

# 보건복지 ISSUE & FOCUS



제393호 (2020-24)  
발행일 2020. 10. 26.  
ISSN 2092-7117

발행인 조흥식 발행처 한국보건사회연구원 (30147) 세종시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1~5층) T 044)287-8000 F 044)287-8052

## 취약계층 의료보장 확대를 위한 정책 과제



황도경

보건정책연구실 건강보험연구센터 연구위원

- 최근 정부는 「제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023)」을 통해 생계급여 부양의무자 기준의 단계적 폐지를 발표하였으나 여기에서 의료급여는 제외되어 부양의무자 기준 폐지 요구와 관련한 논란이 지속되고 있음.
- 현 제도의 틀을 유지한다고 가정할 때, 의료급여 부양의무자 기준을 폐지할 경우 수급권자 급증에 따른 예산 확보 및 제도의 지속 가능성 문제가 발생할 것으로 예상됨.
- 의료급여 부양의무자 기준 폐지를 위해서는 현행 의료급여제도의 재정 관리 기전 마련을 통한 재정지출의 효율적 관리와 동시에 비수급 빈곤층에 대한 의료 안전망 강화 방안을 모색하여야 함.

### 01. 들어가며

- ◆ 정부는 「국민기초생활 보장법」에 근거하여 최저생계를 유지하지 못하는 빈곤층에게 생계, 의료, 주거, 교육 등의 기초생활을 보장하는 기초생활보장제도를 시행하고 있으며, 효율적이고 체계적인 제도 운용을 위하여 '기초생활보장 종합계획'을 수립하도록 규정하고 있음.<sup>1)</sup>
  - 국민기초생활보장제도가 제도의 취지와 목적에 부합하여 작동하고 있는지 주기적으로 점검하고, 급변하는 사회·경제적 변화에 신속하게 대응하기 위하여 3년마다 수급자 실태조사 및 급여별 평가를 토대로 '기초생활보장 종합계획'을 수립하고 있음.

1) 법률 제16734호, 국민기초생활보장법 (2020). 제20조의 2, 부칙 제6조의 2.

- 정부는 부양의무자 기준으로 인해 수급을 받지 못하는 '비수급 빈곤층'을 해소하기 위해 2017년 8월 「제1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020)」에서 부양의무자 기준의 단계적 폐지 계획을 발표하였음.
  - 부양의무자 가구에 소득 하위 70% 이하 노인·중증 장애인이 포함된 경우는 부양의무자 기준을 적용하지 않고 생계·의료급여 수급자로 선정함.

〈표 1〉 연차별 생계·의료급여 부양의무자 기준 폐지 순서

구분	2017년 11월	2019년 1월	2022년 1월
부양의무자 가구	노인·중증 장애인 포함 가구 (소득 하위 70%)	중증 장애인 포함 가구 (소득 하위 70%)	노인 포함 가구 (소득 하위 70%)
수급자 가구	노인·중증 장애인	모든 수급자 해당	모든 수급자 해당

자료: 제1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020). 보건복지부, 국토교통부, 교육부 관계부처합동.

- 다만 생계급여의 경우, 「제1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020)」 수립 이후 발표한 「저소득층 일자리·소득 지원 대책」(2018. 7.)에서 2022년 1월부터 시행할 예정이었던 '소득 하위 70% 노인이 포함된 가구에 대한 생계급여 부양의무자 기준 완화'를 2019년으로 앞당겼음.
- ◆ 최근 정부는 생계급여 부양의무자 기준의 단계적 폐지, 기준 중위소득 산출 방식 개편, 의료급여 보장성 강화 등을 주요 내용으로 하는 「제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023)」을 발표하였음.
  - 특히 「제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023)」에서는 그간 비수급 빈곤층 발생의 주요 원인으로 지적되었던 생계급여 부양의무자 기준의 단계적 폐지<sup>2)</sup>(~2022년)를 명시하여, 가구 소득인정액 기준을 충족할 경우 부양의무자 유무에 관계없이<sup>3)</sup> 생계급여를 지원받을 수 있도록 하였음.<sup>4)</sup>
  - 2015년 7월 맞춤형 개별 급여로 전환된 이후, 교육급여(2015. 7.)와 주거급여(2018. 10.)의 부양의무자 기준이 폐지된 데 이어 2022년까지 생계급여의 부양의무자 기준도 폐지됨에 따라 빈곤 사각지대 해소 및 국민 최저선 보장에 기여할 것으로 기대됨.
- ◆ 큰 쟁점 중 하나였던 의료급여 부양의무자 기준은 폐지 대신 개선으로 가닥을 잡으면서 의료급여 부양의무자 기준 폐지 요구에 대한 논란이 지속되고 있음.
  - 의료급여는 「제1차 기초생활보장제도 종합계획(2018~2020)」의 부양의무자 기준 완화 계획을 유지하되 기준 개선을 통해 의료급여 수급자를 확대하고, 3차 종합계획 수립 시까지 수급권자의 부양의무자 기준에 대한 개선 방안을 마련하기로 하였음.

.....

2) 1단계: 노인, 한부모(만 30세 초과) 가구 대상 폐지(2021년) / 2단계: 그 외 가구 대상 폐지(2022년)

3) 고소득·고재산(연소득 1억 원 또는 부동산 9억 원 초과) 부양의무자에 대해서는 기준 지속 적용.

4) 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023). 보건복지부, 국토교통부, 교육부 관계부처합동.

- ◆ 이 글에서는 의료급여제도의 현황과 부양의무자 기준 폐지의 문제점 그리고 부양의무자 기준으로 인한 비수급 빈곤층의 규모, 의료이용에서의 박탈 정도 등을 살펴보고 향후 비수급 빈곤층에 대한 의료 안전망 강화 방안과 함께 의료급여 부양의무자 기준 폐지를 위한 정책 과제를 모색해 보고자 함.

## 02. 의료급여 및 비수급 빈곤층 의료이용 현황

### 가. 기초생활보장제도 급여별 현황

#### ◆ 기초생활보장 급여별 수급자 및 수급 가구 현황

- 2019년 현재 전체 기초생활보장 수급자 수는 약 188만 명임. 급여별 수급자 현황을 살펴보면, 생계급여 수급자 약 123만 명(94만 가구), 의료급여 수급자 약 140만 명(104만 가구), 주거급여 수급자 약 168만 명(119만 가구), 교육급여 수급자 약 29만 명(20만 가구)임.

〈표 2〉 기초생활보장 급여별 수급자 및 수급 가구 현황(2019년)

(단위: 명, 가구)

구분	계	생계급여	의료급여	주거급여	교육급여
수급자 수	1,881,357	1,232,325	1,397,631	1,681,041	292,773
가구 수	1,371,104	942,925	1,037,193	1,187,953	202,762

주: 총수급자 수 및 가구 수는 시설 수급자를 포함하고 급여별 중복을 제외한 숫자임.

자료: 보건복지부. (2019). 2019 국민기초생활보장 수급자 현황 p. 21.

- ◆ 2019년 기초생활보장제도 사업별 예산을 보면, 의료급여가 약 8조 6000억 원으로 기초생활보장제도 예산 중 가장 많으며 생계·재산장제급여보다도 약 1.8배 높은 수준임.
- 수급자 수와 사업별 예산을 고려하면 의료급여 수급자 1인당 급여비가 기초생활보장제도 중 가장 높음.

〈표 3〉 기초생활보장제도 사업별 예산 현황(2019년)

(단위: 억 원, %)

구분	계(A)	국비(B)	지방비	국가 부담률(B/A)
생계·해산장제급여	46,618	37,919	8,699	81.34%
주거급여	17,233	13,853	3,380	80.39%
교육급여	1,616	1,317	299	81.50%
의료급여	85,526	64,359	21,167	75.25%

주: 세출 규모는 예산 기준임.

자료: 보건복지부 사회보장위원회사무국, 한국보건사회연구원. (2019). 통계로 보는 사회보장 2019.

## 나. 의료급여 수급권자의 의료이용 현황

◆ 의료급여 수급권자의 의료이용 시 본인부담은 매우 낮은 수준으로, 수급권자의 건강권을 최대한 보장하기 위하여 의료이용 시 낮은 수준의 본인부담을 부과하고 있음.

- 의료급여 1종 수급권자의 외래 의료기관 이용 시 본인부담은 적은 수준<sup>6)</sup>이며, 본인부담을 보전해 주기 위하여 의료급여 1종 수급권자<sup>6)</sup>에게는 가상 계좌를 통해 1인당 매월 6000원의 건강생활유지비를 지원하고 있음.
- 의료급여 1종 수급권자는 입원 시 본인부담 진료비가 부과되지 않음.

◆ 의료급여 수급권자의 진료비 규모 및 의료이용 현황을 파악하기 위하여 의료급여 수급자의 의료이용량을 건강보험 대상자와 비교해 보면, 의료급여 수급자의 연간 1인당 진료비는 건강보험 대상자보다 3배 정도 높은 수준임.

- 2018년 기준 의료급여 수급자 1인당 연평균 진료비는 약 485만 원으로, 건강보험(약 162만 원) 대상자 1인당 진료비의 3배 수준임.
- 입원, 외래 및 약국으로 구분해 보면, 의료급여 수급자 1인당 입원 진료비는 약 889만 원으로 건강보험 대상자 대비 2.3배, 외래 진료비는 약 150만 원으로 건강보험 대비 2.2배, 약국 진료비는 약 86만 원으로 건강보험의 2.4배 수준으로 건강보험 대상자보다 현저히 높은 수준임.

.....

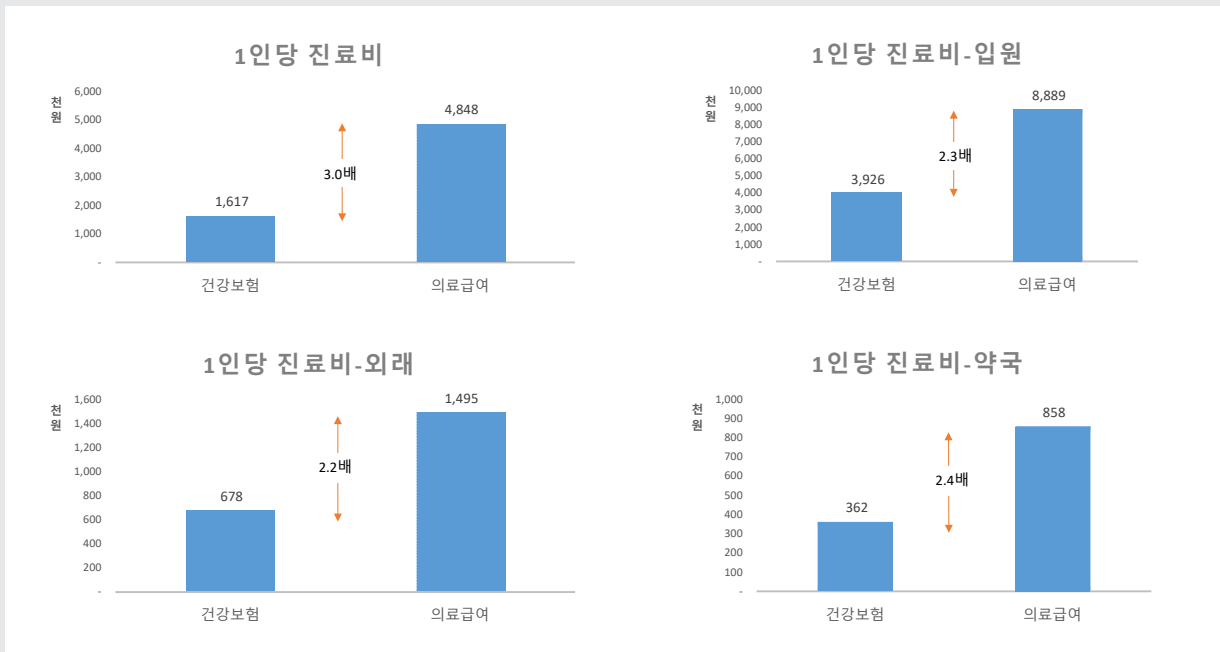
구분	1차(의원)	2차(병원, 종합병원)	3차(상급종합병원)	약국	PET 등	
1종	입원	없음	없음	없음	-	없음
	외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원	5%
2종	입원	10%	10%	10%	-	10%
	외래	1,000원	15%	15%	500원	15%

자료: 보건복지부. (2020). 2020년 의료급여 사업안내. p. 6.

6) 18세 미만인 자, 등록 희귀난치성질환자(등록하지 않은 인체면역결핍바이러스 질환자는 건강생활유지비 지급) 또는 등록 중증 질환자, 임신부, 행려 환자, 가정간호를 받고 있는 자, 선택의료급여기관 이용자, 노숙인 등 본인부담 면제자를 제외한 전체 의료급여 1종 수급권자.

[그림 1] 의료보장 자격별 1인당 진료비(2018년)

(단위: 천 원, 배)



주: 진료실 인원 기준.

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험통계연보; 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 의료급여통계연보 자료 재구성.

◆ 의료급여 수급자 1인당 진료비가 높은 것에 대해 65세 이상 노인인구 비율이 원인으로 지적되고 있으나, 의료급여와 건강보험에서의 65세 이상 노인 1인당 진료비는 큰 차이를 보이지 않음.

- 2018년 기준 의료급여를 수급하는 65세 이상 노인인구의 비율은 35.0%로 건강보험의 노인인구 비율 13.9%보다 확연히 높았으나, 전체 진료비 중 65세 이상 노인 진료비가 차지하는 비율은 의료급여 48.6%, 건강보험 40.8%로 노인 진료비 비율은 큰 차이를 보이지 않았음.
- 이는 65세 이상 노인뿐만 아니라 65세 미만 연령대에서 의료급여 수급자의 의료이용량이 건강보험 대상자보다 상대적으로 많다는 것을 의미함.

<표 4> 자격별 65세 이상 노인 진료비 규모

(단위: 명, 억 원, 천 원, %)

구분	65세 이상	전체 대상자 중 65세 이상 노인인구 비율	65세 이상 노인 진료비 (억 원)	65세 이상 노인 1인당 진료비(천 원)	전체 진료비 대비 65세 이상 진료비 비율
건강보험	7,206,175	13.90%	318,235	4,416	40.80%
의료급여	657,408	35.00%	37,942	5,771	48.60%

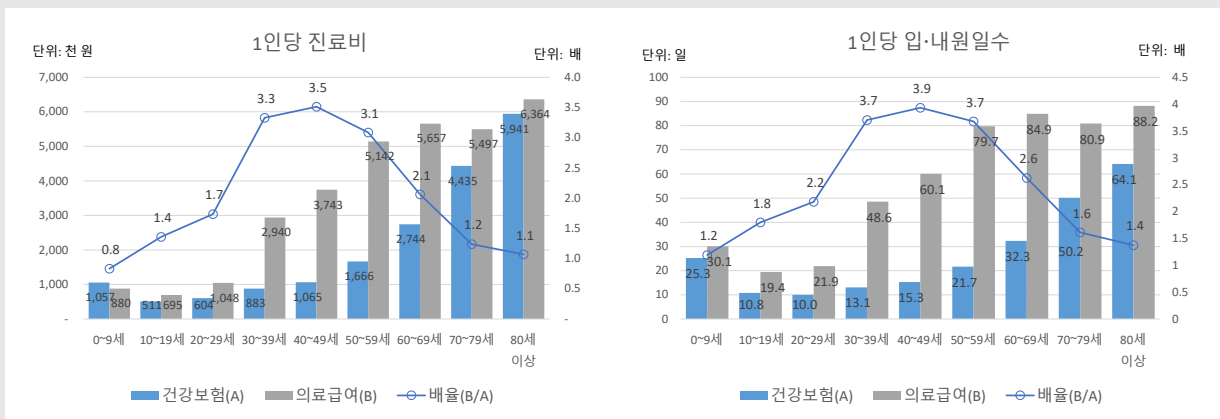
주: 연도 말 수진자 기준.

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험통계연보; 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 의료급여통계연보 자료 재구성.

◆ 70대 이상 의료급여 수급자와 건강보험 대상자의 의료이용량은 큰 차이를 보이지 않는 반면, 중장년층 의료급여 수급자의 의료이용량은 건강보험 대상자보다 확연히 많은 것으로 나타남.

- 연령대별 의료이용량을 비교해 보기 위해 1인당 진료비와 1인당 입·내원 일수<sup>7)</sup>를 비교한 결과, 중장년층인 30~50대 의료급여 수급자의 1인당 진료비, 1인당 입·내원 일수는 동일 연령대 건강보험 대상자보다 최소 3배 이상 많았음.
  - 40~49세의 의료급여 수급자 1인당 진료비는 약 374만 원으로 건강보험 대상자(약 107만 원)보다 3.5배 높은 수준이며, 1인당 입·내원 일수는 60.1일로 건강보험 대상자(15.3일)보다 3.9배 더 많았음.
  - 30~39세 의료급여 수급자의 1인당 진료비(294만 원)도 건강보험 대상자(약 88만 원)보다 3.3배 많았으며, 입·내원 일수도 48.6일로 건강보험 대상자 13.1일보다 3.7배 더 길었음.

[그림 2] 연령대별 의료급여 대상자와 건강보험 대상자의 의료이용량(1인당 진료비/1인당 입·내원 일수)



주: 연도 말 수진자 기준.

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험통계연보; 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 의료급여통계연보 자료 재구성.

◆ 의료급여 수급자와 건강보험 대상자의 의료이용에서 나타난 또 다른 특징은 의료급여 수급자의 입원 진료 비율이 높다는 것임.

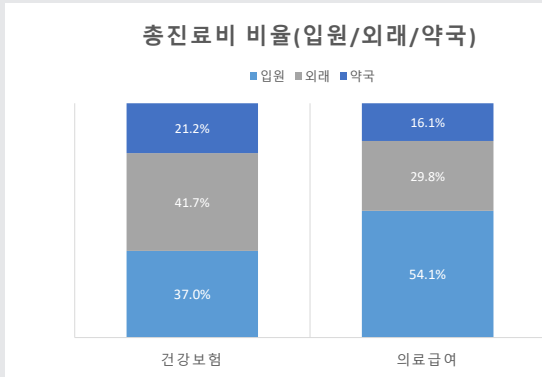
- 의료이용 행태는 자격별로 차이를 보이는데, 의료급여 총진료비에서 입원 진료비가 차지하는 비율은 54.1%로 건강보험 37.0%보다 17.1%포인트 높았으며, 이러한 추세는 지난 10여 년간 지속돼 왔음.

7) 환자가 실제로 요양기관에 방문 또는 입원한 일수.

- 건강보험에서는 외래 진료비 비율이 가장 높았으나, 의료급여에서는 입원 진료비 비율이 가장 높았음.
  - 건강보험 진료비 비율: 외래(41.7%) > 입원(37.0%) > 약국(21.2%)
  - 의료급여 진료비 비율: 입원(54.1%) > 외래(29.8%) > 약국(16.1%)

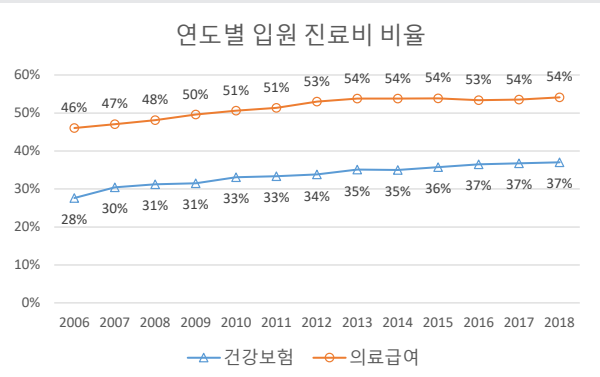
[그림 3] 총진료비 대비 입원 진료비 비율(2018년)

(단위: %)



[그림 4] 연도별 총진료비 대비 입원 진료비 비율

(단위: %)



주: 연도 말 수진자 기준.

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 건강보험통계연보; 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). 2018년도 의료급여통계연보 자료 재구성.

## 다. 의료급여 비수급 빈곤층의 규모

- ◆ 국민기초생활보장제도 수급자로 선정되려면 가구의 소득인정액 기준과 부양의무자 기준을 동시에 충족시켜야 함.
  - 가구 소득 기준은 실제 소득과 재산의 소득인정액이 급여별 선정 기준액 이하여야 하며, 부양의무자 기준은 부양의무자가 없거나, 부양의무자가 있더라도 재산이 부양 능력 판정 기준 이하(부양 능력 미약 또는 없음)여야 함.
  - 2015년 7월 기초생활보장제도가 맞춤형 급여로 개편됨에 따라 급여별 특성에 따라 지원 기준을 세분화하여 대상자를 선정하고 있는데, 의료급여는 기준 중위소득의 40% 이하 가구<sup>8)</sup>를 대상으로 선정하고 있음.
- ◆ 의료급여 비수급 빈곤층(기준 중위소득 40% 이하)은 73만 명(48만 가구)으로 생계급여 비수급 빈곤층(기준 중위소득 30% 이하) 34만 명(22만 가구)보다 두 배 이상 많음.

8) 급여별 선정 기준

구분	생계급여	의료급여	주거급여	교육급여
급여별 선정 기준	기준 중위소득의 30%	기준 중위소득의 40%	기준 중위소득의 43%	기준 중위소득의 50%

- 가구 소득인정액이 기준 중위소득 40% 이하이면서 의료급여를 받지 못하는 것은 부양의무자 기준으로 인한 비수급이라 할 수 있음.

〈표 5〉 비수급 빈곤층 규모(2018년)

(단위: 가구, 명, %)

구분	비수급 빈곤층 규모	
	가구 수(인구수)	전체 가구 대비(전체 인구 대비) 비율
기준 중위소득 30% 이하 (생계급여)	22만(34만)	1.07(0.65)
기준 중위소득 40% 이하 (생계급여+의료급여)	48만(73만)	2.38(1.41)

주: 1) 비수급 빈곤층 규모는 누적 기준 적용.

2) 제2차 기초생활보장 종합계획의 '소득인정액 기준 2018년 소득계층별 규모 추정'을 재구성함.

자료: 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023). 보건복지부, 국토교통부, 교육부 관계부처합동.

## 라. 비수급 빈곤층의 의료서비스 박탈 정도

- ◆ 의료 및 건강 관련 박탈 상태는 의료이용의 필요성은 있으나 의료비 부담 등 다른 이유로 인해 실제로 의료이용을 하지 못하는 경우를 의미하는데, 치료를 포기한 경험이 있는 가구의 비율은 비수급 빈곤층이 가장 높았음.
- 의료서비스 이용의 필요성은 있었으나 병·의원을 방문하지 못하였거나 치료를 포기한 경험이 있는 미충족 의료 욕구에 대해 분석한 결과, 중위소득 40% 이하 비수급 빈곤층에 해당하는 가구(중위소득 30% 이하 가구 19.2%, 중위소득 30~40% 이하 사이 가구 18.5%)의 미충족 의료 욕구 정도가 수급 가구(17.4%)나 일반 가구(4.6%)보다 높게 나타나고 있어 의료서비스 이용에서 비수급 빈곤 가구의 박탈이 더 큰 것을 알 수 있음.

〈표 6〉 치료를 포기한 경험이 있는 가구 비율

(단위: %)

구분	수급 가구	비수급 빈곤층			일반 가구	계
		중위소득 30% 이하	중위소득 30~40%	차상위 중위소득 40~50%		
치료 포기 경험 있다	17.4	19.2	18.5	17	4.6	5.8

자료: 김문길 외. (2020). 2020년 기초생활보장 실태 조사 및 평가연구. 보건복지부·한국보건사회연구원. 원자료를 활용하여 직접 계산함.

- ◆ 의료급여 수급 가구나 일반 가구에 비해 비수급 빈곤 가구의 의료비 지출 부담이 현저히 높았음.
- 의료비에 대한 가구 부담 수준을 분석한 결과를 보면, 의료급여 수급 가구에서 의료비 지출이 부담된다고 응답한 가구 비율은 18.3%로 일반 가구(26.6%)보다 낮았음. 반면 비수급 빈곤 가구(중위소득 40% 이하)와 차상위 가구 중 의료비 지출이 부담된다는 가구는 각각 50.6%, 53.0%로 비수급 빈곤 가구와 차상위 가구의 절반 이상이 의료비 지출에 대한 부담이 있는 것으로 나타났음.



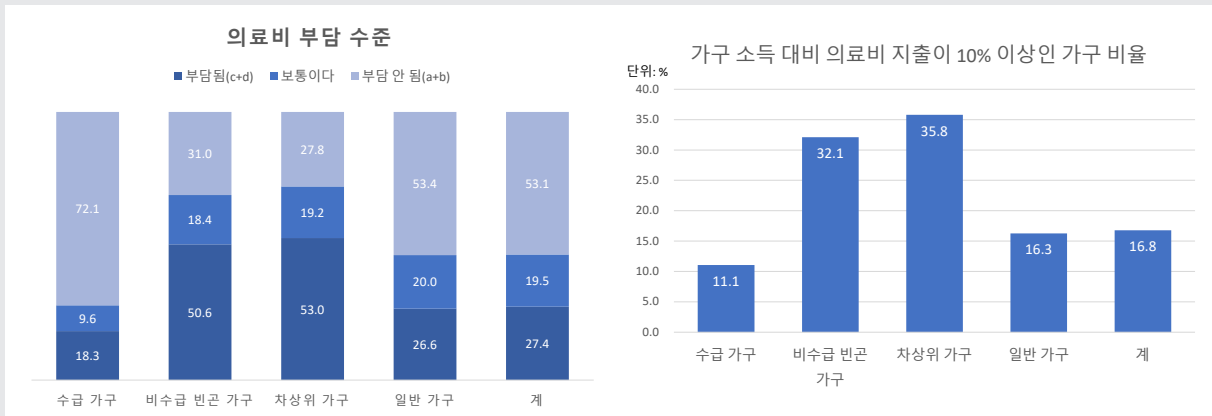
- 가구 소득 대비 의료비 지출이 10% 이상인 가구 비율에서도 본인부담 수준이 낮은 의료급여 수급 가구는 11.1%로 비율이 가장 낮은 반면, 중위소득 40% 이하 비수급 빈곤 가구와 50% 이하 차상위 가구는 각각 32.1%, 35.8%로 이들 가구의 소득 대비 의료비 부담이 크다는 것을 추정할 수 있음.

[그림 5] 가구 소득 수준별 의료비 부담 수준

[그림 6] 가구 소득 대비 의료비 지출이 10% 이상인 가구 비율

(단위: %)

(단위: %)



주: '매우 부담(d)'과 '부담(c)'을 '부담됨'으로 '전혀 부담되지 않음(a)'과 '부담되지 않음(b)'을 '부담 안 됨'으로 계산함.

자료: 김문길 외. (2020). 2020년 기초생활보장 실태 조사 및 평가연구. 보건복지부·한국보건사회연구원. 원자료를 활용하여 직접 계산함.

### 03. 의료급여 부양의무자 기준 폐지를 위한 정책 과제

- ◆ 가구 소득인정액이 기준선 미만임에도 불구하고 부양 능력 있는 부양의무자가 있으면 기초보장제도의 혜택을 받기 어렵다는 점에서 부양의무자 기준은 현 기초보장제도 사각지대의 가장 큰 원인으로 지목되어 왔음.
  - 노인 부양비의 급격한 증가, 핵가족화, 개인주의적 가치관 확산 등으로 노부모에 대한 부양 의식도 약화되고 있는 상황에서 부양의무자 기준은 실질적 부양 여부가 아닌 가족 간 부양을 전제한다는 점에서 사각지대로 작용하고 있음. 이에 의료급여 부양의무자 기준 폐지를 위해 선결되어야 할 문제들을 살펴보고 부양의무자 폐지를 위한 정책 방안을 마련해야 하는 시점임.
- ◆ 의료급여는 타 급여와 다른 특성이 있으며, 급여비 지출 수준도 높음
  - 생계급여 등 타 급여의 경우, 수급 자격과 급여 수준이 사전적으로 결정되는 구조임. 반면 의료급여는 수급 자격은 사전적으로 결정되지만 급여 수준은 수급자 개인의 건강 상태, 사회·환경적 요인 등에 따라 다르게 나타나고 급여비도 사후적으로 결정되는 구조여서 재정지출 관리에 어려움이 있음.

- <표 3>에서 보듯이 2019년 의료급여 예산은 약 8조 6000억 원으로 국민기초생활보장 급여 중에서 가장 많은 예산이 지출되고 있으며, 수급자 1인당 급여 수준도 타 급여보다 확연히 높음.
  - 의료급여 수급자 1인당 진료비는 건강보험 대상자보다 3배 높은 수준이며, 건강보험 대상자와 비교할 때 고령층보다는 중장년층의 의료이용량이 매우 많았음.
  - 의료이용 시 본인부담 수준이 낮아 일부 수급자의 부적정 과다 의료이용 문제가 발생하고 있으며, 이는 의료급여 지출 증가의 가장 큰 요인으로 지적되고 있음. 특히 본인부담이 없는 입원의 경우 전체 의료급여 입원 환자 5명 중 1명은 연간 180일 이상 장기 입원하는 것으로 보고되고 있음.<sup>9)</sup>
- ◆ 현 제도의 틀을 유지한다고 가정할 때, 의료급여 부양의무자 기준을 폐지할 경우 수급권자 급증에 따른 예산 확보 및 제도의 지속 가능성 문제가 발생할 것으로 예상됨.
- 2018년 현재 의료급여 비수급 빈곤층(기준 중위소득 40% 이하) 규모는 73만 명으로 생계급여 비수급 빈곤층(기준 중위소득 30% 이하) 34만 명보다 2배 이상 많으며, 1인당 평균 급여비도 가장 높은 수준임.
  - 재정 관리 기전이 마련되지 않은 상황에서 2022년 이후 의료급여 부양의무자 기준을 폐지한다고 가정했을 때, 2023년 추가 소요될 것으로 예상되는 급여비는 약 3조 4000억 원<sup>10)</sup>으로 추정됨. 2019년부터 의료급여 부양의무자 기준을 폐지하는 것으로 가정하여 추계한 국회예산정책서의 보고서<sup>11)</sup>에서는 향후 10년간 연평균 5조 9000억 원의 추가 예산이 필요한 것으로 나타났음.
- ◆ 의료급여 부양의무자 기준 폐지를 위해서는 먼저 현행 의료급여제도에 대한 재정 관리 기전과 이를 통한 재정지출의 효율적 관리 방안이 마련되어야 함.
- 의료급여 보장성 강화와 함께 낭비되고 있는 부분을 줄여 전체적인 재정 안정성을 높일 필요가 있음.
  - 질환에 비해 외래 이용이 과다한 이용자에 대한 본인부담 부과, 장기 입원 연장 승인 도입, 치료가 아닌 요양 목적의 부적정 장기 입원에 대한 본인부담 부과 등 수급자 측면의 관리 방안을 강구함으로써 의료급여 오남용을 사전에 예방하는 장치가 필요함.
  - 동시에 심사 체계 강화를 위해 현행 청구건별 심사에서 기관 및 환자 단위의 의료이용량 모니터링과 진료비 심사를 통해 이상 의료기관에 대해 집중적으로 심사하고 질환에 비해 의료이용이 과다한 이용자를 관리하는 등 적정 의료이용 공급을 위한 관리 체계도 함께 마련되어야 함.

9) 황도경 외. (2019). 의료급여 수급자 장기입원 적정성 평가 및 제도개선 방안 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

10) 제2차 기초생활보장 종합계획에서의 신규 수급자 수를 제외한 비수급 빈곤층 46만 1000명, 2018년 1인당 급여비 511만 원, 연평균 1인당 급여비 증가율 7.5%(최근 5년)를 적용하여 단순 추정하였음.

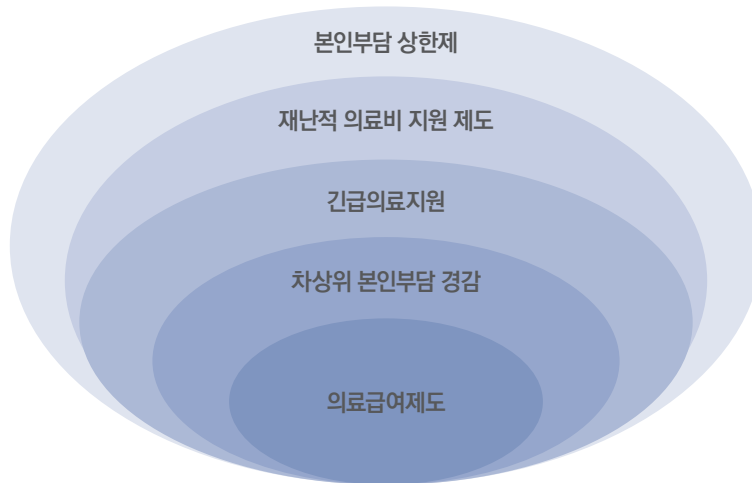
11) 정문중 외. (2019). 공공부조제도 현안 및 재정소요 추계. 국회예산정책처.

◆ 의료급여 재정 관리 기전 마련과 동시에 비수급 빈곤층에 대한 의료 안전망 강화가 필요함.

- 우리나라의 의료보장 체계는 건강보험제도를 근간으로 적정 수준의 의료이용을 보장하기 위한 다층 체계를 갖고 있음. 의료급여 부양의무자 기준 폐지 시까지 차상위계층 본인부담 경감, 긴급(의료) 지원, 재난적 의료비 지원 제도, 본인부담 상한제 및 보장성 강화 계획 등 비수급 빈곤층에 대한 의료보장을 위한 제도 개선 방안을 모색해 보아야 함.

[그림 4] 우리나라의 의료보장제도 개요

건강보험 보장성 강화 (비급여 해소 및 발생 차단, 의료비 부담 완화, 긴급 위기 상황 지원)



자료: 저자 작성.

◆ 차상위 본인부담 경감 제도의 부양의무자 기준을 완화하는 방안이 필요함.

- 차상위 본인부담 경감 사업<sup>12)</sup>은 의료급여와 유사한 수준의 부양의무자 기준을 두고 있어, 중위소득 40% 이하 비수급 빈곤 가구가 의료급여 수급 자격에서 탈락할 경우 차상위 본인부담 경감 제도에서도 거의 대부분 탈락하는 한계가 있음. 우선적으로 차상위 본인부담 경감에 대한 부양의무자 기준을 완화하여 비수급 빈곤층에 대한 의료비 지원을 확대할 필요가 있음.

12) 소득인정액이 기준 중위소득의 50% 이하인 가구 중 희귀난치성·중증 질환자, 만성질환자, 18세 미만 아동 등 의료 필요도가 높은 자를 대상으로 본인부담을 경감해 주는 사업임.

- ◆ 한정된 자원의 효율적 배분 측면에서 의료급여 재정 누수 요인에 대한 관리 기전을 마련하고 의료급여 수급 자격의 보장성을 확대하여 취약계층의 보편적 건강권 실현을 위한 부양의무자 기준 개선 방안을 마련하여야 함.

집필 황도경(보건정책연구실 건강보험연구센터) 문의 044-287-8262