

# 미국의 의료보장체계와 개혁의 모색 : 'Patient Protection and Affordable Care Act' 를 중심으로

박지용

(연세대학교 보건대학원 보건의료법윤리전공  
연구교수, 변호사)

## [특집]

2013년 새 정부의 주요 과제 중 하나는 '복지'입니다. 이에 최신외국법제정보는 가장 중요한 분야로 언급되는 '주거', '보육', '의료', '교육'에 걸쳐 주요 외국의 법제를 소개하고자 합니다.

## I. 서론

## II. 미국의 의료보장체계

1. 미국 의료보장 체계의 기본구조
2. 메디케어(Medicare)
3. 메디케이드(Medicaid)

## III. 미국의 의료보험개혁

1. 미국 의료보장체계의 문제점
2. 'Patient Protection and Affordable Care Act'의 주요 내용

## VI. 결론 및 시사점

## I. 서론

2010년 3월 23일과 2012년 6월 28일은 미국의 의료보장의 역사, 더 나아가 미국 역사 전체를 통관해서도 기념비적인 날로 기억될 것이다. 전자는 오바마(B. Obama) 대통령이 의료보험개혁법인 ‘Patient Protection and Affordable Care Act’에 서명한 날이고, 후자는 이 법률에 대한 위헌소송에서 연방대법원이 이를 합헌으로 판결<sup>1)</sup>한 날이다. 사실 위 법률의 제정 과정은 결코 순탄치 않았는데,<sup>2)</sup> 특히 미국의 경제위기 및 연방정부의 재정위기와 맞물려 공화당을 중심으로 하는 보수진영과 민주당을 중심으로 하는 진보진영 간에 극심한 정치적 이념적 갈등이 노정되었다. 그리고 의회에서 법률이 통과된 이후에도 많은 주에서 이에 대한 위헌소송이 제기된 바 있으며,<sup>3)</sup> 대통령 선거 과정에서 가장 중요한 선거쟁점 중의 하나로 부각되기도 하였다. 연방대법원에서 위헌판결이 유력하다는 당초의 예상과는 달리 합헌판결이 선언됨으로써<sup>4)</sup> 위 법률에 대한 헌법적 정당성 논쟁은 일단락되었지만, 그 정책적 타당성과 재정적 부담 범위 등에 대한 논의는 현재까지도 지속되고 있다.

의료보험에 대한 의무적 가입, 이른바 ‘individual mandate’ 조항에 대한 치열한 헌법적 논쟁은 자유주의적 전통이 지배하고 있는 미국 특유의 법문화에서 비롯된 것이라고 해석할 수 있지만, 역사적으로 개인의 사적 생활영역의 문제로 취급되어 온 건강문제에 대하여 국가 개입의 정당성과 그 한계를 정면으로 다루고 있다는 점에서 주목할 만하다.<sup>5)</sup> 중요한 것은 건강이나 질병문제는 현대사회에 내재된 사회적 위험성의 산물로서 더 이상 개인적 차원의 문제에 머무르는 것이 아니며, 의료보장제도는 이러한 사회적 위험성을 상쇄하기 위한 제도

- 1) National Federation of Independent Business v. Sebelius, 567 U.S.(2012). 이 판결은 Florida v. Department of Health and Human Services 등과 병합심리되었다.
- 2) 위 법률에 대한 의회 내 논의과정과 제정과정에 대하여 자세한 것은 Kaiser Family Foundation, Overview of the Health Reform Legislative Process, 2009 참조.
- 3) 각 주 등이 제기한 위헌소송의 경과와 그 쟁점에 대하여 자세한 것은 Gregory Curfman, Brendan Abel and Renee Landers, “Supreme Court Review of the Health Care Reform Law”, The New England Journal of Medicine, 2012. Mar 15; 336(11): 977-9 참조.
- 4) 당초 위헌판결이 예상되었던 것은 연방대법원의 대법관 구성 때문이었는데, 판결 당시 공화당 출신 대통령이 지명한 대법관이 5인, 민주당 출신 대통령이 지명한 대법관이 4인이었다. 그러나 공화당 지명 대법관 중 1인인 John Roberts 대법원장이 합헌의견에 가세함으로써 결국 5:4로 합헌결정되었다. 이에 대하여는 International Herald Tribune(June 28. 2012), “Supreme Court Upholds Health Care Law, 5-4, in Victory for Obama” 참조.
- 5) 개인의 건강문제에 대하여 국가가 적극적으로 개입하게 된 이론적 근거는 공중보건(public health) 관점이며, 이는 근대 국가 형성기에 있어 국가의 생산력 향상이나 국방력 강화 등과 밀접한 관련성을 맺고 있다. 이에 대하여는 박지용, “빈곤과 건강보험법”, 사회보장법학 제2권 제1호, 2013, 77면 참조.

적 방편이라는 점이다.

이러한 관점에서 미국의 의료보장체계를 바라본다면, 다른 선진국과는 달리 거의 유일하게 '전 국민'을 대상으로 하는 보편적 의료보장체계를 갖추지 못하고 있다는 점은 미국의 세계사적 위치에 비추어 볼 때 역설적으로 보이기까지 한다. 그러나 미국에서도 이미 1900년대 초부터 보다 효율적이고 광범위한 의료보장체계를 만들기 위한 시도는 끊임없이 전개되어 왔었다.<sup>6)</sup> 그러한 노력의 '중간 결실'이 바로 'Patient Protection and Affordable Care Act'인바, 그 역사적 의미는 결코 가볍지 아니하다고 할 것이다. 이하에서는 미국의 의료보장체계를 간략히 살펴보고, 위 법률의 주요 내용을 검토하고자 한다.

## II. 미국의 의료보장체계

### 1. 미국 의료보장 체계의 기본구조

미국의 의료보장체계에서 가장 특징적인 점은 우리나라의 국민건강보험제도와 같은 사회보험 형태의 보편적인 공적 의료보험이 부재하며, 오히려 민간의료보험(private health insurance)이 의료보장체계의 중심적 지위를 차지하고 있다는 점이다. 미국의 민간의료보험은 주로 직장의료보험(employer-sponsored coverage)을 중심으로 발전하였는데, 2007년 현재 65세 미만자의 약 62%가 이러한 직장의료보험에, 그리고 약 6.9%는 개인 단위의 민간의료보험(individual coverage)에 가입하였다.<sup>7)</sup>

이와 같은 직장 중심의 민간의료보험의 문제점은 자영업자 등 직장을 기반으로 하지 않는 자는 개인 단위로 의료보험에 가입하여야 한다는 점인데, 이러한 자들 중 의료보험료를 지불할 능력이 없는 저소득층과 65세 이상 노인의 의료보장이 특히 문제되었다. 1965년 미국은 전 국민을 대상으로 하는 공적 의료보험에 대한 도입 논쟁 끝에 일종의 타협적인 공적 의료보장체계로서 65세 이상 노인 및 장애인을 대상으로 하는 메디케어(Medicare)와 저소득층을 대상으로 하는 메디케이드(Medicaid)를 도입하였다.

결론적으로 미국의 의료보장체계는 기본적으로 민간의료보험이 주도하면서도 공적 의료

6) 이에 대하여 자세한 것은 Kaiser Family Foundation, National Health Insurance A Brief History of Reform Efforts in U.S., 2009 참조.

7) M. A. Morrisey, Health Insurance, HAP, 2009, p.31.

보장으로서 65세 이상의 노인과 장애인 등에 대하여는 메디케어, 일정 소득액 미만의 저소득층에 대하여는 메디케이드가 공존하는 시스템이라고 할 수 있다.

## 2. 메디케어(Medicare)

메디케어는 65세 이상의 노인을 주요 대상으로 하는 공적 의료보장제도로서, 급여의 종류 및 관리방식에 따라 네 가지 프로그램으로 구성되어 있다. 우선 메디케어 파트 A(Medicare Part A Hospital Insurance)는 기본적으로 입원서비스에 대한 보장으로서 병원 입원, 전문요양시설(skilled nursing facility), 호스피스 및 가정방문진료(home health care) 등을 대상으로 한다. 파트 A는 대상자가 직장에서 근무하는 동안 사용자와 함께 납부한 사회보장세를 그 재원으로 하기 때문에 별도의 보험료 등을 지불하지 않는 것이 원칙이다.<sup>8)</sup> 다만, 사회보장세를 납부하지 않은 대상자의 경우에는 별도의 월 보험료를 납부하여야만 파트 A 급여를 받을 수 있으며, 이 경우 2013년 현재 월 441달러의 보험료를 납부하여야 한다.<sup>9)</sup>

메디케어 파트 B(Medicare Part B Medical Insurance)는 파트 A와는 달리 선택형 제도로서 가입을 원하는 대상자는 일정 수준의 보험료를 납부하여야 한다. 파트 B는 기본적으로 외래서비스에 대한 보장으로서 급여대상으로는 의사에 대한 진료비(physician fee), 병원의 외래진료비, 일부 예방서비스(preventive services) 및 일부 의료기기(예컨대, 휠체어 등)가 포함된다. 비록 선택형 제도이지만 대부분의 메디케어 대상자들은 파트 B를 선택, 가입하는데, 그 이유는 가입자의 보험료는 파트 B 예산의 25%를 충당하는 데 그치고, 나머지 75%는 연방정부의 일반예산으로서 충당하기 때문이다. 2013년 현재 가입을 원하는 자는 소득수준에 따라 월 104.9달러에서 335.7달러의 보험료를 납부하여야 한다.<sup>10)</sup>

메디케어 파트 C(Medicare Advantage Program)<sup>11)</sup>는 파트 A 및 파트 B와는 달리 연방정부가 운영하는 것이 아니라 연방정부가 승인한 민간보험회사에 의하여 운영되는 것으로, 대상자가 파트 C를 선택하면 연방정부가 메디케어 재정에서 보험료를 부담하고 대상자가 일

8) 이와 같이 별도의 비용을 추가로 부담하지 않고 대상자가 부여받는 메디케어 파트 A를 일명 'premium-free Part A'라고 한다.

9) Center for Medicare & Medicaid Services(CMS), Fast Facts, 2013.

10) Center for Medicare & Medicaid Services(CMS), Fast Facts, 2013.

11) 종전에는 이를 'Medicare+Choice(M+C) Program'이라고 하였는데, 2003년 'The Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act'에 따라 'Medicare Advantage'로 이름을 바꾸었다. 현재 전체 메디케어 대상자 중 약 12%가 파트 C를 선택하고 있다.

부 추가보험료를 부담하여 당해 대상자를 민간의료보험이 운영하는 관리의료기구(Medicare Advantage Organizations, MAOs)에 가입시키게 된다. 즉 메디케어 파트 C는 별도의 관리 방식을 채택한 것인데, 대상자의 선택에 따라 민간보험회사가 제공하는 유동적이고 다양한 서비스를 제공받을 수 있도록 한 것이다.<sup>12)</sup>

마지막으로 메디케어 파트 D(Medicare Part D Drug Coverage)는 외래처방약을 급여 대상으로 하고 있으며, 파트 B와 마찬가지로 선택형 제도로서 가입을 원하는 대상자는 일정한 보험료를 지불하여야 한다. 보험료는 가입자의 소득 수준에 따라 상이하게 책정되는데, 2013년 현재 가입을 원하는 자는 개인 선택에 따른 부가급여에 대한 비용을 제외하고 월 11.6달러에서 66.6달러의 보험료를 납부하여야 한다.<sup>13)</sup>

### 3. 메디케이드(Medicaid)

미국의 메디케이드는 한국의 의료급여제도와 유사한 공적 부조제도의 일종이라고 할 수 있다. 메디케이드는 연방정부에서 프로그램의 일반적 기준을 설정하고, 세부적인 프로그램은 주정부에서 결정·운영하기 때문에 그 대상자나 급여의 내용은 각 주마다 매우 상이하다. 그리고 저소득층에 대한 공적 부조제도의 성격상 대상자에 대한 자산조사가 행하여지고, 그 결과가 연방정부가 규정하고 있는 빈곤선을 충족시키는지 여부에 따라 급여여부가 결정된다.

대상자들은 크게 소득을 기준으로 대상자를 선정한 범주적 필요군(categorically needy), 의학적 상태를 기준으로 대상자를 선정한 의학적 필요군(medically needy), 그리고 무보험자로서 결핵이 발병한 자, 유방암이나 자궁경부암이 발병한 자와 같은 특수집단(special group) 등으로 나누어진다.<sup>14)</sup> 메디케이드 대상자를 대별하면 아동(Children), 성인(Adults), 장애인(Disabled) 그리고 노인(Elderly)로 나눌 수 있는데, 2009년 아동 그룹은 대상자의 49%를 차지하면서 메디케이드 의료비 지출은 20%를 차지하는 반면, 대상자의 15% 및 10%를 차지하는 장애인 그룹과 노인 그룹은 의료비 지출의 42% 및 23%를 차지하고 있다.<sup>15)</sup>

12) 건강관리기구(Health Maintenance Organizations, HMOs) 등 파트 C로 선택할 수 있는 관리의료기구(MAOs)의 종류에 대하여는, Center for Medicare & Medicaid Services(CMS), 2014 Part C Application, 2013, pp.5~6 참조.

13) U. S. Social Security Administration, Medicare Premiums: Rules for Higher-Income Beneficiaries, 2013, p.8.

14) 이에 대하여 자세한 것은 Center for Medicare & Medicaid Services(CMS), Medicaid At-a-Glance, 2005 참조.

15) Kaiser Family Foundation, The Medicaid Program at a Glance, 2013.

2009년 현재 전체 메디케이드 대상자는 약 6,270만 명이며, 전체 급여비용은 약 3,465억 달러에 이른다.<sup>16)</sup>

메디케이드는 입원과 외래, 예방적 서비스 및 장기요양서비스 등 대부분의 기본적인 의료 서비스를 제공한다. 그리고 각 주마다 부가적으로 제공하는 서비스가 존재하여 실제 급여 내 용은 매우 광범위하고 다양하다.<sup>17)</sup>

### III. 미국의 의료보험개혁

#### 1. 미국 의료보장체계의 문제점

특정한 의료보장체계를 평가함에 있어서 고려하여야 할 요소에 대하여는 다양한 관점이 존재할 수 있으나, 적용대상에 있어서 그것이 보편적인 보장(universal coverage)을 달성하고 있는지 여부(보편성), 일단 의료보장체계 내에 편입된 대상자가 충실한 의료보장을 받고 있는지 여부(보장성), 투입되는 의료비용에 비추어 적절한 수준의 의료서비스가 제공되고 있는지(의료의 질과 효율성) 등을 그 기준으로 설정할 수 있을 것이다.

이와 같은 관점에서 볼 때 미국의 의료보장체계는 적지 않은 문제점을 가지고 있다. 우선 미국의 의료보장체계는 보편적인 보장을 달성하지 못하고 있다. 비록 메디케어와 메디케이드와 같은 공적 의료보장체계가 갖추어져 있음에도 불구하고 양자의 적용 대상이 제한적이기 때문에 양자의 적용 대상이 아닌 자들이 일정한 의료보장을 받기 위하여는 반드시 민간 의료보험에 가입하여야 한다. 특히 직장의료보험에 가입되어 있지 않은 자들은 개인적으로 민간의료보험에 가입하여야 하는데, 의료보험료를 부담하기에는 경제적 능력이 부족하거나 위험도가 높은 자의 경우 무보험(uninsured) 상태로 방치될 개연성이 발생한다. 개인 의료보험 가입자의 경우에는 질병의 위험도에 따라 의료보험료가 달라지고, 대개는 보험료가 일률적으로 결정되는 직장의료보험의 경우보다 가액이 높은 경우가 많다. 2010년 현재 65세 미만자 중 무보험자는 18.5% 정도로 약 4,900만 명에 이르고 있다.<sup>18)</sup> 이와 같은 엄청난 숫자의

16) Kaiser Family Foundation, The Medicaid Program at a Glance, 2013.

17) 이에 대하여 자세한 것은 M. A. Morrissey, Health Insurance, HAP, 2009, p.354 참조.

18) Kaiser Family Foundation, Health Insurance Coverage in America 2010, 2012.

의료사각지대의 존재는 미국 의료보장체계 그 자체의 정당성에 근본적인 의문을 던지게 하는 심각한 문제라고 할 수 있다.

공적 의료보장체계인 메디케어와 메디케이드 또한 보장의 충실성 측면에서 여러 가지 문제점이 지적되고 있다. 메디케어의 경우 적지 않은 추가적인 보험료 부담이 존재한다. 예컨대, 메디케어 외래서비스와 처방약을 각 급여대상으로 하는 파트 B와 파트 D의 경우 선택형 보험으로서 대상자가 혜택을 받기 위하여는 추가적인 보험료를 납부하여야 한다. 그리고 급여 범위 내에서도 다양한 형태의 본인부담금제도(cost-sharing)를 채택하고 있다. 예컨대, 입원서비스를 그 급여대상으로 하는 메디케어 파트 A의 경우에도 본인부담금제도로써 공제제(deductible)와 정액제(copay) 등을 채택하여 2007년 현재 입원하면 최소 992달러를 부담하여야 하며, 재원일수에 따라 추가적인 부담도 존재한다.<sup>19)</sup>

마지막으로 의료의 질과 효율성의 문제이다. 미국은 2009년 기준 GDP 대비 약 17.4%에 달하는 의료비를 지출하고 있는데, 이는 OECD 평균인 약 9.6%에 비하여 훨씬 높은 수치이며, 2위권인 프랑스(11.8%)나 독일(11.6%)에 비하여도 약 6% 포인트 높은 것이다.<sup>20)</sup> 이와 같이 엄청난 의료비 지출에도 불구하고 미국의 건강지표는 오히려 OECD 평균에 미치지 못하는 것들이 많다. 예컨대, 평균수명에 있어 OECD 평균은 79.5인 데 비하여 미국은 78.2이고, 영아사망률 역시 OECD 평균은 4.4인 데 비하여 미국은 6.5이다.<sup>21)</sup>

## 2. ‘Patient Protection and Affordable Care Act’의 주요 내용

### 1) 미국 의료보장체계의 개혁 방향

미국의 의료보험법 개혁, 이른바 ‘Obama Health Reform’은 위와 같은 미국 의료보장체계의 근본적 위기상황을 타개하고자 추진된 것이며, 그 결과물이 바로 ‘Patient Protection and Affordable Care Act(이하 PPACA)’라고 할 수 있다. 이 법률은 모두 10개의 장(Title)으로 구성되어 있으며, 대단히 방대한 내용을 담고 있다.<sup>22)</sup> 법률의 각 장의 명칭은 다음과 같다.

19) M. A. Morrissey, Health Insurance, HAP, 2009, p.319 참조.

20) OECD, Health at a Glance 2011, OECD Indicators, 2011. 참고로 한국은 6.4%이다.

21) OECD, Health at a Glance 2011, OECD Indicators, 2011. 참고로 한국은 평균수명 80.3, 영아사망률 3.5이다.

22) 이하 PPACA의 주요내용에 대한 소개에 대하여는 Kaiser Family Foundation, Summary of the New Health Reform, 2011 참조.

- Title I. Quality, Affordable Health Care for All Americans
- Title II. The Role of Public Programs
- Title III. Improving the Quality and Efficiency of Health Care
- Title IV. Prevention of Chronic Disease and Improving Public Health
- Title V. Health Care Workforce
- Title VI. Transparency and Program Integrity
- Title VII. Improving Access to Innovative Medical Therapies
- Title VIII. Community Living Assistance Services and Supports Act
- Title IX. Revenue Provisions
- Title X. Reauthorization of the Indian Health Care Improvement Act

각 장 모두 미국 의료보장체계에 있어 핵심적인 내용을 담고 있지만, 앞에서 언급한 미국 의료보장체계의 근본적 문제점과 관련하여 주목할 것은 역시 제1장에서부터 제4장까지의 내용이다. 즉, 의료보장의 보편성의 측면에서 약 4,900만 명에 이르는 무보험자의 문제를 해결할 필요성이 절실하였는데, 비록 공적 의료보험기구(public option)의 도입은 실패하였으나 이에 대한 대안으로서 의료보험에 대한 의무적 가입제도(individual mandate)를 신설하였다(제1장 모든 미국인을 위한 양질의 감당할 수 있는 의료). 또한 기존의 공적 의료보장제도인 메디케어와 메디케이드의 보장성을 강화하고, 그 적용대상자를 확대하고자 시도하였다(제2장 공적 프로그램의 역할). 그리고 의료의 질과 효율성 및 접근성을 담보하기 위하여 민간의료보험에 대한 규제를 강화하고, 만성질환에 대한 예방의료, 건강증진 및 공중보건 활동을 강화하였다(제3장 의료의 질과 효율성 향상, 제4장 만성질환 예방과 공중보건 강화).

## 2) 의료보험 적용대상 확대 의료보험 의무가입제도

앞에서 언급한 바와 같이 미국 의료보장체계의 가장 큰 문제는 무보험자의 의료보장이다. 이러한 무보험자의 의료보장을 달성하기 위한 전략으로는 우선 한국과 같이 ‘전 국민’을 대상으로 하는 보편적인 공적 의료보험을 도입하는 것을 고려할 수 있을 것이다. 국가가 운영하는 공적 의료보험을 도입함으로써 기존의 민간 의료보험과의 경쟁체제를 성립시키고, 이를 통하여 의료의 질과 효율성을 향상시키고자 하는 기획이라고 평가할 수 있다. 그러나 보편적인 공적 의료보험의 도입은 의회 내 공화당의 강력한 반대로 좌절되었다. 사실 이러한 국가 주도의 의료보험은 다수의 지지를 확보하지 못하였는데, 이는 자유주의적 법전통이 강



한 미국적 현실을 반영하는 것이라고도 할 수 있다.<sup>23)</sup>

전 국민을 대상으로 하는 보편적 공적 의료보험의 도입이 좌절된 상황에서 무보험자의 문제를 해결할 수 있는 차선택으로 대두된 전략은 바로 저소득층을 대상으로 하는 공적 의료보장체계인 메디케이드의 대상자 범위를 확대함과 동시에 메디케이드의 대상자가 아닌 개인에 대하여는 보험가입 의무를 부과하는 것이었다. 즉, PPACA는 모든 미국 시민과 미국에 합법적으로 이주한 자에 대하여 의료보험에 의무적으로 가입할 것을 규정하고 있다.<sup>24)</sup> 만약 이러한 의무에 위반하여 의료보험에 가입하지 아니할 경우 매년 695달러 또는 소득의 2.5% 상당의 벌금이 부과된다.<sup>25)</sup> 직장보험에 있어 고용주의 의무도 강화되어, 200인 이상 사업장의 경우 고용자에 대하여 필수적으로 의료보험이 제공되어야 하며, 정부로부터 세금 혜택을 받고 있는 50인 이상 사업장에서 고용자에게 의료보험을 제공하지 않을 경우 1인당 2,000달러의 벌금이 부과된다.<sup>26)</sup>

한편 PPACA는 주정부의 승인을 얻거나 비영리로 운영되는 보험거래소(Health Insurance Exchanges)를 설립하기로 하였다. 이는 각 민간보험회사가 의무적으로 보험거래소에 두 개 이상의 의료보험 상품을 등록하게 함으로써 보험가입자로 하여금 보다 유리한 상품을 선택할 수 있도록 하는 제도적 장치라고 할 수 있다. 이와 함께 각 주별로 주민들의 자발적인 조합 형태의 비영리 의료보험 조직의 설립을 허용하고 이를 재정적으로 지원하기 위한 근거규정(Consumer Operated and Oriented Plan Program, CO-PO)을 마련하였다.<sup>27)</sup>

### 3) 메디케어 및 메디케이드 보장성 강화, 민간보험 규제 강화

우선 의료사각지대를 해소하기 위한 전략의 일환으로서 메디케이드의 적용대상자 범위를

23) 복지국가에 대한 위와 같은 접근방법을 이른바 '정치유산이론'이라고 한다. 이에 따르면, 예컨대 독일의 관료주의적 전통은 사회보험을 중심으로 한 사회입법을 낳았지만, 미국의 자유주의적 전통은 시장 중심의 복지생산을 낳았다는 것이다. 정치유산이론을 포함한 다양한 복지국가의 접근방법론에 대하여는 전광석, "복지국가의 정당성", 헌법판례연구 10, 2009, 226~231면 참조.

24) 이를 위하여 2014년 1월부터 연방빈곤선 400% 이하의 개인과 가구에 대하여 소득수준별로 보험료와 본인부담금에 대한 정부보조금이 지급된다.

25) 다만, 벌금액은 2014년 95달러 또는 소득액의 1.0%, 2015년 325달러 또는 소득액의 2.0%, 2016년 695달러 또는 소득액의 2.5%로 순차적으로 상향조정된다.

26) 이를 위하여 연방정부는 25인 이하 사업장 또는 평균 임금 5만 달러 미만의 사업장에 대하여 세금 공제 혜택을 부여한다.

27) 2013년 6월 1일까지 CO-OPs의 설립을 지원하기 위하여 약 48억 달러 규모의 재정 지원이 이루어질 예정이다.

확대하였다. 즉, 종전에 메디케이드의 적용대상에서 제외되었던 연방빈곤선 133% 미만자에 대하여도 메디케이드의 적용을 받을 수 있도록 하였다. 이를 통하여 종래 무보험자 중 1,600만 명이 추가로 메디케이드의 적용대상이 될 것으로 예상된다. 주정부는 연방정부로부터 메디케이드 적용대상 확대 부분에 대하여 재정적 지원을 받게 된다.<sup>28)</sup>

메디케어의 보장성 강화도 주목할 만하다. 특히 중요한 것은 약제비에 대한 본인부담금 경감이다. 메디케어 파트 D의 본인부담금 제도는 다소 복잡하다.<sup>29)</sup> 2010년을 기준으로, 우선 공제제를 채택하여 처음 310달러에 대하여는 100% 본인이 부담하여야 하며, 310달러 이상 2,830달러 이하에 대하여는 정률제를 채택하여 75%는 보험회사 급여(plan pays)가, 25%는 본인이 부담한다. 문제는 2,830달러 이상 4,550달러 구간인데, 이에 대하여는 100% 본인부담을 채택하고 있다(coverage gap, 이른바 ‘Donut Hole’).<sup>30)</sup> 그러나 PPACA는 이를 개선하여 도넛홀 구간에 있어 본인부담금을 25%로 제한하였다.<sup>31)</sup>

한편 PPACA는 민간보험에 대한 다양한 규제를 도입하여 보험가입자의 소비자의 권리를 강화하고 있다. 민간 의료보험의 경우 보험가입자의 역선택(adverse selection)의 문제가 있기 때문에, 보험회사의 입장에서는 이에 대응하기 위하여 개인 가입자에 대하여 높은 보험료를 책정하거나 위험도가 높은 개인에 대하여는 보험 가입을 거부하는 현상이 발생하게 된다.<sup>32)</sup> 이에 대하여 PPACA는 과거 병력이나 기왕증 등 개인의 건강상태를 이유로 보험가입을 거부하는 것을 금지하고, 다만 연령이나 흡연 여부에 의해서만 보험료를 차등 적용할 수 있도록 하고 있다. 그 밖에 보험회사의 일방적인 해지 금지, 보험회사와 보험상품에 대한 정보 공개, 대기기간의 제한(90일), 보험료 인상에 대한 정부의 감독기능 강화 등을 규정하고 있다.

28) 2014년부터 2016년까지는 추가 비용의 100%를 지원받으며, 이후 지원 비율은 순차적으로 감소하여 2020년에는 90%를 지원받도록 규정되어 있다.

29) Kaiser Family Foundation, Explaining Health Care Reform: Key Changes to the Medicare Part D Drug Benefit Coverage Gap, 2010 참조.

30) 도넛홀 이후 구간에 대하여는 메디케어 급여(medicare pays)와 보험회사 급여 95%, 본인부담금 5%가 각각 적용된다.

31) 다만, 브랜드약(brand-name drugs) 또는 복제약(generic drugs)인지 여부에 따라 보험회사와 메디케어의 부담률은 상이하다. 또한 각 구간에 대한 금액이 상향조정되었다. 예컨대, 공제제가 적용되는 금액은 2013년 현재 325달러이다. 이에 대하여는 Kaiser Family Foundation, Standard Medicare Prescription Drug Benefit, 2013 참조.

32) 역선택 및 가입자 선별(favorable selection)에 대하여 자세한 것은 M. A. Morrissey, Health Insurance, HAP, 2009, pp.49~59 참조.

### 4) 예방서비스 및 공중보건 활동의 강화

미국이 천문학적인 의료비를 지출하면서도 주요 건강지표에서 하위권을 기록하고 있는 이유에 대하여는 다양한 논의들이 존재하지만, 미국의 의료가 질병의 치료를 중심으로 발전한 반면, 만성질환에 대한 예방서비스나 공중보건활동이 상대적으로 미약하였던 것도 하나의 원인으로 제시할 수 있을 것이다. 이에 대하여 PPACA는 메디케어 및 메디케이드 등을 통하여 예방서비스와 건강증진서비스를 대폭 급여화하고, 국가적 차원에서 질병예방과 공중보건에 대한 전략을 수립하도록 규정하는 등 의료의 질 및 효율성 확보를 위한 다양한 조치를 모색하고 있다.

우선 공적 의료보장체계인 메디케어와 메디케이드를 통하여 질병예방과 건강증진서비스에 대한 급여를 대폭 확대하였다. 예컨대, 메디케어에 있어서 미국 예방서비스 대책위원회(U. S. Preventive Services Task Force)에서 권고한 A 또는 B 등급의 예방서비스, 예방접종에 대하여 본인부담금을 면제하거나 경감하는 규정을 신설하였다. 메디케이드에 있어서도 예방 또는 재활서비스에 대한 급여범위를 확대하고, 특히 만성질환에 대한 대책으로 금연이나 체중감소, 혈압감소 등 만성질환을 예방하는 활동에 대하여 인센티브를 제공하도록 하였다. 흥미로운 것은 체인 레스토랑(chain restaurants)과 자판기에서 판매하는 음식에 대하여 영양 정보(nutritional information)를 공개하도록 한 것인데, 비만으로 인한 만성질환을 줄이기 위한 방편으로 생각된다.

또한 공중보건에 대한 국가의 역할을 강화하였는데, 연방 질병예방, 건강증진 및 공중보건 위원회(National Prevention, Health Promotion and Public Health Council)를 설립하여 연방 차원에서 통합적으로 예방, 건강증진 및 공중보건 전략을 수립하고 그 활동을 추진할 수 있도록 하였다. 또한 이러한 활동을 효과적으로 수행하기 위하여 기금(Prevention and Public Health Fund)을 창설하도록 하였다. 또한 지역사회 보건을 강화하기 위하여 지역보건센터, 학교건강센터, 소규모 사업장에 대한 건강증진프로그램 등을 전개하고, 이에 대한 재정적 지원을 하도록 규정하고 있다.

## VI. 결론 및 시사점

비록 민간의료보험 중심의 미국의 의료보장체계와 국민건강보험제도를 채택하고 있는 한국의 의료보장체계는 그 기본구조에 있어서는 상이하지만, 최근의 미국의 의료보험법 개혁

은 한국의 의료상황에 대하여도 적지 않은 시사점을 던져주고 있다. 우선 한국의 의료비 증가율이 예상롭지 않다. 한국의 의료비 증가율은 연평균 8.7%로 세계 최고 수준인 반면, 미국의 의료비 증가율은 3.4%이다.<sup>33)</sup> 이는 노인인구의 급격한 증가와 같은 구조적인 문제에서 기인하는 측면도 있지만, 질병예방이나 건강증진, 공중보건 사업에 대한 상대적 무관심에도 그 원인이 있을 것이다. 특히 수도권 대형병원 중심으로 환자가 집중되면서 질병예방과 건강증진에 중요한 역할을 하는 일차의료의 역할이 제대로 발휘하지 못하고 있는 점은 향후 한국 의료체계에 커다란 문제를 야기할 소지가 크다. 따라서 합리적인 의료전달체계를 정립하여 일차의료의 기능을 강화하고, 국가나 국민건강보험공단 등은 예방서비스나 건강증진 서비스에 대한 급여 확대나 인센티브 부여 등을 통한 효율성 확보를 모색하여야 할 시점으로 생각된다.

미국에서 메디케어 및 메디케이드 등 공적 의료보장체계를 강화하는 최근의 경향에서 알 수 있듯이 의료보장에 있어 공공부문의 역할을 매우 중요하다. 한국의 국민건강보험은 1977년 직장의료보험의 보편적 공적 의료보험을 실시한 이후 13년 만에 전국민 의료보험제도로 발전한 것인데, 이는 의료의 접근성의 측면에서 획기적인 성과임은 분명하지만, 저수가 저급여의 구조화로 인하여 질적으로는 낮은 보장성을 갖는 제도가 되었다.<sup>34)</sup> 즉, 2009년 한국의 공적 의료보험의 보장성은 58%로 OECD 평균인 72%에 크게 밀리고 있다.<sup>35)</sup> 이것은 본인부담금이 매우 높은 수준에 있다는 것을 의미한다. 이러한 결과는 공적 보험으로서의 국민건강보험의 역할이 제한적이며, 국민건강보험의 보장성을 지속적으로 확대시켜야 할 필요성이 크다는 것을 반증하기도 한다. 다른 한편, 단일보험자로서 소홀하기 쉬운 효율성을 확보할 과제와 다양한 수요를 만족시킬 수 있는 운영주체의 다원화 문제, 민간보험과의 역할 재정립 문제도 장기적으로는 고려할 만한 가치가 있다.

33) OECD, Health at a Glance 2011, OECD Indicators, 2011.

34) 한국 의료보장법체계의 법이론적 정책적 문제점에 대하여 자세한 것은 박지용, “빈곤과 건강보험법”, 사회복지법학 제2권 제1호, 2013, 90~93면 참조.

35) OECD, Health at a Glance 2011, OECD Indicators, 2011.

### 참고문헌

- 박지용, “빈곤과 건강보험법”, 사회보장법학 제2권 제1호, 2013.
- 전광석, “복지국가의 정당성”, 헌법관례연구10, 2009.
- Center for Medicare & Medicaid Services(CMS), Medicaid At-a-Glance, 2005.
- Center for Medicare & Medicaid Services(CMS), Fast Facts, 2013.
- Center for Medicare & Medicaid Services(CMS), 2014 Part C Application, 2013.
- Gregory Curfman, Brendan Abel and Renee Landers, “Supreme Court Review of the Health Care Reform Law”, The New England Journal of Medicine, 2012. Mar 15.
- M. A. Morrisey, Health Insurance, HAP, 2009.
- Kaiser Family Foundation, Overview of the Health Reform Legislative Process, 2009.
- Kaiser Family Foundation, National Health Insurance A Brief History of Reform Efforts in U.S., 2009.
- Kaiser Family Foundation, Explaining Health Care Reform: Key Changes to the Medicare Part D Drug Benefit Coverage Gap, 2010.
- Kaiser Family Foundation, Summary of the New Health Reform, 2011.
- Kaiser Family Foundation, Health Insurance Coverage in America 2010, 2012.
- Kaiser Family Foundation, The Medicaid Program at a Glance, 2013.
- Kaiser Family Foundation, Standard Medicare Prescription Drug Benefit, 2013.
- OECD, Health at a Glance 2011, OECD Indicators, 2011.
- U. S. Social Security Administration, Medicare Premiums: Rules for Higher-Income Beneficiaries, 2013.