

메디케이드(Medicaid)

빈곤층을 위한 의료보호 안전망

1996년 6월 19일 미국 상원의 재정위원회에서 열린 복지 및 의료보호 개혁에 관한 청문회에서 연방재단(The Commonwealth Fund)의 대표인 카렌 데이비스(Karen Davis)박사가 발표한 내용 전문을 번역해서 실는다. 복지개혁법의 제정과정에 의료보호에 관한 내용이 일부 제외되긴 했으나 미국 의료보호제도의 현황과 정책과제를 이해하는데 도움을 줄 것으로 믿는다.

서 언

메디케이드는 미국의 3천 6백만 빈곤층을 대상으로 하는 의료보호의 안전망으로, 가장 소외된 계층이 보건의료서비스로부터 제외되지 않도록 하는 사회보장적 장치이다. 최근 의료서비스공급의 주체인 병원과 개업의원의 의료비가 전반적으로 상승하고 있어 무보험자들의 부담이 가중됨에 따라 무보험 저소득계층에 대한 의료혜택이 점차 곤경에 처하게 되었다. 따라서 메디케이드는 저소득층의 보건의료 이용을 확보하기 위한 중요 국가정책의 일환으로 사회보장제도내에서 큰 비중을 차지하고 있으며, 제도의 효율성 증대를 위해 시장경제 원리가 도입되고 있다.

메디케이드에서 제공되는 보건의료 혜택은 주로 저소득층을 대상으로 하고 있으며, 사회적으로 매우 민감한 부문이기 때문에 제도를 개편하고자 할 경우에는 보다 심사숙고할 필요가 있다. 여기서는 의료보호 안전망인 메디케이드의 의료보험적 기능과 수급대상자 선정에 대해 검토하고, 저소득층 보건의료서비스에 있어서의 메디케이드의 중요성을 개략적으로 설명하고, 끝으로 메디케이드 개편안이 내포하고 있는 의미에 대해 살펴보고자 한다.

의료보험 제공의 역할을 하는 메디케이드

미국 경제는 경쟁력 강화를 위해 1970년대 이후부터 산업전반에 걸친 구조개편을 계속 진행하였고, 그 결과 경제성장에는 긍정적인 영향을 미쳤지만 대량 실업사태를 초래하였다. 특히 생산직 근로자들이 일자리를 잃게 됨으로써 저소득층이 대부분인 이들에게는 소득원의 상실뿐 아니라 자신과 부양가족에게 주어지던 의료보험 혜택을 받을 수 없게 되었다. 무보험자의 수는 1970년대 이후 계속 증가하였으며, 현재 65세 이하 미국인들의 18%인 4천만명이 무보험상태에 처해 있다.

저소득층 무보험자들에게 메디케이드가 없었다면 미국의 보건의료체계에 심각한 문제가 야기됐을 것이다. 미국 7개 주의 의료보험 적용 범위와 이용에 관한 한 연구에 의하면 연방 빈곤소득수준의 2.5배(4인 가족 기준 약 35,000불) 미만의 소득계층 가계 중 약 절반 정도가 무보험이거나 메디케이드에 의존해 있다. 노령인구를 제외한 미국의 저소득층 가운데 메디케이드 혜택을 받지 못하는 사람의 50% 정도가 무보험 상태에 있다.

미국에서 가장 소외된 계층을 위한 기본적인 의료혜택의 안전망으로서의 메디케이드는 수혜대상 범위가 1994년 미국 인구의 1/8 이상인 3천 3백5십만명에 이르고 있다. 구성분포를 보면, 어린이 1천 7백만명, 7백5십만명의 부모(특히 어머니), 5백4십만명의 맹인과 장애인, 그리고 3백8십만명의 노인으로 되어 있다. 이와 같이 메디케이드는 서로 다른 집단의 다양한 요구에 대해 폭 넓은 범위의 서비스를 제공하고 있다.

어린이의 의료보호

보다 많은 저소득층 자녀와 임산부들을 의료보호에 포함시키려는 메디케이드 제도의 확대는 아주 바람직한 면이라 할 수 있다. 어린이들과 임산부들에 대한 소득기준 상향조정 및 수급 자격의 확대에 따른 메디케이드 혜택의 증가로 임산부와 유아의 40%가 필수적인 출산전 보호, 분만 그리고 육아보호를 받고 있다. 빈곤층의 임산부와 유아 중 85%가 메디케이드에, 6%가 사보험에 의해 보호되며 9%가 무보험 상태이다. 그리고 1세 이상 5세 이하의 저소득층 아동 중 88%는 메디케이드에 의해, 5%는 사보험에 의해 보호되며 7%는 무보험 상태이다.

6세 이상의 저소득층 자녀들은 메디케이드의 범위가 줄어 무보험 비율이 증가한다. 6세 이상 12세 이하의 빈곤층 자녀들 중 78%가 메디케이드, 9%가 사보험이며 13%가 무보험이다. 1994년 현재 13세에서 18세까지의 빈곤층 자녀들의 경우 61%는 메디케이드, 13%는 사보험, 그리고 26%는 무보험으로 보고되고 있다.

저소득층 여성의 의료보호

소득이 빈곤소득수준의 200% 이하인 소득계층 여성들 중 22%가 진료비 지불의 보조 수단으로서 메디케이드에 의지하고 있다. 메디케이드 대상 여성의 1/5이 질병을 갖고 있으며, 열악한 건강 상태와 임신이 메디케이드 혜택을 받게 된 주요한 요인이었다.

이러한 중요한 적용 범위에도 불구하고 빈곤층 자녀의 어머니에 대한 의료보호는 매우 취약한 실정이다. 최근의 연방재단(The Commonwealth Fund)의 한 연구는 저소득층 여성 중 상당수가 무보험임을 밝히고 있다. 메디케이드에 등록된 중년 이하의 여성 중 1/4이 임신에 의한 것이다. 그러나 소득수준에 따라 임신에 의한 메디케이드 혜택자격을 가진 임산부들은 단지 임신 기간과 분만후 60일, 그리고 임신과 관련된 치료에 한해 혜택을 받고 있다. 출산후에도 계속해서 메디케이드 혜택을 받기 위해서는 소득기준이 더 까다로워지기 때문에 많은 빈곤층 여성들이 출산과 동시에 메디케이드 혜택을 받지 못하게 된다. 메디케이드를 잃게 되는 여성들 중 15%가 출산후 혜택의 중단에 의한 것이다.

메디케이드의 혜택을 받지 못하게 되는 대부분의 여성들은 빈곤하여 사보험에 가입하지 못한다. 메디케이드를 잃게 되는 주요한 이유로는 취업(전형적으로 사보험이 없는), 임금인상, 결혼, 또는 복지보조의 중단 등이 있다. 메디케이드를 잃게 되는 여성들 중 2/3가 무보험의 상태로 있다.

의료복지 혜택의 변화는 무보험 여성의 수를 증가시킬 위험이 있다. 현재 요부양아동 가족부조(AFDC) 아래서는 부양아동의 어머니들이 메디케이드 자격을 갖게 되는데 수급 자격에 대한 임의적 제한이 부여되거나, 여성들이 직업교육을 받거나 취업이 되면 메디케이드를 잃게 될 수 있다. 현재로서는 직장에서의 소득이 증가함에 따라 요부양아동 가족부조를 잃게 되는 여성들에게 일년간 계속해서 메디케이드가 제공된다. 저소득의 여성과 그들의 고용주들은 보조금 없이는 급여를 할 수 있을 것 같지 않다.

장애인과 빈곤층을 위한 장기진료 보조

메디케이드는 국가의 최빈곤층과 장애인들을 위해 진료비를 지불한다. 메디케이드는 가장 고통스러운 질환으로 고통을 받고 있는 개인들 즉, 일생을 장애인으로 살아야 하는 어린이들, 24시간 진료가 필요하나 지불능력이 없는 환자들, 지역사회나 제도적 장치에 의해 광범위한 진료가 필요한 정신질환과 발달장애의 고통을 겪고 있는 성인들을 보조한다. 메디케이드는 일반적으로 사보험에 의해 거의 보호가 안되는 심각한 발달장애를 앓고 있는 장애인을 위해 매년 1인당 평균 5만불이 넘는 비용을 지불하고 있다.

또한 메디케이드는 4백만의 저소득층 노인과 6백만의 저소득층 장애인에게 장기진료의 의료보호를 제공한다. 장기진료의 역할로서 메디케이드는 재가복지사업과 지역사회 복지사업의 비용을 지불하며, 요양소 진료를 위한 주요한 공공재정이다. 보험의 역할로서 메디케이드는 저소득층의 노인들과 장애인 수급자들을 위한 보조보험 프로그램이다. 즉, 메디케어 보험료, 공제액, 공동보험을 지불하고 추가적인 서비스(주로 처방약)를 포함한다.

메디케이드의 수급자 중 노인과 장애인이 27%를 차지하고 있으나, 이들이 받고 있는 진료 서비스가 광범위하고 장기진료에 따른 고비용으로 인해 전체 메디케이드 지출 중 59%가 쓰여지고 있다. 노인 수급자의 한 사람당 평균 비용은 아동수급자 평균비용의 8 배에 달하고 있다.

무보험에 따른 결과들

미국은 시장경제 주도의 보건의료 체계를 가지고 있다. 의료서비스 공급주체인 병·의원 입장에서 양질의 의료보험을 가지고 있는 사람들은 ‘고객’으로 간주된다. 그러나 의료보험이 없거나 진료비를 지불할 능력이 없는 사람들은 제한된 수의 공공병원, 대학병원, 지역보건소나 또 다른 의료보호 안전망 제공자들의 자선진료에 의존한다. 무보험자들이 얻는 보건의료의 질은 일반적으로 낮으며, 또한 의료안전망 제공자들의 재정압박이 심해질수록 의료보호의 양은 줄고 질도 더욱 저하할 것으로 전망된다.

무보험의 결과로서 예방진료의 실패, 그리고 부적절한 만성질환의 관리가 포함된다. 연구들이 있다. 1993년의 Kaiser/Commonwealth Fund에서 조사한 보고서에서는 무보험자의 34%가 필요한 진료를 받지 못하고 있으며 71%는 진료를 미루는 것으로 보고 되었다.

예방진료에서는 문제가 더욱 심각할 것이다. 예를 들어, '95년의 경우 보험이 있는 여성의 34%가 파파니콜로도말검사(Pap smear)를 받지 못한데 비해서 무보험 여성들은 52%가 이를 받지 못했으며, 유방조영상(mammogram)의 경우는 보험이 있는 여성의 38%에 비해서 40세에서 64세의 무보험 여성의 69%가 이를 받지 못한 것으로 나타났다. 만성질환을 앓고 있는 무보험자들은 적절한 관리와 지속적인 진료를 받지 못할 것이며, 이는 고혈압이나 당뇨병과 같은 건강에 치명적인 결과를 야기시킬 수 있다.

빈곤층과 보험이 없는 사람들을 위해 봉사하고 있는 공공병원, 대학병원, 지역 보건소 등과 같은 의료보호 안전망의 제공자들에게는 수용능력의 악화 그리고 무료진료 제공 의지의 약화라는 문제가 발생하고 있다. 이러한 문제점의 원인으로는 주정부와 지방 정부 자금의 삭감, 진료 기관들의 메디케이드 수입 유용, 메디케어와 메디케이드 하의 불

균등한 자금배분 등을 들 수 있다.

메디케이드제도의 개혁

연방정부와 주정부는 재정 압박으로 현재의 메디케이드 프로그램을 예산을 절감할 수 있는 포괄보조금(Block grant)제도로 대체하고자 한다. 그러나 의료보호가 절실히 필요한 많은 저소득층의 소망을 저버릴 수는 없다. 알츠하이머(Alzheimer)병과 같은 장애 요인을 지닌 채 양로원 또는 요양소에 있는 환자들에게는 끊임없는 관리와 보호가 필요하다. 저임금 근로자의 고용주들은 자발적으로 의료보험 비용을 지불하려 하지 않을 것이다. 제도개선은 효율성 증대, 부정과 남용의 감소, 저임금 근로자에 대한 보호, 그리고 고용주의 참여 장려의 방향으로 추구되어야 한다. 그러나 20년간에 걸친 연방과 주정부의 정책 결정자의 변화 시도에도 불구하고 그다지 성공을 거두지는 못했다. 가장 소외된 계층에게 의료보험을 제공하는 것은 현실적으로 비용이 많이 드는 일이지만 그들 입장에서는 그러한 비용이 충분하지 못할 수도 있다.

개혁위원회가 고려하고 있는 메디케이드 대체 안의 주요 문제점으로 크게 1) 자격 프로그램에서 포괄보조금으로의 전환에 의한 대상자 누락, 2) 의료혜택의 보장성 결여, 3) 관리의료의 기준과 안전장치의 결여의 3개 항목을 들 수 있다.

1) 포괄보조금 제도로 인한 대상자 누락

의료보험에서 필수적인 요소는 누가 포함되는지, 어떠한 진료에 포함되는지, 그리고 진료 제공자들에게 어떻게 지불되는지 등이다.

메디케이드의 개혁안에서의 ‘수급자격’ 유지조건은 다음과 같다.

- 임신부와 6세 이하의 어린이 중 빈곤소득수준의 133퍼센트 이하
- 6세에서 12세까지의 어린이 중 빈곤소득수준의 100퍼센트 수준 이하
- 주정부가 정의한 장애인 또는 공공부조(SSI) 수급에 의한 장애인
- 소득과 자산이 보충적 소득보장(SSI)기준에 부합되는 노인
- 메디케어 본인 부담금에 대한 보조(빈곤수준의 100퍼센트까지의 메디케어 수급자들)

주정부들은 소득과 자산기준을 정의하는 데 있어 상당한 유연성을 가질 것이며, 이는 현재 포함된 사람들 중 많은 수가 실제로 제외될 수 있는 결과를 가져올 수 있다. 현행 제도가 유지된다면 빈곤소득수준 가정의 13세에서 18세에 이르는 아동들은 2002년이 되면 메디케이드에 포함되도록 되어 있다. 그러나 개혁안에는 이러한 조항이 삭제되었으

며, 이는 3백만명에 이르는 청소년들이 메디케이드 프로그램에서 누락되는 결과를 초래할 것이다. 또한 주정부는 HIV 감염자, 약물남용자, 정신질환자, 또는 주정부 차원에서 보조를 받지 못하는 장애유형을 장애인의 정의에서 제외시킬 수 있다. 현행제도에서는 빈곤소득수준의 120% 이하인 소득계층 메디케어 수급자들에 대한 메디케어 보험료의 조항이 있지만 개혁안에서는 이 조항이 삭제되어 있다. 비용절감을 위한 주정부의 선택에 의해 현재 포함된 저소득층의 노인들 역시 제외될 것으로 전망된다.

2) 의료혜택의 보장성 결여

개혁안에 의해 무상진료에 의존하는 무보험자들의 상당수가 진료를 덜 받게 될 것이라는 연구결과가 발표되었다. 무보험자들은 보장된 의료보호 없이는 진료를 미루고 예방진료 없이 지낼 것이며, 또한 고혈압, 당뇨 등과 같이 치명적인 결과를 가져올 수 있는 만성질환에 대해 지속적인 치료를 받지 못하게 될 것이다. 주정부가 수혜자들에게 의료보험을 계속해서 제공하려고 결정해도 보장된 급여 패키지가 없다. 개혁안에서는 입원환자와 외래 환자의 병원 서비스, 의사들의 진료 서비스, 출산전 보호, 요양소에서의 서비스, 가정보건의료사업, 가족계획 서비스, 검사 및 X-레이 서비스, 소아과와 가정간호 서비스, 간호조산원 서비스, 초기 그리고 정기 진단과 치료 등의 의료서비스를 보장하는 것으로 되어 있고, 그 외의 다른 서비스들은 선택적인 혜택으로 정하도록 되어 있다.

그러나 문제가 되는 것은 서비스의 양, 기간, 그리고 범위에 대한 정의에 있어 주정부가 완전한 재량권을 가진다는 것이다. 예를 들어, 입원기간에 대해서 5일간만 인정한다거나 또는 진료서비스 비용의 상당한 부분을 수급자에게 지불하도록 요구할 수 있다. 의료혜택도 지역과 수급자 대상에 따라 상이하게 나타날 수 있다. 병원과 의사, 그리고 여타의 메디케이드 의료 제공자들로 하여금 진료의 총비용으로서 메디케이드를 받도록 하고 있는 현재의 조항이 폐지될 수 있는데, 이는 수급자들에게 추가적인 비용을 부담시킬 수 있는 위험이 있다. 더욱이 연방 정부는 어떠한 기준도 마련하지 않을 것이고 의료제공자들에 대한 지불 수준에 관한 감시도 없을 것이다. 수급자들에게 어느 비용에 어느 제공자가 얼마만한 서비스를 제공하는가에 대한 보장이 없는 일련의 의료서비스 제공 목록은 공허한 약속이다.

3) 관리의료의 기준과 안전장치의 결여

메디케이드 비용의 증가에 대해 주정부들이 점차적으로 취하고 있는 하나의 전략은 메디케이드 수급자들을 관리의료 계획에 등록시키는 것이다. 많은 주정부들은 현재 저소득층 수급자들을 행위별 수가체제에서 관리의료 계획으로 전환하고 있다. '96년에는 전

국적으로 메디케이드에 등록되어 있는 사람들의 30%가 메디케이드 관리의료 계획에 등록할 것이다. 비록 제한적이지만 많은 주가 관리의료 등록을 장애인 수급자에게 확대할 것을 계획하고 있다.

그러나 많은 주들은 수급자의 선택의 폭을 제한하고 정부에서 지정한 관리의료 계획으로의 등록을 강요하고 있다. 현행 제도하에서는 그러한 신청이 승인을 받아야 했지만 이번의 개혁안에서는 수급자에게 관리의료 계획에 등록할지, 아니면 전통적인 메디케이드에 남아 있을지에 대한 선택권을 주지 않고 있으며 주정부가 연방정부의 허락없이 관리의료를 실행할 수 있다.

관리의료로의 전환에 따른 결과는 상반될 수 있다. 질 높은 진료서비스를 위해 수급자들에게 좀 더 폭 넓은 선택을 부여하고 점진적으로 전환하는 경우 메디케이드 수급자는 보다 폭 넓은 일차 진료를 이용할 수 있게 된다. 그러나 충분한 계획과 질적 수준에 대한 준비없이 실행된 관리의료 계획으로의 움직임은 혼란과 진료체계 불안정을 야기하게 된다.

이번 개혁안에 따르면 본인부담의 제한, 진료제공자들과 질적 기준의 강제성, 그리고 나이, 건강 상태 또는 지역에 근거한 특정 수급집단의 차별을 금지한 법률하에서의 보호가 사라지게 될 것이다.

주정부의 재정 능력

빈곤층을 위한 의료보호의 재정상태는 주정부마다 아주 상이하다. 재정상태가 좋지 못한 주는 항상 열악한 프로그램에 의존해 왔다. 높은 의료보호 비용이 주정부에 큰 부담이 되는 것이 사실이다. 풍부한 메디케이드 프로그램은 건강상의 문제를 갖고 있는 빈곤층에게는 매력적이지만, 높은 세율로 인해 기업체들에게 경영의욕을 상실하게 해서는 안 될 것이다.

균형 예산이 요구되는 주에서는 경제불황때 프로그램을 확대해 나갈 수가 없다. 조세 수입이 줄어들고 실업에 대한 보상이 증가되는 경기침체 국면에는 재정위기에 처해질 것이다. 또한 실업이 늘고 그로 인한 의료보험의 상실, 빈곤층의 증가, 그리고 저소득층의 의료보호를 위한 공공 자금도 필요하게 된다. 연방자금으로 경제적 위기에 처한 주 정부를 보조할 수는 있지만, 실직자와 빈곤층에게 필요한 의료보호를 제공한다는 보장이 없다.

빈곤층, 허약한 노인, 장애인, 그리고 실직자를 위한 의료보험은 개인이나 지역사회의 책임이 아닌 국가의 책임이다. 시장경제에 의해 또는 개인에 의해 풀 수 있는 문제도 아니다. 또한 한 지역의 문제도 아니다. 갓난아기가 건강하게 일생을 시작할 수 있도록 하

는 문제는 그 아기가 태어난 주의 문제가 아닌 전 미국인들의 관심사이어야 한다. 그것은 국가적인 관심사로 자격요건, 혜택, 그리고 의료의 질에 대한 국가적인 일정한 기준을 검토하여야 한다. 빈곤층을 위한 국가의 가장 중요한 보건 안전망을 철거할 수는 없는 것이다.

메디케이드 프로그램의 향후 전망

메디케이드가 저소득층을 위한 의료보호의 중요한 안전망인 것은 반박의 여지가 없다. 의료보호 체제의 재정 압박, 실업자수의 증대, 그리고 공공병원, 대학병원을 포함한 무보험자들을 위한 진료 제공자들에 대한 재정 압박의 시대에 메디케이드 자금을 없애고 포괄보조금으로 대체해 향후 7년간 720억불의 연방 예산을 절약하도록 할 것이 아니라 메디케이드 기금을 늘려야 한다.

메디케이드 프로그램의 취약성을 증대시키기 보다는 의료보호 확대의 문제를 생각해 보아야 한다. 메디케이드는 저소득층 자녀와 임신부들에 대한 성공적인 의료혜택의 안전장치였음이 이미 입증되었다. 제도를 확대해 직장을 가졌으면서도 저소득으로 고통받는 어머니까지도 포함시킬 방도가 모색되어야 한다. 13세에서 18세에 이르는 빈곤 아동들에 대한 혜택이 폐지되지 않도록 하여야 하고, 메디케이드의 자격 범위를 확대시키고 저소득층 가계를 위해 연방기금을 제공할 필요가 있다.

이러한 프로그램 확대뿐만 아니라 소외 계층에 대한 질적인 보건의료 이용이 보장되도록 할 필요가 있다. 예방과 일차 진료를 위해 상시 이용할 수 있는 장소를 제공해 주는 관리의료방식이 어떤 이에게는 매력적일 수 있다. 그러나 심각한 질병과 장애로 다양한 진료를 요하는 계층도 있다. 메디케이드 수급자들의 필요성을 가장 잘 부합시킬 수 있는 제도에 그들이 등록할 수 있는 제도가 마련되어야 하겠다. 메디케이드 체제가 바뀔 경우 연방정부에 의한 의료의 질적 기준 설정, 보호장치, 그리고 감시의 필요성이 요구되고 있다.

이러한 제도변화를 이끌어 냄으로써 메디케이드가 빈곤층과 근로자 계층, 아동과 장애 노인들을 위한 이상적인 프로그램으로 발전하는 데 기여할 것이다. 메디케이드는 무보험자들에게 의료혜택을 확대시키는 수단이 되어야 하며 국민들의 지속적인 관심과 지원이 있어야 할 것이다.

번역: 한국보건사회연구원 정영호 책임연구원