

미국의 건강보험개혁

- 노인 관련 법안을 중심으로 -

*Health Care Reform in the United States:
Focused on Provisions Relevant to Seniors*

남궁은하 한국보건사회연구원 연구원

오바마대통령의 미국 건강보험개혁이 지난 2010년 3월 30일 최종적으로 완성되면서 앞으로 미국 의료체계 및 전 국민에게 큰 영향을 미칠 것으로 예상된다. 이러한 미국 건강보험 개혁의 내용 중, 높은 의료서비스의 필요성과 고액의 의료비 지출 경향을 보이는 노인인구에 초점을 맞추어 개혁내용을 살펴보았다. 노인관련 개혁법안의 특징은 1) 메디케어프로그램 강화, 2) Aging in Place 실현 노력, 3) 요양기관 및 간병인력 관리 강화, 4) 의료서비스 모델 개선, 그리고 5) 노인정의법 강화로 구분될 수 있으며, 각 내용은 미국 및 한국 건강보험 및 의료부문에 시사점을 준다.

1. 서론

출범 시부터 미국 오바마 정부의 가장 중점적 추진 영역이었던 건강보험개혁법안이 지난 3월 30일 최종 확정 되었다. 급여범위 및 대상 확대, 의료비용 절감, 의료서비스전달체계 향상을 목표로 추진된 동 법안은, 향후 10년간 약 9,380억 달러를 투입하여 무보험자 5,400만 명중 3,200만 명에게 건강보험혜택을 제공하는 것을 골자로 한다.

미국은 OECD 국가 중 가장 높은 의료비를 지출하면서도 전 국민을 대상으로 하는 의료보험제도가 없는 몇 안 되는 국가이다.¹⁾ OECD

Health Data 2009 에 의하면, 2007년 OECD 국가들의 평균 GDP 대비 의료비 지출은 9.0% 인 것에 반해 미국은 16.0%인 것으로 나타났다. 그러나 이러한 높은 보건의료지출에도 불구하고, 미국 국민의 평균수명은 OECD 회원국의 평균 수명보다 낮으며(78.1세 대 79.1세), 2007년 기준 미국의 무보험자는 전체인구의 15%인 4,570만 명에 이르는 것으로 나타났다.²⁾ 미국은 지금까지 시장 효율성에 입각하여 민간보험회사가 핵심적으로 의료보장 업무를 수행하는 체계를 유지하여 왔으며, 65세 이상 노인인구를 위한 메디케어(Medicare) · 저소득층 및 장애인을 위한 메디케이드(Medicaid) · 주정부 아동건

1) 현재 OECD 국가 중 전 국민 또는 대부분의 국민들을 대상으로 기초의료서비스에 대한 국가 차원의 보장이 이루어지지 않는 국가는 미국, 터키, 멕시코의 3개국으로, 이 중 터키와 멕시코는 보장범위를 점점 확대하고 있는 추세임.

2) OECD (2009), OECD Health Data 2009.

강보험 프로그램(State Children's Health Insurance Program: SCHIP) 등의 공공의료보험 가입자는 2007년 기준 전체국민의 27%에 불과하였다.

미국의 이러한 고비용 저효율 의료보험 체계는 가계부담 증가 및 기업 경쟁력 저하의 주요 요인으로 인식되어 과거 정부에서도 전 국민대상 의료보험 도입에 대한 시도가 있었지만 번번이 법안 추진에는 실패하여왔다.³⁾ 이번 오바마 정부의 건강보험개혁법안통과는 미국사회의 의료보험 개혁 시도 100년 만에 이루어 낸 결과로, 앞으로 미국의 의료체제 및 넓게는 경제·정치·사회분야에 있어 많은 영향을 끼치리라 예상된다.

미국 센서스 조사에 의하면, 2008년 미국의 65세 노인인구는 37백만(전체인구의 12.8%)이

며, 앞으로도 노인 인구 비율은 계속 증가하여 2050년에는 20%이상이 되리라 예상된다. 보통 직장에서 퇴직을 하게 되는 55세부터 64세에 해당되는 인구는 2010년 약 36백만(추정치)이며, 베이비부머 세대의 유입으로 동 인구집단은 2020년 약 42백만, 전체인구의 약 13%에 이를 것으로 예상된다(표 1 참조).

이러한 노인인구 수 및 비중의 증가와 더불어, 만성 질환, 신체적 약화 등으로 인해 의료서비스의 필요성이 높아지면서, 일반적으로 개인의 의료비 지출은 나이와 함께 증가하는 경향을 보인다. 미 보험회사연합인 America's Health Insurance Plans(AHIP)의 조사에 의하면, 60~64세의 노인 한 명이 연간 민간보험회사에 지출하는 보험료는 65세 미만 인구 1인당 평균 연간보험료의 2배에 이르는 것으로 나타났다(표 2 참조).

표 1. 미국의 연령별 인구 수 및 비중, 2000~2050년

(단위: 천명)

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
총인구	282,125	308,936	335,805	363,584	391,946	419,854
0~19세	80,549 (28.6%)	83,236 (26.9%)	88,887 (26.5%)	95,104 (26.2%)	101,625 (25.9%)	109,147 (26.0%)
20~54세	142,090 (50.4%)	149,270 (48.3%)	149,553 (44.5%)	157,649 (43.4%)	168,641 (43.0%)	178,279 (42.5%)
55~64세	24,423 (8.7%)	36,185 (11.7%)	42,731 (12.7%)	39,377 (10.8%)	41,629 (10.6%)	45,721 (10.9%)
65세 이상	35,061 (12.4%)	40,243 (13.0%)	54,632 (16.3%)	71,453 (19.7%)	80,049 (20.4%)	86,705 (20.7%)

주: 2010~2050년 수치는 2000년을 기준 연도로 한 추정치임.

출처: US Department of Commerce, Bureau of the Census, Projected Population by Single Year of Age, Sex, Race, and Hispanic Origin for the United States: 2010-2050. <http://www.census.gov/population/www/projections/usinterimproj/>

3) 대외경제정책연구원 (2010년 3월). 지역경제포커스: 미국 건강보험개혁법안 통과 및 향후 전망.

조). 또한 미국 공공보험의 하나인 메디케어 가입이 가능한 65세 이상 노인인구도 보험료 및 본인부담금 등으로 2010년 \$2,600 또는 가계소득의 약 10%를 의료비로 지출할 것으로 추정된다.⁴⁾ Urban Institute에 따르면, 노인가구의 소득 증가에 비해 의료비 지출이 더욱 빠르게 증가하면서 노인가구의 소득 중 의료비로 지출되는 비율은 더욱 커져, 2040년에는 소득 대비 의료비 지출 비중이 19%에 이를 것으로 예상된다. 또한, 노인들 중에는 고비용 만성질환을 가진 환자 수가 많아, 현재의 의료보장 시스템을 그대로 유지한다면 가계소득의 20%이상을 의료비에 지출하는 노인 가구가 2040년 약 45%에 이를 것으로 추정되었다.(그림 1 참조)

위와 같은 점에서, 미국의 이번 건강보험 개혁안이 노인인구에게 미치게 될 영향이 그 어떤 인구집단보다 크다는 것을 예상할 수 있다. 따라서 본고에서는 미국 건강보험개혁안의 주요 내용, 특히 건강보험개혁 중 노인인구와 관련된

내용에 대해 논의하고자 한다. 또한 이러한 개혁법안 내용들이 노인인구 및 전체 사회에 갖는 함의를 알아보고, 우리나라 관련 정책에 주는 시사점을 생각해보고자 한다.

2. 개혁 주요 내용

2009년 12월 24일 미국 상원을 통과한 건강보험개혁법안(Patient Protection and Affordable Act: H.R. 3590)은 2010년 3월 21일 하원을 통과하고, 이를 뒤인 23일 오바마 대통령의 서명과 함께 발효되었다. 본 상원단일법안을 골자로 하여, 이를 추가 보완한 조정법안(Health Care and Education Affordability Reconciliation Act of 2010: H.R. 4872)의 일부 내용이 통합되어 미국 건강보험개혁안의 최종안이 완성되었다.⁵⁾ 2010년부터 단계적으로 시행될 이번 개혁안으로 인해, 2014년부터 모든 미국 시민의(민간 또는 공

표 2. 연령별 민간보험 평균보험료, 2006~2007년

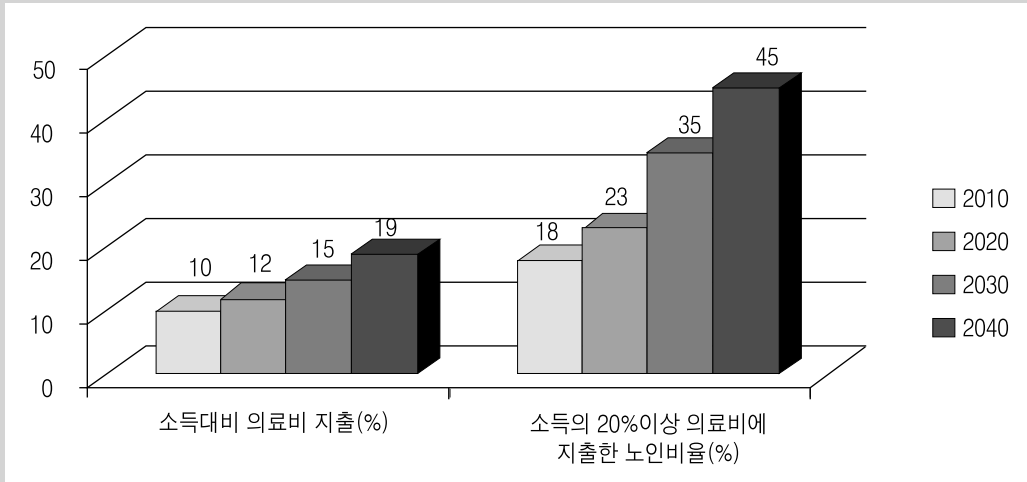
나이	평균보험료 (개인)	평균보험료 (가족)
50~54세	\$3,628	\$6,751
55~59세	\$4,317	\$7,881
60~64세	\$5,090	\$9,201
65세 미만	\$2,613	\$5,799

출처: AHIP (December 2007). Individual Health Insurance 2006~2007: A Comprehensive Survey of Premiums, Availability, and Benefits.

4) Johnson, R., & Mommaerts, C. (February, 2010). Will Health Care Costs Bankrupt Aging Boomers? Urban Institute.

5) 오바마 정부는 건강보험개혁법안 통과를 위해 지난해 12월 통과된 상원법안(H.R. 3590) 표결과 더불어, 이에 반대하는 하원의원의 의견을 반영한 조정법안(H.R.4872)을 동시에 가결하는 이른바 '투 트랙(two track)' 전략을 통해 법안을 통과시켰으며, 상원법안은 3월 23일, 조정법안은 3월 30일 대통령서명을 통해 각각 발효되었다(대외경제정책연구원, 2010년 3월).

그림 1. 65세 이상 노인의 소득 대비 의료비지출 변화, 2010~2040년



주: 사용된 추계모델(DYNASIM3)은 현재 메디케어 정책이 그대로 유지되고, 본인부담금액의 경우 인플레이션 효과를 반영하여 Medicare Boards of Trustees(2009)에서 예측한 의료비 지출액을 기준으로 함. 의료비란 장기요양에 사용되는 비용을 제외한 병원에서의 순수 진료 및 치료비만을 의미함. 부부인 경우에는 배우자의 의료비지출액도 포함함. 소득추계의 경우, 퇴직연금과 자산 가치의 80%를 기준으로 계산된 매년 받게 될 연금을 포함함.

출처: Johnson, R., & Mommaerts, C. (February, 2010). Will Health Care Costs Bankrupt Aging Boomers? Urban Institute.

공)건강보험 가입이 의무화되며, 직장보험에 가입하지 못하는 개인들 또는 100인 이하 소규모 업체는 건강보험거래소를 통해 보험을 구매할 수 있다. 이러한 내용을 포함하는 개혁안의 주요내용은 다음의 <표 3>과 같다.

3. 노인인구에 영향을 미치게 될 개혁법안의 내용

앞서 정리한 건강보험 개혁의 주요내용은 다

른 일반인들에게와 마찬가지로 노인들에게도 직접적인 영향을 미칠 것이다. 예를 들어, 현재 메디케어 대상 노인들은 예방서비스를 받기 위해 대부분 서비스비의 20%를 본인이 부담해야 하는데, 이는 곧 약 \$700에 이르는 대장내시경 검사의 경우 \$140의 고액 본인부담비가 발생하는 것을 의미한다.⁶⁾ 그러나 앞서 언급했듯이 이번 개혁안을 통해 민간보험 및 공공보험의 모든 예방서비스가 무료로 제공되면, 노인들의 예방 진료서비스의 접근성은 매우 향상될 것이며, 장기적으로는 더 건강한 노후생활을 보장할 수 있

6) Office of Health Reform (2010). Health Insurance Reform and Medicare: Making Medicare Stronger for America's Seniors. <http://www.healthreform.gov>

표 3. 건강보험 개혁안의 주요내용

구분	주요내용
건강보험가입 의무화	<ul style="list-style-type: none"> • 2014년부터 모든 미국 시민권자의 건강보험가입 의무화 • 미가입자는 개인당 년 \$695 이상(가족 당 최대 \$2,085) 또는 가계소득의 2.5%를 벌금으로 지불해야 함(2014년~2016년 단계적 진행) • 단, 저소득층, 인디언, 3개월 미만 미가입자 등은 벌금 제외
공공보험 프로그램의 확대	<ul style="list-style-type: none"> • 연방빈곤선 133%(개인 연소득 \$14,404 미만)까지 해당하는 65세 미만의 모든 인구로 메디케이드 적용대상 확대(SCHIP와 더불어 이들 신규가입자는 1,600만명에 이를 것으로 추정) • 기존 수혜자는 그대로 기존제도 적용(2019년까지) • 빈곤선 133%를 넘지만 직장보험이 없는 경우 신설되는 주(State)운영 건강보험거래소(American Health Benefit Exchanges)를 통해 보험가입 가능
공공보험 프로그램의 확대	<ul style="list-style-type: none"> • 건강보험거래소에서는 개인이 건강보험을 살 수 있으며, 소규모업체(직원 100명이하)들의 보험구매를 위한 시장 또한 따로 존재함. 보험상품 정보공개로 가격비교가 가능하게 하여 저렴한 비용으로 보험에 가입할 수 있도록 함. • 빈곤선 133~400%에 해당하는 가구에 보험료 및 본인부담금에 대한 정부보조금이 소득에 따라 차별적으로 지급됨.
민간보험 변경사항	<ul style="list-style-type: none"> • 개인병력, 성별 등으로 인한 보험가입 거부 및 차별 금지 • 신설되는 모든 보험은 지정된 최소한의 서비스를 포함 및 연 본인부담금 한도액 설정 의무 있음. 예방서비스에 대한 본인부담 금지 및 일생동안의 혹은 매년의 급여범위 제한 금지 • 부모건강보험에 편입될 수 있는 자녀의 연령제한을 26세로 상향조정 • 최대 대기기간(waiting period)는 90일로 제한
고용주 의무사항	<ul style="list-style-type: none"> • 50인 이상 고용한 고용주가 고용인에게 건강보험을 제공하지 않을 시 풀타임 고용인 1인당 최고 \$2,000 벌금 부과 • 건강보험을 제공하는 고용주는 또한 빈곤선 400%미만 및 보험료가 소득의 8~9.8%에 해당하는 고용인에게는 바우처를 지급해야 함.
비용	<ul style="list-style-type: none"> • 2019년까지 향후 10년간 약 \$9,380억 소요 예상(Congressional Budget Office: CBO) • 비용은 메디케이드 및 메디케어 기금, 새로운 세금 및 벌금 등으로 충당 • 향후 10년간 \$1,240억의 건강관련 정부적자 감소 예상

자료: "Kaiser Family Foundation(April 5, 2010). Focus on Health Reform: Summary of Coverage Provisions in the Patient Protection and Affordable Care Act and the Health Care and Education Reconciliation Act of 2010(Publication No. 8023-R)" 의 주요내용 표로 재구성

을 것이다.

다음에서는 노인만을 대상으로 하거나 노인 인구가 대상자의 많은 부분을 차지하는 프로그램에 관련된 개혁안의 내용을 1) 메디케어프로

그램 강화, 2) Aging in Place 실현 노력, 3) 요양 기관 및 간병인력 관리 강화, 4) 의료서비스 모델 개선, 그리고 5) 노인정의법 강화라는 특징으로 분류하여 살펴보고자 한다.

1) 메디케어(Medicare) 프로그램 강화

메디케어는 65세 이상 노인이나 그 밖의 건강상 문제로 인해 소정의 자격 대상에 해당하는 자들을 위한 연방의료보험제도로, 급여종류 또는 형태에 따라 병원보험인 Part A, 진료보험인 Part B, 메디케어 어드밴티지 (Medicare Advantage: Part C), 그리고 약제보험(Drug Benefit Coverage: Part D)으로 나뉜다. 이 중 메디케어 어드밴티지는 연방정부가 운영하는 기존의 Part A와 Part B 대신 민간 보험 상품을 통해 급여를 지급받는 것으로, 어드밴티지 가입자는 Part A와 Part B 가입자보다 평균 월 \$135를 더 지불하고 치과나 안과 등의 진료에 대한 추가급여를 받을 수 있다. 하지만, 메디케어 가입자가 Part A와 B가 아닌 어드밴티지를 이용할 경우, 연방정부는 참여 민간보험사에 지불해야 하는 보조금 등으로 인해 2009년 평균 13%, 하와이 주의 경우 평균 38%까지 많게 급여비를 지불한 것으로 나타났다.⁷⁾ 반면, 메디케어 독립 의회사문기구인 MedPAC(Medicare Payment Advisory Commission)에 의하면 이러한 어드밴티지 프로그램에 대한 정부의 초과지불금액 만큼 더 좋은 급여가 소비자들에게 제공되지는 않고 있어, 개혁안은 2011년 메디케어 어드밴티지 기준 보험료를 2010년 수준으로 고정시키는 것을 시작으로, 3년, 5년 그리고 7년이 지나면서

단계적으로 점차 그 기준 보험료를 낮추기로 하였다.

메디케어와 관련된 또 다른 중요한 개혁은 약제비 본인부담경감에 대한 것이다. 메디케어 약제보험인 Part D는 보험의 연 공제액과 처방약 구입비가 \$2,830 ~ \$4,550(보장갭(Coverage Gap), 일명 '도넛 홀(doughnut hole)'이라 불림)에 해당하는 경우 그 비용 전부를 해당 가입자가 부담하도록 해왔다. 2007년에는 전체 Part D 가입자의 14%에 해당하는 약 3천4백만의 노인이 이 도넛 홀에 빠졌던 것으로 나타났다.⁸⁾

하지만, 개혁 법안은 2010년 모든 도넛홀에 빠진 Part D 가입자에게 \$250의 약제비를 환급하는 것을 시작으로 점차 약제비 본인부담률을 감소시키고자 한다. 2011년부터 제약사의 동의 아래 Part D 가입자는 도넛홀에 해당하는(누적 약제비 지출금액이 \$2,830 ~ \$4,550사이에 해당하는 경우) 총 브랜드 약값의 50%를 할인받을 수 있다. 메디케어는 단계적으로 도넛홀에 해당하는 브랜드약제(2013년부터) 및 일반복제약(2011년부터) 구입을 위한 추가 보조금을 지급하여, 현재 보장갭(coverage gap)에서의 본인부담률 100%를 최종적으로 2020년까지 25%로 낮출 계획이다.

또한, 본인부담률 조정에 있어 브랜드 약품과 일반복제약이 구별되어 이루어진다. 브랜드약제의 경우 가입자는 제약사로부터 약값의 50%

7) Biles, B., & Arnold, G. (2010). March 2010 Working Paper: Medicare Advantage Payment Provision. Department of Health Policy, George Washington University.

8) Hoadley, J., Thompson, J., Hargrave, E., Cubanski, J., & Neuman, T. (November 2008). Medicare Part D 2009 data spotlight: The coverage gap. Retrieved November 19, 2008 from <http://www.kff.org/medicare/upload/7834.pdf>

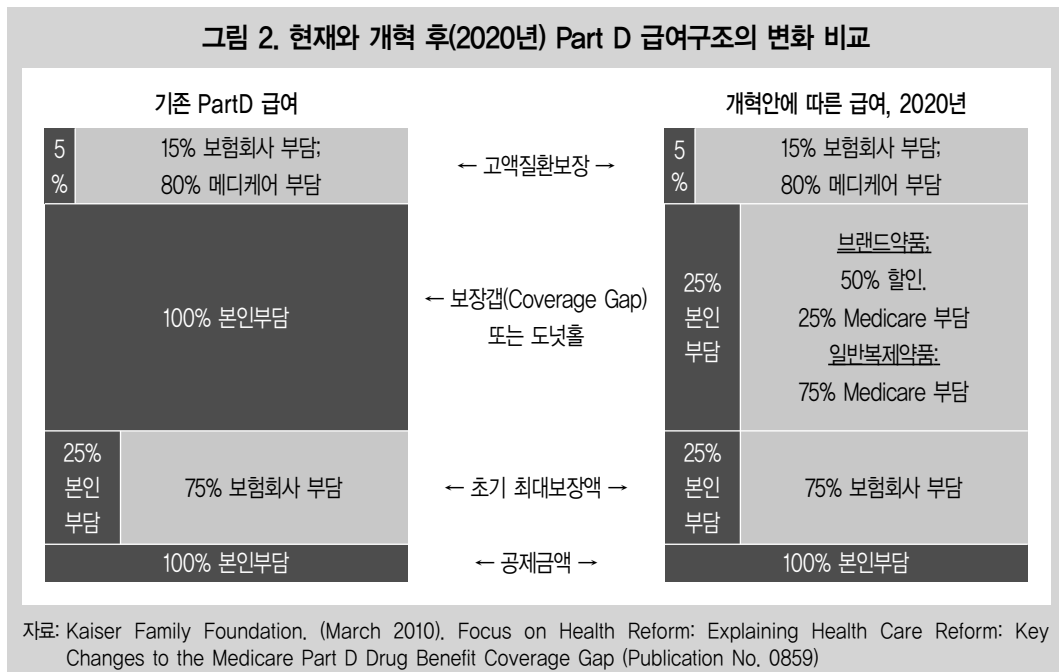
를 할인받고 연방정부로부터 25%의 보조금을 지원받아(2013년부터 단계적으로) 최종적으로 전체 약제가의 25%를 지불하는 반면, 일반복제약의 경우는 메디케어(정부)에서 일반복제약 구입비용의 75%를 보조함으로써, 가입자는 나머지 25%만 지불하게 된다. 다음 [그림 2]는 현재와 비교하여 2020년 약제보험의 급여구조가 어떻게 변화할 것인지 보여준다.

2) AIP(Aging in Place) 실현 노력

“Aging in Place (AIP)란 한 사람 한 사람이 세월이 지나도 현재 살고 있는 집 혹은 지역사회 내에서 지속적, 독립적으로 살 수 있게 하는 것

을 말한다. 삶의 질을 높이고, 독립적인 노후생활을 가능하게 하고자 하는 AIP에 대한 선호도와 관심이 전 세계적으로 높아지고 있다. 미국도 예외는 아니어서, 미국은퇴자협회(American Association of Retired Persons: AARP)의 조사에 의하면 약 10명 중 9명의 미국 노인은 요양소에 입소하는 대신 그들의 집과 지역사회에 그대로 머물며 서비스를 지원받을 수 있길 원한다고 한다. 삶의 질이 보장된 AIP 실현을 위해서는 노인들이 계속 지역사회 내에 거주할 수 있도록 제반 공공시설, 주거환경, 첨단 기기, 여가생활 시설 및 프로그램 등이 갖추어져야 한다.”⁹⁾ 특히, 노인들은 건강 및 의료서비스의 부담으로 장기 요양원이나 병원에 장기적으로 입원해야 할 경

그림 2. 현재와 개혁 후(2020년) Part D 급여구조의 변화 비교



9) 박영숙, 제롬 글렌, 테드 고든. (2008). 유엔미래보고서: 미리가본 2018년. 교보문고.

우가 많기 때문에, AIP 실현을 위해서는 무엇보다 재가 및 지역사회 의료서비스가 강화되어야 한다.

한편, 재가 의료서비스는 시설요양에 비해 경제적, 효율적이기도 하다. AARP에 의하면 요양소에서 한 사람을 돌보는 비용은 3명의 장애인과 노인을 가정 및 지역사회 내에서 돌볼 수 있는 비용과 같다고 한다. 이러한 이유로 개혁안은 공공보험의 재가서비스 지원확대를 통해 노인들의 “Aging in Place(AIP)”를 증진시키고 공공보험 재원을 안정시키고자 몇 가지 프로그램을 신설하였다.

그 중 하나는 장기요양보험에 관한 프로그램이다. 미국노인들은 지금까지 민간보험사를 통해 장기요양보험을 구매하거나 대부분 무보험 상태였는데, 본 개혁안은 “Community Living Assistance Services and Supports(CLASS)”이라는 임의가입형태의 국가 장기요양보험을 신설하였다. CLASS가입자는 급여공제형식으로 5년 이상 보험료를 지불하면, 추후 기본적인 일상생활이 불가능하게 되었을 때 지역사회 또는 집에서 제공되는 보조서비스 구매를 위한 현금 급여를 받을 수 있다. 이러한 재가서비스 말고도, CLASS가입자는 노인주간보호소이용액, 교통비 및 요양원에서 사용할 안전장치 구입금액을 보상받게 된다.

CLASS가 임의보험인 것과 달리, 메디케이드 내에 신설되는 Community First Choice Option은 각 주 정부의 의무적용프로그램으로, 이 역시 지역 및 재가서비스를 강조하고 있다. 이 옵션은 시설요양이 필요할 정도의 신체적·정신적 장애를 가진 메디케이드 대상자들이 지역사회

회에서 계속 거주하며 서비스를 받을 수 있도록 일상생활 및 의료업무(병원진료 동행 등)를 지원한다.

3) 요양기관 및 간병인력 관리 강화

개혁안에 따르면, 요양기관의 운영 투명성과 서비스 질 관리를 위해, 모든 노인요양원은 기관장 및 운영위원회에 대한 정보, 소속 직원 정보, 회계 및 요양원 운영과 관련된 다른 제반 상황에 대해 공개하며, 정부는 이러한 정보를 수집하여 일반에 간병서비스제공시간, 직원의 이직률 및 보수 등에 관해 보고해야할 의무가 있다. 또한 각 요양기관은 “질 관리 및 서비스 향상을 위한 프로그램(Quality Assurance and Performance Improvement Program)”을 시행하여 항상 일정 수준 이상의 서비스가 제공될 수 있도록 노력하고 스스로 감독해야 한다.

한편, 노인 간호간병인력을 강화하기 위한 내용 또한 개혁안에 포함되어 있다. 정부는 현재 일부 주에서 시범사업 중인 전과기록 점검(Criminal Background Check)사업을 전국으로 확대하여 전과기록을 가진 간병인들로부터 노인과 장애인을 보호해야 한다. 이는 모든 주의 장기요양 또는 재가복지시설에서 근무하고자 하는 모든 간병인들에게 적용된다. 전과기록 점검사업과 더불어, 간호간병인력의 전문성을 강화하기 위한 다양한 훈련 프로그램과 간호간병 분야 임상전문가, 교육기관들을 위한 다양한 포상 및 재정지원이 연방 및 주정부와 지역의 노인교육센터(Geriatric Education Centers: GECs)를 통해 제공된다.

4) 의료서비스 모델 개선

개혁안은 의료서비스 모델과 관련하여 크게 다음 2가지 부문에 대해 프로그램을 신설하거나 강화하였다. 먼저, 개혁안은 1차 진료에 다양한 분야의 의료전문인들이 함께 팀으로 협력하는 사례관리(Care Coordination)를 강화하고 재가진료를 장려하여 보다 환자중심(patient-centered) 진료, 저비용고효율의 서비스 제공이 이루어지도록 한다. 예를 들어, 꼭 필요한 경우에는 메디케어 환자가 집에서 1차 진료를 받을 수 있도록 하는 “Independence at Home”이라는 시범사업을 새롭게 시행하며, 다학문적(interdisciplinary 또는 interprofessional) 사례관리 지원을 위한 정부보조금을 신설한다. 또한 개혁안은 메디케어 프로그램 내에 의료진들의 연합인 책임진료기구(Accountable Care Organizations: ACOs)설립을 골자로 하는 “비용절약통합진료(shared saving)” 프로그램을 시행한다. 이 프로그램은 ACOs 소속 의료서비스제공자들이 자발적으로 협력 및 조정을 통해 환자들을 통합진료하여 통합적·효율적 서비스 전달을 가능하게 하는 것을 목적으로 하는데, 소속의사들이 개별적으로 진료서비스를 제공했을 때보다 통합진료했을 때 그 비용을 일정 기준이상 절감하면 인센티브를 주는 방식이다.

또 다른 개혁내용은 메디케어 지불체계 개선에 관한 것이다. 현재 메디케어는 개별 서비스 행위별로 지불해야하는 행위별 수가제도(fee-

for-service) 지불체계인데, 개혁안은 메디케어 입원환자의 경우 입원 시 3일전부터 퇴원 후 30일까지의 모든 진료행위에 대해 통합지불(bundled payment)하도록 하는 시범사업을 운영할 것이다.<표 4>는 메디케어 또는 메디케이 드 프로그램의 의료서비스 모델 개혁을 위한 방안들의 자세한 내용을 담고 있다.

5) 노인정의법(Elder Justice Act) 강화

노인정의법(Elder Justice Act)이란 노인 학대·방임의 예방 및 처벌에 관한 법으로, 이번 건강보험개혁안은 이 노인정의법의 확대 및 강화를 위한 방안 또한 포함하고 있다. 방안의 내용은 주로 기존 프로그램 확대 및 주정부에 대한 관련 보조금에 관한 것으로, 예를 들어 가정 내 노인 학대를 예방·해결하기 위한 성인보호서비스(Adult Protective Service: ARS)에 \$40억을 지원하며, 장기요양시설에서의 노인 학대 사례를 조사하고 해결하는 장기요양보호 옴부즈맨 프로그램(Long Term Care Ombudsman Program: LTCOP)에 \$3억2천5백만과 추가로 \$4억의 옴부즈맨 훈련비를 지원한다. 세부적인 지원 내용은 다음과 같다.¹⁰⁾

- 2년 이내 노인학대, 방임 및 착취관련 연방/주/지역/민간 기관의 프로그램 조정을 위한 노인정의실현위원회(Elder Justice Coordinating Council) 설립
- 성인보호서비스(ARS)에 첫 회 \$40억 지원

10) Lindberg, B., & MacInnes, G. (March, 2010) GSA News: Health Care Reform Provisions Affecting Older Adults. Gerontological Society of America (GSA). www.geron.org

표 4. 메디케어 또는 메디케이드 프로그램의 의료서비스 모델 개혁법안

구분	개혁방안	내용	프로그램 수급자
사 례 관 리 장 려	“Independence at Home” 시범사업	- 메디케어 수급 대상자 가정에서 1차 진료 제공 - 팀진료제를 실시할 수 있음	고도의 의료서비스를 요구하는 메디케어 대상자
	메디케어/ 메디케이드 서비스 조정	- 메디케어와 메디케이드 이중 수급대상자들의 서비스를 위한 기관이나 프로그램을 CMS 내 신설	
	메디케어 비용절약통합진료 (shared savings) 프로그램	- 책임진료기구(Accountable Care Organizations: ACOs) 설립 • 메디케어 Part A와 B수급대상자들의 서비스 관리 및 조정을 위해 일정 조건이 맞는 의료진들이 자발적으로 연합하여 공동으로 일할 수 있도록 함. • 참여 연구진은 일정 기준이상의 서비스 질을 보장하고, 정해진 기준이하로 비용을 절감하면 프로그램에 따라 보상을 받을 수 있음.	메디케어 Part A와 Part B 수급자 ACO 참여의료진
	메디케이드 시범사업	- 병원 입원과 관련하여 통합 진료를 추구하는 시범사업을 메디케이드 내 실시 (2012년 1월 1일~2016년 12월 31일)	
	메디케이드 주정부 프로그램 신설	- 만성질환 (정신질환, 약물중독, 당뇨병, 심장질환, 비만 등) 을 가진 메디케이드 대상자들이 그들이 원하는 주치의(또는 단골 의료전문가 팀)을 지정할 수 있도록 함.	만성질환을 가진 메디케이드 가입자
	정부재정지원	- 1차 진료 활성화를 위해 지역사회 기반의 다학문적 의료진(interdisciplinary, interprofessional team) 구성 장려: 재정지원 또는 의료전문가 간 계약 지원	각 계의 의료전문가
지 불 체 계 개 선	메디케어 및 메디케이드 센터(Center for Medicare and Medicaid Services: CMS) 내 혁신센터 구축	- 환자중심 의료서비스와 사례관리를 장려하기 위한 다양한 메디케어, 메디케이드 지불체계에 대해 시범테스트 및 평가 실시	
	통합지불 (bundled payment) 시범사업	- 메디케어환자 입원 시 입원 3일전부터 퇴원 후 30일까지의 모든 진료행위에 대해 통합지불 (bundled payment) 하도록 함	메디케어가입 입원환자

출처: Lindberg, B., & MacInnes, G. (March, 2010) GSA News: Health Care Reform Provisions Affecting Older Adults, Gerontological Society of America (GSA)의 일부내용을 참고하여 표로 구성

- 노인학대 탐지 및 예방을 위한 여러 프로젝트들을 테스트해보기위한 주정부 시범 사업에 \$10억 지원
- 노인학대, 방임 및 착취 전문 과학수사대 (Elder Abuse, Neglect and Exploitation

- Forensic Centers) 설립 및 지원을 위해 \$2억6천만 지원
- 장기요양보호 옴부즈맨 프로그램(LTCOP)에 \$3억2천5백만 지원 및 전국/주별 옴부즈맨 프로그램 훈련비에 \$4억 지원

- 장기요양 관련 기관(재가 및 시설요양) 종사자들의 훈련, 모집, 인센티브 지원을 통한 장기요양기관인력강화를 목적으로 \$6억7천5백만의 보조금 허가

4. 결론

이상에서 살펴본 바와 같이 이번 미국의 건강보험개혁은 미국 의료체계 및 전 국민에게 큰 영향을 미치게 될 것이다. 노인인구의 수적 증가와 더불어 노인들의 높은 의료서비스 필요성 및 고액의 의료비 지출 경향으로 인해 이번 개혁안은 특히 노인들에게 많은 영향을 줄 것으로 예상된다. 본고에서는 이러한 노인관련 건강보험 개혁안의 내용을 메디케어 강화, Aging in Place 실현 노력, 요양기관 및 간병인력 관리강화, 의료서비스 모델 개선, 그리고 노인정의법 강화라는 5가지 특징으로 체계화하여 살펴보았다.

메디케어 Part D 약제급여의 도넛 홀은 Part D 신설 때부터 개선의 목소리가 높았던 부분이다. 이 도넛홀에 빠진 노인들은 평균 월 \$340, 년 \$4,080에 이르는 금액을 약제비로 지출해야 하는 것으로 나타났으며, 한 연구의 조사에 의하면, 이러한 도넛홀에 빠진 노인들의 평균 14% 정도는 고액의 약제비 부담으로 꼭 필요한 약조차 구매하지 못했다고 한다. 따라서 Part D 개혁으로 인해 노인들은 전보다 재정 부담을 덜

고 필요한 의약품을 구입할 수 있을 것이다.

약제 급여 개혁내용에서 특히 눈여겨보아야 할 점은, 일반 복제약은 메디케어의 보조금지급(75%)만으로 도넛홀에서의 본인부담률을 25%로 줄이는 반면, 브랜드약품의 경우 연방정부의 보조(25%)와 함께 제약사로 하여금 약제가격을 50%할인하도록 하여 가입자의 본인부담률을 줄이는 차별적 정책을 채택했다는 것이다. 미국은 영국, 프랑스, 캐나다 등 보다 50%정도 약제비가 비싸다는 점에서, 브랜드 제품에 대한 제약회사의 약제 값 할인은 제약회사의 과도한 초과이익을 예방하는 동시에 노인들의 본인부담을 줄일 수 있을 것으로 기대된다.

여러 유럽의 OECD 국가의 선례를 볼 때, 약제급여개혁으로 인해 의약품의 가격이 하락하거나, 일반 복제약의 장려 정책으로 브랜드 의약품 지출이 감소할 경우, 약품특허로 인해 제약사가 누릴 수 있는 효과를 약화시켜 그들로 하여금 신약개발이나 R&D투자에 소극적이게 만들 수 있다.¹¹⁾ 반면, 메디케어 Part D의 개혁안은 일반복제약과 브랜드 의약품의 본인부담률을 동일하게 25%로 설정하여, 브랜드 약품의 가격하락으로 인한 제약사의 신약개발 동기부여 감소를 최소화 할 수 있을 것으로 보인다.

이러한 약제급여에 관한 개혁은 우리나라에도 많은 시사점을 준다. OECD Health Data에 의하면, 우리나라는 전체의료비 지출액 중 약제비가 차지하는 비중이 24.7%로 OECD 평균인 17.1%에 비해 매우 높은 편이다(그림 3 참조).

11) Brekke, K., Grasdahl, A., & Holma, T.H. (2009). Regulation and pricing of pharmaceuticals: Reference pricing or price cap regulation? European Economic Review, 53. pp.170~183

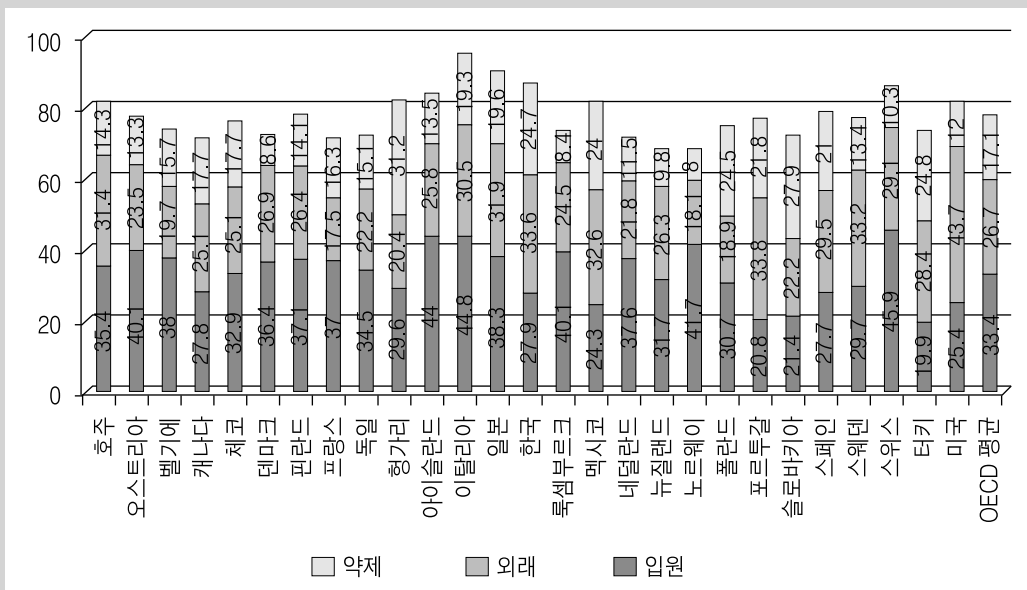
최근 우리나라는 의약품 저가구매 인센티브가 올해 2010년 10월부터 시행되는 등 약제비 적정화를 위한 정책들이 모색되고 있다. 반면, 이러한 의약품 저가정책으로 인해 신약개발 투자도 함께 감소하는 것은 아닌지에 대한 우려의 목소리도 공존하는 현실에서, 메디케어 Part D의 브랜드 약품-일반 복제약의 차별적 가격정책의 귀추가 주목된다.

전 국민 건강보험제인 우리나라와 건강보험에서 민간 부문이 차지하는 부분이 매우 큰 미국의 건강보험체제는 많이 다르지만, 요양관련 인력 및 기관 관리 강화, 의료서비스 모델개선, Aging in Place 실현 노력, 노인 학대 방지 노력 등은 한국사회에도 많은 시사점을 준다.

먼저, 메디케어의 환자중심(patient-centered) 진료를 추구하고자 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등의 다양한 의료전문가들이 팀을 구성해 각 환자를 사례 관리하는 의료모델은 이 중적 의료서비스 수혜를 방지하고, 환자의 의료적 수요(needs)를 통합적·동시적으로 관리 및 해결할 수 있다는 점에서 효과적인 모델로 사료된다. 이와 더불어 이러한 팀제 사례관리 의료모델을 ACOs 및 인센티브 부여를 통해 의료서비스 제공자들이 자발적으로 참여하도록 하는 프로그램과 병원 입원 전부터 퇴원 후 사후관리까지의 모든 진료에 대해 통합지불(bundled payment) 할 수 있도록 한 프로그램이 시범적으로 시행되는데, 이 또한 앞으로의 시행과정 귀

그림 3. 전체 의료비 중 입원, 외래 및 약제비 비중(2007년 또는 가장 최근연도 기준)

(단위: %)



주: 자료입수가 불가능했던 그리스, 아일랜드와 영국은 제외
출처: OECD Health Data, 2009.

추가 주목된다. 메디케어는 우리나라와 동일하게 행위별 수가(fee-for-service) 지불제도를 시행하고 있으므로, 행위별 수가제도 하에서 이러한 통합지불제도 및 사례관리 의료모델이 어떻게 작동하는지 살펴보는 것은 큰 의미가 있다고 여겨진다.

더불어, 메디케어와 메디케이드의 ACOs를 비롯한 다양한 사례관리 지원 프로그램에서 어떻게 여러 분야의 의료전문가들이 협력하고 서로의 전문성을 공유하는지, 어떤 방식으로 환자에 대한 정보를 공유하는지 살펴보는 것은 의미가 있다. Hofmarcher 등(2007)은 사례관리에서 코디네이터 또는 사례관리사의 역할이 잘 드러나지 않는 점, 그 전문성에 대한 재정적 보상이 약하다는 점, 그리고 팀 내 의료전문가들 간에 역할경계(scope-of-practice)를 넘지 않으려는 경향이 사례관리의 성공을 저해할 수 있다고 보았다.¹²⁾ 따라서, 자발적인 의료공급자 기구인 ACOs에서 사례관리자의 역할이 잘 드러나는지, 메디케어나 메디케이드에서의 사례관리 프로그램에서 사례관리사에 대한 역할은 어떻게 규정되며 어떤 자격조건이 요구되는지 등을 살펴보는 것은 우리나라 사례관리 모델에서도 유의미할 것이다.

요양기관 개선과 관련하여, 정부의 요양원 운영 및 서비스 질 감독을 강화하고자 하는 점 또한 우리나라에 시사점을 준다. 미국은 전국 각 요양원의 운영정보를 정부에서 수집하여 일반인들에게 공개하도록 하였다. 이는 요양원에 입

원하고자 하는 노인 및 그 가족들에게 신뢰할 만한 정보를 제공하여 가장 최선의 요양원을 선택할 수 있도록 돕는다. 이를 위해 특히 정부는 요양원 비교검색을 위한 웹사이트(Nursing Home Compare Web site)를 운영(<http://www.medicare.gov/NHCompare>)하고 있는데, 이 웹사이트에서는 요양원의 지역적 위치, 서비스 내용, 직원 수 및 구성, 가격 등 자신이 알아보고자 하는 여러 조건에 따라 알맞은 요양원을 검색할 수 있으며, 요양원 운영 정보 및 정부의 평가결과(요양원 등급) 등을 자세히 살펴볼 수 있도록 하여, 요양원 선택 시 소비자의 자기 결정권을 충분히 보장하고자 노력한다.

다음으로 요양인력 강화를 위한 다양한 훈련 프로그램을 마련하고 포상 및 재정지원을 위한 여러 가지 정책들을 마련했다는 점 또한 의미가 있다. 이러한 훈련프로그램 및 재정지원은 많은 경우 연방 및 주정부와 지역의 노인교육센터(GECs)에서 이루어지는데, 이러한 교육센터에서 여러 분야 또는 다양한 훈련/교육 수준의 인력 관리가 함께 이루어지면서 통합적, 체계적 훈련이 되게 하고, 더 나아가 팀제 의료모델을 성공하는데 기반이 될 수 있을 것으로 사료된다. 이러한 훈련프로그램과 더불어 간호간병인력에 대한 다양한 포상 및 인센티브는 간호간병 분야의 경쟁력 및 전문성을 고취시킬 수 있을 것이다. 특히, 시설이나 가정에서 직접적으로 환자들을 수발하는 간병종사자들에게는 훈련, 모집 및 인센티브 제공 목적으로 \$6억7천5백만

12) Hofmarcher et al. (2007). Improved Health System Performance through Better Care Coordination. OECD Health Working Papers, No.30.

의 보조금이 노인정의법에 의해 지급되는데, 이는 간병종사자들에 대한 충분한 재정적 보상과 훈련이 질 높은 서비스를 보장하고, 간호간병인에 의한 노인 학대 및 방임을 예방할 수 있다는 점을 고려한 것으로 여겨진다.

간호간병을 포괄하는 의료분야는 우리나라에서도 사회적일자리 창출의 주요부문이다. 보건복지부 일자리지원사업의 “가사간병도우미,” 노동부 사회적일자리사업의 간병 및 재가 복지 분야 등이 이에 해당되며, 간병 및 재가복지는 노동부 사회적일자리 사업의 전체 12개 분야 중 2005~2007년에 걸쳐 가장 많은 비중을 차지하였다(22.5%→33.7%→27.2%).¹³⁾ 미국의 건강보험개혁 내용을 미루어 볼 때, 간호간병분야에 대해 사회적 일자리를 창출하는 것에 그치는 것이 아니라, 동 분야의 기존 종사자 및 신규인력에게 충분한 인센티브와 훈련이 제공될 때 간호

간병부문의 전문성이 향상되고, 질 높은 서비스 제공이 가능하리라고 사료된다.

이처럼 미국의 건강보험개혁은 100여년 만에 이루어 낸 총체적 건강보험개혁으로 여러 의미 있는 개혁내용을 담고 있다. 다만, 개혁안들이 제대로 시행되며 그 기대효과를 달성하기 위해서는 앞으로도 꾸준한 연구와 노력이 필요하다. 예를 들어, 의무가 아닌 임의가입형태의 장기요양보험에 얼마나 많은 국민이 가입할 지, 메디케어 어드밴티지 보험료 감액으로 인한 어드밴티지 소속 민간보험의 급여 감소가 부정적 영향을 미치지 않을 지 등의 모니터링이 필요하다. 또한 개혁 정책들이 올해 시행하기 시작하여 앞으로 10여 년 동안 장기적·단계적으로 확대 시행되는 만큼, 그 효과성 및 개선점에 대한 지속적인 평가가 필요하다고 여겨진다. 문건
복지

13) 홍현미라 (2008). 노동부 사회적일자리사업의 현황 및 특징, 정책제언: 2005년~2007년 사업에 대한 추이분석. 사회적 기업연구 1(1). pp. 13~39.