

가치기반 건강보험 혁신을 통한
국민 체감형 의료 질 향상 방안

2020년 07월

보 건 복 지 부

정 성 진

목 차

1장. 국외훈련 개요	5
2장. 훈련기관 소개	6
3장. 본문	7
I 연구개요	8
II 현황 및 필요성	8
1. 현황 및 문제점	4
2. 필요성	11
III. 주요국가의 건강보험제도	12
1. 우리나라 건강보험제도 개요	12
2. 주요국가의 건강보험 제도	20
3. 우리나라 건강보험의 주요 성과	24
V. 미국의 건강보험	30
1. 건강보험체계 특징	30
2. 건강보험 개혁 과정	48
3. 건강보험 개혁 과제와 전망	57
VI. 건강보험 혁신을 통한 의료 질 향상 방안	84
VII. 결과	106
4장. 참고문헌	111

1장. 국외훈련 개요

1. 훈련과제 및 내용

- 훈련과제 : 가치기반 건강보험 혁신을 통한 국민 체감형 의료 질 향상 방안

- 훈련내용
 - 미국 등 주요국가의 건강보험제도의 국내적용 가능한 사례 연구
 - 우리나라 건강보험제도 혁신 방안 연구

- 훈련과제의 업무연관성
 - 국민건강보험(National Health Insurance, NHI)은 국민에게 제공되는 보건의료서비스 정책 구현의 핵심적 요소
 - 건강보험의 양적 성장뿐만 아니라 환자에게 제공되는 서비스의 질적 내실화를 위해 의료 질 성과와 연계를 강화한 건강보험의 지불제도 개선 등이 현시점에서 구체적으로 고민될 필요

- 훈련국 : 미국

- 훈련기관명 : The City of St. Peters

- 훈련분야 : 직무

- 훈련기간 : 2019.07.23.~2020.07.22.(12개월)

2장. 훈련기관 소개

명 칭	The City of St. Peters		
소재지	One St. Peters Centre Blvd. St. Peters, MISSOURI 63376		
홈페이지	https://www.stpetersmo.net/		
설립목적	<ul style="list-style-type: none"> ○ St. Peters시는 비즈니스 커뮤니티를 중시하며 경제 발전에 박차를 가하고 있으며 St. Peters를 살기 좋은 장소로 만들기 위해 노력. ○ St. Peters는 비즈니스 및 경제 발전에 대한 자세한 정보를 시민들에게 안내 및 삶의 질을 높이는데 최선을 다해 서비스. 		
조직	DEPARTMENTS Mayer: : Lan Pagano Administration Animal Control Building Department(Permits and Inspections) Citizen Action Center Community Development(CDBG Programs) Economic Development Engineering Finance Health & Environment Parks, Recreation & Arts Planning, Zoning & Development Police(including Rangers) Purchasing & Bid Services		
주요기능 및 연구 분야	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보건정책 수립을 위한 시민의 삶의 질에 필수적인 서비스 제공 모델링 ○ 건강보험 제도에서 의료의 질을 향상시키기 위해 이루어진 미국의 건강보험 제도 개선 영향분석 ○ 미국 내 보건관련 기관간의 협의 체계 및 네트워크·채널 형성 ○ 건강보험정책 개발을 위한 사회경제적 평가 		
주요인사 인적사항	Mr. Burt Benesek Government administration, Group Manager, Health and Environment Services, Staff Support Services, at the City of St. Peters, MO		
교섭창구	이름: Mr. Burt Benesek		
	전화	636)970-1456	FAX
	E-mail	bbenesek@stpetersmo.net	
훈련경비	US\$9,000 (1년)		

3장. 연구보고서

I. 연구의 개요

□ 연구과제의 선정

- 국민건강보험은 대한민국 국민들에게 제공되는 보건의료서비스에 관한 정책을 실현함에 있어 **핵심적 요소 중**.
 - 건강보험 적용방식, 적용기준 등을 개선함으로써 의사(의료기관)등의 의료서비스 공급형태를 바꿀 수 있을 뿐만 아니라, 환자들의 의료서비스 이용행태까지 실질적으로 **광범위하게 영향**을 미칠 수 있음.
- 특히, **단일 보험자 체계로 전 국민 의료보장을 실시하고 있는** 우리나라에서 의료서비스에 대한 혁신은 결국 건강보험 제도의 혁신에 기반 할 수밖에 없는 것이 현실적 상황.
- 국정과제를 통해 건강보험의 보장성을 양적으로 확대하는 한편 이를 통해 제공되는 의료서비스의 질적 제고 역시 건강보험의 **지속가능성을 전제한** 가운데 건강보험의 역할로서 반드시 함께 고민되어야 할 요소.
 - 오로지 의료비 부담 경감을 목적으로 전 국민이 세금과 별개로 납부하는 건강보험료를 근간으로 하고 있으므로, 결국 한정된 재원을 가장 효율적으로 활용하여 가입자가 얻을 수 있는 **혜택을 극대화 하는 방향으로 추진**되어야 하며, 이는 '양질의 의료 서비스 보장과 가치 있게 의료자원을 이용하도록 하는 **거시적 효율성**'으로 정리될 수 있음.
 - 건강보험 보장성 강화 대책이 문재인 정부 4년차를 맞이하여 본격 궤도에 진입하고 있는 단계로, 단순 양적 확대를 넘어 의료서비스의 질적 개선 효과를 국민들이 실감할 수 있는 방안을 보다 **구체적으로 모색할 필요**.

II. 연구의 필요성

1. 현황 및 문제점

(1) 국내의 건강보험 제도와 정책 현황

- 우리나라 건강보장제도는 사회보험방식이며, 전 국민을 대상으로 단일한 보험자(보건복지부 장관의 관장 아래 국민건강보험공단)가 운영하는 국민건강보험(NHI)방식을 채택, 다른 사회보험과 마찬가지로 사회연대성을 기반으로 직장가입자와 지역가입자로 각각 구분하여 책정된 월 단위 납부 보험료를 모아 가입자가 실제 의료서비스 이용 시 부담해야할 **의료비용의 일정 부분을 보장**하는 보험 형태로 운영 중.
- 건강보험이 보장하는 보험급여는 가입자 및 피부양자의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 **현물 또는 현금급여 형태로 제공**.
 - 원칙적으로 요양기관(의료기관)을 통해 제공되는 현물급여(검사, 처치, 수술 등 의료서비스)를 행위별로 **정해진 급여 범위 내에서** 보장하며,
 - 이에 따른 의료기관에 대한 서비스 비용 보상도 역시 **행위별 (Fee for Service, FFS)로 이루어지는 것을** 근간으로 하고 있음.
 - 별도로 비급여로 정하고 있는 질병, 행위, 분야 등을 제외한 모든 의료서비스는 **원칙적으로 건강보험 체계 내에서 관리되는 것으로** 간주하고 있으나,
 - 우리나라의 건강보험은 최단기간('77~'89)에 전 국민을 대상으로 적용 대상을 확대했던 것에 비해, 세 차례 중기 보장성 강화 계획 추진에도 불구하고 보장성 강화 정책 추진 속도에 비해 **비급여 영역이 훨씬 빠르게 증가한** 측면이 존재.

- 이에 따라, 건강보험 보장성을 최대한 확대에도 국민 개개인의 의료비 부담을 계속적으로 증가해 왔으며, 이러한 상황을 획기적으로 개선하기 위해 의학적 필요성이 입증된 비급여는 신속하게 건강보험을 적용하겠다는 취지의 **건강보험 보장성 강화 대책**을 국정과제로 포함하는 한편, 별도의 대책 발표를 통해 **VIP 아젠다**로 자리 잡음 (일명 문재인 케어)

○ 미국의 건강보험 제도와 정책 현황

- 미국의 건강보장제도는 원칙적으로 **민간보험 중심으로 발전해** 왔으며, 보편적 의료보장으로서의 공공의 역할 증대 필요성이 지속적으로 제기되면서 **메디케어(Medicare)·메디케이드(Medicaid)** 등 **공적보험의 영역을 확대하려는** 노력이 계속되는 중.
- 따라서, 미국은 직장을 중심으로 한 민간보험과 개인이 가입하는 **민간보험의 비중이 가장 크고 노인 및 취약계층 등에 한해** 제공되는 **공적보험이 이를 보완하는** 형태로 운영 중이므로,
- 의료비 자체는 상당히 높은 수준임에도 불구하고 보험료를 많이 낼 수 있는 사람은 부담수준에 따라 개인의 보장범위도 상당히 넓어지는 반면에 공적 보험은 **비용 조달부터 협소한 보장범위에 이르기까지 상당한 제한점들이** 존재.
- 이에 따라, 우리나라와 유사한 **행위별 수가제**를 근간으로 하고 있어 의료인의 서비스 제공 통제가 어려운 상황에서 민간보험과 공적보험 공히 한정된 재원을 바탕으로 이를 최대한 효율적으로 사용(또는 공급자에게 지불)하는 방식에 대해 지속적으로 고민해 왔으나,
- 인구 고령화, 의료서비스에 대한 보장 요구 확대 등으로 건강보험을 통한 급여비 증가가 불가피한 상황에서 현실적으로 고려 가능한 유일한 대안은 **이왕 같은 진료비로** 제공되는 의료서비스라면 이것이 최대한 질적으로 높은 수준의 형태로 환자에게 제공될 수 있도록 운영하는 것이 최선이라는 결론에 도달, 이른바 **‘가치기반 지불제’**를

도입하기 위한 다양한 노력*들을 경주

* 메디케어의 Accountable Care Organization (ACO), 메디케이드의 DSRIP

- 즉, 주요 질병 또는 서비스별로 의료서비스 제공을 통해 추구해야 할 목표 건강 지표 등을 제시하고 이를 비용 대비 효과적으로 달성할 경우엔 추가 인센티브를 제공하는 대신, 달성하지 못하는 경우엔 디스인센티브로 연계하여 의료 서비스 질 제고를 촉구하는 기전이며,
- 특히, 이러한 서비스 제공 기관이 하나의 의료기관에 그치지 않고 여러 개의 의료기관이 연합하여 제공될 수 있도록 조직하거나, 심지어 각종 돌봄·복지서비스 기관들까지 함께 어우러져 환자를 중심(Patient-centered)으로 포괄적인 케어서비스(Comprehensive care service coordination)가 제공되는 구조를 장려함으로써,
- 의료문제 해결뿐만 아니라 그로 인해 파생되는 다른 경제사회적 문제까지 함께 고려하여 접근할 수 있는 차세대 모델들로 발전시키기 위해 노력 중.

(2) 국정과제와의 연관성

- 문재인 정부 국정운영 5개년 계획 과제로 **'44. 건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원'**이 제시되어 있으며,
 - 이 중 첫 번째 세부 추진 과제로 '(건강보험 보장 강화) 실폐괄수가 확대와 선별급여 적용항목 확대로 풍선효과가 나타나고 있는 비급여 관련 문제 해소가 명시.
- 상기 국정과제가 구체적으로 제시된 '17년 8월 9일에 발표(VIP)된 건강보험 보장성 강화대책 에서는 비용효과성이 다소 낮더라도 의학적으로 필요한 경우에는 예비적인 성격의 급여로서 선별급여를 확대한다는 목표를 제시하고 별도 전담부서(보건복지부 의료보장심의관)를 구성하여 **연차별 비급여의 급여 전환 로드맵**에 따라 과제가 수행되고 있으나,

- 신포괄수가 확대 등 비급여의 급여 전환과 함께 추진되어야 하는 지불제도) 개선과제에 대해서는 추가적인 개선대책이 제시되지 못하고 있는 실정.

2. 필요성

- 건강보험 보장성 확대가 차질 없이 진행되어 의료서비스 보장수준이 일정 수준에 도달하게 되면, 궁극적으로 단순히 이를 양적으로 보장하는 것을 넘어서서 **질적으로 높은 수준의 의료서비스 제공**에 대한 요구가 뒤따를 것으로 예상.
- 이에 따라, 신포괄수가 확대 등 건강보험의 지속 가능성을 담보할 수 있는 **지불제도 개선에 대한 대안 제시**가 정책적으로 지금보다 가시화 될 필요가 있으며,
- 이는 다양한 지불 제도를 운영하고 있는 선진국들의 사례를 실제적으로 폭넓게 파악하여, 이를 바탕으로 면밀한 대안을 검토할 필요가 있음.
- 이는 국내에서 단순 문헌조사에 그쳐서는 안 되며, 해외 연수기관의 방대한 아카이브와 **세계 최고 수준의 전문성을 갖춘 faculty**와의 교류, 지도 등을 통해 관련 자료들을 조사·수집·분석·연구하는 한편,
- 다양한 국가에서 온 전 세계 보건 전문가들과 함께 문서화되지 못한 **경험들을 공유하고 네트워크를 형성**하여 향후 정책 추진 과정의 기반과 역량을 충실히 제고할 필요.

1) 지불제도(Payment System)란? 건강보험의 보험자(Payer)가 가입자(환자)에게 의료서비스를 제공한 대가로 공급자(주로 의사 또는 의료기관)에게 그 서비스 비용을 지불하는 방식.

예) 우리나라는 의료행위건별로 비용이 지불되는 방식인 반면, 영국은 주로 의사에게 할당된 환자수별로 의사 단위로 지급하고, 대만은 연간 국가가 집행할 의료비 총액을 의료인 단체 등과 계약을 통해 지급하고 의료계 내부에서 알아서 분배하는 방식을 채택

Ⅲ. 주요국가의 건강보험 제도

1. 우리나라 건강보험제도 개요

□ 건강보험제도의 의의

- 우리의 건강보험은 질병 및 부상 등으로 부터 발생한 고액의 진료비로 가계의 부담을 막기 위해 평소에 보험료를 지급하고,
 - 필요시 의료서비스를 제공 받을 수는 급여를 제공하는 건강보험 공단의 운영 및 관리 형태의 사회보험으로서 보통의 사보험 과는 다르다.

□ 주요특징

- 건강보험제도는 목적 실현을 위해 법적 요건이 갖춰지면 건강 보험에 의무적으로 가입하도록 의무가 부여된다. 고위험군 사람만 보험에 가입하고 일반 국민이 건강보험 가입을 기피 할 수 방법이 있으면,
- 국민들 간의 위험분담과 의료비 상호해결이라는 건강보험제도의 목적 실현이 불가능하다.
- 건강보험은 사회적 합의를 토대로 의료비 문제 해결을 가장 중요한 목적으로 소득수준 등을 고려하여 보험료를 부과하며, 민간보험은 계약 내용에 포함된 보장범위, 질병위험의 정도에 따라 보험료가 부과된다.
- 건강보험은 관련법에 따라 균등하게 보험급여가 보험료 부담수준에 관계없이 이루어지며, 민간보험은 개인별로 보험료 수준과 계약내용에 따라 정해진다.

□ 주요연혁²⁾

- 1963. 12. ‘의료보험법’ 제정
- 1976. 12. ‘의료보험법’ 전문개정
- 의료보장 제도 실시(제4차 경제개발 5개년 계획)
 - 의료보호 실시(생활보호대상자 등)(‘77. 1)
 - 점진적 의료보험 확대(부담능력 등을 고려 임금소득계층부터)
- 1980년부터 전 국민 의료보험을 위한 기반 조성
 - ‘81. 7. 지역의료보험 시범사업(1차)(군위, 옥구, 흥천)
 - ‘82. 7. 지역의료보험 시범사업(2차)(목포, 보은, 강화)
 - ‘88. 7. 의료보험 당연적용(5인 이상 사업장) 확대
- 한방 의료보험 실시
 - ‘84. 12. 의료보험 시범사업(청원, 청주)
 - ‘87. 2. 전국 실시
- 지역 의료보험 실시
 - ‘88. 1. 의료보험 실시(농·어촌관련 지역)
 - ‘88. 7. 전 국민 의료보험 실시(도시지역)
- 조직 확대
 - ‘89. 10. 227개 지역 공무원·사립학교 교직원 의료보험조합(1차 조직 통합)
 - ‘00 7. 139개 국민의료보험공단 직장조합 통합으로 의료보험 조직 통합(건강보험심사평가원과 국민건강보험공단 업무 시작)
- 보험자 직영병원 개원(‘20. 3)
- 2002. 1. ‘국민건강보험 재정건전화 특별법’ 제정 및 시행
- 직장·지역 재정 통합 운영(‘03. 7)
- ‘국민건강보험 재정건전화 특별법’ 만료에 따라 ‘국민건강보험법’ 삽입(‘07. 01)
- 노인장기요양보험 실시(‘08. 7)
- 사회보험 징수통합 실시(‘11. 1)

2) 보건복지부, 2017 보건복지 백서, 2018 재편집

□ 적용 현황

- 1989년 7월 1일부터 전 국민을 대상으로 건강보험이 실시되었으며, 2017년 현재 대한민국 97%인 5천만 이상이 건강보험제도의 적용 대상이다. 나머지 150만명 정도는 기초생활보장 대상자 등으로 의료급여제도의 도움을 받고 있다.

의료보장 적용 현황³⁾

(단위 : 만 명, %)

구 분		인구	구성
계		5,243	100.0
건강보험	소계	5,094	97.2(100)
	직장	3,690	(72.4)
	지역	1,404	(27.6)
의료급여		149	2.8

□ 법적근거

- 헌법 : (제34조 제1항 및 제2항) 사회복지 증진의무 규정관련으로 국민의 인간다운 생활을 할 권리 및 이를 실현.
- 사회보장기본법(제3조)은 사회보자의 법적범위를 규정하고 있으며, "사회보장"이란 출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상시키는 데 필요한 소득·서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 말한다.

3) 보건복지부, 2017 보건복지 백서, 2018

- 국민건강보험법이 국민건강보험제도를 구체화하며, 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 **사회보장 증진 및 개인의 건강을 향상**을 목적으로 규정한다.

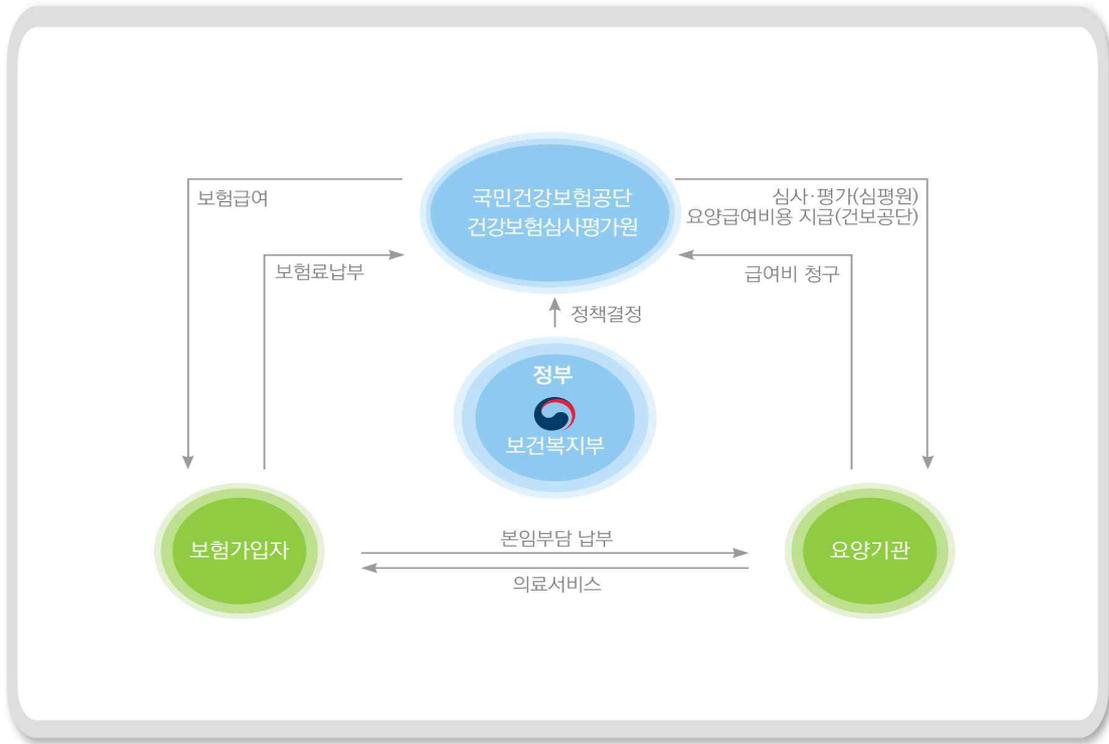
□ 기능 및 역할

- 의료보장 기능으로 전 국민들에게 균등하게 급여를 제공하여, 필요한 **기본적 의료를 적정수준까지 보장**한다.
- 사회연대 기능의 역할 으로는 한 국가의 사회통합을 이루며, 사회보험으로서 사회공동의 책임을 부여하며, **보험료는 소득과 능력에 따라 부담**된다.
- 소득재분배 기능으로서 질병 치료로 경제생활의 악순환 초래를 막고, 일정한 보험료를 부담함으로써 균등한 급여 제공되어 치료비 부담을 경감시키는 **소득재분배 역할**을 수행한다.

□ 건강보험 관리 운영 체계

- 건강보험 관리 체계에서 **보건복지부는 관련 정책을 결정**하고, 건강보험공단은 보험료의 부과·징수 및 보험급여 지급 등의 업무를 수행한다. 건강보험심사평가원은 **요양급여비용 심사**와 **요양급여 적정성**을 평가한다.

건강보험 관리 운영 체계⁴⁾



4) 보건복지부, 2017 보건복지 백서, 2018

□ 급여 체계

- 급여 형태는 두 가지 형태인 **현물급여와 현금급여**가 있다. 현물급여에는 질병, 부상 등에 대한 **요양급여와 현금급여**에는 **요양비** 등이 있다.
- 진료비용의 일부는 본인이 부담하며 입원의 경우 총액의 20%, 외래는 30~60%의 차등 적용이 있다.

보험급여 체계⁵⁾

(‘17. 12. 기준)

[입원] 요양급여비용 총액의 20%(단, 식대는 50%), 신생아 및 자연분만 : 면제, 15세 이하 아동 : 5%			
기관 종별	소재지	환자 구분	본인부담액
상급 종합병원	모든지역	일반 환자	진찰료 총액 + (요양급 여비용 총액 - 진찰료총액) × 60 / 100
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60 / 100 + 약값 총액 × 30 / 100
종합병원	동 지역	일반 환자	요양급여비용 총액 × 50 / 100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50 / 100 + 약값 총액 × 30 / 100
	읍·면 지역	일반 환자	요양급여비용 총액 × 45 / 100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45 / 100 + 약값 총액 × 30 / 100
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	동 지역	일반 환자	요양급여비용 총액 × 40 / 100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40 / 100 + 약값 총액 × 30 / 100
	읍·면 지역	일반 환자	요양급여비용 총액 × 35 / 100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35 / 100 + 약값 총액 × 30 / 100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30 / 100(요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액-약값 총액)× 30/100+약값 총액× 30/100 (요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액)
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용총액 × 30 / 100 (요양급여비용총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액)

5) 보건복지부, 2017 보건복지 백서, 2018, 재편집

□ 보험료 부과

- 지역가입자의 보험료는 재산등의 부과요소와 소득을 고려한 부과 점수 기준이며, 지역가입자는 소득과약률이 직장가입자에 비해 낮아 부과 대상이 되는 소득 결정방법에도 보험료의 차이가 있다.

지역가입자 보험료 부과체계⁶⁾

(17. 12. 기준)

구 분	주요내용
보험료 부과기준	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 부과 점수 - 종합소득, 재산(부동산, 자동차 등), 경제 활동 능력(성·연령)
보험료율	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 부과 점수를 나타내는 점수에 보험료 부과점수당 금액(179.6원)을 곱하여 부과 ※ ' 18. 부과점수당 금액 183.3원
보험료 부담 방법	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 전액 부담
평균 보험료	<ul style="list-style-type: none"> • 87,458원(연간평균 세대당 월보험료)
부담 주체	<ul style="list-style-type: none"> • 지역가입자 전원이 보험료 부담

6) 보건복지부, 2017 보건복지 백서, 2018, 재편집

□ 건강보험 재정 안정

- 고령화로 인한 노인인구 급증, 신 의료 기술의 발전, 보장성 강화 등에 따른 꾸준한 급여비 지출 증가로 인해, 향후 장기적으로 건강보험 재정 안정은 어려울 것으로 전망된다.

연도별 건강보험 재정 현황⁷⁾

(단위 : 억 원)

구 분	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17
수입(A)	252,697	289,079	311,817	335,605	379,774	418,192	451,733	485,024	524,009	557,195	579,990
지출(B)	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766	388,035	415,287	439,155	482,281	526,339	572,913
당기 수지	△2,847	13,667	△32	△12,994	6,008	30,157	36,446	45,869	41,728	30,856	7,077
수지율(B/A)	101.1	95.3	100.0	103.9	98.4	92.8	91.9	90.5	92.0	94.5	98.8
누적 적립금	8,951	22,618	22,586	9,592	15,600	45,757	82,203	128,072	169,800	200,656	207,733

주 : 자금 수지 기준

7) 보건복지부, 2017 보건복지 백서, 2018

2. 주요국가의 건강보험제도 개요

□ 캐나다

- 미국의 건강보험과 관련하여 가장 비중있게 비교되는 국가는 캐나다이다. 그 이유는 영국의 식민지였다는 공통점과 1960년대 이전까지는 두 국가의 의료 측면에서 큰 차이가 없었다.
- 캐나다는 미국과 같이 연방국가이지만, ‘메디케어(Medicare)’라는 전 국민 건강보험체계를 보유하고 있고, 전국적 통일성을 유지하기 위해 국가가 의료 서비스와 공급을 책임진다.
- 캐나다 전 국민 대상 건강보험은 1947년 사스캐치완(Saskatchewan)주가 처음 시작하였고, 1972년에 이르러 전국적으로 확대되었다.
- 캐나다의 건강보험은 조세가 원칙이며, 공공 부분에서 70%정도이며, 약 30%정도를 민간 부분에서 조달되며, 민간보험은 공적 의료보장이 미치지 못하는 영역에서 제한적으로만 서비스를 공급한다.
- 진료 시 본인 부담은 없다. 그러나 외래 환자의 약품은 노인과 사회복지 급여 대상이 아닌 한 급여가 매우 제한적이며,
 - 치과, 시력과 관련된 급여도 제외되는 경우가 많다. 89%의 국민이 약품에 대한 공급 혹은 민간보험을 가지고 있다. 그러나 충분한 보장이 되지 못하고 있는 상태이다.
- 모든 건강문제에 대해 먼저 민간 부분에 속한 family physician이라고 불리우는 일차 진료의 진료를 받아야 하며, 캐나다의 95%이상이 비영리 민간병원이며, 주정부의 예산을 받아 운영된다.
- 대기 기간 문제와 의료의 질 등 외부로 부터의 논란에도 불구하고 캐나다의 보편적 건강보험은 비용-효과적이며, 취약지역이나 계층의 의료에 대한 접근성도 매우 높으며, 대다수 국민의 만족도도 상당히 높다.

□ 영 국

- 영국에서의 의료제도는 National Health Service이며, 국가의 의료비 부담이 핵심으로, 영국의 의료제도에 가입한 모든 사람들에게는 **General Practitioner**라는 주치의가 있고,
 - 무상으로 진료 받을 수도 있다. 대상의 범위는 '영국에 6월 이상 체류하는 자격을 갖춘 사람들'이다.
- 영국 의료 제도의 장단점
 - 영국의 NHS는 무료로, 모든 질병에 대해, 모든 가입자가 무상으로 진료를 받을 수 있고. 영국국민이 아니라도 **6개월 이상 체류** 하고 있으면 동일한 혜택을 받을 수 있다.
 - 개인의 건강관리 기록들을 통해 개인별 질환들을 주기적으로 점검하고, 이전 기록과 비교를 통해 정기적으로 점검하는 **보편적 복지** 제도이다.
 - 영국의료 제도는 **효율성이 가장 큰 쟁점**이며, 영국 의료제도의 주요 문제점으로는 시간적 비용관련으로 전문의를 만나기 전에 일반의 (GP)를 먼저 만나야 하며, 보건서비스 질 하향 문제가 있는데, 그 이유는 수가지급은 의사가 관리하는 환자수에 따라 지급되기 때문이다.
 - 의사의 주치의 의무를 지는 환자수가 많다보니 위급한 환자를 위해 많은 시간을 할애하기 어려운 영국의 의료체계이다.
- 영국의 건강보험 관련법의 최초법은 1946년의 National Health Service Act이고, 2012년 Health and Social Care Act 등이다.
- 주요 재원은 정부 일반조세로 NHS 재정의 80%이상을 부담하고 있으며, 관리기구로는 **Departmen of Health** 및 **NHS England**가 의료급여에 대한 관리책임을 지고 있다.

□ 일 본

- 일본 건강보험의 현행법으로는 2013(직장건강보험), 2013(지역건강보험)이고, 직장건강보험과 지역건강보험 및 75세 이상 노인을 대상으로 한 고령자의료제도가 있다.
- 피보험자의 급여에 따른 고정비율과(직장건강보험) 지역건강보험세 등에 따른 정액보험료(지역건강보험), 피보험자 개인 단위로 산정·부과하는 후기고령자의료제도 등이 있다.
- 피부양자보험급여는 원칙적으로 피보험자와 동일하며, 급여의 종류는 주로 현물급여와 현금급여가 있으나, 주로 현물급여이며, 현금 급여는 조합이나 보험자에 따라 차이가 있다.
- 적용대상 수급요건중 직장건강보험은 사업장에 고용된 근로자이며, 건강보험, 선원보험, 공제조합이 있다. 또한 지역건강보험은 보통 지역거주자를 피보험자로 기초지자체가 지역건강보험의 중심이며, 후기고령자의료제도는 75세 이상 혹은 장애가 있는 65세 이상 노인이 수급자이다.
- 일본 건강보험 지출액이 41조 엔에 이르렀고(2015년) 2005년부터 매해 1조 엔 가까이 증가하였다. 특히, 체납 문제가 많고, 은퇴 후 75살이 되기 전까지는 노인 혜택을 받을 수 없다.
- 전체적인 시스템은 우리와 비슷하다. 일본의 사회보험(우리의 직장가입자와 비슷)은 고용주와 직장인이 50%씩 부담하며, 국민건강보험(우리의 지역가입자와 비슷)은 비정규직이 이용한다.
- 정부가 비용을 줄이기 위해 많은 노력을 기울이고 있으나 노령인구 증가 및 의약품 개발에 수반되는 비용으로 정부의 부담을 더욱 가중 될 것으로 예상된다.

□ 대 만

- 대만의 전 국민 의료보장제도의 목표는 사회적 안정과 의료의 접근성을 높이며, **의료보장제도의 효율성 증대**이다.
- 위생복지부에서 전반적 관리 감독하고, 중앙건강보험서(National Health Insurance Administration): 제도운영을 하고 있다.
- 전 국민 건강보험제도 이전에 일부 사회보험 제도가 시행중 이었고, 1950년부터 직장의료보험 형태의 사회보험제도가 생겨났다. 1990년대 초에는 전체 인구의 50% 정도가 건강보험 보장수준 이었으나, 자국 내 정치적 변동과 맞물려 **1995년 전 국민 의료보험**을 도입하였다.
- 1995년부터 시작된 전 국민건강보험제도는 **단일보험자에 의한 전 국민 의료보장 체계**를 이루었고, 2013년부터는 제2세대 전민건강보험이 시작되었다. 제 2세대 건강보험의 개혁 방향은 정보의 투명화, 소외계층 지원 강화, 의료자원 효율적 관리, 정부 재정 책임 확대 등이다.
- 대만의 건강보험 재정에 대한 국고지원 현황은 2005년 33.3%에서 2007년 32.4% 등으로 국고보조율 비율은 30% 이상을 유지하고 있으며, 최근에는 건강보험법에서 36% 이상의 **정부의 재정책임**을 명확히 하였다.
- 2013년 재정 안정과 1차 의료 강화를 목표로 '제2세대 전민건강보험' 개혁을 시작했다. 인두제와 성과지불 방식 적용과 병원과 의원을 연계한 통합의료를 시작했고, **가정의 제도인 재가의료 및 호스피스**를 통합하여 도입했다.

3. 우리나라 건강보험의 주요 성과

1. 보편적 의료보장 달성

(1) 건강보험 적용 대상 확대

□ 전 국민 대상 건강보험

- 우리나라는 직장의료보험이 실시된 1977년 이후, 12년 뒤 전 국민을 대상으로 하는 건강보험제도를 갖추었다. 세계 여러 나라와 비교해 볼 때 상당히 짧은 시간 내 건강보험을 성공적으로 이루어냈다.
- 독일은 의료보험 시행 이후 127년, 벨기에 118년, 이스라엘 84년, 오스트리아는 79년, 룩셈부르크는 72년, 일본 36년이 전 국민 의료보험 달성 기간이다.

건강보험 적용인구 현황⁸⁾

(단위 : 천 명, %)

구분	1977년	1990년	1995년	2000년	2005년	2010년	2015년	2016년	
의료보장	5,296	44,110	45,429	47,466	49,154	50,581	52,034	52,273	
건강보험	3,200	40,180	44,016	45,896	47,392	48,907	50,490	50,763	
직장	적용인구	3,140	20,759	21,559	22,404	27,233	32,384	36,225	36,675
	부양률(명)	1.65	2.19	2.01	2.08	1.79	1.54	1.30	1.24
지역	가입자	-	19,421	22,457	23,492	20,159	15,523	14,265	14,089
	부양률(명)	-	2.46	2.11	1.86	1.40	1.19	1.01	0.99
의료급여	2,095	3,930	1,413	1,570	1,762	1,674	1,544	1,509	
사업장(개소)	7,523	122,923	169,825	222,859	617,234	1,004,557	1,465,354	1,573,176	

8) 국민건강보험공단, 2016 건강검진 통계연보, 2017

□ 건강보험대상자 확대

- 적용대상도 점차 확대되었는데 1997년에 320만명에서 1990년에 저소득계층을 위한 의료급여 대상자를 제외한 4,018만명으로 늘어나서 전체 인구의 93.7%로 확대되었다. 이후 2016년 기준으로 5천만 명이 건강보험 적용 대상이다.

(2) 의료서비스 접근 향상

□ 의료기관 방문 증가

- 국민1인당 외래방문 횟수는 1977년에 비해 0.7회에서 15.1로 급증하였는데, OECD 평균의 7.3회의 2배정도이다. 또한 국민 1인당 입원일수는 1.7일로 OECD 평균 1.2일 보다 높다.

□ 의료자원 확충

- 전 국민 건강보험제도를 제공하면서 의료수요가 급증하게 되어 의료자원도 함께 발전하게 되어 국민들이 의료접근성을 더욱 향상되었다.

의료인력 현황⁹⁾

(단위:명)

구분	1982년	1985년	1990년	1995년	2000년	2005년	2010년	2015년
의사	25,097	29,596	42,554	57,188	72,503	85,369	101,443	116,045
치과의사	4,266	5,436	9,619	13,681	18,039	21,581	25,390	28,953
간호사	119,810	165,444	224,746	309,129	160,295	213,644	270,274	338,629
한의사	3,268	3,789	5,792	8,714	12,108	15,271	19,132	23,245
약사	26,307	29,866	37,118	43,269	50,623	54,829	60,956	65,510

9) 보건복지부, 2016년 복지부통계연보, 2016

□ 보험 급여비 지출 증가

- 건강보험제도의 보장성 확대에 따라 의료서비스 접근성 향상됨에 따라 의료이용량이 증가되어 급여비 또한 급증하게 되었다.

보험급여비 지급 현황¹⁰⁾

(단위 : 억원)

연도	1979	2000	2005	2010	2015	2016
급여비	421	90,418	183,659	324,968	433,404	483,239

(3) 보장성 확대

□ 소득 계층 간 형평성 증대

- 저소득 가입자는 고소득 가입자에 비해 상대적으로 낮은 보험료로 높은 급여혜택을 받고 있고,
 - 1인당 기준 보험료 대비 급여비는 초저소득분위(1분위)의 경우 4.36, 최고소득분위(5분위)의 경우 0.99로 나타나, 저소득층의 급여비 비중이 고소득층에 비해 높은 것을 알 수 있다.

□ 급여혜택 증가 및 입원 포장률 증가

- 1990년부터 2016년까지 1인당 연간급여비는 19배 증가하고 1인당 연간보험료는 17배 증가한 것으로 봐서 보험료 부담보다 급여비 혜택이 더 많이 증가했다.

10) 국민건강보험공단, 2016 건강보험 주요통계, 2017

- 2000년 초부터 보장성 강화를 위한 꾸준히 노력해 하고 있으나, 신기술 등 비급여 항목이 61.8%에서 63.4%로 건강보험 보장률은 2005년부터 2015년까지 미미하게 증가했다.

□ 4대 중증질환 보장률 증가

- 전체 보장률에 비해 암·뇌혈관·심장·희귀난치성 등 4대 중증 질환자에 대한 보장률은 크게 향상되었다.

4대 중증질환자(산정특례대상자)의 건강보험 보장률 현황¹¹⁾

(단위 : %)

구분	2005년	2007년	2009년	2011년	2013년	2015년
암	66.1	71.5	67.9	72.6	72.7	76.0
뇌혈관	60.8	69.1	60.9	70.2	74.4	77.1
심장	66.9	73.2	63.8	73.5	78.0	81.2
희귀난치성	-	68.7	68.4	84.9	86.1	86.1

11) 국민건강보험공단, 2015 건강검진 통계연보, 2016

2. 의료보장에서 건강보장으로 발전

(1) 검진사업확대

- 우리나라는 세계에서 최초로 **국간건강검진 서비스체계를 구축**하고 있으며, 2007년 부터는 만 40세와 만 66세를 대상으로 ‘생애전환기 건강진단’을 실시하고, 만 6세미만 영·유아 건강진단도 실시하고 있다.

국가건강검진사업 수검률 현황¹²⁾

(단위 : %)

구분	2002년	2004년	2006년	2008년	2010년	2012년	2015년
일반건강검진	43.2	51.3	55.7	65.3	68.2	72.9	76.1
암검진	8.2	14.7	28.6	40.3	47.8	39.4	48.3
생애전환기 건강진단	-	-	-	53.1	65.2	71.7	77.1
영유아건강검진	-	-	-	36.7	50.1	55.4	69.5

- 국가건강검진사업의 검진비 지급액은 2,349억(2005년)에서 1조 2,244억(2015년)까지 대폭 증가했다. ‘15년 기준으로 암검진 비용이 6,218억원으로 가장 큰 비중을 차지하였는데, 2005년 551억원에 불과했던 지급액이 11.3배 증가했다.
- 건강검진 사업 만족도는 상당히 높게 나오고 있다. 수검자의 69.8%가 만족하고 있으며, 조사대상자 중 생활습관 개선의지가 없던 55.6%가 생애전환기건강진단 2차 검진 후 변화의지를 보였으며, 일상생활에서도 61.7%가 꾸준히 실천하고 있다.

12) 국민건강보험공단, 2015 건강검진 통계연보, 2016

(2) 건강수준 향상

- 건강보험제도의 보장성 확대 등 의료이용 접근성이 향상되어 우리 국민의 높은 보건수준을 달성에 기여하게 되었다. 특히 보건의료 지표를 보면 OECD 평균보다 대부분 높아 건강수준은 선진국 수준이라 할 수 있다.

- 평균수명은 1970년에 63.2세에서 2006년에는 79.1세로 OECD 평균 78.9세 보다 높았고, 2014년에는 OECD 평균 80.6세 보다 1.6년 긴 82.2세이다.

- 영아사망을 또한 큰 폭으로 감소했는데, 출생아 1,000명당 사망자 수는 1970년에 45명이후 서서히 낮아져 2014년에는 OECD 평균 4명보다 낮은 3명이다.

- 인구 10만 명당 암으로 인한 사망자 수는 219.7명(2003년)에서 178.9명(2013년)으로 낮아졌고, 같은 기간에 OECD 평균은 230.1명에서 202.1명으로 28명 감소했다.

V. 미국의 건강보험 제도

1. 미국 건강보험의 체계의 특징

(1) 미국 건강보험의 현황

□ 의료비 관련 지출

- 미국의 GDP 대비 의료비 비중은 17.2%로 OECD 주요국들 평균 8.9% 보다 훨씬 높은 뿐만 아니라 주요 OECD 국가들 중에서도 최고로 높은 비중을 차지하며, 미국 다음으로 독일, 일본, 영국 등의 순이다.

OECD 주요국가 의료비 지출 비교(2016년 기준)¹³⁾

(단위 : %, \$)

	미국	영국	독일	일본	한국	OECD평균
GDP 대비 의료비	17.2	9.7	11.3	10.7	7.6	8.9
1인당 의료비	10,209	4,264	5,728	4,717	2,897	4,069

- 미국 국민 1인당 의료비 지출은 OECD 평균 4,069달러 보다 2배나 높은 10,209달러로 나타났다. 이러한 수치는 OECD 주요국가들 보다 2배 이상 지출하고 있다.
- 공공부문 지출을 살펴보면, 미국 국민의 1인당 공공부문 의료비 지출이 차지하는 비율은 46.5%로¹⁴⁾ OECD 평균보다 훨씬 낮은 수

13) 출처: OECD 2018, 재편집

14) 2008년 기준

준이며, 그 이유는 미국 정부의 건강보험 정책에 대해 정부의 역할을 최소화하려는 정책이 주요 원인으로 보인다.

- 1990년대 이후로 공공건강보험에 대한 지원 범위가 확대됨에 따라 이 부문에 대한 지출이 민간부분의 지출보다 상당히 증가하고 있는 추세이다. 미국의 재원조달 주요 방법은 OECD 주요국가들과 다른 민간부분이 차지하는 비중이 50%이상으로 다른 구조를 가지고 있다.

□ 의료자원

- 미국은 의료비용이 높고 의사가 상대적으로 OECD 주요국가들보다 적다. 인구 1,000명당 임상 의사의 수는 2.6명으로 OECD 평균 3.3명보다 낮다. 그러나 미국 간호사의 숫치는 상대적으로 많은 편이라고 알려져 있다.

- 미국은 CT(전산화단층촬영) 및 MRI(자기공명영상) 최신 장비를 많이 보유하고 있으며, 의료기술의 발전은 의료비 증가의 주요 원인이기도 하다.

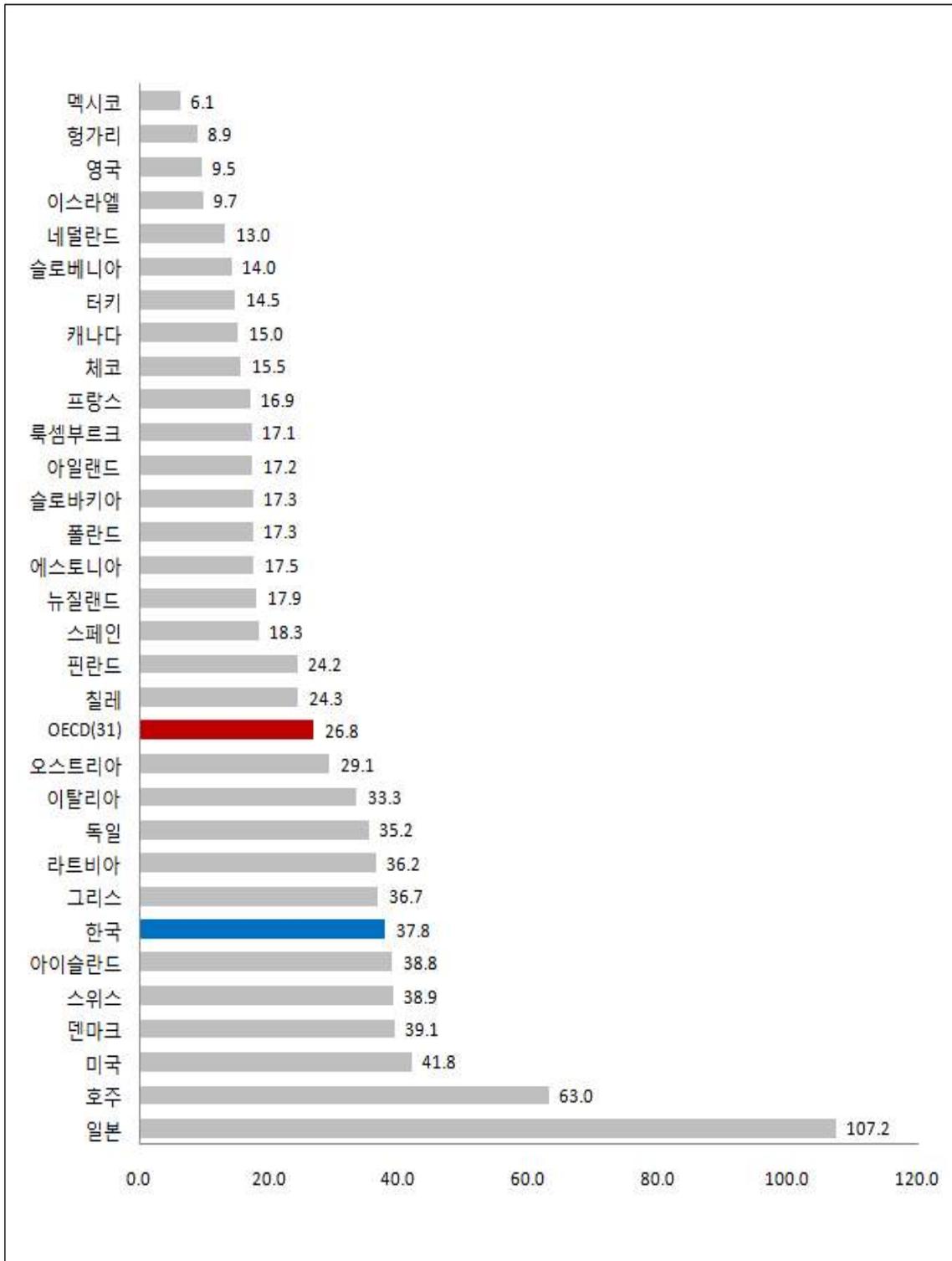
※ 우리나라 CT 스캐너 보유대수는 인구 100만 명당 37.8대로 OECD 평균 보유대수(26.8대)보다 11.0대 많음. 2011년 CT 스캐너 보유대수는 인구 100만 명당 35.8대로 5년간 2.0대가 증가했고 같은 기간 OECD 평균은 2.8대 증가함.

- OECD 회원국 중 일본은 인구 100만 명당 CT 스캐너 보유대수가 107.2대(2014년)로 가장 많으며, 호주(63.0대), 미국(41.8대), 덴마크(39.1대), 스위스(38.9대), 아이슬란드(38.8대), 다음으로 한국이 뒤를 이음.

- OECD 회원국 중 CT 스캐너 보유 대수가 가장 적은 국가는 멕시코(6.1대)이며, 헝가리(8.9대), 영국(9.5대, 2014년), 이스라엘(9.7대)로 인구 100만 명당 CT 보유대수가 10대 이하로 낮음

CT 스캐너 보유 대수, 2016년¹⁵⁾

(단위: 대수/인구1,000,000명)

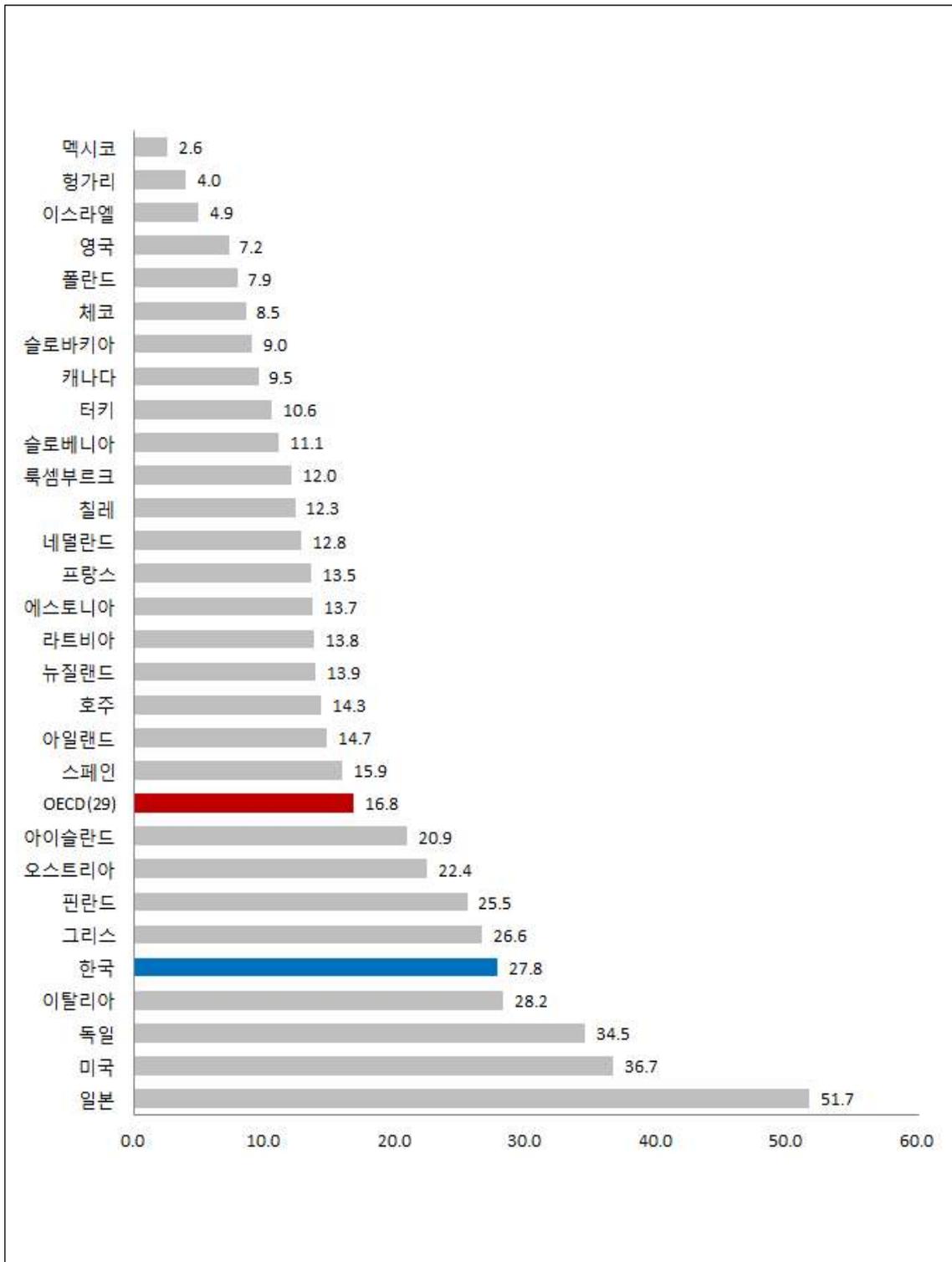


15) 출처: OECD 2018, 재편집

- ※ 우리나라 MRI 보유 대수는 인구 100만 명당 27.8대로 OECD 평균(16.8대)보다 11대 많음.
- 2011년 MRI 보유 대수는 인구 100만 명당 21.3대로 5년간 1.3배 증가했고, 같은 기간 OECD 평균은 1.2배 증가.
- OECD 회원국 중 일본(51.7대, 2014년)은 MRI 보유대수가 가장 많았으며, 미국(36.7대)이 그 뒤를 이음.
- 멕시코(2.6대), 헝가리(4.0대)는 인구 100만 명당 MRI 보유 대수가 4대 이하로 OECD 회원국 중 가장 낮은 수치를 기록함.

MRI 장비 보유대수, 2016년 16)

(단위: 대수/인구1,000,000명)



16) 출처: OECD 2018, 재편집

OECD 주요국가 의료자원 비교(2016년 기준)¹⁷⁾

(단위 : 명, 개)

	미국	영국	독일	일본	한국	OECD평균
의사	2.6	2.8	4.2	2.4	2.3	3.3
간호사	-	7.9	12.9	11.3	6.8	9.5
병상	2.8	2.6	8.1	13.1	12.0	4.7

※ 우리나라 임상 의사수(한의사 포함)는 인구 1,000명당 2.3명으로 OECD 평균(3.3명)보다 1.0명 적으며, OECD 회원국 중 가장 낮은 수준임.

- 2011년 임상 의사수는 인구 1,000명당 2.0명이었으며, 5년간 0.3명이 증가하였고, 2011년과 2016년 사이 OECD 회원국 평균도 인구 1,000명당 임상 의사수가 0.2명 증가함.

※ OECD 회원국 중 임상 의사수가 가장 많은 국가는 오스트리아로 인구 1,000명당 5.1명을 기록함.

- 우리나라는 멕시코, 폴란드, 일본(2.4명)과 함께 임상 의사수가 인구 1,000명당 2.5명 미만으로 낮음.

- 슬로베니아, 스위스는 임상 의사수가 지난 5년간 0.5명씩 증가하여 가장 큰 폭으로 증가함.

17) 출처: OECD 2018, 재편집

(2) 미국의 건강보험체계의 종류

□ 민간 건강보험체계

- 역대 미국 행정부의 전 국민 건강보험제도 도입의 지속적 실패로 **직장의 고용관계를 바탕으로 한 민간부문을 중심으로 건강보험체계로** 발전되어 왔다.
- 1970년대 이후 미국 건강보험체계의 주요 특징은 **관리의료의 확립**이다. 닉스 행정부이후 정액보험료와 포괄적 서비스를 바탕으로 건강유지기구(HMO: Health Maintenance Organization)를 위한 법률을 제정하였고,
 - 1980년대와 1990년대를 지나면서 HMO를 중심으로 관리의료 방식이 **민간건강보험의 토대**가 되었으며, 이후 미국 건강보험체계의 근간이 되었다.
- (직장·개인건강보험) 미국은 기업을 통한 직장건강보험과 개인 가입을 통한 개인건강보험 크게 2가지 형태로 운영되고 있다.

민간보험 가입형태 18)

	기업을 통한 가입	개인 가입
대상	기업에 소속을 두고 있는 노동자 및 사용자	자영업자, 퇴직자 등
관리주체	민간보험사	민간보험사
재원	사용자와 근로자	개인가입자
보험료 산정	위험도와 상관없이 집단 전체에 동일한 보험료 적용	개인의 의료 위험도에 따라 차등보험료 적용
비고	-	관리운영비가 매우 높고 비효율적으로 운영되고 있음.

18) 한국보건사회연구원, 2010

- **(기업을 통한 가입)**민간보험이 고용관계를 바탕으로 성장해 왔기 때문에 대다수의 민간보험 가입자가 자신의 회사를 통해 보험에 가입하고 있으며, 퇴직자도 기업에 따라서는 가입 대상이 된다.(퇴직자를 위해 200인 이상 사업체의 36%가 보험급여를 제공하고 있다.)
- **(개인 가입)**개인 사업자들은 모두 개인자격으로 보험에 가입하고 있으며, 직장 근로자들 보다 비중은 낮다.
- HMO, POS, PPO등으로 서비스 제공 형태에 따라 민간건강보험은 분류된다.

민간보험 서비스 방식 비교¹⁹⁾

	HMO	POS	PPO
의료관련	일차진료의가 전문의에게 의뢰	일차진료의가 전문의에게 의뢰하되 전문의에게 추가 비용을 부담하면 원하는 진료 가능	의료가 필요치 않음
계약된 공급자 외의 진료 가능 여부	불가	추가 부담에 의해 가능	추가 부담에 의해 가능
예방 진료	제공	제공: 계약된 공급자 외 다른 의사에게 진료 시 전액 본인 부담	제공: 계약된 공급자 외 다른 의사에게 진료 시 전액 본인 부담

- **오바마케어 전 의료보장 형태별** 미국의 의료보험 가입상황을 보면 전 국민의 67.4%정도가 민간보험 형태에 가입되어 있으며, 58.5% 정도는 고용주가 지원하는 의료보험, 8.9% 정도가 개인이 직접 가입한 가입자이다. 또한 29%가 공적의료보장에 영향을 받고 15.4%는 무보험자로 보고 있다.

19) 한국보건사회연구원 2010

- (성과 및 특성) 정부가 지출하는 비용이 많음에도 불구하고 민간 보험은 사실상 미국의 전체 건강보험체제와 동일시된다.
 - 거시적 측면에서 민간보험에 대한 평가는 대체로 부정적이며, 많은 의료비 지출에 비해 미국 국민의 건강수준의 만족도는 낮다.
 - 미시적 측면에서도 민간건강보험의 행정관리비용이 많이 소요되며, 민간보험의 보험자가 다양하게 때문에 궁극적으로 높은 거래비용이 따라 올 수밖에 없는 구조이다.
 - 민간부분은 요양원을 포함한 장기의료시설까지 포함한다(재활시설, 정신치료시설, 호스피스)
 - 이에 대해 정부는 시골지역 등 의료서비스가 부족한 지역과 현역군인 등에 보건의료체계, 공공병원, 정신병원, 공공보건서비스 등을 제공한다.²⁰⁾
 - 반면, 약 1,415만 명이 공공적 성격의 취업자로 규모면에서는 민간에 비교할 바는 아니다. 의료를 포함한 전체 보험 산업의 취업자 증가율도 크지 않아서, 2002~2012년 사이에 취업자가 3.5% 증가한 것으로 측정 및 예측되고 있다.
 - 이에 비하면 같은 기간 동안 민간병원의 취업자 수는 15.2% 증가한 것으로 나타났다. 이처럼 고용을 제외하면 민간보험의 경제적 파급 효과는 의료산업 전체의 경제적 효과에서 큰 비중을 차지한다고 볼 수 없을 것이다.²¹⁾
 - 미국인의 바람직한 건강유지를 위해 민간보험과 공공건강보험 중 어느 것이 바람직한지에 대한 객관적 자료는 없다. 이러한 이유가 미국 건강보험개혁이 지체되는 주요 원인이다.

20) 계측문화사, 지역보건연구회, 보건의료체계:도전과 전망, 2013

21) 김창엽, 미국의 의료보장, 2006

□ 공공 건강보험제도

- 미국은 연방정부가 의료와 사회보장 그리고 공공부조 등을 책임지고 있으며, 공공기관이나 민간조직에 대부분의 권한이 위임되어 있어 실질적인 기능은 거의 없다.
- 미국인 5명중 1명은 가장 큰 산하 기관인 건강관리재정국의 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid) 프로그램의 건강관리 서비스를 받고 있다.
- (메디케어)일정기간 이상 사회보장세를 납부한 65세 이상 노인과 장애인을 대상으로 하고, 사회보장세와 연방정부의 재정지원을 주 재원으로 적용대상자의 보험료 및 본인부담으로 구성된다. Medicare는 보건부 산하 Center for Medicare & Medicaid가 운영한다.
- 연방정부와 주정부가 공동으로 실시하는 메디케어는 저소득층을 위해 건강보험을 제공하며, 혜택은 2009년을 기준으로 총 6,100만 명이상이다. 연방정부와 주정부의 공동으로 재정을 조달하고, 이 안에서 실제 프로그램을 운영함.
- 또한, 보건후생부는 미국국립보건원을 관리하고 있으며, 암이나 알츠하이머병 등 3만여 개의 연구를 지원하고 있다.

□ 메디케어·메디케이드

○ 메디케어와 메디케이드

Medicare와 Medicaid 비교²²⁾

	메디케어(Medicare)	메디케이드(Medicaid)
운영주체	연방정부	주정부
대상	65세 이상 노인, 장애인, 만성질환자	일정소득 이하의 저소득층, 노인, 장애인, 임산부, 질환자 등
자격요건	20년 이상 Social Security Tax 납부한 경우	세금납부와 상관없이 소득, 재산요건에 맞아야 함
재원	연방정부의 소득세, Social Security Tax	연방정부 Matching Fund 주정부 예산
보장성	파트 A(입원 보험), B(외래서비스, 검사, 추가진료 등), C(Managed care), D(처방약)로 구성되어 있어, A는 입원 보험으로 65세 이상 모든 대상자에게 제공, 파트 B, C, D는 보충형 보험임	각 주마다 급여 범위가 다르나, 연방정부의 최소한의 급여보장(입원비, 외래 치료비, 의사진료비 등)을 만족해야 하고, 그 이상은 주마다 선택적으로 시행
문제점	고령사회 영향으로 진료비 급속 증가	공급자에게 지불되는 수가가 일반 보험 수가에 비해 낮아 의사가 Medicaid 수급자를 기피하는 경향이 있음

- 미국의 건강보장 프로그램의 핵심인 메디케어는 전 국민 건강보험을 위한 미국정부의 노력의 성과이자 실패를 상징하는 대표적 제도이며, 특히 보장성이 부족한 것이 주요 단점이다.

22) 출처: 한국보건사회연구원 2010

- 메디케어는 65세 이상 노인을 위해 만들어진 건강보험제도로서, 사회보험 방식으로 재원조달이 되고, 사용자와 근로자가 사회보장세가 재원으로 정부가 전적으로 관리하면서 일반예산에서 상당한 재정지원을 하기 때문에 **보험방식이 아닌** 특징도 있다.
 - 전체 건강보험체계 내에서 메디케어의 비중은 상당하며, 특히 **재정 측면**에서는 더욱 더 많은 비중을 차지하고 있다.
 - 재정의 19%는 **개인 의료서비스**가 차지하며, 재원의 31%가 병원 서비스에 투입되고, 21%는 임상서비스를 포함한 의사에게 재원이 투입되고 있다.
 - 그러나 엄청난 재정 투입에도 메디케어가 커버하는 대상자의 건강 **보장 수준은 여전히 낮다**. 미국 노인들은 전체 수입의 22%가 보충적 보험에 가입하고 있다.²³⁾
 - 메디케이드는 정부가 재원조달과 관리는 하는 건강보험제도라는 점을 빼고는 성격과 운영 방법은 메디케어와 상당히 다르다. 미국의 **연방주의적 성격의 대표적 제도**라고 할 수 있다.
 - 그 이유는 연방정부와 주정부의 공공 프로그램²⁴⁾이기 때문이고, 각 주별로 제도의 차이가 나타나는 **근본적 원인**이다.
 - 메디케어는 미국전역에 걸쳐 약 4천만명의 미국인을 포함하고 있으며, 주 대상은 빈곤층에게 의료서비스를 제공하는 정부의 프로그램이다. 실제로는 **연방정부 보다 주정부의 역할이 훨씬 크며, 다양하다고** 할 수 있다.
- 급속히 증가하는 의료비 지출, 의료비 지출비용 대비 **의료질 문제 및 의료 이용 접근성 문제**가 현재 미국 건강보험체계의 주요 문제점으로 이러한 문제를 해결하기 위해서,

23) 김성수, 오바마케어의 복지정치. 96~97

24) 연방정부와 주정부가 공동의 책임으로 재정을 조달하고, 연방정부는 법령, 규칙, 정책, 지침 등을 통하여 전국적인 일관성을 기하며, 주정부는 그 범위 안에서 프로그램을 운영한다.

- 건보재정 부담을 감소하려는 노력, 비용절감 유도 정책 및 다양한 서비스 제공 마련을 위한 정책 등 여러 역대 정부에서 추진하였지만, **모두 개혁의 실패**로 이어져왔다.
- **(성과와 한계)** 메디케어가 65세 이상 노인을 대상으로 하는 기본적인 건강보장 제도라는 데에는 대다수의 미국인들은 동의한다.
 - 많은 미국인들이 아무런 건강보험제도의 체계 안으로 들어가지 못하는 상태에서 그나마 의료 서비스에 대한 요구가 많은 노인들을 건강보험 틀에 포함했기 때문이다.
- 한편, 메디케어의 의료접근성은 민간보험보다 높은 수준이라는 분석도 많다. 그러나 **불충분한 보장수준은 메디케어 대상자의 의료 접근성이 떨어지는 제도**라는 것은 의심할 여지가 없다.
- **메디케이드의 특징**은 비용은 연방정부와 주정부의 공동부담이나 각 주정부의 재정상태에 따라 부담비율이 다르며, 대상자 결정 기준도 많이 다르다.
 - 메디케이드의 장점으로서는 주 정부의 재정자립도에 따라 연방정부가 **탄력적으로 비용 부담**이 가능하고,
 - 단점으로는 주 정부의 각각 다른 프로그램으로 운영되기 때문에 수혜대상자와 의료접근성이 **각 주마다 다르게 운영**된다.
 - 메디케이드의 최대 약점은 가난한 사람을 포함해야 하는 일반적이고 보편적 건강보험제도라고 단정하기 어렵다는 점이다.
 - 많은 수의 빈곤층은 메디케이드에 포함되지 못 할뿐만 아니라 어떤 종류의 건강보험에도 없이 **사실상 방치**되어 있다.
 - 메디케이드가 빈곤층을 대상으로 하는 건강보험제도인 만큼 보장의 충실성을 보면 메디케어 보다 더 중요하고 **현실적인 과제**이다.

- 가장 중요한 문제는 경제적 부담 능력을 고려할 때 빈곤층의 경제적 부담 능력에 대한 문제이다.
- 연방정부 가이드라인에서 메디케이드는 본인 부담 이외의 부담을 지우지 못하도록 명시적으로 하고 있다. 보장의 충실성이라는 측면에서의 **최소한의 안전장치를 마련한 것이다.**
- 메디케어는 1965년부터 시작하여 현재 미국에서는 약 6천만명 이상이 혜택을 보고 있다.²⁵⁾

25) 이관우. 미국 지방정부 의료지원 중단 <한국경제> 2010.11.23

(3) 미국 건강보험체계의 특징 및 문제점

□ 건강보험 논쟁의 시작

- 건강보험은 현대복지 국가의 중심적 프로그램 중 가장 중요한 요소로서 국민의 신체적 및 정신적 건강을 위해 국가가 개입하여 조장해 주는 제도이다.
 - 이러한 일반적 건강보험 정책에 대한 공공재 논리에도 불구하고 미국은 건강보험 예외주의 국가라고 할 수 있다.
- 미국의 건강보험은 국민 개개인의 선택에 맡기는 것으로 건강보험에 가입하는 것을 사적재로서 간주하며, 미국 사회는 개인을 중시하며 복지 책임을 국가보다는 개인에게 있다는 자조의 이념을 선호한다.
- 이러한 문화적 배경에서 자국민의 생계 및 건강을 유지하기 위해 국가의 도움을 바라기 보다는 스스로 해결하기 위한 노력이 필요하다.
 - 그럼에도 불구하고 건국 초부터 현재까지 미국의 지배적인 개인주의 문화 성향과 다르게 평등주의적 성향을 가진 미국인도 적지 않다. 이들의 시각에서 미국 내 약자를 보호하기 위한 필요한 조치로 정부의 주도하에 건강보험 개혁해야 한다고 주장한다.

□ 민간주도와 국가보완

- 원칙적으로 미국에서 정부 역할은 시장이 제 기능을 제대로 하지 않는 영역에 한정된다. 이처럼 미국 정부의 역할은 단지 보완적이고 제한적이며 취약집단을 보호하고 그들이 불이익의 부담을 덜어 주는데 있다.

- 이와 같이 미국의 건강보험도 **개인주의를 기본으로 둔 시장기제의 선호가 미국사회 주류를 이룬다.**
- 미국의 건강보험체계는 미국의 주요 특징인 연방제도 방식으로 국가가 주도적으로 **단일체계를 구성하여 발전시키기 어려운 구조**이다.
 - 미국 정부형태는 **통일성이 없고**, 복잡한 전달체계로 복지체계를 준비하기 위해 연방정부가 나서기에 상당히 어려운 시스템이다.
 - 전반적인 감독은 보건인력부의 책임이며, 협조 기관은 공중보건국, 사회보장국 및 주보건부 등 이다. 이들 기관의 협조 아래 건강보험 제도가 **체계적으로 작동되고 있는 것처럼 보인다.**²⁶⁾
 - 그러나 민간부분이 주도하는 건강보험체계에서 사실상 통일적인 건강보험체계의 접근방법은 존재하지 않는다.
 - 미국에서는 우리처럼 건강보험이 법적으로 강제되어 있는 것도 아니고, 다양한 종류의 프로그램이 연방차원, 주차원에서 서로 **분절되어 이질적으로 존재한다.**²⁷⁾
- 국가 차원에서 보편적 건강보험체계를 갖추려는 시도는 있었지만, 여러 차례 실패를 거듭하면서 노동자를 대상으로 한 건강보험 틈새를 민간이 자발적으로 여러 프로그램을 개발함에 따라 미국은 자연스럽게 **민간주도의 건강보험이 주류를 이루게 되었다.**
- **1965년에 만들어진 메디케어와 메디케이드가 미국 건강보험체계에서 중요한 역할을 하지만, 이미 민간주도의 건강보장체계 내에서 보완적인 역할을 할뿐이다.**

26) 국민건강보험공단. 「OECD국가의 건강보장제도」, 서울:국민건강보험공단, 2003.

27) 정규원. 미국의 의료체계와 의료법체계, 법과정정책연구., 2003

□ 의료비용

- 상대적으로 적은 의료혜택을 받으면서 많은 의료비를 지출하고 있는 미국은 프랑스, 독일 등 비교적 부유한 유럽국가들에 비해 **2배 이상의 의료비를 지출하고 있다.**
 - 1960년에 미국의 의료비 지출은 **GDP의 5.2% 수준**이었고, 30년 후 1990년에는 12.2%, 2000년에는 13.4% 정도를 차지하였다. 그리고 2008년에는 16%에 도달하였는데 OECD 평균보다 7%가 높았다. 평균은 9%이다.
- 미국 의료비가 급속히 상승하는 주된 이유는 **MRI나 CT 이용건수**가 높기도 하지만 근본적인 이유는 민간부문이 주도하는 건강보험 체계라고 할 수 있다.
- 미국의 과도한 의료비 지출과 급상승은 보험 미적용자에 대한 보험적용을 어렵게 하고, **가계를 파산시키는 주요 원인**이며,
 - 기업의 경쟁력마저 떨어뜨리고 있다. 미국의 파산한 가정의 절반은 의료비로 인한 것이며, **중소기업의 도산 및 기업의 해외이전도** 과도한 의료비 지출이 원인인 것으로 보인다.

□ 미국 의료의 질 문제

- 미국은 명예에 걸맞지 않게 **의료의 질은 상당히 낮게 평가**되고 있다. 의료비 지출은 세계에서 가장 많지만 이에 대응하는 의료서비스는 적절히 이루어지고 있지 않다.
 - 주요 건강지표라 할 수 있는 평균수명과 **영아사망률**에서 OECD 국가들 중에서 평균보다 많이 낮다.
 - 평균수명은 78.1세로 회원들 31개국 중에서 22위이며, 출생아

1,000명당 1세 미만아 사망은 6.7명으로 터키, 멕시코에 이어 상당히 높은 국가 중에 하나이다.

- 미국의 한 연구조사에 의하면 적절한 치료는 환자의 반 정도만 받고 있다고 생각하고 있으며, 높은 수준의 의료서비스를 받기 위해 민간건강보험에 가입되었지만 이것도 만족스럽지 못하다는 결과가 있다.²⁸⁾
- 미국 내 연간 400~500만 명의 환자들이 **의료과실로 피해를** 보고 있으며, 의약품 과실(drug error)과 병원 내 감염 등이 주요 원인으로 파악되고 있다.
- 미국 내 병원의 약 25% 정도만 전자의무기록을 활용하는 등 의료과실을 줄일 수 있는 **컴퓨터의 이점**을 보지 못하고 있다.
- 미국인의 건강상태는 **OECD 주요 국가들 중 낮은 수준**이며 이를 개선하려면 종합적인 대책이 필요한데, 독과점 형태의 민간건강보험 제도에서 의약품 시장에서 가격 경쟁을 유도하며,
- 메디케어 같은 **공공건강보장제도의 운영비** 비용을 절감하고 미국 제약회사와 정부가 의약품 가격 협상을 진행하여, 값싼 의약품을 수입하는 등 제도적으로 많은 보완을 해야 할 것이다.
- 그리고 만성질환 **예방관리 강화**와 **공중보건 의료서비스 확대**를 이용해서 치료비 비용을 낮출 수 있는 방향으로 정책방향을 개선해야 할 것이다.

28) S. M. Asch, et al, New England Journal of Medicine 2006

2. 건강보험 개혁의 과정

(1) 미국 건강보험개혁 추진배경

□ 건강보험 개혁의 역사적 전개

- 민간보험 방식의 건강보험체계를 채택하고 있는 미국의 건강보험 제도는 시장경제체제라는 틀 속에서 문제를 해결하도록 구조화 되어있고, 시장의 기능이 제대로 해결하지 못 할 때만 자유주의적 원칙으로 국가 개입을 하고 있지만,
- 미국 사회는 시장의 왜곡에 따른 건강보험체계 문제점의 심각성을 인식하게 되면서 건강보험체계의 개혁 필요성을 자각하게 되었다.

미국의 건강보험개혁 역사²⁹⁾

1912년	시어도어 루스벨트 전 대통령, 대선 공약중 하나였지만, 결국 실패
1929년	미국, 최초 근대적 건강보험 탄생(Blue Cross)
1934년	프랭클린 루스벨트 대통령, 국민건강보험에 대해 논의 했으나 미국의학협회 등의 반대로 포기
1935년	사회보장법 시행
1945년	해리 트루먼 대통령, 건강보험개혁10개년계획을 발표하였다가, ‘사회주의적’이라는 반대에 직면, 좌절
1962년	존 F. 케네디 대통령, 건강보험개혁 문제를 제기하였다가 실패
1965년	린든 B. 존슨 대통령, 메디케어(노령층에 대한 의료지원), 메디케이드(저소득층, 장애인 등에 대한 의료지원) 도입
1971년	에드워드 케네디 상원의원, 건강보험개혁 내용을 담은 건강보장법 발의
1976년	지미 카터 대통령, 포괄적 국민건강보험제를 제안하였지만 경제침체 탓에 의회의 우선 의제에서 밀림
1993년	빌 클린턴 대통령, 민간 보험업자들 간의 경재에 바탕을 둔 보편적 의료체계 도입 추진
1994년	빌 클린턴 대통령, 건강보장법 의회 통과 실패, 민주당 중간선거 패배
2003년	조지 W. 부시 대통령, 일부 처방약품에 대한 메디케어 확대
2008년	오바마 민주당 대선후보로서 건강보험개혁 대선 공약으로 제시
2010년	건강보험개혁안 상원에서 원안 의결
2011년	하원 건보개혁법 폐기안 통과

29) 출처 : 오바마케어의 복지 정치 2014 p.140, 재판집

□ 건강보험 개혁 추진 배경

- 미국이 채택한 시장원리의 **민간보험 주도 형태**의 건강보험체계는 시간이 흐르면서 시장 왜곡이 발생하는 문제가 생겨 역대 정부에서는 건강보험 개혁을 통해 의료시장의 구조적 문제를 해결하려고 노력해 왔다.
- 그러나 **이익집단의 조직적인 반발**에 따른 정부의 정치적 부담 때문에 역대 행정부는 개혁보다는 현실 상황을 완화하는 선에서 임시처방의 건강보험 정책을 채택했다.
- 오바마 대통령 당선 직후 대내외적 현실 상황이 더 이상은 건강보험 개혁을 미룰 수 없는 시급하면서도 **급속한 사회문제로 대두**되었다.
- **(대외적 요인)** 오바마 대통령이 건강보험 개혁을 강행한 이면에는 최초 흑인대통령이라는 심리적 부담에 따른 업적 쌓기, 자신의 철학, 미국이 처한 대외적 현실 등 여러 상황이 복합적으로 작용했고, 비록 개혁이 실패하더라도 세계 여러 나라에 변화를 위해 노력하는 모습을 보여 줄 필요가 있었다.
- **(대내적 요인)** 건강보험 미가입자가 급증하였는데, 현황을 살펴보면, 2000년대부터 직장에서 민간보험 가입률은 전체 인구대비 63.6%로, 4년 뒤에는 59.8%, 2009년에는 55.8%로 지속적 감소 추세를 나타냈다.

미국의 건강보험 가입자 현황³⁰⁾

보험 가입	민간보험			공공보험				무보험	
	총계	소계	직장의료보험	개인의료보험	소계	메디케어	메디케이드		군인 건강보험
	83.3	63.9	55.8	8.9	30.6	14.3	15.7	4.1	16.7

- (높은 의료서비스 비용) 미국은 1980년대 이후 정부의 역할이 적어지면서 개인 부담이 증대하였는데, 연봉의 4분에 1을 의료비 명목으로 지출하며, GDP 대비 16.0%로 OECD 국가 중 의료비 지출이 1위다.
 - 의료비 증가는 보험료 상승을 유도하고, 기업의 파산뿐만 아니라 개인의 파산도 초래한다. 한 해 파산하는 미국 가계의 60% 정도가 의료비 부담으로 파산 신청을 하고 있다고 한다.
 - 미국의 의료비가 비싼 주요 원인은 신기술 적용과 의약품 지출, 만성질환 환자의 증가, 인구 노령화, 관리운영비의 증가가 주요 원인이다.
- (낮은 의료서비스 경쟁력) 미국은 엄청난 의료비 지출과 세계 최고 수준의 의학수준에도 불구하고 의료서비스 지표는 세계 여러 나라와 비교해 볼 때 상당히 낮은 수준이다.
 - 세계보건기구의 평가에 따르면 의료기술, 시설, 인적자원, 의료비 등 종합적으로 볼 때 미국의 의료경쟁력은 세계30위권으로 중남미 국가들과 비슷한 수준이다.

30) 출처 : U.S. Census Bureau 2010, 재편집

- 많은 미국사람들이 본인들이 받고 있는 의료서비스를 전부 낮게 평가하는 것은 아니다. 특히 부유하고 과거에 병력이 없는 미국인들은 의료서비스를 높게 평가하고 있다.
- 미국 대학병원은 세계 최고의 의학수준을 내세우고 있지만, 일반 서민들은 비싼 의료비 사용료 때문에 제대로 치료를 받을 수 없다. 중간층은 더욱 문제다.
 - 유학생들과 불법체류자들 그리고 부자도 극빈층도 아닌 중산층들은 건강보험이 있더라도 아주 기초적인 응급의료서비스 정도만 받을 수 있기 때문에 중병이라도 걸리면 가계가 파산하던지 아니면, 죽음을 맞이할 수밖에 없다.³¹⁾

31) 새로운 사회를 여는 연구원 편, “의료민영화가 ‘낭비’라는 것 깨달은 미국...한국은?,” 오마이뉴스 2009.11.9

(2) 미국건강보험 개혁 평가

□ 전 국민 건강보험 시대 시작

- 미국은 OECD 국가들 중 유일하게 전 국민 건강보험을 시행하지 않았던 국가였다. 사회보장법 관련해서 1935년 의사협회 등의 반대로 제외되었다가,
 - 저소득층과 고령자에게 1965년에 이르러 건강보험을 제공하게 되었고, 1992년 클린턴 정부에서 전 국민 건강보험을 위한 논의가 다시 시작되었지만, 의회에서 부결되었다.
- 이후 오바마 정부에서 논의 후 건보개혁 법안이 통과되면서 100년 만에 전 국민을 대상으로 하는 건강보험 시대가 열렸다.

OECD 주요국들이 전 국민 건강보험 도입 시기

국가별	도입 시기
영국	1911년
스웨덴	1891년
독일	1883년
일본	1927년
미국	2010년

□ 경쟁과 효율의 시장의료

- 오바마 행정부는 전 국민을 건강보험제도에 가입시키는데 목적이었지만, 우리처럼 국가주도의 공공건강보험(NIH)형태는 아니다.
- 최종 통과된 법안은 가입자의 합리적인 보험 선택을 지원하기 위해 공적기구인 국민건강보험거래소(NHIE)를 설립하여 민간보험의

경쟁을 유도함으로써 수가 및 보험료 등을 연계한 **효율화를 증진**시키는 것이었다.

- 오바마 행정부는 민간보험을 대신할 보험을 찾던 중 공공보험의 도입에만 몰두하기 보다는 민간과 공공보험이 서로 보완 가능하게 공존하는 방식이 최상의 방법이라고 판단하였고, 미국 **의료시장에 선택과 경쟁의 원리가 유도되는 건강보험제를 마련**하였다.

□ 공공의료 및 의료비 지출 효율화

- 미국의 건강보험체계를 민간에 의존하는 방식에서 국가의 **책임을 더 강화하는 방향으로 건강보험제도 개혁**을 추진하였고,
 - 정부가 적극적으로 국민의 건강을 위해 각종 프로그램을 지원하는 체계를 구축하였다.
- 민간보험 **관리운영비의 낭비를 억제**하고 제약 산업과 의료정보기술 산업을 효율화하는데 역점을 두었고, 국민건강보험거래소를 통한 보험자 간 경쟁을 통해 관리운영비와 보험료 인상 예방을 할 수 있도록 개선책을 마련하였다.

□ 건강보험개혁의 성공요인

- 오바마 대통령의 서명으로 법제화된 건강보험개혁 법안은 지난 40년간 미국 정부에 최고의 개혁적인 건강보험제도로 평가되고 있으며, 지난 **100년간 의료제도 개혁 시도를 4번** 걸쳐 있었지만, 전부 실패하였다.
- 다섯 번째로 건강보험 개혁을 실행한 **버락 오바마 대통령**은 이전 정부와는 다르게 개혁을 실행하였다. 특히, 의사협회 등의 이익집단의 **로비를 단호히 거절**했고,

- 대중의 지지를 얻는 노력을 엘리트 집단의 설득보다 우선하였으며 대통령의 지지도가 높은 시기인 임기 초반에 정치력을 발휘한 것이 크다.

□ 트럼프케어의 실패³²⁾

- 트럼프 행정부는 클린턴 행정부의 실패와 비슷한 형태를 보였다. 우선 트럼프 행정부도 클린턴 행정부와 마찬가지로 당내 의견을 하나로 모르지 못하고 **우왕좌왕하는 모습**을 보였다.
 - 특히, 건강보험 같이 **고도의 정치적 전략을 수반**을 필요로 하고 이행관계자가 결부된 정책은 더욱 그러하다.
 - 집권 후반이지만 트럼프 행정부의 정치력 부족은 법안 통과에 도움이 되지 못하였고, **여론의 지지도 충분하지 않았다.**

□ 건강보험개혁의 평가

- 오바마케어는 1965년 시작한 메디케어와 메디케이드 제도 이후 가장 **획기적인 의료개혁으로 평가**받고 있다.
- 미국에서 처음으로 **전 국민 건강보험 혜택을** 받을 수 있게 되었다는 점에서 상징성이 매우 크다.
- 2010년 건강보험개혁의 성공으로 약 5천만 명의 무보험자중 3천만 명 이상이 건강보험 혜택을 받을 수 있게 되는 등 의료사각지대에 놓였던 수많은 미국인들이 새롭게 **건강한 삶을 보장**받게 되었다.

32) 김태근, 오바마케어 대체에 실패한 트럼프케어: 미국 의료보험정책의 정치사회적 함의. 국제사회보장리뷰2017 가을호, 재편집

- 미국의 건보개혁은 의료시장의 순기능을 가로막았던 제반 문제를 해결하고 경쟁과 효율에 입각한 의료시장의 재구조화를 통해 미국의 성장 원동력을 되찾고자 하였다.

3. 미국 건강보험 과제와 전망

(1) 쟁점 및 극복과제

□ 제한적 성공

- 여전히 미국의 건강보험체계는 공공보험보다는 민간보험 체계 중심으로 이루어져 있고, 의료서비스가 사적재 성향이 강하여 **이윤을 추구하는 시장 상황**에서 자유롭지 않다.
- 강제가입 조항에도 불구하고 미국 전체인구의 5%는 미가입자가 존재할 여지가 있다. 상화에 따라서는 강제가입 조항으로 인해 민간보험사들에게 **잠재적 고객을 몰아준 결과**를 초래하기도 한다.
- 오바마 행정부는 단일 지급자 제도를 도입하려고 하지 않고, 합리적 방식과 비용으로 제도를 개선 하는 게 미국 문화에 더 적합하며 미국인들에게 건강보험 의료서비스를 제공하는 것이 더 **현실성이 높다고 판단**했다.
- 오바마 행정부는 목표 달성을 위해 시장에 기반을 활용하겠지만, 건강보장 수혜를 방치하도록 막는 등 **민간 시장 세력의 뜻**대로는 두지 않겠다는 것이다.
- 미국의 건강보험 개혁은 시장원리를 기반으로 한 거버넌스 차원에서 **민간보험과 공공보험의 혼합 형태**로 개선해 나가는 것이 미국적인 대안이다.

□ 소요재원

- 그동안 미국정부가 전 국민 건강보험을 시행하지 못했던 주요 이유 중 하나는 **작은 정부를 선호**하는 미국 국민의 정서에 전 국민 건강보험을 시행하기 위해선 국가 차원의 엄청난 예산과 정부의 개입이 필요하다는 부담도 작용하였다.

- **소요재원방안을 마련**하기 위한 미국 행정부의 방안은 다음과 같았다.
 - 첫째, 부유층 추과 과세. 예비기금 창설, 메디케어와 메디케이드 **효율화 증진**,
 - 둘째, **의료비용 절감**을 위해 진료기록의 전산화로 반복치료와 의료사고를 감축하고, 4인 가족 가구소득이 일 년에 8만8천 달러 미만인 경우 정부로부터 보조금을 지급 받을 수 있다..
 - 셋째, **복제약 사용**을 확대한다.
 - 넷째, 가입을 막는 주요 방법인 병력 있는 사람들이 받고 있는 민간보험사의 횡포를 막고, 기존 공공보험 성격의 메디케어와 메디케이드의 **부당 청구 근절** 방안을 마련한다.
 - 다섯째, 서비스중 효과는 높지 않고 대신에 **많은 비용을 요구**하는 것은 폐지한다.
 - 여섯째, 메디케어와 메디케이드의 **낭비와 비효율**을 절감하여 의료 개혁에 필요한 재원을 마련한다.
 - 일곱째, 나머지 재원은 수천만 명의 **신규 고객**을 확보하게 될 민간보험회사와 제약사들로부터 거둬들이는 수입을 확보한다.
 - 여덟째, 보험사가 고가의 건강보험을 판매할 경우에는 건강보험 개혁을 통해 **수수료를 부과**한다.

- 아홉째, 방어적인 진료가 불요불급한 의료비 증가에 일조하기 때문에 **환자의 안전을 최우선으로 추구하면서도 의사가 진료에 전념할 수 있도록 의료비를 절감한다.**
- 열 번째, **예산삭감을 의무화**하는 조항 삽입 관련하여 국가재정을 가중시킨다면 정부의 추가적인 예산을 삭감 할 수 있다.

(2) 미국 건강보험 개혁 전망

□ 오바마 케어

- 오바마 행정부의 건강보험 개혁은 두 가지 측면에서 이루어졌다. 하나는 건강보험의 사각지대에 있는 국민들의 **보험가입과 보장성 확보**이고,
 - **의료비 증가를 억제**하여 낭비를 줄이고 보편적 의료복지를 도입하여 시장 지향적 미국의 건강보험체계에서 드러난 문제점들을 해소하려고 하였다.
 - 건강보험 적용 원칙과 보험자 규제방식을 변화시키고 보건의료체계에서 국가의 역할을 강조 등 미국 **의료보장체계의 혁신적 전환**을 가져왔다고 평가된다.
 - 미국 사회의 정서를 고려하여 무리하게 민간보험을 대체할 정부주도의 '단일지불자' 방식의 도입보다는 의료 거버넌스 차원에서 **민간과 공공이 함께 혼합형**으로 개선하려는 전략의 도입이 필요하다.
 - 건강보험개혁을 통해 전 국민 건강보험체계를 갖게 되었지만, 도입 과정에서 정치적 사회적 국론분열을 야기하여 건강보험개혁의 성공에도 불구하고 경제위기와 맞물려 **보수와 진보진영 간의 극심함 대립**과 향후 시행될 수많은 제도들의 재정적 문제, 세부조항들과의 시행과정에서 나타날 불확실성 등으로 인해 개혁법의 안착은 여전히 미지수다.
 - 미국인들이 건강권 및 **자유와 평등의 미국적 가치를 강조**하면서 국민들을 설득해 나가는 작업을 해야 한다. 특히, 중산층이하 계층에게 골고루 혜택이 돌아간다는 확신을 심어 줄 수 있는 건보개혁이 필요하다.

□ 트럼프케어

- 트럼프 행정부의 건강보험 개혁안은 통과가 확실해 보였으나 우려 곡절 끝에 결국 좌초되었는데, 핵심 내용은 두 가지이다.
 - 빈곤층의 의료보험제도인 메디케이드를 일인당 정액제로 개편과 동시에 주정부에 block grant 선택권을 부여하며, 저소득층에 대한 민간 보험료 지원금을 축소하려는 것이었다.
 - 이러한 법안들이 통과될 경우 저임금층과 고위험군에서 건강보험 미가입률이 증가할 것으로 예상되었다.
- 그러나 결국 트럼프식 의료보험 개혁은 민주당뿐만 아니라 일부 공화당의원들 마저 등을 돌리게 되어 결국 개혁은 실패하게 되었고, 백악관과 공화당 지도부에 엄청난 타격을 주었을 뿐만 아니라, 미국 학계와 시민사회에서도 신선한 반항을 불러일으켰다.
 - 현재 트럼프 행정부 의료보험 개혁 논쟁은 많은 비판에도 불구하고 현재 미국사회에서 오바마케어는 쉽게 버릴 수 있는 정책이 아니라 스스로 자립이 가능한 정책이라고 할 수 있다.
 - 트럼프 정부는 이제 무턱대고 오바마케어를 폐지할 수 없다는 것을 자각했을 것이다. 트럼프 집권 종반까지 정부 주도로 획기적인 건강보험 개혁안 추진은 어려울 것으로 보인다.
 - 특히 오바마케어 폐지를 반대하는 여론이 압도적인 상황에서 공화당 반대파 의원들이 입장을 바꿀 가능성은 적어 보이며, 현 상황에서 트럼프 행정부는 출구 전략을 위해 민주당과 함께 오바마케어를 최대한 수정하는 선에서 마무리 할 것으로 보인다.

- 트럼프 정부가 추진 중인 의료보험 개혁안들은 지난 정부들의 미국 건강보험 제도를 변화시킨 정책들과는 성격이 많이 다르다.
- 사회 저소득층에 대한 정부의 지원을 줄임으로써 저소득층뿐만 아니라 건강 고위험군의 건강보험 가입에 **부정적 영향을 끼칠 것**으로 보인다.
- 건강한자와 부자는 낮아진 보험료와 감세로 혜택을 볼 것이다. 이러한 변화는 건강보험에 대한 정부의 의무를 개인에게 돌리는 것으로 **사회발전에 큰 도움을 주지 못할 것**으로 예상된다.

(3) 오바마 케어 추진 과정

□ 건강보험개혁 추진 경과

- 오바마 대통령은 공식 취임 전부터 건강보험개혁의 지지 기반을 확보를 위해 활발히 토론회를 진행하였고, 개혁의 당위성을 인식시키기 위해 노력하였으며, 2009년 2월 취임하면서 건강보험개혁에 본격적으로 시작하였다.

- 2009년 1월 건보개혁 8가지 원칙을 발표하였다.
 - (1)정부와 기업이 부담하는 **보건의료비용 증가**를 장기간에 걸쳐 줄여야 한다. (2)의료비로 인한 파산이나 부채로부터 **가계를 보호**해야 한다. (3)의료기관 선택과 건강보험 **선택의 자유**를 보장해야 한다. (4)사후적 치료가 아니라 **예방과 건강증진**에 투자해야 한다. (5) **환자의 안전과 간호의 질**을 제고해야 한다. (6)보험료 부담 가능한 적정수준이어야 하고, 보험급여 수준은 높은 건강보험에 누구나 가입 할 수 있어야 한다. (7)이직이나 실직 상태에서도 **급여자격이 유지**되어야 한다. (8)과거 병력을 이유로 보험가입을 거절당하거나 급여제한이 있어서는 안 되며, 건강보험 수혜자가 최대한 많아져 마침내 모든 국민이 **치료 받을 권리, 건강할 권리를 보장** 받을 수 있도록 개혁되어야 한다.

- 오바마행정부는 건강보험개혁법안의 통과를 위해 과거 개혁 시도와 다른 전략을 시도함으로써 **성공했다는 평가**를 받고 있다.

건강보험개혁법안의 상·하원 통과 일정³³⁾

순서	처리대상법안	처리기관	법안 정식명칭	날짜	날짜 찬반득표	비고
1	하원의 의료개혁법안	하원	미국 적정의료법 (H.R.3962)	'09.11.7	220-215	의료보험개혁 과정에서 최초로 통과된 법안
2	상원의 의료개혁법안	상원	환자보호 및 적정의료법	'09.12.24	60-39	하원법안보다 보수적임
3	하원의 의료개혁법안 (2번의 상원법안과 동일한 내용)	하원	환자보호 및 적정 의료법 (H.R. 3580)	'10.3.21	219-212	2010년 3월23일 오바마 대통령 서명
4	상원법안에 대한 하원수정안	하원	의료보험 및 교육 예산조정법 (H.R. 4782)	'10.3.21	220-211	상원법안에 대한 예산조정법안 형식의 하원수정안
5	하원 수정안에 대한 상원 일부수정안	상원	의료보험 및 교육 예산조정법	'10.3.25	56-43	
6	상원에서 일부 수정 된 하원수정안 (5번의 상원 일부수정안과 동일한 내용임)	하원	의료보험 및 교육 예산조정법 (H.R. 4872)	'10.3.25	220-207	2010년 3월30일 오바마 대통령 서명(건강보험개혁 완료)

33) 손병원, 미국 의료보험개혁법안의 최종 통과과정, 의정연구, 2011, 재판집

□ 오바마 정부의 건강보험개혁 전략

- 오바마 행정부는 클린턴 행정부 등 과거 정부의 건강보험개혁 실패를 거울삼아 이전과는 확연히 다른 전략을 구사하였다. 클린턴 행정부는 비밀리에 개혁안을 만들고 의회와 협상하던 방식이었으나, 오바마는 개혁안의 원칙만 세우고 **법안의 내용을 전적으로 의회에 일임하였다.**
- 오바마 행정부의 전략은 민주당 의원들이 많은 시간과 노력을 투입하여 타협에 이르기까지 이러한 일련의 행위들이 자신들의 정치적 자산으로 인식하게 만들고, 이를 통해 **당내 결집을 유도하게** 유도하는 전략이 효과를 거두었다.
- 오바마 자신은 건강보험개혁이 **끝없는 정쟁의 소용돌이에 빠져들기 쉽다**는 것을 알았고, 민주당과 공화당이 정치적 타협으로 개혁 법안 폐지의 전략을 취할 것이라고 판단하고,
- 그는 국민을 향해 건강보험개혁은 더 이상 미룰 수 없는 문제라는 것을 **국민들에게 호소하는 전략**을 선택했다.
- 동시에 기존 의료개혁에 강력히 저항해 왔던 의사 및 병원, 보험회사, 조직적 반대를 유도하기 위해 고용주들에게 **사전작업**등을 못하도록 조치하였고,
- 특히, 어려운 경제상황으로 보험에 가입하지 못하는 미국인이 갑자기 증가하는 당시 상황이 민간보험회사나 병원, 의료인들이 건강보험개혁 법안에 반대하기 보다는 협상을 통해 법안 내용들이 자신들에게 **유리한 방향으로 변경** 될 수 있는 여건을 제공하기도 하였다.
- 또한 향후 가장 큰 문제가 될 수 있는 **비용절감**의 경우 단기적 충격은 최소화하고 단계적인 장기과제로 삼는 동시에 경제여건

호전 등 상황에 따라 추후 입법을 통한 변화여지를 남겨놓음으로써 이해당사자들의 반발을 최소화하고자 하였다.³⁴⁾

- 이러한 전략을 선택한 오바마는 100년만의 전 국민 건강보험혜택의 건강보험개혁을 성공하게 되었다.

□ 건강보험개혁법의 내용

○ 최종 승인된 ‘Patient Protection and Affordable Care Act(PPACA)’은 오바마케어의 정식 명칭으로 동 법률은 아래와 같이 모두 **10개의 Title**로 구성되어 있다.

- 모든 미국인들을 위한 여유 있고 높은 수준의 의료(Quality, affordable health care for all Americans)
- 퍼블릭 프로그램의 역할(The role of public programs)
- 질화 효율성 향상(Improving the quality and efficiency of health care)
- 만성질환 예방과 공중보건 향상(Prevention of chronic disease and improving public health)
- 보건의료인력(Health care workforce)
- 혁신적 치료에 대한 접근성 향상(Improving access to innovative medical therapies)
- 지역사회 생활지원서비스와 지원(Community living assistance services and supports)
- 수익재분배(Revenue provisions)
- 미국 원주민의 건강보험 증진(Strengthening quality, affordable health care for all americans)

34) 조현구, 미국 보수진영의 논리: 오바마 정부의 의료개혁 중심으로, 한국민족연구논집, 한국민족연구원, 2014

1. 건강보험 대상 확대

(1) 건강보험 가입의무

- 미국 내 합법적인 거주자는 **2014년 1월부터 반드시 가입**하여야 하고 26세 이하 자녀는 피부양자에, 추가로 보험적용을 받게 된 사람은 모두 3,000만 명으로 전체 무보험자는 5,400만 명에 이른다. 추가 보험적용을 받게 되어 2019년 현재 미국 인구의 95%정도가 건강보험 적용을 받고 있는 것으로 추산 된다.
- 건강보험 가입을 의무화하기 위해 건강보험이 없는 모든 사람에게 **벌금을 부과**하며, 벌금의 적용도 물가수준을 반영하여 매년 다르다.
- 단, 정부가 인정한 미국 원주민, 재정적 어려움으로 **보험료 납부가 어려운자** 등 의무가입 제외대상에게는 해당 규정이 적용되지 않는다.

(2) 고용주의 의무

- 건강보험개혁법은 건강보험의 적용확대를 위해 **고용주의 건강보험 제공의무를 강화**하였다. 고용주들 중에서 50인 이상을 고용하는 사업장에서는 반드시 피고용인에게 건강보험을 제공해야 하며,
- 이를 어길 경우에는 \$2,000(연간)이 **벌금이 부과**된다. 이는 30명을 제외한 나머지 초과인원 1인당 금액이다 . 또한 벌금이 부과되는 경우는 고용주의 제공 보험의 보장성이 60%에 미치지 못할 경우이다.

(3) 재정지원

- 저소득층의 건강보험 가입 지원을 위해 가구의 **본인부담에 대한 비용**과 일정 수준이하의 가구와 개인에 대한 보험료 지원도 규정하고 있다.
- 보험료는 소득 기준에 따라 **적용 비율을 제한**하는 방식으로 연방 빈곤선 133% 미만은 소득의 2%, 133-150% 구간은 소득의 3-4%, 150-200% 구간은 소득의 8.5-9.5%, 300-400% 구간은 소득의 9.5%로 제한된다.
- 건강보험개혁법은 건강보험제공의 의무가 없는 중소기업 고용주가 피고용인에게 건강보험을 제공할 경우 **세액공제 혜택**도 포함 되어 있다.

(4) 건강보험거래소 설립

- 보건부장관은 주 정부의 건강보험 거래소 설립에 대해 보조금을 지급하고 각 거래소는 보건부장관에게 매년 회계보고를 하고, 보건부의 검사를 받는다. **건강보험 거래소의 위법행위가 발견되면 재정지원의 일부를 삭감** 할 수 있다.
- Health Insurance Market place는 건강보험 거래소라 불리 우고 있는데 경쟁을 통한 국민들이 합리적으로 건강보험을 선택할 수 있도록 만든 기관으로, 주정부 및 연방정부의 거래소를 통해 민간 회사의 보험 상품을 국민들에게 연결하고, 가입자들은 여기를 통해 **보험 상품을 구매** 할 수 있다.

- 건강보험 거래소 운영 현황³⁵⁾을 보면 건강보험에 가입을 원하는 개인은 인터넷 사이트에서 등록을 할 수 있는데 계좌를 먼저 개설하여야 한다.
- '13년 11월 기준으로 거래소를 통한 가입자 수는 186천 명 중 78천명이 보험을 구입하였고, 이중 10만 명 정도는 캘리포니아주의 메디케이드 가입자로 분류되었다.

35) Health Insurance, <http://www.healthinsurance.org/california-state-health-insurance-exchange/>

2. 공적제도의 강화

(1) Medicare 및 Medicaid보장성 강화

- 건강보험개혁법은 특히, Medicare의 Part D보장성 강화는 **외래처방 의약품 강화**에 중점을 둔다.
 - 기존의 Medicare Part D는 총 의약품 지출비용을 총4구간으로 나누고 각 구간에 따라 본인부담금을 차등 적용하였다.
 - 즉 2010년 기준으로 총 의약품 지출액이 \$310이 될 때까지는 본인이 비용 전액을 부담해야 하고, \$310~\$2,830까지는 본인이 25%, 메디케어가 75%를 부담하고,
 - \$2,830~\$4,550 구간은 본인이 100% 부담하여 도넛홀이라 불리는 공백구간이 존재했으며, \$4,550이상은 **만성질환에 대한 보장**으로 본인부담이 5%, 메디케어 95% 부담한다.³⁶⁾
- 공적의료보장제도의 보장성 강화를 위해 메디케이드의 적용범위를 확대하고 서비스 질 향상을 도모하였다.
 - 적용대상은 저소득층, 무자녀자, 미혼성인 등이 포함되고, 최저 소득기준이 연방빈곤선의 133%까지 확대됨에 따라,
 - 2014년부터 약 1,700만 명이 추가로 메디케이드의 적용을 받고, 또한 보장성 확대에 따른 **추가비용은 연방정부가 지원**하는데, 각 주 정부는 매년 연방정부로부터 2014년~2016년 100%, 2017년 95%, 2018년 94%, 2019년 93%, 2020년 이후는 90%의 지원들 받는다.³⁷⁾

36) 이정찬, 김계현, 김한나, 미국의 건강보험개혁 동향과 시사점, 대한의사협회의료정책연구소, 2014

37) 이정찬, 김계현, 김한나, 미국의 건강보험개혁 동향과 시사점, 대한의사협회의료정책연구소, 2014

- 또한, 기본 진료와 관련된 진료비 수준을 인상하기 위해 일차의사의 질적 개선을 도모하고, 메디케이드 적용을 받는 병원과 의사 서비스에 대해 포괄지불제 도입을 위한 시범사업을 실시했다.

(2) 아동건강보험 강화

- 기존의 아동건강보험(CHIP)은 **아이가 있는 가구의 평균 소득이 메디케이드 가입조건 보다는 높지만, 민간보험에 가입하기에는 가계에 경제적 부담이 큰 저소득층**을 위해 약 800만 명 정도가 혜택 적용 대상이 되었는데 이는 1997년부터 시행되었다.

3. 민강보험의 규제 강화

- 민간보험사가 건강보험거래소에서 보험 상품을 팔기 위해서는 각 주의 인증을 받아야 하고, 각 상품들은 급여를 적정하게 보장 될 수 있도록 외래진료, 응급의료서비스, 재활치료, 만성질환 관리 등 반드시 필수 급여항목이 포함되어야 한다.
- 소비자의 권익을 보호하고 민간보험사에는 주로 **규제를 추가**하였다. 주요 내용은 보험사는 개인과 고용주의 가입신청을 수용하고,
 - **과거병력이나 개인의 건강상태를 이유로 거부 할 수 없고, 고위험 질병이 발생해도 보험회사가 일방적으로 해지 할 없도록 하였다.**
- 건강보험개혁법에 따르면 보험사는 연간 의료비 및 평생 의료비 지급의 **상한선을 설정**해서는 안 되고, 일방적으로 보험료를 인상할 수 없으며, 보험 상품이 지정한 의료기관 이외에서 응급진료를 받을 경우 가입자에 대한 **본인부담금을 인상**해서도 안 된다.

- 보건부장관과 주정부는 감독체계를 구축하고, 민간보험사가 프리미엄을 인상요구를 할 경우 명확한 인상사유를 명시하도록 하였고, 주 정부는 이러한 상황을 보건부에 건강보험거래소에서 퇴출을 권고할 수 있도록 하였다.

4. 의료의 효율성 향상을 위한 일차의료 개선

(1) 일차의료 개선

- 미국의 건강보험개혁법안은 **일차의료 활성화**를 위해 메디케어와 메디케이드의 상환율의 일시적 확대, 일차의료 인력 꾸준한 개발을 위한 재정적 지원 및 보건의료서비스의 공급 개선을 핵심 내용으로 한다.
 - 주요내용을 살펴보면 2016년까지 메디케어의 일차의료 진료비 보상수준을 10% 증가, 메디케이드에도 메디케어의 **일차의료 진료비 보상 수준만큼 적용**하고,
 - 메디케어와 메디케이드의 메디컬 홈(PCMH)이라는 시범사업을 실시하고 향후 재정 지원을 확대한다.(Patient-Centered Medical Home)
 - 5년간(2011년-2015년) 지역사회 공급자들을 위한 장학금, 일차의료, 대출상환 등에 110억 달러를 지원하여 **추가 인원에게 의료서비스를 제공**하였다.
 - 메디케이드 일차의료 상환 관련해서는 낮은 메디케이드 프로그램 급여 **상환율이 수혜자들에게 많은 문제가** 있었는데,

- 각 주는 이를 해결하기 위해 메디케이드 상환비율을 메디케어 수준까지 올리고 연방정부의 지원 또한 **건강보험개혁법에 명시하였다.**

(2) 환자중심치료 체계

- 일차의료기반의 포괄적 의료서비스 도입을 위해 **환자중심 메디컬 홈(PCMH)³⁸**이라는 진료체계를 새롭게 도입하였다.
- PCMH는 의료이용의 접근성 확보를 위해 환자의 요구에 IT 및 정보통신 기술을 이용하여 지속적으로 **의료진과 의사소통이 가능토록** 하는 것이다.
- 병원치료 및 재활치료 등 통합적 의료제공을 위해 환자에게 통합적 의료서비스를 제공한다. 또한 근거중심의 합리적 의료서비스 제공과 **의료의 질의 전반적으로 개선시키려는 것이 PCMH의 특징**이라 할 수 있다.

(3) 책임진료기구(ACO) 설립

- 책임진료기구(ACO)는 의료서비스의 질 향상과 책임 의료의 발판 마련을 위해 기존 지출제도의 개념을 전환하여 **통합형으로 관리**하기 위해 기존의 단편적인 의료서비스를 바꾸고 관리 하려는 개념이다.
- ACO는 일차의료인, 전문의, 가정보건서비스 및 병원이 **컨소시엄 형태** 등 다양한 모습으로 변형가능하다.

38) 의료정보기술을 이용하여 기존의 의료제공체계에서 환자의 전반적인 건강관리 상태를 관리하려는 개념

- ACO의 총체적 의료서비스 개념 도입은 의료서비스 질과 결과에 중점을 두기 위한 것으로 **민간의료기관의 참여 유도**하기 위해 환자들의 건강상태가 호전될 경우 보너스 개념을 넣어 의료비가 절약될 경우 절약된 금액의 60%까지 의료기관에 돌려주는 것이다. 그 반대의 경우에는 초과비용은 10%를 ACO에 되갚아야 한다.

- 또한 재가서비스 확대를 위해 ‘Independence at Home’이라는 시범사업을 통해 메디케어 환자가 일차의료를 집에서도 받을 수 있도록 시행하고 사례관리 지원을 위한 **다양한 전문 인력들에게 정부 보조금을 지원**하였다.

(4) 의료체계 혁신 시도

- 향후 10년 동안 지불제도 및 진료체계의 연구과 개발을 위해 10조원 규모의 재정을 지원하고 CMS내에 메디케어-메디케이드 혁신센터(Center for Medicare & Medicaid Innovation)를 설치하였다.

5. 취약계층 지원 강화

(1) 제도개선을 통한 노인서비스

- 건강보험개혁법은 노인들을 위한 재가와 지역사회 의료관련 서비스를 강화하기 위해 Community Living Assistance Services and Supports 즉, CLASS라는 프로그램을 통해 노년들에게 삶의 질 보장과 의료서비스를 지원 프로그램으로,
 - 국가적 보장의 시도로 민간보험사를 통해서만 제공되거나 무보험 상태의 장기요양에 새로운 프로그램이다. 그러나 많은 예산의 투입이 예상됨에 따라 최종적으로는 법안에서 삭제되었다.
- 그러나, 기존 메디케이드 내에 Community First Choice Option을 통해 필요할 정도의 장애를 가진 메디케이드 대상자들이 지역 커뮤니티에서 제공한 서비스를 받을 수 있도록 지원하였다.

(2) 임산부 및 원주민에 대한 의료서비스 확대

- 건강보험개혁법은 재정적 지원을 통해 임산부와 아동에 대해 가정 방문프로그램을 운영할 수 있도록 하고, 산후우울증과 정신질환 여성 환자를 위해 각종 지원서비스를 제공한다.

- 인디언과 알래스카 원주민 보호를 위해 본인부담을 부과 할 수 없도록 이들이 건강보험거래소에서 개인시장을 통해 보험을 가입토록 하였고, 인디언을 대상으로 Medicare Part B(특정병원과 진료소 제공) 서비스에 대한 지불보상 소멸시효 규정을 삭제했다.

(3) 보건인력 역량 강화

- 보건의료인력 계획을 수립하기 위해 보건의료인력 자문위원회를 설립하였고, 인력 문제를 해결하기 위해 비 선호 의료영역에 주정부 보조금을 지원한다. 특히, 2011년부터 2015년까지 15억 달러의 재정지원을 통한 일차의료 의사의 신규배출 계획을 명시하고 있다.

6. 공공보건 강화

- 건강보험개혁법은 건강증진 및 질병예방과 관련된 서비스를 보장하였다. 메디케어와 메디케이드 급여범위를 확대하고, 질병통제예방센터(CDC)와 예방서비스TP(Preventive Services Task Force)에 의해 권고되는 보험 상품이 예방서비스 및 예방접종에 대한 급여를 제공해야 하고,
- 보건자원 및 서비스국(HRSA)에서 권고한 특정서비스는 본인부담을 부과할 수 없도록 했다.
 - 먼저 메디케어와 메디케이드 관련해서 메디케어 대상자들은 예방접종 등 본인부담금 없이 이용 할 수 있도록 하였고,
- 무료 또는 경감된 본인부담금으로 보건부장관이 인정할 경우에도 예방서비스를 받을 수 있게 되었다.

- 한편 건강보험개혁법은 질병예방 및 공중보건 분야에서 혁신적인 중재 기술, 사업 체계 등을 개발하기 위해 연구 및 사업비를 지원토록 하고 있고, 정부차원이 질병예방 및 건강증진 향상을 위해 위원회를 설립하였다.
- 관련 기금(Prevention and Public Health Investment Fund)을 만들어 이 분야를 지원하도록 하였다. 또한 기금을 질병예방 및 건강증진 서비스 개발, 사업장에 건강증진 프로그램 확산 캠페인 등에 사용할 수 있으며, 공중보건 감시체계를 개선하여 공중보건을 위협하는 요소들에 대한 대응체계를 강화하고자 하였다.³⁹⁾

7. 재정조달

(1) 소요재정추계

- 미의회 예산국(CBO)은 건강보험개혁을 통해 향후 10년간 9,380억 달러의 재정이 소요될 것으로 추산하였다.
- 그러나 일부 연구에서는 개혁을 통한 재정절감 효과는 향후 10년 동안 1,240억 달러, 그 다음 10년 동안 1조 2,000억 달러 이상의 재정적자가 줄어들어 급증하는 미국의 보건의료비용을 억제할 수 있을 것이라는 전망도 있다.⁴⁰⁾

39) 이정찬, 김계현, 김한나, 미국의 건강보험개혁 동향과 시사점, 대한의사협회의료정책연구소, 2014

40) 이정찬, 김계현, 김한나, 미국의 건강보험개혁 동향과 시사점, 대한의사협회의료정책연구소, 2014

(2) 재원조달 방안⁴¹⁾

- 2018년 이후부터 고가의 건강보험상품(개인기준 \$10,200이상, 가족 기준 427,500이상)에 대해서는 40%의 특별소비세를 부과하고, 개인 소득 \$200,000, 가족 합산 \$250,000 이상인 고소득자 Medicare Part A(입원서비스)에 대한 세율을 1.45%에서 2.35% 인상한다. 또한 이 그룹의 이자, 배당소득, 연금 및 임대 소득 등의 불로소득에 대한 세율을 3.8% 인상하였다.
- 한편 건강보험개혁법은 민간보험사와 제약업체, 의료기기 생산자에게 수수료 및 세금을 부과한다. 민간보험사의 수수료는 2014년 \$80억, 2015-2016년에는 \$113억, 2017년 \$139억 등 점차 증가하고 2019년 이후에는 전년도 보험료 인상률만큼 수수료를 인상하도록 하였다.
- 매년 부과되는 제약업체의 수수료는 2012년~2013년에서 \$28억, 2014년~2016년 \$30억, 2017년 \$40억으로 증가, 2019년 이후부터는 \$28억으로 고정하도록 하였다. 의료기기 생산자 역시 과세대상 장비에 대하여 2.3%의 부과세를 부과하고 기타로 실내 인공 선택 비용에는 10%의 소비세를 부과하도록 하였다.

41) 이정찬, 김계현, 김한나, 미국의 건강보험개혁 동향과 시사점, 대한의사협회의료정책연구소, 2014

(4) 트럼프 케어 추진 과정

1. 초기 트럼프 행정부

- 집권 초기 트럼프 행정부가 오바마케어의 폐지는 민주당은 물론 공화당까지 폭넓은 지지를 얻었다. 특히, 민주당에서도 오바마 케어 이후 급증한 보험료 인상에 불만이 많은 중산층의 지지를 얻기 위해서라도 오바마케어의 논쟁은 유리한 어젠다는 아니었다. 따라서 건가보험개혁에 관해서는 **트럼프 행정부는 주도권을 확보**하고 추진할 수 있었다.
- 집권 초기 오바마 케어를 폐지하고 새로운 건강보험제도를 시도하려는 트럼프 행정부의 계획은 그 당시 정치 환경을 고려해 볼 때 시간문제로 보였다.

2. 트럼프케어의 등장

- 트럼프 케어(AHCA : ‘The American Health Care Act’)의 건강보험개혁은 상하원 모두를 장악한 공화당의 지지를 받고 있어 비교적 쉽게 의회에 법안이 상정되었다.
- 트럼프케어의 핵심 내용은 오바마케어의 **전 국민 의무 가입 규정 폐지와 메디케이드의 범위 축소**이다.
- 그러나 정작 법안이 상정되자 237석을 보유한 공화당의 이의 제기 **로 하원에서의 표결은 무산**됐다.
- 이후 하원과 상원에서 각각 **공화당 주도로 수정안**이 나왔는데 이때부터 언론에서 트럼프케어라는 단어와 함께 ‘공화당 대체안들

(GOP's replacement plans)'이라는 표현을 상요하기 시작했다.

- 이는 의료보험 개혁의 주도권이 백악관에서 의회로 넘어갔음을 보여 주는 단적인 예라 할 수 있다. **트럼프 행정부로서는 1호 법안**이라는 상징성을 감안할 때 어떤 형태로든 법안 통과 자체가 우선이었기 때문에 의원들을 설득하는 데 총력을 쏟아 부었다.
- 공화당의 폴 라이언 하원의장은 당의 1인자로서 그의 정치력을 동원하여 2016년 5월 트럼프 케어는 **상원에 우역곡절 끝에 전달**되었지만,
 - 상원의 분위기는 공화당에 결코 유리한 상황은 아니었다. 공화당이 52석으로 약간 우위에 있는 상태에서 공화당 의원 4명이 반대를 표명하자 **7월에는 표결조차 하지 못했다.**
- 이러한 중에 미치 매킨 공화당 상원 원내대표는 이 법안의 통과는 유예하되 오바마 케어만 폐기 하도록 하는 대체 **법안을 상정**하기도 하였지만, **이마저도 부결**되었다.
- 이에 공화당 지도부는 고심 끝에 오바마케어의 일부 조항을 빼고 수정안을 상정하지만 이것도 결국 **당내 의원들의 반대로 좌초**되었다.
 - 결국 오바마케어의 폐기와 동시에 트럼프케어의 도입이라는 **트럼프 행정부의 시도는 완전히 실패**하게 되었다.⁴²⁾

42) 김태근, 오바마케어 대체에 실패한 트럼프케어:미국 의료보험정책의 정치사회적 함의. 국제사회보장리뷰2017가을호, 재편집

2. 트럼프케어의 실패와 전망

- 클린턴 행정부의 건강보험개혁 실패 이후, 2009년 오바마 행정부의 등장으로 새로운 시도가 있었다. 당시 상황은 1993년과 비슷했다. 2008년 선거에서 민주당이 정권을 되찾고 양원모두에서 다수당의 지위를 확보하고 있었다.
- 오바마 행정부는 미국 역사에 기리 남을 개혁입법인 **오바마케어를 통과**시켰다. 이는 1984년 민주당 대선 당내 경선에서 잭슨 후보가 건강보험개혁이 내세 운지 30년 만에 이룬 성과였다.
- 오바마 케어는 완전한 국민의료보험제도를 도입한 것은 아니지만 미국 사회 전반을 주도하고 있는 **민간의료보험제도의 패러다임을 변화**시켰다.
- 2008년 이후 의회권력을 장악한 공화당은 오바마케어 폐지를 위한 지속적 노력으로 오바마 행정부는 임기 내 오바마케어를 방어를 위해 상당한 노력을 해야 했다.
- 실제로 오바마는 임기 내 두 번이나 오바마케어 폐기 법안의 거부권을 행사했다. 이어 2016년 백안관을 장악한 공화당은 오바마케어 폐기를 시도했으나 결국 실패하게 되었다.
- 트럼프 행정부의 실패는 **클린턴 행정부의 실패의 상황과 유사**하다. 클린턴 행정부도 다양한 이해관계자가 결부된 고도의 정책을 당 내 이견조차 정리하지 못했고,
- **트럼프 행정부는 정치력 부재**가 의회에서 법안 통과에 악재로 드러났다. 물론 여론의 지지가 부족하지 못한 것이 주된 원인이었다. 클린턴 행정부 때는 HIAA의 광고가 반대 여론을 확대하였는데 이는 클린턴 식 개혁에 대한 것이었다.

- 의회예산국(CBO: Congressional Budget Office)의 보고서가 **트럼프 행정부의 반대 의결을 결집**시켰다.
- 어떤 정책이 궤도에 올라 그것을 변경하거나 없애려고 하는 시도에 자기 방어력이 생기는데 이를 정치경제학에서는 **경로의존성**이라는 용어를 사용한다.
- 지난 과거를 돌이켜 보면 미국에서 건강보험 개혁은 실행하기 어려운 정책 과제임이 분명하다. 특히 정부의 역할을 지켜보고 있는 민주당과 공화당의 양당 그 지지자 간의 **본질적 차이**에서 발생하고 있다고 할 수 있다.
- 또한 오바마케어 이전의 연구결과들은 대부분의 미국인들이 건강보험 실체에 대한 정보 보다는 **지지하는 각 당의 입장에 따라** 결정을 내리고 있다는 것을 잘 나타내고 있다.
- 그런데 이번 트럼프케어 실패 과정을 보면 그와 같은 공식이 무너졌다는 것을 발견 할 수 있다. 공화당 지지자 중에서도 오바마케어 폐지에 찬성하는 입장이 30%에 미치지 못했고 공화당 상원 의원 7명은 오바마케어 폐지에 반대하는 쪽에 투표했다.
- 이는 공화당 지지자들도 오바마 케어가 상당히 안정궤도에 올라온 사실을 부정하지 못하고 있다고 할 수 있다.⁴³⁾
- 또한, 건강보험개혁에 대에, 트럼프는 “공화당은 곧 건강보험 정당으로 알려질 것”이라고 말할 정도로 의지가 확고하다. 2020년 대선전의 핵심 이슈로 건강보험 문제를 공화당이 주도 하려는 의도도 있다.

43) 김태근. 오바마케어 대체에 실패한 트럼프케어:미국 의료보험정책의 정치사회적 함의. 국제사회보장리뷰2017가을호

- 2018년 12월 현재 연방지방법원은 국민 대다수가 가입을 의무화한 오바마케어를 위헌이라고 판결했고 항소심이 진행 중이다. 공화당 소속인 20개주의 주지사와 법무장관들이 낸 소송에서 원고의 손을 들어준 것이다.
- 트럼프 대통령은 취임 후 두 차례 오바마케어 폐지를 시도했고, 공화당 내부에서부터 반달이 제기되어 모두 실패했다. 현재까지도 대체 법안도 없이 보험 미가입자 벌금 부과 폐지 등을 통해 오바마케어 무력화를 추진해오고 있다.
- 미국의 정치 상황을 고려해 볼 때 트럼프 집권 말기까지는 행정부 주도의 건강보험개혁은 힘들어 보인다.
- 현 상황에서 트럼프는 민주당을 협상 테이블로 불러 출구 전략으로 오바마케어를 최대한 수정하려고 할 것이다.

VI. 건강보험 혁신을 통한 의료 질 향상 방안

(1) 우리의 과제

○ 건강보험을 도입한지 40년이 지났고, 1989년에는 전 국민 건강보험을 시작했다. 1980년대 3.7%(1980년)의 국민의료비는 7.1(2016년)로 증가했다.

- 또한 건강보험 급여비도 연평균 9%이상씩 증가하고 있으며, 국민이 직접 지급하는 보험료도 연평균 12.5% 증가하고 있는데 지난 2000년대 초 9조원에서 2016년에는 약 47조원이다.

○ 그 결과 기대수명⁴⁴⁾ 및 영아사망률(영아사망률은 출생아 1,000명당 출생 후 1년 이내 사망한 영아의 수로, 국가의 보건복지 수준을 가늠할 수 있는 주요 지표 중 하나임)⁴⁵⁾ 등 우리의 보건환경은 눈에 띄게 낮아졌고, 우리의 우수한 의료보장체계의 결과라 하겠다. 그러나 우리가 자랑하는 건강보험 체계도 많은 문제점을 드러내고 있다.

※ 우리나라 기대수명은 OECD 평균 기대수명(80.8년)보다 1.6년 긴 82.4년으로 나타남.

- 우리나라 1.8년 증가한 기대수명은 OECD 평균 증가 수준(0.9년)보다 2배정도 증가한 것으로 보임.

- OECD 회원국 중 기대수명이 가장 긴 나라는 일본으로 84.1년을 기록하였으며, 스위스(83.7년)가 뒤를 이음.

44) 출처 : OECD 홈페이지(<http://www.oecd.org/health>), 재편집

45) 출처 : OECD 홈페이지(<http://www.oecd.org/health>), 재편집.

- 기대수명이 가장 짧은 국가는 라트비아(74.7년)와 멕시코(75.2년) 순임.

※ 영아사망률은 출생아 1,000명당 2.8명으로 OECD평균(3.9명)보다 1.1명 낮음

- 지난 5년간 0.2명(2011년: 3.0명 → 2016년: 2.8명) 줄어들었으며, OECD 회원국의 평균도 4.2명에서 3.9명으로 0.3명 줄어듬.

- OECD 회원국 중 아이슬란드(0.7명), 핀란드(1.9명)는 출생아 1,000명당 영아사망률이 2.0명 미만으로 가장 낮음.

- OECD 회원국 중 11개 국가에서 출생아 1,000명당 영아사망률이 3.0명 미만으로 나타남.

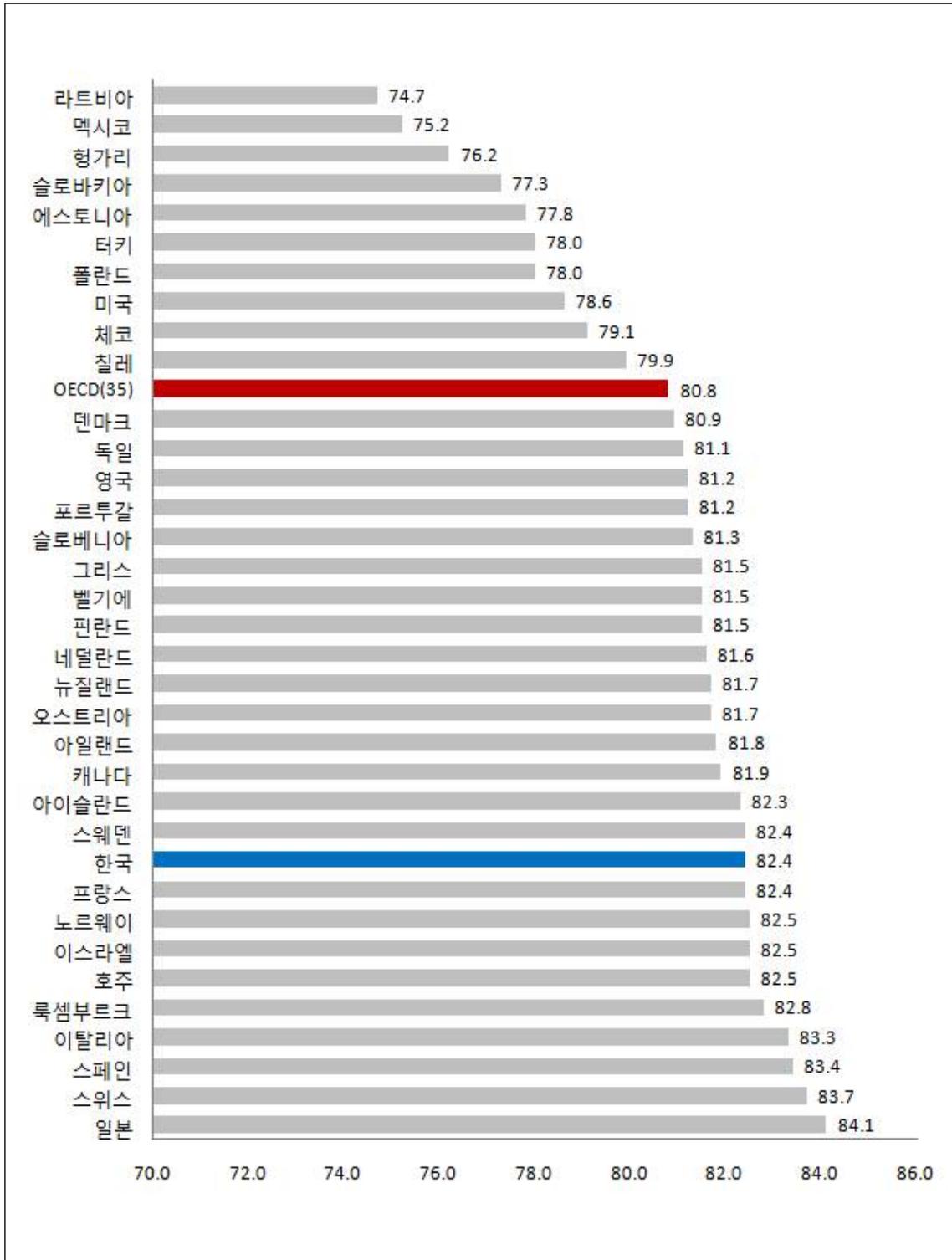
- 멕시코는 영아사망률이 12.1명을 기록하여, OECD 회원국 중 가장 높게 나타남.

○ 1977년 건강보험제도 시작 이후 큰 틀에서의 변화는 없고 의료 관련 기술의 변화에 따라 급여가 확대되고 보험수가 인상 등의 작은 변화 위주로 바뀌었다.

○ 2000년 건강보험 보험자를 단일 형태 보험자로 합치고 의약분업을 시행하였으나, 건강보험제도 운영의 구조적 측면이나 급여를 제공하는 의료공급체계에서는 거의 변화가 없었던 것은 사실이다.

기대수명(전체),2016

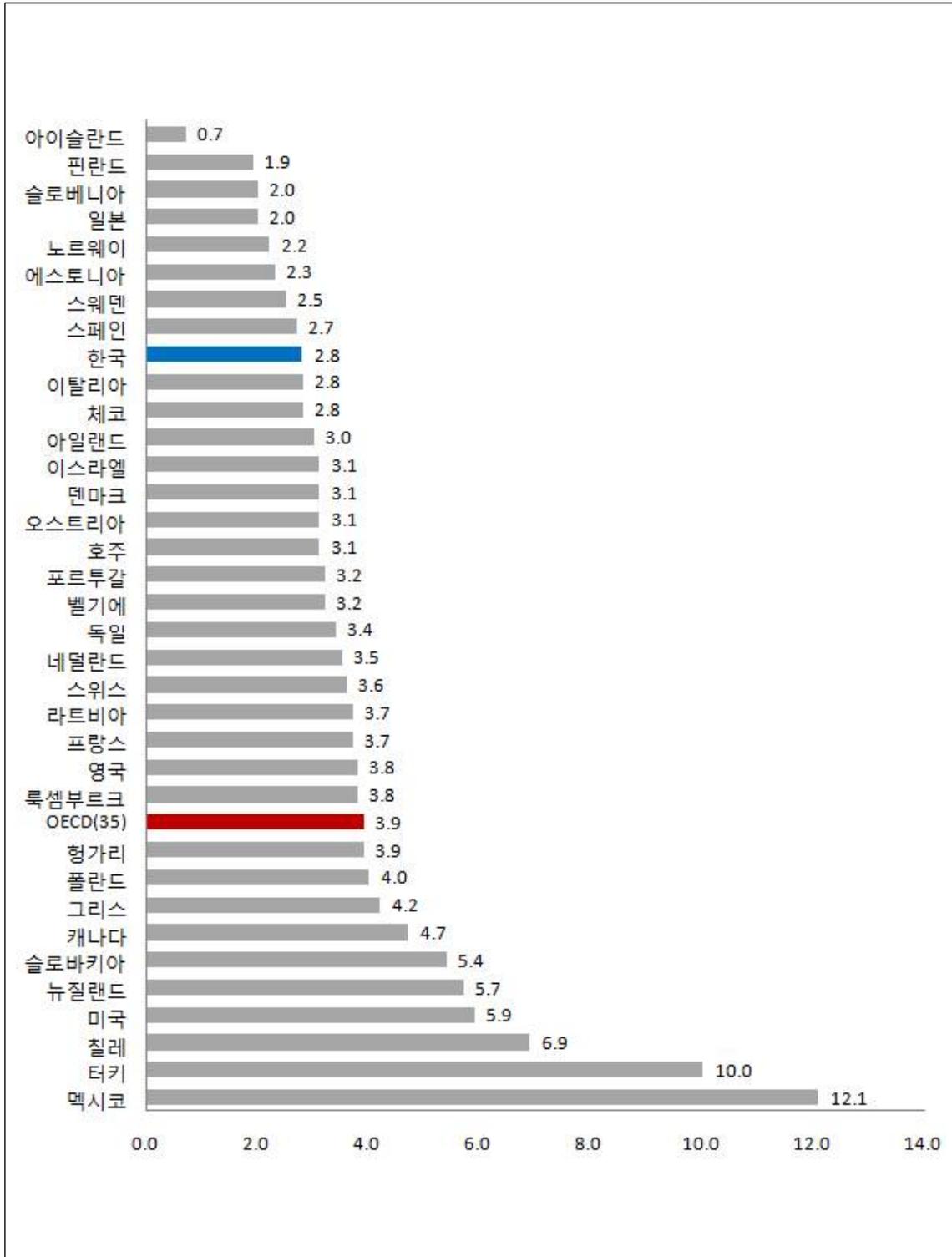
(단위: 년)



주) OECD: 2016년 (혹은 인접년도) 통계가 있는 회원국의 평균임

영아사망률, 2016년

(단위: 명/출생아1,000명)



주) 1. OECD: 2016년(혹은 인접년도) 통계가 있는 회원국의 평균임

2. 캐나다·뉴질랜드(2014), 칠레·미국(2015)

○ 우리 국민들은 보인이 건강상태가 양호하다고 생각하는 비율은 OECD 국가들 중에서 최하위권이다.⁴⁶⁾

※ 5세 이상 인구 중 본인의 건강상태가 양호(좋음, 매우 좋음)하다고 생각하는 비율은 32.5%로 OECD 평균 68.3%에 비해 상당히 낮은 수준임.

- OECD 회원국 평균 건강상태가 양호하다고 응답한 비율은 남자 70.7%, 여자 66.0%인 반면, 우리나라는 남자 35.8%, 여자 29.2%로 남녀 모두 가장 낮은 수준임.

- OECD 회원국 중 한국(32.5%)과 일본(35.5%), 라트비아(47.2%), 포르투갈(47.6%)은 주관적인 건강상태가 양호하다고 생각하는 비율이 50% 미만으로 낮으며, 캐나다(88.4%), 미국(88.0%), 뉴질랜드(87.8%)는 높음.

46) 출처: OECD 2018, 재편집

본인의 건강상태가 양호하다고 생각하는 비율(전체), 2016년

(단위:%)



(2) 우리의 문제점

- 낮은 건강보험의 보장성으로 우리나라 국민의 70%정도가 실손 보험에 가입하고 있고 **취약계층의 의료 빈곤도 증대되고 있다.**
- **보장성 증대를 위한 국민적 공감대는 형성되어 있으나, 한정된 재원으로 무작정 건강보험 보장성을 확대하기도 어려운 현실이다.**
- 정부의 꾸준한 보장성 증대를 위해 연평균 5,000억 이상의 재원을 투입하고 있으나 비급여 본인부담의 지속적 증가로 **국민적 눈높이를 맞추기 어려운 현실이다.**

연도별 건강보험 보장률⁴⁷⁾

(단위 : %)

연도	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률
2015년	63.4	20.1	16.5
2014년	63.2	19.7	17.1
2013년	62.0	20.0	18.0
2012년	62.5	20.3	17.2
2011년	63.0	20.0	17.0
2010년	63.6	20.6	15.8
2009년	65.0	21.3	13.7
2008년	62.6	21.9	15.5
2007년	65.0	21.3	13.7
2006년	64.5	22.1	13.4

47) 출처 : 국민건강보험공단 보도자료, 2017

- 직장가입자와 지역가입자로 분리되어 있는 보험료 부과체계도 여전히 많은 문제점을 가지고 있다. 2018년 일부 새롭게 보험료 부과체계가 개편 되었지만, 근본적 문제점을 여전히 남아있다.
- 건강보험제도 3대 원칙 중 전 국민 대상의 보편적 적용만 지켜지고 포괄적 급여원칙과 최소 수준원칙 적용에는 어려움을 겪고 있다.
 - 포괄적 급여원칙 준수가 어렵고 법정비급여가 인정되면 불법의 범주에 들어가는 임의비급여까지 존속하게 되어 보험료를 인상하여도 보장성 개선이 상당히 어렵다.
- 여기에다가 최소수준원칙을 따르지 않고 선택진료나 상급병실 같은 비급여서비스가 제공됨으로서 의료가 영리적으로 제공되는 문제가 있을 수 있다.
 - 포괄적 급여와 최소수준원칙이 철저히 지켜지지 않으면 국민경상 의료비의 증가 속도는 상당히 빠르게 증대 될 것이다.
- 지역가입자와 직장가입자가 같은 보험재정의 범주에 들어가게 되면 재정을 조달하는 보험료 부과체계가 이원화되어 여러 문제가 있다.
 - 재정통합이 기대한 효과인 국민연대나 생애재분배가 제대로 발휘 되지 못하는 모순이 있다.
 - 재정을 같이 사용하면서 보험료 부과방법이 달라 직장가입자와 지역가입자는 보험료를 소득에 따라 부과하기 때문에 만약 직장 에서 퇴직하고 피부양자로 인정을 받게 될 경우에는 보험료 부담이 없어서 생애재분배가 이루어져 고령사회를 대비할 수 있다.

- 그러나 직장 퇴직 후 지역가입자로 편입되면 퇴직 전에 비하여 보험료가 더 높아지는 모순이 발생하여 생애재분배는 기대할 수 없는 문제가 있다. 지역가입자에게는 소득이 발생되지 않는 재산에도 보험료를 부과하여 부담을 가중시키고 있다.
- 지역가입자가 거주하는 집이나 아파트에도 보험료를 부과하다 보니 아파트보다 비싼 전세에 사는 사람의 보험료 부과가 불가피해져 전세나 월세에도 보험료를 부과하는 무리를 하고 있다.⁴⁸⁾
- 건강보험제도 안에서의 의료 이용자는 보험자라고 할 수 있는데, 환자를 구매자로 오해함에 따라 의료이용에 대해 보험자가 능동적이지 못하는 역할만 할 수 있다.
- 그 결과로 의료이용의 남용이 전 세계에서 우리나라가 가장 높다. 본인부담률이 OECD 국가들과 비교해서 높지만 건강보험수가 낮아 본인부담제도가 의료이용을 자제하게 하는 수단이 되지 못하고 있다.
- 의료이용자인 환자에게 의료의 가격이 책정되어도 본인부담제로 일부만 부담하고 일부 본인부담에 대한 상한선이 있어 크게 의미는 없다. 그러나 생산을 담당하는 의료서비스 제공자에게는 가격은 매우 중요하다.
- 원가에 미달하는 행위별 수가제의 경우 공급자 입장에서는 공급을 기피하게 되어 의료공급에 왜곡이 발생하기도 한다.
- 현재 우리는 의료 행위별에 대한 수가가 상대적으로 낮아 행위 중심인 1차 의료에 비해 비교적 취약하고, 현장에서는 검사나 고가 장비 활용을 많이 하게 되는 문제점이 있다.

48) 이규식, 건강보험 40년 성과와 과제, 보건행정학회지, 2017

- 현재 우리의 건강보험제도에서는 의료공급체계가 급성 질병 중심으로 급여를 제공하고 있다. 급성질환이 중심 일 때는 의료서비스가 단편적으로 제공되고 의료 자원을 집중적으로 투입하여 단기간에 완치시키는 것이 효율적이라고 할 수 있다.
- 그러나 만성질환이 더 많은 요즘, 의료서비스가 단편적으로 제공되는 시스템은 완치도 어려운 질병에 병원을 자주 찾게 되는 **의료이용만 부추기는 결과를 초래하고 있다.**
 - 이러한 문제들은 호스피스나 완화의료와 같은 곳에 일부는 급성기 병상에 입원하는데 공급이 제대로 되지 않기 때문이다. 이럴 경우 **건강보험료만 증대**하게 되는 문제가 있다.
 - 급성질환 중심의 의료체계에서 지불제도로 행위별수가로 되어 있어 **만성질환과의 통합의료 도입**과 같은 공급체계로의 전환을 막는 주요 원인이 되고 있다.
- 환자의뢰체계가 무력화되어 의료이용을 조정 할 수 있는 수단이 줄었다. 1989년 7월 전 국민 의료보장과 함께 도입된 진료권 설정과 환자의뢰체계는 환자들이 불편을 많이 느끼게 되어 폐기시키거나 단순화시켜 **보험이용자들의 통제를 무력화**하는 결과를 내야 의료서비스 이용을 높이도록 하고 있다.
 - 대부분 국가에서 환자의 **자유로운 의료서비스 이용을 제한**하고 있는데, 유독 우리나라에서만 자유로운 의료서비스 이용을 하게 하고 있다.
 - 이뿐만 아니라, 진료권 폐지는 환자들의 수도권 집중 현상을 부추겼고, 결국 의료기관의 지역 간 격차의 주요 원인이다.
- 상당히 빨리 가족구조가 바뀌었음에도 불구하고 환자의 간병을 환자 가족에게 맡기는 **의료시스템을 현재도 유지**하고 있는 데는 문제가 많다.

- 입원환자의 간병을 병원 간호사가 하지 않고, 의료 지식이 없는 가족 혹은 간병인이 함에 따라 **환자의 안전이나 감염관리의 문제**가 노출되고 있다.
- 소가족제도의 현실 속에서 가족이 간병인이 되기 어렵고 간병인 고용에도 **상당한 비용 부담**이 문제가 되고 있다.
- 최근 간호간병통합서비스를 시도 중이나 간호보조 인력의 활용 문제가 **이해 관계자들** 간에 **원만하게 해결**되지 못하고 있는 실정이다.
- 의료자원을 불균형도 심각한 수준이다. 특히, OECD 평균에 비해 **의사와 간호사 등의 의료 인력이 적으며**,
 - 특히 대도시와 지방의 의료자원 공급체계에 문제가 있다. 수도권 상급병원으로의 환자 쏠림 현상 등 자원 배분의 비효율성 등 의료이용 단계에 대한 **전면적 검토**가 필요하다.
- IT 기술 발달에 따른 사전 예방적 중심의 건강증진 프로그램 등을 개발하여야 하고 이러한 논의도 **비용중심이 아닌 양질이 질 중심**으로 바뀌어야 한다.

(3) 외부 요인

- 향후 인구구성의 변화는 우리 건강보험에 상당한 영향을 미칠 것이다. 경제적 부담 등으로 인한 출산율은 1.2명 정도에 머물고 있으며 **노인인구의 비중은 계속 증가**하고 있고,
 - 2026년에는 초고령사회(인구구성 비율에 노인 인구가 20% 이상)에 이를 것으로 보인다.

- 이는 사회통합에 좋지 않은 영향을 미칠수 있다. 그 이유는 생산가능인구가 감소해서 부양 부담의 증대는 세대 간의 갈등을 유발 할 수 있기 때문이다.
- 노인인구의 증가는 의료비 및 만성질환 환자 증가를 야기해서 건강보험 재정위기의 주요 원인이다. 2016년 기준으로 12.7% 노인 인구가 전체 건강보험 급여의 38.7%를 지출했다.
- 우리는 현재 고령화, 만성질환병, 저성장 기조의 경제 상황 등 좋지 않은 상황이다. 의료기관은 민간뿐만 아니라 공공기관까지 건강보험이 사각지대에서 최대한의 영리를 얻으려고 해 건강보험제도의 지속성을 위협하고 있다.
- 이러한 때에 건강보험 제도의 전반적인 구조개혁을 통해 국민들의 의료비 근심을 덜어 줄 수 있는 우리의 건강보험제도가 새롭게 발전 할 수 있도록 정부 정책자는 지혜를 모아야한다.

65세 이상 인구의 진료 실적⁴⁹⁾

구분		2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	증감률(%)
적용인구 (천 명)	전체	48,907	49,299	49,662	49,990	50,316	50,490	50,763	0.5
	65세 이상	4,979	5,184	5,468	5,740	6,005	6,223	6,445	3.6
	비율(%)	10.2	10.5	11.0	11.5	11.9	12.3	12.7	3.3
진료비 (억 원)	전체	436,283	462,379	478,312	509,541	543,170	579,546	645,768	11.4
	65세 이상	140,516	152,860	163,401	180,565	197,417	218,023	250,187	14.8
	비율(%)	32.2	33.1	34.2	35.4	36.3	37.6	38.7	
1인당 월평균 진료비 (원)	전체	74,564	78,424	80,531	85,214	90,248	95,759	106,286	11.0
	65세 이상	237,784	250,666	254,605	267,792	279,648	295,759	328,599	11.1

- 소득 수준이 높아짐에 따라 국민들의 새로운 형태의 의료서비스 욕구는 증대하고 서구화된 식습관으로 고혈압, 당뇨 등의 만성질환 환자가 가파르게 증대될 뿐만 아니라, 우울증 및 스트레스 등 정신건강분야의 보건의요구가 급증할 것으로 보인다.

49) 출처 : 국민건강보험공단 각 연도별 자료 재편집

연보별 만성질환 진료비⁵⁰⁾

(단위 : 억 원, %)

구 분	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
진료비 (증가율)	174,734 (7.8)	183,565 (5.1)	197,553 (7.6)	208,093 (5.3)	222,181 (6.8)	249,896 (12.5)

- 4차 산업혁명 시대에는 ‘개인’의 상시 지속적인 생체신호 모니터링과 분석을 통해 건강 위험 요인을 예측하고 의사와의 협력을 통해 관리하는 형태로 전환되어 개인에 맞는 예측 의료 활동에 가치가 집중되는 형태로 변화할 것이다.
- 즉, 개인의 건강 관련 모바일 데이터, 진료 데이터, 유전체 데이터 등을 통해 개인의 유전적 특성과 체질적 특이성, 생활 습관 등이 상시 집적되고 인공지능 컴퓨터가 이를 분석하여 개인별 ‘맞춤의료’를 제공할 것으로 전망 된다.
- ‘맞춤의료’는 “근거 중심의 보건학적 통계에 근거한 표준 치료 방법과는 달리 개인 유전형질, 생활 습관 및 식이의 다양성으로 인한 질병이 개인적인 차이를 고려하여 개인별로 예방, 진단, 치료하는 것”으로 정의할 수 있다.
- 보건의료 가치사슬과 패러다임 변화에서 미래와 현재의 가장 중요한 차이는 질병 예방과 건강증진을 위한 개인과 지역사회의 적극적인 참여가 될 것이다.⁵¹⁾

50) 국민건강보험공단, 보도자료, 2017.2

51) 신영석, 지속가능발전을위한 건강보험 혁신방향, 2017

(4) 나아가야 할 방향

□ 보장성 강화

- 건강보험 보장성 확대는 급여 서비스 범위, 비용부담 및 WHO가 제시하는 의료보장의 보편성을 물론 전부 포함하는 것이어야 한다.(Universal Health Coverage)
 - 또한, 유엔의 지속가능발전목표(Sustainable Development Goal : SDG)3 의 “생애 전 단계에서 모든 사람의 건강과 웰빙 보장”을 우리 국민들에게 담보하기 위해서는 의료의 질 수준을 꾸준히 점검해 모든 국민들이 필수의료서비스에 쉬게 접근할 수 있도록 해야 한다.
- 4대 중증질환(암, 희귀난치성, 뇌질환, 심장질환) 보장성 강화와 중증질환자들을 위한 재난적 의료비 강화 중심의 보장성 강화 보다는 전체 질환을 대상으로 **환자들의 고통 부담을 덜 수 있도록 보장성의 방향이 수정**되어야 한다.
 - 이러한 방법으로는 본인부담상한제도의 통합적 설계를 통해 부적절한 비급여 발생을 막아야 하고 **비급여 관리체계도 이와 연관되게 설계**되어야 한다.
- 현재까지의 건강보험 보장성 확대는 비급여 항목을 정부가 제대로 통제하지 못했고, 4대 중증질환 환자들의 **보장성 확대는 상당한 불평등을 야기** 했는데,
 - 그 이유는 특정 질환 환자들에게만 많은 혜택을 돌아가게 함으로서 동일한 비용이 많이 들어가는 질병을 앓은 국민들에게는 **상대적 박탈감**을 야기했다.

- 2015년 기준으로(국민건강보험공단 자료) 환자당 진료비가 연평균 천 만 원 이상인 질환자 중 4대 중증질환에 포함되지 않는 환자가 43.3%에 달했으며,
 - 4대 중증질환 대상자 비율은 저소득층인 건강보험료 1분위 대상에서 4.2%로 고소득층인 10분위 대상에서의 6.4%보다 낮았다⁵²⁾
- 선택진료제도 개선은 의료기관 손실을 보전해 주기 위해 ‘의료의 질 평가 지원금’을 도입하고 cost에서 quality 중심으로 의료기관에 지급하는 보상방식의 변화라는 점에서 큰 의의가 있다.
 - 전문진료의사제도의 시작도 의사 단위로 지불방식을 바꾸지만, 실재로는 의료의 질을 주로 반영해서 지불보상 방식을 변화시키는 공통점이 있다.
- 그래서 우리는 몇 가지 선택과 집중이 필요하다. 우선, 어려운 현실 여건을 고려해서 무리하게 추진하는 것 보다는 많은 전문가가 반대하는 선택진료제도는 폐지하고,
 - 전문진료의사제도는 평가 인프라 구축이 공공해질 때까지 시간적 여유를 두고 고민해야 할 것이다. 의료공급자에게 충분한 시간을 주어 자발적으로 참여하게 정책이 필요 할 수도 있다.
- 간호간병통합서비스의 도입으로 간병 부담 및 입원치료 서비스 향상에 기여하고 있는 것은 사실이다. 상급 병실 이용 부담을 줄여주고 상급 병실 비율을 축소 하는게 주 내용이다.
- 이러한 3대 비급여 제도의 수정은 건강보험 급여서비스를 확대하고 건강보험 보장성 강화를 제고할 수 있는 직접 효과뿐 아니

52) 정춘숙 의원실 국정감사 보도자료, 2016

라 의료 서비스를 양에서 질 중심으로 편승 할 수 있는 건강보험 제도 방식으로 변화시키고,

- 이는 비급여 관리시스템 개선도 반영이 필요하고, 뿐만 아니라 간호인력 공급 문제를 풀 수도 있다. 한마디로 **건강보험 제도 시스템 전반에 긍정적 효과**를 불러 올수 있다.

○ 보장성 강화는 치료서비스뿐만 아니라 **건강증진과 관련된 보건 서비스를 확대**하는 사항도 포함되어야 할 것이다.

- 건강한 고령화를 위해 특히 **구강 건강의 위한 보장성 확대 추진**의 급여화는 국민들의 기초적 건강보장과 함께 건강한 고령 사회를 만들기 위해 꼭 필요한 정책이다.

○ 소득 하위 20% 저소득층 중 4대 중증질환으로 입원한 사람들 중 이천만원 미만에서 본인 부담금의 절반이상을 지원해 주는 **‘중증질환 재난적 의료비 지원 사업’**이 운영되고 있다.

- 그러나 4대 중증질환에 제한하지 않고 전체 질환을 대상으로 재난적 의료비 지원을 제도화해야 한다. 여러 이유가 있겠지만 급여 항목의 부족 및 비급여 통제의 어려움 때문에 **전체 질환에서 재난적 의료비 발생을 초과** 할 수 도 있다.

- 이러한 이유로 **저소득층에 대한 보건의료안전망을 정비**하는 것은 보장성 확대의 형평성 차원에서 올바른 방향이라고 할 수 있다.

□ 의료시스템 재정비(지불보상 방식 등)

- 유엔의 보건 SDG 3은 인간의 생의 단계에서 모든 인간이 건강(health)과 안녕(well-being)을 보장하는 것이다. 이를 위해서는 무엇보다 의료의 질 향상과 국가에서 국민들의 건강 위험 요소를 관리 할 수 있는 **관리 역량 향상에 대한 의지가 필요하다.**
- 아울러, 꾸준한 의료의 질 향상은 국가 의료시스템 전반에 걸쳐 혁신적인 서비스 개발을 필요로 하기 때문에 새로운 방향으로의 **의료시스템 변화를 유도하고 있다.**
- 고령화로 고비용 구조의 건강보험체계에서 **비용 대비 가치(value for money)**를 높이는 의료시스템 변화는 우리의 직면한 중요 과제라고 할 수 있다.
 - 가치(value) 기반 의료시스템 개혁은 기존의 **행위별 보상 방식으로는 효과를 볼 수 없다.**
- 다양한 의료요구를 요구하는 환자를 만족시키기 위해 맞는 의료 제공자를 연결시켜 줌으로서 효율적 과정으로 질 높은 의료 결과를 기대하여 공급자가 많은 보상을 받을 수 있도록 **새로운 지불보상 방식을 최대한 빨리 도입해야 한다.**
- 특히, 단계적 의료를 통한 의료전달체계 측면에서 전문화된 의료 공급자 간 진료 교류가 불리한 **일차의료기관을 중심으로 새로운 지불보상 방식을 먼저 실행 할 필요가 있다.**
- 우리처럼 의료공급자에 대한 선택이 자유로운 경우 **일차의료 네트워크를 일률적으로 규정하는 것은 불가능 하다고 할 수 있다.**

- 만성질환 관리 사업에 관심 있는 의료기관들을 위주로 현재의 보상 방식과 다르게 다양한 혁신적 서비스 제공을 마련하고 사전 협약 등을 통해 성과에 따라 추가적 보상을 확대함으로써 의료 질 향상을 위한 **다양한 의료 제공 기회를 확대**하는 것이 필요하다.
- 새로운 건강보험 거버넌스 구축을 위해 양(volume)중심에서 **질(quality) 중심**으로서 **변화의 요구에 대해 의료계 전반에서 공감**대가 마련되었다.
- 우리 의료서비스 **공급체계의 90% 이상은 민간이 소유**하고 있기 때문에 국가의 자본을 투자한 의료기관의 공익적 제도 운영에 있어, 수익 창출 및 보건의료산업 발전과 비교해 볼 때 언제든지 충돌 가능성은 농후하다.
- 그러므로 공익적 관점으로 본 거버넌스 구축은 낭비적 논쟁을 막고 **가치 기반 의료시스템**으로의 **변화를 모색**해야 한다.
- 4차 산업혁명의 시작은 빅데이터와 인공지능 등 정보통신 신기술(ICT)이 결합된 정보의 융합으로 우리를 새로운 시대로 안내해 주고 있다. 이러한 변화된 환경에서는 혁신적 새로운 기술을 도입은 **의료 시스템 전반의 효율성 및 형평성**을 위해 바람직한 결정이다.
 - **ICT와 빅데이터를 활용**해서 새로운 기술의 사용이 공적 건강보험시스템의 효율성과 형평성을 발전시키는데 활발히 논의되기를 바란다.
 - 이를 위해서는 관련자들의 참여를 보장하는 구조들이 **관련법령에 근거를 두고 구체화**해야 한다.

- 정밀의료(precision medicine)사업은 암 등 난치 질병을 위해 공공 및 민간 보건의료 데이터의 연계 필요성을 논의함으로써 개인정보보호법을 피하기 위해 예외적 경로의 방식으로 사회적 공감대 형성의 전략적 접근의 대표적 예라고 할 수 있다.
- 그러나 마련된 주제에 대해 법적 근거 자료를 준비한다고 해도 실제로 데이터의 보안 및 개인정보 보호 등 사후관리 등에 전반적으로 책임지고 관리하는 의사결정 구조가 준비돼야 관련 사업의 안전성을 담보 할 수 있다.
- 대부분의 공공 의료시스템에서 변화는 궁극적으로 지불 방식에 의해 나타난다. 그러나 결정의 근거가 되는 자료는 제도권에서 인정되기 이전까지 사용이 불가능한 혁신적 서비스에 대한 보상의 결정이 중요하고 장기적으로는 위험을 야기하기도 한다.
- 이러한 이유 때문에 공공 의료보장제도에서의 신의료기술평가 제도는 의료전반의 새로움을 시도하는 것으로 중요한 우리의 숙제이기도 하다.
- 우리의 건강보험제도의 지속 가능성을 한 층 높이기 위해서는 이러한 신의료기술평가 제도 도입으로 빠른 급여화와 신의료기술평가 및 급여 범위 결정 사이의 관련 연관성을 높이는 협력적 관계를 모색 해 볼 필요가 있다.

□ 저출산·고령화 대응

- 저출산·고령화는 역삼각형으로 인구구조의 변화를 의미한다. 건강보험 관점에서는 보험료의 납부자인 생산가능인구의 감소가 오고 수혜자라고 할 수 있는 노인층의 증가를 의미한다.

- 현재와 같은 속도로 저출산·고령화가 이루어지면, 2050년에는 노인인구가 1,800 만 명 이상에 도달할 것으로 보인다.
 - 이러한 급격한 노인인구의 증가는 건강보험 재정 확보에 큰 영향을 미쳐 제도의 지속가능성을 어렵게 할 것으로 보인다. 따라서 이러한 충격에 대비하여 **철저한 대책 마련을 준비**해야 한다.
 - 저출산·고령화에 대비하여 여러 대비책에 있을 수 있으나, 가장 중요한 것은 새로운 **재정 확충방안**을 마련하는 것이다.
 - 현재 건강보험료의 주요 재원은 보험료와 정부지원금 그리고 담배세로 구분되는데, 이 재원을 가지고는 **재정의 급속한 증가를 따라가기에는 턱없이 부족할** 것이 분명하다.
 - 보험료를 인상만으로는 건강보험의 안정적 운영을 위한 재정확보는 어렵다. 그 이유는 노인인구부양비율이 계속 악화되는 상황에서 **보험료를 인상에는 한계가** 분명히 있다.
 - 정부 지원금 확대도 지금보다 어려울 것으로 보인다. 저출산·고령화는 정부의 **재정악화를 기본적으로 유도**하기 때문이다. 주요 선진국에서도 보험료와 정부지원금 외에 새로운 재원마련 방안을 도입하기 위해 애쓰고 있다.
- 재정 충당 방식 중 건강에 부정적 영향을 미치는 담배세 외에 주류부담금 등에 보험재정을 충당하는 것이다. 물론 **형평성 부과체계가 우선적으로 완성** 되어야 한다.
 - 지역가입자와 직장가입자 간의 다른 부과체계는 많은 국민적 불만과 저항을 야기하고 있는데, **소득 중심의 국민적 합의**가 가능한 부과체계 수정은 장기적으로 보험수입을 상당히 안정화 하는데 기여할 수 있을 것으로 보인다.

- 현재의 매년 수입과 지출의 목표를 일치로 하는 **양출제입의 1년 단기 형식의 건강보험**은 저출산·고령화 사회의 충격을 예단하기 어려운 시절에는 어느 정도 합리적 제도라고 할 수 있다.
- 그러나, 납부세대와 주 수혜세대 사이에 적게는 20년에서 많게는 30년까지 시간적 틈이 존재하고 있는 것은 사실이다.
 - 요즘처럼 **납부세대가 급격하게 감소하고 수령세대가 급증하는** 상황에서 건강보험을 단기보험 형식으로 운영할 경우에는 재정 지출을 감당하지 못 할 것이 분명하다.
- 현재의 단기보험 중심의 운영방식에서 주 납부세대가 먼 훗날 수령세대가 될 때 사용하게 될 **건강보험 재정의 일부를 현 시점부터 적립해 나가는 방식** 등 새로운 정책적 대안이 필요하다. 물론 국민적 합의의 과정을 동반하여 신중하게 정책이 결정 되어야 할 것이다.

VII. 결론

- 건강보험의 구조개혁은 쉽게 해결하기 어려운 구조로 많은 연구와 고민이 필요하다. 특히, **건강보험의료의 이념을 다시 한 번 재정립** 할 필요가 있다.
 - 지금까지의 시혜적 이념을 포기하고 우리 헌법에서 규정하고 있는 **기본권 개념으로 접근**해 볼 필요가 있다고 생각된다.
 - 즉 '공공성이 강한 사적인 재화'가 아니라 '(규범적)공공재'가 될 것이다. 지금과 같이 **건강보험료를 공공성이 강한 사적 재화**로 생각하면 건강보험제도의 구조개혁은 어렵다.
- 기본권 보장을 위해서는 당연히 급여는 **포괄적이고, 제공되는 의료서비스는 우리가 충분히 감당할 수 있는 수준**이어야 한다. 그리고 건강보험에서 최소수준의 원칙이라고 하는 것은 그 나라 국민이 부담할 수 있는 수준의 의료서비스를 얘기한다.
 - 정부는 최소수준을 설정하고 그 이상을 희망하는 사람들을 위해서는 본인들이 스스로 노력해서 얻을 공간을 마련해야 한다.
 - 즉 급여의 포괄성과 최소수준원칙을 준수 하도록 하고 보다 나은 서비스, 특실이나 선택진료등을 원하는 이용자들에게는 진료비 전액을 본인이 부담하도록 하는 정책을 준비해야 할 것이다.
- 의료의 이용도 소비자의 부담능력이 아니라 **보험구매자의 능력에 의해 결정됨**을 인식하여 이에 부합되는 정책이 만들어져야 할 것이다. 보험자는 이용자의 필요도를 활용하고,
 - 이에 맞게 의료서비스 이용도 가능토록 하는 **적절한 규제**를 준비해 둘 필요가 있다.

- 고령화 시대를 맞이하여 의료공급체계를 병원 중심에서 지역사회 중심으로의 건강보험정책이 결국에는 이루어져야 할 것이다. 일부 유럽 국가에서는 이미 **지역사회 중심의 통합서비스(의료와 요양서비스) 공급체계로 많이 전환되었다.**
 - 일본도 2012년부터 지역포괄케어 도입으로 2025년까지 ‘병원완결형’ 의료체계를 ‘**지역완결형**’ 의료체계로 전환시키고자 준비 중이다.
 - 우리도 인구고령화 시대에 급성질환이 아닌 경우에는 비록 노인들이 병원입원보다는 가정에서 **지역사회 중심의 의료서비스 체계로 공급**을 해야 한다.
 - 일반 병원은 급성질환 중심의 질병에 한할 경우에만 이용토록 전문화시키고, 입원하여도 치료에 진전이 없는 만성질환을 갖는 환자는 퇴원토록 하고 가정에서 돌봄서비스 같은 **의료서비스를 쉽게 받도록 하는 의료서비스 공급체계를** 생각 해 볼 수 있다.
- 건강보험제도 **관리운영의 방식에도 새로운 변화가 필요하다.** 제도 운영에는 보험자의 역할을 현재와 같이 의료기관이 청구한 의료비를 심사하고 지불하는 수동적 기능에서 벗어나도록 하고 의료의 질 향상뿐만 아니라 의료비를 적정수준으로 관리하는데 보험자의 능동적 역할이 가능하도록 제도적 보완이 필요하다.
- 의료이용의 시장은 수요에 의해 의존할 수 없으나, 의료서비스를 생산하는 시장의 경쟁적인 의료자원을 활용하기 때문에 **적절한 가격을 책정**하여 의료서비스 공급이 왜곡되지 않도록 해야 한다.
- 우리의 건강보험 제도는 초기 사회보험의 긍정적인 역할에도 불구하고 점차 재정악화와 보장성 후퇴에 비난을 받고 있어, **민간보험 시장이 가파르게 성장하고 있는 상황이다.**

- 한국적 문화에서 경쟁화 효율을 강조하는 미국의 시정 중심적 건강보험제도는 적절하지 않을 수 있다.
- 미국의 예에서 알 수 있듯 개인, 가계 및 기업의 의료비는 국민 경제에 상당한 영향을 미친다. 과도한 의료비 지출은 앞으로 한국사회의 경제 주체에도 상당한 파급효과를 가져올 것이다.
 - 따라서 의료비 지출 문제를 건강보험과 정부 부분에만 한정되는 문제로 남겨 두서는 안 되고 **전 국민의 공감대를 바탕으로 의료비 지출의 효율성**을 올리기 위해 진료비 보상제도와 보건의료체계 정비 등의 방안 마련을 준비해야 한다.
 - 진료비 보상제도의 개편은 간단한 문제는 아니다. **현실적으로 진료비 보상제도는 모든 의료 제공자의 이해관계와 연관될 뿐만 아니라, 우리의 의료서비스 공급의 특성을 좌우하는 핵심요소이다.**
 - **진료비 보상제도의 개편은 사회적으로 새로운 체계에 대한 국민적 갈망을 해소하고 의료 질 향상의 전반적인 변화를 가능하게 할 것이다.**
 - 진료비 보상제도는 현재 진료비 보상의 대부분을 차지하는 행위별 보상은 어떤 행태로든 변형이 필요하다. 미국의 상황을 볼 때 입원이나 요양시설 입소의 경우 행위별 보상이 보편적인 제도가 아니고 다양한 대안이 개발, 적용되고 있으므로, 우리도 미국 메디케어의 일부에 한해서 적용되고 있는 **의료비 지출 총액목표제도 도입**할만하다.
- 미국의 건강보험체계의 기본적 이념인 개인의 책임 강화도 우리의 의료비나 의료 이용의 **효율성**을 위해 자주 거론되는 이념이다.

- 의료비나 의료 이용의 효율성을 높인다는 명목으로 자주 쟁점화 되고 있는 미국의 이론으로 미국의 의료보장체계의 핵심인 소비자 주도 보험의 영향이 곧 한국에도 영향을 미칠 것으로 이에 대한 대책이 필요하다.
- 한국의 의료보장체계의 기본구조는 분명히 '개인책임'체제이다. 이는 의료 문제의 대부분을 개인이 알아서 해결해야 함을 의미하며 자본주의 시장 구조에서 의료 상품등을 구매해야 함을 의미한다.
- 미국 건강보험체계를 볼 때 시장중심의 의료보장체계의 효율성을 달성하기는 어려워 보인다. 따라서 한국의 의료 질 향상을 위해서는 미국과는 반대로 공공 부문과 사회적 책임의 강화가 필요하다.
- 미국의 건강보험체계의 예를 보더라도 우리 국민의 의료보장이 충분한 보장성을 가지고, 의료비 부담으로 가계파탄을 막기 위해 건강보험의 보장성 확대 방향은 명백하다.
- 현실적 어려움을 감안하더라도 건강보험과 의료급여에서 원칙적으로 급여 범위의 제한을 완전히 없애는 것을 목표로 해야 한다.
- 구체적인 항목은 전문가뿐만 아니라 지역사회 주민이 참여하는 별도의 조직에서 결정하는 것이 바람직하다.
- 진료비 총액에 대한 실제적인 본인 부담 상한선제 도입도 고려해 볼만 하다. 상한선 이상의 진료비는 전액 건강보험 혜택을 볼 수 있는 제도이며, 지나친 본인 부담을 막는 제도로 국제적인 추세이다.
- 미국의 건강보험체계는 많은 문제점을 안고 있다. 이 문제를 해결하기 위해 많은 정책들이 시도되고 있으며, 이와 관련된 많은 지식들이 우리에게 들어 올수 있다.

- 그러나 우리는 우리 현실에 맞는 제도들을 엄밀한 검증을 통해 수입해야 하며, 미국에서 생산된 무분별한 정보를 걸러 내야 한다.
- 즉 우리의 상황에 맞는 자체적적인 제도 개발 등이 이루어져야 한다. 수많은 지식들이 우리의 건강보험체계가 안고 있는 모든 문제를 풀 수는 없지만, 더 발전된 제도로 발전시키기 위해서는 중요한 과제이다.
- 미국 건강보험정책사를 살펴 볼 때 건강보험정책 또한 정치적 입장과 타이밍, 외부 변수에 대한 효과적 대응이 제도 개혁 혁신의 승패를 가른다는 것을 알 수 있다.
 - 이는 최근 건강보험개혁을 추진하고 있는 문재인 정부에도 시사 하는 바가 많다고 하겠다.
- 인구구조의 변화와 저출산 고령화에 따라 건강보험을 어떻게 변화시켜야하며 재정을 어떻게 충당할지는 모든 나라가 직면한 문제이다.
 - 정부 지출을 줄이기 위해 경제적 어려움을 겪고 있는 저소득층에 대한 보장을 축소하고 비용을 부담케 하는 것은 바람직한 길이 아니다.
 - 건강보험 재정 압박을 해소하고 인간의 건강권을 보장하기 위해 최선의 정책을 도출하기 위해 실증적 근거에 바탕을 둔 정책안과 여러 관점에서의 토론이 필요하다.

4장. 참고문헌 및 자료수집

- 김계현, 한국, 일본, 대만의 건강보험제도 비교, 의료정책포럼, 2016, 의료정책 연구소. 선진 주요국의 의료제도 연구. 2003.12
- 김창엽. 미국의 의료 보장, 2005
- 김성수. 오바마케어의 복지정책, 2014
- 국민건강보험 홈페이지, 제도소개, 2019.12 www.nhis.or.kr
- 보건복지부 홈페이지, 보건복지부 백서, 2019.12 www.mohw.go.kr
- 김태근, 오바마케어 대체에 실패한 트럼프케어:미국 의료보험정책의 정치사회적 함의. 국제사회보장리뷰2017 가을호
- 정지아. 트럼프시대 미국의료보험의 개편과 전망, 국제사회보장리뷰 2018 여름 창간호
- 이정찬, 김계현, 김한나, 미국의 건강보험개혁 동향과 시사점, 대한의사협회의료정책연구소, 2014
- 신영석, 지속가능발전을위한 건강보험 혁신방향, 보건복지포럼, 2017.6
- 신영석, 건강보험 재정 건전화 방안, 보건복지포럼, 2011
- 강희정, 2017년 건강보험 정책방향 : 혁신을 통한 형평과 효율의 조화, 2017
- 이규식, 건강보험 40년 성과와 과제, 보건행정학회지, 2017
- <https://stats.oecd.org/>
- <https://www.census.gov/>
- <https://www.who.int/countries/usa/en/>
- <https://www.cdc.gov/globalhealth/>
- <https://www.usa.gov/health-insurance>
- <https://dpeaflcio.org/programs-publications/>
- <https://vaden.stanford.edu/insurance>