

미국의 Health Care System의 변화를 향한 시도: California의 Universal Health Insurance 도입 배경을 중심으로

윤석원

University of South Carolina 사회사업학과 박사과정

1. 들어가는 말

미국은 세계에서 의료보장체계(Health Care Systems)가 기술적으로 가장 발달한 국가 중 하나라고 자부하고 있다. 그러나 헬스케어의 지속적인 비용증가는 개인이나 국가에 경제적인 부담을 가중시켜온 것이 사실이다. 실제로 1990년과 2002년 사이에 연간 총 국가의료비 지출 부담은 거의 700billion 달러에서 1.6 trillion 달러로 증가하였다. 이러한 추세대로 나아간다면 2012년에 그 비용은 3.1trillion 달러에 이를 것으로 예상된다(AARP, 2004)¹⁾. 의료비 지출비용이 증가하면 할수록, 개인들이나 가족들의 의료비 지출은 엄청나게 증가할 것이다.

실상가상으로 이러한 의료비 비용증가는 미국 시민들로 하여금 의료서비스에 대한 접근을 어렵게 하는 역할을 하여 왔다²⁾. 그리고 영세사업장에서는 엄청난 비용증가 때문에 의료보험

을 제공하지 못하고 있는 실정이다. 더군다나 대부분의 노인들이 메디케어(Medicare)를 갖고 있다 할지라도 이 프로그램은 그 수혜자 의료보장 비용의 50%만을 지급해 주고 있다³⁾.

그동안 이러한 문제들과 관련하여 미국의 의료보험체계에 대한 논쟁에서 보수주의자들의 의견이 크게 영향을 미쳐왔는데, 그 논의인 즉, Health Care가 “권리에 따른 수혜”인가 “선택에 의한 수혜”로 주어져야 하는 것이냐가 그 주요 이슈였다. 일반적으로 보수주의자들의 관점에 따라 의료보호는 권리가 아니라는 의견이 힘을 받아왔던 것이 사실이다. 그러나 최근 유럽의 관점을 어느 정도 다시 받아들이면서, 자유주의자들과 많은 정치 지도자들이 의료보호는 전국민이 수혜를 받을 수 있는 권리가 되어야 한다는 주장이 더욱 증가되어 왔다.

이러한 실정에서 의료보험에 대한 개혁의 목소리가 끊임없이 증가하고 있는데, 최근 메사추

1) AARP, The Policy Book, 2004.
 2) US Census Bureau는 2002년에 모든 연령인구의 43million이 의료보험을 갖고 있지 못할 것이라고 예상하고 있다 (California Governor's Health Care Proposal, 2006).
 3) 또한 Medicare 프로그램은 빈곤선 이하의 사람들의 40%만 커버해 주고 있으며, 빈곤자들의 30%는 2002년 현재 보험혜택을 못하고 있다(California Governor's Health Care Proposal, 2006).

세츠주에서 전국민 의료보장체계(Universal Health Care Systems) 법안을 통과시킨 것을 계기로 캘리포니아주도 주지사의 명에 의하여 이 법안을 도입하려는 움직임을 보이고 있어 주목을 받고 있다. 따라서 본고에서 살펴 볼 내용은 다음과 같다. 첫째, 미국의 이러한 움직임 가운데 전국민 의료보장체계(universal health care system) 도입의 필요성을 증가시키는 요인으로서 미국 의료보장체계 내에서 비용증가를 초래하여 온 요인을 살펴보고, 둘째로 캘리포니아에서 도입하려고 하는 의료보험 체계의 내용을 간략하게 살펴본다.

2. 전국민 의료보험(Universal Health Insurance)의 필요성에 영향을 미쳐온 미국의 의료보장체계(Health Care Systems)의 개략적 요소

1) 변화(Transformation)

지난 20여 년간 미국의 의료보험체계는 많은 변화를 겪어왔는데, 이러한 변화를 이끌게 된 배경은 역시 그 비용의 엄청난 증가이다. 그러한 변화의 결과로서 미국의 의료보장체계는 시장경쟁(Market Competition)과 사유화(Privatization)를 특징으로 한다. 미국은 선진국 중 유일하게 시민권으로서의 모든 시민들의 의료서비스에 대한 접근

권을 보장하지 않는 나라이다. 독일⁴⁾을 제외한 28개 선진국들은 단일 지불인(single payer) 시스템을 갖고 있다.

1990년대 초반 이러한 변화의 목적은 불필요한 서비스의 전달을 막기 위해 서비스 제공자들의 재정적 위험을 분담하고 비용증가를 억제하는 것이었다. 그러나 계속되는 비용증가와 이익률 감소는 서비스 공급자와 보험업자들의 재정적 안정성을 제한하여 왔다. 이렇게 조성되어 온 외부환경에 의하여 서비스 공급자들은 수용능력을 제한하기 시작하였고, 비효율성을 감소하고자 하는 노력을 증가시켜왔다. 그러나 이제는 더 이상 비용손실을 막는 재정적 구조의 전환 없이는 서비스를 유지하기 어렵게 되어 서비스 비용의 막대한 증가와 서비스 감소를 초래하게 되었다.

2) 의료비 지출(Health Care Spending)

위와 같은 외부환경과 관련하여 1990년대의 완만한 성장과는 달리 의료비에 대한 지출은 최근 몇 년 동안 급속한 증가를 거듭하여 1994년과 2000년 사이에 연간 5.7%, 심지어는 2001년 한해에 8.5%, 2002년에는 무려 9.3%의 성장을 경험하였다. 이러한 비용증가는 2003년과 2012년 사이에 연간 7%정도 증가할 것이라고 예상하고 있으나(AARP, 2004), 국가 의료비 지출(National Health Care Expenditures)은 1966년과

4) 독일은 지난 클린턴 전대통령시절에 제안했던 것과 같이 다중지불인 방식의 전국민 의료보험을 도입하였다(AARP Policy Book, 2004).

해외제도 하이라이트

1988년 사이에 평균 연간 성장률 12%미만의 비율로 증가하였다.

이러한 의료비 증가의 요인으로는 첫째, 많은 의료보험 수혜자들이 상대적으로 덜 제한적인 관리 건강보험 플랜(managed care plan)으로 이동하고 있다는 것이다⁵⁾. 둘째로, 새로운 의료기술의 도입과 높은 의료 인플레이션이 의료비 증가의 원인이 되고 있는 것이다⁶⁾. 세 번째로, 1995년 이후 처방약에 대한 의료보험이 국가 의료비 지출의 내용면에서 큰 부분을 차지하게 되었다는 것이다⁷⁾.

그러나 가장 큰 요인으로서의 정책입안자, 사용자와 보험업자들이 비용을 억제하려 하기 때문에, 의료보장 비용의 증가라는 영역으로의 비용이동이 초래 되고 있다. 이러한 현상은 공공분야 프로그램마저도 전년도에 비해 상환액(reimbursement) 수준을 낮추려고 시도하기 때문에 서비스 제공자들은 민간 가입자(private payer)들에게 그 비용을 전가하여 비용 손실을 보상받으려 하고 있다.

3) 의료보험 재정 원천(Sources of Financing for Health Insurance)

미국의 민간의료보험(Private health insurance)은 고용여부에 근거한 것으로서 국민 개개인이 자신의 헬스케어에 대한 필요에 따라 재정화 한다는 것을 기본으로 하고 있다. 그리고 근로자와 그 가족이나 은퇴자들은 고용에 근거하여 의료보험의 혜택을 받고 있음에도 불구하고, 의료보험이 없는 대부분의 미국인들은 일을 하고 있거나 일하고 있는 가족들과 동거하고 있는 실정이다. 더불어 다른 공공의료보험의 주요 재정의 원천은 연방정부인데, 이에는 베테랑들과 연방정부 직원, 그리고 군인들을 위한 메디케이드와 메디케어 프로그램을 포함하고 있다.

그리고 공공의료보험과 사적의료보험의 재정 원천에 대한 연방정부 부담금은 소득세와 메디케어 지급급여세(medicare payroll tax) 같은 직접세가 주요 원천이고, 한편 조세 조례를 만들어 고가의 의료비용을 인정하고, 의료보험에 대한 지출을 늘리고자 유도하여 왔다⁸⁾.

5) 예를 들면, preferred provider organization을 말하는데, 서비스 전달체계와 비용을 조정할 수 있는 능력이 되는 plan들에 소비자들이 등록하지 않고 있다는 것이다. 따라서 비용이 싼 업체를 찾고 있다는 해석이 가능해진다(AARP, 2004).
 6) 새로운 서비스 도입과 새로운 의료장비 도입이 그대로 수혜자에게 전가되고 있다는 것이다.
 7) 외래환자 처방약 의료보험이 1994년과 2000년 사이에 연간 13.1%, 심지어 2001년 한 해에 15.7% 성장하였다(AARP, 2004). 그러한 성장은 처방약을 사용하는 비율이 증가하였다는 것이고, 처방약가가 증가되었다는 것이다(AARP, 2004).
 8) 그 예로서는 특정 revenue를 통하여 거둬들이는 것이 아니고, 사용자 부담의 종업원 의료보험과 관련한 사업에 부담을 감소시켜 준다든지, 종업원에 대한 혜택과 관련한 사업의 세금을 삭감하는 것 등을 말한다. 그리고 수혜자 개인이 주장할 수 있는 adjusted gross income의 7.5%초과분에 대하여는 deduction을 청구할 수 있다(Gillick, M. R., & Mitchell, S. L. (2004), A framework for meaningful medicare reform, Journal of Aging & Social Policy, 16(3), p.1-12).

Social Services Highlight

4) 민간-시장에 관한 규정(Private-Market regulation)

미국에서는 65세 이하의 대부분의 노인들이 그들의 의료보험 보상을 민간 시장으로부터 찾기 때문에, 민간시장에 대한 접근은 매우 중요하다. 이러한 민간시장에 대한 접근 증가는 의료보험업자와 민간 의료보험플랜의 변화에 있어서 언제나 그 논의의 중심에 있어왔다.

미국의 민간의료보험(private health insurance)은 주정부 책임 하에 운영되고 있으며, 사용자의 자발적 부담 보험(self-insured)⁹⁾은 연방정부가 관할하고 있다. 따라서 종업원 은퇴 수입보장법(ERISA)은 주정부 산하에 적용되지는 않고 있다. ERISA플랜은 민간의료보험의 중요한 분담을 설명하지 않기 때문에, 이러한 이중적 규정체계는 주의 의료보험과 관리보험 개혁(managed care reform)을 좌절시켜 왔다. 민간의료보험을 규정하기 위한 현 시스템은 소비자들이 그들이 살고 있는 주와 그들이 피보험자 혹은 사용자의 자발적 부담 보험(self-insured health plan)에 의해 커버되는지에 따라 다른 보호규정들을 갖고 있다는 것이다.

한편 연방정부와 각 주정부들은 민간 보험보

상에 접근하는 것을 방해하는 민간의료시장의 규정들을 규제하려고 하여왔다¹⁰⁾. 이러한 보호 규정들은 ERISA 플랜과 종합 보험플랜에 모두 적용한다. HIPAA는 또한 단체 보험 보상을 상실하는 것과 민간보험시장에서 보상의 갱신에 대한 개별시장의 보상에 대한 접근을 보장한다. 그러나 개인으로써 보험을 구입하는 사람들은 그룹을 통하여 커버되는 보험을 사는 것보다 덜한 보호혜택을 갖고 있는 것이다.

또한, 보험금이 알맞게 적용되게 하기 위하여, 덜 건강한 개인들에게 더 넓게 적용하기 위한 비용을 확대시키는 방법을 찾는다는 것은 쉽지 않다. 그러한 가운데, 이러한 비용들이 얼마나 좁게 혹은 넓게 영향을 미치는지에 대한 관례들을 평가하는 것이 확산되고 있다. 현재 그룹이나 개인들에게 보험금을 책정하는 데 건강상태를 사용하고자 하는 보험업자들에 대한 제한이 적용되어지고 있다. 많은 주에서 수혜자들에 대한 보험금 격차를 감소시키기 위하여 순수지역 견적액(pure community rating) 혹은 조정된 지역견적액(adjusted community rating)¹¹⁾을 요구하고 있다.

어떤 주는 보험업자들 간에 위험이 확산되는 것을 돕기 위하여 위험부담 조정(risk-adjustment) 혹은 재보험 공동관리(reinsurance pools)를 만들

9) 종업원 은퇴 수입보장법(ERISA)에 의하여 커버되는 프로그램들을 말한다.
 10) 1996년의 Health Insurance Portability and Accountability Act(HIPAA)의 1조에서, 의회는 group coverage를 변경하고자 사전 병력에 의한 수혜자의 축출을 사용하는 것과 건강상태에 대한 group coverage의 차별적용을 금지하고 있다(AARP, 2004).
 11) pure community rating하에서는 같은 플랜 하에서 커버되는 모든 사람들이 개인의 특성과 상관없이 같은 보험요율을 적용 받게 되며, adjusted community rating 하에서는 pure community rate에서의 변화는 나이, 피부양자수, 지리적 특성 등에 의하여, 건강 상태나 경험 등에 의하여 적용되지는 않는다(AARP, 2004).

해외제도 하이라이트

었다. 그래서 건강하지 못한 사람들에 대한 보상을 제공하는 보험업자들은 위험부담을 하려 하지 않는다. 이와 관련하여 많은 주들은 사적 시장에서 적절한 보험을 발견하지 못하거나 혹은 고위험군 공동관리(high-risk pool)에서 특정 가격 이하의 보험료를 발견하지 못하는 사람들에게 민간보험을 제공하도록 하는 고위험군 공동관리(high-risk pool)을 만들어 왔다. 그리하여 고위험군으로 분류되는 인구에 대한 보험금은 시장평균을 상회하고 있다. 다른 세금이나 보험업자들로 부터의 자금과 함께, 위험군 공동관리는 보험의 대상이 될 수 없는 사람들을 위한 보험금을 보조하도록 돕는다. 심지어 그 보조금으로도, 보험금은 적당한 수입을 갖고 있는 많은 고위험군에 있는 사람들에게 감당할 수 없다. 이와 관련하여, 2002년의 the Trade Act는 새로운 고위험군 공동관리의 창출을 지원하도록 돕는 다든지, 州의 고위험군 공동관리에서 손실을 보조하도록 돕는 단기간의 보조금 프로그램을 만들었다.

3. 캘리포니아의 헬스케어 개혁안 주요내용

1) 배경

위에서 살펴본 바와 같이 미국의 헬스케어 시

스템은 그동안 재정적인 문제에만 치중하여 많은 문제점을 지적받아 왔으며, 많은 국민들이 의료보호의 시각지대에서 수혜를 받지 못함으로써 고통받아 왔던 것이 사실이다. 이러한 배경에서 2006년에 메사추세츠주와 버몬트주에서는 전 국민 의료보험(Universal Health Care Coverage)에 도달하려는 법안을 통과시켰으며, 특히 메사추세츠 주의 새로운 법안에서는 2007년 7월까지 모든 주민들이 의료보험을 가져야 하는 것을 의무로 하고 있다. 이외에도 많은 주¹²⁾에서 이와 같은 의지를 표명하면서 동일한 입장을 취하고 있다. 그 중에 특히 미국에서 가장 큰 주중에 하나인 캘리포니아의 움직임은 큰 의의가 있다 하겠는데, 지난 1월 캘리포니아 주지사는 “캘리포니아 주민 모두가 의료보험을 소유하여야 할 필요가 있다”는 강력한 의지를 표명하면서 이러한 노력에 있어서 모든 주중에 선두가 되고자 노력하고 있는 것이다. 그는 또한 “앞으로 사업주, 개인, 보험 제공자, 보험업자, 그리고 정부가 그 비용을 분담하는 개혁이 필요하다”는 내용의 보고서를 제출한 바 있다¹³⁾.

그 보고서에 따르면 대략 6백5십만 명에 이르는 캘리포니아 주민들이 의료보험의 수혜를 받지 못하고 있다는 것이다. 자세히 살펴보면, 2005년 현재 캘리포니아 주민의 19.4%가 의료보험이 없는 실정이라는 것이다. 이러한 배경에

12) Illinois, Colorado, Louisiana, Maine, Maryland, New Mexico와 Washington주는 의료보호 개혁과 Universal Coverage를 도입하려는 움직임으로 위원회를 구성하여 운영하고 있으며, California, Colorado, Florida, Indiana, Ohio, Oregon, Minnesota, New Jersey와 Wisconsin주들은 법안이 상정되어 계류 중에 있다(National Conference of State Legislatures, Universal Health Care: 2005 Legislation).

13) San Francisco Chronicle 1/9

Social Services Highlight

따라 캘리포니아 주지사는 그의 의료보호 개혁이 그 비용을 감소시키고, 치솟는 보험액을 막아 주며, 건강한 노동력을 확보하게 함으로써 결국에는 캘리포니아의 모든 고용주를 돕게 되는 결과를 가져오게 될 것이라는 것이다. 따라서 그동안 깨어져 왔던 미국의 의료보장 체계를 보수하기 위한 책임을 서로가 공유해야 한다는 강력한 의지를 표명하고 있다.

2) 주요내용

그 주요 내용으로는 첫 번째로, 사업주가 Health Care에 대한 부담을 홀로 지지는 않을 것이라는 것이다. 즉 개인, 정부, 보험업자, 의료보험 제공자와 사업주가 책임을 공유해야 한다는 것이다. 세부적으로 보면, 개인은 보험을 갖고 있는 사람들이 보험을 소유하고 있지 않은 사람들을 위하여 더 이상 부담하는 일이 없도록 최소 수준의 보험을 소유하여야 한다는 것이다. 그리고 정부는 의사와 병원들에게 10~15 billion 달러를 돌려주게 될 것이고, 의료보험을 구입하는 저소득층 가정에게 보조금을 제공하며, Medi-Cal과 Healthy Family 프로그램을 확대할 것이다. 또한, 보험업자는 개인들의 시장접근 용이성을 보장해야 하며, patient care에서 매 보험액의 85%를 지불해야 할 것이며, 개인의 건강한 생활을 보장할 수 있도록 해야 하다고 규정하고 있

다. 한편 의료보호 제공자(Health Care Providers)는 증가된 Medi-Cal 상환액을 받게 될 것이며, State Purchasing Pool Funding에 기여하게 될 것이다. 그리고 Health Coverage를 제공하지 않는 10명 혹은 그 이상의 종업원을 고용하고 있는 사업주는 종업원 health coverage의 비용으로 부담액의 4%를 기여하게 될 것이다.

둘째로, 사업주는 가장 낮은 기여금을 부담하게 될 것이라는 것이다. MIT의 Jon Gruber의 보고서¹⁴⁾에 따르면 새로운 Purchasing Pool 비용이 5.1 billion 달러가 될 것이라고 계산하였는데, 정부기여금이 2.4 billion 달러, 개인부담금이 1.4 billion 달러, 그리고 사업주가 1.3 billion 달러를 부담하게 되는 것으로 나타났다. 미국의 의료보험에서는 이러한 고부담금이 직장내 의료보험의 이용을 감소시켜 왔다. 즉 직장내 의료보험 중에서 특히, Family Coverage는 상황이 악화되고 있는데, 이러한 여건이 회복되지 않을 수도 있다는 지적이다¹⁵⁾.

셋째로, 소규모 사업주는 보호될 것이라는 것이다. 즉, 10명 이하의 종업원을 고용하고 있는 사업장은 purchasing pool에 기여하는 것으로부터 배제될 것이다. 소규모 사업장의 사업주는 치솟는 보험액에 특히 부담을 크게 느껴왔는데, California Health Care Foundation에 따르면, 보험료 증가가 대규모 사업장보다 소규모 사업장에 더 크게 영향을 미쳤다는 것이다. 즉 소규모

14) Modeling Health Care Reform in California, 2007.

15) 특히, 성인과 어린이에 대한 coverage는 2001년과 2005년 사이에 감소하여 왔다고 지적하고 있다.(UCLA-CHP, “The State of Health Insurance in California: Findings from the 2005 California Health Interview Survey”, 2007. 7, p.6)

사업장(3~199명)은 10.9%의 평균 보험액 증가를 경험하였으며, 대규모 사업장(200명 혹은 그 이상)은 7.3% 증가를 경험하였다는 것이다. 그리고 소규모 사업장은 큰 사업장보다 개인에 대한 완전 보험액을 지불하는데 24%의 비용을 더 지불하는 것으로 추산하고 있다.

넷째로, 사업주들은 매년 간접세의 14.7 billion 달러를 부담하지 않을 것이다. 즉 종업원에게 의료보험을 제공하는 사업장은 의료보험을 제공받지 못하는 사람들을 위한 의료보장을 보호해 주기 위한 높은 보험액의 형태에서 간접세를 지불하여 왔다. 그러나 개인들의 의무 가입과 의료보험비의 증가로 간접세가 감소될 것이라는 전망이다.

다섯째로는 종업원들은 건강증진과 그에 따른 생산성증가와 함께 다양한 선택권으로 보상받게 됨에 따라 주지사의 개혁안은 예방증진과 복지증진에 기여하게 될 것이다. 예를 들면, 금연증진, 체중감량 프로그램, 유방암 등 각종 질병 예방 프로그램에 참여함으로써 사람들이 그들의 health plan을 통하여 각종 혜택을 받게 될 것이다.

4. 시사점

미국은 이미 국가의료보험 정책을 갖고 있다고 말할 수 있지만, 그 의미가 상당히 왜곡되어 옴으로써 이미 지적되어 온 바와 같이 높은 의료비용을 감당하기 힘든 상황에 처해 있으며, 그에 따라 의료시장에 접근하기가 상당히 어렵게 되고 있는 것이 사실이다¹⁶⁾. 이러한 결과로써 의료 전달체계 옵션을 개혁하기가 더욱 쉽지 않게 되었다. 일부에서는 의사와 환자들의 관계마저도 약화되고 있는 실정이라고 지적하고 있다.

이러한 실정에서 미국에서는 새로운 정책이 필요해 왔던 것이 사실이다. 즉 상당한 구조적 변화가 필요할 만큼 소비자들의 불만은 대단하다. 이러한 시점에서 위에서 설명한 캘리포니아 의료보험 개혁안은 타 주에 비하여 상당히 구체적이고, 주지사의 강한 의지를 보여 주는 것으로서, 그동안 보여 온 미국의 왜곡된 사적의료보험 정책에 상당한 영향을 미칠 것으로 보인다. 이는 또한 더 이상의 재정결핍을 보고 있지는 않겠다는 의지의 표현으로 볼 수 있으며, 의료의 질 향상과 함께 어느 정도의 국민 복지증진에 기여할 것으로 부이며, 미국에서 가장 영향력 있는 주중의 하나인 캘리포니아 주지사의 의지와 마지막으로 의회의 지원만 따라 준다면 이러한 개혁 움직임이 주는 정책적인 시사점은 상당히 의미가 크다 하겠다. [GSST](#)

16) Karger, H.J., Midgley, J., & Brown, C. B. Controversial Issues in Social Policy, Allyn and Bacon: Boston MA(pp. 125-143).