

미국의 빈곤과 보건

김보현
한국보건사회연구원 연구원

1. 서론

흔히 빈곤은 저개발국가에만 국한된 문제로 생각하기 쉽다. 그러나 각 나라의 통계자료들을 살펴보면 선진국가에서도 빈곤은 심각한 문제로 자리 잡고 있음을 알 수 있다. 특히 세계에서 가장 부유한 국가인 미국에서도 빈곤의 문제는 중요한 사회적 이슈이다.

2005년 8월 뉴올리언스(New Orleans)를 강타한 허리케인 카트리나(Katrina)는 경제 강대국 미국의 부유하고 풍요로운 이미지에 감추어져 있던 빈곤층의 실상을 드러냈다¹⁾. 실제로 OECD에서 실시한 한 조사결과에 따르면, 미국은 OECD 국가 중에서 상대적 빈곤율이 멕시코에 이어서 두 번째로 높은 것으로 나타났다. 소득분배의 불평등 정도를 나타내는 수치에서도 OECD 평균인 30.8보다 높은 35.7로서 멕시코와 터키, 폴란

드에 이어서 네 번째로 높았다²⁾.

한편 동일한 OECD 조사결과에 따르면, 미국은 OECD 국가 중에서 가장 많은 의료비를 지출하는 것으로 나타났다³⁾. 미국의 의료비 지출 규모는 중국인들이 모든 항목에 지출하는 총 비용을 넘어서는 것으로 알려졌다⁴⁾. 그러나 많은 선진국가에서 전국민 의료보험을 제공하는 것과 달리, 미국은 어떠한 형태의 의료보험에도 가입되어 있지 않은 사람 수가 4,660만 명에 이른다⁵⁾. 또한 OECD 국가 중 가장 많은 의료비 지출에도 불구하고 평균수명(Life Expectancy at Birth)이 남녀 모두 OECD 평균 보다 낮은 것으로 나타났다⁶⁾. 따라서 미국에서는 빈곤의 문제 뿐만 아니라, 의료서비스와 건강의 불평등도 이슈가 되고 있음을 짐작할 수 있다.

그렇다면 과연 빈곤이 의료서비스와 건강의 불평등을 초래한 것이라고 해석할 수 있을까? 여

1) Rudowitz, R., Rowland, D. & Shartzter, A.(2006), "Health Care in New Orleans Before and After Hurricane Katrina", *Health Affairs*.
 2) OECD(2006), "Society at a Glance: OECD Social Indicators".
 3) Ibid.
 4) Cutler, D.(2004), "Your Money or Your Life", *Oxford University Press*.
 5) U.S. Census Bureau(2006), "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2005".
 6) OECD(2006), "Society at a Glance: OECD Social Indicators".

기서는 빈곤층이 의료보험이 없는 사람들과 어떠한 관계가 있는지 알아보고, 나아가 빈곤과 의료서비스 및 건강 불평등의 관계를 살펴본다.

2. 빈곤의 정의와 현황

(1) 빈곤의 정의

빈곤은 가구의 일년 소득이 미국 정부가 정한 빈곤기준선(poverty threshold)보다 적은 상태를 말한다. 빈곤기준선은 가구에 속한 가구원의 수에 따라 달라지며, 소비자 물가 지수(Consumer Price Index)를 반영하기 위해 매년 조정된다. 빈곤기준선은 미국 인구조사국(Census Bureau)에서 해마다 발표하며 주로 통계적인 목적으로 사용된다⁷⁾. 빈곤을 측정하는 또 다른 기준으로 빈곤가이드라인(poverty guideline)이 있는데, 이것은 보건후생부(Department of Health and Human Services)에서 발간하며 정부의 행정을 위해 사용된다⁸⁾.

빈곤개념은 절대적 빈곤(absolute poverty)과 상대적 빈곤(relative poverty)으로 구분되는데, 절대적 빈곤은 가구 혹은 개인이 소득의 부족으로 음식, 집, 옷 등의 기본수단을 건강한 삶을 영위할 수 있을 만큼 구입하지 못하는 상태이다. 상대

적 빈곤은 사회의 다른 계층들과 비교했을 때 소득과 재산에 상대적 차이가 있는 상태를 말한다⁹⁾. 절대적 빈곤기준선은 물가의 변동에 따라서만 변하지만, 상대적 빈곤기준선은 실제소비의 변화를 반영해 정기적으로 업데이트 된다¹⁰⁾. 미국 정부는 1960년대부터 빈곤을 정의할 때 절대적 빈곤의 개념을 사용해왔다. 존슨 정부(Johnson Administration)가 1964년 '빈곤과의 전쟁(War on Poverty)'을 선포한 후 그 성공여부를 가능할 기준으로 삼은 것도 지금 우리가 알고 있는 절대적 빈곤선의 효시인 오션스키 빈곤기준선(Orshansky Poverty Threshold)이었다¹¹⁾.

(2) 빈곤의 현황

OECD의 통계에 따르면, 2000년 미국의 상대적 빈곤율은 17.1%로 OECD 국가들 중에서 멕시코(20.3%)에 이어 두 번째로 높았다. 이것은 OECD 평균인 10.2%보다 훨씬 높은 수치이다. 소득불평등 지수에서도 미국은 35.7로 OECD 국가 중 멕시코(48.0), 터키(43.9), 폴란드(36.7)에 이어 네 번째로 높았으며, OECD 평균인 30.8을 크게 상회했다. 한편 18세 미만 연령층의 빈곤율도 21.7%로 멕시코(24.8%)에 이어 두 번째로 높았다. 참고로 OECD 평균은 12.1%이었다¹²⁾.

가장 최근의 인구조사국 통계(2005년)에 따르

면, 공식적인 빈곤율은 미국 전체 인구의 12.6%이었다. 이는 3,700만 명에 이르는 숫자이다. 흑인의 빈곤율은 24.9%(920만 명)이었고, 히스패닉계의 빈곤율은 21.8%(940만 명)이었다. 한편 비히스패닉계 백인의 빈곤율은 8.3%로 2004년의 8.7%에서 감소하였다. 비히스패닉계 백인은 전체 인구의 66.7%를 차지하였지만, 빈곤층 총 인구 중에서는 43.9%를 차지하였다. 아시아계의 빈곤율은 11.1%(140만 명)이었다. 연령층별로 보면, 18세부터 64세 연령층의 빈곤율과 빈곤 인구는 각각 11.1%와 2,050만 명이었고, 65세 이상 연령층의 빈곤율과 빈곤인구는 10.1%와 360만 명이었고, 18세미만 연령층의 빈곤율은 모든 연령층 중 가장 높은 17.6%(1,290만 명)이었다. 2005년 전체 인구 중 18세미만 연령층이 차지하는 비율은 25.0%이었는데, 빈곤기준선 이하의 인구 중 이 연령층이 차지하는 비율은 34.9%이었다. 16세 이상의 연령층 중에서 2005년도에 노동에 참여했던 사람들은 그렇지 않은 사람들 보다 낮은 빈곤율을 보였다. 노동에 참여했던 사람들의 경우 빈곤율이 6.0% 이었고, 어떤 형태의 노동에도 참여한 적이 없는 사람들의 경우 빈곤율이 21.8% 이었다. 16세 이상의 연령

층 중에서 노동에 참여하지 않은 사람은 이 연령층 전체의 32.2%를 차지하였지만, 빈곤율은 63.2%를 차지하였다¹³⁾.

한편 미국의 지니계수(Gini Index)는 2005년 기준으로 지난 10년간 0.450에서 0.469로 4.2% 증가했다. 모든 가구를 연간소득에 따라 5분위(quintile)로 나누었을 때, 최하위 소득층(1분위)은 총소득의 3.4%를 차지하였고, 최상위 소득층(5분위)은 총소득의 50.4%를 차지하였다¹⁴⁾.

3. 의료비 지출 현황과 의료서비스의 불평등

(1) 의료비 지출의 현황

최근 자료에 따르면, 2005년 미국의 의료비 지출은 전년에 비해 6.9% 증가한 2조 달러에 달하는 것으로 나타났다. 이것은 미국 국내총생산(GDP)의 16.0%에 해당하며, 1인당 6,697달러를 지출한 것과 같다¹⁵⁾. 1960년의 5.2%에 비하면 비약적인 증가이다¹⁶⁾. 의료비 지출의 전년대비 증가폭은 2002년 9.1%에서 2005년 6.9%로 3년째 감소하고 있지만¹⁷⁾, 한 보고서는 2015년에 이

12) OECD(2006), "Society at a Glance: OECD Social Indicators".

13) U.S. Census Bureau(2006), "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2005".

14) Ibid.

15) Catlin, A., Cowan, C., Heffler, S., Washington, B. & the National Health Expenditure Accounts Team. (2007), "National Health Spending in 2005: The Slowdown Continues", *Health Affairs*.

16) Krugman, P. & Wells, R.(2006), "The Health Care Crisis and What to Do About It", *The New York Review of Books*.

17) Catlin, A., Cowan, C., Heffler, S., Washington, B. & the National Health Expenditure Accounts Team. (2007), "National Health Spending in 2005: The Slowdown Continues", *Health Affairs*.

7) <http://www.census.gov/hhes/www/poverty/definitions.html> (accessed February 28, 2007).

8) <http://aspe.hhs.gov/poverty/06poverty.shtml> (accessed March 3, 2007).

9) http://en.wikipedia.org/wiki/Poverty_in_the_United_States (accessed March 5, 2007).

10) <http://www.census.gov/hhes/www/povmeas/toc.html> (accessed March 5, 2007).

11) <http://aspe.hhs.gov/poverty/papers/hptgssiv.htm> (accessed March 3, 2007).

해외제도 하이라이트

르면 의료비지출이 국내총생산의 20%를 차지할 것으로 내다보았다¹⁸⁾.

OECD 국가들의 1인당 의료비 지출 수준을 보면, 미국과 다른 나라들 사이에 큰 차이가 있음을 알 수 있다. 예를 들어서 1인당 의료비가 OECD 국가 중 두 번째로 높은 스위스는 미국의 68%이며, 캐나다의 경우는 57% 밖에 되지 않는다. 뿐만 아니라 OECD 평균은 미국의 44% 수준에 불과하다¹⁹⁾. 그러나 OECD 평균을 밑도는 평균수명과²⁰⁾, 의료보험이 없는 사람들이 엄청나게 많다는 점으로 미루어 미국의 그토록 높은 의료비지출이 국민에게 공평한 의료서비스를 제공하지 못했다는 점을 짐작할 수 있다.

(2) 의료서비스의 불평등

미국 인구조사국의 통계에 따르면 2005년에 의료보험이 있는 사람의 수는 24,730만 명이었다. 이는 2004년의 24,590만 명보다 증가한 수치이다. 2005년의 24,730만 명 중에서 59.5%가 고용에 따른 의료보험에 가입되어 있었고, Medicaid와 Medicare와 같은 정부의 프로그램에 속한 사람은 8,020만 명으로 27.3%를 차지했다. 이 중 Medicaid에는 13.0%, Medicare에는 13.7%가 각각 등록되어 있었다²¹⁾.

그러나 의료보험 가입자의 수가 불어난 것과 동시에 비가입자 또한 2004년의 4,530만 명에서 2005년에는 4,660만 명으로 증가해 전체 인구의 15.9%를 차지하였다. 18세 미만 전체 중 의료보험이 없는 사람은 830만 명(11.2%)이었다. 이 연령층 중에서도 12세부터 17세까지의 청소년들이 12세 미만의 아동들보다 의료보험이 없는 비율이 더 높았다(각각 12.6%와 10.5%). 인종별로 살펴보면, 비히스패닉계 백인 중 의료보험이 없는 비율은 11.3%이었고, 흑인은 19.6%이었다. 아시아계의 경우 2004년 16.5%에서 2005년 17.9%로 증가하였다. 히스패닉계의 경우 의료보험이 없는 사람이 32.7%에 해당하는 1,410만 명이었다. 18세 미만의 연령층을 보면, 히스패닉계는 21.9%, 비히스패닉계 백인은 7.2%, 흑인은 12.5%, 아시아계는 12.2%가 의료보험에 가입되어 있지 않았다²²⁾.

미국의 1인당 의료비가 OECD 국가 중 가장 높은 6,697 달러이지만, 위와 같이 의료보험이 없는 인구가 4,660만 명인 것을 감안할 때 의료서비스의 공평성 여부는 의문시 될 수밖에 없다. 하버드대 데이비드 커틀러(David Cutler) 교수는, 의료보험이 없는 사람은 의료보험이 있는 사람보다 의료서비스를 더 적게 받으며, 매년 약 20,000명의 사람이 무보험 상태에서 의료서비스

18) Borger, C., Smith, S., Truffer, C., Keehan, S., Sisko, A., Poisal, J. & Clemens, M.K.(2006), "Health Spending Projections Through 2015: Changes On The Horizon", *Health Affairs*.
 19) Reinhardt, U.E., Hussey, P.S. & Anderson, G.F.(2004), "U.S. Health Care Spending In An International Context", *Health Affairs*.
 20) OECD(2006), "Society at a Glance: OECD Social Indicators".
 21) U.S. Census Bureau(2006), "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2005".
 22) Ibid.

Social Services Highlight

를 받지 못해 사망하는 것으로 추정한다²³⁾. 한 자료에 의하면, 의료보험이 없는 사람은 의료보험이 있는 사람보다 사망률이 25% 더 높은 것으로 나타났다²⁴⁾. 프린스턴대 폴 크루그먼(Paul Krugman) 교수는 미국의 의료서비스는 전체 인구를 내부인(Insiders)과 외부인(Outsiders)으로 나누는 경향이 있는데, 의료보험을 가진 '내부인'은 최첨단 의료기술과 의약품의 혜택을 받을 수 있는데 반해, 최소한의 의료보험만을 가졌거나 아예 없는 '외부인'은 이러한 혜택을 거의 받지 못한다고 지적한다. 한 연구결과에 따르면, 직장암 진단을 받은 미국인 중 의료보험이 없는 사람은 의료보험이 있는 사람보다 3년 내에 사망할 확률이 70% 더 높았다. 폴 크루그먼 교수에 따르면 미국의 의료비는 인구 20%가 지출하는 액수가 전체의 80%를 차지한다는 "80-20 규칙(80-20 Rule)"의 경향을 보인다²⁵⁾.

4. 빈곤, 의료서비스 불평등, 그리고 건강

(1) 빈곤과 의료서비스 불평등

살펴본 바와 같이 미국의 높은 의료비 지출은 공평한 의료서비스를 보장해주지 못하고 있다. 그렇다면 과연 이러한 의료서비스의 불평등은

미국의 빈곤 추세와 어떠한 연관성이 있을까? 2005년 인구조사국 통계에 따르면, 소득이 많을수록 의료보험 가입비율도 높은 경향을 나타낸다. 예를 들어서, 연간소득이 25,000달러 미만의 가구가 의료보험에 가입한 비율은 75.6%이었지만, 연간소득이 75,000달러 이상의 가구인 경우 그 비율은 91.5%였다. 또한 18세~64세 연령층 중에서 풀타임 직장에서 일하는 사람은 의료보험에 가입한 비율이 82.3%이었지만, 파트타임으로 일하거나 직장이 없는 사람의 가입 비율은 각각 76.5%와 72.7%이었다. 이러한 빈곤의 정도와 의료보험가입의 연관성은 18세 미만의 연령층에서도 분명히 나타난다. 2005년 인구조사국 통계에 따르면 18세 미만 빈곤층 중 의료보험 비가입자 비율은 19.0%로, 18세 미만 연령층 전체에서 의료보험이 없는 비율인 11.2% 보다 거의 두 배에 달했다²⁶⁾.

그러나 이러한 빈곤과 의료보험 가입의 연관성으로부터 빈곤층이 실제로 의료서비스의 불평등을 경험하고 있다는 사실을 보여주기 위해서는 어쩌서 저소득 계층을 대상으로 하는 의료부조프로그램인 Medicaid에 의료보험이 없는 4,660만 명 중 상당수가 가입되어 있지 않은지를 설명해야 할 것이다.

Medicaid는 저소득 계층의 의료서비스 제공에 있어서 필수적인 부조프로그램으로 연방정부와

23) Cutler, D.(2004), "Your Money or Your Life", *Oxford University Press*.
 24) Gladwell, M.(2005), "The Moral Hazard Myth", *The New Yorker*.
 25) Krugman, P. & Wells, R.(2006), "The Health Care Crisis and What to Do About It", *The New York Review of Books*.
 26) U.S. Census Bureau(2006), "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2005".

주정부가 공동으로 운영한다²⁷⁾. Medicaid의 관리 운영기관인 의료보험 및 의료부조 센터(CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services)에서 제공하는 “Medicaid At-a-Glance 2005”에 따르면, Medicaid 프로그램은 의료보험이 없거나 제한적인 의료보험만을 가진 저소득계층의 사람들에게 의료서비스를 제공하는 역할을 한다고 되어있다²⁸⁾. 그러나 여기서 말하는 저소득계층이 인구조사국에서 정한 빈곤기준선 이하의 3,700만 명과 어떠한 관련성이 있는지는 연방정부와 각 주에서 정한 Medicaid 수급자격요건을 살펴봐야 한다.

“Medicaid At-a-Glance 2005”에 의하면, 각각의 주정부에서 정한 Medicaid 수급자격요건에는 차이가 있는데, 각 주정부는 범주적 요보호집단(Categorically Needy Groups), 의료적 요보호 집단(Medically Needy Groups), 특별집단(Special Groups)의 3개의 그룹에서 선택적으로 자격요건을 정할 수 있다. 그러나 기본적으로, 매우 적은 소득을 벌어들이는 편부모와 그 자녀들, 고령자들, 장애인들은 수급대상이 되고, 모든 주에서 공통적으로 아동들과 임신한 여성에 대해서는 자격기준이 관대한 것으로 나타났다²⁹⁾. 한 자료에 의하면 2003년 2,500만 명 이상의 아동이 Medicaid에 등록되어 있었고, Medicaid와 주정부

아동의료보험프로그램(SCHIP, State Children’s Health Insurance Program)을 합치면 총 3,000만 명의 아동이 정부부조프로그램에 등록되어 있었다³⁰⁾. 인구조사국의 2005년 통계에 따르면 비히스패닉계 백인 아동의 경우 18.0%가 Medicaid에 등록되어 있었고, 흑인 아동의 경우 44.9%, 아시아계는 15.9%, 히스패닉계는 39.3%의 아동이 Medicaid에 등록되어 있었다³¹⁾.

그러나 Medicaid 프로그램은 신체에 장애가 없는 성인의 경우에 그 수급에 있어서 제한이 있음을 알 수 있다. 성인의 경우 임신한 여성과 현금부조 기준에 맞는 가구의 부모만 수급자격이 있다. 1999년 통계를 보면, 65세 미만의 성인 중에서 5%만 Medicaid의 부조를 받았으며, 소득이 빈곤기준선의 200%미만인 사람 중에서 15%만 Medicaid에 의한 의료부조를 받은 것으로 나타났다³²⁾.

(2) 빈곤과 건강

미국 보건후생부에서 발간된 “Health, United States, 2006”에 따르면 소득수준이 연방정부에서 정한 빈곤선 이하에 해당되는 사람들은 소득수준이 그보다 높은 사람들에 비해 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다. 이에 의하면, 질병이 빈곤을 초래하는 경우도 있지만 대부분의 경우 빈

27) Weil, A.(2003), “There’s Something About Medicaid”, *Health Affairs*.

28) Centers for Medicare and Medicaid Services(2005), “Medicaid At-a-Glance 2005”.

29) Ibid.

30) Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured(2004), “Health Coverage for Low-Income Children”.

31) U.S. Census Bureau(2006), “Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2005”.

32) Weil, A. (2003), “There’s Something About Medicaid”, *Health Affairs*.

곤이 건강상태의 악화를 가져온다고 보았다. 한 예로 빈곤한 삶을 살고 있는 성인들은 소득이 높은 사람들보다 시력에 장애를 느끼는 경우가 2배가량 높게 나타났다. 또 다른 예로, 45세에서 64세의 연령층 중 빈곤선 미만의 소득수준의 사람들은 3개 이상의 만성질환을 앓고 있을 확률이 2~3배 높은 것으로 드러났다³³⁾.

5. 미국의 빈곤정책과 보건정책의 방향

미국의 빈곤문제를 해결하기 위한 노력은 보건정책과 연결된 방식으로 진행되어야 할 것이다. 무엇보다도 적극적인 빈곤정책은 빈곤 자체의 문제를 해결하는데 기여할 뿐만 아니라, 빈곤과 건강의 악순환을 끊는데도 중요한 역할을 할 것으로 보인다. 최근 민주당이 의회 다수당이 되면서 노동자의 최저임금액을 시간당 5.15달러에서 7.25달러로 높이자는 안건이 입법 아젠다 중에서도 중요하게 다루어지고 있는 것은 적극적 빈곤대책의 측면에서 고무적인 일이다³⁴⁾. 이는 최저임금액이 상승하고 이와 동시에 근로소득보전세제(EITC, Eamed Income Tax Credit)가 시행되면 소수민족 여성의 고용과 소득상승이 촉진된다는 최근의 한 연구결과와 관련해서도 빈곤

정책적 측면에서 주목할 만하다³⁵⁾.

그러나 이와 동시에 빈곤한 계층이 노동시장에 적극적으로 참여하기 위해서는 그들의 건강을 보호해주고 질병을 치료해 줄 수 있는, 정부차원에서 빈곤한 계층의 건강을 보호하는 포괄적인 사회안전망의 확립이 필요할 것이다. 캘리포니아의 아놀드 슈왈제네거(Arnold Schwarzenegger) 주지사가 얼마 전 캘리포니아 주의 전 주민을 대상으로 의료보험을 제공한다는 계획을 발표한 것이나³⁶⁾, 2008년 민주당 대권주자 후보 중 한명인 존 에드워드(John Edwards) 전상원의원이 세금징수를 높여서 모든 국민에게 의료보험을 제공한다는 공약을 내세운 것은 이러한 측면에서 주목할 만하다³⁷⁾. 또한 일부에서 제안하고 있는 의료서비스의 매칭펀드 시스템(Matching Funding Systems to Needs)도 고려해 볼만한 가치가 있다. 소득수준과 건강상태에 따라 의료서비스의 펀드 제공원을 달리하자는 것인데, 이는 빈곤층의 경우는 정부에서 의료비의 전액을 지원해 주는 대신, 국가재정의 부담을 덜기 위해 소득수준과 건강상태가 어느 수준 이상인 경우에는 의료비를 자비로 부담하는 시스템을 말한다³⁸⁾. 이러한 계획들이 실제로 시행된다면 빈곤층에 대한 건강 관련 사회안전망 확립에 한걸음 다가갈 수 있을 것으로 보인다. **CSST**

33) U.S. Department of Health and Human Services(2006), “Health, United States, 2006”.

34) Brooks, A.C.(2007), “Who Cares About The Poor?”, *The Wall Street Journal*.

35) Neumark, D. & Wascher, W.(2007), “Minimum Wages, the Earned Income Tax Credit, and Employment: Evidence from the Post-Welfare Reform Era”, *National Bureau of Economic Research*.

36) Krugman, P.(2007), “Golden State Gamble”, *The New York Times*.

37) Balz, D.(2007), “Edwards Introduces Plan For Health-Care Coverage”, *The Washington Post*.

38) Kling, A.(2006), “Crisis of Abundance”, *Cato Institute*.