미국의 의료개혁과 거꾸로 가는 한국 의료

2010.04.20 | 이은경_새사연 연구원 | eundust@saesayon.org

목 차

1. 오바마의 역사적 의료개혁
2. 미국 의료의 현실
3. 영리화된 미국의료와 그 영향
1) 공보험의 축소와 민간보험의 확대
2) 공공, 비영리 기관에 미친 영향
3) 병원 영리화의 영향
마치며

새로운 사회를 여는 연구원

http://saesayon.org

요약

버락 오바마 미국 대통령은 지난 3월 22일 건강보험 개혁법안에 최종 서명했다. 이로서 루즈벨트가 2천년대 초반에 시도했던 건강보험 법안이 100년 만에 최초로 시행되게 되었다. 반면 우리나라에서는 지난 4월 6일 의료인-환자간 원격의료 허용 의료법인 부대사업범위 확대(병원경영지원 사업을 추가) 의료법인 합병절차 마련 등 의료민영화의 핵심적 내용이 포함된 의료법 개정안을 국무회의에서 통과시켰다. 6월 지자체 선거이후에 MB정부 후반기를 준비하면서 핵심적 정책으로 의료민영화를 추진하겠다는 이야기도 들린다.

의료민영화 정책의 또 다른 표현인 영리화의 정점에 서 있는 미국에서는 국가의 사활을 걸고 의료개혁을 추진하고 있는 상황에서 정권의 사활을 걸고 의료민영화를 추진하는 이유는 과연 무엇일까? 과연 미국은 어떤 역사적 과정을 거쳐 영리화를 도입했고 그 영향은 어떠한가는 여전히 우리사회에서 중요한 연구과제이다.

이 글은 100년만에 처음으로 합의했다고 하는 오마바의 역사적 의료개혁법안의 내용을 살펴보고 그에 대한 미국인의 반응과 향후 미국 의료의 전망에 대한 탐색글이다. 미국의 의료는 보험에서 배제되어 있는 사람들을 보험에 포함시키고 보장성을 높이는 것과 폭등하는 의료비를 적정 수준에서 조절해야 하는 두 가지 개혁과제가 있다. 오바마의 개혁이 보장성의 확대를 달성할 수 있을 것으로 보이나 의료비를 절감할 수 있는 시스템의 개혁은 어려워 보인다. 이는 미국 의료시스템이 기본적으로 지나치게 영리화, 사유화 되어있기 때문이고 연관된 주체들을 통일적으로 조정할 수 있는 시스템을 구축하지 못했기 때문이다.

우리 사회의 의료시스템에서 전국민 건강보험을 제외하고 의료를 직접 제공하는 병의원은 미국보다 더 영리화, 사유화 되어있다. 미국과의 차이는 민간보험의 확산 여부와 의료시스템의 조정이 건강보험과 국가의 역할에 상당부문 맡겨져 있다는 점에 있다. 의료민영화는 이 역할을 시장에 맡기겠다는 것이고 의료영역에 참여하고자 하는 시장주체들의 적극적 지지를 받고 있다.

사회에는 다양한 가치가 존재하고 의료서비스 같이 특별한 부문에서 그 가치는 더더욱 다양하게 충돌한다. 의료를 통한 경제성장과 고용창출은 의료가 가질 수 있는

가치의 일부이며 다른 가치들과 조화를 이루어야 한다. 의료로 돈을 벌고 경제성장을 추진하는 것이 잘못된 것이 아니듯이 의료의 궁극적 가치가 이윤의 추구만이 될 수도 없다. 병의원의 존재이유가 지역경제 성장, 국가의 성장동력으로만 치부되는 한국사회에서 다양한 가치들을 아우르면서 한국적 상황에 맞는 의료시스템을 만들어 가야하는 우리에게 미국의료의 역사적 경험과 현실을 되짚어보는 것은 더욱 중요한 일이 될 것이다.

본 문

버락 오바마 미국 대통령은 지난 3월 22일 “100년에 가까운 도전과 1년여의 토론, 모든 표결을 마친 끝에 건강보험 개혁이 드디어 미국 땅의 법률이 됐다”며 “암과 마지막까지 투병하면서도 보험회사와 시시비비를 따졌던 나의 어머니를 대신해 법안에 서명한다”며 건강보험 개혁법안에 최종 서명했다. 이로서 루즈벨트가 년도에 시도했던 건강보험 법안이 100년 만에 최초로 시행되게 되었다.

2010년 3월 22일 미국

보건복지부(장관 전재희)는 '의료법' 개정안이 4월 6일 국무회의에서 의결되어, 국회에 제출한다고 밝혔다. 보건복지부는 “이번 개정안은 의료인 및 의료기관에 대한 불필요한 규제를 대폭 완화함으로써 의료서비스산업의 경쟁력을 제고하는 한편, 국민들의 건강을 보호하고, 보다 안전한 의료서비스 환경을 구축하기 위하여 필요한 규제는 합리화하기 위한 것”이라고 말했다.

1. 의료인-환자간 원격의료 허용: 재진환자로서 의료서비스 접근성이 상대적으로 떨어지는 환자 등을 대상으로 허용
2. 의료법인 부대사업범위 확대(병원경영지원 사업을 추가): 의료법인이 수행할 수 있는 부대사업의 종류에 구매·재무·직원교육 등 의료기관의 경영을 지원하는 사업을 추가
3. 의료법인 합병절차 마련: 의료법인간 합병시 해산사유로 인정하고, 합병절차를 마련(법인이사 정수의 ⅔이상의 동의→시도지사의 허가)

2010년 4월 6일 한국

1. 오바마의 역사적 의료개혁

오바바의 핵심적인 공약사안이었던 건강보험 개혁법안은 1. 2009년 9월에 발표된 오바마 행정부의 구상안, 2. 2009년 11월에 통과된 하원 개혁법안, 3. 2009년 12월 24일 통과된 상원 단독법안, 4. 하원에서 상원단일법안을 추가 수정한 조정법안

을 거치며 3월 25일 최종 종료되었다. 그 과정을 거치며 가장 핵심적 논쟁이었던 공공보험 창설이 폐기되고 예산 축소 및 각종 혜택 축소, 낙태지원 의무화 등의 타협이 진행되었다.

가장 핵심적인 부분은 향후 10년간 9,380억 달러를 투입하여 무보험 상태인 3,200만 명에게 건강보험 혜택을 제공하는 것과 65세 미만이며 소득이 연방빈곤선의 133%인 모든 개인에게 메디케이드를 확대하고, 부모의 건강보험에 편입될 수 있는 자녀 연령제한을 26세로 상향 조정 등을 통해 보험 적용인구를 전 인구의 95%까지 끌어올리겠다는 내용이다. 또한 민간보험에 대한 규제를 강화하여 개인의 과거 병력을 이유로 인한 보험가입 거부를 금지하고 보험거래소 제도를 도입해 민간보험의 합리적 경쟁을 유도하겠다는 방안과 27,500달러 이상의 고가 보험 상품에 가입한 가족에게 2018년 이후 새로운 소비세를 40% 부과하고, 연소득 25만 달러 이상 고소득층에게 2103년 3.8%의 신규 과세를 도입하여 재원을 조달하겠다는 것이 핵심이다.(표 1)

표1 법안 주요내용

	법안 주요내용
비용	향후 10년간 약 9,380억 달러 소요
재원조달 방식	2018년 이후부터 27,500달러 이상의 고가 프리미엄보험 상품에 가입한 가족에게 새로운 소비세 40% 부과 연소득 250,000달러 이상 부부의 메디케어 세금증세 보험회사, 제약회사, 의료장비 제조업체에 대한 수수료 부과 보험 비가입자에게 벌금을 부과하며, 위반 시 소득의 최대 2.5%에 해당하는 벌금 부과
개인	모든 개인은 보험가입을 의무화하며, 위반 시 소득의 2.5%에 해당하는 벌금 부과(경제적 어려움, 종교적 거부, 아메리카 인디언, 3개월 이하 보험 가입자, 불법 체류자, 수감자는 제외)
고용주	50인 이상 고용한 고용주가 고용인에게 건강보험을 제공하지 않을 경우 고용인 1인당 최고 2,000달러 벌금 부과
보조금	연소득이 빈곤선 400% 이내(4인 가족 기준 88,000달러)인 개인과 가족에게 보험 가입시 세액공제 고용인이 25인 이하이며 고용인 평균 임금이 40,000달러 이하인 소기업 고용주에게 보험 가입 시 세액공제 낙태시술에 대한 연방정부 프리미엄 혹은 비용분담 보조금으로 보험금을 지급받을 수 없음.(임신여성의 생명이 위독한 경우, 강간 혹은 근친상간의 경

	우는 예외)
혜택	개인 및 소기업의 보험가입 시 필수조항 중 최소 60% 가입해야 함.
공공보험	공공보험은 민간에서 설립하는 비영리기관이 운영. 공공보험은 신설되는 보험거래소(insurance exchanges)에서 가입 가능
보험선택방법	프리랜서 및 소기업은 신설되는 주(州) 단위 구매 풀에서 보험 선택하고 고용인은 대부분 기업 제공 건강보험 유지 가능
메디케이드	65세 미만이며 소득이 연방빈곤선의 133%(4인 가족 기준 29,327달러)인 모든 개인에게까지 메디케이드 확대
민간보험	병력을 가진 개인의 보험가입을 위해 임시 국가고위험풀 설립 행정 간소화 증진을 위한 재정 및 행정 절차 기준 선정 건강보험에 편입될 수 있는 연령제한을 26세로 상향 조정 보험회사에 보험 혜택 및 범위 관련 정보 제공에 사용되는 기준 개발 보험회사의 보험료 인상을 막을 수 있는 연방기구 신설 최대 대기기간(waiting period for coverage)을 90일로 제한 조부모가 살아계신 개인이나 단체의 건강보험 가입 시 신설되는 건강보험 기준을 따라야 함. 기존 보험(grandfathered plan)의 연령 및 기간 제한을 폐지하며 기존 보험의 병력 제외 조항 폐지
낙태지원	낙태시술에 대한 지원을 필수조항에서 제외하고 주정부의 판단에 맡김

오바마의 건강보험 개혁은 앞으로도 논쟁이 계속될 것으로 보인다. USA투데이와 갤럽이 건보개혁안 통과 이튿날 1만5,000명을 대상으로 한 전화 설문조사에 따르면 응답자의 49%는 법안을 지지한다고 답했지만, 반대한다는 반응도 40%를 차지했다. 개혁법안을 지지하는 미국인의 비율이 절반에 약간 못 미치는 것이다. 또한 오바마 대통령이 개혁 법안에 서명한지 7분만에 플로리다주와 버지니아주의 공화당 출신 법무장관들은 위헌소송을 공식 제기한 것을 비롯해 14개 주정부의 법무장관이 집단행동을 취했다. 공화당의 짐 드민트 상원의원과 스티브 킹 하원의원은 의료개혁법을 폐기하는 법안을 상정하기도 했다. 물론 법적 효력을 발생하기에는 어렵다는 평가를 받고 있지만 개혁법안에 대한 저항이 만만치 않은 상황이다.

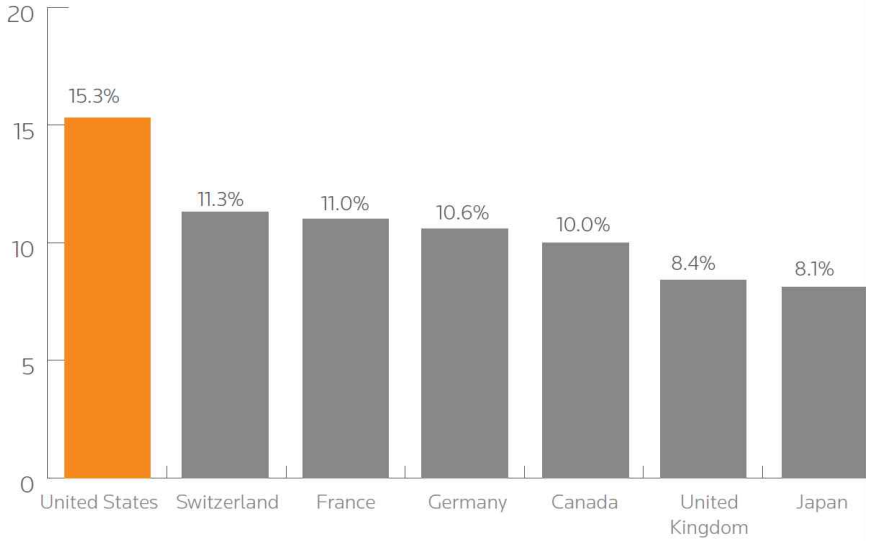
반대측의 주장을 보면 국민들은 일단 재정이 너무 많이 든다는 점을 지적하고 있다. 인구의 10%에게 의료보험을 새로 적용하기 위해 10년간 9400억 달러의 돈을 사용하는 것이 적절하느냐는 점이다. 또한 기존 직장보험, 메디케어, 메디케이드 등 기존 보험적용을 받아 왔던 사람들은 혜택이 축소되거나 질이 떨어질 수 있다는 점을 우려하고 있다. 여기에 부유층들은 세금인상 및 사업장 강제 보험규정 등에 부정적 입장을 보이고 있다.

2. 미국 의료의 현실

미국 의료는 선진국 중 전국민을 대상으로 한 공공의료보험이 없는 유일한 국가로 보험적용을 받지 못하는 사람의 비중이 매우 높고 보장수준의 격차가 매우 크다. 전체 인구의 15%에 달하는 4천 5백만 명은 건강보험이 아예 없고, 보장성이 낮은 건강보험에 가입해 있는 사람들 중 2천 5백만 명 정도가 높은 의료비 부담때문에 적절한 의료서비스를 받지 못하고 있다. 탄탄한 직장이 있어 고가의 건강보험에 가입해 있는 사람들은 세계 최고수준의 의료서비스를 제공받고 있지만 보험적용을 제대로 받지 못하는 사람들은 의료비로 인해 파산에 이르거나 적절한 의료서비스를 받지 못해 많은 고통을 받고 있다. 미국 의학연구소에 따르면 보험 미적용자는 필요한 의료서비스를 이용하지 않을 가능성이 2배가 높고 1년에 만 8천명이 추가로 사망하고 있으며 그로인한 경제손실이 보험미적용자를 보험적용하는데 드는 비용의 2-3배에 이른다고 한다.

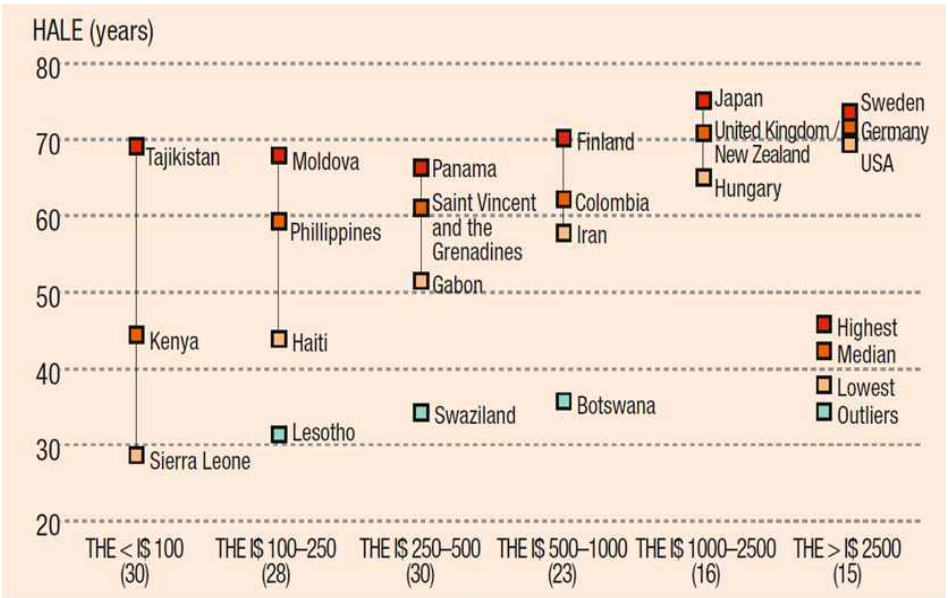
또한 세계적으로 가장 높은 의료비를 지출하고 있지만 건강수준은 선진국 중 가장 낮은 수치를 보이고 있는 기형적 구조이다. 아래 표를 보면 2006년 현재 미국 의료비는 GDP의 15.3%에 달하고 있고(표 2) 09년 현재에는 GDP의 18%에 이를 것으로 추산된다. 2030년에는 28%, 2040년에는 34%에 달할 것이라는 전망이 우세하다. 표 3을 보더라도 일인당 의료비를 높게 지출하고 있는 나라 중 가장 낮은 건강기대여명을 보이고 있고 심지어 가장 낮은 그룹에 속한 나라와 비슷한 수준을 나타내고 있기도 하다.

[표 2] Healthcare Spending Share of GDP in 2006



Source: Kaiser Family Foundation, Trends in Healthcare Costs and Spending, March 2009.

[표 3] 의료비 지출에 따른 그룹별 건강기대여명



건강기대여명

의료비 총 지출

출처 : WHO, Now More Than Ever, The World Health Report 2008

영화 식코를 통해 널리 알려진 미국의료의 문제점은 이제 널리 알려져 있다. 지나치게 비싼 의료비와 그에 걸맞지 않은 건강수준은 미국의 최대 고민이 되고 있다. 미국 의료는 크게 보면 두 측면의 개혁 필요성을 갖고 있다. 하나는 보험적용을 받지 못하고 있는 15%의 인구와 상당수의 낮은 보험보장성을 갖고 있는 인구층에 보

험을 확대하고 보험 보장성을 높이는 문제이다. 또 하나는 폭증하고 있는 의료비지출을 억제할 수 있는 방안의 추진이다. 오바마의 의료개혁은 일단 인구의 95%에게 보험적용을 확대하는 것을 가장 큰 목표로 하고 있다. 문제는 이러한 개혁이 과연 의료비 폭등을 조절할 수 있느냐는 점이다. 미국의 의료는 지나치게 영리화되어 있고 관리시스템이 복잡하게 다원화되어 있어 의료비 상승에 대한 적절한 규제장치가 전무하다. 미국의 의료비 폭등은 이러한 영리화 된 의료시스템이 원인으로 오바마의 의료개혁이 이 시스템을 근본적으로 개혁할 가능성은 크지 않아 보인다. 오히려 보험의 확대와 보장성의 강화로 인한 재정지출의 증가 가능성이 더 크게 점쳐지고 있는 상황이다.

3. 영리화된 미국의료와 그 영향

미국의료의 영리화는 의료시스템 전반에 걸쳐 진행되었다. 소유구조로 보면 영리병원이 전체 병원 중 15%정도에 불과하지만 전반적인 시스템이 영리화 되어 있는 상황에서 비영리 병원 역시 영리화의 영향 하에 있다. 특히 영리화를 주도했던 부분은 managed care로 불리는 관리의료시스템이다.

1980년대는 레이건의 신자유주의 정책 추진으로 HMOs로 대표되는 관리의료의 폭발적 성장과 영리화의 확대로 특징지어진다. 이 시기 HMO의 폭발적 성장에 대한 설명으로 신영전[1]은 포괄예산조정법(OBRA, 1981)의 도입과 1990년 이후 주식시장으로부터 대규모 영리자본의 유입으로 의료서비스 공급체계와 건강플랜의 급속한 영리화를 들고 있다. 즉 1981년 이후 매니지드 케어는 중앙정부의 지원을 축소하고, 주정부의 관리 하에 영리 건강유지기구(HMO)의 참여를 통한 시장기제의 도입을 그 본질적인 특성으로 삼고 있으며 이러한 정책 변화는 매니지드 케어 내에서 영리기관의 급격한 성장을 초래하게 된다.

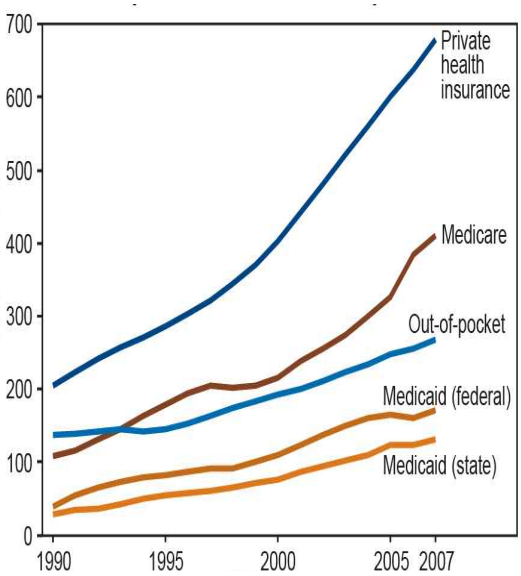
1) 공보험의 축소와 민간보험의 확대

미국인 중에 공적 보험에 가입된 비율은 25%에 불과하다. 이 25%를 제외한 인구층은 고용 여부 등에 따라 다양한 민간 보험에 가입할 수 있는데, 우선 대기업을

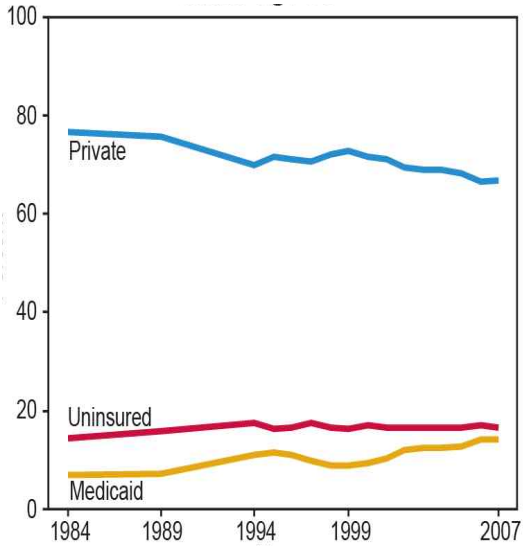
1) 신영전, 미국 보건의료부문 영리화가 우리나라 일차 의료에 주는 정책적 함의, 가정의학회지 2005, 26권 11호

중심으로 각종 영리보험과 HMO 등 선불제 회원제 방식의 민간보험이 성행하고 있다. Blue Cross나 Blue Shield는 HMO 다음으로 주요한 미국의 민간보험이다. 자영업자의 경우는 주로 지역에 기반을 두고 있는 Blue Cross나 Blue Shield와 같은 비영리민간보험에 적용을 받는다. 하지만 법적인 강제성이 없기 때문에 2005년 현재 민간보험이나 공공보험 어느 형태의 보장도 받지 못하는 무보험자의 비율이 15.9%에 이른다.

개인의료비 지출 구성



65세 이하 인구의 보험 보장 구성



source : health, united states, 2009

미국 민간보험에 대한 평가는 사실 미국의료제도 전반에 대한 평가와 구별되기 어렵다. 실제 공보험이 존재하기는 하지만 민간보험의 운영원리가 공보험에도 그대로 적용되고 있기 때문이다. 또한 우리나라에서는 미국 민간보험이 경제에 미치는 영향력과 효율성에 대해 지나치게 높게 평가해왔고 정부에서도 민간보험 활성화를 가장 큰 정책과제로 제시하고 있는 형편이다. 하지만 현재, 미국 민간보험은 다양한 측면에서 평가받고 있으며 미국 의료체계 파탄의 가장 큰 구조적 원인으로 지적되고 있다.

김창엽[2]은 미국 민간보험을 효율성, 경제적 효과, 가입자의 비용과 편익, 의료서비스 제공자 등의 측면에서 평가하고 있다. 먼저 의료비의 폭등을 야기한 원인을 미

2) 김창엽, 미국의 의료보장, 한울아카데미, 2008

시적 효율성을 달성하기 위한 행위 주체들의 분절화된 노력이 거시적으로는 비효율을 빚어내는 '효율성의 충돌 구조'에서 찾고 있다. 즉 의료체계가 정부의 규제를 거의 받지 않는 다원화된 경쟁체계를 갖고 있기 때문에 효율성을 높이고자하는 시장기제와 정부개입 어느 측면의 노력도 효과를 거두지 못한다는 것이다. 그 외에도 과도한 행정비용, 경쟁의 도입으로 인한 병원의 영리적 행태 가속화, 의료전문주의 약화로 인한 의료인의 상업화 경향, 의료이용의 비용 상승 등의 결과가 초래되고 있다고 본다.

2) 공공기관, 비영리기관에 미친 영향

앞서 이야기한대로 미국 의료의 영리화는 공공부문에도 큰 영향을 미쳤다. 대표적인 것이 메디케어에 관리의료방식을 적극 도입한 정책이다. 사실 지금에야 의료시스템에 시장원리를 적용하는 것이 문제가 된다는 인식이 확산되고 있지만 1980년대에는 비효율적인 재정낭비를 막고 합리적으로 의료시스템을 구축하기 위해서는 시장기제를 활용하는 것이 무엇보다 필요하다는 믿음이 강력했다.

정부에서 직접 제공했던 대표적 공보험인 메디케어, 메디케이드에도 이런 경향이 도입되었고 특히 주정부는 관리의료방식을 통해 메디케이드를 적용함으로써 재정절감을 꾀하게 된다. 이해하기 쉽게 보자면 우리나라 건강관리공단이 모 생명보험회사와 계약해서 서비스를 제공하는 방식으로 전환한 것이다. 재정만 정부에서 부담하고 관리를 민간보험과 건강유지기구에 맡기는 이러한 방식은 초기에는 강력한 관리로 의료비증가 속도를 낮춘 것으로 알려져 주정부에서 적극 도입하는 이유가 되지만 곧 많은 문제를 야기하게 된다.

먼저 민간보험에서는 건강하고 의료비를 많이 지출하지 않는 대상자만 받아들이고 의료이용을 많이 해야 하는 사람들은 다시 공보험으로 돌려보내는 환자배제를 남용했고 이는 공보험의 재정을 악화시키는 가장 큰 원인이 된다. 또한 과도한 행정비용으로 연간 1,000만~1500만 억 달러가 낭비된다고 할 정도로 불필요한 행정비용의 증대로 인한 낭비가 심해지고[3] 메디케어에서 보상해주는 치료 및 검사에만 집중하는 등의 적절하지 못한 의료행위가 증가하는 등의 문제점이 발생하고 있다.[4]

3) 미국은 영리보험회사 등에서 환자 정보를 영업비밀로 하고 있기 때문에 전산화 비율이 매우 낮다. 기본적 환자정보가 전산화되지 않고 공유되지 못해 병원을 옮길 경우 발생하는 중복검사와 서류작업 등에 소모되는 예산이 낭비되는 예산의 6퍼센트를 차지한다.

4) WHERE CAN $700 BILLION IN WASTE BE CUT ANNUALLY FROM THE U.S.

즉 민간보험의 효율성과 재정은 개선되었으나 그 피해는 고스란히 공보험과 공보험만을 이용할 수 밖에 없는 사람에게 돌아가 공보험 재정 악화와 정부의 재정부담 확대의 원인이 되고 있다.

3) 병원 영리화의 영향

미국 영리병원과 비영리병원사이의 의료의 질과 효율성 등에 대한 연구는 많이 알려져 있다. 심지어 영리병원 도입의 논리를 개발하기 위해 정부에서 의뢰한 외국 보고서에서도 영리병원의 질이 떨어진다는 결과가 나오자 그 결과를 3년동안 숨기기도 하였다.

[표 4] 미국 영리병원 평가 결과

척도	주요연구
의료의 질	1980년 이후 전체 149개 미국 영리병원과 비영리병원 간의 의료의 질에 대한 비교 연구 중 88%가 비영리병원이 우수하거나 차이가 없다는 결과 비영리병원 우수 59%, 차이 없음 29%, 영리병원 우수 12%
효율성	1980년 이후 전체 149개 미국 영리병원과 비영리병원 간의 효율성 관련 비교 연구 중 77%가 비영리병원이 우수하거나 차이가 없다는 결과
효과성	영리병원의 의료제공은 거시 경제적으로 볼 때에 제한된 의료 자원을 효과적으로 보건의료를 제공할 확률을 낮춤
접근성과 형평성	비영리정신병원은 영리정신병원에 비해서 보다 나은 접근성을 제공하다가 경쟁이 증가하면서 그 차이가 줄어듦. 영리병원의 시장 점유는 접근성에 대한 부정적 효과를 나타냄
만족도	비영리 HMO가 영리 HMO에 비해 전반적 서비스에 대한 만족도, 의료진에 대한평가, 등록환자 사이의 환자본인부담 정도 등에서 우수하다
게이밍	행위별수가제를 채택하는 경우 사기행위 발생의 소지가 큼 영리병원은 비용심사와 관련된 직·간접비용을 증가시킴
부정행위	공공증진사업 등을 민간 위탁하는 경우 계약과정에서 이해관계로 문제 발생

출처 : 의료기관 자본 참여 활성화를 위한 정책이 의료시장에 미치는 파급효과 분석, 한국보건산업진흥원, 2005

HEALTHCARE SYSTEM? Robert Kelley, Vice President,, Healthcare Analytics, Thomson Reuters, October 2009

문제는 이런 현상이 공공병원, 비영리 병원에도 영향을 미치고 있다는 점이다. 전통적으로 미국 병원은 지역사회병원이 주도적인 역할을 해 왔고 병원의 응급진료, 빈민층 무료 진료 등은 미국 의료시스템의 큰 버팀목이었다. 하지만 영리병원이 확산되는 과정에서 경쟁이 도입되면서 비용이 많이 들고 수익이 나지 않는 진료를 하지 않는 병원이 증가하고 있다. 영리병원이 앞장서서 이런 영리적 운영을 하게 되면 비용이 많이 드는 저소득층 환자는 공공병원이나 비영리병원에 몰리게 되고 이는 다시 비용압박으로 이어져 공공적 진료를 포기하거나 경영난으로 문을 닫게 되는 과정을 밟는 것이다.

마치며

앞서 살펴보았듯이 미국에서 의료문제는 앞으로도 계속 국가의 큰 골치덩이로 존재할 전망이다. 미국의료가 이런 형태로 정착된 배경에는 80년대 적극적으로 추진한 레이건정부의 신자유주의 정책이 존재한다. 이때의 분위기는 공공보험인 메디케어, 메디케이드의 확대로 인한 의료비폭등의 유일한 대안은 시장원리를 도입하는 것이라는 신념의 확산과 새로운 성장모델로 지역에 헬스 센터, 건강 관련 기업 성장의 강조라고 한다.

이는 현재 우리나라의 상황과 정확히 겹쳐 보인다. 한편에서는 건강보험의 비효율성과 재정적자, 병의원의 경영난을 강조하면서 시장의 합리성으로 의료시스템을 재구성해야 한다고 주장하고 있다. 또 다른 쪽에서는 투자할 곳이 없는 유휴자금 몇백 조원를 이야기하고 일반인도 의료산업에 참여할 수 있다고 하면서 새로운 성장동력으로 의료산업화를 추진하고 있다. 지자체 선거를 앞두고 지역마다 의료허브, 의료관광도시를 강조하고 영리병원 도입을 요구한다.

미국의료가 개혁되기 어려운 배경에는 건강관련 산업의 급속한 성장을 통해 형성된 다양한 이해당사자와 지나치게 복잡해진 의료제공체계가 있다. 고용인원과 지역경제에서 차지하는 비중, 이해당사자의 로비와 충돌 등이 거시적 효율성을 떨어트리고 개혁이 불가능할 정도의 혼란을 야기하고 있다. 또한 대기업을 중심으로 도입된 직장의료보험과 일부만 혜택을 받는 공보험은 의료비가 증가할수록 노동자 통제의 방식으로 작동하고 있으며 연대의 관점에 기반한 보편적 차원의 의료개혁을 불가능하게 하고 있다.

사회에는 다양한 가치가 존재하고 의료서비스 같이 특별한 부문에서 그 가치는 더 더욱 다양하게 충돌한다. 의료를 통한 경제성장과 고용창출은 의료가 가질 수 있는 가치의 일부이며 다른 가치들과 조화를 이루어야 한다. 의료로 돈을 벌고 경제성장을 추진하는 것이 잘못된 것이 아니듯이 의료의 궁극적 가치가 이윤의 추구만이 될 수도 없다. 병의원의 존재이유가 지역경제 성장, 국가의 성장동력으로만 치부되는 한국사회에서 다양한 가치들을 아우르면서 한국적 상황에 맞는 의료시스템을 만들어 가야하는 우리에게 미국의료의 역사적 경험과 현실을 되짚어보는 것은 더욱 중요한 일이 될 것이다. 새사연 saesayon.org