

미국의 의료개혁 : 보건경제학의 관점에서

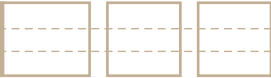
김주영 (한국노동연구원 연구위원)

■ 머리말

보건경제학(health economics)은 응용경제학의 하나로서 경제학적 개념과 방법론을 의료와 건강관련 현상과 문제들에 적용하는 학문으로 경제학과 다른 관련 학문들의 경계를 넘나드는 학제간 연구의 성격이 강한 분야이다. 의료 제도, 제약산업 및 의료기술, 질병 및 장애, 건강관련 보험의 제문제들, 의료서비스의 수요와 공급, 프로그램이나 치료의 평가 등 상당히 광범위하고 다양한 주제들을 다루고 있다.

보건경제학이 다루는 범위가 광범위한 만큼 그와 관련된 주요한 문제점과 이슈들도 많은 것은 어쩌면 자연스러운 모습일 것이다. 그러나 제한된 지면에 맞추기 위해 필자는 관련 학자들이 대체로 동의할 수 있다고 생각하는 몇 가지 문제에 초점을 맞추려 한다. 의료보험 혜택을 받지 못하는 인구의 문제와 천문학적으로 늘어나는 의료비용의 문제가 그것이고 또한 의료개혁에 있





어서 의료시장의 정부 개입에 대한 논쟁도 첨가해 보고자 한다. 관점에 따라 어떤 문제가 더 중요하고 덜 중요한지의 차이는 있겠지만 이런 문제들이 현재 미국이 안고 있는 중요하고 핵심적인 이슈 중에 속하리라는 데는 별 이견이 없을 것이다. 그럼 이런 문제들과 관련된 미국의 제도나 현상에 대해서 간략히 소개를 하고 그런 문제에 접근하는 보건경제학의 최근 연구 동향을 살펴해보도록 하자.

■ 무보험 인구의 문제

미국의 의료보험체계는 고용주가 제공하는 사적 보험과 정부가 제공하는 공적 보험인 Medicare 및 Medicaid로 크게 나누어 볼 수 있다. Medicare와 Medicaid는 각각 65세 이상의 노인들과 빈곤층을 위해서 의료서비스를 제공하는 프로그램이다. 2006년 CPS 데이터에 따르면 이런 사적 또는 공적 의료 보험 서비스 혜택을 받지 못하는 무보험자들이 4,500만 명 이상에 이른다고 한다. 이는 미국 인구의 15.7%에 해당하는 비중이고, 정부의 노력에도 불구하고 이런 높은 비중은 1987년 12.9%에서 20년이 지난 후 오히려 더 상승하였다.

이런 무보험자들에게 의료서비스 혜택을 제공하기 위해서 정부는 공공 의료보험의 적용 범위를 점진적으로 확대해 왔다. 예를 들어 Medicaid 적용대상을 지금까지 Medicaid를 적용받기에는 소득이 상대적으로 높고 사적인 보험을 들기에는 소득이 낮은 차상위 빈곤계층으로까지 Medicaid의 수혜 범위를 점진적으로 확대한 것 등을 들 수 있다.

그런데 1996년 Cutler & Gruber는 1980년대와 1990년대에 걸친 Medicaid 적용 대상의 확대효과를 추정해 본 결과 무보험자를 줄이는 효과가 어느 정도 있었지만 또한 사적 의료보험을 구축(crowding-out)시키는 효과가 50% 정도 된다는 것을 실증적으로 보였다. 즉 Medicaid 가입자의 두 명 중 한 명은 민간의료보험을 탈퇴하고 Medicaid에 가입했다는 것이다. 따라서 정부가 의도한 전체 의료보험 가입자수의 증대 효과는 크지 않고 세금의 많은 부분이 의도하지 않은 사람들에게로 지출된 것이다. 그 후로 이런 구축 효과에 대한 새로운 인식과 실증적인 추정을 하는 문헌들이 많이 나오게 된다. 최근 Gruber & Simon(2007)은 1997년부터 실행되기 시작한 차상위 빈곤계층의 어린이들을 위한 Medicaid 확장 프로그램인 SCHIP 프로그램의 효과를 측정하면서 이런 구축효과를 재확인하였다. 이러한 구축효과의 최소화가 미국 공공의료보험 프로그램의 설계와 집행에서 중요한 고려사항이 되었음은 두 말할 필요가 없다.

그렇다면 이런 문제에 대한 차기 정부의 대안은 어떠한 것일까? 이번 예비선거에서 나타난 양당의 의료개혁안을 보면 부유층 및 중산층의 기반이 두터운 공화당은 이렇다 할 새로운 의료개혁안을 아직 제시하지 않고 있는 반면에, 저소득층과 흑인 및 히스패닉의 지지가 상대적으로 높은 민주당 예비선거는 의료개혁이 주요한 이슈로 나타나고 있는데, 지금 경합을 벌이고 있는 오바마와 클린턴 두 후보의 의료개혁안의 차이를 간략히 살펴보면 다음과 같다.

클린턴 의료개혁안의 골자는 전 국민이 의료보험에 들도록 강제(mandate)하는 데 있다. 반면에 오바마는 모든 아동들이 반드시 의료보험 혜택을 받도록 하는 것을 제외하고는 강제조항이 없다. 즉 오바마의 의료개혁안은 국민을 모두 의료보험에 들도록 강제하는 대신 보험료를 낮추고 빈곤층의 지원을 늘리는 등으로 좀더 그들이 자발적으로 보험에 가입할 수 있는 여건을 확대함으로써 전 국민의 가입을 유도하자는 것이다.

Gruber(2008)는 마이크로 시뮬레이션을 통하여 강제조항이 없는 플랜의 경우 무보험인구 중 2,300만 명을 매년 1천억 달러 정도의 비용으로 커버하게 될 것으로 추정한 반면에 강제조항이 있는 플랜의 경우 1,240억 정도의 비용으로 현재 전체 무보험 인구에 맞먹는 4,500만 명을 커버할 것으로 추정하였다. 그리고 이것은 새롭게 보험에 가입하는 1인당 비용으로 따지면 각각 4,400달러와 2,700달러에 해당한다. 이는 클린턴의 의료개혁안에 손을 들어주는 결과라 하지 않을 수 없다. 하지만 여전히 강제조항을 집행하는 데 있어서 어떻게 할지 (매사추세츠 주에서 시범적으로 시행하듯이 IRS를 통해서 비가입자들에게 벌금을 물리는 방식을 그대로 따를지) 여부와 이로 인해 지출되는 정부의 추가적 집행비용에 관해서 포함되어 있지 않다. 또한 현실에 있어서 최근 유사한 시도를 한 캘리포니아 주의 의료개혁 실패와 매사추세츠 주의 예산을 넘어서는 의료비 상승으로 인한 재정적 어려움도 깊이 고려해볼 사항이다.

■ 의료보험시장의 정부 개입

의료개혁 논의는 근본적으로 국가가 의료 영역에 개입해야 하는지, 한다면 얼마나 적극적으로 해야 하는지에 대한 질문으로까지 이어져 공공 의료프로그램의 질적인 효과에 대한 논쟁으로 확대된다. Currie & Gruber(1996)는 1984~94년까지의 데이터를 이용해서 Medicaid의 확장이 저소득층 아동들

의 건강에 어떤 영향을 미쳤는지 조사한 결과 15세 미만의 아동 사망률을 상당히 감소시켰다는 결과를 보여주었고, Cutler(2005)는 국가의 의료에 대한 지출로 인하여 국민의 전반적인 건강의 증진이 있었다고 주장하여 국가의 이런 의료부분 개입의 정당화에 힘을 실어주었다. 반면에 Finkelstein & McKnight(2005)은 Medicare 도입 이전의 민간보험 가입률의 지역간 차이를 이용하여 Medicare 도입이 노인들의 사망률에 전혀 영향을 주지 않는다는 결론을 내렸고, Skinner, Staiger & Fisher(2006)는 특정 치료의 시계열 자료 분석을 통해서 1996년 이후 Medicare의 관련 지출이 병의 치료에 실질적인 효과가 없었다고 주장하며 Medicare가 의료의 질적인 향상과 무관하게 확장되었다고 비판하였다.

공공 의료프로그램의 일차적인 목적이 의료서비스의 제공을 통한 건강의 증진에 있지만 그렇다고 이것이 유일한 편익이라고 할 수는 없다. Medicaid 프로그램은 그 목적 자체가 빈곤층을 위한 공공 의료프로그램이므로 소득재분배적 효과가 명백히 드러나 있지만 Medicare와 같은 경우에는 그렇게 명백하지 않는데 Bhattacharya & Lakdawalla(2006)는 생애주기 모델을 통하여 Medicare 프로그램의 누적세적인 성격을 보임으로써 소득재분배 효과를 보여줬다. McClellan & Skinner(2006)는 Bhattacharya & Lakdawalla(2006) 모델에서 영구 소득(permanent income)에 대한 도구변수로서의 교육변수의 문제점과 개인의 현재소득 사용시의 노이즈를 지적하며 다른 방법으로 생애주기 모델을 사용한 결과 Medicare가 소득분배적 성격에서 중립적임을 보임으로써 반박하였다.

공공 의료프로그램의 또 다른 편익으로서 Gertler & Gruber(2002) 및 Finkelstein & McKnight(2005)은 특정한 사건에 대해서나 혹은 어떠한 특성의 개인에 대한 의료보험 시장 실패를 커버하기 위한 pooling의 역할과 그로 인한 가입자들의 위험의 분산효과를 강조하였다.

■ 급증하는 의료비의 문제

미국 상무부 경제분석국(Bureau of Economic Analysis)에 따르면 의료비가 개인의 소비지출에 있어서 차지하는 비중이 1970년대에는 10% 미만이던 것이 1990년대 초반을 넘어서면서 식료품이나 주거비 등 주요한 개인소비항목들을 제치고 최고의 비중을 차지하였고, 이러한 추세는 그 후로 계속 이어져서 2007년 자료에 따르면 의료비가 17% 이상의 비중을 차지하고 있어서 13%인 식료품이나 15%인 주거비를 앞서고 있다. Centers for Medicare & Medicaid Services의 통계에 따르면 거시적으로

도 민간과 공공부문을 합친 의료비용이 1970년대 GDP의 7%에서 꾸준히 상승하여 2006년 16%를 기록하고 있다. OECD의 통계에 따르면 2004년 미국의 1인당 평균의료비 수준은 세계 최고 수준으로 같은 해 한국의 5배가 넘는다. 이러한 의료비용의 빠른 증가세와 높은 비용은 가계와 정부의 가중되는 부담으로 주어지고 있는데 이와 관련하여 보건경제학자들은 많은 연구를 해왔다. 의료비가 다른 항목의 지출과 비교해 봤을 때 왜 이렇게 빠르게 상승하는가 하는 질문에 Newhouse(1992)는 의료기술발달로 인한 의료서비스의 향상을 가장 중요한 원인으로 봐야 한다고 주장하였다. 과거에는 엑스레이로 증상을 판독하다가 이제는 CT나 MRI 촬영을 통해서 판독할 수 있는 것이 좋은 예일 것이다. 이러한 의료기술발전에 따른 의료비용 증가 주장은 의료보험의 체계나 진료시스템이 서로 다른 국가들에서도 유사한 증가가 나타남을 통해서 힘을 얻고 있다. 그는 2001년 오히려 이러한 기술의 발달이 다양한 건강상태 달성을 위한 비용을 감소시켰다고 주장하였고, Cutler & McClellan(2001)은 다섯 분야의 의료기술발달을 가지고 연구하였는데 그 가운데 네 분야에서 의료기술발달로 인한 편익이 그 비용을 초과한다는 결과를 얻었다. 따라서 보건의료비의 증가가 의료시장의 비효율성이나 시장의 실패를 반드시 의미하는 것은 아니라는 것이다.

Enthoven(1993)은 HMO¹⁾에 대한 수요가 여러 가지 조건들로 인하여 비탄력적임을 설명하며 이러한 비탄력적 수요에서는 HMO들 간에 경쟁이 있더라도 비용과 가격을 인하하는 인센티브로 작동하지 않을 것이라고 설명하며 정부의 개입과 수요자들의 변화로 탄력적인 수요를 만들 수 있고 의료의 질의 저하 없이 경쟁을 통한 가격하락이 가능하다고 주장하였다. Enthoven & Talbott(2004)는 기존의 Enthoven의 주장에 바탕을 둔 스탠포드 대학의 “관리경쟁(managed competition)” 모델 도입을 통해 부분적으로 긍정적인 결과를 얻었음을 보였는데, 최근 네덜란드에서는 이런 모델과 유사한 형태가 의료개혁 모델로 도입되었다.

Glied(2003)는 의료비용의 증가를 단기와 중기 그리고 장기로 나누어 분석을 하였는데 그의 주장을 소개하면 다음과 같다.

1) Health Maintenance Organization의 줄임말로써 개별 HMO는 다수의 병원, 개별 의사 혹은 다른 의료서비스 제공자들과 계약을 맺어 그 HMO와 계약을 맺은 공급자들의 의료서비스를 보험 계약자들에게 제공한다. 대부분의 경우 소비자는 정액의 보험료를 지불하고 등록된 HMO 네트워크 내의 의료서비스를 이용할 수 있다.

그는 장기적인 추세로 볼 때는 Newhouse의 주장처럼 의료기술발달이 의료비 증가에 가장 중요한 원인이지만 단기적으로나 중기적으로 보면 다른 면들이 중요하다고 강조한다.

단기적으로 볼 때는 다양한 수준에서의 계약의 구조가 의료비용의 수준에 영향을 미친다고 하였다. RAND 의료보험 실험에서 나온 결과처럼 보험에서의 개인의 직접 부담(Out-of-Pocket Payment)이 크면 의료시설 이용이 감소함으로 건강에 특별한 변화가 없다면 총 의료비용이 감소할 수 있다. 최근 본인 직접 부담의 꾸준한 감소와 총 의료비용의 증가의 상관관계도 이런 식으로 상당히 설명될 수 있다. 그럼 비용에 영향을 미치는 다른 수준의 계약은 어떤 것이 있을까? 의료시장의 소비는 반드시 소비자에 의해서 결정되는 것이 아닌 특징이 있다. 즉, 의료서비스 시장은 소비자가 전체 의료비를 내지 않는 상황에서 의료에 대한 전문 지식이 부족하므로 의사들의 처방을 따르는 의사에 의해 유도되는 소비(physician-induced consumption)가 강하게 나타난다. 따라서 의료비용의 변화는 의사들의 인센티브에 많은 영향을 받게 된다. 의사와 보험회사와의 계약에서 의료서비스에 대해서 비용 전부를 환급받는 행위별 수가체계(fee-for-service)로부터 비용과 가격의 통제가 가능한 비용관리-서비스 공급체계(managed care)로 바뀔 경우 의사들에게 의료비용을 절약하게 만드는 인센티브가 증가한다. 그리고 미국의 다양한 의료서비스 시장에서 의료서비스 공급자와 보험사 간의 가격협상이나 탐색능력 혹은 시장의 경쟁도와 공공의료서비스의 개입도에 따라서도 의료비용의 차이가 발생한다고 하였다.

그는 중기적으로 볼 때 보험사의 이익 변화의 사이클은 총 의료비용 변화 그래프의 경기순환적 모습을 설명하는 데 있어서 매우 중요하다고 주장한다. 특히 보건경제학자들의 공금증을 자아낸 1993~99년까지 총 의료비용의 비중 하강 국면이 보험회사들의 의료보험 가입의 변동 및 이익 변화 추이와 시기적으로 일치함을 보이고 이로 인한 Medicaid와 Medicare로의 전이효과(spillover effect)를 함께 고려하면 총 의료비용의 경기순환적 변동에 대한 설명력은 더욱 커진다고 하였다.

■ 맺음말

미국의 의료체계는 최고 수준의 의료서비스와 다양한 선택의 기회를 제공하지만, 정부의 지속적인 개입에도 불구하고 여전히 인구의 15% 이상이 무보험자로 남아 있는 등 명암이 뚜렷하다. 이런 현상을 시장의 실패로 볼지 정부의 실패로 볼지에 대한 논쟁은 팽팽히 지속되어 가고 있다. **KLI**

참고문헌

- Bhattacharya, Jay and Darius Lakdawalla (2006), “Does Medicare Benefit the Poor?,” *Journal of Public Economics*, 90, pp. 277–292.
- Currie, Janet and Jonathan Gruber (1996), “Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health,” *Quarterly Journal of Economics* 111(2), pp. 431–466.
- Cutler, David and Jonathan Gruber (1996), “Does Public Insurance Crowd Out Private Insurance,” *Quarterly Journal of Economics* 111(2), pp. 391–430.
- Cutler, David (2005), *Your Money or Your Life : Strong Medicine for America's Health Care System*, USA : Oxford University.
- Cutler, David and Mark McClellan (2001), “Is Technological Change In Medicine Worth It?,” *Health Affairs* 20(5), pp. 11–29.
- Enthoven, Alain C. (1993), “Why Managed Care Has Failed to Contain Health Costs,” *Health Affairs* 12(3), pp. 27–43.
- Enthoven, Alain C. and Brian Talbott (2004), “Stanford University's Experience with Managed Competition,” *Health Affairs* 23(6), pp. 136–140.
- Finkelstein, Amy and Robin McKnight (2005), “What did Medicare Do (And Was It Worth It)?,” NBER Working Paper No.11609.
- Gertler, Paul and Jonathan Gruber (2002), “Insuring Consumption against Illness,” *American Economic Review* 92(1), pp. 51–70.
- Glied, Sherry (2003), “Health Care Costs : On the Rise Again,” *Journal of Economic Perspective* 17(2), pp. 125–148.
- Gruber, Jonathan (2008), “Covering the Uninsured in the U.S.,” NBER Working Paper No.13758.
- Gruber, Jonathan and Kosali Simon (2007), “Crowd-Out Ten Years Later : Have Recent Public Insurance Expansions Crowded Out Private Health Insurance?,” NBER Working Paper No.12858.
- McClellan, Mark and Jonathan Skinner (2006), “The Incidence of Medicare,” *Journal of Public Economics* 90, pp. 257–276.
- Newhouse, Joseph (1992), “Medical Care : How Much Welfare Loss?,” *Journal of Economic Perspective* 6(3), pp. 3–21.
- Newhouse, Joseph (2001), “Medical Care Price Indices : Problems and Opportunities ; The Chung-Hua Lectures,” NBER Working Paper No.8168.
- Rosen, Harvey (2007), *Public Finance*, 8th edition, Singapore : McGraw-Hill Education.
- Skinner, Jonathan, Douglas Staiger, and Elliott Fisher (2006), “Is Technological Change in Medicine Always Worth It? The Case of Acute Myocardial Infarction,” *Health Affairs* 25(2), pp. 34–47.