캐나다의 사례를 통해 본
총액예산제의 도입 타당성 연구

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

홍 사 라

캐나다의 사례를 통해 본
총액예산제의 도입 타당성 연구

지도 정 우 진 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2005년 1월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

홍 사 라

홍사라의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 대학원

2005년 1월 일

감사의 글

이년 반 동안 진정한 학자의 모습으로 정말 많은 가르침을 주시고 논문 지도를 해주신 정우진 교수님, 정말 바쁘신 중에도 논문의 큰 프레임을 벗어나지 않도록 지도해 주신 조우현 교수님, 정말 세심하게 논문을 수정해 주신 박종연 교수님께 진심으로 감사드립니다. 그리고 수업을 통해서 보건학에 대한 많은 가르침을 주셨던 유승흠 교수님, 김한중 교수님, 채영문 교수님, 오희철 교수님, 남정모 교수님, 강혜영 교수님께도 감사드립니다.

저와 일년이란 시간을 같이 보내면서 많이 격려해주고 도와준 김정인, 정혜영 선생님, 그리고 저널클럽을 하면서 논문에 대한 생각을 같이 나누어 주었던 국제보건학과 학생들께도 감사드립니다.

마지막으로 하느님께 감사드리고 마음속으로 제가 하는 일을 지켜봐주시고 힘이 되어주시는 가족모두에게 감사드립니다.

차 례

국문요약 ····· i

I. 서론 ····· 1
1. 연구의 배경 ····· 1
2. 연구의 목적 ····· 7

II. 총액예산제의 개념과 정책형성과정 ····· 8
1. 총액예산제의 정의 ····· 8
2. 각국의 도입사례 개관 ····· 9
3. 정책형성의 개요와 모형 ····· 11

III. 캐나다의 총액예산제 ····· 14
1. 캐나다 의료환경의 변화 ····· 14
가. 캐나다 보건의료제도의 역사 ····· 14
나. 캐나다 보건의료 시스템 ····· 19
다. 캐나다의 의사 진료비 상환제도 ····· 20

2. 캐나다의 보건의료지불정책의 변화 ····· 21
가. 총액예산제로의 정책의제 설정과 결정과정 ····· 22
1) 정치 구성원의 특성 ····· 22
2) 행위별수가제에서의 의료수가결정과 조정 ····· 23
3) 캐나다 보건의료의 내부 상황 ····· 23
4) 외부 의료 환경의 변화 ····· 24
5) 의사집단 내에서의 힘의 균형 ····· 26
6) 기존 지불보상체계의 문제점 ····· 27
나. 총액예산제 집행 ····· 31
1) 새로운 지불체계 개요 ····· 34
다. 새로운 지불체계의 정책평가단계 ····· 40
1) 총액예산제하의 힘의 이동과 영향력 ····· 40
2) 의사 진료비 총액예산제의 문제점 ····· 42

라. 총액예산제의 시행 종료 ····· 36
IV. 한국에 대한 시사점 ····· 49
참고문헌 ····· 55

표 차 례

표 1. 정책형성과정 분류 ····· 12
표 2. 캐나다의 주요 의료보장 정책의 변화 ····· 18
표 3. British Columbia 주정부와 의사협회간의 협상구조 ····· 34
표 4. 개별 의사 소득 제한 정책 ····· 39

그 림 차 례

그림 1. 정책결정과정의 흐름표(Flow Chart) ····· 13
그림 2. 캐나다의 GDP 대비 총 의료비 비율의 변화 ····· 25
그림 3. 비용 통제 정책에 영향을 미치는 요소들 ····· 28
그림 4. 전체의료지출 중 공공비용과 사적비용의 차이 ····· 45
그림 5. 전체의료지출 중 공공비용과 사적비용의 변화추이(1975년 기준) 46

국 문 요 약

여러 나라들은 지난 수십 년 동안 의료비의 급격한 상승을 경험했으며, 이로 인한 정치·경제적 부담을 완화하기 위해서 의료비용을 안정화하기 위해서 의료비 통제정책방안을 연구하였다. 독일을 비롯한 여러 나라에서 행위별수가제의 단점을 극복하고 의료제공자에게 비용의식적인 행동을 하게하는 총액예산제를 도입하였으며, 일찍부터 의료비 통제정책을 시행했던 유럽의 여러 나라들에 관한 연구에서도 총액예산제는 의료비용을 억제하는 전략으로 성공적이었다는 연구 분석 결과가 있었다(Hurst, 1992). 우리나라에서도 2001년 건강보험재정파탄위기에 직면하면서 거시적인 재정지출의 효율성 제고 측면에서 재정안정방안으로 총액예산제의 도입이 많은 연구자들에 의하여 제기되었다(조우현 외, 2004). 본 연구에서는 20년 이상 주정부와 의사협회 간에 협상을 지속해온 캐나다가 총액예산제를 시행하고 폐지하게 되기까지 주요 변동과정을 살펴보았다. 캐나다 의료보장법(Canada Health Act)에 의거 공적의료보장을 제공하는 캐나다의 주들은 80년대 증가하는 의료보장비용에 대한 연방정부의 부담가중으로 새로운 지불제도의 필요성이 대두되었고 1980년대 말부터 총액예산제를 도입하여 1996년도 당시에 모든 캐나다 주들은 공적보험에 행위별수가제로 제공되는 부분에 총액예산제를 사용하고 있었다(Barer et al, 1996). 몇몇 주에서는 의료비용을 통제하기 위한 추가정책으로 의사공급제한(physician supply control)과 개별의사소득제한(individual income cap)정책을 사용하였다. 캐나다에서는 총액예산제의 시행을 통한 비용통제정책은 다소 효과적이었다는 연구결

과들이 있으나(Patice and Morgan, 1992), 의료비 협상을 통한 여러 이해 당사자간에 마찰로 인한 비 금전적 정책비용의 발생, 의사들이 정책비용집단이 되기 때문에 의사들의 파업이나 정부와 의사집단간의 갈등 및 의사집단 내에서 배분상의 문제, 그리고 실제로는 경직상한제도(hard cap)에서도 수가보정을 통한 의사집단에 책임전가가 이루어지지 못했던 문제점들이 존재하였다. 캐나다 주들은 1990년 말경에 재정적인 요인들이 완화되자 총액예산제 정책을 종료하였고 현재는 캐나다의 어떤 주도 총액예산제를 사용하고 있지 않다. 최근 우리나라에서 총액예산제의 긍정적인 평가와는 달리 김계현(2004)의 대만 의료보험제도와 총액예산제 연구 보고서에서 정부가 총액예산제를 도입하면서 대만의 예를 모델로 하려하고 있으나 정부의 성과 측면만 지나치게 부각하고 있다고 지적하고 이보다 앞서 대만 총액예산제의 정확한 실태 파악이 요구된다고 하였다. 캐나다의 연구결과에서도 알 수 있듯이 총액예산제의 성공여부는 많은 부분이 정부와 의사집단의 협상과 의사들의 행동에 있으며, 총액예산제의 결과를 예측하기 위해서 고려해야 할 요소들은 간단하지 않다. 또한 우리나라가 캐나다와는 상대적으로 의료비용에서 공적지출이 낮다는 것을 염두에 두고 총액예산제 도입의 효과를 예측해야 할 것이다.

I. 서 론

1. 연구의 배경

전 세계적으로 급속한 노령화, 신 의료기술의 발전, 의료욕구의 증대 등으로 의료비 지출이 급격히 증가하였다. 이는 각국의 정책결정자에게 부담을 주었고 의료비 지출에 대한 정책변화로 이어졌다. 미국의 경우 2000년도에 메디케어, 메디케이드, 주정부 어린이건강보험의 지출액은 공공지출 비용 중 3/4을 차지한다. 미국의 의료비는 지난 수십 년 동안 급격한 상승을 하였는데, 1970년에 GDP대비 의료비 지출이 5.9%에서 2002년에는 14.6%로 2배 이상 증가하였다(OECD, 2004). 독일의 경우도 GDP대비 의료비 지출 규모가 1970년에 6.2%에서 2002년에는 10.9%로 증가했다. 우리나라의 경우 2001년 GDP 대비 의료비 지출은 5.9%로 OECD 국가들 평균대비 낮은 수준이다. 하지만 우리나라도 1996년부터 건강보험재정이 적자기조에 있었고 2000년 의약분업이후 단행된 몇 차례의 진료수가인상이 건강보험재정위기를 촉발 시켰다(조우현 외, 2004)

이러한 비용증가로 인한 정치, 경제적 부담을 완화하기 위해서 여러 나라 정부들은 증가하는 의료비용을 안정화하기 위한 전략에 관심을 두고, 의료비를 통제하기위한 정책방안을 연구하였다. 하지만 행위별수가제 지불방식에서는 진료비에 영향을 미치는 다른 요소들의 통제 없이 수가 조정만을 통한 비용통제는 불가능하다는 연구결과들이 있었다(Barer, 1991;

Katz et al, 1997). 따라서 독일을 비롯한 여러 나라에서 행위별수가제의 단점을 극복하고 의료제공자에게 비용의식적인 행동을 하게 하는 총액예산제를 도입하였다. 일찍부터 의료비 통제정책을 시행했던 유럽의 나라들에 관한 연구에서도 총액예산제는 의료비용을 억제하는 전략으로 성공적이었다는 연구 분석결과가 있었으며(Hurst, 1992). 또한 진료비 총액지출상한제 특히 경직상한제(hard cap)는 의심할 여지없이 비용통제에 효과적이라고 하였다(Hurley, 1997). 우리나라에서도 2001년 건강보험재정파탄위기에 직면하면서 거시적인 재정지출의 효율성 제고 측면에서 재정안정방안으로 총액예산제의 도입이 많은 연구자들에 의하여 제기되었다(조우현 외, 2004). 그러나 총액예산제가 경제적 관점에 있어서 효율을 증진 시키는 효과적인 수단인지는 연구해 볼 필요가 있다. 특히 정책비용측면에서 살펴보면 의료비 협상에서 여러 이해 당사자간에 마찰로 인한 비 금전적 정책비용의 발생이 불가피하기 때문에 총액예산제 도입이 의료비지출을 안정시킬 수 있을지라도 정책과정에서 발생하는 문제점들에 대한 연구가 뒷받침 되지 않는다면 정책실패를 초래할 수도 있을 것이다.

의료정책실패와 관련해서 우리나라 2000년 의약분업 실행 당시 의료개혁 정책이 우리 사회에 얼마나 많은 혼란과 갈등을 야기했는지 되짚어 볼 필요가 있다. 의약분업 실시 이전부터 정부와 의사집단간의 갈등과 이익집단간의 갈등이 존재하였다. 정부와 의사집단간의 갈등이 얼마나 깊었는지는 의사집단이 상대적으로 정치적 권력이 막강한 국가권력을 상대로 일년 가까운 극한투쟁을 한 사실을 통해 알 수 있다. 의약분업이 실시된 근본배경이 의사집단의 약가마진이라는 부조리에 바탕을 두고 있었기 때문에

이에 반발하는 의료계의 폐업, 파업사태를 집단이기주의로 규정하는 사회적 분위기가 조성되었으며, 의료제공자와 의료수혜자간의 불신임의 골이 깊어져 갔다. 정부는 국민의료보험(NHI)의 도입 이래로 의사의 수가를 의사들의 기대수준보다 낮게 유지해 왔으며, 사실상 의사들에게 약가마진에서 이득을 취할 수 있도록 하였으며 약의 과잉처방(over-prescription)을 용이하게 하였다(Kim et al, 2004). 의사협회의 강력한 분업반대의 동기는 의약분업 실시로 그동안 누리던 경제적 이익이 상실되었기 때문이다(안병철, 2001). 그러나 의료인들의 수입이 일반인들의 그것보다 상대적으로 높았기 때문에 국민들 사이에 긍정적인 여론이 형성되지 못했다. 결과적으로 의약분업으로 인한 의사들의 폐업과 파업사태로 인해 의료 수혜자인 국민에게 불안과 정책에 대한 불신을 안겨주었다.

2001년 초 정부가 건강보험 재정위기를 공식적으로 발표하면서 한국사회에서 건강보험재정 문제가 공론화되었고, 2001년 3월 정부의 단기적인 건강보험재정안정화 방안에 대해, 야당과 사회단체 및 학자들이 단기적으로 건강보험재정안정화방안부터 중장기적인 의료공급자간의 역할재조정, 진료비지불제도의 개혁 및 공공의료의 강화를 주장하였다. 당시 건강보험재정안정화방안 중 가장 많이 제안되는 사안 중 하나가 진료비지불제도의 개혁이었으며, 진료비 지불개혁을 위한 방안으로 총액예산제 도입이 적극적으로 검토되고 주장되었다. 2001년 정부가 발표한 건강보험 재정안정 종합대책을 살펴보면 기존의 단기대책에 진료비지불제도의 개혁과 새로운 정책방안으로 총액예산제 도입이 포함되어 있었다(조우현 외, 2004).

최근 의료보험 재정파탄과 같은 재정적인 문제들로 행위별 수가제도의 한계를 극복하고 의료체계를 발전시키기 위한 새로운 정책방안으로, 질병군별(DRG) 포괄수가제도가 5년간의 시범사업을 거쳐 2002년 1월 1일부터 7개 질병(군)에 대하여 제한적으로, 자발적인 참여를 원하는 병원을 대상으로 본 사업이 시행되었다. 보건복지부에서는 행위별 수가제도의 단점을 보완할 수 있는 지불체계를 병행 추진할 것이라면서 현재 7개 질병군을 대상으로 실시중인 포괄수가제 적용 질병군을 확대하고, 공공의료기관부터 총액예산제를 단계적으로 도입할 계획을 가지고 있다. 보건복지부는 2001년 5월31일 재정안정 종합대책을 발표하면서 지속 가능한 건강보험제도 개혁의 일환으로 진료실적에 기초한 총액예산제를 국공립병원에 시범적용 하겠다고 밝혔다. 또한 민간의료기관에 대해서도 독일, 대만 등에서 시행되는 정책을 검토 중장기적으로 도입을 검토하고 있다. 한국개발연구원(KDI)에서도 정부가 미리 연간 적정의료비를 책정, 분배하는 총액예산제의 도입을 정책으로 제안하기도 하였다. 보건복지부는 우리나라 실정에 맞는 총액예산제 실행모형을 내년까지 개발하고 일부 국공립병원에서 총액예산제 시행을 위한 모형을 적용하여 문제점을 보완해 2006-2007년까지 국립의료원이나 일부 국립대병원을 선정해 총액예산제를 시범실시 할 계획을 거쳐 전면 도입 여부를 결정이다. 외국의 총액예산제도의 특성과 장단점을 논의한 연구들로는 고수경(2002), 전창배(2001), 최병호(2003), 권순만(1999) 등의 연구가 있다. 또한 국민건강보험공단에서는 2004년에 독일, 캐나다, 호주, 대만의료의 학자 및 전문가 6인을 초청해 각국의 총액예산제의 운영사례와 관련하여 주요 분야별 주제를 발표·토론하는 국제심포지엄을 개최하였다. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소에서는 우리나라 건강보험 상

대가치수가제도에서 SGR에 근거한 환산지수 개발을 목표로 하는 연구를 시행한바 있다.

지금까지의 연구들은 총액예산제를 어떤 방식으로 시행하느냐에 초점을 맞춘 것들이 대부분이었다. 하지만 총액예산제는 특성상 정부와 의사간의 주기적인 협상과 의사집단간의 배분문제와 같은 관리상의 문제(managerial problem)에서 집단간 또는 집단 내에서 극심한 마찰을 동반한다. 관리상의 문제가 극복되지 않고서는 총액예산제는 전문가집단과 정부정책의 극심한 불안정을 유발할 수 있다(Barer et al, 1996). 이러한 문제는 총액예산제에서 의사들이 정책비용부담집단이 되기 때문에 초래된다. 더구나 의사들의 수입이 안정화되지 않은 상황에서는 갈등이 더 증가될 것이다. 총액예산제 하에서는 분배의 주체가 매우 중요한 역할을 한다. 각 지역의사회, 개원의협의회 등 총액예산의 분배주체가 되는 조직은 회원에 대한 절대적 영향력과 권한을 가져야 하나 우리나라의 현실은 그렇지 못하다. 따라서 총액예산제의 예산 결정방식 외에 정부와 의사집단의 협상과 정책변동에 따른 행동양상에 관한 연구가 절실히 필요하다. 캐나다에서도 의사들 사이에서 경제적인 논쟁들이 빈번해지면서, 이것이 상당히 중요한 문제로 제기 되었다. 우리나라에서 과거 의료정책 변동 시에 경제적인 사항과 더불어 여러 문제점을 야기했던 점을 비추어볼 때, 본 연구를 통해서 20년이 훨씬 넘는 기간 동안 협상의무를 이행해 왔던 캐나다 여러 주 의사협회의 관리상 쟁점들과 협상구조를(정부와 의사협회 또는 의사협회 내의 분배) 살펴봄으로써 의사집단들이 어떻게 경제적인 쟁점들(논쟁)을 완화시켰는지 살펴 볼 수 있을 것이다.

본 연구에서는 우리나라에서 의료비용 안정화를 위해 정부정책으로 거론되고 최근 주요 관심사로 부각된 총액예산제를 실시한 나라들 중 캐나다의 총액예산제의 시행 전부터 폐지까지 지불제도 변동과정을 존스(Jones, C.O.)의 모델에 입각하여 재분류한 단계[1]별로 분석해 보고, 각 단계별로 주요한 의사들의 협상과 합의 도출과정, 정치적 균형에 초점을 맞추어 각 주별 실제 도입 사례를 살펴서, 국내 총액예산제 도입 시에 가능한 쟁점에 대해 미리 고찰해 보고자 한다.

1) 여러 학자들(C.O. Jones, R.B. Ripley, G.A. Franklin, J.E. Anderson, 과 T.R. Dye)의 정책 과정 모델에 대해 Jones의 견해를 중심으로 비교해 보면 다음의 5단계로 구분할 수 있음. 첫째, 정책의제설정단계, 둘째, 정책결정단계(정책형성단계와 정책채택단계), 셋째, 정책집행단계, 넷째, 정책평가단계, 마지막으로, 정책변동단계로 구분할 수 있음(노시평, 2001).

2. 연구의 목적

본 연구는 캐나다 총액예산제의 실제사례연구를 통해 우리나라의 새로운 의료비 지불제도 도입에 대한 교훈을 탐색해 보기 위한 것이다. 이를 위해 다음과 같은 내용들을 살펴볼 것이다.

첫째, 캐나다 진료비 지불제도의 정책변화 배경으로 기존에 시행되었던 지불 보상체계의 내재된 문제점과 한계를 검토하고자 한다. 이를 위해 행위별 수가제의 한계를 규명하고, 어떤 내재된 문제점들이 존재하는지 살펴보고자 한다.

둘째, 90년대 새롭게 도입된 캐나다의 진료비 지불제도의 개혁배경을 분석하고 정책 결정과정을 고찰하고자 한다.

셋째, 새로운 지불통제정책으로 채택된 총액예산제의 실행과정을 고찰해서, 평가단계에 어떠한 결과가 초래 되었는지 성과와 제한점을 살펴본 후, 우리나라 의료비 지출 감소 정책을 위한 본 연구의 의의 및 시사점을 도출할 것이다.

마지막으로, 주요 단계별 정치적 힘의 균형의 이동을 살펴보고 그것이 정책과 어떤 연관이 있는지 살펴보고자 한다.

II. 총액예산제의 개념과 정책형성과정

1. 총액예산제의 정의

일반적으로 총액예산제는 해당 회계년도에 지출할 총 의료비용을 미리 산출하여 그 예산범위 내에서 그 예산이 적용되는 대상 혹은 수준에 따라 기관별 혹은 부문별로 진료비를 지불하도록 하는 제도이며, 미국, 캐나다, 대만, 독일, 네덜란드 등 여러 나라에서 병원, 의원, 약제비용 등의 부분에서 비용억제를 위해서 일부분 또는 전체적으로 도입 사용하고 있다. 총액예산제는 의료기관에 대한 소유형태, 주요 보건의료재원의 종류, 진료비 지불자의 수 등 각 나라의 보건의료제도 여건에 따라 다르게 설계될 수 있으며, 벨기에의 경우처럼 건강보험의 지출에 대해서만 예산을 설정할 수도 있고, 네덜란드의 경우처럼 민간보험의 지출을 포함하여 설정할 수도 있으며, 뉴질랜드나 덴마크 등 국가보건서비스를 제공하는 나라들에서처럼 전체 보건의료 부문에 대한 예산을 설정할 수도 있다(국민건강보험공단, 2002). 행위별 수가제 하에서는 개별 서비스 항목의 수가와 개별 항목별 빈도가 모두 진료비 규모에 영향을 미치므로, 총액으로 예산규모를 결정하는 것이 쉽지 않다. 다만 총액예산제는 대개 단일 지불자(single payer)일 경우 가능하며, 가장 간단한 진료비 보상방법이다(Glaser, 1993).

2. 각국의 도입사례 개관

독일의 외래부문의 경우 의사에 대한 진료비는 총액예산제 하에서 여전히 행위별 수가방식에 의해 보상되나, 분기별로 의료 행위량을 평가하여 의료행위의 상대가치점수를 조정함으로써 지출 상한을 달성하게 된다(고수경, 2002). 독일, 벨기에 등의 외래부문과 캐나다에서는 경직상한제(hard cap)가, 네덜란드와 미국의 HMO 및 메디케어 등에서는 유연상한제(soft cap)가 적용되고 있다. 벨기에 외래부문의 경우 지출이 예산을 초과할 것으로 예상되면 수가를 인하하거나 상환비율을 감소시켜 건강보험의 지출목표가 달성되도록 한다. 또한 캐나다는 주에서 특정 해에 의사에 대한 진료비 지출을 초과했을 경우 다음 해에 진료비를 조절하거나 수가를 인하함으로써 조정한다. 미국 메디케어의 경우 수가통제 방법만으로 진료비 증가를 억제하기는 부족하다고 판단한 의회가 1992년부터 지출목표(spending target)를 설정하는 제도를 도입했다. MVPS(Medicare Volume Performance Standard)제도는 이전까지의 지출통제방법과는 달리 매년 서비스의 양과 강도에서의 증가를 제한하고자 하는 제도이다. 이는 1998년부터 MVPS를 보완한 지속가능성장률제도(the Sustainable Growth Rate System)로 대체되어 진다. 이는 국민의 지불능력에 맞춘 진료비 총액 통제제도이다(조우현 외, 2004).

대만은 총액예산제를 실시하는 여러 나라들 중 우리나라와 의료환경이 비슷한 경우로서 주목되는 사례이다. 대만은 1인당 국민소득이 1만3천달러이고, 2000년 GDP 대비 보건의료비 비율이 5.4%로 우리나라와 비슷한

수준이다. 1995년 전국민을 대상으로 사회보험 형태의 전국민건강보험을 도입했으며, 국민의 97% 이상이 강제 가입하고 있다. 이 제도의 목적은 모든 국민에게 의료서비스에 대한 접근성을 보장하고, 총 의료비를 합리적인 수준으로 통제하고자 하는 목적달성을 위한 것이었다(조우현 외, 2004). 보험자가 의료공급자를 강제 지정하지 않고 계약관계에 있으며, 현재 의료기관의 계약율은 90%이상이다. 또한 전민건강보험을 설계할 당시부터 급증하는 의료비로 인한 재정적자를 해결하고, 재정책임제도의 기초를 세우며, 효율적인 의료서비스를 증진하고, 의료의 질(Quality)개선 및 전문가 단체의 자율성 강화를 위한 목적으로 총액예산제를 실시하고자 하였다. 하지만 준비가 미흡하고 의료계의 설득이 부족하여, 1998년 치과에 처음 총액예산제가 도입되었고, 1999년에는 한방의료서비스, 2001년에는 의원급 의료기관, 2002년 7월에는 병원에 대한 총액예산제를 확대시행함으로써 전체 의료기관을 하나의 총액예산으로 통제하고 있다. 행위별수가제도는 상대가치에 의한 수가표를 사용하고 현재에는 의료기관간의 예산배분에 상대가치에 의한 의료의 총점을 활용한다. 총액예산제의 시행에 있어 각 부문의 참여는 치과의 경우 매년 성장률을 올려주겠다는 정부의 암묵적 약속에 의해 총액예산제에 동참하였고, 중의와 의원의 경우는 대만 의료체계상 환자의 이송이 불가능하고 의원과 병원간 본인부담의 차이가 없어 병원에 환자들이 집중되자, 자신들의 소득 보장을 위해 참여하게 되었으며, 병원도 나머지 예산을 할당받기 위해 총액예산제에 참여하게 되었다. 위생서는 정책을 만들고, 비용협정위원회는 총액을 협상하며, 중앙건강보험국은 관련 정책을 기획, 관련 규정을 만들고 통합하며, 중앙건강보험국은 관련 정책을 기획, 관련 규정을 만들고 통합하며, 건강보험 각 분국은 실행과 지역별 협

상을 한다. 특히 대만의 총액예산제의 경우 협상을 중심으로 이루어지는데 협상에는 협상요소와 비협상요소로 나뉘어져 협상요소에 해당하는 요소만이 협상 가능하다(의료정책연구소 2004).

이상 살펴본 바와 같이 이미 미국이나 대만 또는 유럽에 대한 연구는 많이 이루어져 왔다. 하지만 총액예산제에 따른 의사들의 행위와 갈등에 관한 주된 연구는 많이 이루어지고 있지 않다. 각 나라의 의료시스템과 정치적 문화적 성격에 따라서도 차이가 많을 것이다. 캐나다는 주정부가 독립적인 정책을 수행해 나가기 때문에 여러 주의 서로 다른 상황을 살펴봄으로써 좀더 다양한 예측결과를 얻을 수 있을 것이다.

3. 정책형성의 개요와 모형

정책형성 과정에 대해 학자들은 매우 다양한 견해를 보이고 있다. 학자별로 정책형성과정을 살펴보면 다음과 같다. 본 연구에서는 정책과정을 정책의제설정단계, 정책결정단계, 정책집행단계, 정책평가단계 및 정책변동단계의 5단계로 분류한 틀에 맞추어 캐나다 의료정책과정을 살펴보고자 한다.

표 1. 정책형성과정 분류

	C. O. Jones	R. B. Ripley& G. A. Franklin	J.E. Anderson	T.R. Dye
1단계	문제정의단계[2]	형성·합법화단계	정책의제설정단계	문제의 규명
2단계	형성·합법화단계[3]	집행단계	정책형성단계	정책대안의 형성
3단계	집행단계[4]	평가단계	정책채택단계	정책의 집행
4단계	평가단계[5]	정책변동단계	정책집행단계	정책의 평가
5단계	종결단계[6]		정책평가단계	

2) Anderson의 정책의제설정단계와 동일하며, 사회문제가 정책문제로 전환되는 과정이나 행위를 의미한다.

3) 형성·합법화단계는 정부 내의 행동단계로 문제를 해결하기 위한 행동대안을 형성하고, 권위 있는 기관이 이에 대해 합법성을 부여하며, 자원배분이 이루어지는 단계로서 Anderson의 정책형성단계와 정책채택의 단계가 이에 해당한다.

4) 집행단계는 정책내용에 대한 구체적인 해석을 하고, 이를 실행하기 위한 구조적 장치를 마련하여 대상집단에게 정책이나 프로그램에 의한 구체적인 활동을 통해 혜택을 제공하는 단계이다.

5) 평가단계는 집행의 결과로서 발생한 실적(performance)이나, 임팩트(impact)를 평가하는 단계를 말한다. 이 단계에서는 집행의 결과를 평가하기 위해 필요한 정보와 자료를 수집하고 분석하는 데 필요한 다양한 기법들이 필요한 단계이다.

6) 종결단계는 정책을 통하여 문제가 해결되어 정책이 종결되거나, 정책의 내용을 수정하는 단계로서 Riply와 Franklin의 정책변동단계가 이에 해당한다.

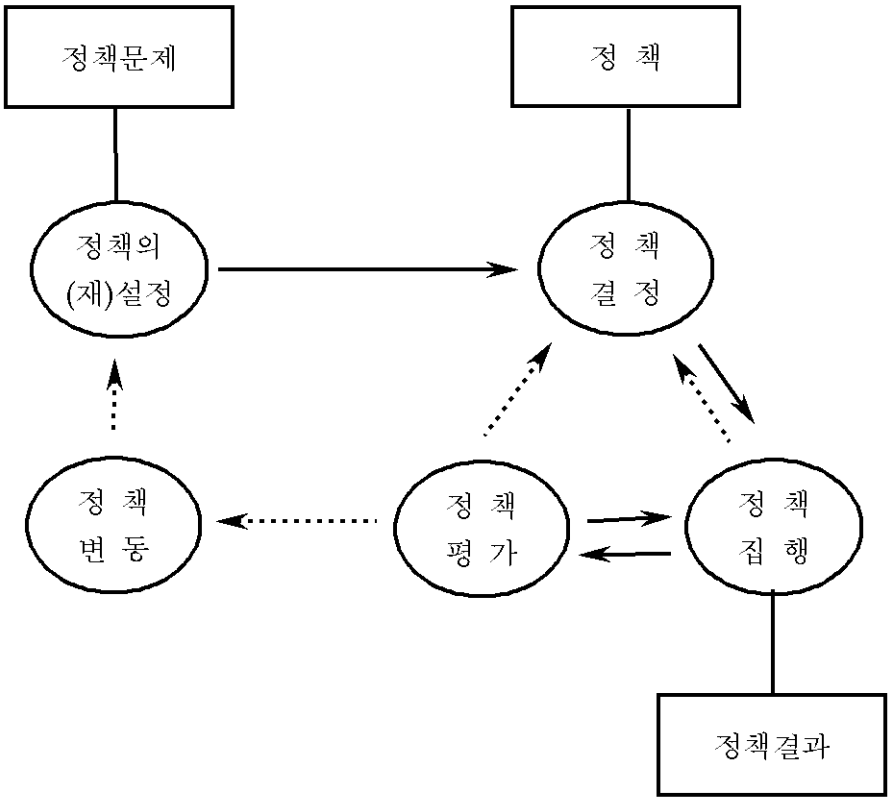


그림 1. 정책결정과정의 흐름표(Flow Chart)[7]

자료: 노시평. 정책학, 2001

7) 이 그림에서 직선은 직접적인 영향을 나타내고 점선은 환류(feedback)를 나타낸다.

III. 캐나다의 총액예산제

1. 캐나다 의료환경의 변화

가. 캐나다 보건의료제도의 역사

캐나다 의료의 역사는 Quebec에 약을 조제하고 수술을 하는 최초의 병원이 문을 연 것에서 시작한다. 그 후 19세기 중반 최초의 의학교가 개교했고, 자선단체와 부자들의 기부에 의해 운영되는 일반병원이 Montreal과 Toronto에 개설되었다. 이 병원에서의 치료에 대해 환자는 거의 대가를 지불하지 않았다. 1870년대에 Toronto 일반병원이 재정 때문에 문을 닫게 되자 Ontario 주 정부에서 매년 보조금을 지불하기도 하였다. 이렇듯 캐나다 의료가 무상의료 지원을 바탕으로 발전하였으며, 아직까지도 그 영향이 남아있다.

구체적인 캐나다의 의료보장은 1947년 Saskatchewan의 주정부가 병원진료서비스에 사회보험을 도입함으로 시작하였는데, 당시의 급여범위는 입원진료 및 외래검사에 한정되었다. 이후 병원진료보장법(1959), 포괄의료보장법(1966)을 거쳐 1971년에 전국민을 포괄하는 의료보장체제를 갖추게 되었다. 캐나다는 병원진료보장법(Hospital Insurance and Diagnosis Service Act, 1957년)에 의해 전 주민을 대상으로 병원 진료보장을 실시하는 주에 대해 연방정부의 병원진료(외래진료, 진단, 만성질환, 재활치료, 그

리고 급성질환에 필요한 service 포함)에 필요한 재원의 50%를 보장해주는 제도로 주 정부가 상당한 범위의 인구에 대해서 의료혜택을 제공해 줄 수 있게 되었고, 이 때의 재원부담율은 연방정부와 주정부가 각각 50%수준으로 부담하였다. 1961년 Quebec주가 참여함으로써 전 국민 병원 진료보장의 틀을 갖추게 되었다. 1960년대 후반에서 70년대 초반사이에, 연방정부는 병원진료보장을 기본적 의사진료 서비스에 확대하기 위해 재정적 지원을 하였다. 1962년 Saskatchewan주에서 강제적이고 포괄적인 의료서비스 보장법인 Medical Insurance Act를 도입하였다. 이를 반대하는 의사들이 23일간 파업을 하였다. 이후 지속적인 연구를 통하여 1966년 the National Medical Care Insurance Act(일명 Medicare이나 미국의 Medicare와는 그 성격이 다름)를 제정함으로써 의사진료보장을 실시하는 주에 필요비용 50%를 연방정부가 지원하기로 했으며, 의사들의 진료보수는 의사와 지방정부간에 합의된 수가표에 근거하여 행위별 수가제에 의해 지불하기로 하였다. 재원조달은 의사진료보장비용의 국민 1인당 평균비용의 50%를 각 주의 인구수에 곱한 금액을 연방정부가 각 주에 지원하고, 나머지 비용을 주정부가 부담하였다. 연방정부가 비용을 전국 평균에 근거하였기 때문에 실제적으로 지역 내에서 소요한 비용을 기준으로 할 때에는 연방정부로부터 소득수준이 낮은 지역이 높은 지역보다 높은 비율의 비용을 지원받게 되므로, 이러한 기전에 의해 연방정부는 사회적인 형평과 표준을 달성하는데 기여하게 된다(Nestman, 1970). 70년대 후반 의료보장 비용의 증가가 일시적으로 완만해졌으며 일부는 추가진료비청구제도(extra-bill)[8]와 사용자

8) 보험 진료수가와 관행수가의 차액을 환자에게 부담하는 것이며, British Columbia와 Quebec주를 제외한 8개 주에서 시행하였으며, 의사진료보장에 반대하는 의사들에 대한 회유책으로 사용된 정책이었다.

비용부담제도(user charge, user fees)[9]; 일종의 환자본인부담제의 실시에 기인한다. 하지만 80년대 증가하는 의료보장비용에 대한 연방정부의 부담가중으로 새로운 지불제도의 필요성 대두되었고, 보건의료비용에 관한 연구를 진행하였다. 이 연구에서 진료비 지불방식인, 총액예산제(global budget method)를 사용하도록 권고하였다(Nestman, 1989). 1984년 캐나다 보건의료법(Canada Health Act)의 5대원칙인 공적운영(public administration)을 통해 보편적이고(universal), 포괄적이며(comprehensive), 이동가능하고(portable), 접근가능한(accessible) 보상을 기본으로 하는 Medicare 체제를 기본으로 캐나다의 보건의료체계는 의학적으로 필요한 의사의 서비스에 대해서 환자에게 본인부담금 없이 의료를 제공하고 있다.

캐나다 의료보장법(Canada Health Act)의 원칙 중 공적운영(public administration)은 각 주의 건강보험제도에 대한 책임과 권한이 주정부에게 있으며, 비영리적으로 관리되고 운영되어야 한다는 것을 의미한다. 보편성(universality)은 보건의료서비스를 동일한 조건으로 모든 대상자에게 적용해야 한다는 것으로써, 주나 준주에서 3개월 미만 거주하거나 연방정부에 의해서 보건의료서비스를 제공받는 사람들 외에 보든 주의 거주자들이 대상이 된다. 접근가능성(accessibility)은 단일 조건에서 병원과 의료서비스를 제공받는데 장애가 없도록 합리적 접근성이 보장되어야 한다는 것으로

9) 의료서비스 비용 중 일부를 의료수혜자가 일정 부분을 부담하게 하는 것이다. 의료보험에서 도덕적 해이(moral hazard)가 발생할 수 있으며, 이는 의료수혜자의 본인부담금으로 어느 정도 감소할 수 있다. British Columbia, Alberta, New Brunswick, Newfoundland 등 4개 주에서 실시하였으며, 환자들에게 퇴원 시 입원일당 정액을 부담하게 하였다.

써, 피보험자에게 보험이 적용되는 서비스 제공 시 추가적인 비용을 요구할 수 없고, 건강상태, 나이, 수입에 의해서 차별 받지 않는다는 원칙이다. 이동가능성(portability)은 거주자들은 캐나다 내에서 다른 주로 이사할 때나 캐나다 내부 또는 외부에서 여행할 때도 의료 서비스를 받을 수 있는 권리가 있다는 의미를 뜻한다. 국가 밖에서는 주와 준 주 내에서 보험이 적용되는 비 응급상황에 대해서 보험혜택을 받는데 제한이 있다. 포괄성(comprehensiveness)은 의료보험이 병원과 의사에 의해 의학적으로 필수적인 서비스 제공을 보장한다는 것이다. 포괄성의 원칙은 병원 밖의 약제나 비 의료인에게까지 적용하지는 않는다. 또한 면역질환자들 같이 의학적 필요에 의한 사생활 보호를 제외하고 병원 1인실과 2인실의 사용이나 만성질환센터에 거주하는 사람들에 대한 병실 또한 숙박비용은 포함되지 않는다. 이 제도에서는 기존의 병원 진료보장법과 의사 진료보장법을 통합하면서 환자에게 일정액을 지불하게 하는 진료비 초과 부담제도(extra-bill)나 사용자비용부담제(user charge, user fees)를 폐지하도록 규정하였다. 이는 의사들의 반발에도 불구하고 결국 1987년 모든 주에서 본인부담제도가 완전히 사라지게 되었다. 또한 공적으로 제공되는 서비스에 대해 민간보험 가입[10]을 금지하였다.

이러한 기본원칙들은 연방정부가 주정부에 보조금을 지급하는 조건이 되어 왔다(Romanow, 2002). 주정부가 연방정부로부터 보조를 받기 위해서는 주의 의료보험프로그램(health insurance program)이 캐나다 의료보

10) 공보험으로 제공되는 서비스에 대해서 민간보험을 완전히 금지함으로써 의사들의 비용이전(cost shifting)이 어렵게 되었다.

장법에 명시된 조건들에 부합해야 한다. 매년 주별로 연방정부에게 어떻게 그들이 캐나다 의료보장법의 조건을 따르고 있는지 연례보고서를 발행한다. 2001/02에 캐나다 의료보장 서비스는 총의료비용의 42.4%, 440억 달러[11]에 해당하는 비용을 사용하였다(Romanow, 2002).

표 2. 캐나다의 주요 의료보장 정책의 변화

11) 캐나다 달러로 표시함.

Year	Act
1947	Saskatchewan Health Service Plan: 주민 대상 병원진료 보장 실시. 연방정부의 국가보건지원금을 주정부에 지원.
1948	National Health Grant Program: 보건의료 조사사업 실시. 보건의료인력의 양성, 보건의료 시설의 확충.
1957	Hospital Insuarance and Diagnostic Services Act: 병원진료보장법 연방의회 통과.
1961	전 국민을 병원진료 보장실시: 소요 재정의 50%를 연방정부가 지원.
1966	Medical Care Insuarance Act : 의사진료보장을 실시하는 주에 필요비용 50%를 연방정부가 지원. Health Resources Fund Act : 보건의료 인력 교육 및 연구기관 확충목적, 12년간 실시.
1971	전 국민 의료보장 실시.
1978	추가진료비 청구제도(extra-bill)와 환자본인부담제도(user fees) 실시.
1984	Canada Health Act : 병원진료보장법과 포괄의료보장법을 통합하고 환자본인부담제도 폐지.

나. 캐나다 보건의료 시스템

캐나다는 총액예산제 도입 전 대다수의 의사에 대한 진료비 지급체계가 행위별 수가제이다. 비용부담 측면에서 regional health services(RHS)형인

캐나다는[12] 국가 의료보험 재원을 조세와 지방정부에서 부담하고 있다. 그에 비해 우리나라는 보험원리에 의해 국민의 보험료에 의해 재원을 조달하는 national health insurance(NHI) 시스템이다. 또한 본인부담률이 50%에 다다를 정도로 사적의료지출 비율이 매우 높다. 반면 캐나다는 국민의 의료문제는 국가가 책임져야 한다는 관점에서 정부가 일반조세로 재원을 마련하여 모든 국민에게 무상으로 의료를 제공(universal type)하는 국가의 직접적인 의료보장 방식으로 의료기관의 상당부분이 사회화 내지 국유화되어 있다. 캐나다 의료보장법(Canada Health Act)의 5대원칙에 의거하여 의료를 제공하고 있으며 개인지출비율이 병원서비스는 8.4% 의사서비스는 1.1% 로 매우 낮다(CIHI, 2003).

다. 캐나다의 의사 진료비 상환제도

캐나다에서 행위별 수가제외에서 다양한 방법의 진료비 지불유형이 존재하며, 대표적으로 British Columbia 경우를 살펴보면 행위별수가제

12) 일부에서는 캐나다를 NHI 형태로 보는 견해도 있다. 캐나다 의료보장법(Canada Health Act)의 기본취지가 전국민 의료보장을 목적으로 하며, 정부가 지방정부에 보조금을 지원하고 캐나다 의료보장법에 위배되는 행동을 금지하고 있다. NHS방식을 채택하고 있는 나라에서는 소득수준에 관계없이 모든 국민에게 포괄적이고 균등한 의료를 보장하며 정부가 관리주체로서 의료공급이 공공화되어 의료비 증가에 대한 통제가 강하게 나타난다. 그리고 조세제도를 통한 재원조달은 비교적 소득재분배효과가 강하다는 장점이 있으나, 반면에 의료의 사회화가 상대적으로 의료의 질을 저하시키며 조세에 의한 의료비 재원조달에 많은 어려움이 있어 정부의 과다한 복지비용 부담이 문제가 되고 있다. 또한 의료수용자측의 비용의식 부족과 민간보험의 확대 그리고 장기간 진료대기문제 등 부작용이 나타나고 있어 이에 대한 제도개혁의 필요성이 증가되고 있다.

(Fee-for-Service)로 지급받는 경우 Medical Services Plan하에서 의사들에게 그들이 제공하는 각각의 서비스에 대해 정해진 수가를 지불한다. 행위별 수가제는 단일수가표(fee schedule)에 의해 주정부와 의사협회간의 협상에 의해 수가를 책정하며, 개원의의 80% 이상이 행위별수가제로 지불받는다. 응급실에서 일하는 다수의 의사들과 병리학자들 그리고 공공의료기관에서 단독으로 서비스를 행하는 의사들의 경우에는 서비스 계약제(Service Agreement Contract)로 지불된다. 서비스 계약제에서는 지역 정부기관과 의사가 제공되는 서비스에 따라서 계약을 체결한다. 봉급제(Salaried)로 지급받는 의사들은 일반적으로 병원, 개인병원이나 학교에서 스텝으로 일하는 사람들이다. 회기제(Sessional)로 지불되는 경우에는 보통 정신건강분야에서 일하는 의사들과 말기환자를 돌보는 의사들에게 적용되며 노인병 관련 사정시와 몇몇 행정적인 일에 적용된다. 이 지불 형태는 제공된 서비스의 양이나 종류 보다는 시간에 의한 것이며, 한 회기가 3.5시간이다. 이 형태는 보험청구시 서로 다른 서비스의 수 대신에 실제 소비한 시간을 기준으로 청구한다.

2. 캐나다의 보건의료지불정책의 변화

과거 캐나다는 1970년대 사회의료보장제도 도입 시부터 의사들에게 행위별 수가제로 지급해 오다가 1990년대 초에 와서 총액예산제로의 의료비 지불정책의 개혁을 단행하였다. 따라서 변화하는 의료정책을 이해하기 위해서 우선 과거 캐나다 의료정책의 기본개요, 수가협상과 협상대상자 간의

힘의 균형 및 새로운 정책으로의 변동을 가능하게 한 요소들을 살펴보고자 한다.

가. 총액예산제로의 정책의제 설정과 결정과정

1) 정치 구성원의 특성

캐나다는 지방분권화 된 구조로 캐나다 의사들의 경제적인 이익은 형식적으로 10개의 주와 3개의 준주의 의사협회에 의해서 대변된다. 기존의 의사협회의 기본 역할이 의료교육이나 전문이익에 관한 전통적인 회원활동에서 의사의 경제적 이익을 보호하는 쪽으로 바뀌었다. 의사협회의 기본통치구조는 선거에 의해 대표(board and committee)를 선출하고, 선출된 대표들은 예산을 다루고 정책 승인, 위원회 구성을 하며, 의제를 만들고 회원들에게 정보를 전달하는 일을 한다. 또한 이들은 협회구성원의 의견을 수렴하여 단일 보험자인 주정부와 주기적으로 수가협상을 해왔다(Katz et al, 1997).

의사들은 의사협회에 회비를 납부하며 의사협회와 유기적인 관계를 유지해 나갔다. 초기에는 회비납부가 자발적이었으나, 후에 의사협회가 의사에 대한 영향력이 증가하면서 강제적으로 바뀌었다가 다시 권한이 약해지면서 처음으로 되돌아갔다.

지방정부는 의료제공에 대한 50% 이상의 재원을 지원하며 그 지역 국

민의 의료보장을 위해 힘쓰며 의사협회와 총 수가 조율을 하는 역할을 한다(Romanow, 2002).

2) 행위별 수가제에서의 의료수가결정과 조정

1970년대 초에 정부는 행위별 수가제로 진료비를 환급받는 의사들의 진료비 증가를 통제하는 방식으로 의료비 지출을 제한하였다. 단일 수가지불방식(a single provincial fee schedule)이 주정부와 의료집단간의 협상에 의해 수가가 결정 되었다. 각 주에서 의료수가 조정을 위한 공통된 협상 내용으로는 첫째, 주정부와 의료집단간의 전체 수가인상폭에 관한 협상이다. 둘째로 결정된 인상폭을 의사집단 내에서 어떤 의료 수가 목록에 대한 수가를 증가 시킬 것인지 결정하게 된다(Katz et al, 1997).

3) 캐나다 보건의료의 내부 상황

보건의료서비스의 관리 및 전달은 각 개별 지방 및 자치주의 책임이며, 연방정부는 재정적 지원을 통한 지방보건서비스의 재정을 지원하고, 헌법상 의무를 수행함으로써, 보건의료체계에 대한 국가원칙 또는 기준을 세우고 운영하는 역할을 한다. 미국의 자유주의적인 의료제공 원칙과는 달리 캐나다의 국민들은 필요한 의료를 포괄적으로 지원받는 것에 대해서 당연한 것으로 여기고 있다.

4) 외부 의료 환경의 변화

캐나다는 1970년대에 전 국민 사회보험 도입 이후 급속한 노령화, 신의료기술의 발전, 의료욕구의 증대 등으로 의료비 지출이 급격히 증가하였다. 1980년대 경기 불황시기를 거치면서 주정부와 연방정부의 부담은 점점 심화되었다. 1975년에 GDP 대비 총 의료비 지출 비율은 7.0%이었으며, 70년대 후반에도 전체의료비 지출은 GDP의 증가율과 거의 같은 비율로 증가하였다. 하지만 1982년 경기후퇴를 겪으면서 실제 GDP는 감소하였고 이는 1984년도까지도 회복되지 않았으며, 이 시기동안 의료비 지출은 꾸준히 증가하였다. 결과적으로 GDP대비 총 의료비 비율은 1979년 6.8%에서 1983년 8.3%로 급격히 증가하였다. 1980년대 후반에 GDP 대비 전체 의료비 비율은 8.5%이었다.

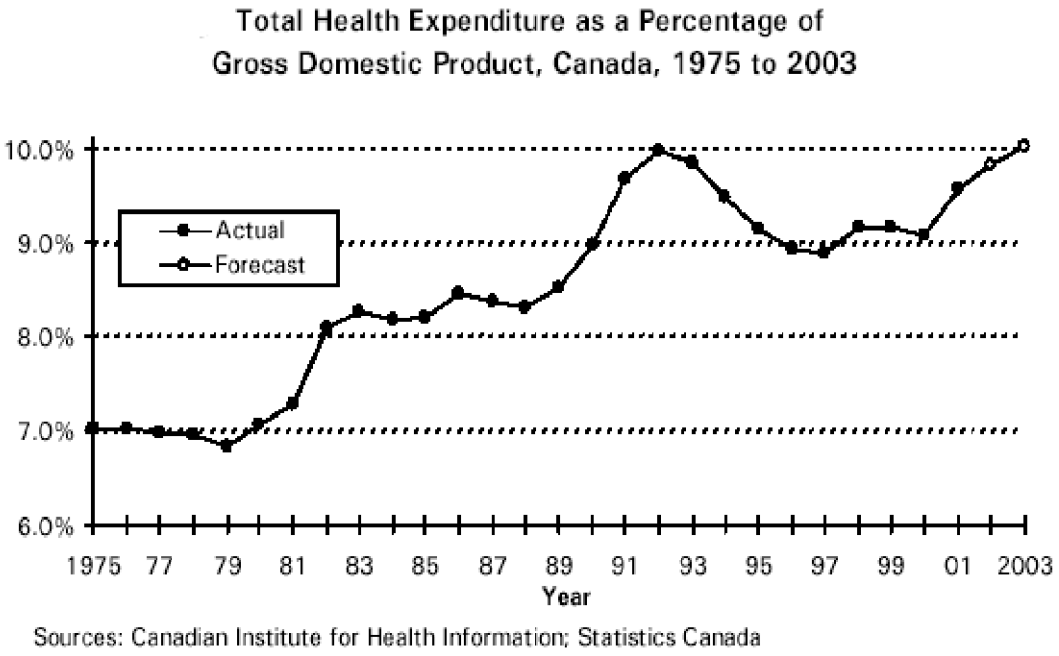


그림 2. 캐나다의 GDP 대비 총의료비 비율의 변화

연방정부와 주정부는 재정상태가 어려워지자 공공비용 적자를 해소하기 위한 노력의 일환으로 지출의 큰 비중을 차지하고 있는 의료비를 의사협회와 수가협상을 통해 안정화하려는 시도를 하였지만 실효를 거두지는 못하였다. 캐나다는 1990-1992년 동안 또다시 경기후퇴를 경험하였고, 이 기간 동안에 실제 의료비 지출 증가율이 GDP 증가율을 웃돌았다. 1992년에 처음으로 GDP 대비 총 의료비 지출 비율이 10%를 넘어 최고조에 이르면서 제도개혁의 필요성이 대두되어 새로운 비용 안정화 정책을 도입하게 된다.

그 결과 의료비 지출 감소에 성공하였고 1993 - 1997년 사이에는 의료비용 증가율이 GDP 성장률 보다 낮은 증가를 보였다. 하지만 1998 - 2001년 사이에 실 의료비 지출이 다시 빠르게 증가하기 시작했으며, 2001년에는 9.6%에 다다르게 되었다.

5) 의사집단 내에서의 힘의 균형

과거 행위별 수가제 하에서는 일단 정부와 의사협회 간에 총체적인 수가인상 협상을 마치면, 의사협회 내에서 세부 항목에 대한 증가분을 결정하는데 이는 각 전문분야에 해당하는 전문 서비스의 수가를 증가시키는 것으로 이루어진다. 이런 수가조정 시기에 협회의 경제학자들은 수가 변화가 의사들의 수입에 미치는 효과를 측정하였다. 따라서 이런 수가 배분과정(fee allocation process)은 의사들에게 명백한 소득 분배 과정으로 인식되었다. 이런 소득목표(income targeting)방법은 오랜 시간에 걸쳐 상대수가를 결정하는 주요 방법이었다(Lomas et al, 1992; Glaser, 1990).

의사집단 내에서 수가분배과정(fee allocation process)에서 있어서 전문의 보다 일반의에게 유리하게 배분되었다. 표면상으로는 일반의들이 과거로부터 역사적으로 수가수준의 불균형이 있어왔음을 지적하고 수가수준 불균형에 대한 연구[13]를 들어 주기적으로 더 많은 수가인상을 도출해 냈다. 하지만 내재된 원인은 1970년대와 1980년대에 의사 집단내의 힘의 불균형

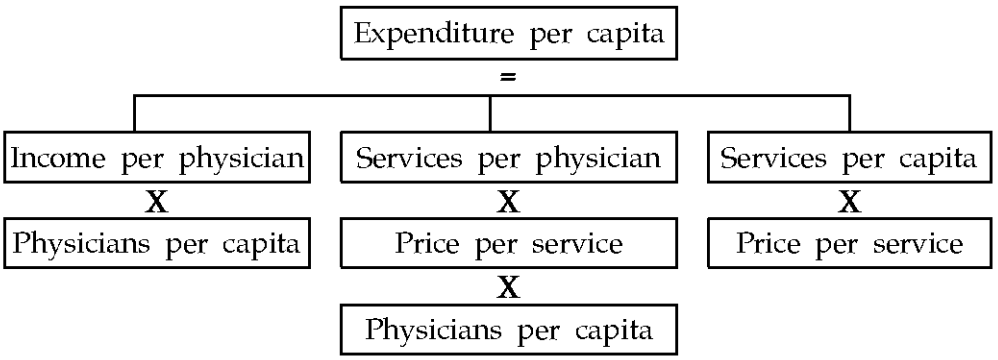
13) 예를들어 1980년대에 Thorn, Ernst, Whinney에 의해 행해진 OMA의 영향력 있는 연구자료에 의하면 Ontario의 일반의와 전문의사이에 수입 불균형이 존재한다는 연구결과가 있었다.

으로 설명될 수 있다. 일반의들은 캐나다 의사의 거의 절반을 구성하고 있어 전문의들보다 수적으로 우세했으며, 지역적으로 고르게 분포되어 있었기 때문에 협회 내에서 지속적으로 선거권을 유지할 수 있었다. 또한 상대적으로 비슷한 종류의 서비스를 제공하기 때문에 전문의들 보다 단결력이 훨씬 높았다. 또한 최근에 들어와서 보다 젊고 전문의들보다 여자들로 구성된 일반의들은 의료를 보다 사회에 기초한 것으로 보고 정부의 의료비용 조정에 대해서 보다 협조적이었다(Adams, 1994; Stevenson and Williams, 1985).

6) 기존 지불보상체계의 문제점

기존 지불보상체계 하에서는 의료집단간 수가조정단계에서 일반의와 전문의 사이에 더 높은 수가인상 획득을 위해서 분쟁이 계속되었다. British Columbia의 경우 1980년에서 1992년 사이에 일반의에게 지불되는 수가는 90% 증가했다. 상대적으로 전문의의 수가는 46-62% 밖에 증가하지 않았다. 이런 문제점에도 불구하고, 이 기간동안 의사들이 협력관계를 유지할 수 있었던 이유는 전문의의 경우는 상대적으로 낮은 수가인상에도 불구하고 진료량과 서비스의 복잡성이 증가했고 일반의의 경우 높은 수가인상으로 총 소득이 증가하였기 때문이다. 게다가 총 수가인상을 협상에서 정부와의 적대적인 관계를 통해 집단내의 협력관계를 유지할 수 있었다. 협회 내에서 정치적으로 비난받는 정책에 대한 책임을 정부에게 떠넘기면서 지도부를 향한 비판을 반감시켰다(Katz et al, 1997). 하지만 이 제도에는 다음과 같은 문제점들이 존재한다.

첫째, 진료비용의 통제 불가이다. 기존 수가지불체계 하에서는 의료비용이 수가 뿐 아니라 의사의 진료량과 의사의 수에 의해 결정된다는 점이 간과되었다. 다음 <그림 3> 은 의사 서비스에 대한 지출을 나타내는 것으로 다음의 세 종류의 다른 변수들의 집합에 의한 산물로 결정이 된다. 따라서 이런 변수들의 조합에서 하나의 변수를 통제하는 것만으로는 진료비 지출통제는 사실상 불가능하다.



자료: Barer et al. Medical Cost Controls in Canada. Health Affairs. Summer 1996.

그림 3. 비용 통제 정책에 영향을 미치는 요소들

둘째, 의사집단간의 내의 힘의 불균형에 의한 갈등이다. BCMA(British Columbia Medical Association)의 경우 백내장수술에 대한 수가를 25% 줄이려는 시도가 있었다. 하지만 안과 의사들의 거센 반대로 수가인하를 막았을 뿐 아니라, 결과적으로 의사협회의 구조도 바꾸게 되었다. BCMA는

두개의 의원회로 재구성되었는데, 하나는 일반의를 대표하고 다른 하나는 전문의를 대표하는 것이다. 여기에서 한 가지 주목할 점은 상대적으로 힘이 약한 집단이 자신의 이익에 반하는 결정에 있어 정부의 힘을 빌어서 거센 투쟁을 하였다는 점이다. 이는 의사협회를 하나의 독립적인 단위로 보았을 때, 정책결정(수가조정)에서 정책참여자(boards and committees)가 타협이나 흥정에서 자신에게 유리한 결과를 얻기 위해서 정치적 영향력이 강한 지방정부의 힘을 빌렸다는 것이다. 이는 기본적으로 총 수가 협상 시에 정부에 대해 일반의와 전문의가 동맹관계를 유지했던 것과는 달리, 일반의와 전문의 사이에 이익을 두고 충돌하자 상대적으로 힘이 약한 전문의 집단이 정부의 힘을 빌어서 의사집단내의 정책결정을 저지한 것이다. 이는 진료비 목표제 도입 후 의사의 집단의 갈등을 이해하는데 도움을 주는 사항이다.

보건의료비 지불정책의 개혁배경에 대해 다시 정리해 보면 다음과 같다. 다른 요소들 중에서도 수가지불정책의 개혁배경에는 다음과 같은 일반적인 요인들이 있다. 노령화와 같은 인구학적 변화, 새로운 의료기술의 도입, 의료 욕구의 증대와 의료비 지출의 증가가 그것들이다. 이를 크게 두 가지 특성으로 나누어 보면 다음과 같다.

첫째는 경제적 요인이다. 캐나다 의료제공에 대한 국민들의 기대 증가로 인해 공보험으로 지불되는 의료서비스가 늘어났으며 좀더 광범위하고 포괄적인 의료보장을 제공하도록 하였다. 이는 정부의 제한된 의료자원에 대한 부담을 가중시키는 동시에 정책제공자들의 관심을 증가시켰다. 이러

한 변화는 캐나다의 사회 지출 자원이 희소해 졌던 시기에 의료정책이 새로운 방향으로 변화하도록 영향을 주었다(Ham, 2001). 앞에서 언급했던데로 1982-1984년 경제 침체기에 실질 GDP 감소가 지속되었다. 이 시기에 의료지출은 계속해서 증가하기 하였고, 결과적으로 GDP 대비 의료비 비율이 1979년 6.8%에서 1983년에 8.3%로 급격히 증가 하였다. 이후 1990년-1992년 사이 또 한번의 경기침체기 동안 의료비가 급격히 증가 하였고, 1992년에 처음으로 GDP대비 의료비가 10.0%를 넘어서게 되었다(CIHI, 2003). 캐나다의 연방정부와 주정부의 재정상태가 급격히 악화되면서 정부는 감소된 의료자원과 나날이 상승하는 비용으로는 자국민들이 이미 익숙해져있는 보건의료서비스 수준에 부합하기 위한 재원을 조달하는데 부담을 느끼게 되었다. 실제로 이 시기에 정책집단이 의료비용증가에 대해 높은 관심을 가지게 되면서 Medicare의 비용 통제에 관련된 많은 정책 연구가 있어왔다. 진료비 통제의 급격한 도입은 캐나다의 낮은 성장률과 연방정부로부터 보조금 감소로 인한 캐나다 주정부의 재정위기로 인한 것이었다(Barer et al, 1996).

둘째는 정치적 힘의 불균형이다. 몇 년 동안의 진료비 지불에 대한 수가조정 연구에도 불구하고 연구와 정책 분야에서 수가조정 자체로만은 양에 대한 통제가 불가능하기 때문에 전체 진료비를 통제하기가 불가능하다는 높은 인식이 대두되기 시작했다. 따라서 보건의료분야에 있어서 총액예산제는 자원배분과 비용통제에 있어서 큰 관심을 얻게 되었다(Schwartz et al, 1996). 행위별수가제 하에서 예산 통제가 사실상 불가능 했던 것이 총액예산제 실시 하에서는 예산을 통제할 수 있게 되었다. 이는 총예산액

이 넘는 금액에 대해서 의사들에게 그 책임을 전가함으로써 가능했다. 따라서 기존에 존재하던 경제적인 부담을 정부가 새로운 제도 하에서는 의사들에게 전가하면서 경제압력으로부터 자유로워 질 수 있었다.

하지만 다른 지불방식의 대안들이 존재했음에도 불구하고 위에서 언급했듯이 의사들이 재정적인 부담을 떠안게 되는 총액예산제 실시에 동의했다는 사실에 의문을 가질 수 있을 것이다. 상대적으로 의사들에게 불리하게 작용하는 이런 정책의 도입은 정부와 의사협회 사이에 정치적 균형[14]에 차이가 존재했으며, 당시에 지방정부보다 협회의 정치적 힘이 약했기 때문에 가능하다고 하였다(Glaser, 1993). 정부의 정치적 힘이 지방정부보다 강했던 이유는 캐나다의 의료시스템이 공적부조에 의한 것이라는 것과 무관하지 않다. 재원을 정부가 직접 지원하는 경우 총액예산을 도입하기가 수월하다.

나. 총액예산제 집행

그동안 개혁의 대상이 되어왔던 의료정책은 수가조정에 있어서 의료 통

14) 총액예산제 도입 여부는 의료공급자, 정부, 의료보험조합, 소비자 등의 이해당사자에 의해 영향을 받는다. 이들 이해당사자들은 예산제도입의 여부와 예산제 실행형태에 압력을 행사하며 이들의 상대적인 영향력에 따라 많은 결정사항이 좌우된다. 그러나 정부가 강력한 권력을 갖고 있는 경우에는 보건의료개혁을 추진할 때 정부의 영향력이 가장 크게 나타난다. 의료공급자들은 대개 지불보상관련 정책에 영향을 끼친다. 예를 들어 의사협회는 진료비목표제도가 진료행위에 대한 의사들의 직권을 제한하는 행위라고 비난하고 있다. 총액예산을 도입하는 대부분의 나라에서 이해 당사자끼리의 협상이 중요한 역할을 하며 협상을 통해 이해집단들은 각자의 의견을 개진하고 타협점을 찾는다.

제가 불가능하자 주별로 차이가 있기는 하지만 의사진료비 총액지출 상한제(a gloabl physician expenditure cap)[15]를 1980년대 말에 도입해서 모든 주가 시행하였다. 의사진료비 총액지출상한제는 수가 지불 정책의 실질적 변화에 기초할 때 두 가지 변화로 귀착할 수 있다.

첫 번째는 진료비 수가에 대한 통제에서 진료량을 통제한다는 점이다. 과거의 정책이 비용지불에 대해 제한을 두지 않는 것(open-ended)이라면, 새로운 정책은 제한적(closed circle)인 것이다. 두 번째는 의료비 증가에 대한 책임이 정부에서 각 주의 의사협회 더 세분해서 이야기 하면, 의사 개개인에게 넘어 왔다는 점이다. 초기 도입 시에는 유연상한제(soft cap)[16] 하에서 의사의 책임을 정부와 나누어 가짐으로써 제한하던 것을 경직상한제(hard cap)[17]하에서는 의사가 전적으로 떠맡게 된다. 즉 새로운 정책에서 의사는 정책대상집단 중 정책비용부담집단[18]으로 구분 할 수 있다.

---

15) 일정한 기간동안 정해진 지역에서 정해진 의료서비스에 대해서 의사들에게 상환하기위해 정해진 총 예산액이다. 기존의 의료지불제도와 차이점은 진료비가 후에 지불되는 것에서 미리 예산이 정해진 것이다.

16) 유연상한제는 지출이 예산을 초과한 부분에 대해서 의사와 주정부가 함께 책임을 지는 형태이다. 실제 지출액이 예산을 초과 할 수 있으나, 의사들의 책임이 있는 초과분에 대해서는 그 해 또는 미래의 수가인하를 실시함으로써 보상하게 한다.

17) 경직상한제하에서는 당해연도의 진료비 실 상환액(실제 지출)이 그 해의 예산을 초과하지 않게 하며, 예산액을 초과하는 진료비용에 대해서 의사들이 모두 보상하게 하는 방식이다.

18) 정책의 비용부담집단은 정책에 의해서 어떠한 방식이든 불이익을 받는 집단으로서, 어떠한 형태로든 손해를 보기 때문에 정책의 집행과정에서 이들이 불응할 가능성은 매우 크다. 따라서 정책에 의해서 손해를 보는 정책대상집단을 규정할 때에는 이들의 반발을 최소화 하기 위한 여러 가지의 대책을 강구하는 것이 바람직하다.

정책비용부담집단의 정의와 성격상 새로운 정책 하에서 의사협회의 분쟁과 같은 문제점들은 이미 예상할 수 있는 것이다. 총액예산협상에 참여하는 주체들과 과정은 주에 따라 약간씩 다르지만 대표적으로 British Columbia의 경우를 살펴보면 다음과 같다.

British Columbia의 보건부(Ministry of Health)는 의사들과 진료비 보상에 대한 협상의무를 가지며, 주협상위원회(Master Bargaining Committee)[19]가 British Columbia의사협회와 모든 협상을 한다. 각각의 추가협약들에 대해서는 별도의 협상회의(bargaining table)가 존재한다. 정부는 각각의 회의에 대해 전문적인 지식을 가진 협상팀을 구성하고 자문위원회를 두어 간접적으로 협상팀을 돕는다. 주협상위원회는 실무협약에 대한 협상까지 진행하며, 추가적인 협상(subsidiary table)에서 분쟁이 발생하면, 위원회는 실무협약에 대한 협상회의에서 문제에 대한 해결을 시도한다(Korbin, 2000).

19) 이 위원회는 보건부 차관(the Deputy Minister of Health), 부차관(the Assistant Deputy Minister of Health), 공공서비스 피용자 관계위원회 부위원장(the Deputy Commissioner of the Public Service Employee Relations Commission), 외부회원(a external member)들로 구성되어 있다.

표 3. British Columbia 주정부와 의사협회간의 협상구조

협상계약에 관한 개념적 틀

주요협약(Master Agreement)

포괄적인 관계와 다른 협약들을 위한 보호내용을 제시

⬇

실무협약(Working Agreement)

수가, 이익, 또는 다른 보수관련 사항들을 검토함

⬇

추가적인 협약들(Subsidiary Agreements)

아래로 구분되는 의사들에게 특이한 주요 요소들을 규정함

[일반의, 전문의, 지방(Rural), 회기제(Sessional), 서비스계약(Service Contract), 봉급제(Salary)]

수가지불체계의 변화가 정부의 재정사정 악화와 같은 경제적인 원인에 바탕을 두었다는 것은 앞에서 살펴본 바와 같다. 이번 장에서는 변화된 정책내용에 대해 살펴보고 집행결과를 평가하고, 또한 정책대상자들에 관해서 정치적인 균형의 변화에 초점을 맞추어 설명할 것이다.

1) 새로운 지불체계 개요

1980년대 말부터 총액예산제와 같은 방법이 진료비용통제에 빠르게 사용되기 시작하였으며, 1996년도 당시에 모든 캐나다 주들은 공적보험에서 행위별수가제로 제공되는 부분에 총액예산제를 사용하고 있었다(Barer et al, 1996). 캐나다는 주정부마다 독자적인 예산정책을 도입 사용하고 있다. Yukon과 Northwest를 제외한 캐나다의 모든 주 정부는 비용통제 정책으로 경직상한제(hard cap) 혹은 유연상한제(soft cap) 형태의 비용 상한 정책을 사용하였으며, 10개 주 정부 중 8개 주 정부가 경직상한제(hard cap)을 도입하였다. 의료비 예산결정제(expenditure caps)에서는 진료비 지출 목표를 넘는 이용량에 대해서는 수가조정을 통하여 관리한다. 경직상한제(hard cap)가 진료비 통제에 영향을 미치는지는 상한선이 어느 수준에서 결정되느냐에 달려 있다. 몇몇의 주에서는 각각 인구증가와 인구특성의 변화 효과에 따라서 이 수준을 결정하며, 다른 주에서는(예를 들어 New Brunswick 과 Prince Edward Island) 새로 면허를 취득하는 의사 수를 고려하여 결정하고 있다. 그밖에도 신기술, 일반공공부문 임금증가, 총 진료비용의 변화 등의 요인들이 있다. British Columbia, Manitoba, Saskatchewan 과 Ontario는 의료이용 정도를 전년수준에 기초하여 결정하며, 보정 요소들로는 인구변화, 의사수의 변화와 새로운 기술 등이 있다(Wolfe, 1993).

예산액과 실제 진료비 지출의 보정(Adjustment)방법에는 지속적수가보정(concurrent/anticipatory across-the-board fee proration)방식과 사후수가보정(retrospective fee proration)방법이 있다. 지속적수가보정 방식은 회계연도의 진료비 지출을 지속적으로 계산한 뒤 실제 진료비 지출이 예산액

에 맞추어지도록 수가 수준을 결정하는 방식이다. 마지막 협상은 모든 청구가 끝난 후에 이루어진다. 사후수가보정은 실제 진료비가 예산을 초과하는 경우 다음해의 수가를 인하하거나 혹은 초과 부분이 보상될 때까지 인하된 수가를 적용하는 방식이다. 실제 수가보정에 대한 Nova Scotia의 예를 살펴보면 다음과 같다.

Nova Scotia는 1992-1997년까지 의사협회와 보건부의 주요협약(Master Agreement)에 따라 경직상한제(hard cap)와 개인 의사 소득제한 정책을 사용하였으며, 진료 청구 수 제한 정책도 같이 사용하였다. 경직상한제를 실시하고 처음 두 번의 사사분기동안 1.5%의 수가감소가 있었고, 결과적으로 동료의사들 사이에 압력이 존재했다. 이와 같은 견제로 인해 이용(utilization)수준에 대한 조정이 가능하게 되었다. 이로 인해 후에 예산자금에 대한 잉여가 발생하였고, 이는 의사들에게 다시 환급되었다. 이러한 이용제제가 가능했던 이유는 Nova Scotia 의사협회 중심부로부터 의사소통이 가능했던 것과 2000명이라는 다소 적은 수의 의사가 그들의 자기 규제를 성공적으로 만들었던 이유들이다(Korbin, 2000).

의료비용을 통제하기위한 추가정책으로는 의사공급제한과 개인 의사의 소득을 제한하는 방법이 있다. 의사공급제한(Physician Supply Control) 정책은 1995년 당시에 Northwest territory를 제외한 모든 주와 자치주에서 광범위하게 실시되고 있다. 의사 공급제한 정책은 수가차별화, 진료비청구제한, 국외 의과대학 졸업자에 대한 정책, 의과대학 입학자 수의 통제의 네 가지 방법이 있었다. 간접적인 공급제한 방법으로 수가차별화 정책은 신

규 등록 의사에게 수가의 일부만 지불함으로써 (예를 들어 Prince Edward Island에서는 신규 의사에게 수가의 50%만 지불하였음) 의사들로 하여금 그 주에서 보다 적은 수의 의사들을 개업하게 하려는 의도에서 실시되었다. 이 정책은 의사들을 캐나다 지역 내에 고르게 분포하게 함으로써 캐나다 각 주에 진료비 지출 비용을 고르게 분배시키는 결과를 가져왔다. 보다 직접적인 방법으로 Ontario 에서는 다른 주에서 교육 받거나 외국의사들에 대해서는 공공의료지출에 의해 환급받지 못하도록 하였다.

British Columbia, Prince Edward Island, Newfoundland, Yukon에서는 새로 면허를 발급받은 의사에게 50%의 수가만을 적용하고 있다. 또한 Manitoba, Ontario, New Brunswick, Nova Scotia에서는 신규의사에 대해 진료비 청구수 제한 정책을 시행하였다. 주정부 의료보험조합에 진료비를 청구할 수 있는 권한을 의사에게 부여하기 이전에 엄격한 선택기준을 적용하고 있다. 이러한 공급통제정책은 실질적으로 진료비 목표제 시행으로 인한 비용을 기존의 의사들로부터 새로운 의대 졸업생들이나 신규이주 의사들에게로 전가하는 것이며, 일부에서는 의학전문가들의 '젊은 의사들 잡아먹기'로 규정하고 있다.

Ontario, Alberta와 British Columbia에서 시행한 의과대학 입학자 수의 통제는 효과가 나타나기까지 상당히 긴 시간이 걸리므로, 진료비 증가 억제를 위한 단기적인 효력은 없으나 장기적으로 진료비를 통제하기 위한 가장 중요한 정책이라고 평가되었다. 하지만 이 정책으로 인하여, 현재 British Columbia에서는 의사수가 부족한 실정이며, 다시 의사수를 늘이려

는 시도를 하고 있으며, 필요한 의사의 수를 유지하고 끌어들이기 위한 환경을 만드는 노력을 하고 있다(BCMA 2004). 공교롭게도 주정부가 의대 졸업자수를 늘이기 위해서 2010년까지 두 배로 정원을 늘이고 재정지원을 약속했지만 필요한 의사수를 확보하기까지 몇 년간은 의사수의 부족이 예상된다. 의사공급제한은 한 주에서 의사의 수를 제한함으로써, 진료비 목표제하에서 경제적인 압력을 줄이기 위한 다른 방법으로 신규의사에 대한 진료기회를 제한하였다. 이는 주로 개원의가 편중되어 있는 도시에서 신규의사의 진료기회를 제한하였다. Ontario에서 기존의 의사들이 새로운 비용억제정책으로 인한 경제적 부담을 신규의사들에게 지우려 하자 상대적으로 나이든 의사들로 구성된 Ontario주 의사협회(Ontario Medical Association) 지도부와 정부정책에 대한 인턴과 레지던트의 반발로 이 정책은 무산되었다. 단지 일시적으로 새 청구수를 Ontario 의과대학의 신규 졸업자로 제한하는 방법으로 Ontario 의사협회와 주정부는 문제를 해결하였다. 이와 동시에 외국졸업의사에 대해서는 신규 진료기회를 완전히 제거하였다.

진료비 목표제 하에서는 개별의사의 소비정도가 다른 의사들의 재정상태에 직접적인 영향을 준다. 소득이 높은 개인의사에 대해 선택적으로 재정적인 벌칙을 부여함으로써 무조건 소비를 높이려는 행태를 약화시킨다. 1989년 이후 Quebec주 외에 네 개의 주가 개별의사소득목표제(soft individual physician income cap)를 실시하였다(후에 Quebec은 hard individual income cap으로 변경). 이는 높은 수입의 의사를 선택적으로 규제함으로써 목표액을 초과하지 않도록 조정하는 역할을 한다. 예를 들어

Newfoundland 주의 경우 일반의가 회계 연도에 이미 300,000불 이상 지불 받은 경우, 추가되는 50,000불에 한해서는 67% 만이 지급되며, 그 이상을 넘는 금액에 한해서는 1/3만 지불하도록 하였다. 전문의에 대해서는 400,000불을 초과하는 부분에 대해서는 67%를 지불하고, 450,000불을 초과하는 부분에 대해서는 1/3만 지불하도록 하였다. 이와 같이 실제 소득이 개인 의사 소득목표액 규모를 초과할 경우 취해지는 제재조치는 주마다 다양하다(표 1).

표 4. 개별의사 소득제한 정책

주	개인 소득 초과분에 대한 보상방식	
Ontario	$[20]404,000 초과분에 대해서는 fee의 67%만 지급 $454,000 초과분에 대해서는 fee의 33%만 지급	
Quebec	일반의	3개월분 목표액 초과시 fee의 25%만 지급
	전문의	$300,000의 연간 hard cap 실시
Nova Scotia	전체 청구수준에 따른 수가조정(모든 의사해당) $140,000 초과분에 대해서는 fee의 88%만 지급 $400,000 초과분에 대해서는 fee의 75%만 지급	
Prince Edward Island	평균임금의 1.75배의 초과분에 대해 $25,000 까지의 초과분에 대해서 fee의 75%만 지급 추가적인 $25,000의 초과분에 대해서 fee의 50%만 지급 나머지 초과분에 대해서는 fee의 25%만 지급	
Newfounland	일반의	$300,000 초과분에 대해 fee의 67%만 지급 $350,000 초과분에 대해 fee의 33%만 지급
	전문의	$400,000 초과분에 대해 fee의 67%만 지급 $450,000 초과분에 대해 fee의 33%만 지급

자료 : Morris L. et al. Re-minding Our Ps and Qs: Medical Cost Controls in Canada. Health Affairs. Summer 1996.

다. 새로운 지불체계의 정책평가단계

1) 진료비목표제도하의 힘의 이동과 영향력

새로운 지불체계 하에서 의사협회는 과거에 비해 과거에 비해 힘이 강해졌다. Ontario의 예를 살펴보면 주 의사협회는 정부로부터 구성원들에 대한 공식적인 권한을 넘겨받았다. 1980년대에는 의사들에게 연금이나 낮은 가격에 의료과오에 대한 보험을 제공하는 등의 유인책으로 일부 의사들이 회비를 냈으나 90년대에는 거의 모든 의사들을 대표하는 독점적인 권리를 가지게 되었다. 그러면서 주에 있는 모든 의사들에게 연회비[21]를 지불할 수 있는 강제적인 권한을 갖게 되었다. 이런 권위는 정부정책의 조정수준이 더 높아졌을 때 의사협회가 구성원들에 대해 권한이 더 증가 하였다.

연합위원회(joint management committee)[22]체계에서 의사협회는 정치적으로 어려움이 있었다. 이는 기본적으로 정부는 비용을 통제하려는 반면, 의사협회는 그들 구성원의 수익을 보호하려는 양극성을 띄었기 때문이

20) 캐나다 달러로 표시.

21) 이는 캐나다 대법원의 판결에 의한 Rand agreement에 의한 것이며 협회가 거래계약활동을 통해 모든 회원들에게 이익을 제공함에 따라 협회에 회비를 내도록 의무화한 조약이다. Ontaro에서는 1993년에 시작되었으나 오래 지속되지 못했다.

22) 의사협회와 주정부 사이의 연합위원회를 말한다.

다. 예산이 3억불이상 초과되고 내부의 수가 불공정을 바로잡지 못하는 등의 이유로 지방정부는 협회의 회원들에 대해 영향력이 없다고 판단했다. 이로써 1996년에 연합위원회를 해체하는 새로운 법안[23]을 통과함으로써 Ontario주 의사협회로부터 단독 협상권을 거둬갔다. 대신에 개인의 수가 차이들을 조정하는 힘을 다시 보건부(Ministry of Health)에게 위임하였다 (Katz, et al., 1997). 이와 동시에 의사협회는 연회비를 강제적으로 받던 체계에서 기존의 자율적인 회비 체계로 돌아가게 되었다.

새로운 지불체계가 남긴 다른 한 가지 특징은 제한된 예산범위 내에서 소비해야 하는 특성상 협상의 중요도가 정부-의사협회에서 의사집단 내(intraprofessional)로 옮겨왔다는 점이다. 일단 정부-의사협회의 협의를 통해서 전체 크기가 결정되면, 그 액수를 조정하는 나머지는 의사협회 내에서 결정할 일이다. 이는 결과적으로 일부 또는 전체의 의사들이 예산을 초과한 금액에 대해서 부담을 떠안게 되기 때문에 전체 예산을 전해에 비해 증가시키지 않거나 오히려 감소시키던 시기에 더 심한 압력을 받았다.

이처럼 새로운 체계 하에서는 협상의 중요도만 옮겨간 것이 아니고 증가하는 의료비에 대한 책임을 정부가 가지던 것에서 의사협회 즉 의사 개개인에게 전가한 것이다. 특히 경직상한제(hard cap) 하에서 이런 부담은 심화된다. 만약 경제적인 압박이 계속된다면, 비적용 진료부문으로 비용전가(cost shifting), 특히 비보험진료 부문으로 비용을 전가하는 노력이 발생

23) 이 법안으로 인하여 OMA는 Rand agreement를 강요하는 것을 그만두고 예전의 자발적인 회비지불제도로 돌아갔다(Katz, Charles, Lomas and Welch 1997).

할 수 있다. 또한 일부주의 경우에서는 청구수를 늘려서 이런 경제적 압박을 벗어나려는 시도를 하였다. 앞서서 살펴보았듯이 Nova Scotia의 경우가 이에 해당한다(Hurley, 1997). 과거 수가만 통제하던 시기에는 수가 증가로 인해 수입 감소에는 영향이 없던 것이 현재는 양적통제로 인해 수입에 큰 영향을 받게 되었고, 이러한 의사집단의 부담은 총액이 넘는 부분에 대해서 수가가 감소되고(claw back/hold back) 이는 수입 감소로 연결되기 때문에 부담이 가중되었다.

2) 의사 진료비 총액예산제의 문제점

총액예산제는 정해진 예산의 부분을 차지하기 위해서 전공별, 나이별, 도시/시골별로 의사 집단내의 분열을 초래한다(Katz et al, 1997). 이러한 동기들(incentive)과 관리상의 문제점들은 총액예산제의 성공에 큰 장애가 된다. 만약 이러한 관리상의 문제점들이 극복되지 않는다면, 총액예산제는 전문가나 정부정책 모두를 극도로 불안정하게 할 수 있다(Barer et al, 1996). 하지만 경제학적 관점에서 공유재(common property resources)[24] 의 경우 그러한 이용증대를 통한 소득 유지 또는 증대를 하려는 현상이 당연한 것이기 때문에 좀더 나은 재정적 유인책은 중요하다. 하지만 이러한 유인책 또한 이용을 통제하는 고려대상들 중의 하나일 뿐이다(Hurley, 1997). Nova Scotia에서는 총액예산제 도입 시 개별의사 소득제한 정책이라는 재정유인책을 같이 도입했음에도 불구하고 전체의사이용량이 증가했

24) 한정된 재화(a global physician expenditure cap)를 소비(진료비 환급) 하는데 있어서 제약은 없고 경쟁만 존재하는 재화를 나타내는 말로, 정해진 총액 예산을 의사들이 경합적으로 소비(진료비 청구)하는 모습을 가지게 된다.

으며, 예산수준을 유지하기 위해 1994-1995년 수가조정을 3번이나 감행해야 했다(Hurley, 1997). 총액목표제(global cap)는 행위별 수가제로 환급받는 의사들 내에서 전략적인 게임을 유발한다. 그것은 개개인의 의사들이 예산 중 충분한 배당액을 차지하기 위해서 진료비 청구수를 늘리고 따라서 이용이 증가하게 된다. 이는 의사들 개개인의 입장에서 보면 총액예산제 하에서 진료비 청구수를 증가시키면 그에 따르는 이익은 본인에게 돌아오는 반면, 대부분의 경우 예산초과량에 대해서 전체 의사집단을 대상으로 비례적인 수가 감소(clawback)를 통하여 보정하기 때문에 상대적으로 작은 양(적정량)의 의료를 제공한 의사들에게는 상대적으로 비용전가가 되기 때문이다. 그럴 경우 진료비 청구수를 증가하는 것이 가장 이득을 취할 수 있는 경우이다. 그러므로 의사들의 행동은 부분적으로는 어떻게 다른 의사들이 행동할지 생각하는데 달려 있다(Hurley, 1997). 일부 주에서는 개인의사 소득제한 정책을 통하여 이용량을 늘린 의사들에 대해 재정적인 제제를 하였으며, British Columbia의 경우 의사간의 견제로 이용수준 조정을 할 수 있었다. 총액예산제를 도입할 때 개별의사 소득제한이라는 재정유인책은 사용하지 않은 Alberta의 경우 전체의사이용량은 거의 증가하지 않고 완만하였다. 의사공급을 고려해 보면 오히려 총액예산제 실시이후 1994-1995년의 이용수준은 오히려 2.2% 낮아졌다. 1993년 0.9%의 수가감소는 전체의사이용량을 3-4% 떨어뜨렸을 정도로 Alberta의사들은 수가조정에 민감했다(Hurley, 1997).

많은 주에서는 공적보험으로 제공되는 서비스에서 제외될 수 있는 항목을 찾는데 높은 관심을 기울이기 시작하였다. 이것은 의사들에게는 예산

제의 통제 하에 있지 않는 서비스를 제공함으로써 수입을 증가시킬 수 있기 때문이다. Ontario에서 의사들이 연중 신체검사에 대해 보험에서 제외시켜줄 것을 요구했지만 실패하였다. 일반적으로 일부 제공되던 서비스를 보험에서 제거하는 데에는 공공정책비용이 들지 않는다. 게다가 더 적은 수의 서비스만을 포함하는 데에는 비용이 환자 또는 제3자에게 전가된다. 하지만 캐나다에서 많은 수의 서비스를 보험에서 제외하려는 시도는 Canada Health Act[25]의 규정과 조항에 반하는 것이다. 대부분의 주에서 보험급여에서 제외된 항목들에 관해 살펴보면 전체 지출 중에서 극히 작은 부분을 차지하는 것들이었다. 효율성의 관점에서 볼 때 공적보험의 진료비가 민간의료보험 지출로 비용이전(cost shifting)된다면, 공적보험은 안정화되더라도 국가 전체로 볼 때 총 의료비용은 크게 증가할 수 있다. 또 단일지불자(보험자)보다는 복수의 지불자가 존재할 때 국민 총 의료비용이 증가하고 재정안정이 더 어렵다(Evans 1997).

캐나다는 의학적으로 필요한 모든 의료에 대해서 공적보험으로 지급되며, 아래 <그림 4>에서 보면 의사진료에 대해 사보험이나 개인지출 비용은 1.1%미만이다. 또한 공보험이 제공하는 서비스에 대해서 정부가 법적으로 사적보험을 금지하므로 비용전가가 거의 이루어지지 않는다고 볼 수 있다. 하지만 <그림 5>에서 보면 총 사적비용의 지출이 1991년부터 6년간 매년 3.8%의 실질증가율을 보였으며, 이 시기에 총 공적비용 지출은 1992년에 1.7%로 감소하였으며, 1993년 이후 1997년까지 3년간 1% 미만으로 감소하

25) 이 법령은 주들이 모든 주의 주민들에게 모든 의학적으로 필요한 서비스에 대해 제공을 해야 한다고 규정하였다. 그러나 연방정부의 주정부에 대한 지원이 사라짐에 따라서 이것은 쟁점이 될 소지가 있다(Barer, Lomas, and Sanmartin, 1996).

였다. 물론 1993-1997년 사이에 사적비용의 증가폭이 공적비용의 증가율보다는 크지만 사적비용의 증가율이 이전부터 꾸준히 3.8%의 증가를 보였으므로 사적지출 비용이 비용이전으로 증가했다고 보기는 어렵다.

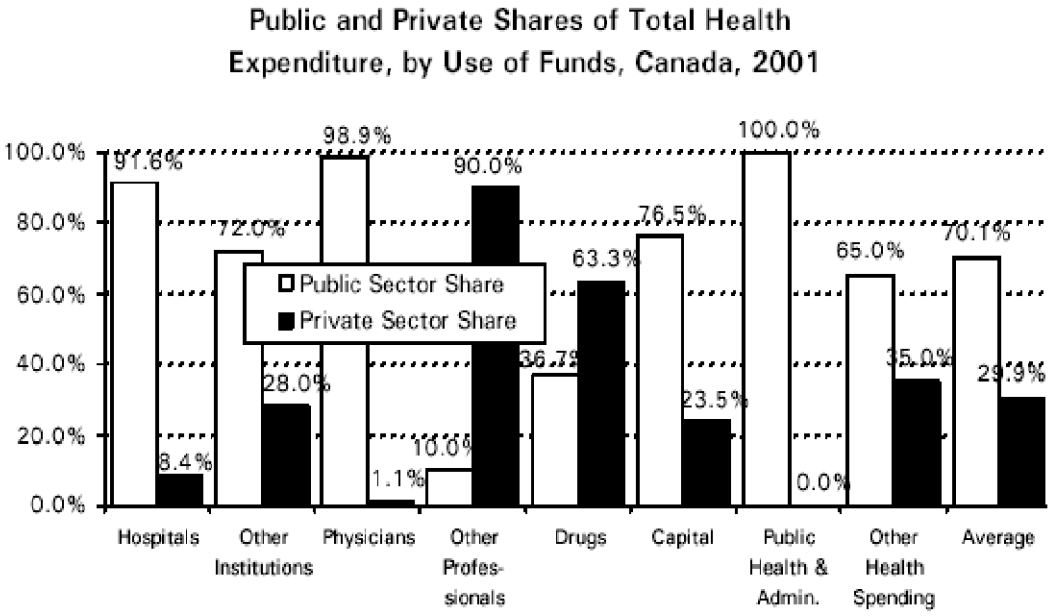


그림 4. 전체의료지출 중 공공비용과 사적비용의 차이

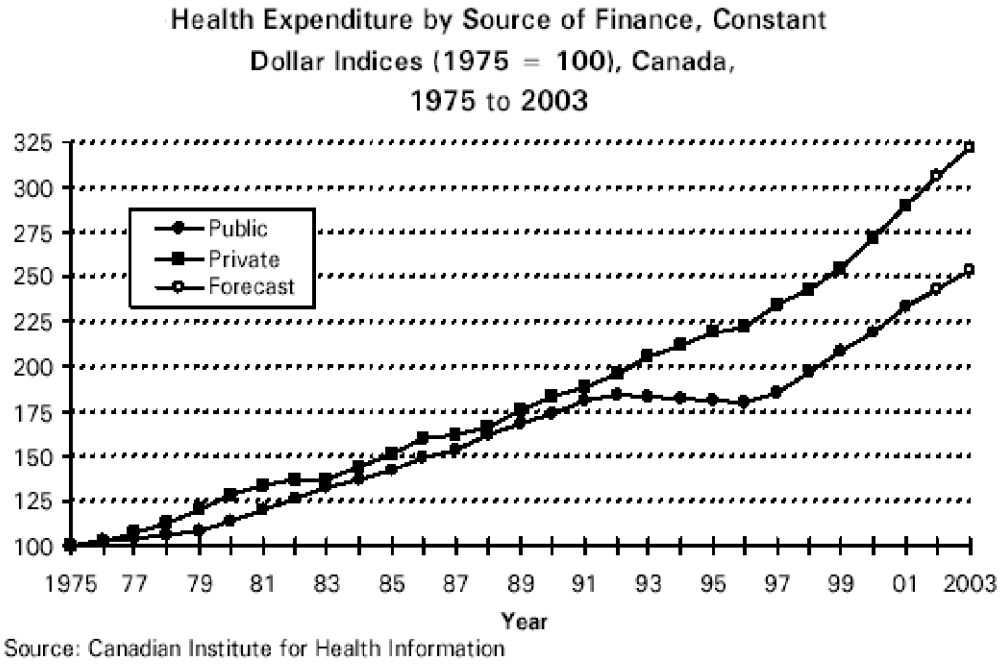


그림 5. 전체의료지출 중 공공비용과 사적비용의 변화추이(1975년 기준)

라. 총액예산제의 시행 종료

캐나다의 경우 약간의 시간적 차이는 존재하지만 1990년대에 모든 주가 진료비 목표제를 시행하였고, 추가적으로 각기 다른 종류와 수준의 비용통제 정책을 실시하였다. 총액예산제의 시행을 통한 비용통제 정책은 다소 효과적이었다는 연구결과들이 있으나(Patrice and Moran 1992), 정부에게 여러 다른 문제점들을 제공하고, 정부와 의사집단간의 갈등과 의사집단 내에서 배분상의 갈등과 같은 문제점이 존재하였다. 특히 재정적인 부담을

떠맡게 된 의사들에게 반발을 사게 되었다. 1990년 말경에 재정적인 요인들이 완화되자 점차 총액예산제에 대한 정책의 사용을 종료하였고 현재 캐나다의 어떤 주도 총액예산제를 사용하고 있지 않다. 다음은 주요 주별로 총액예산제의 종료에 관해 살펴보고자 한다.

□ Manitoba(-1988)

Manitoba에서는 1988년이래로 의사의 행위별수가제에 대한 총액예산제나 개별의사에 대한 지불제한(expenditure caps) 정책이 더 이상 존재하지 않았다. 1998년에 Manitoba 의사협회와 정부가 합의에 다다르지 못하게 되면서 중재위원회(arbitration panel)가 임명되었고 지불제한 정책을 사용하지 않도록 결정하였다. Manitoba에서는 70%의 의사들이 행위별 수가제로 환급받고 있으며 30%의 의사들이 다른 방법으로 지불되고 있으며, 일반적으로 지방이나 북쪽지역의 의사들이 이에 속한다.

□ Ontario(-2000)

2000년 4월에 Ontario 의사협회와 정부사이에 계약이 채결되었는데, 이 계약 하에서는 수가 조정에 관한 합의는 존재했지만, 자세한 총액예산에 대해서는 정해지지 않았다. 다만 일반의와 전문의에 대한 개별의사 소득제한(individual physician thresholds)은 계속해서 존재하였다. 그중에서 병원에서 근무시간 이후의 서비스에 대해서는 개인의사 소득제한에 포함되지 않도록 예외를 두었다.

□ Nova Scotia(1992-1997)

Nova Scotia에서는 1997년에 새로운 주요협약이 체결 되었을 때, 진료비 지출을 제한하기 위한 비용통제 정책들은 더 이상 사용되지 않았다. 그 후 결과적으로 진료비 지출은 4년 동안 36%가 증가하였고, 수가인상으로 인해 의사들은 그들의 기대 수입수준에 빠르게 이를 수 있었기 때문에 장시간동안 일하려 하지 않았고 주말근무 회피현상이 일어났다.

IV. 한국에 대한 시사점

일반적으로 지금까지는 독일을 비롯한 선진국에서 이미 시행되어 비용통제 효과적이라고 평가받는 진료비 지불제도인 진료비 총액예산제의 도입이 장기적인 건강보험재정안정을 위해 최상의 방안이라는 의견이 꾸준히 제기되어왔다(조우현 외, 2004). 이용갑(2001)은 2001년 재정위기에 대한 의료보험재정안정화 방안으로 초액예산제 도입이 필요하며, 제도의 기전상 포괄수가제와 병행시 효과가 높을것이라고 제안하였다. 양봉민(2002)은 2001년 우리나라 현재의 재정소요와 미래의 잠재적 재정소요를 감안할 때, 현행 행위별수가제 하에서 국민의 상당한 추가적인 부담과 제도의 비효율이 초래되기 때문에 행위별수가제는 보건의료부문 재원조달 및 자원배분의 잣대로서 부적합하다는 것이 확실시 된다고 주장하고 거의 모든 나라에서 총액예산제가 최종 선택되듯이 우리도 총액예산제의 채택으로 귀결되며, 총액예산제 도입의 필요성을 주장하였다. 양봉민(2000)는 치과부문에서 요양급여비용계약제의 개선방안 및 계약시 보험자가 준비하여야 할 사항과 계약의 내용을 제시하는 보고서에서, 현행 행위별수가제의 대안으로 좀더 효과적인 총액예산제의 도입을 중장기적인 목표로 제시하였다. 우리나라 총액예산제 실시에 관한 연구에서는 대부분 총액예산제를 실시하는 여러나라들의 진료비 안정화의 비용효과측면을 다루고 있으며, 총액예산제 실시에 따른 부작용에 대한 연구는 일반적인 의료의 질 저하와 같은 기본적인 사실을 언급한 정도이다. 하지만 총액예산제를 실시한 여러나라에서 환자에게 제공되는 의료서비스의 질 저하 문제들과 더불어 총액예산제로 발생

할 수 있는 의사들의 파업이나 협상결렬 또는 분쟁과 같은 정책의 비 금전적 비용도 무시할 수 없다. 권순만(1999)은 의료비 총액예산제도의 특성과 장단점들을 논의하고 총액예산제도가 성공하기 위해서 명확하고 표준화된 규칙과 의사결정과정을 확립하고 예산의 적용범위, 크기, 결정방법, 보험자와 공급자간 이견의 조정 혹은 분쟁 해결방법, 예산 초과 시 예산조정 방법 등에 관해 보험자와 공급자가 확실히 이해하고 있어야 한다고 하였다. 최근 총액예산제의 긍정적인 평가와는 달리 김계현(2004)의 최근 대만 의료보험제도와 총액예산제 연구 보고서에서 정부가 총액예산제를 도입하면서 대만의 예를 모델로 하려하고 있으나 정부의 성과 측면만 지나치게 부각하고 있다고 지적하고 이보다 앞서 대만 총액예산제의 정확한 실태 파악이 요구된다는 의견을 제시했다.

캐나다의 1993-1997년 사이의 의료비용 증가율 감소는 여러 가지 복합적인 원인이 있겠지만, 총액예산제 실시에 따른 효과도 존재한다. 실제로 General Accounting Office의 연구 결과에 따르면 총액예산(global budgets)과 지출상한(expenditure cap)제도의 도입이 물가상승을 보정한 의료비 증가를 9~17% 하락시킨다고 하였다(Patrice and Moran, 1992). 특히 총액예산제의 비용통제 효과는 미국 보다는 캐나다와 같은 단일 의료 공급자 하에서 더 유효 하다. 정부가 병원과 의사의 모든 운영비용을 지불하는 나라 대부분이 총액예산제를 실시하고 있다는 사실로 미루어 볼 때 공급자 보상방식과 총액예산제는 밀접한 관계가 있다는 것을 알 수 있다. 이는 재원조달과 의료서비스 공급의 직접적인 연결이 총액예산을 협상하고 관리하는데 용이하게 하기 때문이다. 또한 민간보험의 역할과 총액예산제

는 긴밀한 관계가 있으며, 민간보험은 정부가 예산을 계획하고 관리하는데 제약을 가져온다. 프랑스의 경우 공공병원에만 총액예산제를 실시하고 공공병원이 민간보험가입자를 진료하지 않도록 하고 있다(국민건강보험공단, 2002).

초기 캐나다의 대부분의 주보건부(Ministries of Health)는 전체 지출의 예산과 통제에만 관심을 기울였고, 따라서 동반되는 사항들 예를 들어, 의사공급이나 의사내부에서 소득분배와 같은 변수들에 영향을 주어 결론적으로 진료비 지출에 영향을 미칠 수 있는 요소들에는 관심이 적었다. 또한 이용감시시스템이나 수가보정방법 그리고 감독구조들과 같은 총액예산제의 실시에서 파생하는 관리상의 결과들에 대해서도 대부분의 주에서 관심이 적었다. 이렇듯 비용통제정책을 실행함에 있어서 어떤 부수적인 문제들을 야기할 수 있는지 미리 대안을 세우지 못했던 부분들이 캐나다의 주정부와 의사협회에게 여러 문제점을 남겼다. 예를 들어 의사들의 공급통제정책에 관한 관심은 어느 정도 예상할 수 있는 것이지만 보상에 대한 의사들의 높은 관심과 의사간의 마찰들은 예상하기 쉽지 않았다. 이런 사항들에 대해서는 틀에 박힌 정책결정 체계 보다는 신속한 대응과 잇따라 발생하는 문제에 대해 계속적인 정책변화를 요구한다(Katz et al, 1997).

총액예산제의 결과를 예측하기 위해서 고려해야 할 요소들은 간단하지 않다. 다음은 경직상한제를 도입한 Alberta와 Nova Scotia는 의 예이다. 1992년 4월 1일에 동시에 지출초과 경직상한제(hard cap)를 도입한 Alberta와 Nova Scotia의 의사들의 이용(physician utilization)을 비교해 보

면 서로 상반된 결과를 보인다. Alberta에서는 의사이용이 잘 통제된 반면, Nova Scotia에서는 증가하였다. Nova Scotia가 재정적 유인책을 사용했음에도 불구하고 의사이용이 증가한 사실에 대해서는 다음의 경제학적 특징으로 잘 설명 되고 있다(Hurley, 1997). 첫째 전체의 총액(pie)를 나누어 가지는 의사들의 수가 Nova Scotia에서 더 많았기 때문이다. 둘째, 진료비 목표제 도입전의 높은 수가로 인해 Alberta에서는 Nova Scotia에서보다 상대적으로 의사의 재정적인 부담이 적었기 때문에 진료비 목표제 도입후 Alberta의 의사들이 수가 감소와 예산감소라는 경제적 압박을 견딜 수 있는 경제적인 여유가 훨씬 크게 존재 하였다. 게다가 도입 초기에 Alberta는 전 해에 비해 총예산액을 늘려서 책정한 반면, Nova Scotia는 전혀 예산을 인상하지 않았기 때문에 Nova Scotia의 의사들이 더 많은 부분을 차기하기 위해 이용을 증가하였다(Hurley, 1997). 총액예산제도는 비용억제를 하기에는 필요하나 충분한 방법은 아니라고 하였다(Wolfe and Morgan, 1993).

총액예산제의 도입에 있어서 고려해야 할 대상은 경직상한제를 도입 또는 유동상한제를 도입, 예산결정을 공급자와의 협상에 의한 것인지 정부나 보험자의 규제, 예산의 적용범위 설정 등 다양할 것이다. 하지만 무엇보다도 총액예산제를 성공적으로 수행하기 위해서는 정책대상집단인 의사집단의 협조가 필요하다. 그러기 위해서는 총액예산제 하에서 의사들의 행동과 그들 행동의 원인에 대한 연구와 대처방안이 필요할 것이다. 캐나다의 경우를 살펴보면, 경직상한제를 도입했음에도 불구하고 실제로 정부가 의사에게 책임을 전가하지 못하고 예산을 늘리거나 책임을 지우지 않는 경우

가 종종 발생했다. 또한 의사들의 정책에 대한 반발로 여러 주에서 의사들의 크고 작은 규모의 파업들이 발생했다(Korbin, 2000). 결국 캐나다는 총액예산제의 도입으로 비용절감측면에서는 성공을 하였지만 문제점들이 발생하고 주정부와 의사협회간의 협상이 결렬되자 총액예산제를 중단하였다. 총액예산제의 사용이 중단되자 거의 대부분의 주에서 행위별수가제하에서 의사들의 이용과 수가증가가 있었고 이는 비용의 가파른 상승으로 이어졌다(Korbin, 2000).

한국은 다른 OECD 나라들에 비해 의료비 비율이 높지 않다. 캐나다의 총액예산제가 비용절감 측면에서는 성공은 하였지만 다른 여러 문제점들이 존재하고 정부와 의사협회간의 합의가 이루어지지 않자 결국은 총액예산제를 종료할 했던 것을 미루어 생각해 볼 때 우리나라에 도입 시에 현실적으로 절실한 의료비 통제대책의 필요에 대해 정책적 논의와 의료구성원의 동의가 존재해야 할 것이다. 또한 캐나다는 단일보험자로써 의료비 지출이 거의 공적비용 제공되고 개인지출이 적어서 자금을 운용하는 것이 용이했다는 점이 의료비 통제에 더 긍정적인 효과를 미쳤다는 사실을 감안할 때, 우리나라에서 의료비의 증가가 공적인 부분에 대한 증가인지 개인지출인지를 감안하여 의료보험의 범위를 확대해야 하는지 또는 프랑스와 같이 공적보험에만 총액예산제를 도입할지 공적보험과 사적보험 모두 총액예산제를 도입할 지에 대해서도 고려해 보아야 할 것이다.

본 연구의 한계점은 캐나다가 우리나라와는 의료체계가 달라 모든 부분에서 캐나다의 예를 우리나라에 적용할 수는 없다는 점과 주정부나 의사협

회를 직접 인터뷰하지 못하고 이메일이나 기존의 연구자료 만을 가지고 연구를 진행한 점이다. 하지만 캐나다는 주별로 독립적이기 때문에 다양한 상황에서 발생할 수 있는 쟁점들을 확인해 볼 수 있으며, 지금까지의 연구가 총액예산제를 실시하고 있는 나라들에 관한 연구에만 머물렀기 때문에, 캐나다의 경우와 같이 총액예산제를 실시하다가 종료한 나라에 대한 연구는 존재하지 않는다[26]. 따라서 본 연구에서는 제한된 자료 때문에 좀더 자세히 살펴보지 못했던 캐나다의 총액예산제 시행 종료 시의 상황과 본 연구에서 다루지 않았던 총액예산제의 약제부분이나 병원부분에 대한 연구를 진행해 볼 가치가 있다.

26) 캐나다에 대한 보고서는 존재하나, 캐나다의 총액예산제 종료와 관련해서는 연세대학교 보건정책 및 관리 연구소의 보고서가 캐나다의 총액예산제 종료사실을 언급한 정도이다.

참고문헌

고수경. 병원별 예산제 실시를 위한 병원별예산결정방식과 적용방안 연구. 국민건강보험공단 건강보험연구센터. 2002.

권순만. 의료비총액예산제도에 관한 시론. 보건행정학회지 1999; 5(5): 155-165.

권순만. 건강보험 재정위기의 원인과 정책과제. 한국정책학회보, 2001; 10(3):114-139.

김정희, 고수경, 정현진 외. 주요국의 병원진료비 지불제도. 국민건강보험공단 건강보험연구센터. 2002.

노시평, 박희서, 박영미. 정책학. 학현사, 2001; 13-17.

대만의 의료보험제도와 총액예산제. 의료정책연구소. 2004.

안병철. 정책형성과정의 정치적 성격과 특성: 의약분업정책의 사례분석. 한국정책학회보, 2001; 10(2):89-131.

양봉민. 건강보험의 재정전망과 정책과제. 2002.

양봉민, 권순만, 김진현 외. 치과 요양급여비용계약제에 대한 연구. 서울대학교 보건대학원. 2000. 7.

이용갑. 의료보험의 재정 안정화 방안: 총액예산제와 포괄 수가제. 한국사회보장학회 학술대회 발표자료. 2001.

전창배, 고수경. 주요국의 총액예산제 운영실태와 쟁점. 국민건강보험공단, 사회보장연구센터, 2001.

조우현, 정우진 외. 진료비목표제 도입방안 연구. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 2004.

최병호, 신윤정. 국민건강보험 총액예산제 도입방안 연구. 한국보건사회연구원, 2003.

최병호 외. 상대가치행위수가의 환산지수 산출모현 개발. 2003.

최병호 외. 국민건강보험 재정건실화 방안. 한국보건사회연구원. 2002.

최병호. 건강보험 요양급여비용계약제 시행의 정책적 고찰. 한국보건경제학회. 보건경제연구. 2002.6.

최병호, 권순만, 신현웅. 의료보험통합에 따른 진료비지불체계 개편연구. 한국보

건사회연구원. 1998.12.

Adams, O. 1994. Issues in Physician Resources Management. Canadian Medical Association Journal, 2001; 151(1):92-95.

Barer, M. L.., and G.L. Stoddart, Toward Integrated Medical Resource Polices for Canada(Conference of Deputy Ministers of Health). 1991.

Barer, M. L.., and Evans, R. G. Interpreting Canada: Models, Mind Sets and Myths. Health Affairs, 1992; 2(11):44-60.

Barer, M. L., Lomas, Jonathan, and Sanmartin, Claudia. Re-minding Our Ps and Qs. Health Affairs, 1996; 15(2):216-234.

Evans R. Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Maket-based Health Care Reform. Journal of Health Politics, Policy and Law, 1997; 22(2):427-465.

Glaser W. A. Designing Fee Schedules for Formulae, Politics, and Negotiations. American Journal of Public Health, 1990; 80:84-89.

Glaser W. A. How Expenditure Caps and Expenditure Targets Reallys Work, The Milbank Quarterly, 1993; 2:97-127.

Glaser W. A. Universal Health Insurance That Really Works: Foreign Lessons for the United States. Journal of Health Politics, Policy and Law, 1993; 18(3):695-722.

Ham, Laurie. Consulting on Health Policy in Canada. OECD. 2001.

Kim, Han J., Chung, Woojin, Lee, Sang G.. Lessons from Korea's Pharmaceutical policy reform: the Separation of medical institutions and pharmacies for outpatient care. Health Policy, 2003; 68: 267-275.

Hurley, J., Lomas, J., and Goldsmith, L. Physician Responses to Global Physician Expenditure Budgets in Canada: A Common Property Perspective. Milbank Quarterly, 1997; 75(3):343-365.

Hurst, J. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Paris, OECD.

Jonathan Lomas, Catherine Fooks, Thomas Rice, and Roberta J. Labelle. Paying Physicians in Canada: Minding Our Ps and Qs. Helath Affairs, 1989; spring:80-102.

Korbin Judi. A Report of Fee Negotiations in British Columbia.

Lomas, J., C. Charles, and J. Greb. The Price of Peace: The Structure and Process of Physician Fee Negotiation in Canada.(Working Paper no. 92-17.) Hamilton, Ont.: Mc Master Univerisity Center for Health Economics and Policy Analysis. 1992.

Nestman, L. An Examination of the economic and administrative structure of health care plans in Canada, Thesis, Edmonton: University of Alberta. 1970.

Nestman, L. Management control and funding systems: for Canadian health service executives, Ottawa: Canadian college of health services executives. 1989.

Patrice R. Wolfe and Donald W. Moran. Global Budgeting in the OECD Countries. Health Care Financing Review, 1993; 14(3):55-76.

Patricia M. Danzon. Hiddem Overhead Costs: Is Canada's System Really Less Expensive? Health Affairs, 1992; 21-43.

Romanow, Roy J. Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Commission on the Future of Health Care in Canada. 2002.

Saltman R.B. A Conceptual Overview of Recent Health Care Reform. *European Journal of Public Health*, 1994; 4(4):287-293.

Steven J. Katz, Cathy Charles, Jonathan Lomas, and H. Gilbert Welch. Physician Relations in Canada: Shooting Inward as the Circle Closes. Journal of Health Politics, Policy and Law, 1997; 22(6):1413-1431.

Schwartz, F. W., H. Glennerster, and R. Saltman. Eds. Fixing Health Budgets: Experiences from Europe and North America. New York: Wiley. 1996.

"National Health Expenditure Trends 1975-2003". Canadian Institute for Health Information, 2003.

Roy J. and Romanow, Q. C. Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Final Report, Nov 2002.

Tom T. Closson and Margaret Catt. Funding System Incentives and the Restructuring of Health Care. Canadian Journal of Public Health, 1996; 87(2):86-89.

ABSTRACT

A feasibility Study on the proposal for Global Budget Policy: Based on Canada Case

Sarah Hong

Dept. of International Health

Graduate School of Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Woojin Chung, Ph. D.)

Many countries has experienced dramatic increase of medical cost , causing political, economic and fiscal pressure. In many countries such as Germany, as fiscal situations deteriorate under fee-for-service system, they realized that fee controls were not synonymous with cost control. Physician reimbursement policy has changed dramatically over the past decades to physician cost control. There has been research that shows global budget is successful for the control cost(Hurst, 1992). In our country, many researchers and policy-makers claims global budget as a solution for fiscal stabilization policy. However, the caps created two primary axes of conflict: between the profession and the government an

among physicians within the profession. The capped budget exacerbates internal divisions within the profession as subgroups of physicians vie for their share of the fixed budget(Kats et al, 1997). Global expenditure caps also create conflict between physicians' individual economic self-interest and their collective interest in constraining total billings withing the capped budget. In this research, we will review main policy changes regarding physician cost control. Based on the Canada Health Act, Canada health offers patients free medical service for the medically needed cases. Physician reimbursement policy in Canada were beginning to emerge in the late 1980s portended a provincial stampede to expenditure controls. By the 1996, all of the Canadian provinces introduced global cap(Barer et al, 1996). In addition to the global cap, many provinces introduced physician supply control policy and individual physician income cap policy. Even though it was effective to control the cost(Patice and Morgan, 1992), problems such as conflict between professionals, fee allocation problems and occasional withdrawal of service remain. In Quebec, under the hard cap, since there is no legislation in place that provided for a method of recovery, it is by agreement that the parties determine the process for dealing with any overruns and there has been no recovery of cost overruns. From the study of Canadian provinces, we could find that successful management of global budgeting policy depends on the participation and self-regulation of professionals.