

기로에 선 보편주의 의료제도: 캐나다 메디케어의 민영화 추세에 대한 평가

조영훈*

요약

2005년 6월 9일, 캐나다 대법원은 민영건강보험의 판매를 금지한 퀘벡 주정부의 의료법이 퀘벡인권헌장을 위반한다고 판결했다. 소위판결로 불리는 이 판결은 공적건강보험이 보장하는 필수의료행위에 대한 민영건강보험의 적용을 인정함으로써 캐나다의료법에 심각한 도전을 제기했다. 이 판결을 따르게 되면 경제 능력이 있는 환자들이 공공의료제도에서 장기간 대기할 필요 없이 민영보험을 통해 보다 빨리 수술을 받을 수 있게 되고, 이로 인해 캐나다의료법의 핵심원칙인 접근성과 보편성이 훼손될 수도 있는 것이다.

이 논문의 목적은 소위판결로 인해 퀘벡주와 캐나다에서 의료민영화가 어느 정도나 초래되었는지를 검토하는 데 있다. 이를 위해서 이 논문은 2005년을 전후하여 퀘벡주와 캐나다의 다른 주요 주들에서 민영부문 의료비지출의 비율 등의 몇 가지 지표들을 통해 의료민영화의 확산속도를 비교할 것이다. 이러한 비교를 통해 이 논문은 의료민영화에 대한 소위판결의 영향력을 평가하고, 최근 캐나다 의료제도의 민영화 추세를 분석할 것이다.

이 논문은 2005년 이후 최근까지의 자료를 바탕으로 소위판결이 의료민영화에 어느 정도의 영향을 미쳤는지를 실증적으로 밝히려고 시도했다는 점에서 기존연구들과 차별화된다. 또한, 이 논문은 캐나다의 보편주의 의료보장제도에서 민영화의 추세가 어느 정도나 진행되고 있는지를 밝히고, 의료민영화의 배경으로 캐나다 정부들의 소극적인 개입정책을 지적함으로써 향후 한국의 건강보험 개혁에 시사점을 제공한다는 실천적 의의를 지니고 있다.

주요어: 의료민영화, 민영건강보험, 영리클리닉, 적용제외, 퀘벡

* 동의대학교 사회복지학과 교수(yh1cho@deu.ac.kr)

1. 머리말

2005년 6월 9일, 캐나다 대법원은 보편주의 의료보장제도인 메디케어를 뒤흔들 수도 있을 판결을 내놓았다. 소송당사자 중 한 명인 외과의사 자크 쇼위(Jacques Chaoulli)의 이름을 딴 이 판결의 핵심내용은 주정부건강보험의 적용대상이 되는 필수의료행위에 대해 민영건강보험을 판매할 수 없도록 한 퀘벡 주정부의 현행 의료법이 퀘벡인권헌장을 위반했다고 하는 것이다. 이 판결은 경제력이 있는 일부 환자들이 공공의료제도에서 장기간 대기할 필요 없이 민영건강보험을 통해 민영클리닉에서 자신이 원하는 수술을 적시에 받을 수 있도록 허용했다는 점에서 '의료의 사회화'를 특징으로 하는 캐나다의 메디케어를 위협할 수도 있는 것이었다.

캐나다의 사회정책학자들은 쇼위판결이 보편주의 의료보장제도에 미칠 영향에 대해 크게 두 가지 관점에서 논쟁해왔다. 「민영화 확대론」으로 명명된 첫 번째 관점에 따르면, 쇼위판결로 인해 경제력이 있는 환자들의 민영클리닉 이용이 확대되어 민영의료시장이 발달하고 의료제도가 양극화할 것이라고 한다. 「민영화 제한론」으로 명명된 두 번째 관점에 따르면, 쇼위판결은 필수의료행위 가운데 특히 일부에 대해 매우 엄격한 조건 하에서만 민영건강보험의 판매를 허용하기 때문에 본격적인 의료민영화를 초래할 수 없고, 캐나다의료법에 규정된 접근성과 보편성의 원칙을 훼손하지 않는다고 한다.

이 논문의 목적은 쇼위판결로 인해 퀘벡주에서 의료민영화가 어느 정도나 초래되었는지, 그리고 더 나아가서 캐나다의 보편주의 의료보장제도가 얼마나 심각한 민영화의 위기에 처해있는지를 검토하는 데 있다. 이를 위해서 이 논문은 2005년을 전후하여 퀘벡주와 캐나다의 다른 주요 주들에서 민영부문 의료비지출 등의 몇 가지 지표들을 통해 의료민영화의 확산속도를 비교할 것이다. 이러한 비교를 통해 이 논문은 「민영화 확대론」과 「민영화 제한론」 가운데 어느 관점이 옳은지를 판단하고, 캐나다 메디케어의 민영화 추세와 향방에 대해 전반적으로 평가할 것이다.

이 논문의 연구결과는 다음과 같다. 첫째, 퀘벡을 비롯한 캐나다 대부분의 주에서는 2005년 이후 민영부문 의료비지출의 증가율이 매우 완만하고, 2005년 이전에 비해 매우 낮았다. 또한, 최근까지 민영클리닉은 퀘벡에서는 늘어나지 않았고, 캐나다 전체적으로는 매우 완만한 증가세를 보였다. 이러한 사실들은 쇼위판결과 의료민영화 사이에 직접적인 연관성이 없음을 보여주는 것이다. 둘째, 퀘벡주에서 주정부의료보험에서 탈퇴한 의사들의 증가율은 다른 주들에 비해 매우 높았고, 캐나다의료법이 금지하는 환자본인부담을 부과한 사례도 2016년 이후 퀘벡에서 집중적으로 발생했다. 이러한 사실들은 퀘벡의 주민과 의사들이 공공부문에 의한 의료통제와 보편적인 의료서비스를 더 이상 당연시하지 않는다는 것과 의료영역에서의 주정부의 통제

력이 약화되고 있다는 것을 보여준다.

퀘벡주에서 쇼위판결이 나오게 된 것은 수술을 받기 위한 대기기간이 지나치게 길었기 때문이다. 캐나다와 같이 보편주의 의료제도를 보유한 곳에서는 의료 인력과 시설 및 장비의 공급을 공공부문이 통제하며, 공공부문은 예산상의 문제로 인해서 의료공급을 적절한 수준이 아니라 최소한의 수준으로 유지하려고 한다. 그렇지만, 대기기간의 장기화는 보편주의 의료제도의 당연한 결과라기보다는 메디케어에 대한 연방정부의 재정 지원 축소와 밀접한 관련이 있다. 이 연구는 그러한 점을 분명히 밝힘으로써 의료서비스의 공공성 강화를 목표로 하는 우리나라 현 정부의 건강보험 개혁 정책의 성패가 결국은 의료재정의 충분한 확보에 있다는 점을 지적한다는 실천적 의의를 지니고 있다.

쇼위판결이 캐나다와 퀘벡의 의료제도에 미치는 영향과 사회정책학적 함의에 대해서는 캐나다 학자들을 중심으로 이미 많은 연구가 진행된 바 있다. 그렇지만, 「민영화 확대론」과 「민영화 제한론」 가운데 어떤 것이 타당한지, 그리고 쇼위판결 이후 퀘벡과 캐나다에서 의료민영화가 실제로 어느 정도나 진행되었는지를 실증적인 자료에 기초하여 체계적으로 검증하려는 학문적 시도는 거의 없었다. 이 논문은 2005년 이후 최근까지의 자료들을 바탕으로 그러한 학문적 껌을 배우려고 시도한다는 점에서 학문적 의의가 크다.

2. 쇼위판결의 배경과 내용

쇼위판결이 처음 발표되었을 때 캐나다의 의료계와 사회정책학계는 이를 매우 충격적인 일로 받아들였다. 1947년에 토미 더글러스 주지사의 영도하에 서스캐처원주에서 보편주의적인 병원보험이 처음 도입된 이후 1984년 캐나다의료법의 제정에 이르기까지 캐나다의 의료제도는 보편주의 확대의 길을 걸어왔고, 소득수준에 관계없이 시민들에게 동등한 의료서비스를 무상으로 제공하는 메디케어는 캐나다시민들의 대표적인 국가적 자부심으로 자리 잡았다. 쇼위판결은 접근성과 보편성의 보장이라는 메디케어의 핵심원칙을 매우 한정적으로나마 부정함으로써 캐나다 의료제도에 커다란 변화를 초래할 수 있을 것으로 여겨졌던 것이다.

캐나다 주정부들은 연방정부가 제공하는 부분적인 재정지원에 기초하여 독자적인 공공의료제도를 운영한다. 메디케어 혹은 주정부건강보험으로 불리는 공공의료제도는 1984년에 성립한 캐나다의료법(Canada Health Act)의 다섯 가지 원칙을 지키도록 의무화되었으며, 만일 이 의무를 위반한다면 주정부는 연방정부의 재정지원 가운데 일부를 반환해야 한다. 캐나다의료법의 다섯 가지 원칙은 다음과 같다. 첫째는 ‘공적 운영’으로서 의료보장제도는 공공기관에 의

해 비영리를 원칙으로 운영되어야 한다. 둘째는 '포괄성'으로서 의료보장제도는 매우 다양한 형태의 의료서비스를 필수의료행위로 제공해야 한다. 셋째는 '보편성'으로서 의료보장제도는 모든 시민에 대해 동일한 조건의 의료서비스를 제공해야 한다. 넷째는 '이동성'(portability)으로서 각 주의 의료보장제도는 거주민이 다른 주에서 의료서비스를 받을 때도 똑같은 보장을 제공해야 한다. 다섯째는 '접근성'으로서 의료보장제도는 의료욕구를 지닌 시민들이 자유롭게 의료서비스를 이용할 수 있도록 보장해야 한다.

이 가운데 특히 중요한 것은 보편성과 접근성의 원칙이다. 이 원칙에 따라 각 주의 공공의료제도는 필수의료행위, 즉 주정부건강보험의 급여대상인 의료서비스에 대해 사용자 본인 부담을 부과할 수 없도록 하며, 대부분의 주에서는 필수의료행위의 의료비를 보장하는 민영건강보험의 판매가 금지되어 있다.¹⁾ 일반적으로, 캐나다의 의사들은 자신이 제공한 필수의료행위에 대해 주정부건강보험으로부터 의료수가표에 따라 수수료의 형태로 보상을 받을 뿐이지 환자에게 의료비를 직접 청구할 수 없으며(직접청구금지), 규정된 의료수가 이상의 의료비를 시설이나 기기 사용료 등의 명목으로 환자에게 청구할 수도 없는 것이다(초과청구금지).

2005년 6월 9일, 캐나다 대법원은 민영건강보험의 판매를 금지한 퀘벡주의 의료법이 퀘벡인권헌장(Quebec Charter of Human Rights and Freedoms) 1조(개인의 생명권과 자유 보장권)를 위배한다고 판결했다. 이 판결은, 비록 수술을 받기 위해 공공의료제도에서 지나치게 오래 대기한 환자에게만 적용된다는 조건을 부과하는 했지만, 필수의료행위에 대한 민영건강보험의 적용을 인정함으로써 캐나다의료법에 심각한 도전을 제기했다. 이 판결을 따르게 되면 재정적인 능력이 있는 일부 환자들이 공공의료제도에서 장기간 대기할 필요 없이 민영보험을 통해 보다 빨리 수술을 받을 수 있게 되고, 이로 인해 캐나다의료법에 규정된 접근성과 보편성의 원칙이 훼손 받을 수 있게 되는 것이다.

이와 같이 캐나다의료제도에 커다란 변화를 줄 수도 있는 대법원의 판결은 소송당사자 중 한 명인 자크 쇼위(Jacques Chaoulli)의 이름을 따서 쇼위판결이라고 불린다. 이 소송의 도화선은 1996년에 우측 고관절 수술을 받기 위해 1년 이상 대기했던 61세의 몬트리올 거주자 조르주 켈리오티(George Zeliotis)가 지역 언론과 의료당국에 자신의 처지를 호소한 데서 비롯한다. 그는 심각한 고통과 생활상의 곤란에서 하루빨리 벗어나기 위해 민영건강보험의 구입을 통해 민영클리닉에서 수술 받고자 했지만, 퀘벡주 의료법의 규정상 필수의료행위인 고관절수술을 민영클리닉에서 받을 수 없고 수술비용에 대해 민영건강보험의 적용을 받을 수도 없었다. 그에

1) 뉴펀들랜드/라브라도 주는 민영건강보험의 판매를 허용한다. 또한, 서스캐처원과 뉴브런즈윅에서는 민영건강보험의 판매가 허용되기는 하지만, 환자로 하여금 자신이 보험료를 부담하는 민영건강보험과 보험료 부담 없이 무상으로 제공되는 공공의료제도 가운데 한쪽의 보장만을 선택하도록 규제함으로써 민영건강보험의 판매에 커다란 제약을 가하고 있다(Boychuck, 2008: 5).

게 남은 길은 자신의 돈으로 미국의 병원에서 치료받는 것이지만, 이러한 대안은 자신의 재정 능력을 훨씬 벗어나는 것이었다.

다른 한편, 외과의사인 자크 쇼위는 필수의료행위에 속하는 의료서비스를 제공하는 방문전문병원을 설립하기 위해 여러 차례 주정부 의료위원회에 신청했지만 주정부건강보험법의 규정을 이유로 거절되었다. 그에게 남은 방법은 주정부건강보험에서 탈퇴하여 주정부건강보험의 재정지원 없이 독자적으로 병원을 운영하는 것이다. 그렇지만, 이 경우 환자들이 의료비용 전액을 스스로 부담해야 할 뿐 아니라 주정부의료법에 의해 필수의료행위에 대한 민영건강보험의 적용이 금지되어 있기 때문에 자신이 계획한 민영병원의 설립은 현실적으로 불가능한 것이었다.

자크 쇼위는 조르주 켈리오티의 주치의는 아니었다. 그렇지만, 두 사람 모두 필수의료행위에 속하는 의료서비스를 위한 민영병원의 설립과 민영건강보험의 판매 허용을 주장한다는 공통점을 지녔기 때문에 서로 연대하여 1997년에 퀘벡지방법원에 소송을 제기하였다. 그들의 주장은 민영건강보험을 금지하는 퀘벡주의 의료법이 장기간에 걸쳐 환자를 대기하도록 강요함으로써 개인의 생명과 안녕권을 침해하며, 이것은 곧 퀘벡인권헌장과 캐나다인권헌장(Canadian Charter)에 대한 위반이라는 것이다. 그들은 2000년의 1심과 2002년의 2심에서는 패소했지만, 2005년의 대법원판결에서는 참석판사 7명 가운데 4명의 동의를 얻어 승소했다.²⁾ 대법원은 공공의료제도가 제공하는 의료서비스의 대기기간이 지나치게 길어 고통에 시달리는 사람에게까지 민영병원을 이용하기 위한 민영보험의 판매를 금지하는 것은 퀘벡인권헌장에 위배된다고 판시한 것이다(Boychuck, 2006: 2; Dean, 2007: 430; Flood and Thomas, 2010: 266).

쇼위판결은 퀘벡주의 공공의료제도에 커다란 충격을 주었다. 퀘벡주정부는 정책적인 대응 방안을 마련하기 위해 대법원에 대해 민영건강보험 판매 허용 조치의 1년간 유예를 요청했고, 마침내 2006년 12월 13일에 쇼위판결을 반영한 『33호 법안』(Bill 33: An Act to Amend the Act Respecting Health Services and Social Services and Other Legislative Provisions)을 발표하였다. 기존 퀘벡주 의료보장제도의 핵심 원칙들을 수정하는 데 초점을 둔 그 법안에는 다음과 같은 내용이 포함되었다.

첫째, 전문의료센터(Specialized Medical Centres)라고 불리는 수술전문 민영클리닉의 도입을 허용한다. 이러한 민영클리닉은 주정부건강보험의 틀 속에 있으면서 의료비용을 전적으로 공공재정에 의존하거나(비영리클리닉) 주정부건강보험에서 탈퇴하여 의료비용을 환자에게 전적으로 청구하는 방식(영리클리닉) 중 하나를 선택할 수 있으며, 주정부건강보험과 환자 양측

2) 원래 대법원합의체는 9명으로 구성되지만, 이 중 2명은 판결을 앞두고 임명되어 대법원 판결에 참여할 수 없었다.

에게 비용을 청구하는 혼합진료는 금지된다. 둘째, 공공의료제도가 보장하는 필수의료행위에 대해서도 민영건강보험의 적용을 허용한다. 단, 민영건강보험은 주정부건강보험에서 탈퇴한 의사들에 의한 수술에만 적용되고, 대상은 고관절수술, 무릎수술, 백내장수술의 세 항목에 한정된다. 셋째, 이러한 세 항목에 대해 주정부가 설정한 최대대기기간(6개월)을 초과할 경우 환자는 전문의료센터(비영리, 영리 모두 포함)에서 수술 받을 수 있다.³⁾ 대기기간이 9개월을 넘는 경우에는 환자가 퀘벡주의 전문의료센터나 다른 주에서 수술을 받을 수 있도록 주정부건강보험이 비용을 전액 지원한다. 넷째, 주정부건강보험에 참여하는 비영리클리닉들에서 발생하는 환자본인부담(필수의료행위에 속하지 않는 수술약품이나 마취약 비용 등)에 대해 민영건강보험의 적용을 허용한다(Flood and Thomas, 2010: 268; Palley et al, 2011: 84-86; , 2008: 245-50).

쇼위판결 이후 퀘벡주정부는 수술전문 민영클리닉을 도입하고, 영리클리닉의 수술비용과 비영리클리닉의 환자본인부담에 대한 민영건강보험의 적용을 허용했으며, 일정 대기기간을 초과한 환자들의 민영클리닉 이용을 재정적으로 지원하게 되었다. 이러한 조치들은 까다로운 조건 하에서 매우 한정적인 분야에만 적용되기는 하지만, 민영건강보험을 부담할 경제적 능력이 있는 환자들의 대기기간을 단축시켜 준다는 점에서 보편성과 접근성이라는 캐나다의료법의 핵심 원칙들과 상반되는 것이다. 또한, 퀘벡주정부는 점차 민영클리닉이 부과할 수 있는 환자본인부담의 범위를 확대하였고, 2008년 7월 9일에는 53개의 다른 수술들도 민영건강보험의 적용 대상에 포함되도록 법안을 개정하였다(Contandriopoulos et al, 2011: 75-6; Pomey et al, 2016: 325; Premont, 2008: 251-2).

3. 기존이론 검토

이상에서 보듯이, 쇼위판결 이후 퀘벡 주정부에서 발표한 『33호 법안』 등의 사후 조치들은 영리클리닉을 활성화시키고 민영건강보험의 적용을 확대하며, 과거에는 금지되었던 필수의료행위에서의 환자본인부담을 허용하고 확대시켰다. 이런 점에 주목하여 일부 연구자들은 쇼위판결이 퀘벡주 공공의료제도의 민영화를 확대하고, 의료제도의 양극화 내지는 이층구조화를

3) 대기기간 6개월은 전문의의 검진 후 수술이 확정되고 나서부터 6개월을 의미한다. 캐나다 의료제도에서는 개인이 질병에 걸렸을 때 우선 가정의(family doctor)를 방문하여 가정의의 판단 하에 각종 검사를 받도록 한 다음 꼭 필요할 경우 전문의에게 보내진다. 전문의의 검진을 받기까지 경우에 따라 몇 달 이상 소요되기도 하지만 이 기간은 대기기간 6개월에 포함되지 않는다. 또한, 대기기간 6개월은 일반적인 외래에 적용되는 것이 아니라 외과수술(및 그 후속조치로서의 입원)에 적용된다.

가져올 것이라고 주장한다.

이러한 「민영화 확대론」에 따르면, 새로운 의료정책의 시행에 따라 경제력이 있는 환자들은 민영클리닉을 통해 보다 신속하게 의료적 처치를 받을 수 있는 반면에, 그렇지 않은 환자들은 공공의료제도에서 더 오래 대기해야 한다고 한다. 이제까지 모든 퀘벡 주민들에게 보편성과 접근성을 보장했던 퀘벡주의 의료제도가 소득수준에 따라 서로 다른 대우를 제공하는 이층구조의 형태로 변화하게 되었다는 것이다. 점점 더 많은 환자가 민영클리닉을 선택하게 되면 주정 부건강보험에서 탈퇴하여 영리클리닉으로 이동하는 의사들이 증가할 것이고, 그 결과는 공공 의료제도의 서비스 공급능력의 저하와 그에 따른 공공의료서비스와 민영의료서비스 간의 격차 확대라는 것이다(Armstrong, 2016).

「민영화 확대론」을 따르는 연구자들은 쇼위판결 이후 퀘벡주정부가 시행한 각종 의료정책 들이 의료서비스의 민영화를 강화해왔다고 주장한다. 필수의료행위에 대한 민영건강보험의 적용과 환자본인부담의 부과가 허용됨으로써 민영건강보험사와 민영클리닉이 영리를 추구할 수 있는 길이 열렸으며, 의료비용에 대한 환자본인부담이 늘어남으로써 주정부의료제도의 공공성이 크게 약화되었다는 것이다(Premont, 2008: 263).

더 나아가서, 그들은 쇼위판결이 비록 퀘벡주를 대상으로 한 것이기는 하지만 다른 지역으로의 파급효과가 매우 클 것으로 평가한다. 캐나다의 모든 주들은 퀘벡과 마찬가지로 일부 수술의 경우 대기기간이 길다는 공통점을 지니고 있다. 이런 가운데 캐나다대법원에서 필수의료 행위에 대한 민영건강보험의 적용을 제한적으로나마 인정하는 판결을 내린 것은 다른 지역에서도 민영의료시장의 발달을 억제해왔던 주정부의 통제력을 약화시킬 것이다. 이제 캐나다의 모든 주에서는 민영의료시장의 성장을 위한 발판이 마련되었고, 이에 따라서 캐나다 의료제도 전체가 근본적인 변화를 겪게 될 것이다(Contandriopoulos et al, 2012: 75-6; Dean, 2007: 417; Premont, 2008: 263). 이런 점에서, 쇼위판결은 퀘벡주의 의료제도를 이층구조로 양극화시킬 뿐 아니라 캐나다시민들의 최대 자부심인 보편주의 의료제도의 잠재적인 종말(death knell)을 알리는 커다란 사건이라는 것이다(Flood et al, 2005: 296).

이에 반해서, 쇼위판결에도 불구하고 의료민영화가 매우 제한적이고 퀘벡과 캐나다의 공공 의료제도가 공공성의 위기를 겪지 않을 것이라고 주장하는 연구자들도 있다. 그들에 따르면, 쇼위판결은 필수의료행위 가운데 극히 일부에 대해서, 그리고 주정부가 설정한 대기기간의 초과라는 매우 엄격한 조건 하에서만 민영건강보험의 판매를 허용하기 때문에 의료재정의 본격적인 민영화를 초래할 수 없고, 퀘벡인권헌장의 위배만을 문제 삼고 있기 때문에 퀘벡주를 벗어난 다른 주에까지 영향을 미칠 수는 없다고 한다.

이러한 「민영화 제한론」에 따르면, 쇼위판결은 퀘벡주의 의료제도에 이층구조의 도입을 강

제하는 것이 아니라고 한다. 그 판결에서 대법원은 의료서비스가 어떤 방식으로 공급되고 누구에 의해서 재정적으로 충당되어야 하는 것을 판시한 것이 아니고, 주정부가 접근성과 보편성의 원칙 하에 독점적으로 제공하는 의료서비스는 합리적으로 적절한 기간 내에 제공되어야 한다고 판시한 것이기 때문이다. 달리 말하면, 주정부는 적절한 기간 내에 필요한 의료서비스를 제공하기만 한다면 기존처럼 필수의료행위에 대해 민영보험의 적용을 인정하지 않고 독점적이고 보편적인 의료제도를 유지할 수 있다는 것이다(Boychuck, 2006: 3-4; Monahan, 2006: 6-7, 14).

「민영화 제한론」을 따르는 연구자들은 의료제도를 둘러싼 여러 정황에 비추어 보아도 쇼위판결로 인해 퀘벡주의 의료제도가 민영화 확대의 길로 가기는 어렵다고 주장한다. 퀘벡주 의료법에 따르면, 필수의료행위에 속하는 의료서비스를 제공하는 의사들이 민영클리닉을 통해 영리를 추구하려면 주정부건강보험에서 완전히 탈퇴하여 의료비를 환자에게 직접 청구해야 하는데, 이렇게 되면 민영클리닉의 의사들은 주정부건강보험의 재정지원을 받아 무상으로 의료서비스를 제공하는 미탈퇴 의사들과의 경쟁에서 패할 수밖에 없다. 이런 점에서 민영클리닉과 민영건강보험은 필수의료행위에 속하지 않는 불임수술, 성형수술, 장기간병서비스 등의 주변적 분야를 중심으로 성장할 것이며, 실제로 현재까지도 필수의료행위에 속하는 의료서비스의 민영화가 확산할 조짐은 없다는 것이다(Bozzo, 2011: 28).

더 나아가서, 그들은 쇼위판결이 캐나다 의료제도 전체에 미치는 영향이 매우 제한적이라고 주장한다. 그 이유는 쇼위판결에서 판사들이 민영건강보험의 판매금지 조치를 퀘벡인권헌장에 대한 위반이기는 하지만 캐나다인권헌장에 대한 위반은 아니라고 판시하였고, 이런 점에서 쇼위판결은 다른 주에는 적용되지 않는다는 것이다(Bozzo, 2011: 26; Boychuck, 2006: 3). 더욱 중요한 것으로서 캐나다의 보편적 의료제도는 캐나다 시민들이 가장 사랑하는 사회프로그램으로서 시민들이 공유하는 평등과 연대성이라는 가치를 반영한다. 현재 공공의료제도들이 재정과 효율성의 문제로 인해 위기에 직면에 있기는 하지만 평등과 연대성이라는 기본적인 이데올로기는 여전히 시민들 사이에 건재하며, 이런 점에서 의료민영화와 공공의료제도의 쇠퇴는 적어도 가까운 장래에는 생각하기 어렵다고 한다(Bozzo, 2011: 26).

이상에서 보았듯이, 쇼위판결 이후 퀘벡과 캐나다에서의 의료민영화의 확산에 대해 두 가지 서로 대립하는 견해들이 존재한다. 「민영화 확대론」을 따르는 연구자들은 일부 필수의료행위에 대한 민영건강보험의 적용으로 인해 의료제도의 공공성에 대한 주정부의 통제력이 약화되고 캐나다의료법의 핵심원칙인 보편성과 접근성이 훼손되었다는 점을 중시한다. 이러한 경향이 지속될 경우 의료민영화의 파고는 더욱 거세지고, 이를 통제할 수단은 약화될 수밖에 없다는 것이다. 그들은 자신들의 주장의 근거로 위에 서술된 퀘벡 주정부의 의료민영화 조치와 이에 따른 영리클리닉의 성장 이외에도 앨버타, 온타리오, 브리티시콜롬비아 등 캐나다의 주요

지역에서도 영리클리닉이 확산되고, 의료비의 초과청구나 민영건강보험 및 MRI 시설이용료에 대한 주정부의 금지 조치를 취소해 달라는 소송들이 다수 진행 중이라는 점을 제시한다(Flood and Thomas, 2010: 271-3).

다른 한편, 「민영화 제한론」은 쇼워판결의 적용대상이 퀘벡주에 한정되고, 필수의료행위의 극히 일부에 대해서만 민영건강보험이 적용되며, 대기기간을 줄이려는 주정부의 노력 여하에 따라 민영보험의 적용 여지를 없앨 수 있다는 점을 강조한다. 쇼워판결은 민영클리닉의 도입이나 필수의료행위에 대한 민영건강보험의 적용을 강제하지 않으며, 이런 점에서 퀘벡주와 캐나다의 의료민영화를 진전시킨다고는 볼 수 없다는 것이다. 그들은 주장의 근거로서 퀘벡주정부가 『33호 법안』을 통해 일부 수술에 대해 6개월의 대기기간을 설정하고 경우에 따라서는 주정부예산을 지원하여 다른 지역이나 민영클리닉에서 수술을 받을 수 있도록 했다는 점과 전체의 료비 가운데 차지하는 공공부문의 비율이 2005년 이래로 70% 선을 안정적으로 유지하고 있다는 점을 제시한다(Bozzo, 2011: 27-8). 그들에 따르면, 쇼워판결은 의료민영화가 아니라 주정부건강보험의 공공성을 더 강화하는 결과를 초래했다는 것이다.

4. 의료민영화 추세 검토

의료민영화란 의료재정과 의료공급에서 공공부문의 역할이 감소하고 민간부문의 역할이 증가하는 것을 의미한다. 의료재정의 민영화는 의료재정에 대한 민간부문의 역할이 늘어나는 것을 말한다. 이것은 단순히 민간부문의 의료비지출이 늘어나는 데 그치는 것이 아니라 전체 국민의료비에서 차지하는 민영부문의 의료비지출의 비율이 높아지는 것을 의미한다. 의료공급의 민영화는 비영리단체나 지방자치단체 소유의 공공부문 병원이 영리 기업화하거나 영리병원이 증가하여 전체 병원에서 차지하는 비중이 높아지는 것을 말한다. 의료공급 민영화의 또 다른 측면은 의사들이 공공의료보장제도에서 탈퇴하여 영리추구를 목적으로 의료서비스를 제공하는 데서 찾을 수 있다.

이상과 같은 의료민영화의 개념에 기초하여 이하에서는 다음과 같은 항목들을 중심으로 쇼워판결이 의료민영화에 대해 어떤 영향을 미쳤는지를 검토한다. 첫째는 국민의료비에 대비한 민영부문 의료비지출의 비중으로서 환자본인부담과 민영건강보험 지출을 포함하는 민영부문 의료비지출이 연방정부와 주정부가 담당하는 공공부문 의료비지출에 비해 더 빨리 증가한다면 의료민영화가 확대되는 것으로 간주된다. 둘째는 영리를 추구하는 민영클리닉의 증가로서 전체 병원의 증가속도에 비해 영리클리닉의 증가속도가 빠르고 주요 의료장비들의 영리클리닉

보유 비율이 높을수록 의료민영화는 확대되는 것으로 간주된다. 셋째는 공공의료보장제도의 통제력으로서 주정부건강보험에서 탈퇴하는 의사들이 유의미하게 늘어나고 의사들이 주정부의 의료법을 위반하는 사례가 많을수록 의료민영화가 확대되는 것으로 간주된다.

이 논문은 이상의 세 가지 항목에 대해 퀘벡, 온타리오, 앨버타, 브리티시콜롬비아의 4개 주와 캐나다 전체를 2005년을 전후하여 비교한다. 이러한 비교역사적 방법을 선택한 이유는 쇼위판결의 직접적인 영향을 받는 퀘벡과 그렇지 않은 다른 주들에서 의료민영화의 정도에 어떤 차이가 있는가를 밝힘으로써 쇼위판결과 의료민영화의 관련성을 검토하기 위해서이다. 이 논문의 주된 분석 대상인 4개 주는 정치적으로나 경제적으로 캐나다를 대표하며, 2017년 기준 주민수 합계 약 3,170만 명으로서 캐나다 전체 인구(3,671만 명)의 86.3%를 차지한다.

1) 민영부문 의료비지출의 변화

[표 1]에서 보듯이, 2005년 이래로 캐나다의 민간의료비용은 지속적으로 증가해왔다. 캐나다의 민간의료비용 총액은 2005년 422억 달러에서 2015년 669억3천만 달러로 1.59배 늘어났으며, 2018년에는 747억8천 달러로 1.77배 증가했다. 2005년을 기준으로 할 때 민간의료비용은 2015년까지 연평균 24.7%, 2018년까지는 연평균 28.1%씩 늘어났다. 이런 점에서 쇼위판결 이후 캐나다 의료제도에서 민영부문의 역할이 증가했다고 할 수도 있다.

반면에, 같은 기간 동안 민영부문의 의료비만이 아니라 공공부문의 의료비지출도 늘어나 국민의료비지출이 크게 증가했다는 점을 고려할 필요가 있다. 국민의료비에 대비한 민영부문 의료비의 비율은 2005년 30.0%에서 2015년 29.7%로 별다른 변화가 없었으며, 2018년에는 31.0%로 1.0% 포인트 늘어나서 2005년 이래로 연평균 0.26%의 증가율을 보였다. 지난 13년간 캐나다 국민의료비에서 차지하는 민영부문의 비중이 별다른 변화를 보이지 않은 것이다.⁴⁾

4) 캐나다의료법에서는 필수의료행위에 대한 환자본인부담을 금지한다. 그렇지만, 의료재정에서 차지하는 환자본인부담비율이 30% 정도로 높은 편이다. 민영부문의료비는 주로 필수적이지 않은 의료행위(비급여)에 대한 지출이며, 공공건강보험에서 탈퇴한 의사들이 제공하는 필수의료행위에 대해서 일부 사용된다. 참고로, 2018년 민간부문의 의료지출 787.7억 달러 가운데 약제비로 254.4억 달러(32.3%), 치과/성형/안과 등 기타의사 비용으로 25,064 달러(31.8%), 기타기관(요양원, 물리치료, 대체의학 등) 88.9억 달러(11.3%)가 사용되었고, 필수의료행위에 대해서는 병원과 의사를 합하여 77.9억 달러(17.6%)가 사용되었다. 민영보험만을 따로 떼어 보면, 지출액의 39.8%는 처방약에 지출액의 39.8%, 기타의사에 39.1%가 사용되었고, 필수의료행위에 대해서는 5.8%만이 사용되었다(CIHI, 2019: Table C 2.1. 및 Table H. 211, 83).

[표 1] 캐나다 국민의료비 및 민영부문 의료비 추이

(단위: 억 캐나다달러, %)

연도	국민의료비		민영부문 의료비					
			총액			국민의료비 대비		
	총액	GDP 대비	합계	개인부담	민영보험	합계	개인부담	민영보험
1990	610.9	8.8	155.8	87.1	48.8	25.5	14.3	8.0
1995	742.4	9.0	213.7	117.1	75.3	28.8	15.8	10.1
2000	986.1	8.9	293.4	154.5	109.8	29.7	15.7	11.1
2005	1,404.7	9.9	422.0	203.3	169.3	30.0	14.5	12.1
2008	1,721.7	10.4	508.7	249.1	207.4	29.5	14.5	12.2
2010	1,932.7	11.6	570.7	282.1	225.0	29.5	14.6	11.6
2015	2,256.9	11.3	669.3	324.1	270.9	29.7	14.4	12.0
2016	2,340.4	11.5	713.1	352.5	285.9	30.5	15.1	12.2
2017	2,433.8	11.3	747.8	-	-	30.7	-	-
2018	2,534.8	11.3	787.1	390.3	286.4	31.0	15.4	11.3

주: 민간부문 의료비지출은 환자본인부담, 민영건강보험, 비소비지출(non-consumption expenditure)로 구성되며, 비소비지출은 본인부담과 민영건강보험의 합을 민간부문 총액에서 뺀 수치로서 의료외적인 병원수입, 병원시설의 이자지출, 연구비 등 다양한 요소들을 포함.

자료: (CIHI, 2019: 11, 83)에서 작성

이에 반해서, 1990년에서 2005년 사이에 국민의료비에 대비한 민영부문 의료비지출의 비율은 25.5%에서 30.0%로 4.5% 포인트나 늘어나 연평균 1.18%의 증가율을 보였다. 여기에서 보듯이 캐나다 국민의료비에서 차지하는 민영부문의 비중이 유의미하게 늘어난 것은 2005년 이후가 아니라 1990년대이며, 의료비지출의 관점에서 민영부문의 역할이 뚜렷하게 증가한 시기는 2005년 이전이라고 할 수 있다.

이러한 경향은 민영부문 의료비 가운데 환자의 의료비부담과 직접적으로 관련이 있는 환자 본인부담과 민영건강보험의 지출액 추이에서도 그대로 나타난다. 이 두 항목의 합은 2005년 26.6%에서 2015년 26.4%, 2018년 26.7%로 거의 변화가 없이 일정하다. 반면에, 그 수치는 1990년의 22.3%에서 2005년에는 26.6%로 4.3% 포인트 상승했다. 캐나다 전체적으로 볼 때 환자가 부담하는 의료비지출은 1990년대에는 일정 정도 증가하다가 2005년 이후에는 거의 정체되어 있던 것이다. 이런 점에서 쇼위판결과 민영부문 의료비지출의 증가 사이에는 별다른 연관성이 없다고 할 수 있다.

다음에, [표 2]에는 비교 대상 주들의 민영부문 의료비지출의 추이가 제시되어 있다. 2005년에서 2018년까지의 민영부문 의료비지출의 추이를 보면, 퀘벡주의 경우 일인당 931.7달러가 늘어나 연평균 6.6%의 증가율을 보였다. 이 수치는 온타리오(766.4달러, 3.93%), 브리티시콜롬비아(827.3달러, 5.40%), 앨버타(827.7달러, 4.90%)뿐 아니라 캐나다 전체(817.5달러, 4.81%)에 비해서도 높은 것이다. 전체의료비에 대한 민영부문 의료비의 비율도 퀘벡이 같은 기간 동안

1.5% 포인트 증가하여 캐나다(1.1% 포인트)나 온타리오(1.1% 포인트)를 앞섰다. 이러한 사실들은 쇼위판결의 직접적인 영향을 받는 퀘벡에서 그렇지 않은 주들에 비해 의료민영화의 진전속도가 더 빨랐다는 것을 의미할 수 있다.

【표 2】 민영부문 의료비지출 추이

(단위: 캐나다달러, %)

연도	퀘벡		온타리오		앨버타		BC		캐나다	
	일인당	의료비대비	일인당	의료비대비	일인당	의료비대비	일인당	의료비대비	일인당	의료비대비
1990	499.4	24.3	627.9	27.2	558.5	24.7	603.5	26.9	562.4	25.5
1995	646.0	26.6	869.5	32.1	661.5	29.7	681.6	25.5	729.3	28.8
2000	811.1	27.5	1,119.5	33.5	934.7	29.3	888.0	26.7	955.9	29.7
2005	1,127.6	29.0	1,499.8	33.3	1,297.5	27.8	1,178.8	27.9	1,306.1	30.0
2010	1,516.8	29.6	1,800.7	31.7	1,681.9	26.3	1,614.7	29.6	1,678.2	29.5
2015	1,687.2	28.2	2,026.2	33.1	1,943.7	27.5	1,775.4	29.4	1,868.0	29.7
2016	1,862.1	30.2	2,114.2	33.9	2,007.9	27.7	1,841.9	29.5	1,966.3	30.5
2017	1,951.9	30.2	2,176.3	34.2	2,061.4	27.9	1,930.1	30.1	2,037.1	30.7
2018	2,059.3	30.5	2,266.2	34.4	2,125.2	28.1	2,006.1	30.4	2,123.6	31.1

자료: (CIHI, 2019: Table B.2.1, Table B.2.2, Table B2.3)에서 작성

반면에, 그러한 결론을 반박하는 증거도 있다. 우선, 브리티시콜롬비아는 전체의료비에 대한 민영부문 의료비의 비율이 2005년에서 2018년 사이에 2.5% 포인트 증가하여 퀘벡을 크게 앞섰고, 연평균 증가율도 0.69%로서 퀘벡의 0.40%보다 높았다. 쇼위판결의 직접적인 영향을 받는 퀘벡에 비해 브리티시콜롬비아의 민영부문 의료비 증가 속도가 더 빨랐다는 사실은 의료민영화에 대한 쇼위판결의 영향력이 유의미하지 않다는 해석을 가능하게 한다.

다음에, 대부분의 주에서 민영부문의 확대 경향은 2005년 이전에 더 강력했다. 퀘벡의 경우 1990년에서 2005년 사이에 일인당 민영부문 의료비지출이 628.2달러 증가하여 연평균 8.39%의 증가율을 보였고, 전체의료비 대비 민영부문 의료비의 비율은 4.7% 포인트 늘어나 연평균 1.29%의 증가율을 보였다. 2005년에서 2018년 사이의 수치에 비해 볼 때 일인당 민영부문 의료비지출의 연평균 증가율은 3% 이상 높고, 전체의료비 대비 민영부문 의료비 비율의 연평균 증가율은 약 0.9%나 높았던 것이다. 온타리오와 앨버타 및 캐나다 전체의 경우에도 정도의 차이는 있지만 비슷한 경향이 나타났다. 이러한 경향은 2005년의 쇼위판결이 퀘벡을 비롯한 캐나다의 각 지역의 의료민영화에 별다른 영향력을 행사하지 않았음을 보여준다.

또한, 브리티시콜롬비아에서는 퀘벡을 비롯한 다른 주들과는 다른 경향이 나타났다. 1990년에서 2005년 사이에 일인당 민영부문 의료비지출은 1.0% 포인트 늘어나 2005년에서 2018년까지의 2.5%에 비해 낮았고, 전체의료비 대비 민영부문 의료비지출도 0.25% 포인트 증가하여 2005년 이후의 0.69%에 비해 크게 낮았다. 2005년 이후 퀘벡에서는 민영부문 의료비의 증가

속도가 크게 둔화된 반면에 브리티시콜롬비아에서는 크게 빨라졌다는 것은 이 시기 진행된 의료민영화가 쇼워판결의 직접적인 영향이 아니라 각 주의 고유한 정치·경제적인 요인들에 의해 결정되었다는 것을 시사한다.

2) 민영클리닉의 증가 추이

2000년대 이후 캐나다 전역에 걸쳐 주로 대도시를 중심으로 영리를 목적으로 하는 민영클리닉이 증가했다는 지적이 학계와 시민단체에서 자주 제기되어 왔다. 영리클리닉의 증가속도가 최근으로 올수록 더 빨라지는 추세이며, 이로 인해 의료보장제도의 공공성이 크게 위협받게 되었다는 것이다(Coffey, 2008; OHC, 2017; OHC, 2008; Steinbrook, 2006).

[표 3]에는 2007/8년과 2016/7년의 9년 동안 민영클리닉의 증가 추이가 제시되어 있다. 2005년 6월에 쇼워판결이 내려지고 나서 1년 동안의 유예기간을 거쳐 퀘벡주정부가 새로운 법안을 발표한 것이 2006년 12월이기 때문에 이 표는 쇼워판결 이후 민영클리닉이 얼마나 많이 증가했는가를 보여주는 자료가 될 수 있다. 이 표에는 세 가지 형태의 민영클리닉이 포함되는데, 이 가운데 MRI 클리닉에는 환자로부터 비용을 직접 징수하는 영리클리닉과 주정부건강보험의 적용을 받는 비영리클리닉이 포함된다. 다음에, 외과클리닉과 안과클리닉은 주로 성형수술이나 시력교정수술 등 필수의료행위에 속하지 않는 의료서비스를 판매하는 영리클리닉이다. 마지막으로, 부티크클리닉은 회원제에 기초하여 공공의료제도에서 제공하지 않는 포괄적인 건강검진서비스나 환자의 요구에 대응한 맞춤형 의료서비스를 고가로 제공하는 영리클리닉이다.⁵⁾

[표 3] 민영클리닉의 증가 추이

(단위: 개소)

연도	2007/8년				2016/7년			
	MRI	외과/안과	부티크	합계	MRI	외과/안과	부티크	합계
퀘벡	21	14	4	39	19	16	4	39
온타리오	0	5	8	13	5	19	10	34
앨버타	7	24	2	33	5	3	5	13
BC	12	25	2	39	14	18	2	34
캐나다	42	72	16	130	47	68	21	136

자료: (Ontario Health Coalition, 2017; Ontario Health Coalition, 2008)에서 작성

5) 부티크클리닉은 캐나다의료법에서 금지하는 환자본인부담을 우회적으로 부과하기 위해서 필수의료행위에 비급여 의료행위를 혼합하는 방식으로 의료서비스를 판매한다. 이들은 필수의료행위에 대해서는 주정부건강보험에 비용을 청구하지만, 필수적이지 않은 의료행위 및 각종 부가서비스에 대해 매우 높은 비용을 부과함으로써 영리를 추구한다. 예를 들어서, 브리티시콜롬비아의 부티크클리닉들은 1년 회원권을 최대 3,495달러에 판매하고, 포괄적인 건강검진에 대해 건당 평균 1,850달러를 부과한다(OHC, 2017: 9).

우선, 쇼워판결의 직접적인 대상인 퀘벡의 경우 민영클리닉의 합계는 2016/7년에 39개소에서 2007/8년과 변화가 없었다. 세부적으로는 MRI 클리닉이 2개소 감소하고, 외과/안과클리닉이 2개소 증가했으며, 부티크클리닉은 4개소로 변함이 없었다. 이에 반해서, 온타리오에서는 민영클리닉이 2007/8년 13개소에서 2016/7년 34개로 급증했고, 그중에서도 특히 외과/안과클리닉이 5개소에서 19개소로 4배 가까이 늘어났다. 같은 기간 민영클리닉은 브리티시콜롬비아에서는 5개소 감소하고 앨버타에서는 20개소 감소하였으며, 캐나다 전체적으로는 130개소에서 136개소로 약간 늘어났다.

이 표의 수치들에 대해 다음과 같은 해석이 가능하다. 첫째, 쇼워판결 이후 약 10년간 퀘벡에서 영리클리닉의 증가가 정체되어 있다는 것은 쇼워판결이 의료민영화에 별다른 영향을 미치지 않았음을 의미한다. 둘째, 퀘벡 이외의 다른 세 주 가운데서 온타리오에서는 민영클리닉이 크게 확대하고 브리티시콜롬비아와 앨버타에서는 부분적 혹은 급진적으로 감소했다는 것은 민영클리닉의 증감 여부에 영향을 미친 것은 쇼워판결이 아니라 각 주의 고유한 정치경제 상황이나 의료정책이라는 것을 의미한다.

[표 4] 공공병원과 민영클리닉의 MRI/CT 보유 추이

(상단: MRI 대수, 하단: CT 대수)

	퀘벡		온타리오		앨버타		BC		캐나다	
	공공	민영	공공	민영	공공	민영	공공	민영	공공	민영
2005	36	16	61	2	19	6	17	7	153	32
	104	7	110	3	28	3	44	2	358	15
2010	54	27	85	8	24	12	24	15	218	63
	109	14	161	4	44	3	62	3	460	24
2012	62	28	96	8	26	13	24	16	242	66
	118	14	164	4	47	3	72	3	485	25

자료: (CIHI, 2013: Table 2)에서 작성

[표 4]에는 공공병원과 민영클리닉의 MRI 및 CT 보유 추이가 제시되어 있다. 우선, 퀘벡의 민영클리닉이 보유한 MRI는 2005년 16대에서 2012년 28대로 증가했다. 그렇지만, 공공병원의 보유 대수가 같은 기간 36대에서 62대로 늘어나서 전체 MRI 대수 대비 민영클리닉의 보유 대수 비율은 30.8%에서 31.1%로 별다른 변화가 없다. 캐나다 전체적으로는 민영클리닉의 보유 대수가 2005년의 32대에서 2012년에는 66대로 두 배 이상 증가했고, 전체 MRI 대수 대비 민영클리닉의 보유 비율은 17.3%에서 21.4%로 4% 포인트 이상 증가했다. 같은 기간 앨버타주 민영클리닉의 보유 비율은 24.0%에서 33.3%로 크게 높아졌고, 브리티시콜롬비아에서도 29.2%에서 40.0%로 급증했다. 쇼워판결의 직접적인 영향을 받은 퀘벡에서 오히려 MRI 서비스의 민영화

가 상대적으로 정체된 것이다.

다음에, 퀘벡주의 민영클리닉이 보유한 CT는 2005년의 7대에서 2012년 14대로 2배 늘어났고, 퀘벡주 전체에 설치된 CT 대비 비율도 6.3%에서 10.6%로 늘어났다. 캐나다 전체적으로는 민영클리닉의 보유 대수가 2005년 15대에서 2012년 25대로 67% 증가했고, 전체 보유 대수 대비 민영클리닉의 보유 대수의 비율은 4.0%에서 4.9%로 약간 증가했다. 같은 기간 온타리오, 브리티시콜롬비아, 앨버타에서 민영클리닉의 보유 대수는 커다란 변화가 없고, 앨버타와 브리티시콜롬비아에서는 전체 CT 대비 민영클리닉의 보유 대수의 비율이 감소했다. CT의 보급을 기준으로 할 때 퀘벡주의 의료민영화 속도는 다른 주들에 비해 다소 빨랐던 것이다.⁶⁾

3) 공공의료보장제도의 통제력

캐나다에서는 주정부가 의료보장제도를 독자적으로 운영한다. 주정부는 캐나다의료법에 규정된 다섯 가지의 원칙을 지키는 한 연방정부로부터 일정 정도의 재정지원을 받아 의료보장제도를 자율적으로 운영한다. 따라서 10개의 주가 있는 캐나다에는 10개의 의료보장제도가 존재한다고 할 수 있다. 다만, 캐나다의 모든 주정부들이 공통적으로 채택하고 있는 정책들도 있다. 그 가운데 하나가 필수의료행위에 속하는 의료서비스를 제공하는 의사들에게도 공적 의료보장제도에서 탈퇴할 자유를 허용하는 것이다.

이러한 적용제외(opting out)를 선택한 의사들은 대체로 자신이 설정한 의료수가를 환자에게 직접 청구하며, 환자들은 청구된 의료비를 자신의 돈으로 납부해야 한다. 적용제외를 선택한 의사들은 주정부건강보험의 적용(즉, 무상의료서비스)을 선호하는 환자들을 받지 못하고 많은 경우 자신의 환자에게 주정부건강보험에서 설정된 것 이상의 의료수가를 청구할 수 없기 때문에 극히 소수의 의사들만이 적용제외를 선택한다. 또한, 캐나다의 최대 주이자 정치경제의 중심지인 온타리오에서는 2000년대 중반 이래로 필수의료서비스를 제공하는 의사들의 신규 적용제외 신청이 금지되어 있다(Boyчук, 2008: 5).

6) 다른 주들에 비해 퀘벡에서 일찍부터 MRI와 CT를 판매하는 영리클리닉이 발달한 이유는 퀘벡주에서만 개인이 임의로 선택한 MRI/CT 서비스의 비용을 보장해주는 민영건강보험이 존재하기 때문이다. 현재 MRI/CT 영리클리닉이 존재하는 다른 3개주(브리티시콜롬비아, 앨버타, 노바스코샤)에서는 단체보험만이 임의적인 MRI/CT를 보장하며 개인보험은 보장하지 않는다. 또한, 퀘벡에서는 주정부건강보험이 보장하지 않는 임의적 의료서비스에 대해서 주정부가 수가의 제한을 두지 않기 때문에 의료영리화의 동기가 강하다(De Bono, 2013: 13).

[표 5] 주정부건강보험에서 탈퇴한 의사들의 추이

(단위: 명)

	퀘벡	온타리오	앨버타	BC	캐나다
2005	84	76	0	6	166
2007	118	49	0	5	172
2010	186	35	0	5	226
2012	231	32	0	5	268
2015	278	24	1	2	305
2017	377	20	1	2	400
2018	413	19	2	2	436

자료: (Health Canada, 2019; Health Canada, 2014; Health Canada, 2009)에서 작성. 단, 퀘벡의 자료는 Montreal Gazette(2014년 6월 9일)와 Montreal Gazette(2018년 5월 17일)에서 추출.

[표 5]에 따르면, 2005년 현재 캐나다 전체적으로 적용제외 의사들은 166명이고, 이 가운데 절반 정도인 84명은 퀘벡의 의사들이었다. 퀘벡의 적용제외 의사들은 이후 급속하게 증가하여 2010년 186명, 2015년 278명, 2018년 413명으로 늘어났다. 2005년에서 2018년까지 캐나다 전역에서 270명이 증가하는 동안 퀘벡에서는 329명이 늘어났다. 같은 기간 동안 앨버타와 브리티시콜롬비아의 적용제외 의사들이 2명 이하에 그치고 온타리오에서는 57명 감소한 것에 비추어 볼 때 퀘벡에서의 적용제외 의사들의 증가속도는 이례적으로 높다.

아직까지는 전체 의사 숫자 대비 적용제외 의사들의 비율이 퀘벡이나 캐나다 전체적으로 매우 낮다. 2005년 현재 캐나다 전역의 적용제외 의사들의 비율은 0.27%(166/61,622명)이고, 퀘벡의 비율은 0.52%(84/16,145명)에 불과했다. 그렇지만, 퀘벡주 적용제외 의사의 비율은 2010년 1.05%(186/17,79), 2015년 1.39%(278/20,055), 2017년 1.86%(377/20,270) 등으로 급속하게 늘어나 2018년에는 2%를 넘을 것으로 추산된다(CIHI, 2019b: 39; CIHI, 2019c). 적용제외 의사들의 증가속도의 측면에서 쇼위판결은 퀘벡의 의료민영화에 커다란 영향력을 행사하는 것으로 보인다.

퀘벡주가 다른 주들에 비해 적용제외 의사들이 많은 이유로는 주정부가 적용제외 의사들에 대해 의료비를 자유롭게 설정할 권리를 허용한다는 점과 의사의 사적 의료행위를 중시하는 퀘벡이 전통을 들 수 있다. 그렇지만, 2005년이라는 특정 시점 이래로 적용제외를 선택하는 의사들이 유독 퀘벡주에서만 급증하고 있다는 사실은 쇼위판결과 그에 따른 주정부의 의료정책이 의료민영화의 확산과 밀접한 관련을 지닌다는 증거가 될 수 있다.⁷⁾

7) 이와 관련하여 퀘벡주에서 적용제외를 선택한 의사들이 크게 증가한 이유는 2017년 1월에 도입된 의료법개정안 때문이라는 지적이 있다. 공공부문의 의사와 병원이 환자에 대한 부대 의료비용(medical accessory fees: 안약, 알레르기검사, 초음파검사, 정관수술 등에 대해 환자에게 직접 청구하는 의료비용)의 부과를 금지하는 이 개정안으로 인해 부가적인 수입원을 잃게 된 의사들 중 일부가 공적 의료보장체제에서 탈퇴했다는 것이다(Derfel, 2018). 실제로 이 개정안에 대한 퀘벡주 의사협회의 반대가 심했고 적용제외를 선택한 의사들 중 상당수가 일반의(가정의)라는 점에서 그러한 지적은 어느 정도 타당할 수도 있다. 그렇지만, [표 5]에서 보

[표 6] 의료비지원금 반환금 추이

(단위: 만 캐나다 달러)

회계연도	퀘벡	온타리오	앨버타	BC	캐나다
1992/93	0	0	0	8	8
1995/96	0	0	232	4	271
2000/01	0	0	0	0	6
2005/06	0	0	0	3	3
2010/11	0	0	0	8	8
2015/16	0	0	0	20	20
2016/17	991	0	0	18	1,009
2017/18	991	0	0	1,586	2,577
합계	1,981	0	359	2,097	4,748

자료: (Health Canada, 2019: 31)에서 작성

캐나다의료법은 의료서비스에 대한 접근성 보장의 차원에서 환자에 대한 초과청구와 환자 본인부담을 금지하며, 각 주의 정부들은 의사들에 의한 초과청구와 본인부담의 부과를 막을 책임을 진다. 이러한 규정에도 불구하고 현실적으로 초과청구와 본인부담의 부과는 간헐적으로 발생하며, 이 경우 연방정부는 주정부에 대한 의료비 지원 예산을 의사들이 불법적으로 획득한 수입만큼 공제한다. 초과청구와 본인부담의 부과가 발생한 주는 그 금액만큼 연방정부에 대해 의료비지원금을 환불해야 하는 것이다.

[표 6]에서 보듯이, 1984년 4월에 캐나다의료법이 통과한 이래로 캐나다 전역에서 4,748만 달러의 환불금이 발생했다. 2018년 현재 캐나다 국민의료비가 연 2,535억 달러라는 점에서 이 액수는 극히 미미한 것이다. 그렇지만, 환불금의 규모가 2016년 이후 급증했다는 점은 특기할 만하다. 캐나다 전체적으로는 2016/17 회계연도 이후 2년 동안 3,586만 달러가 환불되어 1984년 이래 전체 환불액의 75.5%를 차지했다. 특히 2015/16년까지 환불금이 전혀 없었던 퀘벡에서는 2016/17년 이후 모두 1,981만 달러의 환불금이 발생했다. 이는 같은 기간 캐나다 전체에서 발생했던 환불금의 55.3%에 해당한다.

초과청구 및 본인부담의 부과와 같은 비합법적인 행위들이 최근 들어 급증했다는 것은 캐나다 공공의료제도의 통제력이 약화되는 징조로 간주될 수 있다. 특히, 퀘벡주에서 최근 들어 캐나다의료법에 대한 위반 사례를 급증하고 있다는 것은 퀘벡주가 의료민영화의 위협에 더 많이 노출되어 있는 것으로 해석된다.

듯이 적용제외를 선택한 의사의 숫자가 2005년 이래로 지속적으로 증가해왔다는 점에서 2017년의 의료법개정안을 적용제외 의사 증가의 핵심요인으로 간주할 수는 없다. 쇼위판결 이후 의료민영화에 대한 의사와 대중의 거부감이 점진적으로나마 줄어들고 민영보험의 적용으로 인해 수입이 증가할 가능성이 있기 때문에 적용제외를 선택한 의사들이 지속적으로 증가했다고 보는 것이 보다 합리적인 설명일 것이다.

4) 평가

이제까지의 논의들을 정리해 보면 다음과 같다. 우선, 전체 의료비 대비 민영부문 의료비지출의 측면에서 2005년 이후 퀘벡의 증가율은 캐나다 전체의 증가율보다 약간 높았지만, 퀘벡과 캐나다 모두 민영부문 의료비지출의 증가율이 매우 완만했으며, 1990년대에서 2005년까지의 증가율에 비해 현격하게 낮았다. 또한 퀘벡이 증가율은 브리티시컬럼비아의 증가율에 못 미쳤다. 이러한 지표들은 퀘벡을 비롯한 캐나다의 의료민영화가 본격화된 것은 1990년대이며, 2005년의 쇼위판결이 퀘벡과 캐나다에서 의료민영화를 촉진하지 않았음을 보여준다.

다음에, 퀘벡 주정부가 『33호 법안』을 발표한 직후인 2007년에서 2016년까지 영리클리닉은 퀘벡에서는 늘어나지 않았고, 캐나다 전체적으로는 매우 완만한 증가세를 보였으며, 온타리오에서는 급성장했다. 민영클리닉이 보유한 MRI 기기의 비율은 2005년에서 2012년 사이에 퀘벡에서는 거의 정체했고, 캐나다 전체적으로는 약간 증가했으며, 앨버타와 브리티시컬럼비아에서는 크게 늘어났다. 이러한 사실들이 보여주는 것은 쇼위판결이 의료민영화에 별다른 영향을 미치지 않았다는 것과 의료민영화의 진행 속도를 결정한 것은 각 주의 고유한 정치경제 상황이나 의료정책이라는 것이다. 단, 민영클리닉이 보유한 CT 기기의 비율의 증가율이 2005년에서 2012년 사이에 퀘벡에서 가장 높게 나타났다는 점에서 쇼위판결과 의료민영화 간의 연관성을 일부 인정할 수 있다.

마지막으로, 퀘벡주에서 주정부건강보험에서 탈퇴한 의사들의 증가속도는 다른 주들에 비해 매우 빠르다. 캐나다의료법이 금지하는 환자본인부담과 초과청구를 부과한 사례도 2016년 이후 퀘벡에서 집중적으로 발생했다. 이러한 사실들은 쇼위판결과 그 후속대책들이 의료민영화에 대해 일정 정도의 영향력을 행사한다는 점을 보여준다.

의료민영화의 진행 속도를 압축적으로 잘 보여주는 지표는 전체의료비에 대한 민영부문 의료비지출의 증가율과 영리클리닉의 확산속도일 것이다. 이 두 가지 지표에서 퀘벡은 2005년 이후 캐나다의 다른 지역들에 비해 별다른 차이를 보이지 않거나 오히려 낮았다. 전체 의료비에 대한 민영부문 의료비의 비율이 약간 증가하기는 했지만, 그 이전의 증가속도에 비하면 크게 낮은 것이었다. 이런 점에서 쇼위판결과 의료민영화 간에는 별다른 연관성이 없다고 평가할 수 있다.

반면에, 퀘벡에서 2005년 이후 주정부건강보험에서 탈퇴하는 의사들이 급증하고 최근 들어서 캐나다의료법을 위반한 사례가 다수 발생했다는 것은 퀘벡의 공공의료보장제도에 어떤 변화가 발생하고 있음을 보여준다. 전체의사 대비 적용제외 의사들의 비율이 여전히 낮고, 주정부가 연방정부에게 환불해야 할 의료지원금의 규모도 매우 작기는 하다. 그렇지만, 그러한 작

은 변화들이 축적되면 공공부문에 의한 의료통제와 의료서비스의 보편성에 대한 퀘벡주민들의 믿음이 점차 허물어질 것이다.

전반적으로 볼 때, 쇼위판결은 보편주의 의료제도에 대해 직접적인 타격을 가하지 않았다. 「민영화 확대론」의 주장과는 달리 판결 이후 15년이 지난 현재까지도 의료분야에서 민영부분의 비중이 거의 정체하고 있고, 공적의료보험(메디케어)과 민영건강보험의 이원화된 의료시장이라고 할 만한 현상이 나타나지도 않았던 것이다. 쇼위판결에 대한 사회정책학계의 심각한 우려에도 불구하고 이러한 결과가 초래된 것은 다음과 같은 요인들 때문이다.

첫째, 쇼위판결에 의해 새롭게 만들어진 민영클리닉과 민영건강보험의 적용분야가 필수의료행위에 속하는 소수의 외과적 수술에 한정되어 있다. 여기서 민영클리닉과 민영건강보험은 무료로 의료서비스를 제공하는 메디케어와 경쟁해야 하는데 특별한 경우가 아니고는 환자가 대기기간의 단축을 위해 비용이 많이 드는 민영클리닉을 선택할 가능성이 매우 낮다. 민영클리닉은 소수의 부유층을 대상으로 하거나 쇼위판결 이전과 마찬가지로 필수의료행위에 속하지 않는 주변적 의료서비스를 제공하는데 그칠 수밖에 없고, 민영클리닉의 의료비를 보장하는 민영건강보험은 확대의 실마리를 찾지 못하고 있는 것이다.⁸⁾

둘째, 보편주의 의료제도인 메디케어는 캐나다 시민들의 국민적 자부심이다. 대기기간의 장기화에 대한 시민들의 불만이 매우 높지만 그것은 어디까지나 기술적인 문제이지 메디케어 제도 자체에 대한 것은 아니었다.⁹⁾ 게다가 쇼위판결 이후 퀘벡주정부는 문제가 된 세 가지 수술의 대기기간 단축을 위해 노력한 결과 커다란 성과를 냈다. 이로 인해 공공의료제도에 대한 퀘벡주민들의 불만이 완화되고, 민영건강보험을 구입하거나 민영클리닉을 이용할 동기가 크게 줄어들었다. 메디케어가 지배하는 기존 의료제도의 구조에 별다른 변화가 발생하지 않은 것이다.

이와 같이 의료제도의 구조가 건재하고 있다고 해서 쇼위판결이 보편주의 의료제도에 별다른 변화를 초래하지 않은 것은 아니다. 쇼위판결은 매우 까다로운 조건 하에서나마 보편성과

8) 민영건강보험의 판매와 적용을 허용한 쇼위판결 이후 퀘벡의 의료제도가 공적건강보험과 민영건강보험으로 이원화될 가능성이 있다는 우려가 적지 않게 제기되었다. 그렇지만, 민영건강보험의 판매는 그다지 늘지 않았다. 2017년 현재 퀘벡주민의 민영건강보험(기업이 제공하는 단체건강보험이 대다수이며 개인건강보험의 비중은 낮음) 보유율은 70.3%로 캐나다 평균치 67.6%나 온타리오의 68.4%에 비해서는 약간 높지만(CLHIA, 2018: 부록 Provincial Data), 전통적으로 민영건강보험이 다른 지역에 비해 퀘벡에서 훨씬 활성화되어 있었다는 점을 고려하면(De Bono, 2013: 13) 쇼위판결로 인해 민영건강보험의 판매가 더 증가했다고 볼 수 없다. 실제로, 민영건강보험의 판매가 허용된 2006년 이후 2년 여 동안 민영보험사들은 쇼위판결에서 제시된 세 가지 수술을 보장하는 상품을 하나도 팔지 못했다고 한다. 그 이유로는 보험이 적용되는 항목이 매우 한정적이어서 구매자가 많지 않기 때문에 보험상품 가격이 매우 비쌌다는 점과 퀘벡주정부의 대기기간 단축 노력의 결과 그 세 가지 수술의 대기기간이 평균적으로 9개월에서 3개월로 크게 줄어들었다는 점을 들 수 있다(CBC News, 2009).

9) 참고로, 토론토 소재 Nanos 연구소가 2009년에 시행한 여론조사에 따르면 캐나다시민의 86.2%가 영리의료의 확대보다는 공공의료의 강화를 지지하였고 한다(NUDGE, 2009).

접근성의 원칙을 제한할 수 있도록 허용함으로써 시민들 사이에 보편주의 의료제도의 불가침성이라는 전통적인 가치에 대한 의구심을 싹틔우고 퍼뜨리는 데 기여했다. 비록 현재는 소수의 부유층을 중심으로 진행되고 있기는 하지만 대기기간이나 의료서비스의 배급제와 같은 공공의료제도의 불편함을 인내하는 대신 개인의 경제 능력에 따라 자신이 원하는 의료서비스를 조속히 받는 일이 점차 낫설지 않게 되고, 의사들도 의료서비스를 공급자에게 수익을 안겨주는 상품으로 인식하는 경향이 강화되었다. 쇼위판결은 보편주의 의료제도의 구조에 대한 현실적인 파급력의 측면에서는 미미했지만 보편주의 의료서비스의 기반이 되어왔던 의료의 공공성과 보편적 의료서비스에 대한 사회적 믿음에 작은 균열을 가함으로써 장기적으로 의료민영화의 점진적인 진전이 가능할 수도 있는 사회 환경을 조성했다.

5. 맺음말

캐나다의 의료민영화는 쇼위판결 훨씬 이전부터 시작되었다. 캐나다의 의료보장제도는 제정 초기부터 의사들에게 공공의료보장제도로부터 탈퇴할 수 있는 권리를 부여했고, 행위별 수가제에 기초하여 의료서비스에 대한 보상을 제공했다. 이러한 구조적인 조건 속에서 1990년대 이래로 연방정부의 의료비지원 예산이 지속적으로 감소하면서 주정부의 의료비용 부담이 늘어났다.¹⁰⁾ 퀘벡주의 경우에도 주정부예산 가운데 의료지출이 차지하는 비중이 1985년 29.4% 및 1995년 29.8%에서 2005년 31.9%, 2005년 34.1%로 크게 늘어났다(CIHI, 2019a: data table B.4.4).

의료재정의 압박이 심해짐에 따라서 주정부의 의료서비스 제공 능력이 저하되었고, 이는 대기기간의 증가와 서비스의 질적 하락으로 이어졌다. 공공의료보장제도에 불만을 가진 일부 시민들은 보다 손쉽게 자신이 원하는 의료서비스를 받기를 열망해왔고, 주정부의료보험에 의해 의료수가를 엄격하게 통제받던 의사와 병원들은 1990년대부터 성장하기 시작한 새로운 의료

10) 가장 큰 의료비삭감은 1995년 장 크레티안(Jean Chrétien)을 수반으로 하는 자유당정부에 의해 시행되었다. 2004년에 자유당 연방정부가 주정부의료예산에 대한 지원액 증가율을 10년간 연간 6%로 보장함으로써 의료재정에 대한 연방정부의 기여도를 20%로 유지했다. 그렇지만, 2006년 이래로 스티븐 하퍼 영도하의 보수당이 10년 이상 장기집권하면서 연방정부의 의료재정 지원액을 삭감하는 조치들이 이어졌다. 2012년에 보수당정부는 의료비 지원금인 CHT(Canada Health Transfer)를 산출함에 있어서 질병률이나 인구구성 혹은 농업지역의 의료접근성과 같은 욕구적 측면의 요소들을 배제하였다. 2014년에 보수당정부는 2016년 12월부터 앞으로 10년간 연방정부의 지원액 증가율을 3.5%로 변경한다는 계획을 발표했는데, 이로 인해서 2017년부터 10년간 연방현금이양에서 300억 달러의 삭감이 이루어질 것으로 전망되었다. 2015년 10월 연방의 회선거에서 승리한 자유당은 보수당정부의 의료정책을 그대로 계승하고 있기 때문에 주정부의료재정에 대한 연방정부의 기여도는 지속적으로 하락할 것으로 예상된다(Fuller, 2017; Rowley, 2017).

욕구들에 대응하여 틈새시장을 만들어갔다. 불충분한 의료예산으로 인해 발생한 공공의료제도에 대한 시민과 의사의 불만이 퀘벡을 비롯한 캐나다 전역에서 의료민영화의 흐름을 불러일으켜 온 것이다.

이런 점에서 퀘벡과 캐나다 전역에서 현재 관찰되고 있는 의료민영화는 결국은 캐나다 복지국가의 구조적 한계성에서 비롯된 것으로 간주할 수 있다. 캐나다는 조세수입과 사회보장지출의 측면에서 선진산업국가들 가운데 하위권에 속하는 반면에, 정부지출 대비 의료비지출의 비율에서는 OECD의 평균치를 넘는다.¹¹⁾ 조세수입을 낮게 유지하면서 이미 의료부문에 대해 자신의 재정 능력 이상의 지출을 하고 있기 때문에 캐나다 연방정부는 의료재정의 확대에 소극적일 수밖에 없다. 인구고령화, 의료기술의 혁신, 의료욕구의 다양화 및 고급화 등의 추세가 강화되고 있는 가운데 긴축적인 의료재정 정책을 지속함으로써 캐나다 연방정부는 의료민영화의 빌미와 추동력을 제공했으며, 소위판결은 그러한 의료민영화의 흐름을 반영하거나 강화하는 것이지 그 자체로 의료민영화의 원인은 아닌 것이다.

보편성과 접근성이라는 캐나다 메디케어의 핵심원칙이 지속적으로 지켜지려면 의료부문에 대한 지속적인 투자확대가 필요하지만, 자유주의 복지국가의 특성상 캐나다는 그렇게 할 여력이 없다. 이에 따라 서스캐처원 병원보험 탄생 이후 70여 년, 그리고 메디케어 확립 이후 30여 년이 지난 오늘날 캐나다의 보편주의 의료제도는 커다란 도전에 직면하게 된 것이다.

캐나다의 의료민영화 사례는 한국의 의료보장정책에 시사하는 바가 크다. 한국은 캐나다와 비슷하게 OECD 내에서 정부의 조세수입과 사회보장지출의 수준이 낮은 반면에, 다른 사회보장제도에 비해 의료보장제도가 상대적으로 발달되어 있다. 게다가 현 정부는 비급여 부분과 환자본인부담을 감소함으로써 의료서비스의 접근성과 보편성을 강화하는 정책을 추진하고 있다. 그렇지만, 그러한 정책상의 성공 여부는 의료재정을 어떻게 확보하는가에 달려있다. 정부의 조세수입과 사회보장지출을 낮게 유지하는 기초를 크게 변화시키지 않는 한 의료서비스의 공공성 강화라는 현 정부 의료정책의 핵심 목표는 달성하기 어려울 것이다.

현 정부는 모순적으로 보이는 두 가지 정책을 동시에 추진하고 있다. 하나는 위에 지적한 공공의료보험의 보장성 강화 정책으로서 이는 의료재정에서의 개인과 민간부문의 역할을 줄이고 시민들의 건강생활에서의 국가책임을 높이는 데 기여한다. 다른 하나는 보건의료분야를 수익성을 창출하는 신산업으로 양성하는 정책으로서 원격의료(혹은, 스마트의료)나 첨단재생의료,

11) 2017년 현재 캐나다의 사회보장지출 비율은 GDP 대비 17.3%로서 미국의 18.9%나 OECD의 평균치 20.2%보다 낮다. GDP 대비 조세수입의 비율에서도 캐나다는 32.2%로서 독일(37.5%), 프랑스(46.2%), 스웨덴(44.0%), 덴마크(46.0%) 등 서구 복지국가들에 비해서는 물론이고 OECD의 평균치 (34.2%)보다도 낮다 (OECD, 2019a; OECD 2019b). 다른 한편, 2015년 현재 캐나다의 의료비지출은 전체 정부지출의 18.3%로서 OECD의 평균치 15.3%보다 높다(OECD, 2018).

질병유전자검사 등과 같은 사업들이 적극 장려됨으로써 의료민영화가 촉진되는 결과가 발생한다. 아주 작은 분야에서라도 일단 정부가 의료민영화에 대해 허용적인 태도를 취하게 되면 그렇지 않아도 캐나다에 비해 시장의 지배력이 훨씬 강력한 한국의 의료분야에서는 환자의 편리성 추구 욕구와 병원의 수익성 추구 욕구의 분출이 더욱 조장되면서 장기적인 관점에서는 의료부문의 공공성 강화라는 현 정부의 핵심목표가 위협받게 될 것이다. 쇼위판결 사례가 이것을 잘 보여주고 있다.

■ 참고문헌 ■

- 조영훈 (2018). 서스캐처원 메디케어의 도입을 둘러싼 1962년 의사파업의 배경과 결과. *사회복지정책*, 45(4), 89-114.
- _____. (2012). 보수당의 통치와 캐나다 의료보장제도의 변화. *사회보장연구*, 28(2), 51-71.
- _____. (2011). *캐나다 복지국가 연구*. 서울: 집문당.
- Armstrong, N. (2016). The Chaoulli/Day cases and the public-private provision of health care. <https://medium.com/evidencenetwork-ca/background-the-chaoulli-day-cases-and-the-public-private-provision-of-health-care-1ac2a2393ae>.
- Arpin, E. (2016). A healthcare lesson: Comparing Chaoulli v. Quebec(2005) and Cambie surgery centre v. British Columbia(2016). *Interdisciplinary journal of health science*, 8(1). <http://riss-ijhs.ca/archives/3034>.
- Boychuk, G. W. (2008). The regulation of private health funding and insurance in Alberta under the Canada Health Act: A comparative cross-provincial perspective. University of Calgary School of public policy research papers.
- _____. (2006). Provincial approaches to funding health services in the post-Chaoulli era. Paper to be presented at the CPSA annual meeting, York University(June 2006).
- Bozzo, A. (2011). Privatization in Canada? not yet. *McGill journal of medicine*, 14(1), 26-28.
- CBC News (2009). No one wants Quebec's limited private health insurance. *CBC News* (2009. 3. 30). <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/no-one-wants-quebec-s-limited-private-health-insurance-1.853098>.
- CIHI (Canadian Institute for Health Information) (2019a). *National health spending trends, 1975~2018*. Ottawa: CIHI.
- _____. (2019b). *Physicians in Canada, 2018*. Ottawa: CIHI.
- _____. (2019c). Canada's health care providers: Provincial profiles, 2008 to 2017. https://www.cihi.ca/en/access-data-reports/results?f%5B0%5D=field_primary_theme%3A2047&f%5B1%5D=field_professions%3A1941.
- _____. (2013). Medical imaging equipment in Canada, 2012(XLSX). <https://www.cihi.ca/en/search?query=all=medical+imaging+equipments&Search+Submit>.
- CLHIA (Canadian Life and Health Insurance Association) (2018). *Canadian Life and Health Insurance Facts*. Toronto: CLHIA.
- Coffey, J. C. (2008). The case for increased privatization of Canadian health care. *McGill journal of medicine*, 11(1), 75-76.
- Contandriopoulos, D., Abelson, J., Lamarche, P. & Bohémier, K. (2012). The visible politics of the privatization debate in Quebec. *Healthcare policy*, 8(1), 67-79.
- De Bono, N. (2013). The private provision and insurance of diagnostic imaging services in Canada. *International research infrastructure on social inequalities in health*. Montreal: McGill University.
- Dean, S. (2007). Canada's landmark Chaoulli decision: A vital blueprint for change in the Canadian health care system. *Law and business review of the Americas*, 13(2), 417-450.
- Derfel, A. (2018). More Quebec doctors are opting out of medicare. *Montreal Gazette*(2018. 5. 17). <https://montrealgazette.com/news/local-news/more-quebec-mds-opting-out-of-medicare-report-shows>.
- Flood, C. M. & Thomas, B. (2010). Blurring of the public/private divide: The Canadian chapter. *European journal of health law*, 17, 257-278.
- Flood, C. M., Stabile, M. & Kontic, S. (2005). Finding health policy arbitrary: The evidence on waiting, dying, and two-tier systems. C. M. Flood(ed). *Access to care-access to justice: The*

- legal debate over private health insurance in Canada*. Toronto: University of Toronto Press. 296-320.
- Fuller, C. (2017). 20 years later: how corporations took over Canada's health care system. Policy Note(2017.9.26.). British Columbia: Canadian Centre for Policy Alternative.
- Health Canada (2019). *Canada health act annual report, 2017/8*. Ottawa: Health Canada.
- _____ (2014). *Canada health act annual report, 2012/3*. Ottawa: Health Canada.
- _____ (2009). *Canada health act annual report, 2007/8*. Ottawa: Health Canada.
- _____ (2004). *Canada health act annual report, 2002/3*. Ottawa: Health Canada.
- _____ (2001). *Canada health act annual report, 1999/00*. Ottawa: Health Canada.
- Monahan, P. J. (2006). Chaoulli v Quebec and the future of Canadian healthcare. *Benefactors lecture*. Toronto: C. D. Howe Institute.
- NUDGE (The National Union of Public and General Employees). 2009. Canada overwhelmingly supports public health care. <https://nupge.ca/content/canada-overwhelmingly-supports-public-health-care>.
- OECD (2019a). *OECD Social expenditure statistics*. https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=SOCX_AGG&lang=en
- _____ (2019b). *Revenue statistics - OECD countries: Comparative tables*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=78518>.
- _____ (2018). *OECD health at a glance 2017*. Paris: OECD.
- OHC (Ontario Health Coalition) (2017). *Private clinics and the threat to public medicare in Canada: Results of surveys with private clinics and patients*. Toronto: OHC.
- _____ (2014). *For health or wealth: The evidence regarding private clinics and user fees in Ontario*. Toronto: OHC.
- _____ (2008). *Eroding public Medicare: Lessons and consequences of for-profit health care across Canada*. Toronto: OHC.
- Palley, H., Pomey, M. & Forest, P. (2011). Examining private and public provision in Canada's provincial health care systems: Comparing Ontario and Quebec. *International political science review*. 32(1). 79-94.
- Pomey, M., Hudon, R., Van Schendel, N., Martin, E. & Forest, P. (2016). Stakeholder views on privatization of the Quebec health care. *Canadian public policy*. 42(3). 324-336.
- Premont, M. (2008). Clearing the path for private health markets in post-Chaoulli Quebec. *Health law journal. special edition*. 237-263.
- Rowley, E. (2017). In its 50th year, Canada's single-payer Medicare system under attack. *People's Voice*(2017. 01.18). <http://www.peoplesworld.org/article/in-its-50th-year-canadas-single-payer-medicare-system-under-attack/>
- Steinbrook, R. (2006). Private health care in Canada. *New England journal of medicine*. 354. 1661-66.

◀ Abstract ▶

Universal Health Care at the Crossroad: An Evaluation on the Privatization Trend in Canadian Medicare

Young Hoon Cho*

This article aims to examine if and how much the Chaoulli decision of 2005 ruled by the Supreme Court of Canada has brought the privatization in health care to Quebec and the rest of Canada. This article adopts a historical comparative method in the sense that it compares Quebec and other providences on several indices representing medical privatization before and after 2005. Such an historical comparative method will enable this article to evaluate the influence of the Chaoulli decision on the privatization in health care, and to analyze the recent trend in medical privatization of the Canadian health care.

This article is significantly different from existing researches in the sense that it attempts to demonstrate the degree of the influence of the Chaoulli decision on health care privatization based upon recent empirical data. In addition to the academic contribution, this article has a practical significance in the sense that it shows the recent trend in the expansion of health care market in the universalistic health care system and that it, by emphasizing a passive attitude of the Canadian governments as a main driving force for the medical privatization, provides a useful reference for the reform policy in the national health insurance the Korean government recently tries to initiate.

Keywords: accessibility, universality, private health insurance, private clinic, opting-out

◆ 2020. 4. 29. 접수 / 2020. 6. 12. 1차수정 / 2020. 6. 17. 게재확정

* Professor, Dong-Eui University(yh1cho@deu.ac.kr)