 자원을 보다 많이 또는 보다 적게 투입할 수 있는 권한이 거의 없다. 그 결과 병원운영이 적자가 되는 경우 중앙, 즉 연방정부, 주정부, IMSS 또는 ISSSTE 본부에서 적자분을 해소시켜준다.

민간부문에서는 행위별수가가 지배적 진료비 지불방법이다. 진료한 의사가 결정하는 수가를 규제하는 기관이나 기전은 없으며, 환자는 일반적으로 의사에게 현금으로 진료비를 지급한다. 의사가 민간 의료보험사가 구축한 네트워크에서 진료를 제공하는 경우 민간 의료보험 환자가 지불해야 하는 진료비 수준은 사전에 민간 의료보험사와 협상된 금액이다. 민간 병원도 행위별 수가를 기준으로 의료서비스를 제공한다. 민간부문의 의사의 경우와 마찬가지로 민간 병원도 자율적으로 수가를 결정하며, 민간 의료보험 환자를 진료하는 경우 민간 병원은 민간 의료보험사와 사전에 협약한 상대적으로 저렴한 진료비를 환자에게 요구한다. 민간부문의 의사가 민간병원의 진료 공간을 임대하거나 구매하는 경우 민간병원은 해당 민간부문의 의사로부터 진료수입의 일부를 지급받는다.

3. 멕시코 의료보장체계의 함의

멕시코의 의료보장제도는 크게 3가지로 구분된다. 첫째, 국가기관은 공식부분의 근로자들을 보호하는 공공 사회보장기관이 의료보장을 제공하지 않는 사람들에게 의료보장을 제공하는 보건부(SSA)와 저소득·빈곤계층, 비공식부문의 근로자와 자영자를 대상으로 하는 공공부조 프로그램인 IMSS-Oportunidades가 있으며, 전체 인구의 약 50%에게 의료보장을 제공하고 있다. 둘째, 공공 사회보장기관은 공식 민간부문의 근로자, 연방정부와 주정부의 공무원, 직업군인 및 국영석유기업 근로자를 대상으로 하는 IMSS, ISSSTE 및 PEMEX가 있으며, 전체 인구의 약 47%에게 의료보장을 제공하고 있다. 셋째, 민간부문의 경우 전체 인구의 약 3%에 해당하는 영리를 목적으로 하는 병원과 의원에 근무하는 보건의료인력에 대한 의료보장을 제공하고 있다.

멕시코 의료보장체계가 공식부문의 임금근로자들을 위한 공적 사회보험제도와 기업복지제도를 수직적으로 통합한 형태로 발전한 결과 전체적으로는 단일 형태의 보건의료체계가 아닌 분절되고 파편화된 보건의료제도들의 총합으로 성장하였다. 그 결과 멕시코의 의료보장제도는 기본적으로 각 의료보장제도들의 파편화와 조정의 부재, 의료서비스 접근에서의 불 형평성, 제공되는 의료서비스에 대한 불만족, 보건의료자원 분배의 불균형이 문제되고 있다. 그 결과 경제사회적 발전과 교육상황 및 역학문제로 인한 보건의료서비스를 제공하는 개별 사회보장기관들간의 급여 차이, 지리적으로는 북부지역과 남부지역간의 보건의료에 대한 공공지출과 지역주민들의 건강상태에서의 차이는 시급하게 해결해야 할 과제로 존재하고 있다. 이에 따라 멕시코는 OECD 국가들 중 전 국민을 대상으로 한 보편적 보건의료서비스를 제공하지 못하는 몇 개의 국가들 중 하나로 남게 되었다. 이에 따라 멕시코 보건의료체계에서는 대상자의 적용범위에서는 보다 광범위하고 구조적으로는 보다 공고한 공적 보건의료 제도와 정책에 대한 요구가 지속되고 있다.

참고문헌

AARON, H. (2003), ""Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health-care Spending?"", Health Affairs, January.

AGUILAR, A.M. et al. (2003), ""Desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería en México"", in: F. Knaul and G. Nigenda (eds.), Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.

BAINS, M. and H. OXLEY (2004), ""Ageing-related Spending Projections on Health and Long-term Care"", Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies, OECD, Paris.

BIRN, A. (1999), ""Federalist Flirtations: The Politics and Execution of Health Services Decentralisation for the Uninsured Population in: Mexico, 1985-1995"", Journal of Health Policy, Vol. 20:1.

BARRAZA-LLORENS, M. et al. (2002), ""Addressing Inequity in Health and Health Care in Mexico"", Health Affairs, Vol. 21:3.

BERMAN, P. and D. CUIZON (2004), ""Multiple Public-private Jobholding of Health-care Providers in Developing Countries -- An exploration of theory and evidence"", DFID Health Systems Resource Paper, March.

CERCONE, J. et al. (2001), ""Reform of the Mexican Health-care System"", in: M. Giugale, O. Lafourcade, and V-H. Nguyen (eds.), Mexico: A Comprehensive Development Agenda for the

New Era, World Bank, Washington DC.

CMH (Commission on Macroeconomics and Health) (2001), ""Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development"", Report of the Commission on Macroeconomics and Health, WHO, Geneva.

DE FERRANTI, D. et al. (2004), Inequality in Latin America. Breaking with History?, World Bank, Washington DC.

DOCTEUR, E. and H. OXLEY (2004), ""Health-system Reform: Lessons from Experience"", Towards High-performing Health Systems: Policy Studies, OECD, Paris.

ENSA (Encuesta Nacional de Salud) (2000), Vivienda, población y utilización de servicios de salud, Secretaría de Salud y Instituto Nacional de Salud Pública, México.

FRENK, J. et al. (1991), ""Patterns of Medical Employment: A Survey of Imbalances in Urban Mexico"", American Journal of Public Health, Vol. 81:1.

FRENK, J. et al. (1998), ""Latin American Health Systems in Transition: A Vision for the Future"", in: C. Bezold, J. Frenk and S. McCarthy (eds.), 21st Century Health Care in Latin America and the Caribbean, Institute for Alternative Futures, Alexandria, VA.

FRENK, J. et al. (2004), ""Fair Financing and Universal Social Protection in Health: The Structural Reform of the Mexican Health System"", paper prepared for the International

Conference on Innovations in Health Financing, Ministry of Health, Mexico, D.F.

GONZÁLEZ PIER, E. and A. GONZÁLEZ HERNÁNDEZ (2004), ""Regulación saludable del sector farmacéutico"", Competencia Económica en México, Comisión Federal de Competencia, Mexico, D.F.

GÓMEZ DE LEÓN, J. et al. (1995), ""Demand for Health Care in Mexico: An Econometric Analisis"", Sectorial Studies Series, CONAPO.

HURST, J. and L. SICILIANI (2004), ""Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery"", Towards High-performing Health Systems: Policy Studies, OECD, Paris.

IMSS, Informe de Servicios Personales, Junio 2004(www.imss.gob.mx)

KROEGER, A and J.M. HERNANDEZ (2003), ""Health Services Analysis as a Tool for Evidence-based Policy Decisions: The Case of the Ministry of Health and Social Security in Mexico"", Tropical Medicine and International Health, Vol. 8:12.

MEYER FOULKES, D. (2001), ""The Long-term Impact of Health on Economic Growth in Mexico, 1950-1995"", Journal of International Development, Vol. 13:1.

MoH (Secretaría de Salud) (2004), SICUENTAS, System of National and State Health Accounts, México, D.F.

NERA (National Economic Research Associates) (1998), ""The Health-care System in Mexico"", Financing Health Care, Vol.

22, Pharmaceutical Partners for Better Health Care, United Kingdom.

NIGENDA, G. (1997), ""The Regional Distribution of Doctors in Mexico, 1930-1990: A Policy Assessment"", Health Policy, Vol. 39.

OECD (1992), The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Health Policy Studies No. 2, Paris.

OECD (1996), Mexican Health Reform, DEELSA/ELSA/WP1(96)3, unpublished report for official OECD use.

OECD (1998), Economic Survey: Mexico, Paris.

OECD (2000), Territorial Grids of OECD Member Countries, Paris.

OECD (2003), ""Assessing the Performance of Health-care Systems: A Framework for OECD Surveys"",

ECO/CPE/WP1(2003)10, unpublished report for official OECD use.

OECD (2004a), Analytical Data Base, Paris.

OECD (2004b), Economic Survey: Mexico, Paris.

OECD (2004c), OECD Health Data 2004, 2nd edition, Paris.

OECD (2004d), Private Health Insurance in OECD Countries, Paris.

OECD (2005), OECD Health Data 2005, Paris.

OECD (2005a), OECD Reviews of Health Sysytem. Mexico, Paris.

OECD (2006), OECD Health Data 2006, Paris.

OECD (2007), OECD Health Data 2007, Paris.

MERINO-JUÁREZ, M.F., M.G. ALARCÓN-GÓMEZ and R. LOZANO-ASCENCIO (2004), ""SHA-based Health Accounts in

13 OECD Countries: Country Studies Mexico -- National Health Accounts 2001"", OECD Health Technical Paper, No. 8, OECD, Paris.

RIOS E. (2006), The Mexican Health Care System. A Federal Perspective, San Diego, CA, August 2006

TAPIA-CONYER, R. et al. (2001a), ""Evaluation and Reform of Mexican National Epidemiological Surveillance System"", American Journal of Public Health, Vol. 91:11.

VAN DOORSLAER, E. et al. (2004), ""Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries"", Towards High-performing Health Systems: Policy Studies, OECD, Paris.

WAGSTAFF, A. (2001), ""Measuring Equity in Health-care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization"s Fairness of Financing Index"", World Bank Working Paper, No. 2550, Washington DC.

WHITAKER, D. (1999), Healthcare in Mexico into the 21st Century, The Economist Intelligence Unit, London.

WHO (World Health Organisation) (2000), The World Health Report 2000, World Health Organisation, Geneva.

WORLD BANK (2004a), Poverty in Mexico: an assessment of conditions, trends and government strategy, World Bank, Washington DC.

WORLD BANK (2004b), ""Universal Health Insurance Coverage in Mexico: In search of Alternatives"", Human and Social

Development Group, Latin America and the Carribean Region, Mexico, Colombia Country Management, December 2003.

WORLD BANK (2004c), World Indicators, Washington DC.

연구보고서 2007-31

2007 외국의 보건의료체계와 의료보장제도 연구

발 행 일 : 2008. 3.
발 행 인 : 이 재 용
편 집 인 : 강 암 구
발 행 처 : 국민건강보험공단 건강보험연구원
서울특별시 마포구 독막길 24(염리동 168-9)
대표전화 : 02)3270-9851 / FAX : 02)3270-9537
홈페이지 : www.nhic.or.kr
인 쇄 처 : ☎
가 격 : 7,000원
I S B N : 978-89-91793-70-5