



시민건강이슈 2018-10

PHI Issue Paper 2018-10

캐나다 토론토 공공보건의료 탐방기
[보편적 건강보장체계의 탄생과 현재]



캐나다 토론토 탐방기

[보편적 건강보장체계의 탄생과 현재]

출판일 || 2018년 10월 26일

편집인 || 김명희 시민건강연구소 연구원

필진 || 이주연 시민건강연구소 연구원

펴낸 곳 (사) 시민건강연구소
서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층
전화: 02-535-1848 팩스: 02 581-0339
누리집: www.health.re.kr
전자우편: phikorea@gmail.com

〈 차 례 〉

§ 들어가며	1
§ 캐나다 보편적 건강보장의 역사	2
§ 캐나다 보건의료시스템 한 눈에 보기	7
§ 캐나다 보편적 건강보장제도 탐방	10
§ 맺음말	31

〈표 차례〉

<표 1> 한 눈에 보는 캐나다 보건의료시스템	7
<표 2> 방문 기관과 인터뷰 대상자	11

〈그림 차례〉

<그림 1> 캐나다 지도	2
<그림 2> 메디케어 도입에 반대하는 서스캐처원 의사들의 파업 안내 포스터	5
<그림 3> 한 눈에 보는 캐나다 보건의료시스템: 거버넌스	7
<그림 4> 마이클 래클리스 교수의 모습	10
<그림 5> 필립 버거 박사의 모습	13
<그림 6> ‘치료가 필요한 당일 또는 익일 치료를 받지 못했다’고 응답한 비율	15
<그림 7> ‘전문의 진료를 위해 2개월 이상 기다렸다’고 응답한 비율	16
<그림 8> ‘지난 2년 응급실을 이용했다’고 응답한 비율	16
<그림 9> 여성대학병원 외관	18
<그림 10> 온타리오주 지역건강센터 분포	20

<그림 11> 사우스 리버데일 지역건강센터	21
<그림 12> 사우스 리버데일 지역건강센터 창에 붙여진 약물정책개혁 옹호포스터	23
<그림 13> 사우스 리버데일 지역건강센터의 요리 실습실	23
<그림 14> 액세스 얼라이언스 다문화 지역건강센터의 댄포스 지부 외관	25
<그림 15> 액세스 얼라이언스 지역건강센터의 댄포스 지부가 위치한 지역사회 모습	25
<그림 16> 크리스티 난민지원센터 일차의료 클리닉에서 출장팀과 의사 맵 라쉬드	27
<그림 17> 온타리오 병원 노동조합 (Ontario Council of Hospital Union/CUPE) 활동가	29
<그림 18> 온타리오 간호사 노동조합 (Ontario Nurse Association) 의 캠페인 포스터	29

〈글상자 차례〉

<글상자 1> 캐나다 보건법 (Canada Health Act) 5대 원칙	3
<글상자 2> 캐나다 메디케어의 병원 지불제도	14
<글상자 3> 온타리오 지역건강센터 현황	20
<글상자 4> 사우스 리버데일 지역건강센터 예산 출처와 지출 내역	22

§ 들어가며

한국에서 공공의료에 대한 사회적 논의는 지난 10년 동안 정체되어 있었다. 우연인지 필연인지, 공공의료에는 관심이 없던 보수 정당이 집권하고 있던 2013년 ‘진주의료원 폐업사태’와 2015년 ‘메르스 사태’는 공공의료에 대한 논의를 사회적 대화의 장으로 끌어올리는 데 큰 기여를 했다. 시민들이 이를 ‘문제’로 인식하고 ‘해법’을 찾기 시작했으니, 개혁을 위한 기회의 창이 열린 셈이다. 마침 촛불시위로 탄생한 문재인 정부는 공공의료 발전에 대한 마스터플랜을 발표했다. 그러나 우리에게 ‘바람직한 공공의료’의 경험치가 별로 없다. 보건의료 공급체계는 민간 부문 주도 하에 급속한 시장화가 진행되고 있으며, 양적 측면에서나 질적 측면에서나 공공보건의료의 존재감은 미약하다.

이 글은 지난 2018년 6월 마지막 주에 캐나다 토론토 지역을 탐방한 기록이다. ‘2018 부산 공공케어 보고서’라는 심층 기사 시리즈를 기획 중이던 부산일보에서 시민건강연구소로 캐나다 공공의료시스템 특별취재를 지원해 달라는 요청이 왔다. 때마침 공공운수노조 의료연대본부로부터 공공의료 강화를 위한 정책 연구도 의뢰받은 상황이었다. 시민건강연구소에서 탐방의 방향을 설정하고, 캐나다 토론토대학 보건정책학 겸임교수이자 정책 컨설턴트인 마이클 래클리스 (Michael Rachlis) 선생과의 수차례 컨퍼런스 콜을 통해 일정을 조율하며 방문 프로그램을 확정했다. 자료들을 사전 검토한 후, 부산일보 조소희 기자, 의료연대본부 현지현 조직국장, 시민건강연구소 김명희, 이주연 연구원이 한 팀이 되어 6월 25일부터 28일까지 4일 동안 캐나다 토론토를 직접 방문했다.

한 나라의 보건의료제도를 4일 만에 파악한다는 것은 불가능하다. 또한 모든 보건의료제도는 해당 사회의 역사와 사회적 맥락 안에 뿌리 내리고 있기 때문에, 아무리 좋은 제도라 해도 이를 그대로 가져오는 것은 불가능하다. 그리고 캐나다 보건의료체계는 아주 이상적인 제도가 아니다. 여느 제도와 마찬가지로 강점과 약점이 동시에 존재한다. 그러나 공적 재원으로 건강보험을 운영하지만 보건의료서비스 공급은 주로 민간이 맡는다는 점에서, 국립보건서비스 체계인 스웨덴이나 영국보다는 한국과 거리가 가깝다. 그러다보니 현실에서 교훈이나 타산지석으로 삼을 부분도 많다. 이번 탐방의 목표는 캐나다 보건의료제도로부터 대안적 공공보건의료 체계에 대한 상상력을 얻고, 한국 사회에 적합한 교훈을 찾는 것이었다.

§ 캐나다 보편적 건강보장의 역사

캐나다는 10개의 자치주(provinces)와 3개의 준자치주(territories)로 구성된 연방제 국가이다 (그림 1). 캐나다에서 연방정부와 주정부¹⁾는 헌법상 동등한 국가권력을 가지고 있지만, 보건의료서비스를 포함한 광범위한 사회정책 프로그램/서비스는 주정부가 관할한다. 연방정부는 캐나다보건법(Canada Health Act)에 명시된 5대 원칙 (글상자1 참고) - ① 공적 운영, ② 포괄성, ③ 보편성, ④ 보유이동성(portability), ⑤ 접근성 - 을 준수하는 것을 조건으로 주정부의 보건의료 프로그램에 대한 재정을 지원한다. 또한 의료장비, 의약품, 천연약품 등의 안전성과 효능을 규제하며, 캐나다의 선주민(First Nations), 이누이트(Inuit) 같은 사회 취약계층에 대한 필수 보건의료서비스를 제공하는 역할을 맡고 있다.



<그림 2> 캐나다 지도 (출처: <https://en.wikipedia.org/wiki/Canada>)

1) 이 글에서 ‘주정부’란 10개의 자치주와 3개의 준자치주를 일컫는다.

<글상자 1> 캐나다 보건법 (Canada Health Act) 5대 원칙

- ① 공적 운영 (Public Administration): 주정부의 건강보험은 반드시 비영리 공공기관이 운영해야 한다. 건강보험 운영을 맡은 공공기관은 주정부에 대한 책무성을 가지고 기록과 회계장부를 감사 받는다.
- ② 포괄성 (Comprehensiveness): 병원 치료, 외래 진료, 치과 수술을 포함한 필수 보건의료서비스는 반드시 급여되어야 한다.
- ③ 보편성 (Universality): 모든 건강보험 가입자는 동일한 급여를 보장받는다.
- ④ 보유 이동성 (Portability): 다른 주 혹은 다른 국가로 주거지를 이전한 주민은 최소 기간 동안 기존 주의 건강보험으로 보장받을 수 있다.
- ⑤ 접근성 (Accessibility): 모든 건강보험 가입자는 보건의료기관에 대한 합리적인 접근성을 보장받아야 한다. 그리고 모든 의사와 병원에 대해서 그들이 제공한 서비스에 대하여 합리적인 수준으로 보상해야 한다.

제2차 세계대전이 일어나기 전까지 캐나다인들은 대부분의 보건의료서비스를 본인부담금으로 해결했고 공적 보건의료 전달체계도 존재하지 않았다. 캐나다의 보편적 건강보장(Universal Health Coverage)은 캐나다 3대 대초원 지역(The Prairies) 중 하나인 중부 내륙의 서스캐처원 주에서 시작되었다. 서스캐처원은 캐나다뿐 아니라 북미 지역 전체를 통틀어 사회민주주의 정부가 처음으로 집권한 지역이다. 1944년 서스캐처원 주지사로 당선된 토미 더글라스(Tommy Douglas)는 1932년 캐나다 캘거리(Calgary)에서 조직된 진보정당인 협동조합연맹(Cooperative Commonwealth Federation, CCF) 소속이었다.²⁾ 그는 1947년 서스캐처원에 보편적 병원보험을 도입하였고, 몇 년 뒤 연방정부가 이를 전국으로 확대하면서 전국민 보편적 건강보장이 실현하게 되었다.

2) 토미 더글라스는 1961년 협동조합연맹과 캐나다노동회의(Canadian Labour Congress)가 합당하여 창당한 신민주당(New Democratic Party, NDP)의 초대 당수로도 선출되었다. 그는 캐나다 국민들에게 ‘메디케어의 아버지’로 통하며, 2004년 캐나다 공영방송 CBC가 실시한 시청자 투표에서 ‘가장 위대한 캐나다인’으로 뽑혔다.

가난한 집안에서 태어난 토미 더글라스는 어린 시절 골수염을 앓았을 때 병원비가 없어 다리를 절단할 위기에 처했다고 한다. 다행히도 의학수련의 대상이 되는 조건으로 병원비를 면제받아 수차례 수술 끝에 다리를 보전할 수 있었다. 이러한 유년 시절의 경험이 병원 서비스는 누구에게나 무료여야 한다는 그의 신념을 만들어낸 계기가 되었다는 이야기는 잘 알려져 있다. 1947년 즈음 캐나다 병원들은 대부분 비영리 종교단체가 소유하고 있었고 그 중 대다수가 재정 문제를 겪고 있었기 때문에 안정적인 정부 지원금이 절실했다. 이러한 시대적 맥락에서 토미 더글라스가 추진한 보편적 병원보험은 서스캐처원 주에서 성공적으로 시행될 수 있었다.

서스캐처원에서 보편적 병원보험이 성공하면서 1950년 무렵 브리티시 콜롬비아(British Columbia), 알버타(Alberta) 주도 유사한 병원보험을 도입했고, 1955년에는 연방정부도 병원보험의 전국적 확대를 약속했다. 하지만 보건의료가 주정부의 관할 영역인 만큼 연방정부의 간섭에 반대하는 주정부들의 저항도 만만치 않았다. 연방정부는 주정부의 병원 건립과 보건의료인력 교육에 대한 재정 지원이 연방 병원보험의 핵심이라는 점을 강조했다. 마침내 1957년 전국민 병원보험법(Hospital Insurance and Diagnostic Services Act)이 통과되었다. 연방정부의 재정 지원을 통해 병원이 양적으로 팽창할 수 있었고, 그러자 주정부는 연방정부의 재정 지원 없이 병원을 운영하는 것이 더욱 어려워졌다. 오늘날 캐나다에서 전국민 건강보험 제도를 둘러싼 주정부와 연방정부의 협력적 관계가 이때부터 시작된 되었다.

토미 더글라스는 보편적 병원보험에서 멈추지 않았다. 환자들은 큰 병원에만 가는 것이 아니고, 동네의원에서의 의료비 지출도 만만치 않았기 때문이다. 그는 1961년 서스캐처원 주에서 병원 밖 의사들의 서비스, 즉 외래 진료비까지 포함하는 ‘의료보험법(Medical Care Act)’을 통과시키고 1962년 7월부터 시행에 들어갔다. 오늘날 캐나다의 보편적 건강보장을 일컫는 ‘메디케어(Medicare)’는 인구 90만 명(1961년 당시 925,181명)의 작은 주에서 시작된 것이다.

하지만 당시는 미국과 소비에트 연방이 대립하던 냉전 시기로 정부 개입에 대한 캐나다 의사들의 의심과 저항이 매우 컸다. 1962년, 서스캐처원 의사의 90% 이상이 메디케어 도입에 반대하면서 23일 동안 파업을 벌였다. 또한 이미 여러 차례 공적 건강보험의 도입을 저지한 ‘투쟁’ 경험이 있었던 미국 의사협회는 ‘사회주의 의료’가 캐나다를 통해 미국으로 전파되는 것을 막기 위해, 캐나다 의사협회에 100만 달러의 투쟁 기금을 지원하기도 했다 (그림 2).



<그림 3> 메디케어 도입에 반대하는 서스캐처원 의사들의 파업 안내 포스터

의사 파업이 진행되는 동안, 의료보험법을 지지하는 서스캐처원 시민들과 소수의 의사들은 힘을 합쳐 지역사회 클리닉을 열고 치료가 필요한 환자에게 보건의료 서비스를 제공했다. 또한 서스캐처원 주 정부는 의료 공백을 메우기 위해 바다 건너 영국에서 의사들을 데려왔다. 의사들의 파업이 지속되는 23일 동안 서스캐처원에서 소수의 의사들이 이끌었던 지역사회 클리닉 운동은 오늘날 캐나다에서 취약계층에게 일차의료 중심의 통합적 보건복지서비스를 제공하는 지역건강센터로 발전하게 되었다.³⁾

연방정부 차원에서도 소란스러운 서스캐처원의 메디케어를 대체할 대안적 제도를 찾기 시작했다. 이를 위해 캐나다 총리 디에펜베이커는 1961년 판사 에머트 홀(Emmett Hall)을 왕립의료서비스위원회 위원장으로 임명하여 이 문제를 검토하도록 했다. 에머트 홀은 모두의 예산을 뒤엎고 1964년 서스캐처원의 메디케어 모델을 전국적으로 도입할 것을 권고하는 보고서를 발행하였다. 권고에는 서스캐처원 메디케어 모델에서 한발 더 나아가 취약 아동과 수급자들을 위한 무료 치과 치료, 가난한 사람과 노인을 위한 처방 안경과 의약품 등 광범위한 서비스 제공까지 포함되어 있었다. 하지만 자유당이 집권하고 있던 연방정부는 1966년 외래진료비만 포함하는 협소한 의료보장법(Medical Care Act)을 제정하였고 1968년부터 시행하였다.

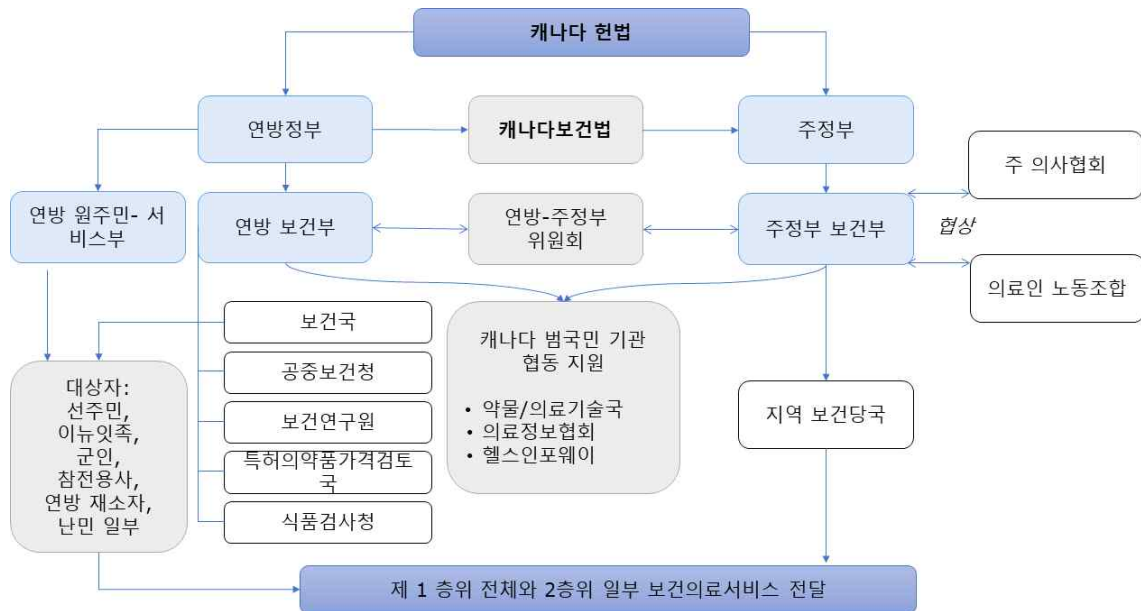
3) 서스캐처원 지역사회 클리닉 “첫 10년의 역사 The First Ten Years” (출처: <https://goo.gl/Ghh5Nc>)

연방정부는 1977년까지 의료보험 운영에서 접근성, 보편성, 포괄성, 공적운영, 보유 이동성의 5대 기준을 지키는 주정부에 대해 보건의료 지출의 50%를 지원하였다. 이후 1977년에 연방정부-주정부 재정 협정에 관한 법⁴⁾이 제정되면서 현금 지원(cash transfer)과 세제 지원(tax transfer)이 결합된 방식으로 대체되었다. 연방정부는 지출의 목적을 특정한 지원금(block fund)을 제공하는 동시에, 연방정부의 세율을 줄이고 주정부의 세율을 그만큼 높임으로써 주정부가 각자의 필요와 우선순위에 따라 보건의료자금을 운용할 수 있는 융통성을 높였다. 뿐만 아니라 연방정부는 상대적으로 재정이 열악한 주에 대해서는 평등화 기금(equalization payment)을 제공한다.

1984년 마침내 병원보험과 의료보장법을 통합한 캐나다보건법(Canada Health Act)이 제정되었고, 통합된 건강보장제도는 오늘날 메디케어로 불린다.

4) Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act

§ 캐나다 보건의료시스템 한 눈에 보기



<그림 4> 한 눈에 보는 캐나다 보건의료시스템: 거버넌스
(출처: Martin 등, 2018)

<표 1> 한 눈에 보는 캐나다 보건의료시스템: 보장성 (출처: Martin 등, 2018)

층위	서비스 범위	재정	행정	전달체계
1	메디케어 (병원, 의사, 진단 서비스)	공적 재정	보편적 단일지불자 체계	영리/비영리 의료기관 의 민간 보건의료전문 가 + 공공의료기관
2	처방약, 홈케어, 장기요양, 정신질환	공적 재정 + 민간보험 + 환자본인부담금	선별적 공적 보장, 민간서비스에 대한 공적 규제	영리/비영리 의료기관 의 민간 전문가 + 공공의료기관
3	치과치료, 안과치료, 대체의학, 외래물리치료	주로 민간보험 + 환자본인부담금 (일부 저소득층 공적지원)	민간 소유, 민간 전문가, 제한적 공 적 규제	영리 의료기관의 민간 전문가

◆ 거버넌스

캐나다에서 보건의료서비스를 포함한 광범위한 사회정책 프로그램/서비스는 주정부가 관할한다. 개별 주정부가 독자적으로 운영하는 건강보험제도는 캐나다보건법(Canada Health Act)에 명시된 5대 원칙 - ① 공적 운영, ② 포괄성, ③ 보편성, ④ 보유이동성(portability), ⑤ 접근성 - 을 준수해야 한다. 연방정부는 위의 5대 원칙을 준수하는 것을 조건으로 주정부의 보건의료 프로그램에 대한 재정을 지원한다. 또한 의료장비, 의약품, 천연약품 등의 안전성과 효능을 규제하며, 캐나다 선주민(First Nations)과 이누잇(Inuit), 난민이나 재소자 같은 사회 취약계층에 대한 필수 보건의료서비스를 제공하는 역할을 맡고 있다.

캐나다는 전 국민에 대해 ‘지불능력(ability to pay)’이 아닌 ‘필요(need)’에 따라 ‘의학적으로 필요한’ 보건의료서비스를 제공하는 보편적 건강보장 시스템을 운영하고 있다. 캐나다 전 국민은 자신이 속한 주의 건강보험제도에서 보장된 ‘의학적으로 필요한’ 필수 보건의료서비스에 대해 이용 시점에 본인부담금 없이 이용할 수 있다. 평소에 건강보험료를 내기는 하지만 병원 방문 시에는 ‘무상의료’가 실현되고 있는 셈이다. 그렇다면 ‘의학적으로 필요한’ 서비스가 무엇인가에 대한 논란이 따를 수 있다. 캐나다보건법에서 이를 정하지 않으며, 개별 주정부가 의사협회와의 협상을 통해 필수 의료행위를 규정하고 서비스 수가도 결정한다.

◆ 재정

캐나다 보편적 건강보장 제도의 재정은 세 개의 층위로 구분할 수 있다.⁵⁾

첫 번째 층위는 메디케어로 필수 의료서비스로 규정된 병원 서비스, 진단 서비스, 외래 진료비를 포함한다. 재정은 조세와 보험료를 기반으로 하고, 캐나다보건법에 따라 주 정부가 단일 지불자가 되어 운영하고 있다. 메디케어는 이용 시점에서 무료로, 필수의료서비스에 대해 모두에게 보편적이고 평등한 접근을 보장한다. 또한 단일지불자 제도의 특성상 설계가 단순하여 행정 비용을 절감한다는 장점을 지닌다. 하지만 메디케어에 포함된 필수의료서비스의 범위가 제한적이기 때문에 의료이용 접근성 측면에서 여전히 문제가 있다. 그러나 이 때 ‘제한적’이라 함은 한국처럼 병원 이용 시 비급여 항목이나 본인부담금이 많다는 뜻이 아니라, 처방의약품

5) Martin, D., Miller, A. P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B., & Marchildon, G. P. (2018). Canada's universal health-care system: achieving its potential. The Lancet.

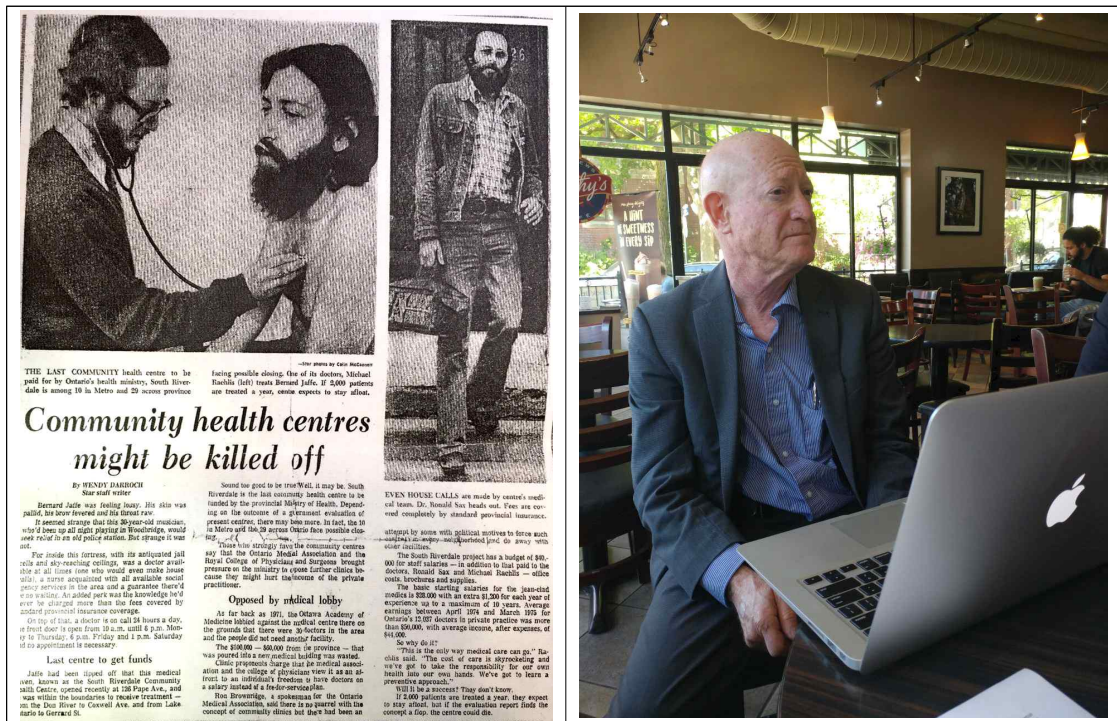
이나 장기요양, 치과, 안경 서비스처럼 병원이나 의사 진료 이외의 서비스를 보장하지 않는다는 뜻이다.

두 번째 층위는 이렇게 메디케어에 포함되지 않는 외래처방약, 가정 돌봄(home care), 장기요양서비스를 지칭한다. 이 서비스들에 대해서는 국가적 프레임워크가 없고 주별로 필요와 형편에 따라 다양한 조합의 프로그램을 운영한다. 예컨대 온타리오 주에서는 65세 이상 모든 노인들에 대해서 처방약제비가 공적보험으로 보장되는 반면, 브리티시 컬럼비아 주의 경우 노인의 처방약제비는 소득에 따라 차등적으로 보장된다.

세 번째 층위는 치과치료, 안과치료, 외래 물리치료 등 전적으로 민간보험이나 환자본인부담으로 이용되는 서비스를 일컫는다.

§ 캐나다 보편적 건강보장제도 탐방

이번 캐나다 보건의료제도 탐방의 현지 코디네이터 역할을 맡아 준 마이클 래클리스(Michael M. Rachlis) 교수는 오랫동안 일차의료 현장에서 의사이자 활동가로 일했고, 또한 건강정책 연구자와 컨설턴트로 지금까지 활발하게 활동하고 있다. 그는 1975년 마니토바 의과대학을 졸업하고 맥마스터 대학에서 가정의학(family medicine) 수련을 받았으며 사우스 리버데일 지역건강센터(South Riverdale Community Health Centre)에서 9년간 가정의로 활동한 바 있다.⁶⁾



<그림 5> 마이클 래클리스 교수의 모습 (좌: 사우스리버데일 지역건강센터 활동 시절, 우: 현재)

6) 마이클 래클리스 교수 블로그 <http://blog.michaelrachlis.com>

◆ 방문기관과 인터뷰 개요

<표 2> 방문 기관과 인터뷰 대상자

범주	세부	기관
보건의료공급자	병원	성마이클병원 (St. Michael's Hospital)
		여성대학병원 (Women's College Hospital)
	지역건강센터	사우스 리버데일 지역건강센터 (South Riverdale Community Health Centre)
		엑세스 얼라이언스 지역건강센터 (Access Alliance Community Health Centre)
	기타	정규간호사협회 (Registered Nurse Association of Ontario)
보건의료전문가	장기요양	팻 & 휴 암스트롱(Pat & Hugh Armstrong)
	메디케어	다니엘 마틴(Danielle Martin)
	공공의료	필립 버거 (Philip Burger) - 난민, 일차의료 메브 라시드 (Meb Rashid) - 난민, 취약계층 존 킹 (John King) - 공공병원
	건강정치/정책	척 래클리스 (Chuck Rachlis) 마이클 래클리스 (Michael M. Rachlis)
시민단체		크리스티 난민지원센터 (Christie Refugee Welcome Centre)
노동조합		온타리오 병원 노동조합 (Ontario Council of Hospital Unions)
		온타리오 간호사 노동조합 (Ontario Nurses Association)
정치가		온타리오 주의원 피터 타번(Peter Tabuns)

◆ 시사점

• 캐나다 ‘공공’ 병원의 모습 - 성미카엘 병원

필자는 학교에서 건강정책과 보건의료제도를 공부했지만, (대학) 병원을 이용해 본적은 거의 없었다. 나와 지인들이 크게 아픈 곳 없이 건강하게 살아온 덕택이라 할 수도 있지만, 나에게 한국의 (대학) 병원은 ‘눈 뜨고 코 베어 가는’ 무시무시한 곳의 이미지로 강하게 각인되어 있기 때문이기도 하다. 건물 크기도 압도적이고 민간보험이라도 없으면 온갖 불필요한 검사로 내 지갑을 탈탈 털어갈 것이라는 불안함이 컸다. 그래서 캐나다의 ‘공공병원’을 상상하기는 쉽지 않았다. 병원이 어떻게 하면 ‘공공성’을 가질 수 있을까?

우리는 작년 10월 캐나다 명예의 전당 의사상(Canadian Medical Hall of Fame)을 수상한 필립 버거 박사(Dr. Philip Berger)를 만났다. 그는 1997년부터 2013년까지 성미카엘병원 가정의학/지역사회의학 부서장을 역임했다. 그는 성미카엘병원이 맡거나 연계하고 있는 일차의료 클리닉에서 진료와 학생, 전공의 수련을 맡고 있을 뿐 아니라, 1980년대 HIV/AIDS가 토론토에서 처음 유행하던 시기부터 환자들을 치료하여 1987년에는 HIV 일차의료 의사모임을 조직한 인물이기도 하다. 또한 2012년에는 ‘난민 돌봄을 위한 캐나다 의사 모임(Canadian Doctors for Refugee Care)’을 설립하고, 난민 보건의료 예산 삭감에 반대하는 전국 의사 집회를 조직하기도 했다.⁷⁾ (그림 5)

무려 대학병원 교수직이나 되는 사람이 어떻게 이토록 진보적인 활동에 적극적일 수 있을까? 버거 박사와 래클리스 박사는 캐나다 병원이 공적으로 운영되기 때문에 개별 의사들에게 수익에 대해 압박을 가하지 않고, 의사들도 신분이 보장되기 때문에 정치적으로 자유롭다는 점을 지적했다. 보건의료 체계의 공공성이 보건의료 전문가의 정치적 자유와 광범위한 대중응호활동을 가능하게 하는 물적 토대로 작동하고 있었다. 중요한 것은 이 물적 토대가 개별 병원의 공적 운영이 아닌 보건의료 ‘체계’ 차원의 공공성에서 비롯된다는 것이다. 지난 2016년 9월 사망한 백남기 농민의 사망진단서를 둘러싼 정치적·의학적 논란을 떠올려보자. 국내 최대 규모이자 최고 수준의 공공병원인 서울대병원에서 발생한 이 ‘스캔들’은 체계의 공공성이 미시 차원의 의료 현장에까지 미치는 영향력을 상징적으로 보여주었다.

7) 2012년 5월 11일에는 90명이 넘는 캐나다 의사가 난민 건강 예산 삭감에 반대하여 국회의원 조 올리버(Joe Oliver)의 사무실을 점거하기도 했으며, 그 결과 예산삭감 저지를 이끌어냈다 (관련 영상: <https://www.youtube.com/watch?v=RiNDtUaNudk>)



<그림 6> 필립 버거 박사의 모습 (좌: 1974년 졸업식, 우: 현재)

그가 20년 가까이 고용되어 일했던 성미카엘 병원은 토론토의 도심에 위치한 대학병원으로 ‘도심의 천사 the Urban Angel’라는 믿기 어려운 별명을 가지고 있었다. 이 병원은 1892년 성 요셉 수녀원이 토론토 도심 지역의 가난하고 병든 사람들을 위해 설립한 것이다. 설립 당시 4명의 간호사와 6명의 의사, 26개 병상을 갖춘 작은 병원에 불과했지만 현재 455개 급성기 병상을 가진 큰 병원으로 성장했고, 토론토대학 의과대학과 공식 협정을 맺어 1920년부터 의대생들을 수련하는 대학병원으로 기능하고 있다. 성미카엘 병원은 ‘도심의 천사’라는 별명에 걸맞게 최근까지도 사회 취약계층의 다양한 건강문제에 대해 가장 전문화된 서비스를 제공하고 있다. 특히 홈리스와 같은 취약계층에게 최적의 보건의료서비스를 제공하는 임상적 역량을 기르는 것이 중요하게 여겨지고 있었다.⁸⁾ 한국의 종교 관련 병원, 사회복지시설, 사립학교들이 보여온 사회적 일탈에 익숙한 필자에게, 이는 정말 생소한 모습이었다.

성미카엘 병원을 비롯한 온타리오 주 병원들은 반드시 국가(주정부) 소유는 아니지만, 영업 수익의 85~100%가 보건부의 건강보험 재정에서 나오는 만큼 공적으로 운영되고 있다. 병원 내 카페나 주차장 운영 같은 기타 이윤창출 활동, 재향 군인을 위한 연방정부 보조금 등 보건부 이외 정부부처의 재원과 자선기금 등이 나머지 15% 미만을 차지한다. 이들 병원은 공적으로 재원을 조달하는 만큼 엄격한 책무성을 가질 뿐 아니라,⁹⁾ 거버넌스 체계에서도 공공성을

8) 특히 성미카엘 병원의 ‘도심 건강 프로그램 (Inner City Health)’은 실천과 학술 측면에서 국제적으로 명성이 높다 (블로그: <http://www.stmichaelshospital.com/programs/ich/index.php>)

9) 온타리오 주에서는 공적 자금이 상당한 수준으로 투여되는 영역(주/자치 정부, 입법/사법 기관, 공립학교, 병원과 공중보건 조직, 대학 등)에서 연봉 10만 달러 이상인 개인들에 대해 매년 이름, 직위, 연봉, 과세 급여를 공개하고 있다. 이는 1996년에 제정된 공공부문 급여 공개법에 의한 것으로 선사인 리스트 (sunshine list)라고 부른다. 병원의 경우에도 소유 주체에 관계없이 건강보험으로 운영되는 경우 이

유지하기 위해 애쓰고 있었다. 이러한 사례는 반드시 소유주체 측면의 공공성만을 고집할 필요는 없다는 점과 더불어, 사회적 통제와 민주주의가 중요하다는 점을 보여준다.

<글상자 2> 캐나다 메디케어의 병원 지불제도

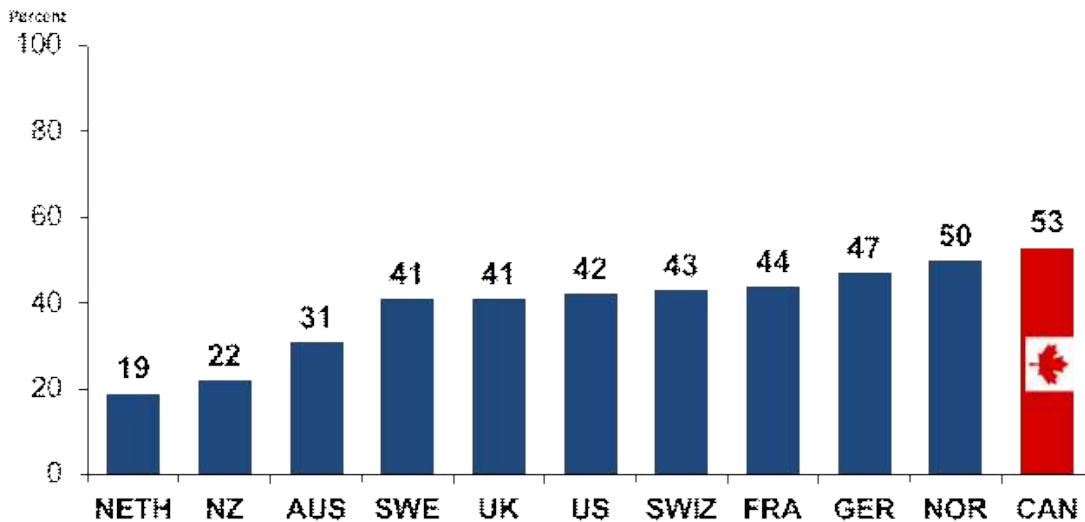
전통적으로 캐나다 주정부의 지역건강통합네트워크(Local Health Integration Network, LHIN)는 병원에 대해 ‘작년 한 해 예산’에 기초하여 매년 예산을 총액으로 일괄 지불해왔다(총액계약제). 하지만 이러한 총액계약제는 병원이 맡고 있는 사례들의 임상적 복잡성, 제공되는 서비스 수준과 비용 등을 충분히 반영하지 않았고 제공되는 의료서비스의 질을 향상시킬 유인도 적었다. 이러한 이유로 2012년 보건의료시스템 재정 개혁(Health System Funding Reform)을 통해 환자 중심의 재원조달 프로그램을 도입하였다.

구체적으로 온타리오 주정부의 LHIN들은 대규모 병원들에 대해 세 가지 모델에 기초하여 예산을 할당한다. LHIN에서 병원들에 지급하는 재원 중 ① 지난 1년 예산에 기초한 기존 총액계약제 비율을 30%로 줄이고, ② 개별 병원이 담당하는 지역사회 주민들의 사회인구학적 특성, 사회경제적 지위, 임상적 특성을 고려한 건강기반 할당모델(Health Based Allocation Model)에 의한 재정 40%, ③ 효율성과 성과를 기준으로 한 성과기반모델(Quality-Based Procedures)에 의한 재정이 40%를 차지한다.

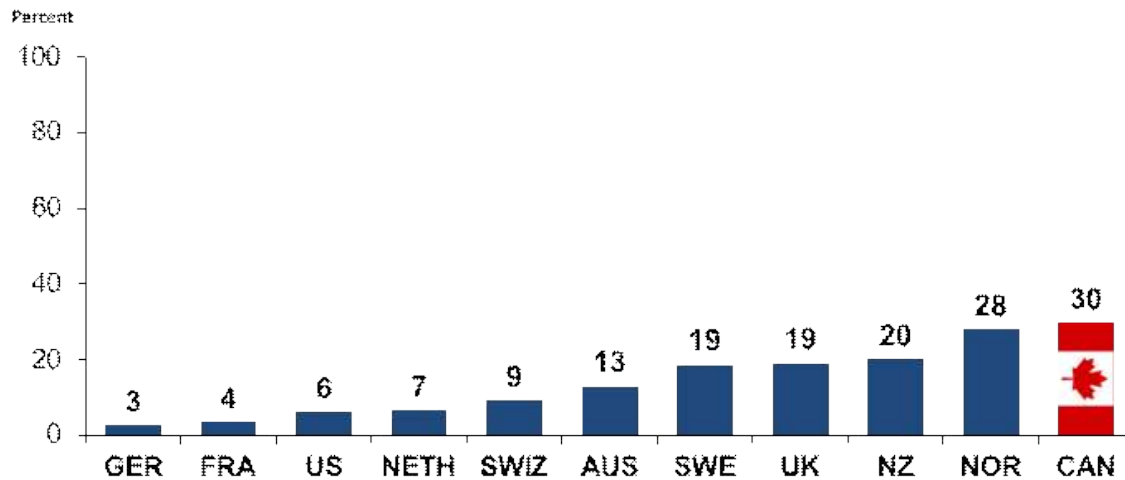
제도의 적용을 받는다 (웹사이트 <https://www.ontario.ca/page/public-sector-salary-disclosure>)

• 대기시간을 줄이기 위한 노력: 외래 병원 모델 - 여성대학병원

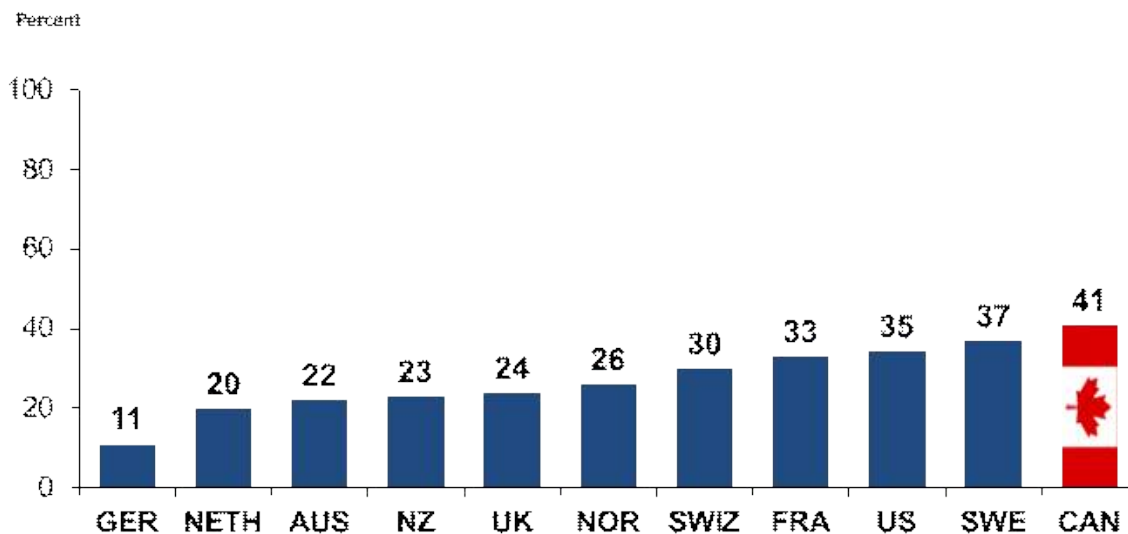
캐나다 보건의료체계는 공공성과 보편성, 양질의 서비스에도 불구하고 여러 고질적인 문제를 갖고 있었다. 여러 전문가들은 선택적 수술과 진단 서비스에 대한 대기시간 문제를 가장 중요하게 꼽았다. 실제 조사에서도 많은 캐나다 시민들이 백내장 수술, 엉덩이 관절과 무릎 인공관절 수술, CT/MRI 촬영 등에서의 긴 대기시간에 가장 불만이 크다는 점이 확인되었다. 국제 비교에서 ‘치료가 필요한 당일 또는 다음 날 치료를 받지 못했다’고 응답한 비율이 53%로 영연방 국가들(commonwealth countries) 중 가장 높았고 (그림 6), ‘전문의 진료를 위해 2개월 이상 기다렸다’고 응답한 비율도 30%로 가장 높았다 (그림 7). ‘지난 2년 응급실을 이용했다’고 응답한 비율 또한 41%로 가장 높았으며 (그림 8), 긴 대기시간이 건강결과에 미치는 부정적인 결과가 뚜렷하게 드러났다.



<그림 6> ‘치료가 필요한 당일 또는 익일 치료를 받지 못했다’고 응답한 비율
(출처: 2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey)



<그림 7> ‘전문의 진료를 위해 2개월 이상 기다렸다’고 응답한 비율
(출처: 2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey)



<그림 8> ‘지난 2년 응급실을 이용했다’고 응답한 비율
(출처: 2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey)

그동안 고질적 대기시간 문제를 해결하기 위해 수술과 진단서비스를 전담하는 영리병원 도입, 민간보험을 이용한 대기줄 건너뛰기 등이 제안되기도 했다. 그러나 이러한 대응은 시민들 사이에 지불능력에 따른 불평등을 야기하고, 공공부문의 자원을 유출하는 결과로 이어질 수도 있다. 그래서 온타리오 주 정부가 시도한 것이 바로 여성대학병원(Women’s College Hospital)의 ‘병상 없는 외래 병원(ambulatory hospital)’이다.

여성대학병원은 여성 환자만 받는 병원이 아니다. 1883년 캐나다 의과대학 어디에서도 수술을 받을 수 없었던 최초의 여성 의사 에밀리 스토우(Emily Stowe)가 토론토 여성 선거권 클럽(Toronto Women's Suffrage Club)을 조직하고 여성을 위한 의학교육 기관의 필요성을 주장하면서, 그 해 10월 1일 토론토 시장 보즈웰(Boswell)이 공식적으로 여성의과대학(Woman's Medical College)을 설립한 것이 오늘날 여성대학병원의 유래라 할 수 있다.

여성대학병원은 캐나다 보건의료전달체계 혁신 모델로 캐나다에서는 처음으로 외래 수술 모델(ambulatory surgery model)을 도입했다. 캐나다 일부 주에서는 대기 적체 현상을 민간보험이나 영리병원을 통해서 해결하려 했던 데 비해, 온타리오 주는 공공병원에서 혁신을 실험했다. 예컨대 전통적인 인공관절수술 모델에서는 무릎의 경우 평균 4일, 엉덩이 관절은 평균 7일 동안 입원한다. 그러나 이 병원에서는 수술 당일 환자를 퇴원시키고, 병원 케어팀이 퇴원 시 환자에게 제공한 테이블릿을 이용하여 환자의 수술 경과를 모니터링한다. 여성대학병원의 선임 전략 담당관 셰릴 우드먼(Cheryl Woodman)은 캐나다의 만성적인 병상 부족, 긴 대기시간으로 인한 보건의료서비스 접근성 악화가 인구 고령화로 더욱 심화되고 있으며, 이러한 ‘혁신’이 대기시간을 줄이고 시스템 전체의 효율성을 증진시키는 데 기여할 수 있다고 말했다.

여성대학병원은 건물 외관부터 달랐다. 2015년 완공된 지금의 건물은 “1930년대처럼 좁은 통로를 따라 줄지어진 작은 병동들로 둘러싸인 병원”과는 다른 모습이었다.¹⁰⁾ 예방과 질병 관리에 초점을 두는 전문 클리닉과 센터들을 세련되게 배치하여 여성대학병원이 지향하는 ‘병원의 미래’를 보여주고 있었다 (그림 9).

10) One 100 years of Women's Health (출처: <https://www.womenscollegehospital.ca/about-us/100years>)



<그림 9> 여성대학병원 외관

한국의 사정을 생각하면 영락없이 영리병원이 떠오르지 않는가? 나는 외래 모형이라는 이야기만 듣고, 수지가 맞지 않는 입원 환자는 체쳐두고 밤낮 없이 CT와 MRI를 찍어내는 공장 같은 한국의 병원을 떠올렸다. 하지만 여성대학 병원도 성미카엘 병원과 마찬가지로 대부분 주 정부의 재정으로 운영되고, 역사적으로 소외받아 온 여성 건강에 대한 선두적인 연구를 수행하고 있었다. 또한 마약/약물에 중독된 사람들이 예약이나 진료 의뢰서 없이 1~2일 내로 중독 치료(medical detox)를 받을 수 있는 ‘긴급 약물중독 치료클리닉(Rapid Access Addiction Clinic, RAAC)’도 운영하고 있었다. 여성대학병원의 시도는 캐나다 보건의료시스템에 만연한 긴 대기시간 때문에 발생하는 미충족 의료를 해결하려는 노력이자 혁신이라고 할 수 있었다.

최근 국가재정 지원을 받으며 지역암센터를 운영하던 울산대학병원이 환자 수 감소로 인한 병상가동률 저하를 이유로 일부 전문진료과 병동을 폐쇄한 일이 있었다.¹¹⁾ 대기 적체라는 보건의료 문제를 해결하려는 정부의 시책에 부응하려는 민간 소유 공공병원의 책무성은 한국 사회가 캐나다 보건의료제도에서 배울 수 있는 중요한 교훈이다.

11) 연합뉴스 2018년 9월 3일자 기사 (바로가기: <https://goo.gl/NQUF1M>)

• 바람직한 지역건강센터의 모습

많은 사람들이 보건의료 서비스 하면 첨단설비와 전문의가 포진한 병원을 떠올린다. 하지만 보건의료 서비스 필요의 가장 큰 부분은 일차의료 수준에서 발생하며, 보건의료의 질적 측면에서나 효율성 측면에서나 일차보건의료의 중요성은 간과할 수 없다. 한국 사회 의료전달체계에서 가장 취약한 부분이 바로 일차의료이기도 하다.

캐나다는 영국이나 쿠바만큼 일차의료 혹은 주치의 시스템이 잘 작동하는 곳은 아니며, 그래서 캐나다 전문가들 사이에 비판의 목소리도 높다. 하지만 지역건강센터를 통해 이 부분을 충족시켜 가고 있다.

앞서 언급했듯 지역건강센터는 1962년 서스캐처원 주에서 보편적 의료보험 도입을 반대하는 의사들이 파업에 돌입했을 당시 지역주민들과 소수의 의사들이 그 공백을 메우기 위해 지역사회클리닉을 개소하면서 시작되었다. 지역사회 취약계층에게 필수 보건의료서비스를 제공한다는 점에서 한국의 보건소와 비슷한 부분이 있지만, 정부기관이 아니라 준 정부기구이거나 시민들의 자발적 결사체인 경우가 대부분이다. 대개는 지역사회의 필요(need)에 따라 ‘아래로부터’ 조직되어 만들어졌으며, 가장 취약한 주민들의 건강을 개선시키기 위해 일차의료, 건강증진, ‘지역사회 개발 (community development)’을 통합하여 총체적으로 접근한다는 점이 특징이다. 지역건강센터 이사회에는 지역사회 주민들이 참여하며, 지역사회에 대한 책무성을 가지기 때문에 지역사회 필요에 부응하는 프로그램들을 제공한다. 뿐만 아니라 예방과 건강증진에 초점을 맞춘 일차의료 서비스는 의사 혼자서가 아니라 일차의료 의사, 간호사, 영양사 등으로 구성된 일차의료팀이 제공하는 것을 원칙으로 한다.

온타리오 주에는 총 73개의 지역건강센터가 있고 그 중 20개가 토론토에 위치하고 있다 (그림 10, 글상자 3). 탐방팀은 그 중에서 두 곳의 지역건강센터를 방문했다. 두 곳 모두 지역사회 취약계층에 대한 일차의료서비스 중심의 보건복지 통합서비스를 제공한다는 점에서는 동일했지만, 센터마다 지역사회 필요에 따라 중점을 두는 영역이 달랐다.



<그림 10> 온타리오주 지역건강센터 분포 (출처: <https://www.aohc.org>)

<글상자 3> 온타리오 지역건강센터 현황

● 취약계층 건강권 보장

지역건강센터 방문 환자의...

- 16.4%는 이민자이다 (vs. Family Health Team의 경우 4.7%)
- 54.1%는 저소득층이다 (vs. Family Health Team의 경우 41%)
- 16.6%는 10개 이상의 만성질환을 동반하고 있다 (vs. 온타리오 주 전체 인구의 7.73%)
- 34~63%는 정신질환을 앓고 있다
- 5.9%는 조현병과 양극성정동장애와 같은 중증 정신질환을 앓고 있다 (vs. 온타리오 주 전체 인구의 1.5%)
- 23.8%는 공공부조 수급자이다 (vs. 온타리오 주 전체 인구의 8.5%)

● 질병 예방과 관리

- 자궁경부암 검사율 80% (vs. 온타리오 주 전체 65%)
- 채장암 검사율 65% (vs. 온타리오 주 전체 30%)
- 당뇨병 환자의 다학제 진료 이용률 86% (vs. 온타리오 주 전체 38%)

● 접근성 개선

- 지역건강센터의 74%가 통역 서비스를 제공한다
- 지역건강센터의 83%가 동일 진료를 제공한다
- 지역건강센터의 39%가 불어로 서비스를 제공한다
- 지역건강센터의 83%가 비대면 일차의료서비스를 제공한다 (전화, 이메일, 또는 온타리오 원격 의료 네트워크)
- 지역건강센터의 93%가 방문 일차의료 진료를 제공한다

출처: <https://www.aohc.org/sites/default/files/documents/2018-Infographic-english.pdf>

우선 사우스리버데일 지역건강센터(South Riverdale Community Health Centre)는 북미에서 손꼽히는 영화산업 중심지에 위치하고 있었다.¹²⁾ 마침 우리가 방문한 날도 옆 골목에서는 유명한 TV 드라마 [김씨네 편의점 Kim's Convenience] 촬영이 이루어지고 있었다. 하지만 이곳은 역사적으로 오랜 동안 저소득 블루칼라 노동자 계층이 밀집한 지역이었다고 한다. 이들의 건강보호와 의료서비스 제공을 위해 1976년 지역주민들과 진보적인 의사 2명, 간호사 1명이 모여 지역건강센터를 열었다. 1982년 지역 아동들 사이에서 의문의 질병이 유행처럼 번졌을 때 토양 속 납을 원인으로 지목하고 토론토시와 함께 2,300명의 취학아동과 성인에 대한 혈중 납 농도 검사를 실시한 것도 바로 지역건강센터의 의사와 주민들이었다. 이는 당시 캐나다에서 실시한 가장 큰 규모의 혈중 납 농도 검사였다. 건강문제의 원인이 납으로 밝혀지자 환경부가 사우스리버데일 지역의 토양에서 납을 제거하는 작업에 착수하게 되었다. 진보적 의료인과 지역주민들이 지역사회 필요에 부응하여 시작한 작은 센터는 40년이 지난 오늘날 140명에 이르는 직원들이 일하고 연간 11,000명 이상의 환자들이 찾는 지역건강센터로 성장했다 (그림 11).

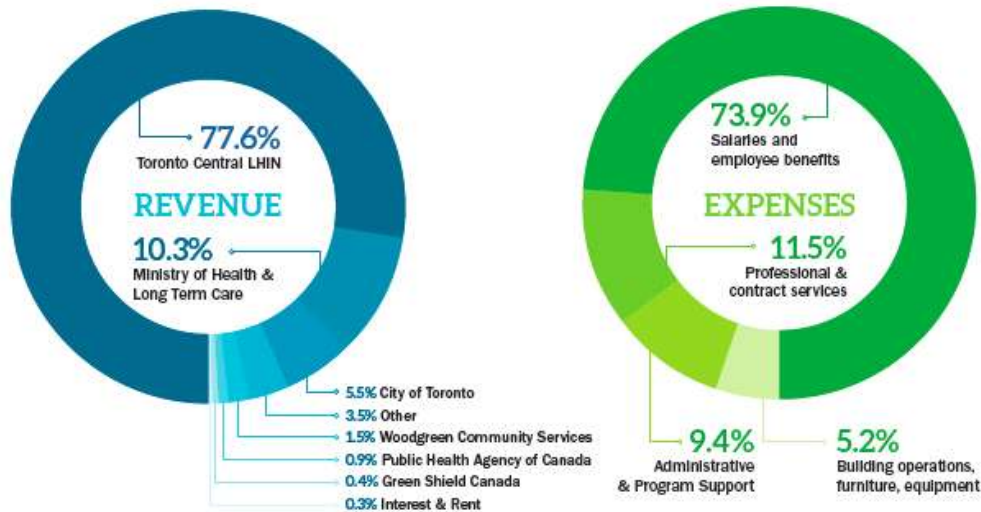


<그림 11> 사우스 리버데일 지역건강센터
(출처: 부산일보 특별취재팀 <https://goo.gl/Lgg6jq>)

12) <https://www.srchc.ca/about/history/>

<글상자 4> 사우스 리버데일 지역건강센터 예산 출처와 지출 내역 (2016.4.1.~2017.3.31.)

재원의 대부분이 공적으로 조달된다. 전체 재정의 77.6%가 토론토시 지역건강통합네트워크(Local Health Integration Network, LHIN)에서 나오고, 캐나다 보건부가 10.3%, 토론토 시에서 5.5%를 제공한다.



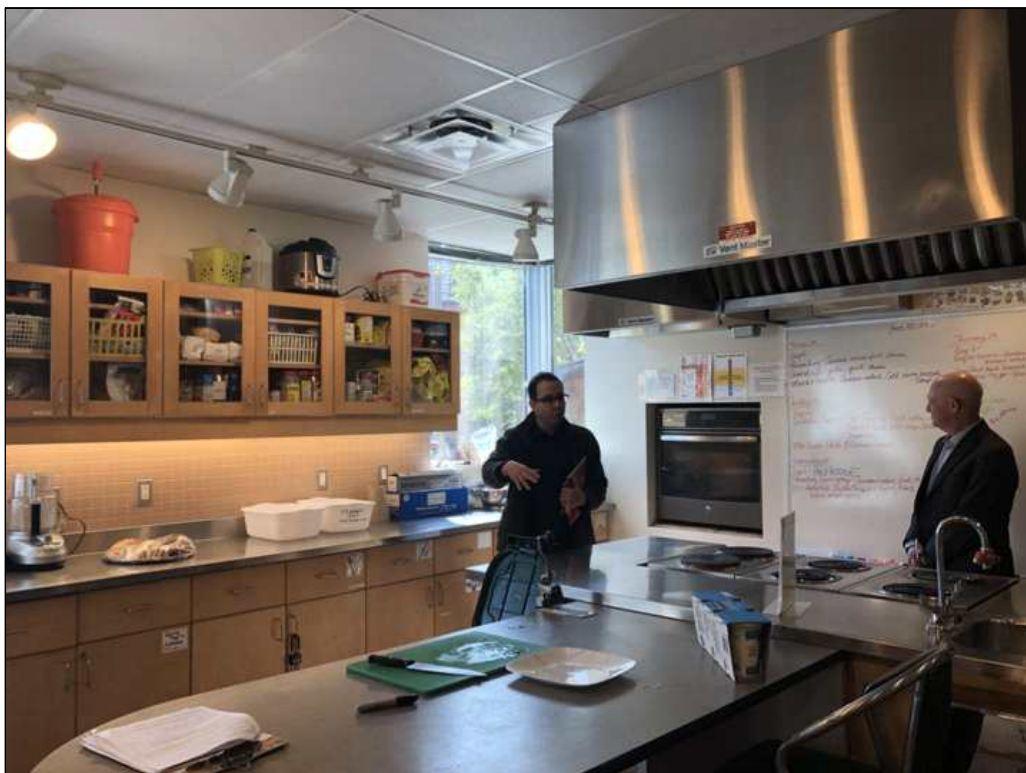
출처: 사우스리버데일 지역건강센터 2016년 연간 보고서

지역건강센터의 일차의료서비스는 의사, 간호사, 간호조무사, 영양사, 발 치료사(chiropractors), 물리치료사, 사회복지사 등으로 구성된 다학제 팀이 제공하는 것을 원칙으로 한다. 캐나다 대부분의 일차의료 클리닉, 말하자면 동네 의원이 의사 한두 명과 접수원 한 명으로 운영되고 있는 데 비해, 지역건강센터는 환자에 대한 ‘팀의 책무성’을 강조하고 있다. 그리고 캐나다에서는 동네의원과 병원에 소속된 개별 의사들이 대부분 행위별수가제에 따라 보수를 지급받는데 비해, 지역건강센터에 소속된 의사들은 월급을 받는다. 급여 수준이 일반 개원의와 비교해 거의 비슷한 수준이기 때문에, 의사 고용에 큰 어려움을 겪지 않는다고 한다. 또한 혼자 일하며 한정된 서비스만 제공할 수 있는 개인 클리닉에 비해, 팀으로 함께 일하며 성취감을 느낄 수 있다는 장점이 알려지면서 젊은 의사들의 지원이 늘어나고 있다고 한다.

사우스 리버데일 센터는 일차의료서비스 외에도 약물 위해감소(harm reduction) 프로그램의 일환으로 2017년 11월 안전주사시설(Supervised Consumption Site)인 ‘킵 식스 KeepSIX’를 개소하여 운영 중이다. KeepSIX는 캐나다의 지역건강센터 중에서는 최초의 합법적이고 영구적인 안전주사시설이다. 또한 당뇨 환자와 취약계층의 바람직한 식생활을 증진하고 식품 불안정성 문제 해결을 위해 요리 강습도 중요하게 다뤄지고 있다 (그림 12, 그림 13).



<그림 12> 사우스 리버데일 지역건강센터 창에 붙여진 약물정책개혁 옹호포스터



<그림 13> 사우스 리버데일 지역건강센터의 요리 실습실

다음으로 댄포스(Danforth)에 위치한 액세스 얼라이언스 지역건강센터(Access Alliance Community Health Centre) 지부(Access Point)를 방문했다. 댄포스 지부는 오래된 고층 아파트들과 다양한 국가 출신의 이주민들이 밀집한 곳에 위치하고 있었는데, 단번에 취약 지역임을 알 수 있었다. 한국에서는 아파트가 현대적 중산층 문화를 상징하지만, 캐나다에서 ‘아파트’는 최신식 콘도와 달리 지어진지 오래된 건물이 대부분이고 도심 외곽에 위치하고 있어 월세가 비교적 저렴한 특징을 갖는다. 다른 지역건강센터와 마찬가지로 다학제 팀이 일차보건의료 서비스를 제공하고 있었는데, 특히 이주민과 난민에 초점을 두어 문화적으로 감수성 있고 접근 가능한 언어로 서비스를 제공했다. 환자들은 이주민/난민 지원센터에서 의뢰를 받거나 또는 센터에서 지역사회 아웃리치 활동을 통해 직접 찾아내고 있었다. 그 외에도 다양한 지역사회 프로그램과 청년(13-24세) 프로그램, 성소수자 프로그램, 정착 서비스, 의학 통역 서비스 등을 제공한다 (그림 14, 그림 15).



<그림 14> 액세스 얼라이언스 다문화 지역건강센터의 댄포스 지부 외관



<그림 15> 액세스 얼라이언스 지역건강센터의 댄포스 지부가 위치한 지역사회 모습

• 비영리 민간부문의 공공의료 역할 - 난민지원센터

캐나다에서 사회 취약계층에게 일차보건의료를 중심으로 한 보건복지 통합서비스를 제공하는 것은 비단 지역건강센터만이 아니다. 크리스티 난민지원센터는 토론토 시내 중심에 위치한 총 76개 병상의 난민 긴급보호쉼터(emergency shelter)로 매년 약 300여 명의 난민들을 돌보고 있다. 이 센터는 특히 난민 개인이 아닌 ‘가족’들을 대상으로 임시 숙소를 제공한다는 점이 특징이다. 지난 20년 동안 난민 가족들에게 쉼터 역할을 해왔고 일차의료 클리닉도 함께 운영하고 있다. 탐방팀이 센터를 방문한 평일 이른 아침 시간에도 아이를 등에 업고 혼자서는 옮길 수 없는 부피의 짐을 끌고 센터가 문 열기만을 기다리는 난민 모자(母子)를 만날 수 있었다.

1989년 월드비전 캐나다가 ‘정부지원 난민(Government-Assisted Refugees, GARs)’¹³⁾을 지원하기 위해 설립한 리셉션 센터가 출발점이 되어 첫 10년 동안은 캐나다 이민국과 협력하여 임시 숙소 등을 지원했다. 하지만 2001년부터는 지원 대상을 정부지원 난민에서 ‘난민 신청자’로 전환하고 토론토시와 협력하여 계속해서 쉼터 역할을 해왔다. 토론토의 홈리스 중 난민 신청자가 세 번째로 많은 만큼 이들은 취약한 상황에 놓여있기 때문이다. 2007년 센터는 월드비전으로부터 독립하여 지금의 이름으로 명칭을 변경하였고, 현재는 캐나다 이민국의 협력기관 역할을 하고 있다.

크리스티 난민지원센터는 비영리 민간부문에서 공공의료 역할을 수행하는 훌륭한 예시를 보여준다. 특히 일차의료 서비스에 대한 필요가 가장 큰 난민들이 모여 있는 쉼터 안에 일차의료 클리닉을 만든다는 발상의 전환이 돋보였다. 센터의 일차의료 의사인 맵 라쉬드(Meb Rashid)는 난민 건강권 옹호가로 오랜 시간 활동해온 만큼 난민들의 겪는 미충족 의료 문제와 의료 접근성이 제약받는 상황을 누구보다 잘 이해하고 있었다. 클리닉은 매우 협소했지만 멀리 미국에서 수련을 받기 위해 왔다는 의과대학 학생과의 만남 때문인지 이 작은 공간에서 공공의료의 또 다른 길이 펼쳐지고 있다는 인상을 받았다 (그림 16).

13) 정부지원난민(GARs)란 유엔난민기구를 통해 캐나다로 정착을 의뢰받은 난민을 일컫는다,



<그림 16> 크리스티 난민지원센터 일차의료 클리닉에서 출장팀과 의사 맵 라쉬드

◆ 공공의료의 또 다른 기둥: 노동조합

캐나다의 보편적 건강보장 체계를 지탱하는 또 다른 기둥은 노동조합이다. 탐방팀은 온타리오 병원 노동조합(Ontario Council of Hospital Union)과 온타리오 간호사 노동조합(Ontario Nurse Association)을 방문하여 활동가들과 인터뷰를 진행했다. 솔직하게 고백하자면, 통역을 맡았던 필자에게 가장 큰 시련의 시간이었다. 노동조합의 역할에 대한 스스로의 편협한 시각과 지식 부족 때문에 두 노동조합이 실제로 하고 있는 광범위한 건강보장 옹호활동을 즉각적으로 이해하기 어려웠던 것이다.

온타리오 병원 노동조합과 간호사 노동조합은 해당 직종의 노동조건 개선을 위해 활동할 뿐 아니라 보건의료체계의 공공성 강화, 민영화 반대, 환자 안전과 인력 확충 등 광범위한 보건의료 정책사업과 대중옹호활동을 실천하고 있었다. 최근에는 병원 예산을 삭감하면서 커뮤니티케어 확산을 추진하는 정부 정책에 우려를 표하면서 장기요양 부문 노동자 조직화를 위해 노력하고 있었다 (그림 17). 온타리오 간호사 노동조합은 조직률이 90%가 넘는 만큼 규모가 매우 크고, 재정과 조직이 탄탄하다는 인상을 받았다. 이들은 매일같이 보건의료현장 최전방에서 일하는 간호사야말로 누구보다도 건강보장 체계의 문제를 잘 알고 있다는 점에서 스스로를 가장 강력한 ‘환자 옹호자 patient advocate’라고 소개했다 (그림 18).



<그림 18> 온타리오 병원 노동조합 (Ontario Council of Hospital Union/CUPE) 활동가



<그림 19> 온타리오 간호사 노동조합 (Ontario Nurse Association) 의 캠페인 포스터 (Nurses Know: RN Pride)

• 지방분권의 명과 암

앞서 살펴본 성미카엘 병원, 여성대학병원과 토론토의 지역건강센터들은 한국의 여느 병원, 보건소와는 확연히 다른 느낌이었다. 무엇보다도 재정은 공적으로 조달받지만 운영에 있어서는 독립적이고 지역사회의 필요에 맞춤형 서비스를 창의적인 방식으로 전달하는 모습이 인상 깊었다. 중앙에 의존하는 한국의 보건의료제도에서 볼 수 없는 활기가 느껴졌다.

캐나다뿐 아니라 미국에서도 보편적 건강보장을 옹호하는 진보적인 의사로 유명한 여성대학병원 소속의 다니엘 마틴(Danielle Martin) 박사는 “지방분권이 고도화된 보건의료시스템 모델일수록 혁신적인 아이디어를 잘 생산해내고 시스템에 대한 주인 의식이 높고 계속해서 개선시켜나가려 한다”고 말했다. 하지만 문제점도 존재한다. “고도의 지방분권화 때문에 좋은 제도를 전국으로 확대시키기 어렵고, 지역 간 건강결과와 서비스 전달의 변이가 크게 나타난다”고 마틴 박사는 말했다. 실제로 캐나다는 보편적 건강보장을 실현한 선진국 가운데 유일하게 처방약제가 급여화되지 않은 국가이고, 전체 약제비의 57%를 민간보험과 환자본인부담으로 지출한다. 캐나다 가구의 거의 25%가 가족 중 지불능력이 안돼서 약을 못 먹는 구성원이 있다고 응답했을 뿐만 아니라 장기요양시설이나 가정 돌봄에 대한 미충족의료와 불평등도 심각하다. 그런데 이러한 상황은 주별로 큰 차이를 보인다. 지방분권의 어두운 측면이다.

§ 맺음말

캐나다는 건강/보건의료 뿐 아니라 사회복지, 젠더 평등 등 여러 영역에 있어 국제적으로 높은 명성을 얻고 있다. 또한 캐나다는 2016년 한 해 46,700명에게 난민 지위를 허가했고 난민 수용률도 70%에 달하는 ‘인권’ 국가이다. 올해 상반기 예멘 출신 난민 500여명이 제주도에 입국하면서 벌어진 ‘난리’를 생각해 보면 한국과 캐나다를 비교하는 것 자체가 무리인 것처럼 보이기도 한다.

하지만 직접 가서 보고 들은 캐나다의 보건의료시스템은 마냥 이상적이지만은 않았다. 우리가 만난 보건의료전문가들과 활동가들은 인터뷰가 시작되기 무섭게 캐나다 보건의료시스템을 비판하기 시작했다. 열심히 받아쓰는 두 손이 민망할 지경이었다. 보편적 건강 보장에서는 낙제를 면치 못하는 미국과 국경을 마주하고 있기에 반사이익을 톡톡히 보고 있다는 냉소적인 평가도 뒤따랐다.

틀린 말은 아니다. 실제로 캐나다는 영국이나 다른 서유럽 국가들에 비해 의료비 공공지출 비율이 낮다. 총 의료비 지출에서 공공부문 비중이 2017년 70%이고 나머지 30%는 환자본인 부담으로 충당된다. 뿐만 아니라 캐나다는 보편적 의료보장을 실현한 선진국 가운데 유일하게 처방약제가 급여되지 않은 국가이기도 하다. 원주민과 비-원주민의 건강불평등 문제도 심각하다. 2017년 캐나다 선주민(First Nation)과 비-선주민의 기대여명 격차는 11.5년으로 1999년의 8.9년보다 늘어났다.

게다가 올해 6월에 실시된 온타리오 총선에서는 ‘리틀 트럼프’라는 별명을 가진 보수당(Progressive Conservative)의 더그 포드(Doug Ford)가 주지사로 당선되었다. 미국과 유럽을 휩쓴 정치적 우경화가 캐나다에도 불어 닥친 것이다. 더그 포드는 ‘커뮤니티 케어’로의 전환을 강조하며 막대한 병원 예산 삭감을 예고했다. 커뮤니티 케어의 확산은 캐나다 사회에서 이중적 의미를 가진다. 불필요한 병원비 지출을 줄일 수 있을 뿐 아니라 환자의 삶의 질을 개선한다는 점에서 커뮤니티 케어로의 전환은 바람직하다. 하지만 병원의 병상 점유율(occupancy rate)이 2012년에 이미 100%를 넘었고(106%) 2015년 겨울에는 120.9%까지 오른 만큼,¹⁴⁾ 온타리오 주는 병원 병상 부족이 심각하다. 커뮤니티 케어가 확산되는 것 자체는 바람직하지만, 그것이 실질적인 지역사회 일차보건의료의 개선이라기보다 병원에 대한 정부 지출을 줄이려는

14) <https://goo.gl/f6icGz>

꿈수라는 점에서 우리가 만난 전문가들은 한결같이 우려를 표했다. 게다가 지역사회에서 커뮤니티 케어를 담당할 노동자들, 주로 가정 돌봄과 장기요양서비스에 종사하는 이들은 낮은 급여를 받고 장시간 노동에 시달리는 등 열악한 노동환경에 놓여 있다. 노동조합 조직률도 터무니없이 낮은 수준이다. 명목상의 커뮤니티 케어 확장이 결국은 환자와 노동자 모두에게 위협이 될 수 있는 상황인 것이다.

그러나 여러 우려들이 오가는 가운데에서도 다니엘 마틴 박사는 보수당이 메디케어의 핵심을 건드릴 만큼 어리석진 않을 것이라고 덧붙였다. 메디케어에 대한 국민적 지지가 매우 높기 때문에 어떤 정치인도 이를 함부로 건드릴 수는 없다는 것이다.

이렇게 메디케어에 대한 뿌리 깊은 신뢰가 가능한 것은 아마도 보건의료 전문가에 대한 신뢰와도 관련 있을 것이다. 예컨대 양심적인 의사들의 모습과 건강보험, 환자권리 옹호활동에 적극적인 간호협회, 병원노동조합이 그러한 신뢰에 기여하고 있다. 무엇보다 환자와 의사 사이에 직접적 금전 거래가 없고, 병원이나 의사가 돈을 벌려고 나에게 무리한 검사와 치료를 권할지도 모른다는 의심이 없기 때문에 가능한 일이다. 실제로 성미카엘 병원 경영을 맡았던 존 킹은 의사, 특히 간호사에 대한 신뢰가 워낙 높기 때문에 환자들이 의료제도에 대한 불만이 있어도 정부를 비난하지 의료인을 탓하는 경우는 거의 없다고 했다. 본인도 그러한 사실을 잘 알고 있기 때문에 병원 경영 과정에서 의료인들의 전문 영역에 한 번도 손을 댄 적이 없다고 자신 있게 말했다. 사람이 제도를 만들지만, 제도를 통해 사람들의 행태와 문화가 바뀐다는 점을 실감하지 않을 수 없었다.

이번 캐나다 탐방을 통해서, 무엇보다도 국가와 시장이 아닌 제 3의 영역, 시민사회에서 취약한 지역사회 구성원들의 건강권을 보장하기 위한 풀뿌리 운동이 지향성을 잃지 않고 성장해 나가는 모습에서 희망과 새로운 상상력을 얻었다. 물론 공적건강보장 체계에서 재정적 안정성과 운영의 자율성, 민주적 거버넌스가 어떻게 공존할 수 있는지는 여전히 잘 모르겠다. 이것들이 교과서에 나온 대로 작동하는 것이 아니라, 역사적 맥락과 사회적 규범, 문화 속에 자리하고 있기 때문이다. 한국의 건강보장제도 역시 짧지 않은 역사를 거쳐 사람들에게 의해 만들어졌고, 지금의 행태와 문화 또한 그 제도의 산물이라면 우리는 어떻게 변화를 만들어내야 할까? 캐나다의 경험을 참고삼아 함께 머리를 맞대고 토론해보자.

시민건강이슈는...

시민건강증진연구소의 상근연구원 뿐 아니라

회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다.

제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면,
논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.



주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

전화 : 02-535-1848 / Fax : 02-581-0339

홈페이지 : <http://health.re.kr> / 전자우편 : phikorea@gmail.com

후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강연구소