

연구보고서 2007-17-5

미국 Medicaid의 주(state)별 제도 비교 연구

신 영 석
김 정 근

한국보건사회연구원
기초보장·자활정책평가센터

머 리 말

최근 의료급여제도에 대한 관심이 높아졌다. 진료비 급증으로 인해 예산확보의 어려움 때문이다. 의료급여제도가 도입된 지 30년이 경과하였으나 총체적인 마스터플랜 없이 상황에 따라 제도를 가변적으로 운용하였기 때문이다. 2001년 건강보험 재정위기 이후 각종 재정대책이 강구되었다. 그 중 진찰료와 처방료의 통합, 차등수가제 등은 건강보험 뿐 아니라 의료급여제도에도 직접적인 영향을 주었다. 의료급여의 재정을 절감할 수 있는 방안이 건강보험을 통해서 강구되었다. 그 전까지는 진료비의 만성적인 체불이 이어져 오다 2003년과 2004년 두 번에 걸친 추경확보와 건강보험을 통한 재정안정화 대책이 의료급여재정을 잠시나마 안정적으로 보이게 했다. 이후 차상위 계층 중 만성질환자, 희귀질환자, 18세 미만 아동 등이 의료급여 특례대상으로 수급권자가 되었고 MRI, CT, 보장구 등이 급여화되고 중증질환에 대한 본인부담이 감소되는 등 점진적으로 보장성이 확대되었다. 그 결과 최근 의료급여 진료비는 연평균 20% 이상씩 급증하였고 의료급여 재정에 빨간 불이 켜졌다. 의료급여 제도에 대한 관심이 높아질 수밖에 없다.

이는 그 동안 의료급여제도에 대한 중장기적인 비전과 원칙아래 발전 전략을 갖지 못한 데 기인한다. 그때그때 상황에 따라 짜맞추기식 운용이 오늘의 의료급여제도의 문제점을 노정하고 있다. 의료급여제도 도입 30년을 맞아 차제에 제도의 보다 큰 그림을 완성해야 한다. 중장기 원칙과 비전을 토대로 발전 전략을 강구해야 한다.

이를 위해 본보고서는 우리나라 의료급여제도와 비슷하게 운영되고 있는 미국의 Medicaid 제도를 보다 심층적으로 검토하여 시사점을 찾아보고

자 했다. 미국의 Medicaid 제도는 51개 주가 개별적으로 움직이고 있다. 주정부가 재량을 가지고 제도를 운영하고 있다. 수급자 선정기준부터, 급여범위, 본인부담 수준, 급여 제한, 지불 보상 방법에 이르기까지 모든 정책을 주정부가 결정하는 체계이다. 똑같은 목적을 가진 제도에서 너무나도 다양한 스펙트럼을 볼 수 있다.

따라서 본 보고서는 위와 같은 인식하에 미국 Medicaid 제도의 전체적인 틀을 먼저 검토하고 선택된 7개주의 개별 특성까지 비교하였다. 7개주의 재정상황, 재정관리대책 등까지 비교 분석함으로써 우리나라가 향후 새로운 의료급여 30년을 위해 의료급여제도의 비전, 원칙, 전략을 설계하는데 도움을 얻고자 했다.

본 보고서는 이처럼 외국의 제도를 토대로 저소득층 대상 의료정책 방향이나 제도개선을 위한 시사점을 제시하고 있기 때문에 의료급여제도뿐 아니라 국민건강보험의 정책 및 기초자료로도 널리 활용될 수 있을 것으로 기대한다. 따라서 의료 및 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

본 연구는 본원의 신영석 연구위원의 책임하에 김정근 연구원에 의해 완성됐다. 연구진은 연구과정에서 많은 조언을 아끼지 않으신 위스콘신주 Medicaid의 Director of the Program Integrity인 Mr Alan White 선생에게 심심한 감사를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신, 홍석표 연구위원, 허순임 부연구위원에게도 감사하고 있다.

본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2007년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

목 차

요 약	9
I. 서 론	32
1. 연구의 목적 및 필요성	32
2. 연구내용 및 방법	33
3. 기대효과 및 활용방안	35
II. 우리나라 의료급여제도에 대한 개관	36
1. 의료급여 제도의 개요	36
2. 의료급여 진료비 실태	47
III. 미국 Medicaid 제도에 대한 개관	56
1. 미국 Medicaid 제도의 발전과정	58
2. Medicaid 수급 자격	65
3. Medicaid 대상자의 구성	83
4. Medicaid 급여서비스	88
5. Medicaid 관리 및 운영	95
6. Medicaid 재정 추이 및 지출 억제 방안	99
IV. 미국 Medicaid 제도의 주별 비교	137
1. 캘리포니아	143
2. 위스콘신주	153
3. 뉴욕주	162
4. 네바다주	170

5. 일리노이주	176
6. 버지니아	185
7. 오레곤주	193
V. 미국 Medicaid 현황으로부터 시사점 그리고 결론	203
1. 자격 관련	203
2. 급여범위 관련	205
3. 재정관리 노력	206
4. 관리 운영	208
5. 소결	209
참고문헌	211
부 록	215

표 목 차

〈표 II- 1〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황	37
〈표 II- 2〉 '08년도 차상위계층 의료급여 소득인정액기준	42
〈표 II- 3〉 재산에서 공제하는 기초공제액	42
〈표 II- 4〉 부양의무자의 부양능력 없음 판정 기준	43
〈표 II- 5〉 1종 수급권자의 외래 진료시 본인부담	45
〈표 II- 6〉 2종수급권자 외래진료시 본인부담	46
〈표 II- 7〉 연도별 의료급여 진료실적	47
〈표 II- 8〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원)	48
〈표 II- 9〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래)	48
〈표 II-10〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(전체)	49
〈표 II-11〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)	49
〈표 II-12〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래)	50
〈표 II-13〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체)	50
〈표 II-14〉 연도별 의료급여 건당 진료비(입원)	51
〈표 II-15〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(외래)	51
〈표 II-16〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(전체)	52
〈표 II-17〉 연도별 의료급여 입원일당 연간 진료비(입원)	53
〈표 II-18〉 연도별 의료급여 외래일당 연간 진료비(외래)	53
〈표 II-19〉 연도별 의료급여 내원일당 연간 진료비(전체)	54
〈표 II-20〉 연도별 의료급여 건당 입원일수(입원)	54
〈표 II-21〉 연도별 의료급여 건당 내원일수(외래)	55
〈표 III- 1〉 Medicaid 관련 주요법안의 발전과정 (1965-2005)	64
〈표 III- 2〉 AFDC관련 소득기준 (위스콘신 주 ; 2005)	68
〈표 III- 3〉 가구수에 따른 미국연방정부 2007년 빈곤선	69

〈표 III- 4〉 미국 연방정부 급부금율(the Federal Benefit Rate:FBR), 2007	71
〈표 III- 5〉 18세 미만 장애어린이의 SSI지급 기준	73
〈표 III- 6〉 의료 자격별 비율	83
〈표 III- 7〉 그룹별 Medicaid 수급자수 및 지출 비율(2004)	84
〈표 III- 8〉 미국 전 인구의 소득 분포	84
〈표 III- 9〉 연령별 빈곤선 이하의 소득 분포	85
〈표 III-10〉 1인당 의료비 지출(2004)	85
〈표 III-11〉 수급자가 되기 위한 소득기준(2006) - 3인가족 기준	86
〈표 III-12〉 Medicaid와 Medicare 이중자격	86
〈표 III-13〉 Medicaid의 본인부담(2003년 8월 기준)	93
〈표 III-14〉 메디케이드 관련 사기 및 남용을 방지하기 위한 조직들	98
〈표 III-15〉 주별 Medicaid 프로그램 총 비용 중 연방정부 보조비용 (FMAP)	102
〈표 III-16〉 2006년 주별 Medicaid 지출액	105
〈표 III-17〉 Medicaid 지출의 변화(1980-2006)	106
〈표 III-18〉 메디케이드 수혜자 및 재정지출 변화 (1999-2004)	109
〈표 III-19〉 연도별 메디케이드 서비스별 지출 변화	110
〈표 III-20〉 주별 Nursing Home CON 철회 와 병상 증설유예 기간	112
〈표 III-21〉 메디케이드 관리의료 등록자 비율 (2006, 12.31)	115
〈표 IV- 1〉 7개주의 대상별 메디케이드 소득자격 조건 (연방정부 빈곤선 기준)	138
〈표 IV- 2〉 7개주의 수급자가 되기 위한 소득 기준	138
〈표 IV- 3〉 7개주의 Medicaid 수급자 수 및 비율	140
〈표 IV- 4〉 7개주의 Medicaid 지출 규모 및 비율	141
〈표 IV- 5〉 7개주의 수급자 1인당 Medicaid 지출	142
〈표 IV- 6〉 7개주에 대한 연방정부의 기금 매칭율	142
〈표 IV- 7〉 급성 치료 (Acute Care Services)	148
〈표 IV- 8〉 위스컨신주의 메디케이드 서비스 현황	157
〈표 IV- 9〉 뉴욕주의 Medicaid 서비스 현황	165

그림 목 차

[그림 II- 1] 부양의무자 기준의 적용 도해	40
[그림 III- 1] 미국의 주별 어린이의 메디케이드 자격 조건 (미국의 연방정부 빈곤선 기준)	75
[그림 III- 2] 미국의 주별 부모의 메디케이드 자격 조건 (미국의 빈곤선 기준)	76
[그림 III- 3] 메디케이드 자격조건의 변화 (1965-1997)	87
[그림 III- 4] 메디케이드 대상자의 구성 및 변화 1999-2004.	87
[그림 III- 5] 미국의 각주별 연방정부 보조비율(FMAP) , 2007	104
[그림 III- 6] 연방정부 및 주정부의 메디케이드 연평균지출 증가율	107
[그림 III- 7] 대상자별 메디케이드 지출의 변화	108
[그림 IV- 1] 7개주의 medicaid 수급자가 되기 소득 기준 비교	139
[그림 IV- 2] 캘리포니아주 계층별 Medicaid 수급자가 되기 위한 소득기준	145
[그림 IV- 3] 캘리포니아 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성	145
[그림 IV- 4] 계층별 소득 기준 Medicaid 수급선	154
[그림 IV- 5] 위스콘신주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성	154
[그림 IV- 6] 뉴욕주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성	163
[그림 IV- 7] 네바다주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성	170
[그림 IV- 8] 계층별 소득 기준 Medicaid 수급선	177
[그림 IV- 9] 일리노이주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성	178
[그림 IV-10] 계층별 소득 기준 Medicaid 수급선	186
[그림 IV-11] 버지니아주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성	187
[그림 IV-12] 계층별 소득 기준 Medicaid 수급선	195
[그림 IV-13] 오레곤주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성	195

요 약

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

- 제도 도입 30년 맞아 의료급여제도의 미래 비전, 원칙, 전략이 필요함.
 - 재정형편에 따라 정책이 춤추는 시대가 아니고 확실한 철학적 기반하에 의료급여제도의 큰 그림을 다시 그려야 함.
 - 이를 위해 선진 외국의 사례를 공부할 필요가 있음.
- 미국의 Medicaid 제도를 심도있게 고찰하여 시사점을 얻는 데 목적이 있음.
 - Medicaid 제도의 전체적인 내용을 개관하고 특성 있는 몇 개 주를 선정하여 주별 세부적인 정책의 차이를 규명함으로써 우리나라 의료급여제도의 향후 비전, 원칙, 전략을 설계하는 데 도움을 받고자 함.

2. 연구내용 및 방법

- Medicaid 제도의 전체적인 틀을 먼저 조명하고 선택된 7개주의 세부 사항을 집중 검토하였음.
 - 수급자 선정기준의 차이, 급여범위의 차이, 본인부담의 차이, 재정관리를 위한 다양한 정책, 지불보상 방법의 차이, 그리고 재정 상황 등을 비교 분석하고 우리나라에 도움이 될 만한 시사점을 찾고자 했음.
- 공단 및 심평원의 자료를 토대로 의료급여 실태분석이 간략하게 이루어지고

인터넷에서 구한 Medicaid 자료는 재 가공되어 분석되었음.

- 부족한 부분은 미국 현지 기관을 방문하여 담당자와의 인터뷰를 통해 구체화 되었음.

II. 우리나라 의료급여제도에 대한 개관

1. 의료급여 제도의 개요

가. 목적

- 의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 생존과 삶의 질 유지에 절대적으로 필요한 의료서비스에 대한 접근을 가장 직접적이고 최종적으로 보장해 주는 데 의의가 있음.

나. 수급자 현황

- 의료급여 수급자는 2001년에 비해 2002년에는 약간 감소하였으나 그 이후 계속 증가추세를 보여 2006년 말 기준 약 1,828천 명에 이르고 있음.
 - 2004년에는 질환보유자들이 대거 수급권자가 되었기 때문에 1종 수급자의 수가 대폭 증가하였고 2005, 2006년에는 아동이 수급권자가 되어 2종이 상대적으로 많이 증가하였음.

다. 수급 자격 기준

- 국민기초생활 보장 수급자 선정기준
 - 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 자

- 1종 : 근로능력이 없는 국민기초생활보장 수급자 , 2종 : 1종이 아닌 국민기초생활보장 수급자

라. 급여범위 및 본인부담금

- 의료급여의 내용 : ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
- 본인부담 : 본문 표 참조

2. 의료급여 진료비 실태

- 의료급여의 진료비 매년 급증 : 2001년에 1조 9천억 원 정도이던 진료비가 2006년에 3조 9천억 원으로 증가
 - 1인당 평균 입원건수도 매년 증가
 - 1인당 년 평균 입원일수 급증 : 2001년에는 의료급여 수급자 평균 11.79일 입원하였으나 2006년에는 16.25일 입원하고 있음
 - 건당 진료비도 계속 증가 : 입원건당 진료비가 2002년에 97만원에서 2006년에는 110만원으로 증가
 - 외래의 내원일당 진료비도 지 증가 : 1종 수급권자들의 내원일당 진료비는 약 43천원으로 2종의 31천원에 비해 상당히 높으나 증가율은 2종이 더 높음.
 - 건당 입원일수는 감소 : 2001년에 입원건당 20일이 넘었던 것이 2006년에는 약 18.1일로 감소
 - 외래 내원일수도 입원일수와 같이 감소

Ⅲ. 미국 Medicaid 제도에 대한 개관

1. 수급자격

□ 메디케이드 수혜 자격은 SSI(Supplemental Security Income), AFDC(Aid to Families with Dependent Children)와 같은 현금부조(cash assistance)의 대상자 자격과 연계되어 있음.

- 최근에는 소득 수준이 낮음에도 불구하고 이러한 대상자가 아닌 어린이와 임산부를 중심으로 메디케이드 적용 대상을 확대하고 주정부들은 메디케이드 프로그램의 적용 대상 선정과 선정에 따른 재정기준에 대하여 폭넓은 자유 재량권을 갖고 있음.
- 메디케이드의 수급대상자는 ‘범주적 필요 집단(categorically needy groups)’, ‘범주적 관련 집단(categorically related groups)’ 그리고 ‘의료적 필요 집단’(medically needy groups)으로 구분

가. 범주적 필요 집단(categorically needy groups)

□ 주정부는 특정집단에 대해서는 의무적으로 메디케이드 의료서비스를 제공해야 하며, 이런 의미에서 이들을 ‘mandatory group’이라고 함.

- SSI 수급자
- AFDC/TANF 수급가구
- 임산부 및 아동

나. 범주적 관련 집단(categorically related group)

□ 주정부에 따라 완화된 소득 및 자산기준에 의해 수급자격을 가지게 되는 집단(categorically related group)

- 빈곤선의 185% 이하의(이 이하에서 주정부가 정할 수 있음) 소득을 가진 가구의 임신부 및 1세 미만의 유아
- AFDC 소득 및 자산 기준을 충족시키는 21세 미만의 아동
- 시설에 입원하고 있고, 일정소득(SSI 급여수준의 300%이라는 연방급여 기준 미만에서 주정부가 정함) 미만인 자
- 앞의 시설입원기준을 충족시키지만, 재가 또는 지역사회 장기요양보호 서비스를 받고 있는 자
- 노인, 맹인 또는 장애인. 단, 당연적용 조건 이상의 소득이 있지만 FPL 미만인 경우

다. 의료적 필요 집단(MN: Medically Needy Eligibility Group)

- 의료적 필요집단(MN) 규정에 따라 진료비 지출로 인해 주정부가 정한 기준 밑으로 떨어질(spend down) 가능성이 있는 자

2. 급여서비스

가. 기본 필수서비스(mandatory services/ basic services)

- 사회보장법 규정상으로는 주별 메디케이드 플랜에 따른 유통성이 광범위하게 인정되고 있지만, 연방정부의 기금을 받기 위한 필수 이행사항

나. 선택서비스(optional services)

- 주정부는 연방정부로부터 기금을 받을 수 있는 선택서비스를 제공할 수 있음.

다. 급여서비스의 총량 및 기간에 대한 제한

- 주정부는 필수서비스의 제공에 총량(amount) 및 기간(duration)을 둘 수 있는데 이러한 제한은 부적절한 지급 경비나 불필요한 의료 서비스를 삭감하기 위해 고안되었지만 주정부는 대부분 단순히 비용을 조절하기 위해서 사용하고 있음.
 - 메디케이드 적용을 받을 수 있는 연간 입원기간, 한 달에 받을 수 있는 처방수, 한 달에 약처방에 지불하는 돈, 일정기간 동안 의사를 방문할 수 있는 횟수 등을 규제

3. 메디케어의 저소득 취약계층에 대한 추가 지원

- 메디케어 수급자 중에서 소득이나 자산이 낮은 사람들은 메디케이드 프로그램으로부터 추가적인 지원을 받을 수 있는데 양쪽 모두에서 지원을 받는 경우를 이중자격수급자(dually eligible beneficiary)라고 함.

IV. 미국 Medicaid 제도의 주별 비교

- 7개 주에 뉴욕, 캘리포니아, 일리노이, 위스콘신, 네바다, 오레곤, 버지니아를 선정하였음.
 - 뉴욕과 캘리포니아는 가장 대표적인 도시가 있으면서 큰 주이기 때문에 선정되었고, 일리노이와 버지니아는 대도시를 포함하면서 소수계가 많이 거주하는 지역이어서 포함하였고, 위스콘신은 포괄적으로 Medicaid 업무를 잘하는 주로 선정이 되었고, 네바다는 수급자격이 엄격한 것으로 알려져 있고, 오레곤은 재정안정을 위해 독자적인 프로그램을 갖고 있는 것으로 나타나 선정되었음.

〈표〉 7개주의 대상별 메디케이드 소득자격 조건 (연방정부 빈곤선 기준)

	어린이 (0-1세)	어린이 (1-5세)	어린이 (6-19세)	일하지 않는 부모	일하는 부모	임산부
United States	133%	133%	100%	42%	65%	133%
California	200%	133%	100%	100%	107%	200%
Illinois	200%	133%	133%	185%	192%	200%
Nevada	133%	133%	100%	25%	86%	185%
New York	200%	133%	100%	150%	150%	200%
Oregon	133%	133%	100%	100%	100%	185%
Virginia	133%	133%	133%	24%	31%	166%
Wisconsin	185%	185%	185%	185%	192%	185%

자료: 미국 Medicaid Statistical Information System(MSIS),2007

〈표〉 7개주의 Medicaid 수급자 수 및 비율

(단위 : 천명, %)

	미국 전체	캘리포니아	뉴욕	일리노이	네바다	위스컨신	오래곤	버지니아
Total Enrollment, FY2004	58,421	10,619	4,889	2,379	257	971	611	860
	20	30	25	19	11	18	17	12
Children	29,420	4,349	2,106	1,257	142	412	286	500
	52.9	40.9	43.1	52.8	55.3	42.4	46.8	58.1
Adults	15,202	4,462	1,675	476	55	277	202	114
	22.7	42	34.3	20	21.3	28.5	33	13.2
Elderly	5,908	903	500	372	24	154	50	102
	10	8.5	10.2	15.6	9.3	15.9	8.2	11.9
Disabled	7,891	907	608	273	36	128	73	144
	14.4	8.5	12.4	11.5	14.2	13.2	12	16.8

주: 전체 Medicaid 수급자수의 하단에 있는 숫자는 인구대비 수급자 비율이고, 아동, 성인, 노인, 장애인의 하단에 있는 숫자는 Medicaid 수급자 대비 비율임.(2004년 기준)

〈표〉 7개주의 Medicaid 지출 규모 및 비율

(단위 : 백만 달러, %)

Medicaid Expenditures	미국 전체	캘리포니아	뉴욕	일리노이	네바다	위스컨신	오래곤	버지니아
Total Medicaid Spending, FY2006	\$303,882	\$34,247	\$44,712	\$10,119	\$1,178	\$4,653	\$2,941	\$4,654
Disproportionate Share Hospital Payments (DSH)	\$17,149	\$2,339	\$3,068	\$209	\$80	\$63	\$44	\$157
	5.6	6.8	6.9	2.1	6.8	1.4	1.5	3.4
Acute Care	\$175,499	\$19,839	\$22,711	\$6,681	\$713	\$2,558	\$1,747	\$2,583
	57.8	57.9	50.8	66	60.6	55	59.4	55.5
Rx Drugs	\$16,646	\$1,534	\$2,751	\$833	\$64	\$247	\$122	\$194
	9.5	7.7	12.1	12.5	8.9	9.7	7	7.5
Long Term Care (LTC)	\$111,234	\$12,070	\$18,933	\$3,228	\$385	\$2,032	\$1,150	\$1,915
	36.6	35.2	42.3	31.9	32.7	43.7	39.1	41.1
Nursing Home	\$48,638	\$3,814	\$6,951	\$1,471	\$150	\$866	\$280	\$705
	43.7	31.6	36.7	45.6	38.9	42.6	24.4	36.8
Home/Personal Care	\$45,472	\$6,238	\$8,507	\$961	\$166	\$970	\$841	\$571
	40.9	51.7	44.9	29.8	43.2	47.7	73.2	29.8

주: 각 셀의 하단에 보여지는 숫자는 전체 지출 대비 비중을 나타내고 있음. (2004년 기준)

〈표〉 7개주의 수급자 1인당 Medicaid 지출

(단위 : 달러)

Per Enrollee Medicaid Spending, FY2004								
	미국 전체	캘리포니아	뉴욕	일리노이	네바다	위스컨신	오래곤	버지니아
Total	\$4,202	\$2,538	\$7,500	\$3,784	\$3,070	\$4,424	\$3,511	\$4,114
Children	\$1,509	\$1,109	\$1,869	\$1,284	\$1,251	\$1,124	\$1,541	\$1,310
	17.3	17.6	10.6	15	22	10.7	20.4	18.3
Adults	\$2,021	\$813	\$3,617	\$2,293	\$1,772	\$1,974	\$2,128	\$2,328
	12	13.2	16.2	10.1	12	12.7	20	7.4
Elderly	\$11,455	\$8,451	\$22,804	\$6,008	\$7,792	\$9,483	\$10,462	\$9,865
	26.4	27.8	30.6	20.7	23.1	33.9	24.4	28.2
Disabled	\$13,014	\$11,993	\$25,127	\$14,859	\$9,010	\$14,233	\$10,253	\$11,153
	40	39.6	41	37.6	40.8	42.3	34.8	45.1

주: 각 셀의 하단에 보여지는 숫자는 전체 지출 대비 각 계층의 비율을 나타내고 있음.
(2004년 기준)

〈표〉 7개주에 대한 연방정부의 기금 매칭율

Other Medicaid Spending Measures								
	미국 전체	캘리포니아	뉴욕	일리노이	네바다	위스컨신	오래곤	버지니아
주정부 1달러당 연방정부 매칭율 FY2008	1	1	1	1	1.1	1.4	1.6	1
	50	50	50	50	52.6	57.6	60.9	50

주: 하단에 나타난 숫자는 연방정부의 매칭 비율을 나타냄

1. 캘리포니아

- 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램은 ‘Medi-Cal’ 이라고 불리워지며, Department of Health Care Service에서 관할
 - 2004년 현재 Medi-Cal 프로그램은 캘리포니아에 거주하는 전체 인구의 30%인 일천백만명의 주민들에게 혜택을 주고 있음.

- 구체적으로 Medi-Cal는 4백 4십만명의 어린이, 4백 5십만명의 성인, 9십만명의 장애인과 9십만명의 노인들에게 Medicaid를 제공하고 있음.

□ 자격조건

- 어린이: 신생아의 경우는 가구소득이 연방정부 빈곤선의 200%까지 Medi-Cal서비스를 받을 수 있음.
 - 1세부터 5세까지의 어린이는 가구소득이 빈곤선133% 미만인 경우, 6세부터 19세 어린이의 경우는 빈곤선100% 미만인 경우에만 Medi-Cal 서비스 자격조건이 주어지지만 어린이가 어느 보험에도 가입되어 있지 않고 가구소득이 빈곤선 250%미만이면 주정부의 어린이 건강보험 프로그램인 Healthy Families를 통해 의료서비스를 제공받게 됨.
- 성인 : Medi-Cal 프로그램은 소득이 연방정부 빈곤선 200% 미만인 임산부와 빈곤선 100%미만의 소득을 갖고 있는 부모에게 제공됨.
- 노인과 장애인 : Medi-Cal 프로그램은 연방정부 빈곤선 100%미만의 소득을 가지고 있는 노인과 장애인에게 의료서비스 제공

□ 의료 서비스 급여 범위

- 캘리포니아주가 임의로 제공하는 의료 서비스는 조제약, 치과 및 안과 치료, 호스피스(Hospice) 치료, 정신과 입원치료, 재활 및 치료요법 등이 있음.
- 2002년 현재, Medi-Cal 등록자의 53%가 관리의료를 통해 의료서비스를 공급받고 있지만, Medi-Cal 등록자 중 노인의 86%와 장애인의 79%는 행위별수가제도를 통해 메디케이드 서비스를 받고 있음.

2. 위스콘신주

가. 자격조건

- 위스콘신주는 다른 주에 비해 소득 기준선이 상대적으로 높아 더 많은 사람들이 메디케이드 혜택을 볼 수 있음.
 - 1115조의 면제규약(Section 1115 Waiver)을 승인받아 메디케이드 자격기준을 연방정부 빈곤선 기준 185%까지 확대 실시 하고 있고 소득이 빈곤선 200%에 이르기 전까지 Medicaid 서비스를 받을 수 있도록 하고 있음. 다.
 - 단지 소득이 빈곤선 150% 이상인 경우는 소득기준으로 월정 보험료를 납부해야 함.

나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

- 위스콘신주는 다른 주에 비해 급여범위가 대단히 넓음. : 정신질환에 대한 클리닉 서비스, 심리치료를 제외한 거의 모든 치료가 급여범주내에 포함되어 있음.
 - 외래의 경우 대부분 50센트부터 3 달러까지 제공된 서비스 종류에 따라 본인부담이 다르게 나타나고 있으나 1년 본인부담의 한도가 30달러로 제한되어 있음.
 - 위스콘신주는 급여범위가 넓은 대신 상대적으로 사전승인제도가 광범위하게 적용되고 있음. : 조제약은 하루 비용이 100 달러를 넘거나 영양공급과 관련이 있는 약제의 경우 반드시 사전 승인을 받도록 하고 있음.
 - 급여 제한 : 재활 서비스는 남용을 막기 위해 1년에 500 달러 이내에서 비용을 지출할 수 있도록 되어 있고 가정에서의 재활 서비스는 금지되어 있음.

- 지불 보상방법 : 대부분 행위별 수가제에 의존하고 사전가격제도 혼용됨. 병원 입원의 경우는 DRG, 사전가격제가 같이 사용되고 있음.

3. 뉴욕주

가. 자격 기준

- 뉴욕주는 Centers for Medicaid Medicare Services (CMS) 로부터 1115조의 면제규약(Section 1115 Waiver)을 승인받아 메디케이드 자격기준을 기존의 뉴욕주 현금급여안전망 프로그램(State-Funded Cash Assistance Safety Net Program) 수혜계층으로까지 확대하였으며, 많은 메디케이드 수혜자들을 행위별수가제도 (fee for service delivery system)에서 의무적 관리의료체제 (mandatory managed care)로 전환시켰음.
- 뉴욕주는 근로연계프로그램 (the Ticket to Work) 과 근로유인향상법(Work Incentives Improvement Act:TWIIA) 에 적용되는 장애인에 대해서 선택적으로 Medicaid를 구입할 수 있도록 하고 있음.
 - 자신의 소득이 빈곤선 150%를 초과하는 경우 자신의 소득수준에 따라 월정보험료를 납부해야 함.

나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

- 대부분의 경우 급여가 주어지지만 외래환자에게는 약 3 달러, 입원환자에게는 약 25 달러의 본인부담이 있음.
 - 공공 클리닉 기관은 행위별 수가제가 적용되나 입원 관련 병원에는 사전 가격제, DRG, 정액제 등이 혼용되어 시행됨.
 - 클리닉의 경우 1년에 10번 이하의 범위내에서 방문하도록 제한되어 있

거 초과에는 1년에 3회 이내, 정신질환의 경우 1년에 40회 이내에서 진료를 받을 수 있도록 제한하고 있음.

- 약의 경우 1년에 최대 40번 처방 및 조제를 받을 수 있고 조제건당 제네릭 약의 경우 50센트, 브랜드 약의 경우 2 달러의 본인부담이 있음.

4. 네바다주

가. 자격조건

- 네바다주는 근로연계프로그램 (the Ticket to Work) 과 근로유인향상법(Work Incentives Improvement Act: TWWIA) 에 적용되는 장애인에 대해서 선택적으로 Medicaid를 구입할 수 있도록 하고 있으나 소득에 근거한 월정 보험료와 본인부담금을 지불해야 할 의무가 있음.

나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

- 네바다주는 범주형 대상자(categorically needy group)에 대한 Medicaid 프로그램은 운영하지만 의료욕구형 대상자(Medically needy group)에 대한 프로그램은 없음.
 - 네바다주에서는 다른 주와 달리 입원을 할 때 응급상황을 제외하고는 사전 승인을 받도록하고 있음.
 - 틀니, 세라피 서비스, 장기요양의 경우 개인 치료서비스 등은 사전에 승인을 얻도록 규정하고 있음.
 - 본인부담은 거의 없으나 조제약의 경우 제네릭 약은 1 달러, 브랜드 약은 2 달러의 본인부담을 하고 있음.

- 지불 보상 방법은 대부분 행위별 수가제를 사용하나 부분적으로 사전가
격제도 사용하고 있음.
- 틀니나 안경은 급여가 되지만 틀니의 경우 5년에 한 번, 안경은 2년에
한 번 급여가 제공됨.

5. 일리노이주

가. 자격 조건

- 일리노이주도 네바다주와 같이 근로연계프로그램 (the Ticket to Work) 과 근로유인향상법(Work Incentives Improvement Act:TWIIA) 에 적용되는 장애인에 대해서 선택적으로 Medicaid를 구입할 수 있도록 하고 있지만, 네바다주와는 달리 이들은 소득이 연방정부 빈곤선의 200% 미만인 경우에만 Medicaid 구입이 가능함. : 또한 소득에 근거한 월정 보험료는 연방정부 빈곤선이상의 소득을 갖고 있는 자에 한해서 지불할 의무를 두고 있음.

나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

- 급여 범위 : 다른 주와 비슷하게 거의 모든 급여 제공
 - 심리학자에 의한 치료, Personal care, Private Duty nursing services, 종교적 이유에 의한 개인 치료 등은 급여 하지 않음.
 - 본인부담은 외래의 경우 대부분 방문당 2 달러, 입원의 경우 정액제가 아니라면 2내지 3달러를 적용하고 있음.
 - 조제의 경우 제네릭 약은 2달러, 브랜드 약은 3 달러의 본인부담이 있음.
 - 치과 치료, 외과 수술 등은 경우에 따라 사전 승인이 필요하고, 의학적

소견이 아니라면 수술전 하루만 입원이 가능함.

- 민간에서 운영하는 요양시설의 경우 93% 이상 가동되어야 보상을 하고 있음.
- 클리닉서비스에 대한 보상가격은 병원 외래환자의 가격 대비 75%를 적용하되 행위별 수가제 채택
- 병원 입원의 경우 DRG, 사전가격제, 정액제 등이 혼용되고 있고 병원 외래환자는 선불제에 의해 지불
- 조제약에 대한 보상은 제네릭의 경우 약제비의 25%와 건당 4.6 달러, 브랜드약의 경우 약제비의 12%와 건당 3.4 달러씩 이루어지고 있음.

6. 버지니아

가. 자격 조건

- 버지니아주도 근로연계프로그램 (the Ticket to Work) 과 근로유인향상법(Work Incentives Improvement Act:TWIIA) 에 적용되는 장애인에 대해서 선택적으로 Medicaid를 구입할 수 있도록 하고 있음
 - 이들은 자신의 소득이 연방정부 빈곤선의 80%미만이 경우 한해서만 Medicaid 서비스를 받을 수 있으며, 월정 보험료는 필요하지 않음.

나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

- 버지니아주는 다른 주에 비해 급여범위가 협소함.
 - 세라피 서비스가 급여 범위에서 제외되어 있고 틀니, 보청기, 안경 등 보장구가 급여되지 않음.
 - 외래의 경우 대부분 1 달러, 입원의 경우 10 달러의 본인부담이 있음.

- 병원외래의 경우는 3달러의 본인부담이 있고 조제의 경우 제네릭 약에 대해서는 1달러, 브랜드 약에 대해서는 3 달러의 본인부담이 있음.
- 일반 클리닉에서 정신질환으로 26회 치료를 받은 후에 다시 방문하고자 할 때는 사전 승인 필요
- 응급이 아닌 입원의 경우도 사전승인 필요
- 병원에 외래로 방문하는 경우 횟수가 1년에 24회로 제한
- 재활서비스도 1년에 380회로 제한되어 있고 치과치료는 트라우마 질환이나 구강수술의 경우에 한정해서 제공됨.
- 지불 보상방법은 대부분 행위별 수가제에 의존하고 선불제 혼용
- 병원 입원의 경우는 DRG, 선불제 같이 사용
- 약국의 조제료 : 다른 주와 달리 제네릭 약과 브랜드약간 조제료의 차이는 인정하지 않음.

7. 오레곤주

가. 자격 조건

- 오레건주는 Centers for Medicaid Medicare Services (CMS) 로부터 1115조의 면제규약(Section 1115 Waiver)을 승인받아 소위 오레건 의료계획 (Oregon Health Plan)를 실시하고 있음.
 - 오레건 의료계획은 기존의 메디케이드 자격이 주어졌던 연방정부 빈곤선 이하의 소득을 갖는 가족과 노인, 장애인, 임산부, 그리고 빈곤선 185%미만의 소득가정에서 자라는 어린이들을 ‘A’ 집단으로 분류하고, 추가로 근로연계프로그램 (the Ticket to Work) 과 근로유인향상법(Work Incentives Improvement Act:TWIIA) 에 적용되는 장애인에 대해

서 선택적으로 Medicaid를 구입할 수 있도록 하고 있고 이들 추가집단을 Medicaid의 'B' 집단으로 분류하였음.

- 임신을 하게 되면 오레건의료계획 수혜자들은 오레건 추가의료계획 (Oregon Health Plan Plus)에 의해 임신기간과 출산후 2개월까지 임신관련 의료서비스를 추가로 받을 수 있음.
- 오레건 추가의료계획에 수혜자들은 나이가 19세 이상인 경우 본인부담금을 지불해야 함.
- 오레건 의료계획의 기본 수혜자들은 본인 부담금을 지불하지 않아도 됨.
- 대신 기본수혜자들은 연방정부 빈곤선 10% 이상의 소득을 기준으로 월정 보험료를 납부해야 할 의무가 있음.

나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

□ 급여 제한이 그룹 A와 그룹 B간 다르게 적용됨.

- 입원을 위해서는 A와 B 그룹 모두 제 2의 의견이 필요하며 특히 B 그룹은 긴급하지 않거나 응급이 아니면 입원에 상당한 제약이 따름.
- 치과 치료도 B 그룹에게는 통증 치료의 경우에 한정해서 제공하고 그 이외의 경우 급여되지 않음.

- 조제약의 경우 한 달에 15일 이내에서 그리고 1년에 100일 이내에서 처방 및 조제 가능
- 안경은 2년에 한 번으로 급여 제한
- 지불 보상방법은 대부분 행위별 수가제에 의존하고 선불제도 병행 사용
- 병원 입원의 경우는 DRG, 선불제 같이 사용

V. 미국 Medicaid 현황으로부터 시사점 그리고 결론

1. 자격 관련

- 미국 Medicaid 제도에서 연방정부가 의무적으로 선정하도록 정한 기준이 있고 광범위한 재량권을 갖는 주정부는 연방정부의 선정기준 외에 추가적으로 자체 기준을 통하여 수급자를 선정하는 반면 우리나라는 중앙정부가 수급자 선정기준을 마련하여 지자체에 통보하면 그 기준에 맞추어 수급자를 선정하고 있음.
 - 우리나라의 경우 지자체 자체적인 특성을 반영하기 어려운 구조이고 중앙집권적 관리방식이 적용되기 때문에 수급자 선정기준 뿐 아니라 급여 범위, 본인부담 등 모든 것이 획일적 구조를 갖고 있음.
- 자격선정 관련 우선 미국의 Medicaid는 소득과 자산조사 외에 다른 조항은 염두에 두지 않는 반면 우리나라는 소득 산정시 재산을 소득으로 환산하여 적용하고 있고 또한 부양의무자 기준도 마련하여 적용하고 있는 등 수급자 격에 큰 차이가 있음.
 - 첫째, 소득의 경우 미국은 가처분 소득을 기준으로 하는 반면 우리나라는 재산까지 소득으로 환산하여 소득화하고 있음. : 실질 보호 대상자

를 선정한다는 측면에서 우리나라는 사각지대를 양산하게되는 반면 미국의 Medicaid 제도는 필요한 계층을 선별하여 보호하고 있음.

- 둘째, 자산의 경우도 미국 대부분의 주에서 주거용 재산을 제외하는 반면 우리나라는 지역에 따라 다소 차이가 있지만 주거용과 상관없이 대략 3천만 원 공제 후 재산은 소득으로 환산되어짐. : 재산을 처분하여 생계를 유지해야 하고 의료욕구가 발생하면 역시 재산을 매개로 비용을 충당해야 함으로 의료 사각지대를 양산할 수 있음.
- 셋째, 부양의무자 조건 : 미국에서는 사회분위기상 부양의무자 조건을 전제하기가 어렵지만 우리나라의 부양의무자 조건은 자칫 부양의무자 까지 빈곤하게 만들 수 있음. (의료비의 경우 91%가 본인이 부담하고 있고 사회복지공동모금회 등 민간지원까지 합하면 약 97%가 자체 부담하고 있음.)

□ 미국의 Medicaid에서는 의료 니드가 있는 계층에 대해 별도의 MN(Medically Needy Group)으로 선정하여 수급자로 보호하는 반면 우리나라의 경우 2004년부터 차상위 계층 중 희귀질환이나 만성질환을 보유한 자들에 대해 특례에 의해 수급권을 부여해 왔음. : 그러나 최근 이들을 2008년부터 다시 건강보험가입자로 전환하기로 하였음.

- 의료급여권에서 질환 때문에 수급자가 될 수 있는 여지가 없어졌음.
- 개별급여형태로 전환할 것을 고려하면서 비용 기준 과도한 의료비 때문에 생계에 어려움이 예측되는 가구에 대해서는 사후적으로 비용 보상할 것을 준비 중임.

2. 급여범위 관련

□ 미국 Medicaid의 급여범위가 넓으나 급여되는 항목 중에서도 횡수에 제한이

있거나 비용에 제한이 있는 경우가 많음.

- 본인부담 수준도 우리나라 의료급여제도의 1종 보다는 높은 편이고 직접비교는 어려우나 계층에 따라서는 일정소득 이상의 소득에 대해 보험료 형태로 납부하기도 함.
- 근본적인 차이는 치료목적외의 급여 내용에 있음. : 지압, 보장구, 시설 내에서의 간호서비스 이용, 가정에서의 간호서비스 이용, 간병인 이용 등은 엄격한 의미에서 직접적인 의료서비스라기 보다 부가적인 것 같 으면서도 수급자의 입장에서는 꼭 필요한 서비스 임.
- 우리나라는 아직 여기까지 미치지 못하고 있음 : 향후 수급자의 필요에 의한 사회복지 서비스까지도 급여범위 내에 포함시킬 것을 고려해야 함.

3. 재정관리 노력

- Medicaid 제도에서 재정 관리 노력 : 수급자를 감축하기 위해 소득, 자산 기준을 엄격하게 하거나 기존에 주어지던 급여 내용을 축소하여 부족한 재정에 대처
 - 관리의료 : 선불제 형태의 관리의료는 비용을 미리 예측할 수 있을 뿐 아니라 경쟁에 의해 의료의 질까지 담보할 수 있다는 장점이 있음.
 - 이에 대한 여러 비판이 있기는 하나 제도의 도입 의도는 재정관리에 초점이 있음.
 - 오래근주 같은 경우 급여범위 내에서 항목별 우선순위를 설정한 후 재정 상태에 따라 매년 급여범위 조정
- 재정 관리를 위해 가장 빈번히 사용되는 방법 : 본인부담의 조정, 급여일수

의 제한, 급여횟수의 제한, 급여 비용의 총액 제한, 특별한 서비스의 경우 사전승인제 도입

- 약 처방의 경우 제네릭 약은 본인부담이 브랜드 약에 비해 상대적으로 적고, 처방 또는 조제하는 공급자에게는 더 많은 조제로 지불

□ 우리나라 의료급여의 경우 2007년 6월까지 1종 수급자에 대해 외래 본인부담이 없었으나 최근 건강생활유지비를 한 달에 6천 원씩 지급하는 대신 본인부담제 도입 : 그 외에 우리나라에서 제도적으로 재정절감 노력을 찾아보기 어려움.

- 대부분의 경우 비용조장적인 행위별 수가제가 적용되어서 진료비 통제가 어렵고 서비스 이용 횟수나 비용 규모를 제한하지도 않고 있음.

□ “급여 범위는 넓게 그러나 그 사용은 꼭 필요할 때”가 미국의 방식이라면 우리나라의 경우 “급여 범위는 제한적이나 사용은 제한없이” 방식임.

- 그러나 미국의 경우 필요해도 기간이나 횟수의 제한 때문에 고통받는 저소득층이 많음.

- 다만 비용 대비 효율성 측면에서 무제한 사용은 곤란

4. 관리 운영

□ 미국 Medicaid 제도는 기본적으로 연방정부의 사업이 아니라 주 정부의 사업임.

- 연방 정부에서 최소한의 수급자 선정 기준 등 가이드 라인을 제공하지만 실제적인 집행은 주정부가 하고 있음.

- 반면 우리나라는 거의 모든 정책을 중앙정부가 결정(중앙집권형 관리)

- 이는 지방의 특성을 반영하기 어려움 : 지역에 따라 시설이 밀집되어

있는 곳도 있고 65세 이상 고령 인구가 집중되어있기도 함.

- 이러한 특성을 반영한 급여 범위, 본인부담, 지불방식 등이 적용될 수도 있으나 아직 지방자치단체에 의료급여 사업 관련 전권을 이양하는 것은 시기상조로 보임. : 지방별 급여의 범위, 본인부담 수준의 차이, 지불방식의 차이를 우리 국민이 감내하기 어렵기 때문임.
 - 다만 지자체간 경제 능력이 좀더 좁혀지면 머지 않은 장래에 부분적으로 사업의 일부를 지방자치단체에 넘기는 것이 효과적이며 효율적일 수 있음.
- 연방정부의 기금 부담 : 주정부의 소득 수준에 따라 매칭비율이 달라지지만 미국 전체 평균 소득보다 높은 주에게는 총급여비의 50%를 연방에서 지원하고 주의 소득이 전체 평균보다 낮은 주에게는 주의 소득 수준에 따라 차등지원
- 우리나라의 경우 서울만 총급여비의 50%를 부담하고 나머지 광역시도에서는 20%만 부담
- 문제점 : 첫째, 부담의 정도, 둘째 부담 방법
 - 소속 주민의 건강을 보장하는 대신 전체 비용의 4%만 부담한다면 지방자치단체의 수장입장에서는 가능한 한 많은 사람을 수급자로 편성하고자 함.
 - 부담의 방법상에서도 미국의 경우 주의 경제적 형편에 따라 지원 정도가 달라지나 우리나라는 서울을 제외하고 경제적 능력과 상관없이 모든 지방자치단체가 똑같이 부담하고 있음.
 - 지자체의 경제적 능력을 반영하고 차제에 지자체별 평가를 통하여 지방자치단체의 부담 규모를 달리한다면 지금보다 훨씬 지자체의 의료급여 사업에 대한 책임성도 증대하고 재원확보도 효과적일 수 있음.

5. 소결

- 미국 Medicaid 제도는 원칙에 충실하되 재원의 효율적 활용을 도모하고 있음.
 - 그럼에도 불구하고 최근의 경향은 무한정 예산을 증가시킬 수 없다는 현실임.
 - 우리나라도 사회보장 원칙에 순응하는 제도 혁신이 있어야 함.
 - 예산이 물론 담보되어야겠지만 수급자 선정기준부터 사각지대를 해소하는 방향으로 접근하여야 할 것임.

- 우리나라 의료급여제도도 최근 1종에 대한 외래 본인부담금 실시, 선택병의원제의 실시 등으로 종래에 비해서는 효율적인 운영을 하기 위해 다각적인 노력을 하고 있음.
 - 욕구가 있는 계층을 수급자로 확대하고 급여범위(사회복지서비스 까지)도 확대하되 필요한 사람만 이용할 수 있도록 다양한 대책을 강구해야 할 것임. : Medicaid 제도로부터 시사점을 얻을 수 있음.

I. 서론

1. 연구의 목적 및 필요성

최근 의료급여제도에 대한 관심이 높아졌다. 급증하는 진료비 즉 예산의 한계 때문일 것이다. 2004년부터 의료급여 수급권자로 편성되기 시작한 차상위 계층(희귀질환자, 만성질환자, 18세 미만 아동)이 최근 다시 건강보험으로 환원되기로 결정되었다. 2001년 건강보험이 재정위기를 겪을 때 의료급여도 상시적 체불금이 있었다. 건강보험 재정대책 덕분에 의료급여도 재정 관점에서 많은 도움을 받았다. 진찰료·처방료 통합, 차등수가제 등 제도 변화와 철저한 심사관리 등을 통하여 의료급여 재정이 많이 절감되었다. 추경예산도 이루어졌다. 2003년, 2004년 의료급여의 재정형편이 예년에 없이 좋아졌었다. 이후 차상위 계층이 편입되었고 CT, MRI 등이 급여 범위안에 포함되었고, 보장구가 급여되는 등 급여가 지속적으로 확대되었다. 최근 몇 년간 재정이 매년 20% 이상씩 급증하여 2006년부터 다시 감당키 어려운 한계에 봉착했다.

이러한 문제를 해결하기 위해 최근 1종 외래에 대해 본인부담제가 도입되고 다빈도 이용자에 대해 선택병원제도를 실시하게 되었다. 2007년의 잠정 추계치를 보면 새로운 제도 도입 이후 진료비 증가율이 현저히 둔화되고 있는 것으로 나타났다.

재정형편이 어려워지면 재정안정대책, 그리고 상황이 좋아지면 수급자 증가, 급여확대, 다시 어려워지면 다시 재정 대책, 최근 의료급여제도의 재정관련 환경이다.

의료급여제도가 저소득 빈곤층의 건강지킴이 역할을 한지 벌써 30년이

지났다. 그 동안 공과도 많이 있었다. 그러나 빈곤층의 의료보장 파수꾼 역할을 충실히 해왔다고 자부할 수 있다. 이제는 먼 미래를 내다보며 의료급여제도의 미래 비전, 전략이 필요하다. 재정형편에 따라 정책이 춤추는 시대가 아니고 확실한 철학적 기반하에 의료급여제도의 큰 그림을 다시 그려야 한다. 이를 위해 선진 외국의 사례를 공부할 필요가 있다.

우리나라 의료급여제도와 같은 빈곤층 대상 별도의 제도를 운영하는 나라는 미국과 일본 밖에 없다. 대부분의 유럽국가는 건강보험에 포괄해서 운영중이기 때문에 우리나라 제도와는 차이가 있다. 일본의 경우 전국민의 약 0.8%만 의료보호대상자로 선정하여 운영 중이다. 대상자 선정기준이 대단히 엄격하여 우리나라와는 상당한 차이가 있다. 미국은 전 국민 대상 공보험이 없다. 따라서 빈곤층 대상 공공의료제도인 Medicaid가 대단히 발달되어있다. 불과 5년 전(2002년)까지만 하더라도 전인구의 약 15%가 Medicaid 수급자였으나 2007년 현재 전 국민의 약 20%가 Medicaid 대상자이다.

특히 미국의 Medicaid 제도는 연방정부의 가이드하에 주정부가 책임을 갖고 운영중인 제도이다. 수급자 선정, 급여범위 확정, 지불보상방법 등 모든 제도를 각각의 주정부가 재량으로 결정한다. 그 만큼 다양한 제도가 존재한다. 따라서 본 보고서는 미국의 Medicaid 제도를 심도있게 고찰하여 시사점을 얻는 데 목적이 있다. Medicaid 제도의 전체적인 내용을 개관하고 특성 있는 몇 개 주를 선정하여 주별 세부적인 정책의 차이를 규명함으로써 우리나라 의료급여제도의 향후 비전, 원칙, 전략을 설계하는 데 도움을 받고자 한다.

2. 연구내용 및 방법

“미국 Medicaid의 주별 제도 비교” 연구는 연구의 목적을 달성하기 위

하여 Medicaid 제도의 전체적인 틀을 먼저 조명하고 선택된 7개주의 세부 사항을 집중 검토하였다. 수급자 선정기준의 차이, 급여범위의 차이, 본인 부담의 차이, 재정관리를 위한 다양한 정책, 지불보상 방법의 차이, 그리고 재정 상황 등을 비교 분석하고 우리나라에 도움이 될 만한 시사점을 찾고자 했다.

미국 전체 인구 중 의료보장 구성, 특히 Medicaid 제도 내에서 수급자의 유형별 구성, 유형별 지출현황, 유형별 수급기준의 차이 등이 검토되었다. 연방정부의 전체적인 틀이 우선 소개되고 선택 7개주(캘리포니아, 뉴욕, 위스콘신, 버지니아, 오레곤, 네바다, 일리노이)의 개별적인 특성 등이 비교되었다. 수급자 선정기준에서 취약계층에 대한 소득, 자산 기준이 비교되고, 의료요구에 의한 수급자(Medically Needy Group)의 경우 Spend down 의 기간, 금액 등에 초점을 맞추어 주별 비교 분석될 것이다. 급여의 범위내에서 주별로 어떠한 급여제한이 있는가가 탐색될 것이다. 이용기간의 차이, 횟수의 차이, 총액 상한선의 차이 등이 있다면 그 차이 등을 비교·검토할 것이다. 또한 주(state)간 재정관리 대책, 특히 도덕적 해이, 사위행위에 어떻게 대처하는지 검토하고자 한다.

위에서 열거된 연구내용을 완성하는 데 주로 문헌 연구, 인터넷 탐색을 통한 자료 확보, 현지 기관 방문 등이 이용되었다. 우리나라 의료급여제도 관련 내용은 보건복지부의 자료와 국민건강보험공단 및 심사평가원의 자료가 이용되었다. 공단 및 심평원의 자료를 토대로 의료급여 실태분석이 간략하게 이루어지고 인터넷에서 구한 Medicaid 자료는 재 가공되어 분석되었다. 부족한 부분은 미국 현지 기관을 방문하여 담당자와의 인터뷰를 통해 구체화 되었다. 다행히 본 연구의 책임자는 본 연구 수행기간 동안 미국에서 체류하였다.

3. 기대효과 및 활용방안

본 연구는 미국 Medicaid 제도를 개관하고 7개 주의 개별 특성을 파악하였다. 수급자 선정기준부터, 급여범위, 본인부담 실태, 급여의 제한, 지불보상방법, 재원조달 방법, 사위행위에 대한 관리 등에 대해 비교 분석하였다. Medicaid는 우리나라 의료급여제도와 대단히 유사하게 운영중이다. 따라서 본 보고서의 내용은 향후 우리나라 의료급여제도의 정책을 결정하는 데 많은 도움을 줄 수 있을 것이다.

본보고서는 서론에 이어 2장에서는 우리나라 의료급여제도에 대해 개괄적으로 설명하였다. 3장에서는 미국 Medicaid 제도의 전체적인 틀에 대해 정리하였고 4장에서는 7개 주를 선택하여 선정기준, 급여 범위, 보상방법 등을 비교하였다. 끝으로 5장에서는 Medicaid와 우리나라 의료급여제도를 비교하면서 시사점을 얻기 위해 노력하였다. 말미에 소결로써 결론을 대신하고 있다.

Ⅱ. 우리나라 의료급여제도에 대한 개관

1. 의료급여 제도의 개요

가. 목적

의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 생존과 삶의 질 유지에 절대적으로 필요한 의료서비스에 대한 접근을 가장 직접적이고 최종적으로 보장해 주는 데 의의가 있다.

나. 수급자 현황

의료급여 수급자는 2001년에 비해 2002년에는 약간 감소하였으나 그 이후 계속 증가추세를 보이고 있다. 특히 2004년에는 차상위 계층 중 만성질환이나 희귀난치성 질환을 보유하고 있는 사람을 수급권자로 편입시켰고 2005년에는 차상위 계층 중 12세 미만 아동을, 2006년에는 18세 미만 아동을 의료급여 수급권자로 확대하였다. 따라서 의료급여 수급권자수가 지속적으로 확대되어 2006년 말 기준 약 1,828천 명에 이르고 있다. 2004년에는 질환보유자들이 대거 수급권자가 되었기 때문에 1종 수급자의 수가 대폭 증가하였고 2005, 2006년에는 아동이 수급권자가 되어 2종이 상대적으로 많이 증가하였다.

〈표 II-1〉 연도별 의료급여 적용대상자 현황

(단위: 명)

구분		2001	2002	2003	2004	2005	2006
의 료 급 여	계	1,502,986	1,420,539	1,453,786	1,528,843	1,761,565	1,828,627
	1종	831,854	828,922	867,305	919,181	996,449	1,028,536
	2종	671,132	591,617	586,481	609,662	765,116	800,091
	부조	-	-	-	-	-	-

자료: <http://www.nhic.or.kr>

다. 수급 자격 기준

국민기초생활 보장 수급 자격과 의료급여 수급자격이 밀접하게 연관되어 있기 때문에 국민기초생활보장 수급자격을 중심으로 살펴보고자 한다.

국민기초생활보장 선정기준의 충족여부는 부양의무자조사와 자산조사(means test)를 거쳐 결정한다. 자산조사에서는 개별가구의 자산능력을 파악하는데 2002년까지는 소득평가액과 재산을 중심으로 조사하였고 2003년부터는 소득인정액(소득평가액+재산의 소득환산액)을 파악하여 최저생계비와 비교하고 있다.¹⁾

1) 국민기초생활 보장 수급자 선정기준

최후의 사회안전망(last safety net)으로서의 공공부조는 스스로 생계를 영위할 수 없는 모든 국민에게 최저생활을 보장함을 목적으로 한다. 여기서 스스로 생계를 영위할 수 없는 수준이 바로 선정기준이다.

가) 소득 및 재산기준(최저생계비)

부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수

1) 국민기초생활보장법 부칙 제5조.

없는 자로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 자는 국민기초생활보장법하의 수급자가 된다. 가구별로 산정된 소득인정액을 가구별 최저생계비와 비교하여 수급자 선정 및 급여액을 결정하게 된다. 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액의 합으로 구성되어있다. 소득평가액은 실제소득에서 가구별 특성비용과 근로소득을 공제한 것이고 재산의 소득환산액은 재산에서 기초공제와 부채를 제외한 후 소득환산율을 곱하면 구해진다. 재산의 기초공제는 지역별 전세가격(최저주거면적 전세가격) 등의 차이를 감안하되, 가구규모와 관계없이 대도시는 3800만원, 중소도시는 3100만원, 농어촌은 2900만원이 적용된다. 재산의 종류별 소득환산율은 일반재산의 경우 4.17%, 금융재산은 6.26%, 승용차는 월 100%가 적용된다.

○ 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액

$$\begin{cases} \text{소득평가액} & = (\text{재산} - \text{기초공제액} - \text{부채}) \times \text{소득환산율} \\ \text{소득인정액} & = \text{실제소득} - \text{가구특성별 지출비용} - \text{근로소득공제} \end{cases}$$

○ 재산의 소득환산액 = (재산의 종류별 가액 - 기초공제액 - 부채) × 재산의 종류별 소득환산율

○ 기초 공제액

지 역	대도시	중소도시	농어촌
금액(만원)	3,800	3,100	2,900

○ 재산의 종류별 소득환산율

재산의 종류	일반재산	금융재산	승용차
소득환산율	월 4.17%	월 6.26%	월 100%

나) 부양의무자기준²⁾

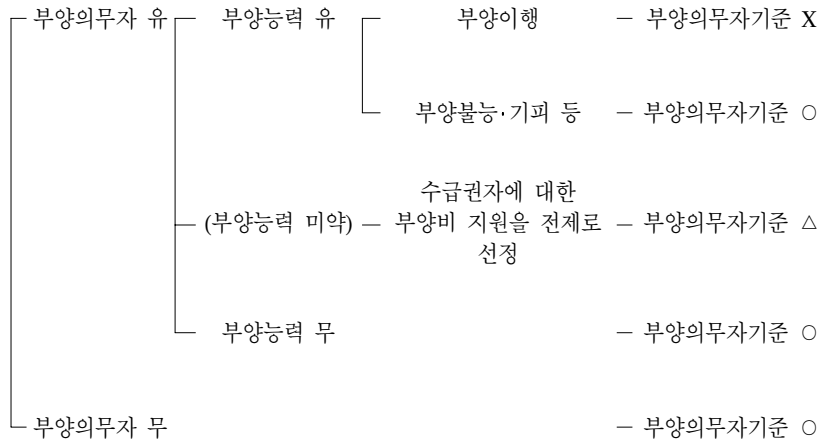
부양의무자 기준은 부양의무자 범위 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부양능력을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분된다. 수급자가 되기 위한 必要條件은 부양의무자 범위 이내의 자가 없거나, 있더라도 부양능력이 없거나, 부양능력이 있을 지라도 실제로 부양을 하지 않을 경우이다.

(1) 부양의무자 범위

扶養義務者 範圍은 수급권자의 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 2촌 이내의 혈족을 말한다(법 제2조). 여기서 직계혈족에는 출가한 딸과 그 자녀들도 포함된다. 그리고 생계를 같이하는 경우는 ① 소득을 공유하는 생활공동체 관계에 있는 자로서, 생활비 전체를 상대에게 전적으로 의존하고 있는 경우(정기적으로 생활비의 일부를 지원 받거나 주는 경우는 제외) ② 자녀가 교육관계로 다른 곳에 기숙하고 있는 경우 ③ 행상 또는 근무 등의 이유로 자녀를 타인에게 맡겨서 생활비를 보내주고 있는 경우 ④ 병원·직업훈련 등에 입원 또는 입소하고 있는 경우 등이다(국민기초생활보장사업 안내).

2) 일본과 오스트리아를 제외한 대부분의 나라에는 부양의무자기준이 없다. 우리나라의 정서상으로는 부양의무자기준을 선정기준으로 적용하는 것이 맞다. 하지만 복지이념, 외국의 동향, 핵가족 중심으로서 가족구조의 변화 등을 감안할 때 부양의무자기준은 장기적으로 검토되어야 할 과제이다.

[그림 II-1] 부양의무자 기준의 적용 도해



(2) 부양의무자의 부양능력 판정기준

국민기초생활보장법에서 부양능력 유무는 ‘부양능력 있는 자’, ‘부양능력 없는 자’, ‘부양능력 미약 자’로 구분하여 접근하고 있다. 소득 또는 재산이 「수급권자 및 당해 부양의무자가구 최저생계비 또는 재산기준의 합의 1.2배 이상」인 부양의무자는 ‘부양능력이 있는 자’로 판정하도록 하였다. 여기서 20%의 의미는 부양하고도 도시가계 평균저축률 정도의 저축을 할 수 있는 정도로 인식되고 있다.

2) 의료급여 수급자 선정 기준

가) 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자

(1) 1종 의료급여 수급권자 선정기준(영 제3조제2항)

의료급여법제3조 제1항 제1호의 규정에 의한 「국민기초생활 보장법」에

의한 수급권자 중에서 18세 미만인 자, 65세 이상인 자, 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제2조제2호에 해당하는 중증장애인, 보건복지부장관이 정하는 질병 또는 부상에 해당하지 아니하는 질병·부상 또는 그 후유증으로 인하여 3월 이상의 치료 또는 요양이 필요한 자³⁾(의사의 진단서 첨부), 임신부, 「병역법」에 의한 병역의무를 이행 중인 자, 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부장관이 정하는 자 만으로 구성된 세대의 구성원(세대단위 급여)은 수급자격을 갖는다. 그 외 「국민기초생활보장법 시행령」 제38조의 규정에 의한 보장시설에서 급여를 받고 있는 자(국민기초생활보장시설수급자), 「국민기초생활보장법」 제5조제2항의 규정에 해당하는 자로서 보건복지부장관이 인정하는 자(국민기초생활보장 특례수급권자(의료급여 및 자활급여 특례) 중 의료급여 1종수급권자), 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환자가 속한 세대의 구성원(세대단위 급여)도 1종 수급자격을 갖는다.

(2) 2종 의료급여 수급권자 선정 기준

국민기초생활보장수급권자 중 의료급여 1종수급권자 기준에 해당되지 않는 자는 2종으로 분류된다.

(3) 특례수급권자

- ① 의료급여 특례자 : 실제소득에서 6개월 이상 지속적으로 지출되는 의료비를 공제하면 수급자 선정요건에 해당하나, 수급자 선정 이후에는 공제대상지출이 발생하지 않아 소득인정액이 최저생계비를 초과하는 가구

3) 치료가 완료되어 근로능력을 회복하였을 경우에는 2종으로 환원

② 자활급여 특례자 : 수급자가 자활근로, 자활공동체, 자활인턴 등 자활사업에 참가하여 발생한 소득으로 인하여 소득인정액이 최저생계비를 초과한 경우

③ 차상위 의료급여 수급권자⁴⁾ : 『의료급여법』 제3조제1항 제9호 및 동법 시행령 제2조제2호, 제3호 및 제3호의2의 규정에 해당하는 자(개인단위 급여)로 희귀난치성질환자, 만성질환자, 18세 미만 아동

- 선정기준 :

○ 소득인정액 기준 : 국민기초생활수급권자가 아닌 가구로서 소득인정액이 최저생계비의 120%이하인 가구

〈표 II -2〉 ' 08년도 차상위계층 의료급여 소득인정액기준

가구규모	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
최저생계비 (원/월)	463,047	784,319	1,026,603	1,265,848	1,487,878	1,712,186
차상위기준 (원/월)	555,656	941,183	1,231,924	1,519,018	1,785,454	2,054,623

○ 재산의 소득환산시 기초공제금액 :

〈표 II -3〉 재산에서 공제하는 기초공제액

대도시	중소도시	농어촌
9,500만원	7,750만원	7,250만원

4) 차상위 의료급여수급자는 2008년부터 건강보험적용대상자로 재편성

- 자동차기준 : 2,000cc미만의 승용차 중 차령이 10년 이상인 차량은 일반재산 기준 적용
 - 부양의무자 기준
- 부양의무자의 범위 : 수급권자를 부양할 책임이 있는 자로서 “수급권자의 배우자, 1촌의 직계혈족 및 그 배우자”로 한다.(사위, 며느리도 부양의무자에 포함됨)
- 부양의무자의 부양능력 판정 : 부양의무자의 실제소득을 기준으로 부양의무자의 부양능력을 판단한다. 부양의무자의 부양능력 판정소득은 부양의무자의 실제소득이 다음의 소득미만일 경우 “부양능력 없음”으로 판정한다. 단 부양의무자의 재산은 소득으로 환산하지 아니하고 차상위 의료급여에서는 부양능력 유무만 판정한다. 따라서 국민기초생활보장대상자와 같이 부양 미약을 판정하기 위한 부양비 산정은 필요 없다.

부양의무자 가구의 월별 소득기준 : B*×3

※ B : 부양의무자의 최저생계비

〈표 II-4〉 부양의무자의 부양능력 없음 판정 기준
(단위 : 원/월)

구 분	부양의무자 가구원수					
	1인	2인	3인	4인	5인	
2008년 최저생계비	463,047	784,319	1,026,603	1,265,848	1,487,878	
차상위가 구의 수급자수	1인 (300%)	1,389,141	2,352,957	3,079,809	3,797,544	4,463,634
	2인 (325%)	1,504,903	2,549,037	3,336,460	4,114,006	4,835,604
	3인 (350%)	1,620,665	2,745,117	3,593,111	4,430,468	5,207,573

※ 원단위 이하는 절상함

라. 급여범위 및 본인부담금

1) 의료급여의 내용

의료급여수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 의료급여법 내용을 적용하여 ① 진찰·검사 ② 약제·치료재료의 지급 ③ 처치·수술 기타의 치료 ④ 예방·재활 ⑤ 입원 ⑥ 간호 ⑦ 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치로 규정되어 있다. 이에 대한 의료수가의 기준과 그 계산방법은 보건복지부장관이 고시한 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에 의한다.

2) 의료급여의 범위

의료급여수급권자의 의료급여 범위는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항(요양급여의 범위)의 규정에 의하며, 국민건강보험법 요양급여로 인정되는 항목과 요양급여 대상에서 제외되는 비급여 항목으로 구분할 수 있다.

3) 본인부담⁵⁾

의료급여수급권자의 본인부담은 아래 표와 같다. 그러나 일부계층에 대해서는 본인부담을 면제하고 있다. 임신임을 신고한 날부터 출산예정일 후 6개월까지의 임산부, 18세 미만인 자, 보건복지부장관이 고시하는 107개 희귀난치성질환자, 장기이식환자(신장, 간장, 심장, 췌장), 가정간호대상자, 선택의료급여기관 이용자에 대해서는 본인부담을 면제하고 있다. 1종 수급자의 경우 입원에 대해서는 본인부담금이 없다.

5) 보건복지부 발행 의료급여 사업안내 참조

〈표 II-5〉 1종 수급권자의 외래 진료시 본인부담

대상자	의료급여기관	본인부담구분 코드	구분	본인부담금
-본인부담금 면제자, -선택의료급여기관 이용자 외	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	-	원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우 ⁶⁾	1,000원
	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)		특수장비총액의 5/100	
	제2차 의료급여기관		원내 직접 조제	2,000원
			그 이외의 경우	1,500원
	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)		특수장비총액의 5/100	
제3차 의료급여기관	원내 직접 조제	2,500원		
	그 이외의 경우	2,000원		
특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 5/100			
본인부담 면제자	제1차·2차· 3차 의료급여기관	M003 ~ M008 행려환자(의료급여종별 '4', 본인부담구분코드 없음)	0 (본인부담 없음)	
선택의료급 여기관 이용자	제1~3차 의료급여기관	조건부연장승인자(M001) 자발적참여자(M002) M009~M010	0 (본인부담 없음)	
선택의료급 여기관에서 의뢰된 자	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	선택기관에서 의뢰된 자 (B005)	원내 직접 조제	1,500원
			그 이외의 경우	1,000원
	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)		특수장비총액의 5/100	
	제2차 의료급여기관		원내 직접 조제	2,000원
			그 이외의 경우	1,500원
	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)		특수장비총액의 5/100	
제3차 의료급여기관	선택기관에서 의뢰된 자 (B005) 선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자 (B006)	원내 직접 조제	2,500원	
		그 이외의 경우	2,000원	
특수장비촬영 (CT, MRI, PET)		특수장비총액의 5/100		

6) 그 이외의 경우

- 원외처방전 발행이 있는 경우, 원내 직접조제와 원외처방이 동시에 발생한 경우, 원내 또는 원외로 의약품 처방 없이 진료를 실시한 경우

〈표 II -6〉 2종수급권자 외래진료시 본인부담

대상자	의료급여기관	본인부담구분코드	구분	본인부담금	
선택의료 급여기관 이용자 외	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	-	원내 직접 조제	1,500원	
			그 이외의 경우	1,000원	
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 압환자 10%)	
	제2차 의료 급여기관	제17조 만성질환자	-	원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
		만성질환자 외	-	의료급여비용총액의 15%	
	제3차 의료급여기관	-	의료급여비용총액의 15% (등록 압환자 10%)		
선택의료 급여기관 이용자	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	B001 ~ B004 ※ 조건부연장 승인자(B001) ※ 자발적 참여자 (B002)	원내 직접 조제	1,500원	
			그 이외의 경우	1,000원	
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 압환자 10%)	
	제2차 의료 급여기관		제17조 만성질환자	원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
			만성질환자 외	-	의료급여비용총액의 15%
	제3차 의료급여기관	-	의료급여비용총액의 15% (등록 압환자 10%)		
선택의료 급여 기관에서 의뢰된 자	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)	선택기관에서 의뢰된 자(B005),	원내 직접 조제	1,500원	
			그 이외의 경우	1,000원	
			특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15/100 (등록 압환자 10%)	
	제2차 의료급여 기관	제17조 만성질환자	선택기관에서 의뢰된 자(B005) 선택의료급여기관에 서 의뢰되어 재의뢰된 자 (B006)	원내 직접 조제	1,500원
				그 이외의 경우	1,000원
		만성질환자 외	-	의료급여비용총액의 15%	
	제3차 의료급여기관	-	의료급여비용총액의 15% (등록 압환자 10%)		

2종 대상자에 대한 입원 본인부담은 법정급여 범위내의 진료비중 15% 이나 암, 뇌혈관계, 심혈관계 질환자에 대해서는 10%로 경감하고 있다. 그 외 자연분만 산모에게도 본인부담금을 면제하고 있고 6세 미만 아동에게도 본인부담이 없다.

2. 의료급여 진료비 실태

의료급여의 진료비는 매년 급증하고 있다. 2001년에 1조 9천억 원 정도이던 진료비가 2006년에 3조 9천억 원으로 증가하였다. 2005년부터 차상위 계층 중 일부가 수급자로 편성되고, 희귀난치성 질환의 종류가 확대되는 등 수급자가 증가하였고, 본인부담 보상제 및 상한제가 도입되고 3대 중증질환에 대한 2종 본인부담이 인하되는 등 급여범위가 확대되어 진료비가 급증하고 있다. 그 외에도 1인당 수진율이 증가하고 내원일수가 증가하는 등 의료수요가 증가한데도 기인한다.

〈표 II-7〉 연도별 의료급여 진료실적

(단위: 원)

연 도	총진료비	급여비	본인부담
2001	1,892,241,750	1,841,925,134	50,316,616
2002	2,031,275,921	1,982,390,346	48,885,575
2003	2,214,861,719	2,165,540,231	49,321,488
2004	2,611,144,315	2,565,774,770	45,369,545
2005	3,233,676,032	3,176,479,761	57,196,271
2006	3,925,103,056	3,853,483,327	71,619,728

1인당 평균 입원건수도 매년 증가하고 있다. 2종의 경우 년 평균 7.82%씩 증가하고 있고 1종의 경우는 그 보다 약간 못 미치지만 년 간 약 6.99% 증가하고 있다.

〈표 II-8〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(입원)
(단위: 명, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
2001	0.57		0.86		0.21	
2002	0.65	14.04	0.96	11.63	0.23	9.52
2003	0.72	10.77	1.05	9.38	0.24	4.35
2004	0.79	9.72	1.08	2.86	0.26	8.33
2005	0.82	3.80	1.17	8.33	0.27	3.85
2006	0.90	9.76	1.29	10.26	0.33	22.22
평균증가율		7.91		6.99		7.82

외래의 경우도 마찬가지로 1인당 년 평균 6.17%씩 수진율이 증가하고 있다. 1종은 6.11% 증가하였고, 2종은 6.04% 증가하였다.

〈표 II-9〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(외래)
(단위: 명, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
2001	9.47		11.21		7.31	
2002	11.12	17.42	12.95	15.52	8.56	17.10
2003	11.29	1.53	13.28	2.55	8.34	-2.57
2004	11.81	4.61	13.95	5.05	8.57	2.76
2005	11.88	0.59	14.51	4.01	8.44	-1.52
2006	13.56	14.14	16.00	10.27	10.39	23.1
평균증가율		6.17		6.11		6.04

〈표 II-10〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 진료건수(전체)
(단위: 명, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	수진율	증가율	수진율	증가율	수진율	증가율
2001	10.04		12.07		7.52	
2002	11.77	17.23	13.91	15.24	8.79	16.89
2003	12.01	2.04	14.33	3.02	8.59	-2.28
2004	12.61	5.00	15.04	4.95	8.83	2.79
2005	12.70	0.71	15.69	4.32	8.71	-1.36
2006	14.45	13.78	17.29	10.2	10.72	23.08
평균증가율		6.26		6.17		6.09

1인당 년 평균 입원일수도 급증하여 2001년에는 의료급여 수급자 평균 11.79일 입원하였으나 2006년에는 16.25일 입원하고 있다. 년 평균 5.49%씩 증가하고 있다. 1종 대상자와 2종 대상자간 입원일수가 현격히 차이 나고 있다. 이는 정신질환자, 희귀난치성질환자 등 중질환 보유자들이 많고 65세 이상 노령인구가 많아서 이기 때문인 것으로 판단된다.

외래의 내원일수 역시 급격히 증가하여 의료급여 수급권자 1인당 평균 29일씩 내원하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 II-11〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입원일수(입원)
(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
2001	11.79		18.54		3.42	
2002	13.03	10.52	19.80	6.80	3.55	3.80
2003	13.84	6.22	18.71	-5.51	3.70	4.23
2004	14.87	7.44	20.54	9.78	3.96	7.03
2005	15.01	0.94	21.87	6.48	4.29	8.33
2006	16.25	8.26	23.71	8.41	5.28	23.08
평균증가율		5.49		4.18		7.51

〈표 II-12〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 내원일수(외래)
(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
2001	23.25		28.95		16.19	
2002	26.41	13.59	32.18	11.16	18.33	13.22
2003	25.71	-2.65	31.38	-2.49	17.32	-5.51
2004	26.64	3.62	32.63	3.98	17.57	1.44
2005	26.62	-0.08	33.80	3.59	17.25	-1.82
2006	29.37	10.33	36.07	6.72	20.72	20.12
평균증가율		3.97		3.73		4.20

〈표 II-13〉 연도별 의료급여 적용대상자 1인당 연간 입내원일수(전체)
(단위: 일수, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	내원율	증가율	내원율	증가율	내원율	증가율
2001	35.04		47.49		19.61	
2002	39.44	12.56	51.97	9.43	21.88	11.58
2003	39.55	0.28	52.08	0.21	21.02	-3.93
2004	41.51	4.96	53.17	4.96	21.53	2.43
2005	41.63	0.29	55.66	0.29	21.54	0.05
2006	45.61	9.56	59.78	9.56	26.00	20.71
평균증가율		3.51		4.49		4.18

건당 진료비도 계속 증가하고 있다. 입원건당 진료비가 2002년에 97만원에서 2006년에는 110만원으로 증가하였다. 1종과 2종간 입원건당 진료비 크기에서는 별 차이가 없는 것으로 나타났다. 그러나 미세하지만 크기의 차이가 벌어지고 있는 것으로 보인다.

〈표 II-14〉 연도별 의료급여 건당 진료비(입원)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	974,013		973,867		977,311	
2002	970,598	-0.35	968,019	-0.60	925,148	-5.34
2003	978,452	0.81	1,002,610	3.57	950,004	2.69
2004	1,015,986	3.84	1,035,920	3.32	970,588	2.17
2005	1,055,860	3.92	1,074,733	3.75	1,019,723	5.06
2006	1,100,913	4.27	1,117,642	3.99	1,062,738	4.22
평균증가율		2.06		2.32		1.41

외래의 건당진료비는 의료급여수급자 전체적으로 85천원이며, 1종의 경우 96천원, 2종의 경우 62천원으로 1종의 경우가 더 높은 것으로 나타났다. 증가율에 있어서도 1종대상자가 2.79%로 2종대상자 0.90%보다 높게 나타났다. 입원과 외래를 합한 전체진료비도 1종이 건당 173천원, 2종이 건당 94천원으로 1종의 경우가 더 높다.

〈표 II-15〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(외래)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	74,319		82,106		59,552	
2002	71,856	-3.31	79,128	-3.63	56,409	-5.28
2003	72,254	0.55	79,178	0.06	55,954	-0.81
2004	76,210	5.48	83,683	5.69	57,877	3.44
2005	81,930	7.51	91,013	8.76	61,581	6.40
2006	85,433	4.28	96,833	6.39	62,857	2.07
평균증가율		2.35		2.79		0.90

〈표 II-16〉 연도별 의료급여 진료건당 연간 진료비(전체)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	125,397		145,645		85,181	
2002	121,490	-3.12	140,475	-3.55	79,141	-7.09
2003	126,834	4.40	145,319	3.45	81,210	2.62
2004	135,460	6.80	152,377	4.86	84,670	4.26
2005	144,554	6.71	164,619	8.03	91,784	8.40
2006	148,511	2.74	173,012	5.10	94,058	2.48
평균증가율		2.86		2.91		1.67

입원일당 진료비 역시 다른 지표와 거의 유사한 형태를 보이고 있다. 전체적으로 매년 평균 약 4.36%가 증가하고 있다. 입원건당 진료비는 1종과 2종간 격차가 작았지만 1종이 약간 더 높다. 그러나 입원일당 비교에서는 의료급여 2종이 1종보다 더 높은 것으로 나타났다. 이는 두 가지 측면에서 해석이 가능할 것으로 보인다. 1종 수급권자들은 본인부담이 없기 때문에 필요이상의 입원을 함으로써 입원일당 진료비가 더 낮게 나타나는 경우이다. 반면 의료급여 1종 수급자들은 2종에 비해 만성질환자들이 많아 지속적인 관리가 필요하여 장기 입원을 하는 경향이 있지만 2종 입원의 경우는 급성기 질환자들이 많아 일당 진료량이 더 많을 수 있다는 해석이다.

〈표 II-17〉 연도별 의료급여 입원일당 연간 진료비(입원)
(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	47,097		45,168		60,075	
2002	48,418	2.80	46,934	3.91	59,939	-0.23
2003	51,136	5.61	51,908	10.60	62,281	3.91
2004	54,295	6.18	54,698	5.37	63,530	2.01
2005	57,449	5.81	57,689	5.47	65,263	2.73
2006	60,837	5.90	60,832	5.45	67,381	3.25
평균증가율		4.36		5.09		1.93

외래의 내원일당 진료비도 지속적으로 증가하고 있다. 1종 수급권자들의 내원일당 진료비는 약 43천원으로 2종의 31천원에 비해 상당히 높게 나타났다. 그러나 증가율은 2종이 더 높다.

〈표 II-18〉 연도별 의료급여 외래일당 연간 진료비(외래)
(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	30,271		31,793		20,994	
2002	30,255	-0.05	31,843	0.16	26,888	28.07
2003	31,728	4.87	33,503	5.21	26,954	0.25
2004	33,797	6.52	35,782	6.80	28,217	4.69
2005	36,568	8.20	39,085	9.23	30,114	6.72
2006	39,435	7.84	42,965	9.93	31,517	4.66
평균증가율		4.51		5.15		7.01

〈표 II-19〉 연도별 의료급여 내원일당 연간 진료비(전체)

(단위: 원, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	진료비	증가율	진료비	증가율	진료비	증가율
2001	35,932		37,015		32,671	
2002	36,256	0.90	37,599	1.58	31,794	-2.68
2003	38,521	6.25	40,381	7.40	33,172	4.33
2004	41,142	6.80	43,091	6.71	34,709	4.63
2005	44,095	7.18	46,393	7.66	37,115	6.93
2006	47,058	6.72	50,052	7.89	38,798	4.53
평균증가율		4.60		5.16		2.91

건당 입원일수는 최근 감소경향을 보이고 있다. 1종과 2종 모두에서 동일한 현상이 나타나고 있고 특히 1종의 감소폭이 크다. 지난 4년간 의료급여 1종의 입원 건당 입원일수는 지속적으로 감소하여 2001년에 입원 건당 20일이 넘었던 것이 2006년에는 약 18.1일로 나타났다. 2종 역시 지속적으로 감소하는 경향은 똑 같다.

〈표 II-20〉 연도별 의료급여 건당 입원일수(입원)

(단위: 일, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	일수	증가율	일수	증가율	일수	증가율
2001	20.68		21.56		16.27	
2002	20.05	-3.05	20.63	-4.31	15.43	-5.16
2003	19.13	-4.59	19.74	-4.31	15.25	-1.17
2004	18.71	-2.20	18.94	-4.05	15.28	0.20
2005	18.38	-1.76	18.63	-1.64	15.62	2.23
2006	18.10	-1.52	18.37	-1.4	15.77	0.96
평균증가율		-2.20		-2.63		-0.52

외래 내원일수도 입원일수와 같이 감소하는 경향을 보이고 있다. 진료 일수는 증가하는 반면 내원일수가 감소하고 있다는 것은 상대적으로 투약 일수가 증가하고 있음을 알 수 있다. 1종과 2종 모두에서 내원일수의 감소가 나타나고 있다.

〈표 II-21〉 연도별 의료급여 건당 내원일수(외래)

(단위: 일, %)

연도	의료급여 전체		1종대상자		2종대상자	
	일수	증가율	일수	증가율	일수	증가율
2001	2.46		2.58		2.21	
2002	2.38	-3.25	2.48	-3.88	2.14	-3.17
2003	2.28	-4.20	2.36	-4.84	2.08	-2.80
2004	2.25	-1.32	2.34	-0.85	2.05	-1.44
2005	2.24	-0.44	2.33	-0.43	2.04	-0.49
2006	2.17	-3.13	2.25	-3.43	1.99	-2.45
평균증가율		-2.07		-2.26		-1.73

Ⅲ. 미국 Medicaid 제도에 대한 개관

1950년 사회보장법 개정안(Social Security Act Amendments)이 발표되면서 미국은 빈곤층 대상 의료서비스 제공 프로그램인 Medicaid를 처음으로 실시하였다. 공공부조 (public assistance) 프로그램의 수혜자들에게 의료서비스 제공을 희망하는 주들을 대상으로 연방정부는 재정교부금 (Grant-in-aid program)을 지급하고, 해당 주들은 이를 받아 Medicaid 프로그램을 시작하였다. 1965년에는 Medicaid 법안이 사회보장법 제19장 (Title XIX of the Social Security Act)에 신설되어, 기존의 빈곤층 대상 의료서비스 프로그램과 병행하여 실시되었다. Medicaid 프로그램은 각 주의 빈곤선을 기준으로 지급되는 연방정부의 재정교부금과 주정부 자체 재정으로 이루어졌다. 하지만, 초기의 Medicaid 법안은 강제적 조항이 아닌 각 주의 자발적인 참여를 기반으로 하고 있어서, 모든 주들이 지금의 Medicaid 프로그램을 실행하기까지는 무려 17년이 걸렸는데, Arizona주는 1982년에야 비로서 Medicaid 프로그램을 실시하였다.

미국의 Medicare 프로그램이 미연방정부 산하 사회보장국(Social Security Administration)에 의해 운영되고 있는 것에 반해, Medicaid 프로그램은 각주정부에 의해 독자적으로 관리·운영되고 있다⁷⁾. 수급 자격조건과 적용되는 급여범위는 각 주마다 조금씩 다르다. 거주하는 주와 그 주의 자격조건에 따라 Medicaid 프로그램 적용체계가 다르기 때문에 어느 주에서는 수급자격에 해당되어도 또 다른 주에서는 자격을 얻지 못할 수도

7) 연방정부 산하 메디케이드/메디케어 서비스 센터(the federal Centers for Medicare and Medicaid Services ;CMS)는 주별로 운영되는 프로그램을 관찰하여 급여범위, 재정, 자격 조건들을 위한 기준을 마련하고 있다.

있다. 소득기준이 중요한 조건이기는 하지만, Medicaid 수급을 위해서는 다른 조건자격들도 모두 충족시켜야만 Medicaid 서비스를 받을 수 있다. 그럼에도 불구하고 연방정부는 최소한의 가이드 라인을 제시하고 있다. Medicaid 관련 연방정부보조금을 받기 위해서 주정부는 연방정부에서 지급하는 소득보조금을 받는 사람들 (예, AFDC 프로그램 자격조건에 부합하는 자, Supplemental Security Income 수혜자, Forster care assistance 수혜자 등)에게 의무적으로 Medicaid 서비스를 제공하여야 한다.

일반적으로 Medicaid 서비스의 자격조건은 크게 2가지로 이루어져 있다. 첫째, 소득과 자산기준을 만족해야하며, 둘째 특정그룹 (어린이, 임산부, 노인, 그리고 장애인)에 속해야한다. 기본적으로 빈곤가정일시부조 (Temporary Assistance for Needy families: TANF) 제도와 보충적 사회보장 제도(supplemental security income: SSI)수혜자들은 첫 번째 조건을 만족시키므로 Medicaid 서비스를 받을 수 있다. 초기 Medicaid 대상자들은 공공부조 수혜자들로 제한되었으나, 최근에는 빈곤선 185%내의 소득을 가지고 있는 모든 임산부와 유아 및 저소득층 장애인들로 확대되고 있다.

Medicaid 프로그램의 주요 수혜자는 TANF를 받고 있는 편모와 어린이들이지만, 상대적으로 소수인 노인과 장애인에게 지출되는 재정이 훨씬 더 많다. 예를 들면, 1996년에 노인과 장애인의 비율이 Medicaid 수혜자의 24 %에 불과했으나, 이들이 Medicaid 총지출의 66%를 차지하는 것으로 조사되었다(Kaiser Family Foundation, 2004). 특히, Medicaid는 Medicare와는 달리 장기 요양에 따른 비용을 지급하여 주고 있기 때문에 노인인구의 증가와 함께 Medicaid 재정비용이 점차로 증가하고 있는 추세이다.

일반적으로 Medicaid 프로그램이 제공하는 의료서비스는 주의 재량권에 의해 결정되지만, 연방정부의 보조금을 받기 위해서는 의무적으로 제공해야 하는 서비스를 포함해야만 한다. 의무적으로 적용되는 의료서비스로는 외래 및 입원환자, 내과, 산과와 간호사 관련 의료 서비스, X-ray,

Lab 검사, 노인요양원(Nursing Home), 가정간호(Home Health Service), 지방 보건서비스(rural health clinic services) 등이 포함된다. 그 외에 부가적으로 제공되는 서비스는 주마다 다르다. 의료서비스의 기간이나 금액은 서비스 수혜자가 적정한 의료서비스를 받을 수 있는 수준 하에서 자율적으로 결정된다. Medicaid 수혜자들은 동일한 의료진단에 대해서는 모두 동일한 서비스를 받도록 되어 있다. Medicaid 서비스에 대한 지급방식은 주정부가 직접적인 의료서비스를 수혜자에게 제공하는 것이 아니라, 저소득 환자들에게 의료서비스를 제공한 공급자들에게 정부가 대신 직접적으로 또는 간접적으로 의료비용을 지불하는 형태이다. 연방정부가 규정하는 상한선과 조건하에서, 각 주 정부는 지불 방식과 비율을 결정한다. 하지만, 미국의 저소득층을 위한 대표적인 의료서비스제도인 Medicaid 프로그램이 1965년 초기부터 현재의 모습을 갖게 된 것이 아니라, 40여 년간 지속적으로 사회의 변화에 맞춰 자격조건 및 관련 서비스를 변화시켜 왔다.

1. 미국 Medicaid 제도의 발전과정

가. 1960-1970 년대

1965년 7월 20일, 미국의 36대 대통령인 Lyndon Johnson이 메디케이드를 신설하는 법안에 사인을 함으로써, 메디케이드 제도는 복지수혜자들에게만 의료서비스를 제공하는 범위를 넘어 저소득층과 노인, 장애인을 위한 광범위한 의료 서비스제도로 발전하게 되었다. 초기에는 자발적으로 참여하는 주를 대상으로 연방정부의 빈곤 프로그램인 아동부양가족에 대한 부조(Aid to Families with Dependent Children : AFDC) 수급자와 다른 현금급여 수급자들에게만 의무적으로 실시되었다. 1965년 당시 Medicaid 의료서비스로는 외과관련 서비스, 입원 및 외래병원 환자 서비스, 진료소

실험실 서비스(혈액 검사, 소변 검사 등), 숙련 노양시설 서비스(Skilled nursing facility)만을 포함하였다. 또한, Medicaid 프로그램에 참여하였던 주들은 저소득층 Medicare 수급자들에게 Medicare 프로그램에서 적용되는 않는 의료서비스를 추가적으로 지급해야만 했다.

주정부의 의무적 적용대상 이외에도, 각 주들은 현금급여대상자에게는 포함되지 않으나, 높은 의료비용으로 인해 도움이 필요한 의료적 요보호 대상자와 21세 이하 리비코 아동(Ribicoff children)을 추가하여 Medicaid 서비스를 제공하였다. 이들에게 적용되는 서비스에는 조제약 구입, 가정의료 서비스, 치과 및 외과 치료, 재활치료, 진단 및 예방관련 서비스 등이 포함되었다. 1965년 당시 Medicaid 서비스는 사회재활국 법무과(the jurisdiction of the Social Rehabilitation Administration)에서 담당하고 있었다.

1967년에는 Social Security 수정법안이 Medicaid 법안에 추가되어 자격 조건이 되는 어린이들이 21세까지 조기 정기 검진, 진단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment :EPSDT)를 받을 수 있게 되었다. 또한 증가하는 연방정부의 비용을 고려하여, 소득수준이 AFDC 자격요건의 133.33% 이내인 사람에게는 Medicaid 자격요건을 제한하는 법안을 추가하였다. 저소득생활보조금제도 (Supplemental Security Income :SSI)가 사회보장제도 (Social Security)에 추가된 1972년에는 주정부가 이들을 위한 Medicaid 서비스를 제공하기 시작했다. 1972년에는 애리조나주(State of Arizona)를 제외 모든 주들이 Medicaid 프로그램에 참여하였다. 미국 보건교육부(the Department of health, Education and Welfare)는 1977년 보건의료 재정관리국(Health Care Financing Administration: HCFA)을 창설하여 Medicaid 와 Medicare를 관리하도록 하였으며, 낙태에 대한 연방정부의 Medicaid 비용지불을 금지시키는 법안을 통과시켰다.

나. 1980- 1990년대

1981년에는 총괄적 중재법안(The Omnibus Reconciliation Act: OBRA81)이 제정되어 주정부의 재정 자율성을 높였다. 저소득환자 및 Medicaid 수급자의 비중이 상대적으로 더 많은 병원에 대해 추가 비용을 지불하도록 허용하였다. 이와 같은 병원은 저소득자 집중 이용 병원(Disproportionate Share Hospital :DSH)⁸⁾으로 알려져 있다. 또한 OBRA81은 두 종류의 메디케이드 대체서비스(Medicaid Waivers)⁹⁾를 제정하였다. 첫째는 OBRA81 법안의 1915(b)에 있는 선택의 자유 대체서비스(Freedom-of-choice waivers)로 주 정부가 특정 메디케이드 적용대상자들이 필수적으로 관리의료제도(Managed care)에 등록하도록 하는 것을 허용한 것이다. 둘째는 1915(C)에 의해 재택 또는 지역기반의 대체 서비스 (Home and Community based Services waiver :HCBS waiver)를 허용한 것으로, 이는 증가하는 노양시설에 대한 Medicaid 비용을 줄이고, 요양기관보다는 개인 집이나 지역에서 개인의료서비스를 받기를 원하는 노인이나 장애인을 지원하기 위해 도입되었다.

1982년에는 그동안 Medicaid 프로그램에 참여하지 않았던 애리조나주가 단기치료 목적의 의료서비스만을 제공하는 조건으로 Medicaid 프로그램에 참여함으로써, 미국의 모든 주들이 Medicaid 프로그램에 참여하게 되는 첫해가 되었다. 또한 형평세제 및 회계책임법(The Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982:TEFRA)은 기존의 Medicaid 비용분담정책을 개정하여 각주가 Medicaid 수혜자들과 서비스들에 부과하는 명목비용 부담에 대해 더 많은 재량권을 갖도록 하였다. 특히, 형평세제 및 회계책임법은 Medicaid가 복합 장애 아동이나 치료가 필요한 아동들을 집에서

8) 구체적인 내용은 본 장의 뒤에 첨부되어 있는 참고 1 참조

9) 구체적인 내용은 본 장의 뒤에 첨부되어 있는 참고 2 참조

돌볼 수 있도록 도와주는 케티 베킷(Katie Beckett) 프로그램으로까지 서비스를 확대하도록 하였다.

재정적자감축법안 (The Deficit Reduction Act of 1984)은 1983년 9월30일 이후에 태어난 AFDC 수혜자가족의 어린이에게 5세까지 의료서비스를 의무적으로 제공하도록 하였다. 또한 AFDC 적용대상자가 첫 번째 임신한 경우 그리고, 양 부모가 모두 실업상태에서 임신한 경우 의무적으로 Medicaid 서비스를 받을 수 있도록 하였다. 1985년에는 AFDC 대상자에 속하는 모든 임신부에 대해 Medicaid 서비스를 받을 수 있도록 하는 합병 포괄예산조정법(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985: COBRA)이 통과 되었다.

1986년 포괄예산조정법(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986: OBRA 86) 에서는 각 주정부가 연방정부 빈곤선 100% 미만에 있는 모든 임신부와 1세 미만의 어린이들에게 Medicaid프로그램을 적용할 수 있는 재량권을 주었고, 1987년 포괄예산조정법(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987:OBRA 87) 에서는 빈곤선 기준을 185%까지 확대하였다. 이후 1989년 포괄예산조정법에서는 연방정부 빈곤선 133 미만의 소득을 갖고 있는 모든 가정의 임신부와 6세 이하의 어린이에게 Medicaid 서비스를 제공하는 것을 의무화하였고, EPSDT 서비스를 21세 이하의 어린이에게 까지 확대하도록 하였다.

1990년 포괄예산조정법(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986: OBRA)에서는 연방정부 빈곤선 100% 미만의 가정에 사는 6~8세의 어린이에게까지 Medicaid 서비스를 확대하도록 하였으며, Medicaid 조계약 할인 프로그램을 제정하여 제약회사들이 주정부와 연방정부에 “최선의 가격 (Best Price)”할인율을 제공하도록 하였다. 1993년 클린턴 행정부에서는 의료보험을 갖고 있지 않는 비보험자들에 대해 Medicaid 서비스를 확대하는 방안 등을 모색하였다. 1993년 포괄예산조정법(Omnibus Budget Reconcilia

tion Act of 1993:OBRA)에서는 조제약에 대한 Medicaid부담을 제한하기 위한 규정을 설정하였으며, 저소득층 집중 병원 (Disproportionate Share Hospital :DSH)에 지급되는 비용에 대한 상한제를 도입하였다. 1996년은 미국의 복지개혁(welfare reform)이 시작된 해로, 개인 책임과 취업을 강조하는 법(the Personal Responsibility and Work Opportunity Act of 1996 :PRWOA)이 제정되었다. 이 법안은 현금급여를 일정한 소득이하의 대상자에게 지속적으로 지급했던 AFDC제도를 일시적으로만 현금급여를 지급하는 빈곤가정일시부조(Temporary Assistance for Needy families: TANF)제도로 대체함으로써 기존의 Medicaid 자격조건으로 사용되었던 현금급여조건이 더 이상 사용될 수 없게 되었다. PRWOA는 1996년 8월22일 이후 미국에 온 이민자들에 대해 응급상황이 아닌 경우 의료비를 Medicaid에서 더 이상 부담하지 못하도록 하였다. 1997년 균형예산법안 (The Balanced Budget Act of 1997: BBA 97)은 주별 어린이 건강보험 프로그램(The State Children's health Insurance Program :CHIP)을 제정하여 주 정부가 Medicaid에는 해당되지 않지만, 연방정부 빈곤선 200% 미만 소득가정의 무보험어린이에게 Medicaid 관련 의료서비스를 제공하도록 하였다. SCHIP 서비스 비용에 대해 연방정부의 매칭펀드 비율은 적게는 65%, 높게는 85%로 책정되었다. BBA97 법안은 주정부가 1915(b) 대체서비스를 제외한 모든 Medicaid서비스 수혜자들이 관리의료프로그램(Managed Care Plan)에 의무적으로 등록하는 것을 허용하였으며, DSH 병원에 대한 주정부 상한지급금액을 조정하여 낮추었다.

다. 2000년대

2000년 유방암과 자궁경부암 치료 및 예방법안 (The Breast and Cervical Cancer Treatment and Prevention Act of 2000)은 주 정부가 유방암과 자궁경부암을 갖고 있는 무보험 여성들에 대해 소득에 상관없이

SCHIP관련 연방정부 메칭율로 Medicaid 서비스를 제공하는 것을 허용하였다. 2001년에는 부시행정부가 Section 1115 waiver initiative, 일명 의료보험 유연성 및 책무성(Health Insurance Flexibility and Accountability :HIFA)을 선언하여 주 정부가 현재 수준의 Medicaid 와 SCHIP을 이용하여 보험가입자의 수를 증가시키는 광범위한 방법들을 도입하는 것을 허용하였다. 2003년 일자리와 성장을 위한 세금 감면 조정법(the Jobs and Growth Tax Relief Reconciliation act of 2003)은 경기침체로 인한 Medicaid 등록자들의 수가 증가함에 따라 2003년 4월부터 2004년 6월까지 모든 주들의 Medicaid 메칭율을 2.95% 인상시켰다. 또한 Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003은 Medicaid 와 Medicare 에 동시에 가입가능한 사람에 한해, Medicaid조제약 부담액을 2006년 1월을 기해 Medicare로 이전 시키도록 하였다. Medicaid 비용감소를 위해 2005년 미 의회는 Medicaid 프로그램에서 100억달러 비용을 삭감하도록 요구하는 법안을 통과시켰다.

〈표 III-1〉 Medicaid 관련 주요법안의 발전과정 (1965-2005)

법안명	내용
Social Security Amendments of 1965	1. Lyndon Johnson 대통령이 메디케이드를 신설하는 법안에 사인 2. AFDC 수급자와 Medicaid 자격조건과의 연계성 확립
Social Security Amendments of 1967	1. 조기 정기 검진, 진단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment :EPSDT) 제도도입
Social Security Amendments of 1972	1. 저소득생활보조금제도 (Supplemental Security Income :SSI)를 받는 수급자들에게 Medicaid 서비스 지급
The Omnibus Reconciliation Act: OBRA81)	1. 불균형비용부담병원 (Disproportionate Share Hospital :DSH) 에 대해 추가비용 지불 2. 관리의료제도 (Managed care)도입 3. 재택 또는 지역기반의 대체 서비스 (Home and Community based Services waiver :HCBS waiver)를 허용
The Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982	1. 주정부가 Medicaid 수혜자들과 서비스들에 부과하는 명목비용부담에 대해 더 많은 재량권을 갖게 됨. 2. 케티 벡렛(Katie Beckett) 프로그램 도입
The Deficit Reduction Act of 1984	1. AFDC 수혜자가족의 어린이에게 5세까지 의료서비스를 의무적으로 제공 2. AFDC 적용대상자가 첫 번째 임신한 경우 그리고, 양 부모가 모두 실업상태에서 임신한 경우 의무적으로 Medicaid 서비스 제공
Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985	1. AFDC 대상자에 속하는 모든 임신부에 대해 Medicaid 서비스 제공
Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986:	1. 연방정부 빈곤선 100% 미만에 있는 모든 임신부와 1세 미만의 어린이들에게 Medicaid프로그램을 적용
Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987	1. 연방정부 빈곤선 185% 미만에 있는 모든 임신부와 1세 미만의 어린이들에게 Medicaid프로그램을 적용
Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989	1. 연방정부 빈곤선 133 미만의 소득을 갖고 있는 모든 가정의 임신부와 6세 이하의 어린이에게 Medicaid 서비스를 의무적으로 제공 2. EPSDT 서비스를 21세 이하의 어린이에게 까지 확대.
Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990	1. 연방정부 빈곤선 100% 미만의 가정에 사는 6~8세의 어린이에게까지 Medicaid 서비스를 확대 2. Medicaid 조제약 할인프로그램을 제정

<p>Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 조제약에 대한 Medicaid부담을 제한하기 위한 규정을 설정 2. 불균형비용부담병원 (Disproportionate Share Hospital : DSH)에 지급되는 비용에 대한 상한제 도입
<p>the Personal Responsibility and Work Opportunity Act of 1996</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. AFDC제도 TANF로 변경 2. Medicaid 자격조건과 현금급여자격조건의 연계성 소멸 3. 이민자들에 대해 비용급상항에 대한 의료비지급 제한
<p>The Balanced Budget Act of 1997</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 연방정부 빈곤선 200% 미만 소득가정의 무보험어린이에게 Medicaid 관련 의료서비스를 제공하는 어린이 건강보험 프로그램(The State Children's health Insurance Program :CHIP) 도입 2. 모든 Medicaid서비스 수혜자들이 관리의료시설 (Managed Care Plan)에 의무적으로 등록하는 것을 허용 3. DSH 병원에 대한 주정부 상한지급금액을 조정
<p>The Breast and Cervical Cancer Treatment and Prevention Act of 2000</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 유방암과 자궁경부암을 갖고 있는 무보험 여성들에 대한 Medicaid 서비스제공
<p>the Jobs and Growth Tax Relief Reconciliation act of 2003</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicaid 조제약 부담액을 2006년 1월을 기해 Medicare로 이전 2. Medicaid 메칭율을 2.95%까지 인상

2. Medicaid 수급 자격

메디케이드는 가난한 사람 모두에게 의료부조를 제공하는 것은 아니고 일정한 요건을 추가적으로 충족시켜야 한다. 즉, 저소득은 단지 하나의 조건일 뿐이다. 대부분의 주에서는 추가적으로 주별 프로그램(State-only program)을 운영해서 메디케이드 조건을 충족시키지 못하는 자에게도 의료부조를 제공할 수 있으나 이 경우는 연방자금을 지원받지 못한다.

Medicaid자격 조건은 주(州)마다 다양하게 적용되고 있다. 자격조건은 크게 범주적 요보호대상자 (Categorically Needy Groups), 의료적 요보호 대

상자 (Medically Needy Groups), 그리고, 특수대상자(Special Groups) 등 3분류로 구분된다. 연방정부의 기본 자격조건하에서 각 주(州)정부는 자신의 자유재량권을 갖고 메디케이드 대상자들의 자격을 제한 또는 확대할 수 있다. 따라서, 메디케이드 프로그램기준은 각주의 재량권에 의해 연방정부의 빈곤선 (Federal Poverty line)기준 몇 퍼센트까지를 대상으로 선정할지를 결정할 수 있다. 예를 들면, 2006년 기준으로 ‘일 하는 부모(working parents)’의 경우 일리노이주에서는 그들의 소득이 연방정부빈곤선의 192%미만일 경우까지 메디케이드 서비스를 받을 자격이 주어지는 반면, 네바다주에서는 연방정부 빈곤선의 86%까지 메디케이드 서비스를 받을 자격이 주어진다 (Kaiser Family Foundation State Medicaid Fact Sheets, 2007). 다시 말하면, 어떤 한 주(州)에서 Medicaid서비스를 받을 수 있는 사람이 다른 주에서는 자격조건이 미달되어 혜택을 받을 수 없게 될 수 있다.

메디케이드 수혜 자격은 SSI(Supplemental Security Income), AFDC(Aid to Families with Dependent Children)와 같은 현금부조(cash assistance)의 대상자 자격과 연계되어 왔다. 최근에는 소득 수준이 낮음에도 불구하고 이러한 대상자가 아닌 어린이와 임산부를 중심으로 메디케이드 적용 대상을 확대하는 추세이다. 주정부들은 최근 메디케이드 프로그램의 적용 대상 선정과 선정에 따른 재정기준에 대하여 폭넓은 자유 재량권을 갖게 되었다. 예전에는 생활수준이 빈곤하다고 해도 자격요건에 해당되는 사항이 하나라도 있지 않으면 수급에서 제외되었다. 예를 들면, 근로능력이 있는 무자녀자의 경우에는 빈곤 정도와 의료비 지출 수준에 관계없이 수급에서 제외되었으나 일부 주의 경우 이를 완화하였다.

메디케이드의 수급대상자는 ‘범주적 필요 집단(categorically needy groups)’, ‘범주적 관련 집단(categorically related groups)’ 그리고 ‘의료적 필요 집단(medically needy groups)’으로 구분할 수 있다. ‘범주적 필요 집단’

은 SSI, AFDC 등 사회보장프로그램 범주에 속함으로써 메디케이드의 수급대상이 되는 경우이고, ‘범주적 관련 집단(categorically related groups)’은 주정부에 따라 완화된 소득 및 자산기준에 의해 수급자격을 가지게 되는 경우이며, ‘의료적 필요 집단(medically needy groups)’은 ‘범주적 관련 집단(categorically related groups)’의 하나로 볼 수 있으나 일반적으로 의료 니드가 발생하여 이에 대한 사회적 대처가 없으면 빈곤해질 수 있는 집단에 대해 일시적으로 Medicaid 자격을 부여하는 제도이다.

가. 범주적 필요 집단(categorically needy groups)

주정부는 특정집단에 대해서는 의무적으로 메디케이드 의료서비스를 제공해야 하며, 이런 의미에서 이들을 ‘mandatory group’이라고도 한다. 기본적으로 범주적 요보호대상자는 소득수준에 의해 결정되는데, 아래의 조건 중 하나 또는 그 이상의 조건을 만족하는 저소득 계층은 주의 재량권에 상관없이 모든 주에서 Medicaid 서비스를 받을 수 있다.

첫째, 1996년 7월 16일 기준, AFDC(Aid to Families with Dependent Children : AFDC) 자격조건에 해당되는 자는 범주적 필요대상자에 포함된다. 요부양가족부조(AFDC)프로그램은 1996년 8월 이후 빈곤가정일시부조(Temporary Assistance for Needy families: TANF) 제도로 대체되었으나, 빈곤가정일시부조(TANF)프로그램은 저소득층이더라도, 수혜기간이 5년을 경과하거나, 일을 하지 않는 경우에는 지급되지 않기 때문에 메디케이드 지급자격조건으로 요부양가족부조(Aid to Families with Dependent Children : AFDC)제도의 자격조건이 사용되고 있다.

요부양가족부조(Aid to Families with Dependent Children : AFDC)제도의 일반 자격 조건으로는 부모 또는 법적인 양육자가 키우고 있는 아이가 부모의 이혼, 죽음, 별거, 또는 장기간 가출로 인해 부모로부터 충분한 경제적 지원을 받게 될 수 없는 경우에 적용된다. 양부모가 함께 있는 경우도

부모 중 한 명이 정신적 또는 신체적인 장애로 인해 아이를 충분히 경제적으로 지원해 줄 수 없는 상황, 가정의 주 봉급자가 실직하거나 한달에 100 시간 이하로 일하는 경우에는 AFDC 제도의 수급자가 될 수 있다.

또한 가정의 소득과 자산이 AFDC 기준에 맞아서 메디케이드 수혜자였지만 소득이 증가하여 그 자격이 상실되는 경우에는 그 가정은 소득을 매분기마다 신고하는 12개월 동안 과도적인 메디케이드 적용기간이 주어진다. 그리고 만약 가정의 소득이 자녀 또는 배우자의 소득 때문에 기준보다 높아진다면 메디케이드 지급은 4개월 동안만 보장된다.

AFDC의 소득 및 자산관련 자격에 대한 조사는 AFDC의 일반자격 조건을 충족시키는 자에 한에서 실시한다. 가구소득기준은 주별 상이한데, 일반적으로 AFDC소득기준은 연방정부 빈곤선 (Federal poverty line) 보다 낮게 책정되었다. 2005년, 위스콘신 주의 경우, 4인 가족의 월소득이 연방정부 빈곤선의 48%미만인 경우 AFDC 관련된 Medicaid 서비스를 받을 수 있다. 자산의 경우는 1,000 불을 초과할 없다.

〈표 III-2〉 AFDC관련 소득기준 (위스콘신 주 ; 2005)

AFDC and AFDC-Related Financial Criteria (2005) Categorically Needy Monthly Financial Eligibility Standards *		
Family size	AFDC payment level	AFDC-Related Assistance Standard
1	\$249 = 31% FPL	\$311 = 39% FPL
2	\$440 = 41% FPL	\$550 = 51% FPL
3	\$518 = 39% FPL	\$647 = 48% FPL
4	\$618 = 38% FPL	\$772 = 48% FPL
5	\$708 = 38% FPL	\$886 = 47% FPL

* For urban counties - standards for northern counties are somewhat lower.

* AFDC payment levels in effect 7/16/1996.

Source: Wisconsin Department of Health and Family Services

둘째로, 연방정부 빈곤선의 133% 또는 그 이하의 가계소득을 갖고 있는 임신부와 만 6세 어린이는 메디케어 프로그램의 범주적 요보호 대상자에 포함된다. 연방정부의 빈곤선은 매년 물가수준과 가족구성원의 수를 반영하여 책정된다. 아래 표에서 보여지는 것과 같이, 2007년의 경우 4인 가족의 빈곤선은 \$ 20,650 달러이며 빈곤선의 133% 해당되는 소득은 \$27,464 달러로, 이 금액 미만의 소득을 갖고 있는 4인 가구에 사는 임신부와 6세미만의 어린이는 Medicaid 수혜자의 대상이 될 수 있다.

〈표 III-3〉 가구수에 따른 미국연방정부 2007년 빈곤선

가구당 가족수	48개주와 워싱턴D.C.	알래스카	하와이
1	\$ 10,210	\$ 12,770	\$ 11,750
2	\$ 13,690	\$ 17,120	\$ 15,750
3	\$ 17,170	\$ 21,470	\$ 19,750
4	\$ 20,650	\$ 25,820	\$ 23,750
5	\$ 24,130	\$ 30,170	\$ 27,750
6	\$ 27,610	\$ 34,520	\$ 31,750
7	\$ 31,090	\$ 38,870	\$ 35,750
8	\$ 34,570	\$ 43,220	\$ 39,750
1인 추가시 추가금액	\$ 3,480	\$ 4,350	\$ 4,000

Source: Federal Register, Vol. 72, No. 15, January 24, 2007, pp. 3147 - 3148

셋째, 6세 이상 19세 이하의 어린이의 경우는 연방정부 빈곤선의 100% 내 소득을 갖고 있는 가족과 함께 사는 경우 메디케이드 프로그램의 혜택을 받을 수 있다. 메디케이드가 적용되는 여성의 태아 및 신생아는 어머니의 메디케이드 자격이 유지되고 있는 한 생후 1년까지 메디케이드 적용을 받을 수 있다. 주정부는 모든 임신부, 유아, 6세미만의 어린이가 있는 가정이면서 소득이 연방정부 빈곤수준(FPL)의 133%이하인 경우(1999년 세

식구를 기준으로 18,460달러)에 메디케이드 자격을 준다.

주정부는 소득 기준뿐만 아니라 자산 기준을 적용할 선택권을 가지는데 임산부의 경우, SSI에서 적용한 자산기준 보다는 다소 완화된 기준을 적용하고 있다. 유아와 어린이의 경우도 이전 AFDC의 기준보다 덜 제한적으로 되며, 소득이 FPL이하인 가정의 19세 미만의 어린이에 대해서는 주정부가 반드시 메디케이드를 제공해야 한다.

1997년 *Balanced Budget Act*는 어린이를 위한 메디케이드와 관련하여 중요한 변화를 가져왔다. 즉, SCHIP(State Children's Health Insurance Program)이라는 새로운 프로그램으로 무보험자와 19세까지의 저소득층 어린이에 대해 의료 혜택을 제공하였다. 이 프로그램으로 주정부는 어린이들에 대한 메디케이드 적용범위를 확대할 수 있게 되었고 어린이들의 건강보험 프로그램을 메디케이드에서 분리하거나 아니면 두 가지를 결합시켜 적용할 수 있게 되었으며, 주정부 계획 하에서 메디케이드 자격 미달자인 저소득층 어린이를 SCHIP를 통해 메디케이드 적용 대상에 포함시킴으로써 메디케이드 적용범위를 확대시킬 수 있게 되었다. 또한 분리된 어린이의 건강보험 프로그램을 만들거나 확대하기 위해 SCHIP 기금을 사용할 수 있다.

넷째, 주정부로부터 저소득생활보조금 (Supplemental Security Income: SSI) 을 받는 수혜자들은 Medicaid 프로그램의 혜택을 받을 수 있다. SSI 수급자들은 대부분의 주에서 메디케이드의 수급대상이 되며, Minnesota 등 12개 주에서는 보다 엄격한 자격기준을 적용한다. 그러나 주정부가 모든 SSI수혜자에게 메디케이드 적용을 확대할 필요는 없으며, 주정부에 따라서 부과된 기준보다 메디케이드 자격 기준을 오히려 엄격하게 두기도 한다. 이러한 '209(b) 주'¹⁰⁾들은 '무능력자' 기준을 매우 엄격히 하고 있으며,

10) 1972년 Social Security Amendments Act의 section 209(b)가 이러한 예외규정을 제공하였기 때문에 이렇게 불림

소득과 자산 기준도 매우 엄격하다. 미국 사회보장국(Social Security Administration)에 의하면, 소득생활보조금(SSI)의 자격조건은 나이가 65세 이상이거나, 장애가 있는 사람 중 소득이나 자산(집, 자동차, 생명보험 등은 제외) 수준이 낮아 경제적 지원이 필요한 자들을 대상으로 하고 있다. 총 자산과 소득금액이 연방정부 급부금율(The Federal Benefit Rate: FBR)보다 적은 경우 그 차액만큼을 연방정부에서 이들에게 지급하고 있다. 2007년의 경우 혼자 사는 사람의 FBR은 \$623 달러, 부부의 경우는 \$934 달러로 책정되었다.

〈표 III-4〉 미국 연방정부 급부금율(the Federal Benefit Rate:FBR), 2007

Effective Date	Individual FBR	Couple FBR
January 2007	\$ 623	\$ 934
January 2006	\$ 603	\$ 904
January 2005	\$ 579	\$ 869
January 2004	\$ 564	\$ 846
January 2003	\$ 552	\$ 829
January 2002	\$ 545	\$ 817
August 2001	\$ 531	\$ 796
January 2001	\$ 530	\$ 796
January 2000	\$ 512	\$ 769
January 1999	\$ 500	\$ 751
January 1998	\$ 494	\$ 726

자료: 미국사회보장국 홈페이지 (<http://www.ssa.gov/pressoffice/factsheets/colafacts2007.htm>)

다섯째, 18세미만의 장애가 있는 어린이 또는 22세 미만의 장애가 있는 성인이 정규학교 교육을 받고 있는 경우는 부모가 저소득생활보조금(SSI)을 받지 않더라도 아래의 소득기준이하인 경우 SSI 를 받게 된다¹¹⁾.

11) - 18세미만의 어린이장애에 대한 기준은 의사와 관련 전문가가 다음과 같은 사항 중 하나를 증명해야만 한다. 첫째, 신체적 정신적인 중요한 기능적 장애를 갖고 있는

해당 장애가 있는 어린이 또는 성인은 미혼상태이고, 가정의 가장 역할을 하지 않는 경우로 제한한다.

아래의 표는 보충급여를 지급하지 않는 주에 거주하는 부모¹²⁾가 근로 소득과 근로 외 소득 중 하나의 소득만 가지고 있으며, TANF(Temporary Assistance for Need¹³⁾y Families)급여를 받지않고, 장애어린이가 가정에 1명만 있는 경우에 SSI를 지급받는 기준을 제시하고 있다.

만약 4인 양부모가족의 경우, 어린이 한명은 장애가 있고, 다른 한 어린이는 장애가 없는 경우, 부모의 근로소득(earned income)기준은 월 3,355 달러가 되며, 근로 외 소득(unearned income) 기준은 2,219 달러가 된다. 근로소득은 세금부과전의 자영업자의 임금 또는 고용노동자의 임금을 의미하며, 근로 외 소득은 연금, 실업보험, 이자소득 등을 포함한다.

경우, 둘째, 신체적 정신적 기능적 장애가 사망과 연계될 경우, 셋째, 신체적 정신적 장애가 적어도 12개월 이상 지속되는 경우.

- 18세 이상의 경우는 성인장애기준에 따라 적용된다. 성인 장애기준은 아래의 경우들 중 하나를 증명해야 한다. 첫째, 신체적 정신적 장애가 소득과 연계된 활동에 참여하는 데 어려움을 끼치는 경우, 둘째, 신체적 정신적 기능적 장애가 사망과 연계될 경우, 셋째, 신체적 정신적 장애가 적어도 12개월 이상 지속되는 경우.
- 나이에 상관없이 시각장애를 갖고 있는 경우는 위의 장애기준과 상관없이 장애로 구분된다.

- 13) 34개 주에서는 연방정부의 SSI 수혜자에게 추가적으로 주정부보충급여(State Supplementary Payments (SSP) or Optional State Supplements (OSS))를 지급하고 있다. 주정부보충급여를 지급하고 있지 않는 주는 18주로 다음과 같다. Alaska, Arkansas, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Northern Mariana Islands, Indiana, Kansas, Maryland, Mississippi, Missouri, Ohio, South Carolina, Tennessee, Texas Virginia, West Virginia. 주정부보충급여를 지급하는 34개주 중 12개주는 연방정부(Social Security administration) 가 주정부 급여를 관리하고, 22개주는 주정부가 직접 주정부 급여를 관리하고 있다. 연방정부가 주정부 보충급여를 관리하는 주:California, Hawaii, Iowa, Massachusetts, Michigan, Montana, Nevada, New Jersey, New York, Rhode Island, Utah, Vermont. 주정부가 직접 주정부보충급여를 관리하는 주:Alabama, Arizona, Colorado, Connecticut, Idaho, Illinois, Kentucky, Louisiana, Maine, Minnesota, Nebraska, New Hampshire, New Mexico, North Carolina, North Dakota, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, South Dakota, Washington, Wisconsin, Wyoming.

〈표 III-5〉 18세 미만 장애어린이의 SSI지급 기준

비장애아동의 수	모든 소득이 근로소득인 경우		모든 소득이 근로외 소득인 경우	
	편부모가족 (Single parent)	양부모가족 (Two parents)	편부모가족 (Single parent)	양부모가정 (Two parents)
0	\$ 2,617	\$ 3,239	\$ 1,286	\$ 1,597
1	\$ 2,928	\$ 3,550	\$ 1,597	\$ 1,908
2	\$ 3,239	\$ 3,861	\$ 1,908	\$ 2,219
3	\$ 3,550	\$ 4,172	\$ 2,219	\$ 2,530
4	\$ 3,861	\$ 4,483	\$ 2,530	\$ 2,841
5	\$ 4,172	\$ 4,794	\$ 2,841	\$ 3,152
6	\$ 4,483	\$ 5,105	\$ 3,152	\$ 3,463

자료: 미국사회보장국홈페이지 (<http://www.socialsecurity.gov/ssi/text-child-ussi.htm>)

마지막으로, 월소득이 SSI 소득기준의 300% 이내이며, 시설에 거주하고 있는 개인 또는 부부도 메디케이드 프로그램의 혜택을 받을 수 있다. 또한 사회보장법 Title 4에 따른 입양·양육부조(adoption or foster care assistance) 수급자, 그리고 특별보호그룹으로 보통 사회보장급여에 따른 수입 증가로 현금부조 자격을 잃게 되었지만 일정 기간 메디케이드 자격을 보유하는 개인 등이 해당된다.

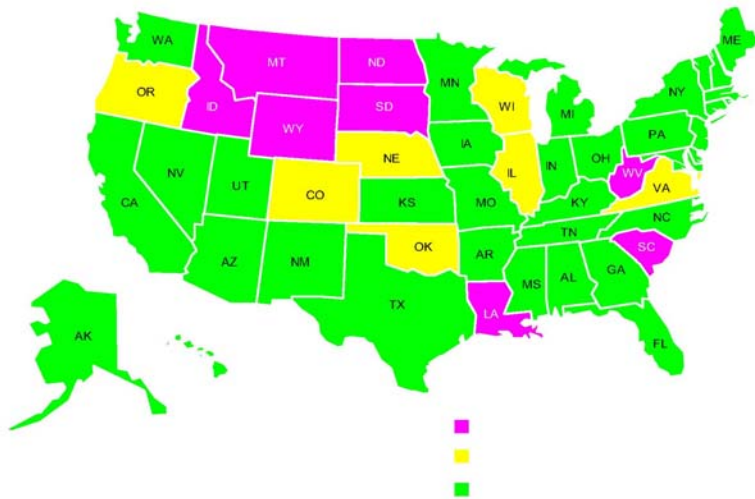
나. 범주적 관련 집단(categorically related group)

주정부는 또한 완화된 소득 및 자산기준에 의해 수급자격을 가지게 되는 집단(categorically related group)에게 메디케이드 급여를 제공할 선택권이 있다. 이런 의미에서 이들을 선택적 집단(optional group)이라고도 한다. 구체적인 집단의 종류를 살펴보면 다음과 같다.

- 빈곤선의 185% 이하의(이 이하에서 주정부가 정할 수 있음) 소득을 가진 가구의 임신부 및 1세 미만의 유아
- AFDC 소득 및 자산 기준을 충족시키는 21세 미만의 아동

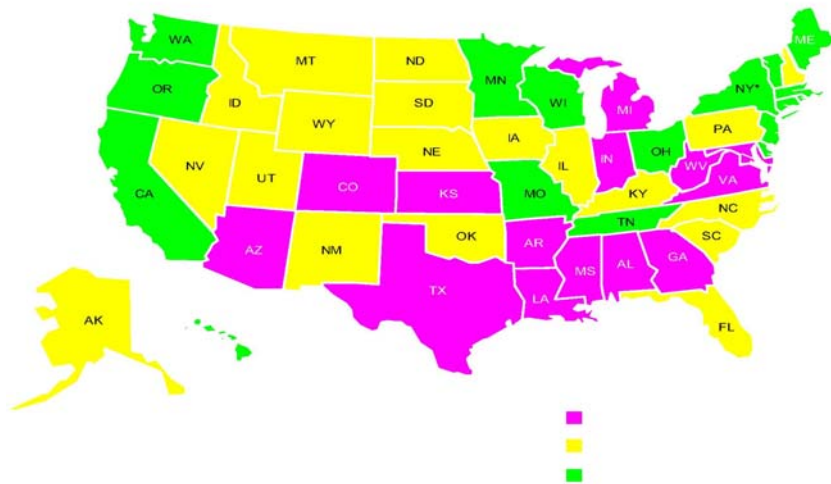
- 시설에 입원하고 있고, 일정소득(SSI 급여수준의 300%이라는 연방급여기준 미만에서 주정부가 정함) 미만인 자
- 앞의 시설입원기준을 충족시키지만, 재가 또는 지역사회외 장기요양보호 서비스를 받고 있는 자
- 노인, 맹인 또는 장애인. 단, 당연적용 조건 이상의 소득이 있지만 FPL 미만인 경우
- 근로 장애인. 단, 근로소득으로 인해 SSI 수급 자격이 없게 되었지만, FPL 기준의 250% 미만의 가구소득인 경우.
- 결핵감염자. 단, 결핵관련 치료에 대한 급여로 인해 SSI 소득을 넘겨된 경우에 한하며, 결핵관련 통원서비스 및 의약품에 한해 급여됨(spending down)에 의해 수급자격을 가지게 되는 집단은 의료비 지출분에 대해 소득공제를 함으로써 소득기준을 충족시키는 것임)

[그림 III-1] 미국의 주별 어린이의 메디케이드 자격 조건
(미국의 연방정부 빈곤선 기준)



- 연방정부 빈곤선 150% 미만 (8개주)
- 연방정부 빈곤선 151%-199% (7개주)
- 연방정부 빈곤선 200%이상 (36개주)

[그림 III-2] 미국의 주별 부모의 메디케이드 자격 조건
(미국의 빈곤선 기준)



- 연방정부 빈곤선 50%미만 (14개주)
- 연방정부 빈곤선 50%-99%(19개주)
- 연방정부 빈곤선 100% 이상 (18개주)

다. 의료적 필요 집단(MN: Medically Needy Eligibility Group)¹⁴⁾

의료적 요보호대상자는 소득이 범주적 요보호대상자보다 많지만, 건강상 이유로 의료비 지출이 과도하게 지급되어 메디케이드를 받아야 하는 이들을 보호하기 위해 도입되었다¹⁵⁾. 지속적인 의료서비스를 필요로 하는

14) 의료적 필요 집단(Medically Needy Eligibility Group)에 대한 구체적인 내용은 본장의 뒤에 첨부되어 있는 참고 3 참조

15) Stum, M. (1998). The meaning and experience of spending down to Medicaid in later life. *Advancing Consumer Interest* 10, 2, 23-33.

사람들은 높은 의료비용으로 인해 소득이 빈곤선 이상일지라도, 실제로 소비할 수 있는 소득은 빈곤선이하로 낮을 수 있다. 주 정부가 의료적 요보호집단에 대한 Medicaid 서비스를 시행하고 있다면, 우선적으로 의료 서비스와 관련된 개인의 필요성을 심사한 후에 탄력적으로 소득 기준을 적용시킬 수 있다.

의료적 필요집단(MN) 규정에 따라 메디케이드의 수급대상의 확대가 가능하다. 당연 또는 선택 집단(mandatory or optional groups)에 속하기 위한 다른 조건은 충족시키나 소득 또는 자산 조건이 주정부가 정한 수준을 초과할 때 적용되며, 진료비 지출로 인해 주정부가 정한 기준 밑으로 떨어질(spend down) 가능성이 있는 자들이 포함된다. MN을 위한 수급자격이나 급여는 제한적이며, 주별로 적용기준 및 급여범위의 차이가 크다.

연방자금의 지원을 받기 위해서는 일정 집단과 일정 서비스가 포함되어야 한다. 즉, 의료적으로 필요한 19세 미만 아동 및 임산부는 포함되어야 하며 임산부를 위한 주기적인 건강검진과 출산서비스, 아동을 위한 통원서비스 제공이 포함되어야 한다.

기본적으로 의료적 요보호 대상자를 메디케이드 프로그램에 포함하고자 하는 주는 의무적으로 ‘임산부, 만 1세미만의 유아, 18세이하의 어린이, 그리고 일부 시각장애인’을 포함해야 하며 이들을 ‘의무적 의료요보호집단 (Mandatory medically needy groups)’ 이라 분류한다. 이들 주들은 의무적 의료요보호집단 이외에 선택적으로 의료적 요보호집단을 기준을 설정할 수 있으며, 이들에게 메디케이드 서비스를 제공하고 있다.

2005년기준으로 의료적 요보호집단을 메디케이드에 포함하고 있는 주는 52개주 중 35개주¹⁶⁾로 이 주들은 기본적으로 연방정부 빈곤선 185%

16) 35 개주는 다음과 같다. Arkansas, Hawaii, Maine, Nebraska, Pennsylvania, Vermont, California, Illinois, Maryland, New Hampshire, Puerto Rico, Virginia, Connecticut, Iowa, Massachusetts, New Jersey, Rhode Island, Washington D.C., Kansas, Michigan, New York, Tennessee, West Virginia, Florida, Kentucky, Minnesota, North Carolina, Texas, Wisconsin,

이하의 소득을 갖고 있는 산모와만 1세미만의 유아, 18세 이하의 어린이, 그리고 특정보호를 필요로 하는 일부 시각장애인(protected blind persons)을 의료 요보호집단으로 선정하여 Medicaid 서비스를 제공하고 있다. 그 외에도, 이들 주들은 선택적으로 65세 이상의 노인, SSI프로그램에서 규정하는 시각 장애인, 학교를 다니는 18세-21세 아동, 그리고, 만 19세 이하의 어린이를 돌보는 친척이나 법적 대리인들을 메디케이드 프로그램에 포함하고 있는데 선택적 의료적 요보호 집단을 구분하는 기준은 주마다 다르다. 예를 들면 텍사스 (Texas)주는 의무적 의료요보호집단만을 메디케이드 의료요보호집단 대상자에 포함시키고 있어 범주적 요보호조건을 만족시키지 않는 노인, 장애인, 그리고 시각장애인들은 메디케이드 서비스에서 제외시키고 있다.

라. 메디케어의 저소득 취약계층에 대한 추가 지원

Medicare 수혜자 중 소득이 연방정부 빈곤선의 100% 미만이고, 자산이 SSI 기준의 2배 미만에 해당되는 경우는 Medicaid에서 Medicare 보험료를 납부해주거나, 일부 비용을 공제해 준다. 소득이 연방정부 빈곤선의 100%-135% 사이에 해당하는 경우에도 Medicare 비용의 일부를 Medicaid에서 지불해준다.

미국의 모든 주들은 노인 요양기관이나, 노인전문 의료기관 등에서 장기요양서비스(long-term care service)를 받는 사람들을 특수대상자에 포함시켜 Medicaid서비스를 제공하고 있다. 또한 일을 함으로써 Medicare 혜택을 상실하게 되는 특정 장애인들의 경우 이들의 소득이 연방 빈곤선의 200%미만이고, 자산규모가 SSI 기준의 200%미만이 경우에 Medicaid가 Medicare Part A에 해당되는 보험료를 지불해준다¹⁷⁾. 일부 주에서는 일을

Georgia, Louisiana, Montana, North Dakota, Utah..

17) 메디케어 프로그램은 65세이상의 노인, 65세이하의 장애인, 말기의 신장병환자를 대상

하는 16세 이상 65세미만의 장애인들에게 소득에 상관없이 Medicaid 기준을 확대시키고, 일부 의료비용을 지불해주고 있다. 유방암(breast cancer) 또는 자궁경부암(cervical cancer) 환자와 무보험 결핵환자들의 경우도 한시적으로 Medicaid 서비스를 제공한다. 일부 주는 Medicaid waivers 들에 대해서도 Medicaid를 확대하고 있으며, 종종 관리진료(managed care)에 등록된 경우에 한해서만 Medicaid 서비스를 제공하는 경우도 있다.

메디케어 수급자 중에서 소득이나 자산이 낮아 메디케이드 프로그램으로부터 지원을 받는 경우를 이중자격수급자(dually eligible beneficiary)라고 한다. 메디케이드는 항시 최후의 지불자로서의 안전망 역할을 하기 때문에, 우선적으로 메디케어 프로그램에서 급여를 하고 메디케이드 프로그램이 보충적으로 메디케어의 추가적 급여를 구입(buy-in)해 주게 된다. 2003년의 경우 전체 메디케어 및 메디케이드 수급자의 8%가 이중자격수급자(dually eligible beneficiary)이었다.

완전한 메디케이드(full Medicaid) 수급자격자는 주정부가 제공하는 서비스를 자격 범주에 따라 추가적으로 받는다. 예를 들어 간호요양시설(nursing facility) 급여 상한인 100일을 초과한 부분, 처방약, 안경, 보청기 등에 대한 급여가 그 예이다. 그러나 완전한 메디케이드(full Medicaid) 수급자격을 가지지는 않더라도 차상위 저소득층에 대해서는 메디케어 보조 프로그램에 따라 주정부의 보조가 이루어지는데 월수입 한도액(FPL의 100%, 120%, 135%, 175%) 요건과 은행구좌, 주식, 채권 등의 자산 한도액(SSA 수급요건의 2배) 요건이 있다.

으로 하는 미국의 의료보험이다. 메디케어는 PartA, PartB, Part D로 구성되어 있다. Part A는 병원보험(Hospital Insurance) 으로 급여소득세(pay-roll tax)에 의해 충당된다. 이외에도, Part A는 호스피스케어(Hostpice Care), 재택 건강서비스(home Health Care), 그리고 간단한 퇴원후 방문간호서비스(post-hospitalization nursing home care)를 포함하고 있다. Part B는 통원치료와 관련된 의료보험으로, 보험료가 대상자의 Social Security Check에서지불되며, 의료서비스를 받을 때마다 일부금액을 지불해야 한다. Part D는 조제약처방관련 보험이다.

보조내용으로는 아래와 같은 이중자격 유형에 따라 파트A의 보험료, 파트B의 보험료, 정액공제액, 본인부담액 등을 차별적으로 지원한다. 지원 방식은 다음과 같다.

1) QMB Only: Qualified Medicare Beneficiaries without other Medicaid

메디케어/파트A의 자격을 가지고, FPL 이하의 소득 또는 SSI 기준의 2 배 이하의 자산을 가지며, 동시에 이것이 아니면 완전한 메디케이드(full Medicaid)의 자격이 없는 경우에 메디케이드에서는 메디케어의 파트A 보험료, 파트B 보험료, deductible과 coinsurance를 제공하며, 연방재정지원(FFP)은 연방의료부조비율(FMAP)과 같다.

2) QMB Plus: QMBs with Full Medicaid

메디케어/파트A의 자격을 가지고, FPL 이하의 소득 또는 SSI 기준의 2 배 이하의 자산을 가지며, 동시에 완전한 메디케이드(full Medicaid)의 자격을 가진 경우에 메디케이드에서는 메디케어/파트A 보험료, deductible과 coinsurance, 그리고 완전 메디케이드 급여(full Medicaid benefits)를 제공하며, 연방재정지원(FFP)은 연방의료부조비율(FMAP)과 같다.

3) SLMB Only: Specified Low-Income Medicare Beneficiaries without other Medicaid

메디케어/파트A의 자격을 가지고, FPL 100~120%의 소득 및 SSI 기준의 2배 이하의 자산을 가지며, 동시에 이것이 아니면 완전한 메디케이드(full Medicaid)의 자격이 없는 경우에 메디케이드에서는 메디케어/파트B 보험료만을 지불하며, 연방재정지원(FFP)은 연방 의료부조 비율(FMAP)과 같다.

4) SLMB Plus: SLMBs with Full Medicaid

메디케어/파트A의 자격을 가지고, FPL 100~120%의 소득 및 SSI 기준의 2배 이하의 자산을 가지며, 동시에 완전한 메디케이드(full Medicaid)의 자격을 가진 경우에 메디케이드에서는 메디케어/파트B 보험료와 완전 메디케이드 급여(full Medicaid benefits)를 제공하며, 연방재정지원(FFP)은 연방 의료부조 비율(FMAP)과 같다.

5) QDWIs: Qualified Disabled and Working Individuals

직장 복귀로 인해 메디케어/파트A의 수급자격을 상실한 경우, 메디케어/파트A를 구입할 자격이 있고, 소득이 FPL 200% 이하이며, 자산이 SSI 자격기준의 2배를 넘지 않고, 이것이 아니면 메디케이드 수급 자격이 없는 경우로 메디케이드는 단지 메디케어/파트A 보험료만을 지불하며, 연방 재정지원(FFP)은 연방 의료부조 비율(FMAP)과 같다.

6) QI-1s: Qualifying Individuals(a)

메디케어/파트A의 자격을 가지고, 소득이 FPL 120~135%이며, 자산이 SSI 자격기준의 2배를 넘지 않고, 이것이 아니면 메디케어의 자격이 없는 경우에 메디케이드는 단지 Medicare Part B를 위한 보험료만을 지불하며, 연방재정지원(FFP)은 100%로 연방 의료부조 비율(FMAP)과 같다. 이 그룹은 1998년1월1일부터 2002년12월31일 사이에만 유효했고, 연간 사용가능한 돈의 총액에 상한이 있어서 그룹 소속 인원을 제한하게 되었다.

7) QI-2s: Qualifying Individuals(b)

메디케어/파트A의 자격을 가지고, 소득이 FPL 135~175%이며, 자산이 SSI 자격기준의 2배를 넘지 않고, 이것이 아니면 메디케어의 자격이 없는

경우로 메디케이드는 단지 Medicare Part B를 위한 보험료만을 지불하며 연방재정지원(FFP)은 100%로 연방 의료부조 비율(FMAP)과 같다. 이 그룹은 1998년1월1일부터 2002년12월31일 사이에만 유효했고, 연간 사용가능한 돈의 총액에 상한이 있어서 그룹 소속 인원을 제한하게 되었다.

8) Medicaid-Only Dually Eligible Beneficiaries(Non QMB, SLMB, QDWI, QI-1, or QI-2):

소득감소적 의료비 지출(spend down)로 메디케이드의 자격을 가지게 되거나 메디케이드 빈곤 자격조건에 들게 되는 것이 전형적인 형태이다. 메디케어/파트A와(또는) 메디케어/파트B 그리고 완전 메디케이드(full medicaid)의 수급 자격이 있지만 QMB, SLMB, QDWI, QI-1, 또는 QI-2로서 메디케이드를 수급받을 자격이 없다. 메디케이드는 완전한 메디케이드(full Medicaid) 급여를 제공하고 메디케이드 공급자에게 메디케이드 서비스에 대해 지불한다. 그러나 메디케이드가 메디케어 급여대상인 서비스에 대해서 지불하게 되는 것은 메디케이드 지불액이 메디케어에 의해 지불된 총액보다 더 높은 경우이다. 메디케이드는 이 한도 제한 내에서, 수급자의 메디케어 본인부담분을 지불하기 위해 필요한 한도까지만 지불하며 메디케이드의 메디케어/파트B 보험료 지불 여부는 주정부의 선택사항이다. 연방재정지원(FFP)은 연방 의료부조 비율(FMAP)과 같다.

마. 기타

복지개혁법(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996)에서는 비시민에 대한 조항도 포함하고 있다. 메디케이드 자격 조건을 충족시키더라도 입국 5년 이내에는 메디케이드 수혜자격이 없다. 또한 법령 이전에 입국한 자나 입국 후 5년이 경과한 자에 대한 메디

케이드 급여는 주정부의 선택사항이다. 단, 다음과 같은 예외가 있다.

- 장기이식을 제외한 메디케이드 응급 의료 지원
- 단기, 비현금, 실질적인 응급 재난 구조
- 생명이나 안전보호를 위해 필요한 공동체 집단 수준의 실질적인 서비스 형태의 보조
- 가정 또는 공동체 발전 보조를 위한 프로그램 또는 재정 보조

3. Medicaid 대상자의 구성¹⁸⁾

미국의 전체 인구는 약 293백만 명(2004년 기준)이며 이중 Medicaid 수급자가 전인구의 약 14.1%, Medicare 대상자가 11.8%, 근로자로 의료보험에 가입된 비율이 약 54%, 개인 자격으로 의료보험에 가입된 비율이 약 4.9%이고 무보험자가 전인구의 약 15.3%를 차지하고 있다.

〈표 III-6〉 의료 자격별 비율

Medicaid	14.1%
Medicare	11.8%
Employer	54%
Individual	4.9%
무보험(uninsured)	15.3%

Medicaid 수급자는 전인구의 14.1%로 약 57백만명에 이르고 있다. 이중 19세 미만의 아동이 52.5%인 약 28.7백만 명, 성인이 22.8%인 15백만 명, 65세 이상 노인이 10.1%인 5.9백만 명, 장애인이 14.7%인 7.9백만 명

18) 자료: Medicaid Statistical Information System(MSIS) State Summary FY2004 (created in 2007)

으로 구성되어 있다. 57백만 명 수급자가 1년에 지출하는 비용은 2565억 달러에 이르고 이 중 10.1%의 노인이 26%를 사용하고 있고, 14.7%의 장애인이 40%의 비용을 사용하고 있다. 미국의 경우도 우리나라 처럼 노인과 장애인은 인구대비 상대적으로 더 많은 의료 니드가 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 III-7〉 그룹별 Medicaid 수급자수 및 지출 비율(2004)

	수급자수	총지출
Total	57.59M(100%)	256.5B
아동 (19세미만)	28.77M(52.5%)	17%
성인 (19~64세)	15.01M(22.8%)	12%
노인 (65세이상)	5.91M(10.1%)	26%
장애인	7.89M(14.7%)	40%
unknown		5%

* 2006년 총지출 304.0B

미국 전 인구의 소득 분포를 보면 연방 빈곤선(Federal Poverty Line)이하의 계층이 전 인구의 약 17%를 차지하고 있고 연방 빈곤선 기준 100% 이상 200% 미만이 전 인구의 19%를 점하고 있다. 나머지 64%의 인구는 연방 빈곤선 기준 200% 이상의 소득을 가지고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 III-8〉 미국 전 인구의 소득 분포

소득	수	%	비 고
연방빈곤선(FPL) 이하	50M	17%	전체인구수대비
FPL의 100이상~199이하	55M	19%	전체인구수대비
FPL기준 200% 이상	187M	64%	전체인구수대비

미국 전 인구의 27%를 점하고 있는 아동 중 빈곤선 이하의 소득자는 아동 인구 중 약 23%를 차지하고 있다. 성인의 경우도 16% 이하가 빈곤선 이하의 소득을 가지고 있고, 노인은 상대적으로 더 적은 숫자인 13%만이 빈곤선 이하의 소득자로 분류되고 있다. 도입된 지 오래된 연금제도의 효과라 판단된다. 아동의 경우 다른 연령대에 비해 상대적으로 빈곤에 노출된 비율이 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-9〉 연령별 빈곤선 이하의 소득 분포

연령	수	%	비 고
아동(18세 이하)	78M	27%	전체인구수대비
빈곤선이하 아동	18M	23%	아동수대비
성인(19세~64세)	179M	61%	전체인구수대비
빈곤선이하 성인	28M	16%	성인수대비
노인(65세 이상)	36M	12%	전체인구수대비
빈곤선이하 노인	4.7M	13%	노인수대비

2004년 기준 1인당 의료비 지출 수준은 예측한 데로 장애인과 노인에게서 가장 높게 나타났다. 장애인은 1년간 의료비 지출이 평균 약 13천 달러이고 노인의 경우는 11.5천 달러 이다. 이에 반해 아동은 약 1.5천 달러를 소비하고 있고 일반 성인인 약 2천 달러를 의료비로 지출하고 있다. 노인과 장애인은 일반인에 비해 5배 이상의 의료비 지출을 하고 있다.

〈표 III-10〉 1인당 의료비 지출(2004)

전 체	\$ 4.248
아동	\$ 1.531
성인	\$ 2.012
장애인	\$ 13.014
노인	\$ 11.455

Medicaid 수급자가 되기 위해서는 6세 이상 19세 미만의 아동의 경우 연방 빈곤선 기준 100%이하(약 16,000 달러-3인 기준)의 소득 조건을 만족해야하고 임산부 및 6세 미만의 아동은 연방 빈곤선 기준 133% 이하의 소득을 얻어야만 수급자가 될 수 있다. 반면 근로능력이 있는 성인의 경우 연방빈곤선 기준 65% 이상의 소득을 발생시키면 Medicaid 수급자가 될 수 없다.

〈표 III-11〉 수급자가 되기 위한 소득기준(2006) - 3인가족 기준

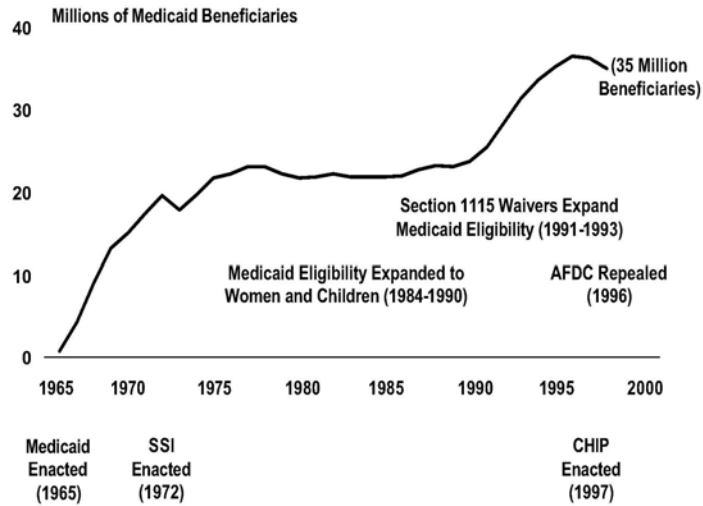
	소득기준	연방빈곤선 대비
근로능력이 있는 성인	\$10.849	65%
임산부	\$21.400	133%
유아(1세 이하)	\$22.078	133%
아동(1세~5세)	\$22.078	133%
아동(6세~19세)	\$16.600	100%

현재 미국 Medicaid 제도에서는 Medicare 자격자 중 Medicaid 수급 기준을 만족하는 계층에 대해 이중으로 보호하고 있는 데 이를 Medicaid와 Medicare의 이중 자격자라 한다. Medicaid 수급자의 약 14%가 이와 같은 이중자격자에 해당하고 이들이 Medicaid 총 지출의 약 40%을 소요하고 있다.

〈표 III-12〉 Medicaid와 Medicare 이중자격

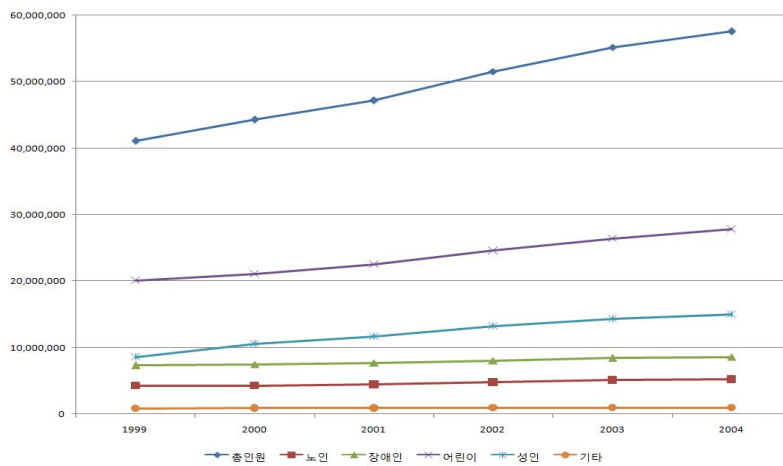
총 수급자수(2003년)	5.9M(Medicaid 수급자의 14%)
총 지출(2003년)	16.7B(Medicaid 총지출의 40%)
총 Medicare 수급자(2005년)	42.3M(전체인구의 14%)

[그림 III-3] 메디케이드 자격조건의 변화 (1965-1997)



Source: Health Care Financing Administration, 1998; Rosenbaum S., 1993; Rowland, D. 1992.

[그림 III-4] 메디케이드 대상자의 구성 및 변화 1999-2004.



4. Medicaid 급여서비스

가. 기본 필수서비스(mandatory services/ basic services)

사회보장법 규정상으로는 주별 메디케이드 플랜에 따른 융통성이 광범위하게 인정되고 있지만, 연방정부의 기금을 받기 위한 필수 이행사항이 있다. 그 중 하나가 범주적 필요 집단에게는 다음과 같은 기본 필수서비스를 제공해야 한다는 것이다.

- 입원 병원 서비스
- 외래 병원 서비스
- 산전 치료
- 아동 백신
- 의사진료
- 21세 이상자에 대한 nursing facility 서비스
- 가족 계획 서비스 및 용품
- 비도시 지역의 건강 클리닉 서비스
- skilled nursing 서비스의 수급 자격자에 대한 home health care
- 검사 및 방사선 서비스
- 소아과 및 가정간호사 서비스
- 간호-조산사(nurse-midwife) 서비스
- 연방정부 인정 보건소(FQHC)의 서비스와 기타 FQHC의 외래 서비스
- 21세 미만 아동에 대한 조기 및 정기검진, 진단과 치료서비스(EPSTD: Early and periodic screening, diagnostic, and treatment)

나. 선택서비스(optional services)

주정부는 연방정부로부터 기금을 받을 수 있는 선택서비스를 제공할 수 있으며, 다음은 현재 인정되고 있는 34개 선택서비스 중에서 가장 일반적인 항목이다.

- 진단서비스
- 클리닉 서비스
- 정신질환 및 정신지체자를 위한 중간시설 (ICFs/MR)
- 처방약 및 보철: 처방약은 다음과 같은 조건을 만족시켜야 메디케이드의 적용을 받을 수 있음.
 - DHHS(Health and Human Services)에서 가격 인정을 받은 제약회사에 의해 만들어진 것
 - 전문의에 의해 처방되거나 또는 메디케이드 프로그램에 의해 승인을 받은 개업의에 의해 처방된 것
 - 일반적으로 FDA(Food and Drug Administration)의 승인을 받은 약품만 메디케이드의 적용 받을 수 있지만 주정부의 재량으로 실험 약품에도 적용 할 수 있으며, 이 경우 주정부에 따라 또는 약품에 따라 매우 다양함.
 - 치료에 필요한 약품이라는 의사의 동의가 있다면 처방전 없는 경우라도 메디케이드는 계속해서 수혜자에게 약품을 공급할 수 있음.
- 시력측정 서비스 및 안경
- 21세 미만자에 대한 nursing facility 서비스
- 수송 서비스
- 재활 및 물리치료 서비스

- 만성손상 수반자에 대한 재가 및 지역 케어
- 호스피스 서비스:
 - 메디케이드 하에서 '호스피스'란 6개월 이상 살 수 없을 것이라 예상되는 말기 환자에 대한 가정 보호 연계 서비스를 말하며, 메디케이드가 적용되는 호스피스 서비스는 nursing care, 가정 건강 조력자 서비스, 상담, 주부 서비스, 의료 보조, 약처방 등.
 - 1/3 이하의 주정부는 범주적 필요 그룹에만 호스피스 서비스를 제공하고 있고, 절반 정도의 주정부는 범주적 필요 그룹과 의료적 필요 그룹 모두에 호스피스 서비스 제공
 - 호스피스 서비스는 말기 환자들에 대한 고통을 경감시키기 위해 제공되는 것이기 때문에 일단 환자가 호스피스를 선택하면 삶을 연장하거나 환자를 치료하기 위한 약처방은 메디케이드 적용을 받지 않음.
- 환자 관리 서비스
 - 환자 관리 서비스는 의료, 사회, 교육, 기타 서비스를 이용할 자격이 있는 개인에 대한 보조적인 서비스로, 일반적으로 빈곤층 평가, 치료 계획 개발, 서비스 보조 그리고 개인의 추적 조사와 감시를 포함함.
 - 주정부는 범주적 필요 그룹에게 환자 관리 서비스를 제공할 수 있지만, 이는 다른 메디케이드 서비스와 중복되어서는 안됨.
- 치과 서비스
- 응급의료 서비스
- 말하기, 듣기, 언어장애
- 작업 요법
- 틀니, 의치

1997년의 균형예산법(Balanced Budget Act: BBA)은 노인을 위한 포괄 케어 프로그램, 소위 PACE(Programs of All-inclusive Care for the Elderly)로 알려져 있는 주별 선택 프로그램을 포함하고 있다. PACE는 nursing facility 수준의 케어를 요하는 55세 이상에 대하여 시설케어에 대한 대안을 제공하며, PACE 팀은 모든 보건, 의료 및 사회서비스를 제공, 관리하고, 예방, 재활, 치료 및 지원 케어를 제공하기 위해 필요한 여타 서비스를 동원한다. PACE의 제공자는 지불 재원이 무엇이든 PACE 협약을 통해 지불받고 Title 18 및 19에 언급된 모든 항목과 서비스를 제한 없이 그리고 일체의 본인부담 없이 제공해야 한다. PACE에 등록된 개개인은 단지 PACE 프로그램을 통해서만 급여를 받는다.

다. Medically needy group에 대한 최소한의 급여 범위

주정부가 Medically needy group에 대한 Medicaid 프로그램을 시행하는 경우 주정부는 최소한 다음과 같은 의료서비스를 제공해야만 한다.

- 임산부를 위한 진료 및 분만 서비스
- 고아원 또는 관련 기관 등에 거주하는 18세 이하 어린이를 위한 통원 치료
- 간호시설(Nursing facility)서비스를 받을 수 있는 개인들을 위한 가정의료 서비스(Home health service)
- 주정부가 정신치료시설 또는 정신 지체자들을 위한 중간단계치료시설 (Intermediate care facilities for the mentally retarded :ICF/MRs)¹⁹⁾에 대한 서비스를 포함시킨 경우, 주정부는 의료적 요보호집단을 위해 정신치료 관

19) 중간단계치료시설(ICF/MRs)은 병원이나 전문간호시설 정도의 관리와 치료를 필요로 하지는 않지만, 정신적 신체적 이유로 인해 시설을 통한 의료서비스를 필요로 하는 개인들을 위해 정기적으로 의료관련 치료와 서비스를 제공하도록 되어 있다. 중간단계치료시설(ICF/MRs)은 Medicaid 프로그램에 참여하기 위해서 the Division of Licensing and Protection 의 인증을 받아야 한다.

련 서비스를 제공해야 한다.

라. 급여서비스의 총량 및 기간에 대한 제한

주정부는 필수서비스의 제공에 총량(amount) 및 기간(duration)의 제한을 둘 수 있다. 이러한 제한은 부적절한 지급 경비나 불필요한 의료 서비스를 삭감하기 위해 고안되었지만 주정부는 대부분 단순히 비용을 조절하기 위해서 사용하고 있는 실정으로 메디케이드 적용을 받을 수 있는 연간 입원기간, 한 달에 받을 수 있는 처방수, 한 달에 약처방에 지불하는 돈, 일정기간 동안 의사를 방문할 수 있는 횟수 등을 규제하고 있다. 그러나 이러한 제한에도 급여의 목적을 달성하기에 충분한 정도의 서비스를 제공해야 한다는 점, 그리고, 이러한 급여 제한이 의학적 진단이나 병상에 따라 수급자를 차별하는 것이 되어서는 안 된다는 점에서 한계가 있다.

또한 주정부는 일반적인 메디케이드 환자에게 미미한 정도나마 deductible, coinsurance, copayment와 같은 이용자 본인부담을 부과할 수 있다. 다만, 임산부, 18세 미만의 아동, 대부분의 소득을 시설케어에 사용하게 될 너싱홈 환자에게는 부과할 수 없고, 응급서비스와 가족계획서비스에 대해서는 copayment가 제한된다.

〈표 III-13〉 Medicaid의 본인부담(2003년 8월 기준)

State	입원	외래	진찰료	약제비
Alabama	\$50	\$3	\$1	\$0.50 to \$3
Alaska	\$50 per day (\$200 maximum per discharge)	5% of allowable charges	\$3	\$2
Arizona	NA	NA	\$1	NA
Arkansas	10% to 25% of per diem amount	\$10	\$10	\$0.50 to \$15
California	NA	\$1	\$1	\$1
Colorado	\$15	\$3	\$2	\$0.75 or \$3
Connecticut	NA	NA	NA	\$1
Delaware	NA	NA	NA	NA
District of Columbia	NA	NA	NA	\$1
Florida	\$3	\$3	\$2 per day per provider	NA
Georgia	\$12.50	\$3	\$2	\$0.50
Illinois	\$2 or \$3 per day	NA	\$2	\$1 to \$3
Indiana	NA	NA	NA	\$0.50 to \$3
Iowa	NA	NA	\$3	\$0.50 to \$3
Kansas	\$48	\$3	\$2	\$3
Kentucky	NA	NA	\$2	\$1
Louisiana	NA	NA	NA	\$0.50 to \$3
Maine	\$0.50 to \$3	\$0.50 to \$3	\$0.50 to \$3	\$250 to \$10
Maryland	NA	NA	NA	\$2 to \$7.50
Massachusetts	NA	NA	NA	\$2
Minnesota	NA	NA	NA	\$3
Mississippi	\$10 per day (Maximum of one-half of first day per diem)	\$3	\$3	\$1 or \$3
Missouri	\$10	\$2 or \$10	\$1 or \$10	\$0.50 to \$2 or \$5
Montana	\$100	\$5	\$4	\$1 to \$5

State	입원	외래	진찰료	약제비
Nebraska	NA	\$3	\$2	\$2 per person
New Hampshire	NA	NA	NA	\$0.50 or \$1
New Mexico	\$25	\$5	\$5	\$2
New York	\$25 per visit with an overnight stay	\$3	NA	\$0.50 to \$2
North Carolina	NA	\$3	\$3	\$1 or \$3
North Dakota	\$50	\$1 or \$2	\$2	\$3(brand name only)
Oklahoma	\$3 per day	\$3 per day	\$1 per sevice	\$1 or \$2
Oregon	\$250	\$3 to \$20	\$3 to \$5	\$2 to \$15
Pennsylvania	\$3 per day; maximum of \$21 per admission	\$0.50 to \$3	\$0.50 to \$3	\$1
South Carolina	NA	NA	NA	\$3 to \$21
South Dakota	NA	5% of payment; maximum of \$50	\$2	\$2
Tennessee	\$100 or \$200	NA	\$5 to \$25	\$5 to \$10
Utah	\$220	\$2 or \$3	\$3 or \$5	\$2 to \$5 or 25% of cost
Vermont	\$50 or \$75	\$3 or \$25 per day	\$7	\$1 to \$10 or 50% to 60%
Virginia	\$100	\$3	\$1	\$1
Washington	NA	NA	NA	NA
West Virginia	NA	NA	NA	\$0.50 to \$3
Wisconsin	\$3 per day; maximum of \$75	\$3	\$1 to \$3	\$0.50 to \$15
Wyoming	NA	\$6	\$2	\$2 or \$25

5. Medicaid 관리 및 운영

메디케이드 프로그램은 연방정부와 주정부에 의해 함께 운영되고 있는 제도이다. 주정부는 연방정부 The Department of Health and Human Services (DHHS) 산하에 있는 the Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS)에서 제시하는 포괄적인 지침에 의거하여 메디케이드 프로그램을 운영 관리하고 있다. 주정부의 메디케이드 참여는 자발적이고 강제성이 전혀 없지만, 현재 모든 주들이 참여하고 있다. 연방정부는 주정부에 메칭펀드와 일반적인 운영지침을 제공함으로써, 주정부가 메디케이드 프로그램을 잘 운영할 수 있도록 도움을 주고 있을 뿐, 구체적인 제도 운영방법들은 주(state) 마다 다양하다. 주정부의 자율재량권은 메디케이드의 자격조건, 서비스, 그리고 의료서비스 공급자에 대한 지불방법에 까지 영향을 미쳤다.

연방정부 수준에서의 메디케이드 관리를 담당하고 있는 곳은 CMS산하의 The Center for Medicaid and State Operations (CMSO)으로 CMSO이 담당하고 있는 주요 업무는 다음과 같다. 첫째, 각 주정부가 연방정부가 지급하는 적절비율의 메칭펀드를 받았는지를 확인하다. 둘째, 각 주정부가 요청하는 메디케이드 프로그램의 보완사항 및 대체의료 서비스사항을 관리한다. 셋째, 메디케이드 프로그램을 운영하는데 있어 필요한 각 주정부, 수혜자, 의료서비스 공급자들의 준수사항과 관련법 규정들을 해석한다. 넷째, 각 주정부의 메디케이드 프로그램과 대체 의료서비스가 연방정부의 지침을 준수하고 있는지 감시하고 감독한다. 다섯째, 주정부와 지방정부가 메디케이드 프로그램을 효율적으로 운영할 수 있도록 한다. 여섯째, 연방정부의 메칭펀드가 적절하게 사용되고 있는지 감독한다. 일곱 번째, 연방정부의 메칭펀드가 사용된 지출자료들을 수집 정리한다.

각 주정부의 메디케이드 관련 부서에서는 일일기준(a day-to-day basis)

으로 메디케이드 프로그램을 관리 운영하는데, 주요 업무는 다음과 같다. 첫째, 잠재적 프로그램대상자와 현재 대상자 중 메디케이드 프로그램에 등록된 수급자들의 정보를 보유하고 관리한다. 둘째, 메디케이드 프로그램 대상자 및 수혜자들이 받게 될 서비스의 내용을 결정한다. 셋째, 메디케이드 프로그램이 수혜자들의 의료서비스에 대해 지불할 액수와 메디케이드 프로그램에 참여하는 의료기관을 결정한다. 넷째, 관리의료(managed care plans)에 가입되지 않은 의료기관이 요구하는 행위별수가제(fee for service)을 처리하고, 관리의료(managed care plans)²⁰에 가입한 의료기관에 대한 비용을 인원별로 할당부과하여 지급한다. 다섯째, 메디케이드 프로그램이 사용하는 의료서비스의 질을 관리 감독한다. 여섯째, 메디케이드 관련 주정부 재원과 연방정부재원이 적절히 사용되고 있는가를 관리 감독한다. 일곱째, 효과적인 메디케이드 프로그램 운영방안을 위한 자료들을 수집하고 보고한다. 여덟째, 메디케이드 프로그램 가입자, 등록자, 공급자 및 관리조직들의 불만이나 애로사항 등을 해결한다.

전체적으로 메디케이드 관리와 운영에 사용되는 비용은 적으며, 전체 메디케이드 비용의 5%정도만을 차지하고 있다.

메디케이드 관련 허위, 사기, 남용 등을 통제하기 위한 별도의 관리기구를 두고 있다. 연방정부 차원에서는 보건성과 법무성에서 허위, 남용 등에 관한 지침등을 관리하고 주정부에 통지하고 있다. 보건성 산하 Health Care Financing Administration (HCFA)에서는 주정부의 Medicaid 관련 기관들을 감독할 책임을 부여 받고 있다. 이 기관에서는 주정부 관계인들을 대상으로 포럼과 교육을 통해 허위, 남용 등에 관한 연방정부의 지침 등을 제공하고 있다. Office of Inspector General (OIG)에서는 보다 직접적으로 주정부의 허위 및 남용 방지 기관들을 관리감독하며 허위 사례를 직접

20) 관리의료(managed care)는 미국의 사보험운영체제로, 의료서비스와 행위가 관리의료조직 (Managed care organization: MCO)라는 제 3자의 통제하에 관리된다.

조사하기도 한다. 공급자들의 사기 행위가 발견되었을 경우 이들의 자격을 박탈하고 금전적 배상을 요구한다. 또한 법무성에 통보하여 이들에게 법적인 처벌을 가한다.

법무성도 Medicaid 관련 사기 및 남용의 경우에 대처하기 위해 전문 조직을 구축하고 있다. 법무성의 U.S. Attorneys에서는 FBI와 HHS OIG에서 의뢰되어 온 사기 및 남용의 사례들을 기소하여 판결을 내린다. 법무성 산하 FBI에서도 허위 및 사기 행위를 조사하여 U.S. attorneys에 의뢰한다.

주정부 차원에서는 훨씬 구체적인 관리 기관들을 보유하고 있다. 주정부 메디케이드 관리기구(State Medicaid agency)는 청구건에 대해 심사하고 공급자들의 행태를 주시한다. Program integrity/surveillance and utilization review subsystem (SURS)a unit 에서는 청구 경향 및 지불 경향을 종합적으로 검토한다. 의심스러운 건에 대해서는 Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)에 의뢰한다. 그러면 Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)에서는 허위, 사기성에 대해 조사하여 허위, 사기로 드러나면 기소한다. Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)에서는 또한 요양시설에서 수급자들에게 의료 서비스를 남용하거나 과소 공급하는 것도 조사한다. Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)에 기소권이 없는 주에서는 별도로 지방정부의 검사에게 이를 의뢰하여 사기, 허위건에 대해 기소하여 처벌하고 있다.

〈표 III-14〉 메디케이드 관련 사기 및 남용을 방지하기 위한 조직들

Agency	Responsibility	Related activities
Federal		
Department of Health and Human Services (HHS)		
Health Care Financing Administration (HCFA)	Oversees state Medicaid agencies	Among other activities, through its Medicaid Fraud and Abuse National Initiative, HCFA provides an ongoing forum and training for state officials on fraud control.
Office of Inspector General (OIG)	1. Oversees state Medicaid Fraud Control Units 2. Investigates federal Medicaid fraud cases	The OIG can sanction fraudulent providers by imposing exclusions and civil monetary penalties. It refers investigative findings to Department of Justice.
Department of Justice		
U.S. Attorneys	Prosecute Medicaid fraud cases referred by FBI and HHS OIG	The U.S. Attorneys also indict, negotiate settlements, and make recoveries.
Federal Bureau of Investigation (FBI)	Investigates federal fraud cases but cannot impose sanctions	The FBI refers investigative findings to the U.S. Attorneys.
State		
State Medicaid agency (located in such departments as health, human services, and welfare)	Administers state Medicaid program and oversees Medicaid program integrity activities	The state Medicaid agency's activities may include conducting pre- and postpayment claims reviews and administering the provider enrollment process.

Program integrity/ surveillance and utilization review subsystem (SURS)a unit	Reviews claims data to detect and investigate aberrant payment patterns and conducts other types of integrity activities	SURS units refer suspected fraud cases to the state's MFCU and noncriminal cases to the state Medicaid agency's collection unit.
Medicaid Fraud Control Unit (MFCU)b (generally in state attorney general's office)	Investigates and prosecutes cases involving fraudulent Medicaid activities Investigates and acts on complaints of abuse or neglect of patients in facilities receiving Medicaid funding	The MFCU may refer cases that will not be prosecuted to the state Medicaid agency or other authority for administrative action.
Local		
District attorney	Prosecutes Medicaid fraud cases in states where MFCUs do not have prosecutorial authority	

자료: United States General Accounting Office (1999). Federal and State Leadership Needed to Control Fraud and Abuse.

6. Medicaid 재정 추이 및 지출 억제 방안

가. Medicaid 서비스에 대한 비용 지불

메디케이드 서비스는 의료서비스 공급자에게 직접 비용을 지불하도록 하고 있다. 메디케이드에 프로그램에 참여하고 있는 공급자들은 메디케이드 비용을 정부로부터 보상받는데, 각 주마다 재량권을 가지고 보상금을 받는 기준을 조금씩 다르게 책정하고 있다. 주 정부는 메디케이드 서비스를 받는 수혜자들에게 명목공제(deductible), 공동보험 (coinsurance), 또는 본인부담금(copayment)을 부과할 수 있다. 응급의료서비스와 가족계획관련 서비스는 공동지불 항목에서 제외된다. 또한 임산부, 18세이하의 어린이,

자산소득의 대부분을 병원이나, 간호전문 요양시설(Nursing home)에 지불하여 생활하는 경우, 그리고 저소득 HMO (Health Maintenance Organization) 가입자들은 모든 의료비용을 주정부에서 지불하게 된다.

메디케이드에 대한 연방정부의 총지출액은 최고한도가 정해져 있지 않으며 각 주가 법에 의해 제공하기로 한 서비스에 대해 맞춰서 연방정부는 비용을 지불한다. 메디케이드 총 비용에 대해 주정부가 지불하는 비율인 연방의료보조비율(Federal Medical Assistance Percentage :FMAP)은 각 주의 평균소득수준과 미국 전체인구의 평균소득을 비교하여 주마다 다르게 책정된다. 상대적으로 부유한 주들은 연방정부의료보조비율이 낮게 책정되고, 상대적으로 가난한 주들은 높게 책정된다.

나. Medicaid 재정

Medicaid 프로그램의 재원은 연방정부와 주정부가 부담한다. 1965년 Medicaid 프로그램이 시작된 이래로, 연방정부는 저소득층의 보건의료에 대한 주정부의 재정지출을 보조해주는 형식으로 일정금액을 일부 주정부에게 선택적으로 지급해 주기 시작했다. 1970년에는 알래스카 (Alaska)와 애리조나 (Arizona)를 제외한 모든 주들이 연방정부로부터 일정금액을 지원받아 저소득층의 의료서비스를 제공하였고, 1982년에는 애리조나주가 마지막으로 주 정부지원을 받은 후로는, 미국의 모든 주들이 매칭펀드 형태의 연방정부 재원과 주정부 예산을 가지고 Medicaid 서비스를 실시하였다.

일반적인 연방정부의 Medicaid 관련 의료비용 보조비율 (the federal medical assistance percentage ; FMAP)은 50%로 정해져있으나, 각주의 일인당 소득과 미국 전체 일인당 소득을 기준으로 책정된다. 따라서, 일인당 소득이 높은 주는 FMAP이 낮게 책정되는 반면, 인구당 소득이 낮은 주들은 많은 부분을 연방정부의 매칭 펀드에 의존하고 있는 실정이다. 예를

들면, 2007년, Arkansas 주의 경우 Medicaid 총 비용의 70% 이상을 주정부 매칭 펀드에 의존한 반면, New Jersey주의 경우는 총비용의 50%만을 연방 정부의 보조금으로 충당하였다.

〈표 III-15〉 주별 Medicaid 프로그램 총 비용 중 연방정부 보조비율(FMAP)

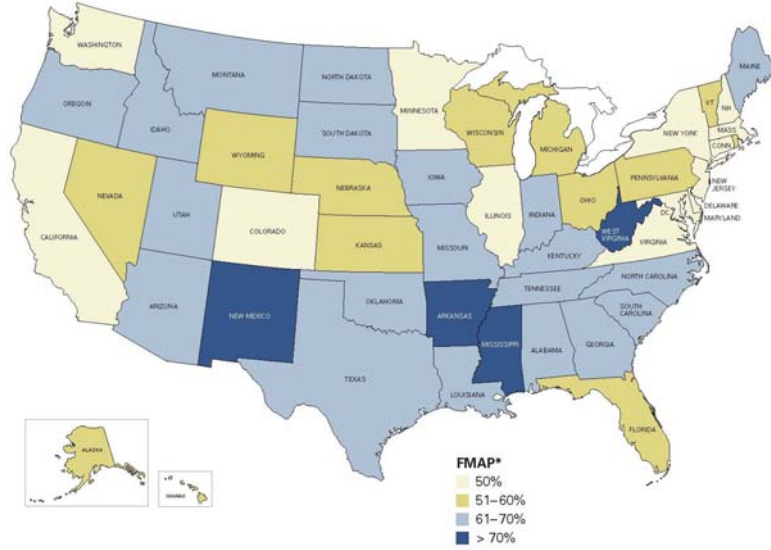
	FY2004	FY2005	FY2006	FY2007	FY2008
United States	50%	50%	50%	50%	50%
Alabama	74%	71%	70%	69%	68%
Alaska	61%	58%	58%	58%	52%
Arizona	70%	67%	67%	66%	66%
Arkansas	78%	75%	74%	73%	73%
California	53%	50%	50%	50%	50%
Colorado	53%	50%	50%	50%	50%
Connecticut	53%	50%	50%	50%	50%
Delaware	53%	50%	50%	50%	50%
District of Columbia	73%	70%	70%	70%	70%
Florida	62%	59%	59%	59%	57%
Georgia	63%	60%	61%	62%	63%
Guam	53%	50%	50%	50%	50%
Hawaii	62%	58%	59%	58%	56%
Idaho	74%	71%	70%	70%	70%
Illinois	53%	50%	50%	50%	50%
Indiana	65%	63%	63%	63%	63%
Iowa	67%	64%	64%	62%	62%
Kansas	64%	61%	60%	60%	59%
Kentucky	73%	70%	69%	70%	70%
Louisiana	75%	71%	70%	70%	72%
Maine	69%	65%	63%	63%	63%
Maryland	53%	50%	50%	50%	50%
Massachusetts	53%	50%	50%	50%	50%
Michigan	59%	57%	57%	56%	58%
Minnesota	53%	50%	50%	50%	50%
Mississippi	80%	77%	76%	76%	76%
Missouri	64%	61%	62%	62%	62%
Montana	76%	72%	71%	69%	69%
Nebraska	63%	60%	60%	58%	58%
Nevada	58%	56%	55%	54%	53%
New Hampshire	53%	50%	50%	50%	50%
New Jersey	53%	50%	50%	50%	50%

New Mexico	78%	74%	71%	72%	71%
New York	53%	50%	50%	50%	50%
North Carolina	66%	64%	63%	65%	64%
North Dakota	71%	67%	66%	65%	64%
Ohio	62%	60%	60%	60%	61%
Oklahoma	74%	70%	68%	68%	67%
Oregon	64%	61%	62%	61%	61%
Pennsylvania	58%	54%	55%	54%	54%
Puerto Rico	53%	50%	50%	50%	50%
Rhode Island	59%	55%	54%	52%	53%
South Carolina	73%	70%	69%	70%	70%
South Dakota	69%	66%	65%	63%	60%
Tennessee	68%	65%	64%	64%	64%
Texas	63%	61%	61%	61%	61%
Utah	75%	72%	71%	70%	72%
Vermont	65%	60%	58%	59%	59%
Virgin Islands	53%	50%	50%	50%	50%
Virginia	53%	50%	50%	50%	50%
Washington	53%	50%	50%	50%	52%
West Virginia	78%	75%	73%	73%	74%
Wisconsin	61%	58%	58%	57%	58%
Wyoming	64%	58%	54%	53%	50%

자료: Kaiser Family Foundation (2007),

<http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=184&cat=4>

[그림 III-5] 미국의 각주별 연방정부 보조비율(FMAP), 2007



각 주마다 상이한 자격기준과 서비스를 제공하기 때문에 실제적으로 메디케이드관련 주별 지출 규모와 성장률은 주의 특성에 따라 다르게 나타나고 있다. 연방정부와 주정부의 Medicaid 지출액을 모두 합한 경우 아래표에서 보여지는 것과 같이 뉴욕(New York)주가 44 billion 달러로 가장 많고, 와이오밍 (Wyoming) 421 million 달러로 최저수준을 기록하고 있다.

<표 III-16> 2006년 주별 Medicaid 지출액

주	2006년 총 지출액	주	2006년 총 지출액
United States	\$303,882,398,422	Missouri	\$6,477,005,485
Alabama	\$3,885,724,359	Montana	\$725,886,163
Alaska	\$959,922,656	Nebraska	\$1,536,880,940
Arizona	\$6,195,618,153	Nevada	\$1,177,644,552
Arkansas	\$2,895,086,328	New Hampshire	\$1,106,718,695
California	\$34,247,357,424	New Jersey	\$9,084,304,080
Colorado	\$2,873,216,407	New Mexico	\$2,490,147,301
Connecticut	\$4,213,071,822	New York	\$44,712,222,361
Delaware	\$946,598,649	North Carolina	\$9,140,498,490
District of Columbia	\$1,302,074,398	North Dakota	\$503,968,992
Florida	\$12,763,018,102	Ohio	\$12,251,082,457
Georgia	\$6,840,869,446	Oklahoma	\$2,972,933,819
Hawaii	\$1,100,740,166	Oregon	\$2,941,032,951
Idaho	\$1,043,994,481	Pennsylvania	\$15,512,030,315
Illinois	\$10,118,625,295	Rhode Island	\$1,696,670,833
Indiana	\$5,674,356,529	South Carolina	\$4,068,977,905
Iowa	\$2,614,996,813	South Dakota	\$607,475,395
Kansas	\$2,077,616,164	Tennessee	\$6,065,629,530
Kentucky	\$4,377,834,330	Texas	\$18,115,908,724
Louisiana	\$4,861,096,507	Utah	\$1,473,234,280
Maine	\$1,953,705,101	Vermont	\$947,607,479
Maryland	\$5,000,486,138	Virginia	\$4,654,115,156
Massachusetts	\$9,696,897,004	Washington	\$5,579,368,299
Michigan	\$8,288,303,539	West Virginia	\$2,098,797,408
Minnesota	\$5,666,177,093	Wisconsin	\$4,653,047,015
Mississippi	\$3,270,419,039	Wyoming	\$421,403,854

Note: 총비용은 주정부 비용과 연방정부 비용을 합한것 임. (관리비용은 포함되지 않음)

Source: Urban Institute and Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured estimates based on data from Centers for Medicare and Medicaid Services-64 reports, July 2007.

다. Medicaid 지출의 변화

Medicaid관련 지출은 2006년 기준 총 연방정부지출 중 7.1 % (192.3

billion)를 차지하고 있으며, 개별 항목으로는 다섯째로 큰 부분을 차지하고 있다 (U.S. Office of Management and Budget Data, 2007). 연방정부의 Medicaid 지출은 지속적으로 증가하고 있는 추세이나 연 성장률은 2003년 이후부터 조금씩 줄어들고 있다.

〈표 III-17〉 Medicaid 지출의 변화(1980-2006)

	Federal level			State level		
	연방정부 지출 (10억 달러)	연평균 증가율 (%)	총 연방정부 지출 대비 비율	주정부 지출 (10억 달러)	연평균 증가율 (%)	총 주정부 지출 대비 비율
1980	14.0	12.9	2.4	11.5	20.0	3.3
1981	16.8	20.0	2.5	13.2	14.8	3.5
1982	17.4	3.6	2.3	14.5	9.8	3.6
1983	19.0	9.2	2.4	16.1	11.0	3.7
1984	20.1	5.8	2.4	17.6	9.3	3.7
1985	22.7	12.9	2.4	18.3	4.0	3.5
1986	25.0	10.1	2.5	20.0	9.3	3.5
1987	27.4	9.6	2.7	22.6	13.0	3.7
1988	30.5	11.3	2.9	24.1	6.6	3.7
1989	34.6	13.4	3.0	26.7	10.8	3.9
1990	41.1	18.8	3.3	31.1	16.5	4.1
1991	52.5	27.7	4.0	36.5	17.4	4.5
1992	67.8	29.1	4.9	40.2	10.1	4.7
1993	75.8	11.8	5.4	45.6	13.4	5.2
1994	82.0	8.2	5.6	53.1	16.4	5.8
1995	89.1	8.7	5.9	58.7	10.5	6.1
1996	92.0	3.3	5.9	60.1	2.4	6.0
1997	95.6	3.9	6.0	63.3	5.3	6.0
1998	101.2	5.9	6.1	69.4	9.6	6.3
1999	108.0	6.7	6.3	75.7	9.1	6.4
2000	117.9	9.2	6.6	83.3	10.0	6.5
2001	129.4	9.8	6.9	92.3	10.8	6.7
2002	147.5	14.0	7.3	101.3	9.8	7.0
2003	160.7	8.9	7.4	108.2	6.8	7.2
2004	176.2	9.6	7.7	119.0	10.0	7.5
2005	181.8	3.2	7.4			
2006	192.3	5.8	7.1			

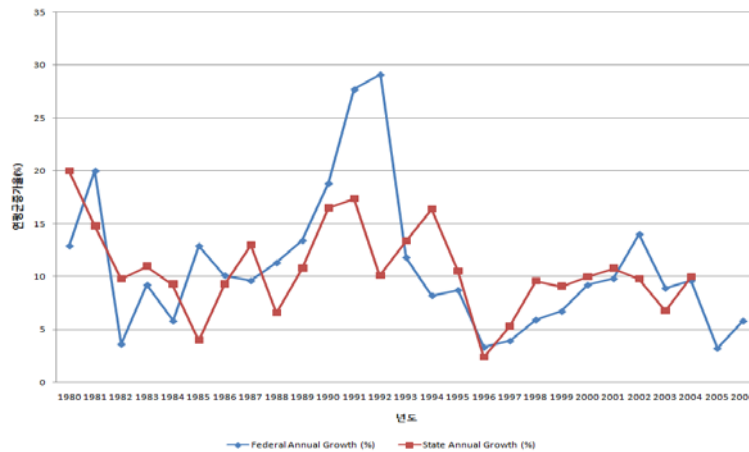
자료: Bureau of Economic Analysis, 2006;

State and Local Medicaid expenditures, Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group, 2005.

U.S. Office of Management and Budget, Executive Office of the President : Historical Tables, Budget of the United States Government, Fiscal Year 2007.

아래 그림은 1980년부터 2006년까지 미국의 연방정부 및 주정부의 메디케이드 연평균지출 증가율의 변화를 보여주고 있다. 메디케이드 총지출이 매년 증가하는 추세를 보이고 있으나, 연방정부의 메디케이드 연평균지출 증가율은 1992년에 29%로 최고치를 기록한 이후 감소하고 있으며, 특히 복지개혁법안(Welfare reform)이 시행된 1996년에는 최저치를 기록하고 있다.

[그림 III-6] 연방정부 및 주정부의 메디케이드 연평균지출 증가율

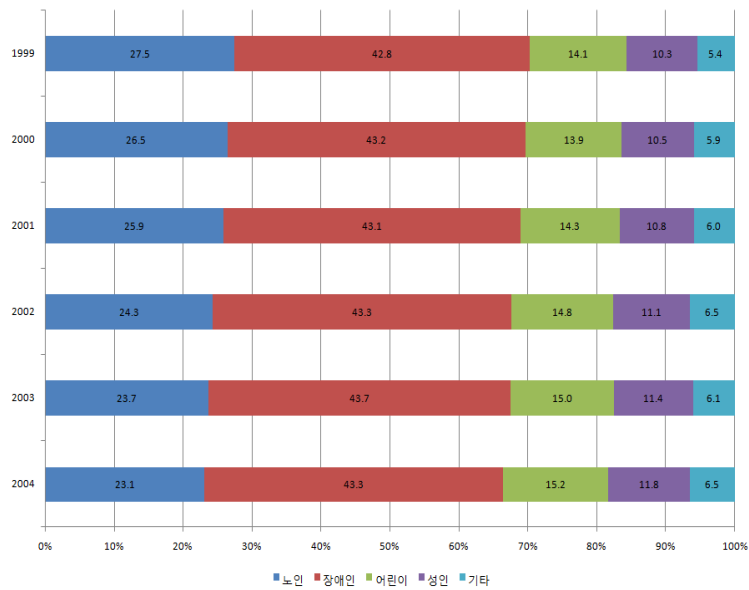


1) 인구 유형별 지출변화

아래의 그림은 메디케이드 대상자별 지출의 변화를 보여주고 있다. 노인과 장애인에 대한 지출이 상대적으로 감소한 반면, 어린이와 성인을 대상으로 하는 지출은 증가하였다. 1999년 노인과 장애인을 위한 메디케이드 지출은 총 지출의 70%를 차지하고 있었으나, 2004년에는 총지출의 66%로 감소하였다. 하지만, 어린이와 성인을 위한 지출은 1999년 24%에서 2004년 27%로 증가하였다.

연도별 메디케이드 수혜자변화에 따른 지출변화를 조사해보면, 노인대상자의 감소로 이들에 대한 재정지출 비율이 감소하고, 장애인 및 아동에 대한 지출 비율은 대상자수의 증가와 함께 증가하고 있는 것으로 보여지고 있다. 하지만, 노인에 대한 지출 비용이 인구수에 비해 상대적으로 큰 것으로 나타나고 있다. 2004년의 경우 아동이 전체 수혜자의 약 50%를 차지하고 있으나, 이들에 대한 메디케이드 지출비용은 전체의 15%에 불과한 실정이었다. 이와는 반대로 노인 수혜자는 전체의 8%정도 수준이었으나, 전체 메디케이드 지출비용의 23%를 차지하고 있는 것으로 조사되었다.

[그림 III-7] 대상자별 메디케이드 지출의 변화



〈표 III-18〉 메디케이드 수혜자 및 재정지출 변화 (1999-2004)

년도	구분	총계	노인	장애인	아동	성인	기타
1999	인원	100.0	9.2	16.6	44.8	18.5	11.0
	재정	100.0	27.5	42.8	14.1	10.3	5.4
2000	인원	100.0	8.7	16.1	44.3	20.2	10.7
	재정	100.0	26.5	43.2	13.9	10.5	5.9
2001	인원	100.0	8.3	15.4	44.1	21.2	11.1
	재정	100.0	25.9	43.1	14.3	10.8	6.0
2002	인원	100.0	7.9	15.0	45.4	22.8	8.9
	재정	100.0	24.3	43.3	14.8	11.1	6.5
2003	인원	100.0	7.8	14.8	46.2	22.5	8.8
	재정	100.0	23.7	43.7	15.0	11.4	6.1
2004	인원	100.0	7.9	14.4	46.6	22.2	8.9
	재정	100.0	23.1	43.3	15.2	11.8	6.5

자료: 미국 Medicaid Statistical Information System(MSIS),2007

2) 서비스 종류별 지출변화

아래의 표는 2000년부터 2004년까지의 메디케이드 서비스별 총지출변화를 보여주고 있다. 상위 4개 주요 서비스인 요양시설, 인두제 형식의 치료, 입원 비용, 약제비(Nursing facility services, capitated care, inpatient hospital service, and prescribed drugs)가 전체 메디케이드 서비스 지출의 60%이상을 차지하고 있다. 요양시설과 병원 입원에 소요되는 비용은 점진적으로 감소하고 있으나 인두제 형식의 치료와 약제비는 증가하는 경향을 보이고 있다. 다른 항목은 거의 비슷한 지출 구조를 보이고 있다.

〈표 III-19〉 연도별 메디케이드 서비스별 지출 변화

	2000	2001	2002	2003	2004
TOTAL PAYMENTS	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
NURSING FACILITY SERVICES	20.5	20.0	18.4	17.3	16.3
CAPITATED CARE	14.9	15.7	15.8	16.0	16.5
INPATIENT HOSPITAL SVCS	14.3	13.9	13.6	13.5	13.5
PRESCRIBED DRUGS	11.8	12.7	13.3	14.5	15.3
PERSONAL SUPPORT SERVICES	6.9	7.0	7.2	7.4	7.2
ICF/MR SERVICES	5.6	5.2	5.0	4.7	4.3
PHYSICIAN SERVICES	4.0	4.0	3.9	3.9	3.9
OUTPATIENT HOSPITAL SERVICES	4.2	4.0	4.0	4.0	4.0
CLINIC SERVICES	3.6	3.0	3.1	3.1	3.2
HOME HEALTH SERVICES	1.9	1.9	1.8	1.9	1.8
MENTAL HEALTH FACILITY SERVICES	1.1	1.0	1.0	0.9	0.9
DENTAL SERVICES	0.8	1.0	1.1	1.1	1.1
LAB AND X-RAY SERVICES	0.8	0.9	1.0	1.0	1.0
OTHER PRACTITIONER SERVICES	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
PCCM SERVICES	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
STERILIZATIONS	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
OTHER CARE	9.1	9.1	10.2	10.1	10.2
SERVICE CATEGORY UNKNOWN	0.3	0.2	0.9	0.7	0.5
OTHER CARE	8.8	8.9	9.3	9.4	9.7

자료: 미국 Medicaid Statistical Information System(MSIS),2007

라. Medicaid 관련 재정 적자 해소 방안

앞에서 언급했듯이 메디케이드 관련 의료비용은 1965년 이후로 지속적으로 증가하였다. 하고 있다. 1980년 연방정부와 주정부의 메디케이드 총 지출액이 2백6십억 달러였으나, 2004년에는 지출액이 약 3천억 달러에 이르고 있다. Medicaid의 의료비 상승을 억제하기 위해 미국정부는 많은 노력을 기울여 왔는데, 그 중 3가지 주요한 프로그램- Certificate of Need(CON), 포괄수가제 (diagnosis related group : DRG), 관리의료(Managed Care)를 소개하고 허위, 사기, 의료남용을 억제하고자 하는 방안들에 대해 논의하고자 한다.

1) 의료비 상승 억제 방안

1970년 연방정부에 의해 시행된 ‘Certificate of Need(CON)’의 기본원칙은 입원실 증설과 병원 건축을 제한하고 MRI, CT-Scanner와 같은 고가의 의료장비의 투자를 억제하는 것이다²¹⁾. CON은 의료시설과 고가의의료장비를 통제함으로써 불필요한 입원일수와 부적절한 고가의의료장비를 이용한 서비스를 줄여 비용을 최소화하고자 하는 시도였다. 대부분의 주들이 1970년대 말에 이르러 CON법을 채택했다. 병상증설유예(A moratorium on construction)는 CON법과 함께 의료시설의 확장을 효과적으로 억제하는 역할을 하였다. 특히, CON법은 Medicaid 관련 비용을 줄이는 데는 기여하였지만, 장기요양서비스의 접근도를 약화시키고, Nursing home의 서비스를 약화시켰다는 비판도 받고 있다 (Grabowski et al. 2003)²²⁾. 따라서 아래의 표에서 제시하는 것처럼, 많은 주들이 CON 법안을 철회하였다.

21) 이건영 (2007). 미국의 관리의료 제도가 한국 의료 정책과 행정에 주는 시사점. 행정연구원 웹진 9/10월호

22) D.C. Grabowski, R.L. Ohsfeldt, and M.A. Morrisey, “The Effects of CON Repeal on Medicaid Nursing Home and Long Term Care Expenditures,” *Inquiry* 40, no. 2 (2003): 146 - 157.

〈표 III-20〉 주별 Nursing Home CON 철회 와 병상 증설유예 기간

주	CON 철회일	병상증설 유예기간
Alabama		1984-1989
		1994-1995
Alaska		1996, 1998
Arkansas		
California	1987-현재	
Colorado	1984-현재	
Idaho	1983-현재	
Indiana	1996	
Kansas	1985-현재	
Kentucky		1981-1990
		1992-1994
Louisiana		1997-1998
Maine		1981-1998
Massachusetts		1991-1998
Michigan		1996 - 1998
Minnesota	1984-현재	1983 - 1998
Mississippi		1981 - 1998
Missouri		1983 - 1998
Nevada	1997 - 현재	
New Hampshire		1995 - 1998
New Jersey		1991
New Mexico	1984 - present	
New York		1986
North Carolina		1981 - 1983
North Dakota	1995 - present	1995 - 1998
Ohio		1983, 1987, 1993 - 1997
Pennsylvania	1997 - present	
South Dakota	1988 - present	1988 - 1998
Texas	1985 - present	1985 - 1998
Utah	1985 - present	1989-1998
Washington		1993
West Virginia		1981-1998
Wisconsin		1987-1998
Wyoming	1987-1989	

주: 이외의 주들은 1981-1998년동안 CON 철회를 하지 않았거나 병실증설일시정지를 하지 않음.

자료: Harington et al. (1999)²³⁾

둘째로, 메디케어 프로그램은 의료비상승을 억제하기 위해 DRG (diagnosis related group: 진단명기준 환자군)에 의한 포괄수가제를 1983년에 실시하였으나, 메디케이드 프로그램은 이보다 3년 뒤인 1986년 South Carolina 주를 시작으로 DRG 시스템을 도입하였다²⁴⁾. 기존의 행위별 수가제와는 달리 DRG는 의료비 지불 기준이 진단된 질병에 의해 결정되기 때문에 의료서비스 공급자의 과잉진료를 억제함으로써 Medicaid 관련 지출비용을 줄이는 역할을 하였다. DRG 시스템은 해당 질병에 대한 Medicaid 병원 입원환자들의 평균 의료비용에 환자의 특성에 따른 가중치를 부과하여 결정하도록 하고 있다.

셋째로, 메디케이드 수혜자의 수는 증가하고, 재정확보는 점점 어려워지는 상황에서 정부는 메디케이드 수혜자들의 관리의료(Managed Care) 가입을 증가시킴으로서 의료비 지출을 줄이고자 하고 있다(Holahan외, 1998)²⁵⁾. 아래의 표에서 보여지는 것처럼, 2006년 현재 많은 주들에서 메디케이드 수급자의 60%이상이 관리의료에 등록되어 있다.

관리의료를 이용한 건강보험은 ① 건강보전기구(health maintenance organization : HMO), ② 선호공급자기구(preferred provider organization: PPO), ③ 서비스시점(point-of-service: POS)제도로 크게 3가지로 나눌 수 있다²⁶⁾. HMO하에서는 보험가입자가 보험을 가입할 때 보험회사와 계약을 통해 자신의 주치의(primary care physician: PCP)를 정하도록 하고 있다. HMO 보험 가입자는 의료서비스를 이용함에 있어 자신의 주치의를 통해

23) Harrington, C., J.H. Swan, V. Wellin, W. Clemena, and H.M. Carillo. 1999. 1998 State Data Book on Long Term Care Program and Market Characteristics. San Francisco: University of California, Department of Social and Behavioral Sciences.

24) Backer, Samuel L. & Kronenfeld, Jennie J. (1990). Medicaid Prospective Payment :Case Mixe Increase, Health Care Financing Review, 12 (1). p63-70.

25) Holahan et.(1998).Medicaid Managed Care Payment Rates In 1998, Health Affairs.

26) 이건영 (2007). 미국의 관리의료 제도가 한국 의료 정책과 행정에 주는 시사점. 행정연구원 웹진 9/10월호

서만 의료서비스를 받게 되므로, 메디케이드 수급자가 무분별한 의료서비스를 이용하는 것을 억제하는 역할을 하고 있다.

또한, 관리의료제도는 사전지불체계를 근간으로 운영되기 때문에 만약 의료공급자의 의료서비스 제공 비용이 보험회사에서 선불로 지불한 액수를 초과하더라도, 의료 공급자는 초과액수를 보험회사에 청구할수 없도록 되어 있다. 이는 의료공급자가 과도한 진료를 하는 것을 통제함으로써 불필요한 의료비용을 감소시키는 역할을 하고 있다²⁷⁾.

27) 관리의료보험회사(managed care organization: MCO)는 자신들의 건강보험을 구매한 보험가입자의 수에 따라 매월 일정금액을 해당 의료공급자에게 선불로 지불하고(인두제, capitation rate based on per member per month: PMPM), 의료공급자는 계약된 의료서비스를 보험가입자에게 제공한다.

〈표 III-21〉 메디케이드 관리의료 등록자 비율 (2006, 12.31)

STATE	메디케이드 수급자수	관리의료 등록자수	관리의료 등록자비율
Alabama	738,971	484,906	65.62%
Alaska	103,671	0	0.00%
Arizona	970,967	870,225	89.62%
Arkansas	630,671	523,088	82.94%
California	6,435,557	3,253,572	50.56%
Colorado	390,520	361,177	92.49%
Connecticut	404,719	309,431	76.46%
Delaware	146,807	106,652	72.65%
Dist. Of Columbia	146,014	95,218	65.21%
Florida	2,206,524	1,440,634	65.29%
Georgia	1,271,472	1,050,382	82.61%
Hawaii	199,903	159,555	79.82%
Idaho	165,187	134,588	81.48%
Illinois	1,993,000	118,000	5.92%
Indiana	824,938	591,964	71.76%
Iowa	323,966	280,337	86.53%
Kansas	261,457	144,157	55.14%
Kentucky	708,837	653,256	92.16%
Louisiana	942,734	641,988	68.10%
Maine	251,060	168,737	67.21%
Maryland	692,437	503,266	72.68%
Massachusetts	1,091,128	659,039	60.40%
Michigan	1,475,917	1,336,252	90.54%
Minnesota	579,528	360,381	62.19%
Mississippi	555,881	0	0.00%
Missouri	825,378	818,931	99.22%
Montana	79,598	52,374	65.80%
Nebraska	208,836	169,548	81.19%
Nevada	166,471	140,377	84.33%
New Hampshire	110,117	82,201	74.65%
New Jersey	863,641	603,269	69.85%

New Mexico	426,118	276,992	65.00%
New York	4,024,784	2,543,355	63.19%
North Carolina	1,287,498	843,480	65.51%
North Dakota	51,447	27,741	53.92%
Ohio	1,729,515	957,443	55.36%
Oklahoma	581,308	516,446	88.84%
Oregon	402,371	368,554	91.60%
Pennsylvania	1,802,430	1,574,170	87.34%
South Carolina	667,581	157,519	23.60%
South Dakota	99,647	98,225	98.57%
Tennessee	1,179,335	1,179,335	100.00%
Texas	2,778,761	1,868,035	67.23%
Utah	198,243	171,524	86.52%
Vermont	130,608	84,790	64.92%
Virginia	701,193	439,115	62.62%
Washington	999,031	837,300	83.81%
West Virginia	293,056	159,322	54.37%
Wisconsin	844,962	334,498	39.59%
Wyoming	62,459	0	0.00%
Total	45,156,803	29,552,763	65.44%

자료: 미국 Medicaid Statistical Information System(MSIS),2007

2) 사기, 남용에 대한 대처 방안(Fraud and Abuse of Medicaid.)

메디케이드 서비스를 대상으로 하는 사기 및 남용은 주정부가 기본적으로 관리 감독하는 책임을 지고 있고, 연방정부는 주정부를 보조하는 역할을 하고 있다. 주정부는 메디케이드에 등록하기 원하는 서비스 공급자들을 선별하고, 이들의 의료비용 청구를 심사하며, 초과지불금액에 대해 회수를 하며, 소송이나 사건이 발생하면 이를 위탁하는 역할을 하고 있다. 연방정부차원에서는 메디케어/메디케이드서비스 센터 (the Centers for Medicare & Medicaid Services:CMS)에서 주정부의 사기 및 남용에 대한 활동을 보조하고 지원하며, 감독하는 역할을 한다. 메디케이드 관련 사기와 남용은 크게 소비자와 의료공급자에 의해 이루어진다.

CMS는 메디케이드 남용 또는 사기에 연루될 수 있는 의료공급자로 의사, 약사, 의료기구 관련 업자들, 또는 일반인들이 포함될 수 있다고 보고하고 있다. 일반적으로, 다음의 경우가 메디케이드 사기와 남용에 해당될 수 있다.

- ◆ 서비스를 받지 않은 ‘유령환자’에 대한 의료 비용청구
- ◆ 제공되지 않은 의료서비스와 재료에 대한 의료 비용청구
- ◆ 최근의 약품이나 재료를 사용했음에 불구하고, 값이 비싼 과거의 약품이나 재료를 사용한 것으로 꾸며 비용을 청구
- ◆ 실제 진료시간보다 많은 진료시간을 청구
- ◆ 필요 없는 검사를 실시하여 이에 대해 의료비를 청구하는 경우
- ◆ 필요 없는 의료서비스나 용품을 의뢰함으로써 이에 대한 비용을 청구하는 경우.
- ◆ 제공된 의료서비스나 재료에 대해 과도한 비용을 부과하는 경우
- ◆ 의료서비스와 관련된 회사의 이름을 속이거나 숨기는 경우
- ◆ 메디케이드 서비스 대상자의 카드나 신상정보를 이용하여 의료서비스를 받는 경우

위의 경우에 해당되거나 의심되는 행동을 한 의료공급자들에 대해서, 각 주의 the Program Integrity 가 먼저 신고를 접수한다. 연방정부 차원에서는 the Office of Inspector General’s (OIG) National Fraud Hotline에서 전화를 통해 메디케이드 남용과 사기에 대한 신고를 접수한다. 연방정부차원에서는 다양한 활동을 통해 주정부의 메디케이드 사기 및 남용에 대한 활동을 지원하였는데, 그중 PAM/PERM, Medi-Medi, TAG, and Compliance Reviews 가 대표적이다²⁸⁾.

PAM(Payment Accuracy Measurement) /PERM(Payment Error Rate Measurement) 은 CMS가 메디케이드의 서비스 비용이 제대로 지출되었는지를 정확하게 예측하기 위해 3년간 개발한 프로그램이다. 2006년 PAM은 PERM으로 불리워지면서 Improper Payments Information Act(2002) 에 의해 메디케이드 서비스에 대한 의무프로그램으로 정착되었다. PERM에 의하면, 모든 주들은 메디케이드 지불금액에 대한 정확도가 향상될 것으로 기대된다.

Medi-Medi 프로그램은 CMS가 메디케이드와 메디케어 프로그램의 정보를 함께 교류할 수 있도록 한 것으로, 의료 공급자와 수급자의 정보들을 통해 부적절한 비용청구를 확인할 수 있도록 하고 있다.

TAG 은 전화회의를 통해, CMS가 각 주들이 메디케이드 사기와 남용에 대한 다양한 경험과 해법등을 토론했 수 있도록 고안된 프로그램이다. TAG를 통해 각 주들은 자신들의 정책변화나 의견들을 CMS에 전달할 수 있다. Compliance Reviews (연방정부 가이드 라인에 대한 주정부의 이행 검토)는 CMS가 주정부의 메디케이드 사기와 남용에 대한 관리와 처리를 연방정부의 가이드라인에 의해 제대로 하고 있는가를 평가하는 제도이다. 만약 주정부가 연방정부의 요구조건을 충족시키지 않은 경우 해당 주정부는 이를 개선해야 하는 의무를 갖고 있다.

법측면에서 메디케이드 사기와 남용을 억제하기 위해 the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA, Title II)가 제정되었다. HIPAA은 연방정부의 the Department of Health and Human Services (HHS)가 의료서비스에 관한 공급자, 고용주, 의료서비스 플랜에 대한 모든 정보를 구축하도록 하는 것이었다. 이는 특히 의료관련 자료의 안전성(security)과 개인비밀(privacy)을 보장하도록 하였다. 특히, HIPAA의 Section 217은 특정 Medicaid 사기에 대해 처벌규정을 포함하고 있다. 메디

28) United States Government Accountability Office (2005). Medicaid Fraud and Abuse.

케이드 자격조건을 갖추기 위해 자신의 소득이나 자산을 다른 곳으로 이전하는 자들에 대해서 메디케이드 서비스 자격을 박탈하고, 1년 구속과 만 달러의 벌금을 부과하였다. 하지만, 이법은 여론으로 부터 “노인들을 감옥으로 보내는 법(Granny Goes to Jail)”이라고 비난을 받아, 1997년 8월5일 the Budget Reconciliation Bill를 통해 수정되었다. 수정법안은 Medicaid 관련 자산자격에 대해 의견이나 조언을 준 변호사에게 2만5천 달러의 벌금과 5년 구속의 형량을 주도록 하고 있다.

[참고 1] DSH(Disproportionate Share Hospital)

DSH프로그램은 1980년과 1981년의 OBRA(Omnibus Budget Reconciliation Acts) 제정에 따른 Boren Amendment의 개발에서 시작되었다. 이 법령은 건강 서비스에 대한 이용을 활성화하기 위해 주정부가 많은 수의 메디케이드와 무보험 환자에 대한 서비스를 제공하고 있는 병원에 대한 특별한 지급을 고려할 필요가 있다는 내용이었다. 특별 지급의 바탕에 깔린 근본적인 이유는 병원이 저소득층에 양질의 서비스를 제공하는 것이 결과적으로 낮은 메디케이드 보상을 때문에 병원의 재정적 손실을 입힌다는 것이다. 또한 많은 수의 메디케이드 환자와 무보험 환자를 맡고 있는 병원의 경우에 다른 병원에 비해서 무보험 환자에 드는 비용을 개인 보험 가입 환자의 비용으로 대체하는 것이 쉽지가 않다는 것이다.

DSH에 관한 법령은 1980년대 초반에 제정되었지만 주정부는 이것을 이행하는데 매우 소극적이었다. 1989년까지 아주 적은 수의 주정부만이 DSH지급을 하고 있었다. 이러한 상황에서 주정부의 DSH지급을 활성화하기 위해서 의회는 1980년 중반에 몇가지 DSH관련 규정을 통과시켰다.

DSH 지출증가의 주요 원인은 provider tax and donation 프로그램의 개발이었다. 주정부의 메디케이드 기금에 대한 융통성의 증대를 위해 HCFA(Health Care Financing Administration)은 1985년에 개별 의료 공급자들로부터 기금 수령을 허가하였다. 이 시기에 경기 침체로 인하여 주정부는 병원에 지급할 메디케이드 기금이 없었다. 그로 인하여 연방정부로부터 메디케이드 FFP(Federal Financial Participation)를 받을 수 없게 되어 재정은 더욱 악화되었다. 그래서 병원은 기부금 형태로 주정부에 지급하고 다시 주정부는 병원에 메디케이드 비용을 지급하였다. 이러한 지급 과정으로 주정부는 FFP를 벌어들일 수 있었고 주정부의 지출 없이 연방정부의 기금을 받을 수 있었다. 또한 1980년대 중반 몇몇 주정부는 donation

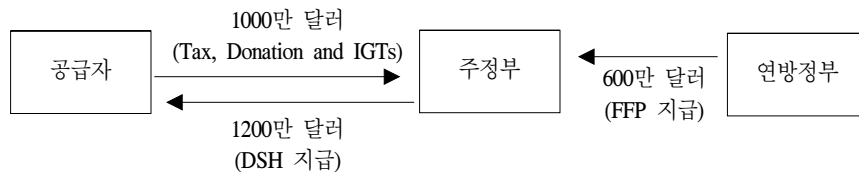
프로그램과 비슷한 provider tax 프로그램을 채택하였다.

Provider tax and donation 프로그램은 주정부의 재정에 큰 이익을 가져다 주었다. 그러나 FFP자금을 얻기 위해서 주정부는 tax와 donation 수입을 써야만 했다. 왜냐하면, 연방정부 메디케이드 지급은 수입이 아닌 지출에 기초하기 때문이다.

다음 [그림]과 같이 provider tax and donations 또는 IGTs (intergovernment transfers)²⁹⁾의 수입에 의존하는 주정부의 DSH프로그램을 가정하자. 이 그림은 수입, DSH지급, 연방정부 보상간의 다음과 같은 관계를 보여준다.

- 수입: 주정부가 공급자로부터 수입을 얻는다. 이 그림에서는 1000만 달러를 얻는다.
- 지출: 그리고 나서 주정부는 메디케이드 입원환자 보상 증가 등을 기준으로 하여 공급자들에게 DSH를 지급한다. 예를 들어 주정부는 기부를 한 공급자에게 1200만 달러의 DSH를 지급한다.
- 연방정부 보조금: DSH는 메디케이드 지출에 맞춰서 지급되므로 연방정부는 주정부에 DSH지급의 50~80%의 금액을 지급한다. 이 그림에서는 50% 수준인 600만 달러를 지급하였다.

[그림] DSH프로그램



자료: Urban Institute 1997.

29) 21쪽 참고.

결국 공급자는 DSH지급에서 200만 달러를 얻게 되고 주정부는 주정부 자금의 지출없이 연방정부로부터 보조금을 받아 400만 달러를 얻게된다. 이런 방법으로 주정부는 부가적인 연방정부 보조금을 받을 수 있게 되기 때문에 많은 주정부가 1990년대 초반 provider tax and donation 프로그램을 시행하였다.

메디케이드 DSH지급의 급격한 증가는 연방정부 정책입안자들 사이에 논쟁을 불러 일으켰고 이러한 상황을 해결하기 위하여 Medicaid Voluntary Contribution and Provider-specific Tax Amendments of 1991을 제정하였다. 핵심적인 내용은 다음과 같다.

- provider donations를 근본적으로 금지한다.
- provider tax 수입은 주정부 메디케이드 지출의 25%를 넘지 않도록 providr tax를 책정한다.
- 국가의 DSH 지급을 총 메디케이드 비용의 12%로 제한했다. DSH지급이 메디케이드 총지출의 12%를 차지하거나 혹은 그 이상인 주정부는 앞으로도 그 수준을 초과 할 수 없게 하고 그렇지 않은 주정부의 경우에는 메디케이드 지출성장률만큼 DSH지급을 증가시킬 수 있게 한다.

법 1991의 가장 중요한 효과는 DSH지급 성장률이 둔화되었다는 것인데 이를 통하여 많은 주정부들이 그들의 DSH프로그램 재정을 재구성하였다. Provider donations에 의존하던 주정부들은 다른 수입원을 찾아야했기 때문에 법에 맞게 그들의 프로그램을 개혁해야 했다. 법1991 이전에 공급자들은 일반적으로 그들이 tax와 donation의 형태로 기부한 만큼의 DSH지급을 보장받았으나 새로운 법의 시행 후에는 이런 것들이 금지되었다.

이러한 어려움 때문에 많은 주정부들이 DSH지급을 위한 수입원으로 IGTs를 시행하였다. Intergovernmental tranfers는 재정수준이 다른 주정부간에 자금을 교환하는 프로그램이다. 예를 들면 A주정부의 초등교육을 지원

하기 위해 B주정부로부터 이전된 자금이 IGTs를 구성하는 것이다. DSH프로그램을 위하여 많은 주정부들은 자금을 받은 공공기관으로부터 주정부 메디케이드 기관으로 기금을 이전하기 시작했다. 그리고 나서 주정부는 병원에 DSH를 지급하고 FFP를 받았다. 그러나 이러한 프로그램 아래서 개인 병원은 완전히 제외되었다.

[참고 2] Virginia's Medicaid Waiver Program

버지니아의 메디케이드 대체 서비스 프로그램

Medicaid Basics(메디케이드의 개념)

Medicaid Waiver Overview (메디케이드 대체 서비스의 개요)

Long-term Care Services (장기 케어 서비스)

For More Information (추가 정보)

Medicaid Basics (메디케이드의 개념)

채택 또는 지역 중심의 메디케이드 대체 서비스는 수혜자의 소득, 선택, 그리고 필요에 의해 제공된다. 버지니아 주는 여러 메디케이드 대체 프로그램을 가지고 있으며, 각 대체 프로그램들은 양로원이나 다른 요양 기관들이 제공하는 서비스를 필요로 하는 사람을 대상으로, 특별한 서비스를 제공한다.

메디케이드 대체 서비스를 받을 수 있는 경제적 자격 요건은 소득, 재산, 채원, 재산 그리고 의료비 및 장애 관련 비용을 고려하여 복잡한 계산법에 의해 결정되며, 다른 메디케이드 서비스를 위한 경제적 자격 요건보다 수월하다. 메디케이드 대체 서비스를 통하여 사람들은 양로원이나 다른 요양 기관이 아니라, 지역사회에서 살 수 있다. 따라서 메디케이드 대체 서비스는 큰 의미의 메디케이드 프로그램의 일부인 것이다. 메디케이드는

연방정부와 주 정부의 공동 프로그램이다. 메디케이드는 1965 년 의회에 의해 설립되었으며, 저소득층으로서, 노인, 장애인, 임신부, 그리고 자녀 부양 가족들에게 의료서비스를 제공해주기 위한 것이다. 요양기관과 지역 서비스 기관은 장애인이나 노인들에게 제공하는 서비스에 대하여 메디케이드로부터 보조를 받게 된다.

메디케어는 메디케이드와 다르다. 메디케어는 연방정부 프로그램으로서 주로 노인 및 장애인을 위한 것이며, 재정적으로 사회보장제도의 보조를 받는다. 또한, 메디케어에는 대체서비스 제도가 없다. 메디케이드에는 모든 메디케이드 서비스 수혜 대상자에게 제공하여야 하는 의무 서비스가 있다. CMS(메디케어 및 메디케이드센터)는 모든 주(state)에서 제공하는 의무서비스 내용을 공표한다. 또한 각 주(state)에서 제공하는 선택서비스 내용도 공표한다. 각 주에서 선정한 선택서비스는 그 서비스를 필요로 하는 모든 수혜 대상자에게 제공되어야 한다. 각주는 어떤 선택서비스를 제공할 것인가를 결정함으로써 메디케이드 비용을 조절할 수 있다. 예를 들면, 버지니아 주에서는 선택서비스 중에서 치과와 개인케어를 제공하지 않고 있다. 이는 버지니아 주에 거주하는 성인(adult)들에게는 큰 불이익이나, 버지니아 주의 Medicaid 비용을 통제하는 방법이다. 버지니아주가 제공하는 Medicaid 서비스 내용은 버지니아 Medicaid 수첩(Virginia Medicaid Handbook)에 나와있다.

주 정부 플랜 서비스란 버지니아 주에서 제공하는 기본 메디케이드 서비스를 설명하는 용어다. 주 정부 플랜이란 버지니아 주의 메디케이드 수혜 요건, 혜택 서비스의 내용, 상환 요율, 그리고 행정 지침 등을 상세히 기록한 것이다. 주 정부 플랜은 필요시 수시로 개정된다. 주 정부 플랜의 개정은 CMS 의 승인이 있어야 한다. 메디케이드 프로그램의 추가 또는 삭제는 연방 정부 및 주 정부의 동의가 있어야 한다. 주 정부는 연방정부가 정한 기준 안에서 주 정부 프로그램을 작성할 수 있는 재량권을 갖는다.

다. 따라서 대체 서비스를 인정하지 않는 경우, 그것은 주 정부 플랜 또는 SPO 서비스에 의한 것이다.

메디케이드 수혜 자격은 사회복지과(Department of Social Services)의 지역 사무실에서 결정한다. 부모의 소득에 대하여는 부양되는 아이들을 고려하며, 이 때 아이들은 대체서비스를 받거나 다른 요양 기관에 있지 않아야 한다. 이는 대체서비스 또는 다른 요양기관에의 거주를 결정할 때 부모의 수입을 고려하지 않기 때문이다. 메디케이드를 받기 위하여는 소득 기준과 자산 기준이 요건에 맞아야 하며, 그러한 요건은 의료비용, 가족의 수, 기타 요건에 따라 다르다.

Medicaid Waiver Overview (메디케이드 대체서비스의 개요)

재택 또는 지역 중심의 메디케이드 대체 서비스는, 증가하는 양로원에 대한 메디케이드 비용을 줄이고, 요양 기관 간의 편차로 인한 비난을 해소하기 위하여 미 의회에 의해 설립되었다. 이는, 증가하는 요양 기관의 비용 증가에 대처하고, 요양 기관에 들어가기 싫어하는 장애인 또는 그 가족들이 개인케어 또는 운동을 할 수 있도록 지원하는 수단도 되는 것이다. 1981 년, 의회는 메디케이드 프로그램을 개정하여 재택 또는 지역 기반 대체 서비스를 허용하였다. 주 정부들에게는 요양 대상자를 위한 대체 서비스 프로그램을 개발하도록 허용하고 있다. 버지니아 주는 다양한 재택 및 지역 기반 대체 서비스를 가지고 있다. 대체서비스 프로그램들에 대한 처음 승인은 3 년간 유효하며 CMS 에 의해 승인된다. 그 후에는 CMS 의 감사 후, CMS 와 버지니아 의료보조 국(DMAS)의 공동 신청 절차에 따라 개정 또는 연장 승인된다. CMS 에 의해 승인된 대체서비스 프로그램 신청은 언제든지 개정될 수 있다. 각 대체서비스는 개개인이 각 지역 사회에 머무를 수 있도록 각기 다른 서비스를 제공하며, DMAS 의 홈페이지에 있는 "Medicaid Home and Community Based Services Waivers"

에 상세하게 기술되어 있다. 에이즈 대체 서비스- 에이즈와 관련한 질병을 앓고 있는 사람을 대상으로 한다.

Consumer-Directed Personal Attendant Services (CD-PAS) Waiver

(환자 지정 보호인 서비스)

케어 서비스 수혜 대상 노인 또는 장애인으로서 양로원 거주 대상으로 판정된 사람을 대상으로 한다. 지역기반 케어 서비스는 대상자들이 양로원 시설이 아니라 가정에 거주할 수 있을 정도의 서비스를 제공하여야 한다. 이 대체 서비스의 수혜자는 직접 필요한 케어를 지정하고, 자신을 돌보아 줄 사람을 고용하여야 한다. 지능 장애가 있어 이러한 절차를 직접 할 수 없는 사람은 다른 사람이 이를 대신 할 수 있다.

Elderly and Disabled Waiver (E&D)-(노인 및 장애인 대체 서비스(E&D))

양로원 수준의 케어 수혜 대상자를 대상으로 한다. 이 대체 서비스에서 제공하는 서비스는 개인적 조력, 일시 간호(전문 간호 포함), 성인 건강 케어, 그리고 응급서비스다. 노인 및 장애인 환자 지정 보호인 서비스(EDCD)(2005년 2월 1일 시행)는 노인 및 장애인 대체 서비스와 환자 지정 보호인 서비스를 혼합한 서비스다. EDCD를 통하여 사람들은 선택적으로 서비스 기관을 이용하거나, 아니면 직접 보호인을 고용하여 일시적인 간호를 받을 수 있다. 또는 서비스 기관을 이용하거나, 아니면 전문 일시 간호 혹은 응급서비스를 선택할 수 있는 것이다.

Individual and Family Developmental Disabilities (DD) Support Waiver -

(발달 장애자 지원 대체 서비스) -

다음의 정신 지체 요건을 갖는 6세 이상의 정신지체 자를 대상으로 하며 중급 정신 요양원(ICF/MR) 대신에 지역사회에서 서비스를 받을 수

있게 한다. 정신 지체 요건은 1) 중급 정신 요양원(ICF/MR) 케어 수준(예를 들어 7 가지의 기능 중 2 개 이상의 기능 장애)에 해당되고, 2) 즉시 정신요양원에 입원하여야 하는 것으로 판정 받았으며, 3) 지역 기반 대체 서비스는 정신 지체 자가 가정에 거주할 수 있을 정도의 서비스를 제공할 수 있는 것으로 판정되어야 한다.

Mental Retardation (MR) Waiver - : 6세 이상의 정신 지체 자 또는 6세 이하의 발달 장애자를 대상으로 하며 중급 정신요양원 대신에 지역에서 케어 서비스를 제공한다.

Technology Assisted (Tech) Waiver -(기술 지원 대체 서비스)

기술 지원과 지속적인 간호가 필요한 사람을 대상으로 양로원 대신에 지역에서 서비스를 받을 수 있게 한다. 의료보조 국에 의해 가장 최근에 제공하기 시작한 대체 서비스는 치매 환자를 위한 서비스다.

Alzheimer's Disease Assisted Living Waiver (치매 환자 보조 대체 서비스) : 다음의 요건에 해당하는 사람을 대상으로 양로원 대신에 지역에서 서비스를 제공한다.

- o 양로원 입원 기준을 갖출 것,
- o 정부 보조금 수혜 대상이며,
- o 치매 또는 유사성 치매의 증상이 있으며,
- o 적어도 55 세 이상이어야 함.

치매 환자 보조 대체 서비스에 관한 추가적인 정보는 **DMAS Alzheimer's Fact Sheet** 을 방문하십시오.

General Information about Waivers (대체 서비스에 관한 일반적인 사항)

대체 서비스는 다음과 같은 단계를 거친다. 분류, 수급 자격결정, 서비스 계획 수립, 등록, 서비스 제공자 선택, 서비스 예비 승인, 서비스 제공, 연간 서비스 검토, 서비스 연장. 상세한 대체 서비스 정보에 관하여는 이곳의 마지막 문단을 참조하십시오. 모든 대체서비스가 동일하게 제공되는 것은 아니다. 어떤 대체서비스는 적용 비용이 더 비싸기도 하고, 제공되는 서비스의 내용도 각 대체서비스 별로 다르다. 예를 들면, CD-PAS 대체 서비스가 제공하는 개인적 조력은 주당 42 시간을 넘을 수 없으나, 노인 및 장애인 대체서비스는 개인 조무 시간에 제한이 없다. 일단 대체 서비스에 등록된 사람은 메디케이드 카드를 받는다. 또한 대체 서비스 뿐만 아니라, 받을 수 있는 주 정부 케디케이드 서비스도 받을 수 있다. 다른 건강 보험을 갖고 있는 사람은 메디케이드가 제 2 의 건강 보험인 것이다. 따라서 의료서비스를 받을 때는 메디케이드를 가지고 있다고 말해야 한다. 그래야 의료기관에서 메디케이드에서 지원하는 서비스에 대하여는 환자부담금(deductibles)을 받지 않는다. 대체 서비스에 등록하기 전에 메디케이드 서비스를 받은 적이 있다면, 아마 보험회사에서 제공하는 프로그램(HMO)을 통해 메디케이드 서비스를 받았을지 모른다. 그러나 일단 대체 서비스에 등록하게 되면 꼭 하나의 보험회사의 프로그램(HMO)만 이용하지 않아도 된다. 즉 모든 보험회사의 프로그램을 선택적으로 이용할 수 있는 것이다. 모든 대체 서비스와 메디케이드 서비스는 메디케이드 제공자로 등록된 의료기관에서 받아야 한다. 오직 환자 지정 서비스만 예외다. 환자 지정 서비스는 메디케이드 제공자로 등록되지 않아도 된다. 버지니아 주에서는 새로운 방법으로 대체 서비스를 제공하는 것을 고려하고 있다. 즉 환자 지정 서비스를 확대하여, 더 많은 대체 서비스가 환자 지정 서비스의 대상이 되도록 하는 것이다. 그렇게 되면, 어떤 서비스는 지정 의료 기관(Agency)에서 받고, 어떤 서비스는 자신이 직접 고용하여 서비스를 받을

수 있는 것이다. 또, 의료보조 국(DMAS)에서는 환자가 서비스를 관리할 수 있는 독립적 추가 대체 서비스 (Independence Plus Waiver)라는 새로운 형태의 서비스 제공 방법을 고려하고 있다. 이러한 새로운 서비스 방법에 대한 정보는 대체서비스 도우미(Waiver Mentors)를 통해 얻을 수 있다

Long-term Care Services (장기 간병 서비스)

메디케이드의 장기 케어 서비스는 지역기반 대체 서비스로도 가능하고 요양원에서도 가능하다. 메디케이드는 대체서비스, 양로원, 병원, 중급 정신 요양원(ICFs/MR) 등을 허용하고 있다. 요양원에 대한 자격 요건은 대체 서비스의 자격 요건과 동일하다. 따라서 요양원 입주 자격이 없으면, 지역기반 대체 서비스를 받을 수 없다. 중급 정신 요양원(ICF-MR)은 4 명 이상의 정신지체자 또는 발달 장애자를 수용하며 일상적 치료(active treatment)와 재활치료를 제공한다. 버지니아에는 34 개의 중급 요양원(ICFs/MR)이 있으며, 이중 5 개는 트레이닝 센터(Training Center)라고 불리는 대규모의 주립요양원으로 각각 수백 명을 수용하고 있으며, 나머지 29 개의 소규모 요양원은 각각 4 명에서 88 명을 수용하고 있다.

대체서비스의 자격을 얻기 위해서는 우선 요양원 수준의 간병이 필요한지를 판단하는 분류(screening) 단계를 거쳐야 한다. 이 단계에서는 요양원에 가겠다고 동의해서는 안된다. 다만 요양원에 입원할 정도라는 점만 알리면 된다. 요양원에 입원할지 또는 대체서비스를 받을 지는 당신이 선택하는 것이다. 요양원의 형태에 따라 분류(Screening) 절차도 다를 수 있다. 대체서비스는 단지 각 형태의 요양원을 대신하는 제도일 뿐이다. 따라서 당신이 요양원 및 대체 서비스가 다 가능한 장기 케어 서비스 대상으로 분류되었다면, 요양원에 입원할지 또는 대체서비스를 이용할지를 당신이 선택하는 것이다.

Financial Eligibility for Medicaid Long-term Services in Virginia

(버지니아의 메디케이드 장기 간병 서비스를 위한 재정적 자격요건)

- 소득이 SSI 기준의 300% 이하일 것(2004 년 기준 월 1,692 불)
- 자산(저축, 주식 및 채권) 기준 2,000 불 이하
- 어린이 나이와 상관 없이 부모의 소득 및 재산은 계산하지 않음.

메디케이드의 자격 요건 및 장기 케어에 관한 상세한 정보는 여기를 누르시오.

Adjustment to the Personal Maintenance Allowance (부양 수당의 조정)

2006 년 9 월 1 일부로 버지니아 주 의회는 모든 대체 서비스(AIDS 대체 서비스 제외)에 대한 부양 수당(PMA)을 SSI 의 100%에서 SSI 지급률의 165%로 확대하였다. 그렇게 되면 부양 수당이 월 603 불에서 996 불로 증가하게 된다. 부양수당은 버지니아 메디케이드의 지역 대체 서비스를 받는 사람이 생계 할 수 있는 정도의 금액이다. AID 대체 서비스의 부양수당(PMA)는 SSI 의 300%이다.

[참고 3] Medicaid Medically Needy Programs:

가. Introduction

오늘날 미국의 35개주와 DC가 MNP(Medically Needy Program) 프로그램을 운영 중이다. TANF(Temporary Assistance for Needy Families)와 SSI(Supplemental Security Income-Federal cash assistance benefits) 수혜자들은 자동적으로 Medicaid 수급자가 된다. 그 외 일련의 계층에게 Medicaid 를 제공하는 선택적 프로그램 중 하나가 MNP이다. 즉 MNP는 원래 현격

한 의료욕구가 있지만 현금보조를 받기에는 소득이 기준선을 넘는 계층에게 의료혜택을 부여하기 위해 개발된 프로그램이다. 오늘날 MNP는 Medicaid 수혜 대상을 확대하기 위한 수단으로 주정부에 의해 사용되고 있는 데 특히 두 개의 그룹에게 확대를 하고 있다. 19세 20세의 젊은 성인과 그 부모에게 기회가 주어지고 있다. MNP가 Medicaid 자격을 갖추 수 있는 유일한 방법인 주 또는 MNP에서의 소득기준이 Medicaid 수혜 자격을 얻기 위한 여러 가지 방법 중 가장 높은 기준인 주에서 사용되고 있다. 또 다른 방법의 하나로 의료비 지출후 소득이 주정부가 정한 Medically Needy income limit(MNIL)보다 낮은 계층이 대상이다.

나. MNP에서의 Enrollment and Spending

2000년 기준 MNP 수혜자 수는 약 360만 명에 이르고 있고 이들이 지출하는 비용은 연간 약 240억 달러에 이르고 있다. 1980년대 국회에서 Medicaid 수혜대상을 확대하기 위해 여러 종류의 선택(option) 프로그램을 법제화하였지만 오늘날 MNP가 거의 유일하게 운영 중이다. 연방정부의 재정지원을 받기위해서 주정부는 당연(Mandatory)적용 대상에게 Medicaid 급여 혜택을 제공해야하고 주정부는 선택적용 프로그램을 운영하는 데 광범위한 재량권을 가지고 있다. 연방정부가 정한 최소 소득 기준 이상을 적용하여 수급 대상을 확대할 수 도 있다. 이 경우도 연방정부의 Matching funds를 지원받게 되는 데 MNP도 이러한 선택 프로그램 중 하나이다.

MNP를 제외한 모든 당연(Mandatory) 및 선택(Optional) 적용 대상을 범주적 욕구(Categorically needy) 집단으로 분류할 수 있다. 각 주정부는 범주적 욕구 대상자에게 똑같은 수준의 급여를 제공하도록 의무화 되어있다. 그러나 MNP 대상자에게는 보다 엄격한 수급기준 및 훨씬 제한적인 급여범위를 적용할 수 있다. Medicaid 전체수급자의 8%를 점하는 MNP 수급자가 전체 Medicaid 지출의 약 14%를 사용하고 있다. 아래 표들은 MNP

관련 수급자, 수급자의 구성, 유형별 지출 구조 및 분포를 보이고 있다.

〈표〉 2000년 기준 Medicaid 수급자 및 지출 분포

	수급자수	지출
전체	44.2M	\$168.3B
Categorically needy	36.68M(83%)	\$132.9B(79%)
Medically needy	3.6M(8%)	\$23.8B(14%)
기타	3.92M(9%)	\$11.6B(7%)

〈표〉 2000년 기준 MNP의 수급자 및 지출 비율 분포

	수급자	지출
전체	3.6M(100%)	\$23.8B(100%)
성인	26%	8%
아동	40%	8%
장애인	15%	38%
노인	19%	46%

〈표〉 2000년 기준 1인당 유형별 지출 비교

	Categorically needy	Medically needy
성인	\$1,856	\$1,941
아동	\$1,219	\$1,380
장애인	\$9,213	\$17,283
노인	\$9,281	\$16,396

〈표〉 2000년 기준 유형별 전체 수급자중 MNP 수급자 비율

	분포
성인	9%
아동	7%
장애인	7%
노인	15%

다. MNP 수급자가 될 수 있는 방법

MNP 수급자가 되기 위해서는 4개의 유형(19세 미만 아동과 그 부모, 장애인, 노인, 임산부)에 포함되어야 한다. 따라서 소득 수준, 유병에 따른 비용 수준에 상관없이 아동이 없는 성인은 MNP 자격을 갖을 수 없다. MNP를 운영하는 주는 최우선적으로 임산부 및 18세 이하 아동에게 우선 적용해야하고 21세 이하 아동, 아동의 부모 및 아동을 돌봐주는 관련인, 노인, 장애인 등에게 선택적으로 적용할 수 있다.

MNP 자격을 갖기 위해서는 다음과 같은 조건을 만족해야 한다. Categorically needy 그룹의 소득기준보다 높으나 MN 소득 기준보다 낮은 소득자(주에 따라 MN 기준이 낮은 경우도 있음. - 이 경우 Spend down³⁰⁾ 방법에 의해 MNP 자격을 갖을 수 있음.)는 수급 자격을 갖을 수 있다. 단 연방정부는 MNIL이 AFDC 소득기준의 133%를 초과할 수 없도록 규정하고 있다. 이 때 도농간 주거비의 차이를 소득기준에 반영할 수 있도록 하고 있다. 시설 거주자이면서 MNP 수급자는 용돈(\$50)을 제외한 모든 소

30) Spend down obligation : 의료비 지출후 소득이 MNIL보다 낮은 경우(주에 따라 의료비를 1개월 spend down 하는 경우부터 6개월 spend down 하는 경우까지 다양함.)

* Spend down을 통한 수급자격을 결정하는 데 영향을 미치는 요소들

- 소득(소득 기준 및 소득 산정 방법)
- 자산(자산 기준 및 자산 산정 방법)
- Budget period(1개월부터 6개월)
- Pay-in spend down(Medicaid 추가적용을 받기 위한 사전지불)

득(SSI 소득 포함)과 자산을 시설에 납부하여야 한다. 자산 기준은 거주용 주택 1채를 제외하고 \$2,000(1인), \$3,000(2인)를 적용하고 있다. 이는 SSI 기준에 해당한다. 주정부는 MNP에서 SSI 자산기준보다 완화된 기준을 적용할 수 있으나 더 엄격한 기준을 사용할 수 없다. 2001년 MNP의 전체 평균 기준 소득은 1인 기준 400달러(연방정부 빈곤선의 55%)이나 미국 전역으로 보면 빈곤선의 15%(Arkansas)부터 111%(Vermont)까지 다양하다.

* 예

Penn state에 살고있는 5세 아동이 있는 3인가구의 한달 가처분 소득이 약 \$1,550인 경우 FPL의 133%가 \$1,622이기 때문에 5세 아동은 Medicaid 수급자가 됨. (Penn state의 6세 미만 아동의 소득기준은 FPL의 133%) 그러나 가구의 소득이 CN(categorically needy)와 MN(Medically needy)의 소득 기준을 모두 초과하기 때문에 부모는 Medicaid 수급자가 될 수 없음.(Penn state 3인 가구의 Medicaid 수급을 위한 소득기준: \$806(CN), \$442(MN))

이 때 어머니가 병환의 미끄럼 사고로 팔이 골절되어 \$14,000의 병원비가 발생하였다면 spend down 에 의해 MN 수급자가 될 수 있음. Penn state의 MNIL이 \$442이기 때문에 어머니의 spend down obligation은 한 달에 \$1,108이고 Penn state는 6개월 Spend down 조항을 적용하기 때문에 Medically needy 수급자가 되기 위해 총 \$6,648을 Spend down 한 후 나머지 비용에 대해 혜택을 볼 수 있음.(이 때 Medically needy program을 통해 수급자가 되는 기간은 6개월임)

만약 Penn state가 1개월 Spend down 조항을 적용한다면 \$14,000의 총 의료비 중 본인이 \$1,108을 spend down 한후 나머지 \$12,892을 Medicaid에서 지원하나 수급기간은 1대월로 한정됨.

라. MNP의 급여 범위

연방 정부의 Requirements for MNP는 다음과 같다.

- 18세 이하의 아동 및 시설 거주자에게 엠블런스 서비스 제공
- 임신부에 대한 산전케어 및 출산 서비스
- 정신질환자에 대해 MNP를 제공하는 모든 주에서는 MNP 수급자에게 CNP 급여와 똑같은 급여를 제공해야 함.(단 Nurse practitioner services 제외)

일반적으로 주정부는 CNP 급여범위보다 제한적인 급여를 제공한다. 특히 시설거주자에 대한 급여를 제한할 수 있고 안경, 치과 관련 치료 등을 MNP 급여범위에서 제외시킬 수 있다. 또한 높은 본인부담이나 다른 종류의 급여 제한을 할 수 있다. MNP를 실행하고 있는 36개주 중 28개 주에서는 MNP 급여범위와 CNP 급여범위가 같다.

마. MNP 관련 정책 이슈

MNP 관련 다음과 정책적 이슈들이 제기되고 있다. 첫째, 예산 부족문제이다. 2000년대에 지출은 평균 약 13.3% 증가하고 있지만 수입은 약 5%증가에 그쳐 2003년에는 49개주에서 MNP를 축소³¹⁾시키고 있는 실정이다. 다양한 방법을 동원하여 수급자의 규모를 감축하고 급여범위도 축소시키고 있는 실정이다. 따라서 공급자들이 Medicaid 자격을 갖지 않고 있는 사람들에 대한 진료를 거부하는 경향이 나타나고 있다. 즉 잠재적으로 spend down을 통하여 MNP 자격을 갖출 수 있는 계층까지 진료거부의 문제를 낳고 있다. 둘째, MNP에서 소득기준을 정기적으로 조정하지 않음으

31) cost-containment를 위한 다양한 option을 사용하고 대상자를 줄이며 급여범위를 축소시키고 있음.

로 인해 Spend down 규모가 상대적으로 커질 수 밖에 없다. 이는 MNP 자격에 대한 확신이 없는 계층에 대해 공급자나 요양시설에서는 의료서비스 제공을 기피하고 있다. 또한 MNP를 적용하지 않는 주가 아직도 상당수 있고 적용하더라도 MNIL 기준이 너무 낮아 의료접근성에 문제가 있다. MNP를 적용하고 있는 36개 주 중 26개 주에서 SSI 소득 기준(FPL의 74%)보다 MNIL 기준이 낮게 책정되어 있다. 셋째, 관리운영이 너무 복잡하다. CNP에서는 1년마다 수급자격을 다시 결정하지만 MNP는 spend down 제도 때문에 훨씬 복잡하다. Spend down을 통한 수급자는 1개월부터 6개월까지 수급자격을 유지할 수 있고 수급기간동안 주정부는 개인별 의료비 영수증을 모아서 spend down 후 잔액을 공급자에게 지불해야하는 등 관리운영의 어려움이 있다. 수급자들은 의료비 영수증을 지속적으로 모아서 제출해야하고 spend down obligation 때문에 자격이 빈번히 바뀔 수 있다.

IV. 미국 Medicaid 제도의 주별 비교

본 장에서는 미국의 51개 주 중에서 7개 주를 선정하여 Medicaid 프로그램을 비교하고자 한다. 전술했다시피 Medicaid 제도는 연방정부보다 주정부의 재량권이 강하다. 따라서 주정부의 구체적 프로그램을 살펴보는 것이 우리에게 훨씬 많은 시사점을 줄 수 있을 것이다. 7개 주에 뉴욕, 캘리포니아, 일리노이, 위스콘신, 네바다, 오레곤, 버지니아를 선정하였다. 특별한 기준에 의해 선정한 것은 아니고 뉴욕과 캘리포니아는 가장 대표적인 도시가 있으면서 큰 주이기 때문에 선정되었고, 일리노이와 버지니아는 대도시를 포함하면서 소수계가 많이 거주하는 지역이어서 포함하였고, 위스콘신은 포괄적으로 Medicaid 업무를 잘하는 주로 선정이 되었고, 네바다는 수급자격이 엄격한 것으로 알려져 있고, 오레곤은 재정안정을 위해 독자적인 프로그램을 갖고 있는 것으로 나타나 선정되었다.

7개주의 자격 조건은 아래의 표에서 보여진 것처럼 조금씩 차이가 있다. 어린이에 대해서는 대부분 연방정부의 가이드 라인과 같거나 보다 완화된 형태를 적용하고 있다. 위스콘신주의 경우 19세 미만 아동에 대해 연방정부의 소득기준은 100% 또는 133%인데 반해 185%의 기준을 사용하고 있다. 임산부에 대해서는 연방정부 기준이 빈곤선 133% 이하의 소득자에게 적용할 것을 권고하고 있지만 대부분의 주에서 185% 또는 200%까지 적용하고 있다. 근로능력이 있음에도 일하지 않는 성인에 대해서는 대부분 엄격한 기준을 적용하고 있다. 연방정부의 가이드 라인은 빈곤선 기준 42%이지만 네바다는 25%, 버지니아주에서는 24%를 소득기준으로 사용하고 있다. 상대적으로 근로를 하고 있는 지 여부를 엄격하게 적용하고 있는 것이다.

〈표 IV-1〉 7개주의 대상별 메디케이드 소득자격 조건 (연방정부 빈곤선 기준)

	어린이 (0-1세)	어린이 (1-5세)	어린이 (6-19세)	일하지 않는 부모	일하는 부모	임산부
United States	133%	133%	100%	42%	65%	133%
California	200%	133%	100%	100%	107%	200%
Illinois	200%	133%	133%	185%	192%	200%
Nevada	133%	133%	100%	25%	86%	185%
New York	200%	133%	100%	150%	150%	200%
Oregon	133%	133%	100%	100%	100%	185%
Virginia	133%	133%	133%	24%	31%	166%
Wisconsin	185%	185%	185%	185%	192%	185%

자료: 미국 Medicaid Statistical Information System(MSIS),2007

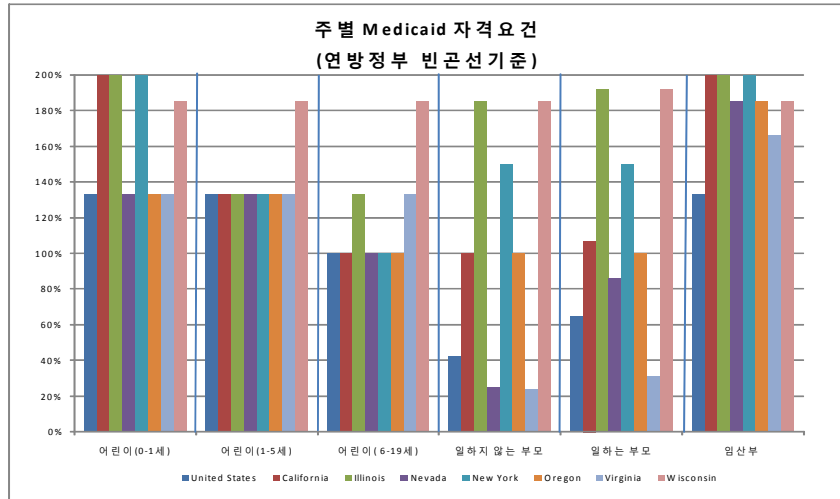
연방정부의 빈곤선 기준 각 주에서 Medicaid 수급자가 되기 위한 비율은 위 표와 같고 그 구체적인 액수는 아래 표와 같다. 3인 가족 기준 연방정부의 빈곤선은 2006에 \$16,600이었다. 이를 기준으로 위 표를 금액으로 환산하면 아래표와 같다.

〈표 IV-2〉 7개주의 수급자가 되기 위한 소득 기준

(단위 : 달러)

Medicaid Eligibility Levels by Annual Income and FPL, 2006								
	미국 전체	캘리포니아	뉴욕	일리노이	네바다	위스컨신	오레곤	버지니아
Working Parents	\$10,849	\$17,680	\$24,900	\$31,788	\$14,220	\$31,790	\$16,600	\$5,124
Pregnant Women	\$21,400	\$32,180	\$32,180	\$32,180	\$21,400	\$29,766	\$29,766	\$24,135
Infants	\$22,078	\$33,200	\$33,200	\$33,200	\$22,078	\$30,710	\$22,078	\$22,078
Children 1-5	\$22,078	\$22,078	\$22,078	\$22,078	\$22,078	\$30,710	\$22,078	\$22,078
Children 6-19	\$16,600	\$16,600	\$16,600	\$22,078	\$16,600	\$30,710	\$16,600	\$22,078

[그림 IV-1] 7개주의 medicaid 수급자가 되기 소득 기준 비교



7개 주 중에서 수급자의 수는 캘리포니아가 가장 많다. 인구에 비례하여 수급자 규모도 크지만 그 구성을 살펴보면 아동에 비해 상대적으로 성인의 수가 많다. 반면 일리노이와 버지니아는 아동의 수가 훨씬 많은 것으로 나타났다. 수급자 선정관련 소득 기준에서 아동에 대한 기준이 타중에 비해 다소 높은 것으로 나타났으나 위스콘신에 비하면 낮음에도 불구하고 성인대비 아동의 비율이 위스콘신보다 높게 나타나고 있다. 소득 외의 다른 자격 요건까지도 같이 비교를 해 보아야 할 사안으로 보인다.

〈표 IV-3〉 7개주의 Medicaid 수급자 수 및 비율

(단위 : 천명, %)

	미국 전체	캘리포니아	뉴욕	일리노이	네바다	위스컨신	오래곤	버지니아
Total Enrollment, FY2004	58,421	10,619	4,889	2,379	257	971	611	860
	20	30	25	19	11	18	17	12
Children	29,420	4,349	2,106	1,257	142	412	286	500
	52.9	40.9	43.1	52.8	55.3	42.4	46.8	58.1
Adults	15,202	4,462	1,675	476	55	277	202	114
	22.7	42	34.3	20	21.3	28.5	33	13.2
Elderly	5,908	903	500	372	24	154	50	102
	10	8.5	10.2	15.6	9.3	15.9	8.2	11.9
Disabled	7,891	907	608	273	36	128	73	144
	14.4	8.5	12.4	11.5	14.2	13.2	12	16.8

주: 전체 Medicaid 수급자수의 하단에 있는 숫자는 인구대비 수급자 비율이고, 아동, 성인, 노인, 장애인의 하단에 있는 숫자는 Medicaid 수급자 대비 비율임.(2004년 기준)

아래 표는 7개 주의 Medicaid 관련 지출을 보여주고 있다. 수급자 규모는 캘리포니아가 뉴욕에 비해 2배 이상 많으나 총 지출 규모는 오히려 뉴욕주가 캘리포니아주에 비해 많다. 뉴욕과 일리노이를 비교했을 때 수급자 규모에서는 뉴욕이 일리노이에 비해 2배 정도 많으나 지출은 4배이상 많은 것으로 나타나고 있다. 특히 뉴욕주의 요양시설 비용은 다른 주에 비해 훨씬 많은 지출을 보이고 있다. 각 주(state)간 급여 범위 또는 수가 수준 등을 비교 분석해야 할 필요성이 대두된다.

〈표 IV-4〉 7개주의 Medicaid 지출 규모 및 비율
(단위 : 백만 달러, %)

Medicaid Expenditures	미국 전체	캘리포니아	뉴욕	일리노이	네바다	위스컨신	오래곤	버지니아
Total Medicaid Spending, FY2006	\$303,882	\$34,247	\$44,712	\$10,119	\$1,178	\$4,653	\$2,941	\$4,654
Disproportionate Share Hospital Payments (DSH)	\$17,149	\$2,339	\$3,068	\$209	\$80	\$63	\$44	\$157
	5.6	6.8	6.9	2.1	6.8	1.4	1.5	3.4
Acute Care	\$175,499	\$19,839	\$22,711	\$6,681	\$713	\$2,558	\$1,747	\$2,583
	57.8	57.9	50.8	66	60.6	55	59.4	55.5
Rx Drugs	\$16,646	\$1,534	\$2,751	\$833	\$64	\$247	\$122	\$194
	9.5	7.7	12.1	12.5	8.9	9.7	7	7.5
Long Term Care (LTC)	\$111,234	\$12,070	\$18,933	\$3,228	\$385	\$2,032	\$1,150	\$1,915
	36.6	35.2	42.3	31.9	32.7	43.7	39.1	41.1
Nursing Home	\$48,638	\$3,814	\$6,951	\$1,471	\$150	\$866	\$280	\$705
	43.7	31.6	36.7	45.6	38.9	42.6	24.4	36.8
Home/Personal Care	\$45,472	\$6,238	\$8,507	\$961	\$166	\$970	\$841	\$571
	40.9	51.7	44.9	29.8	43.2	47.7	73.2	29.8

주: 각 셀의 하단에 보여지는 숫자는 전체 지출 대비 비중을 나타내고 있음. (2004년 기준)

위와 같은 수급자수 및 지출 규모를 토대로 7개주의 1인당 Medicaid 관련 의료비 지출을 비교한 표가 아래에 보여지고 있다. 예측한 것처럼 뉴욕주의 1인당 지출이 7,500\$로 타주에 비해 월등히 높게 나타났다. 특히 65세 이상 노인 1인당 비용은 미국 전체 평균의 2배로 나타났다. 반면 캘리포니아주는 상대적으로 1인당 지출이 현격히 낮다. 모든 주에서 성인 1인당 비용이 아동 1인당 비용에 비해 평균 약 1.3배 높게 나타나고 있으나 캘리포니아주에서는 오히려 아동 1인당 비용이 성인 1인당 비용에 비해 높게 나타났다.³²⁾

7개 주에 대한 연방정부의 기금 매칭율은 아래 표와 같다. 연방정부의 지원은 개별주의 소득수준에 반비례한다. 표에서 보는 것처럼 캘리포니아,

32) 이에 대한 원인을 규명하기 위해 각종 자료를 찾아 보았으나 아직까지 이에 대한 근거를 찾기 어려웠음.

뉴욕, 일리노이, 버지니아는 미국 전체 평균 소득에 비해 높거나 최소한 같아서 주정부 1달러당 연방정부에서 1달러를 매칭하여 지원하고 있고 오래곤, 위스콘신주는 상대적으로 소득수준이 낮아 연방정부의 지원율이 높다.

〈표 IV-5〉 7개주의 수급자 1인당 Medicaid 지출
(단위 : 달러)

Per Enrollee Medicaid Spending, FY2004								
	미국 전체	캘리포니아	뉴욕	일리노이	네바다	위스콘신	오래곤	버지니아
Total	\$4,202	\$2,538	\$7,500	\$3,784	\$3,070	\$4,424	\$3,511	\$4,114
Children	\$1,509	\$1,109	\$1,869	\$1,284	\$1,251	\$1,124	\$1,541	\$1,310
	17.3	17.6	10.6	15	22	10.7	20.4	18.3
Adults	\$2,021	\$813	\$3,617	\$2,293	\$1,772	\$1,974	\$2,128	\$2,328
	12	13.2	16.2	10.1	12	12.7	20	7.4
Elderly	\$11,455	\$8,451	\$22,804	\$6,008	\$7,792	\$9,483	\$10,462	\$9,865
	26.4	27.8	30.6	20.7	23.1	33.9	24.4	28.2
Disabled	\$13,014	\$11,993	\$25,127	\$14,859	\$9,010	\$14,233	\$10,253	\$11,153
	40	39.6	41	37.6	40.8	42.3	34.8	45.1

주: 각 셀의 하단에 보여지는 숫자는 전체 지출 대비 각 계층의 비율을 나타내고 있음.
(2004년 기준)

〈표 IV-6〉 7개주에 대한 연방정부의 기금 매칭율

Other Medicaid Spending Measures								
	미국 전체	캘리포니아	뉴욕	일리노이	네바다	위스콘신	오래곤	버지니아
주정부 1달러당 연방정부 매칭율FY2008	1	1	1	1	1.1	1.4	1.6	1
	50	50	50	50	52.6	57.6	60.9	50

주: 하단에 나타난 숫자는 연방정부의 매칭 비율을 나타냄

1. 캘리포니아

캘리포니아는 1997년 균형예산법안 (The Balanced Budget Act of 1997)에 의해 장애를 가진 성인이 선택적 Medicaid 를 구입할 수 있도록 하였다. 이들은 자신들이 소득수준이 연방정부 빈곤선의 250% 미만인 경우에 한해 지속적으로 Medicaid의 full benefits를 받을 수 있으며, 자신의 소득에 근거해서 Medicaid를 위한 보험료를 매월 납부해야 한다. 특히 Medicaid 수혜자의 연령이 19세 미만인 경우는 본인부담금 납부의무가 면제된다.

가. 자격조건

캘리포니아주의 Medicaid 프로그램은 'Medi-Cal' 이라고 불리워지며, Department of Health Care Service에서 관할하고 있다. 이 프로그램은 의학적으로 필요한 치료 서비스, 의약품, 내구성 의료 장치 및 의료용 소모품 비용을 지불한다. Medi-Cal 프로그램은 2004년 기준 4명중 1명의 어린이와 대부분의 에이즈환자들에게 의료서비스를 제공하고 있다. 또한 저소득층 노인과 장애인들은 Medicare에서 제공하고 있지 않는 의료서비스를 Medi-Cal를 통해 공급받고 있다. 캘리포니아주는 무보험자의 비율이 2003년 기준 19%로 미국에서 무보험자의 비율이 가장 높은 주들 중에 하나이다. 고용주가 제공하는 의료보험을 갖고 있는 인구비율도 53%로 미국 전체 평균(57%)보다 낮다. Medi-Cal프로그램은 캘리포니아주 너싱홈(Nursing home) 의료서비스의 3분의 2에 대한 비용을 지불하고 신생아 10명당 4명이 Medi-Cal서비스를 통해 캘리포니아주에서 태어나고 있다 (Kaiser Foundataion, 2004).

아래의 표에서 보여지는 것처럼, 2004년 현재 Medi-Cal 프로그램은 캘리포니아에 거주하는 전체 인구의 30%인 일천백만명의 주민들에게 혜택을 주고 있다. 구체적으로 Medi-Cal는 4백 4십만명의 어린이, 4백 5십만명

의 성인, 9십만명의 장애인과 9십만명의 노인들에게 Medicaid를 제공하고 있다.

① 어린이: 어린이의 자격조건은 연방정부의 빈곤선과 어린이의 나이에 의해서 결정된다. 신생아의 경우는 가구소득이 연방정부 빈곤선의 200%까지 Medi-Cal서비스를 받을 수 있다. 이는 연방정부의 가이드라인 133%보다 높은 기준이다. 1세부터 5세까지의 어린이는 가구소득이 빈곤선133% 미만인 경우, 6세부터 19세 어린이의 경우는 빈곤선100% 미만인 경우에만 Medi-Cal 서비스 자격조건이 주어진다. 하지만, 어린이가 어느 보험에도 가입되어 있지 않고 가구소득이 빈곤선 250%미만이면 주정부의 어린이 건강보험 프로그램인 Healthy Families를 통해 의료서비스를 제공 받게 된다.

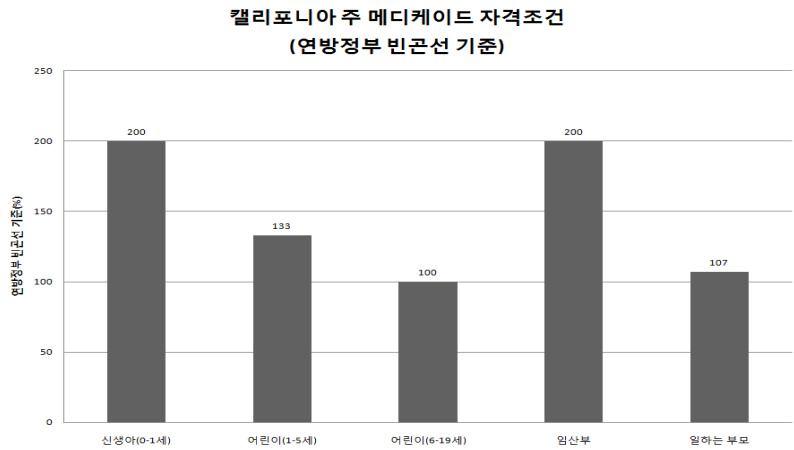
② 성인 :Medi-Cal 프로그램은 소득이 연방정부 빈곤선 200% 미만인 임산부와 빈곤선 100%미만의 소득을 갖고 있는 부모에게 제공된다. 자녀가 없고 저소득층인 성인의 경우는 가족계획에 관련된 서비스에 한해 혜택을 주는 가족 PACT에 가입할 수 있으나, Medicaid에서 제공하는 의료서비스는 받을 수 없다.

③ 노인과 장애인: 소득보충급여(SSI)를 받는 노인과 장애인은 Medi-Cal 에 가입할 자격조건이 주어진다. Medi-Cal 프로그램은 연방정부 빈곤선 100%미만의 소득을 가지고 있는 노인과 장애인에게 의료서비스를 제공한다. Medi-Cal 프로그램은 이들에게 조제약과 장기요양(long-term care)관련 비용 뿐만 아니라, Medicare보험료, Medicare 공제액과 사용자 비용부담분을 지불해준다.

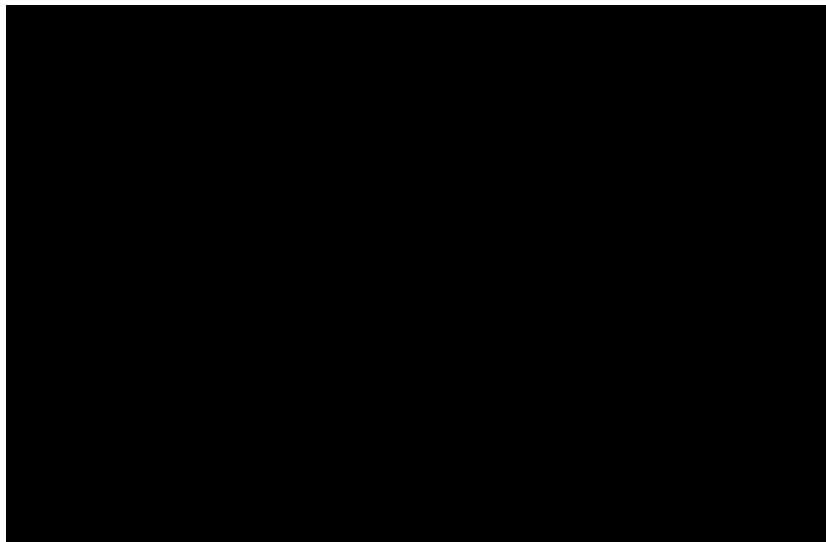
④ 의료적 요보호대상자 (Medically Needy Groups) : 소득수준이 위에서 언급한 범주적 대상자 기준보다 높지만, 의료비용의 지불로 실질소득이 감소하는 경우 Medicaid 대상자에 포함된다. Medi-Cal 프로그램은 의료비용 지출로 개인 및 동거자의 소득이 연방정부 빈곤선의 각각 83% 미만과

97%미만으로 감소하는 경우 Medicaid자격조건을 부여한다.

[그림 IV-2] 캘리포니아주 계층별 Medicaid 수급자가 되기 위한 소득기준



[그림 IV-3] 캘리포니아 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성



나. 의료 서비스 급여 범위

의무적으로 적용되는 의료 서비스는 입원환자 및 외래환자 병원 서비스, 외과관련 의료 서비스, 간호시설 서비스 (Nursing facility service), 진료소 실험실 서비스(혈액 검사, 소변 검사), 21세 미만 개인을 위한 조기 정기 검진, 진단 및 치료(Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment :EPSDT) 등을 포함하고 있다. 캘리포니아주가 임의로 제공하는 의료 서비스는 조제약, 치과 및 안과 치료, 호스피스(Hospice) 치료, 정신과 입원치료, 재활 및 치료요법 등이 있다. Medi-Cal 서비스는 관리의료(Managed care) 또는 전통적인 행위별 수가제도 (fee-for-service)에 의해 운영되는데, 2002년 현재, Medi-Cal 등록자의 53%가 관리의료를 통해 의료 서비스를 공급받고 있다. 하지만, Medi-Cal 등록자 중 노인의 86%와 장애인의 79%는 행위별수가제도를 통해 메디케이드 서비스를 받고 있다.

아래의 표는 캘리포니아주에서 시행되고 있는 의료서비스 종류에 따라 제공여부, 본인부담 정도, 사전승인 필요여부, 급여의 한계, 지불보상 방법, 서비스별 수혜대상자 등에 대해 정리하고 있다.

급성치료의 경우 대부분 메디케이드에서 서비스를 제공하고 있고 응급이 아닌 외래의 경우 본인부담이 방문당 5 달러이다. 대부분의 다른 서비스에 대한 본인부담은 방문당 1 달러가 적용되고 있다. 모든 서비스가 범주적 대상 그룹과 의료적 욕구 대상 그룹에 동시에 제공되고 있다. 지불보상방식은 상당히 복잡하게 운용되고 있음을 볼 수 있다. 행위별 수가제, 사전지불제, 인두제, 정액제, 공급자와 타협에 의한 가격 등의 방법이 사용되고 있다. 클리닉 서비스를 이용하는 경우 행위별 수가제가 적용되고, 연방정부가 승인한 Health care Services와 입원환자에 대해서는 여러 방법이 혼재되어 사용되고 있다. 외래 환자의 경우 대부분 행위별 수가제가 적용되고 있지만 경우에 따라서는 공급자와 타협에 의해 가격을 결정하기

도 한다. 재활서비스에 대해서는 정액제 방식이 사용되기도 한다. 치과, 조산소, Chiropractor 서비스 등도 제공되는데 모두 행위별 수가제가 적용된다. 치과의 서비스 중 크라운 같은 서비스는 사전승인이 필요하고 특히 시설 거주자는 치과 치료를 위해 사전 승인이 필요하다. 응급의 경우를 제외하고는 치과치료를 위해 1년에 1천 8백 달러의 제한이 있다.

〈표 IV-7〉 급성 치료 (Acute Care Services)

의료 혜택	본인부담금	사전승인 여부	급여의 한계	지불보상 방법	대상자
Institutional and Clinic Services					
Clinic Services, by an organized Facility or clinic not part of hospital: Freestanding Ambulatory Surgery Center					
Yes	\$1/visit	Specified surgical procedures		Fee for service	CN&MN
Clinic Services, by an organized facility or clinic not part of hospital: Public Health and mental health Clinics					
Yes	\$1/visit		Adult day treatment for elderly and disabled limited to 6-12 hours/day, 5 days/week	Fee for service	CN&MN
Federally Qualified Health Center Services					
Yes	\$1/visit	Specified services		Provider based: prospective cost based rate/visit with ancillaries paid fee for service, Independent: cost based payment	CN&MN
Inpatient Hospital Services, other than in an Institution for Mental Disease					
Yes			Limitations vary by type of admission and services rendered	Competitively bid rate, negotiated rate, contracted capitation rate or prospective all-inclusive rate using historical costs and peer groups	CN&MN
의뢰환자					
Yes	\$5/non-emergency visit in ER, \$1/visit for other services			Fee for service, state may negotiate all-inclusive per visit rates with certain hospitals	CN&MN
재활서비스 : 정신질환 및 약물남용					
Yes	\$1/visit	Specified services	Residential habilitation treatment covered only for developmentally disabled, substance abuse treatment providers must be state-approved	Residential treatment facilities paid standard per diem by facility bed size, substance abuse services paid fee for service or negotiated rate	CN&MN
기초지자체단위의 보건소 이용 의료서비스(Rural health Clinic Services)					
Yes	\$1/visit			Providerbased: prospective cost based rate/visit with ancillaries paid fee for service, Independent: cost based payment	CN&MN

CN: 범주적 의료보호 대상자 MN: 의료적 의료보호 대상자

혜택	본인 부담	사전승인여부	급여의 한계	지불보상 방식	대상자
Practitioner Services					
Certified Registered Nurse Anesthetist Services					
Yes				Fee for service	CN&MN
Chiropractor Services					
Yes	\$1/visit		2 visits/month included in limits with other specified practitioners in any outpatient setting, x-rays not covered	Fee for service	CN&MN
Dental Services					
Yes	\$1/visit	Specified services including periodontal, crowns and root canals, pre-denture services, services for nursing facility residents	\$1,800 cap on services/year but cap doesn't apply to emergency services, maxillofacial surgery or to residents of nursing facilities; crowns not covered	Fee for service	CN&MN
Medical/Surgical Services of Dentist					
Yes	\$1/visit	Specified services		Fee for service	CN&MN
Nurse Midwife Services					
Yes				Fee for service, some services performed in outpatient hospital setting paid 80% of fee	CN&MN
Nurse Practitioner Services					
No					
Optometrist Services					
Yes	\$1/visit		1 refractive exam/2 years, orthoptics not covered	Fee for service	CN&MN
Physician Services					
Yes	\$1/visit	Specified surgical procedures including those to be performed on inpatient basis that are normally rendered on outpatient basis, respiratory therapy not personally rendered		Fee for service, some services performed in outpatient hospital setting paid 80% of fee	CN&MN
Podiatrist Services					
Yes	\$1/visit	Specified services including any services for nursing facility residents	Limitations vary by type of service	Fee for service	CN&MN
Psychologist Services					
Yes	\$1/visit		2 service sessions/month included in limits with other specified providers in any setting	Fee for service	CN&MN

혜택	본인부담	Prior Approval Requirement	Coverage Limitations	Reimbursement Methodology	대상자
조제약					
Yes	\$1/Rx		6 Rxs/month	AWP-17%, plus \$7.25 dispensing fee, non-traditional pharmacies receive an \$8.00 dispensing fee	CN&MN
Physical Therapy and Other Services					
Occupational Therapy Services					
Yes	\$1/visit	Treatment plan	Rehab potential required	Fee for service	CN&MN
Physical Therapy Services					
Yes	\$1/visit	Treatment plan	Rehab potential required and to prevent hospitalization	Fee for service	CN&MN
Services for Speech, Hearing and Language Disorders					
Yes	\$1/visit		Physician order required, 2 speech pathology visits/month included in limits with other specified practitioners in any setting	Fee for service	CN&MN
Products and Devices					
Dentures					
Yes		Yes	1 denture/5 years, 1 reline/year	Fee for service	CN&MN
안경					
Yes		Yes	1 pair eyeglasses/2 years, special lenses not covered, interim replacement for lost or broken eyeglasses allowed once in 2 years	Products provided by state's volume purchase contractor, dispensing provider paid fee for service	CN&MN
보청기					
Yes		New or replacement hearing aid, repair costing more than \$25	Hearing loss must exceed specified decibel criteria	Fee for service	CN&MN
의료 장비					
Yes		Specified med equipment and med supply items, depending on cost		Fee for service for most products, incontinence supplies available through state's volume purchase contracts	CN&MN
Prosthetic and Orthotic Devices					
Yes		Specified services or items	Limited to services and items to restore function	Fee for service	CN&MN
Transportation Services					
Ambulance Services					
Yes				Fee for service	CN&MN
Non-Emergency medical Transportation Services					
Yes		Yes			CN&MN

혜택	본인 부담	Prior Approval Requirement	Coverage Limitations	Reimbursement Methodology	대상자
Other Services					
Diagnostic, Screening and Preventive Service					
No					
실험실 및 X-ray 서비스 (병원 및 의원 외부)					
Yes		Portable x-ray services other than in nursing facilities	Limits on individual billings for paneled lab tests, lab services for renal dialysis and hemodialysis centers not billable by labs	Fee for service, portable x-ray services paid reasonable charge	CN&MN
Targeted Case Mangement					
Yes				Cost based payment	CN&MN
장기 의료서비스 (long-term Care Service) Community Based Care					
Home and Community Based Services Waiver					
Yes				Dependent upon the services provided	CN&MN
Home Health Services					
Yes	\$1/visit	Initiation and continuation of care		Fee for service	CN&MN
Hospice Care					
Yes		Yes	Services must generally comply with Medicare guidelines	Prospective rates based on Medicare methodology	CN&MN
Personal Care Services					
Yes			Plan of care required, 283 hours/month	Fee for service using hourly rates, or negotiated rates	CN
Private Duty Nursing Services					
No					
Program of All-Inclusive care for the Elderly					
Yes				Capitated payment	CN&MN

혜택	본인 부담	Prior Approval Requirement	Coverage Limitations	Reimbursement Methodology	대상자
Institutional Care					
Inpatient Hospital, Nursing Facility and Intermediate Care Family Services In Institutions for Mental Diseases, age 65 and older					
Yes				Prospective cost based per diem	CN&MN
Inpatient Psychiatric Services, under age 21					
Yes		Admission		Prospective cost based all-inclusive per diem using peer groups or negotiated rate with county-operated facilities	CN&MN
Intermediate Care Facility Services for the Mentally Retarded					
Yes		Admission	7 hosp leave days/hospitalization, 73 therapeutic leave days/year	Private facilities paid standard per diem by facility size, cost based payment for public facilities	CN&MN
Nursing Facility Services, other than in Institution for Mental Diseases					
Yes		Specialized rehab services, higher payment for complex cases, e.g., ventilator dependent	30 treatment absences in 120 days for rehab therapy, 7 hosp leave days/hospitalization, 18 therapeutic leave days/year	Standard per diem by facility size, location and level of care; state may negotiate all-inclusive rates with certain facilities	CN&MN
Religious Non-Medical Health Care Institution and Practitioner Services					
Yes		Yes	Cost of care must be less than in inpatient hospital	Prospective cost based per diem for facility, negotiated rate for practitioners	CN&MN

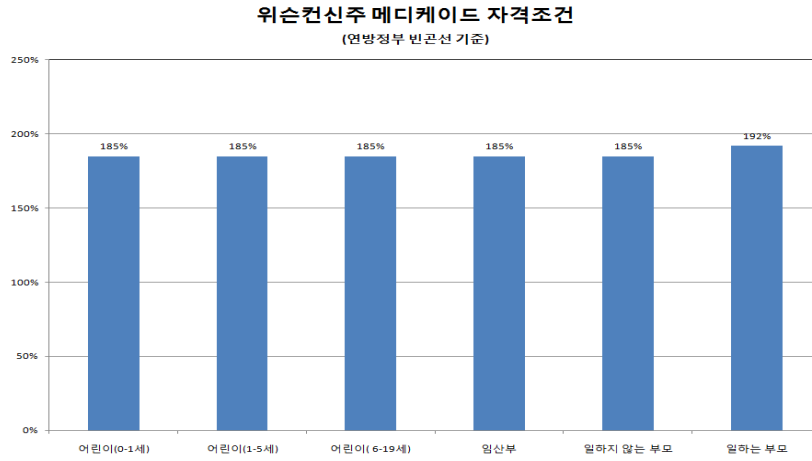
CN: 범주적 의료보호 대상자 MN: 의료적 의료보호 대상자

2. 위스콘신주

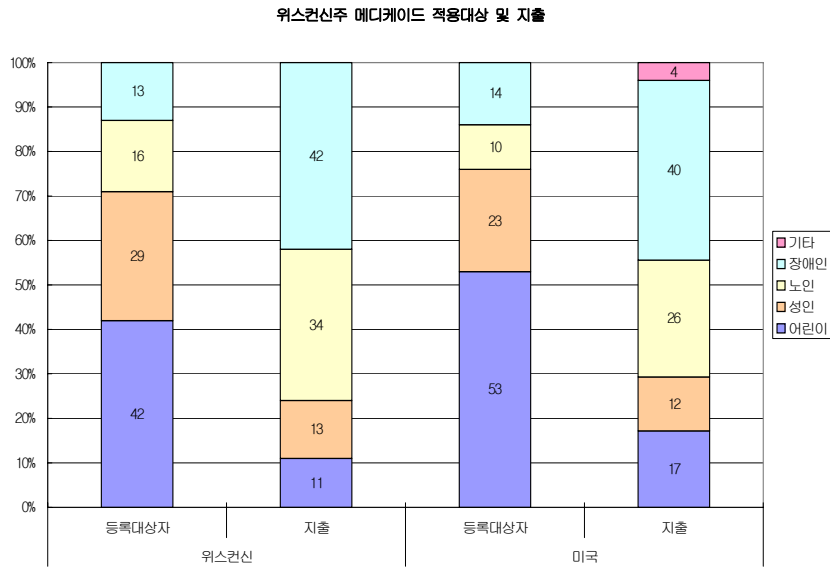
가. 자격조건

위스콘신주는 다른 주에 비해 소득 기준선이 상대적으로 높아 더 많은 사람들이 메디케이드 혜택을 볼 수 있도록 하고 있다. Centers for Medicaid Medicare Services (CMS) 로부터 1115조의 면제규약(Section 1115 Waiver)을 승인받아 메디케이드 자격기준을 연방정부 빈곤선 기준 185% 까지 확대 실시 하고 있고 소득이 빈곤선 200%에 이르기 전까지 Medicaid 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 단지 소득이 빈곤선 150% 이상인 경우는 소득기준으로 월정 보험료를 납부해야만 한다. 이들은 직접적으로 Medicaid 관련 서비스를 받거나, 고용주의 의료보험에 첨부하여 추가로 Medicaid 관련 서비스를 받을 수 있다. 또한 위스콘신주는 1997년 균형예산법(the Balanced Budget Act of 1997)에 의해 장애인들이 선택적으로 Medicaid 서비스를 구입할 수 있다. 특히 이를 구입한 장애인들은 자신의 소득이 연방 빈곤선 250% 미만인 경우에 한해 지속적으로 Medicaid 서비스를 받을 수 있다. 이들 역시 자신의 소득을 기준으로 한 월정 보험료를 납부해야 한다.

[그림 IV-4] 계층별 소득 기준 Medicaid 수급선



[그림 IV-5] 위스콘신주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성



나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

위스콘신주는 다른 주에 비해 급여범위가 대단히 광범위 한 것으로 보인다. 정신질환에 대한 클리닉 서비스, 심리치료를 제외한 거의 모든 치료가 급여범주내에 포함되어 있다. 보장구 등도 포괄적으로 급여되고 있는 실정이다.

외래의 경우 대부분 50센트부터 3 달러까지 제공된 서비스 종류에 따라 본인부담이 다르게 나타나고 있으나 1년 본인부담의 한도가 30달러로 제한되어 있다. 병원에서 외래 서비스를 받을 경우는 3달러의 본인부담이 발생하고 약국 조제의 경우 건당 3 달러를 본인이 부담하도록 되어있으나 한 달 기준 최고 5달러 본인부담으로 제한되어 있다. Over the counter 약제의 경우 50센트의 본인부담이면 충분하다.

위스콘신주는 급여범위가 넓은 대신 상대적으로 사전승인제도가 광범위하게 적용된다. 미리 정의된 질환, case 들에 대해 사전 승인을 일반화하고 있다. 특히 치과치료의 경우 사전승인절차가 까다로운 것으로 되어 있다. 특히 조제약은 하루 비용이 100 달러를 넘거나 영양공급과 관련이 있는 약제의 경우 반드시 사전 승인을 받도록 하고 있다. 안경, 틀니, 보청기, 기타 의료장비 등도 새롭게 바꾸거나 고가의 비용이 소요되는 경우 사전승인을 필수화 하고 있다.

급여 제한 사항도 상당히 광범위하게 적용되고 있다. 주말입원은 제한되어 있고 정신질환자가 병원에 외래로 방문하는 경우 하루에 5시간, 한 달에 120시간으로 서비스가 제한되어 있고, 시설 거주자의 경우 1년에 40 시간으로 서비스를 제한하고 있다. 재활 서비스는 남용을 막기위해 1년에 500 달러 이내에서 비용을 지출할 수 있도록 되어 있다. 가정에서의 재활 서비스는 금지되어 있다. 지압에 의한 치료서비스는 1년에 20회를 넘을 수 없고 x-ray 검사는 처음 방문했을 때만 허용된다. 대부분의 투약서비스

는 1년에 34일로 제한되어 있고 특별한 경우 100일까지 연장할 수 있도록 되어 있다.

지불 보상방법은 대부분 행위별 수가제에 의존하고 사전가격제도 혼용된다. 병원 입원의 경우는 DRG, 사전가격제가 같이 사용되고 있다. 약국의 조제료는 다른 주에서처럼 약가의 일부에 조제료를 덧붙여 보상한다. 평균 약제비의 16%와 건당 3.88 달러를 조제료로 지급하고 있다. 시설 관련 비용은 대부분 사전가격제에 의해 지불된다.

대부분의 의료서비스가 MN(Medically Needy)과 CN(Categorically Needy) 대상자에 상관없이 동일하게 주어지고 있다.

〈표 IV-8〉 위스컨신주의 메디케이드 서비스 현황

혜택	본인부담	사전 승인여부	급여제한	지불 보상 방법	대상자
Institutional and Clinic Services					
Clinic Services, by an organized facility or clinic not part of a hospital: Freestanding Ambulatory Surgery Center					
Yes	\$3/surgical procedure	Specified surgical procedures	Specified surgical procedures require second opinion	Fee for service	CN&MN
Clinic Services, by an organized facility or clinic not part of a hospital: public Health and Mental Health Clinics					
No					
Federally Qualified Health Center Services					
Yes	\$.50-\$3/encounter, depending on services provided, maximum \$30/year/provider			Prospective cost based rate/visit	CN&MN
Inpatient Hospital Services, other than in an Institution for Mental Disease					
Yes	\$3/day up to \$75/admission, includes psych admissions	Admissions for specified procedures	Weekend admissions limited to hospitals providing full services every day	Prospective payment/discharge using DRG, prospective per diem for rehab hospitals/units and for specified conditions	CN&MN
병원의래환자					
Yes	\$3/visit, \$.50/day for psych day treatment	Specified surgical procedures and other services	Outpatient psych services limited to 5 hours/day up to 120 hours/month and 40 hours/year for nursing facility residents; occupational therapy, physical therapy and speech pathology services must be billed as if rendered by the therapist and are reimbursed accordingly	Cost based payment with limits	CN&MN
재활서비스 :정신질환 및 약물남용					
Yes	\$.50-\$3, depending on service, copayment for psychotherapy limited to 15 hours or \$500		Substance abuse services limited to 15 hours or \$500/year, in-home services not covered for adults	Fee for service	CN&MN
지방 의료서비스(Rural health Clinic Services)					
Yes	\$.50-\$3/encounter, depending on services provided, maximum \$30/year/provider			Prospective cost based rate/visit	CN&MN

Prescription Drugs					
조제약 처방					
Yes	\$3/Rx up to \$5/month, \$.50/over the counter drug	Specified drugs, including antibiotics costing more than \$100/day and nutritional supplements	Most drugs limited to 34 day supply with 100 day supply for some	AWP-16%, plus \$3.88 dispensing fee	CN&MN
Physical Therapy and Other Services					
Occupational Therapy Services					
Yes	\$.50-\$3/service, depending on payment, up to 30 hours or \$1,500/year	Yes		Fee for service	CN&MN
Physical Therapy Services					
Yes	\$.50-\$3/service, depending on payment, up to 30 hours or \$1,500/year	Yes		Fee for service	CN&MN
Services for Speech, Hearing and Language Disorders					
Yes	\$1/audiological testing service; \$.50-\$3/speech pathology service, depending on payment, up to 30 hours or \$1,500/year	Yes		Fee for service	CN&MN

Products and Devices					
틀니					
Yes		Yes		Fee for service	CN&MN
안경					
Yes	\$.50-\$3, depending on service	Items from other than state's contractor	1 pair eyeglasses/year and 1 replacement/year if eyeglasses lost or broken or if minimum diopter correction criteria met	Most products provided by state's volume purchase contractor, dispensing provider paid fee for service, average acquisition cost for other items	CN&MN
보청기					
Yes	\$3/hearing aid, \$.50-\$2/accessory or repair, depending on payment	New or replacement hearing aid	1 hearing aid/3 years, 1 repair/6 months	Most products provided by state's volume purchase contractor, with dispensing fee, average acquisition cost for other items	CN&MN
의료장비					
Yes	\$.50-\$3, depending on service or item	Specified med equipment and med supply items, depending on cost	Limited items available to nursing facility residents	Fee for service for med equipment, med supplies paid cost plus mark-up	CN&MN
Prosthetic and Orthotic Devices					
Yes	\$.50-\$3, depending on service or item	Specified services or items, items costing more than established amounts	Limited to post-surgery care, orthopedic shoes must be attached to brace	Fee for service	CN&MN

혜택	본인부담	Prior Approval Requirement	Coverage Limitations	Reimbursement Methodology	대상자
장기 의료서비스 (long-term Care Service)					
Community Based Care					
Home and Community Based Services Waiver					
Yes				Dependent upon the services provided	CN&MN
Home Health Services					
Yes			30 visits/year	Fee for service using Medicare cost ceilings	CN&MN
Hospice Care					
Yes				Prospective rates based on Medicare methodology	CN&MN
Personal Care Services					
Yes			250 hours/year	Fee for service using hourly rate for care and visit rate for supervision	CN&MN
Private Duty Nursing Services					
Yes	\$.50/hour up to \$2/day	Yes		2-tiered hourly rate based on level of care (RN or LPN)	CN&MN
Program of All-Inclusive care for the Elderly					
Yes				Capitated payment	CN&MN
Transportation Services					
Ambulance Services					
Yes	\$2/non-emergency ambulance trip, \$1/trip in specialized medical vehicle			Fee for service	CN&MN
Non-Emergency medical Transportation Services					
Yes	\$1/trip in specialized medical vehicle	Long trips			CN&MN

Other Services					
Diagnostic, Screening and Preventive Service					
No					
Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment					
Yes					
Extended Services for Pregnant Women					
Yes					
Family Planning Services					
Yes					
Laboratory and X-Ray Services, outside Hospital or Clinic					
Yes	\$1/day for lab test, \$2/day for diagnostic lab test or x-ray, \$3/day for other radiology service		Portable x-ray services only in nursing facilities	Fee for service	CN&MN
Targeted Case management					
Yes				Fee for service, per diem or percentage of charge	CN&MN
Institutional Care					
Inpatient Hospital, Nursing Facility and Intermediate Care Family Services In Institutions for Mental Diseases, age 65 and older					
Yes	\$3/day up to \$75/admission if hospital IMD		15 hosp leave days/hospitalization, unlimited therapeutic leave days, facility must have 95% occupancy or fewer than 9 vacant beds to be paid	Prospective payment/discharge using DRG for private hospital IMDs, prospective cost based per diem for nursing facility and state-operated IMDs	CN&MN
Inpatient Psychiatric Services, under age 21					
Yes				Prospective cost based per diem	CN&MN

Intermediate Care Facility Services for the Mentally Retarded					
Yes			15 hosp leave days/hospitalization, unlimited therapeutic leave days, facility must have 95% occupancy or fewer than 9 vacant beds to be paid	Prospective cost based per diem with some settlement, leave days paid at 85% of facility's rate	CN&MN
Nursing Facility Services, other than in Institution for Mental Diseases					
Yes		Specialized medical equipment	15 hosp leave days/hospitalization, unlimited therapeutic leave days, facility must have at least 95% occupancy rate or fewer than 9 vacant beds to be paid	Prospective per diem based on cost using peer groups with some settlement, leave days paid at 85% of facility's rate	CN&MN
Religious Non-Medical Health Care Institution and Practitioner Services					
Yes			Care must be equivalent to inpatient hospital or nursing facility care	Prospective cost based per diem	CN&MN

CN: 범주적 의료보호 대상자 MN:의료적 의료보호 대상자

3. 뉴욕주

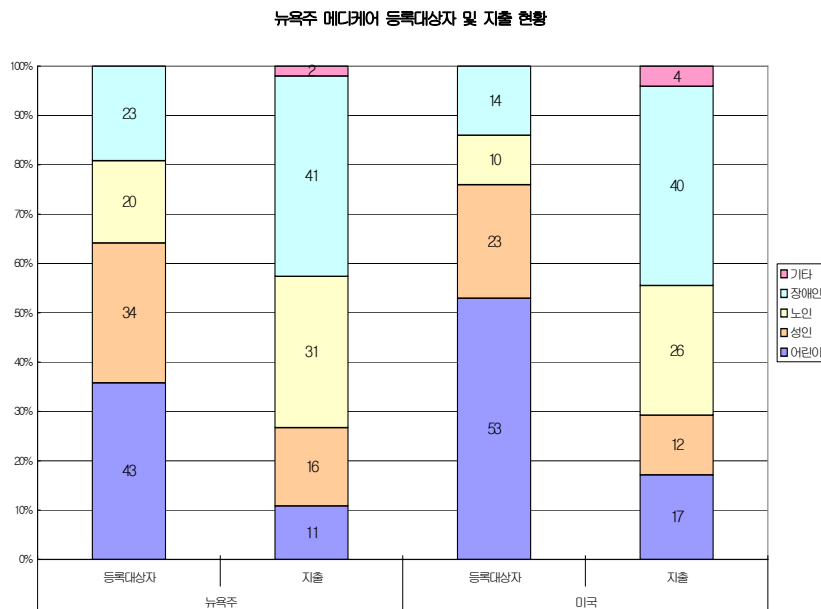
가. 자격 기준

뉴욕주는 Centers for Medicaid Medicare Services (CMS) 로부터 1115조의 면제규약(Section 1115 Waiver)을 승인받아 메디케이드 자격기준을 기존의 뉴욕주 현금급여안전망 프로그램(State-Funded Cash Assistance Safety Net Program) 수혜계층으로까지 확대하였으며, 많은 메디케이드 수혜자들을 행위별수가제제도 (fee for service delivery system)에서 의무적 관리의료체제(mandatory managed care)로 전환시켰다. 특히, 가족의료플러스(the Family HealthPlus:FHPlus)프로그램을 신설하여 65세 이하의 저소득층 무보험자가 의료보험서비스를 받을 수 있도록 하였다. 하지만, 가족의료플러스

프로그램이 제공하는 의료서비스의 숫자가 제한되어 있고, 높은 본인부담금을 의무적으로 지불해야만 하며, 만성질환자를 위한 장기요양서비스, 비응급상황시 이용하는 의료관련 운송수단, 의료장비 또는 비처방전 약에 대한 의료서비스 등을 포함하고 있지 않는 단점이 있다.

뉴욕주는 근로연계프로그램 (the Ticket to Work) 과 근로유인향상법(Work Incentives Improvement Act:TWIIA) 에 적용되는 장애인에 대해서 선택적으로 Medicaid를 구입할 수 있도록 하고 있다. 이에 해당되는 장애인들은 자신의 소득이 연방정부 빈곤선 250%미만이 경우에 한해 지속적인 Medicaid 서비스와 행위별수가제(fee for service) 에 의거한 최대한의 Medicaid 혜택을 받을 수 있다. 하지만, 자신의 소득이 빈곤선 150%를 초과하는 경우 자신의 소득수준에 따라 월정보험료를 납부해야만 한다.

[그림 IV-6] 뉴욕주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성



나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

대부분의 경우 급여가 주어지지만 외래환자에게는 약 3 달러, 입원환자에게는 약 25 달러의 본인부담이 주어지고 있다. 공공 클리닉 기관은 행위별 수가제가 적용되나 입원 관련 병원에는 사전 가격제, DRG, 정액제 등이 혼용되어 시행된다. 클리닉의 경우 1년에 10번 이하의 범위내에서 방문하도록 제한되어 있다. 치과에는 1년에 3회 이내에서 치료를 받도록 되어있고 정신질환의 경우 1년에 40 이내에서 진료를 받을 수 있도록 제한하고 있다. 거의 모든 서비스는 범주형 수급자나 의료니드에 의한 수급자 모두에게 똑같이 적용된다. 자격을 가진 간호사 마취, 지압, 종교적 이유에 의한 가정돌봄 등에 대한 급여는 이루어지고 있지 않다. 치과 관련 서비스는 사전 승인을 얻어야 하는 경우도 있고 치과 서비스의 대부분이 행위별수가제에 의해 지불 보상을 받는다.

약의 경우 1년에 최대 40번 처방 및 조제를 받을 수 있고 조제건당 제네릭 약의 경우 50센트, 브랜드 약의 경우 2 달러의 본인부담이 있다. 조제료의 경우 제네릭의 경우 4.5 달러, 브랜드 약의 경우 3.5 달러를 지급 받게 된다. 이는 약사의 입장에서 상대적으로 저렴한 제네릭 약을 더 많이 사용하도록 유도하는 측면이 있다.

그 외에 대부분의 보장구, 응급실의 경우 교통서비스, 검사 서비스 등에 대해 급여를 하고 있다.

〈표 IV-9〉 뉴욕주의 Medicaid 서비스 현황

혜택	본인부담	사전승인 여부	급여의 한계	지불 보상 방법	대상자
Acute Care Services					
Institutional and Clinic Services					
Clinic Services, by an organized Facility or clinic not part of hospital: Freestanding Ambulatory Surgery Center					
Yes	\$3/visit clinic services excluding ambulatory surgery		10 clinic visits/year in combination with other specified providers	Prospective cost based rate	CN&MN
Clinic Services, by an organized facility or clinic not part of hospitality :Public Health and mental health Clinics					
Yes	\$3/visit to Public Health Clinic		10 visits/year for Public Health Clinic medical care in combination with other specified providers and 3 visits/year for dental care, 40 visits/year for Mental Health Clinic care	Fee for service or prospective cost based rate	CN&MN
Federally Qualified Health Center Services					
Yes	\$3/visit		10 clinic visits/year in combination with other specified providers	Prospective cost based rate	CN&MN
Inpatient Hospital Services, other than in an Institution for Mental Disease					
Yes	\$25/admission			Prospective payment/discharge using DRG, prospective per diem for specialty hospitals/units	CN&MN
병원의래환자					
Yes	\$3/visit		10 outpatient visits/year in combination with other specified providers	Prospective all-inclusive rate with limits, some services fee for service	CN&MN
재활서비스 :정신질환 및 약물남용					
Yes			40 mental health visits/year	Fee for service	CN&MN
지방 의료서비스(Rural health Clinic Services)					
Yes	\$3/visit		10 clinic visits/year in combination with other specified providers	Prospective cost based rate/visit	CN&MN

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여의 한계	지불 보상 방법	대상자
Acute Care Services					
Practitioner Services					
Certified Registered Nurse Anesthetist Services					
No					
Chiropractor Services					
No					
Dental Services					
Yes		Specified services	3 visits/year (limit applicable to dental clinics but not dental offices)	Fee for service	CN&MN
Medical/Surgical Services of Dentist					
Yes				Fee for service	CN&MN
Nurse Midwife Services					
Yes				Fee for service	CN&MN
Nurse Practitioner Services					
Yes				Fee for service	CN&MN
Optometrist Services					
Yes			1 refractive exam/2 years, visual aids covered when visual acuity criteria met	Fee for service	CN&MN
Physician Services					
Yes			10 visits/year in combination with other specified providers	Fee for service	CN&MN
Podiatrist Services					
No					
Psychologist Services					
Yes				Fee for service	CN&MN

혜택	본인 부담	사전승인 여부	급여의 한계	지불 보상 방법	대상자
Acute Care Services					
Prescription Drugs					
조제약					
Yes	\$.50/generic Rx and over the counter product, \$2/brand Rx	Specified drugs	40 Rxs/year	AWP-13.25% for brand Rx, AWP-20% for generic Rx, plus \$3.50 dispensing fee for brand Rx or \$4.50 dispensing fee for generic Rx, specialized HIV pharmacies paid AWP-12%	CN&MN
Physical Therapy and Other Services					
Occupational Therapy Services					
Yes				Fee for service	CN&MN
Physical Therapy Services					
Yes				Fee for service	CN&MN
Services for Speech, Hearing and Language Disorders					
Yes				Fee for service	CN&MN
Products and Devices					
틀니/의치					
Yes		Yes		Fee for service	CN&MN
안경					
Yes		Special lenses and other specified services	1 pair eyeglasses/2 years	Fee for service	CN&MN
보청기					
Yes		New or replacement hearing aid		Acquisition cost plus dispensing fee for hearing aid, other services/items paid fee for service	CN&MN
의료 장비					
Yes	\$1/order	Specified med equipment and med supply items		Fee for service, some items paid invoice cost plus percentage	CN&MN
Prosthetic and Orthotic Devices					
Yes		Specified services or items		Fee for service	CN&MN

혜 택	본인부 담	사전 승인 여부	급여의 한계	지불 보상 방법	대상자
Acute Care Services					
Transportation Services					
응급차량 서비스					
Yes				Fee for service	CN&MN
Non-Emergency medical Transportation Services					
Yes		Yes			CN&MN
Other Services					
Diagnostic, Screening and Preventive Service					
Yes				Fee for service	CN&MN
Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment					
Yes					
Extended Services for Pregnant Women					
Yes					
Family Planning Services					
Yes					
실험실 및 X-ray 서비스 (병원 및 의원 외부)					
Yes	\$.50/lab test, \$1/x-ray		18 lab tests/year	Fee for service, and using Medicare payment ceilings for lab services	CN&MN
Targeted Case Mangement					
Yes				Prospective cost based rate	CN&MN

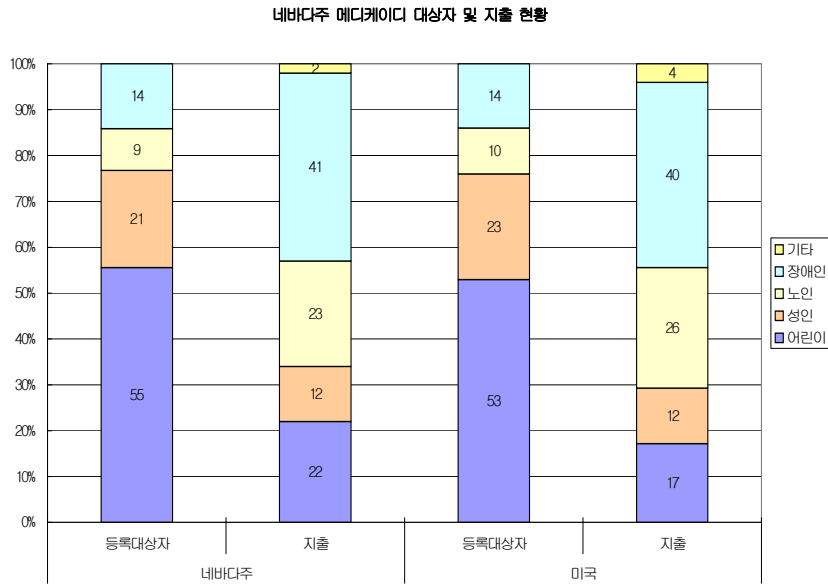
혜택	본인 부담	사전승인 여부	급여의 제한	지불보상 방법	대상자
Long-Term Care Services					
Community Based Care					
Home and Community Based Services Waiver					
Yes				Dependent upon the services provided	CN&MN
Home Health Services					
Yes			40 visits/year and must be in lieu of hospitalization	Prospective cost based payment	CN&MN
Hospice Care					
Yes				Prospective rates based on Medicare methodology	CN&MN
Personal Care Services					
Yes		Initiation of care and at 6 month intervals	Services provided at 2 levels, must be supervised by RN	Fee for service	CN&MN
Private Duty Nursing Services					
Yes		Yes	Limited to situations where home health agency care is not available or not cost effective	Fee for service	CN&MN
Program of All-Inclusive care for the Elderly					
Yes				Capitated payment	CN&MN
Institutional Care					
Inpatient Hospital, Nursing Facility and Intermediate Care Family Services In Institutions for Mental Diseases, age 65 and older					
Yes				Prospective cost based per diem	CN&MN
Inpatient Psychiatric Services, under age 21					
Yes				Prospective cost based all-inclusive per diem	CN&MN
Intermediate Care Facility Services for the Mentally Retarded					
Yes				Prospective cost based per diem with limits	CN&MN
Nursing Facility Services, other than in Institution for Mental Diseases					
Yes				Prospective per diem based on cost using peer groups and acuity adjusted	CN&MN
Religious Non-Medical Health Care Institution and Practitioner Services					
No					

4. 네바다주

가. 자격조건

네바다주는 근로연계프로그램 (the Ticket to Work) 과 근로유인향상법(Work Incentives Improvement Act:TWIIA) 에 적용되는 장애인에 대해서 선택적으로 Medicaid를 구입할 수 있도록 하고 있다. 이들은 소득에 상관없이 Medicaid 서비스를 받을 수 있으나, 소득에 근거한 월정 보험료와 본인부담금을 지불해야 할 의무가 있다.

[그림 IV-7] 네바다주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성



나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

네바다주는 범주형 대상자(categorically needy group)에 대한 Medicaid 프로그램은 운영하지만 의료욕구형 대상자(Medically needy group)에 대한 프로그램은 없다. 네바다주에서는 다른 주와 달리 입원을 할 때 응급상황을 제외하고는 사전 승인을 받도록 하고 있다. 그 외 틀니, 세라피 서비스, 장기요양의 경우 개인 치료서비스 등은 사전에 승인을 얻도록 규정하고 있다. 본인부담은 거의 없으나 조제약의 경우 제네릭 약은 1 달러, 브랜드 약은 2 달러의 본인부담을 하고 있다. 지불 보상 방법은 대부분 행위별 수가제를 사용하나 부분적으로 선불제를 사용한다. 틀니나 안경은 급여가 되지만 틀니의 경우 5년에 한 번, 안경은 2년에 한 번 급여가 제공된다.

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Acute Care Services					
Institutional and Clinic Services					
Clinic Services, by an organized Facility or clinic not part of hospital:Freestanding Ambulatory Surgery Center					
Yes				Prospective cost based rate per episode of care using Medicare methodology and upper limits, ancillaries paid fee for service	CN
Clinic Services, by an organized facility or clinic not part of hospitality :Public Health and mental health Clinics					
Yes				Fee for service	CN
Federally Qualified Health Center Services					
Yes				Prospective all-inclusive cost based rate/visit	CN
Inpatient Hospital Services, other than in an Institution for Mental Disease					
Yes		Non-emergency admissions except maternity		Prospective all-inclusive per diem by type of admission, cost based payment for critical access hospitals and hospital LTC units, swing beds paid statewide average nursing facility per diem	CN
병원의래환자					
Yes				Fee for service with surgical procedures grouped using Medicare methodology	CN
재활서비스 :정신질환 및 약물남용					
Yes			Rehab potential required	Fee for service	CN
지방 의료서비스(Rural health Clinic Services)					
Yes				Prospective all-inclusive cost based rate/visit	CN

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Practitioner Services					
Certified Registered Nurse Anesthetist Services					
Yes				Fee for service	CN
Chiropractor Services					
No					
Dental Services					
Yes			Limited to trauma care and emergency treatment for relief of pain and infection	Fee for service	CN
Medical/Surgical Services of Dentist					
Yes				Fee for service	CN
Nurse Midwife Services					
Yes				Fee for service	CN
Nurse Practitioner Services					
Yes				Fee for service	CN
Optometrist Services					
Yes			1 refractive exam/2 years	Fee for service	CN
Physician Services					
Yes				Fee for service	CN
Podiatrist Services					
No					
Psychologist Services					
No					

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Prescription Drugs					
조제약 처방					
Yes	\$1/generic Rx, \$2/brand Rx	Specified drugs		AWP-15%, plus \$4.76 dispensing fee	CN
Physical Therapy and Other Services					
Occupational Therapy Services					
Yes		Yes	Rehab potential required	Fee for service	CN
Physical Therapy Services					
Yes		Yes	Rehab potential required	Fee for service	CN
Services for Speech, Hearing and Language Disorders					
Yes		Yes	Rehab potential required, audiological testing and evaluation requires physician order	Fee for service	CN
Products and Devices					
틀니/의치					
Yes		Yes	1 full upper and/or lower denture or 1 partial upper and/or lower denture/5 years	Fee for service	CN
안경					
Yes			1 pair eyeglasses/2 years if minimum diopter correction criteria met	Fee for service	CN
보청기					
Yes				Acquisition cost plus dispensing fee	CN
의료장비					
Yes				Fee for service	CN
Prosthetic and Orthotic Devices					
Yes		Yes		Fee for service	CN

혜택	본인 부담	사전승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Long-Term Care Services					
Community Based Care					
Home and Community Based Services Waiver					
Yes				Dependent upon the services provided	CN
Home Health Services					
Yes		Initiation of care and ongoing certification of need		Fee for service	CN
Hospice Care					
Yes				Prospective rates based on Medicare methodology	CN
Personal Care Services					
Yes		Yes	Approved hours of care dependent upon need	Fee for service	CN
Private Duty Nursing Services					
Yes		Yes	Approved hours of care dependent on medical necessity	Fee for service	CN
Program of All-Inclusive care for the Elderly					
No					

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Institutional Care					
Inpatient Hospital, Nursing Facility and Intermediate Care Family Services In Institutions for Mental Diseases, age 65 and older					
Yes			Hosp leave days not covered, therapeutic leave limited to rehabilitative and pre-discharge transitional home and community visits up to 24 days/year	Cost based payment	CN
Inpatient Psychiatric Services, under age 21					
Yes				Cost based payment, negotiated rate for residential treatment facilities	CN
Intermediate Care Facility Services for the Mentally Retarded					
Yes			Hosp leave days not covered, therapeutic leave limited to rehabilitative and pre-discharge transitional home and community visits up to 24 days/year	Prospective cost based per diem with limits	CN
Nursing Facility Services, other than in Institution for Mental Diseases					
Yes			Hosp leave days not covered, therapeutic leave limited to rehabilitative and pre-discharge transitional home and community visits up to 24 days/year	Prospective price-based per diem	CN
Religious Non-Medical Health Care Institution and Practitioner Services					
No					

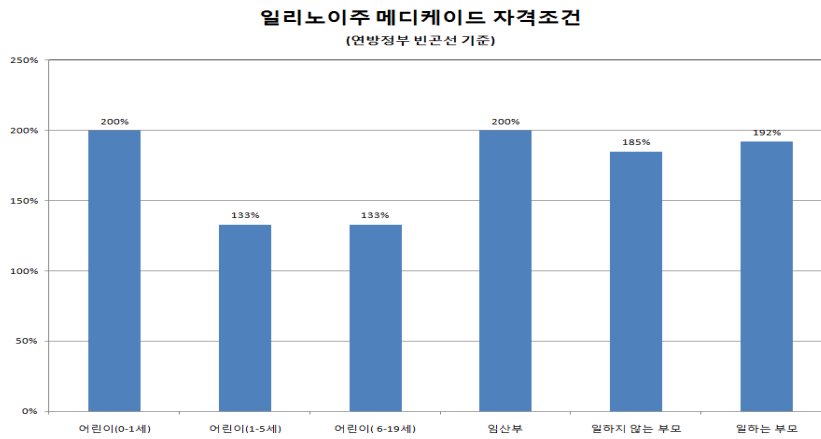
5. 일리노이주

가. 자격 조건

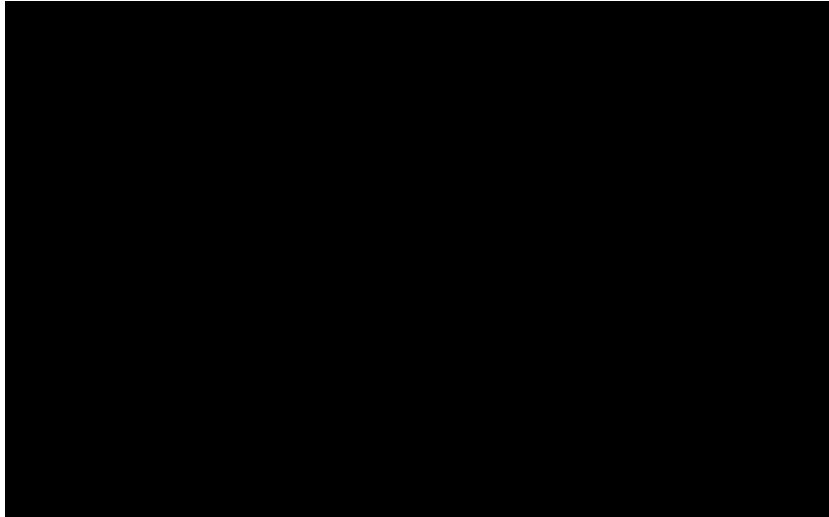
일리노이주도 네바다주와 같이 근로연계프로그램 (the Ticket to Work)

과 근로유인향상법(Work Incentives Improvement Act:TWIIA) 에 적용되는 장애인에 대해서 선택적으로 Medicaid를 구입할 수 있도록 하고 있다. 하지만, 네마다 주와는 달리 이들은 소득이 연방정부 빈곤선의 200% 미만인 경우에만 Medicaid 구입이 가능하다. 또한 소득에 근거한 월정 보험료는 연방정부 빈곤선이상의 소득을 갖고 있는 자에 한에서 지불할 의무를 두었다.

[그림 IV-8] 계층별 소득 기준 Medicaid 수급선



[그림 IV-9] 일리노이주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성



나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

일리노이주는 범주적 대상자와 의료적 니드에 의한 대상자에게 차별없이 똑같은 급여를 제공하고 있다. 급여 범위도 다른 주와 비슷하게 거의 모든 급여를 제공하고 있다. 다만 심리학자에 의한 치료, **Personal care**, **Private Duty nursing services**, 종교적 이유에 의한 개인 치료 등은 급여 하지 않고 있다. 본인부담은 외래의 경우 대부분 방문당 2 달러, 입원의 경우 정액제가 아니라면 2내지 3달러를 적용하고 있다. 조제의 경우 제네릭 약은 2달러, 브랜드 약은 3 달러의 본인부담이 있다. 입원에 대한 본인부담이 다른 주에 비해 상대적으로 적다. 치과 치료, 외과 수술 등은 경우에 따라 사전 승인이 필요하다. 급여 제한 사항도 몇 가지 있다. 의학적 소견이 아니라면 수술전 하루만 입원이 가능하다. 치료목적이 아닌 치과 검사 등도 급여에서 제외되어 있다. 새로운 세라피 치료는 전 치료후 30일이 경과해야 가능하다. 일리노이만의 주목할 만한 특징은 민간에서 운영하는

요양시설의 경우 93% 이상 가동되어야 보상을 하고 있다.

클리닉서비스에 대한 보상가격은 병원 외래환자의 가격 대비 75%를 적용하되 행위별 수가제가 적용된다. 병원 입원의 경우 DRG, 사전가격제, 정액제 등이 혼용되고 있고 병원 외래환자는 사전가격제에 의해 지불된다. 조제약에 대한 보상은 제네릭의 경우 약제비의 25%와 건당 4.6 달러, 브랜드약의 경우 약제비의 12%와 건당 3.4 달러씩 이루어지고 있다. 그 외 대부분의 항목에 행위별 수가제가 적용되나 일반 보험의 수가에 비해서는 낮다. 항목에 따라서 사전 가격제가 사용되기도 한다.

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여의 제한	지불 보상 방법	대상자
Acute Care Services					
Institutional and Clinic Services					
Clinic Services, by an organized Facility or clinic not part of hospital:Freestanding Ambulatory Surgery Center					
Yes				Fee for service at 75% of rate paid in outpatient hospital setting	CN&MN
Clinic Services, by an organized facility or clinic not part of hospitality :Public Health and mental health Clinics					
Yes				Fee for service, encounter rates for specified clinics	CN&MN
Federally Qualified Health Center Services					
Yes				Prospective cost based rate/visit or certified cost/encounter	CN&MN
Inpatient Hospital Services, other than in an Institution for Mental Disease					
Yes	\$2-\$3 /day unless per diem less than \$275	Admissions for specified procedures safely rendered on outpatient basis, physical rehab services	Pre-surgical days limited to 1 unless medically justified, admissions and LOS limited by State's Utilization Review authority, second opinion required for specified procedures	Prospective payment/discharge using DRG or prospective per diem for psych and rehab hospitals/units or facility-specific per diem for other special hospitals/units including certain government-operated facilities and children's hospitals	CN&MN
병원의래환자					
Yes		Specified surgical procedures		Fee for service or prospective rate/visit	CN&MN
재활서비스 :정신질환 및 약물남용					
Yes		Residential-based services, active community treatment		Fee for service, cost based per diem or certified cost	CN&MN
지방 의료서비스(Rural health Clinic Services)					
Yes				Prospective cost based rate/visit or certified cost/encounter	CN&MN

혜택	본인 부담	사전승인 여부	급여의 제한	지불 보상 방법	대상자
Practitioner Services					
Certified Registered Nurse Anesthetist Services					
Yes				Fee for service at physician fee	CN&MN
Chiropractor Services					
Yes	\$2/visit			Fee for service	CN&MN
Dental Services					
Yes		Specified services	Periodontia, posterior root canals and preventive services including exams and cleanings not covered; coverage limited to exams and x-rays necessary to assess oral health, to diagnose oral problems and to develop a treatment plan	Fee for service through contracted intermediary	CN&MN
Medical/Surgical Services of Dentist					
Yes				Fee for service	CN&MN
Nurse Midwife Services					
Yes				Fee for service at physician fee	CN&MN
Nurse Practitioner Services					
Yes				Fee for service at physician fee	CN&MN
Optometrist Service					
Yes	\$2/visit	Specified items, including visual aids	1 refractive exam/year	Fee for service or certified cost	CN&MN
Physician Services					
Yes	\$2/visit	Specified surgical procedures	Home visits limited to homebound	Fee for service, certified cost for certain government-employed practitioners	CN&MN
Podiatrist Services					
Yes	\$2/visit	Specified services or unusual procedures		Fee for service	CN&MN
Psychologist Services					
No					

Prescription Drugs					
조제약 처방					
Yes	\$3/brand Rx, \$1/generic Rx		3 brand Rx/month	AWP-12%, plus \$3.40 dispensing fee for brand Rx, AWP-25%, plus \$4.60 dispensing fee for generic Rx	CN&MN
Physical Therapy and Other Services					
Occupational Therapy Services					
Yes		Services other than to continue therapy provided in previous 30 days on inpatient basis		Fee for service or certified cost	CN&MN
Physical Therapy Services					
Yes		Services other than to continue therapy provided in previous 30 days on inpatient basis		Fee for service or certified cost	CN&MN
Services for Speech, Hearing and Language Disorders					
Yes		Services other than to continue therapy provided in previous 30 days on inpatient basis	Physician order required for specified services	Fee for service or certified cost	CN&MN
Products and Devices					
틀니/의치					
Yes		Yes	1 full upper and/or lower denture/5 years, partial dentures not covered but may be adjusted	Fee for service through contracted intermediary	CN&MN
안경					
Yes			1 pair eyeglasses/year with specified exceptions	Products provided by state's volume purchase contractor, dispensing provider paid fee for service	CN&MN
보청기					
Yes		Other than monaural hearing aids		Acquisition cost plus dispensing fee	CN&MN
의료장비					
Yes		Specified med equipment and med supply items		Fee for service	CN&MN
Prosthetic and Orthotic Devices					
Yes		Specified services or items		Lower of charge or acquisition cost	CN&MN

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여의 제한	지불 보상 방법	대상자
Transportation Services					
Ambulance Services					
Yes		Specified services		Fee for service	CN&MN
Non-Emergency medical Transportation Services					
Yes		All transports other than nursing facility residents			CN&MN
Other Services					
Diagnostic, Screening and Preventive Service					
Yes			Limited to diagnostic and screening services only, specified coverage criteria for mammography	Dependent upon service and billing provider	CN&MN
Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment					
Yes					CN&MN
Extended Services for Pregnant Women					
Yes					CN&MN
Family Planning Services					
Yes					CN&MN
실험실 및 X-ray 서비스 (병원 및 의원 외부)					
Yes			Total body scans limited to inpatient hospital setting	Fee for service using Medicare payment ceilings	CN&MN
Targeted Case Management					
Yes			Quantity and frequency limits vary by group served	Fee for service	CN&MN

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여의 제한	지불 보상 방법	대상자
Long-Term Care Services					
Community Based Care					
Home and Community Based Services Waiver					
Yes				Dependent upon the services provided	CN&MN
Home Health Services					
Yes		Initiation of care		Fee for service	CN&MN
Hospice Care					
Yes				Prospective rates based on Medicare methodology	CN&MN
Personal Care Services					
No					
Private Duty Nursing Services					
No					
Program of All-Inclusive care for the Elderly					
Yes				Capitated payment	CN&MN

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여의 제한	지불 보상 방법	대상자
Institutional Care					
Inpatient Hospital, Nursing Facility and Intermediate Care Family Services In Institutions for Mental Diseases, age 65 and older					
Yes		Yes	LOS in private hospitals limited by State's Utilization Review authority, nursing facility residents limited to 7 therapeutic leave days/absence up to 10/month with no coverage of hosp leave days and facility must have 93% occupancy rate to be paid	Per diem based on certified cost for state-operated facilities, prospective cost based per diem for all other facilities, nursing facilities paid for leave days at 75% of facility's rate	CN&MN
Inpatient Psychiatric Services, under age 21					
Yes		Yes	LOS in private hospitals limited by State's Utilization Review authority, alcohol and substance abuse treatment limited to 120 day LOS/residential treatment facility	Per diem based on certified cost for state-operated facilities, prospective cost based per diem for all other facilities,	CN&MN
Intermediate Care Facility Services for the Mentally Retarded					
Yes		Yes	Residents in private facilities limited to 45 hosp leave days/hospitalization and unlimited therapeutic leave days, facility must have 93% occupancy rate to be paid	Prospective cost based per diem with limits for private facilities and leave days paid at 75% of facility's rate, per diem based on certified cost for State-operated facilities	CN&MN
Nursing Facility Services, other than in Institution for Mental Diseases					
Yes			Hosp leave days not covered, 7 therapeutic leave days/absence up to 10/month, facility must have 93% occupancy rate to be paid	Prospective per diem based on cost and facility class with occupancy adjustments and efficiency incentives for private facilities with leave days paid at 75% of facility's rate, certain government-operated facilities paid 94% of Medicare rate and other county-operated facilities paid per diem based on certified cost	CN&MN
Religious Non-Medical Health Care Institution and Practitioner Services					
No					

6. 버지니아

가. 자격 조건

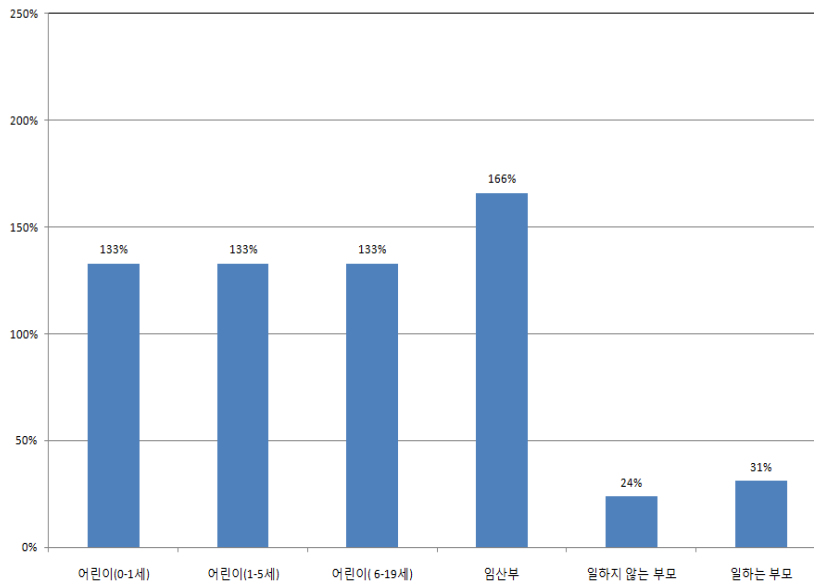
버지니아주도 앞의 두주(일리노이, 네바다)와 같이 근로연계프로그램

(the Ticket to Work) 과 근로유인향상법(Work Incentives Improvement Act:TWWIA) 에 적용되는 장애인에 대해서 선택적으로 Medicaid를 구입할 수 있도록 하고 있다. 이들은 자신의 소득이 연방정부 빈곤선의 80% 미만이 경우 한해서만 Medicaid 서비스를 받을 수 있으며, 월정 보험료는 필요하지 않다.

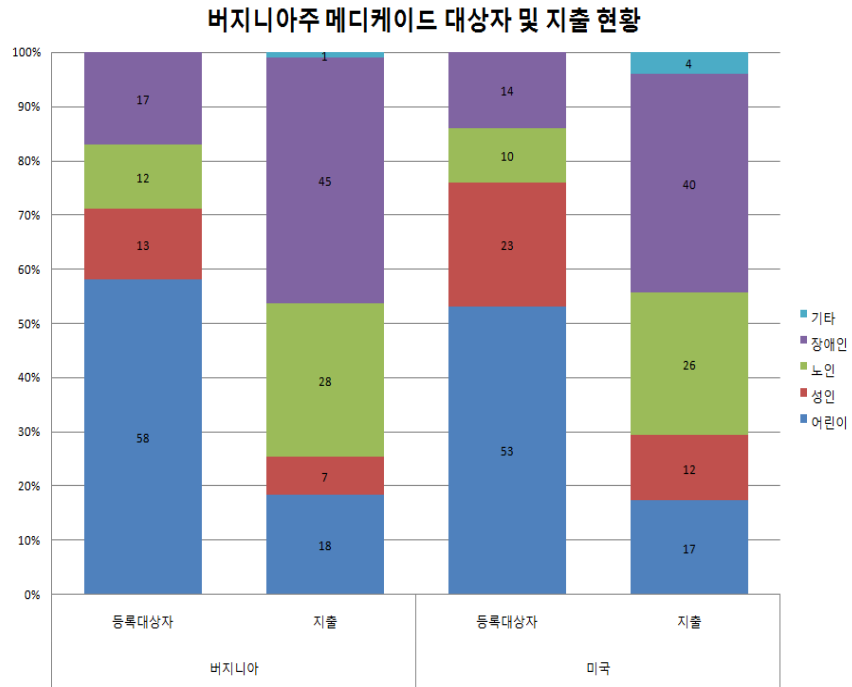
[그림 IV-10] 계층별 소득 기준 Medicaid 수급선

버지니아주 메디케이드 자격조건

(연방정부 빈곤선 기준)



[그림 IV-11] 버지니아주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성



나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

버지니아주는 다른 주에 비해 급여범위가 다소 협소한 것으로 보인다. 세라피 서비스가 급여 범위에서 제외되어 있고 틀니, 보청기, 안경 등 보장구가 급여되지 않는다. 그 외 치료 목적의 서비스는 대부분 급여범주내에 포함되어 있다.

외래의 경우 대부분 1 달러, 입원의 경우 10 달러의 본인부담이 있다. 병원외래의 경우는 3달러의 본인부담이 있고 조제의 경우 제네릭 약에 대해서는 1달러, 브랜드 약에 대해서는 3 달러의 본인부담이 있다.

일반 클리닉에서 정신질환으로 26회 치료를 받은 후에 다시 방문하고자 할 때는 사전 승인이 필요하다. 응급이 아닌 입원의 경우도 사전승인이 필요하다. Home Health Service, Hospice 서비스의 경우도 사전 승인 필요하다. 그 외에도 시설 이용측면에서 사전 승인이 필요한 경우도 있다. 급여 제한 사항도 상당히 적용되고 있다. 병원에 외래로 방문하는 경우 횟수가 1년에 24회로 제한되어 있다. 재활서비스도 1년에 380회로 제한되어 있고 그나마 일반성인의 경우 급여되지 않는다. 치과치료는 트라우마 질환이나 구강수술의 경우에 한정해서 제공된다. 루틴하고 예방적인 서비스도 급여되지 않는다. 약 조제에 제네릭 약을 원칙으로 한다.

지불 보상방법은 대부분 행위별 수가제에 의존하고 사전가격제도 혼용된다. 병원 입원의 경우는 DRG, 사전가격제가 같이 사용되고 있다. 약국의 조제료는 다른 주에서처럼 약가의 일부에 조제료를 덧붙여 보상한다. 그러나 다른 주와 달리 제네릭 약과 브랜드약간 조제료의 차이는 인정하지 않는다. 단 전통적 약국인 경우 조제료가 다소 적다.

대부분의 의료서비스가 MN(Medically Needy)과 CN(Categorically Needy) 상관없이 동일하게 주어지고 있으나 두 가지 측면에서 차이가 있다. 입원 환자에 대한 심리치료와 중간 요양시설에 거주하는 정신질환의 경우 CN 환자에게는 제공되나 MN 환자에게는 제공되지 않는다.

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Acute Care Services					
Institutional and Clinic Services					
Clinic Services, by an organized Facility or clinic not part of hospital:Freestanding Ambulatory Surgery Center					
Yes	\$3/visit			Fee for service	CN&MN
Clinic Services, by an organized facility or clinic not part of hospitality :Public Health and mental health Clinics					
Yes	\$1/visit	After initial 26 Mental Health treatment visits		Fee for service	CN&MN
Federally Qualified Health Center Services					
Yes	\$1/visit			Cost based payment	CN&MN
Inpatient Hospital Services, other than in an Institution for Mental Disease					
Yes	\$100/admission	Non-emergency admissions	Admissions for specified procedures safely rendered on outpatient basis, weekend admissions and days before elective surgery must be medically justified; psych admissions not covered for adults	Prospective payment/discharge using DRG for acute care; prospective per diem for psych, rehab and other special hospitals/units	CN&MN
병원외래환자					
Yes	\$3/visit		24 therapy visits/year	Cost based payment with limits	CN&MN
재활서비스 :정신질환 및 약물남용					
Yes			Day treatment limited to 780 time units/year, in-home care and residential treatment not covered for adults	Fee for service	CN&MN
지방 의료서비스(Rural health Clinic Services)					
Yes	\$1/visit			Cost based payment	CN&MN

혜택	본인부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Practitioner Services					
Certified Registered Nurse Anesthetist Services					
No					
Chiropractor Services					
No					
Dental Services					
Yes			Limited to trauma care and oral surgery	Fee for service	CN&MN
Medical/Surgical Services of Dentist					
Yes			Limited to trauma care and oral surgery	Fee for service	CN&MN
Nurse Midwife Services					
Yes				Fee for service	CN&MN
Nurse Practitioner Services					
Yes	\$1/visit		Routine physical exams not covered	Fee for service	CN&MN
Optometrist Services					
Yes	\$1/visit		Refractive exams only	Fee for service	CN&MN
Physician Services					
Yes	\$1/visit including refractive eye exams, \$3/service other than visits		Elective surgical procedures must restore body function, inpatient hospital admissions for specified surgical procedures normally rendered on outpatient basis must be medically justified, routine physical exams not covered	Fee for service, some services performed in outpatient hospital setting paid 50% of fee, assistant surgeons paid 20% of fee	CN&MN
Podiatrist Services					
Yes	\$1/visit		Preventive and routine foot care not covered	Fee for service	CN&MN
Psychologist Services					
Yes		After initial 5 visits		Fee for service	CN&MN

혜택	본인부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Long-Term Care Services					
Community Based Care					
Home and Community Based Services Waiver					
Yes				Dependent upon the services provided	CN&M N
Home Health Services					
Yes	\$3/visit including all therapy services	After initial 5 visits	Specified med equipment and supplies not covered	Fee for service using geographic adjustments	CN&M N
Hospice Care					
Yes		Yes		Prospective rates based on Medicare methodology	CN&M N
Personal Care Services					
Yes			Functional limitation criteria must be met	Fee for service	CN&M N
Private Duty Nursing Services					
No					
Program of All-Inclusive care for the Elderly					
No					
Institutional Care					
Inpatient Hospital, Nursing Facility and Intermediate Care Family Services In Institutions for Mental Diseases, age 65 and older					
Yes		Admission	Hosp leave days not covered, 7 consecutive therapeutic leave days up to 18 days/year	Prospective per diem	CN
Inpatient Psychiatric Services, under age 21					
Yes		Admission		Prospective per diem	CN
Intermediate Care Facility Services for the Mentally Retarded					
Yes		Admission	Hosp leave days not covered, 7 consecutive therapeutic leave days up to 18 days/year	Cost based payment	CN
Nursing Facility Services, other than in Institution for Mental Diseases					
Yes		Admission	Hosp leave days not covered, 7 consecutive therapeutic leave days up to 18 days/year	Prospective per diem based on cost and acuity adjusted	CN&M N
Religious Non-Medical Health Care Institution and Practitioner Services					
Yes				Prospective cost based per diem	CN&M N

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Prescription Drugs					
조제약 처방					
Yes	\$1/generic Rx, \$3/brand Rx	Specific d drugs	Rx must be generic unless DAW	AWP-10.25%, plus \$4.00 dispensing fee to traditional pharmacies or \$5.00 per month dispensing fee to non-traditional pharmacies	CN&MN
Physical Therapy and Other Services					
Occupational Therapy Services					
No					
Physical Therapy Services					
No					
Services for Speech, Hearing and Language Disorders					
Yes	\$1/visit		Limited to audiology services	Fee for service	CN&MN
Products and Devices					
틀니/의치					
No					
안경					
No					
보청기					
No					
의료장비					
Yes		Specific d items		Fee for service, home infusion therapy paid per diem	CN&MN
Prosthetic and Orthotic Devices					
Yes		Yes		Fee for service	CN&MN

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Transportation Services					
Ambulance Services					
Yes				Fee for service	CN&MN
Non-Emergency medical Transportation Services					
Yes		Yes			CN&MN
Other Services					
Diagnostic, Screening and Preventive Service					
Yes			Limited to screening and preventive services only, specified coverage criteria for mammography	Fee for service	CN&MN
Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment					
Yes					CN&MN
Extended Services for Pregnant Women					
Yes					CN&MN
Family Planning Services					
Yes					CN&MN
실험실 및 X-ray 서비스 (병원 및 의원 외부)					
Yes		Non-emergent outpatient diagnostic scans	Specified services	Fee for service	CN&MN
Targeted Case Management					
Yes				Fee for service	CN&MN

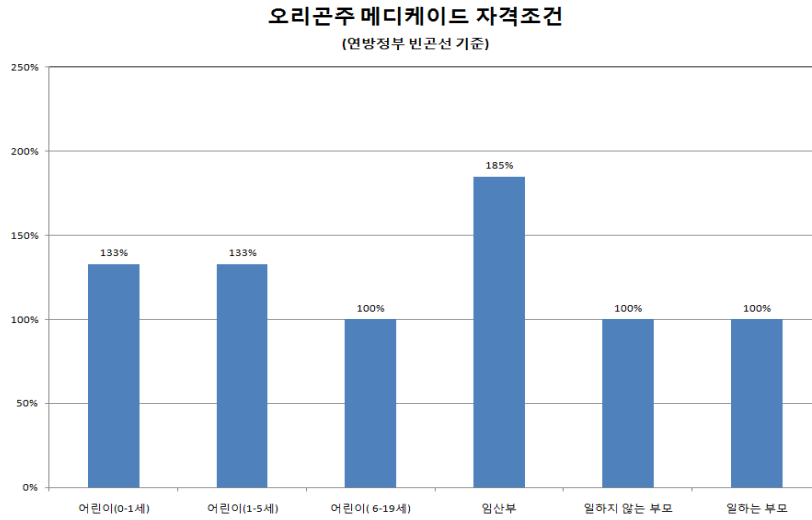
7. 오레곤주

가. 자격 조건

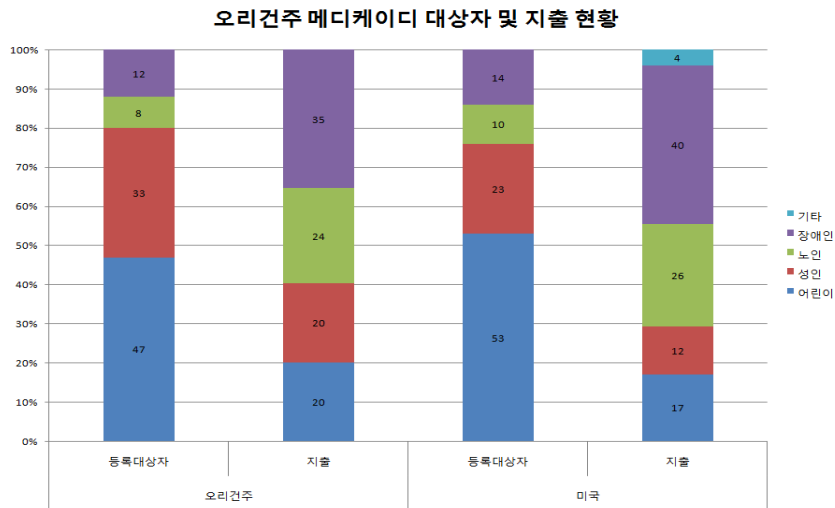
오레곤주는 Centers for Medicaid Medicare Services (CMS)로부터 1115 조의 면제규약(Section 1115 Waiver)을 승인받아 소위 오레건 의료계획

(Oregon Health Plan)를 실시하고 있다. 오레건 의료계획은 2003년 메디케이드 자격기준을 보완하여 수 많은 무보험자들을 메디케이드 자격조건에 포함시켰다. 오레건 의료계획은 기존의 메디케이드자격이 주어졌던 연방정부 빈곤선 이하의 소득을 갖는 가족과 노인, 장애인, 임산부, 그리고 빈곤선 185%미만의 소득가정에서 자라는 어린이들을 'A' 집단으로 분류하였다. 추가로 오레건 의료계획은 근로연계프로그램 (the Ticket to Work) 과 근로유인향상법(Work Incentives Improvement Act:TWIIA) 에 적용되는 장애인에 대해서 선택적으로 Medicaid를 구입할 수 있도록 하고 있고 이들 추가집단을 Medicaid의 'B'집단으로 분류하였다. 임신을 하게 되면 오레건의료계획 수혜자들은 오레건 추가의료계획(Oregon Health Plan Plus)에 의해 임신기간과 출산후 2개월까지 임신관련 의료서비스를 추가로 받을 수 있다. 오레건 추가의료계획에 수혜자들은 나이가 19세이상인 경우 본인부담금을 지불해야만 한다. 하지만, 오레건의료계획의 기본 수혜자들은 본인 부담금을 지불하지 않아도 된다. 대신 기본수혜자들은 연방정부 빈곤선 10% 이상의 소득을 기준으로 월정 보험료를 납부해야 할 의무가 있다.

[그림 IV-12] 계층별 소득 기준 Medicaid 수급선



[그림 IV-13] 오레곤주 Medicaid 수급자 구성 및 지출 구성



나. 급여 범위, 본인부담, 지불보상 등

오레곤주의 급여 범위는 다른 주와 거의 대동소이하다.

본인부담은 입원과 외래 똑같이 대부분 방문당 3달러이다. 조제의 경우 브랜드약 조제는 3 달러의 본인부담이 있는 반면 제네릭 약 조제의 경우 1 달러의 본인부담이 발생한다.

상당히 많은 부분에서 사전 승인을 필요로 한다. 대부분 미리 지정된 치료과정 등에 적용된다.

급여 제한이 그룹 A와 그룹 B간 다르게 적용된다. 입원을 위해서는 A와 B 그룹 모두 제 2의 의견이 필요하다. 특히 B 그룹은 긴급하지 않거나 응급이 아니면 입원에 상당한 제약이 따른다. 치과 치료도 B 그룹에게는 통증 치료의 경우에 한정해서 제공하고 그 이외의 경우 급여되지 않는다. 조제약의 경우 한 달에 15일 이내에서 그리고 1년에 100일 이내에서 처방 및 조제가 가능하다. 안경은 2년에 한 번으로 급여가 제한되어 있다.

지불 보상방법은 대부분 행위별 수가제에 의존하고 사전가격제도 혼용된다. 병원 입원의 경우는 DRG, 사전가격제가 같이 사용되고 있다. 약국의 조제료는 다른 주에서처럼 약가의 일부에 조제료를 덧붙여 보상한다. 그러나 다른 주와 달리 제네릭 약과 브랜드약간 조제료의 차이는 인정하지 않는다. 단 전통적 약국인 경우 조제료가 다소 적다.

대부분의 의료서비스가 MN(Medically Needy)과 CN(Categorically Needy) 상관없이 동일하게 주어지고 있다.

혜택	본인 부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Acute Care Services					
Institutional and Clinic Services					
Clinic Services, by an organized Facility or clinic not part of hospital:Freestanding Ambulatory Surgery Center					
Yes	A - \$3/visit	Specified surgical procedures	Specified procedures require a second opinion	Fee for service, second and subsequent surgeries performed at same time paid a lesser rate	
Clinic Services, by an organized facility or clinic not part of hospitality :Public Health and mental health Clinics					
Yes	A - \$3/visit	Specified procedures		Fee for service	
Federally Qualified Health Center Services					
Yes	A - \$3/visit			Prospective cost based rate/visit	
Inpatient Hospital Services, other than in an Institution for Mental Disease					
Yes	A - \$3/admission	Non-emergency transfers, readmissions for specified services	A & B - specified procedures require a second opinion, B - limited to admissions for urgent or emergency medical care only	Prospective payment/discharge using DRG, cost based payment for small hospitals	
병원외래환자					
Yes	A - \$3/visit	Specified surgical and therapy procedures		Cost based payment with limits	
재활서비스 :정신질환 및 약물남용					
Yes	A - \$3/visit	Specified procedures		Fee for service or negotiated rate	
지방 의료서비스(Rural health Clinic Services)					
Yes	A - \$3/visit			Prospective cost based rate/visit	

혜택	본인부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Practitioner Services					
Certified Registered Nurse Anesthetist Services					
Yes				Fee for service	
Chiropractor Services					
Yes	A - \$3/visit			Fee for service	
Dental Services					
Yes	A - \$3/visit except diagnostic tests and routine exam/cleaning		B - limited to emergency treatment for pain and infection	Fee for service	
Medical/Surgical Services of Dentist					
Yes	A - \$3/visit	Specified services	A - specified procedures require a second opinion, B - limited to emergency treatment for pain and infection	Fee for service	
Nurse Midwife Services					
Yes	A - \$3/visit			Fee for service	
Nurse Practitioner Services					
Yes	A - \$3/visit			Fee for service	
Optometrist Services					
Yes	A - \$3/visit		1 refractive exam/2 years	Fee for service	
Physician Services					
Yes	A - \$3/visit	Specified surgical and therapy procedures	A & B - specified procedures require a second opinion, B - osteopathic manipulative therapy not covered	Fee for service, second and subsequent surgeries performed at same time paid a reduced fee	
Podiatrist Services					
Yes	A - \$3/visit	Specified services and appliances	Second opinion required for specified services, routine foot care not covered	Fee for service, second and subsequent surgical procedures same session paid 50% of fee or less, drugs, supplies and appliances paid cost	
Psychologist Services					
No					

혜택	본인부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Prescription Drugs					
조제약 처방					
Yes	A - \$2/generic Rx, \$3/brand Rx	Specified drugs including nutritional supplements, growth hormones and anti-ulcer drugs	15 Rxs/month, 100 day supply	AWP-15%, plus \$3.50 dispensing fee for traditional pharmacies, AWP-11%, plus \$3.91 dispensing fee for non-traditional pharmacies	
Physical Therapy and Other Services					
Occupational Therapy Services					
Yes	A - \$3/visit	Yes		Fee for service	
Physical Therapy Services					
Yes	A - \$3/visit	Yes		Fee for service	
Services for Speech, Hearing and Language Disorders					
Yes	A - \$3/visit	Yes		Fee for service	
Products and Devices					
틀니/의치					
Yes				Fee for service	
안경					
Yes		Items from other than state's contractor	1 pair eyeglasses/2 years; contact lenses if specified criteria met; multiple pairs, special lenses and low vision aids not covered	Most products provided by state's volume purchase contractor, dispensing provider paid fee for service, acquisition cost for other items	
보청기					
Yes		Specified items		Fee for service	
의료장비					
Yes		Specified med equipment and med supply items	B - limited to specified diabetic, ostomy and respiratory med equipment and supplies	Fee for service	
의료장비					
Yes		Specified services or items		Fee for service	

혜택	본인부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Transportation Services					
Ambulance Services					
Yes				Fee for service	
Non-Emergency medical Transportation Services					
Yes		Yes			
Other Services					
Diagnostic, Screening and Preventive Service					
Yes				Fee for service	
Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment					
Yes					CN&MN
Extended Services for Pregnant Women					
Yes					CN&MN
Family Planning Services					
Yes					CN&MN
실험실 및 X-ray 서비스 (병원 및 의원 외부)					
Yes		Specified services		Fee for service	
Targeted Case Management					
Yes				Fee for service or cost based payment	

혜택	본인부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Long-Term Care Services					
Community Based Care					
Home and Community Based Services Waiver					
Yes				Dependent upon the services provided	
Home Health Services					
Yes	A - \$3/visit	Med equipment and supplies over specified cost thresholds		Fee for service	
Hospice Care					
Yes				Prospective rates based on Medicare methodology	
Personal Care Services					
Yes		Yes		Established hourly rate for individual providers and negotiated rate for agencies	
Private Duty Nursing Services					
Yes		Yes		Fee for service	
Program of All-Inclusive care for the Elderly					
Yes				Capitated payment	

혜택	본인부담	사전 승인 여부	급여 제한	지불 보상 방법	대상자
Institutional Care					
Inpatient Hospital, Nursing Facility and Intermediate Care Family Services In Institutions for Mental Diseases, age 65 and older					
Yes			Leave days not covered	Prospective cost based per diem	
Inpatient Psychiatric Services, under age 21					
Yes				Prospective cost based per diem	
Intermediate Care Facility Services for the Mentally Retarded					
Yes			14 leave days/month of any type	Cost based payment	
Nursing Facility Services, other than in Institution for Mental Diseases					
Yes			Leave days not covered	Prospective per diem based on cost	
Religious Non-Medical Health Care Institution and Practitioner Services					
No					

V. 미국 Medicaid 현황으로부터 시사점 그리고 결론

1. 자격 관련

미국 Medicaid 제도는 소득과 자산조사를 통하여 수급기준선을 만족하면 수급자로 편성하고 있다. 연방정부가 의무적으로 선정하도록 정한 기준이 있고 광범위한 재량권을 갖는 주정부는 연방정부의 선정기준 외에 추가적으로 자체 기준을 통하여 수급자를 선정한다. 반면 우리나라는 중앙정부가 수급자 선정기준을 마련하여 지자체에 통보하면 그 기준에 맞추어 수급자를 선정하는 실정이다. 지자체 자체적인 특성을 반영하기 어려운 구조이고 중앙집권적 관리방식이 적용되기 때문에 수급자 선정기준 뿐 아니라 급여범위, 본인부담 등 모든 것이 획일적 구조를 갖고 있다.

자격선정 관련 우선 미국의 Medicaid는 소득과 자산조사 외에 다른 조항은 염두에 두지 않는다. 반면 우리나라는 소득 산정시 재산을 소득으로 환산하여 적용하고 있고 또한 부양의무자 기준도 마련하여 적용하고 있다. 그 외에 요즈음은 생필품화 되어 있는 자동차의 경우도 미국은 고려하지 않는 반면 우리나라는 중요 고려 대상 항목이다. 수급 자격에서 큰 차이를 보이고 있다. 그 구체적인 차이는 아래와 같다.

첫째, 소득의 경우 미국은 가처분 소득을 기준으로 하는 반면 우리나라는 재산까지 소득으로 환산하여 소득화하고 있다. 특히 재산의 소득환산율이 높아 약 7천만원 정도의 자산을 보유하고 있으면 그 자산이 주거용과 무관하게 수급자격을 잃는다. 즉 자산을 처분하여 생활비에 충당해야 하는 빈곤의 악순환 과정으로 떨어지게 된다. 실질 보호 대상자를 선정한다는 측면에서 우리나라는 사각지대를 양산하게되는 반면 미국의

Medicaid 제도는 필요한 계층을 선별하여 보호하고 있는 것이다. 물론 미국은 전국가적인 공보험이 없는 한계가 있기 때문에 전 국민의 약 20%를 국가가 Medicaid라는 이름으로 보호하고 있지만 사회의 도움이 필요한 계층은 포괄하여 국가가 보호하고 있다. 향후 수급 자격관련 우리나라가 지향해야할 점으로 보인다.

둘째, 자산의 경우도 미국 대부분의 주에서 주거용 재산을 제외하고 약 2천 달러 내지 3천 달러까지는 공제를 한다. 최소한의 생계를 유지한 상태에서 의료욕구가 발생하면 사회가 책임을 지겠다는 자세다. 반면 우리나라는 지역에 따라 다소 차이가 있지만 주거용과 상관없이 대략 3천만 원 공제후 재산은 소득으로 환산되어진다. 재산을 처분하여 생계를 유지해야 하고 의료욕구가 발생하면 역시 재산을 매개로 비용을 충당해야한다. 의료 사각지대를 해소한다는 차원에서 역시 우리가 고려해야할 사안이다.

셋째, 부양의무자 조건도 검토해야할 대상이다. 미국에서는 사회분위기가 상 부양의무자 조건을 전제하기가 어렵지만 우리나라의 부양의무자 조건은 자칫 부양의무자까지 빈곤하게 만들 수 있는 대단히 가족공동의 책임 의식이 배여 있다. 최근의 실태조사³³⁾에 의하면 의료비의 경우 91%가 본인이 부담하고 있고 사회복지공동모금회 등 민간지원까지 합하면 약 97%가 자체 부담하고 있는 실정이다. 부양의무자자격에 있는 계층으로부터 도움은 1%가 되지 않는다. 이러한 현실을 고려하여 향후 수급자 선정기준을 다시 고려해야할 것이다.

자격 기준 관련 또 하나 중요한 차이가 있다. 미국의 Medicaid에서는 의료 니드가 있는 계층에 대해 별도의 MN(Medically Needy Group)으로 선정하여 수급자로 보호하고 있다. 주에 따라 다소 차이가 나지만 대부분의 경우 MN 수급기준은 CN(Categorically Needy Group)에 비해 완화된 수급

33) 2004년 실시된 차상위 의료급여수급자에 대한 실태조사

기준을 적용하면서 의료욕구가 발생하면 임시적으로 급여를 제공하거나 특수 취약계층(임산부, 아동, 장애인 등)에 대해서도 완화된 기준을 적용한다. 우리나라의 경우 2004년부터 차상위 계층중 희귀질환이나 만성질환을 보유한 자들에 대해 특례에 의해 수급권을 부여했었다. 그러나 최근 진료비의 급증 등 예산확보에 어려움이 따르자 이들을 2008년부터 다시 건강보험가입자로 전환하기로 하였다. 의료급여권에서 질환 때문에 수급자가 될 수 있는 여지가 없어졌다. 개별급여형태로 전환할 것을 고려하면서 비용 기준 과다한 의료비 때문에 생계에 어려움이 예측되는 가구에 대해서는 사후적으로 비용 보상할 것을 준비 중이기는 하다. 어쨌든 의료급여는 의료 부문에서 최후의 사회안전망이므로 사각지대를 최소화하는 노력이 필요하며 특히 의료욕구가 현저하나 경제적 능력이 취약하여 치료를 포기하는 계층이 발생해서는 안되겠다.

2. 급여범위 관련

급여범위 관련 미국의 Medicaid 제도와 우리나라 의료급여 제도를 비교하기 대단히 어렵다. 외형적인 모습을 보면 Medicaid의 급여범위가 훨씬 포괄적인 것처럼 보이나 내용을 같이 비교하면 그렇게 간단치 않다. 치료목적 급여 범위는 Medicaid의 급여범위가 단연 넓다. 그러나 급여되는 항목 중에서도 횡수에 제한이 있거나 비용에 제한이 있는 경우가 많다. 또한 본인부담 수준도 우리나라 의료급여제도의 1종 보다는 높은 편이고 직접비교는 어려우나 계층에 따라서는 일정소득 이상의 소득에 대해 보험료 형태로 납부하기도 한다. 근본적인 차이는 치료목적외의 급여 내용에 있는 것으로 보인다. 단정적으로 치료목적 외라고 하기도 어렵지만 지압, 보장구, 시설 내에서의 간호서비스 이용, 가정에서의 간호서비스 이용, 간병인 이용 등은 엄격한 의미에서 직접적인 의료서비스라기 보다 부가적인

것 같으면서도 수급자의 입장에서는 꼭 필요한 서비스이기도 하다. Medicaid제도는 이와 같은 서비스를 급여 범위 내에 포함하고 있다. 필요한 서비스를 제공하고 있는 것이다. 우리나라는 아직 여기까지 미치지 못하고 있다. 향후 수급자의 필요에 의한 사회복지 서비스까지도 급여범위 내에 포함시킬 것을 고려해야한다.

3. 재정관리 노력

Medicaid 제도에서 재정 관리 노력은 각 주마다 치열하다. 수급자를 감축하기 위해 소득, 자산 기준을 엄격하게 하거나 기존에 주어지던 급여 내용을 축소하여 부족한 재정에 대처하고 있다.

최근의 노력은 관리의료에 모아져 있다. 사전 가격제 형태의 관리의료는 비용을 미리 예측할 수 있을 뿐 아니라 경쟁에 의해 의료의 질까지 담보할 수 있다는 장점이 있다. 이에 대한 여러 비판이 있기는 하나 제도의 도입 의도는 재정관리에 초점이 있다. 그 외에서 지불 제도를 행위별 수가제에서 선불제로 바꾸거나 방문당 정액제를 사용하기도 하고 입원의 경우 포괄수가제(DRG)를 적용하기도 한다.

오레곤주 같은 경우 급여범위 내에서 항목별 우선순위를 설정한 후 재정 상태에 따라 매년 급여범위를 조정하기도 한다.

재정 관리를 위해 가장 빈번히 사용되는 방법은 본인부담의 조정, 급여일수의 제한, 급여횟수의 제한, 급여 비용의 총액 제한, 특별한 서비스의 경우 사전승인제 도입 등이다. 본인부담은 임산부, 아동 등에 대해 면제하는 경우가 대부분이지만 그렇지 않은 대상자에게는 외래의 경우 주에 따라 편차가 있지만 50센트에서 5 달러까지 다양하고 입원의 경우도 건당 100 달러까지 주별로 차이가 있다. 이러한 본인부담은 재정을 관리하고 도덕적 해이 현상을 줄이기 위한 노력의 일환이다. 외래 방문 일수를 년

단위로 통제하는 주도 있고 연간 단위에서 통제하는 주도 있다. 연간 투약일수를 제한 하는 주들도 있다. 지압, 재활 서비스는 급여횟수에 제한을 두는 경우가 많고 치과 관련 치료는 사전승인을 받아야 하는 주가 많다. 또 약 처방의 경우 제네릭 약은 본인부담이 브랜드 약에 비해 상대적으로 적다. 반면 처방 또는 조제하는 공급자에게는 조제료를 더 많이 지불한다. 가격이 비싼 브랜드약 보다는 똑같은 성능의 저렴한 제네릭약을 사용하면 재정절감에 도움이 되기 때문이다. 이러한 노력들은 모두 주차원에서 재정을 억제하기 위한 노력들이지만 매년 모든 주들이 재정문제 때문에 어려움을 겪고 있다.

우리나라 의료급여의 경우 2007년 6월까지 1종 수급자에 대해 외래 본인부담이 없었다. 최근 건강생활유지비를 한 달에 6천 원씩 지급하는 대신 본인부담제를 도입했다. 제도의 건강성과 지속가능성을 위해 너무나 당연한 조치로 판단된다. 그 외에 우리나라에서 제도적으로 재정절감 노력을 찾아보기 어렵다. 대부분의 경우 비용조장적인 행위별 수가제가 적용되어서 진료비 통제가 어렵다. 서비스 이용 횟수나 비용 규모를 제한하지도 않고 있다. 공급자나 수요자 모두를 자유 방임적으로 관리하는 편이다. 미국의 사례가 반드시 옳은 것은 아니나 “급여 범위는 넓게 그러나 그 사용은 꼭 필요할 때”가 미국의 방식이라면 우리나라의 경우 “급여 범위는 제한적이거나 사용은 제한없이” 방식이다. 위와 같은 설명은 지극히 작위적이어서 우리나라 제도를 너무 폄하하는 경향이 없지 않다. 미국의 경우 필요해도 기간이나 횟수의 제한 때문에 고통받는 저소득층이 많기 때문이다. 그러나 비용 대비 효율성 측면에서 무제한 사용은 곤란하다 할 수 있다.

4. 관리 운영

미국 Medicaid 제도는 기본적으로 연방정부의 사업이 아니라 주 정부의 사업이다. 연방 정부에서 최소한의 수급자 선정 기준 등 가이드 라인을 제공하지만 실제적인 집행은 주정부에 있다. 반면 우리나라는 거의 모든 정책을 중앙정부가 결정한다. 일단 정책이 결정되면 그 내용을 지자체에 통보하여 시행하게 된다. 실제적으로 중앙집권형 사업이다. 지자체 단에서 책임지고 사업을 할 수 있는 여건이 아직 아니다. 그러나 완전 중앙집권형 관리는 지자체 고유의 특성을 고려하기 어렵다. 지방에 따라 시설이 밀집되어 있는 곳도 있고 65세 이상 고령 인구가 집중되어있기도 하다. 이러한 특성을 반영한 급여 범위, 본인부담, 지불방식 등이 적용될 수도 있으나 아직 지방자치단체에 의료급여 사업 관련 전권을 이양하는 것은 시기상조로 보인다. 지방별 급여의 범위, 본인부담 수준의 차이, 지불방식의 차이를 우리 국민이 감내하기 어렵기 때문이다. 다만 지자체간 경제 능력이 좀더 좁혀지면 머지 않은 장래에 부분적으로 사업의 일부를 지방자치단체에 넘기는 것이 효과적이며 효율적일 수 있다.

기금 부담 관련 부문도 우리에게 시사하는 바가 있다. Medicaid 제도에서는 관리운영비와 소요진료비의 일부를 연방정부가 부담한다. 주정부의 소득 수준에 따라 매칭비율이 달라지지만 미국 전체 평균 소득보다 높은 주에게는 총급여비의 50%를 연방에서 지원하고 주의 소득이 전체 평균보다 낮은 주에게는 주의 소득 수준에 따라 차등지원하고 있다.

우리나라의 경우 서울만 총급여비의 50%를 부담하고 나머지 광역시도에서는 20%만 부담하고 있다. 20% 중 광역시도에서 14% 내지 16%를 부담하고 기초지자체에서는 6% 내지 4%를 부담한다. 두 가지 측면에서 문제가 있다. 첫째, 부담의 정도문제이다. 둘째 부담 방법상의 문제이다. 소속 주민의 건강을 보장하는 대신 전체 비용의 4%만 부담한다면 지방자치

단체의 수장입장에서는 가능한 한 많은 사람을 수급자로 편성하고자 할 것이다. 지자체 입장에서 편익은 큰 데 반해 비용은 작기 때문이다. 부담의 방법상에서도 미국의 경우 주의 경제적 형편에 따라 지원 정도가 달라진다. 우리나라는 서울을 제외하고 경제적 능력과 상관없이 모든 지방자치단체가 똑같이 부담한다. 지자체의 경제적 능력을 반영하고 차체에 지자체별 평가를 통하여 지방자치단체의 부담 규모를 달리한다면 지금보다 훨씬 지자체의 의료급여 사업에 대한 책임성도 증대하고 재원확보도 효과적일 수 있을 것이다.

5. 소결

미국 Medicaid 제도는 전인구의 약 20%를 수급자로 편성하여 의료보장을 실시하고 있다. 전 국민 대상 공보험이 없기 때문에 저소득층을 포괄적으로 보장하고 있다. 당연히 매년 진료비가 급증하여 연방정부 사업 중 Medicaid가 3번째로 큰 사업이 되었다.

매년 예산 확보의 어려움 때문에 몸살을 앓고 있으면서도 불과 6년 만에 수급권자 수가 2배 증가하였다. 사회보장의 원칙을 실현하고 있는 것이다. 임산부, 아동, 장애인, 노인 등 취약계층 중심으로 의료지원이 필요한 계층에게는 수급기준을 점점 완화하여 보장을 강화해 가고 있다. 동시에 수급권자 수의 증가 만큼 의료비 억제정책도 강도를 더해 가고 있다. 본인부담 조정, 지불 보상 방법의 변경, 급여일수 및 횟수의 제한 등 의료비를 억제하기 위해 다각적인 노력을 하고 있다. 최근에는 주에 따라 수급권자의 수를 감축하기 위해 소득, 자산 기준을 엄격하게 하거나 급여범위를 축소시키기도 한다. 예산을 무한정 늘릴 수 없기 때문이다.

위의 상황을 종합하면 원칙에 충실하되 재원의 효율적 활용을 도모하는 것으로 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고 최근의 경향은 무한정 예산을

증가시킬 수 없다는 현실이다. 우리나라도 사회보장 원칙에 순응하는 제도 혁신이 있어야 할 것이다. 예산이 물론 담보되어야겠지만 수급자 선정 기준부터 사각지대를 해소하는 방향으로 접근하여야 할 것이다.

우리나라 의료급여제도도 최근 1종에 대한 외래 본인부담금 실시, 선택병의원제의 실시 등으로 종래에 비해서는 효율적인 운영을 하기 위해 다각적인 노력을 하고 있다. 그러나 이런 정도로는 부족하다. 욕구가 있는 계층을 수급자로 확대하고 급여범위(사회복지서비스 까지)도 확대하되 필요한 사람만 이용할 수 있도록 다양한 대책을 강구해야 할 것이다. Medicaid 제도로부터 시사점을 얻을 수 있으리라 판단한다.

최근 경제의 불안으로 사회안전망의 중요성에 대한 국민의 공감대가 확산되고 있다. 국민들의 기초적인 건강을 보장하는 의료안전망의 중요성은 앞으로 더욱 커질 것이다. 그렇지만 우리나라는 세계적으로 유래 없이 빠른 노령화, 보건의료기술 및 신약의 급속한 발달, 급여확대에 대한 국민의 열망 등은 의료급여 재정을 지속적으로 위협할 것이다. 이에 대한 전문적 대응 체계가 필요하며 이는 미국 Medicaid, 특히 주별 사례를 통하여 우리는 도움을 받을 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.
- 김미곤 외, 『우리나라의 빈곤현황 및 정책과제』, 2004년도 한국사회보장학회 춘계학술대회, 2004.
- 신영석, 『의료급여 대상자 선정기준 및 관리운영체계 개선방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.
- 신영석, 『의료급여제도 재정안정화 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2001.
- 신영석, 『차상위 계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 신영석 외, 『기초보장 급여체계 합리화 방안-의료급여를 중심으로』, 한국보건사회연구원, 2004.
- 신영석 외, 『의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안』, 한국보건사회연구원』, 2005.
- 신영석 외, 『기초보장 건강성 제고를 위한 급여체계 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2005.
- 신영석 외, 『의료안전망 구축과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 2006.
- 여유진, 『부양의무자 기준 개선 방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2003.
- 이건영, 『미국의 관리의료 제도가 한국 의료 정책과 행정에 주는 시사점』, 행정연구원 웹진 9/10월호, 2007.

통계청, 『지역통계연보』, 1999.

_____, 『한국의 사회지표』, 1999.

Andy Schneider, Risa Elias, Rachel Garfield, David Rousseau, Victoria Wachino. (2002). Medicaid Resource Book, Washington D.C.:the Kaiser Family Foundation

Annette Arellano & Sidney Wolfe. (2007), Unsettling Score:A Ranking of State Medicaid Programs”, Washington D.C.: Public Citizen Health Research Group

Backer, Samuel L. & Kronenfeld, Jennie J. (1990). Medicaid Prospective Payment :Case Mixe Increase, Health Care Financing Review, 12 (1). p63-70.

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2005). Medicaid At-a-Glance 2005, Baltimore: Department of Health and Human Servicess, Centers for Medicare and Medicaid Services, and Department for Medicaid and State Operations.

D.C. Grabowski, R.L. Ohsfeldt, and M.A. Morrissey. (2003) The Effects of CON Repeal on Medicaid Nursing Home and Long Term Care Expenditures, Inquiry 40(2), 146 - 157.

Harrington, C., J.H. Swan, V. Wellin, W. Clemena,and H.M. Carillo.(1999). State Data Book on Long Term Care Program and Market Characteristics. San Francisco: University of California, Department of Social and Behavioral Sciences.

Holahan et.(1998).Medicaid Managed Care Payment Rates In 1998, Health Affairs.

- Jeff Crowley(2003), Medicaid Medically Needy Programs : An Important Source of Medicaid Coverage, Kaiser commission
- Kaiser Foundation (2002). State Medicaid Fact Sheets,
- Medicaid Statistical Information System(MSIS) (2007). State Summary FY2004, Washington D.C. :Centers for Medicare and Medicaid Services, U.S. Department of Helath and Human Services.
- Rosenbaum, S. (1993). Medicaid Expansions and Access to Health Care. In Medicaid Financing Crisis, D. Rowland, J. Feder, and A. Salganicoff.(Eds.). Washington D.C. :Commissioned by the Kaiser Commission on the Future of Medicaid.
- Rowland, D., S. Rosenbaum, L. Simon, and E. Chait. (1995). Medicaid and Managed Care: Lessons from the Literature. Kaiser Commission on the Future of Medicaid.
- Rowland, D.,et al. (1992). Medicaid at the Crossroads, Washington D.C.the Kaiser Commission on the Future of Medicaid.
- Stum, M. (1998). The meaning and experience of spending down to Medicaid in later life. *Advancing Consumer Interest* 10(2), pp23-33.
- U.S. Department of Health and Human Service. (2007). Annual Update of the HHS Poverty Guidelines, *Federal Register* 72(15), pp. 3147 - 3148
- U.S. Health Care Financing Administration (HCFA)(1998). *Medicare Fact Book*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Social Security Administration (2007).
- United Sates Government Accountability Office (2005). *Medicaid Fraud and Abuse*.

United States General Accounting Office (1999). Federal and State
Leadership Needed to Control Fraud and Abuse.

Wisconsin Department of Health and Family Services (2007).

<http://dhfs.wisconsin.gov/>

<http://www.cdc.gov/nchs>

<http://www.dhfs.state.wi.us/Medicaid/index.htm>

<http://www.cms.hhs.gov/medicaid/stateplans/default.asp>

<http://www.ssa.gov/>

<http://www.cms.hhs.gov/MSIS/>

www.statehealthfacts.org

[부록 1] 주별 메디케이드 수급자의 인구학적 특성에 의한 구분, 2004

(단위 : 명)

주	계	노인	장애인	아동	성인	기타
AK	118,005	6,515	12,780	66,143	24,031	8,536
AL	808,192	63,173	180,970	423,922	107,273	32,854
AR	707,792	55,720	99,211	344,619	121,917	86,325
AZ	1,070,317	42,006	111,503	591,626	269,151	56,031
CA	10,014,373	672,423	1,046,918	3,657,001	3,273,495	1,364,536
CO	503,485	43,611	67,740	250,283	99,251	42,600
CT	500,952	52,279	58,044	259,434	104,857	26,338
DC	157,650	8,261	27,286	72,463	37,633	12,007
DE	157,306	8,926	18,387	67,713	56,574	5,706
FL	2,952,363	255,755	467,968	1,372,777	481,225	374,638
GA	1,928,820	104,292	248,090	951,542	278,802	346,094
HI	218,397	19,679	23,111	92,831	71,161	11,615
IA	382,887	35,439	61,787	184,362	74,545	26,754
ID	206,462	12,370	28,190	126,527	29,204	10,171
IL	2,031,777	268,980	287,372	965,313	339,270	170,842
IN	946,212	66,368	119,605	531,156	160,921	68,162
KS	365,078	28,620	51,999	168,705	53,001	62,753
KY	860,508	56,410	210,104	392,310	125,165	76,519
LA	1,108,054	83,258	168,901	637,783	120,814	97,298
MA	1,074,050	88,699	246,411	424,017	268,592	46,331
MD	750,287	55,007	120,231	427,975	105,356	41,718
ME	293,966	26,401	44,756	112,278	96,956	13,575
MI	1,799,058	92,926	297,041	849,387	317,118	242,586
MN	697,929	61,788	97,253	337,868	153,641	47,379
MO	1,140,194	89,130	163,130	586,268	250,663	51,003
MS	725,637	82,702	145,105	343,654	94,487	59,689
MT	112,642	8,805	17,034	53,910	21,776	11,117
NC	1,512,608	149,124	237,210	746,408	273,663	106,203
ND	78,324	8,226	9,084	33,001	15,862	12,151
NE	244,275	21,052	29,915	132,390	42,119	18,799
NH	119,207	11,904	15,985	68,082	15,712	7,524
NJ	959,843	86,564	165,978	451,235	179,261	76,805
NM	474,303	21,579	54,536	287,700	93,060	17,428
NV	237,015	15,253	30,935	124,556	48,639	17,632

NY	4,712,211	352,612	661,223	1,782,459	1,492,106	423,811
OH	1,896,173	138,928	293,478	961,086	414,241	88,440
OK	653,777	51,778	80,902	404,323	83,649	33,125
OR	559,004	40,227	68,440	231,741	167,314	51,282
PA	1,834,651	182,996	410,026	813,037	300,005	128,587
RI	207,621	16,504	37,687	90,077	53,403	9,950
SC	856,715	99,472	126,490	418,115	181,762	30,876
SD	127,783	10,157	17,190	74,201	20,296	5,939
TN	1,654,656	117,615	347,250	667,091	417,834	104,866
TX	3,603,539	270,075	364,189	2,294,049	495,038	180,188
UT	307,059	12,252	30,519	152,522	78,000	33,766
VA	732,009	80,884	129,447	386,029	99,212	36,437
VT	148,921	18,112	19,288	58,978	43,110	9,433
WA	1,109,110	72,864	144,943	579,448	260,777	51,078
WI	896,468	118,395	139,196	363,823	246,702	28,352
WV	376,680	27,360	90,211	161,505	54,952	42,652
WY	67,762	4,328	7,680	39,357	11,520	4,877
TOTAL	55,002,107	4,317,804	7,932,729	25,613,080	12,225,116	4,913,378

자료 :미국 Medicaid Statistical Information System(MSIS),2007

[부록 2] 주별 메디케이드 수급자의 인구학적 특성에 의
한 지출 구분(2004)

(단위 : 천 달러)

주	계	노인	장애인	아동	성인	기타
AK	904,557	137,663	321,910	273,066	132,094	39,823
AL	3,856,624	754,788	1,264,975	630,347	168,883	1,037,629
AR	2,358,152	616,000	975,965	521,092	162,442	82,651
AZ	3,888,008	594,243	1,463,846	1,015,607	767,599	46,709
CA	27,443,631	5,847,787	12,641,678	4,292,013	3,587,982	1,074,170
CO	2,398,974	634,765	958,514	289,311	257,719	258,664
CT	3,695,687	1,353,980	1,483,421	551,910	263,326	43,047
DC	1,269,371	192,551	597,752	147,980	154,158	176,929
DE	800,099	180,760	300,603	121,092	178,706	18,937
FL	12,834,434	2,949,441	5,612,642	1,747,057	1,139,918	1,385,374
GA	6,944,469	1,343,244	2,785,085	1,343,916	874,388	597,834
HI	861,761	239,348	283,446	140,176	174,200	24,590
IA	2,205,524	612,587	1,021,037	277,109	201,171	93,619
ID	990,209	200,894	471,503	192,352	102,621	22,838
IL	10,796,139	1,598,940	4,697,263	1,387,643	948,000	2,164,291
IN	4,342,598	1,014,684	1,854,038	826,021	424,327	223,526
KS	1,860,136	470,275	834,044	259,518	110,580	185,717
KY	3,923,759	704,928	1,943,141	693,410	415,763	166,514
LA	4,039,097	867,718	1,933,246	707,410	373,885	156,836
MA	7,776,024	1,890,169	3,634,270	1,347,957	824,472	79,154
MD	4,594,329	980,281	2,219,655	811,890	435,427	147,074
ME	2,366,282	428,956	964,237	403,337	450,691	119,059
MI	7,696,785	1,291,992	3,234,675	1,126,996	830,798	1,212,322
MN	4,575,111	978,312	2,246,513	779,956	441,650	128,679
MO	4,886,664	1,220,920	2,036,110	876,024	551,491	202,118
MS	3,312,060	841,412	1,258,853	480,560	292,344	438,889
MT	584,752	149,702	220,011	95,935	67,891	51,211
NC	7,388,008	1,885,494	3,209,866	1,187,241	906,961	198,443
ND	477,445	175,916	186,864	50,871	38,482	25,311
NE	1,345,629	348,199	406,858	216,024	117,336	257,210
NH	822,246	253,423	316,944	162,563	54,468	34,846

NJ	6,622,936	1,732,438	3,387,668	633,058	526,611	343,158
NM	2,277,653,	293,530	880,148	593,521	288,994	221,458
NV	805,569	179,581	334,449	138,834	94,852	57,851
NY	37,273,255	9,596,352	17,074,152	3,544,040	6,056,277	1,002,431
OH	11,374,733	3,315,169	5,133,949	1,529,524	1,259,439	136,650
OK	2,335,120	601,068	926,215	508,519	174,884	124,431
OR	2,152,757	513,376	760,521	324,630	427,959	126,268
PA	10,055,362	3,273,529	4,131,143	1,366,339	865,784	418,565
RI	1,530,945	370,696	712,101	162,394	147,315	138,437
SC	4,014,695	675,988	1,317,451	636,058	368,289	1,016,907
SD	579,796	132,361	248,000	125,505	55,684	18,243
TN	6,971,053	1,021,273	3,232,066	943,333	1,584,364	190,015
TX	13,214,404	3,151,845	4,803,718	3,461,160	1,334,510	463,170
UT	1,355,982	135,724	470,790	188,713	156,358	404,394
VA	3,574,171	978,275	1,640,755	553,337	261,051	140,752
VT	744,334	170,055	287,152	115,772	117,683	53,670
WA	4,930,041	1,010,984	1,721,741	726,327	638,578	832,409
WI	4,314,127	1,127,918	2,156,965	401,816	545,923	81,505
WV	2,019,557	423,071	860,919	214,561	125,054	395,949
WY	363,357	78,824	155,076	70,187	42,323	16,945
TOTAL	257,748,435	59,541,456	111,613,968	39,194,033	30,521,730	16,877,246

자료 : 미국 Medicaid Statistical Information System(MSIS),2007

[부록 3] 서비스 종류별 Medicaid 지출 금액

주	총 지출액	NURSING FACILITY SERVICES	CAPITATED CARE	INPATIENT HOSPITAL SVCS	PRESCRIBED DRUGS	PERSONAL SUPPORT SERVICES	ICF/MR SERVICES	PHYSICIAN SERVICES	OUTPATIENT HOSPITAL SERVICES	CLINIC SERVICES	Others
AK	904,557,756	59,750,547	0	157,165,502	116,327,805	109,493,120	0	63,395,235	68,077,721	81,868,160	248,479,666
AL	3,856,624,429	730,490,157	675,667,038	203,383,116	597,327,339	107,727,252	36,883,285	219,939,027	59,948,594	255,995,624	969,262,997
AR	2,358,152,529	352,839,240	0	271,136,499	396,483,799	108,261,459	129,618,600	253,894,415	83,348,254	300,175,005	462,395,258
AZ	3,888,008,156	22,963,523	3,237,885,005	159,733,047	4,530,961	10,402,582	0	25,482,314	362,186,269	14,370,093	50,454,362
CA	27,443,631,984	3,070,521,898	5,518,986,077	3,580,401,381	4,611,537,385	4,559,194,628	766,532,408	951,870,673	506,480,349	1,205,022,261	2,673,084,924
CO	2,398,974,577	426,222,417	365,326,896	282,237,969	294,954,808	35,709,927	16,675,620	14,997,239	107,080,158	189,479,763	666,289,780
CT	3,695,687,112	1,085,043,446	651,619,397	182,301,926	445,816,745	148,634,478	253,457,712	34,843,658	77,169,848	32,398,792	784,401,110
DC	1,269,371,462	180,790,951	282,024,742	238,289,736	102,118,065	1,512,990	78,834,538	16,120,617	15,666,015	112,013,642	242,000,166
DE	800,099,395	161,710,339	231,035,709	47,370,670	120,225,182	20,238,294	28,595,480	18,654,313	11,931,410	4,509,055	155,828,943
FL	12,834,434,692	2,265,302,558	1,550,576,155	2,737,077,824	2,458,521,754	446,261,503	309,107,576	632,338,890	461,875,721	319,334,458	1,654,038,253
GA	6,944,469,214	1,024,250,660	-1,072	1,322,968,703	1,156,607,078	226,894,829	121,412,043	708,700,093	982,122,181	408,663,526	992,851,173
HI	861,761,796	181,808,853	295,127,821	69,134,121	110,739,727	5,143,397	7,167,953	23,919,632	17,203,011	11,517,654	139,999,627
IA	2,205,524,237	412,161,186	178,456,154	210,424,689	366,931,835	26,364,290	232,108,187	114,146,919	113,660,067	76,168,627	475,102,283

주	총 지출액	NURSING FACILITY SERVICES	CAPITATED CARE	INPATIENT HOSPITAL SVCS	PRESCRIBED DRUGS	PERSONAL SUPPORT SERVICES	ICF/MR SERVICES	PHYSICIAN SERVICES	OUTPATIENT HOSPITAL SERVICES	CLINIC SERVICES	Others
ID	990,209,718	130,499,251	0	143,041,978	159,792,134	136,834,968	54,099,180	70,550,804	43,445,782	49,524,016	202,421,605
IL	10,796,139,208	1,539,396,513	212,626,458	3,539,733,928	1,684,843,071	708,714,056	663,215,185	443,953,752	508,116,948	125,724,047	1,369,815,250
IN	4,342,598,411	788,513,092	510,092,464	417,343,491	738,171,688	282,562,928	342,821,450	165,837,532	147,891,520	57,963,661	891,400,585
KS	1,860,136,019	319,672,870	146,887,429	191,437,613	280,750,753	118,174,499	61,912,987	79,263,219	33,816,271	139,838,135	488,382,243
KY	3,923,759,382	616,808,606	507,907,833	398,296,189	812,180,180	45,867,444	106,736,998	232,711,746	268,951,578	187,458,968	746,839,840
LA	4,039,097,496	590,336,369	0	778,490,113	900,611,528	117,785,307	417,797,223	295,713,111	242,252,823	72,614,896	623,496,126
MA	7,776,024,456	1,847,852,185	1,376,311,247	430,581,968	967,418,472	475,342,338	213,138,099	185,886,883	343,684,858	104,061,488	1,831,746,918
MD	4,594,329,962	857,097,895	1,384,440,511	550,785,043	429,074,160	355,317,073	63,138,768	126,874,411	139,344,294	12,041,388	676,216,419
ME	2,366,282,600	240,380,692	0	387,977,964	304,330,901	170,268,420	31,799,186	59,862,817	287,611,477	143,532,479	740,518,664
MI	7,696,785,150	1,379,728,776	3,293,983,035	891,745,465	777,599,687	90,002,988	23,925,936	213,751,811	176,074,774	587,776,195	262,196,483
MN	4,575,111,805	427,212,398	1,247,894,941	357,466,729	363,035,295	1,377,547,608	158,203,496	142,908,632	78,113,050	20,035,946	402,693,710
MO	4,886,664,657	761,653,055	763,539,900	511,834,964	1,133,878,803	406,776,844	112,204,262	83,025,715	255,872,607	196,422,293	661,456,214
MS	3,312,060,122	514,135,116	3,118,197	839,307,870	666,491,588	90,283,101	221,620,715	185,942,576	208,995,227	141,814,988	440,350,744
MT	584,752,191	133,090,386	0	67,887,563	96,711,936	31,735,885	18,596,803	39,167,332	29,713,144	23,040,899	144,808,243
NC	7,388,008,367	963,727,050	21,718,162	958,912,046	1,555,955,045	523,291,546	411,806,550	638,186,452	532,646,218	196,387,994	1,585,377,304
ND	477,445,701	150,775,688	5,460,624	40,813,339	59,815,955	11,962,393	57,097,076	2,888,730	30,490,246	5,107,433	113,034,217
NE	1,345,629,686	276,684,712	62,653,569	139,166,095	225,374,331	59,980,673	60,805,645	87,720,924	65,258,129	50,124,173	317,861,435
NH	822,246,561	195,986,287	0	45,782,524	128,650,584	18,218,368	2,290,044	33,581,633	52,931,981	114,300,455	230,504,685

주	총 지출액	NURSING FACILITY SERVICES	CAPITATED CARE	INPATIENT HOSPITAL SVCS	PRESCRIBED DRUGS	PERSONAL SUPPORT SERVICES	ICF/MR SERVICES	PHYSICIAN SERVICES	OUTPATIENT HOSPITAL SERVICES	CLINIC SERVICES	Others
NJ	6,622,936,246	1,428,370,847	1,154,210,044	516,743,236	1,007,400,013	487,682,751	513,107,895	53,479,056	361,498,915	98,645,551	1,001,797,938
NM	2,277,653,128	178,553,258	1,031,454,524	204,438,841	129,922,833	213,823,928	19,349,331	35,418,495	78,853,100	19,841,524	365,997,294
NV	805,569,471	140,327,645	127,413,933	125,074,994	128,676,465	67,653,351	24,693,285	42,562,970	18,645,524	12,353,202	118,168,102
NY	37,273,255,429	6,502,691,543	5,587,769,986	5,679,307,696	4,598,090,640	3,451,802,420	2,586,383,593	271,906,281	1,229,603,219	1,533,097,879	5,832,602,172
OH	11,374,733,796	2,632,915,950	1,060,249,835	1,367,141,259	1,870,162,977	991,223,872	652,806,779	521,809,851	424,401,207	108,802,064	1,745,220,002
OK	2,335,120,746	456,010,147	164,046,206	309,295,121	396,855,999	86,517,733	108,222,759	137,698,963	77,137,036	89,724,944	509,611,838
OR	2,152,757,267	246,727,422	864,462,068	104,202,031	230,841,512	123,780,501	12,190,859	50,349,425	66,070,838	29,057,053	425,075,558
PA	10,055,362,936	2,489,118,135	4,670,274,967	375,885,959	902,868,589	256,128,611	475,091,692	78,500,264	41,865,679	81,223,101	684,405,939
RI	1,530,945,956	509,680,114	269,784,803	116,432,609	162,380,466	150,237,111	7,547,556	13,576,916	36,334,214	4,325,722	260,646,445
SC	4,014,695,264	442,479,446	80,463,295	1,082,975,223	651,239,970	215,971,458	165,562,921	314,192,779	185,330,490	463,878,692	412,600,990
SD	579,796,034	118,018,227	7,427,820	88,015,667	83,907,246	48,357,622	18,212,433	34,585,820	34,644,727	35,135,931	111,490,541
TN	6,971,053,079	775,120,265	581,579,509	685,088,845	2,337,847,829	45,506,089	197,083,095	836,428,793	511,131,260	89,285,595	911,981,799
TX	13,214,404,197	1,767,241,962	1,525,021,819	2,326,611,168	2,202,193,332	454,602,039	840,627,835	866,787,946	283,687,820	83,931,354	2,863,698,922
UT	1,355,982,016	106,871,465	172,257,575	245,784,669	192,049,879	35,869,869	52,126,822	29,014,037	53,562,084	99,058,879	369,386,737
VA	3,574,171,786	636,710,235	786,679,373	335,741,809	578,855,766	148,956,028	221,877,862	157,115,548	89,019,327	52,958,644	566,257,194
VT	744,334,990	94,720,312	0	57,364,384	163,436,410	19,997,774	1,107,307	45,816,729	52,772,158	12,280,332	296,839,584
WA	4,930,041,261	514,464,186	883,275,038	505,872,404	653,547,751	514,853,001	4,064,051	203,242,176	184,382,026	87,763,199	1,378,577,429

주	총 지출액	NURSING FACILITY SERVICES	CAPITATED CARE	INPATIENT HOSPITAL SVCS	PRESCRIBED DRUGS	PERSONAL SUPPORT SERVICES	ICF/MR SERVICES	PHYSICIAN SERVICES	OUTPATIENT HOSPITAL SERVICES	CLINIC SERVICES	Others
WI	4,314,127,932	826,926,786	958,207,644	303,776,921	707,084,087	210,314,613	222,005,508	41,379,421	103,463,199	133,960,755	807,008,998
WV	2,019,557,347	373,141,836	152,939,381	280,462,095	360,089,285	134,567,393	58,329,775	126,588,410	100,543,581	51,202,034	381,693,557
WY	363,357,597	60,030,143	0	52,012,408	51,347,525	9,841,992	10,585,888	34,114,747	15,658,826	10,126,135	119,639,933
TOTAL	257,748,435,309	42,007,526,640	42,600,856,112	34,914,457,404	39,475,607,168	18,494,193,344	11,192,580,251	10,060,699,732	10,260,565,755	8,335,938,704	40,406,010,199

