

미국의 의료개혁과 시사점

정영호 (한국보건사회연구원 보건의료패널팀장)

■ 머리말

미국은 OECD 국가 중에서 가장 높은 의료비를 지출하는 나라이지만, 어떠한 형태의 의료보험에도 가입되지 않은 사람 수가 4,700만 명에 이르고 있으며¹⁾ 베이붐 첫세대가 메디케어(Medicare)의 자격이 주어지는 2011년부터 의료비 지출 문제는 급속히 악화될 것으로 예상하고 있다 (Goodman, 2007).²⁾ 뿐만 아니라 OECD 국가 중 가장 높은 의료비 지출에도 불구하고 평균수명이 남녀 모두 OECD 평균에 못미치는 등 의료서비스 접근성 및 건강 불평등, 효율성 등의 측면에서 중요한 현안이 되고 있다. 미국의 언론은 이번 미국 대통령 선거에서 의료보험제도에 가장 합리적인 대안을 내놓는 후보가 대권을 쥐게 될 것이라 보도하고 있는 점만 봐도 현재 미국 의료체계에 대해서 미국민들의 불만이 최고조에 이르고 있음을 짐작할 수 있다.

미국의 의료보험체계는, 관리의료(managed care)를 중심으로 한 민간의료보험이 주도하고 메디케어, 메디케이드, 국가어린이건강보험프로그램(State Children's Health Insurance Program: SCHIP), 군인의료보험(TRICARE), 연방공무원의료혜택(FEHBP), 인디언보험(Indian Health Service) 등의 정부에 의해 운영되는 의료보장제도가 제한적·보완적 역할을 하고 있다. 의료의

1) U.S. Census Bureau, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2005, 2006*.

2) Goodman J., Bond M., Herrick D. et al., *Handbook on State Health Care Reform*, National Center for Policy Analysis, www.ncpa.org 2007.

접근성에 있어 상당한 문제점이 제기되고 있으며, 각 가구의 의료비용에 대한 부담이 급격히 증가하고 있는 실정이다. 이러한 의료 환경 속에서 민간의료보험을 중심으로 보다 많은 사람들이 보험에 가입할 수 있도록 제도를 수정하는 한편, 또 다른 대안으로 주 단위에서 전국민의료보험을 도입하고자 하는 노력을 보이고 있다.

본고에서는 미국 의료제도에 대해 살펴보고 현재 미국 의료보험체계에 내재하고 있는 문제점을 고찰해 보고자 한다. 또한 이러한 문제점을 해결하기 위해 미국은 어떠한 개혁 내용을 담고 있으며 향후 전개될 개혁 방향이 어떠한 것인지에 대해 논의하고자 한다. 그리고 미국 의료보험체계에 대한 개혁 내용이 우리나라에 주는 시사점을 살펴보고자 한다.

■ 미국 의료체계 및 문제점

미국의 의료체계를 전반적으로 살펴보면, 관리의료(managed care)라 말하는 민간의료체계가 주도하고 있으며, 메디케어, 메디케이드, 국가어린이건강보험프로그램(State Children's Health Insurance Program: SCHIP), 군인의료보험(TRICARE), 연방공무원의료혜택(FEHBP), 인디언보험(Indian Health Service) 등의 정부에 의해 운영되는 의료보장제도가 제한적·보완적 역할을 하고 있다.

미국은 1930년대에 블루크로스, 블루월드 등 공공성이 강한 의료보험체계가 도입되었고 1950년대에는 민간보험회사가 의료보험에 본격적으로 뛰어들었다. 이는 정부의 임금억제책에 대해 기업이 근로자 확보를 위해 서비스가 좋은 민간보험을 도입하는 한편, 정부는 기업에게 의료보험에 대한 면세 혜택을 부여함으로써 민간의료보험시장이 더욱 확대되었다. 1960년대에는 65세 이상의 노인에게 메디케어를, 저소득층에게 메디케이드라는 공적 의료보험을 제공하기 시작하였으며, 1970년대에 와서는 민간부문에 관리의료(managed care)라는 새로운 의료보험체계를 도입하였다. 예를 들어 민간보험회사의 한 형태인 HMO(Health Maintenance Organization)은 병원이나 의사와 계약을 맺어 네트워크를 형성하고 HMO가입자에게 이 네트워크에 속해 있는 병원이나 의사에게 서비스를 제공받도록 하고 있다. HMO는 주치의를 정해주어 환자의 상태에 가장 적합한 의료서비스를 제공받도록 하였으나 가입자의 의료기관 선택 또는 의료서비스 이용에 제

한을 부과하는 동시에 보험료를 높이는 과정에서 원하는 주치의를 선택할 수 있는 PPO(Preferred Provider Organization), 주치의와 의료기관을 자유롭게 선택할 수 있는 POS(Point of Service)와 같은 고가의 보험상품이 등장하였다.

미국은 앞에서 제시한 문제점을 극복하고 의료비의 통제와 효율성을 증대시키기 위해 관리의료의 개념을 도입하였다. 1988년 정규직의 29%만이 관리의료계획에 가입되었던 것이 1993년에는 51%로, 그리고 1997년에는 73%로 증가하였다.³⁾ 이러한 관리의료의 성장하게 된 배경 중 하나는 민간보험, 전달체계에 대한 근본적인 내용을 바꾸지 않고 모든 시민들에게 포괄적인 보건의료서비스의 접근성을 보장하면서 비용을 감소시키기 위해 제시한 클린턴 정부의 관리하의 경쟁(managed competition) 개혁안을 들 수 있다.⁴⁾

관리의료는 의료체계의 기본 기능, 즉 자원조달자, 보험자, 공급자 그리고 지불자의 기능을 통합하여 효율성 제고, 의료서비스 이용 통제, 관리를 위한 기전을 마련하고자 하였다. 관리의료하에서는 의료서비스의 가격과 공급자 지불액을 결정하게 되는데, 재원이 고용주에 의해 조달될 경우에 독자적으로 공급자들과 협상하여 계약을 맺으며, 인두제, 진료비 할인방식으로 비용을 통제하고 있다.

이와 같이 미국은 전통적인 행위별 수가제에서 관리의료로 이동하여 1990년대의 의료비 통제에 많은 역할을 하였다. 그러나 이러한 1990년대의 의료비 증가 감소에도 불구하고 소비자들의 보험료는 계속 증가한 반면 의료비 절감으로 인한 이득은 의사 혹은 공급자에서 관리의료부분으로 이전되고 있다.⁵⁾ 미국의 관리의료는 현 의료체계 내에서 중요한 역할을 하고 있지만, 정부의 조정 및 규제가 미흡하여 관리医료를 통해 모든 국민에게 포괄적인 의료서비스를 제공하기에는 아직 역부족이라 할 수 있다.

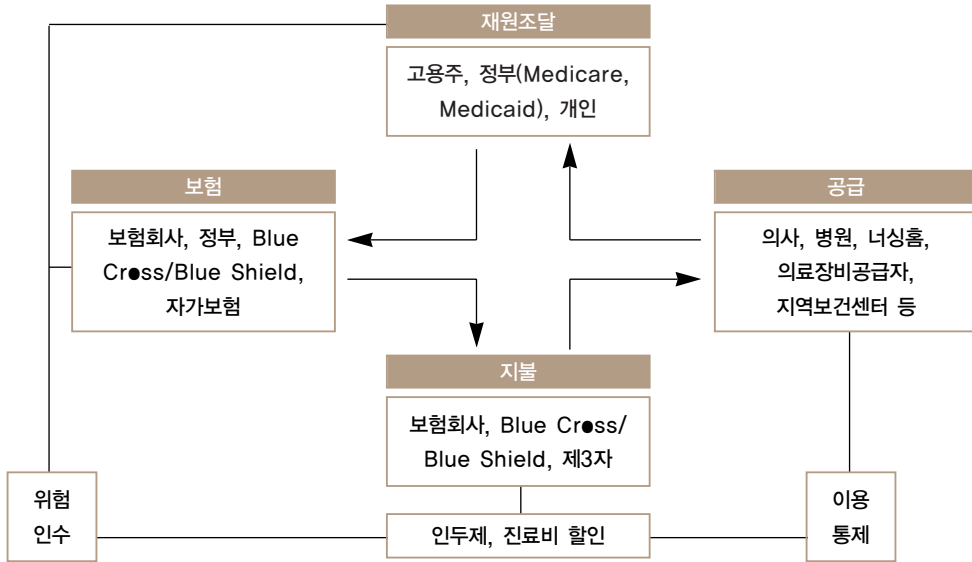
미국은 의료개혁에 관하여 비용(cost), 의료의 질(quality), 의료 접근성(access) 세 가지를 중심으로 논의하고 있는데, 우선 이와 관련하여 어떠한 문제를 지니고 있는지를 살펴보면 다음과 같다.

3) Ranada W., *Introduction, Markets and Health Care*, Ranada ed. Addison Wesley Longman Limited., 1998.

4) 클린턴 행정부가 추진한 포괄적인 접근성 보장의 시도는 결국 실행되지 못하였으나 관리医료를 성장하도록 하는 계기를 마련하였다.

5) Flood C.M., *International Health Care Reform: A legal, economic and political analysis*, Routledge, 2000.

[그림 1] 미국의 관리의료



주) — : 관리의료(HMO, PPO)를 통한 재원조달, 보험, 서비스전달, 지불 등의 기능통합.

미국의 의료체계의 문제점

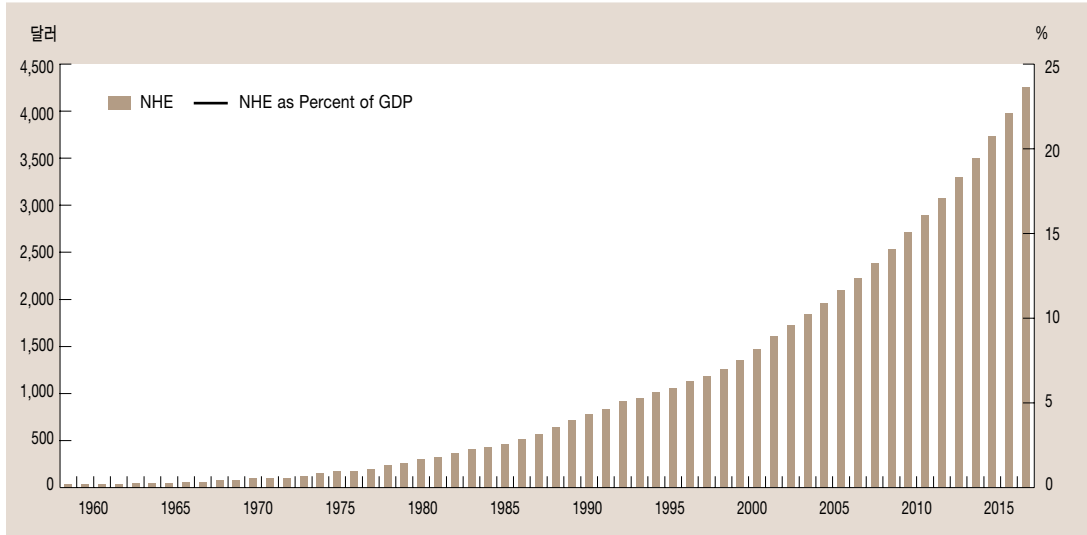
비용 문제

미국의 의료비 지출은 1970년에 1인당 1,300달러로 GDP의 7%를 차지하였으나 30년 후에는 1인당 소득 증가율보다 매년 평균 2.5% 정도 더 증가하여 2004년의 1인당 의료비 지출은 GDP의 약 16%(6,300달러)에 이르고 있다(Holtz-Eakin, 2006)⁶⁾. 이와 같이 미국의 1인당 의료비 지출은 국민소득 증가율의 두 배를 상회하고 있으며, Hagist and Kotlikoff(2006)⁷⁾은 보건의료 관련 정부지출이 2050년에 GDP의 33%에 이를 것으로 예측하고 있다.

6) Holtz-Eakin D., Health Care Reform in the United States: Why, when and how? Networks Financial Institute, Policy Brief, 2006-PB-16, 2006.

7) Hagist C., Kotlikoff L., "Health Care Spending: What the Future will Look Like," National Center for Policy Analysis, Policy Report No.286, 2006.

[그림 2] 국민의료비 지출 규모 및 GDP : 1960~2017



주 : NHE(National Health Expenditures, 국민의료비)

자료 : Employee Benefit Research Institute estimates from Centers for Medicare and Medicaid Services and U.S. Department of Commerce. (2006-2017 data are projected.)

이러한 현상이 나타나고 있는 주요 이유 중 하나로, 의료비 지출에서 10% 정도밖에 차지하고 있지 않지만 최근 1997~2002년까지 연간 14%의 성장률을 보이고 있는 의약품비 지출에 주목하고 있다. 이외에도 몇 가지 주요 원인을 고려할 수 있는데, 우선 고령층 또는 고령 진입층이 인구구성원의 상당 부분을 차지하고 있다는 점을 들 수 있다. 이와 더불어 소득이 증가하고 있으며 의료보험 보장 범위가 확대되고 있다. 다시 말해서 소득 증가는 의료보험을 구매할 능력이 증가하고 있다는 것이고 의료보험의 보장 범위를 확대함으로써 의료서비스를 구매할 인센티브가 증가한다는 것이다. 다른 한편으로 의료부문의 신기술 도입은 의료비 지출을 보다 증대시키는 요인으로 작용하고 있는데, 기술혁신은 이전에 치료할 수 없었던 만성질환을 치료하는 역할을 할 수는 있지만, 신기술 도입으로 인하여 실제로 비용절감의 효과가 달성되고 있다고 제시한 결과는 미흡한 실정이다.

의료의 질적 측면 문제

미국에서는 의료비 지출이 급격히 증가하고 있지만 이러한 추이가 의료의 질적 측면을 보장한

다고 연결할 수 있는지에 대해서는 의문이 제기된다. 미국의 의료제도에서 의료의 질적 측면을 측정한 연구결과에 따르면, 첫째, 환자의 절반 정도만이 적절한 치료를 받고 있으며 또한 환자들이 가입하고 있는 의료보험형태가 의료의 질적 측면에 영향을 주지는 않는 것으로 나타났다.⁸⁾

둘째, IOM(Institute Of Medicine)의 보고서⁹⁾에 의하면, 약 400만~500만 명의 환자들이 매년 의료 과실(medical error)로 피해를 보고 있으며, 이러한 결과로 44,000명에서 98,000명 정도가 사망에까지 이르고 있다고 보고하고 있다. 이는 여러 가지 이유로 발생하고 있는데, 그 중에서 의약품 과실(drug error), 병원 내 감염(hospital-acquired infection)이 주된 이유로 파악된다.

셋째, 미국 내 병원에서는 의료 과실을 줄여서 의료의 질을 개선할 수 있는 컴퓨터의 이점을 누리지 못하고 있다. 예를 들어 손으로 직접 작성한 처방전의 경우에는 잘못된 약, 분량을 처방할 확률이 높으나 전자처방은 이러한 오류를 감소시킬 수 있는 역할을 할 수 있음에도 불구하고 의원의 경우 약 20%, 병원의 경우 약 25% 정도만이 전자의무기록(Electronic Medical Record: EMR)을 활용하고 있다.¹⁰⁾

의료 접근성 문제

미국은 의료서비스를 제때 받지 못하는 가구에 대한 사회적 문제를 안고 있다. 이러한 의료의 접근성 문제는 의료서비스를 이용하는데 제한이나 한계가 있는 의료보험 미가입자를 살펴보면 파악이 가능하다. 2005년 미국 센서스 자료에 의하면, 6명 중에 1명 정도(약 4,700만 명)가 의료보험에 가입되지 않았으며, 이는 2000년 이후 680만 명이 더욱 증가된 수치이다. 의료보험에 가입되지 않은 가구는 빈곤층에만 국한되지 않고 소득별 · 연령별 · 인종별 등으로 다양하게 나타나고 있다.

8) Asch SM et al., "Who is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care?" *New England Journal of Medicine* 354 (11), pp.147-156, 2006.

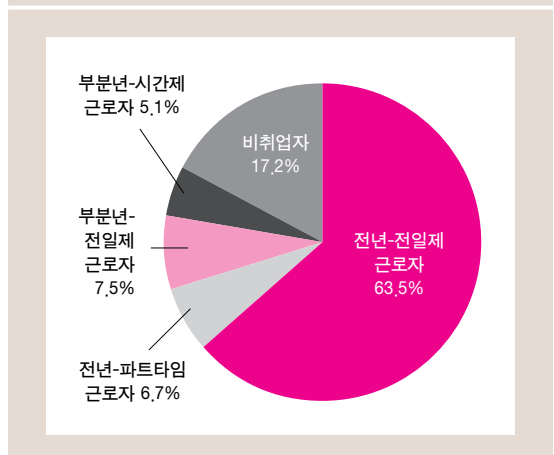
9) Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington D.C.: National Academy Press, 2000.

10) Goodman J., Bond M., Herrick D. et al., *Handbook on State Health Care Reform*, National Center for Policy Analysis, www.ncpa.org 2007에서 재인용.

■ 미국의 의료보험제도 성과 및 향후 방향

미국의 의료체계는 사업장, 연방정부, 군인, 주정부별 프로그램에 따라 의료보험제도가 다양하게 제공되는 매우 복잡한 구조를 지니고 있다. 1940년 이후 의료보험에 가입하지 못한 사람들이 가입할 수 있도록 또는 이미 가입한 경우에도 유지될 수 있도록 국가 차원에서의 수많은 논의가 현재까지 진행되고 있다. 그러나 2006년 미국 센서스 자료에 의하면, 약 4,660만 명 정도가 보험에 가입되지 않았으며, 이러한 수치는 점차 증가하고 있다. 의료보험에 가입되지 않은 가구는 소득별·연령별·인종별 등으로 다양하게 나타나고 있는데, [그림 3]에서와 같이 일을 하고 있지만 보험에 가입되지 않은 사람이 보험 미가입자 중에 약 80%를 차지하고 있으며, 또한 <표 1>에서와 같이 가구소득별 의료보험 미가입자의 분포를 보면, 저소득층에만 국한되는 것이 아닌 것을 알 수 있다.

[그림 3] 보험미가입자의 가구주 경제활동별 분포 : 2006



자료 : Employee Benefit Research Institute estimates from the March Current Population Survey, 2007 Supplement

<표 1> 보험 미가입자의 소득별 분포

(단위 : %)

	2005년			2006년			2006년과 2005년의 차이	
	계	명	%	계	명	%	명	%
전체	293,834	44,815	15.3	296,824	46,995	15.8	2,180	0.6
25,000달러 이하	70,478	18,590	26.4	66,498	18,322	27.6	-268	1.2
25,000~49,999달러	72,963	13,620	18.7	73,244	14,483	19.8	863	1.1
50,000~74,999달러	55,258	6,445	11.7	54,784	6,863	12.5	418	0.9
75,000달러 이상	95,136	6,160	6.5	102,298	7,327	7.2	1,167	0.7

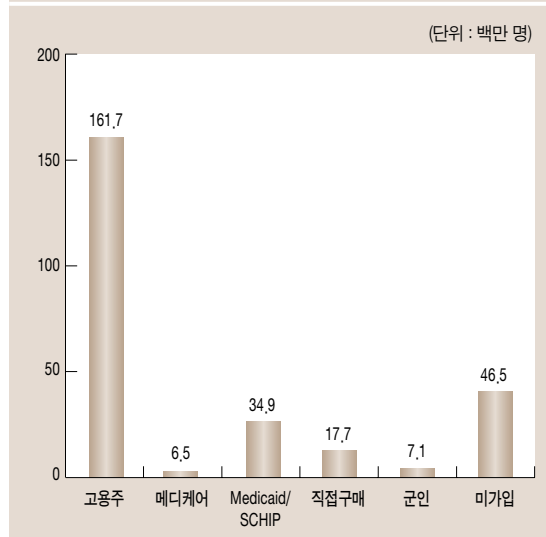
자료 : U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2006 and 2007 Annual Social and Economic Supplements.

65세 이하 미국인 중에서 1억 6,170만 명 (2006년 기준, 62.2%) 정도는 직장을 통해 의료보험에 가입하고 있으며, 6,330만 명 정도는 직장 이외의 메디케어, 메디케이드, 군인의료보험이나 직접 의료보험을 구매하고 있다(그림 4 참조).

미국의 직장의료보험은 1930년대에 도입되어 Blue Cross Hospital Insurance Plan과 같은 그룹이나 Henry J. Kaiser와 같은 직장에 의한 보험가입을 시초로 발전하게 되었다. 건강한 사람들과 고가의 의료비용이 필요한 소수의 사람들을 동시 가입(pooling)하여 건강한 가입자들의 보험료로 고가의 의료비용이 필요한 사람들의 비용을 상쇄함으로써 위험을 분산시키는 내용을 담고 있다.

이와 같이 미국인의 대부분은 직장의료보험을 통하여 의료보험에 가입하고 있지만 최근에는 지속적으로 감소현상을 보이고 있다. 그러나 직장의료보험은 여전히 의료보험의 주요 재원이 되고 있는데, 이는 부시 행정부가 2007년에 일정 수준까지는 의료보험 세액 공제(tax deduction) 정책을 발표함으로써 현재 종업원 및 고용주에게도 혜택을 줄 수 있도록 하고 있다. 그러나 만약 세액공제 혜택을 주지 않고 주정부에서 세금을 거둬들인다면 2004년에는 214억 달러만큼 세수 증가로 이어질 것이며, 2007년에는 약 2,000억 달러에서 2,200억 달러의 세수가 증가되었을 것으로 예상하고 있다. 이러한 관점에서 본다면 2007년 메디케어로 인한 총지출은 약 4,280억 달러가 될 것으로 추정된다.¹¹⁾

[그림 4] 미국의 의료보험 자원(65세 이하의 경우), 2006



주 : 1개 이상 의료보험가입자는 복수응답으로 처리.
 총인구에 대한 자원별 도표는 www.census.gov/hhes/www/hlthins/historic/hihist1.htm을 참고하기 바람.
 자료 : EBRI, 2007.

11) The Budget and Economic Outlook: Fiscal Year 2008 to 2017: Spending Outlook, Congressional Budget Office, Table 3-3, p.55, 2007 (www.cbo.gov/ftpdocs/77xx/doc7731/01-24-BudgetOutlook.pdf)

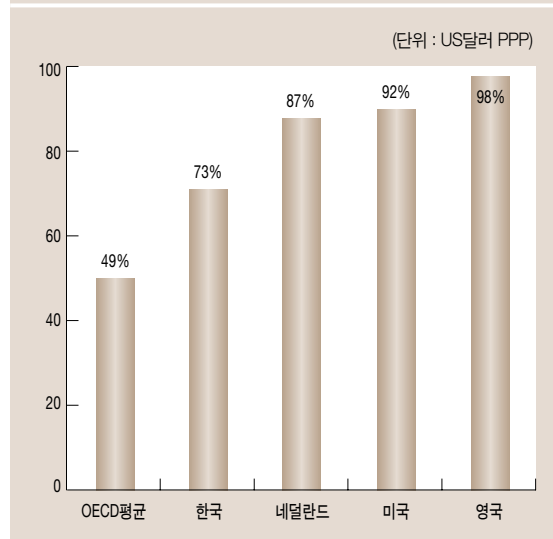
이러한 직장의료보험이 보험가입자의 대부분을 차지하고 있지만, 여전히 많은 한계점이 따른다. 2002년에는 18~64세 임금노동자의 41.9%가 직장에서부터 의료보험을 제공받지 못하였으며, 보험에 미가입된 노동자의 54%가 의료보험을 제공하지 않는 직장에서 근무한 것으로 나타났다.¹²⁾ 또한 의료보험을 제공받는 노동자의 경우에도 보험료가 비싸서 이를 항상 감당할 수 있는 수준이 아니며, 자발적으로 직장을 그만두거나 실직하는 경우에는 가족 전체가 의료보험에 가입할 수 없는 상태가 될 수 있다.

미국에서는 2006년에 39%의 기업이 의료보험을 제공하지 않은 것으로 나타났으

며 종업원 200명 이상의 사업장에서만이 98% 정도가 의료보험에 가입되어 있는 것으로 나타났다. 새로 창업한 소규모 기업의 경우 의료보험을 제공하지 않는 경향이 높은 것으로 나타났다. 중소기업의 경우에는 보험회사(health plan)와 가격협상을 할 때, 대기업보다 부대비용(overhead cost)이 높기 때문에 대기업에 비해 좀더 높은 보험료를 지불하는 경우도 있다. 그래서 의료보험을 제공하지 않는 기업의 경우 대부분은 그 원인을 높은 보험료에서 찾고 있다.

다음의 [그림 6]에서도 알 수 있듯이 직장의료보험료는 임금 또는 인플레이션보다 급격히 증가하고 있다. 2005년에서 2006년 사이에 보험료는 소비자물가지수(Consumer Price Index: CPI) 증가보다 거의 두 배에 해당하는 7.7% 증가를 보였으며 2007년에는 6.1% 증가하였다. 이러한 보험료의 상승으로 인해 각 기업들은 종업원에게 증가비용을 부담하도록 하고 있는데 예를 들어, 직장에 다니는 노동자 본인의 2007년 보험료는 2006년보다 월별 52달러에서 월별 58달러만큼 증가하였다.

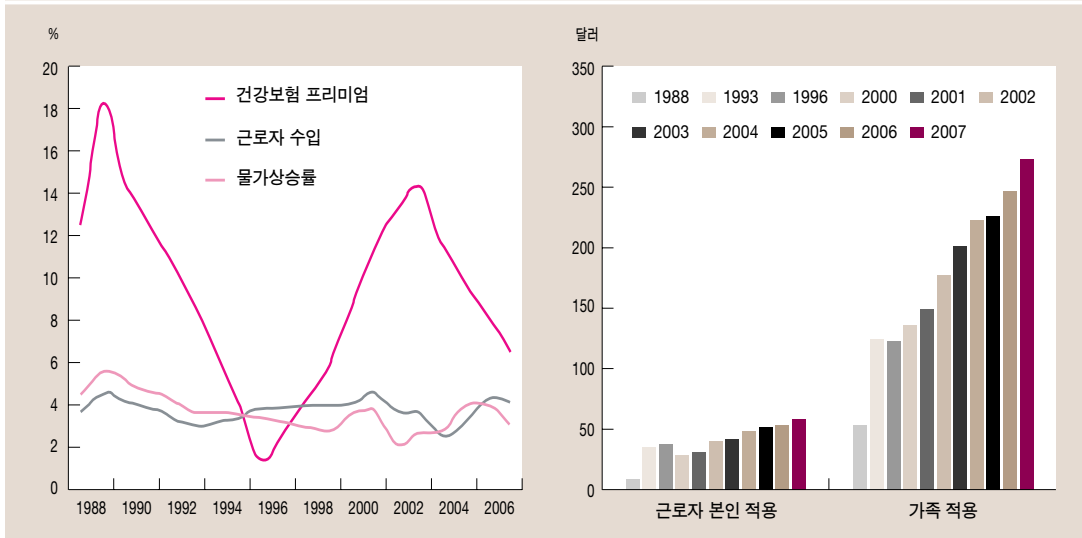
[그림 5] 기업규모별 의료보험 제공 분포 : 2006



자료 : Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, "Employer Health Benefits: 2006."

12) Fronstin, Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2006 Current Population Survey, 2006, www.ebri.org/pdf/briefspdf/EBRI_IB_11-20051/pdf

[그림 6] 임금 증가율 및 보험료 증가율 추이 : 1988~2007



자료 : Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, 2007.

한편, 미국에서는 건강저축계정(Health Saving Accounts: HSA)이 의료보험 체계 내에서 새로운 모델로 부상하고 있는데, 이는 높은 본인부담금을 가지는 의료보험상품(high-deductible health plan)과 연계하여 제공되고 있다. 2007년에 본인부담금(deductible)이 높은 보험(개인 1,010달러, 가족 2,200달러)에 가입할 경우 본인부담 의료비 지출에 사용하기 위한 HSA계좌에 저축하는 금액에 대해서는 소득세액이 면제된다. 또한 연간 최대 본인 부담금은 1인 가입자에 대해서는 5,250달러(2006년 기준), 가족 가입에 대해서는 10,500달러(2006년 기준)를 초과할 수 없다.

HSA 관계자는 의료서비스를 이용하는 소비자의 역할을 확대하고 있는데, 의료서비스 이용에 대해 보험회사가 지불하는 형태가 아니라 상당 부분을 소비자 본인이 책임지도록 하고 있어 의료비용 증가를 억제하고 자신이 이용하고 있는 의료의 질에 대해 좀더 인지하도록 하는 유인을 제공해 주어, 보건의료체계의 효율성을 증가시키고 의료비 증가를 완화시킬 수 있는 중요한 개혁이라고 보고 있다. 예를 들어 200달러의 브랜드 의약품과 20달러의 제네릭 의약품을 선택할 경우를 볼 때, 이전의 의료보험제도에서는 제네릭 의약품은 5달러의 부담을 가지고, 브랜드 의약품은 15달러의 부담을 가지므로 부담액 차이가 그다지 크지 않으므로 환자 당사자는 브랜드 의약품

품을 구매하여 보험회사가 185달러의 비용이 지출되도록 한다. 그러나 높은 본인 부담(high-deductible) 의료보험에 가입한 경우에는 제네릭 의약품을 선택하게 됨으로써 경제적 효율성을 달성할 수 있게 된다.

2007년 연방정부의 보고서에 의하면 높은 본인부담금을 가지는 의료보험과 연계된 HSA를 통하여 의료비 지출규모의 절감 효과를 측정한 결과 점진적으로 증가하고 있다고 제시하고 있다. 앞으로 HSA 가입이 증가할 것인지에 대해서는 지속적으로 지켜보아야 할 사항이다.

연방정부의 의료개혁

부시 대통령의 의료플랜

부시 대통령의 의료개혁 내용은 크게 두 부분으로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 시민들에게 표준 공제액(standard deduction)을 제공하여 세금 감면의 혜택을 부여한다는 것이다. 둘째, 주정부가 시민들이 의료보험에 보다 많이 가입할 수 있도록 하겠다는 것이다.

부시 대통령은 개인별 7,500달러, 4인 가족 기준 15,000달러에 해당하는 표준 공제액을 제공하여 각자에 적합한 의료보험을 선택할 수 있도록 하고 있다. 다시 말해서 일반 시민들은 표준 공제액까지는 소득세를 지불하지 않게 되며, 이로 인해 고용주가 제공하는 보험의 대략 80% 정도 세금을 낮출 수 있을 것으로 보고 있다.

예를 들어, 직장에서 제공하고 있는 의료보험에 가입한 4인 가족의 가구주가 60,000달러의 소득을 벌고 있다고 한다면, 직장의료보험의 형태로 14,000달러의 의료보험료를 지급해야 하며, 이 중에 고용주가 10,000달러를, 종업원이 4,000달러를 부담하게 된다. 따라서 <표 2>에서와 같이 46,000달러의 임금을 받게 되는 결과가 된다. 현행법하에서 이 가족이 6,000달러의 보험료를 가진 저렴한 기본 보험상품(basic insurance)으로 전환하여 가입한다면 임금으로 8,000달러를 받게 된다. 그러나 여기에서 30.3%의 세금(15% 소득세 + 15.3% 지급급여세)을 지급해야 한다. 그래서 결과적으로 5,576달러의 급여를 추가 지급받게 되므로, 현행법하에서는 저렴한 보험상품으로 전환할 유인이 없게 된다.

그러나 부시 대통령의 건강 플랜(Health Plan)에 따르면, 이 가족이 보험상품을 변경하지 않는다 하더라도 이들의 임금은 46,000달러가 되는 한편, 표준 공제액을 제하고 45,000달러에 대해

서만 세금을 지불하므로 303달러의 세금 절감 효과를 누릴 수 있게 된다. 그리고 이 가족이 보험 상품을 6,000달러를 지불하는 저렴한 기본 상품으로 전환할 경우에 세금 절감으로 303달러를, 임금은 8,000달러를 추가로 받게 되므로 저렴한 보험상품으로 전환할 유인이 발생하게 된다.

<표 2> 부시 대통령의 건강 플랜

(단위 : 미국달러)

	현행법	부시 대통령 정책	부시대통령 정책 + 저렴상품으로 전환
총 보수	60,000	60,000	60,000
- 임금	46,000	46,000	54,000
- 고용주 부담	10,000	10,000	6,000
- 종업원 부담	4,000	4,000	0
표준공제액 적용이전 소득	46,000	60,000	60,000
표준공제액	n/a	15,000	15,000
보험가입 이후 소득	46,000	45,000	45,000
임금 증가			8,000
세금 절감	0	\$303	303
의료보험 형태	평균 보험상품	평균 보험상품	저렴 보험상품

자료 : Making Health Insurance Affordable for more Americans, US Treasury Department Office of Public Affairs, January 2007.

Healthy Americans Act

2007년 1월에 Ron Wyden 상원의원은 Healthy Americans Act를 제출하였다. 만약 이 법안이 통과된다면, 메디케어나 군인의료보험 가입자 이외의 모든 사람들은 Health Help Agency(HHA)라고 하는 지역구매조직(regional purchasing organization)으로 대체하여 가입하게 된다. 즉 참여자는 HHA에서 제공하고 있는 다양한 민간보험 중에 선택할 선택권이 주어지게 되며, 일단 한 보험상품을 선택한 경우에는 보험회사가 개인의 병력을 따지지 않고 의료보험을 제공하도록 하고 있으며 성, 연령, 직업이 의료보험료율에 영향을 주지 않도록 하고 있다. 의료보험을 제공하지 않는 고용주에게는 '고용주 공동책임 납부(Employer Shared Responsibility Payment)'를 구성하도록 함으로써, 실제 모든 사람들이 의료서비스를 제공받을 수 있도록 하고 있다.

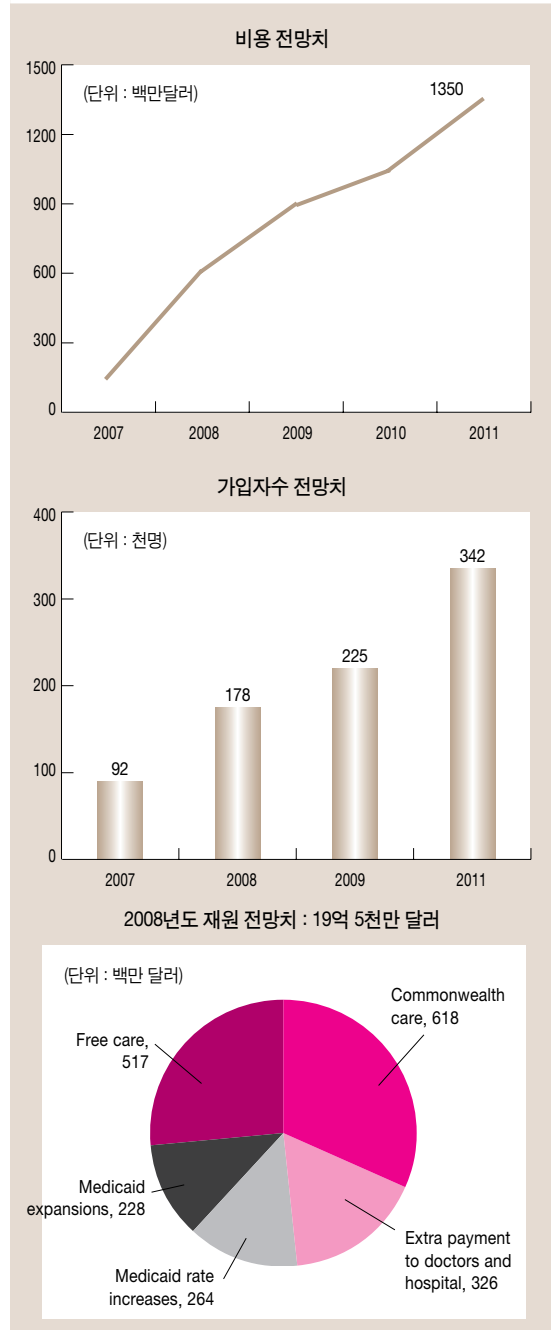
주정부의 의료개혁

메사추세츠주 건강 플랜(Massachusetts Health Plan)

메사추세츠 주의회는 2006년 4월에 전 주민이 모두 의료보험을 가입하도록 의결함으로써 2007년 7월 전 주민들에게 의료보험을 제공하는 첫 번째 주가 되었다. 이 법안의 핵심적 요소는 의료보험조정관(Commonwealth Health Insurance Connector)의 창설이다. 조정관은 메사추세츠 주민, 고용주가 필요로 하는 적합한 의료보험을 찾을 수 있도록 도와주는 역할을 하게 된다. Healthy Americans Act와 같이 메사추세츠 주민 모두가 다양한 상품으로부터 의료보험을 구매하게 되며 직장을 이동하게 될 경우에도 의료보험이 유지되도록 하고, 사용자가 복수일 경우 보험료를 분담토록 하고 있다. 만약 종업원 10인 이상의 사업장에서 의료보험을 제공하지 않을 경우에 “Fair Share Contribution”에 따라 주정부에 연간 종업원 1인당 295달러의 공동 분담금을 지불해야 한다.

2008년 2월 현재 메사추세츠주에서는, 169,000명이 이 프로그램에 가입해 있으며 2008년 6월 말까지 6억 1,800만 달러

[그림 7] 메사추세츠주의 Commonwealth care 가입자 및 비용 전망



자료 : The Boston Globe, 2008. 2. 3.

의 비용이 소요될 것으로 예상하고 있다. 2006년도 프로그램을 계획할 당시에 7억 2,500만 달러의 비용으로 215,000명이 가입할 것으로 추정된 것과는 다소 다른 결과를 보이고 있는데, 이는 보험미가입자 수와 보험료 인상분을 과소 추정된 결과로 해석되고 있다. Globe의 연구결과에 의하면, 2011년까지 342,000명의 가입자와 연간 13억 5,000만 달러의 비용이 소요될 것이라고 예측하고 있는데, 이는 당초 예상된 재원을 훨씬 뛰어 넘는 수치라 할 수 있다(그림 7 참조). 그러나 주당국은 보건의료체계 내에 효율성과 비용절감을 위한 전략을 구축하는 한편 추가 재원을 확보하기 위해 노력함으로써 이러한 계획은 성공에 이를 것이라 확신하고 있다. 이와 같이 전국민의료보험 실시예 수반되는 소요비용을 어떻게 조달하고 적정한 의료이용을 유도해 낼 수 있는지가 메사추세츠 주 프로그램의 성공을 위한 열쇠라 볼 수 있을 것이다.

캘리포니아주 건강 플랜(California Health Plan)

2007년 1월에 캘리포니아에서도 거의 모든 주민들에게 의료보험을 제공하기 위한 법안을 제안하였다. 이 법안하에서 10인 이상의 종업원을 둔 사업장은 의료보험을 제공해야 하며 의료보험을 제공하지 않는 고용주에게는 종업원 의료보험 비용에 대한 4%의 세금(payroll tax)이 부과된다.

이러한 캘리포니아의 건강플랜을 시행하기에 앞서 가장 많이 논의되는 부분은 재원조달에 관해서이다. 만약 보험료를 월평균 300달러로 부과한다면, 재정수입은 금방 적자로 돌아설 것이며, 이는 2015년에 39억 달러의 적자를 낼 것으로 추정되고 있다(California Legislative Analyst's Office). 이는 캘리포니아 상원위원회(California Senate Health Committee)에서 2008년 1월에 이러한 법안을 부결하는 근거로 제기되었다.

미국 대선 정국의 향방

현재 미국 대선 정국에 대해 CNN이 2007년 6월부터 2008년 1월까지 1~3개월 간격으로 유권자의 관심사항에 대해 여론조사를 한 결과에 의하면 이라크전쟁, 경제, 의료시스템이 선거의 3대 이슈가 되고 있다고 한다. 이 중에서 힐러리는 전국민 의료보험 도입을 공약으로 내걸고 있다. 1993년 클린턴 행정부에서 고용자가 피고용인의 건강보험을 보장하는 등의 내용을 담은 건강보험계획이 여론의 반대에 밀려 실패로 끝이 났었던 점을 생각해 보면 힐러리 후보가 제시하고 있

는 전국민 의료보험제도를 실행하기에는 상당한 한계점이 있을 것이라 예상할 수 있다. 오바마 후보 또한 전국민 의료보험제도를 지지하고 있지만 의무적으로 의료보험에 가입할 것을 주장하는 힐러리와는 달리 민영 보험과 공영 보험 중에 선택을 할 수 있도록 하고 있다. 이에 반해 메케인 후보는 민영 보험사들의 경쟁을 부추겨 보험료를 낮춤으로써 보험 가입자수를 증가시키도록 하는 정책 공약을 제시하고 있어 이들 후보 중에 누가 당선되느냐에 따라 미국의 의료보험제도의 향방이 결정될 수 있을 것이다.

■ 시사점 및 결론

미국이 의료보험제도 개혁에 지속적으로 관심을 가지고 있는 이유는 다음과 같다. 첫째, 각 가구에서 의료비 지출 비용이 급격히 증가하고 있으며, 특히 고용주뿐 아니라 종업원의 입장에서도 의료보험료가 올라 직장에서 제공하고 있는 보험료 부담금을 지불할 여력이 없어질 수 있다는 점을 우려하고 있다. 둘째, 의료비 부담이 증가하여 주요 질환에 대한 비용 지불 문제와 처방약에 대한 비용 지불 문제에 대한 우려가 증폭되고 있다.

미국은 의료비 지출 증가로 인하여 의료서비스 접근성을 감소시키고, 영세사업장의 비용 증가를 초래하여 의료보험 가입이 더욱 어렵게 되는 악순환을 겪고 있다. 또한 노인층에 메디케어를 제공하고 있다 하더라도 수혜자 의료보장비용의 50%만 지급해 주고 있다. 그러나 이러한 환경 속에서 메사추세츠주에서 전국민 의료보장체계 법안을 통과시킨 사례를 계기로 캘리포니아에서도 전국민 의료보장체계 도입 여부에 대해 면밀히 검토하고 있다. 그러나 전국민 의료보험 보장제도를 만들기 위해 보험료 또는 세금을 어느 정도로 지불할 용의가 있는지에 대한 논의가 활발히 이루어지고 있는데, 2007년 NBC News & Wall Street Journal의 여론조사에 의하면 약 40%는 세금을 더 낼 용의가 없는 것으로 나타나, 미국 의료보험제도가 어떠한 방향으로 나아갈지에 대해서는 아직 가늠하기가 힘들다.

앞에서 논의한 미국의 의료보험제도 개혁의 경험이 우리에게 주는 시사점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 기존의 구조가 개혁으로 인해 어떻게 통합될 수 있는지에 대한 고려가 필요하다. 동시대

적인 정책 유행에 따라 외국의 정책 아이디어와 정책적 실험을 이식하는 반면, 정책을 형성하고 집행하고 변화하는 데 있어 어떤 제약조건이 존재하는지에 대한 이해가 부족하다면 정책 실패의 가능성이 높아지게 된다. 미국의 경우 클린턴 행정부는 모든 시민들에게 포괄적인 보건의료서비스의 접근성을 보장하는 한편, 민간 보험 및 전달체계를 근본적으로 바꾸지 않고 비용을 감소시키기 위해 시도한 관리하의 경쟁 개혁은 실패로 끝이 났다. 이는 미국의 고용주를 기반으로 한 자원조달체계를 감안하지 않고 계획을 추진한 것에 따른 한계의 결과이다. 따라서 개혁은 기존의 구조에 의해 흡수될 수 있는 수준에서 보건의료개혁이 계획되고 실행될 수 있도록 검토되어야 한다.

둘째, 우리나라 의료체계에 있어 경쟁원리의 도입과 관련해 그 선행조건이 면밀하게 제고되어야 한다. 의료개혁은 형평성을 유지하며 한편, 보건의료 부문의 자원을 보다 효율적으로 배분하고 보다 혁신적이며 그리고 소비자의 선호에 보다 민감하게 반응하도록 하는 데 중요성을 두고 있다. 경쟁적 보건의료 시스템이 효율성과 비용 측면에서 우수하다고 할지라도 중요한 측면은 경쟁적 보건의료 시스템 내에 형평성이 유지되고 있는지에 관한 것이다. 이러한 형평성은 비용 효과적인 치료에 대한 공평한 접근으로 해석할 수 있을 것이다. 이와 같이 시장지향성과 접근성 보장이 이상적인 모델로 수렴해 나갈 수 있을지는 논의의 대상이 되겠지만, 보건의료개혁이 효율성 보다는 비용 또는 효과성에 초점을 두어야 할 것이다.

셋째, 미국이 추진하고 있는 의료개혁의 방향과 더불어 유럽 등 각국의 정책 동향을 면밀히 고찰하여 우리에게 적합하고 실현가능한 유인체계를 도입하는 방안이 고려되어야 할 것이다.

의료제도는 경제, 정치, 사회, 국제적 추이, 그리고 질병 패턴의 변화 등에 따라 발전하게 된다. 일반적으로 의료제도 개혁의 목적은 접근성 및 의료의 질 향상, 공평한 서비스 분배, 필수서비스의 효과성 및 지속성 향상 등에 두고 있다. 의료개혁을 위한 올바른 접근방식 및 방향을 설정하는 것은 어렵지만, 변화를 수용하는 이해관계자의 동기 및 역량뿐만 아니라 국가 보건의료의 상황 및 이용가능한 자원 등이 고려되어야 한다. 이를 위해서는 우선, 동시대적인 정책 유행에 따라 외국의 정책 아이디어를 따라가는 것이 아니라, 의료개혁에 내재되어 있는 기본적 철학과 각 제도의 평가를 통해 불확실성을 최소화할 수 있는 유인구조를 도출해 내는 것이 중요하다 할 것이다. **KLI**