Special Feature

부담적정보험법이 미국 노동공급에 미치는 영향

Eric French (영국 유니버시티 칼리지 런던 경제학과 교수)
Hans-Martin von Gaudecker (독일 본대학교 경제학과 교수)
John Bailey Jones (미국 리치몬드 연방준비은행 선임이코노미스트)

■ 도입

'오바마케어'로 알려져 있는 '부담적정보험법(Affordable Care Act)'은 1960년대 이후로 가장 의미 있는 보건의료부문 개혁이다. 최근 미국 내에서 가장 정치적으로 쟁점화되었던 주제이기도 하다. 이 법이 의료서비스 비용을 부담할 능력이 없는 이들에게 유용한 보험을 제공할 것이라며 환영하는 사람도 많은 반면, 미국 정부가 또 다시 환영받지 못할 개입을 하고 있으며 일자리를 없애는 조치라고 비난하는 이들도 있다. 2009년 10월에 부담적정보험법이 의회를 통과한 이후, 이를 폐기하려는 시도가 여러 차례 있었다. 지금까지 미국 하원은 부담적정보험법을 폐기 또는 수정하기 위한 표결을 50회 이상 거쳤다. 2016년 1월에는 폐기 방안이 상하 양원에서 통과되었지만 오바마 대통령의 거부권 행사로 무산되었다. 부담적정보험법의 폐기는 트럼프 대통령의 주요 대선 공약 중 하나였으며, 취임 후에도 여전히 우선 과제로 남아 있다. 2017년 5월, 하원은 '미국건강보험개혁법(American Health Care Reform Act)'을 통과시켰으나 상원은 아직까지 이 법안을 통과시키지 못하고 있다. 부담적정보험법을 폐기하거나 개정하기 위한 지금까지의 시도가 모두 실패하기는 했지만, 시도 횟수 자체가 이 법이 얼마나 논란의 대상인지를 잘 보여준다.

이 글에서는 주로 French, von Gaudecker and Jones(2017)를 바탕으로 하여, 부담적정보험법이 미국의 보험시장과 노동시장에 어떠한 영향을 미치는지에 대해 논하고자 한다. 미국

의 보건의료체계를 간략하게 기술하고, 건강보험 적용과 고용에 가장 큰 영향을 미치는 부담적정보험법 조항들에 대해 살펴본다. 그리고 지금까지 나타난 부담적정보험법의 영향을 보여주는 증거들을 제시하고 이에 대해 논하면서 글을 맺고자 한다.

■ 미국의 건강보험

미국의 의료서비스 재정은 민간서비스기관과 공공서비스기관이 함께 부담한다. 대부분의 개인은 민간보험에 가입하고 있다. 민간보험 가입자의 경우 일부는 자비로 가입하지만, 대부분은 재직 중인 회사를 통해 보험에 가입되어 있다. 또한 정부가 제공하는 보험 수급자들도 많은데, 주로 고령자와 장애인을 위한 건강보험인 메디케어(Medicare)와 저소득층 또는 엄청난 의료비를 부담해야 하는 이들을 위한 건강보험인 메디케이드(Medicaid)에 가입되어 있다. 끝으로 미국인의 일부는 건강보험에 가입되어 있지 않으며 의료서비스 비용을 스스로 부담해야 하는데, 파산선고를 하면 비용의 일부를 감면받을 수 있다.

미국 건강보험제도의 중요한 특징 중 하나는, 많은 근로자가 재직기간에 한하여 사용자로부터 건강보험료를 지원받는다는 점이다. 퇴직 후 18개월 동안은 'COBRA' 조항에 의하여 이전 직장에서 보험을 구입할 수 있는 권리가 있다. 그 후에는 새로운 방법을 통해 보험에 가입하여야 한다. 이론적으로, 근로자는 개별적으로 시장에서 민간보험을 구입할 수 있다. 그러나 실제로 개인 민간보험(private non-group insurance)은 매우 비싸거나 기존의 병력을 이유로 보험 가입을 거부당할 수도 있다. French and Jones(2017)가 최근 연구에서 주장한 바와 같이, 근로자가 직장건강보험에 가입되어 있는 경우, 메디케어 수급 자격을 취득할 수 있는 최소 연령인 65세까지 퇴직을 미룰 가능성이 더 큰 것으로 보인다. 근로자가 건강보험 혜택을 지속적으로 수급하기 위해 현재 직장에 계속 남아 있으려는 경향을 종종 '직장 종속(job lock)'이라고 부른다.

〈표 1〉은 2014년 오바마케어가 시행되기 전인 2013년과 시행 후인 2015년에 25~64세 미국인이 가입한 건강보험을 나타낸다. 이 표는 건강보험, 고용, 의료비 지출 및 기타 항목에 관한 구체적 정보 수집을 위한 '의료패널조사(Medical Expenditure Panel Survey: MEPS)'

<표 1> 미국의 건강보험 가입 현황(25~64세)

연도	직장건강보험	직장건강보험 외 개인 민간보험	메디케어	메디케이드	복수가입*	비보험
2013	52.2%	4.0%	1.7%	13.6%	4.1%	24.4%
2015	53.3%	5.9%	2.0%	17.2%	5.2%	16.4%

주 : *복수가입은 직장건강보험, 메디케어, 메디케이드에 중복가입된 경우를 의미함.
자료 : MEPS.

자료를 바탕으로 한다.

〈표 1〉에 의하면, 생산가능인구 대부분이 직장건강보험에 가입되어 있다. 2013년에 직장건강보험 가입자 비율은 전체의 52.2%였고, 2015년에는 53.3%로 소폭 상승하였다. 2013년에 민간보험 개별 가입자의 비율은 4.0%였으며, 이는 2015년에 5.9%로 높아졌다. 자영업자들이 이 집단에 포함된다. 부담적정보험법에 의해 설치된 건강보험거래소를 통해 정부 보조를 받는 건강보험에 가입한 이들 또한 이 집단에 포함되며, 이는 2013년과 2015년 사이에 민간보험 개별 가입이 늘어난 주된 원인이다. 〈표 1〉에서와 같이, 2013년에 25~64세 메디케어 수급자 비율은 1.7%이며, 2015년에는 2.0%로 증가하였다. 메디케어 수급자의 상당수는 장애보험(Disability Insurance) 수급자로, 2년 이상 장애급여를 받으면 메디케어 수급자격이 주어진다. 메디케이드 수급자 비율은 이보다 훨씬 높다. 부담적정보험법의 주요 내용은 메디케이드를 확대하는 것으로, 수급 자격이 65세 미만으로 완화되었다. 메디케이드의 확대 적용 등으로 인해, 메디케이드 수급자 비율이 2013년 13.6%에서 2015년 17.2%로 큰 폭으로 증가하였다. 건강보험 복수 가입자는 2013년에는 4.1%, 2015년에는 5.2%를 차지하였다. 이들 대부분은 메디케이드와 함께, 메디케어나 직장건강보험에 가입되어 있었다. 끝으로 건강보험에 가입되어 있지 않은 미국인들도 일부 있다. 비보험자 비율은 2013년 24.4%에서 2015년 16.4%로 감소하였다. 이와 같이 부담적정보험법이 비보험자 수를 상당히 감소시키는 데 기여한 것으로 보이기는 하지만, 여전히 많은 이들이 비보험 상태로 남아 있다.

■ 부담적정보험법

부담적정보험법의 내용은 크게 다음 네 가지로 조항으로 요약할 수 있다. ① 65세 미만에 대한 메디케이드 확대 적용, ② 지역 요율제(community rating), 가입 기준, 거래소 도입, 보조금, 구입 의무 등 개인건강보험제도 전면 개편, ③ 대기업의 건강보험 제공 의무 및 중소기업에 대한 보조금 지급, ④ 가입 기준, 세제, 메디케어 운영 개선에 관한 기타 조항으로 구성되어 있다.

이 글에서는 첫째 조항과 둘째 조항을 중점적으로 다룬다. 아래에서 기술할 향후 예측에 의하면, 이 두 가지 정책이 부담적정보험법을 통해 비보험자 수를 줄일 수 있는 통로가 될 수 있을 것으로 보인다. 〈표 1〉은 실제로 그러한 성과가 나타나고 있음을 보여준다.

부담적정보험법이 채택되기 전에는 65세 미만인 경우에는 특정 조건을 충족해야만 메디케이드 혜택을 받을 수 있었다. 대표적인 예는 어린 자녀가 있거나 장애가 있음에도 장애보험급여를 받을 수 없는 경우이다. 이러한 경우에 해당하더라도 수혜 자격을 빈곤가구로 한정하기 위한 취지로 실시되는 소득조사 및 자산조사를 통과해야만 했다. 그러나 2014년부터 메디케이드의 확대 결정에 동참하기로 한 주에서는 건강 또는 재산에 관계 없이 소득이 연방 빈곤선(Federal Poverty Line, 4인 가족기준 약 33,000달러)의 138% 미만인 모든 가구에 메디케이드를 제공할 수 있게 되었다. 현재 컬럼비아 특별자치구(DC)와 31개 주가 메디케이드의 확대 적용에 동참하고 있다.

메디케이드 수급을 위해서는 소득조사를 통과해야 한다. 이 조사에서 사용하는 소득 기준은 '수정된 조정 총소득(Modified Adjusted Gross Income: MAGI)'으로, 이는 미국 소득세 양식에 기입되는 '조정 총소득(AGI)'에 일부 수정을 가한 형태다. MAGI에는 이자, 기타 자본소득과 함께 근로소득, (생활보조금(SSI)이 아닌) 사회보장소득이 포함된다. 메디케이드 수급 요건과 관련하여 주목할 만한 중요한 변화는 더 이상 자산조사가 실시되지 않는다는 점이다. 자산소득으로 인해 소득조사를 통과하지 못하는 경우가 아닌 한, 부유한 가구도 조기퇴직 후 메디케이드에 가입할 수 있어서 은퇴자금의 소진을 피할 수 있다.

둘째 조항은 개인 민간보험과 관련된 것으로, 메디케이드 수급 자격이 없는 비보험 가구들을 대상으로 건강보험거래소 설치, 보조금 지급, 구입 의무 부과 등을 통해 개인 민간 건강보

험 가입을 촉진하고 있다.

부담적정보험법은 직장건강보험에 가입되어 있지 않은 가구들이 보험에 가입할 수 있는 건강보험거래소 설치를 규정하고 있다. 건강보험거래소에서 판매하는 보험 상품은 의료비 총액 중에서 보험회사의 보장비율을 의미하는 보험계리적 가치(actuarial value)에 따라, 브론즈(bronze), 실버(silver), 골드(gold), 플래티넘(platinum)의 네 등급으로 나뉜다. 기준 등급은 실버 등급으로 보험회사 보장비율이 70% 이상인 상품으로 구성되며, 보험회사 보장비율의 범위는 최저 60%(브론즈)에서 최고 90%(플래티넘)에 이른다. 모든 보험 상품은 공제액 및 공동부담 항목을 포함해서 개인부담금 한도를 설정하여야 한다. 2014년 기준, 개인부담금 한도는 개인건강보험은 6,350달러, 가족 건강보험은 12,700달러를 초과할 수 없다. 개인부담금 한도를 초과하여 청구된 의료비는 전액 보험사가 부담한다. 부담적정보험법의 또 다른 중요한 특징은 모든 상품에 지역 요율 적용을 명시하고 있다는 점이다. 건강보험 상품의 종류는 건강상태에 따른 차이가 있을 수는 없지만, 지역별 차이와 어느 정도의 연령별 차이는 인정된다.

소득이 연방빈곤선의 100%와 400% 사이에 있는 가구는 보험료에 대해서 정부 보조금을 받을 수 있다. 보조금 산정방식은 해당 가구가 소득 중에서 '전형적인' 보험 상품에 지출할 것으로 예상되는 금액의 일정 비율로 한다. 전형적 보험 상품에 대한 보험료 지출이 위와 같이 방식으로 산정된 금액을 초과하는 부분은 세액공제를 통해 환급된다. 가구소득이 연방빈곤선의 400% 이내인 경우, 보험료 지출 상한은 가구소득 증가에 따라 높아진다. 가구소득이 연방빈곤선의 400%를 초과하면 보조금은 지급되지 않는다(Fernandez, 2014). 이에 반해 저소득자는 보험료를 최대 100% 보조받을 수 있다. 가구소득이 연방빈곤선의 100%와 250% 사이에 있는 경우에도 '비용 분담 보조금(cost-sharing subsidy)'을 받을 수 있는데, 이에 따라 개인 부담금 상한이 낮아지는 반면 보험사 보장비율은 높아진다. 가계소득이 연방빈곤선의 150% 미만인 경우, 개인 부담금 상한은 통상적인 상한의 36%로 낮아지고 보험사 보장비율은 94%로 높아진다(Fernandez 2014; Center on Budget and Policy Priorities 2015).

개인건강보험과 직장건강보험 모두 가입하지 않은 가구에는 '책임 분담(shared responsibility)' 벌금이 부과된다. 벌금은 소득과는 상관없이 해당 가구원 수를 기준으로 하여 부과된 금액과 가구소득의 일정 비율 중 높은 금액으로 부과되는데, 2014년부터 2016

년 사이에 단계적으로 상향되었다. 예를 들면, 4인 가구의 벌금은 2014년 285달러와 소득의 1% 중에서 높은 금액이었고, 2016년에는 2,085달러와 소득의 2.5% 중에서 높은 금액으로 인상되었다.

이러한 변화들은 분명히 개인건강보험 시장의 고객 기반, 보상비용 및 유효 구입가격을 크게 바꾸어 놓을 것이다. 보조금 덕분에 대부분의 가구는 더욱 낮은 비용으로 개인건강보험에 가입할 수 있겠지만, 건강상태가 양호하거나 보조금 혜택을 적게 받는 개인의 경우에는 보험료가 인상될 수 있다.

■ 부담적정보험법이 미치는 영향에 대한 예측

부담적정보험법 시행으로 민간 건강보험제도가 개편되고 메디케이드가 확대됨에 따라 비보험자 수는 감소할 것이다. 미국 의회예산처(CBO, 2015)는, 부담적정보험법으로 인해 2016년에 비보험자 수가 1,900만 명 감소할 것이라고 예측하였다. 건강보험거래소를 통해 2,000만 명이 추가로 보험에 가입하고, 메디케이드나 아동건강보험 프로그램(Children's Health Insurance Program)의 수급자가 800만 명 늘어나는 반면, 직장건강보험 가입자와 건강보험거래소를 통하지 않은 개인건강보험 가입자 수는 1,000만 명 감소할 것으로 예측하였다(CBO, 2015).

부담적정보험법이 노동공급에 미치는 영향은 이렇게 명확하지는 않다. 부담적정보험법의 재정지원은 상당 부분 자산조사에 기초하기 때문에, 암묵적으로 소득에 대한 과세가 이루어진다. 보험료에 대한 보조금과 비용 분담 보조금은 모두 소득이 높을수록 줄어들며, 메디케이드 수급 자격은 연방빈곤선 138% 이하의 개인으로 제한된다. 개인의 소득이 증가하면 메디케이드 수급 자격을 상실하거나 개인건강보험에 가입할 때 받는 보조금이 줄어들 수 있다. 이러한 암묵적인 과세효과는 근로의욕을 떨어뜨리게 된다(Mulligan, 2013; Harris and Mok, 2015).

또한 부담적정보험법은 '직장 종속(job lock)'을 느슨하게 함으로써 노동공급에 영향을 미친다. 부담적정보험법에 의해 대부분의 근로자들은 고용관계가 없는 상태에서 건강보험에 가

입하는 비용을 줄일 수 있다. 개혁 이전이었다면 일을 그만두면 직장건강보험을 상실하게 되었을 근로자들도 이제는 일을 그만둔 후에 메디케이드를 통해 건강보험 혜택을 받을 수 있게 되었으며, 이는 부유한 이들에게도 적용된다. 그렇지 않은 경우에는, 개인 민간보험 시장에서 보조금이 지급되는 건강보험에 가입할 수 있다. 직장건강보험은 상대적으로 건강상태가 좋지 않은 고령의 근로자에게 더 유용한 경향이 있기 때문에, 직장 종속의 완화(relaxation of job lock)는 은퇴 시점을 고민하고 있는 근로자들에게 가장 큰 영향을 미친다.

이에 반해, 부담적정보험법 시행으로 보조금이 지급되면서 비보험자이던 저소득 근로자들이 개인건강보험 시장에서 저렴한 보험상품에 가입할 수 있게 되었다. 이들은 부담적정보험법이 도입되기 전에는 건강보험에 가입하는 대신 의료비가 청구되면 파산신청을 할 수 있었다. 그러나 파산신청은 소득과 자산이 적은 경우에만 건강보험 가입의 유용한 대안이다. 따라서 파산신청이라는 선택권은 노동공급과 저축을 저해하는 강력한 유인이 된다. 이러한 근로자들에게 건강보험 가입은 근로의욕과 저축의욕을 높이는 요인이 될 수 있다.

부담적정보험법이 노동시장에 미치는 영향을 측정하기 위해, 의회예산처는 부담적정보험법 시행에 따른 소득세 실효세율 상승 추정치와 노동공급 및 수요 탄력성을 실증적으로 추정한 결과를 합산하여, 부담적정보험법이 (근로자에게 지급된 총보상(total compensation)으로 측정되는) 총노동공급을 0.86% 감소시키는 결과를 가져올 것이라고 예측했다(Harris and Mok, 2015). 부담적정보험법의 근로억제 효과(disincentive)는 임금이 낮을수록 강하게 나타나기 때문에, 총소득의 감소를 총근로시간으로 나타내면 감소폭은 약 1.7%로 더 크게 하락하는 것을 확인할 수 있다. 이렇게 예측된 감소폭의 약 절반은 건강보험 보조금에 의한 암묵적 세금에 기인한다. 20%는 개인건강보험 접근성 개선을 원인으로 하며, 14%는 부담적정보험법 관련 급여세 과징금(payroll tax surcharge)에 원인이 있다.

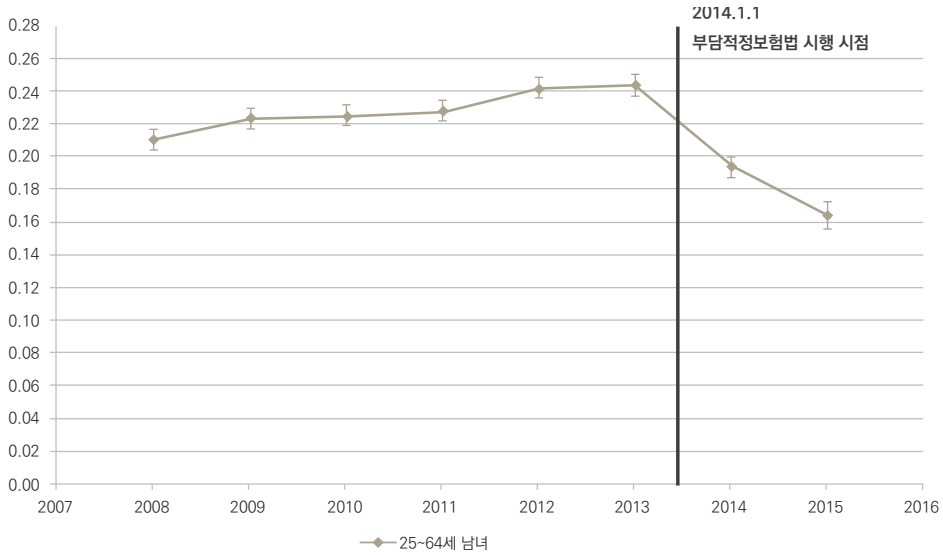
의회예산처는 논란이 되고 있는 부담적정보험법에 명시된 사용자 의무조항이 노동시장에 미치는 영향은 크지 않을 것으로 전망하였다. 풀타임 근로자 50인 이상 기업이 전체 풀타임 근로자에게 건강보험을 제공하지 않으면, 풀타임 근로자 1인당 3,000달러 또는 최대 풀타임 근로자 수에서 30을 뺀 수에 2,000달러를 곱한 금액을 벌금으로 납부해야 한다. 벌금은 매년 보험료가 인상되는 만큼 늘어난다. 근로자 수가 25인 이하이고 연평균 임금이 50,000달러 미만인 경우, 사용자는 건강보험 세금공제 혜택을 받을 수 있다.

이러한 사용자 의무와 관련하여 흔히 우려하는 바는, 사용자들이 이 의무를 피하기 위해서 풀타임 근로자를 파트타임직으로 전환하여 풀타임 근로자 수를 줄일 수 있다는 점이다. 대기업에서 일하는 근로자들에게는 건강보험 적용이 확대될 것이다. 소규모의 저임금 기업의 경우에는 근로자들이 메디케이드나 건강보험거래소를 통해 무상 또는 저비용으로 건강보험 혜택을 받을 수 있기 때문에, 직장건강보험 프로그램을 축소하려는 동기가 더 커질 수 있다. 이러한 소기업의 근로자들은 임금이 약간만 인상되어도 그 대가로 건강보험을 포기할 수도 있다. 의회예산처는 부담적정보험법하에서 직장건강보험 가입자 수가 약간 감소할 것이며 사용자 의무로 인해 총보상도 소폭(6%) 감소할 것이라고 전망한다.

■ 부담적정보험법이 건강보험 가입률에 미치는 영향 검토

[그림 1]은 부담적정보험법에 의해 미국의 비보험자 비율이 확실히 낮아지고 있음을 보여준다.

[그림 1] 미국 건강보험 비보험자 비율(25~64세)



2016년 말 기준 비보험자 수는 의회예산처가 2015년에 예측한 수치와 가깝다. 당시 의회예산처는 2016년에 64세 이하 연령대 인구의 비보험자 비율이 10.7%에 이를 것으로 전망하였다(의회예산처의 표본에는 아동이 포함되며, [그림 1]의 표본과 약간 차이가 있음)(CBO, 2015, Table 3). 최근에 '국민건강조사(National Health Interview Survey)'를 통해 추산한 자료에 의하면, 비보험자 비율은 10.4%였다(Cohen et al., 2017). 그러나 의회예산처가 추산했던 보험 가입자 분포는 이에 비해 정확도가 상대적으로 많이 낮다. 예를 들면 의회예산처는 2016년에 건강보험거래소를 통해 2,000만 명이 가입할 것으로 예측하였으나, 실제 가입자 수는 총 1,270만 명이었다(Department of Health and Human Services, 2016). 이에 반해 메디케이드 수급자 수는 예상보다 높았다. 메디케이드 가입률이 증가한 데는 '사후 발견 효과(woodwork effect)'가 예상치 못한 원인으로 작용하였는데, 부담적정보험법 시행 전에 이미 메디케이드 가입 자격을 갖추고 있었던 이들이 이후에 메디케이드에 등록하였던 것이다. 그 증거로, 메디케이드 확대 적용 결정에 동참하지 않은 주에서 메디케이드 수급자 수가 2013년과 2017년 사이에 2,500만 명 증가하였다(MACPAC, 2017).

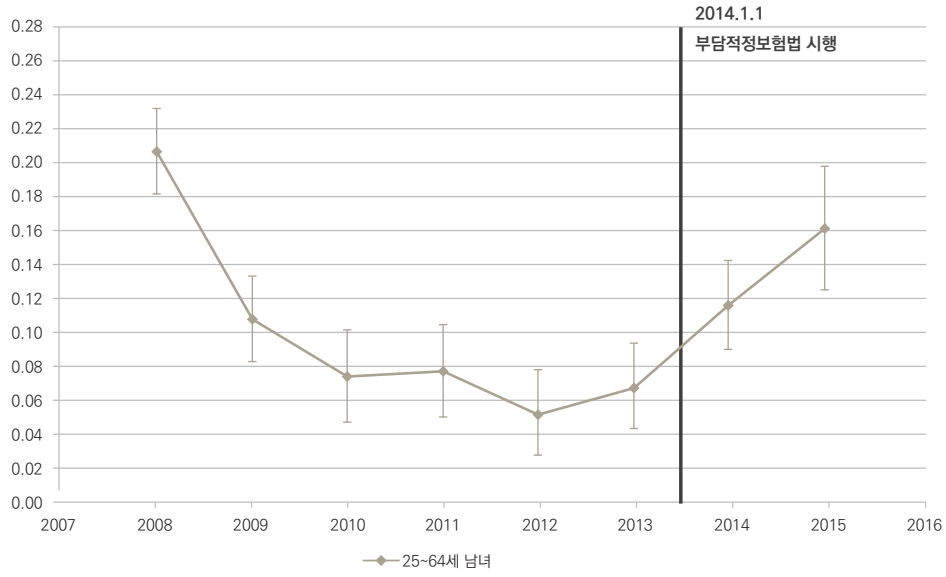
■ 부담적정보험법이 노동공급에 미치는 영향 검토

모두는 아닐지라도 대부분의 관련 주장에서 부담적정보험법은 노동공급을 감소시키는 것으로 나타나 있다. 그러나 부담적정보험법의 실직효과(disemployment effect)를 추산한 결과에 의하면 그 정도는 의외로 크지 않았다. 상대적으로 기술적인 '축약모델'을 사용한 연구들(descriptive 'reduced form' studies)에서는 고용감소 효과가 거의 나타나지 않았다. 더 구조적인 연구(structural studies)에서도 그러한 효과는 매우 적은 것으로 나타났다.

[그림 2]는 부담적정보험법 시행 이전과 이후의 고용률을 보여준다. 흥미롭게도, 고용률은 2014년 이후 증가하였다. 물론 이를 부담적정보험법이 고용률을 높였다는 증거로 받아들여서는 안 된다. 그러나 부담적정보험법이 고용을 감소시킨 만큼 다른 요소들에 의해 감소분이 상쇄되고도 남았음을 보여주는 확실한 증거이기는 하다.

부담적정보험법 개혁의 고용효과를 분리하여 분석을 시도한 여러 연구 결과에 의하면, 부

[그림 2] 미국의 고용률(25~64세)



담적정보험법 개혁이 노동공급과 은퇴 패턴에 미치는 영향은 미미하다. 예를 들면, Levy et al.(2015)은 메디케이드를 확대 적용한 주들과 그렇지 않은 주들을 비교한 연구에서, 그러한 확대 적용이 은퇴에 사실상 아무런 영향도 미치지 않는다는 결론에 이르렀다. 이러한 결과가 메디케이드가 은퇴에 아무런 영향을 미치지 않음을 의미하는 것인지, 아니면 단지 메디케이드 확대를 근로의욕을 상당히 낮추는 요인에서 배제할 수 있다는 뜻인지는 두고 봐야 할 일이다. Aizawa and Fu(2017), Gustman and Steinmeier(2017)의 연구에서도 그 영향은 비교적 적은 것으로 나타났다. 부담적정보험법이 고용에 미친 영향은 분명하지는 않지만, 1% 포인트 미만일 가능성이 높다.

■ 고용감소 효과가 적은 이유

과거 연구들에 의하면, 메디케어 수급 자격을 얻게 되면 은퇴 가능성이 크게 높아진다(French and Jones, 2017). 이에 반해, 지금까지 확인된 자료에 따르면 부담적정보험법하에

서 메디케이드 확대 적용이 고용에 미치는 영향은 거의 없어 보인다. 이하에서는 이렇게 상이한 결과가 나타난 이유를 설명하고자 한다.

부담적정보험법하에서 메디케이드 확대가 고용에 거의 영향을 미치지 않는 주된 이유 중 하나는, 메디케이드 수급자의 상당수가 개혁 이전에 자선기금이나 의료비로 인한 파산신청과 같은 다른 제도를 통해 '암묵적 보험(implicit insurance)'의 수혜자인 저소득층이었다는 점에서 찾을 수 있을 것이다(Finkelstein et al., 2017). 이러한 제도들을 통틀어 '소비 최저보장제(consumption floor)'로 부르기도 하는데, 모두에게 최저 수준의 소비를 보장하기 때문이다. French, von Gaudecker and Jones(2017)의 연구에서는 의료패널조사(MEPS) 자료를 이용하여 비보험자들이 비용을 지불하지 않고 받는 서비스가 상당한 수준에 이른다는 사실을 보여준다. 보험별 가입자를 구분하여 부담적정보험법 시행 전후의 총의료비와 개인 부담금을 비교하였다. 모든 집단에서 평균 총의료비는 높게 나타났다. 놀랍게도, 비보험자 집단의 개인 부담금이 개인건강보험 가입자 집단보다 높지 않았다. 가장 많은 자원을 가지고 있는 것으로 보이는 집단은 건강보험에 가장 많은 비용을 납부하는 집단으로 나타났으며, 이는 자원이 적은 이들은 소비 최저보장제로 보호되는 반면에 자원이 많은 이들은 의료비 리스크가 가장 높다는 주장과 일치한다. 바로 이 사람들이 노동공급 측면에서 건강보험 개혁의 가장 큰 반응을 보일 수 있는 집단이다.

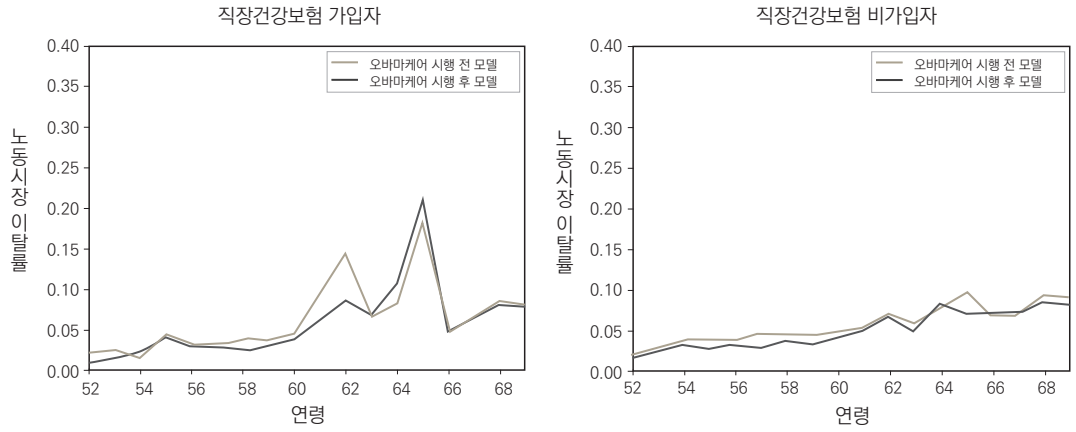
다음으로 French and Jones(2011)에서 사용한 노동공급 및 은퇴 구조모델(structural model)을 확대하여 구체적인 의료비 지출 및 보험을 포함시켜 부담적정보험법 개혁을 설명하고자 한다. 건강보험 상품별로 가구가 부담하는 보험료와 공동부담 비율(coinsurance rate)이 어떻게 다른지 명확히 나타나는 모델을 수립하여, 의료패널조사(MEPS) 데이터에서 이러한 보험 상품들과 그 기초가 되는 의료비 분포의 파라미터를 추정한다. 이는 우리 모델에서 개인들이 현실적인 의료비 리스크와 보험 옵션에 직면하게 됨을 의미한다. 그러고 나서, 구조모델(structural model)을 의료패널조사(MEPS) 데이터 및 건강과 은퇴연구(HRS) 데이터와 매칭하여, 소비 최저보장제를 포함하여 구조모델의 여러 파라미터를 추정한다. 모델 파라미터를 토대로 가상의 정책실험(counterfactual experiment)을 실시하고, 가구의 보험료와 공동보험 요율, 순지원금(정부 지원금에서 벌금을 뺀 금액)을 조정한다. 이 모델에 소비 최저보장제가 포함되기 때문에, 부담적정보험법은 기존에 없던 새로운 보험지급제도로서가 아

니라, 정부 보험지급제도의 변화로 모델에 포함된다.

이 모델의 기초분석 결과에 의하면, 부담적정보험법 시행으로 비보험자 수는 크게 줄어드는 것으로 나타났다. 이 모델에 부담적정보험법을 포함하지 않고 추정하였을 때에는 55~64세 비보험자 비율이 24%였다. 부담적정보험법 시행으로 개인건강보험제도가 개편된 직후, 55~64세 비보험자 비율은 18%로 감소하였다. 개인건강보험제도 개편에 메디케이드 확대를 추가하면 비보험자 비율은 그보다 더 낮은 9%로 떨어진다. 다른 한편으로, 현재 우리 모델을 통해 예측한 바에 의하면, 부담적정보험법의 노동시장 효과는 크지 않을 것으로 보인다. 개인건강보험제도 개편으로 55~64세의 고용률은 58.2%에서 57.7%로 낮아진다. 메디케이드 확대를 포함해도 고용률은 그보다 약간 낮은 57.6%로 하락하는 데 그친다.

[그림 3]의 두 패널을 통해 더 깊은 이해가 가능하다. 좌측 그림은 직장건강보험에 가입된 근로자들의 노동시장 이탈률(job exit rate)을 보여준다. 부담적정보험법 시행으로 이들 중 사회보장 수급 자격을 갖는 62세에 노동시장 이탈률이 높아진다. 이는 직장 종속 현상의 약화를 반영하는 것으로 볼 수 있다. 우측 그림은 직장건강보험이 없는 근로자들의 노동시장 이탈률을 보여준다. 이 그래프에서 다루고 있는 연령 전반에 걸쳐, 부담적정보험법은 노동시장 이탈률을 소폭 감소시키는 원인이 되고 있다. 이는 빈곤층에 제공되는 소비 최저보장제를 반영하는 것으로 보인다.

[그림 3] 부담적정보험법이 노동시장 이탈률에 미치는 영향 예측



■ 맺음말

부담적정보험법은 약 50년 만에 미국 정부에 의해 단행된 가장 큰 규모의 건강보험 개혁이다. 이에 따라 미국의 비보험자 비율은 약 8%포인트 감소하였으며, 이는 주로 저소득층에게 상당한 보조금이 지급되는 건강보험제도를 실시한 결과였다. 지금까지의 자료에 의하면, 부담적정보험법 적용범위의 변화에도 불구하고, 부담적정보험법으로 인한 고용감소는 소폭에 불과할 것으로 보인다. 이는 자선기금에 의한 의료서비스 제공이나 파산제도와 같은 경로를 통해 빈곤층에게 제공되는 암묵적 보험이 반영된 결과일 수도 있다. 부담적정보험법이 도입되기 전에 비보험자였던 이들의 상당수는 그러한 제도들을 통해 의료비를 충당해왔을 것이다. 이들에게 있어, 부담적정보험법으로 인해 추가로 받게 되는 보험 혜택은 사실상 거의 없는지도 모른다. KLI

참고문헌

· Congressional Budget Office(2015), "Budgetary and Economic Effects of Repealing the Affordable Care Act", https://www.cbo.gov/publication/50252.

· Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation(2016), "Health Insurance Marketplaces Final Enrollment Report for the period: November 1, 2015 – February 1, 2016."

· Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation(2017), "Individual Market Premium Changes: 2013 – 2017."

· Fernandez, Bernadette(2014), "Health Insurance Premium Credits in the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)", Congressional Research Service, Library

of Congress R41137.

· Finkelstein, Amy, Neale Mahoney, and Matthew J. Notowidigdo(2017), "What Does (Formal) Health Insurance Do, and For Whom?", National Bureau of Economic Research Working Paper No. w23718.

· French, Eric and John Bailey Jones(2011), "The Effects of Health Insurance and Self-Insurance on Retirement Behavior", *Econometrica* 79(3), pp.693-732.

· _____(2017), "Health, Health Insurance and Retirement: A Survey", *Annual Review of Economics* 9 (August 2017), pp.383-409.

· French, Eric, Hans-Martin von Gaudecker, and John Bailey Jones(2017), "The Effect of the Affordable Care Act on the Labor Supply,Savings, and Social Security of Older Americans", Manuscript.

· Harris, Edward and Shannon Mok(2015), "How CBO Estimates the Effects of the Affordable Care Act on the Labor Market", Congressional Budget Office Working Paper 2015-09.

· Levy, Helen, Thomas Buchmueller, and SayehNikpay(2015), "The Effect of Health Reform on Retirement", MRRC Working Paper.

· MACPAC, "Medicaid Enrollment Changes following the ACA", October 2017, https://www.macpac.gov/subtopic/medicaid-enrollment-changes-following-the-ACA/

· Marken, Stephanie(2016), "U.S. Uninsured Rate at New Low of 10.9% in Third Quarter", http://www.gallup.com/poll/196193/uninsured-rate-new-low-third-quarter.aspx?version=print

· Mulligan, Casey B.(2013), "Average Marginal Labor Income Tax Rates under the AffordableCare Act", NBER Working Paper 19365.