

# 의료보장 체계에서의 공공 부분의 역할 비교연구 -사회적 위험 상황 속의 미국과 한국의 비교-

김종휘\*, 박현승\*\*

성산호대학원대학교 사회복지학과\*, 서울디지털대학교 사회복지학과 교수\*\*

## Comparative study on the role of the public sector in the health care system -Comparison of the United States and Korea in social risk situations-

Kim Jong Hwi\*, Hyun-Seung Park\*\*

Department of Social Welfare Sungsan Hyo University\*

Professor at Seoul Digital University\*\*

**요약** 본 연구는 코로나19 바이러스라는 사회적 위험 상황 속에서 미국과 한국의 의료보장 체계 공공 부분의 역할을 비교하고 대처 방안에 관하여 연구하고자 한다. 코로나19 팬데믹은 단기간 내 국경을 초월하여 전 세계로 확산되었고, 2020년 한 해 동안 연간 사망자 수를 약 4% 증가시켜 심각한 사회복지 손실을 유발한 전형적인 '재난' 사례였다. 사회 질서 변화, 중식 예측 불가, 일상 통제 장기화, 불평등 심화 등 건강안보의 위협은 경제, 정치, 환경 등 전반에 영향을 미쳤고, 정신적·육체적 스트레스로 불안과 혼란을 경험해야 했다. 나아가 선진국들은 세계적 재난 앞에서 저소득국가들의 어려움에 도움을 제공하지 못하였다. 이러한 상황에서는 위해를 최소화하고 회복성을 확보하는 국가의 재난관리 역량, 특히 보건 의료분야의 재난 대응 역량이 매우 중요할 수밖에 없다. 따라서 본 연구에서는 국민의 생명권을 보장하기 위한 제도인 건강보험제도가 자유주의적 의료보장 국가인 미국과 어떻게 차이가 있는지 비교해 보고 공공 부분의 역할 강화의 필요성에 대해 제기하고자 한다.

**주제어** 의료보장, 사회적 위험, 의료보험, 코로나19, 공공 부분 역할

**Abstract** This study aims to compare the role of the public sector in the U.S. and Korean medical security systems and study response measures in the social risk situation of the COVID-19 virus. The COVID-19 pandemic was a typical case of a 'disaster' that spread across the world across borders in a short period of time and caused serious social welfare losses by increasing the annual number of deaths by approximately 4% in 2020. Threats to health security, such as changes in social order, unpredictable endings, prolonged control of daily life, and deepening inequality, affected the economy, politics, and environment as a whole, and people had to experience anxiety and confusion due to mental and physical stress. Furthermore, developed countries failed to provide help to low-income countries in the face of global disasters. In this situation, the country's disaster management capacity to minimize harm and secure resilience, especially disaster response capacity in the health and medical field, is inevitably very important. Therefore, this study compares how the health insurance system, which is a system to guarantee citizens' right to life, differs from the United States, a liberal health care country, and raises the need to strengthen the role of the public sector.

**Key Words** health coverage, social risk, health insurance, COVID-19, public sector role

Received 01 Apr 2024, Revised 20 Apr 2024

Accepted 25 Apr 2024

Corresponding Author: Hyun-Seung Park  
(Seoul Digital University)

Email: geumbat1004@daum.net

ISSN: 2466-1139(Print)

ISSN: 2714-013X(Online)

© Industrial Promotion Institute. All rights reserved. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## 1. 서론

감염병의 대유행은 새로운 현상이라고 할 수 없으며, 역사적으로 14세기 흑사병(1억 명 사망 추정), 20세기 스페인독감(5,000만 명 사망) 등 많은 감염병 유행이 있었다(신영진, 2020)[1]. 그러나 사스, 신종플루 바이러스, 에볼라 바이러스, 중동호흡기증후군 등 대규모 감염병 유행은 오래전 대유행과 조금 다른 특징을 가지고 있다. 첫째, 인간이 초래한 생태계 파괴 등이 주요 원인이 되고 있다는 것이며, 둘째, 국경을 초월한 전 세계적 확산은 감염병의 전파 속도가 빨라졌고, 이로 인한 위험의 크기가 매우 커졌다는 것이다. 따라서 많은 전문가는 감염병 유행이 일개 국가를 넘어 전 인류 생존에 결정적인 영향을 미치는 중요한 재앙이 될 것으로 보고 있다(신영진, 2020)[1].

전 세계는 코로나19 바이러스로 인해 생존에 위협을 받았다. 전 세계적으로 7억 명에 가까운 확진자와 690만 명에 달하는 사망자가 발생했다. 또한, 코로나19의 대유행은 건강보험제도에 관한 몇 가지 취약점들이 있음을 드러냈다. 첫째, 미국, 스페인, 영국 등의 감염병 확산 상황에서 대유행에 대응할 수 있는 능력은 경제력, 정치의 발달 순이 아니라는 사실이다. 나아가 강대국들은 전 세계적인 재난 앞에서 저소득 국가들의 어려움과 문제점을 외면했다. 둘째, 지난 십여 년 동안 공공병원들을 민영화해 했던 스페인, 이탈리아와 같은 나라일수록 더욱 혹독한 대가를 치렀다는 것이다. 영리 목적 탈규제와 작은 정부를 외치며 공공병원을 없애고 관련 예산을 깎던 이들의 주장은 이런 인류적 재난 시기에 피해를 키우는 역할을 했고, 더 나아가 실효적인 대책도 내놓지 못했다(신영진, 2020)[1]. 셋째, 대구처럼 첨단 의료도시를 표방하는 곳도 한순간에 방역 취약지역이 될 수 있다는 것을 확인하였다.

또한, 사회적 위험 속에 대처와 상황은 국가마다 달랐다. 이는 코로나19 확진자 대비 사망자 수에서 실태를 보여주고 있다. 2023년 9월 기준으로 코로나19 확진자 수 대비 사망자 수를 한국, 미국, 영국을 비교해 보면 한국의 확진자 수는 34,436,586명/사망자 수 35,812명, 미국은 확진자 수 108,105,276명/사망자 수 1,173,745명이고, 영국은 확진자 수 24,671,491명/사망자 수 228,707명으로 국가마다 확진자 및 사망자

수의 큰 차이가 나타난다. 이에, 국민의 생명권을 보장하기 위한 제도인 건강보험제도가 국가마다 어떻게 차이가 있는지 비교해 보고 공공 부분의 역할 강화의 필요성에 대해 제기하고자 한다.

## 2. 의료보장 체계

의료보장 체계에는 자유주의적 의료보장(미국), 사회보험형 의료보장(한국), 사회보장형 의료보장(영국, 이탈리아)이 있으며 미국은 자유주의적 체계라고 할 수 있다. 자유주의적 의료체계는 의료자원이 비효율적이며 보건의료 전달이 질서 정연하게 이루어지지 못하고, 행정적으로 복잡한 구조와 개인이 건강에 문제가 발생했을 때 의료비 부담은 본인이 책임지는 방식이다.

사회보험형 의료보장 체계는 한국이 해당한다. 의료비를 정부 기관이 아닌 보험자가 보험료 재정을 마련하여 의료를 보장하는 방식으로 강제성이 있으며, 피보험자와 사용자가 보험료를 부담하고 재정의 일부만 정부가 부담하는 방식이다. 사회보험형 의료보장제도의 장점은 양질의 의료서비스를 제공할 수 있으며 강제성을 띠고 있기에 모든 국민이 보험을 적용받고 있어 국민건강 보건 서비스를 받고 있다. 그러나 소득 유형이 서로 다른 구성원에 대한 단일보험료 부과 기준을 적용해야 하는 어려움을 갖고 있으며, 의료비용 증가에 관한 취약한 억제 기능이 단점으로 지목된다.

### 2.1 건강보험과 민영보험의 비교

건강보험은 강제적이며, 소득수준에 따라 보험료를 부과하고, 최저소득을 보호하는 원칙에 따라, 관련 근거 법령으로 건강보험이 운영되고, 정부가 주체가 되어 운영된다. 다만, 비용에 예측이 어렵고, 지역 가입, 직장 가입으로 구분하여 재정을 가입자에게 부과하는 방식으로 운영된다.

민영보험은 자발적이며 보험료 기여금의 부과 기준이 위험 정도에 따라 급여 수준이 결정되고, 더 많은 보고가 가능하며, 개인이 보험료를 조절할 수 있는 장점이 있다. 다만, 급여의 방식은 개인과 민영보험사 간의 계약으로 이루어지고 비용 예측이 비교적 쉬운 편에 속하며 민간보험사는 개인이 내는 보험료로 운영된다.

〈표 1〉은 건강보험과 민영보험의 차이를 비교한 것이다.

〈표 1〉 건강보험과 민영보험의 차이

구분	건강보험	민영보험
가입	강제적	자발적
보험료 기여금 부과 기준	소득수준	위험정보 급여 수준
보호의 양	최저소득 보호	더 많은 보호 가능
강조	사회적 적절성 (복지요소에 초점)	개인적 적절성 (보험요소에 초점)
급여	근거법	계약
운영형태	정부 독점	경쟁
비용 예측	어려움	비교적 쉬움
완전한 재정준비	필요하지 않음	필요함

출처: 유재신 외(2019), 사회복지법제론 [15]

## 2.2 자유주의적 의료보장: 미국

미국은 20세기 초반 공공복지에 대한 정부의 책임성이 담론으로 등장하고 개혁주의자의 활동이 본격화된 때로, 의료보험정책에 대한 논의가 활발하게 이루어지기 시작했다.

2010년 오바마케어의 통과되기까지 70년간 미국의 사적 의료보험제도는 그 아성을 지켜왔다. 오바마케어 시행 이전 미국의 보건의료 제도는 크게 네 그룹의 시스템으로 분류된다. 첫째, 사적 의료보험을 통해 의료 혜택을 받는 시스템으로 주로 안정된 경제적 기반을 가진 중산층 이상이 여기에 속한다. 둘째, 주 정부 또는 연방정부가 의료비의 일정 부분 또는 상당 부분을 감당하는 시스템으로 경제적 기반이 취약한 계층이나 은퇴한 노년층이 여기에 속한다. 셋째, 현직 군인과 그 직계가족을 대상으로 하는 시스템이다. 넷째, 퇴역 군인을 대상으로 하는 시스템이다. 이 중 셋째와 넷째 시스템은 1950년대 이후 체계적으로 공고하게 발전해 왔는데 군과 군인에 대한 사회적 존경과 애정을 유독 강조하는 미국 문화의 영향으로 볼 수 있으며, 1950년도 정치 사회적 논란의 중심에 선 것은 첫째와 둘째 시스템이다(김태근, 2017)[2].

### 2.2.1 미국 의료제도의 일반적 특성

미국의 의료제도의 특징은 세 가지를 들 수 있다. 첫째, 의료 부분의 양적 그리고 질적 부분에 있어서 타국을 압도하고 있다. 최첨단 의료시설과 장비, 서비스 수준을 자랑하고 있으며, 의료비의 총지출과 투자에 있어서 타국을 압도하고 있다. 미국의 의료체제는 한국의 의료서비스 종사자들에게 모든 면에서 의료경험과 기술을 도입하고자 희망하는 모델이다(김경희, 2007) [3]. 둘째, 시장 지향적 의료제도가 형성·성장하였다. 미국의 민간의료기관과 민간건강보험은 의료체계의 중요한 역할을 담당하고 있으며, 정부 차원의 공공 부분의 역할은 상대적으로 취약성을 면치 못하고 있다. 셋째, 미국의 의료체계의 특성은 긍정의 대상이기보다 부정 혹은 극복의 대상으로 지목되고 있다. 미국의 진보적인 의사 렐만(Relman, 2008)[4]은 “미국 보건의료는 엄청나게 비싸며 그 비용이 지속 불가능할 속도로 증가하고 있다. 더구나 의료서비스를 가장 필요로 하는 사람 가운데 많은 사람이 이를 이용할 수 없으며, 비효율적이고 질의 편차 역시 매우 크다”라고 그들의 의료체계가 가진 한계를 고백하고 있다. 이에 의료 혜택의 사각지대에 놓여 있는 계층은 의료서비스에 대한 접근이 어려움을 겪는 의료서비스의 양극화 문제가 심각하게 발생하고 있다(김태현, 2014)[5]. 미국은 2014년 무보험자가 전 국민의 10.4%에 달하며, 약 3,300만에 이르고 있다. 2010년 3월 오바마 행정부의 의료 개혁 입법인 ‘환자 보호 및 적정 의료법-ACA’의 통과, 그리고 일련의 위헌논쟁을 거쳐 2012년 미연방대법원에서의 합법 판결로 새로운 전기를 마련하였다. ACA의 주요 핵심은 건강보험의 강제가입과 미가입 시 이에 상응하는 부담금의 부과, 메디케이드의 가입 확대, 저렴한 건강보험 상품과 보조금 지원 그리고 ‘건강보험거래소’의 운영 등을 들 수 있다(김성수, 2011; 이우영, 2014; 조현구, 2014)[6-8].

### 2.2.2 미국의 의료비와 의료서비스 부담

미국의 의료비 지출은 양적인 규모가 높음에도 국민에 대한 전반적인 의료서비스는 상대적으로 낮은 것으로 평가된다. 미국 의료의 질과 관련된 연구 결과에 의하면 첫째, 전체 환자의 절반 정도만이 적절한 의료

서비스를 제공받고 있으며, 환자들이 가입한 건강보험 형태가 의료서비스의 질적 측면에 영향을 미치지 않고 있다. 둘째, IOM(Institut of Medicine)의 보고서에 의하면 약 400~500만 명의 환자들이 매년 의료과실로 피해를 보고 있으며 이러한 결과로 44,000~98,000명이 사망에 이르고 있다(박은철 외, 2014)[9]. 셋째, 전자의무기록이 아닌 수기 처방전에 의한 잘못된 약분량 등의 사고가 발생하고 있다(정영호, 2008)[10].

〈표 2〉 GDP 대비 경상의료비 비율(2019) (단위: %)

	독일	일본	한국	미국	OECD 평균
GDP 대비 경상의료비	11.7	11.0	8.2	16.8	8.8

이와 같은 결과는 국제적으로 한 국가의 의료수준을 나타내는 지표로 확인되는 영아 사망률, 기대수명에서 수치를 확인해 주고 있다. 이 중 단적인 예로 〈표 3〉 영아 사망률은 의료보장 체계 유형의 대표적인 국가별로 구분한 자료에서도 확인된다.

〈표 3〉 국가별 영아사망률

구분	미국 (자유주의형)	한국 (사회보험형)	영국 (사회보장형)
영아 사망률	5.8	2.1	3.8

출처: 통계청 국제 통계 2020년 자료 중에서 [16]

이외에도 미국의 서비스 부담 방식은 건강보험가입자의 가입 유형 혹은 의료서비스의 형태에 따라 다양하

게 이루어지고 있다(구인회 외, 2018)[11]. 〈표 4〉는 의료서비스 진료비 지불제도에 관해 설명한다.

미국에서 가장 흔히 사용되는 지불 방식은 행위별 수가제, 인두제, 포괄 수가제를 들 수 있다(김창엽, 2006)[12]. 미국의 의학 기술의 발달과 고급 의료서비스의 제공 등에 있어서 긍정적인 수 있으나, 의료비용의 증가와 과잉 진료 등을 가져올 수 있는 한계점을 지닌다. 현재 메디케어, 메디케이드 그리고 민간건강보험 등의 병원 입원환자에 대한 지불 체계로 활용되는 진단명 기준 질병군 방식이 대표적이다. 이 방식은 효율적인 의료서비스의 제공하고 의료비용 억제 등의 장점이 있으나, 특정 환자를 기피하거나 의료서비스의 질 저하 가능성과 같은 단점을 포함한다.

### 2.2.3 미국 의료보장제도의 평가

미국의 의료제도는 시장적 가치가 핵심을 이루는 제 1의 경제 강국이며, 연방국이라는 특성은 미국 의료제도를 토대를 이루고 있다. 건강보장제도의 특징은 크게 세 가지로 지적할 수 있다.

첫째, 의료제도의 다양성이 높다는 점이다. 의료기관 유형과 의료 인력의 양상과 기능 분화 등에 다양한 제도가 혼재되어 있다. 주 정부를 중심으로 민간 의료부분의 자율적 성장으로 인해 국가적 통일성보다는 개별적 성격이 강하다는 것이다.

둘째, 의료비용의 지출이 높다. 총의료비의 양적 규모뿐만 아니라 GDP에서 의료비용이 차지하는 비중 그리고 1인당 의료비 지출이 다른 주요 선진국들에 비해 압도적으로 높은 것으로 확인되고 있다. 이와 같은 추세는 ACA 시행으로 인해 의료접근성이 강화되면서

〈표 4〉 의료서비스 진료비 지불제도

	메디케어	메디케이드/집	민간보험	보험가입자	무보험자
입원 서비스	포괄수가제	포괄수가제, 일당제, 비용변제	행위별 수가제, 일당제	정액요금제, 정률요금제	본인 부담
의사 서비스	행위별 수가제	행위별 수가제, 인두제	행위별 수가제, 인두제, 봉급제	정액요금제, 정률요금제	본인 부담
처방약	보험료 보조금제	할인 도매 가격제	처방목록 요금제	정액요금제, 정률요금제	본인 부담
장기요양보험과 홈헬스	한정 사전 지불제	사전 지불제, 비용변제	한정 일당제	본인 부담	본인 부담

출처: 미국의사회보장제도(2018) [17]

더욱 증가할 것이 예상된다.

셋째, 의료서비스 수준이 낮다. 의료서비스에 대한 접근성과 질적 측면에서 상대적으로 낮게 평가된다. 국가 간 의료서비스의 수준을 평가하는 영아 사망률과 기대수명 등의 지표들이 OECD 회원국들에 비해 낮게 평가되고 있는 것은 높은 의료비에 비해 비추어 볼 때 의료의 효율성이 떨어진다고 비판될 수 있다.

미국의 의료제도는 의료비용의 문제와 다양성의 추구와의 문제를 어떻게 양립하게 할 것인가의 의료제도 발전 모색과 변화에 중요한 시사점을 준다. 특히 오바마 행정부의 의료 개혁으로 전 국민 의료보장 체계는 미국 의료제도의 커다란 변화를 가져오고 무보험자료를 대표하는 의료사각지대가 축소되면서 영아 사망률, 기대수명 등과 같은 의료서비스 수준 지표들이 어떻게 변화하는지 의료수요의 증가에 따른 의료비용 등의 문제를 어떻게 해결할 것인지 주목할 필요가 있다(구인회 외, 2018)[11].

### 2.3 사회보험적 의료보장: 한국

한국의 의료보장제도는 의료보장과 공적 지원사업, 민간 지원사업으로 구분되어 사회보험의 기여금으로 운영되고 국가의 개입을 통해 전 국민에게 의료서비스를 제공하고 있다. 이러한 건강 보험제도는 매우 우수한 제도로 평가되고 있다. 비용, 접근성, 품질 측면에서 다른 나라와 비교해 볼 때 한정된 의료 공급자원을 적절하게 사용하여 의료수요에 대응하고 있기 때문이다. 그러나 100% 완벽한 제도는 없기에 좀 더 나은 선택은 모색할 필요가 있다.

공급 측면에서 사회주의적 모델을 일부 도입하여 사회 국가적 모델을 취하며, 사회보험 기여금 형태로 재정을 확충하고 있다. 현재 공급 측면에서 사회주의적 모델을 전면적으로 도입하는 것을 목표로 하고 있다. 즉, 의료서비스 가격을 책정하면서 보험적용이 되는 급여와 보험적용이 되지 않는 비급여로 나누어지는데 국민에게 부담되는 비급여를 완전히 국가의 통제 속에 두고자 하는 것이다.

의료비는 건강보험공단이 보장하는 의료비, 본인이 부담하는 법정 본인 부담의 의료비, 건강보험 비급여 등 크게 세 가지로 나눌 수 있다. 이 중 건강보험 비급

여는 건강보험 급여 대상에서 빠지는데 상급 병실료 차액, 선택진료비, 자기공명영상(MRI) 촬영비, 식대, 초음파 비용 등이 여기에 해당한다. 비급여 의료비의 문제점은 통제할 수 없다는 점이다. 국민건강보험공단이 부담하는 급여 부분은 정부가 의료기준과 급여 가격을 통해 통제와 관리를 할 수 있지만, 비급여 의료비는 의료기관의 자율적 영역이기에 관리, 통제가 어려운 것이 현실이다. 또한, 비급여는 의료기술의 발전으로 인해 해마다 증가하고 있으며, 국민 의료비 부담을 줄이려고 정부가 건강보험 보장성 강화 정책의 효과를 반감시키는 결과가 초래되어 정부는 이 부분을 통제하려고 하고 있다(주지홍, 2020)[11].

한국은 의료보험 100%를 보험으로 해결하려는 것이 아니라 법정 자기 부담금이 있고 비급여가 일정 부분 있어서 도덕적 해이를 방지하고 있다. 그러나 개인 실손보험을 통해 비급여가 지원되는 경우, 과잉 진료가 행해질 위험이 있으며, 이를 해결하기 위해서는 비급여 중 치료가 인정되는 항목을 급여로 편입시킨 뒤 자기 부담금을 80% 내외로 설정한 다음 이를 개인 실손보험에서 보장하면 공적 관리가 가능해질 것이다(주지홍, 2020)[11].

## 3. 의료보장 체계에 따른 차이점

### 3.1 의료비 부담의 비용 차이

의료비의 비용 측면에서 볼 때 보험급여는 건강보험 제도에서 건강보장을 실현하는 것으로 건강보험의 적용 대상 항목을 의미한다. 국민건강보험법 제41조는 보험급여에서 제외되는 사항을 비급여로 규정하고 있다. 문재인 정부의 2017년 건강보험 보장성 강화 확대 방안의 핵심 내용은 모든 의학적 비급여를 건강보험에 편입하는 데 있다. 사회보험제도로 운영하는 한국의 건강보험 제도는 재원 대부분이 가입자의 납부 보험료이다. 그 재원을 사용함에서도 건강보험 관련 법령에서 규정하고 있는 급여의 원칙 중 비용-효과성이 명확한 항목을 우선하여 급여화해야 한다(주지홍, 2020) [11].

### 3.2 접근성의 차이

접근성이란 환자가 필요로 하는 의료서비스에 얼마나 쉽게 접근할 수 있는지의 문제이다. 한국의 경우 외국과 비교하면 접근성이 매우 우수하다. 우수한 접근성 측면에는 세 가지이다.

첫째, 한국은 강제 지정제도를 채택하여 의료기관 임의로 급여기관의 지위에서 벗어날 수 없다. 미국의 경우 자신이 가입한 의료보험에 따라 방문할 수 있는 의료기관이 제한되어 있어서 접근성이 매우 떨어진다. 이는 자신이 가입한 의료보험으로 비용 지불이 어려운 의료기관에 방문하여 치료받을 수 있지만, 이 경우 엄청난 비용을 지급해야 하므로 실질적 접근성이 매우 떨어진다. 그러나 한국은 어떤 의료기관을 방문해도 건강보험을 적용받기 때문에 접근성이 매우 우수하다.

둘째, 전 국민에게 국민의료보험제도를 취하고 있고, IT 기술의 발달로 인해 주민등록번호만 제공하면 손쉽게 의료보험 대상자임을 확인할 수 있다. 의료기관에 방문할 때 과거와 같이 건강보험 카드를 소지하지 않아도 된다.

셋째, 건강 보험법은 현물급여를 원칙으로 한다. 진료 시 소액의 자기 부담금만 지급하면 되고 전체 진료 비용에 대한 지급 부담이 없어서 접근성이 좋다.

### 3.3 의료서비스 품질의 차이

의료서비스의 접근성과 비용을 낮춘다고 하더라도 서비스 품질 저하는 성공적인 의료서비스 제공이라 할 수 없다. 그러나 한국은 의원과 병원, 상급병원으로 나누어 3차 의료 전달체계를 구축하고 있고 병의 경중에 따라 적합한 의료서비스가 이루어지도록 하고 있다. 그리고 상급병원으로 갈수록 비급여비용이 많이 들어서 환자들이 수준에 맞는 의료기관을 택하는데 간접적인 통제 임무를 수행하고 있다(신진경, 2007)[14]. 그런데, 3대 비급여를 해소하면 환자들은 같은 비용으로 더 나은 의료서비스를 받고 싶은 욕구가 생기고 대형 병원으로의 쏠림 현상이 발생하게 된다. 그러면 1, 2차 의료기관은 환자의 감소로 인한 경영상 재정위험에 직면하게 되고 의료서비스 전달체계는 붕괴하는 결과를 초래하여 의료서비스의 질적인 하락을 초래한다. 또한, 만성질환자도 상급병원에 몰리게 되어 정작 중증

환자들이 제때 치료를 못 받게 되어 의료서비스 품질이 저하될 수 있는 결과를 초래할 수 있다(신진경, 2007)[14].

## 4. 결론 및 제언

본 연구를 통해 코로나19 상황에서 한국과 미국의 사망률, 진단검사 등 다양한 측면의 차이점이 있음을 확인하였다.

첫째, 대응 방향에서의 차이가 있다. 한국은 메르스 사태를 겪고 정부 산하에 질병관리본부를 두고 부처별 협조가 되었다는 점이다. IT산업이 발달한 한국은 위치추적을 통해 코로나19 감염자의 위치를 파악하여 CCTV, 카드 기록 등 역추적으로 감염경로를 정확하게 확인하고 이를 국민에게 투명하게 알렸다는 점이다. 또한, 언론을 통해 수시로 보도되고, 위험에 대한 안내를 지속해서 한 부분과 다양한 부처의 협조로 국가 주도하게 신속하게 대처한 차이점이 있다.

둘째, 검진, 격리, 분산, 사회적 예방 대책 등 다방면의 분산하여 대책을 세우고 드라이브스루의 검사제도 하고 빠른 검사가 진행되었으며, 코로나19 발생 즉시 진단 키트 개발에 투입되고 공공의료 서비스와 민간 의료서비스가 합동하여 대응하였다.

셋째, 국가 전 행정 능력에 집중하여 코로나19 확진자의 경로에 해당하는 군집을 전체 진단검사를 받게 하고 검사를 거부하면 처벌받게 하는 등의 신속한 대응을 하였다. 반면, 미국은 역학 조사에서 시간을 소진하여 적절한 시기를 놓쳤고, 민간병원의 즉각적인 동참이나 예방책이 전혀 없었다는 점이다. 또한, 의료기관 방역 대책만을 요구하고 사회적 방역에는 집중하지 못하였다.

한국은 전 국민에게 방역 수칙을 알리고 각 부처 복지부, 교육부 등 지역사회 감염을 예방하기 위해 행동 지침이 내려와 그 수칙을 지킬 수 있도록 안내하였으며 지역사회 안에서도 마스크 쓰기, 사회적 거리두기, 손 소독하기, 외출 자제하기 등 다양한 사회적 지침을 언론 및 국가재난 안전본부로부터 전 국민에게 안내 문자를 발송하여 국민에게 투명한 공개와 예방이 있었다. 또한, 의료진의 헌신에 있다. 코로나19 발생 시부터 국가 및 민간 영역의 의료진은 밤낮을 가리지 않고 진단 검사, 치료, 환자 보호 등을 장시간에 걸친 근무 시간을

헌신하고 국가에서 운영하는 의료기관, 민간의료기관이 협력하여 적극적인 대처를 했기 때문이다. 위기 속에서 국가의 적극적 개입은 사회적 질병을 예방할 수 있다. 이에 예방적 차원의 방법으로 국가 주도의 전 국민 의료보장제도는 국민이 의료서비스를 원활하게 이용할 수 있도록 의료비용 최소화, 서비스 이용의 접근성 최적화, 취약한 의료자원의 국가 지원이 필요하다.

한국은 의료보장제도가 사회주의제도와 자본주의가 결합한 구조로 볼 수 있다. 사회보험의 기여금 형태로 운영하는 전 국민건강보험제도가 의료서비스를 보편화시켰기에 전 국민이 1, 2차 의료기관인 병·의원을 쉽게 이용할 수 있고 본인이 내는 의료비용 부담이 낮기에 가능한 일이다.

그러나 급증하는 노인 인구로 인해 의료보장제도를 지탱하는 공적 자본은 한계를 맞이하고 있다. 따라서 급증하는 노인 의료비 지출을 충족하기 위해서 지출을 넘어서는 사회자본이 필요하다 할 것인데, 주된 수입원인 공적 의료보험료는 소득을 중심으로 부과된다는 점에서 향후 경제적 활동이 가능한 인구의 감소가 예상되기에 재원이 충분하지 않다. 또한, 보험료 인상을 의존하는 경우 노동 보험료 인상은 정치적 수용성이 낮은 한계점이 있다. 이러한 배경을 바탕으로 보험료 수입 외의 새로운 수입원을 통한 안정적인 재원 확충 방안에 관한 논의가 필요할 것이다.

## 참고문헌

[1] 신영전(2020), 코로나19 대유행시기의 보건복지: 온 보건복지를 향하여, 6-9

[2] 김태근(2017), 국제사회보장리뷰, 2: 37-48.

[3] 김경희(2007), 미국의 생산레짐과 의료정책의 다이내믹스, 韓國行政學報 41.3: 399-420.

[4] Relman, A. S. (2008). A Second Opinion: Rescuing America's Health Care. Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences, 61(4): 29-34.

[5] 김태현(2014). 우리나라에 적용 가능한 책임형 의료서비스 제공체계 모형. 한국보건행정학회 학술대회 논문집 2014.1: 1-32.

[6] 김성수(2011). 미국 오바마 행정부의 건강보험 개혁에 관한 복지정치학적 연구. 박사학위논문, 제주대학교 대

학원.

[7] 이우영(2014). 미국 건강보험제도('Obamacare') 관련 헌법적 쟁점의 분석: 미연방대법원의 2012년 Sebelius 판결을 중심으로. 서울대학교 法學 55(2): 73-121.

[8] 조현구(2014). 미국 보수진영의 논리-오바마정부의 의료개혁을 중심으로. 민족연구 (57): 4-21.

[9] 박은철 외(2014). 포괄지불제(bundled payment) 현황과 방향. 대한의사협회 의료정책연구원.

[10] 정영호. (2008). 미국의 의료개혁과 시사점. 국제노동브리프, 6(5), 20-35.

[11] 구인회 외(2018), 미국의 사회보장제도, 한국보건사회연구원, 399-462.

[12] 김창엽(2006), 미국의 의료보장. 파주: 한올아카데미.

[13] 주지홍(2020) 한국과 미국의 의료보험개혁의 비교 및 시사점-문재인 케어와 트럼프.

[14] 신진경(2007), 국민건강보험제도의 현황 및 개선방안. 석사학위논문, 청주대학교 사회복지·행정대학원.

[15] 유재신 외(2019), 사회복지법제론, 문화미디어. 122-166.

[16] 통계청(2020), 국제통계. <https://www.kostat.go.kr>

[17] 구인회(2018), 미국의 사회보장제도. 한국보건사회연구원, 제3부 의료보장 및 사회서비스. 399-466.

**김 종 휘 (kim jong hwi)**



- 2023년 9월~현재: 성산효대학원대학교 사회복지학과 석사과정
- 2010년 3월~8월: 백석대학교 행정학 행정학학사 및 법학사졸업
- 관심분야: 공공의료, 사회복지행정, 사회복지정책, 청소년복지, 교육복지
- E-Mail: sai17@naver.com

**박 현 승 (Hyun Seung Park)**



- 현재: 서울디지털대학교 사회복지학과 교수, 한국복지상담경영학회 회장
- 2010년 5월: 미국 Calvin Bible 대학교 대학원 철학박사(Ph.D)
- 2020년 8월: 한성대학교 행정대학원 사회복지학과 석사(M.S.W)
- 경기대학교 일반대학원 사회복지학과 박사
- 2016년 1월~현재: (사)대한노인복지진흥회 대표이사
- 관심분야: 노인복지, 노인상담, 청소년복지, 사회복지
- E-mail: gcumbat1004@daum.net