



미국의 저소득층 대상 의료보장제도

洪碩杓 한국보건사회연구원 책임연구원

1. 시작하는 말

미국은 사회보장법¹⁾에 의해 1965년 연방정부(Federal Government)와 주정부(State Government)간 공동출연으로 Medicaid라고 불리는 저소득층을 위한 의료보장제도를 설립하였다. 전국민을 대상으로 하는 공적의료보험제도가 없는 미국은 공공 부조방식인 Medicaid를 통해 저소득층에게 의료 및 건강관련서비스를 제공하고 있다.

미국 연방정부가 일괄적으로 운영하고 있는 노인층을 대상으로 하는 Medicare와는 달리 주정부가 연방법이 정한 기준의 범위 내에서 독자적으로 Medicaid를 운영하고 있다. 여기서 독자적이란 각각의 주정부가 연방정부의 포괄적인 지침에 따라 Medicaid 프로그램 수혜자의 자격기준, 유형, 기간, 서비스의 범위, 서비스의 지불률을 설정하여 관리한다는 뜻이다. 따라서 미국 내에는 50개 주에 50개의 각각 다른 Medicaid 프로그램이 존재한다. 현재 미국에서 Medicaid의 혜택을 받고 있는 인구는 약 3700만명에 달한다. 특히 Medicaid제도는 임신부와 어린이에게 혜택을 주고 있는데, 전체 미국 임신부의 약 40%, 어린이의 약 20%가 Medicaid의 도움을 받고 있다.

우리 나라의 저소득층을 위한 의료보호제도의 경우 국민기초생활보장법의 실

1) 사회보장법(Social Security Act)은 1929년부터 시작된 세계대공황에 의해 발생한 대량실업자의 구제를 목적으로 1935년에 뉴딜정책의 일환으로 제정된 법안임.

시로 인해 많은 변화를 요구하고 있다. 이러한 변화 과정에서 미국과 같이 저소득층을 위한 의료보장제도가 잘 갖추어진 사례를 검토하여 정책적 시사점을 도출하는 작업이 필요하다.

이러한 목적하에 본고에서는 미국 Medicaid제도의 수급자격, 급여범위, 지불방식, 지출현황 등을 살펴보고, 이에 대한 시사점을 알아보려고 한다.²⁾

2. Medicaid의 수급자격 및 급여범위

미국내 각 주정부는 Medicaid 프로그램의 대상자 그룹과 재정적인 기준에 대해 포괄적인 자율권을 가지고 있다. 그러나 연방정부의 지원을 받기 위해 주정부는 다음과 같은 경우 반드시 Medicaid 대상자로 선정하여야 한다.

- ① TANF(Temporary Assistance For Needy Families Program)³⁾ 수급자
- ② 소득이 연방정부 빈곤수준의 133% 이하의 가정 내에 6세 이하 어린이 및 임산부
- ③ 연방정부의 Supplemental Security Income(SSI) 수급자
- ④ 입양 및 수양 지원(adoption and foster care assistance)의 수급자
- ⑤ 빈곤층에게 지급되는 현금급여(cash assistance)를 받고 있다가 취업 및 증가된 SSI 수급으로 인해 급여가 종료된 자(이 경우에는 Medicaid 혜택이 한시적임)
- ⑥ 소득이 연방정부 빈곤수준 이하의 가정 내에 모든 19세 이하 어린이(2002년까지는 1983년 9월 30이후 출생자만 해당)
- ⑦ 일부 Medicare(노인층을 위한 의료 프로그램) 수급자

이 외에도 주정부는 Medicaid 프로그램을 제공할 수 있는데, 연방정부의 지원을 받을 수 있는 다른 부류의 그룹들은 다음과 같다.

- ① 소득이 연방 빈곤수준의 185% 이하 가정 내의 신생아 및 임산부
- ② 소득이 SSI 300% 이하의 시설수용자
- ③ 소득이 연방 빈곤수준 이하인 노인 및 장애인

2) 이를 위해 U.S. Department of Health and Human Services, *Health Care Financing Review*, 1998년 자료를 토대로 미국의 제도에 대해서 알아보았다.

3) 기존의 공공부조 가운데 저소득가정부조(Aid to Families with Dependent Children: AFDC), 긴급부조(Emergency Assistance), 고용기회 및 기본기술훈련(Job Opportunity and Basic Skills: JOBS)을 대체하여 시행되고 있는 프로그램

- ④ 주정부로부터 생계보조비를 받고 있는 자
- ⑤ 소득이 연방 빈곤수준 250% 이하로 근로활동을 하지 않으면 SSI를 받을 수 있는 자
- ⑥ 소득이 SSI수준의 결핵환자(다만, 통원치료와 약에 한정)
- ⑦ 기타 의료부조가 필요한 자

Medicaid 프로그램에 대해 규정한 미국의 사회보장법(제19조)은 주정부에게 Medicaid 정책수립에 관해 상당한 자율권을 주고 있다. 그러나 연방정부의 지원을 받기 위해서는 Medicaid 수급 대상자에게 다음과 같은 기본적인 의료서비스를 반드시 제공하여야 한다.

- ① 입원 및 외래 서비스
- ② 산전 보호(Prenatal care)
- ③ 어린이 예방접종
- ④ 의사 진료
- ⑤ 성인을 위한 간호시설 서비스(Nursing facility service)
- ⑥ 가족계획에 필요한 서비스 및 물자
- ⑦ 농촌지역 건강 진료소 서비스
- ⑧ 검사 및 방사선 서비스
- ⑨ 유아 및 가정 간호사 서비스
- ⑩ 연방정부 규정을 충족시키는 건강 진료소 서비스
- ⑪ 어린이에 대한 조기 및 정기검진, 진단과 치료서비스

또한 주정부는 위에서 설명한 의료서비스 외에도 연방정부의 지원을 받을 수 있는 다음과 같은 선별적인 의료서비스를 Medicaid 대상자에게 제공할 수 있다.

- ① 진찰 서비스
- ② 진료소 서비스
- ③ 정신지체자를 위한 간호서비스
- ④ 조제약 및 보철구
- ⑤ 시력측정 및 안경
- ⑥ 어린이를 위한 간호시설 서비스
- ⑦ 운송서비스
- ⑧ 재활서비스
- ⑨ 특수한 만성질환자를 위한 간호서비스

3. Medicaid 지불제도

주정부는 Medicaid의 의료서비스를 제공하는 공급자에게 진료비를 직접 또는 사전에 선불방식 협정을 맺어 지불한다. 연방정부가 정한 규정 내에서 각 주정부는 지불방식과 진료수가를 자율적으로 결정한다. 주에 따라 행위별 수가제 혹은 인두제 지불방식을 사용하여 Medicaid의 의료서비스 공급자들에게 정해진 진료수가에 따라 일률적으로 지불한다. 다만, 저소득층 또는 의료보험이 없는 환자를 많이 진료하는 병원에 진료비를 증액하여 지불한다(Disproportionate Share Hospital 지불: DSH 지불). 그러나 주정부는 총 Medicaid 지출예산의 12% 이상을 DSH 지불에 사용할 수 없다. Medicaid 환자들에게 경우에 따라 주정부는 본인부담방식을 적용할 수 있으나, 임산부, 어린이, 수입의 대부분을 간호시설에 지급하여야 하는 환자, 그리고 응급환자나 가족계획서비스를 받은 자에게는 이 방식을 적용할 수 없다.

연방정부는 각 주가 운영하는 Medicaid 프로그램의 일정부분을 지원하는데, 지원비율은 주 일인당 평균소득과 미국 전체 평균소득을 비교하여 매년 결정된다. 그러나 연방정부의 지원비율은 최소 50%에서 최고 83%로 규정되어 있다. 1998년의 경우 실제 지원비율 범위는 50%(10개주)에서 77%(미시시피주)이었고, 주 평균 지원비율은 57%이었다. 일반적인 Medicaid 프로그램의 지원이 외에도 연방정부는 토착 인디언의 건강서비스에 소요된 모든 비용을 부담하고, 불법 체류자들에게 응급서비스를 가장 많이 제공하고 있는 12개 주에 지원을 하고 있다. 또한 각 주의 Medicaid 행정비용의 일부도 부담하고 있다.

4. Medicaid 지출현황

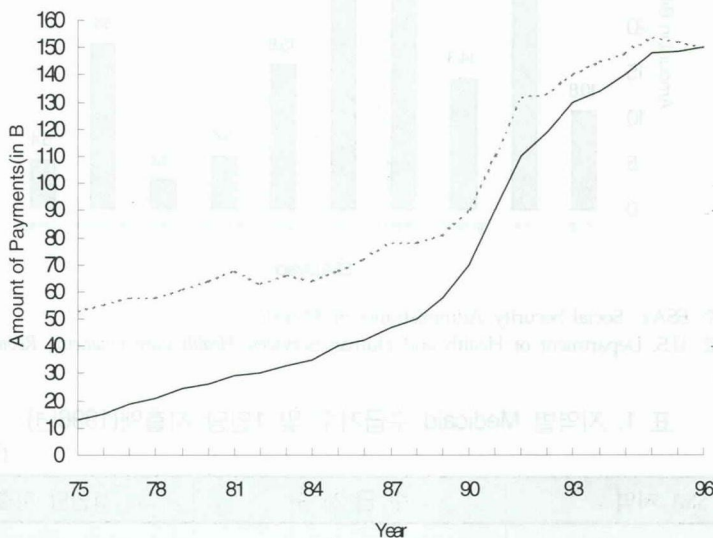
Medicaid의 총 지출현황을 살펴보면, 1975년 121억 달러에서 1996년 1554억 달러로 증가하였다. 이는 연평균 12.9%가 증가한 것이다. 1996년 기준 소비자물가를 감안하면, 1975년 512억 달러에서 1996년 1544억 달러로 증가한 것으로 연평균 5.4%의 상승률을 보였다(그림 1 참조).

1975년에서 1989년까지는 총 Medicaid 지출은 연평균 11.9%가 증가하였으나, 1989년부터 1993년까지 지출이 갑자기 증가하여 연평균 21.2%가 상승하였다. 그 이유는 첫째, 연방정부의 지원을 받기 위해 주정부가 DSH 지불을 늘렸고, 둘째, 연방정부의 빈곤층 임산부, 어린이, AIDS 환자 등에 대한 Medicaid 수급자격 완화로 인해 수급자 숫자가 2200만명에서 약 3000만명으로 증가하였고, 세 번째로

의료서비스 비용이 많이 소요되는 임신부 및 AIDS 환자의 증가로 인해 Medicaid 수급자에 대한 의료서비스 비용이 증가되었기 때문이다.

1993년에서 1996년까지 Medicaid 지출은 연평균 6.9%가 증가하였는데 이러한 완만한 증가는 첫째, 미국의 전체적인 건강비용이 완만하게 증가하였고, 둘째, Medicaid 수급자에게 지출되는 비용을 조절하는 관리의료(Managed Care)가 늘었고³⁾, 셋째로, DSH 지불을 주정부의 총 Medicaid 지출예산의 12% 이내로 제한했기 때문이다.

그림 1. 총 Medicaid 지출추세(1975~1996년)



주: 점선은 1996년 기준 소비자물가를 감안한 Medicaid 지출 추세곡선임.

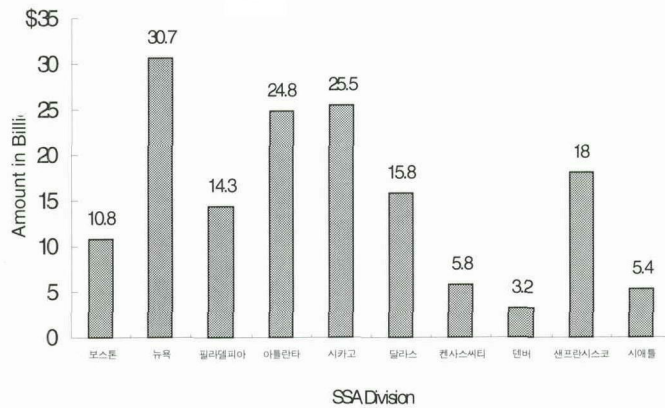
자료: U.S. Department of Health and Human Services, *Health Care Financing Review*, 1998.

1996년 Medicaid 지출현황을 지역적으로 살펴보면 뉴욕 지역(307억 달러), 시카고 지역(255억 달러), 그리고 아틀란타 지역(248억 달러)의 지출을 합친 액수가 전체의 52.5%(810억 달러)를 차지한다. 샌프란시스코 지역(180억 달러)과 달라스

3) 관리의료를 간단히 정의하면, 의료비용을 줄이기 위해 수급자의 의료서비스 내용을 제한하는 제도이다. 관리의료 체제하에서는 수급자는 의료서비스를 제공하는 공급자를 자신이 선택할 수 없고 지불방식도 행위별 수가제가 아닌 선불제 방식이 사용된다. 그러므로 이 제도하에서는 고급 및 특수한 의료공급자에 의한 서비스가 제한된다.

지역(158억 달러)을 합친 금액은 전체 Medicaid 지출의 21.9%(338억 달러)에 해당된다(그림 2 참조). 지역별 수급자 숫자와 비교해 보면, 1인당 Medicaid 지출이 가장 높은 지역은 보스톤 지역(약 7천 달러)이고, 가장 낮은 지역은 샌프란시스코 지역(약 3천 달러)이다.

그림 2. 지역별 Medicaid 지출현황(1996년)



주: SSA는 Social Security Administration의 약자임.
 자료: U.S. Department of Health and Human Services, *Health Care Financing Review*, 1998.

표 1. 지역별 Medicaid 수급자수 및 1인당 지출액(1996년)

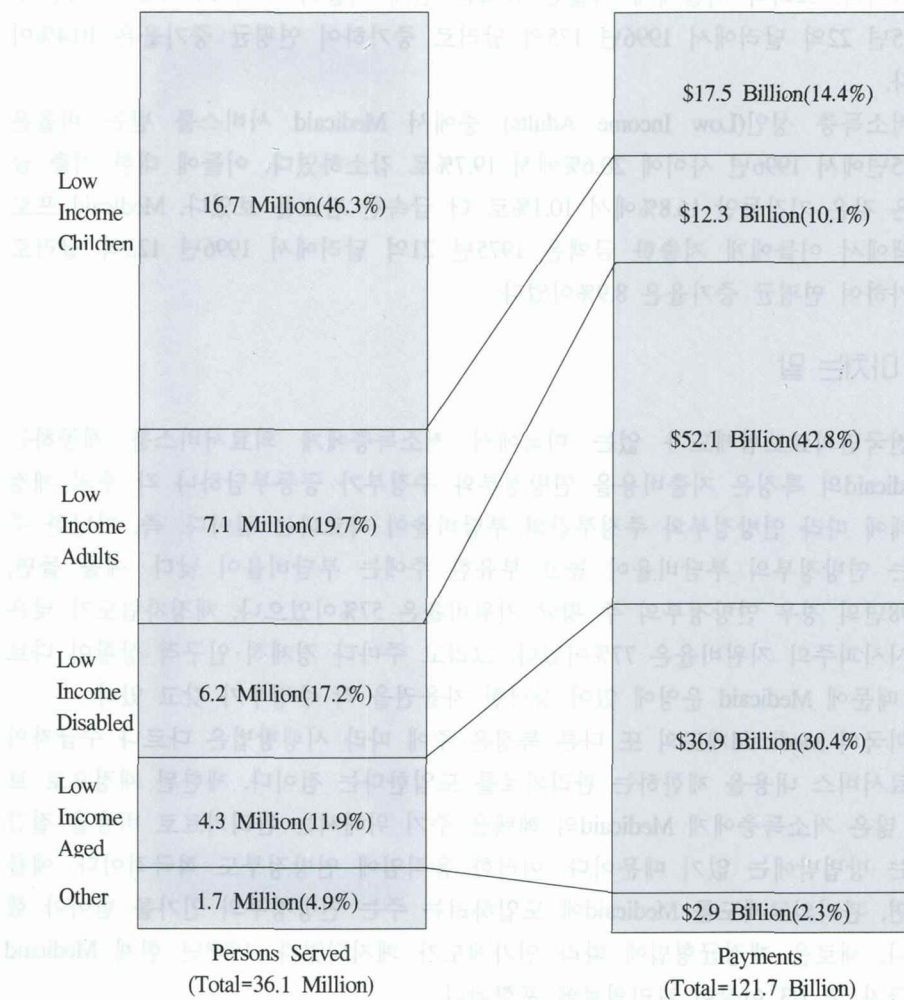
(단위: 명, \$)

SSA 지역	수 급 자 수	1인당 지출액
보 스 톤	1,541,818	7,003
뉴 욱	5,085,642	6,040
필 라 델 피 아	2,809,928	5,098
아 틀 란 타	7,561,513	3,283
시 카 고	5,586,840	4,568
달 라 스	4,388,367	3,611
캔 사 스 씨 티	1,386,476	4,192
덴 버	712,905	4,486
샌 프 란 시 스 코	5,784,243	3,113
시 애틀	1,260,224	4,253
전 체	36,117,956	3,369 ¹⁾

주: 1) 전체평균임.
 자료: U.S. Department of Health and Human Services, *Health Care Financing Review*, 1998.

전체 저소득층 장애인(Low Income Disabled) 중에서 Medicaid의 혜택을 받는 비율은 1975년 11.2%에서 1996년 17.2%로 증가하였다. 그러나 총 Medicaid 지출에서 이들에게 쓰여진 비용은 같은 기간동안 25.7%에서 42.8%로 크게 증가하였다. 장애인에게 지출된 금액이 총 Medicaid 지출 중에서 가장 큰 비중을 차지하는데 1975년 31억 달러에서 1996년 521억 달러로 연평균 14.3%의 증가를 보였다.

그림 3. Medicaid 수급자 그룹별 지출현황(1996년)



자료: U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Review, 1998.

이와 반대로 전체 저소득층 노인(Low Income Aged) 중에서 Medicaid 프로그램에 등록된 비율은 1975년 16.4%에서 1996년 11.9%로 감소하였으나 전체 Medicaid 지출 중에서 두 번째를 차지한다. 이들에게 지출된 금액을 살펴보면 1975년 44억 달러(35.6%)에서 1996년 369억 달러(30.4%)로 증가하여 연평균 10.7%의 상승을 보였다.

1996년에 1670만명의 저소득층 어린이(Low Income Children)가 Medicaid 프로그램의 혜택을 받았는데, 이는 전체 Medicaid 수혜자의 거의 절반(46.3%)에 가까운 숫자이다. 그러나 이들에게 지출된 금액은 전체 지출의 단지 14.4%를 차지한다. 1975년 22억 달러에서 1996년 175억 달러로 증가하여 연평균 증가율은 10.4%이었다.

저소득층 성인(Low Income Adults) 중에서 Medicaid 서비스를 받는 비율은 1975년에서 1996년 사이에 20.6%에서 19.7%로 감소하였다. 이들에 대한 지출 금액은 같은 기간동안 16.8%에서 10.1%로 더 급속한 감소를 보였다. Medicaid 프로그램에서 이들에게 지출한 금액은 1975년 21억 달러에서 1996년 123억 달러로 증가하여 연평균 증가율은 8.9%이었다.

5. 마치는 말

전국민의료보험제도가 없는 미국에서 저소득층에게 의료서비스를 제공하는 Medicaid의 특징은 지출비용을 연방정부와 주정부가 공동부담하나 각 주의 재정 상태에 따라 연방정부와 주정부간의 부담비율이 다르다는 점이다. 즉, 가난한 주에는 연방정부의 부담비율이 높고 부유한 주에는 부담비율이 낮다. 예를 들면, 1998년의 경우 연방정부의 주 평균 지원비율은 57%이었으나, 재정자립도가 낮은 미시시피주의 지원비율은 77%이었다. 그리고 주마다 경제적·인구적 상황이 다르기 때문에 Medicaid 운영에 있어 상당한 자율권을 각 주정부가 갖고 있다.

미국의 Medicaid제도의 또 다른 특징은 주에 따라 시행방법은 다르나 수급자의 의료서비스 내용을 제한하는 관리의료를 도입한다는 점이다. 제한된 재정으로 보다 많은 저소득층에게 Medicaid의 혜택을 주기 위해서는 관리의료로 비용을 절감하는 방법밖에는 없기 때문이다. 이러한 움직임에 연방정부도 적극적이다. 예를 들면, 관리의료제도를 Medicaid에 도입하려는 주는 연방정부의 인가를 받아야 했으나, 새로운 재정균형법에 따라 인가제도가 폐지되었다. 1998년 현재 Medicaid 수급자 중 1/3 이상이 관리의료에 포함된다.

Medicaid제도에 관리의료제를 도입하여 성공한 주로는 테네시주(인구 약 520만

명)를 들 수 있다. 테네시주는 관리의료제도로 운영되는 새로운 Medicaid제도인 TennCare를 1994년에 시작하였다. 의료서비스 공급자 측에 매우 싼 가격을 관철 시키는 방법 등을 사용하여 이전의 제도에서는 80만명의 저소득층이 혜택을 받았는데, 새로운 제도인 TennCare에서는 수급자수를 120만명으로 늘렸다. 수급자수는 50%가 증가하였으나 Medicaid 지출은 이전과 같았다.

미국의 Medicaid제도의 특징 중에서 현재의 우리 나라 의료보호제도에 주는 시사점은 재정자립도를 감안한 중앙정부와 지방자치단체간의 부담비율 조정이다. 현재 일률적으로 책정되어 있는 중앙정부와 지방자치단체의 의료보호기금 재원 부담비율에 대한 재조정을 고려할 수 있다. 서울을 제외한 모든 시·도의 재정부담 비율이 20%로 일률적으로 정해져 있는 것은 지역적 재정자립도를 감안할 수 없다는 점에서 바람직하지 못하다. 그러므로 일률적으로 책정되어 있는 재정부담 비율을 지역의 경제적·인구적 특성을 고려하여 조정할 필요가 있다. 의료급여법 시행령 국고보조의 비율에 관한 조항에 ‘시·도의 수급자 분포 및 경제적·인구적 특성들을 고려하여 국가부담비율과 시·도부담비율을 차등하여 적용할 수 있다’라고 명기하는 것이 좋을 것이다. 이를 위해 각 시·도별 재정부담 계산공식을 개발해야 하는 과제가 남아 있다. 하지만 차등지원하는 계산공식이 개발되기 전까지 지방정부의 의료보호 예산 확충을 탄력적으로 이용할 수 있도록 비율을 확정하지 않는 방법이 있을 수 있다.

미국의 Medicaid제도에서 행해지는 관리의료는 수급자의 의료서비스를 제한한다는 점에서는 바람직하지 않으나 비용을 줄여 수급자수를 늘릴 수 있다는 점에서는 우리 나라 의료보호제도에 주는 시사점이 크다 할 수 있다. 지금 현재에는 저소득층으로 분류되지 않아 의료보장을 받지 못하는 차상위 계층에게도 만약 의료보장을 확대한다면 미국의 관리의료제도는 연구해 볼 가치가 있는 제도라 하겠다.