



DOI: 10.23063/2024.12.6

미국의 건강보장제도 확대에 대한 논의: '모두를 위한 메디케어(Medicare for All)'를 중심으로

Recent Trends and Issues in Universal Health Coverage in the US:
Can Medicare for All Become a Reality?

정소윤 (뉴욕주립대학교 정책학과 박사과정)
Jeong, Soyun (University at Albany, State University of New York)

미국의 메디케어는 1965년에 처음 제정된 노령 인구를 위한 건강보험 제도로, 연방정부에서 운영을 맡고 있다. 메디케어는 만 65세 이상이 되는 시점에 소득과 직업, 건강 상태 등과 상관없이 누구나 보험 혜택을 받을 수 있다는 점에서 보편적 성격의 사회보장제도로 여겨진다. 그러나 민간 보험사도 프로그램 운영에 참여하고, 메디케어 혜택이 파트 A, B, C, D로 나뉘어 구성되는 등 다소 복잡한 구조를 가지고 있다. 최근 인구 고령화에 따른 의료서비스 이용률 및 의료비 증가를 이유로 정책의 재정 지속 가능성에 대한 우려가 커지고 있다. 최근에는 메디케어 보험 청구 거절 및 의료서비스 사전 승인 절차가 늘어나면서 수혜자들이 의료서비스 접근에 어려움을 겪고 있다. 따라서 메디케어의 현황을 점검하고, 정책 지속성과 보장 혜택 확대를 위한 개혁 방안을 논의하는 것은 중요한 일이다. 모두를 위한 메디케어(Medicare for All)는 메디케어 개혁 방안 중 하나로, 기존의 파편화된 메디케어 시스템을 단일 보험자 체계로 전환하여 모든 국민에게 보다 포괄적인 의료서비스를 제공하는 것을 목표로 한다. 그동안 단일 보험자 체계로의 전환을 위한 많은 노력이 있었지만 성공적이지는 못했다. 무엇보다 지속 가능한 자원 확보와 정치적 합의가 중요할 것으로 보인다. 연방정부 차원의 단일 보험자 체계 전환은 단기간 내에 이루기 어려울 것으로 보이며, 주정부 중심의 개편이 보다 현실적인 방안으로 여겨진다. 미국 정부는 급진적인 정책 변화보다 점진적인 개혁을 통해 메디케어 혜택을 확장하기 위한 전략을 추진할 것으로 전망된다.

1. 들어가며

미국은 경제협력개발기구(OECD) 고소득 국가 중 유일하게 국민건강보험이 없는 국가다. 대신 미국은 민간보험을 중심으로 한 건강보험 체계를 발전시켜 왔고, 전체 인구의 절반 이상이 고

용주가 제공하는 민간 건강보험을 보유하고 있다. 이 외에 약 20%의 인구는 저소득층을 위한 건강보험인 메디케이드(Medicaid)에 가입되어 있으며, 약 15%의 노인 인구(65세 이상)는 메디케어(Medicare)를 보유하고 있다(KFF, 2022). 나머지 인구는 건강보험이 없거나, 민간보험을 개인 사비로 구입한다.

메디케어는 노령 인구를 위한 건강보험으로 1965년 처음 제정되었으며, 그동안 고령층의 건강증진에 크게 기여해 왔다. 그러나 인구 고령화로 인한 메디케어 가입자 수와 의료비가 급증하면서 재정적 지속 가능성에 대한 우려가 커지고 있다(Cubanski et al., 2024). 최근에는 메디케어 가입자에 대한 보험 청구 거절 및 사전 승인(prior authorization)이 증가하면서 의료서비스 이용이 지연되는 등 서비스 접근에 어려움이 커지고 있다(Moser, 2024; Biniek et al., 2024). 메디케어의 보장 혜택은 지키면서 정책 지속 가능성을 제고하기 위한 개혁 논의가 필요한 시점이다. 이 글에서는 현 메디케어 정책의 동향을 살펴보고, 메디케어 개혁 방안 중 하나인 모두를 위한 메디케어(Medicare for All)의 등장 배경과 정책적 실현 가능성에 대해 살펴보고자 한다.

2. 메디케어의 현재

메디케어는 연방정부 차원의 사회보장제도로, 보건복지부(Department of Health and Human Services) 산하 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)에서 운영을 맡고 있다. 각 주에서 자율적으로 운영되는 메디케이드와 달리 메디케어는 연방에서 운영해 거주 지역과 상관없이 모두 동일한 혜택을 받는다. 의료보험세(Medicare tax)를 10년 이상 낸 사람이거나 세금을 납부한 배우자가 있는 경우, 만 65세가 도래하는 시점에 누구나 메디케어에 가입할 수 있다. 특정 나이가 지나면 누구나 메디케어 수혜가 가능하다는 점에서 메디케어를 보편적 의료 보장(Universal Health Coverage)이라고 이야기하지만, 메디케어가 모든 의료서비스를 보장하지 않는다는 점과 그로 인해 개인이 사보험을 보충적으로 구입해야 한다는 점에서 완전한 보편적 의료로 보기는 어렵다.¹⁾

메디케어는 크게 파트 A, B, C, D로 구성되며, 파트 A와 B는 연방에서 제공하는 기본 보험(traditional Medicare)으로 만 65세가 되는 시점에 자동으로 가입된다.²⁾ 그러나 파트 A와 B로는 모든

1) 세계보건기구(WHO)는 보편적 의료 보장(Universal Health Coverage)을 누구나 경제적 어려움 없이 필요한 때에 의료서비스에 접근할 수 있는 것이라고 정의한다. 비슷한 맥락에서 메디케어는 특정 연령에 도달할 경우 소득, 건강 상태, 직업 등과 상관없이 누구나 보험 혜택을 받을 수 있다는 점에서 보편적인 성격을 띠고 있다고 볼 수 있다.

2) 파트 B는 당사자의 의사에 따라 추후에 해지할 수 있다.

의료서비스를 보장받을 수 없기 때문에 보험 가입자들은 파트 C 혹은 D에 자발적으로 가입해 추가적인 서비스를 받을 수 있다. 특히 파트 C는 메디케어 어드밴티지라는 이름으로 불리며 연방정부의 승인을 받은 민간 보험회사에서 파트 A, B, D에서 보장하는 항목과 추가적인 서비스를 하나의 플랜으로 통합하여 판매한다. 2024년 기준, 약 54%의 메디케어 수혜자들이 메디케어 어드밴티지에 가입되어 있으며(Freed et al., 2024), 메디케어에서 민간 보험시장이 상당한 역할을 차지하고 있다고 볼 수 있다.

| 표 1. 메디케어 개괄 |

파트 (part)	주요 내용	세부 보장 범위	담당기관	보험료	선택 여부
A	병원보험 (Hospital Insurance)	병원입원, 요양시설, 호스피스 등	연방정부	무료	자동가입
B	의사 및 외래서비스 보험 (Medical Insurance)	의사 방문, 외래 진료, 의료장비, 예방 의료 등	연방정부	월 \$174.70(2024년 기준, 최저소득구간 기준)	자동가입 (추후에 해지 가능)
C	메디케어 어드밴티지 (Medicare Advantage)	파트 A, B, D 및 추가 서비스 포함	민간보험	민간보험사마다 상이 (의료서비스 이용 시 본인부담금 발생)	선택사항
D	처방약 보험 (Prescription Drug Coverage)	처방약 비용 지원	민간보험	월 \$34.70(2024년 기준, 최저소득구간 기준)	선택사항

출처: “Medicare Getting Start”, Centers for Medicare & Medicaid Services, 2023. Copyright 2023. Centers for Medicare & Medicaid Services.

〈표 1〉을 보면 알 수 있듯이 메디케어 프로그램은 서비스 보장 범위와 운영 주체 측면에서 상당히 복잡하다. 연방정부가 주도하는 정책이지만 민간 보험사도 메디케어 프로그램 운영에 참여하는 독특한 구조를 가지고 있어 복잡성을 더한다. 민간 보험사의 메디케어 어드밴티지 플랜을 원하는 경우, 개인은 Medicare.gov에서 각 지역에 제공되는 플랜을 비교하여 가입하거나, 보험 중개인을 통해 가입할 수 있다.

현재 미국 전체에 3959개의 메디케어 어드밴티지 플랜이 있으며, 개인은 평균 약 43개의 플랜 옵션 중 하나를 선택하게 된다(Freed et al., 2023). 전통 경제학의 소비자 선택 이론(consumer choice theory)에 따르면, 소비자들에게 더 많은 선택지가 있을 때 소비자들이 효용을 극대화할 수 있는 선택을 할 수 있다고 본다. 그러나 현대 행동경제학에서는 실제로 소비자들에게 많은 선

택지가 있는 것이 언제나 최적의 선택을 가져다주지는 않는다고 본다. 특히 노령인구의 인지 저하, 현상 유지 편향, 정보의 비대칭성 등을 고려했을 때 많은 플랜 중에서 개인에게 가장 적합한 하나의 플랜을 결정하는 것은 더 어려운 문제일 수 있다(McWilliams et al., 2011). 또한 메디케어 어드밴티지 플랜의 문제점들도 많이 지적되고 있다. 고령자라는 취약성을 악용한 메디케어 가입자 대상의 사기 범죄(fraud)가 증가하고 있으며, 민간 보험사들이 의료서비스 이용 전 사전 승인 요구가 증가하는 등 서비스 이용 장벽이 높아지고 있는 추세다(Binieck et al., 2024).

3. 모두를 위한 메디케어(Medicare for All)란

가. '모두를 위한 메디케어' 등장 배경

'모두를 위한 메디케어' 정책 제안의 핵심은 현재의 파편화된 메디케어 시스템을 단일화하여 국가가 직접 모든 서비스 제공을 담당하는 단일 보험자 체계(single-payer system)를 채택해야 한다는 내용이다. 현재 미국에서 채택하고 있는 메디케어 시스템은 다보험자 체계(multi-payer system)에 더 가깝다. 사실 미국의 건강보험 체계를 단일 보험자 체계로 만들어야 한다는 주장은 새로운 것이 아니다. 1900년대 초부터 미국에서도 국민건강보험 도입을 위한 논의가 꾸준히 있어 왔지만 민간 건강보험 회사, 미국의사협회(AMA: American Medical Association), 노동조합 등 이익집단의 반대와 더불어 정치적 합의에 도달하지 못해 국민건강보험은 실현되지 못했다(Fuchs, 1991). 국민건강보험 시스템을 지지하는 배경에는 다양한 이유가 있다. 첫째, 건강 형평성(health equity)을 증진해야 한다는 목적이다. 건강보험은 특권(privilege)이 아닌 모두의 기본 권리(right)로 누구나 쉽게 의료서비스에 접근할 수 있도록 만들어야 한다는 것이 핵심 내용이다. 기존 미국의 건강보험 시스템에서는 많은 국민이 건강보험이 없거나 충분한 보장을 받지 못해 의료서비스에 대한 접근이 제한적이었다. 의료서비스 접근에 대한 장벽은 건강지표를 악화시키고, 이는 결과적으로 미국 의료시스템에 더 많은 부담을 가중시키게 됐다(Maruthappu et al., 2013). 두 번째로 현재의 비효율적인 시스템을 좀 더 효율적으로 재구축해야 한다는 목적이 있다. 특히 민간 보험사가 건강보험에 참여하는 현재의 다보험자 체계는 국가 차원에서 높은 행정 비용을 발생시킨다는 지적이 있다(Petrou et al., 2018). 국민건강보험 제도가 있는 이웃 국가 캐나다와 비교하더라도 미국은 더 많은 행정 비용을 지출하고 있다. 또한 의료 제공자(병원 및 의사) 입장에서 여러 개의 보험회사와 파편화된 계약을 체결하고 지불 금액, 청구 절차, 그리고 상이한 요구

사항을 처리하는 데 어려움을 겪으며 상당한 행정부담을 떠안고 있다(Woolhandler & Himmelstein, 2019).

미국 하원의원 존 코니어스(John Conyers)는 모두를 위한 메디케어 법안(H.R. 676 - Expanded and Improved Medicare for All Act)을 2003년 처음 법안으로 구체화하고, 108대 의회부터 가장 최근인 115대 의회(2017년)까지 해당 법안을 지속적으로 의회에 제출했지만 지지를 얻지 못했다. 이후 버몬트주 상원의원 버니 샌더스(Bernie Sanders)가 2016년 대통령 선거에 출마하여 모두를 위한 메디케어를 핵심 공약으로 내세우면서 단일 보험자 건강보험 체계에 대한 관심이 다시 높아지기 시작했다. 샌더스 법안의 쟁점은 ① 단일 보험자 체계로 국가가 보장하는 보편적 메디케어 프로그램을 만드는 것, ② 메디케어 자격 기준을 현 만 65세에서 만 55세로 낮추고, 포괄적인 의료서비스를 제공하는 것, ③ 자기부담금(deductible)³⁾을 없애고 비용 부담이 적은 보험을 만드는 것, ④ 메디케어 가입자들에게 의료 제공자(병원 및 의사)를 자유롭게 선택할 수 있도록 하는 것, ⑤ 제약회사와의 협상을 통해 처방약 가격을 인하하는 것 등이다(Sanders, 2023). 샌더스의 모두를 위한 메디케어 제안은 일부 민주당 의원들의 지지에도 불구하고 실현되지 못했다.

나. 정책적 실현 가능성 논의

메디케어 시스템을 단일 보험자 체계로 전환해야 한다는 주장은 정책적으로 실현 가능할까? 이 제안의 정책적 실현 가능성을 크게 재정 및 정치적 측면으로 나누어 면밀히 검토할 필요가 있다.

1) 재정적 실현 가능성

2021년 기준, 연방정부는 메디케어 의료비로 총 8290억 달러(약 1098조 원)를 지출했다. 인구 노령화에 따라 메디케어 의료비는 점차 늘어날 것으로 예상되며, 현 시스템을 유지한다고 가정했을 때 2031년 예상 지출액은 약 두 배가 증가한 1조 8000억 달러(약 2385조 원)이다. 메디케어 지출에 충당하기 위한 자금은 일반세(46%), 소득세 수입(34%), 그리고 보험 가입자들의 보험료(15%)를 통해 조달되어 왔다(Cubanski & Neuman, 2023). 현 메디케어 시스템을 운영

3) 보험 가입자가 보험 혜택을 받기 전에 먼저 부담해야 하는 금액을 말한다. 예를 들어, 자기부담금이 500달러라고 가정했을 경우, 500달러 미만의 의료 행위에 대해서는 보험 가입자가 모두 비용을 내야하며, 500달러가 넘는 금액에 대해선 보험사가 비용 처리를 해 준다. 보통 자기부담금이 낮은 보험은 보험비가 높게 책정되어 있으며, 자기부담금이 높을 경우 보험비가 낮게 책정된다.

하는 데에도 국가 차원의 상당한 재정 부담이 있다.

보편적 메디케어를 현실화하기 위해서는 무엇보다 지속적인 재정 확보가 중요하다. 특히 보편적 메디케어는 기존 메디케어보다 더 많은 비용이 들 것으로 예상되기 때문에 추가 자원 조달 방안을 마련하는 게 중요한 과제다. 또한 보편적 메디케어를 반대하는 진영에서는 막대한 국가 재정이 소요될 것이라는 우려를 강하게 표하고 있기 때문에 지속 가능한 자원 확보에 대한 보다 근거 있는 대책이 요구된다. 여러 연구자들이 보편적 메디케어 도입에 소요될 비용을 예측하고 자원 조달 방안을 제안했다. <표 2>에서 다양한 제안들의 전반적인 내용을 보여준다.

| 표 2. 보편적 메디케어 소요 자원 예상안과 자원 조달 방안 |

제안자	예상 소요 자원 (2021-2023 10년간)	자원 조달 방안	주요 내용
Gerald Friedman (Friedman, 2013)	17조 달러 (약 2경 2,100조 원)	고소득자 세금 인상 자본이득, 배당금 등에 대한 세금 부과 등	행정비용 절감 및 처방약 인하 등 을 통한 전반적인 비용감축 달성 가능
Kenneth E. Thorpe (Thorpe, 2016)	30조 달러	소득세 20% 인상 (급여세 14.3%, 건강보험료 5.7% 인상)	중소기업 및 저소득층에 경제적 부담
Rand Corporation (Liu & Eibner, 2019)	30조-33조 달러	Friedman과 비슷한 주장	
Urban Institute (Holahan & Blumberg, 2018)	32조-38조 달러	Friedman과 비슷한 주장	
Mercatus Center (Blahous, 2018)	32.6조 달러 (약 4경 3,432조 원)	연방 소득세 및 법인세 두 배 인상 (세금 인상으로는 재정 조달에 한 계가 있음을 지적)	의료제공자 보상 감소, 세금 부족, 병원 적자 가능성 등

출처: "Choices for Financing Medicare for All," Committee for a Responsible Federal Budget, 2020. Copyright 2020 by Committee for a Responsible Federal Budget.

각 연구는 예상 소요 자원과 자원 조달 방안에 대해서 다양한 접근을 제시했다. 제럴드 프리드먼을 포함해 랜드 연구소, 도시 연구소는 재원을 조달하는 방식으로 고소득자를 중심으로 한 누진세 개편을 강조했다. 더불어 모두를 위한 메디케어가 행정비용 감축, 처방약 가격 인하 등을 통해 국민의 비용 부담을 줄여 주고 이는 전반적으로 건강보험 시스템의 비용을 절감해 줄 것이라는 긍정적인 전망을 내놓았다. 반면 케네스 소프와 머카터스 센터는 전체 국민을 대상으

로 한 세금 인상이 불가피하며 중소기업과 저소득층, 그리고 의료 제공자(의사 및 병원)에게 큰 재정 부담을 안길 것이라는 우려를 표명했다. 연구 결과와 정책의 예상 효과가 다르게 나타나는 것은 각 연구들이 다른 방법론을 사용하고, 추정에 필요한 기본 가정들이 다르기 때문이다. 보다 더 종합적인 정책 평가를 위해서는 각 연구에서 제시한 가정과 분석모델, 예상효과들을 포괄적으로 분석할 필요가 있다.

버니 샌더스는 제럴드 프리드먼의 연구 내용을 주로 인용하며, 모두를 위한 메디케어를 이행하는 데 연간 약 1조 3800억 달러(약 1835조 원)가 소요될 것이라고 예측한다(Sanders, n.d.). 현 메디케어 전체 지출과 비교했을 때 16% 정도 증가한 금액이다. 다른 정책안과 비교했을 때 버니 샌더스의 정책안은 다소 낙관적이다. 모든 연구 결과에서 지적했듯이 세금 인상은 피할 수 없을 것으로 보이며, 따라서 국민의 재정 부담 역시 해결해야 할 숙제이다. KFF가 진행한 모두를 위한 메디케어에 대한 여론조사에 따르면, 응답자의 약 74%는 연방정부 주도의 건강보험 개혁이 필요하다고 응답했다. 그러나 모두를 위한 메디케어 실행을 위해 세금 인상이 필요하다는 메시지를 전달했을 때, 응답자의 60%는 보편적 메디케어로의 이행을 반대한다고 답변했다(KFF, 2020). 이는 세금 인상에 대한 국민들의 부담감과 거부감이 있다는 것을 보여 준다. 즉, 연방정부 주도의 건강보험 개혁에 대한 필요성은 공감하지만, 이를 위해 개인이 재정을 부담하는 것에 대해서는 반대하는 여론이 많다는 의미로 해석된다. 따라서 정책의 필요성 및 세금 인상에 대한 국민적 설득과 합의도 중요한 과제로 남아 있다.

2) 정치적 실현 가능성

보편적 메디케어는 정치적으로 민감한 이슈다. 전통적으로 민주당은 정부 역할을 확대하여 보편적이고 포괄적인 건강보험을 제공해야 한다고 주장해 왔지만, 공화당은 정부의 역할을 최소화하고 시장과 개인의 선택에 맡겨야 한다는 입장을 취해 왔다. 오바마케어에 대해 공화당이 펼쳤던 정치적 대응은 이와 같은 대립을 극명하게 보여 준다. 오바마 정부는 소위 오바마케어라고 불리는 건강보험개혁법(The Affordable Care Act)을 2010년 승인하고, 2014년 처음 시행했다. 오바마케어에는 크고 작은 다양한 개혁을 포함하고 있지만, 가장 획기적인 변화는 모든 개인이 건강보험을 의무적으로 가입할 것을 명시하는 개인 보험 가입 의무(individual mandate) 조항이다. 오바마 정부는 메디케이드 수혜자 범위를 확대하고 보험가입자를 위한 보조금을 제공하는 방식으로 더 많은 개인이 건강보험을 가질 수 있게 했다. 건강보험에 가입하지 않은 개인에게는 세

금 형식의 별금을 부과하는 방식으로 보험 가입을 의무화하고자 했다. 그 결과 2010년 기준 약 16%였던 보험 미가입자 비율이 2023년에는 7.7%로 크게 감소하며(Ortaliza & Cox, 2024), 보험 가입률을 성공적으로 개선했다.

그러나 공화당이 주도하는 일부 주들은 해당 조항이 개인의 자유를 보장하는 헌법을 위반한다는 이유로 소송을 제기하기도 했다(Patashnik & Oberlander, 2018). 트럼프 정부가 집권을 시작한 2017년부터 오바마케어를 폐지하고 대체(repeal and replace)하기 위한 본격적인 시도가 이루어졌으며, 같은 해 공화당 과반의 의회에서 개인 보험 가입 의무를 위반하는 개인에게 부과되는 세금을 철폐시켰다(Fiedler, 2020). 궁극적으로 트럼프 정부는 오바마 건강보험개혁의 핵심 정책 일부를 사실상 무력화하는 데 성공한 것이다.⁴⁾ 이 사례는 보편적인 건강보험으로의 개편이 정치적으로 얼마나 어려운 일인지 잘 보여 준다. 또한 정책이 공식적으로 채택된 이후에도 정치적 환경에 따라 정책 존속이 불안정할 수 있음을 시사한다.

더 나아가, 보편적 메디케어는 정당정치뿐만 아니라 다양한 이해관계자가 얽혀 있기 때문에 더욱 어려운 의제다. 특히 보편적 메디케어로의 전환은 민간보험회사에 가장 큰 타격을 줄 것으로 예상된다. 민간보험회사는 건강보험 시장 내 다양한 상품 중에서도 메디케어에서 가장 높은 가입자당 수익을 내는 것으로 알려져 있다(KFF, 2023). 메디케어가 단일 보험자 체계로 개편될 경우, 많은 가입자들이 민간보험 가입을 철회하게 될 것이고 이는 보험회사의 수익 손실로 이어진다. 제약회사의 입장도 비슷하다. 연방정부 중심의 메디케어가 정착될 경우, 정부는 의약품 가격을 인하하거나 통제하게 될 것이고 이 또한 제약회사의 수익을 축소시킬 수 있기 때문이다. 민간 건강보험회사를 대표하는 이익집단인 AHIP(America's Health Insurance Plans)와 제약회사 이익집단인 PhRMA(Pharmaceutical Research and Manufacturers of America)는 서로 협력하여 보편적 메디케어에 대한 부정적인 프레임을 형성하고, 이를 저지하기 위한 로비 활동을 전개하고 있다(Pear, 2019). 정치적 이유로 보편적 메디케어를 반대하는 조직들뿐만 아니라, 민간자본이 주도하는 현재의 시스템에서 혜택을 받고 있는 집단들의 저항을 어떻게 타개해 나갈 것인가가 보편적 메디케어 실현의 핵심 과제이다.

4) 개인 보험 가입 의무가 연방정부 차원에서 폐지된 이후, 몇몇 주는 주 차원에서 해당 조항을 존속시켰다. 캘리포니아, 매사추세츠, 뉴저지, 버몬트 등의 주에서는 건강보험 가입을 의무화하고 있으며 보험 미가입 시 별금을 부과한다.

4. ‘모두를 위한 메디케어’를 위한 점진적 개혁

앞서 살펴보았듯이 보편적 메디케어를 연방 차원에서 도입하는 것은 정치적으로 단기간에 실현되기 어려울 것으로 보인다. 그렇다고 모두를 위한 메디케어가 완전히 불가능한 목표는 아니다. 현 체계 내에서 점진적인(Incremental) 변화를 통해 보다 보편적인 건강보험 체계를 만들어 나가는 것이 현실적인 방안으로 보인다. 점진적으로 보편적 메디케어를 도입하기 위한 여러 가지 방안이 있지만, 이 글에서는 실제 시행되었던 두 가지 사례를 살펴보고자 한다. 첫째는 연방 정부 차원이 아닌 주정부 차원에서 단일 보험자 체계를 도입하는 것이고 두 번째는 최근 바이트 정부에서 시행한 메디케어 의약품 가격 인하 정책이다.

가. 주정부 차원의 단일 보험자 시스템 도입

미국은 연방주의를 택하면서 각 주에 상당한 자율권을 부여하고 있으며, 주정부는 새로운 정책을 독립적으로 도입할 수 있는 재량권(discretion)이 있다. 따라서 각 주는 민주주의의 실험실(laboratory of democracy)이라고 불리기도 한다. 연방정부 차원에서도 보편적 건강보험에 대한 논의가 꾸준히 있어 왔지만, 버몬트주를 포함해 캘리포니아, 콜로라도, 뉴욕주 등에서도 주 차원의 단일 보험자 중심의 건강보험 도입을 위해 많은 노력을 펼쳤다. 특히 버몬트는 샌더스의 정치적 연고지로, 2011년 모두를 위한 메디케어 법안을 통과시켰다. 이는 단일 보험자 시스템의 정치적 실현 가능성을 입증한 매우 중요한 선례이다(Fried et al., 2018). 그러나 안타깝게도 버몬트는 실제 모두를 위한 메디케어를 집행하는 데는 실패했다. 정책 집행을 위한 재정 조달에 어려움을 겪었기 때문이다. 당시 버몬트 주지사 피터 슈mlin(Peter Shumlin)은 초기 계획에서 주 소득세를 근로자는 9.5%, 고용주는 11.5%를 인상하는 방안으로 재정을 충당하고자 하였으나, 이후 예상되는 경제적 충격과 가구 부담을 고려해 해당 계획을 철회하였으며 정책 집행을 보류하게 됐다(Goldstein, 2019). 캘리포니아주 역시 모두를 위한 메디케어의 정책적 중요성을 인식하고 있지만, 현실적인 자원 조달 방안이 마련되지 않아 정책이 담보 상태에 놓여 있다(Gottfried, 2018). 한편, 뉴욕주에서도 현 건강보험 시스템을 단일 보험자 체계로 바꾸고자 하는 노력이 오랫동안 지속되어 왔다. 뉴욕건강법(New York State Act)은 모든 뉴욕 주민에게 포괄적인 건강보험을 제공할겠다는 내용을 담은 법안으로 1992년 처음 발의되었다. 미국의 대표적인 싱크탱크인 랜드 연구소(Rand Corporation)는 뉴욕 건강법의 효과성을 분석했는데 단일 보험자 시스템을 도입할

경우, 현 건강보험 체계보다 의료비 지출이 낮을 것이라고 추정했다(Liu et al., 2018). 또한 재원을 마련하기 위해 건강보험료와 기타 세금을 인상하더라도, 의료서비스 이용에 따른 개인의 비용 부담이 줄어들어 전체적인 재정적 부담이 크지 않을 것으로 전망했다. 가장 최근에는 2015년부터 2017년까지 해당 법안이 3년 연속 하원의회에서 승인된 바 있다(New York State Assembly, 2017). 그러나 상원의 동의를 얻지 못해 법안이 최종적으로 통과되지 못했다.

여러 주정부에서 보편적 메디케어를 도입하기 위해 꾸준한 법안 발의와 정책 옹호 활동을 이어 나가고 있다. 비록 모두를 위한 메디케어가 실현되지는 못했으나, 버몬트주의 경험에서 해당 정책 제안이 초당적인 지지를 얻을 수 있었다는 것을 보여 주었다. 재정적인 측면에서는 보다 구체적이고 현실적인 재원 조달 방안을 마련하여, 정책의 지속 가능성과 재정건전성을 확보하는 것이 중요한 과제이다.

나. 점진적 개혁: 바이든 정부의 의약품 가격 조정

바이든 정부는 모두를 위한 메디케어를 주요 정책으로 내놓지는 않았지만 오바마케어를 강화하고 기존 메디케어 혜택을 점차 확대하는 방향으로 건강개혁을 추진해 왔다. 그중에서도 바이든 정부의 건강 정책 중 가장 중요한 과제로 꼽히는 것은 의약품 가격 조정이다. 이는 특히 메디케어 파트 D 가입자들의 의약품 비용 부담을 경감하는 데 큰 기여를 했다.

미국은 다른 선진 국가와 비교했을 때 인당 처방약 비용이 가장 비싸다. 미국의 평균 인당 처방약 비용은 약 858달러(약 100만 원)로 다른 국가들의 평균인 400달러(약 50만 원)와 비교했을 때 두 배가 넘는 수준이다(Kesselheim et al., 2016). 미국에서 처방약 가격이 비싼 이유는 값비싼 신약이 다른 나라들보다 빠르게 시장에 출시되어 소비자들이 쉽게 구매할 수 있기 때문이기도 하지만, 근본적인 원인은 제약회사에서 의약품 가격을 직접 책정하기 때문이다(Kanavos et al., 2013). 제약회사는 보통 보험회사들과 의약품 가격을 직접 협상하게 된다. 미국 식품의약국(Food and Drug Administration)에서 약품의 안전성, 효과성 및 품질검사 후 제약회사에 약품을 시장에 판매할 수 있는 권한을 부여할 수 있지만, 의약품 가격 책정에 대한 권한은 없다(Zuckerman, 2017). 반면, 국민건강보험 제도를 채택하고 있는 한국과 같은 경우, 급여 의약품 가격은 제약회사와 건강보험공단과의 협상을 통해 정해진다(장선미 외, 2017). 미국의 경우, 정부가 약품 가격을 통제할 수 없기 때문에 의약품 가격이 다른 나라에 비해 비싸게 형성된다. 특히 노령인구의 경우, 나이가 들수록 건강 문제가 많아지고 다양한 약물을 복용해야 한다

는 점을 고려할 때, 비싼 의약품 가격은 메디케어 환자들에게 큰 경제적 부담으로 작용한다. 메디케어 파트 D에서 처방약에 대한 비용을 일부 지원해 주지만 본인부담금 상한이 없어 고가의 약을 복용하는 경우 개인에게 막대한 경제적 부담을 지울 수 있다.

바이든 정부는 2022년 인플레이션 감축법(Inflation Reduction Act)을 통과시키고, 해당 법안의 핵심 과제로 메디케어 약품가격 협상안(Medicare Drug Price Negotiations)을 내놓았다. 이는 미국 역사상 처음으로 연방정부가 제약회사와 직접 협상하여 메디케어 처방약 가격을 통제하는 것으로, 환자들의 경제적 부담을 덜고 처방약에 대한 접근성을 보장할 수 있게 된 기념비적인 변화이다. 특히 바이든 정부는 가격협상을 위해 10개의 의약품을 선별했는데, 선정된 약품들은 가장 비싸거나 혹은 메디케어 가입자들에게 가장 많이 처방되는 약들로 심장질환, 당뇨병, 암질환 등에 필수적인 의약품이다(Department of Health and Human Services, 2024). 협상을 통해 기존 의약품 가격을 최소 38%에서 최대 79%까지 인하했다. 새로운 가격은 2026년 1월부터 효력을 발휘할 예정이다. 바이든 정부는 모두를 위한 메디케어와 같은 전면적이고 급진적인 의료개혁보다는 의약품 가격 인하와 같이 현실성 있고 실질적인 변화를 꾀하고자 했다.

5. 나가며

이 글에서는 미국의 메디케어 정책의 개혁 방안인 모두를 위한 메디케어에 대해 논의하고 정책적 실현 가능성을 살펴보았다. 모두를 위한 메디케어의 핵심은 연방정부의 단일 보험자 중심으로 현 보험체계를 개편하여 모든 노령인구가 같은 보험 혜택을 보장받을 수 있도록 하는 것이다. 앞서 논의한 것처럼 연방정부를 주축으로 한 단일 보험자 체계로의 개편은 정치적 대립 및 재정적 부담 등의 이유로 쉽게 실현되기 어려울 것으로 보인다. 그러나 버몬트의 사례는 주 정부 중심의 단일 보험자 체계가 좀 더 현실 가능한 대안이라는 것을 보여 주었다. 또한 최근 바이든 정부의 의약품 가격 조정 정책에서는 메디케어의 일부 보장 범위를 개선하는 방식으로 현 메디케어 시스템의 보장 혜택을 강화했다. 결론적으로 급진적인 개혁보다 단계적이고 점진적인 접근이 메디케어 정책 개선에 더 실효성 있는 전략으로 보인다. 메디케어는 미국의 노령 인구에게 가장 중요한 사회안전망이다. 정책입안자들은 메디케어의 재정건전성을 확보하면서 동시에 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 개혁 방안을 고려해야 할 것이다.

| Abstract |

The US Medicare program, managed by the federal government, was introduced in 1965 for older adults. Medicare is considered a general program, as it is available to anyone aged 65 or older, regardless of income level, employment status, or health status. However, Medicare has a rather complicated structure, with private insurers involved and coverage divided into Parts A, B, C, and D. Recently, as health service use has grown with the aging population, leading to a rise in health care spending, concerns have arisen about the financial sustainability of Medicare. Adding to these concerns, Medicare enrollees are facing growing difficulties in accessing health services due to rising claim denials and increasing pre-authorization requirements. The current situation warrants an examination of Medicare's status and the options underway to improve its sustainability and expand its benefit coverage.

"Medicare for All" is one of the reform directions aimed at transforming the health insurance program from the current multi-insurer system to a single-insurer model, with a view to providing a more comprehensive range of health services to all. Numerous attempts to make Medicare a single-insurer scheme have been unsuccessful. Achieving this goal requires, above all, financial sustainability and political consensus. Such a shift seems unlikely to occur any time soon at the federal level, though state-based reforms may be more feasible. The US government is likely to pursue gradual reforms, instead of enacting drastic changes, to expand Medicare benefits.

참고문헌

- 장선미, 변지혜, 송인명, 황윤희, & Dombrowski, A. (2017). **한국의 의약품 가격결정 및 상환 정책**. 국민건강보험공단. <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaaa01600m01.do?mode=view&articleNo=124123>
- Binieck, J. F., Sroczynski, N., & Neuman, T. (2024). *Use of Prior Authorization in Medicare Advantage Exceeded 46 Million Requests in 2022*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/use-of-prior-authorization-in-medicare-advantage-exceeded-46-million-requests-in-2022/>
- Blahous, C. (2018). *The costs of a national single-payer healthcare system*. Mercatus Research Paper.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2023). *Medicare getting started*. <https://www.medicare.gov/publications/11389-Medicare-Getting-Started.pdf>
- Committee for a Responsible Federal Budget. (2020). *Choices for financing Medicare for All*. <https://www.crfb.org/papers/choices-financing-medicare-all>
- Cubanski, J., & Neuman, T. (2023). *What to know about Medicare spending and financing*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/what-to-know-about-medicare-spending-and-financing/>
- Cubanski, J., Freed, M., Ochieng, N., Cottrill, A., Fuglesten Biniek, J., & Neuman, T. (2024). Medicare 101. In D. Altman (Ed.), *Health policy 101*. KFF. <https://www.kff.org/health-policy-101-medicare>
- Department of Health and Human Services. (2024). *Negotiating for lower drug prices works, saves billions*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.hhs.gov/about/news/2024/08/15/historic-first-biden-harris-administration-successfully-negotiates-medicare-drug-prices-delivers-promise-lower-prescription-drug-costs-american-seniors.html>
- Fiedler, M. (2020). The ACA's Individual Mandate In Retrospect: What Did It Do, And Where Do We Go From Here? A review of recent research on the insurance coverage effects of the Affordable Care Act's individual mandate. *Health Affairs*, 39(3), 429-435.
- Friedman, G. (2013). *Funding HR 676: The Expanded and Improved Medicare for All Act. How we can afford a national single-payer health plan*. Physicians for a National Health Program.
- Freed, M., Biniek, J. F., Damico, A., & Neuman, T. (2024). *Medicare Advantage in 2024: Enrollment update and key trends*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/medicare-advantage-in-2024-enrollment-update-and-key-trends/>



- Freed, M., Damico, A., Biniek, J. F., & Neuman, T. (2023). *Medicare Advantage 2024 spotlight: First look*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/medicare-advantage-2024-spotlight-first-look/>: The %20average%20Medicare%20beneficiary%20can%20choose%20from%2043%20Medicare%20Advantage, an%20increase%20from%20prior%20years&text=Of%20the%2043%20Medicare%20Advantage, -PDs), %20on%20average, %20on%20average).
- Fried, J. E., Shakir, M., & Herzog, M. (2018). *Another look at the midterms: Public not yet ready for Medicare for all*. Health Affairs Forefront.
- Fuchs, V. R. (1991). National health insurance revisited. *Health Affairs*, 10(4), 7-17.
- Goldstein, A. (2019, 4. 29.). Why Vermont's single-payer effort failed and what Democrats can learn from it. *The Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/national/health-science/why-vermonts-single-payer-effort-failed-and-what-democrats-can-learn-from-it/2019/04/29/c9789018-3ab8-11e9-a2cd-307b06d0257b_story.html
- Gottfried, R. N. (2018). Single-payer plan for New York could lead the country. *American Journal of Public Health*, 108(4), 452-453.
- Holahan, J., & Blumberg, L. J. (2018). *Estimating the cost of a single-payer plan*. Urban Institute.
- Kanavos, P., Ferrario, A., Vondoros, S., & Anderson, G. F. (2013). Higher US branded drug prices and spending compared to other countries may stem partly from quick uptake of new drugs. *Health Affairs*, 32(4), 753-761.
- Kesselheim, A. S., Avorn, J., & Sarpatwari, A. (2016). The high cost of prescription drugs in the United States: Origins and prospects for reform. *JAMA*, 316(8), 858-871.
- KFF. (2020). *Public opinion on single-payer, national health plans, and expanding access to Medicare coverage*. <https://www.kff.org/slideshow/public-opinion-on-single-payer-national-health-plans-and-expanding-access-to-medicare-coverage/>
- KFF. (2022). *Health insurance coverage of the total population*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>
- KFF. (2023). *Medicare Advantage insurers report much higher gross margins per enrollee than insurers in other markets*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/medicare/press-release/medicare-advantage-insurers-report-much-higher-gross-margins-per-enrollee-than-insurers-in-other-markets/>
- Liu, J. L., White, C., Nowak, S. A., Wilks, A., Ryan, J. L., & Eibner, C. (2018). An assessment of the New York Health Act: A single-payer option for New York State. RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2424.html
- Liu, J. L., & Eibner, C. (2019). *National health spending estimates under Medicare for All*. Rand Corporation. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR3106.html
- Maruthappu, M., Ologunde, R., & Gunarajasingam, A. (2013). Is health care a right? Health reforms in the USA and their impact upon the concept of care. *Annals of Medicine and Surgery*, 2(1), 15-17.
- McWilliams, J. M., Afendulis, C. C., McGuire, T. G., & Landon, B. E. (2011). Complex Medicare Advantage choices may overwhelm seniors—especially those with impaired decision making. *Health Affairs*, 30(9), 1786-1794.
- Moser, R. (2024, 7. 24.). HealthPartners leaving UnitedHealthcare's Medicare Advantage network over high claim denial rate. *CBS News*. <https://www.cbsnews.com/minnesota/news/healthpartners-unitedhealthcare-medicare-advantage-network/>
- New York State Assembly. (2017). *Assembly Bill 4738: Summary and memo*. https://nyassembly.gov/leg/?leg_video=&bn=4738&term=2017&Summary=Y&Memo=Y
- Ortaliza, J., & Cox, C. (2024). The Affordable Care Act 101. In D. Altman (Ed.), *Health policy 101*. KFF. <https://www.kff.org/health-policy-101-the-affordable-care-act/>
- Patashnik, E. M., & Oberlander, J. (2018). After defeat: Conservative postenactment opposition to the ACA in historical-institutional perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(4), 651-682.
- Pear, R. (2019). Health care and insurance industries mobilize to kill 'Medicare for All.' *The New York Times*.
- Petrou, P., Samoutis, G., & Lionis, C. (2018). Single-payer or a multipayer health system: A systematic literature review. *Public Health*, 163, 141-152.
- Patashnik, E. M., & Oberlander, J. (2018). After defeat: Conservative postenactment opposition to the ACA in historical-institutional perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(4), 651-682.
- Sanders, B. (2023). *Medicare for All 2023 executive summary*. Office of U.S. Senator Bernie Sanders. https://www.sanders.senate.gov/wp-content/uploads/Exec-Summary_Medicare-for-All-2023.pdf
- Sanders, B. (n.d.). *Options to finance Medicare for All*. Office of U.S. Senator Bernie Sanders. <https://www.sanders.senate.gov/wp-content/uploads/options-to-finance-medicare-for-all.pdf>
- Thorpe, K. E. (2016). *An analysis of Senator Sanders' single payer plan* [Unpublished manuscript]. <https://www.healthcare-now.org/296831690-Kenneth-Thorpe-s-analysis-of-Bernie-Sanders-s-single-payer-proposal.pdf>
- Woolhandler, S., & Himmelstein, D. U. (2019). Single-payer reform—"Medicare for All". *JAMA*, 321(24), 2399-2400.
- Zuckerman, D. M. (2017). Can the FDA help reduce drug prices or the cost of medical care? *American Journal of Public Health*, 107(11), 1752-1754.