

의료 보장성 확대의 효과

홍정림 (한국노동연구원 부연구위원)

■ 머리말

건강은 경제적 성과를 결정하는 주요 요인 가운데 하나이다. 건강 악화와 사망 증가는 개인의 삶의 질을 떨어뜨리는 동시에 의료비용을 증가시키고 노동 공급과 생산성을 저하시킴으로써 한 국가의 경제에 부정적인 영향을 미친다.

대부분의 선진국과 일부 개도국들은 진료비 부담을 낮추어 의료이용 접근성을 개선하고 궁극적으로는 국민 건강을 향상시키기 위한 목적으로 공공의료보험제도를 시행하고 있으며, 보편적 공공의료보험체계가 운영되지 않거나 의료보험 가입률이 저조한 미국, 중국 등의 국가는 저소득층, 고연령층 등 의료취약계층의 의료보험 수급자격을 확대하는 형태로 보장성 확대 정책을 시행하고 있다.

* 본고는 홍정림(2016)의 박사학위 논문 중 일부를 발췌하여 수정·보완한 것이다.



의료서비스 지출을 인적자본의 투자 관점에서 설명한 Grossman(1972)에 따르면 의료서비스 수요는 건강에 대한 개인의 수요로부터 파생되는 것이다. 이 이론에 의하면 의료서비스의 수요 자체는 효용을 증가시키지 못하지만 의료서비스의 수요가 건강수준을 개선시킴으로써 간접적으로 효용을 증가시키기 때문에 수요가 발생하게 된다. 따라서 보장성 확대에 의한 의료서비스 가격의 하락은 의료이용 증가 등 건강에 대한 투자로 이어지고, 이로 인해 의료서비스 이용자들의 건강수준이 개선될 것으로 예측할 수 있다. 그뿐만 아니라 의료서비스 가격의 하락은 건강에 유익한 비의료적 소비를 증진시킴으로써 건강성과 개선에 긍정적인 영향을 미칠 수도 있다(Wagstaff and Pradhan, 2005).

이 글에서는 공공의료보험 보장성 확대가 의료이용, 건강, 교육 및 노동시장 등에 미친 영향을 분석한 해외의 대표적인 연구들을 소개하고, 이를 통해 우리나라 건강보험의 개선방향에 대한 시사점을 찾고자 한다.

■ 의료 보장성 확대의 단기 효과

공공의료보험체계를 개혁한 대표적인 사례로는 미국, 중국, 태국 등을 들 수 있으며, 이 국가들을 대상으로 외생적으로 시행된 의료 보장성 확대 정책의 효과를 의료이용 및 건강성과 측면에서 평가한 연구들이 상당 부분 축적되어 있다.

미국

우리나라와는 달리 전 국민을 대상으로 하는 보편적인 의료보장제도가 없는 미국은 만 65세 미만의 저소득층 및 장애인을 위한 의료보조제도인 메디케이드(Medicaid) 프로그램과 65세 이상의 모든 노인을 대상으로 하는 메디케어(Medicare) 프로그램을 시행하고 있으며, 이를 이용하여 보장성 확대가 의료이용 및 건강성과에 미친 영향을 분석한 연구가 주로 진행되었다.

미국은 1960년대 이후 비용부담으로 인한 의료이용 제한을 완화하기 위하여 저소득층을 대상으로 시행하고 있는 메디케이드의 수급자격을 크게 확대하였다. 메디케이드 프로그램을

바탕으로 한 연구들은 수급자격이 외생적으로 확대되었다는 점과 주별로 시행 시점이 상이하다는 점에 주목한다. 즉, 연도별, 주별 변이를 이용하여 보장성 확대에 의해 추가로 수급자격을 얻게 되는 집단의 의료이용과 건강성과의 변화를 분석한다.

Currie and Gruber(1996a)는 1984년부터 1992년까지 저소득층 아동을 대상으로 한 메디케이드 수급자격 확대가 의료이용을 증가시켰으며, 8년간 15.1%p의 수급자격 확대에 의해 아동 사망률이 5.1%가량 감소하는 효과가 있었음을 밝혔다. 또한 그들의 또 다른 논문(Currie and Gruber, 1996b)은 1979년부터 1992년 사이에 급격히 확대된 임신부의 수급자격 확대가 저체중아 및 영아 사망률을 감소시켰음을 밝혔고, 특히 15~44세 여성 30%p의 수급자격 확대에 의해 영아 사망률이 약 8.5% 감소했음을 보였다. 뉴욕주를 대상으로 한 Joyce(1999)는 수급자격 확대에 의해 신생아의 체중이 35g가량 증가하였고, 저체중 확률이 약 1.3%p 감소했다는 연구 결과를 제시하였다. 오리건주를 대상으로 한 Finkelstein et al.(2012)은 메디케이드 프로그램 신청 기회가 복권 추첨에 의해 무작위로 배정되었음에 착안하여 메디케이드 수급자격 확대의 효과를 분석하였는데, 연구 결과는 무작위 배정 후 1년 동안 복권에 당첨된 그룹은 메디케이드 신청 기회가 주어지지 않은 그룹에 비해 의료이용이 증가했으며 주관적 건강상태도 개선되었음을 보여준다. Bacon(2018)은 메디케이드의 도입으로 1960~70년대 영아 및 아동의 건강성과가 크게 개선되었다는 연구 결과를 제시하였다. 그는 메디케이드 도입 이전에는 모든 주의 영아 및 아동 사망률의 추세가 비슷하였으나 도입 이후 메디케이드 수급자격을 상대적으로 크게 확대한 주의 영아 및 아동 사망률이 더욱 빠르게 하락하였음을 밝혔다.

메디케어 프로그램을 이용한 연구들은 65세 이전 비보험자가 65세 이후 보험가입자로 변동되는 특성에 주목하여 메디케어 가입 전후 의료이용과 건강성결과를 비교·분석한 결과를 제시하고 있다. 대표적으로 Card et al.(2008)의 연구는 65세 이후 비용부담으로 인한 의료이용 지연이 감소하였고 외래 및 입원 의료이용이 증가하였으며 의료이용의 형평성이 개선되었음을 밝히고 있다.

중국

중국은 개방경제 도입 이후 의료보험체계가 점차 붕괴되어 사회 문제로 대두되자 2003년



낙후된 지역의 거주자들을 대상으로 New Cooperative Medical Scheme(NCMS)을 시행하였다. 기본적인 가이드라인은 중앙정부에서 제공하지만 세부적인 사항은 지역별로 독립적으로 결정하기 때문에 NCMS는 각 지역에 따라 시행 시기가 다르고 다양한 보험체계가 나타나는 특징이 있다. 이러한 지역별·시간별 변이를 사용하여 NCMS의 도입이 의료이용과 건강성과 등에 미친 영향을 분석한 연구는 다음과 같다.

Wagstaff et al.(2009)은 정책 시행 이후 NCMS 가입자들의 입원 및 외래 의료이용이 미가입자들에 비해 증가하였고, 그 효과는 소득분위별, 지역별로 이질성이 있음을 밝혔다. Lei and Lin(2009)은 NCMS 가입자들의 예방치료를 위한 의료이용은 증가하였지만 치료를 위한 의료이용의 증가나 건강상태의 개선 효과는 유의하지 않음을 보였다. Chen et al.(2007)은 정책 시행 이후 가시적으로 사망률이 감소하는 듯 보이지만 이 효과는 내생성에 의한 것일 뿐 건강성과는 개선되지 않았음을 지적하였다. Cheng et al.(2015)은 NCMS 가입자의 의료이용이 증가하였고 건강성과가 개선되었을 뿐만 아니라 소득별 형평성 역시 개선된 것으로 평가하였다.

태국 및 대만

태국은 기존에 일부 공무원으로 한정하여 적용했던 공공의료보험 혜택을 의료취약계층까지 확장함으로써 의료이용의 격차를 줄이고자 2001년 Universal Health Coverage(UC)를 시행하였다. 중국과 유사하게 지역마다 시차를 두고 시행되었기 때문에 지역별·시간별 변이가 발생하는데, 이를 이용하여 UC 도입의 효과를 평가한 연구도 활발하게 진행되었다. 대표적으로 Gruber et al.(2014)은 UC 가입자들의 입원 의료이용이 정책 시행 이후 유의하게 증가하였으며, 특히 20~30대 여성과 영아의 의료이용이 증가하고 영아 사망률이 감소했다고 주장하였다.

의료취약계층의 수급 대상을 확대하는 방식으로 의료 보장성을 강화하고 있는 미국, 중국, 태국 등과 달리 대만은 1995년 전 국민을 대상으로 한 보편적 의료보험제도를 도입하였다. 1995년부터 시행된 NHI(National Health Insurance)의 효과를 분석한 Chen et al.(2007)은 보장성 확대가 의료이용을 증가시키고 의료이용의 형평성을 개선하였으나, 사망률 감소나 주관적 건강상태 등의 건강수준에는 유의한 영향을 미치지 못하였다는 연구 결과를 제시하였다.

■ 의료 보장성 확대의 장기 효과

보장성 확대의 효과를 단기적으로 분석한 연구들은 정책 시행 이후 의료이용이 증가하고 형평성이 개선되었다는 일치된 견해를 제시한다. 반면 보장성 확대가 의료서비스 이용을 증가시킴으로써 건강상태를 개선하는가에 대한 물음에 기존 연구들은 합치된 견해를 보이지는 않는다.

그렇다면 이러한 결과들은 보장성 확대의 효과가 제한적이라는 것을 시사하는 것인가? 보장성 확대로 인한 의료서비스 이용 증가와 건강성과 개선 간의 불명확한 관계에 대해서는 다음의 가능성을 제기할 수 있다. 가격 하락으로 인한 의료서비스 수요의 증가는 개인의 의사결정을 통한 선택이기 때문에 즉각적으로 관찰할 수 있는 현상이지만, 건강성과 개선은 의료이용과 같이 비교적 단순한 지표로 평가할 수 없을 뿐만 아니라 장기간에 걸쳐 서서히 나타나기 때문에 건강성과의 지표에 따라, 혹은 정책 대상에 따라 정책의 단기 효과가 상이하게 나타날 수 있다.

의료 보장성 확대의 효과를 주제로 한 최근의 연구들은 단기적인 분석에서 벗어나 장기적인 관점에서 정책의 효과를 파악하고 있다. 주로 메디케이드 프로그램의 수급자격 확대로 인해 유년기 이전 정책적 수혜를 받은 코호트들이 의료이용, 건강, 교육 및 노동시장 등의 측면에서 장기적으로 어떤 성과를 보였는지 확인한다.

유년기 건강은 성인기 건강뿐만 아니라 노동시장 성과에도 영향을 미치기 때문에, 생애 초기 건강에 대한 투자는 장기적인 성과로 이어질 가능성이 높은 것으로 알려져 있다. 이를 이론적 배경으로 한 최근의 연구들은 의료 보장성 확대로 인한 건강 투자가 건강성과를 개선할 뿐만 아니라 교육성과에도 영향을 미쳐 인적자본 축적에 기여함으로써 노동시장의 성과로 이어진다는 기존의 이론에 대한 새로운 증거를 제시하고 있다.

Miller and Wherry(2019)는 임신부(태아)와 영아를 대상으로 한 메디케이드 수급자격 확대가 성인기 성과에 미치는 영향을 분석하였다. 그들은 태아기, 영아기 시절 메디케이드 수혜 대상이었던 코호트들은 성인기 이후 만성질환 유병률이 낮았음을 밝혔고, 특히 태아를 대상으로 한 수급자격 확대가 성인기 당뇨병 및 비만으로 인한 병원 방문율을 낮추고 고등학교 졸업률을 높였음을 보였다. Boudreaux et al.(2016)은 유년기(0~5세)를 대상으로 한 메디케이드 수급자격 확대가 의료서비스 이용을 높여 장기적으로 성인기의 건강을 개선시키는 역할을 하였다는 연구 결과를 제시하였다. 아동을 대상으로 한 연구들도 대체로 보장성 확대가 여러 측면에서



장기적으로 긍정적인 효과가 있음을 보였다. 건강 측면에서 질병 관련 노년기 사망률을 낮추고 (Wherry and Miller, 2016), 교육 측면에서 고등학교 졸업률, 대학 등록률 및 수료율을 높이며 (Cohodes et al., 2016; Brown et al., 2020), 노동시장 측면에서 소득을 증가시키는 효과가 있음을 확인하였다(Brown et al., 2020).

■ 시사점

해외의 선행 연구들은 보장성 확대 이후 건강에 대한 투자의 증가로 인해 (단기적으로는 그 효과가 불분명할지라도) 장기적으로 건강성과가 개선될 뿐만 아니라 노동시장의 성과로 이어진다는 결과를 제시하며 보장성 확대 정책을 긍정적으로 평가하고 있다. 이 연구들이 우리에게 주는 시사점은 큰 틀에서 보자면 명확하다. 의료 보장성 강화의 궁극적인 목적은 진료비 부담으로 인해 제한되었던 의료이용의 접근성을 개선함으로써 국민 건강을 향상시키는 데 있고, 보장성 확대 정책은 그 정책 목적에 부합된다는 것이다.

뿐만 아니라 이 연구들은 우리나라 건강보험의 개선방향에 대한 함의를 제공해 준다. 이 글에서 살펴본 연구들은 주로 사회경제적 수준에 따른 의료격차를 해소하고자 취약계층을 대상으로 한 수급자격 확대의 효과를 분석하고 있으며, 형평성을 고려한 보장성 확대가 비용 대비 편익이 높은 효과적인 정책임을 역설하고 있다.

우리나라의 의료보험제도는 사회보험방식을 취하면서 전 국민을 대상으로 단일한 보험자가 운영하는 국민건강보험방식으로 분류된다. 전 국민을 대상으로 한 우리나라의 건강보험제도는 국민의 보편적 의료이용을 가능하게 했으나, 보장 수준이 취약하다는 한계를 노출하였다. 이를 개선하기 위해 정부는 보장성 강화 정책을 시행하여 보험급여 확대, 본인부담금 경감 등의 노력을 지속해왔다. 그러나 중증질환의 보장성을 확대하는 방향으로 설계된 정책은 특정 질환, 혹은 특정 계층에 그 혜택을 집중시켜 계층 간, 질병 간 형평성을 오히려 저해하는 결과를 초래한 것도 사실이다. 최근 정부는 재난적 의료비 지원에 관한 법률을 제정하여 취약계층의 의료비를 경감하는 등 의료 사각지대를 해소하고 의료안전망으로서의 건강보험 기능을 강화하고 있다.

건강에 대한 관심이 증가하고 인구 고령화가 진행되면서 우리나라의 의료비 지출은 향후

크게 늘어날 것으로 전망된다. 더욱이 장기적인 경기침체와 소득 양극화는 건강 불평등을 심화시킬 가능성이 있다. 정책 결정의 핵심은 결국 한정된 재원을 어떻게 사용할 것인지에 대해 우선순위를 결정하는 문제이다. 보장성 확대 정책도, 모든 의료수요를 만족시킬 수 없는 상황에서 어떻게 형평성을 최대한 확보하면서 효율적인 의사 결정을 하는지의 문제로 귀결된다 (권순만, 2019).

의료이용의 불평등을 감소시키고 의료전달체계의 효율성을 증진하려는 노력은 많은 국가에서 공공의료보험제도의 정책 목표로 강조되고 있으며(김동진 외, 2014), 보장성 강화정책도 같은 맥락으로 볼 수 있다. 보장성 확대에 따른 재정적 부담 증가와 사회적 편익, 사회적 형평성 및 생애 주기별 특성 등을 종합적으로 고려하여 우선순위 설정에 대한 명확하고 객관적인 기준을 수립하고 좀 더 구체적이고 세분화된 정책 개선방향을 설정해야 할 것이다. **KLI**

참고문헌

- 권순만(2019), “건강보험 보장성의 정책 과제”, 『보건복지포럼』 272, pp.5~14.
- 김동진 외(2014), “의료패널자료를 활용한 우리나라의 의료이용 불평등 측정”, 『보건사회연구』 34(3), pp.33~58.
- 홍정립(2016), 「건강보험 보장성 강화정책의 효과 분석」, 서울대학교 박사학위 논문.
- Boudreaux, M. H., E. Golberstein, and D. D. McAlpine(2016), “The long-term impacts of medicaid exposure in early childhood: Evidence from the program’s origin”, *Journal of Health Economics* 45, pp.161~175.
- Brown, D. W., A. E. Kowalski, and I. Z. Lurie(2020), “Long-term impacts of childhood medicaid expansions on outcomes in adulthood”, *Review of Economic Studies*, 87(2), pp.792~821.
- Card, D., C. Dobkin, and N. Maestas(2008), “The impact of nearly universal insurance coverage on health care utilization: Evidence from medicare”, *American Economic Review* 98(5), pp.2242~2258.
- Chen, L. et al.(2007), “The effects of Taiwan’s national health insurance on access and health status of



- the elderly”, *Health Economics* 16(3), pp.223~242.
- Cheng, L., H. et al.(2015), “The impact of health insurance on health outcomes and spending of the elderly: Evidence from China’s new cooperative medical scheme”, *Health Economics* 24(6), pp.672~691.
 - Cohodes, S. R., et al.(2016). “The effect of child health insurance access on schooling: Evidence from public insurance expansions”, *Journal of Human Resources*, 51(3), pp.727~759.
 - Currie J., and J. Gruber(1996a), “Health insurance eligibility, utilization of medical care and child health”, *Quarterly Journal of Economics* 111(2), pp.431~466.
 - _____(1996b), “Saving babies: The efficacy and cost of recent changes in the medicaid eligibility of pregnant women”, *Journal of Political Economy* 104(6), pp.1263~1296.
 - Finkelstein, A., et al.(2012), “The Oregon health insurance experiment: evidence from the first year”, *Quarterly Journal of Economics* 127(3), pp.1057~1106.
 - Goodman-Bacon, A.(2018), “Public insurance and mortality: evidence from Medicaid implementation”, *Journal of Political Economy* 126(1), pp.216~262.
 - Grossman, M.(1972), “On the concept of health capital and the demand for health”, *Journal of Political Economy* 80(2), pp.223~255.
 - Gruber, J., N. Hendren, and R. M. Townsend(2014), “The great equalizer: Health care access and infant mortality in Thailand”, *American Economic Journal: Applied Economics* 6(1), pp.91~107.
 - Joyce, T.(1999), “Impact of augmented prenatal care on birth outcomes of medicaid recipients in New York City”, *Journal of Health Economics* 18(1), pp.31~67.
 - Lei, Xi., and W. Lin(2009), “The new cooperative medical scheme in rural China: Does more coverage mean more service and better health?”, *Health Economics* 18(2), pp.S25~S46.
 - Miller, S., and L. R. Wherry(2019). “The long-term effects of early life Medicaid coverage”, *Journal of Human Resources* 54(3), pp.785~824.
 - Wagstaff, A., and M. Pradhan(2005), “Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country”, wps3563, World Bank Publications.
 - Wagstaff, A. et al.(2009), “Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China’s new cooperative medical scheme”, *Journal of Health Economics* 28(1), pp.1~19.
 - Wherry, L. R., and B. D. Meyer(2016), “Saving teens: using a policy discontinuity to estimate the effects of medicaid eligibility”, *Journal of Human Resources* 51(3), pp.556~588.