

캐나다 보건의료보장제도 개혁과 공중판단

鄭錫國

캐나다의 공적 보건의료보장제도는 국민들의 가치들을 잘 반영하고 있는 성공적인 정책으로 평가 받아왔다. 하지만 정책환경의 변화에 따른 개혁의 요구는 외면될 수 없었고, 정책의 개혁을 위해 '집담회방식'에 의한 공중판단의 도출이 시도되었다.

이는 기존의 여론조사 방법들이 국민들의 '표면적 마음의 즉흥적 판단'을 읽는 데 그치며, 엘리트들이 중심이 되는 정책결정과정들은 국민들의 진정한 의사를 정책내용으로 담아내지 못하는 한계를 극복하기 위하여, 정책대안의 모색과 선택과정에 국민들이 참여하여 공동으로 취사선택작업을 해내는 방법이었다.

현대 사회에 있어서 국민들의 보건의료를 보장하는 문제는 이해관계가 첨예하게 표출되는 정책영역으로서, 단편적 사안에 따른 여론조사의 결과들은 목적과 방법, 또는 수단과 수단들간에 모순되거나 상충되는 의사들을 결집하게 되어 공공정책을 결정하는 유용한 수단들이 되지 못하였으나, 국민들이 정책대안을 탐색하고 선택하는 어려운 과정에 직접 참여하여 공동작업을 하는 집담회방식은 공중들의 가치판단이 뒷받침되는 실효성 있는 정책대안들을 도출할 수 있었고, 국민들 사이에 공동체 의식을 함양하는 중요한 계기를 제공하여 주었다.

이는 보다 다원화되어 가는 현대 사회에서 보다 유효한 공공정책을 결정하는, 특히 기성정책의 개혁을 위한 대안을 모색하는 한 좋은 모델을 제공하게 되리라 기대된다.

주요용어: 보건의료보장제도, 개혁정책, 민주적 자치, 기술지배문화, 공중판단, 집담회방식

I. 서론

이 글이 캐나다의 보건의료보장제도 개혁정책과 이에 대한 캐나다 국민들의 공중판단을 고찰하고자 하는 동기는 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 국가정책의 결정에 국민의 의사를 제대로 반영하는 것은 매우 중요하며 정책의 성공여부를 결정짓게 된다. 오늘날 정책적 결정을 요구하는 각종의 이슈들에 대해서는 다양한 매스미디어들이 ‘여론’-실질적 여론조사의 결과에 의한 것이든 언론의 취재 기능에 의한 것이든-이라는 이름으로 국민들의 의사를 대변하는 체하고 정책을 결정하거나 그 결정에 영향을 미치는 정치행위자들-정치인, 고위관료, 사회단체, 이익집단들-은 ‘국민들’이라는 용어를 동원하여 국민들의 의사를 존중하여 정책결정에 반영하고 있는 체한다. 하지만 이러한 ‘여론’이나 ‘국민들’이 국민들의 의사를 진정하게 대표하고 있지 못하다는 것은, 현실의 많은 개혁정책들이-명분과는 다르게-정책의 실현단계에서 국민들로부터 외면당하거나 저항을 받고 있음을 통해 알 수 있다. 시간의 경과나 상황의 변화와 같은 정책 기술적 요소들에 의한 불가피한 면들도 있지만, 많은 경우 국민들이 기대와 다른 정책의 산출에 실망을 하고 또 다른 개혁을 요구하게 됨을 확인할 수 있다. 그 원인은 국민들에게 정책 정보가 제대로 전달되지 아니하고 있거나 정책엘리트들이 정책을 결정하면서 국민들의 기대와 요구를 제대로 담아내지 못하기 때문이라 할 수 있다.

정보통신 기술의 발달과 시민 활동의 조직화와 같은 국민참여를 위한 기제들(mechanisms)이 확산되고 있음에도 진정한 국민들의 의사가 정책결정과정에서 전달되지 아니하고 있는 이유가 무엇인가를 알고자 하는 것이 첫 번째의 동기이다(더 큰 욕심은 보다 유효한 개혁정책들을 마련하는 방법에 접근하고자 함이다).

둘째로 보건의료문제는 현대 정치에 있어서 매우 중요한 정책의제의 하나이다. 탈물질주의(post-materialism)와 탈전통주의(post-traditionalism)로 표현되는 ‘신정치문화’(new political culture)는 거대기술의 개발이나 물질적 번영을 위한 정책의제들에 모아졌던 시민들의 주류적 관심들이 환경의 문제나 보건과 같은 삶의 질적 가치를 향상하는 문제들로 옮겨가고 있다는 이론적 설명(Poguntke, 1993)이 아니더라도, 대부분의 국가들에서 국민의 보건의료문제를 해결하기 위한 정책프로그램들이 확대되고 있고 이를 위한 재정지출이 증대하고 있음이 이를 입증하고 있다. 각국의 보건의료정책 관련 재정의 규모는 국가 총재정 규모의 증가나 국내총생산 규모의 증가를 지속적으로 능가하고 있으며(OECD, 1990), 보건의료산업의 국가 경제적 비중 또한 점점 증대하고 있다¹⁾.

다른 한편으로 보건의료는 인간의 생명과 건강을 유지하기 위해 필요한 서비스와 재화들로 구성되며, 이를 제공하는 공급자들은 고도의 전문성과 직업적 자율성을 가지고 있는 반면에, 이를 필요로 하는 수요자들은 생존의 문제를 담보하게 된다. 따라서 보건의료문제들에 대한 사회구성원들의 이해관계나 가치의 부여는 매우 절박성과 현실성을 가지고 있고, 이로 인한 갈등은 쉽게 해결되지 아니하고 사회적 문제로 발전하기 쉽다. 사적자치의 원칙보다는 사회적 정의와 공공선의 원칙에 의해 문제가 해결되어야 할 필요성이 큰 셈이다. 즉 다원화된 현대사회에서 집단적 이해관계들과 가치구조들이 어떻게 표출되고 조율될 수 있는가를 확인할 수 있는 좋은 영역이 되는 셈이다.

현대정치에 있어서 보건의료문제에 대한 정책적 관심이 높아졌다는 점과 보건의료문제가 현대사회에서 긴장과 갈등이 표출되고 해결되는 구조적 과정을 보다 분명하게 특징지을 수 있다는 기대가 이 글을 쓰는

1) 미국 하버드대학의 제프리 삭스 교수를 위원장으로 하는 ‘거시경제와 보건에 관한 위원회’는 2001년 12월 20일 세계보건기구(WHO) 사무총장에게 제출한 보고서에서, 선진국의 보건분야 투자는 이미 GNP의 0.1%를 넘었고, 저소득 계층에 대한 보건의료의 투자는 6배의 경제적 이득을 가져오므로 보건의료분야에 대한 투자를 확대할 것을 요청하였다(연합뉴스 2001년 12월 20일).

두 번째의 동기이다.

셋째는, 흔히 북미대륙 국가들의 복지상황이 북유럽의 복지체제들에 비해 상대적으로 복지지체상태에 있는 것으로 지적되곤 하지만(앤더슨 편 1999; 김태성 외 2000), 캐나다의 공적 보건의료보장제도는 서구적 복지프로그램들에 견주어질 수 있는 실효성 있는 제도라는 평가를 받고 있다(앤더슨 편 1999:203). 뿐만 아니라 캐나다의 보건의료보장제도는 캐나다가 성취한 공적제도의 상징으로 공인 받고 있으며²⁾, 그 원칙과 체제에 대한 국민들의 지지는 개혁의 논의에도 불구하고 변함없이 지속되고 있다(III장과 IV장에서 통계자료로 설명될 것임).

하지만 1980년대 후반부터 서구 선진산업국가들이 경제적 침체의 여파로서 복지재정을 축소하고 복지체제들을 개혁하려는 움직임들에서 캐나다의 보건의료제도도 예외가 될 수는 없었다. 80년대 후반과 90년대 초에는 보건의료제도들을 위한 재정이 감축되었고, 그로 인하여 90년대 후반부터는 보건의료자원들의 부족현상이 심화되고 있는 반면, 세계화와 지식정보화의 추세, 의학적 지식과 기술 및 고가의 첨단장비들의 발전 등으로 보건의료에 대한 국민들의 기대와 요구 및 비용은 증가하고 있다. 이제 보건의료문제는 캐나다 사회의 최우선적 정책 이슈가 되었으며 (표 4의 질문 3 참조), 그 개혁의 논의와 정책의 추진이 활발하게 전개되고 있다.

2001년에는 추밀원(Privy Council)의 칙령으로 보건의료제도 개혁방향을 모색하기 위한 ‘캐나다보건의료미래위원회’(The Commission on the Future of Health Care in Canada)가 구성되었고, 국민들의 합의를 바탕

2) 이에 대한 참고자료는 열거하기 어려울 정도로 많다. 대표적인 것들만 열거한다면 캐나다보건의료미래위원회의 중간보고서(2002. 2) 및 최종보고서(2002. 11), 캐나다 상원 사회문제 및 과학기술 상임위원회의 ‘캐나다보건의료제도에 관한 중간보고서’(2001.3), 미국가족문제연구재단이 상원에 보고한 캐나다보건의료제도에 관한 연구보고서(Bennett et. al. ed., 1993), 보건의료제도에 관한 연구서적으로써는 매우 예외적으로 캐나다에서 수년간 베스트 셀러에 기록된 Rachlis의 책 ‘Second Opinion(1989)’, 캐나다의 일간지 Toronto Star의 2003.2.8자 기사 등등.

으로 한 개혁대안들이 2002년 11월에 제안되었다. 흔히 ‘모자이크 사회’로 지칭되듯 다양한 종족들과 문화들이 혼재하는 캐나다 사회에서, 국민들의 가치를 가장 잘 반영하고 있으며 선진적 복지체도로써 국민들과 국제사회로부터 인정받는 캐나다 보건의료체도가 개혁의 필요성을 바탕으로 국민적 합의를 도출해 내려는 시도는 민주적 정치체제에서 정책결정을 위해 국민들의 의사를 확인하고 반영하는 하나의 범례가 될 수 있을 것이다. 아울러 표피적 여론(public opinion)의 변질성과 정책결정의 전문성으로 인해 현대 사회의 정책결정들이 평균적 국민들(average citizens)의 진정한 의사들을 반영하지 못하고 있다는 지적에 의해 ‘집담회방법’(Choice Work Methodology)이라는 대안적 접근방식에 의해 이루어진 캐나다 국민들의 보건의료문제에 대한 ‘공중판단’(public judgment)은, 현대 사회의 보건의료문제와 관련된 가치구조들과 국민들이 국가정책에 대해 요구하고 지지하는 양태를 이해할 수 있는 한 정보가 될 수 있을 것이다.

민주사회에서 정책이 사회 문제를 해결하고 지향하는 소기의 목적을 달성하기 위해서는 국민들의 진정한 의사를 담아내는 정책적 대안을 선택하고 참여와 지지를 이끌어 낼 수 있어야만 한다. 그렇다면 이 글의 동기가 되는 이러한 점들은 사회 내의 가치분배를 둘러싼 국민들의 성층화(stratification)를 막고 진정한 ‘자치의 꿈’(the Dream of Self-governance)을 실현할 수 있는 민주적 정책결정의 이해에 한 걸음 다가갈 수 있는 계기를 제공할 수 있으리라는 기대를 할 수 있다. 이는 곧 이 글의 목적이 된다.

II. 민주적 정책결정과 공중판단

1. 민주적 정책결정과 기술지배문화

민주주의는 현대 사회에서 당연한 정의(justice)로 받아들여지고 있으나, 그 논의의 역사가 증명하듯이 매우 다원적인 의미를 가지고 있어 단순하게 정의하기란 쉽지 않다. 하지만 민주주의의 역사적 기원이 함의하듯이 주민의 참여에 의해 공동체의 의사를 결정하는 것은 민주주의의 중요한 한 본질임이 틀림없다.

오늘날 국가 정치과정에 국민들이 참여하고 정책결정과정에 국민들의 의사를 반영하는 공식적 절차는 확대되고 보편화되어 가고 있는 것으로 보인다. 국민들에 의한 투표제도가 정치적 의사결정의 방법으로써 확고히 제도화되었고, 사안별 여론조사가 이루어지고 그 결과들이 메스미디어의 헤드라인을 장식하고 있으며, 정치 엘리트들은 ‘국민들’(folks)라는 수식어로서 국민들의 요구와 지지를 대변하여 정책결정에 반영하고 있음을 강조하고 있다. 하지만 자세히 살펴보면, 국민들의 투표참여율은 날로 감소하고 있고, 여론조사의 결과들은 매체에 따라 또는 조사 방법에 따라 다르고 필요에 따라 그 결과의 해석과 의미부여를 달리하고 있다. 국민들을 대표해서 정치엘리트들이 결정한 정책들이 국민들로부터 외면 당하거나 저항을 불러일으키는 등 정책결정 엘리트들과 일반국민들 사이에는 상당한 가치 이질성이 있으며 국가 정책결정 과정들은 ‘보이지 않는 칸막이들’(invisible curtains)에 의해 진정한 국민들의 의사를 담아내지 못하고 있음을 알 수 있다. 낮은 투표율에 대해서, 엘리트들은 대중들이 자신과 직접적인 이해관계가 없는 사안에 대해서는 무관심(apathy)하거나 무지(ignorance)하기 때문이라고 책임을 돌리는 반면에, 일반 국민들은 그들의 투표행위가 아무런 차이를 만들지 못하기 때문에 투표 참여의 의미가 없다고 말한다. 여론조사의 결과에 대해서도

엘리트들은 그들의 견해와 같을 때에만 받아들이고 다를 경우에는 정보가 잘못 전달되었거나 답변자들의 식견이 부족한 탓으로 돌려 무시하려고만 할뿐 진정한 국민들의 의사를 확인하려는 노력을 기울이지 않는다. ‘국민들’을 대변한다는 정치인들은 평균적 시민들보다는 로비스트들이나 이해관계집단들의 의견에 익숙해져 있고, 정책을 결정하는 엘리트들은 대처하고 해결해야 할 문제가 발생하면 우선 다른 엘리트들의 조언을 구하고 전문가들이 해법을 가지고 있다고 믿는다(Yankelovich, 1991:2~7).

하지만 환경과 공중위생이나 복지와 같은 공동체의 안녕(wellness)을 위한 대중적 관심이 높아지고 시민단체조직과 활동이 증가하는 것은 일반 시민들이 공적 관심사에 대해 무관심하다고 할 수 없음을 오히려 말하고 있으며, 일정한 계기와 동기가 부여되면 보다 사려 깊은 판단을 할 수 있음을 증명한다³⁾. 또한 현대의 전자통신기술들과 정보축적기법들은 일반 공중들의 의사를 결집하고 확인할 수 있는 충분한 여건을 만들어 주고 있는 셈이다.

민주적 자치를 표방하는 현대 민주주의 사회에서 국민들의 의사가 정책과정에 제대로 반영되지 아니하고 정책결정 내용들이 일반국민들의 저항과 외면을 불러일으키는 것은 공중들의 무지나 무관심 또는 평균적 시민들의 참여기제가 부족하여서가 아니라, 오히려 현대 물질문명을 발전시킨 공로로써 경험주의(empiricism)와 객관주의(objectivism)만을 논리적 근거로 삼는 과학적 지식만이 존중받는 ‘기술지배문화’(the culture of technical control)가 엘리트들을 성층화시켜 정책결정과정을 독점하게 만들었기 때문이다.

3) 미국의 국민들이 이민정책에 대하여 단순한 질문 시에는 ‘우리 일도 어려운데 남의 일까지’라는 식으로 매우 폐쇄적이었으나, ‘미국이 진정으로 추구하는 가치’가 무엇이며 ‘세계 속에서의 미국의 역할’에 관한 질문과 함께 물으면, 훨씬 개방적이고 적극적인 답변을 하는 여론조사의 예들을 비롯하여 보다 신중하고 사려 깊은 판단을 하는 많은 예들을 안켈로비치는 그의 연구저서(1991, 제2장)에서 들고 있으며, 이 글의 뒷부분에 기술되는 캐나다 국민들이 보건의료문제들에 대해 공중판단을 도출하는 과정들에서도 확인된다.

정책 엘리트들이 함몰되어 있는 기술지배문화는 1) 정책결정들은 근본적으로 보다 차원 높은 전문적 지식과 기술들에 의해 이루어지며, 2) 이러한 지식들은 오직 전문가들만 소유하고 있고, 3) 국민들은 관련된 지식이 부족할 뿐만 아니라, 주로 자신들의 이해관계들에 대해서만 관심을 가지며, 직접적인 이해관계가 관련되지 않은 문제들에 대해서는 무관심한 경향이 있고, 4) 공중들의 의사들은 여론조사의 결과들에 정확히 반영되고 있으며, 5) 선출직 공직자들은 선거인들의 견해가 무엇인지 잘 알고 있고, 대체로 그들을 잘 대변하고 있으며, 6) 공중들의 이해와 지지가 필요한 문제들에 관해서 식견 있는 전문가들이 ‘공중교육’(public education)을 통해 그들이 가지고 있는 지식과 정보를 제공함으로써 그러한 이해와 지지를 창출할 수 있으며, 7) 공중들이 책임 있는 판단을 할 필요가 있는 국가의 중요한 문제들에 관해서는 의식 있는 미디어들이 충분한 정보와 지식들을 알려주고 있다(Yankelovich, 1991:9)고 가정하는 인식의 문화인 것이다.

이러한 실재와 다른 인식적 장애들에 의해 정책결정과정의 민주적 자치가 훼손됨으로써 현실 사회의 공공정책들은 국민들의 지지와 참여를 얻어내는 데 한계를 보이는 것이다. 특히 기성사회의 불합리와 모순을 개선하고 새로운 규범을 창출하고자 하는 개혁정책들의 경우는 이러한 인식적 장애들을 극복하고 진정한 국민적 가치와 요구들을 정책내용으로 담아낼 수 있어야만 추구하는 목표를 달성할 수 있을 것이다.

2. 민주적 정책결정과 공중판단모델

정책결정과정이 엘리트들에 의해 독점되고 일반 국민들의 참여와 요구를 차단시키는 ‘보이지 않는 칸막이들’을 제거하기 위해서는 기술지배문화의 인식적 가정들을 극복할 수 있는 ‘공중판단’(public judgment)의 도출이 필요하다. 공중판단이란 1) 여론조사들에 의해 파악되는 일반적 여론(the ordinary public opinion)보다는, 문제에 보다 진지하게 접근하

여 다양한 요소들을 사려 깊게 고려하며 대안들을 무게 있게 다루고 생각하여 분별 해내고, 2) 사실적이거나 정보적인 측면보다는 문제의 규범적이고 가치 지향적이며 윤리적인 면이 보다 강조되어 나타나는 공중여론의 특수한 형태이다(Yankelovich, 1991:5).

전통적인 여론조사들이 ‘공중교육’(public education)모델이라는 ‘정보 제공-여론형성’의 2단계적 조사방법에 의함으로써, 국민들의 ‘표면적인 마음의 즉흥적 견해들’(top-of-the- mind, offhand views)과 ‘사려 깊게 분별한 판단들’(thoughtful, considered judgments)을 구별하지 못하였기 때문에, 경험주의와 객관주의를 신봉하는 기술지배문화로부터 도외시 당했던데 비해, 문제인식으로부터 대안들을 선택하기 위한 어려운 작업을 경험하고 가치판단이 병행된 집합적 의사를 결정하는 3단계의 과정을 통해 ‘공중판단’은 형성되며, 엘리트들의 전문적 식견들이 갖추지 못하는 공동체적 규범성을 가지고 있는 것이다.

공중판단 형성모델은 <표 1>과 같이 구성될 수 있으며, 문제에 대한 체계적 지식을 가지고 있지 않는 대중들은 초기단계에서는 주변에서 일어나는 사건들과 메스미디어들이 제공하는 정보에 의해 문제들을 인식한다.

<표 1> 공중판단 형성 모델

제1단계: 문제인식		제2단계: 통과작업			제3단계: 공중판단	
1. 원시견해	2. 사건발생	3. 대안제시	4. 판단유보	5. 선택작업	6. 느슨한 판단	7. 집합적 판단

자료: Yankelovich, Daniel, *Coming To Public Judgment: Making Democracy Work in a Complex World*, Syracuse: Syracuse University Press, 1991.
 과 _____, *The Magic of Dialogue: Transforming Conflict into Cooperation*, New York, N.Y.: Simon & Schuster, Inc, 2001.;
 CFHCC, “Shape the Future of Health Care”, Commission on the Future of Health Care in Canada, Interim Report, February 2002a., [그림 1]을 종합하여 재구성함.

그 다음 단계는 먼저 엘리트들이 문제해결을 위한 대안들을 제시하면서부터 시작하는데, 이 단계에서는 자주 문제의 해결대안들- 특히 ‘어려운 선택이나 고통스러운 교환적 취사선택’(hard choices and painful trade-offs)들이 개입될 경우-에 대한 판단들이 벽에 부딪히곤(stalled)한다. 소망하는 생각들이 강한 힘으로 작용하고 있으며, 사람들은 아직 현실적으로 부딪치지 아니하고 있기 때문에, 어려운 선택들은 피해가고자 하는 것이 강한 경향이다. ‘통과작업’(work through)을 하지 않는 이상 그 문제는 해결책을 향하여 진전되지 못하며, 그러한 작업을 위한 어떤 동기가 부여되지 않는 이상 그것은 수년간 해결되지 않고 그대로 남아 있을 수 있다.

머지 않아, 사람들은 현실적으로 그 문제를 직면하게 되고, 선택과 결정을 해야 하는 어려운 과정들을 겪게 되며, 느슨한 자기의 견해들을 믿을 수 있는 동료들의 생각들과 비교하며 공동으로 통용될 수 있는 가치 판단을 한다.

특히 통과작업단계에서는 동료들간의 경험과 정서가 많이 교환되며 공중판단의 단계에서는 집단적 가치들이 고려되어 신중한 판단을 하게 된다. 즉 이러한 과정이 진행되는 중에는 주관적 경험뿐만 아니라 동료들의 정서적 반응들과 사후에 일어날 결과들을 헤아리는 심리적 과정들이 함께 진행된다.

하지만 사회적 논의가 많이 진행되지 않았지만 정책적 해결을 필요로 하는 문제들이나 상황이 변화하면 새로이 인식하고 해결해야 할 과제가 많이 발생하는 보건의료와 같은 문제들에 대하여, 이와 같이 자연스럽게 진행되는 공중판단과정들을 마냥 기다릴 수만은 없는 것이다. 따라서 인위적으로 공중들에게 통과작업을 경험하도록 함으로써 공중판단에 이르게 할 필요가 있다. 공중들이 전문적인 지식과 기술들이 결합되어 복잡하게 제기되는 현대사회의 문제들을 종합적으로 인식하고 해결대안들을 체계적으로 분별하여 효율적으로 공중판단에 이르도록 하기 위하여서는, 전문가들이 체계적인 식견들로 문제와 대안들을 분석하고 정리하여 정

보를 제공하여야 하며, 통과작업이 민주적인 대화와 합리적 의견수렴과정으로 진행되어야 한다. 이러한 통과작업이 진정으로 민주적 자치에 의해 이루어질 수 있도록 기획하는 것을 얀켈로비치는 ‘집담회기법’(ChoiceWork Techniques)이라 하였다. 1) 작업과정에서의 정보교환과 의사소통은 민주적 대화가 의미하는 일방통행적 대화가 아닌 쌍방향 대화, 즉 타인의 의사에 대해서는 수용적이며 자신의 의사는 분명히 책임감 있게 말하며 합동으로 결론에 도달하는 대화에 대한 인식과 실천적 의지가 담겨져야 하고, 2) 카리스마적이며 대중들을 설득하고 관리하는 리더십(leadership)이 아니라 대중들 스스로가 의식을 향상시켜 집합적 결정에 참여하고 문제해결을 위한 공중적 합의에 도달하도록 유도할 수 있는 리더십이 발휘되어야 하며, 3) 간접으로부터의 해방이나 권리의 주장에 편향되지 아니한 시민정신을 바탕으로 자신의 운명이 속하는 공동체적 결정에 능동적으로 참여하고 공통된 합의점을 찾아내려는 노력이 필요하며, 4) 합리성에 근거한 과학적 논리만에 집착하는 것이 아니라 상식이 통하는 보편적 가치를 포함할 수 있는 지식에 대한 이해와 이를 추구하는 실천이 따라야 하며, 5) 지식과 정보를 이용하는 축적된 경험들과 노하우들을 통해 공중들에게 정보가 전달되고 공중들의 의사가 수렴되는 작업과정이 되도록 기획할 것을 제안하였다(Yankelovich, 1991:237~255)⁴⁾.

현대사회의 복합적 문제들을 해결하기 위해서는 체계적 지식과 전문적 기술이 필요하다 할지라도 공동체의 집합적 행위규범이 될 공공정책이 소기의 목표를 실현하기 위해서는 사회구성원들의 정책에 대한 올바른 이해와 참여가 필수적이며, 정책결정과정의 민주적 자치의 실천으로 사회구성원들의 요구와 가치들을 유효하게 정책내용으로 담아냄으로써

4) Yankelovich는 공중판단을 도출하는 행동계획들로서 ‘비전-목표-전략과 기술-선택참여기법-미디어의 참여-저항의 극복’의 순서로 나누어 자세히 기술하고 있으나, 이 글의 뒷편 ‘선택참여대화’의 기획들과 많은 부분에서 중복하기 때문에 여기에서는 핵심내용만 발췌하여 재편집하였음.

그들의 지지와 참여를 얻어낼 수 있어야 한다. 그러므로 단순한 표피적 대중들의 의사보다는 보다 사려 깊고 분별력 있는 집합적 의사결정으로 이루어지는 공중판단과 이를 얻기 위한 일련의 과정 속에서 이루어지는 노력들은 기술지배문화로 인해 ‘보이지 않는 칸막이들’로 가려진 정책결정과정들에 일반국민들이 한 발 접근하는 계기가 될 것이다.

Ⅲ. 캐나다 보건의료보장제도와 개혁과제

1. 공적 보건의료보장제도

캐나다는 국민들의 보건의료문제를 해결하기 위하여 연방정부와 자치주(province)정부들이 역할을 적절히 분담하고 있다(표 2 참조). 국민들에게 보건의료서비스를 전달하는 일차적 책임은 자치주정부들에게 있으며, 연방정부는 처방약품의 승인과 규제, 검역과 보건증진사업들, 그리고 원주민들이나 연방경찰과 퇴역군인들을 위한 보건의료서비스의 제공과 같은 개별 자치주정부들에 국한될 수 없는 연방차원의 문제들에 대해서만 직접적인 개입을 하고 있다.

캐나다 연방정부와 자치주정부들의 이와 같은 기능분담은 사법부의 판단에 의해 뒷받침 받고 있다. 연방국가인 캐나다에서 연방정부와 자치주정부들의 책임과 영역에 관한 구분은 원칙적으로 연방헌법에 의해 규정되는 사항이나, 그렇지 못하고 사법부의 판단에 의하게 된 것은, 보건의료문제가 헌법으로 규정할 만큼 중요하지 않거나 그러한 성질의 것이 아니어서가 아니라, 캐나다헌법이 만들어질 19세기 후반까지 보건의료의 문제는 사적책임의 영역이었을 뿐 공권력이 개입하는 정치사회적 개념으로 인식되지 아니하였기 때문이었다. 그 이후 보건의료문제가 점차 사회문제화 되고 정부가 개입하게 됨으로써 정부간의 역할조정과 이에 관

한 사법부의 해석이 뒷받침됨으로써 자연스럽게 이러한 기능분담이 생기고 정통성이 부여된 것이다(CFHCC, 2002c:2~4)

자치주들이 국민들의 보건의료서비스를 제공하는 일차적인 책임을 지고 있는 반면에 연방입법인 ‘캐나다보건법’(The Canada Health Act: CHA)으로 국민들의 보건의료보장을 위한 원칙들과 제공되는 서비스들 그리고 이를 실현하기 위한 장치들을 규정하여 전국적인 형평성과 실천성을 담보하고 있다. 국민들에게 보건의료서비스를 제공하는 CHA의 원칙들은 다음과 같다(CHA 제7내지 12조).

〈표 2〉 보건의료보장에 관한 책임과 역할들

구분	책임과 역할들
국민들	<ul style="list-style-type: none"> · 연방세금들 납부 · 주의 세금들 납부 · 사적 보험의 직접 구입(종종 고용주들을 통해서) · 의료 및 비의료 서비스들의 직접 구입
연방정부	<ul style="list-style-type: none"> · 캐나다 보건 및 사회 이전 지출(자치주들에 대해서) · 보다 덜 부유한 자치주들에 대한 평등화재정 지원 · 의료 및 비의료 조사연구와 공중 보건을 위한 사업들 · 선정된 원주민들, 예비역들, 군인들 등을 위한 보건의료 서비스들의 제공
주정부들	<ul style="list-style-type: none"> · 캐나다보건의료법에 의한 “의학적으로 필요한” 의사와 병원 서비스들을 위한 보건의료제공자들, 기관들 그리고 보건당국들에 대한 사업예산과 서비스 비용들의 지급 · 캐나다보건의료법에 의해 적용되지 않는 보충적인 사업의 실시 (일부 주민들에 대한 가정요양서비스, 장기요양서비스, 약의 제공 등등) · (연방사업 이외의) 의료 및 비의료 조사연구와 공중보건을 위한 사업들

자료: CFHCC, “Shape the Future of Health Care”, Commission on the Future of Health Care in Canada, Interim Report, February 2002a.

- 1) 행정의 공공성(Public Administration): 자치주들과 준주(territory)들의 보건의료보험사업⁵⁾의 행정관리는 비영리 원칙에 바탕을 두고

공공기관에 의해 수행되어야 한다.

- 2) **포괄성(Comprehensiveness)**: 병원과 의사들이 의학적으로 필요하다고 판단하여 제공하는 모든 서비스들을 보장의 대상으로 한다.
- 3) **보편성(Universality)**: 자치주와 준주들의 모든 피보험자들은 동일한 자격과 조건으로 공적보건의료보험의 적용을 받을 권리를 부여받는다.
- 4) **이동성(Portability)**: 피보험자들을 위한 보험적용은 피보험자들이 캐나다 내에서 다른 지역으로 이사를 가거나 여행을 할 경우 또는 국가 바깥으로 여행을 할 경우에도 계속 유지되어야 한다.
- 5) **접근성(Accessibility)**: 피보험자들이 의학적으로 필요한 병원 또는 의사들의 서비스에 합당하게 접근하는 것이 재정적 또는 다른 장애들에 의해 방해받지 아니하여야 한다.

국민들에게 제공되는 서비스들은 ‘보험서비스들’(insured health services)과 ‘확장서비스들’(extended health care services)로 나누어지며, 보험서비스들은 병원과 개업의들에 의해 제공되는 모든 서비스들을 포괄하며 자치주정부들은 CHA의 5가지 원칙들에 의해 이용자부담금 없이 공공재정으로 피보험자들에게 제공하여야 한다. 확장서비스는 병원 이외의 장기요양시설들에서 이루어지는 서비스들이나 가정요양서비스들, 그리고 이송서비스들을 의미하며 자치주정부들이 CHA원칙들의 범위 밖에서 독자적으로 결정하여 제공할 수 있다(CHA 제2 내지 4조).

캐나다의 병원들은 총괄예산(global budget)배정방식으로 지원되는 공공재정으로 운영되며, 개업의들의 서비스비용들은 행위별수가제(fee-for

5) 캐나다의 공적 보건의료보장제도는 공공재정에 의해 운영되고 병원들이 정부재정에 의해 총괄예산지급 방식으로 운영되기 때문에 주로 보험료를 통해 재원을 조달하고 민간의료기관들을 통해 서비스들을 제공하는 일반적 개념의 사회보험 제도로 보기 어려운 면들이 있으나, CHA의 규정들에서는 ‘insurance’ 또는 ‘insured’라는 용어를 사용하고 있기 때문에, CHA의 법조문을 인용하는 용어들에서는 ‘보험’이라는 용어를 그대로 사용한다.

service system) 방식으로 청구하여 자치주정부들부터 지급 받는다. 병원 이외에서 제공되는 처방약품 구입비용은 CHA가 보장하는 서비스의 대상이 아니다.

연방정부는 자치주들의 보건의료서비스 보장을 위해 필요한 재정의 일부를 지원하고 있으며, 연방입법인 CHA의 해석권한과 재정지원권한을 통해 자치주정부들이 CHA의 원칙들과 기준들을 준수하도록 관리한다. 연방정부는 자치주들의 보건의료제도와 고등교육 및 일련의 사회복지 프로그램들에 대해 ‘캐나다 보건 및 사회 재정지원제도’(CHST: the Canada Health and Social Transfer)라는 통합지원방식으로 재정을 지원하고 있는데, 개인과 법인들의 소득에 대해 연방세를 부과하는 과표의 일부분을 자치주들의 과세대상으로 이전하는 방법과 정기적으로 현금재정을 지급하는 방법을 병행하고 있다. CHST제도에 의해 이전되는 재정을 사업별로 배정하고 집행하는 것은 자치주들의 권한이지만, 자치주들은 매년 그들의 보건의료사업들과 CHA의 기준과 원칙들의 준수여부를 연방정부에 보고하여야 하며, 연방정부는 자치주정부들이 CHA의 규정을 지키지 아니할 경우에는 CHST제도에 의한 현금지원의 일부를 지급 보류할 수 있고(CHA 제13 내지 17조), CHA의 이용자부담금 징수금지 규정을 위반하여 환자들로부터 직접비용을 징수하는 사례가 있을 경우에는 이를 관할하는 자치주에게 지급될 현금지원금액에서 해당금액만큼을 감액하여 지급할 수 있도록 하고 있다(CHA 제18 내지 21조).

2002/03 회계연도⁶⁾의 연방정부가 CHST제도를 통해 자치주정부들에게 지원하는 재정규모는 약 460억CDS⁷⁾에 이르며 이는 자치주들의 총재정수입의 약 24%에 해당한다(HCW, 2003).

2000년 캐나다 국민 1인당 보건의료지출비용은 3,174CDS\$이며 공적재정에 의해 2,243CDS\$(70.67%)가 감당되며, 사적부담이 931CDS\$이다. 국민 총 보건의료비지출은 GDP의 9.1%에 해당하며 공적재정에 의한 지출의

6) 캐나다의 회계연도는 4월 1일부터 이듬해 3월 31일까지이다.

7) CDS\$는 캐나다 달러를 의미하며 2003년 6월 현재 1 CDS\$는 약 880원에 해당한다.

비율은 6.5%이다(CFHCC 2002b).

〈표 3〉 자치주별 보건의료예산규모 및 총예산 대 비율

자치주	보건의료예산규모(10억CD\$)			총예산 대 비율(%)		
	1992/3	1997/8	2002/03	1992/3	1997/8	2002/3
B.C.	5.9	7.2	10.4	33	36	41
알버타	4.2	4.3	6.8	26	31	35
사스카츄완	1.5	1.7	2.2	31	38	35
매니토바	1.8	1.8	2.8	33	33	40
온타리오	17.5	18.3	25.5	35	34	39
퀘벡	10	12.6	17.5	25	31	35
노바스코셔	1.3	1.6	2	28	34	37
뉴브런즈윅	-	-	1.4	-	-	36
P.E.I.	188백만	208백만	327백만	25	28	33
뉴펀드랜드	995백만	1.2	1.5	-	-	45
유콘 준주	-	114백만	137백만	-	-	31
북서 준주	183백만	253백만	211백만	-	-	-
누나벳 준주	-	-	157백만	-	-	21

주: '-'는 자료 없음을 의미함.

자료: <http://ca.news.yahoo.com/030204/6/rwj.html>(2003. 2. 4. 검색)

자치주별 보건의료보장을 위한 재정의 지출은 총예산의 40%에 근접하거나 넘고 있으며(표 3 참조), 그 규모나 빠른 상승이 재정압박의 큰 요인이 되고 있을 뿐만 아니라, 최근 보건의료서비스제공을 위한 인적·물적 자원의 부족이 큰 문제로 대두되고 있음에도(이에 대하여는 다음 절에서 설명됨) 그 해결을 어렵게 하고 있다.

2. 보건의료보장제도에 대한 국민들의 인식과 해결과제들

캐나다 국민들이나 정부, 사회가 그들의 공적보건의료보장제도에 대해 가지는 인식적 가치는 매우 특별하다. 표현적 용법만으로 보아도, '국민으로서의 자격을 규정하는 하나의 요소'(as a defining element of their

citizenship), ‘국민적 정체성(national identity)을 규정하는 특징’(CFHCC, 2002a), ‘캐나다 사회의 복지실현을 상징하는 지위(iconic status)’, ‘공공 선을 실현하는 국가의 상징’(as a public good, a national symbol) (CFHCC, 2002c), ‘캐나다 국민으로서 영광의 뱃지’(a Canadian badge of honor)(Bennett, 2000:11) 등등, 가치 국가적 또는 국민적으로 캐나다라는 국가가 공동체적 선을 실현시키는 상징적 제도로 인정받고 있다.

복지국가의 실천이라는 측면에서도 미국을 비롯한 북미국가들의 복지 체제들이 자유주의에 가까운 복지체상태로 평가되고 있지만, 캐나다의 공적 보건의료보장제도만은 서구의 복지국가들에 필적하는 체제와 성과를 거두고 있는 것으로 인정받고 있다(엔더슨 편, 1999).

지난 20년 동안 캐나다 보건의료제도와 관련된(100여 회 1000여 가지의 질문을 통한) 여론조사들을 통해 캐나다 국민들이 그들의 보건의료 보장제도에 대해 가지고 있는 인식들을 살펴보면, 1) 캐나다 국민들은 그들의 보건의료제도에 대하여 강한 애착심과 자긍심을 가지고 있으며, 2) 공공재정에 의해 보편성과 필요성에 근본바탕으로 하여 전국민들에게 보건의료서비스들을 제공하는 현행 ‘캐나다보건법’(CHA)의 원칙들과 핵심 내용들을 강력히 지지하고 있다. 하지만, 3) 캐나다 국민들은 보건의료보장제도의 미래에 대하여 많은 걱정을 하고 있으며, 특히 최근 10여 년 동안 전문의와 응급실 이용을 위한 대기시간, 최신기술 이용, 의사와 간호사들의 적정한 수 등의 문제에 있어서 현저한 퇴보현상들이 나타나고 있다는 생각을 하고 있다(Mandelsohn, 2002, 요약서문).

집대성된 여론조사의 결과들을 좀 더 분석적으로 살펴보면, 첫째, 정책에 대한 평가와 지지에 있어서는, 강한 선호도와 높은 지지를 보내고 있으나(표 4 참조), 이는 수십 년 동안 제도를 이용해 본 경험적 감각에 주로 의존하고 있으며 체계적인 이해의 뒷받침이 부족함을 알 수 있다(표 4의 질문 8과 표 6의 질문 24). 둘째, 캐나다 공적 보건의료보장제도의 질(quality)과 성과(performance)에 대한 국민들의 평점은 갈수록 낮아지고 있으며, 최근에는 미래에도 지금의 제도가 계속 유지될 것인지에

대하여 매우 걱정하고 있음을 알 수 있다(표 5 참조). 특히 보건의료문제들을 해결하는 기술들이 발전하고 국민들 요구와 기대 수준이 상승하고 있음에 비해 제도의 기능적 역할이 따르지 못하고 있으며(표 5의 질문 1, 3, 10, 11, 12, 13), 보건의료제도를 위한 재정의 확충과 체계의 개혁이 캐나다가 직면하고 있는 문제들 중 가장 우선적인 과제가 되고 있다(표 5의 질문 2, 4, 5, 6, 7, 8, 표 6의 질문 27 참조). 셋째, 캐나다 국민들이 보건의료문제들에 대해 가지는 가치들과 이용 행태(behavior)의 변화 양상들은, 자기책임성과 자기결정성이 강해지고 있으며(표 6의 질문 1, 2, 3, 10, 16, 21 참조), 보건의료에 대한 기대의 범위가 확대되어 가고 있다(표 6의 질문 15, 17 참조). 보편성과 평등성의 가치가 여전히 존중되고 있지만(표 4의 질문 1, 2, 6, 7, 10 참조) 서비스접근의 평등성에 대한 가치들이 질을 중요시하는 경향으로 바뀌고 있으며(표 6의 질문 5 참조), 현대적 의학과 통신기술의 발달에 부응하는 서비스제공을 요구하고 있다(표 6의 질문 18, 19 참조). 공적제도의 근본원칙을 훼손하지 아니하는 범위 내에서는 이용자부담금제도와 민간자본의 도입을 통해서라도 자원을 확충하고 서비스의 질을 높여야 한다는 의견이 강해지고 있다(표 6의 질문 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13 참조). 반면에 이러한 가치성향들과 이용행태들은 ‘좋은 것은 모두’와 ‘부담은 적게, 하지만 혜택은 많이’라는 대중적 여론의 경향을 보이고 있으며, 개혁을 위한 정책적 대안을 결정하기 위해서는 보다 ‘공중적’인 판단이 필요함을 알 수 있다. 어려운 선택이나 부담의 문제에 있어서는 답변을 피하거나 가능한 한 부담이 적은 대안을 선택하는 경향을 나타내고 있으며(표 6의 질문 6, 7, 13 참조), 보편적 유효성에 대한 판단보다는 개인적 편이성의 고려가 우선되기도 한다(표 6의 질문 7, 20, 22, 23, 28 참조). 또한 민간자본의 참여나 본인부담제의 도입에 대해서는 재정조달의 측면에서는 긍정적이면서도(표 6의 질문 7, 13, 23 참조) 보건의료의 공공성이라는 측면에서는 반대를 하고(표 6의 질문 8, 9, 10, 11, 12 참조), 의료인들에 대한 불신을 보이면서도(표 6의 질문 20 참조) 정책의 주도자로서의 역할을 기

대하는(표 6의 질문 26 참조) 등, 추구하는 가치들이나 선호하는 대안들이 모순되거나 충돌되기도 한다. 이는 사안의 특성과 문제점 및 그 대안에 대한 체계적인 이해가 부족하고 조사가 이루어지는 방법이나 시기에 영향을 받기 쉬운 대중적 여론으로서 집약된 결과로 볼 수 있다.

<표 4> 보건의료제도에 대한 캐나다국민들의 인식들: 제도에 대한 평가와 지지

질문	응답(비율)	조사 시기	조사 기관 ¹⁾
1. 공공재정으로 전국민의 보건의료를 보장하는 중요성은?	매우 중요(88), 중요 아니함(3), 중립(9)	2000	ERA
2. 공공재정으로 보건의료를 보장해주어야 대상은?	전국민(86), 저소득층만(11), 본인이 부담(3)	1999	E
3. 공적제도에 의한 서비스의 질은?	우수(61:40:29), 양호(25:31:34), 미흡(12:21:34)	1991, 1996, 2000	IR
4. 미국방식(민간제도)의 선호도?	강한 부정(75), 부정(17), 동의(7)	1995	IR
5. 보건의료제도가 국가의 정체성을 나타내는 정도는?	매우 중요(82), 약간 중요(14), 중요하지 않음(4)	1996	E
6. 보건의료는 정부에 의해 보장되어야 함	동의(72:96), 동의않음(10:3)	1978, 1991	E
7. 메디케어는 시민의 권리이다	동의(69), 동의않음(11), 무응답(17)	1998	EP
8. CHA의 원칙들을 알고 있는가?	모름(68), 하나 이상 안다(32)	1998	EP
9. 질병에 걸렸을 때 필요한 서비스를 받을 수 있다는 확신	확신함(60), 확신 못함(23), 무응답(16)	2001	ERA
10. 연방정부가 잘 사는 주들로부터 못 사는 주들에게 재정을 이전하는 평등화 프로그램에 대한 견해는?	강한 지지(45), 지지(38)	2001	CRIC
11. CHA의 핵심원칙들이 무엇이 라고 생각하는가?	모름(68), 보편성(21), 접근성(12), 포괄성(8), 이동성(4)	1998	EP

〈표 5〉 보건의료제도에 대한 캐나다국민들의 인식들: 제도의 미래에 대한 전망과 개혁의 방향

질문	응답(비율)	조사 시기	조사 기관 ¹⁾
1. 지난 2년간 보건의료 질의 변화는?	저하(68:72:65), 동일(24:19:24), 개선(7:8:10)	1997, 1999, 2001	ERA
2. 캐나다가 직면하고 있는 문제들 중 가장 우선시 되어야 하는 것은?	보건의료(0:3:51), 실업(18:32:13), 경제(10:21:8), 교육(-:-:-:13)	1988, 1994, 2000	IR
3. 공적제도가 잘 운영되고 있다.	동의(37)	2000	IR
4. 보건의료비용증가에 대한 대처방안은?	재정지출증대(54), 급여축소(9), 민간자본참여(33)	2001	CRIC
5. 10년 후 보건의료제도의 미래상에 대한 동의여부(동의함:동의하지 아니함)	정부역할증대(39:40), 개인부담 증가(68:19), 더 많은 재정필요(81:10), 병원 밖 진료 증가(82:9), 보건의료요구증가(87:7)	1999	ERA
6. 보건의료제도의 존립 기반들은?	강화되어감(14), 쇠퇴되어감(54), 동일(28)	1998	EP
7. 보건의료재정에 대한 인식	지금 위기상태임(76), 5-10년내에 위기가 옴(12), 위기 없음(11)	2001	IR
8. 공적제도가 잘 못된 주된 책임은?	연방정부(45), 주정부들(46)	2001	ERA
9. 지난 1년 동안 자신이 필요한 서비스를 받지 못한 경험이 있음	1989(2), 2000(12), 2001(15)	-	BHM
10. 지난 1년 동안 가족 중 필요한 서비스를 받는데 어려웠던 경험이 있다	1989(18), 2000(34)	-	BHM
11. 공적제도의 기능에 대한 평가는?(미흡: 양호)	응급실 이용 대기(51:25), 전문의 이용 대기(44:28), 수술대기(38:30), 의료진의 도덕심(34:36), 투약의 적절성(26:42)	1998	EP
12. 연방정부의 재정지출의 정도?	너무 많다(4), 적정(18), 너무 적다(78)	2001	E
13. 공적제도의 적용범위?	너무 많다(9), 적정(42), 너무 적다(47)	2000	IR

〈표 6〉 보건의료제도에 대한 캐나다국민들의 인식들: 보건의료의 이용
행태와 가치의 변화

질문	응답(비율)	조사 시기	조사 기관 ¹⁾
1. 의료인의 처방에 대해 질문 또는 처치방법에 대해 요구하는가?	질문(64:69), 요구(65:72)	1995, 2000	IR
2. 보건의료관련 인터넷사이트 접근경험?	2000년(39), 2001년(43)	-	BHM
3. 지난 반년간 건강식품복용, 민간요법이용, 한방치료 등의 경험?	1999년(70), 2000년(72), 2001(75)	-	BHM
4. 민간자본이 참여를 찬성하는가?	2000년(36), 2001(42)	-	CRIC
5. 서비스 질과 접근의 보장 중 어느 것이 더 중요한가?	질(31:43), 접근(53:43)	1995, 2000	ERA
6. 필요한 추가재원의 확충방법은?	세금인상(21), 다른사업으로부터 재정이전(9), 개인부담(29), 무응답(41)	2001	SCM
7. 추가재원 마련 방법으로서 찬성하는지?(동의함)	급여축소(21), 세금인상(33), 다른 사회정책 축소(40), 능력자의 자기부담(70), 비 사회정책 축소(71)	1999	MP
8. 민간자원의 참여가 공적제도에 미치는 영향은?	공적제도를 위축시킨다(71:67), 공적제도에 대한 집중을 완화 시킨다(26:31)	1999, 2001	ERA
9. 환자공동부담제와 같은 이중 지불제도의 병행실시에 대한 견해는?	강한 반대(38),약한 반대(14),약 한 찬성(28),강한 찬성(19)	2000	IR
10. 민간시설에서 자기부담으로 우선적 진료를 할 수 있도록 하는 방법은?	동의(34:36), 반대(55:52)	1996, 2001	ERA
11. 모든 국민은 적절한 시기에 서비스의 이용이 불가능할 경우 민간시설을 이용할 수 있어야 한다.	동의(73),동의 안함(27)	1999	MP

<표 6 계속>

질문	응답(비율)	조사 시기	조사 기관 ¹⁾
12. 최근 알버타주의 일부 특수 과목에 대한 민간자본의 참여 허용정책은?	강한 지지(15), 약한 지지(35), 약한 반대(21), 강한 반대(26), 모름(3)	2000	IR
13. 주정부의 보건예산 확충을 위한 방법들에 대한 동의 여부?	일정소득이상 이용자들의 부담 금징수(56), 세금인상(31), 일정 금액이상 이용 본인부담제(29), 병원이용료징수(42)	1995	BHM
14. 개인들의 의료비 조달방법은?	지출대폭감축(22), 약간 감축(42), 저축이용(32), 차용(13), 1이상 방법 이용(56)	2000	BHM
15. 보건의료제도의 주요 목표들에 대한 동의 여부?(동의)	삶의 질 향상(64), 건강증진(62), 장애 및 질병 해결(60), 생명연장(33)	1999	MP
16. 특수한 경우에 의사가 환자의 자살을 도와줄 수 있다.	강한 동의(35), 약한 동의(28), 약한 부정(9), 강한 부정(24), 모름(4)	1995	IR
17. 보건의료제도의 역할?	질병치료중심(29), 보건교육과 예방 등 보다 광범위(59), 모름(11)	2001	SCM
18. 단기간의 시급한 대책안(지지:반대)	시골지역 의사들에 대한 추가급여지급(63:19), 시골지역 이송체계확립(73:8), 응급실 대책(78:8), 보건의료권리현장채택(74:8), 통신진료체계(82:4), 장비확충(85:5), 대기기간 개선(87:4)	1998	EP
19. 우선적 재정투입이 필요한 사안은?	가정의와 간호사 확충(70), 병원의 현대화(61), 가정요양체계 확립(58), 장비와 시설 확충(50), 관리체계의 개선(47), 정보이용방법개선(32), 건강증진 활동강화(25)	2000	ERA
20. 캐나다보건의료제도에 있어서 비효율성의 주 요인은?	의사의 불필요한 처방(65:73), 병원의 부적절한 재정지출(63:52), 국민들의 불필요한 서비스 이용(74:87), 불필요한 입원(39:65)	1989, 1995	CHM

<표 6 계속>

질문	응답(비율)	조사 시기	조사 기관 ¹⁾
21. 질병이 심하고 전통적 진료의 효과가 없을 경우 잘 못될 가능성 있더라도 새로운 처치방법의 실험대상 될 수 있다.	찬성(75)	2001	BHM
22. 병원 응급실 이용시간?	6am-noon(23), noon-6pm(28), 6pm-자정(37), 자정-6am(12)	1999	BHM
23. 불필요한 응급실 이용을 억제하는 방법에 동의 여부?(동의)	통신진료체계확립(89), 외래진료소이용방법마련(86), 특별요금징수(46), 야간 및 주말 가정의 이용방법 마련(87), 캠페인(12)	1999	BHM
24. 연방정부는 자치주들의 보건 의료재정을 어느정도 분담하는가?(B.C주:알버타)	부담 안함(2:1), 약10%(11:9), 약25%(29:32), 약50%(19:21), 50%이상(8:4), 모름(31:32)	2000	ISR
25. 연방정부의 주정부들이 CHA 원칙을 지키지 않을 경우 재정지원금을 지급보류하는 제도는?	적절(44), 부적절(49), 모름(7)	1998	EP
26. 환자를 보호하고 좋은 제도를 만들기 위해 정책의 주도적 역할을 하는 것을 동의 하는가?(동의)	경제지도자와 경영자들(33), 학자들(55), 자원봉사조직들(68), 공중들(67), 연방정부(66), 주정부들(70), 보건의료인(97)	1999	MP
27. 다음 연도 예산 편성시 캐나다 정부의 우선적 고려 사항은?	사회정책을 위한 투자(58), 부채 청산(23), 세금 인하(18)	1998	ERA
28. 보건의료의 질과 접근성에 대한 계층별 선호도(질우선:접근우선)	전체(43:43), 6만불 이상 소득자(50:37), 2만불 이하(30:47), 65세 이하(48:38), 65세 이상(23:58)	2000	ERA

주: 1) CHM(Canada Health Monitor), CRIC(Centre for Research and Information on Canada), E(Environics), EP(Earnscliffe/POLLARA), BHM(Berger Health Monitor), ERA(Ekos Research Associate), IR(Ipsos-Reid), ISR(Institute for Research), MP(Merck Frost/Pollara), SCM(Saskatchewan Commission on Medicare)

자료: Mandelsohn, Matthew, "Canadian's Thoughts on Their Health Care System: Preserving the Canadian Model Through Innovation". *CFHCC Report*, June, 2002 부록 도표 1내지 120에서 발췌하여 재구성함.

이렇듯 캐나다국민들의 공적 의료보장제도에 대한 인식은 전통과 원칙에 대해서는 강한 지지를 표시하고 있으나 제도적 개혁의 요구 또한 높은 것으로 나타난다. 국민들이 요구하는 해결과제들은 1) 적절한 서비스들의 제공을 위해 필요한 인적·물적 자원의 확충, 2) 보건의료기술의 발달과 국민들의 욕구 증대에 부응할 수 있는 서비스전달체계의 변화, 3) 자원의 확충과 전달체계 변화를 위해 필요한 재원의 확보 등으로 집약할 수 있으나, 이를 실현하기 위한 정책대안들에 관해서는 공중판단이 형성되지 아니하였음을 알 수 있다. 1990년대 후반부터 연방정부와 자치주 정부들이 제도개혁을 위해 많은 노력들⁸⁾을 기울여 왔었지만, 일반국민들의 불만족은 오히려 증폭하고 있으며 이는 정책엘리트들과 공중들과의 사이에 커다란 인식적 차이가 있기 때문(CFHCC, 2002b:68)으로 판단된다.

IV. 캐나다 공적 보건의료보장정책에 관한 공중판단과 의미

1. 공중판단을 도출하기 위한 집담회의 기획⁹⁾

연방정부와 자치주정부들이 1990년대 말부터 보건의료보장제도의 개

8) 1996년 연방정부는 CHST제도를 통해 자치주정부들에게 지원하는 현금재정의 규모를 110억CD\$로 고정하였다가, 1) 1998년 125억CD\$로 인상하였고, 2) 1999년에는 향후 5년간 115억CD\$을 추가지원하기로 결정하였었으며, 3) 2000년에는 1999년의 향후 5년 계획 중 남은 4년 동안 25억CD\$을 추가하기로 결정하였다. 4)2000년 9월에는 자치주정부들의 수상들과 연방정부가 모여, 캐나다보건의료제도의 개혁과 발전을 위하여, 자치주정부들 사이 및 연방정부와의 사이에 협조체계를 강화하고, 연방정부의 주정부들에 대한 재정지원의 규모를 향후 5년간 다시 211억CD\$늘리고 자치주정부들은 보건의료자원의 확충 및 서비스체계를 개혁하는 등 일련의 계획들에 대하여 합의를 하였다(CFHCC, 2002c).

9) 본 기획에 관하여서는 CFHCC, 2002b의 내용을 발췌 요약함.

혁을 위한 일련의 노력들을 해왔음에도 개혁정책의 뚜렷한 성과는 나타나지 아니하고 국민들의 불만만 계속 확대되자, 2001년 4월 추밀원(the Privy Council)은 칙령으로 연방정부 수상에게, 로마노우(Roy J. Romanow) 전 사스카추완 주 수상을 위원장으로 하는 ‘캐나다보건의료 미래위원회’(Commission on the Future of Health Care in Canada: CFHCC)를 구성하여 ‘캐나다의 공적 보건의료제도가 지속적으로 발전하기 위해 필요한 정책들과 조치들을 제안’하도록 하라는 명령을 하였다(칙령 2001-569호)¹⁰. CFHCC는 캐나다정부들에게 권고할 ‘공적보건의료보장제도 개혁을 위한 정책제안들’을 마련하기 위하여 캐나다국민들의 공중판단을 도출하고자 하였으며, 이를 위해 ‘집담회(Choice Work Dialogue)’를 기획하였다. 집담회는 안켈로비치의 ‘집담회기법’을 모델로 하여 기획되었으며, 역시 안켈로비치의 ‘여론조사기획사’(Viewpoint Learning Inc.)와 ‘캐나다 공공정책연구소’(Canadian Policy Research Networks)가 공동으로 주관하였었다.

CFHCC의 집담회는 2002년 1월말부터 3월초 사이에 캐나다 전국을 대서양, 퀘벡, 온타리오, 서부의 4개 권역으로 나누고 권역별 3회씩 평균 40명의 평균시민(average citizens) 대표들이 모여 1일간의 대화를 가지며 참여자들이 공동으로 캐나다보건의료제도의 미래를 선택하도록 기획되었다. 참여자들은 보건의료제공자들이나 정책엘리트들을 제외한 권역 내 각계각층의 국민들 중 무작위로 차출되었으며, 퀘벡 지역의 3개 대화는 프랑스어로, 나머지 9개의 대화는 영어로 진행되었다.

참여자들에게는 도착 시 배포된 작업지침서와 대화시작 전의 브리핑에 의하여, 1) 대화는 ‘옳고 틀린 대답을 구하거나 정책을 결정하는 것이 아니라, 국민들이 중요하다고 생각하는 가치들과 원하는 보건의료문제의 해결방안들을 알고자 하는 것’이라는 대화의 목적과, 2) 대화의 진행방법, 그리고 3) 캐나다 보건의료제도의 현실과 과제들-보건의료비용

10) 동 문서는 CFHCC, 2002a와 2002c에 수록되어 있음.

의 상승과 추이, 보건의료제정의 증가와 추이, 보건의료의 질과 공적제도의 적용에 대한 국민들의 만족도와 변화추이, 주요 외국과의 보건지표들의 비교, 보건의료의 기술과 환경적 변화와 그 추이 등-이 소개되었으며, 참여자들의 대화자료로서 캐나다 보건의료제도가 변할 수 있는 4개의 가상의 시나리오들이 작업지침서 속에 인쇄되어 주어졌다.

캐나다 보건의료제도가 현실적으로 해결해야하는 과제들과 하루동안의 대화에서 소화할 수 있는 양을 고려하여 시나리오의 수는 4개로 하였으며, 각 시나리오들은 기왕에 시행된 여론조사들의 집대성으로 확인된 보건의료문제에 대한 국민들의 인식들과 전문적 토의나 학술적으로 발표된 자료들을 바탕으로 전문가들로 구성된 작업팀에 의해 작성되었으나, 실질적으로 있을 수 있는 상황들로 구성하고 가능한 쉬운 용어들을 사용하여 기술함으로써 일반국민들이 최대한 쉽게 이해하여 자신들이 가지고 있는 가치들을 투영해 볼 수 있도록 하였다.

각 시나리오들의 구분과 내용은 <표 7>과 같이 요약될 수 있으며, 각각의 시나리오들에는 개요, 시나리오를 뒷받침하는 제도나 역사적 사실들, 시나리오와 관련된 여론조사나 학문적 조사의 결과들, 시나리오의 핵심 요소들, 개별 핵심요소들이나 시나리오 전체에 대한 지지와 반대의 의견들이 각각 기술되었다.

시나리오의 구성과 대화의 진행은, 어려운 선택들과 이견이 있는 난처한 입장들을 피하려고 하는 충동을 극복하고 참여자들이 서로 서로 접촉하고 대화하면서 어려운 문제들을 파악하고 가치들을 분별하며 공동으로 타협점을 찾아가도록 기획되었다. 즉 참여자들이 '1) 사실들에 대한 이해(Taking in the facts), 2) 개별 사실들의 연결(Connecting the dots), 3) 상충하는 가치들의 경험(Facing up to conflicting values), 4) 개인으로부터 보다 넓은 공동체에 기반하는 시각으로의 이동(Shifting from an individual to a broader community-based point of view)'의 4단계의 '학습체험과정'(process of learning and working through)을 통해 집합적 합의에 이르도록 구성되었다.

〈표 7〉 4가지 시나리오

	구 분	내 용
시나리오 1	공공재정 투자의 확대	의사들, 간호사들, 그리고 의료장비들의 확충에 보다 많은 공공재정을 투자하고, 그 재원은 세금의 인상 또는 정부의 다른 사업을 위한 재정들로부터 재할당하여 조달함
시나리오 2	비용과 책임의 분담	보다 많은 자원을 확충하기 위해 공공재정의 투자를 확대하는 것이 아니라, 불필요한 제도의 이용을 막을 뿐만 아니라 필요한 재정을 조달하기 위해 이용자의 일부 공동부담제도를 실시함
시나리오 3	사적 선택의 범위 확대	공적제도와 함께 민간자본에 의해 운영되는 보건 의료시설을 확충하여, 국민들이 자기부담으로 민간 자본시설을 이용할 수 있도록 선택의 폭을 넓혀 줌
시나리오 4	서비스전달 체계의 재조직	서비스전달의 통합과 효율화, 적용범위의 확대를 위해 일정한 단위 내의 의사, 간호사, 기타 보건의료제공자들이 보건의료제공네트워크체계로 팀들을 구성하고 국민들은 어느 한 팀에 1년에 한 번씩 등록하여 서비스를 제공받도록 함

자료: 선택참여대화의 작업지침서의 시나리오의 개요를 참고로 하여 재구성함 (CFHCC, "Report on Citizens' Dialogue on the Future of Health Care in Canada", Commission on the Future of Health Care in Canada. June 2002b).

기왕의 인식들과 대화를 통한 인식의 변화를 확인하기 위하여, 대화 시작 전과 대화 종료 후에 4가지 시나리오에 대한 지지도를 조사하였고, 대화에서 형성된 공중판단을 검증하기 위해 전국의 집담회가 완료된 후, 약 1,600여명의 무작위 추출 전국민들에게 전화를 통한 여론조사가 이루어졌다.

오전 중에는 브리핑이 끝나고 참여자 전체가 돌아가면서 자신을 소개하며 보건의료제도에 관한 평소의 생각을 간단히 말하는 기회를 가진 후, 동료들과 함께 경험과 생각을 교환하며 공동으로 '향후 10년 후에 캐나다보건의료제도가 어떻게 변화하여야 할지를 구상해 보는 대화를

하였다. 90분간 10명 단위의 소그룹 대화를 가진 후 전체가 모여 소그룹의 대화결과를 다시 교환하였으며, 대화의 진행에는 1내지 2명의 전문가가 참관하며 필요 시 도움을 주는 식으로 진행되었다.

오후에는 오전에 집약되었던 바람직한 보건의료의 미래상을 실현하기 위해 필요한 대안들을 동료들과 함께 검토하고 버릴 것과 취할 것을 선택하는 작업을 하였으며, 역시 소그룹대화 후 전체대화를 하는 방식으로 진행되었다.

마무리 대화로서는 참석자들과 진행자들이 함께 모인 자리에서 참석자들이 마이크를 번갈아 가면서, '1) 하루 동안의 대화에 의해 견해에 어떠한 변화가 일어났는가?, 2) 오늘의 일들 중 가장 중요하게 생각하는 점은 무엇인가?, 3) 캐나다보건의료미래위원회 위원장이나 정책결정자들에게 하고 싶은 말은?' 이라는 3개의 질문에 대한 각각의 의견을 발표하는 기회를 가졌다. 이러한 대화의 모든 과정은 비디오로 녹취되었으며, 시나리오에 대한 지지도 조사결과에 대한 양적 분석과 함께 공중판단의 형성과정과 결과의 질적 분석자료로 활용되었다.

2. 집담회방식에 의해 형성된 공중판단들

대화 시작 전과 후 참여자들의 4가지 시나리오에 대한 지지도를 조사한 결과는 <표 8>과 같이 나타난다. 대화 시작 전에는 시나리오 4의 '서비스전달체계의 재조직'에 관해서만 50% 이상의 참여자들이 지지하였고, 시나리오 3의 '사적 선택의 범위확대'에 대해서는 50%의 참여자가 반대하였었다. 각 시나리오에 대해서는 16 내지 19%의 참여자가 분명한 지지나 반대의 의사를 가지기보다는 중립적인 입장을 보였으며, 시나리오 1의 '공공재정 투자의 확대'나 시나리오 2의 '비용과 책임의 분담'에 관해서는 지지의 의견이 많았으나 그 비율은 반을 넘지 못하였다.

〈표 8〉 4가지 시나리오에 대한 대화참여자들의 의견 조사결과¹⁾

시나리오(번호)	지지 순위		지지(%)			반대(%)			중립(%)		
	A	B	A	B	변화	A	B	변화	A	B	변화
전달체계의 재조직(4)	1	1	56	79	+23	25	10	-15	19	11	-8
공공재정 투자의 확대(1)	2	2	48	61	+13	33	23	-10	19	16	-3
비용과 책임의 분담(2)	3	3	45	50	+5	39	30	-9	16	20	+4
사적 선택범위의 확대(3)	4	4	34	39	+5	50	47	-3	16	14	-2

주: 1) A; 대화 전의 조사, B; 대화 후의 조사

조사방법: 각 시나리오에 대한 지지도를 1내지 7점으로 매기도록 하고, 1내지 3점은 반대, 4점은 중립, 5내지 7점은 지지로 간주함.

자료: CFHCC, "Report on Citizens' Dialogue on the Future of Health Care in Canada", Commission on the Future of Health Care in Canada, June 2002b. 도표 6, 7, 8의 자료를 재구성함.

동료참석자들과 원하는 보건의료의 미래상을 설계하고 이를 실현하기 위한 방법을 찾아 하루 동안의 어려운 선택작업을 한 후의 반응은 4가지 시나리오에 대한 지지도의 순위에는 변화가 없는 것으로 나타난다. 4가지 시나리오 모두에 대해 대화 전보다 대화 후에 지지율이 올라갔으며, 반대율은 낮아졌다. 시나리오 2의 '비용과 책임의 분담'에 대해서는 대화 전보다 대화 후에 중립적인 의견이 오히려 증가하였음을 보여준다. 대화 전에는 시나리오 4에 대해서만 지지율이 50%를 넘었으나 대화 후에는 시나리오 3을 제외한 3가지의 시나리오에 대한 지지율이 50%를 넘고 있으며, 시나리오 3에 대해서는 지지율이 다소 올라가긴 하였으나 여전히 반대자가 지지자 보다 많으며 의견이 변한 비율이 상대적으로 낮게 나타난다.

집담회가 있는 직후인 2002년 3월에 전국 1,600명의 일반 국민들을 대상으로, 4개의 시나리오에 대한 지지여부와 4개의 시나리오 중 가장 선호하는 한 시나리오를 선택하는 전화조사가 이루어졌었다. 약 14분 동안의 전화통화에 의한 질문설명과 답변방식의 한계를 고려하여 조사의 결과를 살펴보면, 시나리오 지지율의 순위는 대화참여자들의 조사결과들과

일치하고 있으며, 4가지 시나리오들에 대한 지지비율은 모두 참여자들의 대화 전 또는 후의 지지비율보다 높게 나타난다. 역시 시나리오 3에 대한 지지율은 50%를 넘지 못하고 있으며, 4가지 시나리오 중 가장 호감이 가는 시나리오의 선택에 있어서는 공공재정의 투자를 확대하는 시나리오 1이 서비스전달체계를 재조직하는 시나리오 4보다도 높은 선호도를 보였다. 하지만 확대할 공공재정을 조달하는 방법을 확인한 결과, 응답자의 79%가 다른 공공지출로부터의 재할당(reallocation)하는 방법으로 마련되는 것을 생각하고 답변하였으며 17%만이 세금인상에 동의하는 것으로 확인되었었다. 이는 기왕의 여론조사들을 집대성해 본 결과에서 나타났던 현상과 일치하는 셈이다.

〈표 9〉 전화에 의한 일반국민의 의견조사

(단위: %)

	시나리오 1	시나리오 2	시나리오 3	시나리오 4
지지율	79	63	49	81
선호도	42	22	9	25

자료: CFHCC, "Report on Citizens' Dialogue on the Future of Health Care in Canada", Commission on the Future of Health Care in Canada, June 2002b, 59쪽과 미주 17의 기술내용으로 구성함

대화참여자들의 의견조사에 대한 양적 분석과 전화 여론조사의 결과가 비슷한 경향을 보인다는 의미는, 대화참여자들이 국민적 대표성을 가지고 있음을 확인해주는 반면에, 집단회방식이 전통적 조사방법에서 구별하지 못하는 '표면적인 마음의 즉흥적 견해들'과 '사려 깊게 분별한 판단들'을 구별하여 진정한 공중들의 의사를 확인하고 있음을 보이는 근거는 될 수 없다.

그러므로 집단회 참여자들이 동료들과 이러한 판단에 이르기까지 대안들을 검토하고 취사선택(trade-off)한 과정들을 면밀히 추적할 필요가 있다.

대화참여자들은 대화의 진행과 함께 동료들이 발표하는 의견들과 경험담들로부터 캐나다보건의료제도가 당면하고 있는 과제들에 대한 인식을 공유하고 오전회의에서 보건의료의 미래상을 정리하였다. 그들이 10년 후 바라는 공적 보건의료제도의 이상형(ideals)은 1) 필요성에 바탕을 둔 이용, 2) 적용의 보편성, 3) 각 행위자들의 책임 있는 행위, 4) 환자 중심의 진료체계의 확립, 5) 건강유지와 예방의 강화, 6) 서비스전달체계의 통합, 7) 제도운영의 효율화 등으로 요약된다(CFHCC, 2002b:30). 이후에는 오전에 정리된 이상적 보건의료제도를 실현하기 위한 실천적 방법들을 선택하기 위한 공동작업이 진행되었는데, 그들이 도달한 제도개혁의 실천적 모델은 1) 보건의료전달체계에 있어서, 일차보건의료서비스들은 의사, 간호사, 약사, 기타 서비스전달을 위해 필요한 기술적 인력들이 공동으로 서비스를 전달하는 팀들을 구축하고, 국민들은 1년 단위로 어느 한 팀에 등록하여 필요시 서비스를 제공받도록 함으로써, 서비스전달과 관련된 정보를 공유할 수 있게 하여 불필요한 중복적 진단과 이용을 줄이고, 예방과 교육기능을 강화하며, 상시 접근체제를 구축한다. 통상적이고 간단한 의료행위는 간호사들에 의해서도 이루어지도록 하며, 전자보건카드에 의해 개인들의 보건의료이용 정보들이 기록 유지되도록 하고, 전화와 인터넷에 의한 상시 접촉체제를 구축한다, 2) 재정지출 내용과 규모를 정기적으로 지역과 행정단위별로 공개하여 책임을 명확히 하고 보다 효율적으로 재정을 사용하도록 한다, 3) 불필요하고 부적절한 보건의료서비스의 이용을 억제하기 위하여 부분적으로 이용자 본인 일부 부담제도를 도입하되, 기본적 서비스들의 제공은 그 대상에서 제외한다, 4) 민간자본이 보건의료시설을 설립하고 개인들이 자기부담으로 이를 이용할 수 있도록 하는 방법은 공적제도로부터 자원의 이탈을 초래하여 공적제도를 위축시키므로 배척한다, 등으로 요약된다(CFHCC, 2002b:35~53). 이러한 내용은 대화를 마감하며 4가지 시나리오들에 대해 참여자들의 의견을 조사한 결과와 비슷하게 정리되고 있으나, 이러한 결론에 도달하게 된 과정들은 참여자들이 정보로부터 단순한 판단에 이

른 것이 아니라 동료들과 함께 문제점들을 규명하고 책임감 있게 결과를 예측하며 대안들을 취사선택한 공중들의 집합적 판단임을 보여준다.

대화참여자들이 이러한 결론에 도달한 과정과 전개된 논리들을 집약하면(CFHCC, 2002b, 요약서문),

1) 대부분의 참여자들이 대화 시작 초에는, 그들의 보건의료제도는 서비스전달과 경영에 있어서의 낭비적인 요소들을 제거하여 효율화하고, 다른 사업들을 축소하거나 변경하여 공공재정을 추가로 투입하면, 쉽게 '개선'(fixed)될 수 있을 것으로 기대하였었다. 하지만 서로의 경험을 공유하고 현재와 미래에 예상되는 문제점들과 비용들을 검토하면서, 그러한 기대들은 점차 사라져갔다.

2) 그들의 관점들은 필요성에 근거를 둔 이용, 공평성, 효율성의 가치들을 충족시킬 수 있는 개혁에 의해 제도를 갱신하는 방법으로 자연스럽게 옮겨갔다. 그들은 의사, 간호사, 약사, 그리고 그 이외의 보건의료인들이 공동으로 하나의 팀을 구축하고 서로 협력적으로 보건의료서비스를 제공함으로써 정보의 공유를 통한 불필요한 중복적 서비스제공을 배제할 수 있으며 건강 유지와 예방을 위한 서비스를 강화할 수 있고, 전자통신매체들을 이용할 경우 환자들이 상시적으로 보건의료인들과 접촉할 수 있으며 환자를 중심으로 보건의료서비스들이 결합되는 연계망을 구축할 수 있다는 가능성을 보았다. 따라서 그들은 이러한 변화를 실현하기 위하여 필요한 시민들, 의료제공자들, 그리고 행정당국들의 행동양식들을 점검하기 시작하였다.

3) 우선 개인의 건강 증진과 일차보건의료서비스 전달체계의 개혁을 위하여 ① 시민들은 최소 1년 단위로 어느 한 팀에 등록하여 이용함으로써 정보관리가 이루어질 수 있도록 하여야 하고, 일상적인 문제들은 전화 또는 전자매체를 이용한 접촉이나 간호사들과의 면담을 통해 해결하는 방법이 용인되어야 하며, ② 개인프라이버시에 관한 큰 염려에도 불구하고 '전자보건카드'(electric health card 일명 smart card)를 이용하여 자신의 개인적 정보들이 보건의료인들 간에 협력적으로 이용될 수

있도록 하는데 동의하여야 하고, ③ 식이요법, 운동 등 건강생활을 통해 자신의 보건의료문제에 대한 개인적 책임의식을 보다 향상하여야 한다는 이용자로서의 국민들의 의식향상과 책임강화를 지적하였다.

4) 나아가 보건의료제도가 지속적으로 유지되고 발전하기 위해서는 자원의 확충이 필요하며 자원확충을 위해서는 필요한 재정의 투자가 있어야함을 인식하게 되었고, 다음은 이러한 재정을 어떻게 조달할 것인가를 고민하였다.

5) 처음에는 재정적 부담이 적고 자원의 확충이 용이할 뿐만 아니라 개인적 선택의 범위를 확대한다는 장점들에 이끌리어 민간자본들을 통해 보건의료시설들을 확충하는 방법을 생각하고 검토하기 시작하였었다. 하지만 민간자본의 참여란 자본의 논리에 따른 자원의 재편성을 의미하고 이는 공적제도로부터 고급자원들의 이탈과 이를 이용하기 위한 수요의 이동으로 이어져 결국은 공적제도를 위축 또는 소멸시키는 원인이 된다는 판단에 이르게 되자 완강히 거절되었다.

6) 다음은 이용자가 비용의 일부를 공동 부담하는 방법과 씨름하였다. 부적절한 이용을 억제하고 재원을 보충할 수 있다는 장점을 인정하였으나 부유한 사람들의 이용보다는 가난한 사람들의 이용을, 그리고 추가적인 서비스보다는 기본적인 서비스들의 이용을 제약할 수 있다는 문제점들을 염려하기 시작하였고, 저소득층에게는 비용을 보조하는 방법이 제안되었지만 전자통신매체를 통하여 보건의료의 이용에 필요한 정보제공을 확대하고 전자보건카드를 통해 개인들의 서비스이용정보를 관리하면 상당부분의 불필요한 이용들이 억제될 수 있다는 점에 보다 긍정적인 반응을 보였다. 또한 매년 이용내역을 개인별로 통지하여 개인적인 책임을 고취하는 방법을 추가하였다. 전자보건카드의 이용을 포함한 정보의 이용방법을 논의할 때에는 개인적 인권의 침해에 대한 염려가 강하게 제기되기도 하였으나 서비스이용의 집단적 효율성과 개인의 건강증진에 기여하는 점 및 다른 분야에서 개인들의 정보가 관리되는 사례들과 비교 형량한 결과 실보다는 득이 많다는 판단을 하기에 이르렀다. 결국은

이용자공동부담제도는 통상적으로 용인되는 이용방법 이외에 제도권 밖의 의사들에게서 중복적인 서비스를 추구하는 경우에 한해서만 인정될 수 있다는 가능성을 열어두었다.

7) 다음으로 참여자들은 현행 공적제도를 축소할 수 있는지와 다른 공적제도로부터 필요한 재정을 전환하는 방법들을 검토하였다. 하지만 현행제도의 축소에 대해서는 쉽게 불가능하다는 결론에 도달하였다. 많은 사람들이 처음에는 다른 제도로부터 재정의 전환에 관심을 가졌었다. 그러나 동료들과 함께 축소 조정해야 할 대상으로서 다른 사업들을 검토하기 시작하자 그 대상들은 하나 하나씩 사라져갔고 결국은 어느 사업도 쉽게 축소할 수 있는 대상이 아니라는 점을 인정하게 되었다. 따라서 세금을 인상하는 방법만이 유일하게 재정을 확충하는 방법으로 남는 셈이 되었다.

8) 세금의 인상이 불가피한 선택으로 이해되자, 시민들의 관심은 세금을 사용하는 행정당국이나 보건의료제공자들의 책임과 지출의 투명성과 효율성으로 옮겨갔다. ‘우리는 이미 (1년에) 1,000억 달러를 쓰고 있으며, 공동으로 책임을 져야 한다’는 목소리가 높아졌으며, 현행 제도의 운영과 재정의 지출 방법에 대한 강한 불만과 함께 세금인상을 위한 전제 조건으로서 정부와 보건의료제공자들에게;

- (1) 지역이나 관할 영역별로 제도의 운영과 재정의 지출사항들이 정기적으로 보고되고 공개되어야 한다.
- (2) 인상되는 세금으로 조달된 재정은 보건의료를 위해서만 사용되어지는 투명성이 보장되어야 한다.
- (3) 보건의료제도를 위한 독립된 전국감사기관(an auditor general for health)이 창설되어 종합적으로 보건의료의 전반을 감시감독하고 제도의 운영을 비교·평가하여야 한다.
- (4) 정부 내 및 정부들간의 협력체계가 강화되고 조직의 운영이 효율화되어야 한다.

① 연방정부와 주정부들간의 갈등과 분쟁으로 행정력을 소모하고 필

요한 결정을 지연시키므로 책임과 역할 분담을 보다 확실히 하여야 한다.

- ② 환경이나 사회서비스, 주택문제 등 다른 책임분야들과 보건의료를 위한 정부의 기능들이 보다 유기적인 협력체제를 구축하여야 한다.
- ③ 지방사무소가 생겨도 중앙사무소가 축소되지 않는 기능과 조직의 중복성이나 중앙의 정치인들이나 정부 부서가 지역과 지방에서의 문제들에 대해 간접적 짐작에 의해 결정하는 비민주적 관행들이 사라져야하며, 지방행정조직들과 중앙조직들간의 권한과 책임의 분별이 보다 명확해져야한다.
- ④ 환자의 권익을 옹호해주고 대변해줄 수 있는 전국적인 옴부즈맨제도(a national ombudsman)가 창설되어야한다는 주문을 하였다.

흔히 대중들이 정책의 주체가 아닌 객체로서 입장을 표시하며 이행하고 지켜야할 책임보다는 정책에 대한 요구사항들 중심으로 논리를 전개하는 것과는 달리, 공동체를 구성하는 주체로서 이행해야 할 사항들을 점검하고 있으며, 결과를 예측하며 대안들을 검토하였음을 알 수 있다. 또한 선택된 대안들과 그 선택의 논리들이 상당히 구체적이며 분명하게 이해되고 있다.

하루 동안의 대화를 마감하는 자리에서 대부분의 참여자들은 ‘시작할 때 가졌던 고정관념들이 많이 조정되었고 원래 탐탁치 않게 생각하였던 접근방법들에 대해서도 장점과 가능성들을 발견하였으며, 보건의료의 문제들이 협력과 책임공유를 통해 해결될 수 있다는 생각을 확고히 가지게 되었음’과 ‘돌아갔을 때 그들의 생생한 소감을 이웃들에게도 전하겠다고 약속하였음’(CFHCC, 2002b, 요약서문)은, 참여자들 스스로가 신중하고도 사리분별 있는 판단에 확신을 가지고 있으며, 이러한 과정들이 공동체 의식을 함양하는 중요한 기회를 제공해 줄 수 있음을 증명해준다.

3. 공중판단의 정책적 의미

집담회방식을 통해 캐나다 국민들은 현실적으로 그들이 바라는 보건의료의 미래상을 실현하기 위한 대안들에 대해 어려운 선택작업을 하였다. 그들이 선택한 가치들과 정책대안들은 보다 신중하게 사리분별을 한 후 집단적인 의사로 판단한 결정이며 안켈로비치는 이를 공중판단이라 하였다.

그 정책적 의미를 살펴 보면;

첫째, 대중적 여론으로 조사되었을 때 상충되는 가치들로 취합되거나 대안의 선택에서 불명확성을 보였던 사안들이 보다 집합적인 가치와 책임 있는 선택에 의해 정책방향과 대안으로 선별되었다. 즉, 전체적으로는 공공성과 보편성(공공재정에 의한 전국민의 보건의료보장)을 강조하지만 자신에 대해서는 개인적 자기결정성을 존중하는(미확인 처치의 대상이 되려는 점, 민간자본의 확충의 지지가 높아지는 점 등) 성향을 보이며, 자원확충을 위한 공공재정의 확대에는 쉽게 동의하나 세금 인상은 거부하며, 어려운 결정은 대답을 피하거나 판단을 유보하였던 것이 민간자본에 의한 보건의료시설의 확충은 공적제도를 위축시키게 되므로 거부되고, 자원의 확충이 시급하고 다른 사업들 역시 소중함을 알게되자 추가적인 세금의 부담을 기꺼이 용인하게 되었으며, 대화 시작 전의 중립적 입장들의 상당수가 체험학습을 통해 적극적으로 변화하였다.

둘째, 참여자들은 체험학습을 통해 보건의료의 기술적, 정책 환경적 변화와 이를 위한 개혁의 필요성을 분명하게 인식하게 되었고, 이러한 인식의 바탕에서 공적 보건의료보장제도의 기본원칙들과 정책의 방향이 국민들이 바라는 가치들을 올바르게 반영하고 있다는 결론에 도달한 것은 캐나다 공적 보건의료제도의 유지와 발전을 위한 정책들이 정당성을 확보할 수 있는 굳건한 토대를 마련해주었다.

셋째, 정치엘리트들이 10여 년 전부터 보건의료의 개혁을 외쳐 왔었지만 공적 보건의료제도에 대한 국민들의 지지를 두려워한 나머지 제도의

개혁에는 소극적인 자세로 일관하며 흑자로 돌아선 재정의 일부를 추가로 투입하는 정도(재정투자와 노력의 예들)에 그쳤을 뿐인데 반하여, 국민들은 보건의료의 기술이 발달하고 정책적 환경이 변화한 데에 상응하는 보다 실질적이고 현장 중심적인 개혁을 원하고 있다. 엘리트와 일반 국민들 사이에 존재하는 이러한 차이점들은 안켈로비치가 설명하였듯이 민주적 자치를 위협하는 요소들인 반면에, 공중판단에 의해 그 차이들을 규명함으로써 엘리트들의 정책결정에 국민들의 요구와 지지가 보다 올바르게 반영되어지는 계기를 마련해준다.

넷째, 이러한 공중판단들이 어떻게 정책을 결정하는 과정으로 연결되느냐는 민주적 자치가 현실적으로 어떻게 실천되느냐와 관계된다. 캐나다 보건의료미래위원회는 이러한 국민들의 공중판단 및 전문가들의 분석들을 종합하여 공적 보건의료보장 제도를 개혁할 47가지의 정책적 제안들을 최종보고서(CFHCC, 2002c)로 작성하여 2002년 11월 28일 연방 하원에 제출하였다. 크레티앵(Jean Chrétien) 연방수상은 이 보고서를 토대로 보건의료개혁안을 마련¹¹⁾하여 2003년 2월 4일과 5일 이틀동안 주수상들과 협의에 들어갔다. 캐나다의 ‘느슨한’ 연방제도를 반영하는 연방수상과 주수상들과의 협의회는 캐나다언론들이 ‘정상회담’(summit meeting)이라고 표현하듯이 대등한 관계에서 실질적 토의를 통한 협의가 진행되는 자리이다¹²⁾. 더구나 당시의 크레티앵 연방정부 수상은 1년

11) 향후 5년 동안 주정부들이 일차보건의료전달체계의 재조직화와 자원확충 등 일련의 보건의료제도들을 개혁하는 재원으로 약 348억CD\$의 추가재원 지원, 추가재정의 사용처를 명시적으로 지정, 주정부들의 사업결과에 대한 보고의무, 개혁을 감독할 전국보건감사기구 설치 등 연방정부가 주정부들에게 제안한 캐나다보건의료제도의 개혁에 대해, 주정부들은 추가재정지원의 규모는 확대하되 자치주정부의 권한을 침해하는 사용처의 명시적 제한과 감독기능의 강화에 대해 반발하는 내용들을 ‘야후캐나다뉴스’가 분석기사로 정리하고 있음(야후캐나다 웹사이트 2003).

12) 캐나다의 저명한 저널리스트 이안(Ian Urquhart)은 ‘캐나다라는 나라는 연방의회가 아닌 행정적 연방주의(executive federalism)에 의해 실질적으로 운영되고 있으며, 그것은 연방-주 수상들의 회의체에 의한 정부(government by federal-provincial first ministers’ conferences)를 의미한다’고 역사적 사례들

남은 수상의 임기를 마친 후 연임을 하지 않겠다고 이미 수개월 전에 공개적으로 천명하였었고, 그의 후임에는 그가 지원하는 연방재무부 장관 맨리(Finance Minister John Manley)는 거의 가망성이 없어 보이고 같은 자유당의 소속이라고는 하나 사실상은 정적인 폴 마틴(Paul Martin)이 언론매체들에 의해 거의 공공연하게 차기 수상으로 거명되고 있을 정도¹³⁾로 유력하게 보이고 있어 그의 정치적 영향력은 매우 약화된 상태라 할 수 있었다. 연방정부의 개혁안들에 대해 주수상들은 강하게 비판하였었다. 전국적 보건의료감사기관의 창설과 연방정부가 추가로 지원하는 재정들의 사용대상을 특정하여 보건의료의 개혁을 위해서만 사용하도록 하는 방법에 대해 특히 크고 힘이 강한 자치주들이(온타리오, 퀘벡, 브리티시컬럼비아, 알버타가 그 순서대로 크고 강한 주에 속하며 이 중에서 브리티시컬럼비아만 중립적이고 나머지 3개 주들이 강하게 반대하였음) 주정부들의 자치권한에 대한 침해를 이유로 강하게 반발하고 결국은 합의서의 서명을 거부한 채 협의회가 종료되었다(Toronto Star, 2003. 2. 6). 하지만 앞서서 공중판단으로 확인하여 마련된 개혁안에 대한 연방정부의 입장은 확고했고, 크레티앵수상 개인의 정치적 영향력의 감퇴에도 불구하고 끝내는 연방의 개혁안이 그대로 관철되어 가고 있다. 이는 바로 시민들의 참여에 의한 대화방식으로 도출된 공중판단이 민주주의적 정책결정의 정당성을 부여하는 힘의 원천이 됨을 보여주고 있다고 할 수 있다.

아직 캐나다 보건의료보장제도의 개혁을 위한 성공여부를 판단하기에는 시기적으로 이르지만 결론적으로 캐나다의 집담회방식을 통한 보건

과 미국의 예를 비교하면서 주장하였다(Urquhart 2002).

13) 마틴 전 연방재무부 장관이 차기 수상이 될 것이라는 전망은, 2002년 8월 연방수상 크레티앵이 18개월 후(2003년 2월 예정) 차기 수상 경쟁에 나서지 않음을 천명한 후 언론매체들 뿐만 아니라 일반 공공영역에서도 공공연하게 얘기되고 있다. 2003년 2월 연방 수상과 주지사들과의 공동협의회가 끝난 후, 온타리오 주수상은 연방정부의 입장을 비판하면서 '차기 수상이 될 마틴에게 보다 많은 것을 기대한다'고 말하였다(Toronto Star, 2003. 2. 6).

의료보장제도에 관한 공중판단의 도출은 보건의료제도의 현실적이고도 유효성 있는 개혁을 위한 토대를 제공하였고 정책결정에 있어서 민주적 자치 실현의 가능성을 보다 확대하였다고 할 수 있다.

V. 결 론

민주주의의 발달과 확산으로 국민들의 복지를 향상하고 건강한 삶의 질을 보장하는 것은 국가정치的重要한 이슈가 되었고 국민들의 보건의료서비스를 보장하기 위한 정책프로그램과 재정의 비중은 보다 확대되고 있다. 하지만 국가경제수준의 향상을 앞질러 빠른 속도로 팽창하는 보건의료비용들은 국가의 재정부담을 압박하고 있고, 기술의 발달과 국민들 기대수준의 상승은 보건의료서비스들에 대한 개념적 범위를 확대시키고 전달체계의 변화를 요구하고 있다. 따라서 많은 나라들이 기성 보건의료보장제도를 개혁할 필요성을 가지고 있고 또 노력을 하고 있다.

반면에 민주적 절차들이 제도화되고 시민들의 참여기제가 활성화되고 있다고 하지만 전통적 여론조사 방법들이나 정책엘리트들의 국민대표 기능들은 한계를 보이며 정책결정과정에서 진정한 공중들의 의사를 담아내지 못하여, 현실의 많은 개혁정책들이 실천단계에서 국민적 저항과 외면을 받아 정책목표 달성에 실패하고 또 다른 개혁이 요구되어지고 있다.

연방정부와 자치주정부들이 역할을 분담하고 공적재정으로 병원과 기업인들의 포괄적 보건의료서비스들을 전국민들에게 보편적으로 제공하고 있는 캐나다의 보건의료보장제도는 국민들로부터 깊은 신뢰와 지속적인 지지를 받고 있지만 현실적 정책환경의 변화에 따른 개혁을 필요로 하는 점에서는 예외가 아니다. 발전된 보건의료 기술들과 장비들 그리고 고급자원들을 이용하고자 하는 국민들의 욕구는 증대하고 있는데

비해 인적·물적 자원은 불충분하고, 서비스전달체계와 제도운영들은 발전된 정보관리 기술들을 이용하고 있지 못하여 효율성이 떨어진다는 비판을 받고 있다. 이에 따라 지난 세기말부터 정책엘리트들이 일련의 제도개혁을 위한 시도들을 해왔었지만 국민들의 호응을 얻고 성과를 거두는데 실패하였다. 전통적인 방법에 의한 많은 여론조사의 결과들은 개혁을 위한 정책적 대안들을 선별하고 개혁방향을 결정하기에는 공중적 의사의 결집정도가 부족하였다. 이에 종합적인 제도개혁의 틀을 마련하기 위한 시도가 다시 시작되었고, 공중판단을 형성하고 확인하기 위한 작업이 이루어졌었다.

공중들이 공동으로 문제에 접근하여 해결대안을 선택하는 ‘집담회방식’에 의해 ‘공중판단’의 형성과 확인을 시도한 결과는 공중들이 ‘보이지 않는 칸막이들’에 의해 배제되고 엘리트들에 의해 독점된 정책결정과정들이 해결하지 못했던 공동체적 가치들에 대해 집합적 합의를 도출해 내었고, 전통적 여론조사방법들이 개별국민들의 ‘표면적 마음의 즉흥적인 판단’과 공중들의 ‘사리 깊게 분별한 판단’들을 구별하지 못하는 한계를 극복하여 정책대안들에 대한 어려운 선택작업을 해내었다. 또한 그러한 과정들은 공동체의 의식을 함양할 수 있는 좋은 계기가 될 수 있음도 확인하였다.

가치관계가 복잡한 문제일수록 기성제도를 비판하고 새로운 제도를 창출하여야 하는 개혁정책일수록 전문적 식견에 의한 판단이나 표피적 여론의 결집만으로는 유효한 해결대안들을 찾아내기가 어려우며, 공중들의 사리 깊게 분별한 판단들을 통해 해답을 찾는 노력이 필요한 셈이며, 이러한 과정들은 공공정책의 정당성을 담보하고 민주적 자치의 실현을 확대하게 될 것으로 기대된다.

참 고 문 헌

- 고스타 에스핑 앤더슨 편·한국사회복지학연구회 역, 『변화하는 복지국가』, 서울: 인간과 복지, 1999.
- 김태성·성경륜 공저, 『복지국가론』, 서울: 나남출판, 2000.
- 연합뉴스, 2001. 12. 20.(<http://kr.dailynews.yahoo.com/headlines/ts/>)
- Bennett, Arnold and Adams, Orvill ed., *Looking North for Health-What We Can Learn From Canada's Health Care System*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993.
- Bennett, Carolyn and Archbold, Rick, *Kill or Cure?-How Canadian can remake their care system*, Toronto: Harper Collins Publishers Ltd, 2000.
- CFHCC, "Shape the Future of Health Care", Commission on the Future of Health Care in Canada, Interim Report. February 2002a.
- CFHCC, "Report on Citizens' Dialogue on the Future of Health Care in Canada". Commission on the Future of Health Care in Canada. June 2002b.
- CFHCC, "Building on Values-The Future of Health Care in Canada", Commission on the Future of Health Care in Canada. Final Report, November 2002c.
- Health Canada Website(HCW). 2003.
(<http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/home.htm>)
- Mandelsohn, Matthew, "Canadian's Thoughts on Their Health Care System: Preserving the Canadian Model Through Innovation". *CFHCC Report*, June, 2002.
- Michlis, Michael & Kushner, Carol, *Second Opinion-What's Wrong*

with Canada's Health-Care System and How to Fix it, Toronto; Collins, 1989.

OECD, *Health Care Systems in Transition*, Organization for Economic Cooperation and Development, 1990.

Poguntke, Thomas, *Alternative Politics: The German Green Party*, Edinburgh: Edinburgh University Press, 1993.

SSCSAST, "The Health of Canadians-The Federal Role; Volume One-The Story So Far", *Interim Report on the state of health care system in Canada*, The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, March, 2001.

Toronto Star, February 6, 2003, A1-6.

Urquhart, Ian, "Governing Canada by Conference", Toronto Star, February 8, 2003, E2.

Yahoo Canada Web-site(YCW), "Optimism grows that first ministers will reach national health accord", (Search; February 4, 2003), (<http://ca.news.yahoo.com/030204/6/rnwj.html>)

Yankelovich, Daniel, *Coming To Public Judgment: Making Democracy Work in a Complex World*, Syracuse; Syracuse University Press, 1991.

———, *The Magic of Dialogue: Transforming Conflict into Cooperation*, New York, N.Y.: Simon & Schuster, Inc, 2001.

Summary

The Reform of Canada's Health Care System and Public Judgments

Jeong, Seokkuk

The Canada's publicly funded health care system has been acknowledged domestically and internationally as a successful public policy which reflects Canadians' values perfectly. But it has also required the necessary reforms because of various changes in modern Canadian society.

Canadians' public judgments for the reforms was confirmed by a series of the "Choice-Work Dialogues" in the spring of 2002.

The purpose of the Dialogues was to overcome the limitations of gathering public opinions and the decision-making of public policies that is dominated only by elites.

The traditional public opinion polls fail to distinguish between people's top-of-the-mind, offhand views and their thoughtful, considered judgments, and the elites are not satisfactory as representatives of the average citizens.

The Canadians, who had participated in the Dialogues, had experienced hard work-through and made painful trade-off choices to improve their health care system.

Compared to the general public opinions and the policy-making elites' decisions, the public judgments made by the collective Dialogues of the average Canadians are very valid and relevant alternatives. The Dialogues were also good chances for Canadians to enhance their community.

The health care in modern society is a complicated issue and health policies need sufficient reflection of people's thoughts.

It is certain that the Choice-Work Dialogues in Canada is a good model case of how to approach alternatives for the reform of public policies.