

미국 시장지향 의료체계의 성과와 시사점

이 기 효

인제대학교 보건대학원 · 병원전략경영연구소

<Abstract>

The Performance and Implication of A Market-oriented Health Care System in United States

Key Hyo Lee

*Graduate School of Public Health · Center for Hospital Strategic Management,
Inje University*

The United States has a unique health care system, which is unlikely any other health care systems in the world. The major part of basic functional components of the system -financing, insurance, delivery, and payment- is in private hands. A market-oriented economy invites the participation of numerous private entities that are interested in carrying out the key functions of health systems. Due to this central feature, U.S.health care is not delivered through a network of interrelated components designed to work together coherently.

For lack of standardization, the various components of the system fit together only loosely. The involvement of numerous players in the key functions leads to duplication, overlap, inadequacy, inconsistency, and waste, which add to the complexity and also make the system inefficient. Hence, cost containment remains an elusive goals. Moreover,

* 본 논문은 1999년 인제연구장학재단 국외연수지원에 의한 연구결과임
‡ 교신저자 : 이기효(051-890-6896, gsphklee@inje.ac.kr)

the system falls short of delivering equitable services to all americans, though consumption of health care services is the largest in the world.

On the other hand, United States leads the world in the latest and the best in medical technology, medical training, and research. It offers some of the most sophisticated institutions, products, and processes of health care delivery.

This article discuss the characteristic features of the U.S. health care system and its performance, trying to seek its implication on Korean health care system.

Key Words : United States, Market-oriented health system, Managed care

I. 서 론

세계 각국은 고유의 유일한 보건의료체계를 구축하고 있다고 해도 과언이 아니다. 각 나라마다 그 사회를 지배하는 이데올로기와 가치관에 따라 나름의 정치, 경제, 사회, 문화 및 행정 구조 등 사회체계를 형성하고 있으며, 보건의료체계 역시 그 사회체계의 일부이기 때문이다.

그럼에도 불구하고 산업화된 선진국가들의 의료체계는 국민건강과 복지, 그리고 효율적인 의료자원의 관리를 위하여 방식과 정도는 다르지만 국가가 주체가 되어 의료체계를 관리한다는 점에서는 공통점을 갖고 있다. 즉 대부분의 선진국은 정부에 의해 운영되는 전국민건강보험(National Health Insurance, NHI) 또는 조세를 재원으로 하는 전국민보건서비스(National Health Service, NHS)를 통하여 대부분의 국민에게 보건의료서비스를 제공하고 있다.

그러나 미국에서는 모든 국민이 자동적으로 의료보험에 가입되지 않으며, 또한 정부가 대부분의 시민에게 의료서비스를 제공하지도 않는다. 미국은 전통적으로 개인의 자유를 보장하고 책임을 중시하여 정부의 통제를 최소한으로 하는 것을 원칙으로 하여 왔다. 보건의료제도 역시 의료서비스의 공급 및 의료재원의 조달 등에서 자유시장경제의 기본 특성을 가지며, 따라서 미국의 의료체계는 시장지향 체계의 대표적인 예인 셈이다. 이에 따라 의료체계를 구성하는 여러 가지 하부 요소들을 갖추고 있기는 하지만, 의료체계는 너무 분절화되어 있어 진정한 의미의 체계(system)라고 부르기 어려우며, 이는 미국 의료체계의 중요한 특질이 되고 있다(Wolinsky, 1988; Shortell et al., 1996).

이러한 점에 주목하여 미국의 의료체계는 의료문제를 개인의 책임과 시장에 기반하여 해결하고 있는 유형인 자유기업형(Free Enterprise Pattern)으로 분류되고 있으며(Roemer, 1993), 한편으로 OECD에서는 소비자의 선택권을 최대한 보장한다는 의미에서 소비자주권형(Consumer Sovereignty Model)으로 분류하고 있다.

한국의 의료체계는 미국식의 자유방임적 시장지향체계에서 전국민건강보험(NHI) 도입 이후 급속하게 복지지향형(Welfare Oriented Health System) 내지는 사회보험형(Social Insurance Model)으로 이행하면서 상당한 혼란을 겪고 있다. 의료체계상에 시장지향적 요소와 정부의 역할이 강조되는 복지지향형 요소가 혼재되어 있어 끊임없는 긴장과 갈등을 유발하고 있기 때문이다.

다원주의적 민주사회의 건설이 우리 사회의 목표라고 할 때 의료체계의 개혁과 발전에 있어서도 유일한 대안이 존재하는 것은 아니다. 서구 유럽의 사회보험형 의료체계의 경험이 소중한 한편으로 미국의 시장지향형 의료체계의 경험 또한 우리의 의료체계를 다듬어 나가는 데 있어 큰 도움이 될 것이다. 이에 따라 본 고에서는 미국 의료체계의 특징과 성과를 살펴보고, 우리 사회의 의료체계를 가꾸어 나가는 데 있어서의 시사점을 찾아보고자 한다.

II. 미국 의료체계의 개관

미국의 의료체계는 체계(system)라는 용어에서 기대되는 원래의 의미와는 다르게 의료서비스가 밀접하게 협동하는 상호연관된 요소의 네트워크에 의해 제공되지 않는다. 반대로 표준화되지 않은 체 느슨하게 조정되는 자원 조달, 보험, 서비스 전달, 그리고 지불 제도의 집합체라고 하는 것이 적당할 정도이다. 그리고 이러한 기본적인 기능 요소들은 공공(정부)과 민간 자원들을 적당하게 섞어놓는 식으로 구성되어 있다.

정부가 운영하는 프로그램, 즉 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)는 각 프로그램의 대상자 기준에 맞는 선택된 인구집단에 대해 재원을 조달하고 의료서비스를 보장한다. 또한 정부는 제한된 범위이긴 하지만 지역사회보건센터(community health center) 등을 통하여 직접 서비스를 제공하기도 한다. 그러나 자원 조달, 보험, 지불, 그리고 서비스 전달 기능의 주요 부분은 민간부문에 속해 있다.

시장지향적 경제체제하에서 보건의료서비스 전달의 핵심적 기능을 수행하는데 관심이 있

는 수많은 민간 주체들이 보건의료 부문에 참여하여 왔다. 이러한 참여는 대개 이윤을 추구하려는 기업가 정신에 의해 이루어졌다. 취약 계층에 대한 정부 부문의 재원조달은 의료시장을 확대시켰다. 상당수 인구에 대한 정부의 재원조달은 민간 공급자로 하여금 확대된 의료시장에서 이윤을 획득할 기회를 확충한 것이다.

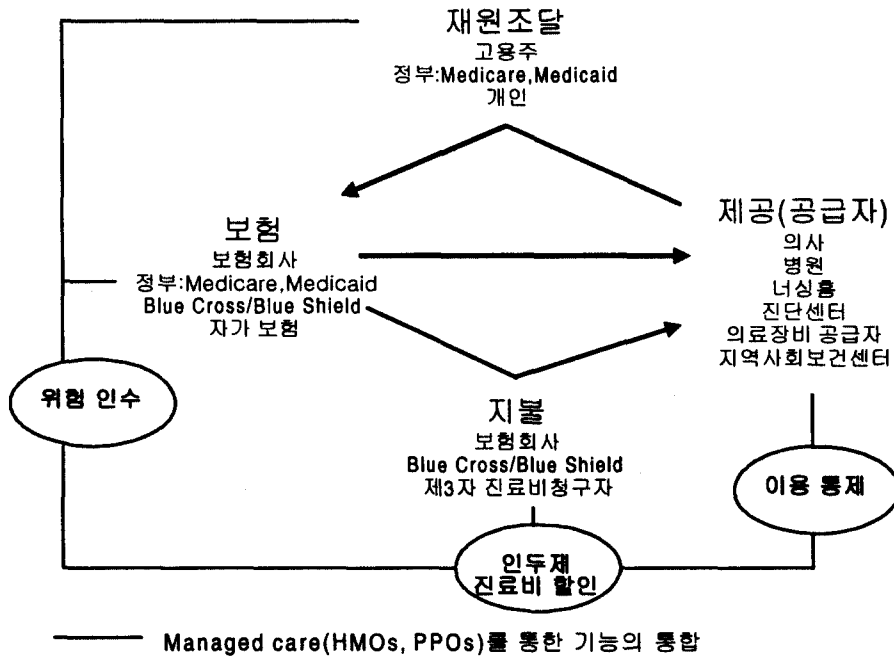
여기에 자원 기획, 질 보장, 그리고 비용 절감과 같은 필수적인 요소들이 덧붙여져 미국의 의료체계는 하나의 복합체가 된다. 의료체계에 있어 공공 및 민간부문의 복합적인 관여의 결과, 미국 의료체계는 재원 조달의 다양성, 다양한 위험 담보 기전을 채용하는 수많은 보험기관, 각 서비스에 대해 얼마를 지불할 지에 관해 각자 결정하는 복수의 지불자, 의료서비스를 전달하는 다종 다량의 공급자, 그리고 기획, 비용 절감, 질, 그리고 자원의 재구조화 등 전문화된 서비스를 제공하는 수많은 컨설팅 회사들로 구성되어 있다.

미국의 의료체계는 정부와 같은 하나의 중앙 기구에 의한 전반적인 기획, 지휘, 그리고 조정하에 놓여있지 않기 때문에 기능적으로 분절되어 있다. 단적으로 말하면, 미국의 의료체계는 어떤 단일 주체가 관리하고 통제하기에는 거의 불가능한 하나의 괴물인 것이다. 이처럼 일관성과 표준화가 결여되어 있는 다종다양한 요소들이 단지 느슨하게 결합되어 있음으로써 미국의 의료체계는 복잡성의 문제에 직면하고 있다. 의료체계의 핵심적 기능을 담당하는 수많은 참여자의 관여가 빚어내는 복잡성은 중복, 중첩, 부적절성, 일관성의 결여, 낭비를 불러오고, 결국은 시스템의 비효율을 낳고 있다. 민간 기업 주도의 시스템하에서 각 개인과 회사들은 시스템에 전체적으로 미칠 영향을 고려하지 않고 각자에게 유리한 재정적 유인을 추구하고 있으며, 이에 따라 비용 절감은 지난한 목표가 되고 있다.

경제적으로도 의료시스템은 거대한 존재이다. 미국의 경제 규모는 세계에서 가장 거대한데, 미국의 보건의료소비가 전체 경제에서 차지하는 비중은 다른 나라와 비교할 때 엄청나게 크다. 따라서 질적으로 세계 제일의 의료서비스를 제공하는 것은 당연한 귀결일 것이다. 미국의 의료기술, 의학 교육, 그리고 연구는 세계 제일의 최신, 최고를 자랑하며, 전세계 인류에 대한 기여 또한 평가받아 마땅하다. 그러나, 모든 미국인에게 형평적인 서비스를 전달하지 못하는 단점 또한 갖고 있다. 무릇 한 국가의 보건의료시스템의 일차적인 목표는 모든 국민들에게 일정 수준의 질 표준을 충족시키는 비용-효과적인 서비스의 접근성을 보장하는 것이다. 그러나 이러한 이상을 미국 의료시스템은 충족시키지 못하고 있는 것이다.

미국 의료시스템을 단순화하여 핵심적 기능인 재원 조달(financing), 보험(insurance), 서비스 전달(delivery), 그리고 진료비 지불(payment)을 포함하는 시스템으로 개괄적으로 묘사하면 <그림 1>과 같다. 이 네 가지 핵심 기능은 서로 중첩되기도 하는데, 중첩의 정도는 민간

운영 시스템이나 정부운영 시스템이나에 따라서, 그리고 전통적인 의료보험이나 아니면 관리 의료체계(managed care-based system)나에 따라 다르다. 네 가지 기능별 시스템과 이들 기능들을 통합한 관리의료(Managed care)에 대해 간략하게 살펴보면 다음과 같다.



자료 : Shi, L & Singh, DA, Delivering Health Care in America, An Aspen Pub., 2001

그림 1. 미국 의료체계의 개관

1. 재원 조달

의료보험을 구매하거나 진료비를 지불하기 위해서는 재원 조달이 필요하다. 미국인의 대다수는 민간 보험에 가입되어 있는데, 민간 보험은 대개 고용주가 부가급여(fringe benefit)의 일환으로 제공하는 고용주 기반 방식에 의해 재원이 조달되고 있으며, 피고용자 이외에 이들의 부양가족 또한 부보되는 것이 보통이다. 직접 의료보험을 운영할 정도의 몇몇 대규모 회사를 제외하고, 대다수 고용주들은 보험회사를 스스로 선택하여 그들의 직원들을 위한 의료보험을 구매한다. 최근에는 전통적인 보험회사 대신 관리의료조직(Managed Care Organiza-

tions, MCOs)의 의료보험을 구매하는 경향이 커지고 있다.

미국은 이처럼 고용주 기반 재원조달체계(employer-based financing system)를 갖고 있기 때문에, 대개 실업자의 경우 의료보험이 없는 경우가 많다. 그러나 일부 피고용자들의 경우에도 의료보험이 없는 경우가 있다. 첫째는, 고용주가 직원들에게 반드시 의료보험 혜택을 제공할 의무는 없기 때문에 경제적 제약으로 인하여 일부 고용주는 그들의 종업원에게 의료보험을 주지 못하는 경우이다. 또한 몇몇 소규모 회사의 경우 좋은 조건의 보험료를 적용 받는 단체 보험에 가입할 수 없어 종업원에 대한 의료보험 구매를 포기하기도 한다. 둘째 경우는 고용주가 의료보험 혜택을 제공하려 하여도 100% 고용주 부담인 의료보험의 예가 드물기 때문에 자부담 보험료를 의식한 저소득 종업원이 이를 포기하는 경우이다. 자신 회사의 고용주가 의료보험을 제공하지 않거나 혹은 자영업자의 경우 자신의 호주머니에서 의료보험을 구매할 지를 결정해야 한다. 그러나 보험료가 비싸기 때문에 이러한 범주에 드는 많은 사람들이 보험을 포기하게 된다.

정부는 공무원을 비롯한 특정 인구집단에 대해 의료 혜택을 주기 위하여 재원을 조달하는데, 대표적 집단이 65세 이상의 노인, 장애인, 그리고 극빈자이다. 노인과 특정 장애인을 위한 프로그램이 메디케어(Medicare)이며, 극빈자를 위한 프로그램이 메디케이드(Medicaid)이다. 이러한 프로그램들을 운영하는 데 있어 정부는 재원조달자이며 동시에 보험자 역할을 수행한다.

2. 보 험

보험은 재난적 위험에 대하여 피보험자를 보호하는 기능을 하는데, 개인 피보험자는 어떤 보험에 가입했느냐에 따라 수혜할 수 있는 의료서비스의 패키지가 결정된다. 또한 어디서 어떻게 의료서비스를 제공받을지가 보험에 따라 달라지게 된다. 보험 회사 혹은 관리의료조직은 또한 진료비 청구자로서 기능하며 의료서비스의 제공자에 대한 재원 지불을 관리한다.

미국은 공적보험부분이 전국민의 약 20%를 커버하고 있고, 나머지 대부분의 국민들은 민간보험에 가입되어 있는데, 민간보험조직은 크게 일반 보험회사(생명보험, 손해보험 등), 비영리보험인 Blue Cross와 Blue Shield, 그리고 관리의료조직 등으로 구분할 수 있다.

민간의료보험의 제공주체는 다양한데 가장 많은 것이 생명보험회사, 손해보험회사 등의 영리보험회사이다. 생명보험회사들이 주로 판매하고 있는 전통적 의료보험은 환자가 이용한 의료서비스의 양에 비례하여 보험금을 지급하는 방식인 행위별 수가제에 기초하고 있으며 보

험상품이 다양해 그 상품별로 급여수준이 설정되고 그에 상응한 보험료가 설정되어 가입자가 선택 가입한다.

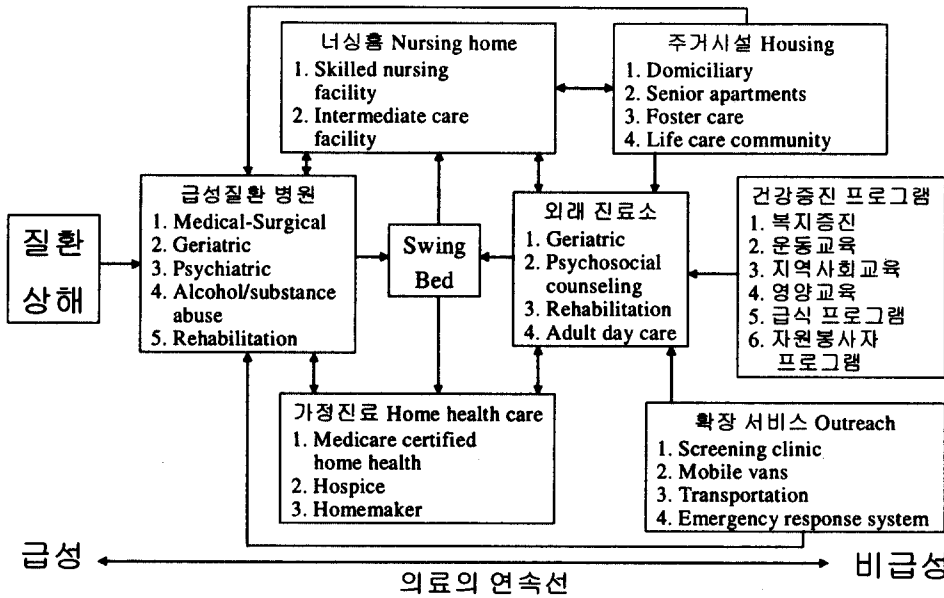
Blue-Cross와 Blue-Shield는 시카고에 본부를 둔 비영리 민간보험단체와 연합회를 통칭하는 용어로, 지역의 지도자나 기업, 노동자, 소비자 대표, 의사, 병원 등으로 구성된 이사회에 의하여 운영되는 자율적인 비영리조직이다. 이 단체는 미국에서 가장 역사가 깊은 최대의 민간 비영리의료보험으로 각 주의 주법(Blue Laws)에 의해 활동이 규제되며, 각주 보험국의 감독을 받는다. 현재 전국에 71개의 Blue-Cross와 Blue-Shield 조직이 설립되어 있으며, 전체 민간보험 가입자 1억8천만명(총인구의 73.2%)의 약 40%에 해당하는 7,100만명이 가입되어 있다. Blue-Cross는 입원보험으로 보통 계약병원을 통한 입원서비스를 제공하는데, 일정기간의 입원비용, 각종 검사비용, 수술 및 투약 등을 현물 급여한다. 이에 비해 Blue-Shield는 외래진료보험으로 계약 개업의를 통한 외래서비스를 제공하며, 의사의 수술비, 진찰비 등 진료보수와 검사비용 등을 현물 급여한다.

3. 의료서비스 전달

의료서비스의 전달 기능을 맡고 있는 공급자(provider)는 보건의료서비스를 제공하고 서비스에 대한 대가로 진료비를 받는다. 미국 의료체계의 공급자는 의사, 기타 개업 보건전문인, 병원, 진단 클리닉, 너싱홈, 그리고 휠체어, 의료보장구 등 의료장비 공급자 등 매우 다양하다. <그림 2>에서 보듯이 의료서비스의 연속선상에 다양한 공급자가 위치하고 있으며, 최근에 들어서는 이들 공급자들이 전략적 제휴와 합병 등으로 하나의 통합된 시스템(integrated system)으로써 운영되는 추세를 보이고 있다.

4. 진료비 지불

지불 기능은 서비스 제공에 대한 대가로 공급자에게 진료비를 상환하는 기능을 의미한다. 의료보험회사의 경우 급여 방식이 현물 급여일 때 진료비를 의료서비스 공급자에게 진료비를 일정 기준과 수가에 의해 상환하여야 하는데, 보험회사가 직접 이러한 기능을 수행 할 수도 있고 별도의 제3자 지불자에게 계약을 통하여 업무를 위임할 수도 있다. 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)의 경우 공급자에 대한 진료비 지불은 보통 계약된 제3자 지불자(payer)에 의해 이루어진다.



자료 : Giardina CW, Fottler MD, Shewchuk RM and Hill DB. 1990. The Case for Hospital Diversification

자료 : Giardina CW, Fottler MD, Shewchuk RM and Hill DB. 1990. The Case for Hospital Diversification into Long-term Care. Health Care management Review 15(1):71-82

그림 2. 의로서비스 연속선에 따른 다양한 공급자와 통합 의료전달체계

5. 관리의료

전통적 보험의 경우 위에서 살펴 본 의료체계의 네 가지 기본 기능은 분절되어 재원조달자, 보험자, 공급자, 그리고 지불자가 보통 별개의 주체로 구성된다. 물론 자가 보험을 운영하는 고용주, 메디케이드 및 메디케어와 같은 정부 보험은 재원조달과 보험 기능을 동시에 수행하기도 하며, 상업 보험의 경우 보험과 지불 기능을 통합하기도 한다.

그러나 1990년대 이후 미국 의료체계는 의료비 절감과 효율성 추구를 위해, 보험자, 공급자, 지불자 기능을 유기적으로 통합하는 근본적인 변화 과정을 거쳤다. 기능의 분절은 의로서비스 이용과 지불에 관한 통제의 결여를 의미한다. 전통적으로 의로서비스 이용에 관한 결정과 가격은 피보험자 개인과 의사들에게 달려 있었다. 그러나 급격한 의료비 상승 압력으로 시스템의 변화 필요성이 절실하였고, 대안으로 대두된 것이 관리의료조직(MCO)이다.

관리의료는 의료체계의 기본 기능을 통합함으로써 효율성의 달성을 추구하며, 의로서비스

이용을 통제, 관리하기 위한 기전을 채용하며, 의료서비스의 가격과 공급자에게 지불되어야 할 진료비를 결정하는 의료서비스 전달체계를 의미한다. 관리의료의 주 재원조달자는 여전히 고용주 또는 정부이다. 고용주는 전통적 보험회사로부터 의료보험을 구매하는 대신 Health Maintenance Organization(HMO) 혹은 Preferred Provider Organization(PPO) 등과 같은 MCO와 계약을 맺고 종업원들에게 선택된 건강플랜(health plan)¹⁾을 제공한다. 이 경우 MCO는 보험회사와 같은 기능을 수행하며, 해당 플랜의 가입자(enrollee)에게 계약된 의료서비스를 제공하게 된다. 건강플랜은 기본 서비스를 제공할 공급자를 선정하게 되는데, 이들은 보통 일반의 수준의 일차의료 제공자가 된다. 이들 일차의료 제공자는 가입자가 상위 수준 혹은 전문적 서비스를 이용하는 것이 적절한지를 결정한다. 병원 이용은 일반적으로 제한되며, 일차의료 제공자에 의해 적절성이 검증되고 의뢰되었을 때 상위 수준의 서비스를 받을 수 있게 된다.

관리의료는 의료체계의 네 가지 기본기능을 통합하여, 재원이 고용주에 의해 조달되었을 경우에도 건강플랜은 독자적으로 공급자들과 협상하여 의료서비스 제공에 관한 계약을 맺는다. 진료수가의 계약은 보통 인두제(capitation) 혹은 진료비 할인(discount) 방식을 채택하고 있다.

의료비는 의료이용의 통제를 통하여 간접적으로 관리된다. 한편으로 플랜은 위험 인수 기능을 수행하는데, 이는 보험료 수입으로 예상되는 진료비를 감당하는 것을 의미한다. 따라서 플랜은 보험자의 역할을 한다고 할 수 있다. 또한 플랜은 의료서비스 공급자에게 인두제 또는 진료비 할인 방식으로 가입자에 대한 진료비를 상환하므로 지불 기능을 갖는다고 할 수 있다. 서비스의 제공은 부분적으로 플랜에 고용된 자체 의사를 통하여 행해 질 수도 있지만, 대체로 의사, 병원, 그리고 진단 클리닉 등의 공급자와 계약을 통하여 제공된다.

HMO의 가장 큰 특징은 보험자와 의료서비스 공급자가 결합된 보험료 사전지불방식의 회원제 의료제공 플랜이라는 점이다. HMO의 경우 보험자와 의료제공자와의 계약을 통하여 진료비를 인두제로 지급하고, 제공자는 보험가입자에 대한 모든 의료서비스를 제공하는 책임을 진다. 가입자는 의료서비스를 이용할 때 HMO와 계약한 일차의사와 먼저 접촉하고 일차의사의 의뢰에 의해서만 전문의료나 병원서비스를 받게 된다. HMO에서는 인두제로 지급되는 일정 보험료에 대하여 포괄적 의료서비스를 제공하기 때문에 의료제공자나 보험자는 진료비를 절감할 강한 유인을 갖게되는데, 중심적인 내용은 일차의사의 역할을 확대하고 불필요한

1) health plan은 MCO와 가입자간에 체결되는, 제공될 의료서비스의 내용에 관한 계약 자체를 의미한다.

의뢰를 줄임으로서 병원이나 전문의에 의한 진료를 제한하는 것이다. HMO 가입자는 1980년의 900만에서 1996년에는 5,200만으로 크게 증가하였으며, 계속 증가하는 추세에 있다. HMO는 여러 가지 유형이 있는데, 스태프(Staff) 모델은 HMO에 고용된 의사가 HMO 규정에 따라 집단으로 진료를 담당하는 형태이며, 그룹(Group) 모델은 HMO와 전속계약을 맺은 의사 그룹이 HMO가 소유하고 있는 병원에서 회원에게 의료를 제공하는 것으로 의사 그룹이 HMO에 고용되어 있지 않은 점이 스태프(Staff)형 HMO와 다른 점이다. IPA(Independent Practice Association)모형에서는 의사가 HMO가 소유하는 병원에서 그룹진료를 하는 것이 아니라 개별진료소에서 통상의 진료를 하면서 IPA라 부르는 조직을 만들어 그 조직을 창구로 HMO와의 계약에 의해 가입자에게 인두제 방식으로 진료를 한다. 한편으로 POS(Point of service) 모형은 일정 테두리(group이나 network) 밖에서 진료를 받고자 하는 가입자에게 제공되는 부가적인 옵션(option)으로 특정 진료를 외부에서 받을 수 있는 대신 가입자에게 더 무거운 본인부담을 부과하는 방식을 말한다.

PPO(Preferred Provider's Organization)는 보험회사가 보험가입자의 의료기관 선택에 대한 자유를 어느 정도 제한하여 의료기관에 대해 일정수의 환자를 확보해주는 대신 의료기관의 의료비 억제노력 강화와 의료비 할인혜택을 허용하도록 계약한 플랜을 말한다. PPO는 민간의료보험의 경쟁이 심해지면서 HMO의 신장에 대항하기 위한 대안으로 발전하고 있다.

Ⅲ. 미국 의료체계의 특징

의료체계는 의료체계 외부의 사회적, 물리적 환경 조건의 영향을 받는다. 국가의 정치적 지향, 경제 개발, 기술 진보, 사회 문화적 가치, 물리적 환경, 그리고 인구학적 특성들에 의해 영향을 받는 것이다. 미국의 의료체계가 다른 선진국과 다른 양태를 갖는 것은 위에서 열거한 여러 가지 요인들이 상호작용하여 만들어 낸 결과이지만, 기본적으로는 미국민이 전통적으로 지니고 있는 문화적 신념과 가치가 핵심적인 결정요인이다. 현재의 의료체계는 미국민이 지녀 온 전통적인 신념과 가치에 그 뿌리를 두고 있기 때문이다. 가치 및 신념체계는 보건의료 공급자의 교육훈련과 일반적 지향, 의료서비스 전달체계의 형태, 재원 조달과 자원의 분배, 그리고 의료서비스에의 접근성을 지배한다. 따라서 미국 의료체계의 특징을 살피기 전에 미국문화를 지배하는 신념과 가치에 주목할 필요가 있다.

미국민의 과학 및 과학적 의료에 대한 확신은 환자의 최신 의료에 대한 수요와 의사의 과학적 임상의료에 대한 배타적 믿음을 확산시켰다. 이에 따라 육체적 증상에 초점을 둔 의학 교육, 진단 및 치료가 지배적인 서비스 유형으로 자리 잡았으며, 이를 보건교육 및 질병 예방과 통합하려는 노력은 대단히 미약하고, 건강증진 보다는 정교한 치료기술의 개발에 대한 집중적인 자원의 투자를 가져 왔다.

한편으로 자본주의에 대한 강한 신념으로 말미암아 의료를 공공자원이기 보다는 경제체로서 인식하는 경향이 강하다. 이에 따라 기업가 정신과 자결권이 의료의 생산과 소비를 결정하며, 기본적으로 개인의 책임에 기반한 자원조달은 의료의 접근성을 일종의 사회적 특권으로 만들었다. 개인주의적 문화는 집단보건 보다는 개인보건을 강조하고, 빈자/부자 마을, 도시/농촌간에 뚜렷하게 구별되는 서비스 형태를 당연시하게 만들었다.

마지막으로 자유기업정신과 거대 정부에 대한 뿌리깊은 불신은 민간 주도의 의료체계를 유지하도록 만들었으며, 공중보건기능을 민간의료와 분리하도록 하고 있다.

이러한 지배적 신념과 가치체계 아래 발전하여 온 미국 의료체계의 여타 선진국과 다른 특징을 살펴보면 다음과 같다.

1. 중심적 통제기구의 부재

미국의 의료체계는 정부 부서 혹은 기관에 의해 행정적으로 통제되지 않는다. 다른 선진국들이 모든 국민을 포괄하는 NHI나 NHS같은 정부 통제의 프로그램을 구축하고 일정한 예산 한도내에서 의료비를 통제하는데 비해서 미국은 자원조달에서부터 서비스 제공까지 민간 부문이 주도하고 있다. 주로 고용주에 의해 조달되는 민간 재원이 전체 의료비 지출의 54%를 차지하고 있다(National Center for Health Statistics, 1999). 의료서비스 공급은 주로 정부와 독립적인 민간 부문에 맡겨져 있다. 총액 예산제 등을 통하여 전체 의료비 지출을 감시하고 이용가능한 서비스를 통제하는 중심기관은 존재하지 않는다.

2. 부분적인 접근성

다른 선진국과 달리 모든 시민에 대한 포괄적 접근성(universal access)를 제공하지 못하고, 단지 제한적인 접근성을 보장하고 있을 뿐이다. 미국에서 의료에 대한 접근성이 보장되는 계층은 고용주에 의한 건강보험 수혜자, 정부의료보장(Medicare, Medicaid) 수혜자, 민간

보험의 구매자, 자가지불 가능자에 한정된다. 이에 따라 보험 비가입자(uninsured)가 4천3백 만명으로 전체 인구의 16.1%에 달한다(National Center for Health Statistics, 1999).

진료비를 지불할 수 없는 계층은 증세가 심각해 질 때까지 기다려야 한다. 심각한 상황이 되면 지불 할 능력이 없는 경우에도 병원의 응급실에서 치료를 받을 수 있게 되기 때문이다. 이런 연유로 미국은 보험 비가입자에게 포괄적 재난의료보험(Universal catastrophic health insurance for the uninsured)을 제공한다는 평을 듣고 있다(Altman and Reinhardt, 1996).

3. 재원조달과 서비스 제공의 중재자인 제3자 보험자(Third-party insurers)

재원조달이 고용주나 정부에 의해 이루어지지만, 재원조달자와는 별도로 다수의 제3자 보험자가 존재하여 서비스 제공을 중재한다. 이러한 보험자의 중재적 역할은 재원조달과 서비스 제공 기능간에 장벽을 만들어, 의료서비스의 질을 부차적 관심사로 만드는 경향이 있다.

정상적인 자유시장의 조건이라면 소비자는 상품 또는 서비스의 가격과 품질에 근거하여 수요를 형성하게 되는데, 중재자인 보험자에게는 가격 또는 질에 관해 환자의 이익을 수호할 유인이 적다. 왜냐하면, 피고용자의 경우 대개 고용주가 직접 구매해서 부가급여(fringe benefit)로서 지급하는 의료보험에 가입되게 되는데, 이 경우 의료보험의 구매 선택에는 소비자인 피고용자의 욕구나 선호 보다는 실질적인 재원조달자인 고용주의 편의에 의해 더 큰 영향을 받기 때문이다. 이에 따라 종업원들은 현재의 보험을 해약하고 다른 회사를 선택할 수 있는 힘을 가진 그들의 고용주에게 보험에 관한 불만족을 토로할 수 있을 뿐이다. 그러나, 고용주들은 기존의 보험이 양질의 새 보험보다 싸다면 현재의 보험을 교체하는 것을 원하지 않는다. 정부 보험도 사정은 마찬가지이다.

4. 복수의 지불자

정부 주도로 사회보험을 운영하는 많은 선진국의 경우 단일 지불자(payer) 또는 소수의 지불자가 존재한다. 그러나 미국의 경우 다양한 건강플랜과 보험회사가 있으며, 다수의 다종다양한 지불자가 존재하는데, 서비스 공급자에게 있어 이들의 존재는 진료비 청구 및 회수를 악몽으로 만들고 있다. 복수의 지불자는 여러 가지 이유로 의료체계에 불필요한 부담을 주고 있다.

- 서비스 공급자는 다수의 다종다양한 보험자의 변화하는 급여범위, 급여액 등을 모두 주

지하고, 진료비 청구와 수령을 위한 다종의 청구 절차를 구비해야 한다.

- 각 보험자별로 청구요건을 갖추지 못하면 진료비 지불이 거절되며, 이 경우 재청구하여야 한다.
- 일부 보험자의 경우 보험자가 지불하지 않는 부분에 대해 환자에 대한 보충청구(balance bill)를 허용하기도 하는데, 이 경우 별도의 청구 및 회수 노력이 필요하다.
- 공급자들은 때로 장기간의 진료비 회수노력을 기울여야 하며, 불량 계정을 채권추심기관에 넘기거나 종국적으로 대손상각하는 경우도 있다.
- 정부 프로그램의 경우 공급자에게 진료비 심사를 위해 많은 서류작업이 필요한 복잡한 규제를 가하고 있다. 예컨대 메디케어의 경우 공급자에게 제공한 서비스에 관한 다량의 서류를 요구하고 있다.

이러한 이유로 인하여 미국은 캐나다, 영국, 스웨덴과 같은 단일 지불자체계를 갖고 있는 국가에 비해 행정관리비용이 훨씬 높다. 이처럼 과도한 행정관리비용은 결국 국민의료비 지출을 늘리는 한 요인이 되고 있는데, 전체 보건의료비 지출의 약 25%가 보건의료서비스 제공을 관리하기 위한 행정 비용으로 추계되고 있으며, 단일 지불자체계를 도입할 경우 1/2로 줄일 수 있다는 주장이 제기되고 있다(Hellander et al., 1994).

5. 힘의 균형

의료체계의 핵심 참여자로는 의사, 의료서비스 조직의 경영자, 보험 회사, 대규모 고용주, 그리고 정부를 들 수 있다. 대규모 회사, 노동자, 보험 회사, 의사, 그리고 병원들은 강력한 이해집단을 형성하고 고가의 로비스트들을 동원하여 입법권자들을 상대로 활발한 정치행위를 하고 있다. 각 참여자는 보호해야 할 그들 자신의 이해를 가지고 있다. 예를 들면, 의사는 수입과 자율성의 극대화를 추구한다. 의료서비스 조직의 경영자는 민간 및 공공보험으로부터의 진료비 상환을 극대화하려고 노력한다. 보험 회사는 의료보험시장의 점유율 확대에 진력한다. 대규모 고용주는 종업원을 위한 의료보험료를 극소화하고자 한다. 정부는 수혜집단에 대한 급여를 유지 또는 확대하면서 동시에 비용을 절감하려고 노력한다.

다양한 참여자의 분절된 이해관계는 의료체계 내에 대항세력을 만든다. 이러한 상충되는 세력의 존재가 갖는 긍정적 의의는 의료체계를 지배하는 단일 주체를 방지한다는 것이다. 미국 의료의 혁신, 투자, 새로운 지식 및 기술의 신속한 확산은 이에 힘입은 바가 크다. 또 다른 긍정적 의의는 각 참여자가 의료체계를 개혁하기 위한 정책 제안에 대해 큰 관심을 갖는

다는 것이다. 그러나 각 참여자가 자신의 이익을 보호하기 위해 분출하는 압력은 의료비 절감과 같은 체계 전반의 개혁을 성취하는 것을 매우 어렵게 만들고 있다. 이에 따라 미국에서의 의료개혁 노력은 대개 점증적이거나 부분적인 것에 그치고 있다.

6. 법적 위험

미국은 소송하기 좋아하는 사회(litigious society)이다. 위해에 대한 약간의 인지만 있어도 법정으로 끌고 가는 경향이 사회에 만연해 있다. 이에 따라 미국의 의료업은 과도한 의료사고 소송 위험에 직면하고 있다. 소송의 가능성에 대비하여 그들 자신을 보호하기 위하여 의료서비스 공급자들은 보통 방어 의료(defensive medicine)를 행한다. 그들은 추가적인 진단검사를 처방하거나 재방문 검사, 그리고 과도한 서류작업 등으로, 특히 이러한 행위가 수입을 늘려주는 경우에, 불필요하게 의료자원을 소모하게 된다. 추산에 의하면 1994년에서 98년의 5년 사이에 360억달러가 방어의료로 사용되었다고 할 정도이다(Rubin and Mendelson, 1998). 방어의료는 불필요하며, 따라서 낭비적이고 비효율적이므로 과도한 의료비 지출의 한 원인이 된다.

7. 고급 의료기술

미국은 새로운 의료기술의 연구와 혁신의 세계적인 진원지가 되어왔다. 과학기술의 성장으로 고가 진료에 대한 재원을 조달할 자원이 위축됨에도 불구하고 새로운 서비스에 대한 수요를 창출한다. 보험에 가입된 대중들은 보통 최신, 최고의 의료서비스를 원하기 마련이다. 최신의 고급의료는 곧 최고 양질의 의료와 동의어로 받아들여지기 때문이다. 의사 및 보건전문인력들은 최신의 기술과 장비를 사용하기를 원한다. 병원들은 최신 장비의 보유로 경쟁하며, 일단 자본 투자가 이루어지면 비용은 이용을 통하여 회수되기 마련이다. 의료 공급자와 건강플랜들은 법적 위험에 대비하여 새로운 기술을 도입하려고 한다. 이러한 여러 요인들이 값비싼 새 기술이 개발되기만 하면 사용되도록 촉진하고 있다.

이에 따라 미국은 다른 선진국과 비교하면 관상동맥수술, MRI, 신경수술, 말기신장질환치술, 암화학요법 등 고급 의료기술의 시술율이 높은 것으로 알려지고 있다(Schroeder, 1992). 이러한 의료기술의 발전은 미국 의료의 세계 최고수준의 질과 수월성을 갖는데 기여하였으며, 미국민의 삶의 질을 높이는데 공헌하고 있고, 의료기술 산업의 성장으로 경제에도

큰 기여를 하고 있다.

그러나 고가의 첨단의료는 한편으로 국민의료비의 과도한 지출 요인이 되고 있다. 의료기술 확산이 의료비 상승의 가장 큰 단일 요인이며(Drake et al., 1993), 전체 의료비 상승의 50% 이상을 차지할 정도로(Newhouse, 1992), 고가 의료기술이 의료비지출에 미치는 영향은 절대적이다(Littell and Strongin, 1996).

8. 새로운 서비스제공기관

미국에서는 다양한 형태의 서비스 제공기관이 속속 도입, 정착되어가고 있다. 전통적으로 개업의와 병원에 의해 제공되던 서비스가 의료서비스의 연속선에 따라 새로운 형태의 기관에 의해 대체되고 있는 것이다. 가정방문보건, 아급성 진료, 외래수술센터 등 새로운 형태의 의료기관은 대개 변화하는 경제적 유인에 대한 대응으로 도입되고 있으며, 이들 의료기관들이 연계되는 통합시스템의 구축이 활발해 지고 있다. 이들 새로운 서비스 제공기관들을 열거하면 <표 1>과 같다.

<표 1> 의료의 연속선에 따른 서비스제공기관

| 보건의료서비스의 유형 | 서비스 제공 형태 |
|-------------|---|
| 예방 의료 | 공중보건프로그램, 지역사회 프로그램 개인 라이프스타일 |
| 일차 의료 | 일반의 사무실 혹은 클리닉, 스스로 돌봄(self-care), 대체 의료 |
| 전문 의료 | 전문의 클리닉 |
| 만성 의료 | 일차 의료, 전문의 클리닉, 가정방문보건(Home health) 장기요양의료시설(Long-term care facilities) 스스로 돌봄, 대체 의료 |
| 장기 의료 | 장기요양의료시설, 가정방문보건 |
| 아급성 의료 | 병원, 장기요양의료시설내 전문 아급성 의료부서 가정방문보건, 외래수술센터(outpatient surgical) |
| 급성 의료 | 병원(Hospitals) |
| 재활 의료 | 병원, 장기요양의료시설내 재활 부서 가정방문보건, 외래재활센터 |
| 임종기 의료 | 다양한 시설에서 제공되는 호스피스(hospice) |

9. 질의 추구

미국은 세계 최고 수준의 의료수준을 자랑한다. 그러나 의료 결과의 향상에 대한 기대가 끊임없이 높아지면서 질 표준의 개발과 준수에 대한 압력이 지속적으로 증대되고 있다. 이에 따라 지속적 질 향상(Continuous Quality Improvement) 개념이 대중화되고 있으며, 의료서비스의 적절성 평가를 위한 제도를 시행하고 있다.

질 향상을 위한 조직으로는 동료심사기구(Peer Review Organization)와 전국질보장위원회(National Committee for Quality Assurance, NCQA), 보건의료와 질 연구소(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)가 있으며, 동료심사기구의 경우 미국 보건의료재정청과의 계약 하에 질 향상 사업, 지불오류방지 프로그램 및 사례심사와 의무기록전산화 등을 실시하고 있다.

질 향상 노력의 일환으로 임상진료지침(clinical practice guideline)이 개발되고 있는데, 이는 의사의 임상의사결정이 과학적 근거에 의해 이루어지도록 하는 프로토콜을 의미한다. 1990년대 중반까지 75개의 국립기관이 1,800여 종류를, 그리고 민간병원, MCO, 민간 연구자, 제약회사 등이 수천 종을 개발한 바 있다. 의회의 지도하에 AHCPR(Agency for Health Care Policy and Research)이 임상진료지침의 개발과 확산, 그리고 평가를 촉진하고 있다.

IV. 미국 의료체계의 성과와 과제

미국의 의료체계가 산출한 최대의 강점은 세계 최고 수준의 의료서비스에 있을 것이다. 이러한 수월성은 연방정부 주도의 재원조달을 통한 생의학 연구의 결과인 우월한 생의학 지식, 기술과 우수한 전문의를 양산할 수 있는 표준화된 양질의 대학원 의학 교육, 그리고 고가의 최신 의료기술을 수용할 수 있는 경제력에 기반한다.

두 번째로 다양한 참여자의 세력 균형이 빚은 확일적이지 않은 의료체제로 말미암아 의료 부문에 기술개발 혁신과 투자, 다양한 의료서비스의 제공, 만족도 높은 서비스의 제공 등으로 이어져 궁극적으로는 환자의 선택권과 소비자 주권을 보장하고 있다. 소비자 주권은 치료에 관한 핵심 의사결정에 환자를 참여시키고, 환자중심적 진료시스템을 구축하는 등의 노력으로 나타나고 있다.

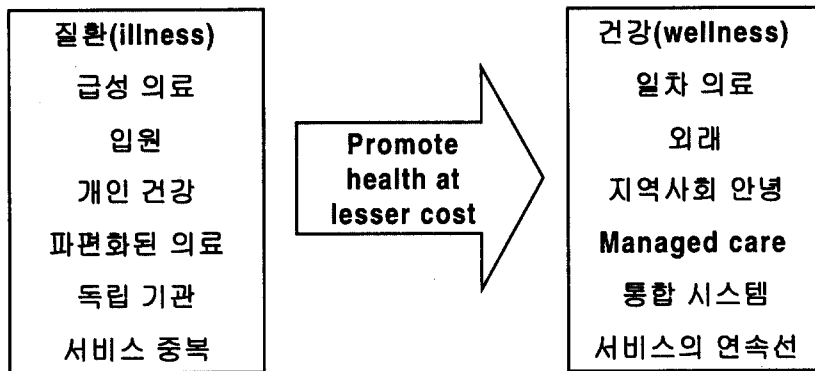
세 번째로는 민간 부문 주도의 의료체계가기는 하지만 비영리 민간병원과 기부의 전통으로 인하여 의료의 상업화로 인한 폐단이 상당 부분 완화되고 있다는 점이다. 자선그룹에 의해 설립되고 운영되는 비영리 민간병원(voluntary or community hospital)이 전체 급성 병상의 60%를 상회하고 있다. 이들 비영리 민간병원은 상대적으로 부유한 계층이 지불한 진료비로 취약계층을 무료로 진료하는 교차보조(cross-subsidization)를 통하여 미국 의료의 부분적 접근성을 완화시키고 있다. 정부는 이러한 비영리 민간병원에 재정적 지원을 하고 있으며, 시민사회는 병원에 대한 기부의 전통을 가지고 있다. 이 때문에 미국 의료체계 개혁에 대한 제안 중에서는 오히려 정부의 비중을 줄이고 자발적 활동(voluntary actions)의 역할을 더욱 강조하는 것도 제기되고 있다. 그러나 최근에 들어서는 급격한 비용 상승 압박으로 비영리 민간병원이 영리병원의 행태를 따르는 경향이 대두되고 있는 형편이다.

그럼에도 불구하고 미국 의료체계의 성과에 대한 전반적인 평가는 긍정적이지만은 않다. 세계에서 가장 의료비를 많이 지출하면서도 국민 건강수준은 썩 좋지 않다는 것이 부정적인 평가의 요지이다. 일인당 보건의료비 지출을 1997년 기준으로 구매력 등가(PPP)로 환산하였을 때 미국은 무려 \$4,095을 지출하여 다른 선진국의 2배 가량을 지출하였다(Berkman and Abuabara, 2001). GDP 대비 보건의료비 지출도 13.5%로 10%에 못 미치는 다른 선진국에 비해 훨씬 많다(National Center for Health Statistics, 1999)²⁾. 그럼에도 불구하고 기대 수명을 비교하면, 남성의 경우 72.7세로 OECD 국가 중 22위를, 여성의 경우 79.4세로 20위를 차지하고 있을 뿐이다(Berkman and Abuabara, 2001). 더구나 이러한 비교 순위는 1960년대 이래 더욱 나빠지고 있을 뿐이다(Anderson, 1997).

이러한 평가에 근거하여 전국민을 포괄하는 NHI를 도입하려는 시도가 수차례 있었으나, 국민 대중의 압도적 지지를 받지 못하여 실패하고, 다양한 의료체계의 참여자간의 견제와 균형에 의한 점증적인 개혁이 시도되고 있을 뿐이다. 이러한 현상은 결국 미국의 문화적 가치와 신념, 그리고 사회경제적 환경 특성이 현재의 미국 의료체계를 택하였고, 유지시켜 나간다는 것을 의미한다. 미국민의 의료에 관한 여론 조사 결과를 보면, 의료기관 및 의료서비스 이용에 관한 만족도가 비교적 높고, 의료비가 너무 적게 지출되고 있다는 의견이 훨씬 우세하며, 전국민의료보험의 도입이 필요하다는 의견이 압도적이지 않은 것으로 나타나는 것이 이를 반증한다(Blendon & Benson, 2001).

2) 국민의료비는 GDP 개념과 같이, 국내에서 소비한 의료비를 추계하므로 외국인이 미국에서 지출한 의료비도 모두 계산에 포함되며, 이 경우 현재의 국민의료비 추계는 실제 미국인이 소비한 국민의료비에 비해 과다 추계되었을 가능성이 크다는 점도 고려해야 한다.

그러나 미국 의료체계의 참여자들은 보다 적은 비용으로 미국민의 건강을 증진시키기 위한 근본적인 이행을 위해 꾸준하게 준비해 나가고 있다. 미국 의료체계의 향후 지향을 요약하면 <그림 3>과 같다. 우선 건강 개념부터 강조점이 달라지고 있는데, 종래 질환(illness)에 초점을 맞추는 데에서 탈피해 건강(wellness)에 중점이 두어지고 있다. 여전히 질환의 처치가 의료체계의 중요한 목표이기는 하지만 건강 증진을 위한 새로운 방법과 서비스기관이 모색되고 있는 것이다. 비용이 많이 드는 병원 위주의 입원, 급성 질환 관리에서 비용을 절감할 수 있는 일차 의료, 외래에 중점이 두어지고 있다. 보험, 지불자, 공급자의 기능을 통합한 관리의료의 성장은 의료서비스의 전달체계를 통합시켜 서비스의 연속선상을 따라 더욱 비용-효과적인 서비스를 제공하도록 하고 있다. 이러한 변화는 상호 연관되어 가속화되고 있으며, 향후 미국 의료체계의 성과를 좌우하는 중요한 역할을 하게 될 것이다.



자료 : Shi, L & Singh, DA, Delivering Health Care in America, An Aspen Pub., 2001

그림 3. 미국 의료체계의 추세와 지향

IV. 미국의 경험과 시사점

한국의 의료체계는 근대화 이후 미국 의료의 영향 아래 성장해 왔다. 그러나 전국민의료보험의 도입 이후 미국과는 사뭇 다른 길을 걷게 되었지만, 민간 부문 주도의 의료서비스 제공 체계를 갖고 있다는 점에서 아직도 미국 의료체계의 경험은 한국의 의료체계를 다듬어 나가

는데 유효한 시사점을 제공해 주고 있다.

미국 의료체계에서 우리가 취해야 할 가장 중요한 요소는 다양성의 추구와 소비자 주권 및 선택권의 신장에 있다고 생각된다. 물론 이들 가치의 추구가 미국 의료체계의 성과에 꼭 긍정적인 것만은 아니었으며, 의료비 상승이나 소외계층의 문제 등 그에 상응하는 대가를 치루고 있다는 것은 분명하게 인식해야 할 것이다. 그러나 우리는 정부 주도의 전국민건강보험(NHI)을 구축하고 발전시켜 나가는 과정에서, 자칫 잘못하면 획일화된 의료체계로 고착시켜 버릴 위험성을 갖고 있다.

국민들의 의료 욕구는 다양화되고 있으며, 이에 따라 선택권의 문제는 의료서비스의 질을 결정하는 중요한 요소가 되고 있다. 의료체계가 개인의 선택권을 과도하게 제약하게 될 경우 국민들이 느끼는 의료서비스의 질은 떨어지게 될 수밖에 없을 것이며, 특히 민간 공급자들의 자율성과 창의성, 그리고 여기에서 창조되는 다양한 가치들을 포용할 수 없게 되는 경우 우리의 의료체계는 만족스럽지 못한 결과를 빚을 것은 자명하다.

다양화되고 있는 국민들의 의료 욕구를 충족시키기 위해서는 우선 다양한 재원조달 기전을 마련하는 것이 필요하다. 건강보험은 이미 심각한 재정 압박을 받고 있으며, 양질의 급여를 제공하기에 충분한 재원을 확보하는데 한계를 보이고 있다. 조세를 통한 재원조달 방안이 확충될 필요가 있으며, 민간의료보험의 활성화도 적극적으로 강구할 필요가 있다.

다음으로는 더욱 다양한 서비스를 제공할 수 있는 새로운 의료서비스 제공기관의 도입이 모색되어야 한다. 병원 위주의 의료공급자 조직으로 국민의 다양한 의료서비스 욕구를 효율적이고 효과적으로 해결하는 것은 이제 한계에 다다르고 있으므로, 의료의 연속선을 따라 다양한 새로운 서비스 제공기관들이 개발되어야 할 것이다. 한편으로는 이들 다양한 서비스 제공기관들이 통합되어 비용-효과적인 통합 서비스(integrated care)를 제공할 수 있는 토양이 제공되어야 할 것이다. 이를 위해서는 법적, 제도적 뒷받침이 시급하게 이루어져야 할 것이며, 한편으로 미국의 관리의료조직(managed care organization)과 유사한 형태로 의료서비스 제공자가 민간보험을 통합 운영할 수 있도록 하는 등의 의미있는 제도적 실험도 시도되어야 할 것으로 본다.

또한 정부는 규제 일변도의 정책에서 벗어나 의료연구 및 교육, 그리고 민간 병원에 대한 지원에 있어 주도적 역할을 강화해 나가야 할 것이다. 미국의 예를 보면, 의료연구 및 교육의 성과와 수월성을 보장하는데 있어 정부의 장기적이고 대대적인 투자가 얼마나 결정적인 역할을 하는지 가늠할 수 있다. 그리고 민간 비영리병원에 대한 기부 및 사회적 지원, 그리고 정부의 보조를 통하여 의료의 공공성을 유지하는 예를 타산지석으로 삼아야 한다. 우리

사회의 경우 기부의 전통이 그리 크지 않으므로, 세제 혜택 등 적절한 유인을 제공하고, 사회 분위기를 환기하려는 노력이 지속적으로 경주되어야 할 것이다.

민간 공급자에게 공공성을 강조하기 위해서는 정부의 재정적 지원이 필수적으로 요구된다. 재정적 지원 없이 공공성을 강조하는 것은 실효성이 없으며, 민간 공급자의 반발을 부를 뿐이다. 이러한 정부의 역할 변화는 의료의 공공성을 강화하기 위한 실효성 있는 대안이거니와 의료개방에 대비한 의료서비스 산업의 전략적 육성을 위해서도 필수적이라고 할 것이다.

의료의 질을 보장하기 위한 방안과 제도의 구축에도 힘을 쏟아야 한다. 그동안 의료의 양적인 확충을 위해 노력한 결과 충분한 양적 성장을 이룬 만큼, 질의 향상과 표준화에 정책적 관심을 돌려야 할 때이다.

이제 우리는 의료 부문에 있어서도 선진국으로의 도약을 눈앞에 두고 있다. 다양한 국민의 의료욕구를 효과적으로 충족시키고, 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 의료체계를 건설해 나가기 위한 중장기적인 비전과 노력이 절실한 때이다. 이러한 시점에서 미국의료의 명암을 되짚어 보는 일은 의미 있는 작업이 될 것이다.

참 고 문 헌

- Altman SH and Reinhardt UE(1996). Introduction: Where does health care reform go from here? An uncharted odyssey, In *Strategic choices for a changing health care system*, eds. Altman SH and Reinhardt UE, xxi-xxxii, Health Administration Press
- Altman SH and Wallack SS(1996). Health care spending: Can the United States control it? In *Strategic choices for a changing health care system*, eds. Altman SH and Reinhardt UE, 1-32, Health Administration Press.
- Andersen R et al.(1996). Introduction and overview. In *Changing the US health care system: Key issues in health services, policy, and management*, eds. Andersen R et al., 1-12, Jossey-Bass Publishers.
- Berkman LF and Abuabara K(2001). From Understanding Health Risks to Improving Population Health: An International Perspective on the Role of Public Health, *Improving Health Systems Performance in OECD Countries*, OECD Health Conference on Performance Measurement and Reporting

- Blendon RJ and Benson JM(2001). American's Views on Health Policy: A Fifty-Year Historical Perspective, *Health Affairs*, March/April 2001, 20:2, 33-47
- Drake D et al.(1993). *Hard Choices: Health care at what cost?* Andrews and McMeel
- Giardina CW, Fottler MD, Shewchuk RM and Hill DB(1990). The Case for Hospital Diversification into Long-term Care. *Health Care management Review* 15(1):71-82
- Ginzberg E(1994). *The Road to Reform- The Future of Health Care in America*, The Free Press
- Ginzberg E(1999). U.S, health care: A look ahead to 2025. *Annual Review of Public Health* 20: 55-66.
- Hellander I et al.(1994). Health care paper chase, 1993: The cost to the nation, the states, and the District of Columbia, *International Journal of Health Services* 24, no.1: 1-9
- Institute of Medicine(1996). *2020 Vision: Health in the 21st century*. National Academy Press.
- Le Grand J(1999). Competition, cooperation, or constrol? Tales from the British National Health Service. *Health Affairs* 19, no.3: 27-39
- Littell CL and Strongin RJ(1996). The Truth about technology and health care costs, *IEEE Technology and Society Magazine* 15: no.3: 10-14
- National Center for Health Statistics(1999). *Health, United States, 1999*, Department of Health and Human Services
- Newhouse JP(1992). Medical care cost: How much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives* 6, no.3: 3-21
- Reinhardt UE(1994). Providing access to health care and controlling costs: The universal dilemma, In *The nation's health*. 4th ed., eds. Lee PR and Estes CL, 263-278. Jones & Bartlett Publishers.
- Roemer(1993). *National Health Systems of the World*, Oxford University Press.
- Rubin RJ and Mendelson D(1993). *Estimating the costs of defensive medicine*, Lewin-VHI.
- Shi, L & Singh, DA(2001). *Delivering Health Care in America*, An Aspen Pub.
- Shortell SM et al.(1996). *Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Wolinsky FD(1988). *The Sociology of Health: Principles, Practitioners, and Issues*, 2nd ed. Wadsworth Publishing Company